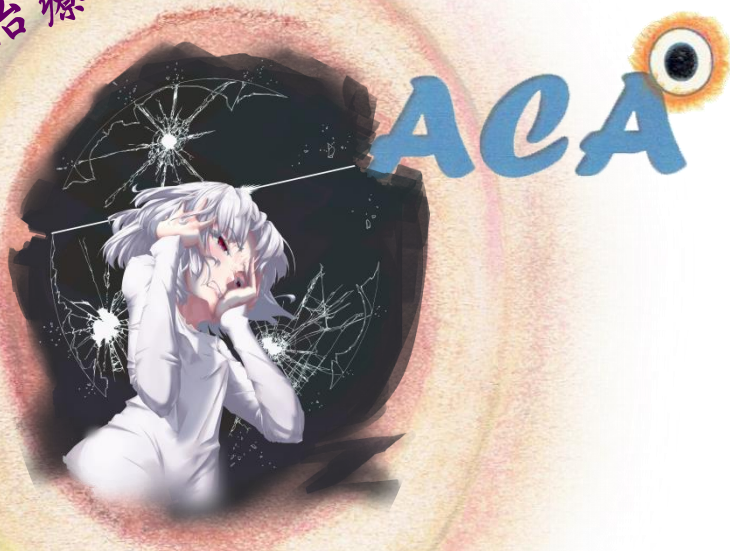


新醫學雜誌

Journal of Neo-Medicine

Volume 4 Number 1, February 2021

特別報導
頭痛的治療



穴壓治療頭痛的隱藏殺手—咬牙切齒的牙關
「老倒縮」腰椎塌陷危險因子的研究
染髮中毒頭痛個案報告
兒童性早熟的評估與治療

ACA 穴壓與拔罐學會
Acupressure and Cupping Association



2021年2月28日

Volume 4 Number 1

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

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.com/view/acataiwan>

封面圖：

由插畫家木可木可提供

Contents

■ 專題

導引瞬間消除頭部氣的脹痛.....1

■ 特別報導

頭部常見的疾病與治療.....3

長年頭痛個案報告與氣功穴壓治療分析.....9

穴壓治療頭痛的隱藏殺手—咬牙切齒的牙關.....13

因過度用眼引發頭痛的氣功穴壓治療.....16

染髮中毒頭痛個案報告.....21

■ 拔罐印記

治療頭部脹痛拔罐後的印記.....23

■ Original Article

「老倒縮」腰椎塌陷危險因子的研究.....29

胃—中焦的症狀造成心悸的機制.....34

外部環境溫度的變化對人體的調溫機制的衝擊.....37

■ System Review

Effects of Acupressure on Headache A Systematic Review.....43

■ 預防保健專欄

淺談急救-心肺復甦術.....59

■ 練氣專欄

氣功穴壓治療於三段五級預防醫學的功能.....64

■ 婦女專欄 Special Columns

兒童性早熟的評估與治療.....68

■ 生活點滴

生活小常識.....71

■ E 諮詢—你問我答

1.不停歇地強力打嗝.....72

2.頭部及袖口突然產生紅疹.....72

3.褲子變長了，為什麼？.....73

■ 邀稿 Call for Paper.....74

導引瞬間消除頭部氣的脹痛

謝麗貞*

*穴壓與拔罐學會理事長

導引是練氣的進階鍛煉，即在念力下令「氣」在人體內依意運行作工。

人體「氣」的運行有兩套系統：(1) 天賦自動的氣血循環—「氣」以「含氧血」的形態在人體動靜脈血液循環系統中周行四肢百骸，供給氣能給器官組織所用，亦即由上焦呼吸系統所得的「宗氣」得在人體血液循環中運行（謝麗貞，2015）；以及（2）人用意念練氣，所「練得的氣」累積至足夠強大的能量，能依人的念力調氣，在人體氣脈中運行，或依特定的途徑進出人體的器官組織，這就是導引。

這兩套「氣」的運行依其特性分別簡述如下：

（一）生理功能：

- （1）輸送及回收氣血與全身器官組織
- （2）導引提供額外氣能以溫養強化全身器官組織

（二）運行途徑

- （1）在體內血液循環中運行，不與外界溝通
- （2）導引促「練得的氣」在體內氣脈中運行併得與外界溝通

（三）意念影響

（1）為體內自動運行系統不受外界或自體意念的影響

（2）導引一定要在人的念力下方能運行

（四）進出人體

（1）存在人體內為完全密閉的循環系統

（2）導引促「練得的氣」經手足以及皮膚與外界溝通

（五）運行失敗的結果

（1）因血氧缺少而生病，或廢棄之氣滯留導致壓迫神經產生脹痛

（2）導引喪失其作用，但若氣能過強又控制不當則有走火入魔之虞

頭部及五官是全身經絡和氣脈最密集之處，頭部又是人體致高之頂，氣輕而升，無孔道可排出體外，於是廢濁之氣便留在頭部產生脹痛感。換句話說，臟腑器官組織生病時，氣血循環即發生廢棄氣血，循行至頭部不得而出；或練氣而無法妥善導引致氣流竄到頭部，這些氣不管是濁氣還是錯練的氣，便蓄積在頭部壓迫神經產生頭部氣的脹痛。如本文第一段所述，當人練氣成功後，所「練得的氣」累

積至足夠強大的能量，可以依人的念力操作「導引」，依一定的途徑，將廢氣瞬間排出體外，一旦廢氣排出體外受到壓迫的神經立即舒緩，脹痛便馬上解除。這種能力可以作用在自己身上，經過訓練後，也可以使用在他人身上做治療用。

所以導引實在是可以瞬間消除氣在頭部所造成的脹痛，其廢氣出口在腳趾（參見雜誌封底圖），無怪乎古人有云：「頭痛醫腳」誠不我欺！只是要掌握好所有必備的條件！這就是氣功穴壓治療法使用導引的功能。



美麗的亞馬遜百合
—本會理事長謝麗貞提供

頭部常見的疾病與治療

班仁知*

*劉嘉修醫院醫療部主任、內科專科醫師、感染症專科醫師

摘要

因頭部受傷、腦血管疾病、腦腫瘤、感染症、水腦症、自體免疫疾病、遺傳性疾病、神經退化性疾病及其他原因等所致腦部症狀，包括頭痛，頭暈，吞嚥困難，發音困難，癲癇，肢體及軀幹僵直，運動遲緩，姿態不穩，肢體無力或癱瘓，行為及人格改變，記憶力及智能喪失等，造成日常生活不便，甚至生活失能，需依賴家人或長期照護人員協助，長期服藥及復健治療，以緩解病痛及減緩肌無力及萎縮的惡化，改善生活品質。

關鍵詞：頭部疾病、頭痛、腦血管疾病、復健治療

Abstract

Brain diseases include head injury, cerebrovascular disease, brain tumor, infectious disease, hydrocephalus, autoimmune disease, hereditary disease, neurodegenerative disease. The associated symptoms of brain diseases such as headache, dizziness, dysphagia, dysarthria, seizure, stiffness of limbs and trunk, slowness of movement, limbs weakness or paralysis, behavior and personality change, loss of memory and mental function may impede daily life and may result in permanent disability. To improve life quality, the requirements of the assistance of family members or long term care members, long term medication and rehabilitation therapy are needed to alleviate pain and deterioration of muscle weakness and atrophy.

Key words: brain diseases, headache, cerebrovascular disease, rehabilitation therapy

一、前言

頭部在解剖學上指的是頸部以上的器官，亦即是人體的首要器官，頭部由顱部及面部組成。頭蓋骨內含有大腦、小腦、腦幹（中腦、橋腦及延腦）及間腦

（視丘、下視丘）等重要的中樞神經器官。頭部疾病原因很多，如頭部受傷、腦血管疾病、腦腫瘤、感染症、水腦症、自體免疫疾病、遺傳性疾病、神經退化性疾病，因疾病造成腦部傷害的輕重程度不一，而引起不同的症狀，諸如頭痛，

視力、聽力、言語障礙，記憶障礙，人格改變，肢體無力，意識混亂甚至昏迷。本文謹簡要敘述頭部常見疾病及治療方式。

二、頭部疾病成因與診斷

(一) 頭部受傷

各種傷害如機車意外，跌倒，槍傷，職業傷害，運動傷害，頭骨骨折，腦震盪，腦內血管破裂，腦組織瘀血，血腫，挫傷等都會造成頭部疾病。

1. 腦震盪：暫時性腦功能障礙，輕則頭痛，注意力及記憶障礙，重則神智混亂，意識喪失，痙攣，甚至死亡。
2. 創傷性腦傷：永久性傷害，人格及情緒改變。
3. 顱內出血：受傷或血壓高導致中風。
4. 硬腦膜下血腫：腦部表面出血，產生壓力壓迫腦組織，導致神經學障礙。
5. 硬腦膜外血腫：頭骨及硬腦膜間出血，因頭部受傷動脈出血，如未處理，可經由初期輕微症狀，進展至昏迷及死亡（Lloyd WC, 2018, Lava N, 2018）。

(二) 腦血管疾病

1. 中風：缺血性中風，血管阻塞導致腦血流不足；出血性中風，血管破裂，血流入腦中，二者皆可使腦組

織死亡。

2. 暫時性腦缺血發作：腦中血流及氧氣暫時性受阻斷，症狀類似中風，24 小時內完全緩解而不損傷腦組織。
3. 腦動脈瘤：腦部動脈壁薄弱缺陷，腫漲如氣球般，如破裂出血則導致中風。
4. 腦水腫：因腦受傷或電解質不平衡導致（Lloyd WC, 2018, Lava N, 2018）。

(三) 腦腫瘤

良性腫瘤，惡性腫瘤，轉移性瘤，膠質母細胞瘤，星狀細胞瘤，腦膜瘤，因腫瘤大小及部位而產生相關症狀（Levine D et al, 2020）。

(四) 感染症

1. 腦膜炎：腦或脊髓外膜(腦膜)因感染發炎，常見症狀如頸僵直，頭痛，發燒，意識混亂。
2. 腦炎：腦組織因病毒感染導致發炎反應。
3. 腦膿瘍：因相鄰腦部之鼻或耳朵的感染，直接侵入腦部，或是身體其他部位的化膿性病灶，經由血液間接侵犯腦部而引起。致病原包括細菌、結核菌、病毒、黴菌及寄生蟲（Levine D et al, 2020, Lava N, 2018）。

(五) 水腦症

頭骨內腦脊髓液因無法適當循環而異常增量，導致顱內壓增加，常因頭部受傷，腦膜炎，腦腫瘤而產生。常壓性水腦症(Normal pressure hydrocephalus)意指腦脊髓液增量而壓力正常的現象 (Lava N, 2018)。

(六) 自體免疫疾病

1. 血管炎：腦部血管發炎性疾病 (Lava N, 2018)。
2. 多發性硬化症：中樞神經系統的髓磷脂(myelin)遭受免疫系統攻擊，神經組織破壞，影響神經與身體間聯繫及運作 (Reich DS, et al 2018)。

(七) 遺傳性疾病

1. 杭亭頓氏病 (Huntington ' s disease)：遺傳性神經疾病，腦細胞退化 (Lava N, 2018)。
2. 威爾森氏症 (Wilson' s disease)：自體隱性遺傳疾病，細胞銅傳遞及經由膽道排泄受阻礙，因而積聚於肝、腦，肝硬化，神經及精神併發症也相繼產生 (Dusek P, et al 2019)。

(八) 神經退化性疾病

1. 巴金森氏病 (Parkinson' s disease)：腦部中心區域神經退化，導致運動及協調發生問題 (Lava N, 2018)。
2. 皮克氏病 (Pick' s disease)：即額顳葉退化症，腦部額葉及顳葉神經

細胞產生不正常蛋白質而致退化性疾病 (Riedl L, et al, 2014)。

3. 阿茲海默症 (Alzheimer' s disease)：腦部產生神經纖維糾結及老化斑塊等異常組織，導致漸進性退化 (Lava N, 2018)。
4. 失智症：腦神經細胞退化或功能異常，認知障礙，包括阿茲海默症、額顳葉退化症、巴金森氏病、路易氏體失智症、血管性失智症等(梁家欣等，2014)。
5. 其他：高血壓，酒精成癮，藥物副作用，營養缺乏，長期暴露鉛、汞及其他金屬皆為神經退化性疾病成因 (Lloyd WC, 2018, Levine D et al, 2020)。

以上所述頭部疾病，可利用詢問病史及家族史，電腦斷層，磁振造影，血管攝影，腦電圖，腦脊髓液分析，遺傳標記檢測等檢查作為診斷參考依據 (Reich DS, et al 2018, Dusek P, et al 2019, Levine D et al, 2020)。

三、頭部疾病症狀

1. 輕度腦傷：症狀包括頭痛，頭暈，倦怠，記憶喪失，混亂，耳鳴，光敏感，噁心或合併嘔吐。
2. 重度腦傷：可導致瞳孔擴大，意識喪失，瞻妄，複視，異常行為，肌肉顫動，癲癇，口齒不清或言語不能，頸部僵硬，幻覺或幻想，無力或麻木，肌肉協調失常，行走困難。
3. 頭痛：包括血管性(偏頭痛)，發炎

- 性及張力性。血管性頭痛，可因發燒或高血壓所致。張力性頭痛，因頭、臉及頸部肌肉緊張所致。除了單側或雙側嚴重頭痛，偏頭痛常伴隨噁心、光敏感及視覺異常等先兆。如有嚴重的潛在疾病如動脈瘤，會因動脈瘤破裂，導致大腦出血或壓迫腦部其他結構，繼而發生嚴重頭痛，頸部僵硬，眼痛，複視，視覺喪失。
4. 中風或暫時性腦缺血發作：常於腦內發生暫時性缺氧，不論是血塊堵塞血流或腦內出血，皆可導致嚴重頭痛，混亂，記憶喪失，人格改變，身體單側肌肉無力，麻木或癱瘓。
 5. 腦腫瘤：可引起頭痛，癲癇，噁心，嘔吐，視覺、聽覺障礙，行為及認知異常，運動及平衡障礙。
 6. 腦膜炎：常見症狀如頸僵直，頭痛，發燒，意識混亂。
 7. 常壓性水腦症：常伴有失智症、步行困難及尿失禁 (Lava N, 2018)。
 8. 血管炎：產生頭痛，意識混亂，意識不清，癲癇 (Berlit P, 2010)。
 9. 多發性硬化症：肌肉僵硬，倦怠，虛弱 (Reich DS, 2018)。
 10. 抗亭頓氏病：情緒兩極化，焦躁，憂鬱症，失智及運動控制困難 (舞蹈症) (Lava N, 2018)。
 11. 威爾森氏症：顫抖，肌張力不全，步態不穩，巴金森氏症，吞嚥困難，發音困難，流涎，步態障礙及姿態異常，肌躍症，間歇性抽動，頭痛，嗅、味覺障礙，不寧腿症候群，睡眠障礙 (Dusek P, et al 2019)。
 12. 皮克氏病：病程進展緩慢，出現人格改變，行為舉止不當，說話困難，記憶力及智能喪失等神經學症狀，約 85% 患者有冷漠，遲鈍或慣性動作的徵候 (Riedl L, et al, 2014)。
 13. 巴金森氏病：早期症狀包括手顫抖，肢體及軀幹僵直，運動遲緩，姿態不穩 (Lava N, 2018)。
 14. 阿茲海默症：記憶及心智喪失，行為及人格改變 (Lava N, 2018)。
 15. 癲癇：腦內異常及過度的電氣活動，常發生於中風後，頭部受傷腦震盪後，也是腦部感染及遺傳性病變的併發症 (Levine D et al, 2020, Lava N, 2018)。

四、治療

治療種類及方式依疾病狀態而異，治療目標在於減緩病痛，改善症狀及恢復正常機能。謹簡述治療方法如下：

1. 止痛藥：頭痛或肌肉痛可使用乙醯胺酚 (acetaminophen)，非類固醇抗發炎藥物如 ibuprofen, diclofenac, 鴉片類止痛劑如 tramadol。
2. 肌肉鬆弛劑：如 baclofen, chlorzoxazone
3. 抗癲癇藥：如 phenytoin, valproic acid, carbamazepine 治療癲癇發作。
4. 鎮靜劑：如 phenobarbital, barbiturate, benzodiazepam (Dusek P,

- et al 2019)。
5. 多巴胺類藥物：如 levodopa 治療巴金森氏症 (Dusek P, et al 2019)。
 6. 抗乙醯膽鹼藥物：如 trihexyphenidyl, biperiden 治療巴金森氏症 (Dusek P, et al 2019)。
 7. 抗抑鬱用藥：皮克氏病可用選擇性血清素回收抑制劑如 Paroxetine, Trazodone, Sertraline 治療憂鬱症 (Riedl L, et al, 2014)。
 8. 手術：顱內出血，硬腦膜外出血，硬腦膜下出血，腦腫瘤之清除或摘除。
 9. 免疫治療：用於多發性硬化症治療，可使用注射藥如干擾素 interferon β ，經由結合干擾素受體，減少 T 細胞活化；單株抗體如 natalizumab，是一種 α -4 整合素 (α 4-integrin) 拮抗劑，它可與白血球上的 α -4-整合素結合，干擾 α -4-整合素與血管壁上的血管細胞黏著分子-1 (vascular cell adhesion molecule-1；VCAM-1) 的相互作用，限制 T 細胞及自然殺手細胞移出血管進入中樞神經系統引起發炎反應；mitoxantrone 為癌症化學治療劑，可抑制 B 細胞、T 細胞增殖，減少中樞神經受到攻擊。口服藥如 fingolimod 可與鞘氨醇-1-磷酸受體 (sphingosine-1-phosphate receptor) 結合，阻斷淋巴球自淋巴結中移出，減少週邊血液循環淋巴球數量，防止進入大腦造成中樞神經發炎反應；teriflunomide 為抗風濕病藥物 leflunomide 的活性代謝物，可抑制活化 B 細胞與 T 細胞的增生 (Bar-Or A et al, 2014)。
 10. 類固醇：可用於血管炎治療，常與免疫抑制劑如 cyclophosphamide 合併治療 (Berlit P, 2010)。
 11. 抗銅治療：銅螯合劑如 D-penicillamine；鋅，可與銅競爭並抑制銅於胃腸道黏膜吸收，治療威爾森氏症 (Mohr I et al, 2019)。
 12. 膽鹼酶抑制劑如 donepezil、rivastigmine、galantamine 及 N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受體拮抗劑如 memantine 治療阿茲海默症 (梁家欣等，2014)。
 13. 復健治療：包括物理治療，職能治療，語言治療等 (Dusek P. et al, 2019, Levine D. et al, 2020)。
 14. 穴壓與拔罐療法：利用穴壓及拔罐技術，使病灶組織與正常相鄰區域產生壓力差，吸出病灶組織成分，啟動人體更新修復機制 (謝麗貞，2011)。

五、結論

頭部外傷，腦腫瘤，腦血管疾病，會因阻斷血流入腦，氧氣供應不足，而導致頭部相關症狀及併發症，其他腦部疾患如感染症、水腦症、自體免疫疾病、遺傳性疾病、神經退化性疾病，造成輕重程度不一的腦部傷害，輕則造成日常

生活不便，重則造成生活失能，需依賴家人或長期照護人員協助，有的須長期服藥，有的需接受先進的醫療技術，以期減輕疼痛，減緩肌肉萎縮，減緩殘疾進展，修復失能狀態，改善生活品質。但人力的耗費及經濟的負擔，並非人人都能承受，唯有早期發現，儘早接受治療，改變生活型態，遠離頭部疾病所帶來後遺症的糾纏。

參考文獻

- 梁家欣、程蘊菁、陳人豪，2014。〈失智症之重點回顧〉，《內科學誌》，25：151-157。
- 謝麗貞，2011。〈拔罐的真相-沿革、利害與科學研究〉，台北市：知音出版社。
- Bar-Or A, Pachner A, Menguy-Vacheron F, et al, 2014. Teriflunomide and its mechanism of action in multiple sclerosis. *Drugs*.74:659–674.
- Berlit P, 2010. Diagnosis and treatment of cerebral vasculitis. *Ther Adv Neurol Disord*, 3(1), 29–42.
- Dusek P, Litwin T, Członkowska A, 2019. Neurologic impairment in Wilson disease. *Ann Transl Med*, 7(Suppl 2): S64. doi: 10.21037/atm.2019.02.43.
- Human brain.
https://en.wikipedia.org/wiki/Human_brain.
accessed on December 12 2020
- Lava N, 2018. Brain diseases.
<https://www.webmd.com/brain/brain-diseases>,
accessed on September 21 2020
- Levine D, Schroeder MO, 2020. A Patient's Guide to Brain Diseases and Other Neurological Conditions.
<https://health.usnews.com/conditions/brain-disease>. accessed on September 21 2020
- Lloyd WC, 2018. Head Symptoms.
<https://www.healthgrades.com/right-care/symptoms-and-conditions/head-symptoms>. accessed on October 17 2020
- Mohr I, Weiss KH. 2019. Current anti-copper therapies in management of Wilson disease. *Ann Transl Med*, 7(Suppl 2):S69. doi: 10.21037/atm.2019.02.48.
- Reich DS, Lucchinetti CF, Calabresi PA, 2018. Multiple Sclerosis *N Engl J Med*. 378(2):169–180.
- Riedl L, Mackenzie IR, Forstl H, et al, 2014. Frontotemporal lobar degeneration: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 10:297-310.

