

妥瑞氏症 (Tourette syndrome)

之中醫觀點與病例觀察分享



陳彥竹^{1、2}、傅元聰¹、蕭鈺臻¹

¹佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院中醫部

²花蓮慈濟大學學士後中醫學系

一、簡介

妥瑞氏症是一種會產生無法控制的重複性動作，或是不自主發出聲音的疾病。這些不自主動作(tics)大部分會出現在2~15歲階段的孩童，平均出現年齡為6歲。男生發生率是女生的3~4倍。目前沒有一種治療方式能真正治癒妥瑞氏症，不自主動作會在青少年時期漸減或較能控制。

不自主動作分為motor tics以及vocal tics。單純型motor tics包括眨眼、搖頭、聳肩、眼震、扭鼻子、動嘴等等；複雜型motor tics包括去觸碰或聞物體，模仿觀察到的動作，特殊步伐，比不雅手勢，彎腰扭動、跳動等等。單純型vocal tics包括咕噥、咳嗽、清喉嚨、吠叫等等；複雜型vocal tics包括重複講出的語句，學別人講話，罵髒話等等。

確切病因未明，有研究提出跟神經傳遞物質像是dopamine或serotonin有關，是一種混合先天遺傳及後天環境影響所導致的疾病。可能還會併發ADHD、強迫症、自閉症、學習障礙、睡眠障礙、憂鬱症、焦慮症、情緒控管問題等共伴疾病。

西醫現有的介入方式包括dopamine抑制劑、肉毒桿菌、ADHD用藥、中樞腎上腺素抑制劑、抗憂鬱藥、抗痙攣藥、行為治療、心理治療、深層腦刺激等可控制不自主動作或是減輕其他症狀^[1]。

二、中醫觀點

《內經·病機十九條》提出諸風掉眩皆屬於肝，熱盛動風，風勝則動。《幼科雜病心法》的驚風總括提到心藏神，心病故主驚也。肝屬木，肝病故主風也。若心熱肝盛而觸驚受風，則風火相搏，必作驚風之症。驚風八候包括搐、搦、掣、顛、反、引、竄、視。《景岳全書·小兒則》提出凡驚風之實邪，惟痰火為最而風火次之。本病歸屬肝風，屬中醫慢驚風、抽搐、筋惕肉瞤等範疇。

三、中醫病因病機

成都中醫藥大學附屬醫院的張鵬宇、宋佳興、閆靜在《小兒多發性抽動症中醫病因病機



探討》這篇文獻探討小兒多發性抽動症，也就是妥瑞氏症的病因病機。

「心肝有餘，情志刺激」小兒“心肝有餘”，生理為純陽之體，病理易從火化，火熱傷心生驚，傷肝動風。心藏神，肝藏魂，情志致病，小兒情緒易波動，且神氣怯弱，易受外界干擾。父母對孩子或過分嬌縱或隨意斥責打罵，或社會、學習及生活的壓力大，致使極易因情志刺激而誘發。肝為剛臟，體陰而用陽，喜條達而主疏泄，為風木之臟，主藏血，藏魂，主筋，主風，其聲為呼，其變動為握，開竅於目，故肝風妄動造成不由自主動作。

「肺常不足，感受外邪」肺為嬌臟，外合皮毛，小兒肺常不足，藩籬不固，肌表薄弱，腠理疏鬆，冷熱不知自調，自理能力極差，外界稍有改變，或外邪來勢兇猛，父母失於養護即傷，外感六淫引發內風是外因。若感觸風邪，由皮毛腠理趁虛而入，小兒為“純陽之體”的生理特點，入裡易化熱，熱傷氣陰，陰陽失衡導致抽動；熱通於心，心神受擾則口出穢語；外感風邪引動肝風，耗傷肝之陰血，陰不制陽，風陽鼓動則會抽搐。風性輕揚，易襲陽位，因此頭面部症狀多見。

「脾常不足，飲食失宜」小兒為生長發育迅速，營養需求旺盛，而生理上卻脾常不足，脾胃之體而未全，氣全而未壯，故易為飲食所傷。或因飲食飢飽不當、不潔，或因偏食、嗜食生冷、辛辣等飲食偏嗜，或因家長片面強調高營養，讓孩子恣食肥甘厚味，日久致腸胃積滯，脾失健運，土虛則木旺，肝主風，肝風內動則發病。脾虛，子病及母，則心神失養，風動火生，亦可致抽動或口出異聲。

