



实用骨科

临床检查与诊断技术

SHIYONG GUKE

LINCHUANG JIANCHA YU ZHENDUAN JISHU

←陈志龙 王想福 主编→



甘肃科学技术出版社

实用骨科临床检查与诊断技术

主编 陈志龙 王想福



甘肃科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用骨科临床检查与诊断技术 / 陈志龙, 王想福主编.
兰州: 甘肃科学技术出版社, 2009.5

ISBN 978-7-5424-1266-9

I. 实… II. ①陈…②王… III. 骨疾病 - 诊断 IV.
R680.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 073320 号

责任编辑 刘钊 (13919356432 0931-8773274 LZ928@sina.com)

封面设计 黄伟

出版发行 甘肃科学技术出版社 (兰州市南滨河东路 520 号 0931-8773237)

印刷 兰州恒达彩印包装有限责任公司

开本 787mm × 1092mm 1/16

印张 24.5

插页 2

字数 490 千

版次 2009 年 6 月第 1 版 2009 年 6 月第 1 次印刷

印数 1 ~ 1000

书号 ISBN 978-7-5424-1266-9

定价 48.00 元

《实用骨科临床检查与诊断技术》

编委会

主 编 陈志龙（甘肃省中医院）
王想福（甘肃省中医院）
副主编 李盛华（甘肃省中医院）
潘东升（甘肃省肿瘤医院）
编 委 杨小锋（甘肃中医学院）
牟成华（兰州大学第二医院）

前言

近年来外科技术飞速发展,日新月异。而骨科是外科学的一个分支,其研究对象是肌肉骨骼系统疾病,研究的目的在于诊断骨伤科病,恢复和重建运动系统的功能。因骨科疾病涉及范围广,表现又因人、因地、因时间而异,既可同病异症,又可异病同症,给临床诊断带来困难。因此有必要出版一本对骨科临床检查及诊断技术加以综述的书籍,使其明确诊断,合理治疗。

本书以内容全面、实用为特点,通过询问病史、体格检查、实验室检查、影像学检查、关节镜检查、诱发电位、关节穿刺、ECT等诊疗技术,系统地阐述了骨科临床检查方法和诊断技术。全书分总论和各论两大部分,总论包括问诊、望诊、听诊、触诊、肢体的测量、关节运动检查、四肢血管检查。骨科影像学检查和诊断技术,包括X线检查、CT检查、MRI检查、ECT、超声检查、关节镜检查、诱发电位检查、关节液穿刺及其他穿刺活检等诊疗技术,各论部分按肩关节、肘关节、腕关节和手、脊柱、髋关节、膝关节、足和踝关节详细地阐述了相关临床检查方法和诊疗技术。

本书密切联系实际,文字简练,部分临床检查方法为便于理解图文并茂,使得临床骨科医师及相关阅读人员能够有依据、切实可靠地进行诊断和有针对性地、符合实际地合理地治疗。

需要指出的是,本书所介绍的骨科诊疗技术在诊断疾病过程中并非全部运用,宜合理使用,以免造成患者资金浪费和增加患者痛苦。

由于我们的水平和经验有限,书中不足之处在所难免,我们恳切地希望广大的骨科同仁和医学生、研究生批评指正。

编者

2009.4

目 录

第一章	问 诊	1
第一节	问诊的重要性	1
第二节	问诊的方法及注意事项	2
第三节	问诊的内容	3
第四节	骨科临床常见病问诊纲要	8
第二章	望 诊	14
第一节	望诊的方法	14
第二节	望诊的内容	15
第三章	听 诊	28
第一节	听诊的方法	28
第二节	听诊的内容	28
第四章	触 诊	31
第一节	触诊的方法	31
第二节	触诊的内容	32
第五章	肢体的测量	34
第一节	常用测量标志	34
第二节	测量内容	35
第六章	关节运动检查	56
第一节	关节的运动形式及命名	56
第二节	关节的分类	56
第三节	关节运动测量法	57
第四节	关节运动检查的注意事项	58
第五节	关节运动的限制与过大	59

