

編號：CCMP95-TP-038

# 中醫傷科診斷基準之科學化指標研究

黃蕙茶  
中醫傷科醫學會

## 摘要

### 研究目的：

近幾年來在衛生署中醫藥委員會的領導下，全台灣除了有中國、長庚兩所大學設有中醫系所(大學部、碩士班、博士班)外，各大醫學中心(長庚、榮總、奇美、慈濟、三總…等)以及全國各署立醫院均設有中醫部(科)；加上在中藥的管理方面，全面實施 GMP 中藥廠及推動 cGMP 藥廠、1 開辦中藥臨床試驗中心、2 訂定中藥質量管理規則…等多項宏觀現代化施政下，使得中醫藥的發展有飛躍性的進步，也受到國人的重視與肯定。但是由於「中醫師」的來源與訓練背景的差異，使得中醫的醫療專業與診療水準有相當大的落差，尤其是「中醫傷科」3 診斷病名的不統一，或者籠統含混不精確，造成民眾認知的誤解與詬病，甚至因學理基礎薄弱，造成誤診、誤治、浪費寶貴的健保資源的情形時有所聞。

### 研究方法：

將中醫傷科歷代固有典籍、現行大陸中醫傷科教科書、中西結合骨傷科學、西醫骨科檢查學、肌肉診斷學…相關資料彙整，進行匯集與分析，研究方法如下：中醫傷科固有典籍研究方法及步驟

1. 依據本研究計畫之關鍵詞，將中華醫典電子資料庫、中央研究院電子資料庫，依照本研究之關鍵詞查詢與中醫傷科相關文獻。
2. 將查列的資料，每一筆有關關鍵詞的相關內容，分類彙整，以「醫宗金鑑」「正骨心法」的目錄為基準，將歷代的中醫傷科病名、診斷作一歸納整理分析。

### 結果與討論：

本計畫以現行 ICD-9 (ICD-10) (國際病名分類)為基礎架構，確立中醫傷科診斷與西醫病名(註明現代醫學定義、中英病名)對照，利用現代醫學的成就和科技，以實驗診斷、理學檢查、影像檢查，對中醫傷科診斷病名(註明文獻出處、中醫學理分型)作一番現代化客觀指標的對照表。

關鍵詞：中醫傷科、診斷基準、科學化指標

Number: CCMP95-TP-038

# Study on the Scientific Diagnosis Standard for Chinese Traumatology

Huang Hui-fen

The Association of Chinese Orthopaedics and Traumatology

## ABSTRACT

### **Aim:**

The purpose of this study is to promote the safety 、 efficacy and quality of Chinese Traumatology. Also to increase the availability and affordability of Chinese Traumatology.

In order to establish therapeutically sound use of appropriate of Chinese Traumatology. We organize and integrate literature and documents belonging to Orthopedics in West Medicine and Traumatology in Chinese Medicine.

### **Method:**

According to ICD-9 and ICD-10, Disease with definition and scientific diagnosis markers will compare with Syndromes also with traditional definition in Chinese Traumatology in our study.

### **Results & Discussion:**

The study will help CMDs(Chinese Medical Doctors) a clear-cut guideline to understand modern clinical thinking process. The scientific diagnosis standard for Chinese Traumatology will deliver useful information to the Bureau of National Health Insurance in control and investigation of Chinese Traumatology. After all, the study will promote the clinical trial and clinical evaluation of Chinese Traumatology with evidence-based.

Keywords: Chinese Traumatology, Scientific diagnosis, Disease, Syndromes

## 壹、前言

台灣於民國 84 年 3 月 1 日開辦全民健康保險制度，而自 89 年 7 月起，後續於牙醫試辦的中醫門診總額支付制度，以及後來從 90 年 7 月陸續開始的西醫各類總額支付制度，都是衛生署為因應健保財務收支失衡壓力所擬定的改善方案之一。

根本提升中醫治療績效、減少浪費，「增加效率、改善品質」是目前「中醫健保」的當務之急。在今年的國醫節，主管健保局監委會的石曜堂主任委員，特別對中醫界提出「實證管理」<sup>8</sup> 這個政策。實證管理即是在所能找到最完整的研究資料中，得到最佳的經營與管理模式。

中醫傷科科學化診斷標準的研究，是落實中醫「實證管理」的基礎，除了可以提升中醫健保之醫療品質，減少不必要的醫源性浪費，更可以突顯中醫傷科臨床技術之優越性，精確化中醫傷科臨床療效評估的可信度，進而發揚「中醫傷科學術」以嘉惠民眾，造福人類。

本會(中華民國中醫傷科醫學會)自民國八十五年成立以來，有感於中醫傷科醫療品質良莠不齊，尤其大部分特考中醫師並未接受完整的醫學院養成教育訓練，臨床上沿用「傳統」甚至「民俗」的診斷術語，甚至以訛傳訛，積非成是，造成醫療品質的低落，民眾滿意度偏低。故本會從「教、考、用」三方面下手，除了舉辦全省巡迴「傷科學術研討會」、「傷科手法講習會」、「傷科診斷學研討會」……等，並在衛生署補助之下，於民國九十二年完成「中醫傷科專科醫師制度之建立與展望」專案計畫(CCMP92-RD-017)。

如今更集合北、中、南具有醫學碩士學位以上的醫學中心「中醫傷科」主治醫師、西醫骨科教授級主治醫師，以及流行病學、醫學統計、生物力學、肌肉生理學……學者，整理「中醫傷科典籍」，參酌「中西結合古傷科學文獻」、「骨科檢查學」、「物理治療學」<sup>10</sup>、「肌肉檢查學」、「X 光骨骼肌肉系統判讀學」……。擬定「中醫傷科學科學化診斷基準」，通過舉辦「中西骨傷科學者專家會議」、「臨床中醫傷科醫師問卷調查分析統計」、「實地查訪中醫師臨床診斷技巧操作評估」，確立中醫師繼續教育之「中醫傷科科學化診斷課程內容」，以及參考大陸現行「中西結合骨傷學」之中西結合骨傷科診斷學，並邀請大陸專家學者提供意見，進行此一「中醫傷科診斷基準之科學化指標研究」。

## 貳、材料與方法

### 一、文獻蒐集與整理方法：

將中醫傷科歷代固有典籍、現行大陸中醫傷科教科書、中西結合骨傷科學、西醫骨科檢查學、肌肉診斷學…相關資料彙整，進行匯集與分析，研究方法如下：

(一)依據本研究計畫之關鍵詞，將中華醫典電子資料庫、中央研究院電子資料庫，依照本研究之關鍵詞查詢與中醫傷科相關文獻。

(二)將查列的資料，每一筆有關關鍵詞的相關內容，分類彙整，以「醫宗金鑑」「正骨心法」的目錄為基準，將歷代的中醫傷科病名、診斷作一歸納整理分析。

### 二、西醫骨科、復建科、中西結合骨傷科相關典籍研究方法及步驟

(一)以 ICD-9 及 ICD-10 為基準，蒐集現行骨科、復建科及大陸中西結合骨傷科學教科書，由西醫博士級主治醫師審定其病名及定義，以及理學檢查、實驗診斷的量化標準。

(二)理學檢查並詳附各關節活動角度的量化表。實驗診斷包括血清生化檢查、尿液常規檢查、血液氣體分析、血清電解質檢查、心電解檢查、診斷造影、微生物學檢查。

### 三、中西病名詞彙及診斷科學化指標之彙整

(一)利用「問卷調查」與「學者專家會議」檢驗以上內容之正確性及可行性。

說明：

1. 問卷對象為中醫師 200 位，來源包括各教學中心中醫部(中國、長庚、榮總、奇美、秀傳、北市中醫院區、高雄市立中醫醫院)之主治醫師，以及北、中、南、東各縣市之開業醫師。

2. 學者專家以西醫骨科專家五位，中醫傷科專家五位。作學術研討會以及意見交流彙整。

(二)問卷調查本計畫以自擬之結構式、半開放式問卷為資料收集的工具，承接本會民國九十二年「中醫傷科專科醫師制度之建立與展望(CCMP92-RD-017)」之問卷調查，以“t test”，為統計方法。

(三)中西病名詞彙及診斷科學化指標之彙整。

### 四、中醫傷科科學化診斷指標教材之建立

計畫結果將循以下編排作為中醫傷科醫師臨床診斷之教材：

(一)目錄

(二)相關國際病名分類(ICD-9、ICD-10)

(三)現代醫學定義及診斷指標

(四)中醫相關病名及文獻出處，包括各證型傳統四診。

## 參、結果一

本會共計舉辦五場「專家學者學術研討會」，平均每場研討會皆有一百位以上之中醫師與會，各場研討會依照片及議程如下。

### 中華民國中醫傷科醫學會

#### 第一次專題計畫學術研討會議程

時 間：95 年 12 月 10 日（週日 13:30~18:10）

地 點：中國醫藥大學附設醫院 21 樓會議廳（台中市育德路 2 號）

時 間	講 題	主講人
13:30~14:00	報到、領取資料	
14:00~14:50	骨骼肌肉系統之望、聞、問、切-特異組織診斷法	廖慶龍 醫師
14:50~15:40	傷科手法示範 主講人：黃雲溪 名老國手	黃家豪 醫師
15:40~16:30	傷科手法示範 黃雲溪大師 主講人：黃雲溪 名老國手	黃家豪 醫師

黃建榮醫師演講



王人澍醫師演講



### 中醫傷科診斷科學化指標講解



中醫傷科年度高級專業技術—「脫臼復位手法」首度中西結合大破解！

中華民國中醫傷科醫學會

第二次專題計畫學術研討會議程

日期：九十六年三月四日(星期日)

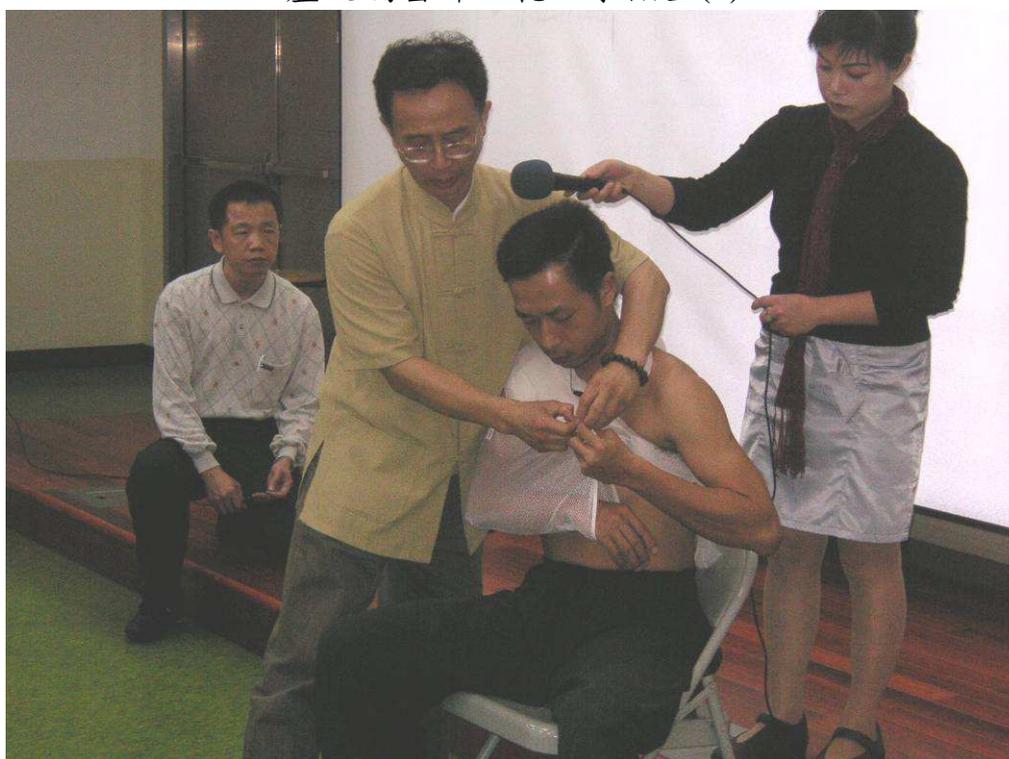
地點：中國醫藥大學立夫大樓二樓 201 教室

08:00~08:20	報到	
08:20~08:40	主席黃理事長蕙棻致詞	
第一場主持人：黃家豪醫師		
時 間	演 講 題 目	主 講 人
08:40~10:40	關節脫臼的診斷，影像判圖與 治療注意事項 肩關節脫位整治	馮逸卿醫師
11:00~13:00	肩關節脫位整治	徐新政醫師
第二場主持人：黃建榮醫師		
13:30~16:30	上肢脫臼整復手法	盧文瑞醫師
16:50~17:50	脫臼整復後之氣學修復	陳坤堡醫師

盧文瑞醫師示範理學檢查(1)



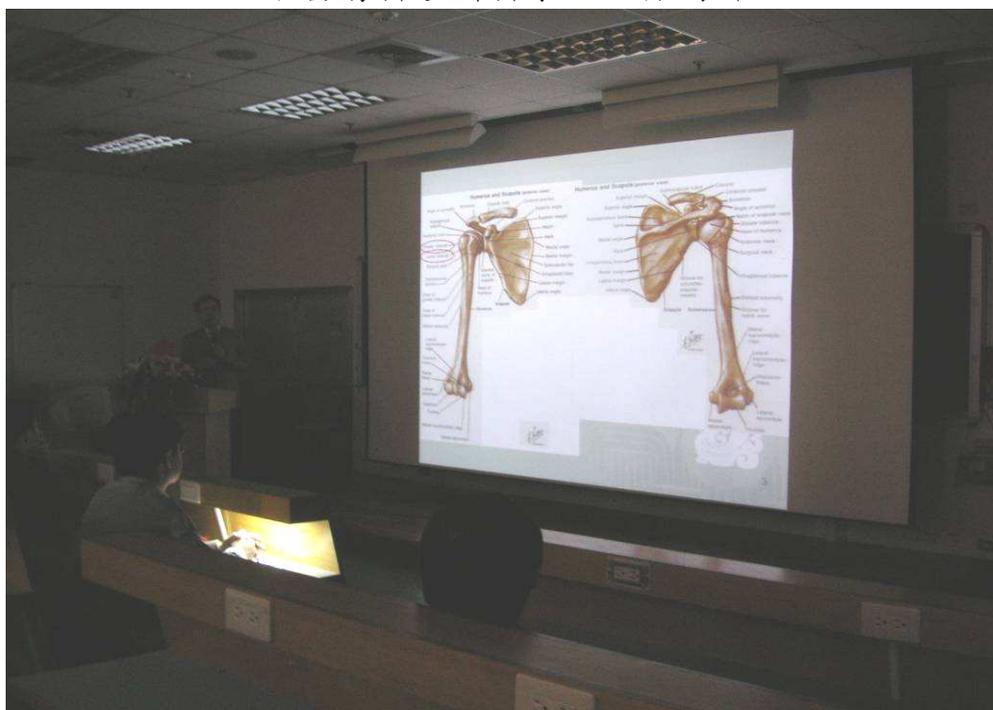
盧文瑞醫師示範理學檢查(2)



### 陳坤堡醫師演講脫臼整復後之氣學修復



### 中醫傷科診斷科學化指標講解



中醫傷科年度高級專業技術—「脫臼復位手法」首度中西結合大破解！

第三次專題計畫學術研討會議程

日期：九十六年五月廿七日(星期日)

地點：公務人力發展中心 14 樓貴賓會議室

08:10~08:20	主席黃理事長蕙茶暨林主委宜信、貴賓致詞	
第一場主持人：邱世宗 醫師		
時 間	演 講 題 目	主 講 人
08:20~09:20	四肢關節脫臼骨折中西治療的相異處	台北市立聯合醫院 陽明院區骨科主治醫師 陳弘毅醫師
09:40~12:40	中醫常見之脫臼整復手法	育源堂中醫診所 院長 盧文瑞醫師
第二場主持人：黃建榮 醫師		
13:10~15:10	腸薦關節及髖關節矯正： 黃雲溪 名老國手親自示範	中華民國中醫 傷科醫學會監事 黃家豪醫師
15:30~16:30	針法微型外科學簡介	中華民國中醫 傷科醫學會理事 郭豐演醫師
16:30~17:30	台灣中醫藥未來發展的藍海政策	中國醫藥大學董事 張成國教授

市立陽明醫院陳弘毅主任演講



黃雲溪老師傅講解傳統傷科檢查



### 中醫傷科診斷科學化指標講解



### 張成國前主委蒞會指導



### 郭豐演醫師講解中醫傷科科學化診斷指標



中醫傷科年度高級專業技術—「脫臼復位手法」首度中西結合大破解！

第四次專題計畫學術研討會議程

日期：九十六年八月十二日(星期日)

地點：高雄市中醫師公會會議廳

07:50~08:10	報 到	
08:10~08:20	主席張理事長廷堅、黃理事長蕙茶暨貴賓致詞	
第一場主持人：林正哲 醫師		
時 間	演 講 題 目	主 講 人
08:20~10:20	常見之脫臼整復手法	奇美醫學中心中醫部 主治醫師；本會理事 陳泰佑醫師
10:40~12:40	常見骨折脫臼的併發症與後遺症	高雄醫大附醫中醫部 傷科主任；本會前理事長 楊哲彥醫師
13:10~15:10	靜態錯位 / 軌跡錯位 的復位手法	中華民國整脊醫學會 理事 廖慶龍醫師
15:30~17:30	中西結合治療橈骨遠心端骨折	嘉義市中醫師公會 理事長；本會理事 卓青峰醫師

陳泰佑醫師示範(1)



陳泰佑醫師示範(2)



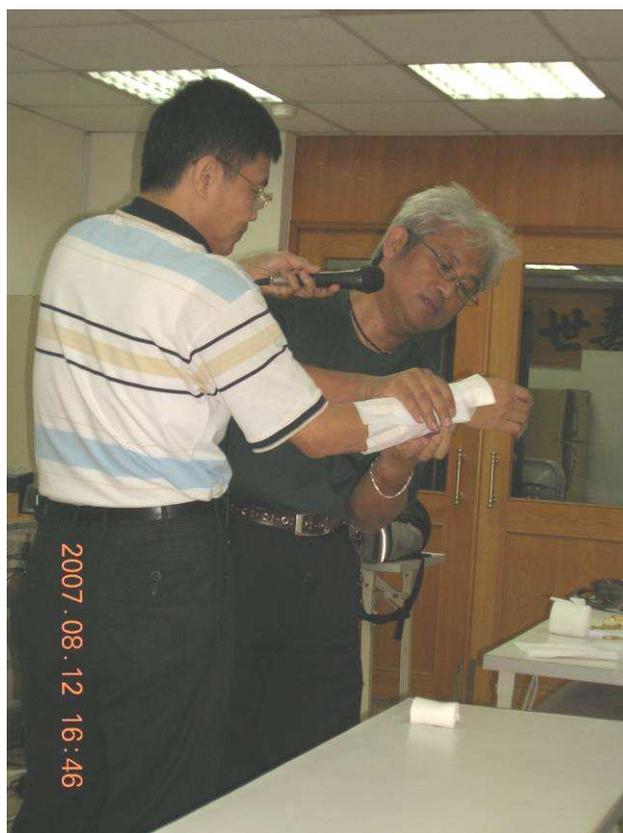
廖慶龍醫師講解靜態錯位/軌跡錯位的復位手法(1)



廖慶龍醫師講解靜態錯位/軌跡錯位的復位手法(2)



卓青峰醫師示範中西結合治療橈骨遠心端骨折手法(1)



卓青峰醫師示範中西結合治療橈骨遠心端骨折手法(2)



本會學員聽講情況



中醫傷科年度高級專業技術—「脫臼復位手法」首度中西結合大破解！

第五次專題計畫學術研討會議程

日期：九十六年九月二日(星期日)

地點：花蓮慈濟醫院醫學中心 601 教室

08:10~08:20	主席黃理事長蕙棻致詞、林主委宜信致詞暨貴賓致詞	
第一場主持人：柯建新 醫師		
時 間	演 講 題 目	主 講 人
08:20~10:20	中醫常見之脫臼整復手法(上)	育源堂中醫診所 院長 盧文瑞醫師
10:40~12:40	中醫常見之脫臼整復手法(下)	育源堂中醫診所 院長 盧文瑞醫師
第二場主持人：羅國鶴 醫師		
13:10~15:10	靜態錯位/軌跡錯位的復位手法	廖慶龍骨科院長；中華 民國整脊醫學會理事 廖慶龍醫師
15:30~17:30	中西結合治療橈骨遠心端骨折	嘉義市中醫師公會 理事長；本會理事 卓青峰醫師

### 中醫傷科診斷科學化指標講解(1)



### 中醫傷科診斷科學化指標講解(2)



## 結果二

本會共寄發全國北、中、南、東各區，各級醫院診所曾參與本會學術活動之醫師共 200 份問卷，回收 82 份。

問卷題目：

- 一、 請問您執業的縣市為\_\_\_\_\_ (縣)市，您的性別為\_\_\_\_性。
- 二、 ( ) 請問您的年齡？(A)30 歲以下(B) 31-40 歲(C)41-50 歲(D)51-60 歲(E)60 歲以上
- 三、 ( ) 請問您的學歷背景為(A)中醫學系(含學士後中醫學系)(B)醫學院相關學系(C)理工學院(D)文法商學院(E)其他
- 四、 ( ) 請問您的執業年資為(A)不滿十年(B)十一~廿年(C)廿一~卅年(D)卅一~四十年(E)四十一~五十年
- 五、 ( ) 請問「中醫傷科」佔您執業比例為 (A)60%以上 (B)50%~60% (C)40%~50%(D)30%~40%(E)30%以下
- 六、 ( ) 請問您對傷科診斷的科學化指標來自於(A)受過西醫骨科完整的住院醫師訓練(B)受過西醫復健科完整的住院醫師訓練(C)受過中醫傷科完整的住院醫師訓練(D)中醫傷科實習或臨床診療訓練(E)自我摸索學習(本題可複選)
- 七、 ( ) 請問您臨床上對「中醫傷科」的診斷情況(A)中西診斷基準皆很純熟(B)以西醫診斷基準為主(C)以中醫診斷基準為主(D)自覺診斷素養不足(E)常常交給助理判斷(本題可複選)
- 八、 ( ) 您目前執掌於(A)醫學中心中醫師(B)教學醫院中醫部(C)中醫醫院(D)中醫聯合診所(E)診所
- 九、 ( ) 您目前的中醫傷科專科資歷為？(A)中醫傷科專科醫師(B)本會五年以上會員(C)本會三年以上會員(D)本會三年以內會員(E)非會員
- 十、 ( ) 肱二頭肌短頭肌腱損傷，肩關節何種功能受限？(單選)(A)上舉(B)內收(C)內旋(D)外旋(E)後伸
- 十一、 ( ) 下列何者不是骨性「膝關節炎」的診斷要點？(單選)(A)早晨起床膝關節僵硬(B)活動時有摩擦音(C)休息時疼痛加劇，行走時緩解(D)關節活動受限(E)理學檢查有觸痛，關節腫大
- 十二、 ( ) 下列何者不是「肱骨內上髁炎」的診斷要點？(單選)(A)X 光檢查多可發現(B)有勞損史(C)肱骨內上髁有腫脹(D)肱骨內上髁有壓痛(E)屈腕抗阻試驗陽性
- 十三、 ( ) 您覺得中醫師對傷科科學化診斷指標的學習是(A)很重要，需要小班制研習(B)很重要，一般繼續教育課程可以接受(C)有

- 書藉參考即可(D)臨床上很少辨證(E)覺得並不重要
- 十四、 ( )您認為傷科診斷能力的提昇是否可以提供就診民眾的滿意度？ (A)絕對可以(B)應該可以(C)部份可以(D)沒有影響(E)相反效果
- 十五、 ( )您認為健保傷科病歷是否應記載傷科診斷指標的檢查結果？ (A)應該，亦有能力操作(B)沒有時間寫(C)不大會寫(D)可以杜絕健保浪費(E)可以加強健保管控(本題可複選)

## 統計結果： (年齡檢定)

	年齡								X <sup>2</sup> 檢定
	31-40 歲		41-50 歲		51-60 歲		60 歲以上		
	個案數	(%)	個案數	(%)	個案數	(%)	個案數	(%)	
傷科佔執業比例 (82)									17.984
60% 以上	5	25%	5	25%	8	40%	2	10%	
50% - 60%	7	35%	10	50%	3	15%	0	0%	
40% - 50%	1	9.1%	7	63.6%	3	27.3%	0	0%	
30% - 40%	0	0%	3	50%	3	50%	0	0%	
30% 以下	4	16%	9	36%	12	48%	0	0%	
工作執掌地點 (82)									28.849**
醫學中心	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	
教學醫院中醫部	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	
中醫醫院	4	66.7%	0	0%	2	33.3%	0	0%	
中醫聯合診所	7	36.8%	11	57.9%	1	5.3%	0	0%	
診所	5	9.1%	23	41.8%	25	45.5%	2	3.6%	
中醫傷科專科資歷 (82)									29.237**
中醫專科醫師	0	0%	3	30%	6	60%	1	10%	
本會 5 年以上會員	2	11.8%	3	17.6%	12	70.6%	0	0%	
本會 3 年以上會員	1	10%	5	50%	3	30%	1	10%	
本會 3 年以內會員	4	44.4%	3	33.3%	2	22.2%	0	0%	
非會員	10	27.8%	20	55.6%	6	16.7%	0	0%	
肩關節何功能受限 (76)									9.852
上舉	2	14.3%	6	42.9%	6	42.9%	0	0%	
內收	7	33.3%	7	33.3%	7	33.3%	0	0%	
內旋	0	0%	3	50%	3	50%	0	0%	
外旋	4	20%	8	40%	6	30%	2	10%	
後伸	4	26.7%	6	40%	2	33.3%	0	0%	
非膝關節炎診斷要點 (80)									10.695
早起膝關節僵硬	0	0%	2	50%	2	50%	0	0%	
活動有摩擦音	3	27.3%	5	45.5%	3	27.3%	0	0%	
休息時疼痛加劇，行走緩解	12	21.8%	23	41.8%	19	34.5%	1	1.8%	
關節活動受限	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	
理學檢查有觸痛，關節腫大	1	11.1%	2	22.2%	5	55.6%	1	11.1%	
非肱骨內上踝炎診斷要點 (80)									8.618
X 光檢查	16	22.5%	28	39.4%	25	32.5%	2	2.8%	
有勞損史	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	
肱骨內上踝腫脹	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	
肱骨內上踝有壓痛	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	
屈腕抗阻試驗陽性	0	0%	3	50%	3	50%	0	0%	
傷科科學化診斷的學習 (81)									4.519
需小班制研習	3	13%	12	52.2%	8	34.8%	0	0%	
可接受一般教育課程	14	24.6%	20	35.1%	21	36.8%	2	3.5%	
書籍參考即可	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	
臨床很少辨正	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
不重要	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
傷科診斷能力提升可供就診民眾滿意度 (82)									3.68
絕對可以	12	18.2%	27	40.9%	25	37.9%	2	3%	
應該可以	5	33.3%	6	40%	4	26.7%	0	0%	
部份可以	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	
沒有影響	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
相反效果	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	

## (學歷檢定)

	學歷背景										X <sup>2</sup> 檢定
	中醫學系(含學士後中醫)		醫學院相關學系		理工學院		文法商學院		其他		
	個案數	(%)	個案數	(%)	個案數	(%)	個案數	(%)	個案數	(%)	
傷科佔執業比例 (82)											12.886
60% 以上	12	60%	1	5%	2	10%	0	0%	5	25%	
50% - 60%	13	65%	1	5%	0	0%	1	5%	5	25%	
40% - 50%	5	45.5%	1	9.1%	1	9.1%	0	0%	4	36.4%	
30% - 40%	2	33.3%	0	0%	0	0%	1	16.7%	3	50%	
30% 以下	8	32%	2	8%	3	12%	3	12%	9	36%	
工作執掌地點 (82)											9.285
醫學中心	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
教學醫院中醫部	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
中醫醫院	5	83.3%	0	0%	0	0%	0	0%	1	16.7%	
中醫聯合診所	12	63.2%	1	5.3%	1	5.3%	1	5.3%	4	21.1%	
診所	21	38.2%	4	7.3%	5	9.1%	4	7.3%	21	38.2%	
中醫傷科專科資歷 (82)											29.937*
中醫專科醫師	5	50%	1	10%	1	10%	0	0%	3	30%	
本會 5 年以上會員	5	29.4%	1	5.9%	1	5.9%	5	29.4%	5	29.4%	
本會 3 年以上會員	2	20%	1	10%	2	20%	0	0%	5	50%	
本會 3 年以內會員	7	77.8%	0	0%	0	0%	0	0%	2	22.2%	
非會員	21	58.3%	3	5.6%	2	5.6%	0	0%	11	30.6%	
肩關節何功能受限 (76)											18.753
上舉	8	57.1%	1	7.1%	1	7.1%	1	7.1%	3	21.4%	
內收	12	57.1%	0	0%	2	9.5%	0	0%	7	33.3%	
內旋	2	33.3%	0	0%	0	0%	0	0%	4	66.7%	
外旋	9	45%	3	15%	1	5%	3	15%	4	20%	
後伸	6	40%	0	0%	2	13.3%	0	0%	7	46.7%	
非膝關節炎診斷要點 (80)											13.992
早起膝關節僵硬	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	2	50%	
活動有摩擦音	4	36.4%	0	0%	0	0%	1	9.1%	6	54.5%	
休息時疼痛加劇，行走緩解	26	47.3%	3	5.5%	6	10.9%	4	7.3%	16	29.1%	
關節活動受限	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
理學檢查有觸痛，關節腫大	6	66.7%	2	22.2%	0	0%	0	0%	1	11.1%	
非肱骨內上踝炎診斷要點 (80)											6.236
X 光檢查	34	47.9%	4	5.6%	5	7%	4	5.6%	24	33.8%	
有勞損史	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
肱骨內上踝腫脹	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	

肱骨內上踝有壓痛	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
屈腕抗阻試驗陽性	3	50%	1	16.7%	0	0%	1	16.7%	1	16.7%
傷科科學化診斷的學習 (81)										32.814***
需小班制研習	7	30.4%	4	17.4%	4	17.4%	1	4.3%	7	30.4%
可接受一般教育課程	33	57.9%	1	1.8%	2	3.5%	2	3.5%	19	33.3%
書籍參考即可	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%
臨床很少辨正	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
不重要	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
傷科診斷能力提昇可供就診民眾滿意度 (82)										19.51*
絕對可以	30	45.5%	5	7.6%	6	9.1%	3	4.5%	22	33.3%
應該可以	10	66.7%	0	0%	0	0%	1	6.7%	4	26.7%
部份可以	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%
沒有影響	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
相反效果	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

## 結果三

中醫傷科科學化診斷診標建材之建立：

# 第一章 骨折

## 第一節 鎖骨骨折

ICD-9-CM：810.0—鎖骨閉鎖性骨折（closed fracture of clavicle）

中醫診斷：缺盆骨損折，鎖子骨斷傷，井欄骨折斷

西醫病名：鎖骨骨折

### 一、病因病理：

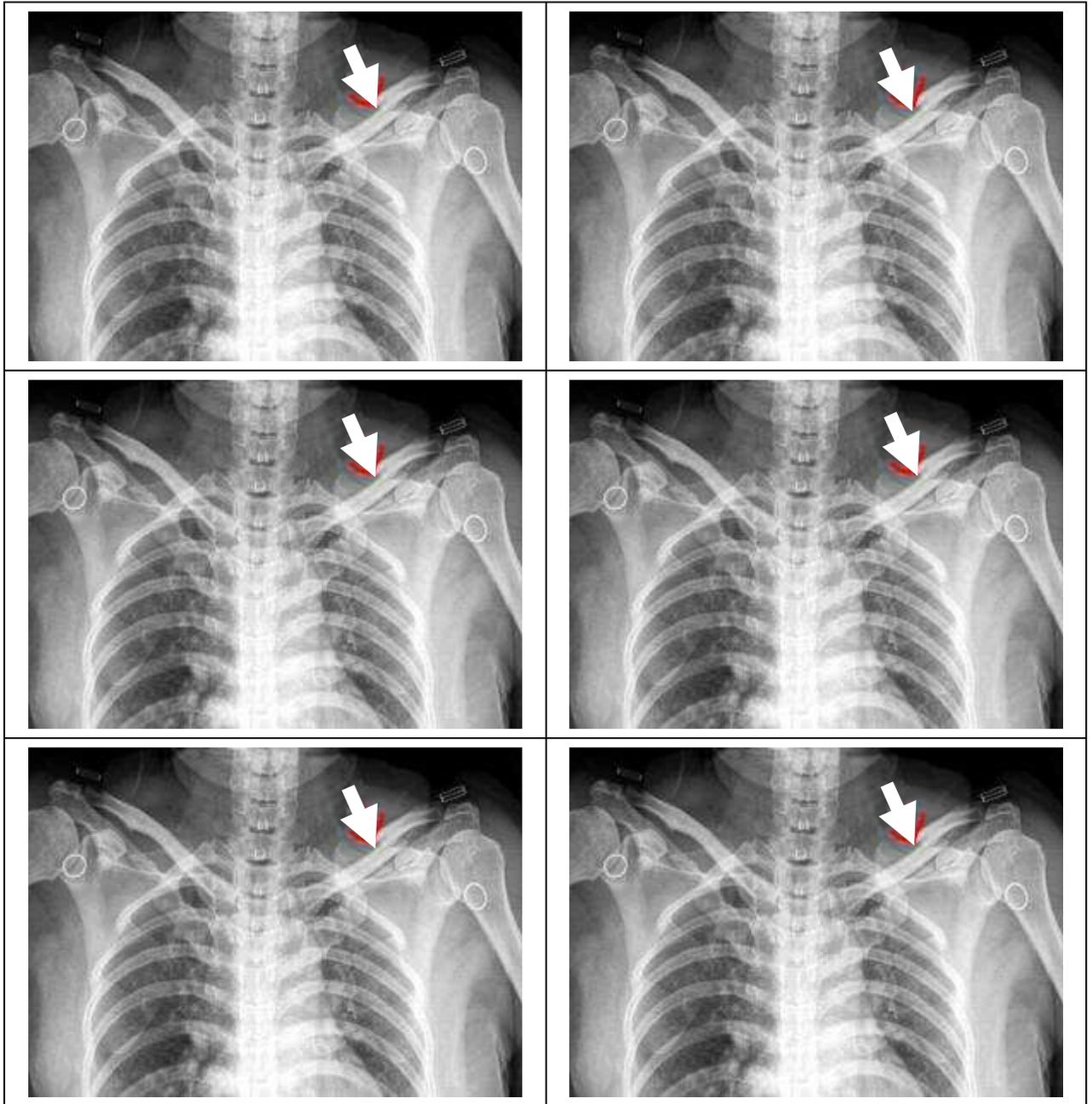
- （一）間接暴力和直接暴力均可造成鎖骨骨折，但多為間接暴力所致。
- （二）《醫宗金鑑·正骨新法要旨·鎖子骨》說：“擊打損傷，或騎馬乘車，因取物偏墜在地，斷傷此骨”。
- （三）行路、騎車、打球或追逐嬉戲而不慎跌仆，或從高處墜下時，身體向一側傾斜，上肢外展，軸部或手掌先著地，或肩部外側著地，向上傳導的間接暴力從肩鎖關節傳至鎖骨，與身體向下的重力交會成剪力，而造成鎖骨骨折。
- （四）新生兒在出生時，其上肢或肩部尚擠於產道內，若接產者用力拉出上肢或患側肩部時，可造成鎖骨產傷骨折。
- （五）青少年和成人間因間接暴力而至的鎖骨骨折，多為橫斷或短斜形骨折。
- （六）骨折端除有重疊移位外，內側段可因胸鎖乳突肌的牽拉而向下方移位。
- （七）由於幼兒骨質柔軟，骨折後骨膜仍保持聯繫，在胸鎖乳突肌的牽拉下，骨折往往向上成角，例如弩弓。
- （八）直接暴力所致者，多無明顯移位，如喙鎖韌帶斷裂則可移位。
- （九）粉碎骨折，骨折面可向下向內移位，有時可壓迫或刺傷鎖骨下動、靜脈或臂叢神經，甚至可以刺破胸膜或肺尖，而造成血胸、氣胸。
- （十）骨折片向上向前移位時，可刺破皮膚而成為開放性骨折。

## 二、科學化診斷要點：

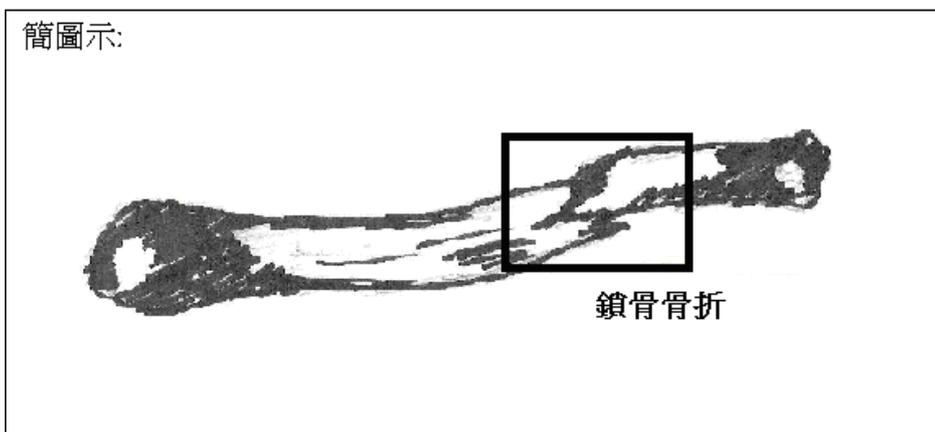
- (一) 骨折後局部疼痛，患者每當穿衣伸手入袖、舉起患側上肢或從腋下托起時，都會因骨折端發生移動引起疼痛。
- (二) 局部腫脹，鎖骨上、下窩變淺或消失，甚至有皮下瘀斑，骨折處異常隆起，患肩下垂並向前、內傾斜。
- (三) 頭部多向患側傾斜，下頷骨偏向健側，以鬆弛胸鎖乳突肌的牽拉而減少疼痛。
- (四) 檢查骨折處壓痛明顯，局部肌肉痙攣，完全骨折者可於皮下摸到移位的骨折端，有異常活動和骨擦音，患側上肢及外展活動障礙。
- (五) 骨折重疊移位者，從肩外側至前正中線的距離兩側不等長，患側較健側短 1~2 厘米；合併鎖骨下血管損傷者，患肢血循環障礙，橈動脈搏動減弱或消失。
- (六) X 光正位照片可以確定骨折的部位、類型和移位方向。
- (七) 因鎖骨位置表淺，骨折後局部腫脹、疼痛、壓痛均較明顯，較易摸到移位的骨折端，並且可有局部畸形、異常活動、骨擦音及特殊姿態，故診斷不難。
- (八) 鎖骨外 1/3 骨折，常被局部挫傷的症狀所掩蓋，容易發生誤診。
- (九) 鎖骨外 1/3 骨折與肩鎖關節脫位均有肩外側腫脹、疼痛，兩者必須加以鑑別。
- (十) 肩鎖關節脫位者用力將鎖骨外端向下按之可復位，鬆手後又隆起，X 光照片可見鎖骨外端上移，關節間隙變寬。

