

中醫部
骨傷科臨床學習手冊

林口長庚紀念醫院
中醫部
教學部

中華民國九十七年八月(第一版)

中華民國九十九年七月(第二版)

中華民國一零一年五月(第三版)

【 目 錄 】

第一章：中醫骨傷科理學檢查	4
第一節 測量和運動檢查	4
一、測量檢查	4
二、運動檢查	5
第二節 各部位檢查法	5
一、頭部檢查	5
二、頸部檢查	5
三、胸部檢查法	7
四、腰背部檢查	7
五、骨盆檢查	8
六、肩部檢查	9
七、肘部檢查	10
八、腕和手部檢查	11
九、髖部檢查	12
十、膝部檢查	13
十一、踝與足部檢查	16
第二章：骨傷科常見外用藥	
第一節 骨傷科外用藥種類	17
第二節 外用藥各論	17
第三章：骨傷科基本手法	21
推拿手法分類：6 大類、27 式	21
第四章：練功療護與傷科飲食宜忌	
第一節、練功療護簡介	31
第二節、練功療法注意事項	41
第三節、傷科飲食宜忌	42
第五章：骨傷科常見病症介紹	
一、頸椎病 Cervical spondylosis	44
二、落枕	46
三、肩關節周圍炎 Adhesive capsulitis	47
四、旋轉袖套損傷 Rotator cuff injuries	51
五、網球肘(肱骨外上髁炎)Tennis elbow; Lateral Epicondylitis	53

六、肱骨內上髁炎 Medial Epicondylitis	55
七、媽媽手 (de Quervain Disease)	57
八、垂腕症(橈神經麻痺)	58
九、扳機指	60
十、腕隧道症候群	61
十一、三角軟骨損傷	63
十二、腰椎椎間盤突出症 HIVD	64
十三、椎管狹窄症 Spinal Stenosis Syndrome	67
十四、足踝扭傷	70
十五、脊椎滑脫 Spondylolisthesis	77
十六、腰椎退化性關節炎	81
十七、尾骶骨痛症(Coccydynia)	83
十八、膝十字韌帶損傷	86
十九、足跟痛症 (Heel pain)	88
二十、膝退化性關節炎	90
二十一、掌骨骨折	92
二十二、鎖骨骨折 Clavicle fracture / Broken Collarbone / Collarbone fracture	94
二十三、腰椎壓迫性骨折	97
二十四、臍骨骨折(patella fracture)	101
二十五、足踝部骨折	103
二十六、跟骨骨折	106
二十七、蹠骨骨折	108
二十八、蜂窩性組織炎	112
二十九、褥瘡	114
三十、類風濕性關節炎	118
三十一、乾癬性關節炎	121
三十二、鈣化性肌腱炎(岡上肌腱炎)	123
三十三、腱鞘囊腫	126
三十四、馬尾症候群(Cauda Equina Syndrome)	128
三十五、股骨粗隆間骨折	130
三十六、彈響髖 (Snapping Hip)	133
三十七、梨狀肌症候群	136

【第一章：中醫骨傷科理學檢查 -- 骨關節檢查法】

- 內文及圖片參考資料來源：楊榮森，骨科臨床檢查指引，合記出版社，1998。

第一節 測量和運動檢查

一、測量檢查

(一) 角度測量

測量角度時，應先確定頂角和形成該角的兩條邊，即其上下肢體的軸線。

常用記錄方法有兩種：

- 1、中立位 0°法：先確定每一關節的中立位為 0°，例如，肘關節完全伸直時定為 0°，完全屈曲時為 140°。這一方法目前國際上廣泛應用。
- 2、鄰肢夾角法：以兩個相鄰肢段所構成的夾角計算。例如，肘關節完全伸直時定為 180°，屈曲時可成 40°，則關節活動範圍為 $180^\circ - 40^\circ = 140^\circ$ 。

人體各關節功能活動範圍如下：

- 1、頸部：
 - 前屈 45°，後伸 45°，左右側屈各 45°，左右旋轉各 80°。
- 2、腰部：
 - 前屈 90°，後伸 30°，左右側屈各 30°，左右旋轉各 30°。
- 3、肩關節：
 - 前屈 90°，後伸 45°，外展 90°，內收 30—45°，內旋 80°，外旋 30°，上舉 180°。
- 4、肘關節：
 - 屈曲 140°，過伸 0°—10°，旋前 80—90°旋後 80—90°。
- 5、腕關節與手：
 - 背伸 35—60°，掌屈 50—60°，橈偏 25—30°，尺偏 30—40°。
 - (1) 掌指關節中立位為手指伸直：
 - 掌指關節屈曲 60—90°，伸直 0°；近節指間關節屈曲 90°，伸直為 0°，遠節指間關節屈曲 60—90°，伸直為 0°。
 - (2) 掌拇關節中立位為拇指靠食指伸直：
 - 外展 40°；對掌；屈曲，掌拇關節 20—50°，指間關節 90°；內收，伸直位與食指橈側併攏。
- 6、髖關節活動範圍：
 - 屈曲 145°，後伸 40°，外展 30—45°，內收 20—30°，內旋 40—50°，外旋 40—50°。
- 7、膝關節：
 - 屈曲 150°，超伸 10°，外旋 20°。
- 8、踝足部：
 - 踝關節背伸 20—30°，蹠屈 40—50°，內翻 30°，外翻 30—35°，蹠趾關節背伸約 45°，蹠屈約 30—40°。

（二）長度測量

- 1、上肢長度：從肩峰至橈骨莖突處（或中指尖）
- 2、上臂長度：肩峰至肱骨外上髁。
- 3、前臂長度：肱骨外上髁至橈骨莖突，或 尺骨鷹嘴至尺骨莖突。
- 4、下肢長度：髌前上棘至內踝下緣。或臍至內踝下緣。
- 5、大腿長度：髌前上棘至膝關節內緣。
- 6、小腿長度：膝關節內緣至內踝，或腓骨頭頂點至外踝下緣。

（三）周徑測量

通常測量大腿周徑取臍上 10—15 釐米處，或臍上一橫掌處；測量小腿周徑取小腿最精粗處。兩側同一水平對比。瞭解腫脹程度及肌肉萎縮程度等。

二、 運動檢查

係指檢查關節、肌肉在主動運動和被動運動時的功能狀況，主要觀察活動的姿勢、範圍以及活動與疼痛的關係。

（一）步態

（二）關節功能的檢查

- 1、關節主動運動功能的檢查
- 2、關節被動活動功能的檢查可分二類：
 - 一類是和主動運動方向相一致的活動，正常時這類活動往往經主動活動範圍稍大；一類是沿軀幹或四肢縱軸的牽拉或擠壓活動，及側方牽拉或擠壓活動，以觀察有無疼痛及異常活動。
- 3、肢體活動與疼痛關係

第二節 各部位檢查法

一、頭部檢查

（一）望診

首先注意觀察病人的面部表情→五官檢查→頭顱部檢查。

（二）觸診

重點經摸清顱骨有無塌陷，特別要注意有皮下血腫的深層是否有骨折存在。

二、頸部檢查

（一）望診

正面觀：有無側方歪斜。

側面觀：有無頸椎生理曲度改變

（二）運動檢查

- 1、屈伸運動：枕骨與第一頸椎之間，約占 50%的功能。
- 2、旋轉運動：第一、二頸椎之間，約占 50%的功能。

3、側彎運動：主要發生在第五、六頸椎間。

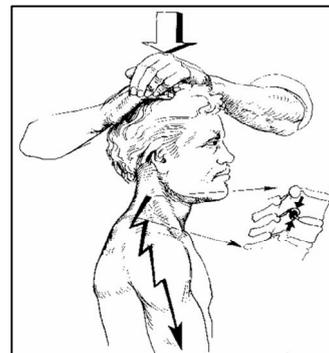
(三) 觸診

自枕骨結節起，按順序觸摸二、三、四、五、六、七頸椎棘突，以判定有無壓痛、腫物等。

(四) 特殊檢查

1、擠壓試驗

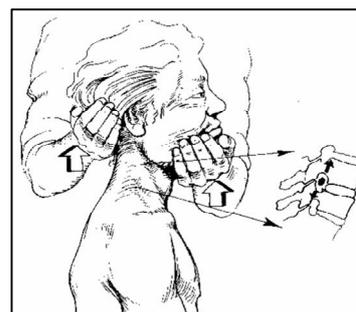
病人取坐位，頭向患側傾斜，並向後伸，檢查者將雙手放在前額部，向下用力按壓頭部，如頸部或上肢出現疼痛加重，即為陽性反應。



壓迫測驗 (Compression Test)：頸椎病之檢查。

2、分離試驗

病人取坐位，檢查者一手托住患者頰下，另一手托住枕部，後逐漸向上牽引頭部，如患者感到頸部和上肢的疼痛減輕，即為陽性反應。



拉離測驗 (Distraction Test)：頸椎病之檢查。

3、臂叢神經牽拉試驗

頸椎綜合徵患者多出現陽性。

4. Valsalva 測驗：

脊髓神經壓迫（頸椎神經壓迫）之檢查。



三、胸部檢查法

(一) 望診

- 1、胸式呼吸是否存在。
- 2、是否出現反常呼吸和畸形
- 3、有否局限性高凸或波動。

(二) 觸診

- 1、著重檢查肋骨。
- 2、胸廓擠壓試驗：用於診斷肋骨骨折和胸肋關節脫位。

四、腰背部檢查

(一) 望診

- 1、生理彎曲
- 2、異常彎曲

(1) 姿勢

- 脊柱側彎：
分兩類：即姿勢性（功能性）脊柱側彎和結構性（器質性）脊柱側彎。
- 脊柱側傾：
脊柱斜向一側，在凸側骶棘肌緊張。
- 駝背：
見於壓縮性骨折、脫位，椎體結核和腫瘤骨質破壞等。
- 圓背：
見於青年性椎軟骨病，類風濕性關節炎老年性骨質疏鬆等。
- 平腰
- 腰前凸消失呈腹部凸出的姿勢。
局限性後畸形：說明椎體壓縮後棘突隆起。
腫物。

(二) 運動檢查

1、前屈運動

(1) 頸椎前屈達 35—45°，若受限，常見病有頸椎骨折、脫位、頸椎結核、頸椎綜合徵等。

(2) 腰椎前屈達 80—90°，若受限，常見病有椎體壓縮性骨折、脫位、脊柱結核、強直性脊柱炎、腰椎間盤突出症等。

2、後伸運動

正常後伸約 30°。後伸受限常見病有：腰椎管狹窄症、腰椎小關節紊亂症，椎體滑脫，棘突肥大等。

3、側彎運動

正常側彎約 35°。側彎受限常見於：第三腰椎橫突綜合徵、橫突骨折、類風濕性脊柱炎等。

4、旋轉運動

左右旋轉各約 45°，旋轉受限常見於：腰背部軟組織損傷、腰椎後關節紊亂、橫突骨

折等。

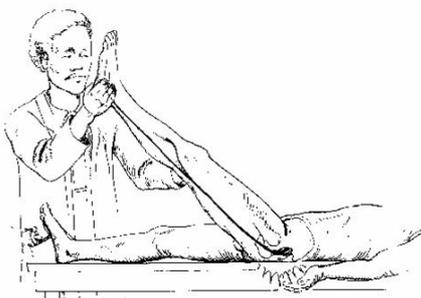
(三) 觸診

- 1、椎旁肌肉；
- 2、壓痛；
- 3、腫塊
- 4、結節；

(四) 特殊檢查

1、直腿抬高試驗：

主要用於檢查坐骨神經痛，臨床常用於診斷腰椎間盤突出症；梨狀肌綜合徵、馬尾神經瘤及其它椎管內占位性病變。



2.Valsalva 測驗：

脊髓神經壓迫（腰椎神經壓迫）之檢查。



五、骨盆檢查

(一) 望診

(二) 觸診

著重尋找壓痛點，但壓痛點須結合臨床病史分析判斷。

(三) 特殊檢查

1、骨盆擠壓試驗：

用於診斷骨盆骨折和骶髂關節病變。

2、骨盆分離試驗：

用於檢查骨盆骨折及骶髂關節病變。

3、斜板試驗：

用於診斷骶髂關節病變。

4、床邊試驗：

用於檢查骶髂關節病變。

5、單髖後伸試驗：

用於檢查骶髂關節病變。

六、肩部檢查

(一)望診

1、肌肉：兩側是否對稱。

2、腫脹：注意觀察鎖骨下窩，肩關節前後方。

3、畸形：

(1) 方肩：見於三角肌萎縮或肩關節脫位。

(2) 聳肩：見於先天性畸形。

(3) 垂肩：見於鎖骨骨折。

(4) 翼狀肩胛：見於前鋸肌麻痺。

(二)運動檢查

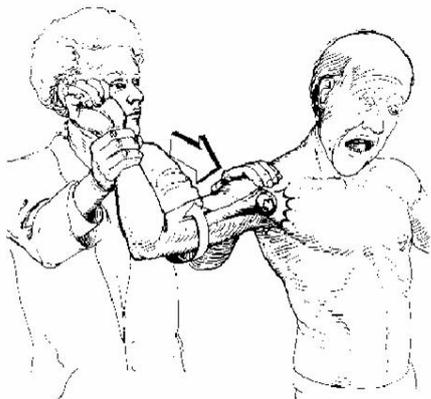
(三)觸診

1、壓痛點：常見壓痛點有：肱二頭肌腱溝、肩關節間隙、肱骨大結節、三角肌腱、肩峰下等處。

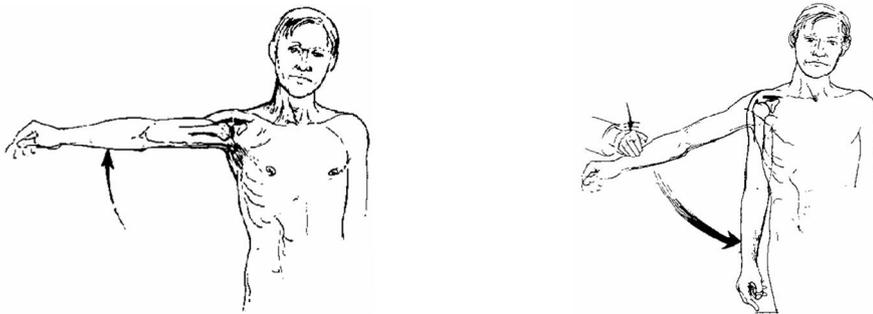
2、肩部三角關係：肩峰、喙突、肱骨大結節三點相連，成一三角形。當肩關節脫位或肱骨頸骨折移位時，則此三角形發生改變。

(四)特殊檢查

1、恐慌檢查 (Apprehension Test)：檢查慢性肩脫位。



2、垂臂檢查/落臂試驗(Drop Arm Test)：檢查旋轉帶是否出現任何裂傷。



3、直尺試驗：診斷肩關節脫位。

4、疼痛弧試驗：

在 60–120°的範圍內發生疼痛時，為肌腱炎、滑囊炎或韌袖撕裂等病變所致。

七、肘部檢查

(一) 望診

1、腫脹

- (1) 肘關節內腫脹
- (2) 肘關節外腫脹
- (3) 局部腫脹

2、畸形

- (1) 肘外翻
- (2) 肘內翻
- (3) 肘反張
- (4) 輪廓改變

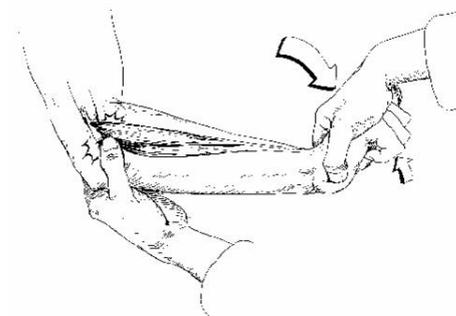
(二) 運動檢查

(三) 觸診

- 1、肘後三角
- 2、腫脹
- 3、肘部壓痛

(四) 特殊檢查

腕伸肌緊張試驗：用於診斷肱骨外上髁炎(網球肘)。



八、腕和手部檢查

(一) 望診

- 1、腕和手部腫脹
 - (1) 全腕關節腫脹
 - (2) 鼻咽窩部腫脹
 - (3) 腕背側腫脹
 - (4) 掌指關節與近節指間關節腫脹。
- 2、腕和手部畸形
 - (1) 餐叉樣畸形
 - (2) 爪形手
 - (3) 猿手
 - (4) 腕下垂
 - (5) 錘狀指
 - (6) 尺骨小頭變位
 - (7) 並指畸形
 - (8) 多指畸形
- 3、手部肌肉萎縮
 - (1) 大魚際肌萎縮
 - (2) 小魚際肌萎縮
 - (3) 骨間肌萎縮

(二) 運動檢查

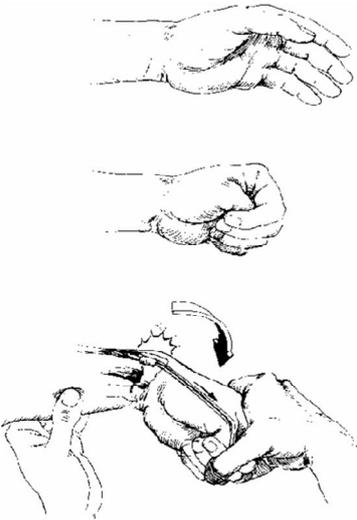
- 1、伸腕運動：70°
- 2、屈腕運動：80°
- 3、腕橈偏運動：30°
- 4、尺偏運動：45°
- 5、伸指運動
- 6、屈指運動

(三) 觸診

- 1、壓痛點
 - (1) “鼻煙壺”處壓痛，可能為腕舟骨骨折。
 - (2) 腕背側第三骨基底部和橈骨遠端之間壓痛，可能為腕月骨損傷。
 - (3) 橈骨莖突處壓痛，可能為橈骨莖突處狹窄性腱鞘炎。
 - (4) 尺骨莖突處壓痛，可能為尺骨莖突骨折或尺側伸腕肌腱鞘炎。
 - (5) 掌指關節掌側部壓痛，可能為拇屈及指屈肌腱狹窄性腱鞘炎。
- 2、腫物：注意其性質。

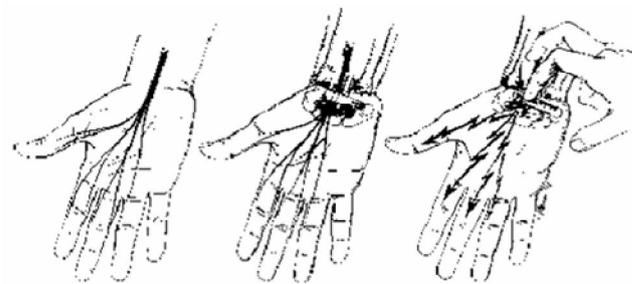
(四) 特殊檢查

1、握拳試驗 (Finkelstein)：常用於診斷橈骨莖突狹窄性腱鞘炎。

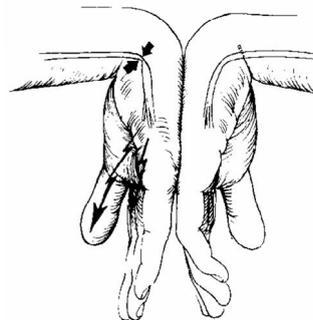


2、腕管症候群：

Tinel 氏徵



Phalen 氏測驗



九、腕部檢查

(一) 望診

1、畸形

(1) 屈曲畸形

(2) 內收、外展畸形

(3) 旋轉畸形

2、腫脹及皮膚皺紋

3、肌肉萎縮

4、腫塊、竇道、疤痕等。

5、步態

(二) 運動檢查

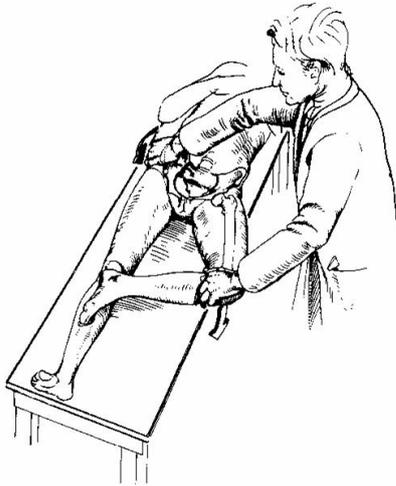
- 1、前屈運動：140°
- 2、後伸運動：30°
- 3、外展運動：45°
- 4、內收運動：30°
- 5、外旋運動：伸直位外旋可達 45°，屈膝 90°位可達 80°。
- 6、內旋運動：伸直位可達 35°，屈膝位可達 45°。

(三) 觸診

- 1、壓痛和叩擊痛
- 2、按摸腹股溝處較豐滿、較硬，可能為髌關節前脫位；如腹股溝較空虛，可能為髌關節切後脫位。

(四) 特殊檢查

Patrick 或 Fabere 氏測驗：檢查髌部以及骶髂關節處之病變。



十、膝部檢查

(一) 望診

- 1、畸形
 - (1) 膝外翻畸形
 - (2) 膝內翻畸形
 - (3) 膝屈曲畸形
 - (4) 膝反張畸形
- 2、腫脹
- 3、股四頭肌萎縮

(二) 運動檢查

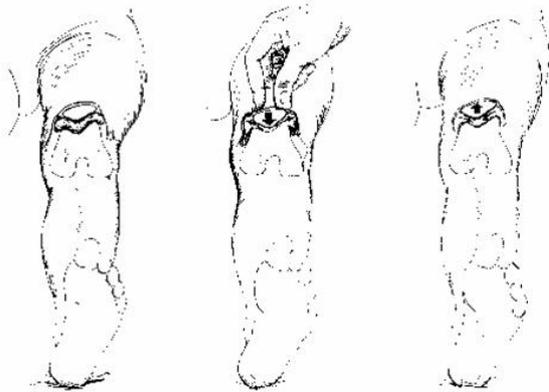
- 1、伸膝運動
- 2、屈膝運動：140°
- 3、旋轉運動

(三) 觸診

- 1、壓痛點
- 2、腫物
- 3、摩擦感
- 4、滑膜肥厚

(四) 特殊檢查

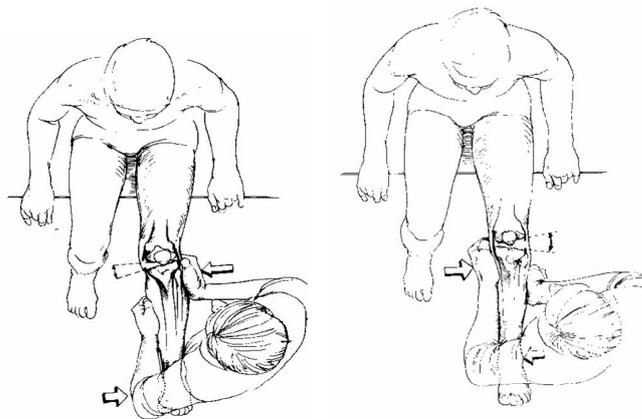
- 1、浮腫試驗：檢查有無關節積液。



- 2、側副韌帶損傷試驗

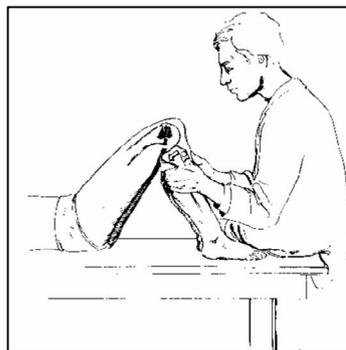
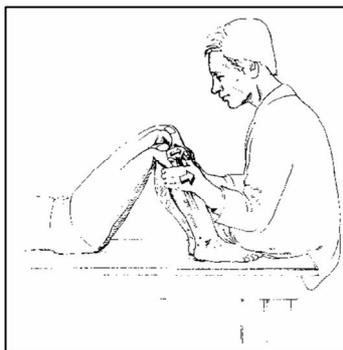
內側副韌帶之檢查

外側副韌帶之檢查



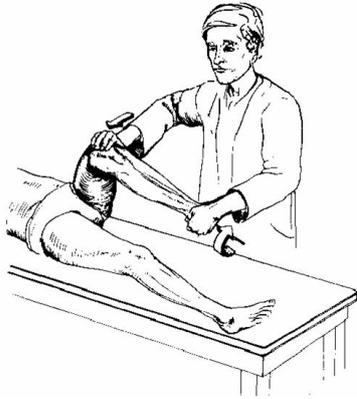
- 3、抽屜試驗：

本試驗用於檢查十字韌帶是否發生斷裂。



4、麥氏徵 (Mc Murray)；

又稱迴旋擠壓試驗，是臨床診斷半月板損傷最常用的試驗方法。



5、研磨提拉試驗：

可用於鑒別膝關節半月板和側副韌帶損傷。

6. 髕骨股骨碾磨測驗 (Patella Femoral Grinding Test)：評估髕-股關節面之情形。



7. 髕骨脫位和不全脫位之恐慌測驗 (Apprehension Test for Patellar Dislocation and Subluxation)：用來判定髕骨是否有發生向外側脫位之傾向。



十一、踝與足部檢查

(一) 望診

- 1、觀察有無跛行。
- 2、有無小腿和足部的肌肉萎縮。
- 3、腫脹
- 4、畸形

(1) 足踝部畸形

- 內翻足
- 外翻足
- 扁平
- 高弓足

(2) 足趾畸形

- 足母外翻
- 足母內翻

(二) 運動檢查

- 1、踝關節背伸：35°
- 2、踝關節蹠屈：45°
- 3、距下關節（跟距關節）內翻運動：45°
- 4、距下關節外翻運動：20°

(三) 觸診

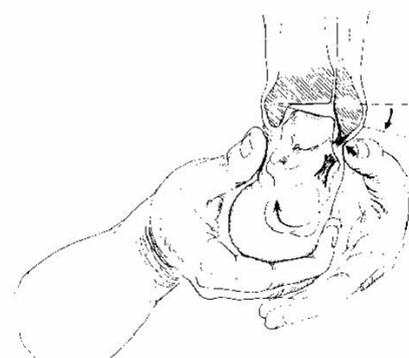
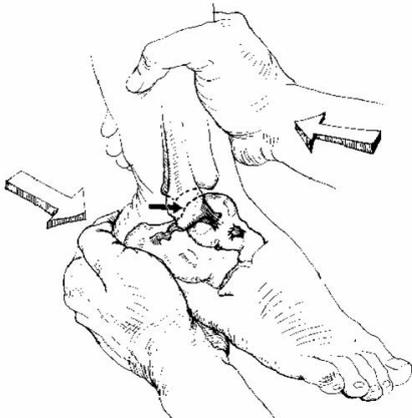
常見的壓痛點：

內外踝部、側副韌帶處、踝關節間隙前後部、跟骨結節跟腱處、足跟底部、舟骨等處。

(四) 特殊檢查

向前牽引徵檢查 (anterior draw sign test)

：評估前距腓韌帶健全度。



【第二章：中醫外用藥介紹 -- 常用各種膏布使用注意事項】

- 參考資料來源：武春發，張安禎等，中醫骨傷科學，知音出版社，1992。

第一節 骨傷科外用藥種類

一、敷貼藥

- (一) 藥膏
- (二) 膏藥
- (三) 藥粉

二、搽擦類

- (一) 酒劑
- (二) 油膏與油劑

三、薰洗濕敷藥

- (一) 熱敷薰洗
- (二) 濕敷洗滌

第二節 外用藥各論

一、敷貼藥

(一) 藥膏

將物碾成細末，然後用飴糖、蜜、油、水、鮮草藥汁、酒、醋、或醫用凡士林等調勻如厚糊狀攤敷，即可塗敷傷處

1、功用：

- (1) 消瘀退腫止痛類：骨折及傷初期瘀阻腫脹疼痛甚劇，且有增長趨勢。
- (2) 舒筋活血類：扭挫傷筋，腫痛穩定，逐步減退之中期患者。
- (3) 接骨續筋類：骨折正復後，位置良好，腫痛消退者。
- (4) 溫經通絡、散寒去風利濕類：損傷日久，復感風寒濕外邪，發作時腫痛加劇。
- (5) 清熱解毒類：傷後感染邪毒、局部紅腫熱痛者。
- (6) 生肌拔毒長肉類：局部紅腫已消，但創口尚未癒合者。

2、本院現有兩種藥膏：如意金黃散及止痛青草膏

	相同功效	不同側重點
如意金黃散	<ul style="list-style-type: none"> • 促進血循以消瘀止痛 • 減輕腫脹 	<ul style="list-style-type: none"> • 清熱解毒效果較強 • 用於急性發炎期

	相同功效	不同側重點
止痛青草膏		<ul style="list-style-type: none"> • 促進血循以消瘀止痛效果較強 • 急性發炎反應已不明顯

(二) 膏藥

將中草藥浸入植物油中，通過加熱熬煉製成富有黏性、能固定位置的成藥。

1、熬製方法：

- (1) 浸入植物油中
- (2) 熬枯去滓
- (3) 滴水成珠
- (4) 下丹收膏
- (5) 去火毒

2、摻合藥料

一 特點：應用方便，藥力持久，便於收藏攜帶，經濟節約

3、功用：

- (1) 治損傷：堅骨壯筋、舒筋活絡。
- (2) 治風濕：祛風、散寒、利濕。
- (3) 化堅：活血祛瘀軟堅。
- (4) 提腐拔毒生肌：用於創傷而成潰瘍者。
- (5) 本院現有兩種膏藥：行血寧痛膏及得生滅痛膏。兩者功用主治範圍相似，行血寧痛一般效力稍強，得生滅痛則一般較不易引起過敏，故臨床可依不同情況選用。

(三) 藥粉

即散劑，又稱摻藥。藥粉的配製是將藥物碾成極細的粉末，收貯瓶內備用。使用時或將藥粉直接摻於傷口處，或置於膏藥上，將膏藥烘熱後貼患處。

二、搽擦藥

始見於《素問·血氣形志》“經絡不通，病生於不仁，治之以按摩藥”。醪藥是配合按摩而塗搽的藥酒，《內經》有用白酒和桂以塗風中血脈之說。塗擦藥一般塗搽於傷處，或在施行理筋手法時配合推擦等手法使用，或在熱敷熏洗後進行自我按摩時塗搽。

(一) 酒劑

又稱為外用藥酒及藥水，是用藥與白酒、醋浸製而成。一般酒醋的比例是8:2，也有單用酒浸者，近年來還有用乙醇溶液加工煉製的。常用的有活血酒、舒筋藥水、正骨水等。酒劑具有活血止痛、舒筋活絡、追風祛寒的功用。噴劑。

（二）油膏與油劑

是用香油把藥物熬煎去渣後製成，或再加黃蠟、白蠟收膏煉製而成。功能溫經通絡、消散瘀血，對關節筋絡寒濕冷痛等症有效。也可配合手法及練功前後局部搽擦，常用的如萬花油、活絡油膏，運動損傷常用松節油等搽擦。

古有摩腰之法，是用黃蠟、麻油為丸，如胡桃大摩腰，俟腰熱紮之，並可摩治腹中諸病。

※ 軟膏

- 1、本品採用具舒筋活血之藥材，炮製並抽提其有效成分，再與基劑乳化成親水性軟膏，對皮膚及肌肉之滲透力比油性軟膏更深更快，且較不油膩、容易擦洗
- 2、具有舒筋、活血之功效
- 3、適用於肌肉痠痛、神經痛，塗擦後再施以按摩效果更佳 對於較嚴重之疼痛部位可再貼行血寧痛膏藥膠布以達持續性效果
- 4、本院現有軟膏：安酸痛軟膏

三、薰洗濕敷藥

（一）熱敷薰洗

熱敷薰洗的方法古稱“淋拓”、“淋濯”、“淋洗”或“淋浴”，是將藥物置於鍋或盆中加水煮沸後熏洗患處的一種方法。即先用熱氣熏蒸患處，待水溫稍減後用藥水浸洗患處。冬季氣溫低，可在患處加蓋棉墊，以保持熱度。每日2次，每次15~30分鐘，每貼藥可洗數次。藥水因蒸發而減少時，可酌量加水再煮沸熏洗。《醫宗金鑑·正骨心法要旨》等專著中非常推崇本法。熏洗後有舒鬆關節筋絡、疏導腠理、流通氣血、活血止痛的作用，對關節強直拘攣、痠痛麻木或損傷兼夾風濕者均有卓效。多用於四肢關節的損傷，腰背部如條件許可也可熏洗，常用的方藥可分為新傷瘀血積聚熏洗方及陳傷風濕冷痛熏洗方等兩種。

- 1、新傷瘀血積聚
- 2、陳傷風濕冷痛及瘀血已初步消散

（二）濕敷洗滌

古稱“濕漬”，“洗傷”等。早在《仙授理傷續斷秘方》就提出“煎水洗”的觀點。在《外科精義·濕漬瘡腫法》中有“其在四肢者濕漬之，其在腰腹背者淋射之，其在下部委曲者浴漬之”的記載。操作方法是“以淨帛或新綿蘸藥水”，“漬其患處”，而《百一選方》等著作中有水調膏新汲水調塗，乾則再塗“的濕敷方法的記載。現臨床上把藥物製成水溶液，供創傷潰破傷口濕敷洗滌用，常用的有甘蔥煎、2~20%黃柏溶液，以及蒲公英等鮮藥煎汁。

四、熱熨藥

熱熨法是一種熱療方法。臨床多選用溫經祛寒、行氣活血止痛的藥物，加熱後熱熨局部。適用於腰脊軀體熏洗不便之處，新傷陳傷均可應用。在《普濟方·折傷門》

中有凡傷折者有輕重淺深久新之異，治法亦有服食淋熨貼燻之殊的記載。現在北方地區應用頗廣。

- 1、坎離砂：鐵沙加熱後與醋水煎成的藥汁攪拌後煎成。
- 2、熨藥：將藥置於布袋中紮好帶口放在蒸鍋中蒸氣加熱後燙熨患處。
- 3、熱熨治療：用粗鹽、米糠、麩皮等炒熱或加顆粒狀的種子藥如吳茱萸等放鍋裡炒熱，然後裝入布袋中熱敷傷處。

五、長庚醫院常用傷科外用藥之功效主治整理

- 如意金黃散：癰瘍、疔腫、乳癰、丹毒、漆瘡、燙傷、跌撲損傷傷科
- 止痛青草膏：跌打損傷、風濕遍身痠痛、筋骨痠痛、關節痛傷科
- 行血寧痛膏（B）黑色：跌打損傷、風濕遍身痠痛、筋骨痠痛、關節痛
- 行血寧痛膏（G）綠色：跌打損傷、風濕遍身痠痛、筋骨痠痛、關節痛
- 滅痛膏：風濕遍身痠痛、筋骨痠痛
- 安痠痛軟膏：跌打損傷、手足肩背及寒濕疼痛之敷擦
- 紫雲膏：火傷、凍傷、外傷肉芽形成之促進
- 金創膏：生肌止痛、活血化瘀
- 虎咬黃藥水：跌打損傷、骨折所致瘀血、腫脹、疼痛之療效〈王國成醫師開發〉

【第三章：中醫骨傷科基本手法運用】

圖片及參考資料來源：周信文，推拿手法學，上海中醫藥大學出版社，1996。

手法動作分類

- 一、擺動類：一指禪、滾、揉
- 二、摩擦類：摩、擦、推、搓、抹
- 三、振動類：抖、振
- 四、擠壓類：按、壓、點、掐、拿、捏、捻、踩蹻
- 五、叩擊類：拍、擊、彈、啄、叩
- 六、運動關節類：搖、扳、背、拔伸

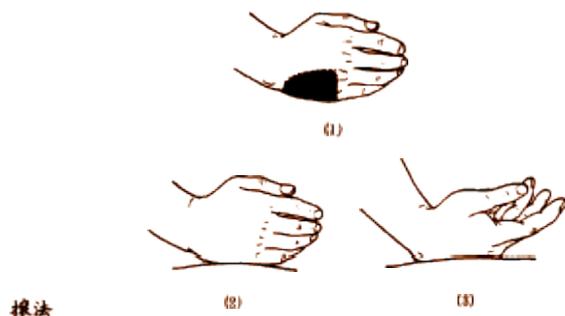
一、擺動類：一指禪、滾、揉

(一) 一指禪

- 1、動作：手握空拳，拇指伸直蓋住拳眼，用大拇指指端羅紋面或橈側偏峰著力於一定部位或穴位上，沉肩垂肘，手腕懸屈，運用腕部的往返擺動，帶動拇指關節屈伸活動
- 2、要領：沉肩、垂肘、懸腕、掌虛、指實
- 3、頻率：每分鐘 120~160 次
- 4、應用：A. 舒筋通絡，調和營衛，行氣活血，健脾和胃，調節臟腑
B. 頭痛、失眠、久泄、便秘、高血壓、胃脘痛、痛經、各部關節痠痛。
- 5、變化：纏法 (>200)、偏峰推法、屈指推法

(二) 滾法

- 1、動作：
 - (1) 滾法推拿流派中的主要手法，難度及技巧性都較大。
 - (2) 用手背近小指側部分或小指、無名指、中指的掌指關節突起部分附著於一定的部位，運用腕關節的屈伸外旋的連續活動，使產生的壓力輕重交替而持續不斷地作用於治療部位上。
- 2、要領：運用腕部的靈活擺動和手臂的協調動作，使手背作來回滾動。
- 3、適用部位：接觸面較廣，壓力大而柔和，如肩背腰臀及四肢等肌肉較豐厚的區域。
- 4、作用：舒筋活血，滑利關節，緩解肌肉，韌帶痙攣，增強肌肉，韌帶的活動，促進血液循環，消除肌肉疲勞。
- 5、臨床應用：風濕痠痛、麻木不仁、肢體癱瘓以及關節運動功能障礙。