第七章	四肢血管检查	61
第一节	动脉损伤的检查	61
第二节	静脉损伤的检查	66
第三节	血管破裂出血鉴别	69
第八章	骨科影像学检查与诊断	70
第一节	骨科 X 线检查	70
第二节	骨与关节 X 线投照要求	71
第三节	脊髓造影	72
第四节	计算机体层显像 (CT)	74
第五节	磁共振成像 (MRI)	75
第六节	放射性核素检查	78
第七节	B 超检查	78
第八节	关节镜检查	80
第九节	诱发电位检查	82
第十节	关节穿刺及其他穿刺活检	83
第九章	肩关节检查和诊断	86
第一节	肩关节的临床检查	86
第二节	肩关节影像学检查	92
第三节	肩部的电生理检查	100
第四节	肩部的超声诊断	103
第五节	肩关节镜检查	105
第十章	肘部检查和诊断	111
第一节	肘部的临床检查	111
第二节	肘部影像学检查	117
第三节	肘关节穿刺术与关节液检查	122
第四节	肘关节镜检查	125
第十一章	腕关节、手部的检查与诊断	133
第一节	腕关节、手部的临床检查	133
第二节	腕关节的影像学检查	141
第三节	腕关节超声检查	162
第四节	腕关节核素扫描	163
第五节	腕关节镜检查	166

第十二章 脊柱检查和诊断	177
第一节 脊柱临床检查	177
第二节 脊柱、脊髓及脊神经根的定位诊断	206
第三节 脊柱影像学检查	235
第四节 脑脊液检查	266
第五节 椎间盘镜检查	271
第十三章 髋部检查和诊断	277
第一节 髋部的临床检查	277
第二节 髋部影像学检查	281
第三节 髋关节穿刺术与髋关节液检查	295
第四节 髋关节镜检查	299
第五节 髋关节超声检查	306
第十四章 膝关节检查和诊断	310
第一节 膝关节的临床检查	310
第二节 膝关节影像学检查	316
第三节 膝关节穿刺术与关节液检查	341
第四节 膝关节超声检查	342
第五节 膝关节镜检查	343
第十五章 足踝部检查和诊断	348
第一节 足踝部的临床检查	348
第二节 足踝部影像学检查	361
第三节 足踝部超声检查	373
第四节 足踝部关节镜检查	374
后 记	381

第一章 问 诊

第一节 问诊的重要性

问诊是通过询问病人或知情者,以了解疾病发生、发展、变化及现状的一种诊查方法,即询问病史的全过程。细致而深入的问诊是诊断骨科疾病的重要方法之一。

一、获得诊断线索

在许多疾病的早期,病人可能仅有轻微的自觉症状,如某个部位不舒服,或有轻微疼痛,或有关节活动不便等等。此时,临床体格检查中可能发现了不明显的阳性体征,实验室检查、仪器检查等也可能得不到可靠的诊断依据,而通过询问病史,却常常可以获得诊断线索,确立有益于诊断与鉴别诊断的思考范围,并为下一步体格检查确定方向。因此,问诊比体格检查有时显得更为重要。

二、获得初步诊断或确定性诊断

临床上有许多疾病通过全面而细致的问诊,多能得出初步诊断或确定性诊断,最低也能得出一个近似的诊断。例如:有一中年患者,自诉突发性腰痛,有明显弯腰抬物扭腰史,咳嗽、大声说话或深呼吸时腰痛加重,并逐渐向臀部、大腿后侧、小腿外侧放射,再结合病情反复发作的特点,就可初步考虑为腰椎间盘突出症。

三、为进一步选择其他检查提供准确线索

随着现代医学的迅速发展,新的诊断技术不断出现,精密仪器和新的实验方法的应用日益广泛。如:X线、超声波、CT、核磁共振、关节镜、病理检查及实验室化验检查等等。但对某一疾病选择哪一项检查技术最为适宜、准确、可靠,往往需要通过问诊提供这一线索。如有一个10岁左右儿童,无诱因大腿部疼痛,全身高热。根据这一线索,首先应想到早期急性血源性骨髓炎的可能,提示下一步应做血液化验检查。又如有一个2岁左右小儿,走路跛行,呈“鸭步”,首先应想到小儿发育性髋脱位的可能,提示下一步应拍骨盆正位X线片检查,为明确诊断提供更可靠的依据。

