

国际骨科名著系列

第4版

骨科检查评估

Orthopedic Physical Assessment

原著者 David J. Magee

主审 邱贵兴

主译 罗卓荆



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

国际骨科名著系列

骨科检查评估

(第4版)

Orthopedic Physical Assessment

原著者 David J

主审 邱贵兴

主译 罗卓荆

副主译 王哲 马兴 王海强

译者 (以姓氏笔画为序)

丁坦 于杰 于剑 马兴 马云青

马真胜 王亮 王哲 王海强 丛锐


冯林杰 朱锦宇 刘艳武 闫明 肖伟

罗卓荆 孟浩 胡学昱 禹晓东 宫伟

栗向东 桑宏勋 龚凯 梁伟 程浩然

译校 (以姓氏笔画为序)

肖伟 孟浩 黄景辉

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北京

图书在版编目 (CIP) 数据

骨科检查评估 / (加) 麦基 (Magee, D. J.) 原著; 罗卓荆译. -4 版. -北京: 人民军医出版社, 2007.11
(国际骨科名著系列)
ISBN 978-7-5091-1282-3

I. 骨... II. ① 麦... ② 罗... III. 骨科学-体格检查 IV. R68

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 167390 号

Orthopedic Physical Assessment, enhanced edition 4th edition
David J. Magee
ISBN-10: 1-4160-3109-X
ISBN-13: 978-1-4160-3109-3
Copyright © 2006 by Elsevier. All rights reserved.

Authorized Simplified Chinese translation from English language edition published by the Proprietor.
ISBN-10: 981-259-635-6
ISBN-13: 978-981-259-635-2

Copyright © 2007 by Elsevier (Singapore) Pte Ltd. All rights reserved.

Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
3 Killiney Road
#08-01 Winsland House I
Singapore 239519
Tel: (65) 6349-0200 Fax: (65) 6733-1817

First Published 2007 (2007 年初版)

Printed in China by People's Military Medical Press under special arrangement with Elsevier (Singapore) Pte Ltd. This edition is authorized for sale in China only, excluding Hong Kong SAR and Taiwan. Unauthorized export of this edition is a violation of the Copyright Act. Violation of this Law is subject to Civil and Criminal Penalties.

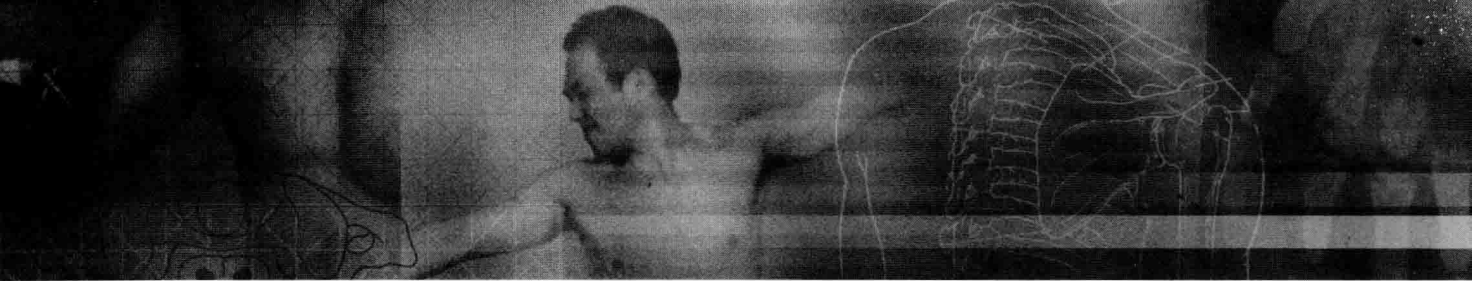
本书简体中文版由人民军医出版社与 Elsevier (Singapore) Pte Ltd. 在中国大陆境内合作出版。本版仅限在中国境内 (不包括香港特别行政区及台湾) 出版及标价销售。未经许可之出口, 视为违反著作权法, 将受法律之制裁。

著作权合同登记号: 图字: 军-2006-063 号

策划编辑: 黄建松 文字编辑: 任海霞 责任审读: 余满松
 王媛媛 黄维佳
 出版人: 齐学进
出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店
通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036
质量反馈电话: (010) 51927270; (010) 51927283
邮购电话: (010) 51927252
策划编辑电话: (010) 51927243
网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 三河市春园印刷有限公司 装订: 春园装订厂
开本: 850mm × 1168mm 1/16
印张: 54.25 字数: 1584 千字
版、印次: 2007 年 11 月第 1 版第 1 次印刷
印数: 0001 ~ 3000
定价: 200.00 元

版权所有 侵权必究
购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换



内容提要

本书共 18 章，首先扼要介绍了骨科体格检查的原则和概念，然后从应用解剖和病史入手，按头部、面部、颈椎、颞下颌关节、肩、肘、前臂、腕关节、手、胸椎、骨盆、髌、膝、小腿、踝和足等全身各个关节分章，以提问的方式详细阐述了各种骨科检查的方法、步骤、操作要领以及鉴别或验证诊断时需要进行的各种特殊试验，并介绍了各种损伤和功能评价量表，最后再通过对该章评估程序的摘要或大纲回顾和相关病例研究、练习，巩固和提高检查者水平。全书内容系统深入，观点科学严谨，表达形式活泼，并配有大量图表，非常适合骨科、神经科各级医师和相关人员阅读参考。