特別報導

長年頭痛個案報告與氣功穴壓治療分析

張美意*

*穴壓與拔罐學會研究員

一、病患病史

我，女性，50 餘歲，出生時極孱弱差點被捨棄，幸老祖母憐惜，就活下來。記憶中患有長期的頭痛，從何時開始不知，雖不至於致命，卻一直伴隨著成長。頭痛的位置和狀態不同，兩側偏頭痛、前額疼痛、太陽穴疼痛、後腦疼痛...等，有時劇痛、有時輕微。劇痛時吃止痛藥，輕微時則與它同在。

大學時，到台大醫院檢查，但查不出所以然來，只得繼續吃無效的止痛藥。畢業後在澎湖工作了三年，那是我頭痛發作最頻繁的時候，尤其東北季風一吹，頭痛錐心刺骨，三天兩頭就發生，當時接受過中醫的施針治療，經過一段時間成效有限也就放棄了。婚後不久生下長子，原本就不好的身體更瞬間下滑，出現高血壓、蛋白尿、持續性頭痛，住院檢查亦無結果。醫師說：疑似是腎絲球腎炎。我問：怎麼辦？醫師說：等發病了再說！無法以藥物控制的高血壓，令我的頭痛更雪上加霜。家人對我甚感憂心，助我四處求醫，遂有機會開始了我的氣功穴壓治療，那年我 29 歲。

二、氣功穴壓治療的經過

氣功穴壓治療一般不用藥，數個療程後，首先蛋白尿的現象消失了，高血壓也漸漸能用藥物控制，但頭痛仍舊不時發生。醫師的結論是：我嚴重老化，身體年齡已超過 80 歲無法負荷，有腎臟病、高血壓、胃病、慢性咳嗽、肢體肩頸僵硬等等，頭痛不過是其中一個表徵而已，主要的起因是體力（能量）不足，尤其以中焦能量系統功能嚴重缺損。果真，我很小的時候就有胃病，胃痛與頭痛經常伴隨。當胃痛頻繁時，吃藥無效，雖經過數次胃鏡檢查、胃痛仍不曾離開，不想胃痛竟是引起頭痛的主要原因之一，而人體三焦能量系統中，中焦功能低下是體力不足的最主要的緣由（謝麗貞，2020）。

治療胃及中焦是一個艱辛的過程，因為其與生活負擔、工作的壓力相伴相生，影響治療的功效。幸好假以時日，在穴壓治療的神奇效果下也慢慢地緩解，頭痛的頻率也慢慢遞減。這時我從小肺部慢性黴菌感染的症狀加劇，不時不間斷猛烈的過敏性咳嗽加劇了頭痛，原來是家中世代輾米黴菌叢生的環境所造成的深度感染，讓治療更加困難重重。

沒多久，發現自己意外懷孕，高血壓、蛋白尿再次出現，胎兒有發育遲緩的現象。婦產科醫師表示：若情

況不好，要拿掉胎兒，不然母子都會有危險。於是穴壓治療的範圍再加上孕婦及胎兒的保健和照顧，直到順利生產，小朋友平安正常的長大，而今她已經 25 歲。

好景不長，一天早上起床，忽然天旋地轉，無法站起來，怎麼會出現眩暈呢？經診斷是肝性暈眩，因消化系統紊亂所致的眩暈。一段治療後雖然頭痛不再困擾我，但仍舊偶而出現。醫師建議剃去頭髮以便尋找確實的原因。果然，光頭上竟傷疤累累，於是腦海中出現從小到大因體弱無數次的跌倒、撞擊、頭部受傷的景象，原來這也是造成頭痛的原因之一。經過 5 個多月，被以為是經歷癌症化療的後遺症的光頭終於復原，豈知我是在治療頭痛啊！到此，頭痛迄今四年多了已不再在我頭上發生。原來頭痛的原因很多，絕非止痛藥所能解決，只有對症治療徹底去除根源，才是根本治療。終於我的身體年齡相符我的歲月年齡，得以繼續健康無虞地活著。

三、氣功穴壓治療分析

（一）探究根本原理

頭痛的原因很多，現代正統醫學利用儀器、影像學、神經學檢查，來分類頭痛的原因給予命名。但在中國傳統醫學中，沒有儀器設備，則以器官的陰陽、實虛等來辨證之。在氣功穴壓治療學中，探究病因是首要的根本，則是以氣、血是否造成鬱塞或病變來決定之。氣在體內要循經絡氣脈運行，當鬱塞不通發生腫脹壓迫神經時則產生疼痛。而血是指身體臟腑的器官組織，當器官結構產生損害或病

變，導致生理功能滯礙、運作失常，則因此產生磨損引起疼痛。治療時一方面除去氣的淤塞，恢復氣脈順暢的通行，一方面啟動人體自動修護功能，引導器官組織逐步修護，方能使氣血恢復運行通暢無礙，如此才是有效徹底的治療疼痛。所以治療頭痛時，首先要探究其導致疼痛的原因，是氣脈運行鬱塞所引起的頭痛，還是頭部組織結構缺損所引起功能失常的頭痛。前者要將引發淤塞的氣導引排除之；而後者則要修護相關的組織以恢復其正常的結構並恢復其正常的生理功能，如此頭痛自然可以治癒。

（二）頭痛發生的原因

頭痛發生的原因可分：

1. 頸、肩、顳、顎以上頭部的骨骼、關節、肌肉、韌帶的受傷移位，於頭部動作時所牽引的頭痛。
2. 人體內臟腑功能運作失常，如；呼吸困難、血氧不足、血壓過高、腸胃發炎消化功能運作紊亂、各式中毒等，因氣血運行滯礙所致之頭痛。
3. 頭部外傷引起頭皮、頭殼或頭內部血管組織的損傷，以及損傷後氣血鬱積滯留壓迫頭部所引起之頭痛。
4. 頭腦內部血管病變造成氣血供應中斷如梗塞，或出血造成氣血鬱積腫脹，壓迫大腦致功能失常所引起之頭痛。
5. 精神或情緒不穩定引起之頭痛。

只有將這些病因去除，令器官組織恢復正常運作功能，才能徹底消除

頭痛。所以要逐一偵測疼痛的原因，區分是氣鬱或組織的損傷，因部位制宜給予治療。至於孰先孰後端看效益或疼痛的先後因果關聯而決定處理的順序，大約是以容易快速減輕頭痛因子者或可以快速減少頭痛程度者優先，這樣使病患的病痛負擔降低，得以有能力應付其他病變的修復。

(三) 常見頭痛發生的部位和其常見的病因

頭部似若圓球，表面可以分成許多區，而疼痛發生的部位落在不同的區，代表不同的病因所引起。各區疼痛其常見的原因簡述於下：

1. 前額區：體力不足，思緒繁雜，憂思深重。
2. 兩側耳上區：偏頭痛，氣血不足，顳顎關節失常受損。
3. 太陽穴區：氣血不足，眼睛血液灌注不足，視力不佳，用眼過度。
4. 後腦區：肩頸長期斜轉拉傷，長期低頭，氣血不足，體力不佳。
5. 頭頂區：氣滯，貧血，體力精神不足。
6. 不規則區：氣外傷後遺症，氣血運作紊亂，外傷後遺症。
7. 固定某一特定區：陳舊外傷後氣滯。
8. 全腦部區：體內臟腑生理的功能紊亂，發炎病變，能量供應不足，氣血竄流，影響頭部致疼痛。臟有病變，痛在臟器；腑有病變，會走身體各處，其中以腸胃病變之疼痛，尤其會反應在頭部，而且是整個頭部，並且有焦躁不安、噁心、無力等的表現。
9. 由外力因素，如環境刺激、溫度急劇變化影響氣血在頭部的灌注，以及化學藥劑的侵蝕，傷害頭部的組織。
10. 跌倒撞擊對頭部的傷害，造成局部瘀血及廢氣滯留等的蓄積不化，腫脹壓迫頭部血管神經致疼痛。

(四) 氣功穴壓診斷治療頭痛的方法

在氣功穴壓治療學中，不管任何錯綜複雜的頭痛症狀，首先以氣場感應和穴道偵測兩種基本診斷技術來探究其所屬是否是「氣」或「血」的病變，再作局部觀察及總體評估然後給予治療。治療過程中會輸送氣能以協助病患有能力修補器官組織。若病人體質虛弱，甚至接受能量之能力低下時，需以漸進方式為之，這樣雖拖延治療效果，但不會產生因治療而有意外的傷害。

氣功穴壓治療是透過穴道給予氣能啟動病人的自動修復，自助調整及自動生殖的機能。其最大的必要因素是：病患需要有健全的自動產生能量的三焦系統和心主別脈系統(謝麗貞，2020)。一般病人孱弱，生命力不強大，觀其所有病徵，無不是三焦系統，以及心主別脈運作功能不足，或病變所產生的症狀。總觀之，幾乎都是有關於三焦能量系統運作缺失所產生的相關病症為多。與三焦能量系統有關的內部臟腑且與頭痛有相關的病變，大約如下：

1. 上焦系統：呼吸不順，慢性/過敏性肺炎，慢性咳嗽，體力不足。

2. 中焦系統：胃痛，消化不良，體力孱弱，情緒不穩，頭痛，眩暈，壓力。
3. 下焦系統：蛋白尿，高血壓，腎臟病。

所以治療的重點和順序則如下：

1. 重新修整病人的自動能量系統，這是一個長期的過程，以增加人體氣能，並增加自動修補，調節、及生殖機制。
2. 治療各臟腑，修補器官組織，以恢復各自生理功能之正常運作。

3. 協調並重建各臟腑間功能的相互生剋機制和作用。

最終，本個案的長期頭痛經過以上方式的治療，自然逐漸消除，並得以完全治癒之。

參考文獻

謝麗貞，2020。〈練氣創造養生醫學的健康人文〉。《新醫學雜誌》，Vol. 3 No. 2，頁3。



黃蝦花

又稱金苞花，它真正的花是白色的，金黃色的部份是苞片，黃蝦花白色的花朵盛開隔天就落了，但苞片卻可以維持半個月。苞片是變形的葉子，當光照不足時，金黃色的苞片顏色會偏綠，所以想看見美麗的黃金蝦需要有充足的光照。

Chris 攝於 2011 年台北國際花卉博覽會

穴壓治療頭痛的隱藏殺手——咬牙切齒的牙關

謝麗貞*

*穴壓與拔罐學會理事長

關鍵詞：穴壓治療、牙關、頭痛

治療頭痛，首先要確定引起頭痛的原因，消滅頭痛的原因才是根本的治療。頭痛的原因有許多種，可分為器質性—腦部結構產生病變、功能性—腦部中神經功能出現失常，以及心因性—精神心識情緒所引起的。現代醫學利用影像學、神經檢查，以及各種衡量評估表來辨別診斷，然後給予病名和標準的治療方法。但是，並不是每一個病人的頭痛都可以找到絕對的原因，有時要用消除法來確定可能的原因。因此，最常見治療頭痛的方法就是給予止痛藥，如若無效則增加止痛藥的劑量，再無效則增加止痛藥的種類，或是給予藥效更強烈的藥品，多年如此不變。

然而，還是有些人的頭痛不但找不到原因，再多再強的止痛藥經久也不能解決問題。這種頭痛病例相當常見，頭痛時好時壞，可以是單側或雙側，可以偶而發作，也可以經常發作，疼痛發作嚴重時，還會併發其他症狀，像噁心、嘔吐、胸悶、失眠、情緒不佳、影響工作等。一般人會自認為是「偏頭痛」。事實上「偏頭痛」有相當嚴謹的定義：頭痛是中、重度的疼痛，一般單側發作，具血管搏動或抽動性的疼痛，噁心、嘔吐、畏光、怕吵，日常活動都可能加劇頭痛的程度，可

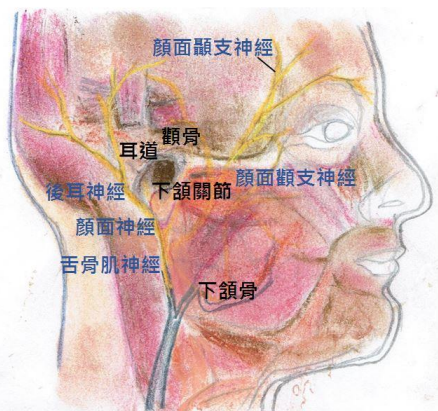
能和腦內神經傳導物質有關，其發作可以持續數小時至數天不等。

很多常見的頭痛和五官的病變有關，如眼睛、耳朵、鼻子、口舌等功能失常。這一類的頭痛因為相對應的感官也同時會疼痛容易覺察，將相對應的感官病變治療好，頭痛也就會消失，所以容易分辨也就容易治療。牙關正式學名稱顛顎關節雖然不是感官，但是也會引起頭痛，叫「顛顎關節障礙症」(楊明穎, 2020)中的一項關聯症狀。當顛顎關節發炎、受傷，周邊的肌肉也會受牽扯，其中首當其衝的就是咀嚼肌群，如果受傷情形順利復原，就平安無事；但如果長期沒有緩解，症狀可能往上延伸至顛肌，最終真會變成「偏頭痛」；也可能往內延伸到內翼肌，甚至影響到肩頸肌肉形成上半身疼痛。

牙關是人體最常用的關節之一，在說唱、咀嚼、吞嚥時都需要用到。在正常狀況下，牙關的運動是平順、對稱、沒有聲音、不會痛；但，若天生發育不良、骨質軟弱，或是後天關節本身退化、磨損、發炎、腫瘤或自體免疫病變、下巴受撞擊外傷時、嘴巴開合時就會發出聲音，產生兩側不對稱(下巴歪了)，以及疼痛不舒適的感覺，嚴重破壞牙關時就影響吃食，久而久之就頭痛了。

在牙關出現症狀漸漸演進成頭痛，如同五官失常產生頭痛一般，自然容易覺察。不過，有些頭痛確實是因牙關引起，可是牙關並沒有出現明顯的症狀，自己也沒有不舒適的感覺。這些原因包括長時間精神壓力、白天緊咬牙關應付緊張的工作、與人事物相處不愉悅而咬牙切齒、夜間磨牙而不自知等，因而造成牙關附近的肌肉組織群緊張腫脹，神經系統受到壓迫，而致成逐漸擴大範圍的頭痛，可以是單側也可以是雙側，症狀就像是「偏頭痛」一般，卻總是醫治不好，有越來越嚴重的趨勢。

影響牙關神經系統主要的是在牙關附近的顏面神經及其分支。由於分佈影響的範圍極其廣泛，如下圖橘紅色神經系統的部分，遍佈前後的腦部，尤其是牙關和耳朵上方的顳葉，因此牙關引起頭痛是必然的。



圖一 顏面神經系統
資料來源：作者繪製

現代人生活多處在高壓的型態，因此容易緊張、焦慮、易怒，特別是求好心切的人們容易得到此症，所以生活作息、睡眠品質、飲食習慣如喜

歡咀嚼堅硬的食物，或是長期頭頸部姿勢不良皆可以造成頭痛。

治療牙關引起的頭痛最有效的方法當然是去除病因，其中屬於器質性和功能性等已知原因的頭痛，容易覺察給予藥物治療，但是對心因性如上述的精神、心識、情緒所引起的頭痛並無有效徹底的方法。一般只能採用減緩臨床徵候，而不能真正去除病因（楊明穎，2020）。目前正統醫療體系的治療可分：（1）藥物治療：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，則給予抗憂慮劑；（2）物理治療：超音波、冷熱敷、電磁治療或針灸；（3）咬合板治療：給予牙關支撐，避免繼續惡化，令受傷的組織有機會復原；（4）生理行為治療：讓病患自覺無意識的不良習慣，自我控制去消除這些會使牙關惡化的動作。但是這些治療的結果多是耗時又療效不佳，仍待正統醫療體系去繼續努力研究改進。

然而氣功穴壓治療對咬牙切齒的牙關所引起的頭痛，有出奇有效快速的治療結果，特別是利用穴道偵測、氣場感應去尋找頭痛的隱藏原因；加上疏通刺激牙關肌肉骨骼周圍的氣血循環、舒緩牙關附近的組織群的緊張、解除顏面神經及其分支系統的壓迫而止痛，如此徹底消除頭痛的身心原因，提供能量緩解整體的緊張及壓力，促進人體自動修護機制。氣功穴壓治療的功能具有養生、保健、預防、治療及復健的效果，詳細闡釋散見於新醫學雜誌各期的內容、穴壓與拔罐學會的網站及部落格，請參閱之。

參考文獻

楊明穎，2020。〈顛顎關節障礙症簡介〉，《新醫學雜誌》，Vol. 3 No. 2，頁 25-28。



風鈴草

全草可藥用，根有益肺養心，利尿清熱之效。治虛熱，感冒，頭痛，咽喉痛，肺熱咳嗽。

Chris 攝於 2011 年台北國際花卉博覽會

因過度用眼引發頭痛的氣功穴壓治療

吳雪鳳*

*穴壓與拔罐學會研究員

關鍵詞：過度用眼、頭痛、氣功穴壓治療

頭痛是人們日常生活中常見的症狀，其肇因繁多需要仔細鑑別診斷，可能因感冒、睡眠不足、或攝取過量的咖啡因或酒精等輕微病因，也可能是腦部血管或腫瘤所致，而如從事實驗、看書、繪畫、使用 3C 產品或因兩眼不等視等因眼睛所引起的頭痛病因，則極不容易被人們察覺，特別是病人的眼睛未有極度不適的症狀時。近年來，筆記型電腦、平板電腦及手機等 3C 產品普及化後，其易攜帶性使得這類產品的使用不再侷限於辦公室或教室等特定空間，人手一機，不論是走路、等公車、在大眾運輸工具上、用餐、或在床上等，無處不用的現象已經對眼睛造成極大的傷害，因過度用眼所造成的頭痛也越來越普遍。由於 3C 產品的使用已經成為人們生活的一部分，人們在不知不覺中過度用眼，因此這樣的頭痛病因常被患者忽視。

一般患者遇到上述過度用眼所引發的頭痛可能自行服用成藥，或點眼藥水以舒緩不適。待患者求助於醫生時，症狀已然嚴重，因而如何快速解除身體的不適，為求醫的主要訴求。治療該類頭痛的方法有很多種，如服用消炎止痛藥，或神經肌肉鬆弛劑，以減緩頭痛，及使用睫狀肌鬆弛劑來

緩解眼睛的不適等。然而，這些藥劑的藥理主要是抑制或鬆弛人體的生理機能，以達到緩解疼痛的作用，卻無法真正解除這些症狀。因此，本文擬以過度用眼引發頭痛的人體生理機制為基礎，探討氣功穴壓治療法。

一、眼睛引起頭痛的人體生理機制

眼睛可以充分發揮功能，在於大腦對眼睛的控制，使其能對準觀看目標物。這一生理機制的運作主要由肌肉與神經系統，伴隨著血氣運行等機制協作而成。眼睛的運動受到眼內、外直肌、眼上、下直肌及眼上、下斜肌三對肌肉及第三、四及六對腦神經的腦幹神經核，與對眼睛肌肉及周邊神經之控制而形成。眼睛的調視與瞳孔的縮放同時由副交感及交感神經所支配，副交感神經纖維主要來自第三對腦神經的內臟核，後經由第三對腦神經至眼睛後方的睫狀神經節，藉此連接睫狀肌及虹彩括約肌，進行眼睛的焦距調節與瞳孔收縮。交感神經起源自脊髓第一胸節的中外角細胞 (intermediolateral horn cells)，而後向上進入上頸神經節，沿著頸動脈及其分枝到眼睛，支配虹膜放射肌（瞳孔打

開)及眼外肌。(樓迎統等譯,2008,頁 645-9)

因視覺引起頭痛的機制主要的原因之一是肌肉系統運作失衡。看東西時,眼睛內的睫狀肌須與眼球外的三對肌肉相互調節,取得眼軸適度的平衡與協調,讓兩眼形成單一視覺。過度用眼可能會導致肌肉過度收縮或失衡,因而就會造成頭痛。進一步來看3C產品所引發的頭痛,主要是因為螢幕亮光經由眼睛對腦部造成刺激,以及長期近距離看螢幕,眼睛需要不斷地進行焦距調節與瞳孔收縮,睫狀肌對焦時間過長,過度緊繃,使眼睛過度疲勞,特別是在捷運及汽車上使用這些產品的習慣更加劇上述病症。由於控制眼睛活動的肌肉與移動頸部的肌肉,是由腦部進行共同協調,所以用眼過度可能會加劇頸部肌肉緊繃,如再加上長時間低頭等使用這些產品的動作或姿勢,肩頸部肌肉過度收縮,使肩頸過度緊繃與疲勞也會讓眼壓變高,久而久之該肌肉系統即可能影響相關的神經系統,及頸動脈與其分枝到眼睛之生理互動機制。綜此所造成的肩頸部、頭部及眼部周圍肌肉過度收縮與阻礙該些部位血氣運行的情況,致使大腦深部啟動保護機制,在頭部及大腦的神經及血管四周釋放發炎物質,進而引起頭部、肩頸部及背部疼痛與眼睛的不適,因而引發頭痛,這些症狀亦被稱為電腦視覺症候群(Computer Vision Syndrome,簡稱CVS)。(Cedars-Sinai, 2021; Tarsia, 2021)

用眼過度的頭痛,特別是CVS,是現代人常見的病症,卻不易獲得有效的治療,因而要有效解除此類頭痛,

人們除了改變生活習慣外,藉由消炎止痛藥或神經肌肉鬆弛劑並不能達到實質治本的成效。氣功穴壓治療法(acupressure)是眾多方法中,可在不用藥的治療基礎下,依循人體生理機制進行治療的方法。本文所要探討的是此治療法如何藉由穴道偵測,確認致病原因,即患者頭痛為過度用眼所引發,以及其如何解除該些症狀。

二、氣功穴壓治療之原理

氣功穴壓治療的治療原理係依人體構造原理及其運作機制而行,其最大的特點為啟動組織器官自動修復機制的一種治療方法。此方法以人體練得內氣的指力,代替針灸中的針,用「氣」的能量干預並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,以增強治療的效果。氣功穴壓治療在臨床上有多方面的功效,在文獻上已有相當多的記載。(Hsieh, 2004; 2006; 2010)

由於人體可分成兩部份:一為「氣」是能量;一為「血」是物質。氣是人體器官運轉所須的動力;血是構成人體器官組織的成分。氣血因質能互變而互相轉變。(謝麗貞, 2020)具足夠健康的氣,可促進能量轉變成為所須的物質,使組織更新恢復功能。人體受內、外因素影響,器官組織交互牽制運作,各組織間以化學激素或電位改變而溝通。穴道就是啟動這些溝通訊號的外在樞紐,其可控制人體多向式生理功能的運作,因而可藉由穴道影響人體生理運作機制以恢復正常的功能。人體約有一千個以上的穴道來調節、控制身體器官組織機能的運作。

每一穴道有它特定運行的途徑。當器官組織功能失調或病變時，穴道透過『穴道反應痛』顯示出病因的位置，其所顯現的強度與痛感，會隨病變及病程而有所不同。

氣功穴壓治療的原理在於用「氣」於穴道，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的調整、改變與修正，具有相當顯著的功效。穴壓治療有四個步驟：一、用『穴道反應痛』尋找致病原因以決定該使用的穴道；二、以穴壓啟動修復機制來治療損傷；三、疏通氣血運行促進身體功能；四、以氣能量協助病患身心平衡健康。

三、穴壓治療眼睛過勞致頭痛的診斷方法與治療機制

（一）基礎診斷方法與要訣

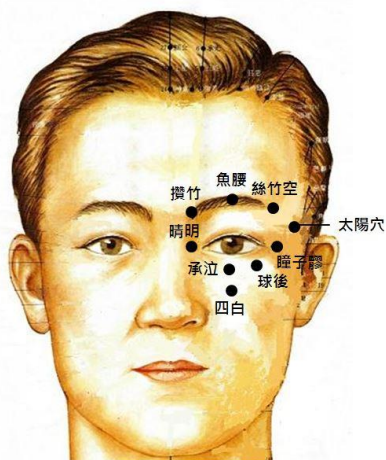
由於造成頭痛的原因很多，因此，問診、觀察病人，以及探究肇因是診斷的基礎。首先從人體的肌肉、骨骼、神經等結構著手，辨別可能引起頭痛的原點。此診斷方式最重要的是依據各可能致病的原因會造成不同的頭部部位、疼痛方式與疼痛範圍等，這對最終確診致病肇因有相當大的助益。

初步的診斷方法為問診，內容包括：疼痛的起因、時間、期間、疼痛感覺的種類、發作頻率如為間歇性疼痛或持續性疼痛、疼痛的位置，及其影響等。再進一步則是明白致病的原因，如因跌倒撞擊等不正常外力所造成，則主要受傷處可能為神經及血管系統；如為長期用眼所引起的頭痛，則屬於肌肉、神經與氣血運行的問

