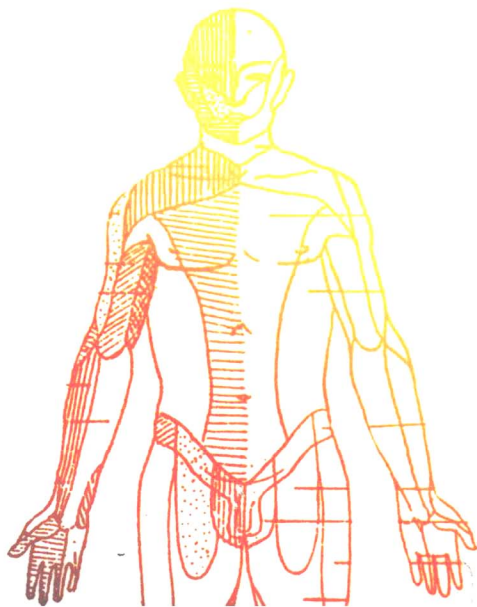


(适用于推拿、针灸、康复、骨伤专业)

运动系统常见疾病 临床检查图解

YUNDONG XITONG CHANGJIAN JIBING
LINCHUANG JIANCHA TUJIE

张建华 何光远 编著



APCTIME
时代出版

时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

运动系统常见疾病临床检查图解

(适用于推拿、针灸、康复、骨伤专业)

张建华 何光远 编著



时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

运动系统常见疾病临床检查图解/张建华,何光远编
著. —合肥:安徽科学技术出版社,2011.7
ISBN 978-7-5337-5255-2

I. ①运… II. ①张…②何… III. ①运动系统疾病:
常见病-诊断-图解 IV. ①R680.4-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 119979 号

运动系统常见疾病临床检查图解

张建华 何光远 编著

出版人:黄和平 选题策划:吴萍芝 责任编辑:吴萍芝
责任校对:程苗 责任印制:廖小青 封面设计:冯劲
出版发行:时代出版传媒股份有限公司 <http://www.press-mart.com>
安徽科学技术出版社 <http://www.ahstp.net>
(合肥市政务文化新区翡翠路 1118 号出版传媒广场,邮编:230071)
电话:(0551)3533330

印制:合肥创新印务有限公司 电话:(0551)4456946
(如发现印装质量问题,影响阅读,请与印刷厂商联系调换)

开本:787×1092 1/16 印张:9 字数:219 千
版次:2011 年 7 月第 1 版 2011 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5337-5255-2

定价:18.00 元

版权所有,侵权必究

**谨以此书献给为安徽省推拿事业发
展无私奉献的老一代推拿专家！**

何光远 张建华

前 言

随着医学科学技术的快速发展,各种检查设备不断更新并被临床医生广泛使用,大大提高了临床诊断率,但同时也提高了医疗费用,增加了患者的经济负担。重复的放射检查,也会对人体造成一定的伤害。当前,一些临床医务工作者对检查设备产生了依赖,不做仪器检查就无法诊断治疗。其实许多软组织病变和某些关节的疾病,通过临床体检就能作出明确诊断,而仪器检查只能起到辅助作用,排除一些疾病。

在体检过程中应注意患者各方面的情况,如年龄、发病时间、有无外伤、疼痛的性质、关节障碍程度等,做到客观、准确、系统和全面,才能避免或减少误诊。一方面,不同的疾病可以有相同的症状和体征,但每个疾病又有其特殊表现,即典型症状和体征。症状和体征越典型,诊断意义就越大。另一方面,相同的疾病其表现又不尽相同,症状和体征可能并不典型,所以要根据具体情况全面分析,才能作出正确的诊断。

本书在总结临床实践经验的基础上,重点介绍了有关肌肉、韧带、神经、关节损伤的病历书写要点,以及上肢、下肢、脊柱、神经和肌肉的功能检查方法。全书内容充实,图文并茂,通俗易懂,是推拿、针灸、康复、骨伤科临床医师的得力助手。

编者

2010年8月

目 录

第一章 病历书写要点	1
第一节 主 诉	1
第二节 现病史	1
第三节 局部查体	2
一、形态的检查	3
二、功能的检查	6
三、特殊检查	12
四、疼痛的检查	13
第二章 上肢疾病与损伤的检查法	15
第一节 肩部的检查法	15
一、肩部的一般检查	15
二、肩部常见疾病与损伤的检查	17
第二节 肘部的检查法	24
一、肘部的一般检查	24
二、肘部常见疾病与损伤的检查	26
第三节 前臂、腕和手部的检查法	29
一、前臂、腕和手部的一般检查	29
二、腕和手部常见疾病与损伤的检查	32
第三章 下肢疾病与损伤的检查法	37
第一节 髋关节的检查法	37
一、髋关节的一般检查	37
二、髋关节常见疾病与损伤的检查	41
第二节 膝关节的检查法	47
一、膝关节的一般检查	47
二、膝关节常见疾病与损伤的检查	52
第三节 足与踝关节的检查法	56
一、足与踝的一般检查	56
二、足与踝几种常见疾病与损伤的检查	59
第四章 脊椎疾病与损伤的检查法	64
第一节 头、颈部检查	64
一、头面部检查	64
二、颈部检查	65
第二节 胸、腰背部检查	68
一、胸廓部检查	68
二、腰背部检查	69
第三节 颈椎疾病与损伤的检查法	80
一、颈部的功能检查	80

