

新醫學雜誌

Journal of Neo-Medicine

Volume 3 Number 2, August 2020

專題報導
兒童與穴壓治療



顙顎關節障礙穴壓拔罐診療
胸椎第 12 節拔罐印記與個人及家族腸病史之關聯
剖腹產後症候群
「中暑原因、症狀及寒暑症的解除」研討會



穴壓與拔罐學會
Acupressure and Cupping Association

ISSN 2617-7447



9 772617 744004



新醫學雜誌

Journal of Neo-Medicine

2020 年 8 月 31 日

Volume 3 Number 2

2018 年 8 月 30 創刊

發行單位：

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

王淳瑜、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

邱月暇、張光宜

顧問：

吳明賢、楊俊毓

張金堅

執行主編：

吳雪鳳、陳立昇

發行所：

高雄市三民區 807

九如二路 51 號

E-mail:

acma20170803@
gmail.com

Website:

https://aca999.pixnet.
net/blog
https://sites.google.c
om/view/acataiwan

Contents

- 總編輯的話—練氣創造養生醫學的健康人文.....1
- 專題報導
 - 穴壓治療對兒童發育成長的治療功效.....5
 - 第 12 條染色體缺失造成之發育遲緩與氣功穴壓治療：病例報告.....12
 - 試論學校兒童的健康照護及常見的傷病.....19
 - 常見嬰幼兒的先天缺陷及其治療.....21
- 特別報導
 - 顳顎關節障礙症簡介.....25
 - 顳顎關節障礙盛行率調查.....29
 - 顳顎關節障礙穴壓拔罐診療個案報告.....38
- System Review
 - 練氣、氣功與傳統醫療對兒童的健康效益文獻回顧.....41
- Original Article
 - 胸椎第 12 節拔罐印記與個人及家族腸病史之關聯...49
- 拔罐個案—特殊酒精中毒個案報告.....57
- 練氣專欄
 - 點穴的痛與影響.....59
 - 練氣實用時忌諱竭澤而漁.....61
- 婦女專欄 Special Columns
 - 剖腹產後症候群—任脈截斷症.....63
 - 剖腹產後症候群—病人自述.....66
- 生活點滴
 - 戴口罩二、三事.....69
 - 「中暑原因、症狀及寒暑症的解除」研討會.....72
- E 諮詢—你問我答
 - 1.喉嚨老是有痰咳嗽不已怎麼回事？.....75
 - 2.夏天如何洗澡以免洗後還冒汗不止.....75
 - 3.皮膚頑固紅疹的原因.....76
- 邀稿 Call for Paper.....77

總編輯的話

練氣創造養生醫學的健康人文

謝麗貞*

* 吉錠診所負責醫師

人文有別於科學。相對於宇宙間物理學科是經由觀察和實驗而得，人文則是包含人類一切文化的學科，是自古以來人類對感知世界及物質世界，所有存作為的規範、總則，在人的思想意識下，產生並形成實質作用的結果，其有重要的歷史因素，與自然科學主要觀察和經驗的方法不同(斯坦福人文中心 <http://shc.stanford.edu/what-are-the-humanities>)。

人類運用的哲學，文學，宗教，藝術，音樂，歷史和語言等是用來理解和記錄我們世界，屬於人文學科的範疇。人文學科因世界上不同地區、不同民族而有不同的思想、意識、生活方式及實際的作為，彼此間有共通性也有因地域、文化、環境差異的特殊性。將這些記錄下來，作為瞭解、研究之用，就是人文科學。

健康人文起源於醫療人文，而醫療人文彙整了過去人類的治療歷史，自上世紀末以來發展得日益興盛，診斷工具、治療及藥物方面也多有進步。此外，醫學教育亦納入各項人文領域的課程，且敘事醫學、醫護從業及人文等領域的人士更跨領域進行合作，以各種形式探索醫療實務，如科技視頻、影像醫療、圖文及影視創作等。另方面，研究學者也從各自的專業領域著手研究，諸如老年、身障及各種

疾病之文學與影像等深入研究，由於各領域人士對於醫療的關注，遂形成了健康人文。

每一民族在其自然生活環境下，有其對待他們的生命、生活、疾病和死亡特有的理念、感知和實踐的方式，形成了專屬的生活方式和健康行為及實踐的方式，人類在面對上述問題時，因人性的共通特質而產生類似或共同的行為模式，也就是說各民族的醫療人文會有共通之處，但由於地區不同的特色，導致這些領域的行為及其實質作用結果的差異，就成了醫學人文。然而，對這些醫學人文加以比較、批判或推測，進行全面分析，超出了醫學範疇，擴展到其他具有意義的人道價值觀中，因此瞭解其對人生命醫療的處置方式，對未來醫療保健的思維和建構具有巨大的影響，可成為改善的動力。

例如，納入醫病關係的人文學科，可以防止醫療人文學科淪於敘事治療疾病的歷史記錄，而其中所加入的人性關懷的考量，係以醫療為主科學領域，帶入以全人身心整體健康為主的健康人文，使人類得到身心靈全面的照護。近年來，人工智能興起，替代醫師的實地親身的診斷治療，將科技和醫學機械性結合，醫護和患者的情境由科技取代，失去了人與人相處的關懷。對科技醫學結合機械而言，重

要的是生物學、生理學、病理學、以及病人的症狀。但是健康人文科學的視角，是透過人與人相處，換位思考，才可觀察體會病人的痛苦、疾病的成因、潛在的隱患。即使創新的人工智能在基礎科學研究下，可以治癒疾病消除症狀，但這些方法永遠無法取代治癒疾病與維護醫病關係間，改善整體人類身心靈全面的健康功能。

因此，健康人文人類因應需求逐漸累積所形成，包括過去、現在以及未來對增進健康和提升知識技能的努力，換言之，也就是各地區民族的養生、保健、預防、醫療的方法，在歷史長期演變中自然匯集而成，是過去人類積極追求健康長壽的努力和實踐的結果。人類隨著歲月，不斷的進步並改進相關醫學知識技術，現在還提升AI人工智能創造新的醫學智慧，但上述及其他有關健康人文所有的方法，包括AI醫療智能，最重要與基本的關鍵是健康，而增進人體自我體能是保持健康的要訣與理想。

練氣就是一種開發人體自動增強能量的活動，增加氣能的產生，提升人體氣能，擴大功率，增強自我體能以保持健康，讓身體有效率的自動調解、自動修護、自動增殖，以對抗老化，延年益壽。在中國傳統醫學中，練氣是最奧妙的養生長壽健身方法，其功效除了強健體魄外，可提升技擊能力、屈敵制勝奪取資源，特別是對自身的養生保健、祛病防疾、醫病治療，終極可達修身養性。因此，練氣縱使不能增長壽命卻可保持身體康健、身心平衡、頭腦清晰，如此靈感與執行力自然就源源不斷，有助於開發人腦智力、發揮智慧潛能，對推展自然

健康人文有所助益，進而可創造更具內涵深層的養生健康人文。

何謂「練氣」？「氣」，古時稱作「炁」，是經過鍛煉，沒有雜質，為人體所利用來提昇人體的生命能量。人於出生後，人必須要自給自足，產生人體所需要的能量，因此人自然自空氣中吸入氧氣，在肺臟內轉化成為具有生物活性狀態的氣，經過血液循環充滿全身，並且供應全身細胞、組織、器官以及各個系統作為能量使用，以維持人體生命的正常運作。這個可以當作能量來使用的氣，才是我們這裏所謂的「氣」。「練」有學習、練習、熟練、磨練的意思，透過特殊呼吸吐納的方式，達到熟練的呼吸技巧，提升人體的能量，即所謂的「練氣」。

進一步來說，人出生時就帶有的原始生命能量—「氣」稱做「原氣」。出生後，人類不必倚賴電源或電池可以自動產生的呼吸動力以維持生命之「氣」稱做「宗氣」。這「宗氣」來源於人體的兩套自動動力系統：1. 與外界相通、自周圍環境擷取資源：空氣和水穀飲食的「三焦系統」；和 2. 與心肌細胞緊密結合，能產生電位令心臟律動的動力—「心主別脈」，以推動全身氣血循環進行生理代謝運作。而經由特殊呼吸吐納的方式練得高於「宗氣」的能量，可以運行於人體內的氣能，增強提升人體的生命能量，稱為練得的「氣」，這才是「練氣」的目的和功用。

因此，練氣就是用來擷取外環境的資源，以增強人體生命能量的三焦系統(謝麗貞，2010)。

三焦分成三個獨立運作的系統，各司其職，綜管人體上、中、下三大

生理功能，但此三部分是互相依存，共同協調運作，而形成了縱貫人體的「生命能量縱行運轉」的一大整體系統。三焦的臨床功能就是：呼吸氧氣，攝取養分，經血液供給能量到全身上下去應用；同時過濾淨化血液，排除多餘水份及代謝廢棄物至體外，維持身體內在環境的恆定，以維繫人於初生時的原氣，使生命活動得以持續不斷。只有這個大系統有效地運作，人體才得以產生能量，不但供應人體日常生活運作所需，還有能力去應付瞬息萬變的環境，以維持或提升人體身、心、靈的能量。

相應於人體與外界環境相通的三焦系統，在人體內對應的就是推動體內血液循環系統的「心臟電生理傳導系統」——「心主別脈」。「心主別脈」可以自動產生電位衝動，使心臟規律的搏動，讓心血管循環系統得到推動力，將血液及其中各種人體必需的氧氣、營養素、傳導間質、激素、酵素等，運送到身體的各部位去。這個系統同時再回收人體各部位的代謝廢棄物，送至下焦的腎元去過濾血液以排除到體外，用以保持血液的純淨，以及人體內恆常的生理環境。另外，主別脈尚主控人體的心智、精神、思維、意識等頭腦功能的運用，若缺乏血液的灌流，頭腦在數分鐘之內必然缺血而腦死。若去除了這個動力系統，血液循環立即停滯無法運行，人體也就因此喪失生命活力而死亡。

三焦系統和「心主別脈」，一負責與外界聯繫，一掌管體內器官生長運作。這兩套自動動力系統共同推動人體生命的運行，彼此互相合作、互相連繫、互相影響，成為人體完整的全

身網狀動力迴路：一個主掌能量（氣），一個主掌結構（血）。如此，我們人體才能獨立產生和使用能量，得以自動生長、自動維持生命。當這兩套自動動力系統，持續維持有效率的運作，就可以讓人的身心能量保持在一個水平上，身體自然器官高效能運作，不易生病。若這兩套自動動力系統，因為種種原因無法有效的運作而讓身心罹病衰弱，身心能量必然下降，至少也會因歲月而漸漸消逝。

「練氣」就是人利用意識去改變呼吸吐納的方式，增強體內生命能量和效能，讓氣能轉化成含氧血去增強身心運作而強健體魄、延年益壽，讓人心平氣和，心識清明，頭腦靈活得以發揮智能，創造更優良的人文科學。從基礎物理學中去探究「練氣」在提昇人體自動動力系統效能的機制，研究結果發現：

1. 氣即能量；是經過生化作用的生物型態的能量
2. 「練氣」是啟動生命增強之門「命門」，持續維護人體生命之根本，就能對人體生命給予正向的影響
3. 不管任何氣功練法，都需要經過「練氣」，即有意識的控制「呼吸」、「吐納」、「導引」之法，去鍛煉上焦系統，才有功效
4. 人體能量的多寡與該人天賦三焦和心主別脈系統的強弱、健康狀況有關，需要經過練氣方能啟動增加人體能量的機制
5. 不當的練氣與氣功方法會導致難以治療的偏差、危險、走火及入魔。

健康人文是健康醫療和人文學科的哲學、宗教、文學，以及社會科學

的歷史、人類學、社會學和文化研究等的彙整，來提供病患者和治療者專業的衛生保健醫療服務(<https://healthhumanitiesconsortium.com/about>)，所以健康人文不是健康科學的替代品，而是在健康及其促進方面提供了一種務實的方法，對健康科學有互補和協同的加成作用，著眼於人類全體的福祉。而「練氣」，就個人而言，

是可以健身長生、祛疾防病，增強人體心智活動的動力能量，就整體而言，可藉發揮個人的心智潛能，提供靈感智慧，創造新的養生保健醫療的科技，將健康人文向上提升到更進一步的層次。



綻放中的曇花

—本會理事長謝麗貞提供

專題報導

穴壓治療對兒童發育成長的治療功效

林文絹¹、陳素卉²、洪韻媚²、謝麗貞^{2,3}¹ 國立臺北護理健康大學護理系副教授² 穴壓與拔罐學會研究員³ 吉鉸診所負責醫師

摘要

兒童成長過程中會遭遇許多狀況需要雙親長輩們的留意，及時察覺，有異狀時早期妥善處理，可免影響發育。有些發育異常的矯治，需要父母親有耐心、足夠的愛與支持才能治癒。倘若錯失治療的黃金時間，生長發育就會有缺陷，長大後甚至不知其故。穴壓治療法藉熟知嬰幼兒童時期每一階段的身體結構、生理功能與心理發展，以穴道偵測和氣場感應，進行整體性的評估，分辨其為先天異常、後天不足，或傷害所造成的阻礙，於治療同時傳輸能量，調整促進器官組織的成長及修護，朝向正常健康方向修正，各種病變，即使是先天性的，也能藉穴道和氣能的干預而對兒童在發育中的先天缺陷、傷害、病症有明顯的功效。

關鍵詞：兒童發育成長、穴壓治療法

Abstract

Children will encounter many situations during their growth that require the attention of parents and elders, and timely detection of abnormalities, with early and proper handling, can avoid affecting development. The treatment of some developmental abnormalities requires the patience, love and support of parents to be cured. If the golden time for treatment is missed, growth and development will be impaired, even after growing up without knowing why. The Acupressure therapy uses acupoint detection and Qi induction, accompany with transmitting energy at the same time, can adjust and promote the growth and repair of organs and tissues, and correct it towards normal health.

Key words: growth and development of children, acupressure therapy

穴壓治療對兒童發育缺陷有顯著的功效，下表列出近年來實際治療的部分個案，說明在兒童發育之中所發現、診斷及追蹤可能的隱患進而治療，使其恢復正

常健康成長的過程，並藉此歸納一般兒童常見的發育缺陷，及穴壓治療整治的機制。

實際治療個案說明表

編號	姓名	性別	出生年月	初診年/月	主訴	診斷、治療結果及功效
1	張 X	男	92/4	103/2	生長緩慢、瘦小、過動	治療後成長回歸正常，身高>160公分
2	王 X	女	106/4	108/4	習慣性張嘴、牙關緊，吞嚥困難，口水滯留口腔	鼻子阻塞，用嘴呼吸，治療數次即可自然呼吸，明顯閉口
3	王 X	男	104/5	107/2	三年未成長，體重過輕，行動無力，少便，睡眠盜汗。身長85cm，體重 10kg	貧血，心臟無力、臟腑孱弱，腸胃系統未發育，吸收功能差。治療兼服藥後漸改善，身長體重均改善
4	王 X	男	101/6	107/4	易暈車嘔吐，長時間空腹後多次嘔吐	經常性胃痙攣，治療配合服胃粉 2 個月後痊癒
5	蔡 X	女	105/11	105/12	經常性胃腸疼痛，口齒不清	腸胃道消化吸收功能差，下顎牙床短小。治療兼服藥後逐漸改善，口齒清晰
6	蔡 X	男	102/5	102/8	跌倒頸椎受傷，吞嚥困難，兩手抓握力不足，腸胃疼痛	治療數次，配合服胃粉，漸改善痊癒
7	陳 X	男	105/4	105/8	淚管阻塞，右眼內斜視、頭大頸部以下瘦小，經常跌倒，全身尤其頸部多處挫傷瘀青	頭大體小，頸部以下生長遲緩，頸椎及上肢神經叢發育不全，腸胃道消化吸收功能差，治療後正常成長
8	蘇 X	女	96/	12 歲	久咳，長期服用西藥不癒，希望長高	胃食道逆流，長期服用西藥副作用。治療後逐漸正常，同時進行長高治療
9	丁 X	男	94/10	13 歲	瘦小發育不良，情緒不穩，不自主言詞和過動，被診斷為自閉及過動症，服用多種精神科藥物多年	長期藥物副作用，頸部多處挫傷造成驚恐不適，抑制身心成長。治療後遞減藥物至完全停用西藥，情緒趨於穩定，食慾變好，體重增加 5 公斤，身高增加 5 公分，可控制言詞和行動。目前仍治療中
10	丁 X	男	96/10	11 歲	個子非常瘦小，飯後及運動後嚴重腹脹、疼痛	內臟器官，尤其肝臟及腸胃發育不良，頸部多處挫傷致身心成長遲緩。治療後，腹脹腹痛消失。增高、增重
11	陳 X	男	102/5	102/6	吞嚥功能差，哭泣及吸奶時換氣不順；隱睾發育不良、陰囊水腫；腸胃功能不佳	持續調整治療後，各症狀漸消失，目前追蹤發育狀況
12	詹 X	女	98/12	108/5	乳房過度發育，擔心影響身高	治療後乳房發育漸緩，追蹤發育狀況

13	劉 X	女	97/5	100/	參觀極地展致心肺驟寒凍傷受制；慢性尿道炎；經常受外力跌倒砸傷撞擊胸背臀部；髖關節移位長短腳脊椎側彎；過度運動手腳肌肉經常性扭挫傷；胃食道逆流	家長及小朋友自我期待過高，高揠苗助長，心有餘而力不足，造成「破娃娃」現象而不自覺。治療後逐一修復身體病變，並嚴格要求改變生活體能運動方式下，才得以逐漸改善。目前追蹤治療中
14	馮 X	男	107/2	107/8	喝奶吞嚥不順、常鼻塞感冒、腦脹盜汗、排便疼痛	舌咽神經障礙；生活環境通風不良；經常性受寒、腸道祕結；治療並要求其改善生活環境
15	黃 X	男	97/6	100/8	長期反覆性氣喘、發燒、感冒症狀住院	先天體質弱，持續治療與保養，氣喘消失，體弱改善
16	唐 X	男	94/11	106/8	瘦小生長緩慢、腸胃功能很差、經常性咳痰	先天體質不良，治療後改善，生長健壯長肉，身高長>15 公分，仍持續治療中
17	唐 X	女	91/12	107/6	瘦小生長緩慢、感覺頭脹遲鈍、末梢肢體多處發育缺陷	逐步治療矯正漸恢復正常，神智較清楚，頭痛、胃痛改善，仍持續治療中
18	鐘 X	女	84/12	99/12	情緒長期壓抑，無法思考學習困難，身心發育受限身材臃腫變形，經常胃痛、頭痛	自我要求過高，體力不佳，有心臟及情志問題。經逐一排除原因治療，經開導並學習練氣，目前為自信優質大學生
19	鐘 X	男	87/1	99/12	常感冒鼻塞精神不濟，好打球致運動傷害，升學壓力過大情緒起伏，人際關係不良	每次症狀治療效，情緒是個人個性造成，經學習練氣後是自信優質大學生
20	林 X	男	92/8	105/2	身材弱小，呼吸困難	學習空手道多/有內傷，致胸部未發育，身材瘦小，伴隨氣喘及呼吸不到空氣。治療後氣喘及呼吸困難現象消失，胸部擴張及長高，身體有很大的轉變，感冒減少，之前有過敏性氣喘也改善未再發作，個案表示現在能呼吸過來，終於變成一個正常人的生活。
21	董 X	男	95/8	106/2	瘦小，先天嚴重腳內翻，走路兩腳相拌，不良於跑步行走	看診 5 個後腳內翻改善，可自在走路及跑步，身高長>20 公分。
22	黃 X	女	99/2	101/6	身材十分瘦小，常伴半夜哭鬧現象，有腸胃問題	治療後腸胃及半夜哭鬧均改善，食慾變好，成長有肉順利健康
23	黃 X	男	102/4	105/6	身材瘦小，常生病發燒，大腿部一大一小，是受傷造成神經斷裂所致	經治療後穩定，不易生病，成長曲線也跟上同齡的小朋友
24	劉 X	男	80/4	82/6	經常性感冒伴隨咳嗽、睡覺時容易嘔吐	透過氣功穴壓位治療，現已長大成人，健康無比
25	劉 X	女	84/3	87/6	身材瘦小，哭泣時即窒息，不能換氣臉發紺	治療後即疏解。因胎兒時期肺部發育不良，小學時胸腔受躲避球撞傷，呼吸不順，治療後痊癒

26	蘇 X	男	97/8	108/2	11 歲時被家長發現嘔吐、頭痛、臉與身體長丘疹、長鬍鬚，身高僅 140 公分。醫院診斷為性早熟，生長停止	肌肉關節受傷過度使用、神經未長全、有長短腳。經治療、教導跳躍，泡藥草浴後長高，膚色變亮漸癒目前仍治療中
27	葉 X	女	102/1	102/2	發育遲緩。反覆發燒、腸胃炎、肚臍未癒合，睡眠差，夜夜號哭無法入睡，下顎咬合不正，運動傷害	體力能量不足，各器官發育遲緩，輸氣助其生長後，逐漸改善順利成長，目前仍治療中
28	安安	女	101/6	104/5	生長遲緩，多重器官功能及肢體缺陷	chromosome 12q24.31 deletion 多器官缺陷，輸氣助矯正及生長後，逐漸改善
29	李 X	男	99/11	109/1	生長遲緩、瘦小、常咳嗽	肩頸挫傷，胸部躲避球撞傷。目前仍治療改善中

從新生兒、嬰幼兒、兒童期到青春期，是人體身高、身形與組織器官快速變化成長發育的重要階段，由於嬰幼兒期的孩童無法表達，均仰賴父母親或照顧者的觀察和照護。兒童的生長發育受到諸多因素的影響，有 1. 先天：遺傳、胚胎成形後的成長；2. 後天：養育者的知識、態度、經驗及成長環境；3. 環境與意外傷害：如早產、產程傷害及跌倒撞傷。凡此，除非照顧者特意關注，或孩童已有明顯異常的症狀，否則常因未被發現而忽略，錯失治療的黃金時間，致生長發育有缺陷而不知其故。

穴壓治療法，藉熟知胎兒、嬰幼兒、兒童期每一階段的身體結構、生理功能與心理發展等的知識，以穴道偵測和氣場感應，進行整體性的評估，分辨其為先天異常、後天不足，或傷害造成潛在成長的阻礙。治療者充分的知識和具備能量的深厚是治療成功主要的關鍵。因其能快速發現隱患，給予明確診斷、治療，使穴壓治療對兒童發育的缺陷具有顯著的功效。治療的機制原理是經過穴道給予能量，

調整促進器官組織的成長及修護。穴道對器官組織具有多向式的操控，運用治療者輸入的氣能，啟動人體自動修復、調節與生殖的功能，促進快速修正，朝向正常健康方向的成長。因此，各種病變，即使是先天性的，也能藉穴道和氣能的干預給予治療而有功效。所以穴壓治療機制運作的過程，就是偵測觀察→找到症狀→循跡探查病因→確定治療方法→直接提供氣能→操控穴道→啟動人體自動修復機制→改善生理功能→調整生長發育方向和速度→恢復正常健康生長(謝，2018)。

茲再依常見的求診的問題，分類介紹穴壓治療法的應用與成效。

(一) 發育異常及生長遲緩

兒童隨歲月有平均成長的曲線，高或低於該平均曲線就視為異常，其中以生長遲緩最為常見，見上表，佔 45% 的個案。究其原因包括體質、各器官組織的功能、食物營養、環境因素、感染、外傷等，任一因素失常都是肇因，必須排除再進行修補。因此，依

