

现代骨科规范化治疗

XIANDAI GUKE GUIFANHUA ZHILIAO

主编◎ 曹启斌 张乃栋 孟 凯 王 鹏 孙书广



天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

现代骨科规范化治疗

主编◎ 曹启斌 张乃栋 孟 凯 王 鹏 孙书广

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代骨科规范化治疗 / 曹启斌等主编. --天津:
天津科学技术出版社, 2018.4
ISBN 978-7-5576-5026-1

I. ①现… II. ①曹… III. ①骨疾病-治疗 IV.
①R680.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第079988号

责任编辑: 王朝闻

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

出版人: 蔡 颢

天津市西康路35号 邮编 300051

电话 (022) 23332372

网址: www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

北京虎彩文化传播有限公司印刷

开本 787 × 1092 1/16 印张 34.25 字数 810 000

2018年4月第1版第1次印刷 2018年9月第2次印刷

定价: 168.00元

《现代骨科规范化治疗》

编委会名单

主 编

曹启斌 张乃栋 孟 凯
王 鹏 孙书广

副主编

单宝玉 董春海 许桂水 苗金波
于鸿强 田世磊 高 浩 孙 卫

编 委

(排名不分先后)

曹启斌	宁阳县中心医院
张乃栋	巨野县中医医院
孟 凯	山东省中医医院
王 鹏	江苏省建湖医院
孙书广	高唐县人民医院
单宝玉	潍坊市第六人民医院
董春海	威海市立医院
许桂水	安庆市第一人民医院
苗金波	平度市中医医院
于鸿强	威海市立医院
田世磊	威海市立医院
高 浩	威海市立医院
孙 卫	威海市立医院
李国弼	山东中医药大学附属医院
许仁辉	中国人民解放军第32122部队

前 言

随着我国经济建设和工业化程度的不断提高,创伤损伤性疾病日益增多,给我国骨科医师带来了前所未有的发展机遇与严峻挑战。我国骨科事业起步于 20 世纪 70 年代初,此后在关节外科医生和工程技术人员共同努力下,逐渐研制出国产骨水泥、人工关节,并首先在几个大城市的医院临床开始使用人工关节治疗骨科疾病。随后,人工关节置换术在我国逐渐开展、普及,使越来越多的各类终末期关节疾病患者受益。

本书共三十七章,从骨关节疾病、脊柱脊髓疾病以及骨科影像等方面展开阐述,其中骨关节篇对各部位关节疾病进行了详细介绍,各部位关节疾病主要根据解剖部位分为肩、肘、腕、髋、膝、踝等六大关节疾病等内容。脊柱脊髓篇介绍了临床常见脊柱疾病的诊疗技术。希望本书的出版对我国骨科事业的发展、对中青年骨科医生的成长有所帮助。

由于编者水平有限,书中难免存在错误之处,欢迎读者及时指出,以便我们再版时及时改正。

编 者

目 录

第一篇 骨关节疾病诊疗

第一章 骨与关节损伤的诊断	(2)
第一节 病史采集	(2)
第二节 临床检查	(5)
第三节 骨与关节损伤的临床分析	(27)
第二章 骨与关节损伤的急症处理	(41)
第一节 急症处理原则	(41)
第二节 骨折与关节脱位的复位	(42)
第三章 肩关节疾病	(44)
第一节 关节损伤与脱位	(44)
第二节 慢性劳损性疾病	(54)
第三节 特殊类型疾病	(61)
第四章 肘关节疾病	(68)
第一节 关节损伤与脱位	(68)
第二节 肘部神经卡压综合征	(75)
第三节 慢性劳损性疾病	(81)
第四节 特殊类型疾病	(85)
第五章 腕手关节疾病	(91)
第一节 关节损伤与脱位	(91)
第二节 慢性劳损性疾病	(96)
第三节 特殊类型疾病	(100)
第六章 髌关节疾病	(105)
第一节 关节损伤与脱位	(105)
第二节 软组织损伤与疾病	(107)
第三节 成人髌关节发育不良	(113)
第四节 特殊类型疾病	(118)
第七章 膝关节疾病	(126)
第一节 关节损伤与脱位	(126)

