

新醫學雜誌

Journal of Neo-Medicine

Volume 4 Number 2, August 2021

特別報導
新冠肺炎的醫療



穴壓拔罐治療法對感染新冠肺炎病毒症狀的治療
板機指的診斷與治療
攝護腺疾患賦能穴壓之診療
婦女下腹部疼痛原因的探討

 穴壓與拔罐學會
Acupressure and Cupping Association

ISSN 2617-7447



9 772617 744004



新醫學雜誌

Journal of Neo-Medicine

2021 年 8 月 31 日

Volume 4 Number 2

2018 年 8 月 30 創刊

發行單位：

穴壓與拔罐學會

總編輯：謝麗貞

副總編輯：陳秀熙

編輯委員：

吳雪鳳、潘世皓

謝麗絲、洪韻媚

林文絹、張美意

楊俊毓、黃茂雄

許辰陽、嚴明芳

閔漢珍、金 伶

邱月暇、范靜媛

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://sites.google.com/view/acataiwan>

<https://aca.org.tw/>

<https://aca.org.tw/>

封面圖：

插畫家顏浩宇提供

封底圖：

插畫家柯柯提供

Contents

■ 特別報導

新冠肺炎症狀的醫療.....	1
認識新冠肺炎 (Covid-19) 的主要臨床症狀.....	3
穴壓拔罐治療法對感染新冠肺炎病毒症狀的治療.....	5
新冠肺炎重症患者的日記.....	20

■ 專題研究

臟腑引起病變的差異.....	26
中焦病變引發的心臟驟停或昏厥.....	29
板機指的診斷與治療.....	31
尾椎痛.....	35
拔罐與氣的導引的實驗.....	40
論肚臍漏風的可能.....	45

■ 拔罐印記

頸部及肩臂脹痛的治療與拔罐後的印記的比較.....	48
---------------------------	----

■ Original Article

攝護腺疾患賦能穴壓之診療.....	56
前列腺癌術後復發個案之穴壓拔罐治療解析.....	60

■ System Review

穴壓治療在新冠肺炎疫情中的角色:文獻回顧.....	64
---------------------------	----

■ 預防保健專欄

散瞳劑治療近視的藥理機制與影響.....	75
----------------------	----

■ 練氣專欄

練氣與病氣滯留體內產生症狀的關係的個案研究.....	78
----------------------------	----

■ 婦女專欄 Special Columns

婦女下腹部疼痛原因的探討.....	79
-------------------	----

■ E 諮詢—你問我答

1.反覆性針眼.....	81
2.嚴重腹瀉脫水的預防保健治療法.....	81
3.夜不安寧.....	82

■ 邀稿 Call for Paper.....83

特別報導

新冠肺炎症狀的醫療

謝麗貞*

* 穴壓與拔罐學會理事長

在台灣，感染新冠肺炎病毒（COVID-19）的疫情，自今年五月中旬起如火如荼地爆發，確診個案人數激增過萬，死亡人數也不斷攀升。重症者主要臨床表徵是嚴重的氣喘和呼吸困難，治療則以供應氧氣、氣管插管和使用呼吸器為主。以台灣的高水準醫療及設備，死亡人數猶如此持續增加，其原因值得深思。而感染者於痊癒出院後仍存在各種後遺症，如：確診痊癒者的肺纖維化（林妍君，2021：CTWANT；John, et al, 2021; McGroder, 2021）；感染新冠肺炎的成人於一年後其症狀仍持續(Seeßle, et al, 2021: Clinical Infectious Diseases)，新冠肺炎病人復原出院後仍有肺部後遺症 (Blanco, 2021)，以及新冠肺炎患者康復後長期的精神心理的症狀（陳敬哲，2021：NOW 健康；Yang, et al, 2020；Vai, et al, 2021）。足見感染者於出院後，事實上病症並未完全治癒；尤其是重症者幾乎不能恢復正常的生理功能。所以，控制新冠肺炎的疫情除疫苗的問題和降低死亡人數外，瞭解疾病發展的過程、致病變的器官，和其病理機制也是很重，如此才能給予正確有效的治療，自然降低致死率，減少後遺症。

本學會利用「氣場感應」和「穴道偵測」得指出病毒所攻擊人體的部位，對相關新冠肺炎輕重臨床症狀的

病變的原因、治療方式及疾病發展過程，給予歸納整理，利用對新冠肺炎主要臨床症狀的解說、穴壓拔罐治療法對感染新冠肺炎病毒症狀個案的治療方法和過程，以及重症患者的日記來報告其病情的變化，採取有效的干預，有助益於降低致死率，減少後遺症，恢復正常的生理功能。

參考文獻

- 林妍君，2021 年 7 月 22 日，〈確診痊癒者「肺纖維化」短命 20 年 醫悲揭藥費 1 周 1 萬：弱勢吃不起〉，《CTWANT》，
<<https://www.ctwant.com/article/129995>>。
- John, Alison E., Joseph, Chitra, Jenkins, Gisli, et al., 2021. "COVID-19 and pulmonary fibrosis: A potential role for lung epithelial cells and fibroblasts." *Immunological Reviews*, Volume 302, Issue 1, pp. 228-240.
- McGroder, Claire F, Zhang, David, Choudhury, Mohammad A, et al., 2021. "Pulmonary fibrosis 4 months after COVID-19 is associated with severity of illness and blood leukocyte telomere length." *Thorax* 2021;0:1-4. doi:10.1136/thoraxjnl-2021-21703.
<<https://thorax.bmj.com/content/thoraxjnl/early/2021/05/13/thoraxjnl-2021-217031.full.pdf>>.
- Seeßle, Jessica, Waterboer, Tim, Hippchen, Theresa, et al, 2021. "Persistent symptoms in adult patients one year after COVID-19: a prospective cohort study." *Clinical Infectious Diseases*, ciab611,
<<https://doi.org/10.1093/cid/ciab611>>.
- Blanco, Jose-Ramon, Cobos-Ceballos, Maria-Jesus, Navarro, Francisco, et al, 2021.

“Pulmonary long-term consequences of COVID-19 infections after hospital discharge.” *Clinical Microbiology and Infection*, Volume 27, Issue 6, pp. 892-896.

陳敬哲，2021 年 6 月 2 日，〈醫曝新冠患者康復 5 種後遺症 掉髮與再度肺炎都在內〉，《NOW 健康》，
<https://healthmedia.com.tw/main_detail.php?id=49271>。

Yang, Huazhen, Chen, Wenwen, Hu, Yao, et al., 2020. “Pre-pandemic psychiatric disorders

and risk of COVID-19: a UK Biobank cohort analysis.” *The Lancet Healthy Longevity*, Volume 1, ISSUE 2, pp. e69-e79.

Vai, Benedetta, Mazza, Mario Gennaro, Colli, Claudia Delli, et al., July 15, 2021. “Mental disorders and risk of COVID-19-related mortality, hospitalisation, and intensive care unit admission: a systematic review and meta-analysis.” *The Lancet Psychiatry*, Volume 1, ISSUE 2, pp. e69-e79.



美麗的毛西番蓮

原生於熱帶美洲，廣泛分佈於熱帶及亞熱帶地區。在台灣為歸化植物，常見於中南部海濱沙地、平野、路邊、溪邊草叢、蔗田。常攀附於其他植物上，或蔓爬覆蓋地面。花期 7 月至 8 月，果期 9 月至 11 月，果實味甜可食用。

—本會理事長謝麗貞提供

特別報導

認識新冠肺炎 (Covid-19) 的主要臨床症狀

陳信吉*、謝麗貞**

*東海大學會計系副教授

**穴壓與拔罐學會理事長

新冠肺炎病毒肆虐全球已經年餘，不但沒有停歇尚呈越來越荼毒之勢。重症突發、呼吸困難致死的個案頻頻發生，迫使人們對疫苗產生急切的需求。然而研究發現感染者於恢復一年後其身體器官的症狀仍舊持續，因此，我們不得不要認識新冠肺炎的主要臨床症狀，用於預防、保健、治療和復健之用。

新冠肺炎病毒攻擊的是人體的自主神經系統，也就是除四肢肌肉骨骼可隨意運動以外的臟腑的自動控制神經系統。首先受到傷害的就是人體的自動能量供應系統，然後再影響到內臟各器官的生理運作。所以，新冠肺炎主要的典型開始症狀就是上、中、下的三焦系統生理功能的喪失或紊亂，約分五大類，分別是：1. 發燒；2. 呼吸困難、心悸心律不整；3. 五官知覺喪失；4. 喉嚨痛、流鼻水；以及5. 腸道水瀉。以下分別就各症狀的原因解說之。

1. **發燒**：感染新冠肺炎病毒者，發燒為最常見的症狀。由於病毒進入宿主後便開始生殖複製以增加病毒數量，此時須要大量能量；病毒會促使人體發燒藉以提供能量方便大量複製。而退燒藥雖可暫時降低

體溫，但無法抑制病毒的複製，故普拿疼等退燒藥無實質功效。

2. **呼吸困難、心悸心律不整**：這是人體的上焦系統的症狀，病毒量越多，攻擊力越強，範圍越大，使呼吸系統尤其是胸廓喪失運動擴張和收縮的功能，無法充分擴張心、肺活動的空間以產生有效能的呼吸和心跳的生理運作，也就是無法輸出足夠的含養血致使人體呈休克狀態，所以才會出現有所謂的《快樂缺氧》的致死症狀。另一方面身體血液中缺氧，腦部偵測到血中氧氣濃度降低，二氧化碳濃度升高，即促進心肺加速跳動而造成呼吸急促、心律不整，如此惡性循環就產生急性呼吸窘迫綜合症。單純給予氧氣只能救急不能救窮；呼吸器只能暫時取代肺臟不能恢復肺臟擴張收縮的生理功能。因此根本治療還是要排除病毒對自主神經的干擾和抑制，重新啟動呼吸系統，使心肺功能得以恢復。若不解除病毒對神經的阻斷，就如同機器保險絲斷了，不接上，不重新啟動，心肺還是不能運作，所以感染者於恢復一年後其身體器官的症狀仍舊持續。

3. **五官知覺喪失：**人體的自主神經系統主要在頸椎，聯繫著腦部中樞神經系統和肢體周邊神經系統。一旦病毒攻擊的範圍擴大，隨著自主神經系統所連結的臟器，上溯至頭部、五官、腦血管和下行至腹部的器官，均會出現各種症狀。因此出現味覺、嗅覺等喪失的問題，甚至影響臟腑之間各器官的相互回饋調節，如出現血栓、凝血不能、傳導激素失調等的問題。
4. **喉嚨痛、流鼻水：**喉嚨和鼻子是上焦和中焦共同經過的管道，也是最靠近頸椎的自主神經系統控制的位置。喉嚨痛和流鼻水是許多受新冠肺炎病毒感染者最起始的症狀，也是一般感冒或呼吸道感染的常見現象。如果人體的抵抗力強，或體內病毒量尚不多時，容易被誤會而忽略。一旦重症出現時，措手不及，死亡個案就可能產生。
5. **腸道水瀉：**當新冠肺炎病毒攻擊中焦系統時，就是去阻斷腸、胃道的

神經傳導和調節，因此腸、胃道當機失去運作功能，所以會消化遲滯、沒有胃口，以及腸道不蠕動失能等症狀。腸道受自主神經調節而蠕動，主要功能是回收大量水分，一旦失去蠕動不能回收水分，就產生不斷的水瀉。治療方式同上，要排除病毒對自主神經系統的干擾和抑制，令器官組織恢復正常生理運作功能才是治本之道。

目前治療新冠肺炎病毒的方式，多是症狀治療、維持生命現象，以及施打疫苗。其中施打疫苗的目的主要是降低重症的機率，並不是積極的讓患者恢復之前的健康狀態，因此會有許多治療後仍存在的症狀，而這些症狀皆與自主神經系統有關。若要完全根治新冠病毒的症狀，還是得排除病毒對自主神經系統的干擾或抑制，才能達到治本的功效。期望本篇文章能帮助大家對新冠肺炎病毒的症狀及治療方式有更多的瞭解。

特別報導

穴壓拔罐治療法對感染新冠肺炎病毒症狀的治療

謝麗貞*

*穴壓與拔罐學會理事長

感染病毒可能呈現的症狀和嚴重程度是依靠（1）病毒複製能力在人體中所繁衍的數量，和病毒毒性對人體器官攻擊的部位所造成的損壞；以及（2）宿主的先天體質和後天預防保健下產生抑制病毒的抵抗力而定。所以感染者的臨床症狀可以是：無症狀、輕微症狀，和重度症狀。對病毒結構的瞭解用來製造疫苗令人體產生免疫反應以終止其傳染，而對於病毒毒性可致宿主的傷害和病程的瞭解，可協助正確的醫療，使受感染者得以完全恢復健康。

新冠肺炎病毒毒性強烈，重度症狀尤其是呼吸困難、缺氧為最，因此死亡率亦高。研究報告顯示：新冠肺炎患者自醫院痊癒出院後，長期下仍存在嚴重的後遺症，尤其是呼吸功能受損，甚至無法恢復正常生活和工作的能力。究其根源應是對病毒所攻擊造成宿主器官的傷害和病程不夠瞭解，沒有充分的給予治療，僅僅維持患者的生命現象，期待其自癒是不可靠的，治療病人當以恢復其正常生理功能才是最終的目的。

穴壓拔罐治療法能偵測出受損的器官並治療之，發現新冠肺炎病毒攻擊的是人體的自主神經系統，包括：交感神經系統、副交感神經系統，和

腸神經系統，而首先攻擊的是人體的自動產生能量的三焦系統：上焦的呼吸能量系統、中焦的消化能量系統，以及下焦的人體恆定廢棄物過濾的系統，其受損的起始位置在頸椎，所以傷害的不只是全身生理運作的器官組織間的合作協調，更殃及頭面部各感官的功能和對精神情緒的影響。病毒一旦攻擊這個自主神經系統，首當其衝的就是三焦的自動產生能量系統，對人體正常生命的自動運轉的機制給予不同程度的阻斷，因此無法提供足夠能量去維持和修護已經受損的生理功能，結果僅靠殘存緊急救命的機制來運轉全身機體，只能辛苦的活著，重症者自然立刻無法存活。

故用一個新冠肺炎重症患者的診斷治療經過，說明解釋病毒攻擊和造成病變的原因以及治療的方法，方便對於輕症狀者亦可比照給予照護，改善其健康避免後遺症。

參與醫療人員

- 謝麗貞醫師：
穴壓拔罐學會研究主任、診所負責人、台大公衛學院預防醫學博士、曾任醫學中心內科、神經科、急診科醫師
- 蔡雅茶醫師：
內科專科醫師、診所負責人、穴

壓拔罐學會研究員、曾任醫學中心內科醫師

個案

職業婦女、48 歲、已婚

過去病史：輕微高血壓、慢性胃功能不良

接觸史：自述生活單純，沒有與已知新冠病毒確診患者的接觸史

治療過程

在嚴格管控室單獨治療下進行，每次治療均等待個案恢復穩定狀況方結束使其自行離去。急救時診治時間約 1~2 小時或更久，非急救時則 20~30 分鐘。

第一次 20210528（五）；晚間

主訴症狀：頭痛、喉嚨痛、發燒、胸悶、呼吸不順；兩天前有不曾有過經驗的水便。

診察：發燒（38 度）；呼吸急促、心跳稍快，是胸廓活動受困，類似流感的症狀。

治療：緩解其頭痛及喉嚨痛；給予相關呼吸症狀的穴壓導氣治療，用以退燒、舒緩胸廓活動；後其胸腔起伏順暢呼吸無礙。

醫囑：因新冠病毒感染疫情肆虐，囑其小心關注症狀的變化。

第二次 20210529（六）；晨間

主訴症狀：沒有新症狀，頭痛已消失；胸悶、呼吸不順和喉嚨痛減輕；但仍發燒 38 度左右，對身體知覺似無明確的感知。

診察：因體溫型態確定個案受到病毒的侵襲，燒退不下來，不過可排除內臟功能的病變和細菌的感染

治療：給予相關穴壓導氣治療以及疏通全身經脈和氣脈的循環，增加其氣能和體力。

醫囑：建議持續觀察和家人保持距離，注意身體症狀的變化，隨時聯繫謝醫師。

第三次 20210531（一）；晚間

主訴症狀：高燒>39 度；呼吸窘迫、吸不到空氣、呼吸次數>60/min；心跳>120/min、心律快速、不規則、強弱交錯且有漏跳；臉色紅腫有油光、五官感知力遲鈍；肢體活動減低；精神滯悶恍惚；語速慢問是不是要死了。

診察：生命現象不穩，胸廓無伸張活動，四肢手腳冰冷；呈血液灌流不足休克狀態。需緊急急救

治療：第一次急救

1. 啟動急救措施，給予高階穴壓導氣治療，包括急救穴道刺激、降溫、增加氣能、活化各停滯的器官組織及其生理運作功能。後心肺功能稍漸平穩方停止。

2. 轉至蔡醫師診所，提供給氧氣、輸液、退燒藥。

待 3~4 小時後心肺功能漸平，病患自覺穩定始自行離去。

醫囑：疑感染新冠肺炎病毒，病患需自行隔離；可能症狀會有變化。同意其自購氧氣機。

第四次 20210601 (二)；清晨

主訴症狀：無新增症狀；呼吸仍急促，心跳仍快速，無力不舒服。

診察：病患感知敏感度降低但症狀持平。

治療：持續以穴壓導氣治療，啟用拔罐法快速消除體內因病毒所產生的代謝廢棄物，啟動人體自動修復調節機制，用以退燒；以及疏通全身經脈和給予氣能促進氣脈的循環，增加氣能和體力。另一方面給予病患說明，並肯定治癒的希望，免除其驚慌、害怕等精神的壓力。可自備氧氣機需要時吸取之。

致病機制解析：因高度懷疑病患已感染新冠病毒，遂藉氣場感應和穴道偵測企圖確實指出器官組織被攻擊的部位，以及受制的病變生理功能，發現病毒攻擊的是人體的自主神經系統，隨意肌以外的非隨意肌相關所有的器官組織。此時症狀集中在交感神經系統和副交感神經系統管轄範圍中，偵測穴道確定受損部位在頸椎第3、4、5節其主管的心肺功能的運行。

頸椎第3節出來的自主神經是主管呼吸、心跳和體溫的調節，故當新冠病毒感染時，症狀來勢兇猛，首先發燒，再侵襲人體最重要的自動產生能量的三焦系統，首當其衝就是上焦的心肺兩器官。發燒是病毒積極活躍進行複製增加病毒數量的時期，病毒量越多，攻擊力越強和攻擊範圍也越廣。其致病的機制為：病毒阻斷自主神經的傳導，令心肺失去神經的刺激和調節，無法充分擴張心肺的活動以產生有效能的呼吸和心跳和生理運

轉功能，無法輸出足夠的含養血致人體呈休克狀態。另一方面身體血液中缺氧，腦部偵測到血中氧氣濃度降低，二氧化碳濃度升高，即促進心肺加速跳動，如此惡性循環就產生急性呼吸窘迫綜合症。因此，若不解除病毒的神經阻斷，就如同保險絲斷了，不接上，不重新啟動，心肺還是不能運作。單純給予氧氣只能救急不能救窮；呼吸器只能暫時取代肺臟不能恢復肺的生理功能。

又，一旦病毒攻擊的範圍擴大，可以上溯至頭部、五官、腦血管和下行至腹部的器官；此時中焦和下焦因同時屬於人體自動產生能量的三焦系統中，早已牽連只是徵兆尚未顯現而已。所以徹底的治療是打開病毒對頸椎第3、4、5節的神經阻斷，恢復自主神經系統的刺激調節功能，使全身神經傳導和調節功能暢通有效，呼吸、心跳和體溫方得以正常運作，全身才有望恢復正常。

第二次急救：解放頸椎第3、4、5節的病毒阻斷，重建並啟動頸椎的神經傳導和調節功能，並同時活化各受阻停滯的器官組織及其應有的預防措施。急救待其心肺功能稍漸平穩後方停止。

拔罐後的印記，如下圖。



第五次 20210602 (三); 晨間

主訴症狀：再次發燒 >37.5 度，氣喘、心跳 $>100/\text{min}$ ；吸氧氣無用

診察：病毒複製數量再增，引起另一層的症狀發作

治療：持續以穴壓導氣拔罐治療之，啟用拔罐快速消除體內因病毒阻斷器官功能失調所產生的代謝廢棄物，加速啟動人體自動修復調節機制，用以退燒，及疏通全身經脈和給予氣能促進氣脈的循環，增加氣能和體力。另一方面給予病患詳細說明，並肯定有治癒的希望，免除其驚慌、害怕等精神上的恐懼壓力。

醫囑：去醫院快篩

快篩結果：陰性；醫師囑咐回家修養即可

第六次 20210602 (三); 晚間

主訴症狀：再次發燒 37.8 度，氣喘、吸不到空氣，呼吸次數 $>40/\text{min}$ ；心跳 $>120/\text{min}$ ；頭痛、頭暈、喉嚨痛；全身無力、無法站立或行走；驚慌恐懼至極。

診察：自主神經系統對呼吸、心跳和體溫的阻斷已經緩解故燒稍退，心肺得以較低速運作，但多日來心肺的超極過速的運動，已致使心肌和所有呼吸肌群均過度疲勞，缺能量、無力、疼痛而衰竭無力再作功。

治療：進行**第三次急救**，給予氣能並持續以穴壓導氣治療之；再用拔罐去除心肌和所有呼吸肌群因過度運動疲勞，所產生代謝廢棄物堆積，壓

迫肌肉組織因而產生的疼痛。拔罐的效果在此通常立竿見影，即刻有效，呼吸和心跳立即舒緩順暢。如下圖



醫囑：自主神經系統係人體自動運轉機制的一部分，也受人體自動產生能量的三焦系統所支配。三焦系統含上、中、下三焦，並共合成一個綜合系統。現上焦（呼吸系統）已得緩解，當注意中焦症狀的立即顯現。即腸胃消化系統的功能紊亂，此同時也會引起心律的問題。

第七次 20210603 (四); 清晨

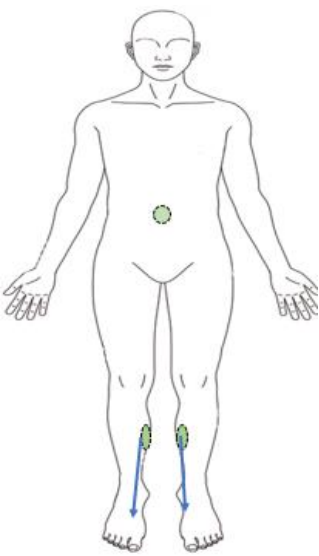
主訴症狀：體溫 37.7 度；急喘，呼吸 $>40/\text{min}$ ；心跳 $>120/\text{min}$ ；頭暈、喉嚨痛、全身無力、手麻、7日來首度有饑餓感、腹脹、水瀉、焦躁以及驚恐，以為又是一次急性發作。

診察：如原所預測，早先受病毒抑制腸胃功能停滯損害的現象並未顯

現被感知，終於因上焦心肺症狀緩解恢復活性，引發中焦腸胃相關臟腑之間的生理反應，故產生腸胃發炎及疼痛的反應明顯，並引發心肺急促和周身的不適。唯此心肺的急促原因和第三和第四次治療時的肇因不同，所以穴壓、導氣拔罐治療的部位和方法也會不同。

