

養和之道



第四十二期 二零一四年四月

上下肢病徵的處理

袁卓煒醫生 急症科專科醫生

上肢和下肢病徵的診斷可以非常明顯，亦可以很複雜。現代醫學分科比較細微，同一個病可經不同專科處理。有些人會誤解骨科醫生只會處理骨骼問題，其實例如阿契里斯腱撕裂 (Achilles Tendon Tear)，亦由骨科醫生以外科手術處理；又例如其中一個常見腳痛病因 - 痛風，不同專科也會面對不同程度和不同複習性的痛風。手痛亦是一個日常的挑戰，因為它又可能與免疫系統毛病有關。診斷上肢和下肢神經痛時需進行神經傳導檢查 (Nerve Conduction Study)。總括而言，一個專業及有系統的診斷方向，能夠幫助診斷和對症下藥。

現在先介紹最明顯的症狀診斷：運動創傷。

上肢或下肢運動創傷包括脫臼、骨折、韌帶撕裂及肌肉撕裂。脫臼和骨折是嚴重急症個案，傷者會感到劇痛，宜立刻求醫，藉X光檢查分辨和確診。脫臼比骨折更需即時處理，時間愈久，軟組織腫脹便愈嚴重，脫臼愈難復位。肩膀和手指關節是常見的脫臼部位，前者常見於接觸性運動和上肢活動較多的運動，例如籃球、檯球。肩膀脫臼要成功復位，關鍵在於肩膀肌肉要放鬆，一般需要靜脈注射鎮靜劑，復位後再作磁力共振，以確認肩膀韌帶是否有撕裂，如嚴重撕裂便要進行手術，預防將來慣性肩膀脫臼。

手指脫臼即打籃球時的「篤魚蛋」，乃指手指直插向皮球，亦常見於排球、足球龍門。傷者會立刻感到痛楚，這時應立刻求醫。大部分患者都是手指韌帶撕裂，嚴重者可導致骨折或脫臼。韌帶撕裂患者需藉塑膠托來減少手指患處的活動，讓撕裂的韌帶有望完全復原。

下肢運動創傷常見於膝頭、小腿肌肉、阿契里斯腱、跟腱(腳跟與小腿間的大塊肌腱)、腳踝及腳掌骨。

膝頭受傷常見於需作跳起、急停、急轉等動作的運動，如足球、籃球。膝頭韌帶期間要承受巨大壓力導致磨損、撕裂。韌帶撕裂可分為急性或慢性：急性韌帶撕裂會令膝頭劇痛，又或導致膝頭關節出血，令膝頭腫脹、發熱，經X光和磁力共振可予以診斷。通前十字韌帶、半月板受傷屬比較嚴重的情況。緊急處理方法包括向患處施壓、冰敷及托高患處，必要時靠手術重建韌帶。膝頭還有兩種韌帶，分別是內側對位韌帶和外側對位韌帶。這兩種韌帶受傷相對輕微，患者多數只需服用消炎藥、休息和接受物理治療便可以完全康復。

小腿肌肉、阿契里斯腱、跟腱(腳跟與小腿間的大塊肌腱)問題常見於羽毛球、壁球等活動，特別是中年人士較易受傷。小腿肌肉撕裂患者通常會覺得小腿好像突然間被球類打中並腫脹。若是阿契里斯腱撕裂，臨床檢查都可以分辨。

腳踝受傷「拗柴」最常見於下肢運動創傷。患者會立刻感到劇痛、腳踝腫脹，此時應立刻冰敷患處並將腳托高，然後立刻求醫。醫生會判斷患者是否要接受X光檢查以診斷骨折。大部分「拗柴」都是韌帶非完全撕裂，無須打石膏，一般兩星期便痊癒。少數嚴重患者的韌帶會完全撕裂，導致腳踝經常受傷，要接受磁力共振和手術治療。

有時「拗柴」也會導致腳掌第五節骨折斷，一般亦無須打石膏。除橫向骨折，X光檢查一般可以診斷。

以上都是常見的運動創傷，日後再與大家分享其他個案。

頸痛、腰背痛與 脊椎病變

麥勤興醫生 骨科專科醫生

概說

頸背酸痛、腰背痛是很普遍的症狀，會發生在任何年齡或任何人身上。然而從事某些活動的人較易出現頸痛、腰背痛：經常長時間垂頭閱讀書寫，或使用案上電腦，令頸後肌肉長時間繃緊，頸椎及椎間盤長時間受壓，容易產生頸痛；若工作上要用腰力、彎腰負重操作、體力勞動或長時間坐在辦公室工作等，都較容易誘發腰背痛。

如何處理

解剖結構

脊柱由脊椎體、椎間盤、韌帶及周遭的軀幹肌肉組成，支撐著身軀的重量，脊柱骨是最易勞損及受傷的部位。

頸項由頭髓骨以下有七節頸椎；腰椎由胸椎以下有五節腰椎連接到骶骨及盤骨。頸椎及腰椎是脊柱中較活動節段，尤其是頸椎第五、第六及第七節；腰椎第四、第五及腰骶之間的椎間盤，較容易受勞累消耗和創傷。

成因

頸腰背疼痛的主要成因是背肌肉緊張及疲勞等軟組織發炎。普遍原因往往關乎起居生活、坐立、工作或休息時沒有留意適當的體位姿勢，使骨骼、關節和相關肌肉過度疲勞、韌帶拉緊及肌肉痙攣，得不到適度的舒展，缺乏營養血供而產生酸痛或刺痛的感覺。

