

新醫學雜誌

Journal of Neo-Medicine

Volume 2 Number 1, February 2019

特別報導
拔罐



消化系統的保健與治療

拔罐及其印記作為腸道病變篩檢工具的應用

練氣心路歷程

穴壓治療用在孕婦懷孕期間的健康照顧

ACA 穴壓與拔罐學會
Acupressure and Cupping Association



2019年2月28日

2018年8月30創刊

發行人：

穴壓與拔罐學會

總編輯：謝麗貞

副總編輯：陳秀熙

編輯委員：

李宜家、潘信良、
胡琮輝、吳雪鳳、
王滄瑜、吳宓秦、
潘世皓、洪韻媚、
謝麗絲、林文絹、
張美意、楊俊毓、
黃茂雄、許辰陽、
嚴明芳、閔漢珍、
金伶、范靜媛、
邱月瑕、張光宜

顧問：

吳明賢、楊俊毓
張金堅

執行主編：

陳立昇、吳雪鳳

發行所：

高雄市三民區807
九如二路51號

aca99.pixnet.net/blog

[acma20170803@
gmail.com](mailto:acma20170803@gmail.com)

[https://sites.google.
Com/view/acataiwan](https://sites.google.com/view/acataiwan)

Contents

- 總編輯的話-給大家健康的一封信 1
The editor-in-chief - a letter to everyone's health
- 專題-拔罐、穴壓與練氣的關聯 3
Correlation among Cupping, Acupressure and Qi
- 本期特別報導**Special Report**—拔罐專欄 8
拔罐學術研討會 8
拔罐的歷史沿革 9
有效的拔罐機制及其操作 12
拔罐的器具與操作 16
拔罐後印記的判讀和應用 23
拔罐改良研討會 27
- **System Review** 28
Evaluation of Acupressure Efficacy with Propensity Score
Approach
以傾向分數評估穴壓治療效益
- **Original Article** 40
拔罐及其印記作為腸道病變篩檢工具的應用
The Application of Cupping and Its Imprint as A Screening
Tool for Intestinal lesions
- 消化系統的保健與治療 51
- 練氣專欄 57
練氣心路歷程 57
- 婦女專欄 **Special Columns** 60
習慣性流產的簡介與治療 60
Introduction and Treatment of Habitual Abortion (Recurrent
Pregnancy Loss, RPL)
穴壓治療用在孕婦懷孕期間的健康照顧 65
Acupressure therapy for health care during pregnancy
- **e 諮詢 你問我答** 70
- 邀稿 **Call for Paper** 72

總編輯的話-給大家健康的一封信

創辦人
謝麗貞醫師



1969年臺灣大學商學系畢業，1994年高雄醫學大學學士後醫學系畢業，2001年取得臺灣大學預防醫學碩士學位，2005年取得臺灣大學預防醫學博士學位。

曾任職數家臺外商銀行高級主管前後20年。因對生命的再認識，拜道學高人為師，學習氣與氣功及其在臨床醫學上的應用，致力於中國傳統醫學的研究，迄今逾30載，以整合中西醫學為終生志業。

各位穴壓與拔罐學會的會員及朋友們新年好！

祝福大家豬年萬事如意！平安健康！

承大家的鼎力支持，我們這嶄新的學會已經圓滿成功完成了所有法人應該具備的登記程序；我們新醫學雜誌的首刊也申請了ISSN (國際標準連續出版物編號, International Standard Serial Number) 使我們雜誌物有一個國際性的唯一代碼標誌，得以保留在各圖書館所。

創刊新醫學雜誌是呼應世界衛生組織對傳統輔助整合醫學的建立。過去數十年世界衛生組織鼓勵各國研究其各自輔助性另類療法，作為以西醫療法為主導、解決慢性病盛行，和注重起養生預防保健的整合型醫療的準備。於2017年，世界衛生組織正式成立了傳統輔助整合醫學，足見輔助性另類療法(CAM)受到重視與承認 (<http://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/en/>)。

因此，我們的學會和新醫學雜誌勢必要承擔起時代承先啟後學術研究和推廣角色的任務，不但要整合中華文化固有的養生保健及醫療，尚要發揚傳統優良的醫學精神，就是「全人」的健康照護。自古以來，中國醫學就是一人一方的個人化醫療，我們設定我們的方向是結合學術科學化的研究與臨床治療的效益，與民眾生活化互動的態度來發展中國醫療的精神。

穴壓與拔罐的醫學基礎包含了所有中國傳統醫學的理論和實務，從練氣養生提升健康，調理穴道經絡臟腑，治療病痛恢復健康等，從傳統醫學中研究出合乎現代醫學科學基礎的實用醫療法，以推展醫學資訊和預防保健知識給于民眾。

因此，為配合增進大家健康的理念，我們學會的活動將分成以下諸項：

1. 基礎練氣保健養生課程，鼓勵有興趣的會員及朋友們參加學習；
2. 期舉行中國傳統醫學典籍讀書會；
3. 行拔罐臨床應用的實驗研究；
4. 研究結果以論文方式發表在和新醫學雜誌中；
5. 各學術團體進行研究合作；
6. 開傳遞健康知識訊息給予一般大眾。

其中，我們將特別注重下列幾個項目：

- (1) 消化系統的保健，尤其是胃食道逆流和腸道功能異腸的篩檢與照護
- (2) 孕婦於懷孕期間的健康照護
- (3) 婦女經期異常與疼痛的紓解和研究
- (4) 練氣功發生的偏差異常的研究和排除

歡迎大家傳遞以上訊息，並得到各項健康知識的益處。

The Editor-In-Chief - a letter to everyone's health

Happy New Year! Members and friends of the Acupressure and Cupping Society!

I wish you all the best in the Year of the Pig! safe and sound!

Thanks to everyone's support, our new society has successfully completed the registration process that all legal persons should have; the first issue of our new medical journal has also applied for ISSN (International Standard Serial Number). The magazine has an international unique code mark that can be kept in each library.

The publication of our Journal of new medicine echoes the establishment of traditional complimentary integrated medicine by the World Health Organization (WHO). In the past few decades, WHO has encouraged countries to study their traditional medicine, as an integrated medical module for health care. In 2017, WHO formally established complementary alternative medicine (CAM) (<http://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/en/>), to recognize its importance.

Therefore, our society and Journal of New Medicine try to undertake the task of the academic research and promotion role of, not only to integrate the inherent health care of Chinese culture, but also to carry forward the traditional excellent medical spirit, that is, "all-person" Health care and the "one-person personalized medicine". We set our direction to combine the scientific research and clinical treatment benefits, and actively involve subjects of people's livings to develop the spirit of Chinese medical care.

The medical foundation of acupressure and cupping contains all the theories and

practices of traditional Chinese medicine. From the practice of qi exercise to improve health, to regulate the acupoints, the meridians and viscera, and to treat the pain and restore health. We study Chinese medicine based on modern medical science and intend to relay preventive health information to the public.

In order to support the concept of improving everyone's health, the activities of our society will be divided into the following items:

1. Start a basic training and health care program to encourage members and friends to study.
2. Regularly hold the Chinese Traditional Medicine Classics Reading Conference
3. Experimental study on clinical application of cupping
4. Publish research results in our journal of New Medicine
5. Research cooperation with various academic groups
6. Publicly transmit health knowledge messages to the general public.

Among them, we will pay special attention to the following items:

- (1) Health care of the digestive system, especially the gastroesophageal reflux and intestinal function and screening and care
- (2) Health care for pregnant women during pregnancy
- (3) Relief and study of women's menstrual abnormalities and pain
- (4) Research and elimination of deviation anomalies in practicing Qigong

Everyone is welcome to pass the above message and get the benefits of various health knowledge.

專題

拔罐、穴壓與練氣的關聯

謝麗貞^{1,2}¹ 穴壓與拔罐學會學理事長² 吉錠診所負責醫師

成功的拔罐倚賴正確有效的穴壓，正確有效的穴壓其基礎在由練氣所得強勁可運用的氣能。

一、拔罐

拔罐的安全性主要在於壓力的設定需在人體組織可負擔的最高限度之內，這是由機器設備的性能和操作的謹慎度而定。而拔罐的有效性則須倚靠正確有效的穴壓，將組織內待排除的有毒廢棄代謝物給予聚集在穴道關口之處，方便於拔罐時一次就拔離病灶地區，有利於人體加速自動修補的運作，同時立即解除廢棄氣血囤積在病灶處，緩解壓迫神經所造成的痛感，和對肌肉骨骼關節因腫脹所造成的運動限制。

拔罐只是將人體氣血成分吸取出來的一種技術，它在醫療上的功能是消除腫脹，使病灶地區減少組織分量，進而加速人體的自動修補。其最大效能的關鍵是必須在對人體安全限度內，將人體內囤積的有毒廢棄氣血成分，在最大的可能範圍內移除出病灶地區，將限制肌肉骨骼關節運動的疼痛和腫脹釋放，所以其成功的條件是有毒廢棄代謝物能儘量聚集在穴道關口地區，換句話說就是兩個重點：正確的穴道位置和最大量有毒廢棄代謝物的聚集。

二、穴壓

要達到正確的穴道位置和最大量有毒廢棄代謝物的聚集就要靠穴壓了。正確有效的穴壓是在最少的傷害下，將病灶地區最多的廢棄的氣血聚集在穴道位置，讓拔罐一次就將它們吸移出病灶地區置於健康的皮表。穴壓利用穴道感應和氣場偵測找出人體有病器官組織的部位，再將該組織中廢棄的氣血最大量地聚集在某一個特定的地區，就是穴道的位置，然後才使用拔罐去移除。該組織周圍減少了有害代謝廢棄物，少了腫脹壓迫的氣血，自然就可以減少壓迫神經所引起的疼痛，啟動有效的修補恢復健康的運作，恢復肌肉骨骼關節的運動以及內臟的生理運行。

有效的穴壓則在於正確罹病位置的尋找和確定，也就是病症的診斷；要一次就有效且最大量廢棄氣血的聚集則在於穴壓的操作技術，否則拔罐也沒有作用。病症的診斷要對人體解剖結構、生理運作、病理成因有充份的了解，穴壓的特點就是用氣能知識去執行穴道的找尋、病灶位置的確定，和將廢棄物聚集的操作能力，這是一套完整的學問知識

和技術需要學習熟練之。除此之外，穴壓的操作工具就是人體十個氣能出入口手指頭，人體經過氣能的鍛鍊和駕馭可以自十個手指經過人體體表的穴道去進行病症的診斷和治療技術的操作。

換句話說，有效的穴壓治療是倚重人體的生命能量去操控。雖然說人體有與生俱來的自動能量供應系統，但是這個天生能量系統所產生的氣能是有限量的，是供應人體正常生理運作，日常活動所需要的能量，即使利用運動、營養、藥物去提昇，但限於人體本身所能承受的能量負荷，還是有極限；除去維持人體自然生存所需的能量，每天耗損應付歲月侵蝕的需要，能夠利用的額外的氣能則日漸減少，要去應付穴壓治療所需的能量自然不足。所以除了穴壓所應具備的知識和技術外，首先要根本解決的就是額外氣能的來源，那就是提昇人體能量的練氣了。

三、練氣

練氣的目的和功能在於提昇人體自我的氣能，有效駕馭氣能在人體內氣脈的運作，其效能有兩方面：(1) 利己：豐沛自身的能量，強化自己體內器官組織的生理運作，使自己身心更健康、減少疾病的侵擊、養生延年益壽；(2) 利他：提供氣能讓穴壓治療能夠有效地執行去診斷和治療病症，同時聚集病灶地區的廢棄氣血方便拔罐一次吸取移除。也就是利己為先，然後去利他，可以幫助自己祛病防疾，也可以協助親友家人和他人進行穴壓治療，達到令周圍的親朋好友得以養身、強身、預防保健、解

除傷病，加速恢復健康，身心強健而延年益壽。

練氣在於提昇人體自動產生能量系統的效率，使自我能量功率的增加，也使自己體格逐漸增強，適應更高能階的氣能。所以練氣有其特殊的功法，首先是呼吸吐納方式的改變，然後要增強能量產生系統的效率，更重要的是要學習駕馭這些產生出來多餘的氣能有效的運用，讓增加的氣能去做有益身體健康，強化器官組織的工作，進而服務他人，這才是利己利他的能量提昇的目的和功效。

有別於其他利用自己本身天生的能量去運動，或所謂的去練氣功，這裡所謂的練氣則在於啟動自我產生能量的三焦系統，啟動增強人體潛能的命門，發揮人體額外的氣能偵測和感知能力，所以可以經過穴道去了解人體，利用氣脈去辨病灶的位置，駕馭氣能去聚集人體內的廢棄物質，達到穴壓治療的功效，方便拔罐將廢棄氣血移除，方便人體有效的修補機制的進行。

四、拔罐、穴壓與練氣的關聯

再強調，拔罐只是一種將人體內的氣血移除出病灶地區的技術，端靠正確的位置和有效的穴壓。如果不是倚靠穴壓將人體內受傷損壞的組織氣血尋找聚集在特定的位置，才去進行拔罐，是毫無功效，反而有害人體的健康組織，因此並不是人人可以操作，所以拔罐必須要以穴壓為前提，它只是一種配合的相關技術，加速穴壓後人體修補的效果而已。

進行穴壓所要具備的學問知識比拔罐更為廣泛，除了對人體結構組織的了解，對人體生理運作十分明瞭，對致病的病理病因要透徹外，更要了解穴道偵測和氣場感應的操作。人體的穴道和氣脈只對人體高超於自然水平的氣能才有反應，所以要執行穴壓則必須要提昇自我的氣能，才不會在進行穴壓時讓自己氣能耗損而氣竭而衰，所以穴壓的重要基礎在於氣能的培養和建立，那就是練氣了。沒有練氣沒有穴壓，勉強進行穴壓是在枯竭自己的能量，也就是讓三焦系統衰竭，尤其是下焦的腎臟系統。

練氣是一種簡單的呼吸吐納的功法，不過心法十分重要，否則岔氣、走

火、入魔等身心傷害現象容易產生。不過一旦練成，功效顯著，不會退行，不會遞減，可以終身有用。練氣後取得的能量提供了穴壓治療時偵測穴道和氣脈所需的工具，如此穴壓才會有效果。更重要的是保護自己免於病氣的反噬，傷害自我，是一種自我防衛的措施。練氣的功能可供利用於利己、利他的養生，保健，預防治療疾病上之應用，同時也讓自己身心平和清明，其實是一種強身修心的最佳工具。

綜結以上，拔罐需建立在穴壓治療之上，穴壓必須有練氣作基礎，而練氣是一本萬利的健康方法。



黃頭鷺銀鷺

圖片 洪韻媚提供



Correlation among Cupping, Acupressure and Qi

Lisa Li-Chen Hsieh^{1,2} Md, PhD

¹ Acupressure and Cupping Association, Chief Researcher

² Ji Ding Clinic, Responsible Doctor

Successful cupping relies on correct and effective acupressure, and the execution of an effective acupressure relies on the strong energy generated from practicing of Qi.

The safety of cupping is the pressure which must be within the maximum tolerable limit of each part of human body to avoid damage, whereas the effectiveness of cupping depends on right acupoint where the maximum toxic waste metabolites can be collected and can be extracted at one time by cupping. Cupping is but a complimentary technique goes with acupressure which concentrates as much the maximum toxic waste metabolites on lesion sites. Consequently, two key points of a successful cupping are 1. correct acupoint where the largest amount of toxic waste metabolites is accumulated, and 2. right in-cup-pressure is properly set by the performance of a machine. An accurate cupping will remove immediately pain caused by oppression around lesion sites and help to activate body automatic repair to resume health.

To locate a correct cupping point needs skillful acupressure, which, in turn, needs knowledge of human anatomy, physiological function and the characteristics of each acupoint, so that the collection of maximum toxic waste metabolites in a specific acupoint is able

to be made. Once those harmful substances are extracted by cupping, pain consequently reduces and organs and tissues initiate their effective repair to restore health.

The effective acupressure relies in the search and determination of the lesion site for collecting the maximum abandonment of blood and gas, whereas cupping gives right in-cup-pressure to extract them at one time, otherwise the cupping has no effect. On the other hands however, the practice of acupressure needs bio-energy of the human body which come from the breathing exercise and Qi generated from it.

Qi not only improves self-automatic energy but also is the only power to manipulate and control acupoint. Both are the fundamentals in practicing acupressure. Yet, how to use Qi in acupressure acquires learning and practicing to form two major skills : acupoint detection and Qi field induction. The former is to measure and sense each acupoint and its reaction to understand the body, while the later to identify the lesion, to gather the waste

materials, and to activate the body repair procession. In this connection, cupping will remove the waste substances from lesion to expedite the effective repair mechanism of the human body.

In conclusion, Cupping is but a technique to remove blood and gas from the lesion area of the body with little treatment effect and should not be used independently and not in healthy people. Right in-cup-pressure and correct acupoint where waste blood is

substantially concentrated extracted are the crucial points of a successful cupping. Acupressure is to find out the lesion site and to collect as much as possible waste substance in a specific area, whereas Qi gives acupressure the execution power and energy.

All in all, cupping is based on acupressure treatment. The acupressure must be supported by Qi, and Qi come from breathing exercise in a correct and healthy method.

練氣的意義

一、練氣是什麼



經過鍛煉、沒有雜質
為人體所利用來提昇人體的生命能量

二、氣的種類

原氣 - 人出生就有的「氣」

宗氣 - 經過呼吸吐納產生的氣

三、宗氣的來源

宗氣 源自人體兩套自動生命動力系統

- 一、與外界相通，自周圍環境攝取空氣和水穀飲食的「三焦系統」
- 二、在心肌細胞上產生電位令心臟律動，推動全身氣血循環的「心主別脈」

四、練得的氣是什麼

經過**特殊呼吸吐納**的方式可練得高於「宗氣」的能量
可以運行於人體內的氣能才是我們這裏所謂**練得的「氣」**

五、

練氣的目的
就是將此練得的「氣」增強，
形成氣流，通行於全身氣脈中，



H 01

and to form a stream of "acquired Qi" circulating our whole body.

六、

初學者在身、心、息放鬆的狀態下，
藉由大腦意識控制，
經由口令訓練呼吸吐納，
啟動人體增加氣能的奧妙機制。



Beginners should keep their body, mind, and breathing in the status of relaxation.

本期特別報導

拔罐學術研討會

主辦：穴壓與拔罐學會

一、日期：107年12月27日（四）

地點：吉錠診所暨穴壓與拔罐學會高雄通訊處高雄市三民區九如二路53號1樓



二、日期：107年12月29日（六）

地點：穴壓與拔罐學會台北市松山區光復北路177巷16號1樓



本期特別報導

拔罐的歷史沿革

張美意¹、謝麗貞^{1,2}¹ 穴壓與拔罐學會學術研究組研究員² 吉銳診所負責醫師

「拔罐」是一種民間的治病方法，在不同的地區，不同的民族，有不同的醫學理論和操作模式，所用來治療的病症也不盡相同。

一、中國傳統拔罐的歷史沿革

(1) 拔罐醫療技術

中國的拔罐歷史非常悠久，至少在西元前第4世紀以前，我們的祖先就已經知道在容器內引火燃燒後，會使容器內產生壓力差，使容器吸附在人的體表上，以治療皮膚上的病灶。當時就利用動物的角（獸角），作為吸拔皮膚病灶的容器來治療人體皮表上的毒瘡、疽腫，稱之為「角法」。

西元3~4世紀時，醫學兼道學家抱朴子葛洪，在其所撰的醫書《肘後備急方》中，提到使用「針角法」的禁忌，可見當時已有以針先行刺扎皮膚的病灶，再用獸角來吸取膿包，這已經是不同於單純使用火罐形式的操作法了。

依據《御定佩文韻府》記載，在唐朝（約西元7~9世紀）拔罐和中醫學中的內、外、小兒、眼耳口腔牙科是有相同重要的地位。「角法」一科的學制定為兩年，其內容包括拔罐的醫學理論、治療方法、操作技術，和臨床上的應用等，是一門相當完整，屬於皇室宮廷中的醫療方術。由於歷史朝代迭次更替，各個皇朝的此起彼落，醫官學員們隨之而流散遁入民間，各種醫療方術，因而

淪落於各地民間之中，拔罐的「角法」亦如是。

(2) 拔罐工具的更換

隋唐時期，拔罐的工具開始使用竹罐代替獸角。由於竹子可裁成各種樣式和大小得以應用在人體不同的部位以治療各種病症；又由於竹子可以吸附水液，遂得以水煮法替代用火法。至宋朝以後，拔罐的工具已完全由竹罐來取代獸角，拔罐療法的名稱也改為「吸筒法」；在技術操作上，更進一步由單純水煮的「煮拔筒法」，發展成為「藥筒法」，達到同時發揮吸拔和藥物的雙重治療效果，是醫療學上的一大進步。所以拔罐法已經成為當時中醫治療中，相當重要的外治敷藥兩用的方法之一。但是拔罐的主要功能，仍舊還是停留在吸取人體表面的膿血，以及治療癰腫等病症上。

到清代時期，拔罐工具出現更方便的陶、瓷罐，因沿用火法稱之為「拔火罐法」。其罐具已成為普通商品民眾可以隨意選購，足見拔罐法已深入民間，不再是由專業的醫者方能操作。當陶、瓷罐投火法盛行時，治療範圍也自吸拔

膿血瘡毒，應用到多種內科學上的病症，如《本草綱目遺拾》上所說：「拔罐可治風寒頭痛及眩暈、風痺、腹痛等症」，可使「風寒盡出，不必服藥」。民間自是更為自行治療風寒、頭痛等內科病症，人人皆可拔罐，遂成為民俗流行的治療技術。

總觀之，拔罐治療法在中國已有二千餘年以上的歷史，首先是由專業受訓的醫者執行的治療技術，後來散落民間，成為一種通行的民俗療法。拔罐的工具和技術的不斷演變改進，適應病症也包括各式各樣的症狀。其間縱然有錯誤的應用，或是不良的傷害反應，甚至於危險致死的個案發生，卻也因無專責文書記載，故無從得知。至今拔罐療法僅存操作的技術和方法，使得固有的拔罐醫學理論不再受到重視。

