

封面故事

牽一  
頸

而  
動  
全身





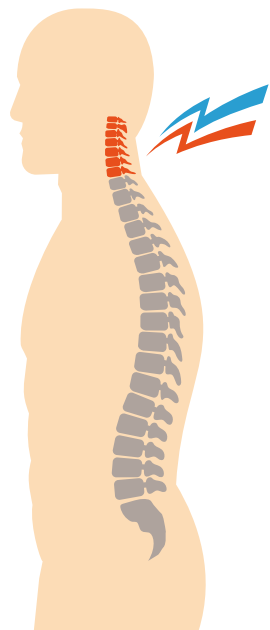
# 大林慈濟醫院

## 交感型頸椎病治療

頸椎雖然只短短七節，卻是人體最重要的「樞紐」。

麻、痛、肌肉萎縮無力、步態不穩、大小便失禁等是頸椎病的典型症狀；但有更多的非典型症狀，包括頭痛、眩暈、耳鳴、視力模糊、心悸、胸悶、腸胃不適、泌尿失常等全身上下、裡裡外外的不舒服。若排除各專科的重大病症後，病人積極治療後還是找不真正的病因，或許就是頸椎病引起。

近年來手機等各種電子產品常引發肩頸痠痛、頭痛頭暈、目眩耳鳴、全身不適等各種頸椎病症狀，因此，現代人更應具備「牽一頭而動全身」的觀念，好好護頸保命、健頸強身。





# 非典型 頸椎退化症狀

文／于劍興

曾經，身為骨科醫師的大林慈濟醫院副院長簡瑞騰也認為來到診間訴說一堆症狀的病人，八成掛錯科別！

中年婦人坐下後不斷訴說「耳鳴」、「暈眩」的難過。他心想：「這應該是神經內科、耳鼻喉科的病症吧！」邊聽、邊思考著要如何勸病人趕快改掛號。還好，他耐著性子往下聽，當病人說自己也會頸脖痠痛、肩胛緊繃，有時手腳痛和麻時，終於引起自己的好奇。他仔細端詳病人在他院檢查的X光片，發現頸椎部第五、六節頸椎有明顯的椎間盤突出……。終於，病人的委屈故事就此改變，結束在不同科別間的醫海漂流。

頸椎上撐著頭部，就像一棟房子的主梁。試想，如果發生劇烈的強震，屋子東搖西晃地，家庭起居的物品散落一地、摔壞了，要整理就緒可得花許多功夫。看到朋友時點頭打招呼、低頭滑手機，或是運動撞擊、車禍外傷等都將造成頸椎程度不同的壓力，當頸椎遭受急性或慢性損傷時，會產生修復反應而形成突出物，也就是大家熟知的「骨刺」，它是由骨贅與破壞的椎間盤組織，以及後縱韌帶組成的混合性突出物。

隨著骨刺突出的方向不同，帶給病人的折騰也大相逕庭。大家熟知的領域是典型的壓迫到感覺或運動神經後，造成頸脖部位的痠、麻、抽、痛，以致於嚴重的脊髓壓迫使肌肉萎縮，可能造成走路不穩、大小便失禁等。但當骨刺向側邊突出壓迫到交感神經時，就會形成症狀多樣且不典型的情況，舉凡頭痛、暈眩、耳鳴、視力模糊、心悸胸悶、噁心嘔吐、記憶力減退、煩躁不安，甚至出現憂鬱症，其實都可能是交感型頸椎病。如果只是頭痛醫頭，誤診的發生也就如家常便飯。

引發簡醫師開始反向思考頸椎可能引起症狀的這位病人，在來到他的診間前已尋訪各大醫院、看過許多科別，結果是，不僅未能改善那彷彿全身壞光光的症狀，甚至被認為大概是身心不正常。