「腎常虛，先天稟賦不足」小兒腎常不足，氣血未充，腎氣未固。腎藏精化氣，為先天之本。先天之精源於父母生殖之精，故對小兒先天稟賦影響甚大，為一種內因。母孕時，調攝失常，醉酒嗜飲，忿怒驚撲而影響胎元。若先天精氣不足，髓海空虛，臟氣虛弱，神弱形怯，容易感受外邪，再則陰水不足，水不涵木，肝陽偏亢則引動肝風，又腎陰虧虛，腎水無以濟心火，則心火失制，心神不安導致抽動、口出異聲穢語，且不受控制，情緒恍惚而影響學習及日常生活^[2]。

四、辨證論治

若為實症之肝風內動，有煩躁易怒，頭痛頭暈，面紅目赤，眩暈欲仆，脈弦有力等兼症，治以平肝瀉火、鎮肝熄風，如鎮肝熄風湯、柴胡龍骨牡蠣湯等。若同為實症之痰火擾神，有哭笑無常，甚或罵人、打人毀物，喉中痰鳴，不寐多夢，脈弦滑數有力等兼症，治以化痰清火，清心安神之黃連溫膽湯等。若為虛症之肝腎陰虛風動，有伴隨頭暈眼花，形體消瘦，神倦，耳鳴，五心煩熱，脈弦細數等兼症，則治以滋陰潛陽，柔肝熄風，如大定風珠、知柏地黃丸等。若為脾虛肝亢之虛症，伴隨納呆食少，易腹脹腸鳴，大便溏薄，舌苔白膩，脈濡緩等兼症，治以培土抑木，疏肝健脾之香砂六君子湯等^[3]。

黑龍江中醫藥大學的劉璐佳、張迪、戚瀟禹等在《針灸治療多發性抽動症選穴規律文獻

分析》統計出治療多發性抽動症，也就是妥瑞氏症使用頻次最多的穴位依次為百會、太衝、風池、合谷。百會連貫周身經穴，通達陰陽諸脈，督脈統帥諸陽，故而百會可調節機體陰陽平衡。太衝屬陰、主血，位於肝經，補法可柔養肝血，瀉法可疏肝理氣、平肝潛陽、息風安神。合谷屬陽，主氣，位於大腸經，補法可調氣，瀉法可清熱瀉火、開竅醒神。風池歸膽經，且主一切風疾，符合本病肝亢風動之病機。治療上常選擇百會、風池等與其他經穴配伍使用，增強局部用穴。太衝是肝經原穴，氣血流注之所，合谷為大腸經之原穴，因陽明經為多氣多血之經，二者一陰一陽，合而相配為“四關”，臨床上常同時使用調和氣血流注^[4]。

五、病例觀察分享

(一) 基本資料：

看診日期：111/07/20

姓名：施○承

性別：男

年齡：37歲

身高：175cm；體重：80kg；BMI：25.5

(二) 主述：全身肌肉不自主抽動已34年

(三) 現病史：這是一位37歲男性，3歲時被診斷出妥瑞氏症，至今已34年，發作時會全身肌肉不自主抽動、扭脖子、聳肩、手抖、走路僵硬小碎步；罵髒話，強迫行為出現像是戳旁人、強迫思想；會眨眼睛、吐口水。目前覺得有吃西藥INVEGA, AKIN、針灸控制症狀穩定。醒著時無時無刻症狀都可能發作，精神疲憊、壓力大、發怒、睡眠不足時症狀發生頻率會提高；放鬆、身體疲累、吃西藥控制、針灸後會減少發作頻率。伴隨症狀有太陽穴附近痛，脖子、肩膀、膏肓肌肉緊繃，以及社交障礙。

(四) 過去病史：1. 111/05/27 COVID 19確診，111/06/08快篩陰解隔。

2. 2021年診斷出腰薦神經叢疾患，曾復健，現穿護腰。

3. 2019年左眼視網膜剝離，雷射治療s/p。

4. C4/5、C5/6、C6/7 HIVD，目前無持續復健。

(五) 個人史：用藥史：Paliperidone(INVEGA), Biperiden(AKIN), Risperidone(RISPERDAL)

