針灸配合呼吸法治療肩頸疼痛之臨床思路探討

賴佳君[1] 孫茂峰[2] 洪金烈[1] 陳玉昇*[1]

[1] 長庚紀念醫院中醫醫院暨長庚大學醫學院

[2] 長庚紀念醫院中醫醫院暨長庚技術學院

（ 97 年 4 月 14 日受理，97 年 6 月 26 日接受刊載 ）

肩頸疼痛是針灸科臨床常遇見的症狀之一，其臨床的主要表現為兩側肩頸部僵硬，常合併酸、痛、脹或麻感，甚至放射至背部肩胛區、頭頸面部及手臂，症狀斷續惱人。目前常見針灸治療方法包括經筋、脊神經根、臂叢神經根和局部療法等，但治療後仍容易反覆發作而造成患者日常生活和工作的阻礙，並對社會的醫療支出造成負擔。由於肩頸疼痛經常合併胸悶、短氣等呼吸不暢的症狀，且斜角肌、胸鎖乳突肌等呼吸肌肉僵硬疼痛，因此筆者推論其原因可能在於不正確的呼吸型態對呼吸輔助肌造成過度負擔而引發肩頸疼痛。在臨床上以針灸調整呼吸氣機及治療受損之呼吸肌肉為主要治療模式，不但呼吸不暢、胸悶等呼吸方面症狀獲得緩解，亦可達到治療肩頸疼痛的效果。再配合衛教，正確的教導協調式呼吸法，提醒患者時時刻刻保持良好的呼吸狀態，更可減少復發的機會。本文提出治療肩頸疼痛的另一思路，由呼吸的角度切入，維持呼吸舒暢及衛教正確的呼吸方式可以達到標本同治的雙重效果。

關鍵字：肩頸疼痛、針灸、呼吸、經筋、缺盆

前　言

肩頸疼痛（neck/shoulder pain）是針灸門診中常見的就診原因之一，其臨床的主要表現為兩側肩頸部僵硬，常合併酸、痛、脹或麻感，甚至放射至背部肩胛區（膏肓處）、頭頸面部及上臂。症狀斷續惱人[1]，往往在工作後加重，甚至影響睡眠，而患者常無明顯外傷病史。國外研究顯示，頸部疼痛之一年流行率（1-year-prevalence）為男性29%、女性40%，整體而言為34%，且疼痛超過六個月以上之比率占14%[2]。在台灣針對大學音樂系及非音樂系女生所作的研究則發現，肩頸各部位的疼痛盛行率都很高（音樂系：47-75%，非音樂系：49-74%），且肩頸疼痛患者其自身感受到的生活緊張焦慮度顯著高於非肩頸疼痛患者（$p<0.05$）[3]。

從臨床上來看，肩頸疼痛只能作為一系列相關於頸、肩痛麻的症狀表現。若進一步探查，發病的族群主要集中在頸背肌肉過度使用（如長期使用電腦工作者）及老年人。這類病人往往有姿態性勞損史、落枕病史、肌筋膜疼痛的激痛點（多在頸肩交界處），在影像學檢查中，部分患者還可以看到頸椎退化及狹窄、項韌帶鈣化的表現，因此肩頸疼痛之內涵應包含了頸椎病、周邊神經炎、肌筋膜疼痛等疾病。究其成因，可能和肌肉之過度使用及退化相關。這類病人臨床表現往往未達手術標準，因此多尋求復健與中醫之治療，每年造成龐大的醫療支出。根據統計，在荷

聯絡人：陳玉昇，桃園縣龜山鄉，33378 舊路村頂湖路 123 號，長庚醫院中醫醫院。電話：03-319-6200 轉 2613，傳真：03-329-8995，Email: cuspat@yahoo.com.tw, leafbook@gmail.com

蘭每年花在不明原因的慢性肩頸疼痛的醫療費用高達8.6億美元[4]。

目前針灸臨床常見療法包括經筋療法（軟組織損傷）、脊神經根（華佗夾脊）、臂叢神經根（頸臂穴）和局部療法（天牖五穴）等，其主要思路包括循經取穴、遠近配穴、局部肌筋膜治療以及神經根治療等等，多從肌肉神經系統的解剖及功能切入。然而，症狀容易復發，對患者日常生活和工作影響甚大。因此筆者在臨床上觀察肩頸疼痛的表現及根本原因，發現許多患者同時抱怨呼吸不暢、胸悶短氣等與呼吸相關的症狀，雖未有器質性的病變，但往往可在缺盆區發現斜角肌、胸鎖乳突肌等呼吸肌肉的腫脹疼痛。本文所論的，即是肩頸疼痛患者在排除呼吸系統器質性病變後，仍有呼吸不暢、胸悶等呼吸方面症狀，其不良的呼吸狀態可能為造成肩頸疼痛的主要原因之一，並據此發展出不同以往的治療模式。筆者以調整呼吸狀態為主要治療思路，一方面舒暢上焦氣機並治療損傷之呼吸肌肉，另一方面衛教病人正確的呼吸方式。從呼吸的角度治療肩頸疼痛，不但針數簡約、療效迅速、患者接受度高，更可因患者本身受益於正確的呼吸方式而使其體會”上工治未病、預防重於治療”等中醫根本之道。《素問上古天真論》提到，”黃帝曰：余聞上古有真人者，提挈天地，把握陰陽，呼吸精氣，獨立守神，肌肉若一，故能壽敝天地，無有終時，此其道生。”若在日常生活中能落實自然呼吸，顧不能壽敝天地，無有終時，亦能獨立守神，肌肉若一。

