

# 中醫傷科 實證臨床治療指引



衛生福利部 編印  
Published by Ministry of Health and Welfare

---

中華民國114年9月  
September, 2025

# 中醫傷科 實證臨床治療指引



衛生福利部 編印

Published by Ministry of Health and Welfare

---

中華民國114年9月  
September, 2025



# 目錄 CONTENTS

序 .....	4
第一篇 前言 .....	9
第二篇 指引發展方法學 .....	17
第三篇 頭頸部位 .....	35
第一章 頸椎病 .....	36
第二章 顛顎關節紊亂症（含脫臼） .....	41
第三章 急性頸椎關節周圍炎（落枕） .....	49
第四章 甩鞭症候群 .....	58
第四篇 軀幹部位 .....	63
第一章 腰椎椎間盤突出 .....	64
第二章 腰椎滑脫 .....	74
第三章 急性腰扭傷 .....	80
第五篇 上肢部位 .....	85
第一章 肩關節脫位 .....	86
第二章 沾黏性肩關節囊炎（五十肩） .....	93
第三章 旋轉肌袖損傷 .....	99



第四章 肱骨近端骨折.....	108
第五章 小兒橈骨頭半脫位（小兒牽拉肘）.....	112
第六章 肱骨外上髁炎（網球肘）.....	119
第七章 肱骨內上髁炎（高爾夫球肘）.....	125
第八章 橈骨遠端骨折.....	130
第九章 橈骨莖突狹窄性腱鞘炎（媽媽手）.....	137
第十章 手指屈指肌腱狹窄性肌腱鞘炎（板機指）.....	143
第六篇 下肢部位.....	151
第一章 髕骨股骨疼痛症候群.....	152
第二章 膝關節炎.....	156
第三章 足踝扭傷.....	163
第四章 足底筋膜炎.....	169



## 衛生福利部中醫藥司司長 序

為奠定中醫藥發展基本原則方針，本部制定「中醫藥發展法」並於 2019 年 12 月 6 日經立法院三讀通過，同年 12 月 31 日總統公布實施，開啟了臺灣中醫藥發展的新紀元，期以增進全民健康福祉及促進中醫藥永續發展。在該法基礎下，本部分別於 2010 年及 2022 年推動「中醫優質發展計畫」及「中醫藥振興計畫」，並且呼應賴總統「健康臺灣」之國政願景，於 2025 年推動「健康臺灣深耕計畫」，鼓勵院所發展中西醫療整合照護、中醫在宅照護及偏鄉醫療，廣布中醫健康網絡資源，並建置「中西醫整合照護品質監測暨實證資料庫」，發展照護品質監測工具，蒐集並提升院所治療成效與品質；多項工作皆期望從宏觀層面擘劃中醫藥永續發展藍圖，聚焦於強化中醫醫療照護與人才培育、中藥材品質管理與中藥產業創新發展，並積極拓展國際交流合作，促使中醫與中藥相輔相成，提供國人更優質且具前瞻性的醫療服務。

為符合國際現代醫學潮流，且參考世界衛生組織（WHO）所倡議之傳統醫學戰略，帶動中醫藥結合現代醫療科技及照護技術之發展，本部委託中國醫藥大學編撰「中醫傷科實證臨床治療指引」專書，以中醫獨具特色之傷科治療為主軸，彙集相關實證醫學文獻，並透過系統性方法發展臨床治療建議，協助中醫師作出更精準且適切的照護決策，以提升中醫醫療照護品質，並提供臺灣和國際間於中醫教學、研究及臨床訓練之重要參考，促進中醫藥專業知識並與國際接軌。

在此，感謝林昭庚講座教授團隊與考科藍臺灣研究中心等多位學者專家無私的付出與奉獻，相信本指引將能提供臨床醫護人員更創新、有效的醫療照護技能，未來必能造福更多病人，並期望本指引能有效推展中醫傷科實證，落實於中醫醫學教育及臨床業務，以提供國人優質中醫醫療照護。

衛生福利部中醫藥司 司長

林昭庚 謹識

2025 年 7 月



## 計畫主持人序

過去幾十年來，實證醫學（Evidence-based Medicine, EBM）已成為全球醫療體系的重要基石。1972 年英國學者 Archie Cochrane 提出醫療行為應依據最嚴謹的研究證據，1990 年代加拿大 McMaster 大學 Gordon Guyatt 教授正式提出「實證醫學」一詞，並建立起一套完整的方法學架構，強調系統性文獻回顧、隨機對照試驗（RCT）、以及結合臨床經驗與病人價值的綜合判斷，迅速成為當代提升醫療品質的核心理念。

中醫雖常被歸屬於傳統醫學體系，面對制度化與現代化的挑戰，亦亟需自我轉型與謀求證據支持。在全民健康保險制度實施後，中醫被納入健保給付架構，民眾對中醫診療之接受度持續上升，中醫利用佔總就醫比重已達三成，然而，中醫各專科在臨床療效、安全性、標準化操作等面向，長期欠缺以實證方法所建立的診療準則，成為中醫臨床推展的一大限制。

面對中醫的困境，吾於 2021 年主持「建構中醫針灸實證醫學與臨床治療指引」計畫，獲台灣衛生福利部補助與考科藍台灣研究中心（Cochrane Taiwan）之方法學協力，廣邀針灸領域專家學者與臨床醫師，歷時一年完成具備國際規格的實證指引。該計畫涵蓋神經系統、肌肉骨骼系統、精神系統、消化系統、五官科、婦科、兒科等病症，從臨床問題定義、PICO 架構設計、系統性文獻回顧，到運用 GRADE

系統進行證據品質評估，最終形成具臨床實用性之針灸治療建議，此項成果為台灣首度以國際標準建構之中醫實證臨床診療準則，不僅促進醫學教育與制度推動，亦成為後續中醫實證化的重要參考。

延續針灸指引的基礎與經驗，2024年起，吾再度邀集中國醫藥大學暨附設醫院、長庚大學暨長庚紀念醫院、慈濟大學暨慈濟醫院、義守大學暨義大醫院、陽明交通大學暨台北榮民總醫院等五校院之中醫傷科團隊，啟動「建構中醫傷科實證醫學與臨床治療指引」計畫，擴展至臨床上極具技術性、但實證基礎相對不足的中醫傷科領域。本計畫同樣遵循《台灣實證臨床指引發展及更新手冊》，由考科藍台灣研究中心提供方法學顧問，導入 GRADE 證據評比系統與 AGREE II 指引評核工具，歷經三場團隊暨專家共識會議，完成頭頸、軀幹、上肢與下肢等四大部位常見中醫傷科病症之治療建議。此次發展歷程中，特別納入病友聯盟代表參與，從病人視角審視內容與表達方式，以提升指引的貼近度與可行性，並邀請外部實證醫學與中醫傷科領域專家進行審閱，確保內容之嚴謹度與清晰度。

中醫傷科是台灣中醫臨床實務中民眾需求強烈、技術操作多元的領域，涵蓋筋骨扭挫傷、運動傷害、肌筋膜症候群、關節疼痛與術後復原等常見症狀，其治療方式包括正骨整復、推拿手法、敷貼藥物與針灸並用，深受民眾信賴。然而，長期以來因缺乏量化資料與系統性驗證，本指引之完成，正是回應此臨床現實之具體實踐，為中醫傷科醫師提供一致性、高品質之診療依據，亦使本領域得以朝向制度化、標準化邁進。

本指引的核心價值，不僅提供臨床實用的治療建議，更在於搭建



中醫與西方醫學溝通的橋樑。中醫傷科所蘊含之整體觀、功能復能概念，與當代強調多面向照護與病人功能改善的醫療理念相契合。我們相信，透過導入實證醫學方法，將有助於重新定位中醫傷科在當代醫療體系中的角色，進而強化其在健保政策、醫學教育與臨床應用中的價值與能見度。

最後，謹向所有參與本計畫的專家學者和臨床醫師致上最誠摯的謝意，感謝陳易宏副院長、何宗融副院長、陳方佩系主任、黃澤宏部主任、李長殷副教授、侯甫葦主任、黃明正助理教授等五校協同主持人，協力推動指引內容的編撰與整合。亦感謝考科藍台灣研究中心陳杰峰主任、陳可欣副主任暨執行長，以及台北醫學大學護理學院黃采薇副院長、國立臺北護理健康大學護理系葉美玲特聘教授，提供高度專業的方法學指導，特別感謝台灣病友聯盟吳鴻來理事長擔任病人權益代表，使指引更加完善與貼近臨床實情。經所有成員通力合作，成就這份具歷史意義的中醫傷科實證臨床治療指引。

期許未來有更多中醫學者與臨床醫師投入實證研究，推動台灣中醫從經驗醫學走向實證醫學，持續累積實證證據。同時也期待主管機關持續支持中醫發展，使中醫傷科成為結合傳統智慧與現代科學的典範醫療模式，共創民眾健康福祉。

中國醫藥大學中醫學院中醫學系

講座教授 **林昭庚** 敬識

2025 年 8 月



第一篇  
前言



## 前言

### 第一節 中醫傷科實證臨床治療指引的必要性

五十多年來，國際間醫學發展日新月異，1972 年英國學者 Archie Cochrane 提出「謹慎地、明確地、小心地採用目前最佳的證據，作為照顧病人臨床決策的參考」，並強調隨機分派試驗（randomized controlled trial）的重要性，認為所有醫療行為都應有嚴謹研究及證據，作為其有效的根據，以此為基礎，由加拿大 McMaster 大學 Gordon Guyatt 領導的學術組織正式提出實證醫學（Evidence-based medicine）一詞，自此全世界專家對各醫學領域的隨機對照研究開始進行系統性文獻回顧評論及綜合分析，以方便應用於臨床工作中，作為照護病患的依據。

台灣自 1995 年實施全民健康保險制度，將中醫納入全民健康保險的給付範圍，成為全世界第一個將中醫納入全民健保的國家，目前台灣民眾對於中醫的利用率近 30%，全民健康保險制度對於推廣台灣中醫和提升民眾使用中醫居功厥偉。臨床上，中醫師在治療病患時常常針傷併用，讓患者獲得良好之治療，無奈原有健保制度給付下，除少數接骨復位可同時針灸、傷科同時給付，其餘個案，醫師大多只能針灸或傷科擇一申報，出現不同工同酬之情形。近年來，由於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，政府機關逐年修訂



給付標準，將傷科處置費分為：傷科處置、中度複雜性傷科、高度複雜性傷科等不同程度之支付點數，並且擴大針灸、傷科同時給付之範疇。這些無疑是肯定中醫傷科能夠提供民眾治療療效，亦是中醫界樂見且應該繼續努力耕耘之重要科目。從實證醫學角度來看，如何通過高水準的證據證明中醫傷科療效和安全性，並使其成為醫療體系不可或缺之部分，符合國家和民眾的利益，最大程度地回應病患的需求，正是此計畫之目的。

有鑒於國際醫學的發展潮流和實證醫學的重要性，2024年中國醫藥大學中醫學院林昭庚講座教授，邀集中國醫藥大學暨附設醫院、長庚大學暨長庚紀念醫院、慈濟大學暨慈濟醫院、義守大學暨義大醫院、陽明交通大學暨臺北榮民總醫院的專家學者和臨床醫師，由考科藍臺灣研究中心（Cochrane Taiwan）指導方法學，共同發展及編撰《中醫傷科實證臨床治療指引》，期望集合中醫傷科臨床專家與實證醫學專家之經驗，以嚴謹的指引發展方法學，歸納出符合臺灣中醫傷科治療現況之臨床建議。本指引涵蓋的範圍包括頭頸部位、軀幹部位、上肢部位和下肢部位等疾患，期望以實證醫學支持中醫傷科治療的範疇，佐證中醫傷科治療的療效與安全性，以符合臺灣臨床實際照護需求，並與現代醫學接軌。

## 第二節 發展歷程

本指引遵循考科藍臺灣研究中心發行《台灣實證臨床指引發展及更新手冊》中臨床指引發展之流程<sup>[1]</sup>，包含規劃、發展、發行、更新



等四大步驟。邀請國內實證醫學指引方法學及中醫傷科領域專家，透過系統性文獻回顧及整合二十年國際中醫傷科相關文獻，導入 GRADE 評核系統（Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation），作為文獻證據品質評估工具，並據以發展出臨床建議，指引完成編輯後，再邀請外部專家以 AGREE II 評估工具（The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation），針對指引編撰方法和內容品質進行評估，研擬出符合臺灣臨床照護需求之中醫傷科實證臨床治療指引。

為凝聚指引發展之共識，由中國醫藥大學中醫學院林昭庚講座教授邀請中國醫藥大學中醫學院陳易宏副院長、國立陽明交通大學中醫學系陳方佩系主任、義守大學學士後中醫學系李長殷副教授、花蓮慈濟醫院何宗融副院長、林口長庚紀念醫院中醫部黃澤宏部主任、中國醫藥大學附設醫院中醫傷科黃敬軒科主任、中華民國中醫傷科醫學會廖慶龍榮譽理事長、中華民國中醫傷科醫學會沈炫樞理事、中華民國中醫傷科醫學會侯甫葦秘書長、新北市立土城醫院中醫科楊宗憲科主任、臺北榮民總醫院傳統醫學部吳大鵬主治醫師、義大癌治療醫院中醫科林原禾主治醫師組成指引發展工作委員會，林昭庚講座教授於 2024 年 10 月 27 日召開「建構中醫傷科實證醫學和臨床治療指引計畫」第一次專家暨團隊會議，確定指引發展方法學及範疇，為使指引涵蓋之內容具代表性，由五校院協同主持人召集五校院之中醫傷科領域教師和臨床醫師，籌組指引發展團隊。另外，林昭庚講座教授特別邀請在實證醫學及指引發展領域經驗豐富的考科藍臺灣研究中心陳杰峰主任、考科藍臺灣研究中心陳可欣副主任暨執行長、台北醫學大學

護理學院黃采薇副院長、國立臺北護理健康大學護理系葉美玲特聘教授擔任指引發展指導委員，在指引發展方法學部分提供協助與建議，此外，林昭庚講座教授特別邀請台灣病友聯盟吳鴻來理事長擔任病友權益代表，以權益關係人身分，由病患角度檢視本指引內容是否符合臨床需求，並給予本計畫團隊有關指引內容的修正建議，本次邀請之指引發展組織所有成員均宣告無與本次指引發展有關之利益衝突。

各篇章工作小組成員先行查詢中醫傷科實證醫學相關文獻，並以 PICO 架構（population/problem, intervention, comparison, outcome）陸續完成各篇章指引，在指引發展過程中，分別於 2024 年 10 月 27 日、2025 年 3 月 23 日及 5 月 18 日進行三場專家暨團隊會議，各章節撰稿小組針對系統性文獻回顧、分析結果等進行報告，針對各篇指引發展方法學及臨床建議提出討論，並由指引發展指導委員們依團隊提問予以討論和建議，形成共識後，本計畫團隊於 2025 年 6 月 30 日完成《中醫傷科實證臨床治療指引》初稿。為確保本指引內容之完整性與嚴謹度，指引發展完成後，邀請五位外部專家委員針對指引發展方法學及專科學識進行審查，回饋給指引發展團隊進行修訂，以提升本指引之清晰度、透明度與實用性。

### 第三節 發展單位聲明

此指引主要目的為提供中醫傷科臨床治療疾病之參考，並未提供任何形式之標準療法，同時不反對未被列入此指引的治療方式，也不以現行國內健保制度與給付標準作為主要依據，亦未以相關經濟成



本作為主要考量。此指引無法取代臨床醫護專業人員的個人經驗，臨床專業人員仍應依據個別病人的臨床資料及客觀環境因素做出臨床判斷，決定並採行對個別病人最適合的治療方法。本指引編撰時間倉促，若有繆漏之處，祈請各界先進學者惠予斧正。

## 第四節 指引回顧與更新

本指引自出版日起，預計 5 ~ 10 年進行更新，若未達指引更新時間點，但已有新文獻發表，其證據強度可能足以變更指引內容時，則召開專家會議進行討論，針對是否更新及如何更新指引，達成專家會議共識，並由各篇章撰稿人視文獻結果影響力和臨床需要進行更新。此外，本指引依據國際中醫傷科醫學和實證醫學之學術發展現況，以及因應國內法規政策之變革，屆時將考量進行指引內容的適度更新。

## 第五節 外部審查及權益關係人會議

本指引於 2025 年 6 月 30 日完成指引初稿，經兩位實證醫學領域方法學專家與三位中醫傷科領域專家以《AGREE II 指引品質評估工具》進行評讀，AGREE II 各領域標準化評分分別為：領域一「範圍與目的」96.7%；領域二「權益關係人的參與情形」92.2%；領域三「發展的嚴謹度」95.0%；領域四「清楚呈現」96.7%；領域五「應用性」91.6%；領域六「編制的獨立性」100.0%，整體品質良好，五位委員均建議採用本指引。

## 第六節 經費來源

本指引由衛生福利部補助專題研究計畫「建構中醫傷科實證醫學與臨床治療指引計畫」經費支持，指引發展組織之所有成員均無利益衝突，以確保指引發展立場獨立。

## 第七節 財務與利益衝突聲明

本指引的完成係參考科學證據，並經過多次團隊暨專家舉行會議討論撰寫完成，無圖利任何個人或團體，亦無其他財務與利益衝突。

### 參考文獻

1. 考科藍台灣研究中心, 台灣實證臨床指引發展及更新手冊. 2020.





## 第二篇

## 指引發展方法學



## 指引發展方法學

本指引之發展流程主要係採用考科藍臺灣研究中心於 2020 年研訂之《台灣實證臨床指引發展及更新手冊》之實證臨床指引發展流程<sup>[1]</sup>。

### 第一節 指引發展組織

本指引制訂過程嚴謹，先由林昭庚講座教授邀集中國醫藥大學暨附設醫院、長庚大學暨長庚紀念醫院、慈濟大學暨慈濟醫院、義守大學暨義大醫院、陽明交通大學暨臺北榮民總醫院籌組「指引發展委員會」，並邀請實證醫學、指引發展方法學領域資深專家共四人擔任「指引發展指導委員會」委員。同時參考國際與國內相關臨床治療指引研擬出本指引章節架構，並以五校院中醫傷科領域專家或臨床醫師，擔任各工作小組召集人，由召集人延攬工作小組成員。本指引規劃組織圖及各組任務如圖 2-1；指引發展工作委員會、指引發展指導委員會、病友權益代表、各章節撰稿工作小組名單如表 2-1、2-2、2-3、2-4、2-5。

## 指引發展組織

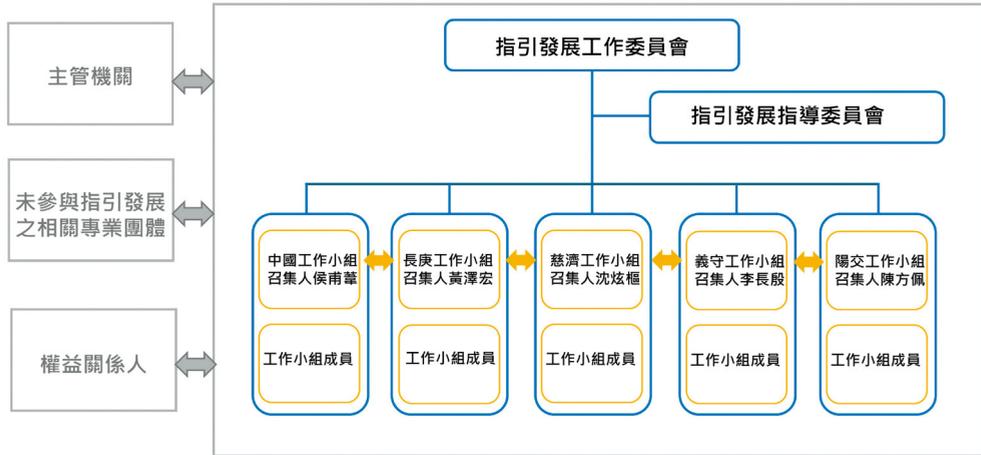


圖 2-1 中醫傷科實證臨床治療指引規劃組織圖

表 2-1 指引發展工作委員會名單

姓名	單位	職稱
林昭庚	中國醫藥大學中醫學院	講座教授
陳易宏	中國醫藥大學中醫學院	副院長
陳方佩	國立陽明交通大學中醫學系	系主任
李長殷	義守大學學士後中醫學系	副教授
何宗融	花蓮慈濟醫院	中醫副院長
黃澤宏	林口長庚紀念醫院中醫部	部主任
黃敬軒	中國醫藥大學附設醫院中醫傷科	科主任
廖慶龍	中華民國中醫傷科醫學會	榮譽理事長
沈炫樞	中華民國中醫傷科醫學會	理事
侯甫葦	中華民國中醫傷科醫學會	秘書長
楊宗憲	新北市立土城醫院中醫科	科主任
吳大鵬	臺北榮民總醫院傳統醫學部	主治醫師
林原禾	義大癌治療醫院中醫科	主治醫師



表 2-2 指引發展指導委員會名單

姓名	單位	職稱
陳杰峰	考科藍臺灣研究中心	主任
陳可欣	考科藍臺灣研究中心	副主任
黃采薇	台北醫學大學護理學院	副院長
葉美玲	國立臺北護理健康大學護理系	特聘教授

表 2-3 病友權益代表名單

姓名	單位	職稱
吳鴻來	臺灣病友聯盟	理事長

表 2-4 外部審查專家名單

姓名	單位	職稱
康以諾	考科藍臺灣研究中心	副執行長
侯文萱	臺北醫學大學附設醫院復健醫學部	主任
邱榮鵬	臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區	副院長
任東輝	奇美醫院中醫部骨傷科	主任
朱世盟	台南市立安南醫院中醫部傷科	主任

表 2-5 指引各章節撰稿工作小組名單

第一篇 前言		
姓名	單位	職稱
林昭庚	中國醫藥大學中醫學院	講座教授
陳易宏	中國醫藥大學中醫學院	副院長



第二篇 指引發展方法學		
姓名	單位	職稱
陳杰峰	考科藍臺灣研究中心	主任

第三篇 頭頸部位		
第一章 頸椎病		
姓名	單位	職稱
曾珠堯	桃園長庚紀念醫院中醫部	主治醫師
曾亮維	桃園長庚紀念醫院中醫部	主治醫師
黃澤宏	林口長庚紀念醫院中醫部	部主任
第二章 顳顎關節紊亂症（含脫臼）		
姓名	單位	職稱
李長殷	義大癌治療醫院中醫科	部主任
林新杰	義大癌治療醫院中醫科	科主任
王軍	義大癌治療醫院中醫科	醫師
劉宜蓁	義大癌治療醫院中醫科	醫師
林致廷	義大癌治療醫院中醫科	醫師
第三章 急性頸椎關節周圍炎（落枕）		
姓名	單位	職稱
謝伯駿	台北慈濟醫院中醫部	主治醫師
陳方佩	國立陽明交通大學中醫學系	系主任
王明仁	臺北市立聯合醫院仁愛院區中醫科	主治醫師
第四章 甩鞭症侯群		
姓名	單位	職稱
曾亮維	桃園長庚紀念醫院中醫部	主治醫師
曾珠堯	桃園長庚紀念醫院中醫部	主治醫師
黃澤宏	林口長庚紀念醫院中醫部	部主任



#### 第四篇 軀幹部位

##### 第一章 腰椎椎間盤突出

姓名	單位	職稱
張子瑜	基隆長庚紀念醫院中醫科	科主任
廖健安	基隆長庚紀念醫院中醫科	主治醫師
胡書聚	基隆長庚紀念醫院中醫科	醫師
林雋容	基隆長庚紀念醫院中醫科	醫師
李佳翰	基隆長庚紀念醫院中醫科	醫師

##### 第二章 腰椎滑脫

姓名	單位	職稱
吳思穎	高雄長庚紀念醫院中醫部	主治醫師
謝孟蓁	高雄長庚紀念醫院中醫部	醫師
黃澤宏	林口長庚紀念醫院中醫部	部主任

##### 第三章 急性腰扭傷

姓名	單位	職稱
李長殷	義大癌治療醫院中醫科	部主任
林原禾	建仁醫院	主治醫師
楊才慧	義大癌治療醫院中醫科	醫師
李岱霖	義大癌治療醫院中醫科	醫師
林致廷	義大癌治療醫院中醫科	醫師

#### 第五篇 上肢部位

##### 第一章 肩關節脫位

姓名	單位	職稱
郭于賢	中國醫藥大學附設醫院中醫部中醫傷科	主治醫師
林宏恩	中國醫藥大學附設醫院中醫部中醫傷科	主治醫師
楊弘因	中國醫藥大學附設醫院中醫部	醫師
許裴心	中國醫藥大學附設醫院中醫部	醫師



第二章 沾黏性肩關節囊炎（五十肩）		
姓名	單位	職稱
王明仁	臺北市立聯合醫院仁愛院區中醫科	主治醫師
陳方佩	國立陽明交通大學中醫學系	系主任
謝伯駿	台北慈濟醫院中醫部	主治醫師
第三章 旋轉肌袖損傷		
姓名	單位	職稱
黃俐瑜	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
林尚緯	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
葉政彥	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
蔡宜臻	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
第四章 肱骨近端骨折		
姓名	單位	職稱
侯甫葦	中國醫藥大學附設醫院中醫部中醫傷科	科主任
陳柏恩	中國醫藥大學附設醫院中醫部中醫傷科	主治醫師
李紋綺	中國醫藥大學附設醫院中醫部中醫傷科	醫師
第五章 小兒橈骨頭半脫位（小兒牽拉肘）		
姓名	單位	職稱
林芷瑩	中國醫藥大學附設醫院中醫部中醫傷科	主治醫師
李紋綺	中國醫藥大學附設醫院中醫部中醫傷科	醫師
侯甫葦	中國醫藥大學附設醫院中醫部中醫傷科	科主任
第六章 肱骨外上髁炎（網球肘）		
姓名	單位	職稱
吳承家	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
林昱廷	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
林國偉	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
陳彥璋	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
范湘宜	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師



## 第七章 肱骨內上髁炎（高爾夫球肘）

姓名	單位	職稱
黃縯誼	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
賴俊宇	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
郭昕典	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
王志弘	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師

## 第八章 橈骨遠端骨折

姓名	單位	職稱
葉祐安	中國醫藥大學附設醫院中醫部中醫傷科	主治醫師
林芷瑩	中國醫藥大學附設醫院中醫部中醫傷科	主治醫師
譚心	中國醫藥大學附設醫院中醫部中醫傷科	醫師
劉巧婕	中國醫藥大學附設醫院中醫部	醫師

## 第九章 橈骨莖突狹窄性腱鞘炎（媽媽手）

姓名	單位	職稱
李長殷	義大癌治療醫院中醫科	部主任
周維貞	義大癌治療醫院中醫科	主治醫師
康博雄	義大癌治療醫院中醫科	主治醫師
盧姿均	義大癌治療醫院中醫科	醫師
林致廷	義大癌治療醫院中醫科	醫師

## 第十章 手指屈指肌腱狹窄性肌腱鞘炎（板機指）

姓名	單位	職稱
李長殷	義大癌治療醫院中醫科	部主任
蔡欣育	義大醫院中醫科	主治醫師
歐羽真	義大癌治療醫院中醫科	醫師
林致廷	義大癌治療醫院中醫科	醫師



第六篇 下肢部位		
第一章 髕骨股骨疼痛症候群		
姓名	單位	職稱
黃澤宏	林口長庚紀念醫院中醫部	部主任
楊宗憲	新北市立土城醫院中醫科	科主任
張詠惠	新北市立土城醫院中醫科	醫師
第二章 膝關節炎		
姓名	單位	職稱
張簡嬭鷓	花蓮慈濟醫院中醫部	主治醫師
吳承恩	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
黃咨博	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
蘇昶翰	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
陳佳樟	花蓮慈濟醫院中醫部	醫師
第三章 足踝扭傷		
姓名	單位	職稱
林虹均	國軍桃園總醫院中醫科	科主任
陳方佩	國立陽明交通大學中醫學系	系主任
謝伯駿	台北慈濟醫院中醫部	主治醫師
第四章 足底筋膜炎		
姓名	單位	職稱
陳昭憲	臺北榮民總醫院傳統醫學部	主治醫師
謝伯駿	台北慈濟醫院中醫部	主治醫師
王明仁	臺北市立聯合醫院仁愛院區中醫科	主治醫師



## 第二節 指引主題及範圍

本指引各章節所涵蓋之主題，由計畫主持人林昭庚講座教授針對預定進行文獻回顧與指引編寫之疾病種類，已先行於計畫籌備期，請花蓮慈濟醫院中醫副院長暨慈濟大學學士後中醫學系教授何宗融醫師、中華民國中醫傷科醫學會榮譽理事長暨廖慶龍骨科院長廖慶龍醫師、時任中國醫藥大學附設醫院中醫傷科主任黃敬軒醫師、義大大昌醫院中醫科主任暨義守大學學士後中醫學系兼任講師陳泰佑醫師、新北市立土城醫院中醫科主任楊宗憲醫師，就傷科臨床常見適應症進行列舉，取其交集而得二十項適應症。林昭庚講座教授於 2024 年 10 月 27 日召開「建構中醫傷科實證醫學與臨床治療指引計畫」第一次專家暨團隊會議中定案 21 項適應症，包含第一篇前言、第二篇指引發展方法學、第三篇頭頸部位、第四篇軀幹部位、第五篇上肢部位、第六篇下肢部位。

## 第三節 系統性文獻回顧

每一項主題均參考臺灣中醫傷科臨床常見適應症，並依系統性文獻回顧之方法學，由各章節撰稿工作小組依該章節重要之臨床問題，研議文獻搜尋策略，查詢資料庫包含 Cochrane Library、Medline、PubMed、EBSCOhost、MD Consult、JCR Web 等，文獻搜尋年代為 2024 年 8 月前發表之英文文獻。文獻搜尋納入條件主要為中醫傷科相關之系統性文獻回顧與統合分析、隨機分派對照試驗且可下載全文者，



排除條件為摘要、動物實驗、病例報告、專家意見、非隨機分派對照試驗、非英文文獻和無法下載全文者等，搜尋合適之文獻後，進行文獻評讀及統合分析，搜尋文獻所使用之關鍵字及搜尋策略，由各章節撰稿工作小組自行研議討論決定。

經查部分中醫傷科疾患之 SCI 文獻數不足，計畫主持人林昭庚講座教授指示整理中國科技核心期刊（2024 版）、中國科學引文資料庫來源期刊（2023-2024 版）、北京大學中文核心期刊要目總覽核心期刊（2023 年版）等文獻品質較佳的收錄期刊名單，取其交集成傷科指引團隊擴充文獻期刊名單，包括《中國中醫骨傷科雜誌》、《中醫正骨》、《中國中西醫結合雜誌》、《中國中醫藥資訊雜誌》、《中華中醫藥學刊》、《中華中醫藥雜誌》、《中醫雜誌》、《中國針灸》、《針刺研究》、《世界科學技術 - 中醫藥現代化》、《世界中醫藥》、《遼寧中醫雜誌》、《北京中醫藥大學學報》、《上海中醫藥雜誌》、《南京中醫藥大學學報》等期刊，作為擴充文獻來源之參考。

## 第四節 臨床研究整合方法

本指引之證據整合方法，預計分為以下三種類型：

- 一、針對重要臨床問題（PICO），若於文獻搜尋過程中，已有品質良好的系統性文獻回顧和統合分析研究，並且無其他較新且具影響力之原著文獻時，則直接引用系統性文獻回顧和統合分析文獻結果，並附上出處。
- 二、針對重要臨床問題（PICO），若於文獻搜尋過程中，已有品質良