成長曲線進行整體評估，決定是否發育異常或生長遲緩，和尋找身體有異常的部位。評估時要參照父母手足的常數加以調整，但是在穴壓治療下，穴道操控和氣能的供應會有獨特超前的效應，如身高、體重及低於 20% 的平均體位者，在治療上，首先要將阻塞傷殘的器官組織逐漸修護，再增加能量供應，加強氣血循環、疏通全身體經絡、臟腑相生相剋的調節，自頸部、肩膀，直到跟心肺臟相接部位。其中腋下、胸廓、四肢至腿、腳、趾都需要顧及。治療者藉著疏通，可將能量傳輸給個案以啟動身體生長機制。

亦有超前發育狀況的孩童，透過穴壓阻滯該部位暫緩成長，如 8 歲時的個案 12 與 9 歲時個案 13，第二性徵（乳房）開始發育，透過治療暫緩其成長。

（二）腸胃發育不全消化吸收不良

兒童身形瘦小、體重過輕，大多是腸胃系統發育不全，造成無法消化吸收產生足夠的營養素，導致生長發育遲緩，見上表中個案 3、5、7、10、22 及 27。如個案 22，兩歲小妹妹初診時，身形瘦小，半夜哭鬧，發現是腸胃功能紊亂，致使半夜哭鬧夜不安眠，治療後食慾轉好消化順暢，夜夜安眠，長肉又健康。再者個案 27 的 3 歲小妹妹，屢次只要一吃到甜食、海鮮或高油脂的食物，即腹痛、胃脹氣，三天高燒至 39 度以上屢治不癒。經診斷為「中焦」功能不足(謝麗貞，2010)，致使胃中積食，滯怠發炎而高燒，治療原則以加強啟動胃中焦自癒能力，使

胃部功能正常運作，不刻意處理退燒，禁食 1-2 餐後待胃的積食排空，發燒現象自然消除。有長期腸胃虛弱的人，個案 3 的 3 歲小弟弟，初診時身形如紙，身高 85 公分，體重 10 公斤，低於為同齡生長曲線的 3%，食量小，排便每週 2-3 次，缺乏活力，下腹部凹陷，不如正常幼兒圓鼓狀的肚子，診斷為腸胃系統尚未成長發育，治療時加強下腹發育，配合部分胃粉、腸道蠕動藥、增強體力藥，三個月後身高為 95 公分，體重 12 公斤。再者個案 10，11 歲小朋友，個子小，常抱怨吃飽或運動後肚子脹痛，腹部明顯脹氣，經診斷發現肝、胃、腸的消化功能發育不全，治療一個月之後，原本腹部鼓脹明顯消除，飯後也不再喊肚子痛。治療 7 個月後，身高增高 4~5 公分。

（三）器官發育不全或異常

有些兒童身體的缺陷或發育不良，往往父母親難以察覺，不少孩童都是因其他症狀來求診時才發現。若能即時找到問題的根源，加以處理即有調整改善的可能；當長期下已產生明顯症狀又不明原因，會增加治療的難度。個案 27 的小妹妹於一個月大時，夜夜號哭無法入睡，經診斷發現為肚臍癒合不佳(肚臍漏風)，致使腹痛、腹脹、腸胃功能滯怠，難過無法入睡，治療當週搭配外用敷粉，隨即獲改善。同時發現小妹妹左腳掌內翻現象，經檢查神經反射正常，腳趾伸展靈活，判斷是由於母親於懷孕期間左腳受到擠壓，影響該處肌肉成長，給予兩週治療後即回復正常。於五歲半時又發現小妹妹有咬合不正的問題，進食時經常咬到舌頭，僅願意攝食蔬果和軟嫩魚類為主，拒絕攝取因無法咬碎較具

韌性的肉類，經診斷為下顎未發育完全致使咬合不正，治療目標是促進下顎發育，再治療加強其生長。六歲半讀幼稚園發時，因好動過度吊單槓，造成肩胛關節鬆動影響發育，導致轉動肩關節時不順暢有磨擦的聲響，治療時加強促進其發育生長。

個案 5，三歲的小妹妹，下顎發育較慢，咬合不良，同時舌繫帶緊短，口齒說話不清，經治療促進其生長已改善。個案 2，兩歲的小妹妹陪同哥哥來看診，被發現常有持續張嘴的現象，經診斷是鼻子阻塞、無法順暢呼吸，同時也發現其牙關較緊、吞嚥有問題才發生此現象。經治療 2 次，並隨時提醒孩童閉口後，不再有習慣性張嘴的問題。個案 7，小弟弟 1 歲時，因右眼有明顯內斜，經診斷是眼睛淚管有問題、頸部以下生長較遲緩、頸椎、上肢神經叢發育不全，經治療已能同齡孩童的身形與發育。再者個案 11，小弟弟 1 個月大時，吸奶不順暢，經診斷吞嚥功能協調性不佳，影響哭泣時的換氣功能及吸奶順暢度，腰椎（L9~L10）凸出，腸胃功能不佳。3 歲時發現睪丸發育遲緩及左側隱睪、陰囊水腫，經治療孩童現今已 6 歲，健康活潑。11 歲初診的個案 22 小弟，因腳內翻使走路步態異於常人，經診視睪丸未下降，看診 5 個月後腳內翻情形明顯改善，睪丸未下降問題需定期觀察，隨著成長協助拉長提睪肌。11 歲就診的個案 26，身高 140 公分，家長發現小孩常嘔吐、頭痛、已長鬍鬚與變聲、臉與身體長丘疹，帶到醫院診斷為性早熟，經診斷診視小孩全身肌肉與關節僵硬，為過度使用肌肉與關節亦影響了神經的成長，雙腳長短

不一，穴壓治療協助放鬆肌肉與關節，以能促進其正常成長。個案 21，於 16 歲來看診，診斷先天嚴重腳內翻不良於行，經 11 個月的治療，使腳骨骼能趨近正常的解剖位置，使能正常行走。

（四） 碰撞外傷阻滯發育

孩童活潑好動，在遊戲過程中跑跳碰撞的意外，若撞擊角度部位嚴重，有些位置會影響該部位的發育與影響正常的生理功能，常見的傷害，如跌落時，頭、胸、腹挫傷與瘀青，將影響該部位的發育，宜儘早診治，將碰撞受傷部位修復。如個案 27，二個月大時來看診時，發現小妹妹額頭整片暗沉，而眼白未發青，經詢問是在二週前母親住月子中心時，小妹妹的額頭不慎被掃帚握把撞擊所致，當下治療後臉色即恢復正常紅潤。又個案 3，於 2 歲 9 個月時初診，身高體重遠低於標準，神經學的檢查手部無抓握反應，刺激足底無正常反射，檢查頭部前後均因碰撞的所造成的傷害，經詢問母親得知孩子曾從二樓樓梯跌下，而不同部位的腦傷，也將造成孩童不同神經的症狀表現，另外也因摔傷尾椎，致使呈現排便的問題，經常性便秘，經治療受傷部位後，生長發育也漸改善。

另一位同樣是腦傷影響生長的案例—個案 9，13 歲小弟因明顯情緒不穩定，食慾差與個子小來求診，其 6 歲時被診斷為自閉過動症開始持續服藥治療，經診斷頭部有多處傷處，包括近額頭中線處，該處是孩童 2 歲 4 個月大時撞擊到牆銳角處所致，當時縫合 6 針，由於前額葉掌管情緒，撞

擊傷害使前額葉發展受阻，抑制身心的成長。治療以處理頭部外傷與調理消化系統為主，7個月治療期間，遞減藥物到完全停藥。停藥後，情緒已較先前穩定。食慾變好，體重與身高都增加。個案 13，這位小妹妹於 5 歲手腳扭傷、被掉下來的白板打到前胸；7 歲時從 4 階樓梯跌下來，跌到前胸；9 歲時腕關節脫臼導致長短腳，均在傷害與發生問題的當下及時處理，使能正常成長。

個案 18，於國中三年級時求診，自訴心情不好造成成績起起落落，考試時腦筋一片空白，且自國一開始未再長高造成上半身很短、整個身材臃腫。經診斷發現胸骨因撞擊不在正常位置，且胸骨未隨年齡成長，造成上半身短，也出現胃痛、頭痛的症狀，經治療症狀隨之解除後，身體逐漸健康。

個案 20，國二求診，看診原因為呼吸困難，診斷發現因學習空手道，造成胸腔內傷，胸部未隨著年齡發育，身材明顯瘦小，且伴隨會喘及呼吸不過來的感覺。經過治療喘及呼吸困難症狀改善，胸部已能擴張開，隨著長高身形也有很大的轉變，感冒減少，過敏性氣喘改善未再發作。

因此於孩童成長過程中勿輕忽各種摔跌傷害，尤其是頭部傷害，未給予治療可能傷害將影響深遠。

(五) 潛在傷害的預防

穴壓治療除能矯治異常外，也能

提供平時的保養保健，許多的個案定時回診，除運用基本疏通穴壓促進身體自動修補機制外，也提供機會偵測到潛在的傷害與調整體質，以確保孩童正常發育與成長。如常見孩童部分區域性的皮膚起某型態疹子，依據其發生的部位與形狀，經詢問發現，許多是與所接觸的環境或生活習慣有關，如個案 27 小妹妹兩歲就讀幼稚園，不久嘴唇周圍起疹子，經診斷因孩童在校進食後自行清潔未能充分潔淨，殘留食物使黴菌生長所致，建議以進食後以香皂充分清洗嘴唇周圍後隨即改善。

結論

孩童成長過程歷經的許多狀況需要父母親及周遭的長輩、朋友的留意，及時察覺與同齡孩童的發育是否相同，並於受傷時及早妥善處理，以免留下往後影響發育的問題。有些發育異常的矯治，需耐心治療一段時間，加以父母親足夠的愛與支持將使孩童得以健康快樂的成長。

參考文獻

- 謝麗貞，2018。〈小朋友的診斷與治療〉，《新醫學雜誌》，1(1)，頁 72-73。
- 施翠滿，2018。〈小朋友個案紀錄〉。《謝麗貞部落格》
<https://lisahsieh.pixnet.net/blog/post/118282695-%E5%B0%8F%E6%9C%8B%E5%8F%8B%E5%80%8B%E6%A1%88%E7%B4%80%E9%8C%84>。檢索日期 2019 年 9 月 30 日

第 12 條染色體缺失造成之發育遲緩與氣功穴壓治療：

病例報告

謝麗貞*、鄭方逸、吳宓琴**

* 吉錠診所負責醫師

** 高雄榮民總醫院台南分院職能治療師

摘要

一名三歲整體發展遲緩的女童，經基因檢測結果顯示其第 12 條染色體中一條長臂上有一段長為 4.0Mb 的染色體缺失，位置在 12q24.31 (120,707,572~124,674,002)。個案雖於六個月大時開始接受早期療育，但仍無顯著的療效。之後，個案於近三歲時開始接受密集性的氣功穴壓治療，約一年期間，個案的生長、動作及語言發展均產生顯著的改善，並且將畸形的足、踝部矯正，使其具正常的功能。

關鍵詞：氣功穴壓、發展遲緩、染色體缺失、第 12 對染色體、小頭症、足部畸形

Abstract

A 4.0 Mb of genetic material located at chromosome 12q24.31 was identified to be missing in a 3 years old female subject who had shown significant global developmental delays. Early intervention was started when at the age of six months old, but had not given significant results. After the intensive treatments of acupressure, however, the subject started to show significant progress in her physical growth, motor skills and speech development. The presence of an obvious foot deformity had also yielded better result.

Key words: acupressure, developmental delays, chromosome deletion, chromosome 12q, 12q24.31, microcephaly, foot deformity

發育遲緩是指孩童在肢體、認知、語言和情緒的發展明顯低於同年齡的孩子。兒童發育遲緩的發生率約為7%，大部分案例的確切病因未明(Meschino, 2003; McDonald, 2006; Valla, 2015)。越來越多醫療領域的專家開始試圖尋找

基因變異與發育遲緩的關聯性(Berger, 1986; Tartaglia, 2001; Funayama, 2002; Di Fonzo, 2005; Naveeda, 2005; McDonald et al., 2006; Chouery et al., 2013; Rossi et al., 2015)，但由於發育遲緩僅是一種臨床診斷，其誘發原因可

能為遺傳、環境，或是特定疾病的合併症狀，目前尚無法以基因檢測結果做為發育遲緩的診斷標準(Meschino, 2003; McDonald et al., 2006)。一般發育遲緩的治療策略是在孩童幼年期早期發現，並儘早安排包含物理治療、職能治療和語言治療等介入，期能減少疾病對於孩童後續發展之影響。若是外在環境刺激不足而引發的發育遲緩，上述治療手段只要能在治療黃金期開始進行，通常可以得到不錯的療效。然倘若發育遲緩是由生理遺傳或特殊疾病引起，傳統的早期介入治療雖然可以減輕障礙的程度，效果仍十分侷限。

因此，從人體的結構或生理功能來看，如能使組織器官進行修復是這類的病例最佳的治療方式。氣功穴壓治療(acupressure)正是啟動組織器官修復的一種治療方法，此方法以指力的氣功代替針灸中的針，控制病人身上的穴道，在病灶處進行治療。該法一方面避免針灸侵入性的傷害，一方面可以同時傳輸「氣」給病人，用能量強制干預以增強治療的效果。氣功穴壓治療在臨床上多方面的功效，在文獻上已有相當多的記載(Hsieh, et al., 2010; Hsieh, et al., 2004; Hsieh, et al., 2006)；由於穴道係控制人體多向式生理功能運作的外在樞紐，可以用「氣」去開啟並控制組織器官的修復與成長，這對於人體結構或生理功能上調整、改變和修正，具有相當顯著的功效。嬰幼兒在成長的過程中，特別是發育遲緩、生理功能異常或肢體變形者，若能早期接受氣功穴壓治療，透過穴道的能量傳輸及強制轉變生理功能，

加速修補和改正肢體的畸形，可以有很好的效果。

材料與方法

個案病史

患者為一名三歲女童（2012 年 6 月出生）。於孕期之常規檢查發現胎兒生長緩慢，進一步之高層次超音波檢查結果顯示生長遲滯之原因並非母體與兒童間之營養輸送異常造成。嬰兒於足月經剖腹手術生產，但於出生一週內因低血糖進入新生兒加護病房照護，住院期間之常規檢查並未發現器質性異常，並且於十天後出院。出院後因體重增加速度緩慢，於滿月前每日回診追蹤，期間由於黃疸數值偏高，前兩週接受居家燈光照射治療。

個案五個月大時小兒科醫師發現整體生長遲緩，頭圍、體重與身高與同齡孩童之常態生長曲線相較皆為1%以下。且個案之互動行為與同齡幼兒相較雖無差異，但粗動作與精細動作的發展皆可見明顯遲緩。其他可觀察之外顯症狀包含：小頭症、整體發展遲緩、肌張力減退、吞嚥困難以及足部畸形。核磁共振造影(MRI)結果顯示腦部結構並器質性異常。個案於九個月大時接受基因檢測。檢驗結果顯示第12條染色體其中一條長臂上有一段長為4.0Mb的染色體缺失，位置在12q24.31(120,707,572~124,674,002)。由於雙親的基因檢測結果正常，此變異歸屬於自發性突變(de novo mutation)。

氣功治療

患者於近三歲時（2015 年 5 月）開始接受氣功穴壓治療，一年內陸續接受三次密集治療（2015 年 5 月至 6 月；2015 年 9 月至 11 月；2016 年 3 月至 5 月），治療總數約 120 次。

每次治療時間約 30 分鐘，依當次治療部位的不同而有略加增減。

治療約分兩方面：

1. 生理功能的缺失：如吞嚥、發聲、呼吸、腸胃消化、肌肉無力等。

以能量傳輸經相關穴道刺激各生理功能的成長、修復和強壯。

2. 肢體結構的畸形：骨骼發育不全和變形、肌腱韌帶僵硬和攣縮、頭骨過早癒合等。

以能量強行鬆弛肢體骨骼關節的結構，擴大再生長發育的空間，再以相關穴道刺激各肌肉、骨骼和肌腱韌帶的生長，同時調節其運作的協調功能及力量。

患者於接受氣功治療療程期間維持一般生活狀態，且未同時接受復健治療。於每次氣功治療後記錄患者之身高、體重、頭圍等基本量測。期間並紀錄個案之肌群運用方式如姿勢與移動方式、肢體肌張力包含下肢姿勢、發聲與構音、吞嚥功能等日常生活動作狀態。

結果

患者六個月大開始接受早期復健治療，包括職能治療、物理治療與遊戲治療，每週各一次，但無論是大肌肉運動或小肌肉運動的發展速度均十分緩慢。第一次接受密集氣功穴壓治療前，年近三歲的患者原本背部無法挺直，亦無法爬行，主要行動方式為以

坐姿靠臀部滑行。接受氣功穴壓治療後，患者開始能以四肢爬行，並且開始能說單字。第二次密集治療開始不到兩週內，患者開始能手扶外物站立，數週後開始可以他人拉著行走。第三次密集治療後，患者開始能扶著遊戲車自行前進，雙腿外開、以雙腳內側支撐的傾向也改善了，原本緊繃的阿基里斯腱也恢復正常。這段時間內患者吞嚥能力明顯進步，開始能食用糕餅、地瓜等固體食物。在生理結構的變化上，患者接受氣功穴壓治療期間的身高顯著成長（圖一），足部畸形的症狀也明顯改善（圖二）。

討論

（一）氣功穴壓治療對發展遲緩病患的影響

嬰幼兒發育遲緩、生理功能異常或肢體變形者，均有其專屬的原因，有些原因可以檢查出來，有些無法偵測；同樣的有些可以改善，有些無法改變。本個案雖然懷疑為基因缺失所造成，卻無適當及有效的治本法，只能症狀處理期能降低日後的影響。唯早期的復健治療均功效不彰，改以氣功穴壓治療後，一方面傳輸「氣」給病人增強體力能量，一方面採用經過穴道的干預的治療，確能強制轉變生理功能，加速自體修補和改正肢體的畸形。

（二）基因檢測結果與臨床預後診斷

兒童發展遲滯之原因眾多，包含缺氧、缺血、代謝過程、營養因素、內分泌因素、感染症、毒性物質，以及本病例中偵測之基因變異因素等。

然而許多基因異常因素造成兒童展遲滯之機轉仍待研究(Meschino, 2003; McDonald et al., 2006)，如本病例中之第 12 段染色體缺陷，其在許多先天異常之病患中所進行之檢測均曾有所報告，曾報導之案例的症狀包括智力障礙、發育遲緩、大頭症或小頭症、張力減退、巨舌症以及胰島素依賴性糖尿病(Chouery, et al., 2013)。相關疾病與症狀包含 Noonan 症候群(Tartaglia, et al., 2001; Vaglio, et al., 2007; Cancino, et al., 2007; Naveeda, et al., 2005)、Pallister-Killian 症候群(Warburton, et al., 1987; Schinzel, 1991)、慢性淋巴性白血病、急性非淋巴性白血病(Berger, et al., 1986; Losada et al., 1991; Golub et al., 1994)、骨髓增生異常、惡性血液疾病(Höglund, et al., 1996; Kobayashi, et al., 1994)、Holt-Oram 症候群(心手症候群 heart-hand disease)(Basson, et al., 1994; Basson, et al., 1997; Vaglio et al., 2007)、年輕型骨化性纖維瘤(Tabareau-Delalande, et al., 2015; Vaglio et al., 2007)、帕金森氏症(Funayama et al., 2002; Di Fonzo et al., 2005)，以及像是口吃(Naveeda Riaz, et al., 2005)等等。然而這些案例染色體缺失的大小與位置都與本案患者不確切相同。目前之研究顯示，第 12 對染色體缺陷對於兒童發展遲滯而言為非特異性表現，具有此一染色體異常之帶因者亦未必罹病。在這些與第 12 段染色體缺陷相關之疾患中，與本病例較為相近的為 Noonan 症候群，發生率約佔出生新生兒的 1/1000~1/2500，多數屬於偶發性(Noonan, 1994)。其臨床徵狀除了本病例之發展遲滯（包含身材短小，認知及語言發展遲緩）與吞嚥困難外，其在嬰幼兒期亦可能因攝食之

障礙發生低血糖等徵狀致使需住院治療，但 Noonan 症候群中其他較嚴重之胸部骨骼異常、癲癇、造血異常、心臟先天異常，以及淋巴發展異常則未在此病例中發生。

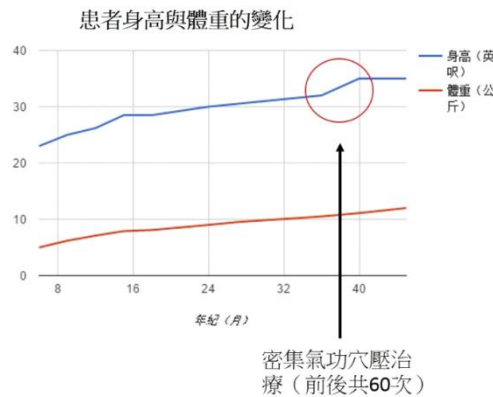
在臨床醫療運用上，以胎兒或幼童的基因檢測結果判斷預後十分困難，原因主要有二：(1) 基因檢測的抽樣偏差。目前基因檢測仍非例行檢查，通常只有症狀嚴重、原因不明的病患才會接受基因檢查。因此文獻中的案例通常伴隨十分嚴重的病症；(2) 染色體缺失與症狀間的關聯性不足。即使染色體缺失片段的位置重疊，個體的表現仍相差甚大(圖 3)。近來基因剔除的研究顯示，某種目前未明的遞補機制會升高類似功能基因的表現，彌補了缺陷基因的功能(Rossi A, et al., 2015)。在 2012 年的一份病例報告中，一名兩歲女童被發現在染色體 12q24.31 處有長約 1-Mb 的缺損，症狀包括整體發展遲緩、嬰兒點頭痙攣症、張力減退、小頭症、高拱形顎裂。檢測結果顯示病患的父親也有完全相同的染色體缺失，但父親的表現型正常，唯罹患早發性糖尿病(Chouery E, et al., 2013)。這不但顯示染色體缺失與症狀之間的關聯性仍待研究，也突顯我們在解讀染色體變異時，文獻中的抽樣偏差是很大的障礙，因為如該病童父親那樣染色體有缺失、但沒有嚴重病症的個案，通常不會主動接受基因檢測，染色體缺失的結果也不會納入基因關聯性的資料庫中。因此於臨床病患照護上，對於發展遲緩之幼兒多以症狀處理為主要介入方式，期能降低對於幼兒日後之影響。

第 12 段染色體缺陷的個案報告也相當有限，目前醫療上對於此一染色體缺陷之治療亦未有專一之介入方法，僅能以症狀治療為主。本病例報告顯示，氣功穴壓治療對於此一個案具有良好效果，其廣泛運用之成效或可藉由更多病例資料之收集或臨床研究加以確認。

