



中 华 中 医 药 学 会

ZYYXH/T372~415-2012

# 中医骨伤科常见病诊疗指南

**Guidelines for Diagnosis and Treatment of Common  
Diseases of Orthopedics and Traumatology  
in Traditional Chinese Medicine**

2012-07-01 发布

2012-08-01 实施

中国中医药出版社



• 中 華 中 國 經 濟 學 會 中 國 經 濟 學 會 中 國 經 濟 學 會

中國經濟學會 中國經濟學會 中國經濟學會

## 中國經濟學會 中國經濟學會 中國經濟學會

中國經濟學會 中國經濟學會 中國經濟學會  
中國經濟學會 中國經濟學會 中國經濟學會  
中國經濟學會 中國經濟學會 中國經濟學會

中國經濟學會 中國經濟學會

中國經濟學會 中國經濟學會

中國經濟學會 中國經濟學會

图书在版编目(CIP)数据

中医骨伤科常见病诊疗指南/中华中医药学会编. —北京: 中国中医药出版社, 2012. 7  
ISBN 978-7-5132-1048-5

I. ①中… II. ①中… III. ①中医伤科学-常见病-诊疗-指南 IV. ①R247-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 151310 号

中华中医药学会  
中医骨伤科常见病诊疗指南  
ZYYXH/T372~415-2012

\*

中国中医药出版社出版  
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层  
邮政编码 100013

网址 [www.cptcm.com](http://www.cptcm.com)

传真 010 64405750

三河西华印务有限公司印刷

各地新华书店经销

\*

开本 880 × 1230 1/16 印张 10.375 字数 300 千字

2012 年 7 月第 1 版 2012 年 7 月第 1 次印刷

\*

书号 ISBN 978-7-5132-1048-5 定价 33.00 元

\*

如有质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话 010 64065415 84042153

书店网址 [csln.net/qksd/](http://csln.net/qksd/)

## 前 言

《中医骨伤科常见病诊疗指南》(以下简称《指南》)包括髌骨骨折、髌骨软骨软化症、成人股骨头缺血性坏死、第三腰椎横突综合征、尺骨鹰嘴骨折、跟骨骨折、肩关节周围炎、锁骨骨折、肱骨干骨折、肱骨内髁骨折、肱骨内上髁炎、肱骨外科颈骨折、肱骨外髁骨折、肱骨外上髁炎、股骨干骨折、骨性关节炎、急性髌髌关节扭伤、肩关节脱位、胫腓骨骨折、肋骨骨折、梨状肌综合征、尺骨上1/3骨折合并桡骨头脱位、双踝骨折、内踝骨折、桡尺骨干双骨折、桡骨远端骨折、三踝骨折、外踝骨折、腕管综合征、腕舟骨骨折、膝关节半月板损伤、膝关节侧副韧带损伤、膝关节滑膜皱襞综合征、膝关节交叉韧带损伤、下尺桡关节脱位、先天性髋关节脱位、指屈肌腱腱鞘炎、神经根型颈椎病、腰椎管狭窄症、急性腰骶关节扭伤、肱骨髁上骨折、骨盆骨折、股骨粗隆间骨折、股骨颈骨折等44个部分。

本《指南》由中华中医药学会提出并发布。

本《指南》由中华中医药学会骨伤科分会归口。

本《指南》起草单位：中国中医科学院望京医院、福建中医药大学、山东文登整骨医院、长春中医药大学附属医院、佛山市中医院、河南省洛阳正骨医院、甘肃省中医院、广东省中医院珠海医院、上海中医药大学附属龙华医院、上海中医药大学附属曙光医院、广东省中医院等。

本《指南》起草人(按疾病顺序排列)：赵文海、闻辉、赵长伟(髌骨骨折)，林定坤、曹学伟、宇飞鹏(髌骨软骨软化症)，王和鸣、修忠标(成人股骨头缺血性坏死)，王拥军、崔学军(第三腰椎横突综合征)，赵文海、闻辉、赵长伟(尺骨鹰嘴骨折)，谭远超、聂伟志(跟骨骨折)，杨海韵、刘海全(肩关节周围炎)，谭远超、聂伟志(锁骨骨折)，杨海韵、刘海全(肱骨干骨折)，刘军、秦杰(肱骨内髁骨折)，刘军、秦杰(肱骨内上髁炎)，赵文海、闻辉、赵长伟(肱骨外科颈骨折)，刘军、秦杰(肱骨外髁骨折)，刘军、秦杰(肱骨外上髁炎)，谭远超、聂伟志(股骨干骨折)，赵文海、闻辉、赵长伟(骨性关节炎)，石关桐、石瑛(急性髌髌关节扭伤、肩关节脱位)，谭远超、聂伟志(胫腓骨骨折)，王和鸣、修忠标(肋骨骨折)，王拥军、崔学军(梨状肌综合征)，杨海韵、刘海全(尺骨上1/3骨折合并桡骨头脱位)，李盛华、谢兴文(双踝骨折)，李盛华、谢兴文(内踝骨折)，谭远超、聂伟志(桡、尺骨干双骨折)，谭远超、聂伟志(桡骨远端骨折)，李盛华、谢兴文(三踝骨折)，李盛华、谢兴文(外踝骨折)，王拥军、崔学军(腕管综合征)，王和鸣、修忠标(腕舟骨骨折)，林定坤、曹学伟、宇飞鹏(膝关节半月板损伤)，林定坤、曹学伟、宇飞鹏(膝关节侧副韧带损伤)，石关桐、石瑛(膝关节滑膜皱襞综合征)，林定坤、曹学伟、宇飞鹏(膝关节交叉韧带损伤)，杨海韵、刘海全(下尺桡关节脱位)，王和鸣、修忠标(先天性髋关节脱位)，王拥军、崔学军(指屈肌腱腱鞘炎)，朱立国、张军、于杰(神经根型颈椎病)，王拥军、崔学军(腰椎管狭窄症)，石关桐、石瑛(急性腰骶关节扭伤)，高书图、陈献韬(肱骨髁上骨折)，杨海韵、刘海全(骨盆骨折)，高书图、陈献韬(股骨粗隆间骨折)，高书图、陈献韬(股骨颈骨折)