材料與方法

一、材料

黃帝內經[5]、中國期刊網、國家圖書館碩博士論文、Medline、PubMed、臨床病例為主要資料來源。

二、方法

本論文乃採用歸納、比較、綜合及分析法，先以中國期刊網、國家圖書館碩博士論文、Medline等搜尋頸肩綜合症、項強痛及肩頸痛等相關期刊，分析探討目前臨床上常用之治療方式。因此本論文透過文獻之回顧與分析，以不同的思路提出假說，提出肩頸疼痛另一診斷及治療模式。另引述2病例以說明並探討臨床思路及操作步驟，包含診斷、治療、衛教等內容。

結　果

一、文獻及期刊回顧

在古代，以症狀的臨床表現來分類的系統中，本病多被歸屬於「項強痛」的範圍。病因雖有多端，但治療上以循經取穴為主軸。由於頸肩多屬陽經循行之範圍，「小腸手太陽之脈，起於小指之端，….，上循臑外後廉，出肩解，繞肩胛，交肩上…其支者，從缺盆循頸上頰，...」「膀胱足太陽之脈，起於目內眥，…，從巔入絡腦，還出別下項，循肩髆，內挾脊，…」「三焦手少陽之脈，起於小指次指之端，…上貫肘，循臑外，上肩而交出足少陽之後，…其支者，從膻中上出缺盆，上項，繫耳後，…」「膽足少陽之脈，起於目銳眥，…循頸，行手少陽之前，至肩上卻交出手少陽之後，…。」「督脈者，起於少腹以下骨中央，…上額交巔，上入絡腦，還出別下項循肩膊內，…」。因此在針灸典籍中治療本病多取後谿、前谷、天柱、委中、崑崙、束骨、風池、肩井、外關、完骨、大椎等穴。其取穴上，包含了遠端與局部取穴，但總以循經為其法則，又因為頸項有別（項近正中，頸則居旁），且肩可分前中後三區，是以可再細分為頸屬手太陽、足少陽、項屬足太陽、手少陽、督脈，肩後多屬手太陽，肩前多屬手陽明，肩側則手足手陽之歸屬。然而肩頸疼痛往往多經相屬為病，此時

更宜分清主次，看是由頸及肩或由肩及項，並結合臨床相兼症狀而選經穴治療之。例如：頭項強痛而惡寒則取足太陽；項痛不可俯仰取足太陽，不可以顧刺手太陽；項痛牽及耳後及肩臑肘臂外皆痛者取手少陽…。

傳統古籍針灸在治療本病時確實提供了很好的經驗，但必須強調的是其描述多限於症狀概念的層次。若究其原因，仍可尋求更為深層之病因病理，後世醫家往往結合傳統與現代醫學之病因病理概念，多所發揮，其發展可由以下幾種具代表性之診治理論與治療方法體現[6]：

(一) 經筋：「手陽明之筋，起於大指次指之端，結於腕，上循臂，上結於肘外，上臑，結於髃。其支者，繞肩胛，挾脊。直者，從肩髃上頸。其支者，上頰，結於頄。直者，上出手太陽之前，上左角，絡頭，下右頷。其病當所過者支痛及轉筋，肩不舉頸，不可左右視，治在燔鍼劫刺，以知為數，以痛為輸，名曰孟夏痹也。」，鄒氏[7]以三間穴治療落枕相關疾患；秦氏[8]取三間治療頸肩症候群，疼痛在肩前上臂，甚至放射至前臂橈側者，皆是經筋理論之運用，《席弘賦》：「更有三間腎俞妙，善治肩背浮風勞」。

(二) 肌筋膜：肩頸疼痛常常有頸椎兩側及肩背部壓痛的表現，並可發現許多「筋結」在頸肩背部位，這是肩頸部肌肉及筋膜因慢性勞損或扭傷後所產生之保護性痙攣，在局部找到激動點及筋結處施行相關針刺後，對疼痛之解除往往有即時之效應。尚氏[9]選擇四天穴（天柱、天牖、天容、天窗），劉氏[10]選擇天牖五部穴（天柱、天牖、人迎、天府、扶突）治療頸肩綜合症，這些穴位皆居頸項附近，正位在斜方肌及胸鎖乳突肌之前後緣，往往為本病之激痛點及筋結所在，有密切之關連性。更有學者據此提出軟組織學的觀點，認為頸肩綜合症是頸肩關節軟組織急、慢性損傷所造成的一系列疼痛和功能障礙[11]。

(三) 脊神經根：本病患者往往可見放射至肩臂之麻痛，在臨床上，許多病人表現C4-7旁的壓痛，X光上也每見C4-7椎間隙變小、椎間孔變窄、項韌帶鈣化等情形。張氏[12]每取病變頸椎頸外夾脊（即脊椎棘突間兩側，背正中線外1.5寸），配合針刺後局部之拔罐治療而取效。

