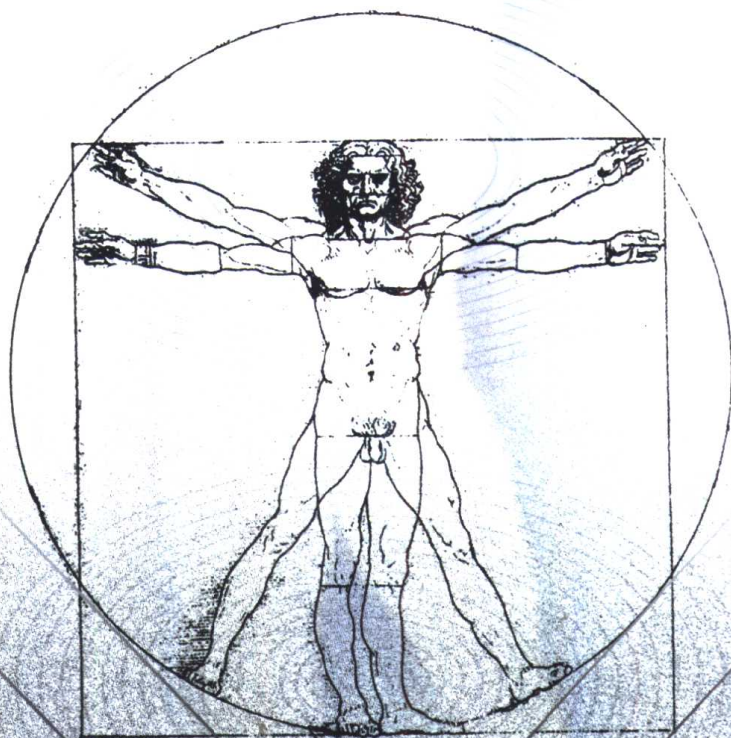


◎ 颈 肩 腰 腿 痛 诊 疗 系 列 ◎

JING JIAN YAO TUI
TONG YING YONG
JIAN CHA XUE

颈肩腰腿痛 应用检查学

主 编 邵福元 邵华磊



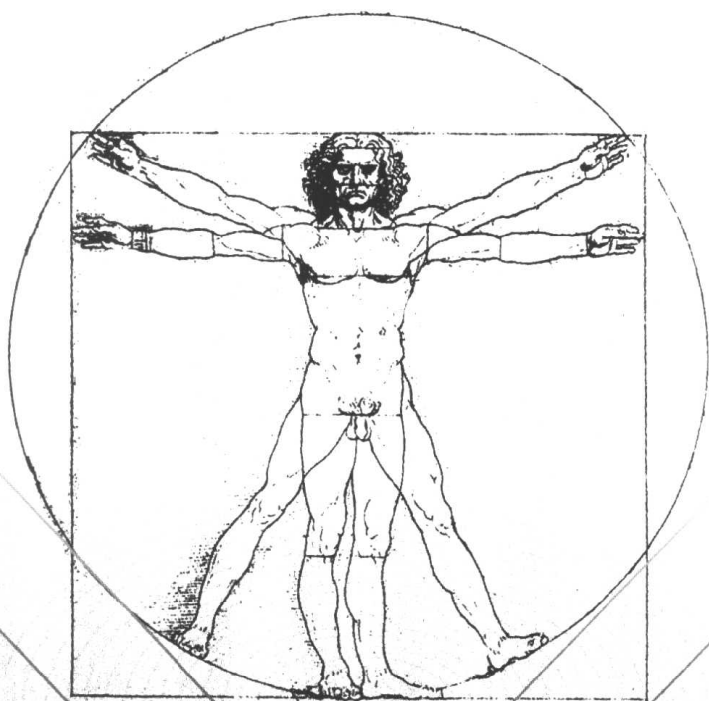
河 南 科 学 技 术 出 版 社

◎ 颈 肩 腰 腿 痛 诊 疗 系 列 ◎

JING JIAN YAO TUI
TONG YING YONG
JIAN CHA XUE

颈肩腰腿痛 应用检查学

主 编 邵福元 邵华磊



河 南 科 学 技 术 出 版 社

内 容 提 要

全书共十二章，分为颈肩腰腿痛病历书写，检查总论，颈肩腰腿痛中医检查，头颈、腰背、骨盆、四肢关节检查等。主要内容包括物理检查及影像检查。物理检查包括问诊、视、触、叩、听、功能活动检查、有关的神经系统检查、常用软组织检查及特殊试验检查等；影像检查包括 X 线、CT、MRI 等。本书全面系统地叙述了颈肩腰腿痛专业所需的检查学知识，实用性强。可供颈肩腰腿痛专业、骨科、推拿、放射、理疗、康复等相关专业人员和参考。

图书在版编目 (CIP) 数据

颈肩腰腿痛应用检查学/邵福元，邵华磊主编. —郑州：河南科学技术出版社，2002. 12

ISBN 7 - 5349 - 2602 - 5

I. 颈… II. ①邵…②邵… III. ①颈肩痛 - 检查②腰腿痛 - 检查 IV. R681. 5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 077859 号

责任编辑 赵怀庆 责任校对 王艳红 徐小刚

河南科学技术出版社出版发行

(郑州市经五路 66 号)

邮政编码：450002 电话：(0371) 5737028 5724948

河南第一新华印刷厂印刷

全国新华书店经销

开本：787mm×1 092mm 1/16 印张：37.25 字数：852 千字

2002 年 12 月第 1 版 2002 年 12 月第 1 次印刷

印数：1—3 000

ISBN 7 - 5349 - 2602 - 5/R · 510

定价：68.00 元

前 言

本书为“颈肩腰腿痛诊疗书系”的第二本。