第二节	髌骨关节疾患	(139)
第三节	慢性劳损性疾病	(143)
第四节	特殊类型疾病	(147)
第八章	踝、足关节疾病	(156)
第一节	关节损伤与脱位	(156)
第二节	慢性劳损性疾病	(164)
第三节	特殊类型疾病	(166)
第九章	先天性关节疾病	(176)
第一节	先天性高肩胛骨症	(176)
第二节	先天性肩关节脱位	(177)
第三节	先天性关节盂发育异常	(178)
第四节	先天性锁骨假关节	(179)
第五节	锁骨颅骨发育不全	(180)
第六节	先天性肩周肌肉异常	(181)
第七节	先天性尺桡骨连接	(182)
第八节	先天性肘关节融合	(183)
第九节	先天性髋关节脱位和发育不良	(184)
第十节	先天性髋内翻	(191)
第十一节	先天性膝关节脱位	(192)
第十二节	先天性髌骨畸形	(193)
第十三节	先天性胫骨假关节	(195)
第十四节	先天性马蹄内翻足	(196)
第十五节	先天性趾内翻	(198)
第十章	骨与关节感染性疾病	(199)
第一节	骨与关节结核	(199)
第二节	病毒感染所致骨关节病	(213)
第三节	寄生虫感染所致骨关节病	(216)
第四节	真菌感染所致骨关节病	(218)
第五节	变态反应性骨关节病	(220)
第六节	骨与关节梅毒	(222)
第七节	淋病性关节炎	(223)
第八节	布氏杆菌骨关节病	(224)
第九节	沙门菌骨关节病	(226)
第十节	细菌性痢疾骨关节病	(226)
第十一节	骨雅司病	(227)

第十二节	莱姆病性骨关节病	(228)
第十三节	骨与关节化脓性炎症	(230)
第十一章	中医骨病	(240)
第一节	骨软骨病	(240)
第二节	代谢性骨病	(242)
第三节	骨肿瘤	(250)

第二篇 脊柱脊髓疾病诊疗

第十二章	脊柱损伤	(258)
第一节	脊柱损伤的分类	(258)
第二节	脊柱损伤合并脊髓损伤	(260)
第三节	脊柱脊髓损伤的临床检查	(261)
第四节	脊柱损伤的治疗	(263)
第十三章	上颈椎损伤	(268)
第一节	枕颈损伤	(268)
第二节	寰椎骨折	(268)
第三节	单纯寰枢椎脱位及伴有齿状突骨折的寰枢椎脱位	(271)
第四节	枢椎齿状骨折	(272)
第五节	绞刑骨折或外伤性枢椎椎弓骨折	(274)
第十四章	下颈椎损伤	(276)
第一节	致伤机制、分类及病理解剖特点	(276)
第二节	下颈椎骨折脱位	(279)
第三节	颈椎过伸性损伤	(284)
第四节	外伤性钩椎关节病及其他颈椎损伤	(286)
第十五章	胸腰椎骨折与脱位	(288)
第一节	概述	(288)
第二节	病因	(291)
第三节	脊髓损伤	(292)
第四节	临床症状	(295)
第五节	诊断	(295)
第六节	胸腰椎损伤的治疗	(296)
第十六章	颈椎椎管狭窄症	(308)
第一节	病因病理和诊断治疗原则	(308)
第二节	颈椎椎管狭窄症的临床表现	(309)

第三节	颈椎椎管狭窄症的诊断	(311)
第四节	颈椎椎管狭窄症的治疗	(312)
第五节	颈椎后路减压术的并发症及其防治	(318)
第十七章	颈椎病的病因及诊断	(323)
第一节	颈椎病的病因学及其发病机制	(323)
第二节	颈椎病的分类及诊断治疗原则	(331)
第三节	颈椎病的鉴别诊断	(340)
第四节	颈椎病诊断中存在的问题	(350)
第十八章	颈椎病的治疗	(353)
第一节	颈椎病的非手术疗法	(353)
第二节	手术病例选择、术前准备及手术入路	(361)
第三节	颈椎病外科治疗中手术方式选择	(364)
第四节	颈椎前路手术	(368)
第五节	人工椎间盘置换术在颈椎病治疗中的应用	(375)
第六节	颈前路手术并发症及其防治	(380)
第七节	现代颈椎后路手术及其常见并发症防治	(383)
第十九章	胸椎管狭窄症	(388)
第一节	病因与病理	(388)
第二节	临床表现	(389)
第三节	诊断与鉴别诊断	(391)
第四节	胸椎管狭窄症的治疗	(392)
第二十章	腰椎管狭窄症	(394)
第一节	概论	(394)
第二节	腰椎管的应用解剖	(395)
第三节	病因与病理	(396)
第四节	临床表现、诊断和鉴别诊断	(397)
第五节	腰椎管狭窄症的治疗	(401)
第二十一章	腰椎间盘突出症	(404)
第一节	病因与病理	(404)
第二节	腰椎间盘突出症的临床表现	(405)
第三节	腰椎间盘突出症的诊断	(407)
第四节	腰椎间盘突出症的治疗及预防	(408)
第二十二章	下腰椎不稳症	(413)
第一节	退变性腰椎不稳的生物力学概念	(413)
第二节	退变性腰椎不稳症的发病机制	(414)

