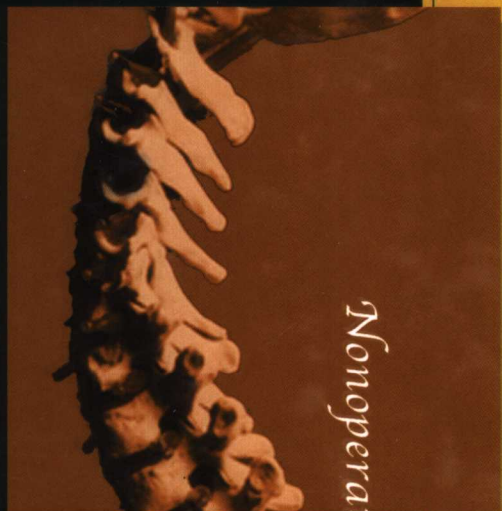




Nonoperative treatments for neck, shoulder, back and lumbar pain

颈肩腰背痛 非手术治疗

陈廷明 刘怀清 闵 苏 主编

人民卫生出版社

People's Medical Publishing House

R681.5

CTM

C4

颈肩腰背痛 非手术治疗

*Nonoperative treatments for neck,
shoulder, back and lumbar pain*

主 编 陈廷明 刘怀清 闵 苏

副主编 聂发传 杨天德 刘延青 倪家骧 马 力

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

颈肩腰背痛非手术治疗/陈廷明等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2006. 6

ISBN 7-117-07532-5

I. 颈… II. 陈… III. ①颈肩痛-诊疗②腰腿痛-
诊疗③背痛-诊疗 IV. R681.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 029124 号

颈肩腰背痛非手术治疗

主 编: 陈廷明 刘怀清 闵 苏

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

邮购电话: 010-67605754

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 36

字 数: 852 千字

版 次: 2006 年 6 月第 1 版 2006 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-07532-5/R·7533

定 价: 66.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

编委名单 (按姓氏笔画为序)

马 力	文欣荣	支满霞	王伍超	卢建明	卢振和	叶绪平
付廷斌	刘怀清	刘延青	刘 宿	刘祥平	刘 惠	闵 苏
杜 宁	苏 东	杨天德	杨 兵	杨学权	杨晓秋	杨 霞
陈 杰	陈廷明	陈德贤	李卫国	李 英	李雪梅	李健生
陈 剑	张荣华	张世焱	郑宝森	姚本礼	祝仁超	赵新生
姜兴鹏	倪家骧	莫世璜	聂发传	唐荣斌	徐 淮	章 瑛
梁育华	崔 剑	萧 锋	曹文富	窦祖林	颜 陶	魏安宁
瞿 伟						

学术办公室主任 刘祥平

学术秘书 丁小安 张世焱

参编单位 (排名不分先后)

重庆医科大学中医药学院附属医院

重庆医科大学第一附属医院

第三军医大学新桥医院

首都医科大学天坛医院

重庆医科大学第二附属医院

中国中医科学院望京医院

四川大学华西医院

北京中医药大学东方医院

澳门特别行政区镜湖医院

广州中山大学第三附属医院

重庆市中医研究院

重庆市中西医结合学会

重庆市南桐总医院

第三军医大学西南医院

首都医科大学宣武医院

第三军医大学大坪医院

重庆医科大学中医药学院

天津医科大学第二附属医院

广州医学院附属二院

上海第二医科大学瑞金医院

中南大学湘雅医院

重庆市中山医院

三峡中医药高等学校附属医院

昆明市第二人民医院

序

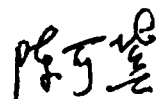
由重庆市疼痛学会组织并邀请全国部分医院著名的疼痛科、中医科、麻醉科、骨科、神经内科及康复科的专家、教授撰写《颈肩腰背痛非手术治疗》巨著，对这一类常见病的防治，大有裨益，因此欣然从命作序。