二、世界各國拔罐的歷史沿革

世界各國有拔罐的圖文紀錄，比中國更為久遠，所以拔罐療法在古代可能早已存在數千年之久。在古埃及、希臘和羅馬所流傳下來的壁畫和雕刻圖像等文物中，都曾出現有拔罐所使用的罐子，以切開皮膚或血管的刀具，足見拔罐作為治療的技術，不只在古代中國，也早已經在西方被廣泛地使用。

(1) 拔罐工具的更換

最早醫學紀錄中記載有拔罐的使用，大約是在西元前1550年左右，以希伯來文寫在埃伯斯紙草（Ebers Papyrus）上的古埃及醫療記錄，其提到拔罐是用來自身體中移除異物。希臘最早記錄有拔

罐的工具：罐子和切開皮膚的刀具，是刻在希臘雅典Asclepios寺廟中的大理石上。在古埃及，約公元前3世紀時，亞歷山大大帝的部將孔翁坡的神殿（Temple of Kom Ombo），其神殿牆上也雕刻有許多外科手術的工具，像：剪刀、解剖刀、鉗子，和拔罐用的罐子等，顯示古埃及也有使用拔罐，作為外科治療的技術。在印度也有類似治療方式的記載，於西元第4世紀時，由印度著名的醫學家龍樹所整理修訂的醫學經典《妙聞集》中，記載著：「若病患身體出現毒素，血液便會惡化，可依症狀選用犛牛角、葫蘆等工具吸出」。曾經在古埃及木乃伊身旁發現有獸角，顯是古埃及也是用獸角來拔罐。

古時候中國的傳統醫學包括拔罐療法，曾經傳播到亞洲各個國家去，包括日本、韓國，以及東南亞一帶，現仍有不少的國家，有以拔罐作為治病的療法。在歐洲東南部的巴爾幹半島、塞浦路斯、波蘭，甚至於俄羅斯、墨西哥等國家，都有在不同部位和形式的拔罐記錄。前蘇聯將拔罐療法稱為「鬱血療法」，日本稱之為「真空淨血術」，在波蘭稱之為Banki或是Banka。在伊朗，則被稱Bod-Kesh，即是將空氣抽取出來的意義。在古印度、阿拉伯，以及美洲的印地安人間，亦流傳一種「杯吸法」，用於治療關節炎、風濕病以及其他相關疾病。

(2) 拔罐療法的應用理論

古時西方拔罐療法的應用理論，可由約於西元前400年時的醫學思想而知，

其認為人的健康是和身體內的四種體液 (four humours : blood血液、phlegm痰液、choler黃膽液、melancholy黑膽汁)有密切的關聯，認為人體疾病的發生，就是因為這四種體液不平衡所致。一千餘年來，這套理論仍舊受到歐洲和受到中東文化影響的人們所信仰，所以透過使用拔罐對身體進行放血，可以消除體內過剩的血液，進而促使四種體液的再平衡，達到恢復身體健康的目的。

在信仰伊斯蘭回教的地區，使用拔罐的歷史可以追溯到幾千年前，其被視為非常有用和神聖的醫療技術，而且是極為重要的治病和恢復身體健康的方法。在中世紀伊斯蘭傳統醫藥學中，將此種拔罐技術稱作 Arabic Hijamah 或 Hijama。當時這種拔罐法被認為是一種相當危險的技術，因此還對於過分拔罐、拔罐的位置、睡覺時或休息中的拔罐，特別是在處理凝血的程序上有詳細告誡的記載。

拔罐也是古時候東歐猶太人所使用的一種治病法。猶太人的法典塔木德經 (Talmud)，是記述者當時有關猶太人的宗教和世俗生活的經典。其中雖然並沒有對人體有關體液和性質的敘述，但是也提到「血液是萬病之源」，認為過多的血是造成疾病的原因。當時放血的方法，一種是以 lancet 細薄刀片去割開靜脈血管，讓血液流出來，稱作「靜脈切開術」，那些被認為多血症和發燒發炎症狀者就使用此法來治療。

(3) 拔罐療法的現代思維

歐洲早在西元17世紀時，就漸漸瞭解人體解剖學的知識，開刀和診斷技術也不斷地進步；但是治療疾病的方法，卻無所改變。過去人們的觀念總是：「有治療總比沒治療好。」所以每種病都給予放血拔罐，雖然病人沒有生理病理上的好處，至少可以有心理上的效益，所以拔罐放血仍然被持續使用。在18及19世紀時拔罐放血法又稱溼式拔罐法已經式微，而乾式拔罐法，即不切割皮膚表面，用火來減低罐內的壓力以吸引局部鬱積體液的治療法，後拔罐器具又改進成為方便的抽氣拔罐器，拔罐治療法仍舊持續地被使用著，直到19世紀後被醫學界發現其無顯著效果而放棄，自是不受現代主流醫學界的認可及接受。

參考資料

謝麗貞 (2011)。拔罐的真相沿革、利害與科學研究。臺北市：知音出版社。

謝麗貞 (2016)。拔罐的科學實務—壓力、部位與判讀。臺北市：知音出版社。

本期特別報導

有效的拔罐機制及其操作

張美意¹、王滄瑜¹、謝麗絲¹、林文絹¹、鄒素芳¹、陳素卉¹、
邵芸英¹、施翠滿¹、朱益華¹、沈育如¹、劉群威¹、洪韻媚¹、謝麗貞^{1,2}

¹ 穴壓與拔罐學會學術研究組研究員

² 吉錠診所負責醫師

拔罐，存在世界各地已數千年，並不是中國特有的醫療行為，所使用的方法各民族、地區各異。但是，由於缺乏基礎科學的根據，及其效益未被證實外，更因為安全性受到質疑，所以不被正統醫學所認同。究其原因實在是欠缺科學和醫學上的理論基礎、標準的操作準則，以及臨床實證醫學所證實的安全性和有效性(《拔罐的真相沿革、利害與科學研究》謝麗貞，知音，2011；《拔罐的科學實務—壓力、部位與判讀》謝麗貞，知音，2016)。所以，探討其科學的根據，明瞭其有效及安全的範圍以確定其真正的醫療效益，實在有其必要性。

有效的拔罐機制及其操作應考慮的因素，如下：

一、拔罐的操作知識技術

拔罐只是一種技術，其功能是去吸取人體皮表底下有病的組織成分自病灶地區移除，並令該有害物質能進入人體排除代謝廢物的系統中，以便迅速移出體外且快速修護恢復健康。這就是拔罐的實際效益。操作人員除了必須熟諳操作技術外，尚需要具備相關的知識學問，包括以下各點：

(一) 拔罐的原理壓力的作用

要用拔罐自人體內吸取出組織成分來，必須營造出恰當的罐內「負壓」，其壓力值：一來要足夠到可以破壞表皮細胞之間緊密的間隙結構和內在組織的相互擬聚力，讓有病的「氣」「血」被吸取出體表，或自其所在病灶的組織中流溢出來；二來要避免過強的壓力造成人體器官組織受到擠壓而傷害。

(二) 壓力對人體各器官組織的影響

人體的結構成分可概分為「氣」與「血」兩大部分，當處在低壓之下，器官組織就會有腫脹甚至爆裂等壓力的傷害，這時在部位上拔罐才能將底下的已經受損的細胞組織拔出體外，因此，要認識壓力對人體個別器官的作用，才能使拔罐達到吸取出組織成分的效果。

(三) 認識人體各部位能承受壓力的差別和傷害

人體各部位器官組織能承受壓力的差別極大，如骨骼承受力較大而臟腑及軟組織則相當小。拔罐雖然只對人體局部皮表及組織作用，但一樣會因罐內負壓力過大而造成內部傷害。因此，罐內壓力值必須設定在人體各部位可以忍受的範圍內，以免接受拔罐的皮膚底下的組織受到破壞。

（四）拔罐部位的選取

拔罐是要去拔出病灶中淤積敗壞的「氣」與「血」來，藉「氣」與「血」的再分佈去促進血液循環，啟動身體的自動修護機制，以恢復健康。所以拔罐部位的選取，需先瞭解人體器官組織病理上的變化。有效且正確的拔罐位置和疼痛或腫脹的位置不一定是相同的，特別是在使用穴壓治療時，要遵循穴道代表器官組織的原則，去選取相對的位置。

（五）人體各部位器官組織基本結構和成分的知識

雖然人體基本的成分概分成「氣」與「血」兩種物質能量，「氣」是可以透過體表發散排除，所以才會有藉拔罐來吸取出病「氣」以干預人體的自動修復系統，並促進「氣」與「血」的重新恢復平衡，然後人體才能啟動修護而恢復健康。

（六）對人體天賦體質、後天傷病、疾病症狀有能力分辨的知識

拔罐並非沒有危險，正確分辨病人先天體質、後天傷病、實際的病症或損傷才是「對症下罐」。對健康的人不但完全沒有益處，過度拔罐，特別是過強負壓的吸取力，絕對使體質孱弱的人如：老人、小孩，病危者，或是特殊體質者，又或其身上的病症或損傷，因為內含隱藏的危險因素，例如：凝血因子不全，腸胃道脆弱、組織潰瘍等，拔罐就可能造成器官內出血不止，破損傷害等，拔罐絕對不可隨意嘗試。

（七）認識穴道與拔罐部位的關係

人體表皮上的「穴道」，其各自控制著人體內部的器官組織以及生理功能，同時也是該器官組織成分進出管理的管道。點穴就是去偵測相關部位的變化，找尋和確定病因的所在，操控組織形成結構上的變化，以產生必要的相對壓力差；因此才能將壓力差較高的組織成分利用拔罐吸取出來，強迫人體啟動更新修復的機制，達到恢復健康的目的。

由於拔罐是將人體器官組織內損壞的組織成分吸取出來，最好的方式就是利用操控穴道，將有病的組織成分會集於穴道處，方便拔罐時一次吸引出來，並同時去啟動修補、更新和調節的作用，才能發揮拔罐的效益。

（八）謹記決定拔罐部位的原則

當決定必須要對病人採用拔罐作為輔助治療，於選擇拔罐部位時，需要遵守以下的原則：

保持病人在一個安全、安靜的環境，病人必須意識清醒、神情平和、不躁動，並且同意接受拔罐的處置，再去審視選擇可以拔罐的部位。

確定病人發生症狀的位置，和所要拔罐的位置是可以去吸取出受損的組織成分。

在所拔罐的位置上，確認穴道的開啟和操控是否必要，並確定已經將受損的氣血組織成分聚集起來，方便拔罐一次即可吸取出最大量淤積的廢棄組織成分，增加拔罐的效益。

確定要拔罐的表皮上是平整、柔

軟，沒有突出的骨骼，以利拔罐杯口可以緊密吸附皮表不會漏氣，以減少失敗和對病人皮膚、肌肉、骨骼等直接的傷害。

在所拔罐的表皮上，先審視其下的內部器官組織是否適合拔罐，要避開直接在血管、神經等脆弱組織上拔罐；盡量選擇堅實的肌肉，或其下襯有骨骼支撐的部位，以減少拔罐對實所受到壓力的傷害。

在所拔罐的表皮上，必須要完整沒有開放性的、未痊癒的或可能會爆裂的傷口，例如：手術後未完全癒合的傷口、跌倒擦傷的傷口、患皮膚的疾病，以及可能會破裂的皮疹、瘡傷、腫毒、痘痘等。

特別要確定病人身上沒有瘀青、出血的痕跡、沒有凝血功能異常的現象、沒有出血傾向的體質，也不可以在已經拔過罐或刮過痧的傷痕上拔罐。

避免對老人、小孩、嬰幼兒以及重病孱弱尚未復原的病人拔罐；若非拔罐不可時，一定要審慎評估拔罐的安全性，要預先告知病人及其家屬可能的危險性並取得他們的同意。

審慎評估病人當下的身心狀況、體質和健康條件。病人病情每日千變萬化，拔罐位置也要隨時隨穴壓位置而更動。選擇拔罐的位置要經過訓練，並且在臨床上曾經由專業人員指導、學習，以及曾具有操作經驗。

選擇拔罐的位置時，要同時考慮拔罐器材是否適用於罐內壓力的決定和建立。理想的拔罐器材，應該是方便、安全、有效；拔罐的罐子易於建立所需要

的減壓、具有壓力大小的控制，和隨時調整罐內壓力的機制。

二、採用瞬吸可調式吸引力的拔罐裝置

工欲善其事必先利其器。在《拔罐的真相——沿革、利害與科學研究》一書中，已經利用科學實證實驗方法，研究出人體對拔罐的反應、醫學原理，以及各部位概略的壓力數值，據此設計和製造出合於理想的拔罐機器裝置：「瞬吸可調式吸引力的拔罐裝置」已經擁有臺灣、日本、中國等專利。此拔罐裝置方便於罐內壓力的建立。該拔罐器材安全、有效，易於建立所需要的減壓、具有壓力大小的控制，和隨時調整罐內壓力的機制。

三、罐內壓力的決定

拔罐時，最重要的就是決定罐內壓力。適當的罐內壓力才會使病人不會因罐內負壓太大而受到傷害，或是罐內負壓太小而導致拔罐無效。除了以上所敘述應具備的知識和原則外，拔罐時至少還要再三考慮以下因素，以提高安全性和避免不必要的傷害。

病患的體質、身心、健康狀況；

病患的疾病以及症狀；

拔罐對該疾病及症狀的適用性；

拔罐部位的選擇；

拔罐對部位組織的可能反應和影響；

罐杯口徑大小的選擇；

罐杯數量的選擇；

如發生可能不良反應時的緊急處理方式。

因此，罐內壓力資料庫的建立有其必要性。謝麗貞醫師在其著作《拔罐的

科學實務—壓力、部位與判讀》發展出一套協助計算拔罐壓力的公式，將有必要考慮的重要因素彙整納入，便利操作人員的參考，以減少拔罐的傷害和不良反應。

拔罐時應視個別病患的狀況作適當壓力值的調整，其調整的順序依重要性和臨床症狀而定，可以分成四個類別：

- (1) 個人基本條件：包括年齡、性別和基本身心狀況；
- (2) 待處理症狀之部位：包括症狀種類和嚴重度；
- (3) 拔罐的位置：包含皮膚表面是否平坦、組織成分是否堅實及部位大小；以及
- (4) 人體部位上有無穴位。

四、拔罐操作時應該注意的事項

拔罐操作時應該注意事項的步驟如下：

個案分析：瞭解病情、確定拔罐的必要性及可行性，並取得病人的同意。

拔罐前置作業：(1)選擇人體部位，如果可以拔罐的部位超過一個時，就要仔細選擇傷害或危險性較小的部位，依序是：四肢<背部<肩頸部<腹部<胸部，如此可避免不必要的風險；(2)計算病人壓力的調整因素，如病患待處理的症狀，拔罐所在部位的確定，決定點穴的處理，計算最終的壓力值，罐杯口徑的選擇，以及罐杯口膠套選擇。完成以上程序後才可以啟動拔罐操作。

留意拔罐的過程：拔罐操作過程中可能發生且需要即時採取調整的狀況，大約有以下五種情形：

1. 病患突然表示不接受拔罐，或受不了拔罐所引起的皮膚緊縮時，應立刻將罐杯自病患皮膚表面上移除，終止拔罐。

2. 病患表示拔罐所引起的皮膚緊縮，超過其所能忍受的程度時，應立刻向下微調壓力，直到病患表示可以接受的程度為止。
3. 病患表示拔罐的壓力程度不足時，這時可以向上微調壓力，使罐內壓力增加，直到病患表示可以接受的程度為止。
4. 透明罐杯內看出異常現象時，如：出血、凹陷、皮膚過度吸引上升等，其狀況需要及時採取應對措施時，應立即調整罐內壓力，或立刻將罐杯自病患皮膚表面上移除，終止拔罐。
5. 拔罐過程中，病患所有的身心變化和反應，特別是疼痛感，都要立刻謹慎注意處置之，不可忽略。

五、起罐的操作和拔罐後的追蹤

將罐杯留在皮膚表面上的時間，稱為「留罐時間」，一般3—5分鐘左右。拔罐後皮膚呈現的結果，應注意有無需要進行立即的處置，或需要進行追蹤，以確保拔罐的安全性和有效性。拔罐完成後身體上會留有「拔罐後的印記」，這是代表組織器官狀況現況最佳評估的根據，要善加利用。

以上所述的學問知識、操作技術、程序和步驟，就是經過實證研究證實具有安全性和有效性的「現代的科學拔罐」。

參考資料

- 謝麗貞(2011)。拔罐的真相沿革、利害與科學研究。臺北市：知音出版社。
- 謝麗貞(2016)。拔罐的科學實務—壓力、部位與判讀。臺北市：知音出版社。

本期特別報導

拔罐的器具與操作

張美意¹、王滄瑜¹、洪韻媚¹、吳雪鳳¹、謝麗貞^{1,2}

¹ 穴壓與拔罐學會學術研究組研究員

² 吉錠診所負責醫師

壹、拔罐的器具的演變

遠古之時，利用獸角作為拔罐的工具

Kom Ombo)，牆上雕刻有許多外科手術的工具，像：剪刀、解剖刀、鉗子和拔罐用的罐子。（左下方的兩個罐子）



刻在希臘雅典Asclepios寺廟中，大理石上的拔罐的工具：罐子和切開皮膚的刀具。

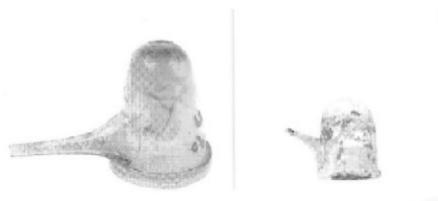
西元前後，埃及使用金屬製品，特別是由青銅，或黃銅所製成的杯狀物做為拔罐的工具。



Yafine tablet representing cupping and bleeding instruments from Temple of Asclepius at Athens. In center is represented a taking case containing scalpels of various forms. On either side are cupping vessels.

西元十世紀左右，伊朗所使用較不易傳熱的玻璃罐子。

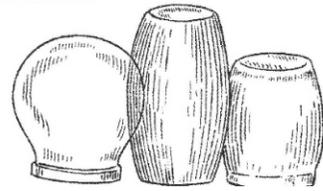
公元前3世紀，古埃及亞歷山大大帝的部將——孔翁坡的神殿（Temple of



製作精緻，圓滑、美觀，透明度更佳，材質更好的玻璃罐子。



古代中國所使用的玻璃罐。



古代中國所使用的陶罐，用陶土製作，容易隨意調製成各種形狀，再經上釉窯燒而成。

古代法國式手動機械式拔罐放血設備。



古代中國所使用的瓷罐，用瓷土製作，須事先製作模子，再製成胚體，經上釉窯燒而成。瓷罐製作較為費事，無法隨意調整形狀，但耐熱性較高。

中國古時竹罐方便易得，但吸著力較差，且久置後會乾燥，容易破裂漏氣。



現代玻璃罐使用耐熱質硬的玻璃燒製，可隨意製成口圓肚大，罐口邊緣略外突，適合拔罐的樣式。材質清晰透明便於觀察。



謝醫師的「瞬吸可調式吸引力拔罐裝置」有六種型式：

(1)單罐、多控壓力選擇型

現代壓克力罐由壓克力材質製成，可以隨意製成適合拔罐的樣式，質地不易破裂，安全性高，罐身清晰透明便於觀察。罐口平整，容易使用。罐頂合適安裝活塞，便於手動抽氣，是目前最受歡迎的拔罐工具了。



(2)多罐、四控壓力選擇型

壓克力罐頂合適安裝活塞，便於手動抽氣。一般罐子大小成套共16個，是目前世界最通行的壓克力拔罐工具。



(3) 診所用多罐、三控壓力選擇型及操作



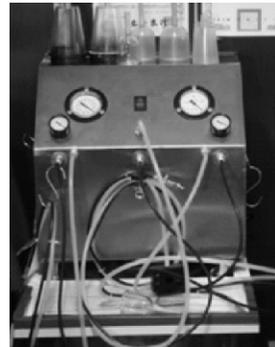
(4) 診所用多罐、單控壓力選擇型及操作



(5) 精巧多罐、單控壓力選擇型



(6) 最新式多罐、單控顯示控壓選擇型



貳、使用控制壓力的「瞬吸可調式吸力拔罐裝置」的拔罐操作

操作的程序和步驟的要義內容依序詳細說明如下：

一、個案分析

1. 瞭解病情

聆聽病患的主訴，診察病患的病症以及過去病史，確定病患的主訴和病症及過去病史的相關性，並用穴道偵測加以復查確認之。

2. 確定拔罐的必要性

在擬定的治療方法中，決定拔罐對此病患的主訴和病症是否真有幫助？如

果有幫助時，則繼續下一個步驟；如果沒有幫助，或是不能接受拔罐者，如：小孩、衰弱老人、重病者等，則尋求其他治療方法，不得隨意或僥倖使用拔罐。

3. 確定病人同意接受拔罐

並非所有的病人每一次都會接受拔罐，可能是身體狀況不允許，可能是衣著的關係，特別是拔罐後會留下印記，約3~7天才會褪去，會在社交場合中引起困擾，所以每一次拔罐，需事先確定病人同意接受才可進行。

4. 確定拔罐可行性

雖然病人可以接受拔罐，但是仍舊要檢查病人相關的身體部位是否合適拔罐，例如有傷口、皮膚病或已曾經拔過罐而尚未恢復者等等，仍舊不得使用拔罐。

二、拔罐前置作業

(一) 選擇人體部位

當確定拔罐可以輔助治療或緩解病患的疼痛後，如果可以拔罐的部位超過一個時，就要仔細選擇傷害或危險性較小的部位，依序是：四肢<背部<肩頸部<腹部<胸部，如此可避免不必要的風險。如果是屬於非尋常的部位，例如頭頸部、大腿內側、下腹部等，則需要具備足夠的醫學知識和較複雜的拔罐技術，才可去拔罐。

(二) 計算病人壓力的調整因數

選定拔罐的部位後，需再復查病患的個人基本條件，包括體質、年齡層、性別、當下身心和健康狀況、其承受的拔罐壓力最高值，決定其必要調整因數

加權的比例值，然後再自資料庫中取得參考壓力值，計算調整後的壓力數值。其細目包括以下：

1. 診察病患的待處理症狀

承接上項，應再診察病患的待處理症狀，包括：症狀種類、嚴重度、發生危險的可能性，以及拔罐部位的狀況，作為調整拔罐壓力的加權比例數值，再自資料庫中取得參考壓力值，以計算調整後數值。