好的系統性文獻回顧和統合分析研究，且有較新且具影響力之原著文獻時，則參酌系統性文獻回顧和統合分析文獻結果和之後發表的原著文獻，由各章節撰稿工作小組來針對各章節「臨床問題」進行文獻回顧和彙整研究結果。

三、針對重要臨床問題（PICO），若未搜尋到系統性文獻回顧和統合分析文獻，則由各章節撰稿工作小組依搜尋所得的隨機臨床試驗文獻，進行系統性文獻回顧和統合分析。

## 第五節 證據等級判定

本指引證據等級判定乃依系統性文獻回顧和統合分析整合之證據，並採用 GRADE 工作小組（GRADE working group）發展的 GRADE 評核系統進行證據等級判定，所提出的臨床建議內容，均附上引用之參考文獻出處，以符合實證醫學及指引發展的精神<sup>[2,3]</sup>。

以 GRADE 評核系統進行證據等級判定方面，若採用之研究方法為隨機對照試驗（randomized controlled trial, RCT），則一開始的證據等級會被預設為「A - 證據品質高（high）」；若採用之研究方法為觀察性研究（observational study），則一開始的證據等級會被判定為「C - 證據品質低（low）」，再依照升降級因素進行最終證據等級判定（表 2-6）。

表 2-6 GRADE 證據等級判定程序

研究方法	預設證據等級	降級因素	升級因素
隨機對照試驗	A- 證據品質高	1. 偏差風險 2. 不一致性 3. 不直接性 4. 不精確性 5. 出版偏差	1. 結果顯著 2. 干擾因素可能增加估計的可信度 3. 證據顯示存在劑量—效應關係
觀察性研究	C- 證據品質低		

升級因素包含下列三種：

- 一、結果顯著（large magnitude of effect），證據等級可視狀況上升 1-2 級。
- 二、干擾因素可能增加估計的可信度（plausible confounding can increase confidence in estimated effects），證據等級可上升 1 級。
- 三、證據顯示存在劑量—效應關係（dose-response gradient），證據等級可上升 1 級。

降級因素包含下列五種：

- 一、偏差風險（risk of bias），證據等級可視狀況下降 1-2 級。
- 二、不一致性（inconsistency），證據等級可視狀況下降 1-2 級。
- 三、不直接性（indirectness），證據等級可視狀況下降 1-2 級。
- 四、不精確性（imprecision），證據等級可視狀況下降 1-2 級。
- 五、出版偏差（publication bias），證據等級可視狀況下降 1-2 級。



綜合降級因素及升級因素後，可判定出最終證據品質的等級；各證據等級之定義如表 2-7。

表 2-7 GRADE 證據等級定義

證據等級	定義
A (高)	非常有把握觀察值接近真實值。
B (中)	對觀察值有中等把握：觀察值有可能接近真實值，但也有可能差距很大。
C (低)	觀察值的把握有限：觀察值可能與真實值有很大差別。
D (極低)	對觀察值幾乎沒有把握：觀察值與真實值可能有極大差別。

各章節撰稿工作小組如對文獻證據等級有疑義，應先於工作小組會議進行討論，如仍有爭議，則提至計畫團隊工作會議進行討論，並由實證醫學和指引方法學專家提供實證方法學之建議，以協助凝聚共識。

## 第六節 建議形成方法

各章節撰稿工作小組在完成系統性文獻回顧並依據 GRADE 評估標準判定證據等級後，會進一步考量台灣的臨床實務情況、治療的利與弊，以及病患的偏好，據此擬定相關的臨床建議，並釐清該建議的強度。所謂建議的強度，是指該建議若實施，對病人可能產生的正負影響差異。「利」代表正面影響，可能包括降低罹病與死亡風險、改



善生活品質，或減少醫療資源耗用；而「弊」代表負面影響，則可能表現為增加疾病風險、降低生活品質，或提高醫療資源的耗費等。建議的強度分為「強」與「弱」兩級<sup>[4]</sup>。

對於某些在臨床上已被廣泛採行且沒有爭議的常規處置或照護建議，若目前缺乏明確的實證文獻支持，則可由各章節的撰稿工作小組討論後，將此類建議歸類為「良好做法（good practice, GP）」等級。其具體定義請參見表 2-8。

表 2-8 GRADE 建議強度之定義

建議強度	定義
1（強建議）	明確顯示介入措施利大於弊、或弊大於利。
2（弱建議）	利弊不確定或無論品質高低的證據均顯示利弊相當。
GP（良好做法）	沒有直接證據表明對病人存在傷害，在臨床實務上已被廣泛採用、且不太有爭議的常規處置或照護建議，但沒有相關的研究文獻者，基於專家之臨床經驗，經討論共識後列為「良好做法（good practice, GP）」。

「GRADE 建議等級」係指該臨床建議是經 GRADE 評核方法所判定之證據等級和建議強度，例如：1A 代表該臨床建議為強烈建議，且證據等級高，2C 則代表該臨床建議為弱建議，且證據等級低。



## 第七節 指引品質審查

為確保本指引的發展過程具備公正性與客觀性，避免因規劃不周、內容表述不清或不利於實務操作而影響其可行性，同時充分納入臺灣各級、各地區醫療與照護機構的實務差異與特殊需求，指引草案完成後，進一步透過下列機制進行內外部審查，並廣泛蒐集社會各界意見。

內部審查部分，由參與本指引撰稿工作的小組成員審閱非其撰寫之章節內容，再提交指引發展指導委員會進行綜合審核。所有回饋意見經整理後，分別於 2025 年 3 月 23 日與 2025 年 5 月 18 日的計畫會議中進行研議與修正。

外部審查方面，指引發展指導委員會邀請若干位外部品質審查委員進行專業評估，其中包含四位實證指引方法學領域的專家。審查委員均未參與指引的撰寫工作，以確保評估的中立性與客觀性。外部審查依據《AGREE II 指引品質評估工具》<sup>[5-7]</sup> 標準進行，審查結果將提供作為中醫傷科實證臨床治療指引團隊修訂的依據。

權益關係人審查則在指引草案完成後進行，邀請與指引推廣應用有關的各界專業人士、機構代表及病患團體共同參與，針對指引的完整性與適切性提供寶貴建議。本計畫邀請台灣病友聯盟吳鴻來理事長，代表病患團體審閱內容並提供修正意見，以確保指引更貼近病患需求。

最後，於 2025 年 8 月 10 日舉辦「中醫傷科實證醫學與臨床治療指引成果說明暨研討會」，邀集經教學醫院評鑑合格之醫療機構中醫部門，以及具備辦理中醫專業訓練計畫資格之中醫院所等單位出席。會議中說明指引的編撰精神與發展方法，並由各章節撰稿工作小組代

表進行重點簡報，廣泛蒐集與會人員的意見與建議。研討會後，發展團隊依據各界建言與工作小組的共識，進行指引內容的修訂與更新。

## 第八節 指引應用

本指引中的各項臨床治療建議，主要依據國際知名學術組織或專家團隊所發表的指引與研究成果編撰而成；對於資料不足之處，則輔以中文研究文獻的結果作為補充，並根據臺灣臨床實務的實際情況加以調整，以確保指引內容能符合實際醫療應用的需求。

本指引以出版當時可取得的最佳臨床研究證據為基礎進行整理與彙整，目的在於提供中醫傷科領域常見適應症的臨床治療參考。指引並非強調單一標準療法，也不排斥其他未納入之治療方式。同時，其內容亦不限於目前健保給付範圍或制度規範，也未將經濟效益作為主要考量。實務操作時，應因應不同臨床場域的條件彈性運用，必要時應與病人進行充分討論，以共同做出最合適的醫療決策。

本指引旨在提供醫療專業人員於處理指引所列疾病與適應症時的參考依據，亦可作為醫學教育與臨床教學的教材。惟指引中的建議非為強制性規範，亦無法取代醫療人員的臨床判斷與經驗。實際應用時，仍須根據個別病人的狀況，結合醫療人員的專業知識、工作環境條件與病患需求，作出個別化且最適切的臨床處置與決策。



### 參考文獻

1. 考科藍台灣研究中心, 台灣實證臨床指引發展及更新手冊. 2020.
2. Guyatt, G.H., et al., GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol*, 2011. 64 (4) : p. 395-400.
3. Guyatt, G., et al., GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*, 2011. 64 (4) : p. 383-94.
4. Andrews, J.C., et al., GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol*, 2013. 66 (7) : p. 726-35.
5. Brouwers, M.C., et al., AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Cmaj*, 2010. 182 (18) : p. E839-42.
6. Brouwers, M.C., et al., Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *Cmaj*, 2010. 182 (10) : p. E472-8.
7. Brouwers, M.C., et al., Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *Cmaj*, 2010. 182 (10) : p. 1045-52.



# 第三篇

# 頭頸部位



## 第一章 頸椎病 (Cervical Spondylosis)

### 臨床問題：傷科手法是否能改善頸椎病症狀？

GRADE 證據等級	臨床建議內容	參考文獻
1C	經醫師診斷為頸椎病之患者，可使用頸椎推拿手法進行治療，並可搭配其他輔助療法（如針灸、藥物等），以緩解疼痛、改善頸部活動度及功能障礙。 （強建議，證據等級低）	[1-5]

頸椎病（Cervical Spondylosis）是指因頸椎間盤退變、骨質增生、韌帶增厚等病理變化，導致椎體結構不穩定，進而壓迫神經根（頸神經根病）、脊髓脊髓壓迫（頸脊髓病）或椎動脈，造成疼痛、麻木、運動功能障礙等一系列臨床症狀的疾病症狀。此病在 40 ~ 60 歲之間達到發病高峰，男性較女性更為常見。頸椎間盤及關節的退化是核心問題，可能由基因、微創傷、炎症因子等引發，進一步導致椎間盤變薄、突出甚至神經壓迫。症狀包括機械性頸痛、神經根痛（如肩膀或上臂放射性疼痛）、四肢麻木或無力，嚴重者可能出現運動功能障礙。非手術治療為首選，涵蓋止痛藥、物理治療等；當症狀嚴重且影響神經功能時，可能需要手術減壓或穩定脊柱。在中醫學中，頸椎病屬於「痹證」、「頸椎勞損」範疇，認為其病機主要涉及氣血運行不暢、經絡阻滯，與勞損、寒濕、氣血虛弱等因素有關。此外，頸椎病的發



生與不良生活習慣、長時間不良姿勢、頸部勞損、外傷等因素密切相關，已成為影響人群生活品質的重要健康問題之一。

目前臨床研究顯示，中醫骨傷科手法（如推拿）對於頸椎病的治療具有一定療效，尤其在改善頸部疼痛、活動受限方面。一項隨機分組對照研究收案 25 人，針對頸椎病做藥物加上推拿的療效比較，頸部疼痛藥物與藥物加上推拿介入 2 週，並追蹤 12 週，結果顯示結合推拿的效果顯著優於單獨使用頸部疼痛藥物的療效，VAS（Visual Analog Scale）和 NDI（Neck Dysfunction Index score）分數有明顯改善，但 Tanaka 量表分數（Tanaka Yasuhisa Cervical Spondylosis Symptom Scale）的改善在兩組間沒有顯著差異<sup>[1]</sup>。一項隨機對分組研究收案 164 人，針對肩周關節炎合併頸椎病的患者做針灸治療與針灸加上推拿的治療比較，針灸加上推拿在肌力恢復、疼痛緩解（VAS 分數更低）、日常功能評分（rating scale of the American Shoulder and Elbow Surgeons）（ASES）分數更高，以及 range of motion（ROM）得分上均顯著優於對照組，表現出更低的炎症指標（vascular cell adhesion molecule 1（VCAM-1）和（intercellular adhesion molecule 1（ICAM-1）表達下降），併發症發生率更低（3% 對比 25%），顯示針灸加上推拿可有效改善肩關節與日常生活能力<sup>[2]</sup>。在推拿後頭部靜息態功能性磁共振成像（resting-state cerebral functional magnetic resonance imaging（rs-fMRI））的變化也有一篇文獻指出，推拿可能透過調節與疼痛和頸椎功能相關的大腦區域活動，達到減輕頸椎病疼痛及改善功能的效果，文中提到治療手法為按壓頸部兩側肌肉的穴位，包括翳明、風池和完骨，並對頸部和肩部肌肉進行推拿手法，皆重複推拿治療



5～6次，並對患者背部肩胛區的各种肌肉群使用揉捏技術<sup>[3]</sup>。類似中醫傷科手法治療還有西醫的物理治療中徒手治療，一篇系統性回顧分析了1995年至2011年間發表的隨機臨床試驗。納入的研究主要評估了多種手法治療技術，包括肌肉能量療法（Muscle Energy Technique，MET）、推拿、鬆動術、以及神經鬆動術，結果顯示物理治療徒手治療對頸神經根病的症狀緩解及功能恢復具有潛力，尤其是結合運動治療時<sup>[4]</sup>。但在一篇2008年系統性回顧與統合分析研究探討了推拿（Tuina）在治療頸椎病中的療效，研究團隊篩選了1996至2007年間發表的7篇中，英文平行對照組比較研究，這些研究皆將推拿作為唯一的治療手段，主要結論根據當時已有的高品質研究證據，尚無法確定推拿對頸椎病具有明確療效。分析結果顯示，推拿對於改善頸部動脈血流速度的效果不一致且微不足道，也缺乏證據支持其能改善頭痛或眩暈等症狀。因此該研究認為，當時的平行對照組研究證據並不支持推拿的有效性<sup>[5]</sup>。

綜觀以上研究所述，多數文獻採推拿合併其他治療方式，可得知傷科手法治療可對頸椎病中醫骨傷科手法對於頸椎病的治療具有一定療效，但在隨機對照研究中缺乏雙盲的設計，因推拿組顯然與其他治療組別無法做出雙盲的比較，大部分的研究沒有提示是否有推拿手法的不良反應，因頸椎與脊髓為鄰近構造，治療安全性須高度重視，治療必須由正規醫療人員排除非適應症下執行，尤需注意施加力量大小和治療頸部的安全角度，避免非預期傷害產生，相關文獻也欠缺手法治療安全性的討論與長期追蹤療效是否延續，相關文獻品質皆低，綜觀上述文獻皆有隨機對照研究支持頸椎病不同治療加上傷科手法可改



善頸椎病，證據等級可評斷為 1C，但因為文獻內容品質不一，需更多品質高的研究來佐證傷科治療對於頸椎病明確療效。

現今研究顯示，傷科手法治療對頸椎病有一定效果，是非手術治療其中一種選項。頸部的推拿手法與穴位按壓可以改善疼痛程度、提升頸部角度，並可能降低發炎指標。相關頸椎病的傷科手法治療建議頻次約每週 2 次，多數患者可在 1 ~ 4 週後改善疼痛狀態並改善活動角度，雖此證據強度較薄弱，但根據臨床中醫師實務經驗共識，仍有助臨床決策。

#### 參考文獻

1. Zhang, Q., et al., Clinical Study on the Treatment of Non-isotropic Cervical Spondylosis by Neck Pain Granules Combined with Tuina. Comb Chem High Throughput Screen, 2024. 27 ( 15 ) : p. 2295-2300.
2. Liu, M., et al., Effects of massage and acupuncture on the range of motion and daily living ability of patients with frozen shoulder complicated with cervical spondylosis. Am J Transl Res, 2021. 13 ( 4 ) : p. 2804-2812.
3. Song, S., et al., Changes of regional brain activity following Tuina therapy for patients with painful cervical spondylosis: a resting-state fMRI study. Front Neurol, 2024. 15: p. 1399487.
4. Boyles, R., et al., Effectiveness of manual physical therapy in the treatment of cervical radiculopathy: a systematic review. J Man Manip Ther, 2011. 19 ( 3 ) : p. 135-42.



5. Wang, M.Y., et al., Systematic review and meta-analysis of the efficacy of tuina for cervical spondylosis. *J Clin Nurs*, 2008. 17 (19) : p. 2531-8.



## 第二章 顛顎關節紊亂症（含脫臼） （Temporomandibular Joint Disorder with Dislocation）

臨床問題：傷科手法是否能改善顛顎關節紊亂症（含脫臼）？

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
1B	<p>本指引強烈建議針對顛顎關節紊亂症（脫臼）患者，採用包含顛顎關節調整手法、肌肉與筋膜放鬆手法以及關節復位手法等三項傷科手法性治療。</p> <p>此三種手法各具針對性當分別使用，能有效改善顛顎關節錯位所致之張口困難、疼痛與關節彈響等症狀。根據臨床實務與多篇相關研究，這些手法具有良好安全性與可行性，尤其在急性期介入下，能顯著縮短病程、提升功能恢復速度。建議根據病因與發作階段個別選擇使用，以達到最佳治療成效。（強建議，證據等級中）</p>	[1-8]

顛顎關節脫位通常發生在極度張口之後（例如在進食、打哈欠、大笑、唱歌、接吻或嘔吐期間），也可能因牙科治療時開口過大所引發，較少見於外傷直接導致的情形。藥物引起的肌張力失調反應、癲癇發作或破傷風感染等因素也有機會造成顛顎關節脫位。此外，在麻醉或內視鏡檢查過程中發生的醫源性脫位亦曾有文獻報導。臨床上最常見的情形是雙側下顎脫位，但部分患者亦可表現為單側脫位。根據流行病學數據，成人顛顎關節脫位的盛行率約為 10% 至 15%，患病率會隨著年齡增加而上升。在 18 至 24 歲患者中，其發生率可達 2.5%，



25 至 34 歲則增至 3.7%，35 至 44 歲更可達 4.5%。面對顛顎關節脫位患者，下顎疼痛與無法閉嘴常伴隨在極度張口之後，亦可能伴隨咀嚼肌劇烈收縮。臨床醫師多透過病史詢問與理學檢查診斷顛顎關節脫位；若涉及外傷或兒童患者，通常會輔以影像學（顎部 X 光或下顎電腦斷層掃描）檢查以排除骨折。若影像檢查會造成復位延遲而帶來風險，則建議在臨床高疑似度下先嘗試復位，再視需要補做檢查。

本指引的制定過程主要依循 GRADE 與 PRISMA 精神，綜合考量臨床實用性與證據品質。文獻搜尋方面，我們以 PubMed 為核心資料庫，並廣泛蒐集中文文獻，關鍵字涵蓋「TMJ」、「顛顎關節脫位」、「顛顎關節症候群」、「顛頷下關節紊亂症」等。文獻蒐集區間設定過去 20 年內具代表性之臨床研究與回顧文獻。檢索後發現與本主題（特別是顛顎關節脫位和相關手法治療）直接相關的臨床試驗（CT）、隨機對照試驗（RCT）及系統性評論（meta-analysis）相對有限，且不同研究在收案條件、評估方法以及傷科治療手法上異質性較高。為了維持評估的嚴謹度，我們設定了明確的納入與排除標準，並根據文獻品質進行分級與討論，最終篩選出具有臨床指標參考價值的研究結果整合於本指引中，以期為顛顎關節脫位患者的手法治療提供更具實證基礎的建議。

傷科手法治療針對顛顎關節障礙症（TMD）的不同病因和症狀，可以分為三大方向：顛顎關節調整手法、肌肉與筋膜放鬆手法、以及關節復位與整復手法。

顛顎關節調整手法主要針對顛顎關節的結構錯位與功能障礙，包括旋轉順勢矯正手法、顛下頷結構手法治療（CMMT）和口面部手法



治療等。臨床上，治療師會先讓患者處於仰臥或舒適坐姿，透過輕度牽引、微調或旋轉動作，將下頷骨調整至較佳的關節對位，並鬆解顛肌、翼外肌等咀嚼肌群，以減輕張口受限與關節彈響。若採用口面部手法，則需同時針對口外及口內（例如臼齒後區或翼內外肌附著點）進行按壓和鬆解。多篇研究<sup>[1-3]</sup>顯示，此類手法能使疼痛（VAS）顯著下降（可由 6 ~ 7 分降至 2 ~ 3 分），並提升最大張口度（MMO）4 ~ 6 mm；隨機對照試驗<sup>[3]</sup>亦發現頸部活動範圍（ROM）及頸部失能指數（NDI）均有明顯改善。根據 GRADE 評定，其證據整體多為 B 級（中等品質），但因樣本數小及手法操作異質性高，未來仍需更多大型 RCT 來驗證長期療效與操作標準化的可行性。

肌肉與筋膜放鬆手法主要著重於鬆解過度緊繃的咀嚼肌、頸椎旁肌以及深層筋膜，常見作法包含推拿手法（Chuna/Tuina）、筋膜放鬆技術及頸椎整復手法結合鈹針。治療師以手掌或肘部針對顛肌、咬肌、胸鎖乳突肌等部位深層按壓、揉捏或牽拉，以釋放局部黏連並促進血液循環；若合併頸椎整復，則須先以鈹針放鬆頸肩區肌肉，再進行輕推或牽引以矯正頸椎排列。多項研究<sup>[4-6]</sup>透過 RCT 比較手法組與常規治療組的差異，結果顯示手法組疼痛指數（VAS）可由 7 分降至 3 分，最大張口度（MMO）增加 3 ~ 5mm，且對生活品質（EQ-VAS、SF-12 PCS）的提升優於常規治療；整體證據多評為 B 級（強建議），但也有因樣本數或設計限制被評為 C 級的研究。臨床上此手法適用於慢性肌肉僵硬、筋膜黏連或合併頸椎症狀的患者，唯須留意頸椎整復力道過大可能造成短暫不適，遇頸椎不穩或椎動脈異常者則需謹慎評估。

關節復位與整復手法則主要運用於顛顎關節脫位與急性錯位，包



含骨科手法治療（OMT）及口內、口外復位技巧。骨科手法治療常藉由數次快速且精準的推動或牽引，將下頷骨移至正確解剖位置；口內復位則由治療者將拇指置於臼齒區域，其他手指穩住下顎外緣並施力至上後方，協助髁突重返關節窩；口外復位則以手掌或掌根自下顎體外部施力，雖較易操作但控制精度及成功率可能不及口內復位<sup>[7]</sup>。根據臨床對照試驗<sup>[3]</sup>，口內復位成功率可達 86.2%，顯著高於口外復位的 55.2%，顯示手法準確度對於復位成功率有關鍵影響；Cuccia et al. 的隨機分派試驗<sup>[8]</sup>也證實 OMT 可使疼痛（VAS）由 8 分降至 3.5，最大張口度從 28mm 增至 36mm。整體上，此類手法多獲 B 級強建議，但若僅為小樣本敘述性回顧則被評定為 C 級。臨床執行時需確認患者無骨折或嚴重軟組織損傷，並在專業醫療人員引導下掌握施力方向及幅度，以避免二次脫位或韌帶損傷。

顛顎關節紊亂症患者可依不同臨床表現選擇適當手法治療：若出現關節盤輕度脫位、張口受限與關節滑動異常，建議採用顛顎關節調整手法，透過牽引與結構微調，引導髁突回復至正確關節窩位置，改善開口困難與卡頓現象；若伴隨顛肌、咬肌或翼肌緊繃、頭頸僵硬與張力性頭痛，則適合運用肌肉與筋膜放鬆手法，結合筋膜釋放與深層揉按，緩解局部張力並增進頷部穩定性；對於急性脫位或張口時關節跳動劇烈者，應由專業人員執行口內或口外復位，再配合頸椎整復與姿勢教育，以提升復位成功率並預防再次脫位。



## 治療建議

手法分類	證據等級	建議等級	建議內容	引用
顛顎關節調整手法	B 級	強建議	<p>首先，旋轉順勢矯正主要適用於關節盤移位不嚴重或關節輕度錯位的患者。此方法透過施術者輕度牽拉及旋轉調整下頷骨位置，協助關節恢復正常對位，進而減輕關節疼痛並改善張口功能。</p> <p>其次，顛下頷結構手法針對合併頸部肌肉緊繃與頭痛的患者較為適合。透過微調頸部及下頷周圍結構，鬆解相關肌群，能有效緩解頸部僵硬及相關頭痛症狀，並改善頸部活動範圍。</p> <p>最後，口面部手法治療著重於鬆解咀嚼肌群，適用於因肌肉緊張導致的關節彈響及功能障礙。此法能減輕肌肉張力，提升患者張口度及舒適感。</p> <p>治療操作過程中，施術者需留意手法的力度與角度，並在確認無明顯骨折或嚴重軟組織損傷後執行，以確保安全與療效。</p>	[1-3]



肌肉與 筋膜放 鬆手法	B 級	強建議	<p>推拿療法（如中式推拿、Chuna 或 Tuina）、筋膜放鬆技術以及頸椎整復結合鈹針，主要針對因肌肉長期緊繃、筋膜黏連或頸椎活動受限所引發的顛顎關節問題。</p> <p>首先，推拿療法透過深層按壓與揉動，鬆解肌肉緊張，促進血液循環，減輕局部疼痛並改善下頷及頸椎功能。此法適用於肌肉緊繃為主的患者。</p> <p>其次，筋膜放鬆技術著重於解除筋膜黏連，透過牽拉和鬆動筋膜組織，增加軟組織彈性，進而改善關節活動度及疼痛狀況。</p> <p>再者，頸椎整復結合鈹針療法則針對頸椎活動受限與相關結構問題，透過手法矯正與鈹針刺激，改善頸椎穩定性與功能，並減輕因頸椎問題引發的顛顎關節症狀。</p>	[1,3-5]
關節復 位手法	B 級	強建議	<p>此類手法包括骨科手法治療以及口內或口外復位，主要適用於因外力、過度張口或頸椎問題引起的急性顛顎關節脫位與明顯關節錯位。</p> <p>治療前應先透過影像學檢查，排除骨折或韌帶撕裂等禁忌症，確定患者適合接受手法復位。復位過程需由專業人員操作，施以快速且精準的推動或牽引，協助下頷髁突回復至正常解剖位置。</p> <p>在復位操作中，施力的方向與幅度必須謹慎掌控，以避免造成二次脫位或其他軟組織損傷。根據患者反應，復位後可搭配其他輔助手法以維持關節穩定，促進功能恢復。</p>	[6-8]



本指引針對顛顎關節紊亂症（TMD）的三大手法治療——顛顎關節調整手法、肌肉與筋膜放鬆手法及關節復位與整復手法，提供了 B 級（中等品質）的實證建議，顯示這些手法在疼痛緩解、功能改善和關節穩定性方面療效良好。臨床醫師應根據患者症狀選擇合適的治療：張口受限或關節彈響選用顛顎關節調整手法；肌肉緊繃或筋膜黏連選用肌肉與筋膜放鬆手法；關節脫位或急性錯位則選用關節復位與整復手法，以迅速恢復功能。

#### 參考文獻

1. Asquini, G., Pitance, L., Michelotti, A., & Falla, D. (2022). Effectiveness of manual therapy applied to craniomandibular structures in temporomandibular disorders: A systematic review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 49 (4), 442–455. <https://doi.org/10.1111/joor.13299>
2. Kim, H., Shim, J. W., Shin, W. C., Lee, Y. J., Ha, I. H., Kim, K.-W., & Cho, J.-H. (2023). Korean medicine clinical practice guideline update for temporomandibular disorders: An evidence-based approach. *Healthcare*, 11 (16), 2364.
3. Argueta-Figueroa, L., Flores-Mejía, L. A., Ávila-Curiel, B. X., Flores-Ferreya, B. I., & Torres-Rosas, R. (2022). Nonpharmacological interventions for pain in patients with temporomandibular joint disorders: A systematic review. *European Journal of Dentistry*, 16 (3), 500–513.



4. Piekartz, H., & Hall, T. (2013) . Orofacial manual therapy improves cervical movement impairment associated with headache and features of temporomandibular dysfunction: A randomized controlled trial. *Manual Therapy*, 18 (4) , 345–350.
5. Ardehali, M. M., Kouhi, A., Meighani, A., Rad, F. M., & Emami, H. (2009) . Temporomandibular joint dislocation reduction technique: A new external method vs. the traditional. *Annals of Plastic Surgery*, 63 (2) , 176–178.
6. Lee, N. W., Lee, S. H., Kim, K. W., Ha, I. H., Cho, J. H., & Lee, Y. J. (2023) . Effectiveness of Chuna (or Tuina) manual therapy for temporomandibular disorder: A systematic review. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 29 (1) , 258–268.
7. Tuncer, A. B., Ergun, N., Tuncer, A. H., & Karahan, S. (2013) . Effectiveness of manual therapy and home physical therapy in patients with temporomandibular disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 17 (3) , 302–308.
8. Cuccia, A. M., Caradonna, C., Annunziata, V., & Caradonna, D. (2010) . Osteopathic manual therapy versus conventional conservative therapy in the treatment of temporomandibular disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14 (2) , 179–184.



