

“

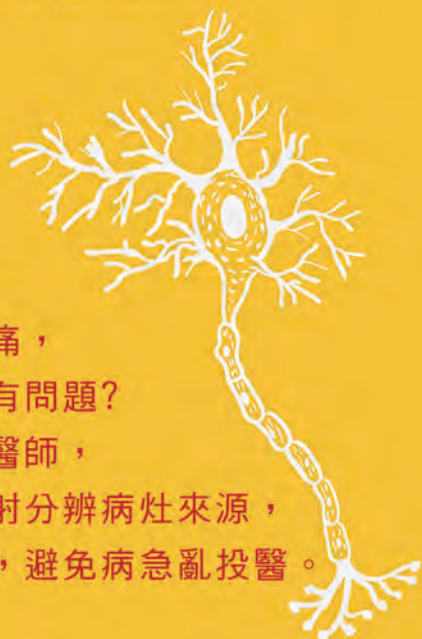
啄木鳥檢查法 [最新修訂版]

神經痛 治療法

”



高雄七賢脊椎外科醫院 副院長
蔡東翰 醫師 —— 著



這裡麻、那裡痛，
無法確定哪裡有問題？
神經外科權威醫師，
教你從肌腱反射分辨病灶來源，
學會自我檢測，避免病急亂投醫。

晨星出版

人人都要學的啄木鳥神經檢查法

對一般人來說，神經系統疾病是麻煩、很難察覺且治療困難。在觀念上，它和一般的疾病比起來，有著一定程度的「神祕色彩」。但這本書，卻將神經系統疾病做了最簡單、最詳實的初步說明。

本書將全身的神經系統劃分成四大區塊，每個區塊再進一步分成「中樞神經」及「周邊神經」兩大系統，透過類似中醫「望聞問切」的方式，不需要依靠任何昂貴的儀器，就可以成功找出病灶的位置。

此外，書裡更提出四句簡單的口訣——「握指刮腳，敲肘膝」、「腦頸胸腰比大小」、「腦臉頸手胸體腰下肢」、「中上周下心中明」方便記憶的心法，真的是一套非常實用且簡單易學的神經定位方法，很快就可以上手，實際運用於生活中。

就如本書一開始說的，「『Location, Location, Location』是房地產的三大鐵律，同時也是診斷神經系統疾病的最基本原則。」

蔡東翰醫師利用這個極生活化的共同點，嘗試以輕鬆的口吻、簡單的方法，把非常複雜的神經學定位理論，以及豐富臨床實際運用的心得，綜合成所謂的「啄木鳥神經檢查法」。

學會了這一套「啄木鳥神經檢查法」，不僅可以初步掌握自己的病情，方便跟醫師溝通，減少誤診的機會，特別是在目前「候診三小時，看診三分鐘」的醫療現況下，促進良好的醫病關係，增加病患就醫的參與感，有非常大的助益。

蔡醫師在忙碌的醫療工作之餘，還能毫不保留把平常看病的技巧，寫成這本極為實用的工具書，非常適合各個年齡層閱讀、學習，而且真的一點都不難。本書圖文並茂，一學就會，非常值得推薦，相信這本書必定能為社會帶來正向的力量。

蔣李毅

前中國國民黨 副主席

及早發覺症狀，掌握治療先機

本書是由蔡東翰醫師累積了二十多年來在門診教學，病房迴診及臨床實務經驗激發出來的創作。獨創的「啄木鳥神經檢查法」，利用簡單口訣及扣診錘的敲啄方式，把病灶做一個初步的定位，大綱式的定位出問題的區塊，可早期發現，早期治療，是一本非常適合醫學生、醫護人員及一般民眾建立初步神經學檢查的書籍。

二十一世紀的今天，隨著生物科技的進展，醫學進步一日千里，從基因解碼、基因工程、幹細胞的運用，到現在的癌症免疫療法，延長了人類的壽命。臺灣人平均壽命從一九四〇年的四十三歲到今日已超過八十歲，高齡化的健康問題日益嚴重，除了癌症之外，高血壓、高血糖、高血脂的三高問題，容易導致動脈硬化，進而造成腦中風。另外，因科技的進步、工作形態的改變、3C 產品日新月異及自然老化等，對於中樞神經及周邊神經系統都出現不同程度的影響，有時輕微的症狀容易讓病人忽視，錯失了治療的先機。所以，如何做好早期診斷，早期醫療更是刻不容緩，也是本書出版的目的。

蔡東翰醫師曾擔任輔英科技大學醫學檢驗生物技術系講師與國防醫學大學臨床助理教授，創新的教學方法讓學生受益良多，自身二十多年寶貴的臨床實務經驗，有技巧且耐心的傳授給醫學生。同時他也是國內知名的中風基因治療研究專家，多篇研究著作刊登於國際知名期刊。所謂「下醫醫病，中醫醫人，上醫醫國」，蔡東翰醫師不但醫病醫人，更分享獨創啄木鳥神經檢查法，仁心仁術，令人敬佩。

由於本書是第一本中文概念圖書，深知有所不周詳及無法符合所有讀者之學習需要，在此拋磚引玉，未來也請各位先進不吝給予意見，誠摯的感謝。

唐先生

輔英科技大學 醫學檢驗生物技術系 創系主任（86-88）

不再對神經醫學感到茫然的 絕佳好書

神經是身體組織的溝通網路，醫師或病人本身能否看得懂神經網路及其相關問題，進而運用理學檢查對神經病灶位置作出判斷，攸關病人的正確診斷及治療效果。

身為神經外科醫師，體會到在學習神經學的過程中，有太多時候是茫然不知所措。當學生的時候，會試圖從參考書中找到啟發，但面對浩瀚的原文書與詳盡的翻譯書，似乎少了一個跨過鴻溝的橋梁。

縱使是已經熟悉的大綱，本書更精采的是，使用房地產常用的比喻來呈現，必然讓人一拿起就捨不得放下。它揭開了許多神經疾病的確切位置與迷思，更是解釋了不少初學者常常會碰到的難題，也再次提醒我們——神經科學必然中充滿的偶然與例外。

讀這本書，除了可以欣賞到雋永的文筆與精闢的見解外，文中使用的圖表與說明更是如此令人記憶深刻。

我忍不住想，雖然論述神經科學的種種重要現象，但豈不也是蔡副院長本人對於生命的深層體悟。

身為一名醫師，除了忙碌的門診、急診、手術、研究之外，還要在已經疲憊不堪、想休息的空檔，耗費長達兩年來構思章節內容。為了考慮讀者的理解程度，在錯綜複雜的神經科學中抽絲剝繭，試圖拼湊出一個完整客觀的神經科學故事，好讓讀者充分吸收其精華，藉由這座搭建的橋梁，一窺浩瀚的神經宇宙。

但要求完美的心還不只這樣，即使已經將神經科學講解的如此生動明白，還是有很多並非神經疾病，但卻是神經科門診常常會碰到的問題，也都通通納入此書的章節裡，讓想學習神經科學的讀者，可以快速獲得臨床經驗，也讓有同樣問題的病人，知道自己的問題為何，該如何處理解決。

在這本書中，我推薦你不僅要享受詼諧的論述與精闢的剖析，更要感受那種對於後進殷切期盼，知無不言，言無不盡的熱情，以及對真理追根究柢、對使命鍥而不捨的實踐精神。

盧智賢

嘉義陽明醫院神經外科 主治醫師

擷取神經理學檢查精華， 及早就醫與治療

現今社會普遍存在著久坐少動的工作特性，以及過度使用 3C 產品等現象，由於長時間頸部與腰部姿勢不良，容易導致骨刺形成，頸椎及腰椎椎間盤突出等疾病。而三高（高血壓、高血糖、高血脂）的盛行容易導致動脈硬化，繼而產生腦中風的症狀。有時候症狀輕微，容易被當事人或家人忽視，因而喪失了提早治療的良機。

「椎間盤突出症」以及「腦中風」是神經科門急診最常見的疾病，分別影響周邊神經系統及中樞神經系統。神經科的醫師素有醫界的福爾摩斯之稱，神經科專科醫師的口試，即是從病人的病史、神經理學檢查，去分析可能的病灶及處置方式，來決定是否通過的依據。