參考文獻

- Alicia Vaglio, Aubrey Milunsky b, Xin-Li Huang b, et al: Case report: A fourteen years follow-up of a case of partial trisomy 12q and monosomy 12p recombinants of a familial pericentric inversion of chromosome 12: Clinical, cytogenetic and molecular observations. *European Journal of Medical Genetics* 2007;50:224-232.
- Basson CT, Bachinsky DR, Lin RC, et al: Mutations in human TBX5 [corrected] cause limb and cardiac malformation in Holt-Oram syndrome. *Nat Genet* 1997;15(1):30-5.
- Basson CT, Cowley GS, Solomon SD, et al: The clinical and genetic spectrum of the Holt-Oram syndrome (heart-hand syndrome). *N Engl J Med* 1994;330(13):885-91.
- Berger R, Bernheim A, Le Coniat M, et al: Abnormalities of the short arm of chromosome 12 in acute nonlymphocytic leukemia and dysmyelopoietic syndrome. *Cancer Genet Cytogenet* 1986;19(3-4):281-9.
- Cancino CM, Gaião L, Sant'Ana Filho M, Oliveira FA: Giant cell lesions with a Noonan-like phenotype: a case report. *J Contemp Dent Pract* 2007;8(4):67-73.
- Chouery E, Choucair N, Abou Ghoch J, et al: Report on a patient with a 12q24.31 micro-deletion inherited from an insulin-dependent diabetes mellitus father. *Mol Syndromol*. 2013; 4(3):136-142.
- Di Fonzo A, Rohé CF, Ferreira J, et al: Italian Parkinson Genetics Network. A frequent LRRK2 gene mutation associated with autosomal dominant Parkinson's disease. *Lancet* 2005;365(9457):412-5.
- Funayama M, Hasegawa K, Kowa H, et al: A new locus for Parkinson's disease (PARK8) maps to chromosome 12p11.2-q13.1. *Ann Neurol* 2002;51(3):296-301.
- Golub TR, Barker GF, Lovett M, Gilliland DG; Fusion of PDGF receptor beta to a novel ets-like gene, tel, in chronic myelomonocytic leukemia with t(5;12) chromosomal translocation. *Cell*. 1994;77(2):307-16.
- Höglund M, Johansson B, Pedersen-Bjergaard J, Marynen P; Mitelman F. Molecular characterization of 12p abnormalities in hematologic malignancies: deletion of KIP1, rearrangement of TEL, and amplification of CCND2. *Blood* 1996;87(1):324-30.
- Kobayashi H, Montgomery KT, Bohlander SK, et al: Fluorescence in situ hybridization mapping of translocations and deletions involving the short arm of human chromosome 12 in malignant hematologic diseases. *Blood* 1994;84(10):3473-82.
- Hsieh, Lisa Li-Chen, Chung-Hung Kuo, Ming-Fang Yen, and Tony Hsiu-Hsi Chen, A randomized controlled clinical trial for low back pain treated by acupressure and physical therapy. *Preventive Medicine* 2004, 39:168-176.
- , et al: Effect of Acupressure and Trigger Points in Treating Headache: A Randomized Controlled Trial, *The American Journal of Chinese Medicine* 2010;38(1):1-14.
- , et al: Treatment of low back pain by acupressure and physical therapy: randomised controlled trial. *BMJ* 2006;332:696-700.
- Losada AP, Wessman M, Tiainen M, et al: Trisomy 12 in chronic lymphocytic leukemia: an interphase cytogenetic study. *Blood* 1991;78(3):775-9.
- McDonald L, Rennie A, Tolmie J, et al: Investigation of global developmental delay. *Arch Dis Child* 2006;91(8):701-5.
- Meschino WS: The child with developmental delay: An approach to etiology. *Paediatr Child Health* 2003;8(1):16-9.
- Naveeda Riaz, Stacy Steinberg, Jamil Ahmad, et al: Genomewide Significant Linkage to Stuttering on Chromosome 12. *Am J Hum Genet* 2005; 76(4): 647–651.
- Noonan JA: Noonan syndrome. An update and review for the primary pediatrician. *Clin Pediatr* 1994;33(9):548-55.
- Rossi A, Kontarakis Z, Gerri C, et al. Genetic

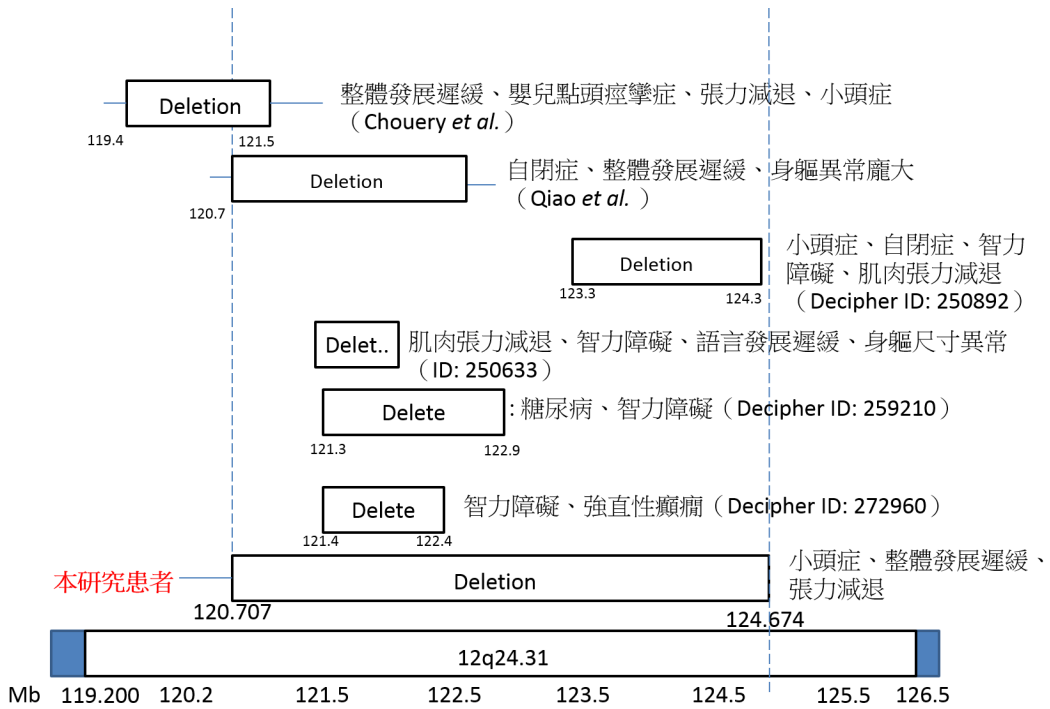
- compensation induced by deleterious mutations but not gene knockdowns. *Nature*. 2015; 524(7564):230–233.
- Schinzel A.: Tetrasomy 12p (Pallister-Killian syndrome). *J Med Genet* 1991;28(2):122-5.
- Tabareau-Delalande F, Collin C, Gomez- Bouchet A, et al. Chromosome 12 long arm rearrangement covering MDM2 and RASAL1 is associated with aggressive craniofacial juvenile ossifying fibroma and extracranial psammomatoid fibro-osseous lesions. *Mod Pathol* 2015;28(1):48-56.
- Tartaglia M, Mehler EL, Goldberg R, et al: Mutations in PTPN11, encoding the protein tyrosine phosphatase SHP-2, cause Noonan syndrome. *Nat Genet* 2001;29(4):465-8.
- Valla L, Wentzel-Larsen T, Hofoss D, Slinning K: Prevalence of suspected developmental delays in early infancy: results from a regional population-based longitudinal study. *BMC Pediatr* 2015 Dec 17;15:215.
- Warburton D, Anyane-Yeboah K, Francke U: Mosaic tetrasomy 12p: four new cases, and confirmation of the chromosomal origin of the supernumerary chromosome in one of the original Pallister-Mosaic syndrome cases. *Am J Med Genet* 1987;27(2):275-83.



圖一：患者的身高變化。



圖二：患者足部畸形的症狀經過治療後明顯改善。



圖三：文獻中有關第 12 條染色體長臂（位置：12q24.31）缺損的個案與症狀比較。



圖四：五歲九個月時

試論學校兒童的健康照護及常見的傷病

李芸蓁*

*國小護理師

關鍵詞：學校兒童、健康照護、兒童常見傷病

學校是兒童和青少年主要的生活和學習場所，在學校的時間約占一天的三分之一，因此稍具規模的學校也都配有護理師以維護學生在學校內的健康。在少子化的現今社會，護理師需要思考如何從家庭、社會和校園去建構一個讓兒童能平安無慮的成長環境。筆者作為一位在校園工作的護理師，工作內容不只要妥善照顧師生的健康，和立即性處理師生的緊急傷病；更是要擔當校園健康促進工作的推動者之一。以公共衛生三段五級的概念、助人的技巧，落實預防疾病、傷害及促進健康的實務，同時提升建立學生們正確的健康意識與生活的型態。本文旨在探究現今校園兒童的健康概況，並重新檢視護理師的專業成長需求。

一、促進學校師生健康的基礎概念

健康是生命延續首重的要件，有健康的身心，才有學習知識的能力。教育部因應世界潮流的新觀念，發起「健康促進學校計畫」，透過全面評估學校成員衛生與健康需求，引導學校成員自發性及自主性的健康管理，用健康教育與活動，結合社區資源，營造校園健康環境，以提升師生健康的身心發展。

在升學主義之下，課業成績或主題式的課程學習，仍是大多數家長所重視，且以之為辦學成效的評比標準。教育局雖推動學校自主性健康促進計畫，但並非強制要求每所學校均需辦理，只是讓各個學校自主發展自己的重點特色，例如：升學、美術、舞蹈、英語、運動、農育等等，用獎勵的方式鼓勵學校參與健康促進活動。因此在校務推動上，校長在衡量建立學校的特色發展時，多根據原本有的優勢，或在明確重點發展特色下推行，而健康促進的推動幾乎只是陪襯的議題。因此在推動健康促進計畫的學校，幾乎都仰賴師生自願參加，或是仍舊在定位本身的特色中探索，僅僅作嘗試健康促進課程的推動。推動過程中，學校會先選擇以健康問題的嚴重性或學生人數來評估選定學生的健康議題，像肥胖、體位過輕、視力保健、齲齒防治、正確用藥、菸癮防治、性教育及國高中生的全民健保等來進行促進計畫，並用全國或縣市數值做為指標，籌畫讓學生參與的解決方案。例如：透過計畫活動的介入，讓肥胖或體位過輕的學生增加體位到適中範圍；評比每年級學生近視盛行率及增加率、視力不良學生就醫複檢率；或計算齲齒率、齲齒複檢率及窩溝封填施作率

做為活動介入改善成效的指標。健康問題的解決方案中，但根本應提升家庭及社區的共同參與，對健康問題改善的效益，才較能長期持續。

二、校園學生傷病及健康問題

學生最常見的受傷地點是教室、走廊、遊戲區、操場。傷病種類可分外傷及內科疾病。常見的受傷以擦傷、扭傷、切割傷或是體育課中或玩耍遊戲過程中，肢體與頭部的碰撞、挫撞傷為主。處理這類外傷時，主要是先止血後清潔傷口，再評估是否需要縫合。若頭部或肢體撞擊時皮膚表層並未破損，則先冰敷後觀察患處是否有腫脹、劇烈疼痛，或疑似骨折、或有腦震盪的可能，進而請家長送醫作進一步的診察處理。在內科傷患中，低年級學童以腸胃不適、腹痛較為常見，其中大都是排便型態不固定、少吃蔬食，或是吃了質地較硬的食物，如糯米飯糰、烏龍麵、或清早空腹喝含糖飲料及冷飲。孩童也會有腹脹、腹痛的情形，出現的比例極高。其次，中、高年級學童常見就是運動過程中體力不支的頭暈、上呼吸道感染時的發燒等。

由於台灣社會結構的改變、醫學進步與經濟能力水準的提升，使得兒童健康問題也從營養不良、傳染性疾病及環境不衛生，成為肥胖、近視、齲齒等慢性病疾患。除了遺傳因素致肥胖外，飲食精緻化、兒童偏好含糖飲料與零食、飲食不均衡等，皆是肥胖的主因。其中，都會學生的肥胖原因，多以精緻食物攝取較多和運動量偏少；而鄉村學生卻因過度攝取零食

而導致肥胖。兒童肥胖不僅對其當前的身體發育造成嚴重影響，還增加青少年期、成年後肥胖相關慢性病發病的風險，例如：高血壓、糖尿病、代謝症候群、心血管疾病等發病年齡層的下降。另外，近年的醫學研究顯示，有較高比例的肥胖兒童有性早熟、氣喘、社交障礙等問題，甚至因身形因素，增加下肢的負擔，導致膝蓋、腰背疼痛，足踝扭傷及骨折的風險。

三、校園學生成長環境的健康問題

校園中為六至十二歲年齡層的學生，正是身體快速成長的階段。學童放學後多因父母雙薪工作而安排到安親班，活動空間小，親子相處時間減少，又多接觸 3C 產品。由於活動量減少再加上使用 3C 產品，致使肥胖及近視變成國小學生最普遍的健康問題。以筆者所服務的縣市為例，國小學生體位過重及肥胖者占全體學生的比率，自 104、105 學年度的 31.21% 及 30.77% 至 106、107 學年度的 30.33% 及 30.10%，雖逐年有微幅下降，但相對於台灣地區國小學生體位過重及肥胖占全體學生的比率：104、105 學年的 28.94% 及 28.21%，至 106、107 學年的 27.80%、27.62%，都仍高於全國的平均值。

四、校園學生營養午餐的問題

校園有營養午餐登錄平台，由營養師依規範設計菜單，並由相關行政單位稽查管理。另外，校園定期舉辦相關健康飲食講座、班親會及研習會，推行含糖飲料、零食禁入校園以及喝白開水運動，以推行飲食教育，修正

飲食習慣、促進運動及健康生活型態的改變。雖然透過推動體適能及推廣減重計畫來增加學生的健康體重意識，但由於減重需要長時間修正不良飲食習慣，及持續運動才會有成果，更需要家庭的配合和支持，因此家庭教養態度經常是能否有效推動學生健康意識的重要關鍵，所以目前成效堪慮，需要再長時間觀察。

五、校園學生視力問題

普遍學童視力不良，健康中心每學期利用開學後一個月內的期間完成學生視力檢查。若測量到單眼視力 <0.9 或已配鏡學童，會發給視力不良通知單，開立轉介單請家長帶學童到眼科就診。目前眼科醫師通常會使用長短效的散瞳劑、角膜塑型片或配戴眼鏡來矯治學童的弱視或近視，此不僅讓學童提早接觸藥品，也增加家長的花費，而其效益尚未經過評估。一般近視若超過 500 度就是高度近視，會提早引發白內障、青光眼、視網膜剝離、黃斑病變等，甚至成為視力喪失的主要因素，不得不要提早預防。

台灣地區國小學生近視比率於 104 學年度及 107 學年度，分別為 46.05%及 44.79%，雖有微幅下降，但仍占約一半左右，其嚴重情形堪慮。為減少因視力不良而影響健康及學習能力，以及增加學童視力保健的概念，必須持續推動「視力保健」活動，落實下課時間淨空教室至戶外活動、用

眼「3010 原則」：用眼 30 分鐘休息 10 分鐘，以及管理高度近視個案，並辦理教職員視力保健研習，學童班級宣導視力保健，利用班親會，加強家長重視孩子近視問題，協助督導孩子正確的用眼習慣，預防近視及高度近視的發生。學校行政科室更要配合教室照明檢測、維護與更新教室照明，以及桌椅設備和裝置窗簾以調整光線。這些措施都需要專業的評估，以及經費、人力、物力長期的配合執行。

學校是社會的縮影。在普遍社會崇尚『配戴眼鏡』潮流，除非已經深受配鏡不適的人，一般學生沒有感受到配鏡和近視所帶來的不良影響，因此目前衛生教育對學生只是教條式的提醒，很難達到改變態度的成效。

綜上，不只是孩童，成年人如果沒有感受到健康的重要性，對於飲食型態和生活作息的調整也很受質疑。因此，在進行衛生教育、健康促進活動時，學校健康中心仍要思考，如何提升家長對健康意識的敏感度，並且讓孩子對於健康問題『有感覺』，然後才會願意嘗試並落實於生活中。這也是往後學校健康中心在策劃健康促進活動或衛生教育時，要努力的方向。

參考文獻

教育部，《教育部學生健康資訊系統》。
<https://hs.nhu.edu.tw/>。檢索日期 2020 年 5 月 21 日。

常見嬰幼兒外觀缺陷的穴壓治療

謝麗貞*

*吉錠診所負責醫師

許多常見嬰幼兒頭臉、肩頸、胸部等外觀上的缺陷，如：斜頸、流淚、說話不清、凹胸、雞胸、胸廓受限頻繁吐奶及換氣困難等的缺陷，常因為嚴重程度的不同，或是被忽略，或是就醫後因沒能有有效的治療或明顯的改善，而無奈的讓小朋友自然長大，成為終身外觀上的遺憾。

胎兒在母體的子宮內成長，會遇到許多也許來自先天條件或後天環境意外的限制，而產生組織的異常生長，遂而形成缺陷。缺陷若發生在五臟六腑致使生理運作艱難，徵兆明顯關係到生命的存活，容易被偵察立刻就醫。但是缺陷若發生在肌肉骨骼系統時，由於嬰幼兒仍舊處在極端柔軟的狀況下，就可能不易被家長發現警覺到缺陷的存在。缺陷的治療方法因嚴重程度而有不同，當缺陷早期輕微時，醫生通常會建議採用復健方法；若無效時，則待適當年齡時，採用手術開刀來矯正，但此時難免因喪失治療的黃金時間，可能會失敗或是會有些微的後遺症。

穴壓治療是治療師採用指力，將「氣能」透過穴道操控人體的組織，將病變的部位給予矯正去除修護，逐步影響組織再生，朝正確的方向成長發育，經過一段時間的治療後，這些缺陷就能完全消除恢復正常健康。穴壓治療供應氣能，可以循序漸進引導人體的組織器官在正常健康的方向去

生長，因此對這些缺陷是越早干預其治療效果越好。

穴壓治療提供人體能量，促進組織器官修補發育，是一種非侵入性、安全又有效的治療方法，不但改善病變組織，避免缺陷的持續形成，尚且利用能量增強伴隨嬰幼兒一路成長壯大。謹簡述穴壓治療對常見嬰幼兒頭臉、肩頸、胸部等外觀上的缺陷，如下：

一、換氣困難

嬰幼兒如有呼吸或換氣困難時，在臨床上的表現，常見是體型瘦小、臉色暗沉、呼吸聲音低弱、說話或哭泣聲音斷斷續續，除了內部臟腑心肺功能有異常外，就要懷疑是呼吸器官發生故障，這種狀況單純給予氧氣並無幫助，必須要將可能產生的原因給予去除方可治癒，最常見的原因分析如下：

(1) 鼻咽腔、喉嚨阻礙

由於鼻咽腔及喉嚨可能有蓄積無法排除的涕液、或該局部組織發育不良或黏膜腫脹，致使呼吸道變成狹窄，阻礙空氣的進出。這時，利用穴壓治療清除鼻咽中的廢物，消除組織腫脹，加強鼻咽腔的發育，擴大呼吸道的空間，使呼吸能順暢，呼吸空氣量自然增加，消除換氣的困難。

(2) 胸廓肋骨結構受到限制

胸廓肋骨結構受到限制，呼吸時無法充分擴大，致使呼吸量不足身體需要，造成換氣困難，這是最常見的原因。這時，利用穴壓將身體後面的脊柱每節輕輕揉開放鬆，再將每一根肋骨，共 12 根，自背面脊柱處往前至身體前面肋骨和胸骨聯結處輕輕揉開放鬆，用「氣能」透過穴道協助胸廓肋骨的開合，以及各肋間肌肉組織的生長發育，壯大嬰幼兒的胸部，其呼吸空氣量自然逐漸增加而消除換氣的困難。

(3) 橫膈膜運動失能

橫膈膜是主宰人體自動產生能量系統——「三焦」中「上焦」裡的最重要的器官，橫膈膜的運動造成胸腔內正、負壓力的變換，才能將體外的空氣吸入或排出而產生有效且充足的呼吸量以產生血氧。一但橫膈膜運動失能，自然無法進行空氣的吸入或排出，就產生呼吸困難。橫膈膜的運動不受意識的控制，一但失能，需要使用穴道偵測原因，再加以修護，解除換氣困難。

二、流淚

嬰幼兒如發現經常無故淚眼汪汪，淚流不止，通常發生在單眼，發生在雙眼較少見，那就是淚管阻塞所造成。一般的治療法是給予按摩，如仍無效時，則醫生會使用侵入性方法，將長長的細針自內眼角去疏通淚管。這時，若採用穴壓治療法去清除淚管阻塞物，增強擴大淚管組織，其效果迅速安全，不再淚流。

三、說話不清

嬰幼兒開始學說話時，發現其語音混淆不清，像口中含著糖果在說話，這時就要懷疑其舌繫帶發育不足，通常是舌繫帶太短，致使舌頭在說話時不能靈活運動。一般的治療是在嬰幼兒稍長大後，手術切開一些，讓其變長。由於舌繫帶上有一穴道可以控制其生長，因此只要用穴壓治療法去刺激控制其生長，不需要採用切開手術。

四、斜頸

嬰幼兒早期柔軟無比，很難發現其頸部肌肉的異常。需等到嬰幼兒能夠豎立起頭頸部時，可以發現其頭頸經常斜向一邊，這就是斜頸。這是一側頸部肌肉，尤其是胸鎖乳突肌攣縮所造成，其傾斜的程度可以依角度分為輕微、中度到重度，甚至可以隨生長而越來越嚴重、越來越僵硬，影響頭頸部的轉動，不但是人體外觀也是活動的缺陷。一般的治療是成長後，用手術切開部分肌肉，讓其傾斜程度減少，和頭頸部的轉動幅度增加，術後的效果有時不理想，仍會有殘跡。

斜頸如及早發現，只要用穴壓這種非侵入性治療法去消除肌肉攣縮的部分，刺激控制該肌肉的修護和生長，不需要採用切開手術，自然隨歲月正常發育，不會產生人體外觀上和頭頸部活動的缺陷。

五、吐奶

嬰幼兒吐奶的原因有很多種，如在正常餵食下，或餐後會頻頻吐奶，

或胸部隨呼吸上下時會頻頻吐奶，這就要懷疑是胃上部賁門鬆弛，或是胸骨劍突及左側肋骨和周圍肌肉群的緊縮和壓迫。一般沒有有效的治療法，只能少量餵食減少吐奶的機會。這時，只要用穴壓治療法去消除胸、肋骨和周圍肌肉群的緊縮和壓迫，刺激該部位放鬆及擴大生長，吐奶的狀況就消除了。

六、凹胸

嬰幼兒凹胸，除非很嚴重影響到呼吸或餵食，通常會被認為是遺傳，並且在衣服掩飾下不影響外觀而被忽略。雖然凹胸在其長大成人後，可能會因呼吸量不足而產生呼吸困難，但在嬰幼兒時期卻很少受到重視。不過嬰幼兒時期因為其肌肉骨仍然柔軟，是可以利用穴壓治療法去矯正，用氣能擴大胸廓讓胸骨上挺逐漸修護改善。

七、雞胸

嬰幼兒雞胸，因為不會影響呼吸或餵食，通常會被認為是遺傳，若在衣服掩飾下不影響外觀，就被忽略了。若嚴重影響外觀，則會在成長後開刀手術矯正。但在嬰幼兒時期因肌肉骨仍然柔軟，是可以利用穴壓治療法去矯正，用氣能按壓胸、肋骨及周圍組織器官，使其平整改善。

總之，嬰幼兒發育異常或外觀缺陷，越早發現越容易治療效果越好。因此及早發現就是重要的關鍵。所以政府有關健康衛生單位會執行新生兒及嬰幼兒健康檢查，就是要早期發現早期治療，維護大眾未來的健康。