现在“绿色健康，绿色治疗”已成为人类的共识，传统医药进入医疗主流体系已成为不可逆转的趋势。传统医学是一门形成具有独特的理论体系和丰富临床经验的科学，特别是代表传统医药发展趋势的中医药学，是中国传统文化宝库中一颗璀璨的明珠，不仅对中华民族的繁衍昌盛作出了杰出贡献，而且对世界文明进步产生了积极影响，蕴含着解决医疗问题的具大潜力。我国政府历来重视中医药科学的发展，坚持保护扶持，发展中医药事业，实行中西医结合的方针，使中西医两种医学体系有机结合，所以，有关颈肩腰背部疼痛病症的现代医学诊断治疗，中医辨证经验的归纳、分析和如何实现应用新理论、新技术、新方法都是值得临床各科医师重视的。

由于疼痛在临床诊断和治疗上的重要性，疼痛已被现代医学列为继呼吸、脉搏、血压、体温之后的第五大生命体征。目前疼痛诊疗被规定为医院的一项基本医疗服务内容。

我国从事中西医结合治疗疼痛病症的医务工作者迫切希望学习与提高，因而《颈肩腰背痛非手术治疗》一书的面世，必将使他们得益，受到欢迎。全书14章，较系统地阐述了疼痛基础理论和临床诊疗，融汇了中医、西医及中西医结合对疼痛病症的诊疗经验，突出了实用性、普及性和一些新的治疗方法。我学习了本书初稿，认为确是一部很好的著作。相信本书的出版，对于疼痛的中西医结合诊断、治疗水平的提高会起到积极的促进作用，也对各科各级医师临床实际有所帮助，是为序。

中国科学院院士
中国中西医结合学会会长



2005年11月1日

于北京世纪城

前 言

疼痛作为最常见的病症,几乎涉及临床各科。“疼痛”是每个人一生中体验最早、最多的主观内在的感觉。剧烈的或(和)长期延绵不断的疼痛,又会使人体的各器官、各系统的功能发生紊乱乃至异常。加之疼痛有情绪性,但无客观定性、定量指标,给临床诊断、治疗增加了一定难度。使我们感到兴奋和欣慰的是,近十年疼痛医学得到长足发展,疼痛已被西医学列为继呼吸、脉搏、血压、体温之后的第五大生命体征,疼痛的治疗技术也得到规范应用,疼痛诊疗已被规定为医院的一项基本医疗服务内容。

本书融会中医、西医及中西医结合的基础理论、诊疗经验和临床疼痛治疗技术,把中西医药学知识结合起来,综合统一,融会贯通,将传统中医学对颈肩腰背痛的生理病理的宏观认识与现代病理学有关脊柱病的微观理论有机结合,利用现代科学检测手段和中西医学诊断方法,发挥西医对疾病定性、定位诊断的长处,重视疾病发展过程中机体的整体反应及动态变化,对疾病进行多方位诊断。同时又按照中医学的理论和方法对疾病进行全面分析,结合“证”的现代研究成果中的一些微观指标,作出相应的新的辨证诊断,使在辨病的基础上更好地发挥中医辨证的优势,从而提高临床疗效。

现代临床医生有可能运用中医和西医两种医学知识与治疗方法,借助中西医结合的新经验和新成果,在医疗实践中更有效地进行临床思维,分析病情和解决问题。在临床,许多颈肩腰背痛病单纯用中医或西医方法治疗虽各具优势,但也均有一定的局限性,只有中西医结合,优势互补,才能提高疗效,更有效地促进临床疼痛治疗学的不断发展。

中西医结合需要解决临床中的共性问题,即遵循传统辨证论治方法,融入现代循证医学观点,并与高精尖的现代诊疗技术相结合,完成临床学科的学术规范及技术标准规范,以中西医学的相对优势为切入点,攻克颈肩腰背痛疾病的某些难题。本书在追求科学性和实用性的基础上,对颈肩腰背痛疾病采取辨证与辨病相结合的方法提高诊断和治疗的准确性;采取辨证论治、专方专药相结合的方法增强用药的针对性,以使其更加实用。

