



中医骨伤科学核心考点

总论 第一章：发展史

1. 晋·葛洪《肘后救卒方》最早记载下颌关节脱臼的手法整复方法，适用夹板固定。
2. 蔺道人《仙授理伤续断秘方》是我国现存最早的一部骨伤科专著
3. 宋·宋慈《洗冤集录》是我国现存最早的法医学专著。
4. 元·李仲南《永类欵方》首创过伸牵引加手法复位治疗脊柱屈曲型骨折。
5. 元·危亦林《世医得效方》最早施用“悬吊复位法”。
6. 清·吴谦《医宗金鉴》将正骨手法归纳为：摸、接、端、提、推、拿、按、摩八法。

第二章、损伤的分类与病因病机

【损伤】 外界各种致伤因素作用于人体，使皮肉、筋骨、脏腑等组织器官出现结构上的破坏和功能上的紊乱，此即为损伤。骨伤科学之范畴中，损伤主要涵盖了骨折、脱位、筋伤和内伤。骨折系指由于外力的作用，破坏了骨或软骨的，完整性和连续性者。

脱位(关节脱位、脱髌、脱臼)，系指外力使构成关节各骨一的骨一端关节面失去了正常的对合关系，发生功能障碍者。筋伤系因外来暴力、慢性劳损或风寒湿邪侵袭等原因所造成筋的损伤，其含义与西医学所指的软组织损伤大致相当。骨伤科学范畴中，的内伤是指由损伤引起的气血、脏腑、经络组织结构破坏及生理功能障碍，其不同于内科领域里一的内伤概念，为了区别，亦称“内损”。

损伤的分类：

按损伤部位分：外伤（皮肉筋骨脉）和内伤（脏腑损伤以及脏腑、气血、经络功能紊乱）。

按损伤性质分：急性损伤（急骤暴力所致）和慢性损伤（劳逸失度或者体位不正确）。

按受伤时间分：新伤（2--3周内）和旧伤（/宿伤）。

按受伤部位破损情况分：闭合性损伤（钝性暴力损伤而无外部创口）和开放性损伤（锐器、火器或钝性暴力，皮肤、粘膜破损，深部组织与外界相通）。

按受伤程度（取决于致伤因素的性质、强度、作用时间长短，受伤部位及其面积大小、深度）分：轻伤和重伤。

按伤者的职业特点分：生活性损伤、运动性损伤、工业性损伤、农业性损伤和交通性损伤。

按致伤因素的理化性质分：物理性损伤、化学性损伤和生物性损伤。

按损伤部位的多少及严重程度分类：单发性损伤、复杂性损伤、多发性损伤（骨折、脱位、筋伤、内伤）。

损伤的外因主要是外力伤害，包括直接暴力，间接暴力，肌肉收缩力和持续劳损力四种。损伤的内因是指由于人体内部变化的影响而致损伤的因素，包括年龄、体质、解剖结构、先天因素、病理因素、职业工种和七情内伤等。

损伤的一般症状体征：疼痛、肿胀青紫、功能障碍。

损伤的特殊症状体征：畸形、骨擦音、异常活动、关节盂空虚、弹性固定。

骨病的一般症状体征：疼痛、肿胀、功能障碍。

骨病的特殊症状体征：畸形、肿块、疮口与窦道、肌肉萎缩、肌肉挛缩。

第三章、诊断

1. 望诊：选择题 测量肢体长度时，应将肢体置于对称的位置上，而且先定出测量的标记，并做好记号，然后用带尺测量两点间的距离。



四肢长度具体测量方法如下：1. 上肢长度：从肩峰到桡骨茎突（或中指指尖）。2. 上臂长度：肩峰至肱骨外上髁。3. 前臂长度：肱骨外上髁到桡骨茎突 或 尺骨鹰嘴—尺骨茎突。4. 下肢长度：髌前上棘到内踝下缘或脐到内踝下缘（适于骨盆骨折和髋部病变时）。5. 大腿长度：髌前上棘到膝关节内缘。6. 小腿长度：膝关节内缘到内踝下缘或腓骨头到外踝下缘。

