

全国中医药高职高专配套教材


供 中 医 骨 伤 等 专 业 用

中医筋伤

学习指导与习题集 第 2 版

主编 涂国卿

中医骨伤
专业

 人民卫生出版社

全国中医药高职高专配套教材
供中医骨伤等专业用

中医筋伤 学习指导与习题集

第2版

主 编 涂国卿

副主编 来 忠 易景红 戴会群

编 者 (以姓氏笔画为序)

汤群珍 (江西中医药高等专科学校)

来 忠 (安徽中医药高等专科学校)

易景红 (湖南中医药高等专科学校)

徐宏举 (山东中医药高等专科学校)

涂国卿 (江西中医药高等专科学校)

戴会群 (四川中医药高等专科学校)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中医筋伤学习指导与习题集/涂国卿主编. —2 版.
—北京: 人民卫生出版社, 2010. 7
ISBN 978-7-117-12911-4

I. ①中… II. ①涂… III. ①筋膜疾病—中医伤科学
—高等学校: 技术学校—教学参考资料 IV. ①R274. 3
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 087396 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

中医筋伤学习指导与习题集 第 2 版

主 编: 涂国卿
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)
地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮 编: 100021
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010-67605754 010-65264830
010-59787586 010-59787592
印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司
经 销: 新华书店
开 本: 787×1092 1/16 印张: 10
字 数: 243 千字
版 次: 2005 年 6 月第 1 版 2010 年 7 月第 2 版第 2 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-12911-4/R·12912
定 价: 17.00 元
打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com
(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

再版前言

本书为全国中医药高职高专卫生部规划教材第2版《中医筋伤》的配套用书，供全国中医药高职高专院校骨伤专业使用。在修订过程中我们以骨伤专业教学计划和本课程教学大纲为基础，以2009年出版的全国中医药高职高专卫生部规划教材第2版修订教材为依据，以学生必须掌握的基本理论、基本知识和基本技能的“三基”内容为主要素材，力求体现中医骨伤特色和高职高专教育的特点，同时还参考了国家助理执业医师考试的有关题型和要求，集体修订编撰而成。

此次修订在突出中医、筋伤临床、基本知识的原则下，合理删减了部分内容；纳入了近年来骨伤领域中成熟的新知识、新技术、新成果的知识点，同时合理地扩展了各章节习题与试题涉及的知识范围。如在第二章中纳入了辨证治疗技能中热敏灸疗法、腕踝针、中药熏蒸疗法、穴位注射疗法等简便、廉效、实用的治疗技术与方法；在第三章至第五章筋伤常见病中增补了颈椎间盘突出症、腰臀部筋膜炎等筋伤疾病的诊治内容；在附篇内伤病证中增加了脑海损伤、肾挫伤等的相关内容。这样的修订，既有利于学生加深对教材内容的理解和掌握，又能达到教学大纲规定的知识教学目标、能力培养目标和素质教育目标，同时又有利于指导学生适应和参加国家助理执业医师考试，并为今后适应临床工作打下基础。

本习题集采取分工修订编写的形式完成。具体修订分工为：第一章概论由徐宏举讲师及涂国卿教授修订；第二章筋伤学基础由汤群珍副教授修订；第三章躯干部筋伤由涂国卿教授修订；第四章上部筋伤由涂国卿教授及戴会群副教授修订；第五章下部筋伤由来忠讲师修订；附篇内伤病证由涂国卿教授及易景红副教授修订。全书由主编统稿。

本习题集虽经修订，但限于作者水平，不足之处，仍在所难免，所以衷心地希望各院校师生在使用过程中发现问题，及时提出宝贵意见，以便下一版时进一步完善。

《中医筋伤学习指导与习题集》编委会

2009年11月

题型简介与解题说明

本书覆盖了《中医筋伤》第2版教材内容的90%以上,其中教学大纲要求掌握的内容占总题量的60%左右,要求熟悉的内容占总题量的30%~35%,要求了解的内容占总题量的5%~10%;主要题型为选择题(A₁、A₂、B型题)、名词解释、填空题、简答题、论述题(含病案分析)、判断题、是非改错题等7种规范化题型,删去了上一版的X型多选题;各章列有学习重点、难点解析、学法指导、习题及其参考答案,书末附有模拟试卷及参考答案,便于学生进行达标自测、自评、自我反馈矫正,也可供教师评分及组卷时参考。