本书编写队伍由我国老中青三代从事疼痛科、中医科、麻醉科、骨科、神经内科、康复理疗科等医务人员组成,内容不仅融入了作者丰富的临床经验,而且还参考引用了国内外一些专著期刊以及同仁的新技术、新成果,在此谨表衷心感谢!在编写过程中我们得到重庆市南桐总医院领导、中华医学会疼痛学会康妹娟秘书长、《重庆医学》杂志社徐川平主任等自始至终的帮助和指导,以及重庆医科大学中医药学院附属医院、重庆医科大学第一附属医院、首都医科大学天坛医院等单位的关心和支持,特别是得到中国科学院院士、中国中西医结合学会会长陈可冀教授的关怀和指导,并欣然作序,特铭谢忱。

本书是数十位作者在百忙之中,挤时间完成的,由于我们编写经验不足,书中难免有疏漏之处或这样那样的不足,敬乞读者不吝指正,以使之日臻完善。

陈廷明 刘怀清 闵 苏

2005年10月8日

目 录

上篇 病症治疗

第一章 颈肩腰背痛临床检查与诊断基础	3
第一节 颈肩腰背痛病历书写的基本要求.....	3
第二节 颈肩腰背痛病史采集与问诊程序.....	4
第三节 颈肩腰背痛的临床检查.....	6
第四节 颈肩腰背痛中医检查及辨证	28
第五节 颈肩腰背痛实验室检查	59
第二章 颈部疼痛性疾病	66
第一节 颈部软组织劳损	66
第二节 颈椎病	72
第三节 颈椎间盘突出症	91
第四节 前斜角肌综合征	97
第五节 枕大神经嵌压综合征.....	101
第六节 颈部外伤后综合征.....	105
第七节 寰枢关节旋转脱位.....	110
第八节 退变性颈椎失稳.....	113
第九节 颈肋综合征.....	117
第三章 肩胛背部疼痛性疾病	121
第一节 项背部肌筋膜炎.....	121
第二节 冻结肩.....	127
第三节 肩峰下滑囊炎.....	133
第四节 肩胛上神经嵌压综合征.....	136
第五节 肩胛肋骨综合征.....	139
第六节 肱二头肌长头腱鞘炎.....	142
第七节 肩峰下撞击征.....	144
第八节 胸椎骨软骨病.....	147
第九节 胸椎小关节紊乱综合征.....	149
第十节 胸椎间盘突出症.....	152
第十一节 骨质疏松性椎体压缩骨折.....	155

第四章 腰部疼痛性疾病	162
第一节 腰部软组织劳损	162
一、慢性腰肌劳损	162
二、棘上、棘间韧带损伤	166
三、腰肋韧带损伤	168
第二节 腰部肌筋膜炎	170
第三节 腰椎退行性骨关节病	174
第四节 腰椎间盘突出症	178
附：极外侧型腰椎间盘突出症	189
第五节 退变性腰椎管狭窄症	192
第六节 腰椎间盘突出源性腰痛	197
第七节 第三腰椎横突综合征	202
第八节 关节突间滑膜嵌顿	205
第九节 腰椎椎弓峡部崩裂与脊椎滑移症	209
第十节 腰骶移行椎	215
第十一节 骶髂筋膜脂肪疝	218
第十二节 骶髂关节损伤	220
第十三节 梨状肌综合征	225
第五章 颈肩腰背神经性疼痛疾病	230
第一节 肋间神经痛	230
第二节 臀上皮神经嵌压综合征	239
第六章 颈肩腰背炎症性疼痛疾病	244
第一节 脊椎结核	244
第二节 类风湿关节炎	250
第三节 强直性脊柱炎	255
第四节 化脓性脊柱炎	264
第五节 感染性椎间盘炎	270
第六节 骶髂关节致密性骨炎	272
第七章 自控镇痛技术	277
第一节 疼痛机制及对机体的影响	277
第二节 疼痛的特点与评估	278
第三节 常用的镇痛方法	280
第四节 患者自控镇痛技术	281
附：癌性颈肩腰背痛	285
第八章 颈肩腰背痛的康复治疗	293