藥物/食物過敏：無

職業：夜班郵務處理人員，主要搬運包裹，工作時間16:00~1:00。

婚姻狀態：未婚

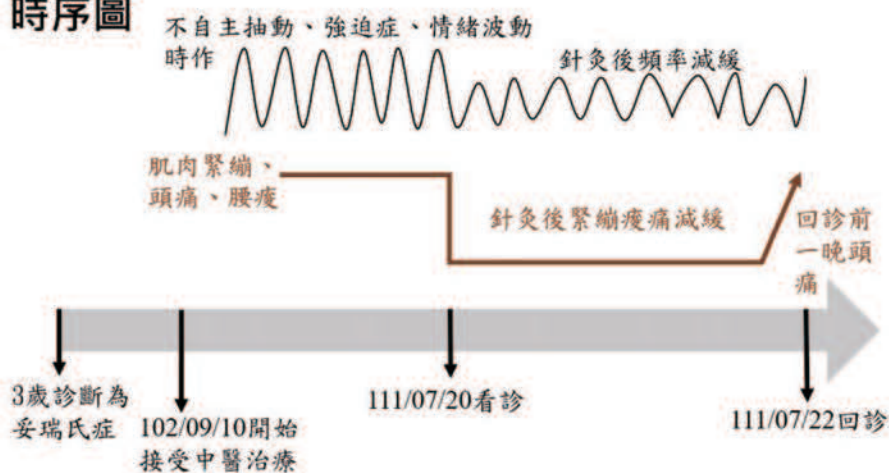
無抽菸、喝酒、吃檳榔

家族史：家人無診斷妥瑞氏症，表妹有精神疾病。

(六) 中醫四診：

1. 望：兩眼有神，精神不錯，體型中等。有時會聳肩、扭鼻子。痰多，透明或微黃，鼻涕清。
2. 舌：舌體中等，舌面潤津可，邊尖較紅，舌苔白微黃略有裂紋。
3. 聞：語音有力，有時會重複語句，以及發出無意義聲音。無特殊氣味。
4. 問：全身：精神不錯，怕熱
情志：平時易怒
睡眠：發作時易心悸睡不著，有時會做惡夢，驚醒後難入眠，起床精神不佳，中午會睡午覺。
頭項：太陽穴附近痛時常發作；脖子肌肉緊繃
鼻：天氣變化易過敏，流鼻水為主。
眼：左眼有乾眼症、飛蚊症、對焦差。
口唇：易口渴、咽喉乾，飲水量大，飲後解渴。有時會咳出黃或青色痰塊。
耳：曾短時間耳鳴發作。
胸部 / 脅肋：無異常
腹部：無脹氣、泛酸
飲食：胃口佳，食量大。吃蔬菜、水果、米食為主，不吃炸物、甜食、可樂、咖啡。
二便：一日1~2行，型態正常條狀偶有碎塊。頻尿，尿量適中，色清或微黃。
四肢：發作時會抽動
腰背：肩膀、膏肓緊繃；腰痠，搬重物加重
5. 切：脈診：左寸沉弱，關弦弱，尺細數；右寸浮弦，關滑數，尺細弱。
觸診：肢溫，脖子、肩膀肌肉緊繃。

時序圖



(七) 臟腑病機四要素：

1. 病因：內因：先天稟賦不足；情志不遂

外因：無

不內外因：在學期間同儕排擠；睡眠不足

2. 病勢：因為先天稟賦不足，腎精氣虧虛，元陰不足，而肝陰繼而不足導致水不涵木，肝陽偏亢，且肝主筋主風，陽亢風動，導致肢體抽動，長期抽動頻繁導致肌肉緊繃。在學期間因為生理缺陷遭受同儕異樣眼光及排擠，情志不遂，肝鬱氣滯，脾失健運，氣滯痰凝。肝陰虛且氣鬱久化火，肝風夾痰火竄經絡也會導致肢體、肌肉抽動。痰火上犯心竅，且腎水無以濟心火，心火失制，導致口出穢語，心神不安導致煩心、難入眠、多夢，長期睡眠不足，久之陰液生成不足導致肝腎陰虛而加重症狀。肝火循經上犯則導致太陽穴附近頭痛時作、口渴咽乾。

3. 病位：西醫：腦部(神經傳遞物質異常)

