

第 十 三 章
骨 骼 肌 肉 系 統 及 結 締 組 織 之 疾 病

**DISEASES OF
THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM
AND CONNECTIVE TISSUE
DISEASES**

全身紅斑性狼瘡 *Systemic lupus erythematosus*

一、本書編號：786

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：710.0/M32

三、現代醫學病名及定義：

全身紅斑性狼瘡（Systemic lupus erythematosus, SLE）是一種自體免疫性、免疫複合體病，常累及全身多個器官，特別是皮膚和腎臟，血清中有多種自體抗體，特別是抗核抗體（Antinuclear antibody），是本病的特徵性標誌。病因迄今不明，患者性別男女之比為 1：7~9；發病年齡大多為 15~35 歲，以年輕女性多見，但亦見於兒童及老人，而且在這兩個年齡組中男性發病顯著高於女性。臨床表現可見患者臉部、雙頰與鼻部出現如蝴蝶狀的紅斑、指甲周圍紅斑、對光敏感以及頭髮掉落以及其他全身性侵犯等。

四、中醫相關病名及文獻出處：

陰陽毒

《金匱要略·百合狐惑陰陽毒病脈證並治》

「陽毒之為病，面赤斑斑如錦文，咽喉痛，……陰毒之為病，面目青，身痛如被杖，咽喉痛。」

陽毒發斑

1. 《諸病源候論·溫病諸候·溫病發斑候》

「表證未罷，毒氣不散，故發斑瘡……至夏遇熱，溫毒始發於肌膚，斑爛隱疹如錦紋也。」

2. 《瘡瘍經驗全書·鴉啖瘡》

「鴉啖者，久中邪熱，臟腑虛寒，血氣衰少，腠理不密，發於皮膚之上，相生如錢竅，後爛似鴉啖，日久損傷難治。」

五、診斷要點：

由於可能累及的組織和器官較多，病情頗為複雜，且經常自然反覆，有時診斷是比較困難的，特別的只有出現皮疹症狀，甚至無臨床表現的尤其困難。一般根據病史、體格檢查和實驗室檢查結果三者綜合來確定。

病史及臨床症狀要點：主要發生於青年和中年婦女；對日光和紫外線照射的較高敏感性；不規則不定型發燒；關節痛及肌肉痛；特徵性皮損如顏面部的蝶形紅斑，甲周紅斑或甲下遠端弧形紅斑或指尖紅斑和出血。黏膜紅斑、糜爛潰瘍；多器官受累（腎、心臟、漿膜、神經系統等）。

實驗室檢查陽性發現：全血象減少；血沉速率增快；血清球蛋白特別是 γ 球蛋白和 $\alpha 2$ 糖蛋白增高，IgG 增高；LE 細胞陽性；ANA(+)、抗 dsDNA 抗體(+)、抗 Sm 抗體(+)；LBT(+)；皮損組織病理檢查符合 LE 變化；血清補體、特別是 C3 下降；尿檢有蛋白、管型、紅白血球、腎功能檢查有尿素氮增高；毛細血管鏡檢查有微循環

障礙。症狀和實驗室檢查變化多端。

診斷要點：根據 1982 年美國風濕病學會修訂的標準，共有 11 項的特徵，只要符合其中 4 項即可確診：臉頰部紅斑，盤狀紅斑，光敏感，口腔潰瘍，關節炎，漿膜炎（心包膜炎或胸膜炎），腎臟病變，神經系統病變（抽搐或精神病）。血液學異常（血象減少），免疫學異常（梅毒血清試驗假陽性，抗 dsDNA 抗體(+)，LE 細胞(+)抗 Sm 抗體(+))，抗核抗體陽性。

六、綜論：

流行病學：全身性紅斑性狼瘡並非罕見之疾病。其流行率（Prevalence rate）為每 100,000 人口有 5 名。黑人及東方人較白人易發生此病。女子之發生率較男子要多出 5 至 10 倍，而診斷之病人，其年齡且自 2 歲至 97 歲。雖然如此，絕大多數的病人最初發現其患有 SLE 之年齡則在二十幾歲及三十幾歲。

原因：目前 SLE 的詳細原因仍然不明，可能因素包括基因，外在環境（如紫外線），病毒感染，藥物，手術，性激素等等。曝露於日光或紫外線照射，即使是太陽燈，往往導致迅即出現之顏面蝴蝶狀斑疹或在其它露出皮膚發疹。許多其他因素，包括感染、外科手術及某些藥物已證明與 SLE 惡化相關。最近注意力都集中於 Procainamide, hydralazine, hydantoins 及其它藥物，這些可能促成一種狼瘡樣疾病。因為此病多全犯婦女，有人認為內分泌因素可以影響 SLE 之發生。此病有一種傾向，即是在妊娠第三期或產後 8 週內病情加重或惡化。排卵抑制劑也往往導致 SLE 之惡化。

紅斑性狼瘡為自身免疫性疾病之一，病情發展多侵及全身臟器損害。根據其臨床表現，可能與中國醫學的「陰陽毒」有關。《金匱要略》指出：「陽毒之為病，面赤斑斑如錦紋，咽喉痛……」殊多相似。考其病因，主要為火毒之邪的侵襲，導致體內陰陽平衡失調，氣血運行不暢，瘀凝脈絡。治療取活血化瘀配合清熱解毒，滋陰補腎之品，平衡氣血，達到調整患者免疫功能紊亂，進一步改善血液循環，微循環及血液阻凝特性，從而使病情獲得好轉。

系統性紅斑性狼瘡屬中醫「鬼臉瘡」、「陰陽毒」、「蝴蝶丹」、「日曬瘡」、「虛損」等範疇。其發病，內因以先天腎陰虧損，陰虛火旺為發病之本；外因可因烈日曝曬為發病之標。烈日曝曬使人體感受火毒之邪，與體內陰虛火旺之內熱相搏，毒火相煽，即出現熱毒熾盛症狀。熱毒燔灼，傷津劫液，重者逼血妄行，出現衄血、尿血、紫斑；邪熱攻心，則可見心陰內耗，心傷不足症候；邪熱傷肝，則可見肝陰不足或肝腎陰虛症候；陰病及陽，腎陰不足可引起腎陽不足；後天失調，脾虛弱，可見脾陽不足症候；如脾腎陽虛，則土不制水，腎水泛濫。

本病尚需要與以下一些疾病相鑑別：

1. 盤狀紅斑性狼瘡：主要表現為皮膚炎症性紅斑，無多臟器損害，血中無抗 dsDNA 抗體，正常皮膚 LBT 陽性。
2. 風濕熱：近期有鏈球菌感染史，關節炎特點為游走性和多發性，血清中抗溶血性鏈球菌素“O”升高，無抗核抗體。

3.慢性腎小球腎炎：無皮膚損害，關節症狀和多臟器累及。血中無抗 dsDNA 抗體。

紅斑性狼瘡的表現千變萬化，從倦怠、掉髮、發燒、關節酸痛、皮膚紅疹、口腔破皮潰瘍，到肺炎、肺出血、蛋白尿、腎藏炎、甚至血管炎、腦中風、精神錯亂、昏迷、腦膜炎等全身每一個系統都可能受侵犯，目前治療物以類固醇搭配免疫調節藥物為主，如奎寧、Azathioprine，methotrexate,cyclophosphamide，環孢靈素，及最近實驗中的沙利竇邁，男性激素、MMF 等。

全身性硬化症 *Systemic sclerosis*

一、本書編號：787

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：710.1/M34

三、現代醫學病名及定義：

全身性硬化症是種結締組織的異常，它導致了皮膚（即造成鞏皮症）和不同之體內器官（尤其是消化道、肺臟、腎臟、心臟）的纖維化。全身性硬化症之臨床特徵是剛開始時大部份病人會有雷諾氏現象以及指皮硬化症，接著皮膚緊縮、堅硬、色素沈積以及發癢，而且它可能在內臟受犯表現出症狀以前好幾年就存在。不過有些病人並無皮膚的侵犯，僅僅只有內臟的侵犯而已。內臟受犯會縮短病人存活的時間，該病的致病原因並不明。

四、中醫相關病名及文獻出處：

痺證（皮痺、脈痺、肌痺、筋痺、肺痺、心痺、脾痺、肝痺、腸痺、胞痺）

1.《素問·痺論》

「五藏皆有合，病久而不去者，內舍於其合也。故骨痺不已，復感於邪，內舍於腎；筋痺不已，復感於邪，內舍於肝；脈痺不已，復感於邪，內舍於心；肌痺不已，復感於邪，內舍於脾；皮痺不已，復感於邪，內舍於肺。……凡痺之客五藏者，肺痺者，煩滿喘而嘔；心痺者，煩則心下鼓，暴上氣而喘，噎乾善噫，厥氣上則恐；肝痺者，夜臥則驚，多飲數小便，上為引如懷；腎痺者，善脹，尻以代踵，脊以代頭；脾痺者，四肢解墮，發咳嘔汁，上為大塞；腸痺者，數飲而出不得，中氣喘爭，時發餐泄；胞痺者，少腹膀胱按之內痛，若沃以湯，澀於小便，上為清涕。」

2.《華氏中藏經·五痺》

「痺者風寒暑濕之氣，中於臟腑之為也，入腑則病淺易治，入臟則病深難治。」

3.《儒門事親·論痺》

「夫痺之為狀，麻木不仁，以風寒濕三氣合而成之。」

4.《醫學入門·痺證》

「痺者氣閉塞不通流也，或痛癢、或麻痺、或手足緩弱與痿相類。」

5.《醫宗金鑑·雜病心法要訣·五痺》

「以秋時遇此邪，為皮痺，則皮雖麻，向微覺痛癢；以夏時遇此邪，為脈痺，則脈中血不流行而色變；以長夏時遇此邪，為肌痺，則肌頑木不知痛癢……。痺入臟，謂內合五臟之痺，以受病之處而得名，乃五痺不已，如復感於邪，內舍五臟，即成五臟之痺，皮痺不已，復感於邪，內舍於肺，則成肺痺，脈痺不已，復感於邪，內舍於心，則成心痺；肌痺不已，復感於邪，內舍於脾，則成脾痺。」

五、診斷要點：

血清學檢查：本病的自體免疫抗體是屬於抗核抗體（Antinuclear Antibody），90% 的病人血清中有抗核抗體，其中具特異性的乃為抗解構酶抗體（anti-topoisomerase Antibody，即 scl-70），抗核仁抗體（antinucleolar Antibody），抗著絲體抗體（anti-centromere Antibody）。1/3 病人含有類風濕因子。

皮膚組織切片檢查：在患病部位皮膚和表皮會萎縮，同時真皮會有增厚及透明化的膠原束，伴有廣泛性的小血管消失。

相關檢查：若病變侵犯到內臟，相關檢查應包括胸部 X 光、心電圖組織切片、肝、腎功能檢查，血液常規檢查等。

六、綜論：

全身性硬化症的現代醫學之病因與致病機轉：

據研究，本病和 HLA A1, B8, DR1, DR3, DR5, C4A*Q0, DQA2 有關，抗著絲點抗體（Anti-centromere Antibody）與 HLA-DQB1*05、*0301 及*0401、*0402 有關，而抗解構酶抗體（anti-topoisomerase-I Antibody）與 HLA-DQB1*0301 有關。

全世界都有全身性硬化症的病例報告，但在亞州地區則較為少見，尤其是中國人、印第安人、馬來西人。一般來說，女性患此病的機率約為男性的三倍，好發的年齡約 30~50 歲。其病因一般認為為器官內膠原（collagen）製造過量造成逐漸纖維化之故。但是至今為止還無法證實此類病人的膠原質性質有異常的表現。

一般認為全身性硬化症的致病機轉為：在疾病初期，小血管（指的是直徑 150 至 500 微米的血管）與間質的發炎，造成單核細胞之浸潤，之後纖維原細胞就增生，導致膠原製造過量和小動脈、間質組織的硬化。而小血管在堵塞，變狹窄後，皮膚、骨骼肌、肺臟及其他器官的血液灌注就減少，於是纖維化就發生。不過目前仍不知是何種原因引起發炎的。

雖然無法證實全身性硬化症的病因是因為免疫異常。但本病也有自體抗體（auto-antibody），也與其它因免疫機轉異常有關的風濕性疾病有所關聯，也有時與 Sjögren 氏症候群一起發生，此外，現在知道職業與本病的發展有關聯。礦工的發病率是非礦工的兩倍，顯示出矽塵可能是促發因子。

西醫學的分型包括四型：全身侵犯型、局部型、藥物誘發型及其他型，以全身侵犯型之硬化症最廣為人知，即一般人常說的硬皮症。全身侵犯型之硬化症又可區分瀰漫型皮膚侵犯、侷限型皮膚侵犯、無皮膚侵犯、無法分型之結締組織疾病（Undifferentiated Connective tissue disease）及重疊型症候群（overlap syndrome）。侷限型皮膚侵犯硬化症常出現 CREST 症候群。有些人的硬化症只侵犯內臟器官而無皮膚硬皮變化，即稱為無硬皮之全身性硬化症（systemic sclerosis sine scleroderma）。無法分型之結締組織疾病（UCTD）指病人症狀無法歸類於任一特定之疾病。而重疊型症候群則指病人患有兩種以上的結締組織疾病。本病的分類標準是為了統一臨床研究標準而設定，主要標準是手指硬皮病變及掌指關節近端

以上硬皮病變，可累及四肢、臉、脖子、胸、腹。次要標準包括(1)指端硬化、(2)指頭有腫脹性疤痕或指墊組織缺乏(3)兩側下肺葉纖維化。出現主要標準或兩個以上的次要標準即可確定診斷。

全身性硬化症其臨床症狀如下：

開始時症狀不明顯，第一個症狀通常是雷諾氏現象或手指對稱形的腫脹。在皮膚變化之前數月甚至數年前即開始有雷諾氏現象，有些病人其第一個症狀是顏面，四肢的壓痕狀水腫，剛開始手及手指腫脹，接著皮膚變異而厚，像皮革似的，即所謂鞏皮，並緊緊附著於底下的皮下組織。後期皮膚會萎縮，且比較不像皮革，然而皮膚的變化會蔓延至手臂、顏面、胸部上段、腹部、背部、一般下肢部不會被侵犯，手指因緊實的皮膚逐漸限制其伸展，而造成固定式屈曲性結縮。指尖和骨頭突出部會出現潰瘍，甚至感染。指尖的軟組織會消失，有的甚至連指骨末端也被吸收。即使未暴露於陽光，皮膚的顏色也一樣會變深。常有脫色及許多微血管擴張的情形。指甲縫的微血管迴數目減少且擴張。

因鈣質沈積 (calcinosis)、雷諾氏現象 (Raynaud's phenomenon)、食道運動不良 (esophagus hypomotility)、指頭硬化 (Sclerodactylia)、微血管擴張 (telangiectasia) 等聯合症狀，故名 CREST 症候群。開始以為一種良性的全身性硬化症，但後來逐漸發現其中部份病人仍出現內臟及廣泛之皮膚病變，有些病人皮下及關節周圍組織會發生鈣沈積，而當覆蓋的皮膚破壞，會讓其流出。顏面受侵犯造成正常皮紋消失，臉部無表情，嘴巴也不能完全張開。

一半以上的病人抱怨其手指、膝關節疼痛、腫脹、僵硬。有時亦可見類似類風濕性的多發性關節炎。末期關節部運動時有皮革似的摩擦音，尤其在膝關節。手腕廣泛的肌腱鞘纖維性肥厚可以造成腕道症候群 (Carpal tunnel Syndrome)。有時鞏皮症加上肌炎與其它型之混合結締組織疾病卻很難加以區別。

50%以上的病人有食道受犯所引起的症狀，如上腹部有脹滿感，胃內容物返流，以及上腹或胸骨後之灼熱痛等。以上症狀在病人平躺或彎腰時較為明顯，乃是胃食道括約肌張力降低而末端食道擴張所造成。另外消化性食道炎也常發生，而造成食道下段之狹窄、皺縮，但很少因此而出血。可能發生因神經肌肉功能失常引起食道活動力喪失，吞嚥困難的症狀。胃部侵犯雖不常見，但卻常與食道症狀無法區別。以食道攝影及壓力紀錄可以證實食道下 2/3 蠕動波消失或減弱的程度。這些變化與雷諾氏現象的相關程度比與其他皮膚症狀更密切。到了病程後期，可以發現胃液返流，食道下段擴大、失張。而胃部則可見擴大、失張、胃排空延滯。

小腸受全身性硬化症侵犯會造成小腸阻塞或癱瘓性腸阻塞；或因纖維化造成淋巴系統之堵塞。或因小腸失張而使細菌過度增生後，造成的體重減輕、脂肪便、貧血等吸收不良症候群 (mal-absorption syndrome)。若大腸受侵犯時，可能引起因長期便秘及大便硬結所致的多次腸道阻塞。十二指腸第二、第三部份及空腸部份 X 光顯影，可以見到擴張，正常羽毛狀外形消失及鋇劑排空時間延長的影像。有時病人會出現腸壁氣泡症 (pneumatosis intestinalis) 若這些小氣泡破裂會造成良性的腹膜腫充氣之情形。大腸的鋇劑顯影可見失張，擴大及廣口之憩室。

腎衰竭是全身性硬化症病人最大的死因，約佔了一半以上。在全身性硬化症診斷確定後三年內即開始出現腎衰竭，但腎衰竭可能於任何時間，外表穩定的病人而突然發作，且若不治療是會致死的。急性腎衰竭可與惡性高血壓或慢性輕度高血壓一起發生，腎臟惡化的特徵為蛋白尿、異常的尿沈積物、高血壓、高氮血症（azotemia），以及微血管病因性溶血性貧血。但卻無法預測那些病人會產生腎衰竭。腎受犯之前數星期可能會出現微血管病因性夜間性貧血，因此它可做為即將要腎衰竭的重要指標。出現長期的心包膜積水，可能與後來的腎衰竭有關，這種快速惡化的腎衰竭情形，與類固醇的使用並無關係。

肺部纖維化的病人常常抱怨乾咳、運動時呼吸困難，但呼吸急速則較常見，兩側肺基部可能有囉音（Rales），但肋膜炎則相當罕見。偶見因胸部大片皮膚的變硬，而侷限了胸壁的運動，其它肺部的問題有因食道功能異常引起的吸入性肺炎，或是嚴重的併發症如細菌性肺炎，或病毒性肺炎。但還未發現與惡性腫瘤有所關聯。在病程初期，肺功能試驗都有異常，擴散容量及運動時氧氣分壓均降低，胸部 X 光的發現，通常在肺部下 2/3 有明顯的線狀，斑塊或蜂窩狀沈積，約有 1/5 的病人死於肺衰竭。

另外約有 15% 的病人死於心臟疾病，通常無法顯現在臨床症狀上，但有時可先見到心律不整或傳導阻斷，有時會有瀰漫性纖維化造成的心肌炎（cardiomyopathy）。其它的心臟症狀都是因肺部病變及高血壓所引起的。如肺小動脈、後動脈狹窄所造成的肺臟高血壓，有時會出現急性或慢性心包膜炎，甚至造成填塞（tamponade）。

雖然中醫無全身性硬化一詞，然而對其臨床症狀的描述卻早在《內經》時就可見。如全身性硬化症引起的鞏皮、鈣質沈積，在中國醫學中則將它視為「皮痺」。皮痺者，皮雖麻，尚微覺痛癢。痺者，閉也。乃氣血受邪阻塞而引起的疾病。又其雷諾氏現象以及血管管腔阻塞、狹窄，或微血管擴張等現象，中醫則將其歸為脈痺。脈痺者，脈中血不流行而色變也。但又認為痺症雖因人體氣血虧虛，陽氣不振，腠理不密，衛陽不同，以致外邪乘虛而入所致，然因人體的肌表經絡，內聯臟腑，痺症遷延不癒，勢必引起內臟的病變，是故全身性硬化症引起肺衰竭、腎衰竭、心臟疾病、食道、胃腸系統受侵犯，皆是痺症引起的心、肺、脾或腎等臟腑的受損。

有關全身性硬化症的預後大部份的病程都是進行性皮膚或內臟的受侵犯，有些人可以獲得緩解，甚至皮膚病變也能改善，而且疾病進行甚慢。症狀發作後兩年存活率約有 80%，而十年存活率則降為 20%，顯示其預後之不好。受侵犯主要為皮膚的病人，其病理比起受侵犯內臟的病人較為緩慢且預後也較好。發作年紀愈老愈不好。一般來說，其死因通常是腎臟、肺臟、心臟的侵犯。

本病的治療可用 D-penicillamine，免疫抑制劑（包括 Azathioprine, methotrexate, cyclophosphamide 等），秋水仙素。類固醇來通治其硬皮變化及免疫活性，但療效因人而異。雷諾氏現象則要注意保暖，不要抽煙，解除其血管收縮現象，避免使用安非他命及乙型交感神經拮抗劑，可使用鈣離子阻斷劑，交感神經阻斷劑，serotonin 阻斷劑，前列腺素製劑。Pentoxifylline 可幫助紅血球細胞膜改變形狀，易於通過微血管，也可改善之。逆流性胃炎須避免酒、茶、咖啡、巧克力，並且飯後

不要立即平躺，藥物可使用胃藥抑制胃酸分泌、中和胃酸。腸內細菌過度增生可用抗生素交替使用治療。腎臟侵犯而引起的高血壓及蛋白尿可使用血管張力素轉換酶抑制素（**Angiotensin Converting Enzyme inhibitor ACEI**），而降低其死亡率。早期肺泡發炎可使用 **Cyclophosphamide** 以防止其演變成肺纖維化。

中醫治療方面，主要針對扶正祛邪的原則，調補陰陽氣血臟腑，宣通經絡痺阻兼逐寒凝血瘀，方用獨活寄生湯、腎氣丸、陽和湯、補中益氣湯、十全大補湯、加味道遙散、當歸四逆湯、荆防敗毒散、桃紅四物湯、血府逐瘀湯等臨證加減治之。

總之，西醫的治療著重於免疫活性的控制，以及根據不同病情的發展階段，不同器官的臨床表現來用藥，中藥的作用可補強西醫「扶正」方面的不足，二者各有其治療地位。

乾燥症 *Sjogren's syndrome (SS)*

一、本書編號：788

二、國際疾病分類 (ICD-9/ICD-10) 編號：710.2/M35.0

三、現代醫學病名及定義：

乾燥症是一種以侵犯外分泌腺體為主的自體免疫性疾病。外分泌腺體的上皮細胞被淋巴球所取代，以致於分泌功能下降，出現了全身性的黏膜組織乾燥現象，包括了眼、口、氣管、陰道等部位，甚至可累及全身其他器官，並且淋巴腫瘤的機會也比常人為高。本病多侵犯中年女性，男女比例為 1 比 9，盛行率為 0.5% 到 1%，和 HLA-B8，DR3，DRW52 有關聯。

四、中醫相關病名及文獻出處：

燥症

1. 《素問·至真要大論》

- (1) 「燥勝則乾。」
- (2) 「燥者濡之。」

2. 《通俗傷寒論》

「上燥則咳，嘉言清燥救肺湯為主藥；中燥則渴，仲景人參白虎湯為主藥；下燥則結，景岳濟川煎為主藥；腸燥則膈食，五仁橘皮湯為主藥；筋燥則痙攣，阿膠雞子黃湯為主藥。」

3. 《溫病條辨·中焦篇·秋燥》

- (1) 「燥傷胃陰，五汁飲主之，玉竹麥門冬湯亦主之。」
- (2) 「燥症氣血兩燔者，玉女煎主之。」
- (3) 「燥久傷肝腎之陰，上盛下虛，晝涼夜熱，或乾咳，或不咳，甚者痙厥者，三甲復脈湯主之，定風珠亦主之，專翕大生膏亦主之。」
- (4) 「腎主五液而惡燥，或由外感邪氣，久羈而傷及腎陰，或不由外感而內傷至燥，均以培養津液為主。」
- (5) 「肝木全賴腎水滋養，腎水枯竭，肝斷不能獨治，所謂乙癸同源，故肝腎並稱也。」

五、診斷要點：

一般的檢查可見四分之一患者有輕度貧血，十分之一患者有白血球減少。百分之八、九十患者紅血球沈降速率 (ESR) 升高，但 C 反應蛋白 (CRP) 正常。百分之八十患者丙型球蛋白升高。

自體免疫檢查方面，許多免疫抗體都可能有陽性反應，包括類風濕因子 (RF)，抗核抗體 (ANA)，Ro 抗體 (又稱 SS-A)，La 抗體 (又稱 SS-B) 等等。用以診斷淚水分泌的試驗稱許墨氏淚液試驗 (Schirmer's tear test)，將一條 3 公分的濾紙置於下眼瞼，5 分鐘之後判讀，若淚水浸溼的部份小於 5 釐米，則屬於淚水分泌不

足。

若因長期淚水分泌不足，導致角膜及結膜上皮受損，則可用 Rose Bengal 染色法，可清楚染出受損之處。唾液腺分泌檢查可用唾液腺攝影或核子醫學檢查。將 Tc-99 注射入血管，60 分鐘後檢測唾液腺中 Tc-99 的攝取量及分泌量。患者可出現嚴重不足的現象。唾液腺體切片檢查，可得到最佳的診斷。

六、綜論：

本病除了以外分泌腺侵犯為主之外，其他的臨床表現包括了侵蝕性的關節炎，雷諾氏現象，淋巴腺腫，間質性肺炎，血管炎，腎小管酸血症，肝炎，脾腫大，周邊神經炎，肌炎等等。

本病常和其他自體免疫疾病一起出現，例如全身紅斑性狼瘡、類風濕性關節炎、硬皮病、多發性肌炎等等，所以，患者因眼乾、口乾、關節炎求診時，除了乾燥症之外，亦應同時考慮其他免疫疾病。西藥的治療可用免疫調節劑，人工淚液及促進唾液分泌之藥物。

中醫古書所謂「上燥治氣，中燥增液，下燥治血。」可為治療之參考。除以上、中、下區分之外，也有人將燥症區分為外燥與內燥，外燥又可分涼燥及溫燥，初起有表證，多邪在肺衛，易成陰傷肺燥。若傳入中焦，則多腸燥便秘。傳入下焦，則多傷肝腎之陰。為秋深氣涼所感者為涼燥，方用杏蘇散，為乾旱久晴所得為溫燥，方用喻氏清燥肺湯，或溫症條辨桑杏湯。內燥以滋潤法為原則，若見燥熱陰虧，可用養陰清肺湯，以宣散清上，清熱生津；溫病傷陰導致口渴，可用增液湯，並可用於津液不足所致的便秘；若屬肺胃傷津化熱，可用沙參麥門冬湯。若見熱病後期，陰液已傷，可用加減復脈湯；老人皮膚乾燥、搔癢，大便秘結，屬於血燥範疇者，可用滋燥養營湯。治燥應避免辛香之發散傷氣，或苦寒之化燥傷陰耗津。

就本病最常自覺的症狀口乾舌燥而言，西醫學的檢查首要在於排除其他次發性原因，包括藥物作用（如服用抗組織胺，抗憂鬱症藥物），其他疾病（如糖尿病，某些肝炎），確定診斷之後尚須檢查有無合併其他自體免疫性疾病，並且注意其全身性的病變，而其基本的病機仍在於 B 淋巴球對於組織的侵犯。中醫的燥症範圍不完全等同於本病乾燥症的範疇，只要臨床上出現一系列乾燥的症候，即可屬於燥症，就此而言燥症的範圍較大，但就合併其他免疫疾病及全身性侵犯而言，西醫的分析歸類較細微，各有可取互補之處。

皮肌炎 *Dermatomyositis*

一、本書編號：789

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：710.3/M33.0,M33.1

三、現代醫學病名及定義：

發炎性肌炎是肌肉受累的急性、亞急性或慢性炎症性疾病，主要表現為皮肌炎和多發性肌炎及內涵體肌炎（inclusion body myositis），本章及下一章將分別討論皮肌炎和多發性肌炎。皮肌炎可出現肌肉的炎性反應加上特異性的皮疹現象。其特點是兒童患者有較多的肌肉之外的侵犯以及整體而言患者癌症的機率較高。

四、中醫相關病名及文獻出處：

肌痺

1.《素問·痺論》

「以至陰遇此者為肌痺。……肌痺不已，復感於邪，內舍於脾。……痺者，四肢解惰發咳嘔汁，上為大塞。……痺在於骨則重，在於脈則血凝而不流，在於筋則屈不伸，在於肉則不仁。……凡痺之類，逢寒則蟲，逢熱則縱。」

2.《諸病源候論·風病諸候·風痺候》

「長夏遇痺為肌痺，在肉則不仁，肌痺不已，復遇邪者，則移於脾，其狀四肢解惰，發咳為嘔汁。」

3.《聖濟總錄·諸痺門·肌痺》

「肌痺，其狀皮膚弗營，肌肉頑厚而不仁是也。」

4.《症因脈治·痺證論·內傷痺證·脾痺》

「脾痺之證，即肌痺也。四肢怠惰，中州痞塞，隱口而痛，大便時瀉，面黃足腫，不能飲食，肌肉痺而不仁。」

5.《張氏醫通·痿痺門·痺》

「肌痺者，即著痺、濕痺也。留而不移，汗出，四肢痿弱，皮膚麻木不仁，精神昏塞。」

6.《辨證錄·痺證門》

「人有肌肉熱極，體上如鼠走，唇口反裂，久則縮入，遍身皮毛，盡發紅黑，人以為熱痺也。夫風寒濕三者合而為痺，未聞三者之中，更添熱痺之謂，此乃熱極生風，似乎痺證而實非痺證也。」

7.《醫宗金鑑·雜病心法要訣·痺入臟腑證》

「久病肌痺，復感於邪，而見嘔涎心下痞硬，四肢解惰之證，是邪內傳於脾，則為脾痺也。」

五、診斷要點：

皮膚損害部位的活組織檢查：可能僅顯示輕微的非特異性炎症，但有時其改變可能與 SLE 難以區別，包括表皮萎縮，基底細胞液化變性，真皮上部水腫和輕微的單核細胞浸潤。

皮損的直接免疫螢光檢查：在表皮基底層、血管壁及其他部位可證明有免疫球蛋白沉著。但有時檢查為陰性。

肌肉切片檢查：微血管病變（microangiopathy）血管內皮增生，以及肌肉缺血性壞死，淋巴球浸潤以 B 細胞為主，T 細胞的比例是 CD4+（輔助細胞）多於 CD8+（殺手細胞）。

X 光檢查：皮膚和肌肉內有鈣質沉著。

食道鋇劑透視：可見咽肌軟弱無力，梨狀隱窩鋇劑殘留。

肌電圖檢查：發病肌肉電位下降，降低程度與肌肉損害一致。

本病和多發性肌炎的診斷皆有賴於血中肌肉酵素檢查，如肌酸磷酸酶（CK）、醛縮酶（aldolase）、穀草轉氨酶（SGOT）、乳酸脫氫酶（LDH）、谷丙轉氨酶（SGPT）及肌電圖檢查、肌肉切片檢查。

六、綜論：

本病和多發性肌炎一樣都會有全身性器官侵犯，包括發燒、倦怠、體重下降、關節痛、雷諾氏現象、關節攣縮、吞嚥困難、及心臟、肺臟受損。

皮肌炎的皮膚表現常有特徵性，但有時可類似全身性紅斑性狼瘡（SLE）、硬皮症或其他重疊結締組織病。皮損與肌炎的範圍和嚴重程度，兩者可一致，也可不一致。嚴重肌肉受損的病人，可能僅有較輕的皮膚改變，有明顯皮膚改變的患者，也可能肌病輕微。除皮下組織鈣化，是兒童皮肌炎常見的晚期後遺症外，本病無論發生在兒童或老年人，其皮膚表現是相似的。

皮肌炎的皮膚症狀可先發，或在肌炎發生後數週至數年間才出現。最常見的表現為上眼瞼的紫或紅色素改變（即 Heliotrope sign），有時伴有鱗屑（「紫紅色」紅斑）和眶周水腫。在頰和鼻部呈蝶形分佈的紅斑可類似於 SLE。在上胸部（即 V sign）、肩部（即 Shawl sign）、臂、腿及手的伸側，常有紅斑或紫羅蘭色鱗屑斑。紅斑和鱗屑特別好發於肘、膝及指關節伸側。大約 1/3 的病人在指關節伸側有紫羅藍色的平頂丘疹。這是皮肌炎的特殊症狀（gottron sign 或 gottron 丘疹）。因此，嚴重肌肉疾病、gottron 丘疹、紫紅色斑和皮膚異色病的出現，可作為皮肌炎的診斷。

