

张万福 编著

软组织

损伤学

天津科学技术出版社

张万福 编著

软组织损伤学

天津科学技术出版社

津新登字(90)003号

责任编辑:于素芝

软组织损伤学

张万福 编著

*

天津科学技术出版社出版

天津市张自忠路189 邮编300020

天津新华印刷一厂印刷

新华书店天津发行所发行

*

开本787×1092毫米 1/16 印张12 字数290 000

1993年5月第1版

1993年5月第1次印刷

印数:1—3 000

ISBN 7-5308-1256-4/R·351 定价:15.20元

前 言

软组织损伤性疾病,是广大群众的常见病、多发病。此类疾病既增加了病人的痛苦,又影响劳动生产与工作,为了使病人早日恢复健康,适应社会主义现代化建设的需要,同时满足软组织外科专业技术人员的学习要求,我们在继承祖国医学遗产的基础上,用中西医结合的方法,总结多年在教学和临床实践的经验基础上,并参考了国内外最新文献撰写成《软组织损伤学》一书。

每一门学科,如果没有坚实的理论基础,就不能存在和发展。软组织外科所以能不断发展,就是因为植根于具有悠久历史的祖国医学、西医和中西医结合的沃土之中。要想进一步繁荣和发展软组织损伤事业,就必须加强基础理论的深入研究,从理论到实践,从临床到基础使其研究有一质的飞跃和新的更大的突破,坚定走中西医结合的道路,才有广阔的前途和成功的希望。

本书在编写过程中,为了使内容更适应读者的需要,力求从基础到临床,文字通俗易懂,治疗上有繁有简,方法多种。全书共 21 章。第一章为总论,介绍了软组织损伤概况、分类和预防;第二章为软组织损伤的理学检查;第三章至九章为软组织损伤的各种治疗方法;第十章至二十章按系统、部位叙述了各种软组织损伤疾病的应用解剖、病因、临床表现、诊断、鉴别诊断、治疗和预防;第二十一章介绍了气功疗法。为了使读者阅读方便,全书绘有 283 幅插图,以助读者理解。

由于编者水平有限,错误和不正确观点,在所难免,敬请读者给以及时的和不吝的批评指正。

本书插图由出版社重新绘制;气功一章的编写主要据王瑞亭编著的《少林内劲一指禅》一书为依据,除功法外各节有较大幅度的变动,重新编写,同时得到刘聪林气功师的指导和帮助,特此一并致以谢意。

编 者

1992. 7

目 录

第一章 总论	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 软组织损伤的分类	(2)
第三节 软组织损伤的预防	(2)
第二章 软组织损伤的理学检查	(4)
第一节 一般检查法	(4)
第二节 颈部检查法	(4)
第三节 腰部检查法	(6)
第四节 髋臀部检查法	(8)
第五节 膝部检查法	(10)
第六节 踝部检查法	(12)
第七节 肩部检查法	(12)
第八节 肘部检查法	(14)
第九节 腕部检查法	(15)
第十节 肌肉检查法	(15)
第三章 手法治疗	(25)
第一节 手法的作用	(25)
第二节 手法的适应症、慎用症和禁忌症	(25)
第三节 手法注意事项、疗程及疗效标准	(26)
第四节 常用手法	(27)
第四章 针刺疗法	(33)
第一节 针刺疗法概述	(33)
第二节 针刺注意事项及异常情况处理	(35)
第三节 常用穴位介绍	(37)
第四节 电针疗法	(40)
第五节 耳针疗法	(40)
第五章 水针疗法	(43)
第六章 梅花针与挑疗法	(45)
第一节 梅花针疗法	(45)
第二节 挑疗法	(46)
第七章 拔罐疗法	(48)
第八章 中药治疗	(51)
第一节 外治法	(51)
第二节 内治法	(57)

