

香港浸會大學中醫藥學院 中醫骨傷



前 言

我們榮幸地獲得了香港 UGC 的 Enhancing Orthopedics Curriculums in Chinese Medicine Education by Bringing Theory to Practice 資助項目，又幸運地得到香港浸會大學創新服務學習中心對中醫骨傷推拿（2018-2019）課程的指引與資助，同時得到中醫藥學院呂愛平院長、臨床部主任卞兆祥教授、教學部主任李敏教授的鼓勵與幫助，並從院長基金提供增加資助，使我們能順利地於 2018 年 11 月 8-11 日期間，抵內地江西九江進行服務學習，為此首先對以上的支持表示真誠的感謝！

“服務是美麗的，但前提是快樂，並擁有一顆完整的心和自由的魂。”（To serve is beautiful, but only if it is done with joy and a whole heart and a free mind. – by Pearl S. Buck.）“教育之魂若無教育之心，就根本不是教育。”（Educating the mind without educating the heart is no education at all. -- by Aristotle）這是摘錄兩個世界著名教育家的語錄。中醫骨傷科醫療目標是為病者減少疼痛而達到恢復功能（Function）之目標，故命名此行服務學習為 Fun Action，這新的嘗試就是為同學們走出校園，離開香港，體會快樂的旅行與服務，學習與實踐，去尋找心與靈的學習感悟。通過觀察不同的社會地區，理解不同的價值觀，使人變得更寬容，會更懂得博愛和珍惜，感悟學習使命與責任。

快樂要懂得分享，分享會加倍快樂。本冊子的內容是每個同學此次服務學習，專業病曆及感想作業，另有數位同學因故未曾前往，但也做了學習作業，並有相關老師們的感受都載入冊中。

向為我們此次服務學習提供幫助的江西九江廬山幸福裏、都昌縣福壽老年公寓致意！

感恩社會支持，感謝學教同心！謹此分享、留念。

涂 豐

於二〇一九年一月

目 錄

前言 涂豐老師.....	1
目錄.....	2
照片合集.....	4
張振海	9
蕭尚元	10
練詠嫻	11
陳家苗	12
何嘉鈺	13
15204014 陳錫明.....	14
15205282 黎家揚.....	16
15209377 張希臨.....	18
15209385 曾梓冰.....	19
15213560 吳羨瑜.....	23
15214206 劉映彤.....	25
15214435 陳倩如.....	27
15214796 曾煒林.....	29
15214923 吳欣樺.....	30
15215466 陳諾怡.....	33
15215520 李少宏.....	35
15215679 江曉彤.....	37
15216322 歐樂貽.....	41
15217477 鍾發賢.....	43
15217914 王嘉珩.....	45

15217957 陳笑鳳.....	46
15218988 張玉玲.....	48
15219003 梁偉添.....	50
15219607 藍虹芸.....	52
15219682 鄭曉盈.....	53
15219739 呂樂諺.....	56
15221415 江詠欣.....	58
15221792 鄧麗雯.....	60
15222160 邱靖婷.....	62
15223353 林泳儀.....	63
15223906 黎弘毅.....	65
15223914 黃育晞.....	67
15224430 姚依汶.....	69
15224708 何緯晴.....	70
15251071 田婧婷.....	72
15251098 趙雪菲.....	74
15251128 刘博彥.....	75
15251144 陳小同.....	76
15251152 楊佳瑤.....	78
鳴謝.....	80





MEMMORY

Yesterday is history, tomorrow is a mystery, and today is a gift

1



6



4



5



Great Groups

3



2







江西後記

張振海

中醫骨傷服務學習來到中國江西站。

在老師涂豐博士的帶領下，我們再一次走出課堂，走入江西，為江西省人民提供骨關節疾病中醫義診服務。

服務學習，並不同義診，更重視學生在義診過程中的學習果效。學生能夠藉此機會，學以致用，將骨傷推拿課堂所學，應用於日常生活當中，學習為病人進行診療。並且服務社群，照料社會有需要人士，為病人解決痛苦。往往服務加以學習，效果事半功倍。

對於我來說，帶領服務學習接近八年時間，每一年服務學習的經驗累積，讓我教學生涯變得充實。服務學習後的師生解說會議，學生提出的思考往往刺激我對教學的熱誠，自我反思作為臨床導師之一的價值。

本次的江西服務學習，更不同的是走入老師的家鄉，過往茶餘飯後，往往聽到老師介紹家鄉的風土人情，這次終能看到廬山真面目。最近老師工作繁忙，愁緒也多了，這次走入老師的家鄉，老師帶同我們認識他的同學，向江西骨傷老師學習，獲益良多。老師這行釋懷，臉上總帶著燦爛笑容，作為學生更感高興。

我經常跟我的學弟妹分享，服務，往往不只是病人受益，更重點是我們服務提供者，更能從中得到技術上的提升，信心上的鼓勵，心靈上的滿足。而我，有一願望，望能用相機記下每位同學認真服務的一面，贈予同學，當一日我們在臨床發展路上走遠，看回醫學生年代的照片，回憶起服務所學，勿忘初心，為大醫精誠而努力。



2018 江西骨傷服務學習感想

蕭尚元

骨傷學習的經歷很難忘，從課堂到家訪，在課餘時間，甚至到外地，這顆由涂老師、海老師播下服務學習的種子，到現在遍地開花，作為應屆的畢業生作為師兄，能夠參與到本次服務，首先感謝兩位老師，以及四年級同學們的支持。

加入學校以來，我尚未開診，所以憑藉以往在課堂、實習所學習的知識，實難以有什麼經驗或心得向同學們分享。在服務學習的過程中，我亦是一位受益人，最難忘的是，患者拿著膝蓋的MRI 走進來向我瞭解病情，我只好和同學一起硬著頭皮，此役過後，我有深深的內疚感，我怎麼能算是一個全科醫師？

需要彌補的有太多，所以我總是抱著和同學一起學習的態度，不但要讓每位同學都思考，還要每位同學都學會如何思考，這非常困難，但我相信總有一天我們都能做到。

江西廬山的美景不用贅述，能夠和涂老師、海師兄，還有諸位同學在一起，早就滿足了我加入學院的願望。看著他們一雙雙的巧手為病人治療，手法、針灸、處方，在感動的時刻，江西服務學習又落下了帷幕。



江西骨傷服務學習

練詠嫻

感謝涂老師給我這次機會到內地參與骨傷科服務學習，雖然我過往曾參與不少內地義診服務，但這次有點不同，首先我們是以骨傷科、關節痛證為主，有別於單純內科病；同行的更是一班滿腔熱誠的中醫四年級學生，當然相比起前輩們，我們還是經驗尚淺，而我就是一個小師姐了；還有我也第一次踏足江西，看到「廬山真面目」！

這次活動說不上是義診，是服務學習，我們通過這種臨床實踐的機會，培養當醫者的醫德品格。這次去了兩個地方服務，作為小師姐的我，不單要獨自診證，同時要帶領、指導旁邊跟診的學生，看到他們從問診、診斷、治療，在大家的努力下順利完成服務工作，最重要的是看到被治療的老人痛苦得到緩解，深感歡愉。

從香港西九龍高鐵站出發，甚至在路途中的舟車勞動，大家都爭分奪秒在看書、複習，甚至討論手法運用、對經典的看法，這令我印象非常深刻，回想自己學習時期，真有點自愧不如。這也讓我我不敢怠慢，「學如逆水行舟」，所以大家也要共同進步，為自己的經驗打好基礎。

「手由心轉，法從手出」，縱使每一次我們能幫助的微不足道，但打從心底的行動，能幫助的就是一份窩心，我們的歷練又多一點了。



敬老善德·情繫港贛

陳家苗

首先非常感謝涂老師和卞老師給予我此機會跟一班非常熱衷於學習中醫的學生到江西義診，並且與老師和學生進行學術交流。懷著期待又興奮的心情出發，第一次去體驗西九龍高鐵站來往香港和內地各地的便捷。

這次去了兩個地方義診，首先是都昌縣福壽老年公寓，當地的老人不太會說普通話，所以院長和員工們都忙於為我們做翻譯工作，在大家的配合下順利完成所有治療。江西的天氣陰冷，加上公寓的條件並不能確保室內暖和，老人大部分的痛症都離不開陰寒侵襲，手腳摸上去都是像冰棍兒似的。寒性收引，經絡、筋脈因而收縮而痙攣，故此出現不同部位、不同程度的痛症，甚至中風後遺症也難以康復。帶領著幾位同學進行義診，看著他們從問診、診斷到治療能一手搞定，深感佩服。我一直都很感恩大學在本科的時候經常給予學生這種臨床實踐的機會，培養的是醫者的自信、耐心和愛心。



另外一個是與九江第一人民醫院聯合舉辦的骨傷義診，我需要單獨一人接診，同時要指導旁邊跟診的學生，是一個頗大的挑戰，也感受到當老師的壓力。但是，我卻因此而體會到教學相長的珍貴，知不足然後能自反，知困然後能自強也。

醫者，心也。每一次義診我們能做的、幫到的很微不足道，但是種下的善種子一定會慢慢孕育成果，經歷成就著我們。人與人之間的相處，哪怕只是幾分鐘，只要真心付出，對方一定會感受到。願各位醫者都勿忘初心！

江西團小冊子製作感想

何嘉鈺

非常遺憾沒能跟隨老師和同學們一起前往江西，和大家一起留下寶貴的記憶。在閱讀和整理各位的作品時，我不禁尚想：離開了日常熟悉的香港，走出了設施完備完善的校園環境，同學們去到江西會有怎樣的體驗和感受呢？於是，就帶著這個問題，我翻閱了同學們撰寫的病案和感悟。

回憶起四天的旅程，大家紛紛感慨江西之行的短暫與難忘。時間雖短，但在老師的帶領下，同學們接連走訪了兩間老人社區中心，為許許多多的長者提供了診療服務。有的同學第一次見到書本中學習到的病症實例，更是第一次設法為患者思考治療方法；有的同學則在觀察和見習的過程中，見識了罕見的療法和不同流派的手法操作。看到同學們真實地感歎自己的學習及成長，我也不禁為他們的進步感到喜悅。

當然，同學們給我的驚喜不止於此。學習是一個不斷積累、探索和思考的過程，而中醫的學習，不僅要求同學們具備翔實的專業知識，更強調作為醫者的責任和仁愛之心。不少同學在服務感想中開始思考長者們身處的社會環境對健康的影響，甚至主動思考居住環境、社交條件、醫療建設等因素對長者生存和發展的長遠影響。當同學們在服務中遇到問題時，也是以負責任的態度、虛心求教的精神以及積極的應變能力來對待。結束服務後，有的同學寄望自己能多參與社會服務，幫助更多的人；有的同學遺憾服務時間太短，未能達到預期療效就要匆匆離去；更有同學希望自己繼續提升自我，精益求精回報社會。

許多的感受久久縈繞在我的腦海，十分有幸能在製作小冊子的過程中，透過老師和同學們的文字，體悟到學生們的成長和進步，也身臨其境般地感受了旅途中大家朝夕相伴的快樂，更通過大家的鏡頭領略到世界名山——廬山的「真面目」。雖未同行，吾心猶在。



攝影：張振海 後期：何嘉鈺

15204014 陳錫明

參加江西骨傷服務學習活動令我獲益良多，能夠在治療老人，希望舒緩他們的痛症的同時，給予我一個可以親自下手為病人作治療的機會，實屬難得，因此我亦很珍惜這次在江西的學習機會。



在這次骨傷服務當中，我曾經治療石婆婆，女，66歲，主訴是全身筋骨疼痛10年餘，在下雨或寒冷時加重。現病史為全身怕冷，腰背疼痛，雙腿膝關節疼痛明顯，小腿疼痛，左腿脛骨外側位置肌肉疼痛，行走受限，不能行走超過10多分鐘，需要休息才能緩解，皮膚乾燥。透過四診合參，在望診時，發現婆婆不能完全平臥或趴下，只能保持側臥姿勢，因此為婆婆做檢查時都只能在側臥的情況下進行。觸診時，發現婆婆手腳及背部冰冷，在檢查背部脊柱時，發現脊柱側彎明顯，而且在腰4腰5位置有滑脫的可能性，因此，結合症狀，懷疑有間歇性跛行，椎管狹窄，壓逼脊神經，建議婆婆作Xray檢查進一步確認。另外，經過觸摸及進行各種膝關節活動及壓逼測試，發現婆婆內、外側副韌帶，前、後十字韌帶並沒有拉扯疼痛，關節並沒明顯紅腫及積液，屈伸亦沒有彈響，強力過伸、屈亦沒有呈陽性反應，因此排除半月板損傷，但髌骨很難移動，周邊有壓痛點，可能是髌股關節退化或組織損傷發炎引致膝關節痛。雙脈沉細無力、舌淡紅、少苔，沒有任何的專科檢查、實驗室檢查的項目報告。

在治療上，我先在背俞穴進行針刺，在腎俞、大腸俞、小腸俞及附近腰背緊張肌肉取穴，希望能舒緩腰背疼痛。然後在腿方面，先針刺委中以減腰痛，出針後再針足三里(阿是穴)，以解左腿脛骨前肌疼痛，然後在膝部的位置上進行膝四針，希望能為其消炎及減輕疼痛。婆婆長期感到全身怕冷，因此亦為婆婆進行艾灸，在其足三里、腎俞、命門等位置艾灸約 20 分鐘，因時間所限，未能在氣海、關元上作艾灸，而且艾灸時間亦較短。



除了服務學習以外，是次江西之旅最令我印象深刻的是讓我見識到廬山的真面目，一座座宏偉壯觀的山，聳立於我眼前，伴隨著稀薄的雲霧，令我猶如置身於仙境之中，流連忘返，感受到在香港繁榮都市不可能出現的奇境，給予我心靈短暫的安寧。可惜的是參觀那天，下著毛毛細雨，令我在欣賞的同時略感狼狽。說起這次旅程，不得不提的是數之不盡的魚餐，每餐的魚都有著不同煮法，以不同類型的魚作的菜式，令我耳目一新，味道亦十分獨特，盡顯江西獨有的風味。這趟江西之旅令我能夠在服務學習的同時，亦放鬆了緊張的心情，值得記念回憶。

15205282 黎家揚

我會記得 2018 年 11 月 8 號至 11 號期間在江西遇見的人和事。這應該是第一次與同班同學一起到內地進行服務學習兼旅行。在分享感受之前，我想先分享一個有趣的病案。

病案分享

張女士 80 歲

主訴：左側身上下肢皆疼痛六年，下肢尤甚。

問診：左側身手腳疼痛，下肢尤甚，活動亦受限制，近月天冷加重。

病史：六年前跌到後沒有即時進行檢查和治療，自此開始疼痛。

觸診檢查：婆婆手腳冰冷，肌肉僵硬，輕觸已覺痛，尤以膝關節疼痛最為厲害。大腿提高角度約為 45 度便受限，而膝關節大約只能屈曲 30 度便有卡住的感覺。髕骨移動測試發現其黏連亦十分嚴重，只能稍微移動。

診斷：痛痹

治療與思路：

當時推測婆婆之前跌傷後沒有得到正確的處理，因為疼痛而不敢活動，關節因此慢慢出現黏連而變得僵硬。我在腰骶關節附近找到一些果凍樣的物質，所以先在腰骶關節下針。另外，在環跳穴和其他阿是穴也下了針，希望可以鬆解緊張的肌肉。原本想在膝關節下「涂四針」，但婆婆受不了那痛楚，見到婆婆痛苦的表情，下了一針後沒有下其他三針。針後感覺肌肉鬆軟了一點，但膝關節仍然十分疼痛，所以決定用艾灸代針來鬆解黏連。以艾灸解黏連我其實沒有太大的把握，感覺上艾沒有針那麼直接到達黏連位置，未必可以解除黏連，但以艾灸治痛痹，感覺方向也不會錯。艾灸一段時間後，婆婆覺得



疼痛減輕了，我便順勢活動她的膝關節，然後活動度漸漸增大。不久，她竟然可以屈膝超過九十度，我看著也嘖嘖稱奇。更神奇的是，之前疼痛的手，現在也不痛了。我叮囑婆婆要多活動關節，婆婆笑

逐顏開，興奮地在床上做踏單車的動作。當下給了我兩個啟發。第一，艾灸亦可以代針解黏連，背後的原理不清楚，但有機會是熱力令血管擴張，增加該局部的血運而成的效果。第二，治療的整體觀。我猜測這次成功把膝關節鬆開後連帶手的疼痛也解除的原因，是因為人體的皮、筋、骨和關節的連繫有關。一個局部的病灶，會隨著皮、筋、骨的連繫影響身體各個位置。

感想：

短短四天的經歷有開心的，亦有感觸的。首先很高興可以跟涂老師、師兄和同學到內地學習並且旅遊。在義診過程中，我看到涂老師和師兄們診斷和治療的思路。而我亦發現很多診斷上的不足之處，幸好有老師、師兄和同學們的指點。這次旅程實在獲益良多。令我感慨的是都昌懸福壽老年公寓的長者們，他們生活貧困，而且鮮有親人探望，慶幸是這裏沒血緣關係的員工願意照料他