2. 拔罐所在部位的確定

自資料庫中取得欲進行拔罐的部位，如：肩頸部、胸部、腹部、背部、或四肢等，其最高拔罐壓力值，以計算調整後的數值。

3. 決定點穴的處理

調整因數也包括該預備拔罐的部位其上是否有穴位，是否須要點穴，以及是否已完成有點穴處置，以作為調整拔罐壓力的加權。

4. 計算最終的壓力值

最後，將以上的調整因數之加權比例數值加總後，計算在參考壓力值上，得到最終拔罐壓力值。拔罐壓力值的範圍為200~620mm Hg，如總數值大於620mm-Hg時，則以620mm-Hg為限；如所取得的數值小於200mm-Hg時，除非有特殊目的，或老人、小孩、身體孱弱者，或重大傷病正復原中者，有非拔罐不可的理由外，即表示不需要拔罐，應即放棄。

(三) 罐杯口徑的選擇

為維持最佳拔罐的效果，罐杯口徑的選擇需依照第貳章、三、(四)中所敘述的要點進行。所以需要檢查預備拔

罐位置上的皮膚，包含：表面是否平坦、有無明顯凸出骨頭會防礙罐杯的吸取、皮下組織的成分是否堅實，以及部位面積的大小，以作為調整拔罐壓力加權比例數值的參考，再自資料庫中取得參考壓力值計算調整後數值。

（四）罐杯口膠套選擇

決定拔罐時，依各拔罐部位面積之大小，選擇適當尺寸口徑之罐杯，令罐杯和拔罐杯的接合器緊密接合準備進行拔罐。一般平整的皮膚表面可以使用硬式的彈性墊環，而不平整的皮膚表面，則需使用軟式的彈性墊環。

三、啟動拔罐操作

使用「瞬吸可調式吸引力拔罐裝置」時，已事先設定其真空幫浦一直維持在提供穩定且充足的空氣負壓狀態下，真空桶內的壓力也已事先設定控制在我們算定的常用的拔罐壓力值範圍內。這時將選好的適當口徑且配上軟式或硬式彈性墊環的罐杯，其上的接合鈕鑲嵌在接合器上，再將罐杯口置放在皮膚上預備拔罐的部位，令罐杯口緊密地貼住在拔罐部位的皮膚及其下的組織，然後啟動拔罐的電力控制鈕，令空氣幫浦將該拔罐杯中之空氣抽出，直到罐杯中之壓力達到我們依上法計算所得的最終總拔罐壓力值時進行拔罐。知後可以將接合器移除，可以再重複利用此罐杯的接合器，去進行下一個拔罐。

四、留意拔罐的過程及注意事項

操作的過程中，每一個步驟需要隨時注意病患的身心的變化和反應，隨時

依照病患主觀的要求和實際狀況給予適時調整，以維持拔罐的安全性，然後再講究有效性，這個要特別謹記在心。

拔罐操作的過程中，可能發生且需要即時採取調整的狀況，大約有以下3種情形：

1. 病患突然表示不接受拔罐，或受不了拔罐所引起的皮膚緊縮時，這時應立刻將罐杯自病患皮膚表面上移除，終止拔罐。
2. 病患表示拔罐所引起的皮膚緊縮超過其所能忍受的程度時，這時應立刻向下微調壓力，直到病患表示可以接受的程度。
3. 病患表示拔罐的壓力程度不足時，這時可以向上微調壓力，使罐內壓力增加，直到病患覺得可以忍受的程度。
4. 透明罐杯內看出異常現象時，如：出血、凹陷、皮膚過度吸引上升等，其狀況需要即時採取應對措施時，應立刻調整罐內壓力，或立刻將罐杯自病患皮膚表面上移除，終止拔罐。
5. 拔罐過程中，病患所有的身心變化和反應，特別是疼痛感，都要立刻謹慎注意處置之，寧可終止拔罐，不可忽略。

五、起罐的操作

將罐杯留在皮膚表面上的時間稱為「留罐時間」，一般5~10分鐘左右。若拔罐機器裝置設定有壓力值的控制，待罐杯內壓力值下降，罐杯開始鬆動時，就可將罐杯自皮膚上移除而起罐，完成拔罐的作業。有時，拔罐的時間足夠長

了，也可以不待罐杯內壓力值下降，直接手動將罐杯自皮膚上移除。是否待罐杯內壓力值下降，或直接手動起罐，端看所採用的拔罐機器裝置而定。

六、拔罐後的追蹤

拔罐後的追蹤有兩個目的：1. 要依照以下第五章、二、檢視拔罐後皮膚呈現的結果；和2. 依照第陸章、使用新型「瞬吸可調式吸引力拔罐裝置」拔罐結果的判讀，確實檢視拔罐後皮膚呈現的結果，有無需要進行立即的處置，或需要進行追蹤，以確保的拔罐的安全性和有效性。

綜上，拔罐絕非是完全沒有危險性的，只有經過專業訓練，小心以學問知識為基礎，不斷累積臨床經驗，並遵循

操作方法才能確保安全沒有傷害。而本章所述的拔罐操作是一系列的順序，絕非是一成不變。實務上，應再小心注意病人於過程中，隨時可能的身心反應和變化，去做必要的壓力和部位的調整，尤其是要確定部位是否選擇得當。當有任何疑慮發生時，應立刻中止拔罐、或將壓力向下微調，或更改部位至恰當、舒適的範圍內為止，絕不可勉強。

參考資料

謝麗貞（2011）。拔罐的真相沿革、利害與科學研究。臺北市：知音出版社。

謝麗貞（2016）。拔罐的科學實務—壓力、部位與判讀。臺北市：知音出版社。



圖片 洪韻媚提供

本期特別報導

拔罐後印記的判讀和應用

王淳瑜¹、謝麗貞^{1,2}¹ 穴壓與拔罐學會學術研究組研究員² 吉錠診所負責醫師

在《有效的拔罐機制及其操作》一文中，將拔罐應具備的學問知識、操作技術、程序和步驟都明列清楚，根據如此的原理原則進行操作，經過多年臨床研究，證實這種方法下的拔罐確實具有安全性和有效性。由於各種病症均事先經過診斷並在特定的身體部位及穴道上，用符合需要的罐內負壓進行拔罐，故所得的資料結果具有比較性，可以作為歸納和演繹之用。

於完成拔罐後，除了確實觀察到拔罐具有減輕疼痛和加速身體修護及恢復健康的輔助治療的效益外，並且發現到身體皮膚表面上在拔罐的位置上會留有印痕，我們稱之為「拔罐後印記」。由於穴道是代表並操控身體內組織器官的控制管道口，我們進一步發現「拔罐後印記」會隨著疾病和症狀的嚴重度，以及病程的進行而有所變化，而且產生一定的相關性，足以代表組織器官當下的狀況，是評估身體內部組織器官即時病變狀況的最佳參考根據，近似於具備有活體檢驗的功能和意義，值得善加利用，可以當作疾病和症狀的篩檢、診斷、治療、預後以及追蹤的工具。自然對「拔罐後印記」的判讀，也是需要經過學習和訓練的。

一、拔罐後檢視印記的意義

拔罐應該要有明確的目的——確定要移除病變組織中的某種成分，令之進入人體代謝廢物的排除系統，以便迅速排出體外，方便身體進行修護恢復健康。於是，拔罐後藉身體皮膚表面上在拔罐的位置上所留有的印痕，應立即檢視以下各項現象：

1. 一般病人是否有立即的感覺：如疼痛感減少、不舒適感緩解、身體壓力釋放、身體的輕鬆和靈活感增加等等。
2. 病人的肢體和關節的活動範圍是否增加的變化。
3. 審視1 & 2的結果，和拔罐目的是否相

符，相符者為成功，不符者為失敗。

4. 皮膚上呈現的拔罐後印記，一般會在4到7天內，隨人體的代謝、修補、調節等過程而有漸次褪色的變化，並恢復成與周圍相同正常皮膚的顏色。若有異狀，應告知病人立即前來追蹤檢查。
5. 經拔罐後，病人症狀的治癒速度比未被拔罐的病人，快上3到5倍，這是拔罐最大的效益。
6. 檢視皮膚表層拔罐後所呈現的印記圖像，如：印記大小、顏色、深淺、明暗、斑點、出血等等現象，並解讀判斷其代表的意義。

為確保拔罐的安全性和有效性，拔罐部位的選取是重要的關鍵。拔罐既然是要將器官組織內廢棄的氣血成分吸取出來，那麼最適合的部位就是瘀積廢棄氣血最嚴重的地區，而且其附近還需要有足夠的正常皮膚，如此才能立刻代替病灶地區迅速將吸取出來的廢棄物，送入代謝系統排出體外，讓人體加速修補和更新。如果瘀積廢棄氣血的地區分佈鬆散不集中時，必須先徒手穴壓治療將之匯集起來才一次拔出，如此才可減少拔罐的區域和次數，保障拔罐的安全性和有效性，同時令拔罐後印記的判讀具有相比性。所以，對拔罐後印記的觀察是要達到以下三個重要目的：

- 1.確保拔罐的安全性和有效性；
- 2.確定拔罐的結果已確實達到我們拔罐處置的目的；
- 3.分辨所吸引出的組織成分是否正確。

二、判讀拔罐後印記的必要條件正確的拔罐部位和恰當的壓力

拔罐部位的選取在於對人體結構的瞭解，知道病症發生後其廢棄的氣血成分會瘀積在什麼地方，所產生的疼痛是壓迫到何處的痛感神經，迅速去除這些壓迫物，疼痛自然立刻減緩，人體的修護機制就能有效地去執行。所以，我們必須將人體的結構，依照常見的病症和疼痛的位置給予說明，作為選取拔罐部位的根據；當經驗、技術熟練之後，就很容易辨識出正確的拔罐部位，知道如何選取。

拔罐後的印記會顯現出不同明暗、深淺程度的顏色，代表疾病和症狀的嚴

重度；罐印中也會顯現出不同形狀及顏色的塊狀或斑點等，則代表組織血液中的有害成分，透露出人體內部組織中的一些變化。而這些變化資料的取得是經過數十年累積的臨床經驗研究結果，經過彙整、分析，比對相關疾病和病程的變化印證而得。例如：吸出來的組織成分的性質、數量、拔罐所吸引出皮膚面積的大小、皮膚隆起的高低，以及該部位組織器官血液呈現的現象。

拔罐印記的判讀，必須拔罐是在依據《有效的拔罐機制及其操作》之下，具有正確的壓力，恰當的部位等前提，按皮膚表面所呈現的拔罐後印記的圖像加以解讀才有意義。

三、判讀拔罐後印記的基準

拔罐後印記有五個主要的判讀基準，分別敘述於下：

(1) 拔罐後印記直徑的大小



拔罐後印記直徑的大小代表拔出血和氣的量。中間紅色的部份代表血的量，拔出血量越多，顏色越深；外圍無色印記代表氣拔出的量，無色印記越大代表拔出的氣越多。



(2) 拔罐後印記顏色的深淺

拔出的血並沒有流出體外，仍積蓄在表皮下，等待人體去進行代謝修護。印記中間部分所呈現顏色的深淺，除了代表被拔出血的量外，也顯現出血的性質；顏色深淺的變化代表組織病程的遠近、病變的嚴重度，和血液裡面異樣的物質。

(4) 拔罐後印記顏色中的斑點

印記中的斑點，只發生在紅色部分；斑點的形狀複雜、面積較大者，代表血液中含有詭異性質的成分，一般見於血中有毒素，在有癌症成分的病人中，也可以發現有這種狀況。

(3) 拔罐後印記顏色的均勻和色澤程度



印記中紅色若是均勻，表示被拔罐的組織其病變狀況也是均勻；相反的，如果紅顏色不均勻，則表示被拔罐的組織的質地是雜錯，其病變不是由單一種病因所引起的。印記中間紅顏色的深淺程度，則代表組織病變發生時間的近遠期間，鮮紅淡亮者為較近期發生，而較暗紅、灰褐的顏色則表示病變已經較為久遠。

(5) 拔罐後印記顏色中的明暗度



人體內部組織器官是指肉眼不能透視的內臟器官（五臟六腑），包括其結構和功能。當其生病時，體表沒有明顯的症狀，不易被人們察覺；而且五臟六腑的互相代償性很高，除非已經損壞到相當嚴重的程度，一般不易顯現出臨床的症狀。臟腑的傷害，最後也會導致內部的氣血鬱積、停滯腫脹、蓄積體液，導致萎縮功能遲緩。這種在印記顏色中會呈現出不同的明暗度。暗滯、灰褐的顏色，代表組織器官的病變已經存在許久，而鮮紅明亮濃郁的顏色，則代表病變剛發生不久。

四、拔罐後印記的顏色級數

一級



二級



三級



四級



五級



五、拔罐後印記等級評估時需注意調整的項目

- (1) 疾病的嚴重度
- (2) 負壓的大小
- (3) 拔罐的時間
- (4) 病人的血紅素濃度
- (5) 組織的充血狀況

以上這些判讀的基準，僅限於拔罐時配合《拔罐的科學實務—壓力、部位與判讀》一書中，所應具備的學問知識、操作技術、程序和步驟等，在如此的原理原則進行操作穴道及點穴所得的拔罐後印記圖像，才能適用。至於更深入地應用到臨床治療病人時所需的醫學知識和點穴和拔罐的技術、則更需要深入的實驗研究。有關的技術人員在養成訓練上也需更多的學問經驗，包括人體結構的瞭解、疾病症狀的分辨、氣功穴道的操控、傳輸氣能給病人的方法和指揮人體器官組織去進行修復和更新的能力。

總而言之，拔罐有其輔助臨床治療的功效，判讀拔罐後印記的應用範圍更是可以利用於未來疾病的篩檢、診斷、治療、預後以及追蹤。後續一定尚有許多可以研究開發之處，期盼有志研究的人們，可以一起共同探討，在嚴謹的科學知識和態度下，發現具有更多實證的拔罐效果。

參考資料

- 謝麗貞 (2011)。拔罐的真相沿革、利害與科學研究。臺北市：知音出版社。
- 謝麗貞 (2016)。拔罐的科學實務—壓力、部位與判讀。臺北市：知音出版社。

本期特別報導

拔罐改良研討會

主辦：穴壓與拔罐學會

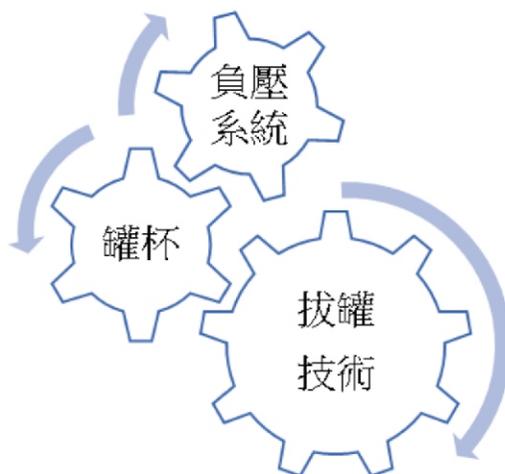
內容：1.動力系統控制方法與操作技術

2.罐杯對拔罐效果的影響



拔罐只是一種技術沒有單獨治療的功能

- 最高負壓決定對人體的安全性
- 最低負壓決定協助功能的有效性
- 罐杯大小決定協助功能的程度
- 完美的技術成就拔罐成功的功能



Evaluation of Acupressure Efficacy with Propensity Score Approach

以傾向分數評估穴壓治療效益

Chen-Yang Hsu¹, Chun-Min Fu^{1,2}, Sherry Yueh-Hsia Chiu^{3,4}

許辰陽¹ 傅俊閔^{1,2} 邱月暇^{3,4}

¹ Graduate Institute of Epidemiology and Preventive Medicine, College of Public Health, National Taiwan University, Taipei, Taiwan

² Department of Pediatrics, National Taiwan University Hospital Hsin-Chu Branch, Hsin-Chu, Taiwan

³ Department of Health Care Management and Healthy Aging Research Center, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan

⁴ Division of Hepatogastroenterology, Department of Internal Medicine, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital, Kaohsiung, Taiwan

Corresponding author: Sherry Yueh-Hsia Chiu

Department of Health Care Management and Healthy Aging Research Center, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan

E-mail: sherrychiu@mail.cgu.edu.tw

Abstract

Background

Randomized controlled trial (RCT) study design have been considered as the gold standard in evidence based medicine. However, the non-compliance problem is often encountered and results in difficulty in assessing treatment efficacy. Although intentional-to-treat (ITT) method was proposed for solving this problem, it is not efficient and may not be possibly applied when the follow-up outcomes among the non-compliers is not available. The characteristics of personalized intervention inherited within neo-medicine such as acupressure also render the inference derived from RCT focusing on population average not feasible. The framework of propensity score (PS) approach was therefore proposed as

alternatives by making use of individual information on the imbalance of baseline covariates between subjects of treatment groups.

Objectives

The objective of this article was to propose the application of propensity score approach to taking into account individual characteristics in correction of non-compliance bias. We demonstrated the performance of proposed methods by using data on treating low back pain with acupressure with RCT design.

Results

Based on the framework of propensity score analysis, we developed a mixed effect approach taking into account the unbalance characteristics, observed or unobserved, between

subjects of treatment and non-treatment group. By using the dataset of acupuncture RCT, we evaluated the performance of a series of PS analysis approach including fixed effect model and mixed effect model to demonstrated the usefulness of PS analysis on the derivation of unbiased evidence of neo-medicine.

The application of mixed propensity score model gave a better and unbiased estimate of true treatment effect by comparing the outcome of compliers in the treatment group with that of potential compliers in the control group.

摘要

背景

隨機分派試驗設計為實證醫學中對於治療效益評估之標準方法，但實際執行隨機分派研究時常會遇到不遵從(non-compliance)的問題。隨然立意治療分析(Intention-to-treat)可在隨機分派研究中克服不遵從偏差，得到正確的評估結果；但若不遵從者的追蹤結果不完整的情況下卻無法使用。此外，由隨機分派研究設計取得之實證主要著重於族群平均效益，對於穴壓治療之新醫學介入方法中依個人化特質提供治療之特性亦使的運用其推論有所限制。有鑑於此，運用傾向分數(P propensity score, PS)方法將有助於運用個人基礎特性達到正確評估治療效益之目的。

目的

本研究目的在於運用傾向分數分析架構將個人基礎特質納入考量克服隨機

Conclusion

The proposed mixed propensity score model was successfully applied to the non-compliance problem encountered in the RCT for the evaluation of acupuncture efficacy while incomplete follow-up outcome is not available. The proposed method can facilitate the assessment of treatment efficacy of neo-medicine.

Keywords:

Neo-medicine, propensity score, non-compliance, random effect

分派研究設計中之不遵從偏差，達到正確評估治療效益之目的。本文亦將所發展之方法運用於一隨機派研究設計之穴壓治療效益評估資料。

結果

在傾向分數分析架構下，本研究發展一混和模型(mixed model)，將可量測以及無法量測之個人特性納入考量，以在治療組間分佈不均等之情形下評估治療效益。本研究將此傾向分數方法，包含固定效應模式與隨機效應模式，運用於穴壓隨機分派資料，評估其是否可達到正確評估穴壓治療效益之目的。分析結果顯示，混合模型傾向分析相較於其他分析方法可藉由運用治療組中之遵從分派者以及對照組之潛在遵從者之比較，達到更有效且正確的達到正確評估穴壓治療效益之目的。

結論

本研究運用所發展之混合模型傾向分數方法於穴壓治療隨機分派研究設計

資料，克服不遵從偏差，並且在追蹤結果無法或的之情形下，達到正確且有效率的評估穴壓治療效益之目的。此方法將有助於對新醫學治療更有效率地達到實證基礎。

關鍵字

新醫學，傾向分數分析，不遵從偏差，隨機效應

1. Introduction

Although the use of “Qi” practice have become popular in the field of pain management in recent decades due to its effectiveness and the minimal risk of adverse effect compared with orthodontic medicine, its widespread application was hampered by the lacking of convincing evidence in the current era of evidence-based medicine (EBM). With the development of EBM, an unbiased estimate of treatment effect in clinical settings is important to judge whether a treatment is beneficial or not (Sommer and Zeger, 1991; Moher et al., 2001; Schulz et al., 2010). For inferences of treatment effects, we assess the difference of outcomes of a subject being treated and not being treated (or receiving another treatment). In reality, the situation cannot be achieved since one subject can get only one treatment or intervention at the same time. In this situation, the treatment effect may be confounded by different baseline characteristics and direct comparison may result in biased estimates (d'Agostino, 1988). To balance baseline difference, a

randomized control trial (RCT) was proposed since the random allocation of subjects to treatment and control groups will balance the baseline characteristics (either observed or unobserved) when the sample size is large enough, and treatment effect can be estimated via direct comparison (Sommer and Zeger, 1991; Moher et al., 2001; Schulz et al., 2010).

Regarding the efficacy of acupuncture in treating low back pain, previous study applying classical study design randomized controlled trial have demonstrated the effectiveness (Hsieh et al., 2006). In spite of the credible evidence that can be derived by using randomized controlled trial study design, the efficiency and feasibility under the context of neo-medicine including acupuncture is questionable. For example, the intention-to-treat (ITT) principle (Sommer and Zeger, 1991; Moher et al., 2001) in RCTs aimed at removing the confounding resulting from these baseline differences is often hampered by loss-to-follow-up of study subjects, which is often encountered in clinical trial (Cuzick et al.; 1997; Porta et al., 2007). Furthermore, for reaching the purpose of deriving convincing evidence of neo-medicine, how to incorporate the results of observational study with the consideration of the imbalance of baseline characteristics is of great interest. The characteristics of personalized intervention inherited within neo-medicine such as

acupressure also render the inference derived from RCT focusing on population average not feasible. To tackle these issues followed by the attempt to assess the efficacy of neo-medicine, we thus aimed at developing an approach that can taking into account individual heterogeneity.