专家指导小组成员：孙树椿、朱立国、王和鸣、王拥军、秦克枫。

## 引 言

《中医骨伤科常见病诊疗指南》(以下简称《指南》)的编写目的在于规范常见骨伤病证的中医临床诊断和治疗,为临床中医师提供常见骨伤病证中医常规处理策略与方法,全面提高骨伤科常见病证的中医临床疗效和科研水平。本《指南》的编写遵循科学性、实用性、严谨性原则,符合医疗法规和法律要求,具有指导性、普遍性和可参照性,可作为临床实践、诊疗规范和质量评定的重要参考依据。

本《指南》是国家中医药管理局政策法规与监督司立项的标准化项目之一,于2006年初开始筹备。2006年9月,骨伤科分会派员参加了第一期全国中医药标准化培训班。2006年11月,成立了《指南》编写委员会。2009年8月,《指南》正式立项,同年11月中华中医药学会骨伤科分会制订了《指南》编写计划。2010年5月上旬,编委会成员撰写完成了《指南》草稿。2010年6月上旬,《指南》编委会在中华中医药学会标准化办公室指导下,在北京召开了工作会议,讨论了《指南》草稿,确定了编写体例和编写工作程序。2010年6月下旬,编委会在听取国家标准化管理委员会专家审查和建议后,完成了《指南》初稿。2010年7月上旬,编委会向全国各省市中医骨伤科专家发出《指南》初稿的调查问卷,7月下旬在对收回的调查问卷经计算机数据处理后,再次向全国各地专家发出第二轮调查问卷。2010年8月,在北京召开了专家论证会议,对《指南》相关内容进一步审订和统一。此后,编委会根据专家意见,经过认真反复修改,于2012年6月形成《指南》定稿。

# 目 次

|   |         |
|---|---------|
| 前言 .....                                  | ( I )   |
| 引言 .....                                  | ( III ) |
| ZYYXH/T372 - 2012 髌骨骨折 .....              | ( 1 )   |
| ZYYXH/T373 - 2012 髌骨软骨软化症 .....           | ( 5 )   |
| ZYYXH/T374 - 2012 成人股骨头缺血性坏死 .....        | ( 9 )   |
| ZYYXH/T375 - 2012 第三腰椎横突综合征 .....         | ( 14 )  |
| ZYYXH/T376 - 2012 尺骨鹰嘴骨折 .....            | ( 17 )  |
| ZYYXH/T377 - 2012 跟骨骨折 .....              | ( 21 )  |
| ZYYXH/T378 - 2012 肩关节周围炎 .....            | ( 25 )  |
| ZYYXH/T379 - 2012 锁骨骨折 .....              | ( 28 )  |
| ZYYXH/T380 - 2012 肱骨干骨折 .....             | ( 32 )  |
| ZYYXH/T381 - 2012 肱骨内髁骨折 .....            | ( 36 )  |
| ZYYXH/T382 - 2012 肱骨内上髁炎 .....            | ( 39 )  |
| ZYYXH/T383 - 2012 肱骨外科颈骨折 .....           | ( 41 )  |
| ZYYXH/T384 - 2012 肱骨外髁骨折 .....            | ( 45 )  |
| ZYYXH/T385 - 2012 肱骨外上髁炎 .....            | ( 48 )  |
| ZYYXH/T386 - 2012 股骨干骨折 .....             | ( 51 )  |
| ZYYXH/T387 - 2012 骨性关节炎 .....             | ( 55 )  |
| ZYYXH/T388 - 2012 急性骶髂关节扭伤 .....          | ( 59 )  |
| ZYYXH/T389 - 2012 肩关节脱位 .....             | ( 62 )  |
| ZYYXH/T390 - 2012 胫腓骨骨折 .....             | ( 68 )  |
| ZYYXH/T391 - 2012 肋骨骨折 .....              | ( 72 )  |
| ZYYXH/T392 - 2012 梨状肌综合征 .....            | ( 75 )  |
| ZYYXH/T393 - 2012 尺骨上 1/3 骨折合并桡骨头脱位 ..... | ( 78 )  |
| ZYYXH/T394 - 2012 双踝骨折 .....              | ( 82 )  |
| ZYYXH/T395 - 2012 内踝骨折 .....              | ( 85 )  |
| ZYYXH/T396 - 2012 桡、尺骨干双骨折 .....          | ( 88 )  |
| ZYYXH/T397 - 2012 桡骨远端骨折 .....            | ( 94 )  |
| ZYYXH/T398 - 2012 三踝骨折 .....              | ( 100 ) |
| ZYYXH/T399 - 2012 外踝骨折 .....              | ( 103 ) |
| ZYYXH/T400 - 2012 腕管综合征 .....             | ( 106 ) |
| ZYYXH/T401 - 2012 腕舟骨骨折 .....             | ( 109 ) |
| ZYYXH/T402 - 2012 膝关节半月板损伤 .....          | ( 112 ) |
| ZYYXH/T403 - 2012 膝关节侧副韧带损伤 .....         | ( 115 ) |
| ZYYXH/T404 - 2012 膝关节滑膜皱襞综合征 .....        | ( 118 ) |
| ZYYXH/T405 - 2012 膝关节交叉韧带损伤 .....         | ( 120 ) |
| ZYYXH/T406 - 2012 下尺桡关节脱位 .....           | ( 123 ) |
| ZYYXH/T407 - 2012 先天性髋关节脱位 .....          | ( 127 ) |
| ZYYXH/T408 - 2012 指屈肌腱腱鞘炎 .....           | ( 131 ) |
| ZYYXH/T409 - 2012 神经根型颈椎病 .....           | ( 134 ) |
| ZYYXH/T410 - 2012 腰椎管狭窄症 .....            | ( 139 ) |
| ZYYXH/T411 - 2012 急性腰骶关节扭伤 .....          | ( 143 ) |
| ZYYXH/T412 - 2012 肱骨髁上骨折 .....            | ( 145 ) |
| ZYYXH/T413 - 2012 骨盆骨折 .....              | ( 149 ) |
| ZYYXH/T414 - 2012 股骨粗隆间骨折 .....           | ( 154 ) |
| ZYYXH/T415 - 2012 股骨颈骨折 .....             | ( 158 ) |