### 第三章 急性頸椎關節周圍炎（落枕） （Acute cervical fibrositis；Stiff Neck）

臨床問題：傷科手法（推拿療法）是否能改善急性頸椎關節周圍炎（落枕）？

GRADE 證據等級	臨床建議內容	參考文獻
1A	針對落枕的患者，建議可採用傷科手法（推拿療法）以緩解患者的落枕疼痛及提升活動度。可單獨使用推拿，亦可根據病人狀況合併針灸、藥物、頸椎牽引、運動等治療。若患者接受數次推拿後症狀無明顯改善，應重新評估診斷（排除頸椎嚴重病變）或考慮其他治療措施。（強建議，證據等級高）	[1-7]

落枕（失枕；頸部肌肉急性痙攣；Neck Strain / Stiff Neck）是指頸部突然出現疼痛、僵硬及活動受限的一種常見頸部疾病。落枕的主要症狀包括：（1）頸部僵硬與活動受限；（2）一側頸部疼痛，可向肩膀或背部放射；（3）觸碰頸部時感到酸痛或壓痛；（4）轉動頭部困難。其常見的因為：睡姿不當（側睡、趴睡或脖子過度扭曲）、枕頭高度不合適（過高或過低影響頸椎正常生理彎曲）、長時間維持同一姿勢（如低頭使用手機、長時間開車）、冷空氣刺激（夜間睡覺時頸部受涼）、肌肉疲勞（過度使用頸部肌肉，例如長時間使用電腦）、頸椎退行性變化（頸椎病、椎間盤突出等）等。



中醫在治療落枕上常使用多種方法：包括傷科推拿、傷科拔罐、經絡刮痧、針刺、小針刀、運動、方藥內服、藥膏外治療法等。在過去數年中，許多研究（包括隨機對照試驗及系統性文獻回顧）評估了推拿療法對頸部疼痛（包含急性落枕及慢性頸部疼痛）的療效與安全性。以下將從療效、作用機制、推拿手法等各方面分別論述。

多項研究證實推拿有助於減輕落枕患者的疼痛。2013 年的一篇針對頸肩疼痛患者的系統性回顧與統合分析研究<sup>[1]</sup>指出：相對未治療而言，推拿療法可顯著降低頸部疼痛（SMD：1.79, 95% CI: 1.01 to 2.57,  $P < 0.00001$ ）。2014 年的一項系統性回顧與統合分析研究<sup>[2]</sup>指出：與未治療相比，推拿按摩可顯著即時緩解頸部疼痛（ $n = 153$ , 標準化平均差 [standardised mean difference, SMD]: 1.30, 95% CI: 0.09 to 2.50,  $P = 0.03$ ）。而相較於中藥治療，推拿療法在即時止痛上也更加有效（ $n = 125$ ; SMD, 0.73; 95% CI: 0.13 to 1.33;  $P = 0.02$ ）。2016 年一篇納入針對頸部疼痛的系統性回顧與統合分析研究<sup>[3]</sup>指出，徒手治療相較於牽引治療及藥物治療而言更加有效，與牽引相比：SMD = -1.01（95% CI：-1.67 to -0.34）；與藥物相比：SMD = -0.62（95% CI：-1.03 to -0.21）。2017 年另一篇納入頸椎神經根病變患者的系統性回顧與統合分析研究<sup>[4]</sup>指出，推拿治療較頸椎牽引治療有更顯著的即時鎮痛效果（SMD: -0.58, 95% CI: -0.96 to -0.21,  $P = 0.002$ ）。若是如果將合併使用推拿療法與頸椎牽引，與僅使用頸椎牽引相比可顯著有較好的止痛效果（MD: -1.73, 95% CI: -2.01 to -1.44,  $P < 0.00001$ ）。2024 年一項針對「肩胛提肌損傷型落枕」的隨機對照試驗<sup>[5]</sup>進一步證實了推拿的快速鎮痛效果。患者在接受推拿療法後的第 1、3、7 日，其疼痛指數（包



含 Short-form McGill Pain Questionnaire [SF-MPQ]、pain rating index [PRI]、Visual Analogue Scale [VAS]、present pain intensity index [PPI]）相較治療前皆顯著改善。該研究也比較了針刺、推拿及兩者聯合治療效果，結果顯示針刺合併推拿療法效果最佳，但單獨推拿亦在短期內明顯優於單獨針刺療法。

除了止痛外，推拿對受限的頸項活動度也有改善作用。推拿透過放鬆痙攣的肌肉、減輕軟組織粘連，可以改善頸椎生理活動範圍。2014 年的系統性回顧與統合分析研究<sup>[2]</sup>指出尚無足夠證據證明推拿能改善頸痛患者的功能障礙（如日常活動能力或長期頸椎活動幅度）。2024 年一項隨機對照試驗<sup>[5]</sup>指出：與治療前相比，患者在接受推拿療法後的第 1、3、7 日，其頸椎活動度評分皆顯著改善。整體來說，在落枕的急性期階段，推拿可能有助於迅速恢復患處的活動能力，減少因疼痛導致的頸部僵硬。臨床上，患者在 1 週內通常可逐漸恢復轉頭、低頭等動作的靈活性。

推拿對落枕的療效主要體現在即時短期效果上。臨床上，推拿一般在治療後數分鐘至數小時內即可讓落枕患者的疼痛明顯緩解。由於落枕本身屬於急性可逆性問題，患者常在接受 1～3 次治療後症狀明顯改善，因此長期追蹤資料相對較少。2018 年一項針對慢性頸部疼痛患者的隨機對照試驗<sup>[6]</sup>中，使用 VAS 量表（0-100）評估患者在推拿治療後的疼痛程度。研究結果顯示患者於 3 週內接受 6 次推拿後，其頸部疼痛程度在治療結束 4 週後較對照組低了 22.8mm（95% CI:-31.7 to -13.8, P<0.001），且在 12 週後較對照組仍低了 17.9mm（95% CI:-27.1 to -8.8, P<0.001）。雖然慢性頸部疼痛與急性落枕不同，但這些



結果可能表示推拿的鎮痛效果在治療結束後仍可延續一段時間。然而仍需要更多針對落枕患者的隨機對照試驗來評估推拿對復發率及長期功能的影響。

落枕在諸多中醫傳統典籍中已有相關記載：《素問·骨空論》「失枕在肩上橫骨間。」明·吳昆注「失枕者，風在頸項，頸痛不利，不能就枕也。」清·胡廷光《傷科彙纂·旋台骨》曰「有因挫閃及失頸而項強痛者。」而關於其病因，《素問·舉痛論》「寒氣客於脈外則脈寒，脈寒則縮蹇，縮蹇則脈絀急，絀急則外引小絡，故卒然而痛，得炅則痛立止，因重中於寒，則痛久矣。」《素問·至真要大論》「諸瘧項強，皆屬於濕。」隋·巢元方《諸病源候論·失枕候》「失枕，頭項有風，在於筋脈間，因臥而氣血虛者，值風發動，故失枕。」這些記載具體描述了落枕的症狀及中醫病理機制。

在傳統中醫理論中，落枕屬「氣滯血瘀、經絡痹阻」所致的頸部經筋受損。推拿透過特定手法刺激經絡腧穴以疏通氣血、祛風散寒、解除痙攣。簡言之，健康的頸項有賴於氣血暢通，而落枕疼痛多由氣滯血瘀所引起。推拿施術可活血化瘀、疏通經絡：推拿按壓阿是穴（痛點）能消除局部氣滯血瘀，恢復氣血運行。此外，推拿手法還可祛除痰濕等病邪在頸部的滯留，使經絡通暢，從根本上緩解疼痛。

從現代醫學角度，推拿對落枕的療效涉及多種機轉。首先，推拿屬於一種手法力學刺激，對軟組織和結締組織產生物理作用，進而引起一系列生理反應。研究表明，推拿可促進局部及全身的血液循環，提高組織溫度與新陳代謝，改善缺血狀態。同時，手法按摩能放鬆肌肉、增加肌肉彈性，減輕因痙攣導致的張力。推拿還能加速淋巴回流、



減少組織水腫，並鬆解筋膜黏連，從而減輕對神經末梢的刺激。這些作用有助於減少疼痛的發生和持續。另一項研究指出，推拿可能透過抗發炎和促進組織修復發揮作用：對慢性頸部疼痛模型的觀察發現，推拿治療後局部促發炎介質降低，且受損的骨骼肌線粒體功能有所恢復。神經調節方面，推拿的機械刺激可激活皮膚和肌肉內的本體感受器與神經末梢，通過痛覺閘門控制理論及中樞神經鎮痛機制來提高疼痛閾值。此外，推拿時患者的放鬆反應也有助於降低交感神經興奮，整體達到鎮痛和功能改善的效果。

推拿療法涵蓋多種手法技術，大體可分為軟組織手法與脊椎、關節整復手法兩部分。常用的軟組織手法包括推、拿、按、摩、揉、捏、敲等，主要針對肌肉和筋膜組織進行按壓和揉動，以放鬆痙攣肌肉和促進局部循環。這類手法與西方按摩中的技術（如揉捏、叩擊）有相似之處。另一類則是關節調整（整骨手法），類似於脊椎矯正，透過特定方向的扳動或高速低振幅的瞬間推動來矯正關節小移位或解除椎間關節錯位。對於落枕患者，多數屬肌肉軟組織問題，臨床上多先以軟組織推拿（如點按風池、肩井等穴位及疼痛觸發點）放鬆肌肉，再視需要進行輕柔的頸椎牽拉或小幅度整復手法，以恢復頸椎活動度。在 2015 年的一項系統性回顧與統合分析研究<sup>[7]</sup>指出：針對頸部疼痛患者的疼痛程度（使用 Numerical Rating Scale, NRS10cm 評估），相較於傳統推拿按摩，整骨手法可帶來更顯著的即時（MD: -2.00, 95% CI: -2.55 to -1.45,  $P < 0.001$ ）及短期（MD: -2.47, 95% CI: -3.42 to -1.52,  $P < 0.001$ ）療效。

綜合現有系統性文獻回顧與臨床研究結果，推拿療法對落枕具有



良好的即時治療效果和安全性。在臨床應用上可考慮以下建議：

1. 對於急性落枕患者，可將推拿作為首選的非藥物治療手段。研究顯示推拿能迅速減輕疼痛並改善頸項活動度，通常在數次治療內即可奏效<sup>[2, 4-5]</sup>。
2. 根據患者情況，考慮將推拿與其他治療結合以提高療效。例如，推拿配合針灸可取得更全面的效果，比單獨療法可更好緩解疼痛。推拿合併頸椎牽引對某些伴輕度椎間關節錯位的病例也可提供額外助益。此外，在急性期過後輔以頸部功能訓練或姿勢指導，有助於預防再次落枕<sup>[2, 4-5]</sup>。
3. 推拿需由受過專業訓練的中醫師操作。特別是涉及頸椎的整復及推拿手法，要注意患者放鬆及手法溫和漸進，以避免扭傷或血管神經損傷等風險。雖然在現有研究中未發現嚴重不良事件，但仍需考慮其治療風險。
4. 若患者接受 1～2 次推拿後症狀無明顯改善，應重新評估診斷（排除頸椎嚴重病變）或考慮其他治療措施。對於反覆發作的落枕，可建議患者檢視睡眠枕頭高度與姿勢，並定期進行頸肩部肌肉鍛鍊，以減少復發可能。

預防落枕復發的衛教重點在於日常生活中的姿勢調整、睡眠品質改善、保暖措施與頸部保健。首先，選擇適合高度與材質的枕頭至關重要，仰睡時枕頭應支撐頸部自然曲線，側睡則須填滿耳與肩之間的空隙，避免趴睡造成頸椎壓力。日常使用電腦或手機時應避免長時間低頭，保持螢幕與眼睛同高，並每隔 30 分鐘進行頸部伸展或肩部活動，如點頭、側彎、轉頭等簡易動作，以促進血液循環與肌肉放鬆。



夜間應避免風扇或冷氣直吹頸部，外出則可使用圍巾保暖，特別是在寒冷氣候下。此外，反覆落枕者建議尋求專業醫療協助，接受物理治療、復健訓練或中醫針灸等處置，以排除頸椎相關病變並強化頸部肌群，全面提升自我照護與預防能力。

以現有實證醫學證據而言，推拿療法能有效緩解落枕患者的疼痛並促進頸部功能恢復，其作用機制包括調和氣血、放鬆肌肉及改善局部循環等。不同推拿手法各有側重，臨床應靈活運用並可考慮與其他治療合併，以達到最佳效果。推拿為症狀改善的治療方法之一，但應搭配生活習慣調整，方能有效預防復發。儘管當前證據品質有所侷限，但整體結論支持推拿作為治療落枕的有益手段。目前，推拿療法對落枕的證據等級為高，建議強度為強建議。未來仍需要更多高品質的隨機臨床試驗及統合分析研究，以進一步明確推拿療法的長期效果及制定標準化的臨床操作指引。

#### 參考文獻

1. Kong, L. J., Zhan, H. S., Cheng, Y. W., Yuan, W. A., Chen, B., & Fang, M. (2013). Massage therapy for neck and shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2013, 613279. <https://doi.org/10.1155/2013/613279>
2. Cheng, Y. H., & Huang, G. C. (2014). Efficacy of massage therapy



- on pain and dysfunction in patients with neck pain: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2014, 204360. <https://doi.org/10.1155/2014/204360>
3. KB, L., IH, H., HS, K., YH, B., NH, K., CY, S., KJ, Y., YH, J., MJ, S., & YJ, L. (2016). Chuna Manual Therapy for Neck Pain : A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of Churna Manual Medicine for Spine and Nerves*, 11 (2) , 11-21.
  4. 李波, 黃麥玲, 尚希鈺, 董雨萌, 曹玉清, 張磊, 梁博文, 趙麗萍, 羅敬月, 陳廣坤, & 馬艷. (2024). 針刺聯合推拿治療肩胛提肌損傷型落枕的臨床療效: 隨機對照試驗. *中國針灸*, 44 (6) , 6. <https://doi.org/10.13703/j.0255-2930.20231206-k0007>
  5. Wei, X., Wang, S., Li, L., & Zhu, L. (2017). Clinical Evidence of Chinese Massage Therapy (Tui Na) for Cervical Radiculopathy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2017, 9519285. <https://doi.org/10.1155/2017/9519285>
  6. Pach, D., Piper, M., Lotz, F., Reinhold, T., Dombrowski, M., Chang, Y., Liu, B., Blödt, S., Rotter, G., Icke, K., & Witt, C. M. (2018). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Tuina for Chronic Neck Pain: A Randomized Controlled Trial Comparing Tuina with a No-Intervention Waiting List. *J Altern Complement Med*, 24 (3) , 231-237. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0209>
  7. Yuan, Q. L., Guo, T. M., Liu, L., Sun, F., & Zhang, Y. G. (2015).



Traditional Chinese medicine for neck pain and low back pain: a systematic review and meta-analysis. PLoS One, 10 ( 2 ) , e0117146.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117146>



## 第四章 甩鞭症候群 (Whiplash-Associated Disorder)

### 臨床問題：傷科手法（推拿、鬆筋）是否能改善甩鞭症候群？

GRADE 證據等級	臨床建議內容	參考文獻
2B	經醫師診斷為甩鞭症候群之患者，於急性期可考慮使用傷科手法（推拿、鬆筋），合併其他治療方式（如運動療法），以改善疼痛程度及頸部活動度。 （弱建議、證據等級中等）	[1-5]

甩鞭症候群（Whiplash-Associated Disorder, WAD），是由於後端或側面撞擊以後，頸部快速的加速、再減速動作，造成急性頸部拉扯，如抽甩鞭動，而使得患者頸椎上段屈曲、下段過度伸展，整個頸椎呈現 S 狀，造成頸椎及附近軟組織的傷害。甩鞭症候群是汽車事故的最常見損傷，影響高達 83% 的碰撞事故患者，在美國，WAD 的發生率估計為每 1,000 人中有 4 人。常見症狀包括頸部疼痛或僵硬、手臂疼痛和感覺異常、顫顎關節障礙、頭痛、視覺障礙、記憶力問題、注意力問題以及心理困擾。風險因子與延遲恢復相關的因素包括女性、年齡較大、最初頸部疼痛強度較高、神經功能缺損以及患病前已有頸部疼痛。50% 的甩鞭症候群在傷害後 1 年不但沒有恢復，仍然持續有疼痛和失能。

甩鞭症候群的診斷目前仍然是臨床診斷，沒有可以診斷甩鞭症候群的特定神經學或電生理學測試，必須透過問診確定損傷的機制及疼



痛情形，可以使用魁北克甩鞭症候群分類指南（the Quebec Task Force classification system, QTF system）來評估症狀的嚴重。影像檢查方面，在急性期通常無法通過放射學檢查發現損傷。由於偽陽性結果較高，在初次就診時不建議進行 MRI 檢查。只有在懷疑有椎間盤或脊髓損傷、骨折或韌帶損傷，以及遇到長期持續手臂疼痛、神經功能缺損或神經根受壓臨床表現的患者時，可以考慮安排 CT 和 MRI。

治療方面，包含藥物治療和非藥物治療，藥物治療在急性期可考慮使用非類固醇消炎藥（NSAIDs）以減輕發炎和疼痛，從而加速恢復。然而，在亞急性和慢性期，由於潛在的腸胃、腎臟和心血管風險，以及缺乏長期療效的證據，應謹慎使用。對於有痛覺敏感、睡眠障礙或憂鬱症的患者，可考慮使用抗憂鬱藥。若其他治療失敗，可考慮加上抗癲癇藥。鴉片類藥物的使用則應極度謹慎，尤其是在慢性疼痛患者中，因為長期使用缺乏證據支持其益處，且存在成癮和死亡風險。

非藥物治療方面，早期治療包括使用柔軟的頸圈來限制頸椎的活動範圍。然而後來的研究發現，早期活動可能有助於改善治療效果，而休息和活動限制可能會阻礙恢復。Cochrane 的回顧性研究納入了 15 個關於 WAD 保守治療的臨床試驗，顯示主動治療（包括手法、按摩、運動和其他由患者進行的活動，如肌力訓練、等長運動、協調性運動）可能比被動治療（超音波、電刺激、休息和固定）更有效，能改善疼痛及頸部活動度，尤其是在急性期患者中。但因為納入研究的總體品質較差且異質性較高，並沒有明確的結論。僅有有限的證據表明，主動和被動治療都比不治療更有效，慢性期的療效則證據仍較不足<sup>[1]</sup>。而其他保守治療措施包括顳顎關節治療、頸椎牽引、關節內皮質類固



醇和肉毒桿菌注射等，但目前缺乏嚴謹的證據來支持其使用<sup>[2]</sup>。有研究以 GRADE 評級回顧關於甩鞭症候群的臨床實踐指南，發現多模式方法（手法合併運動建議）在急性期及慢性期患者皆能提供幫助。然而比起其他保守治療，單獨只有運動介入效果卻有限<sup>[3]</sup>。因此傷科手法（推拿、鬆筋）介入仍有其角色，而頸椎甩鞭症候群患者比一般頸痛患者更容易有激痛點（Myofascial trigger points, MTrPs），尤其是上斜方肌、提肩胛肌、胸鎖乳突肌、斜角肌、枕下肌群，亦是手法治療可以考慮處理的目標<sup>[4]</sup>，儘管激痛點治療的有效性不確定，但因風險較小，仍可考慮使用<sup>[5]</sup>。其他介入性治療方面，神經阻斷術及射頻消融術（Radiofrequency ablation, RFA）對於治療小關節疼痛有效，並有多項研究支持可考慮用於慢性期的 WAD 患者<sup>[5]</sup>。

綜合以上文獻，儘管文獻證據結果分歧，僅有部分文獻支持主動治療（含手法、按摩及運動）比被動治療更有效，然而主動治療合併被動治療在甩鞭症候群的急性期對於疼痛及活動度有可能改善，不管在急慢性期手法合併運動建議皆能提供幫助。故臨床治療上，急性期時，在患者原有接受之藥物治療及被動治療（如頸圈固定）以外，可考慮加上傷科手法（推拿、鬆筋），合併其他治療方式（如運動療法），以改善疼痛程度及頸部活動度。在慢性期階段，亦可提供傷科手法合併運動建議以幫助患者。



### 參考文獻

1. Verhagen, A. P., Scholten-Peeters, G. G., de Bie, R. A., & Bierma-Zeinstra, S. M. (2004) . Conservative treatments for whiplash. *Cochrane Database Syst Rev* ( 1 ) , Cd003338.
2. Sterling, M. (2014) . Physiotherapy management of whiplash-associated disorders ( WAD ) . *J Physiother*, 60 ( 1 ) , 5-12.
3. Southerst, D., Nordin, M. C., Côté, P., Shearer, H. M., Varatharajan, S., Yu, H., Wong, J. J., Sutton, D. A., Randhawa, K. A., van der Velde, G. M., Mior, S. A., Carroll, L. J., Jacobs, C. L., & Taylor-Vaisey, A. L. (2016) . Is exercise effective for the management of neck pain and associated disorders or whiplash-associated disorders? A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management ( OPTIMa ) Collaboration. *Spine J*, 16 ( 12 ) , 1503-1523.
4. Chiarotto, A., Clijsen, R., Fernandez-de-Las-Penas, C., & Barbero, M. (2016) . Prevalence of Myofascial Trigger Points in Spinal Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 97 ( 2 ) , 316-337.
5. Curatolo, M. (2016) . Pharmacological and Interventional Management of Pain After Whiplash Injury. *J Orthop Sports Phys Ther*, 46 ( 10 ) , 845-850.





# 第四篇

# 軀幹部位



## 第一章 腰椎椎間盤突出 (Herniation of Intervertebral Disc; HIVD)

臨床問題：傷科手法是否能改善腰椎椎間盤突出相關症狀（如疼痛與功能障礙）？

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
2C	經醫師診斷為腰椎椎間盤突出患者，可使用傷科整脊手法治療，或結合推拿介入，以改善疼痛程度、功能障礙及關節活動度等指標。 (弱建議、證據等級低)	[1-3]

腰痛為全球普遍存在的健康問題，影響近 80% 的成年人。而腰部椎間盤突出是腰痛最常見的原因之一，每年影響約 1% ~ 3% 的人口，最常見的是 30 至 50 歲的年齡層。2015 年發表的系統性回顧研究指出，20 歲的族群中有 30% 的人有椎間盤突出，80 歲的族群有 84% 的人亦有椎間盤突出。

椎間盤主要由兩個成分組成：中央髓核和周圍纖維環。在椎間盤突出的情況下，髓核會經由纖維環移位，通常是向後移位，使中央管或神經孔變狹窄，導致鞘囊或相關神經根受到壓迫。某些危險因子也可能使椎間盤突出的機率提高，例如肥胖、吸菸、糖尿病等。

椎間盤突出常出現背痛及腿部相關症狀，例如椎間盤往中央突出時，患者可能會有神經性跛行或是腿部疼痛疲勞之現象；若是往外側突出，則產生神經根病變，並會於特定皮節區有麻木或無力之不適。

醫療人員可透過直腿抬高試驗 (Straight Leg Raising Test , SLRT)



來檢查，此試驗靈敏度高、特異性低，試驗若為陽性，則神經根病變可能是由椎間盤突出所引起，也可藉由影像學檢查來評估椎間盤突出之嚴重程度。

目前非類固醇抗發炎藥物（non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs）和物理治療，是治療椎間盤突出引起急性腰椎神經根病變的主要方法。上述方式可有效控制疼痛，但神經受損或保守治療沒有改善的患者需會診外科醫師。對於症狀持續至少 4～6 週且對保守治療沒有反應的患者，二線治療為椎板硬膜外注射和神經根阻斷。

治療椎間盤突出的最後一種選擇是手術，包括椎間盤切除術、椎板切除術、人工椎間盤置換術等。但效果有限，且療效通常會隨著時間的推移而減弱，有可能也會出現神經損傷或疼痛的後遺症，因此許多替代療法應運而生。中醫傷科手法，是臨床上中醫常用於治療腰椎椎間盤突出的方法。但目前的治療指引尚未將中醫傷科手法列入治療選擇，然而整脊治療 Spinal Manipulative Therapy（SMT），與中醫傷科手法極為相似，在 North American Spine Society（NASS）於 2012 年發布的《Diagnosis and Treatment of Lumbar Disc Herniation with Radiculopathy》臨床指引中，SMT 可作為緩解症狀的選項之一，但其證據目前尚並無定論。

搜尋與中醫傷科手法（Manual therapy）相關對於治療腰部椎間盤突出成效的研究文獻，最後符合條件的文獻共有 3 篇。一篇是單盲隨機對照試驗研究<sup>[1]</sup>，比較了整脊手法與化學性髓核溶解療法（Chemonucleolysis）對症狀性腰椎椎間盤突出（symptomatic lumbar disc herniation）的治療效果，研究納入了 40 名經影像學（CT 或

MRI) 確認因腰椎椎間盤突出導致單側坐骨神經痛且無手術臨床適應症的受試者，治療組接受每次 15 分鐘之整脊手法（程序包括對腰部和臀部肌肉進行軟組織拉伸、腰椎低幅度被動關節活動以及於側臥位對一個或多個腰椎關節給予高速之旋轉推力，與傷科手法中扳腰相似），受試者平均接受了 11 次整脊手法治療（範圍為 6 ~ 18 次），且療程不超過 12 週，對照組則接受 Chemonucleolysis 之住院手術。研究結果顯示兩組之自評腿部疼痛指數（pain scale）、背部疼痛指數和自報殘疾量表（Roland Disability Questionnaire; RDQ）之分數平均值與基準值相比在第 12 個月時均有顯著改善，且兩組間無顯著差異，此外，組間分析顯示整脊手法相對化學性髓核溶解療法在第二週時更能顯著改善背痛，在第 2 週及第 6 週時更能顯著改善自評殘疾問卷（RDQ）分數。兩組中需要額外接受骨科介入的受試者數量無顯著差異，且兩組皆未發生嚴重併發症。粗略成本分析顯示整脊手法更具經濟優勢。總結此項研究顯示，由於整脊手法與化學性髓核溶解療法在 12 個月後的療效相當且更具成本效益，因此至少在沒有明確手術適應症的情況下，整脊手法可作為症狀性腰椎椎間盤突出有效且安全的治療選項。

另一篇隨機對照試驗<sup>[2]</sup>，亦比較了整脊手法與微創內視鏡椎間盤切除術（microdiscectomy）在治療由腰椎椎間盤突出導致的坐骨神經痛臨床療效，研究納入了 40 名由 L3-4、L4-5 或 L5-S1 椎間盤突出導致之單側坐骨神經痛且經 3 個月非手術治療失敗之患者，並等比例隨機分配至兩組，對照組接受微創椎間盤切除術，治療組則接受整脊手法（一種高速、低強度的徒手治療方式，與傷科手法中扳腰相似），療程為前 4 週每週 2 ~ 3 次，接著減少為每週 1 ~ 2 次，持續



3 ~ 4 週，並在 8 週後開始每月 1 次的隨訪。研究結果顯示，經意向分析 (intention-to-treat analysis) 後，兩組之 McGill Pain 問卷分數、Aberdeen Back Pain Scale、Roland-Morris 殘疾量表分數及 SF-36 生活品質量表總分在 12 週時與基礎值相比均有顯著改善，且兩組間各項指標均無顯著差異 (p-value 依序為 0.754、0.836、0.760 及 0.683)，在第 52 週的隨訪結果經意向分析後，各項指標亦未顯示出統計差異。然而，整脊手法組中更多的受試者 (40%) 需進行額外的手術治療，而手術組中轉為手法治療的受試者比例僅為 15%，但此差異在統計學上未達顯著 ( $\chi^2 = 3.135$ ;  $df = 1, 0.10 > P > 0.05$ )，其中，3 名受試者由手術組轉至手法組後，各項指標並未進一步改善，而 8 名受試者由手法組轉至手術組後，各項指標均可改善至與原始手術組受試者相同的程度。兩組治療均未報告有任何重大不良事件，且亦無需額外藥物或修補手術介入。總結此篇研究顯示，對於有症狀的腰椎椎間盤突出患者，若經其他醫療治療失敗後，應先考慮接受整脊手法，必要時再進行手術。

然而，此兩篇研究樣本數較小 ( $n = 40$ )，且受試者和治療者皆無法使用盲法，第一篇研究<sup>[1]</sup>部分患者因行政困難並未按照預定順序進行隨機分配，故存在著限制與偏差，證據品質低，後續仍需更多樣本數更大、偏差風險較小的隨機對照試驗來進一步證實整脊手法治療有症狀的腰椎椎間盤突出之療效。

在腰椎椎間盤突出 (lumbar disc herniation; LDH) 的保守治療中，傷科推拿手法亦被廣泛使用，推拿主要透過按法、壓法、推法、



滾法、振法、揉法、捏法及拿法等手法按壓、推動、振動及揉捏患者腰椎周圍肌肉，來放鬆腰椎關節及周圍肌肉，研究證實傷科推拿能改善生物力學（矯正骨骼脫位、緩解椎間盤突出引起的神經根壓迫、放鬆脊柱旁組織的肌肉痙攣），並促進內源性發炎物質（endogenous inflammatory substances）的吸收<sup>[4,5]</sup>，且有助於重塑 LDH 患者大腦活動的預設模式網絡（default mode network; DMN）功能以達止痛效果<sup>[6]</sup>。

一篇隨機對照試驗<sup>[3]</sup>，評估了中醫傷科推拿手法結合整脊手法對緩解腰椎椎間盤突出（LDH）患者的疼痛和功能障礙之療效，研究納入了 66 名患 LDH 且具反覆下背痛超過 3 個月（VAS > 3 分）之受試者，並等比例隨機分為治療組及對照組，治療組接受傷科推拿手法（先對脊柱兩側、髖部及下肢後外側進行滾動按摩 3 ~ 5 分鐘，再對上述部位進行揉捏按摩 5 ~ 7 分鐘，最後對腎俞（BL23）、居髎（GB29）、環跳（GB30）、委中（BL40）和阿是穴等腧穴進行點按操作，使其感覺到溫熱），推拿手法結束後再行整脊手法，對照組則接受常規的腰椎牽引（lumbar traction）治療持續 20 分鐘。兩組療程皆為每週治療 3 次並持續 4 週。研究結果顯示，經 4 週療程後，治療組的總有效率顯著高於對照組（以症狀結合 Oswestry Disability Index, ODI 評分來進行評估，結果為 96.67% vs. 66.67%， $P < 0.001$ ），且與對照組比較，治療組在治療後的 ODI、pain rating index、視覺類比量表（VAS）和當前疼痛強度分數均顯著較低（均  $P < 0.05$ ），雙側豎脊肌的 muscle tone 和 pressure pain threshold 差異顯著減小（均  $P < 0.001$ ），且腰椎 ROM 顯著增大（ $P < 0.001$ ）。此外，治療組的 IL-6、IL-8 和 interferon- $\gamma$  濃度在治療後顯著低於對照組（均  $P < 0.05$ ）。總結此項研究顯示，中醫



推拿手法結合整脊手法對緩解 LDH 患者的疼痛和改善功能障礙具有積極療效，並有助於降低血清中發炎物質濃度。

然而，此項研究樣本數較小（ $n = 66$ ），且受試者和治療者皆無法使用盲法，亦缺乏隨訪來評估傷科推拿結合整脊手法治療的長期療效，故存在著限制與偏差，後續仍需更多樣本數大、偏差風險小的隨機對照試驗來進一步證實傷科推拿手法結合整脊手法治療腰椎椎間盤突出之療效。

在不良反應方面，安全問題主要可能是整脊手法可能觸發或加劇椎間盤突出，甚至引起急性馬尾症候群（Cauda equina syndrome, CES）的風險，但據估計，整脊手法導致馬尾症候群的風險實為罕見，大約為 1/100,000,000。綜合上述納入研究的結果顯示，所有研究中，傷科手法，包括整脊及推拿，均未導致任何嚴重不良事件。在輕微不良事件方面，除了此篇研究<sup>[2]</sup>報告指出，在進行整脊手法及微創內視鏡椎間盤切除術後，部分受試者會出現痠痛加劇（均為自限性且無需額外介入）之情況外，其他研究並未報告輕微不良事件。然而，雖證據顯示沒有嚴重不良事件，但因納入樣本數較小，未來仍需更多研究來驗證其安全性。

經由收錄之隨機對照臨床試驗以及系統性文獻回顧與統合分析發現，整脊或結合推拿的治療方式，對於改善腰椎椎間盤突出的疼痛是有幫助的（表一）。但因受試者和治療者不容易使用盲法，加上研究報告樣本數較小、彼此之間的做法差異大，故證據品質「低」。未來研究應注重中醫傷科臨床研究方法學設計，提供更高品質的證據，以支持臨床決策。但因中醫傷科的整脊、推拿手法可降低患者的疼痛指

數，且療效至少可維持 4 週以上；相關的不良反應僅有一篇研究<sup>[2]</sup>指出少數個案痠痛加劇（均為自限性且無需額外介入）之情況外，其他研究並未報告輕微不良事件，顯示中醫傷科手法是一種安全的治療方法。

表一、總結表格

介入時機	適用療法	治療手法	治療頻率與療程	療效持續時間	參考文獻
因 LDH 導致單側神經根症狀且無手術臨床適應症者	整脊手法	與傷科手法扳腰相似	平均治療 11 次（範圍 6 ~ 18 次），療程大部分在前 6 週完成，不超過 12 週	12 個月	[1]
因 LDH 導致單側神經根症狀且經 3 個月保守治療失敗者	整脊手法	與傷科手法扳腰相似	第一階段：前 4 週，每週 2 ~ 3 次 第二階段：之後 3 至 4 週，每週 1 ~ 2 次	52 週	[2]
因 LDH 導致反覆下背痛超過 3 個月者	推拿結合正骨	先對脊柱兩側、髖部及下肢後外側行傷科推拿手法後，再行整脊手法	每週治療 3 次並持續 4 週	4 週（缺乏長期追蹤數據）	[3]



根據現有文獻綜述顯示，整脊及推拿手法在臨床應用中所產生的不良事件發生率相對較低。然而，目前支持其療效與安全性的臨床研究證據品質普遍偏低，且樣本規模有限，對療效與風險的評估尚不夠充分。故在臨床應用方面，建議對以青壯年為主可考慮給予弱建議，前提為患者經過充分評估並知情同意。對於年長者，由於潛在慢性疾病或骨質退化等共病風險較高，施作前應由具備相關專業知識之醫師進行全面評估，以確保治療安全性。

綜上所述，以上建議可供臨床醫師參考，實際治療決策仍須依據個別病患病情，由專業醫療人員審慎判斷與執行，以保障患者之最大福祉與安全。

參考文獻：

1. Burton, A.K., K.M. Tillotson, and J. Cleary, Single-blind randomised controlled trial of chemonucleolysis and manipulation in the treatment of symptomatic lumbar disc herniation. *Eur Spine J*, 2000. 9 (3) : p. 202-7.
2. McMorland, G., et al., Manipulation or microdiscectomy for sciatica? A prospective randomized clinical study. *J Manipulative Physiol Ther*, 2010. 33 (8) : p. 576-84.
3. Cao, B., et al., Effect of traditional Chinese manual therapy on alleviating pain and dysfunction of lumbar disc herniation: a randomized controlled pilot study. *Am J Transl Res*, 2022. 14 (10) : p. 6941-6952.