第4版序

第4版对第3版中的内容进行了更新,对原则、概念、肩关节、腰椎及骨盆等章节进行了重点修改和补充,并新增了对截肢者评估的章节。

本书写作目的是为了给读者提供更全面评估神经、肌肉、骨骼系统的方法,并力求帮助读者理解、掌握进行各种评估的原理。

本书涵盖了许多特殊的临床检查方法,其中部分检查方法仅能在某些病例中准确可靠地反映真实情况,但对于经验丰富的临床医师而言,这些方法可以被用来进行明确的诊断。

本版各章节均提供了众多最新的参考文献、照片和绘图。本书还保留了第3版中读者认为较好的内容。

感谢那些写信并提供宝贵意见的朋友。你们的看法和意见帮助我更好、更成功地完成了这本书。正如上一版所述,没有众多同事及学友在研究和评估上提出的不同见解以及给予的鼓励支持,这本书就不可能享有现在的成功!

David J. Magee

(罗卓荊 译)



致 谢

这本书的写作虽然是由我完成的，但实际上是汇集了在神经、肌肉、骨骼系统领域众多同事、朋友、临床医师及专家的观点、理念和教学经验而完善的。

为此，我特别要感谢那些支持和帮助过我的人：

感谢我的家人，是他们容忍了我的脾气和癖性。

感谢 Bev Evjen，无可替代的秘书和最好的编辑。没有她的帮助、鼓励和支持，这本书不可能出版。

感谢我的学生，那些加拿大和美国的在校学生、毕业生和研究生，他们为我提供了许多修改意见，并搜集了大量的文章用作参考文献。

感谢好心的作者和出版商，正是有了他们对照片、绘图与表格使用的认可，才使书中的内容更加简明、清楚、易于理解。没有这些帮助，这本书不可能成为现在所见到的样子。

感谢摄影师 Paul Wodehouse、Gord Evjen 和绘图师 Ted Huff，正是他们的摄影技术和艺术才华为这本书增添了无限的美感。

感谢我的模特 Alan Garard、Georgina Gray、Marney Dickey、Doug Gilroy、Martin Parfitt、Judy Chepeha、Doug Leong、Karen Fonteyne、Bev Evjen、Trent Brown、Ian Halworth、Dwayne Mandrusiak、Leslie Ann Marcuk、Kevin Wagner、Jim Meadows、Angela Libutti、Damin Gilbert 以及我的家人 Wendy、Shawn 和 Bernice，你们的耐心和帮助非常可贵。

感谢我的同事，他们为我提供了许多建议以及 X 线片和照片，并进行了样稿的打印和校对工作。特别是 Dr. David C. Reid、Dorothy Tomniuk、Dr. E. G. Parkinson、Ms. Kehoe、Martin Parfitt 和 Donna Ford。

感谢 Andrew Allen、Suzanne Hontscharik、Marjory Fraser、Louise Bierig、Maureen Pfeifer 和 Donna Morrissey 提供的意见和耐心帮助。

感谢那些在我事业上一直鼓励我坚持不懈的老师、同事和朋友们。

感谢所有对本书出版给予了帮助与鼓励的同事和朋友，你们的帮助和鼓励对本书的完成起了巨大的作用。

David J. Magee
(罗卓荆 译)

目 录

第一章 原则与概念

- 一、病史 /1
- 二、视诊 /9
- 三、体格检查 /10
 - (一) 原则 /10
 - (二) 筛查 /11
 - (三) 特定关节的检查 /20
 - (四) 功能评价 /29
 - (五) 特殊检查 /37
 - (六) 反射和皮肤分布 /39
 - (七) 骨间联合活动 /43
 - (八) 触诊 /44
 - (九) 影像学检查 /46
- 四、摘要 /53
- 五、病例研究 /53
- 六、结论 /53
- 七、附录 /55

第二章 头部和面部

- 一、应用解剖 /57
- 二、病史 /62
- 三、视诊 /70
- 四、体格检查 /77
 - (一) 头部检查 /77
 - (二) 面部检查 /83
 - (三) 眼部检查 /86

- (四) 鼻部检查 /92
- (五) 牙齿检查 /92
- (六) 耳部检查 /93
- (七) 特殊检查 /94
- (八) 反射和皮肤分布 /95
- (九) 关节运动 /96
- (十) 触诊 /96
- (十一) 影像学检查 /98
- 五、头面部评估的摘要 /99
 - (一) 病史 (坐位) /99
 - (二) 视诊 (坐位) /99
 - (三) 体检 (坐位) /99
- 六、病例研究 /102

第三章 颈椎

- 一、应用解剖 /105
- 二、病史 /109
- 三、视诊 /113
- 四、体格检查 /115
 - (一) 主动运动 /115
 - (二) 被动运动 /117
 - (三) 等长抵抗运动 /119
 - (四) 外周关节的筛查 /122
 - (五) 神经肌节 /123
 - (六) 功能评估 /126
 - (七) 特殊检查 /128
 - (八) 反射和皮区分布 /141
 - (九) 关节运动 /145

- (十) 触诊 /146
- (十一) 影像学检查 /149

五、颈椎评估的摘要 /155

- (一) 病史 /155
- (二) 观察(站位或坐位) /155
- (三) 查体(坐位) /155
- (四) 查体, 仰卧位 /156
- (五) 体检, 俯卧位 /156