完整的病灶定位檢查法是十分專業複雜的檢查法，並不適合一般非醫療背景的大眾讀者。本書特別擷取其中的精華，亦即「啄木鳥神經檢查法」，提供一般民眾簡單分辨出常見神經性疾病的大概位置（周邊或中樞），並能夠察覺自己身體的異狀，提早就醫及治療，減少併發症的產生。

蔡東翰醫師是我的醫學系同學，為人謙和，除了精湛醫術外，對於推動一般民眾衛教活動更是不餘遺力。這本書希望能讓一般大眾對神經系統有進一步的了解，並藉由簡易的神經檢查法，達到預防保健的終極目標。

顏哲宏

嘉義陽明醫院神經內科 主治醫師

簡化病灶檢查， 以利早期發現與治療

本書將醫學上複雜的神經病灶定位檢查法（Neurological Localization），簡化為一個口訣（握指刮腳，敲肘膝，腦臉頸手胸體腰下肢，腦頸胸腰比大小，中上周下心中明）、一根神經錘（扣診錘）及四個招式。只要記好書裡的口訣及四個招式，以及善用神經錘，就能簡單、輕而易舉的分辨出常見的神經性疾病大概位置，也就是腦、頸、胸、腰四大區塊中的哪一區塊，保護自己、也幫忙醫師減少誤診的可能性，增進醫病良好的互動。

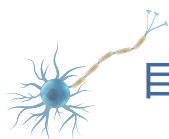
這種利用扣診錘的敲啄方式，像啄木鳥一樣，把病灶做一個初步的定位，我把它命名為「啄木鳥神經檢查法」。「啄木鳥神經檢查法」最大的優點是可以透過這個方式，大綱式的定位問題區塊究竟是在腰椎、胸椎、頸椎還是大腦。但至於問題出在該部位的哪一節、哪一段、哪一區，就需要非常專業的醫護人員，透過進一步的檢查來做最後的判斷。不過，這並不是本書想要傳達的概念。

就如同我們常提及的「早期發現，早期治療」，這本書的目的只是希望能協助一般民眾，建立初步神經學檢查的概念，並定位大部分常見的疾病，至少能達到輕易聽懂醫師病情解釋的效果，和醫師有良性的互動，也能夠避免病急亂投醫、看錯科別、掛錯號，還能夠確實避免掉一些不該犯的錯誤，而且成本相當便宜，只要備妥一根扣診鎚及學會這本書的內容就可以了，可說是CP值最高的理學檢查。

現在起，在家裡的急救箱中，也準備一根簡單的扣診鎚吧，讓它來協助大家更快速的找出自己身體不適的部位，及早就醫治療。

蔡東翰

七賢脊椎外科醫院 副院長



目次 | CONTENTS

- 【推薦序】 人人都要學的啄木鳥神經檢查法／蔣孝嚴．．．002
- 【推薦序】 及早發覺症狀，掌握治療先機／唐光生．．．004
- 【推薦序】 不再對神經醫學感到茫然的
絕佳好書／盧智賢．．．006
- 【推薦序】 擷取神經學檢查精華，
及早就醫與治療／顏哲宏．．．008
- 【作者序】 簡化病灶檢查，
以利早期發現與治療／蔡東翰．．．010
- 【前言】 小兵立大功的啄木鳥神經檢查法．．．016

第 1 章

圖解神經系統，超好記．．．021

神經系統是什麼？．．．022



第 2 章

牢記心法，學會神經理學檢查···033

神經理學檢查心法···034

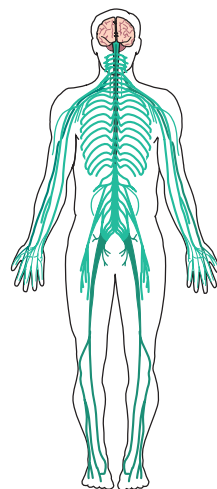
口訣一：腦頸胸腰比大小···036

口訣二：腦臉頸手胸體腰下肢···036

口訣三：中上周下心中明···038

口訣四：握指刮腳，敲肘膝···041

皮節是什麼？···042



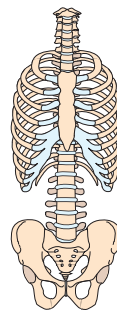
第 3 章

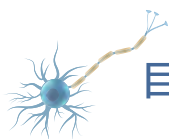
敲一敲，輕鬆定位病灶···047

啄木鳥檢查法···048

病理性神經反射···052

深部肌腱反射···055





第 4 章

啄木鳥檢查法——

自我檢測與臨床應用···061

頸椎骨刺···062

脊椎骨刺···072

坐骨神經痛···080

腕隧道症候群···088

肘隧道症候群···093

板機指···101

下背痛···107

糖尿病引起的周邊神經病變···123

腦中風···127



第 5 章

望聞問切，四診合一揪疼痛···135

實證醫學的綜合判斷···136

脊椎骨刺的診斷應用···143

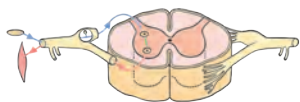
- 間歇性跛行的診斷應用 . . . 146
- 棘突上韌帶挫傷的診斷應用 . . . 150
- 腰痛，其實是頸椎出問題 . . . 154
- 胃痛？不，其實是骨折了 . . . 158
- 「腳比讚」立大功 . . . 165
- 偽坐骨神經痛 . . . 167
- 腰臀痛理學檢查，不能鐵口直斷 . . . 171



第 6 章

脊椎手術大解密 . . . 181

- 脊椎手術很危險？ . . . 182
- 傳統脊椎手術 . . . 183
- 微創手術 . . . 184
- 傷口大小並非微創手術唯一指標 . . . 187
- 客製化微創手術 . . . 189
- 清醒脊椎微創手術 . . . 191



【結語】 . . . 196

第 3 章

敲一敲，
輕鬆定位病灶





啄木鳥檢查法

「啄木鳥檢查法」就是前文所說的三十個字的口訣。其中，「敲肘膝」的動作，很像啄木鳥在幫樹木找樹蟲的精神與動作，所以才把這一套簡化後的普及版神經檢查法，叫做「啄木鳥檢查法」。

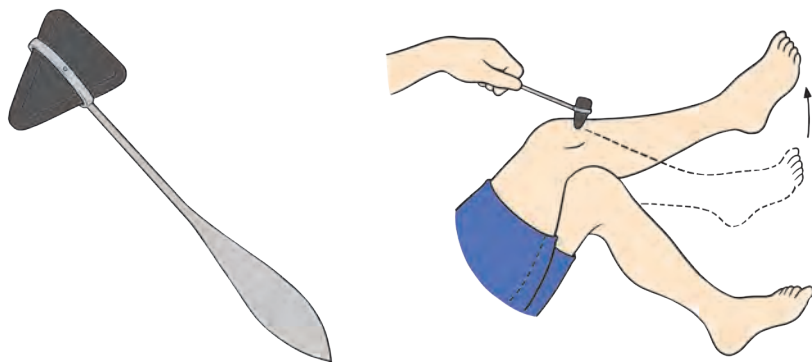
啄木鳥是有名的樹木醫師，當牠幫大樹從根到頂全部敲打一遍時，就是樹木醫師開始替大樹門診了。如果發現樹裡有蛀蟲，牠會立刻進行「手術」，把害蟲給揪出來、吃掉。

● 扣診鎚

不管是電視上或是實際去看神經科門診時，常常會看到神經科醫師拿個鎚子（正確名稱：扣診鎚或神經鎚），就像啄木鳥一樣，在病人的身上敲來敲去。這樣的檢查被叫做「**深度肌腱反射檢查**」（Deep Tendon Reflex，簡稱 DTR）。透過輕敲特殊部位的肌腱，並**觀察肌腱不自主反彈的強度**，譬如增強或減弱，來判別病灶的位置。

