

新醫學雜誌

Journal of Neo-Medicine

Volume 5 Number 1, February 2022

特別報導
新冠肺炎染疫長期症狀與
後遺症的治療與預防

ACA 



常見的腸道疾病與治療
淺談兒童近視成因
腳踝痛
練功與未練功者行為的差異

 穴壓與拔罐學會
Acupressure and Cupping Association

ISSN 2617-7455



9 772617 745001

2022 年 2 月 28 日

Volume 5 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：

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、張美意

發行所：

高雄市三民區 807

九如二路 51 號

E-mail:

acma20170803@

gmail.com

Website:

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

Blog:

<https://lisahsieh.pixn>

et.net/blog

封面圖：眼睛

理事長謝麗貞提供

封底圖：紙老虎

藝術家 Jenny Lin

提供

Contents

■ 特別報導

COVID-19 疫苗的副作用.....	1
新冠肺炎染疫長期症狀之研討.....	7
新冠肺炎的病症和後遺症的治療與預防.....	14
防疫、口罩、皮膚與日常生活.....	20

■ Original Article

腳踝痛.....	22
淺談兒童近視成因.....	27
常見的腸道疾病與治療.....	34
大姆指手機症候群的診斷與治療.....	38
穴壓拔罐治療對尾椎損傷疼痛的治療.....	41
高跟鞋症候群.....	44

■ System Review

新冠肺炎西醫治療系統分析.....	48
-------------------	----

■ 拔罐個案示範

肩臂上肢疼痛的治療與拔罐後印記的比較.....	65
-------------------------	----

■ 練氣專欄

分析練功與未練功者參與本學會研究活動時行為的差異....	71
------------------------------	----

■ 婦女專欄

子宮脫垂及治療.....	76
--------------	----

■ 生活點滴

Evan Taylor case-My experiences might be useful for others	79
---	----

■ E 諮詢—你問我答

1. 落枕的原因.....	81
2. 更年期徵候群可以事先預防嗎?.....	81
3. 喝冰水能解「熱」嗎?.....	82

■ 邀稿 Call for Paper.....

83

COVID-19 疫苗的副作用

陳信吉*

*東海大學會計系副教授、穴壓與拔罐學會研究員

疫苗是一種生物製劑，可提供對特定傳染病的有效獲得性的免疫。目前 COVID-19 的疫苗有 mRNA 疫苗與腺病毒載體疫苗兩種，mRNA 疫苗接種後在人體細胞質內製造棘蛋白，此疫苗抗原釋出細胞外時可刺激人體免疫系統產生對抗 COVID-19 棘蛋白的細胞免疫力與體液免疫力；而病毒載體疫苗則是利用攜帶有棘蛋白 DNA 核酸序列的腺病毒，於接種後在人體細胞內製造 COVID-19 棘蛋白，此疫苗抗原自人體細胞釋出，誘發人體免疫系統產生保護力對抗病毒入侵（疫苗原理，衛生福利部疾病管制署）。以上可知兩者均作用在分子層次來產生保護力對抗病毒，減低人體器官和組織受到病毒的傷害而造成罹病、重症或死亡的風險。

然而感染 COVID-19 病毒或接種 COVID-19 疫苗後，在臨床上，均顯示出在人體不同器官和組織上的多種症狀，卻不能由分子層次來分辨，造成病患沒能接受到完整的治療。因為接種疫苗也可能得到 COVID-19 疫苗棘蛋白帶來的傷害而產生不同程度的症狀。換句話說，分子層次的「疫苗保護力」，不代表人體不同的器官或組織，可以得到足夠保護力來避免或減少疫苗棘蛋白的攻擊。因此，疫苗於分子層次誘發人體免疫系統產生的保護力，同時也會產生器官和組織的不良反應，

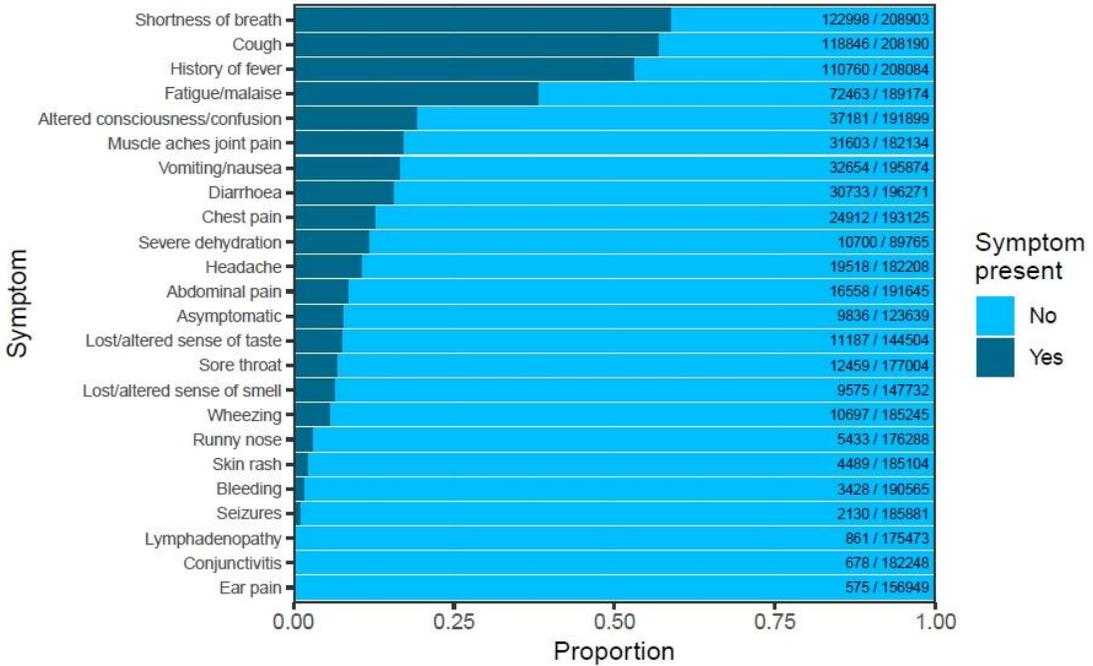
此則需要從臨床上的症狀去偵察，否則只見分子層次的功效，而忽略器官和組織的損傷，就有「見樹不見林」之失誤。

截至 2021 年 12 月 15 日止，根據 International Severe Acute Respiratory and emerging Infections Consortium 的所供的 COVID-19 確診症狀統計資料，（表 1）以及 2021 年 12 月 22 日衛生福利部疾病管制署，對 COVID-19 疫苗接種後不良事件通報統計，（表 2）注射疫苗不良反應及死亡個案（表 3）和其過去的病史表列如下：

表 1 累計確診 COVID-19 症狀統計表--至 2021 年 12 月 15 日止

Figure 6: Clinical symptoms of patients at admission

(a) Frequency of symptoms seen at admission amongst COVID-19 patients. Bars are annotated with a fraction representing the number of patients presenting with this symptom over the number of patients for whom presence or absence of this symptom was recorded.



資料來源: International Severe Acute Respiratory and emerging Infections Consortium COVID-19 Clinical Data Report issued: 15 December 2021

表 2 累計國內特殊關注不良事件(AESI)通報情形--至 2021 年 12 月 22 日止

特殊關注不良事件 (Adverse Event of Special Interest)	通報 案件數	個案年 齡範圍	發病時距
過敏性反應(anaphylaxis)	38	14.9 ~ 73.7 歲	5 分鐘~2 天
心律不整(arrhythmia)	42	16.1 ~ 94.2 歲	<1~48 天
急性心肌梗塞(acute myocardial infarction)	217	29.8 ~ 96.4 歲	<1~ 101 天
心肌炎(myocarditis)/心包膜炎(pericarditis)	135	12.4 ~ 85.8 歲	1~71 天
腦血管中風(cerebrovascular stroke)	538	14.2 ~ 96.4 歲	<1~125 天
顏面神經麻痺(facial palsy)	146	12 ~ 88 歲	<1~104 天
癲癇(seizure) /痙攣(convulsion)	55	14.4 ~ 74.7 歲	<1~26 天
橫斷性脊髓炎(transverse myelitis)	2	41.3 ~ 61.4 歲	20~23 天
急性瀰漫性腦脊髓炎(ADEM)	6	25.8~ 57 歲	<1 ~69 天
格林-巴利症候群(GBS)	25	21 ~ 84.8 歲	1~63 天
視神經脊髓炎(neuromyelitis optica)	2	31.4~73.4 歲	39~43 天
脊髓炎(myelitis)	3	36.6~81.2 歲	2~6 天
腦炎(encephalitis)	3	20.7 ~ 76.6 歲	9~30 天
視神經炎(optic neuritis)	12	13.8 ~ 60 歲	<1~35 天
急性胰臟炎(acute pancreatitis)	10	12.1 ~ 82.3 歲	1~41 天
急性腎損傷(acute kidney injury)	8	28.8 ~ 91.6 歲	1~70 天
急性肝損傷(acute liver injury)	16	27.5 ~ 72.3 歲	<1~34 天
多形性紅斑(erythema multiforme)	8	30 ~ 75.3 歲	3~77 天
血管炎(vasculitis)	15	33.7 ~ 70.6 歲	<1~ 49 天
橫紋肌溶解症(rhabdomyolysis)	13	15.6 ~ 83.7 歲	<1~36 天
關節炎(arthritis)	6	37.9 ~ 69.9 歲	2~52 天
流產(spontaneous abortion)	15	26.8 ~ 39.51 歲	<1~40 天
死產(stillbirth)	11	22.9 ~ 41 歲	3~33 天
早產(preterm birth)	3	29.6~34.2 歲	1~19 天
特發性血小板減少紫斑症(ITP)	53	19.4 ~ 100.7 歲	<1~95 天
血栓併血小板低下症候群(TTS)	91	20.3 ~ 95.7 歲	<1~115 天
血栓相關疾患			
視網膜靜脈阻塞(retinal vein occlusion, RVO)	20	25.6 ~ 81.3 歲	1~78 天
視網膜動脈阻塞(retinal artery occlusion, RAO)	9	44.5 ~ 71 歲	1~57 天
視網膜血管阻塞(retinal vascular occlusion)	4	56.1 ~ 78.7 歲	1~28 天
深層靜脈栓塞(deep vein thrombosis)	91	20.7 ~ 92.8 歲	<1~98 天
肺栓塞(pulmonary embolism)	103	17.4 ~ 94.1 歲	<1~98 天
腦靜脈竇栓塞(cerebral venous sinus thrombosis)	24	28.7 ~ 93.6 歲	<1~80 天
其他血栓相關疾患(other thrombotic disorder)#	40	21.6 ~ 88.8 歲	<1~147 天
合計	1,764		

註：各類別案件數係依資料截止點前所得通報資訊所進行之統計評估結果，後續可能因個案之追蹤、調查或臨床審議資訊而有異動。

資料來源：衛生福利部疾病管制署--COVID-19 疫苗接種後不良事件通報

表 3 注射疫苗死亡個案過去/既有病史--截至 110 年 12 月 22 日

器官系統分類	個數
血管疾病(如高血壓、動脈硬化...等)	490
代謝及營養疾病(如糖尿病、高血脂、痛風...等)	422
心臟疾病(如心臟病、冠心病、心衰竭...等)	287
神經系統疾病(如失智、腦血管意外、巴金森氏病...等)	272
腎臟及泌尿疾病	170
術式及醫療處置(如血液透析)	147
腫瘤	109
無已知病史	79
呼吸道、胸部和縱膈疾病	75
感染	55
臥床	52
精神疾病	45
胃腸道疾病	33
肝膽疾病	31
肌肉骨骼系統與結締組織疾病	31
外傷(如跌倒、骨折)	23
生殖系統及乳腺疾病	22
內分泌疾病	18
血液及淋巴系統疾病	14
眼部疾病	14
先天性、家族性及遺傳性疾病	8
實驗室檢查數值異常	6
皮膚及表皮組織疾病	3
免疫系統疾病	2
妊娠生產、週產期疾病	1
肺部疾病	1
其他(如臨終個案)	1
合計數	2,411

資料來源:衛生福利部疾病管制署-- COVID-19 疫苗不良事件通報摘要

由以上表 2、3 所列出的不良事件，我們可以歸納出以下幾個要點：

1. 疫苗接種所產生的不良反應不局限於某些特定的器官，可以發生在人體各個器官和組織包括生理功能的運作，因此受影響的部位必定是控制人體的全身性的功能系統。
2. 最嚴重受到影響的器官是呼吸系統、心臟的搏動及血液的循環系統，以及腸胃消化系統等的功能，這些系統顯然均受到腦部中樞透過自主神經系統來控制以及調節。
3. 臨床上，嚴重可以致死的症狀以呼吸困難和心律過速所引起的呼吸和心臟衰竭最為多見。呼吸困難致缺氧，造成血液循環系統中攜帶的血氧不足，因而導致全身多項器官和組織生理運作失常的症狀。
4. 對病毒的研究以獲得其在分子層次上的訊息，因而製造出具「疫苗保護力」的疫苗，期望人體接種後產生抗體，以避免病毒的傷害或減輕罹病、重症或死亡的風險。事實上，病毒的傷害不止在分子層次上，若其攻擊致使人體特定功能系統時，尤其是神經系統中的自動控制和調節功能系統，則會有不同程度的神經阻斷致器官和組織失能，此時分子層次上「疫苗保護力」，就不能有效的令該神經系統的控制和調節功能恢復正常。
5. 由表 2 得知，疫苗所造成的不良事件中以呼吸困難、心律不整、急性心肌梗塞、腦血管中風、顏面神經麻痺、癲癇 (seizure) / 痙攣 (convulsion)、格林-巴利症候群、視神經炎、血栓相關疾病等等，涵蓋人體眾多器官和組織的不同症狀，和感染病毒時造成的症狀相似，所以接種疫苗所造成的副作用和病毒攻擊人體的症狀必然是某一人體的神經控制和調節功能系統。

由以上，可以推斷病毒和疫苗所影響的必定是遍佈全身的神經控制和調節系統，那就是人體的自主神經系統了。自主神經系統包括交感神經系統、副交感神經系統以及腸神經系統，因為此一神經系統無法受個人的意志所支配，故也稱之為自律神經系統。交感神經系統負責使心跳加快、呼吸急促、腸胃消化變慢、與增加肌肉張力等功能，使人處在焦慮繃緊的狀態，用以應付緊急的情況；相反地，副交感神經系統的作用則能使心跳放慢、呼吸減緩、促進腸胃消化、與減弱肌肉張力，令人體呈現放鬆的反應。人體大部份器官，如心臟，受到兩者的雙重支配。在健康人中，交感與副交感神經系統相互作用而達一個平衡的狀態。副交感神經活性若受到不當抑制或交感神經過度活化，便會產生自律神經失調，可能導致頭痛、頭暈、恐慌、胸悶、心悸、呼吸急促、冒汗、手腳發抖、肩頸肌肉酸緊、腸胃道不適、手腳發麻、睡眠障礙等症狀。且自律神經失調已被證實能預測心血管疾病如心律不整、冠狀動脈心臟病、心衰竭，以及心源性猝死的發生。