第三节	腰椎不稳症的诊断	(414)
第四节	腰椎不稳症的治疗	(417)
第五节	TFC 技术治疗下腰椎不稳症	(418)
第二十三章	腰骶部畸形	(420)
第一节	移行椎	(420)
第二节	脊柱裂	(422)
第三节	脊髓栓系综合征	(423)
第四节	短腰畸形	(426)
第五节	椎体畸形	(427)
第六节	椎骨附件畸形	(428)

第三篇 骨科影像诊断

第二十四章	X 线诊断	(431)
第一节	X 线检查方法	(431)
第二节	正常 X 线表现	(432)
第三节	基本病变 X 线表现	(436)
第四节	骨关节疾病 X 线表现与诊断	(442)
第二十五章	CT 与 MRI 诊断	(458)
第一节	CT 诊断	(458)
第二节	MRI 诊断	(460)
第二十六章	骨关节外伤的影像诊断	(462)
第二十七章	骨关节感染性疾病	(465)
第二十八章	骨关节肿瘤与肿瘤样病变	(468)
第二十九章	内分泌与代谢性骨关节病	(477)
第三十章	骨缺血坏死与骨软骨炎	(481)
第三十一章	退行性骨关节病	(483)
第三十二章	结缔组织病骨关节改变	(485)
第三十三章	软组织非肿瘤性病变	(488)
第三十四章	脊柱疾病	(489)
第三十五章	骨、关节与软组织损伤	(493)
第三十六章	骨、关节与软组织感染	(506)
第三十七章	慢性关节病	(523)
参考文献		(535)

第一篇 骨关节疾病诊疗

第一章 骨与关节损伤的诊断

第一节 病史采集

骨与关节损伤的诊断应包括骨折部位、骨折类型、骨折移位情况以及骨折并发症和合并伤等。骨与关节损伤病史的采集主要通过望、闻、问、切四诊中的问诊来实现。问诊是骨与关节损伤辨证诊断的一个非常重要的环节。骨与关节损伤的问诊除了收集年龄、性别、职业、工种、住址、出生地等一般情况外、既往病史以及诊断学一般原则和注意事项外,必须结合骨伤科的特点,重点进行专科询问。

(一)一般情况

询问患者的一般情况,详细询问患者的年龄、性别、职业、婚姻、民族、籍贯、工种、住址、出生地、就诊日期、病历陈述者等情况。详细记录在病案中,以利于查阅、联系、随访。特别是对交通意外、涉及纠纷的损伤,显得特别重要。

(二)全身情况

一问寒热二问汗,三问头身四问便,五问饮食六问胸,七聋八渴俱当辨,九问旧病十问因,再兼服药参机变,妇女尤必问经期,迟速闭崩皆可见,再添片语问儿女,预防出生是否畅。

1.问寒热

询问患者有无寒热的感觉。恶寒与发热是骨伤科临床上常见的临床症状。除体温的高低外,还有患者的主观感觉。要详细询问患者的寒热程度和时间的关系,恶寒与发热是单独出现还是同时并见(即恶寒发热、但热不寒、但寒不热、寒热往来)。但热不寒有潮热、壮热、微热三种。感染性疾病或损伤,常恶寒与发热并见。损伤初期发热多属血瘀化热,中后期发热可能为邪毒感染所致,或虚损发热。骨与关节结核有午后潮热。恶性肿瘤晚期可有持续性发热。颅脑损伤可有高热抽搐等。

2.问汗

询问患者的出汗情况,可能鉴别病的表量寒热虚实。常有自汗、盗汗、大汗、战汗四种。局部出汗有头汗、半身汗、手足心汗三种。要着重了解病有汗无汗、出汗的时间、多小、部位及主要兼症等。对重损伤或严重感染者,可出现四肢厥冷、汗出如油的险象。邪毒感染可出现大热大汗。自汗常见于损伤初期或手术后。盗汗常见于慢性骨关节疾病(如骨结核)、阴疽等。