测量肢体周径时，两肢体取相应的同一水平测量，测量肿胀时取最肿处，测量肌萎缩时取肌腹部。长度测量临床意义：1. 长于健侧伤肢明显增长者，常为脱位的标志，多见于肩、髋等关节向前或向下脱位，亦可见于骨折过度牵引等。2. 短于健侧伤在肢体，多系有短缩畸形之骨折；伤在关节，则因脱位而引起，如髓关节、肘关节之向后脱位等。3. 粗于健侧有畸形且量之较健侧显著增粗者，多属骨折、关节脱位等重证。如无畸形而量之较健侧粗者，多系伤筋肿胀等。4. 细于健侧可为陈旧伤误治而成肌肉萎缩，或有神经疾患而致肢体瘫痪。

重点：抽屉试验：又称前后运动试验，推拉试验，患者坐位或卧位，双膝屈曲 90° ，检者一手固定踝部，另一手推拉小腿上段，如能明显拉向前方约 1cm，即前抽屉试验阳性，提示前交叉韧带损伤；若能明显向后推 1cm 即后抽屉试验阳性，则为后交叉韧带损伤，若前后均能推拉 1cm，即前后抽屉试验阳性，说明前后交叉韧带损伤。

肌力检查—肌力评级标准 0 级：肌力完全消失，无活动。（完全瘫） I 级：肌肉能收缩，但关节不活动。（接近瘫） II 级：肌肉能收缩，关节稍有活动，但不能对抗肢体重力。（重度瘫） III 级：能对抗肢体重力使关节活动，但不能抵抗外来阻力。（轻度瘫） IV 级：能对抗外来阻力使关节活动，但肌力较弱。（接近正常） V 级：肌力正常。（正常）

第四章 治疗方法：1. 内治法分期：①初期：伤后 1—2 周内，多用“下法”和“消法”，治血和理气兼顾。常用攻下逐瘀法，行气活血法、清热活血法；②中期：伤后 3—6 周，多用“和法”和“缓法”，和营生新、接骨续筋，常用和营止痛法、接骨续筋法、舒筋活络法；③后期：伤后 7 周以上，多用“补法”和“温法”，调理脏腑，补益气血。常用补气养血法、补养脾胃法、补益肝肾法。总之，初期以活血化瘀、理气止痛为主，中期以接骨续筋为主，后期以补气益血、强壮筋骨为主。

第六章、骨折 概论

1、骨折的定义：骨的完整性或连续性遭到破坏者，称为骨折。

2、病因病机：①外在因素：直接暴力，间接暴力（一般发生在骨力学结构的薄弱处，分传达暴力和扭转暴力等）、肌肉牵拉，累计应力。②内在因素：年龄和健康状况，骨骼的解剖结构特点（小儿的骨骺分离，老年人的桡骨远端骨折和股骨粗隆间骨折），骨骼本身的病变（骨代谢异常，骨的感染性疾病和骨肿瘤等）。

3、骨折的分类：①根据骨折断端是否与外界相通：闭合骨折、开放骨折。②根据骨折线形态分类：横断骨折、斜行骨折、螺旋形骨折、粉碎骨折、青枝骨折（儿童）、嵌插骨折（常见股骨颈外科颈）、裂缝骨折（颅骨、肩胛骨）、骨骺分离、压缩骨（脊柱、跟骨）。③根据骨折整复后的稳定程度分类：稳定骨折、不稳定骨折：①稳定骨折：复位后经过适当固定不容易发生再移位者，如裂缝骨折、青枝骨折、嵌插骨折、横断骨折、压缩骨折等。②不稳定骨折：复位后易于发生再移位者，如斜形骨折、螺旋形骨折、粉碎骨折等。④根据骨折程度分类：完全性骨折、不完全性骨折。⑤根据骨折后就诊时间分类：新鲜骨折（2—3 周内），陈旧性骨折（2—3 周以上）。⑥根



据受伤前骨质是否正常分类：外伤性骨折、病理性骨折（骨折前骨折部位有病变：骨髓炎、骨结核、骨肿瘤等）。⑦根据骨折后有无神经、重要血管或脏器损伤分类：单纯性骨折、复杂性骨折（合并神经、重要血管或脏器损伤）。⑧骨折移位的分类：成角移位，侧方移位，缩短移位，分离移位，旋转移位。

4. 骨折的诊断要点：1. 病史：有外伤史。2. 临床症状：局部可见疼痛，肿胀，功能障碍。3. 体征：局部压痛，纵轴叩击痛，畸形，骨擦音及异常活动是骨折特有的体征。4. 辅助检查：X线检查。CT、MRI 检查。