第一节	自然因子的利用·····	293
第二节	物理治疗·····	295
第三节	传统医学的体育康复·····	303
第四节	其他疗法·····	326
第九章	颈肩腰背痛的预防·····	331
第一节	姿势和体位·····	331
第二节	运动和锻炼·····	332
第三节	预防原则和方法·····	333
第四节	病后如何防止复发·····	335
第十章	颈肩腰背疼痛的护理·····	337
第一节	概述·····	337
第二节	护理方法·····	338
	附：颈肩腰背痛的体格检查与治疗实施图·····	344

下篇 各种疗法

第十一章	颈肩腰背痛的西医非手术治疗方法·····	369
第一节	颈肩腰背痛的非手术治疗原则·····	369
第二节	牵引疗法·····	371
第三节	神经阻滞疗法·····	380
第四节	枝川疗法·····	400
第五节	支具的应用·····	402
第十二章	颈肩腰背痛的中医治疗方法·····	404
第一节	针刺疗法·····	404
第二节	手法治疗·····	410
第三节	治脊疗法·····	461
第四节	小针刀疗法·····	470
第五节	钩活术·····	474
第六节	中药汽疗·····	477
第十三章	颈肩腰背痛的药物治疗·····	480
第一节	常用止痛中药及方剂·····	480
第二节	非甾体类抗炎药·····	489
第三节	阿片类镇痛药·····	498
第四节	常用阿片类药物·····	502
第五节	辅助镇痛药·····	507

第六节	糖皮质激素·····	513
第七节	局部麻醉药·····	518
第八节	神经破坏药·····	519
第九节	维生素·····	520
第十四章	颈肩腰背痛的介入（微创）治疗技术 ·····	522
第一节	胶原酶溶盘术·····	522
第二节	慢性疼痛的放射频率治疗技术·····	528
第三节	脊髓神经电刺激镇痛疗法·····	545
第四节	经皮激光椎间盘减压术·····	549
第五节	经皮穿刺腰椎间盘切吸术·····	552
第六节	经皮穿刺臭氧髓核消融术·····	555
第七节	经皮椎体成形术·····	558
参考文献 ·····		562

上篇

病症治疗

第一章

颈肩腰背痛的临床检查与诊断基础

第一节 颈肩腰背痛病历书写的基本要求

病历是诊疗工作中的重要医疗文书。它是确定诊断及制定治疗和预防措施的依据,是总结医疗经验和进行科研的重要资料,还是解决医疗纠纷、判定法律责任、医疗保险等事项的重要证据。完整的病历能充分体现出医疗质量、医疗作风和医疗水平的高低。

病历书写的基本要求:

1. 各项记录必须按卫生部《病历书写规范(试行)》规定格式实事求是的认真书写,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,使用标点符号准确。

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. 内容记录不得随意用中文简化字(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,防止错别字。

4. 西医疾病的诊断及手术名称应依据国家标准《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2004.12.06)。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,不得潦草,应清晰易认。

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背痛病相关的解剖、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。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。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,就可能导致临床的判断错误。

第二节 颈肩腰背痛病史采集与问诊程序

一、疼痛病史采集

病史的采集对诊断具有与临床检查同等重要的意义,不可厚此薄彼,均应高度重视。

(一) 一般项目

1. 了解职业 是否与长期重体力劳动有关,是否与长期伏案工作有关,是否从事有毒有害工作,是否长期在外奔波,生活工作是否有规律。

2. 了解年龄性别 如颞动脉炎多见于老年人,头痛性癫痫多见于儿童,偏头痛多见于年轻女性,颈、腰椎病多见于中、老年人。

3. 了解嗜好及饮食情况 暴饮暴食后易患胰腺炎,长期酗酒易致头昏痛及智力性格改变,感冒后饮酒常引起急性头痛发作,大量进食富含谷氨酸钠食物可致头昏胀痛(美食综合征),多饮多尿应想到糖尿病。

