



12-1-1994

Microtumor-Studies on Clinical Manifestations of Myofascial Pain Syndrome

Yuan-Hong Yei

Chorng-Sonq Chou

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Yei, Yuan-Hong and Chou, Chorng-Sonq (1994) "Microtumor-Studies on Clinical Manifestations of Myofascial Pain Syndrome," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 22: Iss. 1, Article 25.

DOI: <https://doi.org/10.6315/JRMA.199406.0006>

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol22/iss1/25>

This Case Report is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

微小腫瘤—肌筋膜疼痛臨床表現之研究—五病例報告

葉元宏 周崇頌*

肌筋膜疼痛症候群是門診常見的診斷之一，臨床醫師常專注於疼痛的治療，而忽略其潛在病因的探討。本篇報告是由台中榮總復健科自73年4月至80年12月收集的五位以肌筋膜疼痛症候群為臨床表現的微小腫瘤病例，其臨床症狀由1個月到17年。本文將針對其理學檢查(包括主動、被動及抗阻性主動活動範圍)，疼痛型態、精密儀器檢查、手術結果及預後加以分析討論。

對於肌筋膜疼痛的診斷與治療，應特別注意是否有其他的問題。本篇報告提出微小腫瘤的存在。臨床上建議對於病人基本病史，疼痛的型態及其維持時間，應多注意，再經由X光、電腦斷層及磁共振影掃描等精密儀器加以證實，使診斷上不會有差錯。

關鍵詞：肌筋膜疼痛症候群，微小腫瘤，引發點，傳達區

前言

肌筋膜疼痛症候群(myofascial pain syndrome, MPS)是門診常見的診斷之一，臨床醫師在作肌筋膜疼痛症候群的診斷時，往往忽視了可能的潛在病因；臨床上若肌筋膜疼痛症候群長期治療無效，或疼痛雖暫時紓解，但卻反覆發作時，就應該考慮是否有潛在病因存在。本篇報告探討五位微小腫瘤病例，其臨床上肌筋膜疼痛表現，經詳細檢查後，終於發現其潛在病因—微小腫瘤。除病例一為頸部第二頸椎轉移癌死亡外，其他四位病患經手術切除微小腫瘤後，疼痛症狀消失，預後良好。

病例報告

病例一：

52歲男性，於80年1月27日因頸部活動限制及疼痛至急診室求診，診斷為「急性肌筋膜疼痛」，施以類固醇局部注射，但病況未見好轉。病患於80年2月8日至復健科求診，經詳細理學檢查，在枕骨下部有引發點(trigger point, TP)及傳導性頭痛。頸椎第一、二節間的活動範圍為：被動活動範圍是空虛端感(empty end feeling)，主動活動因疼痛而受限。頸椎X

光檢查疑似樞椎齒突(odontoid process of axis)骨折(圖一、二)，核醫檢查在第二頸椎有吸收增加(圖三)，磁共振影檢查證實為第二頸椎的轉移性癌(圖四、五)。

病例二：

26歲男性，是一位長跑選手，自72年開始感覺右膝內側疼痛，曾至各科門診求治無效。於78年8月至復健科求診，理學檢查發現右側股四頭肌萎縮，體內側支持帶(patellar medial retinaculum)有引發點，右膝活動範圍正常，只是在慢跑時會有一點點酸痛。磁共振影檢查顯示在右膝內側股骨髁上處有一腫塊病灶(圖六)。病人後來接受手術切除，其病理報告為軟骨瘤(chondroma)。

病例三：

31歲男性，左腳外踝疼痛17年，曾到處求診，被診斷為肌腱炎或肌肉拉傷，施以類固醇局部注射，但施打時疼痛異常且未見症狀緩解。68年在中部某教學醫院診斷為腰椎間板突出症，接受腰椎第四、五節及腰椎第五節、薦椎第一節椎板切除術，但症狀依然存在。80年12月在本科詳細理學檢查，其右側股四頭肌及右下肢肌肉萎縮，左踝關節活動範圍正常，主動活