## 三、鑑別診斷：

- (一) 肩鎖關節脫位：局部腫脹較輕或無腫脹，畸形明顯，撬起高突畸形更為明顯，位置偏外側，位於肩鎖關節處。撬起端觸之光滑，當以一手按壓撬起端，一手肘向上時，畸形便可消失。
- (二) 胸鎖關節脫位：局部腫脹較輕或無腫脹，畸形明顯，撬起端偏內側，位於胸鎖關節處，觸之光滑，壓之有滑動感，畸形容易消失。



以上箭頭所指為鎖骨骨折處



## 第二節 肩胛骨骨折

**ICD-9-CM：811.0—肩胛骨閉鎖性骨折（Fracture of scapula）**

中醫診斷：肩髃骨折、鍬板子骨骨折、肩髃板鍬骨破傷、琵琶骨骨折、髑骨骨折

西醫病名：肩胛骨骨折（肩胛體骨折、肩胛頸骨折、肩胛盂骨折、喙突骨折、肩峰骨折、肩胛崗骨折）

### 一、病因病理：

- （一）肩胛骨骨折可由直接暴力或間接暴力所致。
- （二）按骨折部位可分為肩胛體骨折、肩胛頸骨折、肩胛盂骨折、喙突骨折、肩峰骨折和肩胛崗骨折。
- （三）臨床上，常見的為混合骨折，如肩胛體骨折伴有肩胛盂骨折，或肩胛體骨折伴有喙突或肩峰骨折。
- （四）由於猛烈的外力，還可使肩胛骨骨折的同時，伴有多發肋骨骨折或單根肋骨骨折。

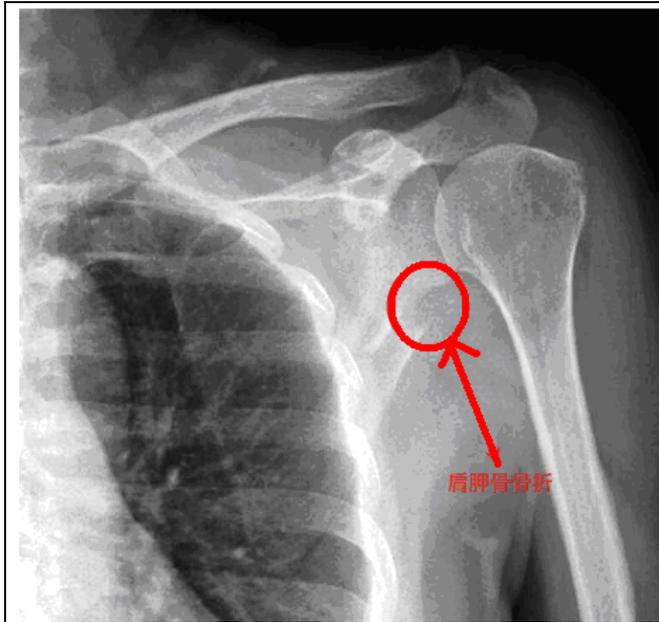
### 二、科學化診斷要點：

- （一）骨折後，肩胛部周圍腫脹、瘀斑、疼痛，患肩不能活動，患肢不能抬高，活動時疼痛加劇。
- （二）患者常用健側手托持患側肘部，以固定、保護患側。
- （三）肩胛體骨折，局部皮膚常有傷痕或皮下血腫，壓痛範圍較廣泛，有移位骨折者可捫擊骨擦音，有時可合併肋骨骨折。
- （四）肩胛頸骨折，一般無明顯畸形，嚴重者肩部塌陷，肩峰隆起，外觀頗似肩關節脫位的“方肩”畸形。
- （五）肩胛盂骨折，腋部腫脹青紫，肩關節內、外旋轉時疼痛加劇。喙突骨折，局部常可捫及骨擦音和骨折片異常活動。肩關節外展活動受限。
- （六）肩胛崗骨折，常與肩胛體骨折同時發生，臨床症狀與肩胛體骨折難於鑑別。
- （七）X 光攝片檢查可以瞭解骨折類型和移位情況。輕微外力造成的肩胛體骨折，因骨折分離錯位不明顯，菲薄的硬骨質互相重疊，骨折線常常看不到，但肩胛骨外緣、上緣有皮質斷裂，內緣失去連續性和表現出階梯樣改變。
- （八）肩胛盂骨折，穿胸位 X 光片可顯示盂前方知游離骨片。

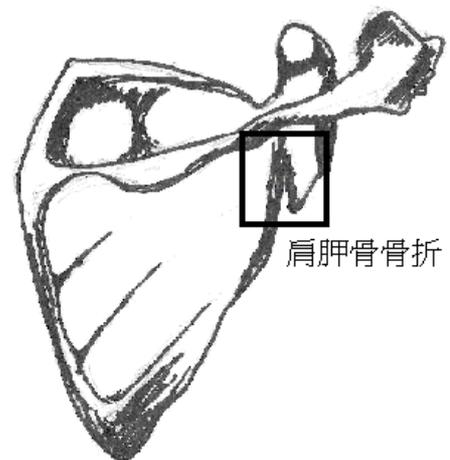
- (九) 根據受傷史、臨床症狀、體徵和 X 光片，可做出診斷。有移位的肩胛頸骨折外觀頗似肩關節脫位的“方肩”畸形，兩者必須加以鑑別。
- (十) 肩胛頸骨折的肩關節活動較關節脫位為佳，且搭肩試驗 (Dugas sign) 陰性。在診斷肩胛體骨折時，還必須仔細的檢查有無合併肋骨骨折和氣血胸。

### 三、鑑別診斷：

- (一) 肩胛骨骨折：多為跌倒時肩部著地，暴力衝擊肩部而發生肩胛骨骨折。
- (二) 肩胛盂骨折：多為跌倒時肩部著地，暴力經肱骨頭的撞擊肩胛盂所致。
- (三) 喙骨骨折：多併發於肩關節脫臼或肩鎖關節脫臼，肩關節脫臼時，喙突受肱橈肌和肱二頭肌之牽拉所致。
- (四) 肩峰骨折：多來自由上而下的直接暴力，或由上而下的傳達暴力，以及肱骨強度外展產生的槓桿作用力所致。
- (五) 肩胛崗骨折：多與肩胛體粉碎骨折同時發生。



簡圖示:



箭頭所指處為肩胛骨骨折

## 第三節 肱骨骨折

### 肱骨外科頸骨折

ICD-9-CM：812.01—肱骨外科頸骨折，閉鎖性(Fracture of surgical neck of humerus, closed)

中醫診斷：肱骨肩端骨折

西醫病名：肱骨外科頸骨折

#### 一、病因病理：

《醫宗金鑑·正骨心法》肱骨，即肩下肘上之骨。一名肱，俗名肱膊，乃身上兩大肢之通稱也。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，壅腫疼痛，心神忙亂，遍體麻冷。

#### 二、科學化診斷要點：

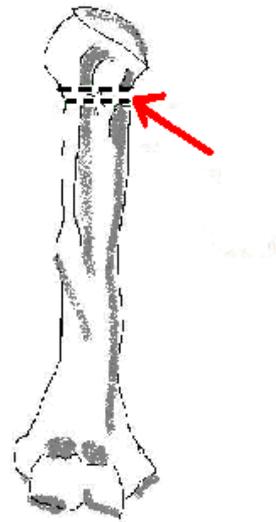
- (一) 明顯肩部外傷史
- (二) 肩部局部疼痛、腫脹、肩關節活動障礙。
- (三) 在患側上臂內側可見淤血斑。
- (四) 肱骨大結節下壓痛明顯，縱軸叩擊痛陽性。
- (五) 除無移位骨折外，一般可觸及骨擦音及異常活動。
- (六) X光檢查可顯示骨折的具體情況。
- (七) 肱骨外科頸無移位骨折與肩部挫傷之鑑別：
- (八) 肩部挫傷：腫脹、疼痛較輕，壓痛為片狀位於挫傷局部，肩關節活動功能輕度受限，病程短腫消痛減痊癒，X光檢查無骨折。

#### 三、鑑別診斷：

- (一) 肱骨外科頸無移位骨折與肩部挫傷之鑑別：  
肩部挫傷：腫脹、疼痛較輕，壓痛為片狀位於挫傷局部，肩關節活動輕度受限，病程短腫消痛減痊癒，X光檢查無骨折。
- (二) 肱骨外科頸外展形骨折與肩關節脫位(前、下)之鑑別：  
肩關節脫位：腫脹、疼痛較輕，無骨摩擦音，肩部畸形呈方肩，肩關節孟空虛，在肩前內下方可觸及圓形肱骨，畸形姿勢成彈性固定，不能改變，瘀斑無或較輕，X光檢查肩關節脫位。



簡圖示:



## 肱骨幹骨折

ICD-9-CM：812.21—肱骨幹骨折，閉鎖性 (Fracture of shaft of humerus)

中醫診斷：肱骨骨折

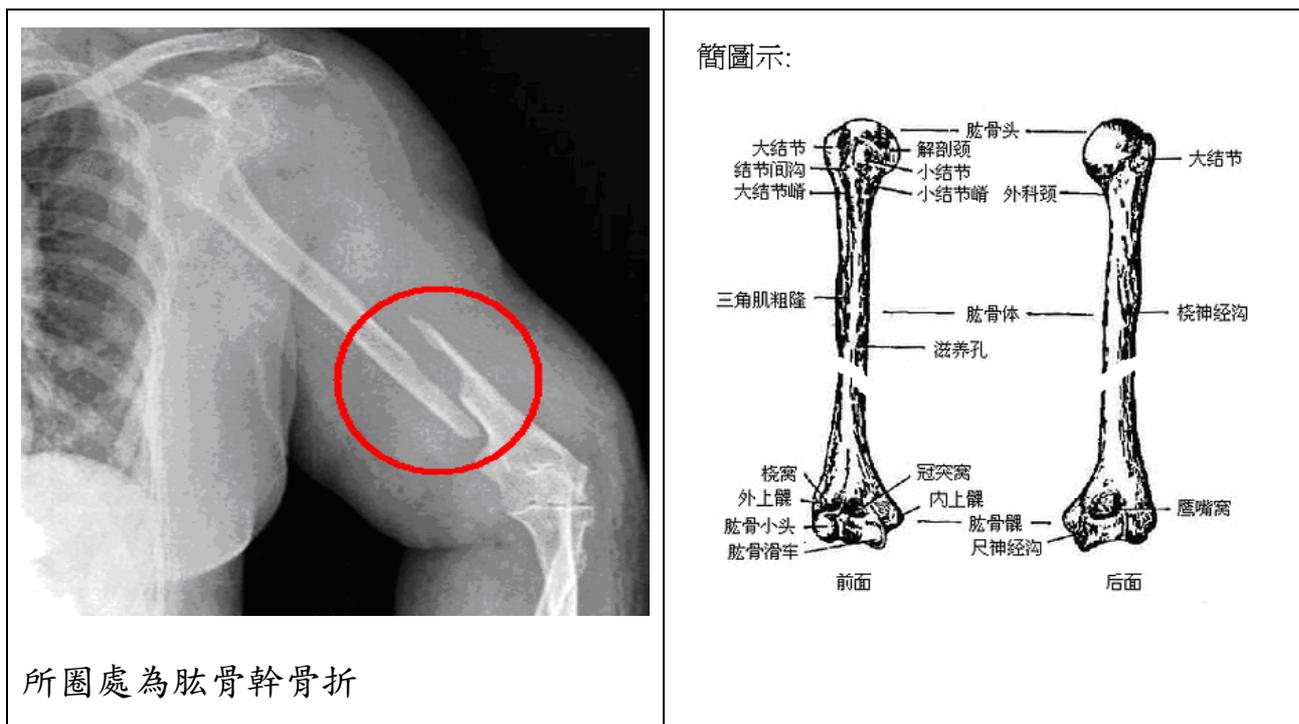
西醫病名：肱骨幹骨折

### 一、病因病理：

《醫宗金鑑·正骨心法》肱骨，即肩下肘上之骨。一名肱，俗名肱膊，乃身上兩大肢之通稱也。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，壅腫疼痛，心神忙亂，遍體麻冷。

### 二、科學化診斷要點：

- (一) 明顯的外傷病史。
- (二) 骨折部位明顯腫脹、畸形。
- (三) 上臂疼痛，局部有壓痛，縱軸叩擊痛陽性，並可觸及異常活動及骨擦音。
- (四) 肩、肘關節功能障礙。
- (五) 若伴隨橈神經的損傷，垂腕畸形或無力也有助診斷。



### 第四節 肱骨髁上骨折

ICD-9-CM：812.41—肱骨髁上骨折，閉鎖性(supracondylar fracture of humerus, closed)

中醫診斷：肱骨下端骨折

西醫病名：肱骨髁上骨折

#### 一、病因病理：

肱骨髁上骨折多為間接暴力所致，如爬樹攀高跌下、嬉戲追逐跌倒或不慎滑倒等。

#### 【骨折分型】

根據暴力方向和受傷機理不同，可分為伸直型、屈曲型和粉碎型三類。以伸直型為最多，約佔髁上骨折總數的 90% 以上，屈曲型較少。

(一) 伸直型：當跌倒時，肘部處於微屈或伸直位，手掌先著地，則由地向上的暴力經前臂骨將肱骨下端推向後側，由上向下重力則將肱骨幹推向前方。如此，在薄弱的髁上部便造成骨折線由前下方斜向後上方的短斜面型或橫斷型的骨折。骨折時，近端向前移位，遠端向後移位。移位嚴重時，可刺傷或壓迫肱動、靜脈和正中神經。當向橈側或尺側移位時，可傷及橈神經或尺神經。

(二) 屈曲型：由直接暴力所致，跌倒時屈曲的肘關節後緣(肘尖)觸地，

暴力由後下方向前上方撞擊鷹嘴突造成骨折。骨折時，近端向後下移位，遠端向前上移位。血管神經損傷較少見。

伸直型和屈曲型骨折端，均可發生側方移位和旋轉移位。根據骨折端的側方移位，又可分成尺偏型和橈偏型。尺偏型骨折往往由於尺側骨皮質遭受擠壓而發生塌陷或嵌插，或骨折遠端內旋移位，而容易後遺肘內翻畸形，其發生率可高達 30%-70%。以上兩型多見於兒童。

(三) 粉碎型：又稱肱骨髁間骨折，是典型的關節內骨折。也是肘部較嚴重的損傷，多由較嚴重的間接暴力所致。暴力先造成肱骨髁上骨折的同時，尺骨鷹嘴的半月切跡撞擊滑車溝，將肱骨髁從中間劈開而變為粉碎性骨折。骨折線可呈“T”型或“Y”型，亦可分為伸直型和屈曲型兩種。此型多見於成人。

## 二、科學化診斷要點：

- (一) 明顯的跌倒外傷史。(以此與橈骨小頭半脫位作鑑別)
- (二) 無移位骨折肘部疼痛、腫脹，肱骨髁上處有壓痛，關節活動功能受限；移位嚴重時腫脹更明顯，甚至出現張力性水泡。
- (三) 局部明顯壓痛，縱軸扣擊痛陽性。
- (四) 肱骨髁上有異常活動及骨擦音。
- (五) 伸直型骨折肘部呈半屈伸位，移位明顯時，呈“靴狀”畸形，在肘前可捫及突出的骨折近端。
- (六) 屈曲型骨折肘部成半圓形，在肘後可捫及突出的骨折近端。
- (七) 以上兩型肘後三角(屈肘 90°時，尺骨鷹嘴突與肱骨內、外上髁三點可連成一等腰三角形)皆正常。(以此與肘關節脫位作鑑別)
- (八) 粉碎型骨折肘後三角關係改變。
- (九) 有橈偏移位者，肘尖偏向外側，骨折處外側凹陷，內側較突起；尺偏移位者反之。
- (十) 單獨一邊攜帶角的變化最普通的原因是因舊的髁上骨折(supracondylar fracture)。
- (十一) X光檢查可顯示骨折的具體情況。
- (十二) 注意橈動脈的搏動、腕和手指的感覺、活動、溫度、顏色，以便確定是否合併神經或血管損傷。

## 三、中醫辯證

- (一) 瘀停筋膜：外傷初期，經脈損傷，血溢脈外，瘀於皮下筋膜，腫脹較甚或有張力性水泡，疼痛劇烈，壓痛明顯，舌質淡紅，苔薄白，

脈絃。

- (二) 斷骨未續：骨斷中期，骨位已正，尚有瘀血未去，筋骨連接未堅，局部腫瘀未消盡，疼痛壓痛固定，功能活動障礙，舌質淡，苔薄白，脈沉緩。
- (三) 瘀血凝筋：骨傷日久，腫脹消退，瘀血殘留肌腠、筋膜、關節，以致筋膜連黏，關節屈伸不利，舌紅苔薄，脈結。
- (四) 肝腎不足：損傷後期，斷骨未堅，筋脈疲軟，可出現肝腎不足之症。偏於肝腎陰虛者，有頭暈耳鳴，腰膝痠軟，兩目乾澀，視物模糊，或有煩燥失眠，五心煩熱，盜汗，遺精，咽乾口燥，舌紅少苔，脈細數；偏於腎陽虛者，兼見形寒肢冷，神疲乏力，遺精早洩，月經量少，色淡，小便清長，夜尿頻數，舌淡苔薄白，脈沉細。
- (五) 筋痺骨痿：骨折時併發橈神經損傷，手腕下垂、拇指不能背伸、虎口區麻木，肌肉萎縮，活動無力，經久不癒，舌質淡，苔薄白，脈緩或虛弱。
- (六) 骨折後，由於脈絡受損，氣血凝滯，阻塞經絡，不通則痛。肱骨髁上部為松質骨與密質骨交界處，骨折後局部出血較多，離經之血外溢肌膚，而出現腫脹。故骨折早期，證屬氣滯血瘀。
- (七) 無移位骨折可將患肢置於屈肘 90°位，用頸腕帶懸吊，或用杉樹皮製成的直角托板固定 2~3 周。併發有血循環障礙者，必須緊急處理，在麻醉下整復移位的骨折，以解除骨折端對血管的壓迫，同時重用活血祛瘀藥物。如復位後冰冷的手指逐漸轉暖且恢復主動伸直，可繼續密切觀察。合併神經損傷者，一般多為挫傷所致，骨折移位整復後，經治療 3 個月內多能恢復。
- (八) 臑骨，即肱骨。醫宗金鑑云：「臑骨，即肩下肘上之骨也。自肩至上至手腕，一名『肱』，俗名『肱膊』，乃上身兩大支之通稱也。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，臃腫疼痛，心神忙亂，徧身麻冷，皆用手法，循其上下前後之筋，令得調順，摩按其受傷骨縫，令得平正，再將小杉板週為逼定，外用白布裹之，內服正骨紫金丹，外貼萬靈膏，如壅腫不消，外以散瘀和傷湯洗之。」



上圖所示為肱骨髁上骨折

#### 四、鑑別診斷：

- (一) 肘關節後脫位：腫脹、疼痛較輕，肘後三點標誌失常，畸形不能改變，且成彈性固定，脫位時可觸及光滑的肱骨下端，無瘀斑或水泡，X光檢查顯示肘關節後脫位。
- (二) 肱骨髁上身伸展型骨折：腫脹嚴重，肘後三點標誌正常，畸形不能改變，肘窩可觸及不平的肱骨骨折端，有瘀斑或水泡，疼痛嚴重，X光顯示有骨折。

### 第五節 橈尺骨骨折

#### 橈、尺骨幹雙骨折

ICD-9-CM：813.2—橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折(Fracture of radius and ulna, closed)

中醫診斷：手骨兩脛俱斷、斷臂輔兩骨、兩臂骨折斷、正輔骨骨折、昆臂骨骨折、天地骨骨折、前臂雙骨折。

西醫病名：橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折。

#### 一、病因病理：

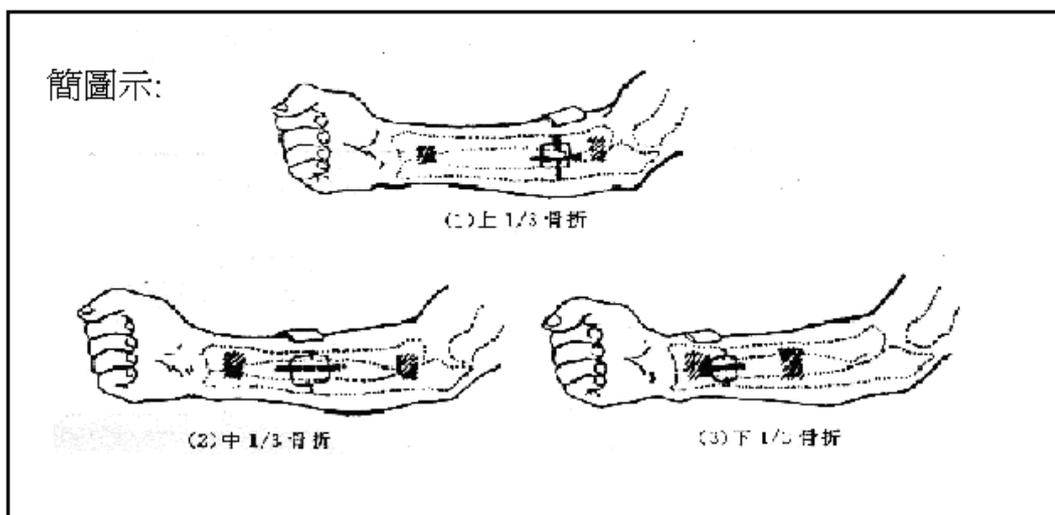
直接暴力、傳達暴力、扭轉暴力所造成。

- (一) 直接暴力：多見於打擊、機器或車輪輾壓傷。兩骨折在同一平面，偶有一骨或雙骨多段骨折，粉碎、橫斷骨折較多，常伴有嚴重的軟組織損傷。

- (二) 傳達暴力：多見於從高處墜落或滑倒跌傷，地面的反作用力由橈腕關節向橈骨幹傳遞，在橈骨的中或上 1/3 生理彎曲部發生應力集中現象，造成該處骨折。骨折線橈骨幹為橫斷型或鋸齒型，尺骨幹為短斜型。骨折位移較大，但軟組織損傷較輕，偶爾暴力過大，骨折斷端刺破皮膚，造成穿破性開放骨折。
- (三) 扭轉暴力：多見於機器扭絞傷。前臂過度旋前或旋後扭轉，造成兩骨的螺旋型骨折。多數是由內上而斜向外下方。骨折線方向一致，但平面不同。尺骨骨折線多在上，橈骨骨折線多在下，這類骨折常伴有皮膚及軟組織的擦傷或挫裂傷。

## 二、骨折分型：

- (一) 根據骨折線水平及形狀分型：上 1/3 骨折，骨折線在旋後肌止點水平，中 1/3 骨折骨折線在旋前圓肌水平，下 1/3 骨折骨折線在旋前方肌的上緣水平。



- (二) 根據骨折周圍軟組織病理變化可分為閉合骨折和開放骨折。閉合性橈尺骨幹雙骨折常伴有嚴重的肢體腫脹，應警惕發生缺血性攣縮。穿破性橈尺骨開放骨折可於清創後關閉傷口，按閉合性骨折處理。

## 三、科學化診斷要點

- (一) 患者有明顯的外傷史。
- (二) 傷後局部腫脹、疼痛、畸形，有明顯壓痛及縱軸叩擊痛。
- (三) 前臂活動功能障礙，尤其是旋轉活動時劇痛。
- (四) 有移位的完全骨折，前臂可有縮短、成角或旋轉畸形，從而呈現出前臂的畸形。
- (五) 有骨擦音及異常活動。
- (六) 兒童前肢骨折僅有成角畸形。
- (七) 前臂正、側位 X 光片，可明確骨折類型及移位程度，應包含肘關節

跟腕關節，注意有無合併脫位。

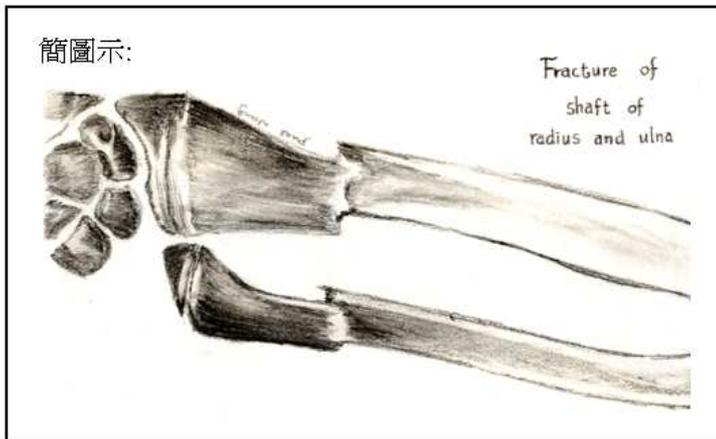
(八) 根據疼痛、腫脹程度及手指感覺和溫度判斷出有無前臂筋膜間隔區綜合症。

#### 四、中醫辯證

同肱骨髁上骨折 1~4 點。



橈、尺骨幹雙骨折



橈、尺骨幹雙骨折

## 橈骨頭骨折

ICD-9-CM：813.05—橈骨頭部閉鎖性骨折 (head of radius fractures, closed)

ICD-9-CM：813.06—橈骨頸部閉鎖性骨折 (neck of radius fractures, closed)

中醫診斷：輔骨上端骨折

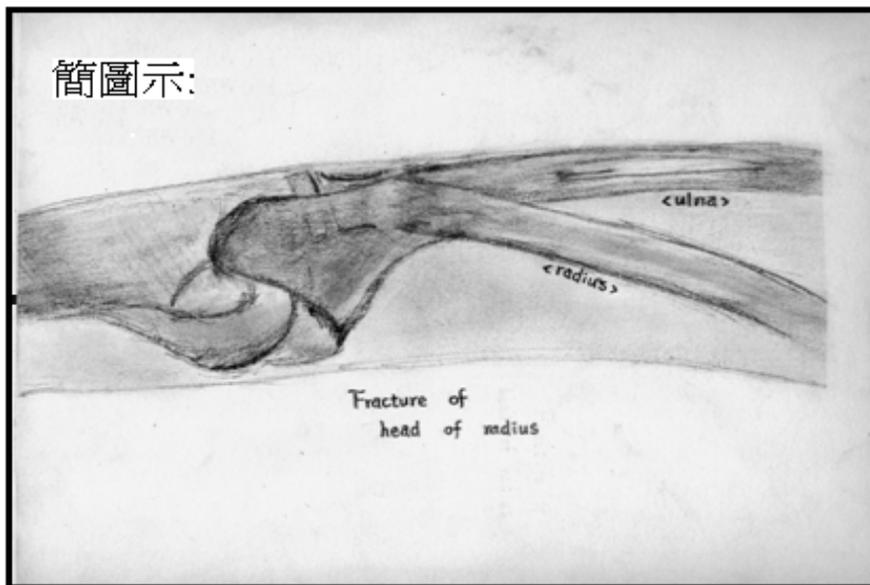
西醫病名：橈骨頭骨折

### 一、科學化診斷要點

- (一) 明顯的跌臥外傷史。
- (二) 傷後肘部疼痛，肘關節外側明顯腫脹，但若血腫被關節囊包覆，可無明顯腫脹。
- (三) 橈骨頭局部壓痛，活動受阻，尤以旋轉前臂時，橈骨頭處疼痛加重。
- (四) 患者前臂處在旋前位，肘關節微屈。
- (五) 檢查時，必須注意肘和手的感覺和活動功能，以了解是否合併橈神經損傷。
- (六) X 光檢查可顯示骨折類型及位移程度。

### 二、中醫辯證

同肱骨髁上骨折 1~5 點。



橈骨頭骨折

## 蒙德柯氏骨折

ICD-9-CM：813.03—蒙德柯氏骨折(Monteggia's fracture, closed)

中醫診斷：尺骨近端骨折，正骨骨折合併輔骨脫位。

西醫病名：尺骨上1/3骨折合併橈骨頭脫位、蒙德柯氏骨折

### 一、病因病理：

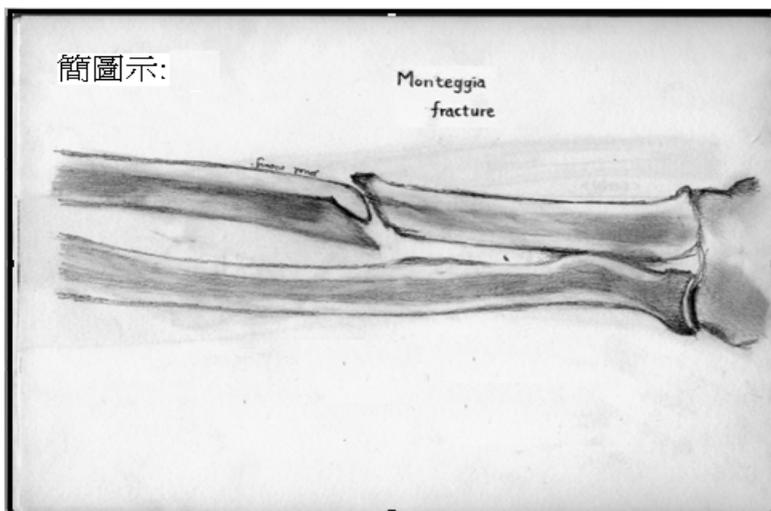
尺骨近端骨折，通常會連帶橈骨頭的脫臼。常發生在小孩身上，因為打在前臂上的重擊造成。

### 二、科學化診斷要點

- (一) 明顯的前臂外傷史
- (二) 肘部及前臂腫脹、疼痛、前臂旋轉功能受限
- (三) 在肘前外、後外或外側可觸及到橈骨頭
- (四) 局部壓痛，縱軸叩擊痛陽性，並可觸及到異常活動及骨擦音
- (五) 背側可見尺骨成角畸形
- (六) 若合併橈神經損傷可伴有手指感覺和運動障礙
- (七) 手臂 X 光診斷較不明顯

### 三、中醫辯證

- (一) 同肱骨髁上骨折 1~4 點。
- (二) 尺骨骨折，乃外力衝擊吾人筋骨，致筋傷骨損也。肝木主筋，腎水主骨，骨折一證，傷筋損骨，筋損骨傷，必致經絡閉塞，血脈不通。心主血脈，血脈一傷，筋骨不榮。



蒙德柯氏骨折

## 蓋氏骨折

ICD-9-CM：813.4 一橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折(fracture of lower end of radius and ulna, close)

中醫診斷：輔骨骨折合併正骨駭脫

西醫病名：蓋氏骨折，橈骨下 1/3 骨折合併尺橈關節脫位

### 一、科學化診斷要點

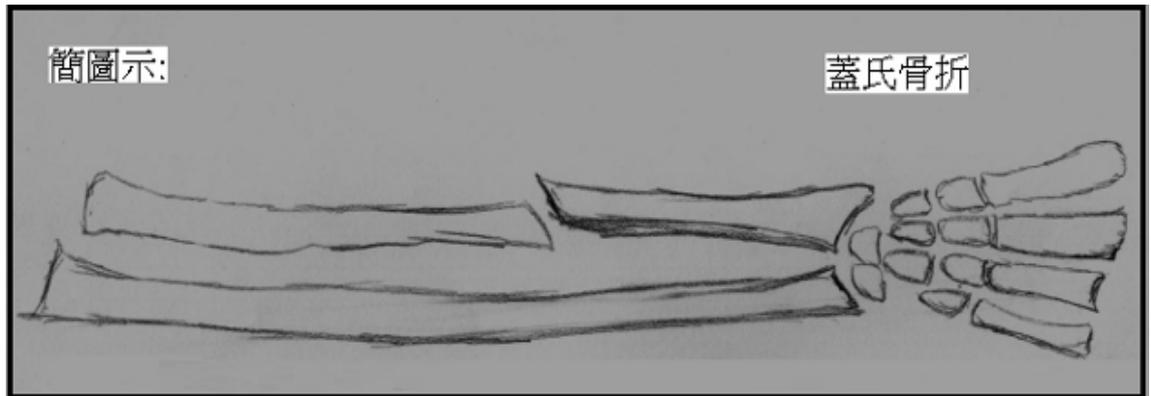
- (一) 傷後前臂中下段及腕部疼痛、腫脹，橈骨幹下 1/3 部向掌側或背側成角，尺骨小頭常向尺側、背側突起，腕關節成橈偏畸形。
- (二) 橈骨下 1/3 部壓痛及縱向叩擊痛明顯，有異常活動及骨擦音，下尺橈關節鬆弛，按壓尺骨小頭有彈跳感，並有擠壓痛，前臂旋轉功能障礙。
- (三) 此一骨折在所有骨折中很常見，主要發生於中年和老年婦女，骨質疏鬆常是一個誘因，一般因跌倒時手外撐所導致。在診斷上如遇到病人主訴跌倒後有腕痛及橈骨遠端壓痛時，多要照 X 光，並找出最壓痛的位置，以便區分是否為腕骨之舟狀骨骨折。
- (四) 橈骨幹骨折有明顯成角或重疊移位，而尺骨未見骨折或彎曲畸形時，應考慮合併下尺橈關節脫位。X 光檢查時，應拍正、側位片，必須包括腕關節，以確定骨折類型和移位情況，並可觀察下尺橈關節是否有分離及分離程度，以及是否伴有尺骨莖突骨折。
- (五) 側位片顯示橈尺骨骨幹正常應相互平行重疊，若橈、尺骨骨幹下端發生交叉，尺骨頭向背側移位，則為下尺橈關節脫位。正位片顯示橈尺骨骨間隙變寬，成人若超過 2mm，兒童若超過 4mm，則為下尺橈關節脫位。
- (六) 橈骨幹骨折單純成角而無重疊移位，尺骨遠端向背側或掌側脫位時，尤其容易漏診。因此拍攝 X 光片時必須包括腕關節，並必須認真進行臨床檢查和仔細觀察正、側位片，以免漏診影響治療效果。臨床檢查時，若只注意骨折癥象，而忽略下尺橈關節的體癥，則容易漏診。

### 二、中醫辯證

- (一) 《醫宗金鑑·正骨心法要旨·臂骨》云：「臂骨者，自肘至腕，有正輔二根，其在下，而形體長大，連肘尖者，為『臂骨』(尺骨)，其在上，而形體短細者為『輔骨』，俗名『纏骨』(橈骨)，疊並相倚，俱下接於腕骨焉。凡臂骨受傷者，多因迎擊而斷也。」此骨受傷失治，每令瘀血凝滯，時時作痛，天陰則劇，久而不瘥，易成癩

疾。初癒，宜盡力修養，不可操勞，若尚時感痠痛，此傷勢未和也，宜服益母膏。

- (二) 「橈骨下端骨折」在中國傳統醫學又將此稱為「輔骨下端骨折」、「手脈骨骨折」、「橈骨遠端骨折」。明·朱橚著《普濟方·折傷門》首先記載了伸直型橈骨下端骨折移位特點，清·胡廷光編《傷科匯纂》則將尺骨橈骨骨折分為向背側移位及向掌側移位兩側類型。
- (三) 早期瘀種較甚，治以活血祛瘀、消腫止痛，內服活血祛瘀方或復原活血湯，外敷消腫止痛膏或雙柏膏；中期宜和營生新、接骨續損，內服續骨活血湯、肢傷二方，外敷接骨續筋膏；後期宜補肝腎、強筋骨，內服補腎活血湯；去除夾板固定後，外用舒筋活絡的骨科外洗一方、上肢損傷洗方煎水熏洗。



圖示為蓋氏骨折

## 柯雷式骨折

ICD-9-CM：813.41—柯雷式骨折 (Colles' Fracture)

813.81—單獨橈骨之閉鎖性骨折 (Fracture of radius(alone), close)

中醫診斷：輔骨下端骨折，昆骨下端骨折，手脈骨下端骨折

西醫病名：柯雷式骨折，橈骨下端骨折，橈骨遠端骨折

### 一、科學化診斷要點

就受傷史而言：

- (一) 柯雷氏骨折多為間接外力所造成。常見於跌倒時，腕關節呈背伸位，跌仆在地，手掌小魚際部位著地，因而造成橈骨下端骨折。
- (二) 外力輕時，骨折處嵌插而無明顯位移；外力較大時，腕關節正常解剖位置改變，骨折遠端向橈側和背側位移，橈骨下端關節面改向背側傾斜。

就臨床表現而言：

- (一) 受傷後腕部壓痛明顯，腕背部軟組織腫脹、有血腫形成。手指處於半屈曲休息位置，不敢握拳，做握拳動作時疼痛劇烈。
- (二) 有位移之骨折常有典型畸形。骨折遠端移向背側時，腕掌側隆起，橈骨遠側則向腕背側突出，從側面觀看，可見「餐叉樣」畸形。