中醫：(主)腎、肝 (次)脾、心

經絡：足厥陰肝經：連目系，上出額

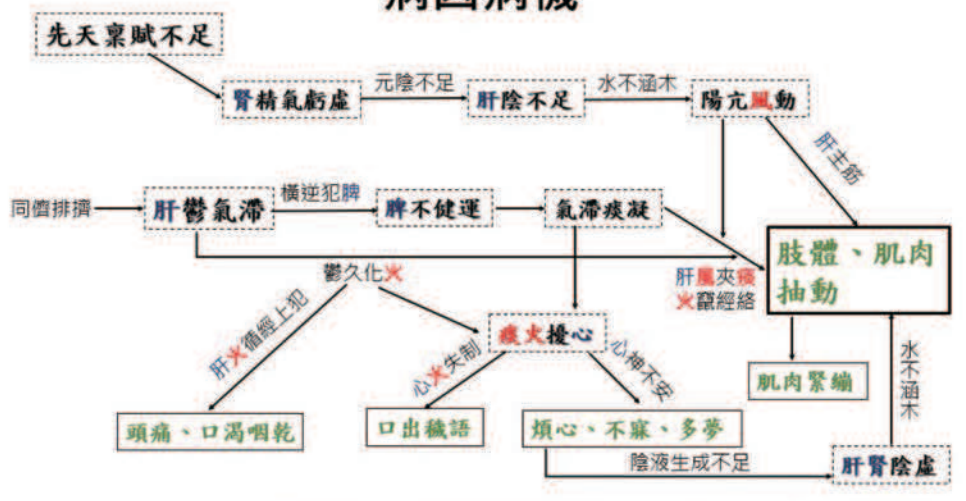
足少陽膽經：起于目銳眦，上抵頭角，下耳後，循頸，行手少陽之前，至肩上

足太陽膀胱經：還出別下項，循肩膊，挾脊，抵腰中

手太陽小腸經：出肩解，繞肩胛，交肩上

4. 病性：病患為臟腑失衡所導致疾病，且從三歲診斷至今病程已34年很長，也無惡寒發熱等表症，屬裡。病患有陽亢風動、痰火擾心導致肢體抽動、煩心不寐等實症為標，但實則肝腎陰虛為根本原因，總體來說為本虛標實。病患有頭脹痛、煩心的肝火上犯、心火失制等症狀，且怕熱、易怒、易口渴咽乾，舌邊間紅，舌苔黃，屬熱。

病因病機



(八) 診斷：西醫：妥瑞氏症

中醫病名：慢驚風

證型：標→肝風內動、脾虛痰凝、痰火擾心

本→肝腎陰虛、肝鬱氣滯

治則：滋陰潛陽、培土抑木、清心安神

(九) 針灸處方：頭部：百會、印堂→安神、止驚；(兩側)頭臨泣、太陽→治療顛側頭痛、目疾；(左側)顛膠→目疾、面肌痙攣

頸部：極易針法 - 火穴位(頭面疾病)→陽面翳風 / 天柱；陰面風池 / C4夾脊

背部：(右側)曲垣、膏肓；(左側)肩貞→局部治療緊繃痠痛

腰部：腎俞→治療腰痠

手部：(右側)合谷→面口、曲池→瀉熱、利關節；(左側)尺澤→瀉熱

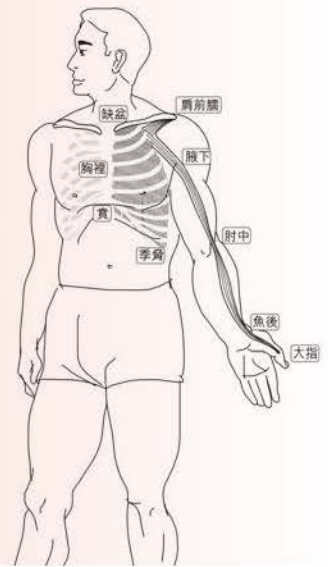
腳部：(右側)足三里→調理脾胃、陽陵泉→筋會；(左側)陰陵泉→運中焦化痰濕、太衝→平肝熄風

(十) 追蹤療效：111/07/22回診，針灸印堂、百會後心神較安定，也比較不會有不自主抽動及強迫行為出現。針灸曲垣、肩貞、膏肓後覺得肩膀、肌肉比較不緊繃。針完腰痛也較減緩、眼周肌肉放鬆眼睛較不乾，色差也縮小。但回診前一晚睡前頭痛整晚，針陽白加強顛側膽經區域之止痛。舌苔較不黃。

四、資料來源

1. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/tourette-syndrome/symptoms-causes/syc-20350465>
2. 張鵬宇、宋佳興、閔靜 (2019)·小兒多發性抽動症中醫病因病機探討·世界最新醫學資訊文摘·19(82)·275-277。
3. 姜毅、張偉 (2013)·探討兒童多發性抽動症的中醫證型及施治規律·中醫藥資訊·30(4)·11-12。
4. 劉璐佳、張迪、戚瀟禹、劉志偉、景偉超、曲婉瑩、王有鵬 (2019)·針灸治療多發性抽動症選穴規律文獻分析·江蘇中醫藥·51(7)·71-74。

