



# 基層醫療常見的風濕疾病

► 惟豐診所 劉惟信 醫師

表面看來，疾病不分高層（醫學中心）或基層，如果有，可能源於急慢性病況與病人就醫的習慣不同。

基層的急性風濕病較多，慢性風濕在高層佔多數的一類是穩定而規則服藥的，一類則是病情較重治療困難的，而基層的慢性風濕病較多數屬於第三類，疾病本身不難治，但服藥不規則及對醫師較多的要求，較少的信賴，則是基層醫師需面臨的挑戰。

依個人曾在高層（榮總），中層（區域教學醫院），低層（小醫院），基層（診所）看診的感覺來說，較常見的風濕疾病如下：

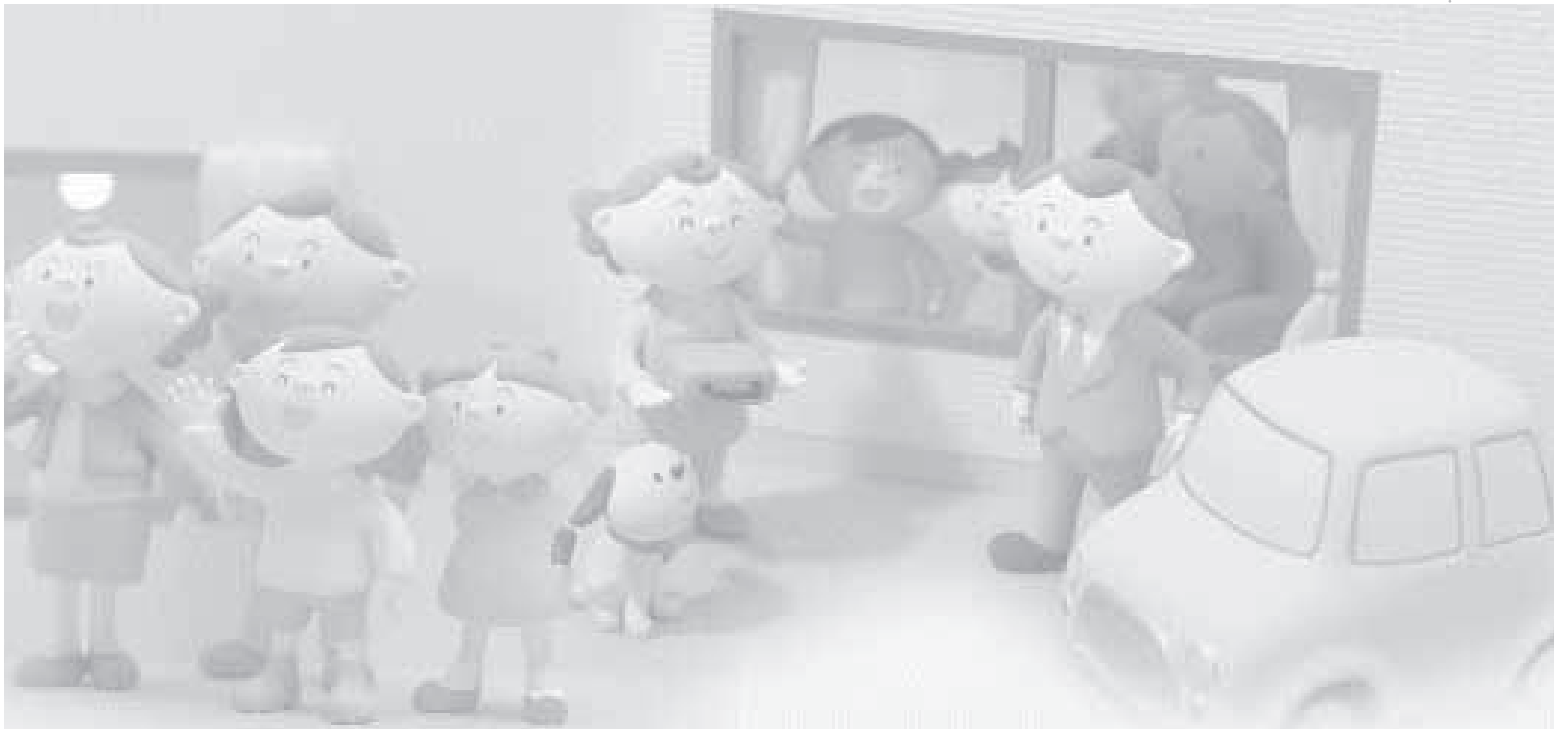
## （一）肌筋膜炎候群（Myofascial pain syndrome）

與在高層不同的是，去高層風濕科看診的病人往往已經去過許多其他科別，證明沒有其他的病造成酸痛，醫師們可以較放心的只針對風濕的領域做鑑別診斷，而在基層，要更小心區別與其他科別相關連或需要動手術的疾病避免誤診，例如更年期，糖尿病，甲狀腺亢進或低下，焦慮，大腸急躁症，庫欣氏症，神經壓迫，精神疾病，二尖瓣脫垂，局部腫瘤……有時病人也可能經過

拔罐，復健，牽引，靜電床，整脊等治療無效或更加疼痛而來找你，醫師除了需要更小心做鑑別診斷外，花在心層面的治療，也遠長於教學醫院，醫病關係可能需要更講究，才能利人利己，至於用藥方面，基層考慮的較偏向於速效及無服藥後的不適感，例如藥物的大小，顆粒的多少，服藥的次數，藥物的味道，服藥後是否胃脹，胃痛，腳腫，想睡，多尿，少尿，頻尿，噁心，便秘，腹瀉……總之，服藥當天就可能打電話來"陳情"，不像教學醫院一個月後見或永遠不再見，好處是耳根清淨，壞處是永遠不知道小小一粒藥，也可以產生那麼多的問題。