(四) 臂叢神經根：臂叢神經主要由C5~8及T1脊神經節前支組成，有時C4、T2脊神經的小分支也參與其構成，屬於週邊神經系統。當肩頸疼痛之發病因頸椎椎間盤退變、頸椎增生、頸椎周圍軟組織勞損、變性及其臂叢神經根路徑上肌肉痙攣時，很容易造成臂叢神經根壓迫或刺激，易引起頸項、肩臂放射性疼痛或麻木，並牽連至肘、下臂、腕指等處。田氏[13]以指代針按壓患側頸臂穴（位於鎖骨中點上方2公分，鎖骨下動脈外上方）。要求按壓時局部酸麻或觸電感傳至同側肩、臂、手部，每次指壓3分鐘，治療對臂叢神經根受壓迫或刺激所引起之頸肩症候群。婁氏[14]則採取針刺缺盆穴為主（其深部解剖為臂叢神經經過之處），直接刺激神經幹，並要求針感傳至手指，以降低神經應激功能，並對感覺神經起抑制作用，而達到止痛、鎮靜、緩解肌肉和血管痙攣，改善頸肩部等局部血供等效果，提高了肩頸疼痛的治療效果。

從傳統到現代，諸家以針灸治療本病可謂各得其要。而本病之診治重點或由軟組織損傷、或由神經解剖分佈，採取上述治療方法對因治療，每能獲得良效。但在臨床上卻仍可見到許多病人歷經上述方法治療後，仍反覆發作，甚至未見效果。這或者可歸因於患者日常生活未見改變、久病難治、老年氣弱及病因非只一端等因素，但從臨床醫家的立場，卻也必須另闢蹊徑，尋求不同層次之病因，以解患者之苦痛。

從症狀及病史的原點出發，仔細分析此類患者的臨床表現，常併見胸悶、呼吸不暢甚至喘等呼吸方面的症狀，而缺盆處的胸鎖乳突肌、斜角肌等亦常出現緊繃、按壓疼痛等現象。然而此

類患者並無呼吸系統的器質性病變。筆者進一步思考呼吸方式對於此疾患的影響，發現肩頸疼痛之患者，經常因呼吸方式不正確而伴隨呼吸輔助肌過度使用的現象，尤以斜角肌、胸鎖乳突肌較為明顯。因此筆者臨床上嘗試以針灸調整患者呼吸症狀，同時衛教正確的協調式呼吸法，得到良好療效。不僅有針數簡約、療效顯著之優點，更可藉著良好的呼吸方式鞏固療效已達到治本之目的。因此本文以調整呼吸型態為主要思路，為針灸治療肩頸疼痛提出新的治療模式。

二、不正確的呼吸方式導致呼吸輔助肌的長期勞損，可能為肩頸疼痛的原因之一

(一) 正常的呼吸機制：協調式呼吸法（Coordinated Respiration）[15]

吸氣：橫膈膜主動收縮下壓，形成胸腔負壓使空氣自然流入，此時腹部自然突出。

進行吸氣作用時，胸壁的移動是一項複雜的整合系統。正常休息狀態下肺部的容量主要由三個基本動作所控制：胸骨的提高、較下位肋骨的展開、橫隔膜往下類似活塞的動作。在正常的吸氣過程中，橫隔膜收縮把腹部內容物往下推擠朝向骨盆，導致腹部的的突出、並在吸氣的期間增加了下肺部容量。在平靜的呼吸狀態下，橫隔膜的功用佔了70%~80%[16]。正常人即使在運動的狀態下，橫膈膜仍是增加氣流的主角，而胸廓的改變雖然可被測量到，但其貢獻只佔一小部分[17]。主要的吸氣肌肉除了橫隔膜之外，尚有內肋間肌、斜角肌（以前曾被分類為呼吸的輔助肌）、外肋間肌、提肋骨肌等。在運動的過程中，隨著呼吸的需求的增加，徵召不同程度的輔助肌。呼吸輔助肌以附著於肩帶（pectoral girdles）、鎖骨（clavicle）和肩胛骨（scapulae）的肌肉為主。最重要的輔助肌是“斜角肌及胸鎖乳突肌”。其他肌肉包括上斜方肌、前鋸肌、後上鋸肌、胸大肌、胸小肌、背闊肌、胸椎豎脊肌、鎖骨下肌、肩胛舌骨肌等等，凡是與胸廓相連接之肌肉或多或少都受到牽連。

呼氣：橫膈膜放鬆，肺部被動彈回空氣自然流出，此時腹部為收縮狀態。

正常情況下，空氣外流主要是由肺部有彈性的彈回來完成。用力呼氣時，腹肌是主要的動作肌肉，並由內肋間肌（胸骨旁）來加以輔助。他們會增加腹內壓，使橫隔膜上升，輔助空氣外流。隨著用力呼氣的力道增加，背闊肌、後下鋸肌、腰方肌及腰髂肌也會被徵召。

