

第一篇 骨科诊疗技术

第一章 骨科病历与检查

第一节 骨科病历与检查的注意事项

【骨科病历】

骨科病历的书写方法和记录程序与普通外科的病历内容大致相同,但是专科检查要求详细,其特点如下:

(一) 病史

1. 一般材料 姓名、性别、年龄、籍贯、职业、住址(包括永久住址和邮政编码)等均应详细填写,以便分析病情和长期随访时用。

2. 主诉 为病人主要症状及经过的时间。若有两个以上的主诉,应按其重要性依次排列。

3. 现病史 要求对每一个症状,特别是对诊断有决定性意义的和对鉴别诊断有关的症状,要深入了解,加以详细描述。常见的症状有疼痛、跛行、畸形、关节僵硬、无力、功能障碍等,对以上每个症状均应进行分析。例如疼痛应了解:①疼痛发生的情况、日期;是突然起病还是缓慢发生?发病前有无外伤史或其他诱因?是否伴有其他症状?②疼痛的部位;初起是在何处?是否向其他部位蔓延?有无游走性疼痛?③疼痛的性质;是胀痛、酸痛、刺痛、烧灼样痛、麻痛、放射性痛,还是跳痛?④疼痛发生的时间;夜间抑或白天?持续性抑或间歇性?疼痛持续的时间及发作的频率?⑤疼痛程度;过度活动后痛抑或轻活动或不活动也痛?需否服用止痛药?如为下肢疼痛,可描述行走距离和所产生的症状。⑥影响疼痛的因素;与季节、气候有无关系?是否晨起后疼痛?活动后是否减轻?哪些药物可使症状明显减轻?⑦接受过哪些治疗?治疗时间、地点、方法及疗效如何?

4. 过去史 ①外伤史;何时、何处受过哪种外伤,当时的诊断、治疗情

况,此次发病与既往外伤有无联系。②对化脓感染、结核、肿瘤等病人应了解过去有无骨关节以外的病灶。③有无长期或反复接受某些药物(如激素类)或局部注射史。

5. 家族史 对结核、肿瘤、先天性畸形、血友病等病人,应询问家族中是否有同样疾患。

6. 个人史 了解其生长发育期的居住地点和环境,个人职业情况,特别是工种、工作姿势、负荷情况和有无特殊毒物、重金属等接触史。饮食习惯有无偏爱,有无特殊嗜好(如长期饮酒)等。

(二) 体格检查

全身检查与内、外科检查相同。骨科局部检查的记录程序如下:

1. 望诊

(1) 一般情况:营养、发育、神志、面色、体型、皮肤色泽、出汗程度、有无色素斑、丛毛、静脉怒张;如有创面应记录肉芽、分泌物及周围组织情况;肌肉有无萎缩或肥大、松弛或挛缩、痉挛和震颤等。

(2) 躯体及肢体静止时观察:应该从前面、侧面、后面、站位、坐位、卧位观察躯干及肢体的轴线、夹角、生理弯曲有无异常,两侧是否对称,如有畸形应正确使用描述畸形的名称。

(3) 躯干及肢体活动时观察:对躯干及下肢应观察站立、行走、伸屈、旋转、下蹲、跑、跳时的姿势及步态有无异常;对上肢可观察梳头、打结、解扣等动作。

2. 触诊

(1) 压痛:应该从健侧向病变区逐一触诊。手法应先轻后重,以判断压痛部位的深浅。准确的压痛部位对诊断十分重要,为慎重起见,应反复核实,最好附一简图说明。

(2) 皮肤及皮下组织的触诊:检查温度、湿度、张力、弹性、毛细血管充盈情况及是否有凹陷性水肿,有瘢痕组织的应检查与深部组织有无粘连。

(3) 包块:检查大小、范围、深度、硬度与周围组织的关系,表面有无分叶、波动及震颤,所属淋巴结是否肿大。

(4) 异常声音和感觉:如骨摩擦音、皮下捻发音、肌腱的弹跳、关节囊厚韧的感觉。

3. 叩诊

(1) 局部叩击:局部叩击能引起疼痛者,常表示病变部位深。

(2) 纵轴叩击痛:远离伤处,沿肢体纵轴叩击,能诱发出伤处疼痛者,表示伤处骨折。

4. 听诊

(1) 检查中的响声:肢体活动中发出异常的响声,若伴有相应的临床症状,则有诊断意义。响声可来自:①肌腱,如指屈肌腱鞘炎,在手指伸屈时发出的清脆的弹响。②骨骼,骨折断端相互摩擦时,可发出粗糙的摩擦音。③关节,膝关节盘状半月板,在伸屈膝关节时,可发出低沉的弹响。

(2) 听诊器听诊:借骨传导音的听诊,判断有无骨折。如发现有血管杂音,应注意其特点及传导方向和范围。

5. 测量

(1) 关节活动度的测量:

目测法:方法简便、迅速。可嘱被检查者做几项简单动作,如能完成,视为关节活动正常;如某项动作不能完成,再作个别详细检查。如上肢:受检查者立位,双手下垂(肘关节伸直正常);双臂上举,两手合拢,放在颈后(双肩外展、外旋及肘关节屈曲正常);双手置于背后,手指触及对侧肩胛骨下角(肩关节内旋、后伸正常);两肘屈曲肘靠胸壁,掌心朝上能转至掌心朝下(桡尺关节正常)。下肢:双足跟提起,脚尖着地,慢慢蹲下,至足跟能触及臀部,再站起(表示髋关节屈曲、外展,膝关节屈曲、伸直,踝关节背伸,跖屈均正常)。颈部:屈颈时颈部可触及胸骨柄(前屈正常);后伸鼻尖与额部在同一水平(后伸正常);耳垂能触及同侧肩部(侧屈正常);下颌能触及同侧肩部(旋转正常)。腰部:伸膝位,腰前屈手指尖可达足或地面(前屈正常);后伸手指尖达腘窝上方(后伸正常);侧屈手指尖达腘窝同侧膝之侧方(侧屈正常);旋转,双肩连线与骨盆横径交叉角约 30° 为正常。

