

臺中醫林



一本醫療的·人文的·藝術的·生活的雜誌

Taichung City Medical Association

87

1994 JANUARY 創刊
2015 JUL. 出刊



CHAIRMAN 理事長的話

醫界寵辱不驚

PEOPLE 醫林人物

徐永年 要做明顯且有感的事

SPECIAL REPORT 焦點報導

「醫糾法」草案立法 可能一切歸零
MERS傳播方式 不會只偏好大醫院
恐怖隨機殺人 社會命運的特殊人格

Cover Story

醫師舌尖上的養生

原來身邊都是毒!!

害人毒素 環境荷爾蒙無孔不入

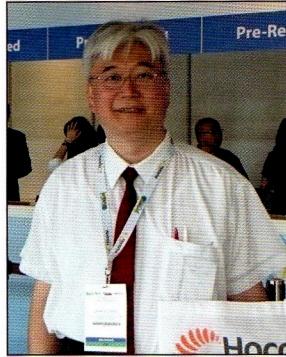
無慚質飲食 真相探索

有機人生 物質與心靈的大圓滿

人與食物的親密交流



社團法人臺中市醫師公會 | www.tcmed.org.tw



張幸初

臺中榮民總醫院復健科
國防醫學院醫學系復健醫
學科

下背痛 有時不在起源處 而在路徑上（上）

臨床層面易受忽略的下背痛病因

下背痛的潛在病因有很多

治療後症狀若沒有改善

應該到醫院做進一步檢查

文／張幸初

下背痛原因
七成屬腰肌拉傷
避免誤判
應多思考

復 健科最常見的病
症為下背痛。2001
年美國華盛頓大學Deyo
& Weinstein [1] 在N Engl J Med 發表文章，提出造成
下背痛的多種原因，其中七成
腰肌拉傷或筋骨扭傷，無論打

球或運動，在這方面受傷機率很高，此文獻被學界奉為圭臬。然而若去大醫院就診，所費不貲，加上三長兩短，頗不經濟，再加上這類病人只是拉傷或筋骨扭傷，通常在診所治療即可，因此相對的，雖為常見的疾病，在大醫院較為少見，反而其他傷疾比較常見，也較易受到忽略。Deyo & Weinstein 兩人所提出的七成拉傷扭傷，廣為醫學界所熟知，但也造成醫學中心的年輕醫師誤以為是定論，面對病人即以此為思考方向，若發生誤判，誠為遺憾。

講到下背痛，一定要將骶髂關節功能異常 (sacroiliac joint dysfunction) 包含在內，臨床經驗發現約二分之一比例，疼痛處並非位於腰部的中間，而在臀部，該部位即為骶髂 (sacroiliac, SI) 關節處。筆者經驗中常遇到很多病人曾接受

過腰部的手術，若一旦再發生疼痛，醫生或病人就會誤認為原開刀處疼痛，其實並不然，詳細檢查後，會發現疼痛並不在原手術區或腰椎中線區，反而是位於屁股處，可能一邊，或者兩邊，此部位即為骶髂關節，其包含在下背痛的範疇，因此，在復健科碰到的骶髂關節疼痛者比腰部疼痛者還多。

骶髂關節炎 (Sacroiliitis)

疼痛會移到
腿後部
與坐骨神經痛
很相近

疼痛會移到
腿後部
與坐骨神經痛
很相近

骶髂關節炎的英文字是由三個字根合併而成：sacro (sacrum骶骨/薦椎) + ilii (ilium髂骨/腸骨) + -itis (發炎) = sacroiliitis (ICD-9 7202; ICD-10 M461)，骶髂關節炎，俗稱薦腸關節炎。有些電腦屏幕呈現「骶」髂關節炎，乃因健保資料庫以往無法鍵出「骶」字，故以「骶」代替。

骶髂關節炎原因可分為物理性 (mechanical) 和非物理性 (non-mechanical)，筆者習慣稱前者為外科原因，後者為內科原因，前者不是發炎引起，而是先天結構異常，或外在力量 (壓力、迫力) 衝

擊所引起，或簡單地因為不正常姿勢所造成。

骶髂關節的牽涉性疼痛 (referred pain)，會往下轉移到鼠蹊部，及大腿外側處，與常見坐骨神經痛的表現很相近，可能導致誤判，因此應先做神經學檢查，排除神經病變 (neuropathy)、神經根病變 (radiculopathy) 診斷，待確診為牽涉性疼痛後，即與骶髂關節有密切關係。