Following the rationale on the derivation of balance score, it is possible to apply the propensity score analysis to correct such a non-compliance bias in RCT, the imbalance of subject characteristic between treatment groups, and the personal trait receiving therapies of neo-medicine if information on these baseline characteristics is available. (d'Agostino, 1998) Following the Cuzick's notion of direct comparison of the outcome in the compliers of the treatment group with that in the potential compliers in the control group (Cuzick et al., 1997), we proposed a framework for assessing the efficacy of neo-medicine with propensity score underpinning.

2. Material and Methods

2.1 Study subject

The material for assessing the efficacy of acupressure was derived from the data applying randomized control trial study design conducted by Hsieh et al. in Kaohsiung, 2004 (Hsieh et al., 2006). Details on the study participants, implementation of randomized controlled trail study design including intervention, measurement, random sequence generation, concealment,

blinding, and outcome evaluation was elaborated elsewhere (Hsieh et al., 2006). In brief, the study enrolled 129 subjects aged 18 years and older at study site with the confirmed diagnosis of chronic low back pain. These subjects were randomized into two arms, namely acupressure group (64 subject) and physical therapy group (65 subject). The efficacy of acupressure on relieving low back pain compared with physical therapy was assessed at one month and six months after the completion of predefined treatment course for each arm using mainly the Roland and Morris (RM) disability questionnaire. For the acupressure group, 2 subjects lost to follow-up at one month and 9 at six month. For the physical therapy group, the corresponding subjects were 6 and 11, respectively. (Hsieh et al., 2006) The baseline characteristics were listed in **Table 1**. The non-significant results regarding most of possible confounding factors between two groups demonstrated the success in the process of randomization. For assessing the efficacy of acupressure, Hsieh et al. applied the ITT analysis following the CONSORT principle to derived the unbiased estimated on acupressure efficacy (Moher et al., 2001; Schulz et al., 2010). Thanks to the information on the true effect estimate reported by Hsieh et al. (2006), the baseline information listed in **Table 1** for all enrolled subjects were further used to construction of propensity score in this study. On the basis of the balancing

score, we applied a series of approaches including directed adjustment, transformation of score, stratification, and random effect method aimed at making use of the information of enrolled subject with efficiency. The methods were elaborated in detailed in the following section.

2.2 Statistical Method

It is very interesting to note that if the non-compliance problem either arising from the RCT or from the observational study is related to the imbalance of baseline characteristics it is possible to apply the propensity score analysis to correct such a non-compliance bias if information on these baseline

characteristics is available (d'Agostino, 1998). However, the application of propensity score analysis to solve the problem of non-compliance requires a better understanding of whether the relationship between balancing score and the propensity score in association with the treatment assignment fit in with strongly ignorable treatment assignment assumption. If the propensity score is too coarse it is imperative to improve the propensity score with a finer balancing score. To tackle this concern, we proposed a mixed propensity score model to render the balancing score as close as to the finest balancing score information on all the relevant covariates (d'Agostino, 1998).

Propensity score formulation

Conventionally, propensity score was formulated by logistic regression:

$$\text{logit}(e(x)) = \text{logit}(\text{pr}(Z=1|x)) = X\beta + \varepsilon, \quad (1)$$

where Z is treatment assignment ($Z=1$ for treatment group, and $Z=0$ for control group). The above formulation required X contained all variables related to outcomes, as is necessary in strongly ignorable treatment assignment assumption.

For compliance adjustment, we set Z as compliance to treatment assignment or not. Following the similar notation, we have:

$$\text{logit}(e(x)) = \text{logit}(\text{pr}(Z=1|x)) = X\beta + \varepsilon, \quad (2)$$

where $Z=1$ for compliers, and $Z=0$ for non-compliers, and X as the covariates related to compliance. Under the framework of propensity score analysis, we can formulate propensity score function by using logistic regression representing the probability of receiving treatment or not for a subject with covariate vector X . While there are latent variables that are not observed, the lack of related information may result in inaccurate estimation of propensity score. This can be addressed by introducing random effect into the function of propensity score as follows.

Let $T=1$ for treatment and $T=0$ for control group, The mixed effect model (fixed effect and random effect) of propensity score was as follow.

$$\text{logit}(e(x)) = \text{logit}(\text{pr}(T=1|x)) = \beta_0 + \sum x\beta + Z\gamma + \varepsilon \quad (3)$$

where x and Z are design matrix, and β and γ are fixed effect and random effect (mixed effect model), respectively. We compared the estimates between conventional propensity score (fixed effect model) and that with random effect modelling (mixed effect model), to examine whether random effect PS model removes bias more efficiently.

Application in non-compliance bias for assessing acupuncture efficacy

Figure 1 shows the proposed framework for the evaluation of treatment effect while the outcome of the non-compliers in treatment group is not available and further intention-to-treat analysis is not applicable. The comparability between subjects of treatment group and non-treatment group was established through propensity score. Under the framework of propensity score analysis, the application of propensity score analysis in non-compliance scenario of RCT can be elaborated as follows. Let $Z=1$ if the subject did not comply with the treatment assignment and $Z=0$ if the subject complied, and $\text{pr}(Z=1|x)$ is the probability of not complying with allocated treatment assignment. We modelled the non-compliance to formulate the propensity score as follows.

$$\text{Logit}(e(x)) = \text{logit}(\text{pr}(Z=1|x)) = X\beta + \varepsilon.$$

For estimating the treatment effect, we used the propensity scores to predict the potential non-compliers in the control group. One method is to use receiver operating characteristics (ROC) to determine the optimal cut-off value between potential compliers and non-compliers (so-called potential non-compliers, i.e. those with higher probability to disobey treatment assignment,) in control group, and subtracting those with higher propensity score in control group, to create new treatment and control groups with theoretically more balanced baseline characteristics. A reasonable cut-off value determination is the point closest to the top-left corner of ROC curve, i.e. at which sensitivity and specificity are both 1.

By selecting potential compliers in control group, treatment effect can be elucidated via direct comparison between treatment and control group. Figure 1 showed the proposed methods in evaluation of treatment response while the outcome of the non-complier in treatment group is not available and further intention-to-treat analysis is not applicable. For estimating the efficacy of treatment, we first applied the propensity score to determine the optimal cut-off value for non-compliance in control group, and subtracting those with higher propensity score (higher probability to not comply to treatment assignment, so-called potential non-complier) in control group, to create new treatment and control groups with theoretically more balanced baseline characteristics.

3. Results

In the original dataset of acupressure study, there were 129 observations with final outcomes (Hsieh et al., 2006). We eliminated subjects with observations with unequal proportion of subjects on age and gender to create unbalance dataset based on baseline RM scores. The treatment effect measured by the change in RM score from baseline was assessed by using a series of adjusted methods and the performance of a series of PS score analysis approach were also assessed (**Table 2**).

The adjustment for covariance with PS and $\text{logit}(\text{PS})$ fit the model:

$$y = \beta_0 + Z\beta_1 + e(x)\beta_2$$

$$y = \beta_0 + Z\beta_1 + \text{logit}(e(x))\beta_2,$$

and we got:

$$y = (-2.07) + (-5.36)Z + (4.22)PS,$$

and

$$y = (-0.01) + (-5.26)Z + (0.63)\text{logit}PS,$$

for adjustment via stratification, the model was as:

$$y = \beta_0 + Z\beta_1 + \text{sub}_2\beta_2 + \text{sub}_3\beta_3 + \text{sub}_4\beta_4 + \text{sub}_5\beta_5,$$

and we got:

$$y = (-1.62) + (-5.27)Z + (0.77)\text{sub}_2 + (1.54)\text{sub}_3 + (2.39)\text{sub}_4 + (3.54)\text{sub}_5.$$

The treatment effect within strata was listed as **Table 3**.

Using the original estimate on efficacy (-5.39, SE: 0.99) as benchmark, the original PS (-5.36, SE: 0.79) had better performance compared with three other adjusted methods (including covariance adjustment (-5.27, SE: 0.74), $\text{logit}(\text{PS})$ (-5.27, SE: 0.77), and PS stratification (-5.27, SE: 0.85)), three of which were very similar, as shown in **Table 2**. As expected, the direct comparison results in biased results (-3.25, SE: 0.5) which deviated from the original efficacy. The better performance of a original PS analysis (bias: 0.03, bias correction: 98.6%, relative correction: 39.1%) was also demonstrated in the extent of bias (second column, **Table 2**).

Based on the acupressure RCT dataset, we eliminated observations with unequal proportion based on baseline to create imbalance in baseline characteristics between the treatment and the control group. Then we performed propensity score formulation again but excluded baseline RM score from the covariates to recover the heterogeneity. Based on the dataset with heterogeneity, we applied fixed effect model and mixed effect model to test the performance of PS adjustment. The results are shown in **Table 4**. It was found that the estimate using the mixed effect model was closer to the true effect than the fixed effect model. Compared with the original true effect derived from ITT of RCT (-5.39, SE: 0.99), mixed effect model provided a better approximation (-4.85, SE: 0.55) than fixed effect model (-4.71, SE: 0.52). The PS stratification further improved the results of mixed effect model (-5.15, SE:

0.64).

Table 5 shows the application of PS analysis to tackle of issues of non-compliance in RCT to improve the efficiency in deriving the evidence for neo-medicine. For the evaluation of acupressure result based on the heterogeneous dataset at 3 months (-4.11, SE: 1.29) and 6 months (-4.32, SE: 1.36), the direct comparison gave biased results compared with the results derived by ITT analysis. The estimated results on acupressure efficacy were unbiased when applying the proposed compliance adjustment approach (3 months: -3.58, SE: 1.43; 6 months: -3.51, SE: 1.49).

Discussion

Based on the framework of propensity score analysis, we proposed a mixed effect approach to taking into account the unbalance characteristics, observed or unobserved, between subjects of treatment and non-treatment group. By using the dataset of acupressure RCT, we evaluated the performance of a series of PS analysis approach including fixed effect model and mixed effect model to demonstrated the usefulness of PS analysis on the derivation of unbiased evidence of neo-medicine.

The novelties of this thesis are several-fold. These include the development of logics for operational criteria pertaining to strongly ignorable treatment assignment, the proposed propensity score mixed model (PS-mixed model), and the application of PS-mixed model to solving the non-compliance problem in the RCT. The rationale for the incorporation of random effect into the model was still pertaining to the property of looking for fine balancing score function. When the fixed effect fails to account for heterogeneity with respect to baseline characteristics meeting the coarsest propensity score the introduction of the random effect into the logit model render the balancing function as a function of fixed effect and random effect become fine so as to use the estimate of treatment given balancing score is as close as to the true treatment effect. This can be seen in assessing the efficacy of acupressure in the RCT design. In addition to cope with the non-compliance issue of RCT, the proposed method also provides a solution for the derivation of evidence for individual tailor characteristics of neo-medicine. Since it is not possible of derive inference at individual level based on the philosophy of RCT, the application of PS-mixed model provides the possibility of taking into account observed and unobserved characteristics of subjects to derive a unbiased estimate on treatment efficacy for neo-medicine.

In a nutshell, we developed philosophical logics for operational criteria pertaining to strongly ignorable treatment assignment and provided the analytical framework for the propensity score analysis. We then proposed the PS-mixed model to render

balancing score function as fine as possible to make the estimate of treatment effect given PS-mixed model as close as to the true treatment effect. The proposed PS-mixed model was successfully applied to the non-compliance problem encountered in the RCT while incomplete follow-up outcome is not available and also in the observational studies when the two treatment groups have the imbalance of baseline characteristics.

Figure 1. Proposed flow chart for evaluation of treatment effect while intention-to-treat analysis is not applicable

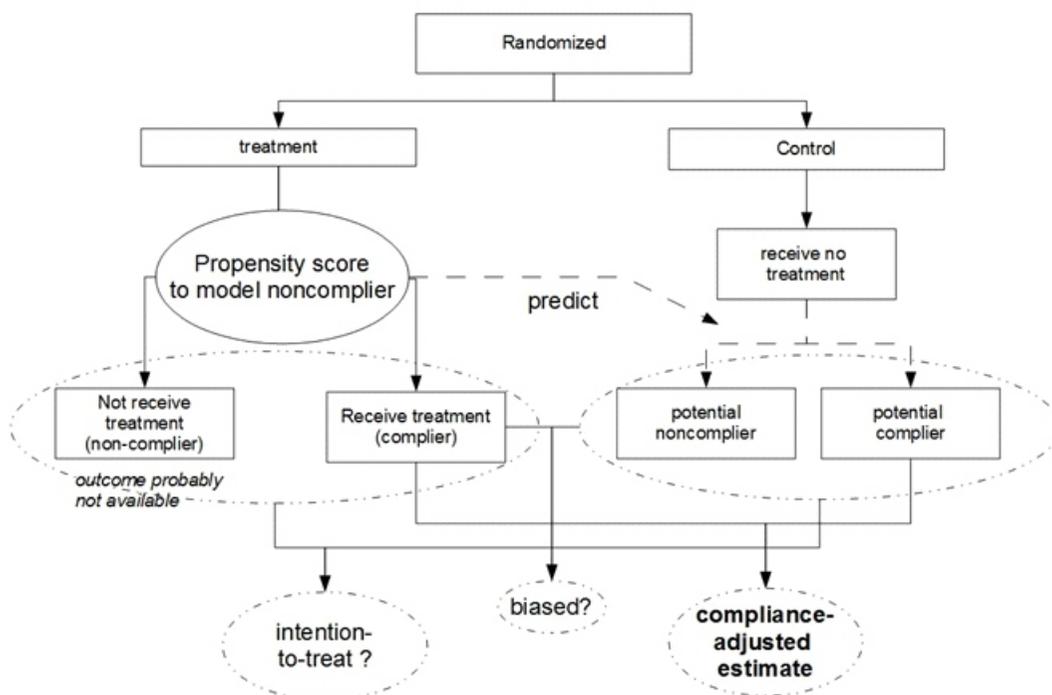


Table 1. Baseline characteristics of treatment with acupressure for low back pain and control group

	Acupressure (N=64)	Control (N=65)	P value
Mean Age in years (SE)	50.55 (1.72)	52.89 (2.13)	0.3941
Male (%)	21 (32.81)	17 (26.15)	0.4068
Marital status married (%)	54 (84.38)	54 (83.08)	0.8417
mean length of last pain in months (SE)	52.18 (9.57)	49.12 (11.26)	0.8358
Education			0.4149
College and above (%)	17 (27)	14 (21)	
Senior high school (%)	20 (31)	16 (25)	
Junior high school or below (%)	27 (42)	35 (54)	
Occupation			0.0859
Household keeper (%)	18 (28)	16 (25)	
Office worker (%)	17 (27)	8 (12)	
Heavy labor (%)	9 (14)	8 (12)	
Others (%)	20 (31)	33 (51)	
mean time since onset in year (SE)	5.41 (0.90)	4.94 (1.01)	0.7323
RM score (SE) ^a	10.89 (6.22)	10.03 (5.30)	0.3997
ODQ score (SE) ^b	24.39 (1.26)	21.12 (1.08)	0.0509
Low back pain (SE)	2.97 (0.13)	2.78 (0.12)	0.2899
Leg pain (SE)	2.78 (0.15)	2.73 (0.14)	0.8308
Pain interferes with normal work (SE)	2.78 (0.14)	2.44 (0.12)	0.0713
Satisfaction of life with symptoms (SE)	1.39 (0.09)	1.57 (0.08)	0.1331
Days cut down on doing things (SE)	4.97 (1.13)	3.42 (1.07)	0.3591
Days off from work/school (SE)	4.15 (1.18)	3.30 (1.07)	0.5952
Satisfaction with previous treatment (SE)	2.54 (0.15)	3.16 (0.15)	0.0039*
Pain visual scale (SE)	58.84 (2.24)	57.00 (2.21)	0.5587
Sleep with low back pain score (SE)	2.17 (0.11)	2.03 (0.12)	0.3844

*P < 0.05

^aRM score: Roland and Morris disability questionnaire scores^bODQ score: Modified Oswestry disability questionnaire scores.

Table 2. Performance of PS methods in bias correction in acupuncture for low back pain

	Change in RM score (SE)	Bias	Bias correction ^a	Relative correction ^b
Original	-5.39 (0.99)	-	-	
No adjustment	-3.25 (0.50)	2.14	0.0%	0.0%
multivariable regression	-5.27 (0.74)	0.12	94.4%	37.5%
Ps ^c	-5.36 (0.79)	0.03	98.6%	39.1%
Logit(PS) ^d	-5.26 (0.77)	0.13	93.9%	37.3%
PS Stratification ^e	-5.27 (0.85)	0.12	94.4%	37.5%

^a $(y_e - y_{biased}) / (y_{true} - y_{biased}) \times 100\%$, where y_e as estimated effect, y_{biased} as estimate without adjustment, y_{true} as original effect in RCT

^b $(y_e - y_{biased}) / y_{true} \times 100\%$, where y_e as estimated effect, y_{biased} as estimate without adjustment, y_{true} as original effect in RCT

^c covariance adjustment with PS as covariate

^d covariance adjustment with logit(PS) as covariate

^e adjustment with stratification according to PS:
the treatment effect within each strata was listed in table 3

Table 3 treatment effect within every stratification of table 2

	Strata 1	Strata 2	Strata 3	Strata 4	Strata 5
Control	-1.44	-0.77	-0.09	0.39	0.59
Treatment	-9.36	-6.44	-5.42	-4.49	-3.32

Table 4 Comparison of fixed effect PS model and mixed effect PS model for RM score outcome in acupuncture for low back pain)

PS model	True effect estimate (SE)	PS covariance adjustment* estimate (SE)	PS stratification* estimate (SE)
Fixed effect model	-5.39 (0.99)	-4.71 (0.52)	-5.04 (0.57)
Mixed effect model	-5.39 (0.99)	-4.85 (0.55)	-5.15 (0.64)

*: Covariates under consideration are a subset of covariates used in Table 1.

Table 5 Results of ITT, direct comparison, and compliance-adjusted effect for 3- and 12-month assessment (acupuncture treatment)

Method (number of control/treatment)	Estimate	Standard error	P value
Assessment at 3 months			
Intention-to-treat analysis (173/153)	-3.70	1.28	0.0043
Direct comparison (166/153) ^a	-4.11	1.29	0.0016
Compliance-adjusted effect (166/120) ^b	-3.58	1.43	0.0131
Assessment at 12 months			
Intention-to-treat analysis(161/140)	-3.96	1.35	0.0036
Direct comparison (156/140) ^a	-4.32	1.36	0.0016
Compliance-adjusted effect (156/108) ^b	-3.51	1.49	0.0192

^a comparison using full control group with treatment group subtracting noncompliers

^b comparison using control group subtracting potential noncompliers using predicted propensity score

Reference

- Cuzick, J., Edwards, R., & Segnan, N. (1997). Adjusting for non-compliance and contamination in randomized clinical trials. *Statistics in Medicine*, 16(9), 1017-1029.
- D'Agostino, R. B. (1998). Propensity score methods for bias reduction in the comparison of a treatment to a non-randomized control group. *Statistics in Medicine*, 17(19), 2265-2281.
- Hsieh, L. L. C., Kuo, C. H., Lee, L. H., Yen, A. M. F., Chien, K. L., & Chen, T. H. H. (2006). Treatment of low back pain by acupressure and physical therapy: randomised controlled trial. *BMJ*, 332(7543), 696-700.
- Moher, D., Schulz, K. F., Altman, D. G., & Consort Group. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet*, 357(9263), 1191-1194.
- Porta, N., Bonet, C., & Cobo, E. (2007). Discordance between reported intention-to-treat and per protocol analyses. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(7), 663-669.
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals of Internal Medicine*, 152(11), 726-732.
- Sommer, A., & Zeger, S. L. (1991). On estimating efficacy from clinical trials. *Statistics in Medicine*, 10(1), 45-52.

拔罐及其印記作為腸道病變篩檢工具的應用

The Application of Cupping and Its Imprint as A Screening Tool for Intestinal lesions

王淳瑜¹、洪韻媚¹、張美意¹、謝麗貞^{1,2}、陳秀熙³

¹ 穴壓與拔罐學會學術研究組研究員

² 吉銳診所負責醫師

³ 台灣大學流行病學與預防醫學研究所教授

摘要

研究背景

腸道異常病變種類繁多且複雜，除大腸癌已有實證醫學支持之篩檢工具外，其他腸道異常病變皆無適當且效的篩檢工具，如何運用傳統輔助醫學方法如拔罐印記，篩檢早期無症狀之腸道功能異常者，為本研究欲探討的主題。

研究方法

本研究於107年9月至10月期間，收集某診所曾有腸道或排便困擾的門診病人共31位，進行拔罐及問卷調查，問卷填寫資料包含人口學、社經狀況及腸道病史等。每位病人接受胸椎第12節(T12)及第3節(T3)上的點穴拔罐，拔罐機器為瞬吸可調式吸引力拔罐裝置，並控制所有受試者的拔罐壓力，時間和穴位，由主治醫師及試驗助理測量並記錄皮膚顏色深淺程度拔罐印記。統計分析則分別以平行比較設計及組內配對設計評估不同穴道之腸道功能異常鑑別力，在平行比較設計依無母數Kaplan-Meyer存活分析評估T12及T3穴道鑑別百分比差異，並使用寇斯等比例風險函數迴歸模型評估T12及T3穴道鑑別倍數。組內配對設計則以McNemar檢定及

條件羅吉斯迴歸模型分別檢視兩個穴道鑑別腸道功能異常百分比及倍數。

結果

有腸道病史的病患其在胸椎第12節有89%患者達到腸道功能異常嚴重程度，而胸椎第3節則只有47%患者達嚴重程度。無腸道病史的病人其在胸椎第12節有75%患者達到腸道功能異常嚴重程度，而胸椎第3節則只有33%患者達嚴重程度。腸道功能異常鑑別平行設計分析結果顯示胸椎第12節所得到拔罐印記顏色深淺較胸椎第3節判別腸道功能異常鑑別力高，其倍數為2.39倍(95%信賴區間:1.29-4.45)，配對差異分析結果顯示胸椎第12節相對於第3節拔罐印記在腸道功能異常(拔罐印記3-5級為異常)鑑別力為5倍(95%信賴區間:1.32-32.53, P=0.016)，若拔罐印記4-5級為異常則胸椎第12節相對於第3節鑑別力為25倍(P=0.0005)。

結論

本研究證明利用胸椎第12節拔罐印記做為無症狀腸道病變篩檢標記為可行且有效之篩檢工具。

Abstract

Research Background

Abnormal intestinal lesions are numerous and complex. Except for screening tools that have been supported by empirical medicine in colorectal cancer, there are no appropriate and effective screening tools for other intestinal abnormalities. How to use traditional complementary alternative medical methods such as cupping imprinting, to early screen asymptomatic intestinal dysfunction is the subject of this study.

