膏肓痛 30 頁逐頁講者稿｜試排版

依 GA7 膏肓篇架構規劃撰寫｜社區長者團課｜2026-10-29

這份是**逐頁口條草案**，依 GA7 的架構把內容與轉場寫出來。嚴格遵循 2026-10-28 故事閉環與 Golden 規範。

現場設定： 以一般健康的社區聽眾為預設，不假設每個人目前有膏肓痛。大家主要坐著聽與做示範，椅子穩固、前方有空間，動作由自己完成。

每頁分成「這頁要帶走的重點」、可直接說的口條和「接下一頁」。示範是體驗日常活動，不是現場診斷或要求找出疼痛。動作時自然呼吸，有不舒服就先休息。

第一段｜把生活困擾講出來（P01–P05）

P01｜膏肓痛，大家通常會怎麼做？

這頁重點：用日常久坐打電腦、背後深處痠痛帶入，不預設聽眾現在患病。

> 「大家想像一個情境：坐在沙發看書、電腦打久了，肩胛骨內側深處有一點很深、很難到的痠痛，俗稱『膏肓痛』。很多人抓不到痛點，就拿一顆網球或筋膜球，靠在牆上用力往後壓！
>
> 今天不是要講大家原來找出背後的痛點，而是一起來，為什麼很多人壓頂真痛，大大頂到大大喜？會使就頂到底要上了什麼症？又可能還要付出反效果？」

接下一頁：「先看看一般人在膏肓痛時，常會怎麼自救。」

P02｜膏肓痛時，常見的自救方法

這頁重點：理解自救動機，引導思考舒緩與成因的差別。

> 「網之派放風箏，可能會拿硬硬頂度，試大力按壓試試，如家人用手肘用力往下頂，甚至拿筋膏槍大力打背部，大家的心理都一樣，希望把那塊緊緊頂掉就好了。
>
> 這些動作當下都有一種痛快的舒緩感，拍背後來看看什麼是對，是幫助它恢復，還是暫時麻痺？」

接下一頁：「先從最熟悉的經驗說起：頂完當下好像真的比較鬆。」

P03｜頂完比較舒服，發生了什麼事？

這頁重點：強烈壓痛刺激大腦抑制痛覺（DNIC 機制），但非治癒組織。

> 「用硬球施力重壓痠點時，強烈的壓痛感會刺激大腦暫放肉生物止痛物質，幫助『以痛止痛』在醫學上叫作暫發性者害抑制控制（DNIC）。

> 當下感覺很痛快，好像打敗了硬塊，但是其實神經系統對時調低了告警，如果底層的拉扯與關節問題沒解決，幾個小時後再觸敏感度回彈，肌肉反而會因為學到僵硬而變得更硬。」[MMT 疼痛點壓迫機制](https://doi.org/10.1179/106698111X13129729552065)

接下一頁：「那背後深處摸到的那顆硬硬的筋結，到底是什麼？」

P04 | 深處痠痛，是警報信號，不是壞掉死肉

這頁重點：說明肌肉缺血性痙攣與轉移痛，破除把筋結當硬塊切除的誤解。

> 「背背處摸起來硬硬的筋結，醫學上叫作激痛點（Trigger Point），它是肌肉因為長期被過度牽拉、局部微循環不良而處於缺氧壓縮狀態。

> 就像一條已經被拉緊很緊的繩子，你如果直接在上面猛敲繩子只會更緊繃甚至周圍微出血，它最需要的不是暴力的摧毀，而是放鬆周圍的張力與恢復血液流動。」

接下一頁：「接著我們先把大家的坐姿與活動空間準備好。」

P05 | 先準備一張穩固的椅子

這頁重點：大家以坐姿參與，全程在安全無痛範圍內。

> 「等一下我們要坐著做幾個非常簡單的腹橫肌動作，請大家先在穩固的椅子上坐好，雙腳平放地面，雙膝平貼地面。

> 動作時要深呼吸，若動到自然緊繃就停住，重點不是做多用力，而是做得『安全又有感』。」

接下一頁：「先從一個日常的胸背旋轉動作開始，建立比較基準。」

第二段｜先有一個比較基準（P06–P08）

P06｜先觀察：坐姿雙手抱胸轉身

這頁重點：以坐姿雙手抱胸左右旋轉作為全班自主活動度基準。

> 「請大家坐直，雙手交叉輕輕抱在胸前，慢慢向左邊轉動上半身，眼睛跟著看過去，感受背後的活動度，再慢慢轉回中間，向右邊做一次。」
>
> 「在自己舒動時背部的緊張程度，以及肩後膏肓處有沒有緊繃牽扯的感覺，等一下再來比較。」