檢查工具

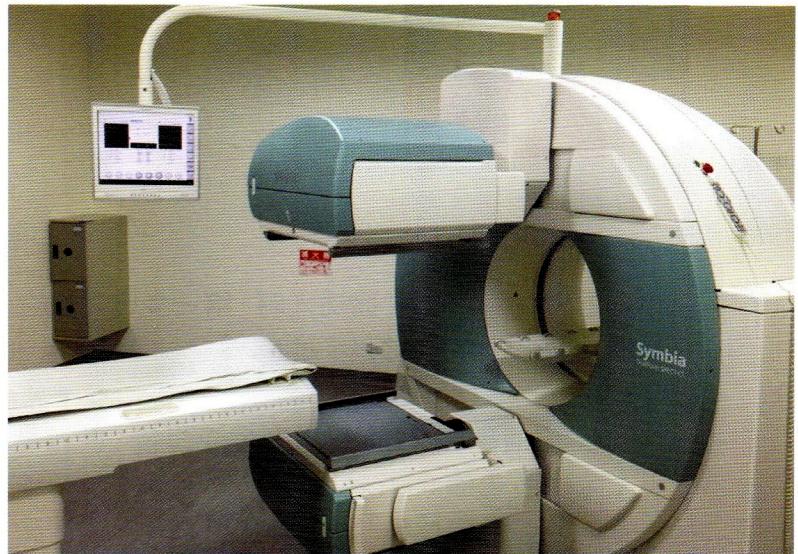
SPECT
加上
CT scan 更能
定位出疼痛
部位

物理性與非物理性之原因可藉助許多檢查來區分，一般X光片為基本的必須檢查，此外，依情況也會做一些進階的實驗室檢查，加上CT/MRI、或定量SI核醫閃爍造影術 (Quantitative SI scintigraphy)。

核醫骨掃瞄檢查 (Nuclear Scintigraphy)

在臨床方面核醫骨關節掃瞄有四種：全身骨掃瞄 (whole body bone scan)、三相骨掃瞄 (triple phase bone scan)、單光子發射電腦斷層 (single photon emitting computed tomography, SPECT/CT)、定量SI核醫閃爍造影術 (quantitative SI scintigraphy)。尤其後者對骶髂關節的評估最重要，可計算 SI/S ratio。

SI/S ratio正常值小於1.3，大概1.1到1.3左右，有問題者該 ratio會慢慢變高，從1.5到2.0，臨床上高於1.5 者，一定有問題，要進一步追蹤，然而1.4就要看情況，有些時候會有一些問題，慢慢變好或變壞。若骨掃描正常，加上SI/S ratio正常，即可排除血清陰性脊椎關節炎 (seronegative spondyloarthropathy)；若針對骶髂關節炎診斷，骨掃描和SPECT相比，SPECT專一性高達90%，有時候我們會兩者一起觀察。



SPECT 加上 CT scan 更能進一步定位，找出疼痛部位，符合臨床上的定位工作 (localization)，身體許多地方都會產生疼痛的現象，利用SPECT，可以觀察椎體終板，甚至骨頭的疼痛問題。

風濕免疫等相關疾病引起的下背痛或骶髂關節炎

此類疾病屬內科原因，並非因結構性或機械性因素所造成，最重要的是血清陰性脊椎關節病變 (seronegative spondyloarthropathy)，包含四種到五種疾病，如psoriatic arthritis、Reiter's syndrome、reactive arthritis、inflammatory bowel disease (IBD)、或IBD-related。此處強調兩個疾病，一個是僵直性脊椎炎，另一個是鏈球菌感染後反應性關節炎 (post-streptococcal reactive arthritis, PSRA)。

僵直性
脊椎炎引起的
下背痛或骶髂關節炎
年輕男性
最多

僵直性脊椎炎 (Ankylosing Spondylitis, AS)

年輕男性最多，其關節活動度，有一定受限，脊椎會變形，有晨起僵硬現象，一般均涉及到骶髂關節，所以它經常從該關節開始發作，可能往上到胸頸椎，也可能往下到兩邊髋部/臀部，所以有些年輕人的兩邊髋關節都做過THR。其他臨床症狀尚有周邊關節炎 (peripheral arthritis)、虹膜睫狀體炎 (iritocyclitis)。有時候它必須跟坐骨神經痛、梨狀肌症候群等做鑑別診斷，筆者曾遇過某