## 髌骨骨折

### 1 范围

本《指南》规定了髌骨骨折的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于髌骨骨折的诊断和治疗。

### 2 术语和定义

下列术语和定义适用于本《指南》。

髌骨骨折 patellar fracture

髌骨骨折是指发生于髌骨的骨折。髌骨骨折较常见，属于关节内骨折。髌骨骨折导致髌骨软骨面损伤，同时也使相对的股骨髌面的软骨损伤。

### 3. 诊断

#### 3.1 诊断要点

##### 3.1.1 病史

有明确外伤史。

##### 3.1.2 症状体征

伤后膝关节前方疼痛明显，肿胀严重，压痛，皮下瘀斑，甚至出现张力性水泡，关节腔内大量积血，膝关节不能自主伸直，膝前软组织擦伤痕。查体：膝前明显压痛；无移位骨折时，膝前未必扪及凹陷；有移位骨折时，骨擦音及异常活动明显，并可扪及呈沟状凹陷的骨折端；折断分离明显时，则在膝前血肿两端处可扪及骨折块。

##### 3.1.3 影像检查

X线正、侧、轴位膝部摄片可明确骨折的部位、类型和移位情况。

#### 3.2 分类

##### 3.2.1 无移位骨折

一般是直接暴力打击或屈膝跪倒于地引起。X线检查可见骨折断端无移位，并有纵形、横形、斜形、边缘、星状及粉碎等多种形态的骨折线出现。髌骨周围筋膜和关节囊保持完整，股骨髌关节面损伤时，可影响伸膝功能。

##### 3.2.2 有移位骨折

多由直接暴力所致。X线检查可见骨折断端明显分离移位，骨折线多呈横断。因髌骨上缘有股四头肌保护，故骨折常发生在中、下1/3处，骨折端分离，骨折远端可向前下方翻转。

#### 3.3 鉴别诊断

##### 3.3.1 髌骨应力性骨折

外伤史可模糊不清。关节活动后疼痛，休息后缓解。检查可见局部肿胀、压痛。X线片早期未见骨折线，后期可见清晰的骨折线，并有骨痂形成。MRI检查可见带状分布的骨髓水肿（T<sub>2</sub>加权像的高强度信号影）。

##### 3.3.2 先天性二分裂髌骨

男性较常见，大部分患者属于“无痛性髌骨”，但当剧烈运动或膝部受击打时，膝盖可出现“有痛性分裂髌骨症”。X线正位片可见位于髌骨上方和侧方的倾斜透亮线，这种特征性表现有助于与骨折相鉴别。

##### 3.3.3 先天性三分裂髌骨

X线片示髌骨上方或侧方有两个骨小块，这种特征性表现有助于与骨折相鉴别。这些骨小块拼合

起来未必能组成一块完整的髌骨。

#### 4 辨证

##### 4.1 早期

伤后1~2周，肌肉、筋脉受损，血离经脉，瘀积不散而致局部肿胀、疼痛。

##### 4.2 中期

伤后2~3周，虽损伤症状改善，瘀肿渐趋消退，疼痛减轻，但因瘀阻去而未尽，故疼痛减而未止。

##### 4.3 后期

受伤3周后，瘀肿已消，但筋骨尚未坚实，功能尚未完全恢复，气血亏损，体质虚弱。

#### 5 治疗

##### 5.1 治疗原则

髌骨骨折的治疗原则是恢复伸膝功能并保持关节面的完整光滑，防止创伤性关节炎的发生和膝关节的粘连僵硬。

##### 5.2 非手术治疗

###### 5.2.1 手法复位外固定

###### 5.2.1.1 复位方法

患者取仰卧位，膝伸直或屈曲 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，使关节面恢复正常解剖位置。术者立于患侧，一手拇指及食指、中指捏挤远端向上推，并固定之；另一手拇指、食指及中指挤捏近端上缘的内、外侧向下推挤，使骨折断端接近。若骨折远近端对位良好时，即可暂时固定；若手指触摸不平整或X线透视有前后残余移位时，以一手拇指、食指固定下陷的一端，另一手拇指、食指挤按向前突出的另一端，使之对齐，并将骨折远近端挤紧，用抱膝圈固定。若对位仍不满意者，应根据实际情况再行手法复位。