於此分享簡瑞騰醫師曾面對與對治的頸椎病友的故事，並提供自我檢視、預防與保持頸椎健康的方法。

# 始祖級病人

一次猶豫多時才願勉強赴會的門診，意外地讓飽受莫名病痛多年的蔡淑淋，從地獄回到天堂。治療過程中，在懷疑與信任間擺盪的醫、病關係，卻為簡瑞騰醫師開啟因頸椎壓迫所牽引出難喻病症的省思，以及帶給往後在各大醫院間流浪、不被理解的許多病人，一線對治與拔苦的希望。

**「就像一家人。」  
是蔡淑淋對簡醫師的感受。**

多年前，蔡淑淋不慎摔車。恢復意識後費盡氣力地撐起上半身，頹然地坐在大街上。回想起幾分鐘前自己瞬間全然失控的肢體，未曾經歷過的恐慌在心底排山倒海而來，但十年來不斷有奇奇怪怪的毛病折騰，更讓她積滿挫折、生氣、灰心。

摔車那一天是大年初七早上，蔡淑淋騎著摩托車到醫院看神經內科，就是固定的回診、拿藥，雖然吃的藥對自己的手抖、暈眩和「五十肩」漸漸失去效果，她覺得反正生病了就是看醫師，求心安。

看完診，也領了藥，蔡淑淋回到熟悉的臺中街頭，各行各業都恢復上班了，

**屬於非典型頸椎退化症狀的淑淋，忍耐病痛長達八、九年，檢查發現她第五、六節中的椎間盤退化嚴重。**



但依然嗅得到年節尾聲的氣息。她在一個紅燈前停下等候時，把頭稍微往左轉想確認後方的來車時，猛然覺得暈眩，幾十秒後，當燈號轉換了都還是覺得頭暈，她決定先騎過路口再停到路邊休息。右手催著油門，機車緩緩前行來到對向路口外側的白線時，蔡淑淋還來不及放下腳，只覺得腦神經把她整個人都控制住，兩手、兩腳被硬生生的向外撐開，接著就從摩托車上重摔到柏油路面上。

大概在地上躺了幾秒鐘，蔡淑淋的意識就回復過來。但身體不爭氣，好不容易才坐起來。打電話給先生來帶她回家後，她回想著這是怎麼回事？連手腳都沒辦法由自己作主。其實，這一陣子當手拿東西時，不自主的就會鬆掉，走路時，腳也抬不高，還不時踢到地上，只是，醫師都不清楚原因。

「我覺得實在沒有藥醫，可能會癱瘓吧，連手腳都不聽使喚了，不是嗎？！」蔡淑淋的心情在深谷裡，找不到可以攀爬的依靠。

回想到病痛的開端可能是那天吧。蔡淑淋應朋友的請託到百貨公司櫃位代班，那是個下著毛毛雨的假日，她騎著摩托車，安全帽上的透明護罩沾滿細細的水珠。到了一個路口遇上紅燈，和幾輛摩托車等候著。當綠燈亮起時，剛起步直行的蔡淑淋，突然，被右前方快速往左掠過的黑影嚇一大跳，她直覺地雙手拉緊煞車，結果造成機車打滑，人也應聲摔倒在柏油路上。由於左邊的



第一次在門診聽著蔡淑淋的陳述，簡瑞騰覺得病人掛錯科了，但耐心聆聽、畫下病人的不適症狀，檢查後確認是頸椎問題，找到「病母」。



蔡淑淋是簡瑞騰院長奉為始祖級的病人，也更深入研究非典型頸椎退化的症狀與治療。



肩膀先撞擊地面，她忍著肩膀的痛起身檢查傷勢，還好只有腳踝磨破了皮。自覺傷勢還好，她沒為難騎車搶快的人，直到代班結束回家，才拿著藥膏去推散一片黑青的肩膀。

騎車摔傷一年多後，蔡淑淋的後遺症開始浮現。她清楚記得一整年裡有兩到三次的暈眩發作，因為那種房間忽然旋轉起來的感覺，可一點都不好受。在天旋地轉中，伴隨而來著頭痛、噁心、想吐，耳朵也嗡嗡的叫著。她覺得怎麼那麼奇怪，但休息一陣子逐漸緩和後，隔了好久都沒事，隨著寢具批發的忙碌，就把這奇怪的問題給忘了。隔年，蔡淑淋記下天旋地轉的暈眩次數增加到五次。但在第三年裡，暈眩的問題不但每週來報到，而且非得到急診處理不可。