5. 骨折的局部情况：（1）一般情况：疼痛、肿胀、活动功能障碍。（2）骨折特征：①畸形：骨折时常因暴力作用、肌肉或韧带牵拉、搬运不当而使断端移位，出现肢体形状改变而产生畸形；②骨擦音：骨折两断端相互碰触或摩擦所产生的音响或摩擦感。一般在局部检查时用手触摸骨折处而感觉到；③异常活动：骨干部无嵌插的完全骨折，可出现如同关节一样能屈曲旋转的不正常活动，又称为假关节活动。

骨折的合并伤和并发症：①合并伤：骨折的同时合并血管、神经、内脏损伤者称之。最常见是脑、脊髓和肺部损伤，其实是周围神经损伤，泌尿系统损伤，血管损伤和腹腔内脏损伤。②并发症：骨折后引发的机体病理性反应称之。并发症分早期和晚期。早期：创伤性休克、感染、脂肪或血管栓塞、急性呼吸窘迫综合症（ARDS），多脏器衰竭（MODS）等。晚期：褥疮、坠积性肺炎、尿路感染、骨化性肌炎、创伤性关节炎、缺血性骨坏死、迟发性畸形和关节僵硬等。

6. 骨折并发症中的缺血性肌挛缩的发病原因和好发部位：是筋膜间隔区综合征产生的严重后果，上肢多见于肱骨髁上骨折或前臂双骨折，下肢多见于股骨髁上或胫骨上端骨折。

7. 骨折并发症之周围神经损伤：肱骨髁上骨折可合并桡神经、正中神经损伤；腓骨小头上端骨折可合并腓总神经损伤。（桡神经损伤出现腕下垂；尺神经损伤出现爪形手；正中神经损伤拇指不能对掌；腓总神经损伤出现足下垂）。

8. 骨折并发症之损伤性骨化的好发部位：关节内或关节附近骨折脱位。

9. 骨折的愈合过程：三期：血肿机化期（骨折后3周内）、原始骨痂形成期（后4-8周）和骨痂改造塑形期（8周以后）。

10. 骨折的临床愈合标准与骨性愈合标准：（1）临床愈合标准：（第2、4项的测定须慎重，防止发生变形或再骨折），①局部无压痛，无纵向叩击痛；②局部无异常活动；③x线照片显示骨折线模糊，有连续性骨痂通过骨折线；④功能测定：在解除外固定情况下，上肢能平举1kg达1分钟，下肢能连续徒手步行3分钟，并不少于30步。⑤连续观察2周骨折处不变形，观察的第一天即为临床愈合日期。（2）骨折的骨性愈合标准：①具备临床愈合标准的条件；②x线显示骨小梁通过骨折线。

11. 影响骨折愈合的局部因素：骨折断面的接触；断端的血运；损伤的程度；感染的影响；治疗方法的影响（固定和运动）影响骨折愈合的整体因素：年龄、健康情况。

12. 骨折的治疗原则：动静结合，筋骨并重，内外兼治，医患合作。



13. 复位：是将移位的骨折恢复到正常或近乎正常的解剖关系。分闭合复位（手法复位、持续牵引复位）和切开复位。

14. 骨折的复位标准：①解剖复位：骨折的畸形和移位完全纠正，恢复了骨的正常解剖结构，对位（指两骨折端的接触面）、对线（指两骨折段在纵轴线上的关系）完全良好。②功能复位：骨折移位虽未完全纠正，但骨折在此位置愈合后，对肢体功无明显妨碍者，称为功能复位。

功能复位的标准：A. 对线：骨折部的旋转移位必须完全矫正。成角移位成人不宜超过 10° ，儿童不宜超过 15° 。B. 对位：长骨干骨折对位至少应达 $1/3$ 以上，干骺端骨折对位至少应达 $3/4$ 左右。C. 长度：儿童下肢骨折缩短不得超过 2cm，成人缩短移位不超过 1cm。

上肢骨折

1. 锁骨骨折：多发生在中 $1/3$ 处，尤以幼儿多见。骨折后，内侧段可因胸锁乳突肌的牵拉向后上方移位，外侧段由于上肢重力和胸大肌的牵拉而向前下方移位。幼儿锁骨骨折多为青枝骨折，骨折往往向上成角（以颈腕吊带保护，限制活动 2-3 周）。较大儿童或成人需复位，常用“∞”字绷带固定 4-6 周。