本病患惡性腫瘤機率較多，包括卵巢癌、乳癌、黑色素癌、大腸癌。80%有抗 Jo-1 抗體之患者會有間質性肺疾病。

「皮肌炎」根據其臨床特點，類似於中醫學「肌痺」、「皮痺」等的範圍。「肌痺」、及「皮痺」首見於《內經》，其記載如下：〈五常政大論〉：「皮胎肉苛，筋脈不制。」；〈四時刺逆從論〉：「少陰有餘，病皮痺隱疹。」；〈平人氣象論〉：「脈濇曰痺」。後世醫家也多有論及。中醫學認為：本病或由先天不足，衛氣虛弱，風溫熱毒侵犯肺胃二經，或因七情內傷，鬱久化熱生毒；或因寒濕之邪侵犯肌膚，陰寒偏盛，不能溫煦肌膚。久病可致陰陽氣血失調，氣機不暢，經絡阻隔，氣血瘀阻，毒邪犯臟。

多發性肌炎 *Polymyositis*

一、本書編號：790

二、國際疾病分類 (ICD-9/ICD-10) 編號：710.4/M33.2

三、現代醫學病名及定義：

多發性肌炎是指由於一種未知的的原因，起病通常是緩慢性、漸進性，使肌肉由於非化膿性發炎所造成的淋巴浸潤而致肌肉破壞的一種疾病，影響肌肉使肌肉張力減低的區域大部份是近端肌肉，尤其是四肢肌肉，有 1/4 的病例會感覺到受損肌肉的疼痛和堅硬，後期會發生肌肉萎縮和痙攣。本病少侵犯小孩，且無眼球外肌與臉部肌肉之侵犯。多發性肌炎若包含典型的皮膚疹則稱皮肌炎 (Dermatomyositis)。部份病患合併有各種結締組織障礙，例如類風濕性關節炎、紅斑性狼瘡、混合性結締組織病變與硬皮病。D-penicillamine 與 zidovudine (AZT) 也會造成類似的肌肉病變。

四、中醫相關病名及文獻出處：

痿症、痿躄、肉痿、筋痿

1. 《素問·痿論》

- (1) 「黃帝問曰：五臟使人痿，何也？岐伯對曰：肺主身之皮毛，心主身之血脈，肝主身之筋脈，脾主身之肌肉，腎主身之骨髓。故肺熱葉焦，則皮毛虛弱急薄，著則生痿躄也；心氣熱，則下脈厥而上，上則下脈虛，虛則生脈痿，樞折攣脛縱而不任地也；肝氣熱則膽泄口苦，筋脈乾，筋脈乾則筋急而攣，發為筋痿；脾氣熱則胃乾而渴，肌肉不仁，發為肉痿；腎氣熱則腰背不舉，骨枯而髓成發為骨痿。」
- (2) 「帝曰：何以得之？岐伯曰：肺者，藏之長也，為心之蓋也，有所失亡，所求不得，則發肺鳴，鳴則肺熱葉焦，故曰：五臟因肺熱葉焦，發為痿躄，此之謂也。悲哀太甚則胞絡絕，胞絡絕則陽氣內動，發則心下崩，數洩血也。故本病曰，大經空虛發為肌痺，傳為脈痿；思想無窮，所願不得，意淫於外，入房太甚，宗筋弛縱發為筋痿，及為白淫。故下經曰，筋痿者，生於肝，使內也，可漸於濕，以水為事，若有所留，居處相濕，肌肉濡漬，痺而不仁，發為肉痿，故下經曰，肉痿者，得之濕地也。有所遠行勞倦，逢大熱而渴，渴則陽氣內伐，內伐則熱舍於腎，腎者水臟也，今水不勝火，則骨枯而髓虛，故足不任身，發為骨痿，故下經曰，骨痿者，生於大熱也。」
- (3) 「帝曰：如夫子言可矣，論言治痿者獨取陽明何也？岐伯曰：陽明者，五臟六腑之海，主潤宗筋，宗筋主束骨而利機關也。衝脈者，經脈之海也，主滲灌谿谷，與陽明合於宗筋，陽明宗筋之會，會於氣街，而陽明為之長，皆屬於帶脈，而絡於督脈，故陽明虛則宗筋縱，帶脈不引，故足痿不用也。」

2. 《素問·生氣通天論》

「因於濕，首如裹，濕熱不攘，大筋軟短，小筋弛長，軟短為拘，弛長為痿。」

3. 《三因極一病證方論·五痿敘論》

「夫人身有皮毛、血脈、筋膜、肌肉、骨髓以成形。內則有肝、心、脾、肺、腎以主之。若隨情妄用，喜怒不節，勞佚兼並，致內臟精氣虛耗，榮衛失度，發為寒熱，使氣血、筋骨、肌肉痿弱，無力以運動，故致痿躄。狀與柔風腳氣皆相類，以脈證並所因治之，不可相混。柔風腳氣皆外所因。痿躄則屬內，臟氣不足之所為也，審之。」

4. 《儒門事親·指風痺痿厥近世差說》

(1) 「痿之為病，兩足痿弱不能行用，由腎水不能勝心火，心火上燦肺金，肺金受火制，六葉皆焦，皮毛虛弱急而薄者，則生痿躄。躄者足不能伸而行步難。蓋腎乃肺金之子也，今腎水裏少，隨火上炎，骨主髓，火熾則髓竭，由使內太過所致。」

(2) 「大抵痿之為病，皆因客熱而成，貪淫好色，強力過左，漸成痿疾，故痿躄屬肺，脈痿屬心，筋痿屬肝，肉痿屬脾，骨痿屬腎，總由肺受火熱葉焦之故，相傳於四臟，痿病成矣。直斷曰痿病無寒。」

5. 《脾胃論·濕熱成痿肺金受邪論》

「六七月之間，濕令大行，子能令母實在熱旺，濕熱相合而刑庚大腸，故用寒涼以救之。燥金受濕之邪，絕寒水生化之源，源絕則腎虧，痿厥之病大作，腰以下痿軟癱瘓，不能動，行走不正，兩足欹側，以清燥湯治之。」

6. 《內外傷變惑論·暑傷胃氣論》

(1) 「夫痿者，濕熱乘於腎肝也，當急去之，不然則下焦之氣竭盡而成軟癱，必腰下不能動，必煩冤而不止也。」

(2) 「如濕熱乘其腎肝行步不足，腳膝痿弱，兩腳欹側，已中痿邪，加酒炒黃柏、知母各五分（指清暑益氣湯加味），令兩足湧出氣力矣！」

7. 《局方發揮》

(1) 「諸痿皆起於肺熱，傳入五臟，散為諸證，大抵只宜補養，若作外感風邪治之，寧免實實虛虛之禍乎。」

(2) 「予曰，諸痿生於肺熱，只此一句便見治法主意，經曰：東方實，西方虛，瀉南方，補北方，此固就生克言補瀉。而大經大法不離於此，……五行之中，唯火有二，腎雖有二，水居其一，陽常不足，故經曰一水不勝二火，……若嗜欲無節，則水失所養，水寡於畏而侮所勝，肺得火邪而熱矣……肺受熱則舍失所養，木寡於畏而侮所勝，脾得木邪而傷矣，肺熱則不能管攝一身，脾傷則四肢不能為用而諸痿之病作。瀉南方則金清而東方不實，何脾傷之有，補北方則心火降而西方不虛，何肺熱之有，故陽明實則宗筋潤，能束骨而利機關矣。治痿之法，無出乎此。」

8. 《丹溪心法·痿》

「痿證不可作風治，而用風藥，有濕熱、濕痰、氣虛、血虛、瘀血。」

9. 《丹溪心法·痿·附錄》

「夫陳無擇謂痿固內臟不足所致，誠得之矣，然痿之所不足乃陰血也。而方悉是補陽補氣之劑，寧免實實虛虛之患乎？且無擇以三因立方，可謂諸方之冠，其於

此證，猶且未明，況其它乎。」

10. 《醫學綱目·痿證》

「《針經·刺節真邪論》云：『真氣去，邪獨留，發為偏枯。』《痿論》云：『陽明虛則宗筋縱，帶脈不引而足痿不用。是知手足不隨者在偏枯，手足為邪氣阻塞脈道而然。』在痿病則陽明虛、宗脈縱、帶脈不引而然也。痺病有言變志亂之證，痿病則無之也。痺病又名風痺，而內傷外感兼備，痿病獨得於內傷也。痺病發於擊撲之暴，痿病發於怠情之漸也。凡此皆明痺與痿，明是兩疾也。」

11. 《景岳全書·痿證論治》

「柔風腳氣皆外因風寒，正氣與邪氣相搏，故作腫苦痛為邪實。痿由內臟不足之所致，但不任用，亦無痛楚，此血氣之虛也。」

12. 《景岳全書·痿證》

「痿證之義，內經言之詳矣。觀所列五臟之證。皆言為熱，而五臟之證，又總由肺熱葉焦，以致金燥水虧，乃成痿證。如丹溪之論治，誠得之矣。然細察經文，又曰：悲哀太甚則胞絡絕，傳為脈痿，思想無窮，所願不遂，發為筋痿，有漸於濕，以水為事，發為肉痿之類，則又非盡為火證，此其有餘不盡之意，猶有可知，故因此而生火者有之，因此而敗傷元氣者亦有之。元氣敗傷則精虛不能灌溉，血虛不能營養者，亦不少矣。若概從火論，則恐真陽虧敗，及土裏水涸者，有不能堪，故當酌寒熱之淺深，審虛實之緩急，以施治療，庶得治痿之全矣。」

13. 《張氏醫通·痿證》

「痿證病因，雖曰不一，大都起於陽明。濕熱內蘊則肺受熱乘而曰槁，脾受濕淫而日益，遂成上枯下濕之候。舉世靡不以腎虛為事，至於陽明濕熱，從無鑿及之者。或云痿病既屬濕熱，何古方多用辛熱而癒者，殊不知濕熱沉滯既久，非借辛熱之力，不能開通經隧，原非為腎臟虛寒而設也。若真陽未衰，概行溫補，而不知清熱滲濕，能無僅助濕熱之悲耶？」

14. 《醫林改錯·癱痿論》

「豈知痺證日久，能令腿癱，癱後仍然腿痛。痿證是忽然兩腿不動，始終無疼痛之苦。倘標本不清，虛實混淆，寧不誤人。」

15. 《臨證指南醫案·痿·鄒滋九》

「夫痿證之旨，不外乎肝腎肺胃四經之病。蓋肝主筋，肝傷則四肢不為人用而筋骨拘攣。腎藏精，精血相生，精虛則不能灌溉諸末，血虛則不能營養筋骨。肺主氣，為清高之臟，肺虛則高源化絕，化絕則水涸，水涸則不能濡潤筋骨。陽明為宗筋之長，陽明虛則宗筋縱，宗筋縱則不能束筋骨以流利機關。此不能步履，痿弱筋縮之症作矣。」

五、診斷要點：

與肌肉有關的代謝酶一般均會升高，如肌酸磷酸激酶（CK）、醛縮酶（aldolase）、穀草轉氨酶（SGOT）、乳酸脫氫酶（LDH）、谷丙轉氨酶（SGPT），其中肌酸磷酸激酶（CK）最常使用而且最能評估疾病的狀態。

類風濕因子在半數以上病人呈現陽性。紅血球沈降速率 2/3 病人會上升，尿中可

出現肌球蛋白，肌電圖呈肌原性萎縮相。抗核抗體常呈陽性，如果合併有間質性肺臟疾病，則可見有抗 Jo-1 抗體。

胸部X光：偶可見有間質纖維化的現象。

心電圖學：心率不整。

本病的肌肉切片檢查結果不同於皮膚炎，乃為 T 淋巴球浸潤於肌纖維之內，且為 CD8+之殺手型 T 淋巴球為主。

六、綜論：

多發性肌炎為自體免疫性結締組織疾病之一，主要累及橫紋肌，有時平滑肌和心肌亦可受累。本病多數呈緩性發病，少數呈急性或亞急性發病，任何部位肌肉皆可侵犯，但往往四肢肌肉首遭累及，肢體近端肌肉比遠側的更易受損，肩胛帶和骨盆帶肌肉通常最早波及，上臂和眼部肌群次之，病變常呈對稱性。其表現為患者常感乏力，隨後有肌肉疼痛，按痛和運動痛進而由於肌力下降，呈現各種運動機能障礙和特殊姿態，如頭部下垂，二肩前傾等，若累及食道和顎部肌肉可出現聲音嘶啞和吞嚥困難；若累及膈肌可發生氣急和呼吸困難；若累及心肌可發生心力衰竭。

本病病程大部份病例為慢性漸進性，在 2~3 年趨向逐步恢復，僅少數死亡，但若發病呈急性而顯著乏力的病例，多數預後不良。自從類固醇應用於治療之後，本病已可得到較佳控制，另可配合其他免疫抑制劑與免疫調節劑治療以提高療效。

多發性肌炎，由臨床症狀所產生的肢體無力等現象，與中醫歷代文獻中所記載之「痿症」類似。痿症是指肢體筋脈弛緩，軟弱無力，甚至手不能隨意運動的一類病證。如金·劉完素《素問玄機原病式·五運主病》說：「痿，謂手足痿弱，無力以運行也。」《證治準繩·痿證》說：「痿者手足痿軟而無力，百節緩縱而不收。」又本病在臨床上以下肢痿弱，較為常見，故稱「痿」，與多發性肌炎常由髖關節、大腿的肌肉開始。頗有雷同之處。」王冰謂：「痿指無力以運動」，是指不能舉步之意。「躄」同辟，「禮王制」：「瘠聾跛腿」。釋之謂，足不能行也。王冰注《痿論》謂：「攣躄，足不得以行也。」故痿躄也者，指肢體痿弱不用，足不能舉步的意思。

痿證與中風、痺證之鑑別：

病名	主要鑑別症狀	病機
痿證	肢體軟弱無力，緩縱不收，久則手不能握，足不任地，病多緩起，較少出現疼痛、拘攣、強直、腫脹	多因五臟精氣不足，肢體失養
中風	半身不遂，有中風病史，偏半身體肢拘急、無力僵軟或有語蹇志亂	真氣衰，經絡閉塞
痺證	身體肢節疼痛為主，或兼腫、拘攣、萎縮	風寒濕熱流注關節

混合性結締組織疾病 *Mixed Connective tissue disease*

一、本書編號：791

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：710.8/M35.1

三、現代醫學病名及定義：

本病是一種自體免疫性疾病，患者體內存在著效價數值很高的抗核糖核蛋白（RNP）抗體，目前知道是屬於抗 U₁RNP 抗體。它的特色是交雜著全身性紅斑性狼瘡（SLE），硬皮病（scleroderma），和多發性肌炎（polymyositis）的混合表現，以多發性器官侵犯為主。好發於 20 到 30 歲年紀，全世界各地都有病例。

四、中醫相關病名及文獻出處：

陰陽毒

《金匱要略·百合狐惑陰陽毒病脈證並治》

「陽毒之為病，面赤斑斑如錦文，咽喉痛，……陰毒之為病，面目青，身痛如被杖，咽喉痛。」

陽毒發斑

《諸病源候論·溫病諸候·溫病發斑候》

「表證未罷，毒氣不散，故發斑瘡……至夏遇熱，溫毒始發於肌膚，斑爛隱疹如錦紋也。」

痺症

1. 《華氏中藏經·論痺》

「痺者，風寒暑濕之氣中於人，則使之然也。」

2. 《醫學入門·痺證》

「痺者氣閉塞不通流也，或痛癢、或麻痺、或手足緩弱與痿相類。」

3. 《三因極一病證方論·敘痺論》

「夫風寒濕三氣雜至，合而為痺。……三氣襲人經絡，入於筋脈、皮肉、肌膚，久而不已，則入五臟。」

4. 《醫宗必讀·痺》

「治外者，散邪為急；治臟者，養正為先，治行痺者，散風為主，禦寒利濕仍不可廢。」

5. 《諸病源候論·風病諸候上·風濕痺身體手足不隨候》

「人腠理虛者，則由風濕氣傷之，搏於血氣，血氣不行則不宜，真邪相擊，在於肌肉之間，故其肌膚盡痛。」

6. 《聖濟總錄·諸痺門》

「以寒氣入經而稽遲，泣而不行也。痛本於寒氣偏勝，寒氣偏勝則陽氣少，陰氣多。」

7. 《醫宗金鑑·雜病心法要訣·五痺》

「以秋時遇此邪，為皮痺，則皮雖麻，向微覺痛癢；以夏時遇此邪，為脈痺，則

脈中血不流行而色變；以長夏時遇此邪，為肌痺，則肌頑木不知痛癢……。痺入臟，謂內合五臟之痺，以受病之處而得名，乃五痺不已，如復感於邪，內舍五臟，即成五臟之痺，皮痺不已，復感於邪，內舍於肺，則成肺痺，脈痺不已，復感於邪，內舍於心，則成心痺；肌痺不已，復感於邪，內舍於脾，則成脾痺。」

五、診斷要點：

症狀方面多見雷諾氏現象，手腫脹、關節肌肉痛以及疲勞。有時也可見到高燒、多發性肌炎、關節炎、神經症狀如三叉神經痛及無菌性腦膜炎。手指會出現腫脹現象，之後再成為肢端硬化症（sclerodactyly），皮膚硬化可出現於四肢及臉部，但不及於軀幹。指甲周圍會出現毛細血管擴張以及鈣化症（calcinosis），臉部紅斑、脫髮、光敏感性、口腔潰瘍、關節痛、關節變形，肌肉無力等。就內臟侵犯而言，有 85% 影響肺部，且大多是無症狀性的，但肺動脈高壓則是本病最常見的死因。25% 有腎臟侵犯，以膜性腎絲球炎最多。約 70% 有腸胃道侵犯，以食道蠕動不良、胃食道逆流、食道括約肌鬆弛最多見。30% 有心包膜炎，也會出現心律不整、傳導障礙、二尖瓣脫垂等心臟問題。其他的臨床表現包括了三叉神經痛、周邊神經炎、無菌性腦炎、淋巴病變及乾燥症等。

實驗室檢查可見由慢性炎症所造成的貧血以及陽性的 Direct Coombs⁺ 試驗，白血球下降、血小板下降，免疫球蛋白升高，另有一半的患者有類風濕因子。所有的病人都有 U₁RNP 抗體，這和 HLA-DR₄ 有相關性。

六、綜論：

本病在臨床上是一個症候群，混合了數種自體免疫疾病的特點，包括紅斑性狼瘡、硬皮病、多發性肌炎等。有時又會出現乾燥症及類風濕關節炎的特徵。由於抗 U₁RNP 的發現，所以才獨立成為一個疾病的分類。

本病超過一半病人的癒後良好，10 年的存活率約 80%，但嚴重程度與各類的結締組織侵犯有關，治療也是以類固醇、免疫調節劑為主，再輔以相應的病情控制藥物，例如關節炎即加以抗炎止痛藥，高血壓則加降壓藥等。

中醫方面並無直接對應的名稱，但與各個結締組織疾病的相關病名則有部份相通之處，如「痺症」、「陰陽毒」等。發病內因是陰陽氣血失衡，發病的條件是熱毒等六淫之邪，侵犯皮膚、腠裏、肌筋、經絡、血脈、骨骼、關節及五臟六腑，故辨證複雜，治療以調理陰陽氣血為本，清熱解毒疏風祛邪為標。

化膿性關節炎 *Pyogenic arthritis*

一、本書編號：792

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：711.0/M00

三、現代醫學病名及定義：

化膿性關節炎常位於髖、膝或肩等大的、且負重的關節。這類感染通常是由原病灶轉移來，或先前有關節受傷、靜脈注射成癮者所引起，且只限於一個關節。罹病關節出現紅、腫、熱、痛之症狀，嚴重時會有全身寒顫和發熱現象。

四、中醫相關病名及文獻出處：

流注

1. 《仙傳外科集驗方·服藥通變方》

「流注起於傷寒，傷寒表未盡，餘毒流於四肢經絡，澀瘀所滯，而後為流注也。」

2. 《外科正宗·流注論》

「流注者，流者行也，乃氣血之壯，自無停息之機；注者住也，因氣血之衰，是有凝滯之患。……其形漫腫無頭，皮色不變，所發毋論穴道，隨處可生。凡得此者，多生於體虛之人，勤勞之輩，不慎調變，夏秋露臥，縱意取涼，熱體當風，圖身快爽；或中風邪，發散未盡。或慾後陰虛，外寒所侵。又或惱怒傷肝，鬱結傷脾，榮氣不從，逆於肉理；又或跌打損傷，瘀血凝滯；或產後惡露未盡，流宿經絡，皆成斯疾也。」

3. 《外科理例·流注》

「大抵流注之症，多因鬱結，或暴怒，或脾虛濕氣逆於肉理，或腠理不密，寒邪客於經絡，或閃撲，或產後瘀血流注關節，或傷寒，餘邪未盡為患，皆因真氣不足，邪得乘之。」

4. 《醫宗金鑑·外科心法要訣·流注》

「蓋人之氣血，每日周身流行，自無停息，或因濕痰，或因瘀血，或因風濕，或因傷寒汗後餘毒，……致令氣血不行，故名流注。」

五、診斷要點：

血液常規檢查：紅血球、白血球及其分類等。

關節液檢查：可抽取關節液檢查，在抽取關節液時宜採無菌技術，以免不慎引起感染，發生感染性關節炎時，滑膜液的外觀通常呈混濁，其內所含有的白血球數目範圍自 10,000 / 立方毫米到 100,000 / 立方毫米以上，其中 90%以上都是嗜中性白血球，關節腔內的葡萄糖濃度往往降低，如能由滑膜液或滑膜組織之革蘭氏染色檢查發現微生物的存在，檢體培養結果呈陽性時可證實診斷並做藥物敏感性試驗，有 75%呈現金黃色葡萄球菌陽性，50%呈現革蘭氏陰性菌感染。

六、綜論：

西醫方面：關節受到化膿細菌如葡萄球菌、鏈球菌等侵襲而發炎，細菌侵入的途徑有三：

- 1.關節創傷。
- 2.關節附近的骨頭或軟組織發炎，使關節受到傳染。
- 3.身體其他地方有膿毒病灶。像是肺炎、扁桃體炎等，細菌經血流侵入關節。

以年齡來分嬰兒期多葡萄球菌、鏈球菌及腸內菌，少年期則以淋病球菌為多，成人的非淋病球菌感染以葡萄球菌最多，另有 1/3 老年人是革蘭氏陰性菌、貝他（ β ）型溶血性鏈球菌、肺炎球菌。

急性化膿性關節炎開始時，關節滲出液往往是漿液性的，後來才轉變成膿性，疾病分期為：

- 1.初期：開始時在四肢近端或軀幹部如兩臂、腿、腰膀間、胸、背處，有一處或數處肌肉疼痛，漫腫微熱而皮色不變。約 2~3 天後，腫脹熾熱疼痛日趨明顯，並可觸及腫塊。伴有寒顫高熱，呈間歇性發作，頭痛頭脹，周身關節疼痛。食慾不振等全身症狀。由於受邪致病原因的不同，除具有一般初起症狀，尚有其特殊的兼證。
- 2.成膿期：腫塊增大，疼痛加劇，約二週左右腫塊中央微紅而軟，按之有波動感，兼見高熱不退，時時汗出，胸腹可佈白疱，口渴欲飲，苔黃膩，脈洪數。瘀血流注可見舌邊瘀點或色紫滯。有的病例，經治療後，腫塊的波動隨膿液吸收而消失。
- 3.潰膿期：潰後流出黃稠或白黏膿水，因跌打損傷而致者，膿中常挾有瘀血塊。隨之腫硬疼痛漸消，身熱漸退，食慾增加，約經 2 週左右，膿盡瘡口癒合。癒合後，如身熱不退，可能另有新發，當仔細檢查之。

西醫的重點在於早期使用抗生素 甚至於使用引流治療 以避免關節腔迅速破壞。

中醫方面：本病類似中醫文獻中所提到之「流注」。流注常發生於血流緩慢的人體低位部份，如腰部、大腿後部、髂窩部、臀部等處。在中醫上「流注」泛指肌肉、關節處的化膿性感染，所以包含之範圍較廣，而其中化膿性關節炎也是其中一種。其他名詞包括：

- 1.暑濕流注：發於夏秋，感受暑濕所致者，可伴有胸悶，渴不多飲，苔白膩，脈滑數等濕重於熱的見證。
- 2.餘毒流注：因疔癤等引起的，乃是火毒起竄，入於血分，流注於肌肉之中，使氣血不行發，故起病暴急。
- 3.瘀血流注：因產後瘀露停滯，跌打損傷，破損肌膚，濕熱火毒流注經脈，或瘀血留滯，化生火熱，走竄經脈而生。除產後瘀露引起者外，瘀血流注的全身症狀多不明顯，或僅有輕度發熱，苔薄膩或舌上伴有瘀點瘀斑，脈濡澀等瘀熱見證。
- 4.正虛邪戀：流注潰膿之後，往往有一處未癒，它處又起，壯熱不退，身體消瘦、面色蒼白，脈象虛數。此屬正虛邪戀。
- 5.瘡毒內陷：若見神昏譫語，胸脇疼痛、咳喘痰血等症，是為毒傳臟腑引起的內臟器官的轉移性膿腫。

雷特氏症候群 *Reiter's syndrome*

一、本書編號：793

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：711.1/M02.3

三、現代醫學病名及定義：

本病是曾經得過感染之後所導致的非化膿性關節炎，感染原常起於喉嚨、泌尿生殖道、或腸胃道。臨床表現包括關節炎、肌腱炎、滑囊膜炎、接骨點發炎，以及其他關節外侵犯。本病和 HLA-B₂₇ 抗原有相當的關聯性。就診斷而言，乃類風濕因子血清試驗陰性，且以下肢關節侵犯為主，再加上尿道炎、子宮頸炎、痢疾、虹彩炎、結膜炎、龜頭炎、口腔潰瘍、或皮膚角化病，並排除其他結締組織疾病，包括僵直性脊椎炎、牛皮癬等風濕性疾病。

四、中醫相關病名及文獻出處：

痺症

1.《素問·痺論》

「五臟皆有合，病久不去者，內舍於其合也。故骨痺不已，復感於邪，內舍於腎。筋痺不已，復感於邪，內舍於肝。脈痺不已……內舍於心。肌痺不已……內舍於脾。皮痺不已……內舍於肺。」

2.《華氏中藏經·五痺》

「痺者風寒暑濕之氣，中於臟腑之爲也，入腑則病淺易治，入臟則病深難治。」

3.《華氏中藏經·論痺》

「痺者，風寒暑濕之氣中於人，則使之然也。」

4.《醫學入門·痺證》

「痺者氣閉塞不通流也，或痛癢、或麻痺、或手足緩弱與痿相類。」

5.《金匱要略·痙濕暍病脈證並治》

「太陽病，關節疼痛而煩，脈沉而細者，此名中濕，亦名濕痺。濕痺之候，小便不利，大便反快，但當利其小便。」

6.《三因極一病證方論·敘痺論》

(1)「夫風寒濕三氣雜至，合而爲痺。……三氣襲人經絡，入於筋脈、皮肉、肌膚，久而不已，則入五臟。」

(2)「大抵痺之爲病，寒多則痛，風多則行，濕多則著。」

7.《醫宗金鑑·雜病心法要訣·痺病》

「三痺之因，風寒濕三氣雜合而爲病也，其風邪濕者，其痛流走。故曰行痺，寒邪鬱者，其痛甚苦，故曰痛痺。濕邪勝者，其痛重著，故曰著痺。此爲病之因而得名。曰三痺也。……近世曰痛風曰流火曰歷節風，皆行痺之俗名也。」

8.《儒門事親·論痺》

「夫痺之爲狀，麻木不仁，以風寒濕三氣合而成之。」

9. 《儒門事親·指風痺痿厥近世差玄說》

「痺，此疾之作，多在四時陰雨之時，……或瀕水之地，勞力之人，辛苦失度，觸冒風雨，寢處潮濕，痺從外入。況五方土地，寒暑殊氣，剛柔異稟，飲食起居，莫不相戾，故所受之邪，各有深淺。」

10. 《醫宗必讀·痺》

「治外者，散邪爲急；治臟者，養正爲先，治行痺者，散風爲主，禦寒利濕仍不可廢。」

11. 《諸病源候論·風病諸候上·風濕痺身體手足不隨候》

「人腠理虛者，則由風濕氣傷之，搏於血氣，血氣不行則不宣，真邪相擊，在於肌肉之間，故其肌膚盡痛。」

12. 《聖濟總錄·諸痺門》

「以寒氣入經而稽遲，泣而不行也。痛本於寒氣偏勝，寒氣偏勝則陽氣少，陰氣多。」

13. 《症因脈治·痺證論》

- (1) 「風痺之症，走注疼痛，上下左右行而不定，故名行痺。」
- (2) 「寒痺之症，疼痛苦楚，手足拘緊，得熱稍減，得寒愈甚，名曰痛痺。溫痺之症，或一處麻痺不仁，或四肢手足不舉，或半身不能轉側，或濕變爲熱，熱變爲燥，收引拘攣作痛，蹇縮難伸，名曰著痺。」
- (3) 「熱痺之症，肌肉熱極，唇乾燥，筋骨痛不可按，體上如鼠走狀，此內經所云，陽氣多，陰氣少，陽獨盛，故爲熱痺之症。」

14. 《景岳全書·風痺》

「〈痺論〉曰：風氣勝者爲行痺。蓋風者善行數變，故其爲痺則走注歷節無有定所，是爲行痺，此陽邪也；曰寒氣勝者爲痛痺。以血氣受寒則凝而留聚，聚則爲痛，是爲痛痺，此陰邪也。曰濕氣勝者爲著痺。以血氣受濕則濡滯，濡滯則肢體沉重而疼痛，頑木留著不移，是爲著痺，亦陰邪也。凡此三者，即痺之大則也。」

15. 《金匱翼·痺證·痺證統論》

「《內經》論痺又有骨、筋、脈、肌、皮五痺，大抵風寒濕所謂三痺之病，又以所遇之時，所客之處，而命其名，非此行痺、痛痺、著痺之外，又有骨痺、筋痺、脈痺、肌痺、皮痺也。」

五、診斷要點：

大部份患者紅血球沈降速率（ESR）及 C 反應球蛋白（CRP）上升，但在疾病的晚期慢性化之後就常見恢復正常。

全血檢查可見中等度的白血球數目增加，以及有輕度的貧血。

類風濕因子多爲陰性，而 HLA-B₂₇ 多爲陽性。

若有尿道炎則尿液檢查可見無菌性膿尿。

有些患者的心電圖檢查會出現傳導阻滯。

有些患者在晨起的第一泡尿液中可檢出披衣菌（Chlamydia），另外，可利用血清

學檢測細菌的抗體，包括沙門氏菌（*Salmonella*）、耶辛尼氏菌（*Yersinia*）、弧菌（*Campylobacter*）、淋病球菌（*Neisseria gonorrhoeae*）、伯氏疏螺旋菌（*Borrelia burgdorferi*）和溶血性鏈球菌（ β -hemolytic streptococci）。

放射學表現包括：近端關節骨鬆、軟組織腫脹、接骨點發炎、骨膜反應與增生、蝕骨變化、非對稱性薦腸關節炎、非對稱性的脊柱韌帶骨贅。

六、綜論：

1916年雷特（Reiter）首先報告一名患者在急性痢疾發病之後，出現了關節炎、尿道炎和結膜炎。目前學者們將上述三種病症一起出現稱為雷特氏症候群，若三者不全部出現，只有感染及無菌性關節炎的出現則稱「不完全型雷特綜合症候群。」兩者皆同義於反應性關節炎（reactive arthritis）。

病人若出現關節積液，一定要將關節液抽出培養化驗，以排除感染性關節炎、痛風、假痛風等其他關節炎的可能性。本病在關節液中是培養不出細菌，在偏光顯微鏡下也不會出現結晶的。

本病患者若是由披衣菌所引起的尿道炎，必須用抗生素治療，例如用四環黴素之類的 doxycycline 100 毫克每日兩次，治療七天。若合併淋病球菌感染則必須加用其他有效的抗生素。經此短期治療後，往往可避免續發性的關節炎，但是對於已發作的關節炎則無效，必須要服用二到三個月的四環黴素才能縮短疾病的病程。