們，成為他們至親的存在。作為醫者，看到很多院友是因為錯過了最佳的治療時機而令病情嚴重實在可惜。但願有更多人看到世間受苦的大眾伸出援手，而作為學生的我亦會努力學習，希望可以減輕病者的痛楚。最後，我很高興可以和老師和同學們一起遊覽廬山，雖然天陰有雨，但還是和同學們享受了一次美好的時光。



泛黃的楓葉與
如琴湖的風光

2018. 11. 8-11

江西服務 學習之旅 後感

15209377 張希臨

記得大一的時候，某位教授曾分享過「學而時習之，不亦說乎？」當中的「習」不只是指覆習，也是指將所學到的運用、練習、發揮，才會感受到學習的樂趣。

學習針灸、骨傷，多操練比躲在家中背理論更實際。過去的暑假，同學們都爭取了不同機會到東南亞和青海義診，我卻因著其他事項未能參與。開學不久，我發現同學們的診證和針灸都變得自信，我卻總是跟不上進度。所以，這次江西服務學習之旅來得正好。

最難忘的是那天在老人中心服務。本來井然有序的診療室，開診不夠十五分鐘就開始混亂起來。長者們都為著自己身體的不適盼望盡快得到治療機會，踴躍的要求我們關心。



有一個體形中等的女病人，來的時候左右拐著走路，兩腿程O型，兩膝關節僵硬，走二米之遠要花上差不多半分鐘，走路時常因無力要間中休息。婆婆臉上勉強帶著笑容，但觀望其步姿已可知道她步腳時雙腳非常疼痛。檢查的時候，婆婆指出她穿著了四條褲子，因為兩膝特別怕冷，所以常會注意保暖。近看，我們發現她的兩膝關節畸形，有腫脹、硬化及似有積液的現象。因此綜合初步懷疑她有退行性膝骨性關節炎。

在治療方面，我們給她用了小針刀解鬆滑膜間軟組織的黏連。首先是股骨遠端與髌骨間隙的內外兩側向下斜刺，然後是脛腓骨與髌骨間隙的內外兩側向上斜刺。暑假前於佛山針灸見習曾聽聞小針刀的厲害，沒想到今次有機會嘗試下針。一開始因著未知心中有點緊張，後來發現小針刀比毫針更易入針，而且針感強，透過針的抽插可以明顯感受到軟組織間不暢的狀態，甚至會感覺到「咔嚓咔嚓」的粗糙聲音。不過，在進針同時，婆婆差點兒把她另一隻腳伸過來把我踢開了！由於針感強，加上要不斷抽插，對病人的刺激很大。雖然不留針，但非常疼痛，所以我們領悟到進針要快、準，免得拖延增加病人的緊張和恐懼感。

針後，我心中忐忑不安：「真的會有改善嗎？」這時，婆婆在床邊的走廊來回走動，兩膝的活動度的確增加了。她高興得笑不合攏，連忙說：「謝謝！謝謝！」我才鬆了一口氣，心想：我們這麼年輕又沒經驗，根本不配她的感謝，反而是我們感激她建立了我們對自己的信心吧！

中医西医治疗骨折之比较

小夹板 vs 钢板螺丝

小夹板的优点

加快骨折愈合

首先，小夹板固定不破化断端周围的骨膜，血运。其次，肌肉收缩的纵向压力，为断端带来控制性微细运动（微动），促进断端的血管再生及生长因子的释放；刺激骨膜，使成骨细胞提前分化；造成骨痂的反复损伤，从而促进骨痂的增生（3）。

避免钙流失

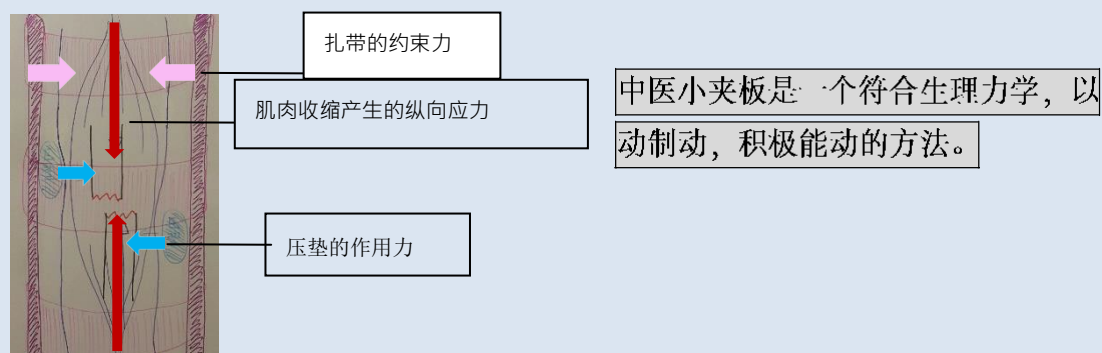
肌肉收缩于断端产生纵向应力，避免了因不受力而造成钙流失，从而避免骨质疏松，尿结石等。

利于纠正残余移位

肌肉收缩时，肢体周径变粗，使夹板，扎带，固定垫的压力暂时增大，残余的侧方，成角移位得到进一步纠正。另外，根据 X 光片，可及时调整扎带，固定垫以纠正微小移位。

其他

不破坏骨骺，所以不影响断骨之后的生长发育；取材较易，可就地取材；无手术创伤；费用较低。



小夹板的缺点

可造成二度损伤

对于严重开放性骨折或伴有主要动静脉，重要神经，器官损伤者，复位时易对已有严重损伤的周围组织，主要血管，神经造成二度伤害；对于难以固定的骨折（如髌骨，不稳定型躯干骨骨折），肌肉组织丰厚的部位（如股骨骨折），小夹板难以起到固定效果。需极度增大扎带力度，可造成压疮等。夹板及衬垫外套的选材，扎带的松紧的不当可造成再移位或压迫性溃疡，缺血性痉挛等。

操作上有所困难

对于负重关节内移位骨折（如胫骨平台，关节囊内股骨颈骨折），因血供缺乏，仅靠手法复位与夹板不易愈合，又因关节周围常有主要血管神经通过，不当的复位手法及夹板使用可损伤这些血管神经。对于多段性，多发性，严重损伤后的多处骨折，难以使用夹板固定。

有时手法复位须在 X 光机下进行，对医者，患者造成一定的损伤。



钢板螺丝的优点

能做到精准的对位对线，实现解剖复位。对于断端剪式伤力大，血供差的骨折（如关节囊内股骨骨折）和负重部位关节内移位骨折优势较大。对于严重开放性骨折或伴有主要血管，神经，器官损伤者，切开复位，钢板螺丝内固定减少组织器官的再度损伤。能牢靠的固定骨折，且排异性小，基本上不会引起不适（2）。操作技术及流程清晰明了，术者较易把握。

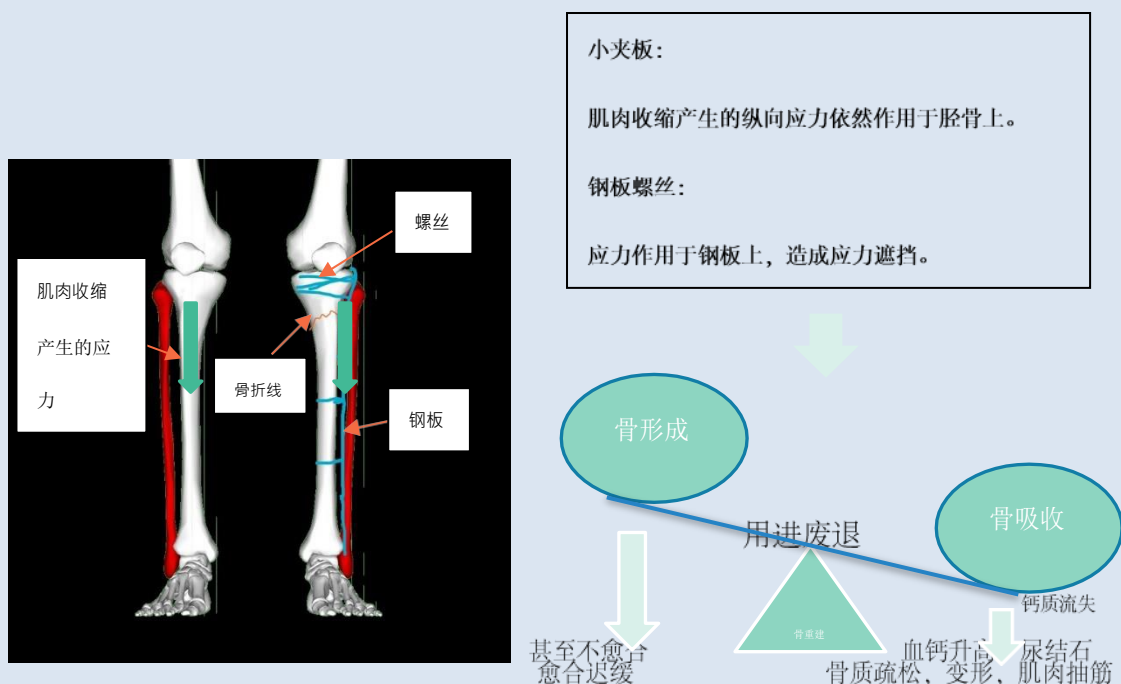
钢板螺丝的缺点

延迟愈合

切开复位需分离一定的软组织 and 外骨膜，影响血供（1）；另外，钢板螺丝会造成应力遮挡，以上均不利于骨痂形成。

并发症及后遗症

应力遮挡可致骨质疏松，另外，钢板螺丝取出后，因骨头承受应力的能力减弱而至变形，易于受伤等。切开复位及上钢板螺丝增加周围软组织的损伤，易引起组织粘连（2）。此外，若固定器材消毒不当，有感染风险。钢板螺丝在长期的使用中有松脱的风险。拔除内固定需再做手术，增加对局部气血，筋骨，肌肉，组织及全身的损伤，增大病人痛苦，且留疤。



影响生长

若在骨骺附近骨折使用钢板螺丝，则会影响日后的生长发育（1）。

参考资料:

1. 邵萍等,2003,肱骨干骨折小夹板外固定与钢板螺丝钉内固定治疗比较【J】,中国骨伤,16(4).230-231.
2. 孙庆华等,2012,牵引小夹板固定和钢板内固定治疗小儿股骨干骨折【J】,山东医药,52(36).75-77.
3. 李瑛等,2008,小夹板外固定与钢板内固定材料置入对骨折断端成骨活性的影响【J】,中国组织工程研究与临床康复,12(13), 2576-78.

夾板固定與鋼板螺絲釘內固定

夾板固定與鋼板螺絲釘內固定俱為臨床骨折之固定方式，各有不同之適應症與優劣。

夾板固定古已有之，適用於：

- 1.四肢閉合性骨折
- 2.四肢開放性骨折但創面小/經處理後創口已癒合者
- 3.陳舊性骨折適合手法復位者

另一方面，鋼板螺絲釘內固定則適用於：

- 1.手法復位及外固定不足以功能復位者
- 2.因有肌肉、肌腱、骨膜或神經等軟組織嵌入骨折端間而手法復位失敗者
- 3.關節內骨折手法復位未能改善、估計日後影響關節功能者
- 4.骨折併發主要血管損傷者
- 5.多處骨折
- 6.骨折斷端血液供應差，必需嚴格固定方能癒合者
- 7.骨折不癒合/畸形癒合，功能恢復不良故需切開重新復位者

概括言之，則夾板固定適用於較不複雜、創口小乃至閉合性骨折且手位復位成功者，鋼板螺絲釘內固定則適用於手法復位不成功、併發傷及主要血管、採夾板不便護理者(多處骨折)或必需嚴格固定者。

夾板固定優點有引起病人痛苦少、價格低廉等好處。且以夾板固定時，肌肉縱向收縮時可進一步矯正骨折端之側方成角/成角移位，並使骨折斷端互相縱向擠壓、有利骨折癒合，減低骨折癒合遲緩/不癒合之機會。其允許肢體活動性較大，便於及早進行功能訓練，又能防止關節僵硬、肌肉萎縮、骨質疏鬆等併發症。

然而面對嚴重錯位/不穩定骨折，時或因骨折部肌肉強力牽引，而使夾板固定力不足以穩定斷端而有縱向移位，需要配合持續牽引等手法。夾板固定亦不足以處理手法復位不足以達至功能復位等等較複雜之骨折。

另一方面，鋼板螺絲釘內固定如上述，可以處理較複雜、有併發症或需嚴格固定等夾板固定不足以處理的情況，卻也有內固定器材質量不佳時，可因其生鏽和電解而導致無菌性炎症，影響骨折處癒合，令之延遲癒合甚至不癒合之問題；骨折癒後，又需再行手術將內固定物取出，對病人造成較多創傷，因需要兩次手術和物料要求嚴格，價格也較夾板固定貴。

總括而言，夾板固定與鋼板螺絲釘內固定各有其優劣與不同適應證，並無絕對的優劣之分，臨床上當依據具體骨折情況及病人身體素質、心理期望等靈活判斷採用何者。

中醫骨傷服務學習江西團

病案

女 67歲

主訴：雙膝疼痛5年

現病史：雙膝退化、膝蓋變形，走路雙膝疼痛需用拐杖協助。雙膝遇天氣轉冷加劇疼痛，平素熱敷藥膏貼疼痛減輕。走路和轉換體位氣喘。患者有心臟病。夜尿大約每晚三次，納差，睡眠正常。舌淡，苔白，脈數。

分析：由於年紀老邁，多年使用雙腳走路致雙膝退化，關節液分泌減少，膝關節經長年累月的磨擦而勞損，軟骨變薄。因此走路或活動時磨擦增加疼痛。除退化後，膝蓋受風寒濕邪所以膝蓋在天氣變化疼痛。病人心臟病多年，心氣虛弱，因此走路和轉換體位氣喘，舌淡，苔白。

治療：膝4針加艾灸、內關、足三里



海師兄教導我膝四針的用法



為病人艾灸膝蓋

🤔 感悟

今次到訪福壽老年公寓進行義診服務，也是我第一次到內地進行義診。到內地老人院治療與香港治療很不一樣，面對的問題也是以想不到。到達江西後，我們跟當地人的溝通都沒有問題，沒想到老人院的老人家是講的是當地的江西話。那裡能翻譯的工作人員也不多，在問診時有一定的困難，收集病人的病況不太齊全，用觸診的方法去彌補問診的困難。在老人院也有一個深刻的體會，記得當時有很多老人在等待，我們同學都忙於處理病人。突然，有一位老伯伯拍我肩膀，說著一些我不懂的方言，一位工作人員跟隨著說不要打擾別人。我在治療的病人剛好完成，便跟這位伯伯問診，伯伯很興奮地坐下來跟我訴說著它的病況，縱使我聽不明白他一字一詞，但從他的動作及面目表情可感受到它膝痛得厲害。因為並非完全明白他描述的狀況，因此請他圈起褲管以便觸診，此時我看到他左小腿一處皮膚潰爛。起初我打算給他針灸治療膝痛，但看到伯伯有皮膚潰爛我猶疑了，由於擔心伯伯有糖尿病在其皮膚針刺可能會增加其身體上的傷口，誘發更嚴重的皮膚潰爛問題。因此我諮詢了老師的意見，老師亦認為針灸未必是最好的治療的方法，並建議病人以中藥的方式治療更好。伯伯眼見其他病人也在針灸，希望自己的痛證亦可得到治療因此遲遲未肯離開治療牀，經工作人員協助解釋他才不情願地離開，並默默坐在一旁。我的心也很難受，很希望能盡一點綿力改變他的膝痛問題。這其實令我反思了醫者如何在面對這些情況時保持情緒平靜。有時候我們去義診時知道我們未能立即解決病人長期的病況，但我認為我們當下必須盡力治療其病，並關心他們的心靈健康、跟他們談談天。



他們送我們的米通 🍵



到訪福壽老年公寓進行義診 🧑

15214435 陳倩如

為期四天的江西之旅匆匆過去，除了為病人診治的寶貴經驗，也有和師友們快樂的遊玩時光，以下略記旅程之點滴，以作紀念。

專業病例診治及分析：

病者：都昌縣福壽老年公寓
院友江某，76歲，女

主訴：手麻、頸痛6年

現病史：右手前臂和拇指有麻痺感，平日因害怕疼痛甚少活動肩頸

四診：

C6，C7 頸椎棘突、橫突有壓痛，頸椎擠壓試驗則呈陽性
病人手腳冰冷

頸椎的活動範圍減：頸椎屈伸、向右側屈均少於40度，向左側屈少於30度，左右旋轉少於50度

脈沉細，舌淡暗

診斷：神經根型頸椎病

處方：

毫針刺肩頸部壓痛點，留針30分鐘

肩頸部推拿



分析：病人年輕時常低頭工作，發生勞損，現因年紀大，頸椎間盤發生退行性改變，懷疑C6，C7頸椎有骨刺增生，壓迫頸神經根，導致手麻、頸痛。故針刺壓痛點以鬆解肩頸部肌肉，