2. 肱骨外科颈骨折：肱骨近端骨折，老年人多见，女性发病率高。多因跌倒时手掌或肘部先着地，传达暴力所引起。

1) 解剖：肱骨外科颈位于大小结节下缘与肱骨干的交界处，是松质骨和密质骨交界处，是解剖上的薄弱处，故易发生骨折。

2) 临床分型：外展型、内收型和骨折脱位（合并肩关节脱位）3 型，还有裂缝骨折。外展型：上臂在外展位，断端外侧嵌插而内侧分离，多向前、内侧突起成角。内收型：上臂在内收位，断端外侧分离而内侧嵌插，向外侧突起成角。

肱骨外科颈骨折合并肩关节脱位：关节面向内下，骨折面向外上，位于远端的内侧（临床较少见）。

3) 诊断要点：①病史：外伤病史，间接暴力多见；②临床症状：肩部疼痛，肿胀，活动受限；③体征：畸形，局部性压痛，纵轴叩击痛，骨擦音或骨擦感；合并有血管神经损伤者上肢血运，运动及感觉异常；④辅助检查：肩关节正位、穿胸位 X 线检查。必要时加照腋位和肩胛骨切位。粉碎性骨折等行 CT 三维重建。

4) 治疗：无移位骨折，稳定骨折可采用三角巾悬吊患者，3 周后开始活动，有移位进行手法复位。手法整复：①对抗牵引（纠正成角畸形）。②按压手法（纠正向前成角）。③推拉手法（纠正侧方移位）固定方法：夹板固定：超肩关节夹板固定。前、外、后为长夹板，内侧为短夹板（蘑菇头，外展型放在腋窝，内收型放在肱骨内髁上部）。

3. 桡尺骨骨折：又称桡尺骨干双骨折或前臂双骨折，多发生于青壮年，有时可同时发生上下关节脱位 1) 病因病机：直接暴力，间接暴力（传达暴力，旋转暴力） 2) 诊断要点：①病史：有前臂外伤史；②临床症状：前臂疼痛，肿胀，旋转功能障碍；③体征：尺骨和桡骨不同平面同时出现压痛，纵轴叩击痛，重叠，成角，旋转畸形或骨擦音，合并神经损伤有垂腕畸形及虎口区感觉异常；④辅助检查：X 线检查（包桡尺骨干全长）。3) 治疗：外固定：夹板固定，固定时前臂放置在中立位，目的是预防骨间膜挛缩，维持前臂旋转功能。固定时间：成人 6-8 周，儿童 3-4 周。手法整复：拔伸（纠正重叠移位）、分骨（纠正成角及侧方移位）、回旋（纠正旋转移位）、推挤（纠正远端向桡侧移位）、捺正（纠正远端侧方移位）、折顶（纠正远端向背侧移位）

4. 桡骨远端骨折：通常指桡骨远端关节面以上 2-3cm 处发生的骨折。主要发生于中老年人。1. 掌倾角：桡骨远端关节面向掌侧倾斜 $10^\circ - 15^\circ$ ，称掌倾角。2. 尺倾角：桡骨远端关节面向尺侧倾斜 $20^\circ - 25^\circ$ ，称尺倾角。3. 病因病机：间接暴力是主要因素。腕部直接受到暴力，也可导致骨折。4. 分类：按照受伤时手腕的位置：分伸直型（Colles 骨折）和屈曲型（Smith 骨折）两种。5.



餐叉样畸形（枪刺状畸形）：伸直型桡骨下端骨折受伤时手腕处于背伸位，桡骨远端向背侧移位或向掌侧成角时，可见此畸形。6. 锅铲畸形：屈曲型桡骨远端骨折受伤时手腕处于屈曲位，桡骨远端向掌侧移位或向背侧成角时，可见此畸形。7. 诊断要点：①病史：手部着地外伤史；②临床症状：腕部疼痛，肿胀，腕及前臂活动障碍；③体征：腕部环形压痛，畸形，纵轴叩击痛和骨擦音；伸直型骨折呈“餐叉样”或“枪刺状”畸形，屈曲型骨折呈“锅铲”畸形；④辅助检查：X线检查。7. 手法整复：拔伸对抗牵引（纠正重叠移位），捺正推挤（纠正骨折向桡侧移位），腕部掌屈尺偏（纠正远端背侧移位）。对抗牵引（纠正重叠移位），尺倾（纠正远端向桡侧移位，恢复尺顷角），屈腕（纠正远端侧移位），即可复位成功。8. 固定：四夹板固定，其中桡，背侧板要超腕关节（限制腕部背伸及桡偏动作），用三角巾悬吊于胸前，保持4--5周。9. 练功：检查血运，指活动，包扎紧度，嘱患者可作指间关节活动，掌指关节活动。