中醫經筋 與 現代肌筋膜系統 之關連性探討



林冠良 一品堂中醫診所、沙鹿總院

一、經筋是痛點的連線

早期病灶點使用陰陽來命名，如《敦煌醫學卷子》記載“足太陽，在踝外後宛宛中是”。這裡的足太陽不是指循行路徑的經脈，而是局限於踝後的脈點。古人通過長期觀察發現疼痛從點到短線，再到長線條的分佈規律，所以早期的經筋就是疼痛點的連線，是兩點連成一線的延伸，故較少曲折、迴旋等複雜循行分佈，而只是平直的縱線。

「十二經筋」之名稱首見於《靈樞·經筋》篇，指的是十二經脈之氣聚結於筋肉、骨骼、關節之體系；《素問·痿論》曰“宗筋主束骨而利機關也”，說明了「經筋」通過對骨骼的約束，維持人體正常的體位姿勢和運動功能。1973年長沙馬王堆三號漢墓中出土的《足臂十一脈灸經》在經脈排序、循行方向、不入臟腑、互不銜接、主病等諸方面均與「十二經筋」相近，所以有學者認為《足臂十一脈灸經》就是經筋原著。

經筋是十二正經相應的筋肉部分，分佈在體表和四肢，形成保護人體的主要屏障。其分佈範圍與十二正經大體一致，如手足陽經經筋分佈於項背和四肢外側，手足陰經經筋則分佈於胸腹和四肢內側。而其循行走向均呈向心性分佈，起於四肢末端爪甲之間，結於骨骼、關節之上，終於軀幹、頭面部。

在此要注意的是「十二經筋」在循行的過程中，其實有部分進入胸腹腔，不完全只在外，如手三陰經筋均進入胸腔；足三陰經筋中，唯足太陰經筋“循腹裡，結於肋，散於胸中。”其雖入胸腹腔，但均不入臟腑，《黃帝內經》曰：“十二經筋內行胸腹廓中，不入五臟六腑。”所以十二筋經只按手足、陰陽命名，而不冠以臟腑名稱。更有趣的是，部分經筋的循行超出正經本經的範圍。如手太陰之筋“抵季脅”；手陽明之筋“直者上出於手太陽之前，上左角，絡頭，下右頤”等。也有個別經筋循行分佈不及本經的情形，如足厥陰肝“上循股陰，結於陰器”。也就是說，十二經筋補充和延伸了十二正經在體表分佈循行及功能上的不足。

現代西方主流的肌筋膜系統有許多，但提及與中醫經絡或經筋有關連性的較少，目前較為人知的包括筋膜學之父Thomas Myers發展出來的「解剖列車(Anatomy Trains, AT)」以及Luigi Stecco所創的義大利筋膜手法(Fascial manipulation, FM)。AT系統從解剖學和生物力學出發詮釋筋膜；而FM系統的生物力學模型則深入身體張力網點，且強調筋膜序列的鏈

狀治療法。以下針對這兩個系統與中醫的經絡和經筋做比較。

二、經絡(經筋)與解剖列車(Anatomy Trains)系統的討論

1. 解剖列車肌筋膜鏈與十二正經於循行路徑的相似性

Thomas W. Myers 在解剖列車中定義了人體的十二條肌筋膜鏈。不少學者將肌筋膜鏈與中醫的經絡系統進行比較，相關的研究發現，「解剖列車」有八條肌筋膜鏈在循行路線上與十二正經中的經脈相似(如表一所示)。在此要注意的是“相似不是相同”，許多細節上還是有差異的，比如一條螺旋線(涵蓋了膀胱經和胃經)的就無法用單一經絡做類比。

表一、肌筋膜鏈與十二正經於循行路徑的相似性

蓋淺前線	淺背線	側線	螺旋線
足陽明胃經	足太陽膀胱經	足少陽膽經	足太陽膀胱經/足陽明胃經
淺前手臂線	深前手臂線	淺背手臂線	深背手臂線
手厥陰心包經	手太陰肺經	手少陽三焦經	手太陽小腸經