盛開的曇花

—本會理事長謝麗貞提供

特別報導

顫顎關節障礙症簡介

楊明穎*

*中國醫藥大學牙醫學系兼任講師

關鍵詞：顫顎關節、顫顎障礙症

顫顎關節疾患是臨床上相當常見的問題，流行病學上，約有 75% 的成人在檢查時可以發現至少有一個顫顎關節異常的徵候，但只有 5% 的病人需要治療。患者年齡以 20~40 歲居多，其中女性的發生率是男性的 3~9 倍。本文針對顫顎關節障礙症做一簡介，使讀者瞭解當前西方醫學對此一病症的認識與治療概況。

一、顫顎關節簡介

顫顎關節是連接下顎骨和顫骨的關節，俗稱下巴關節，當開閉口時顫顎關節就會動作。將手放在兩側耳前，將嘴巴打開或閉上，就可以感覺到關節的運動。顫顎關節可以前、後滑動使嘴巴張開、閉合至少約四公分大小，也可以讓下巴左右移動至少約一公分。配合顫顎關節中間的關節盤，可以有效、無痛地咀嚼、吞嚥、說話，甚至作出一些誇張、戲劇性的臉部動作。顫顎關節的組成包含了位於下顎骨的髁頭(mandibular condyle)、位於頭顱顫部的關節窩(glenoid fossa)、以及位於此兩個骨性構造間的關節盤(joint disc)。這些構造被包覆在關節囊(capsule)內，周圍附著著數條控制開閉口動作的咀嚼肌群(Muscles of mastication)。顫顎關節在成角矢狀面切面(angulated satittal

plane)的解剖如下圖所示。

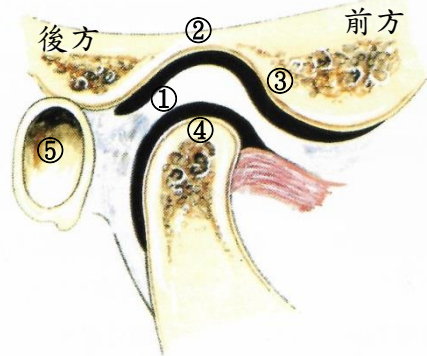


圖 1. 閉口時顫顎關節的組成：

①關節盤 ②關節窩 ③顫骨關節隆突 ④髁頭 ⑤外耳道

閉口時，關節盤位於關節窩和髁頭之間擔任緩衝角色，為前後厚中央薄的構造

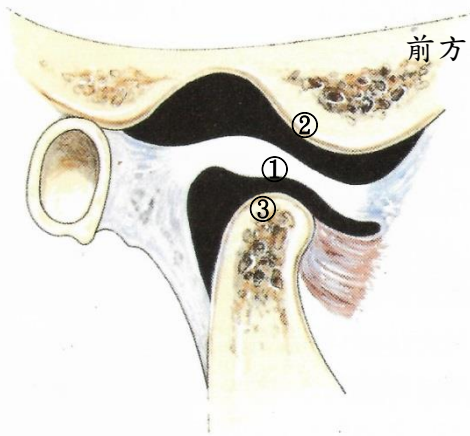


圖 2. 開口時顫顎關節各組成部位的相對關係

①關節盤 ②顫骨關節隆突 ③髁頭
髁頭往前滑到顫骨關節隆突下方、甚至超越隆突的位置，關節盤則覆蓋在髁頭上隨之往前移動。

二、顫顎關節障礙症臨床症狀

顫顎關節障礙症，或稱顫顎關節症候群、咀嚼功能障礙症等，即是這些顫顎關節及相關構造的其中任何一個部分功能異常而造成不適，主要包含以下四大類：(1)咀嚼肌群疼痛(pain & tenderness)、疲倦(tired)、或僵直(tightness)。患者感覺顏面及顫顎部痠痛、頸部肌肉及肩膀痠痛、頭痛、張口疼痛以及咀嚼時有疼痛感等等。(2)顫顎關節疼痛(pain & tenderness)。患者感覺咀嚼時疼痛、耳內疼痛、張口疼痛以及張口困難等。(3)下顎運動時顫顎關節發出聲音，如彈響(clicking)或捻髮聲(crepitus)。患者開、閉口時聽到噪音，張口偶有卡住感覺，或張口時下巴偏向一側等。(4)下顎運動受限。患者開口困難或疼痛，嘴巴張不開。一般開口度計算方式為量測上下門牙間

距離，開口度小於 3.5 公分即認定為開口受限。亦可能張口時下巴偏斜，或產生發音障礙。

由以上症狀敘述可知，儘管起因不同，造成的顫顎關節障礙症狀卻可能相似或重疊，顫顎關節的各組成部位間原本即是協同工作，一個部分有問題，其餘部分可能因代償作用跟著產生問題，這些都增加顫顎關節障礙症診斷的複雜度，造成治療上的困難。

臨床上某些疾病，如外傷(trauma)、腫瘤(tumor)、類風濕關節炎(rheumatoid arthritis)、偏頭痛(migraine)、以及感染(infection)等情況下，亦可能出現上述症狀，需參考病史(history)以及臨床功能檢查(functional examination)的各項結果，進行鑑別診斷(differential diagnosis)，方能確診為咀嚼功能障礙。

三、顫顎障礙症的病因

顫顎障礙症為多因性(multifactorial)，並沒有像一般疾病的單一致病因子存在，且誘發的因素彼此之間會產生交互作用，而使症狀加劇。診斷時，應判別患者屬於 1、肌源性(muscular type)：即症狀僅止於肌肉、肌腱；或是 2、關節源性(arthrogenic type)：症狀源自顫顎關節或關節盤之異常；亦或 3、兩者兼具型：症狀影響範圍包含顫顎關節及咀嚼肌群。

目前認為跟顫顎關節障礙相關的病因包括：牙齒咬合不良、長時間精神壓力、神經系統不協調等。近代學者則主張異常功能(parafuction)才是主因，異常功能包括白天緊咬(clenching)或夜間磨牙(bruxism)等，精神壓力愈大，異常功能愈嚴重，說明壓力與顫顎障

礙症狀的關係。異常功能對顳顎關節及其肌群來說，好比經年累月握緊拳頭，如此手臂肌肉的酸痛是可以預期的。因此容易緊張、焦慮、易怒、求好心切的人較易得此症，生活作息是否正常、睡眠品質、飲食習慣等，皆有影響。其他如喜歡咀嚼硬的食物，長期頭頸部姿勢不良皆是致病因素。

另外比較少見的原因，來自關節本身退化、發炎、腫瘤或自體免疫病變；以及下巴曾受撞擊導致的急性或慢性外傷等，亦可能有影響。

四、顳顎障礙症的治療

對疾病的治療最有效的方法應是去除病因，然而顳顎障礙症的病因雖經數十年研究，仍舊未有確切答案。因此目前對顳顎障礙症狀只能「處理」(management)臨床徵候，而非真正去除病因的治療。顳顎障礙症的治療可分為兩大類：

- 1、可逆性(reversible)：包括藥物、行為治療或咬合板等物理治療方法。
- 2、不可逆性(irreversible)：咬合調整、以牙齒矯正或製作贗復物去除咬合干擾、甚至手術。

經過數十年的追蹤，發現這兩類治療方式的療效是類似的，加上病因不明確，因此目前世界潮流對顳顎關節障礙症是偏向使用可逆性療法，分類描述如下：

- (1) 藥物治療：急性期疼痛厲害時，可投予非類固醇止痛藥與肌肉鬆弛劑；有夜間磨牙或常咬牙切齒或有心理壓力者，可給予口服三環抗憂慮劑。
- (2) (2) 物理治療：舉凡超音波

(ultrasound)、冷熱敷(thermal therapy)、低功率雷射(low-level laser therapy)、電刺激(electrical stimulation)、脈衝電磁治療(pulsed electromagnetic fields)及針灸(acupuncture)皆包含在內。使用這類治療必須注意該治療方式對組織的穿透力，例如超音波及冷熱敷的穿透力最多 1 公分，對位於深層的顎關節及內、外翼肌(med. and lat. pterygoid muscle)等深層咀嚼肌群來說，效果有限。

- (3) 咬合板治療：咬合板的原理有點像拐杖，對已經受傷的顳顎關節提供支撐，避免它繼續受傷惡化，也讓受傷的組織有機會復原、癒合。雖然治療機轉仍未明瞭，但廣義療效達 70~90%是不爭的事實。
- (4) 生理行為治療(Bio-behavior therapy)：使患者練習自覺到一些無意識的不良習慣性動作，進而自我控制甚至消除這些惡化症狀的動作。練習放鬆及壓力處理甚至心理治療等，都可能有幫助。

顫顎關節障礙症是文明病之一，只要維持正常的生活習慣，不熬夜、經常保持心情放鬆，均衡的飲食，適度的運動，良好的咬合都有助於此症

的預防及治療。若萬一有顫顎關節障礙症的症狀出現，要儘速求醫，以免病情惡化，致使治療變得困難。



特別報導

顫顎關節障礙盛行率調查

林文絹¹、謝麗絲²、洪韻媚²、沈育如²、劉群威²、邵芸英²、陳瓏仁²、

朱憶華²、施翠滿²、鄒素芳²、劉維婷²、陳素卉²、謝麗貞²

¹ 國立台北護理健康大學護理系副教授

² 穴壓與拔罐學會學術研究組研究組員

摘要

顫顎關節障礙可見於各年齡層，病患逐漸發展並確診為此症，然某些症狀初期並不明顯，常被忽略，不少民眾不自知自己的症狀，當出現嚴重症狀才進行緊急處置，因此早期篩檢有其必要性。早年曾針對臺灣大學生進行相關的調查，未見一般民眾顫顎關節障礙盛行率資料，本研究目的為了解一般民眾顫顎關節障礙盛行率。

本研究採橫斷式研究，於 109 年 1-3 月間，邀請前往吉錠診所就診的病人與家屬及其親朋，徵詢有意願填寫問卷者填寫問卷。使用豐賽卡量表進行資料收集，問卷基本資料包括性別、年齡，研究問卷分二部分，1-10 題採用豐賽卡問卷 (Fonseca questionnaire)，內容包括詢問關節、頭、頸部疼痛；咀嚼、移動限制、是否出現喀喀聲響等症狀，與情緒的感受等此量表為一多面向的流行病學篩檢量表，可快速的收集到資料，依得分進行障礙輕微、中度、嚴重的分級。以 SPSS.20 套裝軟體進行資料統計分析。

本研究共回收年齡介於 7-81 歲的 623 份問卷，有效問卷 591 份(94.9%)，資料顯示有顫顎關節障礙者佔 46.1%(274 人)。有顫顎關節障礙者中，輕微障礙佔 36.7%，中度障礙佔 8.5%，嚴重障礙佔 1.2%。40-60 歲為盛行率最高的年齡層。女性發生率大於男性，女性顫顎關節障礙多集中在輕微障礙佔 43%，然嚴重者比例，男性有 2% 高於女性 0.5%。造成顫顎關節障礙的因素分析顯示，與先前有牙齒問題、曾經臉部尤其耳朵部位受傷、時常用力咳嗽、時常打呵欠等有關。本研究顯示近四成五的民眾顯現不等程度的顫顎關節障礙，建議運用篩檢量表即早進行篩檢以能早期矯治。

關鍵詞：盛行率、流行病學、顫顎關節障礙

Abstract

Temporomandibular joint disorders can be seen in all age groups. Patients gradually develop and are diagnosed with this disease. However, some symptoms are not obvious at the initial stage and are often ignored. Many people do not know their symptoms, and they only take emergency treatment when they have serious symptoms. Disposal, so early screening is necessary. In the early years, a related survey was conducted on college students in Taiwan, and there was no data on the prevalence of temporomandibular joint disorders in the general population. The purpose of this study is to understand the prevalence of temporomandibular joint disorders in the general population.

This study adopts a cross-sectional study. From January to March 109, patients and their family members and relatives and friends who went to Ji Ding Clinic were invited to complete the questionnaire. Use the Fonseca questionnaire to collect data. The basic information of the questionnaire includes gender and age. The research questionnaire is divided into two parts. Questions 1-10 are based on the Fonseca questionnaire, which includes questions about joint, head, and neck pain; chewing The scale is a multi-faceted epidemiological screening scale, which can quickly collect data, according to the scores for minor, moderate, and minor obstacles. Serious classification. Statistical analysis of data with SPSS.20 package software.

In this study, a total of 623 questionnaires aged 7-81 years old were collected, and 591 valid questionnaires (94.9%) were obtained. The data showed that 46.1% had temporomandibular joint disorder. (274 people). Among those with temporomandibular joint disorders, 36.7% were mild disorders, 8.5% were moderate disorders, and 1.2% were severe disorders. 40-60 years old is the age group with the highest prevalence. The incidence of females is higher than that of males. Female temporomandibular joint disorders are mostly concentrated in minor disorders, accounting for 43%. However, the proportion of severe cases is 2% for men and 0.5% for women. Analysis of the factors that cause temporomandibular joint disorders shows that they are related to previous dental problems, previous injuries to the face, especially ears, frequent coughing, and frequent yawning. This study shows that nearly 45% of the people show varying degrees of temporomandibular joint disorders. It is recommended that the screening scale be used for early screening for early diagnosis and treatment.

Key words: prevalence, epidemiology, temporomandibular joint disorders

一、前言

連接下顎骨和顳骨的顳顎關節，是每天頻繁使用的關節之一，無論是說話、進食、打呵欠等，開閉口時就需動作，使顳顎關節障礙的徵候相當

常見，由於許多的病患並未意識到自己有此問題，研究顯示非疾病群體而有顳顎關節障礙症狀者約有 16% to 59% (Lora et al.,2016)。顳顎關節障礙可見於各年齡層，一般族群約盛行率約為 60-70%，然而僅 25%的病患逐漸

發展並確診為此症，需緊急處置的病患中 1-2%為孩童，5%青春期，5-12%成年人(zhar, Sani & Baig, 2019；Chug, Shukla, Bhatt & Soni, 2020)。

二、文獻查證

由於顳顎關節障礙症狀呈現的多樣性，使稱為「障礙」或「症候群」，意指為多種不同症狀呈現的病癥，然某些症狀初期並不明顯，常被忽略，大部分病人呈現頸部疼痛、耳痛與頭痛，求助不同科別仍未能正確的診斷(Chug, Shukla, Bhatt & Soni, 2020)，因此此症的盛行率可能被低估。依據 Ryan(2019)等學者針對顳顎關節障礙的流行病學文獻回顧，綜整 42 篇文獻，研究結果顯示，許多文獻指出所研究的對象約有一半都呈現至少一種以上的顳顎關節障礙症狀，一般群體盛行率報導由 1% to 75%不等，盛行率報導差距極大，主因是由於各研究採取的症狀診斷標準不一，如很多研究大多來自於臨床症狀評估、或由疼痛量表而來，取樣的來源不同，與納入及排除條件的不同，最後綜整文獻後的結論，女性的盛行率高於男性，發生的尖峰年齡為 25-45 歲。Yang 等(2017)以台灣 2004 年到 2013 年的健保資料所做的分析顯示，台灣於 10 年間盛行率由 14%增長到 26%，顳顎關節障礙的平均發病年齡 2004 年為 52.3 ± 17.15 歲，2013 年為 45.12 ± 17.32 歲，顯示年齡有下降的趨勢，女性發生率高於男性。然由台灣健保資料所呈現的盛行率，為已確診者，而未能正確診斷與未覺知有症狀者恐遠高於所報導的盛行率，2001 年一篇以台灣大學生為對象所進行的顳顎關節障礙調查盛

行率為 62%(莊、陳，2001)，然此為早年針對大學生所做的調查，而未見一般民眾顳顎關節障礙盛行率為何。

為能早期的診斷，運用評估量表以篩檢病人將有助於協助早期的矯治與預防惡化(Chug, Shukla, Bhatt & Soni, 2020)，本研究將進行民眾顳顎關節障礙盛行率調查。

三、研究方法

採橫斷式研究，問卷發放時間於 109 年 1 月 3 月，邀請前往吉錠診所就診的病人與家屬及其親朋，徵詢有意願填寫問卷者填寫問卷。

問卷基本資料包括性別、年齡，研究問卷分二部分，1-10 題採用豐賽卡問卷 (Fonseca questionnaire)，此量表為一多面向的流行病學篩檢量表，可快速的收集到資料，依得分將障礙分級。共 10 題，包括詢問關節、頭、頸部疼痛；咀嚼、移動限制、是否出現喀喀聲響等症狀，與情緒的感受等，每題有三選項，是、否，有時，分別計分為 10、5、0，填寫無時間限制。依每題得分總計 10 題總分，依總分分級為：0—15 分，無障礙；20—40 分，輕度障礙；45—65 分，中度障礙；70 分以上，嚴重障礙(Nomura et al., 2007；Habib et al., 2015)。第二部分 11-15 題，自擬可能造成的危險因子共 5 題，包括是否曾因牙齒問題而去看醫生、曾有臉部尤其是耳朵部位受傷、是否常用用力咳嗽、啃咬硬的食物、打呵欠等依發生頻率勾選以下三選項，否、有時是、經常。

統計以 SPSS.20 套裝軟體進行描述性與推論性統計資料分析。推論性統計資料以 Chi-Square test、ANONA

分別檢測不同性別、組別間有無差異。

四、研究結果

共回收 623 份問卷，刪除選項填

表一 參與者基本資料(N=591)

年齡層	人數	男	女
總人數	591(100%)	237(40.1%)	354(59.9%)
20 歲以下	111(18.8%)	59(10%)	52(8.8%)
20-40 歲	177(29.9%)	68(11.5%)	109(18.4%)
40-60 歲	230(39%)	86(14.6%)	144(24.4%)
大於 60 歲	73(12.3%)	24(4%)	49(8.3%)

答不完整的問卷，有效問卷為 591 份(佔 94.9%)，其中男性 237 名(佔 40.1%)，女性 354 名(佔 59.9%)，年齡由 7-81 歲，平均年齡 39.71 ± 17.15 歲，年齡分布上以 40-60 歲佔最多，近四成(見表一)。

(一) 顫顎關節障礙分級

依豐賽卡 10 題項計算所得的總分，參與者得分範圍介於 0-80 分間，平均與標準差為 20.14 ± 15.53 分。依得分的顫顎關節障礙之分級，無顫顎關節障礙人數為 317 人，佔 53.6%；有不等程度的顫顎關節障礙 46.6% 中，輕微障礙者佔總體的 36.7% 為最多(表二)(圖一)，依性別與年齡層在不同障礙分級之人數百分比請見表二與圖二。表三呈現顫顎關節障礙分級依不同性別在人數比例，男性無顫顎關節障礙者占六成，高於女性無顫顎關節障礙者四成九，女性顫顎關節障礙多集中在輕微障礙佔 43%，然嚴重者比例，男性有 2% 高於女性 0.5%。

(二) 顫顎關節障礙性別與年齡差異

依豐賽卡分為無關節障礙與有關節障礙兩組，進行男與女有無障礙的比較，由表四結果顯示女性有關節障礙的比率高於男性達顯著差異($p < .05$)。在不同年齡層障礙得分，40-60 歲與 20-40 歲二組得分平均達 20 分以上，

高於 20 歲以下與 60 歲以上，以 ANOVA 分析結果顯示不同年齡層間得分有顯著差異($F=7.164$, $p < .05$)(表五)，40-60 歲與 20-40 歲二組障礙得分高於其它組別，並達顯著差異(表四)，顯示顫顎關節障礙多集中於 20-60 歲族群。

(三) 造成顫顎關節障礙的原因分析

分別就不同原因所勾選發生的頻率，否、有時是、經常進行障礙得分平均值的比較，五題中僅「常啃堅硬如堅果之類食物嗎」未見三組間的差異，其他四題「有時或經常牙齒問題而去看醫生」、「時常用力咳嗽」、「時常打呵欠」，障礙的得分高於回答「否」者與答「有時是」或「經常」組別間達顯著差異(表六)，表示顫顎關節障礙者先前有牙齒問題、曾經臉部尤其耳朵部位受傷有關，而時常用力咳嗽與打呵欠將加劇顫顎關節障礙。

五 討論

本研究使用為多國所使用的豐賽

卡量表了解含括不同年齡層民眾顫顫關節障礙之盛行率，結果顯示所調查的 7-81 歲 591 名民眾，53.6% 沒有顫顫關節障礙，46.1% 有不等程度的顫顫關節障礙。不等程度障礙中，217 人 (36.7%) 輕微障礙，50 人 (8.5%) 中度障礙，7 人 (1.2%) 嚴重障礙。相較於印度某醫療中心的求診牙醫部門的 960 位不同年齡層病患所做的相同量表調查，449 位 (46.77%) 沒有顫顫關節障礙，53.23% 有不等程度顫顫關節障礙，其中 322 人 (33.54%) 輕微障礙，123 人 (12.81%) 中度障礙，54 人 (5.62%) 嚴重障礙 (Chug, Shukla, Bhatt, & Soni, 2020)，可能由於該研究於求診牙醫的病患，盛行率較本研究為高；而該研究指出顫顫關節障礙遍及各年齡層，嚴重障礙者也有僅 16 歲者，而由本研究也能應證，顫顫關節障礙可發生於各年齡層，20 歲以下者，發生嚴重障礙者有 1 位在，中度障礙有 4 位。

另一個使用相同量表對沙烏地阿拉伯大學生所進行的調查，平均年齡 21.90 ± 1.79 歲，53.2% 沒有顫顫關節障礙，輕微障礙 36.1%，中度障礙 9.6%，與嚴重障礙 1.1%，結果與本研究結果近似 (Habib et al., 2015)。在美國據估計有 50% 有顫顫關節障礙無症狀者 (Scrivani, Keith, & Kaban, 2008)，本研究中有 46.1% 有不等程度的顫顫關節障礙，若與台灣 2013 年的健保資料所呈現的盛行率 26% (Yang et al., 2017) 來看，可顯示不少無症狀者或不自知已有顫顫關節障礙者。

本研究的結果顫顫關節障礙在年齡與性別的部分，能呼應台灣健保資料庫於 2004 年、2013 年所作的調查，以及於 2003-2004 年於高雄牙科診所

所進行的調查，女性發生率大於男性，與盛行率最高的年齡介於 40-60 歲間 (Yang et al., 2017; 王、陳、周, 2007)。造成顫顫關節障礙的原因，周圍鄰近組織的傷害常為主因 (Scrivani, Keith, & Kaban, 2008)，本研究調查有否因牙齒問題而去看醫生、曾經臉部尤其是耳朵部位受傷者，顯示有鄰近組織傷害確實增加顫顫關節障礙的可能。少有文獻探討調查在一般認知中，認為啃堅硬如堅果類食物會增加顫顫關節障礙的可能，然由本研究結果中未呈現出顯現啃堅硬類食物會增加關節障礙的差異。現今顫顫關節障礙原因研究多著重於緊張、壓力等心理因素的研究 (Ryan et al., 2019; 王、陳、周, 2007)，未有探討日常生活中常見的動作對顫顫關節的影響，如時常用力咳嗽、時常打呵欠等對顫顫關節的影響，由本研究結果可知這二個動作較啃咬硬物更加劇顫顫關節障礙的風險，值得進一步探究。

顫顫關節障礙可發生於各年齡層，本研究進行一般民眾顫顫關節障礙盛行率調查，近四成五的民眾顯現不等程度的顫顫關節障礙，其中不少民眾不自知自己的症狀，可見早期篩檢有其必要性，尤其曾有臉部結構曾有任何傷害的病患，以能早期的矯治與預防惡化。

參考文獻

- 王貞婷、陳弘森、周肇茂，2007。〈牙科患者對顫顫關節疾病之認知及現況調查〉, *Taiwan Journal of Oral Medicine Sciences*, 第 23 卷第 2 期，頁 76-94。
- 莊森源、陳鴻榮，2001。〈台灣大學生

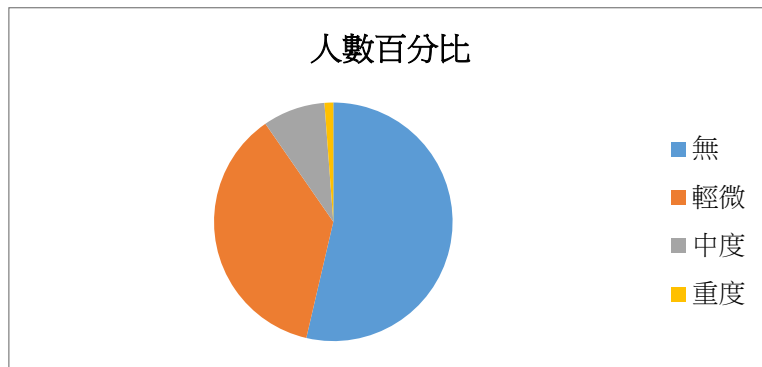
- 顫顎關節障礙的流行率》，《臺灣口腔醫學會雜誌》，第 17 卷第 1 期，頁 40-50。
- Chug, A., Shukla, S., Bhatt, S., & Soni, k., 2020. "Outcomes of temporomandibular joint disorders treatment after a survey in the population of Uttarakhand, Part I: An epidemiological study" *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2020.04.015>
- Habib et al., 2015. "Prevalence and severity of temporomandibular disorders among university students in Riyadh." *The Saudi Dental Journal*, Vol. 273, pp.125-130.
- Lora et al., 2016. "Prevalence of temporomandibular disorders in postmenopausal women and relationship with pain and HRT." *Brazilian Oral Research*, Vol. 30, No.1, e100. <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0100>
- Nomura et al., 2007. "Use of the Fonseca's Questionnaire to Assess the Prevalence and Severity of Temporomandibular Disorders in Brazilian Dental Undergraduates." *Braz Dent J*, Vol. 18, No.2, pp.163-167.
- Ryan et al., 2019. "Epidemiology of Temporomandibular Disorder in the general population: A systematic review". *Adv Dent & Oral Health*, Vol.10, No.3., pp.1-13.
- Scrivani, S. J., Keith, D. A., & Kaban, L. B., 2008. "Temporomandibular Disorders." *N Engl J Med*, Vol. 359, No. 25, pp. 2693-2705.
- Yang et al., 2017. "Trends in the prevalence of diagnosed temporomandibular disorder from 2004 to 2013 using a Nationwide health insurance database in Taiwan." *Journal of Dental Sciences*, Vol. 12, No.3, pp.249-252.
- Baig, S., 2019, "Multiple etiologies of temporomandibular joint disorder-A review.". *Pakistan Journal of Medicine and Dentistry*, Vol. 8, No. 3, pp. 53-57.