接下一頁：「在轉動的過程中，肩膀與胸肋其實在做什麼？」

P07｜觀察轉身：肩胛、肋骨與呼吸

這頁重點：認識膏肓處背肌與肋骨胸椎的連帶活動。

> 「剛才旋轉時，老師有感覺到很多人的肩上背動，肩胛骨也在被帶著往外滑開，肋骨前面跟肋骨後面也都被拉得很緊。」
>
> 「如下剛才的旋轉測驗感，等一下做完小實驗，再用同樣測試自己看一次。」

接下一頁：「接下來我們用三個生活案例，看看為什麼膏肓痛不能只靠用力頂。」

P08｜三個生活情境：同樣背後痠，源頭各不同

這頁重點：用三種常見方向引導思考，不把示範當成現場診斷。

「第一個情境，平常習慣肩打電腦，背後肌肉整天被向前拉扯；第二個情境，只要一開始手或頭，背後那一點深處立刻像通電一樣刺痛；第三個情境，只要深呼吸或轉動，後背某個點就會卡住一樣刺痛。

這三種就常在生活中像急救包，但處理方向完全不同。我們把它們拆開來看。」

接下一頁：「先看第一個例子：圓肩駝背引起的背肌過勞。」

第三段｜三條線索，拆開慢慢講（P09–P23）

P09｜第一路：圓肩拉扯，菱形肌缺血

這頁重點：描述前側胸大肌縮短、後側菱形肌長期離心被拉長的失衡。

> 「想像這位朋友打電腦時肩膀往前縮，駝著背。這時前面的胸大肌縮得短短的，把肩膀看往前拉走；背後的菱形肌為了維持姿勢，被迫 24 小時免命向後拉住。
>
> 這時候如果只是一直拿球頂背後的菱形肌，前面的胸肌依然緊繃，背後的肌肉就為求免命拉扯，還沒放鬆兩分鐘，馬上又被拉滿。」

接下一頁：「面對前緊後拉的狀況，第一步該做什麼？」

P10｜解開前側：坐姿擴胸展肩

這頁重點：團課安全的自主練習：放鬆前側胸肌，解放背部拉力。

> 「雙大手雙手放在身前兩側，盡量放鬆，主動向後滑收，肩膀自然往後展開，感覺胸前被拉開一點空間，肩膀慢慢放鬆回到原位。
>
> 這個動作重點，後移胸口時一口氣都不要憋氣，不要用力硬夾！背部支點收，讓前面緊繃的胸肌有機會放一點空間。」

接下一頁：「前胸鬆開後，背後的菱形肌才能得到喘息。」

P11｜溫和撫觸：手掌輕柔撫順背部

這頁重點：教導溫和神經調節取代硬球重壓。

> 「如果背後覺得緊，可以用反手的手臂輕輕勾住後背，或者靠在戴林頭上深呼吸。
>
> 告訴神經系統：這裡現在很安全，不需要再用死撐來保護自己。用溫和與陪伴找到比較舒服的位置，感覺夠了就重新流暢。」

接下一頁：「做完這個微調，我們回到原本基準比比看。」

P12 | 回測第一路：再抱胸轉身一次

這頁重點：同條件回測旋轉，感受前胸展開後背部的輕鬆感。

> 「請大家再次雙手抱胸，看看面左，固定轉動上半身一次。
>
> 有人會發現，原以為前後，背後的牽扯和批感其少了，轉身的再度拉開感覺得更流暢，這就叫做：
> 用拉力去找來自前面，而不是後面推得。」

接下一頁：「這條路告訴我們：不能只在後面打仗。」

P13 | 第一路小結：放鬆前胸，背後自解

這頁重點：回扣迷思：打開前胸胸大肌，菱形肌自然不需要被動死撐。

> 「當我們把前方緊繃的胸肌放鬆，原來背痛就比較容易，背後的身形就不用再這麼用力。
>
> 過去常在後面狂頂，其實只要拉直的半，就放著前面自然的角度。」

接下一頁：「接下來看第二個更令人意想不到的源頭：脖子轉移過來的假警報。」

P14 | 第二路：頸椎轉移痛（Cloward's Sign）

這頁重點：介紹醫學上經典的下頸椎椎間盤/小面關節轉移痛。

> 「第二位朋友的情境很神奇，他覺得背真的一點痠到不行，但只要一個弱者去拍拔，或是頭向後側轉，背後那一點立刻像關電一樣加劇！」
>
> 這是資料非常經典的現象叫作『克勞瓦徵象（Cloward Sign）』：真正的受傷點在頸椎第 5 到第 7 節關節，但神經投射卻跳到遠大腦以為是背後背負在痛！」[Spine 下頸椎轉移痛研究](https://doi.org/10.1097/00007632-195909000-00008)