四、明确疾病的分类、患病部位和组织

通过详细问诊,往往可判断出所患疾病是创伤性的,还是炎症性的;是肿瘤,还是结核;病变是在脊柱还是四肢,是关节内还是关节外;是骨与关节疾患还是肌肉、韧带疾患,是神经疾患还是血管疾患等等。

五、了解病情

问诊不但是诊断疾病的重要手段,同时也是了解病情的主要方法。通过细致问诊,能够全面地掌握疾病的发生、发展及变化规律,了解病因所在,既往健康状况及诊治经过等全过程。而且通过和病人亲切交谈,还可掌握病人的思想情绪及对疾病的影响情况,有利于作好病人的思想工作,提高诊疗效果。

临床上如果忽视了问诊这一诊断疾病的重要手段,就会造成病史内容不全,资料不确切,也就得不到疾病的真实变化规律,并给下一步检查带来混乱,出现检查无顺序、前后不呼应的现象,常会导致漏诊或误诊,延误治疗,给病人带来不应有的痛苦,甚至危害生命。

第二节 问诊的方法及注意事项

一、问诊的方法

(一)直接向病人问诊

由于病史是诊断疾病的第一手资料,而病人对自己的病情最了解、体会最深刻、记忆最清楚,因此,问诊时最好直接向病人询问。

(二)向知情者问诊

对某些重症、意识不清、精神失常、记忆力差以及聋哑、小儿等不能亲自叙述病史的病人,则须向其家属或最了解病情者询问病史。例如:患有严重创伤、休克的病人,往往陪护人员很多,大家七嘴八舌地说个不停,这就显得非常混乱。此时,医生应当决定由一个最了解病情的人叙述病史。为了保证病史的可靠性,有必要待病情好转或意识清醒后,再作直接地、全面地、细致地问诊,对病史加以补充。对智力健全的大龄儿童,也应注意听取本人的陈述,以保证病史的完整可靠性。

(三)灵活地启发、引导

在问诊过程中,病人不可能将病史有系统地、有条理地、科学地向医生陈述清楚。如其过多地陈述与病情无关的事件,甚至离题太远时应予以阻断。同时,要灵活地加以启发、诱导,提出问题,引入与疾病有关的话题,以提供正确而有助于诊断的资料。

(四)问诊应在体格检查前结束

询问病史应该在体格检查前进行完毕,但在体格检查中及其以后的诊治过程中,也应根据需要或某些新情况的出现,随时加以补充和深入,以充实病史内容。

(五)抓住诊断线索

在听取病人主诉以后,就要紧紧地抓住诊断线索,有系统、有步骤、有条理地进行询问,要紧紧地围着一主线,即整个病情的变化及规律。整个问诊的过程,就是不断

综合、整理、分析、判断的过程。

二、注意事项

(一) 避免暗示、诱导

问诊时必须避免应用暗示或有意识诱导的方法,如:对从高处坠下,腰部损伤,怀疑有腰椎压缩性骨折的病人,不应问:“你是不是从高处坠下后臀部着地了?腰部痛不痛?”而应问:“你从高处坠下后,身体哪个部位先着地?哪个部位疼痛?”以免病人口称“是”,而影响病史的可靠性。

(二) 态度要和蔼、认真

问诊时要尊敬病人,同情病人疾苦,态度要和蔼,语言要通俗,对病人不应有不良的刺激性语言和表情。对少数持有某种个人目的,对医生不说实话,弄虚作假,扩大或隐瞒病情的病人,也不要持反感态度,应注意做好说服教育工作,对其陈述的病史,要用科学的态度及医学知识加以整理,去伪存真;必要时也可向病人的组织了解其精神状态及思想情况。在可能的临床诊断没被彻底排除之前,不能主观地、轻率地作出“伪症”的结论。与工伤、交通事故有关联的病人,也应向有关方面进一步了解情况。