5. 股骨颈骨折：由股骨头下至股骨颈基底部的骨折称股骨颈骨折。多见60岁以上老人，尤以老年女性。1. 颈干角（内倾角）：股骨颈与股骨干之间构成的内倾角，叫颈干角，正常值在 110° — 140° 之间。颈干角大于正常值为髋外翻，小于正常值为髋内翻。2. 前倾角：股骨颈的中轴线与股骨两髁中点连线所成的角度叫前倾角，正常在 12° — 15° 之间。3. 股骨头血供的三个途径：①圆韧带动脉（营养头下小部分）。②关节囊小动脉（营养颈、大部分头）。③股骨干滋养动脉（从基底部）。④病因病机：多是外旋暴力引起的螺旋形骨折或斜形骨折。⑤骨折分型：按骨折两端关系：外展型（嵌入型，移位少，骨折稳定，血运破坏少，愈合率高），中间型，内收型（错位型，预后差）按骨折部分：头下型（较少见），头颈型（最多见），经颈型（甚为少见），基底型。前三种均属囊内骨折，血供破坏大，骨折难愈合，预后差；基底型属囊外骨折，其血运好，愈合佳。⑥诊断要点：①病史：患者有明显髋部外伤史；②临床症状：髋部疼痛，肿胀，功能障碍，不能站立行走，有部分患者可以站立行走或跛行；③体征：腹股沟中点有明显压痛，患肢有纵轴叩击痛，伤肢出现外旋、短缩，髋、膝轻度屈曲畸形；④辅助检查：髋关节正侧位X线检查。⑦治疗方法：传统疗法：手法整复（手牵足蹬法、屈髋屈膝法），穿丁字鞋（外固定），皮肤牵引，骨牵引，配合中药；手术疗法：三翼钉、加压螺丝钉、多跟克氏钉、带血管植骨、人工髋关节

6. 股骨粗隆间骨折：又叫股骨转子间骨折，即发生在股骨大小转子间部分的骨折。多发生平均年龄70岁的老年人，比股骨颈骨折患者高5--6岁，愈合后易发生髋内翻。（1）病因病机：老年人骨质疏松，下肢突然扭转或跌倒所致。（2）临床分型：3型：顺转子间型（骨折远端上移、外旋），反转子间型（骨折近端外展、外旋，远端向内、向上移位），转子下型以上三者均属不稳定型骨折，容易发生髋内翻。（3）诊断要点：①病史：患者有明显外伤史；②临床症状：老年人跌倒后诉髋部疼痛，髋部任何方向的活动均可以引起疼痛加重，有时疼痛沿大腿内侧向膝部放射；局部可见肿胀和瘀斑。伤后髋部功能丧失，不能站立行走。③体征：患肢大粗隆有明显压痛，叩击足跟部常引起大粗隆处剧烈疼痛，患肢明显缩短、外旋畸形，无移位的嵌插骨折或移位较少的稳定骨折，上述症状比较轻微。④辅助检查：髋关节正侧位X线检查。（4）治疗：骨牵引或穿丁字鞋制动。外固定：胫骨结节骨牵引，适用于所有类型的粗隆间骨折。

7. 股骨干骨折：指股骨转子下至股骨髁上之间部位的骨折。多发于青壮年和儿童，男性多于女性。（1）病因病机：多由高处坠落、车祸或受重物打击、挤压等强大暴力引起。直接暴力：横断或粉碎骨折；间接暴力：斜行或螺旋骨折；儿童：青枝骨折。成人：即使是闭合性损伤，内出血亦多达500-1500ml，早期可能出现休克，大腿挤压伤又可引起挤压综合征。（2）分类：临床上分上1/3骨折、中1/3骨折，下1/3骨折。以中下1/3交界处最多，上1/3或下1/3次之。（3）股骨干骨折的移位机制：①上1/3骨折：骨折近端受髂腰肌、臀中肌、臀小肌和髋关节外旋诸肌的牵拉而屈曲、外旋和外展，而远端则受内收肌的牵拉而向上、向后、向内移位，导致向外成角和缩