題。

（二）穴壓治療法之穴道偵測與治療

在上述的基礎診斷方法與要訣的原則下，需再經由攢竹穴、魚腰穴等眼部周圍穴道的偵測與氣場感應，（詳見圖一）才可以確定是否為過度用眼所造成的頭痛。如確認為眼睛所引起的頭痛，即可先就眼睛周圍之穴道予以疏通，並透過氣的能量傳輸，啟動面部各應對肌肉、神經及血管系統的樞紐穴道，（參見表一、圖一至四）進而啟動人體自動修護系統，修護肌肉與神經系統，恢復氣血的正常運行，即可有效地解決此頭痛的問題。其中特別是回復眼部的氣血運行，尤有助於解除這類型的頭痛。



圖一 眼睛穴位圖

資料來源：參考林秀太郎，1995。



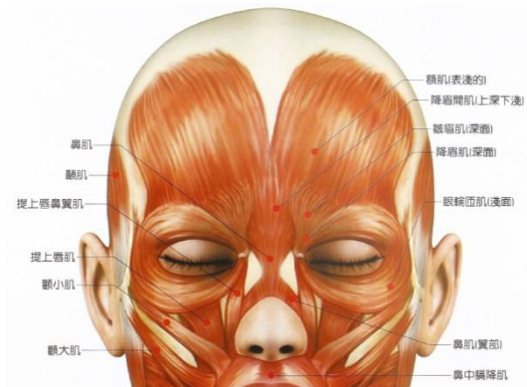
圖二 面部血管分佈圖

資料來源：《臺灣世紀圖文出版社》，2009年。



圖三 面部神經分布圖

資料來源：《臺灣世紀圖文出版社》，2009年。



圖四 面部肌肉分布圖

資料來源：《臺灣世紀圖文出版社》，2009年。

除眼睛明顯的致病因素外，還須考慮低頭等使用3C產品的動作或姿勢等因素，因為肌肉、神經系統及血氣的運行有相互影響的作用，必需經由穴道偵測與氣場感應確定並分辨受傷

的範圍與部位，如此才有助於消除疼痛與治療病症。如若僅治療病患的頭部疼痛問題，未將其因動作或姿勢所引起的肩頸疼痛問題一併解決，則肩頸部的肌肉與神經收縮將會再引起眼睛與頭部的疼痛，因此真正的治療範圍則可能必須包括頭部、前後頸部及肩部，不能侷限於頭部，如此才能進行正確有效的治療。

四、結論

穴壓治療法以啟動人體的自動修護系統為治療機制，在復位與修護兩大原則下，對用眼過度而引起的頭痛提供一個良好有效的治療方法，特別是消除眼睛周圍的肌肉與神經過度收縮所造成的疼痛，及對降低眼壓亦有其顯著的成效。然而除了接受專業的穴壓治療法外，自行按壓眼部（詳見圖一）與頭部（太陽穴、率谷穴、風池穴）的穴位，以及肩、頸部的肌肉，如頸部與肩膀交界處的斜方肌，以及做肩頸等舒緩體操，亦有助於自我預防、保健與緩解過度用眼的生理疲勞。此外，確實控制用眼時間、適度休息、正確使用電子產品的姿勢，充足的光線，才可預防因用眼過度的頭痛，這也是穴壓治療法所依循的一人體生理運作機制的自然法則，更是維護身體功能正常運作的基本要訣。

參考文獻：

- 林秀太郎著，《解剖經穴圖》。台北：益群書店，1995。
- 謝麗貞，2020。〈練氣創造養生醫學的健康人文〉。《新醫學雜誌》，Vol. 3 No. 2，頁3。
- 〈面部血管分佈圖〉，《臺灣世紀圖文出版社》，2009年10月3日。

〈面部神經分布圖〉，《臺灣世紀圖文出版社》，
2009年12月3日。

〈面部肌肉分布圖〉，《臺灣世紀圖文出版社》，
2009年11月3日。

Arthur C. Guyton and John E. Hall 著，樓迎統
等譯，**醫用生理學** (Textbook of Medical
Physiology) (台北：台灣愛思唯爾有限公
司，2008)，頁 889-896。

“Computer Vision Syndrome,” *Cedars-Sinai*,
February 1, 2021, Accessed,
<<https://www.cedars-sinai.org/health-library/diseases-and-conditions/c/computer-vision-syndrome.html>>.

Maria Chiara Tarsia, “Everything about digital
eye strain and computer vision syndrome,”
Lentiamo, 13 January, 2021,

<<https://www.lentiamo.co.uk/blog/eye-strain-syndrome.html>>.

Lisa Li-Chen Hsieh, 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。

Lisa Li-Chen Hsieh, 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.

Lisa Li-Chen Hsieh, et al: “Treatment of low
back pain by acupressure and physical
therapy: randomised controlled trial,” *BMJ*,
2006, 332: 696-700.

表一 面部部位、穴位、血管、神經及肌肉之應對

部位		穴位	應對血管	應對神經	應對肌肉
面部	顳部	太陽穴	淺顳動脈 淺顳靜脈 中顳動脈 中顳靜脈 前深顳動脈	顳神經顳顳枝 耳顳神經	顳肌
	眶部	攢竹穴 魚腰穴 絲竹空 瞳子膠 睛明穴	滑車上動脈 滑車上靜脈 眶上動脈 眶上靜脈 角動脈 角靜脈	滑車上神經 滑車下神經 眶上神經	皺眉肌 降眉肌 降眉間肌 眼輪匝肌
	眶下部	球後穴 承泣穴 四白穴	眶下動脈 眶下靜脈	眶下神經	眼輪匝肌

資料來源：作者自行整理，參 Jochen Staubesand Etd., 人體解剖圖譜
(Sobotta Atlas of Human Anatomy) 第一冊，台北：台灣英
華書局，1991；〈面部血管分布圖〉、〈面部神經分布圖〉、
〈面部肌肉分布圖〉，《臺灣世紀圖文出版社》，2009。

染髮中毒致頭痛個案報告

謝麗絲*

*退休護理督；穴壓與拔罐學會研究員

關鍵詞：染髮中毒、頭痛

一、染髮顛顎關節簡介

我，39 歲開始第一次染髮，追求時髦和美麗。由於自己是職場主管，大家看到我的頭髮又黑又亮，直稱讚年輕漂亮，心生歡喜，從此在白髮又長出 2~3 公分不好看時，就每 2 個月自行染髮一次，從不間斷。開始時偶而感覺到頭皮似有一、二隻螞蟻在爬來爬去的搔癢感，但並沒發現什麼具體症狀，也就不理會它了。不過還是小心挑選知名廠牌的染髮劑以求安心。當時自己沒經驗除了髮根和髮梢外，還刻意用手套沾滿染色劑用力塗抹整個頭皮上，從未思考染色劑中化學藥物對人體的作用。

二、症狀的產生

原本自己上班責任壓力大，經常頭痛疲倦再正常不過。但是頭皮上螞蟻爬行感越來越強、頭皮沉重搔癢，難以忍受，故而求診皮膚科。醫師診斷不出甚麼病症，因為視覺上頭皮沒有紅腫，只有極少數毛囊出口微紅而已。我問醫師這跟染髮有相關嗎？他不置可否，只要我再觀察，因為醫師也在染髮！

就這樣忍受適應數年，經常性的頭痛變成越來越激烈，之後又開始了

腹脹、便秘、腸胃不適，終於嚴重到噁心嘔吐，內科診斷為腸炎和腸阻塞而住院，開始禁食每天注射大量點滴。從來沒有過敏病史的我，體表過敏症狀急劇出現：注射針頭處、紙膠固定處，膠帶周圍處都產生嚴重腫脹發紅，指甲在皮膚上輕輕劃過也立即紅腫脹痛起來。之後，內臟器官亦如是，覺得食道腫脹無法吞嚥食物，腹脹尤其厲害，清晨照 X 光腸胃看不出明顯異常，但中午時分再照 X 光，卻發現嚴重腸胃脹氣，全身自此出現嚴重的蕁麻疹。此時不用懷疑，是慢性中毒的現象，由頭痛開始，起因自然是染髮劑。

三、毒性分析

染髮劑含有化學毒性的染料，是刺激頭皮以及內臟的過敏原，如 P-phenylenediamine 對苯二胺 (PPD) 是棕黑色系染髮劑中必須使用的化學成分，是染髮劑中主要的過敏原，也是致癌物之一。染髮劑中的化學物質穿過表皮結構進入體內，細胞受損組織病變，初期時疾病尚未明顯發生，但危險因子已經存在；在臨床初期致病因子在人體產生病理變化但無明顯癥候；臨床後期身體結構或機能已有嚴重損失，遂有病症出現。當持續接

觸特定有毒物質，必然引起身體可逆或不可逆的生理反應而影響身體器官的正常運作，其中對肝臟和腎臟的影響尤其嚴重，因此產生全身症狀，若不加以治療，最終影響身體的健康。

四、治療的目標和方法

既然染髮劑是開始使用於頭部，漸漸致全身慢性中毒，徹底清除毒素、恢復內臟器官的生理功能，是主要的治療目標。首先要立即停止使用染髮劑，不能再染髮了。以氣功穴壓治療時，一邊去除身體的症狀：包括頭痛、腹脹、便秘、皮膚過敏性反應，以及各種嚴重腸胃紊亂的功能；一邊要排除體內沉積的化學毒素及殘留體內有毒的代謝廢物。持續治療後，首先頭痛的症狀逐漸減輕，最終完全消失。在持續治療下，體內毒素也漸漸排除體外，體內和皮膚的各種過敏現象及毒性反應，也就逐漸痊癒。

五、結論

染髮劑具化學毒性，依所含化學成份的毒性而對人體有不同的傷害，也因化學成份的濃度和使用期間的長短而相異。另外，每個人對化學毒性的耐受程度不同，所以產生的症狀和嚴重度也是不同。不過染髮劑是使用在頭髮上，毒素滲入頭部內，所以頭部的症狀，尤其是異樣感和頭痛是最明顯的。但凡有該現象者，在診斷治療時應要首先排除其為致病因素。

拔罐印記

治療頭部脹痛拔罐後的印記

邵芸瑛¹、林文絹²、謝麗貞^{1,3}¹ 穴壓與拔罐學會研究員² 國立臺北護理健康大學 護理系 副教授³ 穴壓與拔罐學會理事長

一、拔罐的作用

拔罐是在穴壓治療之後，將蓄積致壓迫組織神經產生脹、痛的氣血成分，最大量聚集在穴道之處，方便有效拔除的一種手段，有利於人體加速啟動自動修補機制的運作。於此同時立即解除或緩解壓迫神經所造成的脹痛感，以及對肌肉骨骼關節因腫脹所造成的限制。

二、拔罐操作的技巧

影響拔罐成功的條件是：(1) 將最大量瘀積廢物儘量聚集在穴道按壓處；(2) 正確的穴道拔罐點；(3) 最大安全且有效的罐內負壓。其次，操作拔罐的技術也是非常重要，包括：(1) 正確的體位令要拔罐的位置平整凸顯出來；(2) 相對協同運動的肌肉群需要一併治療；(3) 即使人體兩側同時受傷但程度並非一定相同，要依其傷害部位和差異分別拔罐。

三、拔罐後印記的比較

拔罐後皮膚表面上留下印記，呈現出的圖像，如：印記大小、顏色、深淺、明暗、斑點、出血等等，可以作為解讀、判斷印記所代表組織的意

義，也可以作為追蹤、研究和分析的工具。

四、個案解說

個案 I

女性，20 歲，學生。

- (1) 家屬敘述：近幾日心情悲觀，常把跳樓掛嘴邊，說一些讓人聽不懂的話語，有時會喃喃自念，似自卑(自己笨)、抱怨(為什麼就我會生病、就只我會這樣)、厭世(認為自己死了就好)等等。也會突然說些小時候未生病前的事，一會說自己小時候，一會又把現實當成小時候，時空背景混亂。
- (2) 額葉區主導人格、思考、組織、選擇性注意與情緒變化。頂葉區主導運動、感覺、空間感。顳葉區關係於情緒、處理記憶、語言理解及情感的關聯，以及口語及文字的表達，如圖 I-1 及圖 I-2。



圖 I -1



圖 I -2

(3) 拔罐後印記的比較

前額拔罐後印記顏色深紅紫，表示陳舊傷害之瘀血滯留在額頭內；頂部印記微凸起，顏色稍淺，仍為陳舊傷害但較輕；顳葉拔罐後印記平整顏色淺淡，表示沉積在顳葉的瘀血較少。四部位均為陳舊傷害所致，沒有廢氣，可知是過去頭部時常跌撞受傷所致。

個案 II

男性，52 歲，退休舞蹈家。

(1) 病史：腦膜瘤開顱手術後，右側肩頸部、手臂至指尖麻、痠、痛。

(2) 穴壓診斷：年輕時曾頸椎受傷，後長年固定姿勢、持續過當舞蹈表演，加重頸椎傷害，尤其以第 2.3 節為重，頸椎嚴重變形、磨損、彎曲造成腦脊髓氣血循環阻塞，並造成神經壓迫。就診目的為預防腦膜瘤再患。治療手段修復頸椎、脊髓氣血循環通暢。

(3) 拔罐部位：疏通頸椎兩側頸、臂、手肘至手指之神經路徑（圖 II-1）（臂、肘至手指部位拔罐省略）；兩側肩頸處頸後三角肌、頭夾肌、斜方肌（圖 II-1）；枕額肌之枕部肌肉，及枕葉及頂葉交接處之肌肉組織疼痛處（圖 II-2）。



圖 II -1 (109.05.02)



圖 II -2 (109.10.04)



圖 II -3 (110.01.31)

(4) 拔罐後印記的比較

依日期系列顯示拔罐後印記的圖相及其變化。

治療初始，拔罐後印記（圖 II-1）顏色深沉暗紅，表示傷害久遠瘀血滯留深層組織，壓迫右側頸椎及肩臂神經。治療中期，拔罐後印記（圖 II-2）顏色仍然暗紅。治療八個月後，雙側拔罐後印記（圖 II-3）已呈淺淡，表現深層傷害逐漸改善。右側拔罐後印記較左側印記顏色深紅，顯示右側較為嚴重，符合病人臨床的表癥。

個案 III

男性，52 歲，教授。

(1) 自述：近日後腦部經常脹痛。

- (2) 穴壓診斷：使用筆記型電腦長期低頭打字，枕額肌枕部肌肉疲勞拉傷，氣血瘀積循環不良，造成後腦枕部脹痛。
- (3) 拔罐部位：枕額肌枕部脹痛處(圖 III-1)。



圖 III-1



圖 III-2

(4) 拔罐後印記的比較

拔罐後印記顏色為深暗紅色，約 10 秒鐘後，暗紅顏色消退(圖 III-1)。右上方印記可見氣血循環不良仍沉積在組織中，表示較嚴重時間較久(圖 III-2)。後拔罐後印記顏色兩側相似均為淺淡紅色，表示低頭姿勢不偏不倚，受傷平衡相同。

個案 IV

男性，52 歲，教授。

- (1) 自述：近期頭部脹痛，頸肩臂頻繁僵硬，手指麻。
- (2) 穴壓診斷：長時間低頭看書、手

機及打電腦，頭枕部肌肉群疲勞拉傷，血液循環不良腫脹，壓迫兩側神經。

- (3) 拔罐部位：頸椎顛底、枕額肌枕部、顛葉與頂葉交接出現脹痛之處(圖 IV-1)。3 個星期後第 2 次治療拔罐(圖 IV-2)。



圖 IV-1



圖 IV-2

(4) 拔罐後印記的比較

拔罐後印記顛底處顏色較為深暗紅(圖 IV-1)，表示傷害較長久嚴重，其中暗紅點狀紅斑為沉積之瘀血；左側拔罐後印記顏色深紅是反覆造成的新傷。追蹤拔罐後印記(圖 IV-2)顯示改善變化的程度。

個案 V

男性，40 歲，婦產科醫生。

- (1) 自述：近日操作手術後常感頭部脹痛，平時肩頸及手臂痠痛，尤

以右手臂及手腕旋轉時疼痛為甚。

- (2) 穴壓診斷：長期低頭及過長時間使用右手，肩臂肌肉及肌腱過度繃緊腫脹，氣血淤塞致肌肉運動時壓迫神經而痠痛。
- (3) 拔罐部位：顱底與頸椎相連風池穴位、枕額肌枕部出現疼痛之處(圖 V-1) (臂、肘至手指部位拔罐省略)。1 年後追蹤治療拔罐後印記(圖 V-2) 顯示改善變化程度。



圖 V-1



圖 V-2

(4) 拔罐後印記的比較

拔罐後印記(圖 V-1)左側瘀積陳舊氣血故顏色較右側深暗紅；顱底風池穴位拔罐後印記紅色偏向頸椎處，應該是操作手術時低頭過長，引起頸椎氣血阻塞瘀積。後續治療的拔罐後印記顏色呈淺淡紅色，表示有改善但尚未痊癒(圖 V-2)。

個案 VI

男性，56 歲，牙科醫師。

- (1) 自述：頭脹痛、眼睛酸澀、頭、頸、肩、臂僵硬痠痛。
- (2) 穴壓診斷：長時期固定職業姿勢，低頭頸、提肩臂，眼睛在聚集強光下注視細小目標物，造成頭頸肩肌肉關節僵硬拉傷，又眼肌、眼神經過度疲勞，氣血瘀積即造成頭痛和眼睛酸澀。
- (3) 拔罐位置：顱葉、枕葉交接處，及頭與頸椎交接處(圖 VI-1)(臂、肘至手指部位拔罐省略)。



圖 VI-1

(4) 拔罐後印記的比較

拔罐後印記(圖 VI-1)呈紅顏色且均具斑點，以顱底處為最嚴重，表陳舊氣血毒素的瘀積，致頭脹痛(眼睛部位不能拔罐)。

個案 VII

男性，61 歲，自由業。

- (1) 自述：頭部數十年間屢次遭受撞擊敲打等暴力傷害，頭頸長期無力下垂受傷，經常性頭脹痛伴隨頭暈。
- (2) 穴壓診斷：全頭部多處陳舊傷痕，頭頸椎關節有嚴重陳舊暴力傷害痕跡。
- (3) 拔罐部位：頭部及頸椎關節嚴重受傷處，需逐一穴壓拔罐治療。

此僅挑選幾處拔罐後印記作為代表（圖VII-1）。



圖VII-1

（4）拔罐後印記的比較

代表的拔罐後印記（圖VII-1）淡紅色顏色均勻，為淺層組織中沉積的廢棄毒素，深層的組織尚未顯現出來，傷害太陳舊之故。

個案VIII

女性，50歲，家管。

- （1）自述：曾數次車禍，頭部多處跌撞創傷，心情鬱抑，想生氣但又罵不出，氣上衝頭部，有頭脹、頭痛、頭暈、走路不穩、肩膀痠痛、手微顫抖、眼睛酸澀、睡不好、心整個揪著的現象。
- （2）穴壓診斷：濁氣瘀血蓄積在腦中，無法排出且壓迫腦部運作功能，情緒及心識均受到影響（肌肉骨骼關節傷害不在此處討論）。
- （3）拔罐部位：各頭頸部曾跌撞創傷之處，均需逐一穴壓拔罐治療，以移除頭部中的廢氣及瘀血（圖VIII-1）；因撞擊非常嚴重，廢瘀之氣血量很大，罐印消退很慢，故頭頸部同時留下許多不同日期的罐印（圖VIII-2）。



圖VIII-1



圖VIII-2

（4）拔罐後印記的比較

圖VIII-1 右側兩個拔罐後印記呈暗黑鮮紅色且中間凸起，係新近的嚴重創傷，表示蓄積在組織內的氣血量很大；左側為數日前的拔罐後印記，罐印消退很慢。圖VIII-2 左上側為當日的一個拔罐後印記，仍舊呈暗黑鮮紅色且中間凸起，還是新近嚴重的創傷，表示蓄積在組織內的氣血量依舊很大，其餘的拔罐後印記均是消退緩慢的前數次的拔罐後印記。

個案IX

男性，30歲，插畫家。

- （1）自述：頭脹、頭暈、頭痛，有時右肩頸痠痛。
- （2）穴壓診斷：插畫工作需長時期低頭以相同的姿勢用電腦繪圖，肌肉骨骼關節過度使用，使疲勞氣血瘀積並上沖腦部，又因用眼過度故頭脹痛、頭暈。

(3) 拔罐部位：頭頸因低頭所傷害的部位，均需逐一穴壓拔罐治療，以移除頭部中的廢氣及瘀血（圖 IX-1）。半年後再患（圖 IX-2）。一個月後追蹤拔罐，拔罐後印記顏色已淺淡，顯示改善程度（圖 IX-3）。



圖 IX-1 (109.07.03)



圖 IX-2 (110.01.22)



圖 IX-3 (110.01.29)

(4) 拔罐後印記的比較

依日期系列顯示拔罐後印記的圖相及其變化。

治療初始，拔罐後印記（圖 IX-1）顏色深重暗紅，表示傷害已久，廢氣

上沖腦部，瘀血滯留頸部，壓迫右側頸椎及肩臂神經。半年後再患，拔罐後印記（圖 IX-2）顯示顏色仍然暗紅傷害嚴重。一個月後，雙側拔罐後印記（圖 IX-3）已呈淺淡粉紅色，顯示改善程度。

五、頭部脹痛拔罐的特殊性

頭部脹痛用穴壓拔罐治療有其特殊性：

- (1) 頭部拔罐僅在無其它有效治療法之下，不得已方為之。
- (2) 頭部拔罐必須將頭髮剔除到不留髮根的程度。
- (3) 因要剔髮，一般人不易接受，不建議常使用。
- (4) 頭部脹痛採用拔罐治療的條件很嚴謹，不可以擅用。
- (5) 頭部脹痛採用拔罐治療多在大量瘀血滯留頭部者方為之，故少有氣圈出現。
- (6) 頭部脹痛採用拔罐治療要嚴防觸動頸神經及自主神經系統。

因具特殊性，故特別提醒拔罐操作者要小心執行之。

「老倒縮」腰椎塌陷危險因子的研究

林文絹*、穴壓與拔罐學會全體研究員

*國立台北護理健康大學護理系副教授

關鍵詞：老倒縮、腰椎塌陷

閩南語俗語「老倒縮」，描繪了老年後普遍的身形變化之意象，然而是不是人體隨著年齡的增長，身高逐漸變矮呢？在中國古代醫學中有「骨痿」、「骨枯」、「骨縮」的描述，由典籍中可知「骨痿」多由腎虧而成骨枯髓空，病人出現肢體軟弱無力與關節無力，主張腎為先天之本，主骨生髓，腎精盛衰決定骨的生長、發育、強勁、衰弱的過程，腎經充足則骨髓化生有源，年邁者，則腎精虧虛無以養骨，骨枯髓減，經脈失榮，氣血失和而致腰背痠痛乏力(趙、毛、汪、鞠，2011；董、呂、宋、柴，2014；王、李、張、王、姜，2015)，由前述可知隨年齡增長因而「骨枯髓減」，將導致腰背痠痛乏力，致使無法直立腰桿而呈現骨縮現象，似乎也應證老化對身高的影響。

脊柱 (vertebral column or spine) 是由一系列稱為脊椎 (vertebrae) 的骨所組成，26 塊脊椎包括 7 塊頸椎 (cervical vertebrae)、12 塊胸椎 (thoracic vertebrae)、支持下背的 5 塊腰椎 (lumbar vertebrae)、癒合成一塊骯骨 (sacrum 又稱薦骨) 的 5 塊骯椎 (sacral vertebrae)，及癒合成一塊尾骨 (coccyx) 的 4 塊尾椎 (coccygeal vertebrae)。脊柱包圍並保護脊髓，支持頭