除此之外，治療可併用非類固醇消炎止痛藥；關節內類固醇注射，此法往往可收立刻緩解之效，但一定要先排除掉細菌感染性關節炎的可能。若口服止痛藥效果不彰，也可以併用口服類固醇治療，但最好在二到四個月的時間之內停掉。

慢性關節炎的病人可用 Sulfasalazine、Methotrexate、azathioprine 等免疫調節劑治療，但療效因人而異。

關節外的症狀必須要加以留意治療，包括眼部的發炎，可用類固醇及免疫調節劑治療；若心臟傳導障礙產生，則須心律調節器；而腎炎則常自然消失；皮膚症狀可用水楊酸、類固醇、維他命 A 或 methotrexate 治療。

本病預後一般良好，但有時仍會呈慢性發作，很多病人常在天氣變壞時，及秋冬季節發作，是否和中醫所謂的外感風邪有相關性值得探討。

本病屬中醫「痺證」範疇，因正氣不足，外邪入侵，致氣血不暢，痰濕瘀阻，以致關節疼痛，甚至傳變至其他內臟器官。就西醫學而言，中醫痺證包含多種會影響肌肉關節的疾病，甚至可說囊括了絕大多數風濕性疾病，只是各疾病除了關節肌肉侵犯之外，各有其相對的特點。就本病而言，乃由外感所誘發（邪實），且病人多具有 HLA-B₂₇ 陽性（正虛）。所以在治療痺證的基礎外，還要加上相應的藥物，例如有下痢則加白頭翁湯、葛根芩連湯；子宮頸炎有分泌物可加龍膽瀉肝湯之屬加減並且辨證論治，治療才較完備。

貝塞氏症 *Behcet's syndrome*

一、本書編號：794

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：711.2/M35.2

三、現代醫學病名及定義：

本病是一種不明原因的全身性血管炎，可累及動脈與靜脈並可侵犯表皮黏膜及眼部。臨床上以口腔潰瘍、皮膚及眼病變最為常見，其他也包括了骨骼肌肉、神經、腸胃道、肺、腎、心血管等器官。1937年由土耳其教授 Behcet 首先發表於文獻，隨後由世界各地的研究報導顯示出病人群多處於地中海沿岸、中東、中國、日本等屬於古代絲綢之路的範圍，故有人稱為「絲路之病」。學者發現人類白血球抗原 HLA-B₅₁ 和本病有相關性。盛行率介於一萬分之一（日本）到五十萬分之一（北美和歐洲）。

四、中醫相關病名及文獻出處：

狐惑

《金匱要略·百合狐惑陰陽毒病脈證並治》

1. 「狐惑之為病，狀如傷寒，默默欲眠，目不得閉，臥起不安；蝕於喉為惑，蝕於陰為狐；不欲飲食，惡聞食臭，其面目乍赤，乍黑，乍白。脈數。蝕於上部則聲啞，甘草瀉心湯主之。蝕於下部則咽乾，苦參湯洗之。蝕於肛者，雄黃薰之。病者脈數，無熱，微煩，默默但欲臥，汗出，初得之三、四日，目赤如鳩眼；七、八日，目四眇黑。若能食者，膿已成也，赤小豆當歸散主之。」
2. 「狐惑，牙疳、下疳等瘡之古名也，下疳即狐也，蝕爛肛陰，牙疳即惑也，蝕咽喉齦，脫牙穿腮破唇。」

五、診斷要點：

本病以血管炎為特點，雖以小靜脈最常受累，但侵犯的範圍包括全身各大、中、小血管。

血清檢查於活動期可見紅血球沈降速率增加，C 反應蛋白質增高，IgA 和 IgG 增高。

其他的臨床表現有：

1. 復發性口腔潰瘍。
2. 復發性外陰部潰瘍。
3. 皮膚病變：有三種主要類型包括結節性紅斑、瘡瘡樣毛囊炎及表皮血管炎。

針刺反應（Pathergy Reaction）：為本病較特異性之反應，做法是用無菌針頭斜刺入前臂 5 釐米後退出，24 至 48 小時後觀察皮膚反應，若出現丘疹大於 2 釐米則為陽性反應。

眼部病變：前葡萄膜炎可伴隨前房積膿，後葡萄膜炎可影響視網膜。

骨骼肌肉病變：常為非對稱性、非變形性的周邊單個或少數關節炎，其中以膝關節

最常見。

神經系統病變：約侵犯 5% 的患者，以男性較多見，中樞神經較周邊神經受損為多。

心血管病變：可侵犯大小動靜脈，出現動脈瘤、靜脈阻塞、動靜脈阻塞、血栓、心肌炎、心包膜炎。

腸胃道病變：易導致潰瘍，以侵犯迴腸及結腸為主。

其他：肺部血管侵犯造成咯血、腎臟侵犯引起蛋白尿及血尿、副睪丸發炎等。

六、綜論：

由於本病無特異性的實驗檢查，診斷標準有賴於臨床的觀察來判斷。目前國際上公認的診斷條件是必須要有反覆性口腔潰瘍（每年至少 3 次，且排除掉其他的疾病原因）再加上以下各點中的任何 2 點：

1. 反覆性生殖器潰瘍。
2. 眼部病變（前或後虹彩炎、玻璃體混濁、視網膜血管炎）。
3. 皮膚病變（結節性紅斑、假性毛囊炎、化膿性丘疹、青春期後痤瘡樣結節且並無使用類固醇）。
4. 針刺反應陽性。

鑑別診斷上應注意到萊特氏症候群雖然也有口腔及外陰部潰瘍，但是其潰瘍乃位於龜頭，而本病則是位於陰囊上，且本病並無尿道炎。本病的病程常反覆發作緩解，治療原則應重於早期控制發炎，防止不可逆性的結構上破壞，特別是年輕男性患者易於侵犯眼部，更應積極治療。在治療上藥物可用類固醇、非類固醇抗發炎藥、秋水仙素、免疫抑制劑（包括環孢靈、methotrexate、Cyclophosphamide、Azathioprine 等）、抗凝血劑。

中藥方面有人使用雷公藤制劑治療。以本病最常見的口腔潰瘍而言，糜爛延及咽喉，日輕夜重者可用少陰甘桔湯（桔梗、甘草、黃芩、柴胡、玄參、陳皮、羌活、升麻、蔥白），外敷可用黃柏散（黃柏、乾薑，可再加黃連）。而日本漢方醫家常用黃連解毒湯及四物湯，即溫清飲，因黃連解毒湯可瀉三焦實火，四物湯可治血虛血燥。

由本病特殊的地域分佈而言，應與遺傳、種族及某些感染有關，進而引起自體免疫性的血管炎，造成全身性多器官病變。但因其眼、口、外陰部的變化最為突顯，故中醫另外提「狐惑」之名以歸類，二者雖有交集，但其他的西醫疾病如紅斑性狼瘡、萊特氏症候群、復發性口腔炎，及某些感染性疾病等也都會產生類似狐惑之症狀。反之，本病的其他器官侵犯，則已超出「狐惑」之範圍，例如關節受損，則必須在「痺症」裏頭才找得到相關性。這是因為二者雖然都以口、眼、外陰受損這單一現象為出發點，但西醫、中醫後續的切入點不同，才造成有交集又不盡相同的分類結果。

痛風性關節炎 *Gouty arthritis*

一、本書編號：795

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：712.0/M10

三、現代醫學病名及定義：

痛風是一種普林（*purine*）代謝紊亂的疾病，分原發性和繼發性。原發性痛風患者有遺傳傾向，與飲食有密切關係。人們吃了肉類、家禽、動物內臟和豆類等富含普林的食物，在體內經過分解代謝；最後產生尿酸。在正常情況下，約 2/3 的尿酸經腎隨尿排出，其餘 1/3 隨糞便排出。痛風是由於代謝失調，以致於尿酸過度產生或排泄不足，使尿酸鈉的微細結晶沈澱於關節，而引起急性關節炎症的臨床疾病，通常在夜間、單一關節發作，例如第一跖趾關節。日久會產生痛風石與關節破壞。

四、中醫相關病名及文獻出處：

歷節、白虎歷節、痛風、痛痺

1. 《金匱要略·中風歷節病脈證並治》

(1) 「夫風之爲病，當半身不遂，或但臂不遂者，此爲痺。」

(2) 「諸肢節疼痛，身體尪羸，腳腫如脫，頭眩短氣，溫溫欲吐，桂枝芍藥知母湯主之。」

(3) 「病歷節不可屈伸疼痛，烏頭湯主之。」

2. 《景岳全書·風痺》

「歷節風痛，以其痛無定所，即行痺之屬也，……三氣之邪偏關節，與氣血相搏而疼痛非常，或如虎之咬，故又有白虎歷節之名。」

3. 《雜病源流犀燭·諸痺源流》

「白虎歷節風，痛痺之一症也，以其痛循歷遍身關節，故曰歷節。以其痛甚如虎咬，故曰白虎歷節。」

4. 《醫學心傳·痛風》

「痛風，古名痛痺。」

5. 《雜病廣要·歷節》

「歷節，即行痺、痛痺之屬，唐人或謂之白虎病，宋人則聯稱白虎歷節風，又稱痛風。」

痺

1. 《素問·痺論》

「五藏皆有合，病久而不去者，內舍於其合也。故骨痺不已，復感於邪，內舍於腎；筋痺不已，復感於邪，內舍於肝；脈痺不已，復感於邪，內舍於心；肌痺不已，復感於邪，內舍於脾；皮痺不已，復感於邪，內舍於肺。」

2. 《金匱要略·中風歷節病脈證並治》

「夫風之爲病，當半身不遂，或但臂不遂者，此爲痺。」

3. 《三因極一病證方論·敘痺論》

「夫風寒濕三氣雜至，合而為痺。……三氣襲人經絡，入於筋脈、皮肉、肌膚，久而不已，則入五臟。」

4. 《景岳全書·風痺》

「風氣勝者為行痺。蓋風者善行數變，故其為痺則走注歷節無有定所，是為行痺，此陽邪也；曰寒氣勝者為痛痺。以血氣受寒則凝而留聚，聚則為痛，是為痛痺，此陰邪也。曰濕氣勝者為著痺。以血氣受濕則濡滯，濡滯則肢體沉重而疼痛，頑木留著不移，是為著痺，亦陰邪也。凡此三者，即痺之大也。」

濕痺

《金匱要略·痙濕喝病脈證並治》

「太陽病，關節疼痛而煩，脈沉細者，此名濕痺。濕痺之候，小便不利，大便反快，但當利其小便。」

熱痺

《症因脈治·痺證論·熱痺》

「熱痺之症，肌肉熱極，唇口乾燥，筋骨痛不可按。」

痿痺

《醫宗金鑑·雜病心法要訣·痿痺辨似》

「痿痺之證，今人多為一病，以其相類也。然痿病兩足痿軟不痛，痺病通身肢節疼痛。但觀古人治痿，皆不用風藥，則可知痿多虛，痺多實，而所因有別也。」

五、診斷要點：

尿酸檢查：生化學方面的變化為高尿酸血症（大於 7.0mg/dl），但急性期有些病人反而尿酸下降。

X 光檢查：X 光片上可見到骨骼破壞或呈現鑿孔病變。

滑囊液檢查：滑囊液中出现白血球過多現象，以及呈細針狀結晶的尿酸鹽。

診斷的證實則必須由發生痛風石的部位，取出粉筆樣的物質，並在顯微鏡之下，分辨出尿酸鹽的結晶，也可用紫外線光譜測定法、化學分析法來證實尿酸鹽的存在，如果結晶物在偏光顯微鏡是呈現針狀且是負偏光，才是痛風結晶，如果呈現菱形且是正偏光，則是假痛風。

六、綜論：

西醫方面臨床表現：30~60%患者有家族史，好發在 30~50 歲之間，男性佔絕對多數。痛風性關節炎好發部位是跗趾關節，發作時關節局部紅腫發熱疼痛，體溫可升高至 38~40°C，最初往往在夜間因劇痛而驚醒，經過 1~2 週症狀逐漸減輕消失。勞累、受涼、精神創傷或飲酒會促使痛風關節炎急性發作，此後可長期不發，也可反覆發作，不發作期間完全無症狀也是本病的特點。典型的痛風性關節炎晚期的表現為增生性關節炎合併尿酸鹽沉著，造成骨的吸收、關節破壞及強直與痛風石。由於腎臟亦有痛風結石存在，晚期患者多併發慢性腎小球腎炎和高血壓。另須注意相關的疾病如肥胖、糖尿病、高血脂、高血壓、心血管病、酗酒等也可能在同

一個患者身上出現，更要考慮繼發性原因如腫瘤，藥物（利尿劑、結核病藥物等），腎機能不全，甲狀腺機能異常，乾癬等。有些先天性高尿酸血症患者是因某種酶（Hypoxanthine guanine phosphoribosyltransferase, HGPRT）缺乏，無法代謝尿酸所致。

中醫方面：痺證以關節、肌肉疼痛為臨床主症。感受風、寒、濕、熱等外邪是引起痺證的主要原因，主要病機是外邪留注經絡關節，使經絡阻滯，氣血運行不暢。風寒濕雜至導致風寒濕痺，其中風偏勝者為行痺，特點是關節游走疼痛；寒偏勝者為痛痺，特點是疼痛固定、劇烈，遇寒痛增；濕偏勝者為著痺，特點是肌膚麻木，肢體關節重著。風濕熱合邪則形成熱痺，特點是關節灼熱紅腫，發熱，脈數。而痛風性關節炎主要表現為局部關節炎紅、腫、熱、痛，而且併有游走現象，所以，類似於中醫所謂之熱痺、歷節、白虎歷節、痛風、痛痺。

本病除了針對性的急性期止痛及慢性期控制尿酸之外，更要注意其併行之疾病與誘發之原因，常見之併行疾病有糖尿病、心血管疾病、肥胖症、酗酒、高血脂症等，常見之誘發原因包括利尿劑、抗結核藥劑、壓力、飲食不當等，而初次發病之老年人尤應注意有無癌症之可能。

類風濕性關節炎 *Rheumatoid arthritis*

一、本書編號：796

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：714.0/M05,M06

三、現代醫學病名及定義：

類風濕性關節炎是一種以關節病變為主的慢性全身性自體免疫性疾病，凡構成關節的各種組織如滑膜、軟骨、韌帶、肌腱和相連的骨骼都有病變，病變還存在於心、肺、血管等器官和組織，故有人認為稱之為類風濕病更為恰當，臨床症狀有陣發性疲倦、發熱、體重減輕和晨起僵硬，通常起病緩而且只影響小關節，長期之後關節畸形是很常見的。

四、中醫相關病名及文獻出處：

痺

1.《素問·痺論》

「心痺者，脈不通，煩則心下鼓，暴上氣而喘。」

2.《金匱要略·中風歷節病脈證並治》

(1)「夫風之為病，當半身不遂，或但臂不遂者，此為痺。」

(2)「諸肢節疼痛，身體尪羸，腳腫如脫，頭眩短氣，溫溫欲吐，桂枝芍藥知母湯主之。」

3.《三因極一病證方論·敘痺論》

(1)「夫風寒濕三氣雜至，合而為痺。……三氣襲人經絡，入於筋脈、皮肉、肌膚，久而不已，則入五臟。」

(2)「大抵痺之為病，寒多則痛，風多則行，濕多則著。」

濕痺

《金匱要略·痙濕暍病脈證並治》

(1)「太陽病，關節疼痛而煩，脈沉而細者，此名濕痺。濕痺之候，小便不利，大便反快，但當利其小便。」

(2)「病者一身盡疼，發熱，日晡所劇者，名風濕。此病傷於汗出當風，或久傷取冷所致也，可與麻黃杏仁薏苡甘草湯。」

(3)「風濕脈浮身重，汗出惡風者，防己黃耆湯主之。」

風痺

《景岳全書·風痺》

「〈痺論〉曰：風氣勝者為行痺。蓋風者善行數變，故其為痺則走注歷節無有定所，是為行痺，此陽邪也；曰寒氣勝者為痛痺。以血氣受寒則凝而留聚，聚則為痛，是為痛痺，此陰邪也。曰濕氣勝者為著痺。以血氣受濕則濡滯，濡滯則肢體沉重而疼痛，頑木留著不移，是為著痺，亦陰邪也。凡此三者，即痺之大則也。」

熱痺

《症因脈治·痺證論·熱痺》

- (1)「熱痺之證，肌肉熱極，唇口乾燥，筋骨痛不可按。」
- (2)「熱痺之因，陰血不足，陽氣偏旺，偶因熱極風寒，風寒外束。」

痿痺

《醫宗金鑑·雜病心法要訣·痿痺辨似》

「痿痺之證，今人多爲一病，以其相類也。然痿病兩足痿軟不痛，痺病通身肢節疼痛。但觀古人治痿，皆不用風藥，則可知痿多虛，痺多實，而所因有別也。」

歷節、白虎歷節、痛風、痛痺

1.《金匱要略·中風歷節病脈證並治》

- (1)「夫風之爲病，當半身不遂，或但臂不遂者，此爲痺。」
- (2)「諸肢節疼痛，身體尪羸，腳腫如脫，頭眩短氣，溫溫欲吐，桂枝芍藥知母湯主之。」
- (3)「病歷節不可屈伸疼痛，烏頭湯主之。」

2.《景岳全書·風痺》

「歷節風痛，以其痛無定所，即行痺之屬也，……三氣之邪偏關節，與氣血相搏而疼痛非常，或如虎之咬，故又有白虎歷節之名。」

3.《雜病源流犀燭·諸痺源流》

「白虎歷節風，痛痺之一症也，以其痛循歷遍身關節，故曰歷節。以其痛甚如虎咬，故曰白虎歷節。」

4.《醫學心傳·痛風》

「痛風，古名痛痺。」

5.《雜病廣要·歷節》

「歷節，即行痺、痛痺之屬，唐人或謂之白虎病，宋人則聯稱白虎歷節風，又稱痛風。」

五、診斷要點：

血液生化檢查：一般都有輕度至中度貧血，爲正細胞正色素性貧血，如伴有缺鐵，則可爲低色素性小細胞性貧血。白血球數目大多正常，在活動期可略有增高，偶見嗜酸性粒細胞和血小板增多。多數病例的紅血球沉降率在活動性病變中常增高，可爲疾病活動的指標。血清鐵、鐵結合蛋白的數值常減低。

血清白蛋白降低，球蛋白增高。免疫蛋白電泳顯示 IgG、IgA 及 IgM 增多。類風濕因子及其他血清學檢查：類風濕因子陽性佔 80%，效價的高低與疾病嚴重程度不相平行，而與疾病活動有關。類風濕因子陰性不能排除本病的可能，須結合臨床。臨床上，一般只檢測血清中的 IgM-RF，而不檢查 IgG-RF 等，故一部份類風濕性關節炎患者的乳膠試驗顯示陰性反應。此外，類風濕因子爲自體抗體，也可見於多種自體免疫性疾病及一些與免疫有關的慢性感染，正常人尤其是高齡者可有 5% 呈陽性。故類風濕因子陽性，不一定就是類風濕性關節炎，但在結合臨床的前提下，仍爲診斷類風濕性關節炎的主要輔助方法。

關節液檢查：關節腔穿刺可得不透明草黃色滲出液，其中中性白血球可達 $10,000\sim 50,000/\text{mm}^3$ 或更高，細菌培養則呈陰性。疾病活動期可見白血球胞漿中含有類風濕因子和 IgG 補體複合物所形成包涵體的吞噬細胞，稱類風濕細胞（regocyte）。

X 光檢查：早期患者的關節 X 光檢查除軟組織腫脹和關節腔滲液外，一般都是陰性。關節部位骨質疏鬆可以在起病幾週內即很明顯。關節間隙減小和骨質的侵蝕，顯示關節軟骨的消失，只出現在病程持續數月以上者；半脫位、脫位和骨性強直是更後期的現象。當軟骨已損毀，可見兩骨間的關節面融合，喪失原來關節的空間。瀰漫性骨質疏鬆在慢性病中常見，並用激素治療而加重。無菌性壞死的發生率特別在股骨頭，亦可因用皮質激素治療而增多。

類風濕性關節炎的診斷原則：典型的類風濕性關節炎：確定診斷需下列 7 項標準中的 4 項或 4 項以上，且 1~4 項有關節的症狀至少須持續六週以上。

- 1.早晨僵硬感至少一小時。
- 2.至少三個關節有腫脹。
- 3.腕、掌指關節或近側指間關節腫脹。
- 4.對稱性關節炎。
- 5.皮下類風濕結節位。
- 6.類風濕性關節炎的典型 X 光表現。
- 7.類風濕因子陽性。

六、綜論：

西醫方面關於本病的病因和發病機理至今尚未完全明確。目前認為類風濕性關節炎的發病和自身免疫有關，病變的發生是這種不正常的免疫反應對機體所產生的損害。類風濕性關節炎起病時，關節腔內先有感染原的侵入作為抗原，刺激滑膜或局部引流淋巴結中的漿細胞，產生了特殊的抗體 IgG，這種 IgG 發生變性又成為抗原，再刺激機體產生抗這種變性 IgG 的抗體即類風濕因子（RF）。這實際上是一種抗蛋白，與 IgG 重鏈的 Fc 片段起著反應的自身抗體，現已知有 IgG RF、IgM RF 和 IgA RF 等多種類型。RF 作為抗體可與自身部份變性的 IgG 相互反應，形成免疫複合物 IgG-IgG RF 和 IgG-IgM RF，其中 IgG-IgG RF 可以再與補體結合，形成一種 IgG-IgG RF 補體複合物。目前所謂血清陽性的類風濕性關節炎患者，是指患者血清中含有 IgG RF 者。由於免疫複合物沉積在關節滑膜，激活了機體的補體系統，使大量中性粒細胞向滑膜和關節腔內滲入引起炎症，並促進中性粒細胞，巨噬細胞和滑膜細胞的吞噬作用，吞噬了與補體相結合的免疫複合物成為類風濕細胞。為消除這種複合物，類風濕細胞的溶酶體向細胞內釋放大量的酶。細胞一旦破裂，這種含有分解中性蛋白，水解膠原纖維的酶液外流，對滑膜、關節囊、軟骨和軟骨下骨的基質起了破壞作用，從而引起局部的病變。關節病變主要在於滑膜。而滑膜的特徵組織改變包擴下列變化中之三種或更多：明顯的絨毛增生，表淺滑膜細胞增殖常呈柵欄狀；明顯的慢性炎性細胞浸潤（以淋巴細胞和漿細胞為主）並有形成「淋巴樣結節」的趨向；濃密的纖維蛋白在表面或間質中沉著；壞死病灶。本病在某些家族中發病率較高，HLA 研究發現 DR4 與類風濕性關節炎的發病有關。患者

具有該位點的易感基因，即位於 DR-β1 鏈的第 70—74 位氨基酸的序列，因此，遺傳可能與疾病的免疫過程有關係。

寒冷、潮濕、疲勞、營養不良、創傷、精神因素等，尤其是寒冷和潮濕，常為本病的重要誘發因素，但多數患者病前常無明顯誘因可查。約 80% 患者的發病年齡在 20~45 歲左右，以青壯年為多，男女之比為 1:3。初發時起病緩慢，患者先有幾週到幾個月的疲倦乏力、體重減輕、胃納不佳、低熱和手足麻木刺痛等前驅症狀。隨後發生某一關節疼痛、僵硬，以後關節腫大日漸顯著，周圍皮膚溫熱，潮紅，自動或被動運動都會引起疼痛。開始時可能一、二個關節受累，往往是游走性。以後發展為對稱性多關節炎，關節的受累常從四肢遠端的小關節開始，以後再累及其它關節。近側的指間關節最常發病，呈梭狀腫大；其次為掌指、趾、腕、膝、肘、踝、肩和髖關節等。晨間的關節僵硬，肌肉酸痛，適度活動後僵硬現象可減輕。僵硬程度和持續時間，常和疾病的活動相一致，可作為對病變活動性的估價。由於關節的腫痛和運動的限制，關節附近肌肉的僵硬和萎縮也日益顯著。以後即使急性炎變消散，由於關節內已有纖維組織增生，關節周圍組織也變得僵硬。隨著病變發展，患者有不規則發熱，脈搏加快，顯著貧血。病變關節最後變成僵硬而畸形，膝、肘、手指、腕部都固定在屈位。手指常在掌指關節處向外側成半脫位，形成特徵性的尺側偏向畸形，此時患者日常生活都需人協助。關節受累較多的患者更是終日不離床褥，不能動彈而極度痛苦。約 10~30% 患者在關節的隆突部位，如上肢的鷹嘴突、腕部及下肢的踝部等出現皮下小結，堅硬如橡皮。皮下小結不易被吸收，皮下小結的出現常顯示疾病處於嚴重活動階段。結節的特徵性組織為肉芽腫性病灶，其中心有細胞壞死，圍繞有增殖的巨噬細胞的柵欄，四周有慢性炎細胞浸潤和纖維性變（主要在血管周圍）。此外少數患者（約 10%）在疾病活動期有淋巴結及脾腫大。眼部可有鞏膜炎、角膜結膜炎。心臟受累有臨床表現者較少，據屍檢發現約 35%，主要影響二尖瓣，引起瓣膜病變。肺疾患者的表現形式有多種，胸膜炎、瀰漫性肺間質纖維化、類風濕塵肺病。周圍神經病變和慢性小腿潰瘍，澱粉樣變等也偶可發現。

中醫方面引起痺證的原因主要為風寒濕熱等外邪侵襲。其病機主要為外邪阻滯經絡、氣血運行不暢，以致肌肉、關節疼痛、麻木、重著、屈伸不利而形成痺證。

痺證感受外邪，主要有下述兩類情況：

1. 風寒濕邪，侵襲人體：由於居處潮濕，涉水冒雨，氣候劇變，冷熱交錯等原因，以致風寒濕邪乘虛侵襲人體，留注經絡而成痺證。其中風氣勝者，以風性善行而數變，易使痺痛游走不定而成行痺；寒氣勝者，以寒性凝滯收引，易使痺痛部位固定，痛較劇烈而成痛痺；濕氣勝者，以濕性黏滯重著，易使肌膚、關節麻木重著，痛有定處而成著痺。
2. 感受風濕熱邪或風寒濕痺鬱火化熱，是形成熱痺的原因。主要見於：
 - (1) 感受風熱之邪，與濕相並，而致風濕熱合邪為患。
 - (2) 素體陰虛或陰虛有熱等內有蘊熱之體，感受外邪之後易從熱化。
 - (3) 風寒濕痺日久不癒，邪留經絡關節，鬱而化熱。

上述情況，均會導致風濕熱邪痺阻經絡關節，以致關節疼痛，灼熱紅腫，發熱、脈數，而形成熱痺。痺證初病屬實，久則多呈正虛邪實，虛實夾雜之候。痺證容易出現下述三種病理變化：一是風寒濕痺或熱痺日久不癒，氣血津液運行不暢之病變日甚，血脈瘀阻，津液凝聚，以致瘀血痰濁阻痺經絡，出現皮膚瘀斑，關節周圍結節，關節腫大，屈伸不利等症；二是病久使氣血傷耗，因而呈現不同程度的氣血虧虛或肝腎虧損的證候，這在各種痺證病久之後均容易見到；三是痺證不癒，由經絡而病及臟腑，出現臟腑痺的證候。

有部份痺證病人，病情容易反覆發作，尤其是在氣候突然變化，以及涉水冒雨之後，痺痛易於復發。少數病久出現關節腫大及畸形者，則關節的變形不易治癒。若損及臟腑，出現臟腑病變的症狀者，為病情較重的。

類風濕性關節炎相類似於中醫所謂之「痺證」，而且是有結合臟腑病變者，故其預後並不好，但因本病在現代醫學中也是難治之病，所以，中藥對本病治療的研究有其必要性。

侵及內臟或全身之其他類風濕性關節炎 *Other rheumatoid arthritis with visceral or systemic involvement*

一、本書編號：797

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：714.2/M05.3

三、現代醫學病名及定義：

類風濕性關節炎（Rheumatoid arthritis）是一種以關節病變為主的慢性全身性自體免疫性疾病，凡構成關節的各部份組織，如滑膜、軟骨、韌帶、肌腱和相連的骨骼均可受到侵犯，此外，病變還存在於心、肺、血管等器官和組織，故有人認為稱之為類風濕病更為恰當。前驅症狀有疲倦、發熱、體重減輕以及晨起僵硬，另外其臨床特徵可能有皮下結節、肋膜積液、心包膜炎、淋巴腺病變、脾腫大以及血管炎。

四、中醫相關病名及文獻出處：

痺證：骨痺、筋痺、脈痺、肌痺、皮痺；肺痺、心痺、肝痺、脾痺、胃痺；風痺、濕痺、熱痺、寒痺。

1.《素問·痺論》

「五藏皆有合，久而不去者內舍於其合也。故骨痺不已，復感於邪，內舍於腎；筋痺不已，復感於邪，內舍於肝；脈痺不已，復感於邪，內舍於心；肌痺不已，復感於邪，內舍於脾；皮痺不已，復感於邪，內舍於肺。……凡痺之客五藏者，肺痺者，煩滿喘而嘔；心痺者，脈不通，煩則心下鼓，暴上氣而喘，噎乾善噫，厥氣上則恐；肝痺者，夜臥則驚，多飲數小便，上為引如懷；腎痺者，善脹，尻以代踵，脊以代頭；脾痺者，四肢解墜，發咳嘔汁，上為大基；腸痺者，數飲而出不得，中氣喘爭，時發飧泄；胞痺者，少腹膀胱按之內痛，若沃以湯，澀於小便，上為清涕。」

2.《金匱要略·痙濕暍病脈證並治》

(1)「太陽病，關節疼痛而煩，脈沉而細者，此名濕痺。濕痺之候，小便不利，大便反快，但當利其小便。」

(2)「病者一身盡疼，發熱，日晡所劇者，名風濕。此病傷於汗出當風，或久傷取冷所致也，可與麻黃杏仁薏苡甘草湯。」

3.《三因極一病證方論·敘痺論》

(1)「夫風寒濕三氣雜至，合而為痺。……三氣襲人經絡，入於筋脈、皮肉、肌膚，久而不已，則入五臟。」

(2)「大抵痺之為病，寒多則痛，風多則行，濕多則著。」

4.《景岳全書·風痺》

「〈痺論〉曰：風氣勝者為行痺。蓋風者善行數變，故其為痺則走注歷節無有定所，是為行痺，此陽邪也；曰寒氣勝者為痛痺。以血氣受寒則凝而留聚，聚則為痛，是為痛痺，此陰邪也。曰濕氣勝者為著痺。以血氣受濕則濡滯，濡滯則肢體沉重而疼痛，頑木留著不移，是為著痺，亦陰邪也。凡此三者，即痺之大則

也。」

5.《症因脈治·痺證論·熱痺》

「熱痺之症，肌肉熱極，唇口乾燥，筋骨痛不可按。熱痺之因，陰血不足，陽氣偏旺，偶因熱極風寒，風寒外束。」

歷節、白虎歷節、痛風、痛痺

1.《金匱要略·中風歷節病脈證並治》

(1)「夫風之爲病，當半身不遂，或但臂不遂者，此爲痺。」

(2)「諸肢節疼痛，身體尪羸，腳腫如脫，頭眩短氣，溫溫欲吐，桂枝芍藥知母湯主之。」

(3)「病歷節不可屈伸疼痛，烏頭湯主之。」

2.《景岳全書·風痺》

「歷節風痛，以其痛無定所，即行痺之屬也，……三氣之邪偏關節，與氣血相搏而疼痛非常，或如虎之咬，故又有白虎歷節之名。」

3.《雜病源流犀燭·諸痺源流》

「白虎歷節風，痛痺之一症也，以其痛循歷遍身關節，故曰歷節。以其痛甚如虎咬，故曰白虎歷節。」

4.《醫學心傳·痛風》

「痛風，古名痛痺。」

5.《雜病廣要·歷節》

「歷節，即行痺、痛痺之屬，唐人或謂之白虎病，宋人則聯稱白虎歷節風，又稱痛風。」

三痺：行痺、著痺、痛痺

《醫宗金鑑·雜病心法要訣·痺病》

「三痺之因，風寒濕三氣雜合而爲病也，其風邪濕者，其痛流走。故曰行痺，寒邪鬱者，其痛甚苦，故曰痛痺。濕邪勝者。其痛重著。故曰著痺。此爲病之因而得名。曰三痺也。……近世曰痛風曰流火曰歷節風，皆行痺之俗名也。」