3.问头身

询问头痛的部位、性质,是否有头晕,询问是否有身痛、身重、四肢痛、腰痛等情况。如四肢关节痛,多见于痹证。如腰部冷痛沉重,阴雨天加剧者,属寒湿腰痛。腰部痛如针刺,痛处固定不移、拒按,不能转侧俯卧者,属瘀血腰痛。腰部绵绵作痛,酸软无力,属肾虚腰痛。

4. 问二便

伤后便秘或大便燥结,为瘀血内热。伤后便秘多见于腰椎骨折患者,多因腹膜后血肿所致,常伴有腹胀。老年患者伤后可因阴液不足,失于濡润而致便秘。大便溏则阳气不足或伤后机体失调。对脊柱、骨盆、腹部损伤者尤其应注意询问二便的次数、量及颜色、气味及便时感觉。大小便失禁常见于脊柱损伤。小便不涩痛伴有红色,多为尿道损伤或肾挫伤所致。小便癃闭常为脊椎损伤所致。

5. 问饮食

问饮食多少(食欲、食量),可知脾胃的盛衰,问口味好恶,可察脏腑的虚实。问有无口渴、口渴的特点、饮水的多少。对合并腹部损伤者,应询问其发生于饱食后还是空腹,以估计胃肠破裂后腹腔可能的污染程度。食欲缺乏或食后饱胀,是胃纳呆滞的表现,多因伤后血瘀导致脾虚胃热或长期卧床体质虚弱所致。口苦为肝胆湿热。口淡为脾虚不运。口甜或黏腻为脾胃湿热所致。口中有酸馊为食滞不化所致。口咸为肾病及寒证所致。问睡眠伤后久不能睡或彻夜不寐(失眠),多见于严重创伤。昏沉而嗜睡,呼之即醒,闭眼又睡,为气衰神疲。昏睡不醒或醒后又再度昏睡、不省人事,为颅内损伤所致。

6. 胸胁及脘腹

胸胁痛如刺、固定不移常为胸部筋伤、肋软骨炎或肋骨骨折所致。胃脘部胀痛为气滞所致,胃脘部刺痛、痛有定处为胃脘血瘀所致。小腹刺痛、小便自利者,为瘀血停于下焦所致。

7. 妇女月经史、妊娠等

可为骨伤科用药提供依据。因骨伤科用药多为活血化瘀药物,在堕胎作用,行经期用之,可使行经期间出血量增多。

8. 问小儿

因小儿常不能主诉,医生主要通过询问其父母或其他家长。仔细询问是否难产、早产,询问预防接种史,询问受伤原因。如产伤可导致股骨干骨折或关节脱位,先天性髋关节脱位常与生产史有关。

9. 既往史

从出生起详细询问,按发病的年月依次记录。对过去的疾病可能与目前的损伤有关的内容,都要记录其主要的病情经过、当时的诊断、治疗用药情况以及有无并发症或后遗症。如对先天性斜颈、新生儿臂丛神经损伤,要了解有无难产史或产伤史。对骨关节结核要了解有无肺结核病史。怀疑有病理性骨折,应询问有无肿瘤、骨质疏松病史等。

10. 个人史

详细询问患者从事的职业、工种及年限,劳动的性质、条件和工作时常处的体位以及个人嗜好。对运动员要了解其所从事的运动专业、时间与训练方法、训练强度史等。

11. 过敏史

应详细询问有无药物及食物过敏史。

12. 家族史

询问家族成员的健康状况,如因疾病死亡,则询问死于何种疾病、年龄。询问有无影响后的疾病。对肿瘤、强直性脊柱炎、类风湿关节炎的诊断常有帮助意义。

(三)重点情况

结合骨伤科的特点,重点进行以下专科方面询问。

1.外伤史

主诉是指患者就诊时主要的症状或体征及其持续时间。主诉是促使患者前来就医的原因,它可以提示病变的性质。骨伤科患者的主诉有疼痛、功能障碍、畸形(包括错位、挛缩、肿物)等。主诉的记录应简明扼要,最好记录致伤原因。