如頸背、腰背有關的肌肉、韌帶等軟組織被過度牽拉或撕裂、扭傷或直接碰撞等亦會觸發沉重及疲累的痛楚。

除了軟組織外，以下一些骨骼方面的變異，也會引致頸腰背痛，需要專業的骨科專科醫生處理。

1. 椎間盤或椎間關節有病變、退化、脫位、突出，甚至鈣化、骨化（骨刺），使椎管及椎間孔道變窄，壓迫中樞神經和椎間孔道內的神經根，產生神經系統的病變：神經痛、肢體癱瘓和麻痺等功能缺損
2. 各種原因導致的椎管狹窄，椎體的後縱韌帶、或黃韌帶變厚，甚至鈣化，使管內的神經系統：神經根和中樞神經束受到擠壓
3. 脊椎體滑脫、前傾
4. 椎間盤的脫位或撕裂

5. 脊椎柱之骨折或脫位
6. 脊椎椎體或椎間盤受感染
7. 脊椎或椎管內的腫瘤或囊腫
8. 脊椎關節老化、僵硬、慢性發炎
9. 急性或慢性盤腔發炎、脊椎炎：類風濕性關節炎，強直性脊椎炎等

徵狀

頸背與腰背痛有急性和慢性之分。急性的可持續四至六個星期，而慢性頸背、腰背痛則是一種持久甚至終身的痛楚。背痛可以是突如其來的疼痛，如刀刺、或是隱隱的酸軟疼痛感覺。日常一些動作，例如咳嗽或打噴嚏等，都會加劇痛楚。頸痛的患者甚至伴有上背、肩膊酸痛痺；腰背痛的或會感到雙腳麻痺。即一般常見的坐骨神經痛，由腰背一條供應腿部的神經線受壓所致。

若上肢或下肢有明顯麻痺，觸覺和活動變得遲鈍，肌肉軟弱無力，關節、肌肉變得僵硬，而這些症狀持續不退，又或是有以下的症狀，便有可能是以上脊椎或椎盤的病變，應該求助骨科專科醫生，作較詳細的檢查：

1. 持續性腰背痛，晚上尤為嚴重，有時超過兩、三星期而沒有好轉
2. 腰背痛等的徵狀沒有因臥床、休息甚至退炎藥物而得到舒緩
3. 下肢逐漸乏力
4. 大小便失禁
5. 脊柱出現前彎（脊柱後凸或駝背）或側彎（脊柱側彎）
6. 持續發熱或突然消瘦、體重驟降

診斷方法

骨科醫生診治時，會先聽取病史，然後進行體格及神經學檢查。在體格檢查中，醫生將評估你的身體姿勢、活動幅度及狀況，並留意任何導致痛楚的動作。檢查一下脊柱的狀態，查看脊柱的弧線及垂直程度，測試肢體肌肉有否痙攣。進行肢體外圍及中樞神經檢查、肌肉強度、感覺能力和神經反射的變化，以及痛症是否已蔓延至其他身體部位。

有時候也需要借助X光及電腦掃描（CT）的方法，判斷患者是否因一些常見的脊柱問題而導致腰背痛、臀部麻痺及下肢無力。

除了X光及電腦掃描，骨科醫生或會驗血，進行核磁共振（MR），替椎管內的中樞神經束和神經根造影、正電子掃描（PET）和核子掃描等。這些檢查除了可以幫助醫生了解病因、病情並作出診斷之外，對指引適當的外科手術也有幫助。

非手術治療

若背痛源於肌肉扭傷或僵硬，隨後一般都能自癒。背痛的保守治療方法包括鎮痛劑、物理治療及其他另類療法，例如針灸。醫生並不建議長期臥床：臨床研究顯示，臥床太久反而會加劇背部痛楚。口服或注射消炎藥物能有助減少痛楚；其他如深層肌肉按摩、物理治療法、冷熱療法、透皮神經電療鎮痛(TENS)、超聲波及運動療法等亦可舒緩痛楚，強化身體機能，防止背痛再次出現。