###### 5.2.1.2 固定方法

5.2.1.2.1 抱膝圈固定：用绷带量好髌骨轮廓大小，做成圆圈，缠以棉花，用绷带缠好外层，另加长60cm布带四条。改良抱膝圈为在后侧垫一托板，长度由大腿中部到小腿中部，宽13cm，厚1cm，板中部两侧用螺丝钉固定。骨折经整复满意，置患膝于托板上，膝关节后侧及髌骨周围衬好棉垫，将抱膝圈套于髌骨周围，固定并分别捆扎在后侧托板上。若肿胀消退，可根据消肿后髌骨轮廓的大小，缩小抱膝圈，继续固定至髌骨愈合。

5.2.1.2.2 布兜弹性多头带固定：通过抱骨垫、半月状布兜弹性带、髌前长形布兜弹性带及膝后活动托板等联合对骨折进行固定。复位满意后，术者两手固定骨折远、近端，将活动夹板置于膝关节后侧，活动轴正对膝关节活动处；然后将半月形抱骨垫分别卡在髌骨上、下缘，位于两手指推挤处，用2条胶布固定；再用半月状多头带固定远端的抱骨垫，此带稍向膝上、后方倾斜，将5根弹性带分别系于活动夹板的螺丝鼻上；再将另一个多头弹性带固定在近端的抱骨垫上，此带向膝下方倾斜，并将五根弹性带分别系于活动夹板的螺丝鼻上。上下端的2~3条弹性带可在膝旁两侧交叉，并且松紧度一致；然后，再放置髌前弹性带。此带通过抱膝圈，对骨折断端直接产生压力。弹性带必须松紧适宜，上下左右用力均匀，才能达到固定的目的。然后用绷带将膝后活动板绑于大腿及小腿上，以免滑动。

术后抬高患肢以利消肿，注意观察固定的松紧度，以不影响血液循环及无腓总神经压迫为度。最初1周内应X线透视1~2次，如有移位，及时矫正。

###### 5.2.2 药物治疗

###### 5.2.2.1 中药内治

5.2.2.1.1 早期：早期瘀血不去，皮肉筋骨失去正常濡养，使损伤处难以修复。治当破瘀行气，消



肿止痛为法。

#### 5.2.2.1.1.1 行气活血法

主方：桃红四物汤（《医垒元戎》）加减。

常用药：桃仁、川芎、当归、赤芍、生地黄、红花、牡丹皮、制香附、延胡索。

#### 5.2.2.1.1.2 攻下逐瘀法

主方：桃核承气汤（《伤寒论》）加减。

常用药：桃仁、桂枝、大黄、芒硝、甘草。

#### 5.2.2.1.1.3 清热凉血法

主方：五味消毒饮（《医宗金鉴》）加减。

常用药：金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵。

5.2.2.1.2 中期：伤损诸症经过早期治疗，肿胀消退，疼痛减轻，但瘀肿虽消而未尽，断骨虽连而未坚，其治疗以“和”法为主，具体分为和营止痛法、接骨续筋法。

#### 5.2.2.1.2.1 和营止痛法

主方：和营止痛汤（《伤科补要》）加减。

常用药：赤芍、当归、川芎、苏木、陈皮、乳香、桃仁、川续断、乌药、没药、木通、甘草。

#### 5.2.2.1.2.2 接骨续筋法

主方：续骨活血汤（《中医伤科讲义》）加减。

常用药：当归、赤芍、白芍、生地黄、红花、地鳖虫、骨碎补、煅自然铜、川续断、积雪草、乳香、没药。

5.2.2.1.3 后期：损伤日久，正气必虚，故后期宜采用“补”法，可分为补气养血法、补养脾胃法、补益肝肾法。此外，由于损伤日久，瘀血凝结，肌筋粘连挛缩，复感风寒湿邪，致关节酸痛、屈伸不利者颇为多见，故后期除补养法外，舒筋活络法、温通经络法也较为常用。

#### 5.2.2.1.3.1 补气养血法

主方：八珍汤（《正体类要》）加减。

常用药：当归、川芎、白芍、熟地黄、人参、白术、茯苓、炙甘草。

#### 5.2.2.1.3.2 补益肝肾法

主方：壮筋养血汤（《伤科补要》）加减。

常用药：白芍、当归、川芎、川续断、红花、生地黄、牛膝、牡丹皮、杜仲。

#### 5.2.2.1.3.3 补养脾胃法

主方：补中益气汤（《内外伤辨惑论》）加减。

常用药：黄芪、人参、白术、炙甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡、生姜、大枣。

#### 5.2.2.1.3.4 舒筋活络法

主方：舒筋汤（《医略六书》）加减。

常用药：白芍、熟地黄、菊花、牡丹皮、牛膝、秦艽、白术、枸杞子、玉竹。

#### 5.2.2.1.3.5 温通经络法

主方：麻桂温经汤（《伤科补要》）。

常用药：麻黄、桂枝、红花、白芷、细辛、桃仁、赤芍、甘草。

本病除按骨折三期辨证用药之外，若出现骨折迟缓愈合者，应重用接骨续伤药，如土鳖虫、自然铜、骨碎补之类；闭合骨折若合并神经损伤，在骨折复位夹板固定后，还应加入行气活血、通经活络之品，如黄芪、地龙等。