检查学是临床学科的基础。颈肩腰腿痛医师必须熟练地掌握该专科检查的方法及其临床意义。目前，国内介绍颈肩腰腿痛检查法的书籍罕见。该专业的各种检查多散在于骨外科、骨伤科、脊柱四肢外科及软组织外科等相关专业的书籍中，给学者们带来诸多不便。我们参考了许多书籍并结合自己的临床实际，编写了这本专科用书。本书编写的宗旨即在于力求全面、系统、简明，依照临床实用的原则，按一定检查顺序或检查体位来介绍各部位的检查方法，并阐明其临床意义。特别在疼痛问诊、软组织系统检查、神经系统检查及X线检查方面，编写过程中给予较大重视，以满足临床、教学及科研的需要，方便从事颈肩腰腿痛专业的医师学习，为颈肩腰腿痛疾病的诊断、治疗、预后判断和疗效对比提供帮助。

全书分为十二章，第一章是颈肩腰腿痛病历书写，第二章为检查总论，第三章是颈肩腰腿痛中医检查，第四章至第十二章分别叙述头颈、腰背、骨盆及四肢关节检查。各论中一般分为物理检查及影像检查两节。物理检查包括问诊、视、触、叩、听、功能活动、有关的神经系统检查、常用软组织检查及特殊试验检查等。影像检查包括X线、CT、MRI等内容。80余万字，插图千余幅，图文并茂。

本书参考面广、实用性强，可作为颈肩腰腿痛专业、骨科、推拿、放射、理疗、康复等相关专业医师的参考书。

愿本书成为广大同道及相关专业医务人员的良师益友。

由于我们水平有限，书中难免会有错漏之处，敬请读者批评指正。

邵福元

2002年8月16日于郑州

目 录

第一章 颈肩腰腿痛专科病历书写	(1)
第一节 病历书写的基本要求	(1)
第二节 颈肩腰腿痛的病史采集	(2)
一、一般资料	(2)
二、主诉	(2)
三、现病史	(2)
四、既往史	(6)
五、个人史	(6)
六、家族史	(6)
七、婚育史	(6)
第二章 颈肩腰腿痛临床检查总论	(7)
第一节 主要检查方法、注意事项及常用工具	(7)
第二节 颈肩腰腿痛的基本检查项目	(8)
一、视诊	(8)
二、触诊	(15)
三、叩诊	(17)
四、听诊	(17)
五、关节运动功能检查	(18)
六、肌肉运动功能检查	(20)
七、与颈肩腰腿痛有关神经系统检查	(24)
八、肢体血液循环的检查	(41)
九、肢体的测量	(47)
第三节 实验室检查	(55)
一、血液检查	(55)
二、生物化学检查	(58)
三、尿液检查	(65)
四、粪便检查	(67)
五、免疫学检查	(68)