治療：進行**第四次急救**，採取兩種方法配合治療：

1. 穴壓胃腸導氣治療，如下圖



2. 拔罐治療，在胸椎 T3、T7 位置拔罐，如下圖



治療後，病患的症狀立即逐步緩

解消除、呼吸、心跳也恢復正常，可輕鬆的自行徒步離去

醫囑：此尚未完全治癒，可能再發作，需注意飲食，給予特殊飲食配方，但已經無生命之虞，不需特別擔憂。

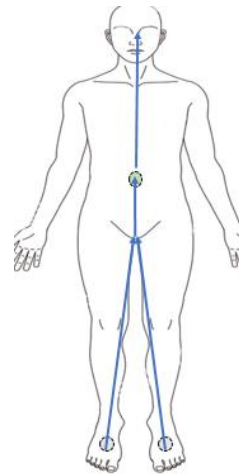
第八次 20210603 (四)；下午

主訴症狀：如清晨主訴一般，氣喘、心跳 $>120/\text{min}$ ；腹痛、沒有水瀉或排便，驚慌至極，擔心生命存活問題

診察：如前次預測一般，其腸胃功能再次紊亂，原因是數日來未進食，突然吃食不對，又不依照醫囑的飲食配方，故引起急性刺激性的胃發炎和疼痛。雖不再水瀉，但腸道無蠕動聲音，腸道功能受到新冠病毒感染，神經傳導和調節受阻斷而停滯。此次只得先治療胃部，但預知腸道病變將隨後發生。

治療：採取兩種方法配合治療：

1. 深度胃部穴壓導氣治療，如圖：



2. 拔罐治療，脊椎 T3、T7 位置第二次再拔罐，如圖：



治療後，病患的症狀立即改善，疼痛消除；呼吸、心跳恢復正常，不喘氣，呼吸次數減緩、唯心跳次數仍 $>100/\text{min}$ ，但可自行徒步離去

醫囑：轉至蔡醫師診所，投以 Beta blocker, (Indera) 10mg，心跳過速時服用。

第九次 20210604 (五)；早晨

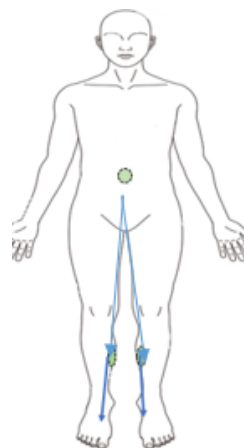
主訴症狀：稍氣喘、心跳 $100/\text{min}$ ；明顯的喉嚨痛難忍，腹痛異常、水瀉四次，唯均在醫師預測之內，故情緒較穩定，不再驚慌及擔心生命存活的問題

診察：病患有依照醫囑的飲食配方進食，腸道發現有蠕動聲音，解釋腸子已經恢復受到神經支配調節而有蠕動和消化功能。病患又經過水瀉數次，已排除體內和腸胃道內的廢物和毒素，腸胃發炎和疼痛得到緩解。可印證知新冠病毒感染攻擊部位是自主神經，故也而阻斷腸胃道神經的傳導和調節，今已經解除。

治療：依舊採取兩種方法配合治療：

1. 深度腸道穴壓導氣治療，如

圖：



2. 拔罐治療腸道，脊椎 T12 位置拔罐，如圖



3. 穴壓導氣和拔罐治療喉嚨痛，如圖：



治療後，病患的喉嚨痛症狀立即消失，腹部疼痛不適感改善；呼吸、

心跳恢復正常，不喘氣，頭不痛、頭不暈，唯心跳次數仍稍微快，但可歡喜的自行徒步離去

醫囑：維持現有飲食法，症狀可能會再起伏變化，尤其是隨後的下焦腎臟的病變，隨時會發生，再連繫謝醫師。

第十次 20210605 (六)；早晨

主訴症狀：呼吸、心跳次數在正常值內；明顯的喉嚨痛難忍再發，胃部不適、水瀉四次，全身盜汗濕透後竟能安睡。

診察：病患仍依照醫囑的飲食配方進食，腸道持續有蠕動聲音，解釋腸子恢復正常受到神經支配調節有蠕動和消化功能。腸胃發炎和疼痛雖緩解但尚要持續治療。

治療：持續以穴壓導氣治療，並用拔罐配合。如圖（含過去之印記）：



醫囑：狀況目下穩定，症狀可能會再起伏變化，尤其是下焦腎臟的病變，再連繫謝醫師。

第十一次 20210607 (一)；早晨

主訴症狀：再發燒 >38.5 度；呼吸、心跳次數正常值內；喉嚨痛再發，仍水瀉，全身不適，精神不安。

診察：病患依照醫囑的飲食配方進食，腸道有蠕動聲音。腸胃正發炎中故發燒再起，也解釋病毒量再增。頸椎第3、4、5節疼痛劇增，但小於原先（見頸椎第3、4、5節拔罐後印記）。

治療：

1. 以穴壓導氣配合治療用以退燒。拔罐頸椎第3、4、5節及兩旁神經，如圖。

2. 持續以穴壓、拔罐、導氣治療腸胃發炎和疼痛，如圖。





第十二次 20210608 (二); 早晨

主訴症狀：體溫：37.5 度，但體內卻高燒；胸悶、吸不到氧，心跳快不規律、心悸；喉嚨痛，全身不適，精神不安、頭暈、無法入眠。

診察：病毒攻擊至中焦、胃、肝臟及心臟。也解釋病毒量再增。頸椎第 3、4、5 節疼痛劇增，但小於啟始量（見頸椎第 3、4、5 節拔罐後印記）。腸胃發炎中故發燒再起，腸道無蠕動聲。

治療：

1. 以穴壓導氣治療用以緩解呼吸、退燒。拔罐頸椎第 3、4、5 節及兩旁神經，如下左圖。

2. 持續以穴壓、拔罐、輸氣治療上、中焦、腸胃發炎和疼痛，如下右圖。



第十三次 20210609 (三); 下午

主訴症狀：反覆發燒，體溫：37.0 度，但體內溫仍高；火燒心、喉嚨痛，無法進食，情緒低落害怕，夜不成眠。

診察：狀況已緩解，一般急性腸胃發炎臨床症狀為主，腸道已稍有蠕動聲，水瀉次數減少。

治療：持續治療，如前次

第十四次 20210610 (四); 下午

主訴症狀：低燒，體溫：37.5 度，但體內溫仍高；火燒心、不規則心律、盜汗；喉嚨痛，全身無力疲憊，情緒驚恐害怕，夜不成眠。

診察：狀況起伏，仍以一般急性腸胃發炎臨床症狀為主，水瀉減少。

治療：持續治療，如前次

第十五次 20210611 (五); 下午

主訴症狀：間斷低燒，體內溫度高於體表；胸熱、心律快不規則；喉嚨痛，胃脹氣，全身無力疲憊，睡不好。

診察：病毒量再增。頸椎第3、4、5節疼痛劇增。狀況起伏，仍以中焦病變的臨床症狀為主。

治療：持續治療，拔罐如圖。



第十六次 20210612 (六)；早晨

主訴症狀：間斷低燒，體內溫度高於體表；胸熱、心悸；夜裡驚醒，呼吸困難。

診察：狀況起伏但穩定，仍以一般中焦急性腸胃發炎臨床症狀為主。

治療：持續治療，如前次

第十七次 20210614 (一)；下午

主訴症狀：微燒，呼吸不順暢、心悸不規則跳動，胸及喉嚨熱痛；肩頸極酸痛無力，夜裡驚醒，睡不好。

診察：病毒阻斷肩頸膀及心臟附近的神經。急性中焦、腸胃發炎嚴重度增加中，以夜間為烈。

治療：

1. 以穴壓導氣治療頸椎第3、4、5節及兩旁神經，如圖。

2. 持續以穴壓、拔罐、導氣治療腸胃發炎和相關功能紊亂和疼痛，拔罐後印記如圖。

醫囑：防病毒繼續攻擊下焦，注意腎臟相關的臨床症狀的出現。



第十八次 20210615 (二)；上午

病患恢復上班

主訴症狀：體溫起伏，熱氣上竄；呼吸不順暢、心悸及不規則跳動，胸及喉嚨熱痛；。

診察：急性中焦、腸胃發炎持續中，以夜間為烈。有下焦及腎臟相關

的臨床症狀出現的跡象。

治療：

1. 持續以穴壓、拔罐、導氣治療腸胃發炎和相關功能紊亂和疼痛，拔罐後印記如圖。

2. 以穴壓導氣預防下焦及腎臟的病變。

醫囑：防病毒繼續攻擊下焦，密切注意腎臟相關的臨床症狀的出現，如圖。



第十九次 20210616 (三); 下午

主訴症狀：呼吸不順暢、心悸及不規則跳動

診察：急性中焦、腸胃發炎嚴重度增加中，以夜間為烈。有下焦及腎臟相關的臨床症狀出現的跡象。

治療：

1. 持續以穴壓、拔罐、導氣治療腸胃發炎和相關功能紊亂和疼痛。

2. 以穴壓導氣預防下焦及腎臟的病變，拔罐後印記如圖。



第二十次 20210617 (四); 下午

主訴症狀：呼吸困難、心悸及不規則跳動，胸及喉嚨熱痛；情緒低落，夜裡驚醒；雙腳開始水腫。

診察：下焦及腎臟相關的臨床症狀開始出現；中焦及腸胃症狀持續中。

治療：

1. 以穴壓導氣治療下焦及腎臟的病變。

2. 持續以穴壓導氣治療中焦及腸胃症狀。

第二十一次 20210618 (五); 下午

主訴症狀：頭痛、心悸及不規則

跳動，尿量及次數均減少，雙腳明顯水腫；情緒低落，夜不安寧。

診察：下焦及腎臟相關的臨床症狀出現；。

治療：

1. 以穴壓導氣治療下焦及腎臟相關功能的病變。

2. 令其服用利尿劑。



第二十二次 20210619 (六)；早晨

主訴症狀：頭痛、心悸及不規則跳動；胸口熱氣反覆突然上竄。尿量及次數仍少，雙腳水腫未退；情緒低落，夜不安寧。

診察：下焦及腎臟相關的臨床症狀出現；。

治療：以穴壓導氣治療下焦及腎臟相關功能的病變。

第二十三次 20210621 (一)；上午

主訴症狀：肩頸酸痛、胃脹氣、頭痛、心悸及不規則跳動；胸口熱氣反覆突然上竄。尿量及次數增加，雙腳水腫稍退。

診察：下焦及腎臟相關的臨床症狀出現；。

治療：以穴壓導氣治療下焦及腎臟相關功能的病變。

醫囑：腎臟無法像心、肝、胃、腸等一樣直接以氣功治療，要配合服用腎臟解毒藥粉。

第二十四次 20210622 (二)；上午

主訴症狀：頭痛、排尿量少、火燒心；雙腳仍輕微水腫；側腰疼痛。

診察：下焦及腎臟相關的臨床症狀出現；側腰敲打劇痛。

治療：以穴壓、導氣、拔罐治療下焦及腎臟相關功能的病變，拔罐後印記如圖。



第二十五次 20210623 (三); 下午

主訴症狀：頭痛、排尿次數及尿量有增加，但雙腳水腫反覆再患。

診察：下焦及腎臟相關的臨床症狀持續反覆發生。

治療：

1. 以穴壓、導氣、拔罐治療下焦及腎臟相關功能的病變，拔罐後印記如下圖。

2. 再服用利尿劑

醫囑：抽血生化檢驗肝腎功能



主訴症狀：肩頸痛、血壓略升高；胃脹氣；排尿次數及尿量有增加，但雙腳水腫反覆再患。

診察：下焦及腎臟相關的臨床症狀持續反覆發生。抽血生化檢驗肝腎功能略低下。

治療：以穴壓、導氣、拔罐治療肩頸、血壓，以及下焦及腎臟相關功能的病變，拔罐後印記如下圖。

醫囑：

1. 持續服用利尿劑。

2. 喝一點寶礦力補充電解質，水分正常喝。



第二十六次 20210625 (五); 下午

第二十七次 20210626 (六)；上午

主訴症狀：右肩頸痛、血壓恢復正常；胃脹氣、喉嚨卡痰很癢；排尿次數及尿量有增加，但雙腳仍水腫。

診察：中、下焦及腎臟相關的臨床症狀持續。

治療：以穴壓、導氣、拔罐治療肩頸、血壓，以及中、下焦及腎臟相關功能的病變，拔罐後印記如下圖。

**第二十八次 20210628 (一)；上午**

主訴症狀：右肩頸定點痛、血壓正常；胸口及喉部有熱氣堵塞，胃仍脹氣，排便已正常；排尿次數及尿量有增加，雙腳仍水腫。

診察：中、下焦及腎臟相關的臨床症狀持續，唯減輕。

治療：以穴壓、導氣、拔罐治療肩頸、血壓，以及中、下焦及腎臟相關功能的病變，拔罐後印記如下圖。

第二十九次 20210630 (三)；上午

主訴症狀：右肩頸稍痛、血壓正常；胸口及喉部輕微熱氣堵塞，胃仍脹氣，排便已正常；排尿次數及尿量有增加，雙腳仍水腫。

診察：中、下焦及腎臟相關的臨床症狀持續，但已受控制。

治療：以穴壓、導氣、拔罐治療肩頸、血壓，以及中、下焦及腎臟相關功能的病變。

醫囑：病毒的影響已除，但症狀持續中，追蹤治療。

第三十次 20210702 (五)；下午

主訴症狀：右肩頸稍痛、胃脹氣。

診察：中、下焦及腎臟相關的臨床症狀持續，但已受控制。

治療：以穴壓、導氣常規治療。

第三十一次 20210703（六）；上午

主訴症狀：右肩頸稍痛、胃脹氣。

診察：側腰敲痛中、下焦及腎臟相關的臨床症狀持續。

治療：以穴壓、導氣、拔罐常規治療。

第三十二次 20210705（一）；下午

主訴症狀：胃脹氣。

診察：側腰敲痛腎下焦相關的臨床症狀持續。

治療：以穴壓、導氣、拔罐常規治療。拔罐後印記如下圖。

醫囑：腎下焦相關的臨床症狀的治療耗時，需追蹤治療。



至此完成感染新冠肺炎病毒產生症狀的治療，未來需追蹤觀察，必要時給予進一步的治療。

總結

1. 穴道偵測得知新冠肺炎病毒攻擊的是人體生命的自動運轉機制中的自主神經系統。

2. 其受損的起始位置在頸椎，所以傷害的不只是全身生理運作器官組織間的合作協調，更殃及頭臉部各感官的功能和對精神情緒和心神的影響。

3. 自主神經系統包括：交感神經系統、副交感神經系統，和腸神經系統，影響範圍是均是人體自我功能調節運作的器官、組織、激素等等的項目，所以症狀牽連全身且多樣多變，亦即是四肢隨意肌以外的非隨意肌相關的內部臟腑，尤其以受交感神經和副交感神經系統所控制影響的器官組織，及其相關的激素分泌調節管控的功能，難怪新冠肺炎產生的症狀是遍佈全身各式各樣的病變，包括五官和精神方面的症狀。

4. 新冠肺炎在臨床上首先表現的就是呼吸道的症狀：發燒、呼吸困難、心跳加快，即受到攻擊的是人體自動產生能量三焦系統中的上焦呼吸系統。人沒有氣就不能活，故影響最快和最激烈的便是這能量系統中上焦和其臟腑關係的心主別脈，所以心跳加快、心律不整，全身陷入恐慌、無力的狀態；故有快樂缺氧快速猝死的現象。其次，受到攻擊接著是中焦的消化能量系統，以及最後受到攻擊的下焦人

體恆定廢棄物過濾的系統——腎臟的病變，順序如此，發生的時間可以瞬間同時出現，所以是立即致命的危險症狀。

5. 人體正常狀況下，是個自動運轉自行維持生命生長的運作機體，所依賴的就是這人體自動產生能量的三焦系統，藉此人體就能以維持自動調

節、自動修護和自動生殖的功能，修補改善各項症狀，逐漸恢復健康。就如本個案一般，一旦修理好根本的自動能量系統，就可以將新冠肺炎的各種身心症狀逐漸修護，就不再有後遺症的存留。



洋桔梗

Chris 攝於台北國際花博

特別報導

新冠肺炎重症患者的日記

楊小婷*

* 2021 年 7 月 23 日

我，48 歲，上班婦女。平時有胃消化功能不良及輕微高血壓，有長期服藥。平時也有記日記的習慣。從報導中知道罹患新冠肺炎有不同的症狀表現：無症狀、輕症狀以及致死的重症狀，即使在治癒出院後相關的症狀尤其是呼吸困難，仍然長期持續存在。我不以為自己曾經透過任何管道感染到此病毒，一開始自以為是感冒卻演變了索命驚魂的新冠肺炎重症的生病過程，特將此次經歷示出，也許有助於大家對重症新冠肺炎臨床症狀的瞭解。

5/25(五)胸悶，喉嚨痛，身體開始發熱，
PM5：30 至謝醫師診所治療。

5/29(六)胸悶，呼吸困難，血氧量 80-96，
AM8：30 至謝醫師診所治療。

5/30(日)胸悶，呼吸困難，血氧量 75，
PM8:30 體溫 37.5 度，吃普拿疼，
晚上無法入睡。

5/31(一)AM2：30 體溫 37.5 度，吃普拿疼，有數次水瀉，早上去醫院打胺基酸，拿退燒藥；PM5：30 至謝醫師診所治療，晚上無法入睡。

6/1(二)AM8：30 燒 37.8 度，嚴重呼吸困難，PM8：00 左右至謝醫師診所急救 3 小時，再到蔡醫師診所

吸氧氣，打胺基酸輸液，後可以正常呼吸但仍無法入睡。

➤ **謝醫師解釋：**可能感染新冠肺炎病毒，且發現病毒攻擊頸椎的自主神經系統中的交感神經，尤其是《上焦》的自動呼吸能量系統，喝寒暑飲調節體溫。

6/2(三)AM1：00 又開始呼吸困難，撐到清晨 AM8：30 至謝醫師診所急救 2 小時。

➤ **謝醫師解釋：**病毒開始攻擊副交感神經的上焦。

● 輔助治療事→購買氧氣製造機在家自行吸氧氣；AM 9:58 公司通報 1922，AM11:00 到聯合醫院做快篩；PM3:00 又開始呼吸困難，但因做 PCR 篩檢，只能聯絡 1922 由救護車送醫，救護車誤頻（1922 與 119 聯繫出問題，另調負壓救護車，等待過程詢問 1922，同意自行前往聯合醫院就醫，聯合醫院調出 PCR 篩檢報告為陰性，即做其他醫療檢查；X 光、心電圖、抽血、打點滴，急診室醫師解釋檢查報告：X 光肺部無特別地方發炎，心電圖無嚴重問題，抽血檢查沒有看到心臟酵素，判斷為感冒引起的心悸，胸悶，不須住院，回

家觀察即可；離開聯合醫院後，直接去謝醫師診所治療。

6/3(四)AM4:00 呼吸困難，心跳急促 122/分，腹脹，全身不適，情緒劇烈起伏，吸氧氣無果，AM5:00 至謝醫師診所緊急治療。

➤ **謝醫師解釋：**接下來病毒可能攻擊腎臟即《下焦》人體恆定系統，之後要注意排尿量，尿道是否有灼熱感？喉嚨痛是因為頭部仍有微量病毒存在，待後續大問題解除再來處理。

● 輔助治療事→PM2:30 午睡，近幾日首度深層入眠；PM4:00 喉嚨痛，身體發熱，體溫 37.2 度，血氧量 98，心跳 87，PM5:30 至謝醫師診所治療。

➤ **謝醫師解釋：**喉嚨痛是胃發炎熱氣上衝所致。

● 輔助治療事→PM10:30 睡覺，生病以來第一次平躺並深層入眠，半夜全身發汗醒來換衣服，全身舒暢。

6/5(六)AM6:20 體溫 36.6 度，血氧量 92，心跳 81，AM7:10 至謝醫師診所治療。

➤ **謝醫師解釋：**症狀移轉，出現一般感冒症狀，先前是體內發燒，現在變體外受寒發燒。

● 輔助治療事→PM4:45 體溫 37.3 度，吃普拿疼無法降溫，血氧量 93，心跳>100、多次水便。

6/6(日)體溫 37.2 度上下，多次水便，血氧量 92，心跳 88。

6/7(一) AM9:00 至謝醫師診所治療。

➤ **謝醫師解釋：**發燒是《中焦》胃發炎所致，拉肚子是腸子失去蠕動和回收水分功能所致，五官知覺稍遲鈍。

6/8(二)AM12:05 血氧量 94，心跳 117，心跳不規律，短暫心悸好幾次，吸氧氣機，身體撐不住，無意識睡著 AM7:50 體溫 37.0 度，血氧量 97，心跳 95，AM8:30 至謝醫師診所治療。

➤ **謝醫師解釋：**問題仍在胃中脘的《中焦》部份，因胃跟心臟相鄰，所以引發心悸，事實上病毒也攻擊胃跟心臟及肝臟的交感、副交感和腸神經系統。

6/8(二)PM4:30 至蔡醫師診所打營養針+維他命 C。

◇ 自我感覺：每天低燒，無法進食，晚上無法入睡，精神快崩潰，很煎熬！謝醫師解釋：每一回燒起來，就是病毒在複製以增加病毒數量，許多時候，皮膚表層 37 度多低燒，而內臟已經燒到 39 度了。心臟跳動不規則又劇烈，吸不到氧氣我好害怕就這樣走了，再也見不到親人跟小孩，知道自己要勇敢撐過去，眼淚就是無法控制的流下來，感覺很絕望，鬼門關走了好幾趟，真的很感謝謝醫師把我從死神手上硬拉回來，讓我有更多時間去做我還沒有做完的事情！謝醫師幫我急救時，濕了一身汗，身心俱疲的身影，深深烙印在我心中永遠無法忘懷！！

6/9(三) PM5:30 體溫 37.0 度沒有昨天高，血氧量 97，心跳 94，有火燒

心的狀況，仍然無法進食，晚上無法入睡，至謝醫師診所治療。

- **謝醫師解釋：**火燒心是一般胃發炎的反應，腸道開始蠕動，可以不用那麼擔心，接下來不必密集來治療。

6/10(四)AM12:30 體溫>37.2 度，血氧量 94，心跳 84，心臟會突然無規律跳動，全身發熱冒冷汗，一次過程會消耗大量體力，累到無意識睡著，AM9:00 至蔡醫師診所打營養針+維他命 C，下午排軟便。

- ✧ 自我感覺：今天還是燒燒退退，我好害怕身體承受不住病毒的反覆攻擊，害怕會撐不下去。

6/11(五)今日一樣胃脹氣，熱氣往上竄至心臟，喉嚨熱痛，半夜心臟會突然不規則劇烈跳動突然嚇醒。

6/12(六) AM8:30 至謝醫師診所例行治療。

6/13(日)AM2:00 體溫 37.1 度，心臟突然不規則跳動，驚醒，血氧量 98，心跳 81 呼吸困難，吸氧氣機，AM7:00 有排軟便，AM9:00 至蔡醫師診所打營養針+維他命 C。

6/14(一)AM12:30 體溫 37.0 度，心臟不規則跳動，呼吸不順暢夜裡驚醒，AM6:45 排軟便；AM9:00 至謝醫師診所治療。

- **謝醫師解釋：**腸神經系統已經重新啟動，需時間漸漸恢復，目前主要症狀仍是胃中脘的《中焦》部份；不過《上焦》的自動呼吸能量系統的症狀已經治癒不會有後遺症。

- ✧ 自我感覺：

1.心臟都在半夜出現不規則跳動，次數為每晚 2-3 次，引起呼吸不順暢，嚴重時須要吸氧氣機。

2.體內胃火在晚上 11:00 左右慢慢消失，體溫會從 37.1 度降到 36.8 度，身體呈現疲憊狀態很好入睡，可平躺睡覺，直到隔天早上 7:00 左右，胃火又開始往心臟竄，體內溫度逐漸上升，進食後產生胃脹氣，只能站立無法坐著，否則很容易胃火直衝心臟及喉嚨，開始發燒在 37.1 度~37.5 度間徘徊。