滾法

圖片來源：<http://ctma.myweb.hinet.net/tn.htm>

(三) 揉法

- 1、動作：用大魚際、掌根或手指羅紋面著力於一定部位，腕部放鬆，作輕柔緩和的環旋活動，並帶動該處的皮下組織，稱為揉法。
- 2、頻率：每分鐘 120~160 次
- 3、變化：揉捏法
- 4、應用：
- 5、掌揉：腕腹脹痛、胸悶脇痛、便秘泄瀉、因外傷引起的軟組織紅腫疼痛等症。有寬胸理氣、健脾和胃、活血散瘀、消腫止痛。
- 6、指揉：多用於小兒，作用根據所取穴位及揉動方向而異。《幼科推拿秘書》說：“揉湧泉，……左揉止吐，右揉止瀉”。

二、摩擦類：摩、擦、推、搓、抹

(一) 摩法

- 1、動作：用食指、中指、無名指、小指、掌面附著在治療部位上，以一定的節律作環形按摩的手法
- 2、作用：和中理氣，消積導滯，調整腸胃。
- 3、臨床應用：胸脅脹滿、腕腹疼痛、泄瀉、便秘、消化不良等。



掌摩法

圖片來源：<http://ctma.myweb.hinet.net/tn.htm>

(二) 擦法

- 1、動作：手掌緊貼皮膚，稍用力下壓並作上下或左右直線往返摩擦，使之產生一定的熱量，稱為擦法。
 - 2、全掌著力的稱為掌擦法，大魚際著力的稱魚際擦法，小魚際著力摩擦的稱為側擦法。
 - 3、要領：直線往返，距離要長，動作連續，壓力均勻。
 - 4、頻率：每分鐘約 100 次。
- 擦
- 5、變化：全掌著力的稱為掌擦法，大魚際著力的稱魚際擦法，小魚際著力摩擦的稱為側擦法。
 - 6、臨床應用：
 - (1) 掌擦法：面積較大的部位，治療呼吸道疾患、消化道疾患以及體虛乏力、神衰失眠等症。
 - (2) 側擦法：用於肩背腰祇及下肢部。常用於腰背風濕痺痛，外傷筋脈拘急以及脾腎陽虛等症。

(3) 魚際擦法：熱量介乎掌擦法與側擦法之間，常用於四肢部，治療四肢部傷筋、軟組織腫痛以及關節活動不利等症。



掌擦法



側擦法

(三) 推法

1、推：以手向外或向前用力。用指掌或其他部位著力於人體一定部位或穴位上，作單方向的直線或弧形移動稱為推法。

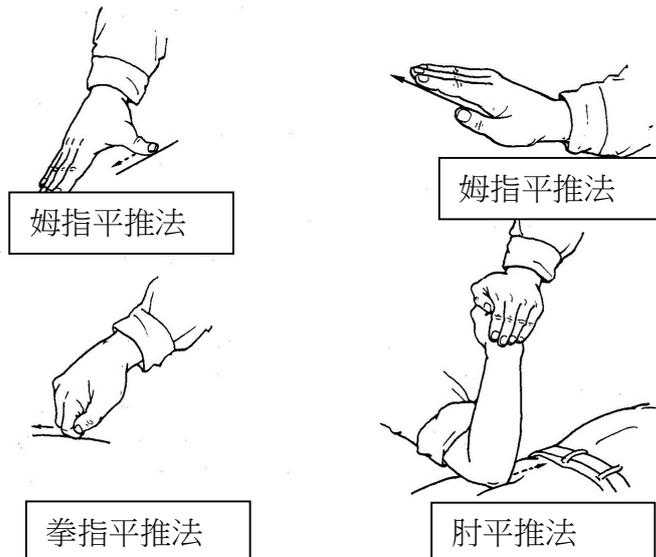
2、平推法：是推法中著力較重的一種，推時需用一定的壓力，可分為拇指、掌、拳、肘平推法四種。可連續操作 5~10 遍。

3、直推法：用拇指橈側面或食、中兩指羅紋面在一定部位或穴位作直線單方向移動稱為直推法。推時需蘸蔥薑汁或清水等。用拇指面或食、中指面在治療部位或穴位上作直線單方向推動，輕快連續，頻率每分鐘 200~220 次，以推後皮膚不發紅為佳。

4、旋推法：用拇指羅紋在穴位上作螺旋形推動稱旋推法。也是小兒推拿常用手法之一。要蘸蔥薑水或酒精。160 次/分。

5、分推法：用雙手拇指羅紋面自穴位中間分別向左右兩側推開稱為分推法，也稱分法。推時，左右兩手用力要相同，動作要緩和，一般可連續分推 5~15 下。

6、合推法：用雙手拇指羅紋面自穴位兩側向中間推攏，也稱合法或和法。



(四) 搓法

- 1、動作：兩手掌面夾住肢體的一定部位，相對稱用力作方向相反的來回快速搓揉或順時針回還搓揉，即雙掌對揉的動作，稱為搓法
- 2、常作為四肢、脅肋部，腰背部推拿的結束手法
- 3、適用：肩關節、上肢、脅肋、下肢、腰背部
- 4、功效：疏通經絡、調和氣血、放鬆肌肉

(五) 抹法

- 1、動作：
 - (1) 是一指禪推拿流派的輔助手法
 - (2) 用拇指羅紋面緊貼皮膚，作上下左右或弧形曲線往返推動。根據不同部位，用單手或雙手操作均可。推法是單方向移動，抹法則可根據不同的治療部位而作任意的往返移動
- 2、要領：拇指面緊貼治療部位的皮膚，其餘四指輕輕扶住助力，使拇指面在往返推動時穩而沉著。要求動作緩和靈活，著力均勻，防止推破皮膚
- 3、作用：開竅鎮靜，安神醒腦和擴張血管等良好作用
- 4、臨床應用：
 - (1) 常用於頭面及手掌部
 - (2)：頭痛、眩暈、神衰、失眠及掌指痠麻乏力等症



抹法

圖片來源：<http://ctma.myweb.hinet.net/tn.htm>

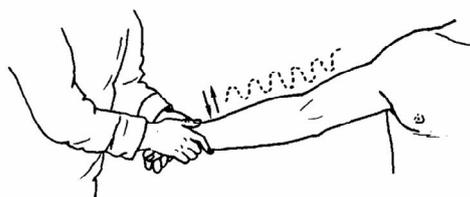
三、振動類：抖、振

(一) 抖法

- 1、動作：
 - (1) 抖法是一種放鬆手法，治療中常作為輔助手法，多用於四肢部，以上肢部最為常用，用雙手或單手握住患肢遠端，微用力作小幅度的上下或左右的連續抖動，使關節有鬆動感，稱為抖法，可分為平抖、提抖和牽抖
 - (2) 上肢平抖法：

患者坐位，上肢放鬆。醫者站於其前外側，上身略為前俯，用雙手握住患肢手腕部，慢慢將其向前外方擡起至約 70-80°，作連續不斷的小幅度的上下抖動，使肘、肩關節有鬆動感，抖動的幅度要小，用力要由下向上，頻率要快(250 次/分)
- 2、作用：疏鬆脈絡，滑利關節，鬆解黏連
- 3、臨床應用
 - (1) 上肢抖法為治療肩臂痠痛、肩關節活動功能障礙的常用輔助手法
 - (2) 下肢牽抖法可作為治療腰椎間盤突出症、急性腰扭傷等的輔助手法

(3) 適用：四肢關節痠痛，活動不利等症的輔助手法，上肢常用



上肢抖法

圖片來源：<http://ctma.myweb.hinet.net/tn.htm>

(二) 振法

1、動作：

(1) 用手指或掌面按壓在穴位或一定部位上，並作連續不斷的快速顫動，亦稱顫法、振蕩法

(2) 用手指著力顫動的為指振法

(3) 用掌面著力顫動的為掌振法。用掌面按壓一定的部位，操作時手臂的肌肉需作強力地靜止性用力，切忌逆氣

2、作用：有舒經通絡，祛瘀消積，活血止痛，溫中理氣以及調節腸胃之功能

3、臨床應用：

(1) 適用：多用於胸腹部及頭面部(指振法)

(2) 適應症：胸腹脹痛，消化不良，頭痛失眠



掌振法

圖片來源：

<http://www.acucn.com/college/skill/200607/1118.html>

四、擠壓類：按、壓、點、掐、拿、捏、捻、揉、蹀

(一) 按法

1、用手指或掌面著力在某一穴位或部位上，逐漸用力下壓。

2、拇指按法：接觸面小，刺激的強弱容易控制。具有良好的止痛作用和開通閉塞，溫經散寒等功能。

3、掌按法：接觸面大，刺激較為柔和。臨床上常用於面積大而又較為平坦的部位，如腰背部、胸腹部等。具有較好疏鬆筋脈，溫中散寒、活血散瘀等作用。



掌按法與指按法

圖片來源：

<http://www.ask369.cn/anmoshipin/427.shtml>

（二） 壓法

- 1、增加向下按壓的力量，延長持續按壓的時間
- 2、用肘尖、(指面、掌面) 為力點，按壓體表治療部位
- 3、臨床：肘壓、(指按、掌按)
- 4、特點：壓力大、刺激強
- 5、適用：腰臀肌肉發達厚實的部位
- 6、功效：舒筋通絡、解痙止痛
- 7、主治：腰脊僵痛、頑固性腰腿痛等

（三） 點法

- 1、用屈曲的指間關節突起部分為力點按壓於某一治療點上稱為點法
- 2、拇指端點法、屈拇指點法、屈食指點法
- 3、特點：具有力點集中、刺激性強等
- 4、適用：全身、四肢遠端小關節的壓痛點
- 5、功效：解痙止痛、溫經散寒
- 6、主治：疼痛、癱閉

（四） 掐法

- 1、以指甲為著力點，刺激最強，用力最集中
- 2、類似針刺效應，也稱指針法
- 3、功效：開竅解痙
- 4、主治：暈厥、昏迷、小兒驚風等急症

（五） 拿法

1、以拇指與食、中指相對用力捏住某一部位或穴位，逐漸用力內收並作持續的揉捏動作，為三指拿法。根據施術部位大小不同，可分為三指拿法、四指拿法和五指拿法。

2、要領：腕要鬆，用指面著力，連綿不斷，用勁由輕到重，再由重到輕。

(1) 拿肩法：兩手交替用力

(2) 拿項部：一手扶前額，另一手拇、食指面分別按在風池穴，漸用力內收揉捏，沿頸椎兩側作自上而下的慢慢移動，一般可重複 3~5 遍，以操作過程中能使毛孔豎起為佳。

(3) 拿委中和拿承山：屈膝 100 度。一手扶膝，一手用食、中指面按住委中穴，拇指按在膝前，食、中指著力內收並撥動委中穴，慢慢下移至承山穴。

拿

3、臨床應用：拿法的刺激較強，常與其他手法配合使用，以頸項、肩部和四肢部最為常用。

(1) 具有疏通經絡、解表發汗、鎮靜止痛、開竅提神等作用。

(2) 拿後常以揉摩繼之，以緩和刺激。



(六) 捏法

- 1、用拇、食兩指或拇、食、中三指相對用力內收，挾持某一部位稱捏法。
- 2、與拿法相似，用力較輕，用於淺表。
- 3、晉《肘後備急方·治卒腹痛方》：「拈取其脊骨皮，深取痛引之，從龜尾至項乃止，末愈更為之。」
- 4、臨床應用：應用於多種慢性疾患，特別對於小兒積滯、疳症、腹瀉、嘔吐、消化不良等症有很好的療效；對成人的脾胃虛弱，慢性泄瀉，月經不調，痛經等症以及神衰失眠等各種慢性病均有一定的效果。
- 5、作用：具有調和陰陽，健脾和胃，疏通經絡，行氣活血等作用。



小兒捏脊法

圖片來源：<http://bbs.pcbaby.com.cn/topic-1002294.html>

(七) 捻法

- 1、用拇指和食指的指面相對捏住某一部位，稍用力作對稱的如捻線狀的揉搓，稱為捻法。
- 2、《諸病源侯論·鼻病諸侯》說：“手捻兩鼻孔，治鼻中患”。
- 3、臨床：多用於指、趾小關節痠痛麻木、腫脹或屈伸不利等症。

五、叩擊類：拍、擊、彈、啄、叩

(一) 拍法

- 1、用虛掌拍打體表稱為拍法
- 2、動作：手指自然併攏，掌指關節微屈，平穩而有節奏地拍材體表。拍打次數以皮膚出現微紅充血為度。
- 3、臨床應用：著力面大，作用於淺表。常用於肩背、腰軀、及大腿外側部。對風濕痠痛重著，肌膚感覺遲鈍或肌肉緊張痙攣等症常以本法。
- 4、具有舒筋通絡、行氣活血的作用。

(二) 擊法

- 1、用勁均要快速而扭暫，垂直叩擊體表，著力時不能有拖抽動作，叩擊頻率要均勻而有節奏。
- 2、擊法的力量較大，而且動作快速，對使用部位有一股衝擊力，主要作用於深部組織。
- 3、拳擊法：手握拳，腕要挺直，用拳背擊打一定部位或穴位。擊打時要以拳背著力，所以腕部必須挺直，運用肘關節的屈伸和前臂的力量將拳背平擊在治療部位上。每次3~5下。
- 4、適用於大椎及腰椎部，治療頸、腰椎疾病所致的肢體痠麻等症。
- 5、掌擊法：手指自然伸開，腕略背伸，用掌根部擊打體表。擊打時手臂揮動的幅度可較拳擊法大些，每次3~5下。
- 6、常用於臀部及下肢外側部。
- 7、側擊法：姿勢同掌擊法，只是著力的部位不同而已。應用同掌擊法，但擊百會穴時，不宜用本法
- 8、指尖擊法：手指半屈，腕放鬆，運用腕關節的屈伸，以指端輕輕擊打體表，雙手可交替動作，一般可持續1~3分鐘。常用於頭部，有安神醒腦作用。以不痛為宜。



拳擊法



掌(根)擊法



魚際擊法



指尖擊法

(三) 彈法

- 1、用拇指指面壓住中指或食指的指甲，然後用力迅速彈出，如此連續彈擊某一部位或穴位。彈擊力量要突發而均勻。
- 2、應用於頭項部，治療項強、頭痛等症。
- 3、應用較少。

(四) 啄法

- 1、動作：兩手五指微屈分開成爪形或聚攏成梅花形，運用腕部的屈伸，兩手交替上下輕擊一定部位。速度要輕快而有節奏，如雞啄米狀，故稱啄法。
- 2、適用於頭部和背部，有安神醒腦，疏通氣血等作用，對頭痛、失眠，肩背勞損等症可用。

(五) 叩法

- 1、動作與擊法相似，只是力量較輕，輕擊為叩。
- 2、可用半屈的拳(以尺側面)輕輕捶擊，兩手交替上下如擊鼓狀
- 3、也可以兩手相合，五指自然伸直並略為分開，用小指側面叩擊一定部位。
- 4、叩擊時主要運用腕部的側屈活動，頻率要快而有節奏，叩擊力量要輕而勻。
- 5、常用於肩背及四肢部，具有舒鬆筋脈，行氣活血的作用，對肩背痠痛、肢體乏力等症可用本法作配合治療。

六、運動關節類：搖、扳、背、拔伸

(一) 搖法

- 1、動作姿勢：一手握住被搖關節近端的肢體，另一手握體關節遠端的肢體，作緩和回旋的環轉活動。搖轉幅度必須由小到大，動作要緩和，用力要穩。
- 2、臨床應用：
 - (1) 適用於四肢關節及脊柱部
 - (2) 以肩、腕、髖、踝關節及頸椎部為常用
 - (3) 舒筋活血，滑利關節，鬆解黏連及增強關節活動
 - (4) 頸部：失枕、頸椎病、頸項部軟組織勞損
 - (5) 肩關節：肩關節活動障礙
 - (6) 腰部：急性腰扭傷活動不利
 - (7) 髖關節：髖部傷筋痠痛、內收肌勞損以及腰腿痛所致的髖關節活動不利、牽掣疼痛
 - (8) 踝關節：傷筋日久、腫脹痠痛、活動不利

3、搖肩關節

握手搖法：患者坐位，肩部放鬆，患肢自然下垂，醫者一手扶住其肩關節的近端，另一手與患手相握。然後作順時針及逆時針方向緩緩搖動，使肩關節作小幅度的旋轉活動

(二) 扳法

- 1、動作：雙手向同一方向或相反方向用力，使關節伸展或旋轉，治療四肢關節功能障礙及脊椎小關節錯縫。也是一種正骨手法或調整手法。必須謹慎嚴格掌握扳法的適應症和禁忌症，特別要注意手法技巧。
- 2、臨床應用
 - (1) 用於因軟組織黏連所致的關節運動障礙、小關節錯縫以及脊柱生理弧度改變等，有鬆解黏連、整復關節錯縫和調整脊柱生理弧度等作用。
 - (2) 頸椎扳法主要用於頸椎病、頸椎生理弧度改變以及因頸項部長時間牽拉所致的頸椎小關節錯縫，應用時必須非常謹慎。
 - (3) 肩關節扳法常用於肩關節黏連的後期及恢復期。應用時要先用其他手法充分放鬆要扳的關節。
- 3、肩關節扳法---內收扳法

患者坐位，患肢置於胸前盡量內收，醫者站於後並緊靠患者背部穩住其身體，用一手扶住患肩，另一手握其肘部作內收方向扳動。



肩關節內收扳法

(三) 背法

1、動作姿勢：醫者和患者背對背站立，與患者的兩肘相互鉤住，然後屈膝、彎腰挺臀，將患者反背起，使其雙腳離地。患者頭後仰，使背部緊靠，以牽伸患者腰椎脊，醫者臀部可作上下或左右晃動，當感到患者處於放鬆狀態時，隨即作一快速的伸膝挺臀動作，使患椎脊柱突然超後伸。

2、臨床應用

- (1) 主要是使腰椎及其兩側腰肌向後過伸，促使扭錯之小關節復位
- (2) 優點是可利用患者下半身的重量對腰椎有牽引作用，便於腰肌放鬆
- (3) 對腰肌緊張不易放鬆、急性腰扭傷、腰椎後關節紊亂以及腰椎間盤突出症等都可用
- (4) 注意患者的體重

(四) 拔伸法

1、動作姿勢：即牽拉或牽引。固定肢體或關節的一端，牽拉關節的另一端

2、臨床應用

- (1) 拉寬關節間隙，放鬆有關的肌肉和軟組織，鬆解黏連
- (2) 頸椎：頸椎病、頸椎半脫位以及頸頂部扭傷、失枕等，應用時常結合扳法
- (3) 肩關節：肩周病所致的關節功能障礙
- (4) 腕關節：腕部傷筋或腕骨錯縫，常結合腕部的推抹捏正
- (5) 指間關節：指部傷筋、脫位，拔伸後常繼以推抹



肩關節拔伸法

3、肩關節拔伸法

患者坐於低凳，患肢放鬆。醫者站於後外側，用雙手握住其腕部，慢慢向上

【第四章：練功療護與傷科飲食宜忌】

第一節 練功療護簡介

參考資料來源：武春發，張安禎等，中醫骨傷科學，知音出版社，1992。

骨傷科的練功療法，古稱導引，是藉著某些運動方法來防治損傷性疾病，以促使肢體功能加速康復的一種有效療法。

對於損傷性疾病，傷肢關節活動與全身鍛鍊，對治療損傷能起到促進氣血的流動和加速去瘀生新的作用。

練功加速血液循環的作用是非常明顯的，因此它能促進骨痂的生長和早日癒合，使關節筋絡得到濡養，防止肌肉萎縮，關節僵硬，骨質疏鬆，有利於功能恢復。

功能鍛鍊對防治關節功能發生障礙的作用是非常有效的，只要在傷後能堅持早期正確的練功，滑膜就不會黏連，關節囊也不會攣縮，而且能改善血液與淋巴循環，促進關節周圍血腫、水腫的吸收消散，形成的癥痕也較鬆軟，不至於影響關節活動。

一、練功療法的種類：

練功療法有局部鍛鍊、全身鍛鍊、器械鍛鍊三種形式。骨傷科以局部鍛鍊為主，全身鍛鍊和器械鍛鍊為輔。

（一）局部鍛鍊：

以骨折為例，局部鍛鍊時，患者要用力保持肌肉緊張，利用肌肉拮抗作用，使骨折段穩定，以健肢帶動患肢，使動作協調平衡。因骨折癒合過程可分為四個階段，不同時期也有不同的鍛鍊目的與側重點。

第一階段是傷後 1-2 週。這時期局部腫脹疼痛明顯，且骨折斷端尚不穩定，伴隨之軟組織損傷也需要修復，故練功療法的主要目的是促進腫脹消退，預防關節黏連，並避免肌肉萎縮。鍛鍊時之主要動作，是用力收縮肌肉，卻不移動關節的靜力性肌緊張運動。

第二階段是傷後 3-4 週。這時期正是骨痂形成期，局部疼痛已漸消失，腫脹較不顯著，皮肉損傷已大致修復，且骨折斷端也初步獲得了穩定；故練功時可進行更為有力的肌肉收縮訓練，以及適度地進行關節屈伸運動。

第三階段是傷後 5-7 週。此時期軟組織損傷獲得恢復，肌肉漸有力量，骨折部已有連續性骨痂形成，使得骨折斷端已相當穩定，而在夾板保護下不容易移位；故這時的練功活動，範圍和強度可以根據循序漸進地逐漸增大。

第四階段是傷後 7 週以後。這時期為臨床癒合期，骨折已達臨床癒合標準，且夾板固定多已解除。此時應針對關節活動中尚受限制的動作方向，側重性地加強鍛鍊，以期儘可能恢復關節功能。

（二）全身鍛鍊：

全身鍛鍊是從整體觀點出發，在臟腑氣血是互相聯繫而不可分割的基本認知下，藉由全身性鍛鍊的進行，以提高內臟器官機能，從而恢復和增進運動器官的功能，並發展機體的代償能力。體質增強後，抗病能力跟著提高，在防治疾病上，可補方藥不足。

全身鍛鍊的功法，常練的有氣功、以呼吸吐納為主的調息功法，或以運動肢體為主的導引功法等，亦可根據病情需要，自行設計動作。內傷及內證，練功以練氣功、呼吸吐納法為主，運動肢體的練功導引法為輔；外傷練功則以運動肢體的練功導引法為主，以練氣功、呼吸吐納法為輔。

（三）器械鍛鍊：

採用器械鍛鍊的目的，是運用槓桿原理，或藉著健側帶動患側等方式，以彌補徒手練功之不足，並增加鍛鍊樂趣。常用的器械有竹管、滑車、胡桃、砂袋、啞鈴、木棍、自行車等。

二、練功療法的作用：

- （一）活血化瘀、消腫止痛。
- （二）濡養傷肢經絡關節。
- （三）促進骨折癒合。
- （四）減少肌肉萎縮。
- （五）避免骨質疏鬆及關節沾黏。
- （六）扶正祛邪，以利患者機體功能的全面恢復。

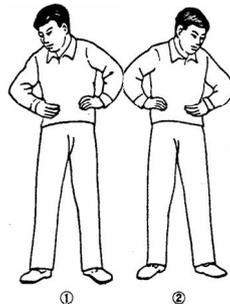
三、練功療法動作示例：

（一）頸項功：

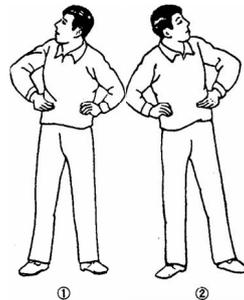
- 1.與項爭力：增強頸項部肌肉力量，防治頸椎伸屈功能障礙。
- 2.往後觀瞧：增強頸項部肌肉力量，防治頸椎旋轉功能障礙。
- 3.頸項側彎：增強頸項部肌肉力量，防治側屈功能障礙。



- 4.前伸探海：增強頸項部肌肉力量。



5.回頭望月：增強頸項部肌肉力量。本法動作速度要慢，特別是年齡較大，又有頭眩感覺者。

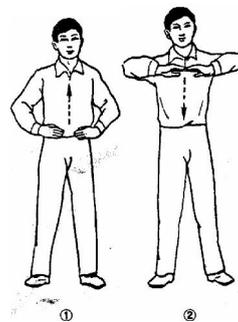


6.頸椎環轉：增強頸項部肌肉力量。本勢必須在上述三勢輕鬆完成的基礎上進行。急性損傷慎用。

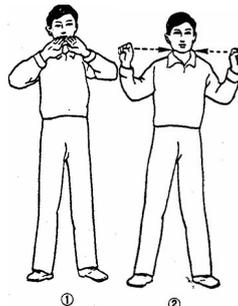


(二) 肩臂功：

1.上提下按：增強肩關節的活動能力，防治肩部的黏連、疼痛。



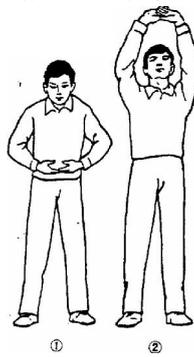
2.左右開弓：發展肩部肌肉力量，恢復肩關節外旋活動的正常功能，適用肩關節黏連影響外旋動作時。



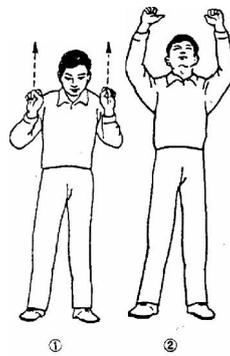
3.按胸搖肩：發展肩部肌肉力量，增強肩關節的活動能力。



4.雙手托天：對恢復肩關節的功能、輔助治療某些肩部陳傷痠痛而不能前屈上舉等。



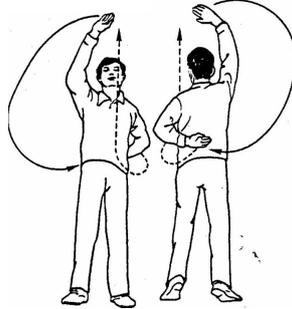
5.雙手舉鼎：鍛鍊肩部上舉、下降的肌肉，對肩部、頸部損傷引起的不能上舉，有助於恢復上舉功能。



6.彎肱拔刀：能理氣活血，恢復臂力。有輔助治療肩部損傷引起的功能障礙等作用。



7.單臂摘果：鍛鍊肩關節的上舉及內旋活動，同時輔助治療脊柱姿勢不良所致的腰與骶尾部痠痛。



8.輪轉轆轤：可防治骨折、關節脫位以及各種扭傷後遺症的關節強直及肩周炎的關節黏連。



9.體後拉肩：此法重點是恢復其內旋功能。



10.屈肘挎籃：發展上臂肌力，有助於恢復肘關節屈伸功能，適用於治療肘部骨折及脫臼的後遺症。



11.旋肘拗腕：對鍛鍊前臂旋轉功能及小臂肌力是很好的方法。



(三) 腕部功：

1.抓空增力：能改進小臂與手腕的血液循環，消除小臂遠端的腫脹，並有助於恢復掌指關節的功能。



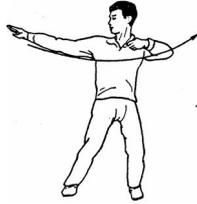
2.擰拳反掌：本法能鍛鍊腕關節旋前、旋後的動作，使損傷後腕關節的旋轉功能障礙得以迅速消除。



3.上翹下鉤：治療腕關節附近損傷後之功能障礙。



4.青龍擺尾：是鍛鍊腕關節內收、外展功能的方法。



(四) 腰背功：

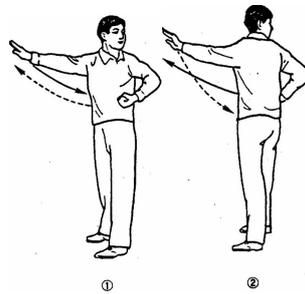
1.按摩腰眼：本勢包含自我按摩的作用，可放鬆腰部肌肉，久練可防治各種腰痛，增強腎臟機能。



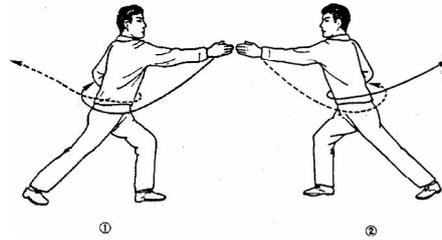
2.風擺荷葉：防治腰部各種原因引起的腰功能活動受限。



3.轉腰推碑：以鍛鍊頸椎、腰椎的旋轉活動為主，有利於治療頸、肩、腰背部的軟組織勞損。



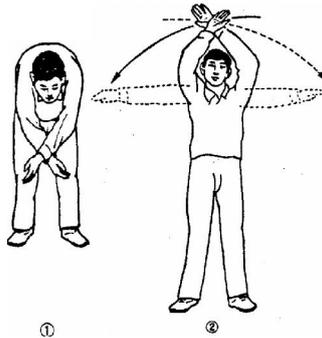
4.弓步插掌（反轉手）：可防治四肢風濕麻木，輔助治療肩部、腰腿部損傷痠痛。



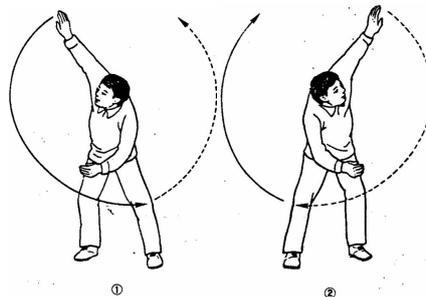
5.雙手攀足：可增強腰腹部肌肉力量，能防治腰部痠痛，及腰部前屈功能障礙。



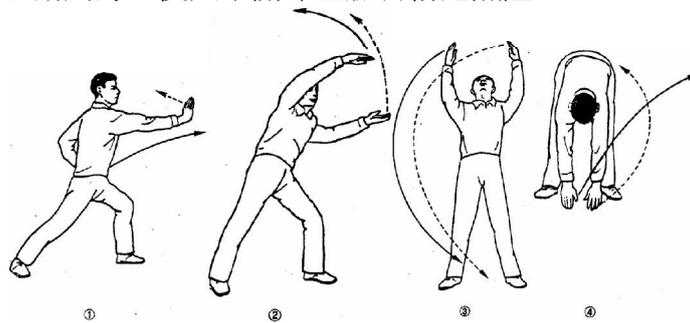
6.前俯分掌：本勢是肩關節的環轉與腰脊柱的屈伸運動。



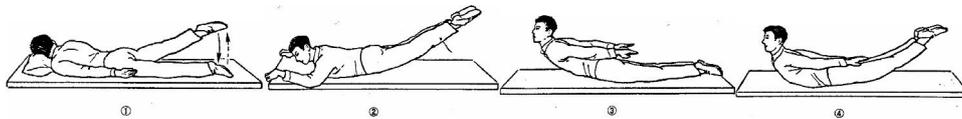
7.擰腰後舉：可增強腰背肩臂肌肉，能治腰部痠痛，且具有固腎以及舒展全身筋脈等作用。



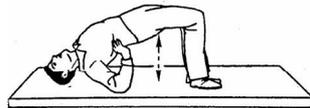
8.雲手轉體：能活動周身，使大小關節血脈皆暢通無阻。



9.俯臥背伸：本勢是臥位腰背功鍛鍊的最基本動作。



10.仰臥架橋：能加強腰、背及腹部肌肉力量的鍛鍊。



(五) 腿功：

1.左右下伏：本法對增加髌部、腿部的肌力，以至腰部的韌帶、肌肉力量均有作用。



2.半蹲轉膝：本勢有恢復膝關節功能，防治膝部痠痛、行走無力的作用。



3.屈膝下蹲：能防治髌膝關節勞損，對治療腰、髌、膝疼痛及痿軟無力有效。老人可扶住桌椅進行。



4.四面擺踢：全面增強大腿、小腿的肌力。常練可健腿力，強腰膝，對老年人腿力衰退有很大幫助。



5.虛實換步：鍛鍊踝關節及小腿肌力，對踝關節軟組織損傷及小腿骨折，扭傷後遺症的治療很有幫助。



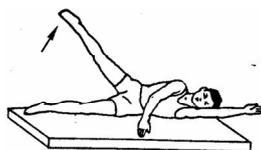
6.仰臥舉腿：增加腿部力量，防治股四頭肌萎縮，有助於恢復行走功能。



7.蹬空增力：本法可鍛鍊膝關節與踝關節的功能。使腿部的血液循環暢通，防止腿部的肌肉萎縮，且有利於消除踝關節腫脹。



8.側臥外擺：增強大腿力量，防止外展與內收肌的萎縮，可與上兩勢配合進行。



9.搓滾舒筋：恢復膝關節骨折損傷後的功能。



10.蹬車活動：能加速下肢的血液循環，消除足踝部的腫脹，使下肢肌肉及膝踝關節得到鍛鍊，是在臥位姿勢中比較全面的鍛鍊腿部肌肉力量的方法，能防治膝髌等關節功能障礙。

第二節 練功療法注意事項

一、練功療法的注意事項：

- (一) 確定練功內容和運動強度，制訂練功計劃。
- (二) 正確指導練功動作要領。
- (三) 練功要掌握循序漸進的原則，防止損傷和偏差。
- (四) 定期複查，評定療效，隨時調整。
- (五) 練功過程中其他注意事項：
 1. 練功時要全神貫注思想集中，動作緩而慢，呼吸均勻自然。
 2. 練功次數一般每日 2-3 次。
 3. 練功過程中，對骨折或傷筋患部可配合熱敷、薰洗、理療等法。
 4. 練功過程要適應四時氣候的變化，並注意保暖。

二、練功療法的護理：

(一) 詳查病情，合理選練

練功前必須對病情有一個全面的瞭解，尤其是對傷病肢體的活動範圍和活動能力的評估，然後根據患者體質、傷病發生部位、患病時間、損傷的性質和類型及病情的輕重緩急，正確選擇練功方法，適當掌握練功次數和強度，以免造成肢體進一步的損傷。

由於肢體的生理功能不同，如上肢主要在靈巧，下肢主要在負重，所以其練功的具體要求和側重點也不一樣。

(二) 動靜結合，主動為主

主動的練功法能加速傷病的康復，而肢體靜的修養亦有利損傷組織的修復和肢體功能活動的還原，故練功的基本原則乃在動靜結合，取長補短，達到正常生理活動的動態平衡。

(三) 循序漸進，貴在堅持

練功編排原則，練功次數由少到多，練功範圍由不動到小動，由小動到大動，逐漸提高鍛鍊強度，擴大活動範圍。在練功過程中，關節活動範圍的增進和肌力的增強，是互相促進的，練功效果出現較遲，療效的鞏固，則需掌握練功的特點-由量變到質變的過程，患者有信心與耐力，堅持下去，始能收效。

第三節、傷科飲食宜忌

* 參考資料來源，列於各點後底線。

一. 《飲膳正要》：中國第一部有關食物營養、療效食品、食物做法的專著。元代蒙古族醫學家忽思慧撰。

二. 跌打損傷或骨折的發展過程，一般分為初、中、後三期，每一期表現的症狀、證型不同，飲食宜忌也不同。--劉亮吟 (亞東紀念醫院傳統醫學科主任). “科學中藥治療跌打損傷的臨床心得.” 新醫藥週刊. 順天堂.

(一) 初期

時間：大約損傷後一至二週。

症狀：由於損傷後急性發炎，患部紅腫熱痛。「腫」為濕，「紅」、「熱」為熱，急性期屬溼熱證型；損傷會使血脈受傷，氣滯血瘀而「痛」。

飲食宜忌：不宜進補、喝酒、辛辣之品，以免發炎加重。食物宜為湯、粥、羹等稀軟食品，不宜過於油膩。宜多食黑木耳、蓮藕、山楂、螃蟹等活血散瘀消腫。

(二) 中期

時間：大約損傷後三至六週。

症狀：腫脹漸漸消退，疼痛逐漸減輕，但瘀阻未盡。患部皮膚顏色較黯，或某姿勢久而不動會更痛，都是瘀血未去的表現。

飲食宜忌：可以適量使用酒類助於行氣活血通經絡，不可過量。不宜吃過多生冷瓜果、冰品，以免影響血液循環。可逐漸增加肉類、蛋類的攝取，補養氣血。宜多食黑木耳、蓮藕、螃蟹、黑豆、栗子、韭菜、干貝、玫瑰花等和血去瘀。

(三) 後期

時間：大約損傷七週以後。

症狀：瘀腫已消，筋骨尚未堅實。雖然已不太痛，病人覺得患部力量不如從前，或過度使用患部會疼痛。

飲食宜忌：宜多食黑豆、栗子、干貝、畜骨、畜筋等強壯筋骨。可依個人體質不同適當進補。

三. 長庚醫院傷科門診建議:

傷科患者忌食:

煙, 酒, 檳榔, 咖啡, 香蕉, 竹筍

(一) 香蕉:

臺灣民間家戶皆曉身體疼痛、肌肉麻痺、新傷治療期間及胃酸過多時均不宜食香蕉。

(二) 竹筍:

1. 筋骨損傷患者應儘量避免食用香蕉、芒果、花生、竹筍、冰品、酒類、油炸、燒烤及辛辣類的食物。~~全生中醫診所。
2. 據師傅和個人經驗，大凡損傷之人，服用損藥期間，應禁食雞、鴨、魚類、酸菜、咸菜、南乳（腐乳）、竹筍、咸制橄欖、冰棍等，服藥期間，若食用則會影響療效。
3. 損傷初期應禁食吃雄雞、傷病癒後初期應禁食鱗魚，損傷癒後應長期禁食竹筍，頭部損傷作痛者應禁食豬頭肉。~~林少忠。 “跌打損傷服藥禁忌略談。”
錢塘太極網。
4. 中醫認為現代所說的發炎，其紅腫熱痛的症狀多因體內熱毒無法順利消退所致。所謂的消炎，就是使熱毒順利消退。大家都知道，扭傷急性期應該立即停止任何活動，趕快冰敷，減緩發炎，等紅腫消退後，才可熱敷。而外發性食品，如竹筍、香菇、茄子、花生、芒果、香蕉、芋頭、鴨肉以及辣椒等的外發特性，有些與食物的成長形態有關，如竹筍破地而出，爆破外發力十足；有些是來自它本身外散的特性，如辣椒吃完後毛孔大開會出汗；另外與它的溫熱性有關，如吃完薑母鴨與羊肉爐會全身發熱。這些性質都會讓熱毒不僅不能消退，反而像在損傷急性期一直給予熱敷一樣，發炎當然會持續不減，這對於組織的修復癒合是一種負面影響。~~臺北市立中興醫院中醫科醫師沈邑穎。
台北市政府衛生局。

四. 吃肉補肉, 吃骨補骨?