六、脑脊液检查	(70)
七、关节液检查	(73)
八、活体组织检查	(77)
第四节 影像学检查	(79)
一、X 线检查	(79)
二、CT 检查	(90)
三、磁共振 (MRI) 检查	(93)
四、超声检查	(96)
五、肌电图检查	(98)
六、核医学检查	(101)
七、云纹图检查	(106)
八、诱发电位检查	(108)
九、骨密度定量测定	(108)
第三章 颈肩腰腿痛中医检查及辨证	(115)
第一节 四诊	(115)
一、望诊	(115)
二、闻诊	(118)
三、问诊	(118)
四、切诊	(123)
第二节 八纲辨证	(126)
一、表里辨证	(126)
二、寒热辨证	(127)
三、虚实辨证	(127)
四、阴阳辨证	(128)
第三节 病因辨证	(128)
一、六淫	(128)
二、七情	(131)
三、劳逸过度	(131)
四、外伤	(132)
五、痰饮和瘀血	(132)
第四节 气血、筋骨辨证	(133)
一、气血辨证	(133)
二、筋骨辨证	(135)
第五节 脏腑辨证	(138)
一、心病辨证	(138)
二、肝病辨证	(139)
三、脾病辨证	(140)
四、肺病辨证	(141)

五、肾病辨证	(141)
六、脏腑兼病辨证	(142)
第六节 经络辨证	(144)
一、十二经脉病证	(144)
二、奇经八脉	(145)
第四章 头颈部检查	(146)
第一节 头部检查	(146)
一、问诊	(146)
二、头发	(148)
三、头皮	(148)
四、颜面及其器官	(149)
五、脑神经检查	(149)
六、头面部常用软组织检查	(152)
第二节 颈部检查	(158)
一、问诊	(158)
二、视诊	(161)
三、触诊	(162)
四、叩诊	(164)
五、颈功能活动检查	(164)
六、与颈部有关的神经系统检查	(165)
七、颈部常用软组织检查	(175)
八、特殊检查	(184)
第三节 颈部影像学检查	(189)
一、X线平片检查	(189)
二、颈部CT检查	(200)
三、颈部磁共振成像(MRI)检查	(204)
四、颈部超声检查	(209)
五、颈部造影检查	(210)
六、脑血流图	(213)
七、经颅多普勒检查(TCD)	(213)
八、肌电图	(218)
第五章 腰背部检查	(220)
第一节 腰背部物理检查	(220)
一、问诊	(220)
二、步态	(223)
三、站位检查	(224)
四、坐位检查	(230)
五、仰卧位检查	(232)

六、俯卧位检查	(237)
七、侧卧位检查	(243)
八、蹲位检查	(243)
九、常用软组织检查	(243)
第二节 腰背部影像学检查	(251)
一、X 线检查	(251)
二、腰背部 CT 检查	(271)
三、腰背部磁共振成像 (MRI) 检查	(281)
四、造影检查	(288)
五、B 超检查	(292)
六、肌电图检查在腰背痛中的应用	(293)
七、腰部热像图	(294)
八、脊髓内窥镜检查	(295)
第六章 骨盆部检查	(296)
第一节 骨盆物理检查	(296)
一、视诊	(296)
二、触诊	(297)
三、叩诊	(298)
四、直肠指诊	(298)
五、骨盆运动功能检查	(298)
六、特殊检查	(299)
第二节 影像学检查	(301)
一、X 线检查	(301)
二、骨盆 CT 与 MRI 检查	(306)
第七章 肩部检查	(311)
第一节 肩部物理检查	(311)
一、问诊	(311)
二、望诊	(312)
三、触诊	(314)
四、叩诊	(321)
五、听诊	(321)
六、肩关节运动功能检查	(322)
七、肩部常用软组织检查	(325)
八、感觉检查	(330)
九、周径测量	(331)
十、特殊检查	(331)
第二节 肩关节穿刺和滑液检查	(335)
一、肩关节穿刺	(335)