部，且做為肋骨及背部肌肉的附著點。在脊椎之間的開口稱為椎間孔 (intervertebral foramina)，為脊神經通過之處；相鄰的脊椎之間為纖維軟骨形成的椎間盤 (intervertebral discs)，這些椎間盤形成強韌的關節，可緩和背部的衝擊、承載脊椎的受力，使脊柱成為一強而可彎曲的桿狀體，可以往前、往後及往左右做各種運動。脊柱的結構由側面看，呈現 4 個彎曲 (curves)，由前面看則為交替的凸面。脊柱的彎曲和長骨的彎曲一樣重要，它們增強脊柱強度，幫助維持直立姿勢的平衡，緩和走路時的衝擊，以及保護脊柱以防斷裂 (李文森，1995)。

根據聯合國經濟、社會及人口的定義，年齡達到 65 歲以上的都稱為老年人，然事實上人體各器官與生理的老化，則早於 30-40 歲即開始，個人生活習慣、飲食與工作型態等因人而異因素影響老化速度，有些身體持續退化或老化的過程鮮少人留意察覺，如支撐人體最重要的骨骼「脊椎」，人體骨骼隨著年齡增加發生退化性骨質流失使骨質疏鬆，椎間盤變薄、韌帶關節的粘連與退化等使加速脊椎的退化、弱化脊椎的支撐力，造成胸腰椎塌陷致使身高變矮，以現代醫學來解釋，

個體因退化與老化造成脊椎退化與骨質疏鬆所致(謝嘉娟、陳旺全, 2018; 董萬濤等, 2014)。值得注意的是還有許多可能的原因會使身高變矮, 如長時間的姿勢不良如駝背、曾經跌倒或車禍造成的脊柱的傷害、鈣質攝取不足等, 然這樣所帶來的身高變化會從何時開始? 又使身高變矮多少? 而服用鈣片與練氣功是否有減緩變矮的可能? 氣功穴壓診療過程, 透過問診與視診能進行診斷, 視診藉由觀測承重力最大的腰椎處的皮膚皺褶可推估脊椎塌陷的程度, 本研究研究目的為透過實際測量皮膚皺褶與推估脊椎塌陷於不同年齡的民眾, 以證明「老倒縮」是否為真, 並探討相關影響因素。

研究方法

1. 研究設計

採觀察性研究設計, 資料收集包括年齡、性別等基本資料, 與是否有練功、曾否跌倒受傷、有無服用鈣片等, 與觀察所有研究族群背部後胸腰部皮膚皺褶, 並推估脊椎塌陷的狀況。

2. 研究族群

於 108 年 11 月到 12 月間, 某診所之門診病人與家屬, 年齡 20 歲以上徵求自願參與的研究者, 由同一位主治醫師指出皮膚皺褶的範圍與推估脊椎塌陷公分數, 由實驗助理負責以 50 元硬幣放置於背部皮膚皺褶處作為測量工具並逐一照相, 測量皮膚皺褶距離。

3. 統計分析方法

本研究將收集到的資料以 excel 建

檔, 再使用 SPSS 20 與 SAS 9.4 版軟體進行資料分析, 包括描述性及推論性統計, 如 t-test、皮爾森積差相關、單因子變異數分析、迴歸等, 分析變項間相關與對塌陷的影響。

結果

共有 106 名參與者參與本研究, 男性 35 名, 女性 71 名, 年齡範圍介於 21-93 歲間, 以 41-60 歲間占 54.7% 為最多(表一)。有 57.5% 未練過功, 66% 的人曾跌倒或受過傷, 近一半的人未服用鈣片, 持續服用的不到二成(表二)。

表一 參與者基本資料 n=106

年齡層	人數	百分比%
20-30 歲	5	4.7
31-40 歲	15	14.2
41-50 歲	32	30.2
51-60 歲	26	24.5
61-70 歲	17	16.3
大於 70 歲	11	10.4

表二 參與者是否練功、曾否跌倒受傷與服用鈣片情形 n=106

項目	人數	百分比%
是否有練功		
無	61	57.5
曾經	22	20.8
持續	23	21.7
是否曾有跌倒受傷		
無	36	34.0
有	70	66.0
是否服用鈣片		
無	51	48.1
偶爾	36	34.0
持續	19	17.9

一、不同年齡皮膚皺褶範圍與估計塌陷狀況

皮膚皺褶的測量，範圍介於 0-21 公分，平均 6.8 ± 4.5 公分；估計塌陷公分數，範圍介於 0-10 公分，平均 1.9 ± 1.5 公分，皮膚皺褶有隨年齡增加而增加的趨勢，30 歲之後平均數逐年上升。估計塌陷亦隨年齡增加而增加，預估 60 歲以上身高變矮達 2.5 公分以上(表三)。

表三 不同年齡層皮膚皺褶範圍與估計塌陷
n=106

年齡層 (歲)	皮膚皺褶 範圍 (平均值與 標準差) (公分)	估計塌陷 (平均值與 標準差) (公分)
20-30	.6 ± .4	.2 ± .2
31-40	5.27 ± 1.00	1.53 ± .29
41-50	5.59 ± .45	1.53 ± .22
51-60	6.72 ± .67	1.73 ± .21
61-70	8.13 ± .80	2.65 ± .26
70 <	13.82 ± .18	3.82 ± .72

二、皮膚皺褶範圍以及估計塌陷之相關

以皮膚皺褶範圍來估計塌陷公分數，以相關分析顯示兩者間與高度相關 ($p < .0001$) (表四)。

表四 皮膚皺褶範圍以及估計塌陷之相關

	皮膚皺褶範圍	估計塌陷
皮膚皺褶範圍	1	.072795 $p < .0001$
估計塌陷	.072795 $p < .0001$	1

三、年齡、性別與皮膚皺褶範圍以及估計塌陷之相關

皮膚皺褶範圍、估計塌陷與年齡及性別的相關分析顯示，皮膚皺褶範圍、估計塌陷與年齡間達顯著差異 ($p < .0001$) (表五)，表示隨年齡增加皮膚皺褶範圍、估計塌陷將越嚴重。年齡每增加 1 歲塌陷增加(身高變矮)0.0591 公分，皮膚皺褶範圍增加 0.19679 公分。男性的皮膚皺褶範圍與估計塌陷均略大於女性，但未達顯著的差異(表六)，顯示塌陷不因性別而有所影響。

表五 年齡對皮膚皺褶範圍以及估計塌陷之相關
n=106

	β	p 值
皮膚皺褶範圍		
年齡	.19679	<.0001
估計塌陷		
年齡	.05910	<.0001

表六 性別對皮膚皺褶範圍以及估計塌陷之相關
n=106

性別	皮膚皺褶範圍	p 值	估計塌陷	p 值
男 (n=35)	7.49 ± 5 .16	0.29 16	2.29 ± 1.8 9	0.14 36
女 (n=71)	6.51 ± 4 .07		1.76 ± 1.2 9	

四、練功情形、是否跌倒受傷與有無持續服用鈣片對皮膚皺褶範圍與估計塌陷之影響

分析練功情形、是否跌倒受傷與

有無持續服用鈣片等不同的組別間對皮膚皺褶範圍與估計塌陷是否有差異，結果顯示皮膚皺褶範圍有持續練功者小於曾經練功者，曾經練功者又小於無練功者，然未達不同組別間顯著差異(表七)。是否跌倒受傷與有無持續服用鈣片不同組別間未對皮膚皺褶範圍與估計塌陷有影響(表七)。

討論

視診為氣功穴壓診療過程重要的技能，透過觀察能推估身體可能變化，本研究以腰部皮膚皺褶範圍來估計脊椎塌陷公分數，由研究結果呈現兩者間與高度相關，表示確實能以觀察皮膚皺褶範圍來推估脊椎塌陷的程度。本研究運用後背胸腰椎皮膚皺褶範圍來推估身高的變化，結果顯示在 30 歲推估脊椎塌陷平均已有 1.5 公分，代表身高可能已減 1.5 公分，脊椎退化大部分是從椎間盤開始，呼應文獻所指椎間盤退化最早從 25 歲後就開始；而研究結果顯示隨年齡增加預估 70 歲平均身高將變矮 4 公分，身高變矮的原因來自脊椎退化，大部分來自於脊椎骨骨質流失與椎間盤退化，與一般統計 70 歲左右的老年人身高將減少 5 公分結果將近(林麗禪等，2016)。

老化骨質流失使脊椎骨質疏鬆，使骨質強度減弱，常見脊柱壓迫性骨折(方耀凡等，2019)，女性停經後，因動情激素分泌減少之故，骨質明顯流失高於男性(林麗禪等，2016)，而本研究結果顯示男性與女性推估脊椎塌陷程度並無差異，然值得注意的是男性

皮膚皺褶範圍高於女性。曾跌倒受傷傷及脊椎或附近的組織者，由於脊椎受力改變，這些椎間盤形成的關節受力增加，即開始退化，然本研究結果，曾跌倒受傷者皮膚皺褶範圍並未高於無跌倒受傷者，由於椎間盤退化的原因很多，曾受傷害是眾多因素之一，然還有許多其他因素影響脊椎退化如長時間坐辦公桌或電腦前、姿勢不良等，或多重因素間的交互作用。台灣民眾的鈣質攝取量少，維生素 D 不足，尤其女性多數有躲避陽光照射的習慣使加劇骨質疏鬆(李采珍等，2016)，因此服用鈣片期能有助益減緩脊椎的塌陷，然於本研究中服用鈣片未顯現能減少皮膚皺褶距離的差異，可能與本研究年齡層分布廣，而有骨鬆風險者更傾向於持續服用鈣片，且服用者以女性為多，但能持續服用者不多，無法顯現出服用之效益。本研究結果顯示持續練氣功者皮膚皺褶範圍小於未練氣功者，而持續練氣功者皮膚皺褶範圍小於曾練氣功者，然未達統計差異，可能與本研究樣本數少有關，然持續練氣功可能具延緩變矮之潛能。

結論

本研究結果應證俗語「老倒縮」之現象，無論男女隨年齡將有逐漸變矮的趨勢，以腰部皮膚皺褶範圍來估計脊椎塌陷公分數，是一準確、不具侵入性篩檢脊椎退化的方法，有助於協助篩檢出脊椎退化者，以即早介入延緩老化。

表七 練功情形、是否跌倒受傷與有無持續服用鈣片對對皮膚皺褶範圍與估計塌陷之分析

	n=106			
	皮膚皺褶範圍	p 值	估計塌陷	p 值
練功情形				
無(n=61)	6.90±4.89	0.3845	2.00±1.71	0.2245
曾經(n=22)	6.51±4.07		1.76±1.29	
持續(n=23)	5.85±3.40		1.48±1.04	
是否跌倒受傷				
否(n=36)	7.40±5.00	0.3473	2.08±1.79	0.4707
是(n=70)	6.54±4.46		1.86±1.37	
是否服用鈣片				
無(n=51)	6.45±4.75	0.3845	1.98±1.71	0.7195
偶而(n=36)	6.83±4.30		1.78±1.33	
持續(n=19)	7.84±4.02		2.11±1.33	

參考資料

- 王兵、李富震、張森、王非、姜德友，2015。〈骨痿探源〉，《長春中醫藥學報》，第31卷第2期，頁417-419。
- 方耀凡、吳至行、宋永魁、周威宇、郝德慧等著，2019。《台灣成人骨質疏鬆症防治之共識及指引》。臺北市：中華民國骨質疏鬆症協會。
- 印會河、張伯納，2013。《中醫基礎理論》。臺北市：知音出版社。
- 李文森，1995。《解剖生理學》。臺北市：華杏出版社。
- 李采珍、蔡金川、洪裕強，2016，〈停經後骨質疏鬆症中醫證型的實證文獻探討〉，《中醫藥雜誌》，第27卷第1期，頁1-8。
- 林麗禪、蔡娟秀、薛桂香、吳方瑜、黃翠媛等著，2016。《老年護理學》(七版)。臺北市：華杏出版社。
- 趙紅霞、毛穎秋、汪文來、鞠大宏，2011，〈論中醫對"骨痿"的認識〉，《中醫藥導刊》，第13卷第8期，頁1390-1391。

- 董萬濤、呂澤斌、宋敏、柴居堂，2014，〈中醫「骨枯髓空」的病理機制及從腎論治原發性骨質疏鬆症的科學涵義〉，《中國骨質疏鬆雜誌》，第20卷第10期，頁1245-1249。
- 謝嘉娟、陳旺全，2018，〈骨質疏鬆症中西醫治療進展〉，《中醫藥研究論叢》，第21卷第1期，頁43-49。

胃—中焦的症狀造成心悸的機制

劉維婷*

*穴壓與拔罐學會學員

一、胃、中焦與產生心悸的原理

心悸是「心主別脈」產生的。

「三焦」和「心主別脈」是人體內的兩套自動產生能量的系統，主宰生命運行的推進力。前者—三焦，分上、中、下三支且整合成一系統，負責人體和外界溝通，以取得氧氣、營養和排泄廢棄物，後者—心臟自動產生電位的系統，推動體內血液循環。三焦分成 1.上焦：呼吸中樞的調節系統，調節呼吸肌的運動，使從呼吸道吸入氧氣至肺臟，排出二氧化碳，以維持血液中的血氧濃度供給細胞組織器官的使用；2.中焦：胃的排空及幽門泵浦調節系統，控制食糜的攪拌、酸鹼值和排空速率，以利腸胃道完成消化與吸收；3.下焦：腎元的過濾排尿恆定調節系統，負責過濾血液形成尿液排除代謝有毒廢物，同時回收有用物質，使血液淨化回到循環系統。和三焦互為表裡的是「心主別脈」，是心臟的電生理傳導系統，產生心搏律動，令心臟收縮將血液送入血管循環系統中，將帶有養分和氧氣的血液攜送至全身細胞組織利用，同時帶回代謝靜脈血液。心主別脈與三焦是互為表裡的臟腑，啟動心搏電位以推動血液循環，輸送淨化充氧血液達身體各部位，同時回收血中代謝廢物，成為一個完整的氣血周行全身的迴路，以維持體內各項環境的恆定。三焦主陽，心主

別脈主陰，兩套系統各自獨立卻又相依相繫，保持對立又統一的協調關係。

二、胃、中焦的生理運作

三焦中的中焦位於胃的中脘。

胃的功能是貯存人體攝入的飲食，食後胃腺分泌消化液將其分解，透過胃壁的收縮波攪拌成食糜，最後胃排空是藉由幽門幫浦系統將食糜間歇性推擠進入腸道，這個攪拌、酸鹼度的控制和排空的機制即是中焦的功能。食糜攪拌時，胃內壓力升高，位於食道末端亦即胃的上口的賁門必須緊閉，以妨因胃內高壓將食糜向上逆流至食道。大部分攪拌時間的收縮波不強，只有 1/5 時間胃竇的蠕動波會增強，胃竇的蠕動波促進胃的排空，而排空管道口—幽門的收縮與其做拮抗。即胃竇的蠕動在胃的排空扮演著幽門幫浦，促成胃的排空，蠕動的強弱受到胃和十二指腸訊號的調控，而被幽門括約肌處於正常收縮狀態所阻抗。這兩種作用是負相關的，可增加胃竇蠕動的因子，通常可降低幽門擴約肌的張力。胃排空的速率受到來自胃和十二指腸訊號的調控，配合腸道消化與吸收的速度，控制食糜進入十二指腸的速度。其中促進排空的因子有胃壁的腸肌肉反射，胃泌素的分泌，皆會加強幽門幫浦同時放鬆幽門。當食糜進入十二

指腸或是受到某些食物的刺激，就會產生強烈的抑制胃排空因子，分為有神經性和賀爾蒙性，抑制的程度取決於小腸處理的速度。當食物進入十二指腸時的神經反射，主要由迷走神經傳到腦幹再傳到胃部，強烈抑制胃竇的推進力並略為增強幽門擴約肌的張力。含脂肪的食物進入十二指腸，會分泌各種激素，經血液回到胃部去抑制幽門幫浦的活性和增強幽門的收縮力。抑制胃的排空可避免過量食糜擠在十二指腸上，以免腸道運行不順暢。

胃的排空和幽門幫浦調節系統，控制食糜的酸鹼度，和排空的速率，目的要配合小腸的消化和吸收，控制食糜進入十二指腸的速度，使養分能充分被腸道吸收。這正是消化道賴以正常運作的重要機制，將後天飲食轉換提供給人體所需的能量和營養素，此即為「中焦」的功能。

三、中焦與心主別脈所產生的心悸

1. 中焦和胃部功能紊亂的症狀

中焦既主宰胃排空和幽門幫浦調節機制，促使消化道運動：包括攝食、消化和吸收，進行生化作用，產生營養分、水分、及氣體。營養分吸收後溶於血液中，最後進入心臟血管循環系統，送至細胞、組織和器官為其所用。從（一）我們知道胃的排空因子受到胃部活動控制，如胃飽滿的程度及胃竇和幽門的活性；更重要的是十二指腸的回饋控制。如果胃中的食糜無法正常排空到腸道，堆積在胃中，胃的內壓升高會造成胃痛、噁心、嘔吐。若食糜堆積在胃中，會逐漸腐敗

發酵產生氣體，造成胃的膨脹更加劇烈。胃分泌胃酸與胃蛋白酶作用分解也會產生氣體，胃酸跟腸道胰液的重碳酸根作用也會產生大量氣體。這些廢氣會增加胃的壓力，氣體只能向上沖開賁門來洩壓，使得喉間呃聲連連，聲短而頻繁難以自止，並且造成食糜的酸鹼度失調有害於腸道的運作。長期下可能伴隨泛酸酸氣上沖，使得賁門逐漸閉鎖不全，就會造成胃食道逆流。混合著胃酸的食糜會造成食道下方灼傷、發炎，造成胸口灼熱感。胃食道逆流的症狀明顯也會造成焦慮、失眠、不安等。

2. 中焦及胃的症狀與上焦呼吸、心主別脈的心搏動的關係

胃的位置在橫膈膜的下方，呼吸時橫膈膜交替放鬆與收縮，造成胸腔的正負壓，讓人體吸入新鮮的空氣在肺部交換氣體，排出廢氣，並由心搏促成肺循環和體循環，而讓新鮮血液流動到全身。當胃不適膨脹時，往上擠壓到橫膈膜，胸廓體積減少，造成呼吸不順暢，從而影響到心臟的收縮和舒張，甚而膨脹的胃也可能直接往上壓迫心臟，心臟被擠壓致減少血液的輸出量，為了調節需求只好加快心跳搏動以供應血流，或是致血壓升高。尤其是在進食後，胃和消化道需要增加充分的血流供應，當胃的功能不穩定，心臟就會透過心跳的速度、規律性或脈搏的強弱等，來表達身體的狀況，其中最常見的是心跳的強度增加，將平時無感的心跳變成有感的心跳，會使人心慌亂不舒適，這就是心悸，這也就是臨床上因為胃、中焦紊亂所引起的心悸，常發生在進食後的原因。

中焦及胃的症狀對應到心臟的電生理傳導系統，即心主別脈主控推動心臟的循環系統。其功能是在人體不與外界溝通的內部；而胃的排空速率運作的控制，使食物運化成恰好身體所需的血液的內容，其功能是在人體與外界環境溝通的表部。兩者之間的生理機制和功能互相配合，相依相繫。如果胃排空失常，引起食糜滯留胃中，食物陳腐侵蝕胃部造成病變，而腸道又得不到適當食糜的供應而空磨，也會產生腸道病變致腹痛、腹瀉、便秘等，此影響人體中焦能量的產生，致使人體覺得虛弱無力。又胃負責儲存食物，中焦的調節系統則控制血液生成的前驅物，如不能及時排出，食物會在胃內腐敗成毒素，傷害胃及腸道，有毒性的血液於是乎產生。當血液進心臟時，心肌細胞及其電生理傳到系統發動心搏電位，輸送於全身，有毒性的血液就遍佈全身，故各種症狀就出現了。

3. 胃、中焦病變與腦部心識、情緒的關係

心臟亦主控人的心識、情緒，其影響腦部的控制調節機制和其敏感度的強弱。心主別脈管控心跳的速度、規律性和脈搏的強弱、也會左右意識的波動。當壓力增加時會影響中焦及胃功能的運作，縱使心律不變，但供應腦部的血氧量不足，進而會引發各種精神症狀；相反的，人的心識、情緒不穩定、精神低落，也會影響食欲和消化功能，胃在健康上所扮演的角色不容忽視。

四、結論

胃吸收身體外部資源來供應人體能量，心主別脈主導身體內部循環的動力，主控心悸、心律、情緒和心識的穩定。身心是交互影響，人體的能量有賴中焦正常運作產生含氧血及提供身體所需的各種營養素。若中焦不能正常運作，則會造成心主別脈的異常，產生心悸及心律不整等，嚴重者發生精神病變或情緒的不穩定。

一般人最常見的病症是胃不舒服，而位於胃中脘之處的是中焦，一旦胃出了病變，中焦也會跟著出現問題。當兩者都出現問題時，病症不僅發生在胃實體之內，如悶熱、疼痛、發燒、嘔心、頭痛、全身酸痛，同時也會因中焦運作的失常而腹脹、排空異常、不思飲食、疲倦，還會出現四肢無力、胸悶、煩躁不安，更禍及心主別脈，如心悸、心律異常、恐慌等症候來。所以，胃有問題的病患會說：胃這裡痛、身體到處這裡、那裡也在痛。所以胃及中焦的保健非常重要，基本上要注意飲食衛生，不宜過量，避免攝食太多肉類和脂肪等容易不消化或產生毒素的食物。

外部環境溫度的變化對人體的調溫機制的衝擊

吳雪鳳*

*穴壓與拔罐學會研究員

在現代人的日常生活中，常有下列的情況：離開長時間停留的冷氣房後，立即進入陽光曝曬下的高溫汽車內；運動後，大汗淋漓時，到有冷氣的冰店吃冰，或進入超商，從冰櫃選購冰涼飲料喝。事實上，這樣的溫度差異即便身體有所不適，且已對人體造成傷害，卻不易被察覺，因為這是人們普遍性的習慣。然而，值得我們思考的是：人體的溫度調節功能是否可以迅速應付如此大於 20 度上、下的溫差？而那些讓人感覺身心涼爽、暑意全消的冷飲、冰品，可以真正排除身體內的熱嗎？

另外，我們可以再思考下列問題：2020 年底寒流來襲，氣溫驟降 15 度，從 12 月 30 日 0 時至 31 日早上 8 時，32 小時內，全台共有 47 起「非創傷死亡」案例；另，根據消防局統計，從 2021 年 1 月 7 日晚間 7 時到 9 日中午 12 時，已累計 105 例疑似天冷猝死案，其中最年輕的只有 16 歲。（Yahoo 新聞，2021；新唐人亞太台，2021）再者，夏季熱引發軍人、建築工人、農夫或因爬山、騎單車者等因戶外工作或活動而導致熱昏厥或熱衰竭等中暑現象，與上述解熱消暑方式、日常生活習慣或寒流猝死的關聯性為何？