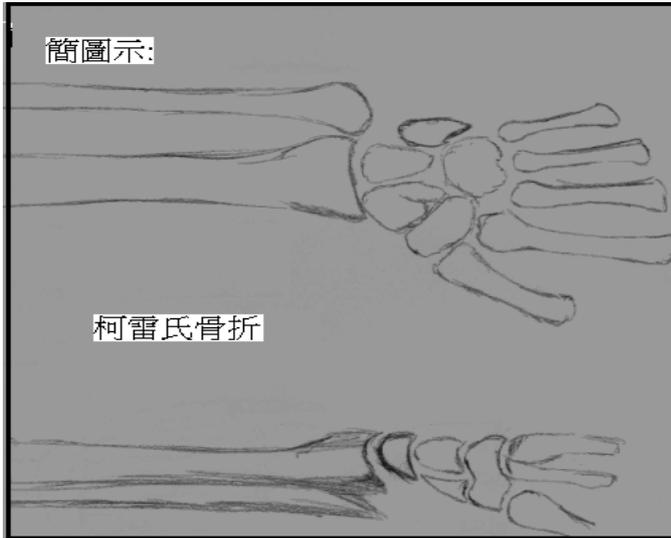
就影像學檢查而言：

- (一) 橈骨遠端距關節面 2cm-3cm 處的有橫斷性骨折，也可表現為碎裂成兩塊以上的粉碎性骨折，骨折線可以波及至橈骨關節面。
- (二) 橈骨下端關節面改向背側傾斜，甚至關節面向橈側傾斜。
- (三) 骨折端向背側移位，背側骨皮質有嵌插，有可能有游離性骨折碎片存在。
- (四) 橈尺下關節分離脫位。尺橈下韌帶和三角軟骨盤的撕裂，多伴隨尺骨莖突的撕脫骨折。

### 二、中醫辯證：

- (一) 《醫宗金鑑·正骨心法要旨·腕骨》「腕骨，即掌骨...以其宛屈上下，故名曰腕。若墜車馬，手掌著地，只能傷腕。」
- (二) 損傷早期骨筋分離，脈絡受到損傷，氣血阻滯，瘀積不散而腫脹疼痛，治療以活血化淤和消腫止痛為主。
- (三) 骨折中期，腫脹基本上已漸漸消退，斷骨逐漸接合，氣血將開始恢復，但筋骨仍偏軟弱，氣血仍然不足，宜用和法，養血和血，強壯筋骨，補益肝腎為主。

(四) 骨折後期斷端已基本連接，但尚未堅強，關節功能也未完全恢復，宜用補法，故以壯筋補骨，補肝益腎，補養氣血，通絡活節為主。



箭頭所指處為柯雷式骨折

#### 四、鑑別診斷：

- (一) 橈骨下端骨折：畸形、壓痛位於腕關節上方(偏上)，X 光檢查可顯示橈骨下端骨折。
- (二) 腕骨脫位合併骨折：畸形、壓痛位於腕部(偏下)，X 光檢查可顯示橈骨下端無骨折，而腕骨間相對位置紊亂或骨折。

## 第六節 腕骨骨折

ICD-9-CM：814.0—腕骨閉鎖性骨折 (closed fracture of carpal bone)

中醫診斷：腕舟骨骨折

西醫病名：腕舟骨骨折

### 一、科學化診斷要點

#### (一) 跌倒外傷史

跌倒時，手掌先著地，腕關節強度橈偏背伸，暴力向上傳送，腕舟骨被銳利的橈骨關節面的背側緣或莖突緣切斷而發生骨折。

#### (二) 腕部腫脹疼痛，陽谿穴（鼻煙窩處）尤為明顯。

(三) 將腕關節橈傾，屈曲拇指和食指而叩擊其掌指關節時可引起腕部劇烈疼痛。

#### (四) X 光檢查：拍攝腕部正位、側位和尺偏斜位 X 光片

### 二、鑑別診斷：

(一) 有些裂紋骨折在早期 X 光片常被誤認為腕關節扭挫傷。若懷疑是腕骨骨折，應於 2~3 週後再拍一次，此時骨折端的骨質被吸收，骨折線較容易顯露。

(二) 陳舊性腕舟骨骨折：X 光片可見骨折線明顯增寬，骨折端有囊性變化，或骨折端密度增高，或骨硬化等現象。

(三) 腕舟骨骨折按發生部位可分為以下三型：

1. 舟狀骨結節骨折：血管供應較豐富，約 6~8 週可癒合。
2. 舟狀骨腰部骨折：臨床最常見。大部份可在 10~12 週癒合。少數病例因局部血液循環不良和剪力大，骨折癒合緩慢（半年至一年）。
3. 舟狀骨近端骨折：遠側血液循環良好，癒合快速；近側血液供應不足，可能發生缺血性壞死。

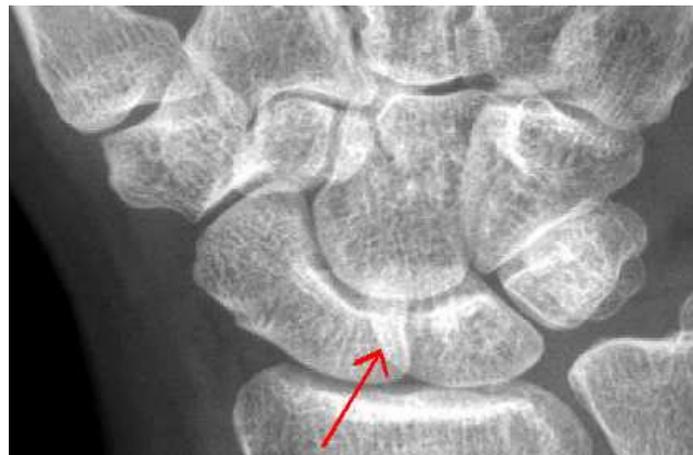
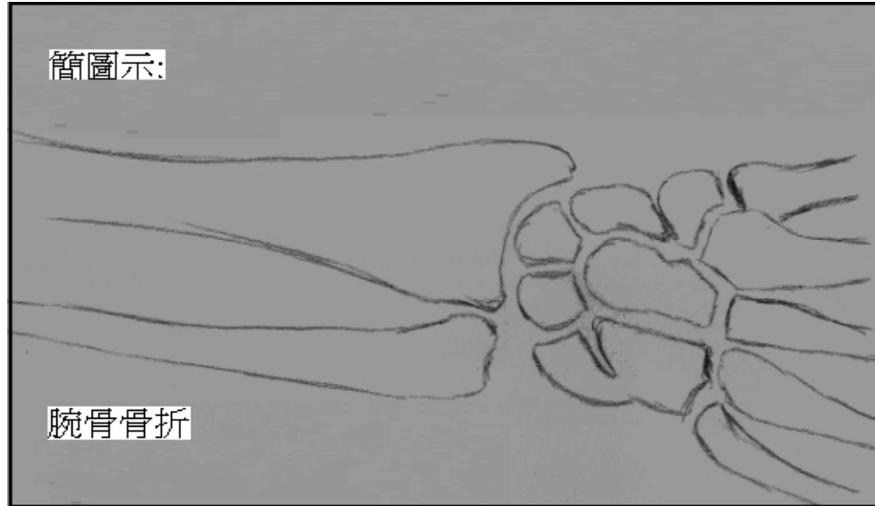
### 三、中醫辯證

《醫宗金鑑·正骨心法要旨·腕骨》

(一) “腕骨，即掌骨，乃五指之本節也。一名「壅骨」，俗名「虎骨」。其骨大小六枚，湊以成掌，非塊然一骨也。其上並接臂輔兩骨之端，其外側之骨，名「高骨」，一名「銳骨」，俗名「龍骨」。以其能宛屈上下，故名曰「腕」。”此言明腕骨之位置、異名與功能。

(二) “若墜車馬，手掌著地，只能傷腕。若手指著地，其指翻貼於臂上者，則腕縫必分開。傷腕者壅腫疼痛，法以兩手揉摩其腕，內服正

骨紫金丹，外貼萬靈膏。若手背向後，翻貼於臂者。以兩手捉其手背，輕輕回翻之，令其復位，仍按摩達其筋，必令調順。內服人參紫金丹，外敷混元膏。”可見腕骨骨折的病因為跌倒時手掌著地導致腫脹疼痛。施行手法並搭配內服與外用藥可見效。



箭頭所指處為腕舟骨骨折

## 第七節 掌骨骨折

**ICD-9-CM：815.0—掌骨閉鎖性骨折(close fracture of metacarpal bone)**

中醫診斷：駢骨骨折、壅骨骨折

西醫病名：掌骨骨折

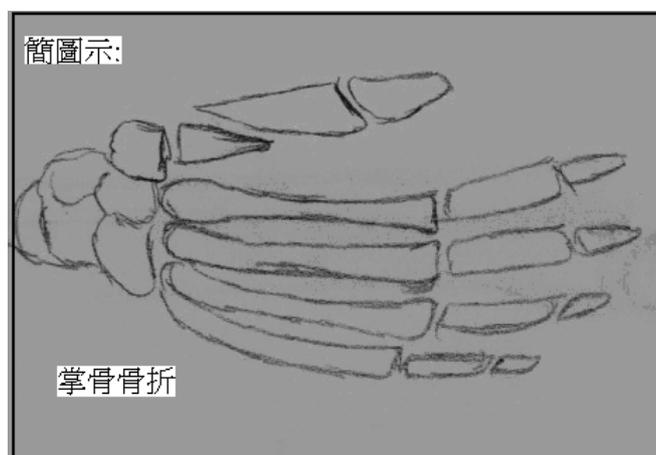
### 一、科學化診斷要點

- (一) 有明顯的跌倒或撞擊史，像是手部碰傷、擠壓傷及拳擊傷是其常見的損傷原因。

- (二) 骨折時局部腫脹、疼痛，功能障礙，有明顯壓痛，縱壓或扣擊掌骨頭則疼痛加劇。
- (三) 骨折後如有重疊移位則掌骨縮短，可見掌骨頭凹陷，握拳時尤為明顯。
- (四) 第一掌骨基部骨折或骨折脫位，其拇指內收、外展、對掌等活動均受限，握力減弱。其第一掌骨基底部向橈背側成角，拇指向掌尺側內收畸形。且骨折線多在掌骨基底 1 厘米處，兒童骨折則多表現為近端骨頭分離。
- (五) 掌骨幹骨折，常發生於打架或拳擊的運動的青壯年中。故名拳擊骨折。它以各種不同的骨折式樣出現，可在放射線攝影術中明晰可見。其骨折線可為橫斷、粉碎或斜形等，一般骨折部有側方移位並向背側成角，遠端向掌側移位。
- (六) 掌骨頸骨折因骨間肌作用，掌骨頭多向掌側傾斜。
- (七) 掌骨頸骨折和掌骨幹骨折，可觸及骨擦音，掌指關節伸屈功能障礙。
- (八) X 光檢查可顯示骨折的類型和移位程度。宜拍攝手部的正位、側位，以明確診斷。

## 二、中醫辯證

- (一) 掌骨指骨折易疼痛、瘀腫、瘀血、抽痛、關節屈伸不利。吳志成著骨傷科骨折治療學(下)中有提到，掌骨指骨骨折的藥物治療，外敷方用乾坤膏。主治骨折、破骨、瘀腫、疼痛能續筋接骨。內服方劑用五奴散(秘方)。主治骨折腫脹，續筋接骨，瘀血疼痛關節屈伸不利。
- (二) 治療時期細分，早期宜活血去瘀、消腫止痛，內服四物止痛湯或七厘散；外敷跌打萬花油。中期宜和營生新、接骨續損，內服續骨活血湯或駁骨丹。後期宜培補肝腎、強壯筋骨，內服補骨方或六味地黃丸等。





箭頭所指處為掌骨骨折



箭頭所指處為掌骨骨折

## 第八節 指骨骨折

ICD-9-CM：816.0—指骨閉鎖性骨折(closed fracture of phalanges of hand)

中醫診斷：竹節骨骨折

西醫病名：指骨骨折

### 一、類型

(一) 依骨折型態：可分為：橫斷、斜形、粉碎型

(二) 依發生位置：

1. 近節指骨骨折：骨折斷端因骨間肌與蚓狀肌的牽拉，向背側突起成角。以骨幹骨折最常見。
2. 指骨頸骨折：骨折因伸肌腱中央部的牽拉，向掌側突起成角。遠端可向背側旋轉 90 度。
3. 末節指骨基底背側骨折：骨折後末節手指屈曲，成錘狀畸形，不能主動伸直，稱為錘狀指，又稱棒球指。

### 二、病因病理

直接暴力與間接暴力都可能引起，又以直接暴力為最常見的原因，容易引起開放性骨折。其中近節指骨骨折常因為間接暴力引起；末節指骨基底背側骨折常因手指伸直時，指端受到暴力彎曲而引起的撕脫性骨折（如接球時，指端被球撞擊）。

### 三、臨床表現

包括局部腫脹、疼痛、壓痛明顯，活動時疼痛加劇。有時可聽到骨擦音。手指屈伸功能受限或障礙，嚴重時會造成手部畸形。如合併脫位，則功能完全喪失。

### 四、科學化診斷要點

- (一) 明顯外傷史。
- (二) 患指腫脹、疼痛，可能有骨擦音。
- (三) 屈伸活動受限。
- (四) 骨折移位明顯者，有側突畸形、向背側或掌側突起成角。
- (五) 末節指骨基底背側骨折者，有錘狀畸形指，且手指不能主動伸直
- (六) X 光片檢查可顯示骨折類型與移位方向。

### 五、中醫辯證要點

#### (一) 瘀停筋膜

外傷初期，經脈損傷，血液脈外，瘀於皮下筋膜，腫脹較甚，疼痛劇烈，壓痛明顯，舌質淡紅，苔薄白，脈弦。

#### (二) 斷骨未續

骨斷中期，骨位已正，尚有瘀血未去，筋骨連接未堅，局部腫脹未消，疼痛壓痛固定，功能活動障礙，舌質淡，苔薄白，脈沉緩。

#### (三) 瘀血凝筋

骨傷日久，腫脹消退，瘀血殘留肌腠、筋膜、關節，以致筋膜粉連，關節屈伸不利，舌紅苔薄，脈結。

#### (四) 肝腎不足

損傷後期，斷骨未堅，筋脈疲軟，可出現肝腎不足之症。

偏於肝腎陰虛者，有頭暈耳鳴，腰膝酸軟，兩眼乾澀，視物模糊，或有煩躁失眠，五心煩熱、盜汗、遺精，咽乾口燥，舌紅少苔，脈細數。

偏於腎陰虛者，兼見形寒肢冷，神疲乏力，遺精早泄，月經量少色淡，小便清長，夜尿頻數，舌淡苔薄白，脈沉細。

#### (五) 斷骨難續

骨痂生長緩慢或內固定後骨折線仍清晰可見，甚至斷端硬化，經久不癒。患者體質虛弱，傷處隱隱作痛，患處不能用力，舌質淡，苔薄白，脈細弱。



## 第九節 股骨骨折

### 股骨頸骨折

ICD-9-CM：820—股骨頸骨折(fracture of neck of femur)

中醫診斷：髌杵骨折、胯骨軸骨折

西醫病名：股骨頸骨折

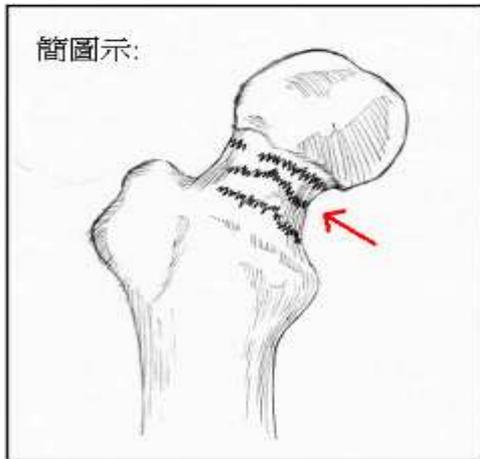
#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 老人跌倒後出現髖部疼痛。
- (二) 傷後不能站立行走。
- (三) 傷髖功能喪失。
- (四) 傷髖呈內收、屈曲及外旋畸形。
- (五) 傷肢短縮，大轉子向外上方突起。
- (六) 股三角部位壓痛。
- (七) 被動活動傷肢時，傷髖疼痛加劇。
- (八) 叩擊大轉子或足跟時，腹部出現疼痛。
- (九) 足跟試驗陽性。
- (十) 髖關節正側位 X 光檢查可顯示骨折位置、骨折線方向和程度，而且可看出頸幹角的減小或增大，以及股骨頸有無病理性改變。

#### 二、中醫辯證：

老年人可因輕微外傷引起股骨頸骨折之病理，主要是因為老年人肝腎不足，筋骨衰弱，骨質疏鬆，骨小樑變得極為脆弱，尤其股骨頸部張力骨小樑數量減少，甚至消失，最後壓力骨小梁數目也減少，使股骨頸生物力學結構削弱，導致股骨頸脆弱。另外老人髖周微肌群退變，反應遲鈍，不

能有效抵銷髖部有害壓力，加之髖部受到壓力較大，局部壓力複雜多變，因此不需要多大暴力就可發生骨折。



箭頭所指處為股骨頸骨折



上圖為股骨頸部之囊內部份閉鎖性骨折

### 三、鑑別診斷

- (一) 股骨粗隆間骨折：外旋畸形較大，可達 90%，縮短不多，畸形可改變，有大片瘀血斑，癒後較好。
- (二) 髖關節脫位：青壯年多見，腫脹明顯，無瘀血斑，有屈曲、內收內旋或屈曲、外展外旋畸形明顯，畸形不能改變。

### 股骨粗隆間骨折

**ICD-9-CM：820.20** 未明示粗隆骨折，閉鎖性(fracture of trochanteric section of femur. Unspecified, closed)

中醫診斷：末軀骨上骨折

西醫病名：未明示之粗隆骨折，閉鎖性

#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 患者年齡通常較高，男多於女，有外傷史，多由間接暴力引起，如跌倒時大粗隆觸地等。
- (二) 不能站立或行走，患肢明顯縮短、內收、外旋畸形。
- (三) 由患肢縱軸方向扣擊足跟部，骨折處疼痛明顯，有時可觸及骨擦音。
- (四) 與股骨頸骨折的受傷姿勢、臨床表現、全身併發症大致相同，但股骨粗隆間骨折的患者年齡較高，患部腫脹較明顯，有廣泛的瘀斑，壓痛點表淺且多在大轉子處，傷側下肢可完全外旋，外緣可貼近床面。
- (五) 髖關節檢查時可測知大粗隆上移。

(六) 可用 X 光片確診。

(七) 股骨轉子部位血液供應豐富，很少有骨折不癒合或股骨頭缺血性壞死，預後比股骨頸骨折佳。

## 二、中醫辯證：

(一) 老年人素體肝腎不足，筋骨軟弱，當下肢突然扭轉，或跌倒時，臀後方或大轉子部觸地，尤其是股骨處在過度外展或內收位而引起不同類型的轉子骨折。轉子部骨質鬆脆，骨折往往為粉碎型。

(二) 無移位骨折可採用丁字鞋制動或懸重 3~5 公斤持續牽引 6~7 周；有移位骨折著重糾正患肢縮短和髖內翻，應採手法整復。整復後，採用持續牽引懸重 6~8 公斤，固定患肢於外展中力位 8~10 週。固定期間注意不盤腿、不側臥，經常作患肢肌肉運動和全身鍛鍊，解除牽引後，可扶雙拐做不負重步行鍛鍊，尤其是不穩定骨折需經 X 光照片證實骨折癒合後才可負重。

(三) 藥物治療與股骨頸骨折似，但早期由應注意採用活血祛瘀、消腫止痛之品。老人體衰，氣血虛弱，不宜重用桃仁、紅花，應用三七、丹參等，祛瘀而不傷新血。



箭頭所指處為股骨粗隆間骨折



箭頭所指處為股骨粗隆間骨折

## 股骨幹骨折

ICD-9CM：821.01—股骨幹骨折，閉鎖性(Fracture of shaft of femur, closed)

中醫診斷：髀骨骨折、大捷骨骨折、末軀骨骨折、大腿骨骨折

西醫病名：股骨幹骨折

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 有典型而嚴重的外傷史。
- (二) 患肢局部疼痛腫脹，可能出現瘀血斑，患者呈現急性疼痛病容。
- (三) 成人股骨幹骨折常會導致大量內出血而發生休克。
- (四) 患肢功能喪失。
- (五) 患肢多有明顯的短縮、成角或旋轉畸形。
- (六) 患處可以摸到異常活動和骨頭摩擦聲音。
- (七) X光檢查可顯示骨折的部位、類型、移位方向和程度。
- (八) 若有膝關節腫脹時，可能出現足背動脈搏動減弱或消失，傷肢末稍冰冷蒼白(脛動脈損傷)；也可能伴隨足下垂與皮膚感覺異常(脛神經損傷)。

### 二、中醫辯證：

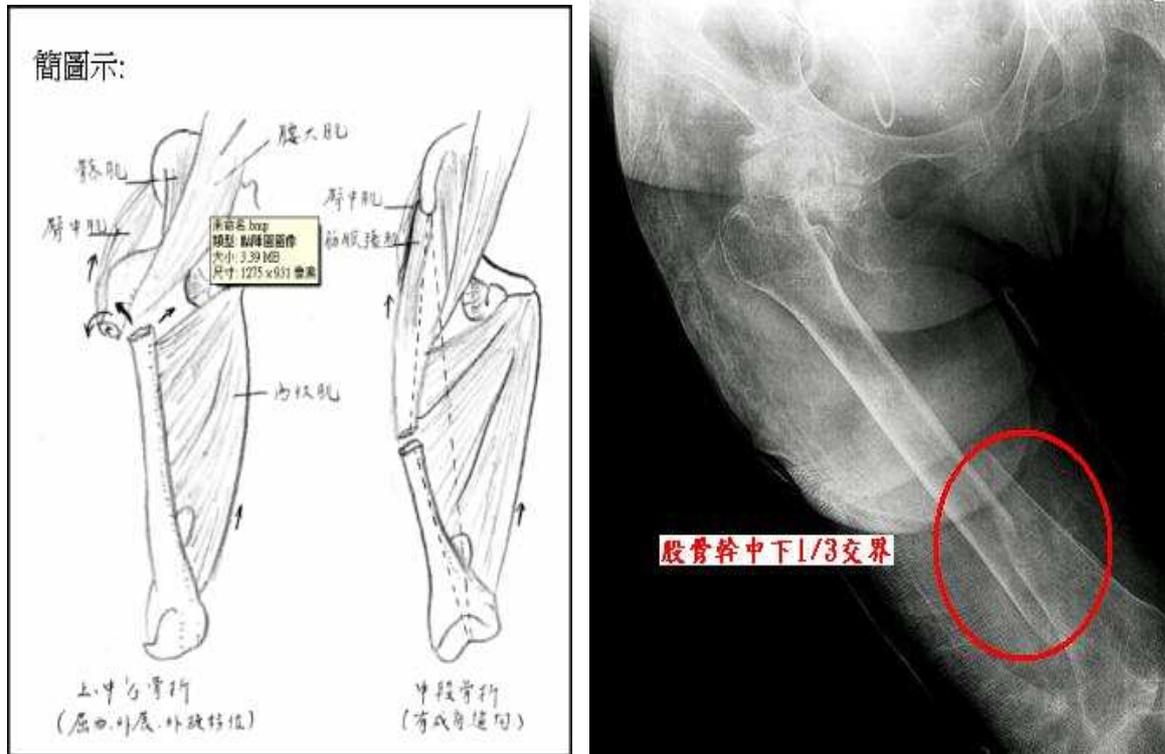
股骨幹骨折，包括股骨小粗隆下 2~3 公分和髁上 2~3 公分的骨幹骨折。多見於青壯年與兒童。多由強大暴力所造成，主要是直接外力(汽車撞擊、輾壓)和火器性損傷；或因間接外力所致(高處跌下)；而扭轉外力所造成的股骨幹骨折則多見於兒童；此外，偶可見由疲勞或骨病引起者。

由於股骨是人體中最長最大的管狀骨，所以骨折時易導致大出血，加上劇烈的疼痛，患者常會發生休克，需要多加留意。另外，股動、靜脈與坐骨神經在股骨幹下 1/3 處緊貼股骨背面，故股骨幹下 1/3 骨折時，容易損傷血管神經，可能造成遠側肢體缺血壞死或感覺活動異常。股骨幹骨折臨床上根據骨折發生的部位，通常分為股骨上 1/3 骨折、中 1/3 骨折與下 1/3 骨折三種類型，其中以股骨幹中下 1/3 交界處為最常見，上或下 1/3 者次之。每型均由於受暴力方向、肌肉牽拉及肢體重量的影響，而使骨折斷端發生不同的位移；而直接外力多造成粉碎性、蝶形或近橫形骨折，間接外力則以斜形或螺旋形骨折為多見。因此，治療股骨幹骨折要糾正其角畸形、旋轉及重疊位移，恢復其正常的承受重力線，一般多採用手法復位、夾板固定、貼膏與持續牽引相結合的方法。

《醫宗金鑑·正骨心法要旨》：「一名髀骨，上端如杵，入於髀樞之白，下端如槌，接於胫骨，統名曰股，乃下身兩大支通稱也，俗名大腿骨，墜馬擰傷，骨碎筋腫，黑紫清涼，外起白泡，乃因骨碎氣泄，此證治之鮮效，

如人年少氣血充足者，雖形證腫痛而不昏沉，無白泡者可治……。」

《中國接骨圖說》：「股骨者，髀骨上端如杵，入於髀樞之白，下端如槌，接於胫骨，統名曰股，乃下身兩大支通稱也，俗名大腿骨，墜馬擰傷，骨碎筋腫，黑紫清涼者，先用揉法端之，後用杉籬，裹巾法。」



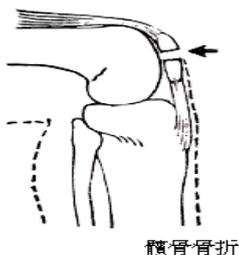
上圖所示為股骨幹骨折

### 第十節 髌骨骨折

ICD-9-CM：822.0 一閉鎖性髌骨骨折(fracture of patella, closed)

中醫診斷：髌骨骨折，膝蓋骨骨折

西醫病名：髌骨骨折



髌骨骨折

髌骨解剖結構：

髌骨被其上方股四頭肌延伸的肌腱與下方髌骨韌帶固定在膝關節的前

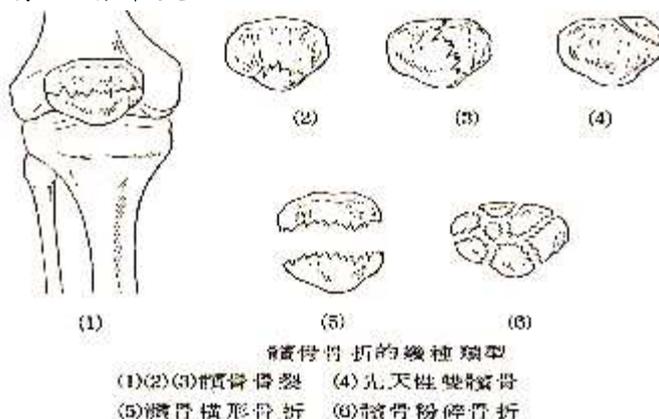
方，髌骨韌帶是一條厚且堅固的韌帶且與膝關節囊相鄰，韌帶下方附著於脛骨粗隆。這些結構是股四頭肌收縮時伸展膝關節的槓桿。

髌骨又名連骸骨，是人體內最大的子骨，髌骨骨折多見於壯年男性。傷後引起膝關節功能障礙，如股四頭肌肌力減退化外傷性膝關節炎等。

### 一、病因病理：

多由間接暴力所引起。髌骨骨折常因股四頭肌猛烈收縮或滑跌膝蓋跪地等原因引起骨折，臨床上常分下列三種類型：

- (一) 髌骨骨裂：骨折的裂縫可以是橫行、縱行或下極骨折。斷片的移位分離不超過 3 毫米。其股四頭肌擴張部完好無損。
- (二) 髌骨橫行骨折：骨折線橫過髌骨中部或下極，由於股四頭肌的猛烈收縮與肌張力，近側骨折斷片向上移位，嚴重可達 1.5 厘米以上，其兩側股四頭肌擴張部往往同時被撕裂。
- (三) 髌骨粉碎骨折：由直接暴力所致。骨折線常呈星狀放射，骨折碎片實際數字較 X 光片顯示者多。由於髌骨後面的軟骨面破裂，可能引起髌股關節創傷性關節炎。



### 二、檢查：

髌骨骨折，傷膝腫脹、壓痛，用手指自上而下地按摸多可檢查到凹下的骨折線，患肢不能主動直腿高舉，股四頭肌用力收縮時疼痛加劇。膝正位的 X 光片也可看出骨折的類型。

Dreyer's test：檢查步驟：讓病人平躺且將腿抬高，若病人不能將腿抬起則檢查者用雙手穩定住膝關節上方的股四頭肌再請病人將腿抬起。

理論基礎：若病人在股四頭肌穩定住就能將腿抬高代表可能是外傷所致的髌骨骨折。股直肌是主要屈曲髌關節的主要肌肉，是以股四頭肌肌腱附著在髌骨上，若髌骨骨折則股四頭肌肌腱就不穩定，因此在檢查者穩定住股四頭肌肌腱後病人就可屈曲髌關節。

### 三、科學化診斷要點：

- (一) 明顯急性外傷史。
- (二) 局部腫脹疼痛劇烈、膝關節屈伸功能嚴重障礙。
- (三) 皮膚有大量瘀血斑。
- (四) 橫斷的移位骨折可摸到斷端間的裂縫凹陷。粉碎性骨折有骨擦音觸及。
- (五) X光檢查可明確診斷，並了解移位情況。

### 四、中醫辨證：

中醫將髌骨骨折歸入“傷骨”範疇。受傷後，骨折部位周圍筋肉損傷較嚴重，脈絡受損，氣機阻滯而出現疼痛，離經之血，阻塞經道，瘀滯於肌膚腠理及關節而出現瘀斑、腫脹，故早期辨證為氣滯血瘀。



箭頭所指處為髌骨骨折

## 第十一節 脛腓骨骨折

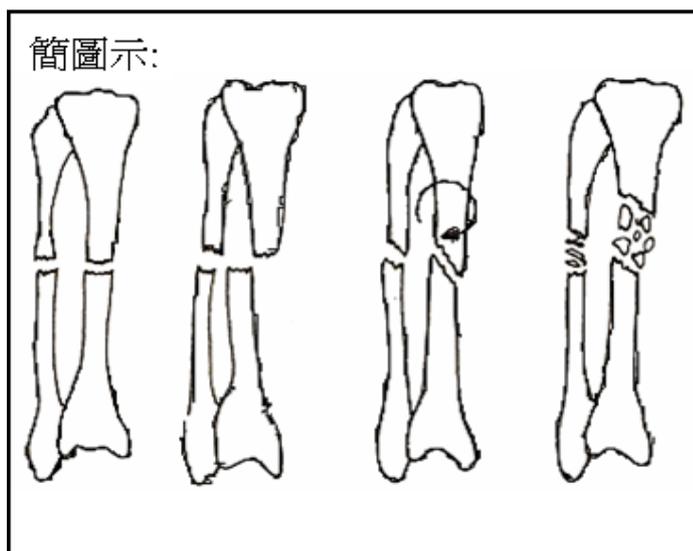
### 脛腓骨骨幹雙骨折

ICD-9-CM：823.22 一脛腓骨骨幹閉鎖性雙骨折(**shaft, closed, fracture of tibia and fibula**)

中醫診斷：成骨輔骨骨折

西醫病名：脛腓骨骨幹雙骨折

#### 一、骨折類型



無位移橫斷型 有位移橫斷型 斜面型 粉碎型

#### 二、病因病理：

- (一) 直接暴力如打擊、撞傷、踢傷，或跌仆時小腿傾斜旋轉的扭轉力量，均可造成，兩骨的骨折線在同一平面，骨折多為橫斷型、短斜面型、也可能粉碎骨折或有一缺三角形骨片，且軟組織損傷較重，此常見於青少年。
- (二) 間接暴力如跌落或滑倒時扭傷，常為長斜或螺旋骨折，且腓骨骨折線高於脛骨骨折線，軟組織損傷較輕，常見於兒童，而在兒童可為青枝骨折或骨膜下骨折。
- (三) 直接會間接外力均可使斷端重疊、成角或旋轉移位。

#### 三、科學化診斷要點

病史：

有典型的外傷史。

外觀：

- (一) 傷肢有腫脹、變型，按壓時疼痛更劇，皮膚有瘀斑。
- (二) 可能有骨擦感，在脛骨前面可摸得移位的骨折端。

(三) 明顯移位者，骨折處可出現短縮、成角及遠折端的外旋畸形。

特點：

- (一) 傷肢疼痛不能站立行走。
- (二) 脛骨骨幹的上 1/3 橫斷面呈現三角形，下 1/3 呈現四方形，中下 1/3 最細，故亦最容易發生骨折。
- (三) 脛骨的前緣與錢內側面直接位於皮下，小腿的肌肉都位於後外側，故骨折時不但容易骨折斷端向前內側成角，還可以刺破皮膚，所以開放性骨折的發病率高，如不注意清創與早期皮膚覆蓋常容易導致脛骨骨髓炎。
- (四) 膝關節與踝關節的屈伸活動的軸心，在正常情況時，是互相平行的。骨折後如發生成角或旋轉畸形，必然破壞二軸心的平行關係，故在行走時就會產生不同程度的病廢，在治療時應特別注意良好的對線。
- (五) 脛骨的營養動脈自骨幹上 1/3 進入，脛骨下 1/3 又缺乏肌肉附著，主要是肌腱經過，故血液供應差。骨幹中下 1/3 骨折後，癒合緩慢，處理不當易造成骨不連接。
- (六) 脛腓骨上 1/3 骨折時，可損傷脛動脈，造成血循障礙，肢體腫脹，或小腿筋膜間隔區綜合症。病變波及較廣，可引起小腿肌肉缺血性攣縮，足拓屈，拓趾關節過伸，趾間關節屈曲畸形，嚴重時影響肢體功能。血行障礙者可發生壞死。

檢測：可以 X 光檢測，查看骨折部位、方向、類型、移位。

#### 四、中醫辯證

《醫宗金鑑·正骨心法要旨·內治雜症法》：“今之正骨科，即古跌打損傷之證也，應從血論，須先辨或有瘀血停積，或為亡血過多，然後施以內治之法，庶不有誤也。夫皮不破內損者，多有瘀血；破肉傷髓，每至亡血過多。”

##### (一) 瘀停筋膜

外傷初期，經脈損傷，血溢脈外，瘀于皮下筋膜，腫脹嚴重或起水泡，皮下青紫瘀斑，局部壓痛，舌質淡紅，苔黃厚，脈弦。

##### (二) 斷骨未接

斷骨中期，骨位已正，尚有瘀血未去，筋骨連接未完全堅固，局部瘀腫未消，疼痛未去，功能不良，舌淡苔薄，脈緩。

##### (三) 肝腎不足

損傷後期，斷骨未堅，肝腎陰虛者，腰膝痠軟，頭暈耳鳴，或五心煩熱，口乾咽燥，舌紅苔少，脈細數；或腎陽不足而肢冷，神

疲乏力，小便清長，舌淡苔白，脈沉弱。

(四) 斷骨難接

骨痂生長緩慢，斷骨連接鬆散難以形成骨痂，久久不癒，傷處常隱隱作痛，無法負重或用力，舌質淡，苔厚白，脈細。

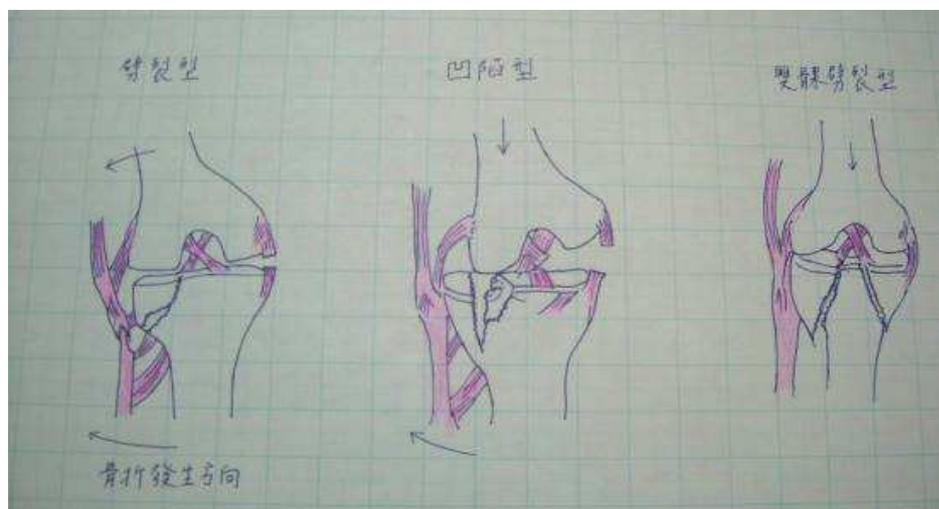
## 脛骨髌骨折

ICD-9-CM：823.00—脛骨上端閉鎖性骨折(upper end, closed, tibia fracture alone)

中醫診斷：膝關節骨折

西醫病名：脛骨髌骨折

骨折類型：(1)劈裂型 (2)凹陷型 (3)雙髌劈裂型



### 一、病因病理：

脛骨髌骨折，指發生在脛骨內髌或外髌的單髌或雙髌骨折。多發生於膝關節的衝擊性損傷中，可為單髌骨折，也可雙髌同時骨折。

膝關節受到過度外翻或內翻應力時，可分別造成脛骨外髌或內髌的單髌骨折，衝擊性骨折多為劈裂型，而內外翻應力多為壓縮塌陷型，並常合併半月板或膝側副韌帶的損傷

### 二、科學化診斷要點：

- (一) 有典型的外傷史
- (二) 傷膝明顯腫脹，出現功能障礙和激烈疼痛
- (三) 嚴重者可出現膝部內、外翻畸形
- (四) 完全骨折者，可觸及骨擦音和游離骨塊
- (五) 合併側副韌帶損傷時，側向擠壓試驗呈陽性
- (六) 合併十字韌帶損傷時，則抽屜試驗呈陽性