一、题型简介

根据试题的性质分为客观性试题和主观性试题,以客观性试题为主。

(一) 客观性试题

包括选择题(最佳选择题、配伍选择题)、名词解释、填空题、判断题、是非改错题。

1. 选择题 选择题是由题干和若干个备选答案所组成。题干被叙述成1个完整的问句或表达成1个可与选项相接的陈述句。这类题的作用是对考生明确提出问题,主要考核学生对知识的记忆、理解和简单分析及应用能力。

(1) A型题(最佳选择题):包括A₁型题和A₂型题。

A₁型题由1个叙述性题干和5个备选答案组成。其中可包含2个以上正确答案或部分正确但非最佳的答案。该题型考核的是对知识的记忆、理解和简单应用。

A₂型题由1个叙述性题干(1个小病例或1个问题情景)和5个备选答案组成。该题型主要考核对知识的分析能力。

(2) B型题(配伍选择题):由若干道考题共用一组选项(5个)备选答案。每道题只能选择其中最合适的1个答案。该题型主要考核对密切相关知识的辨析能力。

2. 名词解释 要求简要解释某一概念、基本原理及临床意义。主要考核对知识的记忆和理解。

3. 填空题 提出1个不完整的陈述句,要求考生填空,可空1处,也可空几处。主要考核对知识的记忆和理解,同时也考核对知识的应用能力。

4. 判断题 此题型主要用于考核对知识的记忆、理解和判断能力。

5. 是非改错题 出题时对答案为错误的题只设一两处错误;答题时要对题目叙述的正确与否作出分析判断。此题型主要用于考核对知识的记忆、理解和判断能力。

(二) 主观性试题

包括简答题和论述题(含病案分析题)。

1. 简答题 将学过的两三个知识点围绕问题中心，用自己的语言扼要阐明。主要考核对知识的简单应用、分析和综合能力。

2. 论述题（含病案分析题） 将学过的多个知识点，综合运用到较复杂或较抽象的问题、情景中去。该题型（含病案分析题）着重考核的是学生综合应用知识及创见能力。

二、解题说明

（一）客观性试题

按客观标准进行解题。

1. 选择题

（1）A型题：要求从备选答案中选出1个最佳答案。

（2）B型题：要求从备选答案中选出1个最合适的答案。每个备选答案可选用1次，也可被重复选用，或1次也不被选用。

2. 名词解释 要求解答简明、正确，对概念的解释应概括其基本特征。

3. 填空题 要求按空格出现先后顺序列出答案，填写的必须是关键的、重要的字、词。

4. 判断题 要求对题型正确与否作出判断。学生答题时，如判断为错，则在题后括号内打“×”；如判断为对，则在题后括号内打“√”。

5. 是非改错题 要求对题型正确与否作出分析判断。学生答题时，如判断为错，则在错误部分以下画线标注，在错处填入更正内容；如判断为对，则在题后（ ）内打“√”。

（二）主观性试题

解题应注意答案的规范和技巧性，尽可能做到解题客观化，避免人的主观心理因素影响。

1. 简答题 要求围绕问题的中心作简明的阐述。

2. 论述题 要求按解答方向，理论结合实际（含病例分析）作扼要的分析、归纳、总结、评价或论证。应抓住有关要素融会贯通，论述深入确切，要点分明。

目 录

第一章 概论	1
学习重点	1
难点解析	1
学法指导	2
习题	2
参考答案	4
第二章 筋伤学基础	6
学习重点	6
难点解析	7
学法指导	10
习题	11
参考答案	23
第三章 躯干部筋伤	32
学习重点	32
难点解析	33
学法指导	34
习题	35
参考答案	50
第四章 上部筋伤	65
学习重点	65
难点解析	66
学法指导	67
习题	67
参考答案	79
第五章 下部筋伤	90
学习重点	90
难点解析	91
学法指导	92
习题	93