手術治療

大部份背部扭傷及僵硬的患者都不需做手術，只是在一些引致嚴重背痛的個案中，例如結構性脊柱畸形或嚴重的脊椎狹窄等，醫生才會建議施行相應的手術治療。

據資料顯示，僅5%的背痛患者需要接受手術。

如發覺身體出現上述症狀，進行非手術治療多個月後仍得不到理想的效果，或可考慮接受進一步的檢查，以確定手術治療的需要。

醫生將視乎患者背部與腿部的症狀而進行所需的手術類型，例如減壓（椎板切開術、椎板切除術及椎間盤切除術）及融合術等，藉此減低有關部位的痛楚、畸形和任何神經影響。

預防方法

1. 姿勢正確

坐立和工作須保持身體姿勢正確（即脊柱自然的弧線），能盡量減少對脊柱的損害。不論坐立或日常活動時，身體都應該保持正確的姿勢

2. 搬動物件的安全方式

搬動任何物件之前，應先充分評估物件的重量和形狀，以及搬動物件所需要的時間

拿著物件的底部及兩側，並盡量將之貼近軀幹。

記緊背部保持挺直。從側面觀看，耳朵應與肩膀成一直線，兩肩微微向後，保持水平方向

下巴稍微向內，盆骨靠前，讓臀部與足踝排成直線

3. 提舉物件的安全方式

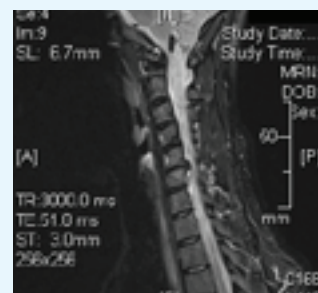
首先，審視將要提舉的物件。若物件太過沉重，應求助他人合力提舉

提起物件以前，應移走沿途所有障礙物

切勿彎身來提取物件。保持良好姿勢，頭部與身體成一直線。盡量靠近物件，然後屈曲髖部和膝部

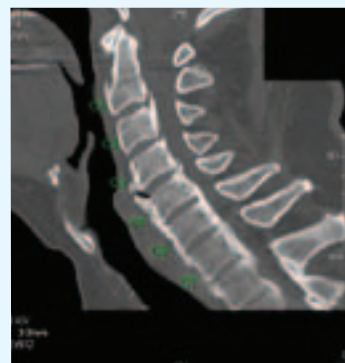
保持呼吸，收緊腹部肌肉，雙臂和雙腿用力，而非運用背部和腰力，把物件慢慢提起

圖一



頸椎C5/C6左邊椎間孔因骨質增生(骨贅)而狹窄，擠壓第六頸神經C6，造成左前臂麻痺乏力

圖二



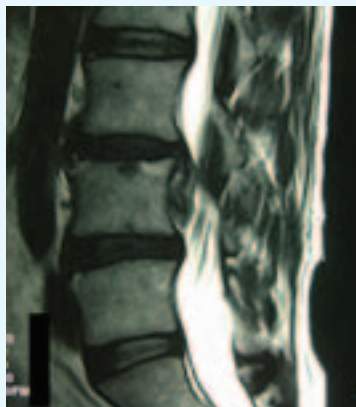
圖三



頸椎後縱韌帶增生骨化，造成頸椎管狹窄，影響上下肢的感覺和運動神經，以及四肢的靈活及協調

腰椎4/5節椎間盤突出，擠壓坐骨神經根，影響下肢的活動與感覺

圖四

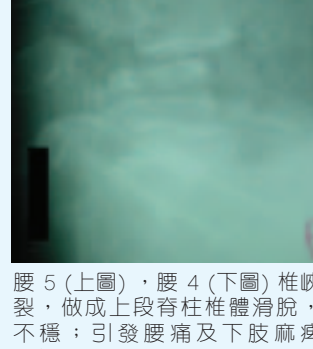


圖五



腰椎3/4節椎間盤突出，游離椎間盤，使椎管變狹窄，擠壓椎管內的坐骨神經根，產生跛行症狀。

圖六



脊椎感染，破壞椎體及椎間盤，膿液積聚擠壓脊柱神經，引致下肢麻痺截癱

腰5(上圖)，腰4(下圖)椎體骨折，做成上段脊柱椎體滑脫，不穩；引發腰痛及下肢麻痺跛行

慢性疼痛

李靜芬醫生 麻醉科專科醫生

慢性疼痛

- 疼痛可以是急性或慢性、局部或擴散。慢性疼痛是指持續一個月以上（以前為三個月或半年）的疼痛
- 疼痛是伴隨着現存或潛在的組織損傷而產生一種令人不快的感覺和情緒上的感受。痛楚是由神經傳送到大腦，因為每節神經根都可以說是一個感覺神經的電路網絡，一旦長期疼痛刺激發炎，疼痛網絡就很容易傳遞和過敏（記憶），痛覺過敏會使鄰近神經出現惡性循環痛症。治療長期疼痛前必須先經專業評估，排除其他突發病患的可能。

慢性疼痛可分為以下各類：

1. 肌肉骨骼疼痛 (Somatic Pain-Musculoskeletal)
2. 內臟痛 (Visceral Pain)：如經痛、內臟腫瘤痛、盆腔痛
3. 神經痛 (Neuropathic Pain)：如椎間神經根及刺激鄰近神經發炎、神經病變痛、三叉神經痛、帶狀皰疹後遺神經痛
4. 混合痛症候群 (Mixed Pain syndrome)：如枕大神經頭痛、頸源性偏頭痛、內臟腫瘤牽涉性痛 (referred pain)

全人治理疼痛管理

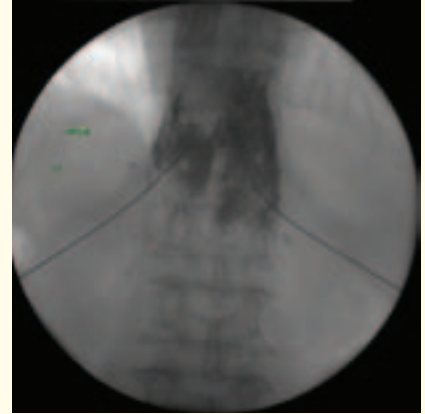
醫生對病人之疼痛症進行專業全人評估痛楚指數，以作出正確的診斷，決定減緩痛楚的方式及選取適合的生活方式和止痛方法，致力透過不同形式的綜合治療方案，選擇各種不同的疼痛介入治療程序，幫助病人紓緩不適，提升生活質素。

慢性疼痛神經阻滯療法 (Pain Interventional Procedure)