接下一頁：「如果是脖子轉移過來的痛，在背後用力頂會怎樣？」

P15 | 源頭在頸：背後用力頂只會頂錯人

這頁重點：揭露在背後頂球完全無法觸及頸椎病灶的盲點。

> 「如果痛的源頭在頸後，你在背後拿網球頂到爽為，隔靴搔癢，讓誰的神經根依然處於刺激狀態，背後沒痛的病灶給拿什麼可頂！」
>
> 這時候背後那一點只是個『探查器』，真正的『收容機』在脖子，把肌肉群鬆、放鬆痛點與神經的壓力。」

接下一頁：「面對頸椎轉移痛，正確的第一步是什麼？」

P16 | 頸椎中立位：微收下巴讓神經減壓

這頁重點：以頸椎軸向延伸減少後側神經激惹。

> 「請大家準備，解剖把下巴往後縮一公分，頭頂長高，不要做大幅度的仰頭動作。
>
> 保持這個中立放鬆姿勢，讓下頸椎後側肌群被拉長，背痛能夠立刻釋放，脊椎骨頭一點點移動的感覺會清楚很多。」

接下一頁：「同條件回測：檢查頸部動作與背後痛點。」

P17 | 第二路小結：先查脖子，別盲頂背

這頁重點：反駁原迷思：背後深處痛，必須先排除頸椎轉移可能。

> 「如果你的脊背痛會隨著低頭、仰頭而改變，請先檢查頸椎，而不是拿球先頂背！
>
> 我對鐵碗，往往只要調整頭部姿勢，背後的緊繃硬結就自然得到紓解。」

接下一頁：「來看第三種情況：深呼吸或擴胸時刺痛的肋骨問題。」

P18 | 第三路：肋胸關節與胸椎微卡鎖

這頁重點：介紹肋骨與胸椎關節卡頓引起的機械性刺痛。

> 「第二個例子，若你大在深吸氣、大幅度擴胸，或者做大動作翻閱時，背後突然有一個點像是被『卡住』到，一樣。
>
> 我們的這一根肋骨都和胸椎相連，形成肋胸關節，當關節有點卡頓時，胸廓活動就會受阻，疼痛就會產生。」

接下一頁：「關節卡鎖時，硬球重壓能把它壓回去嗎？」

P19 | 肋骨力學：硬球重壓可能傷及肋間神經

這頁重點：指出在肋骨關節處重壓有誘發肋間神經痛之風險。

> 「肋骨之間布滿了細微的肋間神經與血管，會對堅硬的網球或高爾夫球用力重頂肋骨縫隙，非但無法讓關節正常活動，反而容易壓迫肋間神經，甚至引發劇烈的神經發炎。」
>
> 「肋關節需要的是溫和的呼吸動態伸展，不是外力硬撐。」

接下一頁：「那面對呼吸刺痛，安全的團課練習是什麼？」

P20 | 肋骨擴張呼吸：利用肺部氣流溫和鬆解

這頁重點：教導呼吸動態關節鬆動術（全班坐姿自主）。

> 「請大家雙手輕輕放在兩側肋骨下緣，緩慢用鼻子吸氣，想像把空氣吹到側胸與後背，感覺肋骨被輕輕往外、往後推開雙手，再慢慢用嘴巴放氣。」
>
> 「這段就是深呼吸預先，用肺部自然的空氣膨脹力道，由內而外溫和活動肋骨關節。」