二、颈部常见疾病与损伤的检查	80
第四节 胸椎疾病与损伤的检查法	84
一、胸背部的功能检查	84
二、胸部常见疾病与损伤的检查	85
第五节 腰部疾病与损伤的检查法	88
一、腰部功能的检查	88
二、腰部常见疾病与损伤的检查	89
第五章 中枢神经、周围神经及肌肉疾病与损伤的检查法	98
第一节 中枢神经与周围神经的一般检查	98
一、脑神经检查	98
二、头面部感觉与运动神经支配	102
三、周围神经与肌肉的检查法	103
第二节 脊神经检查	104
一、感觉检查	104
二、感觉障碍类型	106
三、感觉障碍的临床意义	108
四、运动检查	109
五、反射检查	113
第三节 上肢神经损伤的检查法	117
一、桡神经损伤的检查	117
二、正中神经损伤的检查	119
三、尺神经损伤的检查	121
四、肌皮神经损伤的检查	122
五、臂丛神经损伤的检查	123
第四节 下肢神经损伤的检查法	125
一、腓总神经损伤的检查	125
二、胫神经损伤的检查	126
三、坐骨神经损伤的检查	127
四、股神经损伤的检查	128
五、闭孔神经检查法	129
六、肌肉肌力检查法	129
第五节 常见神经疾病的检查法	134
一、三叉神经痛	134
二、面神经麻痹	134
三、面肌痉挛	135
四、耳鸣及听觉过敏	135
五、眩晕	135
六、头痛	136
七、脑血管意外	137
八、多发性神经炎	138

第一章 病历书写要点

病历是医务人员在医疗工作过程中的全面记录,是记录医务人员通过问诊、查体、辅助检查等诊治疾病的过程。真实、完整的病史采集和客观、全面的体格检查有利于医生进行定位和定性诊断及鉴别诊断;相反,片面的不切合实际的病史采集与体格检查必将导致错误的临床诊断。要想写好病历并作出明确诊断,查体是很重要的一个环节。针灸、推拿、康复、骨伤科等病历的书写与其他各科一样,除诊断和治疗外,最基本的是主诉、现病史和局部查体三项主要内容。初学者对此三项内容往往体会不深,经常在书写病历时将彼此孤立地罗列起来,不能互相联系成为有机的整体。为了帮助初学的医生做好查体和写好病历,现把书写病历的步骤和查体要点分述于下。

第一节 主 诉

病史采集在疾病诊断中占有重要地位。准确而完整的病史是进行正确临床诊断的必要前提和重要依据。它能指导体格检查及辅助检查,又能从中获得患者所患疾病的部位、性质与可能的致病因素等重要信息。询问病史时要注重启发,避免暗示,让患者自己陈述病情。当患者对其症状不一定能正确表达时,医生应善于巧妙地进行追问,认真澄清。如患者自述头晕,医生应问清楚是否视物旋转、耳鸣、血压是否正常,与头部活动是否有关等。

主诉反映患者的主要症状和发病时间,它是记录患者病情的最简练的概括。无论住院的病历或门诊的病历都要有患者的主诉。记录主诉要正确,不能将病史写进去。比如写“腰扭伤5天”,不如写“腰痛5天”较为正确。记录主诉不写时间是不正确的,因为早期和晚期的检查内容不尽相同。主诉的记录虽然简单,但也要注意写好。

总之,临床医生应该获得有关患者疾病的尽量全面、完整的病情资料,如起病情况、首发症状、病程经过和目前临床状况等信息。

第二节 现 病 史

欲采集好针灸、推拿、康复及骨伤科等各类疾病的现病史,首先要熟悉此科疾病的基本理论知识,只有这样才有可能将患者陈述的一部分无关紧要的内容排除出去,而将主要的有利于诊断和鉴别诊断的内容依序记下,进而再把关键性的问题追问出来,从而写好现病史。在急、慢性损伤性疾病的现病史中,比较重要的,也是必须弄清的,就是损伤与骨骼、肌肉、神经疾病的关系。这个问题不但患者自己搞不清楚,有时连医生也容易混淆。为了把现病史作为诊断的有力依据,医生在做病史问诊时,应掌握以下三个重点:

1. 受伤的具体程度:只有了解受伤当时的真实程度,才能判断现在的症状是外伤后遗症,还是在外伤后发展的疾病。如果当时没有严重的损伤,就不可能在单纯的外伤基础上发展成明显的后遗症。欲询问受伤的程度,必须找出关键性的具体事实来作提问内容:如受伤后是自己走回家中还是别人抬送回去的?是在家休养还是住院治疗?休养日期长还是短?是否一度上班工作过?……如一位体力劳动者,在受伤后的当天还能继续参加原工作的劳动,而在第二天起床时关节才肿胀起来,甚至达到不能行走的程度,那么这种肿胀可推测为组织对外伤的炎症反应,而不是骨骼或软组织的解剖性断裂。如果是在家短期休养,可以推测比长期住院治疗要轻得多。因此,从病史了解受伤当时的具体程度,对于现在病理变化的判断是有很大帮助的。如从高处跌落的患者,应询问跌落的高度有多高,哪个部位先着地。若有瘫痪,应了解是单瘫还是偏瘫、截瘫、四肢瘫,是痉挛性还是弛缓性,是否持续加重或减轻,是否伴有发热、疼痛、肌肉萎缩、意识障碍等。另外,脑病患者的肢体功能障碍,首先要了解是否是外伤所致,或脑内出血、缺血、血栓、占位性病变所致;还要了解病程的长短、当时是否昏迷、昏迷的时间,是否伴有其他的并发症,这对判断疾病的预后有很大的帮助。

2. 受伤与发病时间的间隔:受伤后立即停止工作还是继续工作数日或数月以后才开始休息,这也是受伤与疾病鉴别的关键。如果受伤后立即停止工作,直到就诊时一直在休养,可能纯属外伤所造成的后果。如果受伤后还能继续工作,则可判断当时外伤的程度并不严重,可能以前的外伤与现在的发病没有什么因果关系。总之,外伤距离发病的时间间隔越长,则外伤的作用越小,即两者的关联越小。

脑出血或缺血患者,应了解发病及到医院急救的间隔时间,出血量的多少,是否昏迷等,一般急救越及时预后越好。

3. 受伤后症状的变化:单纯外伤的症状,如局部无过度活动,即无继续加重的可能,应该是先重后轻;反之,如为内脏器官、颅内、脊髓疾病(炎症或肿瘤),则是先轻后重,其症状应是逐渐加重,或是波状上升。

第三节 局 部 查 体

关于全身系统查体,一般教科书都有记载,此处不再重复。关于专科查体,应该先检查什么,然后检查什么,目前还没有统一的标准来作为写病历的准绳。譬如,对新鲜骨折,应着重记录局部形态的变化和疼痛的部位,不必做邻近关节活动幅度的记录;对陈旧性骨折或不连接的骨折,则必须检查邻近关节的活动范围。对慢性损伤性疾病,要准确地寻找出压痛点并记录关节的活动度。对脑病、神经和肌肉疾病,要检查神经系统感觉、反射,肌肉张力、收缩力的有无和大小,对畸形的患者则要测量肢体的长度和关节的角度。因此,对所有疾病规定一个统一格式作为查体记录的要求是有困难的。但是如果没有一个能够应用于各类疾病的检查提纲,初学者接触患者时,不知什么是检查重点,也不能保证病历的完整。如果治疗前记录项目不全,治疗后或远期疗效追查就无法与治疗前对比。全面系统又重点突出的体格检查,不仅可进一步验证在询问病史中形成的初步印象正确与否,还能补充问诊的不足,收集到通过检查才能获

取的重要资料,从而为确立正确诊断和鉴别诊断提供客观依据。局部查体时不仅要留意那些支持诊断的阳性体征,还要重视对鉴别诊断有重要意义的阴性体征,要求专科医师熟悉运动系统、神经系统等常见疾病的特殊体征。因此,为了提高病历书写质量,保证病历中记录内容不致遗漏,将以下专科查体的四项内容,作为检查运动、神经系统疾病的统一要求。

一、形态的检查

形态的检查包括视诊、触诊及长度、周径的测定。首先要记录患者的自然体态,如什么步态,是否需要辅助行走,有无跛行以及跛行的姿态(图 1-1)等。同时在记录自然体态时,不能只顾局部而忽略全身情况。如对中风患者应注意行走步态、感觉、肌力等,对下肢骨折畸形愈合或关节屈曲挛缩的患者,应该注意脊柱有无侧弯和骨盆有无