3.站立時間 1-2 小時才能減少熱氣上竄的不適感，到晚上 11:00 左右又漸漸消失。

6/15(二)今日恢復上班，體溫 36.6~37 度，血氧量 94，心跳 81，心臟不規則跳動，吸氧氣，排軟便，AM8:30 至謝醫師診所治療《下焦》症狀。

- **謝醫師解釋：**病毒開始攻擊腎臟腎臟即《下焦》人體恆定系統，注意排尿量，水腫。

- 輔助治療事→PM5:30 至蔡醫師診所打營養針+維他命 C，PM11:20 一股熱氣往上竄，心臟開始不規律快速跳動，驚醒！體溫快速上升又下降，出一身冷汗，體溫 36.7 度，血氧量 97，心跳 79。

- ✧ 自我感覺：今日上班，工作量大，戴整天口罩，水分補充都要把握脫口罩的機會，身體尚未恢復體力透支，晚上很疲倦，頭很痛。

6/16(三)AM2:15 再次心臟不規律跳動，驚醒，排軟便；PM5:30 至謝醫師診所治療《下焦》症狀。

- **謝醫師解釋：**病毒已攻擊腎臟，身體開始水腫，果然晚上雙腳開始水腫。

6/17(四)AM12:30 體溫 36.8 度，心臟不規律跳動，呼吸困難，吸氧氣機，PM5:30 至蔡醫師診所打營養針+維他命 C。

- ✧ 自我感覺：白天體溫穩定在 36.8 度，到下午突然上升 37.2 度，全身發熱很不舒服，今天情緒很負面，晚上腳又開始水腫。

6/18(五)PM3:30 體溫 37.1 度，血氧量 94，心跳 96，PM5:30 至謝醫師診所治療《下焦》症狀。

- **謝醫師解釋：**小腿明顯水腫。
- 輔助治療事→到蔡醫師診所拿利尿劑，PM6:30 吃利尿劑一顆。
- ✧ 自我感覺：白天排尿量比較少，次數也減少，喝寒暑飲時有增加量與次數，胸口會痛，偶爾頭痛，眼睛酸痛，下腹部及腰偶爾會疼痛，飲食正常。

6/19(六)AM1:00 胸口有一股氣突然往上竄了 2 次，吃胃粉胃藥壓下來，肩頸酸痛，胃不舒服，頭痛，小腿沒有水腫，AM8:30 至謝醫師診所例行治療《下焦》症狀。

- **謝醫師解釋：**這是火燒心，胃炎的問題。腳的水腫消了，先不要吃利尿劑，待觀察。

6/21(一)體溫 37.0 度。肩頸酸痛，胃脹氣，頭痛，小腿沒有水腫。PM5:

30 至謝醫師診所例行治療《下焦》症狀。

- **謝醫師解釋：**病毒攻擊腎臟，胃藥暫停，改吃腎臟解毒藥，腎臟很珍貴，無法像心臟，胃，肝臟等一樣直接用穴壓氣功治療，要間接用解毒方式來治療。

6/22(二)AM1:30 體溫 36.6 度，血壓 145/81、心跳 88，排軟便，AM8:30 至謝醫師診所治療《下焦》症狀，PM7:10 排軟便，晚餐後站立 1.5 小時，頭痛，排尿量少，火燒心。

6/23(三)AM6:40 體溫 36.8，血壓 133/85，心跳 78，排軟便，PM5:30 至謝醫師診所治療。

- **謝醫師解釋：**腎臟的耐受力很強大，要毀壞至 25%後才会有症狀，但那時候腎臟的敗壞毒性都出來。現在頭痛，全身水腫和血壓不穩是腎《下焦》出問題的一種現象，調整利尿劑劑量。
- 輔助治療事→到蔡醫師診所抽血檢查肝、腎臟功能。

6/24(四)AM8:30 至蔡醫師診所抽血。頭痛，排尿次數增加，每次尿量少約平時一半量，小腿沒有水腫。

6/25(五)AM6:30 血壓 132/78，心跳 82，胃脹氣，排軟便，PM5:30 至謝醫師診所治療。

- **謝醫師解釋：**抽血報告肝臟，腎臟沒很大影響，腎機能功能下降，利尿劑對腎臟有反應再調整劑量，

可以喝一點寶礦力補充電解質，水分正常喝。

- 輔助治療事→PM10：30 睡覺，一覺好眠。

6/26(六)AM6：25 體溫 36.8 度，血壓 128/81，心跳 80，頭痛，胃脹氣，喉嚨卡痰，會癢，AM8：30 至謝醫師診所治療。

- 謝醫師解釋：身體還是有點水腫，持續服腎臟解毒藥+胃粉。

6/27(日)AM7：5 體溫 36.8 度，血壓 122/83，心跳 84，AM10：40 胃脹氣，後脖子發熱，頭痛，體溫 37.0 度，白天偏高，晚上正常。

6/28(一)AM6：40 體溫 36.8，血壓 121/84，心跳 90，血氧量 98，排軟便，PM5：30 至謝醫師診所治療。

- 謝醫師解釋：胃有抽筋揪成一團，身體仍有些許水腫，但在可接受範圍。

6/29(二)AM6：20 體溫 36.6，血壓 131/89，心跳 88，利尿劑 0.5 顆。

- ◇ 自我感覺：今天體溫白天偏高(37.0度)，晚上恢復正常(36.6度)，喉嚨卡痰會癢，後脖子右邊的點會刺痛。

6/30(三)AM7：10 體溫 36.7 度，血壓 129/79，心跳 88，喉嚨卡痰會癢，身體發熱，熱氣堵心臟跟喉嚨；PM1：30 體溫 37.0 度，PM5：30 至謝醫師診所治療。

- 謝醫師解釋：小腿還是有點水腫，改利尿劑劑量，心臟跳動快跟腎臟積水有關係，右邊的腎臟症狀比左邊嚴重。

- ◇ 自我感覺：早上臉腫起來，胃不舒服，喉嚨卡痰會癢，熱氣堵心臟跟喉嚨，後脖子右邊的點會痛，頭痛。

7/1(四)AM1：45 胃熱氣上竄，血壓 127/86，心跳 82；AM7：15 排軟便，血壓 132/79，心跳 88。

- ◇ 自我感覺：胃抽筋，半夜熱氣上竄 3 次，睡不好，早上臉腫，胃很不舒服。

7/2(五)AM7：10 體溫 37.1 度，血壓 131/91，心跳 76，胃不舒服，後脖子右邊點會痛 PM5：30 至謝醫師診所治療。

- 謝醫師解釋：維持前解釋的方式吃藥。

7/3(六) AM7：15 體溫 36.7 度，血壓 128/84，心跳 82，胃不舒服，身體發熱，後脖子右邊點會痛。

7/4(日)AM9：30 至蔡醫師診所打營養針(胺基酸)

- ◇ 自我感覺：後脖子右邊點會痛，排尿次數與前幾天差不多，每次排尿量有減少。

7/5(一)今日起恢復平常例行看診。

- 謝醫師解釋：這次新冠肺炎重症的病程就這樣安全過了，今後就是要好好養生、預防、保健，有異狀即就醫，保健康平安。

治後感覺

我上網查詢了新冠肺炎治癒後所產生的後遺症。很多患者痊癒後，仍無法回到健康狀態，出院後身體出現頭痛，虛弱、失眠、憂鬱、喘不過氣、

記憶力變差等等，這些心、肺、腎等功能出現的問題，在檢查時卻得不到解釋，也無從治療。有人在回歸生活日常時，受到親友，鄰居，同事異樣眼光的對待；另外也有害怕體內病毒無形中外傳而封閉自己。很感謝謝醫師一步一步用了大量的心力，花時間幫我治療，讓我從以上嚴重的症狀裡慢慢恢復。我很感謝謝醫師一開始的心理輔導及創建，依循著謝醫師的方

式，讓我能在最短時間內回歸到正常生活，能夠一邊上班一邊繼續治療去除病毒所造成的後遺症，讓我得以不用害怕受到外人異樣眼光及冷眼對待，得以做著往常的日程活動，不用害怕家人因我而受到的各種身心傷害。謝謝謝醫師給我勇氣及正面能量，讓我從負面情緒中漸漸走出來。

。



曇花

—本會理事長謝麗貞提供

專題研究

臟腑引起病變的差異

沈育如*

*穴壓與拔罐學會研究員

關鍵詞：臟腑病變

五「臟」的病變是在自身之處，特徵是局限，不會離開該臟的所在；而六「腑」產生的病變時，症狀不限在自身之處，會上下行走至身體各處流竄，所影響的組織器官變異無常。

所以心、肝、脾、肺、腎五臟生病時通常隱諱不明，不易立刻得知，要歷時許久才漸漸明顯，等發現病變時，通常也已經相當嚴重了。比如心臟瓣膜破損和心中膈缺損使心臟無法正常運作，或心肌梗塞後心肌收縮困難，血液打不出去，循環出去的血量減少而蓄積在心室造成心臟肥大，這些問題一定集中在心臟本身中，是臟的病變。相對的，小腸、膽、胃、大腸、膀胱、三焦六腑生病時，很快就會用許多症狀來表現。像大腸的某一段不能蠕動，但那一段的上下卻是正常可以蠕動的，因此胃腸中的食糜自上方擠壓，而那一端不能蠕動的腸道久而久之就腐敗壞死，這是大腸本身的問題，也是造成腸胃道上下通行功能的紊亂，所影響的組織器官變異無常。

又第六「腑」是為三焦的自動產生能量的系統。三焦含上、中、下焦是為一合體，其雖屬「腑」，但其對應的心主別脈與屬「臟」的心肌卻緊密

結合不能分離，所以發生病變時，其影響的組織器官更會因此能量系統和血液循環的牽連而遍及全身，造成心血管的症狀，特別是心律的變化如心悸、心跳過速、胸悶、呼吸困難。

今以最常見的「腑」器官—胃的病變來說明臟腑引起病變的差異。胃和中焦都屬於「腑」，胃有實體，中焦沒有實體而且位於胃的中脘之處，屬人體自動能量的運作系統之一。一旦胃出了病變，中焦也會跟著出現問題。兩者都出現問題時，病症不僅發生在胃實體自身之處，如胃痛、胃脹、發燒等；若同時中焦運作失常時則產生腹脹、排空異常、不思飲食、疲倦，全身酸痛不舒服、頭痛，又因與心主別脈相繫，還會出現心悸、胸悶、煩躁不安，心律異常、四肢無力等症狀來。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。

胃本身的病變，約可分為兩種：一種是急性發作的胃發炎，身體會發燒，大概在 38℃ 上下，很少超過 39℃。症狀就是胃部感覺發熱、疼痛、無力、食欲差。如果發燒還有寒顫，一般是細菌感染，但是由於胃液極酸（相當鹽酸的酸度），所以一般的細菌感染引起胃發炎的比較少見。最常見的是幽

門螺旋桿菌（*Helicobacter pylori*）於胃部及十二指腸內，引起黏膜慢性發炎，導致胃及十二指腸潰瘍，最終可致癌。幽門螺旋桿菌生存在酸性環境裡，正常人也會有。一般藥物治療時是使用氫離子阻斷劑去抑制胃酸的產生，當胃內環境失去酸性，反而會失去正常生理運作；一旦胃的環境恢復酸性時，細菌又會開始活躍了。另一種胃本身的毛病就是潛移默化的慢性胃病，其原因則變化多端，包括：慢性胃炎、消化不良、肝功能異常、胃穿孔、胃潰瘍、胃萎縮等，久而久之後可能變化成胃癌，需要小心分辨。

急性胃炎發作時會發生全身寒顫（畏寒、打哆嗦），這是在人體發燒前，體內的調溫中樞會感受到溫度不足，讓身體啟動升溫機制，令肌肉收縮、毛孔豎起，以增加產熱，才發生顫抖。發燒的目的是去進行發炎作用和啟動殺菌機制。當病患告知胃痛還會打冷顫時，就是要發燒的前兆了。這樣的症狀會固定在一個位置，那就是胃本身的問題，但是「腑」的病變其症狀會上下游移到身體各處流竄。若慢性胃炎已存在一段時間時，就不會有寒顫的現象，反而胃一直痛，胃壁內部的肌肉，就像被鹽酸侵蝕一般慢慢腐蝕，這時發燒是胃裡面的悶燒，會行走到胸口處故稱「火燒心」，而非全身性的發燒。三個月到六個月以上的急性胃炎就轉成慢性胃炎。慢性胃炎久了之後會演變成固定的胃痛。一般胃痛到這種程度時，已然成為是胃實體本身的病變。

中焦位於胃內中脘，是胃的排空及「幽門幫浦」調節系統，負責運化飲食產生能量的機構，中焦又是三焦

的組成部分，而三焦和心主別脈則是腑與臟的關係。當中焦有病變時，即牽連至上焦的上焦呼吸中樞的調節系統，呼吸和心律又主宰全身血液循環的運行，關係著全身器官組織的血氧量、營養、代謝功能的運作，因此就產生了全身性的症狀。

若胃實體本身沒有病變，只是中焦胃的排空及「幽門幫浦」調節系統運作失調，此時病患很少感覺有胃痛，而是呈現胃脹、胃不舒服、噁心、腸道蠕動不良等的症狀，這些症狀會離開胃部流竄身體各處如：口腔發熱、食道逆流、口酸、口臭、便秘、腹瀉等等。由於上、中、下焦三者合為一體，又與緊密結合心肌的心主別脈相互聯繫，一處生病，各處生病。所以，當胃不舒服時，心臟也會跳得很快，有心悸的感覺，噁心、嘔吐、胸悶、氣促、呼吸困難，排泄異常，這都是三焦系統的症狀。三焦系統的統籌中心在頭部的中樞神經系統中，因而也會造成腦部神經系統的紊亂，產生頭部昏脹、恐慌、不安、焦慮等的現象。由於三焦本身是「有名無形」不具實體器官的功能系統，必須借助其運作結果的良好與否才能得知，所以其生病時，藉其他器官組織產生了症狀，方才為我們所能得知。

再藉心主別脈來解釋臟腑引起病變的差異。心主別脈是心臟的電生理傳導系統，當其發生病變時，產生的症狀就是心律不整，心悸而且如是被診斷。此時心臟不正常的跳動導致人會恐慌會心驚膽顫，又血液灌流不足則臉色發白全身無力。可是病患自身並不清楚原因為何，而是藉心主別脈的心律異常來告訴我們，三焦產生了

病變，也就是說病患會知道心跳異常，但不知道真正的病因在何處？因此我們可以利用這種關聯來分辨病因。若是臟—心臟本身的病變如心絞痛，問題一定在臟器本身，像一張桌子的一支腳壞掉，就是桌子本體壞了；而腑的病變即是功能失常用症狀來表現，像是桌子用起來不平衡、不穩定，或難以使用，會造成使用者受傷，就是遠離腑本身的病變，要依症狀追究罹病根源的腑。

所以，六「腑」產生病變時，通常以其他部位的症狀先出現。例如，有患者告知頭痛欲裂，這時我們就要去辨別，究竟是頭本身的疼痛呢？還是六「腑」引起的疼痛呢？需考量的因素就是要從症狀來辨別，越詳細越有幫助，以便正確診斷。頭痛是頭受碰撞引起的？還是胃中焦引起的？還是其他的「腑」引起的？還是自外而來的傷害如：壓力、溫度、空氣、毒素、病毒、細菌等等，其所影響的症狀各不一樣，如同不同中毒引起不同的症狀一般，要先區分是何種毒素，如被毒蛇咬而中毒，要先知道是哪種毒蛇，然後注射正確血清才有效果。所以，我們在診斷時，務必首先要判別是「臟」還是「腑」產生了病變。

專題研究

中焦病變引發的心臟驟停或昏厥

林宗蔚*

*穴壓與拔罐學會研究員

關鍵詞：中焦、心臟驟停、昏厥

五臟：心、肝、脾、肺、腎是位於人體之內進行獨立的生理運作不與體外相溝通；其各相對應的六腑：小腸、膽、胃、大腸、膀胱、三焦等則有特定的出、入口與體外相溝通。其中三焦自外界環境擷取資源即空氣、食物和水將之運化以產生人體所需的能量；小腸、膽、胃、大腸、膀胱則直接或間接將運化後的代謝廢棄物排出體外。臟腑之間有五行相生相剋的關係，所以臟腑的功能發生變化時，會相互影響至其他的臟腑。不過臟腑發生病變時，還是有其特徵，臟的症狀大多留在臟體本身固定的位置上不會移動；而腑發生病變時，所生的症狀會上下流竄至其他部位，甚至在全身各處，造成診斷上的混淆。

最常見腑的症狀是來自胃和其內的中焦。兩者雖皆是腑，但是胃有實體容易經觸碰而發覺確定之。中焦位於胃內中脘之處但是沒有實體，發生病症時不僅影響胃實體產生症狀，如腹中悶熱、疼痛、不舒服、發燒、嘔心、頭痛、全身酸痛等。當中焦自身功能發生異常時則導致腹脹、排空異常、腸胃道阻塞、不思飲食、疲倦，還會將症狀上下流竄至其他身體部位出現如四肢無力、心悸、胸悶、煩躁不安，甚至心律異常等症候來。胃有

問題的病患會說：胃這裡痛。但中焦有問題時，病患會說：這裡不舒服、那裡也不舒服。所以胃生病不一定是中焦的問題，不過中焦若生病，腸胃道和全身各部位卻容易出現症狀且不能易發覺。

中焦是胃的排空及「幽門幫浦」調節系統，屬於人體自動產生能量的三焦系統之組成部分，負責將自體外攝取的飲食運化成適當酸鹼度的食糜，送入胃腸道進行消化吸收以產生人體所需的能量。當中焦產生病變時，身體需飲食來源的能量，即所謂的體力，供應就不穩或不足，需求該能量的器官組織即受到影響，所產生的症狀看起來就變化多端且似四處流竄。又上、中、下焦是合併成為一個整體的三焦自動動力系統，中焦一有病變，整體的人體自動產生能量的三焦系統也就產生功能不足，導致影響的器官組織的範圍擴大，症狀看起來就更變化多端似到處流竄。

和三焦有臟腑關係的是心主別脈。心主別脈與心臟的心肌細胞緊密結合不能分離，故與心同視為一臟。心主別脈是心臟的電生理傳導系統，負責自動產生心搏律動的電位衝動，是心臟血管循環系統自發動力的來源。當心主別脈發生病變時，首先的症狀就

是心悸、心律不整，而心律過快或過慢則又影響呼吸道的正常的生理運轉致呼吸困難、缺氧和胸悶。又心、識相聯，心悸和心律不整會導致恐慌、害怕、躁動不安等情緒的變化，故有牽一腑而動全身的症狀。當心主別脈受到嚴重損壞時，電位衝動的產生立即中斷，直接的症狀就是心臟跳動驟停，心臟血管循環停止，呼吸困難，人就立即昏厥。此時首先要使用心肺復甦術來救命，但更重要的是要正確的診斷出真正的致病原因。

三焦皆是藉神經系統自腦部得到控制再傳到全身，因此會頭痛、脹、悶或思緒混亂，甚至令全身產生症狀，像：會想要解便，全身不舒服、打冷顫、恐慌不安等等。由於中焦或是三焦的問題，因不具形體無法自其本身去察覺，但會牽涉出其他生理現象的紊亂，所以，必須借助其他部位的病變或症狀，才能偵測而得知，這是最大的不同。

三焦出問題，在外是三焦經，對內是心主別脈；心主別脈就是電生理衝動產生心跳，因為三焦病發作，電生理衝動就亂，心跳就異常了。腑有問題，臟就會連帶有問題；心臟就打不出規律的電生理衝動來，使得心跳

不管是快還是慢。心跳太快則血不是打不出就是根本來不及打出血到主動脈去，人就會昏倒。送到急診室去，容易馬上就被當作心律不整或被誤診為心血管阻塞，而施行心導管手術裝置支架。因為在這樣的情況下血管壁會收縮，血管收縮不代表就是阻塞，一到醫院這種狀況容易就被錯誤或過度治療。

所以，若是三焦病變影響到心主別脈出問題，可能會被診斷為心臟心律不整，心臟亂跳，心悸等等。心臟跳動不規律時，人會開始感覺異常或恐慌，或心臟跳動過緩時，人會覺得全身無力、血液灌流不足而臉色發白、全身發冷、心慌、心驚膽顫等等。當然病患本身的感覺不清楚，心臟也不會痛，可是會藉由心律不正常的現象來表現。所以還是需要明確地去分辨。

中焦的病症最複雜、最不明確、變化最多，不只表現在整個消化系統的病徵外，對於心臟、呼吸、代謝、等都可能會有不同程度的病徵表現出來；因此，胃及中焦的問題，不能只看胃及中焦，應該以整體的狀況來考量醫治，最後是要達到一個全面平衡的階段才可。

專題研究

扳機指的診斷與治療

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

扳機指為手指屈肌腱直徑增厚與屈肌支持帶鞘狹窄造成，通常是由於反覆摩擦，導致手指掌骨頭肌腱腫脹，肌腱外圍腱鞘的第一個環狀帶狹窄導致。一般好發於 50-60 歲，女性多於男性，診斷依指關節腫脹疼痛，有鎖住或有喀喇聲的典型徵候，治療方式有非類固醇抗發炎藥止痛，輔具或副木固定患部，皮質類固醇局部注射，手術治療。

關鍵詞：扳機指、皮質類固醇注射、手術治療

Abstract

Trigger finger is caused by thickening of flexor tendon and narrowing of the retinacular sheath. Repeated friction may cause swelling of tendon and narrowing of first annular pulley at the metacarpal head. It is most common among women in the fifth to sixth decade of life. The diagnosis is made by swelling and pain of joint and typical characteristic presentation of locking or clicking of the finger. Management include nonsteroidal anti-inflammatory drugs, orthoses, corticosteroid injection and surgical treatment.