當病毒攻擊人體的自主神經系統時，最嚴重的是不同程度地阻斷了由腦部中樞所來的呼吸控制及調節途徑，因此人體的呼吸器官及其相關的肌肉組織失去由神經而來的控制而影響呼吸運動。換句話說，在最嚴重時就是

呼吸器官完全當機了，若不即時給予呼吸中樞所來的控制及調節途徑重新連結、設定、啟動，即使供應氧氣或使用呼吸器，也不能令呼吸器官及其相關的肌肉組織恢復正常的生理功能，所以有所謂的「快樂缺氧」的致死現象。而疫苗對呼吸器官及其相關的肌肉組織也會有神經控制及調節的影響，其程度也因人而異，通常不如病毒所造成傷害為重，雖然多數是不明顯的症狀，但也有人反應激烈立即呼吸困難、心臟疼痛、心律不整，因此注射疫苗所產生的副作用，就有可能與感

染新冠肺炎病毒的症狀類似。

綜上所述，接種疫苗後仍舊會有疫苗的副作用，必需要認真處理，不可忽略。另外如同上述，有相當比率感染 Covid-19 的病人，仍存在諸多不同的後遺症，這些後遺症與自主神經失調有很大的關聯，就如同疫苗後遺症一般，因此如何恢復自主神經系統的運作，才是治癒 Covid-19 的重點，而非僅是從分子層次的「疫苗保護力」著手。



紅仙丹

俗語說，月無百日圓，花無百日紅，但緬甸的國花—龍船花(紅仙丹)卻偏偏因為花期較長而被人們稱為“百日紅”。

—Chris 攝於高雄田寮

新冠肺炎染疫長期症狀之研討

謝麗絲*、朱憶華**、劉維婷**

* 穴壓與拔罐學會資深研究員

** 穴壓與拔罐學會研究員

(本文係源自本穴壓與拔罐學會於 110/10/02 所舉辦「新冠肺炎症狀(後遺症)治療研討會」內容衍生整理而得)

前言：

全世界新冠肺炎染疫人數劇增，有許多號稱治癒出院的新冠肺炎病人，實際上仍存在許多後遺症。我們希望藉由此次研討會讓同學能更了解新冠肺炎症狀及其後遺症的治療。

新冠肺炎病毒攻擊自主神經，使人體自主神經系統當機。在介紹如何治療因受病毒攻擊的自動系統當機前，我們應先了解人體自主神經系統的運作。人體是一個全自動運作的有機體，自己產生能量，供給自己結構所需的物質，成長自己的身體，人體全自動地依先天給予的稟賦，自我調節，自我修復，自我生殖。如果人體本身的自動系統受損因而不能有效地運作，人就生病了。

人體有兩套自動能量系統，三焦及心主別脈，其中三焦分為(1) 上焦(宗氣)：呼吸中樞的調節系統(2) 中焦(營氣)：胃的排空及幽門幫浦調節系統，(3) 下焦(衛氣)：腎元的過濾、排尿及恆定調節系統。心主別脈是心臟的電生理傳導系統，和心肌細胞環行遍佈心臟內腔壁，操縱心臟的搏動和節律，推動全身氣血循環。

三焦與心主別脈產生人體生命運行推進力所需的能量；前者以上、中、下分支系統分別負責與人體外界溝通，以取得氧氣、營養和排除廢棄物；後者和心肌細胞緊密結合，成為心血管循環自發動力的核心。兩套系統互相連繫，成為動力的迴路，一主掌氣、一主掌血。

三焦是屬於表部的「腑」，支援體內心主別脈的「臟」，自上自外取得資源提供物質，在身體中心位置轉化成氧氣及營養素，往下向外過濾排除廢物。讓在內的心主別脈終其一生不停不輟，自動啟發電位搏動，讓心臟收縮排出血液進入循環系統，將三焦的功能成果：供應氧氣、營養素、排除廢物等，支持各組織器官。正好是一表一裏，相互協調合作運行，完美地執行身體生理功能的運行。而自主神經即自腦部中樞發號命令控制調節此一表一裏的協調運作。

新冠肺炎病毒既攻擊自主神經破壞此一表一裏的協調運作，我們在治療的實務上，則是把人體用上焦、中焦、下焦三系統分別治療。經由穴道偵測可確定新冠肺炎病毒攻擊了自主

神經系統，不同程度地阻斷了神經的指令，紊亂其運作功能。

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，其控制中心位於下視丘以及腦幹，指令透過頸椎下達至各器官，支配著心、肺、腸、胃及其他內臟器官的生理活動，包含呼吸、心跳、體溫調節、消化等等，在治療上刺激穴道將阻斷的神經傳導途徑銜接上，同時賦能給因為神經中斷而紊亂運作的器官和組織，重新啟動三焦系統使其正常運作。

新冠肺炎的診斷：

發燒是感染新冠肺炎病毒最常見的初期症狀，臨床上治療發燒和體溫調節時，是從中樞神經的腦幹治療起，手法從 C2 下推到 T6~T7，必要時甚至 T8。當治療發燒時即可發現頸椎 3、4、5 節有受損的跡象，再搭配患者的呼吸困難、心悸，心律不整以及頸椎拔罐的深黑印記，我們即要警覺病人可能罹患新冠肺炎，首先應採取緊急預防措施，遵照防疫規定。

新冠肺炎的治療：

新冠肺炎攻擊人體的自主神經，最緊急的就是上焦的呼吸系統，胸廓喪失了自主神經的控制無法讓呼吸肌和心肌正常的擴張和收縮，即無法充分提供心、肺活動所需的空間，遂不能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氧血，致使人體血液灌流不足呈休克狀態，中樞神經監控到血液中氧氣濃度太低，人體腦部發出信號加快呼吸，與上焦相對應的心主別脈也隨即加速心

跳，企圖增加血液輸出量以維持臟器血氧濃度。人體不能呼吸血氧不足，沒有能量故而導致全身倦怠無力。如果協調呼吸的神經傳導完全被阻斷，胸廓不能運動氧氣無法進入肺臟，即使增加心律也沒辦法提高血氧，終致心臟過度作功而衰竭致死。

首要是緊急的呼吸治療，分成自主神經的再啟動、再連結腦部和相關器官組織的神經途徑、令呼吸肌肉群和胸廓的運動可以接受到中樞神經下達的呼吸指令，尤其是橫膈膜的呼吸神經接受器。治療時，首先從頸椎的自主神經穴位先重建解開阻斷，如此可以賦能啟動橫膈膜，同時連接大腦下達的指令到橫膈膜。橫膈膜像是倒置的傘狀結構，被 T11 的肋骨環繞。先疏通肋骨下緣橫膈膜的穴道，必要時沿著 T11 的肋骨疏通一圈，還要放鬆每一節的肋骨讓胸廓相連的肌肉組織可以重新啟動收縮擴張。再來就是肺臟器官的啟動，從鎖骨上的氣舍、缺盆，各節肋骨和胸椎。如此整個呼吸系統的再啟動才算完整。病人能自行呼吸後，心跳就不需要因為缺氧而過速，心主別脈也得以休息，人體得以逐漸修復而恢復健康，不會有長期的無法治癒的症狀。

當緊急的上焦的呼吸系統解決後，受病毒抑制的中焦腸胃神經功能的紊亂方能顯現出來，像是引發腸胃發炎、腹脹、腸道水瀉等症狀得以明顯且引起心肺急促和周身的不適。中焦也是和心主別脈有關，心悸、頭暈、喉嚨痛、全身無力、手麻等等都是中焦的問題，都是胃的問題所產生的症狀。其治療的重點同樣是重新修復啟動中焦的腸胃自主神經系統，連結腦

部和相關器官組織的途徑。尤其是胃內因貯存許多未能即時運化的食糜、廢氣等，會產生毒素隨血液循環全身導致引起各種症狀，再影響三焦系統的運作。重新引導胃氣先從中脘搭配脛中穴讓廢氣可以下行到腸道，最終自腳趾出去。若廢氣太多也可以治療賁門，讓廢氣從口吐出。如此上下導出廢氣即可緩解病人腸胃功能而得到治療。當新冠肺炎病毒攻擊中焦系統時會阻斷腸胃道的神經傳導和腸道消化吸收的調節。治療時，一樣要重新修復啟動腸神經系統，連結中焦系統的神經途徑和活化各器官的功能。方法主要是從背部的穴位 T3(控制胃蠕動的神經連結功能)、T7(胃本體)、T12(腸神經)，以及控制腸道蠕動的各穴位。

下焦是腎元的過濾、排尿及恆定調節系統，沒有直接對應的穴道可以直接碰觸，所以一開始治療病患時必須先給予預防性治療。下焦的功能是排除人體代謝廢棄物，調節水份以保持正常血壓，維持電解質平衡，排除有毒廢棄物，回收有用物質等等。這個恆定系統設定難以直接干預，只能盡量改善上焦，中焦，以及下焦運作的腎臟本身。賦能治療腎臟病不是治療下焦恆定系統，而是修復因為下焦紊亂造成臟器的損傷。治療的手法搭配上焦跟中焦治療，命門跟腎臟的刺激穴位，再搭配拔罐促進廢棄物快速代謝。

結論，當一個病患來診時，有發燒就從降體溫開始治療。若是再有呼吸困難就先處理上焦症狀。只要讓上焦恢復功能，病人能自行呼吸就不需要給予氧氣，也不會有心悸、心律不

整等。心臟穩定後就不會精神恐慌，也不會有心識上的病症。血液循環好了血氧足夠，所有的問題也得迎刃而解。如果是腸道水瀉或胃脹氣或是無食慾，便得處理中焦。若病症不清楚可從中焦開始治理。當中焦問題減緩其他症狀就會一一浮現，然後再一個一個解除。人體在正常狀態下是自動維持生命機體，靠三焦和心主別脈兩個能量系統的支持，所以要從供給人體能量的脈絡去思考如何治療。

要知道，頸椎聯繫著大腦中樞神經系統，是自主神經的起點，主要控制呼吸、心臟的收縮，一旦頸椎受損呼吸心臟受影響，不只實體上影響血液循環到臟腑，同時心臟也代表著精神狀態，所以會影響腦部心識精神的表現，五臟六腑互相協調，透過血液、激素、神經傳導，因而傷害一定是全身的。一個臟有問題，對應的腑也會受牽連。因此我們要**整體處理**，因為**人體器官組織的功能調節**，是**很多激素跟全身的自動調節**。臨床上新冠肺炎病毒感染症狀的多樣化也佐證了其影響是各式各樣的全身症狀。

討論項目：

- (1) CT 值(cycle threshold value)是在 PCR 檢測時需要循環複製放大病毒數量來達到可觀測的數量的複製循環數。如果 CT 值低表示病毒含量高僅需複製少數次即可達到觀測量。
- (2) 中醫的「臟」與「腑」有時候指的是「實體器官」v.s. 「功能」，例如「臟病」v.s 「腑症」。有時候指的是「實心的五臟」vs 「中空的

六腑」，有時候是指不與外部溝通的「裏臟」vs 與外部溝通的「表腑」。

- (3) 功能性的治療跟實體器官的治療的差異，好比是果汁機的「攪拌功能」跟「果汁機本體」治療。像是果汁機功能紊亂，使用超過軸心可以承受的高速攪拌，那軸心很快就燒壞了。所以功能紊亂會造成器官損傷。實務治療上，要將功能調整好(腑、神經的調節)，也把實體修理好(臟)。
- (4) 急救 ABC，A 是呼吸 Air，B 是 Breath，C 是 Circulation 心跳，就是上焦跟心主別脈。兩者就是我們的能量系統，動力系統沒有了，人就不要動了，如同機器，機器當機、保險絲跳斷，他就不會動，機器也都停擺。停了要怎麼辦，要把保險絲 on 回去，如同我們要重新設定人體才能重新啟動。但人體沒有那麼簡單，需要重新建立各個臟腑之間的聯繫，像是要心臟提供全身能量，而心臟還需要血氣，心跳才能回復。
- (5) 穴道偵測確定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。
- (6) 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生剋回饋，更殃及頭臉部各感官的功能和對精神情緒和心神的影響。
- (7) 而退燒藥雖可暫時降低體溫，無法抑制病毒的複製，故普拿疼等退燒藥無實質功效。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，故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。
- (8) 感染新冠肺炎病毒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，此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的上焦和其臟腑關係的心主別脈，所以心悸、心跳加快、心律不整，全身陷入恐慌、肢體無力的狀態，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維持，廢棄物過濾排出的系統，此即腎臟的病變症狀，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。
- (9) 正常狀況下，人體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，藉此人體就能自行維持自動調節、自動修護和自動生殖的功能，修補改善器官組織，消除各項症狀，逐漸恢復健康。若未恢復自動能量系統的運作及各種

身心症狀的修護，後遺症必然存在。

研討會問與答：

問(1) 病患發病時就來接受治療，還是等到出院，再來治療？

答：重症者才要住院。治療越早越好。但是即使出院後病人仍具有傳染力，所以要有警覺。治療的防護措施要做好，馬上區分隔離治療。保護自己也保護病人，還要教病患回家與家人生活如何隔離，跟病人的照顧事項。家屬也要參與治療過程，才會有意識、認知，並協助照顧病患。例如我們雜誌中的病患個案，其快篩正常，但我們給與急救了四次，因為病患無法呼吸且心跳超過 120，心跳過快血液沒辦法打出來運送到全身，到診間急救要想辦法讓他盡量恢復正常吸氣。但治療時間之外，病患還是需要一些輔助器，例如呼吸器。

問(2) 謝醫師提到急救心主別脈，怎樣急救心主別脈？

答：心主別脈與三焦互為表裡和相對應的臟與腑關係。所以只要治療上焦，使其提供足夠的氧氣，讓氧氣供給全身，一旦血氧濃度正常腦部中樞就不會感受到缺氧，心臟就不需要因為缺氧加速心跳而過勞，心臟得以休息後心主別脈便可恢復正常。如同在醫院裡急救，也是先給氧氣不是打強心劑一樣的概念。

我們治療的理念：臟腑互為

表裡。腑因為會上下流竄把病症帶到全身，所以先要積極治療。腑治好也能改善對應的臟。

問(3) 碰到需要的人都可以讓他來治療嗎？

答：首先要防護自己。謹記：不認識的人不要看，認識的人知根究底，瞭解其體質和曾有的疾病方便我們的鑑別診斷，同時也瞭解我們獨特的治療法。不認識的人不知道，容易產生誤會增加治療的困難度。另外有很多人會撒謊，即使不是故意撒謊，而是不知道，他隨便說，以為那不重要，其實每一個訊息都很重要。