4. Rong, X., et al., The biomechanical impact of facet tropism on the intervertebral disc and facet joints in the cervical spine. *Spine J*, 2017. 17 (12) : p. 1926-1931.
5. Ke, S., et al., The biomechanical influence of facet joint parameters on corresponding segment in the lumbar spine: a new visualization method. *Spine J*, 2021. 21 (12) : p. 2112-2121.
6. Chen, X.M., et al., Traditional Chinese Manual Therapy (Tuina) reshape the function of default mode network in patients with lumbar disc herniation. *Front Neurosci*, 2023. 17: p. 1125677.

附錄：中英文對照表

Cauda Equina Syndrome (CES)：急性馬尾症候群

Chemonucleolysis：化學性髓核溶解療法

Default Mode Network (DMN)：預設模式網絡

Endogenous Inflammatory Substances：內源性發炎物質

Herniation of Intervertebral Disc (HIVD)：腰椎椎間盤突出

Intention-to-treat Analysis：意向分析

Lumbar Disc Herniation (LDH)：腰椎椎間盤突出

Lumbar Traction：腰椎牽引

Manual Therapy：傷科手法

Microdisectomy：微創內視鏡椎間盤切除術

Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs)：非類固醇抗發炎藥物

Spinal Manipulative Therapy (SMT)：整脊治療



Straight Leg Raising Test (SLRT)：直腿抬高試驗

Tuina：推拿

Visual Analogue Scale (VAS)：視覺類比量表



## 第二章 腰椎滑脫 (Lumbar spondylolisthesis)

### 臨床問題：傷科手法是否能改善腰椎滑脫？

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
1B	經醫師診斷為輕度腰椎滑脫患者（Meyerding Grade I），建議應使用中醫傷科推拿手法（包括滾法、揉法、推法等）進行處理，並合併其他治療方式（如物理治療、核心穩定訓練），以改善疼痛程度。（強建議、證據品質中等）	[1, 2]

脊椎滑脫（Spondylolisthesis），指的是上方椎體相對於下方椎體發生位移、偏離正常位置，並造成脊椎不穩定。這種情況可能會引起疼痛，並加速骨刺增生或關節炎的形成。臨床上滑脫可能發生在脊柱的任何部位，但以腰椎最為常見，是導致下背痛最常見的原因之一。

脊椎滑脫有多種成因和類型，而成人多半為後天因素所導致，其中最常見的兩種類型分別是退化型滑脫（Degenerative spondylolisthesis）和椎弓斷裂型滑脫（Spondylolytic spondylolisthesis）。退化型滑脫好發於 50 歲以上女性，且在第 4、第 5 腰椎（L4-L5）最常發生，主因為隨年齡增長、長期使用而產生的退化性變化，由於椎間盤逐漸失去高度甚至突出，因而使穩定脊椎的韌帶與關節相繼鬆弛、彎曲變形，導致脊椎不穩，進而發展成退化型脊椎滑脫；並且隨著滑脫程度加劇，脊椎管腔可能變得更加狹窄，形成脊椎狹窄（Spinal stenosis），以致壓迫到脊髓或神經根，引發神經壓迫症狀。椎弓斷裂型滑脫，由



椎弓骨折（Pars fracture）、亦稱為椎弓解離（Spondylolysis）所導致，此類骨折好發於年輕族群，可能肇因於外傷或疲勞性骨折（Fatigue fracture），病灶在腰薦椎之間（L5-S1）最為常見，初期並不一定會引起滑脫，且由於椎弓骨折會使脊椎的前方（椎體）與後方（椎板）分離，因此即便發生滑脫也較不易造成脊椎狹窄（Spinal stenosis），可能直至中年因骨刺增生、韌帶鈣化等退化性變化才會出現症狀。

Meyerding classification of spondylolisthesis：是針對椎體滑脫嚴重程度的分級系統，在側面 X 光影像上，測量上方椎體後緣到下方相鄰椎體後緣的相對位移程度，並將此距離換算為上方椎體總長度的百分比，以此來評估滑脫的嚴重程度。共可分為五個等級，第一級移動量最少，第五級移動量最大。

### 椎體滑脫分級

等級	位移
I	0-25%
II	26-50%
III	51-75%
IV	76-100%
V	>100%（椎體完全滑脫）

滑脫後的脊椎結構改變，若造成脊椎狹窄（Spinal stenosis），活動時則易引發神經壓迫症狀，諸如下背痛、下肢麻木疼痛無力或間歇性跛行等情形；在長時間站立或行走時則可能導致症狀加重，而向前彎腰或坐下則能使症狀緩解。



醫師會根據臨床症狀及病史，予以相對應的觸診等理學檢查，並視情況安排進一步影像學檢查，常見的影像學檢查包括：X-ray（觀察椎體滑脫、椎間盤退化、骨刺）、Lateral flexion-extension X-ray（判斷脊椎穩定度）、MRI（清楚顯示軟組織、判斷是否有神經受壓迫）、CT（更清楚呈現骨骼細節）

目前針對輕度滑脫（Spondylolisthesis Grade I and II）臨床第一線常採用保守治療，而當中又可再細分為物理治療、運動及藥物治療，以物理治療、運動為例，雖無法讓滑脫的椎體恢復原位，但可借由特定動作來強化、伸展下背部與核心肌群，協助穩定脊椎，進而達到症狀的緩解；藥物治療則包括止痛藥、非類固醇消炎藥（NSAIDs）以及針對神經周圍或脊椎硬膜外腔（Epidural space）的類固醇注射，但即便藥物治療能有效緩解疼痛與發炎，對下肢無力的改善效果卻仍有限。

當保守治療未能使症狀明顯改善，或是神經壓迫症狀已影響日常生活，如無法站立或行走，才需要考慮手術的介入治療。對於退化型滑脫，大多數情況下的手術目標會以減壓（解除神經壓迫）為優先，常見方式為椎板切除術（Laminectomy）；而針對椎弓斷裂型滑脫，手術的核心目標則為穩定脊椎，通常透過脊椎融合術（Spinal fusion），來穩定骨性結構。

現今手法治療脊椎滑脫的醫學文獻較少，多數論文中多半概述為「腰椎不穩定（Lumbar instability）」，進行文獻評讀後，僅有少數研究將脊椎滑脫診斷列為收案條件。在這些研究中，目前證據等級最高的只有一篇文獻回顧（共納入 6 篇隨機對照試驗、共 524 名患者），



其結論支持手法治療對於退化型腰椎滑脫具有療效與安全性<sup>[1]</sup>，但由於研究納入分析的隨機對照試驗數量以及患者人數不多，該研究指出仍需要大規模的隨機對照試驗來進一步證實研究結論。

手法治療的目的是增加活動範圍、提高組織延展性、誘導放鬆、調節疼痛、減少腫脹或發炎。手法治療包括多種不同的技術，例如：操縱、活動、牽引和軟組織療法（例如按摩）；目前臨床研究顯示，手法治療（如推拿、整脊）在臨床上被廣泛應用為退化型腰椎滑脫（Degenerative lumbar spondylolisthesis）的保守治療方法<sup>[1, 2]</sup>。一篇隨機對照試驗研究<sup>[2]</sup>，探討了中醫傷科推拿（Tuina）結合核心穩定訓練（Core stability exercises）對腰椎退化性不穩定（Lumbar degenerative instability）所致下背痛的療效，研究納入 88 位輕度腰椎退化性不穩定患者（位移程度不超過 5mm 或 Spondylolisthesis Grade I），隨機分配為實驗組與對照組，使用的評估工具分別有視覺類比量表（Visual analogue scale, VAS）以及日本骨科協會評分指數（Japanese orthopaedic association, JOA score），VAS 用以進行疼痛評估，分數越高代表疼痛程度越高，JOA score 則用於評估脊髓功能障礙，分數越低，代表功能障礙越嚴重；實驗組接受中醫推拿手法（包括滾法、揉法、推法、斜扳法等）合併核心穩定訓練（包括平板支撐、側平板支撐、橋式、仰臥抬腿和伏地挺身，每天執行上述每項動作各 10 次），對照組則僅接受中醫推拿治療，兩組皆以每天 1 次、每次 40 分鐘之頻率接受治療，療程共計持續 6 週。研究結果顯示，在接受治療 2 週時，兩組的臨床症狀均獲得顯著改善，JOA score 均顯著提高（ $p < 0.05$ ），VAS



亦均顯著降低 ( $p < 0.05$ )，於此治療階段時兩組間無顯著統計學差異 ( $p > 0.05$ )；而在接受治療後 6 週的評估，相較於對照組，實驗組 VAS 顯著較低 ( $p < 0.05$ )，JOA 評分顯著較高 ( $p < 0.05$ )，此時的研究結果則顯示中醫推拿合併核心穩定訓練可以達到更佳的療效，並且兩組於受試期間均未觀察到任何重大不良事件。

然而，此項研究樣本數小，且試驗對象與試驗人員未實施雙盲，實驗設計亦僅納入輕度腰椎退化性不穩定患者，對腰椎滑脫程度更高 ( $> \text{Spondylolisthesis Grade I}$ ) 患者的臨床療效尚不清楚，此外也未進行 X 光影像學比較，難以確定結合治療對影像學表現的影響，故研究設計仍存有部分限制，後續仍需納入更大樣本數、偏差風險小、採用更客觀評估工具的隨機雙盲對照試驗來進一步證實傷科手法治療脊椎滑脫的療效。

基於該研究結果，雖然證據品質中等，但考量中醫傷科手法對於改善輕度腰椎滑脫患者症狀及功能具有一定療效，且發生不良事件的機率低，也顯示中醫傷科手法對於此類患者是一種安全的治療方法，故臨床治療上，針對青壯年 ( $\leq 55$  歲) 且影像學顯示輕微腰椎滑脫 ( $\text{Spondylolisthesis Grade I}$ ) 之族群給予強建議，至於年長者 ( $> 55$  歲) 因為潛在性疾病較多，操作前須謹慎評估患者情況。鑒於臨床病情變化，前述建議提供臨床醫師參考，相關臨床決策仍須由醫師評估後進行。



### 參考文獻

1. Liu, Z., et al., Manipulation for degenerative lumbar spondylolisthesis: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Traditional Chinese Medical Sciences*, 2022. 9 ( 2 ) : p. 121-127.
2. Tang, S., et al., Treating low back pain resulted from lumbar degenerative instability using Chinese Tuina combined with core stability exercises: A randomized controlled trial. *Complement Ther Med*, 2016. 25: p. 45-50.



### 第三章 急性腰扭傷 (Acute lumbar sprain)

#### 臨床問題：中醫傷科手法是否能改善急性腰扭傷？

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
1B	<p>在中醫傷科治療急性腰扭傷的各項方法中，脊椎調整結合針灸治療與推拿手法為文獻支持度最高的核心介入方式，並強烈建議作為一線治療選項。</p> <p>隨機對照試驗與系統性回顧顯示，脊椎調整結合針灸可顯著改善疼痛指數、活動範圍及功能障礙，其效果明顯優於單一針灸。針對軟組織的調整，四步驟推拿法與中醫指針療法亦展現出優於對照組的臨床療效與總有效率，對緩解症狀具有確切幫助。</p> <p>整體而言，這三類手法具中等證據等級，建議臨床工作者依據患者個別病情靈活搭配運用，以獲得最佳療效並有效縮短病程。（強建議，證據等級中）</p>	[1-4]

急性腰扭傷（acute lumbar sprain）為臨床常見的腰部軟組織急性損傷性疾病，常涉及腰骶部肌肉、筋膜與韌帶，亦可能合併脊柱小關節錯位與功能紊亂。其常見致病原因包括不良姿勢、瞬間過度用力、負重失衡或外力撞擊。臨床表現以腰部疼痛與活動受限為主，疼痛在彎腰、轉體或負重時尤為明顯，診斷依據主要為局部壓痛與動作誘發疼痛等臨床徵象。本指引聚焦於成人急性腰扭傷的早期評估與治療策略，經由系統性文獻檢索，彙整近年具代表性之研究，並選用「acute lumbar sprain」、「腰部軟組織損傷」、「推拿」、「正骨」、「針



灸」、「中藥薰蒸」、「放血」及「運動治療」等相關關鍵字，於 PubMed、Cochrane Library 進行資料蒐集與分析。目前證據顯示，中醫傷科外治法如推拿、正骨、針灸、中藥薰蒸、放血與運動治療，對於緩解疼痛、恢復活動功能及預防病程慢性化均具有良好效果。推拿與正骨可即時改善組織緊張與活動受限，針灸與放血能促進局部循環、減輕炎症反應，中藥薰蒸有助於肌肉放鬆與組織修復，而運動治療則有助於穩定腰部功能，降低復發風險。鑒於若未及時妥善處理，急性腰扭傷可能發展為慢性疼痛，影響患者日常生活品質與工作能力，本指引旨在提供臨床工作者具實證基礎之早期介入建議，協助臨床決策，優化治療成效並降低病情惡化與反覆發作的風險。

中醫治療急性腰扭傷的外治法涵蓋多種手法性介入，其中以脊椎調整手法與針灸或推拿手法為常見核心策略，相關文獻提供中等證據支持其臨床成效。

首先，脊椎關節調整手法方面，Guan Fu 等人進行的隨機對照試驗<sup>[1]</sup>顯示，平衡針灸結合通督正脊手法能在治療後第 3 至 5 天明顯降低疼痛（VAS）、改善腰椎活動度（ROM）及功能障礙（RMDQ），效果優於單純針灸療法。此外，Paige 等人的系統性回顧與統合分析<sup>[2]</sup>亦指出，脊椎整脊療法（SMT）在 6 週內對急性下背痛具有中度療效，可改善疼痛與功能，但須注意其可能伴隨輕微短暫的肌肉骨骼不適，建議依個案謹慎選擇應用。

## 治療建議

手法分類	證據等級	建議等級	建議內容	引用
針灸與軟組織推拿手法	B	強建議	<p>脊椎調整手法合併針灸治療可明顯降低急性腰扭傷患者的疼痛指數、提升腰椎活動範圍，並改善日常功能，相較於單一針灸療法成效更為顯著。Guan Fu 等人的研究指出，聯合療法於治療後短期內（第 3 至 5 天）即產生正向療效，患者疼痛緩解迅速，行動能力明顯提升。Paige 等人的系統性回顧亦支持脊椎整脊療法對急性下背痛具有中等療效，尤其於治療初期 6 週內最為明顯。雖部分個案可能出現輕微、暫時性的肌肉不適，但整體風險可控，臨床上應優先考慮應用於有脊柱小關節功能障礙、椎體錯位或姿勢異常所導致之急性腰扭傷患者。</p>	[1,2]
軟組織調整手法	B	強建議	<p>軟組織調整推拿手法作為中醫傷科外治的重要介入方式，透過經絡循行、穴位刺激與肌筋膜鬆解，有效舒緩急性腰扭傷所引發之疼痛、痙攣與局部張力異常。其對腰部軟組織損傷之疼痛控制與活動恢復具良好療效。</p> <p>四步驟推拿法（針對氣海、箕門、腎俞、委中等關鍵穴位進行手法處理）適合用於急性期初發時介入，並可依據患者體質與病因選擇合適技法提升療效。</p>	[3,4]



其次，針灸與軟組織推拿手法也證實具有效益。仇秀宇等人比較中醫指針療法與傳統針灸，發現治療組在疼痛改善與臨床總有效率上優於對照組（ $P < 0.05$ ），顯示指針療法在急性腰扭傷的臨床應用具有潛力<sup>[3]</sup>。而梁振新等人針對四步驟推拿法（氣海、箕門、腎俞、委中等穴位推拿）與布洛芬藥物治療進行比較，結果顯示推拿組總有效率達 100%，顯著高於藥物對照組（80%， $P < 0.05$ ），且改善症狀與體徵之效果亦顯著優越<sup>[4]</sup>。

綜合以上 4 篇文獻<sup>[1-4]</sup>，脊椎調整手法（SMT 與通督正脊）、針灸與 4 步驟推拿療法均可有效改善急性腰扭傷的疼痛與功能，具中等證據等級，並建議臨床上依患者狀況個別選擇與搭配應用，以達最佳療效。

急性腰扭傷的治療策略應著重於早期正確的評估與介入，以避免慢性化或反覆發作。脊椎調整手法結合針灸，以及針對軟組織的推拿治療，均展現穩定且顯著的臨床療效，具中等證據支持與強烈建議等級。這兩類手法不僅能有效減輕疼痛、改善功能障礙與活動受限，亦有助於加速恢復與預防病情惡化。建議臨床實務中，根據患者個別病因與體質選擇合適手法，並可依不同病程階段靈活搭配使用，以提升治療效果並降低復發風險。未來仍需更多高品質研究以進一步驗證長期成效並優化介入策略。

#### 參考文獻

1. Guan, F., Liu, X., Wang, W., Fan, N., Cao, S., & Liu, H. (2022) .



- Efficacy comparison of acupuncture and balanced acupuncture combined with TongduZhengji manipulation in the treatment of acute lumbar sprain. *American Journal of Translational Research*, 14 (7) , 4628–4637.
2. Paige, N. M., Miake-Lye, I. M., Booth, M. S., Beroes, J. M., Mardian, A. S., Dougherty, P., Branson, R., Tang, B., Morton, S. C., & Shekelle, P. G. (2017) . Association of spinal manipulative therapy with clinical benefit and harm for acute low-back pain: Systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 317 (14) , 1451–1460.
  3. Qiu, X., Xu, J., Zhao, D., Yan, L., & Yang, J. (2017) . Clinical observation on the therapeutic effect of Chinese medicine needle-point therapy on acute lumbar sprain. *Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine*, 51 (1) , 74–77.
  4. Liang, Z., Wang, H., & Liu, J. (2010) . Rehabilitation observation of four-step tuina therapy in the treatment of acute lumbar sprain. *Chinese Journal of Information on Traditional Chinese Medicine*, 17 (11) , 77.



第五篇 上肢部位

## 第一章 肩關節脫位 (Shoulder dislocation)

### 臨床問題：傷科處置是否能改善肩關節脫位？

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
1C	<p>對於 20 ~ 38 歲成人初次發生肩關節脫位的患者：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 建議採用徒手復位作為治療選項之一。徒手復位具有高成功率與低併發症率，可作為初期處置方式。惟與早期手術相比，再脫位風險較高，應根據病人活動程度與偏好評估是否進行後續手術治療。</li> <li>■ 在初次脫位後，不同復位技術（如牽引-反牽引法、槓桿法、肩胛骨操控法）在復位成功率及短期併發症發生率上無顯著差異，臨床醫師可根據病人容忍度、技術熟練度與現場條件選擇適當方式。</li> <li>■ 初次脫位後，採用外旋位固定與內旋位固定兩種方式，在預防再次脫位的效果方面並無顯著差異，固定方式之選擇可依病人舒適度與配合度決定。（強建議，證據等級低）</li> </ul>	[1-3]

肩關節脫位（Shoulder dislocation）是醫療保健中常見的脫位類型之一，肩關節脫位約占所有主要關節脫位的 50%。其中以前脫位最為常見，占比達 95% ~ 97%；後脫位占 2% ~ 4%；下脫位則僅占 0.5%。根據美國一項大型傷害數據庫的回顧研究，分析了近 9000 例肩關節脫位，結果顯示其發生率為每 10 萬人每年 23.9 例。其中，近 72% 的患者為男性，且約有一半的病例發生於 15 ~ 29 歲的患者身上。跌倒是 最常見的致傷機制，約占病例的 60%。肩關節脫位的發生地點中，約有一半發生在家庭環境，約 1/3 發生在運動或娛樂場所。整體而言，



約有一半的肩關節脫位與患者參與運動或娛樂活動有關。

肩關節脫位治療方式會依照脫位方式的不同而有相對應的復位手法，包括 Scapular manipulation（肩胛骨操作法，肩關節前脫位時使用）、俯臥肩胛骨操控法（肩關節前脫位時使用）、External rotation technique（外旋復位法，肩關節前脫位時使用）、traction-countertraction（牽引-反牽引法，肩關節後脫位、下脫位時使用）等。而當肩關節脫位時，要選擇手術治療或是手法復位治療，則需考量患者是否有反覆性脫臼、血管損傷等症狀。不過，關於手術治療與非手術治療何者為肩關節脫位的最佳治療方式，文獻證據目前尚未取得共識。

一篇 2018 年的系統性文獻回顧及統合分析<sup>[1]</sup>，納入 22 篇隨機對照試驗研究，共收錄 2567 名患者，平均年齡範圍為 20.3 歲至 36 歲。其中有 12 篇針對初次創傷性肩關節脫臼後的治療進行比較，包括非手術處理、外旋固定（external rotation, ER）、內旋固定（internal rotation, IR）及早期手術的效果。其他 10 篇研究分析慢性創傷性肩關節不穩定的手術及縫合材料之比較，因此此處不討論。研究顯示，初次脫臼後進行非手術治療，約 47% 的患者在 2 年內未出現復發，顯示非手術處理仍是合理選擇。然而，慢性不穩定患者應根據病情考量手術修復，開放性手術或許為更穩定的選擇。

比較外旋固定與內旋固定對於初次創傷性肩關節脫臼復發率的影響，4 篇研究顯示<sup>[4-7]</sup>，ER 與 IR 固定無顯著差異。而其中 2 篇<sup>[6, 7]</sup>提到患者對 IR 固定的耐受性更好。但有一篇研究結果表明<sup>[8]</sup>，對於初次肩關節脫臼的年輕患者，ER 固定可能是更有效的非手術選擇，ER 固



定組的復發率僅 3.9% (2/51)，顯著低於 IR 固定組的 33.3% (17/51)，結果顯示 ER 固定可能是更有效的非手術選擇，在降低復發率方面有潛在優勢，但樣本數少，僅收錄 102 位患者，該研究需要更大規模的隨機對照試驗進一步確認結論，特別是不同年齡段和活動水平患者的效果差異。

另一篇發表於 2021 年的系統性文獻回顧及統合分析，納入 12 個符合條件的隨機對照試驗<sup>[2]</sup>，共收錄 1055 位急性前肩關節脫臼患者，年齡介於 15 至 90 歲之間（平均年齡 38.6 歲）。研究主要比較了 3 種閉合復位技術，即牽引 - 反牽引（traction-countertraction）、槓桿法（leverage）和肩胛骨操作法（scapular manipulation）。其中，有 463 位患者接受牽引對牽引技術，592 位患者接受槓桿法或肩胛骨操作法。研究顯示，牽引 - 反牽引技術的疼痛評分低於槓桿法（MD 0.86; 95% CI: 0.64 to 1.08;  $p < 0.00001$ ），但復位時間稍長（MD+20 秒）。在牽引 - 反牽引方法中，Spaso 技術在首次復位的成功率、疼痛減輕和速度上均具顯著優勢，其疼痛評分顯著低於其他牽引對牽引方法（MD:-1.92; 95% CI: -2.85 to -1.00;  $p < 0.001$ ）。此外，肩胛骨操作法在 2 篇文獻中顯示<sup>[9, 10]</sup>，其疼痛評分低於牽引 - 反牽引與槓桿法，分別減少 1.5 和 2.3 分，但由於研究數量有限，未能進行統合分析。整體而言，各技術在成功率及短期併發症發生率方面並無顯著差異，顯示臨床上可根據患者情況靈活選擇。

一篇發表於 2018 年的手牽足蹬復位法聯合中藥外敷治療療效之研究<sup>[3]</sup>，共收錄 67 位患者，分別在治療前和治療結束後採用肩關節功能評價量表評價患肩功能，並在治療結束後，參照《中醫病證診斷療效



標準》中肩關節脫位療效評定標準評價療效。觀察治療期間皮膚過敏等不良反應及肱骨骨折和神經、血管損傷等併發症發生情況，並隨訪觀察肩關節脫位復發情況。結果 67 位患者均順利完成治療。患肩功能評分，治療前（ $38.96 \pm 3.72$ ）分，治療結束後（ $89.08 \pm 7.19$ ）分。治療結束後，治癒 49 例、好轉 18 例。治療期間無皮膚過敏、肱骨骨折及神經、血管損傷等情況發生。67 位患者均獲 1 年隨訪，肩關節脫位復發 2 例。

綜合上述研究結果，結論如下：

- 一、2018 年系統性文獻回顧及統合分析：目前僅針對初次外傷性肩關節脫位，早期手術（labrum repair）可減少肩關節再次脫位的發生率，然而，約有 47% 接受非手術治療的病人，在初次受傷後兩年內未發生再次脫位或肩關節不穩定的情形。在初次外傷性肩關節脫位後，與內旋位固定（IR）相比，採用外旋位固定（ER）並無明顯益處。針對慢性創傷後肩關節不穩定的治療，我們未發現有任何隨機對照試驗評估手術與非手術處置或假手術之間的療效，然而開放式 Bankart 修補術在預防肩關節再次脫位方面比關節鏡手術具有更穩定的療效。
- 二、2021 年系統性文獻回顧及統合分析：根據不同脫位方式有不同的復位技術，不過各技術在成功率及短期併發症發生率方面並無顯著差異，顯示臨床上可根據患者情況靈活選擇。
- 三、手牽足蹬復位法聯合中藥外敷治療療效之研究：復位手法搭配中藥外敷治療可對肩關節脫位造成一定療效，且患者再次脫位機率較低，但其所納入的患者數量較少。



文獻限制之處：評估肩關節不穩定性的測量工具很少，且患者的基準線也很少被報告。這些研究通常未滿足統計檢定所需的基本假設，可能導致第二型錯誤的發生。另一個限制是出版偏差，因為干預措施而導致的負面結果的研究更可能未被發表，這使得在綜合分析中有可能會高估真實效果。此外，多數研究結果僅適用於肱盂骨幾乎完好的患者，這對臨床具有直接相關性，因為肩關節脫位有時會導致明顯的肱盂骨骨折，或者肱盂骨可能因多次脫位而侵蝕。故後續需要更多樣本數大、偏差風險小的隨機對照試驗以及系統性文獻回顧與統合分析來證實肩關節脫位的最佳臨床治療方式，以提升證據等級。

總結以上文獻，經臨床專家審閱，提供臨床建議如下：

在成人患者（20～38歲）中，若初次肩關節脫位後，早期關節修補手術可減少脫位的再次發生，但47%的患者於徒手復位後2年內，並無再次發生脫位的現象。目前使用何種復位方式，目前尚無定論，因其成功率及短期併發症發生率方面並無顯著差異。但對於初次肩關節脫臼的患者，建議以外旋位或內旋位方式固定，因其再次脫位的機率並無顯著差異。對於慢性創傷後肩關節不穩定，因無隨機對照試驗針對手術與非手術之間進行評估，故目前仍無定論。但開放式Bankart修補術在預防肩關節再次脫位方面比關節鏡手術具有更穩定的療效。

此外，中醫復位手法結合外敷治療對於肩關節脫位也顯示了良好的療效，且復發率較低，但需更多樣本數研究進一步支持其應用。鑒於臨床病情變化及個體化需求，前述建議提供臨床醫師參考，相關臨床決策仍需基於患者的實際情況和醫師的專業評估進行。



### 參考文獻

1. Kavaja, L., et al., Treatment after traumatic shoulder dislocation: a systematic review with a network meta-analysis. *Br J Sports Med*, 2018. 52 ( 23 ) : p. 1498-1506.
2. Dong, H., E.A. Jenner, and K. Theivendran, Closed reduction techniques for acute anterior shoulder dislocation: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Trauma Emerg Surg*, 2021. 47 ( 2 ) : p. 407-421.
3. Zhang, Y., et al., Manual traction and counter-traction reduction combined with external application of traditional Chinese medicine for shoulder dislocation. *Chinese Journal of Traditional Orthopedics*, 2018. 30 ( 8 ) : p. 45-47.
4. Liavaag, S., et al., The epidemiology of shoulder dislocations in Oslo. *Scand J Med Sci Sports*, 2011. 21 ( 6 ) : p. e334-40.
5. Ansari, U., et al., Practice variation in common fracture presentations: a survey of orthopaedic surgeons. *Injury*, 2011. 42 ( 4 ) : p. 403-7.
6. Whelan, D.B., et al., External rotation immobilization for primary shoulder dislocation: a randomized controlled trial. *Clin Orthop Relat Res*, 2014. 472 ( 8 ) : p. 2380-6.
7. Itoi, E., et al., Immobilization in external rotation after shoulder dislocation reduces the risk of recurrence. A randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am*, 2007. 89 ( 10 ) : p. 2124-31.



8. Heidari, K., et al., Immobilization in external rotation combined with abduction reduces the risk of recurrence after primary anterior shoulder dislocation. *J Shoulder Elbow Surg*, 2014. 23 ( 6 ) : p. 759-66.
9. Ghane, M.-R., et al., Comparison between traction-countertraction and modified scapular manipulation for reduction of shoulder dislocation. *Chinese Journal of Traumatology*, 2014. 17 ( 2 ) : p. 93-98.
10. N, S., et al., A comparison of the scapular manipulation and Kocher's technique for acute anterior dislocation of the shoulder. . *Eklemler Hastalik Cerrahisi*, 2011. 22 ( 1 ) : p. 28-32.