蔡淑淋把耳鼻喉科、神經內科、許多科輪流看著。醫師說她手抖得很厲害，可能是梅尼爾氏症加上帕金森氏症，後來抖得更嚴重，連醫師都覺得怪；因為頭暈，醫師開止暈的藥，頭痛就開止痛藥；覺得肩頸痠痛，醫師說是五十肩，開給她肌肉鬆弛的藥。

慢慢地，蔡淑淋發現已經看到沒藥醫，不如找心理醫師吧，看看醫師會怎麼說。肌肉鬆弛劑、解憂鬱的、鎮靜劑，好像還有安眠藥。有用嗎？她覺得多多少少吧。很快的，依然頭痛到沒法睡。

當大年初七那天，騎機車的蔡淑淋彷彿癲癇發作般的摔落，在灰心之餘又被補上一記無情的重拳。終於，她認真思考那位「雞婆」朋友三番兩次的建議，就算「死馬當活馬醫」，去大林慈濟醫院看看簡瑞騰醫師吧。

「怎麼了嗎？」簡醫師問來到診間的蔡淑淋。

「已經十一、二年的頭痛、暈眩，還會耳鳴。」渾身難過的蔡淑淋糾結著眉頭。

「妳有看過耳鼻喉科？還是，神經內科嗎？」簡醫師心裡想她大概掛錯科吧。

「看了，好多年了，都看過了，沒有用。」蔡淑淋搖著頭。

「怎麼會這樣呢？」

簡醫師覺得意外，他觀察著病人，感覺病得很苦，但怎麼查不出原因。

「對了醫生，我還會肩膀、脖子痛，像肩胛這邊會好緊，有的時候，手和腳還會麻、會痛。」蔡淑淋一古腦地說出來。

「喔，那有可能是頸椎的問題，讓我看一下妳帶來的 X 光片。」

簡醫師鬆了一口氣，看來多少能幫她一點忙。



簡醫師發現蔡淑淋第五、六節的頸椎有明顯的椎間盤突出，確實會造大家認知的肩頸痠痛和手腳麻的症狀，但讓他納悶的是困擾蔡淑淋最大的卻是暈眩、耳鳴，難道也和頸椎有某種關連？

其實，簡醫師這幾年來治療過兩百多位與頸椎退化的病人，一半以上都曾受過或大或小的頭、頸部外傷，至於是否因為職業或先天結構造成頸部的慢性傷害，確實比較難論定。

屬於非典型頸椎退化症狀的淑淋，忍耐病痛長達八、九年，壓垮她的最後一根稻草是「眩暈」。檢查發現她第五、六節中的椎間盤退化嚴重，但當時(二〇〇九年)簡醫師只確定頸椎退化造成她肩頸痠痛，但和頭痛、眩暈之間的關係就完全還沒有概念。幸好，他習慣對病人做非常詳細的病史詢問，也才有機會碰巧解決她的眩暈、頭痛的毛病，從手術治療的良好結果去反推，讓他對頸椎和諸多症狀間關連的懷疑獲得證實。

因為交感神經是受到刺激而引發很多問題，所以手術後能很快的解除繁多的病症，感覺滿神奇的。後來，淑淋的先生也來求診，他同樣是頸椎第五、六節壓迫，卻是屬於典型的壓迫到運動、感覺神經，有肩頸痠痛、膏肓穴觸痛、手臂痠麻痛無力；有時半邊身體像被電到一樣，抬頭覺得痠麻，走路三分鐘就會痠麻。