量角器测量法:方法简便,比较准确,是临床最常用的方法。注意事项如下:①量角器的选择。大关节的伸、屈、内收、外展等活动,常用双臂式量角器测量。前臂旋前、旋后活动度的测量,以罗盘式量角器较为方便。指关节活动度用指关节量角器测量更为准确。②量角器的使用。双臂量角使用前,应先确定夹角相邻的每一肢段的测量轴线,即先在每一肢段两端各确定一个皮下容易摸到的固定骨点,在两点间定出轴线。量角器的两臂可直接贴近轴线测量。而量角器的活铰安放位置要始终一致。罗盘式量角器使用时,应将其缚于肢体上,并使盘面与运动轴垂直。指关节量角器应放在手指背面测定掌屈,放在手指掌面测定背伸。③角度记录方法有以下两种。其

一是国际通用的以中立位为 0° 计算,简称中立位零度法。该法使用方便,近年来广为大家采用。记录时按每一个运动平面的两个相反方向的活动为一组,以中立位为起始点(0°),分别记录其活动的角度。一般将起始点 0° 放在这两个角度的中间。例如肘关节的中立位为上臂与前臂成一条直线,正常屈曲可达 140° ,超伸 5° ,则肘关节的活动度应记录为 $140^\circ - 0^\circ - 5^\circ$ 。假如肘关节活动受限,屈肘 140° ,伸肘距中立位还差 30° ,则肘关节的活动范围应记录为 $140^\circ - 30^\circ - 0^\circ$ 。如果关节发生强直时,只记录其强直的体位。例如髋部病变可记录髋关节强直在 15° 屈曲、 20° 外展和 30° 外旋位。其二以夹角的两个相邻肢段互相移近时形成的角度计算(简称邻肢成角法)。如肘关节伸直为 180° ,屈曲时可成 40° 。④测量中应除去关节周围的附加活动,如测量肩关节活动,应固定肩胛骨;测量髋关节活动时,应固定骨盆。⑤测量中应先测关节主动活动度,后测被动活动度,并分别记录。

(2) 肢体长度的测量:临床常用有目测法、尺测法和X线测量法等。目测法方法简便、迅速,但较粗糙,适用于不合作的患儿。如大腿和小腿:可仰卧,双髋膝屈曲位,双腿并拢,足掌平放在检查台上,分别比较两膝盖的高低。上臂:两侧肩胛冈在同一水平,上臂紧贴胸壁,肘关节屈曲,比较两侧鹰嘴的高低。前臂:两手合掌,两前臂合拢,比较尺骨茎突及手指尖的高低。尺测法较准确,方法简便,适于门诊及住院的大多数病人。应用的皮尺应无伸缩性,测量时两侧肢体应置于对称位置。为了便于测量应将明确的、恒定的骨性标志用笔划出,测量中避免皮肤滑动,以免影响测量结果。X线测量法精确,但需摄X线片,仅在个别病例中应用,如股骨干骨折为判断有无过度牵引,应以X线检查为准。

(3) 肢体及关节周径的测量:以皮尺测量,测量平面应两侧对称;肢体周径的测量,以肌腹最丰满处为宜。

(4) 躯干与肢体轴线测量:正确掌握躯干与肢体轴线测量对疾病的诊断、制定手术计划、检查治疗效果均具有重要意义。例如正常人在站立时前臂于旋后位肘关节应有 $5^\circ \sim 15^\circ$ 的外翻角,亦称携物角,大于或小于这一角度均不正常;下肢伸直位时髌前上棘到第一、二趾间连线经过髌骨中心;站立时躯干背面经枕骨结节的垂直线应通过颈、胸、腰、骶的棘突和双下肢之间;侧面正常躯干轴线,经耳后作一垂线应经过胸椎稍偏前,腰椎稍偏后,经过骨盆、髋关节中心,膝关节中线稍偏前方,踝关节偏后方至足底。

6. 特殊检查 详见各部位检查。

7. 肌力、神经系统、周围血管的检查 详见本章第五、六、七节。

8. 影像学检查 包括正侧位 X 线平片、断层摄影、碘水或空气造影、CT 检查、磁共振检查、血管造影、放射性核素扫描及闪烁照相等,均应记录检查日期及阳性所见。

【检查中注意事项】

1. 全面系统的检查 在详细询问病史的基础上,应养成全面系统地检查病人的习惯。全身及骨科局部检查均按序一一检查,不可遗漏。必要时,应包括邻近上下关节。忽视某些现成的关键材料而不检查,常常是造成错误诊断或医疗纠纷的原因。对急需处理的病人,应先做扼要的重点检查,以便及早治疗,慢条斯理地检查,反复搬动,不仅会增加病人的痛苦,而且会耽误抢救时机,对一些单纯的病例,则应按实际需要进行检查,以免增加工作忙乱。

2. 仔细的对比 有对比,才有鉴别。患侧与健侧对比在骨科检查中很重要。充分地显露是骨科检查和对比的先决条件。检查的房间应有适宜的温度,良好的光源;小儿应尽量脱去衣服,成人可仅穿一短裤;检查女性病人,应有家属或护士在场。一般先进行左右两侧对比,如果两侧均有问题,可选年龄、性别、体型相似的健康人相对比。这样检查虽稍为复杂,但可使诊断更臻于正确。

3. 反复检查 做耐心反复的检查是诊断不可缺少的方法,也是医生认识疾病的重要方法。如长期服用可的松引起股骨头缺血坏死,早期仅有髋关节疼痛及活动受限、X 线摄片所见可为正常,但随着疾病的发展,可出现软骨下骨溶解,股骨头缺血性坏死、股骨头塌陷及半脱位。由此可见,由于疾病的发展,医生认识能力及检查方法局限性,对某些疾病需要做反复检查,才能作出正确诊断。

4. 材料要求准确 熟练而正确地掌握检查方法,使阳性或阴性体征有明确的结果。对肢体长度、周径、关节活动度、肌力强弱、皮肤温度等测量,应有严格的科学性,测量要准确,记录详细,不可粗略估计。