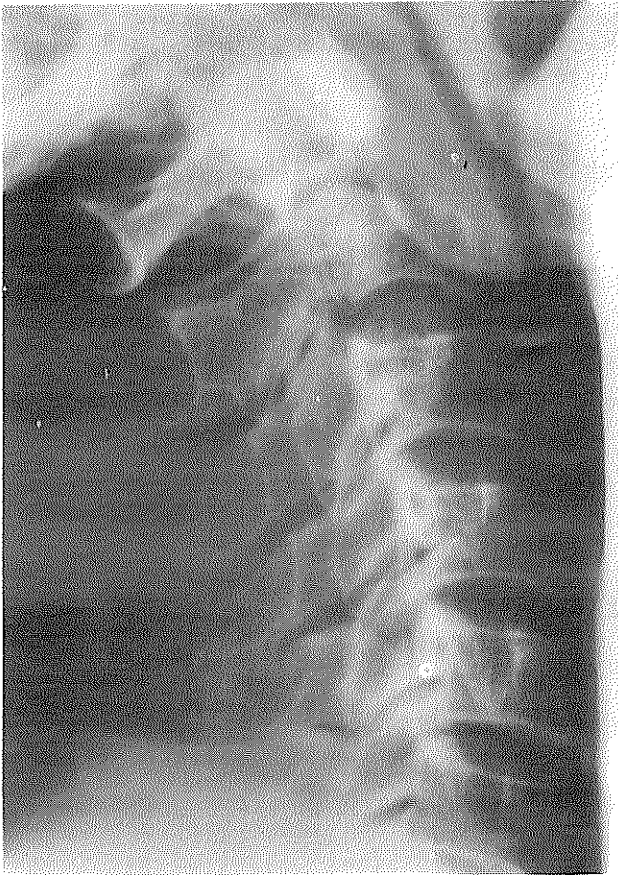
投稿日期：83年2月1日 覆審日期：83年4月1日 接受日期：83年5月30日

南投中興醫院 復健科

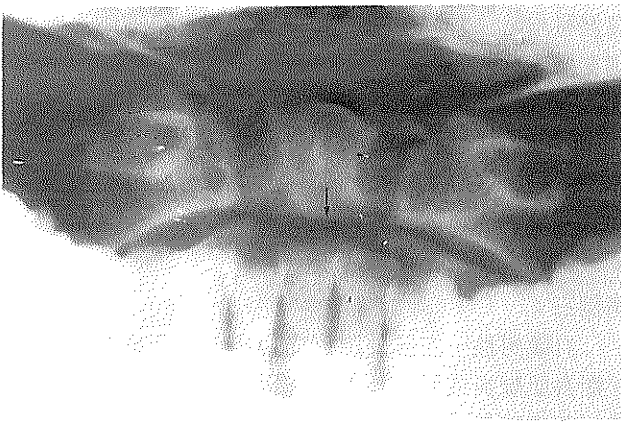
台中榮民總醫院 復健科*

抽印本索取地址：葉元宏，南投中興醫院復健科，台中市美村路二段286巷8號9樓

電話：04-3592525轉3525

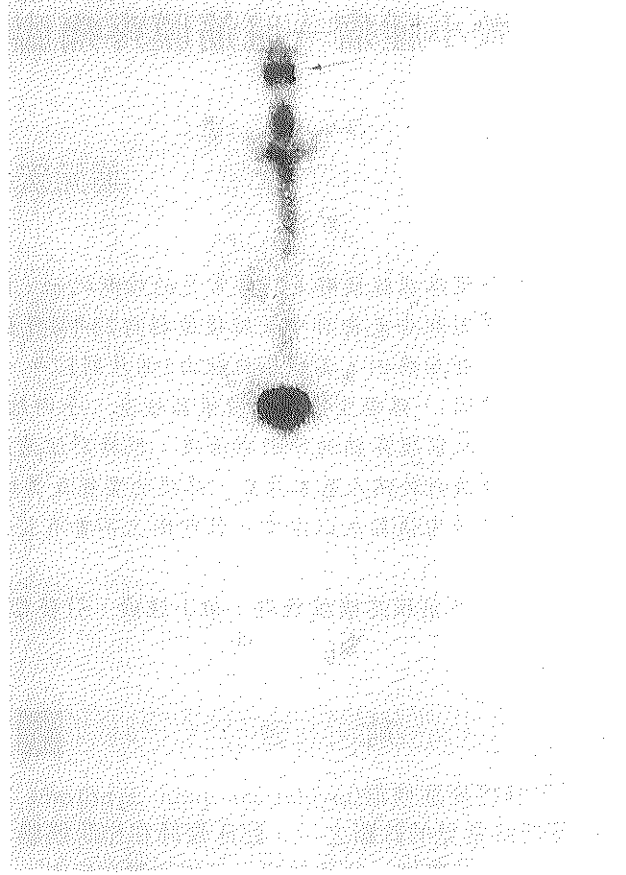


圖一、頸部X光(側面像)。

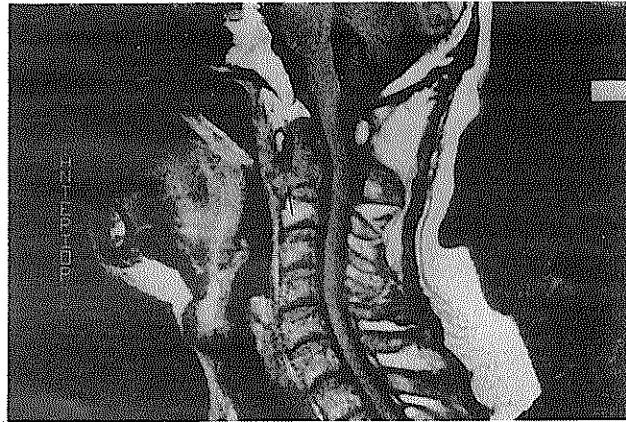


圖二、頸部X光(開口像)，樞椎齒突骨折(箭頭指示處)。

動時有一點點酸痛，在左腳跟腱外側有一引發點，電腦斷層顯示有一病灶(圖七)，磁振造影顯示在右側後脛一腓韌帶(posterior tibio-fibular ligament)間有一微小腫瘤約0.5公分(圖八)，接受手術切除後，病患長達17年的疼痛症狀解除，病理報告為脈絡球腫瘤(glomus tumor)。