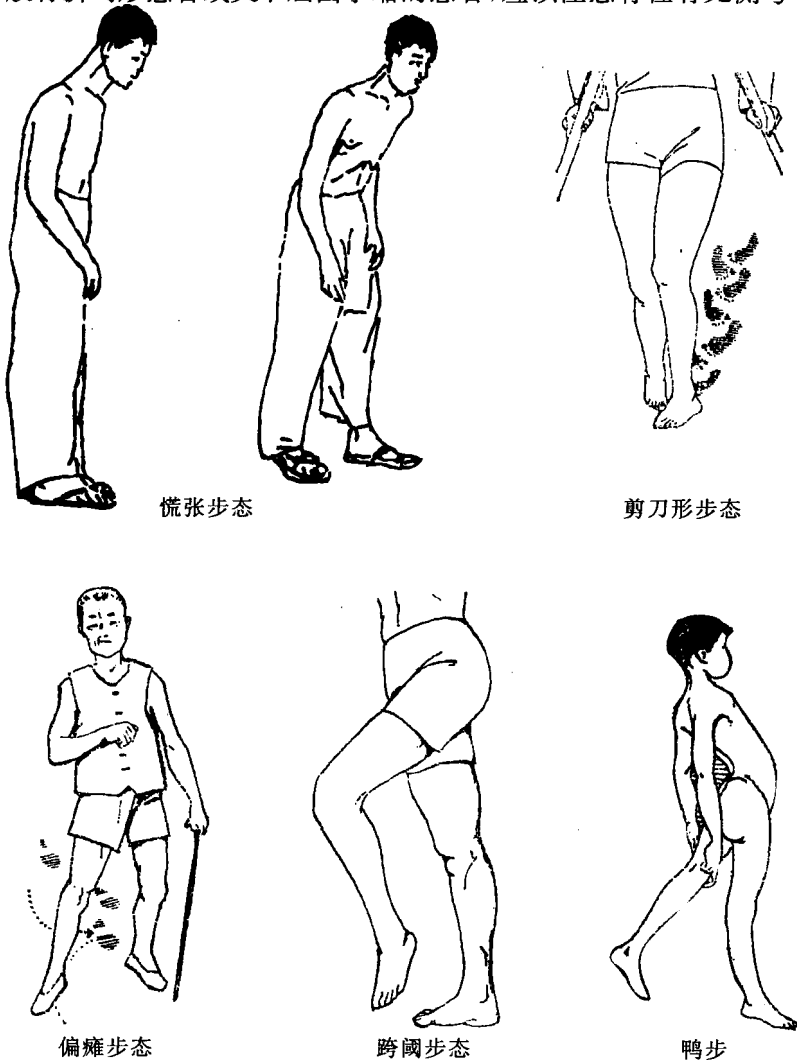


图 1-1 行走步态

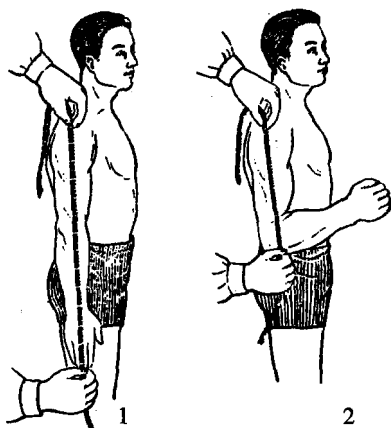


图 1-2 上肢长度测量

1. 上肢长度 2. 上臂长度

下肢的间接长度是从髂前上棘至内踝,表示下肢与骨盆的关系;下肢的直接长度是从股骨大转子顶点至外踝最低处(图 1-3),这是大腿和小腿的总长度。必要时,要分别测出大、小腿的长度。上述从股骨大转子到足外踝的距离,无论体位如何变换,也不影响其长度,但髂前上棘至内踝的距离,往往由于脊椎的弯曲,骨盆的倾斜,髋关节的位置变化(屈、伸、内收、外展),影响其长度使其不尽一致。因此,测此距离时要注意上述变化,以免发生误差。