2.症状

询问受伤的原因、时间、部位、体位等。应详细询问患者(或在场人员)的发病情况和变化的急缓,受伤的过程,有无昏迷及昏迷的持续时间以及醒后有无昏迷,有无恶心、呕吐,经过何种治疗,效果如何,目前症状如何,症状是否减轻或加重。生活损伤一般较轻,工业损伤、农业损伤、交通事故损伤或战伤、自然灾害往往比较严重,常为复合伤或严重的压砸伤或挤压伤等。应尽可能问清受伤的原因,如跌扑、闪挫、扭伤、坠落、车祸等。询问打击物的大小、重量、硬度,暴力的大小、性质、方向以及受伤时患者所处的姿势、体位、情绪等。受伤的时间等。当伤者为坠落时,足跟着地,损伤有可能发生在足跟部、脊柱、颅脑。平地摔倒者,应仔细询问着地姿势,如肢体处于屈曲位还是伸直位,身体何部位先着地。当伤时正同他人争执时,情绪多激昂或愤怒,则在遭受外伤的同时,还合并有七情内伤的出现。

3.骨折体征

损伤的症状包括创口的情况。

(1)疼痛:应详细询问疼痛的起始时间、部位、性质、程度。应问清是剧痛、酸痛、胀痛还是麻木、酸软。疼痛是持续性还是间歇性。痛点是固定不移还是游走,有无放射性痛,放射致何处,服用止痛药能否减轻。疼痛有无因呼吸、负重、咳嗽、喷嚏等加重。气候的变化,劳累、休息及白天、夜晚对疼痛的程度有无影响。麻木的部位、范围及范围是进行扩大还时缩小。

(2)肿胀:询问肿胀出现的时间、部位、范围、程度。如果为肿块,应了解其出现时间、增加速度,是否合并疼痛、麻木,是先有疼痛后有肿块,还时先有肿块后有疼痛,肿块与周围组织的边界是否清楚,是否推之可动,质地如何(硬、软)。

(3)肢体功能:询问有无功能障碍,应仔细询问是受伤后马上发生的,还是受伤后经过一段时间才发生的。伤后即出现功能障碍多为骨折、脱位所致。骨病患者往往要经过一段时间后才发生肢体功能障碍。如果病情允许,应由患者行主动运动来显示其肢体功能状态。

(4)畸形:应询问畸形发生的时间及演变过程。外伤后引起的畸形多伤后即出现,亦可若干月或年后才出现。应与先天性畸形或发育畸形相区别。

(5)创口:应询问受伤为何器械(刀、棒、枪等)所致,受伤的时间,污染情况,处理经过,出血情况,有无使用破伤风抗毒素,狗、猫等咬伤,有无肌注过狂犬疫苗等情况。

(曹启斌)

第二节 临床检查

骨与关节损伤的症状与体征是临床检查最重要的部分,它分全身情况、局部症状、体征三部分。

(一)全身情况

轻微损伤一般无全身症状,严重损伤之后,由于气滞血瘀,往往有神疲食欲缺乏、夜寐不安、便秘、形体消瘦、舌紫暗或有瘀斑、脉浮弦等全身症状。妇女可见闭经或痛经,经色紫暗有块,苔有瘀血停聚,积瘀化热,常有口渴、口苦、心烦、尿赤、烦躁不安等表现,脉浮数或弦紧,舌质红,苔黄厚腻。严重者可出现面色苍白、肢体厥冷、盗汗、口渴、尿量减少、血压下降、脉搏微细或消失、烦躁或神情淡漠等休克表现。

(二)局部症状

疼痛:伤后经脉受损,气机凝滞,阻塞经络,不通则痛,所以局部出现不同程度的疼痛。气滞者因损伤而致气机不利,表现为无形之疼痛,其痛多无定处,且范围较广,忽聚忽散,无明显压痛点。若损伤位于胸部,多有咳嗽、呼吸不畅、气急、胸闷胀满、牵掣作痛。气闭则因骤然损伤而使气机闭塞不通,常见于颅脑损伤,出现晕厥、昏迷等症状。若肝肾气伤,则痛在筋骨。若营卫气滞,则痛在皮肉。损伤处可有直接压痛或间接压痛(如纵轴叩痛、骨盆和胸廓挤压痛等)。