表二 顳顎關節障礙分級(N=591)

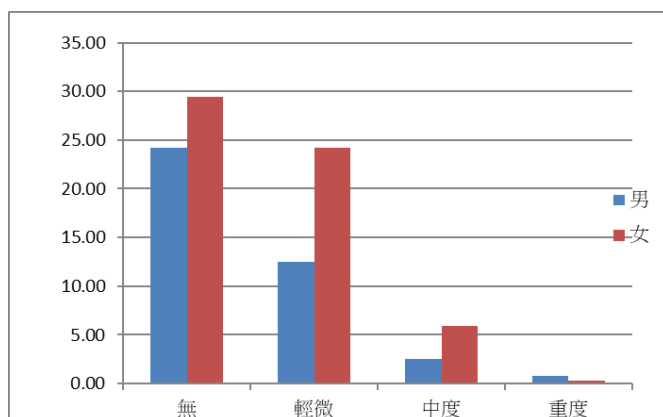
障礙分級 (豐賽卡分數)	無(0-15)	輕微(20-40)	中度(45-65)	嚴重(70-100)	總人數
總數	317 (53.6%)	217 (36.7%)	50 (8.5%)	7(1.2%)	591
性別					
男	143(24.2%)	74(12.5%)	15(2.5%)	5(0.9%)	237
女	174(29.4%)	143(24.2%)	35(5.9%)	2(0.4%)	354
年齡層					
20 歲以下	70(11.8%)	36(6.1%)	4(0.7%)	1(0.2%)	111
20-40 歲	90(15.2%)	65(11%)	21(3.6%)	1(0.2%)	177
40-60 歲	109(18.4%)	94(15.9%)	23(3.8%)	4(0.7%)	230
大於 60 歲	48(8.1%)	22(3.7%)	2(0.4%)	1(0.2%)	73

表三 不同性別在顳顎關節障礙分級百分比(N=591)

障礙分級 (豐賽卡分數)	無(0-15)	輕微(20-40)	中度(45-65)	嚴重(70-100)	總人數
性別					
男	143(60.3%)	74(31.2%)	15(6.3%)	5(2%)	237
女	174(49.2%)	143(43.3%)	35(9.9%)	2(0.5%)	354



圖一 顳顎關節障礙分級分布圖



圖二 顳顎關節障礙男女人數比較

表四 性別顳顎關節障礙分級(N=591)

	無障礙	有障礙	總計	Person Chi-Square
男	143	94	237	7.142*
百分比	24.2%	15.9%	40.1%	
女	174	180	354	
百分比	29.4%	30.5%	59.9%	
總人數	317	274	591	
百分比	53.6	46.4%	100%	

* $p < .05$

表五 不同年齡層顳顎關節障礙的差異(N=591)

年齡層	人數	平均±標準差	F 值	Sheffe 事後比較
20 歲以下	111	16.16.67±14.04	7.164**	40-60 歲>20 歲以下
20-40 歲	177	21.07±15.81		40-60 歲>大於 60 歲
40-60 歲	230	22.74±15.91		20-40 歲>大於 60 歲
大於 60 歲	73	14.93±13.78		

表六 造成障礙因素與障礙分數間之相關分析

題目	否	有時是	經常	F 值	Sheffe 事後比較
	人數/百分比 平均±標準差	人數/百分比 平均±標準差	人數/百分比 平均±標準差		
1.您有因牙齒問題而去 看醫生嗎?	130 (22.0) 15.5±14.43	414(70.1) 20.71±15.30	47(8.0) 27.87±16.84	12.365**	經常>有時 是 有時是>否 經常>否 經常>否
2.您曾經臉部尤 其是耳朵部位 受傷嗎?	539(91.2) 19.58±15.32	49(8.3) 24.9±15.70	3(0.5) 41.67±27.54	5.614*	
3.您常啃堅硬 如堅果之類 食物嗎?	247(41.8) 19.21±16.36	287(48.6) 20.8±14.77	57(9.6) 20.79±15.69	.752	
4.您時常用力 咳嗽嗎?	372(62.9) 17.11±13.95	196(33.2) 25.05±17.01	23(3.9) 27.21±14.13	20.504**	經常>否 有時是>否
5.您時常打呵欠 嗎?	140(23.7) 12.43±13.32	355(60.1) 20.94±14.37	96(16.2) 28.39±17.61	34.842**	經常>有時 是 有時是>否 經常>否

註： **<.001 *<.005

個案報告

顫顎關節障礙個案報告

施翠滿*

*穴壓與拔罐學會學員

個案：女性，60 歲

主訴：顫顎關節開合時有卡卡的聲音，張開嘴巴下巴稍顯傾斜，咀嚼食物時關節偶會發生聲響，有時會覺得下巴肌肉部位很緊，無法放鬆。

診察：將手放在患者臉頰兩側耳朵前下方部位，請患者張大嘴巴，做開合動作，發現患者顫顎關節脫位，導致嘴巴無法正常開合並發出聲響，張口時下巴微偏向一側。

為有助於研究分析，請患者填寫豐賽卡量表。經統計其分數為 40 者，屬於輕度顫顎關節障礙。

Table 2 - Clinical index classification - Fonseca (9).

Total between 0 and 15 points	No TMD
Total between 20 and 40 points	Mild TMD
Total between 45 and 65 points	Moderate TMD
Total between 70 and 100 points	Severe TMD

治療：以氣功穴壓疏通顫顎關節部位後，按壓固定兩邊顫顎關節(圖一)，請患者將嘴巴開至最大(圖二)，接著以最慢的速度閉合嘴巴(圖三)，重覆數次此程序。這個治療方式就像是微雕顫顎關節及其附近肌肉組織，將顫顎關節逐步調整至原來顫顎關節的正確位置。



圖一



圖二



圖三



圖四

穴壓疏通治療顳顎關節後，在顳顎關節部位附近拔罐（圖五、六、七、八），注意這些部位的拔罐壓力不得超過 300mmHg，若拔罐壓力超過 300mmHg 可能過度刺激交感神經，導致患者反胃甚至全身不舒服。

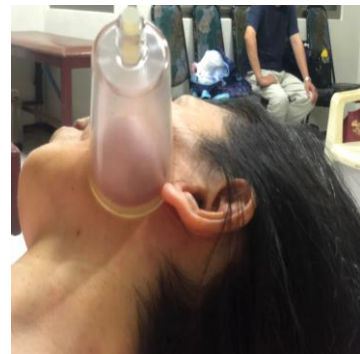
拔罐位置視治療需要，在兩邊顳顎關節附近部位依次拔罐。



圖五



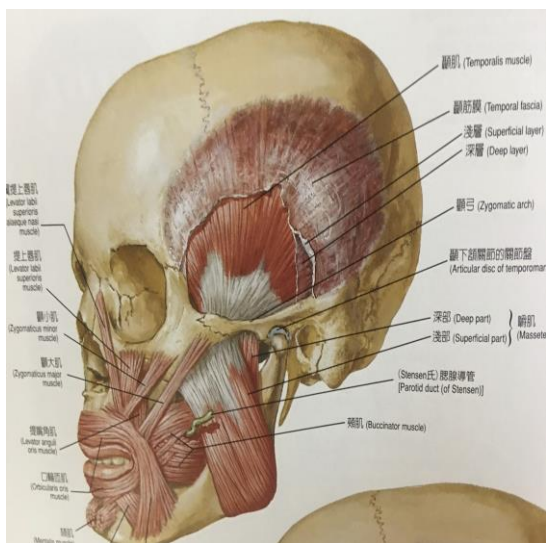
圖六



圖七



圖八



圖九 顛顎關節位置圖

斜，左右不對稱，而且顫顎關節附近肌肉組織愈來愈緊縮，感覺不適才尋求治療。

要注意的是顛顎關節治療過程非常痛，宜鼓勵患者堅持繼續療程，隨著療程進行，因顛顎關節逐漸復位，故痛感會因治療次數而逐漸遞減。

目前累計治療二十五次，右邊顫顎關節在治療七，八次後已經恢復正常。現在張開嘴巴，只剩下左邊顫顎關節一點輕微的卡的聲音。嘴巴已經可以開至四指距離，咀嚼肌也放鬆許多，觀察下巴線條較治療前柔和。豐賽卡量表分數降為 20。估計再治療幾次顫顎關節應可完全恢復正常。

開得更大，咀嚼肌也放鬆許多，觀察下巴線條較治療前柔和。豐賽卡量表分數降為 20。

結果：

顫顎關節是顏面的唯一可動關節，不管是說話或吃東西，都會用到這個關節。患者或因牙齒咬合不良，喜咬硬物，生活壓力，姿勢不良，外力等，都有可能造成顫顎關節障礙。

個案自年輕時，只要張開嘴巴即會聽到聲響，有時還會因咬硬的食物而感到關節不舒服，年輕時偶會發生偏頭痛現象，未曾聯想到可能因顫顎關節障礙所導致，但因尚能張嘴及咀嚼，故沒想到要積極治療。隨著年歲更長，發現顏面開始產生很細微的歪

System Review

練氣、氣功與傳統醫療對兒童的健康效益文獻回顧

The Role of Qi Practice and Qi-associated Therapy in Pediatric Health: A Literature Review

古孜生¹、許辰陽²、嚴明芳³、陳立昇³¹ 台灣大學公共衛生學院，環境衛生研究所² 台灣大學公共衛生學院，公共衛生碩士學位學程³ 臺北醫學大學，口腔衛生學系

摘要

背景：以氣為基礎之介入在兒童研究較為少見。由於練氣以及氣功治療具有非侵入性之特徵，適合運用於兒童族群，且兒童疾病具有發展與發育相關疾病之特性，可運用以氣為基礎之治療達到介入效益。

材料與方法：本研究由學術文獻資料庫以小於 18 歲之研究對象、擇取以身體或心理之量性效益作為結果評估之文獻。收錄之文獻以隨機分派研究設計為主，具有比較組織類實驗設計亦納入。收錄之文獻摘錄其研究族群、研究設計、結果評估以及介入效益進行回顧整理。

結果：本研究納入兒童練氣研究共計 4 篇，用於評估結果之方法以問卷為主，多數研究除問卷填答外，尚加上訪談或包含教師以及家長之問卷。練氣效益評估顯示在心理層面上皆呈現改善之結果，生理層面上則多數在介入組與對照組間未有顯著差異。以腦性麻痺兒童以及發展遲緩兒童為對象之氣功治療，藉由隨機分派研究設計評估皆顯示在動作改善層面達到顯著效益。

結論：以兒童為研究對象評估練氣以及氣功治療效益上，運用隨機分派研究設計進行評估之文獻較為稀少。由於介入之特性以及評估方法或未能切合以氣為基礎之介入方法，運用隨機分派研究設計於練氣以及氣功相關治療時，應加以調整，使對照組以及如盲測等得到客觀實證之研究設計重要關鍵在施行時能符合需求。在結果評估時除以問卷為評估方法外，如拔罐印記圖像以提供符合以氣為基礎之介入之客觀實證評估。

關鍵詞：練氣、氣功、兒童疾病

Abstract

Background

The efficacy of Qi-based interventions targeting at pediatric subjects have been barely addressed. However, the Qi-based interventions are feasible for this group due to the non-invasive nature. Such an approach can also be used for health promotion in pediatric subjects. Furthermore, the mechanisms of Qi-based therapies focusing on the modification of growing and development of human body embrace a promising potential for treating pediatric diseases.

Materials and Methods

Using the published literatures, this study aimed to assess the efficacy of Qi-based interventions as a modality for health promotion and disease treatment. The key words of “Qi” and “Qi practice” were used for searching the PubMed database to retrieve published articles relevant to our study topic. We focused on studies with randomized controlled trial design which enrolled subjects aged 18 years and younger. Articles reporting the quantitative results with predetermined outcome measurements were enrolled. In addition to the publishing database of PubMed, literatures were also retrieved from review articles with relevant topics. Case reports, guidelines, and expert opinions were excluded from our review.

Results

Four articles focusing on assessing the efficacy of Qi practice for pediatric groups were enrolled. While questionnaire-based assessments were used in most of the studies to evaluate the efficacy of interventions, some studies also applied qualitative assessment by interviewing the parents and teachers of the schools of enrolled pediatric subjects. Two studies also used biological measurements to assess the effect of metabolism resulted from Qi-based practice. While positive results of improving psychological outcomes attributed to Qi practice were reported from all enrolled studies, the differences in physiological performance between the Qi practice group and comparator were not significant. We also reviewed the literatures reporting the use of Qi-based therapy for pediatric patients with cerebral palsy and developmental disorder. There were reports on the efficacy of improving movement control for subjects with Qi-based therapy.

Conclusions

The randomized controlled trial design has not been widely used for assessing the efficacy of Qi practice and Qi-based therapy in pediatric subjects. This may due to the individual-tailor characteristics and the processes on applying the Qi-based interventions. This nature of Qi-based intervention may hamper the standard procedure applied in conducting a randomized controlled studies in this field and render the results of evaluation inefficient. A modified study design capturing the essence of evidence-based evaluation with the consideration of the characteristics of Qi interventions using objective measurement such as the imprint of cupping should be envisaged for reaching the aim of assessing the efficacy in this field.

Keywords: Qi practice, Qi-based, children disease

前言

練氣以及以氣功治療往往需要相當程度之精神專注，練氣以及氣功治療時亦須要病患之配合，因此過往對於運用練氣以及氣功相關之治療往往著重於成年病患與成年人之疾患。練氣對於改善生理以及心理層次在過往研究以及系統性文獻回顧中已顯示具有效益(Kang et al., 2011; Niu et al., 2014; Chang et al., 2019)，但練氣對於兒童之效益實證在目前之學術文獻中則較少提及。由於練氣可運用非侵入性之方式改善兒童之精神與生理功能，於兒童臨床醫學在推廣與運用上有極高之可行性。但囿於前述之因素，練氣對於兒童之實證效益目前仍缺乏一致之見解。本研究蒐集練氣於兒童(18歲以下)之實證文獻進行回顧與整理，以了解此一新興治療範疇之可運用性、目前之療效實證，以及推廣之可能。

鄉民基本資料由整合式篩檢計畫工作人員詢問蒐集。下背痛制動點篩檢中的穴位按壓人員共六位，由專業醫師事前召集訓練，以求穴位按壓操作技術的一致性。穴位按壓篩檢由此六位人員隨機輪流操作，鄉民受按壓的疼痛反應問卷記錄，則由非按壓人員依鄉民按壓後詢問記錄之。篩檢問卷資料由篩檢計畫工作人員統籌整理統計。

練氣除對於兒童之身體與心理可能有所助益，且相同於前述運用練氣之非侵入性特性達到對於兒童族群生理與心理層面改善之目的，氣功相

關治療亦具有此一特性因此在臨床兒童治療上具有相當程度之運用空間。並且，兒童疾患有別於成人經常涉及發展與發育相關之問題，運用氣功對於生長與發育之調控有其理論基礎，因此實務上亦可做為兒童生長與發育相關疾病治療之療法。發展遲緩的兒童往往面臨不同的動作障礙問題，唐氏症兒大多是動作不足，而腦性麻痺兒則相反的面臨過動的問題，本文對此兩類兒童生長與發育疾患整理了氣功相關療對此類兒童病患病人在動作障礙之治療效益研究文獻。

材料與方法

本研究以練氣與氣功治療運用於兒童族群進行文獻回顧。由於練氣方法在實務上可以多種形式進行，本研究以氣功、練氣為關鍵字，限定研究對象為18歲以下於PubMed搜尋學術文獻資料，擇取以身體或心理之量性效益作為結果評估之文獻。本研究亦由兒童練氣以及氣功治療為主題之回顧文章摘取其中之文獻。本研究納入練氣與氣功研究以隨機分派研究設計為主要收錄之研究類型，觀察性研究次之。個案報導、專家意見層級之文獻以及臨床指引則不納入於本研究中。

結果

本研究共納入5篇以兒童為參與族群之練氣介入研究，並且以身體與心理之量性方法為介入結果評估文獻。

關於運用氣功相關療法於兒童生長與發育之文獻本研究共計納入 2 篇研究進行回顧。文獻概述整理於表一。各研究之介入與結果評估詳述如下。

一、練氣對於改善兒童疾病之治療效益

Witt 等人於 2005 年於德國以類實驗設計進行練氣對於兒童效益之研究，並發表於替代與輔助療法醫學期刊(Journal of Alternative and Complementary Medicine)。該研究之研究族群為 7-13 歲之兒童。研究納入 45 名兒童(平均 10.7 歲,SD:0.3 歲)以提供練氣介入，另 45 位學童(平均 10.4 歲,SD:0.3 歲)則做為比較組，提供一班課堂活動，評估練氣對之效益。該研究之介入方法為研究者設計之 15-25 分鐘練氣活動。效益評估以行為面向為主，量測方法包含對練氣授課者、兒童之學校教師、兒童之父母、以及兒童以視覺等校量尺與問卷評估兒童之行為、生活品質，該研究並且以會談之方式進行評估。評估時間為介入前以及介入後 6 個月。該研究結果顯示，練氣對於學童之在校行為(教師問卷，總分、學習過程，以及群體行為 ($P<0.05$)) 有顯著助益(Witt et al., 2005)。

Singh-Grewal 等人於 2007 年於加拿大 8 到 16 歲間之年輕型關節炎(Juvenile inflammatory arthritis)兒童評估練氣之效益。該研究以 2 組隨機分派設計為之，研究納入 39 位(平均 11.5 歲,SD:2.5 歲)兒童接受練氣介入，對照組則為 41 位兒童(平均 11.7 歲,SD:2.5 歲)，評估練氣對於兒童之效益。研究結果發表於關節炎照護與研究期

刊(Arthritis Care and Research)。該研究之練氣介入為 18 個動作之套式，每個動作重複 8 次，最後輔以緩和活動結束。該研究之結果評估方式包含身體有氧代謝之量測(VO_{2max})、包含心理與身體面向之問卷 (Child Health Assessment Questionnaire, CHAQ)、以及視覺等校量尺評估練氣對於參與研究兒童之身體功能與心理功能層面之效益。研究結果顯示，練氣對於兒童在生體功能上相較於對照組達顯著改善(以 CHAQ 進行評估)，但在其他量測包含身體活動度則未達顯著差異 (Singh-Grewal et al., 2007)。

Stephens 等人於 2008 於加拿大以 8-16 歲兒童以隨機分派研究設計比較練氣相較於對照組之臨床效益。研究結果發表於關節炎與風濕病期刊(Arthritis and Rheumatism)。研究之介入組為 16 位(平均年齡 12.9 歲,SD:2.7 歲)兒童，對照組則為 14 位兒童(平均年齡 13.6 歲,SD:1.8 歲)。該研究之練氣方法為結合練氣與太極之 18 個動作之套式，每個動作重複 8 次，練氣結尾以伸展與緩和活動收操。該研究評估效益之方法包含身體有氧代謝之量測(VO_{2max})、包含心理與身體面向之問卷(CHAQ)，生活品質問卷(Quality of My Life scale, QOML 以及 Pediatric Quality of Life, edsQL)、身體功能問卷(Functional Status and Symptom Questionnaire, FSSQ)，肌筋膜炎問卷(Fibromyalgia Impact Questionnaire, FIQ)，兒童憂鬱量表(Childhood Depression Inventory, CDI)，以及日常生活功能問卷(Habitual Activity Estimation Scale, HAES)。研究結果顯示練氣在無氧活動生體功能以及 CHAQ 整體

評估上皆優於對照組，肌筋膜炎程度改善(FIQ 評估分數低於較對照組)，身體痛點數量少於對照組。但有氧活動功能則未達顯著差異 (Stephen et al., 2008)。

Trejstam 等人以類實驗設計評估練氣對於 13-14 歲兒童之助益。該研究納入 53 位兒童(平均年齡 13.2 歲)接受練氣介入，66 位兒童(平均年齡 13.1 歲)為比較組。此研究評估效益之方法包含，在學幸福感量表 Well-being at school (WBS Score)、心理困擾量表 (Psychologic distress scale)、壓力量表以及自我意象 (Self-image) 量表，結果顯示氣功介入組較控制組於學期期間有較平穩之幸福感($p < 0.02$)，心理困擾及壓力也顯著較低，氣功介入組較控制組傾向於改善自我意象($p = 0.078$)。