(二) 不正確的呼吸方式所造成的影響

呼吸肌肉異於一般骨骼肌，乃身體賴以維生的肌肉，每分鐘必須重複動作12~20次，甚至更多。日復一日，不得歇息。也因此，吸氣肌肉（inspiratory muscles）在過度或姿勢異常的使用情況下常會造成疲倦（fatigued）和傷害（injured）[16]。除此之外，最常受到波及的肌肉即是呼吸輔助肌（Accessory muscles）。因此不正確的呼吸型態不但減少潮氣容量，亦是呼吸肌肉被濫用與過度負荷的常見來源。長期的過度使用常常造成肌肉的疲乏、損傷及腫脹，甚至形成緊繃肌帶（taut band），尤其表現在斜角肌和胸鎖乳突肌。當神經通過受損的肌肉或緊繃肌帶的時候，或當神經位在緊繃肌帶與骨頭之間時，神經將遭受到不休止的壓力，除了引起疼痛（尖銳或燒灼感）、麻木等症狀外，甚至可導致遠端肢體失用，此即所謂的神經嵌陷症候群 （Nerve entrapment syndrome）[18]。

(三) 呼吸相關肌肉損傷後引起之肩頸疼痛相關症狀

表一列出數個主要的呼吸相關肌肉之正常生理功能及損傷後引起之肩頸疼痛相關症狀[15,19]

由此可知，呼吸肌肉的損傷可能引起神經

表一　呼吸相關肌肉之正常生理功能及損傷後引起之肩頸疼痛相關症狀

呼吸肌肉	肌肉	正常生理功能	病理狀態及症狀
主要吸氣肌肉	橫膈膜	吸氣時，活塞式的活動造成胸腔負壓。呼氣時，橫隔膜被動上升。	1. 橫隔膜痙攣病患會抱怨胸痛、呼吸困難、無法達到完全呼吸等。在症狀發作前會先有焦慮狀況 2. 中心腱性部：經Phrenic nerve（C3~5）回傳，引起肩部（C3~5）的引傳痛。
	斜角肌	分前、中、後、小斜角肌，主要的功能是在吸氣的時候，抬昇並穩定住第一、二肋骨，預防橫隔膜的活塞昨用所造成的向下吸力將胸骨往下或往內拉。	斜角肌的反應會隨著呼吸用力的增強而強烈的增加，引傳痛遍及胸部前側、上臂外側、肩胛骨內側緣（即膏肓處），甚至大拇指的麻木、尺側的疼痛與感覺異常等。與常見的神經嵌陷和胸廓出口症候群有很大的關聯性。
主要吸氣輔助肌肉	胸鎖乳突肌	人類頭部本體感覺性定向力的主要肌肉來源之一，任何能夠使步態的正常形式產生嚴重的偏差，也都會影響到胸鎖乳突肌。	分胸骨部分和鎖骨部分，引傳痛分別達到顱頂、枕骨、臉頰、耳、喉及前額、耳、頭暈。也常是非典型性顏面神經痛、緊張性頭痛、頭頸部疼痛的主因。
	胸大肌	當肱骨固定時，胸大肌可以功能性的將胸骨部與鎖骨部的附著處拉向肱骨。對胸部的拉力可以協助用力的呼吸。	假性胸廓出口症候群（pseudothoracic outlet syndrome）：胸大肌、闊背肌、大圓肌、肩胛下肌。
	胸小肌	起點於第3~5肋骨，止點於喙突。肩胛骨固定時，可幫助肋骨上提，以輔助吸氣	胸廓出口症候群：斜角肌、胸小肌、鎖骨下肌。
主要呼氣肌肉	腹肌：（腹直肌、腹橫肌、內外腹斜肌）	負責主動呼氣最重要的肌肉，收縮時增加腹腔內壓力，使橫膈膜向上推升，所小胸腔內容積。	與身體內部間有強烈的交互作用，內臟的疾病、職業性的勞損、逆理式的呼吸、不良的姿勢都可能造成腹肌的損傷和激痛點的持續。出現的症狀有噁心、嘔吐、心口痛、腹脹、腸絞痛、腹瀉、痛經、兩側性的下背痛等。

嵌陷、引傳痛、麻木甚至肢體失能、胸痛、呼吸困難等肩頸疼痛相關症狀。因此不正確的呼吸方式可能為肩頸疼痛的原因之一。其所造成的症狀通常會被誤以為和頸部神經有關，臨床上需要經過影像檢查才能作出生理結構方面的鑑別診斷。一般亦可用觸診方式檢查，是否有緊繃肌帶、壓痛、引傳痛等。在激痛點彈撥肌帶，甚至可引發抽搐反應。斜角肌和胸鎖乳突肌是臨床上比較容易診察的肌肉，呼吸型態不正確的病人其斜角肌和胸鎖乳突肌通常較為緊繃，輕輕按壓即產生極度疼痛甚至加重手指麻木的症狀，經和緩的按摩之後反而使手麻、疼痛較為緩解。