## 第二章 沾黏性肩關節囊炎（五十肩） （Adhesive capsulitis；Frozen shoulder）

臨床問題：傷科手法（徒手治療）是否能改善沾黏性肩關節囊炎（五十肩）？

GRADE 證據等級	臨床建議內容	參考文獻
2C	傷科手法（徒手治療）對於改善五十肩的疼痛與肩關節活動度具有限度之療效，其效益可能因個體差異而異，且多數研究證據等級較低，臨床使用時應審慎評估並與患者充分溝通，並考慮配合其他療法治療。 （弱建議，證據等級低）	[1-5]

本指引旨在彙整目前五十肩（沾黏性肩關節囊炎）治療的實證研究，並依據實證等級，提出中醫徒手治療與整合治療的建議，供臨床應用參考。適用於臨床上診斷為五十肩（沾黏性肩關節囊炎）之成年人，特別是處於發炎期與凍結期者，對於關節明顯結構性損傷或手術適應症者，則不在本指引適用範圍內。

五十肩（Frozen Shoulder, FS），又稱沾黏性肩關節囊炎（Adhesive capsulitis, AC），是一種以肩部疼痛和活動受限為主要特徵的自發性疾病。五十肩在一般人口的盛行率約 2～5%，好發於 50 歲上下族群，且女性較為常見。五十肩已被證實與多種共病相關，包括糖尿病、心血管疾病、帕金森氏症、中風、甲狀腺亢進等，尤其在糖尿病患者中，五十肩的發生率可高達 60%。



五十肩的臨床表現與病程進展相關，根據症狀表現，五十肩的病程通常分為三個階段：發炎期、凍結期、緩解期。在發炎期通常會出現持續性肩痛，而此時肩關節活動範圍可能尚未明顯受限，但外旋或前屈時會加重疼痛。僵硬期時，肩關節活動範圍逐漸減少，影響日常活動，如梳頭或穿衣，僵硬和功能損害成為主要問題。解凍期疼痛逐漸減輕，活動範圍慢慢改善，但恢復可能需時數月至數年，部分患者難以完全恢復關節功能。

目前五十肩的治療選擇包括非類固醇消炎止痛藥（NSAIDs）、皮質類固醇注射、玻尿酸注射、物理治療、徒手關節鬆動術、關節囊擴張術、麻醉下關節鬆動術（MUA）和關節鏡囊手術等，中醫治療方式則包含傷科手法治療（如推拿）、拔罐、針灸、小針刀等，類固醇關節注射與雷射治療對於短期病程有部分療效，然而目前仍未有公認快速有效的治療方式。因此臨床醫師通常根據個人經驗和專長制定治療模式，常見中西醫治療目標以及方式參見下表。

五十肩的中西醫分期治療			
五十肩分期	治療目標	西醫治療	中醫治療
發炎期 (2 ~ 9 個月)	緩解疼痛、維護 肩部功能	口服止痛藥、注射治 療、物理治療等	針灸、中藥
凍結期 (4 ~ 12 個月)	預防沾黏、改善 肩部活動度	口服止痛藥、注射治 療、物理治療、徒手 治療	針灸、中藥、 小針刀、傷 科手法
緩解期 (5 ~ 24 個月)	恢復肩部正常功 能、降低後遺症	物理治療、徒手治療	針灸、中藥、 傷科手法



徒手關節鬆動術（Mobilization）是常見治療五十肩的方式，包含以下多種方法：關節角度鬆動（Angular Mobilization）、平移鬆動、Maitland 技術、Mulligan 技術、Cyriax 技術、高強度技術（High-Intensity Techniques Beyond Pain Threshold）以及將脊柱鬆動與肩關節牽伸相結合的綜合技術。文獻指出 Maitland 技術及綜合技術目前被認為具有最佳的療效證據支持<sup>[1]</sup>。本指引中所稱之「徒手治療」（Manual Therapy），係指由具備相關專業訓練之治療師（中醫傷科醫師或物理治療師）徒手施行於肩關節及其周邊軟組織（肌肉、筋膜）的非侵入性技術，目的在於改善關節活動度與減少疼痛。

根據 Cochrane 一篇系統性文獻回顧及統合分析<sup>[2]</sup> 納入了 32 篇符合條件的隨機對照試驗研究。由於統合分析研究中未有研究比較手法治療與運動結合療法與安慰劑或無干預的效果，且介入方法、比較組合及結果測量上存在高度異質性，因此部分試驗的數據無法進行完整的統合分析。

統合分析比較了徒手治療結合運動及電療與單純類固醇注射的療效，根據 2003 年 Carrette 和 2005 年 Ryans 兩篇臨床試驗的統合數據，疼痛改善的標準均差（SMD）為 -0.32（95% CI: -0.77 to 0.13），功能改善的 SMD 為 -0.35（95% CI: -0.80 to 0.10），顯示徒手治療及運動組略遜於類固醇注射，但未達臨床顯著性。而在患者自評的治療成功率方面，短期內類固醇注射的治療成功率為 62%，徒手治療及運動組則為 55%，相對風險（RR）為 0.89（95% CI: 0.68 to 1.16）。另外，作者也同時分析了徒手治療、運動及電療合併類固醇注射治療與類固醇注射、安慰劑注射、不同類型的徒手治療方式以及其他介入方式（如

口服藥物)的比較,結果顯示在短期(6週)和長期(6個月和1年)於疼痛、功能、生活品質及患者滿意度的改善上均無顯著差異,此外,作者也指出多數試驗的證據品質被評估為「低」或「非常低」,限制了結論的可靠性。

推拿作為一種非侵入性的中醫療法,對於五十肩具有良好的臨床應用潛力,一篇隨機對照試驗<sup>[5]</sup>比較了推拿與中頻電療對第二階段冷凍肩患者的臨床療效,結果顯示在治療3週和6週後,推拿在降低患者疼痛(VAS評分)及改善肩部功能(Constant-Murley總分)方面效果顯著更佳。MRI檢查進一步顯示,與中頻電療相比,推拿在減少肩峰周圍水腫及降低腋窩肱骨關節囊厚度方面有更顯著的改善,並能有效改善肩袖肌肉的水分子擴散狀態。

一項基於大鼠的研究,以推拿作為主要介入方式,透過蛋白質組學與磷酸化蛋白質組學方法,探討推拿對關節囊纖維化的潛在機轉。結果顯示,推拿可能透過調節PI3K-AKT、MAPK和細胞外基質-受體交互作用等訊號通路,改善盂肱關節活動度並抑制組織纖維化。此外,推拿亦與Myh3和Srsf1的磷酸化變化及纖維化相關蛋白(如Thbs1、Vtn、Tenascin-W)表現下降相關。儘管該研究為非臨床動物實驗,尚無法直接推論至人體臨床療效,但提供了可能的分子機制參考,支持後續臨床研究方向。

綜合以上文獻,針對五十肩的治療,目前尚無單一療法被認定為最佳選擇。徒手治療和中醫推拿顯示出一定的療效,但由於缺乏高品質的研究,證據仍需謹慎評估,而其效果可能因個體差異而異。建議



制定治療方案時，根據患者的個體情況及疾病的嚴重程度進行個人化調整。目前，徒手治療的證據等級為 C 級（低），建議強度為 2（弱建議）。未來仍需更多高品質的臨床試驗，進一步驗證不同治療方案的長期療效與安全性。

### 參考文獻

1. Noten, S., Meeus, M., Stassijns, G., Van Glabbeek, F., Verborgt, O., & Struyf, F. (2016). Efficacy of Different Types of Mobilization Techniques in Patients With Primary Adhesive Capsulitis of the Shoulder: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil*, 97 (5), 815-825. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.07.025>
2. Page, M. J., Green, S., Kramer, S., Johnston, R. V., McBain, B., Chau, M., & Buchbinder, R. (2014). Manual therapy and exercise for adhesive capsulitis (frozen shoulder). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011275>
3. Carette, S., Moffet, H., Tardif, J., Bessette, L., Morin, F., Frémont, P., Bykerk, V., Thorne, C., Bell, M., Bensen, W., & Blanchette, C. (2003). Intraarticular corticosteroids, supervised physiotherapy, or a combination of the two in the treatment of adhesive capsulitis of the shoulder: a placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*, 48 (3), 829-838. <https://doi.org/10.1002/art.10954>



4. Ryans, I., Montgomery, A., Galway, R., Kernohan, W. G., & McKane, R. (2005). A randomized controlled trial of intra-articular triamcinolone and/or physiotherapy in shoulder capsulitis. *Rheumatology (Oxford)*, 44 (4), 529-535. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keh535>
5. Wang, J. M., Mi, S. S., Zheng, L. J., Qiao, Y. J., Zhang, W. L., Xue, K., & Li, H. D. (2023). Efficacy and safety of Tuina and intermediate frequency electrotherapy for frozen shoulder: MRI-based observation evidence. *Am J Transl Res*, 15 (3), 1766-1778.



### 第三章 旋轉肌袖損傷 (Rotator cuff injury)

#### 臨床問題：傷科手法是否能改善旋轉肌袖損傷？

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
1C	<p>對於廣義性旋轉肌袖損傷（旋轉肌袖肌腱病或肌腱炎、肩夾擠症候群或肩峰下滑囊炎）與肩峰下疼痛的族群來說，徒手治療 [包含關節鬆動術（mobilization）、關節矯正術（manipulation）、軟組織技術（如肌筋膜放鬆、深層按摩等）] 結合運動治療能有效減輕疼痛以及增強肩部功能。</p> <p>對於肩夾擠症候群患者來說，徒手治療合併拉伸和強化運動為期 4 週，每週 5 天，每天 45 分鐘，比起僅接受拉伸和強化運動的患者來說，在疼痛、肩關節功能和肩胛運動範圍方面有顯著改善。（強建議，證據等級低）</p>	[1-6]

旋轉肌袖損傷（Rotator cuff injury, RCI）是一種常見的肌肉骨骼疾病，也是最常見造成肩痛的原因。肩部疼痛很常見，多達 2/3 有肩膀痛的民眾，被診斷為旋轉肌袖損傷。研究顯示旋轉肌袖損傷盛行率隨著年齡上升，尤其是經常需要反覆做手臂高過於頭動作的游泳或網球選手。旋轉肌袖包含棘上肌（supraspinatus），棘下肌（infraspinatus），肩胛下肌（subscapularis）以及小圓肌（teres minor），這些肌肉促進肩關節的活動與動作穩定度。旋轉肌袖損傷包含旋轉肌的肌腱撕裂（tears）、肌腱炎（tendinitis）以及夾擠症候群（impingement

syndrome)。旋轉肌袖損傷的患者常見在做特定動作如手臂高過於頭，會出現肩痛與肩功能受限的問題，而症狀在夜晚時加重，導致患者常有睡眠障礙、壓力以及日常生活的活動障礙。

旋轉肌袖損傷的治療包含手術、運動、徒手治療（Manual therapy, MT）、物理治療（physiotherapy）、非類固醇消炎藥物（nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs）、關節內類固醇注射（intra articular glucocorticoid injections）以及生醫材料（biomaterials）的治療。手術可重建旋轉肌袖的結構，但仍有再次斷裂的風險。非類固醇消炎藥物與關節內類固醇注射可以在短時間內有效緩解疼痛，但無助於功能的恢復。雖然生醫材料可修復旋轉肌袖損傷，但現今臨床上尚未廣泛應用。徒手治療是一種非藥物的治療，由物理治療師、整脊師與整骨師透過手法，針對關節及周邊組織進行操作。臨床上治療旋轉肌袖損傷，有僅徒手治療以及徒手治療結合運動或是多重模式的物理治療。國際徒手與肌肉骨骼物理治療師聯合會（International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists）將徒手治療定義為由物理治療師操作熟練的手部動作。徒手治療透過刺激周邊機械受器（peripheral mechanoreceptors）和抑制神經疼痛接受器（nociceptors）可降低疼痛，以及藉由提升關節液（synovial fluid）與軟骨基質（cartilage matrix）的交換來增加關節活動度。

一篇系統性回顧及統合分析<sup>[1]</sup>納入 24 篇符合條件標準的隨機對照試驗，共計 1110 名年齡大於 18 歲的受試者進行分析。共收錄 1110 名，僅有 1 篇研究將年齡範圍限制在 18 ~ 35 歲之間的年輕成年人。24 篇隨機對照試驗中，有 10 篇研究比較了徒手治療與安慰劑的效



果，11 篇評估徒手治療與運動療法結合使用相較於單獨運動療法的附加療效，另外 3 篇評估徒手治療與多模式物理治療結合相較於單獨物理治療的附加益處（實驗組 546 人，對照組 564 人）。結果顯示，僅使用徒手治療對於改善旋轉肌袖損傷（RCI）患者肩部疼痛與功能的效果有限（疼痛  $I^2 = 44\%$ ；[SMD] = -0.25；95% CI: -0.51 to -0.01；Z = 1.89；P = 0.06/ 功能  $I^2 = 27\%$ ；[SMD] = 0.20；95% CI: -0.09 to -0.49；Z = 1.33；P = 0.18）。然而，當徒手治療與運動治療結合（疼痛  $I^2 = 50\%$ ；[SMD] = 0.36；95% CI: 0.08 to -0.64；Z = 2.50；P = 0.01/ 功能  $I^2 = 11\%$ ；[SMD] = 0.32；95% CI: 0.11 to -0.52；Z = 3.07；P = 0.002）或徒手治療與多模式物理治療結合（疼痛： $I^2 = 89\%$ ；[MD] = 1.57；95% CI: 0.18 to -2.96；Z = 2.22；P = 0.03/ 功能  $I^2 = 0\%$ ；[SMD] = 0.77；95% CI: 0.43 to -1.12；Z = 4.38；P < 0.0001），兩者結果不僅顯著減輕疼痛，還能增強肩部功能。這些研究結果突顯當徒手治療與運動或物理治療結合使用時，其在疼痛緩解與功能恢復上具有明顯優勢。

在另一篇文獻回顧採用 60 篇隨機對照試驗<sup>[2]</sup>，共有 3,620 位受試者，但僅有 1 篇試驗可反映現今常見的徒手治療和運動組合與安慰劑之間的比較，且被視為高可信度，但在所有結果上，各組之間並無臨床上重要的差異。其中有 5 篇試驗（低證據品質）研究顯示徒手治療配合運動與類固醇注射相比，在 4 週到 12 個月期間，整體疼痛、功能、肩部主動外展和生活品質方面，都沒有顯著差異；1 篇試驗（低證據品質）顯示，徒手治療和運動以及關節鏡肩峰下減壓術相比，在 6 個月與 12 個月對照下，整體疼痛、功能、主動關節活動幅度和力量或是整體治療成功率（4 ~ 8 年）都沒有顯著差異；1 篇試驗（低證據



品質) 研究顯示徒手治療配合運動，在第 12 週，整體疼痛、功能、肩部主動外展和生活品質方面，可能效果不如針灸加飲食諮詢和使用 Phlogenzym 補充劑。此外 52 項隨機對照試驗運動或徒手治療的效果，大多數都是非常低的證據品質，且研究顯示各組之間在任何結果上都沒有臨床上重要的差異，而徒手治療配合運動的效果可能與類固醇注射以及關節鏡肩峰下減壓術相似，但這也是基於非常低的證據品質。

另一篇系統性回顧文獻<sup>[3]</sup> 評估徒手治療與運動治療結合使用在治療肩峰下疼痛 (Subacromial Shoulder Pain, SSP) 中的效果。文章指出具有中等證據品質顯示徒手治療與運動計劃結合使用可以顯著減少疼痛，但對整體功能的影響仍不明確。此外，一項回顧指出，單獨運動與運動結合徒手治療之間沒有顯著差異。然而，另一項回顧發現，結合運動和手法治療相較於單獨運動，更能更有效地減少疼痛，但其證據的品質較低。總體而言，儘管徒手治療可能在減少疼痛方面提供短期效益，但在功能改善方面的效果較不確定。研究中強調須再進一步研究，以便釐清徒手治療與運動結合在肩峰下疼痛治療中的最佳使用方式。

一篇 2024 年發表於 BMC Musculoskeletal Disorders 的隨機對照試驗<sup>[4]</sup> (Randomized Controlled Trial, RCT) 探討徒手治療結合拉伸 (stretching) 和強化 (strengthening) 運動對肩夾擠症候群患者的疼痛、功能 (Functional capacity) 和肩胛運動範圍的效果。這份研究為評估者 (assessor) 單盲的 RCT，患者和治療師則非盲性。共納入 32 名慢性肩夾擠症候群患者，參與者被隨機分為兩組，每組各 16 人。治療組的平均年齡為  $38.19 \pm 7.31$  歲，對照組為  $35.69 \pm 7.98$  歲。兩組均



接受拉伸和強化運動，而治療組則額外接受徒手治療。研究使用的評估工具包含疼痛指數量表（numeric pain rating scale, NRS）、上肢與肩部功能障礙評估（Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand, DASH），並使用關節角度測量器評估肩關節活動範圍。每次治療時間為治療組 45 分鐘，對照組 30 分鐘；治療為期 4 週，每週 5 天，並於治療後進行後測。肩夾擠症候群常出現的關節活動障礙為肩胛內旋（internal rotation），肩關節前突（protraction）增加、上旋（upward rotation）減少。結果顯示兩組在功能和肩胛前突方面均有顯著改善（ $p \leq 0.05$ ），且治療組和對照組之間有顯著差異；然而，疼痛指數和肩胛上旋在對照組中未顯示出顯著差異（ $p > 0.05$ ），在治療組則達顯著差異（疼痛指數  $p = 0.03$ ，肩胛上旋  $p = 0.001$ ），且治療組和對照組間也達顯著差異。研究結果顯示，接受徒手治療合併拉伸和強化運動在疼痛、功能和肩胛運動範圍方面，比起僅接受拉伸和強化運動更有效。

另一篇 2010 年發表在 *Journal of Military Medicine* 的隨機對照試驗針對肩夾擠症候群的旋轉肌群進行了不同治療方式效果的比較<sup>[5]</sup>，包含物理治療（physical therapy）、按摩治療（massage therapy）、機械治療（mechanotherapy）和合併以上 3 種治療的綜合治療組（compound programs）。研究選取了 60 名患有肩夾擠症候群的排球選手，將他們分為四組：物理治療組（17 人）、按摩治療組（15 人）、機械治療組（14 人）和綜合治療組（14 人）。並使用核磁共振（Magnetic resonance imaging, MRI）、特殊臨床測試（Special Clinical Tests）和肌電圖（EMG）評估治療效果。所有受試者的平均年齡為  $35.13 \pm 2.8$  歲，肩部受傷的平均時間為  $6.2 \pm 1.3$  個月。治療為期 4 週，每週 3 次，



每次 1 小時。

結果顯示在肩關節外展 (abduction)、屈曲 (flexion)、伸展 (extension) 和內旋 (internal rotation) 等關節活動範圍內，4 個治療組之間未發現顯著差異。但在外旋 (external rotation) 運動中，綜合治療組的效果顯著較好 ( $p < 0.011$ )。綜合治療組的棘上肌 (Supraspinatus muscle) 相比其他組別，其肌電圖的反應時間較短，其次是物理治療組 ( $p < 0.037$ )。小圓肌 (Teres minor) 由於其結構較深層，且和其他三條肌肉相比作用較不明顯，故未被納入測量中。研究結果顯示合併物理治療、按摩治療和機械治療對旋轉肌袖損傷，尤其是棘上肌的活動範圍增加具有更好的治療效果。

一篇 2019 年發表在 *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* 的雙盲隨機對照試驗<sup>[6]</sup> 則探討激痛點 (myofascial trigger points, MTrPs) 對於旋轉肌袖病變的有效性。研究納入 53 名旋轉肌袖肌腱撕裂患者，並隨機分為實驗組與對照組兩組。兩組患者的平均年齡分別為  $50.00 \pm 11.23$  歲和  $54.10 \pm 9.34$  歲；症狀平均持續時間分別為  $10.33 \pm 9.39$  個月和  $8.36 \pm 8.62$  個月。所有患者接受相同的標準保守治療，每週 2 次，持續 6 週。實驗組患者額外接受了激痛點的缺血壓迫 (ischemic compression, IC) 治療。評估項目包括疼痛感 (Visual Analogue Scale, VAS)、關節活動範圍 (ROM)、功能 (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand, DASH; American Shoulder and Elbow Surgeons Standardized Shoulder Assessment, ASES) 以及焦慮和憂鬱 (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, 又分為 HAD-A 和 HAD-D, 分別評估焦慮和憂鬱)，並計算肩部區域的活性激痛點



(Active MTrPs) 數量。結果顯示兩組在疼痛、活動範圍和功能方面都有改善，但兩組之間在疼痛、活動範圍和功能上並未顯示出顯著差異。實驗組在治療 6 週後，休息疼痛 (VAS-rest,  $p = 0.02$ ) 和活動疼痛 (VAS-activity,  $p = 0.00$ ) 有顯著改善；對照組在休息、活動和夜間疼痛方面則沒有變化 ( $p > 0.05$ )；兩組的外展和外旋 ROM 均有顯著改善，然而僅在實驗組中，屈曲和內旋 ROM 有所增加 (分別為  $p = 0.001$  和  $p = 0.02$ )。兩組的 DASH 和 ASES 評分均有顯著改善 ( $p = 0.01$ )；但兩組在 HAD-A 和 HAD-D 評分方面沒有改善 ( $p > 0.05$ )。在 VAS、ROM 和 ASES 的效應量 (effect size, ES) 方面，實驗組成效高於對照組。實驗組在 6 週後 active MTrPs 的數量顯著低於對照組 ( $p = 0.001$ )。兩組治療後均未出現不良事件或副作用。研究結果顯示標準的保守治療能夠提高旋轉肌袖病變患者的功能並減輕疼痛，但加入缺血壓迫治療並未顯著改善臨床結果，但在減少激痛點上有更好的效果。

經由收錄的文獻發現，旋轉肌袖損傷 (Rotator Cuff Injury, RCI) 是導致肩痛的主要原因之一，其盛行率隨年齡增加，並且在高頻率運動肩關節的族群中更為常見，如游泳與網球選手。RCI 的主要症狀包括肩部疼痛，功能受限及活動時的明顯不適，特別是在手臂高舉動作中。常見治療方式涵蓋非手術和手術兩大類，其中包括徒手治療、運動、物理治療、非類固醇消炎藥物 (NSAIDs)、關節內類固醇注射及生醫材料等治療。這些治療的目標為減輕疼痛，恢復功能及改善生活品質。從系統性回顧與隨機對照試驗中提供了大量有關徒手治療及運動治療結合應用的證據。研究結果表明，僅以徒手治療的效果有限，



僅能部分減輕疼痛與改善功能；然而，徒手治療與運動或多模式物理治療結合的方式，顯示出更顯著的疼痛緩解與功能增強效果。此外，文獻亦指出，徒手治療配合運動的效果，可能與類固醇注射或肩峰下減壓術相當，但相關證據品質較低。特定於肩夾擠症候群的研究指出，徒手治療結合拉伸與強化運動在疼痛、功能及肩胛運動範圍上有顯著的短期效果，但是否能帶來持久的臨床益處仍待進一步探討。

相比之下，其他研究如激痛點治療（MTrPs）則聚焦於緩解患者的局部疼痛與改善關節活動範圍，顯示了在特定症狀上的輔助效果，但對整體疼痛與功能的影響有限。此外，研究顯示綜合治療（包括物理治療、按摩治療及機械治療）在特定運動如肩外旋活動中具有較好的改善效果。

總結以上文獻，現有證據支持徒手治療與運動結合在旋轉肌袖損傷的治療中具有潛在優勢，特別是在減輕疼痛與提升功能方面。然而，單一治療方法的效果有限，且大多數研究的證據品質仍待提升。針對RCI的治療策略應強調多模式介入的整合，包括運動、徒手治療及其他輔助方法，如生醫材料與激痛點治療。未來研究應聚焦於提高證據的可靠性，並探索最佳的治療組合與個人化方案，以進一步提升臨床治療效果與患者生活品質。

#### 參考文獻

1. Lewis, J., McCreesh, K., Roy, J. S., & Ginn, K. (2015). Rotator cuff tendinopathy: Navigating the diagnosis-management conundrum. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 45 (11),

- 923–937.
2. Page, M. J., Green, S., McBain, B., Surace, S. J., Deitch, J., Lyttle, N., Mrocki, M. A., & Buchbinder, R. (2016). Manual therapy and exercise for rotator cuff disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
  3. Pieters, L., Lewis, J., Kuppens, K., Jochems, J., Bruijstens, T., Joossens, L., & Struyf, F. (2020). An update of systematic reviews examining the effectiveness of conservative physical therapy interventions for subacromial shoulder pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 50 (3), 131–141.
  4. Tauqeer, S., Arooj, A., & Shakeel, H. (2024). Effects of manual therapy in addition to stretching and strengthening exercises to improve scapular range of motion, functional capacity and pain in patients with shoulder impingement syndrome: A randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 25 (1), 192.
  5. Alibakhshi, E., Golpayegani, M., Kazemipour, M., Molanorouzi, K., & Parastesh, M. (2010). Comparison of physical therapy, massage therapy, mechanotherapy and compound programs on rotator cuff muscles in shoulder impingement syndrome patients. *Military Medicine*, 12 (2), 81–88.
  6. Akbaba, Y. A., Mutlu, E. K., Altun, S., Turkmen, E., Birinci, T., & Celik, D. (2019). The effectiveness of trigger point treatment in rotator cuff pathology: A randomized controlled double-blind study. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 32 (3), 519–527.

## 第四章 肱骨近端骨折 (Proximal Humerus Fracture)

**臨床問題：**對於肱骨近端骨折患者，應選擇手術治療或保守治療，以最佳化功能恢復並降低併發症風險？

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
1B	保守治療建議：對於未移位或輕微移位的肱骨骨折患者，建議採用保守治療（如吊帶固定與復健），功能恢復與手術治療無顯著差異，且併發症風險更低。（強建議，證據等級中）	[1]
2B	手術治療建議：對於多部位移位骨折（Neer Classification 3-4），或功能需求高的年輕患者，可考慮手術治療，包括反向全肩關節置換術或鎖定鋼板固定。（弱建議，證據等級中）	[2]

肱骨近端骨折是老年人常見的骨科損傷，主要發生於跌倒等低能量創傷，但高能量創傷也可能導致此類骨折，特別是在年輕患者或涉及多部位損傷的情況下。隨著全球老齡化問題的加劇，肱骨骨折的發病率不斷攀升，已成為骨科領域的重要挑戰之一。根據相關流行病學研究，肱骨近端骨折約占所有骨折的 5%，其中女性患者的比例顯著高於男性，這主要歸因於骨質疏鬆的高發病率。此類骨折對患者的日常活動能力及生活品質造成深遠影響，正確的治療選擇和科學的康復計劃至關重要。



肱骨骨折的臨床表現通常包括肩部劇烈疼痛、腫脹、活動受限以及在嚴重移位病例中明顯的外形畸形。病史詢問和理學檢查是初步診斷的關鍵環節，應特別注意患者的創傷機制和肩關節活動範圍的變化。影像學檢查（如 X 光片）是確診的核心工具，對於複雜骨折或懷疑周圍軟組織損傷的病例，電腦斷層掃描（CT）可提供更詳細的信息，有助於分型和制定治療計劃。此外，對於老年患者或疑似骨質疏鬆的個案，骨密度檢測也可輔助評估骨質情況，幫助選擇適當的治療方案。

未移位或輕微移位的肱骨骨折患者通常適合保守治療。這一方法以吊帶固定為核心，輔以階段性康復訓練。固定期間通常為 4 ~ 6 週，患者應避免負重活動，同時進行被動關節活動以減少僵硬風險。在固定結束後，康復計劃應逐步加強，包括增加肩關節活動範圍的訓練和肌肉力量的恢復。研究顯示，保守治療在 1 ~ 2 年的隨訪中可實現與手術治療相近的功能結果，而併發症風險顯著較低，特別是在老年或功能需求低的患者中，保守治療的患者滿意度和依從性均較高<sup>[1-3]</sup>。

然而，對於功能需求高或多部位嚴重骨折（Neer Classification 3-4）的患者，手術治療可能是更佳的選擇。常見的手術方式包括反向全肩關節置換術（RTSA）和鎖定鋼板固定術。RTSA 被認為是骨質疏鬆或多部位骨折患者的首選方法，其設計可提供更穩定的肩部功能，而鎖定鋼板固定術則更適合骨質條件良好的患者。儘管手術治療能夠提供穩定的結構修復和較好的功能恢復，其併發症風險不可忽視，包括感染、螺釘鬆動、再手術需求及肩部僵硬等問題。此外，術後康復的嚴格程度和患者的依從性對於最終療效有著重要影響，因此醫療團隊應在術後密切跟進，為患者提供持續的支持和指導<sup>[2]</sup>。



根據現有文獻的系統性回顧與分析結果，未移位或輕微移位骨折患者應優先選擇保守治療，其療效與手術相當，併發症較少，經濟成本也相對較低。而對於多部位移位骨折或年輕、高功能需求的患者，手術治療可能更能滿足其長期活動能力和生活品質的需求。在臨床實踐中，醫師需結合患者的年齡、生活方式、骨折特徵及其期望目標制定個人化治療方案，並在必要時與患者充分溝通，解釋各種治療選擇的優劣勢，幫助患者參與決策。

儘管多項研究已探討肱骨近端骨折的最佳治療策略，但現有文獻仍存在若干限制，可能影響結果的解釋與臨床應用。首先，大多數研究的樣本量相對較小，且主要集中於老年患者，對於年輕患者或高能量創傷導致的骨折病例，證據不足<sup>[2, 3]</sup>。其次，手術方式（如反向全肩關節置換術與鎖定鋼板固定術）間的直接比較數據有限，導致無法明確分辨何種手術方式在特定情況下更具優勢<sup>[2]</sup>。

另外，研究中隨機對照試驗的品質參差不齊，部分研究未完全盲化，可能導致偏倚。許多試驗的隨訪時間較短（少於2年），無法充分評估長期功能恢復與併發症發生率<sup>[3]</sup>。對於術後復健計劃與非手術治療的最佳實施時間，也缺乏統一標準，增加了結果的不確定性。未來需進行大規模、高品質的隨機對照試驗，特別是在年輕患者與複雜骨折案例中，深入比較手術與保守治療的長期效果。

總結來說，肱骨近端骨折的治療需以患者為中心，綜合考慮其個體需求與臨床特徵。保守治療適用於大多數非移位或輕微移位骨折，而手術治療適用於功能需求高或骨折嚴重的患者。在臨床決策中，應



充分考慮療效、風險、患者的偏好及經濟因素，努力實現最佳功能恢復和生活品質提升。

#### 參考文獻

1. Hohmann, E., et al., Surgical treatment is not superior to nonoperative treatment for displaced proximal humerus fractures: a systematic review and meta-analysis. *J Shoulder Elbow Surg*, 2023. 32 ( 5 ) : p. 1105-1120.
2. Zheng, Y., et al., Comparative efficacy and safety of medical treatments for proximal humerus fractures: a systematic review and network meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*, 2024. 25 ( 1 ) : p. 17.
3. Handoll, H.H., et al., Interventions for treating proximal humeral fractures in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2022. 6 ( 6 ) : p. CD000434.