問(4) 這人說他沒怎樣，但是他已經感染了

答：無症狀感染，但穴道會講話，按到穴道，個案就會有感覺，有些開始無症狀，穴道點下去就證明了。有時要多點幾次，才會感受出來，有些症狀藏在裡面，你要讓它呈現出來才能治療。

舉一個鼻咽癌案例，做完化療之後，沒有分泌唾液，舌頭也沒味覺。他的原始問題在胃，我們一點一點回溯，一直偵測到胃部才是起始點，如果沒有把關鍵問題找出來，只治療鼻咽癌，一定會復發。另外還有一個攝護腺癌復發的案例，沒有把原始肇因找出並解決，一定會反覆再發。有時病人沒症狀、沒感覺，我們一樣可以把他找出來。為什麼？因為穴道會講話，你只要穴道偵測按下穴道，穴道反應痛就會出

現；治療的開始就是疏通的全身穴道，然後找出病因部位，經過密集並精緻穴壓能量深度治療就可完全痊癒不會復發。

問(5) 攻擊中焦好像比較少發現胃的問題，宣導的都是腸子水瀉？

答：在呼吸心跳緊急症狀下，胃的症狀只是脹氣，吃不下飯，肚子鼓起來，病人根本忽略且完全沒有感知。案例中，病人已經四天都吃不下飯，沒有飢餓感，治療後他才有飢餓感。想想看，沒有飢餓感沒有進食，胃內是空的；胃不能空磨的，空磨胃就會磨壞，所以並不是沒有症狀就沒問題。

問(6) 案例有發燒，但快篩是陰性，快篩是否沒用？

答：快篩正確率不高約是 40%，PCR 也不是百分百準確。這隻病毒已經征服地球，跟我們共存，而且會反覆感染發病，更重要的是出院不表示治癒，不住院輕症者、無感受感染者不表示症狀會慢慢地自行痊癒，自然是遺留長期後遺症，稱為新冠肺炎長期症狀。今天為什麼開這個研討會？目的是你們以後會經常發現案例，發生的症狀就是三焦及心主別脈的問題，兩者可以單獨出現，或同時出現，但上焦呼吸最緊急影響致為嚴重。快篩和 PCR 都不絕對的正確，何況病毒快速變異反覆感染。

問(7) 味覺喪失如何治療？

答：味覺主要受到第 5、7、9 對腦神經主管，都是跟頸椎相鄰，味覺

喪失是池魚之殃，嗅覺亦是如此。治療味覺喪失，舌頭上每對腦神經各有局部治療的穴道各個去治療之，但總體還是要將整個上焦、中焦、下焦治理好才算完全。腎臟是最麻煩的，腎臟沒有直接穴道可以直接處理，因為三焦同氣連枝，是共同連繫在一起的，要把上焦及中焦處理好，下焦才可以緩解可以調整。我們用的就是命門及兩個腎臟穴道，然後調節全身。必須全身的廢物排除，身體裡面各恆定因素能夠得到控制，如血壓，體內水分，電解質等。

問(8) 發燒如何和病毒有關？

答：病毒進入人體後要複製以增加病毒數量，複製時要能量，其來源來自人體內能量，就是分解身體的細胞以產生能量，分解燃燒身上的細胞物資時，人體就會發燒。若給於藥物退燒後就減少供應能量，病毒複製量或許可以減少。病毒量愈大，產生症狀就愈嚴重，我們一邊治療器官的當機，另一邊要把病毒量控制下來，控制病毒量就是不要發燒。雖然退燒藥可暫時降低體溫，確無法有效抑制病毒的強制的複製，也不能恢復自主神經系統的運作。

問(9) 第一次治療時，為何不能拔罐？

答：要先診斷真正疾病的情況，才能對症處理。首先有懷疑就馬上隔離，也要求病患與家人隔離。很多病人是在就診後第三、四次才能確定，然後開始以穴壓治療。拔罐的原理是把身上那些器官因為患病而產生代謝不出的所有廢

棄物集中在穴道處，然後一次拔掉，如此才會有效。拔罐不是治療，拔罐是加速疾病廢棄物的代謝。若不將廢棄物集中在穴道處，隨意拔罐只有害處。

問(10) 第一次治療，就能打開頸椎3，4，5穴道？

答：不一定馬上可以成功。想打開穴道，想立刻接上阻斷的神經，端視治療者的功力。有時要和病毒奮戰很久，有時會反覆再攻擊，長期下來，一定會遇到這種問題。

問(11) 未來出院出來的病人也要接受治療？

答：出院的病人其自主神經系統的阻斷若未恢復正常運作，也是要接受治療。雖然出院時號稱治癒，但許多還是會有呼吸困難，心臟不適、全身無力，胸悶抑鬱等心冠肺炎長期症狀。

問(12) 出院號稱治癒的病人，也是要全身防護？

答：如果覺得病症很嚴重，有感染力，還是要全身防護。我們照顧熟悉的病人，而且自己健康有足夠抵抗力，治療時屏息不呼吸，保持距離，也是自我防護。

叮嚀：未來這個病毒必定在地球上存活下來，就算打了疫苗仍舊會有後遺症，如全身無力，發燒，心肌炎，這些都是常見的症狀。也會有別的未報導的症狀。打疫苗是預防受感染的政策，但可以與病毒抗爭的是自己的天賦的抵抗力及與接觸到的病毒量有關。

問(13) 案例發病好像都是在半夜？

答：夜間人體能量低，抵不住病毒能量的需求。在晚間睡眠時，人的呼吸量也最低，所以有些慢性肺病患者，晚上連平躺都不行，只能坐著睡。所以一般發病多是在半夜。

問(14) 疫苗機制是先降低自主神經系統的活動？

答：病毒攻擊自主神經系統，阻斷自主神經的傳導，才会有心冠肺炎的症狀。每種病毒攻擊人類的位置不一樣，如腸病毒、流感病毒、登革熱病毒等，但發燒、流鼻水、咳嗽是常見的共通症狀。感染病毒通常都先發燒，因為病毒在人體內要複製增加數量，要有足夠的病毒量，才能產生感染作用，如果你身上的病毒只有幾隻，人體本身的免疫系統有吞噬細胞、白血球 T 細胞、B 細胞等等，都可以去消滅病毒，只要身強力壯，就可以保持健康。

新冠肺炎的病症和後遺症的治療與預防

洪韻媚*、謝麗貞**

*穴壓與拔罐學會資深研究員

**穴壓與拔罐學會理事長

新冠肺炎（COVID-19）感染者治癒出院後，許多人仍持續有氣喘、呼吸困難、全身無力等症狀，甚至有肺纖維化、心律不整及長期精神心理恐慌的後遺症。因此，並非出院就代表痊癒，倘若未將症狀治療好，必定會對健康有負面的影響。

利用穴壓導氣拔罐在臨床治療上的經驗，顯示透過氣功穴壓的確可以恢復因新冠肺炎受損的生理功能，達到症狀的改善和消除，並且減少後遺症的產生。唯有了解感染新冠肺炎或施打新冠肺炎疫苗後會有那些症狀，其病症發展的過程及治療的方式，並實際運用在臨床個案上，提出預防保健的建議才會對大眾的健康有所助益。

新冠肺炎主要明顯初始症狀

新冠肺炎主要明顯的初始症狀有發燒、喉嚨痛、流鼻水、呼吸困難、心悸、心律不整、五官和知覺喪失、腸道水瀉等症狀，這些症狀產生的原因及代表的意義（陳信吉、謝麗貞，2021:3-4）。而施打新冠肺炎疫苗的主要明顯症狀，則是發燒、全身無力和心肌炎等症狀。茲簡述如下：

1. **發燒**：是首先最常見的症狀，影響CT值。CT值稱「循環數閾值」，數值越高代表體內病毒含量較少，需要較多次的循環複製，才能把病毒量增加很多倍以被偵測到，換言之病毒要複製很多次才能達到致病的數量。反之，CT值越低代表體內病毒濃度較高，病毒只要較少次的複製，就能達到致病的數量。由於病毒繁殖複製過程中需要大量的能量，因此病毒會促使人體發燒以提供所需能量來大量複製。所以發燒會影響CT值，即加速病毒複製的速度，唯有降低體溫控制發燒，才能有效地抑制病毒的複製。
2. **喉嚨痛及流鼻水**：是常見最起始的症狀，是上焦呼吸系統的外表癥候，容易被誤診忽略為感冒或呼吸道感染的症狀，延遲治療演變成重症，往往令人措手不及，甚至出現死亡的結果。
3. **呼吸困難、心悸、心律不整**：是最嚴重的症狀，影響心肺功能及人體自動能量供應系統，而無法提供足夠血氧能量即造成身體的癱瘓。呼吸是上焦的問題，但與心臟自發電位的心主別脈緊密配合，因此影響心跳的速率，產生心悸、心跳過快

的症狀，甚至超過每分鐘 120 次以上，此時心輸出量減少，血液供給不足，即造成血液循環系統的當機。

4. 五官知覺喪失

新冠肺炎病毒攻擊人體的器官是自主神經系統，¹位於腦幹下方頸椎的第三到第五節的位置，神經系統自腦幹下達到頸部時，有病變也會上溯至頭面部，所以五官知覺會受到影響，其中以喪失味覺和嗅覺最多。

5. 腸道水瀉

腸道受自主神經系統中的腸神經系統調節，腸道可以回收大量的水分，當新冠肺炎病毒攻擊腸神經系統進而阻斷腸、胃道的傳導和調節，腸道失去蠕動和回收水分的功能。一旦腸道不蠕動不能回收水分就會出現大量水瀉的症狀(陳信吉、謝麗貞,2021:4)，也是中焦的病變，導致人體營氣的紊亂和體力喪失。

6. 心臟無力和心肌炎

也是施打疫苗的主要副作用，如上所述當血液供給不足，造成循環系統負荷加重、心跳加速，隨後產生心臟無力，進而發炎。當病毒攻擊人體頸椎的位置，除自主神經

系統上溯影響頭面部呈現五官知覺喪失的症狀之外，也會出現精神意識的問題，如意識精神恍惚、語速減慢、恐慌、害怕等等症狀，實際上就是心已經無力支持腦部血流，而影響意識情志所產生的各種精神症狀。中醫解釋「腦」是奇恆之腑，因為無法歸類在 12 經脈或 14 正經中，故單獨提出。而中樞神經有其循行方向，是從腦部下來經過頸椎再到周邊神經，反之若為逆行時，腦部便會紊亂，而造成「逆行」最主要是由心所引起，所以心臟無力和心肌炎會進而演變腦部精神的問題。

受影響的人體重要器官組織

新冠肺炎病毒首先影響人體的器官組織是自動產生能量的動力供應系統：三焦和心主別脈，²特別是三焦中

² 人體兩套自動動力系統：三焦與心主別脈。三焦以上、中、下三支系統負責人體與外界的溝通，取得氧氣、營養與排除廢物，而心主別脈與心肌細胞緊密結合成為心血管啟動循環的動力系統。

(1) 三焦與心主別脈如同其他器官也是臟腑的關係，各臟自有相對於表的腑，如：肝與膽，心與小腸，脾與胃，肺與大腸及腎與膀胱。這些互為表裡的臟腑，全賴心主別脈搏動推動血液至周身四肢百骸執行生理功能的運作。

(2) 心主別脈就是心臟的搏動：心跳，將血液推動到全身。心主別脈並非一條線，而是心臟的電生理傳導系統：由竇房結，即電位的啟動點，產生正常節律性衝動，經節間路徑傳導到房室結，接著希氏束將此衝動自心房傳導至心室，普金杰纖維的左右分支將衝動傳遍心室各部位，又從心室肌肉傳導到心外膜的表面，心臟收縮將左心室的血液由大血管壓出啟動血液循環到全身，如此週而復始，形成心主別脈這個系統。心主別脈與心臟內腔的心肌細胞緊密結合為一體，但當心臟收縮時，是需要靠心臟外圍橫紋肌的力量把血液壓出去。心肌細胞跟心臟的橫紋肌不一樣，一旦受損便是永久性損壞。(謝麗貞，2010:50-51)

¹ 自主神經系統分三類：「交感神經」主控身體能夠調動資源產生正向運動來應對當下環境中的壓力。「副交感神經」作用與交感神經相反，兩者的作用並不拮抗，各自獨立平衡協調器官的運作，以及「腸神經系統」屬於中焦的一部分，控制食糜按照一定的速度傳輸至腸道，因腸道不可空磨，必須控制到每 1~2 分鐘，有 1~2cc 的食物進入腸道，即便睡眠中也是如此運作。

的上焦，患者呈現呼吸窘迫和心律不整。攻擊人體的部位在頸椎 3、4、5 節及後頸部底部兩側處，正好是穴壓治療控制自主神經中交感和副交感神經穴位的所在。自主神經系統主要支配不隨意肌，即隨意肌以外非隨意肌相關所有的器官組織，不能隨著個人意志去控制的肌肉，包括構成內臟、血管的心肌、平滑肌和腺體的活動。這些人們無法用意志去控制的心跳、呼吸、胃、腸、肝臟等功能，是由相應的自主神經系統來控制運作。³

新冠肺炎病毒攻擊人體三焦的症狀，看似從上焦—中焦—下焦依序產生，其實三者是同時發作只是產生症狀的急慢性不同。其中受影響及處理的次序如下：

1. 上焦：是宗氣，即呼吸中樞的調節系統，症狀較為緊急，人體一旦沒有呼吸就沒有能量可以運作。中焦：是營氣，即身體需要透過飲食得到能量，但尚有 3~5 天可不進食的緩衝時間。
3. 下焦：是衛氣，即維持身體各體液分子和互相間的恆定，幸好有緊急腎上腺素的暫時救援支持。

所以，原本身強力壯恢復能力好的患者，或許能夠克服新冠肺炎病毒所帶來的症狀而逐漸適應。倘若自動系統一旦被削弱不經過重新啟動，則無法完全恢復。就像機器，原本的自動系統是百分之百的完好，但因某些狀況導致下降，可能剩下 80%，或再