在通過大腦到肺泡的完整呼吸過程，呼吸肌肉的疲乏和胸廓結構及內部組織的異常都會對呼吸作用造成負面的影響。任何會影響呼吸肌肉形成胸腔負壓的疾病都都會在不同階段造成不同程度的影響，常見的疾病包括：脊椎側彎、慢性阻塞性肺病、氣喘、心臟衰竭等等[20]。在臨床上許多肩頸疼痛的患者同時抱怨呼吸不暢、胸悶等呼吸方面的症狀，但往往並無器質性的病變，都可能是因為呼吸方式錯誤造成肌肉損傷，甚而引起嵌陷症候群而表現出疼痛麻木等症狀。

三、缺盆、經筋與斜角肌、胸鎖乳突肌之關聯

(一) 斜角肌與胸鎖乳突肌經過缺盆處

缺盆是中醫的解剖部位，也是一個穴位名稱。作為解剖位置而言是指鎖骨上窩的部分，此亦為斜角肌和胸鎖乳突肌經過之處，也是診察其是否損傷的區域。于氏[21]認為缺盆乃眾多經脈、經筋交會之處。于氏由文獻中歸納得知，缺盆穴之主治廣泛，其中肺、胸方面的症狀，如喘息、息賁、胸滿等等佔約54.81%。交會的經筋有手太陰、足陽明、足太陽、足少陽經筋。另有五處明載缺盆疼痛：肺經的是動病、手太陽經筋病、足太陽膀胱經筋病、足少陽經筋病、足陽明經筋病等。

(二) 由經筋的觀點治療呼吸肌肉損傷及肩頸疼痛----治療不應侷限於手三陽經與局部穴位

由文獻回顧可知，在肩頸疼痛的治療中，手三陽、足太陽、足少陽經筋及督脈等屬於背面的經筋與經脈在遠端與近端取穴上具有明確的指導意義，而這些臨床方式大多從肌肉神經系統的解剖及功能切入。然而，若由呼吸的角度來看，呼吸動及整個胸廓，因此不論背面、腹面都在活動範圍中，牽一髮則動全身。歸納行經胸廓之經筋及其肩頸疼痛、呼吸相關症狀發現，(1) 十二經筋中除了足厥陰經筋未行經胸廓，且無呼吸方面之症狀外，其餘十一經筋皆行經頸、項、肩、胸、脅或缺盆，並有肩、項或呼吸方面的症狀。因此可推知此十一經筋與呼吸肌肉及肩頸疼痛之關聯。(2) 手三陰經筋皆經腋下，並結或散於胸中，循賁（橫膈膜）抵脅；且其病則息賁、胸痛。由此可推知手三陰經筋在治療肩頸疼痛的重要性。(3) 足陽明經筋與足太陰經筋循腹而散結胸中，其病腹筋急則引缺盆或脅。由此可知，腹肌勞損拘急亦是肩頸疼痛的原因之一。(4) 足三陽經筋與手太陰經筋均經過缺盆，因此推論其與呼吸肌肉的關聯較其他經筋更為密切。綜上所述，十一經筋皆行經胸廓而與頸肩症候群息息相關，因此臨床上不應侷限於手三陽經和局部穴位，若搭配經筋循行之觸診更可達到選穴精簡的目的[22]。透過不同層次的診斷，如肌肉神經走向、經筋循行、筋結之定位等，才能在臨床上做出最精確簡約的治療。

四、由上焦氣機的觀點調節呼吸相關症狀

中醫素來重視“氣”，以為“氣”是所有疾病的原發因素，而五臟之氣更主掌著全身功能運作的協調性。以五臟氣機來分類，上焦為心肺

之氣，而呼吸更與“肺”有密切的關係。《靈樞營衛生會篇》提到：“人受氣於穀，穀入於胃，以傳與肺，五藏六府，皆以受氣”；《靈樞決氣篇》提到：“上焦開發，宣五穀味，熏膚，充身，澤毛，若霧露之溉，是謂氣。”此皆強調肺主氣而司呼吸的生理特色。由此肺氣的宣發布散是全身氣機運作的核心之一，而中焦五穀之氣則是上焦之氣的來源。故肺氣與肺、脾、胃經息息相關。

討　論

一、由呼吸觀點治療肩頸疼痛之臨床診斷、治療模式之建立

肩頸疼痛可能由慢性勞損所致。由生物力學的角度來看，一般多著重於長期姿勢不良或外傷，而忽略了分秒進行的呼吸。現代上班族長時間面對電腦，不自覺的聳肩駝背使胸廓活動受限，形成對協調式呼吸法不利的條件，而不正確的呼吸方式往往造成呼吸短淺、呼吸輔助肌肉緊繃，長期下來軟組織受傷而影響頸椎的力學結構，進一步造成肩頸疼痛種種症狀。

臨床上因果關係很難分辨，是因姿勢不良造成肌肉損傷及呼吸不暢，還是因呼吸方式不正確造成肌肉損傷及呼吸不暢。但面對肩頸疼痛伴隨呼吸不暢的患者，從呼吸的角度切入治療確實可以達到緩解肩頸疼痛、延長療效的效果。