以下的方法，皆可以減弱痛神經傳送的感觉：

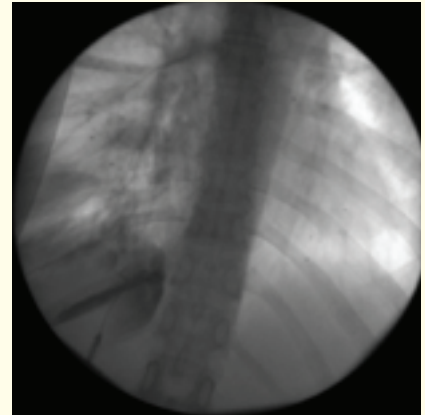
1. 在神經線上注射局部麻醉劑。藥效迅速，並可維持數小時。注射類固醇以減低神經的發炎和腫脹情況，延長其止痛效果。
2. 若注射其他藥物如酒精或苯酚，或能令神經線傳遞功能失效達數月之久。
3. 利用一支幼金屬探針在神經線上加熱（射頻）或冷凍，亦可令神經線傳遞功能失效數月。若用神經破壞藥（癌症痛），因為受破壞的神經會於數月後重生，效果可維持數星期至數月不等。腫瘤可能超出神經叢所覆蓋的範圍，需要輔助化療及舒緩電療，控制病情。

圖一



腹腔神經叢阻滯（癌症痛）

圖二



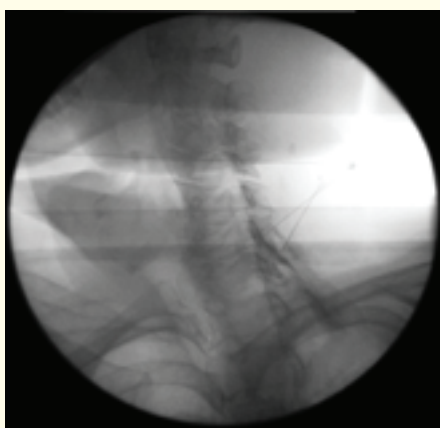
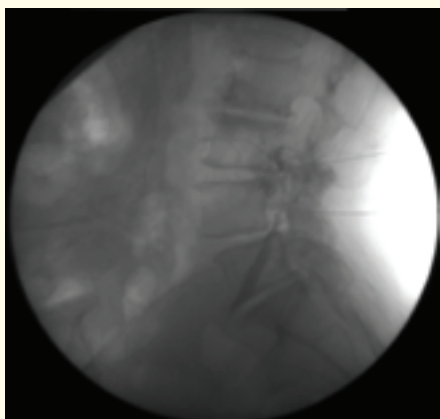
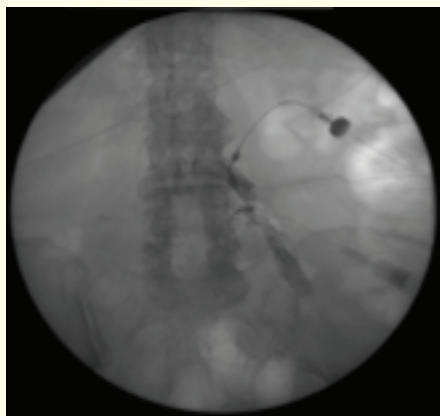
肋間神經阻滯（癌症痛/ 胸上背痛/
帶狀皰疹後遺神經痛）

圖三



腰椎硬膜外類固醇注射 + 硬脊膜外腔粘連分離術有助消炎、消腫和止痛。如果有慢性纖維化和疤痕黏連的跡象，將使用特殊設計的靈活硬膜外導管把硬脊膜外腔黏連分離（多用於手術後神經痛症）

圖四



脊椎神經注射療法 (Nerve Root Sleeve Block)：紓緩脊椎退化與骨贅對神經根的刺激和神經痛

圖五



實時成像超音波引導「觸痛點」注射 (Ultra-sound-Guided Trigger Point Injection)

當然，要處理頭頸肩背痛問題，並非單靠針藥便可，還需要配合物理治療，學習多做放鬆肌肉拉筋伸展運動，以增加肌肉筋腱彈性和伸展度，更重要是更正日常錯誤的坐姿，積極加強肌肉復康運動，方才治本。

疼痛治療門診治療

「痛症綜合治療」成功的治療須針對每個部位不同病患，給予度身訂造式的止痛方法，分以下各點：

1. 個人痛症管理排除可能的潛在疾病與累積加重因子，糾正日常錯誤不良姿勢，才是治本之法
2. 運動管理及物理治療 (Lifestyle Modification and Pain Coping)
3. 藥物管理：能有效地認識和運用止痛藥物
4. 介入性疼痛治療術，利用局部麻醉藥物打針放鬆肌肉，即觸痛點注射 (Trigger Point Injection) 或神經阻斷注射，以阻斷疼痛的網絡傳導路徑，同時血液循環得到改善，截斷疼痛的惡性循環。
5. 情緒管理

疼痛管理重點在於全人治理和加強活動能力，不能單單以止痛為目標，也要考慮和治理其它病痛的影響，例如睡眠、情緒、生活的素質。評估心理情況及加強睡眠質素，減輕情緒緊張及恐懼感，逐步鬆弛疼痛以作緩解，紓緩因長期痛症而帶來的精神壓力。

對病人的全人治理

各種治療的成效和副作用不同，病人可以與專科醫生一起制定最適合自己身體狀況和目標的醫治方法。

風濕骨痛vs類風濕

李家榮醫生 風濕病科中心主任



在過往診症的日子中，常遇到大小小有關「風濕」這個概念的問題，其中亦有不少的誤解需釐清。當骨骼肌肉遇到天氣變化而疼痛時，很多人都視之為「風濕病」而找風濕科專科醫生，以弄清自己是否患上類風濕關節炎。事實上風濕科專科醫生確實處理不同的關節、骨骼及肌肉的毛病，但「類風濕關節炎」只是百多種風濕病類之一。隨著醫學科技過往數百年的進步，我們已可從一系列籠統的「風濕病」中，逐步把不同的病症分辨出來。不同的病因，不同的疾病機理；讓我們可以發展和掌握更切合及具有針對性的治療。類風濕關節炎就正好是一個例子。