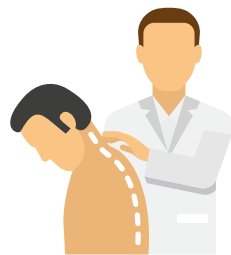
每次分享時，簡醫師都會提到淑淋和他先生。可以點出頸椎「非典型」和「典型」症狀間的反差。簡單地說，淑淋先生典型的頸椎壓迫是「橫向」的，會產生特定位置相關位置的症狀。而淑淋非典型的頸椎壓迫屬於「縱向」，就如同一條南北貫通的高速公路，會引發全身性、瀰漫性症狀，很難處理，但也因此獲得病人更多正向的回饋。

淑淋被簡醫師奉為「始祖級」的病人。以病為師，簡醫師因此不斷地去找資料，有日文、簡體、英文的文獻，慢慢研究出其中的關連，也藉由病人的分享去幫助更多的人。因為有關她的新聞報導，讓很多人拿著剪報來到診間。救了很多。



蔡淑淋(左)與先生(中)同樣是頸椎五、六節退化，但先生是典型的，夫妻倆都成為簡瑞騰院長的刎頸之交。

# 頸椎與我



文／簡瑞騰 斗六慈濟醫院院長、大林慈濟醫院副院長

談到頸椎與我，其實就是我在骨科的成長過程。陳英和院長不但是我在骨科領域上的啟蒙老師，在頸椎手術以及頸椎相關疾病上，更是如此。因緣可以從三個階段談起。

## 第一階段

猶記一九九三年，我在骨科第二年住院醫師時，當時臺大骨科和花蓮慈濟醫院骨科還有聯合訓練計畫，每個月也有病案討論會，有次我整理了陳院長（時為骨科主任）交代的題目：「頸椎 1 / 2 節脫位的外科治療」，內容是討論各種內固定方式的優缺點。第一次站上講臺，面對大教授們，把幾個精采手術過程及結果呈報出來，雖然膽戰心驚，不知所云，但已經讓我這後生小輩對頸椎這七節小小的骨頭，產生莫大的「敬意」與「興趣」。敬意，是因為頸椎（尤其是上頸椎）就連著大腦，稍有閃失，非死即傷，哪可不敬？興趣，則是因為我個人喜歡挑戰困難及探索未知領域的個性使然，一發不可收拾。

## 第二階段

也是和「上頸椎」有關。二〇〇一年，我已經從花蓮訓練完成，回到故鄉大林



慈濟醫院服務。十月底，急診來電說有一位性命垂危且已幾近不成人形的患者從臺南某大醫院轉來。這位五十歲不到的「阿吉伯」，罹患僵直性脊椎炎已近三十年，雖長期駝背，但還算行動自如。數週前突然整顆頭好像沒掛好般掉了下來，下巴緊貼著前胸，造成呼吸、吞嚥困難、無法言語；右眼也因變形、擠壓而張不開；更令人不捨而驚悚的是，整個舌頭因神經麻痺而吐露在外，無法回縮，手腳四肢也因脊髓壓迫而肌肉萎縮、無力。經過一連串的檢查，確定病因為罕見的僵直性脊椎炎合併頸椎 1/2 節旋轉性脫位。自己雖然在花蓮時也協助陳院長處理過不少胸腰椎甚至頸





椎變形的矯正手術，如此嚴重而危急的個案，還是前所未見。所幸，在恩師的指導下，擬定一步步的治療計畫，三次大手術，住院兩個月，終於讓阿吉伯不只重見天日，更有亮麗的後半生，甚至開畫展、出書！之後幾年，也有輕重不一的類似個案，接受頸椎或胸腰椎的變形矯正。