Research method

During the period from September to October, 2018, a total of 31 outpatients with bowel or defecation problems in a clinic were collected for cupping and questionnaire survey. The questionnaires included demographics, socioeconomic status and intestinal history. Each patient underwent acupressure and cupping on the thirteenth (T12) and the third (T3) thoracic spine. The cupping machine was an instant suction adjustable attractive cupping device and controlled the cupping pressure, time and acupoints of all subjects. The attending physician and the test assistant measure and record the cupping imprint of the skin color shade. Statistical analysis was used to evaluate the differential function of intestinal function abnormalities in different

acupoints by parallel comparison design and intra-group pairing design. The parallel comparison design was based on Kaplan-Meier survival analysis without parental number to estimate the percentage difference of T12 and T3 acupoint identification, and used Cox Proportional Hazards Regression to evaluate T12 and T3 acupoint differential multiple. In the intra-group pairing design, the McNemar test and the conditional Logis regression model were used to examine the percentage and multiple of intestinal function abnormalities in two acupoints.

Result

In patients with a history of bowel disease, 89% of patients reached the severity of intestinal dysfunction in the 12th thoracic spine, while only 47% reached the severity in the 3rd thoracic spine. In patients without history of intestinal disease, 75% of patients reached the severity of intestinal dysfunction in the thoracic spine, while only 33% reached the severity in the 3rd thoracic spine. The results of the parallel design analysis of intestinal function abnormalities showed that the color of the cupping imprint obtained in the 12th thoracic spine was higher than that of the 3rd thoracic spine. The multiple was 2.39 times (95% confidence interval: 1.29-4.45). The results of the paired difference analysis showed that the differentiating power of the 12th thoracic spine cupping

imprint relative to the 3rd was 5 times in the intestinal function abnormality (the cupping imprint was grade 3-5) (95% confidence interval: 1.32-32.53, $P=0.016$) If the cupping imprint 4-5 is abnormal, the differentiating power of the 12th thoracic spine is 25 times relative to the third thoracic spine ($P=0.0005$).

In conclusion

This study demonstrates that the use of the 12th thoracic spine cupping imprint for asymptomatic intestinal lesion screening marker is a viable and effective screening tool.

研究背景及目的

腸道異常病變種類甚多且繁雜(Tack et al., 2006)，以大腸癌及大腸激躁症等兩項疾病最為嚴重且影響生活品質。根據衛生福利部的資料顯示，大腸癌是目前成長速度最快的病症之一，因大腸癌致死的人數已躍居全國癌症死因之前三名，每年約有一萬多名病患被檢驗出患有大腸癌，而每年約有五千多名病患死於大腸癌(衛生福利部國民健康署【衛福部國健署】，民107)。

大腸癌若能及早發現，及早治療，其存活率可以高達九成以上。因此，如何用最快速、最安全、最經濟的方式進行篩檢，讓我們能及早發現便成為很重要的課題。由於大腸癌多發生在五十歲以上的族群，國民健康署提供每2年1次的免費定量免疫法糞便潛血檢查，如果檢查結果有異常，需要再經過大腸鏡的確診。由於此檢查工具準確度並非百分之百，因此仍然有30%無症狀但可能具

有大腸癌者無法早期發現，利用簡單傳統醫學方法如拔罐印記，做為輔助檢查，可能為解決方法之一(謝麗貞，2011)。

除了大腸癌，臨床常見腸道功能性障礙疾病如大腸激躁症，主要臨床表現是腹部不適感、腹脹及排便功能異常(如腹瀉或便秘，或兩者交替)。大腸激躁症在台灣基隆社區大規模的調查資料顯示，盛行率約23%，且盛行情形隨年齡增加而增加，由40-49歲的14.7%，到70歲以上時增加至43.7%(Chang et al., 2015)。除了盛行情形頗高以外，此類病人有此症狀平均都超過十年以上(Hahn, Yan, & Strassel, 1999)，且其生活品質也相較一般正常人為差(Lea & Whorwell, 2001; Olden, 2003)。此外，過去認為大腸激躁症就僅為腸道功能失常，但越來越多研究發現這樣的病症和免疫活化(immune activation)有關(Matricon et al, 2012)，這類病人較容易有肥大細胞(Barbara et al, 2004)及淋巴細胞增生(Cremon et al, 2009; Kim, Lim, Park, & Lee, 2010)，因此也與大腸腺腫發生有關(Chang et al., 2015)，顯示大腸激躁症仍應為值得關切的慢性疾病。多數有此腸道功能障礙的病人透過飲食控制、壓力管理及藥物來控制症狀，然而，傳統的藥物較難發揮治療效果(Talley, 2003)，原因是單方藥物較難解除大腸激躁症多重症狀之特性，就這些無法治癒的病人而言，大腸激躁症會嚴重影響其生活品質，包含工作、旅遊及社交活動。

不像大腸癌有簡便篩檢工具，腸道功能性障礙疾病及其他功能異常包括便秘、稀便、血便及腹痛等，並沒有適當篩檢工具，而且有部份病人並不自覺有症狀，因此缺乏有效早期發現此腸道功能異常但病人常自覺無症狀之病變，因此無法施於適當治療。如何運用另類醫療中拔罐印記做為篩檢標記是本研究探討的主題。

穴壓治療中，在人體背部主要有三個控制腸胃道生理功能的治療穴位：胸椎第3節(T3)上(主管腸、胃神經控制功能)、胸椎第7節上(主管胃部生理功能)，以及胸椎第12節(T12)上(主管腸道生理功能)的用穴(謝麗貞，2017a，179頁)。穴壓治療時各穴位雖會產生不同程度的痛感代表其嚴重度，但痛感是主觀感受不易評量，若配合拔罐後穴位皮表上產生的「拔罐後印記」(謝麗貞2017a，179頁)，即顯示出可用視覺衡量分辨的記號，同時代表其生理功能運作的狀況。既然胸椎第12節上的穴位是主要的腸道治療用穴，我們遂進行相關臨床實驗，檢視在胸椎第12節上拔罐及其「拔罐後印記」是否比其他穴位如胸椎第三節可以作為快速、省時、低廉、安全，又有效率的非侵入性的檢查，顯現出腸道生理功能運作的現況，達到早期篩檢腸道功能異常的效果。

研究方法

1. 研究設計

在評估不同穴道部位拔罐印記顏色深淺在偵測腸道功能異常(包括便秘、稀

便、血便及腹痛)鑑別力之研究設計可以有二種方法。

- (1) 平行比較：將T12及T3兩個穴位拔罐印記顏色深淺分數視為自變項，而腸道功能異常視為依變項，此種研究設計在大樣本之下可以使用相關或傳統迴歸分析進行，但在小樣本就必須使用較特殊的無母數存活排列分析，本研究將拔罐印記顏色深淺依分數排列，將腸道功能異常視為事件(Event)、功能正常視為設限(Censoring)，也就是在調查時間時腸道功能為正常。
- (2) 組內配對：由於T12及T3拔罐印記顏色深淺分數可以在同一個人身上同時測量，因此可以針對腸道功能異常者進行配對設計，也就是檢視這些個案其T12及T3二個穴道部位在同一個人配對後進行不同部位拔罐印記顏色深淺之差異配對分析。在小樣本數下，為能夠區分胸椎第12節(T12)與第三節(T3)在拔罐後印記顏色深淺級數鑑別腸道功能異常之程度，可以僅使用腸道功能異常之對象(17位)，配對同一人在T12與T3的顏色深淺，如此可以不受年齡、性別、教育程度及其他變項所干擾，並避免T3與T12的鑑別力受到腸道功能正常對象之其他因素所影響，如此可以降低樣本數需求。

2. 研究族群

於民國107年9月到10月期間，選自某診所門診之病人，由門診主治醫師負責隨機挑選自願參與實驗的病患，由試

驗助理負責資料的收集。所收集的病患均曾有腸道或排便困擾的病人，總共挑選了31位病患：高雄22人，台北9人，由於需進行拔罐及訪問調查，因此排除年紀過小的幼兒。研究對象於納入試驗時填寫基本資料包括：年齡、性別、身分證字號、電話、職業、教育程度、是否有腸道的病史、症狀、腸道疾病的持續期間和過去的治療方式。

3. 拔罐印記皮膚顏色深淺程度測量

我們採用的拔罐機器為『瞬吸可調式吸引力拔罐裝置』，這是個不必使用火也不必手動抽氣的機器，能瞬間產生安全且理想的負壓，即可執行有效益的拔罐裝置。研究期間控制所有實驗的拔罐壓力，時間和穴位，測出可供比較的結果(謝麗貞，2017b，第二章)。首先在胸椎第12節上的點穴拔罐，拍照記錄「拔罐後印記」；然後在胸椎第3節上的穴道同樣點穴拔罐，拍照記錄其「拔罐後印記」。為建立「拔罐後印記」的比較性，拔罐壓力維持在580~620mmHg之間，拔罐時間控制在二十秒，以比對分析「拔罐後印記」的顏色級數，每個受試者有兩個拔罐印記，經拍照存證，由門診主治醫師及試驗助理根據照片共同將顏色區分為五個等級，並給予1~5的級數(圖1)，做為測試結果的評分，確定病患腸道功能異常的嚴重度。「拔罐後印記」的顏色級數分成一到五級以代表腸道的受損程度(謝麗貞，2011)：1級2級其印記為無色或是很淡的粉紅色，表示腸道功能正常；3級其印記為淺紅色，表示腸道有輕微受損；4級其印記為深均勻的

紅色，表示腸道受損嚴重；5級其印記為深、濃、暗、均勻的黑紅色或有黑褐色斑塊或表面不平整，表示腸道有不同程度非常嚴重的受損程度(謝麗貞，2017c，75-85頁)。

4. 統計分析方法

就平行比較設計而言，因為是小樣本所以使用無母數存活分析，若將腸道功能異常視為事件(Event)，正常功能視為設限(Censoring)，並將個人拔罐印記顏色深淺分數排列視為和時間排序相同之概念，分數愈高腸道功能異常愈嚴重，如此可以使用簡單無母數Kaplan-Meyer方法得到T12和T3依印記顏色深淺分數鑑別腸道異常百分比之比較，並使用寇斯等比例風險函數迴歸(Cox Proportional Hazards Regression)求得T12相較於T3穴道鑑別之倍數及其95%信賴區間。

在組內配對設計中，可以針對腸道功能異常個案將其T12及T3拔罐印記顏色深淺各分為兩類(+)及(-)，並組內配對分析，可以以McNemar檢定檢視兩個穴道拔罐印記顏色深淺是否有異，進而利用條件羅吉斯迴歸分析得到不同穴道部位鑑別腸道功能異常之倍數及其95%信賴區間。

本研究以SAS第9.4版套裝軟體進行統計分析，P值小於0.05表示有統計顯著意義。

結果

1. T12及T3描述性分佈

表1列出受試者人口學、社經及T12、T3的基本資料分佈情形，參與受試者接受過中醫或西醫方式的治療比例相當，至於腸道病變的症狀以便祕及稀便居多，但沒有明顯症狀者則佔多數(38.7%)。表1亦顯示出有腸道病史的病患其在胸椎第12節與第3節的「拔罐後印記」各級數的人數分布。胸椎第12節的印記1~2級者有11% (2/19)，而有近89%患者(17/19)達到嚴重的3~5的級數。而於胸椎第3節的印記1~2級者有53% (10/19)，相較胸椎第12節則只有半數(47%, 9/19)患者達3~5的級數。表1亦顯示無腸道病史的病人其胸椎第12節拔罐印記只有1~2級數的有25% (3/12)，達到3~5級數的有75%(9/12)。胸椎第3節「拔罐後印記」1~2級者有67% (8/12)，達到3~5級數者有33% (4/12)。

2. T12及T3分析性比較

(1)腸道功能異常鑑別平行設計分析

圖2顯示胸椎第十二節(T12)所得到拔罐印記顏色深淺較胸椎第三節(T3)判別腸道功能異常鑑別力高，且達統計上顯著意義(Log-rank test, $P=0.0012$)，其倍數為2.39倍(95%信賴區間=1.29-4.45)。

若以腸道功能異常之症狀出現個數進行加權所得到拔罐印記顏色加權分數進行分析，則可以得到如圖3相同之結果，統計上也達顯著意義(Log-rank test, $P=0.0018$)，T12相較於T3篩檢腸道功能異常之倍數為2.41倍(95%信賴區間=1.29-4.49)。

(2)腸道功能異常鑑別配對差異分析

今將T12及T3拔罐印記顏色深淺各分為兩類(+)及(-)，其中(+)代表3-5之級數、(-)代表1 & 2之級數，針對腸道功能異常個案進行組內配對分析，可以得到表2。

利用條件羅吉斯迴歸精準測量方法可以得到第12節(T12)相對於第三節(T3)拔罐印記在腸道功能異常鑑別力為5倍($\widehat{OR}=5(=10/2)$)，95%信賴區間為[1.32-32.53]，P值為0.016，達統計上顯著意義。

若將顏色深淺級數之(+)及(-)兩類定義為(+)代表4 & 5級及(-)代表1-3級，則可以得到表3之T12及T3的22配對聯列表，得到T12相較於T3鑑別力為25倍($\widehat{OR}=25(=12.5/0.5)$)，P值為0.0005，達統計上顯著意義。

討論

本研究透過比較胸椎第十二節(T12)與胸椎第三節(T3)拔罐印記所得到顏色深淺1~5級區別腸道功能異常的鑑別力，以平行設計分析發現T12較T3鑑別高出2倍以上。若以配對差異分析將其他人口社經變項控制後T12相較於T3在腸道功能異常鑑別力高達5倍，若以4-5級做為較嚴重程度則可以高達25倍。此結果肯定使用T12拔罐印記之顏色深淺較其他穴道可以做為篩檢腸道功能異常之標記，透過此標記能早期發現腸道功能異常，並進行進一步穴壓及拔罐治療，減低晚期腸

道疾病發生之可能並改善生活品質。

「拔罐印記」篩檢標記原理

拔罐是將人體氣血成分吸取出來的一種技術，它在醫療上的功能是減少病灶地區組織的分量而消除腫脹，進而加速人體的自動修補功能；其最大效益的關鍵是在人體安全限度內，將人體內蓄積的有毒廢棄氣血成分，在最大可能範圍內移除出而緩解疼痛，增加活動功能。所以正確有效的穴壓治療就是在最少的傷害下，將病灶地區最多的廢棄的氣血聚集在穴道出入口位置，讓拔罐一次就將它們吸移出病灶地區，置於健康的皮表以為代謝，才能符合拔罐的最大效能。

於穴壓治療後配合拔罐，能夠快速移除病灶地區有毒廢棄氣血，加速人體的自動修補功能，使組織迅速癒合，而所移除出的有毒廢棄氣血成分，正表現在「拔罐後印記」中。因此「拔罐後印記」代表身體內組織器官當時的狀況，同時會隨著疾病和症狀的嚴重度產生一定的相關性，因此是評估身體內組織器官病變狀況的最佳參考根據。又由於「拔罐後印記」不具侵襲性，又可利用視覺觀察分辨評量，近似於具備有活體檢驗的功能和意義，可以當作疾病和症狀的篩檢、診斷、治療、預後以及追蹤的工具。

胸椎第十二節(T12)拔罐印記篩檢腸道病變效用

除非有很嚴重的腸道症狀，一般人不清楚自己是否有腸道的問題，常常忽

略輕微的腸道病變，正如受試者中有12人自稱沒有腸道病變，試驗結果卻有高達75%(9位)的人，其胸椎第12節拔罐印記為3~5級與有腸道病變者之比例相當，此描述性以胸椎第12節「拔罐後印記」作為篩檢腸道病變的可行性。利用胸椎第12節穴位的「拔罐後印記」來篩腸道的病變程度，可大幅降低篩檢的時間、成本、減少疼痛及降低危險性。拔罐屬於非侵入式的處置，能在短短的時間內得知腸道是否有問題，相較於目前缺乏篩檢腸道功能異常之工具是相對安全、經濟又具效率，可以讓更多的潛在無症狀病人能及早發現，及早治療，增進健康。

結論

本研究證明利用胸椎第十二節(T12)拔罐印記做為無症狀腸道病變篩檢標記可行具有效應相當具有潛力，如何擴大篩檢族群及應用於特定腸道疾病效用是進一步應探討之主題。

腸道研究紀實



表1. 受試者基本人口學、社經、腸道病史與T12及T3資料分佈

變項	人數, n (n=31)	%	T12				T3			
			1,2 (n=5)		3,4,5 (n=26)		1,2 (n=18)		3,4,5 (n=13)	
			n	%	n	%	n	%	n	%
年齡										
<30	10	32.3	0	0.0	10	38.5	6	33.3	4	30.8
30-69	15	48.4	5	100.0	10	38.5	9	50.0	6	46.2
>=60	6	19.4	0	0.0	6	23.1	9	16.7	3	23.1
性別										
男性	14	45.2	3	60.0	11	42.3	9	50.0	5	38.5
女性	17	54.8	2	40.0	15	57.7	9	50.0	8	61.5
教育程度										
國中以下	6	19.4	0	0.0	6	23.1	2	11.1	4	30.8
高中	4	12.9	1	20.0	3	11.5	4	22.2	0	0.0
大學	7	22.6	1	20.0	6	23.1	3	16.7	4	30.8
研所以上	14	45.2	3	60.0	11	42.3	9	50.0	5	38.5
職業										
無工作	4	12.9	0	0.0	4	15.4	2	11.1	2	15.7
家管	2	6.5	0	0.0	2	7.7	1	5.6	1	7.7
退休	2	6.5	0	0.0	2	7.7	2	11.1	0	0.0
軍公	1	3.2	0	0.0	1	3.8	0	0.0	1	7.7
教職	4	12.9	1	20.0	3	11.5	3	16.7	1	7.7
自由業	3	9.7	0	0.0	3	11.5	1	5.6	2	15.4
商	3	9.7	1	20.0	2	7.7	2	11.1	1	7.7
學生	12	38.7	3	60.0	9	34.6	7	38.9	5	38.5
病史記錄										
有	19	61.3	2	40.0	17	65.4	10	55.6	9	69.2
無	12	38.7	3	60.0	9	34.6	8	44.4	4	30.8
症狀										
無	12	38.7	3	60.0	9	34.6	8	44.4	4	30.8
便秘	9	29.0	2	40.0	7	26.9	3	16.7	6	46.2
稀便	8	25.8	1	20.0	7	26.9	5	27.8	3	23.1
血便	3	9.7	1	20.0	2	7.7	2	11.1	1	7.7
腹痛	4	12.9	1	20.0	3	11.5	2	11.1	2	15.4
持續期間										
時間平均值(年)	8.43	(12.63)	15	(7.07)	7.66	(13.05)	12.2	(15.70)	4.24	(6.65)
是否就診										
有	20	64.5	2	40.0	18	69.2	10	55.5	10	76.9
無	11	35.5	3	60.0	8	30.8	8	44.4	3	23.1
曾接觸的醫療										
中醫	4	12.9	1	20.0	3	11.5	3	16.7	1	7.7
西醫	4	12.9	0	0.0	4	15.4	2	11.1	2	15.4

表2. 腸道功能異常T12及T3組內配對分析

		T3		
		(+) 3-5級	(-) 1-2級	
T12	(+) 3-5級	7	10	17
	(-) 1-2級	2	0	2
		9	10	19

表3. 腸道功能異常T12及T3組內配對分析

		T3		
		(+) 4-5級	(-) 1-3級	
T12	(+) 4-5級	1	12	13
	(-) 1-3級	0	6	6
		1	18	19

圖1 「拔罐後印記」顏色級數的圖例



學會窗外的人面蜘蛛

隱帶：是蜘蛛在補蟲網上附加上去的編織，這個是漩渦形。仔細看蜘蛛網底下，蜘蛛把自己隱藏起來不被敵人發現。因為有隱帶使蜘蛛網更明顯，飛行中的鳥類容易看見而避開，可以防止被破壞。由於對光線的反射，可以誘導昆蟲接近有利獵捕。另外，隱帶可以增加蜘蛛網的強度。

圖片 洪韻媚提供

圖2 不同穴道部位拔罐印記顏色深淺分數之腸道功能異常百分比

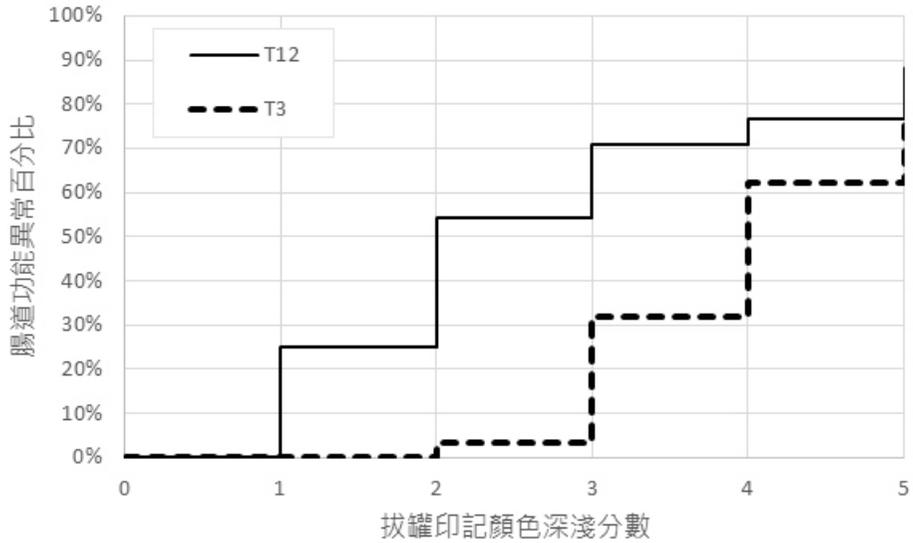
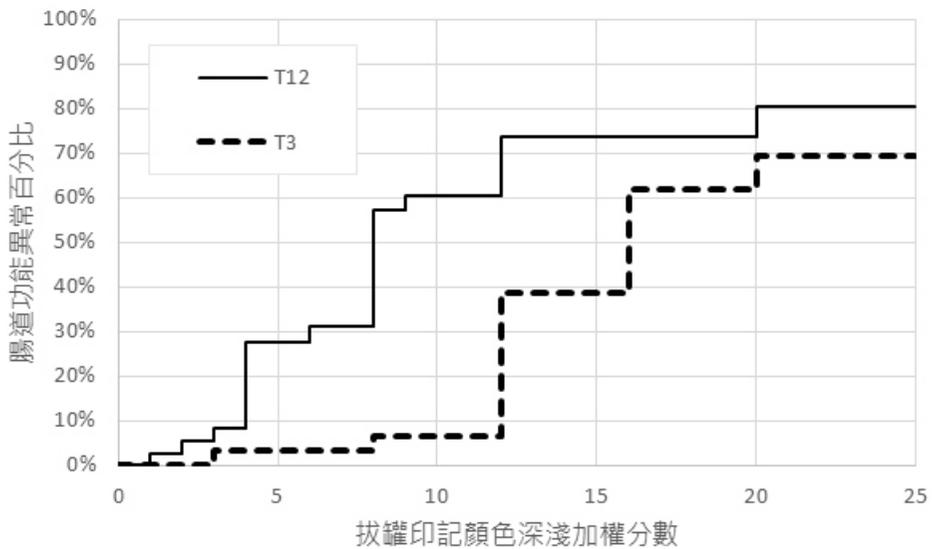