(三) 特殊病人问诊要简短扼要

对急、危、重症病人,问诊要简短扼要,迅速而有重点,要边问边查边抢救,以免延误治疗。

(四) 注意整体观念

当得到局部症状的详细病史后,不能忽略询问在身体其他部位是否有症状,以及一般健康情况,既往的疾病情况等。

(五) 对转诊来的病人要重新询问病史

其他医疗单位转来的病情介绍或病历摘要,只能作为重要的参考资料,此时须亲自重新询问病史,以作综合性分析,重新寻找诊断的主要依据。

第三节 问诊的内容

一、一般项目的问诊

(一) 问性别

有些骨科疾病的发生率与性别有着密切关系。如:小儿股骨头骨骺炎,多发生于男孩,男女之比约为4:1;小儿发育性髋脱位,多发生于女孩,男女之比约为1:6;类风湿性关节炎,女性多于男性;青年性椎骺炎男性多于女性;而血友病只在男性出现。因此,问诊时要注意不同性别的病人与疾病发生的关系,有些病种可作为重要的参考内容。

(二) 问年龄

问诊时要注意不同年龄的病人与疾病发生的关系。如小儿桡骨小头半脱位,多数发生在

1~4岁的儿童;肱骨髁上骨折多数发生在2~8岁的儿童;急性血源性骨髓炎常发生在4~10岁的儿童;成骨肉瘤多发生在10~25岁的青少年;增生性关节炎多发生在40岁以后;股骨颈骨折、粗隆间骨折多发生于60~70岁的老年人。因此,记录年龄时,不可笼统地写“儿童”或“成年”。问清年龄,不但对诊断有重要意义,而且对指导治疗也同样重要。如足部三关节融合术,一般要在8岁以后才可施行;骨折的功能复位标准也随年龄的不同而稍有差异。

(三)问籍贯

有些骨科疾病的发生与出生地和长期居住地有着密切关系。如:大骨节病,多发生在中国的东北、西北、华北的低洼、寒冷、潮湿地区,以东北地区更为多见,发病年龄为10~20岁的青少年,如果8岁以前离开或20岁以后进入发病区则很少发病;骨与关节结核在农村和边远地区多见。

(四)问住址

对每个病人都必须记录其详细、准确、永久性的通讯地址。这是因为多数骨科疾病的治疗期、功能恢复期较长,后期又多数需要离院康复治疗,也就需要定期复查,观察疗效,指导治疗。即使疾病痊愈,对某些疾病,特别是有价值的科研病例,需要跟踪随访多年,以确定远期疗效。对儿童患者则应记录其父母的工作单位及姓名。

(五)问职业

应当询问病人的具体职业、工种、长期的固定劳动姿势和工作情况,不应笼统地只记录工人、农民、职员、干部等。这是因为有许多骨科疾病与病人所从事的具体劳动、工作有着密切关系。如:车工、翻砂工,由于长期弯腰劳动,多发生腰背肌劳损,易患腰背痛;搬运工,由于脊柱长期弯曲超限负重,多数过早出现脊柱退行性病变,易患腰痛;羽毛球、网球、乒乓球运动员,由于反复用力地作伸肘、伸腕的超限运动,使前臂的伸肌群反复受到牵拉性损伤,故易发生肱骨外上髁炎,又称“网球肘”;打字员、电报员、出纳员、会计、纺织工、小提琴和钢琴演奏者,由于手指和腕关节频繁而急骤地伸屈运动,易患屈指肌腱狭窄性腱鞘炎。另外,对骨关节损伤和疾病日后活动功能的恢复,也须考虑到病人的职业特点。

二、主诉的问诊

主诉是指病人感觉最明显、最痛苦的主要症状或就诊的主要原因。其内容包括:患病部位、主要症状(疼痛、功能障碍、畸形)及发病时间。要求医生做出最精炼的概括。如:患者跌倒右手掌触地,肘上方肿胀、疼痛,肘关节功能障碍3天。记载主诉为右肘上方肿痛,功能障碍3天。值得注意的是,记录主诉不要写进病史。如:写“腰扭伤3天”,不如写“腰痛3天”为好。