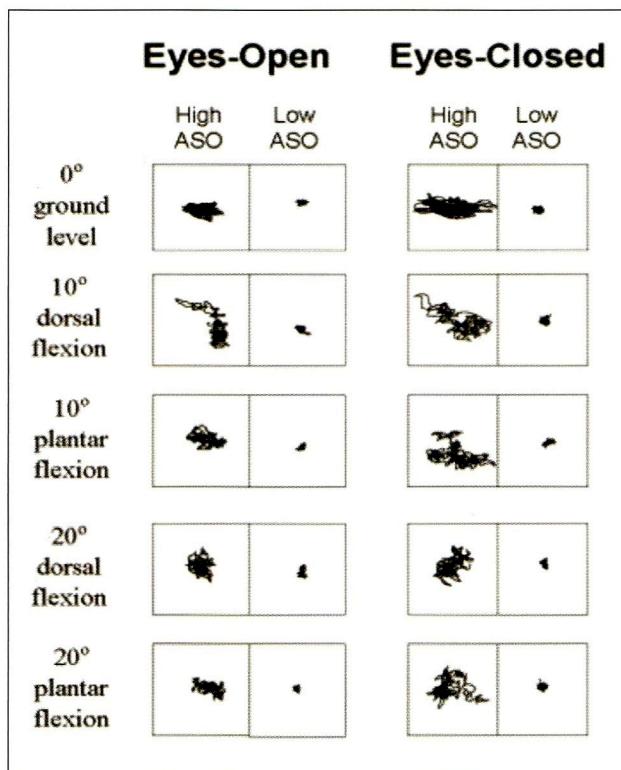
些前輩在面對下背痛病人時，第一步會先檢查HLA-B27，即可排除是不是AS。

若AS已僵硬甚久，則一旦頸椎受傷後，很容易產生四肢癱瘓 (tetraplegia)，根據統計，脊椎骨的受傷位置比較，頸椎骨折機率比一般的胸椎骨折或腰椎骨折來得高，且脊髓損傷 (spinal cord injury) 的發生率統計，罹患AS者比沒有AS者，差異可達11倍之多，因此常常需要注意到患者有沒有跌倒的狀況，居家環境裡需要注意照明，對AS患者很重要。目前已知病人並不會發生關節旁邊的骨質疏鬆症 (periarticular osteoporosis)。

鏈球菌感染後反應性關節炎

(Post-Streptococcal Reactive Arthritis, PSRA)

PSRA是筆者一直有興趣的一個題材，但需做一項檢查，即為抗鏈球菌素抗體效價 (anti-streptolysin O titer, ASOT or ASLO)，才能考慮 PSRA，此疾與鏈球菌感染有相關性，可能以



前感染過鏈球菌，產生過抗體，接著體內進行免疫反應，形成免疫複合體。以往的教科書已提及，此疾會影響心臟，最先從風溼熱開始，後來演變成風溼性心臟病，若侵犯腎臟，則造成鏈球菌感染後腎絲球腎炎 (post-streptococcal glomerulonephritis)。事實上，也會侵犯關節，尤其是侵犯滑膜性關節 (synovial joint)。從臨床上判斷ASOT的高低很有用，可證實重要的PSRA，筆者的研究已證實，在臺灣此疾最常侵犯的關節是骶髂關節，藉由核醫SI 比值的高低而證實，同時也會出現姿勢平衡的障礙，如圖一 [2,3,4]。此疾也屬於血清陰性脊椎關節病變，不可忽略。✿

參考文獻:

- Richard A. Deyo, James N. Weinstein. Low back pain. The New England Journal of Medicine 2001;344(5):363-370.
- Shin-Tsu Chang, Chih-Hung Ku, Shiou-Chi Cherng. Evidence-based correlation between anti-streptolysin O serum titer and sacroiliac joint disorder. The Journal of Rheumatology 2007;34(8):1746-1752.
- Cheng-Chiang Chang, Heng-Yi Chu, Shang-Lin Chiang, Tsung-Ying Li, Shin-Tsu Chang. Impairment of static upright posture in subjects with undifferentiated arthritis in sacroiliac joint in conjunction with elevation of streptococcal serology. Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation 2009;22(1):33-41.
- Shao-Chi Lu, Liang-Cheng Chen, Shang-Lin Chiang, Tsung-Ying Li, Yau-Ren Tseng, Shin-Tsu Chang, Chen-Chung Dai. Orthostatic postural deficit in subjects with streptococcal serology-related unclassified arthritis of the lumbopelvis. Taiwan Journal of Physical Medicine and Rehabilitation 2010;38(1):1-9.