4. 了解婚姻及月经 如经前期头痛,月经过多引起的头昏痛,绝经期引起的自主神经功能紊乱,婚姻不幸导致的忧郁,焦虑性头痛等。

5. 了解既往病史 如既往的血压情况、外伤情况、心肺肾肝病情况,既往有无类似发作,既往服用药物情况,是否长期服用的药物和酒类戒断;是否长期服用避孕药物以及有无药物过敏史。

6. 观察患者的表情、谈吐及思维 谈话时神采飞扬、表情丰富应想到A型行为性格的血管性疼痛或神经症,焦虑、忧郁少语应考虑有无精神创伤;性格情感突然改变伴头痛应考虑有无大脑额叶病变;思维逻辑混乱应排除精神疾病。

7. 了解与疼痛伴随的症状 即先于疼痛或与疼痛一起发生,或疼痛发生后产生的一些症状,尤其是后者。伴心慌、气短、大汗、四肢冷要想到低血压、低血糖、心肌梗死或休克;剧烈疼痛伴呕吐要考虑高颅压、高血压脑病,伴多饮多尿,要想到糖尿病;伴恶病质应想到癌性神经痛,伴长期鼻塞、脓涕要考虑鼻窦炎,伴剧烈的眩晕及后组颅神经病变要考虑颅内后颅凹病变,如小脑肿瘤、桥小脑角肿瘤;伴单纯的眩晕要考虑椎-基底动脉供血不全或前庭神经元炎;伴短暂的眼前闪光、偏盲要考虑癫痫;伴一过性黑朦要考虑脑供血不全及蝶鞍区肿瘤;伴精神症状要考虑额叶病变或全脑性损害(如散发性脑炎);伴眼胀、视力减退要考虑青光眼、高度近视;伴发热要考虑炎症等。另外,疼痛伴有的心理改变,如焦虑、忧郁、悲伤、烦躁,在慢性疼痛中十分常见,在这类患者中,器质性疼痛与心因性疼痛常并存,治疗时要全面考虑。

(二) 疼痛的情况

1. 疼痛的性质 烧灼样、放射性、闪电样要考虑神经痛；搏动样疼痛考虑血管性痛；胀闷、紧箍样要考虑肌紧张性疼痛。

2. 疼痛的具体部位 除具体分清头、面、颈、肩、背、腹、腰、骶及上下肢外，还应更明确地判断疼痛部位，如后颈枕部的肌紧张性头痛和枕大神经痛，颞区的颞动脉炎，前额的青光眼、鼻窦炎；面部的三叉神经痛的具体分支范围；口腔的舌咽神经痛；牵拉至拇食指的桡神经痛；牵拉至无名指、小指的尺神经痛；大腿内侧痛要考虑闭孔神经炎及第三腰椎横突综合征，大腿外侧痛要考虑肌外侧皮神经的病变，而大腿后外侧痛要考虑坐骨神经痛。

3. 疼痛的时间 对诊断有重要的意义。

(1) 短暂的阵发性疼痛：多为神经痛，时间多为数秒至数小时，中间有完全缓解期，发作频繁，如三叉神经痛，舌咽神经痛、间脑发作性疼痛等。

(2) 凌晨疼痛或加剧：对诊断有重要价值，颅内占位引起的高颅压头痛、副鼻窦炎引起的头痛（鼻窦积液）往往在凌晨被痛醒，起床活动后因体位引流等原因可稍减轻。风湿或类风湿性关节炎在夜间及凌晨肢体关节疼痛加重，关节僵硬，活动后缓解。

(3) 周期性疼痛：是有规律地间隔一定时间发生疼痛，如经前期头痛、痛经、丛集性头痛等。

(4) 持续性疼痛：多为肌肉劳损、外伤恢复期或后遗症、骨关节退行性病变，风湿或类风湿、代谢性疾病或自身免疫性疾病等。

4. 疼痛的诱因 如抬重物后突然发生的腰扭伤和椎间小关节错位或筋膜韧带的撕裂伤，头部外伤后的硬膜下血肿，暴饮暴食的肝、胆、胰腺、胃病变，食用过量的谷氨酸钠的“美食综合征”，情绪激动后的高血压，纠纷、焦虑、忧郁引起的神经症，近期腰椎穿刺后的低颅压综合征，突然戒酒或戒服某些常用的药物的戒断综合征等。