圖3 不同穴道部位拔罐印記顏色深淺加權分數之腸道功能異常百分比



參考資料

- Barbara, G., Stanghellini, V., De Giorgio, R., Cremon, C., Cottrell, G. S., Santini, D., Pasquinelli, G., Morselli-Labate, A. M., Grady, E. F., Bunnett, N. W., Collins, S. M., & Corinaldesi, R. (2004). Activated mast cells in proximity to colonic nerves correlate with abdominal pain in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 126(3), 693-702.
- Chang, H. C., Yen, A. M., Fann, J. C., Chiu, S. Y., Liao, C. S., Chen, H. H., Yang, K. C., Chen, L. S., & Lin, Y. M. (2015). Irritable bowel syndrome and the incidence of colorectal neoplasia: a prospective cohort study with community-based screened population in Taiwan. *British Journal of Cancer*, 112(1), 171-176.
- Cremon, C., Gargano, L., Morselli-Labate, A. M., Santini, D., Cogliandro, R. F., De Giorgio, R., Stanghellini, V., Corinaldesi, R., & Barbara, G. (2009). Mucosal immune activation in irritable bowel syndrome: gender-dependence and association with digestive symptoms. *The American Journal of Gastroenterology*, 104(2), 392-400.
- Hahn, B. A., Yan, S., & Strassel, S. (1999). Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom. *Digestion*, 60(1), 77-81.
- Kim, H. S., Lim, J. H., Park, H., & Lee, S. I. (2010). Increased immunoendocrine cells in intestinal mucosa of postinfectious irritable bowel syndrome patients 3 years after acute Shigella infection: an observation in a small case control study. *Yonsei Medical Journal*, 51(1), 45-51.
- Lea, R., & Whorwell, P. J. (2001). Quality of life in irritable bowel syndrome. *Pharmacoeconomics*, 19(6), 643-653.
- Matricon, J., Meleine, M., Gelot, A., Piche, T., Dapoigny, M., Muller, E., & Ardid, D. (2012). Review article: associations between immune activation, intestinal permeability and the irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 36(11-12), 1009-1031.
- Olden, K. W. (2003). Approach to the patient with severe refractory irritable bowel syndrome. *Current Treatment Options in Gastroenterology*, 6(4), 311-317.
- Tack, J., Talley, N. J., Camilleri, M., Holtmann, G., Hu, P., Malagelada, J. R., & Stanghellini, V. (2006). Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*, 130(5), 1466-1479.
- Talley, N. J. (2003). Evaluation of drug treatment in irritable bowel syndrome. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 56(4), 362-369.
- 衛生福利部國民健康署 (民107)。中華民國105年癌症登記報告。
- 謝麗貞 (2017a)。拔罐的科學實務 (179頁)。臺北市：知音出版社。
- 謝麗貞 (2017b)。拔罐的科學實務 (第二章)。臺北市：知音出版社。
- 謝麗貞 (2017c)。拔罐的科學實務 (75-85頁)。臺北市：知音出版社。
- 謝麗貞 (2011)。拔罐的真相 (183-190頁)。臺北市：知音出版社。

消化系統的保健與治療

林文絹^{1,2}、洪韻媚¹、謝麗貞^{1,3}

¹ 穴壓與拔罐學會學術研究組研究員

² 國立台北護理健康大學護理系副教授

³ 吉錠診所負責醫師

人有自給自足的自動維生動力系統，除有完整的器官結構外，還要有控制該系統運作的機制，依謝麗貞(2011)考據中國醫學古籍「難經」的記載，人體的「三焦」與「心主別脈」正是分別主導人體內與外既獨立又協調合作的動力系統，身體各器官組織方得以維持生命。「三焦」分別是(1)主控呼吸系統，能調節各呼吸肌肉群由外界吸入氧氣與呼出二氧化碳的「上焦」；其由呼吸中樞產生的神經衝動訊息，傳到橫隔膜以控制呼吸運動，調節體內血氧和酸鹼的平衡；(2)主控胃攪拌運動，令攝取的飲食轉化成食糜的「中焦」，在胃中脘的排空和幽門泵浦調節系統，控制食糜的酸鹼值及排空速率，以利胃腸道完成消化、吸收的功能；以及(3)主控泌尿系統，調節體內水分、壓力、電解質、排除代謝毒素廢物和維持人體內部恆定的「下焦」，其在腎元分段過濾、淨化血液，濾出代謝廢物形成尿液、回收有用物質，完成一個完整的攝取外界資源供身體所用的能量動力體系。

與三焦配合互為表裡的系統是負責體內動力系統的「心主別脈」，其主導心臟電生理傳導系統，產生電位使心臟規律搏動，使得含氧血和營養素的血液能周行全身，營養各組織器官，並收回收代謝廢物等完成生理運作的循環系統。

而這些維生動力系統的正常運作，關乎身體的健康或失衡而致病，是人得以生存的重要機制。

「三焦」與「心主別脈」是各自獨立也是相互協調、彼此影響，缺一環節，不但生理功能無法完成，也同時引起相對系統的失常。本文特別探討攝取體外水穀飲食供應營養能量來源的消化系統，與胃中脘裡沒有形體卻具真實運作機制的「中焦」，來說明其生理功能、致病原因，與穴壓診斷治療的方法，但是因會牽涉及「上焦」、「中焦」與「心主別脈」，故將一起討論。

一、胃及「中焦」的生理運作

胃主要貯存人體攝入飲食進行分解、攪拌以成食糜，再藉食糜的酸鹼度控制對腸道的排空作用，過程中有許多器官腺體參與以完成消化吸收營養的功能。攪拌過程中，胃內壓力升高時，與食道相連的賁門須緊閉，賁門與食道裂孔相連處的肌肉能夠收縮，以阻擋胃內食糜往上逆流。胃藉由幽門括約肌的收縮與擴張，依食糜達到適當酸鹼值時往腸道推送。這過程受許多器官和腺體控制，如胃本體和腸道的蠕動受到來自腦部沿脊髓而下的交感、副交感神經與迷走神經所調控；胃所分泌的「胃泌素」是來保護胃壁，「胃酸」是來攪拌混合食物。若分泌受到阻礙或異常，會影響

胃內的酸鹼環境，和食物的分解消化程度，進而影響排空；而食物的種類如醣類、蛋白質與脂肪等的含量也影響胃內化學變化與排空。身體肝臟製造食物分解酵素和消化脂肪的膽汁，若肝功能不佳也會造成胃的消化功能的紊亂。

「中焦」主管胃排空和幽門泵浦調節系統，影響食物消化和營養素的吸收是人體牽涉最廣的能量動力系統，其藉胃內食糜的酸鹼值，以配合腸道消化與吸收的速度，控制食糜往幽門的排空，使食物養份能夠充分被腸道吸收，無益的殘留食渣被排出。當「中焦」機制失常，必引起食糜貯留胃中，造成胃病變，如胃脹、胃悶、胃痛、胃酸過多等，而腸道得不到適當食糜的供應，就會產生諸多的症狀如腹瀉、便秘、腹痛等，影響人體能量的產生、生長及修復的能力。「中焦」受到腦神經和內分泌的控制，進行持續緩慢的攪和和推進運動，以利食物的消化吸收。消化道為持續供給人體水分和營養素，需不斷讓食物在腸胃道內移動，藉由控制胃內食糜往小腸推進的速度，以配合腸道的消化與吸收，得以進入肝臟進行各種生化處理，使身體獲得所需的養份。

腸胃道有五層肌肉和黏膜組織構成，其運動功能是由平滑肌層執行，當肌肉中任何一處產生動作電位，可傳遞到其他肌肉層，產生節律性收縮。胃竇蠕動收縮（幽門泵浦），大部分很微弱，使食物和消化液混合，只在食物停留於胃部時間的前1/5，蠕動較強烈。幽門擴約肌比胃竇肌肉厚1/2~1倍的環狀肌肉組成，經常維持輕度的張力性收

縮，因張力不強，可維持開一小口讓水分及其他液體通過，但會阻止大顆粒食物，直到食物混合接近液態的食糜才能通過，每次將數毫升的食糜如唧筒般擠壓到十二指腸，故稱為幽門泵浦。

二、影響胃及「中焦」的不良因素

影響胃排空和幽門泵浦調節系統的不良因素有：

1. 過量飲食，食物體積大過胃的正常容積，胃壁被牽張，引起迷走神經和局部腸肌反射，迫使幽門泵浦力量增加以抑制幽門括約肌，避免胃排空加速，增加腸道負擔。
2. 胃內肉蛋白質成分過高，胃竇被刺激分泌胃泌素，胃泌素又作用於胃腺促使胃酸分泌，胃酸會侵蝕胃壁，也會增強幽門泵浦和胃排空作用的阻力。
3. 胃內脂質含量過多，因脂質消化慢，當過多食糜進入十二指腸，會釋放多種激素，經血液吸收循環返回至胃，以抑制幽門幫浦和增加幽門括約肌張力。
4. 食物具刺激性都會影響胃幽門泵浦和排空的作用。
5. 肝臟製造膽汁儲存於膽囊中，依食物中脂肪含量多寡刺激膽囊分泌膽汁，以協助脂肪的消化，當肝功能不佳，膽囊儲存功能喪失，會造成胃消化功能的紊亂。
6. 情緒壓力致刺激交感神經，會讓腸胃道蠕動和張力降低，括約肌張力增加，部分腸胃道的血流減少，使胃消化功能遲緩低下。

以上皆會影響胃及「中焦」的生理運作。

三、胃及「中焦」致病的病理機轉

胃中的食糜無法正常排空到腸道，堆積在胃中使胃膨脹，內壓上升造成胃痛，甚至噁心、嘔吐等。若食糜長期滯留囤積於胃中，漸漸腐敗發酵，產生過多的毒體造成胃脹、噎氣、噁心等症狀，更加劇腸胃道的不適感，長久以往致使食慾不佳、進食即感不適，致胃壁受胃酸腐蝕潰瘍。又一旦胃排空功能遲緩，食糜滯留造成經常性的胃內壓增加，使贛門逐漸閉鎖不全，食糜逆流到食道，即是胃食道逆流(Gastroesophageal Reflex Disease, GERD)，所混合胃酸的食糜會造成食道下方黏膜的潰瘍、發炎，輕微者有些人是無自覺症狀，有些人則會出現嘔酸水、上腹或胸痛、胸悶、胸口有燒灼感(火燒心 heart burn)等症狀，通常症狀常出現在飯後1-2小時，食用過熱、過酸的食物與暴飲暴食後症狀更明顯，更嚴重者甚至食糜逆流到更上方的喉與口腔，造成慢性咳嗽。

許多會增加胃內壓力的原因，如肥胖、長期便秘、過度飲食、胃膨脹致使胃本身空間受擠壓；又如攝取不易消化如油炸食物、肉類等會延緩胃排空速度；又當飲食缺乏節制如食用自助吃到飽的餐飲，或經常性吃太多，即會使贛門逐漸閉鎖不全，食糜逆流到食道，即是胃食道逆流的問題。隨年齡橫膈肌肉張力降低，使中老年人容易於發生裂孔疝氣，也會產生胃食道逆流的問題。發生以上的現象時，顯示中焦胃排空與幽

門幫浦系統已失去調控的功能。

一旦胃的排空及幽門括約肌調節失常，除消化系統嚴重受到影響，其他系統的失常也會干擾「中焦」，如長期工作勞累、經常情緒緊張與壓力沉重，會使中焦功能失調，肝疲勞，功能下降，加重消化系統的失常。這消化阻滯的不適也會使其他器官受影響，如晚餐過晚進食或吃太多，胃酸逆流的症狀明顯，將影響腦神經系統，使夜眠不佳；也可影響位於胃上方的心臟，當胃發脹時隨即壓迫到心臟，增加心臟壓縮的阻力，致使血壓升高，都是胃和中焦的問題影響周遭器官的例子。

此外，胃「中焦」位於身體的中央是能量系統之一，缺乏由其而來的營養能量的供應，全身器官組織生理運作功能遂低下，全身懶散疲勞無力，精神散漫無法集中，嚴重影響身體缺乏抵抗力而致病。

再者，各人嗜好不同，食材的來源多元，入口食材新鮮與否、有否添加化學人工藥劑，或於烹飪與運送的過程是否受到汙染，此等造成胃中毒與急性胃炎也是常見的問題。當細菌與毒素透過飲食進入胃，雖然胃酸能殺滅大部分的細菌，然而部分仍能釋放出毒素、或無法為胃酸處理的化學成分，會干擾胃內消化食物的酸鹼變化，有些人會出現急性胃炎的症狀，如胃痛、上吐下瀉；如果毒素吸收到體內則會引發全身的反應如發燒、全身不適等。有些人則一直處於慢性胃炎的狀態，持續的脹氣、疼痛，無論飢餓或飲食些微過量就會不適，形成慢性胃病，甚至導致癌症的發

生。

四、胃及「中焦」病症的診斷

胃及「中焦」的病症多由病人的主訴而知，如抱怨胃痛、食慾不佳、心灼熱、胃脹氣等問題，這就是中焦失調的症狀。也可由觀察而知，例如長期胃困擾者通常體型偏瘦、體力不佳，兒童則是發育不良。診斷時應了解包括症狀發生的時間、頻率，平時的飲食、是否與特定的食物有關？如情緒引起，應評估人格特質、工作型態，是否常處於壓力的情境等。

五、胃及「中焦」病症的傳統治療

病人經常性腸胃不適多求診西醫，一般多接受鋁、鎂制酸劑的治療，若接受胃鏡檢查、腹部X光，以確診胃食道逆流、胃潰瘍或幽門螺旋桿菌感染等，無論是製酸劑或質子幫浦抑制劑，都將胃酸提升到Ph值3-5，如此會干擾胃內正常Ph值1.5的生理環境，加重胃及「中焦」功能的失常，因此藥物效果可能不佳。

治療胃病，首先要改變生活飲食習慣與紓解情緒與工作的壓力，避免增加胃內壓力，不宜吃太飽，避免睡前進食，減少油炸、高脂、高糖、高蛋白的食物。為能除去胃內腐敗的積食，應暫停進食肉類，吃簡單易消化的乾飯或炒過的飯，以協助排除腐臭的食糜以達清空胃的效果。為防食物中毒應減少食用蝦、蟹等易受污染的海鮮，或避免可能帶有黃麴毒素的堅果類食物。

六、胃及「中焦」病症的穴壓治療

人體既是自動產生能量的機體，能自行修補、調節與生殖，首先，這機制本身必定是有所失常，否則不會產生胃病變。「中焦」是「三焦」系統之一，先回復「中焦」的功能，再調整與和其裡外相配合的「心主別脈」，自然能將身心恢復正常。所以利用這個機制是最佳的治療方法，那就是用穴壓治療了。

穴壓治療不同於西醫的藥物壓制對抗療法，所使用是運用治療者的「氣」能量，去修復和啟動病人的自動修補的機制。因此，穴壓治療者除了需要具備人體解剖、生理和病理的基本知識，尚要熟悉穴位的治療原理與機制；另外更需要先「練氣」，才能有足夠的「氣」去修復和啟動病人的自動修補機制。治療時以雙手十個指頭操作，故需練習正確的指法與足夠的指力。練氣需有正確的方法和長時間與耐心持續練習，方能有足夠的「氣」去支持治療，且保護自己在治療時不會耗竭體力而衰弱。

治療消化道疾病自然以治療「中焦」為先，一方面回復正常的中焦機制，一方面去修復和啟動病人的動力系統「三焦」和「心主別脈」，以及自動修補的機制。方式就是透過局部的穴位偵測，進行局部治療、症狀處理，再進行完整消化系統調理，進而恢復全身的健康。

七、舉例說明常見症狀的治療

- 1.胃脹、消化不良、胸口灼熱者，係「中焦」功能失常，穴壓診斷位置在胃中脘位置，可於該中脘穴位部位進行局部穴位按壓，再配合拔罐，效果顯著（見圖一）。

圖一胃中脘的穴壓與拔罐治療



圖三中脘穴壓與拔罐治療



2. 胃疼痛，若為胃本體的問題，可運用穴位偵測於左側肋骨下方劍突鳩尾的位置，給予穴壓後再配合拔罐（見圖二）。

圖二劍突鳩尾的穴壓與拔罐治療



圖四脊椎第3節及第7節穴壓與拔罐治療



3. 胃脹氣而劇痛，可一手手掌置於中脘處，另一手指穴壓膝蓋下方陰陵泉穴位上頂，導引出胃內廢氣而止痛。唯治療者必需能量強而有勁，否則效果不佳。
4. 胃部長期消化功能不佳者，需恢復中焦的功能，先進行中脘穴位局部穴壓治療後，再輔以拔罐（見圖三）。另外，於背部脊椎第3節及第7節上的穴位也進行穴壓治療後，再輔以拔罐（見圖四），可加速恢復「中焦」正常運作。

6. 胃痛、胃脹者，若因肝功能不佳致使消化酵素不足，影響胃排空速度者，於左右側期門進行穴壓治療後，再輔以拔罐，以增進肝臟功能。
7. 若導因於情緒不佳者，運用背部脊椎第4節穴位給予穴壓治療後，再輔以拔罐，可舒緩鬱結的情緒。

八、案例說明

張女士44歲，於今年五月因胃痛、胃不適、胸口有灼熱感來求診。西醫診斷為胃食道逆流並治療十多年，但症狀依舊，自訴一直以來進食後消化狀況不佳極為困擾。經過我們穴位偵測於她的鳩尾與左肋緣間九點鐘位置有病變，確知為胃本體部患病疼痛，又在她的鳩尾與右肋緣間一點鐘位置偵測出病變，確

知其為賁門鬆弛，故產生胃食道逆流。經過數次穴壓治療後，再輔以拔罐，拔罐位置於鳩尾與肋緣間九點鐘位置和中脘穴位。背部拔罐位置為脊椎第3節及第7節上穴位的位置。其後她的胃食道逆流現象消失，也不再復發了。

結論

人體需自給自足地產生能量才能得以存活，而能量供應有賴中焦能正常運作胃的排空與幽門幫浦系統，使能吸收身體所需的各種營養素，一旦中焦失調將使五臟六腑無法運作產生各種的病變，可謂萬病之源，因此透過中焦的調理，有助於其他臟腑問題的改善，也能達到保健之功，在穴壓治療上具舉足輕重的地位。



圖片 洪韻媚提供

參考資料

謝麗貞 (2011)。探索難經的奧秘：三焦、氣與氣功的生理機制。臺北市：知音出版社。

謝麗貞 (2017)。拔罐的科學實務。臺北市：知音出版社。

學會前院的台灣藍鵲



圖片 洪韻媚提供

練氣專欄

練氣心路歷程

劉群威 企業經理

一、前言

學習氣功，最初是為了興趣及養生，在剛學習初期出現許多困惑與身體不適的問題，求教卻不得正解。因緣巧合之下，參加謝醫師的基礎氣功班後才茅塞頓開，從而系統性地重新學習練氣到氣的運用，後又參加謝醫師的穴壓治療班，方始讓我對整個氣功的脈絡理論瞭解得更深入，身體健康也有很大的進步。

二、練氣的探索階段

起於101年，首先接觸的是一般坊間團體的以動功為主的動作氣功，有許多招式，每一個招式反覆練習，讓身體活絡筋骨、提振精神，達到運動和流汗的效果。一開始確實會讓自己神清氣爽，但久而久之，或許是個人暖身不夠或動作錯誤，反而造成一些運動傷害。過程中，曾試圖請教老師有關調息的問題，卻得不到滿意的答案，再加上身體在練習過程中產生不適便放棄了。

隨後，再另找老師學習，所學的是以武學為基礎，以及進行吸氣與吐氣的練氣。學習內容主要為站樁功：腳半蹲，手呈氣功態，心思集中於丹田。開始練習半年後，即有氣感，但卻不知道如何運用。在練氣過程中，又引發腰酸和膝蓋疼痛等問題。遂於在身體不適及個人的工作忙碌與怠惰情形下中止學

習。如此，學習氣功的過程歷經多次轉折，從興致勃勃到疑惑，甚至感到窒礙、無所適從，在向老師們求教卻得不到正解的情況下，就結束四年充滿挫折的探索過程。

三、從科學與理論基礎下重新學習

(一) 新體認

於105年，在偶然的機會下，從廣播電台聽到主持人與謝麗貞醫師討論練氣與氣功的科學知識，重新引起我對練氣的興趣。特別是研讀謝醫師的著作《練氣與氣功的科學知識》（謝麗貞，2015）後，引發我再次學習氣功的動機。

