

成人膝关节滑膜炎诊断与临床疗效评价专家共识

中华中医药学会骨伤科分会

[中图分类号] R68 [文献标识码] A [文章编号] 1005-0205(2016)01-0001-03

膝关节滑膜炎是一种常见的病理改变,而作为一种单独存在的疾病,其中医诊断标准、辨证分型、疗效评价标准以及治疗方法的选择等尚缺乏系统深入的研究。因此,制定统一的中医诊断、辨证分型和评价标准,对于治疗方法的疗效评价和不同治法临床安全性、有效性的比较,以及建立规范化的治疗方案,皆具有重要的现实意义。

中华中医药学会骨伤科分会组织了骨伤科学、医学统计学、循证医学、药物临床研究与评价等方面的专家,就膝关节滑膜炎的中医定义、诊断标准、鉴别诊断、辨证分型和评价标准等问题进行了专题研讨,初步达成一些共识,现整理成文发表,供同道参考,不当之处请批评指正。

1 概述

广义的“滑膜炎”指任何原因引起的滑膜炎症改变,几乎所有的关节炎都可以认为是滑膜炎;而狭义的滑膜炎是指没有特异性病因的滑膜炎症。本文讨论的膝关节滑膜炎仅限于后者。

膝关节滑膜炎一般包括两种类型:Ⅰ型,患者多为老年人,常合并膝骨关节炎,主要是因软骨退变与骨质增生产生的机械性和生物化学性刺激,继发膝关节滑膜水肿、渗出和关节腔过量积液等病理改变。膝骨关节炎虽与膝关节滑膜炎有着密切的联系,但不能完全等同起来,老年人的膝关节滑膜炎往往指以膝关节肿胀积液为主要表现的骨关节炎,但不包括严重的骨关节炎(如严重畸形、关节间隙狭窄和巨大的骨赘形成等),或者说,Ⅰ型膝关节滑膜炎是以滑膜炎为主要病理改变的骨关节炎,往往是骨关节炎发病早期的表现,而晚期骨关节炎则以软骨和/或软骨下骨的病变为主要表现。Ⅱ型,患者以青壮年为主,多因急性创伤和慢性损伤所致,急性膝关节创伤性滑膜炎可合并轻度的半月板损伤、侧副韧带或交叉韧带损伤,关节腔内可有

过量积液,一般上述损伤无需手术修复或重建。有时较轻外伤迁延失治,或长期慢性膝关节劳损,也可导致单纯膝关节滑膜损伤,如无关节内其它结构损伤,也归为Ⅱ型膝关节滑膜炎。

2 诊断标准

根据目前关于膝关节滑膜炎诊断标准的研究和文献记载^[1-4],可归纳出以下诊断依据:

- 1)青壮年,有外伤史或劳损史;
- 2)中老年,尤其体胖者;
- 3)膝关节肿胀;
- 4)膝关节胀闷不适或胀痛;
- 5)膝关节伸直或完全屈曲时感觉胀闷不适或胀痛明显加重;
- 6)触诊皮温可增高,按之波动;
- 7)压痛点不定,可在原发损伤处压痛;
- 8)浮髌试验阳性,或B超、核磁共振检查发现膝关节有过量积液;
- 9)股四头肌萎缩;
- 10)关节穿刺液为黄色或淡黄色液体,表面无脂肪滴。

专家建议:符合3)、4)两项,同时再具备其它任何两项者,即可诊断为膝关节滑膜炎。

3 鉴别诊断

对于以下与膝关节滑膜炎临床表现类似的疾病,应作出鉴别诊断^[5]。

1)类风湿性关节炎:多见于中老年女性,往往累及双侧,临床表现为较长时间的晨僵,多合并手部关节病变。X线可见关节间隙狭窄、软骨下骨囊性变等改变,血液检查可见类风湿因子阳性。

2)风湿性关节炎:多见于儿童及青年,以急性发热及关节肿痛起病。关节红肿热痛,呈游走性,一处关节炎症消退,另处关节起病。X线关节摄片骨质无异常,血清类风湿因子阴性,抗链球菌溶血素、抗链激酶及抗透明质酸酶阳性。