二、滑液检查	(335)
第三节 肩部影像学检查	(337)
一、X 线检查	(337)
二、肩关节造影	(344)
三、肩关节镜检查	(347)
四、肩部超声诊断	(349)
五、CT 检查	(354)
六、MRI 检查	(356)
第八章 肘部检查	(365)
第一节 肘部物理检查	(365)
一、视诊	(365)
二、触诊	(367)
三、肘关节运动功能检查	(369)
四、常用软组织检查	(370)
五、感觉检查	(373)
六、特殊检查	(373)
第二节 肘部影像学检查	(375)
一、X 线检查	(375)
二、肘关节镜检查	(381)
三、肘部 MRI 检查	(382)
第九章 腕及手部检查	(389)
第一节 腕及手部的物理检查	(389)
一、问诊	(389)
二、视诊	(389)
三、触诊	(394)
四、叩诊	(395)
五、听诊	(395)
六、运动功能检查	(396)
七、腕及手部常用软组织检查	(398)
八、感觉检查	(407)
九、特殊试验检查	(408)
第二节 腕及手部影像学检查	(414)
一、X 线检查	(414)
二、腕关节造影	(422)
三、腕关节镜检查	(424)
四、腕关节的 MRI 检查	(427)
第十章 腕部检查	(434)
第一节 物理检查	(434)

一、问诊	(434)
二、站位检查	(434)
三、仰卧位检查	(436)
四、侧卧位检查	(446)
五、俯卧位检查	(447)
六、常用软组织检查	(447)
第二节 影像学检查	(453)
一、X 线检查	(453)
二、髋关节造影	(463)
三、髋关节镜检查	(464)
四、髋关节 CT 与 MRI 检查	(465)
五、超声检查	(475)
第三节 髋关节液检查	(476)
一、常规检查项目	(476)
二、其他化学检查	(476)
第十一章 膝部检查	(478)
第一节 物理检查	(478)
一、问诊	(478)
二、望诊	(480)
三、触诊	(481)
四、叩诊	(484)
五、听诊	(484)
六、膝关节运动功能检查	(484)
七、常用软组织检查	(486)
八、感觉检查	(488)
九、特殊检查	(489)
第二节 膝关节影像学检查	(517)
一、X 线检查	(517)
二、膝关节造影	(527)
三、膝部关节镜检查	(531)
四、膝关节 B 超检查	(533)
五、膝关节 CT 检查	(534)
六、膝关节 MRI 检查	(534)
第十二章 踝及足部检查	(544)
第一节 物理检查	(544)
一、望诊	(544)
二、触诊	(549)
三、叩诊与听诊	(551)

四、踝及足部运动功能检查	(552)
五、常用软组织检查	(552)
六、感觉检查	(558)
七、特殊检查	(559)
第二节 踝及足部影像学检查	(562)
一、踝及足部 X 线检查	(562)
二、踝关节造影	(575)
三、MRI 检查	(576)
主要参考文献	(584)

第一章 颈肩腰腿痛专科病历书写

第一节 病历书写的基本要求

病历是医务人员在诊疗工作中的医疗文件。它既是确定诊断及制定治疗和预防措施的依据，也是总结医疗经验，充实教学内容和进行科研的重要资料；同时还是解决医疗纠纷、判定法律责任、医疗保险等事项的重要依据。完整的病历还可深刻体现出医疗质量、医疗作风和医疗水平的高低。因此，为了提高病历质量，医护人员必须以极端负责的精神和实事求是的科学态度，严肃、认真地书写病历。