所以，如何正確的使用扣診鎚很重要，因為它會牽涉到反應的強弱。正確使用的訣竅只有一個，就是**每次敲的力量都要固定一致**。

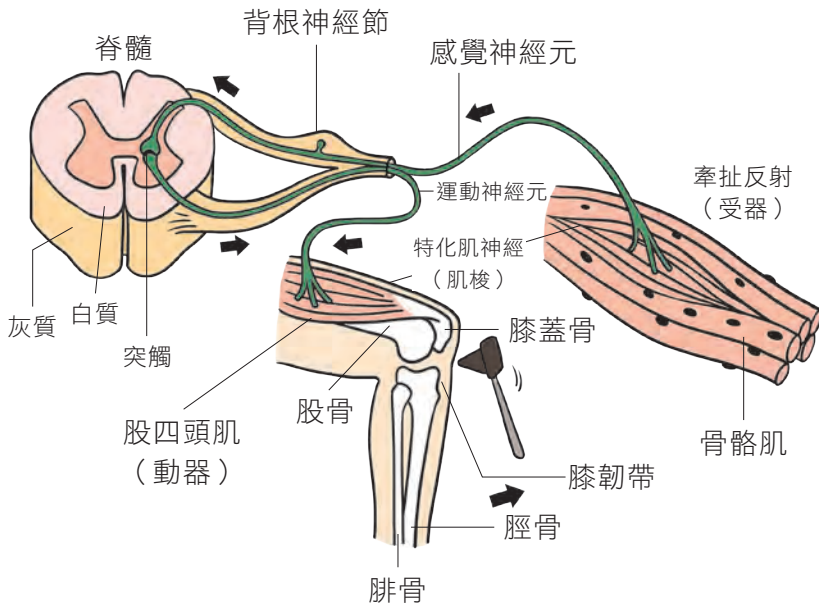
常見的扣診錘（神經錘）、扣診錘的示範使用



扣診錘的形式有好幾種，最常用的就是上圖中的這一種，它沒有太複雜的結構，但卻是神經科醫師在判斷病灶上，最重要的「幫手」。

操作時，用拇指及食指輕輕的握住錘把，力道控制在不掉落、且能輕易甩動扣診錘，讓它可以輕鬆上下擺動為原則。慢慢練習，就可以讓每次敲打的力量都固定一致。

神經刺激反應示意圖



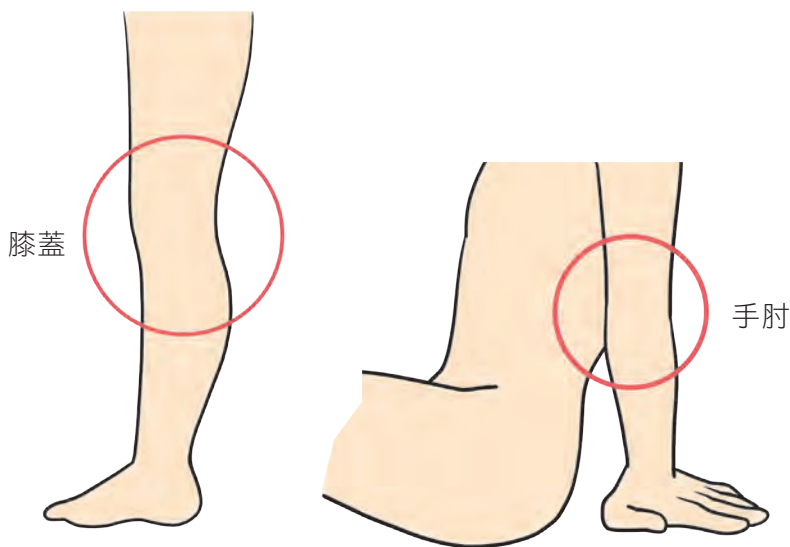
• 常用的檢查手法

檢查時，有兩個主要運用的理論基礎：

一、病理性神經反射

病理性神經反射，顧名思義只在神經系統生病的時候，才會出現的不正常反射動作。病人經過摳指刮腳的刺激之後，出現病理性的神經反射，稱之為「陽性反應」，代表上運動神經元病灶，也就是中樞神經系統可能有問題。

深層肌腱反射檢查的敏感部位



二、深部肌腱反射檢查

利用扣診錘輕敲病人的手肘附近或膝蓋的肌腱，觀察其反應的大小，來判斷是上運動神經元病灶，或是下運動神經元病灶。

一般民眾經常在電視上看到的，就是深部肌腱反射檢查，動作就像啄木鳥在敲著樹幹、幫樹木治病一樣。書中將這套神經病理檢查方法，命名為「啄木鳥檢查法」，就是為了加深大家的印象，幫助記憶學習。



病理性神經反射

【動作】 握指刮腳

【病灶位置】 上運動神經元病灶

所謂「病理性神經反射」，指的是正常情況下不會出現的神經反射。也就是說，當中樞神經系統有病灶時，才會產生的特定神經反射。當出現病理性神經反射時，我們稱之為「陽性反應」，代表異常。反之，沒有這些病理性神經反射現象，叫做「陰性反應」，代表正常。

在病理性神經反射中，有兩個必知的病理反射。

一、霍夫曼氏反射（Hoffman's sign）：屬於上運動神經元病灶，特別是指在頸椎部分的脊椎問題，就會產生這個反應。

二、腳底反射（Barbinski's sign）：屬於上運動神經元病灶的特徵，疾病的位置可以從大腦、腦幹到整個脊髓索都有可能，所以又叫作「Long track sign」。

所以說，當病理性的神經反射出現時，大部分都是代表「上運動神經元」的疾病，也就是「中樞神經」的問題。

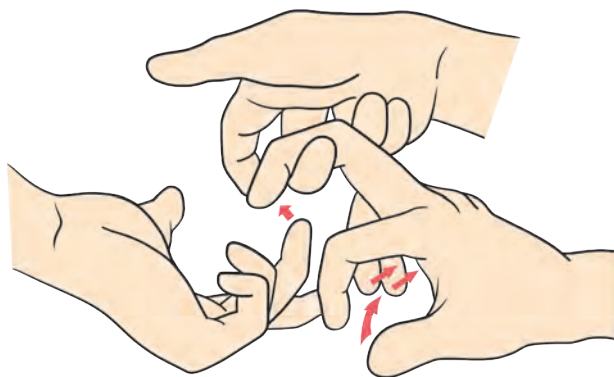
• 霍夫曼氏反射

【操作方法】

讓受試者的手掌保持輕鬆的狀況之下，自然下垂，然後輕輕抬起受試者的中指，輕摳其中指的指甲床，好像撥彈吉他弦一樣。或者急摳受試者中指指腹，然後仔細觀察大拇指與食指的反應。

正常情況下，食指與大拇指並不會有特別的反應動作產生，我們稱之為「陰性反應」，代表沒有上運動神經元病灶。反之，若受試者的食指與大拇指有不自主的收縮，好像螃蟹的鉗子一樣，不自主的互相咬合，這個現象我們稱為「陽性反應」，代表受試者有上運動神經元病灶，特別是頸部脊髓索以上的問題。

霍夫曼氏反射（Hoffman's sign）



抬起病人中指，輕摳中指甲床或急摳中指指腹，觀察病人食指與拇指有無不自主的收縮。

• 腳底反射

【操作方法】

利用扣診錘尾端稍微尖銳的部分，沿著腳底的外側，從腳跟往腳尖的方向輕輕劃過，再慢慢往腳拇指的方向轉彎，這時受試者會有腳底搔癢的感覺。

正常狀況下，腳底癢會不由自主的收縮五隻腳趾，像捏包子一樣縮在一起。但是，有上運動神經元病灶的病人，腳拇指反而會翹起來，我們稱為「陽性反應」，代表整個中樞神經系統的任何一個位置，都有可能有问题。也就是說，從腦部延伸到整個脊髓索中的某一段，可能有問題。這是一個非常好用的檢查方式，可以來篩選出中樞神經系統有沒有病灶。

腳底反射（Babinski's sign）



正常的足底伸肌反應



異常的足底伸肌反應

如無扣診錘，可以鈍物如棉籤、鑰匙，沿腳底外側輕刮，觀察腳趾的動作。



深部肌腱反射

【動作】敲肘膝

【位置 / 反應】上運動神經元病灶——反射增強

下運動神經元病灶——反射減弱

深部肌腱反射檢查主要是透過扣診錘，敲擊肘部或膝蓋髓骨下方的肌腱，然後仔細觀察肌腱收縮的靈敏度與強度。假設敲擊時，肌腱收縮的靈敏度及強度很明顯，而且很大力，那就表示愈有可能是上運動神經元病灶。反之，敲擊時，肌腱收縮的靈敏度及強度愈差愈遲鈍，甚至沒有反應，那就表示愈有可能是下運動神經元病灶。