△通信作者:詹红生 E-mail:shgsyjs@139.com

3) 感染性关节炎: 有两种类型, 一种为病原体直接侵犯关节, 如金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌、脑膜炎双球菌、淋球菌及链球菌等感染, 尤其当生败血症时。在原发感染的基础上, 病人出现寒战、高热、受累关节剧烈疼痛, 关节肿胀活动障碍。多为单侧发病, 关节腔穿刺液呈化脓性改变, 涂片或培养可找到细菌。X 线关节摄片可见关节局部脱钙、骨质侵蚀及关节间隙变窄, 易并发骨髓炎及骨膜炎。另一种为感染性变态反应性关节炎, 在感染过程中, 由于细菌毒素或代谢产物所致。如金黄色葡萄球菌败血症、亚急性细菌性心内膜炎、猩红热后关节炎、菌痢后关节炎、脑膜炎后关节炎及布氏杆菌性关节炎等, 主要表现为四肢大关节游走性疼痛, 可有局部红肿。

4) 痛风性关节炎: 多见于男性, 好发部位第一跖趾关节, 可侵犯膝关节。大多起病急骤, 数小时内出现红、肿、热、痛, 疼痛剧烈时患处不能耐受轻微触碰, 同时可出现高尿酸血症, 尿酸结晶沉积于关节附近或皮下, 形成痛性结节。结节逐渐增大, 致使局部畸形及骨质破坏。血清尿酸常可明显上升, 关节腔穿刺或结节活检, 可见到乳白色颗粒和/或粉末, 和/或稠厚乳液状物质, 显微镜下可见针状尿酸结晶。

5) 结核: 患者可有结核病史或与结核病人接触史, 临床表现可出现低热、盗汗、食欲减退、消瘦等中毒症状。有的患者可发生寒性脓肿, 溃破后形成窦道。实验室检查可发现结核敏感试验阳性, 或 OT (结核菌素) 试验阳性。X 线或核磁共振检查常见关节软骨和/或软骨下骨破坏。

6) 色素沉着绒毛结节性滑膜炎: 好发于 20~40 岁青壮年, 多为单侧发病, 性别无差异, 关节穿刺可抽出暗血性或咖啡样液体。核磁共振检查常见结节状的滑膜增生, 伴大量关节积液。

7) 血友病性关节炎: 多见于青少年男性, 常有母系家族史, 平时病人即有出血倾向, 关节积液反复发作, 关节抽液为血性, X 线片表现为骨膜下血肿钙化, 关节间隙狭窄, 关节面不规则, 尤以股骨髁间凹变深加宽为特点。

8) 滑膜软骨瘤病: 从儿童到老年人均可发病, 男女之比为 2:1, X 线典型表现为关节内遍布多个大小不一的钙化或骨化的游离体, 呈环形或点彩状, 界限清晰, 关节腔变窄、骨质侵蚀和骨质疏松很少见。

9) 滑膜肉瘤: 可发于任何年龄, 但以 20~40 岁多见, 男多于女。X 线表现为软组织肿块、局部骨皮质破坏、肿瘤的钙化和骨化。此病好发于关节附近, 呈分叶结节状、密度增高、边界清晰的软组织肿块。其内可见

骨化影, 呈条状或块状轮廓清晰的高密度影。

对于临床表现复杂、直接诊断有疑问的患者, 专家建议采用 X 线、核磁共振、关节腔穿刺、血液和关节液实验室检查, 对于鉴别诊断具有重要意义。

1) X 线检查: 无明显异常, 可排除骨折、骨破坏、关节间隙明显狭窄、关节边缘明显骨赘增生。

2) 核磁共振检查: 仅可见关节积液、滑膜增生, 可排除交叉韧带、侧副韧带、半月板和/或软骨明显损伤 (一般可合并明显的骨挫伤改变)。

3) 关节液检查: 关节液应为黄色或淡黄色液体, 表面无脂肪滴。可排除血性关节液 (骨折、韧带损伤、色素沉着、绒毛结节性滑膜炎)、脓性关节液 (感染性关节炎、结核)、结晶性关节液 (痛风性关节炎)。

4) 血液检查: 血常规、类风湿因子、抗 O、抗链激酶、抗透明质酸酶、尿酸、结核敏感试验和 OT 试验等均在正常范围。可排除感染性关节炎 (白细胞总数及中性比显著上升)、类风湿性关节炎 (类风湿因子阳性)、风湿性关节炎 (抗 O、抗链激酶、抗透明质酸酶阳性)、痛风性关节炎 (血尿酸显著上升)、结核 (结核敏感试验、OT 试验阳性)。