2. 「經筋病」與肌筋膜鏈的功能受限之討論

《靈樞·經筋》云：“經筋之病，寒則反折筋急，熱則筋弛縱不收，陰痿不用。陽急則反折，陰急則挽不伸”。筋急的表現多為人體經筋等組織發生的拘急痙攣、疼痛及關節活動不利等症狀；而筋縱主要表現為肌筋鬆弛乏力不收；筋痿是由筋急和筋縱綜合導致的“筋膜乾則筋急而攣，發為筋痿”宗筋弛縱，發為筋痿”，以肌筋弛緩無力，肢體痞廢不用為主。簡而言之，「經筋病」的概念包括筋急、筋縱和筋痿。

于洋等人的研究指出，解剖列車中肌筋膜的功能包括「姿勢的維持」和「運動的展現」。以淺前線來說，主要是與淺背線保持平衡，提供張力性的支撐，使頭部往上提拉、維持重心前傾的骨骼，其運動功能包括軀幹和髖關節屈曲、膝關節的伸展及足背屈。而淺背線則幫助身體在完全直立伸展的狀態下支撐身體，避免身體蜷縮屈曲。側線則是調整身體的前後平衡和左右平衡，此外，還能對其他表層線之間的力量進行調節、固定軀幹和下肢，以防止上肢活動時身體的結構發生扭轉。側線的運動功能主要是提供軀幹側向和旋轉運動的可調性。「解剖列車」肌筋膜鏈的功能受限則包括無法維持姿勢以及肢體的運動失衡(如表二所示)，可與「經筋病」的筋急、筋縱和筋痿相互參照。

表二、經筋病與肌筋膜鏈的功能受限(根據于洋等人的研究整理)

經筋之病	筋急、筋縱和筋痿
淺前線功能受限	踝蹠屈受限、膝關節過伸、骨盆前傾及前移、前肋性呼吸受限、頭前傾
淺背線功能受限	踝背屈受限、膝關節過伸、脛旁肌短縮、骨盆前移、骶骨下垂、脊椎前凸、胸椎前屈時伸肌擴大、枕骨下方受限導致上段頸椎過伸
側線功能受限	踝關節旋前或旋後、踝背屈受限、膝內翻或外翻、大腿內收受限 / 慢性外展肌攣縮、腰椎側彎或腰椎受壓、胸腔在骨盆上側移、胸骨與骶骨間的短縮及因頭部固定而過度受累導致的肩關節受限


無論是經筋、肌筋膜鏈或筋膜其實都是互相連結的結締組織，目的是將有機體連接在一起，當身體某一區域受到損傷、牽拉或壓迫時，其他部位必將作出代償。當一塊肌肉因攣縮變短時，必將拉長肌筋膜鏈上其餘的部分，造成肌肉的不平衡，進而破壞姿勢的維持以及運動功能的展現。

3.經筋、解剖列車肌筋膜鏈與內臟關聯的探討

中醫的筋經系統早就提出經筋與臟腑之間存在著整體性和節段性的生理連結，有學者認為這是因為脊神經的分支穿行在經筋之間，可支配相應的經筋與臟腑。《靈樞·經筋》記載有五對經筋循行與脊神經有聯繫，手陽明之筋“挾脊”；足陽明之筋“上循齋，屬脊”；足太陰之“著於脊”；足太陽之筋“上挾脊”；足少陰之筋“循齋內挾齋”。一旦經筋張弛失度，局部組織結構失衡導致水腫而形成機械性的刺激或卡壓附近的血管，即可引發神經功能紊亂與相應器官與臟器發生功能性病變。

在「解剖列車」的系統中，大部分治療標的以其所經過體表關節及肌肉組織為主，僅有少部分提及與內臟有關，其中與內臟筋膜關聯性最高的為深前線，深前線的肌筋膜幾乎為緻密筋膜及慢速耐力型肌纖維，雖以筋膜為主體但其實包含了許多較深層的支持性肌群。深前線的肌筋膜軌道包含了許多與內臟相聯的部分，包括骨盆底肌筋膜、閉孔內肌筋膜、後側橫膈、橫膈腳、心包膜、縱膈、壁層肋膜、胸內筋膜以及斜角肌群等。因此經過骨盆時，深前線與髖關節緊密連結；在軀幹裡，從前側支撐腰椎，環繞形成腹腔與骨盆腔；在頸部，則平衡淺前線與淺背線的反向拉力；而呼吸時，深前線可在擴張與放鬆中穩定胸廓，以上足見深前線與內臟筋膜的連結並構成核心穩定中軸。