第九章 练功疗法	(63)
第一节 练功疗法概述	(63)
第二节 各部位练功疗法	(64)
第十章 颈部损伤	(75)
第一节 颈部软组织损伤	(75)
第二节 颈椎病	(78)
第三节 寰枢椎旋转性半脱位	(87)
第十一章 肩部损伤	(88)
第一节 岗上肌腱炎	(88)
第二节 岗下肌损伤	(90)
第三节 肱二头肌长头腱鞘炎	(92)
第四节 肱二头肌长头滑脱	(92)
第五节 肩关节周围炎	(93)
第十二章 肘部损伤	(97)
第一节 肱骨外上髁炎	(97)
第二节 肱骨内髁炎	(98)
第三节 肘后血肿	(98)
第四节 桡侧伸腕短肌腱损伤	(99)
第十三章 腕部损伤	(101)
第一节 桡骨茎突狭窄性腱鞘炎	(101)
第二节 屈指肌腱狭窄性腱鞘炎	(101)
第三节 腱鞘囊肿	(102)
第四节 腕关节劳损	(103)
第十四章 胸背部损伤	(104)
第一节 肋软骨炎	(104)
第二节 胸壁屏挫伤	(105)
第三节 菱形肌损伤	(106)
第四节 肋椎关节错缝	(107)
第十五章 腰部损伤	(108)
第一节 腰部解剖与生理	(108)
第二节 急性腰扭伤	(113)
第三节 后关节滑膜嵌顿	(114)
第四节 慢性腰部劳损	(115)
第五节 腰椎间盘突出症	(117)
第六节 腰椎后关节紊乱症	(123)
第七节 脊椎峡部不连及脊椎滑脱	(124)
第八节 腰椎椎管狭窄症	(126)
第十六章 臀部损伤	(128)
第一节 臀中肌及筋膜损伤	(128)

第二节	梨状肌损伤	(130)
第三节	儿童髋扭伤	(132)
第四节	骶髂关节错位	(132)
第十七章	大腿部损伤	(136)
第一节	股内收肌损伤	(136)
第二节	腓绳肌损伤	(137)
第三节	阔筋膜张肌损伤	(137)
第十八章	膝部损伤	(139)
第一节	膝关节内侧副韧带损伤	(139)
第二节	胫骨内髁炎	(140)
第三节	腩下脂肪垫劳损	(140)
第四节	腩骨软化症	(141)
第五节	胫骨粗隆骨骺炎	(142)
第六节	膝关节半月板损伤	(143)
第十九章	小腿、踝部损伤	(147)
第一节	腓肠肌痉挛与劳损	(147)
第二节	腓骨长短肌腱滑脱	(147)
第三节	踝关节扭伤	(148)
第四节	踝部腱鞘炎	(149)
第五节	足跟痛	(150)
第二十章	关节脱位	(152)
第一节	关节脱位概述	(152)
第二节	颞颌关节脱位	(153)
第三节	肩关节脱位	(154)
第四节	肘关节脱位	(156)
第五节	桡骨小头半脱位	(157)
第六节	拇指掌指关节脱位	(158)
第七节	髋关节脱位	(159)
第八节	外伤髌骨脱位	(161)
第九节	膝关节脱位	(161)
第二十一章	气功(少林内劲一指弹)	(162)
第一节	概述	(162)
第二节	练功者须知	(163)
第三节	经络	(164)
第四节	热身法	(165)
第五节	马步站桩功	(171)
第六节	板指法	(173)
第七节	动功	(175)
第八节	调气功	(180)

第九节 收势.....	(181)
第十节 坐、卧功	(182)
第十一节 本功法可防治的疾病.....	(183)

第一章 总 论

第一节 概 述

软组织损伤学她是临床医学中的一个新分支,是与骨科、胸科、颅脑、泌尿、普通外科等等并列的学科。她是以软组织系统性劳损病变引起各种症象的疾病作为研究对象,采用手法和软组织松解术等为治疗手段的一门科学。

软组织是指除骨骼以外的许多相似细胞和细胞间质结合而成的各类组织。本书提及的软组织是与骨科有关的纤维组织,包括皮下组织、肌肉、肌腱、韧带、滑膜、关节囊和滑液囊等,但不包括皮肤、淋巴管、神经与血管组织。祖国医学称为“伤筋”。

在我国,用手法治疗软组织损伤性疾病已有悠久的历史。是劳动人民在长期和疾病斗争中,不断积累丰富起来的经验总结。由于这一疗法具有简便易学,经济安全,疗效显著,便于推广的优点。因此,深受广大患者的欢迎。

应用手法治疗疾病,已有 3000 多年的历史,历代都有光辉的成就。远在原始社会,人类当受伤时,就会本能地用手去抚摩,以求得肿胀消散和疼痛的改善。公元 3 世纪成书的《黄帝内经素问》中,对按摩手法的产生、内容、作用和发展等方面,都有较详细的记载。如《素问·血气形志篇》中说:“按之则热气至,热气至则痛止矣”。在魏、晋、隋、唐时代,手法治疗已很盛行,设有专科,列为官医,有专职人员讲习手法,如晋代葛洪著的《抱朴子内篇》遐览中就提到有《按摩经导引经十卷》,其中说:“……其肿痛所在以摩之,皆手下即愈”。在他所著的《肘后备急方》一书中所介绍的掐人中穴,用于急救及掐脊疗法等,至今仍在应用。宋、金、元时期,手法的应用范围更加广泛,不仅治伤,而且广泛用之临床各科。如《圣济总录》中说:“可按可摩,时兼而用,遂谓之按摩,按之弟摩,摩之弟按,按之以手,或兼用药,日按日摩,适所用也……”。明代设有专科,被列为当时十三科之一,此期最明显的发展是以手法治疗小儿疾病,形成了独特体系。其代表作《小儿按摩经》为小儿推拿学的形成和发展奠定了坚实的基础。清代由于封建势力和帝国主义的侵略,祖国医学日趋衰落,但手法治疗仍在继续盛行。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》中说:“手法各有所宜,其痊可之迟速,及遗留残疾与否,皆关于手之所施得宜……”,又说:“一旦临症,机触于外,巧生于内,手随心转,法从手出”。这些精辟地论述,至今仍在指导临床实践。