三、现病史的问诊

(一)问发病情况

1. 问发病时间

首先应问清发病的准确时间,以便于掌握病情的急缓、病程的长短。如受伤时间在2~3周以内者,则为急性新鲜性损伤。积累性外力所致的损伤是逐渐形成的,属于慢

性劳损。非外伤性疾病往往病程较长,呈反复发作改变,更应问清首次发病时间。

2. 问发病原因

在骨科疾病的现病史中,比较重要的也是必须弄清的,就是外伤性疾病与非外伤性疾病的鉴别及外伤与疾病的相互关系。真正搞清这一问题,有时确实很困难。以损伤性关节炎和关节结核为例,二者都可能有外伤史,但外伤对前者是致病原因,对后者只是促进因素;前者外伤往往是严重的或反复的,后者外伤往往是轻微的。问诊时应注意以下几个方面,其一是了解受伤当时的具体程度,现在的症状是外伤后遗症,还是在外伤之后,继之发展起来的疾病;二是了解外伤与发病的时间间隔,间隔时间长,则外伤的作用小;三是了解外伤后症状变化,患者肢体原来无症状,功能正常,伤后立即出现症状,且先重后轻,多为外伤性疾病,反之,则可能是非外伤性疾病。

若为外伤性疾病,应尽可能问清受伤时的姿势、体位和受暴力的形式,了解致伤物的种类、形状、大小、重量及着力点等,以估计暴力的大小、方向、性质以及损伤部位和程度。如:高空作业时,不慎由高处坠地,足跟着地,则损伤可能发生在足跟、脊柱或头部。

3. 问治疗经过

不是首诊患者,还应询问曾做过何种诊断与治疗,疗效如何,病情是好转还是加重、恶化。了解上述情况,对诊断及治疗均有重要的参考价值。

(二)问局部情况

1. 问疼痛

应询问疼痛发生的部位、性质、时间以及引起疼痛的有关因素。

(1)部位。骨折、脱位、软组织损伤疼痛多局限于损伤部位,称为局灶痛。有些疾病除局部疼痛外,亦可在病灶的周围出现疼痛,称为放散痛,如:腰骶棘间韧带损伤、骶棘肌劳损在臀部周围出现较广泛的放散痛;肩关节周围炎疼痛能放散到上臂及肱骨外髁部。如果疼痛沿着神经干传导,称为传导痛或放射痛,如:腰椎间盘突出症首先腰痛,随着病情加重逐渐自腰部向臀部、大腿后侧或外侧、小腿后侧或外侧、足背或足外缘放射。如果疼痛沿着脊神经的前后支传导,称为反射痛,如第三腰椎横突综合征,压痛点在第三腰椎的横突尖端,在同侧臀的外上部有放射性窜痛(第二腰神经的后支远端即臀上皮神经支配区),但有时患者陈述同侧大腿内前方也有疼痛(第二腰神经的前支远端即股前皮神经支配区)。另外,当某些内脏器官发生病变时,常在体表的一定区域产生感觉过敏或疼痛,这种现象称为牵涉性痛。出现区域有些发生在与该器官邻近的皮肤,有的发生在与该器官相隔较远的皮肤,如心绞痛时,常在胸前区及左上臂内侧皮肤感到疼痛;肝胆疾患时,常在右肩部感到疼痛。牵涉性痛的发生机理,虽然生理学上有种种推论,但目前尚不清楚。

(2)性质。骨折、软组织损伤有锐痛;化脓性感染有跳痛;神经根受到刺激可有灼痛或刺痛;骨结核呈隐痛;软组织劳损则呈酸痛;骨肿瘤及软组织肿物有胀痛或钝痛。

(3)时间。恶性骨肿瘤、小儿腕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,如扁平足、腰椎管狭窄症、下肢血栓闭塞性脉管炎等。