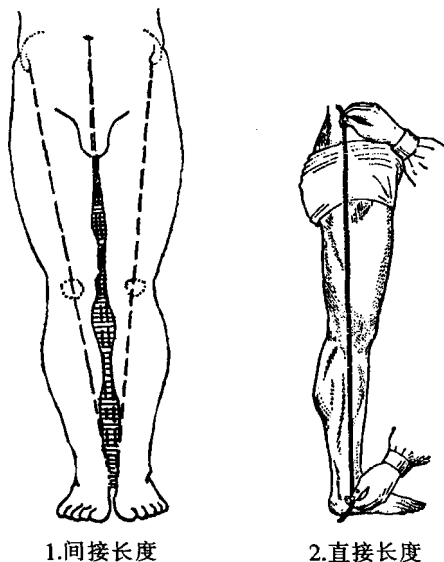


图 1-3 下肢长度测量

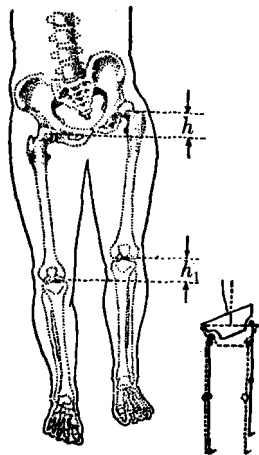


图 1-4 下肢假性短缩

倾斜,然后再描写局部情况。描写的顺序应该是先全身,然后把局部看到的畸形、长短、角度、红肿、褥疮和触到肿块的硬度与大小都记录下来。

(一) 肢体长度的测定

测肢体长度时,事先在骨突出处用笔做好标记。如上肢长度是从肩峰至中指指尖,上臂长度是从肩峰至肱骨外髁(图 1-2),前臂长度是从尺骨鹰嘴至尺骨小头。

差。比如本来患肢并不短缩,但由于髋关节屈曲内收挛缩,患肢外观短缩(图 1-4);反之,髋关节外展挛缩,患肢外观显长。另外也有患肢确有短缩,由于骨盆产生代偿性倾斜,外观两下肢反而等长(图 1-5),但髂前上棘一侧高一侧低,而患者并不自知。检查时,如果不注意摆平髂前上棘,则测出的长度也不准确。许多患者由于长期姿势的适应,卧位时不易摆平骨盆,此时最好做立位检查,在足下垫上木板或书本,直到两侧髂前上棘达到水平为止,所垫的厚度即为短缩的长度(图 1-6)。

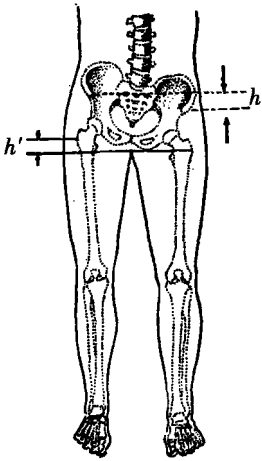


图 1-5 骨盆倾斜代偿肢体短缩

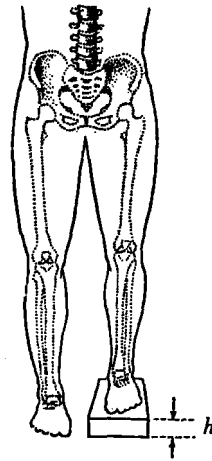


图 1-6 消除代偿姿势长度测定

下肢的直接长度是测肢体的真正长度,而间接长度只是测下肢与骨盆在位置上的关系。检查时,需同时对比这两种检查的结果,只有这样才能知道患肢短缩的真正原因。如果直接长度正常,而间接长度短缩时,还应进一步查明间接长度短缩的原因:是髋关节位置不正还是股骨颈短缩。

(二) 肢体周径的测定

患肢与健肢的粗细对比,有时对诊断有很大的参考价值。特别患肢在肿胀时期,测其增大的程度和速度,对诊断是很有利的。譬如,测周径可以估算增大的体积,测骨折的出血量可以从增大的体积间接估计出大约数字,连续测肿胀的速度可以观察气性坏疽或恶性肿瘤的发展速度。但测定周径增大的实际应用并不多。临床上测其周径缩小(肌萎缩)的程度,才是诊断最常用的方法。一般肌萎缩的程度代表患肢使用量的减低程度,代表患肢疼痛的程度,也是代表疾病或损伤后影响神经功能和营养的程度。肌萎缩需要一段时间才能出现,因此在外伤后或发病 2 周内测肌萎缩的意义不大。虽然肌萎缩不是某种疾病的特有症状,但仔细研究肌萎缩的程度也能估计疾病的程度。譬如,伤后很久,患肢没有肌萎缩,但患者自诉有严重的痛苦症状,由此可估计当初的外伤并没有影响患肢的使用,可以认为是一种轻微外伤,没有解剖性的破坏。以腰椎间盘突出为例,突出物较大及病程长者,绝大多数有腓肠肌萎缩。急性臂丛神经炎或坐骨神经炎患者,发病后不久就可出现肌肉明显萎缩。需要注意的是,一般下肢肌肉发育常常是对称的,即使患者善用右腿也是两侧相同的。但上肢则不然,一般右利者右臂肌肉发育较大,所以当左臂肌周径比右臂小时,也不一定是肌萎缩。反之,患者是右利而右臂比左臂显细,则判定右臂一定有毛病。测肢体周径需在两侧同一水平,否则就毫无意义。大腿可在髌骨上缘 10 cm 和 15 cm 处测量,小腿只在最粗处即可。为了节省时间,测小腿周径不必先量其高度做记号。测上肢周径也同样,先在两侧同一高度做标记,然后测周径(图 1-7)。

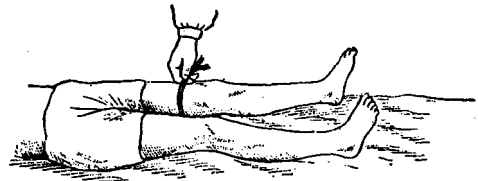


图 1-7 肢体周径的测法

二、功能的检查

(一)四肢各关节功能的检查

功能的检查作为记录病历的一项重要内容,一般四肢关节的检查只作被动活动,测其度数即可。脊椎检查只作自动活动。如有神经麻痹或肌肉疾病,自动和被动活动都应检查。计算度数的方法和标志不同,有时容易造成理解上的混乱。例如,膝关节屈曲 120° 就有两种不同的理解:一种理解是,膝关节伸直位算作 0° , 屈曲 120° (股骨轴与胫骨轴交成 60° 角) 是表示活动范围(图 1-8); 另一种理解是,膝关节伸直位算作 180° , 屈曲 120° (只活动 60° 的范围) 是表示两骨干的位置关系(图 1-9)。