周痺

《醫宗金鑑·雜病心法要訣·痺病》

(1)「周痺亦在血脈之中，隨脈上下爲病，故同脈痺，但患有定處，不似脈痺，左右相移也。」

(2)「周痺或腫或手或足，患有定處、痛無歇止，或從上病及於下或從下痛及於上。而不似眾痺痛有歇止，左右相移流走也。周痺或兩手足或隻手足或偏廢不仁，不用，而似中風。但不口眼喎斜，身有疼痛。」

五、診斷要點：

一般都有輕度至中度貧血，爲正細胞正色素性貧血，如伴有缺鐵，則可爲低色素性小細胞性貧血。白血球數目大多正常，在活動期可略有增高，偶見嗜酸性粒細胞和血小板增多。多數病例的紅血球沉降率在活動性病變中常增高，可爲疾病活動的指標。血清鐵、鐵結合蛋白的數值常減低。

血清白蛋白降低，球蛋白增高。免疫蛋白電泳顯示 IgG、IgA、及 IgM 增多。類風濕因子及其他血清學檢查：類風濕因子陽性佔 75% 以上，效價的高低與疾病嚴重程度不相平行，與疾病活動有關。類風濕因子陰性不能排除本病的可能，須結合臨床。臨床上一般只檢測血清中的 IgM-RF，而不查 IgG-RF 等，故一部份類風濕性關節炎患者的乳膠試驗顯示陰性反應。此外類風濕因子為自體抗體，也可見於多種自體免疫性疾病及一些與免疫有關的慢性感染，正常人尤其是高齡者可有 5% 呈陽性。故類風濕因子陽性，不一定就是類風濕性關節炎，但在結合臨床的前提下，仍為診斷類風濕性關節炎的主要輔助方法。

近來發現類風濕性關節炎患者血清中抗類風濕性關節炎協同核抗原抗體（抗 RANA 抗體）的陽性率（93~95%），明顯高於其他各種類型關節炎的患者（約 19%）及健康人（約 16%），可作為診斷類風濕性關節炎的一項有力證據。

抗核抗體在類風濕性關節炎的陽性率約 10~20%。血清補體數值多數正常或輕度升高。

關節腔穿刺可得不透明草黃色滲出液，其中中性粒細胞可達 10,000~50,000/mm³ 或更高，細菌培養陰性。疾病活動期可見白血球胞漿中含有類風濕因子和 IgG 補體複合物形成包涵體的吞噬細胞，稱類風濕細胞（regocyte）。

X 光檢查：早期患者的關節 X 光檢查除軟組織腫脹和關節腔滲液外，一般都是陰性。關節部位骨質疏鬆可以在起病幾週內即很明顯。關節間隙減小和骨質的侵蝕，顯示關節軟骨的消失，只出現在病程持續數月以上者。半脫位，脫位和骨性強直是更後期的現象。當軟骨已損毀，可見兩骨間的關節面融合，喪失原來關節的跡象。瀰漫性骨質疏鬆在慢性病中常見，並用激素治療而加重。無菌性壞死的發生率特別在股骨頭，亦可因用皮質激素治療而增多。

六、綜論：

類風濕性關節炎為一自體免疫疾病，臨床表現呈對稱的多發關節炎，特別以手指、足趾、腕、踝等小關節最易受累。早期或急性期發病關節呈紅、腫、熱痛和運動障礙，晚期則關節強直或畸形，並有骨和骨骼肌萎縮，在整個病程中，患者可有發熱、無力、貧血、皮下結節、心包炎、胸膜炎、血管炎等病變。

類風濕血管炎可累及所有器官系統，見於重症類風濕性關節炎和循環中有高密度類風濕因子的病人，最有侵蝕性的類風濕性血管炎可引起多發性神經病變和多發性單神經炎、皮膚潰瘍形成和皮膚壞死，指（趾）壞疽和內臟梗塞。繼發於類風濕性血管炎的心肌梗塞曾有報導。此外，血管炎還可累及肺、腸、肝、脾、胰腺、淋巴結和睪丸。腎臟血管炎罕見。肺和胸膜表現在男性患者較多見，包括胸膜病、間質性纖維化、肺胸膜的結節、肺炎和動脈炎，儘管類風濕關節炎血管炎可引起周圍神經病變，但多不直接損害中樞神經系統，部份病人的類風濕病變可累及眼部，兩個主要表現為鞏膜外層炎、鞏膜炎及乾眼症。

本篇侵及內臟或全身之其他類風濕性關節炎，相關於中醫之「痺證」，因本病可侵犯及全身各系統，無論骨骼、肌肉、皮膚、血管、筋、腱等甚至五臟六腑，肝、心、脾、肺、骨、胰、淋巴結、睪丸及神經等系統。頗符合中醫病名之皮痺、肌

痺、筋痺、骨痺、肝痺、肺痺、腎痺、脾痺、心痺等。此以侵犯之部位來定病名。若以其病因來定病名則中醫有風痺、濕痺、熱痺、寒痺之分。若以本病病症情況來分，則有行痺、著痺、痛痺及周痺之別。若單以強調其痛之劇如虎之咬，則病名有歷節、白虎歷節風、痛風、痛痺等名稱。

少年期慢性多發性關節炎 *Juvenile chronic polyarthritis*

一、本書編號：798

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：714.3/M08.3

三、現代醫學病名及定義：

少年期慢性多發性關節炎的發作年齡是小於 16 歲，並且有滑囊膜炎持續至少 6 週，始稱爲此病；幼年型類風濕性關節炎一般可分成三種亞型，系統性開始的疾病（或稱 Still 氏疾病），女孩多於男孩，2/3 患者發病於 5 歲以前，症狀有高熱、不癢之紅橙色斑疹，全身淋巴腺腫，肝脾腫大，心包炎、心肌炎及肋膜炎等。少關節關節炎，女性居多，發病年齡早（2~4 歲），好犯膝或踝關節，可伴有虹膜睫狀體炎、白內障等病。多關節關節炎，好犯年幼女性，喜犯手、腳之小關節。

四、中醫相關病名及文獻出處：

痺症、歷節

1.《素問·痺論》

- (1)「風、寒、濕三氣雜至，合而爲痺也，其風氣勝者，爲行痺，寒氣勝者，爲痛痺，濕氣勝者，爲著痺也。」
- (2)「以冬遇此者爲骨痺，以春遇此者爲筋痺，以夏遇此者爲脈痺，以至陰遇此者爲肌痺，以秋遇此者爲皮痺。……痺在於骨則重，在於脈則血凝而不流，在於筋則屈而不伸，在於肉則不仁，在於皮則寒。」
- (3)「五臟皆有合。病久而不去者，內舍於其合也。……其入臟者死。已留連筋骨者疼久，其留皮膚間者易已。」

2.《金匱要略·中風歷節病脈證並治》

- (1)「諸肢節疼痛，身體尪羸，腳腫如脫，頭眩短氣，溫溫欲吐，桂枝芍藥知母湯主之。」
- (2)「病歷節不可屈伸疼痛，烏頭湯主之。」

3.《金匱要略·痙濕喝病脈證並治》

「太陽病，關節疼痛而煩，脈沈而細者，此名濕痺。濕痺之候，小便不利，大便反快，但當利其小便。……病者一身盡疼，發熱，日晡所劇者，名風濕。此病傷於汗出當風，或久傷取冷所致也。」

4.《儒門事親·指風痺痿厥近世差玄說》

「此疾之作，多在四時陰雨之時，……或瀕水之地，勞力之人，辛苦失度，觸冒風雨，寢處潮濕，痺從外入。況五方土地，寒暑殊氣，剛柔異稟，飲食起居，莫不相戾，故所受之邪，各有深淺。」

5.《景岳全書·風痺》

- (1)「痺者閉也，以血氣爲邪所閉，不得通行而疼也。」
- (2)「若欲辨其寒熱，則多熱者方是陽證，無熱者便是陰證。然痺本陰邪，故惟寒者多而熱者少，此則不可不察。」

熱病

1. 《靈樞·熱病》

「熱病而汗且出，及脈順可汗者，取之魚際，太淵、大都、太白，泄之則熱去，補之則汗出。」

2. 《針灸大成》

「大熱：曲池、三里、復溜。」

胸痺

1. 《靈樞·五邪》

「邪在心，則病心痛。」

2. 《靈樞·臟氣法時論》

「心者，胸中痛，脇支滿，脇下痛，膺背肩胛間痛，兩臂內痛，虛則胸腹大，脇下與腰相引而痛。」

3. 《金匱要略·胸痺心痛短氣病脈證並治》

「夫脈當取太過不及，陽微陰弦，即胸痺而痛，所以然者，責其極虛也。」

目赤腫痛、風熱眼

1. 《審視瑤函·運氣原證·眼科針灸要穴圖像》

「暴赤腫痛眼，宜先刺合谷、三里、太陽、睛明。不效，後再刺攢竹、太陽、絲竹空。」

2. 《玉龍賦》

「大小骨空，治眼爛能止冷淚，左右太陽，醫目疼善除血翳。」

五、診斷要點：

病史，好發於幼童，須詳細區分系統型、多關節型、少關節型。

理學檢查：高燒、紅斑、全身性淋巴腺腫、肝脾腫大，受破壞關節腫大、疼痛，活動困難等。

實驗室檢查：貧血、白血球增多、部份有類風濕因子、抗核抗體或 HLA-B₂₇ 之陽性反應。

關節液抽取檢查、細菌培養，以及滑液膜組織切片檢查。

六、綜論：

幼年型類風濕性關節炎一般可分成三種亞型：系統性開始之關節炎，約佔 25%，常見症狀有高熱，可反覆發燒並可能伴隨一種易消散、不癢、紅橙色的斑狀疹或丘疹出現，具有診斷意義，另有全身性淋巴腺腫，肝脾腫大，心肌炎，心包炎，肋膜炎等亦可伴隨發生且病人也可有嚴重的多破壞性關節炎。抽血檢驗可見有貧血，白血球增高，但類風濕因子及抗核抗體檢查皆呈陰性。

少關節型，約佔 45%，以女性多，發病年齡較早（2~4 歲），只侵犯一個或少數關節，以膝和踝最多見，此種關節炎通常預後良好，50%的病人可伴有虹膜睫狀體炎，若不治療，可導致視力喪失等。類風濕因子在本型患者身上仍不存在，但有 50~60%之病人有抗核抗體出現，這是罹患虹膜睫狀體炎（虹彩炎）的高危險群。

多關節型，佔 30%，以女性為多，中間年齡為 2 歲，一般侵犯以小關節為主，25% 的病人有抗核抗體，類風濕因子若為陰性，則預後佳，類風濕因子若為陽性，則關節炎較嚴重。除以上亞型外，有許多是類風濕性關節炎或關節黏連脊椎炎之幼年發作者，臨床上難以區分。

美國風濕病醫學會於 1989 年修訂的診斷標準如下：

1. 發病年齡在 16 歲以下。
2. 一個或幾個關節炎症表現為關節腫脹或積液以及具備 2 種以上症狀，如關節活動受限、關節活動時疼痛或觸痛及關節局部發熱。
3. 病程在六週以上。
4. 根據起病最初六個月的臨床表現確定臨床類型。
5. 多關節型：受累關節五個或五個以上。
6. 少關節型：受累關節四個或四個以下。
7. 全身型：間歇發熱、類風濕皮疹、關節炎、肝脾腫大及淋巴結腫大。
8. 排除其他類型幼年關節炎。

中醫對此病仍將之歸於痺症之範疇，依其病狀之型態亦可分為風寒濕之痺，以深淺分亦可歸為筋脈肉皮骨五痺，而本病亦會侵及內臟，造成全身方面之疾病。因本病由來已久，故遠從《內經》時代就有詳細的論述與治療方法。《金匱》將其名為歷節病與痙濕喝病等，其症狀亦大同小異，在中醫古籍中，並未將本病與類風濕性關節炎區分，而是不分老少地一起敘述。而根據本病的一些特徵，如高熱可在中醫之熱病；心肌炎、心包炎、肋膜炎可在胸痺及虹膜睫狀體炎可在風熱眼等處找到蛛絲馬跡，以上三者，或者可能與少年期類風濕性關節炎相關。

本病治療後多數預後良好，但全身型發生嚴重併發症機會多，少關節型罹患虹膜睫狀體炎危險大，多關節型關節的功能影響較大。

骨關節炎 *Osteoarthritis*

一、本書編號：799

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：715/M15-19

三、現代醫學病名及定義：

骨關節炎是世界上最常見的關節疾病，為中老年人風濕酸痛症狀的重要原因之一，病理上可見軟骨破壞變性、軟骨下新骨形成及增生。臨床上可侵犯脊椎、髖、膝、踝、指間等關節，造成關節疼痛、僵硬、腫大、功能減退、活動受損與關節變形。根據病因可分為原發性與繼發性。繼發性乃由其他疾病導致骨關節炎，例如：外傷、代謝性疾病（如痛風、Paget's 病等）、炎症（如類風濕關節炎、牛皮癬關節炎、細菌性關節炎等）、先天性（如股骨頸異常、腿長短不均、先天性髖脫位等）。本章所論主要指原發性骨關節炎。

四、中醫相關病名及文獻出處：

歷節

《金匱要略·中風歷節病脈證並治》

- (1) 「寸口脈沉而弱，沉即主骨，弱即主筋，沉即為腎，弱即為肝。汗出入水中，如水傷心，歷節病，黃汗出，故曰歷節。」
- (2) 「跗陽脈浮而滑，滑則穀氣實，浮則汗自出。」
- (3) 「少陰脈浮而弱，弱則血不足，浮則為風，風血相搏，即疼痛如摯。盛人脈澀小，短氣，自汗出，歷節痛，不可屈伸，此皆飲酒汗出當風所致。」
- (4) 「諸肢節疼痛，身體尪羸，腳腫如脫，頭眩短氣，溫溫欲吐，桂枝芍藥知母湯主之。」
- (5) 「味酸則傷筋，筋傷則緩，名曰泄。鹹則傷骨，骨傷則痿，名曰枯。枯泄相搏，名曰斷泄。營氣不通，衛不獨行，營衛俱微，三焦無所御，四屬斷絕，身體羸瘦，獨足腫大，黃汗出，脛冷。假令發熱，便為歷節也。病歷節，不可屈伸，疼痛，烏頭湯主之。」

痺證、濕痺、著痺、熱痺

1. 《素問·痺論》

- (1) 「黃帝問曰：痺之安生？岐伯對曰：風寒濕三氣雜至，合而為痺也，其風氣盛者為行痺，寒氣勝者為痛痺，濕氣勝者為著痺也。」
- (2) 「痺，其時有死者，或疼久者，或易已者，其何故也？岐伯曰：其入臟者死，其留連筋骨間者疼久，其留皮膚間者易已。」
- (3) 「夫痺之為病，不痛何也？岐伯曰：痺在於骨則重；在於脈則血凝而不流；在於筋則屈不伸，在於肉則不仁，在於皮則寒。」
- (4) 「五藏皆有合，病久而不去者，內舍於其合也。故骨痺不已，復感於邪，內舍於腎，筋痺不已，復感於邪，內舍於肝；脈痺不已，復感於邪，內舍於心；肌痺不已，復感於邪，內舍於脾；皮痺不已，復感於邪，內舍於肺。」

2. 《金匱要略·中風歷節病脈證並治》

「夫風之爲病，當半身不遂，或但臂不遂者，此爲痺。」

3. 《景岳全書·風痺》

「《痺論》曰：風氣勝者爲行痺。蓋風者善行數變，故其爲痺則走注歷節無有定所，是爲行痺，此陽邪也；曰寒氣勝者爲痛痺。以血氣受寒則凝而留聚，聚則爲痛，是爲痛痺，此陰邪也。曰濕氣勝者爲著痺。以血氣受濕則濡滯，濡滯則肢體沉重而疼痛，頑木留著不移，是爲著痺，亦陰邪也。凡此三者，即痺之大則也。」

4. 《金匱要略·痿濕喝病脈證並治》

「太陽病，關節疼痛而煩，脈沈而細者，此名濕痺。」

5. 《三因極一病證方論·敘痺論》

「夫風寒濕三氣雜至，合而爲痺，……三氣襲人經絡，入於筋脈、皮肉、肌膚，久而不已，則入五臟。」

6. 《症因脈治·痺證·熱痺》

(1) 「熱痺之症，肌肉熱極，唇口乾燥，筋骨痛不可按。」

(2) 「痺者，閉也；經絡閉塞，麻痺不仁。或攻注作疼，或凝結關節，或重著難移，故名曰閉。」

7. 《雜病源流犀燭·諸痺源流》

「痺者，閉也，三氣雜至，壅閉經絡，血氣不行，不得隨時祛散，故久而爲痺。」

五、診斷要點：

放射線檢查：透明的軟骨區減少、消失，以致於關節腔變窄。另有軟骨下骨硬化、關節有邊緣性骨刺、假性囊腫、疏鬆小體（loose body），甚至有關節脫位變形。

本病主要靠臨床症狀和放射線檢查來診斷，並無特異性的抽血檢查，但是可以藉由特定的檢驗來查出有無繼發性的原因。由於原發性的骨關節炎，不是一種全身性的疾病，所以紅血球沈降速率（ESR）、血球數目、尿液檢查、生化分析都是正常的。至於關節液的檢查可出現輕度的白血球增加（每毫升小於 2000 個），並以單核球居多。這是區分痛風、細菌性關節炎等之重要鑑別方法。

臨床症狀和放射線檢查的嚴重程度不一定相吻合，有人統計 90% 的 40 歲以上成年人都或多或少有放射線學上的骨關節炎變化，但是卻只有 30% 的人有臨床症狀表現。

本病發病緩慢，關節疼痛僅限於少數關節爲多見，而晨僵一般也不超過半小時，和類風濕關節炎有所不同。手指關節的表現在遠端指間關節有希伯登氏結節（Heberden's node），在近端指間關節爲包氏結節（Bouchard's node）。膝則是最常受損之關節，關節有骨摩擦聲，亦可出現腫脹與積液，造成酸痛、僵硬、活動困難。髖關節則男多於女受侵犯，疼痛可放射至腹股溝及大腿內側。脊椎侵犯則多見於頸椎和腰椎，造成疼痛甚至神經血管的症狀。

六、綜論：

與原發性骨關節炎的患病率有關的因素包括有年紀、遺傳（有人報告與 HLA-A1,B8 有關）、性別（年紀大的女性膝關節受侵犯之機率較大）、肥胖、飲食（低熱量食物的東方人、髖關節受侵犯的機率較西方人低）、外傷、免疫系統等等。雖然本病的主要病理變化是軟骨逐漸減少喪失，但是整個關節滑囊都會產生變化，包括軟骨下骨、滑囊膜、半月膜、韌帶以及周遭的神經肌肉系統。

以西醫學的觀點，治療方向必須去除危險因子，例如減重、避免外傷及長期關節振動、壓迫；增加股四頭肌之肌力，以減輕膝關節酸痛；以藥物緩解疼痛及發炎；使用軟骨保護劑（如葡萄糖胺）；外科手術。

有學者主張金字塔型治療的觀念，由最基礎的病人教育到最後階段的關節手術，由淺入深。其中第一階段適於每一患者，第二階段適於較嚴重的患者，第三階段適於最嚴重的病人。

1.a.教育病人，肥胖者飲食諮詢。

b.教導正確的運動以維持關節活動及肌肉力量。

2.a.教導關節保護技巧。

b.使用拐杖、特殊鞋子。

c.單純的止痛劑。

d.短期非類固醇消炎劑。

3.a.其他健康理療技巧。

b.關節內注射類固醇。

c.關節灌洗，滑囊膜切除。

d.外科手術。

就中醫的觀點，《黃帝內經·素問·宣明五氣》提到：「肝主筋，脾主肉，腎主骨。」可見本病與臟腑的關係密切，而且「風寒濕三氣雜至，合而為痺也。」所以外邪也是本病的致病因素。就治療方針而言，初期可用身通逐瘀湯來活血化瘀、祛風散寒；中期以獨活寄生湯治療肝腎虧虛；若至氣陰兩虛時，可用十全大補湯加減。若有腎陽虛體質者，可用右歸丸、金匱腎氣丸；腎陰虛體質者，用左歸丸，知柏地黃丸。但若遷延日久不治，造成無法行走，就成了「素問·痿論」所述：「骨枯而髓虛，故足不任身，發為骨痿。」

西醫的治療，初期著重於教育病人關於保健、止痛的方法，後期並有中醫所不及的外科手術。中醫治療的特色在於扶正兼祛邪，特別是把臟腑與關節疾病相連結，有著整體一貫性，而西醫雖也有「扶正」之藥物，如葡萄糖胺等，但只針對關節有效，無全身調養之作用。二者各擅勝場。

髌骨軟骨軟化症 *Chondromalasia of patella*

一、本書編號：800

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：717.7/M22.4

三、現代醫學病名及定義：

髌骨軟骨軟化症是由多種原因引起的髌骨軟骨退行性病變。除外傷外，體積異常及髌股關節的異常磨損都是本病的致病因素。常發生於膝關節用力而活動頻繁者，青少年，運動員尤為常見。其主要損傷機制為勞損，即膝於半蹲位，反覆屈伸扭轉，致使髌骨與股骨的相應關節面相互異常錯動，撞擊與捻轉摩擦所致。早期軟骨失去光澤，呈黃白或灰白色。以後表現侷限性軟化、纖維化、龜裂或軟骨缺損，骨質裸露，碎裂的軟骨脫落後形成關節內游離體。關節滑膜和脂肪墊往往同時損傷而充血及肥厚，出現一系列臨床症候。

四、中醫相關病名及文獻出處：

膝髌勞損

1.《素問·骨空論》

「膝解為骸關，俠膝之骨為連骸。」

2.《傷科大成·接骨入髌用手巧法》

「膝髌處油盞骨，在膝蓋之處，其髌脫出於上者……。膝蓋離位向外側者，則內筋腫脹。向內側者，則筋直起彎腫。」

髌骨勞損

《醫宗金鑑·正骨心法要旨·膝蓋骨》

(1)「膝蓋骨，即連骸，亦名髌骨。形圓而扁，覆於韃骨行上下兩骨之端……。如有跌打損傷，膝蓋上移者。」

(2)「如有跌打損傷，膝蓋上移者，其筋即腫大，株連於膕內之筋，……宜詳視其骨如何斜錯，接法推拿以復其位。」

五、診斷要點：

病史及理學檢查：多見於中青年人，有外傷或勞損病史。起病緩慢，最初常感膝部隱痛上下樓梯疼痛及半蹲位膝部疼痛加劇。或有「軟腿」或「假交鎖徵」現象。髌下脂肪墊壓痛陽性，髌骨研磨試驗陽性。活動膝關節時可感覺到細微的摩擦音。

X 光檢查：早期多無異常改變，晚期可見密度增高的軟骨骨質硬化影像或凹凸不平或囊樣變化。

Q 角異常：Q 角是測量髌骨之用，其構成為由股四頭肌和髌韌帶作直線所形成的夾角，具體由髌前上棘到髌骨中點作一直線，另一直線為脛骨結節到髌中點。正常角度約為 15°。如果 Q 角為 20°或大於此數為不正常。

六、綜論：

鑑別診斷：

- 1.半月板損傷：半月板前角損傷，膝眼部位壓痛，髌骨研磨試驗陰性，麥氏微陽性，關節攝影和關節鏡檢查，可以確診。
- 2.髌下脂肪墊損傷：伸膝痛及脂肪墊壓痛而無髌骨症狀。值得注意的是髌骨軟化病常常因髌骨周圍的反應性炎症而伴發脂肪墊炎。
- 3.骨性關節炎：多見於中老年人。可具有所有髌骨軟化症之症狀，臨床症狀明顯，痛、腫脹、活動功能受限，不能久走，嚴重者膝變形，X光檢查可明確診斷。

治療方法：

症狀明顯者應適當休息，同時避免劇烈運動和長期屈膝或半蹲位工作。可考慮的治療方式如下：

1.手法治療：

- (1)點按揉推法：先點按揉內外膝眼，再揉推髌骨周圍，繼以手掌揉按股四頭肌、腓腸肌，力度以患處感覺酸痛為度。力量由輕而重。
- (2)推擠髌骨法：雙手拇指與食指分別按住髌骨內外側緣，做左右橫向推擠，上下縱向推擠。
- (3)滾法：在膝關節周圍以滾法舒筋。
- (4)揉按法：揉按膝關節周圍組織以舒筋。
- (5)屈伸法：屈伸膝關節以增加活動功能。

2.針灸：常用穴位，如內外膝眼、足三里、陽陵泉。

3.藥物治療：

- (1)早期：宜祛瘀活血為主，內服可選用身痛逐瘀湯加減；外敷可選用止痛青草膏。
- (2)後期：宜補肝腎、益氣血、溫筋活絡為主，內服左歸丸、右歸丸或加味健步丸。外用可選用海桐皮湯薰洗患部。

4.手術治療：症狀較重，經上述保守治療無效或反覆發作者，病變侷限者行局部軟骨切除，對病變廣泛者，可將全部軟骨面切除，直至露出新鮮骨質並有滲血為止，術後早期可進行復健，對個別嚴重的病例可行髌骨切除術。

注意事項：急性期宜避免勞動負重，減少活動量，注意膝部保暖。

關節黏連性脊椎炎 *Ankylosing spondylitis*

一、本書編號：801

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：720.0/M45

三、現代醫學病名及定義：

關節黏連性脊椎炎（目前常翻譯為僵直性脊椎炎），它是一種犯及脊椎關節和旁邊軟組織的慢性且經常為進行性疾病。HLA-B₂₇ 抗原被認為與此病有很密切的關連，其病理發生仍然不明，屬於脊椎關節病（Spondyloarthropathies）的一個原型，其發作年齡通常是在十幾歲到二十幾歲之間，好發於男性，且在男性身上臨床症狀較嚴重，開始時會有下背痛，接著進行性的背部運動受限以及胸部擴展受限，另外伴有暫時性（50%）或永久性（25%）的周邊關節炎。

四、中醫相關病名及文獻出處：

痺症

1. 《素問·痺論》

「風寒濕三氣雜至，合而為痺也，其風氣勝者，為行痺，寒氣勝者，為痛痺，濕氣勝者，為著痺也。」

2. 《華氏中藏經·論痺》

「痺者，風寒暑濕之氣中於人，則使之然也。」

3. 《金匱要略·痲濕喝病脈證治》

「太陽病，關節疼痛而煩，脈沉而細者，此名濕痺。病者一身盡疼，發熱，日晡所劇者，名風濕。」

4. 《諸病源候論·風病諸候上·風濕痺身體手足不隨候》

「人腠理虛者，則由風濕氣傷之，搏於血氣，血氣不行則不宜，真邪相擊，在於肌肉之間，故其肌膚盡痛。」

5. 《儒門事親·指風痺痿厥近世差玄說》

「此疾之作，多在四時陰雨之時，或瀕水之地，勞力之人，辛苦失度，觸冒風寒，寢處潮濕，痺從外入。況五方土地，寒暑殊氣，剛柔異稟，飲食起居，莫不相淚，故所受之邪，各有深淺，或痛或不痛，或仁或不仁，或筋屈不伸，或引而不縮。」

6. 《症因脈治·痺證論·熱痺》

「熱痺之證，肌肉熱極，唇口乾燥，筋骨痛不可按。」

7. 《景岳全書·風痺》

「痺者閉也，以氣血為邪所閉，不得通行而病也。」

8. 《醫宗必讀·痺》

「治外者，散邪為急；治臟者，養正為先，治行痺者，散風為主，禦寒利濕仍不可廢。」

9. 《金匱翼·痺證·痺證統論》

「《內經》論痺又有骨、筋、脈、肌、皮五痺，大抵風寒濕所謂三痺之病，又以

所遇之時，所客之處，而命其名，非此行痺、痛痺、著痺之外，又有骨痺、筋痺、脈痺、肌痺、皮痺也。」

10. 《醫宗金鑑·雜病心法要訣·痿痺辨似》

「痿痺之證，今人多爲一病，以其相類也，然痿病兩足痿軟不痛，痺痛通身肢節疼痛。」

五、診斷要點：

X 光檢查：早期病變，**X 光片**上可見薦腸骨關節之周圍模糊不清，軟骨下有不規則之侵蝕並有片狀軟骨硬化。這些變化開始時在關節的下 1/3 較明顯。兩側的薦腸骨關節均會受犯，但大多數由一側關節開始。

在病變早期，**X 光片**上可見腰椎變直和腰椎、下胸椎變方形。隨著病程的進行，韌帶贅會沿著椎間盤之前面、側面，或在相鄰兩椎體間出現。它們的特點是會在任何高度的椎間盤二側出現，通常是由椎體邊緣長出。

血清檢查：HLA-B₂₇ 抗原呈陽性。類風濕性因子呈陰性，且找不到類風濕結節。

臨床表現：黏連性關節炎在小孩常以周邊關節炎的型態表現。因此一開始常被誤診爲幼年型類風濕性關節炎。直到侵犯髖、薦腸關節和脊椎骨及虹彩炎（Uveitis）出現時，診斷才指向關節黏連性脊椎炎。

在此疾病後期，可由其具特徵性的現象如姿勢過度變曲，脊椎僵直，背脊椎後凸更明顯，腳步蹣跚，而可輕易的辨認出來。

脊椎炎和其他疾病鑑別診斷，關節黏連性脊椎炎引起的坐骨神經痛可和椎間盤疾病引起區別，前者具轉移性，疼痛很少反射到膝關節以下，神經症狀通常不出現。

六、綜論：

關節黏連性脊椎炎（Ankylosing Spondylitis）屬於脊椎關節病（Spondylarthropathies）的一個原型，脊椎關節病，多年來，一直被認爲是類風濕性關節炎的變異型，但是仔細的臨床、形態學及遺傳等研究已揭露了基本差異，其特徵如下：病理變化主要發生在接於骨頭的韌帶上，而非滑液膜，薦關節與其他周邊關節一樣有發炎性關節病變，缺乏類風濕因子，與 HLA-B₂₇ 有關連，這群疾病包括數種臨床亞型，以關節黏連性脊椎炎爲原型，其他是牛皮癬性關節病，伴發於發炎性腸病的脊椎炎和耶辛尼氏菌（Yersinia）及沙門氏菌（Salmonella）感染後的反應性關節炎。本病爲年青男女背痛之常見原因，男女之比大約爲 8：1，且女性較常侵犯頸椎關節。

併發症：由於關節黏連性脊椎炎骨質較爲脆弱，容易造成骨折或骨折脫位，引起脊髓損傷者爲嚴重的併發症之一。在較嚴重的病例中約有 2% 患者發生環樞椎自發性脫位。

關節黏連性脊椎炎在中醫方面是歸類爲痺症，痺所指的是氣血閉阻不通的意思，凡是風寒濕邪，侵襲人體肌表經絡，所導致氣血阻塞，運行不利，而引發肢體筋骨關節部位之疼痛症狀，中醫一般將其歸類爲痺；如坐骨神經痛及肩部旋轉環膜症候群所表現出來的單一定點疼痛，中醫均歸類爲「痺」症。

臂神經炎或神經根炎，其他未明示者 *Brachial neuritis or radiculitis, NOS*

一、本書編號：802

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：723.4/M54.1

三、現代醫學病名及定義：

臂神經炎指的是急性非損傷性臂神經疾病。因牽引、貫通或壓迫傷及臂神經叢則不在其列，是一種原因不明性疾病。常見於成人，多在受寒、流行感冒後急性起病。以頸根部及鎖骨上部的疼痛為症狀，接著肌肉虛弱、反射改變、感覺異常（特別是 C5、C6 區域），通常是單側性，但是也可能是雙側性，復原可能需要數個月而且可能不完全復原，治療則純粹是症狀療法。

四、中醫相關病名及文獻出處：

痺症、痛痺、行痺、著痺、熱痺

1. 《素問·痺論》

「風寒濕三氣雜至，合而為痺也。其風氣勝者為行痺，寒氣勝者為痛痺，濕氣勝者為著痺也。」

2. 《諸病源候論·四肢病諸候·四肢痛無常處候》

「風邪隨氣而行，氣虛之時，邪氣則勝，與正氣交爭相擊，痛隨虛而生，故無常處也。」

3. 《聖濟總錄·諸痺門》

「以寒氣入經而稽遲，泣而不行也。痛本於寒氣偏勝，寒氣偏勝則陽氣少，陰氣多。」

4. 《三因極一病證方論·敘痺論》

(1) 「夫風寒濕三氣雜至，合而為痺。……三氣襲人經絡，入於筋脈、皮肉、肌膚，久而不已，則入五臟。」

(2) 「大抵痺之為病，寒多則痛，風多則行，濕多則著。」

5. 《嚴氏濟生方·諸痺門·五痺論治》

「皆因體虛，腠理空疏，受風寒濕氣而成痺也。」

6. 《症因脈治·痺證論》

(1) 「風痺之症，走注疼痛，上下左右行而不定，故名行痺。」

(2) 「寒痺之症，疼痛苦楚，手足拘緊，得熱稍減，得寒愈甚，名曰痛痺。溫痺之症，或一處麻痺不仁，或四肢手足不舉，或半身不能轉側，或濕變為熱，熱變為燥，收引拘攣作痛，蹇縮難伸，名曰著痺。」