参考答案·····	108
附篇 内伤病证·····	121
学习重点·····	121
难点解析·····	122
学法指导·····	123
习题·····	124
参考答案·····	134
附 模拟试卷及参考答案·····	145

第一章 概 论

学习重点

1. 筋 是指人体皮肤、皮下筋膜、肌肉、肌腱、腱鞘、韧带、关节囊、关节软骨、周围神经及血管等组织。

2. 筋伤 又称软组织损伤,是指各种暴力或慢性劳损等原因导致上述软组织的损害。

3. 中医筋伤学 是研究各种原因导致筋的损伤及其受损的病因病理、诊断、辨证治疗和预防的一门临床学科。

4. 中医筋伤学发展史各阶段的重要成就 ①奠基时期:《黄帝内经》奠定了中医筋伤学的理论基础。如“肝主筋,肾主骨”、“气伤痛,形伤肿”、“五劳所伤,久视伤血,久卧伤气,久坐伤肉,久立伤骨,久行伤筋”等。②形成时期:唐·蔺道人《仙授理伤续断秘方》是我国现存最早的骨伤科专著。③发展时期:元·危亦林《世医得效方》总结了元代以前的骨伤科成就,将伤后三期用药总结为初期活血化瘀、中期养血舒筋、后期培补肝肾等,此三期用药原则在筋伤治疗中同样具有重要意义。④全盛时期:明·薛己《正体类要》指出:“肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和”,强调了整体观念与辨证诊治。清·吴谦《医宗金鉴》提出了“摸、接、端、提、推、拿、按、摩”八法,提到了用摸法诊断筋伤,以按摩推拿等手法进行外治;至今骨伤科仍把“推、拿、按、摩”手法列为治疗筋伤手法的四大类型。清·王清任《医林改错》善用活血化瘀的方剂如血府逐瘀汤、身痛逐瘀汤等治疗筋伤,至今仍为骨伤科医生所尊崇。

5. 人体外部损伤及筋伤的关系 一般来说,筋伤不一定伴有骨折、脱位或骨病,但是骨折、脱位或骨病往往都伴有不同程度的筋伤,有时骨折愈合或脱位整复后往往遗留有筋的损伤。

难点解析

1. 筋伤学的含义、性质及范围 是本章节的一个难点。要正确掌握这个难点,必须弄清筋的范畴,它包括哪些组织,明确这个概念对筋伤及筋伤学含义、性质及范围的理解是非常重要的。

2. 筋伤与骨折、脱位等的关系 也是本章节的另一个难点。各种暴力或慢性劳损均可引起皮、肉、筋、骨的疾病,搞清楚它们之间存在着怎样的内在关系,有助于对筋伤与人体外部损伤之间关系的理解。

学法指导

1. 在学习“筋伤学的含义、性质及范围”时，要注意以下几点：

(1) 首先弄清筋的范畴：它包括人体皮肤、皮下筋膜、肌肉、肌腱、腱鞘、韧带、关节囊、关节软骨、周围神经及血管等组织；筋伤就是指上述软组织的损害，其中要强调的是筋伤包含关节软骨及其神经、血管的损害。

(2) 正确理解筋伤与骨折、脱位等的关系：筋伤就是指人体皮肤、皮下筋膜、肌肉、肌腱、腱鞘、韧带等软组织的损害，不一定伴有骨折、脱位或骨病；但是骨折、脱位或骨病往往都伴有不同程度的筋伤，有时骨折愈合或脱位整复后往往遗留有筋的损伤。