病历书写应遵循以下基本要求：

(1) 各项记录必须按规定格式认真书写，内容真实、完整，记录及时，语句简练，重点突出，层次分明，字迹清楚，使用标点准确。

(2) 病历必须用蓝黑钢笔书写（指定用其他颜色笔填写者除外），一经书写完毕不得随意涂改、挖补或剪贴。凡必须修改的记录一律用红色墨水笔，如一页中涂改超过三处或字迹潦草、出行、跨格等，应重新抄写。

(3) 内容记录一律用中文简化字（计量单位、符号以及处方等除外），应按照国家语言文字工作委员会 1986 年 10 月 10 日发布的《简化字总表》的规定书写，不得杜撰，避免错别字。

(4) 西医疾病的诊断及手术名称应是统一、公认的，符合疾病命名规定的标准名称。要依据国家标准《疾病分类与代码》（最新版）书写，未列出的我国地方病以全国高等医药院校规划教材的名称为准。

中医术语的使用依照中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语》（最新版）、《中医病证分类与代码》（最新版）和中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（最新版）等有关标准规范；中药名称的使用依照《中华人民共和国药典》（最新版）。

(5) 计量单位一律采用《中华人民共和国法定计量单位》。

(6) 各项记录必须有完整日期，按“年、月、日”顺序填写（例 1991. 11. 27）。必要时应加注时间，上午用 AM 代表，下午用 PM 代表，中午 12 时为 12N，午夜 12 时为 12MN。

(7) 各项记录结束时医师必须签全名或盖章，并清楚易认。

颈肩腰腿痛应用检查学

(8) 住院病历由住院医师书写,主治医师审查修改并签字;如系进修医师书写,必须经住院医师在全面了解病情的基础上,进行审查修改并签字,同时住院医师另写住院记录。

正确的病史和检查是医师对疾病做出正确诊断所必需的重要临床资料,而要获得正确的病史和检查结果,临床医师必须对与颈肩腰腿痛病相关的解剖、生理功能及各种病症的临床表现有较深刻的了解,熟练掌握和正确运用各种检查方法,并能将取得的病史和检查结果进行综合分析和判断。因此,医师的业务素质和工作态度是取得正确的病史和检查结果的首要因素。一个言语简单生硬、对患者的疾病表现得漠不关心的医师,是很难得到患者信任的。只有使患者感到你很关心他的疾病,并想尽力帮助他,他才能和你充分合作,从而使你获得详尽、正确的病史。病史应尽量由患者自己按时间顺序叙述,对于表达病痛语言能力不强、不精确者,医师要灵活地加以启发、诱导,切不可表现出不耐烦的态度或粗暴地打断患者的话,这样做常常会使患者更为紧张而表达不清。

对于与患者的疾病可能有关而患者未能讲述的病史,医师应追加询问。有时一个细节的疏漏,就可能导致判断错误。

病史的采集对颈肩腰腿痛的诊断具有与临床检查同等重要的意义,不可厚此薄彼,均应重视。

第二节 颈肩腰腿痛的病史采集

一、一般资料

一般资料包括患者的姓名、性别、年龄、职业、籍贯、婚姻状况、民族和长住地址、联系方式等,均应详细填写,以便分析病情和长期随访。尤其是年龄、性别和职业,对疾病的诊断和治疗有很重要的意义。如骨质疏松、类风湿性关节炎,多发于女性;肩周炎多发生在50岁左右,且女性多于男性;退变性关节炎多发生于40岁之后;搬运工易患腰痛;长期伏案工作容易引起颈椎病及腰腿痛等。

二、主诉

主诉是患者就诊的主要症状及其持续时间、性质或程度等。简化公式:部位+症状+时间。确切的主诉常可作为诊断疾病的向导,不但能提示医生检查的方向,而且还是寻找病源的依据。主诉应用一两句话简要地加以概括。如有两个或两个以上主诉,应按其发病顺序加以排列。主诉及现病史中忌用诊断性名词。