教學醫院可能碰到相似症狀的纖維肌痛症候群（fibromyalgia syndrome）及慢性疲勞症候群（chronic fatigue syndrome）在基層並不多見，後者也許在基層也有診斷上的困難吧！

## （二）退化性關節炎

上了年紀的人或多或少都有關節退化的問題，但是會如同教學醫院般定期拿藥的病人卻不多，會來基層的病人大多不喜歡長期服藥，除非疼痛不止。儘管消炎藥確實不能根除退化性關節炎，但醫師們也從有些病人身上學到定期少量質



優的消炎止痛藥真的大大的改善了病患生活的品質而且不傷身體，比起中醫，秘方，針灸有好沒有壞，但坊間以訛傳訛的聲音太大，病人對基層醫師苦口婆心的解說信任不足（比起高層），連西醫正統的局部肌腱注射或關節抽液檢查都有可能遇到阻力，也有超過比例的骨刺接受過度（開刀）的治療，也許對病患的教育，有賴高層多費心了！

### （三）骨質疏鬆症

本來不常見的病，自從引進超音波診斷骨質疏鬆以來，就越來越常見了，病患告訴我，有一個醫師去她們村里義診，免費超音波檢查骨質，檢查完告訴她的骨質疏鬆嚴重到快斷了，才會全身酸痛，要趕快自費購買補骨藥，都是昂貴的進口藥物，沒有醫生告訴她適度的運動及低價的鈣片也許已經足夠，想想也許是環境的必然，廉價的衛教，低價的藥物，怎麼比得上時髦的超音波加上滿是英文的藥物有效，至於超音波診斷骨質疏鬆的準確度，已經超過今天的題目了。