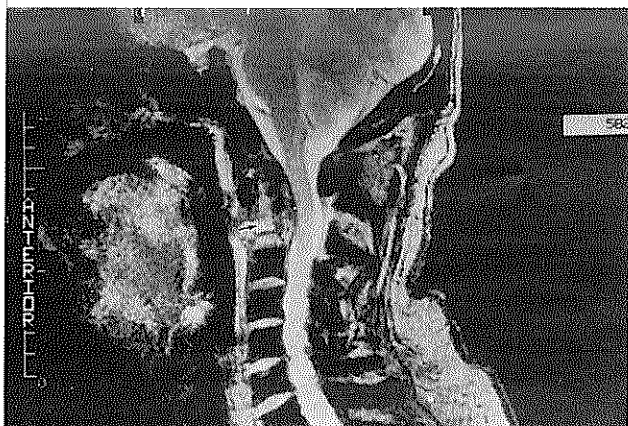
圖三、核醫掃描顯示第二頸椎吸收增加。



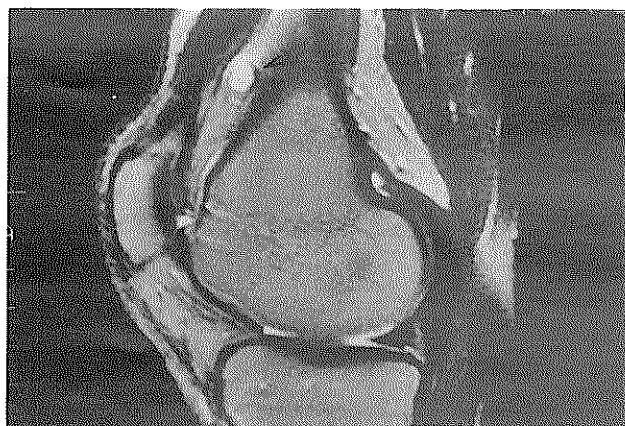
圖四、磁振造影T₁W₁，第二項椎顯示低強度訊號(箭頭指示處)。

病例四：

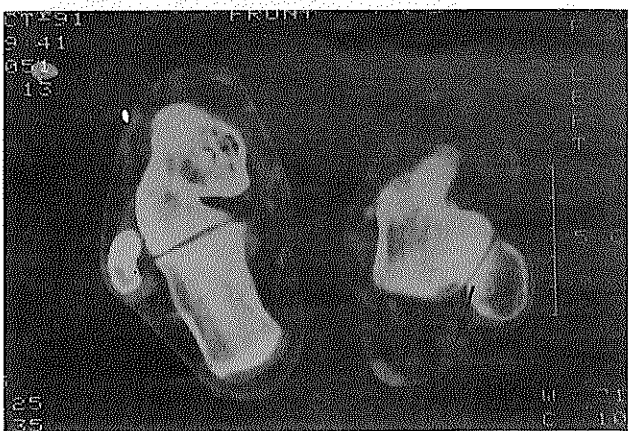
15歲女性，右大腿前側疼痛一年多，於79年4月至本科求診。理學檢查：右側鼠蹊部及大腿有引發點，右側髖關節的被動活動因疼痛而受限，主動活動時有一點點酸痛，右側大腿肌肉些許萎縮，且有跛行現象。X光檢查顯示右側股骨頸(femoral neck)有溶骨