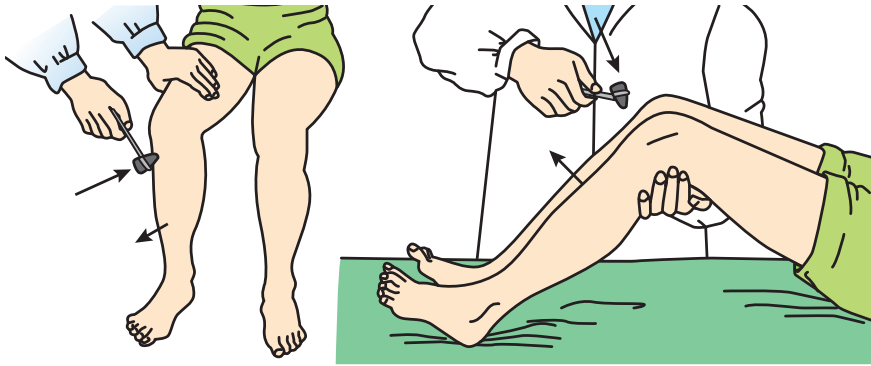
• 膝蓋反射

【操作方法】

請受試者採坐姿，雙腳盡量放輕鬆，懸空不要踩地。沿受試者的膝蓋找出髓骨下韌帶的位置，然後拿扣診錘輕輕敲擊韌帶，同時觀察膝蓋彈起的速度及強度。

當受試者躺著的時候，操作方法也相同。首先，請受試者雙腳放輕鬆，然後用一手將受試者的膝蓋抬高約三十度左右，一手用扣診錘輕輕敲擊，觀察反射的強度。

膝蓋反射



坐姿

躺姿

• 肘反射

【操作方法】

請受試者放輕鬆。找出手肘二頭肌肌腱的位置，輕輕用扣診錘敲擊，並觀察其反應。

根據病患反射的強度（也就是手或腳不自主彈起來的強度），來確定病灶。深部肌腱反射分級，可分為以下五級：

0：無反應

＋：反應微弱

＋＋：正常

＋＋＋：反應增強

＋＋＋＋：過度反射，可能出現痙攣

雖然無法用文字來表達什麼是「正常」，但只要根據前文所描述的正常反射原則，平常再多加練習，就會有初步的概念。然後以這樣的強度當成一個指標，用兩個+來表示。當神經反射比正常反射激烈，就叫做「增強」，用三或四個+來表示，+愈多表示反射愈強。

一般而言，當反射增加時，表示是「上運動神經元病灶」，也就是「中樞神經」出問題了。相反的，當反射減弱時，表示是「下運動神經元病灶」，也就是「周邊神經」出問題了。反射表現愈強，代表愈有可能就是病灶所在，而且情況也愈嚴重。

肘反射及膝反射最方便也最常用，但若是沒有經常練習，還是有一定的困難度。因為敲擊的力道會影響肌腱反射的強弱，所以，平時多練習操作扣診鎚，讓每次敲擊的力道能夠一致，然後再多敲幾位正常受試者的肌腱反射，累積正常的反射靈敏度及強度的感覺。當經驗值增加後，就可以輕易對比正常受試者的肌腱反射，判斷病人是增強靈敏或遲鈍減弱。

然而，也有一些很明顯的極端表現。比方說，有些病人肌腱反射的強度，可以大到不需要用扣診鎚敲擊，只要在膝蓋附近鼓掌，就會引起強烈的肌腱反射。相反的，有些病人就算很用力的敲擊，也不會產生肌腱反射。

所以說，在整個啄木鳥檢查法中，比較困難而且需要練習的部分，就是深部肌腱反射檢查法的操作，需要累積一些經驗值，操作起來才會得心應手。

最後，我們再重點整理啄木鳥檢查法，方便理解與記憶。

- ☑ 神經系統分成四大區塊，分別是腦部、頸椎部、胸椎部、腰椎部。
- ☑ 從症狀產生的位置可以反推出，可能是哪一個區塊的神經系統出了問題。
- ☑ 腰椎部內只有周邊神經系統，其餘三大區塊同時內含有中樞神經系統及周邊神經系統。
- ☑ 透過「握指刮腳」、「敲肘膝」的神經理學檢查操作，再區分出是上運動神經元病灶表現，還是下運動神經元病灶表現。
- ☑ 透過反射檢查，可定位出是哪個區塊內的中樞神經系統，或周邊神經系統出了問題。

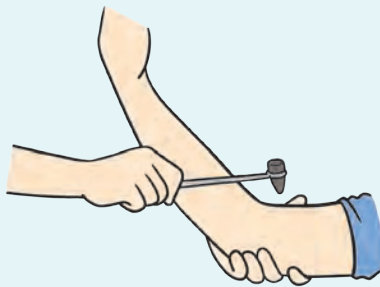
必須再提醒大家，理論和實際操作同等重要。有了基本的理論概念後，一定不能缺的就是扣診鎚。每個家庭的醫藥箱裡面，都應該要具備一根扣診鎚（神經鎚），這可是和居家常備的溫度計一樣重要喔！

扣診錘的其他運用

除了基本的問診外，神經科診斷的第一步就是利用扣診錘來做初步診斷。以下是幾個常使用的扣診位置，以及會出現的反射狀態：

一、肱二頭肌反射

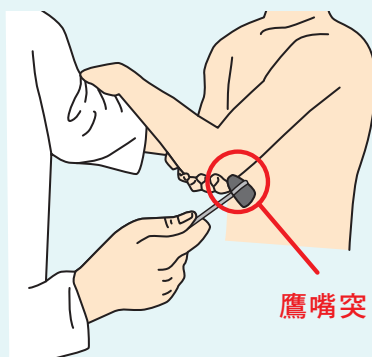
手臂放鬆平放桌面，以手指置於二頭肌肌腱上，以扣診錘輕敲手指放置處，手肘會收縮。



肱二頭肌反射

二、肱三頭肌反射

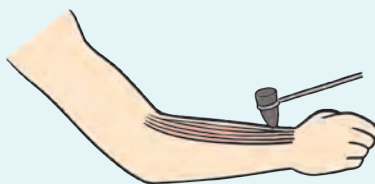
協助受檢者手肘彎曲，使其架空放鬆。以扣診錘輕敲肘部鷹嘴突，前臂會輕微晃動。



肱三頭肌反射

三、肱橈肌反射

前臂放鬆平放桌面，以扣診錘輕敲腕部橈側*上方三至五公分處之肱橈肌腱，手指或手掌會輕抽動或收縮。（*橈側和尺側在醫學上是個方位詞。以手掌為例，靠小指一側稱為尺側，靠拇指一側稱為橈側。）



肱橈肌反射

四、膝反射

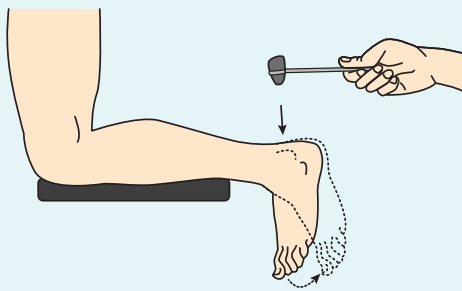
翹腳，使腳放鬆，以扣診鎚輕敲膕腱，腳會向上輕踢。



膝反射

五、跟腱反射

跪在床緣或椅子，使足板懸空放鬆，以扣診鎚輕敲跟腱，足板會朝足底方向輕動。



跟腱反射



實證醫學的綜合判斷

疼痛已經被列為是生命的第五徵象，每一天都有數以萬計的人要面對疼痛的問題，而治療疼痛的醫師就好像警察抓小偷一樣，每天都在思考病人疼痛的來源是在哪裡。以我的個人經驗而言，千萬不能只靠感覺，一定要有一套自己的邏輯推理以及檢查的習慣，把疼痛這個小偷揪出來，或者將造成疼痛的集團都揪出來一網打盡。