於是在謝醫師引導下，重新認識什麼是練氣與氣功，明白練氣目的及方向。在練氣的五大心法—w「正形體、合神智、鬆筋骨、調氣息、勿妄念」十五字訣中，從鬆筋九式、靜功到動功九式，體會氣由十宣、手掌、手臂到頭，從腳到丹田及全身運行的感悟，理清練氣的生理機制，對練氣有新的體驗與概念。也了解學習如何練氣，再進階去學習如何駕馭氣在體內周行，同時，身、心如何達到的「鬆」的狀態，以增加筋骨韌性和減少傷害，故此練氣的功用除了養生保健外，最終可以藉由穴壓幫他人緩解病痛。

練氣過程中，最重要的是「鬆」，看似簡單，卻不容易。駕馭氣則是更深

的技術學問。所以，練氣必須循序漸進，不可以躁進，因為躁進容易觸犯「妄念」，這樣容易有所偏差、危險或走火入魔，所以十五字訣中的「合神智」、「勿妄念」，就是預防這些狀況的提醒。換句話說，練氣必須保持著「鬆」的狀態，不論是身體或心靈，才能讓氣在體內順暢循行，不會發生意外，且能深入感知與體會練氣的過程而有所精進。

（二）練氣的影響與運用

最早學習練氣功最大的原因是希望在中、西醫的藥物調理及控制飲食外，再經由運動與練氣，改善自己高血壓式心臟病、心絞痛、高血脂症、胃食道逆流以及焦慮等症狀，期望能夠減少用藥。曾於早期練習氣功導引外，也先後從書籍學習「拍打功」與「撞牆功」¹，希望有所助於改善自我的健康。剛開始練習兩大功法時，感覺身體舒暢，但是經過幾個月後血壓雖略降，卻感到身體虛弱，且預期的效果不明顯，也造成背部的傷害。於是，運動強身的想法隨著身體不適與練氣的挫折一併停止，直到我接觸正確的練氣知識與理論後，才真正有所轉變。

自從以科學知識與理論練氣後，在十五字訣正確觀念的導引下，隨著氣在體內行走的舒暢感受，身體狀況也日漸穩定。除了持之以恆的練習外，我也接受謝醫師氣功穴壓治療，健康明顯改善，並漸次地降低藥物用量。練氣過程中，我也遇到困擾，特別是氣在手臂平舉通過頭時即發生障礙，產生耳鳴，慶幸有明師指導解答疑惑，終於克服痊

癒。

正確練氣與接受氣功穴壓治療後的成果，引發我對「馭氣」、如何使「氣」經「穴道」進行穴壓，以及如何讓「練得的氣」去作功等的好奇心與求知慾。

於是，在原有練氣的基礎下，我更進一步學習氣功穴壓治療。從基本的醫用生理學、中醫學、解剖學、鍼灸解剖圖、氣血論……等開始學習，逐一瞭解人體部位與相關穴道的關係、對五臟六腑產生的表徵、表象，以及如何運用氣功進行穴壓治療，啟動人體的自我修護、調節以及生殖系統，讓身體在自我修補機制下，逐步恢復健康等學理，同時也進行實務操作訓練。

氣功穴壓治療的實務操作中，練氣是基本功，不論是指法或身體各方面的動作所講求的正確方法與姿勢無不與練氣息息息相關。同時還須理解各個穴位的位置與所對應的五臟六腑及其治療作用，如睛明穴對雙眼的效果，迎香穴可幫助鼻子暢通……等。事實上，不論是練氣或進行穴壓治療讓氣去作功，「鬆」是最重要的原則，除了可以達到應有成效外，也可以防止施作者與被施作者受傷。

經由這系統性與整體性的學理學習與訓練，以及親身接受氣功穴壓治療，讓我真切地瞭解並體會氣在身體上作功的感受，明白練得的氣是要去作功才是最有效，更明確地知道練氣目的與方向。同時，也讓我理解必須不斷的練

¹所謂「撞牆功」，即背部往後傾去撞牆。

氣，才有充足的氣，讓自己所練之氣得以自助助人，也同時增強自己本身的氣，真正發揮氣的運用效果。

四、結語

從練氣、保健與氣的運用完整性的學習過程，讓我對氣有正確的認知，同時在科學的實證中，得以用心體悟、不好高騖遠、不強求，一切以「正形體、合神智、鬆筋骨、調氣息、勿妄念」五大心法的核心原則去練氣，使身體及心理處於「鬆」的狀態，自然就能得氣，進而使身體舒適活絡，達到保健與讓氣去作功的成效。

參考資料

謝麗貞（2015）。練氣與氣功的科學知識。臺北市：知音出版社。



練氣訓練與學習



習慣性流產的簡介與治療

陳瓏仁醫師

臺北榮民總醫院內科部臨床毒物與職業醫學科；婦產科專科醫師

一、習慣性流產的定義

妊娠週數20週以前經歷三次以上自然流產經驗，就稱之為習慣性流產（habitual abortion）。根據統計，約5%的懷孕婦女會遭遇兩次自然流產；三次自然流產的比例則約1-2%。

二、習慣性流產的原因

習慣性流產的原因，約有半數原因不明。其他常見原因（依發生機率排序）則包括：女方具有自體免疫疾病、賀爾蒙異常、生殖器官結構異常、與夫妻染色體異常。一旦出現習慣性流產，夫妻雙方皆須接受檢查，找出病因。

習慣性流產意謂著夫妻雙方並非無法自然懷孕，但卻無法讓胚胎正常著床長大至順利生產，因此習慣性流產的許多病因與所需檢查，與不孕症的評估相似。

針對習慣性流產，夫妻雙方皆須抽血進行染色體檢查，以判斷是否具有染色體異常。一般早期流產約有60%是偶發的染色體異常，以三倍體（trisomy）為主要發生因素，此與女方年紀有極大關聯性。然而，評估習慣性流產時，夫妻雙方皆須接受染色體檢查，以偵測平衡性染色體構造異常。

女方同時需接受包括抗磷脂抗體症候群（包含 lupus anticoagulan、anti-

cardiolipin IgG/IgM、anti- β 2-glycoprotein IgG/ IgM）、糖尿病（HbA1c）、甲狀腺功能異常（TSH）、泌乳激素異常（Prolactin）、雄性激素過高...等自體免疫疾病、荷爾蒙、及代謝異常之篩檢。

然而，近年來對於抗磷脂抗體症候群的篩檢，經專家共識會議後建議在針對當女方構造異常、賀爾蒙異常，以及夫妻雙方染色體異常等項目排除後，有三次或三次以上十週以前的不明原因流產，或是有一次超過十週且胎兒外觀正常的不明原因流產，才需要檢驗抗磷脂抗體。

女方同時也需要接受經陰道超音波、子宮輸卵管攝影、子宮鏡等檢查，確認子宮形狀、及是否具有腫瘤或沾黏等造成胚胎著床不易的子宮型態異常。重要的先天性子宮異常包括：單角子宮（unicornuate）、雙子宮（didelphia）、雙角子宮（bicornuateuterus）、隔膜性子宮（septate uterus）或弓狀子宮（arcuate uterus），約佔習慣性流產的12.6%。其中，可能造成習慣性流產的先天性子宮異常依序為隔膜性子宮（44.3%）、雙角子宮（36.0%）、與弓狀子宮（25.7%）。

若女方在非手術等因素下卻有靜脈血栓病史，或是其一等親中有已知或疑似血栓高危險，則應篩檢遺傳性易血栓

體質（包含 factor V Leiden、Prothrombin基因突變、蛋白質C、蛋白質S、和 antithrombin缺乏）。除具此危險因子之族群外，並不建議習慣性流產的病人例行性篩檢遺傳性易血栓體質。

現行的標準精液分析無法預測習慣性流產。雖然習慣性流產的夫妻，先生的精子發生性染色體二體症（disomy）的機率較高，但此狀況所產生之不正常的精子可能較不易受精，因為臨床上於流產的胚胎中，並未發現此現象。目前也不建議常規檢測精子的單倍體或DNA碎裂狀態。

其他造成習慣性流產的不良生活習慣或體質包括肥胖、抽菸、酗酒（每星期3至5次）、咖啡攝取過多（每天超過3杯）或使用古柯鹼等，都與增加流產機率有關。

三、其他造成流產或早產的因素

第二孕期初期的流產，常見原因為子宮頸閉鎖不全（Cervical incompetence），臨床上常見無子宮收縮的症狀下，子宮頸出現自發性擴張，進而造成流產。子宮頸閉鎖不全的高危險群包括：子宮結構有先天性異常（如：雙角子宮、單角子宮、雙子宮、隔膜性子宮、先天性子宮頸長度過短...等）、曾接受子宮頸擴張手術（手術種類包括：人工流產手術、妊娠中期引產...等）、子宮頸整型、或因子宮頸癌前病變接受過子宮頸錐型切除手術、子宮頸部分切除手術...等，上述族群都是子宮頸閉鎖不全的高危險群。

治療方式為下一胎懷孕時，於14至16週之間，利用不可吸收線進行子宮頸環紮術（常見術式為McDonald suture），減少子宮頸出現自發性擴張之機會，並須謹慎監控不正常子宮收縮，甚至利用臥床安胎及藥物治療等方式，減少子宮收縮的機會，待足月（37週）前後或生產前將縫線拆除。

此外，於第二孕期及第三孕期，無法控制之子宮異常收縮、前置胎盤導致之頻繁或大量出血、無法控制之妊娠高血壓或子癲前症、母體急性肝衰竭、子兆癲癇、胎盤早期剝離、胎兒窘迫...等狀況，都是造成胎兒早產的因素。

四、習慣性流產的治療

雖然醫學上對於習慣性流產的定義是三次以上的自然流產，但是對於未曾生過任何活產胎兒、女方年齡大於35歲、或夫妻雙方難以受孕的族群，則建議經歷過兩次以上的自然流產，就應尋求醫療協助，以增加活產率。

如果習慣性流產的原因為夫妻之染色體異常，則利用試管嬰兒療程（in vitro fertilization, IVF）合併胚胎著床前染色體篩檢（preimplantation genetic screening, PGS）或胚胎著床前基因診斷（preimplantation genetic diagnosis, PGD），排除胎兒帶有明顯之染色體異常、與嚴重或致命性遺傳疾病，並選擇檢查正常的胚胎，解凍後進行胚胎植入，提高懷孕率。

如果習慣性流產的原因為自體免疫疾病，常見利用免疫抑制藥物調節自體

免疫疾病，並搭配低劑量阿斯匹林和肝素治療，減少血栓生成，以期增加懷孕率。低分子量肝素（Low-molecular-weight heparin, LMWH）的效果目前並未確認。至於使用類固醇治療，實證上不會改善懷孕率，還會增加妊娠高血壓和妊娠糖尿病的風險，故不推薦使用。糖尿病、甲狀腺功能異常、泌乳激素異常等問題，則必須利用適當藥物控制新陳代謝異常，以期恢復卵巢規律排卵功能、增加胚胎著床機率、減少妊娠併發症，及避免母體心肺衰竭。

子宮型態異常，可利用子宮鏡或腹腔鏡手術，進行隔膜性子宮的子宮中隔切除、子宮內沾黏分離、子宮肌瘤切除等方式，改善子宮型態異常，進而增加懷孕率。

五、影響習慣性流產治療成效的因素

影響習慣性流產治療成效的因素，有相當程度與不孕症的治療原則相仿，包括：

1. 及早接受適當的習慣性流產評估：

適當的習慣性流產評估，才能有效找出習慣性流產的原因，對症治療。因此夫妻雙方皆接受適當的習慣性流產評估，是習慣性流產治療的第一步。對於未曾生過任何活產胎兒、女方年齡大於35歲、或夫妻雙方難以受孕的族群，則建議經歷過兩次以上的自然流產，就應及早尋求醫療協助。

2. 良好的精、卵品質：

精、卵品質良好與否，直接影響了受孕與胚胎正常著床發育的機會。維持良好的生活習慣，有助於增進精、卵品

質，因此避免煙、酒、藥物等...濫用，適當調適工作、情緒、減少壓力，均衡攝取營養，保持理想體重，都有助於增進精、卵品質。

泌乳激素或雄性激素過高等內分泌異常，會造成卵巢規律的排卵週期受到干擾，甚至造成不排卵的狀況。若有上述異常，則應接受適當治療，增加懷孕機率。

此外，女方的卵子數量與品質，與年齡習習相關；若有懷孕的計劃，應及早規劃，避免因卵巢衰老導致卵子數目減少與染色體異常機會增加。

夫妻中若因染色體或基因異常造成不孕，則必須接受試管嬰兒療程，配合胚胎著床前染色體篩檢或基因診斷，選取無異常之胚胎植入，增加懷孕率。

3. 維持良好的胚胎受精、著床、與發育之環境

維持正確適當的會陰部清潔習慣與單一性伴侶，能減少女性生殖系統感染、沾黏的機會；有經痛、子宮內膜異位症、或不正常陰道出血病史的女性，應接受適當評估與治療，減少因慢性子宮內發炎、粘膜下子宮肌瘤、或子宮內膜癒肉等因素，干擾胚胎著床。女性若有子宮內膜癒肉、黏膜下肌瘤、或子宮中隔等因素，經檢查後排除其他原因導致之習慣性流產，則建議接受子宮鏡手術切除腫瘤，增加胚胎正常著床機率。

除了母體年紀、及胚胎與子宮型態是否正常之外，子宮腔內提供胚胎著床、生長、發育的環境，也是關鍵的因素。

減少因人工流產或不必要的子宮手

術，以減少子宮內膜受損與子宮腔沾黏的機會。

此外，自體免疫疾病或新陳代謝疾病未適當控制，會造成子宮血管品質不佳與血液灌流不足、子宮腔內慢性發炎、與血栓形成機會高等問題，同樣造成胚胎著床不易與血液供應不足等影響。部分母體自體免疫疾病如紅斑性狼瘡、或自體免疫性甲狀腺功能異常，其抗體能通過胎盤，進而攻擊胎兒，造成胎兒房室傳導阻滯或甲狀腺功能異常等問題，導致出生後須終身裝上心臟節律

器、或規律服用甲狀腺素等藥物。

4. 子宮頸閉鎖不全與預防性子宮頸環紮術

妊娠中期的子宮頸閉鎖不全，臨床上常見無子宮收縮的症狀下，子宮頸出現自發性擴張，進而造成流產。治療方式為下次懷孕時，於14至16週之間，利用不可吸收線進行子宮頸環紮術，減少子宮頸出現自發性擴張之機會，並減少子宮收縮的機會，待足月（37週）前後或生產前將縫線拆除。

我們
一起
健康
成長



Introduction and Treatment of Habitual Abortion (Recurrent Pregnancy Loss, RPL)

Chen, Long-Ren, MD

Division of Clinical Toxicology and Occupational Medicine, Department of Internal Medicine,
Taipei Veteran General Hospital

Habitual abortion (recurrent pregnancy loss, RPL) is defined as 3 consecutive pregnancy losses prior to gestational age (GA) 20 weeks from the last menstrual period. About 1% to 2% of women had underwent spontaneous pregnancy loss before GA 20 weeks for over 3 times. However, if women age equal to or over 35 years-old, infertility, or no live baby delivered, the couple should undergo appropriate diagnostic evaluation and therapy.

The etiology of habitual abortion in about half couples is unknown. Other etiology includes maternal autoimmune diseases (e.g. anti-phospholipid syndrome, hypo- or hyperthyroidism, and systemic lupus erythematosus), hormone abnormalities (e.g. hyperprolactinemia, diabetes mellitus, and hyperandrogenism), anatomic abnormalities of genital organs (e.g. unicornuate, didelphia, bicornuateuterus, septate uterus, arcuate uterus, uterine myoma, or endometrial polyps), thrombophilia (e.g. factor V Leiden gene mutation, prothrombin gene mutation, and protein C, protein S, or antithrombin deficiency), and chromosomal or other genetic abnormalities (e.g. trisomy, and balanced chromosome rearrangement). Once habitual abortion occurs, both couples should undergo the appropriate diagnostic evaluation and therapy.

Obesity, smoking, alcohol addiction, caffeine over injection, or cocaine used may also increase the chance of abortions.

Cervical incompetence, which combined with spontaneous dilation of cervix and abortion at about GA 16 weeks, also leads to spontaneous abortion. Risk factor of cervical incompetence includes congenital abnormalities of genital organs, previous cervical dilation or plastic surgery, conization of cervix, or partial cervicectomy.

For couples with chromosomal or genetic abnormalities, in vitro fertilization (IVF) with preimplantation genetic screening (PGS) or preimplantation genetic diagnosis (PGD) may increase the pregnancy rate.

For patient with autoimmune disease, immune-suppressor with low dose Aspirin or Heparin may be helpful. For patients with hormone abnormality, regulation of the hormone imbalance is necessary.

For genital organ abnormalities, hysteroscopic or laparoscopic examination and surgery may be helpful.

In case of cervical incompetence, cervical circumference at about GA 14-16 weeks may be needed.

However, the most important but most difficult thing is to establish a healthy in utero environment, including sufficient uterine blood supply, minimal intrauterine inflammatory status, adequate endometrial thickness, smooth endometrial surface without abnormal uterine myoma, endometrial polyp, or intrauterine septum. How to keep good intrauterine environment is a critical issue for infertility or recurrent pregnancy loss patients.

穴壓治療用在孕婦懷孕期間的健康照護

蘇美雅¹、謝麗貞^{1,2}¹ 穴壓與拔罐學會學術研究組研究員² 吉錠診所負責醫師

醫院中大概只有產科是個有笑聲的部門，準媽媽們和家屬來定期產檢時莫不是期待著一個新生命逐漸長大的歡愉。產檢時檢視母子健康成長狀況，給予保健資訊和建議，即使孕婦有小病痛，通常醫師們也都不敢給予藥物服用，大多都是建議一些補充性營養品供給準媽媽和胎兒選用。如果孕婦有一些特殊的體質或是原先有的慢性病，如糖尿病、心臟病、腎臟病等需要長期服用藥物，醫師也會在給藥時十分小心地調整。總之，對孕婦的健康照護原則就是：保守治療，能不給藥就不給藥，以免對母體或胎兒有所影響，特別是會造成胎兒畸型的風險。

懷孕過程約九個月又七天中，孕婦還是要和一般人一樣過著日常生活，身心的負擔隨著胎兒的長大逐漸沉重，生活中也會遭遇到一些情緒和環境的影響，原先的疾病變加劇，再者也會因致病原的侵入而生病，例如感冒、跌倒、食物中毒、外傷等等，非得就醫不可。這時醫師通常都避免直接給藥而採用保守治法，讓孕婦休息看看是否能自行緩解恢復，這時孕婦就得要忍受病痛，有些症狀甚至要等到出娩之後才能接受治療。又若病變嚴重時，更有可能要將中止懷孕，將胎兒取出，或提早引產，這

對孕婦和家屬是一件非常殘酷的事情，不但全家人的失望心痛不已，孕婦身心的傷害更是難以承受。尤其時下許多婦女受孕不易，須要採用人工受孕，體外受精，耗神、耗錢、忍受身心痛苦，若因這些後來的意外病痛而喪失胎兒是多麼可惜的事情。這時我們需要一種不需服藥就能解除病痛恢復孕婦身心健康的方法。

穴壓治療是由治療者自身的能量傳輸給孕婦提供體力，不必使用藥物，利用多向控制的穴道調整人體修護機制、改善人體受傷或受感染的病症，是照護孕婦懷孕期間健康的最佳方法，可以讓孕婦平安渡過漫長的懷孕期，保護胎兒不受影響。

茲舉例說明常見的孕婦不適的狀況而穴壓可以給予完善的健康照護，如下：

1. 母體體力不足，胎兒逐漸長大，承擔困難時，穴壓治療可以提供能量供應母體，同時修護增強母體的自動產生能量系統，陪孕婦安然渡過懷孕的過程，保護母體和嬰兒平安出生。
2. 母體有先天的或長期的疾病，如糖尿病、心臟病、腎臟病等需要長期服藥者，穴壓治療一樣可以提供能量，經

過穴壓治療加強這些不健康的器官，保持各器官功能穩定運作提供體力，尤其是一些有嚴重後果的疾病，比如子癩症，在發生的初始，就能預防治療。

3. 孕婦有突發事件發生身心症狀時，最常見的就是情緒劇烈變動、跌倒、感冒、受寒、頭痛、發燒、流鼻水等呼吸道的症狀，這些都是穴壓治療的強項，不必服藥，利用能量的提供和氣能的導引可以在很短的期間內迅速改善症狀。
4. 日常飲食難免有消化不良、食物中毒、胃食道逆流等等消化道的問題。穴壓治療可利用穴道改善消化系統的運作功能，快速診斷區分致病原因及早治療，減少症狀對身體不良影響。
5. 外傷、跌倒、腰背疼痛等，特別是造成不能坐臥，彎腰等的症狀，若嚴重傷害時就可能會影響到胎兒的生長，所幸穴壓治療在治療下背痛，肌肉骨骼系統疼痛有長久的實證的治療經驗，可以幫助孕婦迅速找出致痛或致不能活動的病灶位置，立即調整改善消除疼痛恢復體位活動如常。
6. 長短期突發咳嗽呼吸困難、心悸等造成心肺功能低下者，有些孕婦原本就有呼吸功能較差，或長久說話、空氣污染、傷風感冒、胃脹積食等，這些會導致咳嗽加劇，久治不癒，造成孕婦血氧不足影響胎兒成長。又胎兒逐漸長大子宮往上頂住胃部及橫膈膜，進而壓迫心臟和肺部擴張及收縮時的空間，致使心跳加速、心悸、呼吸短淺，孕婦吸不到空氣。這時就只有用

穴壓治療來舒鬆胸廓及呼吸肌肉群、活化橫膈膜，將胸部放鬆擴張，以增加吸收量改善血氣和心肺功能。

7. 懷孕後期心、腎功能負擔加重，積尿、水腫等循環不利的狀況會加重，常常導致下肢持續水腫，產生腎臟病變，這時醫師多會建議提早將胎兒開刀產出。事實上，孕期間胎兒能多待在母體中一天是一天的好，這樣胎兒的各種器官才能發育完成。這時穴壓治療可促進血液循環，提升心、腎功能，消除下肢水腫，減少提早開刀分娩或引產讓胎兒能多待在母體中。
8. 孕婦懷多胞胎時，特別是初產婦，因為肚子快速長大，往上頂住胃及橫膈膜，同時撐大肚皮及相關肌肉層。由於肚皮和相關肌肉層無法同步擴張，致使孕婦肚子疼痛難忍，這時利用穴壓治療協助疏鬆肚皮及腹部肌肉，讓腹部有空間不必壓迫胎兒，同時也減緩母體腹部的疼痛，也可以緩解對胸腔心肺的壓迫。

懷孕是一種正常的病態，隨時因孕婦和胎兒的身體狀況，而產生許多意外不適應的現象或病症，由於孕婦儘量避免吃藥，因此要忍受許多痛苦，當胎兒逐漸長大，孕婦身心負擔增重，任何疼痛都確實難忍，需要特別的健康照護。於穴壓治療不必吃藥，可以傳輸能量給孕婦，可以立刻偵測到病灶的位置，解除疼痛，是最理想的健康照護的方法。

Acupressure therapy for health care during pregnancy

Meiya Su, Lisa, Li-Chen Hsieh, MD & PhD

In the hospital, only the obstetrics department is a place with laughter. When the mothers-to-be and their families come for regular check-up, they are joyful expecting a new life to grow up. Normally they will receive advices from doctors on supplemental nutrition and warnings not to take medicine which may hurt the fetus. The doctor will also adjust the medication for the pregnant woman if they have chronic disease, such as diabetes, heart or kidney disease very carefully. In short, the principle of health care for pregnant women is conservative treatment so as not to affect the mother or fetus, especially the risk of fetal malformation.