經歷一次狀況又下降至 60%，機器仍然可以運轉，但效能已經下降了。人對身體的敏感度不強，往往認為身體還能使用便容易忽略尚未恢復的效能，最終後遺症便留下來。

施打新冠肺炎疫苗，類似得到一次變異的新冠肺炎，自主神經效率也會因而不同程度的下降。由於每個人天賦資質、年齡，及恢復能力不同，有些人對疫苗的攻擊反應很強烈，會立刻當機甚至死亡。如同新冠肺炎病毒剛出現時，有很多人因此快速死亡的現象。病毒攻擊自主神經系統導致當機後未能及時復機，僅僅依靠機器供給氧氣來提高血氧量是不夠的，一旦停止供給氧氣便會立刻再度缺氧。唯有即時施予氣能刺激穴道降溫、重建頸椎的自主神經系統的傳導和調節功能、重新啟動呼吸系統，活化其停滯的器官組織及生理運作功能等等，不是只將症狀緩解即可。所以倚靠人體緊急腎上腺素的自救系統，可以維持短期部分的功能而苟延殘喘，但長期下相對會留下許多嚴重的後遺症。

新冠肺炎病毒引起三焦與心主別脈相關症狀的治療

病毒攻擊人體首先影響「上焦」的生理運作功能，即是依急救 CPR ABC 的步驟一般，首先保持 Air Way 呼吸道暢通，Breath 維持呼吸機能，Circulation 血液循環心跳，也就是針對上焦跟心主別脈兩者人體的能量系統的修護。能量動力系統一旦受阻，人無動力就不能運作，就如機器當機或保險絲斷了機器就會停擺，因此必須先將保險絲接回去，並且要將機器重

³ 同註 1。

新設定、重新啟動。而人體生理功能更為複雜，不但要重新啟動呼吸系統、各個臟腑間都要重新建立聯繫、心臟要能提供充分的能量和足夠的血氣，心臟的搏動才能回復正常。

一、控制「發燒」的位置和手法

退烧主要在降低病毒複製的數量，也就是提高 CT 值，手法是從頸椎第二節推到胸椎第六、七節，必要時甚至要推到胸椎第八節，及後頸底部兩側位置，然後在相關的穴位上拔罐，促進人體立即啟動修護的機制。

二、啟動恢復正常呼吸系統

在頸椎受病毒阻斷了來自腦部中樞對呼吸的控制和調節功能，使胸廓喪失擴張和收縮的生理運動，導致心肺活動空間不足無法產生有效能的呼吸和心跳的運動。主要的問題有兩方面 1. 控制和調節呼吸神經系統的再連結；和 2. 受限制無法運動的胸廓的再釋放。兩者啟動恢復的機制和手法解釋如下：

1. 主控呼吸運動是上焦，神經由腦部下達指令到橫膈膜，首先需要重置呼吸神經的傳導與調節，迅速恢復呼吸的生理功能，讓肺臟接受腦部指令得以正常自由的呼吸運動，其相關的器官組織是沿著肋骨底邊像倒置雨傘的橫膈膜，其控制穴位在兩側第 11 根肋骨邊。
2. 胸廓是由鎖骨、胸骨和兩邊各 12 根肋骨所構成的框架，平時各骨骼可略分離提供心、肺的擴張和收縮運動的空間。因呼吸神經傳導的阻斷

固鎖肌肉群使胸廓無法充分擴張，進而限制心、肺擴張活動的空間，無法進行有效的生理運作。此時需要解鎖肌肉群和胸廓，恢復各骨骼的自由鬆離。欲解鎖之其控制穴位在兩邊鎖骨頭的氣舍穴和鎖骨中間的缺盆穴；然後沿著胸骨兩側將每一節肋間肌往胸骨推開，最後將兩側第 11 根肋骨尖端的穴位再反覆加強開啟橫膈膜，這樣呼吸肌肉群和胸廓就可以恢復正常的擴張和收縮，心肺就有活動的空間可以產生有效能的呼吸和心輸出量。只有解除呼吸困難、吸不到空氣或缺氧過甚的症狀，如此才能再活化臟腑組織免於缺氧。如果不恢復呼吸器官的功能，僅憑藉生命急救系統的呼吸器、給予氧氣、輸液或維持生命的輔助儀器藥物，來支持生命是不夠的，因為各臟腑器官組織繼續缺氧，越來越甚，更為危險。其實只要能迅速恢復患者自行的呼吸功能，呼吸量足夠血氧充足，身體自然逐漸康復，這才是急救治病的首要。

三、啟動恢復中焦的腸胃系統的功能

中焦的功能提供人體來自飲食運化的能量。當新冠肺炎病毒抑制腸神經系統影響腸胃功能，一般會發燒約攝氏 38 度上下，同時併發胃脹氣、胸悶、氣喘、心跳加快、頭暈、喉嚨痛、全身無力、手麻等症狀，以及腸道因腸神經阻斷當機不蠕動，無法回收水分而有水瀉的現象。治療上一樣要重新啟動中焦系統，透過穴道刺激增加氣能來活化腸胃生理運作功能並輔以飲食控制，另外要去除腸胃內屯積未

消化的毒素和廢棄物。啟動恢復腸胃功能的機制和手法解釋如下：

1. 開啟控制腸胃功能的神經系統：控制的胃穴道在中脘穴，以及以肚臍為中心腹部 4 點和 11 點位置控制腸道的穴位，反覆施予氣能刺激以促進恢復腸胃的正常蠕動功能。
2. 輸導貯積於腸胃中的廢氣：胃脹氣是胃酸和胰液中碳酸根作用太快，放出的二氧化碳來不及吸收而貯存，（謝麗貞，2010:85）這是中焦運作和幽門泵浦排空等功能失調所致，也是食物滯留胃中毒素沉積而脹氣，結果都會引起心跳和呼吸的急促。必需將廢氣排除才能恢復腸胃的正常功能。排除的手法有二，自陰陵泉、脛骨內側脛中穴經腳趾穴導出，或從貴門導氣由口吐出。
3. 中焦的急救穴道及拔罐：控制的穴道在背部胸椎第三節、第七節和第十二節，經點穴拔罐可以逐漸解除腸胃受限於的功能。

三、預防及治療下焦及腎臟的病變

下焦是指人體過濾代謝廢物、排尿、調節人體水量、血壓、電解質濃度及血液酸鹼度平衡等等的功能，作用位置在腎臟的腎元，是維持人體的各種生理活動成分的恆定系統，也是由腦部中樞神經下來的指令所控制和調節。當下焦功能失調，臨床上會出現的症狀有頭痛、心悸、心律不整、尿液貯留、排尿次數減少、雙腳水腫、

情緒低落、夜不安寧、驚恐等症狀。下焦的治療要從預防著手，也就是在新冠肺炎患者初始治療上焦和中焦的症狀時，就必需開始輔佐預防下焦腎元功能的受損。控制的穴道在背部兩側胸椎第十一節中間及命門的穴位。

四、治療心主別脈的病變

人體與外界環境互動的是三焦系統，內在血液循環則由心主別脈自發的心律電位所推動，兩者互為表裡，完成了人體的全自動的機體機制的運作。兩者均由腦部中樞所來的自主神經系統經由各種激素對全身作自動控制與調節。一旦自主神經系統受損，傷害可以遍布全身，包括各器官組織間生理和協調運作的失常、五官知覺的喪失，更影響了精神意識。心臟也代表精神狀態，首先以心律跳動來表現，如心悸、心律不整、心跳過速，這些都與三焦習習相關，必需三焦系統恢復正常後心主別脈才能恢復正常，單單用心律藥物的控制不能解除病症，必需要有意義的概念，先恢復全自動系統的機制，才能恢復正常的心與心主別脈的功能。所以當患者出現了三焦的症狀即刻應分別治療之，若無明顯的症狀則由中焦開始著手，使飲食消化吸收功能保持有效的狀態，其他症狀或問題則會陸續顯現，然後再逐一治療。

五、預防保健對抗新冠肺炎的策略

人體有自動維持生命的機制，包括自我修復、自我調節和自我生殖。首先要倚賴三焦和心主別脈兩個動力系統的提供能量。上焦充分有效地呼

吸可以提供血氧，心主別脈與三焦結合將含血氧經血液循環供應全身滋養全身，自主神經系統調節各器官組織的生理運作，心跳、心律平和，就保持精神意識情緒的穩定，身體自然有能力足以抵抗細菌病毒的侵害。新冠肺炎病毒已然征服地球將與人類共存，感染後顯然也沒有終身免疫的能力，所以維護身體的健康才是預防保健對抗新冠肺炎的最佳良方。在預防治療的策略上尚需要注意的事項有：

1. 保護自己免於外來的侵襲，與他人相處保持適當的社交距離。
2. 注意防疫資訊，遠離人潮擁擠的場合，必要時帶口罩。
3. 明白自主神經系統受損時可能出現的症狀，一旦有疑慮，應一一鑑別診斷及治療。
4. 快篩的陰性結果或無症狀不表示未感染，用穴道偵測是最佳的方法。
5. 徹底有效的治療是去修復自主神經系統所受的損傷和阻斷，盡快解除器官組織的進一步損壞。
6. 正確的穴壓、導氣合併拔罐是有效的診斷治療法。
7. 臨床上證實新冠肺炎病毒會反覆攻擊自主神經系統，長久的感染對身體的傷害越大。
8. 施打新冠病毒疫苗並不能恢復自主神經系統所受的損傷。
9. 最佳的預防保健促進身體健康的方法是練氣。

參考文獻：

- 陳信吉、謝麗貞，2021。〈認識新冠肺炎(Covid-19)的主要臨床症狀〉。《新醫學雜誌》，Vol. 4, No. 2, 頁4。
- 謝麗貞，2010。探索〈難經〉的奧秘—三焦、氣與氣功的生理機制。台北：知音出版社。

防疫、口罩、皮膚與日常生活

吳雪鳳*

*穴壓與拔罐學會研究員

自新冠肺炎疫情爆發以來，戴口罩已經成為防疫生活必要的一環。口罩也成為許多人另類的臉部妝容，樣式與顏色多彩多姿，然而長期配戴口罩，卻也產生許多皮膚問題，如紅斑、蛻皮、青春痘（痤瘡）等。為什麼會產生這些問題呢？主要是口罩下皮膚所處的環境狀態大不同於沒戴口罩時。為此，我們應該先瞭解口罩的結構對皮膚所處的環境及其對皮膚的影響，進而降低或預防口罩對皮膚的傷害。

一般我們常用的「醫用口罩」的構造分為三層，外層為聚丙烯（PP）防潑水不織布，可阻隔帶有病原的飛沫或血液的附著；中層為融噴（Melt Blown）不織布，透過融噴結構網技術，具靜電吸附功能，能濾除百分之九十以上的 5 微米顆粒（約是細胞與較大細菌的大小）；內層則是聚丙烯或聚乙烯（PP 或 PE）親膚性不織布，可吸收汗水、油脂與戴口罩者的口沫（〈小口罩，大學問〉，2020）。此類口罩的嚴密構造有助於防疫，但長時間配戴，呼吸時所產生的溼氣使口罩內的濕度及溫度增加，臉部溫度升高，而改變皮膚的生理環境，使皮膚上維持正常皮膚生理功能的豐富微生物菌叢的平衡狀態受到破壞，且再加上因口罩對皮膚摩擦、壓迫而造成的損傷等，成為防患病毒感染外，亦需留意的口罩副作用。茲就配戴口罩引發臉部皮膚

問題的兩大主要原因說明如下：

一、皮膚濕度與溫度的改變

在醫用口罩的層層防護下，口、鼻呼出的熱氣與汗水停留在口罩內層，再加上口沫亦沾黏於此，皮膚長時間處於較高的溫度、濕度，以及極易滋生細菌的環境下，容易造成肌膚的水份及油脂分泌失衡，導致表皮微生物菌種失調、毛囊阻塞，進而形成口罩痤瘡（mask acne or maskne）。口罩痤瘡是在長時間使用口罩後發生在口罩覆蓋部位，即臉頰及口鼻周圍為主的痤瘡（廖怡貞等著，2022:15）。油性皮膚者則易加重其痤瘡（黃堅，2020:49）。另外，口罩下皮膚的生理環境也受氣候及身處環境的通風與否所影響，氣候越炎熱，環境通風性越不佳，溫度越高，則口罩痤瘡即易越發嚴重。

再者，配戴口罩易使其覆蓋部位因溫度上升而增加皮膚水分流失、泛紅、pH 值上升，以及皮脂分泌增加，進而引起或誘發紅斑血管擴張型及丘疹膿皰型為主的玫瑰斑。而皮脂分泌增加，則可能使得以皮脂為食的臉部蠕形蟎蟲增加，造成玫瑰斑惡化（廖怡貞等著，2022:15）。

二、皮膚摩擦、壓迫而造成的損傷

由於醫用口罩多以不織布材質為主，長時間配戴容易摩擦臉部肌膚，

形成接觸性刺激，即所謂化學因素導致的接觸性皮膚炎。引發此類現象主要是皮膚不適應口罩的材質，或反覆使用不乾淨的口罩，造成口罩覆蓋部位的皮膚受摩擦或刺激，產生接觸性皮膚炎，引起皮膚搔癢、紅腫或脫屑，若反覆發炎，會逐漸增厚、變乾，甚至產生色素沈澱或龜裂等（〈長期戴口罩恐引發3種皮膚病〉，2020）。（見圖一）



圖一

另一方面，因為物理因素所引起的皮膚損傷，則是長時間佩戴過緊的口罩，由於臉頰、顴骨、耳後及鼻樑等承受壓力部位的皮下組織並不豐厚，摘、戴口罩過程中易受邊緣「剪切力」的影響，容易出現皮膚壓迫、反復摩擦，引起皮膚屏障角質功能破壞、敏感性增加，而導致局部皮膚損傷（〈如何戴口罩減少皮膚不適〉，2021）。

預防或緩解戴口罩引起的皮膚問題

在我們還不能真正做到與病毒普遍共存的認知下，口罩是我們隨臉必戴的必要防護，因此要如何預防或緩解戴口罩引起的皮膚問題是日常生活中重要的課題。

1. 注意皮膚的清潔與保濕，少用化妝品，避免經常性摩擦，避免用手摸臉以減少刺激。回家後，儘

快摘除口罩並徹底清潔臉部（〈如何戴口罩減少皮膚不適〉，2021）。

2. 選擇鬆緊合適、正規廠商的醫用口罩，非必要儘量不戴 N95 口罩，並避免戴多層口罩，增加皮膚負擔及臉部壓痕。過敏體質者，應慎選口罩材質。
3. 在安全防疫前提下，至少每隔 1-2 小時摘下口罩透氣，或以清水清潔臉部，減少汗水對皮膚的刺激，適度變換口罩位置使局部減壓。
4. 口罩有破損、異味或污損時應立即更換。
5. 避免戴著口罩處於溫度過熱的環境，例如泡溫泉、三溫暖做烤箱蒸氣浴，及在大太陽下運動等。
6. 如發生嚴重的皮膚發炎問題，應尋求專業的醫療處理。