(七) X 光檢查可顯示骨折部位和移位情況

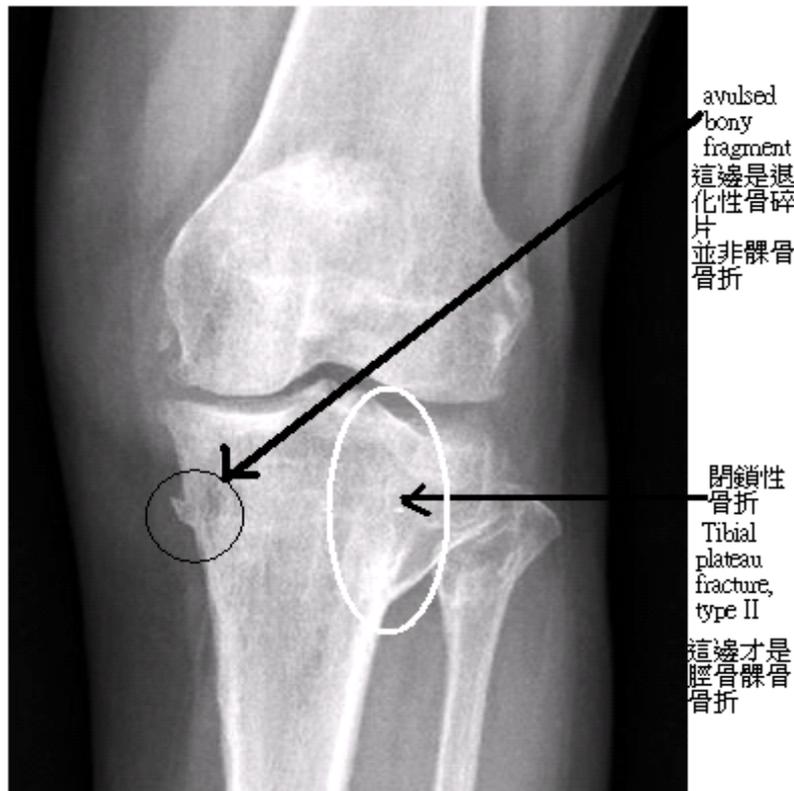
三、外觀：傷膝腫脹，嚴重者可有內翻或外翻現象

四、檢測：X 光可檢測骨折部位及移位方向。

五、注意事項：

(一) 脛骨髌骨骨折常波及關節面，若治療無法使關節面恢復平整，容易導致創傷性關節炎，而影響關節功能。故恢復關節面的光滑和完整性才能使膝關節的承重，運動功能恢復良好。

(二) 若合併韌帶斷裂者，宜西醫手術治療。



## 第十二節 踝部骨折

ICD-9-CM：824.0—閉鎖性踝骨折(fracture of medial malleolus of ankle, closed)

中醫診斷：踝骨骨折

西醫病名：踝部骨折

一、科學化診斷要點：

踝部損傷較複雜，根據暴力作用方向、程度以及骨折移位的情況，分為下列五種情形：

### (一) 外旋(外轉)型骨折

當小腿不動而足部強力向外旋轉，或足部不動而小腿強力向內旋轉時，暴力由前內方向後外方呈弧形旋轉，距骨猛力衝擊外踝，即可發生外旋(外轉)型骨折。

按暴力作用程度不同，可發生下列各種損傷：

第一度：腓骨下段斜形或螺旋型骨折。因距骨體受上述的外旋暴力後，衝擊於外踝內側，造成腓骨下段斜形或螺旋型骨折，骨折線由下脛腓關節前、內、下方斜向後後外、上方。骨折時一般移位不大，若有移位時，遠側段向上方移位。

第二度：腓骨下段斜形或螺旋型骨折，並合併內踝骨折和距骨向外側移位。如果上述暴力繼續作用，可同時造成內、外踝骨折。因踝關節內側副韌帶的強力牽拉而造成內踝撕脫性脫位，骨折線多為橫形。

第三度：內、外、後三踝骨折合併距骨向後、外側移位或脫位。如果上述暴力繼續作用，距骨向後、外旋轉，衝擊後踝而產生後踝骨折，其骨折線從前下方向後上方斜行。暴力強大時，可造成距骨向後，外側移位，甚至脫位。



### (二) 外翻型骨折

暴力使足強力外翻所致，暴力沿前後軸由內下方向外上方成弧形旋轉。如從高處落下，足處於外翻位，足底內側先著地或足跟部被固定時，外踝受直接暴力打擊發生外翻型骨折。

按暴力作用程度不同，可發生下列各種損傷：

第一度：內踝骨折。外翻的暴力作用於踝關節內側時，強韌的踝關節內側副韌帶不易被撕斷，而產生內踝撕脫骨折，骨折線基本上呈橫形。

第二度：內、外踝骨折合併距骨向外側移位，如果上述暴力繼續作用，可使距骨的外側面衝擊外踝的內側面，產生外踝骨折及距骨向外側移位。

第三度：內踝骨折合併下脛腓關節脫位，腓骨下段骨折及距骨向外側脫位。上述暴力作用時，在內踝發生撕脫骨折後，外踝尚未發生骨折之前，下脛腓韌帶先行撕裂，可引起脛腓骨下端分離，繼而造成腓骨下段骨折。腓骨下段骨折線較高，併有距骨向外側脫位。



### (三) 內翻型骨折

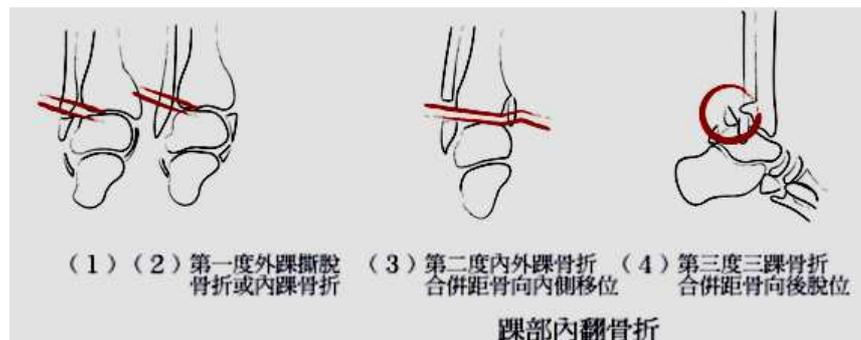
暴力使足強力內翻所致，暴力由外下方向內上方成弧形旋轉。如從高處落下時，足處於內翻位，足底外先著地或足根被固定時，內踝被直接暴力打擊，或走不平的路時，足底內側踏於凸起處，使足內翻發生內翻型骨折。

按暴力作用程度不同，可發生下列各種損傷：

第一度：外踝撕脫骨折或內踝斜形骨折。因內翻暴力作用，若外側副韌帶未撕裂，則引起外踝撕脫骨折，骨折線呈橫形；若外側副韌帶撕裂，則因內踝受距骨內翻衝擊，可引起內踝骨折，骨折線向上、向外，幾呈垂直。

第二度：內、外踝骨折合併距骨向內側移位或脫位。如果上述暴力繼續作用，則可在外踝骨折後，進一步使內踝發生斜形骨折及距骨向內側移位或脫位。

第三度：三踝骨折。若上述暴力作用時，踝關節處於內收蹠屈位，則內翻暴力使內、外踝骨折後，可發生距骨向後移位。暴力繼續作用，距骨向內、後脫位時，可衝擊後踝，產生後踝骨折及距骨向後脫位。



#### (四) 垂直壓縮型骨折

從高處跌下時，足底著地，身體重力沿小腿縱軸向下傳導，與自足底向上傳導之暴力相遇於踝上部。若踝關節處於九十度左右的位置，則可引起脛骨下段垂直壓縮型骨折。損傷嚴重時，可產生粉碎骨折或 Y 型、T 型骨折及外踝骨折。若在此暴力作用時，踝關節處於背伸位中，也可引起脛骨下端前緣骨折，並伴有距骨向前半脫位。若在此暴力作用時，踝關節處於蹠屈位中，則可引起後踝骨折及距骨向後脫位。

#### (五) 直接暴力型骨折

直接暴力打擊於踝部，造成雙踝的粉碎骨折或橫形骨折。一般骨折移位不大，但常為開放性骨折。

踝部骨折，是指發生於內踝、外踝或後踝部位的骨折。造成踝部骨折的暴力有各種形式，如內翻暴力可造成內踝斜面骨折、外踝斯脫性骨折；外翻暴力可引起外踝斜面骨折、內踝撕脫性骨折；外懸暴力可引起腓骨下端斜面或螺旋骨折、內踝或後踝骨折；垂直壓縮性暴力會引起踝上粉碎性等。在踝部骨折中常合併韌帶損傷和踝關節脫位。臨床上根據骨折脫位的程度，將損傷分為三度：一般單踝骨折為一度；雙踝骨折、距股輕度脫位為二度；三踝骨折、距骨脫位為三度，這為選擇療法提供了依據。

診斷要點：

1. 外傷史典型
2. 傷踝腫脹、疼痛、功能障礙。
3. 可有骨擦音或可觸及游離骨折塊。
4. 有明顯畸形，如外翻骨折城外翻畸形，內翻骨折呈內翻畸形，距骨脫位踝部變形更顯著。
5. X 光檢查可顯示骨折部位移位程度。

#### 二、中醫辨證：

因傷部血氣相搏，而有明顯的疼痛、腫痛併見的傷患，是因骨折後局部絡脈損傷破裂，營血離經，氣滯失宣，阻塞絡道，內經云：「氣傷痛，形傷腫」也。淺部骨折，血腫容易看見，可見皮下紫色血斑滲出、深部骨折，血腫不易看見，出現水腫，此因患部周圍筋肉經絡遭受暴力之後，血運受阻，氣化不利，水濕停積，浸淫肌膚而致。因骨折後，肢體內部支架斷裂，及氣血不利而引起劇烈疼痛，筋肉痙攣，以致四肢或軀幹發生不同程度的功能障礙。因斷骨移為使受傷肢體形狀改變，則產生特殊畸形，如患肢因重疊而較健肢縮短或變粗等。



內踝閉鎖性骨折



外踝閉鎖性骨折



兩側踝閉鎖性骨折

### 第十三節 足部骨折

#### 跟骨骨折

ICD-9-CM：825.0—閉鎖性跟骨骨折 (fracture of calcaneus, closed)

中醫診斷：跟骨骨折

西醫病名：跟骨骨折

#### 一、病因病理：

正常足底是三點負重，在跟骨、第一跖骨頭和第五跖骨頭三點組成的負重面上，跟骨和距骨組成縱弓的後臂，負擔 60% 的重量。通過跟距關節還可使足內收、內翻或外展、外翻，以適應在凹凸不平的道路上行走，跟骨結節為跟腱附著處，腓腸肌、比目魚肌收縮，可作強有力的跖屈動作。跟骨結節上緣與跟距關節面成  $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$  的結節關節角，為跟距關係的一個重要標誌（如圖）。跟骨載距突承受距骨頭，也是跟舟韌帶的附著處，跟舟韌帶很堅固，支持距骨頭，並承擔體重。



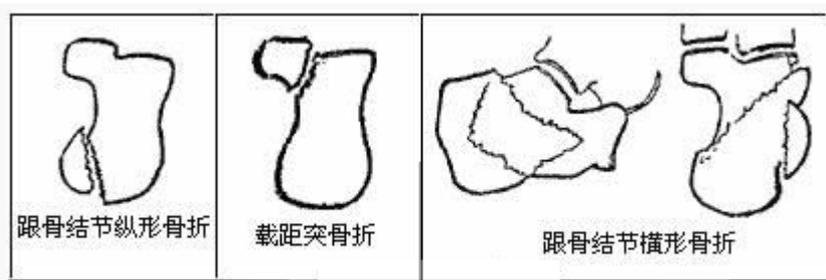
跟骨骨折多由傳達暴力造成。人從高處墜下或跳下時，足跟先著地，身體重力從距骨下傳至跟骨，地面的反作用力從跟骨負重點上傳至跟骨體，使跟骨被壓縮或劈開。亦有少數因跟腱牽拉而致撕脫骨折。

跟骨骨折後，常有足弓塌陷，結節關節角減小，甚至變成負角。從而減弱了跖屈的力量和足縱弓的彈簧作用。

根據骨折線的走向可分為不波及跟距關節面的骨折和波及跟距關節面的骨折兩類，前者預後較好，後者預後較差。

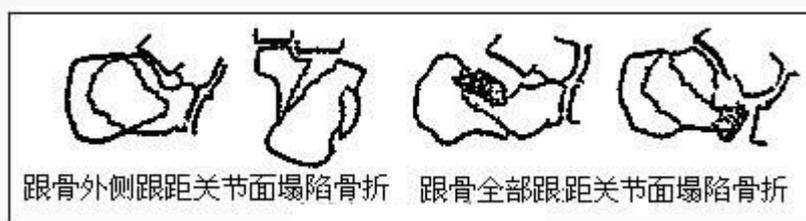
不波及跟距關節面的骨折〔如圖〕：

- (一) 跟骨結節縱形骨折：由高處下墜時，跟骨在外翻位結節底部觸地引起，骨折一般移位不大；跟骨結節骨骺未閉合前，骨折塊可明顯向上移位。
- (二) 跟骨結節橫形骨折：是一種跟腱撕脫骨折。載距突骨折：由於足處於內翻位時，載距突受距骨內側下方的衝擊而引起，極少見，一般移位不多。



波及跟距關節面的骨折〔如圖〕：

- (一) 跟骨外側跟距關節面塌陷性骨折：為跟骨體的骨折，骨折線為斜形。從正面看骨折線是由內後斜向外前方，通過跟距外側的關節面，並因重力使跟骨的外側跟距關節面向下塌陷，跟骨體向兩側增寬；從側面看，跟骨體後半連同跟骨結節向後上移位，使跟骨腹部向足心凸出成搖椅狀，跟骨結節向上移位，減弱了腓腸肌的緊張力，直接影響了跟腱的作用。跟骨腹部凸出也妨礙站立和步行。
- (二) 跟骨全部跟距關節面塌陷骨折：為最常見的跟骨體骨折，跟骨體部因受擠壓完全粉碎下陷，跟骨體增寬，跟距關節面中心塌陷，跟骨結節上升，體部外翻，跟骨前端亦可能骨折，波及跟骰關節。



## 二、科學化診斷要點：

傷後跟部腫脹、疼痛，兩踝下方有瘀斑，足跟不敢著地。足跟部橫徑增寬，嚴重者足弓變平。

特殊檢查：跟骨壓痛明顯，若骨折涉及關節面者，則內、外翻活動明顯受限，並可觸及骨擦音。

X光檢查：需要照4個角度

側位：關節窩凹陷，結節撕裂

斜位：跟骨前隆起，與跟骨骰股關節處

軸位：結節與截距突

Broden 位：後、中關節窩

### 三、中醫辨證

(正骨心法)

「跟骨者，足後跟骨也。上承胫、輔二骨之末，有大筋附之，俗名腳攀筋，其筋從跟骨過踝骨，至腿肚裡，上至膕中，過臀抵腰脊，至頂，自腦後向前至目眦，皆此筋之所達也。若落馬墜蹬等傷，以致跟骨擰轉向前，足趾向後，即或骨未碎破，而縫隙分離，自足至腰脊諸筋，皆失其常度，拳攣疼痛，宜撥轉如舊，藥餌調治，皆同前法。」



箭頭所指處為跟骨骨折處

### 蹠骨骨折

ICD-9-CM：825.25—閉鎖性蹠骨骨折(fracture of metatarsal bone, closed)

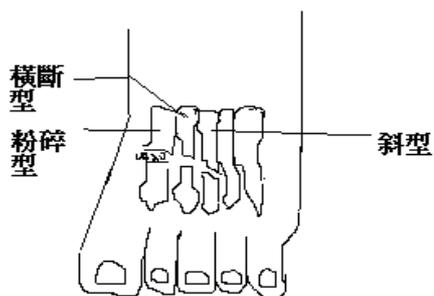
中醫診斷：蹠骨骨折，腳掌骨骨折

西醫病名：蹠骨骨折

#### 一、病因病理：

蹠骨骨折多由直接暴力，如壓砸或重物打擊而引起，以二、三、四蹠骨較多見，可幾根蹠骨同時骨折，間接暴力如扭傷等，亦可引起蹠骨骨折。長途跋涉或行軍則可以引起疲勞骨折。骨折的部位可發生於基底部、骨幹及頸部。

按骨折線可分為橫斷、斜行及粉碎骨折。



因跖骨相互支持，骨折移位多不明顯。按骨折的原因和解剖部位，臨床上跖骨骨折可分為下述三種類型：

- (一) 跖骨幹骨折：多由重物壓傷足背所致，多為開放性、多發性，有時還併發跖跗關節脫位。且足部皮膚血供較差，容易引起傷口邊緣壞死或感染。
- (二) 第五跖骨基底部撕脫骨折：因足內翻扭傷時附著於其上的腓骨短肌或有時還有腓骨第三肌的猛烈收縮所致，一般骨折片的移位不嚴重。
- (三) 跖骨頸疲勞骨折：好發於長途行軍的戰士，故又名行軍骨折，多發於二、三跖骨頸部，其中尤以第二跖骨頸發病率較高。由於肌肉過於疲勞，足弓下陷，第二、三跖骨頸負重增加，超過骨皮質及骨小梁的負擔能力，即逐漸發生骨折，但一般骨折段不至完全斷離，同時骨膜產生新骨。

## 二、科學化診斷要點：

- (一) 外傷史典型。
- (二) 傷後局部疼痛、壓痛、腫脹、有瘀血斑，活動功能障礙，有縱向叩擊痛。
- (三) 傷足不能平放於地面上行走。
- (四) 跖骨頸疲勞骨折最初為前足痛，勞累後加劇，休息後減輕，2~3週後在局部可摸到有骨隆凸。X光檢查早期可能為陰性，2~3週後可見跖骨頸部有球形骨痂，骨折線多不清楚。
- (五) X光檢查可顯示骨折數目、部位、類型和移位程度。

## 三、中醫辨證

<正骨心法>：跗者，足背也，一名足跌，俗稱腳面，其骨乃足趾本節之骨也。其受傷之因不一，或從隕墜，或被重物擊壓，或被車馬踹研。若僅傷筋肉，尚屬易治；若骨體受傷，每多難治。



箭頭所指處為蹠骨骨折

## 趾骨骨折

**ICD-9-CM：826.0**—閉鎖性趾骨骨折(fracture of palanges of foot, closed)

中醫診斷：趾骨骨折

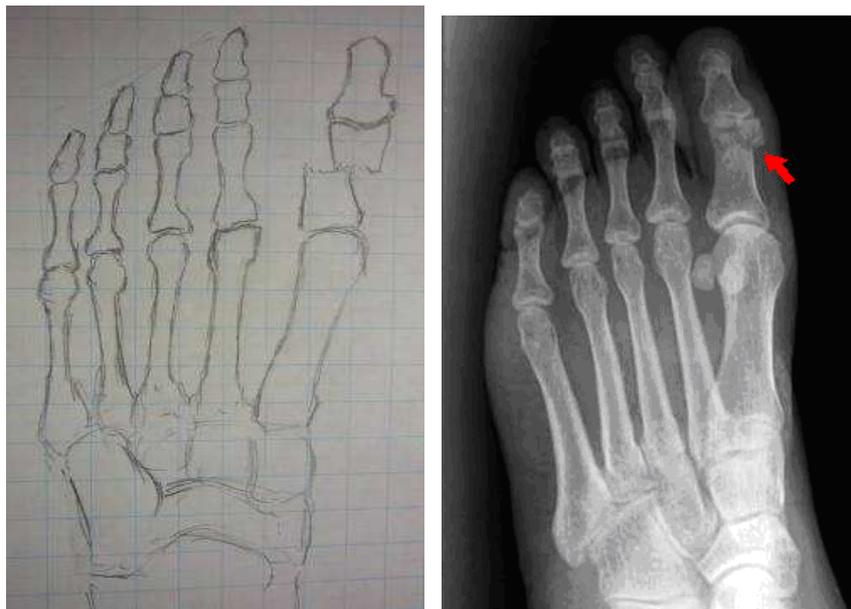
西醫病名：趾骨骨折

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 有明確外傷史如暴力砸傷或踢碰傷。
- (二) 傷趾腫脹，骨折處壓痛敏銳，可有成角畸形，常併發趾甲周圍軟組織挫裂傷或淤血、或趾甲脫落。
- (三) X光檢查可顯示骨折情況。

### 二、中醫辨證

趾骨骨折為臨床常見，多由間接暴力致傷，如趾端受到頂戳傷，其次為直接暴力引起，如軋砸傷等。姆趾末節可發生基底撕脫。



箭頭所指處為第一趾骨骨折處

## 第十四節 頸椎骨折

### 頸椎單純骨折

ICD-9-CM：805.0—頸椎閉鎖性骨折(fracture of cervical, closed)

中醫診斷：頸骨骨折

西醫病名：頸椎骨折

#### 一、分型：

(一) 依外力方向的不同，可分為不同的類型：

1. 屈曲型骨折：外力來自頭後造成，即椎體前緣壓縮壓扁，是臨床上最常見的一種。
2. 側曲骨折：外力來自側方造成，即椎體側方壓縮壓扁。
3. 伸直型骨折：外力來自前方造成，即椎體後緣壓縮壓扁，可合併椎板或小關節骨折。
4. 壓迫性創傷：頸椎承受來自頭頂的外力，可造成整個椎體變寬變扁，或把髓核擠進椎體內或使其自椎管內脫出，出現椎間盤突出的症狀。

(二) 依骨折部位的不同，可分為不同的類型：

1. 寰、樞椎骨折。
2. 頸椎單純骨折，多屬屈曲型。

## 二、科學化診斷要點：

### (一) 寰、樞椎骨折診斷要點

1. 有明確外傷史。
2. 頸部壓痛，痛感可反射至頭頰部，活動受限，常可合併脊髓損傷而出現高位截癱。
3. 頭的旋轉功能和低頭功能出現障礙，故患者在轉動身體時，必須用雙手捧頭，保持頭與軀幹同時轉動。
4. 寰椎側塊骨折時，如被動低頭可出現咿雜音。
5. 輕型者，僅有上肢的運動功能和感覺障礙，下肢與二便正常。
6. 重型者，傷後立即出現全身癱瘓、二便失禁的嚴重脊髓斷裂症狀。
7. X 光檢查顯示骨折部位及移位情況。

### (二) 頸椎單純骨折診斷要點：

1. 有外傷史。
2. 因屈曲型較多，故傷後頸椎棘突向後凸起，頭屈而不能伸，用雙手捧腮活動。
3. 頭頸的各方向運動均受到限制，症狀頗似半脫位。
4. X 光檢查顯示椎體前緣變扁，前凸消失。

### (三) 受傷後陳述頸部、枕部或肩部疼痛。

### (四) 有歪頸時，陳述頸部活動受限制或用手托住頭部。

### (五) 頭部創傷後昏迷不醒，特別是在交通意外中發生。

### (六) 意識清楚的病人會感覺到骨折部位區域的疼痛及局部僵硬感；如果病人意識昏迷，則很難正確評估骨折部位，應立即以頸圈(cervical collar)保護脊柱並照 X 光。

### (七) 頸椎骨折病人可能會合併有助間肌肉麻痺導致的肺臟功能受損。

## 三、中醫辨證

### (一) 《醫宗金鑑·正骨心法要旨·旋臺骨》中把頸椎骨折分為四大類：

「旋臺骨，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，而左右尚能活動者，用提項法治之。一曰打傷，頭低不起，用端法治之。一曰墜傷，左右歪斜，用整治法治之。一曰撲傷，面仰頭不能垂，或筋長骨錯，或筋聚，或筋強，骨隨頭低，用推、端、續、整四法治之。」

### (二) 《傷科大成》

「頸項骨難於損折，有登高倒跌，損骨外出者。重者，三時死。」

## 第十五節 胸、腰椎骨折

### 胸椎骨折

ICD-9-CM：805.2—胸椎閉鎖性骨折(fracture of thoracic vertebrae, closed)

中醫診斷：脊骨骨折

西醫病名：胸椎閉鎖性骨折

#### 一、病因病理：

胸腰椎骨折多為屈曲型，多因患者自高處墜下，足或臀部先著地；或重物由高處衝擊患者頭、肩、背部；或因意外事故，脊椎受到暴力作用而驟然過度屈曲所至。脊椎在屈曲位受傷，外立即中到椎體前部，同時受到上下椎體的擠壓，故椎體往往被壓縮成楔形。活動範圍較大的椎體（T11～L2）等處好發。除椎體被壓縮或折斷外，後部的附件（包括椎板、椎弓、關節突、脊突、橫突）可發生撕脫、斷裂、脫位或交鎖，嚴重者可併發脊髓損傷，造成下肢截癱和二便失禁等症狀。

#### 二、科學化診斷要點：

- （一）有明顯外傷史。
- （二）局部疼痛，不能站立，翻身困難。
- （三）局部腫脹或脊突畸形，受傷椎體脊突旁壓痛、叩擊痛。
- （四）合併脊髓損傷則可出現截癱。
- （五）X 光檢查可確認骨折類型及脫位情況；CT 或 MRI 檢查可瞭解骨折與脊髓關係。

#### 三、中醫辨證

筋與骨都是靠人體的氣血來滋潤濡養的，所以雖然骨折是單純的筋骨病變，但「肢體損於外，氣血傷於內，營衛有所不固，臟腑由於不合，豈可純任手法。」外力損傷，輕則傷筋，重則傷骨，「筋束骨，骨張筋」，骨折脫位常合併嚴重傷筋。從整體觀念看，人體臟腑、經絡、氣、血、津、精、液、皮、脈、肉、筋、骨各部是一個有機地整體，通過經絡氣血等將表裡緊密地聯繫著，骨折雖是局部疾患，但外傷筋骨，內動臟腑。因此，在治療骨折的同時，不能忽視機體內在功能的失調。

## 腰椎骨折

ICD-9-CM：805.4—腰椎閉鎖性骨折 (fracture of lumbar, closed)

中醫診斷：腰椎骨折

西醫病名：腰部閉鎖性骨折

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 腰椎骨折的病人如果傷及馬尾神經叢，則可能會導致括約肌收縮能力喪失以及下肢麻木無力。
- (二) 可能有腸疝的併發症。
- (三) 胸腰段骨折和脫位，臨床多見，好發於胸 12 椎和腰 1 椎或腰 1、2 椎，也是併發脊髓損傷的常見部位。腰椎中 3、4、5 中第 3 椎常因外力直接撞擊而發生橫突骨折，可見瘀血及腫脹，4、5 椎常因椎弓根部不相連而脫位，伴隨有腰部痠痛現象。
- (四) 依 X 光診斷可將脊髓依錯位程度分四等分：(1)向前脫出四分之一為一度脫位。(2)向前脫出四分之二為二度脫位。(3)向前脫出超過四分之二且伴隨神經麻痺現象者為三度脫位，可有馬尾神經症狀，即下肢麻木無力，二便有失控狀態。
- (五) 腰椎骨折可分成四類：(1)橫突骨折。(2)棘突骨折：橫突和棘突是肌肉附著處，所以肌肉的強力收縮等位可使之撕脫。(3)椎弓、椎板與關節突的骨折。(4)椎體骨折。其中橫突骨折好發於第 3 腰椎，有時則腰 3、4、5 椎一側同時發生橫突骨折，此乃由於滑跤、重物打擊挫傷腰部成腰方肌為了對抗阻力而猛烈收縮所致。
- (六) 神經學檢查：(1)包括詳細的評估下肢的運動，感覺和反射的功能，以及觀察是否有脊髓休克的情形，每日利用球海綿反射 (bulbocavernosus reflex) 來檢測脊髓是否有消退情形。(2)球海綿體反射即插入一導管於肛門括約肌中，如果有收縮現象，則顯示有球海綿體反射，而也顯示神經功能的失去只是暫時的。
- (七) X 光檢查：必須照前後及側位照。(1)側面照時：檢查所有椎體及椎間盤空間的高度是否一致與對稱？前後椎體線是否平行排列？並且檢查後柱的內容物，包括關節面、椎板和棘突是否正常。(2)前後照：觀察是否每一個椎體都標準地座落在下一個椎體之上？左右椎體是否有平行排列？椎腳之間的距離是否有異常加寬？比較棘突間的距離是否都相等。(3)細心注意其他節段的神經損傷：大約有 10% 的頸椎和胸椎受傷的病人，其病候表現的區域可能在胸椎或腰椎節段的神經。

## 二、中醫辨證

腰椎骨折多見於高處墜落，足或臀部先著地，或重物由高處落下，衝擊患者背部或翻車等使脊柱驟然過屈所致。《醫宗金鑑·正骨心法》要旨云：「身必俯臥，若欲仰臥、側臥皆不能也，疼痛難忍，腰筋僵硬。」這裡描述腰椎骨折的症狀非常貼切。



上圖所示為腰椎骨折



上圖所示為腰椎骨折

## 第十六節 肋骨骨折

**ICD-9-CM：807.0—肋骨骨折 (fracture of rib, closed)**

中醫診斷：肋骨骨折

西醫病名：肋骨閉鎖性骨折

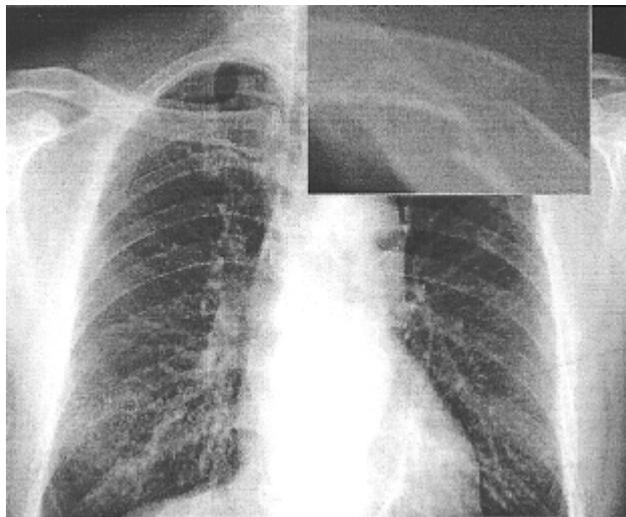
### 一、科學化診斷要點：

- (一) 有典型外傷史。
- (二) 傷部腫脹、疼痛、壓痛，常可觸及骨擦音。
- (三) 胸廓擠壓試驗，傷處疼痛劇烈。
- (四) 局部可見血斑。
- (五) 當患者咳嗽、噴嚏、深呼吸和軀幹轉動時，均使疼痛加重。
- (六) 多根多段骨折時，出現呼吸困難及反常呼吸現象。
- (七) 合併氣胸，氣體量多時，氣管向健側偏移，並出現呼吸困難，缺氧發紺，皮下氣腫，肺部呼吸音減弱或消失，患部叩診鼓音。
- (八) 合併血胸時，患側呼吸運動減弱，叩診為濁音。

- (九) 合併氣胸、血胸者，可出現胸悶、氣促，嚴重者甚至休克。
- (十) 胸部 X 光檢查有助於骨折及合併症的診斷，但肋軟骨骨折則不能顯示。

## 二、中醫辨證

- (一) 骨折這一病名出自唐·王壽《外台秘要》。
- (二) 中醫認為：外力的傷害所致皮肉、筋骨斷裂，瘀血阻于其中，每能導致臟腑、經絡、氣血的功能紊亂，而一系列症狀隨之而來，正如薛己的《正體類要·序》中所云：「肢體損于外，則氣血傷于內，榮衛有所不貫，臟腑為之不和。」明確提出了外傷與內損，局部與整體之間的關係是互相作用、互相影響的。
- (三) 骨折後，局部皮肉筋骨俱損，血溢于脈外而聚積，引起局部氣血瘀阻，經絡阻塞，氣傷痛、形傷腫，血為有形，故腫痛併見。
- (四) 一般 7~14 天之後，瘀血漸漸消去，雖仍有殘留部分，氣血仍有瘀阻，但較前大有好轉，局部經處理後，骨已初步連接，但不堅強，筋已續接，尚須理順，此段時間在骨折後 4~8 週，局部仍有輕度腫脹、疼痛。
- (五) 一般 4~8 週後，骨已堅、筋已順，但由于大傷（大的骨折）以後，修復骨折，必致全身氣血及肝腎虛損，或包括較小的骨折，局部制動日久，必致筋脈攣縮，或另感風寒濕邪乘虛而入，導致局部關節酸痛、筋脈粘連。
- (六) 治療方面早期活血祛瘀、理氣止痛為主，中期和營止痛、接骨續筋為治，晚期補肝腎、養氣血、舒筋活絡為用。對較難癒合或延遲癒合的骨折，綜合治療可促進骨折的癒合。中藥的薰洗外用，對消腫止痛、功能的恢復大有作用。



上圖所示為肋骨骨折

## 第十七節 骨盆骨折

### ICD-9-CM：808—骨盆骨折 (Fracture of pelvis)

中醫診斷：骨盆骨折

西醫病名：骨盆骨折

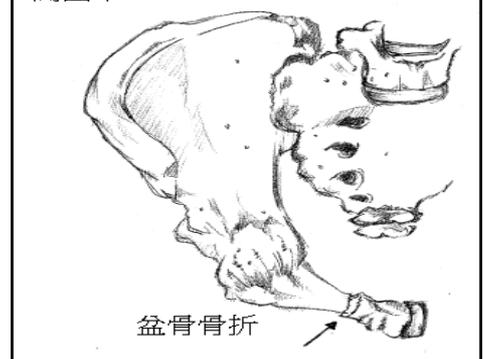
#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 患者有嚴重外傷史，尤其是骨盆受擠壓的外傷史。
- (二) 疼痛廣泛，活動下肢或坐位時加重。局部腫脹，在會陰部、恥骨聯合處可見皮下瘀斑，壓痛明顯。從兩側髂脊部位向內擠壓或向外分離骨盆環，骨折處均因受到牽扯或擠壓而產生疼痛（骨盆擠壓分離試驗）。
- (三) 患側肢體縮短，從臍至內踝長度患側縮短。但從髂前上棘至內踝長度患側常不縮短股骨頭中心脫位的例外。在骶髂關節有脫位時，患側髂後上棘較健側明顯凸起，與棘突間距離也較健側縮短。表示髂後上棘向後、向上、向中線移位。功能障礙，不能坐或站。
- (四) 有時可觸及骨擦音。骨擦音：骨折斷端相互觸碰或摩擦而產生。
- (五) X光檢查可顯示該處骨折。
- (六) 膚膜後血腫。骨盆各骨主要為松質骨，盆壁肌肉多，鄰近又有許多動脈叢和靜脈叢，血液供應豐富，盆腔與後膚膜的間隙又系疏松結締組織構成，有巨大空隙可容納出血，因此骨折後可引起廣泛出血。巨大膚膜後血腫可蔓延到腎區、膈下或腸系膜。病人常有休克，並可有腹痛、腹脹、腸鳴減弱及腹肌緊張等腹膜刺激的症狀。為了與腹腔內出血鑒別，可進行腹腔診斷性穿刺，但穿刺不宜過深，以免進入腹膜後血腫內，誤認為是腹腔內出血。故必需嚴密細緻觀察，反覆檢查。

#### 二、中醫辨證

身體強健者必然筋骨壯實，不易受損；身體虛弱者，平時又缺乏鍛煉或長期廢用者，其骨質脆弱疏松，受傷時就容易引起骨折。內因是引起骨折的根本原因。主要有四個方面：全身健康狀況、骨質本身狀況、骨的解剖結構特點、骨與周圍軟組織的特殊解剖關節。外因即作用於人體的致傷暴力，可分為四種形式：直接暴力、間接暴力、肌肉牽拉、疲勞骨折。

簡圖示：



盆骨骨折

## 第十八節 骶尾骨骨折

ICD-9-CM：805.6—骶尾骨閉鎖性骨折(fracture of sacrum and coccyx, closed)

中醫診斷：尾閭骨骨折、八髎骨骨折、底端骨骨折

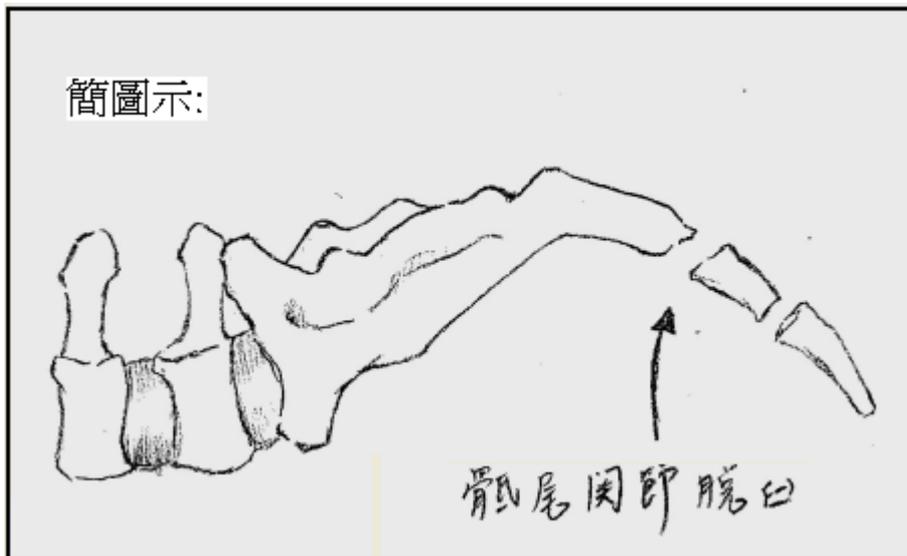
西醫病名：骶尾椎骨折

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 有外傷史，可能於跌倒時，骶尾處先行著地所致。
- (二) 骶尾部有異常疼痛、腫脹或移位等。
- (三) 骶尾段椎曲度增大，明顯向前屈，未見明顯滑脫。諸椎體外行無改變，骨質未見明顯增白或破壞。
- (四) X 光檢查、CT 或是 MRI 等檢查顯示骨折情形。

### 二、中醫辨證

《傷科補要》卷二。尾閭骨即尾骨，又名樞骨、骶端、窮骨，俗名尾樁骨。多因跌打壓撞時尾骨部直接外力撞擊所傷。證見局部腫脹疼痛，壓痛明顯，活動可聞骨聲，步履、坐臥、翻身均受限。治宜手法復位固定。內服藥可助康復，法當舒筋止痛，活血消腫，可選紫金丹，加味以為引。外用定痛散敷貼，或以燒熱之烙鐵溫熨。



## 第二章 脫臼

### 第一節 下頷關節脫臼

ICD-9-CM：830.0—閉鎖性頷骨脫臼 (closed dislocation of jaw)