以往很多病人將類風濕關節炎歸咎於進食菇、豆、海產等食物。但現在我們已知道類風濕關節炎其實有別於因進食以上含高嘌呤的食物所致的痛風症；反之，研究揭示遺傳因子（如HLA DR4等）與疾病的關係。吸煙亦會明顯增加發病風險。近年亦有研究初步顯示牙周病的細菌亦有機會誘發類風濕關節炎。

至於類風濕關節炎的病理機制就有更多的研究數據，告訴我們不同的致炎蛋白（細胞素）和免疫細胞之間的互動。對疾病有更清楚的認識，衍生了十多年前生物制劑的治療，亦是九十年代末治療類風濕關節炎的一個重大突破。由於生物制劑是一組針對性高的藥物，以往研究和十多年的臨床使用，驗證了它相對能更快、更有效控制病情，對身體內臟器官亦有更少副作用，至今已發展多種不同的生物制劑。治療類風濕關節炎的研究當然不會局限於生物制劑，傳統藥物並非一無是處。不同的傳統藥物配搭，尤其是在早期較輕與沒有較差預後因素的病人而言，仍是一個合適的選擇。

更值得一提的是，在治療跟進上亦已定立了一些客觀指標（如DAS-28、SDAI、CDAI等）。研究顯示無論使用傳統抗風濕藥還是生物制劑，最重要是要把病情控制至得以緩解，或簡單來說是消除相關發炎。若能持續將病

情控制在緩解的狀態，便可逐步減藥以致停藥。歐洲一項著名研究顯示，若能為發病內兩年的患者採取目標為本的足夠治療，可令約四分一患者在兩、三年後停藥。

如上文所述，類風濕治療得到很大的進步和突破，令不少學者進一步希望在早期關節未受破壞時及早診斷。血清檢測現在已不單是傳統的類風濕因子，據二零一零年剛更新的診斷分類，驗血檢測應包括抗-CCP抗體及血沉降率（ESR）和C反應蛋白兩個發炎指標。

隨著醫學科技的進步，超聲波及磁力共振掃描亦逐漸普及，輔助臨床檢查找出不易發現的發炎位置，以及一些早期關節侵蝕。

凡此種種在認識及診治類風濕關節炎的進步，都帶給患者希望。只要患者與醫護合作，一起努力，類風濕關節炎不再是昔日病人口中的不死絕症！



I. 傳統調節病情抗風濕藥（Traditional DMARD）

- Methotrexate（甲氨喋呤）
- Salazopyrin EN（柳氮磺吡啶）
- Hydroxychloroquine（金雞納）
- Leflunomide
- Cyclosporin（環孢素）

II. 生物制劑（Bio-DMARD）

- 抗TNF α Adalimumab
 Etanercept
 Golimumab
 Infliximab
- 第六介白素 Tocilizumab
- B細胞（抗CD-20） Rituximab
- T細胞受體 Abatacept

III. 較差預後因素（Poor Prognostic Factors）

- 對類風濕因子呈陽性
- 對抗-CCP抗體呈陽性
- 已出現關節侵蝕
- 關節外受累徵狀
- 功能明顯受制

腕管綜合症

周志平醫生

(物理醫學及復康科部主任)及其團隊



腕管綜合症之診斷及治療

我們的手部有兩條主要的神經線，包括正中神經及尺神經。正中神經線是支配大拇指動作與支配大拇指、食指、中指以及一部份無名指感覺的神經線。腕管綜合症是指手上的正中神經在經過手腕前方、由腕骨與韌帶圍成的「腕隧道」受到位於神經前方的韌帶壓迫所造成的症狀。腕管綜合症是常見的疾病，最常發生於需重複手腕動作的人身上，例如清潔工人、機械技工及家庭主婦等。全身性疾病患者包括糖尿病、甲狀腺功能低下、風濕性關節及長期血液透析等患者亦常患此症。手腕因骨折或腕骨脫位，及婦女於懷孕期間發生液體滯留所引起腕隧道組織之腫脹，亦可能壓迫正中神經。估計約有百分之三至五人口患有腕管綜合症，而大多數患者都並無任何明顯或單一病因。女性患者人數約是男性患者的三至五倍，亦最常發生於四十至六十歲的年齡組別。

腕管綜合症的早期症狀包括正中神經所支配的感覺神經分佈區域出現麻木、疼痛等症狀。症狀在夜間會加劇，患者甚至會因麻痛症狀而醒來。麻痛症狀會甩動手部而暫時減輕。麻木、疼痛症狀日間也會逐漸出現，而且會因重複手腕動作如洗衣、清潔、騎單車等令症狀加劇。中期症狀包括手指持續麻木、疼痛，令手指進行精巧動作（如扣衣鈕）時有困難。手上的筷子、杯子亦未能握穩而掉落。麻木、疼痛症狀有時會放射到手肘甚至到肩膀部位。較後期症狀包括正中神經支配之範圍感覺轉壞或喪失、大拇指肌肉萎縮及手部活動功能障礙。