(3) 「熱痺之症，肌肉熱極，唇乾燥，筋骨痛不可按，體上如鼠走狀，此內經所云，陽氣多，陰氣少，陽獨盛，故為熱痺之症。」

7. 《景岳全書·風痺》

「〈痺論〉曰：風氣勝者為行痺。蓋風者善行數變，故其為痺則走注歷節無有定所，是為行痺，此陽邪也；曰寒氣勝者為痛痺。以血氣受寒則凝而留聚，聚則為

痛，是為痛痺，此陰邪也。曰濕氣勝者為著痺。以血氣受濕則濡滯，濡滯則肢體沉重而疼痛，頑木留著不移，是為著痺，亦陰邪也。凡此三者，即痺之大則也。」

8. 《金匱翼·痺證·熱痺》

「腑臟經絡先有蓄熱，而復遇風寒濕氣客之，熱為寒鬱，氣不得通，久之寒亦化熱，則痺痺熿然而悶也。」

9. 《雜病源流犀燭·肩臑肘臂腕手病源流》

「至於臂則為六經分佈之處，故其為病，須即病處分別之。……其所以痛者，雖不外風寒濕熱，而要惟邪之所湊，其氣必虛，固有由來也。……若夫臂連肩背酸痛，兩手軟痺，由痰飲流入四肢也。」

五、診斷要點：

腰椎穿刺壓力正常，腦脊液檢查、生化一般正常，蛋白可有輕度增高。

肌電圖檢查可見神經源性損害。

肌肉切片少數病例發現有軸突變性和節段性脫髓鞘性病變。

六、綜論：

臂神經叢由第 5、6、7、8 頸神經和第一胸神經根的前支組成，有時第二胸神經也參與，其主要位置在鎖骨上、中窩，主要支配上肢的感覺和運動。臂叢神經炎，是由其所組成的神經根、神經索和神經幹的病變而引起。其病因有人認為與針刺注射、開刀感染和變態反應有關。病理改變基本表現為軸索變性和節段性脫髓鞘變性。

臂神經叢損害的原因最常見為感染、外傷（如頸部、鎖骨上窩及肩部的的外傷）、鎖骨骨折、頭固定時臂部過度運動或臂固定時頭部過度運動以及難產時施行胎兒牽引手術等。繼發性臂叢神經痛是由其鄰近結構病變所引起，按其受損部位又可分為根性臂叢神經痛和幹性臂叢神經痛。根性臂叢神經痛的最常見原因為頸椎病；頸椎的其他各種疾病、頸髓腫瘤和頸段脊膜炎等均為少見原因。幹性臂神經痛的最常見原因為神經在穿過斜角肌，進入第一肋骨和鎖骨間狹窄區時，由於先天畸形（如頸肋）或生理變異而受到的壓迫—稱頸前斜角肌綜合症候群；少見原因有外傷、腫瘤、結核等。

中醫的病因病機：認為本病是由於腠理空虛，風寒濕之邪乘虛侵襲所致，《類證治裁》指出：「諸痺……爰由營衛先虛，腠理不密，風寒濕乘虛內襲，正氣為邪所阻，不能直行，因而留滯；氣血凝滯，久而成痺。本病主要與寒邪侵襲有關，稱為痛痺。」

罹患本病時，疼痛首先在胸頸根部和鎖骨上部臂叢區，迅即擴展至肩後部，放射至臂和手。疼痛初期呈間歇性，但可迅速變為持續性而影響整個上肢，病者多呈屈時姿勢，並避免不必要的運動以減輕疼痛。睡眠時不敢取病側側臥位，鎖骨上窩及神經幹有壓痛，牽引上肢向外後上方活動時疼痛。此外側上肢無力，麻木和腱反射減弱，常與肩關節周圍炎和頸胸神經根炎相混淆。肩關節周圍炎的疼痛侷限於肩部，

無神經系統症狀。

本病多見於成人，男性略多。急性起病，開始為一側或兩側的肩部疼痛，向頸部和上肢擴展，外展或前舉上臂時，因牽伸臂叢而使疼痛加劇。臂叢及其神經幹有按痛。此疼痛特性相對於中醫之「痺證」（痛痺）。在幾天內，臂叢支配的肌肉出現無力；通常以肩胛帶和上臂近端的肌肉為最嚴重。於幾週左右的時間，肌肉發生程度不等的萎縮。此一症狀相對於中醫之「痿證」。

中醫痿證是指肢體筋脈弛緩，軟弱無力，甚至手不能握物，足不能任身，日久漸至肌肉萎縮，不能隨意運動的一類病證。《證治準繩·痿證》說：「痿者手足痿軟而無力，百節緩縱而不收。」

腰痛 *Lumbago*

一、本書編號：803

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：724.2/M54.5

三、現代醫學病名及定義：

腰痛是指以腰部疼痛為主要症狀的一類病證。腰痛作為病人的一種自覺症狀，是一個臨床常見證候之一，它可能出現在多種疾病的病變過程中，例如：腰椎的先天性畸形、下背部的創傷、扭傷、脊椎骨折、椎間盤突出、關節炎等，其他較為少見的疾病有具破壞性的疾病，如腫瘤、感染症及新陳代謝疾病，另外，從內臟疾病來的反射痛，有時也以腰痛來表現。

四、中醫相關病名及文獻出處：

腰痛

1. 《素問·脈要精微論》

「腰者腎之府，轉搖不能，腎將憊矣。。」

2. 《素問·熱論》

「傷寒一日，巨陽受之，故頭項痛腰脊強。」

3. 《素問·脈解》

「少陰所謂腰痛者，少陰者，腎也，十月萬物陽氣皆傷，故腰痛也。」

4. 《素問·臟氣法時論》

「心病者，……虛則胸腹大，脇下與腰相引而痛。」

5. 《素問·刺腰痛論》

「衡絡之脈令人腰痛，不可以俯仰，仰則恐撲，得之舉重傷腰、衡絡絕、惡血歸之，刺之在郄陽筋之間，上郄數寸，衡居為二疝出血。」

6. 《靈樞·本神》

「腎盛怒而不止，則傷志，志傷則喜忘其前言，腰脊不可以俯仰屈伸。」

7. 《靈樞·百病始生》

「虛邪之中人，……傳舍於輸，在輸之時，六經不通四肢則肢節痛，腰脊乃強。」

8. 《諸病源候論·腰背病諸候·腰痛候》

「腰痛有五：一曰少陰，少陰腎也，十月萬物陽氣傷，是以腰痛（腎虛）；二曰風痺，風寒著腰，是以痛（腎著）；三曰腎虛，役用傷腎，是以痛（勞役）；四曰腎腰，墜墮傷腰，是以痛（閃挫）；五曰寢臥濕地，是以痛（濕氣）。」

9. 《仁齋直指方·腰痛》

「腎虛為腰痛之本，腎氣有虛，凡衝風、受濕、傷冷、蓄熱、血滯、氣滯、水積、墜傷，與夫失志、作勞，種種腰痛，遞見而層出矣。」

10. 《景岳全書·腰痛》

「凡積而漸至者皆不足；暴痛甚者多有餘；內傷稟弱者皆不足；外感邪實者多有

餘。」

11.《醫學入門·腰痛》

「腰新痛宜疏外邪、清濕熱；久則補腎，兼理氣血。」

寒濕腰痛

《金匱要略·五臟風寒積聚病脈證並治》

「腎著之病，其人身體重，腰中冷，如坐水中，形如水狀，反不渴，飲食如故，病屬下焦，身勞汗出，衣裏冷濕，久久得之，腰以下冷痛，腰重如帶五千錢，乾薑苓朮湯主之。」

腰椎痛

1.《素問·六元正紀大論》

「太陰司天之政，氣化運行後天，……終之氣，寒大舉，濕大化，……腰椎痛，寒濕推於氣交而為疾也。」

2.《素問·五常政大論》

「太陰司天，濕氣下臨，腎氣上從，……當其時反腰椎痛，動轉不便也。」

五、診斷要點：

電腦斷層掃描檢查。

腰部 X 光檢查（正面及側面）。

病史詢問：是否有創傷扭傷病史。

內臟系統檢查：以排除因內臟疾病所引起的反射痛。

鹼性及酸性磷酸酶，血清鈣及紅血球沈降速率測定。

六、綜論：

腰痛是一個包含很多疾病的名詞，西醫根據病因將腰痛分類，而中醫則根據證型，將腰痛分類；以西醫的角度來看，腰痛的產生，原因如下：腰部的創傷（最常見）扭傷，腰椎骨折，先天性畸形（如脊柱裂），腰椎間盤突出，關節炎（如骨性關節炎），腫瘤（如轉移性乳癌、前列腺癌）感染及新陳代謝疾病（如骨質疏鬆症），內臟疾病所併發的牽涉痛（referred pain），姿勢引起及精神疾患所引起的腰痛。

以中醫的角度來看：

本病原因有內、外二因，外因中以寒濕浸著為多；內因是以嗜慾過度、勞傷腎氣為多，閃挫墜墮，也有所見。不論何種病因引起，其病機是腎虛為基礎。「腎臟既虛，喜怒憂思，風寒濕毒得以傷之」（見《濟生方》）才能發生腰痛。腰為腎之外府，腰痛病位「標在經絡，本在腎臟。」導致經氣不通所致。腰痛雖與各經絡都有關係，但以足太陽、督脈為主。內臟以腎為主，但以濕困於脾，肝腎同系，心腎相交，所以與心、肝、脾氣機滯鬱，亦有一些關係。

腰痛辨證：或重審因，或重辨證，但總要分別新久虛實，在經在臟。新病在經絡氣滯血瘀，實證較多；久痛腎虛，臟氣失調，多虛證。

《內經》對腰痛有專篇討論特別是《素問·刺腰痛論》對足三陰三陽、奇經八脈病變引起的各種腰痛症狀，作了專題的闡述，並分別提出針刺治療的原則與取穴。在

病因病機方面「內經」所述，亦頗豐富詳實，諸如腎虛、外邪、寒濕、內傷、瘀血、時令，皆不乏緒論。

東漢以後《金匱》為寒濕、腎虛腰痛設有方治，在《金匱要略》中在論虛勞、水氣、伏飲、五臟風寒積聚病中，皆曾提到腰痛之證。

隋、唐之際，又將腰痛分類為五，治法重在溫散。至金元之後，病因分類更詳分內外因。迨及明朝，多用新久虛實歸納，論治漸重理虛。景岳更認為腰痛虛證十居八九，其有實邪而為腰痛者，亦不過十之一二耳。

以中西兩者的角度合併來看腰痛，其實有其共通點，例如西醫認為腰痛乃起因於內外因皆有，外因如創傷、扭傷、內因如椎間盤突出，內臟疾病牽涉痛等，而中醫古典書籍中對此敘述最週詳的有《諸病源候論·腰痛候》：「腰痛有五：一曰少陰，少陰腎也，十月萬物陽氣傷，是以腰痛（腎虛）；二曰風痺，風寒著腰，是以痛；三曰腎虛，役用傷腎，是以痛（勞役）；四曰腎腰，墜墮傷腰，是以痛（閃挫）；五曰寢臥濕地，是以痛（濕氣）。」；文中既有提到外因（閃挫），又有提到內因（腎虛），可以說是對腰痛最全面且最與現代醫學相契合的文獻之一。

坐骨神經痛 *Sciatica*

一、本書編號：804

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：724.3/M54.3

三、現代醫學病名及定義：

坐骨神經痛（*Sciatica*）是指腰部和坐骨神經通路及其分佈區內所生之疼痛，痛源自腰部外側或臀部沿著大腿後側，小腿後外側向足外側延伸。坐骨神經痛的最常見原因是由於週邊神經根被椎間盤或腫瘤壓迫所致。

四、中醫相關病名及文獻出處：

痺症

1. 《素問·痺論》

「風寒濕三氣雜至，合而為痺也，其風氣勝者，為行痺，寒氣勝者，為痛痺，濕氣勝者，為著痺也。」

2. 《華氏中藏經·論痺》

「痺者，風寒暑濕之氣中於人，則使之然也。」

3. 《諸病源候論·風病諸候上·風濕痺身體手足不隨候》

「人腠理虛者，則由風濕氣傷之，搏於血氣，血氣不行則不宣，真邪相擊，在於肌肉之間，故其肌膚盡痛。」

4. 《儒門事親·指風痺痿厥近世差玄說》

「此疾之作，多在四時陰雨之時，或瀕水之地，勞力之人，辛苦失度，觸冒風雨，寢處潮濕，痺從外入。況五方土地，寒暑殊氣，剛柔異稟，飲食起居，莫不相戾，故所受之邪，各有深淺，或痛或不痛，或仁或不仁，或筋屈不伸，或引而不縮。」

5. 《景岳全書·風痺》

「痺者閉也，以氣血為邪所閉，不得通行而病也。」

6. 《醫宗必讀·痺》

「治外者，散邪為急；治臟者，養正為先，治行痺者，散風為主，禦寒利濕仍不可廢。」

7. 《金匱翼·痺證·痺證統論》

「《內經》論痺又有骨、筋、脈、肌、皮五痺，大抵風寒濕所謂三痺之病，又以所遇之時，所客之處，而命其名，非此行痺、痛痺、著痺之外，又有骨痺、筋痺、脈痺、肌痺、皮痺也。」

五、診斷要點：

坐骨神經痛的診斷主要是靠理學檢查。

理學檢查：

1. 下肢痛：從臀部或大腿後面向下放散到小腿和足部。坐骨神經炎以腿痛為主，繼

發性坐骨神經痛常會有背痛出現。

2. 下肢無力：無法舉起。
3. 神經壓痛點：在坐骨切迹及膕窩會有壓痛點出現。
4. 腱反射：踝反射減弱或者消失。
5. 感覺障礙：多出現於小腿後外側及足背部。

X 光檢查。

肌電圖 (EMG/NCV)。

注意病灶感染以及脊柱內是否有其他病變 (如轉移癌)。

六、綜論：

坐骨神經痛按照病損部位可分為兩類，根性坐骨神經痛及幹性坐骨神經痛。

1. 根性坐骨神經痛：較為多見，病變位於椎管內，以腰椎間盤突出最為多見，最常發生在腰 4~5 和腰 5~骶 1 的椎間盤。其他如椎管內腫瘤、椎體轉移癌、腰椎結核、腰椎管狹窄症等；多為急性或亞急性發作，少數為慢性，開始時常有下背部酸痛或腰部僵硬不適感，典型的疼痛自腰部向一側臀部及大腿後面，膕窩、小腿外側和足背放射，呈燒灼樣或刀割樣疼痛。
2. 幹性坐骨神經痛：其病變主要位於椎管外坐骨神經行程上，病因有髓樣關節炎，骨盆腔內腫瘤、妊娠子宮壓迫、髖關節炎、臀部外傷、臀肌注射部位不當以及糖尿病等。多為亞急性或慢性發作，少數為急性、疼痛部位主要延著坐骨神經通路，腰部不適不明顯，有幾個壓痛點：坐骨孔點 (坐骨孔的上緣)、轉子點 (坐骨結節和轉子之間)、膕點 (膕窩中央)、腓點 (腓骨小頭之下)、踝點 (外踝之後) 可有肌肉壓痛，以腓腸肌中點的壓痛最為顯著。

坐骨神經痛在中醫方面歸納為痺證。痺所指的是閉阻不通的意思，凡是風寒濕邪，侵襲人體肌表經絡，所導致氣血阻塞，運行不利，而引發肢體筋骨關節部位之疼痛症狀，中醫一般將此病分型為二：寒濕型痺證，瘀血型痺證。但是中醫的痺證除了包括坐骨神經痛外，亦包含有關節炎的範圍。

背痛，未明示者 *Backache, Unspecified*

一、本書編號：805

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：724.5/M54.9

三、現代醫學病名及定義：

背痛是指背部的骨骼、肌肉、韌帶等所感覺到的疼痛，尤其下背部疼痛比較常見。背痛之病因未明確者，稱為背痛未明示者，以示區別於病因明確的骨關節炎、強直性脊柱炎、纖維肌痛、椎間盤突出症、累及背部的骨折、感染或腫瘤，以及毗鄰臟器疾病引起的非機械性疼痛等。

四、中醫相關病名及文獻出處：

背痛

1.《素問·陰陽別論》

「二陽一陰發病，主驚駭背痛，善噫善欠，名曰風厥。」

2.《醫學入門·問證》

「肩背痛，……暴痛為外感，久痛為虛損挾鬱。」

3.《類證治裁·肩背手臂痛》

「腎氣逆沖，挾脊而上攻背痛者，系督脈主病，治在少陰……。亦有肝濁逆沖，從腹而上攻背痛者，系沖任之病，治在厥陰。」

4.《雜病源流犀燭·胸膈脊背乳病源流》

「背痛，肺俞在背，故肺病令人逆氣喘咳，肩背痛。」

5.《雜病廣要·肩背痛》

「背痛，肥人多痰，年高必用人捶而痛快者屬虛，除濕化痰兼補脾胃。醉飽後多痛欲捶，是脾不運而濕熱作楚也，須節飲。瘦人多是血少陰虛，亦不禁酒及厚味而然，養血清火，四物、酒芩、連、丹皮。背痛須加羌活、防風引經，肥人少佐附子。」

背筋痛

《素問·林本病傳論》

「脾病身痛體重，一日而脹；二日少腹腰脊痛脛酸；三日背脇筋痛，小便閉；十日不已，死。」

背脊骨痛

《石室祕錄·背脊骨痛》

「背脊骨痛者，乃腎水衰耗，不能上潤於腦，則河車之路，乾澀而難行，故而作痛。此等症非一二劑可以見功，非久服補氣之藥以生陰，非大服補陰之藥以生水，未易奏行也。」

脊痛

1.《素問·風論》

「腎風之狀，多汗惡風，面龐然浮腫，脊痛不能正立，其色焮，隱曲不利，診在

肌上，其色黑。」

2. 《雜病源流犀燭·胸膈脊背乳病源流》

「脊痛，督脈病也。背痛，肺經病也……。二經虛，感受大淫之邪則害痛。……脊以髓滿為正，房欲過度，脊髓空則痛，宜補腎，宜六味丸。膀胱經脈挾脊，分左右上項，賊風乘虛入，倔強不能屈伸，宜羌活、前胡、防風、茯苓。先脊痛，及肩與背，是腎氣上逆，宜和氣飲。」

肩背痛

1. 《素問·藏氣法時論》

「肺病者，喘咳逆氣，肩背痛，汗出，尻陰股膝髀膕胫足皆痛。」

2. 《症因脈治·肩背痛論》

「外感肩背痛之病，背痛肩痛，發熱不惡寒，反惡熱，煩燥不寧，便閉，便赤，口渴唇焦，此火邪傷肺之症也；若背痛肩痛，頭痛發熱，內雖煩燥，外反惡寒，此風寒傷肺之症也。內傷肩背痛之症，氣怯神離，精神不足，痛勢不急，仍能睡臥，此肺氣不足之症也；若喘急氣逆，不得睡臥，此肺壅作痛之症也；若勞傷脫力，遇勞則痛，此損傷之症也，口濕唇焦，二便赤澀，煩燥不寧，此積熱作痛之症也。」

3. 《張氏醫通·肩背痛》

「肩背痛，不可回顧，此手太陽氣鬱不行也，以風藥散之，通氣防風湯；若面白脫色，短氣者勿服，宜逍遙散加人參；火鬱熱盛，東垣升陽散火湯；形氣虛盛，十全大補湯，肩背痛，脊強，腰似折，項似拔，此足太陽經氣不行也，羌活勝濕湯。」

五、診斷要點：

X 光檢查：以排除骨折與骨折脫位、先天性骨缺陷、椎間盤突出症、椎體後小關節的慢性關節炎等。

腦脊液檢查：以排除腦脊膜炎和其他感染。

CT、MRI 或脊髓攝影：以排除佔位性腫瘤及椎間盤破裂等。

六、綜論：

多數背痛與急性韌帶扭傷或肌肉勞損有關，有自限的傾向；或與較慢性的骨關節炎或強直性脊椎炎有關。常見背痛的原因為：

1. 不良姿勢或不良的條件作用所致背部勞損，並被力學因素加重（如用力過度，肥胖或妊娠）。
2. 纖維肌痛。
3. 椎間盤突出或破裂。
4. 創傷性韌帶斷裂，關節間應力性骨折或棘突旁肌肉撕裂。
5. 累及背部的骨折感染或腫瘤。
6. 毗鄰臟器疾病引起的非機械性疼痛等等。另有一些病因未明，屬未明示背痛。

背痛的病因鑑別，可以細緻確定疼痛的特徵和精確的定位開始。疼痛可能為局部性或瀰漫性；因疼痛而背部活動受限或脊柱旁肌肉的壓痛，是所有影響肌肉骨骼和神經系統的疾病所共有的特點（機械性疼痛）。內臟牽涉痛不因活動而加重，也不因休息而緩解，通常是持續且在夜間加重（非機械性疼痛）。

中醫學對「背痛」早在《內經》中即有記載，如「背痛」、「背脇筋痛」、「脊痛」、「肩背痛」的描述，並認為本病發生，不僅因外邪，亦與內臟疾病密切相關。後世醫家在此基礎上，論述更趨詳細明瞭，診治上詳分外感、內傷兩端，內傷中又強調肺臟病變與本病發生密切相關，同時注重腎、肝二臟及督脈。

中醫學認為本病一則因風寒侵襲，多為素體虛弱，風寒乘襲太陽經，寒主凝滯，經絡閉阻，氣血運行不暢，不通則痛，可見背痛凝滯，頸項強痛，肩胛不舒。一則因氣血凝滯，多發於老年人或久病體弱之人，氣虛血少，氣無力推動血行，血流不暢、氣滯血凝，經絡失養，則背部酸痛。現代醫學認為病因不明之未明示背痛，中醫學可辨證論治，並採用內治、外治（如針灸、按摩）相結合的治療方法。

骶尾骨損傷—骶骨疾患，尾骨疾患 *Disorders of sacrum and coccyx*

一、本書編號：806

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：724.6/M53.3

三、現代醫學病名及定義：

骶尾部受直接暴力引起周圍軟組織損傷，稱為骶尾骨挫傷。臀部著地時尾骨過度前屈，可造成骶尾關節脫位或半脫位，以及韌帶、筋膜的挫傷或撕裂傷。骶尾骨骨折，骶尾周圍的韌帶亦遭到損傷，關節周圍可有出血或腫脹，產生疼痛、功能障礙等。

四、中醫相關病名及文獻出處：

尾閭骨（傷筋）

1.《靈樞·經筋》

(1)「頗筋有寒，則急引頰移口；有熱則筋弛縱緩，不勝收故僻」。

(2)「足陽明筋病，頰筋有寒則急，引頰移口，有熱則筋弛，縱緩不勝收，故僻。」

2.《醫宗金鑑》

「有筋強、筋柔、筋歪、筋正、筋寒、筋熱、筋走、筋翻之分，必先審其或為跌墮，或為打仆，或為撞壓，然後依法而治之。」

3.《本草綱目》

「肝氣熱為筋痿，則筋急而攣。」

尾骶骨（傷筋）—又稱為尻骨、尾閭、骶端、掀骨、窮骨，俗名尾樁。

《醫宗金鑑·正骨心法要旨·旋台骨》

「旋台骨，又名玉柱骨，即頭後頸骨三節也，一名天柱骨。此骨被傷，共分四證。一曰從高墜下，致頸骨插入腔內，而左右尚活動者，用提項法治之。一曰打傷，頭低不起，用端法治之。一曰墜傷，左右歪邪，用整法治之。一曰撲傷，面仰頭不能垂，或筋長骨錯，或筋聚，或筋強，骨髓頭低，用推、端、續、整四法治之。尾骶骨，即尻骨也。其形上寬下窄，上承腰脊諸骨，兩旁各有四孔，名曰八。其末節，名曰尾閭，一名骶端，一名掀骨，一名窮骨，俗名尾樁。若蹲墊壅腫，必連腰胯。」

五、診斷要點：

病史及理學檢查：有臀部著地之外傷史，行走及坐位均困難，局部疼痛、腫脹、壓痛明顯。當前側骶骨半脫位時，觸摸時可發現骶骨突出的銳利邊緣。直腸檢查時，可能發現移位。

X 光檢查：檢查骶尾部有無明顯骨折脫位現象，但有時可見到軟組織腫脹的陰影。

六、綜論：

治療方法：

1. 手法治療：

- (1) 揉捻法：患者俯臥於床上，骨盆的腹側墊一枕頭，使骨盆抬高，醫者兩拇指按壓骶尾關節的兩側，揉捻兩側韌帶，然後沿韌帶纖維上下捋順。
- (2) 戳按法：由一助手將患者雙下肢抬起，醫者一手抱患者雙大腿部位，同助手一起向後下方拔伸，另一手大魚際按壓在骶尾關節處，用力向前上方戳按。
- (3) 拖按法：患者仰臥，撤去骨盆部枕頭，雙腿屈膝屈髖。醫者一手大魚際放在骶尾關節處，讓助手拿住雙踝將雙下肢向下拉直，同時，醫者放在骶尾關節處的手向前上用托法，放在膝關節處的手向下用壓法。

2. 針灸：常用穴：八髎、秩邊、陽陵泉、崑崙、阿是穴。

3. 藥物治療：

- (1) 早期：疼痛、腫脹明顯，宜舒筋活血止痛，內服可選用身痛逐瘀湯、復元活血湯加減；可選用外敷止痛青草膏或如意金黃散，或配合海桐皮湯薰洗患部。
- (2) 後期：腫脹基本消失，活動時疼痛，宜壯筋通絡，內服可選用小活絡丹、加味健步丸、獨活寄生湯加減。

4. 其他治療：

- (1) 骶尾骨創傷若變成慢性症狀，可嘗試局部短波透熱法（local shortwave diathermy）或超音波治療；另一方法，可在疼痛部位注射長效性局部麻醉劑例如，10 毫升 0.5% 的 Bupivacaine Hydrochloride（Marcaine）。
- (2) 若保守療法無效，在骶骨骨折方面可考慮椎板切除術（laminectomy），尾骨創傷方面可考慮切除尾骨。

注意事項：急性期手法要輕，治療時間不要過長，以避免加重病情。睡眠時要用硬板床，避免用軟床，利於軟組織癒合。損傷早期需臥床休息，一週後可開始緩慢步行，作腰前屈、後伸及臀大肌收縮等活動。

風濕性多肌痛 *Polymyalgia rheumatica*

一、本書編號：807

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：725/M35.3,M31.5

三、現代醫學病名及定義：

本病多見於中年以上的患者，表現為頸部、肩部及骨盆部位的疼痛和僵硬，多為兩側對稱性侵犯，但無明顯之肌肉紅腫、發炎現象。此外有人會出現低熱、疲倦、體重下降等全身性症狀。研究認為本病與人類白血球抗體 HLA-DR4 或 B8 有相關性。女性患者約於男性的兩倍。

四、中醫相關病名及文獻出處：

痺症

1. 《雜病源流犀燭·肩臑肘臂腕手病源流》

「至於臂則為六經分佈之處，故其為病，須即病處分別之。……其所以痛者，雖不外風寒濕熱，而要惟邪之所湊，其氣必虛，固有由來也。……若夫臂連肩背酸痛，兩手軟痺，由痰飲流入四肢也。」

2. 《素問·痺論》

「五臟皆有合，病久不去者，內舍於其合也。故骨痺不已，復感於邪，內舍於腎。筋痺不已，復感於邪，內舍於肝。脈痺不已……內舍於心。肌痺不已，內舍於脾。皮痺不已……內舍於肺。」

3. 《醫宗金鑑·雜病心法要訣·痺病》

「三痺之因，風寒濕三氣雜合而為病也，其風邪濕者，其痛流走。故曰行痺，寒邪鬱者，其痛甚苦，故曰痛痺。濕邪勝者。其痛重著。故曰著痺。此為病之因而得名。曰三痺也。……近世曰痛風曰流火曰歷節風，皆行痺之俗名也。」

4. 《儒門事親·指風痺痿厥近世差玄說》

「痺，此疾之作，多在四時陰雨之時，……或瀕水之地，勞力之人，辛苦失度，觸冒風雨，寢處潮濕，痺從外入。況五方土地，寒暑殊氣，剛柔異稟，飲食起居，莫不相戾，故所受之邪，各有深淺。」

5. 《諸病源候論·風病諸候上·風濕痺身體手足不隨候》

「人腠理虛者，則由風濕氣傷之，搏於血氣，血氣不行則不宣，真邪相擊，在於肌肉之間，故其肌膚盡痛。」

6. 《聖濟總錄·諸痺門》

「以寒氣入經而稽遲，泣而不行也。痛本於寒氣偏勝，寒氣偏勝則陽氣少，陰氣多。」

7. 《華氏中藏經·五痺》

「痺者風寒暑濕之氣，中於臟腑之為也，入腑則病淺易治，入臟則病深難治。」

8. 《醫學入門·痺證》

「痺者氣閉塞不通流也，或痛癢、或麻痺、或手足緩弱與痿相類。」

9. 《金匱要略·痲濕喝病脈證並治》

「太陽病，關節疼痛而煩，脈沉而細者，此名濕痺。濕痺之候，小便不利，大便反快，但當利其小便。」

10. 《三因極一病證方論·敘痺論》

(1) 「夫風寒濕三氣雜至，合而為痺。……三氣襲人經絡，入於筋脈、皮肉、肌膚，久而不已，則入五臟。」

(2) 「大抵痺之為病，寒多則痛，風多則行，濕多則著。」

11. 《症因脈治·痺證論》

(1) 「風痺之症，走注疼痛，上下左右行而不定，故名行痺。」

(2) 「寒痺之症，疼痛苦楚，手足拘緊，得熱稍減，得寒愈甚，名曰痛痺。溫痺之症，或一處麻痺不仁，或四肢手足不舉，或半身不能轉側，或濕變為熱，熱變為燥，收引拘攣作痛，蹇縮難伸，名曰著痺。」

(3) 「熱痺之症，肌肉熱極，唇乾燥，筋骨痛不可按，體上如鼠走狀，此內經所云，陽氣多，陰氣少，陽獨盛，故為熱痺之症。」

12. 《景岳全書·風痺》

「《痺論》曰：風氣勝者為行痺。蓋風者善行數變，故其為痺則走注歷節無有定所，是為行痺，此陽邪也；曰寒氣勝者為痛痺。以血氣受寒則凝而留聚，聚則為痛，是為痛痺，此陰邪也。曰濕氣勝者為著痺。以血氣受濕則濡滯，濡滯則肢體沉重而疼痛，頑木留著不移，是為著痺，亦陰邪也。凡此三者，即痺之大則也。」

13. 《醫宗必讀·痺》

「治外者，散邪為急；治臟者，養正為先，治行痺者，散風為主，禦寒利濕仍不可廢。」

14. 《金匱翼·痺證·痺證統論》

「《內經》論痺又有骨、筋、脈、肌、皮五痺，大抵風寒濕所謂三痺之病，又以所遇之時，所客之處，而命其名，非此行痺、痛痺、著痺之外，又有骨痺、筋痺、脈痺、肌痺、皮痺也。」

肩背痛

1. 《素問·藏氣法時論》

「肺病者，喘咳逆氣，肩背痛，汗出，尻陰股膝髀膕胫足皆痛。」

2. 《症因脈治·肩背痛論》

「外感肩背痛之病，背痛肩痛，發熱不惡寒，反惡熱，煩燥不寧，便閉，便赤，口渴唇焦，此火邪傷肺之症也；若背痛肩痛，頭痛發熱，內雖煩燥，外反惡寒，此風寒傷肺之症也。內傷肩背痛之症，氣怯神離，精神不足，痛勢不急，仍能睡臥，此肺氣不足之症也；若喘急氣逆，不得睡臥，此肺壅作痛之症也；若勞傷脫力，遇勞則痛，此損傷之症也，口渴唇焦，二便赤澀，煩燥不寧，此積熱作痛之症也。」