5. 有无感应痛、放射痛及牵涉痛 了解放射痛、感应痛或牵拉痛有助于区分神经根、神经干、神经分支或是内脏疾患，尤其是后者，如肾绞痛引起的腰及下腹痛，胃痉挛引起的背侧痛，心绞痛、胆绞痛引起的肩脾痛、胸前区痛，胰腺炎引起的腰背痛等。

6. 了解能加重或缓解疼痛的因素 腹痛时抱腹屈曲身体，或用物体顶压患处可明显减轻症状者多为平滑肌痉挛；反之，拒按腹部患者，压迫后使疼痛加重者多为炎症性疾病。平卧后疼痛缓解，起立后加重者要考虑低颅压、直立性低血压。冷敷头部可使之缓解多为血管性疼痛，而热敷患处可使之缓解多为肌紧张、肌肉劳损。抬高患肢可使疼痛减轻，要想到深部静脉血栓或下肢静脉曲张。转动头部诱发头昏痛要考虑颈椎病及椎-基底动脉供血不全；转移注意力可使疼痛完全消失要考虑心理、情绪方面的因素；外出旅游可使疼痛完全消失要考虑紧张疲劳综合征的头痛；头部处于某一位置时产生剧烈难以忍受的头痛呕吐，转换位置时头痛完全消失要考虑颅内脑室肿瘤。

二、疼痛问诊的程序

疼痛是临床上最常见的症状，对以疼痛为主诉的患者，详细的问诊十分重要。在临床工作中，有相当多的医师对问诊不知如何着手，头脑中没有一个完整的问诊程序思维，问诊时顾此失彼，或简单地问几句即草率了事。其实有些疼痛性疾病可不通过实验室和特殊检查，只通过详细有序的问诊即可得出较明确的诊断；反之，不重视问诊，问

诊杂乱无章，仅仅依靠仪器的检查，被仪器牵着鼻子走，难免误诊。一般问诊可按以下程序进行，可根据具体情况予以取舍。

1. 一般性提问 姓名、年龄、职业、爱好（嗜好）、婚姻家庭等，最好直接询问患者本人。在询问的同时，可观察患者的记忆力、定向力、表情、语言、精神状态及思维情况。

2. 疼痛的具体部位 在询问疼痛的同时，了解判别有无放射痛、牵涉痛或感应痛。

3. 问疼痛的时间及持续疼痛的时间 急性痛或慢性疼痛、整日持续性的疼痛、阵性加剧性疼痛、发作性疼痛、周期性疼痛、特定时间加重的疼痛、瞬间即逝的闪电样疼痛。

4. 问疼痛的性质 闪电样、放射样、搏动样、刀割样、钝痛、闷胀痛、紧箍样痛，棒击样痛、绞痛等。

5. 问与疼痛伴随的症状。

6. 问何种情况下可缓解或加重疼痛。

7. 问发病前的饮食、睡眠、情绪及服药情况，有无不愉快的或引起紧张的因素。

8. 问既往的重要疾病情况及外伤情况。

9. 问病程的长短，如病程已十余年的头痛，一般不会考虑颅内肿瘤。

10. 根据以上问诊结合体格检查思考应作哪些实验室检查、影像学检查等。

11. 得出正确的诊断。

（李雪梅 刘怀清）

第三节 颈肩腰背痛的临床检查

疾病的诊断需要依据病史、体格检查、辅助检查来进行综合判断。颈肩腰背痛的诊断，应掌握人体的解剖及各种颈肩腰背痛疾患的特点，以提高确诊率。只有做出正确的诊断，才能合理治疗。临床上造成误诊的原因往往是由于未想到、不认识及未检查到，只有检查出病变才更有利于诊断及治疗。因此，颈肩腰背临床检查法，是诊断骨、关节和软组织疾病所必须掌握的技术。本章节参照引用邵福元等的颈肩腰腿痛的基本检查项目叙述。