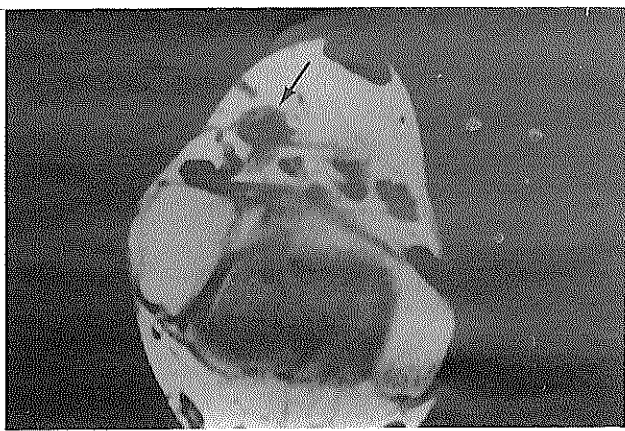
圖五、磁振造影 T_2W_2 ，第二頸椎顯示高強度訊號(箭頭指示處)。



圖六、磁振造影 T_2W_2 ，一約0.8公分小結節腫塊在股骨髌上前內側處，顯示高強度訊號。



圖七、電腦斷層掃描顯示有一病灶在左腳外踝後側(箭頭指示處)。



圖八、磁振造影 T_1W_1 ，一約0.5公分小結節在後脛一腓韌帶後面，顯示低強度訊號。

性病灶(圖九)，疑似骨樣骨瘤(osteoid osteoma)，磁振造影証實右側股骨頸腫瘤(圖十)，經手術切除後，疼痛消失，病理報告為骨樣骨瘤。

病例五：

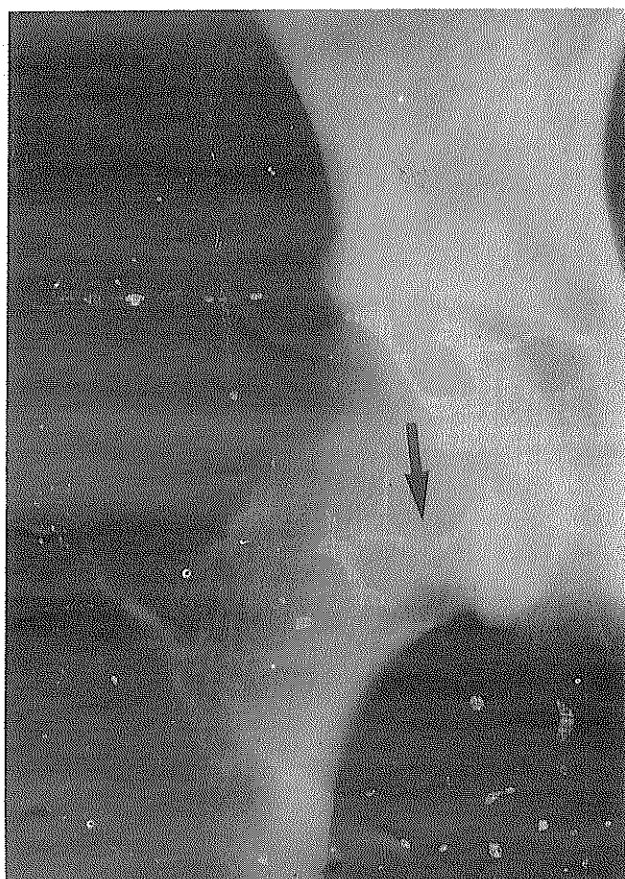
24歲女性，因右膝窩疼痛二個月，於80年6月至本科求診。理學檢查：在右膝窩有引發點，右膝關節被動活動範圍有一伸展及屈曲限制，主動活動時有一點點疼痛，右膝部X光檢查正常，磁振造影証實在右膝窩有一微小腫瘤(圖十一)，經手術切除後，疼痛消失。病理報告為「慢性發炎，纖維化併有鈣化」。