要對這些現象與問題做正確的解釋與深入的探討，必須先理解人體降溫與升溫的調溫機制後，才能有完整與全面性的了解。

一、體溫恆定調節機制

人體平均正常體溫約攝氏 36.7-37 度（華氏 98-98.6 度）。人體維持溫度恆定係由下視丘的溫度調節中樞運作，透過傳導 (conduction)、對流 (convection)、輻射 (radiation) 及蒸發 (evaporation) 等方式，利用皮膚分子振動、毛細孔與血管的舒張或收縮及熱能產生與否等來進行體溫恆定調節，（Arthur C. Guyton and John E. Hall 著，樓迎統等譯，2008）是一種動態機制，不是靜態的平衡。

因此，人體在高溫環境下，體溫調節機制會因高溫環境激發下視丘的溫度調節中樞運作，使血管舒張，藉血流速度變大讓身體內部的熱快速傳導至皮膚，同時亦透過流汗蒸發，使熱散失，而顫抖及化學熱作用等產熱機制則受到抑制，體溫因此得以降低。

在低溫環境下，體溫調節機制與在高溫環境下的運作方式正好相反。低溫環境激發下視丘的溫度調節中樞運作，使血管收縮，降低血流速度，減慢熱的傳導，同時亦透過體毛豎起 (piloerection) 增加皮膚外的絕緣空氣，減少熱量散失，並藉由顫抖、產熱交感神經的興奮及甲狀腺素的分泌等產熱機制增加產熱 (thermogenesis)，使身體升溫。（參表一）

表一 人體體溫高、低之溫度調節機制

	血管	毛細孔	熱量產生
降溫機制	舒張	擴張— 流汗	抑制產熱機制
升溫機制	收縮	收縮— 毛豎起	增加產熱： 顫抖、產熱交感神經的興奮、甲狀腺素的分泌

資料來源：樓迎統等譯，2008，頁 895。

然而體溫調節並非硬性的恆定，而是具有彈性地協助人類適應自然環境，此由長期居住在寒帶地區或熱帶地區人們的身體會自動啟動生理調節機制，藉由機制的調節來增加身體對環境溫度的耐力，即可得知。行政院勞工委員會曾對在低溫工作的勞工進行調查研究，該研究表示勞工初次在低溫環境工作時，可能會因工作環境溫度太低而有顫抖或起雞皮疙瘩的現象，但二星期內大部分勞工顫抖或起雞皮疙瘩的情形已經消失。（陳秋蓉、孫逸民，2004）這一研究亦證明人體生理機制與體溫的調節是需要時間來因應環境溫度的變化，因此如果外部環境溫度變化過大，身體溫度調節機制反應不及或反應過度時，即可能對身體造成傷害或致命。

多數人將中風、熱昏厥或熱衰竭等中暑現象解讀為氣溫變化所帶給人們普遍的病症，並未能從人體生理的恆定調節來理解。因此，在冬、夏季溫度急遽變化的季節中，上述病症患者激增，最大原因在於一般人大多不能以人體溫度調節機能的角度，確實地防護身體對溫度變化的生理機制反應所可能產生病症，及至症狀外顯，

僅解決當下病症，未回復生理機制的正常運作，而因此埋下病根。

然而這與運動過後，身體處於散熱狀態即進入低溫環境或食用冰冷食物的關連性為何？為此，我們有必要再深入了解人體溫度調節機制與高溫環境、低溫環境及高、低溫環境轉換的關係。

二、高溫環境與人體調溫系統

了解人體降溫與升溫的調溫機制後，以此為基礎來看夏季熱昏厥或熱衰竭等等中暑現象就更清楚。這些現象的成因是因外部環境溫度過高，人體受熱後體溫恆定機制戮力進行生理機制調節而起。當此一機制到達其上下調節極限後，調溫作用即失去功能，致使體內熱氣因無法經過皮膚散發出去而蓄積，體溫持續上升，一旦達到身體無法忍受的程度時，許多器官功能就會逐漸出現異常變化，包括：神經、血管的運行與調節、各種生化、代謝、消化、吸收等功能的紊亂，最後器官的機能便開始癱瘓或衰竭，像：頭部熱脹、頭昏、頭痛、眼睛濕熱、視力模糊、呼吸困難、吸不到空氣、心煩、氣燥、不思飲食、腹脹、拉肚子、全身無力等症狀。嚴重時，人會脫水、血壓不穩、心痛心悸、呼吸困難、精神躁動、無力昏倒，那就是「熱中暑」或「熱衰竭」。如果不緊急處理，會有生命的危險，尤其是老年體弱的人、嬰兒、小孩或慢性病患者等。

由於一般人「熱中暑」的症狀，隨其「熱中暑」程度的不同而不同。特別是在早期之時，因流鼻水、咳嗽、

頭痛、頭頸悶熱等，容易被誤以為是感冒，（詳見表 2）越治療越嚴重，症狀也越來越多變。如，一位 40 多歲病患因全身無力、頭痛、想吐、沒胃口，且身體發熱，自行服用感冒藥兩星期沒改善，後求診於醫師才發現吃錯藥。（大家健康雜誌，2007）這類病患如未獲得妥當治療，繼續受熱而加重中暑，則容易合併中樞神經病變、急性肝、腎衰竭、凝血功能異常、橫紋肌溶解等併發症，死亡率可以高達 80% 以上。因此，炎炎夏日如何預防熱中暑成為一大課題。

根據衛生福利部「及時疫情監視及預警系統」統計資料，2020 年 1 月至 7 月 24 日因中暑等熱急症至急診就醫人次高達 1,722 人次，較 2019 年同期增加百分之四十，創下近十年新高。（行政院衛生署國民健康局，2020）另外，日本總務省消防廳資料顯示，2013 年 5-8 月全日本有近 4 萬人因中暑送醫，送醫人數較前一年同期增加 30%；又，2020 年東京都 23 區 8 月共有 193 人中暑死亡，創下單月中暑死亡的最高記錄。（世界民報，2013；人民網，2020）各地區人們因全球高溫現象而出現不適症狀，此明顯地受到地球暖化的影響，也明白地告訴我們—必須提防外部環境溫度過高，致使人體溫度恆定機制調節過度而造成的傷害。

表 2 中暑與感冒症狀之比較

	不同症狀	相同症狀
中暑	煩躁不安、易怒、口乾舌燥、出汗不易、尿少尿濃、鼻出血等	流鼻水、咳嗽、頭痛、頭頸悶熱、頭昏、身體發熱、精神

感冒	打噴嚏、鼻塞、喉嚨痛、全身痠痛	不佳、沒有食慾、全身無力、想吐
----	-----------------	-----------------

資料來源：作者自行整理

三、低溫環境與人體調溫系統

人體對外部環境溫度降低時，用以保護體溫的調節機制相對比較遲鈍，需要外加的保暖措施，且容易引起身體的不適，特別是冬季氣溫急遽下降時。

體溫調節機制對熱感有其調節上限，同樣地對冷感亦有其下限。當體溫降低至攝氏 35 度（94 度 F）時，即引發低溫症(hypothermia)，下視丘功能會嚴重受損；一旦體溫低於攝氏 29 度（85 度 F），下視丘調節溫度的能力就完全消失。（Arthur C. Guyton and John E. Hall 著，樓迎統等譯，2008）此最大的原因在於外環境變冷，身體為了避免熱能散失而收縮周邊血管，除了造成血流速度降低，也會使血壓升高。因此，如果體溫調節機制無法維持 37 度的恆定溫度時，人體器官即會因體溫降低、血流過慢與血壓過高造成包括腦及心臟等器官不能正常運作，此時，若不及時接受適當治療，最後會導致心肺功能停頓，甚至死亡。輕微低溫症(hypothermia)的症狀包括：頭痛、顫抖、呼吸快速、疲倦、語言不清、思想迷亂、協調出現問題、心跳加快、血壓上升等。當低溫症變得較嚴重，會出現脈搏變弱、呼吸變慢且淺，以及神智不清等現象。

由於低溫症出現初期與一般身體不適的症狀類似，例：偏頭痛、頭暈及胸悶等，患者不易了解其處境的危險性，特別是患有心血管疾病者，或

血管已有硬化的年長者，很容易引起中風與心肌梗塞等突發性危險。如，今年（2021年）初根據各縣市的消防局統計，各地都有多起疑因寒流天冷到醫院前心肺停止運作的案例，1月7日至8日於48小時已累計126死。（公視新聞網，2021；中時新聞網，2021）另外，年長者與小孩這兩大族群容易於天氣變冷時，因體溫調節不及而出現身體不適的症狀。年長者係因調節體溫與感覺冷熱的能力減退；小孩子則因頭、身比例(head-to-body ratio)較大，比成年人較快流失熱能，再加上他們沒有足夠的判斷能力或過度玩樂不在意寒冷的感覺，沒有適時添加保暖衣物或離開寒冷環境，而容易於天冷時出現身體不適症狀。（Mayo Clinic, 2014）

人體溫覺接受器在皮膚、下視丘以及少數體內深層的組織，而皮膚是最直接的接受器。皮膚上有冷、熱兩種溫覺接受器，但冷覺接受器的數目遠比熱覺接受器多，甚至可多達十倍，（Arthur C. Guyton and John E. Hall 著，樓迎統等譯，2008）所以身體對冷覺的探測與反應極為靈敏。因此，當氣溫變化大時，保暖措施對體溫恆定的調節機制非常重要，可避免人體對外部低溫環境的過度反應，降低暴露在危險環境中的風險。

四、高、低溫環境轉換下人體的溫度調適能力

現今人們常藉高、低溫環境驅寒、解熱，與近年來科技與經濟發達，空調設備成為現代人生活的一部分息息

相關。特別像台灣這樣亞熱帶地區，夏季時不論是室內、公共場所或家庭環境，冷氣空調系統長時間運轉已經是生活的常態，人們在高溫的戶外環境活動後，也習慣迅速地進入冷氣低溫環境消暑。這是人體感知外部高溫環境後，除了藉由血管舒張及排汗等生理作用來降低體內溫度外，亦啟動行為控制機制，尋找低溫環境以協助身體降溫。此時，如果人們先移動到常溫陰涼處，縮小人體恆溫機制所要調節的幅度有非常大的助益。然而，現今人們習慣進入空調低溫環境的降溫行為，讓身體的溫度調節機制為因應體外溫度急遽變化，迫使其必須在短時間內產生降溫與升溫兩大生理反差作用，（參表一）也因而對人體生理恆定機制造成極大的負擔。

試想一個人長時間在陽光下工作、慢跑或騎腳車，此時身體因受熱而體溫升高，所以人體的溫度調節機制會舒張血管讓血流速度變快，並擴張毛細孔流汗，讓體內的熱散失，維持體溫的恆定。然而，正當身體仍處於散熱狀態時，這個人迅速進入有冷氣的飲料店或辦公室等地方消暑或洽公。此時，外部環境從高溫轉換為低溫，身體經由皮膚的冷覺立即感應，促使原本擴張排汗的毛細孔收縮，而下視丘的溫度調節中樞亦收縮原已舒張的血管，使血流變慢，同時原先受到抑制的產熱機制亦藉由顫抖、產熱交感神經的興奮、甲狀腺素的分泌開始增加產熱，這樣的生理反差作用讓原本身體內應該要散出的高熱，滯留在體內無法發散。

從高溫環境進入低溫空調環境，

容易讓人們誤以為可以消除熱氣，事實上，這不僅無法消除熱氣，還打亂了生理恆定機制，也無意識地將人體對溫度反差調適不及的生理失衡症狀，如頭痛、咳嗽、流鼻水、呼吸道疾病、胃痛及內分泌失調等之病根留在體內。此可由行政院勞工委員會對低溫作業勞工常有的不適症狀調查報告進行檢證，這些勞工有手腳冰冷、容易疲倦、打噴嚏、流鼻水、手腳麻木、口乾、鼻塞、容易感冒、咳嗽(乾咳)與眼睛疲勞等症狀，(陳秋蓉、孫逸民，2004)而這些症狀也是這些反覆進出高、低溫環境勞工的病根所在。反之，從低溫轉換為高溫的環境亦如是。

這種反覆進出高、低溫環境的行為模式不是低溫作業勞工才有，而是現代人的生活常態。所以，人們當然毫不自覺自己的身體調溫系統疲於應付這些反覆高溫受熱、低溫受寒的現象，同時也不自覺地讓寒、熱不均勻且深層地滯留在體內，所以當身體因此衍生不同病症時，不知是這些現象所埋下的病根。

五、體溫調節機制幫手

身處地球環境暖化及高科技文明環境的我們，除了要了解我們所處的環境，更須明白我們身體對環境變化所產生的生理調節機制，並從這個角度著手，確實地幫助自己的身體應對溫度變化的調節，以防受到傷害。因此，依循上述體溫恆定調節機制原則，如，確實做到在高溫的戶外環境活動後，先於常溫陰涼處降溫，避免直接到低溫空調場所；運動或工作等活動後，感覺熱，以常溫水或飲料取代冰飲作為解渴、解熱之物；冬季半夜起

身活動或早上睡醒，立即穿上外套保暖；衣服因汗水溼透，先擦乾汗水、換上乾衣，再進入冷氣空調環境；冬天，尤寒流來襲時，戴上口罩，再出門；夏季，感覺可能有中暑跡象時，喝熱水或溫水來緩和身體不適。綜括而言，並幫助體溫恆定調節機制是現今人們因應地球氣候極度異常，避免置身體於健康危機之中的良方。

參考資料

- 施沛琳，〈頭痛、食慾不佳，是感冒還是中暑？〉，《大家健康雜誌》，2007年7月，
<<http://jtfhealth.pixnet.net/blog/post/31927464-%E9%A0%AD%E7%97%9B%E3%80%81%E9%A3%9F%E6%85%BE%E4%B8%8D%E4%BD%B3-%EF%BC%8C%E6%98%AF%E6%84%9F%E5%86%92%E9%82%84%E6%98%AF%E4%B8%AD%E6%9A%91%EF%BC%9F>>。
- 陳秋蓉、孫逸民，《低溫作業勞工健康危害調查研究》(台北：行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，2004)，頁27。
- 〈今晚至明晨探6度！20縣市低溫特報105起猝死案〉，《新唐人亞太台》，2021年1月9日，
<<https://www.ntdtv.com.tw/b5/20210109/video/286910.html?%E4%BB%8A%E6%99%9A%E8%87%B3%E6%98%8E%E6%99%A8%E6%8E%A2%E5%BA%A6%EF%BC%8120%E7%B8%A3%E5%B8%82%E4%BD%8E%E6%BA%AB%E7%89%B9%E5%A0%B1%20105%E8%B5%B7%E7%8C%9D%E6%AD%BB%E6%A1%88>>。
- 〈日本中暑人數近4萬，比前一年增30%〉，《世界民報》，2013年8月13日，
<<http://www.worldpeoplenews.com/news/9/2013-08/41189?page=4>>。
- 〈東京8月中暑死亡人數創單月最高紀錄〉，《人民網》，2020年9月7日，
<<http://japan.people.com.cn/BIG5/n1/2020/0907/c35421-31852138.html>>。
- 〈氣溫驟降 紛傳心臟疾病引發猝死案例〉，《公視新聞網》，2021年1月8日，
<<https://news.pts.org.tw/article/508081>>。

- 〈寒流成殺手！全台急凍索命 48 小時 126 人猝死〉，《中時新聞網》，2021 年 1 月 10 日，
<<https://www.chinatimes.com/realtimenews/20210110002789-260405?chdtv>>。
- 〈暑假出遊戶外活動防熱傷害 3 要訣「多喝白開水、選擇適當時間與場所、做好個人防曬措施！」〉，《行政院衛生署國民健康局》，2020 年 9 月 213 日，
<<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4141&pid=12978>>。
- 〈霸王寒流急凍「32 小時內 47 人猝死」跨年成忌日〉，《Yahoo 新聞》，2021 年 1 月 1 日，

<<https://tw.news.yahoo.com/news/%E9%9C%B8%E7%8E%8B%E5%AF%92%E6%B5%81%E6%80%A5%E5%87%8D-32%E5%B0%8F%E6%99%82%E5%85%A747%E4%BA%BA%E7%8C%9D%E6%AD%B-%E8%B7%A8%E5%B9%B4%E5%89%8D%E6%88%90%E5%BF%8C%E6%97%A5-084022774.html>>。

Arthur C. Guyton and John E. Hall 著，樓迎統等譯，《醫用生理學》(Textbook of Medical Physiology) (台北：台灣愛思唯爾有限公，2008)。

Mayo Clinic, "Hypothermia," Mayo Foundation for Medical Education and Research, <<http://www.mayoclinic.com/health/hypothermia/DS00333>>. Jan. 12, 2014.



蜀葵花

深紫色的蜀葵被稱為「墨葵」。蜀葵花期長，卻不是一次開滿全株，而是由下而上依序開放。盛開時，整個將近兩公尺的花莖幾乎會開滿花，因而為它博得「一丈紅」之名。

Chris 攝於 2011 年台北國際花卉博覽會

System Review

Effects of Acupressure on Headache: A Systematic ReviewLisa Li-Chen Hsieh¹, Hsiao-Hsuan Jen², Chen-Yang Hsu^{2,3}, Sam Li-Sheng Chen⁴謝麗貞¹、任小萱²、許辰陽^{2,3}、陳立昇⁴¹ Ji Din Clinic, Kaoshiung² Graduate Institute of Epidemiology and Preventive Medicine, College of Public Health, National Taiwan University, Taipei, Taiwan³ Daichung Hospital, Miaoli, Taiwan⁴ School of Oral Hygiene, College of Oral Medicine, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan.

Correspondence author: Sam Li-Sheng Chen

摘要**研究目的:**

本研究只在對穴道指壓運用於慢性頭痛之治療效益進行系統性文獻回顧。

研究方法:

本研究以系統性文獻搜尋方法利用數位學術資料庫收集包含英文以集中文之穴道指壓治療運用於慢性頭痛治療學術文獻，共計納入 17 篇研究文獻。除主要針對以隨機分派研究設計評估穴道指壓治療對於慢性頭痛療效之研究文獻外，本研究亦納入其他如觀察性研究以及系列個案報告之發表研究，以達到廣泛納入關於此研究主要問題相關學術文獻之目的。對於所收集之文獻則採用系統性文獻回顧方法準則結合預定之資料萃取方法與格式，摘錄收集其內容與結果。

研究結果

所收集之研究共 17 篇，包含 7 篇英文文獻與 10 篇中文文獻。英文文獻中有三篇以隨機分派研究設計評估穴道指壓治療對於慢性頭痛之療效，屬於第一級實證證據等級，其餘則為觀察性研究。中文文獻則皆為觀察性研究與系列個案報告，研究內容主要著重於施行穴道指壓治療慢性頭痛個案之方法以及接受治療者之主觀性反應評估結果，屬於第三級實證證據等級，其報導之治療效益介於 95.4-100%之間。

結論

文獻中僅一篇由台灣發表之隨機分派臨床試驗結果顯示穴道指壓治療對於慢性頭痛具有顯著之療效，並且可維持達 6 個月。關於此研究之其他文獻則為觀察性研究以及系列個案報告。對穴道指壓療法於慢性頭痛之臨床運用需要更多以研究方法為支持進行療性評估之臨床研究，以提供臨床治療準則之實證依據。

關鍵詞：穴道指壓，慢性頭痛，系統性文獻回顧

Abstract

Objectives: A systematic review of the effects of acupressure on chronic headache.

Methods:

Literature searches based on digitalized academic database were carried out for both English and Chinese resources. Seventeen published articles were enrolled to assess the clinical efficacy of acupressure in treating headache. While the review focused mainly on randomized controlled trials, observational studies and case series were also enrolled to reach the aim of comprehensive coverage of the relevant literatures. Data were extracted in a predefined methods guided by standardized approach for systematic review.

Results

Literatures in English indicate the comparative effects of acupressure, among which three RCTs (level of evidence class I) were retrieved for review. Regarding the literature in Chinese, all of the published articles are based on observational study design emphasizing practicing procedures with the general effective rates reported for one group design. The class III effective rates of acupressure on headache ranged from 95.4% to 100%.

Conclusions

One RCT from Taiwan showed significant efficacy of acupressure in treating chronic headache with persistent effect lasting for 6 months. The remaining observational studies suggest that acupressure for treating chronic headache is effective without strong evidence. There is a need for scientific studies to evaluate the effectiveness of acupressure by using well-designed studies with comparator group.

Keywords: acupressure, chronic headache, systematic review

Introduction

As the therapy alternative to western medicine for treating chronic headache, both acupressure and acupuncture have been widely adopted in clinical practice due to its effectiveness and safety in relieving the symptoms of headache. Among the two modalities, acupressure was introduced much later

than acupuncture for clinical application. Acupressure together with body needling (needle-acupuncture), electric acupuncture (electro-acupuncture), laser acupuncture (photo-acupuncture), micro-system acupuncture (ear-acupuncture), has been considered as a family member of acupuncture in a broad sense as indicated in the classification of the WHO publication referred to a series of

traditional medicine with reports on controlled clinical trials. (WHO, 2001)

Among the acupuncture treatment family, acupressure, the application of pressure at selected sites of the body, is a long existing oriental holistic medical therapy with the remarkable therapeutic effects in relieving painful syndromes and treating chronic diseases. Given these characteristics, the application of acupuncture and acupressure in treating headache, one the common symptom suffered by a majority of population, have gained great attention in recent years.

Regarding the epidemiological profiles of chronic headache, the annual risk for headache was around 40%, which is one of the predominant complaint among the patients visiting primary care clinic. (Lewis P. Rowland ed., 1995) Stress related or tension headaches accounts for the most common symptom reported by patients. Of those patients, 95.5% suffered from tension headache and 4.5% had the migraine. (Sebit, 1996) The efficacy of conventional pharmacological therapies was also superior to the control group with placebo. (Bogarrds et al., 1994) However, there is a considerable risk of using analgesics as a long-term therapy for chronic headache. Regarding the non-pharmacological therapies, the studies on the treatment efficacy for tension headache show that cognitive therapy, relaxation, electromyographic biofeedback, alone or in combination with relaxation intervention, were superior to the control group of no treatment or pseudo/placebo therapy. Similar is for the relaxation techniques and cognitive training as a therapy for chronic headache. (Ludin, 1997)

In recent years, much efforts and resources have been put into the prove of clinical efficacy of acupuncture by conducting the controlled clinical trials using the “sham” acupuncture or “placebo” acupuncture as controls. Although still limited in number because of the difficulties in carrying out such trials, convincing reports based on a sound research methodology have been published in peer-review journal. Based on this type of clinical trial, the efficacy of acupuncture in treating tension headache, migraine and other kinds of headache due to a variety of causes, have been evaluated by comparing acupuncture with standard therapy, sham acupuncture, or mock transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). (Ahonen E et al., 1983., Chen XS et al., 1997, Dowson DI et al., Kubierna G et al., 1992, Liu AS et al., 1997, Loh L et al., 1984, Tavola T et al., 1992, Vincent CA, 1989, Weinschutz T et al, and Xu Z et al., 1993) In these trials, the intervention of acupuncture not only alleviated pain but also demonstrated its efficacy in reducing symptoms associated with muscle spasm and increasing mobility. These results suggest that acupuncture could play a significant role in treating the chronic headache.