骨折病人早期忌食肉骨頭湯

一般認為骨折後，多吃肉骨頭湯，可使骨折早期癒合，其實不然，現代醫學證明，骨折病人多食肉骨頭湯，不但不能促進骨折早期癒合，反而會使癒合推遲，因為受傷後骨的再生，主要依靠骨膜、骨髓的作用，而骨膜、骨髓只有在增加骨膠原的條件下才能更好地發揮作用，從肉骨頭的成分來看，其主要是磷和鈣，骨折後如果攝入大量的磷和鈣，就會使骨質內無機質成分增高，使骨質內有機質與無機質的比例失調，阻礙骨折的早期癒合。~~大陸上虞市中醫院。

【第五章：傷科常見病症介紹】

一、頸椎病

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；楊榮森，骨科臨床檢查指引，合記出版社，1998；
<http://yct99.pixnet.net/blog/post/35932213-肩關節周圍炎>)

(一) 定義：

頸椎因慢性退化性病變，使椎體、椎間盤、椎孔、椎間關節、及韌帶變形，影響到神經根、脊髓、血管時，產生痺痛、癱瘓、眩暈等症狀，臨床上統稱為頸椎病。

(二) 病因病機：

本病多見於四十歲以上患者，常因長期低頭工作或姿勢不良造成；或由於年高肝腎不足，筋骨懈惰，引起頸部韌帶肥厚鈣化，椎間盤退化，骨贅增生等病變，影響到椎間孔變窄、神經根受壓時，即逐漸出現頸椎病的各種症狀。多以 C4-C7 為主要發病範圍。

(三) 臨床症狀：

患者多以肩頸痠痛前來就診，活動或有受限，兩側或可摸到條索狀物；嚴重者可因枕下神經(suboccipital n.)或枕大神經(greater occipital n.)受壓迫，造成枕顛部頭痛，甚至向前放射到額部。若壓迫到神經根，感覺異常常比動作異常或反射異常明顯，患者通常以手臂或肩胛骨間疼痛為主訴前來就診，而少提及頸部痠痛問題，典型症狀為手臂近端疼痛，遠端感覺異常。若有壓迫脊髓，常表現為上肢或下肢感覺異常、運動異常、手掌無力。

觸診方面，患者坐姿，頸呈屈曲位，觸摸棘突、小面關節、橫突等部位，在下段頸椎常可摸到偏斜的頸椎或條索狀物。或在肩胛骨內上角部常有壓痛點(提肩胛肌、斜方肌等)。

(四) 診斷：

1、病史：如上所述。

2、理學檢查：

(1). 感覺：當 C5/ 6 椎間病變時，刺激 C6 神經根引起患側拇指或拇、食指感覺減退；當 C6/ 7 椎間病變時，則刺激 C7 神經根而引起食、中指感覺減退。可作左右對比檢查。

(2). 牽拉試驗：檢查者一手扶患者頭的患側，另一手握患側上肢，將其外展。兩手作反方向牽拉，若有放射痛或麻木則為牽拉試驗陽性。

(3). 壓頭試驗：患者坐位，頸後伸、偏向患側，檢查者以左手托其下頷，右手從頭頂逐漸下壓，若出現頸部痛或放射性痛則為壓頭試驗陽性。

3、影像學：

頸部 X 光片：每個頸椎病患者都應該要做，可用以觀察椎間關節、神經孔、椎間盤厚度、及骨刺程度。若是要評估關節之穩定度，可考慮前屈、後伸之 X 光片(flexion-extension view)。判讀要點：Alignment(自然生理曲線、上下椎相對位置

等)、**Bone**(骨質疏鬆、骨刺、骨折等)、**Canal**(狹窄、脫位等)、**Disc**(高度縮減)、**Soft tissue**(頸前後度、頸後鈣化等)。

(五) 鑑別診斷：

要分清楚是單純的肌肉緊繃問題，還是真的因頸椎退化壓迫到神經根。另外，對肩部疼痛明顯的患者，當與肩關節疾病鑑別診斷，可作肩關節外展、上舉等肩關節試驗，並要排除內科性疾病，如 MI 等問題。

(六) 治療：

1、內治：

治宜補肝腎、祛風寒、活絡止痛為主；急性發作，頸臂疼痛較重者，治宜活血舒筋。

2、外治：

若有頸椎偏斜，當試圖使之復位，復位前當先用理筋手法鬆解攣縮的肌肉，以減少患者疼痛及醫療傷害。處理的肌群視問題所在包括提肩胛肌、斜方肌、枕下三角肌群、項部深層肌肉、岡上肌、胸鎖乳突肌、斜角肌、胸大肌，甚至離頸椎較遠的岡下肌、大小圓肌、大小菱形肌、肱二/三頭肌等處。

頸椎復位手法舉例：(此動作較危險，請勿輕易嘗試)

坐位：患者坐位，醫者立於患者後方，一手以肘”含”住下頷處，一手以掌指關節面貼在有問題頸椎的小面關節處。醫者利用身體旋轉帶動使患者頭部可依其自然旋轉角度轉動並微往上牽拉，達到極限後，再多加”一點”往上往後的力，可聽到骨頭聲響，使錯位的頸椎可以藉此鬆開。(若無骨頭聲響，則以三次為度，以免肌肉過度牽拉受傷。)

二、落枕 (參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992)

(一) 定義：

多因睡眠時持續性姿勢不良，引起頸部(後方或側方)疼痛，活動受限。

(二) 病因病機：

1、睡眠時枕頭過高、過低或過硬，或睡眠時姿勢不良，頭頸過度偏轉，均會使局部肌肉處於過度緊張狀態，發生靜力性損傷。

2、頸背部遭受風寒侵襲也是常見因素。如嚴冬受寒，盛夏貪涼，風寒外邪，使頸背部某些肌肉氣血凝滯、經絡痺阻，僵凝疼痛，功能障礙。

(三) 臨床表現：

患者自訴眠起頸部出現疼痛，活動欠利，不能自由旋轉屈伸。常有某一特定方向不能順利活動。嚴重者或可影響到肩膀不適，但不會有手麻、放射痛等神經根壓迫等問題。一般來說，落枕起病急，病程短，處理得當可迅速緩解。若是易於反復發作或久治不癒，應注意是否非單純頸椎關節或肌群的問題(如胸椎、腰椎等問題引起)，並要與其他疾病引起之頸背痛相鑑別。

可先從疼痛處的肌群或活動受限方向尋找觸摸痙攣壓痛處，可摸到肌群如條索狀或塊狀，其他如肩關節附近的肌群也可一併檢查，確認是否有痙攣處。也可如頸椎病(見前篇)的檢查尋找頸椎關節處是否有錯位偏斜等問題。若反復發作，可檢察胸椎、肋骨、及腰椎等處是否有問題。

(四) 診斷：

1、病史：如上所述臨床表現。

2、影像學檢查：從病史的詢問即可，一般不需要照頸部 X 光片。若有懷疑其他疾病引起的頸椎病，可依頸椎病影像學檢查作安排。

(五) 鑑別診斷：頸椎病、其它肌肉問題。

(六) 治療：

1、內治：治宜疏風祛寒，宣痺通絡。可選用葛根湯、桂枝湯，或獨活寄生丸。

2、外治：

(1). 針灸：可選用落枕穴、後谿、風池、大椎、外關、阿是穴等處。

(2). 手法：處理原則，視發生的問題決定要用何種手法及治療哪個部位。在確定患處後，同樣地，可先作一些鬆筋理筋的手法，再視需要與否處理頸椎關節面的問題。手法可參考頸椎病章節或下列所述。

手法舉例(牽引手法)：患者坐在低凳上，術者兩手虎口置於患者下頷角處，姆指約在風池處，餘指在下巴軟組織與下頷骨交界處，同時用力微向上牽拉，此時患者的軀幹部重量起了反牽引的作用。向上牽拉時，可同時搖晃頭部，視緊繃部位做適度處理以理順筋絡，活動關節。最後將頭部緩緩向左右、前後擺動與旋轉 2-3 次後，再慢慢放鬆。

三、肩關節周圍炎

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；中國期刊網)

(一) 定義

肩關節周圍炎是指肩關節囊和關節周圍軟組織損傷、退變而引起的一種慢性無菌性炎症，該病以肩關節疼痛、活動功能障礙和肌肉萎縮為臨床特徵。本病常發生在單側肩部，多見於 50 歲左右的患者，所以又有"五十肩"之稱。

(二) 病因病理

本病病因主要與肩關節囊和關節周圍軟組織退行性改變、肩部外傷、慢性勞損、或感受風寒等有關。病理變化是肩關節周圍軟組織充血、水腫、滲出、粘連等，導致肩關節功能障礙。如下圖(摘錄自 Uptodate)。



由中醫觀點來看，五旬之人，腎氣不足，氣血漸虧，加之長期勞累又因肩部露臥受涼，寒凝筋膜而引起本症。故風寒濕邪侵襲、勞損為其外因，氣血虛弱、血不榮筋為其內因。

(三) 診斷要點

初起症狀為經常性肩關節疼痛，活動不利，有僵硬感。局部畏寒，夜間疼痛加重，疼痛可向頸項及上臂放射。肩關節活動功能障礙日漸加重，早期為疼痛引起，中期為肩關節出現粘連所致，後期常有局部肌肉僵硬、萎縮、肩峰突起等。肩關節各方向的活動均受限，但以外展上舉更為嚴重，患手不能摸背，這常是第一個表徵。肩關節周圍廣泛粘連而形成「凍結肩」，隨之疼痛減輕。檢查時，在患側肱二頭肌長、短頭附著處(肩內陵穴)、肩峰下緣(肩骨禹穴)、肩胛岡上緣(秉風穴)、小圓肌上緣(肩貞穴)等處有不同程度的壓痛點，患肩活動明顯受限。

(四) 理學檢查

檢查肩部並不腫脹，肩前、後、外測均可有壓痛，外展功能受限，被動繼續外展時，肩部會隨之高聳。此時一手觸摸肩胛骨下角，一手將患側繼續外展時，可感到肩胛骨隨之向外上轉動，可推測肩關節已有沾黏。

(五) 實驗室檢查

無必要或具診斷性之實驗室數據

（六）影像學檢查

X光素片：初期常無異常，後期出現在肱骨大結節附近軟組織內的鈣化斑有重要的診斷價值。鈣斑的形狀、大小、密度均不定。有的為顆粒狀，有的為斑片狀鈣斑。除見於上述部位外，還可能出現於肱骨頸、肱骨幹、肱骨頭及肩峰附近的軟組織內，但出現在肩胛盂下方軟組織內的鈣斑非常少見。患側側的肩肱關節、肩鎖關節將顯示骨性關節病的改變，肩部諸骨可顯示骨質疏鬆，並合併肌肉萎縮。

肩關節造影檢查：可見關節囊變小（正常值為 12mL，但患側可只剩 2-3mL），其下緣呈鋸齒狀，肩腫下隱窩或腋隱窩可以變小或消失。

（七）治療

初期對疼痛較甚者，宜改善局部血液流動，加速滲出的吸收和排泄，促進病變組織的修復；後期以改善肩關節活動為主，鬆解關節粘連，加大關節活動度，滑利關節，促進關節功能的恢復。

- 1、治則：初期活血止痛為主；後期鬆解粘連，滑利關節為主。
- 2、部位及取穴：肩井、肩骨禹、秉風、天宗、肩貞、肩內陵、曲池、合谷等穴。
- 3、手法：滾法、一指禪推法、按法、揉法、拿法、搖法、扳法、拔伸、搓法、抖法等。

4、操作：

方法一

（1）患者端坐，患肢放鬆下垂。術者站於患側，用一手握住患者手臂使其微外展，另一手用滾法或一指禪推法施術，重點在肩前部、三角肌部及上臂內側。在肩前部及三角肌部施以滾法時，另一手可配合患肢的被動外展和旋內、旋外活動。如施術時患者怕痛，肩臂肌肉緊張，不能放鬆，而影響治療者，則可採取仰臥位，患肢微外展，並屈肘。術者一手握住其腕部，另一手用滾法施於肩前部、上臂內側部及三角肌部。兩手協調配合，使肩關節作旋內和旋外活動。

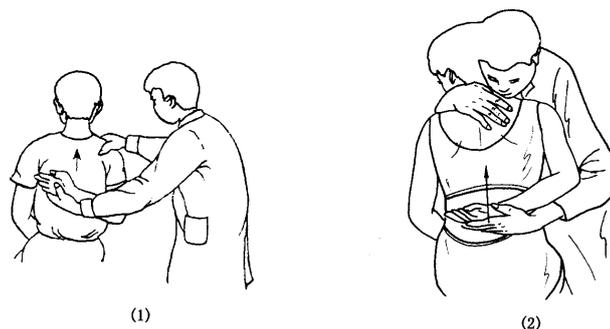
（2）坐位，接上勢。術者一手在患肩外側和腋後部用滾法，另一手可配合患肢被動的後伸內旋，並屈肘使手背沿著脊柱向上抬。要注意上抬的動作必須穩而緩和，幅度逐漸加大，切忌動作粗暴，以免引起劇烈疼痛，使患者不堪忍受。

（3）術者站於患側後方，依次按揉肩井、秉風、天宗、肩貞、肩骨禹、肩內陵各穴。夜間痛者，天宗穴可作重點按揉。

（4）術者站在患側，一手扶住患肩，另一手握住其腕部或托住肘部，以肩關節為軸心作環轉搖動，幅度由小到大。接著再作患肩的內收扳動：術者站於患者背後，用腹部緊貼患者背部以穩住身體，然後用一手扶住患肩，另一手握住患肘向健側肩關節方向扳動。本法適用於肩關節活動功能障礙明顯者。

（5）肩關節後伸扳法：術者站在患側前外方，一手握住患者腕部，另一手扶住健側肩部用握腕之手將患臂由前向後扳動，盡可能使之後伸，幅度可逐漸增大。

（6）肩關節後伸旋內扳法：術者站於患者健側後方，用一手扶住健側肩部，防止患者上身前傾，另一手握住患側腕部，從背後將患肢向健側牽拉，一放一緊，逐漸用力加大活動範圍。此法適用於肩關節內旋障礙明顯者。



(7) 肩關節抖法:術者站在患側前方,用雙手握住患肢手腕部。慢慢向上提起,並同時作牽拉抖動。提抖時要求患肢充分放鬆,提抖頻率要快,幅度逐漸增大。如下圖。

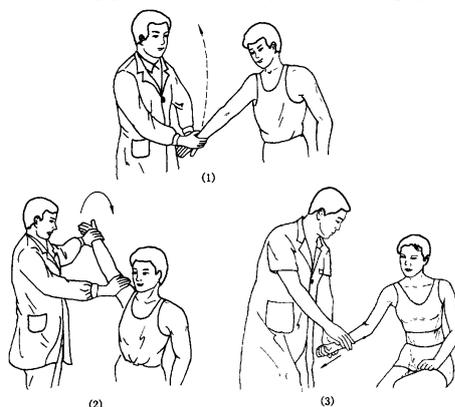


(8) 用搓法從肩部到前臂反復上下搓動,以放鬆肩關節。拿肩內陵、曲池、合谷。本法常作為肩部治療的結束手法。

方法二

患者正坐位,術者立于患者背側,先點按缺盆、肩骨禺、肩貞、天宗等穴,待肩臂熱脹後,進行下述手法。

- (1) 捏肩:術者用於拇、食、中三指捏、揉、拿患側肩部斜方肌上緣 3-5 遍。
- (2) 揉臂:術者立于患者外側,雙手合揉患肩關節,然後用按揉法自肩至腕部操作 3-5 遍,用力由重到輕,再由輕到重。
- (3) 大旋:術者立于患者患肢外側,將患肢向前、向後大幅度旋轉 3-5 次。



(4) 運肘:術者反手握住患側的小指、無名指和中指(術者反掌將掌心與患者的

掌心相對，拇指與其餘四指握住患者的小指、無名指和中指)，將患肢腕關節掌屈，並帶動前臂向患者肩前方屈肘，抵于肩前方後，帶動前臂內旋並沿患者腋前線方向，向下牽抖 3-5 次。

(5) 下牽:接上動作，將患肢沿腋中線方向，向下牽抖 3-5 次。

(6) 反牽:接上動作，將患肢沿腋後線方向，向下牽抖 3-5 次。

(7) 雙牽:完成上述手法後，將患者的患肢與健肢在胸前交叉，術者雙手分別握住患者的雙腕，向後牽拉 3-5 次;然後將患者的健肢和患肢交叉換位，再進行 3-5 次的牽拉。

(8) 活肘:術者站於患側側後方，面向患者背部，將患肢上臂內旋肩關節輕微內收，使前臂置於背後，肘關節屈曲至最大幅度。術者一手托住患肘，一手握住腕部，握腕之手向外，托肘之手向內做相反方向的拉伸，以患者能耐受為度。

(9) 運肩:術者將患者的患肢搭於自己肘部，兩手交叉扣於患肩。其中一手扣於肩峰，術者用自己肘部帶動患肢上臂進行環形轉動，扣於肩峰的手隨著轉動揉搓患肩，左右各轉動 5-10 次。

(10) 搓肱:術者立於患肩的外側，用搓法操作於上肢，自肩關節至腕關節，反復 3-5 次。

5、保健

注意事項：肩部避風寒，避免過度勞累。

鍛鍊：

(1) 爬牆鍛鍊:患者面對牆壁用雙手或患側單手沿牆壁緩慢向上摸高爬動使患肢儘量上舉，然後再緩慢向下回到原處，反覆進行，循序漸進，不斷提高爬牆高度，也可讓患者站在單槓下用單手或雙手握住單槓對肩關節進行牽拉，以解除粘連。

(2) 環轉運動:患者站立，單臂或雙臂由前向後數次，再由後向前數次，做環轉活動。

(3) 雙手向後背伸:由健手拉住患肢腕部，逐漸向上提拉，反復進行。

(4) 外旋鍛鍊:背部緊靠牆壁而立，上臂緊貼身體兩側，屈肘 90°。握拳，做上臂動作，盡量使拳接近牆壁，反復進行。

6、預後

推拿對肩關節周圍炎的治療預後良好，痊癒後很少復發，配合患者主動練功，效果更加顯著，但有糖尿病或結核病的患者，治療效果較差。

四、旋轉肩袖套損傷

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；岡上肌腱炎的病理診斷及治療，<http://www.uuuwell.com/article-558996-1.html>)

(一) 定義：

旋轉袖套損傷代表一系列的疾病，包含岡上肌、岡下肌、小圓肌、肩胛下肌的急性的肌腱發炎到肌肉撕裂等疾病。

(二) 病因病機：

反復的微小創傷(microtrauma)和肩峰解剖變異，造成肌腱日久勞損，或年老肌肉退行性病變。

(三) 臨床表現：

多數起病緩慢，肩部漸起疼痛，用力外展時疼痛較明顯，動作稍快時肩部肌筋唧軋作響，當自動外展至 60 度左右時，因疼痛不能上舉，但可被動外展及上舉。

(四) 診斷要點：

和五十肩不同，其被動關節活動範圍不受限，但有疼痛弧的出現。疼痛弧：外展 60 度內疼痛較輕，被動外展 60~120 度疼痛較重，超過 120 度時疼痛又減輕。岡上肌完全斷裂則出現肩外展起始困難，但外展超過 60 度時則能自動外展。

1、理學檢查

(1) Lift-off test：手臂內轉至背側，手臂往身後抬起，對抗阻力，用來測試肩胛下肩的肌力

(2) Supraspinatus test: 肩膀向前彎曲約 30 度，上臂伸直手指朝地，手臂上抬對抗往下的阻力

(3) The posterior cuff (infraspinatus and teres minor)肌力在肩關節前曲 90 度和肘關節皆彎曲 90 度，肩膀外旋對抗阻力

(4) Neer impingement test：施力使肩向前屈(肘部彎曲)內旋，若有疼痛表測試陽性

(5) Hawkins-Kennedy impingement test：肩膀向前彎曲(肘伸直)，用力內旋，若有疼痛表測試陽性

(6) Apprehension test：上臂外展 90 度並完全外旋，手由肱骨頭後向前施力，若病患有肩關節跑出來的感覺時為測試陽性。

2、影像學檢查

(1) x 光片：anteroposterior (AP), a supraspinatus outlet view, and an axillary view.：用來查看肩周的骨頭的解剖構造或骨刺生成。

(2) 超音波

(3) 核磁共振

(五) 治療：

1、手術治療適用於活動量大的肌肉斷裂、部分斷裂者在經 3 至 6 個月保守治療無效

2、保守治療：止痛藥物配合復建

3、手法：急性期以輕手法為主，慢性期手法宜稍重。先用拿法，拿捏岡上部、肩部、上臂部，自上而下，疏鬆筋絡，然後以岡上及肩部為重點，自上而下揉摩，以舒筋活血。再撥動並點按岡上及肩部筋絡，以理順粗糙、腫脹或扭轉的筋絡，最後術者左手扶住肩部，右手托住肘部，將肩部搖轉並盡量外展，先向前擺4~5周，再向後搖晃4~5周，搖轉過程中，將患肩盡量外展約90~120度(輕度上舉)

4、針灸：取穴：天宗、肩髃、肩膠、臂臑、曲池等，用瀉法

5、藥物：急性內服宜舒筋活血、清熱止痛為主，用舒筋活血湯。慢性期可服舒筋丸，每次服一丸，每日服二次。局部疼痛畏寒者可服小活絡丹或活血酒。體弱血虛者可內服當歸雞血藤湯。急性期外敷消瘀止痛膏或三色敷藥。後期外貼寶珍膏或傷濕止痛膏，亦可用熏洗或藥熱熨患處。

6、功能鍛鍊：

肩外展、上舉、內收、外旋、內旋、雙手摸耳，雙手摸肩

<藥物附錄>

- 舒筋活血湯：羌活6克，防風9克，荊芥6克，獨活9克，當歸12克，續斷12克，青皮5克，牛膝9克，五加皮9克，杜仲9克，紅花6克，枳殼6克
- 舒筋丸：麻黃2份，制馬前子2份，制乳香1份，制沒藥1份，血竭1份，紅花1份，自然銅(煨，醋淬)1份，羌活1份，獨活1份，防風1份，鑽地風1份，杜仲1份，木瓜1份，桂枝1份，懷牛膝1份，貝母1份，生甘草1份，蜂蜜適量
- 小活絡丹：制南星3份，制川烏3份，制草烏3份，地龍3份，乳香1份，沒藥1份，蜜糖適量
- 活血散：乳香15克，沒藥15克，血竭15克，貝母9克，羌活15克，木香6克，厚朴9克，制草烏3克，白芷24克，麝香1.5克，紫荊皮24克，生香附15克，炒小茴9克，甲珠15克，煨自然銅15克，獨活15克，續斷15克，虎骨15克，川芎15克，木瓜15克，肉桂9克，當歸24克
- 當歸雞血藤湯：當歸15克，熟地15克，桂圓肉6克，白芍9克，丹參9克，雞血藤15克
- 消瘀止痛膏：木瓜60克，梔子30克，大黃150克，蒲公英60克，地鱉蟲30克，乳香30克，沒藥30克
- 三色敷藥：黃荊子(去衣炒黑)8份，紫荊皮(炒黑)8份，全當歸2份，木瓜2份，丹參2份，羌活2份，赤芍2份，白芷2份，片薑黃2份，獨活2份，甘草半份，秦艽1份，天花粉2份，懷牛膝2份，川芎1份，連翹1份，威靈仙2份，木防己2份，防風2份，馬錢子2份

五、肱骨外上髁炎 (網球肘)

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992。)

(一) 定義：肱骨外上髁及附著於其上的伸腕肌肌群疼痛、壓痛。

(二) 病因病機：

多因長期勞損，反覆的旋腕，手掌抓握，揮動手掌，或扭轉等動作反覆牽拉刺激伸腕肌群造成。多見於勞工、網球運動員等。

(三) 臨床表現：

起病緩慢，初起時在勞累後偶感肘外側疼痛，日久則有加重，如提熱水瓶、扭毛巾，甚至掃地等動作均感疼痛乏力，疼痛甚至可向上臂及前臂放散，致影響肢體活動，但休息時多無症狀。

(四) 檢查：

1. 肱骨外上髁局部壓痛。
2. 作抗阻力的伸腕和橈側偏腕可加重疼痛。
3. 握拳會加重疼痛。
4. 手肘的 ROM 正常。

(五) 治療：

西醫：

- 一開始先以保守治療為主：

急性期：

1. 減輕疼痛以及降低腫脹或肌肉痙攣
 - (1) 冷療，(2) 休息(可使用豎腕式副木固定)，及避免不當的使用手腕伸直肌群，(3) 使用經皮神經電刺激，雷射，以減輕疼痛以及減少發炎的反應。
2. 維持軟組織以及關節的活動度
 - (1) 在病患可以忍受疼痛的範圍之內，可從事溫和的橫向摩擦按摩運動。(2) 網球肘護帶：可以在肘關節的下方約 1 英吋左右，綁上網球肘護帶，藉以限制此部位的肌肉發生鼓起的現象，而其目的在於避免肌肉產生過於強力的收。(3) 肌肉的等長收縮運動及在不痛的範圍之內從事肌肉的拉長動作，以維持肌力及促進關節的活動度。

慢性期：

1. 肌力加強運動：手腕關節伸直肌肌力加強運動。
2. 牽張運動：可經由復健科的物理治療師做牽張運動→肘伸直-腕屈曲-尺側偏移(小拇指側)做肌肉拉長的動作。

- 西藥：NSAID，在治療 4-6 星期無效時可考慮局部類固醇注射
- 手術：只有在保守治療 6-12 月無效、且反覆發作者才考慮

中醫：

1、手法：

法1：在肘部痛點及其周圍作按摩、拿捏手法 3~5 分鐘，使局部微熱。然後術者一手托住患肘的內側，一手握住患肢的腕部，先伸屈肘關節反覆屈曲數次，並同時作旋轉活動。如直肘後旋位，快速屈曲同時旋前，直肘旋前位，快速屈曲同時旋後各作 3~5 次，可鬆解黏連，減輕疼痛。

法2：檢查橈骨小頭，尺骨，肱骨之間有無移位、脫位、偏旋，以手法將走偏之骨位復位，可立即達到止痛的效果。

2、針灸：痛點及周圍取穴，隔日針灸一次，或用梅花針叩打患處，再加拔火罐。

3、藥物：養血榮筋，舒筋活絡

• 舒筋湯：

《外傷科學》當歸 10 g，白芍 10 g，薑黃 6 g，寬筋草 15 g，松節 6 g，海桐皮 12 g，羌活 10 g，防風 10 g，續斷 10 g，甘草 6 g

• 海桐皮湯：海桐皮 6 g，透骨草 6 g，乳香 6 g，沒藥 6 g，當歸 5 g，川椒 10 g，川芎 3 g，紅花 3 g，威靈仙 3 g，甘草 3 g，防風 3 g，白芷 2 g

(六) 功能鍛鍊：

反覆緩慢進行肘關節屈伸活動，握拳屈肘做前臂外旋、內旋功能鍛鍊，發病期間禁猛烈屈伸、前臂旋轉

六、 肱骨內上髁炎(高爾夫球肘)

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992。Uptodate。)

(一) 定義

本病又稱高爾夫球肘，病發部位與網球肘部位相對應，位於尺側。肱骨內上髁較外上髁明顯突出，此處為橈側屈腕肌、掌長肌、指淺屈肌與旋前圓肌總腱所附著的地方，損傷後產生局部炎症稱為肱骨內上髁炎。

(二) 病因病機

前臂屈肌和旋前圓肌的總腱附著於肱骨內髁上，若經常用力做屈肘屈腕後或前臂旋前，尺側屈腕肌處於強烈收縮狀態，因此容易導致肌腱附著點的慢性勞損或急性扭傷，損傷後產生局部炎症。

(三) 臨床表現

損傷後的局部炎症、腫脹會壓迫到尺神經皮支而造成疼痛。臨床上，肱骨內上髁及其周圍有明顯的疼痛，尤其在前臂旋前，屈腕牽動肌腱時，更為明顯。疼痛還會沿尺側屈腕肌向下放射，且屈腕無力。除了肱骨內上髁有明顯壓痛外，尺側屈腕肌和屈指淺肌也有廣泛性的疼痛。

(四) 檢查

- 1、局部腫脹疼痛，刺激尺神經時，可出現無力，無名指、小指間歇性麻感腕略背伸
- 2、屈腕抗阻力試驗陽性
- 3、抗阻力旋前試驗陽性
- 4、旋臂伸腕試驗陽性
- 5、肘伸直前臂旋後，將腕極度背伸痛陽性
- 6、X 線：晚期可見骨膜增生。

(五) 西醫治療

- 1、急性期冰敷，每次五到十分鐘，一天數次
- 2、急性期過後（通常是二至三天以後），可以開始熱敷
- 3、口服的非類固醇性消炎藥
- 4、超音波等深部熱療
- 5、少數患者做局部小量的類固醇注射
- 6、戴上專用的護具也可以分散一部份負荷

(六) 手法

- 1、患者取坐位或仰臥位（採坐位者，可將患肢放在適當高度之治療臺上）。從肱骨內上髁，沿尺側屈腕肌、掌長肌、橈側屈腕肌等屈肌群到腕部，用較輕柔的掌擦、揉捏和按壓法。
- 2、仍在上述部位，用深沈的掌擦、揉捏和按壓法。

- 3、按壓、揉捏少海、尺澤、小海、天井、靈道至神門等穴和壓痛點。
- 4、一手握住肱骨下端，另一手握住橈尺骨遠側近腕關節處，做拔伸手法。
- 5、以相同姿勢，施輕度的前臂迴旋和左右扳動。同時，握肱骨下端的手，以拇指配合輕揉肱骨內上髁周圍。
- 6、以同樣姿勢，做肘關節屈伸運動。
- 7、從肘到腕，沿屈腕肌群，施掌擦法，以透熱為宜做結束。

(七) 針灸

- 1、阿是穴、陽谷、小海、少海
- 2、毫針瀉法。在局部壓痛點採用多向透刺，或作多針齊刺，得氣後留針
- 3、局部可加灸或加低頻電針。

(八) 藥物

- 內服：跌打丸(急性)、人參紫金丹(慢性)
外用：如意金黃散(急性)、止痛青草膏(慢性)

七、媽媽手 (de Quervain Disease)

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；
林文彬，談媽媽手的中醫治療與保健)

(一) 定義

橈骨莖突腱鞘炎。橈骨莖突部有外展拇長肌腱和伸拇短肌腱的共同腱鞘，在日常的勞動中，拇指的對掌和伸屈動作較多，使拇指的外展肌和伸肌不斷收縮，以致造成該部位發生狹窄性腱鞘炎。

(二) 病因病機

手腕部過度勞累可導致本病的發生。如家庭婦女、輕工業工人等工作，使外展拇長肌及伸拇短肌的肌腱在共同的腱鞘中過多地來回磨動，日久受損，即可使腱鞘發生損傷性炎症，造成纖維管的充血、水腫、肥厚，管腔變窄，肌腱在管內滑動困難而產生相應的症狀。

(三) 臨床表現

多數緩慢發病，偶有因特殊勞累而起病稍快者。自覺腕部橈側疼痛，提物乏力。部分患者局部有微紅，微腫，微熱，疼痛可放射至手及前背。

(四) 檢查(含鑑別診斷)

患側橈骨莖突處有隆起，或可有結節，在橈骨莖突及第一掌骨基底部。檢查時將拇指盡量屈握於掌心，同時將腕關節尺傾，可引起患處劇痛（Finkelstein test）。當與下尺橈關節扭傷、腕關節扭傷與勞損、腕舟狀骨骨折相鑑別。

(五) 手法

(1)擰法：已解除沾黏，疏通狹窄。患者坐位或臥位，患側拇指在上，術者雙手握腕，雙拇握穩在上，兩拇向相反方向用力，交錯擰動數次，解黏時可聞及“吱吱”或細碎響聲

(2)捋法：術者一手握患側腕，仿芬氏徵手形，拳向尺側偏斜，用另手拇指近節由腕向臂，緩緩用力推捋，亦可出現上述聲響。

(六) 針灸

取陽谿為主穴，配合谷、曲池、手三里、列缺、外關等，得氣後留針 15 分鐘，隔日一次。

(七) 藥物

外用藥物以洗藥或複方熱敷洗藥為主；內服選用骨痛丸或紫金丹。

(八) 功能鍛鍊

擺腕鍛鍊、腕舟骨功能鍛鍊、伸臂鉤掌、鷹爪健力、蹬掌。

八、垂腕症(橈神經麻痺)

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate)

(一) 解剖

源於 C5、C6、C7、T1 之神經根，控制肱三頭肌、橈側伸腕肌、伸指肌、尺側伸腕肌、伸姆肌、伸食指肌等。司前臂之伸展、外旋，手腕及手指伸展。

(二) 病因病機

橈神經經臂神經叢後索繞過肱骨的路徑，最容易受到損傷。肱骨骨折、肩部脫臼包石膏壓迫，注射或直接外傷，都容易引起橈神經損傷。亦常因昏迷或醉酒不動而被壓迫行成局部組織缺血而麻痺。鉛中毒最易侵犯橈神經。

1、在肘部以上：

通常由橈神經在猝然或一般短時間劇烈的壓迫或肱骨骨折的損傷造成。典型的“周末夜麻痺”(Saturday night palsy)是由於週末夜晚狂歡酒醉，上臂靠在沙發上或左擁右抱女伴深睡後，肱骨螺旋溝槽(spiral groove)或上臂外側的肘上部位受到壓迫，伸指肌，外展拇長肌及伸拇長短肌均無力，造成手腕下垂及手指彎曲狀，但並無疼痛現象，有時手臂背側，拇指之背面和第一指間縫會有輕度的感覺異常。除此之外，臂橈肌(brachio-radialis)麻痺造成臂橈肌腱反射消失。麻痺時間的長短與受傷的程度有關，通常3—6個月會恢復。肌電波神經傳導對此病預後可提供有用的資料。

2、後骨間神經陷壓 (posterior inter osseous nerve entrapment)

患者手指下垂(由於伸指肌無力)，拇指之伸直及外展無力，腕部稍感無力(由於尺側伸腕肌受到影響，而橈側伸腕肌不受影響故腕部無下垂現象)。臂橈肌腱反射不會消失，感覺亦不受影響，此病由於後骨間神經受到旋後肌的陷壓(entrapment)。譬如：喜愛打網球的人，常用手臂反擊，使後骨間神經不斷受旋後肌的損傷稱旋後肌併合症(supinator syndrome)或肘部附近的外傷及脂肪瘤(lipoma)，囊腫(cyst)等的侵損造成。

(三) 檢查

1、NCV(神經傳導速率)→下降

2、X-ray：排除其他因素(如腫瘤)

(四) 診斷

1、因進入肱三頭肌之神經分支由 1/3 部位進入不易受損，肘部多少有伸展能力，但腕部一定呈現下垂狀態。

2、握物無力。

3、前臂背側因刺傷而損及橈神經骨間分支時，將會造成手指下垂。

4、如尺神經和中間神經完好無損，只有橈神經損傷時，腕部雖下垂，病人指端背側

伸展能力無損。

5、感覺麻木常見於姆指、食指，但皮膚感覺缺損變化相當大

（五）針灸 循經取穴，例如大杼、肩井、曲池、手三里、孔最、列缺、溫溜、合谷等穴。

（六）傷科

1、熱敷

2、按摩

3、電氣療法

4、使用夾板，保持手臂、手腕的正常位置，避免造成畸形。

九、扳機指

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992。)

(一) 定義:

屈指肌腱鞘炎，又名扳機指或彈響指。多發於拇指、中指、無名指。

(二) 病因病機

掌骨頸和掌指關節掌側的淺溝，與鞘狀韌帶組成骨性纖維管，屈拇長肌腱，屈指深、淺肌腱分別從各相應的管內通過。當局部過勞，血不榮筋，或受涼時，引起氣血凝滯，不能濡養經筋而發病。手指經常屈伸，使屈肌腱與骨性纖維管反覆摩擦，或長期用力握持硬物，使骨性纖維管受硬物與掌骨頭的擠壓而發生局部充血、水腫，繼之纖維管變性，使管腔狹窄，屈指肌腱受壓而變細，兩端膨大成葫蘆狀。屈指時，肌腱膨大部分通過狹窄的纖維管，便出現手指的彈跳動作。

(三) 臨床表現

初起：掌指關節掌側酸楚不適，繼而覺屈伸不利，出現屈伸性嵌頓彈響，但尚可主動屈伸過程中”解鎖”

重型：病勢繼續發展，交鎖頻繁，不能主動解除交鎖情況，疼痛明顯，局部有壓痛感，並可觸摸到痛性硬結於指下彈動。

(四) 檢查(含鑑別診斷)

本病應與類風濕性關節炎、退化性關節炎、手指扭挫傷相區別。

(五) 手法

(1) 撥筋法 術者用拇指甲於患側掌指關節處撥筋。用力方向與肌腱垂直，由一側向另一側撥，於不同高度撥 2-3 處，每處 2-3 次，可重複一遍。

(2) 捋筋法 術者握患指超伸展，另拇或中指與肌腱方向一致，由遠側向近側推捋數下，可重複一遍。

(六) 針灸

可取內關、大陵、合谷、後溪、神門等穴，依劇情況選取 2-3 穴。

(七) 藥物

外用藥可選洗藥、關節止痛膏等。內服藥可選正骨紫金丹。

(八) 功能鍛鍊

握拳：拇指在餘四指之外，用力，慢速，每遍 20-30 次，可重複一遍。

壓指：第 2-5 掌面放置桌沿，用臂力下壓，掌根懸空，每遍 15-20 次，可重複一遍。

十、腕隧道症候群

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992。Uptodate。
楊榮森，骨科臨床檢查指引，合記出版社，1998。)

(一) 定義

腕管綜合症。腕管是指腕掌側的掌橫韌帶與腕骨所構成的骨-韌帶隧道。腕管中有正中神經、拇長屈肌腱和四個手指的指深屈肌腱、指淺屈肌腱。正中神經居於淺層，處於肌腱與腕橫韌帶之間。腕管綜合症是由於正中神經在腕管中受壓迫，而引起以手指麻痛乏力為主的症候群。本病好發於中年婦女，及手工勞動者、長期使用鍵盤滑鼠者。

(二) 病因病機

腕部的創傷，如橈骨下端骨折、腕骨骨折脫位、腕部扭挫傷、腕部慢損傷，或腕管內有腱鞘囊腫、脂肪瘤等原因導致腕管內容積減少。由於腕管內腔縮小，指屈肌腱和正中神經與腕橫韌帶來回摩擦，而引起肌腱、肌腱周圍組織、滑膜水腫、腫脹、增厚，使管腔內壓力增高，壓迫正中神經，發生腕管綜合症。

(三) 臨床表現

發病緩慢，多見於單側，初期主要為正中神經受到壓迫症狀，如患肢手橈側三個半指頭（拇、食、中指、一半無名指）有異樣麻木、刺痛感覺，其中以食指最明顯，其次是中指和無名指，少數病人可出現手指燒灼痛。嚴重者夜間加劇有時會突然痛醒，刺痛和灼痛可向手指末端放射，偶而可見逆走向肘、肩部放射，故此常誤診為頸椎病。當工作後手溫升高或操勞過久時會疼痛加重，甩動手指時即可緩解症狀。

(四) 檢查(含鑑別診斷)

腕管綜合症主要表現為正中神經受壓後，引起腕以下正中神經支配區域內的感覺、運動功能障礙。患者橈側三個半手指麻木、刺痛或燒灼樣痛、腫脹感。患手握力減弱，拇指外展、對掌無力，握物端物時偶有突然失手的情況。夜間、晨起或勞累後症狀加重，活動或甩手後症狀可減輕。寒冷季節患指可有發冷、紫紺等改變。病程長者大魚際肌萎縮，患指感覺減退、出汗減少，皮膚乾燥脫屑。

1、Tinel sign：又稱扣擊試驗，即叩擊腕橫韌帶之正中神經處，患指症狀明顯加重者為陽性。

2、Phalen test：屈腕壓迫試驗，即掌屈腕關節同時壓迫正中神經一分鐘，患指症狀明顯加重者為陽性。

3、肌電圖檢查可見大魚際肌出現神經變性(NCV)。

本病應注意與頸椎病、多發性神經炎等疾病相鑑別。頸椎病引起神經根受壓時，則麻木區不單在手指，往往前臂也有感覺減退區，並且運動、肌腱反射也出現某一神經根受壓的變化。多發性神經炎症狀常為雙側性，並不侷限在正中神經，橈尺神經也常受影響，成手套狀感覺麻木區。

(五) 手法

局部不宜過重過多施用手法。

- (1) 腕屈伸 適用於腕部。患者坐位，術者左手拇指中指夾於患側腕之兩側，右手食指、中指夾患側拇指近節，同時拇、食指握餘四指牽引，並徐徐量掌側屈腕至最大限度，左手拇、中指對抗按壓推滾尺橈骨莖突部，伸屈腕關節數次。
- (2) 搖腕 彈大魚際筋，彈撥有關麻筋及撥指。

(六) 針灸

取陽溪、外關、合谷、勞宮等穴，得氣後留針 15 分鐘，每日或隔日一次

(七) 藥物

內服藥: (1)消腫止痛：內服回生第一丹，每天 2~3 次；(2)鎮痛和傷：內服正骨紫金丹。

(八) 功能鍛鍊

練習手指、腕關節的屈伸及前臂的旋轉活動，防止廢用性肌萎縮和黏連。

十一、三角軟骨損傷

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992。)

(一) 定義:

腕三角軟骨為纖維軟骨組織。軟骨基底部附著於橈骨遠端關節面的尺側緣，軟骨尖端附著於尺骨莖突基底部，軟骨的掌側緣與背側緣均與腕關節囊相連，因而把腕關節腔與尺橈下關節腔隔開。

(二) 病因病機

腕三角軟骨具有限制前臂過度旋轉的功能，因此當腕關節遭受突然的過度旋轉暴力時，可引起三角軟骨的損傷或破裂。

(三) 臨床表現

初起腫脹、疼痛侷限於腕關節之尺側，活動功能障礙，腕伸屈旋轉動作時因擠壓軟骨盤可引起疼痛。

後期腫脹基本消退，但尺骨小頭部仍有微腫及壓痛，酸楚乏力。將腕關節尺偏，並作縱向擠壓，可引起局部的疼痛。作較快的伸屈旋轉動作時可發出彈響聲。部分患者可併發下尺橈關節韌帶的鬆弛或斷裂，臨床檢查見尺骨小頭移動度增大。

(四) 檢查(含鑑別診斷)

將腕關節尺偏旋前位，並作縱向擠壓，可引起局部的疼痛。

部分患者可併發下尺橈關節韌帶的鬆弛或斷裂，臨床檢查見尺骨小頭移動度增大。月骨無菌性壞死同樣有外傷史，但壓痛點在腕正中部，可與本病相鑑別。手腕尺側副韌帶損傷的痛點侷限在副韌帶起止點，且橈偏時疼痛加重。

(五) 手法

先行相對拔伸，並將腕部環轉搖晃 6-7 次，然後在橈骨遠端和尺骨小頭的側方互相擠壓以復位，最後痛點按壓。

(六) 藥物

外用藥可用洗藥外洗或七厘散外敷；內服藥物可選補筋丸或人參紫金丹。

(七) 功能鍛鍊

初期要注意固定制動，用兩塊夾板將腕關節固定 4-6 周，然後在無痛的情況下，逐步進行功能活動。

十二、腰椎椎間盤突出症 HIVD

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；楊榮森，骨科臨床檢查指引，合記出版社，1998；中國期刊網)

(一) 定義

腰椎間盤突出症是指腰部遭受較重的外力作用，使腰椎間盤纖維環部分或全部破裂，髓核向外突出，壓迫神經根或脊髓引起腰痛和一系列神經症狀，又名“腰椎間盤纖維環破裂症”，簡稱“腰突症”。病多見於男性體力勞動者，且以20~40歲居多。由於下腰部負重大、活動多，腰椎間盤突出症多發於第4-5腰椎及第5腰椎與第1骶椎之間的椎間盤。

(二) 病因病機

相鄰兩個椎體之間有椎間盤連接，構成脊椎骨的負重關節，為脊柱活動的樞紐。每個椎間盤由纖維環、髓核、軟骨板三個部分組成，有穩定脊柱，緩沖震盪等作用。隨著年齡增長以及不斷遭受擠壓、牽引和扭轉等外力作用，使椎間盤逐漸發生退化，髓核含水量逐漸減少，而失去彈性，繼之使椎間隙變窄，周遭韌帶鬆弛，或產生裂隙，這是造成腰椎間盤突出症的內因。

在外力的作用下，如彎腰提取重物時，椎間盤後部壓力增加，容易發生纖維環破裂和髓核向後外側突出。少數患者腰部著涼後，引起肌肉張力增高，導致椎間盤內壓升高，而促使已有退行性變的椎間盤突出。《諸病源候論·腰腳疼痛候》說：“腎氣不足，受風邪之所為也，勞傷則腎虛，虛則受于風冷，風冷與正氣交爭，故腰痛。”可見外傷及風寒濕邪是導致椎間盤突出的外因。椎間盤突出症之所以易於發生在腰部，是由於腰椎的負重量及活動度較胸椎為大，尤以腰4-5及腰5-骶1之間，是全身應力的中點，負重及活動度更大，故最易引起腰椎間盤突出症。突向椎管內的髓核或纖維環裂片，若未壓迫神經根時，只有後縱韌帶受刺激，而以腰痛為主。若突破後縱韌帶而壓迫神經根時，則以腿痛為主。

本病多數患者可因腰扭傷或勞累而發病，少數既無明顯外傷史，亦無勞累而發病，多為纖維環過於薄弱所致。

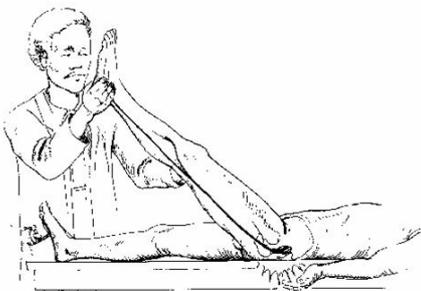
(三) 臨床表現

主要症狀是腰部疼痛及下肢放射性疼痛，腰痛常在腰骶部附近，在腰椎下段棘突旁和棘突間有深壓痛，並沿患側的大腿後側向下放射至小腿外側、足跟部或足背外側，多為單側下肢痛，若椎間盤突出較大或位於椎管中央時，可為雙側疼痛。咳嗽、噴嚏、用力排便時，均可使神經根更加緊張而加重症狀，步行、彎腰、伸膝起坐等牽拉神經根的動作也使疼痛加劇，屈髖、屈膝臥床休息時疼痛減輕。病程較長者，其下肢放射痛部位感覺麻木。

(四) 檢查

檢查時有不同程度的脊柱側彎，多數突向患側，腰生理前突減少或消失，這是一種保護性反應，可以緩解神經根壓迫。約90%的患者腰部屈伸和左右側彎呈不對

稱性受限，骶棘肌、髂腰肌、大腿後方肌群和梨狀肌可有痙攣，觸之硬韌，直腿抬高試驗為陽性。腰椎間盤突出症患側直腿抬高可有不同程度的障礙，甚至有膕繩肌痙攣，抬腿至 20°~30°就牽動受壓神經根，而出現坐骨神經痛(下圖)。壓痛點的位置有定位意義。若在某腰椎間隙棘突旁有深在壓痛，並引起或加劇下肢放射痛，即證明該椎間隙是腰椎間盤突出的部位。



直腿抬高試驗

皮膚感覺異常對椎間盤突出定位亦有意義。在小腿下端如以脛骨為界，脛骨前皮膚感覺過敏、遲鈍或痛覺喪失表明腰椎 4、5 椎間盤突出壓迫第五腰神經根；脛骨後的皮膚感覺障礙則是腰骶椎間盤突出壓迫第一骶神經根。

雙側跟腱反射的對比檢查也有利於定位診斷。跟腱反射減弱或消失者多是腰骶椎間盤突出，不僅壓迫第五腰神經根，也影響跟腱反射。

肌力測定也有助於定位診斷。足背伸肌和伸姆肌肌力減弱是腰椎 4、5 椎間盤突出，拓屈和立位單腿翹足跟力減弱為腰骶椎間盤突出。

測定兩大腿同一部位的周徑能瞭解大腿廢用的程度，症狀重、病程長者，多有肌萎縮。輕度坐骨神經痛而不影響走路者，可能沒有肌萎縮。

有坐骨神經痛的患者，常需攝腰椎正、側 X 線照片作輔助診斷，可見脊柱側彎，椎間隙變窄，椎體邊緣唇狀增生。如果發現椎間隙變窄並有增生現象，這說明椎間盤有退行性變存在，但必須與臨床體檢定位相符合才有意義。至於發現椎間隙前窄後寬，左右不等寬都與保護性姿勢有關，不能作為診斷的肯定性依據，所以腰椎的 X 線照片在診斷上多是在排除腰椎結核、骨性關節炎、骨折、腫瘤和脊椎滑脫等疾患。

(五) 治療

1、手法

目的：增加局部組織痛閾，改善腰肌高張力狀態；降低椎間盤內壓力，增加盤外壓力，促使突出物還納，為纖維環的修復創造條件；改變突出物位置，緩解神經根受壓狀態；加強氣血循行，促使神經根及周圍軟組織水腫的吸收。

治則：舒筋通絡，理筋整復，活血化瘀。

(1) 俯臥推拿法

對症狀較輕，脊柱側彎不重，直腿抬高可達 50°者，適宜推拿手法。患者俯臥，術者在腰腿痛處依次作按壓、揉摩、拿捏等手法解除臀部肌肉痙攣。沿受損傷神經根及其分佈區域用滾、按、點、揉、拿等法，促使氣血循行加強，從而使萎縮的肌肉和受損神經逐漸恢復正常功能。

(2) 腰部斜扳法及腰椎旋轉復位法

適於個別症狀嚴重，不能起坐患者。患者側臥，術者一手按其髂骨後外緣，一手推其肩前，兩手同時向相反方向用力斜扳，這時可在腰骶部聞及彈響聲。

用腰部斜扳和旋轉復位手法，以調整後關節紊亂，從而相對擴大椎間孔。斜扳或旋轉復位時，由於腰椎及其椎間盤產生旋轉扭力，從而改變了突出物與神經根的位置。反復多次進行，可逐漸鬆解突出物與神經根的黏連。再在仰臥位，強制直腿抬高以牽拉坐骨神經與膕繩肌，可起到鬆解黏連的作用。

(3) 臥位拔伸法

患者仰臥，術者用手法或器械進行骨盆牽引，使椎間隙增寬，降低盤內壓力，同時可擴大椎間孔，減輕突出物對神經根的壓迫。患者俯臥，術者用雙手有節奏地按壓腰部，使腰部振動。然後在固定患部的情況下，用雙下肢後伸扳法，使腰部過伸。本法可改變突出物與神經根的位置。

2、針灸

取阿是穴、環跳、殷門、陽陵泉、承山、懸鐘等，用瀉法，隔日一次。冬日可用溫針灸法。

3、藥物

初期治宜活血舒筋，可用舒筋活血湯等，常用藥物如澤蘭、牛膝、當歸、續斷、紅花、乳香、沒藥等，成藥如雲南白藥；病程久者，體質多虛，治宜補養肝腎、宣痹活絡，內服補腎壯筋湯等，常用藥物如杜仲、熟地、山萸肉、當歸、白芍、五加皮等，成藥如大活絡丹等。

4、功能鍛鍊

□ (1) 背伸鍛鍊

患者俯臥，雙下肢伸直，兩手放在身體兩旁，兩腿不動，抬頭時上身軀體向後背伸，每日3組，每組做20-50次，經過一段時間的鍛鍊，適應後，改為抬頭後伸及雙下肢直腿後伸，同時腰部儘量背伸，每日5-10組，每組50-100次，以鍛鍊腰背部肌肉力量。

(2) 倒走

於地面平整、較為空曠之處，行倒走訓練。倒走時，可擺動雙臂以保持身體平衡。初時，須注意避免跌倒，時間可在10分鐘左右，熟練後，可酌情延長。此法可調整腰臀肌功能。

十三、椎管狹窄症 Spinal Stenosis Syndrome

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate)

(一) 定義

指各種形式的椎管、神經根管以及椎間孔的狹窄，包括軟組織（如黃韌帶肥厚、後韌帶鈣化等）引起的椎管容積改變及硬膜囊本身的狹窄。由於椎管狹窄造成對脊髓及神經、血管卡壓和刺激從而引起椎管狹窄症的發生。

(二) 分類

1、一般分為：

—先天發育性（原發性）和後天繼發性兩大類

2、按狹窄部位分為：

—頸椎管狹窄症、腰椎管狹窄症和胸椎管狹窄症

—最常見的為腰椎管狹窄，頸椎管狹窄常歸於脊髓型頸椎病，胸椎管狹窄較少見。

3、按解剖部位分為：

—中央型（主椎管）狹窄、側隱窩狹窄和神經根孔狹窄

(三) 病因病機

1、先天性（原發性或發育性）椎管狹窄

—在脊柱的生長形成中，包括營養、外傷等因素造成椎管發育的先天性狹窄而致此病。大部分患者開始可能不出現症狀，人到中年以後由於脊柱的一些退行性病變或損傷，從而導致椎管狹窄症的症狀及體徵出現。

2、後天繼發性椎管狹窄

—由於椎間盤突出、椎體增生、椎體滑脫以及後縱韌帶、黃韌帶增生肥厚、鈣化或骨化等，刺激脊髓、神經及周圍血管造成神經血管發生炎症粘連，充血水腫脹大，從而造成椎管狹窄症的發生。

(四) 臨床表現

1、長期腰骶部痛、腿痛

2、雙下肢漸進性無力、麻木

3、間歇性跛性，步態不穩，行走困難

4、麻木可由腳部逐漸向上發展到小腿、大腿及腰骶部

5、腹部出現束帶感

6、嚴重時出現大小便異常，性生活障礙，截癱、四肢癱或偏癱等

(五) 檢查（診斷依據）

1、有慢性腰痛史，部分病人有外傷史。

2、多發生於 40 歲以上的體力勞動者。

3、長期反復的腰腿痛或間歇性跛行，腰痛在前屈時減輕，在後伸時加重，腿痛多為雙側，可交替出現，站立或行走時出現腰腿痛或麻木無力，疼痛和跛行逐漸加重，

休息後好轉。嚴重者可引起尿頻或排尿困難。

4、下肢肌萎縮，腱反射減弱，腰過伸試驗陽性。

5、腰椎 X 線攝片檢查有助於診斷，脊髓造影、CT 和核磁共振檢查有重要的診斷意義。

(六) 西醫治療

1、非類固醇消炎藥

2、肌肉鬆弛劑

3、硬膜外及神經根類固醇注射

4、物理治療

5、手術

(七) 針灸

1、腎俞 命門 華佗俠脊 秩邊 委中 崑崙

2、用平補平瀉法，並可加溫針灸

3、以足太陽膀胱經穴為主，以補腎通絡；再配合局部取穴，活血強腰

(八) 推拿

1、手法

多採用滾法、按法、揉法、擦法及被動運動

2、操作

(1) 患者俯臥位，醫者以滾法操作於腰骶部，以按揉法施於夾脊、督脈、膀胱經第一側線、八髎、秩邊等部

(2) 患者側臥位，斜扳腰椎

(3) 患者仰臥位，行屈膝屈髖按壓法；指揉委中、崑崙

(4) 患者俯臥位，用擦法擦腰骶部，透熱為度

(九) 藥物

(1) 溫通經絡，強壯筋骨

(2) 補腎壯筋湯--熟地 12g、當歸 12g、牛膝 10g、山茱萸 12g、茯苓 12g、續斷 12g、杜仲 10g、白芍 10g、青皮 5g、五加皮 10g

(十) 日常保健與功能鍛鍊

(1) 腰的保護

睡床要軟硬適中，避免睡床過硬或過軟，使腰肌得到充分休息；避免腰部受到風、寒侵襲，避免腰部長時間處於一種姿勢，肌力不平衡，造成腰的勞損。

(2) 腰的應用

正確用腰，搬抬重物時應先下蹲，用腰時間過長時應改變腰的姿勢，多做腰部活動，防止逐漸發生勞損。

(3) 腰部保健運動

經常進行腰椎各方向的活動，使腰椎始終保持生理應力狀態；加強腰肌及腹肌

練習，腰肌和腹肌的力量強，可增加腰椎的穩定性，對腰的保護能力加強，防止腰椎發生退行性改變

十四、足踝扭傷

(參考資料列於本節最後)

踝關節外側扭傷是在運動及日常活動中最常見的意外傷害。醫學常規處理，多建議休息、冰敷及適度固定與復健等。(1)據統計在踝關節的損傷中，腳踝扭傷佔了75-85%，其中又有85%屬於內翻性損傷。(2)

文獻統計發生扭傷後再次發生的機率为3-34%。(3)發生外側踝扭傷的重要因子是曾發生過踝扭傷。(1)(4)約55% 踝扭傷者未循求專業的治療，扭傷往往被低估，所以外側扭傷後遺症狀可能持續6週甚至到18個月。(4)

構造及發生機制：

踝部的關節包括踝關節、距下關節及脛腓聯合。穩定關節的力量來自於韌帶結構及肌肉(腓骨肌)。踝部韌帶可區分成三群：內側韌帶、外側韌帶及脛腓聯合韌帶。外側韌帶包括：前距腓韌帶、跟腓韌帶及後距腓韌帶；較深層有外側距跟韌帶。前距腓韌帶主要限制了足部的蹠屈及內轉，跟腓韌帶在足背屈時張力最大。(1)

內側韌帶主要是三角韌帶，其中三角韌帶又可細分為4個部分：脛舟部、前脛距部、脛跟部及後脛距部。脛腓聯合韌帶包括：前下脛腓韌帶，後下脛腓韌帶，骨間膜韌帶及下橫脛腓韌帶。(5)內側的脛前肌、脛後肌、屈趾長肌、屈拇趾長肌及伸拇趾長肌提供了額外的內側支持力。(2)

過度的足內旋內翻合併小腿的外旋加上觸地時蹠屈越大，造成的拉力超過韌帶組織的強度即會造成損傷，造成韌帶損傷依發生順為前距腓韌帶、跟腓韌帶至後距腓韌帶；單純跟腓韌帶損傷不常見，多合併前距腓韌帶損傷。(1)(4)內踝的三角韌帶撕裂傷並不常見，容易發生在足部外翻合併身體重心滑出，損傷三角韌帶前部，而且容易伴隨外踝的骨折發生。(1)

踝扭傷及脛腓聯合有1-18%，且較內外踝扭傷難以診斷，治療的效果亦不彰，運動員中若傷及此韌帶則需更長時間的治療。其損傷機制有3種：足部過度外旋、距骨過度外翻及過度的背屈，此三作用皆可導致踝關節拉寬而使脛腓聯合受損。經由病史的探問可探知部分損傷的機制，有助於診斷出最可能損傷的部位。但臨床病史往往不容易呈現相當準確之部位，需使用一些理學檢查及影像檢查來加強此部分診斷準確度。(5)

急性踝扭傷後發展為慢性踝不穩(chronic ankle instability)的發生率約20%。(2)但因為踝扭傷常見，故一般民眾或診察者有時會有忽略之評估，可能導致延後就醫、或是評估的不足而延長復原時間。慢性踝關節不穩定的診斷主要是病史中描述踝部不安全、不穩定感或無力感。幾項常作的理學檢查包括以趾走路的困難。若患者的後足內翻或外翻受限並有反覆扭傷史則要考慮診斷為跗骨融合(tarsal coalition)。同時應施予前抽屜測試及距骨傾斜測試(talar tilt test)以了解關節韌帶張力等項目。(6)

詳細詢問病史以及理學檢查是臨床診治的重要依據。病史的詢問包括了解扭傷機制、扭傷部位之疼痛、腫脹、皮下瘀斑，是否伴隨跛行。局部是否有壓痛，若內翻扭傷者，足做內翻動作時，外踝前下方劇痛；若外翻扭傷者，足做外翻動作時，內踝前下方劇痛。理學檢查方面，如anterior drawer test可以測試前距腓韌帶的完整

性；inversion stress test 可以測試跟腓韌帶是否受傷。Squeeze test 則是藉由在小腿中段處緊壓脛骨和腓骨，若能引起遠端韌帶結合(syndesmosis) 的疼痛，則表示脛腓韌帶聯合有受傷。(9)

分級及分期

對於踝扭傷，較少依受傷後時間來分期，較多根據受傷的嚴重度作分級。

急性扭傷有許多的分級法，第一級為韌帶受牽拉，出現亞急性的腫痛，通常可繼續活動，踝部穩定，可見「輕微的韌帶壓痛」；第二級為部分撕裂傷，出現「急性腫痛」，無法繼續運動，表現疼痛步態，檢查見中度腫脹，中度的韌帶壓痛，踝關節測試仍是穩定的；第三級為韌帶完全斷裂，於內翻的受傷過程中可能聽到有“啪”聲音，出現急性疼痛，通常無法走路，檢查除明顯腫脹、壓痛外，「踝關節是不穩定的」。以上是用來評估急性損傷時的嚴重程度(7)。

排除診斷

急性腳踝扭傷在出現幾個臨床特徵時應注意有無骨折發生，可以用 **Ottawa ankle rules**：(2)

1. 在內外踝區(脛骨或腓骨的下 6 公分內)有疼痛時，出現以下情況之一應取得踝部的 X 光片
 - ◆ 內踝尖或內踝後緣有骨壓痛
 - ◆ 外踝尖或外踝後緣有骨壓痛
 - ◆ 在急診或醫師的診間即無法承受體重
2. 在中足區(舟狀骨、骰骨、楔形骨、跟骨前突及第五跖骨基部)有疼痛時，出現以下情況之一應取得足部的 X 光片
 - ◆ 第五跖骨基部有骨壓痛
 - ◆ 舟狀骨有骨壓痛
 - ◆ 在急診或醫師的診間即無法承受體重

治療原則

Balduini 提出對第 1、2 級的外側韌帶拉傷採取功能性保守治療，立即以 **RICE**(rest, ice, compression, elevation)原則處理，接著予以支撐繃帶、貼紮或護具以短暫的支持，然後儘早復健，包括主動關節的活動，用傾斜板進行本體感覺訓練及強化腓骨肌。通常使用踝護具會將踝部保持在中立或背屈姿勢，因

背屈位被認為可幫助前距腓韌帶的靠近。第三級損傷的治療仍有爭議，保守療法和手術治療皆有滿意的報導，且早期修補和晚期的修補最終結果相似。(1)

對於運動選手而言，或需要較大的踝關節受力者，其復健治療可分為五期：1. 控制腫痛；2. 回復關節活動度；3. 開始強化肌肉及本體感覺；4. 開始運動專一之功能復健；5. 逐漸回到比賽場。其對分期的復健治療如下表 1。(2)

表 1. 損傷後治療及復健分期治療參考。

<i>Rehabilitation phases</i>	
Phase I. Goals: control pain and swelling RICE (rest, ice, compression, elevation) Non- to partial weight bearing Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDS) ROM in safe planes (towel exercises) Isometrics (resistance against an immovable object) in all directions Rest-of-body conditioning Modalities as needed (prn) (ie, electrical stimulation, ice)	Phase III. Goals: increase strength and proprioception Continue Phase II Full ROM in all planes Strengthening exercises (increase resistance with elastic bands) Proprioception exercises (balance on one foot with eyes open, closed, catch ball) Rest-of-body conditioning Modalities prn
Phase II. Goal: increase ROM (active) Continue Phase I Strengthening exercises in all directions (elastic band, pick up objects with toes) Active ROM using pain as guide (eg, draw ABCs) Progress to full weight bearing Rest-of-body conditioning Modalities prn	Phase IV. Goals: full strength/proprioception, sport-specific training Continue Phase III Strengthening on weight equipment Skill/sport-specific training (jogging, figure 8s, defensive slides, etc) Limited practice/drills Proprioception on unstable surface (cushion, pillow) Modalities prn
	Phase V. Goal: gradual return to full activity Continue Phase IV as maintenance Gradual return to full practice/competition with bracing Modalities prn

以上資料摘錄於：Pommering TL, et al, Ankle and Foot Injuries in Pediatric and Adult Athletes, Prim Care Clin Office Pract 2005, 32: 133– 161

腳踝扭傷中醫觀點 簡介

傳統中醫常以「筋傷」泛稱身體肌肉及韌帶等軟組織的損傷，有些時後若骨頭排列異常而影響結構整體性時，會以「骨錯縫」、「錯骨縫」稱之。

傷科臨床診察以觀察患足的骨骼排列及相對位置是否異常，通常可以對側無受傷足比較。若以痛為診斷的惟一依據，則難突顯精準的病位，因幾乎所有踝扭傷病人會有疼痛表現，以疼痛定位受傷的韌帶將會過度評估。

手法舉例：

根據<武春發、中醫骨傷科學、台北、知音出版>中「踝關節錯縫」及「踝關節韌帶損傷」：(8)

治療踝關節錯縫：“拔伸放鬆關節，將活動範圍由小到大至踝關節的屈伸至極限度”。

治療前距腓韌帶損傷：“拔伸足部、搖踝關節，再用力將足跖屈內翻，在牽引下將足背伸、外翻，同時一手拇指在韌帶處用捋順法、然後患者正坐，術者一手由外側握住足跟，用拇指壓於韌帶損傷部位，另手握住跖部，作踝關節搖法，在拔伸力量下將足跖屈再背伸，同時在韌帶損傷部位的拇指向內向下用按法”。

有些臨床工作者觀察到，發生腳踝扭傷後，疼痛及活動障礙的來源除了損傷後致軟組織及韌帶損傷，可能是扭傷後骨位異常或關節的微小改變(半脫位，subluxation)，故使疼痛及功能障礙在常規治療下難以改善，最近被報告的內容包括腓骨或骹骨的錯位。(10)(11)這些想法在中醫界及其他手法醫學中，已陸續提出除軟

組織的損傷導致疼痛及功能障礙外，關節、骨位異常也是重要因素。

另外，根據病患受傷後的時間，我們將踝扭傷分為幾期：急性期(損傷後 2 天內)、中期(傷後 2 天至 2 週內)、晚期或後遺症期(大於 2 週)。

急性期病理特點是組織撕裂或斷裂後出現血腫和水腫，發生反應性發炎，處理原則是制動、止血、防腫、鎮痛及減輕炎症。可冷敷、加壓包紮、抬高患肢等。中期病理變化特點是形成肉芽組織，瘀血凝塊被吸收，等組織修復過程，處理原則是改善局部血液和淋巴循以促進組織的新陳代謝，加速瘀血和滲出液的吸收和壞死組織的清除，促進再生修復，防止粘連形成。晚期、後遺症期：損傷組織基本修復，但有癍痕和粘連形成。處理原則是增強肌肉、關節功能，分離或軟化癍痕和沾連。(13)

內治法：

筋傷內治法。通過內服藥以達治療疾病的目的，根據辨證施治的原則，辨病與辨證相結合，分為三期治療：

初期，表現以疼痛腫脹、氣血瘀結化熱為主，原則是祛瘀清熱止痛。常用治法如攻下逐瘀法(方如復元活血湯)、行氣消瘀法(方如膈下逐瘀湯)、清營涼血法(如清營湯、十灰散、犀角地黃湯)、補氣攝血法(方如生脈散、當歸補血湯)及清熱解毒法(如普濟消毒飲)。

中期，殘留瘀血、疼痛及腫脹，並同時見肝、脾、腎或胃的虛弱，則為虛實夾雜，治宜攻補兼施，調如營衛，以“和”為主。常用治法如和營止痛法(和營止痛湯)、舒筋活絡法(如疏筋活血湯)及接骨續筋法。

後期，瘀血腫脹多已消除，為撕裂之筋未能癒合堅固，經脈未能完全暢通，氣血、肝、腎、脾、骨虛損之證突，根據虛者補之的原則，擬定下列治法：補養氣血法(如八珍湯、十全大補湯)、補養脾胃法(如補中益氣湯、參苓白朮散)、補益肝腎法(如補腎壯陽湯、金匱腎氣丸)及溫經通絡法(如獨活寄生湯)。(8)

外治法：

骨傷科常用外治法即外敷膏布、薰洗、塗擦軟膏及噴劑使用。外敷藥膏或膏藥包括如意金黃膏、止痛青草膏、行血寧痛膏及得生滅痛膏。使用外敷藥膏、膏布要衛教患者觀察是否因貼敷過久而發生藥布疹，常規建議患者每日使用不超過 8 小時；若起藥疹可改用軟膏或以噴劑使用。

膏布使用原則：急性期或患處出現紅腫熱痛，可用如意會黃膏；其他情況止痛青草膏及行血寧膏皆可選用。得生滅痛膏成分中有較多的溫通止痛類藥品，患處溫度較低者，可以優先考慮；此品亦較少造成皮膚過敏。

噴劑及軟膏使用：很少造成皮膚過敏，而且有攜帶方便的優點。

薰洗：利用蒸氣的方式以氣霧的形式，將中藥材中的成分而作用於患處。選用時機為患肢循環不佳，見肢體溫度較低、瘀血消退緩慢或受傷日久關節活動有阻力感。使用時注意噴氣口和患處保持一定距離以避免造成燙傷，對於行動不便、皮膚感覺異常者之使用要謹慎。

外治法使用前應注意患處是否有傷口，以免造成其他的傷害。

腳踝扭傷臨床診治建議：

1. 急性期若符合 Ottawa rule，或亞急性期之後病史交代不清，照 X 光片排除骨折。
2. 急性期，觀察腫脹程度，病情允許下可檢查是否有韌帶撕裂，若有部分或完全斷裂，可能出現鬆弛現象；但疼甚則病患不易放鬆，需待病情稍緩和後再評。
3. 觀察，病情評估：(骨位的判斷可以對側健側比較)
 - a. 韌帶損傷與否：可由壓痛及其上張力評估，常見壓痛為前距腓、跟腓、三角及前後脛腓韌帶，此壓痛不代表有斷裂或部皆斷裂，被過度牽拉後即可能出現。
 - b. 距骨位移：相關韌帶有無壓痛，兩側比較評估是否距骨前後移位或內外旋轉(可以內踝為一參考點)。如前移則相對健側則脛骨至距骨交界的陷下角度較淺；若後移則內側肌腱張力增大，前方陷下程度較大。
 - c. 跟骨歪斜：評估跟距骨間有壓痛、韌帶張力大；腓腸肌攣縮團塊。
 - d. 舟狀骨、骹骨等中足及前足部分：順便檢查一下這些骨頭的關節面相對活動是否受限。
 - e. 腓骨是否往前或往後移位，若位置有偏移則骨上的張力會增大，肌肉因被帶歪則捫及條狀感。
 - f. 經過腳踝的肌腱及小腿的肌肉有無拉傷：壓痛、張力過大等。
 - g. 腫脹及瘀血情況。
 - h. 是否有傷口。
 - i. 若對側有症狀不適合做參考，則重點放在韌帶及肌肉的張力做為評估依據。

4. 治療流程：依受傷後時間分期

急性期：

目的 減少急性損傷後所致關節錯位，以利患者維持踝部受力功能。因腫脹疼痛較劇，韌帶等軟組織或有撕裂，宜在損傷的韌帶上做中度或重度之按揉手法；操作關節類活動類手法時，避免突然或劇烈的牽拉而造成患處再度受損。

- A. 損傷後即刻就診，腫脹未甚，或腫脹且瘀血已出：辨識距骨、跟骨腓骨及脛的關係，盡量調平距跟關節，以利受力。
- B. 針刺：依損傷部位循經取穴，或鬆解關節、肌肉等組織張力、阿是穴。若腫脹且瘀血明顯者，可考慮以針刺或三稜針放血。針刺選穴參考：外踝傷取丘墟、申脉、昆崙、懸鐘、陽陵泉；內踝傷取商丘、照海、太溪、三陰交、陰陵泉。
- C. 內服：治則以祛瘀清熱止痛。
- D. 外敷：如意金黃散或止痛青草膏、行血寧痛膏。
- E. 其他：同前所述，可冷敷、加壓包紮等方式漸少腫痛。

中期

目的 減少踝部活動時的疼痛及使活動角度增大。治療原則：調整結構上的異常，改善局部循環。

- A. 定位疼痛之點，如韌帶、肌肉等；判斷踝足整體的輪廓有無不對稱、關節面是否平整，甚至是脛腓骨及其上。找出關節活動角度明顯受限之處，判斷有無遠近端張力的來源，如肌肉較為攣縮。看肌肉有無不對稱。並且被動活動

關節，可由小至大至極限(若確定有韌帶斷裂，則會牽拉之的方向不宜過度伸展)。

- B. 針刺：依損傷部位循經取穴，或鬆解關節、肌肉等組織張力、阿是穴。針刺選穴參考：參考前期方法。
- C. 內服：治則以攻補兼施，調和營衛，如疏筋活血湯。
- D. 外敷：原則同前期所示。
- E. 此期開始，儘早功能鍛鍊。

恢復及慢性後遺症期：

目的 找出疼痛的關鍵，反覆者往近端搜尋。注意有無癥痕和粘連形成，有者適度鬆解之。

- A. 定位疼痛之點，如韌帶、肌肉等；判斷踝足整體的輪廓有無不對稱、關節面是否平整，甚至是脛腓骨或更近端之處。找出關節活動角度明顯受限之處，判斷有無遠近端張力的來源，如肌肉較為攣縮。看肌肉有無不對稱。
- B. 瘀血：有急性損傷者通常已無明顯瘀血。
- C. 針刺：依損傷部位循經取穴，或鬆解關節、肌肉等組織張力、阿是穴。針刺選穴參考：參考前期方法外，在小腿內外三陰交、懸鐘處尋找肌肉筋膜沾黏點。
- D. 內服：依病情選用治則補養氣血法、補養脾胃法、補益肝腎法或溫經通絡法。
- E. 外敷：原則同前期所示。

自我復健：受傷後，在不痛的範圍內可盡量的活動；或是踝關節疼痛不堪活動，亦可多活動腳趾或膝蓋等，據統計較積極的復健可以縮短疼痛的天數。

療效不顯時

當經過數次處理後，未見療效，可能是診斷的位置不全，或是近遠端的結構對患處的影響。此時則先重新評估患處是否有未注意的損傷部位，無陽性發現時則可能往近端以上找尋其他問題。

參考資料：

1. DiGiovanni BF, Partal G, Baumhauer JF, Acute ankle injury and chronic lateral instability in the athlete, Clin Sports Med 2004;23:1– 19
2. Pommering TL, Kluchurosky Lis., Hall SL, Ankle and Foot Injuries in Pediatric and Adult Athletes, Prim Care Clin Office Pract 2005, 32: 133– 161
3. Rogier M. van Rijn, Anton G. van Os, Roos M.D. Bernsen, et al. What Is the Clinical Course of Acute Ankle Sprains? A Systematic Literature Review. Am J Med, 2008;121(4): 324-331
4. Jay Hertel. " Functional Anatomy, Pathomechanics, and Pathophysiology of Lateral Ankle Instability. J Athl Train 2002;37(4):364– 375
5. Lin CF, Gross MT, Weinhold P, Ankle Syndesmosis injuries: Anatomy, Biomechanics, Mechanism of Injury, and Clinical Guidelines for Diagnosis and Intervention, J Orthop Sports

Phys Ther, 2006;36(6):373-384

6. Meir Nyska, Gideon Mann. The Unstable Ankle, Champaign, Ill. : Leeds : Human Kinetics. 2002. p69.

7. DeLee JC, Drez D, Miller MD. DeLee and Drez's Orthopaedic Sports Medicine, 3rd ed" Section C: Ligament Injuries of the Foot and Ankle in the Adult Athlete" . Philadelphia, PA, 2009

8. 武春發,張安禎,中醫骨傷科學, 台北, 知音出版社, 民 87 年,434-5,530-1.