由上述五個病例可見，其臨床症狀表現為肌筋膜疼痛，都有引發點，疼痛時間由1個月到長達17年，腫瘤大小都小於2公分的微小腫瘤，除病例一死亡外，其餘病例疼痛完全消除。綜合上述，列表如下：

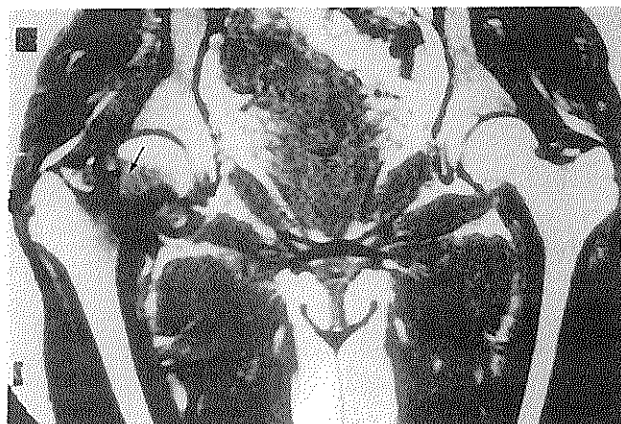
討 論

吾人某部位之「酸痛」，可能是一般醫師之門診中常見的主訴之一；肌筋膜疼痛為吾人酸痛之一重要原因，雖無生命之虞，卻易致使吾人長期之痛苦。長期以來，有人視肌筋膜疼痛症候群為一明確疾病的本質(a specific disease entity)，有人視之為一“廢紙簍名詞”(a wastebasket term) [1]，會造成這種混淆的原因，乃因MPS病人缺乏明顯的器質性異常[2-6]。

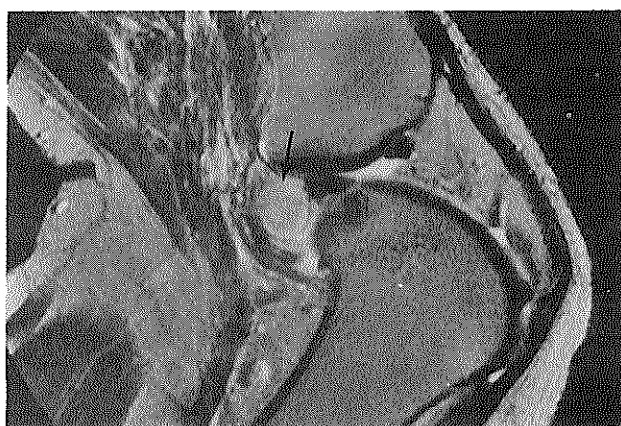
MPS之特徵是於一條或一條以上之肌肉中，存有高敏感點，所謂「引發點」(trigger point, TP) [7,8]，並伴有肌肉疼痛、易疲勞、僵硬、乏力、活動限制、及偶有自律神經功能之異常。其肌肉之症狀可位於引發點之遠處區域，所謂「疼痛區」(或稱傳達區反映區, referred area)。其病因可能為(1)肌肉肌膜結構之