解放后,在党的正确领导下,祖国医学得到了空前的发展,医学院校,研究机构的大力发展,开展中西医结合,对祖国医学进行了深入的发掘、研究与整理工作,散在民间的各种宝贵治疗手法,也在不断整理和提高。全国各地举办学习班、进修班,并建立了专科医院、门诊部或专科,成立了学会等。这些都为手法治疗的普及、研究起到了极大的作用。在理论上已开始运用现代科学技术方法对手法治疗的原理进行了研究,并取得了可喜的成就。

总之,手法治疗,不但有其科学性,而且富有民族特色。几千年来她一直为中华民族的繁衍昌盛,保障人民的身体健康起着重要作用。随着文化、艺术、医学等方面的交流,我国的手法已流传到德、英、法、日本等国。如康富所著《按摩手册》一书,曾流传于法国,并译成法文,成为今

日欧美按摩疗法的基础。这是中国历史上的骄傲。冯天有所著《中西医结合治疗软组织损伤》一书,被译成日文、英文,销往国外,此时冯天有同志在北京还为外国朋友举办了学习班,深受外国医务人员的欢迎;同时冯天有同志还应邀去日本、埃及等国讲学,为我国与外国的友谊和医学交流起到了促进作用。

除了手法治疗软组织损伤外,祖国医学中的针刺疗法、梅花针疗法、拔罐疗法、练功疗法等亦有较好的疗效;中西医结合的治疗方法,如电针、水针疗法等也有较好的疗效。

学习软组织损伤学,首先对病人要有高度的责任感,以解除病人疾苦为最高准则。学习的重点必须放在努力钻研理论,通过临床实践,系统了解软组织损伤疾病的发病机理,症状、诊断、鉴别诊断、治疗和预防措施。同时要重视基本功的学习,刻苦练功,只有不断学习,循序渐进,才能掌握好基本功,进而具备独立工作的能力。在实践中一定要把医疗、科研工作不断向前推进,为软组织损伤的科学技术现代化作出更大的贡献。

第二节 软组织损伤的分类

不同类型的软组织损伤,应施以不同的治疗措施。为了早期诊断、早期治疗,以取得很满意的治疗效果,特将软组织损伤进行分类,以帮助临床进行治疗。

一、按损伤的时间分

(一)急性软组织损伤 凡是损伤时间不超过3周者均为急性软组织损伤。祖国医学称之为新伤。局部疼痛、肿胀、肢体不同程度的功能受限。根据受伤时外力的性质和受伤的部位分为扭伤、挫伤。

(二)慢性软组织损伤 凡受伤时间超过3周以上者,均为慢性软组织损伤,祖国医学称之为陈伤或久伤。局部疼痛、活动受限等,劳损便属于此种。

二、按损伤的程度分

(一)一般性损伤 组织在外力作用下,只有小血管破裂而导致出血、渗血,肌肉、韧带、肌腱等无断裂,而只是一般性轻微损伤。

(二)撕裂伤 组织在外力作用下,而导致肌肉、韧带、筋膜、肌腱或关节囊等组织有部分的断裂。

(三)断裂伤 组织在外力作用下,由于强大的暴力而造成软组织的完全断裂。

三、按损伤的原因分

(一)损伤型 由外力作用后而引起的软组织损伤。如急性骶棘肌损伤、踝关节扭伤等。

(二)劳损型 由慢性损伤或积累性劳损而引起持久性组织病变,如腰肌劳损等。

(三)风寒型 指组织受风寒湿侵袭后而引起的软组织病变,如受凉而引起的肩痛、腰痛等。

四、按损伤的部位分

按软组织损伤的部位而进行分类和命名,如岗下肌损伤、斜方肌损伤等。

第三节 软组织损伤的预防

软组织损伤是一种常见病、多发病。为了减少这类疾病的发生,增进人民健康,提高工作效率

益,必须贯彻“预防为主”的方针,积极开展对软组织损伤的预防工作。

一、加强卫生宣传教育

可利用广播、板报或墙报等多种形式,进行软组织损伤的病因,预防方法的宣传,使群众以口头传播方式进行自我教育,积极地参加预防工作。

二、防止外伤

在进行训练、劳动或日常生活中,严格遵守劳动纪律,注意检查防护设备和按规定着防护装备,思想高度集中,注意保持正确体位,避免不良姿势和工作方法,以防止急性外伤和慢性劳损。