2. 在学习“筋伤学发展简史”时，要注意以下几点：

(1) 了解筋伤学整个发展史的分期。

(2) 掌握每个时期的学术成就、代表医家及著作。

习 题

一、选择题

【A型题】

1. 我国现存最早的骨伤科学专著

- A. 《黄帝内经》 B. 《正体类要》 C. 《世医得效方》
D. 《诸病源候论》 E. 《仙授理伤续断秘方》

2. 中医筋伤学发展的全盛时期

- A. 隋唐 B. 唐宋 C. 明清
D. 战国前 E. 秦汉

3. “肢体损伤于外，气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和。”见于

- A. 《金匱要略》 B. 《诸病源候论》 C. 《正体类要》
D. 《黄帝内经》 E. 《难经》

4. 下列何书为中医筋伤学的形成奠定了理论基础

- A. 《黄帝内经》 B. 《医宗金鉴》 C. 《仙授理伤续断秘方》
D. 《太平圣惠方》 E. 《正体类要》

5. 哪位医家提出了伤后三期用药原则

- A. 唐·蔺道人 B. 唐·孙思邈 C. 元·危亦林
D. 明·薛己 E. 清·吴谦

6. 提出正骨八法的医家

- A. 元·危亦林 B. 清·吴谦 C. 明·薛己
D. 晋·葛洪 E. 唐·蔺道人

7. 以下哪项不属于筋的范畴

- A. 人体皮肤 B. 韧带 C. 椎间盘
D. 骨骼 E. 肌腱

6. 元代·危亦林《世医得效方》将伤后三期用药总结为初期_____，中期_____，后期_____。

7. 中医筋伤学是研究各种原因导致的_____的损伤及其受损的病因病理、_____和_____的一门课程。

四、简答题

简述人体外部损伤与筋伤的关系。

五、论述题

论述中医筋伤学发展史各阶段的成就。

六、判断题（对者打√，错者打×）

1. 提出正骨八法的著作是《仙授理伤续断秘方》。
2. 筋伤不一定伴有骨折、脱位，但是骨折、脱位往往都伴有不同程度的筋伤。

七、是非改错题（对者打√，错者在其处以下划线标注，并予以纠正）

1. 《医宗金鉴》将正骨手法归纳为“摸、扣、端、提、推、拿、按、摩”八法。
2. 中医筋伤学是研究各种原因导致骨骼的损伤及其受损的病因病理、诊断、辨证治疗和预防的一门临床学科。
3. 元·危亦林《世医得效方》治疗伤后三期用药为初期舒筋活血、中期养血舒筋法、后期培补肝肾法。

参 考 答 案

一、选择题

【A型题】

1. E 2. C 3. C 4. A 5. C 6. B 7. D 8. D 9. C
10. E 11. A 12. E 13. D 14. E

【B型题】

15. B 16. A 17. C

二、名词解释

1. 筋伤又称软组织损伤，是指各种暴力或慢性劳损等原因导致人体皮肤、皮下筋膜、肌肉、肌腱、腱鞘、关节囊、椎间盘、周围神经及血管的损害。
2. 中医筋伤学为中医骨伤科学的重要组成部分，是研究各种原因导致筋的损伤及其受损的病因病理、辨证诊断、治疗和预防的一门临床学科。
3. 五劳所伤是指久视伤血、久卧伤气、久坐伤肉、久立伤骨、久行伤筋。
4. 正骨八法即摸、接、端、提、推、拿、按、摩八种治疗手法。