中醫診斷：失欠頰車、落下頰、脫頰、頷頰脫下、吊下巴

西醫病名：下頷關節脫位

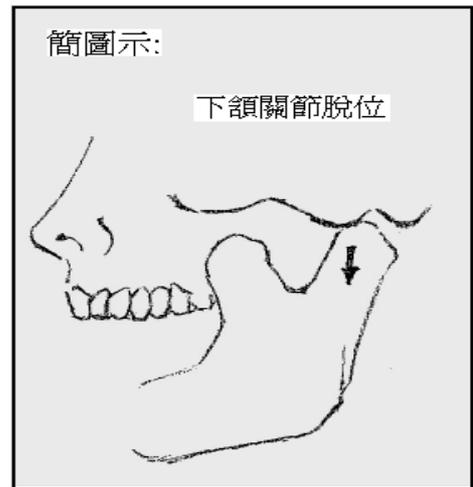
#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 顛下頷關節前脫位常因突然張口過大，如大笑、打呵欠、或因張口過久，如作口咽部檢查或手術時，使用開口器過度，使髁狀突脫離了關節凹、移位于關節結構之前而發生脫位。患者有明顯受傷史，或有習慣性下頷關節脫位的病史。<sup>[1]</sup>
- (二) 關節脫位後，下頷運動異常，口呈現半開半合的狀態，不能張合自如。有語言不清、咬食不便、吞嚥困難、流涎等症狀。<sup>[1]</sup>
- (三) 觸診：脫位側可在耳屏前方觸及關節空虛的凹陷。<sup>[1]</sup>
- (四) 雙側脫位者：可見下頷骨下垂、前突，咬肌痙攣呈塊狀隆起，面頰扁平，患者常以手掩口就診。<sup>[1]</sup>
- (五) 單側脫位者：可見口角歪斜，半開合狀態較雙脫位者小，下頷骨向健側傾斜，患側低於健側。<sup>[1]</sup>
- (六) 關節囊外韌帶鬆弛或關節韌帶撕裂，損傷後又未治療和休息，稍受外力(如打呵欠、大笑)又脫位者，為習慣性脫位。

#### 二、中醫辨證

- (一) 下頷角及下頷枝，於醫宗金鑒謂之「頰車骨」，傷科大全稱之「下頰」。
- (二) 《醫宗金鑒》云：「頰車骨，及下牙床股也。俗名『牙鈞』，承載諸齒，能咀食物，有運動之象，故名『頰車』。其骨尾形如鈞，上控於曲頰之環，或打撲脫臼，或因風濕，襲於鈞環脫臼，單脫者為『錯』，雙脫者為『落』。
- (三) 《傷科大成》云：「下頰一駝脫下者，遂不便言語飲食，其駝如剪刀股樣，先以布包手大指入其口，餘指抵住下邊，輕輕捺下，用力向上一推，而進駝有響聲，齒能合者復位，多得於腎虛者，外加布條兜裹於項後，常近補腎養血湯，次進補腎丸。

- (四) 《傷科匯纂·頰車骨》云：「夫頰車骨脫下，乃氣虛不能收束關節也。」年老體衰，久病虛弱，氣血不足，肝腎虧損，血不榮筋，致使韌帶鬆弛，容易發生習慣性脫位。



## 第二節 胸鎖關節脫白

ICD-9-CM：839.61—胸骨閉鎖性脫白 (closed dislocation of jaw)

中醫診斷：鳩骨離位

西醫病名：胸鎖關節脫白

### 一、病因病理：

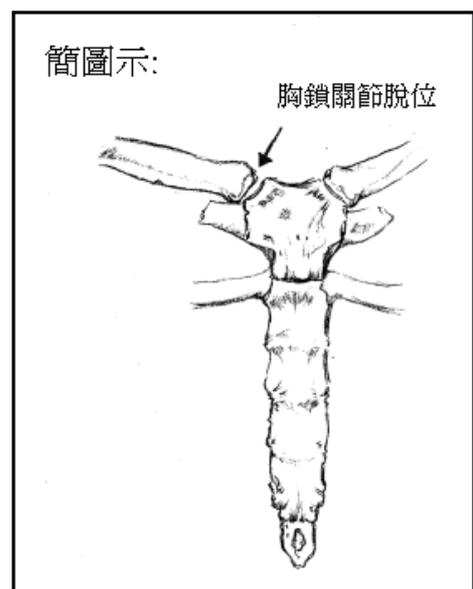
- (一) 直接受外力撞擊—外力直接作用在胸鎖關節，而造成後脫位
- (二) 間接的撞擊—外力作用在肩部，造成胸鎖關節前脫位
- (三) 施力過度—經常使鎖骨過度外展，胸鎖韌帶受慢性的損傷，而形成慢性的胸鎖關節脫位

### 二、科學化診斷要點：

- (一) 有外傷史或勞傷史
- (二) 局部疼痛、腫脹、有壓痛或瘀斑
- (三) 胸鎖關節處出現高凸或凹陷畸形
- (四) 患側肩下垂、肩部功能障礙
- (五) 攝雙側鎖骨斜位 X 光片可見前脫位時脫位側鎖骨高於對側，後脫位時脫位側鎖骨低於對側。

### 三、中醫辨證

胸鎖關節有輕微腫脹感，少見有瘀斑，望診可發現胸鎖關節處有明顯畸形，肩膀有明顯下垂，聞診沒有骨頭摩擦聲，實行切診時可摸到光滑的鎖骨內端。



### 第三節 肩關節脫臼

ICD-9-CM：831.0 一閉鎖性肩脫臼(closed dislocation of shoulder)

中醫診斷：肩胛骨出，肩骨脫臼

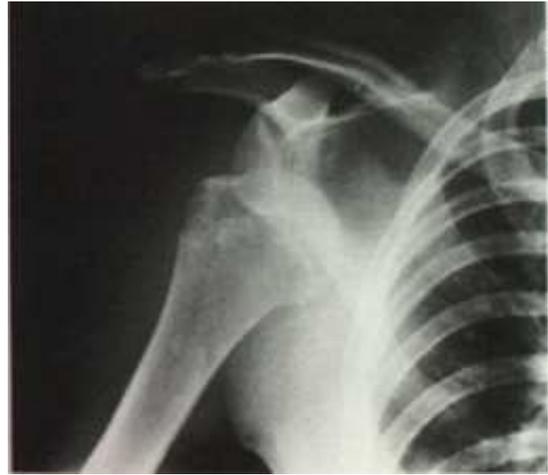
西醫病名：肩關節脫臼

#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 直接外力打到肩關節引起，或因外力作用在伸直的手臂上間接引起。
- (二) 發生脫臼時，病人的症狀會有疼痛，三角肌膨隆消失及肩峰角狀突出引起的病變，無法運動。
- (三) 需要照 X 光，一方面看是往哪個方向的脫臼，一方面確定有沒有伴隨骨折的發生，另外，更重要的是要檢查有沒有神經血管的損傷，或腱板的損傷。
- (四) 肩關節是人體最容易脫臼的關節，但先天性肩關節脫臼卻極為少見，幾乎都是後天如運動或外傷所引起的，大致可分為三類：(1) 外傷性：因某一次嚴重外傷引起脫臼。(2) 非外傷性：主要因關節本身鬆動。(3) 因持續性小外傷引起的脫臼。
- (五) 外傷性肩關節脫臼大致占全部關節脫臼的一半之多，主要原因是肩關節在體表的突出部位，肱骨頭的大小是肩關節窩的三至四倍(彷彿淺碟上裝大球般，球易脫出碟子)，肩關節本身運動域很廣，但關節囊卻較薄，周圍韌帶較鬆弛，需依賴周圍的肌肉來加強穩定性，因此較易造成脫臼。肩關節脫臼約有百分之七十是前方脫臼，主要為關節前面部份在解剖學上較脆弱的關係。前方肩關節脫臼在急性脫臼時，可分為烏口下、鎖骨下及腋窩脫臼。這些脫臼在整復後，有一些會再脫臼，形成反覆性肩關節脫臼。
- (六) 肩關節脫臼時，肩關節內維持穩定的重要構造【肩盂唇韌帶】，會因關節脫位而從肩盂的邊緣撕裂，並且和骨頭剝離。如果關節沒有完美的解剖復位，使受傷的盂唇沒有癒合，就會形成一永久性的缺口，就無法維持肩關節的穩定度。
- (七) 90% 以上的肩關節脫位都是由前方脫出，肩盂唇韌帶剝離處也位於肩盂的前下方，所以，再脫位都發生在肩上舉外展及外轉的動作。另外脫位次數多了，前方的關節囊也被撐的變成愈來愈鬆弛，也使得脫位越易發生。脫位一次，關節就受傷一次，不但會造成關節軟骨磨損或是剝離掉落，甚至也會造成上盂唇韌帶的撕裂。



上圖所示為肩關節脫臼



上圖所示為肩關節脫臼



上圖所示為肩關節脫臼



上圖所示為肩關節脫臼

## 二、中醫辨證

以中醫理論來講，會有習慣性脫臼的人屬肝腎不足，可服用補肝腎，壯筋骨的藥物，如補腎壯筋湯，壯骨強筋湯，健步虎潛丸等。

### 肩鎖關節脫臼

**ICD-9-CM：831.04—閉鎖性肩鎖關節脫臼(closed, dislocation of acromioclavicular joint)**

中醫診斷：肩鎖關節脫臼

西醫病名：肩鎖關節脫臼

#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 根據外力大小，造成肩鎖關節的損傷，可依 Tossy 分類法分成三型，或 Post 分類法分成六型

### Tossy 分類

骨折種類	傷害情形
第 I 型	肩鎖韌帶部分斷裂，喙鎖韌帶完整，X 光片正常或鎖骨輕度移位
第 II 型	肩鎖韌帶完全斷裂，喙鎖韌帶部分斷裂，X 光片鎖骨外端上抬超過肩峰
第 III 型	肩鎖韌帶、喙鎖韌帶完全斷裂，X 光片鎖骨遠端完全移位

### Post 分類

骨折種類	傷害情形
第 I 型	肩鎖韌帶腫脹，肩鎖關節完整，喙鎖韌帶完整，三角肌與斜方肌完整
第 II 型	肩鎖關節囊斷裂，喙鎖韌帶裂開，三角肌與斜方肌完整
第 III 型	肩鎖關節囊脫白，喙鎖韌帶斷裂，三角肌與斜方肌自遠端鎖骨附著處分離
第 IV 型	第 III 型加上喙鎖韌帶自鎖骨上撕脫下來，鎖骨穿破三角肌與斜方肌，或發生重大軟組織傷害
第 V 型	第 III 型加上鎖骨向後脫位，位於肩峰後方，三角肌與斜方肌分離
第 VI 型	第 III 型加上鎖骨外側端向外下方脫位(鎖骨位移至喙狀突或肩峰下方)，三角肌與斜方肌分離

鎖骨遠端出現的骨折，則可依 Neer 分類法分成三型

骨折種類	傷害情形
第 I 型	附著於骨折附近近端的喙鎖韌帶保持完整
第 II 型	附著於骨折附近近端的喙鎖韌帶斷裂
第 III 型	骨折累及肩鎖關節面

(二) 患者有明顯的肩部外傷史，多數是側位摔倒，上臂內收，肩部著地而損傷。引起肩鎖關節脫位的外力可以是直接的或間接的：

1. 直接外力：肩部受到從上向下的外力，肩部下移，第一肋骨抵住鎖骨產生一抵抗力，常造成肩鎖韌帶、喙鎖韌帶的斷裂，並造成三角肌和斜方肌附著點產生撕裂傷，可因力道大小的不同，而出現上述 Tossy I ~ III 型或 Post I ~ VI 型。
2. 間接外力：過度牽拉肩關節向下，如患者呈上肢外展，手掌或

前臂撐地的摔倒，多造成肩鎖關節囊和肩鎖韌帶的損傷，喙鎖韌帶因間接外力造成肩胛骨上移，多出現鬆弛，較少嚴重損傷。

(三) 肩外側疼痛，舉動手臂疼痛加重，活動受限(特別是外展動作)。

(四) 鎖骨外側腫脹、隆起，壓痛，第Ⅲ型以上出現明顯變形。

(五) X 光檢查：

1. 拍攝兩側肩部正面(前後向)X 光片，以確定診斷第Ⅱ型以上的肩鎖關節錯開分型(可令病患雙手提重物 10 磅，可讓受傷肩部的錯開程度增加，使 X 光片上的不完全脫位或脫位更為明顯。)

2. Post 各型特徵如下

骨折種類	鑑別特點
第Ⅰ型	觸診出現壓痛，但 X 光片正常，肩鎖關節處韌帶輕微腫脹
第Ⅱ型	傷處肩鎖關節較對側大，鎖骨喙突之間的距離正常
第Ⅲ型	傷處肩峰鎖骨間的距離、鎖骨喙突間的距離比對側大 25% 以上
第Ⅳ型	鎖骨穿透斜方肌，肩部外側面皮膚鼓起
第Ⅴ型	鎖骨喙突間的距離比對側大 100% 以上

(六) 需與鎖骨末端骨折、肩峰骨折、旋轉帶撕裂作鑑別。

## 二、中醫辨證

《醫宗金鑒》對鎖骨可能出現的跌打損傷描述如下：「鎖子骨，經名柱骨。橫臥於兩間前缺盆之外，其兩端外接肩解。跌打損傷，或騎馬乘車，因取物偏墜於地，斷傷此骨。」可能造成鎖骨骨折、肩鎖關節脫位、胸鎖關節脫位。

脫位又稱脫臼、出臼、骨錯，其整復固定技術始於晉代。此外因關節脫位時，常伴隨周圍韌帶、肌腱、肌肉扭錯撕裂及關節囊損傷，局部常形成血腫，損傷性質以傷筋為主。

急性期時，可以 PRICE 急性傷害處理原則，配合中醫整復手法，並視喙鎖韌帶斷裂與否，採取內固定或進行開刀手術的外固定法，亞急性期，強調恢復患部的正常功能，可進行功能鍛鍊的部份，慢性期，應避面患處再次傷害或演變為慢性傷害，而無論是急性、亞急性、慢性(即早、中、晚三期)，均可輔以藥物治療，加快傷處的復原速度，及處理商處周圍的傷筋、血腫問題。



上圖所示為肩鎖關節脫臼

## 第四節 肘關節脫臼

### 肘關節後脫臼

**ICD-9-CM：832.0—閉鎖性肘脫臼(closed dislocation of elbow)**

中醫診斷：肘骨大錯

西醫病名：閉鎖性肘關節後脫臼

#### 一、科學化診斷要點：

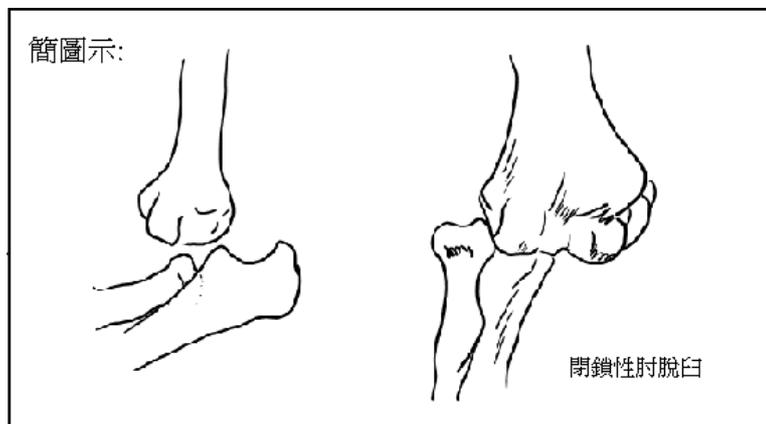
- (一) 典型外傷史。
- (二) 肘關節腫脹、疼痛，伸屈功能喪失。
- (三) 肘關節多處於 135 度半伸直位，肘後鷹嘴突異常後突，肘後方空虛及彈性固定感。
- (四) 肘前可觸及肱骨下端，肘後三點關係喪失。
- (五) X 光可顯示脫位的方向、移位的程度及有無合併骨折。

#### 二、中醫辨證

本病屬於筋傷的範疇，多由間接暴力引起，跌倒時，手掌觸地，肘關節處於伸直位，前臂旋後，外力沿恥骨上傳，使肘關節過度後伸，身體自重使肱骨前移，形成肘關節後脫位，累及氣血經脈運行不暢。一如《雜病源流犀燭》所說：「跌撲閃挫，卒然身受，氣血俱傷病也」。



上圖所示肘關節脫臼



## 第五節 腕關節脫臼

**ICD-9-CM：833.0—閉鎖性腕脫臼 (closed dislocation, wrist)**

中醫診斷：月骨前脫臼，腕縫大錯

西醫病名：月骨前脫臼，腕關節脫臼

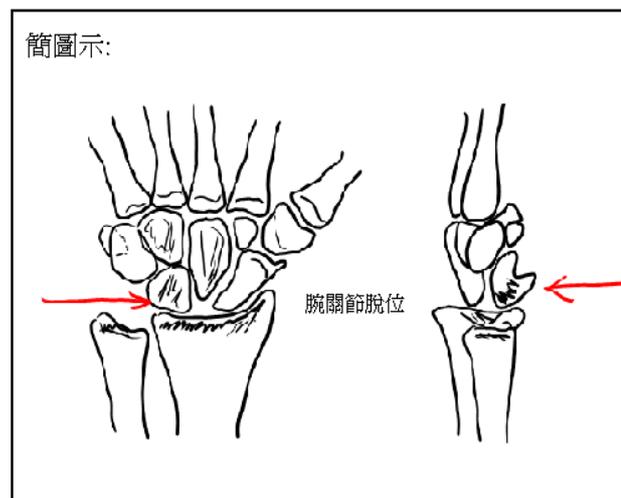
### 一、科學化診斷要點：

- (一) 因跌倒時腕關節極度背伸，手掌觸地，月骨被橈骨下端和頭狀骨擠壓而向掌側脫出。
- (二) 患者出現腕部腫脹、疼痛，腕關節自動和被動屈伸活動障礙，腕關節呈輕度背伸位，手指不能伸直。
- (三) 若月骨壓迫正中神經，則橈側三個半的手指有感覺障礙。
- (四) 腕掌側可觸及月骨突起。

(五) 腕部 X 光片：

正位片：由於月骨脫位後發生旋轉，由正常的四方形陰影變成三角形陰影。

側位片：頭狀骨不在月狀骨凹面上，月骨近側凹面離開橈骨下端關節面，月骨凹面朝掌側方，頭狀骨與橈骨下端關節面接觸，月骨位於腕關節的前方。



## 第六節 腕關節脫白

ICD-9-CM：833.0—閉鎖性腕脫白 (closed dislocation, wrist)

中醫診斷：月骨周圍腕骨脫位，腕縫大錯

西醫病名：月骨周圍腕骨脫位，腕關節脫白

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 因跌倒時手腕觸地，腕過度背伸而致傷。
- (二) 腕部腫脹、疼痛、畸形、功能活動障礙。
- (三) X 光片顯示：

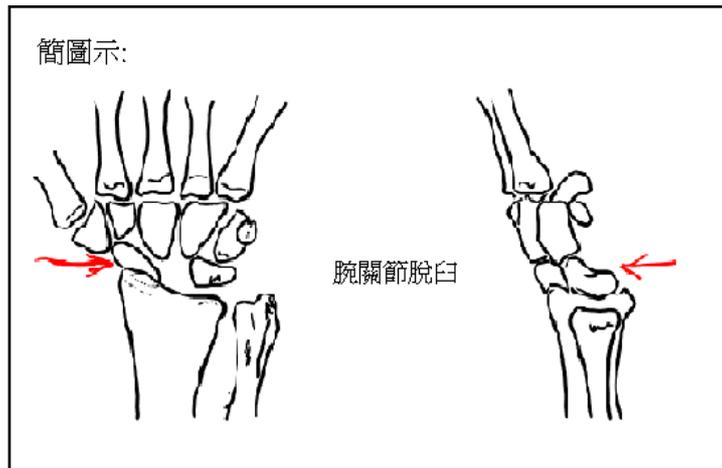
正位片：月骨與其他腕骨失去正常的解剖關係，腕骨向橈側移位。

側位片：月骨與橈骨下端關係正常，其餘腕骨向後側上方移位。

### 二、中醫辨證

腕骨，指腕關節脫白而言。醫宗金鑒謂之「腕骨」。傷科大成亦稱之腕骨。醫宗金鑒云：「腕骨即掌骨，乃五指之本節也，一名『臙骨』，俗名『虎骨』……其上並接『臂』『輔』兩骨之端，其外側之骨，名『高骨』，一名『銳

骨』，亦名『踝骨』，俗名『龍骨』，以其能宛屈上下，故名曰『腕』。若墜車馬，手掌著地，只能傷腕。若手指著地，其指翻貼於臂上者，則腕縫必分開。傷腕者壅腫疼痛，法以兩手揉摩其腕，內服正骨紫金丹，外貼萬靈膏。若手背向後，翻轉於臂者，以兩手捉其手背，輕輕回翻之，令其復位，仍按摩其筋，必令調順，內服人參紫金丹，外敷混元膏。」傷科大成云：「手掌處腕骨被跌仆打傷，駭骨脫出者，腕縫必開，以兩手先揉其腕，一手拿住其指，一手拿住其凹處，拔其手指，伸直手掌，曲起手駭，曲下一伸而上，駭內有響聲，掌可活動，以復舊位。……」



## 第七節 指間關節脫白

### 拇指掌指關節脫白

ICD-9-CM：834.01—掌骨與指骨間關節閉鎖性脫白(closed dislocation, metacarp pophalangeal 【joint】)

中醫診斷：拇指本駭大錯

西醫病名：拇指掌指關節脫白

拇指和掌指脫位是指構成其關節的解剖位置關係失去正常。掌指關節由各掌骨頭與近節指骨基底的淺凹所構成，關節由掌側副韌帶和側副韌帶加以固定。掌指關節的活動有屈伸，內收、外展與環轉等，屈力比伸力大，伸直時有 20 到 30 度的側方活動空間，彎曲時側方活動微小，故掌指關節在伸直時易受外力作用而發生脫位。拇指的過伸可能引起掌指關節的脫白，迫使掌骨頭指向掌面，在拇長屈肌肌腱與拇短屈肌肌腱間形成鈕孔征。其餘手指的掌指關節也可能發生脫白多發生於拇指與食指，且以第一節指骨的基底部向背側脫位最多。

## 一、病因病理：

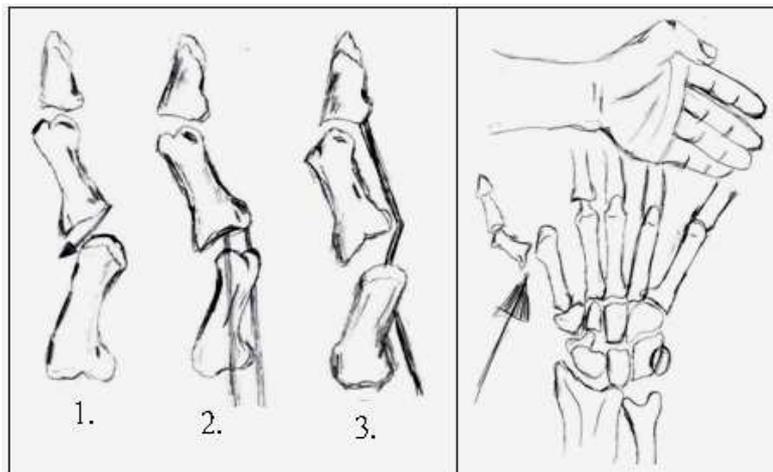
多因跌倒、碰撞或拇指過伸暴力引起。掌骨頭向掌側移位，掌側關節囊被撕裂，掌骨頭穿越關節囊的裂口脫向掌側皮下，指骨基底向掌骨頭的背側移位。指外型縮短，背伸，指間關節區曲，拇指掌側面隆起，可觸及掌骨頭，若關節囊裂口較小，掌骨頭往往如鈕扣狀被鎖在其中，不易回復至關節囊內；有的屈肌腱亦可移位嵌夾於掌骨頭和拇指基底之間，阻礙了掌骨頭回復至關節囊內，造成復位困難。

## 二、科學化診斷要點：

- (一) 掌骨頭多向掌側位移，指骨基底向背側位移，掌指關節過伸畸形。
- (二) 拇指外形縮短，背伸，指間關節屈曲，拇指掌側面隆起，可觸及掌骨頭。
- (三) 拇指掌指關節功能喪失。
- (四) X 光檢查顯示脫位狀況。

## 三、中醫辨證

《正骨心法》：『五指之骨，名錘骨，即各指本節之名也。若被打傷折，五指皆同，株連腫痛，因其筋皆相連也。手掌與背，其外體雖混一不分，而其骨在內，乃各指之本節相連而成者也。若手背與手心，皆堅硬壅腫熱痛，必正其骨節，則無後患。若不即時調治，其所壅之血，後必化而為膿。氣盛者，服瘡毒之劑，調治可癒；氣虛者，將來成漏矣。洗以散瘀和傷湯，貼萬靈膏。』



拇指掌指關節脫白

### 拇指掌指關節脫位影響復位的因素

- (一) 掌側關節囊連同種子骨卡於指骨基底及掌骨頭之間
- (二) 掌側關節囊破裂，掌骨頭卡於兩屈拇短肌之間
- (三) 屈拇長肌腱嵌於關節間隙

## 指間關節脫臼

ICD-9-CM：834.02—指骨間關節之閉鎖性脫臼，手 (Closed Dislocation, Interphalangeal 【Joint】 , hand)

中醫診斷：指間關節扭挫傷（俗稱吃蘿蔔乾，手指駝脫駝）

西醫病名：指間關節脫臼

### 一、病因病理：

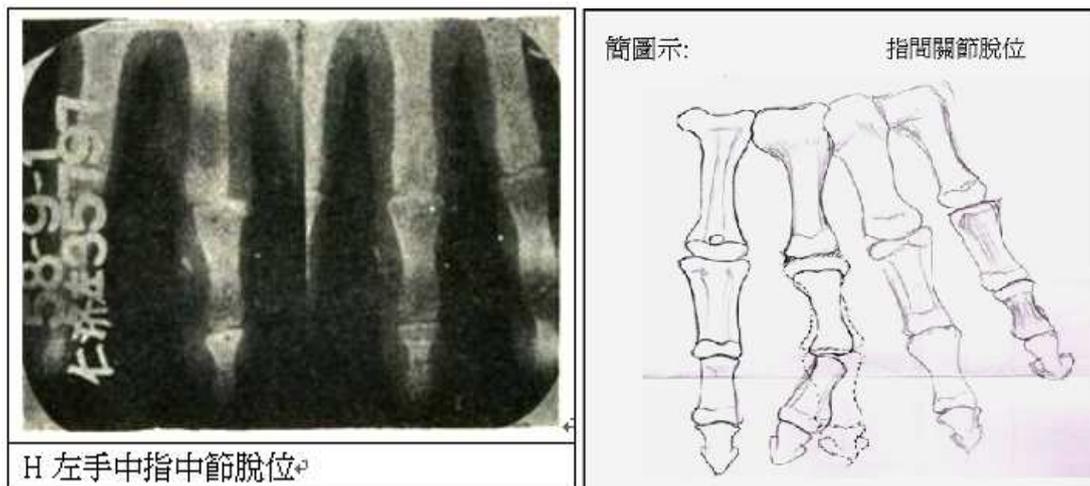
指間關節脫位常因過伸、扭轉或側方成角的傷力，造成關節囊破裂、側復韌帶撕斷而引起，甚至伴隨側副基底小骨片撕脫。各手指的近側或遠側指間關節都可以發生。脫位方向大多是遠節指骨向背側或內、外側位移，前方（掌側）極罕見。

### 二、科學化診斷要點：

- （一）傷後，疼痛、關節成梭形腫脹、畸形，肌肉、韌帶、關節囊斷裂變短，關節錯位，瘀血，造成功能障礙。
- （二）病痛引起主動、活動受限，被動活動尚可，但疼痛加劇。
- （三）手指向一側偏曲可造成關節脫位，關節失去穩定，影響手持物功能。
- （四）可凹性水腫：肢體末端，反向試驗；肢體指端蒼白，發涼痛覺降低。
- （五）兩週後，肌萎縮：疼痛，肢體活動減少，廢用性，營養性(神經營養，全身性)影響範圍廣。
- （六）X 光片顯示指間關節脫離正常關係，並可確定是否併發指骨基底撕脫性骨折。

### 三、中醫辨證：

- （一）指間關節脫臼中醫臨床：傷瘀挾痺，受風寒濕邪，關節，肌肉，凝滯不適。
- （二）歷代對脫位已有認識，稱脫臼、出臼、脫駝、脫膠、骨錯。
- （三）《正骨心法》：『竹節骨，即各指次節之名也。跌打損傷，骨碎筋彎，指不能伸。以手撚其屈節，則指必舒直。洗以散瘀和傷湯，貼之萬靈骨。如指甲縫蓄積毒血，其甲必脫落。若再生指甲，其形多不如舊。若第三節有傷，治同次節。其指甲名「爪甲」。』
- （四）本病主因於外力受傷，但若合併瘀痺、受風寒濕邪，會加重病情造成關節，肌肉，凝滯不適。此時治療上需思考活血化瘀方藥。



## 第八節 髖關節脫臼

### 髖關節後脫臼

ICD-9-CM: 835.01 — 閉鎖性髖後側脫臼(closed, posterior dislocation of hip)

中醫診斷：胯掉(後掉)

西醫病名：閉鎖性髖關節後脫臼

脫臼，是指傷後杵骨位置改變，脫離其窠臼。髖關節是由股骨上端的股骨頭和髖骨的髖臼組成。髖臼深而大，既能容納整個股骨頭，又有強而有力的關節囊和韌帶附著，而有豐厚的保護，所以，髖關節具有較大的穩定性，除非受到強大的暴力，否則是不易引起脫位的。

《中醫名詞術語大詞典脫骱》：『骱，關節。脫骱，即關節脫位，亦稱“脫臼”。指組成關節的骨端因正常連接受損害而離開其原有的解剖位置。一般為外傷所引起，多發生于肩關節和髖關節。有閉合性和開放性兩種。前者皮肉不破；後者有傷口通至脫位的關節，因有感染可能，故病情較為複雜而嚴重。其主要症狀為局部腫痛，關節功能障礙。此外，脫骱也可因氣血虛弱，筋骨鬆弛，而重覆在同一個關節發生的，稱為重複脫骱（即習慣性脫臼）；還有一種脫骱可由于先天不足，胚胎發育不全所致。』

### 一、病因病理：

- (一) 《醫宗金鑑·正骨心法要旨》：『或因跌打損傷，或踣墊挂燈，以致機樞錯斲。』髖關節後脫位多為間接暴力所造成，車禍、運動傷害為主要發生原因。當髖關節伸直時，很穩固；當髖關節屈曲時，穩定性靠關節囊維持；若髖關節屈曲內收時，穩固性則較差。

- (二) 當外力作用於股部遠端外側，迫使髖關節內收；或髖關節屈曲內收時，暴力來自前方，沿股骨撞擊；或髖關節屈曲內收時，膝部著地，暴力作用於臀後或骶部，均可使股骨頭突破後側關節囊脫出，脫向後側，形成髖關節後脫位。

## 二、科學化診斷要點：

- (一) 患者有明顯及強大的外傷史。
- (二) 患側髖部及臀部嚴重的腫脹、劇烈的疼痛、活動功能障礙，不能站立行走。
- (三) 患肢明顯的內收、屈曲及內旋畸形。
- (四) 患肢膝部貼及健側大腿下段內側，即黏膝徵陽性。
- (五) 臀部高突，患肢較健側縮短 1-2cm。
- (六) 髖關節中心性脫位，無特殊體位，症狀稍減。
- (七) 嚴重移位時，患肢可處於外展位，患側股骨粗隆內移，局部扁平，下肢可縮短。
- (八) 寬部的外後側膨大隆起，並可摸到圓而隆突的股骨頭。
- (九) 患肢不能主動活動，在作外展、外旋動作時呈彈性固定。
- (十) X 光片檢查見股骨頭呈內旋內收位，位於髖臼的外上方，股骨頸內側緣與閉孔上緣所連的弧線（申通線）中斷。

## 三、中醫辨證

- (一) 髖關節古代稱之為環跳、胯骨、髀骨、髀樞、臀髀等；脫位古稱脫髀，又名脫白，即關節失去正常連接。
- (二) 《故唐疏義》曰：『跌體者謂骨節錯跌，失於常處。脫位多為跌墜壓扭等外來暴力所致，其他原因如風寒濕邪及肝腎虛衰也可導致關節脫位。』
- (三) 《正體類藥·正體主治大法》載：『若骨髀接而復脫，肝腎虛也。』
- (四) 《正骨心法·傷科大全》曰：『環跳者，髖骨外向之骨。其形似白，以納髀骨之上端如杵者也。名約機，又名髀輸，即環跳穴處也。若因跌打損傷，或踣墊挂鐙，以致機樞錯努，青紫腫痛，不能步履，或行止欹側艱難。宜先服正骨紫金丹，洗以海桐皮湯，貼萬靈膏，常服健步虎潛丸。』

由此可推測，骨髀脫位多因外力傷害所導致，然而若病人素體肝腎陰質虛衰者，或是氣血虧虛者，會造成所謂接而復脫的習慣性脫白問題。前者外力問題需以諸手法處理，而後者則必須以藥物治療臟腑虛衰的病根。



上圖所示為髖關節後脫位



上圖所示為髖關節後脫位



上圖所示為髖關節後脫位

### 髖關節前脫位

**ICD-9-CM：835.03—閉鎖性髖其他前側脫白 (closed, other anteriordislocation of hip)**

中醫診斷：胯掉(前掉)

西醫病名：閉鎖性髖關節前脫白

#### 一、病因病理：

- (一) 明顯的外傷史—當髖關節處於過度外展外旋位時，遭到外展暴力或大轉子後方受到向前的暴力，使股骨頭突破前側關節囊脫向前方，而位於髌前上棘與坐骨粗隆的連線之前。
- (二) 《醫宗金鑑·正骨心法要旨》：『或因跌打損傷，或踣墊挂鐙，以致機樞錯努。』髖關節是結構比較穩定的關節，造成脫位需強大的暴力。當髖部因外力強度外展、外旋時，大轉子頂端即與髖白

上緣接觸，股骨頭因受槓桿作用而被頂出髌臼，突破關節囊的前下方，形成前脫位。

## 二、科學化診斷要點：

- (一) 明顯的外傷史。(通常發生在汽車車禍、嚴重跌傷，或在蹲姿時被錘擊背部。)
- (二) 患肢呈外展、外旋，及屈曲畸形。足尖外倒，足外踝與床面接觸。患肢變長，較健肢長一寸左右。髌部外側變平坦。
- (三) 在閉孔或腹股溝附近可觸摸到圓而隆突的股骨頭，並有腫脹、高突。
- (四) 患部劇烈疼痛，尤以移動時為甚。患肢幾乎不能自由旋轉屈伸、不能站立行走，有彈性固定。
- (五) 正位 X 光片可見到股骨頭向內側移位，位於閉孔內或恥骨上枝附近，嚴重者可達閉孔前方。側位 X 光片則顯示骨股頭向前下方移位。
- (六) 髌關節前脫位依股骨頭的所在位置，可分為：
  1. 髌關節前上方脫位
  2. 髌關節前方脫位
  3. 髌關節前下方脫位。

## 三、中醫辨證

- (一) 《靈樞·經脈篇》稱髌關節為「髌樞」，髌關節脫位古稱「髌骨出」、「機樞錯努」、「大腿根出白」、「髌駝出」等。
- (二) 脫位古稱脫駝，又名脫白，即骨頭在關節處失去正常的連接，《故唐疏義》曰：『跌體者謂骨節錯跌，失於常處。』唐·蔭道人《仙授理傷續斷秘方》：首先描述了肩關節脫位和髌關節脫位，各有前後脫位兩大類，名曰：“出白”。清·楊時泰《本草述鈎元·自然銅》：『蓋骨之上下相合處，有白有杵，使脫白之骨未歸其窠。對脫位有較明確定義。』
- (三) 《醫宗金鑑·正骨心法要旨·頰車骨》：『或打仆脫白，或因風濕侵入鈎環脫白。』《正體類要·正體主治大法》：『若骨駝接而複脫，肝腎虛也。』說明脫位除了因跌墜壓扭等外來暴力所致，風寒濕侵襲及



髌關節前脫位

肝腎虛衰亦可導致關節脫位。

- (四) 《醫宗金鑑·正骨心法要旨》：『或因跌打損傷，或踣墊挂燈，以致機樞錯斲。』髖關節是結構比較穩定的關節，造成脫位需強大的暴力。當髖部因外力強度外展、外旋時，大轉子頂端即與髖臼上緣接觸，股骨頭因受槓桿作用而被頂出髖臼，突破關節囊的前下方，形成前脫位。
- (五) 髖關節前脫位屬於由外暴力引起的外傷性脫位：臨床表現較典型，發病突然，一般無寒熱，疼痛顯著。先感受外邪，表現高熱、寒熱往來等，繼發肢體畸形，或輕度外傷後，出現高熱、疼痛、腫脹等，繼發肢體畸形，則屬病理性脫位。另外還有肝腎不足、體弱肝腎虛衰，筋弛而脫位的情況。
- (六) 外傷性脫位的診斷要點包括患肢縮短或延長，關節側方或前後增寬，並有明顯凸起或凹陷，關節功能喪失，呈彈性固定，肢體畸形姿勢不能改變，通常能在體表摸到突出的關節頭等。

## 第九節 膝關節脫白

**ICD-9-CM：836—膝脫白 (Dislocations of knee)**

中醫診斷：膝髌大錯

西醫病名：

膝關節脫白：

- 一、膝關節前脫白(Anterior dislocation)
- 二、膝關節後脫白(Posterior dislocation)
- 三、膝關節側方脫白(Lateral dislocation)
- 四、膝關節內脫白(Medial dislocation)
- 五、膝關節迴轉性脫白(Rotatory dislocation)

一、科學化診斷要點：

膝關節前脫白(Anterior dislocation)：最常見

- (一) 患者會出現膝關節腫脹嚴重的情況，同時會疼痛劇烈，並且有膝關節功能障礙的產生。
- (二) 在膝關節處，可見其前後徑增大，髌骨下陷。
- (三) 膝關節在微屈曲的狀態時，可察其外觀畸形，彈性固定，在觸摸髌骨處時，會有空虛感，但其髌窩處呈現豐滿的情況，並可觸及股骨髁突起於後側，髌腱兩側可觸及向前移位的脛骨平臺前緣。

(四) X 光檢查時，取其側位片，可見脛骨脫於股骨前方。

#### 膝關節後脫臼(Posterior dislocation)

- (一) 患者會出現膝關節腫脹嚴重的情況，同時會疼痛劇烈，並且有膝關節功能障礙的產生。
- (二) 在膝關節處，可見其前後徑增大，似過伸位。
- (三) 在脛骨上端可見有下陷處，皮膚有皺摺隆起，畸形明顯，呈彈性固定。
- (四) 在觸摸髌骨處時，會覺其下方有空虛感，髌窩處可觸及脛骨平臺後緣向後突起，髌腱兩側能觸摸到向前突起的股骨髁。