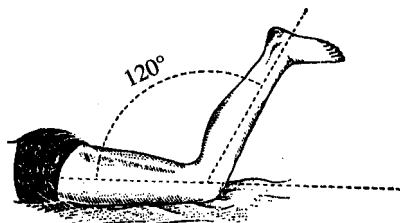
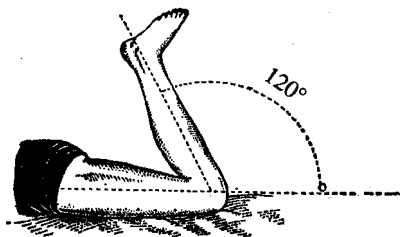


图 1-8 膝关节屈曲 120° 是表示活动范围 图 1-9 膝关节屈曲 120° 是表示两骨干的位置关系

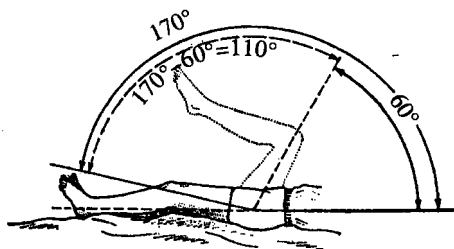


图 1-10 正确的关节记度法

因此,为了不至于造成理解上的错误,要求在度数的后面注明计度的起点或注明此度数是代表活动范围还是代表两骨长轴所构成的角度。在检查同一关节时,不可使用两种计度起算点的标准。例如,髋关节伸 170° , 屈 60° , 前者 170° 表明差 10° 伸不直, 后者 60° 必须代表股骨干与体轴所交成的角度, 不能代表活动幅度, 否则在同一关节使用两种计度方法是错误的。

在这种情况下,除非用图表示,否则很容易造成理解上的混乱。因此,单独注明度数起算点还不够,最好用计算形式来表达活动范围。例如,髋关节的最大伸展度为 170° , 最大屈曲度为 60° , 那么其活动范围为 $170^\circ - 60^\circ = 110^\circ$ (图 1-10)。这种记度法比较好,既能了解活动幅度,也能知道伸屈两方面正常与否。

再如,前臂旋转动作的表示方法是:最大旋前度为 80° (拇指向上为中立位,自中立位起算), 最大旋后动作是不能达到中立位而仍在旋前幅度的范围内,即中立位起算 30° , 那么,其旋转幅度为 $80^\circ - 30^\circ = 50^\circ$ (图 1-11)。另一种情况,如最大旋前度为 80° , 最大旋后度为 30° , 那么其旋转幅度为 $80^\circ + 30^\circ = 110^\circ$ (图 1-12)。旋转动作同为 80° 和 30° , 而活动范围则完全不同,一种为减法,另一种为加法。由此看来,用计算形式表达活动范围比较简单而且全面。当然,一律用计算形式表达有时也没有必要。比如,肩关节的外展、前屈、后伸、内旋、外旋,直接用活动幅度来表达都可以。但不管怎样表达,在同一关节不能同时用两种计度方法。用计算形式不必注明起算点,不用计