三、填空题

1. 椎间盘 肌肉 周围神经 血管
2. 气血 营卫 脏腑
3. 摸 接 端 提 推 拿 按 摩
4. 筋 骨 痛 肿
5. 血 气 肉 骨 筋

6. 活血化瘀 养血舒筋 培补肝肾

7. 筋 诊断 辨证治疗 预防

四、简答题

人体外部损伤与筋伤的关系：一般来说筋伤不一定伴有骨折、脱位或骨病，但是骨折脱位往往都伴有不同程度的筋伤，有时骨折愈合或脱位整复后往往留有筋的损伤。

五、论述题

中医筋伤学的发展共分为七个阶段，各阶段的主要成就为：

(1) 萌芽时期（战国以前）：人们在生活中获得了用按摩、药物、固定治疗筋伤的原始疗法。

(2) 奠基时期（战国至秦汉时期）：《黄帝内经》、《难经》、《伤寒杂病论》等医籍相继问世，奠定了中医筋伤学的理论基础。

(3) 形成时期（两晋至隋唐时期）：形成独立的临床学科；我国现存最早的骨伤科专著《仙授理伤续断秘方》问世。

(4) 发展时期（宋金元时期）：元·危亦林《世医得效方》总结了元代以前的骨伤科成就，奠定了筋伤治疗内外用药的基本原则。

(5) 全盛时期（明清两代）：明代设有“跌伤科”，清代设有“正骨科”；出版了大量骨伤科专著；筋伤的理论及临床实践得到了前所未有的发展。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》总结出“正骨八法”；王清任《医林改错》设立了活血化瘀系列方剂。

(6) 危机时期（晚清至民国时期）：中医筋伤学濒临消灭，其诊疗技术依赖师授家传得以延续。

(7) 全新时期（中华人民共和国成立至今）：整理并出版了大量的骨伤科专著；成立了骨伤科各种学术研究团体、专业学会等；国内外医疗和学术交流频繁。

六、判断题

1. × 2. ✓

七、是非改错题

1. 扣（接） 2. 骨骼（筋） 3. 舒筋活血（活血化瘀）

（徐宏举 涂国卿）

第二章 筋伤学基础

学习重点

1. 筋伤的临床表现 全身症状和局部症状（疼痛、肿胀、畸形、功能障碍）。
2. 筋伤的常见并发症 慢性肿胀、肌肉萎缩、关节僵直、骨质疏松、钙化与骨化、创伤性关节炎、关节脱位、撕脱性骨折和痹证。
3. 感觉检查 主要查痛觉和温度觉，其次查位置觉、震动觉和触觉。
4. 运动检查 包括肌容积、肌力、肌张力检查三方面。主要查肌力，肌力分为六级（0级、1级、2级、3级、4级、5级）。
5. 反射检查 包括浅反射、深反射和病理反射三种。浅反射主要包括腹壁反射、提睾反射、肛门反射、臀反射；深反射包括肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨膜反射、跟腱反射、膝腱反射；病理反射包括霍夫曼征、巴宾斯基征、戈登征、奥本海姆征、髌阵挛、踝阵挛。
6. 理筋手法的适应证 ①各种急、慢性闭合性筋伤而筋没有完全断裂者。②骨关节及筋脉有轻度解剖移位者。③风寒湿邪入侵肢体，凝结筋骨之间，引起肢节疼痛，活动不利者。④急性筋伤失治或误治所致关节僵硬者。⑤骨折、脱位后遗症肌肉萎缩或关节僵直者。⑥筋伤并发其他病症者。
7. 理筋手法的禁忌证 ①各类急性传染病、皮肤病及恶性肿瘤者。②急性损伤早期瘀血肿胀严重或疼痛剧烈者，以及肌腱大部分或完全断裂者。③诊断不明确的急性脊柱损伤伴有脊髓损伤症状者。④伴有出血倾向的血液病患者。⑤伴有严重内脏器质性病变者禁用或慎用。⑥处于精神病发作期的患者慎用。⑦妇女妊娠期或月经期慎用。⑧极度疲劳、过饥、过饱、醉酒者慎用。⑨年老体弱、骨质疏松、脊柱重度滑脱者慎用。⑩对手法有恐惧心理，不能合作者慎用。
8. 常用理筋手法 手法是指医者应用双手在患者体表特定部位或穴位上施行不同的动作，以调节人体生理、病理状态，从而达到防治疾病目的的一种外治疗法。手法的基本要求持久、有力、均匀、柔和、深透。常用的理筋手法有滚法、揉法、捏拿法、按压法、摩擦法、击法、抖法、摇法等。
9. 封闭疗法 是在损伤或有病变的部位，注射局部麻醉药或加适当的其他药物，从而达到阻滞神经末梢、消除肌紧张、抑制炎症渗出、消肿止痛等作用的一种疗法。常用药物有利多卡因、醋酸曲安奈德、醋酸泼尼松龙、地塞米松、复方倍他米松等；常用方法有压痛点封闭、神经根封闭、腱鞘内封闭、硬膜外封闭等。