Key words: trigger finger, corticosteroid injection, surgical treatment

前言

扳機指又名彈響指，早在 1850 年即由 Notta 發表於文獻，原因為手指屈肌腱直徑增厚與屈肌支持帶鞘(retinacular sheath)狹窄，正式的學名稱之手指屈肌腱狹窄性肌腱鞘炎(stenosing flexor tenosynovitis) (Makkouk et al., 2008)。

發生率

扳機指好發於 50-60 歲，罹病率約 2%-3%，女性多於男性，多發生於慣

用手，特別是第四指，拇指及中指。糖尿病患高達 10%，如有多指侵犯即需考慮糖尿病。8 歲以下小孩，男女相當，常見於拇指。如為單指罹病且無潛在疾病，則為原發性扳機指。若罹患多指或有相關病況如腕隧道症候群(carpal tunnel syndrome)，類風溼性關節炎(rheumatoid arthritis)，類澱粉沉積症(amyloidosis)，甲狀腺功能低下，則屬續發性扳機指(Matthews et al., 2019; Camargo et al., 2009)。

病因

屈指肌腱通過一系列稱作環狀及十字滑車(annular and cruciform pulleys)的鞘膜(圖)，此鞘膜環繞肌腱，當手指進行屈曲動作時，可防止肌腱與骨分離，以便肌腱順利來回滑動(Matthews et al., 2019)。扳機指大部分屬自發性而無外傷或活動改變，但是重複性手指活動，如手握工具或使用剪力的園藝或家務相關工作，導致局部創傷，使得肌腱肥厚或鞘膜狹窄，肌腱在鞘膜內無法順利滑動，而有「鎖住」感，是扳機指的可能原因(Matthews et al., 2019; Makkouk et al., 2008)。

病理生理學

通常是由於反覆摩擦，導致手指掌骨頭肌腱腫脹，肌腱外圍腱鞘的第一個環狀帶，纖維軟骨化生狹窄所造成。經由掃描電子顯微鏡檢查，發現正常組織的滑車滑動表面，呈現無固定型態的細胞外基質包括軟骨細胞，附著在環狀帶最內層，病理組織則顯示大小及形狀不一的區域細胞外基質流失，具有軟骨細胞增生及產生第三型膠原蛋白的特徵(Makkouk et al., 2008)。

臨床表徵

扳機指依臨床症狀區分為四期，症狀初期，手指活動時無痛性喀喇聲響，接著進展為手掌掌指關節或近端指間關節屈伸活動時疼痛(第一期)，手掌掌指關節處可觸摸到疼痛結節(肌腱腫脹)，晨間關節僵直腫脹，或指關節暫時「鎖住」，但此後即可自行鬆脫(第二期)，若持續惡化，則手指屈曲時會以「鎖住」呈現，而需用另一手扳開才能伸直，嚴重時甚至屈曲困難(第三期)，如因被動伸直扳機指產

生疼痛，而使用其他指節，則會有續發性近端指間關節攣縮或僵直(第四期)(Makkouk et al., 2008; Carmargo et al., 2009)。

診斷

典型扳機指症狀為手指關節鎖住或有喀喇聲，但急性發作時，患部指關節屈肌腱鞘腫痛，活動受限，不一定有喀喇聲，此時應考慮感染或創傷的可能性，指關節鎖住現象未必是扳機指特有症狀，也可能發生於其他如關節脫位，掌腱膜攣縮症(Dupuytren's contracture)，局部肌張力障礙(focal dystonia)，屈肌腱鞘腫瘤(flexor tendon/sheath tumor)，種子骨異常(sesamoid bone anomaly)。掌指關節痛的鑑別診斷：橈骨莖突狹窄性腱鞘炎(de Quervain's tenosynovitis)或稱媽媽手，拇指尺側韌帶受傷(ulnar collateral ligament injury of thumb)，伸肌結構傷害(extensor apparatus injury)，掌指關節扭傷，掌指關節退化性關節炎(Makkouk et al., 2008)。

治療

輕度症狀可用非類固醇抗發炎藥止痛，按摩，熱敷或冰敷，使用輔具或副木固定維持患部伸直姿勢，有助於肌腱充分休息，促使發炎鞘膜恢復(Matthews et al., 2019; Huisstede et al., 2014)。皮質類固醇：當使用非類固醇抗發炎藥療效不佳，皮質類固醇是首選治療藥物，治療方式以 75%酒精消毒患部，再將皮質類固醇注射於發炎腱鞘鞘膜內，通常一次注射即有 57%緩解症狀，第二次注射後症狀緩解可達 86% (Camargo et al., 2009; Huisstede, 2014)，如間隔 4-6 月，二至三次

注射仍未改善，即需手術治療(Matthews et al., 2019: Journal of the American Academy of Physician Assistants)。胰島素依賴型糖尿病患，皮質類固醇注射效果不佳，建議手術治療(Camargo et al., 2009)。使用皮質類固醇治療需注意脂肪壞死，注射部位色素改變，感染，肌腱斷裂等副作用(Matthews et al., 2019)。手術：用於治療症狀嚴重，經皮質類固醇治療效果不佳的板機指。手術採用經皮(較無侵犯性)或手術(視野較佳)鞘膜鬆解術，風險為神經血管損傷或鬆解不全。另有內視鏡鬆解術，能改善手術視野，減少神經或肌腱損傷，且能減少疤痕及癒合時間(Matthews et al., 2019: Journal of the American Academy of Physician Assistants)。此外，尚有體外震波治療：原先用於治療網球肘，足掌筋膜炎，腕隧道症候群，藉由誘發發炎反應，刺激身體自癒過程，現已應用於不願接受注射或手術治療的板機指替代療法(Vahdatpour et al., 2020)。針刺療法：板機指屈肌腱滑車部位，橈側及尺側施予針刺療法，能減輕疼痛(Inoue et al., 2016)。針刀治療：結合針灸與手術治療的新技術，傷口小，療效佳，是治療板機指的另一選擇(Jia et al., 2019)。

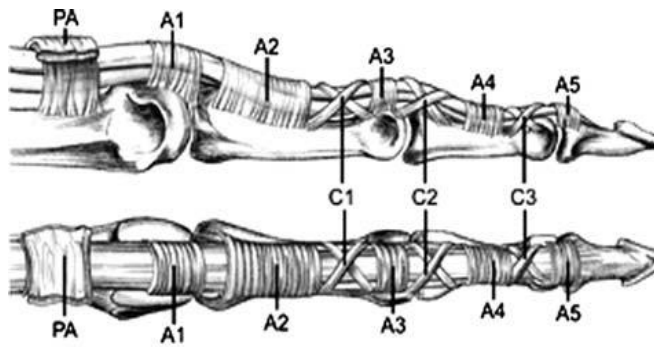
結論

板機指為手指屈肌腱直徑增厚與屈肌支持帶狹窄，通常是由於反覆摩擦，導致手指掌骨頭肌腱腫脹，肌腱外圍腱鞘的第一個環狀帶，纖維軟骨化生導致狹窄所造成。一般好發於

50-60歲，女性多於男性，診斷依指關節腫脹疼痛，有鎖住或有喀喇聲的典型徵候，治療方式有使用非類固醇抗炎藥止痛，輔具或副木固定患部，類固醇局部注射，藥物治療或類固醇局部注射療效不佳或症狀持續超過6個月則需考慮手術治療，此外尚有體外震波治療，針刺療法及針刀治療等方式可選擇。

參考資料

- Matthews, Amber, Smith, Kristen, Read, Laura, et al., 2019. "Trigger finger: An overview of the treatment options," *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 32(1):17-21.
- Camargo, Debora Alves, Angelini, LC, Oliveira, MT de, Sawaeda, DM, 2009. "Prospective study of the conservative treatment of trigger finger: evaluation of 131 fingers," *Einstein*, 7(1 Pt1):76-80.
- Huisstede, Bionka M.A., Hoogvliet, P, Coert, JH, Fridén, J, 2014. "Multidisciplinary consensus guideline for managing trigger finger: results from the European HANDGUIDE study," *Phys Ther*, 94(10): 1421-1433.
- Inoue, M, Nakajima M, Hojo T, Itoi M, Kitakoji H, 2016. "Acupuncture for the treatment of trigger finger in adults: a prospective case series," *Acupunct Med*, 34(5):392-397.
- Jia, Y, Qiu Z, Sun, X, Shen, Y, Zhou, Q, Li, S, 2019. "Acupotomy for patients with trigger finger: A systematic review protocol," *Medicine*, 98:42(e17402)
- Makkouk, AH, Oetgen, ME, Swigart, CR, D. Dodds, SD, 2008. "Trigger finger: etiology, evaluation, and treatment," *Curr Rev Musculoskelet Med*, 1:92-96.
- Vahdatpour, B, Momeni, F, Tahmasebi, A, Taheri, P, 2020. "The effect of extracorporeal shock wave therapy in the treatment of patients with trigger finger," *Open Access J Sports Med*, 11:85-91.



圖：手指纖維性骨隧道由五個環狀滑車(A1-5)及三個十字滑車(C1-3)組成屈肌腱可在此通道內滑動，第一環狀滑車(A1)位於掌指關節頭，為扳機指好發部位(Makkouk et al., 2008: Curr Rev Musculoskelet Med)

專題研究

尾椎痛

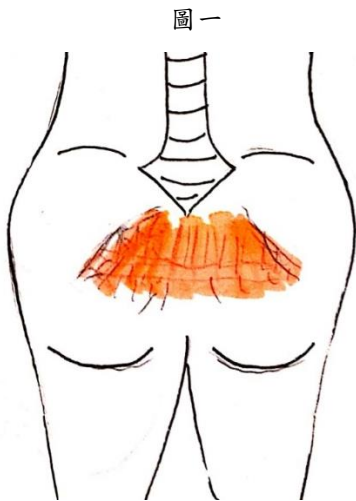
黃茂雄*

*光禾醫學診所院長、前高醫復健科主任

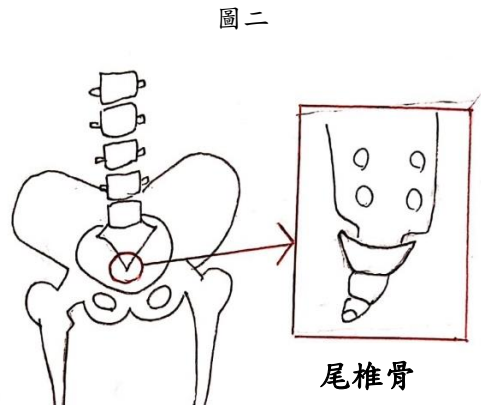
關鍵詞：板機指、皮質類固醇注射、手術治療

一、何謂尾椎痛？

「尾椎」是指脊椎最尾端的部位，而「尾椎痛」(coccydynia)是指尾椎骨及其附近一帶的疼痛(如圖一)。尾椎痛相較於下背痛來得較少發生，一般而言女性5倍於男性，尤其在產後高齡、肥胖的女性罹患率較高。



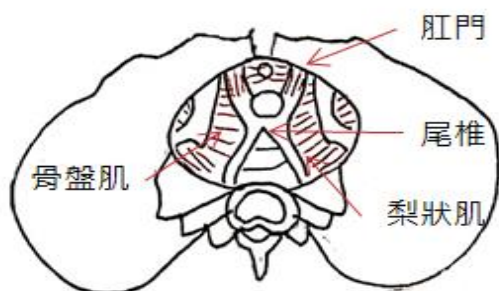
關節的活動範圍在女性比男性大，尤其是在懷孕期間。尾椎本身有尾椎韌帶由前後側韌帶及與坐骨間之連結韌帶維持在骨盆腔內之適當位置。與尾椎連結的肌肉群包括骨盤肌及提肛肌群(圖三)，由體神經與交感神經傳遞骨盆腔之疼痛訊息。在男性，尾椎骨的位置比坐骨粗隆高，當受到撞擊時有較好的保護，相反的，在女性由於骨盆腔較為寬扁，因此在跌坐時尾椎骨相對容易挫傷。



二、尾椎骨的解剖構造：

就解剖學位置而言，尾椎屬於由薦尾關節接續於薦椎下方由3至5節之尾椎骨所組成，相較於頸胸腰薦椎，尾椎無椎腔、無神經出口，但每節尾椎體間仍有椎間盤，使得尾椎整體具有一定彈性與吸震功能。它的近端以纖維軟骨和薦骨連接(圖二)，通常這個

圖三



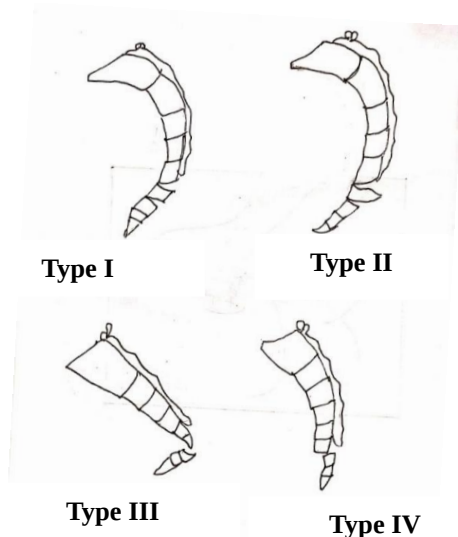
三、尾椎痛的原因

造成尾椎痛的原因很多，在臨床上我們習慣將它分成兩大類：

1. 真性尾椎痛(true coccydynia)：疼痛來自尾椎骨本身，包括意外性跌坐、反覆性微創及非外傷性之原因，外傷性主要有尾椎骨折、尾椎脫位、尾椎不穩、尾椎長骨刺。

- (1) 薦尾關節骨折類型：(圖四：Type I-III)

圖四



- (2) 薦尾關節脫位：圖四 (TypeIV)

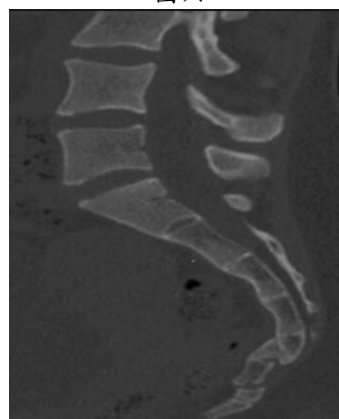
- (3) 第一、二尾椎骨折：如下圖五

圖五



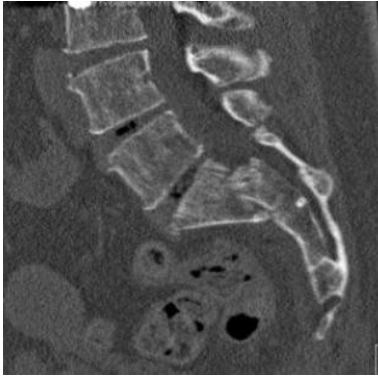
- (4) 第二三尾椎骨折：下圖六

圖六



- (5) 薦椎骨折：下圖七

圖七



2. 假性尾椎痛(pseudo coccydynia)：又稱非外傷性原因包括尾椎後傾、前傾、尾椎關節炎、自律神經痛、骨盤肌功能異常、尾椎骨髓炎、骨盆腔發炎、腫瘤及泌尿生殖系統的疾病。

四. 尾椎痛主要臨床症狀包括：

尾椎痛在臨床上我們所見到的以年輕女性居多，有些人的疼痛屬於急性，但有些人卻是已經經過長期不同的治療，仍然無法獲得改善的慢性病。患者常常無法以正常方式坐著，總覺得臥床或站立比較舒服。這種疼痛有時只集中在尾椎骨的尖端部位，有局部的壓痛，但有些人則疼痛範圍較為模糊。疼痛有時會因提肛肌的壓力增加而加劇。主要症狀表現於下列情境：

1. 坐姿時疼痛，尤其半斜躺姿勢
2. 由坐而站時疼痛、排便或性交時疼痛，主要由尾椎下神經引起
3. 合併其他腰薦椎疼痛症狀，因常採前傾避免尾椎受力所造成

五. 臨床物理檢查

由病人自指疼痛點注意尾椎附近

尾椎附近是否有感覺異常（圖八），或只是單純的壓痛。男性病患必須由肛門檢查攝護腺有無異常。而女性病患則根據症狀做骨盆腔泌尿生殖系統的檢查。由內診可以觸摸尾椎是否有疼痛或腫瘤。

圖八



六. 影像檢查

1. 側面 x 光正面和側面的尾椎 X 光攝影檢查，通常可看出尾椎骨折、脫臼或因骨折癒合不良造成的假性關節。
2. 核磁共振與核醫骨掃描：有疑似薦尾椎骨頭被腫瘤破壞的現象。

七. 診療處置

假性尾椎痛常來自骨盆腔或泌尿生殖系統的病變，因此應會診婦產科或泌尿科醫師做進一步的檢查和治療。真性尾椎痛可分成急性痛和慢性痛，在急性疼痛期可給予非類固醇的抗炎止痛劑，另外，可給予氣圈以防止尾椎在坐著時接觸椅子引發疼痛，局部的麻醉劑加上類固醇劑注射，可達到暫時的止痛效果，若解便會疼痛，則給予軟便劑。至於慢性病的患者，可建議溫水坐浴或考慮開刀。由於尾椎的特殊解剖位置，15%左右的患者可能因開刀造成格蘭氏陰性菌的感染，也因為開刀的併發症高，以及開刀的

療效並不是很理想，所以我們通常採取保守的治療方法，包括：

1. 尾椎減壓坐墊
2. 物理療具包括短波、干擾波、低能雷射
3. 口服消炎止痛劑
4. 局部注射（超音波導引下）
5. 尾椎徒手治療：放鬆肌肉緊繃及韌帶痛

常見的治療方式有骨盆關節的調整，肌肉按摩，以及核心運動訓練。

6. 關節調整

由於尾椎的組織許多都連接到薦椎與髌骨，因此調整薦髌關節也是常用的治療方法。

(1) 薦椎調整（圖九）

圖九



(2) 頓壓床調整薦髌關節（圖十）

圖十



(3) 直接調整尾椎（圖十一）

圖十一



7. 徒手治療：

臀肌的收縮與骨盆的穩定性有高度相關，因此也常放鬆臀部肌肉去舒緩尾椎附近的疼痛。

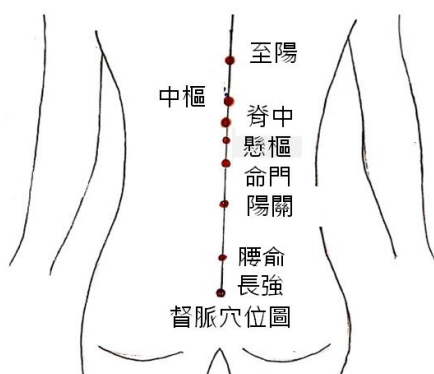
(1) 臀中肌按摩（圖十二）

圖十二



8. 穴壓治療：尾椎位於督脈之長強穴位（下圖十三），透過特殊之穴壓及拔罐治療可有效減緩尾椎痛之症狀。

圖十三



9. 核心運動

骨盆底肌是核心肌群的一個部分，因此可以利用核心運動去強化並且避免疼痛的再次發生。

(1) 臀大肌誘發 (圖十四)

圖十四



(2) 臀中肌誘發 (圖十五)

圖十五



10. 背神經根阻斷注射

11. 距骨隧道注射

12. 尾椎切除術

八. 總結：

尾椎痛原因繁多若未能及早有效之診治，其症狀常持續久遠而造成病患之一生痛苦影響生活品質。治療首在正確之診斷再施予適確之治療模式重建其結構與功能。

參考文獻：

- Foye, PM., 2017. "Coccydynia: Tailbone pain." *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 28:539-49.
- Foye, PM., 2015. *Introduction. Tailbone pain relief now!* Newark (NJ): Top Quality Publishing, pp.9-14, 195-200.
- Lirette, LS, Chaiban, G, Tolba, R, Eissa, H., 2014. "Coccydynia: An overviews of the anatomy, etiology, and treatment of coccyx pain." *The Ochsner J*, 14:84-7.
- Maigne, JY, Pigeau I, Aguer, N, Doursounian, L, Chatellier, G, 2011. "Chronic coccydynia in adolescents. A series of 53 patients." *Eur J Phys Rehabil Med*, 47:245-51.
- Nathan, ST, Fisher, BE, Roberts, CS, 2010. "Coccydynia: a review of pathoanatomy, aetiology, treatment and outcome." *Bone Joint Surg Br*, 92:1622-7.
- Foye, PM, Buttaci, CJ, Stitik, TP, Yonclas, PP, 2006. "Successful injection for coccyx pain." *Am J Phys Med Rehabil*, 85: 783-4.
- Kim, NH, Suk, KS, 1999. "Clinical and radiological differences between traumatic and idiopathic coccygodynia." *Yonsei Med J*, 40:215-20.
- Demircay, E, Kabatas, S, Cansever, T, et al., 2010. "Radiofrequency thermocoagulation of ganglion impar in the management of coccydynia: Preliminary results." *Turk Neurosurg*, 20(3):328-33.
- Scott, KM, Fisher, LW, Bernstein, IH, et al., 2017. "The treatment of chronic coccydynia and postcoccygectomy pain with pelvic floor physical therapy." *PM R*, 9(4):367-76.
- Maigne, JY, Chatellier, G, 2001. "Comparison of manual coccydynia treatment: a pilot study." *Spine*, 26(20):E479-83.
- De Andrés, J, Chaves, S, 2003. "Coccygodynia: a proposal for an algorithm for treatment." *J Pain*, 4(5):2

專題研究

拔罐與氣的導引的實驗

劉維婷*

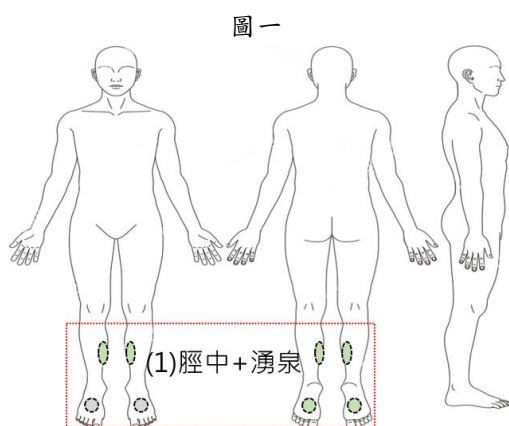
*穴壓與拔罐學會研究員

關鍵詞：拔罐、氣、導引

人體結構的成分是氣與血，各有其複雜運行的脈絡和網絡，將氣血及營養物質輸送到周身臟腑器官組織供其運用。我們設計藉由在某些上以較強固定的負壓去拔罐，來觀察相關氣在氣脈中的流動和對臟腑器官組織的影響。受試者來自穴壓與拔罐學會裡的研究的人員中，選取有某些明確器官症狀且自願參與者；參與者分有練氣經驗和無練氣經驗者兩種，由受試者口述主觀感覺其氣在氣脈中的流動並由記錄人員記錄之，內容包括受試者描述下罐後的身體感受，及起罐後身體感覺的差異，其結果作為人體氣脈的運行方向的參考作為未來的研究分析之用。

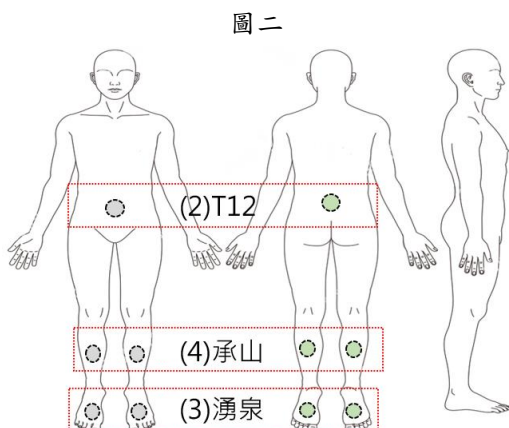
3. 雙腳底部的湧泉，兩罐並行，壓力定在負 620mmHg。
4. 雙腳小腿肚上的承山，兩罐並行，壓力定在負 5000mmHg。

圖中灰色解釋透視圖，綠色解釋正面可見。

**一、實驗設計：**

實驗設計的特定的穴位主要有四組，圖示如圖（一）、（圖二）：

1. 雙腳小腿內側脛中穴（註 1）及雙腳底湧泉穴，四罐並行，壓力定在負 620mmHg。¹
2. 背部第 12 節胸椎，T12，壓力定在負 620mmHg。



¹ 脛中穴取穴位置，脛骨二分之一約三指縱寬的位置。



二、實驗結果表列：

下表一是受試者個案的基本資料：年齡、背景，病史，練氣史等的總表。受試者涵蓋無練氣、定期接受看診到有練氣等的背景，藉此觀察個案基本資料對於實驗的感受和可能的差異。

	個案 1	個案 2	個案 3	個案 4	個案 5	個案 6
背景	女性，39 歲	女性，66 歲	女性，59 歲	女性，75 歲	男性，50 歲	男性，55 歲
病史	任脈截斷症	胃萎縮	頻繁空嘔、 任脈截斷症	氣血虛，胃 脹氣	肝癌，部分 切除、鼻咽 癌化療後、 任脈截斷症	高血壓
練氣史	每天練氣	無	每天練氣	偶而、練氣 總天數 30 天	無	每天練氣
看診頻率	一週一次	一週一次	一週至少一次	一週至少一次	一週至少一次	一個月一次
拔罐位置 是否有氣感	有 第一次拔罐 氣感強烈， 可描述氣脈 行徑路線。 第二次拔罐 無氣感。	無 第一次到第 三次拔罐皆 無氣感。	有 第一次拔罐 可描述部分 氣脈行徑路 線。 第二次拔罐 無氣感。	有 可描述部分 氣脈行徑路 線。	有 可描述部分 氣感行徑路 線。	有 氣感強烈， 可描述氣脈 行徑路線。