二、氣功按摩對發展遲緩兒童的效益

Silva 等人(2012)為了解氣功按摩對腦性麻痺及唐氏症兒童在動作技巧及感覺統合上的影響，研究者採用一個隨機臨床分派試驗，將 28 位 4 歲以下具發展遲緩或運動障礙的腦性麻痺($n=14$)及唐氏症兒童($n=14$)隨機分派成兩組，A 組給予治療師(每週一次)及雙親(每日一次)雙重氣功按摩，療程為五個月，B 組則延遲五個月後才開始相同的療程。在 5 個月的療程結束之後，分析治療前後在 Peabody Gross Motor Scale (PGMS) 總分數及次面向分數的差異，結果發現 A 組氣功按摩後個案在 PGMS 物體操作(Object Manipulation) 分數($p < 0.01$)及 PGMS 總分數($p < 0.04$)均有統計上顯著意義的進步，且在療程後的追蹤 5 個月期滿後效益仍然存在，然而在感覺統合面向則不

具顯著差異。

Lu 等人(2019)的隨機臨床分派試驗則針對 36 名具發展遲緩的 3 歲以下幼童，針對實驗組除了原有的一般復健之外，再加上為期 12 週，每週 2 次 20 分鐘按摩，對照組則維持一般復健治療，結果發現實驗組在 Total motor score ($p = 0.023$)，Gross motor score ($p = 0.047$)，及 and sensory sensitivity behavior ($p = 0.042$) 均與對照組具統計上顯著差異。

討論

過往對於練氣運用於兒童之效益研究文獻相對於成人研究較少，運用隨機分派研究結合生理與心理層面之效益評估研究則更為少數。本研究納入兒童練氣效益評估隨機分派研究共計 4 篇，用於評估結果之方法以問卷為主，有兩篇加拿大之研究則輔以生理量測 (VO_2)。由於兒童在評估結果上之特性，多數研究除問卷填答外，尚加上訪談或包含教師以及家長之問卷，以達到多面向評估兒童結果之目的。在心理層面上皆呈現改善之結果，生理層面上則多數在介入組與對照組間未有顯著差異。

針對腦性麻痺兒童使用傳統醫學或替代療法的研究，經常存有干擾因子的問題，特別是兒童在參與研究時，其治療效果的干擾因子，可能來自家長對介入方式的關注或偏好，而產生霍桑效應，或是隨機分派難以形成盲測等問題，致使研究成果不彰。針灸是傳統醫學的治療方法之一，在中國，由於其低風險的特性，被用來治療活動力、知覺、語言及其他神經性問題。在考柯藍資料庫中，我們可以發現針

灸用來治療腦性麻痺多數是研究設計而非完整的研究結果。但即使沒有實證，仍有許多研究支持針灸能改善與腦相關的神經活動 (Oppenheim, 2009)。

以隨機分派研究設計為標準之實證醫學雖在西方醫學運用上在近十年間成果豐碩，也為西方醫學在創新藥物與治療上達到客觀評估介入效益之目的。由本研究以兒童為研究對象評估練氣以及氣功治療效益上，運用隨機分派研究設計由於介入之特性以及評估方法或未能切合以氣為基礎之介入方法，以此一方法進行效益評估文獻較為稀少。對於運用此一實證醫學架構於練氣以及氣功相關治療時，應加以調整，使對照組以及如盲測等得到客觀實證之研究設計重要關鍵在施行時能符合需求。在結果評估時除以問卷為評估方法外，如拔罐印記圖像亦可提供符合以氣為基礎之介入之可觀實證評估。

參考文獻

- Chang PS, Knobf T, Oh B, Funk M, 2019. "Physical and psychological health outcomes of Qigong exercise in older adults: a systematic review and meta-analysis." *Am J Chinese Med*, 47: 301-322.
- Kang JW, Lee MS, Posadzki P, Ernst E, 2011. "T'ai chi for the treatment of osteoarthritis: a systematic review and metaanalysis." *BMJ Open*, 1: e000035
- Lu WP, Tsai WH, Lin LY, Hong RB, Hwang YS, 2019. "The Beneficial Effects of Massage on Motor Development and Sensory Processing in Young Children with Developmental Delay: A Randomized Control Trial Study." *Dev Neurorehabil*, 22: 487-495.
- Niu R, He R, Luo BL, Hu C, 2014. "The effect of tai chi on chronic obstructive pulmonary disease: a pilot randomized study of lung function, exercise capacity and diaphragm strength." *Heart Lung Circ*, 23: 347-352.
- Silva LM, Schalock M, Garberg J, Smith CL, 2012. "Qigong massage for motor skills in young children with cerebral palsy and Down syndrome." *Am J Occup Ther* 66: 348-355.
- Singh-Grewal D, Schneiderman-Walker J, Wright V, Bar-Or O, Beyene J, Selvadurai H, Feldman BM, 2007. "The effects of vigorous exercise training on physical function in children with arthritis: A randomized, controlled, single blinded trial." *Arthritis Care Res*, 57: 1202-1210.
- Stephens S, Feldman BM, Bradley N, Schneiderman J, Wright V, Singh-Grewal D, Tse SM, 2008. "Feasibility and effectiveness of an aerobic exercise program in children with fibromyalgia: results of a randomized controlled pilot trial." *Arthritis Rheum*, 59: 1399-1406.
- Terjestam Y, Jouper J, Johansson C, 2010. "Effects of scheduled qigong exercise on pupils' well-being, self-image, distress, and stress." *J Altern Complem Med*, 16: 939-944
- Oppenheim WL, 2009. "Complementary and alternative methods in cerebral palsy." *Dev Med Child Neuro*, 51: 122-129.
- Witt C, Becker M, Bandelin K, Soellner R, Willich SN, 2005. "Qigong for schoolchildren: a pilot study." *J Altern Complem Med*, 11: 41-47

表一、練氣以及氣功相關治療之實證研究文獻報告

作者(發表年)	研究族群	研究設計	介入措施	結果評測
Witt, et al (2005)	小學二年級兩個班級和高 中八年級兩個班級 (n=90)	類實驗設計 (兩組非隨機 分派設計)	介入組： 6 個月內每 周至少上兩次 20 分 鐘的氣功課 對照組：無介入	(1) 教師問卷 (3 個量表:學習過程、社會行 為、適當行為) 顯著變好 ($p<0.05$) (2) 家長問卷 (4 個量表: 創造力、注意力、幸 福感、不安) 無顯著差異 (3) 生活品質(KINDL 問卷) 無顯著差異
Singh-Grewal et al. (2007)	80 位 8-16 歲兒童特發性關 節炎(JIA)	隨機分派 研究	進行 12 周訓練計 畫,每周三次(一次有 監督、兩次自主訓練) 實驗組: 氣功訓練 對照組: 有氧訓練	(1) VO2submax 在兩組無差異且都未顯著改善 (2) C-HAQ 兩組均表現出顯著改善,改善幅度 於兩組間無顯著差異
Stephens et al (2008)	共有 30 位加拿大多倫多診 間之 8-18 歲患有纖維肌痛 症(Fibromyalgia)之青少 年, 其中 24 位完整參與試 驗, 6 位於運動訓練前後退 出試驗。	隨機分派 研究	12 週運動介入, 分別 為 A 組: 有氧運動(一周 三次, 至少 30 分鐘以 上, 為強化心肺舞 蹈、拳擊等課程) B 組: 氣功(一周三 次, 至少 30 分鐘以 上, 共有 18 組動作, 強度(如心率提高)較 有氧運動組弱)	測量結果包含 (1) 配合度-由日誌及指導員紀錄 A 組 67%高於 B 組 61% (2) 安全性監測-日誌中記載疼痛量化分數 (VAS) (3) 心肺體適能-進行三次運動體適能測試, 兩 次於運動介入前, 一次在運動介入後之重複 測量 A 組在最大負荷量顯著高於 B 組, 其餘檢 測項目兩組無顯著差異。 (4) 心理及身體活動功能-配合三次運動測試將 進行問卷調查, 包含 Childhood Health As- sessment Questionnaire (C-HAQ), Quality of My Life (QOML) scale, Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), Functional Status and Symptom Questionnaire (FSSQ), Fi- bromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) 問卷部分總體而言 A 組優於 B 組, 尤其在

				C-HAQ、QOL 以及疲勞分數方面。
Terjestam et al (2010)	瑞典 13-14 歲學生 氣功介入組: 53 位 控制組: 66 位	隨機分派 研究	實驗組: 為期 8 個星期, 每星期 2 次氣功 (和平力量氣功-冥想動作練習 (幾分鐘放鬆, 五組動作和自我按摩), 每次 25 分鐘內完成 控制組: 無任何介入	(1) 幸福感 (Well-being at school (WBS Score))- 介入組較控制組平穩 ($p < 0.02$), (2) 心理困擾 (Psychologic distress)- 介入組較控制組低 ($p < 0.05$) (3) 自我意象 (Self-image)- 介入組較控制組傾向於改善自我意象 ($p = 0.078$) (4) 壓力 (Stress)- 介入組較控制組低 ($p < 0.02$)
Silva et al (2012)	4 歲以下具發展遲緩或運動障礙的腦性麻痺 ($n=14$) 及唐氏症兒童 ($n=14$)	隨機分派 研究	A 組: 5 個月雙親及治療師雙重氣功按摩治療 B 組: 延遲 5 個月治療	(1) Peabody Gross Motor Scale (PGMS) Object Manipulation scores 有顯著進步 ($p < 0.01$) (2) PGMS 總分有顯著進步 ($p < 0.04$) (3) 感覺統合面向則差異不大 (3) 10 個月的追蹤結果顯示相同的顯著進步.
Lu et al (2019)	4 歲以下具發展遲緩的兒童	隨機分派 研究	實驗組: 一般復健, 加上為期 12 週, 每週 2 次 20 分鐘按摩 對照組: 一般復健	(1) Total motor score ($p = 0.023$) (2) Gross motor score ($p = 0.047$) (3) Sensory sensitivity behavior ($p = 0.042$)

胸椎第 12 節拔罐印記與個人及家族腸病史之關聯

The Association between Cupping Imprint on T12 and the Personal and Family Bowel Disease History

嚴明芳¹、謝麗貞²

¹臺北醫學大學 口腔衛生學系

²吉錠診所負責醫師

摘要

研究背景：以穴壓拔罐治療後印記的表現特徵來判斷腸胃道病變的嚴重程度可提供對病患治療後的一種客觀評估方法，過去研究已證實在胸椎第 12 節拔罐後所得之印記顏色深淺具有較高的腸道功能異常鑑別力。本研究的主要目的則在探討個人人口學特徵、腸胃疾病病史以及個人與家族腸疾病史與胸椎第 12 節拔罐後印記的關聯性。

材料與方法：本研究針對 31 名曾有腸道或有排便困擾的病患，利用「瞬吸可調式吸引力拔罐裝置」進行在胸椎第 12 節進行穴壓拔罐治療，並紀錄個案在拔罐後印記，依其顏色分為一到五級表示病患腸道功能異常的嚴重度。使用寇斯等比例風險函數迴歸模式(Cox Proportional Hazards Regression Model)分析各相關因子對拔罐印記及症狀數加權分數拔罐印記之風險比。

結果：本研究受試者中有約 30%的個案其腸病病程在 5 年以上，但僅有半數有治療史。有 30%的個案有直系親屬的腸癌史，旁系親屬的腸癌史則約佔 22%。針對原始拔罐印記的多變項分析發現各個變項均不具有統計上顯著差異。若針對利用腸道症狀數加權後的分析結果，則有個人疾病史者有具統計上顯著意義的高風險(aHR=17.35, 95% CI: 1.20-251.64)，而直系及旁系親屬的家族史則未見統計上顯著差異。

討論：本研究針對曾有腸道或排便困擾的個案其在胸椎第 12 節進行穴壓拔罐後印記表現的結果，分析其與個人人口學特徵、病史與家族史等因子之間的相關，結果發現在與症狀數加權後印記顏色深淺分數最有相關的因子是個人疾病史，而其他性別、年齡、職業、教育程度或者家族內其他成員腸癌或其他腸道疾病史均無統計上顯著意義的相關性。

關鍵詞：胸椎、穴壓拔罐、腸病變

Abstract

Background Cupping imprint provides an objective assessment method for the severity of bowel symptoms. It has been demonstrated that cupping imprint on the twelfth thoracic vertebra (T12) after acupressure had a better differential diagnosis. We aimed to explore whether demographic features, personal and family history of bowel diseases are associated with cupping imprint on T12.

Materials and Methods A total of 31 patients with complaints of bowel related syndromes were recruited. All participants underwent acupressure and cupping on T12 with an instant suction adjustable attractive cupping device. The cupping imprint was graded from 1 to 5 for the severity of bowel symptoms. We used Cox proportional hazards regression model to quantify the hazard ratio of higher grade with and without weighting by number of symptoms.

Results About 30% patients have experience bowel symptoms for 5 or more years, while only 50% had treatment history. 30% of subjects whose close relatives had history of bowel cancer. Personal history of bowel symptoms had a higher risk of high grade cupping imprint (aHR=17.35, 95% CI: 1.20-251.64), but family history of bowel disease was not statistically significant with cupping imprint on T12.

Conclusion Personal history of bowel symptoms is associated with high grade of cupping imprint on T12. On the other hand, demographic characteristics and family history does not correlate with cupping imprint on T12.

Key words: thoracic vertebra, acupressure, bowel disease

前言

腸道相關症狀是一種惱人的病症，除了影響個案的生活品質之外(Lea & Whorwell, 2001; Olden, 2003)，也會造成在工作及日常生活的不便性，進而導致間接成本增加，對病患本身及雇主均增加其負擔(Buono et al, 2017)。在族群中，腸道相關症狀的疾病盛行率高，根據臺灣基隆社區資料顯示，腸道功能性障礙之一的大腸激躁症的盛行率達 23%，且其盛行率隨著年齡增加而增加，從 40-49 歲的 15%增加至 70 歲以上的 44% (Chang et al, 2015)。然而，由於腸道症狀的表現種類眾多，因此臨床上需要客觀的判斷工具以評

估患者的疾病嚴重度。

穴壓治療為診治腸道相關疾病的一種治療方法，一般而言，會針對人體背部的三個主掌腸胃道生理功能的穴位進行治療，包括胸椎第 3 節(T3)、第 7 節(T7)及第 12 節(T12)，其分別主掌腸胃道神經控制、胃部生理功能及腸部生理功能。

以穴壓拔罐治療後印記的表現特徵來判斷腸胃道病變的嚴重程度則提供客觀評估的方法，王等人(2019)曾利用 31 位有腸道或排便困擾的門診病人進行拔罐處置，結果發現在胸椎第 12 節拔罐後所得之印記顏色深淺相較於胸椎第 3 節具有較高的腸道功能異常

鑑別力。

本研究的主要目的在探討個人人口學特徵、腸胃疾病病史以及個人與家族腸疾病史與胸椎第 12 節拔罐後印記的關聯性。

材料與方法

1. 研究對象

本研究族群取自 2018 年 9 月到 10 月間前往某診所就診病患，在門診醫師問診後，選定曾有腸道或有排便困擾的病患，排除年齡過小的個案，共有 31 名個案進入本研究。所有收錄的個案均填寫結構式問卷，以收集個案的個人基本人口學變項，包括年齡、性別、教育程度及職業，並詢問個案的腸道疾病史、過去病程、治療史及個案本身與其直系、旁系親屬的腸癌史與其他疾病史。

2. 拔罐方法

本研究利用「瞬吸可調式吸引力拔罐裝置」進行拔罐（謝麗貞，2017，第二章），由於拔罐的安全性及療效取決於是否能夠控制在確保療效的最低負壓及兼顧安全性的最大負壓限制之下進行，此裝置為可控壓力裝置，能在瞬間產生全且理想的罐內負壓，並可藉由所附的負壓測量器使得治療者得以在治療過程得到精確的負壓測量，因此可執行安全具效益的拔罐。本研究為探討個案腸道病變狀態，因此於胸椎第 12 節進行點穴拔罐，將罐內負壓維持在 580-620mmHg 的範圍內，並維持約 3 分鐘，每位個案在拔罐後會有兩個印記，我們利用數位相機拍照

保留，並將該拔罐後印記依其顏色分為一到五級表示病患腸道功能異常的嚴重度（謝麗貞，2011；謝麗貞，2017，75-85 頁）。

3. 統計分析

本研究的結果變項為拔罐後印記，如前文所述印記分為第一級到第五級，屬於序位性質的變項(Ordinary Variable)，分數愈高代表其腸道異常狀況愈嚴重，但由於本研究的樣本數較小，因此我們並不使用連續資料的分析，而是利用其序位的特性，以排序資料進行分析，將有腸道症狀視為事件(Event)，沒有腸道症狀視為設限(Censoring)，使用寇斯等比例風險函數迴歸模式(Cox Proportional Hazards Regression Model)進行分析。但由於寇斯等比例風險函數迴歸模式的排序資料是排序愈後面危險性愈低，為了讓印記資料也能反應相同趨勢及反應腸道症狀的加權，我們創造兩個分數置入模式中，

原始分數 = 6 - 拔罐後印記

症狀加權分數 = (腸道症狀數) × 原始分數

我們以單變項及多變項分析求得不同人口學特徵、腸道史相關變項及家族史之粗風險比(Hazard Ratio, HR)、調整風險比(adjusted Hazard Ratio, aHR)及其 95%信賴區間(95% Confidence Interval, CI)，風險比愈高代表個案在腸道相關症狀及表癥愈強。

結果

表 1 為參與本研究 31 位受試者基本人口學特徵及個人、家族病史資料分佈，受試者中有約 30% 的個案其腸病病程約 30%，但僅有半數有治療史。在家族病史的分佈上，有 30% 的個案有直系親屬的腸癌史，旁系親屬的腸癌史則約佔 22%。

表 2 為不同人口學變項、腸病相關資料及家族史的 T12 拔罐後印記的分佈，在 31 名個案中有六成的個案印記屬第四級及第五級，年齡小於 30 歲者略多於高於 30 歲者，性別及教育程度差異不大，無工作者較多第四級及第五級印記，病程短於五年者的印記第五級比例較高，有直系親屬腸癌史者也有較高印記第五級比例。

表 3 為針對以腸道症狀數加權之前原始分數的寇斯等比例風險函數迴歸模式分析，在單變項分析中，曾有腸症治療史的個案有較嚴重的拔罐印記 ($HR=3.07$, 95% CI: 1.16-8.11)，但在直系或旁系親屬的腸癌史則呈現嚴重拔罐印記的可能性較低(直系親屬 $HR=0.91$, 95% CI: 0.29-2.84；旁系親屬 $HR=0.40$, 95% CI: 0.09-1.77)，但在多變項分析則發現各個變項均不具有統計上顯著差異。

表 4 為針對利用腸道症狀數加權後的分析結果，在單變項分析中，曾有腸症治療史的個案依然有較嚴重的拔罐印記 ($HR=3.95$, 95% CI: 1.48-10.58)，但在直系或旁系親屬的腸癌史則呈現嚴重拔罐印記的可能性較

低(直系親屬 $HR=0.74$, 95% CI: 0.24-2.27；旁系親屬 $HR=0.33$, 95% CI: 0.79-1.45)，但在多變項分析則發現有個人疾病史者有具統計上顯著意義的高風險 ($aHR=17.35$, 95% CI: 1.20-251.64)，而直系及旁系親屬的家族史則亦未見統計上顯著差異。

討論

本研究針對曾有腸道或排便困擾的個案其在胸椎第 12 節進行穴壓拔罐後印記表現的結果，分析其與個人人口學特徵、病史與家族史等因子之間的相關，結果發現在與症狀數加權後印記顏色深淺分數最有相關的因子是個人疾病史，而其他性別、年齡、職業、教育程度或者家族內其他成員腸癌或其他腸道疾病史均無統計上顯著意義的相關性。

參考文獻

- Buono, J. L., Carson, R. T., & Flores, N. M. (2017). Health-related quality of life, work productivity, and indirect costs among patients with irritable bowel syndrome with diarrhea. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 35.
- 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.
- Lea, R., & Whorwell, P. J. (2001). Quality of life in irritable bowel syndrome. *Pharmacoeconomics*, 19(6), 643-653.
- Olden, K. W. (2003). Approach to the patient with severe refractory irritable bowel syndrome. *Current Treatment Options in Gastroenterology*, 6(4), 311-317.

王淳瑜、洪韻媚、張美意、謝麗貞、陳秀熙，
2019。〈拔罐及其印記作為腸道病變篩檢
工具的應用〉。《新醫學雜誌》，第二卷第 1
期，頁 40-50。

謝麗貞，2011。《拔罐的真相》。臺北市：知音
出版社。

表一 受試者基本人口學特徵及個人、家族病史資料分佈

		人數	百分比
總人數		31	
年齡	<30	10	32.3%
	30+	21	67.7%
性別	女	17	54.8%
	男	14	45.2%
教育程度	大學以下	17	54.8%
	研究所以以上	14	45.2%
職業	無工作	8	25.8%
	有工作	23	74.2%
病程	5 年以下	22	71.0%
	5 年以上	9	29.0%
治療史	無	16	51.6%
	有	15	48.4%
個人疾病史	無	20	76.9%
	有	6	23.1%
直系親屬疾病史	無	18	66.7%
	腸癌	8	29.6%
	其他	1	3.7%
旁系親屬疾病史	無	18	66.7%
	腸癌	6	22.2%
	其他	3	11.1%

表二 不同穴道部位拔罐及人口學特徵對於印記顏色深淺表現之影響

		I	II	III	IV	V
總人數		2 6.5%	3 9.7%	6 19.4%	10 32.3%	10 32.3%
年齡						
	<30	0 0.0%	0 0.0%	2 20.0%	5 50.0%	3 30.0%
	30+	2 9.5%	3 14.3%	4 19.0%	5 23.8%	7 33.3%
性別						
	女	1 5.9%	1 5.9%	3 17.6%	7 41.2%	5 29.4%
	男	1 7.1%	2 14.3%	3 21.4%	3 21.4%	5 35.7%
教育程度						
	大學以下	0 0.0%	2 11.8%	4 23.5%	6 35.3%	5 29.4%
	研究所以上	2 14.3%	1 7.1%	2 14.3%	4 28.6%	5 35.7%
職業						
	無工作	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	4 50.0%	3 37.5%
	有工作	2 8.7%	3 13.0%	5 21.7%	6 26.1%	7 30.4%
病程						
	5 年以下	1 4.5%	2 9.1%	4 18.2%	6 27.3%	9 40.9%
	5 年以上	1 11.1%	1 11.1%	2 22.2%	4 44.4%	1 11.1%
治療史						
	無	1 6.3%	2 12.5%	4 25.0%	6 37.5%	3 18.8%
	有	1 6.7%	1 6.7%	2 13.3%	4 26.7%	7 46.7%
個人疾病史						
	無	1	2	5	7	5

		I	II	III	IV	V
直系親屬疾病史	有	5.0%	10.0%	25.0%	35.0%	25.0%
		0	0	0	1	5
		0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	83.3%
	無	1	1	4	6	6
旁系親屬疾病史	腸癌	5.6%	5.6%	22.2%	33.3%	33.3%
		0	1	1	2	4
	其他	0.0%	12.5%	12.5%	25.0%	50.0%
		0	0	0	1	0
		0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
	無	1	1	4	4	8
		5.6%	5.6%	22.2%	22.2%	44.4%
	腸癌	0	1	1	3	1
		0.0%	16.7%	16.7%	50.0%	16.7%
	其他	0	0	0	2	1
		0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%