9. 陳怡嘉, 外踝關節扭傷, 2007 年第 51 卷第 4 期 台北市醫師公會會

11.黃新家, 李科宏, 楊宗憲等, 踝關節扭傷的治療一病例報告, 中醫骨傷科醫學雜誌, 2009 年, 第 8 期, 75-82 頁。

12.趙恆翊, 從外側腳踝扭傷談骰狀骨症候群的治療, 中醫骨傷科醫學雜誌, 2009 年, 第 8 期, 91-95 頁

13.張豔紅, 中醫治療踝關節扭傷研究進展, 遼寧中醫藥大學學報, 2009, 11 卷第 3 期。

十五、脊椎滑脫 Spondylolisthesis

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；中國期刊網)

(一) 定義

Killian 在 1854 年首先使用脊椎滑脫(spondylolisthesis)一詞，並將其定義為“一個椎體在相鄰的下一個椎體之上向前或向後滑脫”。在未知原因的個例中的 5—8 % 是發生在椎弓，但通常是後天性反覆性的壓力所造成。(例抬重物者，體操選手，足球的前鋒)。

Wiltse 提出的分型分為：

I 型	發育不良型	S1 上關節突或椎弓有先天性缺損
II 型	峽部型	病變在關節突間(峽部)
III 型	退變型	繼發於已長期存在的退變性關節炎，由於關節突和椎間盤的不穩定而發生滑脫
IV 型	創傷型	椎弓根、椎板和關節突(不包括關節突間部)的急性骨折
V 型	病理型	繼發於全身性疾病，如成骨不全、畸形性骨炎等的椎弓根病損

為決定平行位移的程度，Meyerding 提出滑移分度如下：

滑脫	移位
I 度	0—25%
II 度	25%—50%
III 度	50%—75%
IV 度	大於 75%以上
V 度	超過 100%

Tailard 測量 L5 在骶骨上移位元的資料，用百分率表示。由於脊椎滑脫者 S1 椎體上緣常呈圓拱形，不易確定前後徑，將此方法稍作修改，沿 S1 椎體背面劃一條線，此線恒定容易判斷，可作為重複測量的基線，經過骶骨的最寬處向基線作垂線，並以骶骨最寬處(B)作為分母，從 L5 椎體後下角向 B 作垂線，測出滑移距離(A)，以 A/B 求出滑移百分率。

此篇討論著重在退行性脊椎滑脫。退行性腰椎滑脫症是指由於腰椎退變而引起的椎弓完整的腰椎向前、向後或向側方的移位。其中，較常見的是向前滑脫。本病症常見於女性，且 45 歲以上居多。滑脫多發生於第 4 和第 5 腰椎。

(二) 病因病機

本病原因尚未完全明瞭，與婦女更年期後期發生的軟組織、椎骨退變;長期工作姿勢不當;腰椎結構發育異常，腰椎失穩造成代償性位移(滑脫)有關。後天性脊

椎滑脫可能是兩種原因之一造成，(1)抬拿重物，體育活動等每天加諸在脊椎上的壓力造成脊椎耗損(也就是退化)，當連接脊椎的力量變弱時，就會造成脊椎滑脫。(2)單一或重覆性的外力作用於脊椎造成脊椎滑脫(也就是解離性滑脫)，例如：從梯子跌落時以腳著地，或如足球前鋒容忍重覆性的脊推衝擊。中醫來說，先天腎氣不足、腎氣虛衰，以及勞役傷腎為發病的內在因素。若反復遭受外傷，慢性勞損，以及風寒濕邪的侵襲為其發病的外在因素。其病理機制是腎虛不固，風寒濕邪阻絡，氣滯血瘀，營衛不得宣通，以致腰腿痺阻疼痛。

(三) 臨床表現

腰痛，或臀部痛、一側或二側大腿或小腿疼痛或無力，膕旁肌肌肉緊繃(小腿後)。有神經根受壓時，可見肌力與反射(踝反射)改變;甚至可見間歇性跛行、陰部麻木及小便失禁或尿滯留。腰背部板滯，活動受限，腰部屈伸活動時可加重症狀，滑脫節段可觸及"臺階感"。在某些嚴重脊椎滑脫的病人會改變他們站立及行走的方式，例如變成蹣跚走路的樣子。這些病人令因下背曲線向前凸，而腹部也更向前凸出，軀幹(胸部等)看起來更短。下背肌肉痙攣也可能發生。

(四) 檢查

1、X線檢查:一般攝正側位X線片即能明確診斷。正位片顯示椎板形態，側位片可顯示滑脫程度(將滑脫腰椎下一椎體的上部縱分為4等份，正常時，椎體後上緣成一連續弧線，滑脫時，移動距離在1/4以下者為1度，1/4~1/2者為II度，以此類推)。

2、CT:可見硬膜囊在椎間盤後緣和上方移位椎體後弓之間受壓，致椎管狹窄，黃韌帶肥厚。

(五) 治療

1、手法

(1)目的:改善腰肌高張力狀態，恢復腰椎穩定，改善腰椎承重力線。

(2)治則:局部放鬆，整復滑脫，制動。

(3)部位及取穴:腰骶部及阿是穴。

(4)手法:滾法、按壓法、扳法。

放鬆手法:患者俯臥位，先在其腰臀部施以滾法5分鐘，繼用按揉法在患側腰部棘旁操作10分鐘左右，以放鬆局部肌張力。

整復手法:

• 腰椎微調手法:

患者俯臥位，醫者一手置於一側髂後上棘內側，另一手按壓骶骨下端，緩慢增加按壓力至關節彈性限制位後，適時加力推衝，按髂後上棘之手向外下方用力，按骶骨下端之手向頭端及腹側用力，使骶骨後旋、髂骨前旋。再轉到對側髂髂關節作同樣手法。

調整完髂髂關節之後，囑患者面床端而立，床端適度墊枕，緩慢俯下臥於床頭，雙下肢自然下垂，兩足不著力自然置於地面。醫者兩手掌前後交叉，掌根分別置於向前滑脫之腰椎的上下椎體的棘點上(或一側掌根置於向後滑脫之腰椎的棘點上)，先以緩慢漸增的力將上下椎縱向牽開，以緊張腰椎周圍韌帶，當上下椎間隙拉開，患者腰腿痛

減輕時，手掌適時向下推衝腰椎棘突，以矯正滑脫椎體的前或後位移。

- 屈膝屈髖墊枕復位法:

患者取仰臥位，屈膝屈髖，醫生將 2 只枕頭疊放在一起，對折後壓住開口一頭，助手抬起患者臀部，使枕頭至 30°楔形墊入患者臀部下方，並以手頂住枕頭，醫者站立床端，雙手向前、向下按壓患者膝部 1 分鐘，之後囑患者在屈膝屈髖抱膝位留枕仰臥 20-30 分鐘。

- 腰椎旋轉斜板復位法:

患者側臥位，醫者與患者相對而立，一手按住側臥上方屈膝屈髖下肢的髻後上棘，一手推按患者側臥上位同側肩部，兩手相對逐漸用力，在患者腰椎旋轉至最大生理角度時，再給予一快衝，時常可聽及"喀喀"聲，本法主要糾正側方滑脫。

2、針灸

腰陽關、腎俞、大腸俞、氣海俞、命門、環跳、風市、委中、昆侖等穴位，每日 1 次，10 次為一療程。

3、藥物

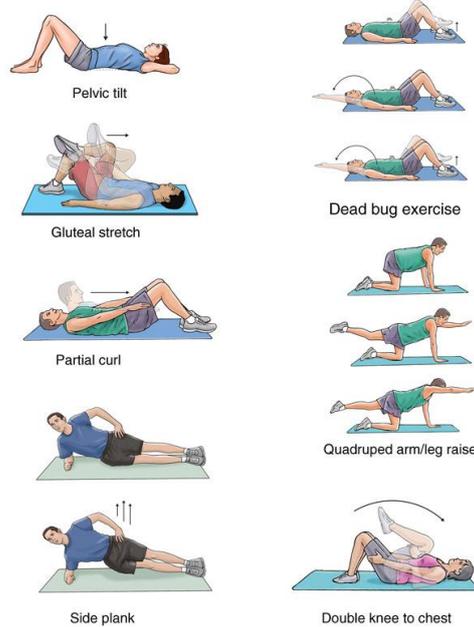
中藥治宜溫通經絡、強壯筋骨，可用補腎壯筋湯加減，常用藥如熟地、炮姜、杜仲、牛膝、制狗脊、續斷等。氣虛血虧者加黃芪、黨參、當歸、白芍。腰腿冷痛者加雞血藤、獨活、桂枝、淫羊藿等。

4、功能鍛鍊

做彎腰運動、伸張運動可加強背伸肌、腹肌的肌力鍛鍊，使腰椎的穩定性增加，從而推遲腰椎關節退變演變的速度。打太極拳對本病有較好的作用。

- 弓步壓髖功:患者取前後弓步，交替下壓髖部約 5 分鐘。
- 爬行功:收髖弓腰，緩慢爬行約 5-10 分鐘。

Spondylolysis and Spondylolisthesis Rehabilitation Exercises



腰椎滑脫建議運動。
圖片來源：
<http://www.summitmedicalgroup.com/>

© 2008 RelayHealth and/or its affiliates. All rights reserved.

十六、腰椎退化性關節炎

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；中國期刊網)

(一) 定義

退化性關節炎是指關節因**老化、使用過當**，或是曾經因**碰撞受傷**讓關節面受損，而導致的關節病變，是活動關節中的結構性病變，也是所有關節炎中最常見的一種。

(二) 病因病機

西醫：

1、**退行性變**是發生本病的主要原因，椎體邊緣增生與椎間盤退變有著明顯的聯繫，椎間盤退變後，失去固有的彈韌性，厚度變薄，椎間隙變窄，從而減弱了椎體對壓力的抵抗，椎體和小關節不斷受到震盪，衝擊和磨損，因而漸漸產生骨刺。骨刺的形成既是一種病理的產物，又是一種變性脊柱的保護性反應。

2、其他：**損傷和勞損**。由於腰部長期負重和過度活動，因此，損傷和勞損機會增多，進一步加速椎間盤退變，彈性減弱，同時引起周圍韌帶鬆弛，關節不穩定，導致椎體不斷受到創傷刺激，日久形成骨刺。

中醫：

人過中年以後而**腎氣漸衰，復感風寒濕邪**，留滯經絡，或因**強力勞作**，傷及氣血，使氣血瘀阻，經脈凝滯不通所致。

(三) 臨床表現

腰背部酸痛不適，僵硬板滯，不耐久坐，久站，晨起後症狀較重，活動後減輕，但過度活動或勞累後加重。腰部屈伸活動不利，但被動運動基本達到正常。

急性發作時，腰痛較劇，且可牽連到臀部及下肢。若骨刺壓迫或刺激馬尾神經時，可出現下肢麻木無力，感覺障礙等症狀。

(四) 檢查(含鑑別診斷)

1、腰椎生理弧度減小或消失，甚或出現反弓。

2、局部肌張力增高，有輕度壓痛，一般無放射痛。

3、直腰抬高略低於正常人，**下肢後伸試驗陽性**。

4、X光檢查：可見椎體邊緣或小關節有不同程度增生，或有椎間隙變窄，生理弧度改變。此外，脊椎骨關節炎可伴隨出現椎間盤退化，脊椎體前側及後側會出現骨贅，小面關節變窄及出現骨贅，有時會因椎間盤退化致使脊椎體互相接近，引起**脊椎連合(Kissing spine)**。

(五) 治療

1、藥物治療：

藥物可以幫助退化性關節炎患者緩解關節疼痛及減低關節發炎的程度。

2、物理治療：

物理治療師會針對患者的情況，透過冷療法、熱療法、水療法、復康運動、手力

治療法，去改善或舒緩患者因關節炎所帶來的關節痛楚及其它相應後遺症狀，對處理退化性關節炎有一定的幫助。

3、職業治療：

職業治療師會教導患者關節保護的守則及方法，使其減低關節的負荷及損害；透過工作簡化的方法及輔助用具的介紹，教患者如何處理日常起居生活及家居事務。

(六) 手法

- 1、目的：推拿治療的目的是增加腰部的血液和淋巴液的循環，增強腰部肌肉的張力，從而恢復腰椎的穩定性。
- 2、治則：舒筋活絡，行氣活血，解痙止痛。
- 3、部位及取穴：患部及腎俞，腰陽關，大腸俞，關元俞，居膠，委中，承山等。
- 4、手法：滾，按，揉，壓點，扳法等。

操作：

(1) 松解手法：患者俯臥位，醫者站於患側，先用**滾法**和**掌根按揉法**沿腰脊柱兩側骶棘肌自上而下反覆施術 3-5 分鐘。再結合局部用雙拇指**按揉**夾脊穴，腎俞，腰陽關，大腸俞，居膠等穴，每穴半分鐘，且以酸脹為度，如有臀部及下肢的酸脹疼麻者，加滾揉下肢，並配合腰部後伸被動運動，能使腰肌痙攣得以緩解。

(2) 解痙止痛法：用**點壓**，**彈撥手法**施術壓痛點及肌痙攣處，反覆 3-5 遍。

(3) 腰椎微調手法：

- 取俯臥位，醫者先用疊掌置於胸腰段，逐一自上而下按壓腰脊柱 3-5 遍，重點按壓腰骶部，力量要適度，不可過於粗暴。然後用**後伸扳腰法**先扳健側，再扳患側，各 5-8 次。
- **腰椎斜扳法**：患者側臥位，患側下肢在上，屈膝屈髖，健側下肢在下，自然伸直，全身放鬆，醫者與患者面對而立，一手扶按側臥上方之肩部，另手扶按屈膝屈髖下肢的骨客部，兩手輕用力作相反方向的搖擺，使腰脊牽拉，關節放鬆，然後兩手用力推扳至極限，再施一快速靈巧的扳動，常可聞見“咯口答”聲。
- **屈膝屈髖動腰法**：患者仰臥位，醫者將患者雙下肢屈膝屈髖，一手扶按雙膝，另一手扶按雙足踝部，然後作順，逆時針搖轉腰骶部，各 16 次，再向腹部推壓 8-10 次。最後分別牽抖雙下肢。
- **舒筋活血法**：患者俯臥位，醫者站立一側，以冬青膏或紅花油為介質，用**魚際擦法**直擦腰骶部督脈及膀胱經，橫擦腰骶部 2-3 分鐘，且以熟透為度，可達溫經活血之目的。最後用桑枝棒有節律地拍打腰背及下肢，結束治療。

(七) 針灸

針灸患部及腎俞，腰陽關，大腸俞，關元俞，居膠，委中，承山等穴。

(八) 功能鍛鍊

- 1、腰部擺動功：患者自然站立，兩足比肩稍寬，兩手叉腰，然後腰部作輕緩的左右搖擺 2-3 分鐘。再作順，逆時針方向的環轉各 32 次。幅度可由小到大。
- 2、腰部左右側屈：患者自然站立，兩足與肩同寬，一手叉腰，另一手側上舉，然後腰部向叉腰側盡量側屈作 32 次，再換手向相反方向作 32 次。

十七、尾骶骨痛症(Coccydynia)

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；

Jean-Yves Maigne, management of Common Coccygodynia,

<http://www.coccyx.org/medabs/maigne6.htm>)

(一) 定義：

1、尾骶骨痛症(coccydynia)：骶尾下部、尾骨部及其相鄰肌肉或其他軟組織發生多種病變而產生的疼痛綜合徵。

(二) 病因病機：

1、中醫：

(1)《素問·真元大論》：“太陽在泉，寒復內舍，則腰尻痛”。

(2)《張氏醫通》：“尻乃足少陰與督脈所過之處，隸屬厥陰”。

(3) 病因多為寒水、濕病、腎虛、死血。

2、西醫：

(1) 外傷、分娩使尾骨骨折、脫位和韌帶扭傷；

(2) 尾神經叢壓迫；

(3) 長期緊張坐位工作或坐姿不良；

臨床上以**外傷性**尾骶骨痛較常見。

(三) 臨床表現：

患者多有跌坐外傷史。疼痛部位多在尾骨尖部或是其周圍軟組織，以持續性頓痛、隱痛、或灼痛為主要表現；急性期時局部或許有紅熱表現；患者無法正坐或正躺，起臥困難，彎腰、起身、下蹲、排便時會加重症狀。

觸診方面，可摸到骨盆或薦、尾椎處有歪斜情況，兩側臀部可摸到條索狀僵硬肌肉。尾骶骨背側有相對應壓痛點。腸薦關節或因跌坐擠壓而活動不佳。

(四) 診斷：

1、病史：

(1) 外傷史(跌落傷骶尾部著地、踢傷、自行車顛簸傷、產傷等)。

(2) 上述臨床表現。

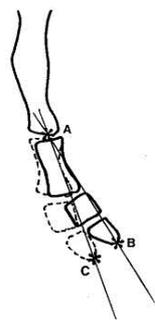
2、影像學檢查：

(1) ***Dynamic lateral view of the coccyx***

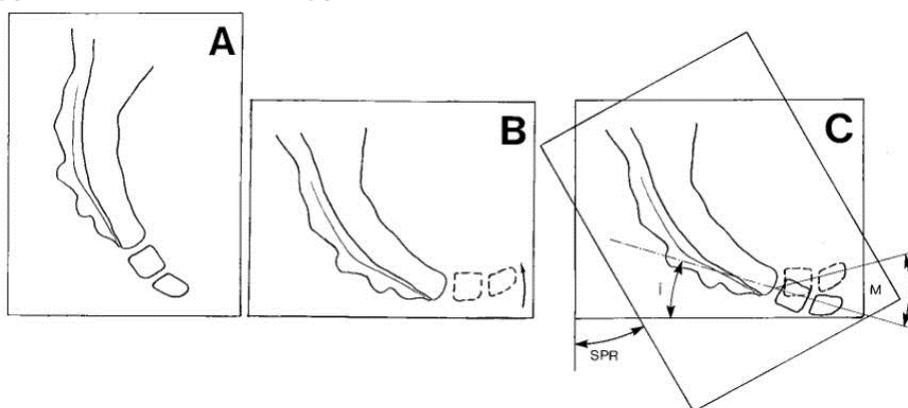
(2) Hypermobility: >25° of flexion on the lateral view

(3) Subluxation: >25% movement (displacement) of the coccyx from the standing to the sitting view.

[Dynamic lateral view of the coccyx]



- Range of motion of the coccyx is measured in degrees (angle ABC). Bold line: standard film. Dotted line: coccyx in the sitting position. A: apex of the angle located at the caudal part of the sacrum (or of the first coccygeal vertebra if the sacro-coccygeal disc is ossified).



- Measure of the coccygeal incidence. A: standing film. B: sitting film, showing a normal flexion. C: measure of the angle (i); this angle reflects the theoretical position that the mobile part of the coccyx would take if the subject was "sitting without the seat", that is without any force acting on it. M = coccygeal mobility, the angle by which the coccyx has rotated relative to the sacrum. SPR = saggital pelvic rotation, the angle by which the pelvis has rotated in going from standing to sitting.

(五) 鑑別診斷：

尾骨骨折、尾骨脫位/半脫位、纖維組織炎、尾神經叢壓迫、骨腫瘤、結核。

(六) 治療：

1、內治：

- (1) 急性期：可用清利溼熱藥物，如當歸拈痛湯+延胡索加減。
- (2) 慢性期：可用活血化瘀藥物，如桃紅四物湯+牛膝、皂角刺、地龍加減等。

2、外治：

(1) 手法：

- (A). 急性期：俯臥位屈膝，醫者一手抓握患者小腿做搖法，一手在同側臀部條索僵硬處予以輕中度點、按、揉等理筋舒筋手法；另可點按長強，上、次、中、下膠數次。待條索處較改善後，令患者起身緩慢彎腰活動。若患者腸薦關節有卡壓情況，也當先行鬆開(鬆腰部、大腿後側肌群)。
- (B). 慢性期：如同上述手法，但力道可加重。因時間已久，需尋找因代償動作所引起的肌肉緊繃處，並予以緩解。

若患者為親屬或熟稔朋友，可行下列手法：側臥位，屈膝屈髖身體屈曲如弓，令病人張口呼吸，醫者右手帶手套將食指塗上凡士林或液體石蠟，輕緩伸入

肛內，在尾骶骨處可摸到小結節點，予以如雨刷樣活動輕揉按摩，將摸到的小結節點鬆開。因尾骨無法固定，故不予以復位，而以散瘀手法來改善症狀。

(2) 針灸：遠端取穴如後頂穴(久留針、約 8~10 小時)；

董氏正會穴(百會穴)、後會穴(後頂穴)(留針 45 分，每 15 分行氣 1 次)

近端局部取穴如八膠、環跳等穴位。

(3) 中藥薰洗坐浴

(4) 熱敷/物理治療

(七) 衛教：

1、勿坐臥冷處、硬處

2、避免長時間行走

十八、膝十字韌帶損傷

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；楊榮森，骨科臨床檢查指引，合記出版社，1998)

(一) Introduction

膝十字韌帶(交叉韌帶)

1、Anterior cruciate ligament:

起於股骨髁間窩外後部向前內止於脛骨髁間隆突
限制脛骨向前移位

2、Posterior cruciate ligament

限制脛骨向後移位

(二) 病因病理:

1、外力使膝關節過度屈伸或外展引起十字韌帶損傷。如屈膝時，外力從前向後加於股骨，或外力由後向前撞擊脛骨上端；或屈膝時，外力由前向後撞擊脛骨上端，使脛骨過度向後移位，可引起後十字韌帶損傷

2、多半有其他關節脫位側副韌帶損傷

(三) Symptoms and signs

1、受傷後膝關節腫脹疼痛，不能屈伸

2、後期關節鬆弛，肌力減弱

(四) Physical examinations

1、正常滑動<0.5cm

2、抽屜試驗(推拉試驗)

(1) 屈膝 90°，固定股骨，檢查者雙手握住小腿上端，向前拉或向後推脛骨

(2) 如前十字韌帶斷裂，脛骨向前異常活動；后十字韌帶斷裂，脛骨向後異常活動

(五) Examinations

1、X光

2、核磁共振掃描

3、關節鏡

(六) Treatment

1、新鮮十字韌帶斷裂

(1) 十字韌帶斷裂或脛骨棘撕脫性骨折有明顯移位者，應早期手術修復韌帶，或撕脫性骨折復位和內固定

(2) 術后用長腿石膏固定 4~6 周，並加強股四頭肌鍛鍊。

2、陳舊性十字韌帶斷裂

(1) 宜加強股四頭肌鍛鍊，加強關節的穩定性

(2) 韌帶重建術: 關節不穩定

(六) 中醫治療

1、理筋手法:

(1) 適用於後期

(2) 以膝部為中心按摩推拿幫助屈伸膝關節鍛鍊

2、藥物治療:

- (1) 早期: 宜活血去瘀消腫止痛
內服舒經活血湯 外敷消瘀止痛膏
- (2) 後期: 宜補養肝腎舒經活絡
內服補筋丸或活血酒
肌力軟弱可服健步丸或補腎壯筋湯

(七) 預防與功能鍛鍊

- 1、股四頭肌收縮鍛鍊,防止肌肉萎縮
- 2、練習膝關節屈曲
- 3、練習扶拐行走

十九、足跟痛症 (Heel pain)

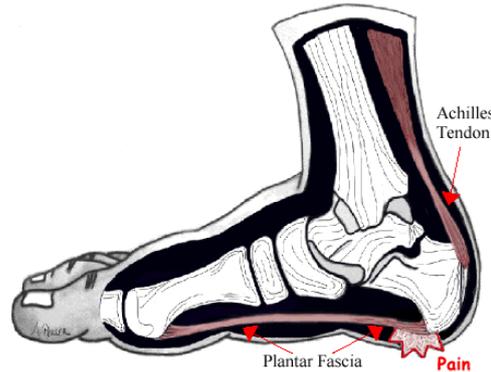
(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；)

(一) 定義：

跟骨底部或阿基里斯腱附著處附近由於慢性勞損引起的疼痛。

(二) 病因病機：

- 1、長期勞損
- 2、腎氣不足



圖片來源：

<http://www.naplesheelpain.com/heel-pain.php>

(三) 臨床表現：

多發生於 **40-60 歲** 的中年和老年人，起病緩(數月或數年的病史)，單側多見。臨床視疼痛部位不同及深淺而有不同的症狀及表現。

若疼痛在底面，以足底筋膜炎為最多見。**早晨起床或久坐後站立時疼痛較重**，行走片刻後疼痛減輕，站立或行走過久疼痛又加重，休息時疼痛減輕。此類患者的足弓高聳或扁平均有可能。大多可在足底跟骨內側摸到歪斜力角；阿基里斯腱大多可在外側摸到緊繃條索狀肌群。

若疼痛在足跟後方，則以滑囊炎(阿基里斯腱近跟骨處前後各有一個)為多見。患者在行走過程中因足部背屈/蹠屈交替，皮膚或肌腱磨擦及擠壓滑囊，會引起疼痛。此類患者在足跟後側或有紅腫熱的情況，輕觸或稍微按壓患處會有痛點；阿基里斯腱可找到緊繃條索狀肌群。

(四) 診斷：

1、病史，如前述。

2、理學檢查：

(1) 足底筋膜炎--跟骨跖面，跟骨結節前方 1-2 公分處壓痛。

(2) 滑囊炎--腳趾被動背屈會加重足跟痛。

3、影像學檢查：

X-ray：跟骨骨刺、骨膜增厚

(五) 鑑別診斷：

1、肌腱—阿基里斯腱過度緊繃引起；脛後肌無力或緊繃。

2、滑囊—足跟後方淺層、深層滑囊炎。

3、周圍神經—脛後神經分支因舟狀骨內側錯位卡壓。

4、骨頭—足弓情況高聳或扁平、距骨/跟骨/舟狀骨/骹骨相對位置及其關節活動情況。

5、脂肪墊—因過度使用造成變薄情況。

6、感染—軟組織化膿感染，紅熱腫痛；骨結核，青少年較多見，微熱，腫痛範圍大。

7、系統性疾病。

(六) 治療：

1、內治：視急慢性情況以及變證予以清利濕熱止痛或活血補益藥物。

2、外治：

(1) 針灸：可找板機點或是肌群硬點針刺。或是尋膀胱經或腎經治療。若為慢性，可選用崑崙、僕參、太谿、水泉等處，以補法，QOD 治療。

(2) 手法：

大原則先理筋、後正骨。先以放鬆小腿後方肌群為主，偶爾需要放鬆小腿內側面肌群。視足弓處關節(包括距骨-舟狀骨、跟骨-骹骨等關節面)是否活動性不足而予以活動鬆開，最後調整跟骨位置。

若是為慢性，當問其腰部有否症狀或檢查腰部、骨盆處情況，予以相對治療。

(3) 薰洗/熱熨：可用八仙逍遙湯/熨風散。組成如下。

• 八仙逍遙湯—防風 3g、荊芥 3g、川芎 3g、甘草 3g、當歸 6g、蒼朮 10g、丹皮 10g、川椒 10g、苦參 15g、黃柏 6g

• 熨風散—羌活、白芷、當歸、細辛、芫花、白芍、吳茱萸、肉桂各等分、蔥

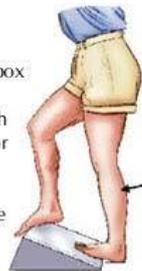
(4) 中藥足墊：吳茱萸 10g，花椒 10g，五倍子 10g，烘乾碾面，裝於細棉布襪套墊於足底，應用 6 天為 1 個療程，進行下 1 個療程時換藥。[山東省威海市文登中心醫院]

(七) 功能鍛鍊—Stretching exercise (參考圖片來源：<http://www.hughston.com/a-12-3-5.aspx>)

A. Sit with your legs straight in front of you. Wrap a towel around the ball of your foot and hold the loose ends in each hand. Pull the ends of the towel toward you until you feel a gentle stretch in the back of your calf.



B. Stand on an incline box with the higher edge toward the wall. With your heel on the floor and knee straight, lean toward the wall until you feel a gentle stretch in your calf.



C. Stand about an arm's length from a wall with one foot in front of the other. Bend the front knee and put your hands on the wall. Lean forward until you feel a gentle stretch in the calf of your back leg.



Next, bring your back leg closer to the wall and bend both knees. Lean forward until you feel a gentle stretch in the heel cord of your back leg.

D. Sit with one leg over the other. Pull your toes up, especially the big toe, until you feel a stretch along the bottom of your foot (plantar fascia).



二十、膝退化性關節炎

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；楊榮森，骨科臨床檢查指引，合記出版社，1998；中國期刊網)

(一) 定義：

因外傷、過度使用、負重、alignment 等問題，造成關節軟骨破壞及骨質增生，而引起疼痛、腫脹、變形、活動受限等一系列症狀。

(二) 病因病機：

1、中醫：屬於痺證範圍，與肝腎氣血不足或風寒濕有關。

2、西醫：

- (1). 生物力學因素最為確切，主要與肥胖、職業、體育運動引起的過度使用有關；
- (2). 與局部結構有關，如：Varus alignment(增加四倍的 OA 機率)、膝關節韌帶損傷、膝關節不穩定、膑骨脫位或半脫位等。

(三) 臨床表現：

臨床多以疼痛為訴求，內側多見，或有晨起僵硬感(少於三十分鐘)，或併有膝關節變形。關節屈伸活動、蹲踞、上下樓梯時疼痛加重，休息後可改善。活動時併有聲響；嚴重者甚至不能站立或行走。急性期可見局部紅腫熱；慢性疼痛，可見膝關節腫脹變形。

觸診方面，關節附近有壓痛點，多在內側副韌帶、內膝眼、內側股四頭肌等處。另可檢查脛腓骨是否有歪斜、髌股關節面的滑順程度、膝關節的屈伸活動程度等問題。

(四) 診斷：

1、病史：如上所述。

2、X 光：

- (1). Spur formation、
- (2). Subchondral cyst、
- (3). Subchondral sclerosis、
- (4). Asymmetric joint space

(五) 鑑別診斷：

急性發炎期需先排除外傷、風濕性關節炎、痛風、感染性關節炎、發炎性關節炎等疾病的可能性。

(六) 治療：

1、內治：視患者虛實施以補益肝腎或祛風濕止痺痛方面的藥物。

2、外治：

- (1) 手法：推拿原則為矯正身體力線、促進局部血液循環，放鬆相關肌群(如股四頭肌、臀中肌、闊筋膜張肌、髂脛束)攣縮及關節黏連，增進關節的伸屈活動與負荷能力。可以滾法、拿捏法、點按法理筋，並配合屈伸環旋、搖法等鬆動關節。
- (2) 針灸：以局部為主，如內外膝眼、陽陵泉、鶴頂、血海、阿是穴等處。

(七) 功能鍛鍊：

主要目標是股四頭肌及大腿前側肌群，最後伸直角度的力量也是訓練的重點。若是

行走方式不對，也要適時矯正。

1、坐著或躺著時儘量伸直膝關節，再儘量彎到底，重覆數次。

2、股四頭肌肌力訓練：

A. 仰躺位：

- 膝下墊枕頭，將小腿抬高膝蓋打直，數 5 秒放下。
- 另一隻腳彎曲，將膝蓋向下壓直，此時感覺大腿有用力向下踢，數 5 秒放鬆。
- 同上，用力壓直後向上抬高約 45 度，注意膝蓋要維持繃緊狀態，數 5 秒放下。

B. 坐位：

- 膝部由彎曲伸直，數 5 秒放下。
- 腳下墊小凳子，讓膝蓋微彎，伸直膝蓋再略為抬高，數 5 秒放下，可加強最後伸直角度的肌力。

(八) 名家看法：

- 1、郭維淮(平樂正骨)：OA 屬骨痺範疇，以氣血虛弱、肝腎不足為本，風寒濕邪乘虛侵入人體為標，滯、虛並存，為虛實夾雜之症。氣虛不能行血則血瘀，氣虛戀邪，痰濕積聚發而為痺；肝腎不足，精不充髓，血虛血瘀，筋骨失養，而肢節疼痛拘攣，活動不利。臨証應以益氣養血，補益肝腎為大法，兼以活血行氣除風濕。
- 2、孟憲杰(平樂正骨)：膝關節為肝、腎、脾三經所系，筋骨肉之大會。肝腎漸虧，筋骨懈惰，筋失血養，無以柔韌；骨失髓養，無以強壯；肉失脾主，虛羸無力。終至筋不束骨，膝失滑利，脈絡失和，而為諸症。治以補肝腎，強筋骨，健脾除濕，宣痺止痛。
- 3、李國衡(魏氏傷科)：核心是以腎為主，兼顧其他臟器和氣血的變化。
- 4、林如高(南少林傷科)：痺証的病因分成內因和外因，主張治療以內治為主，兼以外敷、薰洗、針灸、理筋。

二十一、掌骨骨折

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate)

(一) 基本解剖

掌骨是連接腕骨和指骨的骨頭，掌骨的解剖構造可分成基底部、掌骨幹、掌骨頸、掌骨頭；基底部是掌骨連接到腕骨的部分，掌骨頭是掌骨連接到指骨的部分。

(二) 病因病機

掌骨骨折是常見的手部骨折。第一掌骨短而粗，骨折多發生在基底部。第二、三掌骨細長，且較突出，握拳擊物時，暴力常落在第二、三掌骨上，故易骨折。第四、五掌骨短細，其中以第五掌骨易受直接暴力而骨折，而當其受間接暴力時可致掌骨頸骨折。掌骨骨折多見於成年人，男多於女。

(三) 診查要點

掌骨全長均可在皮下摸到，骨折時局部腫痛，功能障礙，有明顯壓痛，縱壓或叩擊掌骨頭則疼痛加劇，如有重疊移位，則該掌骨縮短，可見掌骨頭凹陷。宜拍攝手掌的正位與斜位 X 光片，因側位片第 2~4 掌骨互相重疊，容易漏診。