#### 膝關節側方脫臼(Lateral dislocation)

- (一) 患處會因膝關節側方脫位的筋傷嚴重而腫脹甚劇，在局部會有青紫瘀斑，功能喪失，壓痛明顯，有明顯的側方異常活動。
- (二) 仔細檢查其患處，可在膝關節側方觸碰到脫出的脛骨平臺側緣。
- (三) 若有神經的損傷的狀況，常會見到患者的足踝不能自主背伸，小腿下段外側的皮膚會有麻木感產生。

## 二、中醫辨證：

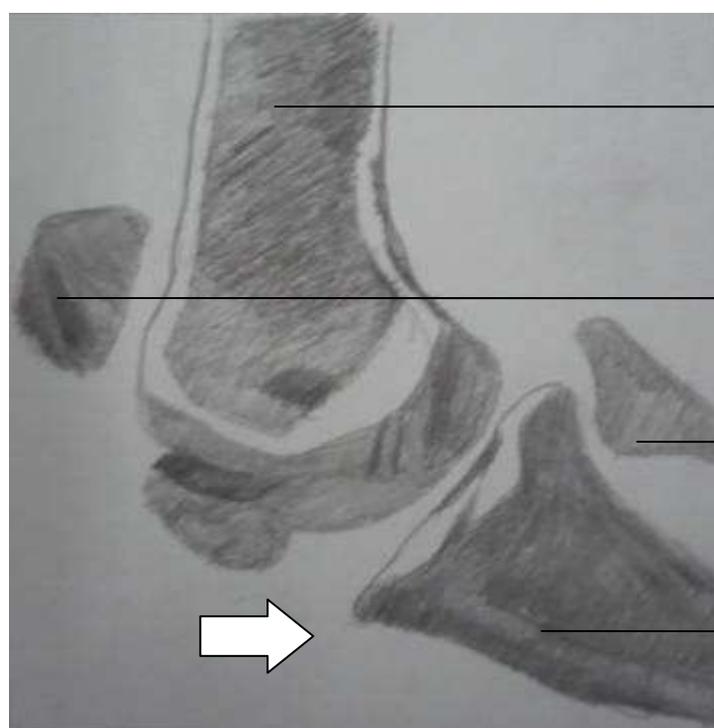
- (一) 《醫宗金鑑·正骨心法要訣·膝蓋骨》：「如有跌打損傷，膝蓋上移者。其筋即腫大，株連於髌內之筋，髌內之筋，上連腰膝，故每有腰屈疼痛之證。或下移胫骨，則焮腫，或足腹冷硬，步履後拽斜行也。若膝蓋離位，內外側者，則內筋腫大。向內側者，則筋直髌腫。宜詳視其骨如何斜錯，按法推拏，以復其位。」
- (二) 多因強大暴力作用於股骨下端或脛骨上端而造成脫位。如外力直接由前方作用在股骨下端，可造成脛骨向前脫位；作用在脛骨上端，可造成脛骨向後脫位。如外力直接由外側作用在股骨下端，可造成脛骨向外側脫位；作用在脛腓骨上端，可造成脛骨向內側脫位。
- (三) 間接扭轉暴力也可引起旋轉脫位。外力太大者，可產生全脫位，外力較小者，則會產生不全脫位。完全脫位者，不但關節囊破裂，關節內十字韌帶與內外側副韌帶亦撕裂，有時還會合併半月板破裂，脛骨棘或脛骨結節撕脫骨折，腓總神經或脛神經損傷，髌窩內血管被壓迫或撕裂等。這些嚴重的併發症，常導致膝關節脫位的預後不良。
- (四) 《傷科大成·膝髌脫出證治》：「膝髌處油蓋骨，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。看其骨如何斜錯，依法捏拿，復其原位。服補筋藥。

圖示：



右膝 X-ray 顯示為膝關節脫位，並無合併骨折。

膝關節後脫位的 X 光圖。



股骨

髌骨

腓骨

脛骨

素描膝部側面像，顯示膝關節的脫位情況(圖中白色箭頭處)界

## 髌骨脫位

ICD-9-CM：836.3—閉鎖性髌骨脫位 (dislocation of patella)

中醫診斷：膝蓋骨脫位、鏡面骨脫位

西醫病名：閉鎖性髌骨脫位

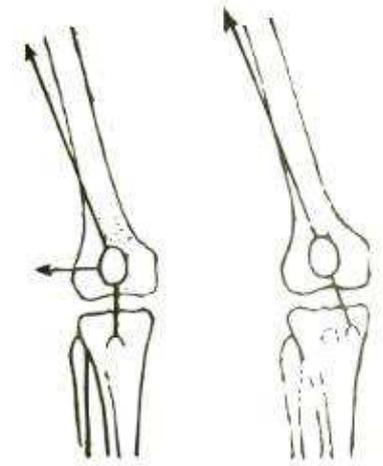
### 一、科學化診斷要點：

(一) 外傷性脫位：好發於青少年

1. 傷後膝部腫脹、疼痛，膝關節呈半屈曲位、不能伸直、膝前平坦，髌骨又向外、內、上、下脫出畸形，關節成彈性固定。
2. 或有部分患者就診時髌骨已復位，但留下創傷性滑膜炎及關節內積血、積液。
3. 在髌骨內上緣之股內側肌抵指部有明顯壓痛。
4. 用手指推髌骨向外，不僅疼痛較重，而且活動度明顯增大。
5. X 射線檢查：膝部正側位與軸位 X 光片可見髌骨移出於股骨髁凹部之外，並可能有軟骨碎片殘留於關節腔。

(二) 習慣性脫位：好發於青年女性

1. 無明顯外傷史，患者髌骨較小，股骨外髁扁平，因慢性損傷、股骨外髁發育欠佳、髌骨內側筋膜薄弱，一有輕微外傷，髌骨即向外翻轉脫位，內側筋膜斷裂，回縮而不癒合，股四頭肌與髌腱作用力不在同一條線上(如圖)。伸屈功能基本正常。
2. 患者每當屈膝時，髌骨即在股骨外髁上變位、向外脫出，伸直時又可復位，平時行走時常覺腿軟無力，跑步時常跌倒。
3. 脫出時伴隨響聲，髌骨停留在股骨外髁的前外側，出現膝關節畸形、局部壓痛、輕度腫脹，由於反覆脫位，軟骨面受損致使關節疼痛、關節腔積液，休息後疼痛減輕、積液逐漸消失。
4. 急性外傷性髌骨脫位治療不當可以轉為習慣性脫位，12.8%內側脫位、13.5%外側半月板損傷、16.5%骨軟骨骨折，治療常以長時間固定，反致關節、滑膜、韌帶、筋膜不能作功，發生沾黏、



上圖：股四頭肌與髌腱作用力不在同一條線上，股骨有外移的傾向。  
右圖：手術後恢復正常

變性，同時肌群失用性萎縮，致關節僵硬、功能喪失。

5. X 射線檢查：膝部正側位 X 光片可見髌骨移出於股骨髁凹部之外，膝關節軸位 X 光片可顯示股骨外髁低平。

### (三) 其他共同症狀

1. 正常狀況下，膝關節有 10~15 度的外翻角，又因股四頭肌腱膜包著髌骨，所以肌肉收縮時髌骨本來就會有向外脫位的趨向，故一但脫位多向外，內側支持帶和關節囊被撕裂，髌骨旋轉 90 度，其關節面與股骨外髁相接觸。
2. 膝前方凹陷，股骨下端的外側或內側可觸及移位的髌骨。

## 二、中醫辨證：

(一) 清代《醫宗金鑑》：「膝蓋骨即連骸，亦名髌骨，形圓而扁，覆於腱鞘上下兩股之端，內面有筋連屬……若膝蓋骨離位，向外側者則內筋腫大，向內側者則筋直腫，宜詳視骨如何斜錯，按法推拿以復其位。」由直接或間接的外力造成。

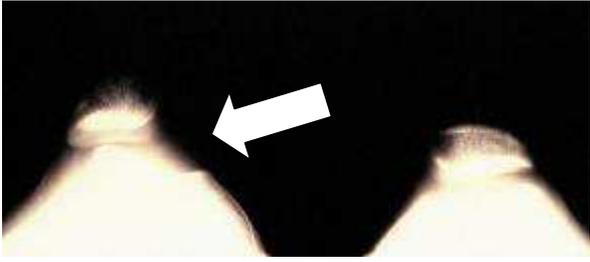
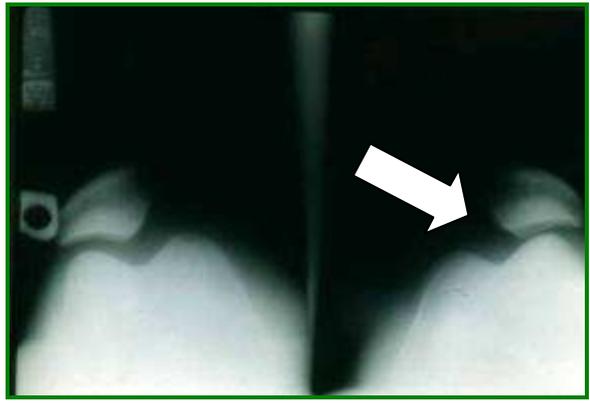
(二) 明代王肯堂《政治準繩》：「若膝蓋骨失出白，牽合不可太直，不可太曲，直則不見骨稜，曲則亦然，見可半直半曲」。

## 三、檢查：

髌骨脫位和不完全脫位之恐慌測驗 (apprehension test for patellar dislocation and subluxation)

檢查髌骨是否有向外側脫位之傾向。病人仰臥，雙腿平伸令股四頭肌放鬆，醫者用拇指抵住髌骨內緣施加壓力，病人髌骨若有脫位，就會出現恐慌和苦惱之表情。(如下圖)



	
<p>左側髌骨向外脫位 右側正常</p>	<p>右側髌骨向外脫位 左側正常</p>
	
<p>右腳髌骨向外側脫位</p>	<p>髌骨脫位，可見明顯凸起及位移</p>

## 第十節 踝足關節脫位

### 踝關節脫臼

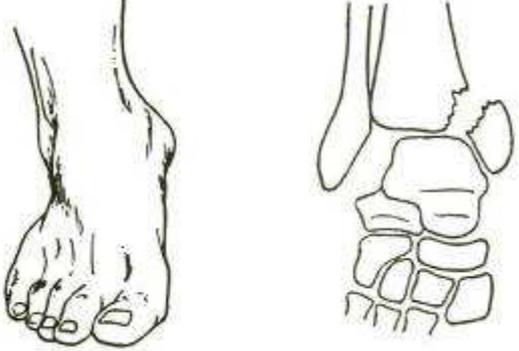
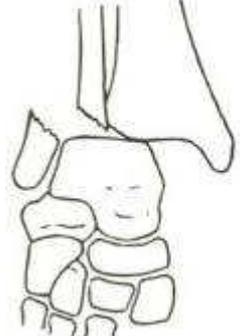
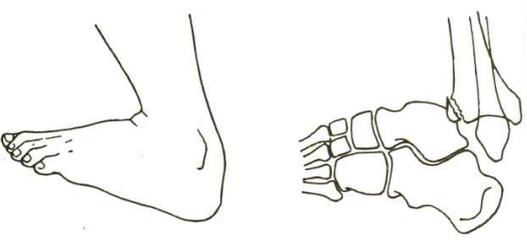
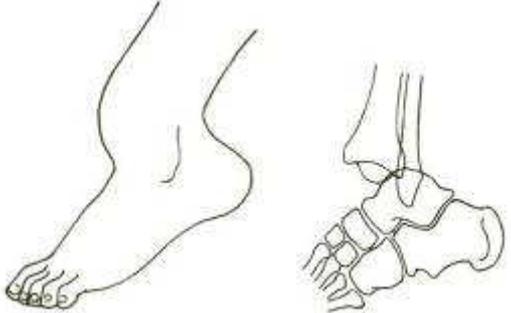
ICD-9-CM：837.0—閉鎖性踝關節脫臼 (dislocation of ankle, closed)

中醫診斷：腳踝駝脫駝、踝骨脫臼、踝駝大錯

西醫病名：踝關節脫臼

#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 外傷病史，病人可能訴說其有跌、扭傷。或從高處跌下，或走不平道路等等，或運動時候奔跑跳躍而不慎受傷。
- (二) 踝關節腫脹、疼痛、瘀斑。
- (三) 踝關節功能喪失，踝部局部皮膚緊張，畸形明顯。若合併骨折，則疼痛腫脹更嚴重。又可分為以下幾種（如圖所示）：

	
<p>A. 踝關節內脫位：由高跌下時，足的內側先著地，或行走、滑跌時，足過度外翻造成，足呈外翻外旋，內踝下高突，外踝下凹陷，常併有內外踝骨折。</p>	<p>B. 踝關節外側脫位：由高跌下時，足的外側先著地，或行走、滑跌時，足過度內翻造成，足呈內翻，外踝下高突，內踝下凹陷，常併有內外踝骨折。</p>
	
<p>C. 踝關節前脫位：由高跌下時，足跟後部先著地，身體前傾，致脛骨下端向後錯位。足呈極度背屈，無法蹠屈，跟骨向前移，跟腱緊張，常合併脛骨前緣骨折。</p>	<p>D. 踝關節後脫位：由高跌下時，前足著地，身體向後傾，脛腓骨下端向前翹起。足蹠屈，跟骨後凸，跟腱前方空虛，踝關節前方可觸及突出的脛骨下端，常合併後踝骨折。</p>

(四) 伴隨韌帶之扭傷，症狀如下：

1. 外側韌帶損傷：

由足部強力內翻引起。因外踝較內踝長和外側韌帶薄弱，使足內翻活動度較大，臨床上外側韌帶損傷較為常見。外側韌帶部分撕裂，較多見，其臨床表現是踝外側疼痛、腫脹、走路跛行；有時可見皮下瘀血；外側韌帶部位有壓痛；使足內翻時，引起外側韌帶部位疼痛加劇。

2. 內側韌帶損傷：

由足部強力外翻引起，發生較少。其臨床表現與外側韌帶損傷相似，但位置和方向相反。表現為內側韌帶部位疼痛、腫脹、壓痛、足外翻時，引起內側韌帶部位疼痛，也可有撕脫骨

折。

- (五) 因踝部循環較差，又處於身體低位，損傷後尤易發生水腫，愈合及抗感染能力較差，恢復時間較長；骨關節損傷後易發生畸形和關節僵硬，主要畸形有踝關節蹠屈畸形，嚴重地影響患者的承重走路功能。
- (六) X 光片可看出關節脫臼。

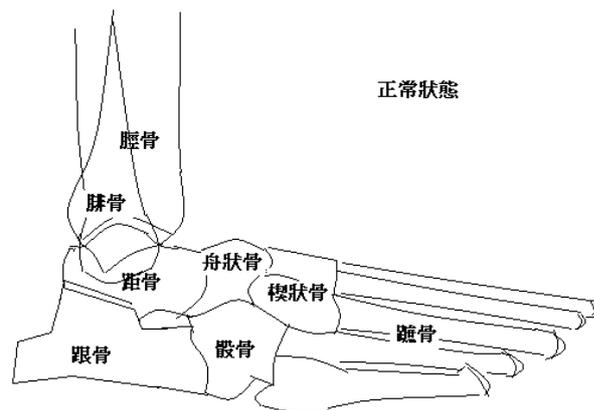
## 二、中醫辨證：

- (一) 《醫宗金鑒》：「踝骨者，胫骨之下，足跗之上，兩旁突出之高骨也。在內者名『內踝』，俗名『合骨』，在外者名『外踝』，俗名『核骨』。或馳馬墜傷，或行走錯誤，則後跟骨向前，腳尖向後，筋翻肉腫，疼痛不止。」
- (二) 關節脫臼，中醫古稱關節錯縫或脫位。錯縫指構成關節的骨性接觸面產生了微小離錯，脫位則是較錯縫嚴重的關節位置改變。原因主要還是跌撲損傷等強大外力使關節脫離正常位置而造成。
- (三) 脫臼常伴韌帶損傷，畢竟關節附近多由韌帶包覆，受外力時先傷其韌帶才傷的到關節。在中醫治療上則多屬傷筋之範圍，內經所謂「氣傷痛、形傷腫」，此外力損傷導致氣血凝滯患處是也。
- (四) 脫臼則予接骨手法整復之，並將患處加以固定以便復原。扭傷之患處多於足踝外側陽經，視情況取經絡針灸之，並配合湯藥，加速其康復。

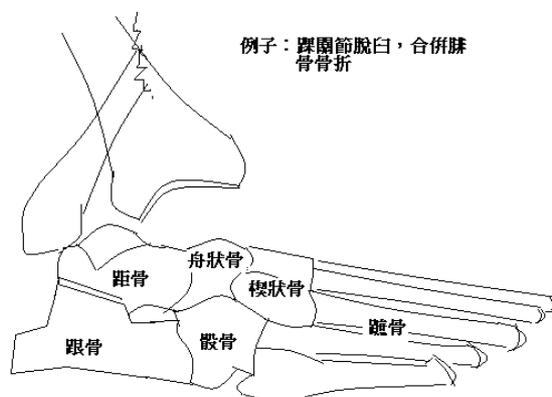


上面的箭頭：脛骨骨折

下面的箭頭：踝骨閉鎖性脫臼



正常的足部骨頭示意圖



踝關節脫臼合併腓骨骨折

## 蹠跗關節脫臼

ICD-9-CM：838.03 一蹠跗關節閉鎖性脫臼 (Closed dislocation, tarsometatarsal joint)

中醫診斷：蹠跗關節脫臼、踝骹大錯

西醫病名：蹠跗關節脫臼

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 跗蹠關節是由中足和前足連接而成的多關節系統。
- (二) 蹠跗關節脫位多不單獨存在，而是由蹠骨骨折或中足損傷合併引起。
- (三) 跗蹠關節骨折脫位約占全身骨折的 0.2%。
- (四) 由於外力的作用方向不同，蹠骨基底部可向內、外、背、蹠任一側脫位。
- (五) 脫位發生時應伴有疼痛，腫脹，可見青瘀斑，有關節活動障礙，

甚者不能下地行走，壓痛明顯。

- (六) 患足足弓塌陷，較正常時縮短、橫徑增寬，在足背、足內側或外側可觸及突出的跖骨頭。
- (七) 關節脫位時，常伴有局部軟組織的嚴重挫裂傷，多有關節囊和韌帶夾在中間，應注意是否傷及血管神經，或引起關節炎，否則會導致前足部分壞死。
- (八) 如治療不當，或未將傷處調理好，將造成永久性傷殘。
- (九) X 光檢查：腫脹極明顯，可與正常足部的片子相比，以利診斷。

## 二、中醫辯證：

- (一) 關節脫位古稱脫臼或脫骹。上下骨之相合處有白有杵，脫白是指受傷後使杵骨位置改變而脫離其窠臼者。所以凡關節因受暴力影響，使組成關節各骨之間的關節面失去正常位置，出現疼痛、畸形和功能喪失者，即稱為關節脫位。
- (二) 多因直接暴力或間接暴力所致，《醫宗金鑒·正骨心法要旨》：「其受傷之因不一，或從隕墜，或被重物擊壓，或被車馬踹碾。」
- (三) 《傷科補要》：「輕者僅傷筋肉易治，重則骨縫參差難治。先以手輕輕搓摩，令其骨合筋舒。」



<p>X 光示意圖</p> <p>左圖：第 2~5 跖骨向外側脫位（最常見）</p> <p>中圖：第 1 跖骨向內側脫位，伴第 1 跖骨基底骨折</p> <p>右圖：第 1 跖骨向內側脫位，第 2~5 跖骨向外側脫位同時發生</p>	<p>第 1 跖骨向內側脫位，第 2~5 跖骨向外側脫位同時發生，更嚴重</p>
--	--

## 第三章 傷筋

### 第一節 頸部傷筋

#### 頸部扭挫傷

ICD-9-CM：847.0—頸部扭傷及拉傷(Sprains and strains of neck)

920—臉、頭皮及頸之挫傷(Contusion of face, scalp, and neck except eyes)

中醫診斷：脖項傷筋

西醫病名：頸部扭挫傷

#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 損傷後，輕者出現疼痛，活動輕度受限；重者疼痛腫脹較劇，局部可有瘀斑，有時伴有發熱、惡寒、頭痛等症狀，可能合併外感。
- (二) 較重的損傷者，可有頸僵、斜頸或強迫於某一位置的體徵，活動明顯受限，動則疼痛加劇。
- (三) 頸部有時可觸及痛性筋索，壓痛點隨損傷情況不同而有所偏重，個別壓迫臂神經者，可出現不同神經分布區的手臂麻木、疼痛；肌力減弱等病症。
- (四) 嚴重者出現脊髓損傷症狀。多表現為脊髓中央損傷症候群，上肢受累多下肢。
- (五) X線檢查，可幫助排除骨折、脫位。
- (六) 傷後多為單側頸部酸痛，有負重感，其痛向背部放射，每於旋頭或仰頭時都會加劇酸痛，在患側的肩胛骨內緣和下角處有明顯壓痛點，甚而每於深呼吸、咳嗽或打噴涕時，均可引起疼痛。

#### 二、中醫辯證：

軟組織扭挫傷屬中醫“筋傷”範疇。中國醫學認為，傷筋引起的腫脹、疼痛，是由于人體某部位受外力強烈作用，累及氣血經脈，氣血運行不暢所致。正如《雜病源流犀燭》所說：“跌撲閃挫，卒然身受，氣血俱傷病也。”《內經》又云：“氣傷痛，形傷腫”，筋脈破損，血溢脈外，氣血凝滯，流通不暢，故見腫痛。骨為幹，筋為剛，筋傷後，剛之不剛，故見活動受限”。

## 落枕

ICD-9-CM：847.0—頸部扭傷及拉傷(Sprains and strains of neck)

中醫診斷：落枕、失枕

西醫病名：落枕、頸部扭傷

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 落枕痛是種偶發的肌腱炎，通常患者維持不良姿勢達相當長久的時間，產生姿勢性頸痛，頸部和肩部疼痛，且伴隨頸部姿勢的異狀。
- (二) 患者平素喜臥高枕以及有風濕及患者或過度疲勞的病史。
- (三) 多在睡眠之後出現淺層肌肉如：胸鎖乳突肌或斜方肌部位呈酸楚疼痛、痙攣、僵凝的改變，頸部活動受限，動則疼痛加劇，有所謂的”條索狀”的病變。
- (四) 受累及的肌肉有輕微腫脹痙攣，觸之僵硬，頭部向患側偏斜，下頷偏向健側。
- (五) 疼痛或呈牽掣狀，甚則可牽及肩背及上臂。局部有明顯壓痛。
- (六) X光檢查無異常改變或有輕度頸椎生理曲度變直的改變。
- (七) 要與頸椎神經壓迫症有所區別。落枕疼痛只限頸椎肩背，轉身活動有限制，頸神經壓迫常見手臂酸抽手指麻木現象，若常發生須注意是否有頸神經或血液循環的問題。
- (八) 頸神經共七對，尤其是第四、五、六、七對的頸神經皆經過肩部而到手臂至手指，祇要頸椎骨刺、椎間盤突出、骨質疏鬆、滑脫等等的頸椎病症，就很容易造成肩、頸部的疼痛，症狀就與落枕痛相似。

### 二、中醫辯證：

- (一) 中醫認為落枕是風、寒、濕三種邪氣，侵犯足太陽及足少陽二經絡造成的。
- (二) 大家認為落枕是因睡姿不良所致，與枕頭的高低或位置有密切的關係，習慣側睡的人容易得落枕痛。
- (三) 也有人認為落枕是因太過沉睡，睡眠時體位過久不變，身體無法反射翻身動作，頸部肌肉伸展時間過久，以致發炎疼痛，主要是頸部肌肉痙攣包括肩頸側的斜方肌胸鎖乳突肌受到壓迫而產生的僵直性發炎疼痛；或是頸部的忽然擺動，而產生肌腱拉傷或扭傷，如忽然甩頭，或因身體的衝撞，也使頸斜方肌拉傷所致。

## 頸椎痛

ICD-9-CM：723.1—頸椎痛 (Cervicalgia)

中醫診斷：脖頸傷筋

西醫病名：頸椎病

### 一、科學化診斷要點：

#### 頸型頸椎病：

- (一) 頸部、肩部及枕部疼痛、頭頸部活動受限。
- (二) 頸肌緊張，有壓痛點，活動受限。
- (三) X光：生理弧度改變，動力攝片：椎間關節不穩與鬆動，側位片：因頭歪至椎體後緣一部分重影，小關節也一部分重影，稱雙邊雙突征。

#### 神經根型頸椎病：

- (一) 具有典型的根性症狀，其範圍與受累椎節相一致，頸肩部、頸後部痠痛，並沿神經根分佈區向放射到前臂及手指，輕者為持續痠痛，脹痛，重者可如刀割樣、針刺樣疼痛，有時有皮膚過敏，可有觸電感；神經根支配區有麻木及明顯感覺減退。
- (二) 脊神經根牽拉試驗多為陽性；痛點封閉、相應橫突旁封有效。
- (三) X光片：斜位片示鉤椎關節增生；側位片示：前弧消失或變直。椎間隙變窄，有骨刺形成、伸屈動力片：頸椎不穩。

#### 脊髓型頸椎病：

- (一) 頸部大多數人無不適，但手動作笨拙、細小動作失靈、協調性差。
- (二) 胸部多有束帶感。
- (三) 步態不穩：先雙下肢或單下肢發麻、發沉—行走困難，下肢肌肉發緊，抬步慢、不能快走或顯著步態蹣跚，易跌倒、不能跨越障礙物。或有雙足踩棉花樣感覺。
- (四) 上下肢肌腱反射亢進，張力每升高；Hoffman 征陰性，可出現踝陣攣和髕陣攣，重症時 Babinski 征可 (+)。早期感覺、障礙較輕，重症時可出現不規則痛覺減退。感覺喪失或減退且呈片狀或條狀。
- (五) X線：椎間隙變狹，椎體後緣骨質增生。
- (六) CT：可見椎間盤突出及脊髓受壓的程度。
- (七) MRI：脊髓受壓是呈波浪樣壓跡，嚴重者脊髓可變化，或呈念珠狀、受壓節段脊髓有信號改變。還有 CT 功能。

#### 椎動脈型頸椎病：

- (一) 頸性眩暈（即椎—基底動脈缺血征）猝倒史、且能除外源性及耳源性眩暈。

- (二) 個別患者出現植物神經症狀。
- (三) 旋頸誘發試驗陽性。
- (四) X 光：椎節不穩、鈎椎關節增生。
- (五) 椎動脈造影椎動脈血液檢測可協助定位。
- (六) 食管壓迫型：咽後部不適、吞嚥不順。

## 二、中醫辯證：

- (一) 落枕型頸椎病：中老年後體質漸弱，即可導致關節囊鬆弛、韌帶鈣化、椎間盤退化、骨刺形成等，引起頸背疼痛反覆發作。
- (二) 痹證型頸椎病因頸神經根受風寒及勞累影響可加重症狀，症狀以一側肩臂疼痛、麻木或肌肉萎縮為多，併有兩臂麻痛者。從主訴及症狀的輕重不同，又可分為疼痛、麻木和萎縮三型。
- (三) 萎證型頸椎病因肝腎久虛，筋骨萎弱，漸覺肢體沉重，步履不利，肢冷不溫，肌肉萎細。筋骨失養，陰莖萎縮，則症狀逐步加重，肢體萎廢，步伐蹣跚。
- (四) 眩暈昏厥型頸椎病以位置（姿態）性眩暈為特點，比較多見的是眩暈時作，頭重腳輕，走路欠穩，或同時有偏頭痛，呈脹痛或跳痛，與眩暈同時出現或交替發作，可合併有耳鳴、聽力下降等症狀。還可見頭痛、急躁易怒，偶有腎氣虧損，氣血俱弱突然暈厥、跌倒者，但較為少見。
- (五) 五官型頸椎病較少見，症狀多不典型，或以眼瞼無力，眼脈痛，易流淚；或耳鳴、體力下降；或感咽部不適，有異物感，易噁心；或皮膚多汗或少汗，血壓忽高忽低，心跳加速等。

## 第二節 肩部傷筋

### 肩部挫傷

ICD-9-CM：923.0—肩部挫傷 (contusion of shoulder region)

中醫診斷：肩髃傷筋、膀絳傷筋

西醫病名：肩部挫傷

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 病史、臨床症狀和理學檢查：
  1. 局部腫脹或有輕度淤血斑、疼痛，肩關節活動功能受限，但以自主活動單向受限為主。
  2. 若是肩部壓痛，壓部最明顯之處，多是損傷最嚴重部位。

3. 如有岡上肌撕裂時，則外展上肢力減弱。被動外展 60~120 度時，局部疼痛加劇。
- (二) X 光片：一般無異常改變。後期可有骨質疏鬆。拍片可排除肱骨外上頸、大結節骨折與肩關節脫位等。
- (三) 臨床診斷：
  1. 首先要判斷筋斷與不斷，是否合併骨折；創傷性炎症期過後，應重視功能恢復狀況。
  2. 一般性挫傷在當時多不在意，休息之後開始出現症狀，逐漸加重，瘀腫或不瘀腫，但有壓痛，多在 5 天左右轉輕。
  3. 如有肩部筋膜嚴重扭挫或撕裂，則腫痛難以消除，可形成慢性疾病過程。

## 二、中醫辨證：

- (一) 肩關節過度扭轉，引起關節囊、筋膜的損傷或撕裂。當外力打擊或跌撲肩部受損，引起肌肉或脈絡的損傷或撕裂，致使瘀腫疼痛，功能障礙。
- (二) 本病任何年齡居可發生，挫傷常發生在肩部上方或外上方，併以閉合傷為其特點，淺而輕者為傷，深而重者為創，合稱創傷。
- (三) 症狀輕重不一，表現各異。輕者易於消散吸收而痊癒；重者部位較深較廣，有組織纖維的斷裂，局部瘀腫，皮下常見青紫。腫脹疼痛及壓痛關節功能活動受限多為暫時性，症狀遷延數日或數週。

## 肩部扭拉傷

**ICD-9-CM：840 一肩及上臂之扭傷及拉傷(contusion of shoulder region)**

中醫診斷：肩袖損傷

西醫診斷：肩部扭傷

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 臨床表現：有明顯外傷史。肩部腫脹、疼痛逐漸加重，或皮下青紫，局部片狀鈍性壓痛，肩關節活動受限。輕者一週內症狀明顯緩解；伴有組織的部分纖維斷裂或併發小的撕裂性骨折損傷者，症狀會延遲數週。
- (二) X 光檢查：肱骨、肩胛骨、鎖骨及肩關節、肩鎖關節、胸鎖關節等結構無骨折或脫位現象。

(三) 診斷依據：

1. 明顯的外傷史。
2. 肩部瘀青，皮下常出現青紫、及壓痛。肩部壓痛最明顯處，多是損傷最嚴重的部位。
3. 肩關節活動受限，但以自主活動單向受限為主。
4. X 光片：一般無異常改變，後期可有骨質疏鬆。拍 X 光片可排除肱骨外髁頸、大結節骨折與肩關節脫位等。

(四) 診斷分型：

1. 急性損傷期：損傷早、中期，局部腫脹明顯，疼痛較劇，肩部活動受限，壓痛點較明顯。
2. 慢性凝結期：多見於損傷後期，局部酸痛困脹，肩部活動明顯受限，壓痛點較廣泛或有肩部肌肉萎縮。

(五) 鑑別診斷：

1. 肱二頭肌長頭肌腱炎和腱鞘炎：外傷史不明顯，疼痛以肩部明顯，可向上臂和頸部放射，局限性深壓痛，肱二頭肌抗力試驗陽性。
2. 肱二頭肌腱斷裂：外傷性斷裂時可聞及斷裂的聲音，疼痛劇烈，肩臂部可出現隆凸及凹陷畸形，斷裂處瘀斑、腫脹，不能主動屈肘，肌力減退，肌腹鬆軟。

## 二、中醫辨證：

本病可見於任何年齡，因碰撞、跌仆、牽拉過度或投擲物品用力過度而致傷。由於外傷造成肩部經筋損傷，導致氣血運行不暢，瘀阻經脈，因而使肩部疼痛、功能障礙。

## 肩關節周圍炎

**ICD-9-CM：726.0**—肩部粘連囊炎 (Adhesive capsulitis of shoulder)

中醫診斷：肩痹、漏肩風、肩凝、僵硬肩、老年肩

西醫病名：肩關節周圍炎

### 一、科學化診斷要點：

(一) 臨床症狀與理學檢查：症狀主要表現為疼痛、功能障礙、肌肉萎縮等。<sup>[1]</sup>

1. 最初自覺肩部、上背部疼痛、嚴重者間部肌肉抽痛、陣痛甚至持續抽痛、輾轉不安、影響睡眠。<sup>[1]</sup>
2. 慢性者肩部僵硬、肩關節活動受限：常表現為患側手不能提起、

不能插口袋、擰門把、行軍禮等動作，或是不能後伸上舉。<sup>[1]</sup>

3. 通過活動受限情況，可以診斷關節內、外疼痛：

(1) 肱二頭肌 (Biceps brachii muscle) 肌腱受損：由於炎症、疼痛、粘連、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為明顯。<sup>[1]</sup>

(2) 若棘上肌 (Supraspinatus muscle) 肌腱發炎：肩關節在外展 50°~120° 時因肌腱與肩峰底面磨損導致疼痛，活動因而受限。<sup>[1]</sup>

(3) 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。<sup>[1]</sup>

(二) 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；但可能完全正常。<sup>[1]</sup>

(三) 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發現異常。<sup>[1]</sup>

## 二、中醫辨證：

(一) 肝腎虧虛，氣血虛衰，筋肉肌腱失於濡養，又風寒濕邪侵襲，痰濁瘀阻筋脈和關節<sup>[6]</sup>。

(二) 簡稱肩周炎，又稱「凍結肩」、「五十肩」、「漏肩風」等。原發型多見，多為五十歲左右老年人。病理表現為關節囊攣縮，並與周圍組織發生粘連<sup>[1][3]</sup>。

(三) 慢性勞損，外傷筋骨，氣血不足復感受風寒濕邪所致<sup>[1][3]</sup>。

(四) 好發年齡在五十歲左右，女性發病率高於男性，右肩多於左肩，多見於體力勞動者，多為慢性發病<sup>[3]</sup>。

## 肩袖症候群

ICD-9-CM：726.1—肩部旋轉環膜症候群及有關疾病

(Rotator cuff syndrome of shoulder and allied disorders)

中醫診斷：肩髃傷筋、肩髃筋痺

西醫病名：轉肌袖疾患、肩旋轉帶症候群

### 一、科學化診斷要點：

(一) 臨床症狀與理學檢查：

1. 理學檢查兩肩是否高低不等，有無翼狀肩胛【前鋸肌 (serratus anterior muscle) 癱瘓時，令病人用力推牆，肩胛骨會向後突起】。<sup>[1]</sup>

2. 肌肉有無萎縮【例如：肩胛帶肌肉、三角肌】。<sup>[1]</sup>

3. 骨頭有無明顯的凸出。
  4. 有無紅腫、隆起。<sup>[1]</sup>
  5. 有無痛點：如在肱骨內上部三角機內側緣處有一長條壓痛區，肩關節內轉外旋時，有或無聲響，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，即為棘上肌（Supraspinatus muscle）損傷，或肩峰下滑囊炎。<sup>[1]</sup>
  6. 傷後局部疼痛多限於肩頂，時有向三角肌止點部放射痛<sup>[3]</sup>。
  7. 另外，檢查其活動，如外展、前屈、外伸等動作。<sup>[1]</sup>
- （二）病史：有無受傷史。<sup>[1]</sup>
1. 肩袖破裂時，患者自覺有撕裂響聲，局部腫脹，有皮下出血<sup>[2]</sup>。
  2. 多見於 40 歲以上的男性患者，如為青年人必有嚴重的外傷史<sup>[2]</sup>。
  3. X 光檢查，嚴重者可見棘上肌（Supraspinatus muscle）腱鈣化<sup>[2]</sup>。
- （三）必要時作核磁共振掃描，以觀察肩部周邊組織。

## 二、中醫辨證：

- （一）肩關節周圍炎，中醫多由於老年體弱、肝腎虧損、氣血虛衰，肌肉筋腱失於濡養，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「肩痹」、「漏肩風」、「肩凝」、「僵硬肩」、「老年肩」等範疇。<sup>[1]</sup>
- （二）病人往往因中年以後氣血衰退，筋骨出現損傷退化而成，復受風、寒、濕外邪三氣侵襲，以致血氣不和，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，筋骨退行性病變，外加風寒濕三邪乘虛而入，日久而成。<sup>[1]</sup>

### 第三節 肘部傷筋

#### 肘關節扭挫傷

**ICD-9-CM：841 一肘及前臂之扭傷及拉傷 (Sprains and strains of elbow and forearm)**

中醫診斷：肘部傷筋、肘部傷痺

西醫病名：肘關節扭挫傷

#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 病因：因騎車、由高墜下或失足滑倒，手掌著地，肘關節處於過度外展、伸直位置，而致關節囊、副韌帶、環狀韌帶或肌腱等不同程度的損傷。
- (二) 有外傷史，關節腫脹，橈側較輕，橈後側明顯，有關節囊積液則鷹嘴窩消失。壓痛部位與壓阻痛等檢查可供判斷鑑別不同組織的損傷。
- (三) 初起時肘部疼痛，活動無力，屈轉活動疼痛加劇，腫脹及壓痛，關節伸屈困難，腫脹常因關節內積液、鷹嘴窩、脂肪墊炎，或肱橈關節後華囊腫脹而加重，伸肘時鷹嘴窩消失，肘前壓痛，屈伸功能明顯受限，前臂的旋轉活動亦受到影響。
- (四) 局部腫脹、壓痛，伸、屈肘抗阻力均減小，前臂旋後位伸直內收時外側痛陽性(表示關節囊外側副韌帶損傷)，反之內側痛陽性(表示關節囊內側及內側副韌帶損傷)，關節囊攣縮，由於程度不同可測得屈伸功能限的不同值。
- (五) 若腫脹消退，疼痛較輕，但肘關節的伸屈功能不見好轉，壓痛點能在肘後內側，局部的肌肉皮膚較硬，應進行 X 光檢查，確定有無合併骨化性肌炎。
- (六) X 光：可除外肘關節部骨折及骨化性肌炎等。