4.解剖列車提出中醫的經絡(經筋)沒有跨越中線的觀點探討



「解剖列車」書中提到了一個經絡與筋膜鏈的差異：“螺旋線跨越了身體前後的中線和對側的生物力學結構相連，但在傳統中醫的經絡表面上卻沒有交叉的跨越中線而是左右對稱的平行線”。這部分的描述，我認為是因為解剖列車作者並無深入了解中醫十二正經與十二經筋的細節。

《素問·繆刺》云“邪客於經，左盛則右病，右盛則左病，亦有移易者，左痛未已而右脈先病，如此者，必巨刺之，必中其經，非絡脈也”。五臟六腑之氣表裡相通，十二經脈與任督二脈皆有交叉。如手、足三陽經均交叉於督脈的大椎，足三陰經左右交會在任脈的中極、關元，所以脈氣能左右交貫。當邪氣客於經脈時，可出現左盛右病，右盛左病，或痛於左而右脈先病。治療時取邪盛之經，或取其正虛之側，或病在左經，用右側穴治之；病在右經，用左側穴治之。有學者提出神經刺激可經過某些後根纖維進入脊髓，通過中間神經元跨過中線軸突，對對側部位的運動和感覺功能進行調整，產生雙側針刺效應。

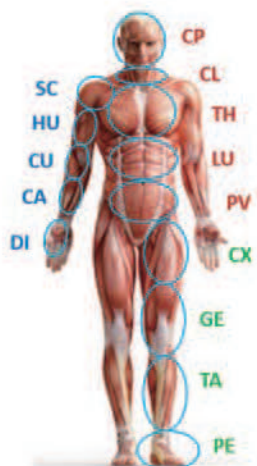
過去的研究也分析了十二筋經的走向，《靈樞·經筋》曰：“足少陽之筋……從左之右，右目不開，上過右角，並蹠脈而行，左絡於右，故傷左角，右足不用，命曰維筋相交。”足少陽經筋並蹠脈而行，在腦內交匯後出眼系交於目內眥。因此，足少陽經筋在頭部的一部分循行與神經系統椎體交叉相似，臨床上對於神經系統所引起下肢疾病的治療具有意義。《靈樞·經筋》曰：“手陽明之筋……上出手太陽之前，上左角，絡頭，下右頷。”手陽明經筋在頭部交叉到對側，對於神經系統所引起上肢疾病十分重要。另一方面，經筋在循行的過程中有「結、聚」的特點，如足三陽之筋結於面顴部；足三陰之筋結於陰器；手三陽之筋結於頭部；手三陰之筋結於胸膈部，各經筋之間通過結聚，共同調節人體的運動。此外還有「交、合」聯繫，如手太陰之筋“合賁下”；手少陽之筋“合手太陽”以及手少陰之筋“交太陰”，十二經筋之間通過交合從而加強經筋間的聯繫。以上都說明十二正經或筋經都具有交叉分佈的特點，而非「解剖列車」中所說“針灸經絡沒有跨身體的中線”

三、經絡(或經筋)與義大利筋膜手法(Fascial manipulation, FM)系統的討論

1. FM理論的基本架構

相較於「解剖列車」系統，「義大利筋膜手法」系統的肌筋膜序列更貼近傳統中醫經絡循行。FM將身體分為14個節段(如圖一所示)，每個節段由六個肌筋膜單元(Myofascial unit, MFU)組成，代表著三個平面上的六個運動方向，如AN-向前；RE-向後；LA外展；ME-內收；IR：內旋；RE：外旋(圖二)。

圖一、FM節段圖



FM將身體分為14個節段
 1. CP頭/CL頸部/TH胸/LU腰/PV骨盆
 2. SC肩胛骨/HU肱骨/CU肘/CA手腕/DI/手指
 3. CX頸/GE膝/踝/PE足

圖二、肌筋膜單元圖



肌筋膜單元(MFU)可以想像成蛋糕(如右圖)·每一角蛋糕代表運動方向; AN-前向; RE-後向; LA-外展; ME-內收; IR-內旋; RE-外旋

圖片修改自《筋膜手法實用指南》

每個MFU上有不同運動方向的協調中心(center of coordination, CC)·其中有百分之八十以上的協調中心與中醫的傳統穴位相近。以肩胛骨(Scapula, SC)的肌筋膜單元來說:向前動作的CC對應到肺經的中府穴(胸小肌的位置)·向後動作的CC點對應到小腸經的肩中俞(菱形肌位置)·其餘參考表三所示。