(四) 骨折分類

由於第一掌骨活動度大且扮演手部功能重要角色，故分開討論。

1、第一掌骨骨折

	第一掌骨基底部骨折	第一掌骨基底部骨折脫位
病因病機	間接暴力	間接暴力
體徵	骨折遠端受姆長屈肌、姆短屈肌與拇指內收肌的牽拉，近端受姆長展肌的牽拉，骨折多向橈背側突起成角	骨折線呈斜形經過第一掌腕關節面，第一掌骨基底部內側的三角形骨塊，因有掌側韌帶相連，仍留在原位，而骨折遠端從大多角骨關節面上脫位至背側及橈側
治療	先將拇指向遠側與橈側牽引，之後將第一掌骨頭向橈側與背側推扳，同時以拇指用力向掌側與尺側按頂骨折處以矯正向橈側與背側突起成角。手法整復後用外展夾板固定 4 週後，進行功能鍛鍊	同左，但因此種骨折脫位不穩定，容易引起短縮與移位。若復位後不穩定，可用細鋼針經皮膚作閉合穿針內固定；或採用局部加壓短臂石膏管形外固定加拇指牽引 3-4 周

• 補充：第一掌骨基底部骨折脫位即 Bennett fracture，是大拇指最常見的骨折：尺側基底部之骨折塊仍留在原位(因為強健的 volar ant. oblique lig.); 骨折遠端則由於 APL 的拉力，而造成 proximal, radial, and dorsal displacement；第一掌骨頭則由於 ADL 的拉力，造成 palmer displacement。

Rolando fracture 則是第一掌骨的 T- or Y-shaped intra-articular fracture，基底部骨折較粉碎，較少見，癒後較差。

2、掌骨頸骨折

病因病機	以握拳時掌骨頭受到衝擊的傳達暴力所致者多見。第五掌骨因其易暴露和受打擊，故最多見(即 Boxer's fracture)，第二、三掌骨次之。
------	--

體徵	骨折後斷端受到骨間肌與蚓狀肌的牽拉，而向背側突起成角，掌骨頭向掌側屈轉；又因手背伸肌腱牽拉，以致近節指骨向背側脫位，掌指關節過伸且 collateral ligaments 鬆弛，手指越伸直，畸形越明顯。
整復 固定	flexion 90 度時，側副韌帶緊張，接著用食指壓頂近節指骨頭，使指骨基底部位於掌骨頭之掌側，將掌骨頭向背側頂，同時用拇指將掌骨幹向掌側壓。固定時要使用將小指和無名指綁在一起(buddy tape)，以控制骨折之 malrotation。通常只有在小指掌骨明顯 rotated 或是影響到無名指的功能時才考慮開刀

3、掌骨幹骨折

病因 病機	由直接暴力所致者，多為橫斷或粉碎骨折；扭轉或傳達暴力引起者，多為斜行或螺旋骨折。
體徵	骨折後因骨間肌及屈指肌的牽拉，使骨折向背側成角及側方移位；多根骨折移位較明顯，且對骨間肌損傷較嚴重
整復	Jahss method: MCP and PIP flexion to 90°(MCP flexion 90°可使 collateral lig.)，在中節指骨施以向上力，在掌骨幹骨折處的背側面施以向下力。
固定	整復後可以用 splint or pin 來固定；或用分骨墊放置於骨折處的兩側以膠布固定。一般建議固定時間不要大於四週，避免僵硬及肌腱沾粘

• 補充：大部分的掌骨幹骨折不需開刀治療。尤其是單獨的第三或第四掌骨骨折，因為隔壁的掌骨是完整的以及強韌的掌骨間韌帶可提供穩定性。掌骨幹骨折處可接受的成角畸形則視骨折位置以及各掌骨有所不同：如骨折處越接近 CMC joint，則可接受的角度較小；第四、五掌骨可接受的成角畸形較大，因為其 CMC joint 的活動度較大可代償此畸形(第 2、3 掌骨→10°；第 4 掌骨→20°；第五掌骨→30°)

二十二、鎖骨骨折 Clavicle fracture / Broken Collarbone / Collarbone fracture

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；)

(一) 定義及簡介

1.解剖構造：鎖骨是有兩個彎曲的長骨，位置表淺，橋架於胸骨和肩峰之間，是肩胛帶同 upper 肢與軀幹間的骨性聯繫。鎖骨呈”~”字型，內側段前凸，且有胸鎖乳突肌和胸大肌附著。

2.鎖骨骨折較常見，多發生在中 1/3 處，尤以幼兒多見。

(二) 病因病機

多因肩部外側或手掌先著地跌倒，外力經肩鎖關節傳至鎖骨而發生，以短斜形骨折為多。骨折後，內側段可因胸鎖乳突肌的牽拉向後上方移位，外側段則由於上肢的重力和胸大肌牽拉而向前下方移位。

直接暴力多引起橫斷或粉碎骨折，臨床上少見。骨折嚴重移位時，鎖骨後方的臂神經叢和鎖骨下動靜脈可能合併損傷。

(三) 臨床表現

患肩向內、下、前傾斜(Sagging shoulder)，常以健手拖著換側肘部，以減輕上肢重量牽拉，頭向患側傾斜，下頷偏向健側，使胸鎖乳突肌鬆弛而減少疼痛。

(四) 檢查 / 鑒別診斷

1、骨折後出現紅腫熱痛，股擦音，可能出現外觀上的畸形(deformity)，血腫(ecchymosis)，尤其是移位的骨折牽拉到皮膚的時候容易出現。

如果是開放性骨折，則會出現流血(bleeding)

如果造成氣胸，則可見減少的呼吸音(decreasing breathing sound)

如果傷及神經或血管，則可見脈搏搏動減少，感覺降低或其他神經血管症狀。

2、大人易於診斷：因鎖骨位於皮下，骨折後局部肌肉痙攣、腫脹、疼痛、壓痛均較明顯，可摸到移位的骨折端，故不難診斷。

3、幼年患者較難診斷：幼年患者缺乏自訴能力，且鎖骨部皮下脂肪豐厚，不易觸摸，尤其是青枝骨折，臨床表現不明顯，易誤診。但在穿衣、上提手、或從腋下拖起時，會因疼痛加重而啼哭，可提示診斷。X-ray 正位照片，可顯示骨折類型和移位方向。因此根據受傷史、臨床表現和 X-ray 檢查即可做出診斷。

4、鎖骨外 1/3 骨折時，需判斷喙鎖韌帶是否已損傷，因為該韌帶損傷與否直接關係到治療方法的選擇和預後。不能肯定的時候，可拍攝雙側應力 X-ray：讓患者坐位或站立位，以手腕各懸掛 2.25~6.75Kg 重物(而不是提在手中)，放鬆上肢肌肉，然後拍雙肩正位 X-ray。如果喙鎖韌帶斷裂，則顯示骨折移位加大，且喙突與鎖骨之間距離加寬。鎖骨的胸骨端或肩峰端關節面的骨折，X-ray plain film 較難診斷。

5.診察時需同時注意其血液循環、肌肉活動及皮膚感覺，以除外神經血管的損傷。

(五) 治療

1、概述：幼兒無移位骨折或青枝骨折可用三角巾懸吊患側上肢。有移位骨折，雖可設法復位，但其實不能良好復位，最終仍要殘留一定畸形。外型雖不雅觀，但

一般不影響間關節功能。嬰幼兒由於骨塑形力強，因此一定的畸形在發育中可自行矯正，不必刻意反覆整復以取得解剖復位，不宜隨意採用手術治療。

2、有移位的骨折，治療方法如下：

(1) 手法整復：患者坐位，挺胸抬頭，雙手叉腰，術者將膝部頂住患者背部正中，雙手握其兩肩外側，向背側徐徐牽引，使之挺胸伸肩，此時骨折移位即可復位或改善，如仍有側方移位，可用提按手法矯正。

(2) 固定方法：在兩腋下各置棉墊，用繃帶從患側肩後經腋下，繞過肩前上方，橫過背部，經對側腋下，繞過對側肩前上方，繞回背部至患側腋下，包繞 8-12 層。包紮後，用三角巾懸吊換肢余胸前，即為 8 字繃帶固定法。亦可用雙圈固定法。一般需固定四周，粉碎骨折可延長固定至六週。大多數病歷均可達骨折癒合。

或者使用現成的鎖骨固定帶，形狀似八字肩帶。

(3) 手術治療的適應症：

- 合併有鎖骨下神經、血管損傷。
- 開放骨折
- 多發骨折時，尤其同一肢體多發骨折時，可選擇性應用。
- 對畸形明顯的成人，尤其對年輕女性，為美容考慮，可選擇性應用。
- 骨折不癒合
- 對鎖骨骨折採取手術治療應十分慎重，必須盡量減少手術創傷及骨膜的剝離範圍。可採用克氏針、鋼板或螺絲釘固定。術後以三角巾保護 4-6 週。

(4) 藥物治療：

- 初期宜活血化瘀、消腫止痛，可內服活血止痛湯或肢傷一方加減，外敷接骨止痛膏或雙柏散。
- 中期宜接骨續筋，內服可選用新傷續斷湯、續骨活血湯、肢傷二方，外敷接骨續筋藥膏。
- 中年以上患者，易因氣血虛弱、血不榮筋而併發肩關節周圍炎，故後期宜著重養氣血、補肝腎、壯筋骨。可內服六位地黃丸或肢傷三方，外貼堅骨壯筋膏。兒童患者骨折癒合迅速，如無兼症，後期不必用藥。

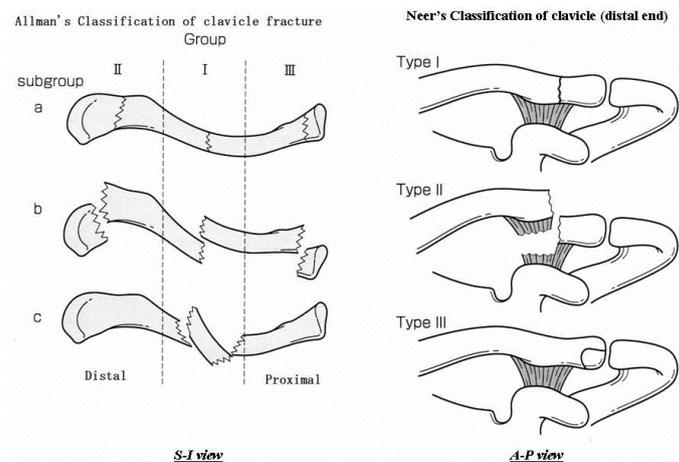
(5) 練功活動：初期可作腕、肘關節曲伸活動，中後期逐漸做肩部練功活動，重點是肩外展和旋轉運動，防止肩關節因固定時間太長而功能受限。

(六) 預防與調護

睡眠時需平臥免枕，肩胛間墊高，以保持雙肩後仰，有利於維持骨折對位。固定期間如發現上肢神經或血管受壓症狀或繃帶鬆動，應及時調整繃帶鬆緊度。

(七) 討論

1、鎖骨骨折的分類：大多採用 Allman' s 的分類系統。



參考圖片來源：
<http://www.ssjs.ac.jp/jpc/case/ClavDiustaIEndFr/19FractType.jpg>

Group I 約佔 80%，Group II 大約佔 12~15%，Group III 則最少見。

2、而遠端骨折(即 Group II)又可分為三個 Type: 是根據喙鎖韌帶(coracoclavicular ligaments)與骨折處的關係。Type 1 最常見，並且不會有移位的情形。Type 3 的斷裂將使斷裂處嵌入 acromioclavicular joint。

3、應注意的併發症

(1) Malunion.

會造成不好的外觀，而且是最常見的併發症。此種併發症多半發生在有移位的中 1/3 骨折(Group I)。但此種 Malunion 是可以擁有正常功能的。根據 Eskola 等人的報導，追蹤 118 個鎖骨骨折的病人兩年，發現 23% 的人在運動時會有疼痛或限制活動的現象，而有 3% 的人有主要的功能性障礙。若移位超過 15mm 或 clavicle 過短，則預後差。

(2) Nonunion.

其定義為骨折 4~6 個月後臨床或 X-ray 上顯示未癒合。未癒合的危險因素包括一開始廣泛的受傷，骨折的移位，不適當的固定，遠端 1/3 骨折，primary open reduction，再次骨折等。此時同時需要注意的是合併的神經血管併發症，例如鎖骨動脈及靜脈的壓迫、thoracic outlet syndrome、臂神經叢麻痺等等。

二十三、腰椎壓迫性骨折

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；)

(一) 定義

脊柱胸腰椎骨折是臨床常見骨折之一。腰椎的後關節粗大而堅強，關節面成弧形，其上關節突從外側和前方抱住下關節突，加之椎後韌帶較堅強，因此腰椎亦較穩定。脊柱骨折及骨折脫位最常發生在胸椎與腰椎交界處，臨床上把胸 11 至腰 1 稱為脊柱的胸腰段。胸腰段具有較大的活動度，又是胸椎後凸與腰椎前凸的轉折點，脊柱屈曲足以胸腰段為屈曲的頂點，因此最易由傳導暴力造成屈曲型和屈曲旋轉型損傷。

(二) 病因病機

暴力與脊柱縱軸的方向一致，垂直擠壓椎骨，為從高處落下時，足跟或臀部垂直著地，或在站立時重物落於頭頂，可引起胸腰椎粉碎壓縮骨折或環椎裂開骨折。

1、單純椎體楔形壓縮骨折 椎體前上方或側上方受屈曲暴力而被壓縮，可呈前楔形或同時呈側楔形，亦可前後左右平均壓縮，呈扁平型。在這些損傷中，椎間盤多保持完整，棘上韌帶、棘間韌帶很少斷裂。

2、椎體粉碎壓縮骨折 屈曲暴力使椎體被壓縮成楔形，上一椎體的前下角插入受傷椎體的上部，或下一椎體的前上角插入受傷椎體的下部，使受傷椎體前側呈粉碎狀。椎間盤及棘上、棘間韌帶多斷裂，骨折片可發生分離移位。亦可由垂直擠壓暴力所引起，整個椎體被壓扁、碎裂。兩種情況均可使椎體後緣皮質向後突出，壓迫脊髓。

3、脊柱骨折脫位 暴力自後向前，水準分力大於垂直分力時，不僅椎體前方壓成楔形，同時使上一椎骨向前脫位。椎間盤和棘上、棘間韌帶多斷裂。此種損傷常同時有旋轉暴力，椎體同時向前、向側方移位；亦常合併椎板或椎弓根骨折。一側關節突可發生骨折，對側椎間小關節可完全脫位。也可能上一椎骨的兩下關節突均移到下一椎骨兩上關節突的前方，互相阻擋，稱為關節突交鎖。胸腰椎關節突較長，跳躍脫位後交鎖較緊，且 60% 合併脊髓損傷。

4、後伸性腰椎骨折脫位 僅偶爾發生。可引起前縱韌帶橫行斷裂合併椎間隙擴大或合併椎體上下分離；馬尾受傷者極少。

(三) 檢查

診斷脊柱骨折脫位時，詳細地詢問受傷病史，全面的體格檢查和準確的 X 線攝片，是必須具備的材料。脊柱骨折脫位後，病人有局限性自發疼痛，不能起立，翻身困難，脊柱各方向運動均受限的主訴，結合體檢如發現脊柱局部有畸形、血腫以及叩擊痛即可做出診斷。X 線片可確定損傷部位以及損傷類型，尤其是在臨床上常有些急症患者除脊柱運動略有障礙外，局部無壓痛、畸形及其它發現，但局限性的脊柱自發疼痛甚為顯著，X 線檢查，即發現有椎體擠壓骨折。所以，X 線檢查是確

定脊柱骨折和脫位最可靠的檢查方法。

1、在觀察 X 線片時，應注意以下幾方面：

- (1) 椎體是否有擠壓、裂縫、粉碎或移位並定量計算。
- (2) 椎管腔或椎間孔是否有變形。
- (3) 關節突、橫突、棘突是否有骨折。
- (4) 椎間隙是否變窄；
- (5) 棘突間的距離是否有加寬(側位)，棘突是否在一條直線上(正位)。

2、在檢查脊柱損傷患者時應有重點，要注意以下事項：

- (1) 根據病史提供的資料，分析直接暴力和間接暴力可能引起損傷的部位，有目的地進行檢查。在複合傷中，患者常合併顱腦損傷、胸腔內和腹腔內的臟器損傷及休克的可能，應先緊急處理以搶救生命，同時還應查清脊柱和肢體的傷情。
- (2) 檢查脊柱時，在脊柱中線用手指自上而下逐個按壓棘突，可發現傷後的局部腫脹和壓痛，胸腰椎損傷者，常可觸及後突成角畸形。
- (3) 應詳細地作肢體的運動功能、感覺功能、反射功能、肛門括約肌和膀胱的功能以及自主神經功能的檢查。以明確有無脊髓神經損傷以及損傷的平面。

(四) 臨床表現、治療

	胸腰椎穩定性骨折	胸腰椎非穩定性骨折與脫位
包括	包括單純椎體壓縮性骨折，橫突骨折、棘突骨折，雖屬骨折但不影響脊柱穩定，均不需過多的治療方法。	脊柱壓縮性骨折後併發後關節突骨折和脫位，椎弓根骨折，或關節因外力作用瞬間脫位立即復原者。
症狀	傷後局部腫脹、疼痛，傷處肌肉緊張，站立、翻身困難。屈曲型可見後凸畸形，或伴有腹部脹痛、胃納不佳，便秘，苔薄白轉黃膩。脈弦數	除具有穩定性骨折症狀外，首先表現有輕重不等的骨折平面以下的完全或不完全癱瘓，二便失禁等。
治療	手法整復：穩定性骨折一般來說是不用復位的，惟壓縮性骨折超過 1/2 以上者，脊柱後凸較重，亦有趨向脊柱不穩，故必須復位和固定。 目前常用的復位手法是，患者俯臥床上，兩手攀住床頭，一助手立於床上足側，兩手握患者兩踝上方，向高提起將患者身懸離床面，使脊柱呈過伸位，得到充分的牽扯和壓伸，肌肉鬆弛，關節間隙增大。醫者用兩手重疊按壓在脊柱骨折後凸部位，用力向下反復按壓前推，借前縱韌帶的強力向後擠壓，使後凸得以平復，使壓縮得以復位。	手法整復：對脊髓或馬尾受壓者完全適合，但對脊髓完全斷裂者，雖然手法復位亦無濟於事。故手法復位應有充分的把握。對此種病例復位，重拔伸手法，不論暫時或持久都是有利而無害；推按手法不可輕易使用，如併發脊柱骨折，危險性更大。 牽引復位：X 光片明確屈曲或伸直型骨折後再進行。 1、暫時牽引復位法： (1) 屈曲型者：患者俯臥，一個持患側腋下向上牽引，一個持患者踝上向下牽引，先作平牽，待肌肉放鬆後，慢慢提高下使腰背過伸，持續 30 分鐘慢慢放下，可見後凸畸形消失。然後在局部

	胸腰椎穩定性骨折	胸腰椎非穩定性骨折與脫位
		<p>放紗布平墊。</p> <p>(2) 伸直型者：患者仰臥位牽引，逐漸抬高下肢，使脊柱屈曲椎間隙後緣加大，借後縱韌帶的張力，向前推擠椎體後緣骨塊或脫出的間隙，使其復位。復位後將頭及臀足部墊高，使脊柱呈輕度屈曲位。</p> <p>2、持續牽引復位法：患者仰臥，上用胸廓帶，下用骨盆帶相對持續牽引，牽引重量因人而異，以能將椎間隙拉開為準。牽引時間，完全癱瘓者，牽引 4 周沒有在向好轉時，即可能恢復的希望不大，應撤去牽引，採取妥善護理措施，以不出現併發症為原則；如不全癱瘓，經牽引 2 周，病情漸漸加重者，亦可撤去牽引作手術探查，若經牽引病情逐漸恢復，可牽引 4-6 周撤去牽引，等待神經逐漸恢復，此類者，有完全恢復的可能。</p>
固定方法	<p>胸腰椎骨折復位後以枕墊之，維持骨的位置，如《醫宗金鑑·正骨心法要旨·器具總論》中說“……但宜仰臥，不可俯臥側眠，腰下以枕墊之，勿令左右移動。” 脊柱後凸畸形若已平復，用 3 釐米厚的紗布平墊放在凸起部位，用膠布黏牢，勿使移動，再慢慢將患者放回仰臥位，最初在放墊處患者會有不適感，待適應後便可持久使用。</p>	<p>去牽引的同時，在脊柱後凸的部位(指屈曲型骨折與脫位和不併發椎板骨折者)放一平墊，約 2cm 厚，用膠布黏牢勿令移動，並應經常檢查放墊位置，以防移動而引起反作用。</p>
功能鍛煉	<p>1、早期活動可增加腰背肌肌力，不致於產生骨質疏鬆現象；亦可以避免或減少後遺慢性腰痛。</p> <p>2、傷後若無休克等合併症的單純壓縮骨折，應在復位後第 2 天起開始逐步練功。</p> <p>3、一般 4 周後即可下床活動。對於不穩定性骨折，臥床 1-2 周後開始練功，下床時間應在 6-8 周以後，且須用胸腰椎夾板固定。</p> <p>4、傷後 4 個月內慮避免向前彎腰動作。屈曲型胸腰椎壓縮骨折可採用下述練</p>	<p>1、無脊髓損傷者，其練功方法同穩定性骨折</p> <p>2、不全癱瘓者，用意識支配尚能活動的肢體進行活動，雖肢體不能自舉，經常刻苦鍛煉，亦能為神經恢復創造條件。</p> <p>3、對低位截癱者，可作上肢體操和氣功鍛煉，以避免出現褥瘡和內臟的併發症，</p> <p>4、高位截癱者，只要能堅持氣功鍛煉，也可加強體質，延長壽命。</p>

	胸腰椎穩定性骨折	胸腰椎非穩定性骨折與脫位
	<p>功方法：</p> <p>仰臥位採用</p> <p>(1) 五點支撐法：在木板床上，患者仰臥，用頭部、雙肘及足跟五點支撐起全身，使背部盡力撐空後伸。傷後早期可採用此法。</p> <p>(2) 三點支撐法：讓患者雙臂置於胸前，用頭部及雙足跟撐在床上，而全身撐空後伸。本法是在五點支撐法的基礎上發展，適用於中後期。</p> <p>(3) 飛燕點水法：患者俯臥，上肢後伸，頸部與肩部盡量後仰，在上肢後伸，頭與背部盡力後仰的同時，下肢伸直後伸，全身翹起，僅讓腹部著床呈一弧形。適用於中後期。</p>	
藥物治療	<p>1、早期：局部腫脹，劇烈疼痛，胃納不佳，大便秘結，苔白脈弦緊，證屬氣滯血瘀。</p> <p>治宜行氣活血，消腫止痛。</p> <p>《傷科補要》曰：“脊骨正而患除，服接骨紫金丹”，貼萬靈膏，可用復元活血湯或膈下逐瘀湯，外敷消腫膏或消腫散。</p>	
	<p>兼有少腹脹滿，小便不利者，證屬瘀血阻滯，膀胱氣化失調。</p> <p>治宜活血祛瘀，行氣利水，用膈下逐瘀湯合五苓散；</p>	
	<p>若局部持續疼痛，腹滿脹痛，大便秘結，苔黃厚膩，脈弦有力，證屬血瘀氣滯，腑氣不通。</p> <p>治宜攻下逐瘀，方用桃核承氣湯或大成湯加減；</p>	
	<p>2、中期：腫痛雖消而未盡，筋骨未復。</p> <p>治宜活血和營，接骨續筋。《醫宗金鑑·正骨心法要旨》曰：“若瘀血已去，復元通氣散加當歸散調之。”還可內服地龍散，氣滯重者可用腰傷氣滯湯，外貼接骨膏</p>	
	<p>3、後期：腰酸腿軟，四肢無力，活動後局部隱隱作痛，舌淡苔白，脈虛細，證屬肝腎不足，氣血兩虛。</p> <p>治宜補益肝腎，調養氣血，方用六味地黃湯、八珍湯或壯腰健腎湯加減。</p>	

二十四、臏骨骨折(patella fracture)

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate; 醫宗金鑑。正骨心法要旨)

(一) 定義：

由於外力的作用破壞了臏骨的完整性或連續性者，謂之臏骨骨折。

臏骨是人體中最大的種子骨(sesamoid bone)，呈三角型，底在上而尖端在下，上為股四頭肌腱(quadriceps tendon)，下為臏下韌帶(patella ligmant)，後面是關節軟骨(articular cartilage)。其功能為 1.和膝伸功能有關，2.保護膝關節。

(二) 病因病機

臏骨骨折可由直接暴力或間接暴力所造成。直接暴力是由於臏骨直接遭到外力撞擊所致，而間接暴力是因關節屈位而股四頭肌收縮拉扯所致。前者比較容易造成粉碎性骨折、較多的軟骨損傷、較少發生骨折兩骨塊分離；反之，後者容易造成骨折兩骨塊分離。

(三) 臨床表現

受傷之後膝部出現腫脹、疼痛、膝關節不能自主伸直，常有皮下瘀斑以及膝部皮膚擦傷，骨折有分離移位時，可以摸到凹下呈溝狀的骨折斷端，可有骨模擦音或異常活動。

分型：

橫向骨折(transverse fracture)：多由間接暴力造成

縱向骨折(vertical fracture)：較少見

粉碎性骨折(comminuted fracture)：預後不好

骨軟骨骨折(Osteochondral fractures)：包括了臏骨和其軟骨的分離損傷

(四) 檢查(含鑑別診斷)

X光：照正位(AP)、側位(lateral)、切位(tangential, sunrise or Merchant)可以明確骨折的類型和移位情況。MRI 對於軟組織的損傷有較好的判斷。

鑑別診斷：

股骨末端或脛骨近端骨折(Distal femoral or tibial plateau fracture)

側韌帶撕裂傷(Collateral ligament tear)

前十字韌帶撕裂傷(Anterior cruciate ligament tear)

股四頭肌肌腱或臏下韌帶損傷(Quadriceps tendon or patellar ligament rupture)

(五) 治療

1、手法

對於無移位的臏骨骨折：其關節面保持完整光滑，筋膜擴張部及關節囊亦無損傷者，在患肢後側(由臀皺紋至足跟部)用單夾板固定膝關節於伸直位；有輕度分離移位的骨折，可在局麻下，先將膝關節內的積血吸乾淨，患肢置於伸直位，術者用兩手拇、食、中指捏住斷端對推，使之相互接近，然後用一手的拇、食指按住上下兩斷端，以另一手，觸摸臏骨，以確定是否完整、如完整者可用抱膝環固定或彈性抱膝兜固定，後側長夾板將膝關節固定在伸直位四週，外敷活

血祛瘀、消腫止痛藥物。

西醫之處理方法相似，不用手術的臏骨骨折，可用石膏外固定(cast)於膝伸位。

2、手術

手術的適應證為：

1. 關節位移超過 2mm (articular step-off > 2mm)
2. 骨塊分離超過 3mm (fragment separation > 3mm)
3. 粉碎性骨折(comminuted fracture)伴關節面位移
4. 開放性骨折 (open fracture)
5. 伸膝功能遭到破壞

常用的手術方法為用 Kirschner wires 和 18-gauge wire 將臏骨固定，無法固定的碎骨可移除。

3、針灸

4、藥物

臏骨骨折早期瘀腫非常明顯，應重用活血祛瘀消腫的藥物。中期應採用接骨續筋，通利關節的藥物。後期，應著重服用補肝腎壯筋骨的藥物。

5、功能鍛鍊

凡臏骨骨折固定期間，應逐步加強股四頭肌舒縮活動，並每天每小時操練 4~5 分鐘。解除固定後，進行膝關節屈伸鍛鍊，中藥勳洗。

西醫之復健相似，在固定膝關節的情況下，可作四頭肌的等長運動(isometric contraction)和伸直位抬腳運動(straight leg raise)

6、討論

醫宗金鑑：

膝蓋骨	即連骸，亦名臏骨。形圓而扁，覆於髌、胫上下兩骨之端，內面有筋聯屬。其筋上過大腿，至於兩脅；下過胫骨，至於足背。移向內側→筋直腫；外移→內筋腫大；上移→腰屈疼痛(筋腫，株連臏內之筋；臏內之筋上連腰跨)；下移胫骨→焮腫/足腹冷硬，步履後拽斜行。	薰洗：八仙逍遙湯 內服：補筋丸 灸熨：定痛散
-----	--	------------------------------

二十五、足踝部骨折

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；岑澤波，中醫傷科學，知音出版社，2005)

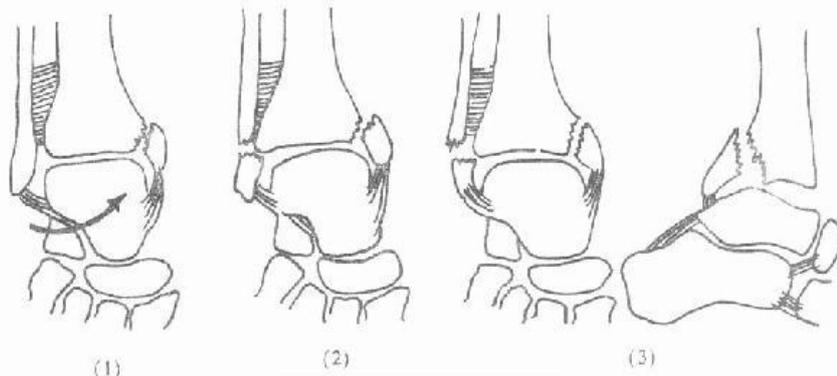
(一) 定義：

《醫宗金鑑·正骨心法要旨》說：“踝骨者，骨行骨之下，足跗之上，兩旁突出的高骨也。在內者名內踝，俗名合骨；在外者為外踝，俗名核骨。”踝關節由脛、腓骨下端和距骨組成。外踝比較窄而長，位於內踝的稍後方。內踝的三角韌帶較外踝的腓距、腓跟韌帶堅強，故阻止外翻的力量大，阻止內翻的力量小。內、外、後三踝構成踝穴，而距骨居於其中，形成屈戌關節。

(二) 病因病理：

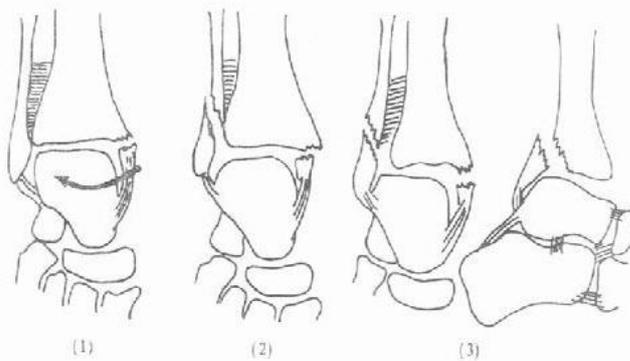
踝部損傷原因複雜，類型很多。韌帶損傷、骨折、脫位可單獨或同時發生。根據受傷的姿勢可有內翻、外翻、外旋、縱向擠壓、側方擠壓、蹠屈和背伸等多種暴力，其中以內翻暴力最多見，外翻暴力次之。

1、內翻暴力：由於足踝強力內翻，使內踝側受擠迫，內踝多為斜形骨折，外踝受牽拉多為撕脫性橫斷骨折或腓側副韌帶、下脛腓韌帶撕裂，距骨向內脫位。



踝部內翻骨折 <http://www.zysj.com.cn/lilunshuji/gukexue/989-5-6.html>

2、外翻暴力：足踝強力外翻，使外踝側受擠迫，外踝多為斜形骨折，內踝受牽拉多為撕脫性橫斷骨折或三角韌帶、下脛腓韌帶撕裂，距骨向外脫位。



踝部外翻骨折 <http://www.med66.com/html/2005/8/hu0041292223188500210324.html>

根據骨折脫位的程度，損傷又可分為三度：單踝骨折為一度；雙踝骨折、距骨輕度脫位為二度；三踝骨折、距骨脫位為三度。

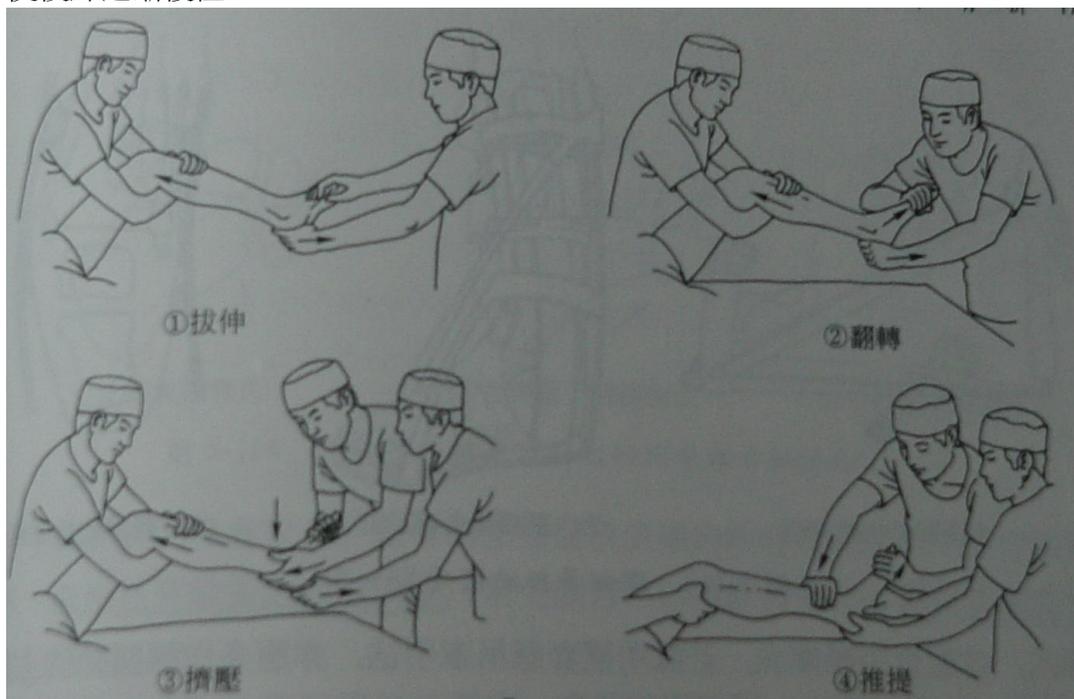
(三) **臨床表現**：傷後局部瘀腫、疼痛和壓痛、功能障礙，可聞及骨擦音。外翻關節多呈外翻畸形，內翻骨折多呈內翻畸形，距骨脫位時，則畸形更加明顯。

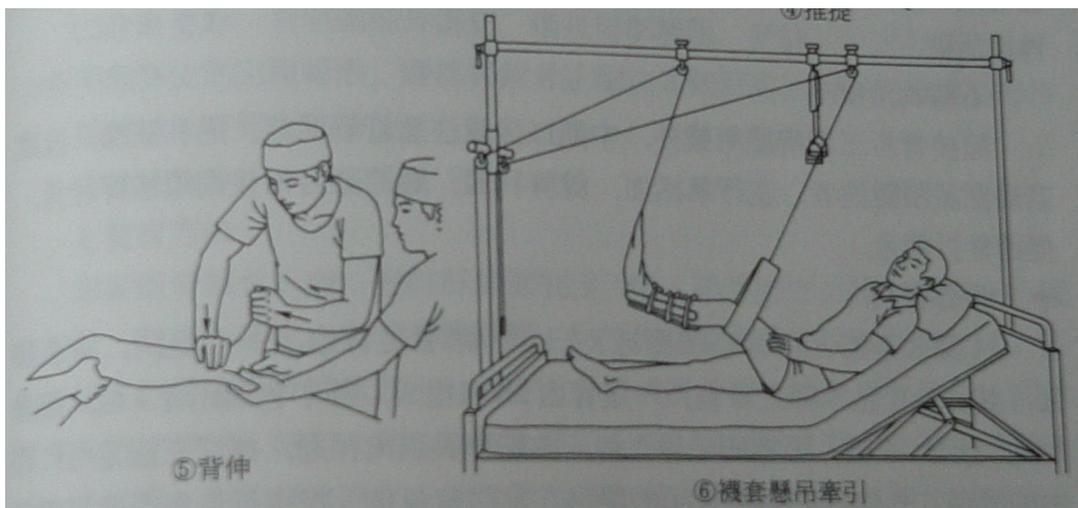
(四) **檢查**：足踝部 X 光片

(五) **治療**：

踝部骨折是關節內骨折，無移位骨折僅將踝關節固定在 0° 中立位 3-4 週即可，有移位骨折，要求準確的復位、有效的固定和早期合理的練功活動。

1、手法：患者平臥屈膝，助手抱住其大腿，術者握其足跟和足背做順勢拔伸，外翻損傷使踝部內翻，內翻損傷使踝部外翻。如有下脛腓關節分離，可在內外踝部加以擠壓；如後踝骨折合併距骨後脫位，可用一手握距骨下端向後推，另一手提前足向前提，並徐徐將踝關節背伸。利用緊張的關節囊將後踝拉下，或利用長襪套套住整個下肢，下端超過足尖 20 公分，用繩結紮，作懸吊滑動牽引，利用肢體重量，使後踝逐漸復位。





2、固定：在內外兩踝上方各放一塔型墊，下方各放一梯型墊，或放置一個空心墊，防止夾板直接壓在兩踝骨突處。用五塊夾板進行固定，其中內、外、後板上自小腿 1/3，下平足跟，前內側及前外側夾板較窄，其長度上起脛骨結節，下至踝關節上方。夾板必須塑形，使內翻骨折固定在外翻位，外翻骨折固定在內翻位。最後可加用踝關節活動夾板，將踝關節固定於 90°位置 4-6 週。