### 第三階段

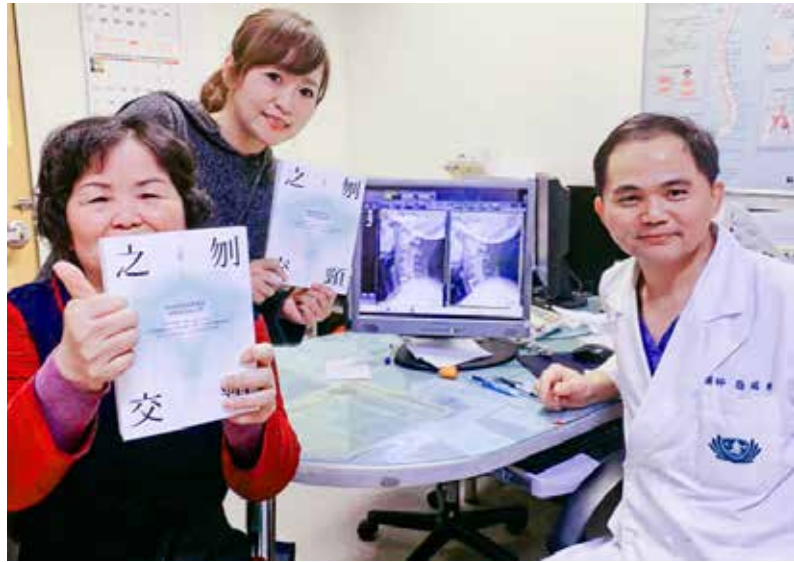
二〇〇九年中處理的個案蔡淑淋女士，無疑是開展我在「頸椎病」這個領域的「元祖」，因為成功治療她年久不癒的眩暈症，除了讓我一頭栽入「交感型頸椎病」的世界外，更為我這個骨科醫師開啟了一扇窗，得以探索「牽一頸而動全身」的奧妙。頸椎退化會刺激交感神經導致頭痛、眩暈、視力模糊、耳鳴、胸悶、心悸等一連串「非典型」症狀，早在一九二六年就有學者報告，但一直未被重視。或許因為大部分人都把注意力放在「典型」的神經根或脊髓壓迫等症狀較為「專一性」或「局部性」的患者身上，而忽略了還有一大群患者飽受「非專一性」或「全身性」症狀所苦。有一次聚會時，我向陳院長請教他是否處理過類似患者，並提出我的觀點。很感恩陳院長當時的肯定與建議，於是我開始在臺灣及國際間大大小小的學術會議上發表「交感型頸椎病」相關的臨床報告。起初，當然大家對於這個有別於傳統思維的論調頗多質疑，所幸，因為個案數逐漸累積，治療效果良

好且能持續，慢慢的得到一些老師、前輩或同輩脊椎外科醫師的認同。更要感恩眾多信任我，願意接受我的治療甚至手術的患者，他們就如同「示現菩薩」般，一五一十的把身上甚至心裡頭所有的不適與痛苦，毫無保留地說、寫出來，讓我得以從林林總總的症狀中，分門別類，抽絲剝繭，醫、病並肩作戰，一齊把「病母」揪出來！網路時代，為了讓這些「頸友」們有個能網上相會、經驗交流的平臺，我在二〇一五年七月第一次「頸椎病病友會」後，在臉書上開設了一個「勿頸之交俱樂部」的社團。開宗明義，「勿頸」：割脖子；「交」，交情、交誼。比喻可以同生死、共患難的朋友。「俱樂部」：大病、久病得癒後，醫、病俱樂部。幾年下來，鬧熱滾滾，頸友們交換罹病、求醫、得治心得，「互相取暖求進步」。

此外，我也常張貼一些衛教文章，或特殊個案的治療過程，想藉此鼓舞更多求助無門或躲在深處暗角的病友。當然，若能透過各種方式（演講、社群媒體、論文發表）讓更多各科醫師認識「頸椎退化會造成交感神經失調進而引發全身症狀」此一觀念，則是我更大的冀望。因為，每次學術會議的提問中，讓我了解到，不僅在臺灣，美、日、歐亦然，「頸椎病」確實還是一個普遍存在但仍遭漠視、忽略、甚至誤解、誤醫的疾病，而這群患者，大都是遍訪群醫，換過一家又一家的醫院卻仍無法得到適當的診治。