算形式就必须注明起算点：如注明“从中立位起算”，或“从床面起算”，或“从体轴起算”等。

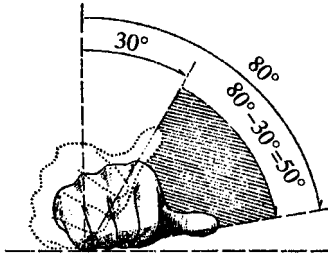


图 1-11 前臂旋转度的减法记算法

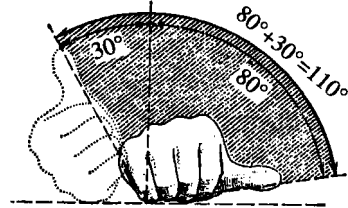


图 1-12 前臂旋转度的加法记算法

现将四肢各关节的正常活动幅度记载于下：

1. 肩关节：肩关节的活动度数以运动幅度为记录标准，上臂下垂为中立位 0° (图 1-13)。

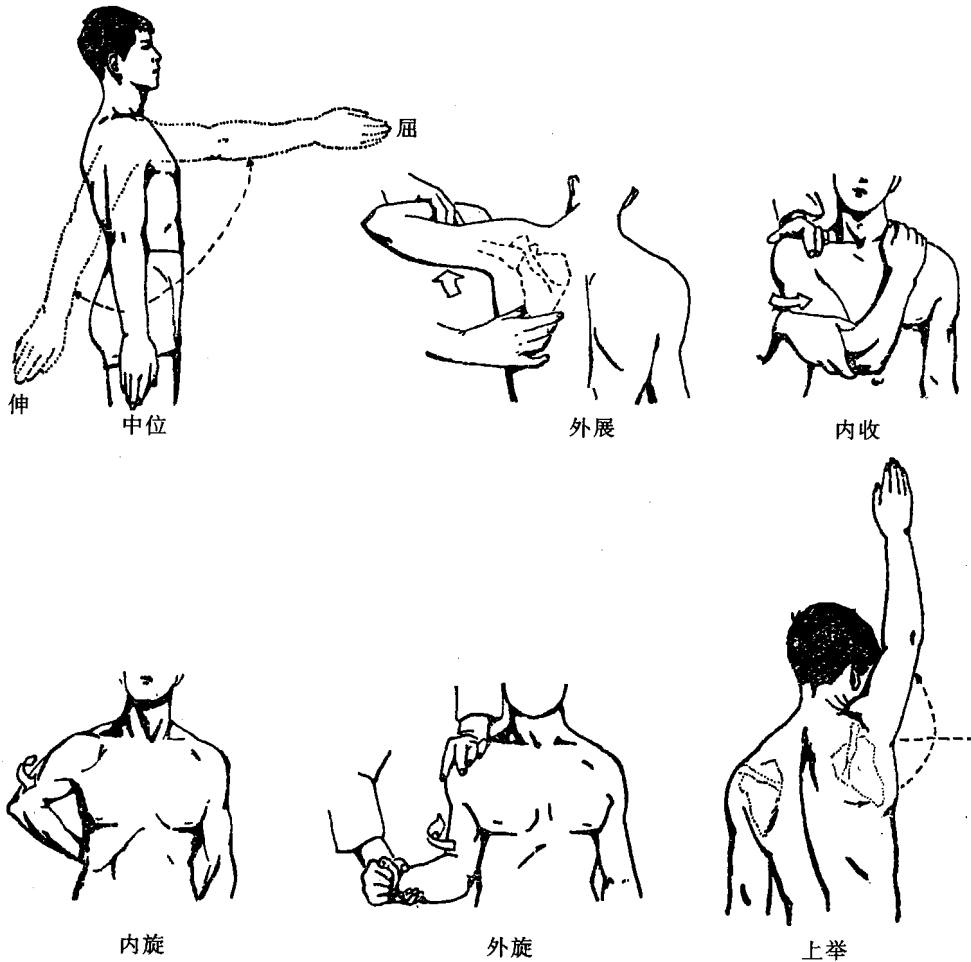


图 1-13 肩关节的功能活动

外展 90° (超过 90° 为肩胛骨的活动), 内收约 45° 。

前屈 90° , 后伸约 45° 。

内旋约 120° , 外旋约 30° 。

[注] 肩上举是肩肱关节和肩胛胸壁间的混合动作(见肩关节检查法)。

2. 肘关节: 肘关节是在同一平面同一方向活动的关节, 常用两骨轴夹成的角度来表示(图 1-14)。

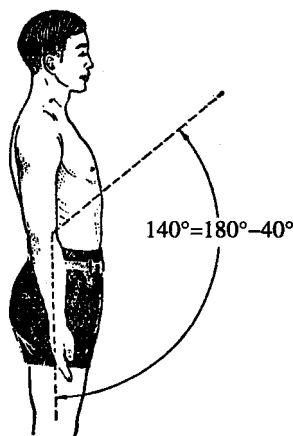


图 1-14 肘关节的功能活动

伸展 180° (也有反屈向后过伸者)。

屈曲 40° 。

3. 尺桡关节: 检查时, 肘关节靠近胸壁, 拇指向上为中立位 0° , 以活动幅度来表示(图 1-15)。

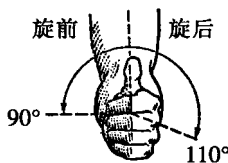


图 1-15 尺桡关节的功能活动

旋前(手掌向下) 90° ; 旋后(手掌向上) 110° 。

4. 腕关节: 掌骨与前臂成一直线为中立位 0° (图 1-16)。

掌屈 80° , 背屈 70° 。

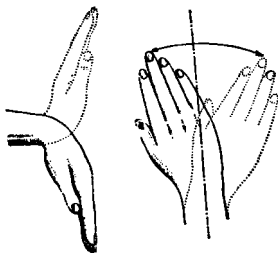


图 1-16 腕关节的功能活动

桡侧偏斜 30° , 尺侧偏斜 45° 。

5. 掌指关节: 屈曲约 80° (掌骨与指骨之间夹角 100°), 二、三、四、五指的掌指关节屈曲度数依次略增 (图 1-17)。

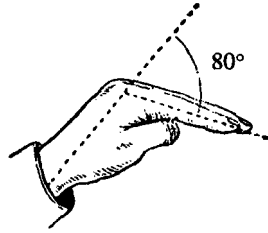


图 1-17 掌指关节的功能活动

6. 近位指间关节: 屈曲 120° (指骨近节与中节夹角 60°) (图 1-18)。