## 第五章 小兒橈骨頭半脫位（小兒牽拉肘） （Radial head subluxation; Nursemaid elbow）

### 臨床問題：傷科手法是否能改善小兒橈骨頭半脫位？

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
1C	經醫師診斷為小兒橈骨頭半脫位之患童，建議使用旋前復位手法進行復位治療，使患童之患肘恢復正常運動功能。（強建議，證據等級低）	[1, 2]

小兒橈骨頭半脫位（Radial head subluxation; Nursemaid elbow）又名小兒牽拉肘，是小兒常見的肘部損傷，根據美國的急診就醫研究統計，在 0～18 歲的兒童中，每 1000 名就有 2.7 名小兒橈骨頭半脫位的患童，而發生的患童平均年齡介於 2～2.5 歲，且每年約影響 20,000 患童。

小兒橈骨頭半脫位一般指的是 6 個月至 7 歲兒童，當手肘處於伸直且前臂旋前位時，因受到外力拉扯造成前臂橈骨頭脫出環狀韌帶。診斷一般來說主要依據病史詢問、症狀、理學檢查，因此當臨床上出現以下症狀時，就應該要懷疑有橈骨頭半脫位的發生，包括類似損傷機制的病史、手肘無法完全伸展且手臂旋前、以及患童不願意使用手臂或不願意被觸碰手肘處。雖然肘部放射線檢查（前後位和側位 X 光）通常不是必需的，但如果擔心骨折或嘗試復位失敗後，可考慮使用。治療選擇上主要還是以閉鎖式復位（closed reduction）為主，除非合併嚴重併發症或骨折的情況才會考慮手術。如果復位成功，一般來



說無需夾板或吊帶固定，但仍由於可能有復發的情況，應指導家長避免再次對孩童的患側手臂有牽引的活動，例如用手、手腕或前臂舉起或擺動孩童。

一篇系統性文獻回顧及統合分析納入 7 個隨機對照試驗研究<sup>[1]</sup>，該篇系統性文獻回顧及統合分析納入之研究多為隨機對照試驗，但部分研究設計並未符合 RCT 定義<sup>[2,3]</sup>，因此無法達到高品質試驗（high-quality trial），證據等級偏低（MAStARI score 平均為 5.7/10）。共收錄 701 位年齡小於 7 歲的橈骨頭半脫位患者（62% 為女性），收錄患者之平均年齡為 25 ~ 30 個月，7 篇隨機對照試驗研究<sup>[1,3-8]</sup>，皆以比較兩種常見的復位手法為主題，即旋後復位手法（supination-flexion, SF）以及旋前復位手法（hyperpronation, HP）。其中，共 350 位患者接受旋前復位手法，351 位患者接受旋後復位手法，復位完成後觀察 10 分鐘，若患童可使用患肘正常拿取糖果或玩具，則為復位成功。結果顯示，旋前復位手法首次復位的成功率較高（risk ratio, 0.34; 95% CI: 0.23 to 0.49;  $I^2$ , 35%）。

7 篇隨機對照試驗研究中，有 5 篇報告了復位時的疼痛，但評估方法差異性高，5 篇研究皆使用不同之疼痛評估量表，評估者異質性也高，有 1 篇由復位者進行評估<sup>[9]</sup>，1 篇由復位者和患童家長進行評估<sup>[8]</sup>，1 篇由復位者、患童家長以及護理師進行評估<sup>[5]</sup>，1 篇由復位助手進行評估<sup>[3]</sup>。由於收案患童年齡偏小，疼痛評估會受限於患童語言表達，故搜尋到研究之疼痛評估方式，皆採用他人評估。其中 2 篇<sup>[8,9]</sup>結果顯示，由復位者評估復位時孩童感受到的疼痛，首次復位時，旋前復位手法的疼痛顯著低於旋後復位手法；另有 1 篇指出<sup>[5]</sup>，由護



理師和患童家長評估，旋前復位手法，復位時患童疼痛感較低；另外 3 篇則顯示由復位者評估復位時孩童感受到的疼痛，2 組治療之間疼痛沒有顯著差異<sup>[3-5]</sup>。

另有 1 篇隨機臨床試驗之文獻<sup>[2]</sup>，比較旋前復位手法與旋後復位手法的成功率，旋前復位手法：治療者一手托住並固定患童的肘關節，另一手握住患童的前臂，做極度旋前動作，旋後復位手法：治療者一手托住並固定患童的肘關節，另一手握住患童的前臂，做極度旋後動作，同時屈曲肘關節。15 分鐘內如果患童的肘關節功能恢復活動則復位成功，如 15 分鐘後患童仍拒絕使用患肢，可再次使用同樣的手法，共 30 分鐘後患童仍拒絕使用患肢，則該項復位方法失敗。結果顯示旋前復位手法的首次復位成功率較高，復位的總失敗率也較低。

上述隨機臨床試驗研究中，首次復位皆以旋前復位手法成功率較高，若首次復位失敗，可再以旋前復位手法進行第二次復位，或更換旋後復位手法進行第二次復位，每次復位建議之療效觀察時間，與第一次手法復位成功率、第一、二次手法復位總成功率，詳見下列表格。若復位手法進行四次皆失敗，則建議轉介骨科進行進一步之影像學檢查和評估。



## 手法復位成功率比較

	手法 次序	建議 療效 觀察 時間 (min)	第一 次手 法復 位成 功率	對 照 組	第一、 二次手 法復位 總成 功率	對 照 組	文 獻	研究 設計
連續兩次 旋前復位	HP+HP +SF+SF	10-20	95%	77%	97.5%	86%	[7]	true experimental research design
	HP+HP +SF+SF	15	94%	69%	100%	90%	[9]	true experimental research design
	HP+HP +SF+SF	10	95.6%	68%	97%	69%	[3]	Quasi- Experimental Research Design
	HP+HP +SF	30	79%	69%	93%	75%	[8]	true experimental research design
	HP+HP	15	95%	73%	97%	78%	[2]	Quasi- Experimental Research Design
首次旋前 復位，第 二次旋後 復位	HP+SF	10	91%	84%	100%	94%	[5]	true experimental research design
	HP+SF +HP	-	93.8%	80%	96.9%	96%	[4]	true experimental research design

縮寫說明：HP: Hyperpronation; SF: Supination-flexion



上述之 8 篇研究中僅評估手法復位之立即療效，未針對復位後進行追蹤，故缺少復位後的不良反應之報告，例如血腫、感染、神經損傷、後續手術，以及長期復發率。此外，目前證據中缺乏安全性資料，臨床應審慎操作。

經由收錄之隨機臨床試驗以及系統性文獻回顧與統合分析發現，旋前復位手法成功率高，且疼痛較少。但各篇研究，因受試者和治療者皆無法使用盲法，且類隨機臨床試驗（quasi-randomized controlled trial）亦納入分析，故證據品質低，至於復位手法的疼痛評估，雖文獻均報告旋前復位手法疼痛度較低，但由於評估方法受限於患童之表達能力，同時也無法使用盲法，故存在限制與偏差。故後續需要更多樣本數大、偏差風險小的隨機對照試驗來證實旋前復位手法和旋後復位手法之療效，並制定兒童適用的疼痛評估量表，並進一步追蹤患童後續之復發率，以提升證據等級。綜合以上文獻，雖然證據品質低，但考量旋前復位手法治療小兒橈骨頭半脫位成功率高，疼痛度較低，故臨床治療上，給予強建議。因收錄之研究文獻皆未討論復位手法之安全性，包括復位後是否產生不良反應如：血腫、感染、神經損傷、後續手術等，且收錄之研究皆缺乏長期療效追蹤，故無法提供患童接受復位後之長期復發率，以及上述安全性討論之相關數據。

總結以上文獻，經臨床專家審閱，建議小兒橈骨頭半脫位之患童，當排除上肢骨折以及上肢其他損傷，且肘關節局部無明顯之瘀青腫脹時，首次復位建議使用旋前復位手法來進行橈骨頭復位，若首次復位失敗，可以相同手法進行第二次復位，或更換旋後復位手法進行第二次復位，每次復位手法之間之療效評估觀察時間為 10 ~ 30 分鐘，依



照目前文獻之證據，至多建議進行復位 4 次，若 4 次復位嘗試皆失敗，即復位第 4 次後結束後 10 ~ 30 分鐘，患童之患肘仍無法恢復正常運動功能，則建議轉介骨科醫師做進一步的影像學檢查評估。鑒於臨床病情變化，前述建議提供臨床醫師參考，相關臨床決策仍須由醫師評估後進行。

#### 參考文獻

1. Bexkens, R., et al., Effectiveness of reduction maneuvers in the treatment of nursemaid's elbow: A systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med*, 2017. 35 ( 1 ) : p. 159-163.
2. 韓大為，劉錚，王清玉，小兒橈骨頭半脫位的臨床研究。中國中醫骨傷科雜誌，2006. 14.
3. Gunaydin, Y.K., et al., Comparison of success and pain levels of supination-flexion and hyperpronation maneuvers in childhood nursemaid's elbow cases. *Am J Emerg Med*, 2013. 31 ( 7 ) : p. 1078-81.
4. Garcia-Mata, S. and A. Hidalgo-Ovejero, Efficacy of reduction maneuvers for "pulled elbow" in children: a prospective study of 115 cases. *J Pediatr Orthop*, 2014. 34 ( 4 ) : p. 432-6.
5. Green, D.A., et al., Randomized comparison of pain perception during radial head subluxation reduction using supination-flexion or forced pronation. *Pediatr Emerg Care*, 2006. 22 ( 4 ) : p. 235-8.
6. Guzel, M., et al., Comparison of hyperpronation and supination-flexion



- techniques in children presented to emergency department with painful pronation. *Niger J Clin Pract*, 2014. 17 (2) : p. 201-4.
7. Macias, C.G., J. Bothner, and R. Wiebe, A comparison of supination/ flexion to hyperpronation in the reduction of radial head subluxations. *Pediatrics*, 1998. 102 (1) : p. e10.
  8. McDonald, J., C. Whitelaw, and L.J. Goldsmith, Radial head subluxation: comparing two methods of reduction. *Acad Emerg Med*, 1999. 6 (7) : p. 715-8.
  9. Bek, D., et al., Pronation versus supination maneuvers for the reduction of 'pulled elbow': a randomized clinical trial. *Eur J Emerg Med*, 2009. 16 (3) : p. 135-8.



## 第六章 肱骨外上髁炎 ( 網球肘 ) ( lateral epicondylitis; Tennis elbow )

### 臨床問題：傷科手法是否能改善肱骨外上髁炎 ( 網球肘 ) ？

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
2B	經診斷為網球肘之患者，初期介入建議可採用腕伸肌群離心運動結合徒手治療（內旋橈骨小頭與彈撥肱二頭肌肌腱），改善短期疼痛，或者採用手腕鬆動術（以姆指與食指握住舟狀骨並施以前推，同時背屈手腕）。若疼痛明顯或功能受限，可考慮使用頸椎推拿，亦可考慮針灸等替代療法作輔助。（弱建議，證據等級中等）	[1-5]

肱骨外上髁炎 ( lateral epicondylitis, or epicondylosis ) 常被稱為網球肘 ( tennis elbow )、划船肘 ( rowing elbow )、伸肌肌腱炎 ( tendonitis of the common extensor origin )、伸肌肌腱病變 ( extensor tendinopathy ) 以及肘部肌腱周圍炎 ( peritendinitis of the elbow )。

有研究指出，大約 3% ~ 4% 的成年人受到外側肘痛影響。每年的發病率預計為每 1000 名成人中有 3.5 人，其中 40 ~ 49 歲的成人發病率最高，達到每 1000 人中有 9 人，其中女性患者可能稍微比較常見，外側肘痛影響多達 15% 的勞動族群，涵蓋辦公室人員、醫療照護工作者、維修技師、清潔人員以及建築業從業者等等。他們在日常工作中反覆進行肘部的屈伸動作超過 1 小時，這樣的活動模式是導致外側肘部疼痛的潛在風險因子。此外，外側肘痛也會與運動有相關性。



網球肘一般被認為是由於前臂伸肌過度使用所造成的損傷，最常受影響的是附著在肱骨外上髁的橈側伸腕短肌肌腱（the extensor carpi radialis brevis, ECRB）。而旋前肌和其他腕伸肌也常受波及<sup>[1]</sup>。除了過度的機械力（excessive mechanical forces）之外，由於橈側伸腕短肌（ECRB）起始於肱骨外側的特殊位置，使得它在手肘伸展與屈曲的過程中，容易反覆在肌腱下表面產生磨損（undersurface abrasion），進而引發疼痛。

在多數情況下，診斷主要依賴臨床評估，同時需排除其他可能導致肘部疼痛的原因，例如關節炎或來自頸椎的放射性疼痛。這類疼痛通常圍繞在手肘外側，並可能沿著伸肌走向放射至前臂。網球肘的症狀通常在反覆活動、提舉重物或抓握時加劇。臨床檢查的典型發現包括：第一，肱骨外上髁處的共同伸肌起點出現局部壓痛；第二，進行手腕、食指或兩者的背屈阻力測試時引發疼痛；第三，患者的握力減弱。

網球肘的急性階段通常持續 6 ~ 12 週。有研究發現，80% 的肘痛患者即使未經特定治療，1 年仍能康復。另一項探討網球肘恢復過程的系統性文獻回顧，納入了以安慰劑或未治療作為對照組的隨機對照試驗。研究結果顯示，約有 90% 的未接受任何治療的外側肘痛患者，其症狀可在 1 年內自然緩解。由此可知，網球肘對多數人而言，屬於自限性疾病（self-limiting condition），即使未接受積極治療，隨著時間的推移，症狀也可能逐漸改善。

網球肘通常以非手術治療為第一線選擇，除非長期治療無效或疼痛嚴重影響功能時才考慮侵入性治療（如注射、手術等）。非手術治



療選擇包括活動調整、物理治療、徒手療法、運動訓練、針灸以及口服藥物等。根據現有文獻，整體治療目標為減輕疼痛、改善功能、恢復工作與日常生活能力。

一篇系統性文獻回顧與統合分析<sup>[1]</sup>共納入 23 篇隨機對照試驗（共 1612 位參與者），評估徒手療法（如關節鬆動術、調整術、軟組織按摩）與運動療法在治療網球肘的成效：徒手治療和安慰治療比較（1 項試驗，23 人），在短期 2～3 週可減少疼痛（平均下降 2.1 分，0–10 分量表）及改善肘部功能（平均提升 25 分，0–100 分量表）。徒手 / 運動療法和最小介入療法比較（12 項試驗，1023 人）：疼痛略減（0.53 分）、功能改善有限（約 5 分），對生活品質無顯著幫助。徒手加上運動與單獨運動相比（6 項試驗，228 人），未有明顯差別。副作用方面以輕微瘀青、暫時性疼痛為主，無嚴重不良反應報告。

一篇系統性文獻回顧<sup>[2]</sup>，手腕關節鬆動術（wrist joint manipulation）是否能有效改善肱骨外上髁炎（lateral epicondylitis）患者的疼痛、握力、關節活動度（ROM）及功能性結果。一共納入 4 篇隨機對照試驗，總樣本數 101 名受試者，年齡介於 22～55 歲，症狀持續至少 6 週，使用的主要是手腕關節鬆動術的手法，詳細操作是使患者手掌朝下，治療師以姆指與食指握住舟狀骨並施以前推，同時背屈手腕，每次治療約 10～15 次重複，持續 15～20 分鐘。其中兩篇研究為單純手腕鬆動術，另兩篇則結合超音波、低能量雷射、摩擦按摩、伸展與強化運動等物理治療手段。結果在 4 篇中有 3 篇顯示手腕鬆動術對於短期內（至少 3 週）減輕疼痛有明顯效果。

一項隨機對照試驗<sup>[3]</sup>比較徒手治療與針灸治療網球肘之成效：研

究共納入 35 位受試者，分為徒手組（n=16）與針灸組（n=19），治療為期 2 週，每週 2 次，並追蹤 8 週。徒手組進行內旋橈骨小頭與彈撥肱二頭肌肌腱，針灸組則使用 6 個穴位施針。徒手組在日常活動與工作時疼痛 VAS 下降更快（ $P < 0.05$ ），於第 3 次治療後即有顯著效果。兩組皆在 8 週時 DASH 功能分數顯著下降（ $P < 0.001$ ），無痛握力亦改善，但針灸組在最大握力提升上表現更佳（ $P < 0.005$ ）。結論顯示，徒手療法在短期內有更快的疼痛緩解，但兩者皆有效。

另一項隨機對照試驗，每週 2 次治療為期 3 週，手腕關節操作比超音波治療、摩擦按摩及肌肉拉伸和強化運動在治療肱骨外上髁炎方面更有效，0 ~ 10 分疼痛表現上手腕關節操作平均改善 5.2 分，超音波治療、摩擦按摩及肌肉拉伸和強化運動平均為 3.2 分<sup>[4]</sup>。此外，另一個臨床試驗比較頸椎推拿（CSM）與胸椎推拿（TSM）對肱骨外上髁炎（Lateral Epicondylalgia, LE）患者在壓痛閾值（PPT）與無痛握力（Pain-Free Grip Strength, PFGS）上的即時效果。研究共納入 18 位患者，所有患者皆為右手慣用手，隨機分派至頸椎推拿或胸椎推拿組，頸椎推拿針對 C5-6，採用高速度、低振幅推拿，每位受試者最多兩次，胸椎推拿組則是針對 T5-T8 中段胸椎，以類似高速度、低振幅推拿的手法，並使患者仰臥、抱胸、配合治療師雙手施壓，採用同樣的頻率，結果顯示，頸椎推拿較胸椎推拿有效，在壓痛域值方面，影響側的疼痛域值提升 35.1%，未影響側提升 25.4%，胸椎推拿則提升不顯著，而在握力上，兩組皆有提升，但兩組之間差異不顯著，因此推論支持頸椎功能與外上髁痛覺過敏之間存在關聯<sup>[5]</sup>。

另有一篇敘述性文獻回顧<sup>[6]</sup>提出多項治療手段的臨床應用建議：



包括活動調整、運動治療及藥物治療。活動治療為避免反覆手腕伸展動作，並可輔以 RICE 原則處理急性期症狀。運動治療以腕伸肌 (wrist extensors muscle) 離心運動 (eccentric exercise) 為核心介入，對改善功能與疼痛具良好效果。藥物治療則使用口服非類固醇抗發炎藥物 (NSAIDs)，可於急性期使用，效果通常短期。儘管上述治療多有短期成效，長期療效與預防復發仍需更多高品質研究支持。

依目前文獻總結，對於非手術期的網球肘，建議可先採用離心運動結合徒手治療作為初期介入，若疼痛明顯或功能受限，亦可考慮針灸等替代療法作輔助。整體而言，徒手療法可在短期內快速減輕疼痛，針灸、活動姿勢調整並搭配離心運動則在功能恢復方面亦具一定療效。

由於目前相關隨機對照試驗多存在偏倚風險，且無法完全雙盲試驗，故證據等級普遍偏低，鑒於臨床病情變化，前述建議提供臨床醫師參考，相關臨床決策仍須由醫師評估後進行。針對治療後長期復發率與副作用之追蹤報告，有待進一步的實驗以提升實證等級與臨床應用價值。

#### 參考文獻

1. Wallis, J. A., et al. (2021). Manual therapy and exercise for lateral elbow pain (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021, CD013115. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013115.pub2>
2. Eapen, C., et al. (2023). A systematic review of the effectiveness of wrist manipulative therapy in patients with lateral epicondylitis. Journal



- of Hand Therapy, 36, 528–535.
3. Hsu, C.-Y., et al. (2016) . Manipulation therapy relieved pain more rapidly than acupuncture among lateral epicondylalgia patients—A randomized controlled trial with 8-week follow-up. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2016, Article ID 3079247, 7 pages. <https://doi.org/10.1155/2016/3079247>
  4. Joshi, S., et al. (2013) . Comparing the effects of manipulation of wrist and ultrasound, friction massage and exercises on lateral epicondylitis: A randomized clinical study. Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy, 7 (3) , [pages not specified]. <https://doi.org/10.5958/j.0973-5674.7.3.093>
  5. Fernández-Carnero, J., et al. (2011) . Examination of motor and hypoalgesic effects of cervical vs thoracic spine manipulation in patients with lateral epicondylalgia: A clinical trial. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, 34 (7) , 433–440.
  6. Ma, K.-L., et al. (2020) . Management of lateral epicondylitis – A narrative literature review. Pain Research and Management, 2020, Article ID 6965381, 9 pages. <https://doi.org/10.1155/2020/6965381>



## 第七章 肱骨內上髁炎（高爾夫球肘） （Medial epicondylitis; Golfer's elbow）

### 臨床問題：傷科手法是否能改善肱骨內上髁炎（高爾夫球肘）？

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
2B	經診斷為高爾夫球肘之患者，可採用肌肉能力技術（Muscle Energy Technique, MET）手法進行治療3～4週，能有效減緩疼痛，療效能維持1年。搭配中藥外敷治療1個月，將近9成的患者有顯著療效。（弱建議，證據等級中等）	[1,2]

高爾夫球肘，又稱作肱骨內上髁炎，在總體盛行率上約小於1%，但在工作環境中，肱骨內上髁炎可能達到3.8%～8.2%。在肱骨上髁炎（也包含了肱骨外上髁炎）的比例，占比大約為10%。在盛行率與性別的關係，各文獻的數據存在歧見，一些研究提出，男性和女性的影響相同，另一篇則是發病率在男性要比女性高一些，但是其他研究呈現，女性的發生頻率是男性的2倍。發病年齡一般約落在20～50歲，而肱骨內上髁炎常見於同時患有其他與工作相關之上肢疾病的人群之中，特別是肩部肌腱炎、肱骨外上髁炎與腕隧道症候群等。非動作相關的影響因素中，年齡（40歲或年紀更長）、吸煙、肥胖和心理困擾與肱骨內上髁炎的產生有關聯。

肱骨內上髁炎的發病機轉，普遍認為主要因為尺側外腕屈肌筋膜起點慢性過度使用造成，通常會在前臂屈肌總腱肌腱的起始點周圍存



在疼痛和壓痛，肘關節的外展應力明顯，尺側肘關節存在拉張的應力，加上腕屈肌突然收縮所造成的，例如高爾夫球重複揮杆、持續訓練投擲標槍的最後出手，所以又被稱做「高爾夫球肘」或「標槍肘」。病理生理學層面上，肌腱上超過生理範圍的壓力，將導致微創傷和退化，進而造成血管纖維母細胞增生。血管纖維母細胞的增生，取代了正常肌腱，因此引起結構的破壞與不可修復的纖維化或鈣化。此外，也有研究提出，由於 C6 和 C7 神經根疾病，造成橈側腕屈肌及旋前圓肌的功能減弱與肘部屈肌和伸肌的不平衡，進而引發內側上髁炎發生。根據中醫理論，疾病分類類似於「筋痺」、「肘勞」，通常認為是因氣血虧虛、風寒濕邪入侵等病因病機，導致肘關節局部筋脈痹阻。一般臨床治療目標是使屈腕肌、前臂旋前肌力量比受傷前更為增強，在保守治療方面，通常會選用休息、藥物、手法、超音波、電刺激等治療方法。

有一篇治療急性期肱骨內上髁炎的隨機化臨床試驗（randomized controlled trial）<sup>[1]</sup>，在給予保守治療如停止過度活動、冰敷、超音波、微波等或服用非類固醇藥物，額外再加上結合肌肉能量技術（MET）治療並與局部注射治療的療效效果互相比較。實驗組的 MET 的治療由治療師和患者同執行，由治療師 1 天 1 次，1 週 6 次，連續治療 2 週的頻率，並教會患者自我操作方法，後續由患者自行完成並由治療師定期訪查；而對照組，則是標定壓痛點後注射 Betamethasone 及 Lidocaine，並維持 1 週 1 次連續 3 週的療程。最後結果在治療後 3 個月、6 個月和 1 年分別進行評定。試驗結果發現，兩組治療前 VAS 評分無顯著差異（ $P>0.05$ ）；然而，在結束 3 週的療程後，兩組的 VAS



分數皆降低（ $P<0.05$ ）；治療後對照組 VAS 評分明顯低於實驗組，兩組有顯著差異（ $P<0.01$ ）。而在 3 個月對照組治療後 VAS 評分明顯低於實驗組（ $P<0.01$ ）。6 個月和 1 年實驗組 VAS 評分明顯低於對照組（ $P<0.05$ ）。

詳細 MET 操作方式如下：

- ① 病人坐在治療床上，治療師站在患者前方。
- ② 治療師以一手握在患者前臂，另一手握在患者手部。
- ③ 治療師將腕關節背屈到感覺到第一屈曲阻力點。
- ④ 治療師讓患者試著持續做掌屈動作。
- ⑤ 治療師提供給一個與患者用力方向相反的拮抗力。
- ⑥ 在 3 ~ 7 秒的收縮後，請患者停止動作。
- ⑦ 治療師待病人完全放鬆後，再將腕關節背屈到一個新的阻力點。
- ⑧ 再重覆上述步驟，直到患者的腕關節症狀緩解。

另有一篇隨機臨床試驗之文獻<sup>[2]</sup>，在同樣使用中藥外敷的情形下比較肌肉能量技術（MET）是否增加有效率，其中肌肉能量技術共 3 種：（1）患臂屈腕對抗拉伸，患者將患臂將掌心超上，小臂平躺於桌上，緊緊握拳。施術者一手固定住患者小臂，讓小臂背面緊貼於桌面；另一隻手壓住患者患臂拳頭，患者做屈腕動作，與施術者進行對抗，每次 15 秒，重複 6 次。（2）異側手握住患側手，患側手完全伸直，患側手做由內旋到外旋過度動作，直至小臂尺側有明顯拉伸所產生的酸脹感，保持 15 秒，重複 6 次。（3）患臂單側持握單杠抗阻拉伸與拉肘拉肩，將患側手平握單杠，做外旋動作進行對抗拉伸，有酸



脹感後依個人承受能力來進行單臂引體懸垂，單次 5 ~ 15 秒，重複 5 次。治療時間為 1 個月。結果顯示，搭配肌肉能量技術的患者中，有 87.5% 的患者治療效果顯著，而對照組有 75.0% 的患者有效果。且其差異具有統計學意義 ( $P < 0.05$ )。

上兩篇的研究皆以類似肌肉拉伸及肌肉能量技術等手法對患者進行治療，且都是使用藥物做對照比較，前一篇使用西藥注射，後一篇使用中藥外敷，兩者都顯示傷科手法針對肱骨內上髁炎的疼痛具有顯著的療效。

雖然前一篇在短期療效上，6 個月內，採用傷科手法治療不如注射有效，但不論是短期與長期皆有顯著療效，而比較明顯的是長期效果較注射更好，作者認為是肌肉能量技術有對局部有鍛鍊的關係。

後一篇使用中藥貼敷後再施予肌肉能量技術，中醫學觀點認為內上髁炎是痹症故屬氣滯血瘀、瘀阻不暢，需要使用止痛強筋、舒筋活血的藥材，配合拉伸疏通筋絡，促進新陳代謝改善發炎。

總結以上文獻，經臨床專家審閱，雖然中醫針對肱骨內上髁炎研究偏少，不過研究皆顯示傷科手法治療對肱骨內上髁炎有一定的療效。因分組與盲性流程缺乏詳細描述，且兩組臨床試驗樣本數少，結果不完全一致，前篇認為長期效果比較好，兩篇結果相互比較下，療效有不確定性，因此評估為中等證據。



### 參考文獻

1. 高建偉, & 徐澧. (2018). 拉伸運動配合中藥外敷治療肱骨內上髁炎臨床研究 [Clinical study on stretching combined with external application of Chinese medicine for medial epicondylitis]. 當代體育科技, 8 (3), 5–6.
2. 雲傑, 郝曉波, 胡曄, 等. (2014). 屈腕肌、前臂旋前肌能量技術對肱骨內上髁炎患者的療效 [Effect of energy technique of wrist flexors and forearm pronators on medial epicondylitis]. 中國老年學雜誌, 34 (7), 1968–1969.



## 第八章 橈骨遠端骨折 (Distal radius fracture)

### 臨床問題：傷科處置是否能改善橈骨遠端骨折？

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
1C	老年患者（年齡 ≥ 60 歲） 建議採用非手術的保守性治療作為首選處置方式。治療方式可包含中醫夾板固定合併外敷藥膏，在功能恢復與疼痛緩解方面與手術治療效果相當，且伴隨併發症風險較低。因此治療選擇須考量老年患者的共病與骨折型態來評估。（強建議，證據等級低）	[1-7]
1C	對於功能需求較高之 48 ~ 60 歲成人患者 建議考慮手術治療。研究顯示手術在 DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) 評分與握力改善方面具有顯著優勢。 然而，在腕部疼痛、功能恢復、生活品質改善及總體臨床併發症率方面，手術與非手術治療皆有療效，且差異不具統計學意義。因此治療選擇應根據病人功能需求、骨折型態及個人意願進行評估。（強建議，證據等級低）	[1-7]

橈骨遠端骨折 (Distal radius fracture) 是醫療保健中最常見的骨折類型之一，根據研究統計，在 2000 年約占所有骨折的 17.5%，發病率高峰分別出現在 18 歲以下患者和 50 歲以上患者，由於人類壽命延長以及骨質疏鬆等共病的影響，全球遠端橈骨骨折的發生率每年持續上升。研究顯示，橈骨遠端骨折在老年族群的發生風險最高，但在 17 ~



64 歲患者群的發生率也逐年顯著增加，且對於非老年成人的健康與福祉具有顯著影響。

老年人橈骨遠端骨折大多是由低能量創傷引起的，例如從站立高度或更低處跌倒；而年輕成人通常源於高能量創傷，例如車禍。橈骨遠端骨折最常見的兩種治療方式包括閉鎖式復位（closed reduction, CR）加上石膏固定（cast immobilization）的非手術治療，以及使用掌側鎖定板（volar-locking plate, VLP）進行開放性復位（open reduction）和骨折固定（fracture fixation）的手術治療。然而，關於手術治療與非手術治療何者為橈骨遠端骨折的最佳治療方式，文獻證據目前尚未取得共識，儘管手術治療成本較高，且缺乏足夠的功能性效果證據支持，根據資料統計，橈骨遠端骨折的手術治療率仍在逐年上升當中。

一篇發表於 2020 年的系統性文獻回顧及統合分析<sup>[1]</sup>，針對橈骨遠端骨折手術治療與非手術治療進行了分析，納入了 8 個隨機對照試驗研究以及 15 個觀察性研究，共收錄了 2254 位患者。結果顯示，手術治療可改善成人（48 歲到 60 歲）中期的上肢功能受損程度（The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand, DASH）評分及握力，但在總體併發症發生率上，兩組之間無顯著差異，表示手術治療可能對成人中期患者更為有效。然而，針對年齡大於 60 歲患者的次族群分析發現，手術與非手術治療患者的臨床功能沒有顯著差異，但手術治療組的併發症發生率顯著高於非手術治療組。隨機對照試驗研究和觀察性研究中，手術治療後的併發症發生率為 18.8%（784 例中有 147 例），主要併發症為神經損傷（3.3%，784 例中有 26 例）和感染（3.2%，



784 例中有 25 例)；非手術治療後的併發症發生率為 17.1% (861 例中有 147 例)，主要併發症為神經損傷 (6.6%，861 例中有 57 例) 和慢性疼痛或複雜性局部疼痛症候群 (3.8%，861 例中有 33 例)。

另外 3 篇系統性文獻回顧及統合分析<sup>[2-4]</sup> 比較了老年人橈骨遠端骨折的手術及非手術治療，得出類似結論：手術治療雖然可以達到更好的復位，但患者的臨床功能與保守治療相比沒有顯著差異。

另一篇發表於 2021 年的多中心隨機對照試驗研究<sup>[5]</sup> 納入了 300 名患者，平均年齡為 71.2 歲，主要為女性 (90%)，其中 166 人進行隨機臨床試驗，另外 134 人進行觀察性研究。治療 12 個月後，手術固定組 (VLP) 和閉鎖式復位組 (CR) 在腕部疼痛、功能恢復、生活品質改善和其他臨床指標，運用手腕評估量表 (Patient-Rated Wrist Evaluation, PRWE) 評估顯示無顯著差異，但 VLP 組的術後物理治療使用率顯著高於 CR 組。併發症發生率部分，CR 組發生了 12 例，VLP 組發生了 6 例，兩組間無統計學意義差異。於治療 6 個月後，CR 組的骨折不癒合發生 4 例，其中 3 例需進一步手術，而 VLP 組無此情況。兩組的神經病變和肌腱損傷發生率相似，其他併發症如深部感染、植入物失效和複雜性局部疼痛症候群發生率非常低。綜合分析，閉鎖式復位 (CR) 對高齡患者在功能恢復和疼痛緩解方面與手術固定 (VLP) 的效果相似，且 VLP 組在 12 個月內並未顯示相較於 CR 組的臨床顯著優勢，這些結果應促使臨床醫師謹慎考量手術治療的適應症及其成本影響。

一篇發表於 2021 年的統合分析研究<sup>[6]</sup>，比較中醫小夾板與石膏外固定治療橈骨遠端骨折之療效，納入 17 個符合條件的研究，共收



錄 1453 位患者，分析腕關節功能恢復、VAS 評分、骨折癒合時間及不良反應。結果顯示中醫小夾板之療效指標均優於石膏外固定，然而，所有納入的文獻幾乎沒有詳細說明患者的其他治療及治療後的復健情況。

另一篇發表於 2013 年的隨機臨床試驗之文獻<sup>[7]</sup>，納入 85 位橈骨遠端骨折患者，並將其隨機分派為治療組 42 例（手法復位合併小夾板固定以及跌打膏外敷治療）、對照組 43 例（手法復位加石膏固定治療）。