3.《張氏醫通·肩背痛》

「肩背痛，不可回顧，此手太陽氣鬱不行也，以風藥散之，通氣防風湯；若面白脫色，短氣者勿服，宜逍遙散加人參；火鬱熱盛，東垣升陽散火湯；形氣虛盛，十全大補湯，肩背痛，脊強，腰似折，項似拔，此足太陽經氣不行也，羌活勝濕湯。」

肩痛

《針灸甲乙經》

卷十裡的「肩痛」，形容肩胛關節骨肌肉作痛。

肩不舉

《靈樞·經筋》

「肩不舉」，形容肩關節疼痛，臂不能舉。

五、診斷要點：

理學檢查：患者通常由頸部及肩部的肌肉開始痛起，再擴及骨盆肌肉及近端肌肉群，少見侵犯遠端肌肉群。

症狀多為兩側對稱性，以僵硬為主，休息之後更感痛楚，常使病人難以下床。夜間疼痛亦常見，肌力通常不受影響，但末期可見肌肉萎縮。

患者有時可合併滑囊膜發炎，但與類風濕關節炎不同的是，它不會造成關節侵蝕。

抽血檢查：可見紅血球沈降速率增加，並可做為治療的指標。貧血、血小板有時會上升，白血球通常在正常範圍內。

鹼性磷酸酶（alkaline phosphatase）常會上升。

有不少病人的抗牛心蛋白抗體（anticardiolipin antibody）會升高，這些患者較易產生血管炎，但在類固醇治療之後會迅速下降。

有些患者肝功能會異常，但反應肌肉損害程度的肌酸磷酸激酶（CK）正常，可與多發性肌炎及皮肌炎做區別。

抗核抗體及類風濕因子多為陰性。

六、綜論：

本病為一臨床診斷，同時必須先排除其他可能造成老年人肌肉僵硬、疼痛及高紅血球沈澱速率的原因，例如它和類風濕關節炎的鑑別在於它沒有周邊關節紅腫疼痛的情況；而多發性肌炎的活動受限乃因肌肉發炎無力所致，並不是如本病一樣是因肌肉疼痛所造成。

其他的鑑別診斷包括了：腫瘤、退化性關節炎、結締組織疾病、多發性骨髓瘤、白血病、淋巴瘤、感染病（如心內膜炎）、骨髓炎、甲狀腺功能低下、巴金森氏症等等。

另外須尋找有無併發巨細胞動脈炎的可能性，若有必要可做顛動脈切片檢查，因為近年來發現兩病之間的關係越來越密切，兩病可同時侵犯同一個人。

本病在西藥方面，可用小劑量之類固醇治療二年以上，且多數人可在治療的四到五年之後停藥。

本病屬於中醫「痺證」範疇，主因老年肌肉氣血運行不暢，肝脾肺腎虛有關，又遭逢風寒濕邪入侵，留戀肌筋之中不去。一般輕症，可用甘草附子湯，治風濕相搏，寒而身痛；或以羌活勝濕湯治倦重及麻木等現象之濕痺。若日久有虛證內傷勞倦者，可用補中益氣湯加羌活、防風、蒼朮、蒿本、寒重加附子，有熱加黃柏。

由於本病有紅血球沈降速率（ESR）做為指標，可藉此客觀評估病情的嚴重程度，若老年人無法承受類固醇的使用，可在 ESR 的檢測追蹤之下，酌予中藥、針灸、外薰等結合治療。

肩部黏連囊炎〔凍結肩〕（五十肩） *Adhesive capsulitis of shoulder*

一、本書編號：808

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：726.0/M75.0

三、現代醫學病名及定義：

冰凍肩（frozen shoulder）（有些人稱之為黏連性被膜炎）可為內在疾病，諸如二頭肌腱鞘炎、骨折之固定或創傷後之結果，但在大多數之老年病人卻無前因可查。反射的交感神經性營養不良（reflex sympathetic dystrophy）被認為是冰凍肩發展過程中之一重要因素。肩部的廢用（disuse）及不活動顯然也是此症候群的原因。黏連性被膜炎這名詞被使用是因在冰凍肩的病程中，已發現有肩胛肱骨關節整個被膜的發炎，此導致肩部的疼痛與減少使用。肩部疼痛可迅速或逐漸進行至持續疼痛及無法使用關節。肩部附近多處地方觸診時可發現有壓痛，通常在 18 個月後以上臨床症狀會逐步減緩消失。

四、中醫相關病名及文獻出處：

痺

1. 《素問·痺論》

「五藏皆有合，病久而不去者，內舍於其合也。故骨痺不已，復感於邪，內舍於腎；筋痺不已，復感於邪，內舍於肝；脈痺不已，復感於邪，內舍於心；肌痺不已，復感於邪，內舍於脾；皮痺不已，復感於邪，內舍於肺。」

2. 《金匱要略·中風歷節病脈證並治》

「夫風之為病，當半身不遂，或但臂不遂者，此為痺。」

3. 《三因極一病證方論·敘痺論》

「夫風寒濕三氣雜至，合而為痺……三氣襲人經絡，入於筋脈、皮肉、肌膚，久而不已，則入五臟。」

4. 《景岳全書·風痺》

「《痺論》曰：風氣勝者為行痺。蓋風者善行數變，故其為痺則走注歷節無有定所，是為行痺，此陽邪也；曰寒氣勝者為痛痺。以血氣受寒則凝而留聚，聚則為痛，是為痛痺，此陰邪也。曰濕氣勝者為著痺。以血氣受濕則濡滯，濡滯則肢體沉重而疼痛，頑木留著不移，是為著痺，亦陰邪也。凡此三者，即痺之大則也。」

濕痺

《金匱要略·痙濕暍病脈證並治》

「太陽病，關節疼痛而煩，脈沉而細者，此名濕痺。濕痺之候，小便不利，大便反快，但當利其小便。」

熱痺

《症因脈治·痺證·熱痺》

「熱痺之證，肌肉熱極，唇口乾燥，筋骨痛不可按。」

痿痺

《醫宗金鑑·雜病心法要訣·痿痺辨似》

「痿痺之證，今人多爲一病，以其相類也。然痿病兩足痿軟不痛，痺病通身肢節疼痛。但觀古人治痿，皆不用風藥，則可知痿多虛，痺多實，而所因有別也。」

肩痛

《針灸甲乙經》

卷十裡的「肩痛」，形容肩胛關節骨肌肉作痛。

肩不舉

《靈樞·經筋》

「肩不舉」，形容肩關節疼痛，臂不能舉。

五、診斷要點：

肩部 X 光攝影：X 光檢查可能發現骨質疏鬆，肱骨頭呈現囊狀變化，關節腔變窄及軟組織鈣化等病徵；但也可能完全正常。

肩關節鏡檢查：在肩胛骨及肱骨連結的關節腔液顯著減少，但關節腔液的生化檢查卻沒有異常發現。

六、綜論：

西醫方面：肩部黏連囊炎又稱爲冰凍肩、肩痺、漏肩風、五十肩、肩關節周圍炎或肩凝症。現代醫學對於本病發病原因說法甚多，有的認爲肩峰下滑囊炎爲凍結肩發病的原因；有的認爲肌腱鈣化爲引起凍結肩的原因；亦有的認爲肱二頭肌長頭肌腱炎爲本症初發的原因。

本病多見於 40 歲以上的患者，50~60 歲較爲多見，故有五十肩之稱，女性較爲多見，體力勞動者較爲少見。

從肩關節的生理功能來看，它是全身活動度最大的關節，組成關節的肱骨頭大於關節盂的三倍，且關節盂淺、關節囊鬆弛、韌帶薄弱。這些特點雖有利於肩關節的多軸性活動，卻不利肩關節的穩定。而肩關節周圍肌群的強弱，直接影響肩關節內平衡的穩定性，若肌萎縮或肩部肌群薄弱，則易致肩關節損傷或脫位，局部組織腫脹、變硬、攣縮，使肩關節上舉，後伸受限，進而波及到肩袖及滑液囊；肩痛時間稍長，胸大肌肌腹和肌腱及闊背肌肌腹和肌腱攣縮變性，使腋窩前後壁伸展受限，使上肢愈發不能抬舉，造成凝肩、冰凍肩，即所謂肩周炎。

其症狀主要表現爲疼痛、功能障礙、肌肉萎縮等。最初自覺肩部、上背部疼痛，嚴重者肩部肌肉抽痛、陣痛甚至持續抽痛、輾轉不安、影響睡眠，慢性者肩部僵硬、肩關節活動受限。常表現爲患側手不能提起、插口袋、擰門把、行軍禮等動作，不能後伸上舉。肱二頭肌短頭肌腱受損後，由於炎症、疼痛、黏連，使肱二頭肌呈保護性反應，肩關節處於內收、內旋位，故外展及後伸受限最爲明顯。若棘上肌肌腱炎時，肩關節在外展 50~120 度時因肌腱與肩峰底面摩擦致痛而受限，若肩關節活動超出或小於 60 度，則無疼痛。假若是關節內病變，如細菌性關節炎時，則肩關節各個方向動作均受限而且疼痛，故通過活動受限情況，可以鑑別診斷關節內、外

疾痛。

中醫方面：中國傳統醫學認為本病多係由於體質虛弱、氣血不足，或因勞倦、病傷、抵抗力降低所致，而從其臨床表現，可知本病之中醫相關病名為「痺證」，尤其是「痛痺」或「著痺」，因其疼痛劇烈且固定於肩關節，本病之治療主要在於復健，並注重平時肩部關節的適量運動，中醫之針灸療法對本病有其獨特的療效，可配合復健來加速病情的改善。

肩部旋轉環膜症候群及有關疾病 *Rotator cuff syndrome of shoulder, and allied disorders*

一、本書編號：809

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：726.1/M75.1

三、現代醫學病名及定義：

肩部旋轉環是由前方的肩胛下肌、上方的岡上肌和岡下肌，以及後方的小圓肌所組成，對於穩定肱骨頭於肩盂中十分重要，肩部旋轉環膜症候群是由於這些肌腱（通常是岡上肌肌腱）受到損害所致，其臨床症狀隨著疾病的程度，病人年齡以及病人恢復能力而定，例如：如果只是急性肌腱炎，病人通常是小於 40 歲，會在激烈運動後造成肩部疼痛；如果是慢性肌腱炎，病人通常年齡在 40 到 50 歲之間，曾有反覆性、亞急性肌腱炎發作，疼痛通常在半夜發作，此外尚有旋轉環混亂、完全撕裂等更嚴重的肩部旋轉環膜症候群。

四、中醫相關病名及文獻出處：

痺症

1.《素問·痺論》

「風寒濕三氣雜至，合而為痺也，其風氣勝者，為行痺，寒氣勝者，為痛痺，濕氣勝者，為著痺也。」

2.《華氏中藏經·論痺》

「痺者，風寒暑濕之氣中於人，則使之然也。」

3.《諸病源候論·風病諸候上·風濕痺身體手足不隨候》

「人腠理虛者，則由風濕氣傷之，搏於血氣，血氣不行則不宣，真邪相擊，在於肌肉之間，故其肌膚盡痛。」

4.《儒門事親·指風痺痿厥近世差玄說》

「此疾之作，多在四時陰雨之時，或瀕水之地，勞力之人，辛苦失度，觸冒風雨，寢處潮濕，痺從外入。況五方土地，寒暑殊氣，剛柔異稟，飲食起居，莫不相淚，故所受之邪，各有深淺，或痛或不痛，或仁或不仁，或筋屈不伸，或引而不縮。」

5.《景岳全書·風痺》

「痺者閉也，以氣血為邪所閉，不得通行而病也。」

6.《醫宗必讀·痺》

「治外者，散邪為急；治臟者，養正為先，治行痺者，散風為主，禦寒利濕仍不可廢。」

7.《金匱翼·痺證·痺證統論》

「《內經》論痺又有骨、筋、脈、肌、皮五痺，大抵風寒濕所謂三痺之病，又以所遇之時，所客之處，而命其名，非此行痺、痛痺、著痺之外，又有骨痺、筋痺、脈痺、肌痺、皮痺也。」

五、診斷要點：

理學檢查：

- 1.兩肩是否高低不等，有無翼狀肩胛（前鋸肌癱瘓時，病人用力推牆、肩胛骨向後突起）。
- 2.肌肉有無萎縮（例如：肩胛帶肌肉、三角肌），
- 3.骨頭有無明顯的凸出。
- 4.有無紅腫、隆起。
- 5.有無痛點：如在肱骨內上部三角肌內側緣處有一長條壓痛區，肩關節內轉外旋時，有或無響聲，可能為肱二頭肌長頭腱鞘炎。如壓痛在肱骨大結節與肩峰之間，即為岡上肌損傷，或肩峰下滑囊炎等。
- 6.另外，檢查其活動，如外展、前屈、外伸等動作。

病史：有無受傷史。

X光檢查。

必要時做核磁共振掃描，以觀察肩部周邊組織。

六、綜論：

肩部之活動範圍甚廣，其穩定性全靠周圍之筋肉維護，故在日常工作，運動中的損傷機會較多，活動用力過猛或被動牽拉扭旋均可造成肩部筋肉之急性損傷。外力直接鈍挫或撞擊，傷及肩部筋肉之機會較少。若有明確的外傷史，也很容易造成損傷。而年齡越長的人，其因長期的勞累，而使筋肉呈現勞損，加上，老人家的筋肉均呈現衰弱的現象，只要略加微力，即可造成傷害。

有關疾病分別為：岡上肌腱炎、岡上肌肌腱斷裂、肱二頭肌長頭肌腱炎或肱二頭肌肌腱炎和肌腱斷裂以及肩關節周圍炎。

- 1.岡上肌腱炎：岡上肌腱炎又稱肩扭傷，屬中醫「傷筋」、「筋痺」等範疇。岡上肌在肩部屬於腱袖。腱袖由岡上肌、岡下肌、小圓肌及肩胛下肌組成。因為岡上肌收縮使肩外旋，肩胛下肌收縮使肩內旋，所以，一旦岡上肌腱受傷，即將給肩的外展功能帶來不同程度的影響，重致不能抬舉。反射性、機械性創傷，使氣血瘀滯出現炎性或退變性變化，而且或多或少同時累及腱袖的其他組織，輕則疼痛，重則可致使該腱失用，肩外展困難。
- 2.岡上肌肌腱斷裂：岡上肌肌腱是腱袖的一部份，對肩關節的穩定具有主要作用。其一旦遭到斷裂損傷，影響腱袖組織，發生在青年則多為肱骨大結節撕脫骨折，不屬傷筋，在該肌腱勞損、變性、柔韌性降低與組織脆弱的基礎上，易發生本症。其致損另一因素與該腱附著處為相對無血區有關。
- 3.肱二頭肌長頭肌腱炎：本病發生長期反覆過度活動的體力勞動者，該腱鞘因經常受肌腱刺激，發生急性或慢性創傷性炎症，充血滲液瘀腫，其腱的表面漿膜與鞘內膜呈現病理性的變化，促成組織變性、肥厚等演變。此外，肩袖損傷、鈣質沈澱、肩部關節囊內病變等，均可累及本腱而發病。本症會在肱二頭肌用力抗拒阻力時，更覺肱骨結節間溝疼痛、壓痛及腫脹，同時在肱二頭肌主動收縮時，常能

摸出細微的摩擦感覺。

4. 肱二頭肌肌腱炎和肌腱斷裂：肌腱炎是一種勞損性病變，肌腱裂可因一次激烈的肌肉收縮，或勞傷的基礎上輕微外力而誘發，屬於「傷筋」、「傷痺」與「筋斷筋絕」。而肌腱斷裂較為罕見，主要表現為炎性組織變性，統稱退變，重者，在變性的組織中發生部份的或完全的組織纖維斷裂。

(1) 緩性：先有輕度疼痛及活動僵滯感。

(2) 急性：肩的內前側有劇烈疼痛，可聽到組織撕裂聲。頓時肘部無力屈曲，繼而肩部腫脹，出現皮下瘀斑等症狀。

5. 肩關節周圍炎：中醫認為多由於年老體弱，肝腎虧損，氣血虛衰，筋肉肌腱失於濡養，兼操勞損傷，風寒濕邪侵襲等，導致血不榮筋，痰濁瘀阻經脈及關節等所致，屬於「肩痺」、「漏肩風」、「肩凝」、「僵硬肩」、「老年肩」等範疇。軟組織損傷即為中醫的肩部傷筋；肩部傷筋臨床上分為急性扭傷和慢性勞損，慢性勞損多因風寒濕的侵襲合而成為痺症，俗稱「漏肩風」由於都有不同程度的關節功能障礙，所以，又有統稱為「肩關節黏連」者。病人往往因中年以後氣血衰退，筋骨出現損傷性退化而成，復受風、寒、濕外邪三氣侵襲，以致氣血不和，絡道阻滯。由此可見，若非因外力使肩關節急性扭傷，一般此病在中醫上認為是因氣血虛弱，勞累損傷，筋骨退行性變化，外加上風寒濕三邪乘虛而入，日久而成。

滑膜炎及肌腱滑膜炎〔腱鞘炎〕 *Synovitis and tenosynovitis*

一、本書編號：810

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：727.0/M65

三、現代醫學病名及定義：

關節滑膜受到創傷、炎症感染等刺激，產生大量含有血球、纖維蛋白等的黏液，使關節腫脹、活動受限，稱為關節滑膜炎，臨床表現為關節活動受限，常伴有疼痛、痙攣及跛行。因其病因不同，臨床上又分為創傷性滑膜炎、色素沉著絨毛關節性滑膜炎及髓關節暫時性滑膜炎等。一些疾病，如滑膜結核、滑膜瘤等亦可導致此病。

四、中醫相關病名及文獻出處：

痺症、濕痺、著痺、熱痺

1.《素問·痺論》

- (1)「黃帝問曰：痺之安生？岐伯對曰：風寒濕三氣雜至，合而為痺也，其風氣盛者為行痺，寒氣勝者為痛痺，濕氣勝者為著痺也。」
- (2)「痺，其時有死者，或疼久者，或易已者，其何故也？岐伯曰：其入臟者死，其留連筋骨間者疼久，其留皮膚間者易已。」
- (3)「夫痺之為病，不痛何也？岐伯曰：痺在於骨則重；在於脈則血凝而不流；在於筋則屈不伸，在於肉則不仁，在於皮則寒。」

2.《金匱要略·痙濕暍病脈證並治》

「太陽病，關節疼痛而煩，脈沈而細者，此名濕痺。」

3.《三因極一病證方論·敘痺論》

「夫風寒濕三氣雜至，合而為痺，……三氣襲人經絡，入於筋脈、皮肉、肌膚，久而不已，則入五臟。」

4.《景岳全書·痺論》

「濕氣勝者為著痺，以血氣受濕則濡滯，濡滯則肢體沈重而疼痛，頑木留著不移，是為著痺。」

5.《症因脈治·痺證·熱痺》

- (1)「熱痺之症，肌肉熱極，唇口乾燥，筋骨痛不可按。」
- (2)「痺者，閉也；經絡閉塞，麻痺不仁。或攻注作疼，或凝結關節，或重著難移，故名曰閉。」

6.《雜病源流犀燭·諸痺源流》

「痺者，閉也，三氣雜至，壅閉經絡，血氣不行，不得隨時祛散，故久而為痺。」

五、診斷要點：

有急性外傷或慢性刺激病史。

在滑囊部位，出現圓形或橢圓形腫塊，基部不能移動，不與皮膚黏連，呈囊狀，緊張而具彈性或波動感，關節功能明顯受限。

試驗穿刺可抽出黃色黏性液體。如屬化膿性滑囊炎，則可抽出膿性液體，並做血糖分析、細菌培養。

X光檢查：一般無變化，但有鈣化者可見鈣鹽沈積樣。

抽血檢查其血糖，比較關節液中的血糖含量，如果關節液中血糖過低，則顯示有感染之可能；以及檢測白血球含量指數。

六、綜論：

西方醫學認為，創傷性關節滑膜炎，是指關節損傷後引起的滑膜非感染性炎症反應，病理表現為滑膜血管擴張、充血，產生大量滲出液、血漿、紅血球、白血球等外滲，同時滑膜細胞活躍、產生大量的黏液素，關節積液導致關節腫脹，活動受限，如不及時處理，可發生滑膜黏連、肥厚、軟骨萎縮等，影響關節功能。髕關節暫時性滑膜炎可由於上呼吸道感染或流行性感冒等引起變態反應，或損傷、低度感染刺激關節滑膜而產生。病變時關節滑膜充血、水腫、關節內有透明的滲出液，色素沈著。絨毛結節性滑膜炎是種介乎於炎症和良性腫瘤之間的滑膜疾病，其病理特點是，肥厚的滑膜絨毛有色素沈著，其中有葡萄狀結節。

中醫認為本病的病因病機有三：

- 1.創傷勞損：《素問·五臟生成篇》說：「血行而不得反其空，故為痺厥也。」認為創傷使氣血運行受阻，致使肢體關節腫脹，疼痛，屈伸不利。
- 2.風寒侵襲：外感風寒，邪氣與正氣相搏，聚於關節，留連筋骨，則疼痛不已，不可屈伸。
- 3.濕流關節：濕性重濁黏膩，流注關節，則肢體沉重，活動失靈。

早在《靈樞·決氣》中便描述到：「穀入氣滿，淖澤注於骨，骨屬屈伸，泄澤補益腦髓，皮膚潤澤，是謂液，……液脫者骨屬屈伸不利，色夭，腦髓消，脛痺，耳數鳴。」從上文可知，當時已了解到，關節液的功能與重要性，並提到若發生病變時，會導致骨屬屈伸不利，脛痺等症狀，而後文獻中對於關節腫脹，疼痛，屈伸困難等症候，合稱為痺證，再根據症候特點分為著痺、熱痺、痛痺等，而滑膜炎之表現多為單一關節腫脹重著、積液，故類似於痺症中之著痺，若合併炎症反應，關節紅腫熱痛，則為熱痺。所以其中醫相關病名可統稱為「痺證」。

屈指肌腱鞘炎—扳機指 *Trigger finger*

一、本書編號：811

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：727.03/M65.3

三、現代醫學病名及定義：

屈指肌腱鞘炎又稱「彈響指」、「彈撥指」、「扳機指」。大多數由於手指經常屈伸，使屈指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，兩端膨大呈葫蘆狀。屈指時，肌腱膨大部份通過狹窄的纖維管，便出現手指的彈跳動作。多見於手工勞動者，女多於男。發病緩慢，病程逐漸加長。

四、中醫相關病名及文獻出處：

指筋（傷筋）

1.《素問·五臟生成》

「諸筋者，皆屬於節。」

2.《靈樞·經筋》

(1)「頰筋有寒，則急引頰移口；有熱則筋弛縱緩，不勝收故僻。」

(2)「足陽明筋病，頰筋有寒則急，引頰移口，有熱則筋弛，縱緩不勝收，故僻。」

3.《本草綱目》

「肝氣熱為筋痿，則筋急而攣。」

4.《丹溪心法》

「形志苦樂，病生於筋，治之以熨引。」

5.《醫宗金鑑》

「有筋強、筋柔、筋歪、筋正、筋寒、筋熱、筋走、筋翻之分，必先審其或為跌墮，或為打仆，或為撞壓，然後依法而治之。」

五、診斷要點：

病史與理學檢查：彎曲手指時，患指突然停留在半彎曲角度，或不能屈曲，或用力屈指，則發生扳機樣動作及彈響，而完成伸屈動作。在掌指關節當面可觸到韌性結節，局部壓痛。有手部勞損病史。多見於婦女及手工勞動者，好發於拇指，中指，無名指。手指活動不靈活，侷限性酸痛，晨起或勞累後症狀明顯。掌指關節掌側壓痛，可觸及結節，指屈伸活動困難，有彈響或交鎖現象。

X光片可作鑑別診斷。

六、綜論：

鑑別診斷：

指關節骨性關節炎：病在關節，腫脹疼痛，增生變粗，常在遠側指間關節背側出現

增生硬結，骨性隆起，稱為赫氏結節（**Heberden's nodes**）。沒有與屈伸相關的有規律的彈響。X光片顯示增生性進行性變，可資鑑別。

治療方法：早期可採用非手術治療，包括局部固定、局部痛點阻斷、物理治療、熱療、中藥薰洗，其他像手法治療、針灸、藥物使用以及保守治療如下：

1. 手法治療：

- (1)撥筋法：醫者用拇指甲於患側掌指關節處撥筋。
- (2)推捻法：醫者握患指超伸展，令拇指或中指與肌腱方向一致，由遠向近端推捻數下。
- (3)揉壓旋擺法：以拇指指腹在患指屈肌腱處，作螺旋式揉動按摩數分鐘，再以指尖切按痛點。握住患指遠端反方向用力牽拉片刻後，作患指掌指關節的向內、向外旋轉，及向尺側橈側的擺動。力量由輕而重。

2. 針灸：常用穴：內關、大陵、合谷、後谿、神門、阿是穴。

3. 藥物治療：

- (1)外用藥：傷科手法處置後，可配合外敷止痛青草膏，或海桐皮湯薰洗患部。
- (2)內服藥：以活血化瘀，舒筋止痛為主，內服可選用正骨紫金丹合桂枝湯加減。
- (3)手術治療：當保守治療無效，並發生病情反覆發作且時間變長，可考慮用小針刀作韌鞘鬆解術。術後恢復期，再作腕和指關節的屈伸運動的復健，以防止症狀復發。
- (4)注意事項：本病屬於職業性勞損疾病，應注意治療，更應重視預防，避免手指的過勞。

橈骨莖突狹窄性腱鞘炎（媽媽手）

Radial styloid tenosynovitis

一、本書編號：812

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：727.04/M65.4

三、現代醫學病名及定義：

在關節骨突面和屈曲處的肌腱，多有一個腱鞘，形成滑車狀結構，藉以防止肌腱被拉緊時呈弓弦狀彈射或向側方滑移。腱鞘由深筋膜構成，是保護肌腱的滑囊，分內外兩層，內層與肌腱緊密相貼，外層通過滑液腔與內層分開，在兩端，內外兩層相互移行，構成封閉的腔隙，內外層之間有滑液，可減少肌腱活動時的摩擦。橈骨莖突處的腱溝窄而淺，底面凹凸不平，溝面覆以腕背韌帶。拇指伸肌腱及外展拇長肌腱通過此鞘管後，折成一定角度，當拇指及腕活動時，此角度加大，從而增加肌腱與管壁的摩擦而易產生腱鞘炎。本病是由於腕部過勞和運動，使肌腱在腱鞘隧道中頻繁活動，長期磨損，以及寒涼刺激，使肌腱與腱鞘發生炎性變化、水腫，久之腱鞘纖維化，腱壁肥厚，管腔狹窄，肌腱腫脹變粗所致。

四、中醫相關病名及文獻出處：

腕筋（傷筋）

1.《素問·五臟生成》

「諸筋者，皆屬於節。」

2.《靈樞·經筋》

(1)「頰筋有寒，則急引頰移口；有熱則筋弛縱緩，不勝收故僻。」

(2)「足陽明筋病，頰筋有寒則急，引頰移口，有熱則筋弛，縱緩不勝收，故僻。」

3.《本草綱目》

「肝氣熱為筋痿，則筋急而攣。」

4.《丹溪心法》

「形志苦樂，病生於筋，治之以熨引。」

5.《醫宗金鑑》

「有筋強、筋柔、筋歪、筋正、筋寒、筋熱、筋走、筋翻之分，必先審其或為跌墮，或為打仆，或為撞壓，然後依法而治之。」

腕筋（傷痺）

1.《素問·痺論》

(1)「風寒濕三氣雜至，合而為痺也，其風氣勝者為行痺，寒氣勝者為痛痺，濕氣勝者為著痺也。」

(2)「以冬遇此者為骨痺，以春遇此者為筋痺，以夏遇此者為脈痺，以至陰遇此者為肌痺，以秋遇此者為皮痺。」

2.《症因脈治·痺證》

「痺者，閉也。經絡閉塞，麻痺不仁。或攻注作疼、或凝結關節、或重著難移，

手足偏廢，故名曰痺。」

3.《類證治裁·痺症》

(1)〔骨痺〕即寒痺痛痺也，苦痛切骨。（安腎丸）

(2)〔筋痺〕即風痺也，風熱攻注，筋弦脈緩（羚羊角散）。若溼邪入筋（續斷丹）。

五、診斷要點：

病史及理學檢查：好發於手工操作者，女性多於男性。好發於家庭婦女及長期從事腕部操作者。橈骨莖突部疼痛，腫脹隆起。疼痛在拇指及腕部活動時加重，疼痛可向手肘、肩等處放散。腕部橈骨莖突處疼痛，握力減弱，當外展拇長肌和伸拇短肌處在緊張狀態時疼痛為甚。橈骨莖突處壓痛，有時局部可觸及質地堅硬的結節，疼痛明顯。握拳尺偏試驗陽性（Finkelstein Test），即患者拇指在內握拳，其向尺側屈曲，出現橈骨莖突處疼痛加劇為陽性。

X光檢查可作鑑別診斷。

六、綜論：

鑑別診斷：

- 1.腕關節扭傷及勞損：傷部壓痛，不限於橈骨莖突部，握拳尺偏試驗陰性。
- 2.下尺橈關節扭傷：下尺橈關節穩定性減弱，握物無力，有擠壓痛，異常錯動感，旋腕可出現響聲，前臂旋前尺骨小頭向背側突出。X光片顯示下尺橈關節間隙大於2毫米。
- 3.腕舟骨骨折：腕橈側深部疼痛，鼻咽壺部腫脹及壓痛，第一、二掌骨遠端扣擊腕部痛陽性。X光外展位，常可明確診斷。

治療方法：

早期可採用非手術治療，包括局部固定、局部痛點注射、物理治療、熱敷、中藥薰洗、手法治療、針灸……等。

1.手法治療：

- (1)點穴：點患肢手三里、合谷、陽谿等穴，以疏通經絡。
- (2)按揉法：在橈骨莖突處，用拇指上下往返彈撥，按揉，拔伸拇指及作拇指內收、外展活動。
- (3)擰法：患者坐位，患腕拇指在上，醫者雙手握腕，雙拇握穩在上，兩拇向相反方向用力，交錯擰動數次，解黏時常可聞及「吱吱」或細碎響聲。
- (4)推捋法：醫者一手握患側腕，仿握拳尺偏試驗（Finkelstein Test）手形，拳向尺偏斜，用另一拇指近節由腕向臂，緩緩用力推捋。

2.針灸：常用穴：陽谿、合谷、手三里、列缺、太淵、阿是穴。

3.藥物治療：

- (1)外用藥：可選用行血寧痛膏外貼，急性期可選用如意金黃散外敷，慢性期可配合海桐皮湯薰洗患部。
- (2)內服藥：以活血化瘀，舒筋止痛為主，內服可選用疏經活血湯加減。

對保守療法無效並反覆發作而病情較長者，局部可觸及增厚的結節者，可行小手術作韌鞘鬆解術，術後再作腕和指關節的屈伸運動的復健，以保證肌腱的正常活動。

注意事項：

- 1.急性期不宜用手法，以制動固定，適當休息為宜。
- 2.手法治療多用於慢性期。重點在橈骨莖突部，用拇指上下往返彈撥，按揉。拔伸拇指及作拇指內收、外展活動。
- 3.橈骨莖突狹窄性韌鞘炎反覆發生，影響腕部功能，傷科處置效果不明顯者，宜會診西醫處置，以恢復腕部之功能。

腱鞘囊腫—滑膜、肌腱及滑液囊之腱鞘瘤及囊腫 *Ganglion and cyst of synovium, tendon and bursa*

一、本書編號：813

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：727.4/M67.4

三、現代醫學病名及定義：

多因勞累或外傷加重了原有病變才引起注意。囊腫外層為緻密的纖維組織，內層光滑，內容為黏性膠凍狀液體。有人認為是關節囊或腱鞘的黏液樣變性，或由於結締組織膠樣變化所致。本病多見於青年和中年，女性多於男性。好發於腕部背側，其次為腕部掌側或手掌遠端附近。足背部於足背動脈附近。膝關節的側面和膕窩等處亦常可發生。患者自覺局部酸痛或疼痛，囊腫生長緩慢，發生於皮下，呈圓形或橢圓形，大小不一，突起於表皮，質軟而伴有張力感。發生於腕部背側和足背部者，一般約 2~3cm 之大小。在膝關節的側面和膕窩部的囊腫比其他部位大，並常見多房性。發生在手掌遠端屈指肌腱鞘上者，如米粒或黃豆大，硬如軟骨，手握物或按壓時疼痛。個別可發生於腕管或小魚際者，可壓迫正中神經或尺神經，而引起感覺障礙或肌肉麻痺。