參考文獻：

- 〈小口罩，大學問〉，2020，財團法人國家衛生研究院電子報，第 831 期：
<https://enews.nhri.org.tw/health/3080/>。
- 廖怡貞、杜威廷、何英右、朱家葆、李兆甯、陳郁馨、楊朝鈞，2022。〈COVID-19 個人防護裝備及消毒洗手引起的皮膚病〉，《臺灣醫界》，Vol.65，No.1，頁 14-20。
- 黃堅，2020 年。〈小心戴口罩引起皮膚問題〉，《金秋》，第 14 期，頁 49-49。
- 〈長期戴口罩恐引發 3 種皮膚病〉，2020 年 5 月 20 日，啟新診所：
https://www.ch.com.tw/index.aspx?sv=ch_epaper&chapter=epaper20200506。
- 〈如何戴口罩減少皮膚不適〉，2021 年 6 月 10 日，衛生福利部玉里醫院：
https://www.ttyl.mohw.gov.tw/?aid=508&pid=0&page_name=detail&iid=1208。

特別報導

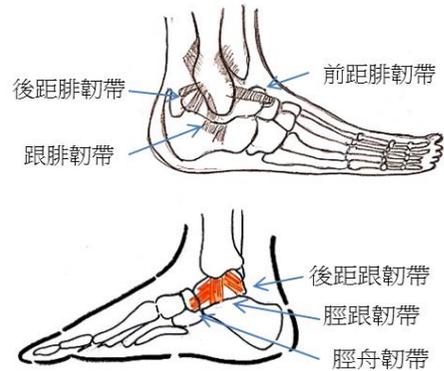
腳踝痛

黃茂雄*

*光禾醫學診所院長、前高醫復健科主任

腳踝痛常見原因

腳踝扭傷是臨床上相當常見的運動傷害，運動員在接觸性及跑跳性的運動中，例如：籃球、排球、足球等運動，常易造成腳踝扭傷。但在日常生活中即使非運動時，一般人也常因為地面或騎樓高低不平整、有坑洞、有落差或是穿著不適當的鞋子，如太高的高跟鞋，而造成腳踝內翻，扭傷腳踝外側的韌帶。



圖一：腳踝結構圖

腳踝的解剖結構

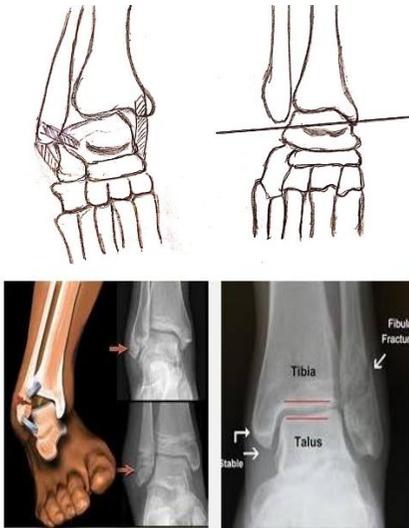
由於腳踝在活動時必須承受身體的重量，因此，以穩定性為最重要。相對於身體的其他關節如：肩關節、膝關節，它的活動度是較小的。但是腳踝就如同手腕關節一樣屬於多軸關節，腳踝可執行踝關節做內外翻，左右旋，及上伸下彎等動作。為了維持所需的穩定度，踝關節由許多韌帶包覆在其外面，而且層層相疊（圖一），其中內側韌帶又比外側韌帶強壯許多，常常脛骨端骨折了內側韌帶仍然無恙。所以，腳踝扭傷中，70-80%是發生在外側韌帶。因為，有這麼多韌帶互相協助，在扭傷時雖然常會將某些韌帶拉斷，造成皮下出血，看起來非常嚴重。急性期甚至無法走路，但 90% 的患者仍然可以透過保守治療，得到很好的效果。

腳踝扭傷之型式

依腳踝扭傷的方式可分為內翻、外翻及踝高部旋扭如下圖二所示。其中以內翻最為常見。嚴重之扭傷可合併骨折現象如下圖三所示



圖二：腳踝扭傷之常見方式



A B
圖三：腳踝扭傷合併骨折（A、B 左側圖）

腳踝扭傷之症狀



圖四：腳踝扭傷之外觀表徵

腳踝扭傷之急性處置

當腳踝扭傷時，第一時間應該停止所有活動，包括走路。停止所有的腳踝活動便是一種對腳踝最佳的保護。如果仍必須活動，則必須有很好的局部固定，例如貼紮（圖五）、護具及石膏固定等。使用輪椅或是拐杖，也是保護腳踝的一種方式，使用原則是不要引發任何疼痛。有些病友自認不怕痛，「忍痛走路」，這是非常不智的，因為疼痛便表示著組織的持續受傷，是應該要避免的。冰敷（圖六）也是急性期最重要的步驟，使用得當

可以使得傷害減至最低，冰敷必須於受傷後馬上進行，在受傷後的前 6 個小時，每小時需進行 20 分鐘的冰敷，超過 6 小時後，每 6-8 個小時冰敷一次，每次 20 分鐘，依受傷的嚴重程度可以持續冰敷至 72 小時。冰敷可將腳放入置有冰塊的冰水中，也可將冰塊以塑膠袋包起放在患處或者使用冰敷袋。但必須不斷的將冰敷袋移離患處，以免凍傷，



圖五：肌內貼



圖六：冰敷

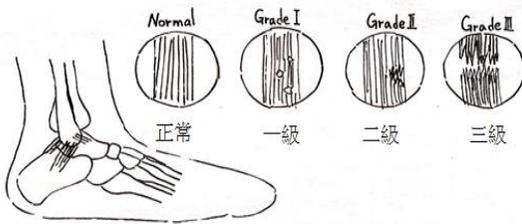
經過初期的冰敷處理後，病友可至復健科接受診療。診療的目的在於了解受傷的嚴重程度，採取適當治療，促使受傷組織的癒合及重建踝關節的穩定性，以避免再次受傷。如果沒有明顯的皮下瘀血，常表示踝關節韌帶受傷屬於第一度受傷，也就是韌帶纖維沒有撕裂，或撕裂小於 5%，此時不一定需要 X 光或進一步檢查。若有明顯皮下瘀血者，則需接受 X 光檢查或超音波檢查（圖七）以確認韌帶是第二度或是第三度撕裂（圖八），是否合併有骨折。了解受傷的嚴重程度將

有助於醫師決定治療的策略，包括受傷腳踝的保護方式，保護時間及未來的運動策略等。



圖七：超音波檢查韌帶，可以明顯看出外側韌帶斷裂（紅線為部分韌帶）

依韌帶損傷程度可分為一至三級，一級是在韌帶中有小纖維斷裂，二及三級則整體韌帶愛呈現部份或完全面斷裂，如下圖八所示。



圖八：韌帶損傷等級

急性後期之處置：

除了有骨折或嚴重之韌帶斷裂需手術治療外，當急性期過後（約3-7天），復健科醫師會開始進行一些復健治療以促進受傷韌帶的癒合，並預防因腳踝受保護而造成的踝關節活動受限及肌肉的萎縮。此時最常使用的復健方式包括利用治療性超音波來促進韌帶

復原，利用浸泡熱水及主動性的腳踝運動來維持腳踝活動度及避免沾黏（圖九），此時活動的原則仍是不要引發疼痛。亞急性期因受傷的程度不同而時間不同，第一度韌帶受傷約1-2週，第二度韌帶受傷約3-4週，第三度韌帶受傷約4-6週，若有骨折可能需要2-3個月。



圖九：水療

腳踝扭傷之結構復健運動

當病友可以單腳站立並踮腳尖而無明顯疼痛則表示受傷韌帶已經癒合，可進入慢性期的復健。大部分病友在亞急性期結束後，因為疼痛已經減少許多，甚至沒有疼痛，便沒有再接受慢性期的復健治療。對於受傷不嚴重的病人，沒有踝關節不穩定，可能將來沒有問題。但對於有反覆性踝關節扭傷或韌帶損傷較嚴重的病人，則可能因為缺乏慢性期的訓練加上韌帶的功能不全，導致踝關節不穩定，或跟骨、舟狀骨、骰骨及掌骨等之間存在有小錯位未予導正很容易會再度扭傷。因此，如何將錯位之關節面復位並加強踝關節四週之肌力訓練及肌肉之本體覺是此一階段的重要課題。錯位之關節面復位可以徒手檢測與治療後以適當護踝固定，肌力訓練方式包括利用彈力帶訓練肌力（圖十），利用平衡板訓練本體覺（圖十一），訓練病

友跑 8 字型等。經過完整的復健訓練， 大多數病友皆可回復很好的功能。



圖十：腳踝關節活動與肌力訓練



圖十一：腳踝本體覺訓練

參考文獻：

Van Dijk CN, Bossuyt PM, Marti RK, 1996. "Medial ankle pain after lateral ligament rupture." *J Bone Joint Surg Br*, 78:562-567. [PubMed]

Lamb SE, Marsh JL, Hutton JL, et al., 2009. "Mechanical supports for acute, severe ankle sprain: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial." *Lancet*, 373: 575-581. [PubMed]

Kerkhoffs GM, van den Bekerom MP, Struijs PA, et al., 2009. "10-day below-knee cast for management of severe ankle sprains." *Lancet*, 373:1601-1603.[PubMed]

Korkala O, Rusanen M, Jokipii P, et al., 1987. "A prospective study of the treatment of severe tears of the lateral ligament of the ankle." *Int Orthop*, 11:13-17.[PubMed]

Pellow JE, Brantingham JW, 2001. "The efficacy of adjusting the ankle in the treatment of subacute and chronic grade I and grade II ankle inversion sprains." *J Manipulative Physiol Ther*, 24:17-24. [PubMed]

Johannes EJ, Sukul DM, Spruit PJ, et al., 1993. "Controlled trial of a semi-rigid bandage ("Scotchrap") in patients with ankle ligament lesions." *Curr Med Res Opin*, 13:154-162. [PubMed]

Karlsson J, Eriksson BI, Sward L, et al., 1996. "Early functional treatment for acute ligament injuries of the ankle joint." *Scand J*

- Med Sci Sports*, 6:341-345.[PubMed].
- Beynon BD, Renstrom PA, Haugh L, et al., 2006. "A prospective, randomized clinical investigation of the treatment of first-time ankle sprains." *Am J Sports Med*, 34:1401-1412. [PubMed]
- Zeegers AVCM, 1995. *Supination Injury of the Ankle Joint* [thesis]. Utrecht: University of Utrecht, The Netherlands.
- Povacz P, Salzburg F, Unger SF, et al., 1998. "A randomized, prospective study of operative and non-operative treatment of injuries of the fibular collateral ligaments of the ankle." *J Bone Joint Surg Am*, 80:345-351. [PubMed]
- Nyanzi CS, Langridge J, Heyworth JR, et al., 1999. "Randomized controlled study of ultrasound therapy in the management of acute lateral ligament sprains of the ankle joint." *Clin Rehabil*, 13:16-22. [PubMed]
- Ogilvie-Harris DJ, Gilbert M., 1995. "Treatment modalities for soft tissue injuries of the ankle: a critical review." *Clin J Sport Med*, 5:175-186. Search date 1994. [PubMed]
- Sloan JP, Hain R, Pownall R., 1989. "Clinical benefits of early cold therapy in accident and emergency following ankle sprain." *Arch Emerg Med*, 6:1-6. [PubMed]
- Cote DJ, Prentice WEJ, Hooker DN, et al., 1988. "Comparison of three treatment procedures for minimizing ankle sprain swelling." *Physical Ther*, 68:1072-1076.
- Pennington GM, Danley DL, Sumko MH, et al., 1993. "Pulsed, non-thermal, high-frequency electromagnetic energy (DIAPULSE) in the treatment of grade I and grade II ankle sprains." *Mil Med*, 158:101-104. [PubMed]
- McGill SN., 1988. "The effects of pulsed shortwave therapy on lateral ligament sprain of the ankle." *NZ J Physiother*, 16:21-24.
- Michlovitz S, Smith W, Watkins M., 1988. "Ice and high voltage pulsed stimulation in treatment of acute lateral ankle sprains." *J Orthop Sports Phys Ther*, 9:301-304.
- Cucherat M, Haugh MC, Gooch M, et al., 2000. "Evidence of clinical efficacy of homeopathy: a meta-analysis of clinical trials." *Eur J Clin Pharmacol*, 56:27-33. Search date 1998. [PubMed]
- Chaiwanichsiri D, Lorprayoon E, Noomanoch L, et al., 2005. "Star excursion balance training: effects on ankle functional stability after ankle sprain." *J Med Assoc Thai*, 88 (Suppl 4):90-94. [PubMed].

淺談兒童近視的成因

劉怡廷*

*聚英視光眼科診所醫師

近視一詞的定義指眼睛在睫狀肌放鬆，無調節力的狀態下，平行光線進入眼內屈光系統，成像在視網膜前方的有限距離。因此，看遠方的視力會產生障礙，但看近物的視力則沒有影響。近視的情況可經由屈光度(refractive error)來描述，且以負的鏡度(diopter, D)為測量單位，散瞳後屈光度在 $\pm 0.50D$ 之間為正視，少於 $-0.50D$ 為近視，多於 $+0.50D$ 為遠視。

近視在臨床上一般分類成(許紋銘, 2005: 230-231): 1. 軸性近視: 指眼球的過度發育或異常, 造成較大的眼球和眼球的前後徑過長之狀態。正常眼軸長度為 23.0-24.0 mm, 眼球每過長 1.0 mm, 則增加 2.50 D 至 3.00 D 之近視。兒童於就學前, 眼睛的發育由遠視眼逐漸趨向正視眼, 此時若過度發育, 就會發生學齡型近視, 或稱幼年型近視。一般至 15-20 歲時, 近視增加速度會減慢, 在青春期發育停止後, 多數能停止增加, 到 25 歲以後再增加者較為少見。2. 屈光性近視: 指眼軸在正常範圍內, 由於眼球屈光成分造成之近視眼。例如曲率性近視: 因角膜, 水晶體之彎曲度加大, 使眼球之全屈光力增強, 見於圓錐角膜、球型水晶體等。或曲折率增強所形成的屈光指數性近視, 如老年性白內障之核硬化型態, 會因水晶體屈光係數發生