治療方法，治療組：扶正患肢遠近端，使骨折端能維持穩定在整復的位置上，在保持肢體正常的軸線上，骨折部位外敷跌打膏，予小夾板外固定並放置好壓墊，血腫期 3 日換藥 1 次，在換藥調整夾板時注意維持肢體的正常軸線，並以抱迫靠攏手法矯正小的移位。2 週後，有纖維骨痂形成，5 日換藥 1 次，並在換藥時輔以按摩手法，囑患者作肩肘關節活動，不能做前臂旋轉運動。3 週後換藥時，患肢置於治療台上，先予中藥熱敷治療，後配以手法，被動做腕關節的屈伸活動。4～6 週，斷端局部無壓痛，在 X 光證實有連續性骨痂形成，骨折線模糊，予拆除小夾板，逐步加強腕關節的屈、伸、旋轉活動。

對照組：復位後採用石膏固定於不同的體位，以石膏繃帶進行 U 型石膏固定，下端至掌指關節，上端至肘橫紋下緣，保持患肢前臂中立位，乾固後用三角巾懸吊。

治療結果以 Anderson 成人前臂骨折治療效果評價分級作為評估，評估項目包括骨癒合程度、腕關節的屈、伸活動角度、前臂旋前、旋後活動角度等。結果顯示，治療組治療 6 週後療效優良率為 78.57%，



對照組優良率為 60.46%；12 週後治療組療效優良率為 80.95%；對照組優良率為 60.74%；治療組顯著優於對照組（ $p$  值  $< 0.05$ ）。治療組固定前，與治療 12 週後骨密度測定比較無顯著差異（ $p$  值  $> 0.05$ ），對照組骨密度測定治療後顯著低於治療前（ $p < 0.05$ ）。

綜合上述研究結果，結論如下：

- 一、2020 年系統性文獻回顧及統合分析：手術治療對成人中期的上肢功能改善有顯著效果，尤其是 DASH 評分及握力。但在總體併發症發生率上，手術與非手術治療無顯著差異，手術治療可能對年輕的非老年患者更有效。對於年齡大於 60 歲的患者，手術治療組的併發症發生率顯著高於非手術治療組，且臨床功能沒有顯著差異。
- 二、2021 年多中心隨機對照試驗研究：對於高齡患者，手術固定組（VLP）和閉鎖式復位組（CR）在腕部疼痛、功能恢復和生活品質改善方面無顯著差異。VLP 組的術後物理治療使用率高於 CR 組，但在併發症發生率上兩組無統計學意義差異。CR 組的骨折不癒合率較高，但總體併發症發生率相似。
- 三、中醫小夾板與石膏外固定療效比較：中醫小夾板在功能恢復、VAS 評分和骨折癒合時間上優於石膏外固定，但納入的文獻大多未詳細說明患者的其他治療及復健情況。一項隨機臨床試驗顯示，小夾板固定組的療效優於石膏固定組，且治療後骨密度無顯著差異。

總之，手術治療在成人中期可能更有效，而對於高齡患者，保守治療與手術治療在功能恢復和疼痛緩解方面效果相似，但手術治療的



成本和併發症風險需要慎重考量。中醫小夾板固定在某些情況下優於石膏固定，顯示出其在特定治療中的潛力。

文獻限制之處在於，各篇研究，因受試者和治療者皆無法使用盲法，且亦無法避免出版性偏差，故證據品質低，且由於資訊不足或缺失，研究亦無法準確分類所有的併發症，故存在限制與偏差。故後續需要更多樣本數大、偏差風險小的隨機對照試驗以及系統性文獻回顧與統合分析來證實橈骨遠端骨折患者的最佳臨床治療方式，以提升證據等級。

總結以上文獻，經臨床專家審閱，針對橈骨遠端骨折的成人中期患者可考慮使用手術治療，對於 DASH 評分及握力改善較具有優勢，但就腕部疼痛、功能恢復、生活品質改善以及其他臨床治標與總體併發症發生率，手術治療與非手術治療兩者均有改善且不存在顯著差異。

60 歲以上的老年患者，建議使用中醫夾板固定合併外敷藥膏治療，證據顯示，非手術保守性治療對於患者的腕部疼痛、功能恢復以及生活品質改善皆不亞於手術治療。非手術治療消耗的成本較低，能避免手術風險，以及老年族群治療後的併發症發生率低於手術治療。鑒於臨床病情變化，上述建議僅提供臨床醫師參考，相關臨床決策仍須由醫師評估後進行。

#### 參考文獻

1. Ochen, Y., et al., Operative vs Nonoperative Treatment of Distal Radius Fractures in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA



- Netw Open, 2020. 3 ( 4 ) : p. e203497.
2. He, B., et al., Comparison of outcomes between nonsurgical and surgical treatment of distal radius fracture: a systematic review update and meta-analysis. Arch Orthop Trauma Surg, 2020. 140 ( 8 ) : p. 1143-1153.
  3. Michael, R., et al., Volar Locking Plating Compared to Conservative Treatment in Distal Radius Fractures in Elderly Patients (>60 years old) : A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Hand Surg Glob Online, 2023. 5 ( 5 ) : p. 589-594.
  4. Li, Q., et al., Nonoperative treatment versus volar locking plate fixation for elderly patients with distal radial fracture: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res, 2020. 15 ( 1 ) : p. 263.
  5. Combined, R., et al., Surgical Plating vs Closed Reduction for Fractures in the Distal Radius in Older Patients: A Randomized Clinical Trial. JAMA Surg, 2021. 156 ( 3 ) : p. 229-237.
  6. 冷繼揚, 鄧曉曦, and 王朝魯, 中醫小夾板與石膏外固定治療橈骨遠端骨折療效 Meta 分析. 陝西中醫, 2021. 42 ( 6 ) : p. 806-810.
  7. 豐哲, et al., 手法復位加小夾板固定跌打膏外敷治療老年橈骨遠端骨折. 中國中醫骨傷科雜誌, 2013. 21 ( 3 ) : p. 25-27.



## 第九章 橈骨莖突狹窄性腱鞘炎 (媽媽手) (De Quervain's Tenosynovitis)

臨床問題：傷科治療是否能改善橈骨莖突狹窄性腱鞘炎 (媽媽手)？

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
1B	建議橈骨莖突狹窄性腱鞘炎的患者，採用副木固定輔以推拿手法的中醫傷科治療，有助患處恢復正常活動範圍並顯著減輕疼痛。(強建議，證據等級中)	[1-3]

橈骨莖突狹窄性腱鞘炎 (英文稱 Stenosing Tenosynovitis of the Radial Styloid)，俗稱「媽媽手」，是一種好發於橈骨莖突第一背側腔室的肌腱腱鞘問題，主要影響外展拇長肌 (Abductor Pollicis Longus) 與伸拇短 (Extensor Pollicis Brevis)。臨床表現通常為手腕橈側疼痛與壓痛，當拇指或手腕進行外展、伸直等動作時，症狀會加劇。此疾病在照顧新生兒的女性族群中相當常見，故被稱為「媽媽手」。

本指引主要針對成人之橈骨莖突狹窄性腱鞘炎的早期評估與保守治療提供原則性建議，供物理治療師、骨科醫師與復健科醫師參考。為收集相關文獻，我們在檢索過程中使用了包括「De Quervain's tenosynovitis」、「媽媽手」、「橈骨莖突狹窄性腱鞘炎」、「stenosing tenosynovitis of the radial styloid」等多種關鍵字，於 PubMed、Cochrane Library 和台灣博碩士論文系統中進行搜尋，篩選近 20 年內的臨床試驗、回顧性研究與隨機對照試驗後，共納入 3 篇具代表性之研究做統合討論。根據現有文獻顯示，臨床診斷多依賴橈骨莖突處壓

痛及 Finkelstein 測試結果；影像檢查（如超音波或 X 光）則主要用於排除其他關節或軟組織病變。

在保守治療方面，副木固定與皮質類固醇注射是常見的初步介入手段，並可輔以運動訓練、活動調整及冰敷。研究指出，副木結合皮質類固醇注射的短期療效優於單一治療，但注射恐有感染、脂肪萎縮或肌腱斷裂等風險。物理治療近年來亦採用超音波及低能量雷射來緩解疼痛與改善功能，但整體效果仍以短期為主，長期療效及最佳介入模式尚待更多高品質研究驗證。由於此疾病在臨床上可能演變為慢性疼痛或反覆發作，本指引將聚焦於早期介入原則與循證建議，盼能為臨床工作者與患者提供更多實用與精準的訊息，並減少錯失黃金治療時機的風險。

副木固定的重點在限制或減少手腕及拇指外展、伸展動作，降低肌腱與韌鞘受力。文獻<sup>[1-2]</sup>建議將拇指與腕關節維持於輕度外展與中立位，以減少關節對韌鞘的刺激。佩戴方式可分為「全時佩戴」與「按需佩戴」；前者大部分時間皆戴副木，後者則在疼痛加劇或需要較大活動時使用。固定期間至少 3～6 週，症狀嚴重者可延長時間。研究顯示，單純副木固定能在 3～6 週內緩解疼痛並部分恢復功能，但短期止痛較不及皮質類固醇注射；若與注射合併，成功率可提升 15～30%。在全時與按需佩戴比較中，疼痛（視覺類比量表）與功能障礙（DASH）改善幅度差異不顯著。因研究樣本量與方法差異，整體證據品質仍多屬中度，有待更大規模隨機對照試驗以提升等級。臨床應用上，副木可暫時穩定並減少過度使用，但對退化或結構損傷本身無逆轉作用，常需結合其他治療方式。



手法推拿在 De Quervain' s tenosynovitis 的保守治療中屬於中間效果療法，可作為注射或震波療法之外的重要輔助手段，其核心機制在於：深層摩擦按摩時，治療師以指節或拇指對橈骨莖突處垂直纖維方向反覆按揉 5 ~ 10 分鐘，以破除纖維化黏連並促進局部微循環；關節活動則依 Maitland 分級，對腕橈關節面施以節律性滑動（Gra-IV 以增動度為主），每組 1 ~ 2 分鐘、重複 3 ~ 5 組，改善滑液分布並透過囊內受器活化降低肌張力；肌筋膜鬆動則對拇長肌與伸拇短肌筋膜施以持續拉伸或恆定壓力 90 ~ 120 秒，並輔以被動掌屈與背伸動作，恢復筋膜彈性與滑動性。Challoumas et al. (2023) 指出，這 3 種手法與無治療相比在短期內可顯著減輕疼痛 (VAS) 並改善握力，但療效略遜於皮質類固醇注射與震波治療，建議將其納入多模態綜合方案，特別適用於注射禁忌或需減少侵入性介入的患者，以提升整體療效<sup>[3]</sup>。

在臨床應用上，針對不同病程與個體特徵，應選擇適當的治療策略以達到最佳療效。副木固定適用於急性期或初期 De Quervain 肌腱病患者，特別是症狀以疼痛為主但尚無嚴重活動受限者，能有效限制腕部與拇指外展動作、降低腱鞘摩擦，提供局部穩定性。手法推拿則較適合症狀反覆發作或肌肉緊繃明顯的個案，透過深層按壓與筋膜放鬆，改善局部循環與肌腱滑動功能，亦可作為副木治療後的功能恢復手段。而針對壓痛點集中、肌腱緊張或復發性個案，可採用壓痛點強刺激推拿（如彈撥、深壓、針刺或局部注射）積極介入療法，能迅速降低張力與疼痛，須由熟練醫療人員執行，並特別注意施力的精準度與病患耐受度。透過分層選擇治療方式，可提升臨床處置精準性與整體治療成效。



然而，研究的證據品質在中度至低度（moderate to low quality of evidence），部分研究樣本數小，隨機化和盲法等細節不明，手法操作標準的要求可能存在差異，影響實驗結果，故後續需要更多樣本數大、方法學一致、偏差風險小的隨機對照試驗來檢測療效，以提升證據等級。綜合以上文獻之數量和品質，並考量傷科手法於治療媽媽手之療效實有效果，故給予強建議。

### 治療建議

治療方式	證據等級	建議等級	建議內容	引用
副木固定	B 級	強建議	副木固定能限制手腕和拇指的動作，減少肌腱與腱鞘摩擦，幫助急性疼痛和日常活動中症狀緩解，改善功能。搭配類固醇注射可進一步減輕疼痛。佩戴方式可依症狀調整。療效常用疼痛評分、握力和 QuickDASH 量表評估。副木主要提供支撐，無法逆轉組織退化，通常需結合其他治療以達長期效果。	[1-2]



手法推拿	B 級	強建議	<p>手法推拿在De Quervain's tenosynovitis的保守治療中屬於中度介入，最適用於從早期輕度疼痛到中度功能受限乃至慢性黏連的不同病程。若症狀輕微，僅於拇指外展或抓握時出現疼痛，可施行深層摩擦按摩以破除纖維化黏連並促進滑液再分布；若痛感擴及靜息及活動時，伴隨握力下降及拇指活動受限，則須加入關節動員，以節律性滑動改善關節囊順應性並降低肌肉張力；如病程進入長期反覆、結締組織增生的慢性黏連，則宜結合肌筋膜鬆動，對外展拇長肌與伸拇短肌筋膜施以持續拉伸或恆定壓力以分離黏連並恢復筋膜彈性。</p>	[3]
------	-----	-----	---	-----

總結以上文獻，夾板的作用主要為緩解疼痛與穩定關節，對病理本身的改變作用有限。針對是否使用，可以作為替代方案，尤其適合無法接受注射或因職業需要避免功能限制的患者，但臨床決策應考慮患者的偏好和生活習慣。配戴時間建議按需佩戴即可，不建議過度限制。

本指引針對媽媽手（De Quervain Tenosynovitis）的傷科手法治療，提供了 B 級的強建議。這些手法在減輕手腕疼痛、腕關節功能恢復和增加腕關節活動角度方面療效良好。臨床醫師可根據輕中度患者症狀選擇合適的治療，例如穴位按揉，每穴位約 1 分鐘，醫者用雙手拇指指腹對橈骨莖突部位進行按摩，並對拇指做反向拔伸、外展、內收，



治療一天 1 次，每週進行 2 ~ 3 次治療，每次治療時間 20 ~ 30 分鐘，總治療次數至少 8 次以上，可獲得預期療效。

### 參考文獻

1. Cavaleri, R., Schabrun, S. M., Te, M., & Chipchase, L. S. (2016) . Hand therapy versus corticosteroid injections in the treatment of de Quervain' s disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hand Therapy*.
2. Menendez, M. E., Thornton, E., Kent, S., Kalajian, T., & Ring, D. (2015) . A prospective randomized clinical trial of prescription of full-time versus as-desired splint wear for de Quervain tendinopathy. *International Orthopaedics*.
3. Challoumas, D., Ramasubbu, R., Rooney, E., Seymour-Jackson, E., Putti, A., & Millar, N. L. (2023) . Management of de Quervain tenosynovitis: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6 ( 10 ) , e2337001.



## 第十章 手指屈指肌腱狹窄性腱鞘炎（板機指） （Stenosing tenosynovitis；Trigger finger）

**臨床問題：傷科手法是否能改善手指屈指肌腱狹窄性腱鞘炎（板機指）？**

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
1B	對於板機指患者，強烈建議採用肌腱滑動訓練及肌肉、筋膜放鬆手法，並輔以針灸與彈撥技術進行傷科治療，以改善腱鞘發炎與狹窄，減輕卡榫感與疼痛，並促進手指屈伸功能恢復。（強建議，證據等級中）	[1-4]

板機指（Trigger Finger）的正式醫學名稱為「手指屈指肌腱狹窄性腱鞘炎（stenosing tenosynovitis）」，是一種常見的肌腱滑動障礙，通常發生於手指屈伸動作頻繁或過度使用後，造成滑車系統與肌腱之間的摩擦，進而引發腫脹、狹窄與局部發炎反應。患者在臨床表現上，手指在屈伸時常會感到「卡住」或有明顯的彈跳感，並伴隨疼痛與活動受限，嚴重時甚至需以另一手協助才能完成伸直動作，類似扣板機時的兩段式反應，故名為「板機指」。其症狀多見於早晨起床時加劇，好發於中年女性、懷孕婦女、手部反覆使用者（如辦公族、清潔人員）以及糖尿病與類風濕性關節炎患者，尤以拇指、中指與無名指為最常受影響之部位。臨床診斷主要依賴病史與理學檢查，並視需要進行超音波檢查以評估滑車與肌腱病變程度。

目前臨床對板機指的治療可分為急性期與慢性期兩大階段。急性



期多以休息、冷熱敷、消炎止痛藥物與物理治療為主，若無明顯改善，則進入慢性期處理階段，常見處置包括注射類固醇、低濃度葡萄糖水、超音波導引鬆解術或傳統手術治療。在此背景下，中醫傷科治療作為輔助方式之一，亦逐漸受到臨床重視，包括針灸療法、彈撥法、筋膜放鬆與肌腱調整手法等，其實證效益需透過系統性文獻評估進行驗證。

為探討中醫傷科對扳機指之治療成效與應用現況，本研究依循 GRADE 與 PRISMA 系統性回顧原則，進行嚴謹的資料搜尋與文獻篩選。我們選用 PubMed、Cochrane Library、Medline、Embase、Airiti Library 華藝線上圖書館與萬方醫學網等中英文主流資料庫，英文關鍵字包括「Trigger Finger」、「Chinese Medicine」、「Traditional Physiotherapy」，中文則以「扳機指」、「彈響指」、「屈指肌腱狹窄性腱鞘炎」、「傷科治療」為主，納入研究類型涵蓋系統性回顧（systematic review）、隨機對照試驗（RCT）、綜述（review）與統合分析（meta-analysis），物種限於人類，發表語言限於中、英文。在排除無關主題與未提供全文之文獻後，共取得 15 篇具參考價值之文獻，經詳細閱讀與評估後，最終納入 8 篇具代表性的研究進行分析，並彙整於本文中，提供後續中醫臨床應用與研究設計之依據。

扳機指（Trigger Finger）屬於屈指肌腱於 A1 滑輪處發生狹窄與阻塞之常見疾患。其發病機轉涉及反覆摩擦、肌腱滑動不良與周邊筋膜緊縮等因素，臨床症狀多表現為活動受限、疼痛與卡榫感。中醫傷科介入可依不同病期與病因，發展出三大治療模式，包括：功能回復訓練、筋膜調整、穴位彈撥手法，分述如下：



### 一、功能回復訓練（Functional Recovery Protocol, FRP）

此模式整合關節鬆動技術、離心伸展運動及自主訓練計畫，以改善肌腱滑動與指間關節活動度為主軸。根據 Iordache 等人在隨機對照試驗<sup>[1]</sup>中指出，傳統物理治療在治療板機指時，於 6 個月追蹤中 VAS 疼痛指數（由 4.8 降至 2.0）及改善 QuickDASH 功能障礙分數（由 27 降至 18.8）顯著降低。治療內容涵蓋掌指關節與近端指間關節滑動運動、離心伸展、與每日手部自我復健操作，有助於早期降低活動卡阻與增進關節靈活性。此模式亦強調患者主動參與，利於提升長期依從性與維持療效。

### 二、筋膜調整（Fascial Manipulation）

針對肌腱路徑中張力異常與筋膜黏連之干擾，進行深層組織操作以恢復肌腱滑動與前臂放鬆。研究<sup>[2]</sup>中，患者於旋前圓肌、掌長肌腱之間與第 3-4 掌骨間筋膜區，接受摩擦按摩和肌筋膜鬆動等手法治療。結果顯示其 QuickDASH 分數顯著改善，VAS 疼痛亦降至 1~2 分。筋膜操作能有效減輕手指牽引張力，緩解肌肉緊繃，並提升局部循環，適合病程中後期有肌肉代償張力表現者。然而，物理治療組雖然短期緩解較慢（成功率約 68.6%），卻能有效預防半年內的復發，在患者滿意度與手部功能恢復方面，表現不遜於注射治療。

### 三、穴位彈撥手法（Acupoint-Tendon Release）

穴位彈撥手法是一種微創性手法治療技術。在 A1 滑車區或相關穴位處，使用超音波導引將微型刀具或特殊探針插入，對的腱鞘及筋



膜進行精準切割與鬆解，藉此恢復韌鞘滑動、減輕壓迫性疼痛並改善手指活動度。Liang 等人的系統性回顧與統合分析<sup>[3]</sup>指出，超音波導引的穴位彈撥在短期（≤6 週）與中期（6 週～6 個月）均能顯著提升臨床總體有效率、降低疼痛（VAS）並增進功能表現，且併發症發生率極低，顯示其作為微創保守治療的安全性與療效值得肯定。此外，Hong 等人對針灸結合穴位彈撥技術的系統性回顧與統合分析<sup>[4]</sup>亦發現，此類手法能在短期內顯著改善疼痛評分（SMD - 0.56 to - 1.33）和功能量表（Quick-DASH），且無重大不良事件報告，突顯出穴位彈撥在板機指保守治療中的重要輔助價值。

### 治療建議

手法分類	證據等級	建議等級	建議內容	引用
功能回復訓練	B 級	強建議	強烈建議對板機指患者採用肌腱滑動訓練與功能回復訓練（Functional Recovery Protocol），以提升關節活動度、改善肌腱滑動性並減少卡榫現象。 此模式整合關節鬆動技術、離心伸展運動與每日自我鍛鍊計畫，著重早期介入與患者主動參與。接受此訓練後 VAS 疼痛指數由 4.8 降至 2.0，QuickDASH 功能障礙指數由 27 降至 18.8，顯著改善活動受限期患者的疼痛與功能。	[1-2]



<p>筋膜調整 手法</p>	<p>B 級</p>	<p>強建議</p>	<p>強烈建議對板機指患者採用肌腱滑動訓練等功能回復訓練同時，納入筋膜調整手法 ( 深層摩擦按摩和肌筋膜鬆動 ) ，針對前臂與掌部筋膜黏連，進行深層揉捏，以釋放肌腱壓迫、緩解張力。筋膜調整主要針對前臂與掌部的張力傳導與筋膜黏連問題，透過深層揉捏與釋放技術，有效釋放肌腱壓迫與牽拉緊繃。臨床上適用於中後期患者，尤其伴隨筋膜張力代償、牽引痛明顯者。雖短期緩解較慢，卻能有效預防半年內的復發。</p>	<p>[2]</p>
<p>穴位彈撥 手法</p>	<p>B 級</p>	<p>強建議</p>	<p>建議在 A1 滑輪區進行穴位彈撥手法 ( Acupoint-Tendon Release ) ，可視為一種經皮釋放術，最適用於保守治療 ( 夾板、NSAIDs、注射 ) 失敗後的中度板機指患者。適用活動時可主動矯正之「卡彈」及需被動矯正之「鎖指」的患者，即在 4 ~ 6 週保守治療無效後，可考慮施行穴位彈撥，以解除 A1 滑車處纖維化黏連、迅速緩解疼痛並恢復指間滑動功能</p>	<p>[3-4]</p>



本指引針對扳機指（屈指肌腱狹窄性腱鞘炎）所涉及的三大中醫傷科手法——功能回復訓練、筋膜調整以及穴位彈撥手法，綜整了目前可得之隨機對照試驗與病例系列結果，並依據實證品質分級提供臨床建議。整體而言，證據品質為 B 級（中等品質），顯示各類手法皆能有效減輕疼痛、改善活動幅度並增進局部功能，特別是在症狀初期或反覆發作者中表現良好。臨床實務中，建議依據患者的表現型與病期選擇手法：如以關節僵硬、彎曲困難與局部無力為主者，建議優先採用功能回復訓練；肌腱黏連與前臂緊繃者，適合筋膜調整類療法；若以局部節滯、彈響與氣血瘀滯為主要特徵者，則穴位彈撥與針灸治療可作為第一線中醫傷科的處置選擇。臨床應重視整體結構與筋絡動能的協調，而非僅止於消炎或注射，方能達到長效緩解與預防復發之目標。

#### 參考文獻

1. Iordache, S. D., Rutenberg, T. F., Pizem, Y., Ravid, A., & Firsteter, O. (2023). Traditional physiotherapy vs. fascial manipulation for the treatment of trigger finger: A randomized pilot study. *Israel Medical Association Journal*, 25 (4), 286–291.
2. N. Salim, S. Abdullah, J. Sapuan, N. H. M. Haflah, Outcome of corticosteroid injection versus physiotherapy in the treatment of mild trigger fingers *Journal of Hand Surgery European Volume*; 2012 Jan;37 (1) :27–34. doi:10.1177/1753193411415343;



3. Liang, Y.-S., Chen, L.-Y., Cui, Y.-Y., Du, C.-X., Xu, Y.-X., & Yin, L.-H. (2023) .Ultrasound-guided acupotomy for trigger finger: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 18 ( 1 ) , 678. <https://doi.org/10.1186/s13018-023-04127-3>
4. Hong, H.-W., Jeong, M.-I., Jo, H.-I., Lee, S.-H., Kim, K.-H., Choi, S.-W., Park, J.-W., & Ha, J.-S. (2023) . Effectiveness of acupuncture and acupotomy for trigger finger: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Acupuncture Research*, 40 ( 2 ) , 111–128. <https://doi.org/10.13045/jar.2023.00066>





第六篇 下肢部位



## 第一章 髕骨股骨疼痛症候群 (Patellofemoral pain syndrome)

臨床問題：傷科手法（腰椎骨盆推拿法）是否能改善髕骨股骨疼痛症候群之疼痛？

GRADE 證據等級	臨床建議內容	參考文獻
2C	經醫師診斷為髕骨股骨疼痛症候群之青壯年患者，若無骨質疏鬆、腰椎手術病史、神經學症狀，可以考慮使用腰椎骨盆推拿法合併其他治療方式，如軟組織按摩、膝關節運動、下肢推拿法等，以改善疼痛。（弱建議、證據等級低）	[1]

髕骨股骨疼痛症候群是一種以髕骨周圍或後方疼痛為表現的症狀，通常在膝關節屈曲位且負重狀態下誘發，包括上下樓梯、跑步、跪姿、蹲姿、跳躍、久坐等。據統計，大約有 15% ~ 45% 的人會發生髕骨股骨疼痛症候群，是前側膝蓋疼痛最常見的原因。髕骨股骨疼痛症候群在運動員及女性較容易發生，其中女性發生率是男性的 2.33 倍。目前尚無法找到其發生的明確原因，被認為是多因素所造成的病症，包括股四頭內側肌萎縮、髕骨活動軌跡不佳、股骨過度內旋、股內側肌與股外側肌失衡、臀中肌活化過慢、髕關節活動角度不足、腰薦及薦髻關節失能、核心肌群活動延遲等。

診斷主要依靠病史詢問，並排除膝蓋前側疼痛的其他原因，如退化性膝關節炎、膝關節周圍滑囊炎、髌脛束症候群、股四頭肌肌腱炎、腰椎或髕關節等處而來的轉移痛（Referred pain）。髕骨股骨疼痛症候



群的治療以保守性治療為主，大多數患者可通過保守性治療而有所改善，主要目標是減輕疼痛、改善髕骨排列以恢復到症狀發生前的功能。因髕骨股骨疼痛症候群是多發性原因造成的病症，保守性治療建議採取多種方式介入，以取得更好的治療效果，包括貼紮、非類固醇抗發炎藥，以及針對核心、髕關節相關肌群的運動訓練等方式。若保守治療 24 個月後效果仍不甚理想，則要考慮手術。

腰椎骨盆推拿法（Lumbopelvic manipulation）能改善髕骨股骨疼痛症候群，和腰椎骨盆關節（L2-S3）、股四頭肌（L2-L4）、膝關節（L2-S2）擁有共同的神經根支配有關。一篇系統性文獻回顧及統合分析<sup>[1]</sup>，針對腰椎骨盆推拿法（一種高速、低強度的徒手治療方式）對於髕骨股骨疼痛症候群是否能有效止痛，納入 11 篇符合條件的隨機對照實驗研究，共計 346 位受試者，年紀介於 19.5 ~ 46.1 歲之間。分析結果顯示，與對照組相比，實驗組的疼痛顯著減輕（Hedges'  $g = -0.706$ , 95% CI: -1.197 to -0.214,  $p = 0.005$ ,  $I^2 = 79.624\%$ ）。這表示腰椎骨盆推拿法對於此類患者的疼痛改善具有統計學上的顯著療效。但因其異質性較高，包括操作的方式（單側或雙側操作）、操作次數、評估的時間、是否合併其他治療方式等不同，因此作者進行了分組分析。

一、若從單獨使用腰椎骨盆推拿法與腰椎骨盆推拿法合併其他治療分析，發現腰椎骨盆推拿法合併其他治療方法，例如下肢推拿法（lower extremity manipulation）、膝關節運動（knee exercise）、軟組織按摩（soft tissue massage），疼痛能有效減輕（Hedges'  $g = -0.701$ , 95% CI: -1.386 to -0.017,  $p = 0.045$ ,  $I^2 = 73.573\%$ ）。單獨使用腰椎骨盆推拿法對於疼痛的改善方面（Hedges'  $g = -0.714$ , 95% CI: -1.430 to



0.002,  $p = 0.051$ ,  $I^2 = 84.039\%$ ），則沒有腰椎骨盆推拿法合併其他治療效果來的好。這也反映出髖骨股骨疼痛症候群本身是一個多因素造成的症狀，單獨的一項治療方式效果會比合併治療的效果來的差。

二、對於評估的時間點，治療後馬上評估，疼痛的改善效果較差（ $p = 0.081$ ），但若一週以後再評估，疼痛改善的效果則有意義（Hedges'  $g = -0.723$ , 95% CI: -1.379 to -0.067,  $p = 0.037$ ）。

三、介入的時間越長，疼痛改善的幅度越大。在有些研究中，進行多次的腰椎骨盆推拿法操作，疼痛改善的效果甚至能夠維持到3個月以上。

在這篇系統性文獻回顧及統合分析中，其中一篇文章示腰椎骨盆推拿法對於髖骨股骨疼痛症候群的治療是無效的。研究針對患有髖骨股骨疼痛症候群的42位患者進行分組，實驗組為兩側的腰椎骨盆推拿法操作，對照組為假的腰椎骨盆推拿法（sham）。研究發現對於疼痛的改善以及髖、膝關節相關的肌群都沒有幫助。作者分析了可能因素，認為實驗組的做法雖然健側、患側都有操作，但是兩側的操作方式完全一致，忽略了當骨盆、薦髂關節不對稱時，兩側的操作施力方向應當有所不同。

經由隨機對照臨床試驗以及系統性文獻回顧與統合分析發現，腰椎骨盆推拿法合併其他治療方式，對於改善髖骨股骨疼痛症候群的疼痛是有幫助的。但因受試者和治療者不容易使用盲法，加上彼此之間的做法差異大，故證據品質低。另外，對於功能表現、相關肌群肌電圖上的表現（包括強度與啟動時間）、膝關節本體感覺，雖然部分研究看來有所改善，但因為各篇研究的評估工具差異大，目前還無法得



出明確的結論。在這 11 篇研究中，皆未發現腰椎骨盆推拿法引起的不良事件，顯示推拿法是一種安全的治療方法，發生風險的機率小於億分之一。

雖然腰椎骨盆推拿法發生不良事件的機率低，但因樣本數較少，故臨床治療上，針對青壯年好發族群給予弱建議。另外對於高風險族群，因為研究中排除了骨質疏鬆、腰椎手術史、神經學症狀等患者，操作前須特別謹慎評估此類患者情況是否適用。鑒於臨床病情變化，前述建議提供臨床醫師參考，相關臨床決策仍須由醫師評估後進行。

#### 參考文獻

1. Lin, L. H., Lin, T. Y., Chang, K. V., Wu, W. T., & Ozcakar, L. (2024). Effect of Lumbopelvic Manipulation for Pain Reduction in Patellofemoral Pain Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Life (Basel)*, 14 (7), 831.