六、病例研究 /156

第四章 颞下颌关节

一、应用解剖 /159

二、病史 /161

三、视诊 /165

四、体格检查 /167

- (一) 主动运动 /168
- (二) 被动运动 /171
- (三) 等长抵抗运动 /171
- (四) 功能评估 /172
- (五) 特殊检查 /172
- (六) 反射和皮节 /173
- (七) 关节运动 /173
- (八) 触诊 /175
- (九) 影像学诊断 /177

五、颞下颌关节评估的摘要 /178

- (一) 病史 /178
- (二) 观察 /178
- (三) 体检 /178

六、病例研究 /178

第五章 肩部

一、应用解剖 /181

二、病史 /183

三、视诊 /189

四、体格检查 /194

- (一) 主动运动 /194
- (二) 被动运动 /203
- (三) 等长抵抗运动 /204

(四) 功能评估 /207

(五) 特殊检查 /216

(六) 反射和皮肤分布 /256

(七) 关节运动 /258

(八) 触诊 /261

(九) 影像学检查 /263

五、肩部评估摘要 /275

(一) 问病史(坐位) /275

(二) 视诊(坐位或站立位) /275

(三) 检查 /275

六、病例研究 /276

第六章 肘

一、应用解剖 /279

二、病史 /281

三、视诊 /282

四、体格检查 /284

- (一) 主动运动 /284
- (二) 被动运动 /284
- (三) 等长抵抗运动 /286
- (四) 功能评估 /288
- (五) 特殊检查 /291
- (六) 反射和表皮分布 /294
- (七) 关节运动 /298

(八) 触诊 /299

(九) 影像学检查 /301

五、肘关节评估摘要 /306

(一) 病史 /306

(二) 视诊 /306

(三) 检查 /306

六、病例研究 /307

第七章 前臂、腕和手

一、应用解剖 /309

二、病史 /311

三、视诊 /312

(一) 常见的手和指的畸形 /315

(二) 其他体征 /318

四、体格检查 /323

- (一) 主动运动 /324
- (二) 被动运动 /326
- (三) 等长抵抗运动 /326
- (四) 功能评估(抓握) /329
- (五) 特殊检查 /342
- (六) 反射和皮肤分布 /350
- (七) 关节运动 /354
- (八) 触诊 /356
- (九) 影像学检查 /358

五、前臂、腕及手评估摘要 /366

- (一) 病史(坐位) /366
- (二) 视诊(坐位) /366
- (三) 体格检查(坐位) /366

六、病例研究 /366**第八章 胸椎****一、应用解剖 /369****二、病史 /372****三、视诊 /372**

- (一) 脊柱后凸 /372
- (二) 脊柱侧弯 /373
- (三) 呼吸 /377
- (四) 胸部畸形 /378

四、体格检查 /378

- (一) 主动运动 /379
- (二) 被动运动 /386
- (三) 等长抵抗运动 /387
- (四) 功能评估 /388
- (五) 特殊检查 /388
- (六) 反射和皮肤分布 /393
- (七) 关节动度 /394
- (八) 触诊 /396
- (九) 影像学检查 /398

五、胸椎评估摘要 /402

- (一) 病史 /402
- (二) 视诊(立位) /402
- (三) 体格检查 /402

六、病例研究 /402**第九章 腰椎****一、应用解剖 /405****二、病史 /410****三、视诊 /418**

- (一) 体形 /418
- (二) 步态 /418
- (三) 表情与姿态 /418
- (四) 全脊柱的形态 /418
- (五) 体表标志 /421
- (六) 阶梯畸形 /421

四、体格检查 /421

- (一) 主动运动 /421
- (二) 被动运动 /427
- (三) 等长抵抗运动 /428
- (四) 周围关节的筛查 /435
- (五) 肌力 /437
- (六) 功能评估 /440
- (七) 特殊检查 /444
- (八) 反射和皮肤分布 /460
- (九) 关节运动 /466
- (十) 触诊 /468
- (十一) 影像学检查 /469

五、腰椎评估摘要 /488

- (一) 病史(坐位) /488
- (二) 视诊(站立) /488
- (三) 检查 /488

六、病例研究 /489**第十章 骨盆****一、应用解剖 /491****二、病史 /494****三、视诊 /494****四、体格检查 /499**

- (一) 主动运动 /499
- (二) 被动运动 /502
- (三) 等长抵抗运动 /508
- (四) 功能评估 /508
- (五) 特殊检查 /508

- (六) 反射和皮肤分布 /516
- (七) 关节运动 /517
- (八) 触诊 /519
- (九) 影像学检查 /521
- 五、骨盆评估摘要 /524
 - (一) 病史(坐位) /524
 - (二) 视诊(站立位) /524
 - (三) 体格检查 /524
- 六、病例研究 /524

第十一章 髋关节

- 一、应用解剖 /527
- 二、病史 /527
- 三、视诊 /528
- 四、体格检查 /529
 - (一) 主动运动 /530
 - (二) 被动运动 /530
 - (三) 等长抵抗运动 /532
 - (四) 功能评估 /532
 - (五) 特殊检查 /536
 - (六) 反射和皮肤分布 /556
 - (七) 关节运动 /558
 - (八) 触诊 /562
 - (九) 影像学检查 /563
- 五、髋关节评估摘要 /571
 - (一) 病史 /571
 - (二) 视诊 /571
 - (三) 体格检查 /571
- 六、病例研究 /572