表一

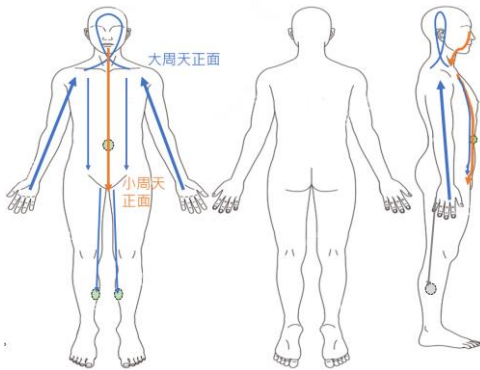
從結果可以歸納，有練習氣功的受試者可以藉由拔罐進行氣的導引，感受氣在氣脈中在身體流動的行徑路線。茲將感受較強烈的個案 1、個案 3 與個案 6 作個別介紹。

（一）個案 1 的實驗：

（1）第一組拔罐位置：中腕穴+ 脛中穴

初次拔罐，受試者僅覺得沿大腿內側有氣感下行至脛中，隨著調息次數增加，先感覺到手掌的勞宮穴有氣湧入，身體的氣脈開始運行。主要感受到兩股獨立的氣流在軀幹正面和四肢在流動。

圖示中的藍線是一組分支，橘線是另一組分支，兩者沒有交會。



藍線分支類似大周天的運行

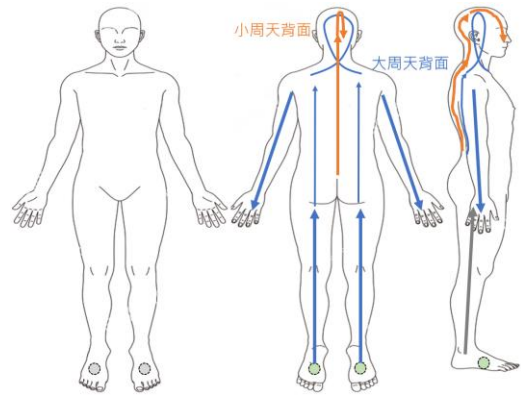
氣流起點從左（右）手掌心的勞宮穴注入，循行前臂上臂，上行至左（右）肩膀，到頸項、頭顱，繞行一圈。從臉正面、胸正面下行，沿著左（右）大腿內側中線下行至拔罐的脛中穴停止。手臂的氣感比較強烈是整束形狀的，繞行頭部一圈再下行到軀幹，氣感是在皮表，跟下肢內側皮表。

橘線分支類似小周天的運行

起點從臉表面出發，氣流下行沿脖子、胸口中線而下，經中脘、肚臍、下腹部到鼠蹊前停止。

起罐後，大周天跟小周天的氣流停止。

(2) 第二組拔罐位置：湧泉穴（俯臥姿）



拔罐期間主要感受到兩股獨立的氣流在軀幹的背面和四肢中流動。

藍線分支類似大周天的運行

氣從湧泉注入是為起點，從左（右）小腿後側中線上行到左（右）大腿，再上行到後背進入頸項，頭顱繞行一圈，從左（右）肩膀，接著上臂前臂，再從左（右）掌心的勞宮出去。

橘線分支類似小周天背面的運行

另有一分支是從尾椎出發，沿著後背督脈中線的脊柱上行，沿後頸中線，後腦勺中線繞到正面的臉部。

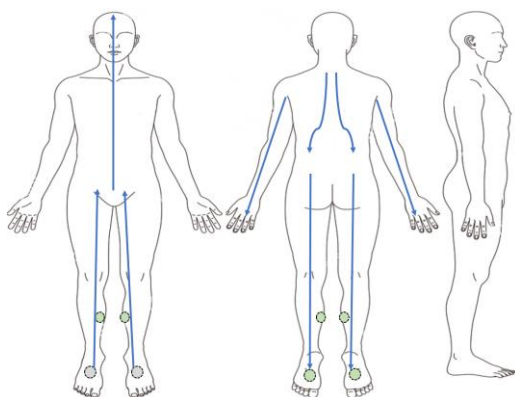
下罐後，氣流停止。

(3) 拔罐氣的導引後練氣的感受

經過第一次拔罐氣的導引後，練氣的前幾天會覺得氣感上來得很快，而且有突破之前練氣的瓶頸處。但是第二周的第二次拔罐氣的導引，拔罐當下無氣感，之後致力練氣都沒有氣感，身體似是空的感覺。持續練氣到第三周方恢復氣感。

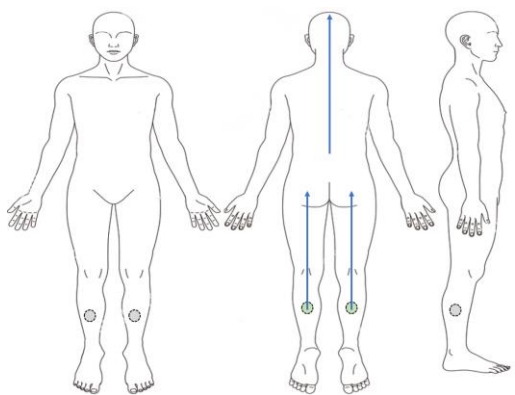
(二) 個案3的實驗

(1) 第一組拔罐位置：中腕穴+脛中穴



持續維持負 620mmHg 壓力，由下罐處，熱、暖的氣感上行直至頭頂百會穴，很快感覺全身發熱，氣感下行至後背、雙手及雙腳後跟，感全身舒適的熱感，在臉、四肢部分區域有麻的感覺，一段時間後漸漸四肢手掌及腳板感覺發涼後即下罐。

(2) 第二組拔罐位置：湧泉穴（俯臥姿）



持續維持負 500mmHg 壓力，下罐後，有明顯的氣感流動，由承山穴位上行直至頭頂百會穴，身體發熱，四肢感覺是可接受的清涼，持續維持

500mmHg 壓力，漸漸四肢感覺有熱氣但氣感弱。

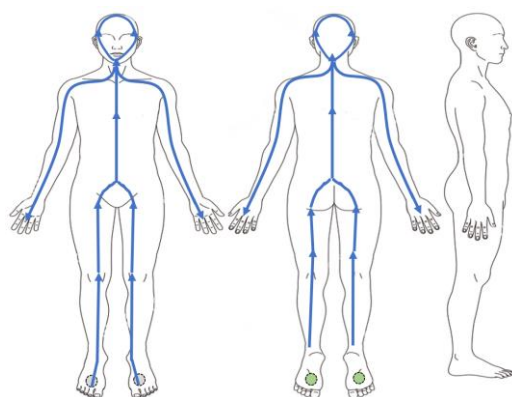
起罐後，氣熱感覺瞬間消失。

(3) 拔罐氣的導引後練氣的感受

第一次拔罐氣的導引後，該週練氣氣感能明顯感受，氣感增強。第二週第二次拔罐氣的導引後卻沒有氣感流動，甚至盡力練呼吸、數息都不能感受到氣感。一直到第五週練氣才僅能由意念將氣下帶到達下腹部。

(三) 個案 6 的實驗：

(1) 拔罐位置：湧泉穴（俯臥姿）



維持負 620mmHg 壓力，拔罐氣的導引後，氣感自軀幹正面由腳底的湧泉穴往上行至腳的解溪、足三里，再上行經陰菱泉沿任脈、至天突再至頭部百會。同時背面的氣感由承山、委中至會陽，再到脊柱循督脈到頭部，雙手由十宣從前臂至後背。明顯感受到氣的流動，一開始的幾秒鐘氣感較微弱，之後可以明顯感受到氣脈的強度、運行及變化。這一切在下罐後氣流就停止。

(2) 拔罐氣的導引之後練氣的感受

過去長期練氣都採用盤坐。在拔罐氣的導引之後採用盤坐練氣，會有一種氣脈微弱，相較之前氣脈強度明顯減少。一旦改成站姿，可以明顯感受到強烈的氣流和氣在身體內自由的運行，連續三天之後，再恢復原先的盤坐，明顯的氣感回來，比原先的氣感更加強烈。

三、 結論：

從實驗個案的描述歸納，可以證明氣與氣脈的運行是存在的，其循行路徑正是大小周天的奇經八脈與十二經脈臟的路徑。而對於拔罐氣的導引的感受強烈與否與練氣用功程度成正比。拔罐導引可沖開氣脈阻塞之功能，對於爾後練氣的氣感提升實有裨益。但是自整體實驗觀察，氣功態的提升受到練氣功夫程度的高低以及人體軀殼對能量耐受大小的限制，個體的感受差異甚大。若頻繁施作導引，反而會導致透支體力，使得練氣可能無氣感、或退縮，需隨時審視人體對於導引後的變化，給予注意調整不可不慎。此為前期試驗性的實驗作為未來分析研究之用。

專題研究

論肚臍漏風的可能

林文絹*

*國立台北護理健康大學護理系副教授、穴壓與拔罐學會資深研究員

關鍵詞：肚臍、漏風

以現代科學的角度來看，肚臍是體表所見的一個封閉盲孔，臍帶的主結構在斷臍後消失、閉塞，腹壁閉合之處。臍下無皮下組織及腹膜前脂肪組織，纖維化結構類似於增厚的腹膜，皮膚筋膜與腹膜直接相連，雖然臍部的表皮角質層較薄，但不會滲入空氣與水。肚臍疾病常見於嬰兒，如在臍帶殘端尚未脫落時臍帶護理不佳所造成的感染，或閉合不全的問題如最常見的臍疝氣；成年人除少部分人有臍部感染問題外，罕有其它疾病，因此西方醫學甚少關注。然而代代相傳育兒經驗受傳統醫學的影響顯然有不同的看法，古籍記載：「凡浴兒時，需四圍遮好，謹避風寒，又需掩好肚臍，勿令潮濕，否則風邪入臍，流毒心脾，能致撮口、臍。風」，顯示照料嬰幼兒避免腹肚受寒至關重要，除洗澡時須留意遮掩肚臍外，記得孩提時，睡前母親總是會準備毛巾或薄被將小孩的肚子包裹起來，以避免踢被致使腹肚寒涼、肚臍漏風造成腹脹，由此可知孩童肚臍可能未如所認知的已然閉合。穴壓拔罐學會累積多年個案研究也發現肚臍有漏風的可能，以下將說明此一理論與案例的驗證。

由肚臍的外觀可判斷是否閉合良好（如圖一、圖二），肚臍的閉合良

好至為關鍵。新生兒出生剪斷的臍帶殘端，約於出生後數天到2-3週內脫落，體表肚臍由肉芽組織所覆蓋，在幾天之內可由表皮細胞所覆蓋，而臍下部分，原臍帶內的1條臍靜脈與2條臍動脈於出生一兩週內逐漸閉合，臍靜脈閉鎖形成肝圓韌帶，由臍到肝門，附著在門靜脈的左支上；臍動脈閉鎖形成內側臍韌帶(胡馨予、謝明諭,2019)。在臍帶殘端未脫落前受到感染的機會最大，臍部妥適照料相當重要，若閉合的過程因個人的體質影響（先天）或照料不週（後天）有可能造成肚臍閉合不全的問題。因此各年齡層能發現有閉合不全的肚臍。肚臍閉合不全可能會產生「臍漏風」的問題，「臍漏風」顧名思義為氣體可由未完全的閉合肚臍進入腹腔，當氣滲入腹腔將透過組織間隙進入空腔結構的胃，致使腸胃道氣體增加影響腸胃道功能，可能有胃痛、腹脹、噎氣等症狀。

圖一
可見底部癒合良好的肚臍



圖二

呈現凹陷看不見底部的閉合不全的肚臍



有些人未必造成很大的問題或不適症狀，偶而出現臍部感染，有異味或有分泌物流出。然而為嬰幼兒，可能造成較大的問題，尚在哺乳的嬰幼兒，吸奶動作會將空氣自肚臍吸入腹腔內造成脹氣，拍嗝無法完全消除腸道的氣體，常以哭鬧來表現。有些個案則呈現較嚴重的腸胃脹氣的問題，一位60歲女教師，有腹脹、腹痛伴隨打嗝的困擾已持續治療已長達四十年，以西醫觀點，造成消化道內的氣體來源包括口中吞下的空氣、腸內因消化或細菌作用所產生的氣體，腸液中碳酸氫根和來自胃的酸中和後產生的二氧化碳，正常人腸道內少量氣體可經由腸道吸收，若多食用了易產氣的蔬菜與豆類，就會由肛門排放出氣體不致於造成問題，但若有腸阻塞、消化不良、便秘、腸道蠕動功能不良如大腸激躁症則會有脹氣的問題，而此病患診斷為大腸激躁症，（陳偉鵬、郭碧照、謝惠玲，2013）即使小心避開易發酵的高碳水化合物與糖醇，如乳糖、寡糖、果糖、多元醇等不易於小腸吸收，在腸道發酵易產生氣的食物，與服用消化酵素、促進腸蠕動的藥物、益生菌、消除脹氣等藥物，均未獲改善，今年注射完AZ疫苗2週後，注射部位周圍皮膚出現丘疹紅腫反應，範圍長達18公分，由於症狀發展快速，於附近診所就醫，診斷為過敏或蜂窩

性組織炎，服用類固醇3天，抗生素6天。結束療程後1天在吃完午餐後，開始頭暈、噁心、腹部劇痛，之後腹持續痛腹瀉多日，經問診與穴壓診斷，一部分問題來自食物中毒，另也發現肚臍感染，於肚臍拔罐（圖三）與肚臍對應的背部T10處進行穴壓與拔罐（圖四），肚臍需使用外用抗生素。沒想到平復後3日，又再一天的早餐後症狀重演，此次症狀更為嚴重，腹部持續疼痛多日，由於肚臍感染仍存，此次使用外用抗生素再輔以獨門研發的藥物封貼肚臍3日，腹脹腹痛才獲大幅改善。由此個案的狀況與此次治療療效可應證臍漏風的可能。

圖三

此為未充分閉合的肚臍，拔罐後可見肚臍周圍皮膚感染發紅



圖四

背部 T10 拔罐後印記呈深紅，解釋腸胃病已久且嚴重



按中醫理論，臍就是神闕穴所在之處，有任、督、帶、衝四脈通過，

而統全身的經絡，聯繫五臟六腑，與胃、小腸、大腸更是關係密切。以現代解剖學應證，肚臍相較身體其他部位表皮薄，無皮下組織與脂肪，而有可能滲入氣體的可能，透過穴壓拔罐學會的個案研究結論，可驗證肚臍會漏風可能為真。

參考文獻

- 陳偉鵬、郭碧照、謝惠玲等，2013。《臨床症狀護理》（二版）。臺北：華杏。
胡馨予、謝明諭，2019。〈肚臍相關先天性疾病〉。《臨床醫學》，83(1), 36-39。



白頭翁

寫錯標題了？沒錯，天上飛的鳥兒有白頭翁，但是地上長的花也有白頭翁。傳說中花名的來源－詩人杜甫生病無錢求醫，有位白髮老翁路過他家門前，詢問杜甫病情後，採藥為他治療，不久，杜甫病癒，就將此草稱為「白頭翁」，表達對老翁的感激之情。

Chris 攝於台北國際花博

拔罐印記

頸部及肩臂脹痛的治療與拔罐後的印記的比較

邵芸瑛*

*穴壓與拔罐學會研究員

關鍵詞：頸部脹痛、肩臂脹痛、拔罐後印記的比較

一、頸、肩、臂部的重要性

頸、肩、臂的關節和肌肉組織是人體最重要也是活動量最大的部位。頸部有七節脊柱，脊椎內溝通自上而下腦部中樞的神經系統和分散至全身軀幹的周邊神經系統，以及控制內臟的自主神經系統，是支配著人體精神心識、內臟代謝的自動反應重要部位；而頸肩四周的肌肉組織則是隨人的意識進行各種臉部、頸部、兩肩和手臂的隨意運動。

由於活動範圍和運動量極大又容易受到外力傷害，所以頸部及肩臂部的關節和肌肉組織時常發生功能失常和傷害，最為常見的症狀包括：頸椎或肩臂關節不能轉動、頸肩四周肌肉酸痛、頸脊椎、手臂神經受損而麻木或知覺異常，甚至胸部悶痛、呼吸不順暢等等症狀，其原因皆因此部位的眾多且複雜的神經和肌肉組織，不易診斷和治療，要恢復完全的功能，有相當高的困難度。

穴壓偵測可以協助尋找神經和肌肉組織受損的傷害點，用賦能穴壓經過穴道操控神經和肌肉，可以促進組織的修護，調整恢復其功能。而拔罐是在賦能穴壓治療之後，將蓄積於在病變處

產生壓迫神經與組織的氣血成分拔除的一種手段，可令人體加速啟動自動修補機制的運作，並立即緩解脹痛感和因腫脹所造成關節活動的限制。

拔罐後皮膚表面上會留下印記，所呈現的圖像，如：大小、顏色、斑點等，可以作為解讀、判斷、追蹤、和分析比較的工具。

二、個案解說

個案 I

女性，45 歲，教師

- (1) 主訴：肩頸痠痛，換新枕頭後還是經常落枕。
- (2) 穴壓診斷：頸椎第二、三節受傷。
- (3) 拔罐部位：疏通頸椎兩側至第七節頸椎處，於疼痛點頸半棘肌、頸後三角內的頭夾肌枕處及約第七節頸椎處與第一節胸椎交接處拔罐。如圖圖 I -1 及圖 I -2。

圖 I -1



圖 I -2



(4) 拔罐後印記的比較

圖 I -1 左右兩印記，顏色深紅且中間凸起，表受傷嚴重；受傷時間長久。

圖 I -2 頸椎與胸椎處印記，顏色深紅，深色分布集中上半部邊緣，故頸椎傷無影響至胸椎。

個案 II

女性，53 歲，國小校長

- (1) 主訴：肩頸僵硬痠痛，常盜汗不止、體表濕冷，近期有頭脹、頭悶、胸悶、心慌的症狀。
- (2) 穴壓診斷：過度勞動常有肩頸僵硬痠痛症狀，近期盜汗不止、頭悶、胸悶等症狀為寒暑症表現。

- (3) 拔罐部位：疏通紓解頭脹、頭悶熱症狀。於頸後兩側頭半棘肌、頭夾肌處及頸椎與胸椎交接處拔罐，讓堵塞熱氣下行宣瀉順利拔罐排出。

圖 II -1



圖 II -2



(4) 拔罐後印記的比較

圖 II -1 左右兩印記，顏色深暗紅，解釋深層組織堵塞嚴重。

圖 II -2 頸椎與胸椎處印記，顏色深紅，印記外緣圈小，表組織內氣少、主要瘀血已積塞至表層。

個案 III

女性，45 歲，教職。

- (1) 主訴：肩頸痠痛，頭暈。
- (2) 穴壓診斷：頻繁使用手機，長期低頭，造成頸後頭夾肌、斜方肌

及前胸胸大肌過度拉傷至氣血循環不良，此為低頭族之症狀。

- (3) 拔罐部位：頸後頭夾肌及頸後肩斜方肌，氣血阻塞處疏通，於疼痛處拔罐。

圖 III



- (4) 拔罐後印記的比較

圖 III 右側印記深暗紅，中間微微凸起，表陳舊深層的氣血阻塞，部分至表層被拔出。左側印記顏色深紅，部分點狀且紅色印記較少，表至表層的阻塞已有改善。

個案 IV

女性，58 歲，教授。

- (1) 主訴：近期左邊頭痛頻繁。
- (2) 穴壓診斷：工作關係使用多個電腦螢幕觀看，近期頻繁固定轉向單一側螢幕，造成單側後頸頭夾肌肌肉群及前胸胸大肌拉傷、氣血阻塞。
- (3) 拔罐部位：後頸頭夾肌處疏通按壓，於疼痛處拔罐。

圖 IV



個案 V

女性，54 歲，公職庶務人員。

- (1) 主訴：近期下車後，常微有暈眩感，偶而頭轉向單側，暈眩感瞬間出現。
- (2) 穴壓診斷：長途搭車，偶打瞌睡；車行間有時震盪或長時間因打瞌睡頭低垂或靠向兩側車窗、座椅椅背枕等，造成頸部肌肉拉傷、氣血阻塞。
- (3) 拔罐部位：因習慣性坐靠窗位置，頭經常枕向單側(靠窗方向)椅背枕，造成胸鎖乳突肌肌肉拉傷，耳大神經及枕小神經壓迫，造成氣血循環不良。於耳下近胸鎖乳突肌處疏通及按壓，於疼痛點處拔罐。

圖 V-1



圖 V-2



(4) 拔罐後印記的比較

圖 V-1 左側印記顏色深紅分布均勻，且印記中間微微凸起，表受傷已有一段時間。

圖 V-2 右側印記顏色鮮紅，受傷時間較左側短、亦有近期重複受傷的可能。

個案 VI

女性，58 歲，教授。

- (1) 主訴：常至市場採買，提重袋及拉菜籃車。近期右側肩頸及手臂痠痛。
- (2) 穴壓診斷：因提拉重物，手臂施力，提拉方向固定且時間長，致

伸腕肌、肘肌、棘上肌及提肩夾肌等肌肉群拉傷，氣血循環不佳。

- (3) 拔罐部位：於肩部棘上肌、提肩夾肌及頭夾肌按壓疼痛處拔罐。

圖 VI-1



圖 VI-2



(4) 拔罐後印記的比較

圖 VI-1 右肩棘上肌印記顏色深暗紅，中間微凸起，拉傷已有一段時日，近日拉提物品繁重 體積龐大，使新阻塞的組織引帶深層組織顯現至表層。

圖 VI-2 頸後耳下頭夾肌，印記顏色暗紅，深層組織至表層被拔出。

個案 VII

男性，39 歲，婦產科醫師。

- (1) 主訴：右手臂痠痛且微旋轉時會被帶動疼痛。

- (2) 穴壓診斷；過去長期低頭及過度長時間使用右手，肩臂肌肉過度繃緊，氣血瘀塞致肌肉神經受壓迫而疼痛。
- (3) 拔罐部位；手臂近肩關節之棘下肌及小圓肌處，手肘近肱肌及旋前圓肌處，按壓疼痛點拔罐。

圖 VII-1



圖 VII-2



(4) 拔罐後印記的比較

圖 VII-1、圖 VII-2 拔罐後印記呈深褐紅色顏色均勻，傷害時間久遠，部分深層組織已至表層被拔出。

個案 VIII

女性，52 歲，內勤文書。

- (1) 主訴：本週較頻繁拉開檔案櫃抽屜，近兩日抬起右手臂常感覺肩肘處痠痛。

- (2) 穴壓診斷；拉開抽屜時手肘臂肩用力，造成右肘肩臂肌肉拉傷。
- (3) 拔罐部位；肩臂近肩關節之棘下肌、小圓肌及上臂肱三頭肌之外側頭、長頭肌肉群處(圖 VIII-1)；手肘尺骨鷹嘴肘肌、尺側腕伸肌肌肉群及肱三頭肌肉側頭、肱三頭肌長頭肌肉群處(圖 VIII-2)，按壓疼痛處拔罐。