骨科常用的检查工具有:①尺:应备有公制刻度卷尺。②量角器:包括关节量角器、指关节量角器、旋前旋后量角器,如有双向刻度,读数更为方便。③其他:叩诊锤、大头针、音叉、棉花、盛有冷热水的试管、半导体皮肤点温计、握力计,以及为测量下肢短缩长度垫于脚下的木板等。

第二节 上肢检查

肩 关 节

【望诊】

正常肩关节外形为浑圆状,肩关节脱位或三角肌萎缩后则呈“方肩”。由于肩关节周围肌肉丰富,轻度肿胀常不易看出,检查时应注意两侧对比。嘱病人作肩关节各方向的活动,观察有无活动受限及异常活动,如前锯肌瘫痪向前平举上肢,可出现“翼状肩胛”。

【触诊】

肩关节周围常见的压痛点为:肱二头肌长头腱鞘炎,压痛点在结节间沟;冈上肌腱损伤,压痛点局限于大结节的尖顶部。除压痛外应检查肩关节有无异常活动,如肩锁关节脱位,按压锁骨外端可有弹性活动;肱二头肌长头腱滑脱,可在结节间沟触及肌腱的弹跳。

【测量】

肩关节中立位:上臂下垂,屈肘 90° ,前臂指向前方。

1. 关节活动度(图 1-1)

- (1) 前屈: $70^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 。
- (2) 后伸: 40° 。
- (3) 外展: $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 。
- (4) 内收: $20^{\circ} \sim 40^{\circ}$ 。
- (5) 中立位之旋转:内旋 $70^{\circ} \sim 90^{\circ}$,外旋 $40^{\circ} \sim 50^{\circ}$ 。
- (6) 外展位之旋转:与对侧比较。
- (7) 上举: $160^{\circ} \sim 180^{\circ}$ 。

2. 上臂长度测量

- (1) 上肢总长度:测量肩峰至桡骨茎突尖部(其中指指尖)的距离。
- (2) 上臂长度:测量肩峰至鹰嘴突之间距离。

3. 上臂及肩关节周径测量

- (1) 上臂周径:在肱二头肌的中部,取两侧相对应的部位,测其周径。
- (2) 肩关节周径:自肩峰绕至腋窝,使皮尺紧贴皮肤,测量周径并与健侧对比。

【特殊检查】

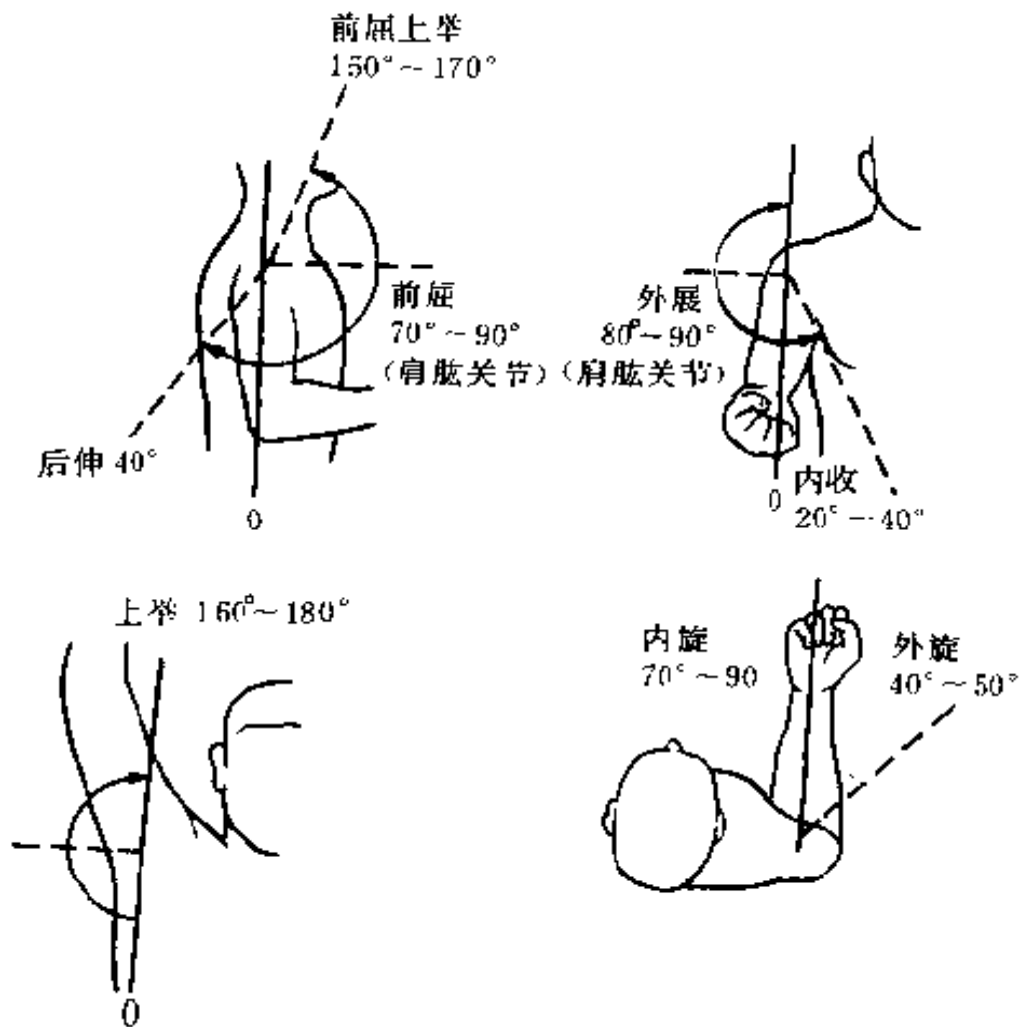


图 1-1 肩关节活动范围

1. Duga 征 患肘关节屈曲,手放在对侧肩关节前方,如肘关节不能与胸壁贴紧,为阳性,表示肩关节脱位。

2. 肱二头肌长头紧张试验 又称为 Yergason 征。嘱病人屈肘并做前臂旋后动作,检查者给以阻力,如肱骨结节关节间沟部位疼痛,为阳性,见于肱二头肌长头腱鞘炎。