第十二章 膝

- 一、应用解剖 /575
- 二、病史 /577
- 三、视诊 /579
- 四、体格检查 /589
 - (一) 主动运动 /589
 - (二) 被动运动 /590
 - (三) 等长抵抗运动 /591
 - (四) 功能评估 /593

- (五) 韧带稳定性 /596
- (六) 特殊检查 /630
- (七) 反射和皮肤分布 /643
- (八) 关节运动 /643
- (九) 触诊 /648
- (十) 影像学检查 /650

- 五、膝关节评估摘要 /663
 - (一) 病史 /663
 - (二) 视诊 /663
 - (三) 体格检查 /663
- 六、病例研究 /663

第十三章 小腿、踝和足

- 一、应用解剖 /665
 - (一) 后足 /665
 - (二) 中足 /668
 - (三) 前足 /669
- 二、病史 /669
- 三、视诊 /671
- 四、体格检查 /688
 - (一) 主动运动 /688
 - (二) 被动运动 /691
 - (三) 等长抵抗运动 /693
 - (四) 功能评估 /693
 - (五) 特殊检查 /696
 - (六) 反射和皮肤分布 /706
 - (七) 关节运动 /712
 - (八) 触诊 /715
 - (九) 影像学检查 /719
- 五、小腿, 踝和足的评估摘要 /734
 - (一) 病史 /734
 - (二) 视诊 /734
 - (三) 体格检查 /734
- 六、病例研究 /735

第十四章 步态评估

- 一、定义 /737
 - (一) 步态周期 /737
 - (二) 支撑时相 /737

- (三) 摆动时相 /739
- (四) 双腿支撑 /739
- (五) 单腿支撑 /739
- 二、正常步态参数 /740**
 - (一) 基区宽度 /740
 - (二) 步长 /741
 - (三) 跨步长 /741
 - (四) 骨盆侧方位移 /742
 - (五) 骨盆垂直位移 /742
 - (六) 骨盆旋转 /742
 - (七) 重心 /742
 - (八) 正常步调 /743
- 三、正常步态模式 /743**
 - (一) 支撑时相 /743
 - (二) 摆动时相 /745
 - (三) 正常步态中的关节运动 /746
- 四、概述和病史 /748**
- 五、视诊 /748**
- 六、体格检查 /750**
 - (一) 运动评分 /751
 - (二) 代偿机制 /751
- 七、异常步态 /752**
 - (一) 镇痛(疼痛)步态 /752
 - (二) 关节步态 /753
 - (三) 共济失调步态 /753
 - (四) 挛缩步态 /754
 - (五) 马蹄足步态 /754
 - (六) 臀大肌步态 /755
 - (七) 臀中肌步态 /755
 - (八) 偏瘫步态 /755
 - (九) 帕金森步态 /755
 - (十) 跖屈肌步态 /755
 - (十一) 腰大肌跛行 /756
 - (十二) 股四头肌步态 /756
 - (十三) 剪刀步态 /756
 - (十四) 短腿步态 /756
 - (十五) 跨阈步态或垂足步态 /756

第十五章 姿势评估

- 一、姿势发育 /759**
 - (一) 影响姿势的因素 /760

- (二) 不良姿势的成因 /760
- 二、常见的脊柱畸形 /762**
- 三、病史 /768**
- 四、视诊 /770**
 - (一) 站立位 /770
 - (二) 前屈位 /778
 - (三) 坐位 /779
 - (四) 仰卧位 /779
 - (五) 俯卧位 /780
- 五、体格检查 /781**
- 六、姿势评估摘要 /785**
 - (一) 病史 /785
 - (二) 视诊 /785
 - (三) 体格检查 /785

第十六章 对截肢者的评估

- 一、截肢的平面 /787**
- 二、病史 /790**
- 三、视诊 /794**
- 四、体格检查 /799**
 - (一) 与截肢相关的测量 /799
 - (二) 主动运动 /799
 - (三) 被动运动 /799
 - (四) 等长抵抗运动 /799
 - (五) 功能评估 /803
 - (六) 感觉测试 /803
 - (七) 心理测试 /803
 - (八) 触诊 /803
 - (九) 影像学检查 /803
- 五、对截肢者评估的摘要 /803**
 - (一) 病史 /803
 - (二) 视诊 /803
 - (三) 体格检查 /804

第十七章 运动急症评估

- 一、预先准备 /805**
- 二、初次评估 /805**
 - (一) 意识水平 /807
 - (二) 建立呼吸通道 /808

- (三) 建立循环通路 /811
- (四) 失血、体液丢失和休克判断 /813
- (五) 瞳孔检查 /815
- (六) 脊椎损伤评估 /815
- (七) 头部损伤评估 /815
- (八) 热损伤评估 /821
- (九) 运动功能评估 /821
- (十) 病人体位 /821
- (十一) 损伤程度 /825