改變而造成近視。

我國學童近視問題日益嚴重, 依據國民健康署委託台大醫院團隊以散瞳驗光方式於 106 年執行之「兒童青少年視力監測調查」結果, 相較於上一次 99 年的調查資料, 幼兒園大班近視率已達 9.0%, 小一增加到 19.8% (每 10 人有 2 人近視), 小二從 28.3% 上升到 38.7% (每 10 人有 4 人近視), 小六則從 62% 上升到 70.6%, 而國三已達 89.3%, 可見近視比例隨年齡增加而攀升。在高度近視(度數多於 500 度)的比率方面, 小六為 10.3%、國三為 28.0%、高三已達 35.7%。依台大施永豐醫師調查(中華民國眼科醫學會, 2001): 近視度數平均年增加率如下: 小學一年級至小學三年級: 1.00 D 至 1.25D; 小學四年級至國中三年級: 0.75 D 至 1.00 D; 高中三年: 0.50 D 至 0.75 D; 大學時期: 0.25 D 至 0.50 D。台灣近視問題的嚴重性在於近視發生的年齡愈趨年輕, 若近視發生的時間愈早, 則近視加深的速度愈快, 因此愈容易發展成為高度近視。從過去的研究得知高度近視未來將可能產生許多的併發症(施永豐, 1997: 23, 24, 27-29; 何子昌, 2003; 凌雲志, 1997; Greve, 1980), 如視網膜黃斑部退化(macular degeneration)、白內障(cataract)、青光眼(glaucoma)、周邊視網膜病變(peripheral

retinopathy)、視網膜裂孔(retinal hole)和視網膜剝離(retinal detachment)等，是許多導致失明的原因。

在西方世界，近視首先見於 1611 年由 Kepler 描述其情形。早期有關近視成因的理論分為：「生物體質論」(the biological theory)和「用眼積習論」(the use-abuse theory)。前者的支持者有 Steiger、Waardenburg 和 Otsuka 等人，Steiger 從研究中發現眼角膜曲折度呈現常態分佈(Steiger, 1913)，他認為這種曲折度的變異是源自於眼球組織發育時個體間的自然變異，因此認為眼睛的屈光力是由遺傳因素決定；同時 Waardenburg 和 Otsuka 也在他們的雙胞胎研究發現屈光力在同卵雙胞胎比異卵雙胞胎有較高的相關性(Waardenburg, 1930; Otsuka, 1956)；Sorsby 發表的雙胞胎研究中顯示近視狀況在同卵雙胞胎中有一致性的配對(concordance pairs)佔 83%(Sorsby, Sheridan, Leary, 1962)，因此早期西方認為近視的成因主要是遺傳造成的，與環境無關。

但另一派「用眼積習論」則認為近視與用眼習慣有關，長時間的近距離工作：如閱讀、書寫、使用顯微鏡等會增加眼球內肌肉的張力，導致睫狀肌痙攣、水晶體變厚、屈光力增強而成永久的近視。Ware、Cohn、Dunphy 等研究則發現常閱讀的高教育族群罹患近視的比例和嚴重度皆比教育程度較低的族群來得高，故他們支持近視的發生是由後天環境造成的(Ware, 1913:31; Cohn, 1867; Dunphy, 1968)。同時許多以雞、松鼠和猴子等為對象的動物實驗也顯示了有力的證據，證實視力可因環境而改變(Young, 1961;

Raviola, 1987; Wallman, 1987)。其中一項研究是限制猴子的視野距離，使其目光無法看遠方，被關在有限空間的猴子經過一段時間後，近視的程度顯著地比對照組高，其近視屈光度平均每年改變 0.75D(Young, 1961)。另一研究中，把猴子的一隻眼睛縫合並暴露於光源中，發現縫合的眼睛有近視發生但另一隻眼睛則沒有(Raviola, 1987)。這證明了近視可以完全由環境因素造成，而成因可能是眼睛的正常影像輸入被剝奪，無法刺激視網膜上的神經元產生回饋訊號以抑制眼球的生長，因此產生視覺剝奪型近視(form-deprivation myopia)。已有文獻顯示此現象也會在人類身上發生(Nathan, Kiely, Crewther, 1985)，同時也有學者提出長時間的閱讀也是一種視覺剝奪，因為印刷品無法有效刺激視神經元(Wallman, 1987; Saw, Chew, 1997)。

近年也有不少的家族遺傳研究，分別探討遺傳對近視的作用。家族研究中顯示有近視家族史的學童比較容易罹患近視，但是家族史代表了基因遺傳(genetic inheritance)的意義以外，也可以代表文化習慣的“遺傳”(cultural inheritance)。Wu 等人在香港進行的研究中(Wu, Marion, 1999)，比較三代近視的情況和探討親代中有近視史的學童罹患近視的危險性，發現雙親中至少一位有近視的學童，其罹患近視的危險性是沒有近視家族史學童的 6.7 倍，可見遺傳因素確實有影響。但值得注意的是，該研究發現了祖父母代(第一代)罹患近視的勝算率(odds)只有 0.06，到了第三代時罹患近視的勝算率卻增加到 0.35，然而族群中的基因庫(gene pool)不可能在短短幾十

年間就有如此巨大的改變，因此外在環境的變化，如都市化的興起、兒童就學率增加等社群整體影響也是不容忽視的因素。Pacella 等人的追蹤研究中也發現相似的結果(Pacella, James, Grice, 1999)，其估計家族史的相對危險性(RR)是 5.1，同時也發現家長的視力狀況和其子代在嬰兒期眼球長度有相關性，家長罹患近視愈嚴重者，其子代在嬰兒期的眼球會比同年齡的其他嬰兒來得長，所以推論近視有一定程度應是由遺傳所決定的。

然而對於近視的遺傳模式至今仍未有定論，較具突破性的發現是 Young 在一系列的連鎖分析中(Young, Ronan, Drahozal, 1998; Young, Ronan, Alvear, et al., 1998; Young, Atwood, Ronan, et al., 2001)，從 7 個具顯性遺傳的高度近視家族裏，以基因掃描找出染色體 18p 和 12q 有顯著的連鎖現象，並在 18p11.31 中定位出一個主要基因座(MYP2)，可是在其他的非高度近視的分離分析(segregation analysis)和族譜分析(pedigree)發現近視並不符合古典孟德爾遺傳模式(Pacella, James, Grice, 1999; Ashton, 1985)，不是由主要基因來調控，因此近視被認為可能是一個由多基因控制的複雜性狀(polygenic complex trait)，需要有基因和環境因素的共同作用。

Hammond 的研究中以結構方程式(structured equation)把影響近視的因素(Hammond, Snieder, Gilbert, et al., 2001)：如累加性基因作用(additive genetic effects)、顯性基因作用(dominance)和共同環境(shared environment)作用逐一區隔，發現顯性基因作用並不顯著，累加性基因作用的影

響最大，其餘是共同環境作用。雖然 Hammond 所用的分析方法較為精準，可是其受試者皆為英國的中老年人，所處的世代和經驗的環境和台灣的國情相去甚遠，因此其研究結果或許未能直接套用於我國兒童的近視情況。

至於本國有關近視的雙胞胎研究，以 Lin 等人在臺灣進行的雙胞胎研究發現(Lin, Chen, 1987)，在同卵雙胞胎中一致性配對最高的是角膜弧度(0.85)，但屈光度和眼軸長度分別只有 0.65 和 0.59，沒有如 Sorsby 等人所估計的高。Chen 等人的雙胞胎研究在調整了雙胞胎的閱讀習慣後(Chen, Cohen, Diamond, 1985)，近視發生的一致性明顯下降，而近視的成因中單純可以被遺傳解釋的部份只有 27%，因此環境因素如共同的閱讀和學習習慣，亦是影響近視發生的主要因素之一，環境因素並且會與基因產生交互作用加速近視的發展。

在一些對於近視受到環境危險因素影響的橫斷研究中(Grosvenor, 1963; Tokoro, 1988; Richler, Bear, 1980; Wong, Coggon, 1993; Zylbermann, Landau, Berson, 1993; Saw, Nieto, Katz, et al., 1999)，發現智力、教育程度、職業、閱讀和使用螢幕等近距離工作之工作時數、距離和燈光均與近視的發生和加深有密切相關。危險因子當中以近距離的用眼工作最受到注意，因為有一些成人時期才發生的近視，以及其近視的增加在一些必須長時間近距離用眼的族群明顯地被觀察到，例如顯微鏡工作者、地毯的編織工人、電腦終端機的工作者。在加拿大、以色列及香港的研究中(Bear, Richler, Burke, 1981; Zylbermann, Landau,

Berson, 1993; Wong, Coggon, 1993), 近距離工作和學業壓力與近視可能相關, 但因為各研究對近距離用眼工作的估計都相當粗糙, 而且這些研究多是橫斷面的研究, 對於因果關係並不能完全確定。最近在新加坡進行的近視世代研究, 顯示了亞洲地區的近視盛行與大量閱讀是有關係的(Saw, Hong, Chia, et al. 2001)。至於已經近視的小朋友, 近距離用眼工作影響近視進行速率的研究則呈現不一樣的結論, 在新加坡對 153 位近視小朋友的研究顯示近距離用眼與近視增加速率無關(Saw, Katz, Schein, et al., 2000), 但在芬蘭對 238 個近視的小朋友所做的研究則指出多看書的小朋友有較快的近視增加速率(Parssinen, Hemminki, Klemetti, 1989), 但其他可能造成影響近視與近距離用眼工作關係的變數並未詳加探討, 例如不良的燈光、躺著看書、閱讀字體大小等等, 而且許多變數都是經由父母回憶, 很容易產生誤差。

另外也有人研究晝夜的長短對於眼軸生長的影響(Stone, Lin, Desai, et al., 1995), 有研究認為晚上開小夜燈睡覺, 會影響眼睛的生長使眼軸增長, 曾有研究調查 479 位 2-16 歲的小朋友, 發現晚上開小夜燈睡覺的人有較高的近視比率(Quinn, Shin, Maguire, et al., 1999)。然而有些干擾因子並未排除, 例如父母本身的近視情形, 以及此研究的樣本族群是由第三級轉診的醫學中心而來的。另一篇針對 77 位法律系學生的研究發現, 每天的黑暗睡眠時間若小於 5.6 小時, 則有較高的近視增加率(Loman, Quinn, Kamoun, et al., 2002), 然而後續在美國及新加坡以人群為基礎的大型研究則反對了這樣的結果

(Zadnik, Jones, Irvin, et al., 2000; Gwiazda, Ong, Held, et al., 2000; Saw, Wu, Hong, et al., 2001)。台灣也有類似的研究(李建興等, 2001), 但是並沒有發現嬰幼兒開夜燈睡覺, 對近視的產生有顯著的效應。

教育部之『加強學童視力保健五年計畫檢討報告』指出其他有關的環境因素包括(教育部體育司, 2003): 家長缺乏時間陪伴學童, 隔代教養情形增加, 學童長時間上網, 玩網路線上遊戲或掌上型電玩, 看電視時間未受到約束等, 都可能是導致近視比率持續升高的原因。國人家長們普遍有追求智育表現、講究文憑學歷及小孩不能輸在起跑點上的觀念, 導致國小、幼稚園甚或托兒所, 均偏重靜態學習與資訊教育, 並於課後、假日、寒暑假期間, 安排密集的補習課程; 部分學校為強調智能活動甚至提早教導學生寫字及使用電腦。根據國立台灣師範大學陳政友教授「學童視力保健之效果實驗研究」(陳政友等, 2002), 國小學童在暑假兩個月後的視力變化, 兩眼之近視屈光度有明顯增加的現象。此外在台灣大多數家長均會為學童安排課後輔導課程, 學童學習環境已由校園延伸至校園以外之環境, 如安親班、才藝班、補習班...等, 這些機構雖然代替了父母的保育工作, 但往往為了管理方便, 多以教導功課、抄寫作業或近距離閱讀等靜態學習為主; 並常受主、客觀環境設施限制, 照明及課桌椅可能未達標準, 迫使學童在不良環境下持續用眼, 也是造成視力惡化的原因之一。

近年的動物實驗顯示戶外的陽光能夠調控眼睛的發育生長(Smith,

Hung, Huang, 2012), 抑制眼軸的增長亦即相當於減緩近視增加。國內也有眼科醫師呼籲教育部應該實施下課時間教室淨空活動(Wu, et al, 2018), 讓學童在戶外活動, 避免留在教室看書寫功課, 希望能以簡單的方式幫助控制逐年增高的近視比例。近來因為新冠肺炎疫情之故, 學童們不得已每天都待在室內進行網路課程, 同時也無法外出活動或是大量運動, 預期這段期間將大幅增加眼睛的負擔, 疫情過後近視度數攀升恐成必要之惡。臨床上實際的建議是除了必要的線上課程之外, 家長應盡可能限制兒童使用 3C 產品的時間, 課程空檔時可至陽台稍微放鬆伸展或是窗邊遠眺, 也可以讓兒童幫忙做些簡單的家事當作運動, 以避免長時間近距離的過度用眼。

參考文獻：

- 中華民國眼科醫學會, 2001。《兒童視覺工作診療指引版》。台北：行政院衛生署, 2001。
- 何子昌, 2003。〈近視的視網膜病變診療進展〉。《台北市醫師公會會刊》, 47(9), 69-71。
- 李建興、林耕國、宋湖仙、史麗珠, 2001。〈嬰幼兒睡覺開夜燈與近視的相關性--國內醫院及學校的調查報告〉。《中華民國眼科醫學雜誌》, 40(3), 309-314。
- 施永豐, 1997。〈高度近視併發症-黃斑部萎縮〉。《健康世界》, 261, 23, 24, 27-29。
- 凌雲志, 1997。〈高度近視視神經盤神經纖維層缺損之研究〉。《中華民國眼科醫學會雜誌》, 36(4), 261-366。
- 教育部體育司, 2003。《加強學童視力保健五年計畫檢討報告》, 教育部。
- 許紋銘, 2005。《臨床實用眼科學》。台北：合紀圖書出版社。
- 陳政友、黃松元、林隆光、王國川、劉婉柔, 2002。〈學童視力保健效果實驗研究〉。《學校衛生》, 41, 1-20。

- Ashton, G, 1985. "Near work, school achievement and myopia." *J Biosoc Sci*, 17, 223-233.
- Bear, J., Richler, A., Burke, G., 1981. "Near work and familial resemblances in ocular refraction: a population study in Newfoundland." *Clin Genet*, 19, 462-472.
- Chen, C., Cohen, B., Diamond, E., 1985. "Genetic and environmental effects on the development of myopia in Chinese twin children." *Ophthalmic Paediatrics and Genetics*, 6, 113-119.
- Cohn, H., 1867. *Untersuchungen der Augen con 10,060 Schulkindern*. Leipzig, Verlag von Friedrich Fleischer.
- Dunphy, E., Stoll, M., King, S., 1968. "Myopia among American male graduate students." *Am J Ophthalmol*, 65, 518-521.
- Greve, E., 1980. "Myopia & Glaucoma." *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 213, 33-41.
- Grosvenor, T., 1963. "Refractive state intelligence and refractive errors." *Am J Optom Arch Am Acad Optom*, 40, 257-264.
- Gwiazda, J., Ong, E., Held, R., Thorn, F., 2000. "Myopia and ambient night-time lighting." *Nature*, 404(6774), 144.
- Hammond, C. J., Snieder, H., Gilbert, C. E., Spector, T. D., 2001. "Genes and environment in refractive error: the twin eye study." *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 42(6), 1232-1236.
- Lin, L., Chen, C., 1987. "Twin study on myopia." *Acta Genet Med Gemellol*, 36, 535-540.
- Loman, J., Quinn, G. E., Kamoun, L., Ying, G. S., Maguire, M. G., Hudesman, D., Stone, R. A., 2002. "Darkness and near work: myopia and its progression in third-year law students." *Ophthalmology*, 109(5), 1032-1038.
- Nathan, J., Kiely, P., Crewther, S., 1985. "Disease-associated visual image degradation and spherical refractive errors in children." *Am J Optom Physiol opt*, 62, 680-688.
- Otsuka, J., 1956. "Genesis of myopia." *Bull Tokyo Med Dent U*, 3, 1-24.
- Pacella, R., James, M., Grice, K., 1999. "Ole of genetic factors in the etiology of juvenile-onset a longitudinal study of refractive error." *Optom Vis sci*, 76, 381-386.
- Parssinen, O., Hemminki, E., Klemetti, A., 1989. "Effect of spectacle use and accomodation on myopic progression: final results of a three-year randomised clinical trial among