短畸形。②中 1/3 骨折：两骨折端除有重叠外，移位无一定规律，多数骨折近端呈外展屈曲倾向，远端向内上方移位，故骨折断端多向前外突起成角。③下 1/3 骨折：受腓肠肌的牵拉骨折远端往往向后移位，严重者易导致腘动、静脉及坐骨神经的损伤。（4）诊断要点：①病史：患者有较严重的外伤史；②临床症状：伤后局部肿胀、疼痛、功能丧失，早期可合并创伤性休克、脂肪栓塞、血管和神经受压损伤。③体征：患肢出现缩短，成角和旋转畸形，局部压痛，可扪及骨擦音、异常活动。④辅助检查：股骨干正侧位 X 线检查。（5）处理：股骨干骨折的急救处理很重要，骨折后大量失血导致失血性休克，因此应把抢救重点放在控制止血，纠正休克，恢复血液动力学稳定上。迅速控制出血，快速补充血容量，临时固定。①积极抢救生命 五项技术，防治休克等。②消除病因：失血性休克，抗休克裤，充气 20--40mmHg 使用 4 小时以内。③处理创伤气胸，伤口。④补充与恢复血容量（全血、血浆、右旋醣酐）。⑤血管活性药物的应用。⑥纠正电解质和酸碱度的紊乱。（6）治疗：手法整复：固定骨盆，双手握小腿，屈髋 90°，屈膝 90°，沿纵轴用力，纠正重叠移位。夹板外固定、行胫骨结节牵引术和手术【陈旧性骨折、畸形愈合】疗法（外支架、髓内针、钢板螺丝钉）。

8. 踝部骨折的固定方法：三夹板固定法，使内翻骨折固定在外翻位，外翻骨折固定在内翻位，夹板必须塑形，不宜作旋转活动，将踝关节固定于 90° 位置 4--6 周。

9. 骨盆骨折：包括两侧髌骨、耻骨、坐骨、骶骨、尾骨及骨连接任带的损伤。本病早期易合并失血性休克、脏器破裂和脂肪栓塞等合并症，严重危及生命。重点：骨盆骨折的分型：按照盆弓断裂程度分类：骨盆边缘孤立性骨折、骨盆环单处骨折、骨盆环双处骨折。骨盆骨折的并发症：①失血性休克；②腹膜后血肿；③尿道膀胱损伤；④神经损伤。处理：由于骨盆骨折后大量失血导致失血性休克，因此应把抢救重点放在控制止血，纠正休克，恢复血液动力学稳定上。迅速控制出血，快速补充血容量，临时固定。

脱位 概论：（1）脱位定义：凡构成关节的骨关节面脱离了正常位置，发生关节功能障碍者称为脱位。（2）临床表现：一、一般症状和体征：疼痛和压痛、肿胀、功能障碍。①疼痛和压痛：关节局部出现不同程度的疼痛，活动时疼痛加剧。关节脱位的压痛一般较广泛。②肿胀：多不严重，且较局限。合并骨折时，肿胀明显。③功能障碍：关节脱位使关节的运动功能丧失或部分丧失。包括主动运动和被动运动。二、特殊体征：关节畸形、关节孟空虚、弹性固定。①关节畸形：关节脱位后，骨关节面脱离正常位置出现，如肩关节的方肩畸形，肘关节的靴样畸形。②关节孟空虚：脱位的骨端，完全脱离了关节孟，造成关节孟空虚，表浅关节比较容易触摸辨别。如肩关节脱位。③弹性固定：由于关节周围肌肉痉挛、收缩，可是脱位后的关节保持在特殊的位置上，被动活动脱位关节时，存在弹性阻力，去除外力后，脱位的关节又回复到原来的特殊位置，称弹性固定。（3）辅助检查：X 线检查。（4）合并伤：骨折、神经损伤、血管损伤（血管挫伤，血管撕裂）。（5）并发症：早期：骨折、神经损伤、血管损伤、感染；晚期：关节僵硬、骨化性肌炎、骨的缺血性坏死、创伤性关节炎