三、现病史

现病史是颈肩腰腿痛病史采集的重要部分,对疾病诊断有着非常重要的作用。其采集应围绕主诉系统记录患者从发病的第一个症状起,到就诊时为止,整个疾病发生、发展、变化的全过程及其诊疗情况。如反复发作多年的慢性疾病,现又发病而就诊,则应从第一次出现症状开始,描述其反复发作、演变和诊疗情况的全部经过。如果两种或两种以上疾病同时发病,应分段记录。一般应询问如下几方面情况:

（一）起病的情况与患病的时间

颈肩腰腿痛的起病或发作都有各自的特点，详细询问起病的情况对疾病病因的探索具有重要的鉴别作用。有的病症起病急骤，如急性腰臀软组织扭伤、颈部扭挫伤等；有的病症则起病缓慢，如肩关节周围炎、颈椎病等。颈肩腰腿痛病的发生还常与某些因素有关，如落枕往往与睡眠时枕头高低或睡眠姿势不合适有关。第3腰椎横突综合征、梨状肌综合征的发生常与神经的受压与刺激有关。患病的时间是指起病到就诊或入院的时间，首次发病的时间应与主诉所记录的时间相一致。如先后有几个症状则需按顺序询问后分别记录。

（二）病因与诱因

问诊时应尽可能地了解与本次发病有关的病因（如外伤、慢性劳损等）和诱因（如气候变化、运动、体位、环境改变等）。问明以上因素有助于明确诊断与拟定治疗措施。患者对直接或近期的病因容易提出，当病期长或病因比较复杂时，患者往往难以言明，并可能提出一些似是而非或自以为是的因素，这时医师应进行科学的归纳，不可不加分析地记入病史。患者无明确病因时，医师要注意询问发病当时在做什么工作或处在哪个体位。

（三）主要症状的特点

要求对每个症状，特别是对诊断有决定意义和对鉴别诊断有关的症状，要深入了解，应加以详细描述。颈肩腰腿痛患者的主要症状就是疼痛，询问时应了解以下几个方面：

1. 疼痛发生的情况 是突然起病还是缓慢发生，发病时有无外伤史或其他诱因，是否伴有其他症状等。多数颈肩腰腿痛的患者没有严重的外伤史，常因生活中某种动作或过度用力引起局部症状，这些患者多半是局部软组织如筋膜、肌肉、韧带、关节囊等处的损伤或劳损。对有严重外伤史的患者，除软组织损伤外，尚需考虑有无骨折的可能。老年人的颈肩腰腿痛往往与骨质增生、退变有关，可以没有任何外伤史。

2. 疼痛部位和范围 首先痛在何处，是否向其他部位放射等。询问疼痛时应使患者尽可能准确地指出疼痛的部位和范围，用手指划出疼痛部位往往比单纯的口述要准确得多。如有放射痛，一定要说明放射部位及有关因素。一般颈椎病向肩、臂、手放射；腰椎病向臀、大腿、小腿及足放射；胸椎病多沿肋间或胸腹放射。放射部位与受累神经根（支）密切相关，对定位诊断十分重要。

3. 疼痛的性质和程度 患者对疼痛性质描述可能各不相同，除了一般的疼痛以外，还应仔细询问是酸痛、胀痛、麻痛、刺痛、牵拉痛、绞痛、灼痛，还是刀割样痛等。酸痛、胀痛、麻痛一般多见于软组织的慢性劳损和陈旧性损伤，亦可见于某些风湿或类风湿性病变；刺痛、刀割样痛较多见于关节囊、韧带、滑膜等急性损伤；牵拉痛、灼痛多见于神经根受刺激所致；绞痛则需注意其他脏器的疾病，如肾脏、输尿管结石等。