圖 VIII-1



圖 VIII-2



(4) 拔罐後印記的比較

圖 VIII-1、圖 VIII-2 印記顏色鮮紅均勻，為剛形成不久的新傷。

個案 IX

男性，62 歲，高級教職。

- (1) 主訴：肩頸不能轉動。
- (2) 穴壓診斷；長期慣用右手，無論是舉高、提重、搬移等動作，經年累

月造成右肩棘下肌肌肉群嚴重拉傷。

- (3) 拔罐部位；肩關節下之棘下肌肌肉群處按壓，於痛點處拔罐。

圖 IX



(4) 拔罐後印記的比較

圖 IX 印記顏色深褐紅，受傷時間久遠且傷及深層肌肉組織；印記內浮現不完整的暗黑色為深層受傷組織被拔出來。

個案 X

男性，49 歲，巡山林木保護員

- (1) 主訴：呼吸困難胸痛，肩臂痠痛。
- (2) 穴壓診斷；心肺功能不佳，胸廓舒展受限，肥胖肌肉僵硬，手臂活動使肌肉強硬拉扯，造成肌肉群嚴重受傷。
- (3) 拔罐部位；(圖 X-左上)於肩頰骨外側緣棘下肌及大、小圓肌，按壓痛點處拔罐。

圖 X



(4) 拔罐後印記的比較

圖 X 左上印記顏色深褐暗紅中間微凸起，深層僵硬肌肉組織群被拔出，外圈淺紅氣圈為深層瘀氣被拔出。

個案 XI

男性，46 歲，IT 工程師。

- (1) 主訴：最近忙於整理家裡的房子搬重物，手臂及肩臂非常痠痛。
- (2) 穴壓診斷；依整理及搬物品的經常動作演示說明，造成棘上肌、三角肌、棘下肌、闊背肌等肌肉群拉傷。
- (3) 拔罐部位；(圖 X I -1)於棘上肌、三角肌及肩頰骨下緣大圓肌、闊背肌，肌肉拉傷疼痛處拔罐。(圖 X I -2)於肱骨大結節棘下肌、三角肌及闊背肌肌肉拉傷疼痛點拔罐。

圖 XI-1



圖 XI-2



個案 XII

女性，46 歲，教職。

(1) 主訴：腰酸背痛。

(2) 穴壓診斷；個頭嬌小，類似掛曬衣物及取高處物品，常會不經意微抬起後腳跟或拉直身體往上掛取，造成過度拉扯伸展，使肩背筋膜及肌肉群拉扭傷。

(3) 拔罐部位；肩頰骨棘下肌筋膜及棘下肌、三角肌，筋膜及肌肉群；闊背肌、腹外斜肌肌肉群拉傷疼痛處拔罐。

圖 XII



(4) 拔罐後印記的比較

上肩夾印記顏色深紅色中間凸起，經常掛取物品等，受傷較深層且時間較長，下印記顏色淺紅，掛取拉傷肌肉群受傷較為淺層。

個案 XIII

女性，60 歲，室內設計師習慣以手繪圖。

(1) 主訴：肩頸僵硬痠痛。

(2) 穴壓診斷；長年繪圖，造成肩臂骨骼關節肌肉受傷。

早期手繪圖，累積了腰酸背痛、肩頸僵硬、手臂活動受限的病根，今用電腦繪圖仍有部分需手繪，且電腦繪圖操作亦須不斷地使用手臂，造成肩胛頭、肱骨頭骨骼關節及棘下肌、三角肌肌肉群過度使用受傷。

- (3) 拔罐部位；肩胛骨深層棘下肌、淺層三角肌等肌肉群，按壓疼痛處拔罐。

圖 XIII



- (4) 拔罐後印記的比較

印記顏色（圖 XIII）右側顏色深紅均勻，有近期受傷和部分舊傷被拔出；左側淡粉紅色，舊傷部分被拔出。

個案 XIV

男性，46 歲，舞蹈家。

- (1) 主訴：手臂痠痛。
- (2) 穴壓診斷；舞蹈表演為完美呈現，不斷重複相同的動作，造成手臂肩背關節筋膜肌肉過度使用拉傷。
- (3) 拔罐部位；肩胛骨棘下肌、小圓肌、大圓肌、闊背肌肌肉群，按壓疼痛點處拔罐。

圖 XIV



- (4) 拔罐後印記的比較

右側印記顏色深暗紅均勻，陳舊傷被拔出；左側印記近無色，陳舊傷未顯現出來。

三、頸、肩、臂部拔罐應注意事項

頸、肩、臂部拔罐治療有其特性及應注意事項：

1. 頸、肩部有許多重要的神經和動靜脈血管組織，拔罐僅在有穴道的位置方可以為之，特別是頸部危險三角地區或下有空腔的地帶絕對不可以為之。
2. 此處拔罐有其危險性必須在醫師指導和監視下才可以進行。
3. 頸、肩、臂部的拔罐需注意採用正確的體位，否則無效。
4. 拔罐前需徹底用賦能穴壓將病灶及氣血瘀積之處打開，否則無效。

攝護腺疾患賦能穴壓之診療

林文絹*

*國立台北護理健康大學護理系副教授、穴壓與拔罐學會資深研究員

關鍵詞：攝護腺、賦能穴壓

隨著國人平均餘命的增加，良性攝護腺肥大(benign prostate hyperplasia, BPH)成為男性最常見的疾病，60歲以上的男性約有 50%，80歲以上的男性有 80%的人罹患此疾，雖然不會威脅生命，但這外形像栗子、原重約 20 公克的攝護腺若肥大壓迫尿道，患者就會出現排尿困難或尿不乾淨、頻尿、夜尿等症狀，對日常生活造成困擾。攝護腺除組織良性增生外，隨年齡增加，發生惡性腫瘤的可能也大增，50歲以上男性攝護腺惡性腫瘤的發生率近 30%，近年來攝護腺惡性腫瘤有逐年增加之趨勢，且發生的年齡有年輕化之傾向，根據國民健康局的統計，2011 年台灣攝護腺惡性腫瘤發生率的排名為男性癌症的第 5 位；死亡率排名為男性癌症的第 7 位，使攝護腺惡性腫瘤不再是老年男性的專有疾病，成為台灣地區中壯年男人不可忽視的隱形殺手（廖炎智等，2014），對於攝護腺疾患該如何防範與治療，本文將探討如何應用賦能穴壓進行攝護腺疾患的診療。

一、攝護腺的解剖位置與西醫診療

攝護腺是男人泌尿生殖器官之一，功能是製造分泌部份精液，並賦予精子的活動力以利授孕，有括約肌的功

能以確保尿流及射精之方向，分泌攝護腺液，除可防尿路感染外，能協助精蟲穿入卵子完成受孕。攝護腺位於左右大腿腹股溝與恥骨聯合所形成的三角區域內，於男性膀胱的下方環繞著尿道，前面貼近恥骨聯合，後面依靠著直腸，位於骨盆底部的攝護腺，周遭鄰近大腿根部連接脊椎、骨盆到股骨的肌肉群與骨盆底端臀肌群。攝護腺由於包覆著尿道，當攝護腺增生或腫大時會造成膀胱出口阻塞。攝護腺會發生良性增生肥大目前未有定論，但普遍認為與體內的二氫睪固酮(dihydrotestosterone, DHT)刺激有關。攝護腺組織中的間質細胞含有 5α 還原酶(5α -reductase)，其作用是使睪固酮(testosterone)轉變為二氫睪固酮。隨年齡增長， 5α 還原酶活性會慢慢增加，而使體內的二氫睪固酮濃度升高，攝護腺受二氫睪固酮的刺激，使攝護腺增生(謝宜軒等，2016)。

攝護腺初期肥大或腫瘤，並沒有疼痛或不適症狀，一般難察覺，除非肥大或腫瘤壓迫尿道，患者才會出現影響排尿功能的症狀，如排尿困難、尿流細小無力、用力才能解尿、頻尿、急尿，夜尿等症狀就醫，若常常無法排空尿液者，則容易造成反覆的泌尿道感染。出現上述的泌尿道症狀，需

透過各種檢查或檢驗來協助鑑別，以排除泌尿道感染、尿路結石、膀胱癌等疾病所造成的問題。檢查攝護腺，可做肛門指診，醫師以手指伸入直腸可觸知攝護腺的背面是否有硬塊存在(廖炎智等，2014)。其他如尿液常規檢查、抽血檢查血清攝護腺特異性抗原(prostate-specific antigen, PSA)、超音波與切片等。其中攝護腺特異抗原(PSA)，此抗原是攝護腺組織特有的一種蛋白，正常健康男性血液中的血清攝護腺特定抗原數值小於4ng/ml，當攝護腺組織受損會使此數值上升，有助於診斷問題是否來自前列腺。然如何區分是何種攝護腺的問題，如攝護腺肥大症、急慢性攝護腺發炎或攝護腺癌等，則需其他檢查來所佐證。攝護腺特異抗原雖可協助攝護腺問題的診斷、攝護腺癌症篩檢與攝護腺癌治療後追蹤，然此數值常受到各種狀況的影響，如騎單車、性行為、接受內視鏡檢查、食用瀉劑等都會使此數值出現異常(謝宜軒等，2016)，尤其近年來騎單車運動風行，男性騎單車時身體重量集中於臀部及會陰部，腳踏車坐墊的設計會持續壓迫會陰部、刺激攝護腺分泌攝護腺特異抗原使指數飆高，因此此值上升判定應先排除上述的因素之影響。

目前攝護腺肥大症會先以藥物治療為主，藥物分為兩大類，一為甲型腎上腺素受體阻斷劑，作用機轉是使膀胱出口及尿道的平滑肌放鬆，減低膀胱出口阻塞，以改善尿道的壓迫。另一類是5 α 還原酶抑制劑，作用機轉是抑制攝護腺細胞內5 α 還原酶，阻斷二氫睪固酮的生成，藉此使攝護腺體積縮小。外科治療最常用的手術是經

尿道攝護腺切除手術(transurethral resection of prostate, TURP)，利用內視鏡的方式，以電刀刮除攝護腺，改善尿路阻塞的情形。近年來發展出雙極電刀(bipolar)，和經尿道針刺切除法(transurethral needle ablation, TUNA)等微創手術，經尿道雷射燒灼手術(transurethral holmium laser ablation, HoLAP)，以及經尿道雷射剷除手術(transurethral holmium laser enucleation, HoLEP)等(謝宜軒等，2016)。

而攝護腺癌治療則依分期進行治療，癌症腫瘤局限在攝護腺內，沒有手術禁忌症者可進行攝護腺根除手術(radical prostatectomy)，其他療法包括荷爾蒙治療(hormonal therapy)與放射線治療(radiation therapy)等(廖炎智等，2014)。

二、賦能穴壓治療之原理與手法

賦能穴壓治療概念上不同於上述西醫治療治標未治本的方式，首重探究致病成因再從根本解決，以恢復正常生理運作功能。中醫將絕大部分的腫塊或器官的腫大都歸類在「癥瘕積聚」中，而病理機轉以血瘀來概括，最常見的是血循不暢的瘀阻，說明了局部的血液循環不良影響生理功能，以活血化瘀的方式來處理，另外需尋找出造成瘀阻的原因以排除病因(吳宏乾、謝明穎，2019)。以解剖位置而言，由於攝護腺位於骨盆底、鄰近鼠蹊部腹股溝，即大腿根部，大腿根部的內側肌肉群附著在恥骨和坐骨的恥骨枝，此處位處下肢氣血經鼠蹊部聯繫軀幹的氣血兩脈循環，在日常生活活動、運動時若大腿內側肌肉過度外旋、外展、內旋或受到壓迫而受傷，如騎馬、

跨欄、跳箱、騎腳踏車、騎機車腳踏墊處放置物品致使兩腿過度外展等，可能發生肌肉的傷害，尤其現今越野或專業單車坐墊傾向縮小面積，體重量集中於臀部及會陰部，在顛簸震動時作用力大增，腳踏車坐墊持續壓迫會陰部、刺激攝護腺，骨盆底肌肉受傷害，或過度大腿外展動作使大腿根部肌肉與腹股溝韌帶受到拉扯傷害，致使傷害處腫脹病變、纖維化，即阻礙通過鼠蹊部上下腹腔和下肢之間的氣血循環。此處有泌尿及生殖系統的重要器官和主控穴道，對尿道而言前列腺包圍其四周，對另外組織比方提睪肌、睪丸、精索等等，也會造成氣血阻塞，造成組織的病變，使之硬化如攝護腺肥大，甚至癌變。

賦能穴壓依以下治療四步驟進行 (Hsieh, 2010)：

1. 使用觸發點來定位疾病的病因：由上述可知造成傷害的原因，因此應詳細詢問所從事的運動、騎車常採取的姿勢等，以判斷可能傷害的部位。由於大腿關節可進行多種關節活動如屈曲、伸展、外展、內收、內外旋等，因此穴壓偵測應仔細由下腹骨盆邊緣與腹股溝向陰部逐一檢查(如圖)，肌群與腹股溝韌帶，直到陰邊的部位，手法上手指朝向陰部並往下，使氣能朝通向下不方不留滯於腹部；並檢查臀肌肌群、會陰底部肌肉，偵測出受傷害位置。
2. 治療受損或受傷的組織：將阻滯的氣血移除，受傷害位置進行穴壓與拔罐，啟動受傷而纖維化的肌肉細胞組織代謝更新，恢復正常循環。
3. 通過必要的壓力疏通局灶性病變：

加強鄰近區域深度疏通，泌尿、生殖系統的重要穴道需要疏通，如中極與腹股溝處的沖門穴與陰邊，與L4(腰陽關)進行穴壓與拔罐，以排除下腹氣滯壓迫組織。

4. 幫助整體康復過程：協助將治療部位歸整復位，促使經絡氣血正常運行。

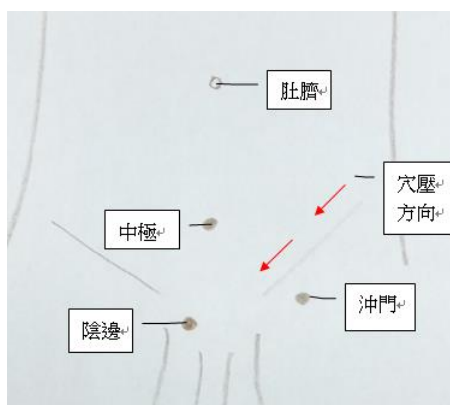
三、結論

攝護腺是常被忽略的器官，不少男性喜好從事各種的運動，由於攝護腺所處的位置特殊，從事尤其腿部大動作與身體重量集中於臀部及會陰部的運動，易傷及腹股溝與骨盆腔底部肌肉造成該處的傷害，這些傷害隨著歲月累積到年齡增長後才以排尿問題出現，透過賦能穴壓能偵測出傷害的部位，移除傷害部位的氣滯，促使自癒而回復。

參考資料

- 吳宏乾、謝明穎，2019。〈男性攝護腺增生與小便不利之中西醫觀點〉。《北台灣中醫醫學雜誌》，11(1)，13-26。
- 廖炎智、吳哲豪、李政育、王美純，2014。〈臨床攝護腺特異抗原(PSA)檢查應用及攝護腺疾病在中西醫學結合探討〉。《中國鍼灸學雜誌》，2(1)，14-34。
- 謝宜軒、林益卿、蔡佩渝，2016。〈良性攝護腺增生的診斷與治療〉。《家庭醫學與基層醫療》，31(1)，15-22。
- Hsieh, L.L., Liou, H.H., Lee, L.H., Chen, T.H., Yen, A.M., 2010. "Effect of acupressure and trigger points in treating headache: a randomized controlled trial." *The American Journal of Chinese Medicine*, 38(1), 1-14. doi: 10.1142/S0192415X10007634. PMID: 20128040.

圖 攝護腺診療穴壓手法方向示意圖



前列腺癌術後復發個案之穴壓拔罐治療解析

洪韻媚*

*穴壓與拔罐學會研究員

關鍵詞：前列腺癌、術後復發、穴壓拔罐治療

個案：

男性，55 歲，前列腺癌 stage4 經過化療、放療後復發，來學會治療，目的避免再患。

病程：

2016 年例行體檢，PSA 值有逐漸升高的趨勢，經肛門指診沒有硬塊、驗尿檢查也無發炎現象，因此醫囑定期追蹤檢查。一年後，因排尿困難做檢查，原以為是尿路結石，治療中發現整個尿路堵住。於 2017 年 9 月第一次確診前列腺癌，癌細胞已擴散至輸尿管壁。

西醫治療順序會先採切除或是放射線治療，最後再採取化療。當時研究認為化療當作第一線治療可以延長生存期，因為個案尚屬年輕，所以決定進行化療。2019 年 3 月開始化療，之後 PSA 值由約 0.1，慢慢又上升。到了 10 月已升到 0.8 左右，經過核磁共振檢查，有復發跡象。隨即進行放療，將整個前列腺及附近的淋巴都燒掉，PSA 值維持在 0.05 左右。

穴壓拔罐的解析

一、探究前列腺癌發病的起因

1. 偵測手段：穴道偵測及氣場感應

2. 診察發現：

- (1) 兩大腿內側根部附著在恥骨和坐骨恥骨枝處的肌肉群有細細硬硬纖維化的現象，左側又較為嚴重。
- (2) 鼠蹊兩側與泌尿和生殖的相關的主穴道都有病變的反應。

3. 歸納病變原因：

- (1) 個案確定曾經在河濱公園，騎了七年的越野單車，在騎的過程中兩腿用力，又因為不方便長時間憋尿。
- (2) 越野單車騎乘路徑有碎石、陡坡、驟降、急轉…顛簸，習慣單側腿用力，膝蓋因此受傷過。如以下三圖所示。





圖片出處：小婉，2018。〈不減的 MTB 魂-台灣單車越野賽〉。《單車時代》，
<<https://cyclingtime.com/tw/documents/8780.html>>。

二、推論前列腺癌復發的原因

1. **根除的必要條件：**治療上，若僅以放療、化療或開刀去除癌病灶，未徹底根除致病的原因，必定會再復發。因此指針穴壓治療首重探究致病成因並從根本解決，恢復肢體正常生理運作功能，自然得以避免復發。
2. **發病的病理機制：**大腿內側根部的肌肉群是附著在恥骨和坐骨的恥骨枝，此處位處下肢氣血經鼠蹊部聯繫軀幹的氣血兩脈循環，當肌肉群長期過度不當用力，致使受傷腫脹病變纖維化，即阻礙通過鼠蹊部上下腹腔和下肢之間的氣血循環。此處有泌尿及生殖系統的重要器官和主控穴道，對尿道而言前列腺包圍其四周，對另外組織比方提睪肌、睪丸、精索

等等，也會造成氣血阻塞，個案加上長時間憋尿，久了就影響相關泌尿及生殖系統等器官，致使前列腺癌化，成為病灶。

二、穴壓與拔罐的徹底治療方法

「癌」是由自己身體內的細胞變異所造成，發生的原因與人體氣血長期凝滯，造成組織缺氧有關。因此要以足夠氣能啟動人體自動修護機制，讓受傷纖維化的肌肉恢復正常生理功能，使上下腹腔和下肢之間的氣血循環，進入通暢且良好的循環，並使體內的氣能增強，促進細胞組織產生新陳代謝而更新，這就是徹底的根除治療方法。

三、治療的步驟：

1. 治療受傷纖維化的肌肉群

將大腿附著在恥骨坐骨的肌肉活化，去除阻塞陳舊受傷纖維化的組織，逐步使氣血通過鼠蹊處腹股溝進入腹腔內的泌尿生殖系統，強化局部氣血循環，使相關組織的更新代謝。

治療技術是成功的根本：(1) 治療的姿勢很重要，才能將治療位置顯示出來，如（圖一）；(2) 相對協同的肌肉群也會有陳舊傷害，需要一併治療，如（圖二）；(3) 各部位及兩側組織傷害的程度不同，要依其傷害部位和差異分別治療，如（圖三）；(4) 泌尿、生殖系統的各重要穴道都要開啟操控。

2. 拔罐

治療時，給予適度拔罐可以加速組織癒合的速度，增加 3~5 倍的治療效益。

3. 治療結果

個案自開始治療起，排尿順暢有明顯改善，下腹部感覺輕鬆。追蹤覆檢驗血顯示 PSA 值下降至正常值以內，核磁共振檢查也未見異常狀況。

圖一



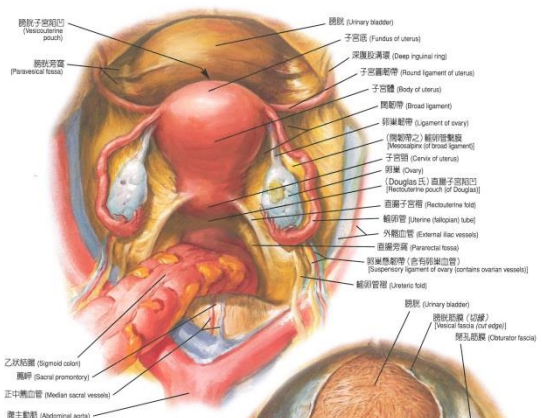
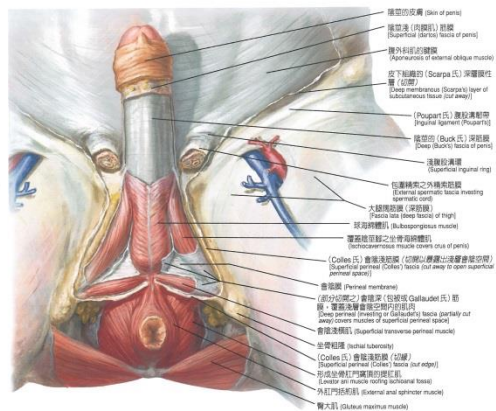
圖二



圖三



前列腺癌，就和女性的子宮肌瘤產生的原因相似。對男性而言，影響鼠蹊部腹股溝的肌肉、韌帶進入腹腔，如提睪肌的氣血循環不良，造成攝護腺增生的良性前列腺腫大。對女性而言，則因為鼠蹊部的圓韌帶影響子宮的氣血循環，造成子宮肌瘤。其原因，通常是因為大腿過度外翻、內翻或受到壓迫受傷，使內側肌肉群受傷，例如騎馬、跨欄、跳箱、騎機車腳踏墊放置物品致兩腿持續外翻、騎腳踏車…等，都可能發生傷害，阻礙氣血循環，致該部位器官組織腫脹長瘤成癌。



圖片出處：Frank H. Netter 著，蔡怡汝編譯，2011。《Netter's 人體解剖學圖譜》(5 版)。臺北市：臺灣愛思唯爾，圖 361 及圖 344。

四、結論

其實，男性的良性前列腺腫大和

現在騎乘單車已蔚為風氣，無論是幼兒的滑步車、小朋友的迷你車、市區 U—Bike、公路車環島、多元越野車道挑戰…幾乎是全民運動，在鼓勵單車運動的同時，更要宣導並教育騎乘單車的注意事項，比方選擇合適的

坐墊、正確的姿勢、正視受傷可能造成的影響、憋尿的後遺症等等，每個人有正確的認知，才能防範於未然，或在第一時間做正確的處置，減少傷害。



三色堇，又稱貓臉花。

Chris 攝於台北國際花博

System Review

穴壓治療在新冠肺炎疫情中的角色：文獻回顧

The role of complementary alternative medicine for COVID-19: A narrative review focusing on acupressure therapy

Ting-Yu Lin¹, Wei- Jung Chang¹, Chen-Yang Hsu^{1,2}, Sam Li-Sheng Chen³,
Sherry Yueh-Hsia Chiu⁴

林庭瑀¹、張維容¹、許辰陽^{1,2}、陳立昇³、邱月暇⁴

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

² Daichung Hospital, Miaoli, Taiwan

³ School of Oral Hygiene, College of Oral Medicine, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan

⁴ Department of Health Care Management, College of Management, Chang Gung University, Tao-Yuan, Taiwan

Correspondence author: Sherry Yueh-Hsia Chiu

摘要

研究目的

新冠肺炎疫情自 2020 年開始已在世界各國引起多波流行，至 2021 年 8 月已造成超過兩億一千萬人罹病以及 450 萬人死亡。目前西方醫學雖投入大量資源開發疫苗以及藥物，但仍有約 6% 及 2% 之罹病者進展至重症以及死亡。本研究旨在探討穴道指壓治療對於輔助西方醫學應用於治療新冠肺炎之實證研究基礎。

研究方法

本研究以穴道指壓治療以及新冠肺炎為關鍵字，搜尋學術資料庫之臨床應用效益評估文獻並摘取介入方法與研究主題相關者。共計納入 5 篇文獻。藉由對此收集文獻回顧，探討穴道指壓治療於新冠肺炎疫情之臨床應用實證。

研究結果

本研究所納入應用穴道指壓治療於新冠肺炎治療之 5 篇臨床文獻包含一篇傳統醫學治療介入準則，兩篇以穴道指壓治療對於新冠肺炎低風險個案症狀如呼吸道症狀以及腸胃道症狀之改善效益評估，一篇運用於重症病患呼吸功能效益評估文獻，以及一篇運用於降低疫苗施打後不良反應之效益評估文獻。文獻中採用

之研究設計包含隨機分派研究設計(一篇)以及世代追蹤研究設計(一篇)，其餘文獻運用之研究方法包含文獻回顧(一篇)以及隨機分派規劃(兩篇)。已發表文獻中，穴道指壓治療介入可顯著緩解低風險新冠肺炎病患包含呼吸道以及腸胃道之臨床症狀。

結論

目前運用穴道指壓治療於新冠肺炎個案治療或減緩疫苗相關之副作用實證研究仍相當有限。運用穴道指壓對於降低新冠肺炎感染或罹病之效益則尚未有實證評估文獻。發表之文獻中亦僅有一篇採用隨機分派臨床試驗評估介入之效益。穴壓治療對於目前世界新冠疫情之運用需要更多實證研究進行療效評估，以作為新冠肺炎病患以及其他輔助治療臨床建議之科學基礎。

關鍵詞

新冠肺炎，穴道指壓，傳統療法，文獻回顧

Abstract

Objectives

Since the COVID-19 pandemic announced by WHO in early 2020, several resurgences of epidemics have occurred word widely, taking the toll of 4.5 million deaths in more than 210 million cases up to the end of August, 2021. Although much efforts have been made, the proportion of high-risk state and death were around 6% and 2% among the COVID-19 cases, respectively. This review thus aims at exploring the role and current status of acupressure therapies for COVID-19.