## 第二章 膝關節炎 (Knee Osteoarthritis, KOA)

### 臨床問題：傷科手法是否可改善膝關節炎？

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
1A	將手法治療與運動訓練結合，作為膝關節炎患者短期非手術治療的首選方案。該方法安全性良好，適合期望快速減輕疼痛及提升功能（如步行距離）的患者。 （強建議，證據等級高）	[1-5]

膝關節炎（Knee Osteoarthritis, KOA）是一種慢性退化性膝關節疾病，以膝關節疼痛為最常見的臨床表現。全球經影像學診斷的有症狀性 KOA 患病率估計為 3.8%，而在 60 歲以上人群中，患病率已上升至超過 10%。由於全球肥胖流行和人口老齡化，有症狀的膝關節炎病例持續增加。因其慢性特性和高昂的治療成本，已成為社會的一大負擔，美國每年的治療成本估計超過 270 億美元，手法治療也被證實可以有效減輕膝關節炎患者的疼痛並改善功能。

膝關節炎是一種以透明軟骨逐漸破壞、軟骨下骨硬化性改變以及滑膜炎為特徵的慢性退行性關節疾病。由於其症狀包括慢性膝痛、僵硬、功能受限和肌肉無力，現今已成為全球殘疾和生活品質下降的主要原因之一。通常會因軟骨損失、關節壓力、滑膜炎發以及關節



周圍組織僵硬引起疼痛。然而具體發病機制尚不完全清楚，目前已知多種機械和生物因素，包括年齡、肥胖、創傷、炎症和遺傳易感性，對軟骨細胞的分解和合成產生重大影響，從而破壞膝關節微環境的平衡。最終，軟骨細胞、細胞外基質（ECM）和軟骨下骨的合成與降解失衡導致 KOA 後續的發展。

目前，治療的主要目標是減輕疼痛、增強身體功能並改善生活品質。藥物鎮痛仍是 KOA 的主要治療方法，大多數醫生通常使用藥物來控制症狀。口服藥物主要包括對乙醯氨基酚、非類固醇抗炎藥（NSAIDs）、鴉片類藥物（opioids）和度洛西汀（duloxetine）。然而，藥物治療的長期療效和副作用仍不確定。膝關節炎患者的治療中，常見的治療技術包括治療性運動、電療和徒手治療。而按摩療法、針灸、阿育吠陀療法、脊椎手法調整和電療等，都被用作替代醫學的一部分。其中，按摩療法已成為膝關節、骨關節炎患者中受歡迎的治療方法之一。雖然其確切作用機制尚不清楚，但有假說認為它可能改善血液供應、增加淋巴流動、促進乳酸的清除，並可能引起免疫系統、認知和疼痛方面的改變。

在中醫（Traditional Chinese Medicine, TCM）的領域裡，包括針灸、艾灸、中草藥及推拿等，近年來已廣泛應用於慢性疼痛及疾病（如糖尿病和癌症）的輔助治療。相關研究顯示，中醫在緩解膝關節炎患者疼痛及改善膝關節功能方面具有顯著效果。

手法治療（Manual therapy）已被用於臨床上處理多種急慢性的傷科病症，經由手法治療後的效果多有些許的改善，一篇系統回顧性的文章中指出，經由搜尋 Wanfang, China Science and Technology Journal

Database, PubMed, Embase, Web of Science, and the Cochrane Library 指出對於膝關節炎的手法治療上具有正面改善疼痛的效果，25 篇文獻共 2376 個受試者中，手法上的治療優於常規的照護（SMD = 2.04, 95% CI: 0.94 to 3.14,  $I^2 = 96.3\%$ ; low evidence quality），用 VAS 評分表來評估改善的情況，發現手法治療超過 4 週者的患者疼痛改善程度（SMD = 1.56, 95% CI: 0.41 to 2.71,  $I^2 = 96.3\%$ ）會比剛好治療 4 週或小於 4 週者（SMD = 1.24, 95% CI: 0.56 to 1.95,  $I^2 = 94.7\%$ ）來說有更好的疼痛緩解，也無相關重大的不良反應發生。所以在短期（9 週）內，MT 對於膝關節炎的疼痛緩解優於一般的照顧，且建議至少持續 4 週的治療。超過 9 週的效果如何，仍需進一步的探討。<sup>[1]</sup>

另一篇系統回顧性文獻指出，12 篇文獻中，共 737 位膝關節炎的患者經過 1 ~ 4 週的按摩（massage）治療，對於膝關節炎所引起的疼痛和肢體僵硬也獲得相當大的改善，且在短期（8 ~ 12 週）的疼痛緩解上具有明顯的統計上意義。但長期（超過 12 週）上的按摩治療效果是否也如短期的效果一樣顯著，依然需要進一步的研究。文獻中也有指出，一般的按摩比起芳香療法的按摩在對於緩解疼痛上有較好的療效，GRADE 的方法上一般按摩的等級為低度到中度，而芳香療法按摩的證據等級非常低度。不論何種按摩，在短期的膝關節疼痛、肢體僵硬與活動功能的改善上依然是一個很重要的方法。<sup>[2]</sup>

因此，在短期療效上，手法治療可作為膝關節炎患者短期非手術治療的一種安全選擇，尤其適合期望快速減輕疼痛的患者。

隨機臨床試驗之文獻<sup>[3]</sup>，比較手法加運動計畫與對照組針對膝蓋骨關節炎的療效。治療組接受膝關節手法，治療視情況施作於腰椎、



髌、踝關節，搭配標準化的膝關節運動，包含膝主動關節活動、臀部和膝的肌肉強化、下肢的肌肉伸展以及飛輪；對照組則以不具療效的超音波施打膝蓋疼痛處；兩組皆接受一週 2 次、持續 4 週的介入。評估工具為 6 分鐘步行距離、骨關節炎嚴重度量表（WOMAC），並於處置前、4 週、8 週、一年後評估。結果顯示，治療組在 4 週、8 週時，6 分鐘步行距離和 WOMAC 評分有顯著改善，而對照組則無；8 週時，治療組的平均 6 分鐘步行距離比基準值提高 13.1%，平均比對照組多走 170 公尺，WOMAC 評分提高了 55.8%；1 年後，治療組的 WOMAC 評分和步行距離均與基準線相比有顯著改善，且 1 年後統計，對照組和治療組中接受膝關節置換術的比例分別為 20% 和 5%。顯示手法治療結合運動計畫能有效提升膝蓋骨關節炎的膝蓋功能、且可能延後或預防後續手術介入。

另一篇隨機臨床試驗之文獻<sup>[4]</sup>比較 Mulligan's Mobilization with Movement（MWM）與 Passive Joint Mobilization（PJM）兩種手法對於膝蓋骨關節炎的有效差異。MWM 組需病患主動膝伸、膝屈狀態下執行脛骨的滑動等關節鬆動手法；PJM 組則是被動的關節鬆動手法。兩組皆搭配運動計畫，並於 5 週內接受 12 次手法介入。評估工具有視覺類比量表（VAS）、關節活動度（ROM）、骨關節炎嚴重度量表（WOMAC）、上下階梯時間。結果顯示，兩組手法介入前後的 VAS、ROM、功能性評估皆有顯著進步，但兩組之間各評估數值並無顯著差異。顯示治療膝蓋骨關節炎患者時，兩手法皆可使用。

隨機臨床試驗之文獻<sup>[5]</sup>，比較單次 Maitland 關節鬆動手法後，使用極限角度（Grade III 或 IV）與非極限角度（Grade II）下的差異並以

未加入關節活動的假手法組（CG）作為比較，評估以局部及遠端壓痛閾值、坐站起走測試、被動抵抗強度進行比較分析，操作時間皆為 3 分鐘、4 次、中間休息 30 秒，並於操作前、操作後、之後每兩天測量一次直到操作後第 6 天為止。結果顯示，極限角度組（EMGr），手法後測量壓痛閾值增加，坐站起走測試及被動抵抗強度立即下降，且局部、遠端壓痛閾值分別於 6 天、4 天內持續上升，坐站起走測試 6 天內持續下降；非極限角度組（nEMGr）與基準相比僅手法後當下的局部壓痛閾值上升；與 CG 組相比，EMGr 組的局部、遠端壓痛閾值和被動抵抗強度分別在介入後、第 2、4 天持續增加。與 nEMGr 組相比，EMGr 組在第 4、6 天的局部和遠端壓痛閾值有顯著差異。NEMGr 組與 CG 組間無顯著差異。顯示與非極限角度及假手法相比，單次極限角度下的 Maitland 關節鬆動術，可在當下及 4 天內有較佳改善疼痛及功能的效果。

以上文獻，經臨床醫師評估後，手法治療結合標準化運動計畫，不僅能減輕膝關節炎患者的疼痛，還能顯著提高患者的活動能力（如步行距離）及生活品質。在中短期（如 8 ~ 12 週）的治療，手法治療表現出更為明顯的優勢，例如平均疼痛減少達 55% 以上，步行距離顯著增加。此外，手法治療還可能延遲或減少患者進行膝關節置換術的需求，從而降低整體醫療成本。

雖然不同形式的手法治療（如 Mulligan、Maitland、被動關節鬆動等）在某些方面的療效存在差異，但總體研究結果支持其作為治療膝關節炎的有效手段。相比短期療效，其長期效果（超過 1 年）仍需進一步研究，但現有數據顯示治療組在持續性改善方面具有一定潛力。



將手法治療與運動訓練結合，作為膝關節炎患者短期非手術治療的首選方案。該方法安全性良好，適合期望快速減輕疼痛及提升功能的患者。此建議被評為 GRADE 1A。此高證據等級歸因於多項高品質研究，包括隨機臨床試驗（RCTs）<sup>[3-5]</sup> 和統合分析（meta-analyses）<sup>[1-2]</sup>，這些研究持續證明其有效性和安全性。

建議將手法治療與運動訓練結合，作為膝關節炎患者短期非手術治療的首選方案。此方法安全性良好，適合期望快速減輕疼痛及提升功能的患者，同時具有潛在的經濟效益。未來研究應進一步探討手法治療的最佳治療時程、長期效果，以及手法治療與其他治療方法的整合策略，以更全面地輔助臨床決策。

### 參考文獻

1. Zhu, B., Ba, H., Kong, L., Fu, Y., Ren, J., Zhu, Q., & Fang, M. (2024). The effects of manual therapy in pain and safety of patients with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews*, 13 (1), 91.
2. Wu, Q., Zhao, J., & Guo, W. (2022). Efficacy of massage therapy in improving outcomes in knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. *Complementary therapies in clinical practice*, 46, 101522.
3. Deyle, G. D., Henderson, N. E., Matekel, R. L., Ryder, M. G., Garber, M. B., & Allison, S. C. (2000). Effectiveness of manual physical



- therapy and exercise in osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. *Annals of internal medicine*, 132 ( 3 ) , 173-181.
4. Mutlu, E. K., Ozdincler, A. R., & Ercin, E. ( 2015 ) . Comparison of two different mobilization techniques in the management of osteoarthritis of the knee: a randomized clinical trial. *Osteoarthritis and Cartilage*, 23, A391-A392.
  5. Pozsgai, M., Udvaracz, K., Peter, I. A., Than, P., & Nusser, N. ( 2022 ) . Effect of single end-range and not end-range Maitland mobilization on pressure pain threshold and functional measures in knee osteoarthritis: Randomised, controlled clinical trial. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 58 ( 5 ) , 774.



## 第三章 足踝扭傷 (Ankle sprain)

### 臨床問題：傷科手法（徒手治療）是否能改善足踝扭傷？

GRADE 證據等級	臨床建議內容	參考文獻
2B	在確認無其他骨骼傷害後，傷科手法（徒手治療）可作短期輔助治療方法，可改善關節活動度及腫脹情形，但需與其他方法（如運動、藥物）結合，並考慮患者需求及療效有限性。（弱建議，證據等級中）	[1-5]

足踝扭傷（Ankle sprain）是常見的足部運動傷害，在團體運動、球類運動與高衝擊運動中常發生，足踝扭傷中 77% 為外側踝關節內翻（Lateral Inversion Sprain），73% 涉及前距腓韌帶（Anterior talofibular ligament, ATFL）撕裂或損傷，研究顯示反覆扭傷將影響運動表現，主要後遺症為踝關節不穩定，其他常見症狀包括疼痛、關節僵硬、肌力不足等。

診斷除影像學方法，使用 X 光（X-ray）排除骨折或骨裂外，更常使用臨床評估方法，包含：

1. 前抽屜測試（Anterior Drawer Test）：評估前距腓韌帶完整性。
2. 內翻壓力測試（Talar Tilt Test）：評估跟腓韌帶損傷。
3. 交叉腿測試（Crossed-leg Test）：用於檢測高踝扭傷（Syndesmotic Sprain）。



4. 渥太華踝關節規則（Ottawa Ankle and Foot Rules）：幫助判斷是否需要 X 光檢查，以排除骨折。高度敏感性，可減少 99.7% 不必要的 X 光檢查。

足踝扭傷的急性期處理（前 48 ~ 72 小時）應採取 RICE 原則：Rest（休息）、Ice（冰敷）、Compression（加壓包紮）、Elevation（抬高患肢）。針對較嚴重的患者，也可採取短期石膏固定（10 天）或剛性支撐，可幫助減少腫脹與疼痛，但長期石膏固定（4 週以上）效果較差。同時可搭配使用非類固醇抗發炎藥（NSAIDs）減少疼痛與腫脹，加速復原。針對扭傷 4 ~ 6 週後，功能性治療的效果優於長期固定，此時可佩戴護踝（Brace），或使用貼紮（Tape）提供額外支撐，減少不穩定感。對於急性踝韌帶撕裂，極少使用手術治療，手術治療僅適合高風險患者（如關節嚴重不穩定或職業運動員）。

急性足踝扭傷後續治療包含：（1）運動治療，利用本體感覺訓練（Neuromuscular Training，如平衡板）可降低復發風險。（2）肌力訓練，特別是腓骨肌群，有助於踝關節穩定性。（3）徒手治療（Manual Mobilization）：可改善踝背屈活動度。

徒手治療（Mobilization）是常見治療足踝扭傷方式，適用族群不限年齡及性別，但若患者出現以下絕對禁忌症（Absolute contraindications）及相對禁忌症（Relative contraindications）則不可施予徒手治療，絕對禁忌症包含：新近外傷（如急性骨折）、骨質疏鬆導致之骨折、細菌性感染、破壞性腫瘤或癌症骨轉移、發炎性系統性疾病的急性期。相對禁忌症包含：骨質疏鬆、關節過度活動（hypermobility）、對治療抱持過高被動期待，缺乏對多元治療計畫的



配合與自我負責能力者。

足踝扭傷徒手治療手法包含關節鬆動術 (Joint Mobilisation, JM) 與手法調整 (Manipulation, MT) 可能有助於減輕疼痛、改善活動度及加速恢復。手法調整包含：距骨關節前後鬆動術 (AP Mobilisation)、距骨關節牽引調整 (Talocrural Distraction Manipulation)、移動鬆動術 (Movement with Mobilization, MWM)、脛距關節調整 (Mortise Separation Adjustment) 等。傳統中醫推拿手法 (Traditional Chinese Manipulation, TCM) 也在治療踝關節扭傷中被廣泛應用，常見技法包括：旋轉 - 牽引 - 點壓手法 (Rotating-Traction-Poking Manipulation, RTPM)、搖動 - 按壓手法 (Shaking-Pressing Manipulation)、牽拉 - 扳動手法 (Pulling-Shaking Manipulation)。

中醫傳統整復手法則使用拔伸法，使患者健側臥下，患肢在上，膝關節屈曲。施作者一手持足距骨部，一手持足跟部，兩手用力牽拉，擴大畸形。然後以兩手拇指按壓外踝下方突起部向內，其餘各指握足。在牽引狀態下，視情況，使足極度外翻、極度內翻、蹠屈或背屈，達到復位效果。

針對傳統中醫推拿手法，一篇 2021 年發表的系統性回顧及大數據分析研究<sup>[1]</sup>，共納入 14 篇隨機對照試驗 (共 1112 名受試者)，其中 568 名患者接受中醫推拿手法，544 名患者接受其他保守治療 (RICE、藥物、運動訓練等)；此外共有 7 篇研究使用旋轉 - 牽引 - 點壓手法 (RTPM)。分析結果發現：於總有效率 (Total Effective Rate) 推拿手法療效明顯優於其他治療方式，其風險比 (RR) = 1.23 (95% CI: 1.17 to 1.30, P<0.00001)，使用旋轉 - 牽引 - 點壓手法 (RTPM) 效果更佳；



推拿手法更可顯著減少疼痛，VAS 分數降低 1.78 分（95% CI: -3.14 to -0.43,  $P=0.01$ ），而 RTPM 技法在疼痛緩解方面優於其他推拿技法（VAS 降低 2.56 分,  $P=0.01$ ）；針對功能恢復指標，無論是 Baird-Jackson Score（踝關節損傷恢復）或是 American Orthopaedic Foot and Ankle Society score（踝 - 後足功能），推拿均有顯著效果。顯示傳統中醫推拿手法在治療踝關節扭傷方面可能優於其他保守治療，可有效減輕疼痛並改善功能恢復，旋轉 - 牽引 - 點壓手法（RTPM）在降低疼痛強度方面效果最佳，然而長期療效尚待更多高品質研究證實。

針對徒手治療及關節鬆動術，英國於 2016 年發表一篇系統性回顧與大數據分析<sup>[2]</sup>，共納入 46 篇研究，分析結果顯示：急性踝關節扭傷的最佳治療策略為早期活動（Early Mobilisation），且使用 NSAIDs 減少疼痛與腫脹，而運動治療手法治療可作為輔助，但不應取代運動治療。此外，護踝運動治療是預防復發最有效的方法，徒手治療及針灸無法預防再度扭傷。

一篇美國學者發表的系統性回顧<sup>[3]</sup>，納入 9 項研究（共 196 名受試者），其中 7 項針對急性、亞急性踝扭傷，2 項針對慢性踝扭傷，分別比較徒手治療與治療性儀器（Therapeutic Modalities）的效果，結果顯示，關節鬆動術（Joint Mobilization）搭配運動訓練，可短期提升踝關節活動度。

另一篇 2013 年美國發表的系統性回顧<sup>[4]</sup>，納入 8 篇隨機對照試驗（RCTs）共 244 名受試者，探討急性（Acute）、亞急性（Subacute）、慢性（Chronic）足踝扭傷的徒手治療效果。研究顯示，手法關節鬆動術可有效減少疼痛、改善踝關節活動度，對於急性期可減少疼痛與腫



脹，並加快踝關節背屈活動度恢復，多次治療更可能較單次更有效；對於亞急性或慢性踝關節扭傷，可明顯改善背屈活動度，然而徒手治療短期內有效，但長期效果仍需進一步研究。

來自荷蘭的系統性回顧研究<sup>[5]</sup>，納入 17 篇隨機對照試驗，探討徒手治療及運動訓練的效果。研究顯示，急性足踝扭傷利用徒手治療，可使背屈角度顯著增加。並提升步態速度與步態對稱性，而運動治療則可顯著降低踝關節扭傷復發率，研究支持運動治療作為踝關節扭傷復健的核心策略，並建議在必要時結合手法治療以改善短期活動度。

綜合以上文獻，針對足踝扭傷的治療，急性期時 RICE 原則被視為最佳方法，而徒手治療和中醫推拿在治療足踝扭傷有一定的治療效果，但由於缺乏長期研究，短期內療效佳，長期效果仍需謹慎評估。且其效果可能因個體差異而異。建議制定治療方案時，根據患者情況及疾病的嚴重程度進行個人化調整，並搭配運動訓練可達到更佳效果。目前，徒手治療的證據等級為 B 級（中），建議強度為 2（弱建議）。未來仍需更多高品質的臨床試驗，進一步驗證不同治療方案的長期療效與安全性。

#### 參考文獻

1. Wang, B., Yin, X., Zhang, P., Yang, K., Sun, W., Jin, Z., ...Gao, J. (2021). Effect of traditional Chinese manipulation on ankle sprains: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 100 (5), e24065. doi:10.1097/MD.00000000000024065



2. Doherty, C., Bleakley, C., Delahunt, E., & Holden, S. (2017) . Treatment and prevention of acute and recurrent ankle sprain: an overview of systematic reviews with meta-analysis. *Br J Sports Med*, 51 ( 2 ) , 113-125. doi:10.1136/bjsports-2016-096178
3. Terada, M., Pietrosimone, B. G., & Gribble, P. A. (2013) . Therapeutic interventions for increasing ankle dorsiflexion after ankle sprain: a systematic review. *J Athl Train*, 48 ( 5 ) , 696-709. doi:10.4085/1062-6050-48.4.11
4. Loudon, J. K., Reiman, M. P., & Sylvain, J. (2014) . The efficacy of manual joint mobilisation/manipulation in treatment of lateral ankle sprains: a systematic review. *Br J Sports Med*, 48 ( 5 ) , 365-370. doi:10.1136/bjsports-2013-092763
5. van der Wees PJ, L. A., Hendriks EJM, Stomp DJ, Dekker J and de Bie RA. (2006) . Effectiveness of exercise therapy and manual mobilisation in acute ankle sprain and functional instability: A systematic review. *Australian Journal of Physiotherapy*, Vol. 52, 27-37.



## 第四章 足底筋膜炎 (Plantar fasciitis)

### 臨床問題：傷科手法（徒手治療）是否能改善足底筋膜炎？

GRADE 證據等級	臨床建議內容	參考文獻
2C	對於治療足底筋膜炎，傷科手法（徒手治療）有一定的治療效果，需搭配不同的治療方式如運動訓練、伸展、超音波、足底矯具、衝擊波治療或藥物治療，在疼痛緩解與功能改善（下肢功能、足踝功能等）均有顯著療效。（弱建議，證據等級低）	[1-3]

足底筋膜炎是成年人足部和跟部疼痛的最常見原因之一，美國的調查中，足底筋膜炎的盛行率為 0.85%，發病高峰通常出現在 40 ~ 60 歲之間。足底筋膜炎疼痛位置最常發生在跟骨的內側突起處，即筋膜的起源位置。其典型症狀表現逐漸出現的腳跟疼痛，尤其是在早晨起床踏出第一步。或經過一段時間不活動後特別嚴重，隨著活動逐漸增加或休息後，疼痛會稍微緩解，但經過一整天長時間負重後，疼痛又會再度加劇。肥胖或一些微創傷如長時間站立、跳躍、扁平足、高足弓和踝關節背屈減少等，是足底筋膜炎的可能風險因子。

足底筋膜炎的診斷多仰賴臨床症狀與病史，其中兩個因素最為關鍵，一為病史中存在腳跟底部疼痛，尤其在剛開始走路時最為明顯。二是在將病患腳趾背屈時，可在跟骨內側結節處足底筋膜的起點附近



找到局部壓痛點。實驗室檢查與影像學檢查通常對於診斷足底筋膜炎無特殊幫助。

關於足底筋膜炎的治療有多樣化的治療方式，根據 Uptodate 文獻表示，足底筋膜炎的大多數患者最終能自然康復，約 80% 的患者在 1 年內疼痛完全緩解，在等待自然恢復的過程中，仍可透過包括徒手治療、運動治療、足弓支撐輔具、止痛性物理因數治療等方法，改善病人緩解疼痛。因此治療重點在於「緩解症狀」與「改善生活品質」，可能的治療方式包含休息、改變活動、使用具有緩衝功能的鞋子、注射類固醇、拉伸運動以及非類固醇消炎藥。然而 uptodate 文獻並未將徒手治療納入其中。另一篇 2023 年的文章則分析了 2019 ~ 2023 年間 20 篇針對足底筋膜炎的研究，探討各種物理治療方式的成效。其文獻涵蓋傳統拉伸、矯形鞋墊、夜間支具、貼紮、乾針、體外震波（ESWT）及泡棉軸滾壓等介入。

針對徒手治療作為關鍵字搜索文獻，第一篇 2017 年的系統性綜述，旨在針對手法物理治療（manual physical therapy）對於足底足跟疼痛（最常見為足底筋膜炎）之效果進行綜整，最後納入 8 篇符合資格的隨機對照試驗。這些研究涵蓋的手法治療技術包括肌筋膜放鬆（myofascial release, MFR）、關節鬆動（joint mobilization）、深層按摩、神經滑動（neural mobilization）、對比放鬆（counterstrain technique）與脊椎指壓等。這 8 篇 RCT 比較了不同徒手治療對足底筋膜炎的療效，發現組合式治療效果最佳。其中一篇使用關節鬆動與軟組織治療加運動，在疼痛、足踝功能評估和下肢功能評估均顯著改善，



療效持續 6 個月。另一篇採用深層按摩及神經滑動合併運動訓練，在足踝運動方面和疼痛顯著改善。總結來看，徒手治療合併運動訓練在這篇綜述中均有較好的治療效果，而單一徒手技術的效果較有限<sup>[1]</sup>。

另一篇 2017 年的系統性綜述，旨在評估徒手治療（Manual Therapy, MT）對足底筋膜炎患者的疼痛與功能影響是否優於其他常見保守療法。本篇文獻納入 7 篇符合條件的隨機對照試驗，這些研究均以 MT 作為主要干預手段，並以疼痛、壓痛閾值（PPT）及功能量表作為效果評估。其治療手法包括關節鬆動（如距下關節、距骨、蹠跗關節）與軟組織處理（如筋膜釋放、深層按摩、激痛點治療），大多與伸展、強化等傳統方式並用。其中 6 篇研究在功能改善方面顯著優於對照組，而有 3 篇研究表明在提升壓痛閾值方面也展現明顯優勢。雖然疼痛評估結果整體不如功能改善明確，但仍有 2 篇研究顯示徒手治療在疼痛減輕方面優於對照。特別是當 MT 與運動或伸展並用時，其整體療效更佳<sup>[2]</sup>。

一篇來自韓國的 2024 年文獻，系統性回顧了手法治療（Manual Therapy, MT）在足底筋膜炎治療上的臨床療效。納入 10 篇符合條件的隨機對照試驗（RCTs），共 714 名受試者。手法治療類型涵蓋關節鬆動、筋膜與肌肉放鬆、穴位指壓等。多數研究比較手法治療與體外震波（ESWT）、藥物療法或日常物理治療的差異。其中 8 篇研究中，手法治療在緩解疼痛（透過 VAS 或 NPRS 量表）方面具統計顯著效果。部分研究還顯示功能恢復和足底筋膜厚度亦有改善。其中，另有一篇 RCT 也表明手法加上 ESWT 可大幅降低筋膜厚度。



其中有 3 篇文章的推拿手法除了筋膜與肌肉放鬆，也包含了部分穴位按摩的手法，綜合 3 篇研究的穴位為陰陵泉、照海、三陰交、湧泉、崑崙、太谿、承山、然谷等。手法多以大拇指進行 15 ~ 20 秒定點按壓與旋轉，幫助鬆解肌筋膜與刺激經絡<sup>[3]</sup>。

綜合以上文獻，這 3 篇系統性綜述與文獻回顧共納入多篇隨機對照試驗，總計超過 700 名足底筋膜炎患者，涵蓋歐美、亞洲多國，研究方法與手法多樣，包括關節鬆動、軟組織鬆動、深層按摩、肌筋膜放鬆、觸發點治療、推拿、穴位指壓等。整體而言，徒手治療在疼痛緩解與功能改善（下肢功能評估、足踝功能評估等）方面皆展現潛力。

值得注意的是，單一徒手治療的效果在部分研究中，對疼痛的緩解未達統計顯著差異，顯示其治療效果有限且具高度異質性。然而，當徒手治療結合其他治療方式時，療效顯著提升。在第一篇 2017 年的系統綜述中，其中一項研究可證明結合關節鬆動與軟組織治療加上運動訓練，可達到長期（6 個月）疼痛與功能的改善。另一項研究則使用深層按摩搭配神經滑動與自我伸展，效果顯著優於對照組<sup>[1]</sup>。另一項 2017 年的綜述則指出，其中一篇 RCT 同時採用後足鬆動、軟組織動員、超音波與伸展強化，在疼痛、下肢功能與足踝功能均明顯改善。另一項研究則以多關節鬆動、伸展與超音波組合治療，也顯示功能改善的優勢<sup>[2]</sup>。

另外，一些研究建議將徒手治療與足底矯具（如鞋墊）、衝擊波治療（ESWT）或藥物治療搭配使用，以加強整體療效。部分 RCT 發現徒手治療在疼痛緩解方面優於單純 ESWT 或藥物治療，特別是在筋



膜厚度（PFT）及壓痛閾值（PPT）的改善上更具優勢<sup>[3]</sup>。

然而，這 3 篇綜述也都明確指出現有研究多數未執行雙盲設計，偏倚風險存在，且手法與治療流程異質性高，限制了結果的解釋與推廣。因此，臨床應用上，建議徒手治療應結合運動治療（如自我伸展、強化訓練）、足底矯具（如鞋墊或支撐器具）、衝擊波治療（ESWT）或物理因子治療（如超音波、冷療）等多模式治療，以達到最佳療效。

整體而言，徒手治療的證據等級為 C 級（弱），建議強度為 2（弱建議）。未來需更多高品質 RCT 來驗證最適合的手法與治療流程，並探討個別差異與長期療效。

### 參考文獻

1. Mischke, J. J., Jayaseelan, D. J., Sault, J. D., & Emerson Kavchak, A. J. (2017). The symptomatic and functional effects of manual physical therapy on plantar heel pain: A systematic review. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 25 (1), 3–10. <https://doi.org/10.1080/10669817.2015.1106818>
2. Fraser, J. J., Corbett, R., Donner, C., & Hertel, J. (2018). Does manual therapy improve pain and function in patients with plantar fasciitis? A systematic review. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 26 (2), 55–65. <https://doi.org/10.1080/10669817.2017.1322736>



3. Park, I.-H., Cha, Y.-Y., Kim, M.-J., Heo, I., & Kim, B.-J. (2024) . Manual therapy for plantar fasciitis: A review of clinical study. Journal of Korean Medicine Rehabilitation, 34 ( 3 ) , 53–63. <https://doi.org/10.18325/jkmr.2024.34.3.53>



國家圖書館出版預行編目 CIP 資料

中醫傷科實證臨床治療指引 / 林昭庚總編輯 .-- 初版 . --  
臺北市：衛生福利部，民 114.09

面；公分

ISBN (平裝)

1.CST: 中醫傷科 2.CST: 實證醫學

413.42

114012888

# 中醫傷科實證臨床治療指引

書名：中醫傷科實證臨床治療指引

出版機關：衛生福利部

出版者：衛生福利部

編製：委託中國醫藥大學辦理

發行人：邱泰源

總編輯：林昭庚

副總編輯：陳易宏、陳方佩、何宗融、黃澤宏、李長殷、廖慶龍、侯甫葦

執行編輯：黃明正

編輯委員：王志弘、王明仁、王軍、吳承家、吳承恩、吳思穎、李佳翰、李岱霖、  
李紋綺、周維貞、林宏恩、林尚緯、林芷瑩、林昱廷、林致廷、林虹均、  
林原禾、林國偉、林新杰、林雋容、胡書聚、范湘宜、康博雄、張子瑜、  
張詠惠、張簡嬪鵷、許裴心、郭于賢、郭昕典、陳佳樟、陳彥璋、  
陳昭憲、陳柏恩、曾亮維、曾珠堯、黃俐瑜、黃咨博、黃縉誼、楊才慧、  
楊弘因、楊宗憲、葉政彥、葉祐安、廖健安、劉宜蓁、歐羽真、蔡宜臻、  
蔡欣育、盧姿均、賴俊宇、謝伯駿、謝孟蓁、蘇昶翰

地址：11558 台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

網址：<http://www.mohw.gov.tw>

電話：(02) 85906666

傳真：(02) 85907075

出版年月：中華民國 114 年 9 月

版次：初版

GPN：1011400981

ISBN：978-626-7667-65-1 (平裝)