再以推拿手法舒緩肌肉緊張，達致行氣活血，疏通經絡之效果（由於病人害怕以及沒有X光片作進一步確認，對病人頸椎病情況只有初步了解，所以未有用扳頸法）

病人回饋經治療後症狀稍減少，手麻程度減，頸痛減

醫囑：

注意保暖，天冷時可用熱水泡腳

平日可進行頸椎伸展運動，如左右旋轉，側屈等，注意幅度不要過大，以免對頸椎造成傷害

旅程感悟分享

記得去年前往青海服務團時，張宏啟老師曾引用一個美國醫生的名言：“偶爾去治癒；常常去幫助；總是去安慰。”經過這次服務團後，我對這句話感受尤深。是次服務團的義診服務都是一次性的，單靠一次治療當然沒辦法把病人的疾患完全根治，但是在一定程度上改善症狀卻是可行的。作為一個醫學生，病人的症狀得以透過治療緩解固然令人欣喜，但在能力有限之下，我更希望治療可以安慰病人的心靈。通過義診服務，讓病者知道有人關心他們的健康，對他們予以重視。除了改善病情，讓病人感到寬慰也是醫者的責任（而且樂觀的態度亦有利於病情！）。

義診以外，廬山之行也是這個旅程的重點之一。當日雖然下著雨，爬上山來濕漉漉的，可也為我們帶來了不一樣的廬山，走在雲霧迷濛的山間小路，俯瞰著不遠處的雲海，實在叫人難忘。而且是次服務團有超過三分二同學參加，與同學們結伴出遊，甚有“秋季班會旅行”之感！



江西一行匆匆四天，雖如走馬看花，還是能在連日奔波的疲憊過後，烙印點點痕跡：既有面對病人時的責任與壓力，也有遊玩時的歡愉寫意，故籍此略記一二，與各位分享。

1. 病案分析

病者：都昌無保戶老人院的住院病患陳某，73歲

主訴：

耳聾5年餘，右下肢屈伸不利3年餘

現病史：七年前中風後出現半側身軀活動不利，隨後出現耳鳴。其後大多時間長臥於床，至三年前完全不能離開睡床

四診：

（因病人耳聾，故大多為同工幫忙描述）右耳長期耳鳴，右足長期保持病理角度為45-50°。右膝蓋異常腫大，觸之冰冷，關節堅實。髕骨移動範圍為0.2cm，移動時明顯有擦音。右足肌肉明顯較左足鬆弛，被動加壓仍然無法伸直。語聲低微，神情萎弱，脈澀弱，舌淡紅，苔略厚膩。

處方：

毫針刺耳門、聽宮、聽會，留針20分鐘。

強手法順序刺激湧泉、三陰交、豐隆、陰陵泉、風市穴，後以小針刀處理膝關節之組織黏連。

分析：

病人因中風過後，邪留經絡，右側氣機不暢，局部區域失養，而致生理功能喪失，故見有耳鳴、右足功能減退等症狀。故皆取用近端治療作為治療依歸，疏通經絡（在此選用了膀胱經），則邪不滯留，逐漸恢復生理功能。另右膝關節長期臥床，欠缺活動而致內有病態黏連，故以小針刀解開膝關節之黏連，希望能儘量恢復生理功能。

預後：

病人能開始聽到同工的話聲，右腳能伸直至生理角度約20°。遂叮囑同工：如空間允許可讓病人開始恢復功能鍛煉，如以助行器輔助下行走、在床上活動髕、膝、踝關節等簡單運動，盼望未來能逐漸恢復生理功能。



治療過程之圖片。因時間緊迫故匆匆留下的唯一治療照片。

攝於都昌縣，9/11/2018

2. 江西一行個人感受

還是無保戶那一天對我的衝擊比較大，因為小時候就有去老人院探望家人的經驗，故對於老人院的環境也算心裏有數。唯從未想過原來實際環境是如此的差。看的出同工也是有心無力，人手不足的現實下也只能維持範圍內最基本的衛生狀態，想來也是辛苦他們年中無休的照顧老人們。人在香港雖幫不了什麼，一次性的治療雖算是聊勝於無，但也提醒了我世界每個角落也充滿了這樣的人需要我們的幫助，故投身社會以後所面對的不僅僅是一份工作，更多的是自己能夠做到的，肩負到的有多少。

文末略談廬山一行的感受。風景很壯麗，但天公不做美，雨下不停；也大概是雨雲累積才可以看到這麼清晰的一隅雲海。大概有所遺憾的部分，也是與往後治療病人的經歷雷同：唯有錯誤才是我們這漫長醫道上最好的老師。

僅此自勉。

山間狹道
攝於廬山，10/11/2018



這次的江西學習服務團亦對我有很大啟發，這是我第一次參加義診活動，亦是我第一次單獨面對病人。在這個服務團中，有幾件事是我沒想像到的。

第一個沒想到，沒想到在義診過程中最困難的是語言不通。

我們在第二天到了位於都昌縣的老年公寓，在出發前老師早就跟我們說過我們將會服務的地方可能會有很多老人家在等待我們，所以我們一早做好心理準備治療時間將會很緊湊。誰不知時間緊湊並不是最困難的，義診過程中最困難的是語言不通。我們都沒想過我們完全聽不懂他們的普通話，要靠著院長幫我們翻譯我們才能順利問診，要是沒有院長的幫忙我們可能連基本診斷都做不了，這是第一個沒想到。

第二個沒想到，沒想到原來沒辦法幫助病人時會讓人感到如此無力。時間所限，個人技術也未足夠的情況下，我們做不到治好病人，只能夠盡量減輕病人的痛苦。看到病人因疼痛求助於我們，感受到疾病為他們帶來的痛苦，真的很想盡自己的能力去幫助他們。

第三個沒想到，也是此行最大的收穫，沒想到當自己親眼看到病人在治療後得到改善是那麼令人鼓舞，那怕只能緩解一點點疼痛，那怕只能改善一點點的活動能力，都能讓我感到鼓舞，因為我做到了現在我可以做到的。病人一句道謝一個微笑，都能讓自己更有動力努力學習進步，想要成為更好的醫者，要好好把這種感覺記下，來提醒自己作為醫者的初衷。

「先發大慈惻隱之心，誓願普救含靈之苦」，我們每個人應該要以這個為目標，努力做到大醫精誠的精神。

在最後，要謝謝老師給予我們這次難得的學習機會，沒有老師和師兄師姐們的安排，我們這次的服務學習團難以成行，謝謝您們。



專業病案

患者姓名：何某

患者性別：女

患者年齡：63

問診

主訴：左肩痛一年，伴活動受阻

現病史：一年前左肩開始疼痛，患者聲稱肩部並沒有受過外傷。現在左肩活動時輕微疼痛，特別在抬高左手的時候，左肩活動範圍減少。納可，肩痛有時會影響睡眠。

望、聞、切診：舌紅，苔薄白。脈細。肩部沒有紅腫。

體查、實驗室檢查及特殊檢查項目：左肩關節的外展、上舉、內外旋功能受限，主動外展和上舉的角度都明顯比右肩健側少，左邊外展角度只有90度，左肩的被動活動範圍亦明顯比健側小，強行抬高左手會出現左肩隨之聳高的情況，而左肩後伸摸背的活動範圍亦較右邊小。

診斷

中醫診斷：肩關節周圍炎

西醫診斷：肩周炎

辨証論治

辨証分析：肩關節內發炎，令肩關節囊續漸緊繃和加厚，出現組織黏連的情況，導致肩部出現疼痛和活動範圍減少。

治療

針灸治療，取患側肩髃、肩髃、臂臑、阿是穴，留針20分鐘同時用艾灸溫針。

小針刀針刺肩關節，解開患者肩部黏連。

醫囑：

適當伸展肩部運動，以減少肩關節僵硬。

感想

15215466 陳諾怡



對於廬山的印象，最深刻的應該是蘇軾，〈題西林壁〉中後兩句「不識廬山真面目，只緣身在此山中」

在乘坐纜車上山時，山下的建築一點點變小。穿過一層又一層的霧時，感覺伸手就能把它們抓住，再放進瓶裏，作為最好最特別的伴手禮。剛開始時我以為是這些霧讓人不知廬山真面目，到我們從山上走下來時才發現，不知其面目是因為每個位置看都有不同的形態。在手機上拍下的每一幅都是美輪美奐的風景相，卻無法把照片拼湊成一個立體的形象。



有人說一個地方的印象，不在於它的美，它的宏偉，而是你在那地方留下的故事。再美的風光拍下來，也不過是一張明信片素材。

而我選了一張和最好朋友的合照作為分享。因為她們，廬山於我的印象變得鮮明，這是我們班和老師一起去過的地方，旅程中的小插曲在當時於我們是苦惱，現在回想卻是它們讓回憶變得更鮮明立體。



病案



女 76歲

主訴：左側手腳麻木一年

現病史：老人左側手腳麻木一年。以手指麻木為主,左腳無力麻木。否認中風史。伴有肩頸部疼痛。寐可,納可,二便調。否認高血壓,否認糖尿病。

檢查: 病人左側頸椎五, 六棘突有明顯壓痛點,附近有條索硬結。病人穿厚衣仍手腳冰冷。面色無華,舌淡,脈沉細。

診斷：待查

治療：針刺頸五, 六棘突間,風池,配以艾灸。
針刺外關,三陰交。在腳上進行推拿按摩。

醫囑：留意頸部姿勢,避免加重病情。
白天多鍛練,晚上睡前泡腳。

反思：我花了一個半小時治療這個病人，病人在治療後感到肩頸部放鬆，手麻也減緩。可腳麻和冰冷的問題沒有得到解決。作為義診的服務，我應有更好的時間控制，也需要明白治療盡力了，不必過份追求一次就有很好的療效。而在有限的時間中，醫患合作，給予有用的醫囑可能對於病人長遠的健康情況有更大益處。

患者姓名： 廣某某 患者性別： 女 患者年齡： 78

主訴：頸部僵硬酸痛伴眩暈 10 餘年

現病史：肩頸部僵硬、沉緊、酸痛隱隱，10 多年來反覆發作，動則甚之。痛處喜溫喜按，在休息或得溫後痛可減輕。患者自述容易頭暈目眩，視物昏花，腿軟乏力，平素需步行架協助行走。刻下患者無眩暈、頭痛，步履不穩，右腳明顯見拖行步態。否認心悸、肢體麻木感、腳踩棉花感等症狀。患者面色暗黑，形體瘦削。平素神疲乏力，畏寒肢冷，喜熱飲。夜寐差，夜尿頻多，一晚 3-4 次，大便一日一行。

既往史：自訴有高血壓病史；十多年前曾不慎掉倒使右側股骨骨折，後雖經手術固定治療，但自此右腿行動不便。

個人史、家族史及婚育史：／

藥物史：現正長期服用血壓藥，否認藥物過敏史。

四診資料及伴隨症狀：

- 望診：面色暗黑，形體瘦削；舌色淡苔薄。
- 聞診：語聲低微。
- 問診：病史與現症如上。
- 切診：四肢冰冷；雙脈沉細遲；頸後有壓痛點，可摸及索條樣反應物。

體查、實驗室檢查及特殊檢查項目：旋頸試驗陽性。

中醫診斷及證型：頸痹（肝腎虧虛）

西醫診斷：椎動脈型頸椎病

治法：補益肝腎，通絡止痹

針灸選穴：風池、頸夾脊、天柱、
 肩井、阿是穴

其他治療：坐位枕領牽引、
 局部手法推拿按摩

醫囑：注意頸部保暖；少食寒涼食物。



感悟：

整趟江西之旅，除了希望能從服務中有所學習，最令我期待的就是著名景點「廬山」！廬山的大名早在小學時期已從課本上看到，久仰大名卻一直未有機會去一窺廬山的真面目。

在出發去廬山之前，導遊向我們說廬山的濕度很大，一年當中超過一半的日子都在降雨。正正就是因為如此獨特的氣候條件，廬山才能產生神奇多彩，變幻無窮的氣象景觀，如雲海、瀑布雲、霧等等。導遊更用十二個字「春如夢、夏如滴、秋如醉、冬如玉」來詮釋廬山的氣候多變化。

廬山雲霧的奇景的確很美，令人嘆為觀止！登山纜車慢慢地從山腳往上爬，由清晰可見的樹林山景，轉眼間四周都變為白茫茫一片，被一重又一重的濃霧所包圍。然後再穿過雲層，突霧而出，就發現雲層之上別有洞天。在上的藍天、在中的雲霧，在下的樹林，三層景色，一個享受。宋代大文豪蘇東坡神來之筆，「橫看成嶺側成峰，遠近高低各不同。不識廬山真面目，只緣身在此山中。」這一句描述的正正就是如此奇幻的廬山雲霧奇景。



A. 病例分享

占 XX，男，90 歲。

主訴：雙側膝蓋疼痛三年。

現病史：疼痛每因蹲下加重，後難以站起。自訴膝關節活動受限，難以行走，久行則痛，但可走半小時。疼痛晚上加重，溫敷則減緩。否定天氣改變（如寒冷）加重關節疼痛。

另訴腳板痛。有腰痛，時隱時痛，痛勢不重。

聽力減弱。

既往史：無外傷史。納可，但有二至三年不吃肉食。大便可，日行一次，成形。小便頻數，平均每小時一次。小便色淡。時量少。稱喉嚨乾，飲水乃解，水喝很多。

自訴眠差，受疼痛困擾，常失眠。

頭暈兩三年，時發作，自覺天旋地轉，食後減緩。

望、聞、切診：膝蓋水腫，按之柔軟。膝蓋周圍有壓痛點。行動緩慢，小步態。站立和坐下動作轉換緩慢。坐下需扶杏

手涼。脈沉細。舌體瘦，色紫黯，苔白膩。

頸背有肉瘤。

形體高瘦。

專科檢查、實驗室檢查及影像學檢查項目：

西醫檢查有痛風。現服食西藥。

無手術史。

分析：

初步診斷為膝關節發炎。老年人日久體虛，肝腎虧虛，筋骨虛衰。隨著年月增進，關節液分泌減少，同時身體代謝修復過程減慢。病因可為膝關節經長年累月的磨擦而勞損，軟骨變薄。若加上保護關節的肌肉及筋腱疲弱、不正確的姿勢和活動，也可令情況加重。膝關節發炎常見膝部久不久痛楚，尤其是走動後，特別是下樓梯時。患者自訴行走活動受限，亦不能支持長時間行走。符合基本臨床症狀。

另口乾舌燥欲飲水，及頭暈，提示有腎陰虛不上輸津液至咽喉，氣虛血弱不上養清竅頭目。

治療：

針灸雙膝壓痛點、血海。針灸時發現骨刺。後用小針刀去除骨刺。另針刺五虎三、四。針後雙膝疼痛頓減。

預防和護理

保護膝關節首要減少勞損，應注意：

避免攜帶過重物件，可利用手推車輔助。

避免長期站立或步行太久，有需要者應用拐杖。

避免膝關節長時間保持同一個姿勢，如長期坐矮凳、蹲等。

注意工作與休息之時間要平衡分配，留意及正視關節痛楚。

適當的強化大腿肌肉和膝關節運動能協助保護關節，可進行物理治療。

B. 旅行感想

高鐵兩天遊

路途遙遙，江西之行短短四天，往返兩程已佔旅程一半時間。雖說車上有甚娛樂，所幸同學尤善排解煩悶。同學之間互傳零食，食物在口，分享快樂。就這樣，十幾小時間，不斷吃喝睡拉撒，還原人生基本意義。

亦有見同學把坐椅方向調轉，打起四人撲克牌，一時歡聲笑語。我與同學則談天看劇看動漫。感激高鐵給予我們相聚的時光，增進感情。



四日養生團

由香港到江西，高鐵到酒店到菜館到行程中各地，無不以高鐵旅遊巴代步。下車走幾步，坐下便看見飯桌放滿精緻菜餚。實在感謝設計安排上的貼心，讓我在四天裡渡過十一月中最悠閒的日子，名副其實飯來張口。下車，看看手機，啊，又到飯點，感謝感謝！



廬山半日遊

關於廬山的描述，小時候也聽說過「不識廬山真面目，只緣身在此山中」。想像大山丘壑縱橫、峰巒起伏，美景處處不同。登峰一刻，四周雲霧繚繞，山下景色盡收眼底。我也不是不期待的。可惜沿途票務問題，行程有所耽擱。又因時間匆匆，來不及仔細慢行欣賞。地面又因天雨濕滑，大部分時間也只是低頭看梯級。雖是這樣，感受雨點輕輕打在皮膚的感覺，嗅着空氣中濕濕濡濡的氣味，雨中廬山也是極美的。