Although the clinical efficacy of acupuncture in relieving pain and associated symptoms such as nausea of chronic headache has been well demonstrated in literatures, its wide applied counterpart, acupressure, is relatively lacking of the clinical evidences supported by well-designed clinical trials. Compared with acupuncture, acupressure is considered as an effective, non-invasive, and supportive treatment modality for multiple clinical symptoms

and chronic diseases with limited adverse effect.

In viewing the clinical efficacy of acupressure in treating chronic headache, the evidence-based approach for the evaluation is required to guide its clinical use. Following this rationale, we thus conducted a systematic review in order to collect the state-of-the-art information on the efficacy of acupressure in treating chronic headache. The systematic review was guided by the standard working flow to summarize the evidence of clinical efficacy of acupressure in treating chronic headache. (NHS Centre for Reviews and Dissemination, 2001, and Glasziou P et al., 2001) For assessing the evidence-based efficacy of acupressure in treating headache, we focused on literatures applying a randomized controlled trial (RCT) design.

Materials and Methods

In this review, efforts were made to ensure that a comprehensive coverage for the academic literature regarding the efficacy of acupressure in treating chronic headache. The database of academic literatures including the Cochrane Library, Medline, PubMed, and publications in Chinese were searched and reviewed thoroughly based on this principle.

Criteria for the enrollment of published literatures

The review question is as follows. “In patients receiving headache treatment, to what extent is the effect of acupressure compared with the use of analgesics or other types of treatment in re-

ducing pain?” Based on this review question, the criteria covering four faces listed as follows were used to retrieve the literatures.

1. Population: patients undergoing headache treatment
2. Interventions: acupressure compared to analgesics or other types of treatment
3. Outcomes: gold standard measurement used for outcomes will be preferred.
4. Study designs: experimental with randomized controlled trial is preferred; if unavailable then observational ones will be selected.

In recent decades, numerous clinical trials on acupuncture had been reported based on well-designed clinical trials. However, there are fewer published articles concerning acupressure. For the aim of comprehensive coverage, literatures of a various type of design were enrolled in this review as possible.

Information extraction

The Chinese databases in both the areas of Beijing and Taiwan were searched covering the period from the dates of their inception to May 8, 2003 and Medline, PubMed, Cochrane Library were searched up to December, 31 2020. The searching was done to include as much language as possible especially on Chinese papers from the Mainland China and Taiwan. Publication in a language other than English was on a best effort basis.

Electronic data searching on acupressure were conducted via Ovid, PubMed, EBM Review – Cochrane Da-

tabase of systematic review, EBM Review – ACP Journal Club, CSA – Life Science Collection, EBM – Database of abstract of review on effectiveness, and WHO Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials. The keywords of acupressure, headache, migraine, chronic headache and tension type headache were used.

For data in Chinese, due to the fact that different manipulation techniques to which acupressure is part, are applied in traditional Chinese medication, and, at the present time, there are no standard nomenclatures and no standard procedures represent acupressure in Chinese. Different terms are used by different studying parties. To solve the problem for key words in the Electronic data searching, opinions from experts in practicing acupressure and scholars in Chinese Medical College were obtained and hundreds papers were glanced over to find out an equilibrium and adequate Chinese terms for acupressure: the “Acupressure” in Chinese.

For this analysis, Chinese databases with Health-Research Information Network of National Health Research Institutes, Taiwan, and publications on traditional Chinese medicine including CHINABASE-MED were searched. The keywords of “Acupressure” in Chinese, as concluded by the above mentioned process, and headache, migraine, chronic headache and tension type headache in Chinese version were used to search as many articles as possible. Experience and opinions from professional experts in practicing acupressure were also obtained. All identified surveys were read by the authors by using the data extraction form depicted as follows.

Data extraction form

Content of Data Extraction Form include (1) General information: Date of data extraction, Title, Authors, Journal, Publication details, Person to contact, Questions, General notes; (2) Specific information: Study design and eligibility, Population and characteristics, Care setting, Methodological quality, Intervention, Outcome measures, Notes; (3) Validity Information: Length of follow-up, Drop outs, Missing data, Discrete data (events, total numbers, p-value), Continuous data (mean, SE, SD, numbers, p-value), Survival data (observed and expected number of events, survival plots p-value), Effect measures, Notes; and (4) Multiple Data Sources: Published data from Cochrane, PubMed, Medline, Chinese Journal, Unpublished data from practitioners, experts opinions/experience (on the best efforts basis).

Results

Collected literatures on the evaluation of clinical efficacy of acupressure for chronic headache

A total of 180 articles were first reviewed briefly to include those for which acupressure and/or its related or similar therapy was referred. After reviewing those citations that acupressure and/or its related or similar therapy were not the intervention were excluded (156 articles). Then efforts for obtaining full text or abstract of the remaining articles for detailed evaluation were made. Finally, those irrelevant articles were further excluded after review of abstracts (4 articles). Figure 1 shows the process of

review in the current study. The criteria of the inclusion and exclusion of literatures in English and Chinese are listed as follows.

Literatures in English

There were 83 papers in English were retrieved from the academic database mentioned above. Population included patients with various illness to which headache was among the related symptoms. Most of the related data surveyed are description on acupuncture and considered acupressure as its family member or as a manipulation technique for relaxation. 13 papers were selected for further consideration according to the criteria listed as follows.

Inclusion criteria

1. Acupressure as the intervention
2. Headache is the sole symptom

Exclusion criteria

1. Acupressure is not the intervention or part of the intervention
2. Headache is one among the many related symptoms

Seven papers were enrolled in this review, of which headache is the clinical manifestation and acupressure was used as one of the manipulation technique in non-pharmacological treatment group or was used as a component of the combined therapy.

Literatures in Chinese

There are 90 papers about headache during review. In general, the manipulation techniques involved in each study

were various, and acupressure acted partly. 12 papers were selected for further consideration according to the following criteria:

Inclusion criteria

1. Acupressure as the intervention or main part of the manipulating techniques
2. Headache is the main symptom

Exclusion criteria

1. Acupressure is not the main part of the manipulating techniques
2. Headache is one among the many related symptoms

As a result, 10 papers were enrolled for review. Most of the data surveyed are observational studies with emphasis in description of manipulating technique and procedures, and the general effective rate after treatment.

In total, 17 papers on surveys of effect of acupressure on headache were included in this systematic review. Most were excluded because the intervention was not acupressure, the predetermined one. The key data of all surveys are summarized in Table 1 which lists the information on the authors, year, study, number of subjects, study design, the intervention applied, the controls if any, outcome measures and the study results or remarks. Among the literatures relevant to assessing the efficacy of acupressure on treating headache, three RCTs were retrieved. We thus focused on the three literatures.

By using a RCT study design, Hsiesh et al. performed a head-to-head comparison between the efficacy of acu-

pressure and muscle relaxant in treating headache. The study was performed in 2003 with the article published on the American Journal of Chinese Medicine in 2010, which are the earliest RCT study in this clinical topic in terms of both the conduction of study and the publication of literature. The study enrolled 28 subjects with chronic headache for more than 6 months and attacked more than four times a month. The enrolled subjects were randomized into two groups. For the acupressure-treated group, the subjects received eight sessions of acupressure treatment by the same senior therapist in 4 weeks with a low-dose vitamin B complex as a placebo for the muscle relaxant. For the muscle relaxant treated group, the subjects were treated by mephenoxalone with standard clinical guidance in dosage for the four-week period. The efficacy of treatment was measured by using visual analogous scale and a 14-item questionnaire for the evaluation of quality of life. The outcomes were measured on the completion of the 4-week therapy and also on 6 months after the completion of the intervention. For the enrolled subjects with the mean age of 48.5 (muscle relaxant group) and 44.1 (acupressure group), Hsieh et al. demonstrated a significantly lower VAS for the acupressure treated subjects (32.9) compared with the counterpart of muscle relaxant treated arm (55.7, $P=0.047$). Taking into account the baseline VAS score, the acupressure treated subject also showed a significant improvement (-31.1) compared with the muscle relaxant arm (-8.1, $P=0.033$). The efficacy of acupressure in terms of VAS persisted up to the 6-month follow up with a significant

lower VAS (11.5) compared with that of the muscle relaxant arm (57.5, $P=0.002$). Similar is for the change in VAS assessed 6 months after the completion of intervention, which shows a significantly lower value for the acupressure-treated arm compared with the muscle relaxant arm (-53.6 vs -11.5, $P=0.007$). Regarding the efficacy of acupressure in terms of life quality, subjects in the acupressure arm also showed a statistically improvement in most of the items compared with the muscle relaxant group with at trend away from the null when been assessed on 6 months. Based on the results of this RCT, Hsieh et al. concluded that the one-month treatment of acupressure effective in treating patients with chronic headache and the efficacy can last for at least 6 months.

Vernon et al. used a RCT to evaluate the efficacy of self-acupressure pillow (SAP) in combination with the manual therapy of chiropractic care compared with chiropractic care alone. The results were published on the Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics in 2015. The patients enrolled in the study of Venom et al. were those with tension-type headache or cervicogenic headache. A total of 34 subjects were enrolled and randomized into the treatment arm (chiropractic care plus SAP) and control arm (chiropractic care alone). For both group, a 5-week chiropractic care were applied to all of the study subjects. For the treatment group, the addition SAP was used with instruction during the 5-week therapy. The outcomes were measured by using a 5-category scale to assess the condition of headache and also the evaluation of whether the reduction of headache more

than 40%. On baseline comparison, Venom et al. found the statistically significant heterogeneity between two group in terms of the frequency of headache ($P < 0.003$). The efficacy of SAP was thus evaluated with the consideration of baseline headache condition. The study results showed a non-significant efficacy of using SAP for relieving headache compared with chiropractic care alone. However, due to the failure in the mechanism of randomization, the efficacy of interventions cannot be assessed appropriately.

Xu et al used a RCT design to compare the efficacy of acupressure for migraine with aura. The interventions compared by the authors including sodium valproate (SV arm) versus SV plus acupressure (ASV arm). The results were published on *Medicine* in year 2017. A total of 98 subjects with the diagnosis of migraine with aura were enrolled in the study and were randomized into the two arms of SV and ASV. For the SV group, the standard dose of sodium valproate was prescribed. For the ASV group, the 20-minutes acupressure therapy with the frequency of three times a week was administered for the intervention period of 8 weeks. The efficacy of interventions was measured by using numeric rating score, a form of pain scale, the frequency of migraine attack, and the questionnaire for quality of life (Short-Form 36 Health Survey Scale). The outcomes were measured on the completion of the 8-week intervention and also on 4 weeks after. The enrolled subjects with age 38.4 (ASV arm) and 39.2 (SV arm) were comparable at the baseline. On the assessment meas-

ured on the completion of the 8-week intervention, there was no significant difference in terms of pain score, quality of life, and the frequency of migraine attack between the pain score of the two arms. Similar results are for the outcomes assessed on 4-week follow-up. However, the authors reported a significant reduction in nausea associated with the attack of migraine for the ASV group.

In addition to the three RCTs, Tables 1 also list the collected studies on assessing the efficacy of acupressure in treating headache. While most of the results reported from this type of study showed the favorable outcomes in terms of pain relief, clinical improvement, and patient satisfaction, the common limitation is on the lack of control group.

Discussions

Our result of systematic review shows that except one study all the quality of evidence ratings about the effectiveness of acupressure is Class III. Articles in English surveyed mainly describing acupuncture as a manipulation technique for relaxation. Whereas articles in Chinese surveyed are all in observational study design particularly emphasizing in the description of manipulating technique and procedures of acupressure, and a general observational the effective rate after treatment. None of the surveyed articles are with the study design as predetermined as a randomized controlled trial or randomization with allocation concealment. And no gold standard measurements for outcome are used. Most of the reviewed articles show positive effect of acupres-

sure, however, without any scientific statistic evidence. Therefore, biases of selection, performance, measurement and attrition can not be excluded to ensure a high level of study quality assessment.

Comparatively, number of articles on acupuncture is far greater than that of acupressure, so as that based on the limited number on articles the assessment on acupressure is difficult. In addition, the degree of variance is not easily explained. The review articles include those dated from 1976 to 2017. The surveys were therefore affected by the complex problem of defining acupressure by different group in different time and in different country. Most experts would probably consider that acupressure is part of acupuncture as defined by WHO. In the interest of clarity, therefore, further studies should assess specifically acupressure rather than a combined therapy in which acupressure acts as a part.

On the basis of the data outlined in this review it is problematic to speak of true effect of acupressure. Despite the sparse in publish articles using RCT, however, most the surveys showed that acupressure in treating headache is effective depends on the outcome measurement. It should be pointed out that although only one article is from Taiwan, it provides a comprehensive evaluation of the efficacy of acupressure by using a series of tool to assess the spectrum of clinical improvement. Furthermore, the article published by Hsieh et al. utilized a RCT design with follow up to prove the persistent effect of acupressure in treating headache. For the studies from Mainland China, the traditional medicine

including various forms of acupuncture remains their mainstream medicine. In Taiwan, only a few professionals in the medical care fields such as nursery are studying and conducting acupressure mainly for clinical health cares and have their papers published domestically and internationally. (Kurland Hd., 1976; Smith Ls, 1998; Nguyen HP et al., 1995; Stone RG et al., 1997; Tsay SL et al., 2003; Hsieh LL et al., 2010; Vernon H et al., 2015; Xu JH et al., 2017; 高 et al., 2001; 姜 et al., 2001; 余, 2001; 董 et al., 2000; 易, 1992; 李, 1991; 張, 1991; 劉 et al., 2001; 黃 et al., 2001; 王 et al., 2000; 陳 et al., 1998; 馬, 1998; 謝, 1998) On the other hand, acupressure is considered as one of the folk medical skills among the people in these areas. There are many experts and professionals practicing acupressure in treating patients with various ills. Their appreciation on the effect of acupressure is high.

The effect of acupressure is likely to vary according to factors that impose in its manipulation technique and procedures. This may be the explanation why all articles from Mainland China described in details the acupressure practicing technique and procedures on patients. In order to generate more valuable and comparable information, further surveys should clarify the practicing technique and procedures of acupressure. Two issues must be tackled. They are: development of reliable standard indicators to accurately measure levels of access, and collection of qualitative data to identify constrains to extending access.

Unlike the evaluation of a new drug, controlled clinical trials of acupressure are extremely difficult to conduct, par-

ticularly if they have to be blind in design and the acupressure has to be compared with a placebo. They are not easy to be performed in areas such as Taiwan and China where acupuncture and acupressure is popular. In these areas, most patients know a great deal about acupuncture and acupressure, including the special sensation that should be felt after insertion or during manipulation of the needling in acupuncture or the pressing by acupressure. A more practical way to evaluate the therapeutic effect of acupressure is to compare it with the effect of conventional therapy through randomized controlled trials or group studies, provided that the disease conditions before treatment are comparable across the groups, with outcome studies developed for all patients.

Acupressure is a health care technique originated in China many centuries ago and, like acupuncture, spread to Japan, Korea, and elsewhere in Asia. It is officially recognized by governments and well received by the general public. The selected studies have provided evidence that acupressure is effectiveness compared with some pharmaceutical therapy. Because of the difficulty of ruling out the placebo effect, a comparative study with no treatment as the control may not be convincing in the evaluation of acupressure. The acupressure practitioners usually have practiced beforehand the medical Qi practice through persistent breathing exercise to improve the treatment effects. Therefore, another difficulty in evaluating acupressure practice is that the therapeutic effect depends greatly on the proficiency of the practitioners' ability and skill in pressing,

manipulating and locating the points.

To date, modern scientific research studies have revealed the following applications of the acupuncture family including inducing analgesia, protecting the body against infections, and regulating various physiological functions. In reality, the first two actions can also be attributed to the regulation of physiological functions. The therapeutic effects of acupuncture are thus brought about through its regulatory actions on various systems, so that it can be regarded as a nonspecific therapy with a broad spectrum of indications, particularly helpful in functional disorders. Although it is often used as a symptomatic treatment (for pain, for instance), in many cases it actually acts on one of the pathogenic links of a disease. Although different acupuncture points and manipulations may have an effect through different actions, the most important factor that influences the direction of action in the condition of the patient. Numerous examples reveal that the regulatory action of acupuncture is bi-directional. Acupuncture itself seldom makes the condition worse. In most instances, the main danger of its inappropriate application is neglecting the proper conventional treatment.

Conclusions

Acupressure is safe. It is non-toxic, and adverse reactions are minimal. Along with its growing use worldwide acupressure is considered an effective and helpful therapeutic modality in relieving headache despite the Class III quality of evidence ratings in this systematic review. Efforts to extending this

simple, convenient, inexpensive, effective and few contraindications are worthwhile.

Knowledge about acupressure requires further exploration. To use of systematic laboratory and clinical studies such as randomized controlled clinical trials or study designs of cohort studies, retrospective case control studies, and sequential trials for validating and improving its acceptability to modern medicine is essential.

Acknowledgements

The author sincerely thanks Assistant Professor T.S. Wei of Chinese Medical College for his expert opinion on acupressure and assistance in searching domestic data and numerous individuals who helping to extracting data from multiple resources.

參考文獻

- Ahonen E et al., 1983. "Acupuncture and physiotherapy in the treatment of myogenic headache patients: pain relief and EMG activity." *Advances in Pain Research and Therapy*, 5:571-576.
- Bogarrds et al., 1994 Department of psychiatry, Leiden University, Netherlands, Treatment of recurrent tension headache: a meta analytic review. *Clinical Journal of Pain*, 10(3): 174-90.
- Chen XS et al., 1997. "Observation of penetrating acupuncture treatment of migraine in 45 cases." *Shanxi Journal of Traditional Chinese Medicine*, 13(6):32-33.
- Dowson DI et al., 1985. "The effects of acupuncture versus placebo in the treatment of headache." *Pain*, 21:35-42.
- Glasziou P et al., 2001, "Systematic reviews in health care. – a practical guide. (1st ed)", Cambridge University Press, UK, 2001.
- Hsieh LL et al., 2010, "Effect of acupressure and trigger points in treating headache: a randomized controlled trial." *Am J Chin Med*. 38(1):1-14.
- Kubiena G et al., 1992. "Acupuncture treatment of migraine", *Deutsche Zeitschrift fur Akunpunktur*, 35(6):140-148.
- Kurland Hd., 1976, "Treatment of headache with auto-acupressure." *Dis Nerv Syst*, 37(3):127-9.
- Lewis P. Rowland ed., 1995. *Merritt's textbook of Neurology*. Philadelphia: Williams &Wilkins, 9th ed.
- Liu AS et al., 1997. "Three Scalp Needles in the treatment of migraine", *New Traditional Chinese Medicine*, 29(4) 25-26.
- Loh L et al., 1984. "Acupuncture versus medical treatment for migraine and muscle tension headaches", *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 47:333-337.
- Ludin, 1997 "Tension type headache diagnosis and therapy .." *Therapeutische Umschu.*, 54(2):59-63. (German)
- Nguyen HP et al., 1995, "CHROMASSI: a therapy advice system based on chrono-massage and acupressure using the method of ZiWuLiuZhu." *Medinf*, 8 Pt 2:998.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination, 2001. *Undertaking systematic reviews of research on effectiveness: CRD's guidance for those carrying out or commissioning reviews*. CRD report Number 4 (2nd ed).
- Sebit, 1996. "Tension headache in a primary health care .." *East African , Medical Journal*, 73(7):463-4.
- Smith Ls, 1998, "Evaluation and management of

- the muscle construction headache.” *Nurse Pract*, 13(1):20-3,26-7.
- Stone RG et al., 1997, “Simultaneous multiple-modality therapy for tension headaches and neck pain” *Biomed Instrum Technol*, 31(3):259-62.
- Tavola T et al., 1992, “Traditional Chinese acupuncture in the treatment of tension-type headache: a controlled study.” *Pain*, 48:325-32,.
- Tsay SL, Chen ML., 2003, “Acupressure and quality of sleep in patients with end-stage renal disease—a randomized controlled trial.” *International Journal of Nursing Studies*, (40) 1-7
- Vernon H et al., 2015, “A Randomized Pragmatic Clinical Trial of Chiropractic Care for Headaches With and Without a Self-Acupressure Pillow.” *J Manipulative Physiol Ther*, 38(9):637-643.
- Vincent CA, 1989, “A controlled trial of the treatment of migraine by acupuncture” *Clinical Journal of Pain*, 5:305-312.
- Weinschutz T et al., 1994, “Neuroregulatory action of acupuncture in headache patients”, *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 37(5):106-117.
- WHO, 2001. *WHO Publications and documents on Traditional Medicine Acupuncture, Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials*
- Xu JH et al., 2017, “A randomized controlled trial of acupressure as an adjunctive therapy to sodium valproate on the prevention of chronic migraine with aura.” *Medicine (Baltimore)*, 96(27):e7477.
- Xu Z et al., 1993, “Treatment of migraine by qi-manipulating acupuncture.” *Shanghai Journal of Acupuncture and moxibustion*, 12(3):97-100.
- 高峰、張月成, 2001。〈拇指點穴治療偏頭痛〉。《中國針灸》, 21 卷 3 期, 頁 189
- 姜顯超、李東濤、孫勇, 2001。〈推拿配合點穴治療偏頭痛 32 例〉。《現代中西醫結合雜誌》, 10 卷 11 期, 頁 1070。
- 余全民, 2001。〈推拿點穴治療頭痛 78 例〉。《浙江中醫學院學報》, 25 卷 5 期, 頁 62。
- 董鋒、王秀燕, 2000。〈點穴療法治療頭面部疾患〉。《按摩與導引》, 16 卷 5 期, 頁 52。
- 易綿中, 1992。〈點穴治療偏頭痛 110 例〉。《按摩與導引》, 1 期, 頁 25-26。
- 李成山, 1991。〈點穴治療偏頭痛 1100 例〉。《上海針灸雜誌》, 10 卷 2 期, 頁 22。
- 張慶仁, 1991。〈氣功點穴治療頭痛的體會〉。《氣功與科學》, 4 期, 頁 31。
- 劉明、周經龍, 2001。〈針灸按摩治療神經衰弱 93 例觀察〉。《實用中醫藥雜誌》, 17 卷 2 期, 頁 35。
- 黃慶文、王瑞霞、宮業松, 2001。〈觀察耳穴籽治療偏頭痛 168 例〉。《中國中醫急症》, 10 卷 4 期, 頁 237-238。
- 王天榮、邱惠貞, 2000。〈頭部推拿治療神經衰弱 94 例〉。《遼寧中醫雜誌》, 27 卷 9 期, 頁 423。
- 陳麗麗、王純娟、蔡秀珠, 1998。〈穴位按摩法對剖腹產後促進腸蠕動療效之初探〉。《護理研究》, 6 卷 6 期, 頁 526-534。
- 馬素華, 1998。〈穴位點壓法簡介〉。《長庚護理》, 9 卷 3 期, 頁 85-90。
- 謝麗貞, 1998。〈氣功穴道治療成效及穴道作用新發現和儀器化可能之研究〉。《工程科技與中西醫學應用研討會論文集》, 頁 231-235。