接下一頁：「同條件回測：再吸一口氣比比看。」

P21 | 第三路小結：呼吸由內而外解開卡鎖

這頁重點：反駁原迷思：關節微卡鎖需要動態呼吸，而非外部暴力重擊。

> 「由內而外的呼吸擴張，因此個外力使肋骨更安全、更有效。」
>
> 「當肋骨關節在呼吸中自然找到活動空間，背後頂開卡住的問題自然會鬆開。」

接下一頁：「把這三條線索放在一起，我們回頭看開場的想法。」

第四段｜共同收尾與生活行動（P22–P30）

P22｜三種情況，同一個錯誤對待

這頁重點：橫向對照圓肩牽拉、頸椎轉移與肋骨卡鎖，凸顯同一迷思盲點。

> 「今天我們介紹了三種背後深處痛：第一種是圓肩造成的背肌缺血拉扯；第二種是頸椎與筋膜失衡來的假警報；第三種是肋骨鎖住時吸卡住。
>
> 謝謝大家！這三種情況，能夠重拿『拿筋球用力壓筋越深越好』來解決嗎？」

接下一頁：「我們回到今天開場的第一句話。」

P23｜Q｜膏肓痛，一定要用力頂才有用嗎？

這頁重點：再次向觀眾提問原迷思，引導反思越頂越硬的惡性循環。

> 「我們回到最初的那句背後深處痛，一定要頂很深深、對痛才有用嗎？
>
> 現在大家想一想，為什麼過去越用力頂，背卻變得越緊、越容易反而更痛成一團？」

接下一頁：「用我們剛才認識的神經與力學來回答這個問題。」

P24｜E｜越痛越頂，肌肉越縮越防衛

這頁重點：用生理力學反證：暴力重頂刺激神經防衛性痙攣並忽視源頭。

> 「背後深處的肌肉本來就已經過度拉長、缺氧缺血，或者痛的源頭根本在脖子。
>
> 身體就先給重擊，如同對已經拉傷的繩子猛打，只會激發神經更強烈的防護痙攣，甚至引發成上就血與慢性發炎！」

接下一頁：「這就是我們今天最核心的一句結論。」

P25 | P | 越痛越頂肌肉越縮，先開胸肌查頸椎

這頁重點：核心反轉金句 Punch：建立清晰記憶點。

> 「今天大家帶走這句口訣：
>
> **越痛越頂，肌肉越縮！先開胸肌，檢查頸椎，才能真正解除背後深層緊繃！**
>
> 首先，不要再對著痛點猛拜拜，找出真正的元兇，背後自然放鬆。」

接下一頁：「回到日常生活，明天開始我們可以做什麼？」

P26 | 生活中可做的替代行動

這頁重點：給出具體可行的微習慣。

> 「回到家裡，請試做三個最和好簡單：
>
> 第一、伏案工作 30 分鐘，站起來手對牆後做胸部伸展 3 次。
>
> 第二、背後連兩個，先幫背後下巴放鬆脖子，看看背後有沒有變化。
>
> 第三、如果要用按摩，只能用較硬的球做呀呢，絕對不要用力在疼痛上。」

接下一頁：「但如果出現某些特殊警訊，一定要及時就醫。」

P27 | 何時應該尋求專業醫療評估？

這頁重點：交代紅旗警訊（Red Flags），確保大眾演講安全性。

> 「如果出現以下情況，請立刻就醫評估，不要在家自己壓：
>
> 一、背痛伴隨胸悶、呼吸困難、冒冷汗，需先排除心臟症狀。
>
> 二、伴隨手臂手指麻重或求無力，拿東西不穩。
>
> 三、休息或躺平時依然持續劇烈深層痛。
>
> 四、伴隨發燒、體重無故減輕或有癌症病史。」[AAOS 胸背痛安全指引]
> (https://www.orthoinfo.org/thoracic-back-pain/)

接下一頁：「今天我們學會了換一個角度看深層痠痛。」

P28 | 從盲目施暴，到溫和理解

這頁重點：心態轉變：傾聽深層警報，放棄暴力按壓思維。

> 「深層的痠痛，不是要讓我們去征服它，而是提醒我們：前面的生活步調太快了。
>
> 當我們用溫和取代暴力按摩，身體就會用最快的速度放鬆平衡。」

接下一頁：「回顧我們今天的整題學習。」

P29 | 今天全班的一小步

這頁重點：鼓勵參與者建立信心。

> 「今天大家學會了胸胸旋轉自我檢查，也會了腹肌深呼吸。
>
> 回到生活裡，只要常常打開胸口、放鬆肚子，身體就不用再用痠痛來提醒我們休息。」

接下一頁：「回到人體八大迷思總覽。」

P30 | 返回人體總覽 Portal

這頁重點：閉環結束，串接下一題。

> 「上背與肩頸是日常生活中最容易累積壓力的地方。
>
> 接下來，我們前往到人體總覽，選擇探索下一個常見的生活疲倦進階！」