義診的收穫

不是謙虛，但在義診的過程實在覺得自己沒有幫上什麼。診斷上知識的匱乏，治療時手法的生疏，讓我知道自己的不足之處。老人院舍位於較偏遠的地方，當地老人亦多說方言。雖已盡力簡化問題好讓患者理解，但面對方言這鴻溝，許是自己國語也不好.....溝通上，我深感無力。感謝院舍的人幫忙翻譯，讓我順利問診。但我過後在想，問診資料由第三者轉述，是不是也減低了準確性呢？



中醫（小夾板）與西醫（鋼板螺絲）治療骨折的比較和長短處

中醫小夾板與西醫的鋼板螺絲都是用於復位後固定骨折的，固定可以有效的把已復位的骨折持續地固定在良好的位置，防止再移位，直至骨折愈合為止。中醫的小夾板需要先配合手法拔伸牽引復位，最理想是恢復解剖位置然後再用小夾板固定。西醫上鋼板螺絲以前，也需要先切開骨折部的軟組織，暴露骨折段，在直視下將骨折復位再固定。

小夾板外固定是通過用紮帶對夾板的約束力，固定墊對骨折斷端防止或矯正成角畸形和側方移位的效應力，充分利用肢體肌肉收縮活動時所產生的內在動力，使肢體內部動力因骨折所致的不平衡重新恢復到平衡。夾板只固定骨折局部，一般原超過上、下關節，以便患者可以及時鍛煉或練功，而且不防礙肌肉的縱向收縮。肌肉收縮時，肢體周徑變粗，使夾板、紮帶和固定墊的壓力暫時增加，殘餘的骨折端側方或成角移位得以進一步矯正。肌肉收縮還可以令骨折斷端互相縱向擠壓，有利於骨折愈合。它是一種積極能動的固定，是一種動力平衡，以動制動。

小夾板固定適用於四肢閉合性骨折，四肢開放性骨折而創傷需較少或經處理後創傷已愈合者，和陳舊性四肢骨折而適用於手法復位者。如股骨骨折，因為大腿肌肉有較大的收縮力，所以臨床上常需結合持續皮牽引或骨牽引。

優點：適應生理的要求，所以患者固定的過程中痛苦較少；
少創傷，骨折愈合快，減少細菌感染傷口的可能性和骨折遲愈合和不愈合等併發症的出現；
而且治療費用便宜、親民。

缺點：紮帶過緊會令血液循環變差，可能引致軟組織壞死，所以需要醫生經常調整夾板的鬆緊度；小夾板固定對肌肉豐厚部位的骨折和長斜形的短縮移位的骨折，固定力不足；小夾板固定時用的壓墊、分骨墊容易引起壓瘡。

西醫的鋼板螺絲是一種內固定的治療方法，用對人體組織無不良反應的金屬內固定物，或用自體或異體植骨片，將骨折段固定，從而達到解剖復位和相對固定的要求。

鋼板螺絲固定適用於某些骨關節損傷採用非手術治療效果不佳者，骨折端間有肌肉、肌腱、骨膜或神經等軟組織嵌入者，骨折併發主要的血管損傷者，多斷性骨折和骨折不愈合或發生畸形愈合而功能恢復不良者。

優點：在直視下復位骨折較精準，較容易達到解剖復位；固定後病人可以早期功能活動，功能恢復比較快。

缺點：切開復位必須分離一定的軟組織和外骨膜，可以影響骨折部的血液供應，可以導致骨折延遲愈合，甚或不愈合；

骨折端的軟組織受作用後已本有損傷，切開後會增加軟組織損傷，增加愈合的時間，而且無菌處理不嚴格就容易感染，引起化膿性骨髓炎；

而且，鋼板螺絲始終是外物，質素不良或選擇不當者可以影響固定效果和引起骨折延遲愈合或不愈合；手術費用較昂貴。

病案部分

學生姓名：鍾發賢 學生編號：15217477 服務日期：9/11
患者姓名：刘 XX 患者性別：女 患者年齡：80

主訴：頭昏 3 年以上、腰痛、雙膝疼痛 5 年以上

現病史：三年餘來自覺頭暈，頭部活動時即發，伴有頸痛、自覺心跳症狀、雙手經常自覺麻痺。五年餘來一直有腰痛、雙膝疼痛，尤其以寒天、雨天加劇，痛處喜溫喜按，休息後或得溫則減。自訴落樓梯時腰椎 L3-L4 位置疼痛。患者面色萎黃，形體消瘦，四肢瘦削。平素體倦氣短，畏寒肢冷，喜熱飲。納可。夜寐正常，二便調。

既往史：患有頸椎病 30 年以上，以及腰椎間盤突出 20 年以上，伴有骨質增生和骨質疏鬆。右側股骨曾進行鋼筋手術。現有定期服用高血壓藥。

四診資料：

望診：面色萎黃，形體消瘦，肌肉瘦削。唇色暗淡，舌質色暗苔薄白，挾有齒痕。

聞診：聲音低沉，語氣低微。

問診：如上述。

切診：雙脈沉細滑；頸後有壓痛點，可摸及結節、條索狀反應物；左側腰肌緊張；L4-5 及腰骶關節有明顯壓痛。

體格檢查：

頸椎間孔擠壓、分離試驗雙側呈陽性反應，分離試驗進行時頭昏症狀減輕。

腰椎前屈運動檢查沒有異常，可達 80 至 90 度而不發生疼痛，腰椎後屈運動試驗發現疼痛，最多只可達大約 10 至 15 度。懷疑 L3-L4 椎間盤向後突出。

專科檢查、實驗室檢查及影像學檢查項目：

患者未有攜帶影像學相關資料。

中醫診斷及證型：痹證（腎虛寒凝）

西醫診斷：因缺乏影像學資料，初步懷疑頭昏手麻由 C5-C6 神經根型頸椎病所致。腰椎間盤突出。

治法：溫腎助陽，強筋壯骨，溫經散寒祛濕

治療：

針灸：雙側風池、風府、天柱、肩井、列缺、腎俞、大腸俞、命門、腰陽關、腰夾脊(L3-L5)、委中、足三里、腰痛穴

其他：頸部牽引、扳頸、肩頸部及腰部推拿。

醫囑：避免負重、保持正確站姿和坐姿；慎起居，適寒溫；勞逸適度，避免勞累過度或；放鬆心身，保持樂觀；飲食忌生冷、油膩。

感想部分：

江西一行實在使獲益良多，尤其在服務學習方面。除了能讓我學以致用，小試牛刀外，還讓我更加認清自己作為習醫者的角色和道路。來求診的患者都年過半百，大多數都百病纏繞，舊患不少。他們抱著渴求和充滿希望的心情來到我們面前，渴望著從香港遠道而來的中醫學生帶著靈丹妙藥為自己解除痛苦。從他們氣定神閒的眼神裡，我看得出這些長者對我們滿滿的信任，可是作為一



個習醫只有四年的初學者，我當時卻是萬般擔憂和緊張。因為我知道自己缺乏經驗，知識也只懂皮毛，更不用說什麼靈丹妙藥，但亦因為作為一位習醫者我絕不能在患者面前表現出任何動搖和不自信，否則只會讓他們感到失望甚至絕望。思考一會後，我認清當下自己能做的就是冷靜下來，集中精神，在腦子回顧學過的看病技巧、看過的醫案和學習過的治療手法，嘗試盡最大努力幫助患者。這次經歷告訴我每次看病都是寶貴的學習機會，平日埋守書本最多只是紙上談兵，唯有下手做、親身體驗才能讓我更進一步認識到自己的不足，更努力研習醫術和思考醫患關係。

十一月一個星期四的早上，我們一行二十六個學生在老師帶領下到江西省進行骨傷服務學習。第一次乘坐高鐵的新鮮感以及久違的和同學一起遠行的親切感，為這趟旅程好好的打開了序幕。當初在學校聽老師說要多準備禦寒衣服的時候還沒有實感當地的天氣是怎樣，但從香港到九江一共坐了三趟高鐵過程中，每一次在中轉站候車都能感受到天氣漸漸轉冷。最後由在香港二十多度，晚上到九江的時候竟只有十二度。在數小時中感受到不同的氣溫，就體感而言可謂最深刻的了。

第二、三天我們分別到老年公寓及幸福里進行服務學習。過程中，令我最深刻的反思是關於對長輩的關懷和照顧。記得在幸福里參觀時，負責人介紹他們企業文化跟設計幸福里項目的目的，而且服務團中我們主要的服務對象是老人家，過程中提醒了我不論在家面對家中長輩還是將來面對其他年長病者，都需要多予以關懷，並尊重對方。另外，在這次服務學習中，我面對的難題之一是跟患者的溝通。由於他們大多都說方言，聽不太懂他們說的話，一開始詢問主訴時已經遇到困難了。其後多虧員工的幫助，還有想著“不論怎麼樣，知道主訴大概是怎樣後還是先盡力檢查吧”的心態，最後還是能設定治療方向。

除了進行服務學習，在江西當然少不了到廬山一賞其真面目了。雖然當天並不是晴空萬里，但上山後我們感受到陰雨中的廬山更有一份朦朧和神秘，在薄霧圍繞下眼前景色有如仙境。

在這短短四天的服務學習團中，我們既有機會進行服務學習，亦有時間欣賞著名景點的風景，可謂十分充實。這次經歷對於我們這些正在學習骨傷科的學生而言是難能可貴的，因為這是我們在學過程中少數能作主導搜集病人資料以及制定治療方案。這亦提醒我上課知識應如果與臨床相結合，甚至到如何好好運用中醫不同學科的知識面對一個病者。

最後，在此分享一個老年公寓的病案：

患者姓名：周先生 患者性別：男性 患者年齡：86歲

主訴：雙側膝痛八年

現病史：雙側前膝刺痛，右側為甚，雨天、寒冷時加重。平日因膝痛而甚少出門，外出時則利用代步車協助步行。

既往史：病者年輕時做船務有關工作，不時感關節疼痛。

望、聞、切診：舌淡紫，舌尖苔薄，苔黃厚；脈沉弱，左寸微

診斷：痺證。

治療：針刺雙側內外膝眼、足三里、三陰交

王嘉珩

二零一八年十二月



15217957 陳笑鳳

江西義診活動留港作業

鋼板螺絲手術最有優勢的情況是處理骨折損傷嚴重(如粉碎性骨折)、斷端極其不穩定以及開放性骨折的病人。小夾板固定方式在這個情況可能會引起骨折再移位。而打鋼板直接用釘固定骨頭能大大提升穩定性。再者由於開放骨折的感染風險高，通常需要馬上做手術。

相較而言，鋼板允許關節活動的程度多於小夾板。始終小夾板為外固定，需跨關節固定，會使活動受到限制。香港人生活節奏快速，也不能長期請假養病。帶著小夾板外觀上難以隱藏，而且活動受限則難以上班（如手部骨折影響打字和文書處理）。加上如果是軀幹部位骨折(e.g.股骨)，鋼板螺絲能儘早恢復行走和下地的功能。若保守躺床上3個月，很有可能導致，肺炎，褥瘡，深靜脈血栓等併發症。

而且鋼板螺絲配合手術正骨能達到解剖復位。一定能恢復骨骼的原有力線。而手法配合小夾板固定復位準確性主要取決於醫者技術。臨床上各醫者診斷思維並不統一，而且整骨技術與脫臼的整復水平乃良莠不齊，效果因人而異

小夾板的第一個優勝之處是它並非創傷性固定，而且不會造成疤痕。鋼板螺絲手術治療首先要把骨膜撥開，血運受到破壞，影響骨骼的正常生長和修復，而且還要通過二次手術取出內置鋼板或鋼釘，在原有的手術創傷上又增加了新的創傷，對患者損傷很大；再者，創傷性手術除非是微創手術，否則都會在身體上做成或大或小的疤痕。疤痕影響外觀，使一般女性較為困擾。



(脛骨骨折鋼板內固定技術後疤痕)

而且第二點是價錢遠低於鋼板螺絲手術。一病案記錄 26 歲的田先生確診為右臂遠端橈骨骨折，醫生建議他進行手術復位，通過植入鋼板將骨折的部位對復位。

但田先生負擔不了萬餘元的手術費，感到十分困擾。在同事介紹下，他便到另一所醫院接受手法復位和小夾板固定並持續到醫院複診，隨着康復情況調整小夾板的鬆緊度。大約兩個月左右，田先生脫下小夾板，骨折的手臂完全康復，如今右手手臂做動作、提重物都沒有問題。而當中一個半月的所有治療費用，總共只花了不到 800 元。單是一個病案已可反映手法與夾板對基層市民的重要性。

其他比較如下，✓表示在該比較點下有較大優勢

比較點	中醫小夾板	西醫鋼板+螺絲
關節活動程度		✓
固定力		✓
治療費用	✓	
治療時外觀		✓
青枝骨折	✓	
老人骨質疏鬆	✓	(釘子卡不住)
不留疤痕	✓	
複雜嚴重骨折/開放性骨折		✓
髖關節骨折		✓

專業病例診治及分析

患者姓名：占 XX

患者性別：男

患者年齡：90

主訴：雙膝疼痛三年

現病史：

無外傷、手術史。平日走路雙膝關節疼痛，尤以下蹲時更甚。疼痛晚上加重，熱敷得舒，在寒冷或雨天時分並無加劇。伴有腰部隱隱作痛和雙腳底疼痛。每次可行走半小時以上。納可，但已兩三年不進肉食。大便一日一行，成形。小便頻數，一小時一次，色淡。因受疼痛困擾，導致經常失眠。

既往史：

有痛風病史，每年需要住院休養。平日有服食西藥。

望聞切診：

患者精神狀態尚可，應答如流；聽力不行，聲線平緩；手涼，左膝周圍有壓痛點，雙膝髕骨活動度下降；舌紫暗苔白膩，脈沉細。

分析：

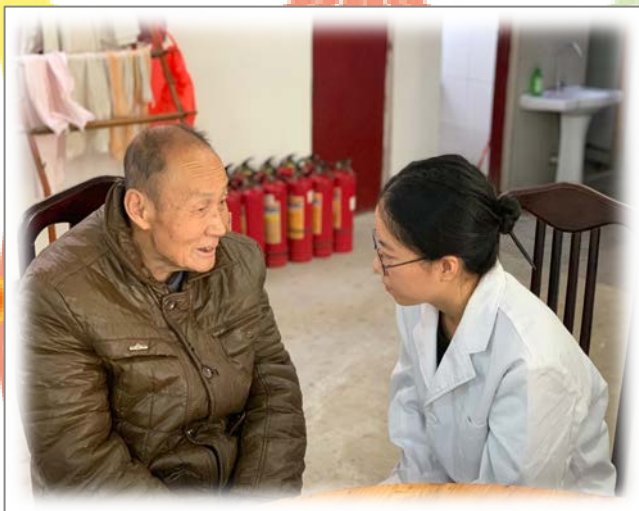
患者年齡大於 50 歲，關節有壓痛點，而關節觸摸時無發熱，符合膝關節炎的診斷標準。加上患者膝關節痛楚會逐漸加重，並在長時間走路後惡化，說明膝關節炎的可能性。由於患者並無外傷史或其他免疫系統疾病，亦非近期突然發生的膝痛，故排除創傷後關節炎、類風濕性關節炎和痛風性關節炎。骨關節炎是隨著年齡增長而出現的退化性疾病，也是最常見的膝關節炎，正正對應患者的情況。其主要病理變化發生在關節軟骨，也會影響肌腱、關節骨膜等。發生退化性變化後，軟骨厚度減少及關節滑膜發炎等，導致關節腔變成不對稱性狹窄，產生關節疼痛、僵硬及功能不良，故患者走路時雙膝疼痛。

診斷：骨關節炎

治法：舒筋活絡

治療：小針刀 - 選取膝蓋壓痛點後刺進，削磨骨頭不平之處及鬆解組織黏連；
按摩推拿 - 使用一指禪按摩小腿舒緩肌肉緊張。

關於此行的感悟



此骨傷服務學習之旅真使我感觸良多。雖然我不是第一次乘搭高鐵，但卻是首次由香港西九龍站出發。香港高鐵站的落成意味著與祖國建立更深的連繫，而香港市民自此往返內地工作或遊玩都更方便省時，有利促進兩地人民來往交流。

另外，此行包括到九江市都昌縣老人院進行義診

，服務對象是無保戶的長者。過程中讓我最深刻的是老人對我們的信任，儘管我們只是未畢業的中醫學生，但是他們仍然非常願意配合我們的問診和治療。雖然我們之間有語言障礙，然而他們還是很有耐性地與我們嘗試溝通，這種情況也不禁令我明白到國家普及普通話的重要性。



有一位老人家離開前還誇讚我們充滿關懷與耐心的態度使他很高興，這也振奮了我們的心情，令我們面對病人時更有信心。而且在這次義診中，我體會到辨證思維的運用和身為醫者為病人服務及奉獻之心，希望我牢記今次的經歷，作為未來行醫之路的好開始。