## 未來展望

除了臨床上，要持續過去病人的長期追蹤療效，累積個案數，分析並擬定「個別化」的治療流程。更重要的，要結合臨床及基礎研究，並透過多科及多團隊的整合，把頸椎病、交感神經失調、全身瀰漫性疼痛等惱人的疾病，做一系統性及全人的評估。終極目標是讓患者、家屬、醫師乃至整個社會都能對「頸椎病」有更正確的認知，不再「頭痛醫頭，腳痛醫腳」，也不再「醫、病兩茫茫」！



《交感型頸椎病之友》一書呈現了簡瑞騰院長在頸椎病治療這條路上，幫助病友們擺脫病苦的生命故事縮影。

二〇一九年七月簡瑞騰院長「交感型頸椎病之友」病友聯誼會。  
攝影／江珮如







盤退化、關節錯位等等。近年來網路科技發達，不分男女老幼，更因重度使用電腦、筆電、平板電腦、手機等各種電子產品，常常引發肩頸痠痛、頭痛頭暈、目眩耳鳴、全身不適等各種「頸椎病」相關症狀。因此，現代人更應具備「牽一頭而動全身」的觀念，好好護頸保命、健頸強身。

一般而言，「典型」的頸椎神經「壓迫」到的是感覺神經（會麻會痛）、或運動神經（肌肉萎縮無力）、或脊髓神經（步態不穩、大小便失禁）等「典型症狀」；但頸椎病患者常會表現出許多「非典型」的「交感神經受到激惹」的症狀，包括頭痛、眩暈、耳鳴、視力模糊、心悸、胸悶、腸胃不適、泌尿失常等「全身上下、裡裡外外、從皮到骨、五臟六腑」的不舒服。可惜的是，許多各科的醫師都不知道「即使頸椎輕微退化或錯位也可能引發全身且嚴重症狀」的觀念，因而延誤診治，造成病人的「無助」。事實上，只要排除各專科的重大毛病（如腦腫瘤、心肺疾病、梅尼爾氏症、腸胃病、精神異常等），病人積極治療後還是找不真正的「病母」，不妨考慮是否「頸椎病」引起。

### 頸椎病如何治療？

老話一句：「預防勝於治療。」最好大家都能透過平時的保養保健，讓頸椎病永不上身。當然，治療的第一步，就是要診斷正確。很多病症會和頸椎退化混淆或併存，若沒做好鑑別

診斷，就容易漏診、誤診、甚至誤醫。若是上肢常見的五十肩、網球肘、腕隧道症候群一直都醫不好，則需做進一步的病史詢問（包括自律神經症狀問卷表）、更詳細的理學檢查、神經傳導檢測、磁振造影等等，來排除或列入是否頸椎病變。

若確診為「交感型頸椎病」後，就可進行「治療三部曲」：輕度者復健、吃藥，中度者可考慮打針進行「星狀神經節阻斷術」，若一段時間後療效不彰、反覆發作、甚或更加嚴重，此時則可考慮進一步進行椎間盤成型術，甚至手術（椎間盤切除、椎體間融合）。追蹤個人自二〇〇九年來以「融合手術」治療的兩百多位頸椎病患者，臨床成效有超過八成以上的滿意度。由此可見，頸椎病即使嚴重到要動刀，病友們切勿驚慌，但一定要和醫師配合，做階段性、漸進式的治療。

### 頸椎病如何預防？

俗話說：「坐乎正，才會得人疼」「坐有坐相，站有站相」，意即平日就得保持正確姿勢，才能遠離痠痛。道理很簡單、明白，但就是很多人做不到，導致產生許許多多的低頭族、烏龜脖、猿人族。古代人所謂「案牘勞形」，對照現代人，就是長期低頭使用電腦、手機而影響身體健康。因此，電腦或筆電的高度，一定要與眼睛視線同一水平。使用手機、平板，也是儘量「以機就眼」，避免低頭帶來的危害。



## 抬頭挺胸

為了保持人體正常的曲線（頸、腰椎前凹及胸椎後凸），我常教病人做「縮下巴」運動，理由很簡單，就是「反向操作」，藉著下顎內縮，除了可矯正頸椎過直外，整個脊椎曲線也會隨之挺拔起來。此外，上班族出門常要提電腦包或公事包，建議改用「後背包」，省力又可防止上半身前傾或駝背。頸、胸相連，背駝也會影響頸椎曲度，做擴胸運動之外，我還會請病人夾緊兩側肩胛骨五至十秒。