圖 5-113 踝部骨折的固定①~③

3、練功活動：雙踝骨折從第 2 週起，可在保持夾板固定的情況下加大踝關節的主動活動範圍，並輔以被動活動。被動活動時，術者一手緊握內、外側夾板，另一手握前足，只做背伸和蹠屈，但不作旋轉或翻轉活動，3 週後可將外固定打開，對踝關節周圍的軟組織進行按摩，理順筋絡，點按商丘、解谿、丘墟、崑崙、太谿等穴。

4、藥物治療：按骨折三期用藥外，中期以後應注意舒筋活絡、通利關節；後期若局部腫脹難消者，宜行氣活血、健脾利濕。

二十六、跟骨骨折

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；)

(一) 定義

正常足底是由跟骨、第一足石骨和第五足石骨三點組成的負重面來承擔重量，跟骨和距骨組成縱弓的後臂，負擔其中 60% 的重量，因此跟骨在足部負重扮演一個很重要的角色。

跟骨骨折為跗骨骨折中最常見者，占全部跗骨骨折的 60%

跟骨的結構有一點像雞蛋，外殼硬，內部鬆軟，平常可以吸收震波，但如果超過負荷的話便會骨折塌陷。

跟骨骨折是高處跌落最常發生的骨折，其中有百分之十合併有脊椎骨骨折，還有百分之十為兩側性。

分類：1. 不波及跟距關節面骨折；2. 波及跟距關節面骨折（前者預後較好）

(二) 病因病機

1、多由傳達暴力造成

從高處墜下或跳下時，足跟部先著地，身體重力從距骨下傳至跟骨，地面的反作用力從跟骨負重點上傳至跟骨體，使跟骨被壓縮或劈開

2、少數因跟腱牽拉而致撕脫骨折

(三) 臨床表現

外傷後，足跟疼痛，不能站立行走；局部腫脹，瘀斑，壓痛，畸形(足跟部橫徑增寬，嚴重者足弓變平)；或摸到骨擦音

(四) 檢查(含鑑別診斷)

1、有外傷史

2、有上述臨床表現

3、X-ray 側位及軸位照片可見骨折（可以明確骨折類型、程度和移位方向）

補充：若跟骨骨折是導因於從高處墜下時，因為衝擊力量大且衝擊的力量會往上傳送，除了跟骨之外，脊柱前屈，亦很有可能引起脊椎壓縮性骨折或脫位，甚至引起顱底骨折和顱腦損傷，因此診斷跟骨骨折時，應該常規詢問和檢查脊柱和顱腦的情況。

(五) 治療

1、整復方法

(1) 不波及跟距關節面的跟骨骨折

跟骨結節縱形骨折的骨折塊一般移位不大，予以擠按對位即可。

- 跟骨結節橫形骨折是一種撕脫性骨折，若骨折塊大且向上移位者，可在適當麻醉下，患者取俯臥位，屈膝，助手盡量使足足石屈，術者以兩手指在跟腱兩側用力推擠骨折塊，使其復位。
- 骨折線不通過關節面的跟骨骨折，若跟骨體後部同跟骨結節向上移位，應予充分矯正。患者仰臥，屈膝 90 度，助手固定其小腿，術者兩手指交叉於足底，手掌緊扣跟骨兩側，用力矯正骨折的側方移位和跟骨體的增寬，同時盡量向下牽引以恢復正常的結節關節角。

(2) 波及跟距關節面的跟骨骨折

對於有關節面塌陷，粉碎而移位較多者，可用手掌扣擠足跟，盡量矯正跟骨體增寬，手法宜穩，再搖晃足跟時，同時向下用力，以儘可能糾正結節關節角。

(3) 針拔復位法

對於波及跟距關節的跟骨骨折，有時手法復位很難獲得成功，則可在 X-ray 監視下，用骨圓針撬拔復位。

(4) 跟骨結節牽引

適宜於跟骨結節骨骨后分離，骨折片明顯上移，或跟骨體部冠狀位骨折後骨折段向上移位者。在常規無菌操作下，用一骨圓針，在跟骨結節部的後上方穿入，做向後向下的牽引，使向上移位的跟骨結節得以復位，恢復跟骨結節關節角下部的正常位置，牽引時間為 3-4 周。

2、固定方法

(1) 不固定：無移位骨折

(2) 夾板固定：

- 適用症：有移位的跟骨結節橫形骨折、接近跟距關節骨折、波及跟距關節面未用鋼針固定者
- 方法：在夾板兩側各置一棒形壓墊，用小腿兩側弧形夾板做超踝關節固定，前面用一弓形夾板維持患足於足石屈位，小腿後側弓形板下端抵於跟骨結節之上緣，足底放一平足墊，一般固定 6-8 周。

3、藥物

按骨折三期辨證用藥

早期：宜在活血化瘀藥中加木通、防己、牛膝、木瓜等利水消腫之品

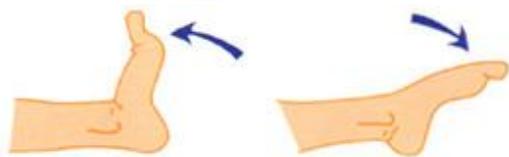
4、功能鍛鍊

骨折經復位固定後，即可做膝及足趾曲伸活動

→稍削減後，可扶雙拐下地不負重行走

並在夾板固定下，進行足部活動，關節面可自行模造而恢復部分關節功能

→周後逐漸下地負重



<http://www.ncku.edu.tw/~ortho7a/pro-2a.html>

傷肢足背伸運動，每日 3000 次

通常它是由於強力的足部內旋動作下，附著於其上的腓骨短肌的猛烈收縮所致，常與踝關節扭傷一併發生，一般骨折片的移位不嚴重。但 Jones fracture 復原後有很高的比例不愈合，而無法恢復原來的結構。相對的，pseudo-Jones fracture (avulsion fracture, tennis fracture) 是發生在蹠骨粗隆的骨折，常發生在足掌曲加一個內旋的力量，如爬樓梯時跌倒，一般愈合較好。

3、蹠骨頸疲勞骨折：好發於長途行軍的戰士，故又名行軍骨折(march fracture)。多發於第二、三蹠骨頸部，尤以第二蹠骨頸發病率最高。由於肌肉過度疲勞，足弓下陷，第二、三蹠骨頭負重增加，超過骨皮質及骨小梁的負重能力，即逐漸發生骨折，但一般骨折段不完全斷離，同時骨膜產生新骨。

(三) 症狀、檢查與診斷

局部疼痛、壓痛、腫脹，活動功能障礙，有縱向扣擊痛。如為單一蹠骨骨折時，仍能勉強行走，如為多根骨折，則不能步行。骨折合併脫位者，會出現足部畸形，並有骨擦音出現。X 光檢查可進一步確診。蹠骨頸疲勞骨折多在不自覺中發生，無外傷史，症狀不重，僅最初為前足痛，勞累後加劇，休息後減輕，局部輕度腫脹，2-3 週後在局部可摸到有骨隆凸(骨痂發生)。由於沒有明顯的外傷史，診斷常被延誤。其 X 光檢查早期可能沒有發現，2-3 週後可見蹠骨頸部有球形骨痂，骨折線多不清楚，要與腫瘤相鑒別。第 5 蹠骨基底部撕脫骨折的診斷應與蹠骨基底骨骺未閉合，腓骨長肌腱的籽骨相鑒別(後兩者壓痛腫脹不明顯，骨片光滑規則，且為雙側性)。

(四) 治療

- 1、無移位或輕度移位的蹠骨幹骨折：不需復位。適當休息，包紮固定即可。
- 2、有移位的蹠骨幹骨折、骨折脫位、多發性骨折：蹠骨骨折上下重疊移位或向足底突起成角必須糾正，否則會妨礙將來足的走路功能。側方移位對功能妨礙較少。患者取平臥位，患膝稍屈，在適當麻醉下，助手固定小腿中部，術者一手握住並固定足跟，另一手握住足趾，作對抗牽引，同時慢慢向趾背牽拉（與蹠骨縱軸約呈 20-30 度），待重疊拉開，再反轉向蹠側屈曲（與蹠骨縱軸約呈 10-15 度），同時用一手拇指在蹠側推擠骨折遠段使之復位。如有側移位，可用一手拇指及其餘四指分別在骨折的蹠背側作對向夾擠骨間隙，同時用另一手拇指沿蹠骨幹捋骨，使側向移位糾正。最後用分骨墊放置背側蹠骨間隙之間，上方再以壓力墊加壓包紮於足托板上。蹠骨骨折合併蹠跗關節脫位者，先整復脫位。如向外側脫位，術者以一手掌頂住足的內側面，另一手掌置於足前部的外側面，在牽引下由外側推脫位之遠側向內，使之對位。如向背側脫位，可用拇指由背側向蹠側推按使之復位。



3、第五跖骨基底骨折、行軍骨折或無移位的跖骨幹骨折：可用局部敷藥，外用夾板或膠布固定 6 週，以後用藥物熏洗，並開始行走煥練。第 5 跖骨基底骨折片常有軟組織嵌入，骨折線消失時間常比較長，只要症狀消失，即可負重行走，不必待 X 光片示有骨性愈合才進行負重。

4、開放性骨折或閉合性骨折在手法復位失敗後，可採用開放復位內固定，術後用石膏托固定 4-6 週。對於陳舊性跖骨頸骨折而跖骨頭向足底移位影響走路時，可施行跖骨頭切除術。

5、固定法：

(1) 木板鞋固定法：在維持牽引下，先敷消腫藥膏，放準分骨墊，再放扇狀（順跖骨方向）小竹簾，分別以繃帶和膠布固定後，穿上事先製成的合適木板鞋（鞋板當中靠內側有一突起，大小符合正常縱弓；前部中間有一小突起，大小符合橫弓，鞋板兩側各有一塊弧形活動側板），給予布帶結紮固定。



(1) 木板鞋



(2) 附加平足墊



(3) 放置分骨墊



(4) 放置扇狀小竹簾 (5) 固定形式

(2) 小夾板結合石膏足托固定：足底包石膏足托，便於塑好足弓，若跖骨之間有側方成角移位者，應在足背部加一杉樹皮或硬紙板，並加分骨墊。小夾板近端應剪成半月形。遠端應達趾蹠，寬度與足背等寬。外用繃帶及“8”字形膠布固定。



6、功能鍛煉

一般初復位後，抬高患肢，並作踝關節的背屈活動，和抬腿練習膝關節屈曲動作，可扶拐不負重步行，3周後逐步改為單拐或棄拐活動，4-5周解除外固定。改換有平足墊的鞋，繼續鍛煉。有脫位者，按具體病情可推遲1-2周解除外固定。

二十八、蜂窩性組織炎

(參考資料來源：顧伯康等，中醫外科學，知音出版社，1992。)

中醫病名: 發

定義

“發”屬於中醫外科學中瘡瘍的一類疾病。其病變範圍較廣，其特點是在皮膚疏鬆的部位突然紅腫蔓延成片，灼熱疼痛，紅腫以中心最為明顯，而四周較淡，邊緣不清，中軟破潰出膿，伴有明顯的全身症狀。相當於西醫的癰、癤併發蜂窩組織炎，屬急性蜂窩組織炎。典型的發，如生在結喉處的鎖喉癰、生在臀部的臀癰、生在手背部的手發背、生在足背的足發背等。現取骨傷科相關作為介紹。

(一) 病名: 臀癰

1、定義

生在臀部肌肉豐厚處範圍較大的急性化膿性疾病。相當於西醫的臀部蜂窩組織炎。其特點是位置深，範圍大，來勢急，易腐潰，收口慢。

2、病因病機

急性者多由濕熱火毒蘊結，或注射時感染毒邪而成；亦可從局部瘡癤發展而來。慢性者多由濕痰凝結，營氣不從，逆於肉理所致；或注射藥液吸收不良所引起。

3、臨床表現

局部注射或瘡癤史。臀部一側紅腫熱痛，患肢步行困難，紅腫以中心最為明顯，而四周較淡，邊緣不清。紅腫逐漸擴大而有硬結，若中間變軟，膿已形成，潰後一般膿出黃稠，有的伴有大塊腐肉脫落，以致瘡口深大，癒合比較慢。初起即有惡寒，發熱，頭痛，骨節酸痛，胃納不佳等全身症狀，待膿出腐脫後逐漸減輕。

4、檢查(含鑑別診斷)

5、治療

6、內治

(1) **濕火蘊結** 臀部紅腫熱痛，或濕爛潰膿，惡寒發熱，頭痛，食欲不振。苔黃或黃膩，脈數。治宜清熱解毒，和營化濕，方用黃連解毒湯合仙方活命飲加減。

(2) **濕痰凝滯** 漫腫不紅，結塊堅實，進展緩慢，多無全身症狀。苔薄白或白膩，脈緩。治宜和營活血，利濕化痰，方用仙方活命飲加桃仁、紅花、澤蘭等。

(3) **氣血兩虛** 潰後腐肉大塊脫落，瘡口較深，形成空腔，收口緩慢，面色萎黃，神疲乏力，納穀不香。舌淡，苔薄白，脈細。治宜調補氣血，方用八珍湯加減。

7、外治

初起紅腫灼熱明顯者用玉露膏，紅熱不顯者用金黃膏或沖和膏外敷。膿成宜切開排膿，切口應低位夠大，以利膿液引流。待膿腐脫落，瘡口滲出黃水時，改用生肌散、白玉膏外敷。若有空腔不易癒合，可加用墊棉法加壓固定。

(二) 病名: 手發背

1、定義:

手發背是生在手背部的急性化膿性疾病。相當於西醫的手背部皮下疏鬆結締組織的化膿性炎症。其特點是全手背漫腫，紅熱疼痛，手心不腫，日久可損筋傷骨。

2、病因病機

多由風火濕熱結聚，氣血壅阻所致；或因外傷染毒而起。

3、臨床表現

初起手背漫腫，脹痛不舒，或有怕冷，發熱等全身症狀。腫脹高突，色紅紫，灼熱，痛如雞啄，全身症狀加重，按之有波動感為內膿已成。若腫勢不趨侷限，而潰出膿液稀薄，病程較長，則有損筋傷骨之慮。

4、檢查(含鑑別診斷)

托盤疔 病在手掌部，手掌部腫脹高突，失去正常的掌心凹陷或稍凸出。並伴手背部腫脹，全身症狀嚴重。

5、治療

內治	<p>濕熱壅阻 手背紅腫熱痛，肉腐為膿，皮膚濕爛，怕冷，發熱。苔黃，脈數。治宜清熱解毒，和營化濕，方用五味消毒飲合仙方活命飲加減。</p> <p>氣血不足 日久腫勢不趨侷局，膿出稀薄，神疲乏力。苔薄，脈細。治宜調補氣血，方用八珍湯加減。</p>
外治	<p>初起用金黃膏或玉露膏外敷。膿成則切開排膿，八二丹藥線引流，紅油膏蓋貼。膿盡改用生肌散、白玉膏。</p>

(三) 病名: 足發背

1、定義

足發背是發生在足背部的急性化膿性疾病。相當於西醫的足背部皮下疏松結締組織的化膿性炎症。其特點是全足背高腫焮紅疼痛，足心不腫。

2、病因病機

多由濕熱下注，氣血凝結，熱勝肉腐而成；或因撞破等外傷感染毒邪，瘀熱互結所致。

3、臨床表現

初起足背紅腫灼熱疼痛，腫勢瀰漫，邊界不清，影響活動，迅速增大而化膿，伴寒戰高熱，納呆等全身症狀。潰後



http://211.93.39.26/class/zw/kejian/main6/main05_2d1.htm

膿出稀薄或夾有血水，皮膚濕爛，全身症狀也隨之減輕。病位淺表，潰膿較快者輕；病位深在，潰膿較遲者重。

4、檢查(含鑑別診斷)

(1) **丹毒** 皮色鮮紅，邊緣清楚，一般不會化膿，常有反復發作史。

(2) **足底疔** 足背足心均腫脹疼痛，全身症狀明顯，容易走黃。

5、治療

內治	<p>濕熱下注 足背紅腫瀰漫，灼熱疼痛，肉腐成膿。寒戰高熱，納呆。舌紅，苔薄黃膩，脈滑數。治宜清熱解毒，和營利濕，方用五神湯合萆薢滲濕湯加減。膿成者，加皂角刺、炙山甲。</p>
外治	<p>初起用金黃膏或玉露膏外敷。膿成則切開排膿，八二丹藥線引流，紅油膏蓋貼。膿盡改用生肌散、白玉膏。</p>

二十九、褥瘡

(參考資料來源：顧伯康等，中醫外科學，知音出版社，1992。)

(一) 定義

褥瘡是機體局部因血循障礙、持續性缺血、缺氧和營養不良等而致的以病變部位發炎、潰爛甚至壞死為特徵的一種常見臨床病症。又稱壓力性潰瘍或營養不良性潰瘍。褥瘡是骨性突起部位長期受壓而引起的一種特殊類型的潰瘍。又稱為壓瘡。

(二) 病因病機

引起褥瘡的主要原因為局部長期受壓，如昏迷、中風、癱瘓、年老體弱等病人，他們喪失了主動變換體位的能力，如果又得不到正確的護理，尤其是缺乏被動翻身等，接觸面長期受壓，血脈受阻，化腐成膿，就容易形成褥瘡。其次，皮膚受潮和不必要摩擦也是常見原因之一，如患者大小便失禁、臥具太硬、床單皺褶不平，以及使用石膏繃帶、夾板時材墊不當等。

本病由於長期臥床不起，久病氣血虧虛。復因受壓的部位氣血失於流通，不能營養肌膚，引起局部壞死。若破損後，則易于感染。這是基層醫療院所常見疾病，病程較長，纏綿難愈。

(三) 臨床表現

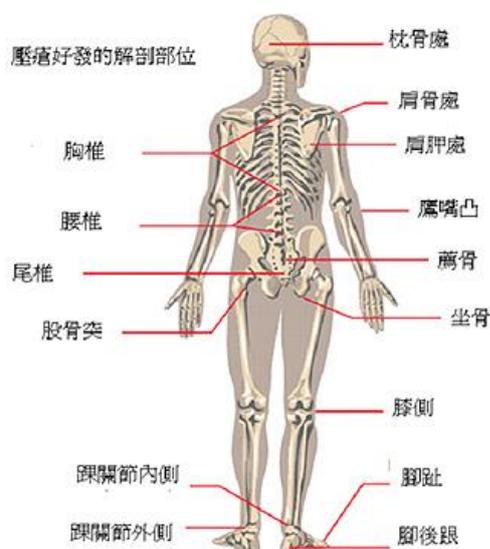
褥瘡的臨床表現最早徵象是皮膚潮紅，接著是水泡形成、皮膚破潰，進而發展為組織壞死。

臨床表現上分五期：

分期	臨床表現
I 期 瘀血紅潤期	皮膚出現紅潤，呈反應性瘀血，局部組織較正常為硬
II 期 炎症浸潤期	局部紅腫，浸潤區皮膚向外擴大變硬，皮膚轉紫色，由於炎症引起滲液形成水泡
III 期 淺層潰瘍期	水泡擴大破潰，淺層組織壞死到真皮創面，有較多黃色滲出物
IV 期 化膿坏死期	局部感染化膿之後，濃性分泌物較多，且有臭味，壞死組織可浸潤皮下肌肉韌帶，甚至骨骼，如不及時處理後果嚴重
V 期 好轉愈合期	炎症吸收，肉芽新鮮，要加強換藥，保護創面

(四) 檢查(含鑑別診斷)

好發位置：



http://solutions.3m.com.tw/wps/portal/3M/zh_TW/SWCD/home/h/edu/long_term_care/bed_sore/

- 1、濕熱蘊膚：皮損處呈紅斑、水皰，甚則糜爛滲液，表皮脫落，伴劇癢，煩躁，口幹，大便燥結，小便黃赤，或有發熱。舌質紅，苔薄白或黃，脈滑或數。
- 2、熱毒入營：皮疹鮮紅或呈紫斑、血皰。高熱，神志不清，口唇焦燥，口渴不欲飲，大便幹，小便短赤。舌質絳，苔少或鏡面舌，脈洪數。
- 3、氣陰兩虛：皮疹消退，伴低熱，口渴，乏力，氣短，大便乾，尿黃。舌紅，少苔，脈細數。

(五) 治療

中醫認為褥瘡的治療應針對原發病的具體情況，進行辨證施治，積極改善病人的全身情況，如合併感染發熱者，宜清熱解毒、和營活血為主。同時可配合外治法分期治療。

1、藥物 手法 針灸

分期	I 期 瘀血紅潤期	II 期 炎症浸潤期	III 期 淺層潰瘍期 IV 期 化膿坏死期	V 期 好轉愈合期
病理	炎症初始 充血期	局部瘀血 變性期	組織壞死 合併感染	結痂，疤痕形成
病程	毒邪在衰 阻鬱氣機 正斜相爭	邪氣入裡 氣滯血瘀 血瘀互結	邪氣內陷 正不勝邪 氣血化腐	邪漸去 正氣盛 濕熱化燥
治法	清熱解毒 消炎鎮痛	活血化瘀 除痰散結	益氣扶正 托毒排膿	祛風清散
藥物	西牛黃、銀花、 山梔、黃連、 黃芩、連翹、 菊花、大青葉	桃仁、紅花、 當歸、益母 草、赤芍、 貝母、牡蠣、 山慈菇	角刺、黃耆、人參、 桔梗、川芎、丹皮、 赤芍、山甲片、殭 蠶、香白芷	桑葉、菊花、薄 荷、馬勃、牛 蒡、銀花、蒼耳 子、防風、防己

手法	振法 擦洗 翻身 運動關節	滾法 一指彈 揉法 輕推 輕擦	皮膚已破 局部慎用推拿 於四周用捏擠法、疏 理法	點壓法 滾法 揉法 推拿法
針灸	艾卷熏灸，每日 兩次，每次 10 分鐘。針灸治 療，在褥瘡周圍 或鄰近部位或 循經取穴。用補 法，每日一次， 每次 15 分鐘。 紅外線照射局 部，每日一次， 每次 15 分鐘。	艾卷熏灸，每 日兩次，每次 10 分鐘。紅外 線 局 部 照 射，每日一 次，每次 15 分鐘。	艾卷熏灸，每日兩 次，每次 10 分鐘。 紅外線局部照射，每 日一次，每次 15 分 鐘。	艾卷熏灸，每日 兩次，每次 10 分鐘。針灸治 療，在褥瘡周圍 或鄰近部位或 循經取穴。用補 法，每日一次， 每次 15 分鐘。 紅外線照射局 部，每日一次， 每次 15 分鐘。

2、功能鍛鍊

局部鍛鍊：

仰臥舉腿 蹬空增力 側臥外擺 分燕點水

3、外治法

(1) 初期

- 用龍膽紫外塗，再撲三石散。
- 紅油膏極薄一層外敷，並墊棉墊，每日換藥 2 次。
- 雲南白藥適量用 75%乙醇調成糊狀塗患處。

(2) 潰腐期

- 紅油膏摻九一丹外敷，每日換藥 2 次。如有壞死組織則應先除去。
- 三七鮮葉洗淨，搗爛成半糊狀，塗於擦淨的褥瘡表面，用無菌敷料包紮，1~2 天換藥 1 次。
- 雙黃連粉針劑均勻地灑於消毒後的瘡面上，無菌敷料包紮，每日 1 次，10~14 天為 1 療程。
- 葶藶子洗淨，炒至微鼓起稍帶金黃色取出，放涼碾成粉，先常規清創消毒，然後將藥粉按 0.5~1.0 克/平方釐米均勻撒於瘡面上，每日 1 次，瘡面較大、滲出較多時可增加 1 次。
- 食用白糖均勻撒於清創消毒瘡面上，以無菌敷料包紮，每 2 天換敷料 1 次。
- 爐甘石 40 克，磺胺嘧啶銀、硼砂、冰片各 20 克，製成散劑，用生理鹽調成稀糊塗擦，每日 1~2 次。

(3) 收口期

用白玉膏摻生肌散外敷，每日 1 次。

(六) 討論

《醫學源流》雲：“外科之法，最重外治”。

內服藥講究辨證論治，據證配伍組方；外用藥也應辨證敷藥，因證組方，根據藥物性皮炎的不同證型和階段而靈活運用。如濕熱蘊膚證初起紅斑、水疱為血熱毒盛，用黃連粉清熱燥濕解毒，敷後紅斑消退，水疱乾枯；若病情繼續發展，患處糜爛、滲液較多則為濕毒重，則重用清熱解毒的鮮品濕敷，能迅速控制病情。

證異藥換，藥隨證變 藥疹皮損變化迅速，要緊緊圍繞證候的特點而更換藥物。如熱毒入營證以血分熱毒為重，故重用涼血解毒的鮮生地搗爛貼敷，則紅腫消退、血疱乾枯而漸愈；若大疱破後為熱清而濕存，用藥液濕敷以收斂，滲液減少或無滲液時用麻油調散藥外塗，乾燥結痂者，則選用麻油或無刺激的軟膏薄塗，以清熱潤膚，使幹痂脫落而皮膚潔淨。這種因證組方，藥隨證變的敷藥方法乃中醫醫學辨證施護的精華。

三十、類風濕性關節炎

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；)

(一) 定義：

指機體正氣不足，衛外不固，邪氣乘虛而入，致使氣血凝滯，經絡痺阻，引起肌肉、關節、筋骨發生疼痛、痠楚、麻木、重著、灼熱、屈伸不利，甚或關節腫大變形為主要臨床表現的病症。

(二) 病因病機：

1、風、寒、濕、熱之邪侵襲：風為陽邪，開發湊理，又具穿透之力，寒藉此力內犯，風又借寒凝之積，使邪附病位，而成傷人致病之基。濕邪借風邪的疏泄之力，寒邪的收引之能，風寒又借濕邪黏著、膠固之性，造成經絡壅塞，氣血運行不暢，則筋脈失養則痛。素體陽盛或陰虛內熱，感受外邪之後容易從熱化，或因風寒濕痺鬱久從陽化熱，熱邪與人體氣血相搏而見關節紅腫疼痛、發熱等，發為熱痺。

2、藥物所傷：治療不當，或久服祛風燥濕、散寒清熱之劑，既傷於中，又傷津耗血，在病理上便形成痰瘀相結不散，經絡痺阻，筋骨失榮，經絡失養，疼痛不以此而成痼疾。

(三) 臨床表現：

1、起始症狀：三分之二的病人在關節症狀出現前，慢慢地感覺全身虛弱，疲累，食慾不振，肌肉疼痛等。這些前驅症狀，有可能持續數週甚至數個月才出現關節痛，一開始大都發生在手，腕，膝，足的關節而且對稱發作，少於 10%的病患屬於急性，同時併發高燒，淋巴及脾臟腫大。偶而出現在上部頸椎而引起後枕痛，但絕不發生在胸部以下的脊椎，因此，如果有背痛及腰痛絕不是類風濕性關節炎。

2、關節的症狀：

(1) 被侵犯的關節會腫，痛，熱，壓痛，僵硬，但不會紅腫。晨起的關節僵硬(morning stiffness)有可能持續 1-2 小時。

(2) 手的關節大都出現在腕關節，掌指關節(metacarpophalangeal joint),近端指骨間關節(proximal interphalangeal joint), 值得注意的是很少出現在遠端指骨間關節(distal interphalangeal joint)。

(3) 關節炎久了之後，關節有可能產生某種程度的變型。比較重要的有：

- Z deformity: radial deviation at wrist and ulnar deviation of digits.
- Swan-deformity: hyperextension of proximal interphalangeal joint with compensatory flexion of distal interphalangeal joint.
- Boutonniere deformity: flexion deformity of proximal interphalangeal joint and extension of distal interphalangeal joint.
- Thumb deformity: hyperextension of the first interphalangeal joint and flexion of the first metacarpophalangeal joint with loss of thumb mobility and pinch.

3、關節以外的症狀：由於類風濕性關節炎常含高濃度的自體抗體(autoantibody, especially to the Fc component of immunoglobulin G), 也就是所謂的 rheumatoid factor, 所以常有一些全身性的其他症狀：

(1) Rheumatoid nodule: 大都在關節周圍，尤其背面。

(2) Rheumatoid vasculitis: 導致臟器壞死, 周邊神經炎, 皮膚潰瘍, 壞死, 腳趾及手指的 gangrene。

(3) pleuropulmonary manifestations: include interstitial fibrosis, pleuropulmonary nodules, pneumonitis, arteritis。

(4) Felty's syndrome: 包括: 類風濕性關節炎, 脾腫大, 貧血, 白血球偏低 (neutropenia), 及 thrombocytopenia。

(5) 心臟及中樞神經系統受影響的機會很少。

(四) 檢查(含鑑別診斷)

1、臨床症狀: 從疾病的發生至被診斷出來平均是 9 個月, 顯見這個疾病的初期, 其症候很不一致, 一般來說, 下列是作為診斷的幾個重點:

(1) Bilateral symmetric inflammatory polyarthritis

(2) Involve both small and large joints of upper and lower extremities

(3) Sparing the axial skeleton except the cervical spine

(4) Morning stiffness of the involved joints

(5) Subcutaneous nodules of extensor surface

2、血液檢查:

(1) Rheumatoid factor: Rheumatoid factor 是一種 autoantibodies, 約 2/3 的類風濕性關節炎患者可以測得到, 但必須注意的是: 一般人中有 5% 也可以測得出 rheumatoid factor, 65 歲以上的老人則高達 10-20%, 而且有些疾病也會併有 rheumatoid factor, 例如: SLE, chronic liver disease, hepatitis B, tuberculosis, leprosy, syphilis, interstitial pulmonary fibrosis, subacute bacterial endocarditis 等等。所以 rheumatoid factor, 並不是類風濕性關節炎的專利, 不能以之為單一的診斷依據, 但是類風濕性關節炎患者, 如果含高濃度的 rheumatoid factor, 則其症狀較嚴重而且常會有關節外的問題如 rheumatoid nodules, rheumatoid vasculitis 等。

(2) Normocytic normochromic anemia

(3) Elevated erythrocyte sedimentation rate

(4) Synovial fluid analysis: 關節液呈混濁狀, 黏度降低, 蛋白質含量增高, 葡萄糖含量降低. polymorphonuclear 白血球增加 (>2000/ml)。

3、X 光檢查: 初期的 x-光檢查無甚意義, 對診斷並沒多大幫助, 但是當疾病已進行幾年之後, x-光檢查可以用來判斷 cartilage destruction 及 bone erosion 已到什麼程度。

4、鑒別診斷:

(1) 痿病: 肢節弊病久治不癒, 因肢體疼痛, 活動困難, 漸見痿瘦, 而與痿病相似。其鑒別關鍵在於痿病表現為肢體痿弱, 羸瘦無力, 行動艱難, 甚至癱軟於床榻, 但肢體關節多無疼痛, 而弊病疼痛突出。

(2) 其他如風濕熱、膝眼風、痛風等病證, 雖然亦可見到關節肌肉疼痛, 但疼痛部位、性質及伴發症狀有各自的證候學特點, 臨床辨證論治時要注意鑒別。

(五) 治療:

1、手法: 可請病人俯臥, 以滾、按法為主, 從大椎至腎俞由上至下滾、按、揉、擦, 往返 3~4 次。上隻處用滾、按、揉、捏、點法, 在肩井、肩俞、曲池、外關等穴進

行。下肢患者坐式按摩，從陽陵泉、承山、委中、足三里等穴位處，運用按、點、揉、拿，膝部（在內外膝眼穴位處）以一指禪，推、揉 5~10 分鐘。

2、針灸：以督脈，陽經俞穴為主，配合陰經為輔，補瀉手法依病情靈活應用，以得氣為度，多能取得較好的鎮痛效果。常用穴位：如督脈之大椎、至陽、筋縮、腰陽關等；上肢肩、肘、腕關節痛甚者取腎俞、環跳、陽陵泉、足三里、絕骨、丘墟、太衝、三陰交等。指關節痛劇變形者加合谷透後谿，腕關節痛甚者加陽池；肩關節者加肩髃、肩貞；膝關節疼痛屈伸不利者加鶴頂、膝眼；踝關節腫痛變形者加解溪、崑崙；脊椎病變者加相應節段的夾脊穴。

3、藥物：

（1）健脾益胃，貫穿始終：可用四君子湯合黃耆建中湯，或參苓白朮散加減健脾益胃，顧護胃氣。

（2）經絡瘀阻，蟲類搜風：可在辨證基礎上加上白花蛇、烏梢蛇、地龍、僵蠶、地鱉蟲、穿山甲等。蓋蟲類藥性多偏燥烈，用藥必須治其偏性而增加療效。使用蜈蚣、全蠍每隔一段時間要檢查肝、腎功能，防範可能發生不良反應。

（3）益肝補腎，柔筋壯骨：本病後期證見身體尪羸，腰膝酸軟、關節疼痛，反覆發作，筋攣骨質退化疏鬆，關節變形、立行困難者，皆為肝腎不足、陰精耗傷。此期不離補腎陰、益肝血，可用生熟地、山萸肉、桑椹子、肉蓯蓉、龍骨、牡蠣等加減。而兼有腎陽虛者，用右歸丸改肉桂為桂枝，加巴戟天、仙靈脾等溫補腎陽。

（六）功能鍛鍊：

1、主動功能鍛鍊：全身性如太極拳、太極劍、氣功等健身運動；局部性可根據各關節的功能，囑病人循序漸進的進行鍛鍊。肩、踝、指、肘、膝、腕的伸、屈、內旋、外旋等功能鍛鍊。

2、被動功能鍛鍊：RA 病人多伴有不同程度的功能障礙，病人往往怕痛不願進行自主運動，應指導病人將手平放於受累關節處，先輕輕按摩，然後逐漸增加力量，帶局部肌肉鬆弛後，用拇指作揉、摩、按法後將關節輕輕拉直，再做伸、屈、旋等鍛鍊，每次 10~15 min，每天 2~3 次。

3、熱療後功能鍛鍊：熱療、水療、電療後，血液循環加快，滑膜、軟骨、韌帶、肌腱以及骨骼處於暫時的鬆懈狀態，疼痛緩解，此時進行功能鍛鍊可促進病變關節充血和水腫的吸收，使機體各功能加強，病人也較易接受。

三十一、乾癬性關節炎

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；)

(一) 定義：

乾癬性關節炎屬於血清陰性脊椎炎(Seronegative spondyarthritides)。乾癬是一種普通的疾病，人口的發生率約為 1~2%。7~25%的乾癬病人病情進展後，其中有 1/5 的人可形成關節炎。年齡多在 30~55 歲之間，沒有明顯的男女傾向。目前西醫學關於乾癬性關節炎之病因及發病機理不明，但 1/3 乾癬患者有家族史，所以遺傳基因是重要因素。乾癬而有脊椎炎患者其 HLA-B27 抗原佔 90%以上；而有薦腸骨炎者有此抗原佔 40%，周邊關節炎者有此抗原佔 20%。乾癬性關節炎的特徵是包括皮膚及關節的損害，30%患者有指甲受損。

(二) 病因病機

- 1、初起：風濕熱邪郁滯。
- 2、病久：血虛生風化燥。
- 3、誘因：情志內傷，風邪侵擾。
- 4、病機：營血失和，氣血凝滯。

(三) 臨床表現

- 1、關節炎：
 - (1) 單一或少數不對性關節炎：是最普通的一種，約佔 70%患者。
 - (2) 多發性對稱性關節炎
 - (3) 遠側指(趾)間關節炎(男性多見)
 - (4) 以脊椎炎為主：薦腸骨關節炎經常合併存在，關節常有嚴重的磨損。
 - (5) 薦腸骨關節炎和脊椎炎合併多發的手和腳的畸形性小關節炎：可以進展到所謂「套筒式」手指和腳的畸形(Telescoping Finger)。
- 2、指甲的損害：指甲的改變在乾癬性關節炎是時出現的，約佔 85%，常見的變化如：指甲過度角化，指甲變色和破壞等。
- 3、皮膚的改變：在臨床上乾癬的許多種類型是伴隨著關節炎的進展而出現，本身並沒有特殊性。有 75%病人皮膚損傷早於關節炎，但有些病人則不然，所以診斷上增加了困難性。
- 4、眼部的改變：有 30%病人可出現眼睛的損害，其中結膜炎是最普通的。

(四) 檢查

ESR (通常<100)、CRP (varied)、rheumatoid factor (to differentiate from rheumatoid arthritis;)、ANA (to differentiate from RA or SLE)、synovium (WBC 5-5000 μ /L, about 50% PMNs)。

(五) 鑑別診斷

- 1、痛風
- 2、退化性關節炎
- 2、類風濕性關節炎
- 4、細菌性關節炎

(六) 治療

1、手法：本病皮膚、眼睛病變沒特殊的手法治療，若屬於關節炎部分可以考慮一般的關節炎治療。

2、針灸：取風池、肺俞、心俞、腎俞、曲池、內關、血海、大椎、足三里、合谷、三陰交等穴。

3、藥物

(1) 中醫治療：

- 肝郁化火：皮疹色紅，伴心煩易怒，失眠多夢、眩暈、心悸、口燥、咽乾，舌邊尖紅，脈弦數。治用：龍膽瀉肝湯。

- 風濕蘊膚：皮疹色淡褐色，粗糙肥厚，劇癢，舌淡紅、苔薄白或白膩，脈濡緩。治用：消風散。

- 血虛風燥：皮疹色淡或灰白，肥厚粗糙，伴心悸怔忡，失眠健忘，舌淡苔薄，脈沈細。治用：當歸飲子。

(2) 外治法：

- 肝經化火、風濕蘊膚：用三黃洗劑 tid~qid

- 醋泡雞蛋：以醋泡過的雞蛋的蛋黃與蛋白辦勻，外塗數次。

(3) 西醫治療：

- NSAIDs are a first-line therapy for joint disease.