### （四）韌帶炎，肌腱炎，壓迫性神經炎

急性的疼痛總將病人帶往診所，他們知道大

醫院要等很久，又不會打針，打針技術好的基層，有時還會傳出名聲，在工商時代，步調緊張的今天，損失時間就是損失金錢，高層醫師如果不曾下基層，有時很難了解現今打針的"被需要性"，但我相信隨著時代的進步，病人會漸漸了解打針的風險，做出明智的決定！對於不同部位的腫痛，基層醫師也必須有一套不靠影像報告（X光，電腦斷層）而能做鑑別診斷的方法，基本上就是詳細的病史及良好的身體檢查，例如如何靠敲敲打打，搬搬弄弄區分頸部的頸椎骨折，頸神經壓迫，頸部血管壓迫，肌腱炎，如何分辨肩部常見肌腱發炎（包括AC joint OA，impingement，supraspinatus tendinitis，biceps tendinitis，subacromial bursitis，shoulder dislocation，rotator cuff tear，biceps tendon dislocation，biceps tendon rupture），而手肘常見的網球肘，高爾夫球肘，如何與急性滑液囊炎或細菌感染區分，手腕常見的有腕隧道症候群（carpal tunnel syndrome），狹窄性筋膜炎（Stenosing tenosynovitis），如何與急性痛風，假性痛風或陣發性風濕，類風濕做區分，手部常見的有扳機指，退化性關節炎，痛風，而與陣發性風濕或萊特氏有關的香腸指（sausage digit）雖



較少出現，但誤診機會較大，常常病人已服用數月至數年的降尿酸藥物了。膝關節常見為退化性關節炎，痛風及受傷，身體檢查可以幫你除去十字韌帶斷裂，半月軟骨裂傷，側韌帶受傷等有手術可能的疾病，足踝常被診斷的病是痛風，但如姆趾外翻紅腫，香腸趾，陣發性風濕，阿基里氏肌腱炎，足底筋膜炎都必須先加以排除。

#### （五）真假坐骨神經痛

真的坐骨神經痛 (sciatica) 多半指的是刺激到坐骨神經本身引起的麻痛，假的坐骨神經痛 (pseudo-radiculopathy) 只是症狀類似但與坐骨神經本身無關，真的大多屬於機械性下背痛 (mechanical low back pain)，行動以後的痛強於休息後的痛，而假的多是發炎性下背痛 (inflammatory low back pain)，休息後要動時的痛大於活動開後的痛，前者常見於診所如骨刺，椎管狹窄，椎間盤突出，腰椎滑脫症，後者診所常見為肌腱炎，滑液囊炎，脊椎關節炎，脊椎炎，下背腿痛的診斷較為困難，好的病史，精準的身體檢查，豐富的神經學，風濕學知識，才能做到摸象是象的診斷，有時只靠問診及X光等影像報告而忽略理學檢查，可能使醫師作出過度的治療或是引領到毫不相關的疾病而治錯了方向，

長短腳造成的不適，在診所也不少見，只是被忽略了！

#### （六）檢驗異常，身体微恙的病患

例如類風濕因子陽性，尿酸偏高，白血球稍低，抗核抗體弱陽性，肝功能異常，眼睛乾澀，口乾，常感冒，皮膚疹，嘴破，關節痛，落髮.....，等患者，也不少見，轉介往高層進一步檢查後有的証實確實有風濕方面的疾病。

#### （七）五花八門的慢性風濕病

如前所述，由於不喜長期服藥佔一定比例，診所可以見到大醫院的病患對照組，如堅不吃類固醇的類風濕及紅斑狼瘡，只打針不吃藥的痛風，吃兩日休四日的紅斑，誓死不脈衝的紅斑合併尿蛋白，或大量注射類固醇，吃黑藥丸的類風濕，當然也有許多按時吃藥的合作患者，有的沒事也有的需要一再婆婆媽媽叮嚀吃藥，也許我不是患者，無法真正體會他們逃避藥物的心酸，但我知道醫院和診所，是病患有難唯一能去的地方，它就是病患的避風港，也像是媽媽的雙手，不管兒女是對是錯，回應的永遠是無限的寬容與愛心。