(一) 診斷模式

綜上結果可知，臨床上可以由呼吸的觀點來論治肩頸疼痛。以下提出中醫診斷的步驟：

1. 望診：是否有習慣性聳肩、胸廓結構不對稱等現象；肩及頸部的肌肉是否較為粗大，但患者並非勞力工作者。

2. 聞診：呼吸聲是否短促

3. 問診：排除嚴重呼吸道疾患後，是否仍有呼吸不暢、胸悶、喘、短氣等症狀。

4. 切診：

(1) 觸診：

❶判斷呼吸輔助肌是否過度使用。患者維持坐姿時，以指腹輕揉最重要的呼吸輔助肌，斜角肌與胸鎖乳突肌。若肌肉緊繃，且輕按即疼痛異常，可能即是呼吸方式異常造成呼吸輔助肌之過度使用及損傷。

❷仔細視察和觸診胸背部呼吸時擴張的對稱狀態，可能會顯示出在骨間肋間肌激痛點那一側之受限的移動軌跡和縮窄的肋骨空隙。

❸根據病人主訴，觀察其位置區域，為何經筋所行，檢查該經筋上有無有無條索、結節、痛、麻、脹等敏感點或敏感區，如有，則表明該經筋有病變。特別留意該經筋所結處之檢查，需以同經左、右進行比較。

❹除了肩頸胸肋區之外，腹部及腰部的肌肉也是可能需要觸診的範圍。因腹部疾患，例如便秘、腹痛、骨盆腔傾斜等導致的腹膜或下背部筋膜緊繃，亦會造成胸廓肌肉的緊繃[23]。

(2) 脈診：

呼吸不暢之患者其寸脈或關前有沉遲微弱之象，乃上焦氣機不暢所致。

(3) 理學檢查：Adson's test[24]、神經學檢查等

臨床上西醫儀器亦是客觀的診斷輔助工具，例如X光、MRI、肌電圖等等。然而影像上的病理發現與患者的疼痛指數不一定呈現正相關[25]。

(二) 治療模式

1.「以痛為輸」與「脈引筋氣」的觀點

經筋問題之治療素來以《靈樞經筋篇》「以痛為輸」為主要之治療方法，患者局部的主觀疼痛點固然是治療的可能處，但由近代西方肌筋膜激痛點（trigger point）、轉移痛（referred pain）、帶狀條索（taut band）等觀點的啟發，「以痛為輸」也可以是「可觸摸之緊繃肌帶（taut

band）上的小節（nodule）」，沿著經筋方向，檢查者對緊繃肌帶做觸診，以定位出緊縮成束的區域或黃豆般的點，也是按壓後最為疼痛的位置（即經筋結），而此位置正是治療的選擇。

除了「以痛為輸」的治療方式外，楊上善在《太素》中也提出治療經筋問題的另一思路：「輸，謂孔穴也。言筋但以筋之所痛之處，即為孔穴，不必要須根據諸輸也。以筋為陰陽氣之所資，中無有空，不得通於陰陽之氣上下往來，然邪入腠襲筋為病，不能移輸，遂以病居痛處為輸，故曰筋者無陰無陽無左無右以候痛也。《明堂》根據穴療筋病者，此乃根據脈引筋氣也。」經筋非有空之管道，不能自營氣血，其氣血之營養乃是由經脈負責，因此取孔穴而治經脈，疏通經筋氣血之本流，亦是治療經筋疾病之大法。

2. 治療損傷之呼吸肌肉---以經筋為主要考量

根據診察確認受損之肌肉及經筋與其筋結起止所在，在適當穴位施針。雖然經過胸廓、肩頸的經筋都在選取的範圍，而臨床上以經過缺盆處的經筋較為常見，包括足三陽、手太陰經筋，穴位如：尺澤、孔最、列缺、崑崙、委中、陽陵泉、足三里等等。必要時亦可選擇其他經筋。

3. 治療呼吸不暢相關症狀---以上焦氣機為主要考量

《靈樞經脈篇》提到：“肺手太陰之脈，起於中焦，下絡大腸，還循胃口..”；《靈樞小針解篇》亦云：“水穀皆入於胃，其精氣上注於肺..”，皆提示了肺經與中焦之聯繫。因此舒暢上焦氣機除治在肺，必不可離於中焦之考量，所取經脈當以肺經、大腸經（與肺經互為表裏經）、脾經或胃經等為主。臨床常取穴位如下：尺澤、孔最、列缺、偏歷、合谷、三間、足三里、地機等。

4. 衛教正確的協調式呼吸法。

❶衛教患者正確呼吸方式，囑之時刻提醒自己❷呼吸過程當中務必使肩膀放鬆，手臂自然下垂 ❸手掌重疊置於小腹處，吸氣時上半身略向後傾、橫膈膜收縮、小腹突出，使氣自然充盈全肺；吐氣時略彎腰同時手掌微微下壓幫助小腹收縮使氣體排出。❹囑患者牢記此種方式的呼吸型態，隨時提醒自己運用。