However, during the pregnancy process, pregnant women still have to live the same daily life as the average person. Besides the body and mind burden gradually grows with the growth of the fetus, adverse emotional and environmental events may be encountered, the underlined disease may have intensified, and the possible catch cold, falls, food poisoning, trauma, etc., must be treated. At this time, doctors usually avoid direct administration and adopt conservative treatment, so that pregnant women can rest and see if they can relieve by their own. Consequently, pregnant women have to endure the symptoms and pain, even have to wait until delivery to receive treatment. If the illness is serious, it is more likely to stop

the pregnancy, take out the fetus, or induce labor early. This is a very cruel thing for pregnant women and their families. Especially nowadays, many women are not easy to conceive, and they need to adopt artificial conception, in vitro fertilization, and endure physical and mental pain. It is a pity to lose the fetus because of these later accidental illnesses. At this time, we need a way to relieve the pain and restore the physical and mental health of pregnant women without taking medication.

Acupressure therapy is to provide physical strength to the pregnant woman through the energy transfer of the therapist. It is not necessary to use drugs. It is the best way to protect the pregnant women during pregnancy by adjusting the body repair mechanism and improving the injured or infected body. The method can make pregnant women safely through the long period of pregnancy and protect the fetus from being affected.

To illustrate some situations that pregnant women may encounter and acupressure can give satisfactory health care, as follows:

1. The mother's physical strength is insufficient, to support the fetus grows up
When the burden become unbearable the acupressure treatment can provide the energy to the mother and,

at the same time, activate the human automatically energy generation system, accompany the pregnant woman to get through the pregnancy process.

2. The mother having congenital or chronic diseases, such as diabetes, heart or kidney disease, needs long-term medication

Acupressure, by providing energy, these unhealthy organs are strengthened to maintain stable function. Physical strength, especially those may have serious consequences, such as eclampsia, can be prevented at the initial stage.

3. When pregnant women have sudden onset physical and mental illness

The illness requiring most attention is sudden onset short of breath, accident, falls, catch cold, headache and fever. Acupressure treatment is good at these fields and no medication is needed. The provision of energy and the guidance of Qi in meridian can quickly improve symptoms and resume healthy in a short period of time.

4. Inevitable problems caused in daily diets such as indigestion, food poisoning, stomach and intestines disorders. Acupressure therapy can improve the function of the digestive system by quick detecting the cause of the disease, treating and reducing the adverse effects

5. Pain caused by falls, over-work poor postures etc., especially those make pregnant women cannot sit, bend or turn around. Serious injury may affect the growth of the fetus or cause the termination of pregnancy.

Fortunately, acupressure good at these fields and can quickly identify the location of a painful or inactive lesion, and immediately adjust to improve pain relief and restore body posture as usual.

6. Persistent cough, dyspnea, palpitations and other disorder of cardiopulmonary function

Some pregnant women may have poor respiratory function, vocal disorder or stomach bloating, etc., which will lead to increasing cough and short of blood oxygen eventually affect the fetal growth. When the fetus grows up and the uterus rises against the stomach and diaphragm, which in turn oppresses the space of the heart and lungs during expansion and contraction, causing the heartbeat to accelerate, palpitations, and shortness of breath. Pregnant women can't breathe air. At this time, only acupressure therapy can help to relax the thoracic and respiratory muscle groups, to re-activate the diaphragm, wall chest, and increase the in-take of oxygen to improve blood gas and cardiopulmonary function.

7. During late pregnancy, the burden of heart and kidney function is aggravated, and the unfavorable situations such as urinary effusion and edema will occur, often leading to continuous edema of the lower extremities and kidney function deteriorated. At this time, the stop of pregnancy may be suggested. Acupressure can also help to promote blood circulation, eliminate lower extremity edema, improve heart and kidney function, so as to reduce early

delivery or induce labor to allow the fetus to stay in the mother.

8. When pregnant women have multiple births, especially primiparas, since the uterus grows up quickly, it pushes up the stomach and the diaphragm, the belly and related muscle layers cannot expand synchronously, the belly and stomach pain may be unbearable. At this time, the acupressure can be used to lose the belly and muscles, so that the abdomen has space without having to oppress the fetus, and also reduce pain in the mother's abdomen, so as to relieve the chest cavity and

cardiopulmonary compression.

Pregnancy is a normal morbid condition many phenomena or illnesses may unexpectedly occur. Due to pregnant women try to avoid taking medicines, they have to endure pains. When the fetus grows up, the pregnant woman's physical and mental burden increases. Any pain is really unbearable and requires special health care. Acupressure treatment uses no medicine. It can transmit energy to pregnant women, detect quickly the Pathogen and relieve pain. It is the most ideal module of health care.



圖片 洪韻媚提供



e 諮詢

你問我答

1.胸劇痛

問：

我是黃先生。我又因胸劇痛、呼吸困難、心悸、無法入睡，連夜到長庚掛急診。就醫一天了也沒查出什麼原因，症狀也沒改善，我又骨折了嗎？可以去看你嗎？

答：

可以。謝醫師用穴道偵測，認為黃先生的心臟沒有問題，倒是胸前的胸大、小肌嚴重用力過度而受傷致劇痛及心悸，並使呼吸時呼吸肌肉群無法充分擴張導致呼吸受阻困難。仔細詢問之下，黃先生才坦承近期間想要練身體，每日勤奮操作伏地挺身數百下，但是當時並沒有特殊感覺任何運動不適。

謝醫師確認黃先生的胸劇痛、心悸和呼吸困難是這突來的過度運動所造成。她迅速治療黃先生胸部肌肉的受傷，立即減緩其症狀並恢復正常的呼吸和心跳；同時表示：並非所有運動都對身體有好處。她建議所有新的運動都應該自小量做起，然後每星期逐漸增量，直到自己體力可以負荷時就應該維持不再增加，一般需要經過一到兩個月的期間，才能避免傷害到身體。

2.每次蹲廁所要30分鐘，正常嗎？

問：

有家長來詢問他們家國小六年級的孩子每次上大號都要30分鐘，正常嗎？

答：

一般人上廁所的時間沒有固定的長短，首先要確定小朋友是否有便意才上廁所？上廁所時是否專心？又有同時在玩手機、看書、發呆等。這30分鐘內的排便狀況小朋友是如何說明或解釋。小朋友最好自小就養成專心排便的習慣可保護腸道正常的生理運作，避免產不必要的病變，尤其是便秘。

經過詢問，這個小朋友說他是有便意才上廁所，也沒有玩手機或看書。至於為什麼需要30分鐘這麼久的時間，他說他只想多拉出一些糞便。原來這個小朋友是真的有先排出一些糞便，但是覺得肚子裡還有，想要多排出一些，等了等，卻終於把便意都等不見了，長久一來，就是如此，所以每次上大號都要30分鐘。

這個狀況就值得我們注意，顯然小朋友腸道的蠕動力量不夠，無法把糞便一次排清，肛門口的便意等不到腸道往下的推力，只好退了回去；另一方面也表示了小朋友糞便的黏稠度過高，致使腸道推力不足。就治療上來講，要加強其腸道的運動力量，更要改變其飲食的內容，增加含纖維素的食物，減少肉類的攝取以改變糞便的黏稠度，刺激腸道的蠕動。

E 諮詢

你問我答

3. 從骨頭裡冷出來

問：

我覺得自己從骨頭裡一直冷出來，量體溫是正常的，喝熱水也沒有用，非常不舒服，怎麼辦？

答：

這是嚴重的受寒所致，寒氣已侵襲入骨，不是一般的傷風感冒，服藥也沒有用。原因可能是長時間曝露在寒冷的天候下，或是環境溫度低下時，於運動後全身發汗發熱，任寒氣冷風吹襲，而不自知，等到發覺冷時寒氣已入骨，特別是練氣功時的人，身上穴道大開而受寒，則特別嚴重。

人體有兩種溫度，體表溫度和中心溫度。體表溫度可由溫度計測量，像發燒時一樣；而中心溫度也就是內臟溫度

則是由腦幹控制，只能由人體感覺從骨頭裡一直冷出來，或從骨頭裡一直熱出來，卻無法測量。

寒冷從骨頭裡一直發出來，其原因是氣血(能量)失溫，不能維持內臟所需的中心溫度所致，內臟的生理運作因低溫而不能正常維持，自然不舒服。能量的問題要由能量去治療，調整恢復人體能量系統是徹底的解決辦法，而輸入氣能則是最快速的治療方法。

若您有任何醫療健康的問題，或針對本刊物內容有任何的疑問，歡迎您隨時利用E-mail的方式與我們聯繫。我們將依序回覆，並將回覆公開於下一期的刊物中。希望透過這個方式，能將更多的醫學資訊分享給更多的朋友們。來信請寄我們的E諮詢信箱 acma20170803@gmail.com。

ACA



活動訊息

開課訊息

本學會不定期舉辦練氣、穴壓、拔罐等基礎訓練班，供學會會員參加研究學習，請隨時參閱本期刊最新消息，或<http://lisahsieh.pixnet.net/blog>；及<http://lqigong.pixnet.net/blog>以取得詳細資訊。

最新消息

本《新醫學雜誌》期刊於107年8月30日創刊，以中、英並列方式向國、內外發行，本雜誌將作為各方學術研究論文發表的園地，也提供預防保健的健康知識和與民眾互動的醫學諮詢服務。

E 諮詢

若您針對本刊物內容有任何的疑問，歡迎您隨時利用E-mail的方式與我們聯繫。我們將依序以E-mail方式回覆，並將回覆公開於下一期的刊物中。希望透過這個方式，能將更多的醫學資訊分享給更多的朋友們。來信請寄我們的E諮詢信箱

Acma20170803@gmail.com。

邀稿

歡迎與本刊理念相同朋友們來投稿，我們將尊重且珍惜每一份稿件，同時我們也將對每個稿件做篩選，保留是否出版的權力，並選擇最為適合的時機刊出。有興趣的朋友歡迎將稿件直接寄送到acma20170803@gmail.com，謝謝您的支持。

ACA



News

The first volume of Journal of Neo-Medicine will be issued on 1th Jan 2019 in full English with supplementary Chinese version. Each volume will announce the updated news on Chinese traditional medicine with emphasis on Acupressure and Cupping.

Course

The journal is also in alliance with the association entitled as "Acupressure and Cupping Association" that will open basic courses on Qi practicing, acupressure, cupping, and others in relation to TCM. Information on these courses is available from the website: <http://lisahsieh.pixnet.net/blog> or <http://lqigong.pixnet.net/blog>.

Consultation

This journal also offers consultations on the themes related to the field of Neo-Medicine. Contact us by Email: acma20170803@gmail.com.

Call for Papers

The Journal of Neo-medicine is to publish evidence-based articles pertaining to preventive science, health care, health preserving, and medical care in relation to traditional Chinese medicine (TCM) and also other beyond TCM. The articles connecting orthodox medicine with TCM in the principle of evidence-based medicine (EBM) would be highly recommended.

The contexts articles published in Journal of Neo-medicine include "Case report", "Original articles", "Focus", "Special report", "Special Column", and "News".

Guideline for the submission of manuscript to Journal of Neo-medicine is available from the website: <https://sites.google.com/view/acataiwan/neomedicine>

And contact Chief-in-Editor, Associate Editor, and Members of editorial board by email: Acma20170803@gmail.com

稿 約

- 一、新醫學雜誌(Journal of Neo-medicine, ISSN 2617-7447)為穴壓與拔罐學會所發行之醫學學術性刊物，每年2月及8月出版。
- 二、本刊投稿之文章全文以五千字為限（含中、英文摘要與圖表）。中、英文摘要五百字以內（內容包含研究目的、方法、結果與結論，以一段式呈現）。中、英文關鍵詞以不超過五個為限。
- 三、本刊稿件一律為電腦打字Word檔（12號字，中文字體以標楷體，英文字體以Times New Roman，單行間距，中文標點符號用全型，英文標點符號用半型，稿件若為簡體字請自行轉換為繁體字），並將「投稿者基本資料表及未曾出版聲明」（附件一）掃描為圖檔加於稿件最後一頁。聯絡方式：E-mail: acma20170803@gmail.com；電話：07-3127732。
- 四、請勿一稿兩投。來稿請依本刊撰稿規範撰寫，不符者，本刊有權退回要求修改後再予受理。格式請參考附件三。
- 五、投稿若經刊載，請確認刊登時繳交「著作財產權讓與同意書」（如附件二）。稿件著作權歸屬本刊，本刊亦有刪改權，本刊不接受一稿兩投之稿件，凡曾於其它刊物發表或抄襲之稿件，一概拒絕刊登，一切法律問題由投稿者自行負責。惟作者仍保有本著作未來自行集結出版、教學等個人（非營利）使用之權利。
- 六、本雜誌各篇作者自負文責，其見一悞島D張不彳N表穴壓與拔罐學會。
- 七、凡投稿通過刊登者將轉成PDF檔，由投稿者自行列印抽印本。

《新醫學雜誌》投稿者基本資料表及未曾出版聲明

Basic Information of Contributors and Unpublished Statement

附件一

通訊作者姓名 (Name)	中文(Chinese) 英文(English)	投稿日期 (Date of Submission)	年 月 日
投稿題目 (Title)	中文(Chinese) 英文(English)		
共同撰稿者 (Co-authors)	請依作者之排行順序列出共同作者，如為單一作者免填 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____		
稿件字數 (Word Count)	稿件全文（含中英文摘要、正文、參考書目、附錄、圖表等） 共 _____ 字（請務必填寫）(everything included)		
服務單位與職稱 (Affiliation & Position)	中文(Chinese) 英文(English)		
最高學歷 (Highest Degree)		學術專長 (Academic Specialties)	
通訊作者住址 (Corresponding Address)			
通訊作者電話 (phone)	(O) : _____ 行動電話(cellular) :	(H) : _____	傳 真 (fax)
通訊作者電子郵件 (e-mail address)			

茲保證以上所填資料無誤，且本文部分或全部均未曾出版，且未同時一稿多投、違反學術倫理、或侵犯他人著作權，如有違反，責任由作者自負。

I guarantee that the information I provide above is correct, that any part of the paper has not been published or being reviewed elsewhere, and that I did not violate academic ethics. The author alone is responsible for legal responsibilities.

_____ 作者簽名

《新醫學雜誌》著作財產權讓與同意書

附件二

作者：

篇名：

若本著作經「新醫學雜誌」刊載，本著作所有列名作者皆同意將本著作之著作財產權讓與穴壓與拔罐學會，惟仍保有著作人格權以及本著作集結出版、教學及網站等個人無償（非商業）使用之權利。

本人保證本論文為本人所自行創作，有權依本同意書為著作財產權之讓與。且授權著作未侵害任何第三人之智慧財產權。

第一作者： (簽章) 身分證字號：

第二作者： (簽章) 身分證字號：

第三作者： (簽章) 身分證字號：

第四作者： (簽章) 身分證字號：

第五作者： (簽章) 身分證字號：

中華民國 年 月 日

稿件格式

附件三

一、摘要與關鍵詞

論文摘要各以中、英文撰寫一份，每份以不超過500字為原則，關鍵詞中文以全形頓號隔開，英文以半形逗點隔開，以不超過五個為原則，依筆劃或字母順序排列，最後不加句號。文章第一頁下方請加註作者服務單位註，如作者不只一位，請於作者姓名後方以*、**、***等符號標註識別：第一作者、第二作者、第三作者。任職機構請寫本職名稱，兼任之行政工作毋須列出。

二、引文及註釋

1. 直接引述原文時，短文可逕入正文，外加引號。

2. 請使用美國心理學會(APA)格式引用文獻：

(1) 直接引述或摘述原著內容時，需標出原著頁數。

a. 若為書籍，則為（作者，公元出版年：頁數。

如：「主張……」（XXX，1996：1-36）。

b. 報刊文章，則為（報紙名稱，公元年/月/日：版頁）。

如：「報導指出……」（聯合報，1998/12/31：A2）。

c. 網站資料則為（作者，西元年：網站名稱）

如：「阿斯匹靈……」（XXX，2018家網路醫院網站）

(2) 間接引述或提及相關著作時，不需標出頁數。

如：此類研究已有相當成果（XXX，1996；OOO，1996）。

3. 說明性敘述之註釋

(1) 用於引伸、補充、解釋所引用資料之文字，此類註釋應列於該頁下方，採取「當頁註」方式，在Microsoft Word即為「註腳」。

(2) 註釋號碼，請用阿拉伯數字，如1，102。註釋請置於標點符號後。

(3) 註釋內引用文獻的形式與正文同，惟須在全篇論文之後的參考文獻中，詳細列出全部出版資料。

4. 資料出處之註釋

(1) 標示資料出處之註解，請直接標示（作者，公元出版年：頁數）於段落、文句末端或內文適當位置。

如：……體溫恆定調節（XXX，2008：889-896）。

(2) 當正文中已有作者姓名時，可直接將（公元出版年：頁數）緊接著標示。

如：XXX（2002：142-161）指出……。

三、參考文獻論文之後須列出全部參考(引用)文獻之完整資料。

區分為中文與外文兩大部分，中文文獻在前並依作者姓氏之筆劃排序，外文文獻在後並依作者姓氏之字母排序。各種文獻寫法格式體例如下，若有未盡之處，請參考美國心理學會(APA)出版手冊。

1. 書籍

(1) 中文：（若中文作者為四人或四人以上，以XXX等表示）

作者姓名，公元年代，《書名》（版次），出版地：出版者。

作者姓名，公元年代，〈篇名〉，載於編者姓名（編著），《書名》，頁x或頁x-x，出版地：出版者。

(2) 外文：（若外文作者為四人或四人以上，以et al.表示）

Author's Last name, First name(initial). Middle name(initial)., Year.
Complete Title of the book(Edition). Location: Publisher.

Author's Last name, First name(initial). Middle name(initial)., Year.

“Title of article.” In First name(initial). Middle name(initial).

Editor's Last name, eds., Complete Title of the book (Edition.).

(p. x or pp. x-x.). Location: Publisher.

2. 文章期刊

(1) 中文：（若中文作者為四人或四人以上，以XXX等表示）

作者姓名，公元年代，〈篇名〉，《期刊雜誌名》，第X卷第X期，頁x或頁x-x。

(2) 外文：（若英文作者為四人或四人以上，以et al.表示）

Author's Last name, First name(initial). Middle name(initial)., Year.

“Title of article.” Name of the Journal, Vol. X, No. X, p. x or pp. x-x.

3. 博碩士論文引用，請參照引用文章方式處理，唯須註明校名。

(1) 中文：作者姓名，公元年代，〈論文篇名〉，xx學校xx系所博（碩）士學位論文。

(2) 外文：Author's Last name, First name(initial). Middle name(initial)., Year.

“Title of the Article.” Publication Situation, Department, University, Location.

4. 報紙新聞

(1) 中文：作者姓名，年代，〈篇名〉，《報紙名稱》，公元年/月/日：x版。

（若無作者則為：〈篇名〉，年代，《報紙名稱》，公元年/月/日：x版。）

- (2)外文：Author's Last name, First name(initial). Middle name(initial)., Year, "Title of the Article." Name of the Newspaper, Date Month Year: p. x (If there is no author: "Title of the Article," Year, Name of the Newspaper, Date Month Year: p. x)

5.翻譯文獻

- (1)中文書籍：作者姓名，譯者姓名（如XXX譯），翻譯書年代，《書名》，頁x或頁x-x，出版地：出版商。
- (2)外文書籍：Author's Last name, First name(initial). Middle name (initial)., Year. Title of the book. Translator's name, Trans. Place of Publication: Publisher.

6.網路資源

- (1)中文網頁：作者姓名，公元年，〈篇名〉，網站名稱：網址。檢索日期。
- (2)外文網頁：Author's Last name, First name(initial). Middle name (initial)., Year. "Title of the Article." in Website: URL, Available: Date.

四、其他

- 1.為求一致，民國出版品之出版時間，請全數改換公元。中國歷代紀元及日本紀元宜維持原狀活，並在括弧中加註公元。
- 2.文獻或書目資料中外文並存時，依中文、日文、英文、其他語文之順序排列。中文或日文文獻或書目應按作者或編者姓氏筆劃（如為機構亦同）排列，英文、法文、德文等則依作者及編者姓氏字母次序排列。引用同一作者數項著作時，則依按出版時間排列，舊著在前，新著在後。
3. 接受刊載但尚未發表的參考論文題目，須用「排印中」字樣，置於（出版時間）括弧中。若引用尚未發表的調查資料或個人訪談，則須在正文或註釋內註明，不得列入參考文獻。



ACA 穴壓與拔罐學會

Acupressure and Cupping Association

總會址：台北市松山區105光復北路177巷16號

通訊地址：高雄市三民區807九如二路53號

電話：07-3127732