#### 5.2.2.2 中药外治

主要有消瘀退肿的双柏膏、舒筋活血的舒筋活络膏、接骨续筋的驳骨散等。对于新伤瘀血积聚

者，可选用海桐皮汤；陈伤风湿冷痛、瘀血已初步消散者，可选用上肢损伤洗方。

#### 5.2.2.3 中成药

沈阳红药胶囊（片）口服、红药贴膏（气雾剂）：适用于早期。

伤科接骨片、接骨七厘片：适用于中期。

### 5.3 手术治疗

#### 5.3.1 适应证

适用于青壮年髌骨横折，移位明显；有移位的粉碎性骨折及有移位的老年人骨折；有移位的陈旧性骨折。

#### 5.3.2 手术方法

##### 5.3.2.1 张力带钢丝内固定法

适用于髌骨横行骨折及下极横行骨折。

##### 5.3.2.2 镍钛记忆合金髌骨爪法

适用于横行及粉碎性骨折。

##### 5.3.2.3 髌骨部分切除术

适用于髌骨横断骨折、下段或上段粉碎性骨折及上下极骨折有移位者。

#### 5.4 功能锻炼

整复后应在有效固定下，尽早进行股四头肌功能锻炼及踝、趾关节屈伸2周；然后做膝关节被动屈伸，活动范围开始时不超过15°；从第四周起，可嘱患者扶双拐，患肢不负重下地步行1~2周后，再改为单拐。根据骨折类型、对位稳定程度，以及骨折愈合情况而解除外固定，并加强膝关节功能锻炼，活动范围逐渐加大，并以患者不感觉疼痛为宜。

## 髌骨软骨软化症

### 1 范围

本《指南》规定了髌骨软骨软化症的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于髌骨软骨软化症的诊断和治疗。

### 2 术语和定义

下列术语和定义适用于本《指南》。

**髌骨软骨软化症** chondromalacia patellae

髌骨软骨软化症是指髌骨软骨面因慢性损伤而致软骨肿胀、龟裂、破碎、侵蚀、脱落，最后与之相对的股骨髁软骨也发生相同病理改变，从而形成髌骨关节的骨关节病。

### 3 诊断

#### 3.1 诊断要点

##### 3.1.1 病史

多见于女性，膝关节劳损、负重史，病程较长。

##### 3.1.2 症状体征

发病初期只感觉膝部疲软无力，加重时髌骨深面疼痛，上下楼梯时明显，休息后疼痛消失；屈膝久坐或下蹲下跪时疼痛加重，半蹲痛是本病的重要征象。单纯髌骨软骨损伤时，无关节积液；后期形成髌骨关节病时，可即发滑膜炎而出现关节积液。病程长者，可出现股四头肌萎缩。常见体征为髌骨周缘关节面压痛。

##### 3.1.3 特殊检查

###### 3.1.3.1 髌骨摩擦试验

检查时，使髌骨与其相对的股骨髁间关节面互相挤压研磨或上下左右滑动，可有粗糙的摩擦感、摩擦声和疼痛不适；或检查者一手用力将髌骨推向一侧，另一手拇指按压髌骨边缘后面可引起疼痛。有关节腔积液时，浮髌试验呈阳性。

###### 3.1.3.2 单腿下蹲试验

患者单腿持重，逐渐下蹲至 $90^{\circ}$ ~ $135^{\circ}$ 时，出现疼痛、发软、蹲下后单腿不能起立。

##### 3.1.4 影像检查

###### 3.1.4.1 X线检查

患膝X线正侧位及髌骨切线位片示：早期无异常；晚期因软骨大部磨损，髌骨与股骨髁部间隙变窄，髌骨和股骨髁部边缘可有骨质增生。

###### 3.1.4.2 CT、MRI检查

X线片难以诊断时，可行MRI检查，以明确有无软骨病变，避免漏诊。

### 3.2 分类

#### 3.2.1 Outerbridge 分级法

I级：软骨微纤维化或裂痕范围小于0.5cm，局限性软化或肿胀，软骨有厚纤维形成。

II级：关节软骨微纤维化或裂痕范围为0.5~1cm，碎裂与龟裂直径小于1.3cm。

III级：关节软骨微纤维化或裂痕范围为1~2cm，碎裂与龟裂范围大于1.3cm。

IV级：关节软骨微纤维化或裂痕范围达2cm以上，软骨糜烂深达软骨下骨组织。

#### 3.2.2 Cane 分度法

I度：软骨面失去光泽，软骨肿胀，偶在中心有自深层突出的水泡样变化，出现纵行纤维，透明

基质消失，发生裂痕或龟裂。

Ⅱ度：软骨面裂痕不断加深，并深入到软骨下骨板。

Ⅲ度：大块软骨分离而造成软骨缺损，软骨床暴露或出现关节。

Ⅳ度：关节软骨大部分消失，下面骨质显露，发生骨关节炎。

### 3.3 鉴别诊断

#### 3.3.1 髌下脂肪垫炎

本病变在髌下脂肪组织内，由损伤、劳损、寒湿侵袭等刺激产生疼痛，也可由关节其他组织病变继发。疼痛主要位于两侧膝眼及髌腱下方，研磨髌骨无相应症状。

#### 3.3.2 髌腱腱围炎

髌腱腱围炎是指引起髌尖下极髌腱附着点及髌腱、腱围部疼痛的创伤性病变而言。可分为以髌尖腱起点处疼痛为主的髌尖型，即“髌尖末端病”；以髌腱部症状为主的普通型，即单纯髌腱腱围炎。也可两者兼有。主要因运动时反复牵拉或过度负荷引起。主要症状是跳痛、上下楼痛、半蹲痛、打软腿。重者跑步时痛，甚至走路痛。查体：可见股四头肌萎缩，髌腱增粗，髌尖或髌腱压痛，或可触及髌尖增生。伸膝抗阻痛阳性。本病多在屈膝90°时疼痛最重，而髌骨软骨病多在屈膝90°~135°时疼痛加重，结合病史及体征可鉴别两病。大多数患者X线表现为阴性，部分患者可见髌腱钙化灶或髌尖延长。