囑其每天練習至少三十分鐘，熟悉協調式呼吸法並自然以此為主要呼吸方式。另外適當的休息放鬆和正確的姿勢也是需要注意的。

二、臨床典型之病案二例

例一、33歲女性患者，2008年3月12日初診。主訴肩頸緊痛已一年多，近期日趨嚴重，甚而雙手酸麻（左手甚於右手）、下背酸痛，影響睡眠及工作。自一年多前於經西醫診斷頸椎5~7節神經受到壓迫後，持續復建至今但症狀未見改善。患者同時抱怨胸悶、呼吸不暢及便秘。患者並無外傷史，從事電腦工作。觸診發現斜角肌緊繃且壓痛明顯。脈診：右脈寸澀按之弦關尺弦細，左脈寸短不足，關尺弦細。舌淡紅苔白，舌下根部絡脈明顯。影像診斷（圖一、圖二）顯示頸椎退化且在C4-5,C5-6之間有骨刺生成，椎間盤狹小。針灸治療：左右之孔最、足三里，共四針。衛教：協調式呼吸法。針後脈象：右脈寸澀已無，三部細有根，左脈寸短不足改善，三部弦細有根。第二次回診反應良好，自認雙手酸麻、下背酸痛改善甚多，同時胸悶、呼吸不暢及便秘亦獲得改善。在接下來數次回診中，症狀逐漸減輕，患者同時也努力進行協調式呼吸法。

例二、34歲男性患者，2008年3月12日初診。主訴雙肩酸緊麻已多年，近一週加重且活動不利，睡時及晨起明顯，起床時肩頸僵硬需暖身、調整姿勢後才有辦法起身。患者同時抱怨呼吸不暢、鼻塞等症狀，無外傷史，從事電腦工作。觸診發現斜角肌、胸鎖乳突肌緊繃且壓痛明顯。脈診：關弦芤弱，寸尺短不足。舌偏紅苔薄白，朱點。影像診斷（圖三、圖四）顯示頸椎退

圖一　例一頸椎lateral view

圖二　例一頸椎AP view

圖三　例二頸椎lateral view

圖四　例二頸椎AP view

化且在C3-4,C4-5之間有骨刺生成，椎間盤狹小。針灸治療：右合谷、左偏歷、左右足三里，共四針。衛教：協調式呼吸法。針後脈象：寸尺短不足改善，三部弦弱按之有根。回診反應良好，自認雙肩酸緊麻、晨起肩頸僵硬、活動不利改善甚多，同時呼吸不暢已獲得改善，唯鼻塞仍持續。三個月後電話追蹤，肩頸疼痛之症狀未再發，而患者也持續每天進行協調式呼吸法20分鐘。

此兩例都是頸肩疼痛合併胸悶呼吸不暢等症狀之患者，在診斷上發現其呼吸輔助肌緊繃、輕壓即疼痛明顯，寸脈皆短且按之不足。因此推論患者的呼吸狀態異常導致呼吸肌肉因過度使用而損傷，並伴隨肩頸疼痛種種症狀。在治療上以調整呼吸狀態為主要治療思路，同時衛教協調式呼吸法以鞏固療效。在調整氣機升降並治療受損的呼吸肌肉方面，以觸診找出受損之經筋--手太陰經筋、手足陽明經筋，取筋結終止處--孔最、合谷、三間等穴。另外取足三里以舒暢上焦氣機，同時緩解因便秘或腹部不適所造成的腹膜緊繃。

三、結論

精確的診斷不但可以提升療效，更有針數簡約的優點。治療原則以調整呼吸為主，其治療模式可結合肌肉、經脈、經筋、上焦氣機等不同層次。除了以針灸解結、調暢氣機外，對患者進行衛教，教導協調式呼吸法使達治本之目的。因姿勢不良對身體所造成的姿勢性壓力的持續性因子通常可藉由姿勢的調整達到症狀緩解的效果，並可避免症狀反覆發生。然而仍有許多待努力的方向，例如：氣機方面的完整描述、如何與西醫診斷儀器密切配合、是否透過這樣的醫療模式可以讓已發生病理變化的結構好轉等等問題，都有待進一步探討。