一、临床检查方法

对颈肩腰背常用的检查方法是：视、触、动、量、叩、听及一些特殊检查，为疾病的诊断提供可靠的依据。视诊，指观察患者的营养、神志、步态、姿势、皮肤色泽等。触诊，通过手的感觉对骨关节、肌肉、肌腱、韧带、肿块及压痛部位进行检查。动诊，是对肌肉关节主动运动和被动运动的检查，了解其功能及运动状况。量诊，是对肢体长度、周径、关节活动范围、轴线等的测量。叩诊，指纵轴叩击痛、棘突叩击痛、头部叩击试验等。听诊，包括关节活动时的弹响声、肌腱摩擦音、骨传导音及肢体的血流杂音等。

常用的工具

1. 尺 公制刻度裁缝软尺。

2. 量角器 包括关节量角器、指关节量角器、旋前及旋后量角器。
3. 叩诊锤 具有弹性的橡胶制成锤头。
4. 大头针 用于检查皮肤感觉障碍的区域。
5. 其他 音叉、听诊器、棉花、握力计等。

二、颈肩腰背痛的基本检查项目

(一) 视诊

1. 视诊的方法

(1) 充分显露: 受检查的部位要充分显露, 以便全面观察。要同时显露患侧和健侧, 以作对比。医师未能坚持让患者显露出足够的观察范围, 不能正确地检查, 从而常出现诊断错误和漏诊。检查脊柱, 要从头至臀完全裸露; 检查肩部要脱去上衣; 检查下肢, 则只穿短裤。

(2) 适当体位: 检查脊柱、骨盆时, 取直立位; 检查上肢时, 取坐位, 双手放于膝上; 检查下肢时, 可取立位或取平卧在平坦而柔软的硬板床上, 不宜在沙发上或软床上, 以防掩盖畸形。

(3) 良好光线: 视诊检查时, 要有良好的光线, 以便于观察皮肤色泽、血液循环以及损伤的真实改变。

(4) 健患侧对比: 在观察患侧异常改变的同时, 要注意与健侧相应部位对比。

(5) 动、静观察: 要掌握全面而可靠的临床资料, 必须使用动态与静态相结合的视诊方法。静态视诊是指观察患者的异常姿势形态、肢体的轴线和夹角、局部异常外观等; 动态视诊是指观察患者的四肢、脊柱等各关节的运动功能以及其他各种特殊检查。

(6) 整体观念: 在视诊检查过程中, 不能只顾局部而忽略周身情况。这是因为局部疾患的功能障碍, 常常引起身体其他部位的代偿性改变。

2. 视诊的内容 要认真观察患者的神志、面色、发育、营养、体型、皮肤色泽等。肌肉有无萎缩或肥大、松弛或挛缩、痉挛和震颤等。对躯干及肢体进行观察: 静止时应从前面、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。运动时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。上肢可观察梳头、打结、解扣等动作。

(1) 体型: 指身体各部位发育的外观表现, 包括骨骼、肌肉的成长与脂肪分布的状态等。临床上成年人的体型分为三种:

1) 无力型(瘦长型): 体高肌瘦, 颈细长, 胸廓扁平, 肋角小, 属于虚弱体态。

2) 超力型(矮胖型): 体格粗壮, 颈粗短, 躯干短, 胸廓宽阔, 肋角大, 属于强壮体态。

3) 正力型(匀称型): 身体各部分结构匀称适中, 一般正常人多为此型。

不同体型与某些疾病的发生有一定关系。如瘦长型的人, 易患脊柱侧弯症、圆背及第三腰椎横突综合征; 矮胖型的人, 多患棘突肥大症、腰骶间韧带损伤及下腰段椎管狭窄症等。

(2) 姿势: 正常人体的姿势差异很大, 与个人的身材、习惯以及职业等密切相关。健康成人躯干端正, 肢体动作灵活适度。立位后面观, 两肩平, 胸廓对称, 两肩胛骨下