馬來西亞·孤挺花

—本會理事長謝麗貞提供

表三 人口學特徵及家族病史對於印記顏色深淺原始分數表現之影響

變項		HR	95%	CI	aHR	95%	CI
年齡							
	<30	1.00			1.00		
	30+	0.76	0.28	2.07	4.66	0.48	45.01
性別							
	女	1.00			1.00		
	男	0.81	0.32	2.02	2.62	0.46	14.83
教育程度							
	大學以下	1.00			1.00		
	研究所以上	0.61	0.23	1.62	0.23	0.04	1.36
職業							
	無工作	1.00			1.00		
	有工作	0.86	0.28	2.69	0.31	0.04	2.41
病程							
	5 年以下	1.00			1.00		
	5 年以上	1.32	0.53	3.30	0.81	0.10	6.45
治療史							
	無	1.00			1.00		
	有	3.07	1.16	8.11	1.37	0.20	9.51
個人疾病史							
	無	1.00			1.00		
	有	3.47	0.94	12.77	10.43	0.67	161.52
直系親屬腸癌史							
	無	1.00			1.00		
	有	0.91	0.29	2.84	1.14	0.11	11.54
旁系親屬腸癌史							
	無	1.00			1.00		
	有	0.40	0.09	1.77	0.23	0.02	2.47
旁系親屬疾病史							
	無	1.00			1.00		
	有	1.55	0.34	7.07	0.36	0.01	16.27

案例報告

特殊酒精中毒個案報告

張美意¹，謝麗貞^{1,2}¹ 穴壓與拔罐學會研究員² 吉銳診所負責醫師

個案說明：

男性，60歲，無系統性疾病，生活習慣嚴謹，無不良嗜好。

事故經過：

去年8月中，參加大陸旅遊。在四川風景名勝山區，長時間上山攀爬，下山進食應景喝了少許酒後，突然昏倒意識不清。由於地處偏僻，來不及就醫，加上個案也隨即清醒，行動自如，沒有任何異常不適，於是忽略不理。

症狀發生：

一星期之後返台，個案始終覺得胃部不舒服，精神、體力疲倦，長期不能恢復。

診斷及症狀解說：

個案運動後體力欠佳，猛然過度進食，加上喝酒，引發急性酒精中毒，導致意識不清而昏倒。清醒後個案雖未覺有特殊異常現象，但經過十餘日，酒精的毒素仍滯留肝臟，未能清除乾淨，方影響飲食消化的運作，致胃部不舒服、精神及體力倦怠。

酒精主要作用在中樞神經系統，故而會影響胃中脘「中焦自動能量系統」的運作，所以個案才會在長時間

爬山、過度進食又喝酒後，突然因能量產生不足而意識不清昏倒。酒精是靠肝臟代謝和分解毒素，身體突然間能量不足，肝臟的代謝及解毒功能以及其他有關器官等的生化運作也因此中斷。所以酒精毒素未能清除乾淨，自然影響後續飲食消化的運作，才導致胃部不舒服、精神及體力倦怠。這種殘留在肝臟的酒精毒素必須治療清除，否則經久越來沈積越深。

酒精中毒可分為急性及慢性。前者指的是短時間內飲酒過量，立即產生的效應，效應的大小是相對於個案的體力。隨著血中酒精濃度的升高，就會出現中樞神經系統的抑制，當神經反射能力降低，呼吸會受到抑制，血壓下降終於導致昏迷。後者為慢性酒精中毒，則多出現在酗酒者，其症狀迥異，本個案無飲酒習慣，在此就不贅述。

穴壓及拔罐治療

治療目的：

徹底清除肝臟中的酒精毒素、恢復肝臟的代謝和分解毒素的生理功能，協調消化系統中各臟腑相互間的生剋運化，以完成健全身體功能的運行。

治療的步驟：

一、肝、心穴位穴壓治療及拔罐

目的：促進肝臟清除酒精毒素以及加強代謝和分解毒素的生理功能。



二、肝、心總穴位穴壓治療及拔罐

目的：完成心、肝臟清除酒精毒素、恢復肝臟的代謝和分解毒素的生理功能。



三、肝、脾、胃穴位穴壓治療及拔罐

目的：協調消化系統中各臟腑相互間的生剋運化，對肝、脾、胃等各消化系統的器官組織，給予協調恢復其正常生理運作。



四、治療結果

個案的症狀在幾天內完全消除，恢復正常運作。

結論

酒精中毒的成因和症狀，甚至其治療和處理的方式，已然成為一般醫療界和民眾固有的印象。對於一些特殊的個案，容易被忽略或誤診，導致病人無法徹底恢復健康，這是很遺憾的事情，因此增加我們的知識和見聞是非常重要的。

練氣專欄

點穴的痛與影響

謝麗貞*

*穴壓與拔罐學會理事長

點穴的作用在於阻止經脈氣血的流動，進而控制人體器官或肢體的活動。依其目的應學習專門知識和技術，包括穴道、氣血循環的途徑、指力、點穴和解穴的手法才能發揮作用。不過有時誤打誤撞，人體的穴道也會莫名其妙地被點住，產生急、慢性的傷害。

點穴會痛嗎？只有被點穴的人才知道。武俠小說、電影或電視連續劇中最常看到的是強調點穴後對人體的負面效果，像：瞬間不動、昏迷倒地、喪失知覺、肢體僵硬、驚狂恐懼、呼吸困難或不能言語等等，卻很少提到點穴當下人體的痛感。

當點穴瞬間為之時，人體的神經感覺系統還來不及將收到刺激的訊息，反應至腦部認知中樞，而點穴所影響的氣血流動，也不在人體的神經反射系統內，所以無法及時體會點穴的感覺。只有當氣血阻斷控制住了人體的器官或肢體的行動，這時體內才開始產生變化。變化可分為兩種：1.瞬間急遽完全氣血阻斷及控制，其結果就如上述小說和影視中的現象，只有被點穴的人才知情；2.慢慢長期氣血的阻斷，控制住了器官或肢體的發育、生長、更新與生理運作，然後逐漸孱弱、萎

縮、失能，這時如果被點穴的人不知情，就以為生了不明原因的怪病。

當點穴是刻意用來控制人體的氣血流動，進而影響器官或肢體的活動，神經感覺系統可以感知點穴帶來的痛感，包括無感、麻、酥、癢、痛及瞬間驚嚇或劇痛，可是卻不一定知道點穴的用意和作用，這只有下手點穴的人才明白。由於穴道具有人體組織器官功能的控制紐的性質，對外來的刺激，可以迅速反應訊息至腦部的認知中樞，馬上有了知覺，點穴一般是不同性質的痛感。

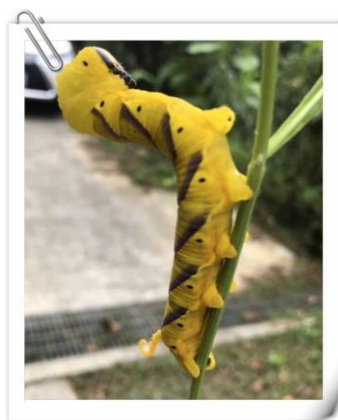
點穴用的是內力（氣功）和一般外力造成的痛感不同。點穴痛在裡；外力痛在表皮，兩者不一樣，前者影響氣血流動改變器官或肢體活動，後者造成皮膚及器官直接受傷。點穴的痛，是由用氣去啟動穴道，然後讓穴道告訴我們組織器官的訊息，這就是我們氣功穴壓治療所根據的基礎。要能夠知道穴道的反應，才能做出正確的診斷，才能去決定治療病症的方法。曾有個案，問我們是用什麼穴道去治什麼病。其實同樣一個穴道，我們按壓是治療，而別人按壓會受傷，其中的差異就是能否知曉穴道的反應和要顯示的訊息。

為了瞭解點穴影響，我們可以利用在點過穴的穴點上拔罐，起罐後皮膚上的罐痕、顏色和血點可以告訴我

們許多客觀、可測量的訊息，可做為診斷、治療以及未來追蹤的參考。



鬼臉天蛾幼蟲



— Keira 提供

練氣專欄

練氣實用時忌諱竭澤而漁

謝麗貞*

*穴壓與拔罐學會理事長

「氣」，古時稱作「炁」，是人體利用來維持及增長生命的能量。人一出生時就賦有的「氣」稱作「原氣」，是母親所給予的，一般關係到天賦體質的強弱。於出生後，人則要仰賴自己體內的自動產生能量的三焦系統中的呼吸系統，供應生命所需的「氣」稱做「宗氣」。所以人要自空氣中吸入氧氣，在肺臟內轉化成為具有生物活性狀態的「氣」，其經過血液循環充滿全身，並且供應全身細胞、組織、器官以及各個系統作為生理運作能量之用，以維持人體生命的延續。如若人經過特殊呼吸吐納的練氣方法，在達到純熟精練的呼吸技巧後，可以額外獲得提升人體的氣能，這個訓練的過程，即所謂的「練氣」，而得到的能量就稱為「練得的氣」。

所謂「學而時習之」，不管是那一種「氣」，其存在的意義最終都是要實用，去發揮或產生最有用的效能，俗稱「作功」，也就是作「氣功」。人在「作功」時，通常都會想要竭盡所能、出類拔萃、發揮自己體能的極限，以取得最佳的成績。因此，上述 3 種人體的氣能，在充分或過度利用時，若利用先天的「原氣」，由於其量是固定的，可能因此耗盡，人體氣能衰竭、

體質轉成虛弱；若利用「宗氣」時，就是利用後天自體自空氣中呼吸產生的氣能去作功，則體力有限，必需要能量充足身強體壯，肺活量充沛，能量方才能源源不斷的補充，才能如意的去實用作「氣功」，這就是要經常鍛鍊體能，否則體力不夠，自然不能完成「作功」。而「練氣」就是要取得額外的能量，將人體自己的氣能增強，打通全身經脈，提昇自體能量的境界，增加生理運作的效能，祛病防疾，延緩老化，延年益壽；更甚者，利用所練得的能量，追求理想，完成夢想成就；其中最有效益者，就是為他人服務，傳輸能量，為病人治療，解除疼痛，恢復健康。「練氣」所得的能量就稱為「練得的氣」，是與「原氣」和「宗氣」不同，當鍛鍊到極致時，身體能量可以不受限制地不斷上升。

一般人多利用自身的「宗氣」去作功，他們必須要經過體能訓練，去培植「體力」。若有人經過「練氣」，使用「練得的氣」所增加額外的氣能去做功，就不會耗用「原氣」或「宗氣」，反而會在鍛鍊和實務操作間，自身的能量更為提升且精化。不過「練得的氣」也是要慢慢累積，還要學習如何去駕馭和氣能進出身體的控制，

這不是短期間可以一蹴即成，有時候還會造成假相，誤導以為自己有極大的成就，那只是精神作用而已。

人自出生後，受歲月影響，器官組織日漸老化，氣血循行效能漸低，生理功能運行的效率也減低。如果「練氣」成功後，可以讓身體的氣能恢復，蓄積體內，形成能量協助氣脈去更新器官組織，保持長期健康。「練氣」是為提升自體能階，藉由大腦的意識控制，在身、心、息放鬆的狀態下，由呼吸吐納心法，啟動命門增加氣能的產生。當空氣不斷吸入，充滿全身四肢百骸，像個飽滿的氣球，這個動作得以讓身體成為最大氣缸，讓胸腔、骨盆腔都可以儲滿氣，在進階狀態時則全身每個細胞都能收納氣能。如此逐漸增長自身能量，還要控制該氣能在人體氣脈中循環，併指揮其在體內作增長體能效益的功；成功後再學習氣能外放，去作利他的功用。

讓「練得的氣」成功地去作功，其最重要的前提是要能駕馭和控制氣在體內氣脈中正確的運行，令其促進身體更新增強健康；然後按照自我的意志，進出身體內、外，這樣令「練得的氣」去作利他的功，為他人服務，傳輸能量，為病人治療，解除疼痛，恢復健康。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。不管是利己還是利他的行為，總歸是要耗費自己的氣能，所以最重要的關鍵是要有源源不斷的氣能進入體內，再恰當的往外利用，不要透支能量，否則「練得的氣」耗盡時，必定會消耗「宗氣」使體力

下降，若再耗盡氣能時，就傷害到根本的「原氣」了。

總而言之，「練得的氣」要練到有深厚的功力，能隨時自然而然源源不斷的產生，並併進入體內方可，當在為外在利他行為的事務使用氣能時，要小心衡量自身的氣能的存量，不可好大喜功，勉強為之，要量力而為，尤其不可以作為商業圖利的工具，一旦為利益自己不能自主控制時，那就是竭澤而漁，失去體能最終喪失健康，得不償失，不得不慎。



樺斑蝶

幼蟲以具微毒的馬利筋葉為食。

養蝶人 Chris 提供

婦女專欄

剖腹產後症候群——任脈截斷症

謝麗貞*、穴壓與拔罐學會全體研究員

*吉錠診所負責醫師

這是「穴壓與拔罐學會」十數年來臨床研究歸納驗證所得的一個全新的疾病診斷：「任脈截斷症」。本症包含許多症狀，研究的結果顯示，係由病患十數年前的剖腹產後衍生而來，所以又稱「剖腹產後症候群」，解釋了許多看似個別存在卻是陸續關聯性發生的症狀。在沒有去除病因和治療前，各病症非但經久無法得到醫治，且越來越複雜牽涉更多臟腑器官的運作，造成病患各種身心痛苦以及更多不解的症狀。當給予「任脈」重建成功後，所有症狀不但得到解除，最重要的是找出這一群症狀的病因，建立診斷醫治方法，然後可以預防避免之。

綜合症狀

患「任脈截斷症」的病患，其患有症狀和特徵包括以下各項：

1. 一般發生在40到50歲的婦人，於就診之前曾經接受過一次以上的剖腹產手術。手術發生的時間可以久遠至10年到20年，這是絕對必要的條件。
2. 病患於手術後，其體重逐漸持續劇增，比懷孕前可以增加超過10~20公斤，無法控制，各種減肥方法均無效，即使節食或運動均不能阻止體重的上升。一般最常聽到的說法就是：不吃飯，就是呼吸空氣都會發胖。
3. 體型肥胖遍及身體各部位，看似全身腫脹，但是以軀幹為嚴重，尤其是上、下腹部正面部位更為明顯，經久之後逐漸往上身前胸口腫脹，壓迫心肺運作。
4. 全身浮腫、皮膚及皮下組織鬆弛、脂肪層增厚，幾乎難以觸及肌肉組織的存在。
5. 經常性腹悶、腹脹、打嗝、消化不良、胃痛和便秘；有食物持續滯留在胃中，不得下行的感覺。另外食欲減退，有胃食道逆流，口腔酸味的現象。
6. 經常感覺胃部往上頂，致心肺活動不順暢，呼吸短促，常常需要用力深呼吸來緩解胸口的不適。
7. 行走時會喘、呼吸困難，嚴重時寸步難行，無法走遠路或爬樓梯。
8. 經常性胸悶、胸口有壓迫感、喘不過氣，心臟跳動無力、心率不規則，體力逐漸虛弱，容易疲勞。
9. 經常頭痛，失眠，脾氣暴躁，易怒。

症狀發生順序

並非每一個病患都有以上所有的症狀，但是絕對包含一半以上。各症狀出現的順序也各不相同。在長久時間下，症狀的種類和嚴重度都會陸續增加。但是首先的現象是逐漸肥胖，先期不以為意，明顯增胖產生症狀後才會警覺，但是病患任由如何努力，功效不大。

過去治療

除原先的系統性或慢性疾病，病患為以上各種症狀，幾乎都曾看過許多科別的醫師，服用許多藥物，但是效果不佳，生活品質低下，全身體檢時，也查不出所以然，通常就以為是自己各器官發生功能失常或老化的問題。

穴壓與拔罐治療

由於看似不關聯的症狀複雜繁多，首先以為是病患的多種毛病，依照穴壓治療法，在探察時採用「穴道偵測」和「氣場感應」，來找出根本的致病原因。診斷治療是分二種方式：1. 個別症狀去除法；和 2. 因果症狀排除法，診斷和治療同時進行，先快速解除個別症狀，再觀察症狀之間的因果關聯，如此可以尋找出原始的肇因。

治療研究經過與發現

在十數年間，臨床上共治療了數十位類似的病患，研究總結歸納驗證發現，這許多症狀都是因為過去在剖

腹產手術時，手術創口將人體前縱行的任脈，在下腹部處給截斷。人體的「氣」在「任脈」中，不能順利地自口部至「會陰」運行往體外排出，廢棄的「氣」蓄積體內，逐漸膨脹，往上壓迫腹部再擴張到胸部、腦部，自然就有諸多相關的症狀出現。故研究結果得出一個全新的疾病診斷：「任脈截斷症」或稱「剖腹產後症候群」。

「任脈截斷症」的治療與臨床上的應用

根據研究驗證結果，便在臨床上充分應用。對凡是過去曾有剖腹產手術的婦女，先排除或先給予治療「任脈截斷症」。治療方法就是重建「任脈」。「任脈」重建後，「氣」的運行通暢，不再蓄積體內得以往外排除，廢氣膨脹消失，各症狀就沒有壓迫，得以順利進行治療。

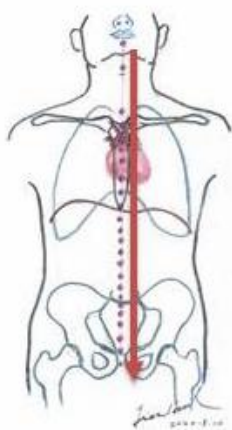
臨床上應用的經驗顯示，「任脈截斷症」並不侷限於有剖腹產手術的婦女，男性在腹部有類似的手術創口者，也會有相同的症候群。而曾在下腹部任脈處作截斷手術者，也並非一定會產生這些症候群，其可能的原因有二：1 任脈自動修復；或 2 症狀較輕微，可以忍受。所以個人的體質、耐受度和修護能力對「任脈截斷症」有高度的影響。

預防保健建議

盡量避免不必要的腹部正中可能截斷任脈的手術，若一定要接受手術，術後注意身體的變化，早期發現，早

期治療，以免影響健康。

致病機制圖示解說

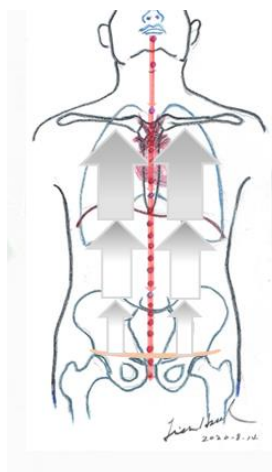


圖一：任脈

說明：圖中紅線表示正常氣的運行

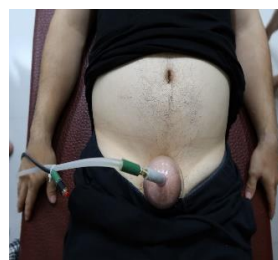


圖三：手術創口



圖二：致病機制

- 說明：
1. 圖中粉色橫線表示手術創口截斷任脈；
 2. 灰黑上行逐漸增大的箭頭表示濁氣蓄積造成肥胖壓迫內臟器官。



圖四：重建任脈

剖腹產後症候群—病人自述

陳子澄*

*高雄穴壓與拔罐學會學員

治療緣起

我小時候體質虛弱，支氣管不太好，原本身形還算苗條，婚前體重48~50公斤左右，結婚生子後體重直線上升增加至58公斤，那時年輕且沒發現任何健康問題，所以對於健康二字似乎不那麼敏感。但就在2017年體重一路上漲至70公斤，那時我想應該是更年期及年紀大代謝緩慢在作祟，也不太在意身體狀況。但在體重達到一個巔峰之後，再加上當時工作壓力大，身體一天比一天還腫、胃脹氣、胃食道逆流、呼吸不順、走路喘不過來、不停地打嗝、便秘、頭痛次數頻繁、失眠接踵而來。掙扎兩年後，此時身軀已殘破不堪，感覺自己活著卻又不快活，每天像行屍走肉般，看著自己也上了一定的年紀，誰都不想退休生活是天天在病床上吧！

因緣際會透過同學介紹認識了謝醫師，事前同學再三交代，要先評估自己的意願與條件，因為謝醫師不太隨便接新病人，且一旦決定要看診的話，便要密集治療，否則也是在浪費彼此的珍貴時間！我內心掙扎許久，畢竟目前定居台中，考慮交通、時間等各個面向問題，最後反問自己難道健康就這麼不值錢嗎？於是決定面對

自己的問題，在2019年6月義無反顧的前往高雄，進行第一次初診。

初診及治療過程

初診當天，謝醫師先用手進行從頭到腳的觸診，未做其他更進一步深入醫治，我當下並沒有多大的感受，心想：「難道治療就這樣嗎？」她只對我說：「你再不處理，爾後無法呼吸、無法走路。」我心想：「有這麼嚴重嗎？」謝醫師又繼續說：「我不差你一個病人，你可以自己選擇要不要看病，身體是你自己的，請你先在診所的布告欄仔細看清楚我的「診療辦法」，如果無法配合，就請不用來！」

當下覺得這真是個好嚴格的醫師，加上是同學轉介的，爾後沒有堅持持續及配合治療，怕同學會被罵慘。又回頭想想我的家庭責任、社會責任，確實得有好的身體才能照顧更多的人。再說身體也真的是自己的，沒人可以幫我承受任何病痛啊。

第二、三次當謝醫師開始按壓穴道及拔罐時，我發誓那真是我人生中最難熬的時刻！但又看見診所牆上寫著「病有多嚴重就有多痛」告訴自己要忍痛，要咬緊牙根撐過去！而我發現謝醫師的手就像個掃描偵探機般地精準，剛開始覺得只是摸摸而已，後

來只要她觸碰到有問題的身體部位時，就立刻知道哪裡有問題！再加上那台神奇的氣壓式拔罐機(全台獨一無二)，治療後疼痛感馬上消除一半以上。

謝醫師說我的狀況是因為剖腹生產時的那一刀，將身體上的任脈給切斷了。當下馬上聯想到武俠電影裡「打通任督二脈」，心想還真有其事？當下我購買了幾本謝醫師寫的書籍（第三類醫療、探索《難經》的奧秘、拔罐的科學實務、拔罐的真相、醫學期刊等），回家後開始研究這幾本書籍及上網尋找相關的資料，好奇地想知道，初診時謝醫師所分享的一些醫療思想與概念。

以下為我擷取自書中及網路的觀念，中醫經絡理論中的任脈和督脈，屬於奇經八脈：「督者總督一身之陽，任者總任一身之陰」。身體前為陰背為陽，所以任脈在身體前部，督脈在身體後部。因為這兩條脈是掌管所有的陰經（手三陰、足三陰六條經脈），和管控所有的陽經（手三陽、足三陽六條經脈）。因此十二經脈有問題時，先打通任脈和督脈，氣血就會通暢。所以任脈：總管六條陰經，其上有 24 個穴位，從下身的會陰穴向上走，一直到下巴中間的承漿穴。

在中醫院或民俗療館常看見利用火或用手動式的抽氣拔罐器，但謝醫師的新型「瞬吸可調式吸引力拔罐裝置」，是經過科學方式計算出拔罐壓力值，能及時有效的產生及控制罐內吸引力。我也常看見謝醫師在調整壓力，使罐內形成理想、有效的負壓。

謝醫師及其助理皆會依照每位患者的年齡、體質、健康狀況而決定罐內的壓力值。

拔罐看似是一種操作簡單的技術，然而實際使用上是需要經過臨床上經驗，及涉略多元學問的醫療知識。傳統上認為溫度和壓力是拔罐功效，每個部位被拔罐後會因身體病況顯現在罐印顏色上。我在初期接受拔罐治療時，身上不論哪個穴位罐印呈現黑紫色而且肌肉痛了一星期，但每看診一次罐印顏色一次比一次淡、疼痛一次比一次輕。