腕管綜合的診斷過往是依靠患者描述病情及臨床表徵以作判斷病情，但此方法並不是最準確，估計誤診機會率約有百分之十到十五。現今最高標準的診斷是電生理檢查，被認為是最客觀和最準確的臨床診斷方式。此檢查在養和醫院之電生理檢查室由復康科專科醫生施行。檢查若發現腕部區段的正中神經傳導速度放緩，或波形振幅變小，方可確認為腕管綜合症。電生理檢查除可用作診斷，也可協助決定病情是否已經嚴重致需要手術治療。電生理檢查也可用以追蹤病情及判斷治療進展，是一種必不可少的術前檢查。

腕管綜合症治療方法可分為兩大類：包括非手術治療法及手術治療。大部份情況下需要跨專業團隊合作。非手術治療包括物理治療，職業治療(手架)，以及改善工作時手法及注意日常動作的姿勢等。如症狀頑固，醫生亦會考慮注射低劑量類固醇於「腕隧道」內，以減低「腕隧道」內軟組織的腫脹及壓力。如果非手術治療未能奏效，便需考慮手術治療。手術治療可分為兩大類：開放式手術及微創式（內視鏡）手術，通常會由骨科醫生施行。這兩種方法均可永久消除「腕隧道」內之壓力及其產生的症狀。





要有效預防或避免腕管綜合症，職業治療師會首先瞭解患者的生活角色、日常生活習慣，找出導致腕管綜合症的風險因素，然後針對性地提供改善潛伏在日常生活、消閒活動工作中的風險因素，並就人體力學及輔助器具提供建議。

以下是一些容易導致腕管綜合症的風險因素：

(一) 重複腕部動作

持續急促的腕部活動，是導致腕管綜合症的主要原因之一。對於一些經常需要打字、持續用電腦輸入資料、用槌子或需要處理大量釘裝書籍的工作，也會有機會加速腕管內軟組織撕裂，以及關節和肌腱潤滑劑的消耗，造成勞損。

有些餘暇活動如編織毛衣、拉小提琴、彈鋼琴等，手腕均需不停重複同一動作，亦是容易引致腕管綜合症的風險因素。

(二) 手腕過度用力

單手拿盛滿東西的長柄煲、用手拿著水煲沖水或長時間操作大型吸塵機等情況，手腕均需要相當力度，很容易導致腕管綜合症。此外，常常用手拿取重物、搬動行李，都是導致腕管綜合症的風險因素。

(三) 不良的姿勢

我們在日常生活中或工作中，有時會不自覺地屈曲手腕，如有些媽媽會習慣性地屈曲手腕抱初生嬰兒，又或文職工作人員有時亦會伸手及屈曲手腕，拿取放在高處的文件；維修人員需要經常將手伸入機械底部，手腕屈曲著進行維修。這些動作都會增加腕管的壓力及勞損機會，形成腕管綜合症。此外，當我們打字時，手腕若沒有足夠承托，都會令腕管受擠壓，引發腕管綜合症的高危因素。

(四) 休息不足

如果因職業關係(如收銀員、零件裝配人員、車衣工人或裝修工人)而必須連續工作，或需重複腕部動作多達數小時而

沒有足夠的休息，便會令到肌肉過度疲勞，亦容易引發腕管綜合症。

當職業治療師瞭解患者的生活習慣和工作需要後，便會因應患者個別的危險因素，提供一些預防方法。職業治療師亦會教導患者人體工學，並提供意見改善動作，避免病情惡化及減輕日後復發機會。

以下是一些人體工學的建議：

(一) 交替雙手工作

在日常家居活動或工作時，可交替雙手，例如清潔家居或抹窗時，可左右手交替，減少重複運用手腕。

如有些工作不能交替雙手，例如使用工具等，可交替轉換工種，以免同一組肌肉過份疲勞。連續工作一至兩小時後便要交替做其他工作(如體力勞動的工作與輕巧的工作交替)，或建議在工作間做伸展運動。

(二) 認識能力限制

正確評估自己的能力和限制，以及評估工作的要求，量力而為。若工作的要求超越自己的能力，便需要重新配對合適的工作或安排工序。有需要時(如搬運過重或過大的物件)，應該尋求協助或重新安排時間，以減少不必要的負擔。

(三) 善用工具

在日常生活中，我們可以使用不同的工具來節省體力，以及避免手腕重複屈曲及用力，例如手拉車、攪拌器、電動罐頭器、碎肉機或符合人工力學的槌子。

(四) 減少屈曲手腕動作

在工作或日常生活中，我們應時刻注意正確姿勢，例如打字時，電腦鍵盤要正中，鍵盤擺放的高度應調整到能讓肩膀自然放鬆，手肘成九十度屈曲。此外，亦建議使用手腕墊或滑鼠墊，讓手腕平放，避免手腕過度彎曲。

而從高處或低處拿取物件時，建議以梯子來協助，避免手腕過度屈曲。如有需要，亦會建議於工作期間穿戴使用工作支架(Working Splint)，以減輕工作和活動時的不適。

(五) 定時小休

如果工作需要重複不停活動手腕，建議每六十分鐘休息一下，並做適量的手部伸展，短暫的休息能防止疲勞。餘暇時喜愛編織活動，應避免重複編織動作過久；建議平日需要練習樂器的人士，如鋼琴、小提琴等，應避免過量重複動作。