## 4 辨证

### 4.1 风寒湿证

膝关节疼痛遇寒或者阴雨天时加重，遇暖相对缓解，苔薄白或腻，脉小弦或濡。

### 4.2 湿热证

膝关节疼痛，膝部发热肿胀，肤色红，苔黄腻，脉滑带数。

### 4.3 气滞血瘀证

膝关节疼痛如刺，痛有定所，肢体麻木，关节肿硬，屈伸不利，舌紫瘀斑，脉涩沉弱。

### 4.4 肝肾不足证

膝关节疼痛时重时轻，劳累后加重，休息后减轻，苔薄，舌淡边有齿痕，双尺脉沉细。

## 5 治疗

### 5.1 治疗原则

以非手术治疗为主；软骨Ⅲ度以上损伤、反复疼痛、关节肿胀者，可手术治疗。

### 5.2 非手术治疗

#### 5.2.1 药物治疗

##### 5.2.1.1 中药内治

##### 5.2.1.1.1 风寒湿证

治法：祛风散寒，除湿通络。

主方：蠲痹汤（《医学心悟》）加减。

常用药：制附子、桂枝、羌活、独活、寻骨风、海桐皮、千年健、威灵仙、当归、白术、甘草、粉防己、防风、通草等。

##### 5.2.1.1.2 湿热证

治法：清热祛湿，舒筋通络。

主方：防己黄芪汤（《金匱要略》）加减。

常用药：防己、黄芪、怀牛膝、苍术、薏苡仁、木瓜、银花藤、木通、豨莶草、白术、炙甘草等。

##### 5.2.1.1.3 气滞血瘀证

治法：行气活血，通络止痛。

主方：身痛逐瘀汤（《医林改错》）加减。

常用药：羌活、独活、秦艽、桃仁、红花、地龙、甘草、牛膝、防己、川芎、当归、五灵脂、制没药等。

#### 5.2.1.1.4 肝肾不足证

治法：补肝益肾，活络止痛。

主方：独活寄生汤（《备急千金要方》）加减。

常用药：独活、寄生、秦艽、细辛、当归、熟地黄、赤芍、茯苓、怀牛膝、党参、全蝎等。

#### 5.2.1.2 中药外治

可选用桑枝、桂枝、伸筋草、透骨草、牛膝、木瓜、乳香、没药、红花、羌活、独活、积雪草、补骨脂、淫羊藿、草薢等煎水取汁，熏洗患处，每天1~2次。功能温经通络，活血止痛。

#### 5.2.1.3 中成药

复方南星止痛膏、红药贴膏（气雾剂）：适用于风寒湿证。

#### 5.2.1.4 关节营养药物

氨基葡萄糖对帮助软骨修复有一定的作用，一般为口服剂型，5周为一疗程。

#### 5.2.1.5 关节腔内注射疗法

可选用激素类消炎镇痛注射液，每周1次，短期止痛效果较好，但只宜暂用。也可用玻璃酸钠（透明质酸钠），每周1次，5次为一疗程，可以营养、润滑关节软骨，有一定效果。

#### 5.2.2 手法按摩

##### 5.2.2.1 点揉法

患者取仰卧位，术者用掌根在髌骨周围自上而下顺时针方向按揉5分钟，再点压双侧膝眼、委中、足三里、血海等穴各2分钟。

##### 5.2.2.2 推拉法

用双手指抓握髌骨横向或纵向推拉5次，用力要轻缓。

##### 5.2.2.3 叩击法

术者用掌心轻度叩击患膝髌骨前缘50次，速度要慢，有反弹感。

##### 5.2.2.4 过屈法

患者腹卧位，屈膝关节，压小腿反复4~6次。

#### 5.2.3 针刺治疗

取患侧梁丘、血海、膝眼、膝阳关等穴。患者仰卧位，将膝关节屈曲90°，患腿肌肉放松，以毫针直刺，以针感向股四头肌方向放射为佳。留针30分钟，留针期间用艾条放温和灸2~3壮。每天1次，10次为一疗程。

#### 5.2.4 离子导入

将当归、川芎、桃仁、伸筋草、透骨草、防风、细辛、土鳖虫、血竭、川乌、草乌等各50g，水煎1小时后取液。采用直流电药导机，将药垫（正极）放置髌骨前缘，水垫（负极）置于腘窝处。先用“复合药导”（5~10mA）治疗10分钟，后改为“速治”（10~25mA）治疗20~30分钟，每天1次，10天为一疗程。疗程间隔5天。

### 5.3 手术治疗

#### 5.3.1 局限性软骨切除加钻孔术

此为目前仍较常用的基本术式。可采用关节镜或髌前内侧或前外侧切口，显露髌骨后，以刨刀削除变性的软骨，暴露软骨下骨板；用2mm克氏针钻孔数个，使来自骨内的纤维肉芽组织填补缺损软骨，最后化生成纤维软骨。钻孔也能释放骨内压，使疼痛得到缓解。