脱位各论 肩关节脱位：又称孟肱关节脱位，是指肱骨头与肩胛盂发生分离移位。好发于 20-50 岁男性。“肩骨脱臼”：（1）病因病机：①直接暴力：肩部着地或背后方受打击。②间接暴力：传达暴力，杠杆作用力。（2）主要病理变化：关节囊撕裂及肱骨头移位，肩关节周围的软组织发生不同程度的损伤，同时合并肩胛盂边缘骨折、肱骨头骨折或肱骨大结节骨折，偶见腋神经损伤。（3）分类：①新鲜脱位，陈旧性脱位和习惯性脱位。②肱骨头的位置：前脱位和后脱位（少见），前脱位还分为喙突下、孟下和锁骨下脱位。（4）诊断要点：①病史：多有摔伤、肩关节撞击伤病史。②临床症状：肩关节肿胀、疼痛、功能障碍。③体征：患者呈现“方肩”畸形，局部肿胀、压痛，肩峰突出，肩峰下空虚，肱骨头移位，弹性固定于 20--30 度外展位；搭肩试验（杜加氏征）



阳性；直尺试验阳性。④辅助检查：肩部正位和穿胸侧位 X 线摄片。（5）治疗：手法复位：手拉足蹬法和牵引回旋法。固定方法：胸壁绷带固定法。

各论

1. 腰椎间盘突出症：指腰椎间盘退变后，在暴力作用下，纤维环破裂，髓核突出于纤维环之外，刺激或压迫脊髓（圆锥）、马尾、血管或神经根而产生的腰腿痛综合征。多见 30—50 岁青壮年，男多女，劳力劳动者多。好发于腰 4-5 与腰 5-骶 1 节段，多表现为坐骨神经痛。（1）病因病机：内因：椎间盘退行性改变；外因：外伤、劳损、受寒。（2）分型：①按照症状和病理变化：膨出型、凸起型、破裂型、游离型、椎体内突出型等。②椎间盘突出部位和方向：中央型突出、后外侧型突出、极外侧型突出等。（3）临床表现：主要症状：腰痛伴下肢放射痛。放射痛部位感觉麻木，无力。（4）诊断要点：①病史：腰部外伤、受寒史。②临床症状：腰痛伴有一侧或双侧下肢放射痛，腰椎活动受限，跛行。腰部活动、屈颈、咳嗽、打喷嚏等可使疼痛加重。③体征：腰肌紧张，脊柱侧弯，棘突旁压痛可伴有放射痛。下肢皮肤感觉减退，肌力下降，肌腱反射减弱。直腿抬高及加强试验阳性。股神经牵拉试验、屈颈试验可阳性。④辅助检查：腰椎 X 线可显示腰椎侧弯，病变间隙狭窄。CT、MRI 和造影显示椎间盘突出压迫神经或硬膜囊。（5）治疗：手法：对抗拔伸、直腿抬高、斜搬伸腿、侧位搬腿、俯卧运腰、俯卧理筋。

2. 腰椎管狭窄症：各种原因造成腰椎椎管、神经根管及椎间孔变形或狭窄，引起马尾神经或神经根受压，病产生相应的临床症状者，称为腰椎管狭窄症，又称腰椎管狭窄综合症。多发于 50 岁以上中老年人，特别是体力劳动者，男多女（1）分类：按病因分：先天性（原发性）椎管狭窄和后天性（继发性）椎管狭窄；按解剖部位分：中央型（主椎管）狭窄和侧方型（侧隐窝和神经根管）狭窄。（2）主要症状：双下肢酸胀，麻木，疼痛，无力和间歇性跛行。（3）间歇性跛行：患者在步行一段距离后出现下肢疼痛麻木，酸胀乏力，坐下或蹲下休息片刻，症状明显减轻，继续行走后，症状再次出现，称之。（4）诊断要点：①病史：有慢性腰腿痛病史。②临床症状：间歇性跛行和腰后伸受限为特征性症状，可伴有腿痛或下肢无力，大小便困难，阳痿甚至两下肢不全瘫痪等症状。③体征：腰过伸试验阳性，重症患者下肢肌肉萎缩无力，皮肤感觉减退，跟腱反射减弱或消失。直腿抬高试验阳性。④辅助检查：X 线显示腰椎退变。脊髓造影，CT 和 MRI 检查可显示硬膜囊呈“蜂腰状”充盈缺损，神经根袖受压及节段性狭窄，甚至全部受阻。