動作	CC點	穴位(英文)	穴位(中文)	對應肌肉
向前	AN-SC	Lu1	中府	胸小肌
向後	RE-SC	Si15	肩中俞	菱形肌
內收	ME-SC	Sp21	大包	前鉅肌
外展	LA-SC	Li17	天鼎	肩胛舌骨肌
內旋	IR-SC	St11	氣舍	鎖骨下肌
外旋	ER-SC	Te15	天膠	前鉅肌下方

2. FM系統筋膜序列與中醫經絡(經筋)的關係

CC點的連線形成了FM系統的肌筋膜序列·這些連線為空間方位以及運動方向·而非解剖列車的實質解剖肌筋膜連續。前向(屈曲)運動序列對應到中醫經絡的足陽明胃經和手太陰肺經;後向(伸展)運動序列對應到手足太陽的小腸經和膀胱經·其餘對應參照表四所示。此外·若將陽經與陰經作橫向連接·成對的陰經及陽經會形成斜向線·例如小腸經(陽)及心經(陰)的關聯對應於上肢後向及內收運動的協同作用形成尺側偏移(如表五所示)。而若將胃經

筋經向對側延伸可連接到對側肺經筋經，這使得上肢前向運動可與對側下肢前向運動來同步。FM系統利用筋膜序列運動方向的協同動作間接說明中醫在治療的時候上病下治以及左病右治的機理。

表四、經絡的串聯對應於各平面的序列

主要經脈的循行路徑	在單向序列的連續性
足太陽膀胱經、手太陽小腸經	後向序列(矢狀面)
足少陽膽經、手少陽三焦經	外旋序列(水平面)
足陽明胃經、手陽明大腸經、足太陽膀胱經	外展序列(冠狀面)
足陽明胃經、手太陰肺經	前向序列(矢狀面)
足厥陰肝經、手厥陰心包經	內旋序列(水平面)
足少陰腎經、手少陰心經、任督二脈	內收序列(冠狀面)

表五、平行的經脈所對應的相關肌筋膜斜向線

陰陽經之間的能量溝通	斜向線或兩條序列的協同
小腸經-心經	上肢後向-內收=尺側偏移
膀胱經-腎經	下肢後向-內收=小腿後向運動
肺經-大腸經	上肢前向-外展=橈側偏移

五、結論

近20年來，筋膜治療的研究已成了疼痛修復的顯學，筋膜網路是人體內最大的感覺器官，連續的筋膜網路構成了人體功能的整體性，且可幫助人體的穩定、張力等及姿勢的代償。現代醫學嘗試從解剖和功能闡釋、理解中醫的經筋系統，從筋膜出發構築了經筋與肌筋膜鏈的關聯性。治療上，「經筋病」通過“切、按、循”來找出筋結點，解剖列車有筋膜鏈的激痛點或是筋膜間的張力失衡點，FM系統則有張力緻密點，這些均屬於中醫學經絡學說的「阿是穴」，可使用針灸、針刀、乾針或是手法的揉捏按壓、推拿按摩做治療。

整體而言，「經筋」比肌筋膜鏈或筋膜序列的範圍更加廣泛，功能更加全面，包括經筋可以從表到裡對應到臟腑性疾病。當我們可以根據患者的病情和實際情況把經筋、肌筋膜鏈和筋膜序列理論的特點結合，便可以使診斷更明確，達到更好的治療效果。

參考文獻：

1. 卜婉萍、林棟、莊婉玉、黃曉真、張志燦，肌筋膜鏈理論與經絡系統中陽經的相關性研究

- 新中醫 · 2016 ; 48(11):196-198
2. 羅文軒、蔡秉洋、李佳玥、何彥澄、杜琳、高夢蕉、陳宗俊、史銀春、肖永華 · 經筋學說與肌筋膜鏈理論相關性初探 · 中醫雜誌 · 2020 ; 61(14):1220-1224
 3. Thomas W. Myers. (2019) 解剖列車 第三版 台灣愛思唯爾有限公司
 4. 薛立功 (2009) 中國經筋學 中醫古籍出版社
 5. 圖利亞·羅馬拉 · 米卡·皮爾曼 (2019) 筋膜手法實用指南 北京科學技術出版社
 6. Luigi Stecco; Antonio Sstcco (2018) 筋膜操作治療術：針對肌肉骨骼疼痛處置 合記出版社
 7. 于洋、董寶強、李春日、高玉 · 足三陽經筋與肌筋膜鏈比較研究 · 遼寧中醫藥大學學報.. 2017 ; 19(3):137-175