难点解析

1. 筋伤的病因 筋伤的外因与内因的关系是本章节的一个难点。在学习时要注意正确理解外因为非常之因，在筋伤致病中占据重要地位，它主要指外力伤害与持续劳损及外感六淫之邪；内因是指受人体内部因素导致的筋伤致病因素，主要包括患者的年龄、体质、解剖结构及职业工种等。二者相互作用、相互联系、相互影响。

2. 筋伤的病理 是本章节的一个难点。筋伤后除引起受伤部位疼痛、肿胀、功能障碍等局部的病理变化之外，还常导致脏腑、经络、气血等功能紊乱，从而引发一系列全身反应。筋伤疾患与五脏六腑均存在相关联系，但与肝、脾、肾最为密切。肝藏血、主筋，脾司运化、主肌肉，肾藏精、主骨，因此，在筋伤治疗中，尤其对于年老体衰及久病的患者，要注重肝、脾、肾的调养。

3. 筋伤的分类方法 是本章节的另一个难点。在学习时要注意正确理解以下四点：

(1) 按受伤的外力性质分类：①扭伤是指间接暴力使肢体和关节周围的筋膜、肌肉、韧带等软组织过度扭转牵拉而引起损伤。②挫伤是指由于直接暴力打击、冲撞、挤压肢体局部而引起的皮肤、皮下组织、肌肉、肌腱等组织的闭合性损伤。③碾挫伤是指因钝性物体推移挤压或旋转挤压的外力直接作用于肢体，引起受伤部皮下及深部组织等的严重损伤。

(2) 按受伤时间的急缓分类：①急性筋伤多是由于突然暴力造成的损伤，一般指伤后不超过2周的新鲜损伤。②慢性筋伤可分为原发性筋伤与继发性筋伤两类。原发性筋伤指较小外力长期作用于人体某部筋的慢性累积性损伤。继发性筋伤指急性筋伤失治或误治，迁延日久而致的慢性软组织损伤。筋伤后超过2周末愈者，即属慢性筋伤，中医又称陈伤。

(3) 按受伤的程度分类：①撕裂伤是由于扭、挫、牵拉等强大外力导致筋局部发生撕裂性损伤。②断裂伤是指外力的作用使肢体局部之筋发生断裂的损伤。③骨错缝是指可动关节和微动关节在外力作用下发生微细移位。

(4) 按伤后皮肤有无伤口分类：①开放性筋伤是因外来暴力导致肢体局部皮肤破损，造成伤口，使皮下及深部组织与外界相通，称为开放性筋伤。②闭合性筋伤是因外来暴力导致肢体损伤，但损伤部位皮肤保持完整者，称为闭合性筋伤。

4. 特殊的摩擦音 是筋伤闻诊检查中的一个难点，学习时应注意以下几点：

(1) 肌腱与腱鞘摩擦音：肌腱周围炎在检查时多可闻及捻发音，常见于有渗出的腱鞘周围，好发于前臂的伸肌群、大腿的股四头肌和小腿的跟腱部。如指屈肌腱腱鞘炎，可在手指做屈伸动作中，闻到弹响声，称为扳机指。

(2) 关节摩擦音：多见于退行性关节炎患者，在活动关节时，常可闻及关节摩擦音。如髌骨软化症的患者在做髌骨研磨时，可闻及摩擦音。

(3) 关节弹响声：常见于关节内有游离体的患者，活动关节时可听到弹响声。如膝关节半月板损伤的患者在做膝关节旋转伸屈活动时，可听到较清脆的弹响。

5. 摸诊的主要内容 是本章节的一个难点，学习时应注意以下几点：①摸痛点：根据疼痛的部位、范围、程度来鉴别其损伤的性质。如直接压痛可能是局部筋伤，若压之疼

痛并伴有放射性疼痛则可能病变与神经损伤有关。②摸畸形：触摸体表骨突变化，判断畸形的性质、位置。如腰椎间盘突出症多有脊柱侧弯及腰肌紧张等症状。③摸肤温：通过局部皮肤温度的改变对寒证和热证进行辨别。肤温高，表示新伤或局部瘀血化热。肤温低，表示为寒性疾患、气血虚弱或血运障碍。摸肤温时一般应以手背测试为宜。④摸异常活动：在肢体关节处出现超出正常范围的活动则常提示韧带断裂。⑤摸肿块：应明确肿块质地、性质、大小，了解其形态、边界、活动度等。