之後，我們還到廬山遊覽。正所謂「不知廬山真面目，只緣身在此山中」，我們到達廬山的時候正值

下雨天，毛毛細雨一直相伴左右，貌似天公不造美，可是卻讓我們領略到廬山朦朧之美。那雲霧縈繞，猶如仙境的景象真是令人畢生難忘！



這次的旅程使我回味無窮，希望有機會再次參與！

病案分享

陳XX 女 72歲

主訴：左側身體癱瘓，伴左上臂疼痛一年餘。

現病史一年前出現缺血性中風，昏倒，不省人事，送到西醫院治療。其後出現左側身體活動障礙，說話不清，長期臥床。刻下，左上臂疼痛，肩關節活動障礙，上臂肌肉消瘦；肩部出現方肩畸形，壓痛明顯，被動上舉及外展疼痛，肩峰輕微突出，否認近期外傷史。

舌：舌暗，苔白膩

脈：沉，略澀

中醫診斷：中風後遺症，高度懷疑肩關節半脫位

辨證分析：年老體弱，腎陰素虧，風陽內動，挾痰走竄經絡，經絡不暢，故突然口眼嚮斜，半身不遂。中風後期，氣虛血弱，脈絡瘀阻，氣虛不能運血，氣不能行，血不能榮，氣血瘀滯，脈絡痹阻，而至肢體廢而不能用。

治則：疏通氣血，通絡止痛

取穴：臂臑，手五里，曲池，手三里，內關，合谷，陽陵泉，足三里，懸鐘，承山，委中，太沖（配合強烈刺激）

醫囑：防止褥瘡，配合上肢肌肉鍛鍊，下肢多拍打按壓以疏通氣血

江西服務學習感想

學習骨傷課之前，經常擔心自己的學習進度不能跟上其他同學。其他師兄姐曾說過，骨傷的學習是需要用雙手去體會，而非單單的背誦課本上的知識；但這正正是我的弱項。上課之初，老師們說今年的骨傷學習會有重大的改變，加入更多的服務式學習，令同學有更多親手檢查病人、治療病患的機；而江西服務學習團將會是其中的焦點。

十一月初，老師們就帶領著一群同學穿州過省，浩浩蕩蕩地來到江西省開展骨傷服務學習。我們首要的服務對象是居住在老年公寓的長者們。他們大多數是長期病患，因家中難以提供適當的照顧而送到老年公寓生活。簡單參觀完長者公寓後，我們就分成

不同小組開始為長者們做治療。我的小組被分配到了病情較嚴重的房間，當中的長者皆為長期臥床患者，病情遷延不愈，有些是中風後期，送到這邊療養的。

給我印象最深刻的就是上述病案之陳婆婆。當我們一群同學走進病房的時，她已經急不及待地招手叫我們過去，就像一早就預知道我們的到來。走到她的床邊，開始問診收集病史的工作。誰不知她居然用我們全然不懂的語言來回答。一群學生只能茫然而對，面面相覷。我們恍然大悟，原來老一輩的江西老人皆用當地的江西話溝通，全然不懂國語，當下我們只能依靠院舍唯一的員工協助我們問診，甚至動用到一切的身體語言來溝通，收集病史。

婆婆一直指着左上臂說：「隆，隆，隆...。」表達出痛的意思。觸診監察後，我們懷疑婆婆的肩關節有脫位的現象。我們細問婆婆疼痛的時間居然有一年之久，她亦否認這段時間有外傷史。護理人員亦表示，婆婆長期臥床，期間並沒有跌落床或擅自落床而跌倒，加上婆婆有中風後遺症理應難以落床走動，故排除婆婆因外傷跌倒而造成肩關節脫位。我們再思考發現，婆婆上臂疼痛的時間與其中風病史相吻合，皆有一年餘。我們懷疑是否中風住院期間，因護理不當而造成肩關節脫位？我們不能排除這個潛在可能性。向涂老師請教後，老師診斷這是肩關節伴脫位，其病因並非跌撲受傷引起的。老師指著病者三角肌示意我們去檢查。病者的三角肌萎縮，這就是引起脫位的原因。我們皆恍然大悟。一直以來我們學習骨折脫位皆會伴隨著外傷史，久而久之我的內心就不斷追求、追問外傷史，甚至認為外傷史是骨折脫位的必然原因。但這個病例正提示著我們，臨床的情況與書本可以截然不同，最後都是以臨床實際情況為主。

最後的半天，我們有幸來到廬山景區遊玩。上到廬山一切的煩惱都可以拋諸腦後，與同學們享受着一刻的閒適時光。感謝涂老師，及一眾師兄姐的帶領，能讓這次江西服務式學習順利完成;努力。作為學生的我亦獲益良多，對骨傷科的學習亦增強不少自信，向著成為大醫的目標進發，期待有學有所成的一天。



服務後，來到廬山不忘留下珍貴回憶



做治療時需要專心致志

江西服務團---體會及病案分享

8/11/2018 - 11/11/2018

15219607 藍虹芸

感想

這照片是最後一天在九江站照的，大學四年，這次廬山之旅是第一次大班同學一起出遊。途中每次要搬行李上車的時候，班裡一些同學總會自動停在車旁，把其他同學的行李一個個接過來，然後搬上車，好讓其他人輕鬆一些上車休息。回想起來，其實平時班裡大家也是這樣，互相體諒，默默付出，不知不覺已經自己將這畫面當成了習慣，例如每次骨傷科幫忙帶白板筆的班長，幫忙為hon pro題目做統計，和學院交流的同學... 每個行為都並不起眼，無人察覺，但背後藏著同學們的奉獻。我覺得自己很幸運，在大學還能遇到這樣一班單純，友善，熱心的同學，彼此扶持這並不容易，像是一個大家庭，望大家友誼長存！



體會

粘連性關節炎的發生在於累積性關節囊內的發炎而出現囊內粘黏，限制肩關節的活動，如將肩袖束縛在肩峰上，而當肩關節活動時則會導致粘黏的撕裂，進一步產生疼痛。所以，肩周炎的主要病位在於肩關節內的粘黏，用針灸松解肌肉只能暫時緩解疼痛，但若不解決粘連，根本的問題便得不到解決。後來老師指出用小針刀，雖知可解決粘連，但因為自己未有經驗，考慮到病人曾經進行心臟手術，擔心治療可能讓病人十分疼痛，所以未敢對病人進行治療，最後由老師進行小針刀。所以，書本上的知識固然重要，但臨床實踐也是必不可少，這樣才能增廣見識，臨陣不亂。

病案分享

女 90歲

主訴：右肩疼痛二十年，不能上舉1個月

問診：病人近10年雙肩反復疼痛，無外傷史，右肩更為明顯，遇天冷加重。下肢無力，走路需人扶。納可，大便2日一行，每晚夜尿2-3次，舌淡紫，脈沉緩。

病史：2017年9月因冠心病，進行搭橋手術。

檢

1. 雙肩活動範圍測試：

- 右肩外展範圍明顯較左肩小
- 左肩活動範圍基本正常
- 目測右肩外展至30度時開始疼痛，手肘不能舉過肩。

2. 觸診

- 右肩周圍多處有壓痛點
- 右肩肌肉僵硬

診斷

高度懷疑右肩肩周炎（沾粘性關節炎）。

治療與思路

針對病者肩關節疼痛，肌肉僵硬初擬以針刺肩關節附近肌肉加艾。後向同行老師請教，決定用小針刀在肩峰的前下方入針，解開黏黏。施行小針刀治療後，病者右肩活動範圍明顯較前增加，原本右手肘不能過肩，治療後手肘可以高出肩部。

15219682 鄭曉盈

回首為期四天的旅程，時間雖短，但有些回憶卻十分深刻。不論是旅途中與老師同學的朝夕相對談天說笑，或是親身治療病人的畫面亦彌足珍貴。記得來回兩天的高鐵行程中，交通時間長達 8 小時，時間雖長，但在同學說笑遊戲間，不知不覺中就到達了終點站。

一天半的治療時間中，為我留下最深印象的為第一天治療的中風後遺症繼發硬癱的患者，平素生活不能自理，需護理員搬動才能轉身、坐起。在我一籌莫展時，老師指導我以強烈提插刺激的方法針刺湧泉穴以及相關肌肉，以刺激其神經及肌肉收縮，旨在刺激其日久不用的肌肉，望能稍助其改善肌肉功能。不斷提插的過程中，我們亦鼓勵他乘着這種感覺自行提腿。在湧泉穴提插針刺一會後，其肌肉大力地收縮了一下並提動起大腿，那一下猶如希望降臨。前一刻，

我還心存緊張擔憂，很怕未能見到任何效果。再觀察其足部皮色，起初的紫斑漸漸轉淡，再慢慢發為略帶紅潤的皮色，眼見這改變，我們都欣喜萬分。回顧整個治療，不斷強力針插的過程中必定酸痛難忍，也可見其因針感強烈而皺緊眉頭，但很感

謝病人的忍耐與配合，戰戰兢兢的我才能完成整個過程。可惜的是，結束時，

病人足部的皮色又回復到了紫暗色。針刺過程中能多次提動的腿膝離開了針砭後，還是未能自行活動。我固然明白不能急於求成，他的情況亦需要更長的治療，但這短暫的一行確在我腦海帶來了一個很大的回響。我們輕輕地蒞臨，一次治療好像為他們帶去了希望，但其根本未除，療效不足，我們又輕輕地抽身離開，這是否讓他們的希望再次跌落谷底？

這也許也是我在過去參加義診團累積下來的反思。最近與一位朋友的一席話又讓我重新拾回那鼓衝勁。她說很羨慕我能用所學去真真切切地幫助他人，我就跟她分享了 my 疑慮。她回應

說，這個世界還是需要我們這樣去做，因為有些地方沒有我們去幫助就真的無人理會了。她的說話又重新提醒着我有能力用雙手去治療去幫助他人的確是一件很幸運的事。義工義診的存在

，就是希望去幫助那些被忽略的群體，為他們提供基本的支援(醫療)，但他們仍是有自己的生活要維持，往往不能長久停留，他們還是希望「幫到幾多得幾多」。正如友人所說:一次的治療的確太短，如果能留個最少 4 到一個星期左右就好了，起碼能確保有根本的跟進治療。這次的服務中更深知學海無涯，接下來的時間，要繼續爭取時間不斷提升自己，當日後能獨當一面時，望能抽更多時間在有需要的地方提供盡量長一點的幫助，甚至想法讓他們自助。

除治療外，這次旅程有幸一睹名山的風姿，感受「只因身在此山中」的迷濛，以及與一班同學相處相伴的機會，的確難能可貴。習醫路雖漫長，但有老師同學的相伴，終點前的路也變得多姿了。



|我組為硬癱病人針刺治療|



路途與老師同學相伴

患者姓名: 占某 性別:男 年齡:77

主訴: 左膝痛三年，屈曲不利。

現病史:

中風史至今已有一年，活動不利，以左側為甚，左手僵硬不能動，左膝僵硬而疼痛，不能屈伸，日常生活不能自理，長期臥床及需護理人員協助才能轉身及坐臥。畏冷，夜寐自覺發熱，盜汗。

望、聞、切診:

雙腳浮腫，皮膚紫暗甲錯，四肢冷。左腿四頭肌群瘦弱，臂大肌及膈旁肌群緊張。左臂左腿不能主動抬舉，被動抬舉時關節肌肉亦僵硬難舉。脈緩，舌紫暗。

診斷:

中醫診斷: 中風後遺症。氣血不通，經絡痹阻。西醫診斷: 中風後遺症，左半身硬癱。

分析:

本有氣血不足，脈絡空虛，風邪乘虛中經絡，氣血痹阻，肌肉筋脈失於濡養而肢體僵硬不用。氣血痹阻日久成瘀，證見皮膚紫暗甲錯、紫暗。失於治療久不癒而至傷及陰陽，陽氣虛失於溫熙衛外則畏冷，營陰不能內守失其滋潤之性則夜寐發熱，盜汗。

治療: 針灸

治則: 通經止通，刺激神經肌肉。穴位:

下肢:

1. 膝四針 (鬆解膝部黏連，促進血液循環)
2. 湧泉、陽陵泉、三陰交、地機、委中、承山、伏兔、橫跳。

以上穴位助以腿部肌肉、神經解剖性選穴，亦有助疏通下肢痹阻之經氣。同時有刺激肌肉神經肌肉之效。同時益腎三陰交穴及地機穴有助調陰理血。

以上順序強提插刺激至肌肉跳動以屈提膝部，同時鼓勵病人屈提膝部。上肢：
手三里、溫針外關 (溫通經絡)

即時療效：

痛得稍舒。

湧泉穴強刺提插後，皮膚紫暗漸退，漸變為紅潤皮色 (可惜當時大家也專注治療，未有拍照比較記錄)
但治療結束時，足部皮色又回復紫暗色。

醫囑: 熱水泡腳以溫通經絡，促進氣血運行。注意保暖免再受外邪。

15219739 呂樂諺

就適用骨折類型而言，小夾板一般用於骨折情況較簡單和輕的四肢閉合式骨折病案，而西醫的鋼板螺絲就更多用於較複雜的四肢閉合式骨折、四肢開放性或四肢外的骨折、併發主要的血管損傷、骨折端間有肌肉，肌腱，骨膜或軟組織嵌入病案。中醫中的小夾板為入侵性治療，而西醫的鋼板螺絲為入侵性治療，需要進行手術治療。小夾板與鋼板螺絲在治療骨折上各有長短，會因應臨床實際情況作出判斷，包括患者意願，骨折嚴重程度，經濟因素等條件而作出考慮。有只用手手法復位配合小夾板固定，有以手法復位加以鋼板螺絲固定，也有以手術復位配合鋼板螺絲。

就成效而言兩者差異不大，因如上述提到兩者適用證不同。要比較兩者，可先從風險及併發症機會討論，因鋼板螺絲需要必須將整個骨折處的肌肉割開，才可嵌上鋼板及打上螺絲，肌肉受損程度較大，手術後出現發炎機會也相對較高。而且手術過程亦有可能令神經受損。相反，小夾板為非入侵性治療，感染的風險相對較低。特別適合體弱、老人或幼兒的患者。

用鋼板螺絲治療骨折，可能造成關節活動障礙。骨釘可能會形成局部軟組織的擠壓刺激，尤其在骨頭表面或靠近關節處，由於軟組織比較薄，易產生疼痛感，甚至會卡到關節附近的肌腱韌帶，造成關節活動障礙。

除此之外，骨釘會造成「應力遮蔽效應」，骨釘處骨質會漸漸流失，變得相對脆弱，尤其下肢，一般偏向拿掉。病人術後需考慮是否取出鋼板，容易造成心理負擔。

然而，隨著科技發展，新式的互鎖式鋼板能減低手術對病人的創傷。新式的鋼板使用鎖定式設計，可以用微創手術方法進行，減少對軟組織的破壞，除了一般的骨折以外，鋼板亦適用於粉碎性骨折及骨質疏鬆骨折。此外，鋼板的材質轉為鈦合金，能減少植入物的排斥和異物感。故此，醫生一般建議可不必移除植入物。然而即使新技術減排斥機會，仍有一些案例是病人再幾年後於手術位置發現皮膚有潰爛情況出現，需要再進行手術移除植入物，但骨痂或已把骨釘完全包住，令手術難度增加。故這也是考慮是否選擇鋼板螺絲作治療的因素之一。

而從外觀及對日常生活影而言，鋼板螺絲較小夾板優勝。小夾板的護理要求更高，夾板需要時間較長，期間活動受到限制。過去人們生活節奏慢，但現代人或無法

接受那麼長的康復期。小夾板的固定力主要來自外面繃帶和肢體內部的雙重用力，相對於切開手術復位來說，小夾板固定沒有了其運用鋼板和鋼釘等強力固定，相對容易鬆動而失去固定效果，特別是在肌肉豐厚部位和長斜行的短縮移位的骨折，如股骨幹骨折，股骨頸骨折等等。

小夾板固定時用的壓墊，分骨墊容易引起壓瘡。因為需要用繃帶將夾板和襯墊緊密的貼住受傷肢體從而降低肢體的透氣性。小夾板使用不當還會引起骨筋膜綜合徵。由於長期的小夾板固定對受傷肢體的骨筋膜室壓迫，導致骨筋膜室壓力增高使肢體的血液循環出現障礙，肌肉和神經組織因缺血而出現壞死，形成缺血性肌攣縮。經常出現的部位在前臂和小腿的骨折損傷當中。