3. 直尺试验 正常人肩峰位于肱骨外上髁与肱骨大结节连线之内侧。用直尺的边缘贴在上臂外侧,一端靠近肱骨外上髁,另一端如能与肩峰接触,则为阳性,表示肩关节脱位。

4. Dawbarn 征 患急性肩峰下滑囊炎时,患肢上臂贴在胸壁侧面,肩峰前缘下方可有触痛,如上臂外展,滑囊移位于肩峰下,触痛消失,为阳性。

肘 关 节

【望诊】

1. 有无畸形 肘关节正常“携物角”为 $5^{\circ} \sim 15^{\circ}$ ，大于此角为肘外翻，小于此角为肘内翻。肱骨髁间骨折、肘关节脱位、桡骨头脱位等未经整复者，可造成肘部轮廓的改变。肘关节切除术后，可出现“链枷式”关节。

2. 有无肿胀 肘关节肿胀时，肘后肱三头肌腱两侧饱满。肱骨内或外上髁骨折，肿胀区常较局限。桡骨小头骨折，鹰嘴桡侧正常皮肤凹陷消失。

【触诊】

应包括肘关节周围皮肤张力，压痛的部位，肱动脉的搏动，尺神经硬度及粗细的改变，肿块的性质，部位与活动的关系，以及滑车上淋巴结是否肿大等触诊。

【测量】

肘关节中立位为前臂伸直。

1. 关节活动度(图 1-2)

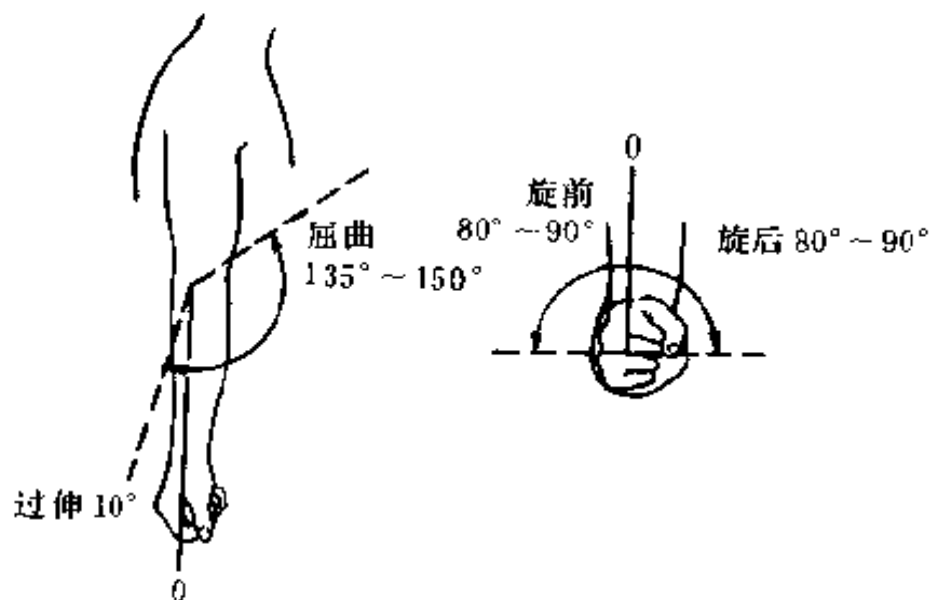


图 1-2 肘关节活动范围

- (1) 屈曲： $135^{\circ} \sim 150^{\circ}$ 。
- (2) 过度伸直： 10° 。
- (3) 旋前： $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 。

(4) 旋后： $89^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 。

2. 前臂长度测量 测鹰嘴至尺骨茎突间距离。

3. 前臂及肘关节周径测量

(1) 前臂周径：前臂最大周径在其上 $1/3$ 。在肱骨内上髁下约 6cm 处测周径，并与健侧对比。

(2) 肘关节周径：自鹰嘴突经肱骨内外上髁至肘皱壁，皮尺紧贴皮肤测周径，并与健侧对比。

【特殊检查】

1. 腕伸肌紧张试验 肘关节伸直，同时前臂旋前，腕关节被动屈曲，能引起肱骨外上髁处疼痛者为阳性，见于肱骨外上髁炎。

2. 肘关节外翻挤压试验 肘关节伸直位，检查者一手抵住肘关节外侧，并使肘关节被动外翻。如有疼痛则为阳性，见于桡骨小头骨折。

3. Huter 线与三角 正常的肘关节于完全伸直位时，肱骨外上髁、内上髁和鹰嘴突三个骨突，在一条直线上；肘关节完全屈曲时，三个骨突构成一等腰三角形。肱骨髁上骨折，这三个点的关系保持正常。肘关节后脱位时，三点关系改变(图 1-3)。

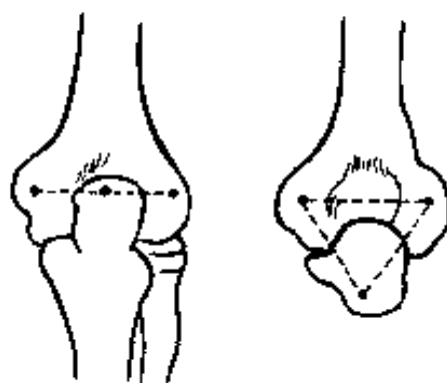


图 1-3 Huter 线与三角

腕 关 节 与 手

【望诊】

常见的畸形有科利斯(Colles)骨折引起的餐叉样畸形，正中神经损伤所致平手，桡神经损伤所致垂腕，尺神经损伤所致爪形手，以及并指、多指、扭扣畸形、鹅颈畸形等。腕关节肿胀以背侧指伸总肌腱两侧明显。鼻咽壶消失常提示有舟状骨骨折。指骨梭形肿胀常见于指骨结核或内生软骨瘤。注意观察手的自然位与功能位是否正常、手及腕部有无包块状等。