### 5.3.2 胫骨结节内移抬高术

对合并髌骨向外半脱位的年轻患者可行胫骨结节内移抬高术，以改善髌骨轨迹及伸膝装置的力线。

### 5.3.3 外侧支持带松解术

对年纪较大患者进行截骨手术而致不愈合的风险较大，建议采用软组织手术。外侧支持带松解术（切断髌骨横韧带、髌骨下的斜束及部分股外侧肌肌腱）是最常用的方案。如果术中感觉髌骨轨迹仍然偏外，可以结合股四头肌内侧头外移术（固定于髌骨背侧面的中部）。

### 5.3.4 人工关节置换术

对严重的髌骨关节骨关节炎患者，可考虑采用髌骨关节人工表面假体置换术治疗。

### 5.3.5 软骨移植

包括自体软骨细胞移植和自体骨软骨块蜂窝状移植（又称马赛克软骨移植术）。前者取患者自体软骨进行体外软骨细胞培养，用组织工程方法将培养增殖后的软骨细胞植入病灶区，再用骨膜覆盖。后者用特殊器械凿取膝关节股骨髁非负重区骨软骨组织，并将其移至负重区软骨，呈马赛克样镶嵌移植。

## 5.4 功能锻炼

股四头肌练习是防治髌骨软骨病最常用、最有效的方法。通过加强股四头肌力量，可增加关节的稳定性，改善髌骨关节应力分布，并可防止由于膝酸痛及发软而造成的跌扑或意外伤害。常用方法如站桩，一般采用靠墙避开疼痛角度的站桩方式，也可做主动直腿抬高或负重直腿抬高练习。选择不引起疼痛的几个关节角度，做多角度等长股四头肌练习，或者做无疼痛范围的短弧等速肌力练习，对恢复股四头肌肌力效果更好。

---

## 成人股骨头缺血性坏死

### 1 范围

本《指南》规定了成人股骨头缺血性坏死的诊断、辨证治疗。

本《指南》适用于成人股骨头缺血性坏死的诊断和治疗。

### 2 术语和定义

下列术语及定义适用于本《指南》。

骨头缺血性坏死 avascular necrosis of the femoral head

骨头缺血性坏死是由于血液循环障碍，导致股骨头因局部缺血而发生的坏死。晚期可因股骨头塌陷而发生严重的髋关节骨性关节炎。发病年龄以青壮年多见，男性多于女性。

### 3 诊断

#### 3.1 诊断要点

##### 3.1.1 病史

患者常有髋部创伤史，如股骨颈骨折、髋关节外伤性脱位等；或长期大量服用激素史、嗜酒史等。

##### 3.1.2 症状体征

早期多在劳累时感到髋关节酸痛或有静息痛，一般不影响活动，休息后好转；渐至疼痛加剧，跛行，肌肉萎缩。疼痛多位于髋关节的内外侧，髋关节活动受限。患髋“4”字试验阳性，髋关节屈曲挛缩试验阳性，髋外展内旋试验阳性，臀中肌试验阳性。

##### 3.1.3 影像检查

###### 3.1.3.1 X线摄片检查

X线片是本病诊断、分期的主要手段与依据，要求摄高质量的双髋正位和蛙式位或侧位X线片，必要时摄断层片。

###### 3.1.3.2 其他影像检查

ECT、CT、MRI都有助于股骨头坏死的早期诊断。ECT在X线出现异常之前即可显示放射性核素分布异常，灵敏度高，但特异性较差；CT检查可以清楚观察股骨头内部的骨结构改变；MRI有很高敏感性、特异性及准确率，是检查股骨头缺血性坏死最敏感的方法。

#### 3.2 分类

##### 3.2.1 Ficat分期法

I期（缺血期）：X线片显示正常。

II期（血管再生期）：X线片显示股骨头轮廓正常，但有硬化透明区，其中硬化为新生骨集聚，透明为骨质被吸收。

III期（骨骼塌陷期）：X线片显示有软骨下塌陷或股骨头变扁平。

IV期（塌陷静止期）：X线片显示关节腔变窄，髋臼发生退行性改变。

##### 3.2.2 Marcus分期法

I期：X线片有轻度密度增高，呈点状密度增高区或减低区。

II期：X线片密度明显增高（全部或部分），头无塌陷，有分界明显的骨硬化区。

III期：X线片有软骨下骨折或新月征，一般扇形骨折多见，而新月征较少见到。

IV期：X线片有股骨头扁平或死骨区塌陷。

V期：X线片有死骨破裂，关节间隙狭窄，可见片状密度增高影。

Ⅵ期：X线片有股骨头肥大变形，髌臼不光滑，甚至硬化增生，部分有半脱位。

### 3.2.3 世界骨循环研究学会（ARCO）国际骨坏死分期标准

0期：活检结果符合坏死，其余检查正常。

I期：骨扫描和（或）MRI阳性。

I - A：MRI检查，病变范围小于股骨头15%。

I - B：MRI检查，病变范围占股骨头15% ~ 30%。

I - C：MRI检查，病变范围大于股骨头30%。

Ⅱ期：股骨头斑片状密度不均、硬化与囊肿形成，平片与CT没有塌陷表现，磁共振与骨扫描阳性，髌臼无变化。

Ⅱ - A：MRI检查，病变范围小于股骨头15%。

Ⅱ - B：MRI检查，病变范围占股骨头15% ~ 30%。

Ⅱ - C：MRI检查，病变范围大于股骨头30%。

Ⅲ期：正侧位照片上出现新月征。

Ⅲ - A：新月征小于15%关节面长度，或塌陷 < 2mm。

Ⅲ - B：新月征占关节面15% ~ 30%，或塌陷2 ~ 4mm。

Ⅲ - C：新月征大于30%的关节面长度，或塌陷4mm以上。

Ⅳ期：关节面塌陷变扁、关节间隙狭窄、髌臼出现坏死变化、囊性变、囊肿和骨刺。

## 3.3 鉴别诊断

### 3.3.1 类风湿性关节炎

其发病特点是多发性、对称性，以关节滑膜病变为主；实验室检查，血沉加快和类风湿因子阳性；X线变化从关节间隙开始，早期因滑膜水肿、充血而使间隙变宽，以后则出现间隙狭窄等。与股骨头坏死病变始发于股骨头有明显区别。