尋找疼痛來源的方向，應從淺而深慢慢開始找起，依照順序為：

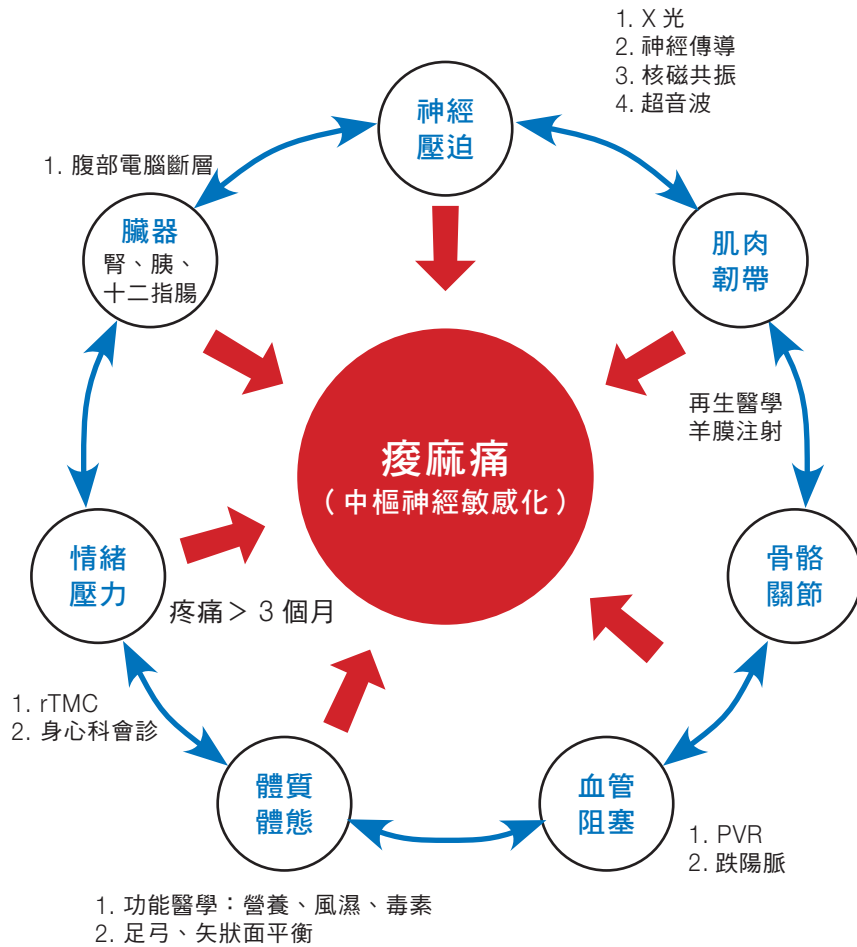


而使用的策略方法，就是透過望、聞、問、切，在病人的身上收集證據資料，然後綜合判斷列出可能的臆斷。

在經過治療以及觀察治療後的反應，最後在完成診斷或診斷加s（們）。診斷加s複數，就叫做「共病」。一般民眾的直覺想法都認為，病根只有一個，比較沒有共病的概念。不過，疼痛往往都是以共病的方式存在，想要更澈底解決疼痛的問題，其實都需要跨科別的醫師共同一起完成。所以，非常建議從事治療疼痛的主治

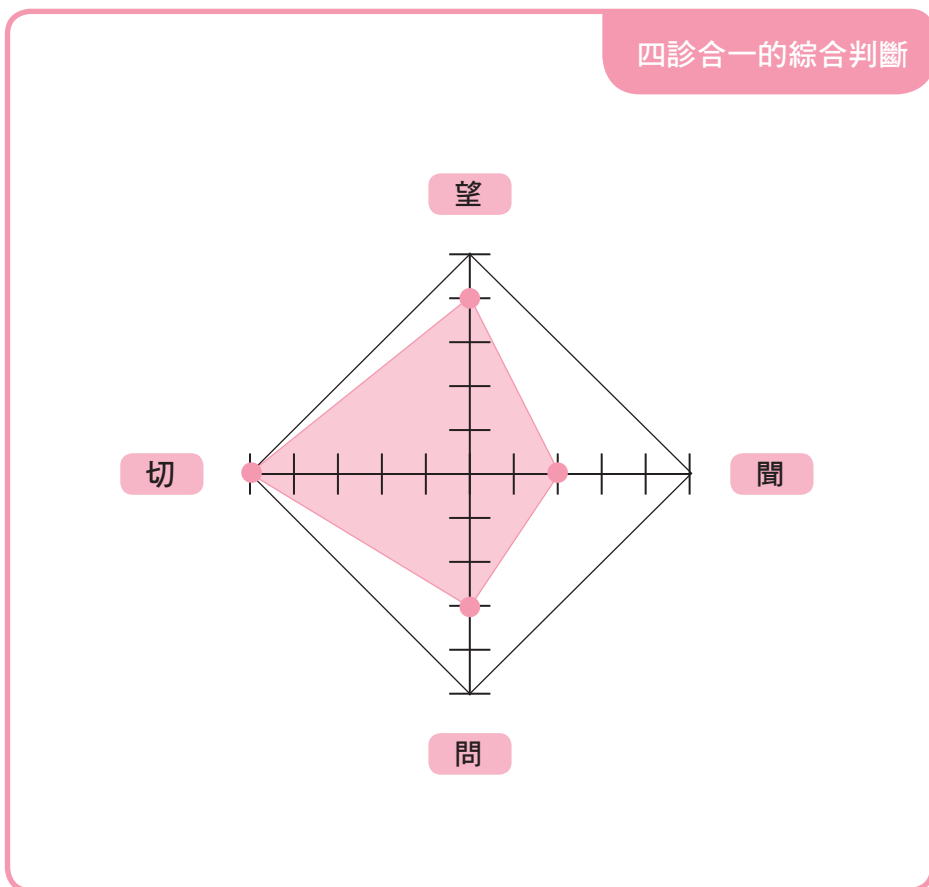
共病（診斷加S）

疼痛機轉



醫師，能建立自己的團隊，其中可包含神經外科、骨科、精神科、復健科，以及物理治療師、營養師、心理諮詢師等。

利用「望、聞、問、切」四個走向，收集病人的資訊來綜合判斷，就是「實證醫學」的核心價值，強調醫師不能單憑感覺或所謂的「多年的經驗」來診斷病人，因為不符合科學的精神，非常容易造成誤判或錯判，而其中綜合判斷是最難的。如果四個走向都指向同一個方向或大類的疾病，診斷起來比較不成問題；但如果四個走向彼此又有衝突，那這樣就會增加診斷的困難度。



所以，在面對四個走向的結果時就要做一些取捨，給予不同的權重，然後經過初步治療後的反應，再做加減判斷。有些問題利用望診的比重多一點，一眼就可以看出來；有些疾病就要仰賴問診，譬如病人受傷的經過，身體哪個部位先著地，外傷力量的傳遞方向，這些都有助於判斷疼痛的來源及受傷的位置。

• 望診

醫師利用眼睛視覺，觀察病人外顯的特徵，例如姿勢、面色、五官、皮膚狀況、體態、精神、病人的血液檢查及影像報告（包括 X 光、動態 X 光、電腦斷層、核磁共振）。

• 聞診

聞診有兩個層面的意義。
第一，利用醫師的嗅覺，聞聞看病人身上有沒有特殊的味道（口氣、體味等）。**第二**，拿聽診器去聽病人身上的聲音，譬如呼吸、頸動脈跳動、心臟跳動及腸子蠕動的聲音，甚至更細膩一點，可以聽病人說話的聲音（含鼻音、喉音、氣音）、語氣以及流暢度等，這些都是非常值得參考的資訊。



▲ 為了更順暢的溝通，可將聽診器改為助聽器。

如果遇到重聽的病人，我們可以把聽診器反過來使用，讓病人帶聽診器，醫師對著聽診器說話，讓彼此的溝通更精準流暢，以免雞同鴨講而造成誤解。換句話說，就是把聽診器變成助聽器。

• 問診

這是我個人覺得最重要、也最考驗醫師專業知識的診斷方法。問診的第一個意義，是問清楚病人這次來看病的目的是什麼，求診主要是想解決哪裡或哪些疼痛的問題，譬如腰痛、腿痛等，試圖同理病人的疼痛。

換句話說，就是確認在病歷寫作格式中的第一項，也是最重要的項目：主訴〔Chief Complain (C)〕。如同到法院一樣，要跟法官講清楚，被告侵犯了原告的什麼內容，原告的什麼權益受到侵犯或損失。若方向搞錯了，整個過程就完全沒有意義，因為沒有真的解決到病人的問題。