三、防风、寒、湿

风、寒、湿本身是一种物理性刺激,可引起肌肉和血管的收缩,致使经络受阻,气血不通,而产生疼痛。所以工作中要注意改善环境卫生,防风、寒、湿侵袭,高温车间或出汗后,要穿戴整齐出车间,进行户外活动。

四、加强体功锻炼

适当的体功锻炼,可在一定程度上预防软组织损伤的发生和增强体质,使挛缩的肌肉得到伸展,关节得到充分活动,即可消除疲劳,又可预防劳损。锻炼不拘于某种方式,可利用工间操、广播操、太极拳等进行锻炼,如能坚持,必收到效果。

五、急性软组织损伤

一定要早期诊断、早期治疗,并给以适当休息,制动,不要急于过早活动,使损伤组织得到良好的恢复,这是防止转为慢性损伤的有效措施。

第二章 软组织损伤的理学检查

第一节 一般检查法

一、视诊

注意观察病人的步态和姿势,有无跛行或功能障碍;站、坐、卧的姿势,活动是否自如;四肢、躯干两侧是否对称;有否畸形、患部皮肤有无肿胀、瘀斑、伤口等。

二、触诊

用轻柔手法由轻到重地检查皮温、肌肉张力、硬度、疼痛的部位、范围及疼痛程序,有无筋索、筋块、筋核等反应物,局部活动有无响声和活动受限。

三、运动检查

检查主动和被动活动范围,注意活动受限的程度。

四、测量

用尺或量角器测量肢体的长短,粗细及关节的活动范围。测量两侧必须量于相同位置,以便对比、准确了解肢体有无短缩,肌肉萎缩及关节活动范围的大小。

(一)下肢长度 患者仰卧位,两下肢伸直,骨盆摆正,测量髌前上棘经腓骨内缘到内踝顶点的距离。

(二)上臂长度 上臂贴胸壁、屈肘,测量肩峰顶到肱骨外上髁之间的距离。

(三)肢体周径 选择肌肉萎缩或肿胀明显的平面做一记号,测量距一个关节骨突的距离;在健侧肢体相对称的一点上,亦作一记号,通过两点分别测量两肢体周径,并进行比较。

(四)肌力测定 进行肌肉抗阻力试验,使肌肉在对抗阻力的情况下自动用力收缩,检查肌肉随意运动时收缩的力量。

检查肌肉收缩力量,可按下列肌力等级标准判定:

0级:肌肉一点也不收缩。

1级:肌力极弱,只看到肌肉颤动,根本不产生任何动作。

2级:肌力差,只能在免除重力因素时,才能产生动作。

3级:肌力只能克服肢体本身重力,不能抗拒其它外来阻力。

4级:肌力除了克服肢体本身重力外,还能抗拒一定程度的外来阻力。

5级:肌力正常,能抗拒强大的外来阻力。

第二节 颈部检查法

一、视诊

观察颈部是否对称,有无畸形,肿块、瘀斑等。注意颈部的姿势,形态及运动是否自如。

二、触诊

用轻柔手法触诊患部有无肿块、肌肉张力、软组织的硬度、压痛点的部位、范围和疼痛程度,以及有无向上肢放射等。

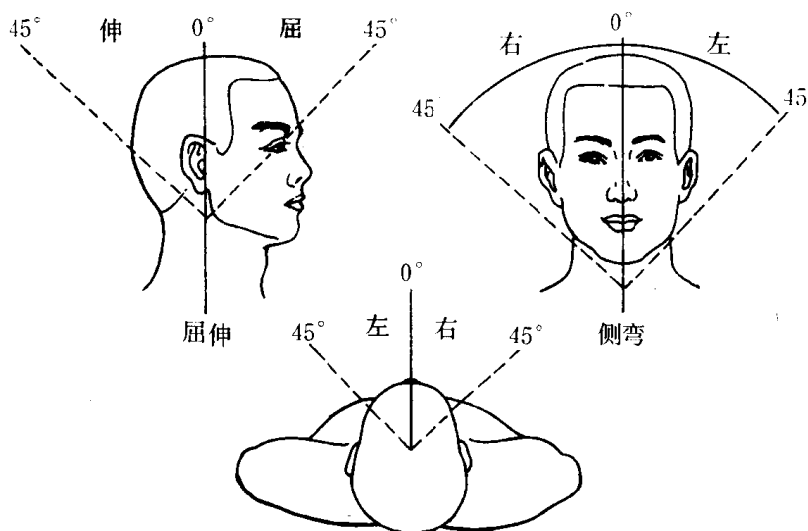


图1 正常颈部运动

三、运动检查

颈椎正常运动范围按冠状轴为前屈 45°, 后伸 45°, 按矢状轴为左侧屈 45°, 右侧屈 45°, 按垂直轴左右旋转各 45°(如图1)。颈部前屈和后伸大部分发生在低位颈椎关节, 旋转多发生在寰枢关节, 点头发生在枕寰关节, 侧屈多发生在中部颈椎关节。检查不同方向的活

动情况,可以帮助了解病变发生的部位。

四、颈髓神经损伤的定位

第5颈髓神经损伤,两上肢自动运动功能丧失。

第7颈髓神经损伤,能伸肘、伸腕,但不能屈腕、屈指和作对掌运动。

第6颈髓神经损伤,肩部能活动,能屈肘,但不能作伸肘、伸腕、屈腕及手部各种运动。

第8颈髓损伤,能屈腕、但不能屈第4、5指。

颈交感神经受刺激,手多汗、指尖皮肤出现角化及皮肤营养改变,并可能出现霍纳(Horner)氏综合征。

五、颈椎试验检查

(一)椎间孔压缩试验 病人端坐,颈自然挺直。医者左手放在患者的头顶,以右手握拳轻叩击左手背,造成椎间孔突然缩小,使神经根受刺激而出现痛或麻木感为阳性,多见于颈椎病(图2)

(二)臂丛牵拉试验 患者端坐,颈部前屈,医者一手扶头,一手握患肢腕部,呈反方向牵拉患肢,出现疼痛与反射性麻木感者,为阳性,多见于颈椎病(图3)。

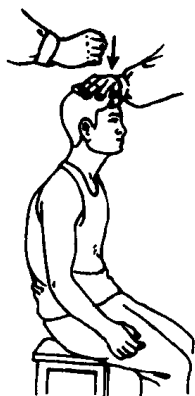


图2 椎间孔压缩试验

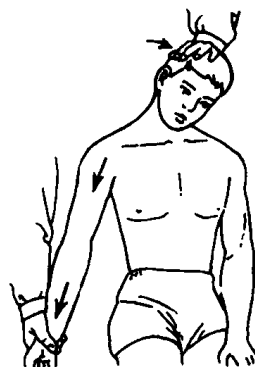


图3 臂丛牵拉试验

第三节 腰部检查法

一、视诊

观察脊柱两侧皮肤有无充血、包块、肿胀、色素沉着、瘀斑等，软组织有无紧张或萎缩，脊柱有无侧弯及后凸畸形，腰椎前凸有否增加等。

二、运动检查

正常脊柱运动范围约为：前屈 90° ，后伸 30° ，左右侧弯各 20° ，左右旋转各 30° 。

一般以右前后左表示。如：前
右 后 左

三、压痛点检查

脊柱的压痛部位常是病变所在处，对诊断定位很有意义，检查时应全面地进行。如第3腰椎横突处压痛，可能有腰背筋膜损伤；棘突或棘间有压痛，可能有棘上韧带或棘间韧带损伤；棘突旁1.5cm处有压痛，可能是后关节病变；脊柱两侧骶棘肌处有压痛，可能为骶棘肌劳损； $L_{4,5}$ 或 L_5S_1 椎旁2cm处压痛且有向下放射痛，可能为腰椎间盘突出症等等(图4)。