【触诊】

自尺桡骨远端向指骨方向依次检查腕及手部压痛的部位及程度，是否伴有肿胀、放射性痛、异常感觉等。掌面应包括大小鱼际及屈肌腱腱鞘盲端部位有无压痛、局部肿块的性质、是否随肌腱活动等。并注意桡骨茎突与尺

骨茎突的解剖关系是否正常。

【叩诊】

手呈桡偏位沿掌骨纵轴方向,叩击第三掌骨头有震痛,则疑有舟状骨骨折。手呈尺偏位沿掌骨纵轴方向,叩击第四掌骨头有震痛,则疑有月骨骨折。

【听诊】

手指屈曲位在伸直过程中,如有弹响,则为指屈肌腱狭窄性腱鞘炎。前臂旋转时,下桡尺关节发生弹响,常为三角软骨盘损伤。

【测量】

1. 腕关节 中立位为手与前臂成直线,手掌向下。

- (1) 背伸: $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$ 。
- (2) 掌屈: $50^{\circ} \sim 60^{\circ}$ 。
- (3) 桡侧倾斜: $25^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。
- (4) 尺侧倾斜: $30^{\circ} \sim 40^{\circ}$ 。

2. 手指关节 中位为手指伸直。

- (1) 掌指关节:伸为 0° ,屈可达 $60^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 。
- (2) 近侧指间关节:伸为 0° ,屈可达 90° 。
- (3) 远侧指间关节:伸为 0° ,屈可达 $60^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 。

3. 拇指 中立位为拇指沿示指方向伸直。

- (1) 外展:可达 40° 。
- (2) 屈曲:掌拇关节可达 $20^{\circ} \sim 50^{\circ}$,指间关节可达 90° 。
- (3) 对掌:不易量出度数,注意拇指横越手掌之程度。
- (4) 内收:伸直位可与示指桡侧并贴(图 1-4)。