此外，如有需要，亦會建議在晚間穿戴休息支架(Resting Splint)，有助減輕腕管受壓，使患處得到休息，從而改善痲痺情況。

腕管綜合症與物理治療

腕管綜合症是一種常見的職業病，成因為腕管隧道狹窄，使手腕的正中神經受到壓迫。早期的症狀為大拇指、食指、中指及無名指有麻木、刺痛感，症狀會在夜間時加劇；後期大拇指的肌肉更可能開始萎縮、伸展困難及手部喪失感覺。對於早期的腕管綜合症，物理治療可以減輕正中神經的發炎及壓迫情況，紓緩症狀，讓受壓的正中神經減少負荷，身體的自癒機制便能發揮作用，症狀亦會慢慢得到改善。

(一) 磁療、超聲波及激光

當正中神經因長期重複動作導致發炎時，可透過磁療、超聲波及激光等方法減輕炎症，從而減低正中神經受壓的現象，紓緩症狀。

(二) 按摩 Madenci Hand Massage Technique (MHMT)

可透過一套簡單的按摩方法，增加淋巴回流，減輕手腕的腫脹，從而減輕症狀。

(三) 伸展運動

神經線及筋腱運動

當炎症及腫脹情況得到改善後，可配合正中神經及其周邊的筋腱運動，使受壓的正中神經可於腕管隧道內正常地滑動，減低黏連及預防關節僵硬。

上肢伸展運動

定期進行手腕及上肢的伸展運動，避免手腕長時間受壓。

以上的運動都可以在日常生活中或工作期間進行。

(四) 日常護理

如果日常生活和工作需要重複使用手部，應該讓手部間中休息，以免過勞。亦應該使用合適的工具，以免手腕過份屈曲，增加腕管內的壓力。如要長期使用鍵盤，手腕要有舒適的承托，以免增加腕管壓力。



磁療



按摩



筋腱運動



上肢伸展運動

放鬆腕管手術後的物理治療

如腕管綜合症問題嚴重，便需要進行手術，增加腕管內的空間，讓受壓的神經得以復原。手術後的物理治療亦很重要，包括減少疤痕黏連，改善腫脹（超聲波、按摩疤痕、伸展運動），預防關節僵硬。至於大拇指的肌肉消瘦，則可利用肌肉神經電刺激和運動等來增強肌力。

最後，避免腕部受壓和重覆性的動作，並於日常生活中多作伸展運動，才是不二法門。



痛楚與止痛藥



止痛藥主要分為非類固醇消炎止痛藥（NSAIDs）、Paracetamol（Acetaminophen）及鴉片類止痛藥，其藥理、藥效及副作用各有不同。個別種類的痛楚或對某種止痛藥物反應較好，但效果也因人而異。以下是常見止痛藥物的例子：

肌路痛楚

- Paracetamol（Acetaminophen）有助紓緩輕微至中度肌路痛楚。此藥副作用少，一般無需處方購買。但服食過量會產生嚴重副作用，故服藥後如徵狀不退甚至更加嚴重時，切勿自行增加劑量，應諮詢醫生意見。成人劑量為每日服四次，每次服半克至一克。
- 鴉片類止痛藥如 oxycodone、morphine、fentanyl 在芸芸止痛藥中藥力最強，用於治療嚴重劇痛。副作用包括嗜睡、便秘、噁心及嘔吐。服用者有可能會出現上癮及耐受情況，故醫生一般只會處方一段時間，期間醫生會密切監察劑量及病人服藥後的反應。
- NSAIDs 如 diclofenac、celecoxib 等既能止痛，又能消炎，適用於輕微至中度痛楚。NSAIDs獲廣泛使用，服後也有可能出現嚴重副作用，故服用前應諮詢醫生意見。長期服用會引起消化不良、噁心、消化道出血及腎臟/心臟問題等副作用。在各種NSAIDs中，新藥 COX2 inhibitors 如 celecoxib 或 etoricoxib 對胃部較易出血或潰瘍的人士相對安全，惟止痛或消炎效用不比傳統NSAIDs優勝。
- 肌肉鬆弛劑如 orphenadrine 或 diazepam 適用於肌肉收縮或抽搐患者，亦可與其他止痛藥共用。然而，diazepam 會令部份病人出現耐受、依賴性，甚至戒斷症狀，故只適合短期服用。

神經痛楚

上述傳統止痛藥對神經痛楚效果較低，有關紓緩神經痛楚的藥物一般都不屬止痛藥類別，如三環類抗抑鬱藥 amitriptyline 及抗癲癇藥 gabapentin 或 pregabalin，此等藥物會影響中樞神經系統運作，引起如昏暈等副作用。服用時必須遵從醫生指示，切勿自行停服或增加劑量。

偏頭痛

對大部份有輕微頭痛的人而言，普通止痛藥如paracetamol或 NSAIDs 如 ibuprofen 就能迅速見效；然而對偏頭痛患者便可能要嘗試不同組合的藥物，方能找到最有效的治療。一系列藥物治療可包括 NSAIDs、paracetamol、ergotamine、promethazine 及 triptans 類藥物。Triptans 如 sumatriptan 有別於止痛藥，但對個別病人就非常有效，一般只限用於傳統止痛藥無效時由醫生處方使用。

經痛

NSAIDs 如 mefenamic acid 或 naproxen 能紓緩經痛。如經血過多時感到痛楚，醫生會考慮使用如 tranexamic acid 或避孕藥等藥物，以減少出血。