少數囊腫可自行吸收不再復發。但多數囊腫持續存在或進行性增大，多數病例經多種方法治療後，仍有復發可能。

四、中醫相關病名及文獻出處：

中醫認為本病多為外傷筋膜，邪氣所居，鬱滯運化不暢，水液積聚於骨節經絡而成。其相關病名和文獻出處如下：

聚筋

《外科啟玄·筋瘤贅》

「筋蓄則屈屈於瘤。久久漸大。大凡瘤根細小。可以芫花煮細扣線繫之。日久自落。或利刀去之。如治血瘤法亦妙。內服補養之劑。外以太乙貼。」

筋瘤

1. 《醫學正傳·瘡瘍》

「瘤者，氣血凝滯結聚而成，或如桃李，或如瓜瓠。其名有六：曰骨瘤，曰脂瘤，曰膿瘤，曰血瘤，曰筋瘤，曰風瘤，以其中各有此物而名之也。以上諸瘤，通用龍珠膏治之。」

2. 《外科樞要·論瘤贅》

「《內經》云：肝統筋而藏血，心主血而主脈，脾主肉而統血，肺主氣而司腠理，腎統骨而主水。若怒動肝火，血涸而筋攣者，其自筋腫起。按之如筋，久而或有赤縷，名曰筋瘤。用六味地黃丸、四物、山梔、木瓜之類。」

3. 《外科心法要訣·癭瘤》

「凡癭多生於肩項兩頤，瘤則隨處有之。夫肝統筋，怒氣動肝，則火盛血燥，致生筋癭、筋瘤，宜清肝解鬱，養血舒筋，清肝蘆薈丸主之。」

五、診斷要點：

病史及理學檢查：有外傷史或慢性勞損史。主要症狀為局部腫塊，緩慢發生或偶然發現，局部酸脹不適，握物或按壓時可有痛感。好發於腕背及腕掌面的橈側，掌指關節的掌側面，足背動脈附近等處。腫塊小至米粒，大至乒乓球不等，半球型，光滑，與皮膚無黏連，但附著於深處的組織，活動性較小，有囊性感。用針管穿刺腫物，可抽出膠凍樣黏液物，可以確診。

六、綜論：

鑑別診斷：

1. 滑膜囊腫：類風濕性關節炎之併發症。炎症過程較廣泛，病變範圍較大，基底部較寬廣。關節呈梭形腫脹。
2. 腕背隆突症候群：位於第 2、3 腕掌關節背側隆突，過度背伸和抗阻力時症狀加重。X 光片可見關節間隙狹窄、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，橫行均勻腫脹，腕舟骨功能受限，壓痛，有積液波動感。常合併韌帶損傷症狀。

治療方法：

1. 手法治療：
 - (1) 歸擠法：扣擠按壓囊腫。
 - (2) 按壓法：刮筋按壓囊腫。
2. 針刺法：
 - (1) 三稜針點刺加毫針法：以三稜針點刺囊腫頂部，用毫針點刺局部 3~5 針。
 - (2) 針刺加灸：針刺囊腫後於針尾加灸。
3. 手術治療：經保守療法治療無效並反覆發作者，可用手術將整個囊腫切除。

注意事項：

1. 出現症狀後應即時治療，無論手術或非手術療法，預後均有復發現象。術後，常規加壓包紮 2~3 週，以防復發或減少復發。
2. 囊腫反覆發生，傷科處置效果不明顯，考慮會影響腕部功能時，宜會診西醫。

梨狀肌症候群---肌痛、肌炎、肌膜炎 *Piriformis syndrome—myalgia, myositis and fasciitis*

一、本書編號：814

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：729.1/M60,M67,M79.1

三、現代醫學病名及定義：

由於下肢扭傷或肩負重物或久站久蹲，感受風寒都能使梨狀肌受損傷。因損傷外力的大小不同可使梨狀肌肌膜和部份纖維斷裂，有時出現腫脹並波及坐骨神經等；有時因小骨盆的炎症也能引起梨狀肌症狀，如臀部酸痛、發沉、還可能出現小腿外側疼痛或腓總神經麻痺症狀。久之還能引起臀大肌、臀中肌萎縮、造成坐骨神經痛。

四、中醫相關病名及文獻出處：

臀部（傷筋）

1.《素問·五臟生成》

「諸筋者，皆屬於節。」

2.《靈樞·經筋》

(1)「頰筋有寒，則急引頰移口；有熱則筋弛縱緩，不勝收故僻。」

(2)「足陽明筋病，頰筋有寒則急，引頰移口，有熱則筋弛，縱緩不勝收，故僻。」

3.《本草綱目》

「肝氣熱為筋癢，則筋急而攣。」

4.《丹溪心法》

「形志苦樂，病生於筋，治之以熨引。」

5.《醫宗金鑑》

「有筋強、筋柔、筋歪、筋正、筋寒、筋熱、筋走、筋翻之分，必先審其或為跌墮，或為打仆，或為撞壓，然後依法而治之。」

五、診斷要點：

病史及理學檢查：患者多有遭受風寒史、髖關節過度內外旋、外展等扭傷史或慢性勞損史。坐骨神經痛或臀部疼痛：腰臀部或臀部困痛，伴有大腿後側、小腿外側放射性痛，偶有小腿外側及足背外側麻木，行走、大小便、重咳時臀腿痛加重。髖部內旋、外收受限，並可加重疼痛。嚴重者臀部刀割樣劇痛，行走、坐臥困難。俯臥位按壓臀部梨狀肌可觸到橫條較硬或隆起的梨狀肌，呈條索狀或有緊張感，明顯壓痛，伴有同側坐骨神經放射痛。直腿抬高試驗 60 度以內有疼痛，超過 60 度時反而減輕。

梨狀肌緊張試驗：下肢被動內旋或內收時，可加重疼痛出現臀部困痛並出現患肢放射痛。病程較長時，可顯示臀肌及小腿肌肉萎縮，小腿外側皮膚感覺減退或過敏。

X 光檢查可排除髖部疾病。

六、綜論：

治療方法：

1. 手法治療：

- (1) 滾法：患者俯臥，先用滾法於梨狀肌部位作放鬆肌肉。
- (2) 一指禪推法：患者俯臥，於梨狀肌部位條索狀或壓痛點處，進行一指禪推。
- (3) 按壓彈撥法：患者俯臥，用拇指按壓梨狀肌部位，或用肘尖向下按壓片刻，再順梨狀肌纖維行走方向反覆進行局部按揉。

2. 針灸治療：常用穴：腰眼、環跳、秩邊、陽陵泉、承山、崑崙、阿是穴。

3. 藥物治療：

- (1) 外用藥：可選用止痛青草藥膏外敷或行血寧痛膏外貼，或海桐皮湯薰洗患部。
 - (2) 內服藥：以溫筋活絡為主，內服可選用獨活寄生湯、三痹湯、小活絡丹加減。
4. 痛點局部注射局部麻醉劑和類固醇。

注意事項：

1. 在施行傷科手法時，宜注意力量之拿捏，用力深壓梨狀肌時，不宜力量過重或過猛。
2. 平常除熱敷外，可請病患作患肢外展、蹲下等活動，以舒通筋絡。
3. 治療期間宜避免負重工作，以免影響療效。

鑑別診斷：

1. 腰椎間盤突出症：直腿抬高試驗、足過度背屈試驗陽性，X 光檢查及 CT 或 MRI 檢查可加以鑑別。
2. 腰椎管狹窄症：亦有腰腿痛，並有典型的間歇性跛行，腰後伸時疼痛加重，休息後症狀減輕，X 光檢查及 CT 或椎管攝影檢查可加以鑑別。
3. 髌關節疾病：直腿抬高試驗陰性，「4」字試驗陽性，X 光檢查亦可以鑑別。
4. 坐骨神經炎（痛）：直腿抬高試驗、足過度背屈試驗陽性，X 光檢查及 CT 可加以鑑別。

足部肌膜炎 *Fascitis of foot*

一、本書編號：815

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：729.4/M67.9,S99

三、現代醫學病名及定義：

多由於外傷、勞損或感受風寒引起本病的主要因素，如長途跋涉，負重行走，運動過度，因職業關係站立太久，使蹠腱膜長期承受過度的牽拉而發生慢性損傷。

四、中醫相關病名及文獻出處：

足部（傷筋、勞損）

1.《素問·五臟生成》

「諸筋者，皆屬於節。」

2.《靈樞·經筋》

(1)「頗筋有寒，則急引頰移口；有熱則筋弛縱緩，不勝收故僻。」

(2)「足陽明筋病，頰筋有寒則急，引頰移口，有熱則筋弛，縱緩不勝收，故僻。」

3.《本草綱目》

「肝氣熱為筋痿，則筋急而攣。」

4.《丹溪心法》

「形志苦樂，病生於筋，治之以熨引。」

5.《醫宗金鑑》

「有筋強、筋柔、筋歪、筋正、筋寒、筋熱、筋走、筋翻之分，必先審其或為跌墮，或為打仆，或為撞壓，然後依法而治之。」

五、診斷要點：

病史及理學檢查：足部外傷或長期負重行走等勞傷史。足根下或足心部疼痛，足底有緊張感，不能久行，勞累則痛，得熱則舒，遇寒加重。跟骨結節前緣或足心部壓痛。前足被動背伸，牽拉腱膜時疼痛加重。

X光檢查可排除骨性疾病。

六、綜論：

治療方法：

1.手法治療：

(1)點按法：點按陰谷、陰陵泉、築賓、三陰交、太谿、照海、然谷、湧泉等穴。

(2)點按、揉捻法：以拇指點按、揉捻痛點。

(3)擦法：以小魚際用擦法使足底發熱。

2.針灸治療：常用穴：陰陵泉、三陰交、太谿、照海、然谷、八風穴。

3.藥物治療：

(1)外用藥：可選用海桐皮湯或八仙逍遙湯薰洗患部。

(2)內服藥：宜活血舒筋、通絡，內服可選用加味健步丸、濟生腎氣丸加減。

注意事項：

注意足部保暖，免風寒侵襲。急性期應適當休息，避免劇烈運動。症狀緩解後，宜逐漸進行足底肌肉收縮鍛鍊，增強肌力。

鑑別診斷：

1.蹠骨骨折：局部壓痛明顯，觸及可有異常活動或骨擦音，X光可明確診斷。

2.血管阻塞性疾病引起的足痛：有間歇性跛行，足背動脈搏動減弱或消失，足部發涼，有缺血性改變。

痙攣 Cramp

一、本書編號：816

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：729.82/R25.2

三、現代醫學病名及定義：

痙攣是指肌肉不自主且強力的收縮，可發生於任何一條骨骼肌上面，影響到一條或多條肌肉，最常見痙攣的肌肉包括了小腿後側的腓腸肌、大腿後側的縫匠肌以及大腿前側的股四頭肌。此外也出現在手、腳、手臂、腹部和胸腔肌肉，嚴重程度可從輕微的抽搐到劇烈的疼痛，持續時間從數秒鐘到 15 分鐘以上。幾乎每個人都可能發生痙攣，可在運動、休息、甚至睡眠中發作，但高危險群是嬰幼兒、老年人、病人、肥胖、過累、過勞或懷孕，特別是老年人從事過劇的體力活動，以及參加馬拉松等耐力型比賽的選手。至於本病的病因，有人認為是肌肉疲勞、供氧不足且乳酸等廢物產生太多造成，而過熱、過冷、脫水或電解質不平衡也會造成痙攣，有些是因為藥物如鋰鹽或酒精、破傷風、多發性肌炎、神經血管炎等疾病所致。

四、中醫相關病名及文獻出處：

轉筋

1. 《金匱要略·跌蹶手指臂腫轉筋陰狐疝蚘蟲病脈證並治》

「轉筋之為病，其人臂腳直，脈上下行，微弦。」

2. 《類證治裁·霍亂論治》

「陽明屬胃大腸，以養宗筋，吐瀉津液暴亡，宗筋失養，輕者兩腳轉筋而已，重者遍體轉筋入腹……。」

轉筋候

《諸病源候論·霍亂病諸候·轉筋候》

「轉筋者，由榮衛氣虛，風冷氣搏於筋故也。……若血氣不足，陰陽虛者，風冷邪氣中於筋，隨邪所中之筋，筋則轉。」

腳攣急

《傷寒論·辨太陽病脈證並治》

「傷寒……腳攣急……，更作芍藥甘草湯與之，其腳即伸……。」

五、診斷要點：

痙攣的現象以病人的主訴為主，觸診時，可摸到患處肌肉有繩結（knot）的現象，而且可藉由他人之助力，被動伸展該肌肉而得到緩解。

肌電波的檢查呈現運動單元（motor unit）的放電頻率（discharge frequency）太高。如果合併有肌肉無力現象，則可推定無力是由下運動神經原（lower motor neuron）所引起。

雖然此病本身大半是良性的，但有時會是由某些嚴重的問題所引起，包括循環、神經、新陳代謝、內分泌、營養或藥物所致；也可能是許多疾病的一種表現，例如肝

硬化、慢性感染、甲狀腺疾病、尿毒症、脊椎狹窄、動脈硬化、下肢靜脈曲張、神經根疾病等等，這些都須加以鑑別診斷。

六、綜論：

本病是肌肉不自主的收縮所引起，絕大部份都可自行痊癒，而一般性的自我照護方面包括停止目前會引起痙攣的活動，輕柔地伸展及按摩痙攣的肌肉，熱敷或冷敷緊繃疼痛的肌肉。若是常常出現痙攣現象，則可在運動前先做暖身運動，避免過劇活動，並追查有無其他疾病的可能性，治療藥物可使用穩定細胞膜之類的藥物，並多補充水份和電解質。

中醫方面的治療可配合按摩、推拿、針灸、藥物併用，例如常見的小腿腓腸肌所通過的經絡以膀胱經為主，可以用局部取穴，如委中、承山、崑崙，加「八會穴」中的「筋會陽陵泉」以達療效。藥物方面，可加用木瓜舒筋活絡，以芍藥甘草湯來緩解腳攣急。

急性骨髓炎 *Acute osteomyelitis*

一、本書編號：817

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：730.0/M86.0-M86.2

三、現代醫學病名及定義：

急性骨髓炎是由細菌或黴菌所引起的骨髓急性化膿性感染，多發生於長骨的幹骺端，嚴重時可引發敗血性休克而造成死亡。本病大部份發生於小孩身上，如果發生在成人身上，則該成年人可能是因為疾病或藥物使自身的免疫力下降；一般致病的微生物通常是金黃色葡萄球菌，另外，次常見的是化膿性鏈球菌或肺炎葡萄球菌；小孩若小於4歲，則嗜血性流感桿菌較為常見；臨床症狀有嚴重疼痛、疲倦以及發熱，病患拒絕患肢被移動或觸摸，通常會併發淋巴腺病變，另外，必須謹記的，X光檢查在骨髓炎的前10天時，並看不出異常病變。

四、中醫相關病名及文獻出處：

骨蝕、骨脛疽、附骨疽、附骨癰

1.《靈樞·刺節真邪論》

「虛邪之入於身也深，寒與熱相搏，久留而內著，寒勝其熱，則骨疼肉枯；熱勝其寒，則爛肉腐肌為膿，內傷骨為骨蝕。」

2.《靈樞·癰疽》

「發於股脛，名曰股脛疽，其狀不甚，變而癰膿。搏骨，不急治，三十日死矣。」

3.《瘡瘍經驗全書·附骨證治》

「夫附骨癰者，即貼骨癰也，皆附骨貼肉而生，……此證之發，因盛暑身熱，賊風入於骨節與熱相搏，復遇冷濕所折或居勞太過，兩足下水或坐臥濕地，身體虛弱而受寒邪，致風熱伏結壅遏，附骨成疽，著大骨節間，其急者，身不得動、按之應骨，痛經日，覺皮肉生急，洪洪如肥狀。」

4.《外科精義·論附骨》

「天附骨疽者，以其毒氣深沈，附著於骨也。」

5.《證治準繩·附骨疽》

「凡患流注，表未盡則餘毒附骨而為疽，在股外，足太陽陽明經，在股內屬厥陰足少陰經，又云風濕折熱，熱結而附骨成疽。」

6.《外科正宗·附骨疽治法》

「初起發熱惡寒，身體拘急，腿腳腫痛，浮緊者宜散之，已成腿腳腫痛，皮色不變，上下通腫者宜散寒溫經絡。」

7.《景岳全書·附骨證論治》

「附骨疽一證、近俗呼為貼骨癰，凡疽毒最深而結聚於骨際者，皆可謂之附骨疽，尤惟兩骨間肉厚處，乃多此證，蓋此證之因，有勞傷筋骨而殘損其脈者，有恃酒入房而因燻其陰者，有憂思鬱怒而留結其氣者；有風邪寒溫而湊滯其經

者。」

8.《瘍科心得集·辨附骨疽·附骨痰·腎俞虛痰論》

「附骨疽者，俗呼爲貼骨癰，生大腿外側骨上，此陰寒之證也。」

五、診斷要點：

細菌學檢查：可抽取病灶膿液或藉血液培養來確定致病菌並做相關之抗生素的敏感測定。

放射線檢查：對病灶做 X 光檢查，可見典型之海綿質骨樑破壞痕跡。

六、綜論：

急性骨髓炎多是經由細菌等微生物感染所致，微生物可經由下列三種途徑之一抵達骨骼而引起感染血行性蔓延。血行性蔓延，自一發生至感染的鄰接部位進行擴展，經由創傷（包括手術）而直接侵入骨骼。而急性骨髓炎其前驅因素有：

年齡因素：嬰兒與幼童較多。

性別因素：以男性較多。

外傷因素：當有直接受撞傷的遠因。

位置因素：長骨的幹骺端，骨的活動性生長端（如脛骨近端，股骨遠端等）。營養不良或因爲周圍環境衛生不良，傳染病的潛在原因（如癰、扁桃腺炎）。

而其主要原因，以溶血性金黃色葡萄菌爲最多，鏈球菌較少，流行感冒桿菌，其他病原菌如大腸桿菌、胞囊產氣桿菌，由壞死傷口侵入或由於肺炎菌、傷寒菌等。

就文字上的意義而言，骨髓炎乃表示骨頭本身與其骨髓的發炎；不論其是由化膿性細菌、結核病、梅毒、特殊病毒或異物存在（如子彈碎片）所引起等，然而，一般認爲該名詞主要用於化膿性細菌的感染而言，較少用於結核病或梅毒所引起的肉芽腫性感染；此種感染乃因侵犯骨髓腔，哈氏管與骨膜下間隙，而骨本身的感染則爲其次。

有關急性骨髓炎之症狀方面：

前驅性的感染一般是不存在的，一旦發生骨髓炎，最重的急性病症就產生；小孩會激動不安無法安靜，且抱怨頭痛、嘔吐、抽筋或畏寒、高燒、脈搏過速，白血球高達三萬以上，肢體呈半收縮狀，周圍肌肉痙攣，同時因疼痛而阻止被動性的運動；因痛再度復發而至呼喊或哭泣，初期無腫脹現象，而於隨後數天內感染部位的軟組織紅腫，骨膜下膿瘍形成。在骨膜被侵犯前，受犯的幹骺端有局部性的觸痛，在炎性症狀出現後，觸痛相當明顯，波動性不易被發現直到膿液滲出骨膜外，鄰近關節所增的滲出液證明了大部份的病例，因交感神經性骨囊炎而產生無菌性的透明液，若感染與敗血症未被控制，孩童甚至會昏迷或死亡。

急性骨髓炎在中醫文獻上稱爲附骨疽，或附骨癰，也有稱之爲貼骨癰者，早在《內經》時期即有此病的記載，當時稱爲骨蝕或以其好發部位而稱爲股脛疽，此病在當時的醫療條件下，致死率應是蠻高的，所以，《靈樞·癰疽》提到若「不急治，三十日死矣」，此後各醫家對其病因也多所闡發，可分爲外邪感染與正氣虛弱兩方面。另外從文獻上看，中醫所謂之「附骨疽」包括了細菌所致的化膿性感染和結核

菌等所致之肉芽腫性感染。

本病乃屬致死率較高的病症之一，所以，結合中西醫治療對病人有較大的保障，可用清熱解毒，抗菌消炎之中藥，或抗生素，配合現代醫學之支持療法，則此病必可獲得良好之控制。

慢性骨髓炎 *Chronic osteomyelitis*

一、本書編號：818

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：730.1/M86.3-M86.6

三、現代醫學病名及定義：

慢性骨髓炎（Chronic osteomyelitis）乃是骨組織之慢性化膿性疾病。感染的骨組織增生、硬化、壞死、死腔、包殼、瘻孔、竇道、膿腫並存，反覆化膿，纏綿難癒。多由急性骨髓炎治療不徹底或不及時轉變而來。通常是由細菌感染而來，病毒與黴菌亦可以引起。常見的致病微生物有金黃色葡萄球菌、大腸桿菌、化膿性鏈球菌，如果有異物植入所引起的，其致病微生物通常是表皮葡萄球菌；該病臨床症狀有疼痛、發熱、腫、紅，反覆發作，或者有一個會分泌的竇腔。

四、中醫相關病名及文獻出處：

骨疽、骨蝕

1.《靈樞·刺節真邪》

(1)「虛邪之入於身也深，寒與熱相搏，久留而內著，寒勝其熱則骨疼肉枯，熱勝其寒則爛肉腐肌為膿，內傷骨，內傷骨為骨蝕。」

(2)「有所結，深中骨，氣因於骨，骨與氣併，日以益大，則為骨疽。」

2.《靈樞·癰疽》

「熱氣淳盛，下陷肌膚，筋髓枯，內達五臟，血氣竭，當其癰下，筋骨良肉皆無餘，故命曰疽。」

肌脛疽

《靈樞·癰疽》

「發於股脛，名曰股脛疽。其狀不甚，變而癰膿。搏骨，不急治，三十日死。」

附骨疽

1.《諸病源候論·癰疽病諸候下·附骨疽候》

「附骨疽者，由當風入骨解，風與熱相搏，復遇冷濕，或秋夏露臥，為冷所折，風熱伏結，壅遏附骨成疽，喜著大節解間，丈夫及產婦、女人，喜著鼠髻髻頭胝膝間，嬰孩嫩兒，亦著髀骨肘背脊也。」

2.《備急千金要方·癰毒腫方·癰疽》

「凡附骨疽者，以其無破，附骨成膿，故名附骨疽。喜著大節解中，丈夫、產婦，喜著胝中，小兒亦中脊背。大人急著者，先覺痛，不得動搖，按之應骨痛，經日便覺皮肉漸急，泱腫如肥狀是也。」

3.《丹溪心法·癰疽》

「環跳穴痛，防生附骨疽。」

4.《外科精義·論附骨》

「夫附骨疽者，以其毒氣深沈，附著於骨也，此疾與賊風相類而不同，人不能辨，治之誤矣，蓋附骨疽者，夏秋露臥為冷折之，風熱伏結，附骨成疽。」

5. 《醫案·附骨疽》

「附骨疽，有因露臥風寒，深襲於骨者，有因形氣損傷不能起發者，有因剋伐之劑，虧損元氣不能發出者，有因外敷寒藥，血凝結於內者。」

6. 《醫林集要·附骨疽》

「附骨疽乃流注之敗證也，如用涼藥，則內傷其脾，外冰其血。」

7. 《證治準繩·附骨疽》

「凡患流注，表未盡則餘毒附骨而為疽，在股外屬足太陽，陽明經，在股內屬足厥陰足少陰經，又云風濕折熱，熱結而附骨成疽。」

8. 《外科正宗·附骨疽論》

「夫附骨疽者，乃陰寒入骨之病也。人之氣血壯實，強過寒冷而邪不入骨。凡入者，皆由體虛之人，夏秋露臥，寒濕內襲；或房欲之後，蓋覆單薄，寒氣乘虛入裡，遂成斯疾。初起則寒熱交作，稍似風邪，隨後臀腿筋骨作痛，不熱不紅，痛至徹骨，甚則屈伸不能彎側。日久陰變陽，寒化為熱，熱甚而腐肉為膿，此疽已成也。」

9. 《景岳全書·附骨證論治》

「附骨疽一證，近俗呼為貼骨癰，凡疽毒最深而結聚於骨際者，皆可謂之附骨疽，……蓋此證之因有勞傷筋骨而殘損其脈者，有恃酒入房而因燻其陰者，有憂思鬱怒而留結其氣者，有風邪寒濕而湊滯其經者。」

10. 《醫宗金鑑·外科心法要訣·股部·附骨疽、咬骨疽》

「附骨大腿外側生，在腿裡側咬骨名，體虛寒濕乘虛入，寒熱往來不焮紅，痛甚徹骨難屈轉，寒濕化熱腫胖形。」

11. 《瘍科心得集·附骨疽附骨痰腎俞虛痰論》

「附骨疽者，俗呼為貼骨癰，生大腿外側骨上，此陰寒之證也。凡人環跳穴處，無故酸痛，久而不癒者，便是此證之兆。蓋由元氣素虧，風邪寒濕，乘虛入裡，絡脈被阻失和，致血凝氣滯而發，始時臀腿間筋骨酸疼，甚者曲伸不能轉側，不紅，不熱，皮毛不變。身體乍寒乍熱，而不能作汗。積日累月，漸覺微微腫起，陰變為陽，寒化為熱，熱甚則腐肉為膿，此疽已成也。謂之附骨者，以其毒氣深沉，附著於骨也。腎主骨，腎經陽和之氣不足，故腎部墜道，骨縫之間，氣不宣行，而陰寒之邪得深襲伏結，而陰血凝滯，內鬱濕熱為潰為膿。」

五、診斷要點：

X光檢查，骨髓炎性反應骨質破壞，有死骨空腔包殼形成。

確立診斷需分離出致病微生物，若血液培養為陰性，而須做穿刺或切片檢查，常見為金黃色葡萄球菌，其次為嗜氧性革蘭氏陰性桿菌。

放射性物質掃描：利用 $^{99m}\text{Tc-HDP}$ 可見到骨頭活性區域。

電腦斷層掃描和核磁共振攝影，可顯示出骨頭被破壞的區域大小。

六、綜論：

急性骨髓炎治療不及或不徹底時而轉變為慢性期，常有一個或多個瘻管，時癒時發，經久不癒，反覆排出膿液或死骨，瘻管周圍皮膚色素沈著及癍痕組織。如果膿液引流不暢，局部腫脹疼痛加劇，出現發熱和全身不適等症狀。經年日久局部肌肉萎縮，全身體形瘦弱，面色㿔白，神疲乏力，食慾減退，畏寒肢冷，盜汗頭暈，腰酸膝軟，身體倦怠，舌質淡，苔白，脈細弱等，脾腎陽虛及氣血虛症狀。X光片表現為骨質不規則增厚和硬化。有殘留的骨吸收區或空洞，其中可有大小不等的死骨，有時看不到骨髓腔。慢性骨髓炎可併發病理性骨折、肢體畸形、關節強直等併發症。

慢性骨髓炎，綜上所述，相當於中醫之「骨疽」、「附骨疽」之屬。其間由於患病部位的不同，又可分為：

- 1.附骨疽：生在大腿外側。
- 2.咬骨疽：生在大腿內側。
- 3.多骨疽：生在手足腿膊，潰破後出朽骨者。
- 4.股脛疽：只生在股脛部者。

脊椎結核病 *Tuberculosis of spine*

一、本書編號：819

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：730.4/M49.0

三、現代醫學病名及定義：

脊椎結核（Pott's disease）佔全身骨關節結核首位，在整個脊椎中，最常見於下胸椎及腰椎，感染始於椎體的海綿骨區，可在中央、前方發生，常有滲出反應（exudative reaction）及充血，進而造成嚴重的骨質疏鬆症，於是椎體變軟而禁受不住壓力，在胸椎的正常後彎曲線使椎體前方受壓較大，故此段的楔形化主要為前方變窄，若是有某一胸椎體被壓扁，則會有成角的駝背；而在正常前彎的頸椎及腰椎，重心向後移，壓力較小，所以楔形化極為輕微。其臨床表現通常為該病人有長期的疾病狀態，並且背痛，有些病例其駝背的很明顯，有時可在鼠蹊部有膿瘍，或者有下肢偏癱或無力感。

四、中醫相關病名及文獻出處：

骨痿

《素問·痿論》

「腎氣熱，則腰脊不舉，骨枯而髓減，發為骨痿。」

骨疽瘰癧

《諸病源候論·瘰癧諸候·骨疽瘰癧》

「初腫後乃破，破而還合，邊旁更生，如是或六、七度，中有膿血，至日酉痛發，如有針刺。」

流痰

《外證醫案匯編·流痰·附論》

「流痰者，方書皆云流注。流者，流行；注者，住也。人之氣血與天地合同，周流不息，循環無端。內經云：天宿失度，日月薄蝕，地經失紀，水道流溢，徑路不通，五穀不殖，民不往來。巷聚居邑，則別離處，氣血猶然。氣滯血壅，則生癰腫。以癰疽概而言也，氣血注而為癰。發無定處，隨在可生，八九、四五、二三塊不等，無穴可以立名，故曰流注。先哲已有深意焉，吾吳中皆曰流痰，更有精義。人之津液，灌溉肌肉、經絡、筋絡之間，如天地之水，無微不至，遇隙即入，遇壑即歸，一有壅滯，阻而不行，經脈澀而不通，衛氣歸之，不得復反，肌肉、脈絡、骨節、骨空等處，一有空隙之處，津液乘虛滲入，如水之遇隙而入，遇壑而歸也，如海道迥薄之處，蓄則凝結為痰，氣漸阻、血漸瘀，流痰成矣。痰阻於皮裡膜外，氣多肉少之處，無血肉化膿。有形可憑，即成痰塊、痰胞、痰核、痰疽等症。痰凝於肌肉筋骨骨空之處，無形可徵，有血肉可以成膿。即為流痰、附骨陰痰等症。況流痰一症，脾虛濕痰，凝滯最多，或病後餘毒，稽留肌肉之內，或欲後寒氣襲於經絡之中，或因氣阻，或因血凝，若正氣盛，陽氣宣通，隨阻隨散，正氣虛，經脈澀滯，隨注隨壅，屢發屢止，或潰或癒。雖云外證，俱

從內生。」

腎俞虛痰

《瘍科心得集·辨附骨疽·附骨痰·腎俞虛痰論》

「初起或三日一寒熱或五日一寒熱，形容瘦損，腿足難以屈伸，有時疼痛，有時不痛，骨酸漫腫，朝輕暮重，久則漸漸微軟，似乎有膿，及刺破後，膿水清稀，或有豆腐花塊隨之而出，腫仍不消，元氣日衰，身體縮小，而顯雞胸龜背之象。」

龜背痰

《醫門補要·腰痛日久成龜背痰》

「脾腎二虧，加之勞力過度，損傷筋骨，使腰胯隱痛，惡寒發熱，食少形瘦，背脊骨中凸腫如梅，初不在急，漸至背偻項縮，蓋腎衰則骨痿，脾損則肉削，但龜背痰已成，癒者甚寡，縱保得命，遂為廢人。」

五、診斷要點：

X光檢查：X光片有診斷意義，在鬆質骨的結核中有壞死型及溶骨型兩種，壞死型多發現於鬆質骨中心，骨小樑模糊，密度增加及出現死骨。死骨吸收後成空洞，病變在鬆質骨邊緣時，則表現溶骨性改變，死骨較少。骨幹結核則表現為骨質增生，如洋蔥皮樣。幹骺部結核則兼有鬆質骨與骨幹結核的特點。觀察時，仔細檢閱脊柱X光片，注意生理弧度的改變，椎體六緣八角的改變，椎間隙有無狹窄，椎體有無磨砂玻璃樣改變或空洞形成。同時注意椎弓的改變，椎體軟組織有無增大陰影等改變，並要仔細觀察鄰近諸骨有無病變。

紅血球細胞沉降速率：骨關節結核可見血沉加快，高者可達 100 mm/1 小時。

豚鼠接種試驗：陽性率高但費用較高。

結核桿菌培養：以骨與膿汁培養，其陽性率可達 77%，但費時較久。

手術探查及活檢，難於診斷的單純滑膜結核，或椎體結核，可作手術探查及活檢，以便於明確診斷，或在手術治療時以活檢證實診斷。

電腦斷層掃描和核磁共振攝影，可以用來評估是否有壓迫到脊髓。

六、綜論：

脊柱結核早期，症狀不典型，往往易被忽視，臨床上發現很多病例，尤其是農村患者，在病早期，常按「風濕」、「腰勞損」等治療，而貽誤病情，因此要求我們早期診斷、早期治療。當病變已發展到一定程度，各種症狀和體徵均較明顯，X光片已有典型表現時，診斷一般不困難。診斷本病亦與其它骨關節結核一樣，應結合病史，臨床表現和X光檢查綜合分析。如確有困難，可手術探查或切取活檢，幫助明確診斷。