總結而言，兩種治療都有其可取之處，所以在臨床上也要根據實際情況如病人的骨折類型，病人身體狀況，以及患者意願等等，作出不同的治療選擇。

2018年11月8-11日 江西服務學習之行

感悟



左圖：獨居老人住所的草坪

這次廣西之行雖然只是短短四天，但獲益良多，每一處所到的地方也留下了深刻的印象。非常有幸到獨居老人的居所進行義診，院長的善心滿溢，建設環境優良的居所，有飯堂也有足夠的活動空間。雖然為獨居老人作義工服務的時間不多，但我很珍惜他們每一個笑容和每一個新學到的東西。例如為椎管狹窄的病人針刺腰部，真確知道了如何用針去“看”，針下澀滯，知道針刺到其腰椎狹窄的地方，確實要親身嘗試過才知道。雖然有語言障礙，很多時候需要用身體語言去溝通，還有注意觀察作去診斷，但看到他們的笑容覺得有些東西是可以打破語言障礙，比如關心，比如歡樂。





右圖：同學為水腫問題的伯伯針灸，伯伯露出笑容。

病案一則

患者姓名：徐女士 年齡：73

主訴：左肩無力（中風後遺症）

現病史：高血壓病史多年，曾於2013年中風，當時跌倒導致左手手腕骨折，已復位，40天石膏固定，4個月癒合。中風後左側身體肌力變弱，走路有跛行步態。

測試：

手握力測試：左手較弱，但不明顯

治療：肩部推拿

之後在幸福里的見習也對一些病種加深了了解，例如涂老師在解說強直性脊椎炎，和我們一起看X光片，提醒我們這類病人要注意的地方。到幸福里的時候，我覺得真的開了眼界，老人社區的規劃真的做得挺全面。雖然社區未完全建成，但構思從老人的治病需求，出診需求，住院需求，甚至發站興趣方面，運動休憩方面也顧及到，可謂非常全面，令人很期待日後建成的模樣。除了醫療服務方面，我很欣賞計畫的構思可以兼顧長者閒時的活動。提供耕種，游泳，興趣班等等，令長者活到老學到老，生活有所寄託，而且能保持身心舒暢，同樣達到健康的目的。曾經看過研究說長壽的關鍵因素是保持人與人之間的聯繫，約多朋友或家人在側，人際關係越好，就越長壽。而這種社區也能令長者可以擴闊社交圈子，即使家人未必能時刻常伴在側，認識新朋友，一起學習、活動，對長者的心理健康以及情感寄託有很大的幫助。類似的養老關懷、社區建設在香港很難實行，除了醫療方面，長者的身心靈健康和生活質素也同樣重要，同樣值得關注。

行程的最後參觀了廬山，也為旅程作了完美的句號。廬山景色優美，山上空氣特別好，也看到了雲海，紓解上日課業繁忙的壓力。最後非常感謝籌備江西團的涂老師，各位師兄姐和江西的協調單位，令這次行程非常完滿。

鄧麗雯 15221792

小夾板與鋼板螺絲治療骨折

小夾板與鋼板螺絲在治療骨折上各有長短，應因應實際情況作出判斷，包括患者意願，骨折嚴重程度，經濟因素等條件而作出考慮。

就小夾板而言，其適應證包括：

- 一，四肢閉合性骨折
- 二，四肢開放性骨折，創面小或經處理閉合傷口者
- 三，陳舊性四肢骨折運用手法整復者

而螺絲治療骨折除了以上的適應證外，還有以下的適應證：

- 一，嚴重的開放性骨折
- 二，四肢關節以外的骨折
- 三，骨折併發主要的血管損傷
- 四，骨折端間有肌肉，肌腱，骨膜或軟組織嵌入

使用夾板治療骨折時，患肢一般而言需要維持特定體位，容易為患者帶來不便和不適，若患者醫從性較低，則使用鋼板螺絲治療骨折較為可取。以股骨骨折為例，使用小夾板治療的話，患者有一段長時間不能活動下肢，影響生活質素，螺絲治療骨折則較有優勢。又以脊椎骨折為例，一來手法復位對術者有極高的要求，二來復位後需卧床一段長時間，三來脊椎骨折夾板需要固定整個軀幹，期間對患者的日常活動及個人清潔造成影響，故手術治療較為可取。

由此可見，鋼板治療骨折的適應證較多。

就治療成效而言，二者均有成效，但亦容易因為處理不當而引起併發症。

就治療優勢而言，使用小夾板治療骨折是非入侵性的治療，對體弱老人、幼兒或一般對手術有恐懼感的患者而言，小夾板有「免開一刀」的優勢。由於小夾板需固定肢體一段時間，故早期活動遠端肢體非常重要。此外，使用小夾板的治療費用遠遠低於使用小鋼板，故對有經濟困難的病人而言，小夾板治療骨折較為可取。

用鋼板螺絲治療骨折，可能造成關節活動障礙。骨釘可能會形成局部軟組織的擠壓刺激，尤其在骨頭表面或靠近關節處，由於軟組織比較薄，易產生疼痛感，甚至會卡到關節附近的肌腱韌帶，造成關節活動障礙。

除此之外，骨釘會對骨骼造成「應力遮蔽效應」，骨釘處骨質會漸漸流失，變得相對脆弱，尤其下肢遮蔽效應大，一般偏向拿掉。病人需於兩年內決定是否移除鋼板。一方面骨折此時已癒合，一方面骨痂也還不會把骨釘完全包住，移除骨釘比較簡單。病人術後需考慮是否取出鋼板，容易造成心理負擔。

然而，隨著科技發展，新式的互鎖式鋼板能減低手術對病人的創傷。

新式的鋼板使用鎖定式設計，可以用微創手術方法進行，減少對軟組織的破壞，除了一般的骨折以外，鋼板亦適用於粉碎性骨折及骨質疏鬆骨折。此外，鋼板的材質轉為鈦合金，鈦合金有較高的生物相容性，能減少植入物的排斥，病人亦有較少的異物感。故此，醫生一般建議可不必移除植入物。

15222160 邱靖婷

討論中醫（小夾板）與西醫（鋼板螺絲）治療骨折的比較，各有什麼優劣？

固定是治療傷科疾病的重要手段之一。骨折或關節脫位經手法或手術復位后，皆需要對患處做固定。固定手法分兩種，一種為外固定，一種為內固定。

所謂外固定，即從體外固定骨折部位。本文即將討論的小夾板即屬於這個範疇。而內固定，則是以手術的方式切開骨折處復位，同時用鋼板螺絲等金屬材料或自體植骨片固定骨折部位。

中醫小夾板

夾板固定應用於骨折治療在我國已經有悠久的歷史。夾板固定的適應症包括四肢閉合性骨折，創面小或經處理后創口已愈合的四肢開放性骨折及適合手法復位的陳舊性四肢骨折。它是一種動力平衡，以動治動，符合外固定生物力學原理的固定方法。夾板固定從生理功能出發，利用扎帶對夾板的約束力以及固定墊對預防或糾正骨折斷端成角畸形和側方移位的效應力，加上肢體肌肉收縮活動時的內在動力，以上幾項相輔相成，最終使肢體內部動力重新恢復到平衡。

夾板固定只固定骨折局部，一般也不會進行超關節固定，所以並不會妨礙肌肉的縱向收縮，有利骨折愈合。肌肉收縮時亦會使夾板、扎帶、固定墊等的壓力暫時增加，從而進一步矯正側方或成角移位。

夾板固定的好處包括治療費用低，功能恢復好，骨折愈合快，易於卸除，病人痛苦少等。其壞處包括綁太鬆或固定墊使用不當容易使骨折再移位。太硬、太小的固定墊容易引起壓迫性潰瘍、缺血性及攣縮等併發症。因此固定后 1~4 天內需要密切觀察患者的血液循環情況，同時也應每天檢查扎帶的鬆緊度并及時給予調整。

西醫鋼板螺絲

開放性骨折清創術後或手法復位不理想者，多用手術切開復位，并採用內固定。若內固定不夠牢固，則須加外固定加強固定。

內固定的適應症包括手法復位與外固定未能達功能復位標準而嚴重影響功能者，骨折端有軟組織嵌入者，關節內復位不良，多處骨折，骨折處血運差，骨折不愈或發生畸形愈合功能恢復不良者。

內固定的好處包括可較好保持骨折的解剖復位，能有效防止骨折端活動，功能恢復良好。缺點則包括固定處易發生感染，金屬異物或會阻礙傷口和骨折愈合。同時，安置內固定的過程需廣泛剝離軟組織和骨膜，血運及骨折的愈合時間會受影響。骨折愈合后，固定物或還需要再做手術取出，增加病人痛苦。

感想

深秋的江西（其實已立冬）遍地楓葉，稀疏的人口令這個城市稍顯冷清，少了香港的擁擠和喧鬧，卻讓人舒心。首尾兩天都在高鐵上度過，只有兩天能感受江西的美好。

第二天，我們來到了老年宿舍。甫一下車，便看到不少老人家看著我們一班年輕人，甚是好奇。其中兩位上前搭話，儘管她們重複講了好幾遍，可惜語言不通，我們一個字也沒聽懂。參觀宿舍後，便開始本團的主要任務了。



我的第一個病人，也是我印象最深的病人，是上前搭話的其中一位老人家。她十分健談，指著頭的一側以及雙膝內側，不停地跟我說自己的病情，可惜我只聽懂幾個字。大家都在忙，唯有靠病人的肢體動作、隻言片語去確定病位，憑自己的雙手去感受肌肉的張力。我把手搭在她的頸部，感受手下繃緊的肌肉，用手法幫她放鬆。而後在她的腰部尋找張力較大的一側作推拿手法，並在張力較大的腿部肌肉起止點施針，以放鬆肌肉。

在骨傷推拿方面，術者的手佔重要地位，除了治療時的手法要熟練，診斷時也要懂得用手去看、去聽、去感受。

翌日下午，我們去參觀廬山。撥開大霧，穿過雲海，眼前便是一片壯闊，儼然一幅靈動的水墨畫。身處廬山之中，果然不識其真面目。棧道曲折，每走一段路，看到的風景就會截然不同。

山上的景色令人心曠神怡，難怪許多古人隱居於山中。可惜時間不夠充裕，未能細細欣賞廬山各處。



此行雖短，但受益匪淺。

病案

劉女士 56歲 11月10日上午就診

主訴：右膝內側疼痛三月

現病史：三個月前跌仆時左膝跪地，但左膝無異常，右膝疼痛，活動時、上下樓梯、跑、跳時加劇。刻下右膝內側疼痛、壓痛，觸之溫度如常，無紅腫，膝關節屈伸時疼痛，關節無交鎖現象，半月板無異常活動。

影像檢查：CT 報告顯示右內側半月板撕裂

診斷：右內側半月板撕裂（後期）

辨證分析：患者三月前有右膝關節半屈位扭傷史，此為損傷之慢性期，關節無交鎖或異常活動，只是在活動、受壓時疼痛，顯示此為輕微受創，須疏通局部經絡氣血，促進其自我修復。

治法：疏通氣血，通絡止痛

處方：右側膝四針、陰陵泉、陽陵泉、血海、梁丘、曲泉

醫囑：每天拉伸腿部肌肉，適度屈伸膝關節。

在骨折的診斷明確後，可以進行復位，當骨折復位完成後需要利用外固定和內固定法，固定骨折部位以防止再次發生骨折和移位，當中有小夾板，石膏法和鋼板螺絲固定，這對於病者康復和骨折癒合再生是不可或缺的。

小夾板的優點:

- 採用小夾板固定可以減低風險，彌補了手術的缺點，並同樣能夠達到固定骨折的效果。手術復位風險，可能導致骨不癒合，骨壞死等等併發症發生。小夾板有利於骨折癒合，由於小夾板固定範圍小，患者可以活動骨折的上、下關節，增加骨折兩端的碰撞和互相擠壓，有利於骨的生長和癒合。由於患者保持活動，可以避免因肌肉萎縮及骨質疏鬆的產生。
- 小夾板的取材很方便，柳木板、竹板、杉樹皮等也可以某些可塑性強塑料板。由於取材方便，在急救的時候，不會因為難找到有效固定物而延誤治療，從而極大的方便了骨傷科醫生在治療患者的效率。小夾板在使用上面具有操作簡單的優點，例如上肢橈骨骨折等方面的固定治療，因此小夾板固定受到醫生的歡迎，並且得到了廣泛的應用。小夾板的取材便宜，比起切開手術復位的價格經濟。都有病人來說，醫療費用大大的降低，病人也因此樂於接受小夾板固定治療。
- 小夾板方便醫生檢查和調整，由於小夾板是運用繃帶固定骨折，故其具有很高的可調整性，醫生可以容易檢查遠端的血液循環。如果病人在固定期間出現了肢體血液循環的問題或骨折的對位對線不良，醫生都可以做出及時的調整，以防止出現更為嚴重的後果。
- 由於中醫復位手法用持續的牽引把骨折分開，糾正骨折的嵌插和移位，用手法吧骨頭復位，整個過程不可以停止牽引，否則骨頭會再移位。小夾板的固定方法比較好，再持續的牽引下，醫生可以方便地包扎和固定。如果用石膏會有不方便，牽引要遷就打石膏者，容易鬆手導致復位失敗。

小夾板固定的缺點:

- 小夾板固定的部位限制，對於肌肉豐厚部位的骨折，小夾板的固定力不足，往往會使用石膏固定。小夾板的固定依靠繃帶和肢體的雙重用力，對於股骨頸骨折，脊柱骨折等作用不大。
- 小夾板容易引起併發症，固定用的壓墊、分骨墊容易引起皮膚壓迫，導致因氣密性問題而出現的肢體的壓創等並發症的出現，導致壓瘡。使用不當還會引起骨筋膜綜合徵，導致神經，導致骨筋膜室壓力增高，使肢體血液循環障礙，肌肉和神經組織因缺血而出現壞死，形成缺血性肌攣縮 (Volkmann's Syndrome)。另外會有 5P 的問題 (Pain, Paraesthesia, Pallor, Paralysis, Pulselessness)。最後，病人容易因為活動導致小夾板移位，而失去固定效果使骨折移位。小夾板依靠繃帶固定肢體，存在不穩定性，只要肢體的運動也有機會導致繃帶變鬆弛，使復位的骨折再次的移位。

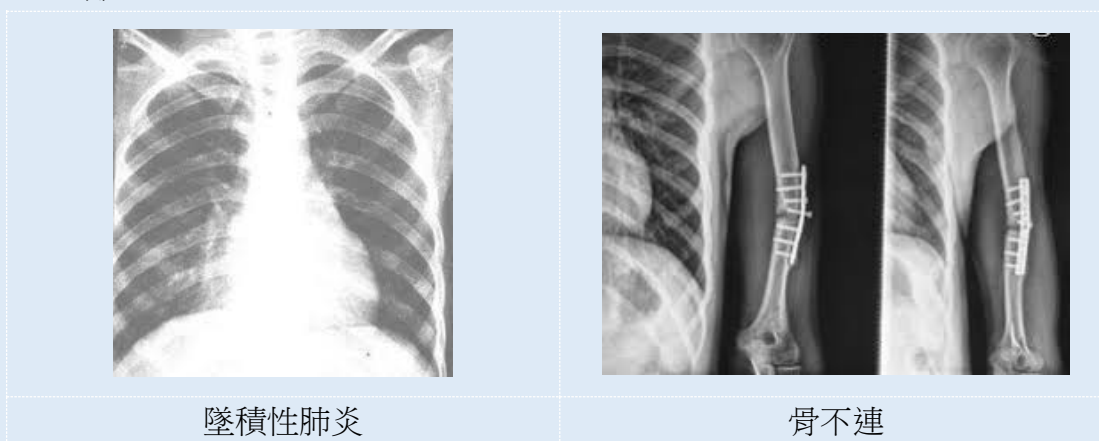


內固定的優點:

- 內固定術可以利用切開復位術及切骨術，達到骨折的解剖復位。同時有堅強的支撐作用，因為在骨內有金屬內固定物，可以防止骨折端的剪式或旋轉性活動，術後可以少用或不用外固定。
- 此外減少引起的併發症，堅強的內固定有利於病人傷肢的功能鍛煉，減少長期的臥床併發症（如墜積性肺炎、靜脈血栓、膀胱結石等）。最後內固定器械也有加壓作用，使斷端靠的更緊，骨折斷端癒合時間和速度加快。

內固定的缺點:

- 金屬內固定物會阻礙傷口和骨折癒合，可能發生感染，阻礙傷口和骨折癒合。同時，安置內固定，會剝離軟組織和骨膜，會影響血運，延遲骨折的癒合。例如固定不穩也會破壞股骨頭的血供，導致壞死。
- 內固定會引發骨不連，斷端骨片被釘子固定，兩者不能靠攏，會使骨折線明顯增寬，在骨折線之間形成纖維組織，發生骨不連。同時血管不能跨過增寬的骨折線，導致血液供應困難。



Link: <https://15223906.wixsite.com/mysite/blank>

在中國版圖上，江西與香港看似比鄰，但親身抵達當地後，發現兩地相差還是挺遠的。第一個印象是天氣，甫離開火車，就迎來香港相當罕見的秋風，清風送爽；偶爾夾有沁涼雨絲，卻沒有香港的悶濕。《素問·異法方宜論》曾對各方水土進行描述，其中提到：「南方者，天地所長養，陽之所盛處也，其地下，水土弱，霧露之所聚也。」我是這樣理解的，從中原開始計算，愈南方的地方出現這種現象愈明顯。因此以香港作為中國較南方的城市，最能彰顯其地下陽衰、地上陽盛之象。