三、二次评估 /827

四、运动急症评估摘要 /830

五、病例研究 /830

二、建立参与前检查 /835

三、参与前病史 /836

四、体格检查 /837

- (一) 眼部检查 /837
- (二) 骨骼肌肉系统检查 /839
- (三) 神经检查和惊厥性疾病 /839
- (四) 心血管系统检查 /840
- (五) 呼吸系统检查 /842
- (六) 泌尿生殖系统检查 /843
- (七) 胃肠检查 /844
- (八) 皮肤检查 /845
- (九) 热调节紊乱检查 /845
- (十) 全身性疾病 /845
- (十一) 牙科检查 /846

五、实验室检查 /846

六、身体状况档案 /846

七、是否允许参与 /853

第十八章 参与前评估

一、评估的目的 /833

* 本书参考文献请登录 www.pmp.com.cn 下载

原则与概念

我们必须通过恰当及全面系统的查体才能对一个患者的骨骼肌肉系统做完整评估。一个正确的诊断有赖于丰富的功能解剖知识、准确的病史，以及细致的观察和全面的查体。鉴别诊断过程包括了解临床表现和症状，进行体格检查，推断病理过程和受伤机制，进行叩诊及触诊（运动）检查，以及进行实验室检查和诊断性的影像学检查。只有通过全面系统的评估才能得出一个准确的诊断。评估的目的应该是从临床医生的视角和患者的视角去认识引起患者主诉症状的物理检查基础，从而全面清晰地理解患者的主要问题。正如 James Cyriax 所说：“诊断的过程就是一个应用解剖知识的过程。”

最普通的评估记录方法是以问题为导向的医学记录方法，又称为 SOAP 笔记。SOAP 包括四个部分：主观方面 (subjective)、客观方面 (objective)、评估 (assessment) 和计划 (plan)。此方法可以很有效地帮助检查者解决问题。在本书中主观方面指询问患者的病史，客观方面指观察患者，所说的评估是指查体部分。

虽然本章主要是基于对门诊患者肌肉骨骼系统的物理检查，但同样也适用于住院患者，但对于必须卧床的患者还是有所不同。对于已经有明确诊断的住院患者，检查常是为了监测患者治疗的效果。同样对于门诊患者在治疗过程中不断的监测也是为了更好地反映疗效。

不管选用何种评估系统，检查者都要建立一种序贯性的方法，确保不会遗漏任何项目。评估必须是有组织、全面及可重复的。检查者通常要对比患者身体的健侧和患（伤）侧，因此，检查者必须知道并理解正常状态和生理变异。此外，检查者在某一时刻要集中评估某个方面，比如体检前要确保采集了完整的病史。在评估单个关节时，检查者还应

注意此关节的损伤对于此完整运动链上的其他关节所造成的影响，以及其他关节在代偿受伤关节时发生的改变。

全面骨骼肌肉评估

- 病史
- 视诊
- 运动检查
- 特殊检查
- 反射和感觉的皮肤分布
- 关节运动
- 触诊
- 诊断性影像学检查

在每章的末尾，我们都会给出该章评估程序的摘要或大纲。这部分能帮助检查者简要回顾本章所涉及的关节或结构评估的相关步骤。如果需要详细信息，检查者可参考相关章节。

一、病史

一份可靠的病史应当包括完整的外伤和治疗过程。通常情况下，评估部分最具临床价值，但是，检查者有时仅通过患者的主诉就可以做出诊断。但无论多么微小的情况也都不应该被忽略，反复检查有助于检查者熟悉患者主诉的特征，那些很不起眼的异常，可能会对诊断很有帮助。即便诊断是明确的，病史也还能提供许多功能的异常，从而对病情的发展、治疗和预后提供指导。通过病史，检查者还能判断出患者的类型、已接受的治疗和受伤情况。另外检查者要记录现病（伤）史、既往史、已行治

疗和结果。既往史应包括主要疾病史、手术史、事故和药物过敏史。有时还要了解患者的家族史。病史还应记录包括睡眠情况、精神压力、工作负荷和娱乐爱好等在内的生活方式。

检查者应保持患者的注意力集中，并及时打断患者提供的不相关信息，语气要坚决，但要注意礼貌。提问与回答应该能提供对疾病有用的信息。同时，和谐的医患关系对获得最优评估结果也很重要。此外，检查者还应注意到表 1-1 中的“红旗”指标和症状，

表 1-1 病史中需要内科治疗的“红旗”发现

癌症	夜间持续疼痛 身体部位的持续疼痛 不明原因的体重减轻 [如 2 周内体重减轻 4.5 ~ 6.8kg (10 ~ 15 磅)] 食欲缺乏 不明肿块 不明原因的疲劳
心血管	气短 头晕眼花 胸部疼痛或负重感 身体任何部位的跳痛 四肢低位的持续剧痛 足部苍白，疼痛 肿胀 (无受伤史)
胃肠 / 泌尿 生殖系	经常腹痛或剧痛 经常心痛或消化不良 经常恶心或呕吐 膀胱功能改变或异常 (如尿路感染) 月经不规律
其他类	发热或夜间盗汗 近期严重的情绪波动 无外伤史的关节红肿 妊娠
神经	听力改变 无受伤史的经常或剧烈头痛 视力改变 (如模糊或失明) 平衡、协调失常，跌倒 失语 突然无力

From Stith, J.S., S.A. Sahrman, K.K. Dixon, and B.J. Norton; Curriculum to prepare diagnosticians in physical therapy. J. Phys. Ther. Educ. 9:50,1995