疼痛的程度较难准确地描述，除与疾病相关外，还与个体耐受性、痛阈高低及性别、年龄等多种因素有关。因为还没有一个简单的方法来测定患者的疼痛程度，所以只能根据患者的主诉来描述。一般常用的描述有：难以忍受的剧烈疼痛，表达那些引起患

者坐卧不安、大声呼叫甚至大汗淋漓、不思饮食的疼痛；剧痛，表达那些引起患者表情痛苦、呻吟不安、常保持一特定体位、不肯随意活动，甚至拒绝医师检查的疼痛；严重疼痛，指疼痛较重，但尚能坚持者；中度疼痛指疼痛明显，但不甚重者；轻痛及微痛指较轻微的疼痛。

临床常采用强度评价量表和疼痛问卷表进行疼痛强度评价。

(1) 评价量表 (rating scales)：这是目前临床使用最多的一类疼痛强度评价方法，包括语言评价量表 (verbal rating scale, VRS)、数字评价量表 (numerical rating scale, NRS) 和视觉类比量表 (visual analogue scale, VAS) 等。

语言评价量表 (VRS)：是患者将所感受到的疼痛用“无痛”、“轻微痛”、“中度痛”、“重度痛”和“极重度痛 (不可忍受的痛)”表示。

数字评价量表 (NRS)：疼痛程度用 0 ~ 10 之间的整数表示，其中“0”为无痛，“10”是想像中最严重的疼痛。患者根据个人疼痛感受在其中一个数作记号。

以上二种方法在实际运用中具有快速、简便和易理解的优点，缺点在于结果较粗略。

视觉类比量表 (VAS)：通常采用 10cm 长的直线，两端分别表示“无痛”和“想像中剧烈疼痛”，患者可根据其感受疼痛程度，在直线上相应部位作记号，“无痛”端至记号之间的距离即为疼痛评分。VAS 是目前最常用的疼痛强度评价方法，具有敏感、结果可靠和使用方便的特点。

几种疼痛程度评价方法

VRS	0	无痛									
	1	轻微痛									
	2	中度痛									
	3	重度痛									
	4	极重度痛（不可忍受的痛）									
NRS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
无痛											最剧烈的痛

VAS 无痛——————最剧烈的痛

(2) 疼痛问卷表 (pain questionnaires)：是根据疼痛的生理感觉，患者的情感因素和认识成分等多方面因素设计而成。常用的有简化的 McGill 疼痛问卷 (short - form of McGill pain questionnaire, SF - MPQ)。该问卷由 11 个感觉类和 4 个情感类对疼痛的描述词以及现时疼痛强度 (present pain intensity, PPI) 和 VAS 组成。所有描述词均用 0 ~ 3 分别表示“无”、“轻”、“中”和“重”痛的不同程度。PPI 用 6 分法评定。

SF - McGill 疼痛问卷

	无	轻 微	中 度	重 度
跳 痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
放射痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
戳 痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

锐 痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
夹 痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
咬 痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
灼烧痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
创 伤	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
猛烈痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
触 痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
割裂痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
疲劳衰竭	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
不适感	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
恐 惧	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
折磨人的	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

VAS 无痛——————最剧烈的痛

- PPI 0 无痛
 1 轻微痛
 2 不适
 3 痛苦
 4 可怕
 5 极度痛

4. 疼痛的时间 夜间或白天，持续性痛或间歇性痛，疼痛持续的时间及发作的频率等。例如，恶性骨肿瘤、小儿髋关节结核疼痛，夜间更甚；感染性疾病的疼痛多呈持续性；与负重、局部供血有关的病变可有间歇性疼痛等。

5. 疼痛加重及缓解的因素 与季节、气候有无关系，晨起后是否疼痛，活动后是否减轻，做什么动作、多大活动量能加剧疼痛，休息后是否好转，何种体位能减轻症状等。

颈肩腰腿痛患者，尤其是脊椎病引起，绝大多数减少活动与卧床休息能使疼痛明显好转，但也有少数患者卧床休息反而使疼痛加重。典型的脊椎退变和骨质增生患者，往往在睡眠至黎明前腰痛明显，以致不得不很早就起床，起床后开始活动时腰痛仍明显，但稍活动后，疼痛即明显好转。