#### 二、中醫辨證：跌撲損傷、外傷

## 肱骨外上髁炎

ICD-9-CM：726.32—肱骨外上髁炎(lateral epicondylitis)

中醫診斷：肘部傷筋、肘部傷痺

西醫病名：肱骨內上髁炎(網球肘)

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 以大拇指觸摸肱骨外側上髁，可精確在此處或其遠心端定位出壓痛點，此為網球肘的診斷要點。
- (二) 肱骨外上髁區有明顯壓痛。
- (三) 令病患屈曲肘部，並將前臂完全旋前。接著令病患伸展肘部，此時會在外側上髁引起疼痛，如此即可診斷網球肘。
- (四) 在完全伸展肘部時，將手臂旋前，也會引起疼痛。
- (五) 舉椅測試：令病患試著舉起一張椅子(約 3.5 公斤)且要求病患將肘部伸直，肩部屈曲 60 度。若病患很難做此動作，且敘述其患部的外側出現疼痛則表示發生網球肘。
- (六) Thomsen 氏檢查：要病人握拳，腕部向背側屈曲，並伸展肘部。令病人抵抗外力，並迫使手部向掌側屈曲(plantar flexion)。此時若在肱骨外側上髁出現劇痛，即表示罹患網球肘。
- (七) 伸腕抗阻痛陽性，密勒徵陽性，即握拳屈腕，前臂旋前，伸肘，使前臂伸腕肌受到被動牽拉，激發肘外側疼痛為陽性。

### 二、中醫辨證：氣血虛弱，承襲風寒濕邪。

## 肱骨內上髁炎

ICD-9-CM：726.31—肱骨內上髁炎 (medial epicondylitis)

中醫診斷：肘部傷筋、肘部傷痺

西醫病名：肱骨內上髁炎(高爾夫球肘)

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 有勞傷史。
- (二) 肱骨內上髁處腫脹，疼痛。觸摸肱骨內側上髁時，此部位出現壓痛點。
- (三) 屈腕抗阻試驗陽性，旋前抗阻試驗陽性，前臂屈肌抗阻試驗陽性，即伸肘、旋後，使腕極度背伸，前臂屈肌及旋前肌等受到被動牽拉，其在肱骨內上髁附著處疼痛。
- (四) 若尺神經受刺激可出現無力，無名指及小指間歇性麻木感。急性者以疼痛為主，慢性者以無力為主。

(五) 令病患屈曲肘部，手部旋後，再伸展肘部。若在內側上髁(medial epicondyle)出現疼痛，則表示極可能出現高爾夫球肘。

二、中醫辨證：氣血虛弱，承襲風寒濕邪。

### 小兒橈骨頭脫位(牽拉肘)

ICD-9-CM：841—肘及前臂之扭傷及拉傷(Sprains and strains of elbow and forearm)

中醫診斷：肘錯環、肘脫環

西醫病名：牽拉肘、小兒橈骨頭半脫位

#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 患肢經大人牽拉手腕後引起。
- (二) 患肢前臂不能自行抬舉或屈曲，旋前、旋後則疼痛。
- (三) 在手肘橈骨頭處，按之有明顯壓痛。
- (四) X線檢查難以顯示出異常，但可鑑別排除骨關節或其他損傷。[1]

#### 二、中醫辨證：

- (一) 骨縫，是指骨關節的正常間隙。中醫骨傷科在臨床診療過程中，十分重視對患者骨縫的檢查。[7]
- (二) 唐代蘭道人《仙授理傷續斷秘方》：「凡左右損處，只需相度骨縫，仔細捻捺、忖度，便見大概。」[5]
- (三) 《醫宗金鑒·正骨心法要旨》：「先受風寒，後被跌打損傷者，瘀聚凝結，若筋骨隆起，骨縫必錯……或因跌仆閃失，以致骨縫開錯，氣血瘀滯，為腫為痛。」[6]
- (四) 本病大多因外感風寒，氣血凝滯，復又遭受外傷跌仆，更加氣滯血瘀，致使寒邪不去，發為腫痛。為風寒挾瘀證。

## 第四節 腕指部傷筋

### 腕關節扭挫傷

ICD-9-CM：842.0 — 腕之拉傷及扭傷(sprains and strains of wrist)

中醫診斷：腕絳傷筋、腕駭傷筋、腕駭傷痺

西醫病名：腕關節扭、挫傷

#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 當關節直接承受撞擊力量常常會造成挫傷(contrsion)，而假如力量夠大時，關節內的骨折也會發生。間接性的傷害會使韌帶突然遭受到突然的張力而造成韌帶的極度伸展在加上輕微的撕裂及出血為韌帶性扭傷(ligamentous sprain)，在此情況下關節的穩定度是不會喪失的。[10]
- (二) 有腕關節扭挫傷史[4]。
- (三) 腕部有腫脹、疼痛、功能活動受限；活動時疼痛加重[4]。
- (四) 在韌帶撕裂部位有明顯壓痛點[4]。
- (五) 損傷的韌帶牽拉試驗陽性，肌腱損傷時，肌力抗阻試驗陽性[4]。
- (六) 腕部疼痛，有時出現輕度腫脹，當前臂旋前活動時，可見尺骨小頭向背側突起；在旋後活動時，則尺骨小頭向掌側突起，腕關節變寬[7]。
- (七) 用手推動尺骨小頭時，可向掌、背側滑動。若手掌下按或前臂旋轉活動時腕部出現疼痛，其痛可沿骨間膜向前臂發散，壓痛點在尺骨小頭周圍。兩側腕關節正位 X 綫照片對比檢查可見患側下橈尺關節間隙變寬[7]。
- (八) 傷後腕部橈骨或尺骨莖突部疼痛為橈或尺側副韌帶損傷[1]。
- (九) 前臂旋轉或握拳痛，多為三角纖維軟骨損傷，有傷部腫脹，活動受限，無力，彈響，與鬆動感等現象[1]。
- (十) 腕背伸、掌屈時疼痛為掌、背側副韌帶或屈、伸側肌腱損傷，突出表現為尺側屈腕肌在腕掌面上方尺側疼痛及壓痛，可以摸到小的筋結[1]。
- (十一) X 光：必要時，拍片除外骨折及脫位、骨質病變等等。在運動員有的有骨質型態改變，橈骨下端骨骺變扁，緻密、囊樣變，骨幹變粗，骨小樑增多，尺骨嵴皮質骨變厚等尚屬正常生理範圍，下尺橈關節距離也可  $>0.5$  厘米<sup>[1]</sup>。

## 二、中醫辨證：

按傷筋病症的性質，約可分為：

- (一) 筋腫：腫，即粗脹。多由於長時間進行單一不變的操作；或受傷後為經適當治療，以致氣血壅滯而成[8]。
- (二) 筋聚：聚，即強硬。此由筋脈凝聚，氣血不暢所致。其亦為「核」，如核久則成「塊」。於損傷部位，或上下方，常觸及較小筋結，有者不與皮膚黏連，指下感覺滑動，按之疼痛[8]。
- (三) 腕關節包括橈腕關節和腕骨間關節。腕關節的活動範圍大而且活動頻繁，常因跌撲或扭轉所傷。導致腕關節韌帶、筋膜、肌腱等軟組織的扭傷或撕裂。此病屬中醫“腕部傷筋”範疇，對其治療採用推拿手法較為理想。《諸病源候論》曰：“腕關節損傷，皆是卒然致損，故氣血隔絕，不能周榮，按摩導引，令其氣血復也。”推拿手法用按揉法活血通絡、消腫止痛，用彈撥法、直推法松解粘連，理筋順筋，活血化瘀。而拔伸法、抖法有理筋整複，使出槽之筋回槽且亦有增大關節間隙和滑利關節的功效。點按具有鎮痛、行氣血之作用。總之，此手法簡單，易於操作，療效較為確切。但在臨床應用中須注意，如受傷時間短、瘀血嚴重者，應先用其他治療(冷敷或中草藥外敷)，在 24h 之後再用此手法治療[9][1]。
- (四) 中醫認為：腫痛者，及瘀血凝結作痛也，瘥後數年，遇陰天，仍作痛，為血屬陰從其類也。《正體類要，正體主治大法》：“肌肉間作痛，營衛之氣滯也，...筋骨作痛者，肝腎之氣傷也...” [1]。
- (五) 中國醫學屬“傷筋”範疇，傷後局部氣滯血瘀，經絡不通，不通則痛，脈絡受損，血溢脈外，離經之血積於肌腠則腫脹。[11]

## 腱鞘囊腫

**ICD-9-CM：727.4—滑膜、肌腱及滑液囊之腱鞘囊腫及囊腫**  
**(ganglion and cyst of synovium, tendon and bursa)**

中醫診斷：聚筋、筋瘤

西醫病名：腱鞘囊腫

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 以青壯年及中年居多，女性多於男性。[1]
- (二) 最常見於腕背部，偶見於腕掌側、踝前、足背等處。[1]

- (三) 囊腫常為單房性，有時也有可能為多房性，囊內充滿液體。囊腫外膜乃纖維組成，內層由白色光滑的內皮膜所覆蓋，囊內有果凍狀黏液，多附著於關節囊上、腱鞘內，或與關節腔腱鞘相通，但也有囊腔呈封閉狀者。[3]
- (四) 起病較快，增長緩慢，腫塊呈半球形隆起，表面光滑，皮色不變，與皮膚不相連，局部溫度正常。[1]
- (五) 腫塊大小不等，初起質軟，觸診有輕度波動感，但日久纖維化後則可變得較小而硬，按壓之有酸脹感。[3]
- (六) 如果囊腫與腱鞘相連，則該肌腱所屬手指可能有軟弱乏力感。[3]

## 二、中醫辨證：

- (一) 屬傷筋中的“筋結”、“筋聚”等症，為筋脈凝聚，氣血不暢所致。[4]
- (二) 病因可分為內外因，內因者多為肌肉韌帶不夠強壯，極度疲勞之情形下作劇烈運動所致；所謂外因，即由於外來之暴力，使某一部分組織受傷，致氣血阻滯，發生疼痛與腫脹。[4]
- (三) 或有筋肉疲勞後，遭受風寒濕氣侵襲，使筋脈凝聚，氣血不暢，久則產生軟組織病變。[4]
- (四) 另有痰聚所致，津液運化失常而至筋液停積，則可積聚為腫脹。[2]
- (五) 臨床多為勞累所致，或為外傷所致。患者在往往沒有明顯外傷史的情況下發現囊性的腫塊，因此勞損是發病的較常見因素。[2]

## 腕管綜合徵

**ICD-9-CM：354.0—腕隧道綜合徵 (Carpal Tunnel Syndrome)**

**中醫診斷：腕髌傷筋、腕髌傷痺**

**西醫病名：腕隧道綜合徵**

### 一、科學化診斷要點：

#### 早期

- (一) 手拇指、食指、中指及無名指靠橈側這一半開始有麻木、疼痛感，且症狀在夜間會加劇，甚至麻痛到醒過來。
- (二) 症狀會因暫時手甩動而減輕。
- (三) 症狀逐漸在白天也會出現，而且因重複手腕動作（如騎車、洗衣等）而症狀加重。

#### 中期

- (一) 出現持續性的手指麻木、疼痛症狀。

- (二) 細微的手指動作（如扣鈕扣）出現障礙。
- (三) 手上的杯子或碗可能握不住而掉落。
- (四) 麻木、疼痛症狀會放射到手肘甚至肩膀。

#### 晚期

- (一) 出現感覺喪失。
- (二) 肌肉萎縮。
- (三) 手部活動功能受限。
- (四) 麻木、疼痛症狀放射到手肘和肩膀。

#### 簡單自我檢查方法：

如果懷疑自己有「腕隧道症候群」，可以經由簡單的檢查方法，來初步了解自己是不是可能有這種症狀。首先，用一隻手稍用力，壓住另一隻手的手背面，讓手腕向手掌面往下彎曲，這種動作，會使正中神經受到較大的壓力，經過 30 到 60 秒，若手開始發麻，那就很可能是「腕隧道症候群」，這時候，建議你儘早找時間到神經外科就診，來確定是否需進一步治療。

## 二、中醫辯證：

- (一) 腫痛者，及瘀血凝結作痛也，瘥後數年，遇陰天，仍作痛，為血屬陰從其類也。〈正體類要，正體主治大法〉：「肌肉間作痛，營衛之氣滯也，...筋骨作痛者，肝腎之氣傷也...」。〈儒門事親〉曰：「夫痺之為狀，麻木不仁，以風寒濕三氣合而成之。」說明風濕造成麻木的情形。
- (二) 〈醫學心悟〉曰：「凡人嗜食肥甘，或醇酒乳酪，則濕從內受。」「濕生痰，痰生熱」，〈素問·痿論〉亦曰：「居處相濕，肌肉濡漬，痺而不仁。」說明濕痰阻經絡造成手足麻木的情形。
- (三) 〈丹溪心法〉曰：「手足木者，有濕痰死血。」血瘀也會產生麻木。
- (四) 〈素問·逆調論〉曰：「榮氣虛則不仁」，〈素問·痺論〉：「皮膚不營，故為不仁。」說明氣虛造成血瘀成麻木不仁的病狀。
- (五) 〈素問·壽夭剛柔篇〉：「寒痺之為病也，留而不去，時痛而皮不仁。」說明寒證亦可造成手足麻木不仁。
- (六) 〈素問·五臟生成論〉：「血凝於膚者為痺。」血瘀造成痺證的情形。
- (七) 此病屬中醫「腕部傷筋」範疇，一般歸屬於「痺證」範圍，其治療採用推拿手法較為理想。〈諸病源候論〉曰：「腕關節損傷，皆是卒然致損，故氣血隔絕，不能周榮，...按摩導引，令其氣血複也。」
  1. 推拿手法用按揉法活血通絡、消腫止痛。
  2. 彈撥法、直推法松解粘連，理筋順筋，活血化瘀。

3. 拔伸法、抖法有理筋整複，使出槽之筋回槽且亦有增大關節間隙和滑利關節的功效。
4. 點按具有鎮痛、行氣血之作用。
5. 手法簡單，易於操作，療效較為確切。但在臨床應用中須注意，如受傷時間短、瘀血嚴重者，應先用其他治療(冷敷或中草藥外敷)，24 小時之後再用此手法治療。

## 橈骨莖突狹窄性腱鞘炎

ICD-9-CM：727.04—橈骨莖突狹窄性腱鞘炎  
(radial styloid tenosynovitis)

中醫診斷：腕髌傷筋、腕髌傷痺

西醫病名：橈骨莖突狹窄性腱鞘炎(媽媽手)

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 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。<sup>[1][2]</sup>
- (二) 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，尤其不能做提熱水瓶倒水等動作。患側橈骨莖突觸有隆起，或可有結節，在橈骨莖突及第一掌骨基部之間有壓痛。部分患者局部有微紅、微腫、微熱、疼痛可放射至手及前臂。<sup>[1]</sup>
- (三) 早期僅感覺局部酸痛且在活動時出現。隨病變至一定程度，臨床可見腕背橈側部和拇指周圍疼痛和壓痛，且放射感下至手指、上達前臂或上臂；拇指內收、外展活動受限且感無力；嚴重者，可出現大魚際肌肉萎縮；晚期當拇指運動時，在橈骨莖突處有摩擦感或摩擦音。<sup>[1]</sup>
- (四) 檢查時將拇指儘量屈伸臥於掌心，同時將腕關節尺傾，可引起患處劇痛。<sup>[1]</sup>

### 二、中醫辯證：

中醫認為其由勞損和外力損傷，局部經絡失和，氣滯血瘀引起。屬於中醫“筋傷”範疇。傷筋引起的腫脹、疼痛，是由於人體某部位受外力強烈作用，累及氣血經脈，氣血運行不暢所致。正如《雜病源流犀燭》所說：“跌

撲閃挫，卒然身受，氣血俱傷病也。”《內經》又云：“氣傷痛，形傷腫”，筋脈破損，血溢脈外，氣血凝滯，流通不暢，故見腫痛。骨為幹，筋為剛，筋傷後，剛之不剛，故見活動受限”。<sup>[1]</sup>

## 屈指肌腱鞘炎

ICD-9-CM：727.03—扳機指(trigger fingers)

中醫診斷：指筋傷筋

西醫病名：屈指肌腱鞘炎、屈肌腱狹窄性腱鞘炎、扳機指

### 一、科學診斷要點：

- (一) 多見於婦女及手工勞動者，好發於拇指、中指、無名指。[2]
- (二) 彎曲手指時，患指突然停在半彎曲角度不能屈伸或用力屈指。[2]
- (三) 完成屈伸動作時，指節出現扳機樣動作及彈響，或伴有疼痛，晨起或勞動後加重。[2]
- (四) 檢查時壓痛點在掌骨頭的掌側面，並可摸到米粒大的結節，若病人在此時做屈伸時會有明顯疼痛，並可感覺聲響由此發出。[2]
- (五) 手指經常屈伸，使屈指肌腱與骨性纖維管反覆摩擦，使局部充血、水腫，繼之使纖維管變性，使管腔狹窄，屈指肌腱受壓迫，故使手指出現彈跳樣動作。[2]

### 二、中醫辨證：

- (一) 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。[1]
- (二) [素問][五臟生成]：諸筋者，皆屬於節。[1]
- (三) [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，或為打撲，或為撞壓，然後依法而治之。[2]

## 掌指關節扭挫傷

ICD-9-CM：842.12—掌骨及指骨關節扭傷及拉傷

(Sprains and strains of metacarpophalangeal joint)

ICD-9-CM：923.20—手挫傷(contusions of hand)

中醫診斷：掌指筋傷、掌指筋傷痺

## 西醫病名：掌指關節扭、挫傷，掌指關節側副韌帶損傷

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 定義：掌指關節由掌骨及近節指骨構成，關節兩側有側副韌帶。當外來暴力作用於手指時，作用力大於掌指關節側副韌帶的張力，就會造成側副韌帶的撕裂性損傷，也可以使關節囊部分撕裂，有時會伴隨單側撕脫骨折、關節脫位，或是伸、屈指肌肌腱斷裂等。[1]
- (二) 病史及理學檢查：掌指關節有急性扭、挫傷病史，傷後掌指關節腫脹、疼痛。局部明顯壓痛、關節活動障礙。如有側副韌帶或關節囊撕裂，則側扳或牽拉試驗，疼痛加劇者為陽性。側副韌帶撕裂時，側方活動範圍增大。[1]
- (三) X 光檢查以排除骨折、脫位及骨質病變等。[1]
- (四) 鑑別診斷→手掌舟狀骨骨折：摔倒時手掌着地，腕關節腫脹疼痛，以橈側為主，太淵穴處壓痛明顯。將腕關節偏橈側擠壓時疼痛明顯、而牽拉時疼痛不明顯，X 光可確診。[1]
- (五) 鑑別診斷→月狀骨無菌性壞死：可能有外傷史，但病程長，腕關節酸痛無力、活動受限，腕背正中部位壓痛。X 光顯示月狀骨呈囊樣變化，骨質緻密，外型改變而變得不整，腕關節面不平。[1]
- (六) 鑑別診斷→橈骨遠端無移位性骨折：腕關節外傷後腫脹疼痛，橈骨遠端周圍壓痛，X 光可確診。[1]

### 二、中醫辨證：

- (一) 掌指關節受到外力猛烈撞擊，重物挫壓，不慎跌撲，強力扭轉造成傷筋。受傷後筋肉或損或斷，絡脈隨之受傷，氣血互阻，引起疼痛障礙。遷延日久，則瘀血凝結，傷處氣血滯澀，血不榮筋，導致筋肉攣縮、疼痛活動受限。[2]
- (二) <素問·五臟生成論>：「諸筋者，皆屬於節。」筋附著於骨而聚於關節，是聯結關節、肌肉的組織，關節受傷常傷到筋。[1]
- (三) <靈樞·經筋>：「頰筋有寒，則急引頰移口；有熱則筋弛縱，緩不勝收，故僻。」[1]
- (四) <本草綱目>：「肝氣熱為筋痿，則筋急而攣。」[1]
- (五) <丹溪心法>：「型態苦樂，病生於筋，治之以熨引。」[1]
- (六) <醫宗金鑒·正骨心法要旨>：「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。」<sup>[1]</sup>

## 指間關節扭挫傷

ICD-9-CM：842.13—指骨關節扭傷及拉傷

(Sprains and strains of metacarpophalangeal joint)

ICD-9-CM：923.3—手指挫傷 (contusions of finger)

中醫診斷名：指躓傷筋。

西醫病名：指間關節扭挫傷。

### 一、科學化診斷要點：

病因：多因一次暴力損傷所致，暴力多來自手指側方及側前方，使手指向暴力對側過度彎曲扭傷，遭受暴力手指側副韌帶撕裂傷，斷裂傷。

病理：在正常情況下，手指伸直時指間關節的側副韌帶處於緊張狀態，屈曲時處於松弛狀態。在手部關節屈指時，其他指關節也一同屈曲。若遭受外力作用，則處於屈曲位的指間關節容易受損。若暴力較大可引起韌帶的全部斷裂，或並有韌帶附著處的撕脫骨折。由於側副韌帶的關節囊的增厚部，側副韌帶斷裂會導致關節囊形成其撕裂傷。

診斷：

- (一) 有明顯外傷史，手指受到撞擊壓軋，或間接暴力而過度背伸、掌屈和扭轉等均可引起。
- (二) 指間關節扭挫傷較多見發生於各手指的遠側指間關節。
- (三) 受傷的指間關節疼痛，疼痛可表現為一側（扭）或雙側（挫）。
- (四) 關節周圍腫脹，一般可表現為關節周圍腫脹，輕微指傷者可有一側局部腫脹。由於手指部皮下結締組織較少，關節位置表淺，故損傷後腫脹是比較明顯的。
- (五) 一般伴有手指伸屈障礙。
- (六) 注意壓痛點的尋找，即不難診斷。

其它注意併發症：

- (一) 因指間關節扭挫傷可能伴隨著某些部位指骨撕裂性骨折、韌帶完全斷裂，故在臨床上要注意並在治療前診斷。
- (二) 如發現損傷關節有明顯的被動側方活動增加，就代表有側副韌帶完全斷裂或關節囊撕裂的可能。
- (三) 若韌帶起止處有明顯壓痛，伴單側方向活動異常，可有撕脫骨折的存在，應以 X 光片輔助診斷。
- (四) 當單側方向異常活動，有可能存在該關節脫位，半脫位的可能。

### 二、中醫辨證：

- (一) 理筋手法：一手拇、食二指拿住扭傷的指間關節，拇、食指壓在

痛處，一手拿住手指遠端，以牽引法放鬆患部，以每日一次或隔日一次為主。

- (二) 藥物治療：治則以活血祛瘀、消腫止痛為主，如內服七釐散、外用外敷活血消腫之中藥。
- (三) 固定法：若患肢有變形須用外固定法固定患肢，避免日後畸形發生。
- (四) 日後勤做復健，以回復手指正常活動為主。

### 三、鑑別診斷

- (一) 撕脫骨折：指關節扭、挫傷時，損傷暴力突然而力量大，可引起側副韌帶在指關節附著部位的撕脫性骨折，X光可以確診。
- (二) 指間關節脫位或半脫位：指關節扭挫傷時，暴力強大時，可引起側副韌帶及關節囊的撕裂，X光可以確診。

## 第五節 上背部傷筋

### 胸背部之扭傷及拉傷

**ICD-9-CM：847.1—胸背部之扭拉傷(Sprains and strains of thoracic)**

**中醫診斷：胸椎後關節錯縫**

**西醫病名：胸背部扭傷及拉傷、背痛**

#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 多見於青壯年。
- (二) 多因搬運重物時，或因用力不當，或因姿勢不對，造成胸壁的肌肉扭傷或肋椎關節的錯縫。
- (三) 本病導致肌肉拉傷、韌帶撕裂、關節移位，造成局部血腫、水腫炎症刺激波及胸膜壁層，刺激或壓迫肋間神經而引起患部的胸壁疼痛、呼吸困難，咳嗽時疼痛加重。
- (四) 屬於扭傷者，局部腫脹不明顯，但有局限性壓痛和放射性的肋間神經疼痛，吸氣時疼痛明顯
- (五) 若是屬於挫傷者，可見受傷部位瘀血和腫脹，按壓痛明顯，胸廓擠壓試驗陰性。
- (六) 若是肋骨骨折者，局限性壓痛明顯，胸廓擠壓試驗陽性。

## 二、中醫辨證：

- (一) 由於直接或間接暴力，如抬、扛、搬、拎重物以及用力拋擲、舉重等，使背部肌肉損傷。
- (二) 或長期慢性勞損如經常肩挑、搬運重物等積勞也可以導致背部筋傷。而這種積勞損傷往往還和氣血虛弱、外受風寒濕邪侵襲有關。
- (三) 急性損傷者一般有扭傷史，多發生於一側。證見局部腫脹、肌肉緊張或攣縮壓痛。患者上肢活動時疼痛加劇。
- (四) 慢性損傷者無明顯扭傷史，發生於一側或兩側。證見局部疼痛，腫脹不明顯、活動勞累及氣候變化、受寒後疼痛加劇，甚至引起肌肉痙攣、活動受限，皮下肌肉牽強作硬。治療以舒筋活絡為主。

## 背肌筋膜炎

ICD-9-CM：724.5 一背痛，未明示者(backache, unspecific)

中醫診斷：背肌勞損

西醫病名：背肌筋膜炎

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 背痛一般指肩胛骨附近肌擦傷和背肌勞損所引起之疼痛。
- (二) 外來暴力，搬運重物，手擲重物拋擲，導致背部肌肉和筋膜收縮或使肩胛肌超過活動範圍造成損傷，組織充血，水腫，肌纖維斷裂，肌附著處撕脫。
- (三) 或由於長期姿勢不良，過度勞損，造成組織變性，日久鈣鹽沉著，局部腫脹，疼痛。
- (四) 功能障礙急性損傷，一般有明顯外傷史，傷後局部腫脹或有皮下瘀斑、瘀點、局部刺痛、脹痛，壓痛點明顯而侷限。肩胛肌或上肢可有活動障礙。
- (五) 勞損性疼痛多為酸痛、悶脹感，壓痛點多廣泛，不固定，有時疼痛呈游走性，咳嗽，上肢活動時，背部牽扯痛，檢查無明顯腫脹，皮膚無改變。

### 二、中醫辨證：

- (一) 進行觸診時，項背部的肌肉有壓痛，在肩中俞、曲垣、天宗、跗分等穴周圍常有明顯的壓痛，淺層肌肉如斜方肌、胸鎖乳突肌等有痙攣僵凝的改變，也就是條索狀的變化。

- (二) 病因病機：為久坐長期下來使頭頸處於屈曲的位置而不自知，造成項背部肌肉的緊張，日久造成肌肉疲勞性損傷，使傷處的肌筋強硬不和，氣血運行受限，局部疼痛、不適，動作不暢，亦可由受傷過後，日久舊病復發的亦有之。
- (三) 背痛屬中醫「筋傷」、「痺證」範圍，其病因有 3 類：
1. 急性外傷，氣滯血瘀。
  2. 外受風寒、濕邪，內客經絡，不通則痛。
  3. 肝腎虧損，筋骨失養，不榮則痛。(腎主骨)、(腎生骨髓)、(腎主腰腳)，若屬骨之病變者，皆與腎有密切關係，可從腎來論治。

## 第六節 腰部傷筋

### 急性腰扭傷

ICD-9-CM：724.2 一腰部扭傷及拉傷 (Sprains and strains of lumbar)

中醫診斷：腰部傷筋

西醫病名：急性腰肌筋膜炎扭傷、腰部急性扭挫傷

#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 急性腰扭傷好發於下腰部，損傷可涉及肌肉，韌帶，筋膜椎間小關節，腰薦關節及薦腸關節，不同部位的組織損傷，臨床表現也不盡相同。
1. 肌肉或筋膜損傷：在脊椎旁肌處，腰椎橫突或薦脊後部有壓痛者。
  2. 椎間小關節損傷：棘突旁有深部壓痛，或壓痛不明顯，腰椎被動旋轉常受限制，並使疼痛加劇。[1]
  3. 薦腸關節損傷：壓痛在薦腸關節者，Patrick or Fabere test 和床邊試驗，Gaenslen test 陽性。
  4. 棘上或棘間韌帶損傷：患者仰臥位檢查者將其雙髖雙膝屈曲，使棘上或棘間韌帶緊張，若疼痛加劇，即屬之。[1]
- (二) 急性腰扭傷，一般無下肢疼痛，少數患者有牽涉性下肢疼痛，但無竄痛和麻木感，直腿抬高試驗時，腰部可產生疼痛，但拉賽克試驗陰性，X 光檢查無特殊意義，個別嚴重患者，可見腰椎生理前凸減小和脊柱側彎。

## 二、中醫辨證：

- (一) 《內經》指出：“腰為腎之腑”，同時認為腰痛的病因是外傷勞損、外感風寒濕熱，並與臟腑經絡有密切關係。[1]
- (二) 隋代以後，提出了“腎主腰腳”的論點，認識到腰痛可牽涉到下肢痛，並與腎有密切關係。[1]
- (三) 《諸病源侯論》說：“夫勞傷之人，腎氣虛損，而腎主腰腳，其經貫腎絡脊，風邪乘虛，卒入腎經，故卒然而患腰痛。”同時又指出：“腰痛病有五。一曰少陰，少陰腎也，十月萬物陽氣傷，是以腰痛。二曰風痺，風寒著腰，是以痛。三曰腎虛，役用傷腎，是以痛。四曰豎腰，墜墮傷腰，是以痛。五曰寢臥濕地，是以痛。”說明腰部傷筋有多種病因，除可受不同程度外力而引起，並與腎虛、外感風寒濕熱也有密切關係。[1]
- (四) 因此，在辯證施治時應重視氣血損傷、風寒濕邪和腎氣內虛等三方面。[1]

## 腰椎間盤突出症

ICD-9-CM：722.10—腰椎間盤位移，未伴有脊髓病變

(Displacement of lumbar intervertebral disc without myelopathy)

中醫診斷：腰部傷痹、腰腿痛

西醫病名：腰椎間盤突出症

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 成年人的椎間盤一般隨年齡的增長可發生退行性變、萎縮、彈性減退等生理變化。由於載重和脊柱的運動，椎間盤經常遭受到來自各方面的擠壓、牽拉和扭轉作用，特別是下腰部 4~5 及腰 5 骶 1 間的兩個椎間盤所受到的壓力最大，據臨床統計 90% 的椎間盤突出發生於此。[1]
- (二) 腰椎間盤突出的典型症狀為下腰痛，並有向一側下肢坐骨神經分布區的放射性疼痛。放射痛，可沿坐骨神經分布方向，自一側腰臀部開始放射至大腿後側小腿後外側至足背外側部。[1]
- (三) 一切使腦脊壓力增高或神經根牽拉的動作，都能加重疼痛，如咳嗽、噴嚏、大便、彎腰等。[1]
- (四) 活動時間加劇，臥床休息屈髖屈膝姿勢後則疼痛減輕。往往反覆發作。[1]

- (五) 少數病人椎間盤突出於椎管的中部，下肢疼痛可能出現雙側性或交替性。[1]

## 二、中醫辯證：

- (一) 醫宗金鑑云：腰骨，……若跌打損傷，瘀聚凝結，身必俯臥，若欲仰臥、側臥，皆不能也，疼痛難忍，腰筋僵硬，宜用手法將兩旁脊筋向內歸附脊骨，治者立於高處，將病人兩手高舉，則脊筋全舒，在令病人仰面、昂胸，則脊骨正而患除矣。[1]
- (二) 諸病源候論：腎氣不足，受風邪之所為也，勞傷則腎虛，虛則受於風冷，風冷與正氣交爭，故腰腳痛。可見外傷跟風寒濕邪是腰椎間盤突出的外因。[1]
- (三) 腰椎間盤突出症屬中醫“腰痛”、“痹症”範疇，病因病機為跌仆閃挫、外感風寒濕邪、肝腎虧虛等等，導致經絡痹阻、氣血不榮、筋骨失養，所以出現腰腿疼痛、麻木不仁等症狀。[2]
- (四) 腰椎間盤突出初期，搬運重物或突然扭傷腰部，腰間疼痛加劇，定位不移，甚者如針刺、刀割、電灼，轉側屈伸不能，坐臥不得緩。證屬氣血瘀滯型，治宜行氣活血、化瘀止痛。[3]
- (五) 腰椎間盤突出中期，腰腿部疼痛已較初期緩解，但仍隱隱作痛、麻木不仁。此時，氣血未和，風寒雖去而未盡。證屬風寒濕邪痹阻，造成經絡氣血不暢，治宜疏風活血、和營通絡。[1]
- (六) 腰椎間盤突出後期，疼痛症狀基本消失，惟感腰酸軟無力，不耐久坐久立。證屬肝腎虧虛、氣血不足，治宜溫補腎陽。[1]

## 腰肌筋膜炎

ICD-9-CM：724.2—腰痛 (Lumbago)

中醫診斷：腰肌勞損

西醫病名：腰肌筋膜炎

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 分七大類：腰椎的先天畸形、創傷、腰椎間盤疾患、關節炎、其他破壞性疾患、內臟疾患的轉移痛、其他原因。
- (二) 理學檢查：
1. 視診 (Inspection)：檢查有無脊椎側彎、肩膀不等高、腸骨棘不等高、腰凹 (Lumbar Concavity)。[1]
  2. 觸診 (Palpation)：用拇指檢查每一個脊突、薦腸關節、脊椎周

圍肌肉，看看是否有壓痛或痙攣。[1]

3. 活動度 (Range of Motion and Maneuvers)：請病人做出屈伸 (Flexion)、伸展 (Extension)、旋轉 (Rotation)、側彎，評估其流暢性。[1]

(三) 影像學檢查：

1. X 光：檢查是否有骨折、骨質增生、椎體移位、結核、腫瘤、類風濕性脊柱炎和腰骶先天畸形。[2]
2. CT：檢查是否有腰椎的骨性退變、上下關節突的增生、黃韌帶肥厚或骨化、椎間盤突出壓迫神經。[2]
3. MRI：檢查是否有脊髓空洞、感染、創傷、壓迫、腫瘤、多發性硬化。

(四) 脊髓造影：鑒別腫瘤和椎管狹窄症。

(五) 肌電圖檢查：

檢查某一神經根所支配的肌肉靜止、運動時，生物電壓情況，藉以確定該神經根是否受壓迫。故所選擇的肌肉最好係由單一神經所支配，以便明確何神經受累。在臨床上可作為輔助診斷。

(六) 實驗室檢查：

血液常規檢查、尿液常規檢查、ESR、HLA-B27、腰椎穿刺。

## 二、中醫辨證：

應分別新久虛實、在經在臟。新病在經絡氣滯血瘀，實證較多；久痛腎虛，臟器失調，多虛證。[3]

病因：

(一) 外邪侵襲

住的地方潮濕、淋雨工作，導致腰沒受到保護，產生風寒暑熱、影響氣血循環。

(二) 體虛年衰

年老造成的腰部失養。

(三) 跌仆閃挫

用力不當等造成。

病機：

(一) 腰為腎之府，與足太陽膀胱經、任脈、督脈、帶脈有關。

(二) 外感腰痛：

1. 外邪阻於經脈造成氣血運行不暢。
2. 外邪可分為寒濕熱(風----涵蓋了所有邪氣)等。
3. 寒為陰邪，陰邪會凝滯，侵襲經絡會導致氣血運行不暢，因而

腰痛。

(三) 內傷腰痛：

1. 跟腎氣有關，有陰虛、陽虛的不同。
2. 內傷常是腎虛，而又常加上風寒濕熱的侵入。
3. 跌仆傷常傷在筋骨，使筋骨氣血不暢。

分型：

(一) 寒濕腰痛：

症狀：有寒跟濕的特性，濕會造成重著，寒冷跟陰雨天的天氣變化，會使得病情加重。

(二) 溼熱腰痛：

症狀：腰部疼痛，重著而熱(發炎反應)，暑濕陰雨天氣症狀加重，活動後或可減輕，身體困重，小便短赤(由發炎引起)。

(三) 瘀血腰痛：

症狀：腰痛如刺，痛有定處(定點刺痛為瘀症特點)，痛處拒按，日輕夜重(夜晚時血管過度收縮；白天時陽氣較高，血管會擴張)。

(四) 腎虛腰痛：

1. 腎陽虛：

症狀：腰部隱隱作痛，酸軟無力，纏綿不愈，局部發涼，反覆發作，少腹拘急，面色恍白，肢寒畏冷。

2. 腎陰虛：

症狀：腰部隱隱作痛，酸軟無力，纏綿不愈，心煩少寐，口燥咽乾，面色潮紅，手足心熱(陰不足→潤滑不足→熱象)。

## 第七節 骨盆部傷筋

### 骶髂關節扭挫傷

ICD-9-CM：846—骶髂關節之扭傷及拉傷

(Sprains and strains of sacroiliac region)

中醫診斷：骶髂關節錯縫

西醫病名：骶髂關節扭挫傷

#### 一、科學化診斷要點：

(一) 骶髂部明顯壓痛。

(二) 兩側髂後上棘不等高，患側髂後上棘較健側高者為骶髂關節向前

半脫位，較健側低者為向後半脫位。

- (三) 蓋斯蘭氏徵陽性：病人仰臥於床邊，患側下肢懸垂於床邊，使之後伸；另一側下肢髖與膝部盡量屈曲，病人用雙手抱住膝部。檢查者一手按住屈曲的膝部，另一手按壓懸於床邊的大腿下端，此時骶髂關節受到旋轉力的作用，如發生疼痛，則為該側骶髂關節陽性。
- (四) 菲巴氏徵陽性：又稱“4”字試驗，患者仰臥，健側下肢伸直，患側髖關節稍外展，膝關節屈曲，足擱在健側大腿上，檢查者一手壓住其健側髌骨，以固定骨盆；另一手按住患側膝部向下壓，此時若髌部或臀部發生疼痛，即為菲巴氏徵陽性。
- (五) 髖後伸試驗陽性：患者俯臥，兩下肢伸直。檢查者一手壓住髌部或髖部；另一手提起患側下肢，使髖關節過伸，正常可達 10~15 度，若無法達到正常角度，或髌部或髖部發生疼痛，即為陽性，反之則為陰性。
- (六) 直腿抬高試驗陰性：凡腰背痛伴有下肢放射痛者，均應作直腿抬高試驗，其目的在於檢查腰骶神經根有無受壓。讓患者平臥直後分別抬高，正常人可抬高 70~80 度，少數人可達 90 度或超過 90 度；如髖關節無病變而不能達到 70 度，就說明有明顯牽引痛存在。此為直腿抬高試驗陽性，說明腰骶神經根有受壓或炎症現象，可記錄所能達到的角度，反之則為陰性。