圖九、X光可見髋骨頭有溶骨性病灶。



圖十、磁振造影T₁W₁，右股骨頸和股骨頭顯示低強度訊號(箭頭指示處)。



圖十一、磁振造影顯示在膝窩處有一腫塊病灶。

Table. The Clinical Manifestations and Final Diagnoses

Case No.	1	2	3	4	5
trigger point	suboccipital	R't medial retinaculum	L't Achilles tendon	R't groin, anterior thigh	R't popliteal fossa
pain duration	1 mon	4 yrs	17 yrs	1 yrs	2 mons
tumor size	2 cm	0.8 cm	1.5 × 1.2 × 1 cm ³	1.3 × 1.8 × 0.5 cm ³	2 × 0.8 × 0.6 cm ³
tumor location	C2 odontoid process	anterior medial aspect of supracondyle	L't posterior tibio-fibular ligament	R't femoral neck	R't popliteal fossa
diagnosis	metastasis of C2	chondroma	glomus tumor	osteoid osteoma	chronic inflammation, fibrosis with ossification

拉傷。(2)肌肉之急性過度負荷。(3)日常生活之連續性輕傷(microtrauma)或慢性過度負荷，如經常使用某種工具，長期姿勢不良或長期肌肉緊張。

臨床上，吾人要考慮MPS是否有其他潛在疾病。若經過有效的處置後，MPS很快復發，則考慮是否單純的原發性MPS？或是有潛在病因未查覺？此時進一步檢查疼痛的病因是必需的。對於夜間疼痛(nocturnal pain)更要懷疑腫瘤存在的可能性。

頸部疾病的原因有二：(1)外因性—(a)腫瘤、軟組織發炎(包括喉部、扁桃腺、皮膚、甲狀腺、唾液腺、淋巴結、頸動脈體) (b)腫瘤的傳導痛(氣管或Pancoast's tumor，肩部病灶、或下頷關節問題) (c)壓迫性症候群，如前斜角肌(scalenus anterior)、胸小肌。(2)內因性—(a)椎體柱(退化性、類風溼性關節炎、椎間板破裂、後縱韌帶鈣化、骨折、發炎、轉移性腫瘤)。(b)肌肉(肌筋膜疼痛症候群、斜頸、鞭索症候群(whiplash syndrome))。(c)脊髓(硬膜外腫瘤、硬膜內腫瘤)。頸部X光檢查與臨床症狀常常沒有相關連。大部份造成頸部疼痛的原因可以保守性療法治療，但若誤診頸部的嚴重問題，將會造成很大的惡果。椎體轉移癌並不尋常，頸椎轉移癌更是少見[9-11]。

活動範圍幫助界定疾病嚴重程度及障礙區域。活動範圍測定應包括(1)活動限制(2)對稱性(3)端感。被動活動範圍可以評估韌帶、筋膜、被膜允許的可動性，主動活動範圍可評估屈曲性、肌肉強度及功能[12]。端感(end feeling)為每次被動性動作達到極限時，醫師可察覺病人關節所傳出的特有感受。例如，伸直肘部時關節的正常端感為堅硬，感覺得出骨骼和骨骼相接。因此若伸直肘部時端感沒有硬感，關節便可能不正常。端感的作用可與關節正常時的情況相比較，察看是否相同或有差異。不同的端感表示不同的疾病，分類如下：(1)骨對骨：為伸直肘部時的標準端感。(2)彈性阻擋(spongy block)：表示有內部異常。(3)肌肉痙攣：因肌肉痙攣而迫使動作突然中止，可能表示有嚴重關節炎、關節內移位、癌症或骨折等。對於有問題的關節作深入了解，可縮小範圍查知為何種疾病。(4)軟組織緊靠(soft-tissue approximation)：由於和身體其他部份接觸，無法再推動關節而有此種正常端感，如屈曲肘部。(5)空虛感(empty feeling)：動作達到極限以前就引起相當的疼痛，傳到醫師手上是「空虛」感覺，亦即缺少實質阻力，倘使病人沒有疼痛則可作更大範圍動作。空虛感時應懷疑急性粘液囊炎(acute bursitis)、關節外膿腫(extra-articular abscess)、或腫瘤[13,14]。