4. 腕关节周径的测量 经桡骨茎突及尺骨茎突的尖端,测腕关节周径,并与对侧对比。

【特殊检查】

1. Ecoff 征 病人握掌,拇指在其余四指之下,使腕关节做被动尺偏,桡骨茎突处疼痛为阳性,见于桡骨茎突腱鞘炎。

2. 腕关节尺侧挤压试验 腕关节于中立位,并被动使之向尺侧偏斜并挤压,下桡尺关节疼痛为阳性,见于三角软骨盘损伤、尺骨茎突骨折。

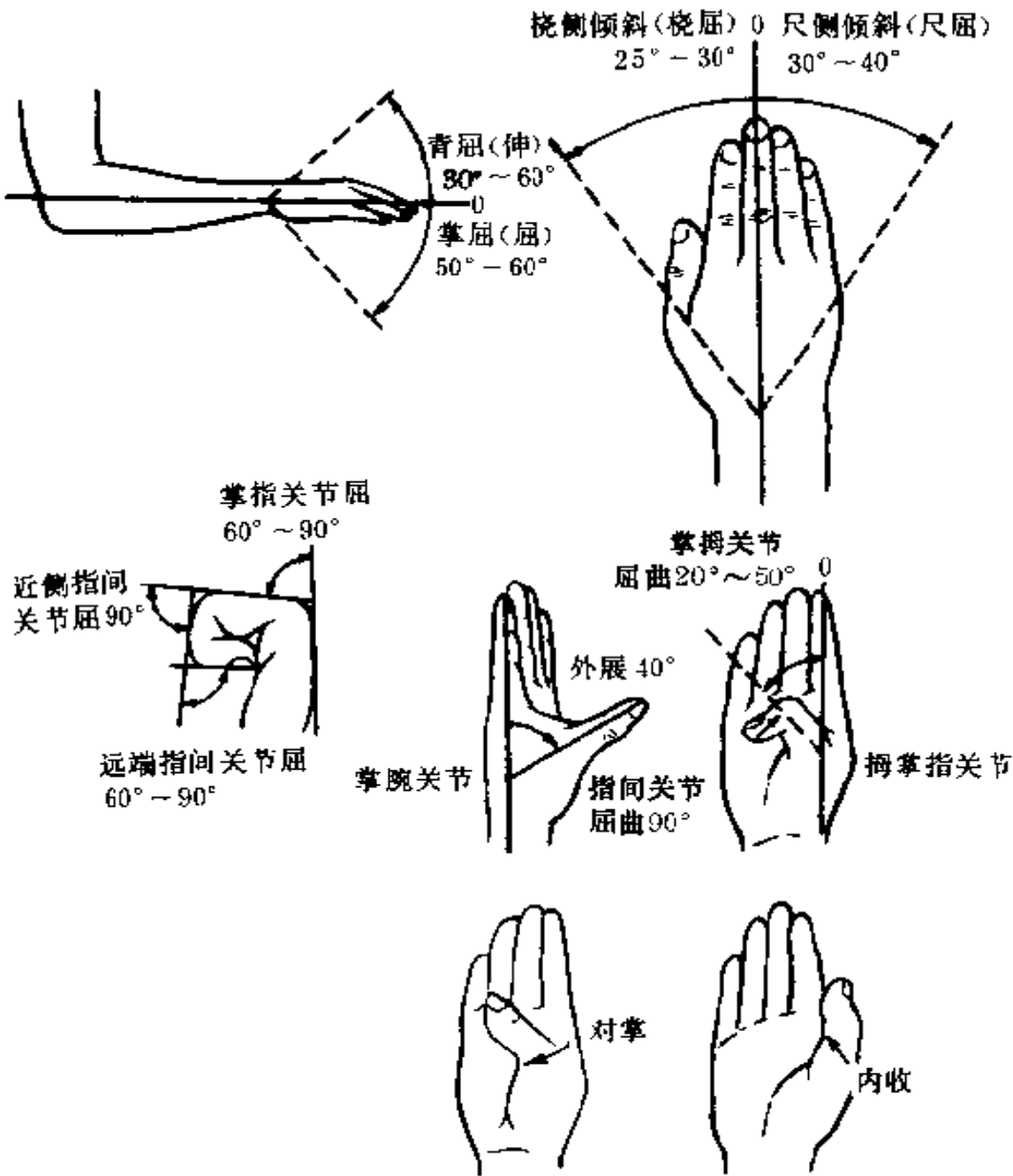


图 1-4 腕关节及手部各关节活动范围

第三节 躯干检查

颈部

【望诊】

注意观察颜面。头部有无发育及姿势畸形；颈部有无特殊部位的瘢痕、

窦道；有无颈椎短缩，发际下移；颈部活动是否受限。

【触诊】

1. 压痛点 落枕压痛点常在斜方肌中点，伴有肌紧张；颈椎病压痛点在 $C_5\sim 6$ 、 $C_6\sim 7$ 棘突旁；前斜角肌综合征压痛点在颈后三角区；颈背肌纤维组织炎压痛点广泛。

2. 包块 新生儿胸锁骨乳突肌上的包块，常为先天性斜颈；颈部侧方如有肿块，应注意与颈部淋巴结肿大、寒性脓肿、囊状水瘤、腮裂囊肿等疾患的鉴别诊断。

【叩诊】

在颈椎棘突旁用叩诊锤叩击时，颈椎病或颈椎间盘突出症可有上肢放射性痛。检查者用拳头，沿颈椎纵轴轻轻叩击头顶，颈椎病常可诱发疼痛。结核或颈部损伤不应做这种检查。

【测量】

中立位为面向前，眼平视，下颌内收。颈部活动度为(图 1-5)：

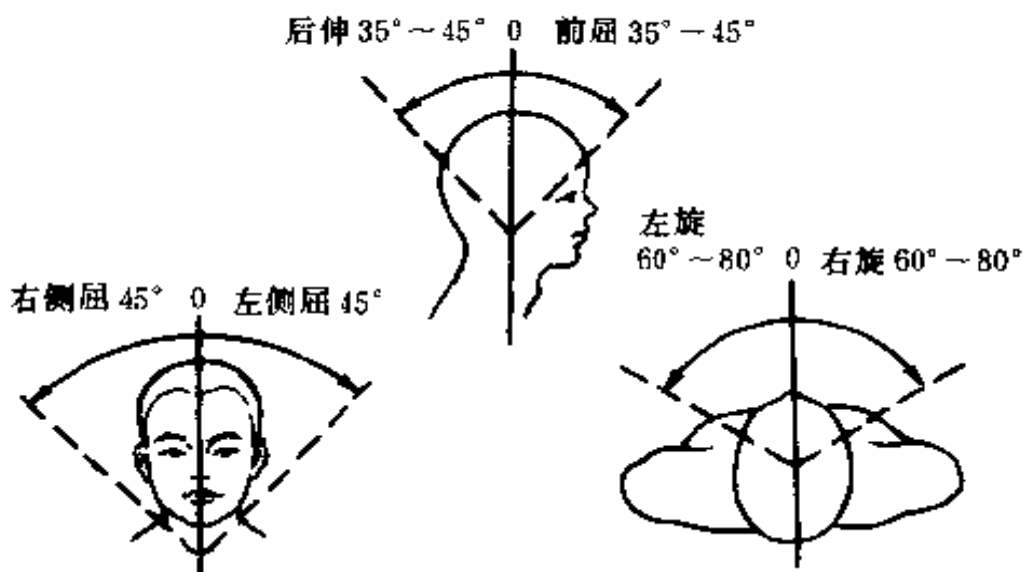


图 1-5 颈椎活动范围

- (1) 前屈： $35^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 。
- (2) 后伸： $35^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 。
- (3) 左右侧屈：各 45° 。
- (4) 左右旋转：各 $60^{\circ} \sim 80^{\circ}$ 。

【特殊检查】

1. 颈部轴位挤压试验 嘱病人坐位,头向患侧的后方倾斜,检查者双手交叉,抱住头顶,沿颈部纵轴向下施加压力,如病人感到疼痛并向上肢放射,为阳性,见于颈椎病。

2. 上臂牵拉试验 坐位,检查者一手将病人头部推向健侧,另一手握病人腕部向外下方牵引,如能诱发患肢疼痛、麻木感即为阳性。见于颈椎病。

3. Adson 试验 病人坐位,头稍向后仰,将下颌转向患侧,深吸气后屏住呼吸,检查者一手抵住患侧下颌,给以阻力,一手摸着患侧桡动脉,如有动脉搏动减弱或消失,为该征阳性,见于前斜角肌综合征。

4. 挺胸试验 正常肋锁间隙约一横指宽,可使锁骨下动脉通过,如肋锁间隙过窄,可使锁骨下动脉受压。检查时病人坐位,两肩外展,两臂后伸,如桡动脉搏动减弱或消失,即为阳性。

5. 问歇跛动试验 病人双臂平举外展 90° 、外旋位,令手指做快速伸展动作,记录时间并观察上肢位置的改变。如病人于数秒内出现前臂疼痛,上肢因疲倦不适而逐渐下垂,为阳性。如手指伸屈动作持续1 min以上,保持原平举位,仅有轻度、不适,为阴性。用于诊断胸廓出口综合征。

腰 背 部

【望诊】

应观察病人一般情况。步态有无异常。坐、立、走、卧时腰背部有无姿势改变。改变体位畸形能否消失,能否自行纠正。侧面应观察有无圆形驼背、角状驼背、腰前突加大、变平或后突。背面观察脊柱侧弯程度与方向,可用色笔依次在各棘突上绘一标志,有无侧弯可一目了然。腰骶部,如有丛毛或色素沉着多见于隐性脊椎裂。腰部疼痛可看到腰部肌肉痉挛。如有腰部窦道、脓肿等应加以描述。

【触诊】

1. 压痛点 腰背部常见的压痛点为:

(1) 棘突上压痛:见于棘上韧带损伤、棘突滑囊炎、棘突骨折。

(2) 棘间韧带压痛:见于棘间韧带劳损。

(3) 脊肋角压痛:在第十二肋与骶棘肌外缘相交处,见于肾脏疾患,第一腰椎横突骨折。

(4) 腰背肌压痛:骶棘肌两侧局限性或较散在压痛,见于腰肌劳损。

(5) 棘突旁压痛:下腰椎棘突旁开1~1.5 cm处压痛,深压可向患肢放射,见于腰椎间盘突出症。

(6) 第五腰椎与第一骶椎棘间压痛:见于腰骶关节劳损、游离棘突、钩状棘突、杓状棘突等(图1-6)。

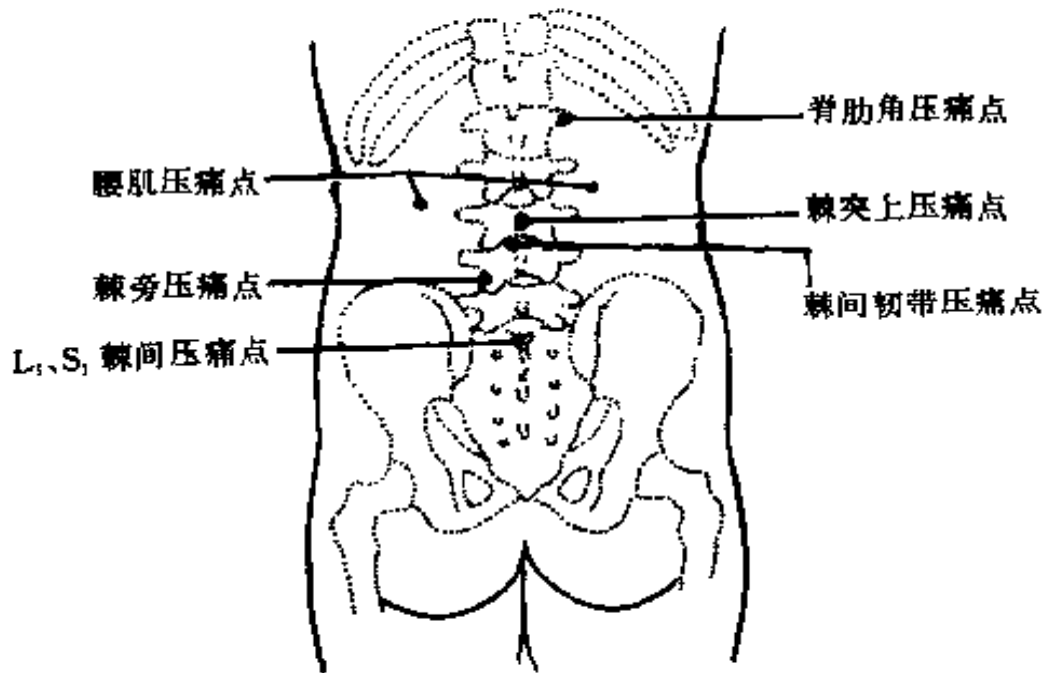


图 1-6 腰部常见压痛部位

2. 与腰椎疾患有关的其他部位触诊 腰椎间盘突出症沿坐骨神经走行处有压痛。腰椎结核应注意两侧腰大肌、髂窝、腰三角、大腿内侧等处有无寒性脓肿。

【叩诊】

深部椎体病变如结核、椎间盘炎等,用叩诊锤或握拳叩击时,出现深部疼痛,而压痛不明显。

【测量】

腰部中立位不易确定。

(1) 前屈:测量数值不易准确,病人直立,向前弯腰,正常时中指尖可达足面,腰椎呈弧形。一般称为 90° 。

(2) 后伸: 30° 。

(3) 侧屈:左右各 30° 。

(4) 侧旋:固定骨盆后脊柱左右旋转的程度,应依据旋转后两肩连线与

骨盆横径所成角度计算,正常为 30° (图 1-7)。

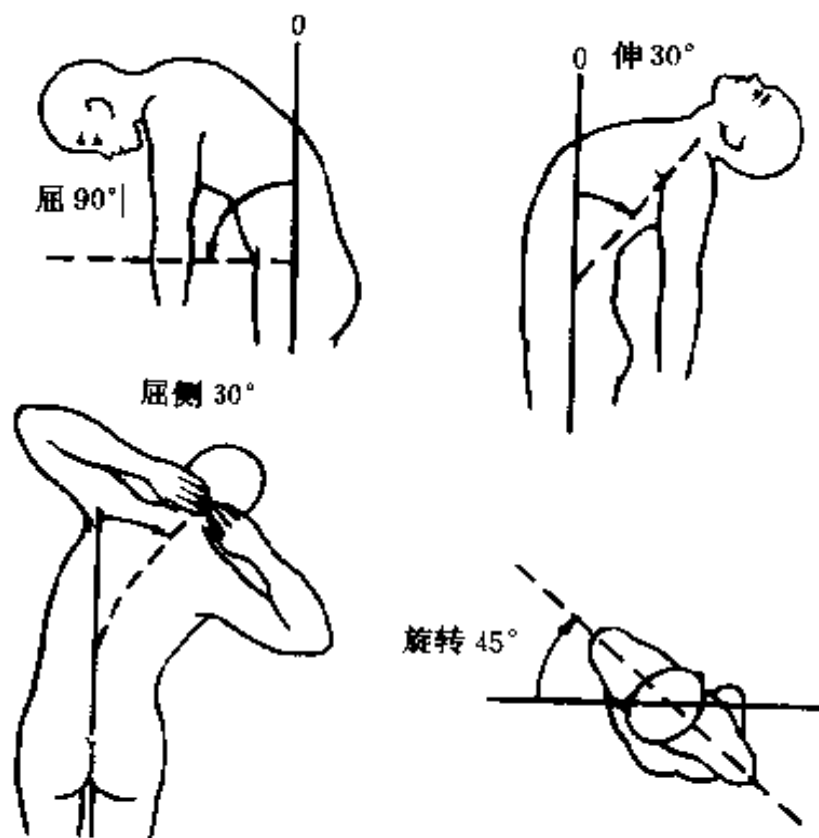


图 1-7 腰部活动范围

【特殊检查】

1. 摇摆试验 病人平卧位,双髋双膝关节极度屈曲,双手抱于膝前,检查者一手扶着双膝,一手从下面托起患者臀部,使腰部做被动屈曲及摇摆活动。如果腰部疼痛为阳性,见于下腰部软组织劳损或腰骶部病变。