### 3.3.2 髌关节骨性关节炎

多发生在50岁以后，女性略多于男性，起病缓慢，早期出现患髌僵硬，伴有疼痛或跛行，以晨僵为主；X线片最早表现为微小的骨赘形成，常位于股骨头凹与股骨颈前侧，继而负重区关节间隙变窄，软骨下散在多个小囊样稀疏区，其周围骨质硬化，髌面亦可有类似改变，但无死骨形成，也不发生塌陷。

### 3.3.3 强直性脊柱炎

股骨头的病变多为强直性脊柱炎的继发改变。90%以上为男性，发病多在15岁以后，20 ~ 40岁多见，其以腰骶部疼痛为主，挤压或旋转髌髌关节则引起疼痛。X线见髌髌关节边缘模糊、致密，甚至间隙消失；股骨头表现为早期普遍骨质疏松，关节间隙一致性狭窄，软骨下虫蚀样细小囊样改变，破坏区常限于表面骨质，头面可增生变形，但无塌陷；股骨头坏死除髌关节外，其他部位没有变化。强直性脊柱炎患者HLA - B27常呈阳性，而类风湿因子常呈阴性，血沉在活动期明显增快，常伴轻度贫血。

## 4 辨证

### 4.1 气滞血瘀证

多为创伤所致，以髌部疼痛、跛行为主症，舌紫暗或有瘀斑，脉弦涩。

### 4.2 筋骨劳损证

多为慢性劳伤所致，以髌关节功能障碍、髌周固定疼痛为主症，伴有下肢无力、酸软等症，舌淡苔薄，脉沉细弦。

### 4.3 寒湿凝滞证

多为感受寒湿所致，以髌部剧烈疼痛、局部漫肿、关节活动功能明显受限为主症，恶寒怕湿，冬



春季节加重，舌苔白腻，脉弦滑。

#### 4.4 骨蚀痰湿证

多为长期使用激素所致，以髋部疼痛、关节僵硬变形、跛行为主症，面色苍白、浮肿，神疲乏力，气短，舌淡，苔白腻，脉细湿。

#### 4.5 内损酒精证

多为长期酗酒所致湿热内蕴，痰瘀阻滞。以髋部疼痛、漫肿、关节活动受限为主症，肢体萎软无力，小便赤涩热痛，舌红或紫暗，苔黄腻，脉濡数或细湿。

#### 4.6 气血两虚，肝肾亏损证

多为病久所致。以髋部间歇性疼痛、下肢乏力、关节屈伸不利为主症，伴有神疲气短等虚象，舌苔薄白，脉细滑。

### 5 治疗

#### 5.1 治疗原则

针对本病的发病机制，其治疗多从以下三方面着手：①解决血液循环障碍，促进骨坏死修复：这也是治疗本病的基本方法。②防止塌陷：这是保留髋关节功能，防止晚期骨关节炎的关键。③纠正塌陷和增生变形：这是针对晚期患者的治疗方法。

#### 5.2 非手术治疗

##### 5.2.1 一般疗法

适用于青少年患者，因其有较好的潜在自身修复能力，随着青少年的生长发育，股骨头常可得到改建，获得满意结果。对成年人病变属 I、II 期，范围较小者，也可采用非手术疗法。一般病变范围越小，越易修复。对单侧髋关节病变，患侧应严格避免负重，可持拐杖、戴坐骨支架、用助行器行走；双侧同时受累，应卧床或坐轮椅；如髋部疼痛严重，可卧床同时行下肢牵引，常可缓解症状。理疗能缓解症状，但持续时间较长，一般需 6~24 个月或更长时间。治疗中应定期拍摄 X 线片检查，至病变完全愈合后才能负重。

##### 5.2.2 药物治疗

##### 5.2.2.1 中药内治

##### 5.2.2.1.1 气滞血瘀证

治法：行气活血，破积散瘀。

主方：桃红四物汤（《医垒元戎》）加减。

常用药：当归、川芎、白芍、生地黄、桃仁、红花、枳壳、香附、延胡索。

##### 5.2.2.1.2 筋骨劳损证

治法：补益肝肾，强壮筋骨。

主方：补肾壮筋汤（《伤科补要》）加减。

常用药：熟地黄、当归、牛膝、山茱萸、茯苓、川续断、杜仲、白芍、青皮、五加皮、骨碎补、鹿角胶。

##### 5.2.2.1.3 寒湿凝滞证

治法：散寒祛湿，温经通脉。

主方：宣痹汤（《温病条辨》）加减。

常用药：防风、苍术、桂枝、制川乌、制草乌、络石藤、薏苡仁、当归。

##### 5.2.2.1.4 骨蚀痰湿证

治法：益气摄血，化痰渗湿。

主方：温胆汤（《三因极一病证方论》）加减。

常用药：半夏、竹茹、枳实、橘皮、炙甘草、白茯苓、丹参、郁金、怀牛膝。