致　謝

感謝長庚醫院中醫醫院張恒鴻副院長、針灸科薛宏昇主任、影像診斷科王超然醫師、榮春中醫診所林兩傳醫師之建議，始能完成此論文。

參考文獻

1. 張詩銀、曹其鑒、黃孝寬、熊健，頸肩綜合症的病因及診斷治療，中國骨傷9:47-48，1996。
2. Bovim G, Schradr H, Sand T. Neck pain in general population. *Spine*., 19:1307-1309, 1994.
3. 陳文玲、王君仙、劉培鈴、程淑敏，大專音樂系學生肩頸疼痛之形成—音樂系與非音樂系女大學生之比較，物理治療，27:183-190，2002。
4. Borghouts JA, Koes BW, Vondeling H. Cost-of-illness of neck pain in the Netherlands in 1996. *Pain.*, 80:629-636, 1999.
5. 莊宏達編，節號本黃帝內經，弘祥出版社，台中，1993。
6. 劉立公、顧杰，古代針灸治療項強痛的特點分析，上海針灸雜誌，19:45-45，2002。
7. 鄒勇，針刺三間穴治療落枕，黑龍江中醫藥雜誌，2:37-37，1999。
8. 秦黎虹，手三陽輸穴為主治療頸肩綜合症86例，針灸臨床雜誌，10:18-19，1994。
9. 尚秀葵、胡明海、孟紅，針刺四天穴為主治療頸肩綜合症，針刺研究，4:284-286，1998。
10. 劉衛國，王春蘭，針刺天牖五部穴治療頸性眩暈，針灸臨床雜志，23:13-13，2007。
11. 李軍，軟組織學在治療頸、肩綜合症中的運用，針灸臨床雜志，20:15-16，2004。
12. 張宏，針罐結合治療頸椎病，針灸臨床雜志，17:6-7，2001。
13. 田雁、馬坤范，指壓頸臂穴治療神經根型頸椎病32例，中國民間療法，8:22-22，2000。
14. 婁玉方，針刺缺盆穴為主治療神經根型頸椎病的療效觀察，針灸臨床雜誌，19:56-56，2003。
15. Simons DG, Travell JG, Simons LS. Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual. Lippincott Williams & Wilkins.
16. Weid WD, DechmanG. Considerations When Testing and Training the Respiratory Muscles. *Phys Ther*.,75:971-982, 1995.
17. Sanna A, F Bertoli, G Misuri, F Gigliotti, I Iandelli, M Mancini, R Duranti, N Ambrosino, G Scano. Chest wall kinematics and respiratory muscle action in walking healthy humans. *J. Appl. Physiol*., 87: 938-946, 1999.
18. Sheon RP, Moskowitz RW, Goldberg VM. Soft Tissue Rheumatic Pain: Recognition, management, Prevention. 3rd Ed, Williams and Wilkins, Baltimore, 1996.
19. Wolf SG. Diaphragmatic spasm: a neglected

cause of dysponea and chest pain. *Integr Physiol Behav Sci*., 29: 74-76, 1994.

20. Franco Laghi, Martin J. Tobin. Disorders of the Respiratory Muscles. *Am J Respir Crit Care Med*., 168:10-48, 2003.
21. 于天源，論缺盆經脈交會及其臨床意義，北京中醫藥大學學報，22(4):77-78，1999。
22. 黃敬傳等，經筋療法，中國中醫藥出版社，北京，1996年。
23. Myers TW, Anatomy Trains. Harcourt Publishers Limited, 2001.
24. 嚴振國，推拿臨床與解剖，志遠書局，台中，1996。
25. 許培德、王志龍、林克隆、施綺娟、孫淑芬、陳坤煌、黃巧雯，肩頸肌肉疼痛患者之磁振造影表象的探討，台灣復健醫誌，33: 87-96，2005。

J Chin Med 19(1,2): 1-12, 2008

ON THE COMBINED CLINIC THERAPY OF ACUPUNCTURE AND BREATHING PATTERN AIMED AT NECK AND SHOULDER PAIN

Chia-Chun Lai[1], Mao-Feng Sun[2], Chin-Lieh Hung[1], Yu-Sheng Chen*[1]

[1]Center for Traditional Chinese Medicine, Chang Gung Memorial Hospital and Chang Gung University College of Medicine Taoyuan, Taiwan

[2]Center for Traditional Chinese Medicine, Chang Gung Memorial Hospital and Chang Gung Institute of Technology Taoyuan, Taiwan

(Received 14th April 2008, accepted 26th June 2008)

Neck/shoulder pain is one of the most common complaints among patients of acupuncture clinic. Those patients suffer from neck & shoulder stiffness, feeling sore, pained, swelling or numbing on the mentioned body parts. Moreover, such painful feeling even spread to scapula, head, and arms. The most common views of treatments used in acupuncture were channel sinew, spinal nerve root, brachial plexus root and local therapy. However, such treatments did not stop the recurrence of neck/shoulder pain which may disturb patients' daily life and work by revisiting doctors repeatedly. The patients' revisits to hospital also increase the burden of the national medical expense. As such neck/shoulder stiffness often comes along with respiration problems (like chest distress, shortness of breath) and with sore stiff respiratory muscles (scalene muscle and Sternocleidomastoid muscle), the author assumes that the cause of stiff neck/shoulder may be the incorrect breathing pattern which overly presses the respiratory muscles in the neck/shoulder area. According to this hypothesis, we try to treat and adjust patients' breathing condition by acupuncture, and we find that the patients were relieved from chest distress and short of breathing, and afterward their neck/shoulder pain is alleviated. In the same time, if we instruct patients with the correct coordinated way of exhaling / inhaling , and remind them to keep good breathing pattern all the time, the recurrence of the neck/shoulder pain is greatly reduced. Via breathing pattern, we believe that it could provide us another therapy to treat the patients with neck/shoulder pain: helping patients breathe smoothly and instructing them with correct coordinated respiration can keep them away from such neck/shoulder pain for good.

Key word: neck/shoulder pain, acupuncture, breath pattern, channel sinew, Quepen

Correspondence to: Yu-Sheng Chen, Center for Traditional Chinese Medicine, Chang Gung Memorial Hospital, Taoyuan, Taiwan. Tel:(03)319-6200 ext.2613, Fax:(03)329-8995, Email: cuspat@yahoo.com.tw, leafbook@gmail.com.