2. 直腿高举试验
或称拉塞(Laseque)征。病人平卧位,膝关节伸直下肢被动抬起。正常时可抬高 $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$,如不能抬高到上述范围,记录其抬高角度。将患肢足部被动



图 1-8 拉塞征

背伸,有坐骨神经放射性疼痛则为阳性,见于腰椎间盘突出症(图1-8)。

3. 健腿直腿抬高试验:检查拉塞征后,同法检查健侧,如患肢能引起坐骨神经放射性痛者,为阳性,见于较大的腰椎间盘突出症,或中央型腰椎间盘突出症。

4. 神经压迫试验 病人平卧,髋膝关节各屈 90° ,然后膝关节逐渐伸直,至开始有坐骨神经痛时止,再使膝关节稍屈曲。检查者在此位置上用手指深压股二头肌腱内侧腘窝部之胫神经,如能使患肢产生放射性痛为阳性,见于腰椎间盘突出症。

5. 股神经牵拉试验 病人俯卧位,膝屈曲 90° ,将小腿上提或膝关节屈曲,有沿股神经放射性疼痛者,为阳性,见于第三、四腰椎椎间盘突出症。

6. 拾物试验 不配合检查的儿童,为观察其腰部僵直情况,可将玩物放在地上,引逗患儿拾起。脊柱无病变儿童能弯着腰将物品拾起,脊柱僵硬患儿拾物时先一手压着膝上,再蹲下去拿,而不能弯腰,称为拾物试验阳性,见于腰椎结核。

7. 儿童腰部伸展试验 患儿俯卧,检查者将双小腿提起。正常儿童腰部后伸自如且不痛。脊柱结核患儿,僵直的腰部随臀部抬高床面。

8. 腰部超伸试验 病人俯卧,双膝关节伸直,将患者双下肢抬高床面,使腰呈超伸展位,并用力向下挤压其腰部,如有腰痛为阳性,见于腰椎峡部裂。

骨 盆

【望诊】

应脱去内裤,观察会阴及阴囊有无瘀斑、肿胀;臀部有无瘀痕、窦道、寒性脓肿;站立位,两侧髂前上棘是否在同一平面;髂前上棘与髂后上棘连线与水平线交角加大或减小,正常两者交角为 $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$ 。

【触诊】

1. 压痛点 骨盆环周围的髂嵴、髂前上棘、耻骨横行支、耻骨联合、耻骨降支、坐骨升支、坐骨体、髂后上棘、骶骨、尾骨均可在皮下触及,如骨盆环有损伤,压痛最重部位有定位的意义。

2. 肿块 应注意骶部、髂骨、坐骨结节有无肿块,并注意髂窝内有无寒性囊肿。

3. 肛门指诊 有无骶前脓肿,骶骨、耻骨、坐骨有无肿块。尾骨有无触

痛及脱位。外伤病人如指套沾有新鲜血迹,应考虑合并直肠损伤。

【特殊检查】

1. 骨盆挤压及分离试验 病人仰卧位,检查者分别压在两侧髂脊上,用力向外下方挤压,称为骨盆分离试验;反之,双手将两侧髂骨翼向中心相对挤压,称为骨盆挤压试验。能诱发疼痛者为阳性,见于骨盆环骨折。

2. “4”字试验(又称 Feber 试验) 病人仰卧位,一侧髋膝关节屈曲,髋关节外展、外旋,小腿内收、外旋,将足外踝放在对侧大腿之上,两腿相交成“4”字,检查者一手固定骨盆,一手在屈曲膝关节内侧向下压。如能诱发髋髂关节部位疼痛,则为阳性,见于髋髂关节部位的劳损、类风湿性关节炎、结核、致密性骨炎等(图 1-9)。



图 1-9 “4”字试验

3. 床边试验(又称 Gaenslen 试验) 病人仰卧位,患侧靠床边使臀部能稍突出,以大腿能垂下为宜。对侧下肢屈髋、屈膝,双手抱于膝前。检查者一手扶住髂嵴,固定骨盆,另一手将垂下床旁的大腿向地面方向加压,如能诱发髋髂关节处疼痛,则为阳性(图 1-10)。

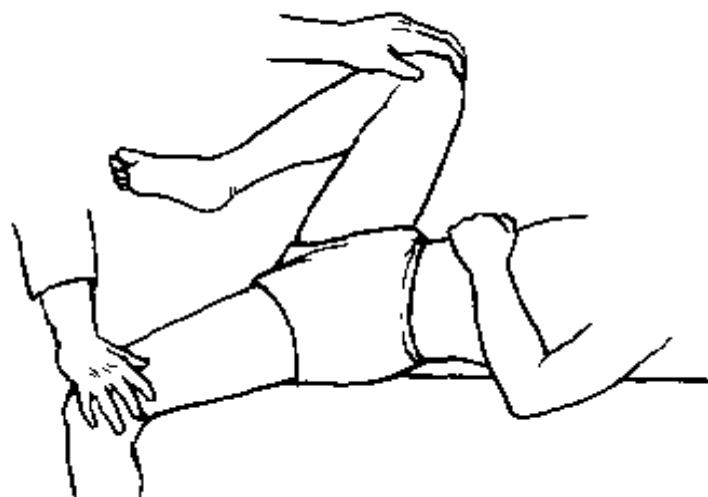


图 1-10 床边试验

4. 伸髋试验(又称 Yeoman 试验) 病人俯卧位,患