Methods

Published literatures focusing on applying acupressure therapies for COVID-19 were retrieved from the PubMed database by using “acupressure” and “therapy” as the searching keywords. A total of 5 articles matching the scope of this study were enrolled. Current status on applying acupressure as a therapeutic modality for COVID-19 was explored by a narrative review for the enrolled articles.

Results

The topics of five enrolled articles addressing the use of acupressure for COVID-19 including the guidelines of using complementary alternative medicine for COVID-19 (one article), the efficacy of acupressure in relieving the respiratory and gastrointestinal symptoms of COVID-19 (two articles), the efficacy of acupressure in treating high-risk COVID-19 (one article), and the efficacy of acupressure in reducing the risk of adverse effect associated with COVID-19 vaccination (one article). The study designs for the enrolled articles including randomized controlled trial (one article), cohort design (one article), protocol for randomized controlled trial (two articles), and literature review (one article). Among the enrolled literatures, two articles showed

a significant efficacy of acupressure in the improvement of respiratory and gastrointestinal symptoms for low-risk COVID-19 patients.

Conclusion

While the acupressure therapies can be effective for the prevention and treatment of COVID-19, there is a lack of sufficient empirical evidence supporting the clinical application. There is a need for studies with sound design to evaluate the effectiveness of acupressure for COVID-19 and to guide the use of acupressure as a modality for preventing and treating COVID-19.

Keywords:

Acupressure, COVID-19, Complementary alternative medicine, literature review

研究背景

2019 年 12 月由湖北省武漢市發生的非典型性肺炎群聚事件至今已造成全球多波的疫情，全球感染個案數迄今已超過兩億一千萬人，造成的死亡人數亦達 450 萬人(World Health Organization, 2020, Chen et al., 2021)。面對此由新冠病毒(SARS-CoV-2)引起的世界大流行，各國除運用如邊境防疫、社交距離結合口罩與檢測等公共衛生防疫措施外，生物醫學與科學界亦共同合作快速發展多種不同機轉之疫苗，以達到降低感染、重症以及死亡之目的(Chen et al., 2021; Lin et al., 2021)。然而在新冠病毒的高傳播力以及不斷發生的變異病毒株的威脅下，在 2021 年 1 月以及 6 月分別受到 Alpha 變異株以及 Delta 變異株而引起全球疫情再起，在高疫苗施打國家如以色列以及英國等國家感染人數也有感染個案數增加之趨勢(World Health Organization, 2020)。

疫苗發展初期的 2020 年的高感染人數以及公衛防疫措施結合疫苗施打下的 2021 年全球疫情再起皆突顯了對於新冠肺炎臨床治療藥物的重要性。目前的藥物治療依據新冠肺炎疾病進展特性與感染初期病患尚未出現低血氧或僅需低流量氧氣輔助時以抗病毒藥物或單株抗體等降低體內病毒量為目的之治療為主，若病情惡化影響呼吸產生低血氧症狀則以抗發炎與免疫調控藥物為治療主軸(Rajesh et al., 2020; National Institutes of Health Guideline; World Health Organization Guideline)。在新冠肺炎疫情初期，死亡率約為 5%，近 16%的新冠病毒個案可能進展至發生嚴重低血氧之高度風險疾病狀態(Hsu et al., 2021, Chang et al., 2021)。雖然臨床醫學在此超過一年的世界大流行間持續開發新藥物以及嘗試既有之藥物，期望能發展對於新冠肺炎染疫者之有效療法，達到降低住院、重症，以及死亡之衝擊，在目前所發展之臨床療法下罹病個案之

死亡率與重症比例仍分別達 2%與 6% (Chang et al., 2021)。新冠肺炎疫情中罹病者眾，進展至中高風險之個案亦可能發生多重系統之長期併發症 (Schmidt et al., 2021)。

在新冠肺炎全球疫情持續蔓延與罹病個案增加的威脅下，以調控人體機能為主要介入機轉之傳統中醫療法可能對於罹病個案具有治療效益 (Li et al., 2021)，其中以氣為主軸的穴壓治療對於呼吸、循環、淋巴、代謝等免疫相關功能對於新冠肺炎罹病者亦可能減緩新冠肺炎個案之疾病進展達到降低臨床風險程度之效益 (Li et al., 2021; Hsieh., 2018)。應用中醫藥傳統療法治療新冠肺炎個案與 2020 疫情初期即有個案報告與臨床試驗進行，而穴道指壓治療有對於罹病個案之臨床效益則較少被提及。穴道指壓治療之非侵入特性對於低風險疾病狀態之罹病者或具有感染風險之接觸者之可能推行之療法。有鑑於此，本研究以文獻回顧方法針對穴道指壓治療是否可對於新冠肺炎罹病者達到降低疾病進展風險評估其臨床效益以及目前之科學實證基礎。

材料與方法

本研究主要針對穴道指壓治療對於新冠肺炎之臨床效益實證研究文獻蒐集回顧。以穴道指壓治療 (Acupressure) 為主要關鍵字，結合新冠肺炎 (COVID-19) 以及治療 (therapy) 搜尋 PubMed 學術文獻資料庫。除利用

PubMed 資料庫做為文獻查詢之基礎外，亦利各文獻之引用列表蒐集穴道指壓對於新冠肺炎個案治療之相關文章。對於傳統中醫治療之臨床效益評估文獻，本研究亦以 PubMed 資料庫以傳統療法 (complementary alternative medicine 以及 conventional alternative medicine、traditional Chinese medicine) 結合穴道指壓治療與新冠肺炎與治療作為關鍵字摘取發表文獻。本研究針對穴道指壓治療新冠肺炎個案以臨床試驗、追蹤性研究、病例-對照研究、橫斷式研究，以及介入方法報告、研究設計之相關文獻為主要蒐集目標。

研究結果

本研究於 PubMed 資料庫以前述關鍵字搜尋摘取 5 篇文獻，其中兩篇 (Kienle et al., 2021; Knoerl et al., 2021) 未納入穴道指壓治療為主要研究主題，一篇為講述耳穴指壓治療之一般原則 (Olshan-Perlmutter et al., 2021) 皆排除於文獻探討內容。運用所納入之文獻進行搜尋另納入 3 篇相關文獻，進行穴道指壓治療於新冠肺炎應用之實證文獻回顧中。以下分述納入之 5 篇文獻主題及研究結果。

傳統中醫 (Traditional Chinese medicine, TCM) 居家照護模式對於新冠肺炎出院病人之照護效果

根據大陸官方統計，截至 2020 年 4 月共計有 78580 人染新冠肺炎後治癒並出院返家，而在出院後仍會有諸多症狀產生，包括疲憊、頭痛、呼吸窘

迫、睡眠品質不佳或失眠、食慾不振等症狀，進而引想治癒後民眾的體能恢復及生活品質，而有 84% 民眾急需要以傳統中醫輔助療法協助。但根據新冠肺炎的防治準則，嚴重傳染途徑存在時，則施以封城、居家隔離、嚴禁聚集等，因此如何協助民眾獲得傳統中醫輔助治療？不外乎以居家式照護模式(Home-based TCM nursing care)為首要選擇，而傳統中醫照護種類相當多。2020 年 Xu 等人進行以居家式傳統中醫對於出院新冠肺炎病人介入治療之研究文章進行統合整理，並試圖找出居家傳統中醫照護準則。在科學性文章檢索中，包括針穴道指壓(Acupressure)、艾灸(moxibustion)、刮痧(Gua Sha)、煙燻法(fumigation)及拔罐(cupping)等重點進行檢索及介入效果評估(Xu, et al., 2020)。

統合分析結果可以歸納 5 個傳統中醫介入準則，以 11 個居家式傳統中醫且針對新冠肺炎康復或出院之病患介入，分別於北京、天津、四川及華中等地所完成的研究，顯示穴道指壓及艾灸兩者對於新冠肺炎病患有較強的效果。穴道指壓是採用針對疾病別給予不同穴道的指壓刺激；艾灸，根據中國藥典闡述，艾灸即透過艾粒或艾條在穴道上以燃燒方式產生溫熱，以行氣活血、祛濕除寒作用，提高陽氣，增強身體抵抗力。結果顯示艾灸或穴道指壓對於 RN-12 及 ST-36 穴道有相當強度的效果，該穴道對於人體

脾臟及胃具有效果，因此可以改善康復病患食慾進而改善體力恢復。但綜觀這些研究，仍缺乏以隨機分派試驗(randomized controlled trial, RCT)之研究設計進行評估，因此在科學性之推論比較薄弱，未來如有以 RCT 之方式進行評估，將可獲得較客觀且實證力強的研究結果證明。

改良式復健運動(MRE)結合穴道指壓介入對於輕症新冠肺炎病患輔助之成效

根據新冠肺炎感染後之後續追蹤研究顯示，即使新冠肺炎病患出院後，其呼吸系統隨之受影響，包括氣體交換、血氧濃度等等，有研究追蹤感染後四個月之資料顯示肺部功能受損(Anastasio et al., 2021)。綜觀傳統中醫輔助療法，八段錦(Eight-Section Brocade)是帶動全身運動外，也需要於肢體運動過程中練習呼氣及吸氣方式，以調節個人之呼吸系統之協調及順暢。Zha 等人於 2020 年中國武漢火神山方艙醫院(Huoshenshan hospital)之 60 位新冠肺炎染病患者，邀請個案接受改良式復健運動(Modified Rehabilitation Exercise, MRE)及穴道指壓方式，作為輔助醫療，以降低新冠肺炎對於肺部功能損害。改良式復健運動(MRE)即根據傳統八段錦進行改良，包括(1)頭上仰，胸部及肩膀伸展；(2)以腳跟抬起之站立方式，對上半身指壓；(3)上半旋轉模式，帶動氣管及胸部等部位之運動及振動方式，擴大胸腔空間，增加氧

氣進入; (4)手部穴道指壓方式, 針對手部三個穴道進行指壓。結果顯示在住院時及出院後 4 週, 在乾咳(dry cough)(41.7% →11.7%)、咳嗽(productive cough)(43.3% →11.7%)、排痰困難(difficulty in expectoration)(35% →8.3%)、呼吸困難(Dyspnea)(50.0% →15.0%)等症狀皆在病患出院後有顯著下降(Zha et al., 2020)。

足三里(Zusanli) 穴道指壓對於新冠肺炎病患之食慾改善實證研究

根據經絡與穴位記載, 足三里位於小腿前外側, 該穴位之經絡與胃痛、腹脹、便秘等腸胃相關症狀有關。透過該穴道指壓可以促進消化系統功能並緩解腸胃道相關不適症狀。受新冠病毒感染病患, 除了一般呼吸及血中含氧量變化外, 部分病患也會出現食慾不振現象。2021 年南京醫學大學 Wang 等人以隨機分派研究設計進行傳統中醫按摩及指壓對於新冠肺炎病患介入方式之評估。該研究於武漢方艙醫院邀請 120 名新冠肺炎病患進行隨機分派試驗, 最後 55 名為對照組, 另外 55 名個案為介入組, 介入模式為腹部按摩及足三里指壓方式進行, 其中腹部按摩法包括按摩四大法揉按法(kneading)、撫摸法(stroking)、震動法(Vibration)、撫推法(effleurage)等四種於腹部進行順時鐘方式按摩, 另外再以足三里指壓法, 足三里為 ST-36 穴道位置進行指壓, 以 1-1.5 公分深度之指壓方式, 以大拇指指壓五次後休息兩

秒, 持續循環三分鐘之指壓, 兩種介入維持 7 天。介入前及介入後皆以簡易食慾量表(Simpli 69 ed Nutritional Appetite Questionnaire, SNAQ)進行評估。該研究七天後評估顯示, 介入組在 SNAQ 食慾問卷中, 有顯著提高(p-value=0.0004), 從 14.07 分提高至 15.55 分; 另一方面, 在食慾不佳的人數百分比呈現顯著下降, 由介入前 41.8%降低至 10.9%, 研究結果顯示結合腹部按摩及足三里穴道指壓可以顯著改善新冠肺炎病患之食慾(Wang, et al., 2021)。

前述兩篇運用穴道指壓治療於新冠肺炎實證研究之研究設計、介入方法、樣本數, 以及臨床效益評估工具統整於表 1。

以科學實證研究設計評估傳統另類療法—耳朵穴道按摩, 降低新冠肺炎疫苗施打後副作用

表 1. 穴道指壓相關治療對於新冠肺炎病患之症狀減緩臨床效益評估

文獻發表 年度及作者	介入方法	目的	研究設計	研究人數	評估工具	成效
2020, Zha 等人 中國大陸	改良式復健運動 (八段錦) 結合穴道指壓	輕症新冠肺炎 病患出院後並世代追蹤 發症降低		60 名病患	症狀	症狀減緩比例 (入院→出院後第 4 週) (1)乾咳(41.7%→11.7%) (2)咳嗽(43.3%→11.7%) (3)排痰困難(35%→8.3%) (4)呼吸困難 (50.0%→15.0%)
2021, Wang 等人 中國大陸	足三里為 ST-36 穴道指壓	改善消化系統 功能並緩解腸胃 不適症狀	隨機分派	110 名病患 (1)介入組 55 名 (2)對照組 55 名	簡易食慾量表(SNAQ)	(1)SNAQ 食慾分數提高： 14.07→15.55 (2)介入組食慾不佳百分比顯著 下降

就前言所述，目前全世界積極推動新冠肺炎疫苗施打，而施打後會產生一些副作用，包括發燒、肌肉或關節痠痛、噁心、嘔吐、頭痛、拉肚子、施打部位腫脹等等。2021 年 Fu 等人設計以多中心、平行三組、隨機分派試驗之研究設計，欲評估以耳朵穴道指壓(auricular point acupressure, APA)之傳統另類療法對於新冠肺炎疫苗施打後能否有效降低疼痛、疲憊及腸胃不適等症狀。預定邀請 360 名新冠肺炎疫苗施打者接受隨機分派試驗且以 1:1:1 方式。平行進行三組分別為(1)以耳朵 5 個穴道按摩(APA)方式，以症狀為導向(symptom-specific)之按摩。兩耳共計 10 個點穴道，每天執行 3-4 次穴道自我按摩，每次約 1 分鐘左右，持續按摩執行 5 天；(2)非症狀為導向之假耳朵按摩方法，沒有針對症狀的穴道進行按摩，頻率及時間與第(1)組一樣；(3)對照組，皆未執行任何介入。預定於第一劑及第二劑個別施打後之第三天、第七天、第 15 天時進行評估，並以視覺類比量表(visual analogue scale, VAS)進行評估(Fu et al., 2021)。

以科學實證研究設計評估傳統另類療法－六字訣氣功(Liu Zi Jue Qigong)，改善重症新冠肺炎病患呼吸功能

傳統氣功法－六字訣氣功(Liu Zi Jue Qigong)是透過呼吸氣長短、發音、

吐氣等動作來達到減緩腦波的放鬆，使焦慮或緊張降低，促進身心平衡狀態。六字訣氣功分別為肝(噓)→心(呵)→脾(呼)→肺(呬)→腎(吹)→三焦(嘻)方式以達到練功的效果。2020 年 Zhang 等人欲透過隨機分派設計(RCT)研究，評估六字訣氣功對於重症新冠肺炎病患之介入性治療，以提升呼吸功能並改善生活品質。該研究預定以 128 名 20-80 歲病患進行 1:1，兩組平行、隨機分派方式進行，一組為介入組，以指壓治療結合六字訣氣功方式作為介入方案，自住院後，每天給予兩次介入方案，直到出院為止。在穴道指壓方面，將針對 T3、CV17、Lu1 三個穴位進行每次 50 次指壓方式進行。另一組為對照組，除一般治療外，未給予任何傳統另類療法。評估時間點共計三個，治療前、住院後第七天、出院時。評估基礎指標為呼吸功能改善，將以改良型呼吸困難量表(Modified Medical Research Council Dyspnea Scale)進行呼吸困難度評估，另一方面以日常活動巴氏量表(Activities of Daily Living Barthel Index Scale)及 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Scale 進行生活品質評估(Zhang et al., 2020)。

此兩篇關於運用穴道相關治療於新冠肺炎病患之研究設計、介入方式及目的地、及評估項目規劃統整於表 2。

表 2. 運用穴道指壓相關治療於新冠肺炎病患與疫苗施打輔助治療之研究設計、介入方式，及臨床評估項目

文獻發表 年度及作者	介入方法	研究方法	目的	預定人數及組別	評估工具
2021, Fu 等人 中國大陸	耳穴按摩	隨機分派	降低新冠肺炎 疫苗施打後副作用	360 名病患，每組 120 名。 (1)症狀導向，耳朵特定穴位 指壓 (2)非症狀為導向之假耳朵 按摩方法 (3)對照組	視覺類比量表(VAS)
2020, Zhang 等人 中國大陸	T3、CV17、Lu1 穴道 指壓合併六字訣氣功	隨機分派	改善重症新冠肺炎 病患呼吸功能	128 名病患，每組 64 名。 (1)穴道指壓＋六字訣氣功 (2)對照組	改良型呼吸困難量表， 日常活動巴氏量表， 病患健康量表

結論

新冠肺炎疫情已持續超過一年，在高傳播力以及免疫逃識的變種病毒持續發生的威脅下，2021 年世界各國即使在大規模疫苗施打下新冠病毒仍造成大規模疫情。傳統醫療在人體免疫以及呼吸功能調控之基礎上對於新冠肺炎的預防以及治療可望具有相當程度效益。除了運用於新冠肺炎罹病者之治療外，透過相關傳統中醫相關方法亦可能減緩疫苗施打所帶來的副作用。有鑒於此，應用中醫藥傳統療法作為輔助治療新冠肺炎個案以及結合運用於疫苗施打於 2020 疫情初期即有個案報告與臨床試驗持續進行(Chan et al., 2020; Tsai et al., 2021; Liang et al., 2021; Chu et al., 2021; Li et al., 2021)。雖然中醫藥應用於新冠肺炎病患之介入研究已廣泛進行並且在隨機分派研究設計之科學驗證下，有部分運用於臨床治療中(Tsai et al., 2021; Chu et al., 2021; Li et al., 2021)，但穴道指壓治療對於罹病個案之臨床效益則較少被提及。穴道指壓治療之非侵入特性使其可能推廣於預防以及低風險病患之治療。此外，高風險病患在抗發炎治療下亦可能得益於以氣為基礎之功能調控介入。

綜觀目前對穴道指壓治療應用於新冠肺炎之實證研究缺乏，發表之文獻亦多缺乏如隨機分派研究之設計支持其效益評估之科學基礎。穴壓治療運用於目前世界新冠疫情需要更多實證研究進行療效評估，以作為新冠肺炎病患以及其他輔助治療臨床建議之科學基礎。

參考文獻

- Anastasio, F, Barbuto, S, Scarnecchia, E, et al., 2021. "Medium-term impact of COVID-19 on pulmonary function, functional capacity and quality of life." [published online ahead of print, 2021 Feb 11]. *Eur Respir J.*, 2004015.
- Chan, KW, Wong, VT, Tang, SCW, 2020. "COVID-19: An Update on the Epidemiological, Clinical, Preventive and Therapeutic Evidence and Guidelines of Integrative Chinese-Western Medicine for the Management of 2019 Novel Coronavirus Disease." *Am J Chin Med.*, 48(3):737-762. doi:10.1142/S0192415X20500378
- Chang, WJ, Chen, YC, Hsu, CY, et al., 2021. "Probabilistic forecasts of COVID-19 deaths with the progression rate from pneumonia to ARDS: An open-data-based global study." *J Formos Med Assoc.*, 120 Suppl 1:S69-S76. doi:10.1016/j.jfma.2021.05.016
- Chen, CL, Lai, CC, Luh, DL, et al., 2021. "Review of epidemic, containment strategies, clinical management, and economic evaluation of COVID-19 pandemic." *J Formos Med Assoc.*, 120 Suppl 1:S6-S18. doi:10.1016/j.jfma.2021.05.022
- Chu, L, Huang, F, Zhang, et al., 2021. "Current status of traditional Chinese medicine for the treatment of COVID-19 in China." *Chin Med.*, 16(1):63. Published 2021 Jul 27. doi:10.1186/s13020-021-00461-y
- Fu, Q, Xie, H, Zhou, L, et al., 2021. "Traditional Chinese medicine auricular point acupressure for the relief of pain, fatigue, and gastrointestinal adverse reactions after the injection of novel coronavirus-19 vaccines: a structured summary of a study protocol for a multicentre, three-arm, single-blind, prospective randomized controlled trial." *Trials*, 22(1):162. doi: 10.1186/s13063-021-05138-3.
- Gandhi, Rajesh T., John B. Lynch, and Carlos Del Rio, 2020. "Mild or moderate Covid-19." *New England Journal of Medicine*, 383(18):1757-1766.
- Hsieh, LC, 2018. "Introduction to Acupressure." *Journal of Neo-Medicine*, Vol. 1 No. 1, <https://covid19.who.int/>, accessed in August 25, 2020.
- Kienle, GS, Werthmann P, Grotejohann B, et al., 2021. "Addressing COVID-19 challenges in

- a randomised controlled trial on exercise interventions in a high-risk population.” *BMC Geriatr*, 21(1):287.
doi:10.1186/s12877-021-02232-8
- Knoerl, R, Phillips CS, Berfield J, et al., 2021. “Lessons learned from the delivery of virtual integrative oncology interventions in clinical practice and research during the COVID-19 pandemic.” *Support Care Cancer*, 29(8):4191-4194.
doi:10.1007/s00520-021-06174-0
- Li, F, Jiang, Y, Yue, B, Luan, L, 2021. “Use of traditional Chinese medicine as an adjunctive treatment for COVID-19: A systematic review and meta-analysis.” *Medicine (Baltimore)*, 100(30):e26641.
doi:10.1097/MD.00000000000026641
- Liang, SB, Fang, M, Liang, CH, et al., 2021. “Therapeutic effects and safety of oral Chinese patent medicine for COVID-19: A rapid systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.” *Complement Ther Med.*, 60:102744.
doi:10.1016/j.ctim.2021.102744
- Lin, TY, Liao, SH, Lai, CC, Paci, E, Chuang, SY., 2021. “Effectiveness of non-pharmaceutical interventions and vaccine for containing the spread of COVID-19: Three illustrations before and after vaccination periods.” *J Formos Med Assoc.*, 120 Suppl 1:S46-S56.
doi:10.1016/j.jfma.2021.05.015
- National Institute of Health. COVID-19 Treatment guidelines.
<https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/management/clinical-management/hospitalized-adults--therapeutic-management/>, Accessed 25 Aug 2021
- Olshan-Perlmutter, Michelle, and Kenneth Carter, 2021. “NADA Ear Acupressure for COVID-19 Stress Management.” *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, 5 (2): 11-17.
- Schmidt, C., 2021. “COVID-19 long haulers.” *Nat Biotechnol.*, 39(8):908-913.
doi:10.1038/s41587-021-00984-7
- Tsai, KC, Huang, YC, Liaw, CC, et al., 2021. “A traditional Chinese medicine formula NRICM101 to target COVID-19 through multiple pathways: A bedside-to-bench study.” *Biomed Pharmacother*, 133:111037.
doi:10.1016/j.biopha.2020.111037
- Wang, L, Peng, J, Liu, H, et al., 2021. “Usefulness of Abdominal Massage and ST-36 (Zusanli) Acupressure in Improving The Appetite of COVID-19 Patients Treated in a Makeshift Hospital: A Randomized Controlled Trial.” *Research Square*, DOI: 10.21203/rs.3.rs-642536/v1.
- World Health Organization, 2020. *Therapeutics and COVID-19: living guideline*. (No. WHO/2019-nCov/remdesivir/2020.1).
<https://www.who.int/publications/i/item/therapeuticsand-covid-19-living-guideline> Accessed on 6 Dec 2020.
- Xu, X, Shi, YN, Wang, RY, et al., 2020. “Home-based traditional Chinese medicine nursing interventions for discharged patients with COVID-19: a rapid review of Chinese guidelines.” *Integr Med Res.*, 9(3):100479.
doi:10.1016/j.imr.2020.100479
- Zha, L, Xu, X, Wang, D, et al., 2020. “Modified rehabilitation exercises for mild cases of COVID-19.” *Ann Palliat Med.*, 9(5):3100-3106.
- Zhang, S, Zhu, Q, Zha, et al., 2020. “Acupressure therapy and Liu Zi Jue Qigong for pulmonary function and quality of life in patients with severe novel coronavirus pneumonia (COVID-19): a study protocol for a randomized controlled trial.” *Trials*, 21(1):751.