本病全身症狀：患者常有午後低熱、脈快、食慾不振、消瘦盜汗、疲乏無力等全身中毒反應，兒童常有性情急躁、不願活動、夜啼等。高燒、劇痛少見。

局部症狀：

- 1.疼痛：多為輕微鈍痛，休息減輕，勞累加重，發生病理骨折後，局部疼痛劇烈。
- 2.姿勢異常：病變部位不同，姿勢異常也各異，頸椎患者，喜歡用雙手托住下頷部，胸腰椎患者站立時盡量將頭及軀幹後仰，腰椎病變者，因怕彎腰，拾物試驗為陽性。
- 3.脊柱畸形：多為角狀後突畸形，側彎不常見。
- 4.脊柱運動受限：由於病椎周圍肌群的保護性痙攣，受累脊柱活動受限。
- 5.寒性膿腫：因椎體結核病程長，症狀有時不嚴重，不少患者因發現寒性膿腫就診，因此一旦出現寒性膿腫，要仔細查清膿腫來源，以便早期診斷治療。
- 6.壓痛及叩擊痛：因病變距棘突較遠，往往壓痛及叩痛不十分明顯。
- 7.脊髓受壓：有部份患者因出現截癱就診，即使患者沒有神經障礙的主訴，也要仔細檢查，以及時發現脊髓受壓現象，便於早期治療。

結核菌栓子主要通過動脈系統進入椎體，少數通過靜脈及淋巴管逆流。進入椎體的菌栓絕大多數被消滅，少數可發展為病灶，多數為單發（90%），病椎只有一個。約10%可多發，病椎有2~3個或3個以上。

脊椎結核在頸椎、胸椎、及腰椎之症候各有不同：

- 1.頸椎部：常有斜頸畸形，患者頭前傾，頸短縮，喜用雙手托住下頷部。頸部旋轉活動受限，膿腫發生在咽後壁及頸部兩側。
- 2.胸椎部：患者站立或走路時常以兩手支持腰脇，盡量將頭及軀幹後仰，坐位時喜用手扶椅，以減輕體重對受累椎體的壓力，脊柱後凸畸形，腫如梅李，身體縮小，漸至背偻、背駝，而顯雞胸龜背之象。膿腫位於脊柱兩側，可伴二便瀰留或失禁，兩足萎弱軟癱。
- 3.腰椎部：腰背挺如板狀，其痛似折，髀腿不能屈曲，該部結核患者從地上拾物時盡量屈膝及髖，避免彎腰，起立時用手扶大腿前方，腰椎前屈後伸、側彎活動均受限。小兒患此症，在俯臥時，如將兩腿向後拉高，則腰部不呈正常前凸曲線，而保持與大腿一齊抬起的狀態。膿腫還可出現在腎俞穴、下腹部二側、髂凹、腰三角、腹股溝及大腿。

本病早期稱「骨癘」或混於「陰疽」中論述至清代始稱為「流痰」，而後因流痰發病部位和形態不同，而有許多名稱。如生在背脊的叫龜背痰，生在腰椎兩旁的叫腎俞虛痰，生在髖關節部的叫環跳痰、附骨痰，生在膝部的叫鶴膝痰，生在足踝的叫穿拐痰，生在手指關節的叫蟻螂蛀等等。以上名稱雖異，但病因、症狀、治法、預後基本一致，故統稱為流痰。

肢骨結核病 *Tuberculosis of limb bones*

一、本書編號：820

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：730.5/A18.0

三、現代醫學病名及定義：

肢骨結核病是指結核桿菌侵入四肢骨或關節內在其中發育繁殖，並造成一系列的病理改變，若不及時治療，常可影響發育或造成殘廢。相對於化膿性感染，結核病會造成一種肉芽腫反應，使組織壞死和乾酪化。除了在流行地區較易診斷出結核病外，一般常會因沒想到本病而延誤治療，其特徵是：通常只影響一個關節或肢骨、明顯滑膜變厚、明顯肌肉萎縮、關節周圍骨質疏鬆。

四、中醫相關病名及文獻出處：

骨疽、骨癭、附骨疽

1. 《素問·痿論》

「腎氣熱、當腰脊不舉，骨枯而髓減，發為骨癭。」

2. 《靈樞·刺節真邪論》

「結深中骨、氣因於骨、骨與氣併、日以益大，則為骨疽。」

3. 《諸病源候論·癰疽病諸候下·附骨疽候》

「附骨疽者，由當風入骨解，風與熱相搏，復遇冷濕，或秋、夏露臥，為冷所折，風熱伏結，壅遏附骨成疽，喜者大節解門，……嬰孩嫩兒亦著髀肘背脊也。」

4. 《諸病源候論·癰疽諸候·骨疽癭》

「初腫後乃破、破而還合、邊傍更生，如是六、七度中有膿血，至日酉痛發，如有針刺。」

5. 《備急千金要方·癰毒腫方·癰疽》

「凡附骨疽者，以其無破，附骨成膿，故名附骨疽。」

6. 《丹溪心法·癰疽》

「環跳穴痛，附生附骨疽。」

7. 《醫學入門·附骨疽》

「賊風因風邪搏於骨髓，故其痛亦徹骨，遇寒則甚，外證惡寒有汗，痛處常欲熱熨，失治變為彎曲偏枯。」

8. 《醫林集要·附骨疽》

「附骨疽乃流注之敗證也。」

9. 《外科正宗·附骨疽》

「夫附骨疽者，乃陰寒入骨之病也，……凡入者，皆由體虛之人，夏秋露臥，寒濕內襲或房慾之後，蓋覆單薄，寒氣乘虛入裏，遂成斯疾也。初起則寒熱交作，稍似風邪，隨後臀腿筋骨作痛，不熱不紅，疼至徹骨，甚則屈伸不能轉側。」

附骨痰、流痰

1. 《瘍科心得集·辨附骨疽·附骨痰·腎俞虛痰論》

「附骨痰者，亦生於大腿之側骨上，為純陰無陽之證，小兒三歲、五歲時，先天不足，三陰虧損，又或因有所傷，致使氣不得升，血不得行，凝滯經絡，隱隱微痛，遂發此瘍。初起或三日一寒熱或五日一寒熱，形容瘦損，腿足難以屈伸，有時疼痛，有時不痛，骨酸漫腫，朝輕暮重，久則漸漸微軟，似乎有膿，及刺破後，膿水清稀，或有豆腐花塊隨之而出，腫仍不消，元氣日衰，身體縮小，而顯雞胸龜背之象。」

2. 《外證醫案匯編·流痰·附論》

「流痰者，方書皆云流注。流者，流行；注者，住也。人之氣血與天地合同，周流不息，循環無端。內經云：天宿失度，日月薄蝕，地經失紀，水道流溢，徑路不通，五穀不殖，民不往來。巷聚居邑，則別離處，氣血猶然。氣滯血壅，則生癰腫。以癰疽概而言也，氣血注而為癰。發無定處，隨在可生，八九、四五、二三塊不等，無穴可以立名，故曰流注。先哲已有深意焉，吾吳中皆曰流痰，更有精義。人之津液，灌溉肌肉、經絡、筋絡之間，如天地之水，無微不至，遇隙即入，遇壑即歸，一有壅滯，阻而不行，經脈澀而不通，衛氣歸之，不得復反，肌肉，脈絡、骨節、骨空等處，一有空隙之處，津液乘虛滲入，如水之遇隙而入，遇壑而歸也，如海道迥薄之處，蓄則凝結為痰，氣漸阻，血漸瘀，流痰成矣。痰阻於皮裡膜外，氣多肉少之處，無血肉化膿。有形可憑，即成痰塊、痰核、痰等症、痰凝於肌肉筋骨骨空之處，無形可徵，有血肉可以成膿。即為流痰、附骨陰痰等症。沉流痰一症，脾虛濕痰，凝滯最多，或病後餘毒，稽留肌肉之內，或欲後寒氣襲於經絡之中，或因氣阻，或因血凝，若正氣盛，陽氣宣通，隨阻隨散，正氣虛，經脈澀滯，隨注隨壅，屢發屢止，或潰或癒。雖云外證，俱從內生。」

五、診斷要點：

細菌學檢查：取病灶處膿液做顯微鏡檢與結核菌培養可鑑別感染源。

肢骨 X 光檢查：肢骨 X 光可見典型結核菌感染所造成之病灶。

活體組織病理檢查：必要時，在病灶處做切片病理檢查，可見典型結核菌病變。

六、綜論：

肢骨結核病在骨關節結核病中並不多見，其中以關節結核較多。本病好發於兒童和青壯年，病期很長且容易破壞骨骺和關節，故有殘廢之慮。

本病好發於機體抵抗力低的病人，其臨床表現為初期時，病灶侷限於一處，但覺隱隱疼痛，不紅不熱，但隨著膿液增多，壓力加大，膿液會沿著組織間隙向遠方流注，形成流注膿腫，最後可向體外穿破，嚴重時，病灶可破壞骨小樑或關節，造成病理性脫位和骨折，到晚期時，因肌肉的保護性痙攣，骨端的缺損和骨骺的發育障礙可發生各種關節畸形，造成殘廢。

本病在中醫文獻中，早期稱為骨疽、骨癭、附骨疽等病名，且早在《內經》時期即有記載當時認為本病乃腎氣熱所致，而到了隋唐時期，則認為本病乃外邪乘虛入骨所致，可見當時已清楚本病乃病菌感染骨關節所造成的，而到明清時期已將本病歸為陰寒之證，並提出了「附骨痰」、「流痰」等病名，將其從附骨疽，流注中分立出來，而在《瘍科心得》所描述，可說已充份認識本病的病程。

本病的預後，主要決定於是否早期發現和及時治療，以避免關節功能的喪失而徹底治癒本病。

骨質疏鬆症 *Osteoporosis*

一、本書編號：821

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：733.0/M80-M82

三、現代醫學病名及定義：

「骨質疏鬆症」這個名詞是骨骼會呈現多孔狀的意思。它是一種全身性的骨骼疾病，其特徵是骨骼基質的合成減少，加上骨骼瓦解速率的增加，於是造成骨質總量的減少。雖然病人的骨骼會變薄呈多孔狀，再加上骨質的短缺，不過那些既存的骨頭不但會完整的鈣化，而且其顯微鏡上的外觀也是正常的。

骨質疏鬆症是一種老人骨頭代謝疾病。其特性是骨頭總重量減少，但化學組成不變。骨質的再吸收能力超過骨骼形成，而使骨骼皮質部厚度縮小及骨小樑變薄，而增加骨骼疏鬆度。

骨質疏鬆是一種代謝性骨萎縮病，因骨組織減少而發生。由於骨母細胞活力減低，蝕骨細胞活力增加，造成蛋白基質的不足。雖然骨組織在性質上是正常的，但總骨量卻減少了很多；一般將骨質疏鬆症分成原發性骨質疏鬆症和次發性骨質疏鬆症，原發性骨質疏鬆症是一種生理性、年齡相關性的疾病，最常見的例子是婦女停經後所致的骨質疏鬆症，婦女會有駝背、背痛現象，X光可顯示出脊椎骨有壓縮和楔狀化，往往先以橈骨骨折為最先表現；次發性骨質疏鬆症則往往由於營養不良、內分泌疾病、藥物引起、惡性腫瘤以及原因不明所引起。

四、中醫相關病名及文獻出處：

虛勞

1.《素問·通評虛實論》

「精氣奪則虛。」

2.《素問·宣明五氣》

「五勞所傷，久視傷血，久臥傷氣，久坐傷肉，久立傷骨，久行傷筋。」

3.《難經·十四難》

「一損損於皮毛，二損損於血脈，三損損於肌肉，四損損於筋，五損損於骨。」

4.《諸病源候論·虛勞病諸候上·虛勞候》

「用五勞、六極、七傷來概括虛勞的病因。五勞，即志勞、思勞、心勞、憂勞和疲勞；六極，即氣極、血極、筋極、骨極、肌極、精極；七傷，即脾傷、肝傷、腎傷、肺傷、心傷、形傷、志傷。」

5.《景岳全書·新方八略·補略》

「凡氣虛者宜補其上，人參、黃耆之屬是也；精虛者，宜補其下，熟地、枸杞之屬是也。」

6. 《景岳全書·虛損》

「風虛損之由，……無非酒色勞倦，七情飲食所致。故或先傷其氣，氣傷必及於精；或先傷其精，精傷必及於氣。」

7. 《理虛元鑑·治虛有三本》

「理虛有三本，肺、脾、腎是也。」

8. 《證治匯補·虛損》

「虛者，血氣之空虛也；損者，臟腑之損壞也。」

五、診斷要點：

X 光檢查：在 X 光下，可見到脊椎骨體變得較透明，而且正常骨小樑結構消失，胸椎呈楔狀，腰椎體因椎間盤的壓力而形成雙凹形，有時胸腰椎會發生壓迫性骨折。

放射線學的表徵包括所有骨骼的普遍性疏鬆（但是以海綿骨中最明顯）、皮層骨變薄，以及畸型的發生—特別是在脊椎本體。

臨床表現：全身性骨質疏鬆症的症狀包括慢性和間歇性背痛（可能與重複性的微小骨折有關）以及其他的骨骼疼痛。病人常會表現不正常程度的駝背。

血清學檢查：實驗室檢查，血清生化無明顯異常，血清鈣和無機磷含量正常，鹼性磷酸酶略增高。如同時伴有軟骨病，則血磷、血鈣偏低，鹼性磷酸酶增高。

六、綜論：

骨質疏鬆是骨總質量減至低於機械性支持人體所需的水平骨總量以下，而在放射學攝影上呈現骨密度減少現象的病變。這種病變要和骨軟化之類的骨減少在組織學上區別，軟骨病是以骨礦物質化速率減低與具有寬大的類骨薄層為特徵，但是骨質疏鬆則每一單位體積骨骼之骨組織都缺少。

「骨質疏鬆症」是骨骼呈現多孔狀，為一種代謝性骨萎縮病。其特性為骨組織性質正常，而骨骼瓦解速率增加，導致骨總量減少。其原因包括：

1. 停經後和老化性骨質疏鬆。
2. 不用性骨質疏鬆症。
3. 骨發生不全症。
4. 老年人的性腺機能不足和食物中鈣質的攝取量不足。

中醫把骨質疏鬆症歸屬於虛勞之範疇。《醫門法律·虛勞門》云：「飲食少則血不生，血不生則陰不足以配陽，勢必五臟齊損。」脾主運化，腎臟陰精。可見該病與脾、腎兩臟關係密切。《理虛元鑑·治虛有三本》云：「脾為百骸之母，腎為性命之根，治肺治腎治脾，治虛之道準矣。」又「虛則補之。」故對骨質疏鬆之症應以調補脾腎為本。

中醫之病因病機：骨質疏鬆症可分為二型，即脾氣虛型及腎陰虛型。

1. 脾氣虛型：係飲食不節，損傷脾胃，久則脾胃功能日益衰弱，影響水穀精微之化生，氣血之生長，內不能和調於五臟六腑，外不能灑陳於營衛經脈，如上病人年老體弱，肢體少動，日久釀成本病。

2.腎陰虛型：腎主藏精，其充在骨，腎陰不足則骨無以充，故骨骼疼痛酸楚，而甚者，可見骨折。

此外，久臥亦能損傷神氣，引起臟腑不榮，氣血虧虛，衛外不固，外邪入侵，而漸致本病。

病理性骨折 *Pathological fracture*

一、本書編號：822

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：733.1/M84.4

三、現代醫學病名及定義：

骨折（fracture）可分為兩大類：即外傷性骨折和病理性骨折。引起病理性骨折的病因較多，如骨髓炎、佝僂病、骨纖維性結構不良、各種骨腫瘤、骨的轉移癌等均可引起病理性骨折。骨折發生後，兩斷端間通常有骨痂連接，骨痂呈一系列的組織學演變，包括骨質的再生與改建過程。一般需經 4~5 個月後，才基本上完成骨折的癒合。

四、中醫相關病名及文獻出處：

折脊

《靈樞·邪氣臟府病形篇》

「腎脈急甚為骨癱疾；微急為沈厥奔豚，足不收，不得前後，緩甚為折脊。」

折骨

1.《荀子·修身》

「其折骨絕筋，終身不可相及也。」

2.《外臺秘要·墜骨金瘡·折骨方》

「肘後療肌脫折折骨諸瘡腫者，慎不可當風引濕。及多自扇。若中風則發瘧口噤殺人。」

骨折

1.《外臺秘要·墜骨金瘡》

「救急療骨折；接令如故。不限人畜地方。」

2.《醫宗金鑑·正骨心法要旨·臑骨》

「或墜車馬跌碎，或打斷、或斜裂、或截斷、或碎斷。打斷者有碎骨，跌斷者則無碎骨。」

五、診斷要點：

骨折部位特殊症狀有：1.畸形，2.骨擦者，3.異常活動。

X 光片，可明確顯示骨折的部位、類型、和移位情形。又能驗證整復效果，有利於提高整復效能。

血液檢查：全血檢查、紅血球沈降速率、蛋白質電泳法、梅毒試驗。

尿液檢查：是否有 Bence-Jones 蛋白質。

骨骼掃描以及組織切片檢查。

六、綜論：

病理骨折，乃因骨質本身的病發（如骨髓炎、骨結核、骨腫瘤等），而使骨質疏鬆、破壞變脆，在正常的活動下或受到輕微的外力作用，就可發生骨折。這種骨折

需要雙重治療，骨折需要治療，引起骨折的疾病也需要治療。而外傷性骨折，乃指骨折前，骨質結構正常，純屬外力作用而產生骨折者。

關於骨折依各種情況不同而有不同的分類：

1.根據骨折處是否與外界相通分類：

(1)閉合性骨折：骨折處的皮膚或黏膜完整，骨折端不與外界相通者。

(2)開放性骨折：骨折附近的皮膚或黏膜破裂，骨折端與外界相通者。如骨盆恥骨部骨折合併有膀胱或尿道破裂，尾骨骨折合併有直腸破裂，均為開放性骨折。

2.根據骨折周圍軟組織和臟器損傷程度分類：

(1)單純骨折：無併發神經、重要血管、肌腱或臟器損傷者。

(2)複雜骨折：併發神經、重要血管、肌腱或臟器損傷者。

3.根據骨折的損傷程度分類：

(1)不完全骨折：骨小樑的連續性僅有部份中斷，骨折處有成角、彎曲畸形，這種骨折多無移位，很像樹枝被折斷，故又稱「青枝骨折」。

(2)完全骨折：整個骨的連續性全部破壞，管狀骨骨折後，形成遠近兩個或兩個以上的骨折段，骨折段或者保持在原位，或者形成重疊、成角、旋轉、分離、嵌插、凹陷等移位。

4.根據骨折折線的形態分類有：橫斷骨折，斜形骨折，螺旋形骨折，粉碎骨折，嵌插骨折，壓縮骨折，裂縫骨折，青枝骨折，骺骨分離，凹陷骨折。

5.根據骨折端的穩定程度分類有：穩定骨折，不穩定骨折。

6.根據骨折後的時間分類有：新鮮骨折，陳舊骨折。

7.根據受傷前骨質是否正常分類有：外傷骨折，病理骨折。

骨折的併發症：骨折產生的同時或後期，均可發生全身或局部不同的併發症，影響骨折的癒合和患肢功能，甚至危及生命。

骨折併發症：

1.早期：氣脫、血脫和內臟損傷，可危及患者生命，須作緊急處理，救命第一，救肢第二，感染，重要血管損傷，周圍神經損傷，脊髓損傷，缺血性肌攣縮，脂肪栓塞。

2.晚期：墜積性肺炎，褥瘡，尿路感染及結石，傷損性骨化，關節僵硬，損傷性關節炎，遲發性神經損傷，缺血性骨壞死，遲發性畸形。

「骨折」之相關病名古人很早就有記載，甲骨文已有「疾骨」、「疾脛」、「疾肘」等病名；公元前十一世紀《國禮·天宮》記載了「折瘍」；《靈樞·邪氣臟府病形》記載了「折脊」；漢代馬王堆出土的醫籍也記載了「折骨」。骨折這一病名，出自唐·王燾《外臺秘要》，至於病理性骨折在中醫上沒有相對的病名，然在中醫的理論中「腎主骨」，如「腎之合骨也」（《素問·五臟生成》）、「腎生骨髓」（《素問·陰陽應象大論》），故「腎臟健旺，則骨長而堅，筋骨健而能耐勞」（《中醫診斷學》）。又「腎氣有濡養腰膝、筋骨的作用。腎氣虛腰膝失於濡潤，則表現出腰膝酸軟，筋骨軟弱，不耐勞累。」由此可見中醫認為腎虛則骨質脆弱，易於產生病理性的骨折。所以，在治療骨折同時亦需兼固腎，才能治療其根本。

骨囊腫 *Cyst of bone*

一、本書編號：823

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：733.2/M85.4-M85.6

三、現代醫學病名及定義：

骨囊腫也稱孤立性骨囊腫、單純性骨囊腫，是一種常見的良性骨病變，病因尚未明，可能因骨內血管末梢阻塞，液體瘀滯而形成；或因外傷後骨髓腔內出血形成侷限性包囊，進而局部骨質吸收所致；也有人認為可能與骨骺板損傷，局部骨營養不良或炎症有關。局部骨皮質變薄，內壁為一層纖維包膜，其內含有黃色或褐色液體。

四、中醫相關病症及文獻出處：

骨疽

《靈樞·刺節真邪》

「有所結，深中骨，氣因於骨，骨與氣併，日以益大，則為骨疽。」丹波元簡注
「骨疽不言有膿，仍指骨瘤而言。」

骨瘤

1.《外科樞要·論癰贅》

「若勞傷腎水，不能榮骨而為腫者，其自骨腫起，按之堅硬，名曰骨瘤。」

2.《外科正宗·上部疽毒門·癭瘤論》

「骨瘤者，形色紫黑，堅硬如石，病處高起，推之不移，昂昂堅貼於骨。」

3.《外科證治全書·卷四·癭瘤》

「又有貼骨瘤，貼骨而生，極疼痛。」

五、診斷要點：

X 光檢查：在長管骨幹骺端或骨幹之骨皮質及髓腔內，有一個類橢圓形透明陰影，邊緣清晰，內無沙粒樣鈣化點。有時因囊腫骨壁上高低不平，可呈現假性多穴囊腫陰影，囊腫周圍常有緻密陰影，骨皮質膨脹變薄，通常無骨膜反應。

病理切片：病灶為單房性囊腫，腔內含澄清棕黃色液，囊壁纖維膜含多量纖維組織及多核細胞。

六、綜論：

骨囊腫是一種病因和發病機理未明的骨囊樣病變。有外傷、感染破骨細胞異常增殖、骨組織細胞本身病變等學說。近年來，以骨內血循環障礙使壓力增高說法占優勢。

其發病率，男多於女，5~15 歲兒童最多。以骨幹或骨端為多見，如股骨上段，肱骨近端等好發。多數無明顯症狀，有時因疼痛或局部肥厚而就診。約半數因病理骨折而入院治療。多為單發，少數可多發。

中醫病因病機認為腎主骨，本病之源在於腎。或多由腎氣不足，毒邪乘虛侵入，蘊於骨骼而成或因恐慾傷腎，腎火長期鬱遏，亦有先天不足，骨絡空虛，偶有所傷，氣滯、血瘀、痰凝而成。

骨囊腫病變，並非真正腫瘤，但是它們的臨床、X 光表現或病理改變，與骨腫瘤相似，中醫相關病名屬於「骨瘤」、「骨疽」等病的範圍。

無菌性骨壞死 *Aseptic necrosis of bone*

一、本書編號：824

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：733.4/M87.0

三、現代醫學病名及定義：

無菌性骨壞死是發育中一定部位的骨組織侷限性、非特異性、破壞性的總稱，又稱骨軟骨炎、骨骺炎。好發於長、短管狀骨的骨骺，亦可見於腕、跗、指、脊椎、骨盆、肩胛骨及鎖骨等的骨骺處，故又稱骨骺無菌性壞死或骨骺缺血性壞死，男孩比女孩多見。骨骺壞死乃因骨骺血運受阻所致，但血管阻塞的原因至今尚不清楚，可能與損傷有關。骨壞死最早並沒有症狀，等到有症狀時，通常已經很嚴重了，病痛是常見的抱怨，可能只有在某些運動時才會感覺到，在晚期時，關節可能變得僵硬及變形，某些運動可能會受限，在某些更嚴重的病例，可能會有固定的變形肢體。

四、中醫相關病名及文獻出處：

骨蝕

《靈樞·刺節真邪》

「虛邪之於身也深、寒與熱相搏，久留而內著、寒勝其熱，則骨疼肉枯，熱勝其寒，則爛肉腐肌為膿，內傷骨，內傷骨為骨蝕。」

骨痺

《素問·痺論》

(1) 「黃帝問曰：痺之安生？岐伯對曰：風寒濕三氣雜至合而為痺也，其風氣盛者為行痺，寒氣勝者為痛痺，濕氣勝者為著痺也。」

(2) 「帝曰：其有五者何也？岐伯曰：以冬遇此者為骨痺。」

腎痺

《素問·痺論》

(1) 「帝曰：內舍五臟六腑，何氣使然？岐伯曰：五臟皆有合，病久而不去者，內舍於其合也，故骨痺不已，復感於邪內舍於腎。」

(2) 「腎痺者，善脹，尻以代踵，脊以代頭。」

歷節

《金匱要略·中風歷節病脈證並治》

「病歷節，不可屈伸，疼痛，烏頭湯主之。」

著痺

1. 《三因極一病證方論·敘痺論》

(1) 「夫風寒濕三氣雜至，合而為痺……三氣襲人經絡，入於經脈、皮肉、肌膚，久而不已，則入五臟。」

(2) 「大抵痺之為病，寒多則痛，風多則行，濕多則著。」

2.《景岳全書·著痺》

「以血氣受濕則濡滯，濡滯則肢體沈重疼痛，頑木留著不移，是為著痺。」

痛痺

1.《景岳全書·痛痺》

「以血氣受寒則凝而留聚，緊則痛，是為痛痺，此陰邪也。」

2.《醫宗金鑑·雜病心法要訣·痺病》

「三痺之因，風寒濕三氣雜合而為病也，……寒邪勝者，其痛甚苦，故曰痛痺」。

五、診斷要點：

X 光檢查：

- 1.股骨頭骨骺無菌性壞死：股骨頭骺核早期顯示逐漸變扁平，內有透明斑點，隨病變的發展，透明點增加並相互連結，故後期骺核變扁，且常顯示被分割成兩個或數個島狀的濃密陰影。股骨額增寬，上部常有囊性改變，關節間隙不狹窄，反而增寬，髓白邊緣不整齊。至修復期核邊緣又漸趨清晰、光滑，但形狀仍較扁。
- 2.脛骨結節無菌性壞死：顯示脛骨舌狀結節不規則，邊緣模糊，呈現斑點狀、死骨狀、游離骨核狀或向前方形成長骨刺等骨化相，甚至出現典型的脛骨結節碎裂相。
- 3.月骨無菌性壞死：早期正常骨小樑影像消失，骨內出現斑點狀或線狀透明灶。後期月骨被壓縮變扁，呈濃淡交錯的碎裂影，表面骨皮質不規則，併有損傷性關節炎改變。
- 4.足舟骨無菌性壞死：可見舟骨明顯變扁變小（約為正常的 1/2 左右），邊緣凹凸不整，骨小樑構造消失，骨密度增高，有時呈分裂狀。舟骨核與距骨，楔狀骨間隙增寬。
- 5.椎體骨軟骨病：見椎體上、下緣呈波浪狀，且常有較大凹陷，邊緣不清晰，椎體前端上、下緣骺核形態不整齊，椎體常呈楔形，椎間隙常變窄，有的可見到向椎體內凹陷切迹，即許莫爾（Schmorl）氏結節。
- 6.距骨頭無菌性壞死：見距骨頭變亮、變薄和扁平，邊緣不整齊，呈分節狀碎裂。被壓潰的距骨頭周圍有透明帶。骨幹的遠端亦增大。
- 7.跟骨結節骨骺無菌性壞死：見跟骨結節狀不整齊，一般較健側小，密度增高，有時呈分節狀。

六、綜論：

病因

任何封鎖血流供應的情況均會造成無菌性壞死。這些情況包括：骨折、脫臼（如股關節脫臼），於手術時將骨膜撕離，潛水夫病，持久服用類固醇，器官移植，骨移植，金屬腐蝕性或離子化及暴露於 X 光或放射線物質。定義上，感染並不引起無菌性壞死。但滲出液在無血液供應的骨質內聚集，會引起骨壞死，此種情形於骨髓炎中可出現。另外，醫療上引起骨壞死的例子有：在插入髓腔內釘之前，於鑽骨髓

腔之時，將骨髓的營養性血管破壞而引起。

病理變化容易發生的部位：一般骨頭、舟狀骨、距骨、分節性骨等。

1. 初期

- (1) 骨外觀及骨質塊大小，並無改變。骨小樑、骨小板、間質骨及皮質周圍層仍保持其原有組織特性，然而骨細胞經由自溶而使陷窩變得空洞，骨髓成份變成無定形的碎片，無血管或細胞的活動存在。
- (2) 其相鄰的骨，仍保有血流供應，產生充血性變化並準備代替此壞死組織。相鄰於無血管性骨的骨組織開始進行早期的去礦質化，骨小樑變小，在 X 光片上可看出骨質疏鬆變化。
- (3) 而壞死骨，缺乏血流供應，無法進行再吸收及骨小樑變薄於早期階段，仍保持其外形結構及大小，直至後期階段才有改變。與相鄰充血性薄骨比較，壞死骨反而較緻密。

2. 修復期

- (1) 海綿質骨的修復增生性微血管伴隨著新生纖維細胞性基質，穿入壞死骨髓腔，吞噬細胞開始清除骨髓碎片。骨母細胞圍於壞死骨小樑四周，產生一疏鬆骨質包圍每枝骨小樑。
- (2) 稍後，破骨細胞性再吸收加強，疏鬆骨質及舊的骨小樑被移除，而被結構良好的板狀骨代替。
- (3) 如此一來骨質增加，X 光片上，密度增加，一小部份的破骨細胞性再吸收發生於一些骨表面上。
- (4) 皮質骨的修復當血管細胞叢發展時，破骨細胞排列於 Haversian 管壁上，進行再吸收，擴大 Haversian 管。
- (5) 血管細胞叢一面進行再吸收，而最先進行再吸收之區域，開始一面進行重建工作。骨母細胞浸潤，排列於空腔壁上，繼續形成同心排列的新骨，經此過程，新的骨單位完成。
- (6) 此種效應將在無血管骨段中造成許多空腔，有時相鄰的空腔會匯合成一大的空腔，最後，由於再吸收活躍，以致於 X 光片上可見到多孔性出現。

本病症狀依患部而有不同，但皆有疼痛的現象，有些部位如股骨無菌性壞死則有跛行、畸形、大腿肌肉輕度萎縮等現象。膝部則脛骨結節處隆起，質硬，膝下部疼痛，月骨無菌性壞死，腕部酸痛外，見握力減退或局部有壓痛腫脹。足舟骨無菌性壞死則見有足背及足內緣疼痛、跛行。在椎體骨軟骨病則見胸段呈圓形後弓（駝背）畸形、背部疼痛。

中醫痺症是由風、寒、濕、熱等外邪侵襲人體，閉阻經絡，氣血運行不暢所導致的，以肌肉、筋骨、關節發生酸痛，麻木、重著、屈伸不利為主要臨床症狀。而無菌性骨壞死是由於血運受阻而導致骨骯缺血壞死，病變部位是以疼痛為主要症狀，或兼有畸形、跛行、壓痛、指節僵硬等，在臨床表現及病因方面，二者都有許多相同之處。

痺證需與痿證相鑑別：

- 1.痺證：四肢均易罹患，肢體疼痛為痺證主要臨床表現，活動正常或有屈伸不利，一般無肌肉瘦削狀況。
- 2.痿證：大多病於下肢，一般不痛，痿弱不必為痿證的主要臨床表現，且大多有肌肉瘦削現象。