## 骶尾部挫傷

ICD-9-CM：724.6—骶尾疾患 (disorders of sacrum)

中醫診斷：尾閭骨挫傷；尻骨傷筋

西醫病名：骶尾部挫傷

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 有外傷史如跌落傷骶尾部著地、跌傷、自行車癩簸等。
- (二) 骶尾骨疼痛明顯，不能正坐，仰臥、下蹲、彎腰時疼痛，起身困難，有時排大便時痛甚。
- (三) 肛診時可以在骶尾部前方觸及到微微隆起，生理弧度稍不平坦，指下按壓有輕度活動感，且鳴顯壓痛，在骶尾骨背側有相對應的壓痛點。
- (四) X 光：骶尾骨的腹側弧度的連續性稍有改變，微微前移，或其生

理曲屈度增大，以尾椎 1、2 明顯。

## 二、中醫辯證：

- (一) 《素問·真元大論》認為，“太陽在泉，寒復內捨，則腰尻痛”。《張氏醫通》則認為“尻乃足少陰與督脈所過之處，隸屬厥陰”。分析其病因，多為“寒水”、“濕病”、“腎虛”、“死血”之屬[1]
- (二) 痹症(血瘀型)[2]，《王清任·醫林改錯》痹症有瘀血說“凡肩痛、臂痛、腰疼、腿疼，或周身疼痛，總名曰痹症。明知受風寒，用溫熱發散藥不癒；明知有濕熱，用利濕降火藥無功。久而肌肉消瘦，議論陰虧，隨用滋陰藥，又不放。至此便云病在皮脈，易於為功；病在筋骨，實難見效。因不思風寒濕熱入皮膚，何處作痛。入於氣管，痛必流走；入於血管，痛不移處。如論虛弱，是因病而致虛，非因虛而致病。總滋陰，外受之邪，歸於何處？總逐風寒、去濕熱，已凝之血。更不能活。如水遇風寒，凝結成冰，冰成風寒已散。…”

## 恥骨聯合分離

ICD-9-CM：848.5 一骨盆之扭傷及拉傷 (Sprains and strains of pelvic)

中醫病名：恥骨聯合錯縫

西醫病名：恥骨聯合分離、骨盆之扭傷及拉傷

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 恥骨聯合處疼痛，且有明顯壓痛。[1]
- (二) 下肢不能負重，外展及跨步困難。[1]
- (三) 腰臀部痠痛，嚴重者平臥困難，骶髂關節錯位，向前者患側髂後上棘位置偏高，患側下肢髖膝屈曲困難；向後者患側髂後上棘位置偏低，患側下肢髖後伸困難。[1]
- (四) 嚴重的甚至伴隨著膀胱功能的障礙及大便失禁的情形。[1]
- (五) 膀胱的局部地方會疼痛。 [2]
- (六) 患者突然發病。[3]
- (七) 臨床症狀少於三星期。[3]
- (八) 骨骼擠壓試驗(即以兩手向內對象擠壓兩側髂骨翼)、分離試驗(即以兩手分別置於兩側髂前上棘向後外方推壓骨盆)時骨折處疼痛加劇[4]

(九) X 光在仰臥骨盆前後位時，恥骨聯合間隙大於 9mm。[5]

## 二、中醫辯證：

交骨開啟太過，損傷了交骨及周圍筋脈，導致筋脈鬆弛，不能復原，造成局部瘀血阻絡所致。[6]

## 第八節 髖部傷筋

### 髖關節扭挫傷

ICD-9-CM:843 一髖及大腿之扭傷及拉傷(Sprains and strains of hip and thigh)

ICD-9-CM:924.0 一髖及大腿挫傷 (Contusion of hip and thigh)

中醫診斷：髖部傷筋

西醫病名：髖關節扭挫傷

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 急慢性關節扭傷主要是因為用力不當或過度負重所致，引起關節韌帶筋膜及軟組織受損部位充血，滲出和水腫並繼發無菌性炎症，使關節部位出現保護性痙攣反應，主要表現疼痛，運動受限，必須採取特殊姿勢以緩解疼痛。[2]
- (二) 本病多因摔跤或高處墜下時，髖關節過度展、收、屈、伸所致。其周圍肌肉和韌帶，關節囊可能有撕傷或斷裂、水腫等現象。[1]
- (三) 受傷後局部疼痛、腫脹、功能障礙。[1]
- (四) 患肢呈保護性姿態，如跛行、拖拉步態、骨盆傾斜等。[1]
- (五) 患側腹股溝部有明顯壓痛及輕度腫脹，在股骨大轉子後方亦有壓痛，髖關節各方向運動時均可出現疼痛加劇。[1]
- (六) 偶有患肢外觀變長，但 X 光檢查卻無異常發現。本病預後較好，往往 2~3 週後可痊癒。[1]
- (七) 若經久不癒，髖關節功能進行性障礙，或伴有低熱，則應注意與股骨頭骨骺炎、髖關節結核等病相鑑別。[1]

### 二、中醫辯證：

髖關節周圍的肌肉和韌帶比較堅實穩固，傷筋的發生率較低。《醫宗金鑑·正骨心法要旨》曰：“胯骨，即髖骨也，又名髀骨。若素受風寒濕氣，再遇跌打損傷，瘀血凝結，腫硬筋翻，足不能直行”，指出如髖部在外邪侵襲的基礎上再受損傷，將會加重症狀。[1]

## 髖關節滑膜炎

ICD-9-CM：727—滑膜炎及肌腱膜炎(synovitis and tenosynovitis)

ICD-9-CM：719.4—關節痛(pain in joint)

中醫診斷：胯絳傷筋

西醫病名：髖關節滑膜炎、髖關節炎(痛)

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 起病急，有髖關節創傷史或上呼吸道感染病史。好發於 2~8 歲兒童。
- (二) 患兒跛行，除訴髖關節疼痛外，並訴膝痛。
- (三) 髖關節或膝關節均無腫脹，無壓痛，髖關節屈伸活動輕度受限，內外旋功能明顯受限。
- (四) 平臥時，患者大腿長處於屈曲外展和外旋，因為患者不願伸直其腿，以鬆弛臀大肌的張力，減少疼痛。
- (五) 兩腿比較時有極輕微的“長”于健側的感覺。
- (六) 托馬氏症陽性，鼠蹊部稍腫，並有輕壓痛，但在 X 光照片上看不到髖關節有明顯異常。
- (七) 臨床應與兒童的其他髖關節疾患相鑑別，如幼兒股骨頭骺炎、髖關節結核等。本病的許多症狀很可能系上述兩種病的早期症狀。本病的特徵是病程很短，一般臥床休息 1~2 周即可痊癒。
- (八) 檢查有無髖關節的屈曲為脊柱前凸所掩蓋的情況

### 二、中醫辨證：

- (一) 病因：多數由於下肢長期過度外展、外旋所致，如跳躍或過度勞累，使關節囊受到損傷，或關節囊被擠壓後，復受風寒而引起關節滑膜炎。
- (二) 痹症是感受風寒溼熱之邪引起的肢體關節疼痛，酸楚，麻木以及活動障礙為主要症狀的病證。其主要病機是氣血痹阻不通，筋脈關節濕於濡養所致。
- (三) 髖關節滑膜炎的病因由中醫來看也以下幾個：
  1. 創傷勞損
  2. 風寒侵襲
  3. 濕流關節
- (四) 靈樞：《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、脛痠，耳數鳴》，以上所述即為關節液的重要性，若關節發生病變，就容易失於濡養而產生問題。

## 梨狀肌綜合徵

**ICD-9-CM:729.1**—肌痛及肌炎，未明示者 (**myalgia and myositis, unspecified**)

**ICD-9-CM:729.4**—肌膜炎，未明示者 (**fasciitis, unspecified**)

中醫診斷名：梨部傷筋

西醫病名：梨狀肌綜合徵

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 臀痛和下肢沿坐骨神經分布區放射性疼痛。
- (二) 可因勞累或感受風寒濕邪而加重。
- (三) 嚴重之患者自覺臀部有“刀割樣”或“燒灼樣”疼痛，不能入睡，影響日常生活，甚至走路跛行。
- (四) 腰部無明顯畸形及壓痛，患側梨狀肌投影部觸痛明顯，可觸及條索狀肌束，有鈍厚感或肌腹瀰散性腫脹，肌束變硬、堅韌、彈性減低，嚴重者可見臀肌萎縮。
- (五) 直腿抬高試驗 60°前疼痛明顯，超過 60°則不痛或疼痛減輕。

### 二、中醫辨證：

- (一) 理筋手法：患者俯臥位，術者先按摩臀部、腰部痛點，使局部有溫暖舒適感，然後術者以雙拇指相重疊，觸摸清楚梨狀肌，用彈撥法來回撥動該肌，彈撥方向應與肌纖維垂直。彈撥 10~20 次後，再於痛點按壓約一分鐘，最後由外側向內側順梨狀肌纖維走向作推按舒順。可隔日作一次。
- (二) 藥物治療：急性期筋膜扭傷，氣滯血瘀，疼痛劇烈，動作困難，治宜化瘀生新、活絡止痛，可用桃紅四物湯加牛膝、乳香、沒藥、製香附、青皮等；慢性期病久體虧，經絡不通，痛點固定，臀肌萎縮，治宜補養氣血、舒筋止痛，可用當歸雞血藤湯加黃耆、白朮、牛膝、五加皮等。
- (三) 針灸治療：取患側阿是穴、環跳、殷門、承扶、陽陵泉、足三里等穴，用瀉法，以有酸麻感向遠端放散為宜。針感不明顯者，可加強捻轉。急性期每天針一次，好轉後隔日一次。

## 臀部肌筋膜炎

ICD-9-CM:729.1—肌痛及肌炎，未明示者 (myalgia and myositis, unspecified)

ICD-9-CM:729.4—肌膜炎，未明示者 (fasciitis, unspecified)

中醫診斷名：臀部傷筋

西醫病名：臀部肌筋膜炎

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 本症主要是臀肌筋膜炎及其附近組織的慢性炎症，或組織變性所造成。以中老年人多見。
- (二) 大多數無明顯外傷史，患者主要表現為一側或側臀部疼痛，多呈酸痛或鈍痛。多於天氣變化勞累後加重有關。
- (三) 臀部疼痛多牽涉到膝以上即大腿後外側為止，也有少數患者疼痛範圍僅局限在臀部。
- (四) 極少數患者伴隨有臀腿部位麻木，酸脹及涼等感覺以及跛行。
- (五) 疼痛症狀重者可在疼痛部位的軟組織有肥厚或捻髮感覺；以及在臀部髂嵴的下方可觸及條索硬結；亦有極少數患者可在臀上、中部兩側可觸及筋膜炎有裂隙並有不規則柔軟的腫塊，有的患者出現腓繩肌緊張和疼痛。
- (六) 腰臀部筋膜炎又稱纖維質炎、腰肌無菌性炎症，屬於椎管外軟組織勞損範疇。
- (七) 本病易發生在筋膜炎、肌肉、韌帶、肌腱、腱鞘、肌膜及皮下組織等白色纖維組織，好發生於腰部、髂、髂脊。
- (八) 在臨床表現上主要症狀是腰臀部僵直和疼痛，翻身彎腰困難，勞累後病情加重，疼痛放射至坐骨神經分布區，疼痛部位軟組織有脹脹的感覺，臀部髂脊下方可觸到條索狀結節。下肢功能會受到影響，甚至肌肉萎縮。
- (九) 紅血球沉降率低，類風濕因子為陰性。

### 二、中醫辨證：

- (一) 中醫認為「肝主身之筋膜」，全身筋膜依靠肝血滋養，若肝血不足，血不營筋，則出現筋脈拘急，肢體麻木，加上風寒濕邪入侵，痺阻經絡，不通則痛，治宜疏經活絡。
- (二) 傷處肌筋強硬不合，氣血運行受限，導致局部疼痛不適。[1]
- (三) 治療以活血疏筋為主，佐以疏風活絡，外貼傷濕止痛膏藥，內服獨活寄生丸；如低熱惡風者，用疏風散寒方劑，如羌活勝濕湯、麻桂溫絡湯等[1]。

- (四) 腎陰虧型：腰臀麻木酸痛，步履乏力，筋脈拘急攣痛，痛連腰膝，活動不利，時有兩眼昏花，視物不清，舌紅無苔脈弦細，治宜滋補補肝腎。
- (五) 濕熱瘀滯型：腰臀灼熱疼痛，痛處固定，有時連及下肢，步履困難，痛勢較劇，坐臥不安，小腹脹滿，目赤口苦，尿赤澀痛，舌紅苔黃膩，脈弦數，治宜祛濕清熱。
- (六) 寒濕痺阻型：壯年老年人多見，腰臀部重滯酸痛，波及下肢，陰雨天症狀加重，舌淡苔白脈無力，治宜散寒祛濕。

## 第九節 膝部傷筋

### 膝關節之扭挫傷

ICD-9-CM：844—膝及腿之扭傷及拉傷 (Sprains and strains of knee and leg)

ICD-9-CM：924.1—膝及小腿挫傷 (Contusion of knee and leg)

中醫診斷名：膝駭損傷

西醫病名：膝關節之扭挫傷

#### 一、科學化診斷要點：

- (一) 膝部扭傷多屬膝關節側副韌帶損傷。
- (二) 多有明顯的外傷史、局部腫脹、疼痛有瘀斑、壓痛明顯、膝關節屈伸功能障礙。
- (三) 內側副韌帶損傷時，壓痛點在股骨內上踝；外側副韌帶損傷時，壓痛點在腓骨小頭或股骨外上踝。
- (四) 內側副韌帶斷裂時，在膝伸直拉小腿可做被動的外展活動，若該韌帶部分撕裂時，則小腿能做被動的外展活動，但膝內側疼痛可加劇；外側副韌帶完全斷裂時，小腿可做被動內收動作，若韌帶部分撕裂時，則小腿不能被動內收而膝關節外側疼痛加劇。
- (五) 患膝的內側(或外側)在局麻後至雙膝關節於外翻(或內翻)位作X光正位攝片檢查，可發現韌帶損傷處關節間隙增寬，有助於診斷，並注意有無骨折。
- (六) 膝部不穩定的診斷及判讀很難，其原因如下：(1)多種結構可能會同時發生傷害。(2)膝部周圍有許多重要的韌帶構造，且具有主要以及次要的支持作用。(3)目前的檢查及處理趨勢乃是在於分析和治療膝部不穩定，而較不強調其精確解剖障礙的診斷。

## 二、中醫辨證：

### (一) 理筋手法

側副韌帶部分撕裂者，初診時應予以伸屈一次膝關節，以恢復輕微之錯位，並可以舒順捲屈的筋膜。這種手法不宜多做，否則有可加重損傷。在後期可做局部按摩。

### (二) 藥物治療

早期宜祛瘀消腫為主，內服三七粉，每次 1.5g，一日二次，或服舒筋丸，一日二次。局部可敷三色敷藥或消瘀止痛膏。後期以溫經活血，壯筋活絡為主，內服小活絡丹，每次 5g，一日二次。

### (三) 固定和練功活動

側副韌帶有部分斷裂者，應固定膝關節屈曲 20~30 度的功能位 3~4 週，並作股四頭肌縮舒鍛鍊，解除固定後練習膝關節的區曲活動。外側副韌帶完全斷裂，多用非手術療法；若內側副韌帶完全斷裂，應儘早做修補術。

## 膝關節創傷性滑膜炎

ICD-9-CM：727.0—滑膜炎及肌腱膜炎 (synovitis and tenosynovitis)

ICD-9-CM：719.4—關節痛 (pain in joint)

中醫診斷名：膝髌損傷

西醫病名：膝關節之扭挫傷

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 膝關節創傷性滑膜炎可以單獨發病，但大多數是在膝部其他損傷的情況下病發，如膝關節脫位、髌骨骨折、側副韌帶斷裂、或手術後遺症。
- (二) 單發的膝關節創傷性滑膜炎，膝關節會疼痛、腫脹、壓痛、伸曲功能受限等，滑膜有摩擦發澀的聲響和局部溫度增高。其疼痛的臨床特點是，膝關節極度伸直時，髌下部疼痛會加劇，被動極度屈曲時疼痛也會明顯加重。
- (三) 膝關節的腫脹，如為髌前滑囊炎，腫脹範圍在膝部髌骨前方；若為髌下滑囊炎，髌韌帶兩側的正常凹陷消失；如為髌上滑囊炎，因囊腔大且與關節腔相通，故腫脹範圍廣。
- (四) 而慢性滑囊炎較常見，膝關節酸痛無力，腫脹持續不退，休息後減輕，勞累後加重，而無明顯疼痛，皮膚溫度正常，關節活動不

受限。檢查膝關節活動時有細碎的摩擦感，患者局部有輕度壓痛。

- (五) 慢性勞損性滑囊炎微即興滑囊炎處理不當而轉為慢性，臨床上多見於老年人、膝部外翻或其他膝部畸型的患者，或有膝關節骨質增生症者。

## 二、中醫辯證：

創傷性膝關節滑膜炎是以膝關節積血、積液為主症的病症。由於局部暴力打擊或跌打損傷，勞損以及外科手術等因素致滑膜創傷，滑膜受到刺激後，分泌失調則致滑膜腔積液，而有紅腫痛熱的現象，在中醫屬熱痹，急性的膝關節創傷性滑膜炎治療不當，或延誤治療可能導致慢性的膝關節創傷性滑膜炎，演變為慢性就不會像急性時的紅腫發熱，在中醫屬溼痹。在中醫屬痹症，素問痹論所提到的「風寒濕三氣雜至，合而為痹也。其風氣勝者為行痹；氣寒勝者為痛痹；濕氣勝者為著痹也。」，若是瘀血留滯關節腫脹疼痛明顯，皮膚暗或有瘀斑，壓痛明顯，膝關節活動明顯受限；若是濕熱壅盛膝關節紅腫熱痛，發熱；若是氣虛濕阻膝關節腫脹，疼痛，呈反復性，每因勞累後加重，可能三者夾雜出現。

## 骨性膝關節炎

ICD-9-CM：715 一骨關節病及有關疾病 (Osteoarthritis and allied disorders)

ICD-9-CM：719.4 一關節痛 (pain in joint)

中醫診斷名：膝髌骨痹

西醫病名：骨性膝關節炎

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 常發生在中年以上的年紀。早期的症狀包括膝部酸痛無力，脛窩處硬緊不靈活，蹲下後不易站起來，偶爾伴有膝關節囊積水或是脛窩部腱鞘囊腫。
- (二) 症狀加重時，則出現內側膝關節面疼痛，痛會向上牽連引起腰酸背痛，向下蔓延引起腿肚痛或踝痛，蹲下疼痛有困難，股四頭肌漸萎縮，膝關節漸形成內翻變型，無法走遠路，夜裏睡覺時膝部會酸痛。
- (三) 疼痛加劇可見變形更明顯，膝部有屈曲攣縮不能完全伸直，關節活動有摩擦聲，步態左右搖擺，需要扶手幫忙。
- (四) 普通 X 光片上的變化可見內側關節面變窄，軟骨下骨頭之顯像變濃，有時可見囊狀形成，關節邊緣出現骨刺。除了內側股骨脛骨

關節面之變化外，膕骨股骨關節面亦常見類似之退化性變化。

- (五) 讓病人單腳站立，做整個下肢的 X 光攝影，股骨頭中心點與踝關節中點之連線，稱為力學軸。正常應通過膝關節之中點，退化性關節炎時，此軸偏向內側。由股骨頭部中心點與膝關節中點連成一線，另由膝關中點與踝關節中點連成一線，兩線之交角正常應該是向外五度左右；如果角度變成向內，即表示膝內翻變型；角度愈大，表示關節炎愈厲害。
- (六) 膝關節鏡檢查可在局部麻醉，半身麻醉或全身麻醉下施行。對於關節腔內構造之直接審視，膕骨軟骨面，內外側股骨脛骨關節面，內外側半月板、前後十字韌帶均清晰可見。通常早期變化都局限於內側股骨脛骨關節面。可見關節軟骨變性呈纖維毛狀，或軟骨磨損裂斷露出下方之骨頭。半月板亦呈退行性變化，關節囊則有慢性炎性變化，隨著病症之進展，類似的變化漸出現在膕骨股骨關節，最後犯及外側股骨脛骨關節；此外，沖洗出的關節液可見混雜的軟骨殘屑。
- (七) 屈膝 90° 以上，可以摸到股骨髁突軟骨表面有缺損，可能是骨碎片或是發炎所致。沿著髁突尖銳的內緣可以摸到髁突，其近端可遠到膕骨之上側部分，而向遠端則可達到脛骨和股骨之接合處。膝部罹患骨關節炎的病人往往可以觸摸到小的骨贅生物（骨刺）。

## 二、中醫辨證：

骨性膝關節炎是因為勞損造成膝部軟組織損傷、關節微小移位，會有關節痛、僵硬，剛開始活動時疼痛加劇，活動持續一段時間疼痛會逐漸減輕，但活動過久又會加重，也會隨著季節氣候改變而加劇，素問痺論所提到的「痺在於骨則重，在於脈則血凝而不流，在於筋則屈不伸」、「風寒濕三氣雜至，合而為痺也。其風氣勝者為行痺；氣寒勝者為痛痺；濕氣勝者為著痺也。」、「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。」，痺是肝腎不足，氣血虧損和感受風寒濕協引起，以腎虛為本，絡痺為標，再加上損傷移位，治療方法可考慮補腎通經活絡，再加上傷科的矯正手法，調整關節受力的角度，可降低耗損症狀改善的療效。

## 膝關節半月板損傷

ICD-9-CM：717.0—內側半月板之舊桶丙樣撕裂  
(old bucket handle tear of medial meniscus)

中醫診斷：膝骺損傷

西醫病名：膝關節半月板損傷

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 病史：多數年輕患者有膝關節扭傷史；但本身關節退化的患者可能無明顯外傷史。
- (二) 早期臨床表現：傷後膝關節立即發生劇烈的疼痛、關節腫脹、屈伸功能障礙…等。但因為患者的劇痛，難以作詳細的檢查，所以早期的確診是較困難的。
- (三) 慢性期主要症狀為膝關節活動痛，以行走和上下坡時明顯，部分患者可出現跛行。屈伸關節時，膝部有彈響。
- (四) 約有四分之一的患者出現「交鎖徵」，即在行走的情況下突發劇痛，膝關節不能伸屈，狀如交鎖。若將患膝稍作晃動，或按摩二至三分鐘，即可緩解並恢復行走。
- (五) 若檢查時見患者膝部不腫或稍腫、股四頭肌較健側有萎縮情形、膝關節不能過伸和屈曲、關節間隙處有壓痛點，這些常為診斷半月板破裂的重要依據。
- (六) 理學檢查：
  - 回旋擠壓試驗 (McMurray)：患者仰臥，充分屈髖屈膝。檢查者一手置於膝部，另一手握足，先使小腿內旋內收，然後外展伸直；再使小腿外旋外展，然後內收伸直。如有疼痛或彈響者為回旋擠壓試驗陽性。但若此試驗陰性，也不能排除半月板撕裂。
  - 研磨試驗 (Apley)：患者俯臥，患膝屈曲 90°，檢查者在足踝部用力下壓並作旋轉研磨。如半月板破裂者可引起痛痛，則為研磨試驗陽性。
- (七) 影像學診斷：關節空氣造影、碘溶液造影或關節鏡檢查…等，都可以幫助診斷。X-ray 則對於排除其他類似半月板撕裂的疾病有幫助。

### 二、中醫辨證：

- (一) 半月板損傷屬中醫筋傷的範疇。《雜病源流犀燭》：「筋也者，所以束節絡骨，絆肉繃皮，為一身之關紐，利全體之運動者也。」說

明了筋的生理功能；其又說「跌撲閃挫，卒然身受，氣血俱傷病也。」故知傷筋可累及氣血經脈，使其運行不暢而引起腫脹、疼痛。

- (二) 根據半月板損傷慢性期的臨床表現，中醫辨證多屬氣血經絡瘀滯不暢。

## 髕骨軟骨軟化症

ICD9-CM：717.7—髕骨軟骨之軟化症 (Chondromalacia of patella)

ICD-9-CM：719.4—關節痛 (pain in joint)

中醫診斷名：膝髌勞損

西醫病名：髕骨軟骨軟化症

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 一般要有損傷病史和職業性。
- (二) 膝關節疼痛、痠軟無力。尤其是上下樓梯時，無力感更為突出。
- (三) 有關節輕度「卡住」現象，但關節在卡時的角度可以不同。關節可有清脆響音或彈響，響音並不同時伴劇痛。在膝關節伸直位或完全下蹲位時，髕骨無痛，或膝無痛，沒有症狀。
- (四) 股四頭肌萎縮、關節積液，髕骨壓痛，半蹲（130~150°）試驗、關節摩擦感、挺髕試驗等陽性，對於症狀和體徵進行綜合分析和辨別，方能明確診斷。
- (五) 髕骨壓痛：髕骨周圍指壓痛，內側痛者多，外側下緣痛者次之，外側痛更次之，髕骨下痛最少見。
- (六) 挺髕試驗（伸膝抗阻試驗）：患膝伸直，用拇、食指將髕骨向遠端推壓，令患者用力收縮股四頭肌，此時引起髕骨部疼痛者為陽性。
- (七) 伸膝抗阻試驗和單足半蹲試驗：這兩個試驗很類似，均是在半屈曲運動發為伸膝。不過伸膝抗阻試驗較輕，重在小腿的運動，而單足半蹲試驗側重在大腿的運動。
- (八) 前上髌骨棘到膝蓋中央與膝蓋中央到脛骨結節的交角(又名 Q angle)必須測量，在女性膝蓋伸直時約 22 度，膝蓋彎曲到九十度時約 9 度，在男性則分別為 18 與 8 度，如果角度超過則為異常。此外須檢查股骨的外旋是否超過 30 度，超過則屬不正常。
- (九) X 光的檢查可以分辨關節炎(骨刺、關節間隙變窄、外彎或內彎變形)、髕骨不穩定(axial view 可以看到外偏或半脫位)。

## 二、中醫辨證：

以脾、肝、腎三臟為主。病初，膝微痛，常與天氣變化引起的關節疼痛相似。辨證為痹，風寒濕三氣合而為痹，痹阻關節。痛而無定處者，屬風痹。痛而惡寒，著而不行，遇熱痛減為痛痹或稱寒痹。著痹者亦稱濕痹，是傷後濕重，或濕邪滯留關節肌膚，肢體腫脹，沉重不識。

## 第十節 踝足部傷筋

### 踝關節扭挫傷

ICD9-CM：845.0—踝之扭傷及拉傷(Sprains and strains of ankle)

中醫診斷：踝部傷筋

西醫病名：踝關節扭挫傷

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 有明顯的踝關節扭傷病史。
- (二) 明顯疼痛，尤其是內、外翻，行走時疼痛更加明顯。
- (三) 損傷較輕時，可出現損傷局部腫脹；損傷重時腫脹可波及整個踝關節。
- (四) 扭傷部位疼痛、腫脹、可有皮下瘀血、局部壓痛、踝關節功能活動受限。
- (五) 內翻扭傷時，在外踝前下方腫脹，壓痛明顯，若做足內翻動作，外踝前下方發生劇痛。
- (六) 外翻扭傷時，在內踝前下方腫脹，壓痛明顯，若做足外翻動作，內踝前下方發生劇痛。
- (七) 可能傷及局部血管，出現皮下瘀血，傷後 2-3 天皮下瘀斑最為明顯。
- (八) 跛行，走路時不敢使傷足著地。
- (九) 明顯壓痛點。
- (十) 嚴重扭傷疑有韌帶斷裂或合併骨折脫位，應做和受傷姿勢相同的內翻或外翻 X 光檢查。

### 二、中醫辨證：

踝關節扭挫傷，屬於中醫「傷筋」範疇。筋主要是指筋膜、肌腱、韌帶、皮下組織等，因此在四肢及腰背部位，除了堅硬的骨骼外，各種軟組織都屬筋的範疇。

踝關節扭、挫、閃之，傷其筋，損其脈絡，筋傷而骨鬆，故常伴關節

錯縫。初為淤血作痛，氣滯血凝，晚期筋肌粘連，關節功能受限。

## 足部肌膜炎

**ICD-9-CM：729.4—肌膜炎，未明示者 (fasciitis, unspecified)**

中醫診斷：足部勞損

西醫病名：足部筋膜炎

### 科學化診斷要點：

- (一) 大部分患者有長期站立工作，或長期從事跑跳等運動的病史，小部分患者是本身有扁平足的病史。
- (二) 站立或走路時，跟骨下面疼痛，疼痛可沿跟骨內側向前擴張到足底。晨起或休息後開始走路時疼痛加重，活動片刻後疼痛減輕。
- (三) 跟骨負重點的微前方跗腱膜處有壓痛感。
- (四) X 線檢查：跗腱膜跟骨附著處可能有鈣化，其形狀類似骨刺，不過跗腱膜的鈣化顯得平而小，而骨刺會突向皮下。臨床上有的人無骨刺也痛，有的人有骨刺反而不痛，這說明跟骨骨刺本身並不引起症狀，而是慢性炎症刺激所引起臨床症狀[2]。

## 足跟疼痛症

**ICD-9-CM：726.71—跟腱滑囊炎或腱炎 (achilles bursitis or tendinitis)**

中醫診斷：踝部傷筋

西醫病名：後跟痛、後跟滑囊炎

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 常見足跟痛類型有三種：
  1. 跟後痛：足跟皮下脂肪纖維墊部份消退、跟骨滑囊炎、跟腱止點撕裂傷、痺痛性跟痛症、跟骨骨垢炎。
  2. 跟下痛：急性滑囊炎、跟骨脂肪纖維墊炎、跗腱起點筋膜炎。
  3. 跟骨病：跟骨骨刺、跟骨骨髓炎、骨結核、良性或惡性腫瘤。
- (二) 本病以 40~60 歲之間較為常見。
- (三) 骨刺常發生在兩足，大小不一定，且症狀多在一側，疼痛的程度與股次大小沒有絕對的關係，但與骨刺的方向密切相關。
- (四) 平常觸痛大多在於跟骨脂肪墊的前方，或是在跟骨結節的內側。

(五) 站立或行走時較為疼痛，休息時減輕，X 光檢查可見骨刺，或是骨膜的增厚。

## 二、中醫辨證及文獻考據：

- (一) 《靈樞·經筋》：“足太陽之筋病，小趾支，跟腫痛”。說明了足跟痛與足太陽膀胱經的經筋分佈有關。
- (二) 《諸病源候論》稱足跟痛為“腳跟頰”，曰：“腳跟頰者，腳跟忽痛，不得著地，世俗呼為腳跟頰”。說明腳跟痛的起病突然，症狀以疼痛、站立行走不便為主。
- (三) 金·朱丹溪《丹溪心法》：“足跟痛，有痰，有血熱，血熱四物加黃柏、知母、牛膝之類”。提出足跟痛與痰濕、血熱有關。
- (四) 《張氏醫通》認為足跟痛與“腎虛”、“痰濕流注”相關。
- (五) 《針灸甲乙經》：“跟痛，巨虛下廉主之”。首度提出用針灸的方法來治療足跟痛。

## 足、趾挫傷

ICD-9-CM：924.20—足挫傷 (contusion of foot)

ICD-9-CM：924.23—趾挫傷 (contusion of toe)

中醫診斷：指躡傷筋

西醫病名：足挫傷、趾挫傷

### 一、科學化診斷要點：

- (一) 各趾間關節、趾間韌帶均有關節囊，其兩側都有堅強的副韌帶附著以穩定關節。當趾間關節伸直時，兩側的韌帶緊張，不能作伸展動作，故在伸直位時，韌帶受傷機會較多，趾尖觸碰在較硬的物體上，能使足趾被迫向側方彎曲，可發生於趾間關節副側韌帶損傷、斷裂或關節囊破裂，出現關節不穩併發關節脫位或半脫位。
- (二) 受傷之趾關節腫脹、疼痛、功能障礙，側副韌帶斷裂者，有不同程度的向側方形成角畸形。
- (三) 此證的論治在中西醫學上頗相似，即以適當的理筋手法或開刀復位，並將患處以夾板固定於半區曲位。持續 2~3 週，解除固定後再加以功能鍛鍊，中醫還可以配合使用舒筋、活絡藥的薰洗和內服，可縮短患部復原的時間。

## 二、中醫辨證：

挫傷在傷科中，屬於**傷筋**的範疇。是指軟組織受到快速的、直接作用於體表的鈍力而引起筋絡肌肉局部受到損傷，一般以皮下或深部組織小血管損傷明顯，嚴重者也可有肌纖維斷裂或神經損傷；還可震傷內臟和經脈氣血而引起內傷，也可因擦破皮肉而成為開放性損傷。

## 肆、結論與討論

- 一、「中醫傷科」是中醫各學科中最容易科學化評估也最符合 EBM(實證醫學)的一門學科，所以中西醫結合或中醫全球化的各種推展工作可以從「中醫傷科」著手開始。  
過去因為中西醫名同術語的不同導致在臨床或學術上有種種的誤解，甚至在中西醫轉診會診造成困難。
- 二、本計劃的提出，以 ICD-9 來統一，將有益於中醫治療水準的提升和中西醫合作得促進！
- 三、從本會過去「中醫傷科專科醫師制度之建立」以及此次「中醫傷科科學化診斷指標之建立」這兩個計畫的問卷結果，均顯示不同背景不同年齡的中醫師，他們希望科學化、專科專業化的意願是接近的，以卡方檢定並無統計學差異，在實際參與專家學者的研習會出席表現及會後評量亦不分軒輊，都相當投入。
- 四、但臨床從事傷科的中醫師以未授正規醫學養成教育的特考中醫師居多，約佔 70%，然後才是學士後中醫學系，至於中醫學系畢業後從事中醫傷科專科者目前尚不滿三十名，建議衛生署應專案輔助本會以及各地方公會開設「中醫師現代化課程」，學程應包括「解剖、X 光、實驗診斷、組織學、病理學.....等」西醫基礎醫學。
- 五、本計畫之完成，除了可以提供中醫師在臨床診斷的參考以提升中醫傷科的治療水準，更可以提供中醫健保作管考評核的標準，可以有效防止醫療資源浪費，提升中醫健保服務成效。
- 六、近年來政府各部門大力推動「中草藥生物科技」，但卻苦於中醫效療效評估上的困難。本計畫之提出可有益於產、官、學三方在傷骨科尤其是「強筋壯骨」的中草藥生技的評估依據。
- 七、最後感謝貴委員會的支持，使得此計畫得以完成！若有機會希望進一步製作本計畫的動態及有聲版。

## 誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會計畫編號 CCMP95-TP-038 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

## 伍、參考文獻

1. 呂鴻碁、張永賢、林宜信:傳統醫學與現代醫學對話的啟動與機制，行政院衛生署中藥委員會，民國 94 年。
2. 中醫藥委員會:張成國主任委員主要施政項目，行政院衛生署中醫藥委員會，民國 91 年。
3. 張安楨、武春發：中醫骨傷科學，知音出版社，民國 94 年。
4. 范碧玉：病歷管理理論與實務，合記出版社，民國 94 年。
5. 楊榮森：骨骼肌肉與關節疾患治療手冊，合記出版社，民國 94 年。
6. 四庫全書醫部全錄，新文豐出版社，民國 75 年。
7. 石曜堂：醫療倫理與醫療品質探討，第七十六屆國醫節中醫藥學術研討會，2006:1:40-77。
8. 楊哲彥：中醫傷科專科醫師制度之建立與展望，行政院衛生署中醫藥委員會，民國 93 年。
9. Rene Cailliet,MD:Soft Tissue Pain and Distribution,合記出版社,民國 73 年。
10. 中醫藥委員會：87 年中醫藥研究計畫成果報告中英文摘要彙編，行政院衛生署中醫藥委員會，民國 88 年。
11. 中醫藥委員會：骨質疏鬆的中醫治療，行政院衛生署中醫藥委員會，民國 90 年。
12. 中醫藥委員會：台灣中醫藥的整合與前瞻，行政院衛生署中醫藥委員會，民國 92 年。
13. 中醫藥委員會：92 年度中醫藥研究發展計畫成果報告中英文行政院衛生署中醫藥委員會，民國 93 年。
14. 中醫骨傷科學（武春發、張安楨主編：上下冊；知音出版社），民 87 年 12 月（出版二刷）。
15. 林昭庚編著：中西醫病名對照大辭典，國立中國醫藥研究所，民 93 年 12 月（二版一刷）。
16. 張拙夫編著：中醫傷科學，國立編譯館主編，正中書局印行，民 67 年。
17. 武春發、張安楨主編：中醫骨傷科學，知音出版社，民 81。
18. 鄧普豐、劉金文主編：中西醫結合骨傷科學，科學出版社，2003。
19. 孫之鎬：中西醫結合骨傷科學，中國中醫藥出版社，2001。
20. 張拙夫：國立編譯館主編，正中書局印行，民 67。
21. 簡志誠等：臨床骨科檢查:Clinical orthopaedic examination，合記出版社，民 81。
22. Bachman D, Santora S. Orthopedic Trauma. In: Fleisher GR, Ludwig

- S (eds): Textbook of Pediatric Emergency Medicine, third edition. Baltimore, Williams and Wilkins, 1993.
23. Lincoln TL, Mubarak SJ: Isolated Traumatic Radial-Head Dislocation. *Journal of Pediatric Orthopedics* 1994;14.
  24. 韋貴康、石印玉：中醫骨傷科治療手法圖解，上海科學技術出版社，2003。
  25. 楊瑞榮編譯：骨科與神經科理學檢查圖解手冊，合記出版社。
  26. 張志剛主編：中醫骨傷科學，科學出版社，1993。
  27. 王大軍、張道敬、吳緒平主編：骨傷科疾病外治法，中國醫藥科技出版社，1998。
  28. 韋貴康、石印玉主編：中醫骨傷科治療手法圖解，上海科學技術出版社，2003。
  29. 宋一同、王和鳴：骨關節臨床損傷研究，北京科學技能出版社，2006。
  30. 楊榮森翻譯：臨床骨科檢查指引，合記出版社，1992。