4 中医辨证分型

4.1 湿热阻络证

湿为重浊粘滞之邪, 阻滞气机, 与热邪相合, 则湿热交困。热因湿阻而难解, 湿受热蒸而使阳气更伤。临床表现为关节重痛、红肿, 心中烦热, 口渴口苦, 大便粘腻, 小便赤热, 舌苔黄腻, 脉数或滑数。

4.2 痰饮流注证

痰饮是机体水液代谢障碍所形成的病理产物, 痰得阳气煎熬而成, 炼液为痰, 其质稠粘; 饮得阴气凝聚而成, 聚水为饮, 其质清稀。痰饮随气流行, 流注关节, 使关节经络阻滞, 气血运行不畅。临床表现为关节肿胀、麻木、屈伸不利, 身重神疲, 胸闷, 纳呆, 泛恶, 苔白腻, 脉沉缓。

4.3 脾失健运证

脾主运化, 脾虚则运化失职, 不能升清。轻则出现腹胀纳呆, 肠鸣, 泄泻等; 久则面黄肌瘦, 四肢无力, 而水湿困阻关节可致关节肿胀, 舌质淡, 苔白腻或白滑, 脉沉缓或沉弱。

5 临床疗效评价

膝关节滑膜炎以膝关节的肿胀和疼痛为主要临床表现, 因此临床疗效也可从这两个方面进行评价。

5.1 膝关节肿胀程度

1) 目测法评定膝关节肿胀程度^[6]

轻度为皮肤纹理变浅, 骨标志仍明显; 中度为肿胀

明显,皮肤纹理基本消失,骨标志不明显;重度为肿胀明显,皮肤紧绷,骨标志消失。

2) 分级浮髌试验级别^[7]

挤压髌上囊,行浮髌试验检查。I 级为少量液体;II 级为髌骨轻度隆起;III 级为髌骨明显隆起;IV 级为髌骨无法向股骨髁下压。

3) 膝关节周径

患者取仰卧位,膝关节自然伸直,用皮尺分别通过髌骨上极缘、髌骨上下极缘中点和髌骨下极缘进行测量。测量时,要求皮尺所围成的圈形的水平面与下肢的纵轴保持垂直。可分别计算或取三者的均值。

5.2 膝关节疼痛程度

1) 膝关节疼痛程度评定

让患者对过去 48 h 内感觉到的疼痛程度进行自我评价。评价的结果在一条 100 mm 长的直线上打一个“×”来表示。

无疼痛感 $\overset{0}{|}$ $\xrightarrow{\hspace{10em}}$ $\underset{100\text{mm}}{|}$ 极度疼痛

把“×”越向右划,即表示感到的疼痛越强烈;把“×”越向左划,即表示感到的疼痛越微弱。

2) 关于疼痛的描述

共有以下 5 项,可分别计分或合并成总分进行评价:(1)在平坦的路上行走疼痛;(2)上楼梯或下楼梯疼痛;(3)晚上在床上时疼痛;(4)坐着或躺着疼痛;(5)挺直身体站着疼痛。

6 参加专家共识讨论会名单(排名不分先后)

中国中医科学院骨伤研究所孙树椿、朱立国、张军;上海中医药大学附属曙光医院詹红生、郑昱新、元

唯安;上海中医药大学附属龙华医院莫文、葛京化、王菊勇、倪爽;长春中医药大学附属医院赵文海、冷向阳、闻辉、杨海森、崔英子;福建中医药研究院王和鸣、杨连梓、聂达荣、葛继荣;河南中医学院附属第一医院李慧英、王韬、汪青、段飞;广州中医药大学第二附属医院林定坤、郭达、梁伟雄;河南省洛阳正骨医院郭艳幸、郝军、杜志谦;河北省中医院赵建、田军彪;江西中医学院附属医院汤敏予、高翌;第二军医大学贺佳。

本共识于 2015 年 6 月由中华中医药学会骨伤科分会审定通过。

致谢 本次“关于膝关节滑膜炎诊断、证型及评价标准的专家共识讨论会”,得到神威药业(张家口)有限公司支持,特此致谢!

(执笔及文字整理人:詹红生 郑昱新)

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [2] 孙树椿, 孙之镐. 中医筋伤学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010.
- [3] 韦贵康, 施杞. 实用中医骨伤科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2006.
- [4] 王和鸣. 骨科学[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2007.
- [5] 蒋明. 风湿病学[M]. 北京: 科学出版社, 1995.
- [6] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [7] 吕厚山. 膝关节外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010.

(收稿日期: 2015-09-01)