(4)其他影响因素。风湿性关节炎、类风湿性关节炎或受过损伤的肢体,在冬春季或天气变化时有疼痛;腰椎间盘突出症在咳嗽、打喷嚏、大小便用力及站立、行走时腰腿痛加重,休息则减轻,严重时需一定的卧床体位才能缓解肌肉、韧带劳损疼痛,休息时减轻而活动时加重;增生性关节炎,活动之初痛,继续活动可减轻,休息后再活动疼痛更剧。

2. 问功能情况

骨折、脱位以及肌肉、肌腱、韧带断裂,在伤后当时就有功能障碍;合并有脊髓或周围神经损伤的脊柱骨折、脱位的患者,要问清瘫痪症状是受伤当时出现的,还是经搬运以后出现的,以判断造成合并症的真正原因和时间;股骨颈无移位或嵌入性骨折,伤后病人仍能跛行或骑自行车,脊柱单纯压缩性骨折,伤后病人仍能坐、立或行走,对这样病例,更应注意询问受伤时的姿势、体位及外伤特点,了解其受伤机制,以免漏诊。

3. 问畸形

肢体畸形多由骨折、脱位、骨质病变、关节结构破坏、神经损伤、肌肉麻痹、软组织挛缩、先天性发育不全引起。应详细询问畸形发生的时间及演变过程,注意先天性畸形与后天性畸形的鉴别。

(1)对先天性畸形的问诊。先天性畸形的常见原因为遗传异常和环境异常。因此,除询问家族史外还应询问母亲在怀孕期间的用药情况;有无放射线接触史;风疹病毒感染史以及其他疾病,如创伤、营养失调、精神抑郁等。常见的先天性畸形有:发育性髋脱位、先天性斜颈、先天性畸形足、脊柱裂、成骨不全、颈肋等。

(2)对后天性畸形的问诊。后天性畸形可分为关节畸形和骨骼畸形两大类。发生关节畸形的原因常见于脱位或半脱位、肌力平衡失调、肌肉或肌腱的限制或挛缩、软组织挛缩、关节炎、姿势性等等;发生骨骼畸形的原因为骨折、软骨变性弯曲、骨骺发育不平衡等。因此,对后天性畸形应注意询问畸形出现前所患疾病,如为骨折、脱位、软组织断裂的畸形,伤后立即出现;关节炎、软组织挛缩、骨骺发育不平衡、代谢性疾患所致的畸形,则是逐渐形成的;良性肿瘤畸形,多数偶然发现或因外伤后检查时发现;恶性肿瘤畸形,一般先有疼痛,以后逐渐增大明显。

另外,对肢体畸形的病人亦要问清功能障碍的程度和治疗要求。各种畸形的存在都会给机体运动功能造成障碍。要详细了解患肢在平时的生活、工作中所能负担的运动能力,都能完成哪些工作,主要障碍是什么。结合病人职业和治疗要求作出适当的判断,明确治疗目的,以便医患协作,取得令人满意的最佳疗效。

4. 问肿胀

须询问肿胀出现的时间,肿胀发生在疼痛之前还是之后。炎症,肿与痛多同时出现;损伤,先痛而后肿;肿瘤,多是先有肿物而后才有疼痛。

(三)问全身情况

1. 问神志

对有不同程度的意识障碍(表情淡漠、神志不清、昏迷),须询问其发生的原因、时

间及各种症状出现的先后顺序及演变过程。判断是感染性的,还是外伤性的。如为外伤所致的意识障碍,亦应辨出是外伤失血过多、内脏损伤所致,还是有颅脑损伤。对颅脑损伤的病人,须进一步询问是否伴有呕吐、记忆力如何、有无中间清醒期或再度昏迷期,以估计颅内损伤的程度。

2. 问寒热

询问恶寒发热的时间和程度。感染性疾病,往往恶寒与发热并见,败血症则表现为高热寒战;颅脑损伤可引起高热;骨与关节结核可有午后潮热;恶性肿瘤晚期可有持续发热;创伤后软组织坏死及血肿形成,可产生致热源,故外伤后病人亦可有几天的低热。