腹痛

腹痛成因包括消化不良、胃氣脹、食物中毒及胃炎等，治療選擇視乎成因而定，使用藥物包括抗腸氣脹藥或抗生素。如胃部抽搐或有胃氣，醫生會處方如 hyoscine 或 mebeverine 等鎮痙藥；如懷疑胃部或腸道有細菌感染，醫生便會處方抗生素。如腹部某一位置突感劇痛，有可能是盲腸炎徵兆，切勿嘗試用成藥自行處理，應立即求醫。

胃灼痛

病人(特別是小童)不時會混淆胃灼熱及腹痛。胃灼熱乃指胸骨以下位置感到一股不適的暖感或灼痛，有時蔓延至喉部、頸部或顎部，而進食、彎腰或躺臥後可使痛楚加劇，一般可服用制酸劑或 H2 receptor antagonist 如 famotidine 等藥物處理病徵；如情況未有改善，醫生或會處方 Proton Pump Inhibitor 如 omeprazole，此類藥物能長時間減少胃酸分泌。

喉痛

喉痛是細菌或病毒感染的病徵，情況不太嚴重時，一般建議使用止痛藥如 paracetamol 或 NSAIDs 如 ibuprofen 來減輕痛楚，同時也可產生退燒作用。大部份喉痛均由病毒感染所致，而抗生素則只能治療細菌感染，也會產生不良副作用。而使用不適當的抗生素來治療輕微病症，會引起細菌產生抗藥性，往後藥物便失去療效。



胸痛/心絞痛

胸痛一般是心臟問題的病徵。如有胸痛但以往未曾確診心臟問題者，應立即求醫。一般使用 glyceryl trinitrate 以作紓緩，亦可在運動前先行服用以防胸痛。一劑量的 glyceryl trinitrate 一般能於兩至三分鐘內紓緩痛楚，如首劑無效，可於五分鐘後再服一次，如十五分鐘內服用三劑後依然無效，應立即前往醫院求醫。

眼痛

眼痛可以因結膜炎、眼挑針、角膜破損、青光眼或偏頭痛等問題所致。如痛楚輕微，可使用 paracetamol 或 NSAIDs 來紓緩；如屬結膜炎或角膜破損，醫生或會處方抗生素眼藥水如 chloramphenicol 來治療細菌感染。

尿道炎

Phenazopyridine 一般都用於紓緩尿道炎所引起的痛楚及刺激。醫生或會同時處方 Phenazopyridine 及抗生素，可即時紓緩尿道痛楚及治療細菌感染。建議服用 Phenazopyridine 不應超過兩日。Phenazopyridine 會令尿液呈橙紅色。



對止痛藥的疑問或誤解



如果長期服用會否令我依賴止痛藥？

病者不會對所有止痛藥產生依賴的。個別使用肌肉鬆弛劑如 diazepam 或鴉片類止痛藥的病人或會出現依賴的情況。然而你無需過份驚恐，拒絕使用反而會為你帶來無謂的痛楚。醫生會為你的痛楚成因及身體狀況而為你安排治療方案，故無需過份擔心。

我的止痛藥已經無效。是否出現耐受情況？我可以停止服用嗎？

未經醫生同意請勿自行停止服藥。如病人察覺藥力失效，可能因對藥物如 NSAIDs 出現耐受性，但亦有可能是病情加劇所致。故不論任何情況，請記緊先諮詢醫生意見。

我可以用止背痛藥止胃痛嗎？

服用止痛藥處理其他痛楚時必須小心，例如以 NSAIDs 止胃痛，其副作用有可能會令症狀加劇，甚至胃出血。

使用止痛藥有沒有任何禁忌事項？

如病者有心臟血管、肝臟或腎臟問題、胃/腸道潰瘍、哮喘或葡萄糖六磷酸去氫酵素缺乏症，應該諮詢醫生意見才可使用。

如我有葡萄糖六磷酸去氫酵素缺乏症，該怎麼辦？

每次服藥前都應諮詢醫生意見。記緊避免服用如阿士匹靈及個別抗生素。有些藥物或化學品對患者有害，使用前應請教醫生或藥劑師意見。

止痛藥傷胃嗎？

胃出血或胃潰瘍是 NSAIDs 的副作用之一，常見於長者或已服用 NSAIDs 一段時間的人士。醫生會建議你餐後服藥，或處方如 famotidine 等藥物保護胃壁。醫生也可處方新一類 NSAIDs (COX2 inhibitor)，服用此類藥物使胃出血的風險較低。

我對止痛藥過敏，該怎麼辦？

如你對任何藥物過敏，應通知醫生，以便處方其他種類的藥物。

治療一般需時多久？

止痛藥應在服用最短時間及最少劑量以控制痛楚。關節炎或長期背痛的患者則需較長時間服用如 NSAIDs 等藥物。緊記遵照醫生指示服藥。

養和之道

歡迎投稿

誠徵與醫護有關之作品，例如病人心聲、醫護心聲等，形式不拘，主編有權作修訂及決定是否刊登。請將稿件郵寄養和醫院護理行政部，或直接投入醫院大堂意見箱。信封請註明「養和之道」，原稿將不予發還。謝謝！

如閣下欲繼續收到「養和之道」通訊，請填妥下列表格寄回本院護理行政部，本院將在隨後一年內定期奉上。本港及國內費用全免。如需郵寄往海外，則需付郵費港幣五十元正（一年內郵費），請隨表格附上劃線支票，

抬頭註明「香港養和醫院有限公司」或「HONG KONG SANATORIUM & HOSPITAL LIMITED」，多謝合作。

姓名： _____

地址： _____