6. 筋伤的摸诊方法 是本章节的另一个难点，学习时应注意以下几点：①触摸法：用手指仔细触摸伤处，以了解损伤部位的情况。②挤压法：用手沿患处上下、左右、前后进行挤压，根据力的传导作用来诊断是否存在骨折。③叩击法：利用掌根或拳头对肢体远端的纵向叩击所产生的冲击力，来检查有无骨折。④旋转法：用手握住伤肢下端，做轻轻的旋转动作，观察伤处有无疼痛、活动功能障碍及特殊响声。⑤屈伸法：用手握住邻近的关节做屈伸运动，根据屈伸的度数来测量关节活动功能。屈伸法常与旋转法配合应用。

7. 肌力的检查 是本章节的另一个难点，学习时要注意以下几点：检查肌力时，必须将神经损害水平以下的主要肌肉逐一检查，且与健侧或正常人作对比，以估计其肌力。通常将完全麻痹至正常的肌力分为六级：①0级：肌肉完全麻痹，肌肉动力完全消失。②1级：肌肉动力微小，不能带动关节活动。③2级：肌肉动力可带动水平方向关节活动，但不能对抗地心引力。④3级：仅在抗肢体重力而无抗阻力的情况下可使关节活动。⑤4级：能抗较大阻力，但比正常者为弱。⑥5级：正常肌力。

8. 特殊检查法 既是本章节的重点，又是本章节的难点，学习时要注意以下几个检查：

(1) 椎间孔分离试验：患者端坐，医者一手握住患者下颌，另一手托住患者枕部，向上端托牵引。患者感颈痛和上肢放射痛减轻，即为阳性。提示神经根型颈椎病、臂丛神经损伤或前斜角肌综合征。

(2) 臂丛神经牵拉试验：患者端坐，医者一手握住患者患侧手腕，另一手放在患者患侧头部颞侧，双手向相反方向推拉。若患者感到颈部疼痛并向患侧上肢放射痛及麻木，即为阳性。提示颈椎病。

(3) 椎动脉扭转试验：嘱患者头向后仰，并向侧头转动，若出现头晕、头昏、恶心、呕吐等症状者为阳性。提示椎动脉型颈椎病。

(4) 屈颈试验：又名 Linder 试验。患者仰卧，医者一手按其胸部，另一手抬患者枕部，使患者屈颈，若出现腰痛伴下肢放射痛者为阳性。提示腰椎间盘突出症或坐骨神经受压。

(5) 股神经牵拉试验：患者俯卧、屈膝，医者提患者小腿向上或用力屈小腿，若出现大腿前侧疼痛者为阳性，为股神经受压。提示腰3、4椎间盘突出症。

(6) 直腿抬高试验及加强试验：患者仰卧、伸膝，医者一手扶踝部，另一手扶膝部，逐渐抬起下肢，记录患肢出现疼痛的度数，于 $30^{\circ}\sim 70^{\circ}$ 出现阳性者有意义，此为直腿抬高试验阳性。提示腰椎间盘突出症或坐骨神经痛，但须排除腓绳肌及膝关节后囊疾患的影响。若在直腿抬高到疼痛时，稍降低患肢，使足背伸，患者突然疼痛加剧或引起患肢后侧的放射性疼痛即为阳性，临床意义更大。此为直腿抬高加强试验，又称足背屈试验。