(三)体征

1. 肿胀、青紫或瘀斑

伤后局部经络损伤,营血离经,阻塞络道,瘀滞于肌肤腠理,而出现肿胀。“血有形,故肿”。如果离经之血较多,血行之道不得宣通,伤血离经,透过撕裂的肌腱及深筋膜,溢于皮下,不能消散,即成青紫或瘀斑。伤血者肿痛部位固定。瘀血经久不愈,变为宿伤。严重肿胀时还可以出现张力性水疱。

2. 功能障碍

损伤后由于骨折或脱位后肢全失去杠杆和支柱作用及气血阻滞引起剧烈疼痛、肌肉反射性痉挛及组织器官的损害,可引起肢体或躯干发生不同程度的功能障碍。伤在手臂则活动受限,伤在下肢则步履无力,伤在腰背则俯仰阻抑,伤在关节则屈伸不利,伤在颅脑则神明失守,伤在胸胁则心悸气急,伤在腹部则食欲缺乏胀满。如果组织器官无器质性损伤,功能障碍可能逐渐恢复,若为器质性损伤则为功能障碍有可能不能完全恢复,除非采用手术或其他有效的治疗措施。

3. 骨折特有体征

(1)畸形:发生骨折时,由于暴力的作用、肌肉或韧带牵拉、搬运不当,常使骨折端移位出现肢体的形状改变,而产生畸形。

(2)骨擦音(骨擦感):骨折时由于骨折断端相互触碰或摩擦而产生,一般在局部检查时用手触摸骨折处可感觉到。

(3)异常活动:不能活动的骨干部位,受伤后出现好像关节一样能屈伸旋转的不正常活动,也叫假关节活动。

4.脱位特有体征

(1)畸形:发生脱位时,由于暴力的作用、肌肉或韧带牵拉,常使骨端关节面脱离了正常位置,关节的骨性标志的正常关系发生改变,破坏了原来的轴线,与健侧对比不相对称,因而出现畸形。肩关节脱位常为方肩畸形,肘关节后脱位常为靴样畸形。

(2)关节盂空虚:关节完全脱位后,由于关节头脱离了关节盂,使关节头处于异常位置,造成了关节盂空虚。

(3)弹性固定:关节脱位后,关节周围未撕裂的肌肉挛缩,将脱位的骨端保持在特殊的位置上,远端肢体被动活动时,虽可稍微活动,但有弹性阻力,去除外力后,关节又回到原来的特殊位置,此种情况叫弹性固定。

5.脏器损伤特殊体征

脏器损伤后因损伤的部位不同,常出现一些特殊体征。颅骨骨折可出现眼周围瘀斑(熊猫眼)、鼻孔出血或脑脊液外漏、外耳道出血或脑脊液外漏。硬膜外血肿有中间清醒期。多根多处肋骨骨折时,可出现反常呼吸。同侧胫腓、股骨骨折进可现浮膝或叫连枷膝。肾脏损伤可见到血尿。腹腔内脏损伤空腔脏器损伤时,常有腹膜刺激征。腹腔内脏损伤实质性脏器损伤时,常有内出血、休克征。胸部损伤可有气胸、血胸等。

一、骨与关节检查

骨与关节损伤的症状与体征时通过望、闻、问、切、触、动、量所得来的临床资料。骨与关节检查是诊断骨折科疾病的最基本手段,是发现临床客观体征的重要方法。通过对骨关节检查结果的综合分析,可判断疾病的性质,确定病变的部位、程度及其有无并发症。

骨关节临床检查应在了解病史及完成全身检查后进行,检查部位要充分暴露,但在寒冷季节应避免着凉。检查时应遵循“对比”原则,患侧可与健侧对比,如果两侧都有伤病时可与健康人对比。检查动作要轻巧准确,先检查病变以外的区域,后检查损伤部位,避免不必要的检查,切忌因检查动作粗暴加重患者的痛苦或带来新的损伤。

(一)望诊

对骨与关节损伤患者进诊查时,必须通过望诊来进行全面观察,它是不可缺少的步骤。骨折科的望诊,除了观察患者的全身情况如神色、形态、舌象及分泌物、排泄物外,对损伤局部及其邻近部位必须特别仔细地观察。通过望全身、望损伤局部、望舌质苔色等方面,以初步确定损伤的部位、性质和轻重。