本篇所收集的病例皆為小於2分分的微小腫瘤，臨床上並不常見。早期診斷出隱藏性微小腫瘤可減少

病患痛苦，亦可減少無謂的醫療浪費。正確的診斷有賴於吾人詳問病史、確實的理學檢查，對於疼痛型態及發病時間更要留意。X光、核醫、電腦斷層掃描及磁共振影等精密儀器可以幫助吾人作正確的診斷。最後由病理切片檢查來証實診斷。

參考文獻

1. Friction JR: Myofascial pain syndrome. *Neurologic Clinics [JC: neu]* 1989;7(2):413-27.
2. Travell JG, Simons DG: Myofascial Pain and Dysfunction, The Trigger Point Manual. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983.
3. Travell JG, Simons DG: Myofascial Pain and Dysfunction, The Trigger Point Manual, The Lower Extremities, volume 2. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992.
4. Wolfe F: Fibrositis, fibromyalgia, and musculoskeletal disease: The current status of the fibrositis syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 1988;69:527-31.
5. Goldenberg DL: Fibromyalgia, chronic fatigue, and myofascial pain syndromes. *Current Opinion in Rheumatology. [JC: avg]* 1992;4(2):247-57.
6. Felson DJ, Goldenberg DL: Natural history of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1986;29:1522-1526.
7. Simons DG: Myofascial trigger points: A need for understanding. *Arch Phys Med Rehabil* 1981;62:97-99.
8. Simons DG: Myofascial pain syndrome due to trigger points In: Goodgold J. ed. *Rehabilitation Medicine*. St Louis: CV Mosby, 1988;686-723.
9. Moskovich R, Neck pain in the elderly: Common causes and management. *Geriatrics*. 1988;43 (Apr):65-92.
10. Vernon H: Upper Cervical Syndrome: Chiropractic Diagnosis and Treatment. Toronto: Canadian Memorial Chiropractic College, 1988.
11. Cailliet R: Neck and Arm Pain. Philadelphia: FA Davis, 1984.
12. Cailliet R: Soft Tissue Pain and Disability. Philadelphia: FA Davis, 1988.
13. Goodman BW Jr: Neck pain. Primary care; *Clinics In Office Practice*. 1988;15(4):689-708.
14. Cyriax JH: Cyriax's Illustrated Manual of Orthopaedic Medicine, second edition. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd, 1993.

Microtumor — Studies on Clinical Manifestations of Myofascial Pain Syndrome

Yuan-Hong Yei, Chorng-Song Chou*

Myofascial pain syndrome is a common diagnosis in the outpatient department. Clinicians often emphasize pain management and neglect the underlying causes. This study was based on 5 cases of microtumor manifested with myofascial pain syndrome. The data were collected from April 1984 to December 1991 in Veterans General Hospital Taichung. The clinical symptoms which lasted from 1 month to 17 years, physical examination which in-

cluded active, passive & resisted active ROM, pain pattern, image study, operative findings and outcome will be discussed.

We should pay more attention to the underlying causes of myofascial pain syndrome. This study reports the possibility of microtumor. Clinically, we will not miss a diagnosis by history, pain pattern & duration, and accurate image study, i.e. X-ray, CT, whole body bone scan, and MRI.

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Chung-Shing Hospital, Nantao

* Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Veterans General Hospital, Taichung