- schoolchildren." *Br J Ophthalmol*, 73, 547-551.
- Quinn, G. E., Shin, C. He, Maguire, M. G., Stone, R. A., 1999. "Myopia and ambient lighting at night." *Nature*, 399(6732), 113-114.
- Raviola, E., Wiesel, T., 1987. "Effect of dark-rearing on experimental myopia in monkeys." *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 17, 485-488.
- Richler, A., Bear, J., 1980. "Refraction, near work and education." *Acta Ophthalmol Scand*, 58, 468-478.
- Saw, S. M., Hong, C. Y., Chia, K. stone, R. Tan, D., 2001. "Nearwork and myopia in young children." *Lancet*, 357(9253), 390.
- Saw, S. M., Nieto, F. J., Katz, J., Chew, S. J., 1999. "Estimating the magnitude of close-up work in school-age children: a comparison of questionnaire and diary instruments." *Ophthalmic Epidemiol*, 6(4), 291-301.
- Saw, S. Nieto, F. Katz, J., Schein, O. Levy, B., Chew, s.J., 2000. "Factors related to the progression of myopia in Singaporean children." *Optom Vis sci*, 77(10), 549-554.
- Saw, S. Wu, H. M., Hong, C.U., Chua, W. H., Chia, K. S., Tan, D., 2001. "Myopia and night lighting in children in Singapore." *Br J Ophthalmol*, 85(5), 527-528.
- Saw, S., Chew, S., 1997. "Myopia in children born premature or with low birth weight." *Acta Ophthalmol Scand*, 75, 548-550.
- Smith, Earl L Li-Fang Hung, Juan Huang, 2012. "Protective effects of high ambient lighting on the development of form-deprivation myopia in rhesus monkeys." *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 53(1):421-8.
- Sorsby, A., Sheridan, M., Leary G., 1962. *Refraction and its site components in Twins*. London: Medical Research Council, UK.
- Steiger, A. 1913. *Entstehung der Sparischen Refraktionene des Menschichen Auges*. Berlin Karger.
- Stone, R. A., Lin, T., Desai, D., Capehart, C., 1995. "Photoperiod, early post-natal eye growth, and visual deprivation." *Vision Res*, 35(9), 1195-1202.
- Tokoro, T., 1988. "Effect of visual display terminal (VDT) work on myopia progression." *Acta Ophthalmol*, 185, 172-174.
- Waardenburg, p., 1930. "Refraktion und Zwillingsforschung." *Klin Monatsbl Augenheilkd*, 84, 593-637.
- Wallman, Adams, J., 1987. "Developmental aspects of experimental myopia in chicks: susceptibility, recovery, and relation to emmetropization." *Vision Res*, 27, 1139-1163.
- Ware, J., 1813. "Observations relative to the near and distant sight of different persons." *Philos Trans R Soc Lond*, 103, 31.
- Wong, L., Coggon, D., 1993. "Cruddas, Education, reading, and familial tendency add risk factors for myopia in Hong Kong fishermen." *J Epidemiol Community Health*, 47, 50-53.
- Wu, H., Marion, H., 1999. "The effect of having myopic parents: an analysis of myopia in three generations." *Optom Vis Sci*, 76, 387-392.
- Wu, Pei-Chang, et al, 2018. "Myopia Prevention and Outdoor Light Intensity in a School-Based Cluster Randomized Trial." *Ophthalmology*, 125(8):1239-1250.
- Young, F., 1961. "The effect of restricted visual space on the primate eye." *Am J Ophthalmol*, 52, 799-806.
- Young, T. L., Ronan, S. M., Drahozal B. A., Ahldenber, S. C., Alvear, A.B., Oetting, W. S., Atwood, L. D., Wilkin, D. J., King, R. A., 1998. "Evidence that a locus for familial high myopia maps to chromosome 18p." *Am J Hum Genet*, 63(1), 109-119.
- Young, T. L., Atwood, L. D., Ronan, S. M., Dewan, A. T., Alvear, A. B., Peterson, J., Hollerschau, A., King, R. A., 2001. "Further refinement of the MYP2 locus for autosomal dominant high myopia by linkage disequilibrium analysis." *Ophthalmic Genet*, 22(2), 69-75.
- Young, T. L., Ronan, S. M., Alvear, A. B., Wildenberg, S. C., Oetting, W.S., Atwood, L. D., Wilkin, D. J., King, R. A., 1998. "A second locus for familial high myopia maps to chromosome 12q." *Am J Hum Genet*, 63(5), 1419-1424.
- Zadnik, K., Jones, L.A., Irvin, B. C., Kleinstein, R. N., Manny, R. E., Shin, J. A., Mutti, D. O., 2000. "Myopia and ambient night-time lighting. CLEERE Study Longitudinal Evaluation of Ethnicity and Refractive Error." *Nature*, 404(6774), 143-144.
- Zylbermann, R., Landau, D., Berson, D., 1993. "The influence of study habits on myopia in

Jewish teenagers.” *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*, 30, 319-322.



盛開中的蓮花

—Chris 攝於台南白河

常見的腸道疾病與治療

王淳瑜*、張美意*

*穴壓與拔罐學會研究員

便秘和腹瀉是常見的腸道症狀，也是每個人一生中很難沒有的經驗，但面對這樣稀鬆平常的症狀，真正願意去瞭解它的人可說是少之又少，其處理的方式也多半不被重視，除非已演變為長期的病變，甚至有血便，才會讓人開始注意它，但那時似乎已經太遲了。在這裡我們希望能用預防醫學的觀點來探討此症狀的病因及不同的治療方式，期望能讓症狀止於此，不再衍生為慢性病或癌症。

正常的腸道功能

腸道的起點是十二指腸，銜接膽管與胰管，注入膽汁、胰液，加上腸道本身分泌的腸液，所組成的消化液，協助小腸吸收。小腸長約 7 公尺，藉由攪和收縮和推進收縮，將食糜切割並與消化液混合，乳化脂質，中和酸性，並且吸收。正常情況下食糜在小腸內的移動速度很慢，由幽門到迴盲瓣需要三到五個小時才至大腸。大腸起點始於盲腸，腸道內約有千種細菌相互制衡，而盲腸中有許多抗體，抵抗食物中的多種細菌。大腸長約 1.5 公尺，大腸的前半段為升結腸及橫結腸，稱為吸收大腸，主要是吸收水和電解質，每天大約可吸收 5 到 8 公升的液體，將食糜由半流體轉成半固體狀，一般需八到十五個小時。大腸的後半

段稱為儲存大腸，主要是儲存半固體狀的食糜，經由降結腸，乙狀結腸到達直腸，最後排出。人每天產生的糞便成份是 3/4 的水和 1/4 的固形物，固形物有 30% 是細菌屍體，30% 是消化的食物殘渣。

常見的腸道疾病、治療與預防

一、便秘

1. 便秘的成因

便秘是糞便在大腸內移動太慢所造成，糞便因停留太久，水份被過度吸收，出現排便次數減少，硬、乾的糞便不易排出的狀況。常見的原因為缺乏運動、久坐的生活型態、飲食缺少纖維質、水分攝取不足、生活作息不規律或是精神壓力、或是常常抑制排便衝動。因腸道蠕動速度緩慢，可能導致食慾不振、頭痛、倦怠、下背痛、腹脹、及下腹部痛。而糞球太硬易阻塞腸道，須用力排便甚至會造成肛門出血。而長時間糞便停留大腸，會增加罹患大腸癌的風險。

2. 便秘的治療方法

(1) 用藥

便秘是因為腸蠕動太慢或是缺乏水分，使得糞球太硬而阻塞腸道，醫師除了建議用飲食調整或生活作息改

變來治療外，有時也會使用「緩瀉劑」，以下將為您介紹「緩瀉劑」的種類及服用時需要注意的問題。

- 膳食纖維、纖維補充劑和散裝瀉藥：需以少量水服用後，再大量補充水分，藉著纖維吸水膨脹的作用，促進腸道蠕動，軟化糞便。
- 表面活性劑：是一種降低糞便表面張力，使水分更容易進入糞便的藥劑，副作用極少，但效果確不如其他藥劑。
- 不易吸收的糖(聚乙二醇、乳果糖、山梨糖醇)及鹽(鎂乳、檸檬酸鎂、硫酸鎂)滲透劑。這些也可以增加腸道水分，但過量使用易影響電解質平衡，增加體液容量，影響心和腎功能不良的病人。
- 刺激性瀉藥，如秘可舒 Bisacodyl、番瀉葉苷 Sennoside A、B：也是一種增加腸道蠕動的藥劑，其中秘可舒會刺激胃，因此需整顆吞服。長期使用這類藥劑可能與低鉀血症、蛋白質流失性腸道疾病、鹽超負荷相關。
- 礦物油、甘油或秘可舒栓劑、水溶性造影劑灌腸 (Gastrografin 或 Hypaque)：嚴重便秘時使用，可有效軟化糞便，提供腸道潤滑作用，排除糞便阻塞障礙。但可能發生低血壓、高磷血症、低血鉀、高血鉀、代謝性酸中毒、嚴重低鈣血症、腎功能衰竭和心電圖改變，腎功能不良及老人應避免使用。(藥物食品安全週報，2018)

(2) 運動

便秘最主要的原因就是腸子蠕動

過度緩慢，甚至不蠕動，利用固定的運動將有助於腸道蠕動，刺激排便，但對於一些行動不便者，想要利用運動達到腸道蠕動不易達成。此時，可能會需要家人代為做腸道按摩以協助病人腸道蠕動，按摩的順序由右下盲腸為起點，向上至升結腸，向左經橫結腸至降結腸，向下至乙狀結腸，呈「U」字形，順時針方向按摩，將糞便緩緩推向肛門出口。

(3) 飲食調整

由於「緩瀉劑」或多或少對身體都有些許的影響，只是副作用有大有小。想要治便秘就是要讓腸子動起來，可多食用天然穀物、麥麩(五穀根莖類)、柑橘類(水果類)、豆類、蔬菜類、堅果類，但每個人對於不同的食物會有不同的反應，有人吃地瓜，有人是吃芭樂、木瓜，也有人喝牛奶或優酪乳會有助於腸子蠕動，不妨多試試，找出最適合自己的食材。另外，要避免食物中會造成腸道發炎破壞腸道細菌的食品，例如代糖、食品添加物如乳化劑，也建議少吃紅肉，特別是經過加工，或是燒、烤、煎、炸等烹調程序的食物。

(4) 練氣

作者自己的經驗認為練氣是促進腸道蠕動最有效的方法。練氣是透過呼吸吐納的過程帶動「氣」的流動，不斷的按摩腸道，而且練氣的過程中需要全身放鬆，從頭到腳，由裡到外，全身都需要放輕鬆，透過身心靈的放鬆，增加腸道蠕動，以刺激排便。

3. 預防便秘的方法

- 固定的運動

- 均衡的飲食
- 持續的練氣

二、腹瀉

1. 腹瀉的成因

腹瀉的定義乃由於糞便在結腸內快速移動，導致大腸無法或來不及吸收水份而排出鬆散、不成形的糞便。若排出的糞便是水狀或爛泥狀一天至三天以上就是腹瀉。大部份持續 1-2 天，不需要任何治療可自行痊癒，但持續性的腹瀉，就可能是病變的前兆。腸炎指的是消化道受細菌或病毒感染所致，感染性腹瀉通常在大腸和迴腸末端最嚴重，當腸壁受到感染，黏膜受到極大刺激，水和電解質分泌速度大量增加，腸壁運動速度增加數倍，此時兩者作用產生大量液體並將病原快速沖走，會產生腹瀉、大便稀軟等現象，但同時也造成正常腸道菌數量減少，破壞腸道健康。腹瀉可能會引發脫水現象，對年幼的小孩及老年人是有危險性的，腹瀉症狀也可能伴隨腹部絞痛、腹脹、噁心等。

現代人常常外食度日，但店家苦於溫差過大、食物保鮮不易，食物變質與孳生病菌的可能性大增，病菌常在不知不覺中被人們吃下肚，因而造成拉肚子或胃痛、嘔吐等食物中毒的現象併發腹瀉。

2. 腹瀉的治療方法

(1) 用藥

腹瀉最重要的是補充水分和電解質，無法由口補充的脫水患者，則給予靜脈注射溶液，與依腹瀉程度考慮使用「止瀉劑」。

「止瀉劑」概分為三種：

第一種為腸道蠕動抑制劑 如 Loperamide、易蒙停 Imodium R 是最常見的止瀉藥物，透過抑制腸壁蠕動來延長腸道內容物滯留時間，減少水分及電解質流失，止瀉作用最強，但不建議使用在腎功能不良的患者身上。

第二種吸附劑及收斂性止瀉劑如 Kaolin and pectin、高克痢懸浮液 PecolinR，是常見的止瀉藥物，成分為富含膠質的高嶺土，其吸附作用為非選擇性，口服之後除了水分、細菌毒素，同時也會吸附養分、酵素、藥品，建議於空腹使用，並與食物和其他藥物間隔 2 小時，以減少交互作用，不建議使用在因中毒造成腹瀉的患者。

第三種黏膜保護劑，可吸附腸道毒素及保護腸黏膜，尤其是與受損黏膜相結合後形成薄膜，覆蓋在黏膜表面，使之不再受到各種有害物質如消化液、藥物等的侵襲，起隔離作用，促進黏膜修復。(藥物食品安全週報，2019)

(2) 飲食調整

想要治療拉肚子，最好的方法就是，讓代謝廢棄腐敗物排出，同時將病毒排淨。拉肚子多因食用不潔或不新鮮過時的食物所致。貿然使用「止瀉劑」反而是將病毒滯留在體內，讓身體受到更大的傷害。在腹瀉初期，不宜再進食一般的飲食。肚子飢餓時，可食用米湯，用一小把白米加很多很多的水，小火熬煮，煮到水變成白白的、稠稠的米湯，就喝那層米湯配上少許醬瓜湯（花瓜罐頭裡的醬湯沒有油漬