注意事项:最好在自然光线下进行,显露要充分,检查女性患者时一定要要有第三者在场,必要时采用适当的体位。

1.望全身

(1)望神色:望神是观察神态色泽的变化。神是人体生命活动的体现,亦是对人体精神意识、思维活动及气血、脏腑功能外表现的高度概括。神的存亡关系着生死之根本,需引起重视。临床上往往根据患者的精神和色泽来判断损伤之轻重,病情之缓急,判断患者正气之盛衰和损伤过程中的转化情况。伤情轻者,神色无明显改变,精神爽朗、面色清润者,正气未伤。伤情重

者,多有面容憔悴、神气秃顿,色泽晦暗等,为正气已伤之表现。损伤失血多者,常出现面色苍白、唇青、肤色苍白,严重者肤色可为灰色或发绀色。重伤患者须观察神志是否清醒。若神志不清、神昏谵语、汗出如油、目暗睛迷、瞳孔缩小或散大、形羸色败、呼吸微弱或喘急异常,多属危急的症候,多见地重度创伤、严重感染或大量失血等。骨与关节损伤五色所主,白色主失血、虚寒证;青色主血瘀气闭、气血运行受阻、痛证;赤色主损伤发热;黄色主脾虚湿重、湿热阻滞;黑色主肾虚或经脉失于温养。

(2)望形态:在肢体受伤较重时,常出现形态的改变。通过观察患者的姿态,可以初步了解损伤的部位及病情轻重。当骨折、关节脱位或严重筋伤时,患者常有形态上的改变。如肩关节、肘关节脱位或锁骨骨折、肱骨外科颈骨折或肱骨骨折时,患者常用健侧的手扶托患者的前臂,身体偏向患侧,急性腰扭伤,身体多向患侧倾斜,且手扶患侧腰部,弯腰慢行。颞颌关节脱位时,多用手托住下颌。下肢骨折时,多不能站立行走。当有腰椎管狭窄时,常有间歇性跛行。

(3)望步态:检查与观察步态对诊断下肢骨关节疾患具有重要意义。

1)正常步态:两足行走的时候,可以分为两个阶段:第一阶段是从足跟接触地面开始,过渡到第五跖骨头、第一跖骨头着地,最后一直到拇趾离开地面,这一段的时间称为“触地相”;第二阶段上从拇趾离开地面直到足跟再接触地面的一段时间,称为“跨步相”。在平常行走的时候,触地相和跨步相的时间并不相等,亦即双足两相的交替绝非一个结束后另一个才开始,也就是说在一定的时间内,双足同时处于触地相,此时称为“双足触地相”。当从缓步行走改为加速度疾走时,双足触地相就愈来愈短;到奔跑时,双足触地相可短缩而消失了。

正常的跨步动作受足的推动,故足离地面时爽快利落,跨步的距离基本相等。跨步时,同侧骨盆向前摆动,使身体重心移到髋关节的前面。在跨步中两侧骨盆保持相平,腰椎和腰部肌肉亦参与运动。任何原因改变了上述的一个或几个环节,就引起步态的不正常。

2)非正常步态

①抗痛性步态:当一侧下肢有病变,承重时疼痛,步态就急促不稳。患侧足刚落地,即迅速转为健足起步,以减少患肢承重。

②短肢性步态:患侧下肢短缩超过 3cm,骨盆即不平,躯干亦发生倾斜。因此患者常以患侧足尖着地或屈曲健侧膝关节行走。

③强直性步态:一侧髋关节在伸直位强直时,患者需转动整个骨盆,使患侧下肢向前迈步。双髋关节强直时,除转动骨盆外,患者依靠膝、踝关节迈小步。膝关节在伸直位强直走路时,健侧足跟抬高或患侧骨盆升高,患肢向外绕一弧形前进。

④剪刀式步态:见于大脑性痉挛性瘫痪。步行时,两腿前后交叉前进。

⑤摇摆步态:见于先天性髋关节脱位或臀中肌麻痹。患侧负重时,躯干向患侧倾斜;双侧臀中肌麻痹或髋关节脱位时,躯干交替向前左右倾斜,又称为鸭步。

⑥臀大肌麻痹步态:患者以手扶持患侧臀部并挺腰,使身体稍向后倾行走。

⑦股四头肌瘫痪步态:患者行走时用手压住患侧大腿前下方,以稳定膝关节。

2.局部

(1)望畸形:当骨折有移位或关节完全脱位后,肢体常有明显的畸形。畸形是骨与关节损伤的专科特征之一。判断有无突起、凹陷、成角、倾斜、旋转、缩短或增长等畸形,是通过观察肢