那麼，在廣東以北的江西省有甚麼不同呢？我們於 11 月 8 日出發，為農曆十月初一。十月在十二消息卦中為坤卦，代表陽氣將於這個月完全未入於地下。這並不等於十月是一年中最高冷最凍的日子，基於內經「陽生陰長，陽殺陰藏」，天地相應，不過地上的氣處於被動，其氣機運動會較天上的氣來得慢，一般農曆十一月中才是一年中最高冷最凍的日子。11 月 8 日亦是立冬前後，陽氣一直往地下潛藏，未來數個節氣中，天氣會愈發寒冷。而陽氣的潛藏將止於冬至，屆時一陽初生，一年天氣周而復始。中醫學可貴的地方，在於對事物具有多角度的觀察。除了時間上對地區天氣的影響，更包括地理上東西南北的影響。同一個時間，天地間的陰陽運動應為一致，但位處較北方的江西陽氣較香港潛藏，故地上溫度來得更冷；加上江西位處內陸，濕度亦遠較香港低。這個時候的江西較香港清爽涼快，不難從藉地理上陰陽差異可理解。

在結合大氣中陰陽的變化運動後，再來便是其對人體的影響。我們對氣候的一般認識，只局限於西方科學家發現的溫度、濕度、季風等。不同季節的流行病學，就只能按這些指標去研究。如天氣凍了、風大了，就易於患風寒；夾濕則易見寒濕。這些想法固然具指導價值，但並不能推測病勢發展，更無助預防下季的疾病發生。中醫學對氣候的認識更深，「冬不養陽，春必病溫」，這可以理解成大氣中的陰陽變化。如若冬天陽氣該潛藏不潛藏，反而回暖、打雷，出現這些泄陽氣的現象，陽氣下沉不夠，來年春天散發的陽氣定然不純不溫，屆時人就易犯溫病。陰陽運動才是中醫學理應對氣候的認識，遠不止數值上的高低。

中醫學講究天地人三者具密切聯繫，天地都談過了，那麼在人體上有甚麼價值呢？冬天陽氣往體內潛藏，裏陽外陰，如果素體陽氣不夠，或者經絡瘀阻，陽氣不能溫通四末，四肢必然更見逆冷，而加上外間天氣寒冷，痺症更易誘發，且痛勢劇烈。而碰巧當地老人都是以痺症為主，可能是有關的。但是如果冬天陽氣潛藏於裏，為何心血管疾病發作更頻繁？是因為陽氣潛藏到肝腎，而較少從下焦升至心肺嗎？這點更待認識。

病案：

占某某，男，77 歲左膝痛三年，不難屈伸

病史：三年前中風，左手僵硬不能動。

左腿四頭肌，脛前肌無力，臀大肌及大腿後側緊張。

下肢浮腫，皮膚紫暗甲錯。

診斷：中風後遺症、硬癱，痺症，瘀濕互結

治療：湧泉、陽陵泉、三陰交、地機、委中、承山、橫跳

手三里、外關

強手法刺激神經及肌肉，使肌肉收縮跳動，屈伸膝部。

病人年邁中風，氣血偏衰。加上中風後沒有持續鍛煉，氣血鬱滯，關節不利氣血行走，故困於膝間。久則化瘀，夾痰濕而膠著，不利屈伸。經筋氣血失養故局部無力萎縮；臀肌及大腿代償發力而緊張。氣血不暢則下肢浮腫無力，瘀阻故膚色紫暗甲錯。治療針對局部穴位疏通局部氣滯瘀血，加上脾經穴位利濕，陽陵泉利筋骨，配以湧泉醒腦開竅。治療約 20 分鐘，成功令病人主動屈膝，並鬆解後側肌肉。



江西行剪影



15224430 姚依汶

於十一月九日下午，我接觸了五十四歲的王先生，其主訴為左肩痛三十年。他左肩的疼痛牽連手腕，入夜加重，無麻木感。左手不自主地顫抖，手指微腫，姆指外展活動範圍受限。雙手膚溫冰冷，左側尤甚。觀察步態，骯髌關節僵直，股四頭肌瘦弱，右腳膝頭外翻。有外傷史，小時候曾經從一樓摔下樓梯。納可，眠差，二便正常。脈細弱，尺脈尤甚。舌淡胖，有齒痕，苔白潤。診斷為因經絡氣血不通則痛而致痺證，施行針灸治療。肩部於肩井穴、肩髃穴、肩胛崗上下側施溫針，手部於外關穴施溫針，足部於三陰交穴施針。艾灸湧泉穴。治療後痛楚略微舒緩。

我接觸的另一位患者是七十七歲的占先生，其主訴為左膝痛三年。他左膝關節活動範圍受限，左腿無法伸直。左腿回頭肌及小腿前肌無力；臀大肌及大腿後側腓繩肌過緊。雙側下肢腫脹，皮膚紫暗甲錯。三年前曾中風。診斷為中風後遺症，左半身硬癱，施行針灸治療。足部針刺左側湧泉穴、陽陵泉穴、三陰交穴、地機穴、委中穴、承山穴、橫跳穴，同時囑其活動下肢關節；以刺激肌肉神經，使肌肉跳動收縮。手部針刺手三里穴、外關穴，溫針。治療後症狀稍微舒緩。

我本來對江西服務團並沒有抱太大期望，反而因此得到意外的收穫。我認為此行最大意義在於見識江西的醫療行業的運作，並對比其與香港的文化差異。中國內地民眾對中醫治療有信心及認可；相對來說，香港民眾傾向相信西醫治療，中醫醫療行為未必全部得到政府批准以及病人信任，限制了中醫治療的手段和療效。內地中醫發展蓬勃，資源較多，亦有醫院為病人提供更全面的照顧；反之香港中醫依賴病人主動覆診以及提供四診資料，限制了醫者觀察病者的全面性。另一方面，內地普羅大眾並不富裕，亦缺乏衛生教育，難以預防早治疾病，患者亦未必能夠負擔醫療開支；香港有較完善的醫療保障系統以及健康教育，患者能夠更早察覺身體問題並尋求醫生意見，亦有較多資源治病，造成兩地流行病種差異。

另外我非常感激及珍惜這次服務活動，使我得以累積臨床經驗，建立自信。

(一) 病案

患者：王 XX，男，54 歲

主訴：左肩痛 30 年餘

現病史：左側肩痛牽引至手腕，晚上加劇，無麻痺感。手冰冷，左手甚。

既往史：小時候從一樓摔下，骨折診斷未明，自始左肩至手臂疼痛不利，活動受限。左手震顫、指頭微腫，拇指不能外展。手臂外展約 120 度。左腰痛有針刺感，脊柱向右側彎目測大於 30 度。怕冷。

四診：

舌淡胖有齒痕苔白潤，脈細弱，尺尤甚。

二頭肌及肩胛崗上、下沿周圍有壓痛及黏滯，左側身肌肉較放鬆。

步姿：左腳膝外翻，兩腳膝關節僵直，股四頭肌萎縮。

西醫診斷：左肩神經受損

中醫診斷：寒痺

治則：鬆解局部黏連，通經散寒

辨證思路：

病人有輕度的肢體障礙，懷疑他或伴有其他基礎疾病或先天殘障，惟語言不通難以進行詳細問診。左邊肩有明顯壓痛和深層肌肉黏連，懷疑他摔倒後癒合不良或經誤治，因此有局部神經損傷。惟因語言不通，無法得知當時有否經過治療。初步以肩三針鬆解肌肉黏連。考慮到脾腎虛寒加劇了經氣不通(所謂經氣來自脾胃生化精微之氣)、寒凝絡中的表現，故治療上加以溫針和艾灸的配合以溫經散寒。

治療：

局部針刺——(肩三針) 肩髃(溫針) 肩髃、肩前、肩胛崗下沿沿崗斜刺、肩胛崗上沿沿崗斜刺

手——外關

輔助——三陰交(溫針)、湧泉(艾灸)



(二) 個人感想

江西之行，實屬意料之外。這兒離香港太遠，由氣候面貌到病人類型都和香港差異很大。「無保戶」的病人未能一一盡醫、多變的廬山仙貌也只匆匆一瞥，但走馬看花之際仍叫我們大開眼界。我們常戲言稱此為秋季旅行，但四處走動把學習體會寄情於山水，何樂不為。

第一天義診位在遠離九江的養老院裏，那兒的院友不少都有中風史或行動不便。短短一個下午，我見識了解疤痕、石氏醒腦開竅法，甚至是在香港非常難看到的小針刀。在一整個學期中，我明白到同一套針具，有那麼多不同的流派和手法，先不論能否學得懂，眼界是一定比三年級時只接觸到書上的針刺法的廣闊多了。如果沒有這一系列的學習和服務機會，也許我就得待到實習甚至執業時才有機會見識了。

當日接觸過的病人裏，比較嚴重的是一個中風後左腳完全失去屈伸能力、以致膝關節完全變僵疼痛的病人。那是我們第一次看到、第一次合力治療真正的中風病人。他左腳掌嚴重甲錯，皮膚黯黑，大概江西寒濕濃重的氣候和房間內的缺少暖氣，都讓他的腳寒癢更厲害，針刺艾灸了一下，腳掌顯著地回了氣血，但那間房窗戶正向東，太陽下得特別快，一下太陽寒氣又聚來，比別的房间都要冷得快，我們差不多要走時，他的腳又因為夜晚而冰冷起來。我們的治療和那陽光差不多，都是一曝十寒，短得來不及維持療效。我們走後，還會不會再有人堅持要幫他活動關節，他自己又會不會知道，能動一下就少一分痛呢。如果他們僅僅能住在有暖氣的地方，或能觸及持續治療的地方，也許就甚麼都不一樣了。我們那幾位在香港的服務對象老人就住在一個溫暖多的地方了。



江西既有名山也有大江，這次讓人開了眼界的除了學習上的得著，還有聞名天下的廬山。我們又搭纜車又乘旅遊大半天，尚且只能管中一窺，見了廬山萬變中之一；古人又是花了多少時間獨自攀上山頭，才能題出「到得原來無別事，廬山煙雨浙江潮」一句。在低年級時我曾聽師兄姐分享過「看山是山，看山不是山，看山還是山」。今次真的身在此山中了，才感悟習醫之路，又豈不是身處群峰中、嘗試看清廬山真貌的過程呢，常言道學海無涯，依我看若把習醫看作登廬山，走萬里路固然艱難，但同時也是妙不可言之事了。

病案分析



赵某某，男，73岁

主诉：右臀疼痛，伴放射至右膝半年

现病史：右臀疼痛半年，从大腿前外侧放射至右膝，行走时加重，休息时缓解（间歇性跛行）。早晨起身时、用力时、胸部压迫时自觉呼吸困难、气短。夜尿3-4次，色淡黄，纳可，大便日一行，质正常。舌淡红，苔白厚腻。脉弦数、细滑。血压148/95，心率100。

检查：直腿抬高试验阴性，右腿外展内收时有疼痛

腰、臀部无明显压痛点

脊柱无明显变形

腿部肌力、髌骨活动正常

诊断：臀上皮神经损伤

治法：通经活络，行气止痛

治疗：针灸治疗，因病人俯卧时呼吸困难，选用侧卧位，考虑到其呼吸道情况，不予艾灸治疗

取穴：双侧肾俞、气海俞（1.5寸，共4针），右臀沿臀大肌方向直入4针，在阔筋膜张肌与髂胫束的交界处斜入2针（3寸，共六针）

医嘱：建议做右心功能检查、肺功能检查。监控血压，控制盐摄入，每天适量轻度运动及功能锻炼。



后续

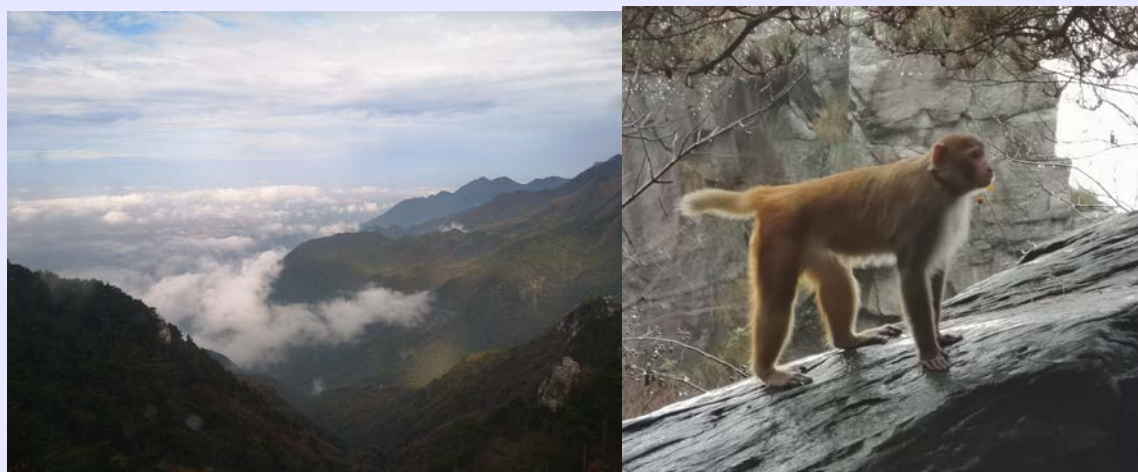
病人经治疗后感觉行走疼痛减轻，右腿外展内收时不再疼痛。

感受

學會了臀上皮神經受損與坐骨神經痛之鑑別：直腿抬高試驗陰性，疼痛為彌散性，放射沿大腿前沿外側，且疼痛不超過膝蓋。故治療時沿臀上皮神經基本走向，從發出點 L2、L3 神經根開始針；順臀大肌走向四針意在近部取穴，緩解疼痛，且盡量使其中兩針接近臀上皮神經一支分支的位置，通經活絡；在髂脛束與闊筋膜張肌交界斜入針，意在緩解其外展痛及髂脛膜放射痛情況。但實際做治療時，因對解剖結構不夠熟悉，下針時沒有自信，治療效果沒有預期的那麼理想。另外第一次真正有了自己從問診到檢查到診斷到治療的全過程，是個十分珍貴的體驗。但同時也深刻地感覺到了自己的不足和很多需要改進的地方，希望自己以後可以做得更好。

這次活動時見到了不同的兩個地方的病人，兩邊環境衛生和管理都很好，只有設施上的差別，但其實大部分縣城裡的老人可能沒有條件住“幸福里”那樣的高檔社區，老人的身體狀況也會比我們想的更加困難一些，他們很多人不會那麼的注重身體檢查和護理，甚至意識不到自己的身體可能有哪些方面的問題需要及時處理。我們以後在病房或診所裡不能這樣看到他們的生活環境，但也應該幫病人多注意這些他們可能會忽視的、重要的身體注意事項和問題。

本次活動給同班同學之間提供了很好的交流機會，大學的班級概念比起中學時要薄弱很多，彼此之間除了在學校裡沒有太多交流機會，本次出行讓我們多了很多了解的機會，看到了大家的另一面，覺得是一件很有意義的事情（被說了“在我映像裡你們不是這個性格啊”），也很難得有大家一起爬山遊玩的機會，看到了很棒的風景。



討論中醫（小夾板）與西醫（鋼板螺絲）治療骨折的比較，各有什麼優劣？

對於骨折的治療，中國傳統的中醫骨傷學採用的小夾板治療，與西方醫學進入我國以後出現的手術治療（鋼板螺絲），即便兩者的治療目的相同，都是復位、接骨、使患者恢復功能，不似內科，中西醫差異那麼大，在骨折治療的治法上小夾板與西醫手術也有共通之處，因此二者的比較更有意義，可以相互借鑒、融合，也給患者提供更好的治療選擇。

中醫骨傷學治療骨折，醫生先進行牽引、復位手法，再用小夾板進行固定，通過夾板上的壓墊（蘑菇頭）以矯正殘餘的骨折移位，達到骨折端復位、制動以及解除痙攣的作用，重新恢復肢體內部動力的平衡。