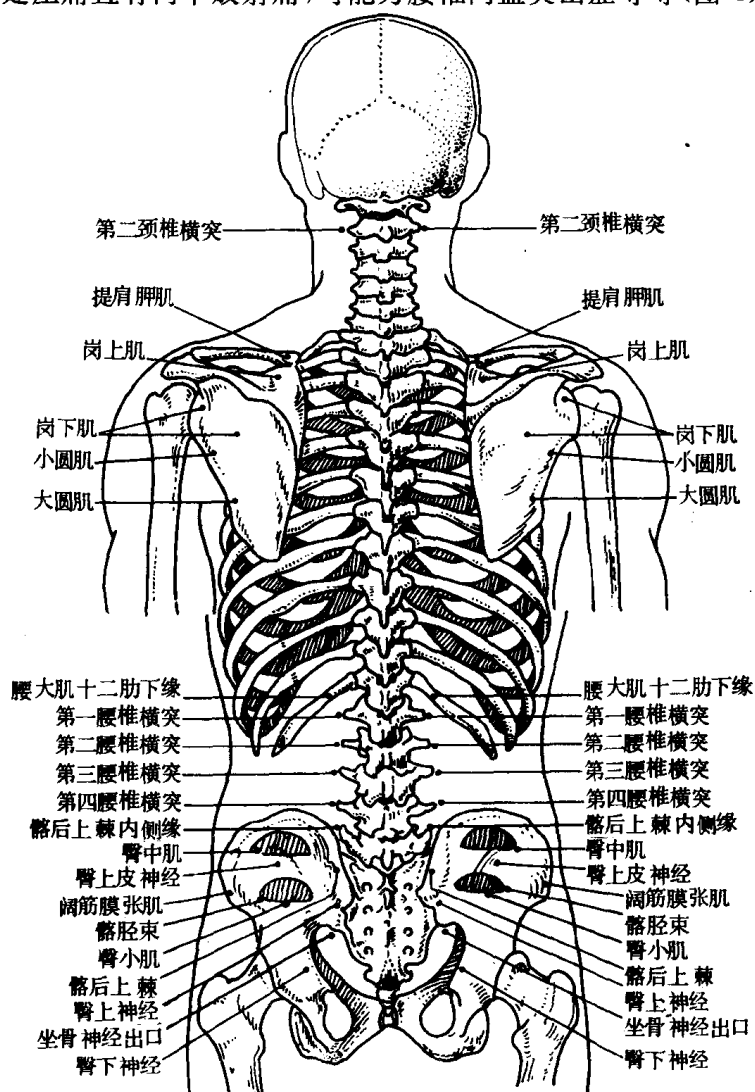


图4 腰部压痛点示意图

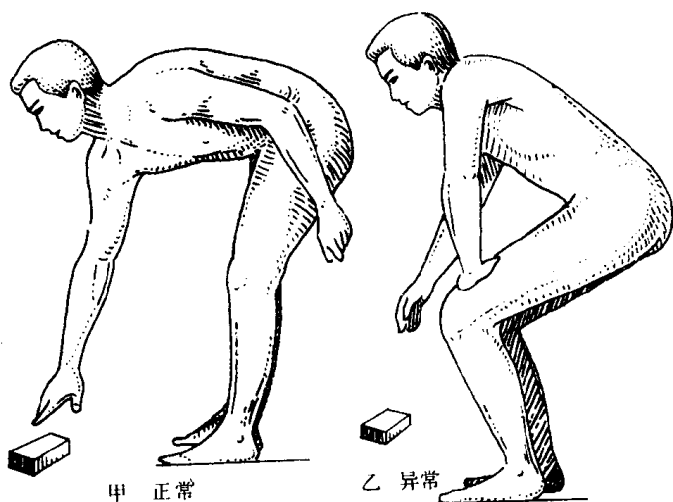


图 5 拾物试验

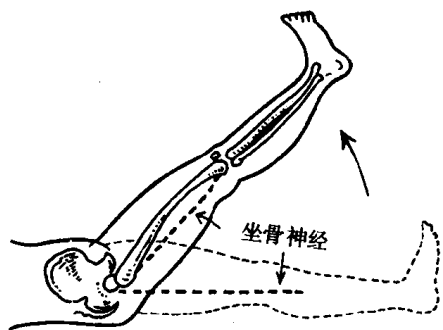


图 6 直腿抬高试验

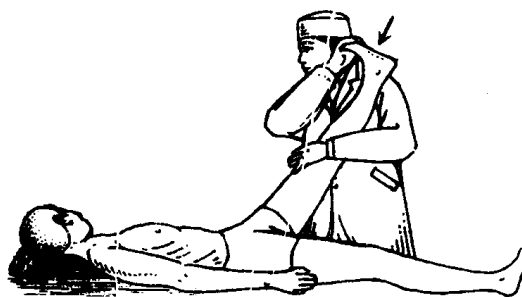


图 7 直腿抬高屈踝试验

(三)直腿抬高屈踝试验 又称布瑞嘎氏附加试验,患者仰卧,腿伸直,直腿抬高将出现疼痛时,再附加足背屈,如产生疼痛或反射性痛为阳性,多见于腰椎间盘突出症(图 7)。

(四)仰卧挺腹试验 操作程序按病情不同分下列 3 步:



图 8 仰卧挺腹试验

第一步:患者仰卧,两手置于腹部或身侧,以枕部及两足跟为着力点,将腹部及骨盆用力向上挺起,患者立即感觉腰痛及患肢放射痛为阳性。若此时疼痛不明显,可作第二步试验(图 8)。

第二步:患者仍维持挺腰姿势,深吸气时,停止呼吸,用力鼓气直至脸面潮红,约 30 秒左右,患肢有放射状疼痛为阳性。

第三步:在挺腰姿势下,用力咳嗽,有患肢放射性疼痛者为阳性。以上操作在阳性症状一旦发生,立即停止,不须每步全部进行。多见于腰椎间盘突出症。

(五)林纳氏试验(linden):病人取坐位或半坐位,两腿伸直,使坐骨神经处于一定紧张状态,然后被动或自动向前屈颈,这时由于脊髓有牵动,增加神经根的刺激而引起腿痛,即为阳性。多用于腰椎间盘突出症检查(图 9)。

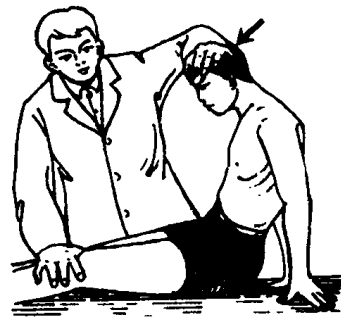


图 9 林纳氏试验(linden)

四、试验检查

(一)拾物试验 由地面上拾取一件物品,正常拾取时腰部自然弯曲,脊柱有病变拾取者,先屈膝再屈髋蹲下直腰去取为阳性。见于腰椎结核(图 5)。

(二)直腿抬高试验 又称拉塞格(Lasegue)氏征。患者仰卧,两腿伸直,分别作直腿抬高动作,如果抬高低于 60° 且有不同程度的疼痛为阳性。此试验为坐骨神经紧张试验的基本试验。多见腰椎间盘突出症(图 6)。

(六)胸腹垫枕试验 患者俯卧于床上,双上肢置于身旁,医者先在患侧 $L_3 \sim S_1$ 椎旁找到深层压痛点。然后进行。

1. 把一只压紧后至少 20~30cm 高的轻枕垫于患者前胸部,使脊柱出现超伸展,在这位置上,医者用没有离开的拇指以相同的压力进行深压,如果出现疼痛并向下放射,即为阳性。

2. 如果把垫胸的枕头移向腹部,使脊柱过度前屈,在此位置上,医者用拇指深压原来的痛点,如果深压痛和放射痛消失为阳性。

如果 1 与 2 均为阳性的说明有腰椎间盘突出症或椎管内病变。

第四节 髋臀部检查法

一、视诊

观察步态有无跛行,下肢长度是否对称,局部有无肿胀、隆起、肌肉萎缩或畸形等。

二、动运检查

患者平卧,两下肢伸直,正常时髋关节可内收 30° ,外展 45° ,内旋 45° ,外旋 45° ,前屈 125° 。检查后伸运动时应俯卧位,检查者一手按臀部,一手握住踝部向上提拉,可后伸 $10 \sim 15^\circ$ 。

三、下肢长度测量

髋关节损伤或疾患,可出现两下肢不等长,检查时应准确测量下肢长度,即从髂前上棘至内踝尖的距离。

四、触诊

检查局部有无肿块,肌张力情况,骨骼有无移位,畸形及压痛点。如果臀肌筋沟处有压痛,可能为臀筋膜损伤,如在梨状肌走行表面投影位置上有压痛,为梨状肌损伤等等。

五、试验检查

(一)“4”字(Faber)试验:患者仰卧,髋、膝关节屈曲并外旋,将足外踝部置于另侧伸直的大腿上。检查者一手按住对侧髂前上棘处稳定骨盆,另一手将屈曲的膝部下压。若在该关节发生疼痛即为阳性,说明髋髂关节有疾患(图 10)。

(二)床边试验(Gaenslen):

患者仰卧靠近床边,先将健侧髋膝关节尽量屈曲,置于腹壁前部,嘱患者双手抱住该膝以稳定骨盆,另腿伸直,垂于床边,检查者一手稍用力下压下垂床边的大腿,若在该关节发生疼痛则为阳性,说明髋髂关节有疾患(图 11)。