它们提示的虽不是骨骼肌肉系统的问题，但却是其他系统的疾病。

病史的采集应该是有序的。检查者要让患者有机会描述他们觉察到的问题及其带来的不良后果。为了获得一个好的效果，临床工作者必须重视患者对治疗的关注和期望值。毕竟，病史是患者对自身情况的讲述。提出的问题应当易于理解且不会诱导患者。比如，检查者不应问：“这增加了你的痛苦吗？”，而应该问：“你的痛苦有改变吗？”。检查者应一次只问一个问题，并在得到回答后开始下一个问题。对于需要描述的问题要用开放式的提问，对于细节性的问题要用闭合或直接的提问。直接问题常用来填补开放式问题里的细节信息，它们只需要诸如“是”、“否”一类词的回答。

在骨骼肌肉评估中，检查者应明确下列问题：

1. 患者的年龄多大？许多疾病的发生有一定的年龄范围。例如，Legg-Perthes 病、Scheuer-mann 病等生长紊乱疾病多见于青少年，关节炎、骨质疏松症等退行性疾病多见于老年人。肩部受到冲击后，年轻人 (15 ~ 35 岁) 多会出现肌肉损伤，主要是那些控制肩胛骨的肌肉，中老年人 (40 岁以上) 则多会出现肩关节的退行性变。

2. 患者的职业是什么？例如，由于体力劳动者的肌肉比脑力工作者的肌肉强壮，他们患肌肉萎缩的可能性较小，而肌肉受损伤的可能性较大。脑力工作者由于不需要很强的肌肉力量，在参加不常进行的活动或过度活动后，容易出现持续几周的肌肉或关节疲劳。一些职业导致的习惯性姿势和反复扭伤可提示疾病的位置和病因。

3. 患者为什么来就诊？这常出现于现病史或主诉中。在这部分里患者用自己的语言描述困扰他们的问题及其程度。这很重要，有助于检查者判断患者对治疗的期望值是否现实。

4. 是否受外伤或过度的活动？换言之，受伤的机制和诱发因素是什么？比如，在一起交通事故里，患者是驾驶员还是乘客？是不是患者导致的这场事故？车的哪部分受损了？车速是多少？患者系安全带了吗？在问这些问题的时候，检查者要试着判断造成伤害的力的方向、大小及其作用方式。通过仔细地倾听，检查者可以判断是哪个部位受了伤及其严重程度。例如，上肢超出范围的外展外旋会导致肩关节的前脱位，当脚部固定，全身的重量集中在

弯曲的膝盖上,膝关节受到外侧的打击时,会导致“严重的三联征”(胫侧副韧带,前交叉韧带和内侧半月板损伤)。此外,检查者还应注意是否有诱因、不寻常或新的因素导致疾病的发生,诸如支撑姿势、反复动作、健康状况、家族遗传病史等。

5. 症状是慢性还是急性发作? 症状是隐匿起病,之后微痛,发展为持续痛;还是以前曾经在某个部位受过伤? 如果以前有过明确的外伤史,通常情况下就能判定问题所在了。疼痛是否随病程发展? 症状的急性发作是创伤引起的,还是肌肉痉挛和(或)疼痛引起的? 有无缓解办法? 对这些情况的掌握有助于做出鉴别诊断。

6. 什么部位出现症状? 如果可能的话,应该让患者指出部位。患者指的是明确的位置还是描绘一片区域? 后者提示病情比较严重或是疾病的牵涉痛。患者描述症状的方式有助于了解疾病。

7. 患者初次发病时,疼痛或症状出现在什么部位? 疼痛是一种主观感觉,每个人的表现都不相同,它是一种复杂的感觉(图 1-1)。如果疼痛和症状导致患者不能朝一个方向移动或保持某一特定的姿势,

那么被称为严重症状;如果疼痛和症状因运动或长时间保持一种姿势而加重,就被称为难以忍受的症状。疼痛部位移动或扩散了吗? 在评估表的身体图上可以标出疼痛的位置和扩散情况(附 1A)。检查者应要求患者指出疼痛过去的位置和现在的位置。触发点还在吗? 正常肌肉里没有触发点。触发点是组织内高度敏感的区域,它对压力很敏感,且常伴有组织的紧束感,如足够敏感,还会使稳定的、深的牵涉痛加重。由于对触发点的按压会使患者再次出现症状,所以有助于诊断。

总的来说,疼痛的区域随着损伤的加重而扩大,或者是向远端发展;也会随着它的好转病灶变小或变得更加局限。有些检查者将前者称为症状的边缘化,而将后者称为症状的中心化。症状越表浅、越在远端,患者越能准确判断出疼痛的位置。如果是牵涉痛,患者会指出一片区域;如果伴有局部损伤,患者会指出一个明确的位置。牵涉痛的位置往往较深,界限不清楚,其放射不会超出身体的中线。牵涉痛指的是感觉到疼痛在某一位置,但不是受伤组织的位置,这是由于该位置组织受到相同或相邻神