(7) 健侧直腿抬高试验：方法同直腿抬高试验，只是抬高健侧下肢。阳性者多为较大或中央型腰椎间盘突出症。

(8) 屈髋伸膝试验：患者仰卧位，医者使患者下肢尽量屈髋屈膝，然后逐渐伸直膝关节，若在伸膝时出现下肢放射痛即为阳性。提示腰椎间盘突出症或坐骨神经痛。

(9) 骶髂关节分离试验：又称“4”字试验。患者仰卧位，医者将患者伤肢屈膝后做盘腿状放于对侧膝上，然后一手扶住对侧髂嵴部，另一手将患膝向外侧按压，若骶髂关节发生疼痛，即为阳性。提示骶髂关节病变，但事先应排除髋关节本身病变。

(10) 骶髂关节扭转试验：又称床边试验。患者仰卧位于床边，健侧在床上，患侧垂于床边，医者一手握住健侧膝部使其屈膝屈髋，另一手扶住患侧大腿用力下压垂于床边的大腿，使髋关节尽量后伸，若骶髂关节发生疼痛，即为阳性，提示骶髂关节有疾患。

(11) 肩关节外展上举试验：又称疼痛弧试验。患者外展 $60^{\circ}\sim 120^{\circ}$ 内发生疼痛，小于 60° 或超过 120° 时反而不痛，即为阳性。提示冈上肌肌腱炎。

(12) 网球肘试验：患者前臂旋后位时伸直肘关节，肘部不痛，如前臂在旋前位并将腕关节屈曲再伸肘时，由于桡侧腕伸肌张力增大，引起肱骨外上髁处疼痛，即为阳性。提示肱骨外上髁炎即网球肘。

(13) 握拳尺偏试验：患者握拳，拇指握于掌心内，医者一手握患者腕上，一手将患腕向尺侧倾斜，如患者桡骨茎突部疼痛，即为阳性。提示桡骨茎突狭窄性腱鞘炎。

(14) 屈腕试验：医者将患者患侧手腕屈曲，同时压迫正中神经 1~2 分钟，手掌侧麻木感加重，疼痛可放射至食指、中指，即为阳性。提示腕管综合征。

(15) 髋关节屈曲挛缩试验：又称托马斯征。患者仰卧位，尽量屈曲健侧大腿贴近腹壁，使腰部紧贴于床面，克服腰前凸增加的代偿作用，再让患者伸直患肢，如果患肢不能伸直平放于床面或伸直时腰部离开床面，即为阳性。提示该髋关节有屈曲挛缩畸形。临床上髋关节结核、髋关节炎或强直、类风湿关节炎及髂腰肌炎等病中常见此征。

(16) 浮髌试验：患者膝关节伸直，医者一手在髌上方压挤，将髌上囊区的液体压挤到髌骨下方，另一手食指向下压髌骨，若出现髌骨有浮动感即为阳性。提示膝关节内积液，常见于膝部滑囊炎。

(17) 膝关节侧副韧带牵拉试验：又称膝关节分离试验。患者膝关节伸直，医者一手握住患侧小腿下端，将小腿外展，另一手握住患侧膝上外侧同时向内推，如膝内侧发生疼痛和异常活动即为阳性。提示内侧副韧带损伤或断裂。检查外侧副韧带时，方法与此相反。

(18) 回旋挤压试验：又称麦氏征。患者仰卧位，医者一手握膝，另一手握足，先使患肢尽量屈膝屈髋，然后使小腿充分外展外旋或内收内旋，并逐渐伸直，在伸直过程中患者膝部出现疼痛和弹响者，即为阳性。检查时小腿外展、旋内伸膝时出现疼痛和弹响者，多提示外侧半月板损伤；小腿内收、旋外伸膝时出现疼痛和弹响者，多提示内侧半月板损伤。但临床上也可能有与之相反的结果。

(19) 研磨提拉试验：患者俯卧位，医者双手握住患者伤肢的足部并屈膝 90° ，然后医者双手用力沿小腿纵轴向下挤压旋转研磨，并做外展、外旋或内收、内旋活动，如患者膝关节内有疼痛，即为阳性。提示半月板损伤。另外如将小腿向上牵拉，做旋转活动引起疼痛，则提示内、外侧副韧带损伤。