預防保健

散瞳劑治療近視的藥理機制與影響

吳雪鳳*

*穴壓與拔罐學會研究員、國立高雄大學兼任副教授

關鍵詞：散瞳劑、近視

台灣近視人口比例全球名列前茅，根據衛生福利部委託台大醫院團隊以散瞳驗光方式調查 2017 年國內國小六年級生的近視盛行率為 70.6%，國中三年級生為 89.3%，其中高度近視大於 500 度佔其同齡學生的比例：國小六年級生為 10.3%、國中三年級生為 28%，以及高中三年級生為 35.7%。（衛生福利部國民健康署，2020：衛生福利部國民健康署）在這樣高度近視盛行率的狀況下，「散瞳劑」是台灣常見治療孩童近視的標準用藥，該藥劑被視為具有延緩近視惡化與預防高度近視的顯著治療方式。在散瞳劑被普遍運用於近視治療的同時，值得我們深入探討的是何以台灣的學童隨著年齡的增長，其近視盛行率與高度近視率也隨之增加，而散瞳劑在其中的作用是什麼呢？本文期藉由分析眼睛的生理運作機制與該藥劑如何在人體內產生作用的關聯性，探究散瞳劑對近視治療的療效及其是否有副作用。

一、眼睛的生理運作機制與治療近視的藥理邏輯

控制眼睛看遠看近，是由眼球內一條小肌肉，睫狀肌，所控制，而控制睫狀肌的是副交感神經，同時副交

感神經也控制瞳孔的收縮。近視是指睫狀肌長期處於收縮狀態，眼睛只能看近，不能看遠。

為了改善近視現象，眼科醫師普遍使用副交感神經的抑制劑來強迫睫狀肌放鬆。依照藥學原理，這一藥劑使用後，人體的生理機制反應如下：首先，睫狀肌因為藥物抑制其緊縮狀態而放鬆，眼睛處於看遠狀態，看近功能被抑制；其次，副交感神經被抑制，會導致瞳孔無法收縮，呈現放大狀態，因而造成過多的光線進入眼睛，所以眼睛自然會產生怕光的現象。這一用藥的過程值得我們重視的是「抑制」這一基本原則，它讓人體的生理調節機制處於被強迫的麻痺狀態，一旦人體的機能因為長期麻痺而失去原有的調節功能時，這對人體所造成的傷害將是永久性，且很難復原的。

二、散瞳劑（Atropin）的藥理運作機制

目前台灣眼科醫師所使用的睫狀肌放鬆劑，俗稱「散瞳劑」，分為長效（Atropin）與短效（Tropicamide、Mydracil、Mydrin）兩種。由於短效型散瞳劑對抑制近視度數增加的效果不佳，多用於眼底檢查，而長效型效

果較強，因而被廣泛地運用於預防近視度數加深。

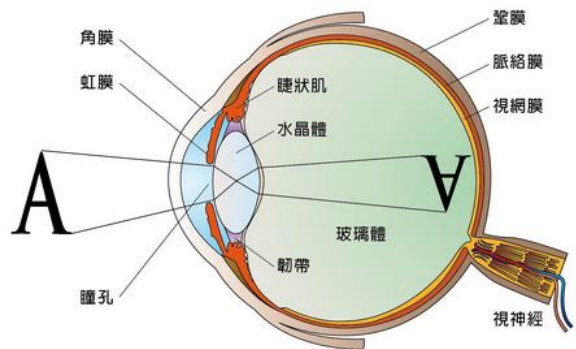
然而長效型散瞳劑（Atropin）被質疑的地方是瞳孔長期處於放大狀態，會讓過多紫外線進入眼睛，造成黃斑部病變等永久性傷害，這傷害遠大於近視本身。另外，更值得我們關注的問題是：Atropine 對副交感神經的藥理影響範圍僅限於眼睛嗎？還是擴及所有副交感神經的管轄範圍？答案是後者，因為 Atropine 並不具有自動偵測分辨能力，只要是 Atropine 藥性所能抑制的範圍，都包括在內。

那麼 Atropine 的藥理運作機制是什麼呢？由於 Atropine 的藥理作用於副交感神經，所以我們必須先了解副交感神經的運作原理。副交感神經執行動作的步驟是：中樞神經系統的神經纖維分泌神經傳導物質，乙醯膽鹼（Acetylcholine），結合作用細胞的專一接受器，造成細胞蛋白質分子在結構上的改變，進而興奮或抑制該細胞，形成神經元與作用器官間的傳導。在神經系統中，乙醯膽鹼可以活化兩種不同的接受器：蕁毒鹼（muscarinic）與菸鹼兩大接受器，（Guyton, 2008: 752）其中蕁毒鹼接受器廣泛分布於中樞神經及副交感神經系統。Atropine 之所以能影響副交感神經的運作，在於它是從毒蕁提煉出來的蕁毒鹼，會對蕁毒鹼接受器產生抑制作用。因此，五大蕁毒鹼接受器：M1, M2, M3, M4, M5 的功能都會被 Atropine 阻斷，進而抑制副交感神經，達到抑制眼睛睫狀肌的緊縮作用。

三、Atropin 對人體器官的影響

Atropine 被用來治療近視，令人質

疑之處在於它對五大蕁毒鹼接受器不具有選擇性，而控制近視的對抗肌只由 M1 與 M4 蕁毒鹼接受器負責，又近視是發生在鞏膜，而 Atropine 的藥理路徑為視網膜。（McBrien, 2013: 373-378）換句話說，一個在前端，一個在後端，（參見圖一）因而這一作用也令人質疑。再加上，這一抑制機制只能做為延遲近視的發展，對於降低近視的度數並無實質效益，同時又抑制副交感神經其他功能的運作，影響範圍很大。



資料來源：黃榆儒繪，2010：發達網。

進一步來看，副交感神經除了影響眼睛的生理調節機制外，同時負責放鬆括約肌，增加腸胃道蠕動，促進人體消化系統；降低心臟的幫浦作用，讓劇烈運動後的心臟得以喘息；刺激鼻腔、淚腺、唾腺、汗腺及許多消化腺等分泌物的功能。（Guyton, 2008: 753-755）所以，長期或過度使用 Atropine（一般治療量0.5-1mg）抑制副交感神經功能時，常會有口、鼻、咽喉乾燥、出汗減少、視力模糊、心悸、皮膚乾燥潮紅、眩暈、排尿困難、便秘等副作用。（林志彬、金有豫編，2002：92；Clark, ed., 1996: 115）

「散瞳劑」從 1971 年被運用於治療近視至今，經過這麼多年，如果「散

瞳劑」對於改善或預防人類近視症狀有重大顯著的貢獻，那麼那些經過藥劑治療的孩子應該不會受近視度數加深的困擾，甚至近視將可遠離人類的眼睛病症。換句話說，如果真有成效，為什麼美國主要的配藥公司不積極地把該藥物對人體的實驗結果送交美國食品藥物管理局，取得有關 Atropine 做為人體用藥的許可證，獲得更大的商機呢？(Cooper, 2009: Review of Optometry)事實上，台灣學童的近視盛行率並未因用藥而降低，從幼稚園大班的 9.0%、國小六年級的 70.9%，到國、高中平均超過 85%，這非常值得我們反思。(衛生福利部國民健康署，2020：衛生福利部國民健康署)這些現象就是我們探索「散瞳劑」實際對人體影響的原因，而真正預防近視則必須從眼睛的生理調節機制這一根源著手——不過度或不當使用眼睛，適當使用 3C 產品，適時休息，才是治本之道。

參考文獻：

- 林志彬、金有豫編，2002。《醫用藥理學》。台北：九州圖書文物有限公司。(林志彬、金有豫編，2002：92)
- 黃榆儒繪，2010。〈失去光明的水晶：淺談白內障〉，《發達網》，
<<http://www.s8088.com/forum.php?mod=viewthread&tid=459210>>。
- 衛生福利部國民健康署，〈視力保健〉，《衛生福利部國民健康署》，2020 年 12 月 23 日，
<<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=45>>。
- Clark, Brater, Johnson ed., 高雅靜譯，1996。《醫用藥理學》。台北：合記圖書出版社。
- Cooper, Jeffrey, Dec. 16, 2009. "Letters to the Editor," *Review of Optometry*,
<<http://www.reviewofoptometry.com/content/c/17770/>>.
- Guyton, Arthur C. and Hall, John E. 著，樓迎統等譯，2008。《醫用生理學》(Textbook of Medical Physiology)。台北：台灣愛思唯爾有限公司。
- McBrien, Neville A., Stell, William K., and Carr, Brittany, 2013. "How does atropine exert its anti-myopia effects?" *Ophthalmic & Physiological Optics*, No. 33, pp. 373-378.

練氣專欄

練氣與病氣滯留體內產生症狀的關係的個案研究

張美意*

*穴壓與拔罐學會研究員

個案：女，30歲。

主訴：易疲勞、嗜睡、低血壓、肥胖、
飛蚊症、痛經、怕冷等約一年
之久。

學經歷：北大中醫系畢業，在北京一
家中醫院就職，主要負責用針
治療病人的醫療工作。

過去病史：中等體位，生化檢查顯示
肝功能稍有異常，無系統性疾
病史。

理學檢查：無異常，除臉色暗沉發黑、
指尖關節有泛黑現象。

問及其主修科目及工作：個案解
釋自己主修針灸科，前兩年起在中醫
院跟診；在醫師針灸後，她負責拔針，
主要治療重症病患，尤其以面癱最
多。

診察分析

1. 病患年輕，無歲月老化的影響，
且無系統性疾病。
2. 無外來傷害，亦無內部器官組織
的損壞。
3. 神情意識自在，無精神異常的現
象。

4. 病患喜愛現職，工作順利生活正
常。

5. 病患未曾練氣，亦不熟悉有關氣
功的知識經驗。

診察結論

個案在幫病人拔針時，將病氣反
回入自身體內，雖然身體沒有直接傷
害，但病氣轉化成濁氣，除非練過氣
有能力排出濁氣外，經過長時間後，
濁氣沉澱逐漸影響全身器官的功能，
後集中在臉部及最接近病氣的指關節
處呈現泛黑現象。當體內貯積大量濁
氣時，身體就出現容易疲勞、嗜睡、
怕冷等如主訴的症狀。此現象通常發
生在沒經過練氣、導氣訓練的一般人，
無法將穢氣排除體外。

婦女專欄

婦女下腹部疼痛原因的探討

洪韻媚*

*穴壓與拔罐學會資深研究員

關鍵詞：婦女下腹部、疼痛

除了外傷，婦女最常見的下腹部疼痛最多的是與月經有關，「痛經」通常會持續 1~3 天，需要臥床休息或服用止痛藥劑。若下腹部疼痛是慢性的自然不與月經有關，這時需要探查原因將之去除，倘若尋找不出原因，一般人只好隱忍，等待疼痛的症狀更為明顯難忍時，再查看比較容易找出原因。事實上，身體有疼痛就是有病症，可以是明顯的，也可以是潛藏的，最終還是需要探查原因將之去除，即使是月經造成的劇烈痛經，也是可以找出致痛的原因，否則就是傷害健康。

以下舉出幾個特殊的例子來說明

(一) 40 餘歲女性，10 幾年來每次月經來潮時下腹疼痛無比，弓身彎腰強力按壓時方可稍緩，但不能止痛，看醫師服藥也無效，必需經過數日後方得自然舒緩。以穴道偵測，發現病患右側帶脈上有陳舊巨大能量的傷害，類似靈力一般，隨月經血液的聚集壓迫下腹部組織上的神經而致劇痛。這種能量貯積的傷害不易處理，藉多方面助力方解除之。之後每次月經來時都平安無事。

(二) 40 餘歲女性，某日凌晨突發下腹疼痛無法入眠。至某大醫院泌尿科就醫，泌尿科醫師做完腹部超音波及觸診後，評估不是膀胱的問題，疑是腹膜炎，闌尾炎，甚至是子宮的問題，解釋疼痛原因不單純需緊急轉診做電腦斷層掃描。配合各項尿液、血液檢查和婦產科醫師的會診後說：看不出下腹痛的原因，也排除腹膜炎等的問題，然後給予服藥處理。下腹部的疼痛依然存在。以穴道偵測發現其痛因來自大腿內側上緣的圓韌帶曾嚴重拉傷，近日再患而爆發。這圓韌帶在兩側大腿內側，自腿根與腹部相接入下腹部內子宮兩側的闊韌帶中，因牽扯下腹部內各器官，所以引起劇烈疼痛。再深究其原因，原來病患幾十年來長期騎機車時讓小孩坐在身前，自己跨坐兩邊大腿過度外張造成嚴重拉傷。經穴壓治療下腹部的疼痛終於改善痊癒。再進一步深層探究，原來病患在國小時迷上了跳高和跳橡皮筋，獲得無數掌聲，樂此不疲，兩邊大腿過度外張，終是埋下病根。

(三) 20 餘歲女性，自以為健康沒有病痛，但長年難以入眠，經常要

躺在床上 1~2 個小時後才得入睡；自以為工作壓力太大、肩頸僵硬、腸胃不適等造成，即使試過許多解壓舒眠偏方也無效，四處尋醫生但多沒有用，所以也就隱忍了，家人還要配合保持安靜的環境，然後病患才能睡著。這弓腳的習慣被謝醫師發現並解讀為夜裡很難入睡、腳放不下來是因為放下來下腹部會痛，其原因是腿內上緣有傷，原因是曾經長期做劈腿的動作。病患這時方才驚訝這個真相，因為她小時候喜歡跨欄跳高和撐竿跳，是這類運動的高手。經過治療病患的臀部及大腿根部的肌腱韌帶後，當天晚上病患躺下去幾分鐘立刻就睡著了！

（四）「痛經」：造成婦女下腹部劇痛最常見且最多的情況就是所謂的「痛經」，其肇因是下腹部器官組織周圍的氣脈滯礙不通，月經來時子宮內所帶來廢棄的氣血無法排出，致壓迫下腹部的神經而致疼痛。通常只要疏通排除阻塞，重建順暢的氣脈後，可以一勞永逸不會再患。

事實上，婦女下腹部劇痛的原因是多樣化且因人而異，除以上所述之外，常見的原因還有以下諸點：

1. 麻醉風險：下腹部手術後麻醉藥未完全排出。
2. 傷口癒合不好：下腹部手術後癒合不良，癒合過程中因結締組織增生造成蟹足腫，可分在皮表或往內生長，壓迫下腹部的神經而致疼痛。
3. 腹腔沾黏、腸沾黏、腸功能運作不佳，腸胃脹氣，整體消化系統功能不好而致疼痛。
4. 泌尿神經系統的傷害：一察覺尿意，就無法忍住或解尿困難所造成的疼痛。
5. 任脈運行的切斷：腹部、胸部的腫脹，呼吸淺短困難所造成的疼痛。

參考文獻：

穴壓與拔罐學會，2020。《醫學雜誌》，Vol.3 No. 2。



E 諮詢

Q

1. 針眼輪流長不停歇

幾年來不斷左、右眼輪流長針眼。眼藥、手術都作過，還是不停歇，很困擾。要如何？

A

針眼是眼皮腺體阻塞或是腺體發炎化膿所形成，前者是腺體單純產生慢性肉芽組織的硬塊，後者則是受到細菌感染產生紅、腫、熱、痛的症狀。兩者都可以長在眼皮內或眼皮外，就像長在眼皮上的青春痘一般。長針眼時要注意眼部清潔衛生，避免用手揉眼睛，發炎化膿時要先處理細菌感染的問題，不過根本的治療方法是徹底去除病因，也就是眼部包括眼皮腺體的氣血循環不良，而造成組織血管不通所形成的阻塞，又因阻塞不通就容易受到細菌感染。只有讓眼部氣血循環暢通，才能完全根除。

治療及保養的方法請參閱：

- (1) <https://lisahsieh.pixnet.net/blog/post/83607143-%E9%87%9D%E7%9C%BC%E7%9A%84%E8%8B%A6%E6%83%B1>
- (2) <http://lisahsieh.pixnet.net/blog/post/45915438>

6.1 眼部的自我DIY 使用穴壓預防、保健和緩解的體操

Q

2. 嚴重腹瀉脫水的預防保健治療法

嚴重腹瀉如何可以讓身體腸道功能快速恢復正常？

A

大部份嚴重腹瀉多因食用受污染或不新鮮的食物所致，若使用「止瀉劑」反而是將有毒的物質滯留在腸道內，讓身體受到更大的傷害，所以最好儘快排出。在腹瀉初期，建議讓身體迅速排出有毒物質，不要飲食至少禁食兩餐以上，這樣毒素才能排空。

當腹瀉過度、水分大量流失時，連帶血中電解質的鈉、鉀也流失，影響腸道的再吸收功能，會加劇身體脫水，使體力喪失。此時，可以飲用不含米粒的米湯加上少許**不含油質的醬花瓜汁**當水盡量喝；一來，米湯可補充水分，其所含的澱粉可使腸道得到碳水化合物能量的補充；二來，因醬花瓜汁中含各種純淨的電解質，可提供鈉、鉀的來源，使體內電解質濃度恢復平衡，如此有助腹瀉加速停止，身體腸道功能快速恢復正常，是嚴重腹瀉脫水最佳的預防保健治療法。

Q

3. 夜不安寧

婦人產後三週，其女嬰每四個小時瓶餵牛奶並拍嗝後卻仍嚎啕大哭，尤其夜間時，何故？

A

如若沒有其他病症，應檢視女嬰肚臍眼是否癒合。三週大的嬰兒肚臍眼應完全無縫閉合，如未閉合時，吸奶運動會將空氣自肚臍吸入

腹腔內造成脹氣；又瓶餵牛奶時也會吃進大量空氣到胃部，而拍嗝僅能將胃中部分的空氣噁出，腹腔內的脹氣無法排除，這種現象在平躺時特別明顯不舒服，因此每次瓶餵後容易哭鬧，哭到累、疲倦才能入睡。



盛開的鬱金香

Chris 攝於泥火山之鄉－台東縣富里鄉羅山村

稿約

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

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

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

投稿須知

- 一、新醫學雜誌 (Journal of Neo-medicine, ISSN 2617-7447) 為穴壓與拔罐學會所發行之醫學學術性刊物，每年 2 月及 8 月出版。
- 二、本刊投稿之文章全文以五千字為限（含中、英文摘要與圖表）。中、英文摘要五百字以內（內容包含研究目的、方法、結果與結論，以一段式呈現）。中、英文關鍵詞以不超過五個為限。
- 三、本刊稿件一律為電腦打字 Word 檔（12 號字，中文字體以標楷體，英文字體以 Times New Roman，單行間距，中文標點符號用全型，英文標點符號用半型，稿件若為簡體字請自行轉換為繁體字），並將「投稿者基本資料表及未曾出版聲明」、「著作授權同意書」、「著作權讓與同意書」掃描為圖檔加於稿件最後。（請至穴壓與拔罐學會網頁下載：<https://aca999.pixnet.net/blog>; <https://sites.google.com/view/acataiwan>）
- 四、請勿一稿兩投。來稿請依本刊撰稿規範撰寫，不符者，本刊有權退回要求修改後再予受理。格式請參考穴壓與拔罐學會網頁。

- 五、投稿若經刊載，請確認刊登時繳交「著作財產權讓與同意書」。稿件著作權歸屬本刊，本刊亦有刪改權，本刊不接受一稿兩投之稿件，凡曾於其它刊物發表或抄襲之稿件，一概拒絕刊登，一切法律問題由投稿者自行負責。惟作者仍保有本著作未來自行集結出版、教學等個人(非營利)使用之權利。
- 六、本刊各篇作者自負文責，其見解或主張不代表穴壓與拔罐學會。
- 七、凡投稿通過刊登者將轉成 PDF 檔，由投稿者自行列印抽印本。
- 八、本刊為支持國家圖書館「期盼提高罕用期刊文獻的能見度，在知識導航、無償服務與兼顧智慧財產權之精神下，使研究者更能充分利用學術研究成果，從而提升臺灣學術研究效能」的努力，以刊物及個人著作全部無償授權開放電子全文，供「臺灣期刊論文索引系統」，開放全資料庫查詢。若著作人投稿於本雜誌經接受登刊者，須簽署國家圖書館「著作授權同意書」，同意授權本雜誌得再授權國家圖書館或其他資料庫業者，進行重製、透過網路提供服務、授權用戶下載、列印、瀏覽等行為。並得為符合各資料庫之需求，酌作格式之修改。如，不同意上述本雜誌與國家圖書館無償授權合作者，恕無法刊登大作。
- 九、編輯部聯絡方式：E-mail: acma20170803@gmail.com；電話：07-3127732。



穴壓與拔罐學會

Acupressure and Cupping Association

總會址：台北市松山區 105 光復北路 177 巷 16 號

通訊地址：高雄市三民區 807 九如二路 51 號

電話：07-3127732