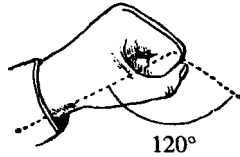


图 1-18 近位指间关节的功能活动

7. 远位指间关节: 屈曲 60° (指骨中节与末节夹角 120°)。

8. 拇指各关节: 拇指各关节的动作以对掌和外展最重要, 屈曲和内收占次要地位。对掌 (第一掌骨倒向掌心) 42° 。

外展 (拇指与其他四指均在同一平面, 而拇指向桡侧展开) 38° 。

内收 (拇指沿手掌向尺侧移动, 指尖可达手掌的尺侧缘, 这种动作合并有掌指关节的屈曲) 49° 。

[注] 内收与对掌的鉴别: 从掌面看, 内收时只见拇指指甲的侧面, 对掌时只见拇指指甲的正面或接近正面 (图 1-19)。

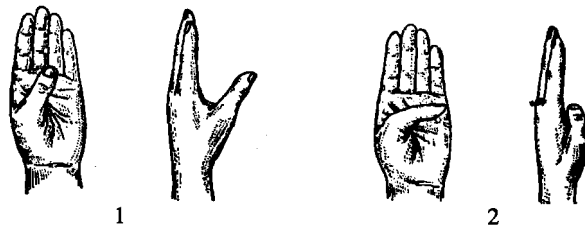
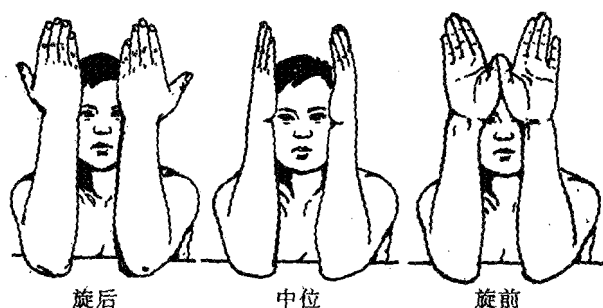


图 1-19 拇指对掌与内收的鉴别

1. 对掌 2. 内收

测拇指的掌指关节与指间关节的屈曲度数不易精确, 检查时应与健侧对比或与检查者对比, 以确定是否正常。

前臂的旋转运动是桡骨围绕尺骨旋转, 中位, 即肘关节屈曲 90° , 拇指朝上 (掌心向内); 旋前, 即掌心朝前拇指向内的运动方向; 旋后, 即掌心朝后拇指向外的运动方向 (图 1-20)。



前臂的旋转运动

图 1-20 肘关节与前臂运动检查

9. 髋关节: 髋关节的计度标准有两个: 一个是以伸直位算作 0° , 另一个是以伸直位算作 180° 。如果髋关节能够完全伸直, 可将伸直位算作 0° (图 1-21)。

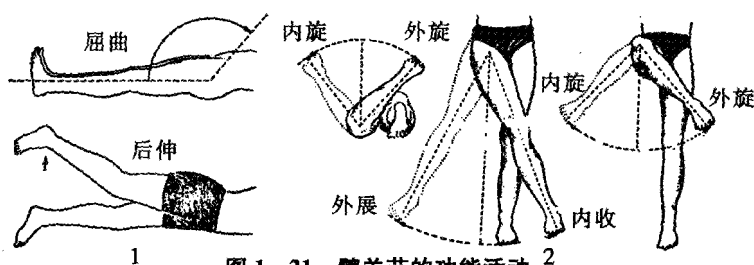


图 1-21 髋关节的功能活动

屈曲 145° , 后伸 40° 。

外展 35° , 内收 35° 。

外旋 80° , 内旋 40° 。

如果髋关节既不能伸直也不能全屈, 最好用计算形式表示活动程度, 即将伸直位算作 180° (图 1-10)。

10. 膝关节: 一般以两骨长轴所夹的角度进行计算。

伸直 180° , 屈曲 30° 。

11. 踝关节: 一般以足长轴与小腿成 90° 角为中立位 0° 。

背屈 35° , 跖屈 45° (图 1-22)。

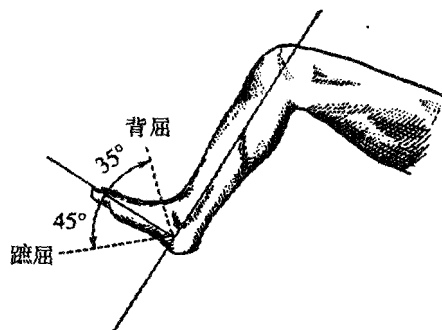


图 1-22 踝关节的功能活动