電腦工程師、美髮師、作家等，因職業的關係常需低頭工作或伏案打字，常有頸椎相關毛病。許多牙醫或身為骨外科醫師的我，也是頸椎病的高危險群。平日看診長時間使用電腦、手機，開刀時，多半也是「埋頭苦幹」。因此看診或手術空檔，我會伸展脖子附近的肌肉或按壓風池穴、舒緩筋骨。下班回家，也是盡量拉筋，伸展整條「龍骨」，消除肩、頸、腰部的緊繃。氣血、筋骨順暢，自然就會頭清目明，減緩腰痠背痛。



## 頸椎術後如何保健？

平時多多注重三養——保「養」得宜、營「養」適當、休「養」充足，大部分人應可遠離頸椎病。若真不得已嚴重到得開刀，手術後二健——保「健」、復「健」更形重要。

### 保健

常「三吩咐、四交代」病人（尤其是女性），術後三個月內最好能「離鼎離灶」，因為煮飯、切菜的大動作容易牽扯到尚待恢復肌力的頸、肩肌肉群，造成痠痛；植入的支架也需一段時間的固定才能達成骨融合目的。頸圈，不只是支撐，同時也可提醒患者動作不能太大、太快（比如急速轉頭）。「保暖」也很重要，配掛頸圈除了可以保護、支撐外，也有防寒作用。若冬天手術的患者，我會請他們在頸圈和脖子間再加一片「圍脖」，免受風寒侵入而造成肌肉緊繃、氣血不順。



## 復健

很多病人開完頸椎、戴上頸圈就不敢亂動。我會請病人放心，頸圈的作用只是保護、提醒，不是完全限制肩、頸不能動。聳聳兩肩、輕輕上仰低頭、看左看右，都可以放鬆頸筋，不但舒服，更能加速復原。晚上睡覺時，也可將頸圈解開，好睡、睡好為原則，不用擔心植入支架會「跑掉」。

## 強化頸筋

有一點不能不強調，頸椎病有一大半以上是「錯位」引起，而不單單是「骨刺增生」而已。因為許多人即使開刀把壓迫神經的骨刺拿得乾乾淨淨，術後還是在痛，很可能就是因為頸筋無力導致錯位引起。以下建議的動作，不只術後復健有效，也是平時強化頸筋最簡單而實用的方法。



用毛巾或雙手交疊，用力頂住前額，同時頭部也往前出力，如此可以鍛鍊頸部前方的肌群。

用毛巾或雙手頂住後腦杓，同時頭部往後出力，可以鍛鍊頸部後方的肌群。

我常說：「牽一頸而動全身」，意即頸椎若有病（退化、失穩、錯位），有可能引發全身（由表而裡，從筋骨到臟腑；全身上下，從頭頂到腳底）不舒服。如果病人、家屬或醫師沒有這觀念，常會落入「頭痛醫頭、腳痛醫腳」的迷思與逛醫院換醫師的陷阱。此時，「看對醫生找對科」就顯得格外重要。「望聞問切」，是醫師診斷任何疾病的基本功，也是老祖宗千百年來流傳下來的智慧。頸椎病的臨床表現，多半繁複而非專一，常常又會因長期的生理異常而導致身心症或是自律神經失調。診治這類病人時，醫師最需要做的，是「望」：關愛的眼神；是「聞」：用心傾聽；是「問」：詳細詢問病史；絕對不是「切」：檢驗／檢查而已（如抽血、X光、電腦斷層、磁振造影、神經傳導等）。只可惜，現今的醫療行為求快（效率）求利（效益），「不聞不問，只切不望」早已成為常態。沒有正確的診斷，反覆的吃藥、打針、檢查、復健、甚至開刀，反而製造更多的病與病人，導致更多的醫療浪費與不幸。🌱