- The most widely used DMARDs are methotrexate, sulfasalazine, and cyclosporine.

These are safe and effective in treating active peripheral arthritis but are not effective in treating axial disease.

- Etanercept (Enbrel) is a biologic agent that inhibits TNF-alpha and has efficacy for treating psoriatic arthritis. It is a fusion protein of the TNF receptor bound to human immunoglobulin G1 (IgG1) Fc domain.

- Systemic corticosteroids are generally avoided because of possible withdrawal-induced rebound of skin disease.

三十二、鈣化性肌腱炎(岡上肌腱炎)

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；)

(一) 定義

肩外展至 90 度時，肩峰下滑囊完全縮入肩峰下，岡上肌腱容易受到摩擦，日久勞損呈現慢性炎症，即岡上肌腱炎。

(二) 病因病機

- 1、肩關節鈣化性肌腱炎在臨床上是相當常見的病症，其致病的原因並不明確，和固定使用肩關節姿勢的族群較有關係，譬如需要常常打電腦或舉手寫黑板的人。
- 2、最常見的鈣化物質沉積部位為肩部，尤其是肩胛棘上韌帶處。

(三) 臨床表現

80%為女性患者，且侵犯肩部為主，伴有盂肱關節退化和顯著的肩袖撕裂。患者年齡為 53 至 90 歲，平均年齡為 72.5 歲。發病緩慢，可自 1 年至 10 年。大多數病人感輕至中度疼痛，尤其在肩部活動後，少數人在休息時也會感到劇烈疼痛。其他症狀包括關節活動受限、僵硬和夜間疼痛。查體可發現關節活動度受限制、不穩定，若將肱骨頭推向肩盂，可產生骨磨擦音和疼痛，關節穿刺液常為血性，大約在 30—40ml 之間，有時甚至可多到 130ml。

(四) 檢查

- 1、用力外展時疼痛明顯，動作加快則肩部會發出聲響。
- 2、疼痛弧試驗：肩主動或被動外展，當外展到 60~120°範圍時，岡上肌腱在肩峰下摩擦，肩部疼痛者為陽性，這一特定區域的外展痛稱**疼痛弧**。
- 3、大部分急性鈣化性關節旁炎症，發生在單一關節，常伴有紅、腫、熱、痛，可持續數周。
- 4、X 線沉積的鹼性磷酸鈣結晶，可呈現圓形或絨毛狀鈣化物，從數毫米到幾釐米大小不等，可以是單個鈣化點或多個鈣化點。

5、D/D：

- (1) 肩峰下滑囊炎：肩峰下疼痛、壓痛，可放射至三角肌。若病程久可見肌肉萎縮，無法外展外旋。
- (2) 肱二頭肌長腱鞘炎：起病緩，逐漸加重，疼痛以肱骨為主。肱二頭肌收縮時疼痛加重。
- (3) 岡上肌腱斷裂：肩外展肌力消失，無法外展上臂，如被動外展抬到 60 度以上，即可主動抬舉上臂。
- (4) 轉移性鈣化：為鈣磷代謝異常所致，例如：腎性骨發育不全、甲狀旁腺功能低下、維生素 D 過多和類肉瘤病等。
- (5) 鈣鹽沉積病(calcinosis)：鈣化現象發生在皮膚或皮下間質組織，但鈣的代謝正常，例如全身間質性鈣鹽沉積病、硬皮病、皮肌炎和腫瘤性鈣化症(tumoralcalcinosis)。

(6) 營養不良性鈣化(dystrophic calcification)，即鈣沉積在不能存活的組織，可為局部或全身性，例如沉積於退化壞死、腫瘤炎症、外傷、甚至寄生蟲感染的組織。

(五) 治療

1、手法

(1) 急性期手法輕 慢性期手法可加重。

(2) ”拿捏”岡上部、肩部、上臂部，由上而下->揉摩岡上、肩部->點按撥岡上肩部筋絡。

(3) 左手扶肩右手托肘，搖轉並外展肩部 90-120 度

2、針灸

瀉：天宗、肩骨禺、肩髃、臂臑、曲池，以肩臂酸麻脹為度，留針 20 分鐘，可加艾灸。

3、藥物

(1) 急性期：舒筋活血湯

(2) 慢性期：舒筋丸，局部疼痛畏寒：小活絡丹，體弱血虛者：當歸雞血藤湯

4、功能鍛鍊

急性期重痛嚴重可用三角巾懸吊限制活動

(六) 討論

1、又稱做：鹼性磷酸鈣結晶沉積病、肌腱旁鈣化症、羥基磷灰石(hydroxyapatite)性風濕病、鈣化性關節旁炎症。

2、特殊檢查

(1) 搭肩試驗：又稱杜加(Dugas)試驗，主要檢查肩關節有無脫位。檢查時患者屈肘，將手搭於對側肩上，如果手能搭到對側肩部，且肘部能貼近胸壁為正常。若手能搭到對側肩部，肘部不能靠近胸壁；或肘部能靠近胸壁，手不能搭到對側肩部，均屬陽性。

(2) 落臂試驗：用以診斷肌腱袖有無破裂。檢查時患者取站立位，將患肢被動外展 90°，然後緩慢放下，如果不能慢慢放下，出現突然直落到體側，為本試驗陽性，說明肩部肌腱袖有破裂。

(3) 肱二頭肌抗阻力試驗：又稱葉加森(Yergason)試驗，主要用於診斷肱二頭肌長頭肌腱滑脫或肱二頭肌長頭肌腱炎。檢查時患者屈肘 90°，醫者一手扶住患者肘部，一手扶住腕部，囑患者用力屈肘、外展、外旋，醫者給予阻力，如出現肱二頭肌腱滑出，或結節間溝處產生疼痛為陽性，前者為肱二頭肌長頭肌腱滑脫，後者為肱二頭肌長頭肌腱炎。

(4) 肩周徑測量：又稱卡拉威(Callaway)試驗，醫者用軟尺以患者肩峰繞過腋窩測其周徑。肩關節脫位時，由於肱骨頭脫出，其周徑增大。需將患側與健側作對比。

(5) 疼痛弧試驗：囑患者肩外展或被動外展其上肢，當外展到 60~120°範圍時，岡上肌腱在肩峰下摩擦，肩部出現疼痛為陽性，這一特定區域的外展

痛稱疼痛弧。

(6) 直尺試驗：正常的肩峰位於肱骨外上髁與肱骨大結節連線之內側，醫者用直尺貼于患者上臂外側，一端接觸肱骨外上髁，另一端能與肩峰接觸則為陽性徵，說明有肩關節脫位或有肩胛骨頸部明顯移位骨折。

(7) 岡上肌腱斷裂試驗：患者肩外展，當外展 30~60°時可以看到患側三角肌明顯收縮，但不能外展上舉上肢，越用力越聳肩。若被動外展患肢越過 60°，則患者又能主動上舉上肢。這一特定區的外展障礙為陽性徵，說明存在岡上肌腱的斷裂或撕裂。

3、鈣化沉積物可有下列演變過程。

(1) 靜止期

鈣化物完全沉積在肌腱內，不會引起任何臨床症狀，X 線顯示邊緣清晰的鈣化沉積物。

(2) 機械期

沉積物增大，壓迫肩峰下滑囊，此時會造成不同程度的肩痛症狀，滑囊下血管充血，X 線下可見鈣化物邊緣不清楚，或分散成線狀，甚至完全消失。

- 滑囊下破裂：沉積物部分從肌腱排出到滑囊下，這個過程可以反復進行，甚至所有的沉積物從肌腱排出。
- 滑囊內破裂：沉積物破裂排出到滑囊內，有時會造成劇烈的疼痛和炎症。

(3) 粘連性關節旁炎症期

此時期肌腱內的鈣化沉積物和粘連性滑囊炎同時出現，病人感覺疼痛，全身衰弱，關節活動受限。

(4) 骨內小房

有時鈣化沉積物會擴展到附近的大結節，形成結節內大小不一的囊狀物。

(5) 啞鈴式小房

少數情況下，因為受到喙突肩峰韌帶的壓迫，肩峰滑囊下的沉積物形成啞鈴狀。雖然這些過程並不很明顯，但表明肩部的鈣化沉積物可具有不同的形式，而且肩部鈣化的位置依鈣化沉積在哪一條肌腱而異。

三十三、腱鞘囊腫

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；)

(一) 定義

本病又稱為”聚筋”、”筋瘤”，是關節囊周圍結締組織退變的結果。年輕人則屬於發育異常，多在外傷後才引起注意，老年人則是關節囊或腱鞘受傷，內膜襯裡破裂突出於關節，或腱鞘附近皮下淺表成半球形隆起所致。

(二) 病因病機

腕部腱鞘囊腫幾乎在任何年齡都會發生，好發於 20-40 歲的年紀，女性患者比男性患者多 (男：女 = 1：3)，發生比率與患者的職業及慣用手沒有相關。

學者依腕部腱鞘囊腫發生的位置給予適當的分類，最常見的是腕背部腱鞘囊腫 (dorsal wrist ganglion)，囊腫由舟狀骨月狀骨背側韌帶，關節或關節囊長出來，佔了手腕部腱鞘囊腫百分之六十到七十。第二常見的是腕掌部腱鞘囊腫 (volar wrist ganglion)，常位於橈側屈腕肌及長拇指張肌之間的腕摺下方，佔了手腕部腱鞘囊腫百分之十八到二十，大部分腕掌部腱鞘囊腫由橈腕關節或舟狀骨菱形骨關節長出來。

腱鞘囊腫形成的原因目前有四種假說，第一種假說認為腱鞘囊腫是胚胎時期殘留下的組織；第二種假說認為腱鞘囊腫是滑液囊突出所造成；第三種假說認為腱鞘囊腫是一種退化性囊腫；第四種假說認為腱鞘囊腫是韌帶或關節囊受傷後，因為修復過程有瑕疵，而造成的黏液性退化。

中醫認為本病多為外傷筋膜，邪氣所居，郁滯運化不暢，水液積聚於骨節經絡而成。

(三) 臨床表現

囊腫好發於在手部，尤其在腕背部中央，小如豌豆、大如小顆的核桃，會隨肌腱活動而移動，曲腕時尤其明顯，有時也會出現於足部。

起初囊腫成半球狀隆起，柔軟可推動，時大時小，觸摸皮下飽滿，且有波動囊樣感，脹或痛感，輕者幾天內可自行吸收消散。但有些會逐漸增大，反覆發生或長期刺激囊腫則變為軟骨樣硬。患者多半自覺腕部無力不適或疼痛多為酸痛或放射性疼痛伴一定的功能性障礙。

(四) 檢查(含鑑別診斷)

對於腕部腱鞘囊腫的診斷可以借由其透光的特性，利用光筆 (penlight) 作為診斷測試，而超音波也是一個很好的診斷利器，核磁共振當然也可以作很準確的診斷；另外利用空針吸出果膠般的物質，也是確立診斷的佐證。

此病須和下列疾病鑒別診斷：

- 1、滑膜囊腫 為類風濕性關節炎併發症，或屬一個症狀。發炎過程較廣泛，病變範圍較大，基底部較寬廣。
- 2、腕背骨膨隆症 又稱腕骨隆突綜合症、腕凸症。多發生於骨性擠壓傷、急性或慢性暴力傷、肌肉牽拉或慢性勞損等，主要症狀在第 2-3 腕掌關節背側隆突畸形、疼痛無力、壓痛明顯，過度背伸和抗阻力時症狀加重。X 光：切線位，

關節間隙狹窄，不平正，硬化或骨質增生

3、腕部創傷性滑膜炎 主要在橈腕關節，呈橫形均勻腫脹，腕舟骨功能受限，壓痛有積液波動感，並合併韌帶損傷。尺橈斜偏痛為橈尺韌帶拉傷，背伸掌側痛則為掌側副韌帶損傷。

（五）治療

1、手法

（1）扣擠法：患者腕背朝上，術者雙手分握患腕兩側，雙拇探明囊腫的相對固定方向，接著屈曲拇指的指間關節，深壓於囊腫一側扣緊，不使滑動，擠壓下搖腕片刻，可覺指下空沉伴咕嚕響聲，繼而腫物迅速變小，以致消失，加壓包紮 2~3 週。

（2）刮筋法：用於手指關節部的大小韌鞘囊腫。操作時以拇指指甲緊扣小囊腫，往回一刮囊腫即可隨響聲消散

2、針灸

（1）三稜針點刺加毫針法：用手指將囊腫皮膚繃緊固定，以三稜針於頂部點刺，排盡黏液使其平復。隔 1~2 日後，局部用毫針點刺 3~5 針，並針刺鄰近一個穴位(陽池、陽谿、外關、列缺)，留針 10 分鐘，可連續針刺 2~3 次。或於囊腫上用三稜針操作“ ” 五點，內容物出於皮下可被吸收，無菌敷料包紮 2~3 週。

（2）火針：局部消毒後，將三稜針用酒精燈燒紅，當頂直刺，即見膠狀物從針孔冒出，擠盡後針孔用碘酒消毒加壓包紮。

（3）電針療法：在囊腫周圍扎四針，尖斜向囊腫莖部，腫中間加一針，後換低頻脈衝電流，能忍受最大強度為宜，天 1 次每次 20~30 分鐘，0~15 次為一療程。

三十四、馬尾症候群(Cauda Equina Syndrome)

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；)

(一) 定義

「馬尾症候群(Cauda equina syndrome)」即是馬尾部神經根受到壓迫可表現出的一系列症狀：下背痛、單側或雙側坐骨神經痛(sciatica)、鞍部感覺障礙(saddle sensory disturbances)、二便功能障礙(bowel and/or bladder dysfunction)，以及不同程度下肢運動跟感覺功能喪失。中醫辨證屬「痿症」、「癱閉」等範疇。

註：成年人脊髓一般終結於腰一或腰二層次，腰一或腰二之下的神經根會如馬尾狀散列，故這群神經根被稱作「馬尾(Cauda equina)」。

(二) 病因病機

脊椎病變(如：椎管狹窄、椎間盤突出、腫瘤等)、外傷(如：脊椎骨折)、醫源性(如：spinal anesthesia)、神經系統感染等多種原因皆可能造成馬尾部神經根的壓迫，引起馬尾症候群。

(三) 臨床表現

下背痛、單側或雙側坐骨神經痛(sciatica)、馬鞍部感覺障礙(saddle sensory disturbances)、二便功能障礙(bowel and/or bladder dysfunction)，以及不同程度下肢運動跟感覺功能喪失。

(四) 檢查(含鑑別診斷)

理學檢查：下肢肌力、感覺、病態反射、肛門指檢(檢查肛門括約肌)、SLRT 等

影像學檢查：首選核磁共振攝影 MRI

鑑別診斷 Cauda equina syndrome 與 Conus medularis syndrome

	Conus medularis syndrome	Cauda equina syndrome
Presentation 表現	Sudden and bilateral 雙側	Gradual and unilateral 單側
Reflexes 反射	膝反射正常，踝反射受影響	膝反射與踝反射皆受影響
Redicular pain 痛	+	++
Low back pain 下背痛	++	+
Sensory symptoms and signs 感覺	麻木較侷限於肛週；多為雙側且對稱；感覺分離(sensory dissociation)；	麻木多分布於鞍部；可為單側不對稱；沒有感覺分離(sensory dissociation)；特定下肢感覺皮區有感覺喪失；可伴隨恥骨區感覺喪失

	Conus medularis syndrome	Cauda equina syndrome
Motor strength 運動	典型為雙側；偶見過度反射性的下肢無力(hyperreflexic distal paresis of lower limbs)；可見顫動 Fasciculation；	不對稱；無反射性的下肢無力(areflexic paraplegia)；少見顫動 fasciculation；可伴見下肢肌肉萎縮(atrophy)；
Impotence 不舉	常伴見	較不常伴見
Sphincter dysfunction 括約肌不用	Urinary retention plus atonic anal sphincter	Urinary retention

(五) 治療

1、西醫治療

(1) 急性或外傷性馬尾症候群初起可考慮類固醇，抗發炎緩解腫脹

(2) 減壓手術

2、手法：腰背部軟組織鬆解手法、腰扳法

3、針灸

小便癱閉：針刺氣海、關元、中極、次、三陰交、太溪等穴

鞍部麻木及小腿肌肉癱瘓：電針取穴夾脊、承山、委中、足三里等穴

4、藥物

小便障礙：利尿飲合黨參、黃耆、淫羊藿等

鞍部麻木及小腿肌肉癱瘓：補陽還五湯加減，老年患者黃耆可用 60g，血虛患者當歸可用 30g

5、功能鍛鍊

(六) 討論

- 馬尾症候群是西醫手術適應症，若遇到此類病患應盡快轉介西醫神經外科或骨科門診。中醫藥治療宜在術後恢復期扮演輔助的角色。
- 推拿按摩治療腰椎間盤突出症，手法操作應注意以下三點，以避免馬尾神經損傷：
 - 慎選適應症：相對禁忌症 (1) 腰腿痛劇烈，腰椎 CT 顯示巨大突出(矢狀徑超過椎管 1/3 以上) (2)反覆發作的椎間盤突出 (3)老年性腰椎盤突出症合併不同程度的椎管狹窄。此時手法治療，以腰背部軟組織鬆解手法為主，勿使用暴力，更不要在麻醉下大推拿和機械牽引復位
 - 推拿手法勿過重於粗暴生硬
 - 符合生物力學

三十五、股骨粗隆間骨折

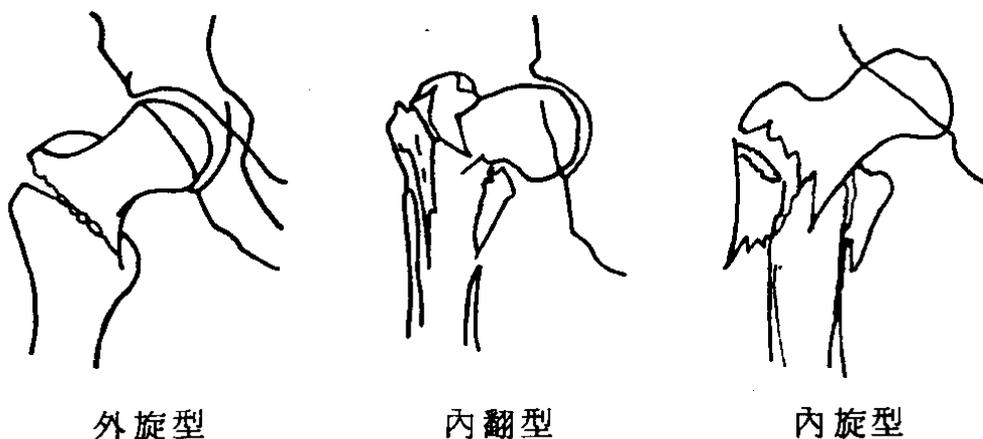
(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；)

(一) 定義：

股骨粗隆間骨折，係指由股骨頸基底至小粗隆水平以上部位所發生的骨折，屬於關節囊外骨折。由於粗隆部血循豐富，骨折後極少不癒合，但若處理不當，易發生髓內翻。

(二) 病因病機：

本病多因老年人髓部骨質疏鬆、關節不靈活，遭受突然外力，身體一時失去平衡，患肢因過度外旋、內旋或內翻的傳導暴力或跌倒時大粗隆部直接觸地而致骨折。



股骨粗隆間骨折的類型

❖按損傷機制一般可分為外旋型、內翻型、內旋型三種類型：

	1.外旋型骨折	2.內翻型骨折	3.內旋型骨折
型態	<ul style="list-style-type: none"> • 骨折線自小粗隆附近部位，斜行向外上，與股骨幹成較小的銳角。 • 骨折遠段因肌肉收縮和重力關係，可發生向上及外旋移位，但頸幹角變化不大。 	<ul style="list-style-type: none"> • 骨折部位常較外旋型骨折位置高(接近股骨頸基底)，骨折線亦為斜形，由內下向外上斜行至大粗隆，與股骨長軸形成較大的銳角。 • 內側骨皮質因受內翻應力的影響，常互相嵌插。 • 小粗隆骨折的發生類似於長骨幹發生蝶形骨折的原理，頸幹角變小。 	<ul style="list-style-type: none"> • 骨折線由小粗隆與股骨頸基底之間開始，由內上斜行向外下，達股骨幹上端外側，成斜形或短螺旋形骨折，與外旋形骨折線相反。 • 小粗隆有時連在遠段骨斷端上，也可發生撕脫骨折。 • 骨折近段因外展外旋肌的牽拉，形成外展外旋畸形，遠段則因內

	1.外旋型骨折	2.內翻型骨折	3.內旋型骨折
			收肌與腰大肌的強力牽拉，向內和向上移位，形成髓內翻畸形。
預後	這種骨折(嚴重粉碎者例外)經適當的手法復位、固定後，骨折即不再移位，是一種 <u>最多見</u> 的穩定性骨折。	治療後因內側骨皮質破壞較重，常遺留髓內翻畸形。	這種骨折經手法整復後，容易再重疊移位，是一種不穩定性骨折，但不易發生髓內翻。

(三) 辨證診斷：

常見於老年人。男稍多於女，男：女=1.5：1。

臨床症狀明顯，患者不能坐起或步行。局部自覺疼痛雖不嚴重，但髓關節任何方向的主動和被動活動都受限。下肢短縮內收、外旋畸形，大粗隆上升移位，按壓或叩擊大粗隆部位時，可引起劇痛、局部腫脹嚴重、皮膚瘀斑，有時可觸到骨擦感，應與股骨頸骨折相鑒別，需拍 X 光片進一步檢查確診。

本病多發生在年老體弱者，骨折後長期臥床，容易發生各種併發症，如肺炎、血管栓塞、心力衰竭、腎盂腎炎、褥瘡等。故臨床要注意其全身狀況，以防貽誤。

(四) 治療方法：

1、手法整復：

(1) 不全或嵌插骨折：這種骨折不需手法復位，在臥床休息期間也不需固定，僅用丁字形鞋及砂袋保持患肢外展(30—40°)、足稍內翻或中立位即可。4-5 週後，骨折穩定，骨痂生長良好，囑患者離床，在外展夾板的保護下，持雙拐步行(患肢不宜負重)待骨折癒合，再開始患肢負重。

(2) 完全骨折：先以 2% 普魯卡因 15-20 毫升血腫內麻醉。助手固定骨盆，術者握住患肢，須縱軸方向拔伸，待骨折部有向下摩擦感，重疊移位矯正後，再按照骨折類型，將患肢置於適當位置上：①外旋骨折→外展內旋；②內翻骨折→將骨折遠斷端向內推，患肢外展內旋；③內旋骨折→患肢保持中立位。攝 X 光正位片，證明復位滿意後，將患肢放在牽引架上，行骨或皮膚牽引。牽引重量一般在 4-5 公斤，要防止遠端向上移位。5-6 週後，在外展夾板保護下，離床持雙拐不負重步行；7-8 週可根據骨折癒合情況，改為單拐負重行走。

2、固定方法：

(1) 固定器材：主要有①外展夾板(用柳木製成)；②股骨骨折夾板四塊，③固定帶六條(寬厚帶 2 條、窄帶 4 條)。

(2) 使用方法：在骨折復位後，將患肢大腿用股骨骨折夾板固定好，然後再用外展夾板固定，外展夾板的活動軸正好對準大粗隆頂部，先將軀段布帶結紮，再捆緊肢段布帶。

(3) 固定後，必須注意觀察，因外展夾板在活動中容易滑脫，招致患肢內收，要經常檢查調整。根據目前臨床實踐，用本法治療後，骨折癒合快，關節活動功能恢復良好，即使有輕度髓內翻，對老年人功能影響不大。

(4) 注意事項：

- 內旋型骨折，不易達到解剖復位，遠端易向上重疊移位，患肢仍固定於中立位或輕度外層位，頸幹角在 130-140° 之間即可。雖有輕度短縮，對功能不會有更大影響。

- 內翻型骨折，易發生髓內翻，在手法復位時應注意使骨折面嵌插，並外展患肢，防止髓內翻。若輕度髓內翻，對功能亦無明顯影響，不需再行治療，但對青壯年患者，髓內翻影響勞動者，應施行粗隆下外展截骨矯正術。

3、功能鍛鍊：

本病的功能鍛鍊不可忽略，固定期間應注意不盤腿、不側臥，經常做患肢肌肉運動和全身鍛鍊，如股四頭肌收縮活動等。解除牽引後，可扶雙拐患肢不負重行走，尤其是不穩定骨折，應通過臨床、X 光檢查證實骨折癒合後，才可逐步負重。

4、藥物治療：

除按三期辨證原則進行治療外，在初期宜加用接骨膏作局部外敷，三日更換一次，同時要注意可能發生的併發症，予以及時防治。後期宜著重補益肝腎，強筋壯骨，服骨質增生丸或健步虎潛丸。以促進其功能的恢復。

(五) 討論：

1、中醫治療以三期辨證為基礎，早期骨斷筋傷、瘀血內滯，應以活血化瘀、消腫止痛為目的；中期瘀血雖有消散，疼痛減輕，但積聚之瘀血仍未散淨，故仍以活血化瘀為主，配以和營止痛、接骨續筋；後期腫脹已完全消除，骨折處於骨痂生成、改造期，由於患者年齡偏大，體質較差，氣血虛弱，肝腎虧虛，故治當補氣養血，補益肝腎，壯骨生髓。中藥熏洗可以舒鬆關節筋絡、疏導腠理、流通氣血、活血止痛。如此中藥內服外洗，可達血化瘀、接骨續筋之目的。

2、股骨粗隆間骨折，既要考慮固定患肢，又不宜太過，應在固定的情況下進行患肢肌肉的收縮鍛鍊，並適時去除固定，進行功能性鍛鍊。老年患者不宜長期臥床，即使在臥床期間，也要鼓勵在床上活動鍛鍊。掌握時機進行影像檢查，骨折一旦癒合，即可起床活動進行功能鍛鍊。這樣可避免一系列由於臥床而帶來的併發症。

三十六、彈響髖 (Snapping Hip)

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；)

(一) 定義

彈響髖是指髖關節在主動伸屈活動和行走時，出現聽得見或感覺得到的響聲。在人體大腿骨外上方，有一骨性隆起，即股骨頭大轉子，股骨頭大轉子是臀部肌肉（包含臀大肌、臀中肌和梨狀肌）的附著點，而肌腱周圍有滑膜，係活動時的緩衝區；而臀大肌的外屬部分肌腱和闊筋膜張肌在股骨外側則形成一條縱行帶狀纖維，醫學上稱為髂脛束。髂脛束起自髂脊，經股外側止於脛骨外側髁。髂脛束因某些原因導致肥厚或緊張，或大轉子過於突出，或有滑囊炎，就可以造成髖關節活動時，大轉子與髂脛束之間相互摩擦產生彈響。還有一種彈響髖是因為髖關節先天性脫位或關節囊鬆弛，造成髖關節過伸外旋時出現彈響，即為彈響髖。

(二) 病因病機

最常見原因是髂脛束的後緣或臀大肌肌腱部的前緣增厚，在髖關節作屈曲、內收、內旋活動時，增厚的組織在大粗隆部前後滑動而發出彈響。髂脛束或臀大肌肌腱前緣增厚與外傷或勞損有關，外傷或勞損後受累組織充血水腫及無菌性炎症反應，導致纖維組織增生等一系列病理改變。有時增大的大粗隆上緣鉤住髂脛束後部而產生彈響；有時髖部彈響系由髂腰肌腱於髂恥結節上和／或髂前下棘上滑移所致；有時是于屈髖位時緊張的臀大肌下緣與坐骨磨擦而產生彈響；大粗隆骨軟骨瘤也可引起彈響髖；另一種原因則是股骨大轉子處於過度牽拉，反覆發炎後，骨質增生增厚，摩擦後產生彈響髖。彈響髖分為關節外型 and 關節內型二種：

1、關節外彈響

較常見。發生的主要原因是髂脛束的後緣或臀大肌肌腱部的前緣增厚，在髖關節作屈曲、內收、內旋活動時，增厚的組織在大粗隆部前後滑動而發出彈響，同時可見到和摸到一條粗而緊的纖維帶在大粗隆上滑過。被動運動時無此現象，多見於青壯年，常為雙側性。這種彈響往往是自發的出現，可以發展到走一步響一聲的嚴重程度。但一般無疼痛，如出現疼痛，則常是併發大粗隆部滑囊炎的結果。此類彈響髖病人常有髖內翻，由於股骨頸幹角變小，使得臀中肌和臀小肌力臂變短，外展功能受影響，這會增加髂脛束上部的張力，引起彈響和功能障礙。

2、關節內彈響

關節內彈響較少見。發生在兒童者，由於股骨頭在髖臼的後上方邊緣輕度自發性移位，造成大腿突然的屈曲和內收而發生彈響；另一類發生在成人，由於髂股韌帶呈條索狀增厚，在髖關節過伸，外旋時與股骨頭磨擦而產生彈響。

(三) 臨床表現

彈響髖常見於青壯年，通常為雙側性，在髖部會有酸痛澀滯感，屈伸髖關節或行走時，“大轉子”部位或感覺到摩擦聲，可觸及到條索狀物滑動，往往會反覆發作，臨床上患者常常是因為彈響聲來就診，而非疼痛感，若出現疼痛，應懷疑大轉子部位滑囊炎。

(四) 檢查及鑑別診斷

檢查時令患者作患側髖關節的伸屈，內收或內旋活動，在大轉子部聽到彈響，同時摸到或看到索狀物在大粗隆上滑移，就可確診。

常規攝骨盆 X 線片，可排除髖關節內病變，如髖臼後緣骨折、關節滑膜軟骨瘤病，關節內遊離體及其他原因所致關節面粗糙磨擦而產生的彈響。

可與髂恥滑囊炎、大轉子滑膜炎作鑑別：

髂恥滑囊炎：急性期有髖關節前部疼痛，髖呈半屈曲位，腹股溝偏外腫脹及壓痛，屈伸髖關節均可加重疼痛，股神經受壓迫時，疼痛沿大腿前部放散至小腿內側。慢性期髖部疼痛，用不上力，局部深處有壓痛，而且壓痛點不準確，有時感到髖內有響聲，被動過伸髖關節有疼痛，此病因病變較深不易確診。

大轉子滑膜炎：在跑跳時股骨大轉子處疼痛，重者不能側臥，在大轉子外側有壓痛，在按壓下做屈伸髖關節活動時疼痛加重。慢性炎症則局部腫脹、肥厚，若合併髂脛束攣縮時，屈伸髖部在大轉子處有彈響，可觸及條索或囊性腫物滑動，此症因病變表淺容易診斷。

(五) 治療

彈響髖不伴疼痛時，只要將病情向患者解釋清楚，解除其顧慮，一般不需治療。伴有疼痛或患者對彈響有精神負擔時，可採用休息、理療，制動和皮質激素類藥物局封治療。如症狀重，條索狀物增厚明顯，病人過度不安，保守治療無效時，應手術治療。傷科的治療如下：

1、手法

(1) 側臥彈撥推按法 病人俯臥，在患側臀部施用深沉而緩和的袞法，並沿臀大肌方向連續進行，同時配合髖關節後伸外展等被動活動，使臀大肌放鬆，再按揉和彈撥骶部及髂脊外緣。然後病人側臥，患肢在上，從闊筋膜張肌沿髂脛束到膝部用袞法治療，在闊筋膜張肌部手法宜深沉而緩和，到大腿外側髂脛束處，宜輕愉而柔和；再彈撥髂前上棘上方的髂脊部和大轉子處的索狀物，隨後沿髂脛束進行按、揉，手法宜緩和而有力；再用擦法沿大腿外側髂脛束及臀大肌、闊筋膜張肌，順肌纖維方向治療，以透熱為度。

(2) 迴旋屈拉下肢法 病人取仰臥位，助手按壓健肢固定。術者立於傷側，一手握其踝部，另手扶膝部，將傷肢盡力屈曲、內收、內旋撥直下肢；然後，屈拉傷肢數次。拇指揉壓居繆、風市、陽陵泉、懸鍾，大魚際部壓放氣沖穴。

(3) 注意事項 若傷側臀部及下肢發涼、天氣變化痛著者，應在腰、骶部加揉搓手法數分鐘，臀部及下肢加捏拿、叩打手法數分鐘，使肢體溫熱為度。

2、針灸

取穴 傷側上繆、居繆、環跳、風池、委中、足三裏、承山、懸鍾、昆侖、陽陵泉。

3、藥物

無

4、功能鍛鍊

無

(六) 討論

一般說，僅有彈響、不伴疼痛活動障礙者屬於生理性彈響。在關節活動時，關節面之間、軟骨墊與關節面之間、肌腱和關節囊之間、肌腱和骨骼之間、肌腱與肌腱之間，無不發生相對運動，它們互相碰撞或磨擦，就會發出聲音。這種由關節生理活動所引起的彈響即為生理性彈響。在大部分人身上，這種聲音不明顯，聽不到，而在有些人身上則比較明顯，聽起來比較清楚。這是個體差別的緣故，如青壯年人的活動範圍大，運動量也大，彈響較比較多見，可單側發生，也可雙側發生。女子骨盆上部較寬，股骨向中線傾斜，大轉子更加突出，比男子更易發生彈響。這種情況屬於生理性彈響，不須特殊處理。彈響不伴疼痛時，只要將病情向患者解釋清楚，解除其顧慮，一般不需治療。有關節內彈響的兒童患者，只要用繃帶局部包紮固定，防止屈髋動作一個時期即可。伴有疼痛或患者對彈響有精神負擔時，可採用休息、理療，制動和皮質激素類藥物局封治療。如症狀重，條索狀物增厚明顯，病人過度不安，保守治療無效時，應手術治療。手術在局麻下進行，患者側臥，手術有四種方法：1、增厚的索狀物切斷或切除，直至彈響，磨擦完全消除為止，這是常用的術式；2、索狀物切斷，遠側斷端移位縫合，如伴有滑囊炎同時切除大轉子滑囊；3、髂脛束延長術，此術可保持骨盆在站立或行走時的穩定性。4、如局部骨突過大，也可將骨突部分鑿去，術後早期功能鍛煉。

三十七、梨狀肌症候群□

(參考資料來源：武春發，張安禎，中醫骨傷科學，知音出版社，1992；Uptodate；)

(一) 定義：

梨狀肌因過度緊繃或是牽拉，刺激或壓迫坐骨神經引起臀腿痛。

(二) 病因病機：

髖關節外旋、內收、內旋、牽拉而損傷梨狀肌。梨狀肌損傷後，局部充血水腫或痙攣，反覆損傷導致梨狀肌肥厚，可直接壓迫坐骨神經而現現梨狀肌綜合症。其次，梨狀肌與坐骨神經的解剖關係發生變異，也可導致坐骨神經受壓迫或刺激而產生梨狀肌綜合症。或是骨盆與股骨的相對位置出現問題也會造成梨狀肌被牽拉或緊繃。

(三) 臨床表現：

疼痛是梨狀肌綜合症的主要表現。疼痛以臀部為主，並可向下肢放射，嚴重時不能行走或行走一段距離後疼痛劇烈，需休息片刻後才能繼續行走。患者可感覺疼痛位置較深，放射時主要向同側下肢的後面或後外側，有的還會伴有小腿外側麻木、陰部不適等。疼痛嚴重的可訴說臀部呈現“刀割樣”或“灼燒樣”的疼痛，雙腿屈曲困難，雙膝跪臥，夜間睡眠困難。大小便、咳嗽、打噴嚏等因為能增加腹壓而使患側肢體竄痛感加重。

患側臀部壓痛明顯，尤以梨狀肌部位為甚，可伴萎縮，觸診可觸及瀰漫性鈍厚，成條索狀或梨狀肌束，局部變硬等。

(四) 診斷：

1. 病史：如上所述。

2. 檢查：

(1). 直腿抬高測試：在 60°以前出現疼痛為試驗陽性。因為梨狀肌被拉長至緊張狀態，使損傷的梨狀肌對坐骨神經壓迫刺激更加嚴重，所以疼痛明顯，但超過 60°以後梨狀肌不再被繼續拉長，疼痛反而減輕。

(2). 梨狀肌緊張試驗：患者仰臥位於檢查床上，將患肢伸直，做內收內旋動作，如坐骨神經有放射性疼痛，再迅速將患肢外展外旋，疼痛隨即緩解，即為梨狀肌緊張試驗陽性。

(五) 鑑別診斷： HIVD 引起的坐骨神經痛。

(六) 治療：

1、內治：

(1). 急性期：化癥生新，活絡止痛。可用桃紅四物湯加牛膝、乳香、沒藥、香附等。

(2). 慢性期：補養氣血，舒筋止痛。可用疏經活血湯加黃耆、白芷、五加皮等。

2、外治：

(1). 手法：

患者俯臥位，屈膝。醫者一手抓其小腿遠端做搖法，一手置於患臀緊繃處，予以彈撥、按壓、推摩等手法以放鬆肌群。手法宜先輕揉，力道由表淺到深處，若患者臀部豐厚，則可用肘替代。

(2). 針灸：

患側阿是穴、環跳、殷門、承扶、陽陵泉、足三里等穴，以酸麻感向遠端放射為宜。