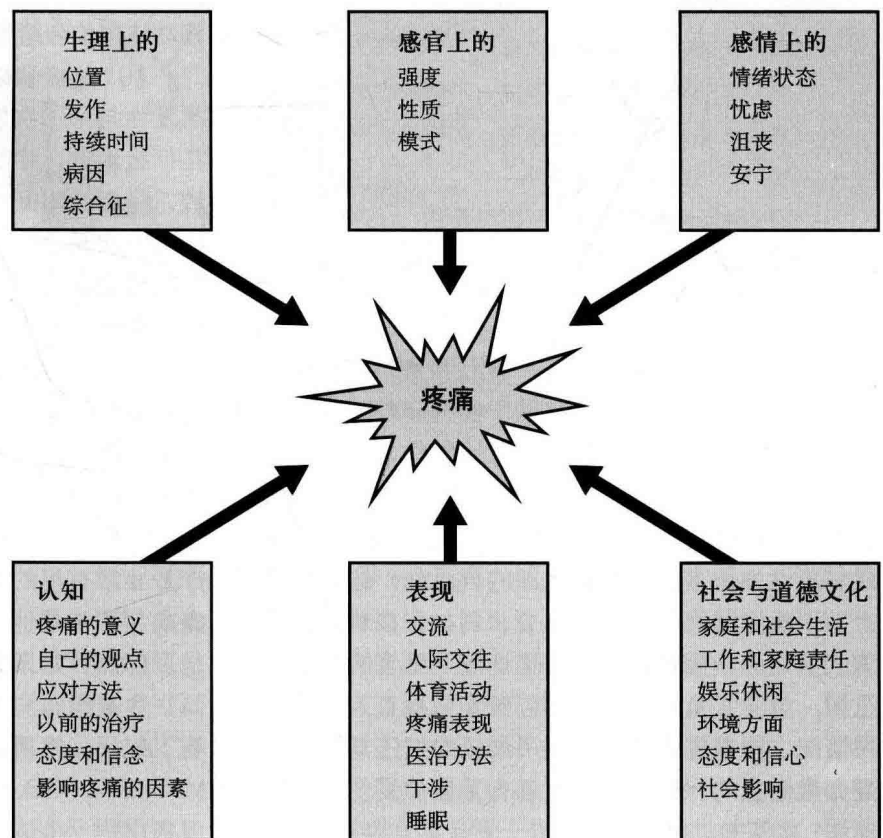


图 1-1 疼痛的构成因素

(Redrawn from Petty, N.J. and A.P. Moore: Neuromusculoskeletal Examination and Assessment—A Handbook for Therapists. London, Churchill-Living stone, 1998, p.8)

经末梢的支配造成的。疼痛会随着损伤的转移而转移。比如，膝关节内功能紊乱，随着关节内游离体的活动，疼痛有时在屈膝时发生、有时在伸膝时发生。检查者必须清楚地了解患者在什么位置时感觉到疼痛。又比如，疼痛的发生是在运动过程结束时，过程的某一阶段，还是贯穿整个运动过程？

8. 是什么活动或运动导致了疼痛？在这个阶段，检查者不应让患者特意做此运动，而是在检查过程中就已包括了。当然，检查者应该记住患者所说的哪种运动使其疼痛，在检查时这些运动应当放到最后再做，以免患者难以忍受。活动停止时，疼痛是否变化，或是需要多长时间恢复到以前的水平？是否有其他可加重或缓解疼痛的因素？这些活动是否改变疼痛的程度？这些问题的回答有助于检查者了解关节损伤的程度。这也有助于鉴别肌肉骨骼痛（机械性疼痛）和由其他系统病变引起的疼痛（表 1-2）。从功能上讲，疼痛可以分为不同的水平，特别是在重复性负荷条件下。

疼痛及其与重复性负荷活动程度的关系

(七级最严重)

- 一级：某些活动后疼痛
- 二级：活动开始热身阶段疼痛
- 三级：活动期间或活动后疼痛，不影响活动
- 四级：活动期间或活动后疼痛，影响活动
- 五级：日常生活活动疼痛
- 六级：休息时持续钝痛，不影响睡眠
- 七级：钝痛影响睡眠

9. 症状出现多长时间了？症状持续时间和频率是多少？这些问题的回答有助于检查者判断疾病是急性、亚急性、慢性或慢性病急性发作，了解患者对疼痛的耐受。一般说来，出现 7 ~ 10d 的是急性病，10d 至 7 周的是亚急性病，超过 7 周的是慢性病。慢性病急性发作常见于受伤组织的再受伤。这些信息有助于决定如何给患者做检查。例如，在对急性疾病的评估中，检查者应该较轻地按压患者的关节和组织。对非常急性的疾病不应做全面检查。对于这种情况，检查应选择那些应用最轻的按压却能获得最大量信息的评估程序。患者有无保护受伤部位的动作？如果有，就意味着这是一种比较急性的情况，

表 1-2 系统疼痛与肌肉骨骼疼痛的鉴别

系统疼痛	肌肉骨骼疼痛
影响睡眠	夜间减轻
深痛或悸动	刺痛或浅表痛
按压时减轻	活动停止时减轻
持续或波动疼痛，痉挛	连续或间断痛
机械压力不会加重疼痛	机械压力会加重疼痛
伴有	无伴随情况
黄疸	
转移性关节炎	
皮疹	
疲劳	
体重减轻	
低热	
虚弱	
反复出现或日渐加重	
感染史	

From Meadows, J.T.: Orthopedic Differential Diagnosis in Physical Therapy—A Case Study Approach. New York, McGraw Hill, 1999, p. 100. Reproduced with Permission of the McGraw-Hill Companies