第二個意義，是當醫師收集完病人的資訊之後，腦子裡會產生臆斷，或者也可以說是鑑別診斷。愈是有經驗，或愈專業的醫師，初步產生的鑑別診斷會愈多。而且醫師也要自我期許跟要求，增加鑑別診斷的項目以及內容。唯有不斷的腦力激盪，才能使自己的醫術不斷的精進。醫師腦中有愈多的鑑別診斷（加s），就會主動的「詢問」病人忽略掉、但卻是很重要的正向或負向表列的症狀，或者相關問題。然後根據這些鑑別診斷的輕重緩急、因果關係，或者可能性的大小，給予初步的治療。接著，再觀察治療之後的反應以及病人的回饋，再做出診斷或者診斷們（加s）。最後，釐清各項診斷之間是否有因果關係，或者彼此之間根

本就是獨立事件。由於一般民眾除了沒有共病的概念，也比較沒有無法分別臆斷與診斷的分別，在此順便提醒大家。

• 切診

首先，利用雙手檢查病人，也就是所謂的（徒手）理學檢查，例如按壓病人所謂的痛處。若病人主訴今天是要處理腰痛，醫師就請病人指出感覺疼痛的位置，確定之後，再用自己的手去觸診做雙重確認。這樣一來，可以確定彼此的認知有沒有錯誤。這個動作「非常、非常、非常」的重要，千萬別小看它！若醫師與病人對於疼痛的位置在認知上有錯誤，那往後的檢查以及治療就有可能大錯特錯了，因為「差之毫釐，失之千里」。

其次，觸摸動脈波動的強弱也很重要，譬如手腕的橈動脈、足背動脈、頸動脈等，有助於判斷動脈有無狹窄的現象。

最後，被動式的活動病人的肢體感受，查看關節角度有沒有受限，神經張力的強弱以及肌肉緊繃的程度，同時也要引導病人主動的做一些特定的動作，以評估運動功能的表現。這些都是非常有用的資訊，有利於醫師羅列出更多的鑑別診斷，加以分析評估。

中醫的醫書不斷的諄諄教誨醫師，一定要望聞問切四診合一來綜合判斷，絕對不能單純把脈就斷病，非常容易造成誤診。但就現代醫學而言，因為影像學的進步，往往太強調或看重影像學的報告，反而容易忽略了幫病人做理學檢查，睜大眼睛觀察病人，打開耳朵聽聽病人描述疼痛史等。不過，也別忘記了應引導病人做有效率的描述，而不是僅天南地北的詳述自身的疼痛。

診察病人不能因為健保制度的關係，每個病人分配到的時間

很短暫，就忽略或跳過四診。如果造成判斷上的錯誤，之後要花更多時間來彌補，反而得不償失。

在此要特別強調，單從影像的結果下診斷（望診）是非常不準確的，這個觀念澈底顛覆一般大眾的想法。影像上呈現出所謂的不正常，或者所謂的骨刺壓迫神經，往往不是眼前疼痛的原因。一定要配合疼痛的位置或深度（聞診、問診）以及運動功能受限的情況（切診），來綜合判斷，才能精準的抓出疼痛的來源。如果病情需要到手術的程度，一定要完成「望聞問切」、「四診合一」的診斷過程之後，再讓病人接受手術。

以病人的角度來說，如果僅截圖核磁共振的影像，在網路上尋求各方意見是否接受手術，同樣是一件非常危險的事情。又或者僅以接受過治療或手術的病人所提供的核磁共振影像，甚至連病人都沒有摸過（切診），就發表看法或評論上一位醫師的做法，這些都是很不可觀的行為。

根據增生治療大師 Dr.Hauser 的說法，核磁共振檢查是最不精準的檢查，準確率很低，往往在核磁共振發現不正常的位置，並沒有產生任何的症狀。但是，反過來先確定病人疼痛的位置之後，再反推核磁共振上的影像，才能得到印證。比方說，以韌帶的疼痛而言，因為很多韌帶很小、很薄，在核磁共振上並沒辦法完全顯現出來。透過醫師的拇指去按壓疼痛的位置（切診），再配合解剖學的知識，反而比核磁共振的檢查，更容易診斷出韌帶損傷的疼痛。

接下來會透過幾個案例來說明，除了啄木鳥檢查法之外，結合「望聞問切」、「四診合一」能如何幫助醫師做出更精準的診斷。



脊椎骨刺的診斷應用

記得小時候常聽街坊鄰居說，某位神醫只要把脈就知道病因，然後就能藥到病除。一般人都認為，這樣的醫師才叫做厲害。甚至有些病人為了測試醫師是不是所謂的神醫，故意不完整表述病情，直接把手伸出要醫師把脈，來考驗醫師的功力。從專業的角度來說，這根本就是拿自己的生命開玩笑，完全是跟自己過不去的做法。

查遍了歷代中西醫大師，都一再的叮嚀後生晚輩，千萬不能「一診定江山」，因為非常容易誤診。一定要「四診合一」，即便你對某個疾病已經非常的熟悉，也千萬不能省略。

接下來，先把「四診合一」應用在「脊椎骨刺」的診斷上，簡單做個說明：

【望診】

病人一進診間，就開始觀察病人走路、雙手擺動的樣子，還有整個體態，先有個大方向的概念。

【聞診】

聽聽看病人的主訴是什麼？這一次求診，主要是想解決哪個部位的痠麻痛或無力？

【問診】

幫病人把雜亂無章的症狀，整理成符合醫學邏輯的方式，再反問病人做確認。或者，多問幾個病人未提及、但可能會有相關的症狀，目的在於確認病人真正的問題。舉例來說，老人家看病的時候，常常說他沒辦法下床。再進一步問，為什麼無法下床，可能會有類似以下的問答：

「因為腳沒力。」

「會不會痛？」

「會。左腳跟腰很痛。」

「所以，您是因為腰腿很痛不敢出力，所以無法下床是嗎？」

「沒錯，就是這樣。」

簡單來說，病人就是「左側坐骨神經痛，痛到無法下床」。

別以為這樣的對話很無聊，同樣的狀況每天都在診間上演著。再加上有些老人家耳背，要聽懂他所描述的症狀，更要多點耐心、多花點時間。

【切診】

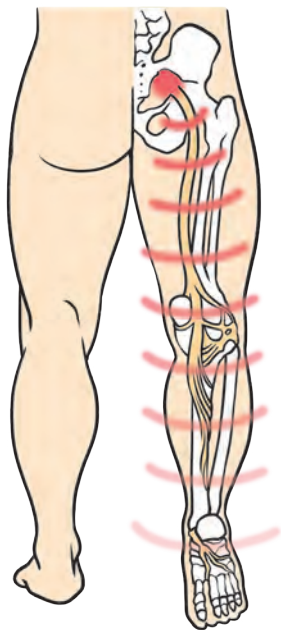
在古代，「切」就是切脈以及觸診。以現代的講法，可以分為徒手理學檢查、影像學、實驗室抽血報告的判讀等。延續上述的例子來說，「左側坐骨神經痛，痛到無法下床」，可以壓壓病人的腰部、臀部有無痛點；直膝抬腿，測試呈小角度反應；腰椎 X 光片檢查，有無明顯骨刺；抽血檢查或驗尿，看數值有無異

常。經過上述的綜合判斷後，就可以更確定病人的坐骨神經痛，可能是腰椎骨刺造成的，這就是運用「四診合一」，來診斷疾病的過程以及邏輯。

現在資訊非常的發達，有些病人看病前都會上網查一些資料，甚至先做了部分自我的診斷。於是，病人的潛意識裡，就認為自己一定是什麼病，在看診時，無意識的引導醫師到自己已經先入為主的疾病上，甚至說服醫師，自己就是得了這個病。