Figure 1. Flowchart for the process of review

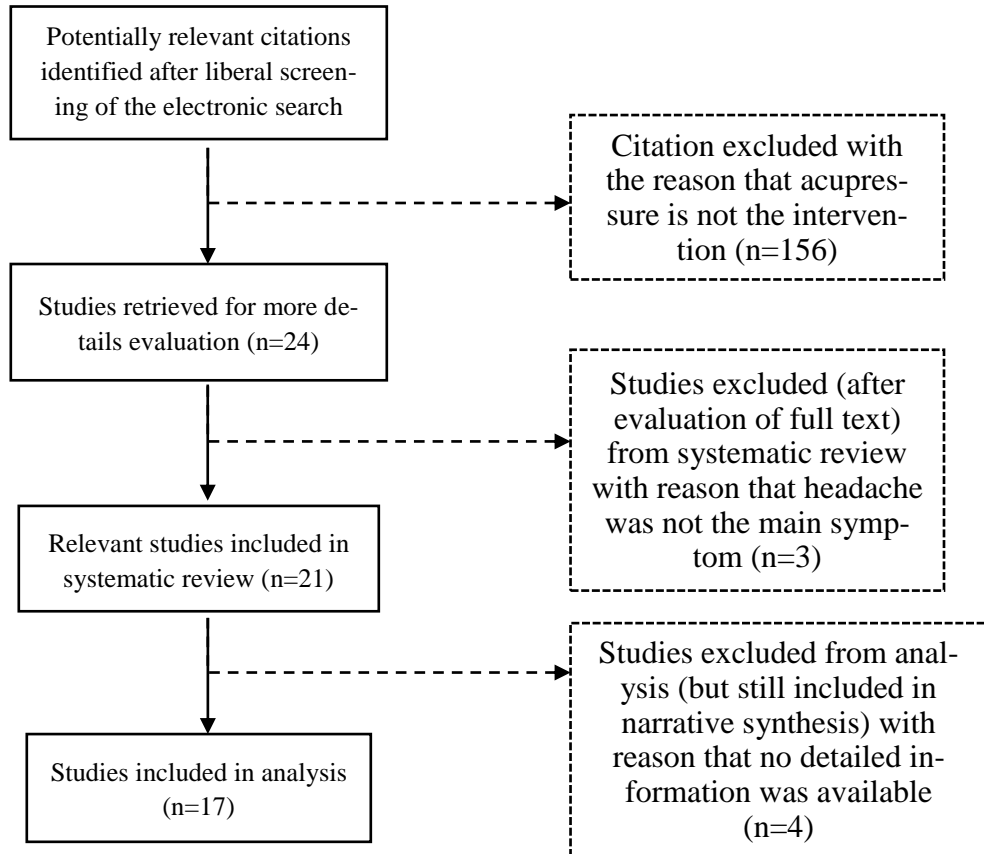


Table 1 Summary of enrolled literatures focused on assessing the efficacy of acupressure on treating headache

Study	Year	Purpose	Outcome measurement	Conclusion	Follow-up	LOE*
Randomized Controlled Trial Design						
Hsieh LL (22)	2010	To evaluate the effect of acupressure on chronic headache	self-appraised pain scores	Pain score improved by acupressure	6 month	Class I
Vernon H (23)	2015	To evaluate the effect of an additional self-acupressure pillow (SAP) on tension-type and cervicogenic headache	Headache frequency	No improvement	NA	Class I
Xu JH (24)	2017	To evaluate the efficacy and safety of using acupressure as an adjunctive therapy to sodium valproate combined with acupressure on the prevention of chronic migraine with aura	Frequency of migraine attacks	No improvement	4 weeks	Class I
Observational Studies and Case Series						
Kurland et al. (18)	1976	To evaluate pain of migraine, histamine cephalgia and tension-headache when treated by self-administered acupressure	Pain relief	Self-administered acupressure is effective, easy, and lack of toxic effects	NA	Class III
Smith et al (19)	1988	To describe muscle construction headache and to evaluate pharmacologic and non pharmacologic therapy. Acupressure is among the non pharmacologic therapy.	NA	NA	NA	Class III
Nguyen et al. (20)	1995	To test effectiveness of CHROMASSI System, a combined physical therapy: massage plus acupressure using the method of ZiWuLiuZhu	NA	CHROMASSI System gave better effects	NA	Class III

Stone (21)	1997	To test effectiveness of a physical therapy device in treating tension-type headache. Acupressure was included as part of the therapy device.	Visual analog scale	Device is safe & effective, p<0.0001	NA	Class II
高峰等 (25)	2001	觀察拇指點穴治療偏頭痛的臨床療效	症狀消失程度	本法療效滿意	一年	Class III
姜顯超等 (26)	2001	觀察推拿配合點穴治療偏頭痛的臨床療效	症狀消失程度	本法有保健作用療效滿意	NA	Class III
余全民 (27)	2001	觀察推拿點穴治療頭痛的臨床療效	症狀消失程度	本法療效滿意	NA	Class III
董鋒 (28)	2000	觀察點穴療法治療頭面部疾患的臨床療效	症狀消失程度	本法療效滿意	NA	Class III
易綿中 (29)	1992	點穴治療偏頭痛 110 例	疼痛消失程度	總有效率 100%	NA	Class III
李成山 (30)	1991	點穴治療偏頭痛 1100 例	疼痛消失程度	治癒率 99.5%	NA	Class III
張慶仁 (31)	1991	氣功點穴治療頭痛的體會	症狀消失程度	治癒與好轉	NA	Class III
劉明 (32)	2001	觀察針灸按摩治療神經衰弱的臨床療效	頭痛消失程度	本方疏通經脈療效滿意	6 個月	Class III
黃慶文等 (33)	2001	觀察耳穴籽治療偏頭痛 168 例	疼痛消失程度	是治療偏頭痛有效辦法	一年	Class III
王天榮 (34)	2000	觀察頭部推拿治療神經衰弱 94 例臨床療效	頭痛消失程度	總有效率 96.81%	NA	Class III

***Level of evidence (LOE)**

The quality of evidence ratings used in this review are based on the followings:

Class I. Evidence provided by one or more well-designed clinical studies of a diverse population using a “gold standard” reference test in a blinded evaluation appropriate for the proposed diagnostic application.

Class II. Evidence provided by one or more clinical studies of a restricted population using a reference test in a blinded evaluation of diagnostic accuracy.

Class III. Evidence provided by expert opinion, nonrandomized historical controls, or observation(s) from case series.

淺談急救—心肺復甦術

李芸蓁*

*護理師、穴壓與拔罐學會研究員

一、概念

現代 CPR(心肺復甦術)是 1950 年代晚期到 60 年代早期這段時間發展出來的。口對口人工呼吸在許多典籍中早已有記載，其通常用來復甦失去呼吸的新生兒，但後來卻被棄用，直到 50 年代奧地利裔美國人 Peter Safar 醫師進行一系列的試驗與研究，重新發現口對口人工呼吸的實用性與重要性，這些措施包括頭部傾斜和下巴抬高動作，以打開失去知覺的受害者的氣道，以及口對口呼吸。

1960 年，美國 James Jude 醫師進行了人體臨床試驗，該試驗證明了胸外按壓在心臟驟停期間能夠維持血流，可以達到人體循環。後來，Peter Safar 醫師將三者結合 A(氣道)和 B(呼吸)成分與 C(壓胸)，形成與現在流程相似的 CPR。1963 年美國心臟學會正式成立 CPR 委員會，並推廣醫護人員應全面接受 CPR 訓練，1970 年代 CPR 訓練推廣至一般民眾，並依照實務需求，逐年修訂心臟照護和 CPR 操作原則。美國心臟協會在 2010 年調整了 CPR 的步驟，將「叫叫 ABC」改為「叫叫 CAB」，其差別在於當下只要發現傷患沒有呼吸，沒有意識，就趕快開始施作胸部按壓。

依據衛福部 108 年的年度衛生統計，台灣地區的前十大死因，心臟病、腦血管疾病與事故傷害分別高居第二、四與第六名。這三項緊急傷病的發生，以及所造成的死亡與失能，通常都非常急迫，也經常需要啟動緊急醫療救護系統。

二、定義

急救是當事故傷害或突發急症發生之後，在醫療人員及救護車未到達現場前，利用現場的人力、物力，以基本的醫學原則為基礎，為病患提供立即的處置。若能在第一時間進行有效的緊急處理，不但可減輕患者的痛苦，防止病況惡化，更可能因此挽救了寶貴的一命。

三、搶救生命的關鍵黃金 5 分鐘---生命之鏈五步驟

曾有學生上體育課時，突然昏倒，失去意識、無心跳與呼吸，經校方人員緊急進行 CPR，並運用公用 AED(Automated External Defibrillator)，體外電擊去顫)進行搶救，後續由 119 消防救護人員趕到現場繼續接手 CPR，在送醫途中，學生就已恢復呼吸及心跳，經過治療住院一星期後康復出院，並返校上課，健康狀況與一般孩子一樣。能

讓孩子從鬼門關回來的關鍵，在於進行符合「生命之鏈」五步驟程序。

美國心臟協會所提出搶救病患的生存之鏈，包括 5 個環節：首先要盡早撥打 119 求救，並替病人施行 CPR、AED 電擊，受過專業訓練的高級救護技術員可施行高級心臟救命術，最後則是病人復甦後的照顧。(參見圖一)五個環節缺一不可，而且順序不能顛倒，才能提高急救復甦的機會。



圖一 搶救病患的 5 個環節
資料來源：American Heart Association

四、生理機制簡述

在操作心肺復甦術前，有必要認識了解心臟、呼吸與血液循環對人體功能的重要性。

心臟分為左右心房及左右心室，由右心房將血液經由右心室壓出，再經由肺動脈送至肺泡經由氧和作用取得含氧血，再經由肺靜脈送入左心房回到左心室壓出，經由主動脈輸送至全身，以維持組織細胞之生機功能，其中以心臟與腦細胞對氧需要尤甚。

五、CPR(心肺復甦術)原理及重要性

空氣中含 21% 的氧氣，經人體呼吸後獲得空氣成分經化驗分析，氧氣濃度降低為 17%，二氧化碳佔了 4%，讓我們了解經由正常呼吸所呼出的氣體中，氧的份量仍足夠供應我們正常所需的要求。以此原理利用人工呼吸

吹送空氣進入肺部，再以胸部按壓促使血液從肺部交換氧氣，以外力代替心臟將血液持續供給至心、腦、肺等人體重要器官。

人體在心跳、呼吸停止時，腦部、心臟及各器官會因缺氧而逐漸壞死，臨床可見病患的嘴唇、指甲及皮膚會由正常膚色漸趨向深紫色，雙眼的瞳孔也漸漸擴大，經由目視胸部的起伏及探勘頸動脈的跳動與否，可判定病患的生命訊息是否存在。

肺與血液中原本所含之的氧氣可維持供應 4 分鐘，故在 4 分鐘內迅速確實做好 CPR，將可保住腦細胞不受損傷而完全復原；但在 4~6 分鐘之間則視病況不同，腦細胞將有損傷的可能，6 分鐘以上則一定會有不同程度的損傷，延遲超過 10 分鐘以上則肯定會對腦細胞造成不可逆之壞死。

六、CPR 適用時機及對象

凡是發現有人因心臟病、呼吸急促、溺水、觸電、藥物過量、異物哽塞、一氧化碳中毒等任何原因，造成呼吸、心跳停止的情況時，都應立即施行心肺復甦術。

衛福部心肺復甦術參考指引

2015 民眾版心肺復甦術參考指引摘要表				
衛生福利部於 105 年 5 月 19 日修訂				
步驟/動作	對象	成人 ≥ 8 歲	兒童 1-8 歲	嬰兒(新生兒除外) < 1 歲
確認現場安全	確認環境不會危及施救者和患者的安全			
(叫)確認意識	無反應			
(叫)求救，打 119 請求援助，如果有 AED，設法取得 AED，進行去顫* 聽從 119 執勤人員指示	先打 119 求救	先打 119 求救 (只有一個人時，先進行五個循環的 CPR，再打 119 求救)		
CPR 步驟	確認呼吸狀況：沒有呼吸或幾乎沒有呼吸			
	C-A-B			
(C)胸部按壓 Compressions	按壓位置	胸部兩乳頭連線中央		胸部兩乳頭連線中央之下方
	用力壓	5 至 6 公分	至少胸廓深度 1/3，勿超過 6 公分	至少胸廓前後徑 1/3
	快快壓	100 至 120 次/分鐘		
	胸回彈	確保每次按壓後完全回彈		
	莫中斷	儘量避免中斷，中斷時間不超過 10 秒		
若施救者不操作人工呼吸，則持續作胸部按壓				
(A)呼吸道 Airway	壓額提下巴			
(B)呼吸 Breaths	吹兩口氣，每口氣 1 秒鐘，可見胸部起伏			
按壓與吹氣比率	30:2			
	重複 30:2 之胸部按壓與人工呼吸直到患者開始有動作或有正常呼吸或救護人員到達為止			
*(D)去顫 Defibrillation	儘快取得 AED			
	使用成人 AED 及電擊貼片	優先使用兒童 AED 及電擊貼片；如果沒有，則使用成人 AED 及電擊貼片	如果沒有可以使用手動電擊器的救護人員，則使用兒童 AED 及電擊貼片；如果仍沒有，則使用成人 AED 及電擊貼片	

七、CPR，「叫叫 CABD」操作步驟

◎確認現場安全：在環境安全無虞的狀況下，盡量不移動病患，避免二次

傷害。

1. 評估傷患狀況 (叫): 輕拍傷患雙肩並大聲呼叫「○○○，請張開眼睛。」並目視胸部有無起伏，手指觸摸

頸動脈有無跳動。

2. 大聲呼叫求援，並撥打 119 請求援助（叫）：撥打 119 求救，並迅速取得自動體外電擊去顫器（AED）。

若現場只有施救者 1 人，且傷患為缺氧性心跳停止，如溺水、創傷、藥物中毒或小於 8 歲的兒童時，先做 30 次胸部按壓及 2 次人工呼吸（30:2）5 個循環，再打電話求救。

3. 施行胸部按壓：在維持傷患仰臥平躺姿勢下，施行胸部按壓 30 次。
 - (1) 尋找兩乳頭連線中央的胸骨處。
 - (2) 將一手手掌根置於該處定位，再用另一隻手重疊於其上。
 - (3) 雙手重疊互扣，手指上翹，避免觸及肋骨。
 - (4) 用力快速按壓，下壓深度至少 5 公分，以每分鐘至少 100 次的速率，執行 30 次胸部按壓。按壓時須做到「用力壓、快快壓、胸回彈、莫中斷」。

◎施救者的按壓姿勢：

雙臂伸直，雙肩與傷患胸骨垂直，下壓時用身體上身的力量，非手臂的力量，用力快速按壓。以每分鐘至少 100 次的速率，執行 30 次胸部按壓，進行 2 次人工呼吸：每次吹氣 1 秒鐘：

- (1) 施救者以拇指及食指輕捏傷患鼻翼。用嘴唇密蓋傷患嘴巴，以防空氣溢出。
- (2) 將氣吹進，並用眼角餘光觀察胸部是否有起伏，以確定吹氣是否

有效。若氣能吹進，則給予 2 次人工呼吸，再予以 30 次胸部按壓，重複 30:2 之胸部按壓與人工呼吸，直到醫護人員接手或傷患有反應。

◎若傷患呼吸恢復，但仍無反應，則改採復甦姿勢，並繼續觀察其呼吸，盡速送醫。

八、CPR 可考慮中止操作的條件

1. 病患已恢復自發性呼吸及心跳
2. 醫護人員前來接手負責
3. 施救者已力竭無法繼續執行 CPR
4. 病患由醫師宣佈死亡時

九、自我急救術

當一個人獨處時，若是心臟無法正常跳動，並且開始感到快要昏厥，個案只有 10 秒鐘的時間，之後便會失去知覺、不省人事。在失去知覺後，最好的急救方式是由旁人進行心肺復甦術(CPR)，但若四下無人，患者要立刻把握昏厥前的黃金 10 秒鐘短暫的時間自救。但是，該如何自救？

2003 年一位波蘭醫生彼得·藍茨在醫學學會發表的「咳嗽自我急救術」之方式及步驟：

首先，不要驚慌，要不停的咳嗽、用力的咳嗽，每一次咳嗽前，都要先深吸一大口氣，然後，用力、深深的、長長的咳，好像要把胸腔深處的痰咳出來一般；每間隔大約 2 秒鐘，要做一次吸、一次咳，一直要做到救護車趕到時，或者已經感到心跳恢復正常，

才能休息。

做深呼吸的目的是要把氧氣吸進肺部，咳嗽的目的則是要以這個動作壓擠心臟，進而促進血液循環。對心臟的擠壓可以助其恢復正常的心臟搏動及速率，如此的急救方法，可以讓心臟病患者有一線生機可入醫院做後續治療。

十、後記

80%的心臟驟停發生在醫院以外，第一目擊者是身邊親人、朋友、同事或陌生人，在遇到緊急情況時，能正確實施心肺復甦，就可以挽救一個生命。

參與急救不僅須擁有愛心、熱心和良好的體能，更需要相關的基本常識和技能。CPR 和 AED(自動體外心臟電擊器)是二種同等重要的救命術和工具，因此，政府目前在各公共場域廣設 AED，民眾遇緊急狀況時，AED 裝置會提供詳細的語音提醒與視覺圖像，全程引導急救者使用電擊器。加上推行急救教育普及化，在各級學校，機關團體及公眾場合辦理 CPR 宣導及實作活動，通過測驗者，發給合格證書，希望能提升學子、民眾的緊急救護知

識及應變能力，將相關概念帶入各個家庭及社群團體中，進而增進公眾的社會責任感與全民急救能力，以待日後能在關鍵時刻救助他人，降低病患到院前的死亡率，讓社會各角落處處能尋得「生機」。

參考文獻

- 衛生福利部，2015。《衛福部心肺復甦術參考指引》。
<<https://www.mohw.gov.tw/cp-170-7692-1.html>>。檢索日期：2020 年 11 月 16 日。
- 馬惠明、郭展維編，2014。《公共場所民眾 CPR+AED 教材完整版》。台北：衛生福利部。
<<https://tw-aed.mohw.gov.tw/UploadContent/completed.pdf>>。檢索日期：2020 年 11 月 16 日。
- American Heart Association, “Out of Hospital Chain of Survival.” American Heart Association.
<<https://cpr.heart.org/en/resources/cpr-facts-and-stats/out-of-hospital-chain-of-survival>>。
檢索日期：2020 年 11 月 20 日。
- 吳雪鳳，2016。〈自我急救術的真義〉。《謝麗貞醫師的氣功穴壓治療》。
<<https://lisahsieh.pixnet.net/blog/post/115339054-%E8%87%AA%E6%88%91%E6%80%A5%E6%95%91%E8%A1%93%E7%9A%84%E7%9C%9F%E6%84%8F>>。檢索日期：2020 年 11 月 20 日。

氣功穴壓治療於三段五級預防醫學的功能

林文絹*

*國立臺北護理健康大學 護理系 副教授

中國傳統醫學結合陰陽五行學說，強調人與自然的關係，人與天地、自然都源自無形的氣，人與天地之間存有相應、相通的關係，此天人相應的思想，表明人體健康或疾病與自然環境密切的相關，也因此順應四時氣候變化和加強自身的修練，以防止疾病的預防醫學思想因此萌生，(甄志亞，2000)因此中國傳統醫學不僅治療疾病也重防範未病。

為使醫療衛生工作更臻完備，1954年學者 Leavell 與 Clark 依據疾病自然史提出三段五級的概念。五階段疾病自然史，包括：1. 易感染期 (susceptible stage): 致病因子進入體內，疾病尚未形成。2. 臨床前期 (preclinical stage or presymptomatic stage): 體內已產生病理臨床症狀出現。3. 臨床期 (clinical stage): 體內機能有明顯變化，臨床症狀出現。4. 殘障期 (disable stage or stage of disability): 疾病若無法治療及復原會遺留殘障。5. 死亡 (death): 疾病若一直惡化，殘障病人可能死亡。依據上述疾病自然史，將預防活動分為五級，第一級針對發病前期，以健康促進增進身心的健康，以避免疾病的發生，如講究個人與環境衛生、良

好的生活方式等；第二級為特殊防護措施，如預防接種來預防疾病的發生；第三級針對症狀前期採取早期發現、早期診斷、早期治療的措施，如使用篩檢方法及工具進行篩檢；第四級透過早期診斷和治療、控制疾病的發展和惡化，防止疾病的復發、限制殘障或轉為慢性病；第五級針對發病後期，藉各種臨床治療的方法，進行適當的復健治療措施，使病而不殘，殘而不廢的重建復原等。1958年將上述的五級預防合併成三階段預防，即初級、次級與三級預防(圖一)。(江東亮，2017)在三段五級的概念下，現今醫療服務區分為初段的公共衛生預防保健服務，提供促進健康服務與篩檢；次段提供急性醫療及急性醫療後期服務；第三段為後續照顧的領域，包括復健、療養照顧等。(陳月枝，2018)

全人健康照護的三段五級是以人為核心，每個人來自父母親基因遺傳使生理上先天條件即不同，此外在所處的環境與個人的生活習慣與型態交互作用下影響著個人的健康狀態，有些先天的問題與成長過程中許多細微與累積的傷害，如圖一中疾病自然史症候前期與臨床期前期已有組織與病

理變化，但未出現症狀很難自知，待身體出現徵象與症候時，徵象與症候表現可能已非原發，而是身體複雜交互下的結果，賦能穴壓能協助診視身體結構的正常與否，有否潛藏的組織變化，呈現徵象與症候時找尋原發的病灶，移除該處組織傷害所造成的氣血積聚，促使組織發揮自癒功能，三段五級概念由健康促進、疾病篩檢預防到疾病的治療與殘疾復健，含括全範圍的健康照護，在賦能穴壓治療都能在三段五級模式中發揮功能，以下將就所能發揮的功能進行說明：

初段預防（增進健康、特殊預防）

1. 推廣練氣功，練氣是為提升個人氣能，豐沛自身能量以強化個人的生理運作、減少疾病的侵襲，可達養生延壽的目的。
2. 於孕婦懷孕期間提供產檢與健康照顧，了解胎兒的成長狀況，如母體的體力不足、有先天疾病與傷病的診治，協助減緩因懷孕帶來的不適等。（蘇、謝，2019）
3. 嬰幼兒、學齡期兒童的成長發育的評估，能及早發現生長遲緩、發育不全與異常，診斷與治療先天異常，協助正常發展。（林、陳、洪、謝，2020）
4. 協助月經症狀的處理，如解除經痛、經血量與週期過短、提早或延遲停經、更年期症狀，調理身體以迎接受孕或人生受孕。（謝、吳，2018；施、謝，2020）

5. 協助調理寒暑症，環境溫度影響身體生理的運作，人體的溫度調節功能常無法迅速應付環境中劇烈的溫差，對於冷熱急速交替下所造成身體的不適，能調理受寒與中暑，恢復正常的溫度調節。學會研發的《寒暑飲》即為是解除此症狀與保健的飲品。
6. 推廣預防電腦症候群的保健運動，現今須長時間使用電腦或手機者大增，姿勢不良、過度與不當的使用習慣，造成的肌肉疲勞酸痛，血液循環受阻，神經壓迫等，均會對人體健康形成嚴重負面的效果，促使人們提早身心衰老，疾病纏身，電腦症候群預防體操影片有助於大眾學習與執行，達預防的目的。