謝醫師最令人佩服的是拔罐位置的決定及選擇，都是對症下手，才明白初診時她所說的要重建任脈。任脈截斷了，從會陰穴到承漿穴全部阻塞，通氣不順，所以產生了身體浮腫、腸胃紊亂、心肺循環滯礙、無法呼吸等症狀，都讓我全身難受度日如年。

治療心得

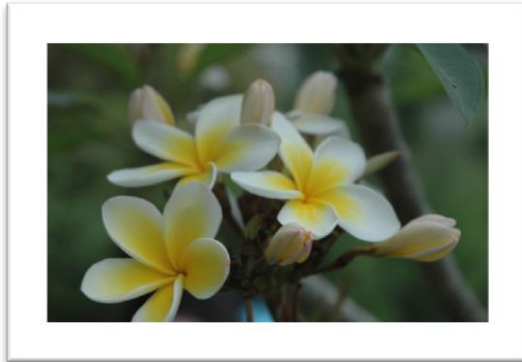
在治療過程中，一定要配合謝醫師的醫囑，起初常常被罵，有時覺得面子重要還是身體重要？但站在謝醫師的立場，治療是一件嚴謹的事，她常說任何疑難雜症都可以改善及痊癒，除非不配合醫師的療程！病患不配合只會使治療時間拉長浪費彼此的時間，那她寧願不收這位病人。

經歷五個月的治療，我的任脈症狀幾乎痊癒，加上服用謝醫師客製化的胃藥，上半身腫脹已經消了一圈、打嗝止住了、消化系統與呼吸系統也

已順暢，胃食道逆流減緩許多、好睡且精、氣、神飽足，輕鬆自在。

兒子也是謝醫師的病患、主要處理十幾年一直無法根治的運動傷害。經過二個月的診療，也身體痊癒。我問謝醫師為何兒子診療期間那麼短，她說：「妳的身體已經讓你使用了五十多年，因生活作息、飲食習慣（愛吃美食的我常被她罵，請少吃動物屍體）及其他意外傷害（騎車挫傷），均未及時治療而累積一堆的病痛，這些都會隨著年齡慢慢地浮現出來。妳兒子還年輕，恢復力當然是比較好！」

謝醫師看診是一次只處理一個症狀，任脈問題引起的十幾年傷害，能在五個月內治療好，可以說 CP 值是相當高了，但革命尚未成功，近日又診斷出尾椎末端有嚴重內傷、體重過重和小腿後委中穴蹲下時會痛（年輕時愛美穿高跟鞋所引起）……等問題，仍須繼續奮戰。與謝醫師的緣分，未完待續。



美麗的雞蛋花，您知道它的汁液具有微毒嗎？

Chris 攝於高雄·田寮

戴口罩二、三事

張美意¹、廖又蓁¹、謝麗貞^{1、2}¹ 穴壓與拔罐學會研究員² 吉錠診所負責醫師

今年年初開始，新型冠狀病毒在世界各地流行，傳染疫情迅速漫延狂飆，迄今仍有越來越猛的趨勢。至 2019 年 8 月 24 日為止，全球確診病例已經共有兩千三百五十萬人，死亡人數共有八十多萬人，死亡率為百分之三點五（來源：Johns Hopkins University CSSE），是當今世界上最嚴重的傳染病。此新冠病毒對人類所產生的毒害，會發生在人類許多器官上，但仍舊以肺炎為主。故該病毒的傳染途徑被認定為空氣飛沫傳染，衛生主管機關遂明令民眾佩戴口罩，以杜絕感染的擴散。對空氣飛沫傳染的預防措施以佩戴口罩為最簡便的方式，因此，世界各國對口罩的需求激增，一時生產不及供不應求，發生搶購和囤積的現象。

其實有了口罩，若佩戴不對也是沒有防疫的作用。所以我們有必要來關心一下有關口罩的一些常識。口罩是在 19 世紀時，醫學界透過實驗認知到空氣中存在有病菌，會使物質腐敗的微生物，經過對著傷口交談的行為，引起傷口感染發炎，因此醫護人員在手術中要佩戴口罩以避免於呼吸、交談時，飛沫飛出對手術創口造成感染。在古老中國，人們為避免吸入骯髒病氣，就有類似戴「口罩」的行為。宋

朝人宋慈在其所著的《洗冤集錄》一書中，提到如何避免惡臭以及受到穢氣的傷害，要使用麻油塗鼻，或紙摵子搵油塞住鼻孔，以生薑置於口內等，就是佩戴「口罩」概念的先身。

現在，一般人認為戴口罩是避免吸入骯髒、寒冷或是有病菌的空氣，和原始係為了避免於呼吸、交談時所造成的飛沫，對他人傷口造成的感染，正好是相反的概念。不過，由於口罩製作的技術和材質已逐漸進步發展，口罩的功能也已有新的功能，可以阻止吸入髒冷的空氣和有毒的病菌，同時也可以避免自己呼吸或說話時的飛沫對他人造成的感染。

佩戴口罩要視實際需要而作正確的選擇。口罩有不同的材質種類，適用於不同的場合，若使用錯誤就沒有預防的功能。口罩約有以下五種種類：

一、醫用口罩

原為外科醫師在手術房中佩戴。由於手術房為無菌狀態，戴口罩系避免醫護人員呼吸、交談時飛沫飛出，對手術傷口造成感染。此口罩結構分三層：外層為防波濺，有防止飛沫沾染

的效用；中層有過濾作用，可阻隔大部分飛沫傳染的病菌；內層則可吸收濕氣和口鼻的分泌物，也與人們佩戴時舒適感覺有關。因為每一層的功能不同，要正確佩戴，如果戴反了，就沒有預防的效果。所以醫用口罩通常有顏色，有顏色的那面要朝外，口罩才能發揮其效用。醫用口罩也適合一般人在感冒時佩戴，可避免傳染給他人；也可在不通風場所或去醫院時佩戴，避免人與人之間的空氣傳染。

二、 N95 口罩：

N 是指這種口罩只適合在非油性的場合中使用。N95 因可以阻擋空氣中百分之 95 的細小微粒而得名。因為其密度非常高，僅有百分之五的氧氣可吸入口中，長期佩帶會使吸入的氧氣量減少造成血氧量降低，甚至造成呼吸不順暢或呼吸困難，所以只有在飛沫傳染病毒流行和處理高傳染性病人時，與病患直接接觸的醫護人員才需要佩戴，一般人很少要佩戴。

三、 棉布口罩

棉布材質可以過濾大顆粒的物質，無法隔絕細菌，一般是在進行打掃工作防止吸入灰塵，或是以保暖為目的時所佩戴。

四、 活性碳口罩

活性碳能夠吸附有毒粉塵、臭味分子以及有機氣體，但是沒有隔絕細菌或病毒之功能。一般適合戶外活動、油漆及噴灑農藥，或是長期接觸有害氣體與粉塵的人所佩戴。

五、 海棉口罩

海棉口罩用來阻隔花粉及塵埃，沒有阻隔細菌或病毒之功能，主要是用於過濾灰粉及塵埃。

因此，在選擇口罩時，應瞭解口罩的種類以及自己的需求，選擇正確有效的種類，才能達到需要佩戴口罩真正的目的。

在戴口罩時，我們還應該瞭解一些常識，來增進佩戴口罩的效益，如下：

1. 一般人為方便起見，都希望口罩既具有防止飛沫飛出，又可避免吸入病菌兩種功能，尤其是在十餘年前 SAS 疫情之後，醫護人員特別需要醫用與防護兼具的口罩。
2. 一般人很少會暴露於高風險的環境中，所以一般人使用醫用口罩即可，只是國際上並無防護口罩的品質標準，現階段只能參考廠商的報告。或者可選用 FDA 認可的醫用口罩，品質較沒問題。因此選用口罩時，應注意製造廠商的信用與口罩的品質。
3. 戴口罩或許可以阻絕一些空氣汙染物質，如含硫、鉛、PM2.5、PM10…等有毒物質，但並非完全隔絕。又當吸入含微小粒子汙染物質的空氣後，還會呼出部分微小粒子汙染物，並會滯留在口罩內側。時

間久了就會造成口罩內側汙染物含量變高，反而讓我們吸入更多的汙染物質。這些有毒物質會使口鼻四周的皮膚受到刺激，產生過敏或中毒現象，而口腔、咽喉、氣管等對吸入濃度增高的有毒空氣，就產生咳嗽、紅腫、口舌乾燥等的過敏發炎反應，因此選擇適當的口罩，並且要經常汰換，才能避免之。

4. 使用添加活性碳簡易型 N95 口罩，大約 10 分鐘就會失效。佩戴失效的口罩則完全沒有阻擋有機溶劑的蒸氣，反而會吸入附著在活性碳上的有機溶劑分子，所以要採用合格的口罩。當處在高濃度有機溶劑暴露環境時，則應選用防毒面具。
5. 口罩要有效阻擋飛沫、細菌、病毒或灰塵等，必須要讓呼吸的空氣，完全經過口罩才能發揮效果。所以正確的戴口罩很重要，沒有戴好口罩，吸入和呼出的空氣沒有通過口罩，也就完全沒有效果。
6. 如果患有呼吸道感染的症狀、曾與病人密切接觸、或是出入流行病傳染地區的人，最好馬上更換口罩。當口罩有破損或出現髒污時，也應該立刻更換。就算沒有破損或髒污，口罩也至少要每天更換一次。
7. 長期戴口罩時，因為不斷往返呼吸，口罩內部承受口鼻連續呼出的熱氣，加上口罩阻隔了空氣的對流，使得口罩內溫度增高，濕度減少，致咽喉及呼吸管道吸不到新鮮空氣，使口腔內脫水、發熱、乾裂、腫痛、受傷等，導致內膜產生異物感、吞嚥困難，持續咳嗽，久而久之，遂成了上呼吸道的病變。所以，應避免長時間在污染地區，要尋找

安全乾淨的環境，盡量脫下口罩以呼吸新鮮空氣，避免長期佩戴口罩。

雖然戴口罩可能發生一些不良症狀，造成對身體的傷害。但是為防止類似新冠病毒傳染疫情的擴散，應遵守衛生防疫主管的要求，在醫療場所、密閉式公共空間、人潮擁擠場所等處，還是應佩戴醫用口罩，只是仍要注意且避免戴口罩可能產生的一些不良影響。建議大家盡量避免到可能受感染的地區，視情況減少長期佩戴口罩的時間，保持口、鼻呼吸空氣的暢通，這才是在傳染疫情中，維護自己的健康方法。

「中暑原因、症狀及寒暑症的解除」研討會

地點：穴壓與拔罐學會高雄辦事處

日期：2020/05/21、2020/06/11

出席：徐萍萍、郭宜芳、張美意、謝麗貞

臺灣地處於熱帶與亞熱帶交界，每年的5月到9月是臺灣的夏季，夏季前期受西南季風帶來潮溼溫暖的氣流影響，之後則受副熱帶高壓影響，每日氣溫經常可達攝氏27到35度，近年來因為地球暖化、氣候變遷、都市熱島效應等因素影響，平均溫度更不斷飆升。雖然今年國曆5月5號才立夏，也就是預示著夏天的到來，但早在3月間，氣溫即有飆破攝氏30度的紀錄，南投在5月10日更出現攝氏40度的高溫，加上台灣每年5、6月進入梅雨季節，天氣陰雨連綿、久雨不晴，午後常有間歇性對流雨，空氣中相對濕度動輒80%起跳，相較其他大陸型氣候，台灣氣候的夏天就比較悶熱潮濕。

而一般在氣象新聞所報導的環境氣溫不一定完全等於我們人體所感知的溫度，人體體感溫度會因氣溫、濕度及風速的不同有所差別。雖然我們身體可以藉由代謝及周圍環境所產生的熱能，調節體內溫度，一旦腦部感應到體溫太高時，會透過自主神經發出調節訊號，擴張血管、加快血流並增加汗腺的分泌。多餘的熱能主要會在皮膚表面或呼吸道中，以蒸發的形式來散熱，這一系列調節過程可以讓身體維持在攝氏37度上下。除了蒸發的形式外，人體也可以透過空氣流

動所產生的對流（如電風扇）、紅外線輻射（待在陰涼處）或冰涼物質的傳導（如冰敷）來散熱。但高溫環境除了容易提昇體感溫度之外，大於75%的濕度則會導致身體難以透過蒸發來散熱。則當環境溫度持續升高，又長時間處在水分容易蒸發、流失的空間或狀態下，再加上沒有適時的補充適量水分以及鹽分，或高溫潮濕使得身體的熱量無法順利排出，人體無法調節體溫來散熱時，就容易出現熱傷害。

熱衰竭、熱痙攣、熱昏厥都是因高溫而產生程度不一的熱傷害。熱昏厥是較輕微的熱傷害症狀，因皮膚血管擴張，以致大腦的血液較少，而造成昏厥。最好的處理方式就是降溫和補充水分、鹽分。熱痙攣則是在劇烈運動下大量出汗，因為水分及電解質流失，導致血中鈉、鉀離子濃度降低，而引起肌肉抽縮疼痛。發生部位以小腿後方的肌肉群和劇烈運動的肌肉群為多，由於連續發作的可能性極高，最好不要在高溫環境下從事太過激烈的運動，運動時間也不宜過長。熱衰竭也是因為高溫環境悶熱，出汗太多，而造成體內水分及鹽分流失。其症狀主要有兩種，一種是水分的大量流失，人體會覺得非常口渴；或一時飲用過

量的水，而忽略「鈉」離子的補充。體溫大多是正常，或者稍微上升一些；會有頭痛、疲倦、無力、躁動不安、定向力變差、噁心、嘔吐、蒼白、肌肉痙攣等現象。處理方式是儘速將人移至陰涼處、除去多餘衣物、側躺、以冷水潑灑或擦拭、搨風、補充水分、送醫，若不即刻處理，就有可能導致中暑。

中暑是熱傷害最為嚴重的一種，指在無法散發熱量的環境中，造成身體的核心體溫升高超過 40.5℃，同時中樞神經的功能出現障礙，有危及生命的狀況。中暑的症狀，起初身體會覺得熱、皮膚乾躁發紅、心跳過快、呼吸過快、低血壓；情況繼續惡化時會發生熱的調節機能失效，身體體溫上升很高，無法流汗、頭痛、頭昏、噁心、嘔吐、視力障礙，多個器官衰竭、神智混亂、定向力變差、以及發生脫水、急性腎衰竭、心律不整、橫紋肌溶解症、肝臟損傷、休克、抽筋、昏迷，甚至死亡等狀況。2013 年國軍士官洪仲丘就是因為過度操練而中暑，送醫時體溫高達 44 度，引發肝、腎衰竭、橫紋肌溶解症、全身多處器官出血等多種症狀，經搶救無效而不幸離世。

寒暑症

當人自高熱的戶外突然進入約攝氏 20 度上下的冷氣房裡，或是進入低於攝氏 10 度生鮮超市等的環境中，人體的調節溫度功能通常無法迅速應付如此劇烈差距的溫差。這時，這種高溫差，不但加重熱中暑的程度，還造成人們又再受凍、受寒、或著涼的現象，讓人體的調節溫度系統更疲於應

付而當機，只好產生難以分辨的「寒暑症」了。尤其是夏天，在戶外炎熱日頭下的驟然進入室內或車內的冷氣中，在冷熱急速交替下，易造成身體的不適，常會有頭痛、噁心、想吐、甚至呼吸困難的現象。這種寒暑症的寒、熱不能互相抵消，而是需要將層層的受寒、中暑逐一驅逐體外，才能幫助人體恢復正常的溫度調節。

本學會研究的《寒暑飲》就是解除此症狀的飲品。它會將人們在身上的寒冷之氣與暑熱之氣逼出體外，身體不適的症狀如：頭悶熱、頭脹氣、體表濕冷、體內熱氣不出，盜汗不止、呼吸困難、胸悶、心慌的感覺等的症狀就可因而逐漸解除，令人體恢復正常的調節溫度的功能。

將一份《寒暑飲》用 3000cc 的水，大火煮滾後轉為中火再煮成 2000cc，溫熱地喝，平時可作為日常保健，預防寒熱侵襲身體之用，使身體能適應溫度變化所造成身體之不適；也可預先將寒暑飲煮好放置冰箱中，要喝時再將它溫熱在 60 度左右，不會太燙，剛好可以入口，喝完後會有滿身汗水淋漓的感覺，將身上的汗漬擦乾，整個人即時清新舒爽。若有中暑現象或有嚴重寒暑症狀時，則將《寒暑飲》用 2000cc 的水煮成 900cc，一天內分 3 次熱熱地喝完，則可改善及疏解寒熱對身體所造成的不適症狀。

研討會中之寒暑飲製作活動





E 諮詢

Q 1. 喉嚨裡總是有塊痰，咳也咳不出來，怎麼回事？

A

喉嚨裡總是覺得有塊痰，就是咳也咳不出來，那是因為那塊不是痰，是咽喉組織有腫脹的病灶。其成因可能是：1. 曾經受過外傷的痕跡，如魚刺、骨刺等異物吞嚥時劃傷咽喉，其傷口一直未能癒合，甚至有化膿腫脹的現象；2. 咽喉、氣管的組織受到刺激物產生的發炎腫痛反應，如飲食中的固體顆粒、空氣中有毒的污染塵埃物質等的刺激而產生的發炎反應，一直未能癒合；3. 咽喉組織因乾裂產生傷口又未能癒合，分泌敗壞的組織污物，黏著在喉嚨深部，就是咳也只能咳出痰液，不能消腫。

這時，要徹底清除咽喉裡的腫塊，讓咽喉組織恢復健康正常的狀態，自然就不會再咳嗽。穴壓治療即是最簡單有效的治療法，通常只要一、兩個療程就可治痊癒。

Q 2. 夏天如何洗澡以免洗後還冒汗不止

A

臺灣夏天炎熱，近年來，氣溫更是年年高昇，日頭赤炎，空氣中攀高的濕度致散熱不易，使得許多人時時汗流浹背。人冒汗不止是為了調整人體的體溫以免中暑，但是剛剛沖了個涼水澡後，還是會滿身大汗！這是怎麼回事呢？

為什麼剛洗完涼水澡還會一直冒汗？除了上述的天氣炎熱和空氣中的高濕度外，洗澡的水溫就是一個重要的因素。人體有兩種溫度：1. 體內臟腑的溫度；和 2. 體表的溫度，而人體內、外溫度的調節，則完全倚靠動、靜脈的血液循環來調整。體內臟腑的溫度大約在 36 度左右，人不可以控制；而體表的溫度大約在 25 度左右，可以用冷水或在冷氣房中去調整體表的溫度。一旦受冷水或冷氣過低過久時，就會傷害體內的臟腑，令其受寒失去正常的生理運作的功能。所以洗澡水的溫度要控制得當，不可太低於體內臟腑的溫度；又不可太高低於體表的溫度，否則就洗後冒汗不止。

所以洗澡水溫度的決定很重要，首先洗澡水的溫度最好要接近體內臟腑的溫度為宜，大約在 36°C~37

℃左右，然後漸漸調低洗澡水的溫度大約到 30℃左右；將近洗完時，再用大約 25℃~20℃左右的冷水稍微沖洗一下，時間不可過久，讓體表溫度降溫，讓身體感受到清涼的感覺就好，就不會再有冒汗現象了。這樣我們保護了體內臟腑的溫度，也讓體表的溫度下降。倘若持續用過冷的水沖澡，會讓體內臟腑器官受寒，溫度變化太大而導致血管急速收縮，不利體溫的調整。



3. 皮膚常見有紅、腫、斑點、疹子、搔癢、疼痛等症狀。為什麼？



最近，有許多人在容易出汗之部位，如腋下、手肘內側、大腿內側等，常出現了不規則的紅腫塊、濕疹、斑點、顆粒、造成搔癢、疼痛等症狀經久治不癒。究其原因可歸咎於 3 方面：1. 天氣炎熱，人們頻繁進出酷熱室外和冷氣房內，致身體調溫功能失常，體表代謝物排出不易而堆積在皮膚有皺褶之處，也就是容易出汗的地方，產生毒素刺激反應；2. 汗水是身體的排泄物也是一種毒素，有的人甚至對自己的汗水過敏，其所造成的不適更為激烈；3. 外在環境空氣中的微粒灰塵有毒汗染物濃度上升，再和汗液混合，更使皮膚紅、腫、癢、痛；特別是目前武漢肺炎病毒肆虐，世界各國疫情嚴重，人們行動受到限制，造成身心情緒的壓抑，身體皮膚自然產生病態的反應。

因此，每個人應當避免日光直曬，避免頻繁出入溫差過大的酷熱、

冷氣房，多喝開水補充水分有利調節體溫，選擇適當溫度的洗澡水，保持身體衛生，可讓我們真正解暑，平平安安愉快地度過酷熱的夏季。



金針花（忘憂草）

—Chris 攝於花蓮縣玉里鎮赤柯山

稿約

新醫學雜誌 (Journal of Neo-medicine, ISSN 2617-7447) 為穴壓與拔罐學會於 2018 年 8 月 30 日創刊的醫學學術期刊。穴壓與拔罐學會 (Acupressure and Cupping Association, 台內團字第 1070068780) 是國內第一個經內政部核准以科學實證法，深入研究穴壓、拔罐及相關醫學理論與技術的社會團體。新醫學雜誌主要著重於另類療法的學術研究，特別在練氣、穴壓與拔罐三大主題的理論、技術、臨床應用，以及相關知識的探討，提供台灣另類療法一個學術研究發表平台，在相關學術領域進行學術與實務相互交流與分享。各期雜誌電子版於國家圖書館「臺灣期刊論文索引系統」開放下載。

(http://readopac3.ncl.edu.tw/nclJournal/browse/journal/browse_mon.jsp?JI=20190043&title=%E6%96%B0%E9%86%AB%E5%AD%B8%E9%9B%9C%E8%AA%8C#)

本雜誌為設有審查制度之期刊，接受有關醫學各方面的學術研究論文發表，採審查者與投稿者雙向匿名方式進行審查，凡醫學相關領域之中、英文原創性論文皆歡迎投稿，唯下列文稿恕不接受：翻譯文章或已在國內、外公開發行或出版過的作品。投稿相關格式與注意事項，請參見附件。在此，竭誠地歡迎有關醫學各方面的學術研究論文投稿。

投稿須知

- 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」、「著作授權同意書」、「著作權讓與同意書」掃描為圖檔加於稿件最後。（請至穴壓與拔罐學會網頁下載：<https://aca999.pixnet.net/blog>; <https://sites.google.com/view/acataiwan>）
- 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。格式請參考穴壓與拔罐學會網頁。
- 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」。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、本刊各篇作者自負文責，其見解或主張不代表穴壓與拔罐學會。

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。

八、本刊為支持國家圖書館「期盼提高罕用期刊文獻的能見度，在知識導航、無償服務與兼顧智慧財產權之精神下，使研究者更能充分利用學術研究成果，從而提升臺灣學術研究效能」的努力，以刊物及個人著作全部無償授權開放電子全文，供「臺灣期刊論文索引系統」，開放全資料庫查詢。若著作人投稿於本雜誌經接受登刊者，須簽署國家圖書館「著作授權同意書」，同意授權本雜誌得再授權國家圖書館或其他資料庫業者，進行重製、透過網路提供服務、授權用戶下載、列印、瀏覽等行為。並得為符合各資料庫之需求，酌作格式之修改。如，不同意上述本雜誌與國家圖書館無償授權合作者，恕無法刊登大作。

九、編輯部聯絡方式：E-mail: acma20170803@gmail.com；電話：07-3127732。



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