腰痛患者常在某一体位疼痛加重而在另一体位疼痛减轻。例如，椎间盘突出症患者，弯腰时神经根紧张，压迫更甚而使疼痛加重；腰椎管狭窄的患者则与此相反，腰后伸时椎管容量进一步变小而使狭窄更为严重，疼痛加重，弯腰及下蹲时则椎管容量加大而疼痛减轻。腰背部筋膜及肌肉劳损者，多为弯腰时疼痛加重，而腰椎小关节囊损伤者常有腰过伸性疼痛，但同时也有前弯腰疼痛，这是因为腰后伸时可使已受伤的小关节囊受到挤压，而腰前弯时又可牵引小关节囊之故。

6. 诊疗情况 患者接受过哪些治疗，治疗的时间、地点、方法，疗效如何，询问治疗的经过，尤其是病程稍长者。这对确诊和推断预后十分重要。如较重的颈及上肢

根性疼痛，经治疗缓解达数月至数年后，又出现下肢无力甚至瘫痪，则脊髓型颈椎病可能性较大，应尽快行 CT 或 MRI 检查；如为进行性疼痛，各种治疗无效，则应想到占位性病变的可能，应做全面检查。

（四）伴随症状

颈肩腰腿痛患者在疼痛的基础上多伴有麻木和肌肉萎缩等。如伴有相应部位麻木，提示病史较长，很可能有骨质增生压迫神经根（后根）；如有麻木又有肌肉萎缩，提示脊神经受累。但也有少数根型颈椎病患者病史中只有手臂麻木而无明显疼痛，出现麻木系神经受压所致，局部无炎性渗出，故只麻不痛。临床上较多见的是疼痛与麻木共存，如陈旧性腰椎间盘突出多表现为腰骶痛伴小腿或足部麻木。

由于颈肩腰腿痛患者具体情况不一，其伴随症状亦复杂多变，应详细询问并结合其他检查，做出诊断和治疗。

此外，还应对疾病的发展与演变及诊治经过进行询问，以明确疾病的发展变化。

四、既往史

既往史即过去史。除了询问患者过去曾患过的疾病（包括各种传染病）及有无外伤、手术、预防注射之外，要特别询问与现病有密切关系的疾病。此外，对居住或生活地区的主要传染病和地方病，以及对药物、食物和其他接触物的过敏史等，皆应详细询问，记录于既往史中。

五、个人史

（1）患者的出生地及经历地区，特别要注意自然疫源地及地方病流行区，说明迁移年月。

（2）居住环境和条件。

（3）生活及饮食习惯，特殊嗜好，性格特点，如闭塞性脉管炎与吸烟程度有关、股骨头缺血性坏死与酗酒有关。

（4）过去及目前的职业及工作情况，粉尘、毒物、放射性物质、传染病接触史等。

（5）其他重要个人史。

六、家族史

询问近亲的健康情况和死亡原因，特别是家族内的传染病史（如结核）；对风湿、痛风、血友病、先天性畸形、骨肿瘤患者，更应仔细询问家族史。

七、婚育史

询问结婚年龄、配偶健康状况等。女性患者要记录经带胎产情况。月经记录格式为：月经初潮年龄 $\frac{\text{每次行经天数}}{\text{经期间隔天数}}$ 闭经年龄或末次月经时间。

成年妇女遭受严重创伤可致月经周期紊乱和月经过多，询问月经情况，对治疗用药有参考意义。另外，经期盆腔充血常伴有腰痛；停经后，因卵巢分泌不平衡，可导致骨质疏松。妊娠妇女受伤后，要问怀孕的时间、伤后有无腹痛、有无流产，必要时请妇产科会诊；在妊娠后期，由于松弛素作用，韧带松弛，易见腰部及骶髂关节疼痛。哺乳期缺钙可发生软骨病。

（邵福元 丁原宏 王 静）