別以為不可能，這種誤導確實經常發生。所以，「四診合一」的看診步驟非常重要，也可避免被病人牽著鼻子走。最後誤診的結果也是醫師要自己承擔，對雙方都不好。

坐骨神經痛切診診斷



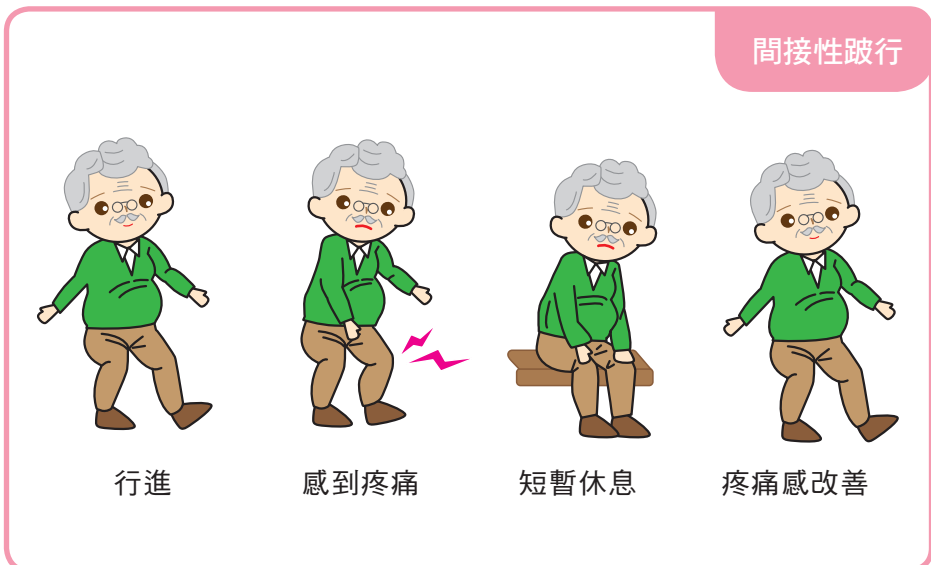
可按壓腰部、
臀部有無痛點。



間歇性跛行的診斷應用

「腳麻了是要怎麼跑？」這是一句爆紅的廣告臺詞，在醫學上則叫做「間歇性跛行」。病人短短走幾公尺，兩腳就開始感到發麻或發硬，小腿肚發硬，需要停下腳步休息，或者彎腰或蹲下，腳發麻的情況才會改善，然後才有辦法再繼續往前走。所以，一路上走走停停。這個病症拖久了，會連帶造成膝關節的提早退化疼痛，到時候就更不方便走動了，真的不能輕忽。

八十歲阿媽被間歇性跛行困擾很久了，從家裡走到公園運動，一路上就要暫停十幾次，才能走達目的地。加上因為駝鳥心態、害怕開刀，所以遲遲不敢就醫。接下來就從「望聞問切」來逐一說明，如何判斷阿媽的病因。



【望診】

從外觀上來看，阿媽的上半身非常明顯往前傾，且兩個膝蓋輕微變大、變形。整體精氣神還算不錯，講話聲音洪亮。看她的 X 光片，腰椎確實有明顯的退化，腹主動脈也有一些鈣化的現象。

【聞診】

聽阿媽對於走路的描述，確實屬於間歇性跛行的特徵：走一小段路，兩腳就會產生症狀。停下腳步等個幾十秒鐘，症狀就會消退。

【問診】

「請問你停下來的时候，只要直直的站著，症狀就會改善？還是要坐下來或蹲下來，症狀才會消退的更快？」

「稍微彎腰駝背，腳麻就會退得比較快。不瞞您說，學猴子走路的樣子最舒服。」

從與病人的問答中，可以確認這是屬於動態性的跛行。雙腳的症狀，會隨著姿勢改變而有所變化。

【切診】

用手指觸摸一下足背動脈的跳動，也就是利用中醫所謂的趺陽脈，來比較兩腳的差異，血管的管徑大小軟硬等。若兩腳沒有明顯的差別，就可以暫時排除血管狹窄造成的間歇性跛行了。

接著，再幫病人排動脈分段血流及壓力測定（Pulse Volume Recording，簡稱 PVR）的檢查，就可以更加確定，是否能排除血

管性狹窄造成的間歇性跛行。

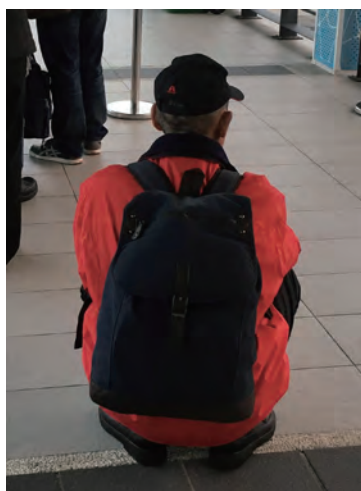
此外，病人腰椎檢查起來，大約在第三、四、五節附近的關節摸起來比較硬，但沒有很明顯的壓痛點，神經學檢查也沒有上運動神經元的症狀表現。

● 四診合一後的臆斷

腰椎椎腔狹窄合併神經壓迫造成的動態性神經跛行，可以安排腰椎的核磁共振檢查做最後的確定。但是，千萬別誤會核磁共振的結果才是「法槌」，而忽略掉之前「四診合一」的檢查過程。

檢查的順序不能搞錯或有所省略。舉例來說，有些病人在核磁共振檢查之後，發現有相同程度的腰椎椎腔狹窄，但病人並沒有症狀。反之，病人有壓痛的地方，核磁共振檢查的結果，卻沒有異常的發現。所以，診斷病人不能只靠核磁共振的報告而已，這樣非常危險。建議大家看病的時候，不要一進診間就要求做核磁共振，應該留一些時間，讓醫師好好替你檢查，因為「望聞問切」缺一不可。

再舉一個我在機場發現的例子。從候機室準備登機的路上，只要排隊的隊伍暫停下來，照片中的這位伯伯就會馬上蹲下，隊伍前進了，他就站起來再往前走。仔細觀察他走路的樣子，有一隻腳運動



▲ 行進間會走走停停，以緩解腳麻，是間歇性跛行常見的症狀。

功能比較差，腳踝關節活動僵硬，這是超級典型的神經壓迫造成的間歇性跛行。

間歇性跛行造成的原因可分為兩大類，分別為血管性及神經性。血管性間歇性跛行特徵，不一定是走路的時候才會發生症狀，只要兩腿有做運動的時候，例如騎腳踏車或踩飛輪，就會發生腳發麻，但只要停下腳步就會改善症狀，不一定要有特別的姿勢，譬如彎腰或坐下。血管性間歇性跛行的致病原因為供應下肢的動脈阻塞，造成下肢循環不良缺血缺氧，而且通常單腳的症狀較多，當然兩隻腳也有可能。

神經型間歇性跛行的典型特徵跟血管性的類似，只要走一段路，兩腳就會有症狀發生。特別的是，騎腳踏車不會有症狀，再遠都可以騎。一旦症狀發生了，就需要有特定的姿勢才能解除症狀，可以坐下來或彎下腰，症狀消除的速度才會快。它的發生原因是因為腰椎椎腔或者是外側隱窩的狹窄，又或者是腰椎滑脫間接造成椎腔的狹窄。病人的症狀通常以兩隻腳為多，只有單側的情況比較少。

透過 X 光片、電腦斷層以及核磁共振的檢查，醫師才能仔細評估病人壓迫的節段在哪裡，以及整體評估脊椎的穩定度後，才能執行手術。目前創新的「清醒無鋼釘微創腰椎顯微手術」，可以處理大部分這類的病人，且安全性超高、手術時間短、麻醉時間短、出血量少，手術完隔天出院，舒適度大幅提升。



棘突上韌帶挫傷的診斷應用

一名二十六歲的男性來就診，提到第一次腰痛是在兩三年前。當時，他自己認為是蹲下起身時，背部不小心撞到機器之後所導致。撞到之後的幾天，有比較明顯的疼痛，但之後漸漸好轉了，就不再在意。一直到他開始發現，偶爾會有疼痛的感覺，甚至在做某些動作時，疼痛更加厲害。

為了這個問題，他已經跑了好幾家醫院看病。醫師都說，X光跟核磁共振的檢查都沒有問題，請他做復健拉腰。

病人很年輕，而且受傷的力道，聽起來好像不是很嚴重，所以大部分的醫師，都不覺得跟當時起身撞到背部有關係。加上事隔已久，受傷的軟組織應該都復原了。甚至有些醫師會認為，病人是因為情緒跟壓力的問題，才導致疼痛。