移动该部位会给患者带来不适与恐惧。

10. 此症状以前是否发生过？如果发生过，这次发作与第一次发作时一样吗？疾病最开始的位置在什么地方，症状扩散了没有？如果患者感觉有好转，经历的时间是多久？有无缓解措施？这次的症状与前次是否一样？如果不一样，有什么不同？这些问题的回答，有助于检查者判断受伤的部位与严重程度。

11. 症状的程度、持续时间和（或）频率是否增加了？这些情况都表示疾病发生了恶化。而疼痛的减轻或其他一些情况则意味着疾病有所好转。疼痛是否稳定不变？如果是，多长时间了？这些问题有助于检查者判断疾病现在的状况。这些因素对治疗是非常有用的，也有助于判断治疗是否有效。疼痛或症状与其他生理变化有无关系？比如，月经时是否疼痛？如果是，患者上一次盆腔检查是什么时候？这类问题能提示检查者，是什么因素导致或影响了症状。使用疼痛调查表对评估也很有帮助。在 McGill-Melzack 疼痛调查表中（图 1-2），患者使用感官的、感情的和评估的三类词来描述自己的疼

McGill-Melzack 疼痛问卷调查表

患者姓名: _____ 年龄: _____
 编号: _____ 日期: _____
 临床分类: (如心脏、神经等)
 诊断: _____

止痛药物 (既往服用史)

- 剂型:
- 剂量:
- 给药到检查之间的时间:

患者的智力水平: 用数字表示最高的评估
 1 (低) 2 3 4 5 (高)

这个问卷调查表被设计来说明你的疼痛情况, 下面是四个问题:

- 疼痛部位在哪里?
- 是怎样的疼痛?
- 随着时间有什么变化?
- 疼痛有多重?

将你的疼痛情况告诉我们, 这很重要, 请按每个部分的说明进行回答。

卷 1: 标记部位

请在下面的图上标明疼痛部位。如果是表面疼痛, 请在你画出的区域旁标 E, 如果是内部疼痛, 请标 I, 如果内外都痛, 请标 EI。

卷 2: 你对疼痛的印象

下面是一些描述疼痛的词汇, 在适合你的感觉的词汇上画圈, 对于没有合适词汇的组可以不画, 在每一组仅可选一个词。

1 浮躁	2 跳痛	3 刺痛	4 锐痛
抖动性痛	闪痛	烦躁	刀割痛
搏动性痛	射痛	钻痛	撕裂痛
抽动性痛		刺痛	
击打痛			
5 捏痛	6 牵引痛	7 烫痛	8 麻痛
压痛	牵拉痛	烧灼痛	痒痛
虫咬痛	拧痛	烧烫痛	刺痛
胀痛		烤痛	螫刺痛
压榨痛			
9 钝痛	10 触痛	11 疲惫感痛	12 恶心样痛
酸痛	紧绷样痛	衰竭样痛	窒息感
外伤样	锉痛		
隐痛	撕裂样痛		
剧痛			
13 恐惧感	14 疲乏感	15 可怜感	16 烦躁
厌恶	暗示性	盲目	痛苦
恐惧不安	中等痛	痛苦	
严重恐惧	剧烈		
濒死	无法忍受		
17 疼痛扩散	18 紧绷感	19 凉	20 烦恼
放射痛	麻木感	冷	恶心
穿透性	牵拉感	冻结感	极度痛苦
刺透样	挤压感	冰冷	
撕裂样			

卷 3: 你的疼痛随时间有何变化

- 下列哪些词能够说明你的疼痛情况?

①持续性	稳定的	不变的
②有规律的	周期性的	间断的
③短暂的	瞬间的	暂时的
- 如何能缓解疼痛?
- 如何会加重疼痛?

卷 4: 疼痛严重程度

下面是疼痛的不同强度:

- 温和的
- 不舒服的
- 压抑的
- 可怕的
- 折磨人的

回答下列问题, 将合适的词的序号填于题后横线上

- 现在的疼痛情况? _____
- 最严重时的情况? _____
- 最轻时的情况? _____
- 你牙痛最严重时的感觉? _____
- 你头痛最严重时的感觉? _____
- 你胃痛最严重时的感觉? _____

图 1-2 McGill-Melzack 疼痛问卷调查表

(From Melzack, R.: The McGill pain questionnaire: Major properties and scoring methods. Pain 1:280-281,1975)

痛体验。患者也可以在一个固定的 10cm 线上 (图 1-3) 或温度计型的尺度上 (图 1-4) 标出自己量化的疼痛感觉。检查者在评估或再评估患者时应使用相同的疼痛量表以确保结果的可比性。调查者可以使用完整的调查问卷或尺度来作为患者自己描述疼痛的指示。

12. 疼痛是持续性的、周期性的还是间歇性的

(伴随某特定运动)? 或是偶发性的? 疼痛发作时是否让患者烦恼? 如果没有, 那么疼痛多不是持续性的。持续性的疼痛往往提示代谢功能紊乱、癌症或内脏损害, 虽然疼痛的程度可能会发生变化, 但它总是局限在一个区域。如果疼痛是周期性的或是偶发性的, 检查者应该判定是什么活动、位置或姿势引发了症状, 这有助于判断是哪个组织的问题。这种