3. 问汗

询问汗液的排泄情况,可了解疾病的性质及预后。化脓性感染可出现大热、大汗;骨与关节结构可出现潮热盗汗;严重损伤或严重感染或出现四肢厥冷、汗出如油的危象。

4. 问饮食

应询问饮食的时间、食量、味觉和饮水情况。对腹部损伤应询问其发生于饮食后还是空腹时,以估计胃、肠破裂后,腹腔的污染程度。询问是否口渴欲饮,可判断体液的缺乏情况。

5. 问二便

对脊柱、骨盆、腹部损伤的病人应询问二便的次数、量、颜色以及能否自控,以判断是否有脊髓、直肠、膀胱、尿道损伤,并可了解肾功能和体循环容量情况。尾骨骨折移位者,要询问大便是否困难,有无便形改变。外伤后胃肠功能紊乱,易见大便干燥。

四、其他情况的问诊

(一)问既往史

过去的健康情况与现在的疾病常有着密切关系,故应自出生起详加追问,要按发病的年月顺序,了解当时的诊断、治疗、有无合并症或后遗症等情况,这对目前所患疾病的诊断和治疗有着重要意义。

如先天性肌性斜颈、新生儿骨折、新生儿臂丛神经损伤,应询问初生时是否有难产或产伤史;骨结核,应询问有无肺结核、淋巴腺结核、结核性腹膜炎病史;类风湿性关节炎,常有扁桃体炎、龋齿病史;创伤后或术中出血不止,常有鼻衄、齿衄和肌衄病史。另外,亦应询问有无长期或反复使用某些药物,以了解有无药物过敏史。

(二)问个人史

询问出生地、长期居住地、环境如何,以分析与地方病有无关系。询问饮食习惯、特殊嗜好,了解某些疾病的病因所在,如:闭塞性脉管炎与吸烟程度有关;股骨头缺血性坏死往往与酗酒有关。

(三)问家族史

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、骨肿瘤更应着重询问家族史。

(四) 问月经、妊娠、哺乳史

成人妇女遭受严重创伤可致月经先期和月经过多,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,因卵巢内分泌不平衡,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、有无流血,必要时要请妇产科会诊;在妊娠后期,由于松弛素作用,韧带松弛,易见腰部及髋关节疼痛。哺乳期缺钙可发生软骨病。

第四节 骨科临床常见病问诊纲要

一、创伤骨折、脱位的问诊

(一) 创伤发生的时间、地点

询问骨折或脱位发生的时间,对掌握病情和决定治疗起着重要作用。如刚刚发生的骨折(4小时以内),由于周围神经末梢受到挫撞而处于麻痹状态,损伤后的反应性水肿还未出现,此时是整复骨折的最好时机,有人称为是治疗骨折的“黄金时期”;如果骨折发生已1~3天,为反应性水肿阶段,瘀斑、血肿明显,软组织张力很大,疼痛较重,此时不宜整复,特别是较大骨折,更应等到骨折3天以后,血肿开始吸收,肿胀消退时才能进行骨折复位;如果骨折发生已超过2~3周,则为陈旧性骨折,此时,损伤的软组织粘连,血肿机化,再进行手法复位有一定困难;超过6周以上的骨折,断端已初步连接,有大量骨痂形成,为骨折畸形愈合,往往需要手术治疗。询问受伤地点,可帮助判断骨折的性质,分析病情,并对事故发生的个人或单位在法律纠纷上有一定参考意义。

(二) 受伤时的姿势和体位

任何一种创伤所发生的各种不同部位的骨折,都与受伤当时的姿势和体位有关。即使是同一个部位发生的骨折,也由于受伤时姿势不同,其骨折类型也不同,如肱骨髁上骨折,若是在肘关节伸直位时发生的,近折端就会向前移位,远折端向后移位,则为“伸直型骨折”;若是在肘关节屈曲位时发生的,近折端就会向后移位,远折端向前移位,则为“屈曲型骨折”。