3. 肩周炎：即肩关节周围炎，是以肩部疼痛和肩关节活动障碍为主要特征的一种疾患。多见于 50 岁以上人群。别名“五十肩”，“漏肩风”，“露肩风”“肩凝症（风）”。慢性发病，肩外展试验阳性，即肩外展功能受限，继续被动外展时，肩部随之高耸；重者外展、外旋、后伸等各个方向功能活动均受到严重限制。（1）病因病机：气血不足，血不养筋，肩部陈伤，外邪入侵 肩部骨折脱位，关节囊挫伤，血肿机化粘连，上肢骨折固定过长，关节囊挛缩，活动受限。（2）临床表现：肩周炎起病急骤，疼痛剧烈，肩部肌肉痉挛，肩关节活动受限，中后期疼痛减轻，压痛范围较广，肩关节僵硬，活动困难，关节周围肌肉萎缩痉挛。（3）诊断要点：①病史：起病隐匿。②临床症状：肩痛和肩关节活动受限或僵硬。③体征：肩部可有多个压痛点，肩关节各方向活动受限，甚至肩关节呈僵硬状，肩部肌肉萎缩。④辅助检查：X 线偶见骨质疏松。

骨病

1. 化脓性骨髓炎：因化脓性细菌侵入骨骼，引起骨组织的化脓性感染。“附骨疽”，好发四肢长骨干骺端，10 岁以下儿童。①感染途径：经血液循环（血源性骨髓炎），经开放性创口，经邻近组织感染。②特点：骨质破坏、坏死和新骨形成同时并存。早期以破坏、坏死为主，后期以新骨形成为主，出现三种转归：炎症吸收；形成局限性脓肿；形成弥漫性骨髓炎。③急性化脓性骨髓



炎：临床表现：初期高热期，成脓期，窦道形成期。影像学表现：早期改变不明显，2周后可见骨质疏松，骨小梁开始紊乱，3—4周有骨膜反应。④慢性化脓性骨髓炎：临床表现：全身症状轻，反复发作。局部有窦道，反复流脓液。实验室检查：白细胞总数稍高或不高，X线检查骨膜下层状新骨形成，骨质硬化，密度增加，形成包壳，内有死骨或死腔。

2. 股骨头坏死：分创伤性股骨头坏死和非创伤性股骨头坏死。诊断要点：①病史：常有外伤，长期饮酒或服用激素病史。②临床症状：早期髋部无疼痛，中晚期出现髋部疼痛，严重出现髋部静息痛，有时疼痛沿大腿内侧向膝部放射，跛行，髋部功能受限，内外旋活动受限明显。③体征：腹股沟中点压痛明显，患肢有纵轴叩击痛，“4”字征阳性，托马斯征阳性，屈德仑堡征阳性。④辅助检查：髋关节正蛙位能显示坏死范围和塌陷部位情况。早期股骨头坏死应照双侧股骨头MRI检查。

股骨头无菌性坏死的x线分期：

- I期：股骨头轮廓无改变，多在负重区出现囊性或变成“新月征”。
- II期：股骨头轮廓无明显改变，负重区可见密度增高，周围可出现硬化带；
- III期：股骨头出现阶梯状塌陷或双峰征，负重区变扁，有细微骨折线，周围有骨质疏松征象；
- IV期：髋关节间隙狭窄，股骨头扁平、肥大、增生、可出现向外上方半脱位或脱位，髋臼边缘增生硬化。

骨质疏松症骨折的发生部位比较固定，好发部位为胸腰段椎体、桡骨远端、股骨上段、踝关节等。

颈椎病（定义、分型、病因病机）：1. 定义：颈椎病是指颈椎骨质增生、颈项韧带钙化、颈椎间盘萎缩退化等改变，刺激或压迫颈部神经、脊髓、血管而产生一系列症状和体征的综合征。2. 病因病机：多见于40岁以上的中老年患者，多因慢性劳损或急性外伤引起。3. 分型：①神经根型颈椎病（痹痛型颈椎病）：椎间孔变窄、脊神经受压；②脊髓型颈椎病（瘫痪型颈椎病）：脊髓损害；③椎动脉型颈椎病（眩晕型颈椎病）：椎动脉受压；④交感神经型颈椎病：刺激交感神经。腱鞘囊肿最常见于：腕背部，腕舟骨及月骨关节的背侧，拇长伸肌腱及指伸肌腱之间。

跟腱损伤；跟腱断裂，其主要断面多在跟腱附着点上方3—4cm处。