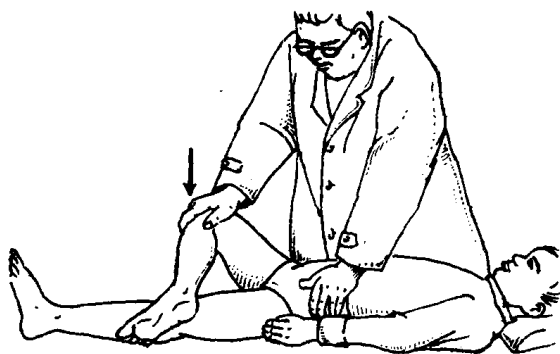


图 10 “4”字试验

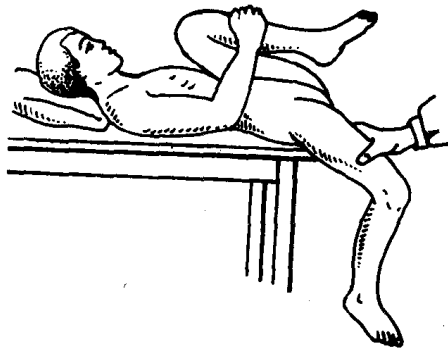


图 11 床边试验

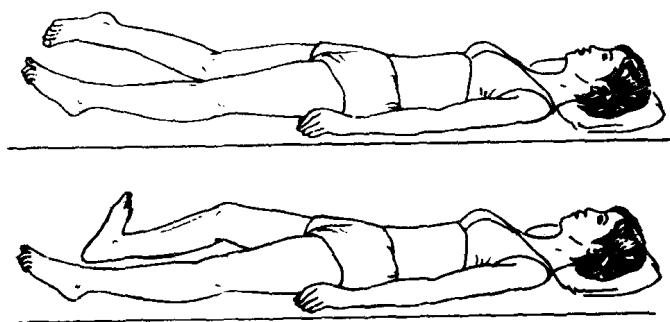


图 12 梨状肌紧张试验

(三)梨状肌紧张试验 患者仰卧,将患肢屈曲,并作内收内旋动作,如患肢有坐骨神经放射性疼痛,再迅速将患肢外展外旋,疼痛随即缓解即为阳性(图 12)。

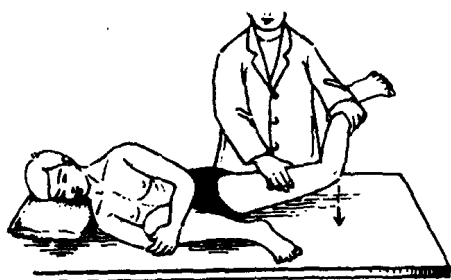


图 13 髂胫束紧张试验

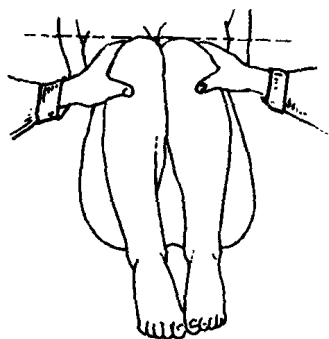


图 14 爱里斯氏试验(Allis)

(四)髂胫束紧张试验 患者侧卧,健肢在下,并屈髋屈膝,以消除胸椎前凸。检查者将一手握患肢踝部,屈膝到 90° ,另一手固定骨盆,然后外展患侧大腿,同时伸直,使与躯干成同一直线。正常时如迅速去除支持,则因阔筋膜张肌收缩,肢体不下落,反稍上举,然后方渐次下落,如髂胫束有挛缩,则患肢可被动的维持于外展位并可在髂嵴与大粗隆间摸到挛缩的髂胫束(图 13)。

(五)爱里斯氏试验(Allis): 仰卧位,两侧屈膝,屈髋,两足并齐靠拢,脚掌放在床面上,观察两膝关节是否在同一平面上。一侧低时为阳性,低的一侧见于髌关节后脱位及股骨骨折重叠移位(图 14)

(六)托马斯氏征(Thomas): 仰卧位,检查者一手放于病人胸后床面上,另一手将健侧大腿屈曲贴向胸前,直到病人背部紧贴检查床面上的同时,让病人伸直患肢,不能放平紧贴床面

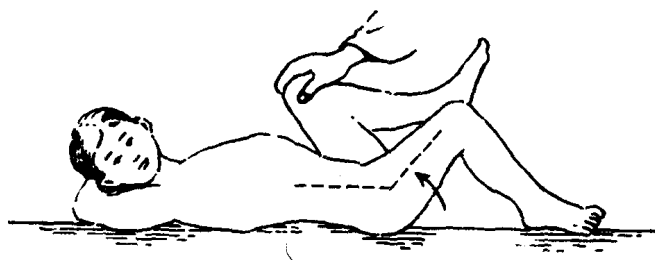


图 15 托马斯氏征 (Thomas)