次級預防（早期發現與治療、限制殘障）

1. 初次診療以穴壓進行全身整體性偵測，對於尚未出現症狀的組織部位也能產生穴壓反應，即早偵測出問題所在，能於尚未出現症狀前先進處理，如症狀不明顯的胃食道逆流，幼年時在身體各部位所造成的撞擊傷害。
2. 應用於特定疾病的篩檢，由於氣感偵測能偵測出未出現臨床症狀的疾患，或輔以拔罐運用於群體的篩檢，如偵測顫顫關節異常、以拔罐印記作為腸道病變、下背痛的篩檢。（王、洪、張、謝、陳，2019；謝，2020）

3. 對於呈現的各種症狀以穴壓尋找與確定罹病的正確位置，進行傷病的診治，輔以拔罐將有毒的廢棄物移除，有利身體加速自動修補運作，解除氣血堆積對肌肉骨骼組織之腫脹與對神經之壓迫，緩解痛感與對活動的限制，加速恢復健康、解除傷痛、以預防殘障發生，如各式骨骼肌肉、神經損傷的傷痛、消化、呼吸、泌尿疾病等疾病治療等。

三級預防（重建復原）

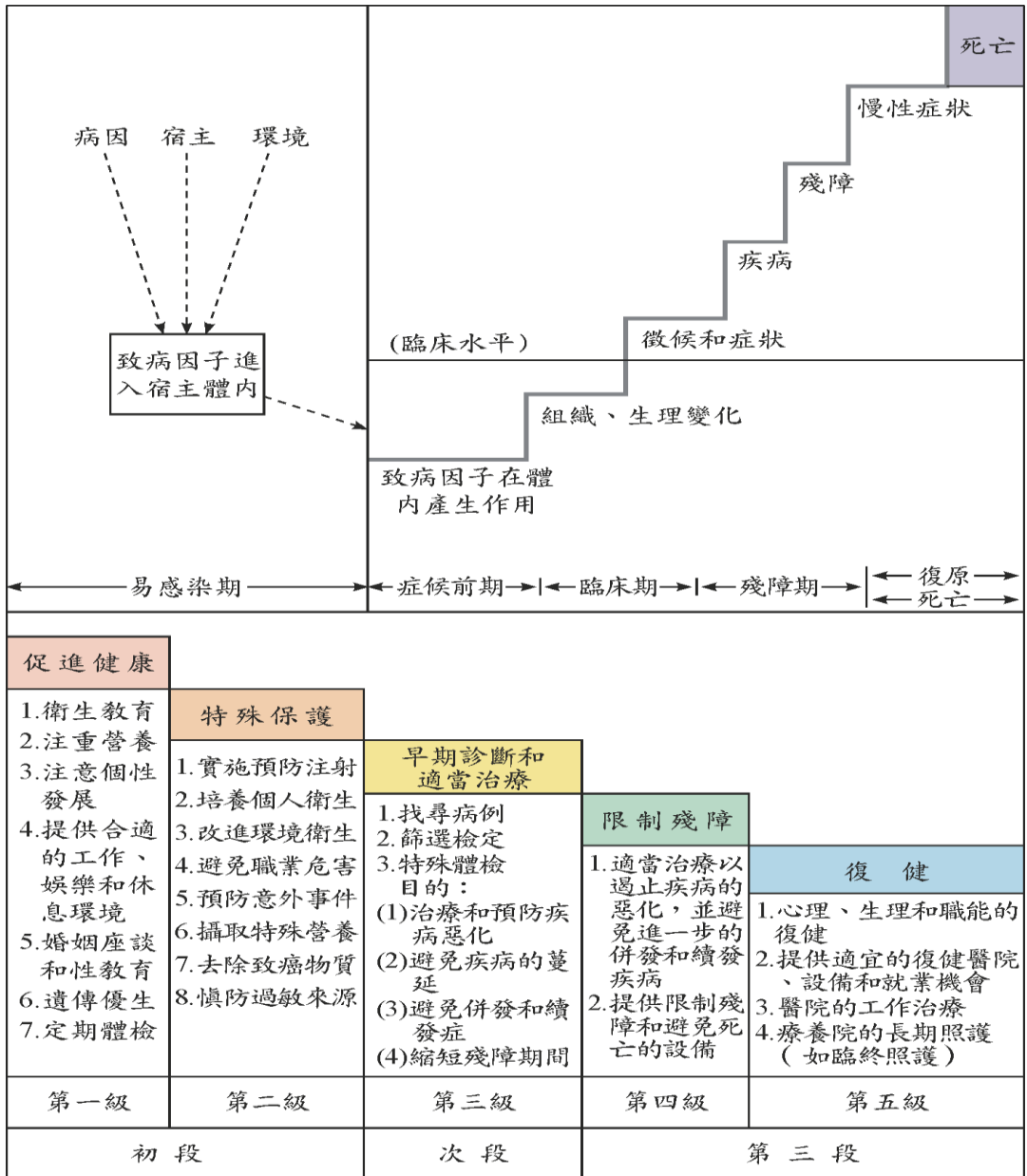
1. 能協助矯治身體的先天異常，如肢體長短不同、脊柱側彎，偵測與治療異常部位那些部位的肌肉廢用與過度使用，活化廢用部位與治療過度使用傷害部位，使肢體或肌肉群漸趨接近正常。
2. 透過氣感偵測與拔罐協助各式疾病與治療後遺症的傷害處理，如糖尿病肢體神經病變與中風後肢體復健，透過增進全身與肢體血循的手法改善神經病變的症狀與增進肢體活動力；外科手術後與癌症放射線治療後所造成的組織傷害，協助移除受傷害的組織、促進血管新生使組織再生。

衛生署公佈2020健康國民白皮書，我國的健康政策目標除了延長國人壽命，也希望促進健康的生活品質、預防疾病、減少共存疾病（co-morbidity）及早夭（premature death），公共衛生所提倡之三段五級措施，能由廣泛角度思考，不陷入僅以疾病治療的侷限，

而賦能穴壓治療能在三段五級措施發揮全方位的功能。

參考資料

- 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》，2(1)，40-50。
- 林文絹、陳素卉、洪韻媚、謝麗貞，2020。〈穴壓治療對兒童發育成長的治療功效〉。《新醫學雜誌》，3(2)，5-11。
- 江東亮，2017。〈公共衛生與預防醫學的區別：歷史觀點〉。《台灣衛誌》，36(5)，423-426。
- 吳昭新，2001。〈二、醫學〉。《老醫之家》，2020/12/13，
<<http://olddoc.tmu.edu.tw/chiaungo/symptom/symp-02.htm>>。
- 施翠滿、謝麗貞(2020)。〈穴壓對臨床常見月經症狀的治療〉。《新醫學雜誌》，3(1)，80-82。
- 陳月枝等著，2018。《當代護理學導論》。臺北：華杏。
- 甄志亞主編，2000。《中國醫學史》。臺北：知音。
- 蘇美雅、謝麗貞，2019。〈穴壓治療用在孕婦懷孕期間的健康照顧〉。《新醫學雜誌》，2(1)，65-69。
- 謝麗貞、吳雪鳳，2018。〈穴壓對人工受孕的應用〉。《新醫學雜誌》，1(1)，80-88。
- 謝麗貞(2020)。〈龍崎鄉下背痛篩檢結果〉。《新醫學雜誌》，3(1)，34-36。



F.S.BH.

圖一 疾病自然史與三段五級
資料來源：陳月枝等，2018，頁 174。

兒童性早熟的評估與治療

陳瓏仁*

*行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院
職業醫學科主任、婦產科主治醫師

案例

一個就讀小學五年級的 10 歲 8 個月男孩，身高在同學之中屬偏矮，加上臉部開始出現鬍子，雙親懷疑有性早熟的傾向，至某區域醫院兒童內分泌科門診接受檢查評估。

檢查結果顯示：(1) 身高為第 40 百分位、(2) Tanner stage 為 T3 (陰莖長度開始增長、睪丸持續發育) P2 (具有稍微深色、直或捲曲的陰毛)、(3) 抽血結果顯示促濾泡成熟激素 (FSH) 3.15 mIU/mL、黃體激素 (LH) 3.51 mIU/mL、雄性激素 / 睪固酮 (Testosterone) 211.84 ng/dL、(4) 骨齡檢查結果顯示為 13 歲 3 個月、(5) 腦部/顱底磁振造影顯示無明顯腫瘤。

個案而後被診斷為中樞性性早熟。

個案雙親身高分別為父親 165 公分，母親 153 公分，目標身高為 164.5 公分；但因性早熟緣故，預估成年身高約為 155.5 公分。而後個案自費接受柳培林 (Leuporelin acetate, 長效 LH-RH analogue) 注射治療一次。

個案雙親針對此性早熟狀況，向

周遭親友諮詢，經介紹說明後，尋求謝麗貞醫師的氣功穴壓治療。

現代醫學對於小兒性早熟的評估

一般而言，女孩青春期發育時間會較男孩為早。女孩約 8 歲開始，從胸部發育、陰毛出現、逐漸開始出現月經。男孩則約從 9 歲開始，從睪丸發育，接著逐漸出現陰莖變長、變聲、陰毛出現等變化。若女孩小於 8 歲、男孩小於 9 歲即開始出現第二性徵，則要考慮性早熟的可能性。

依據青春期不同性徵成熟程度，可分為乳房早熟、陰毛早熟、與真正的性早熟。若僅出現乳房早熟或陰毛早熟，但未合併骨齡提前，仍可於適當追蹤治療下，退回未發育階段。真正的性早熟則定義為女孩出現胸部發育、陰毛發育、甚至初經來潮，男孩出現睪丸發育 (直徑超過 2.5 公分、或體積超過 3 mL)、陰毛發育、陰莖變長、變聲、皮膚油膩容易長痘痘等，且不論男女皆須合併骨齡提前。真正的性早熟，因性荷爾蒙加速骨骼生長，而使骨齡提前、生長板提早癒合，成年後女性身高無法超過 150 公分，男性身高無法超過 160 公分。

性早熟可依據成因，概分為中樞型性早熟與週邊型性早熟。中樞型性早熟為下視丘-腦垂體-性腺系統（Hypothalamic-pituitary-gonadal axis）被提早活化，導致性腺促素（FSH、LH）升高，此時應考慮或排除腦部腫瘤、外傷、感染...等問題。週邊型性早熟為出現能產生性荷爾蒙的周邊腫瘤，而促使性徵發育，此時應考慮先天性腎上腺增生症、腎上腺腫瘤、卵巢腫瘤、或睪丸腫瘤...等。多數女孩性早熟為不明原因，但男孩性早熟約 7 成合併腦部或腎上腺異常，需安排適當檢查排除上述影響。

性早熟的評估包括家族史、過去病史、性徵發育評估（Tanner stage）、身高及生長速度評估、骨齡檢查、荷爾蒙檢查（性荷爾蒙、生長激素、甲狀腺功能等）、與日常環境評估（如環境荷爾蒙的暴露影響）；若懷疑有腦部異常或周邊腫瘤，則視需要安排腦部與腹部影像檢查。

若評估後有腦部或周邊組織異常，則視異常狀況適當治療。若性早熟合併性徵發育快速（第二性徵於六個月內有明顯變化）、骨齡提早、女性預估成年身高不超過 150 公分/男性預估成年身高不超過 160 公分、或女孩 6 歲前即出現胸部或陰毛發育，則需治療。藥物部分，使用促性腺激素釋放激素（GnRH analogue），以減少性腺促素分泌，達到減少性荷爾蒙濃度，及減緩性徵發育、生長板提早癒合等目的。

個案評估與氣功穴壓治療

初次就診時，可見個案眉頭深鎖，

額頭、鼻頭等處昏暗，臉色黯淡無光、皮膚暗沈，站立時呈圓肩、略為駝背狀，走路時呈外八姿勢，對談間可見個案較易不耐煩，自視甚高。

個案雙親自述其從小較為早熟，平時較獨立，但個性較驕傲，自覺比同儕優秀，但體育表現較差。且個案喜歡閱讀小說，也因此晚睡或熬夜。

身體檢查發現個案全身多數關節僵硬、合併活動度受限，包括胸廓在內的全身骨架較小，全身組織缺氧狀況明顯，頭部有過往撞擊傷，且三焦功能不佳。個案亦有情緒較為壓抑的狀況。

個案而後即規則接受氣功穴壓治療，包括被動強力漸進式疏通全身氣血經絡和氣脈的循環、輸入氣能增加氣血供應給予器官組織、鬆開全身骨頭關節，尤其是胸骨、肋骨、脊椎、手腳等各關節及其相鄰的肌肉、肌腱、韌帶等組織，目的是促進其生長和增加活性。同時回復橫膈膜正常收縮、舒張能力、解開壓抑的情緒、打開胸廓等以增加肺活量、改善上焦功能以激發宗氣的生成；促進腸胃道消化吸收功能，以增強中焦功能產生衛氣，提供生長所需的物質能量等等（謝麗貞，2010）。另外，治療頭部過往的撞擊傷及排除其瘀積的鬱塞氣血等廢棄物，以便腦部盡早恢復個體生長的調節和刺激功能。除此之外，經過穴道的調控，教授增長的「運動跳躍法」，要求個案於家中規律並逐漸加重強度的跳躍，以刺激長板及骨骼的發育，用以增高。

個案於上述治療過程中，可見氣色逐漸紅潤、額頭及鼻頭等處光澤增加、關節活動度增加、跳躍高度增加、站姿較挺拔、肺活量增加、消化吸收功能改善...等成效，面帶笑容的頻率也增加。除此之外，性早熟的現象也明顯改善，第二性徵停止進展，身高持續增加，骨架逐漸加大，且跑步運動表現從原先班上倒數、進步到班上前三名，治療效果顯著。個案原先亦有汗臭味明顯難聞現象，經改善肝臟代謝功能後，也有明顯改善。

氣功穴壓治療於兒童性早熟的效益的評估與治療原理

兒童性早熟，如同許多後天性內分泌與新陳代謝疾病一樣，內分泌異常多數只是身體失衡之後的症狀，而非原始病因。故針對此類個案，排除先天性遺傳疾病、染色體或基因異常等問題，應著眼於病患身體失衡或失能狀況，並予以全面性地治療，才能有效改善內分泌異常的問題。

有關兒童性早熟的病因評估，應涵蓋出生史（出生週數、身長、體重、母體妊娠病史、分娩過程異常或特殊事件...等）、過去疾病或傷病史（包含腦部或頭部傷害與撞擊、腫瘤...等）、生長發育曲線、性徵發育、日常飲食習慣、家族遺傳史、父母身高、甚至環境荷爾蒙暴露評估...等。

身體檢查應包括組織彈性、缺氧或缺血與否、關節活動度及周邊肌肉骨骼與軟組織異常、骨架（包括主要骨頭發育狀況）、各項姿勢（包括坐、

站、行走）、三焦功能（呼吸、消化吸收、排泄、心臟功能與心律）、代謝狀況、其他各臟腑功能、情緒（包含個性、脾氣）...等。

治療上，氣功穴壓治療係針對人體三焦自動產生能量系統著手，進行啟動身體自我修復、調節及生殖能力，視病因修復腦部或頭部傷害、增加組織氣血供應，改善呼吸（包括擴大胸廓、增加肺活量、改善肋間肌與橫膈膜正常收縮功能）、恢復正常消化吸收功能、改善新陳代謝、放鬆各主要關節僵硬的組織、修復肌肉骨骼損傷、增加主要骨頭生長、維持正常心律與心臟功能、改善不良情緒...等，必要時搭配拔罐治療，配合自體動功，方能有治療效果。

針對本兒童性早熟個案，在上述完整治療下，可以達到良好的治療效果，並能使接下來的青春期發育正常，達到預期的身高、並擁有良好的體魄。

參考資料

- 蘇怡菁、簡維隆，2010。〈小兒性早熟的評估〉。《家庭醫學與基層醫療》，25(7)，276-282。
- 《兒童中樞性早熟衛教手冊》。臺北市：中華民國兒童生長協會。
- 謝麗貞（2010）。《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（2011）。《拔罐的真相：沿革、利害與科學研究》。臺北市：知音出版社。

生活小常識

施翠滿*

*退休教師；穴壓與拔罐學會研究員

本雜誌特請施翠滿老師為本專欄摘要她跟診穴壓與拔罐學會理事長謝麗貞醫師時，所記錄的生活小常識，尤謝醫師視病人的病情需要，叮嚀患者生活中須注意的事項，以提供讀者參考。

- ◇ 喝白蘿蔔加水煮的湯可清腸道火氣，幫助腸子蠕動排出宿便。
- ◇ 冬天喝熱湯要慢慢喝，否則胃內有寒氣，若急時接觸熱湯，反而會使胃不舒服。
- ◇ 吃地瓜葉有助胃腸道蠕動。
- ◇ 小孩子不宜吃甜食避免肚子脹氣。
- ◇ 口唇深紅色代表肺有火氣（臟內溫度過高，發炎現象），不利呼吸。可以飲用鹹楊桃汁。或將楊桃切片，用鹽醃少許時間，再用開水洗去鹽分，食之。
- ◇ 駝背的小孩可貼牆站直，垂肩，兩臂抬與肩等高呈90度，手背貼牆，每次站三到五分鐘，一天五、六次，要持續有恆心。

- ◇ 肌肉僵硬，表身體缺氧，氣血循環不良，會造成酸性體質。
- ◇ 不要久坐，否則肌肉因地心引力的關係，造成屁股大。
- ◇ 喉嚨搔癢感覺有痰或異物，想咳卻咳不出痰來，這是喉嚨食道管壁肌肉組織有腫脹，利用穴壓治療，可立刻消除之。
- ◇ 冬天檢查小朋友的穿著是否合適時：將手伸進小孩背部感覺是暖的但不流汗，此為適當的穿衣量。若背部有濕意或流汗表示穿太多衣服，若背部有涼意表示衣服穿不夠。
- ◇ 手腳冰冷是貧血、氣血不足、氣血循環滯礙，應補充營養，平時可喝里肌肉燉湯。
- ◇ 嚴重腹瀉時應禁食至少2餐以上，同時要喝沒有米粒的米湯加少許無油脂的醬瓜湯，以補充電解質，以恢復腸壁吸收水分的功能。
- ◇ 頑固的宿疾通常需非常的破壞才能有非常建設—修復。



E 諮詢

Q

1. 不停歇地強力打嗝

今天早上吃了一個鱈魚漢堡，不久之後開始不停歇地強力打嗝，直到晚上不停，十分不舒服，從來沒有經歷過這種現象，請問這是怎麼一回事？

A

很顯然地，這是食物中毒了！是一種引起胃部抽搐（抽筋）的神經毒素。一般，含神經毒素的食物，多屬於海鮮類食物，尤其是食物鏈中高端的大魚，毒素貯存在其體內無法排出，低級魚蝦的毒素，吃食後越累積越濃，人一個但若誤食就容易中毒了。

神經毒素並不能經由高溫烹煮而消除，誤食後引起消化道腸胃神經性系統中毒，其中毒現象範圍廣泛，沒有特定解毒劑可以解毒。若毒性過強，可能影響多器官的功能失常，像是喉嚨痙攣、吞嚥及呼吸困難、腸胃疼痛或抽筋、頭痛、噁心，嘔吐、上吐下瀉等等。一般，要等待其毒性在體內漸減，症狀才能逐漸減輕消弭。因此，食用海鮮時應注意可能中毒現象，要有警覺心，必要時即刻就醫，但在醫院中也只是能注意維持生命現象，等待其毒性在體內逐漸減低，待器官的功能漸

漸恢復。

不過，氣功穴壓治療在黃金時間內（越快越好），可經由穴道給予氣能，透過穴道抑制或減輕神經毒性對器官組織的作用，降低毒素對的神經系統的傷害，並阻止或減少其對器官組織的影響。

Q

2. 頸部及袖口突然產生紅疹

頸部及袖口突然產生一大圈紅腫的疹子、斑點、發癢難耐的癢狀。醫生說是過敏性皮膚炎，擦藥後不但無效反而紅腫更為厲害！

A

這應該是近日天氣漸漸變冷了，從衣櫃中取出了收藏許久的含動物性纖維的衣物出來穿，穿上後不多久即反應出的衣領頸部的紅、腫、熱、癢的皮膚反應。擦一般的抗皮膚過敏的藥後，無效反更為嚴重。其實，這不是一般的過敏性皮膚炎，而是微小昆蟲不適應溫度的改變鑽入人體皮膚引起的毒性反應。必須將該微小昆蟲消滅才能解決皮膚的症狀。

真正的原因是，因為含有動物性纖維的冬衣，經過長久收藏在溫

暖的櫃子裏沒有移動，冬衣中所含有動物性的蛋白質，會生長出細微的昆蟲。牠們在溫暖的櫃子中與毛料衣物共生存得很是穩定。一旦突然被取出，蟲子於離開櫃子後，為自身保暖和避開外界寒冷的空氣，急於尋找溫暖的地方，特別是在領口肩頸處，以及袖口處，已不足以是防護它們自身的溫度，於是便會自皮膚鑽入進入體內。若體表溫度不足時，則只好繼續鑽入皮膚更深層中而引起，人體身軀，所以會產生由蟲子毒素引起皮膚的症狀。這種皮膚的反應，不只是對蟲子的過敏反應，亦是蟲子毒性的反應。這些反應若使用一般抗過敏反應的藥物，不但無效更會使這些症狀加深且更為嚴重。特別是抑制免疫力的藥物如：類固醇、止癢劑、抗組織胺等會讓蟲子生長得更活躍。因為

最好的也是唯一的根本治療法是：殺死所有的蟲子，才能徹底除症狀，恢復健康。

去除症狀及殺死所有的蟲子的方法如下：

- 一、 首先不再穿那些衣服，將之徹底清洗，或掛在通風的空氣中 3~4 天以上。
- 二、 用鹽水搓洗有症狀和其附近相鄰的皮膚，搓洗範圍要足夠大，比紅腫、癢處還要大，即尚未產生症狀的地區，因為細微蟲子已經鑽入皮下，皮膚反應會慢慢出現。
- 三、 用肥皂清洗患處確定以清潔皮膚減少殘留蟲子。

四、 塗上抗生素以消炎、殺死細菌。

五、 最後塗上修復皮膚的修復霜，每天重覆以上步驟 3~4 回，約 4 到 7 天就會完全恢復正常。

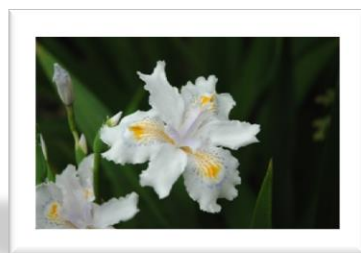


3. 褲子變長了，為什麼？

換季了，取出去年收藏的冬天，卻發現褲子變長了，為什麼？



不是褲子變長了，而是你的脊柱損壞崩塌了特別是腰椎的脊柱，以及腰椎椎間盤受到壓迫狹窄變短小，可以由腰部皮膚出現橫向皺摺來證明，皺摺的寬度即代表脊椎壓縮的長度，所以不是褲子變長了，是人長矮了！長矮的原因最多的是老化歲月的影響。



蘭花

Chris 攝於台北國際花博

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。



頭痛醫腳！

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