对在各种不同姿势下造成的不同类型骨折,治疗方法也各不相同,如:外翻型踝部骨折,在手法复位后,需采用内翻位固定;内翻型踝部骨折则与上述相反。因此,诊断骨折病人时,一定要问清受伤当时的姿势和体位,以利于分析骨折发生的机制,判断骨折的性质和类型,为建立诊断和决定治疗提供可靠的参考资料。

(三) 外力作用的性质、强度、方向

对任何外力作用下所造成的骨折或脱位,都要详细地询问外力作用的方式、性质、方向及强度大小,然后再结合受伤的部位及其承受能力,分析判断其损伤程度的轻重。如:如果是走路不慎跌倒发生的骨折,多为闭合性单纯性骨折;如果是机器挤压发生的

骨折,多为开放性、粉碎性骨折;如果是由于交通事故发生的骨折,多为多发性骨折或合并重要脏器损伤。所以,根据外力作用的性质和强度不同,可以判断出骨折或软组织损伤的程度,而询问外力的作用方向,可判断骨折端的移位情况。

(四) 伤后昏迷情况

伤后应询问有无昏迷、呕吐,昏迷后有无清醒或再昏迷情况。遭受严重创伤的病人,除有多发性骨折和重要脏器损伤外,常常合并颅脑损伤,所以,在诊查病人时,首先要问伤后有无昏迷及昏迷时间的长短;有无呕吐及呕吐的次数;病人昏迷后有无清醒或再次昏迷。根据上述情况可以判断颅脑损伤的性质及程度,如头部外伤后一过性昏迷,多为脑震荡;昏迷后清醒,随后再次昏迷,多为颅内血肿压迫脑实质;伤后一直昏迷不醒,多为脑实质损伤。

(五) 伤后的急救方法、运送方式及治疗经过

比较大的严重创伤骨折发生以后,首先都要经过各种急救处置。要详细询问伤后采用了哪些急救方法和运送方式,分析其方法是否得当,如对开放性骨折要问清使用过哪种止血方法,特别是止血带使用的时间长短,是否在1小时内做过放松处理;对脊柱骨折,要问清搬运时是使用硬板担架还是其他方法。实际中,由于当时当地的医疗技术和设备条件所限,急救处理不妥当造成截瘫、截肢或终身残废,甚至丧失生命的病例并不少见。

询问前一段时间的治疗经过,有助于了解已治疗解决了哪些问题,对下一步治疗有重要的参考意义。

(六) 伤前创伤情况

对骨折或关节损伤的病人应询问伤前局部有无疼痛和肿胀的病史或其他部位是否发生过骨折的病史,其目的是排除病理性骨折的可能性。临床常见下列疾病易发生病理性骨折,如骨囊肿、骨纤维异常增殖症、慢性骨髓炎、骨质疏松症、骨肿瘤等;脆骨病可反复发生多处骨折。因为是其骨质首先发生病理改变,所以稍受外力就可发生骨折。

询问关节过去的运动情况,对判断有无关节内或近关节部位骨折有重要参考意义,如伤前关节功能正常,伤后立即出现功能障碍,可能有关节内骨折。

(七) 有无其他疾病史

问诊时要有整体观念,对创伤骨折病人除重点询问局部软组织及骨与关节情况外,还要注意全身性疾病,如老年人常患冠心病、肺心病、高血压病、慢性消化系统疾病、血液病等。问清所患全身性疾病,这对治疗创伤有重要的参考意义,特别是在全身性疾病重于创伤骨折时,必须以治疗全身性疾病为主,待病情缓解后,再重点治疗骨折。

(八) 对严重开放性骨折,要问清就诊前局部病情及处理情况

对严重开放性骨折,要问清创口的处理方法、出血情况、止血带使用时间以及有无折端穿出而又重新回纳情况。一般开放性骨折出血较多,应尽可能掌握比较准确的出血量,有无继续出血及止血带的使用时间,以便估计血容量情况和创伤肢体远端的血运情况。询问对开放性创口采用了哪些处置方法,是否做过清创手术,有无血管、神经