但是，病人自己的感覺是：「腰部真的會疼痛，也真的一定有問題。四處求醫都沒辦法解決，讓我覺得很煩。這麼年輕就這樣，我以後怎麼辦！」他確實有一些焦慮的情緒，也難怪有些醫師會覺得是情緒壓力造成的疼痛。病人的媽媽也非常的苦惱，就這樣輕輕的撞一下背部，真的會變得那麼痛嗎？

【望診】

病人的表情看起來確實有一些煩躁。掀開衣服看背部皮膚，外觀確實沒有什麼特別的。

【問診】

病人自認為是那一次背部的小撞傷之後，才開始產生腰痛現象。假設病人的認知是對的，那麼碰撞的地方一定會有疼痛點，可以馬上著手理學檢查。

【切診】

讓病人趴在診療床上，請他指出大概的疼痛位置。接著，由醫師就這個範圍仔細按壓，結果真的在胸椎第十二節椎棘突的上方，找到壓痛點。再透過按壓力道的大小變化，分辨出壓痛點其實在不深的地方，就在皮膚表面下方一點點的位子而已。

順手拿迴紋針貼在皮膚上當作記號，讓病人去拍 X 光片。影像呈現結果，果真跟預判的位置差不多，就在胸椎第十二節。

除此之外，再讓病人做一些腰部動作，發現活動範圍並沒有受到限制。但是在做的過程中，有幾個動作會引發輕微的疼痛。

【問診】

病人確實有壓痛點，而且有明確的外傷碰撞。從病人帶來的電腦斷層影像，在該處確實沒有發現骨折的現象，所以判斷應該是軟組織受傷。而且，屬於相對表層的軟組織受傷，不需要太用力按壓就可以按到痛點，因此判斷是「棘突上韌帶」的挫傷。請病人特別做一些會拉扯到棘突上韌帶的動作，也確實會引發類似的疼痛。

• 四診合一後的臆斷

根據「四診合一」所下的臆斷，是胸椎第十二節椎棘突上韌帶挫傷。於是，決定先做一個診斷性的注射，及時改善疼痛。所以，更能確定病人腰痛的來源，「至少」是胸椎第十二節椎棘突上韌帶挫傷所造成的。因此，病人也在接受建議之下，接受增生治療注射。兩個星期後再次追蹤，注射治療已經完全解決了他腰痛的問題。

• 增生治療 •

解決病人的疼痛問題增生治療，到底是什麼呢？簡單來說，增生治療的原理，是啟動人體的自我修復反應，刺激軟組織（如：韌帶、肌腱、關節軟骨等）重新修復，適合治療韌帶損傷、慢性肌腱扭拉傷、撕裂傷、膝關節退化、膝蓋半月軟骨損傷、足踝扭挫拉傷、肩部旋轉肌腱破裂、網球肘、高爾夫球肘、足底筋膜炎等。

增生療法的藥物有常見的高濃度血小板血漿（Platelet-rich Plasma, PRP）及羊膜絨毛膜移植物（Amniofix），作用在於引起注射部位一個好的發炎，進而促進組織增生，可以減少結疤組織，幫助傷口癒合，以達到改善疼痛的功效。

一般的 Amniofix 於體內可持續作用的時間約為三個月，而 PRP 則是一個月。此外，注射前與後應避免使用消炎藥，以免抑制發炎影響療效。注射後三天內，避免劇烈運動。注射後若疼痛加劇，屬於正常現象。注射後必須持續復健療程及運動訓練，可使修復效果更佳。

增生療法的藥物比較

	羊膜絨毛膜異體移植體 (Amniofix)	高濃度血小板血漿 (PRP)
產品過程	<ul style="list-style-type: none"> ● 羊膜絨毛膜複合體，專利技術製成。 ● 美國原裝進口，真空無菌包裝。 	抽取自身血液，於體外濃縮後注射回患部。
作用機轉	富含超過 285 種生長因子，快速作用且長期釋放，會吸引自體幹細胞作用於患部，達有效止痛、修復。	自體血液萃取的生長因子。
藥效維持	持續作用時間約為三個月。	持續作用時間約為一個月。
治療時間	步驟簡單，只需要 3 ~ 5 分鐘。	需抽取自身血液離心，需 30 ~ 60 分鐘。
濃度	生長因子濃度高且不具排斥性，適用自體修復能力差的人，血液狀況不佳者，尚未治療已知癌症、且不適合 PRP 治療的人，已嘗試過 PRP 注射、但效果有限的人。	生長因子與自身體質有關。
治療週期	1 ~ 2 次	2 ~ 5 次



腰痛，其實是頸椎出問題

王阿姨是我多年的鄰居，也可以說從小看我長大。幾年前，她就知道腰椎有滑脫的問題，腰痛的症狀一年也會發作好幾次，困擾她很久了。終於，她下定決心要接受腰椎手術的治療。

從她的 X 光片來看，確實也是明顯的腰椎滑脫。不論是症狀或 X 光片的結果，再到計畫動手術，一切聽起來都非常合理。只是，就算再怎麼合理，也不能忽略掉「望聞問切」的檢查。

【望診】

腰臀外觀看起來確實是比較凹陷，且骨盆前傾，屬於蠻典型滑脫的現象。

【聞診】

根據病患描述，症狀已經好幾年了，也看過好幾位醫師，所有診斷都蠻一致的，就是腰椎滑脫。

【切診】

按壓病人的脊椎，在腰椎並沒有發現明顯的壓痛點，反而是頸椎的部分有壓痛點。這樣的發現讓我心裡起了一個很大的質疑，因此進一步讓病人做腰部的功能測試。往前彎的時候，腰痛會比較明顯，但合併固定頸椎的活動時，再往前做彎腰的動作，腰痛的症狀竟然消失了。再一次按壓病人的腰椎，而且力道比第

一次稍微加大一點，同樣沒有發現滑脫的地方有明顯的壓痛。

【問診】

「阿姨，平常您的肩頸會痠痛嗎？」

「偶而會肩頸痠痛，但次數很少，腰痛的頻率比較頻繁。」

【第二次切診】

頸椎的壓痛點比較明顯，而且活動範圍有受限。於是，額外補拍了頸椎的 X 光片，發現頸椎明顯有骨刺，所以建議暫時停止腰椎手術的計畫，重新安排頸椎核磁共振，看看骨刺對神經的壓迫程度。幾週後，核磁共振的結果，證實了頸椎椎間盤突出，合併有神經的壓迫。

● 四診合一後的臆斷

根據「四診合一」所下的臆斷，王阿姨的情況是：一、頸源性的腰痛；二、陳舊性無症狀的腰椎滑脫。

經過一段口沫橫飛的解釋之後，王阿姨似懂非懂的說：「就憑我們幾十年的鄰居，從小看你長大這一點，你不可能存心害我的。而且我看你檢查那麼仔細，也只能相信你，接受手術治療。」

手術順利完成後，王阿姨的腰痛確實也不痛了。完美的結局總算對這幾十年的「敦親睦鄰」有所回報，沒讓阿姨白疼。

頸脊髓或頸椎神經根受骨刺壓迫的病人，會感到單手或雙手麻痺疼痛。嚴重者，連雙腳都會感到麻痺，導致走路不穩及四肢無力。核磁共振顯示頸椎椎間盤突出、椎管狹窄或脊骨移位等，都是俗稱的「頸椎長骨刺」。若想澈底治療，手術會是最好的方法。且若曾嘗試保守治療，如藥物及物理治療等，但皆無明顯效果者，就更符合手術治療的適應症。

● 頸椎手術治療

「微創前頸椎融合手術」及「微創前頸椎椎間盤植入手術」是針對頸椎間盤病變的治療方法，兩種術式的過程其實是一樣的，最大的差別在於：放入椎間盤的內容物不同。椎間盤植入手術的病人，未來鄰近節斷病變的機會低。相反的，採取融合手術，在未來鄰近節段提早退化的機會就相對較高。運氣不好的病人，若上下節又長出新的骨刺且壓迫神經，就有可能需要再開刀一次。



▲ 前頸頸椎椎間盤植入手術。

頸椎手術對於神經外科專科醫師而言，是非常日常的常規手術。當然，腦部手術也是屬於神經外科的範疇，用開腦部的手來開頸椎手術或者腰椎手術，反而是更輕而易舉。頸椎手術大部分都採「前開」，而腰椎手術比較常採取「後開」。