西醫用手術的方法治療骨折，先進行骨折復位后，根據鋼板的大小剝離局部骨膜，用骨折固定器套入骨折後方，將鋼板安置在骨面上，並將骨折端加壓靠攏，並鑽孔加入螺絲釘固定。

相比于西醫的治療方法，傳統中醫延續了三千年使用的小夾板，有著以下優點，一是不用手術開刀，不會留下手術疤痕。許多人對於手術是比較恐懼和抗拒的，因而來尋求中醫治療，接住高樓墜落女孩的“最美媽媽”吳菊萍，手臂被砸成多段骨折，當時就因為不希望手臂上留下疤痕，而選擇在中醫院進行手法復位和小夾板固定，治愈后手臂功能恢復達到95%。小夾板治療給了排斥手術的患者另一個選擇，減輕了身心上的痛苦。小夾板治療的第二個優點是便於患者早期的功能鍛煉，小夾板固定範圍相對較小，一般不包括骨折的上下關節，固定后也不會妨礙到肌肉的縱向收縮運動，而肌肉的收縮會令到骨折端相互擠壓，有利於骨折的愈合。不像手術用鋼板螺絲固定后，容易發生關節僵硬、肌肉萎縮、骨質疏鬆、骨折愈合緩慢等術後併發症。優點三是小夾板固定骨折對環境和設施要求較低，避免醫療資源的過度使用。並且可以在偏遠、醫療條件落後地區，以及戰爭、地震等天災人禍時運用。中醫骨傷治療骨折還有一個優點就是，價錢低廉。畢竟手術費用對很多人來說是很高昂的。但費用低廉或許也成為了限制中醫小夾板的一個方面，手術能為醫生和醫院帶來更高的收入，使得使用小夾板的醫生越來越少。小夾板另一個問題是它有一定的局限性，小夾板對肌肉豐厚部位的骨折，或是該患者太過強壯或肥胖，固定力度會不夠，使得復位過的骨折處移位。並且，小夾板用到的壓墊，容易引起壓瘡，甚至是骨筋膜綜合征，尤其是患處有嚴重血腫，或是血液循環有問題的患者。因此，小夾板固定后的患者，應抬高患肢，醫護人員要密切觀察患肢血運，一旦有劇痛、腫脹、瘀血、麻木、水泡等情況出現，及時處理。以上是以小夾板為主體，對比手術治療骨折的優劣處。下面來說下手術方法其他一些特點。

鋼板螺釘內固定的優點是比較牢靠，可以很直觀、清晰的看到骨折處並進行直接固定，在臨床上有著廣泛的運用。而缺點則是創口大，軟組織分離與骨膜剝離廣泛，骨折端的血運受損較重，愈合較緩慢，活動受限，骨骼和肌肉容易依賴鋼板，而造成肌肉萎縮、骨折處生長緩慢。若要取出鋼板螺絲，還需要進行二次手術。

以上就是中醫小夾板與西醫鋼板螺絲治療骨折的比較。兩者各有專長，可以為受傷情況不同、需求不同的患者提供不同的選擇。二者也可以進行一些融合，比如中醫治療的患者，也應拍x光片檢查骨折和復位情況，也可在緊急的情況下使用消炎藥等西藥。而去西醫院治療的患者，也並不是都需要動手術，可以給患者提供保守治療的選擇，並且提高患者的功能鍛煉。

赵某某 男 73 岁

主诉：右臀部行走时疼痛半年，伴偶发放射至右膝

现病史：半年前开始出现右臀部行走时疼痛，有时站立时也会疼痛，间歇性跛行连续行走不可超过三十分鐘，坐下休息及弯腰时疼痛缓解。疼痛有时从右臀沿大腿前外侧放射至右膝前部，有时右膝先开始痛，再沿大腿前外侧放射至右臀部。夜晚不会痛。

晨起自觉呼吸困难，趴下，运动幅度大则气喘。睡觉时不需特别多加枕头。

纳可，夜尿每晚三至四次，淡黄色，大便一日一行，质地正常。

舌淡红苔白厚腻，脉弦数、细滑，未触及压痛点

既往史：高血压

检查：血压 148/95 心率 100

直腿抬高试验阴性。

诊断：右臀上皮神经受损

治法治则：通经活络，行气止痛

针灸治疗，取左侧卧位

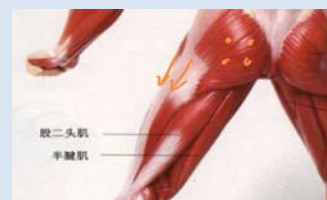
针灸取穴：肾俞（双侧，1.5 寸针），气海俞（双侧，1.5 寸），右臀大肌臀上皮神经位沿肌肉走向四针（3 寸），阔筋膜张肌，髂胫束（3 寸）（针对病人的痛处，疼痛放射部位针灸，缓解肌肉紧张）（图中黄色）

20 分钟

（考虑气喘可能为呼吸系统问题，不做艾灸治疗）

医嘱：每天适量轻度运动，建议做心电图检查右心功能。

饮食清淡少盐。

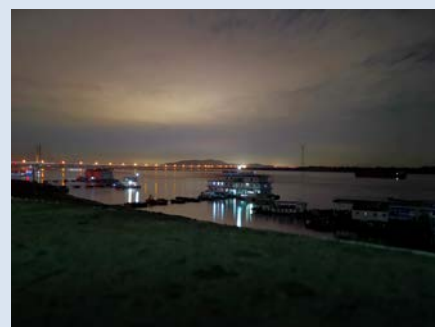


体会：我觉得自己在问诊还有检查方面有很多欠缺，问的时候总还不知道还应该问些什么，后面总结病案的时候就会发现自己有些用于鉴别诊断的点可能没有问到，因为脑海里面对于不同病的鉴别印象不清晰，问的时候就会抓不住重点，之后的学习可以着重对于同一部位的不同病进行细致的鉴别，比如坐骨神经痛和臀上皮神经痛痛的不同症状，例如痛的部位是不同的。还要和腰椎管狭等腰部的疾病进行鉴别，因为臀上皮神经主要从腰一二三发出。

解剖不清楚，针灸正骨等手法治疗之前不能凭空想象出来解剖的构造，下针的时候就没有把握，又怕扎到重要组织，又怕扎的位置不对没有效果，而且有时候对骨的定位也不够准确，扎到骨头时病人会很痛。

但今天有一个很大的收获就是我问诊的时候努力让自己围绕痛进行询问，避免被病人带歪，另外扎针的时候胆子也大了很多，对腰椎的定位感觉也变准确了，第三个病人对腰椎进行定位的时候，感觉自己有信心了不少。

这是我最喜欢的两张照片，看风景的时候心情会很放松。另外第二张是在我们几个共同的努力下照出来的，极具纪念意义，很有成就感。



15251144 陳小同

江西團經歷分享

病案分享

患者姓名：聶 xx **性別：**男 **年齡：**75 岁

主訴：左半身上下肢無力半年，伴雙膝無力半年。

現病史：半年前因中風致左半身上下肢無力。無口眼喎斜，無語言謇澀。雙膝無力半年，无疼痛。需借助助行器行走。眠差，納可，小便淋漓不盡，大便兩三日一行。舌質淡紅，苔白厚。左脈細數，右脈弦數細。小腿肌膚甲錯。膝外翻明顯，略有內八字。

專科檢查：血壓 156/91。左手肌力 2 級，左腳肌力 3 級，右腳肌力 5 級。左腿外展、抗阻屈膝力量不足。肌肉萎縮不明顯。

診斷：中風，後遺症期（半身不遂）

病機：氣虛血瘀，脈絡痹阻

治則治法：行氣活血，化瘀通

絡

針灸處方（含操作）：

採用仰臥位針刺法。開四關，

以調氣血，行經氣。左手三里。

雙側梁丘，血海，陰陵泉，內

外膝眼，平補平瀉。雙側足三

里，三陰交，崑崙，太溪，補

法。留針 20min。

出針後，左湧泉強刺激法，左

腓骨側地機位強刺激法刺激腓總

神經，左環跳（3 寸針）強刺激法刺

激坐骨神經。

擬方（含劑量）：補陽還五湯加減。黃芪 15g、當歸尾 6g、赤芍 5g、地龍 3g、川芎 3g、紅花 3g、桃仁 3g。

醫囑：飲食避免肥甘厚膩及刺激性食物，多食用益氣活血的食物。注意保持心情舒暢，避免情緒過激。加強偏癱肢體的被動活動。防止復中。

治療效果：治療後即刻膝外翻明顯改善，行路速度改善。

感想：一般內收肌群比外展肌群發達，恢復時內收肌群先恢復且功能恢復得較好，故而曰“治痿獨取陽明”（見效快且效果好）。檢查發現患者左腿外展肌群力量不足，臀大肌、臀中肌、



腳繩肌恢復緩慢，故而雙膝無力前行，難以站穩。使用針灸刺激腓總神經和坐骨神經，可以達到較好的療效。病程長者，可以考慮加用頭皮針。

廬山瀏覽心得

這是我時隔 15 年再次來到廬山。儘管無法到三疊泉故地重遊，不能再次感受“飛流直下三千尺”的壯麗景象，但此次的瀏覽依然讓我收穫良多。

此時正值立冬，小雨淅淅瀝瀝得下著，卻無礙我們欣賞廬山的美好景觀，甚至因此，山峦在云雾中时隐时现，從而平添了許多樂趣。雖未能欣賞到滿山枫叶紅如火的景象，但是在冬季小雨和云海的配合下，我反而覺得廬山冬季的肅清之氣頗有醒腦提神之功效。含鄱口的氣勢磅礴，如琴湖的小巧精緻，天橋的峻險秀美，都牢牢地吸引住我的目光。我感嘆於自然的鬼斧神工，更欣喜於與自然的對話。在這裡我感受到生命的輪迴、四季的變遷，以及天人合一的奇妙體驗。“人法地，地法天，天法道，道法自然。”即使科技再發達，在廣闊山河中的我們，也只是自然中渺小的一員。



我彷彿聽到天地中齒輪運轉的聲音，不由升起對自然的由衷敬畏感。“天道有常，不為堯存，不為桀亡。”我時常感慨如今有的人缺乏信仰，缺乏敬畏之心，從而破壞規則，危害他人，也將自己陷入一個危險的境地。

廬山的秀麗風光自然也吸引了眾多文人騷客，自然景觀和歷史人文在這裡相輔相成，宗教文化在這裡並存和發展，千篇丹青墨迹也廣為流傳至今。小雨淅淅，雖然道路曲折難以行走，但在終於登上險峰的時候，放眼望去，千岩競秀，萬壑回索，果真應了那句“無限風光在險峰”。

行萬里路，讀萬卷書。儘管一路上會有不少的挑戰，但只要勇於拼搏，膽大心細，我相信一定會有更多的收穫。願我們前行的路上，一路繁花似錦。

病案分析

服務日期：09/11/2018 患者姓名：李女士 患者性別：女 患者年齡：84

主訴：左膝疼痛一年

現病史：左膝疼痛一年。上下樓梯疼痛，上樓梯更痛。走路勉強 20 分鐘。無法下蹲。剛開始活動時疼痛加重，疼痛在活動後會改善。納可、眠差，夜尿 4-5 次，大便正常。

既往史：高血壓 20 年

望、聞、切診：脈弦細，舌暗紅、苔薄白，有舌底瘀絡

專科檢查：膝內壓痛、血海壓痛

膝內翻，膝蓋有畸形

髕後撞擊痛陽性，髕骨內移受限檢查陽性

診斷：左膝骨性關節炎

治則治法：益氣活血，舒經通絡止痛

處理方法：針灸加艾灸

選穴：左膝 內外膝眼、血海、梁丘

服務日期：10/11/2018 患者姓名：張先生 患者性別：男 患者年齡：53

主訴：腰痛 20 年

現病史：腰痛超過 20 年，一個姿勢不能超過 20 分鐘，晚上睡覺時疼痛加重，天氣變化時疼痛加重。腰椎彎曲範圍變小，頸椎僵硬不適。

既往史：無

望、聞、切診：脈弦細，舌胖大，舌淡、苔白，有齒痕。

專科檢查、影像學檢查：X-ray 骶髂關節融合，腰椎竹節樣變

ESR 過高，HLA-B27 陽性

診斷：強制性脊柱炎

治則治法：溫陽益氣，舒經通絡止痛

處理方法：中藥

方藥：柴胡 12g 黃芪 12g 法夏 15g 石柱參 15g 桂枝 12g 白芍 20g 木瓜 12g 路路通 15g 制附子 15g 白術 15g 川烏 6g 茯苓 12g 乾姜 15g 熟地 20g 北沙參 30g 海風藻 20g 威靈仙 15g 甘草 8g

醫囑：

1. 注意保暖不要感冒
2. 不可勞累
3. 保證營養，預防貧血

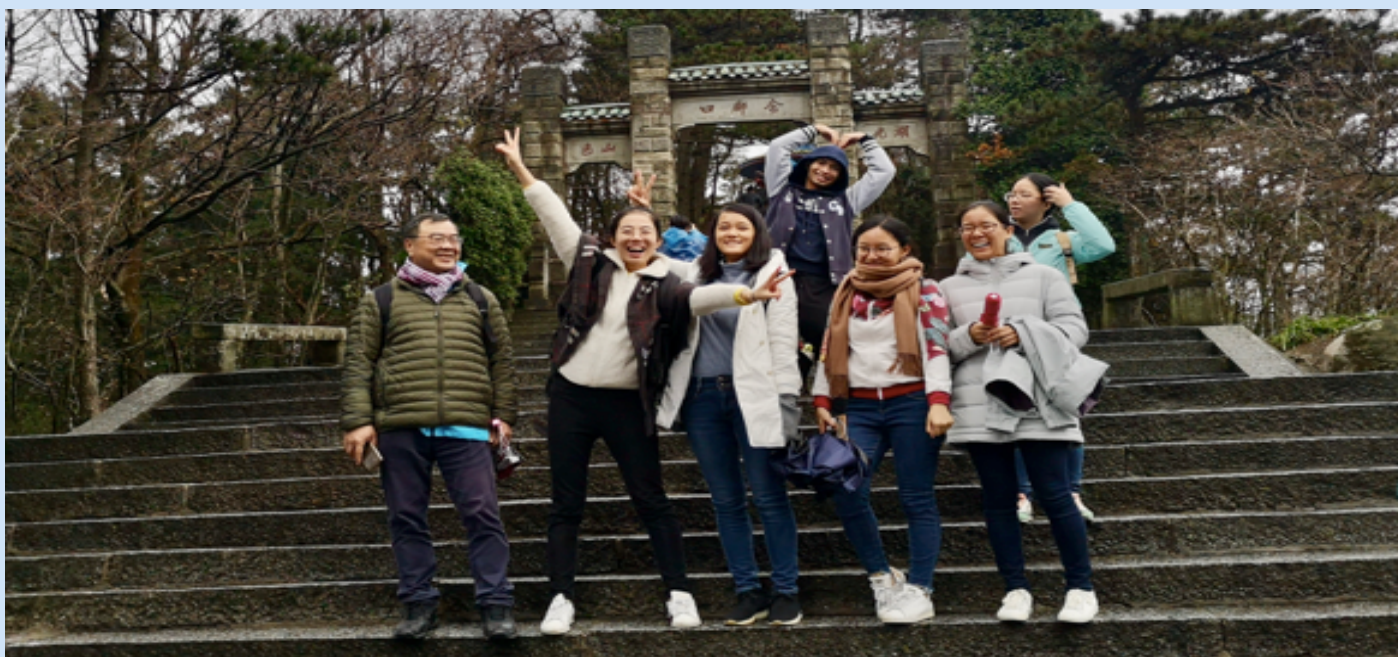


這是在養老中心服務時，一位老人的照片。這位老人與半年前中風致左半身不遂，而圖片上是老人左臀部褥瘡的疤痕，可以看出褥瘡已經基本痊癒。之前學到中風、骨折等疾病時多次提到要注意防止褥瘡，但這卻是第一次親眼看到，也真實感受到對於癱瘓在床的病人的確應該時常幫助病人翻身病保持床單衣物乾淨、乾燥，同時應該給予更多的關心與照顧。

其次是一點小欣喜。說實話雖然與班上本地同學已經相處3年多，但是彼此之間其實並不算了解，這次集體出行，真的讓我們有機會有更多的交流。最後一天晚上我們和幾個本地同學一起去吃火鍋，經過我們的熱烈推薦讓她們嘗試了很多像腦花、鴨血等平時她們不會吃的食物並得到了好評，感覺十分開心。有時候每個人都有自己的舒適區，不管對於我們內地生還是本地生都是這樣。所以趁著這次旅行有這個機會讓大家更好的了解彼此真的特別開心。其實我一直都比較遺憾在香港上大學不像在初高中上學時有那麼強烈的班級歸屬感，希望今後可以和班上的其他同學更好的相處。



最後是對於這次服務學習的一點感悟。讀萬卷書，行萬里路。真正走出校園，才覺得天大地大，有巍峨山川，有人生百態，著眼於眼前的一時得失其實毫無意義。應該將自己的眼光放遠一點，把眼界打開一點，讓心胸寬廣一點。砥礪前行，不負年華，以此共勉。



鳴謝



Hung Hin Shiu Charitable Foundation

孔憲紹慈善基金



香港浸會大學



香港浸會大學中醫藥學院



香港浸會大學創新服務學習中心



香港浸會大學創意研究院



健絡通藥業有限公司

都昌縣福壽老年公寓

九江順民養老產業有限公司

廬山幸福里養老社區

(以上排名不分先後)



大愛無疆

飛雲覽衆

HAPPY
Service Learning in Orthopedics
LIFE