但含多樣電解質)，不要有米粒，也不要有花瓜、不要有油或其他食物。這樣的米湯當水、當餐點盡量地喝，喝個二、三餐或一天，腸胃道就會好轉，不會再拉肚子了，然後再吃簡單的不含油的食物，就可使腸道恢復正常。

拉肚子會讓人流失體內大量的水份和電解質，在過度缺乏體液及電解質不平衡時，人會虛弱不堪，吃任何藥物或食物，都會增加腸胃道的負擔。米湯可以供應水份和提供當能量用的澱粉質，還可以保護腸胃道；而醬瓜湯則含有許多人體需要的電解質，正好幫助我們的電解質平衡而恢復正常腸道功能。

3. 預防腹瀉的方法

- 儘可能避免外食
- 儘可能避免食用隔夜飯菜
- 慎選用餐的店家，注意環境整潔及食材保存方式
- 避免食用生食

不論是便秘或拉肚子都和腸道功

能失調脫不了關係，前者是腸道蠕動出了問題，甚至腸道不再蠕動，致使糞便變硬不易排出，後者則是腸道過度蠕動，造成腹瀉。若能將造成腸道功能失調的問題排除，腸道自然恢復正常。若問題的根本是緊張、偏食、食物中毒還是其他非飲食原因，應改善之，那麼便秘和拉肚子的問題自然迎刃而解，不易再犯。讓我們一起擺脫用藥，找回健康的自己。

參考文獻

衛生服務部食品藥物管理署，2018。《藥物食品安全週報》，第 691 期，<http://www.cmit.com.tw/download/691.pdf>。

衛生服務部食品藥物管理署，2019。《藥物食品安全週報》，第 731 期，<https://www.fda.gov.tw/tc/PublishOtherEpaperContent.aspx?id=1266&tid=&r=1393093522>

大拇指手機症候群的診斷與治療

邵芸英*

*穴壓與拔罐學會研究員

手機/行動電話迅速改變了人的生活方式，隨著手機網路頻寬技術的發展，通訊資料傳輸率越來越高，使一手在握的手機能滿足各種生活、娛樂與工作的需求，如訂票購物、觀看影片、查詢資料、即時聯繫...等，使手機已與人形影不離，隨處可見人人單手看著手機螢幕，大拇指不停的上下滑動，迅速按鍵、輸入回覆或聊天，無論是吃飯、走路、搭乘大眾運輸工具、搭乘電梯/手扶梯....，而這些習以為常的日常，卻是造成傷害的根源，長時間單手持手機，大拇指未停歇且頻繁重複的滑動及按鍵動作，將造成大拇指肌群過度的伸展與屈曲形成傷害。

個案：男性，45歲，工作性質-IT研發工程師

主訴：左手大拇指近日出現疼痛，手掌大拇指根處微有痠痛感。

一、第一次診治部位與步驟

診察：先請患者用左手大拇指依序的點（如同LINE回覆訊息般打字）向其他四指關節指節及指根，觀察大拇指按各關節點的靈活度及會產生疼痛的角度，以診斷姆指根（魚際肌）拉傷的位置與受傷程度，接著再診療以下二處：

（一）手掌：

首先按壓手掌大拇指根約魚際穴處，大拇指指關節活動按點時無疼痛，當向內彎曲及向上伸直時，大拇指指根與手掌根微痛緊繃，先按壓（大）魚際肌群的大拇指根與手掌根部突起肌肉群，按壓此根點（圖一），因魚際肌群是外展拇短肌（第一層）及拇指對掌肌（第二層）層疊肌肉群，患者手掌根部按壓出現疼痛（圖二），在按壓有疼痛感的痛點處拔罐（圖三，拔罐壓力設定500-550mmHg，時間3-5分鐘），拔罐後罐印顏色淺淡表氣血少（圖四）。



圖一



圖二



圖三



圖四

(二) 手臂肘

診察二處肌肉起始點，手掌大拇指魚際肌群連前臂手肘旋前方肌、屈拇長肌及屈指淺肌層疊相連，在前臂肘屈指淺肌按壓，該區肌肉及神經與手掌魚際肌群掌根痛點相連，按壓出現疼痛感，在痛點處拔罐（圖五，壓力設定 500-550mmHg，時間 3-5 分鐘），拔罐後呈現深紅，代表傷害已一段時間、且嚴重（圖六）。起罐後，請患者將大拇指動一動、轉一轉，痠痛感已減輕。



圖五



圖六

二、第二次診治部位與步驟

主訴：一週前手掌拔罐處，感覺腫腫的，想想平時使用左手的時候，多半在工作時，打字輸入程式，左手需撐著手機。

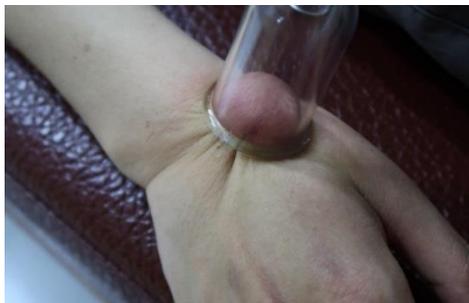
診察：檢查手掌拔罐位置，按壓魚際肌群，拇指對掌肌內之屈肌支持帶（橫腕韌帶），該肌肉群血液已凝結成鈣子，不適宜拔罐，改以相對應的手掌背位置。

手掌背：

按壓手掌背虎口下，手掌背大拇指根，第一背側骨間肌（圖七），患者手背按壓出現疼痛感，在痛點處拔罐（圖八，拔罐壓力設定 500-550mmHg，時間建議 3-5 分鐘），拔罐罐印呈現周圍深紅，表傷害已一段時間（如圖九）。



圖七



圖八



圖九

當手機成為生活中不可或缺的工具，使用時手掌長時間固定撐拿手機，與大拇指的重複動作，將傷害手掌肌群，為此類傷害診療的重點。此外，應留意的是長時間撐拿手機，小指及中指持續微彎的動作，會擠壓手掌肌肉，阻礙血液、經絡的循環流通，積年累月，手指易出現麻木現象，對心臟微有影響。而大拇指微彎，滑動或打字，日積月累對肺部呼吸亦有影響，傷害不容小覷。

穴壓拔罐治療對尾椎損傷疼痛的治療

洪韻媚*

*穴壓與拔罐學會資深研究員

臨床上因為尾椎受傷而引起相關部位疼痛的案例，屢見不鮮。其疼痛除了尾椎骨及其附近一帶的疼痛之外，許多下背、中腰部疼痛的起因也源自於此，也能是造成腹瀉不止或便秘的原因之一，甚至會讓個案坐立難安、不良於行，臀部及腿部行走時疼痛等諸多的問題。在謝醫師診所也常見這類問題的案例，本文將探討氣功穴壓拔罐對尾椎痛的診療原理。

常見尾椎疼痛及相關不適的原因

1. 跌坐：

因未站穩或坐穩的跌坐，特別是小娃娃學走路，搖搖晃晃難免跌坐在地上，由於尾椎近端以纖維軟骨和薦椎骨相連(圖一)，每節的尾椎體間仍有椎間盤，因此尾椎具有一定的彈性與吸震的功能。雖然包裹著尿布，離地面的距離近，力道也不大，但仍可能會因此受傷。若跌坐時剛好傷到尾椎骨尖端，跌坐的反作用力將能量蓄積在此，由於尾椎骨與提肛肌群相連，因而間接影響排便，症狀也許是腹瀉不止或是便秘。

治療上在長強穴施以氣能將跌坐時蓄積的能量解開，使尾椎骨復位並啟動人體的自動修護系統，便能使排便恢復正常的運作。

對於無法充分表達自身狀態的小孩或年長者，需要照顧者敏銳的覺察身體的變化，及時就診找出的原因並接受治療，避免衍生更多的問題。

2. 外傷撞擊造成結構損壞：

較跌坐受力更大作用力的外力傷害，比方如被惡作劇挪開椅子垂直跌坐在地上、跨越機車因褲管絆住單邊不穩而跌坐在地上、路滑跌得四腳朝天、下樓梯時滑倒尾椎骨碰撞階梯…等情況，病患受傷在急性期的主訴通常是感覺腰痛、不能動、無法站立，不會有尾椎處的疼痛感，是由於尾椎骨末端沒有神經，因此在遭受挫傷、骨裂時都少有疼痛感，除非傷及骨膜，才會感覺到疼痛，因此當時個案不太會知道自己的尾椎骨受傷了，之後可能會出現無法坐下的情形，主因為尾椎撞擊傷及附近的肌肉、肌腱和韌帶，造成組織持續性的疼痛，也會因為肌肉受傷微血管破裂而出血腫脹、組織發炎導致壓迫神經而引起的疼痛，因此就醫照 X 光才會發現尾椎骨裂傷。

尾椎本身除了有尾椎韌帶之外，其前後側、左右側皆有韌帶分別與薦椎骨、坐骨連接(圖二)，像斜張橋般產生斜向的張力，使尾椎維持其在骨盆腔內適當的位置。一旦尾椎骨挫傷，無論往內裡彎曲或往一側彎曲，都破壞了原來完美的張力平衡，而壓迫到

尾椎骨附近的肌肉，而此處肌肉的附著點最終會上行至薦椎與髌骨相連處，大約在髌骨嶺的上緣(圖三)，也就會牽扯在中腰的部位造成該部位的疼痛，因此讓個案感覺是腰痛，然起因卻是源自於尾椎骨受傷。

3.長期姿勢不良：

倘若長期採骨盆後傾的坐姿，除了原本的著力點在兩側坐骨粗隆之外，尾椎骨也會成為第三個支撐點而受到壓迫，長期的不良坐姿，終究會導致尾椎骨受傷。

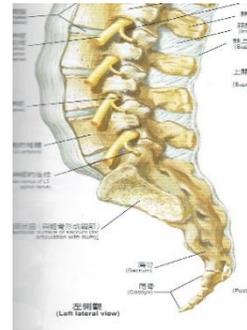
穴壓拔罐偵測與診療原理

氣功穴壓與拔罐治療法是以氣能刺激穴位活化人體內的自體修復機制，促進癒合的過程，來治療尾椎受傷。由於尾椎挫傷後，造成的牽扯疼痛大多出現在髌薦關節及髌骨上緣附近的中腰部位。因此部位的肌肉、肌腱及韌帶相互交錯，會造成相同部位疼痛感的原因需先排除，如髌薦關節的錯位、因過度使用手臂過度造成肩胛骨下行肌肉拉傷並延伸至下背肌肉而導致腰部的疼痛等，因此氣功與穴壓拔罐的治療，首先需區辨是否是尾椎問題所造成。

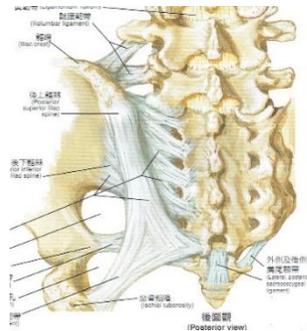
觀察個案並透過問診了解疼痛的起因、症狀、病程、疼痛的感覺、頻率…，過濾可能的致痛因素，再以足夠的氣能作穴道偵測及氣場感應，依據穴道的反射痛來確定診斷造成下背或中腰部疼痛的真正原因和受傷的程度。

當個案的狀態比較複雜，具有多重因素時，就要依據氣場偵測的結果

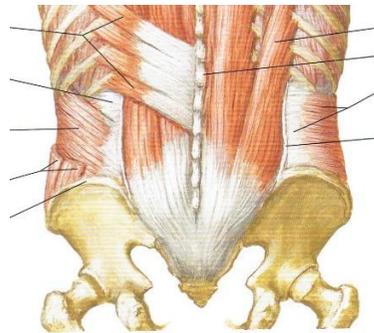
擬定治療的先後次序，才能有效的治癒。



圖一



圖二



圖三

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 155 及圖 169。

穴壓拔罐治療的手法

首先，以足夠量的氣能啟動尾椎

附近的穴道，及視受傷情況沿著尾椎骨旁側或背側，以穩定手法、足夠的氣能，順著方向刺激穴位，並搭配拔罐法去除血腫及發炎反應，解除對神經造成的壓迫，能快速消除疼痛，恢復此處血液循環與代謝，並活化修復系統，癒合骨裂處。接著打開尾骨、薦椎骨及骯骨附近相關穴位，恢復正常的體位和功能，並透過穴位將氣能傳遞給病人，活化與強化傷處肌肉、肌腱使之癒合，並讓尾椎骨復位。

以氣功穴壓拔罐治療尾椎痛的次數，會隨著受傷的程度、急性期或是已演變成慢性且較複雜的症狀而異，一般治療尾椎骨大約要 20 次，如果能夠次數密集，可視個案接受治療後恢復的狀況而減少次數。並搭配特有的外敷藥，促進組織活血化瘀、消腫、

生肌長骨，加速組織修護與促進骨骼再生癒合。

預防與保健的建議

長時間需要採用坐姿工作或閱讀者，除了注意坐姿應端正外，也可以選擇中空的坐墊，保護好尾椎骨，避免直接壓迫導致受傷衍生其他問題。有關單位要宣導遊戲時應注意屁股安全，避免摔倒，因一時好玩造成尾椎長久的傷害。平時意外的跌坐或摔跤等傷害不容小覷，會因著地形、著地角度、高度、力道的大小，而造成不同程度的結構損傷，宜在第一時間作適當的檢查與治療，找出損傷疼痛原因，儘快恢復正常的組織結構及功能，避免因延誤而造成更複雜的症狀。



美麗的亞馬遜百合

—劉維婷提供

高跟鞋症候群

林文絹*、謝麗貞**

*國立臺北護理健康大學護理系副教授

**穴壓與拔罐學會理事長

穿著高跟鞋所造成的問題在臨床上相當常見，在美國肇因於穿著高跟鞋到急診求診病患不在少數，傷害以足踝拉傷與扭傷最為常見，然而穿著高跟鞋傷害不僅發生於足部，各種研究顯示影響遍及膝、髖、脊椎等處關節與肌肉等，故稱為高跟鞋症候群(Cronin, 2014; Moore, Lambert, Jenkins, McGwin, 2015; Pannell, 2012; Williams, Haines, 2014)，在謝醫師診所求診女性病患也常見這類傷害，本文將探討高跟鞋症候群與氣功穴壓拔罐診療的原理。

高跟鞋症候群

研究顯示穿著高跟鞋常發生以下各部位的問題(Cronin, 2014)：

1. 膝蓋關節：以錄影比較穿著高跟鞋與赤足步態研究顯示，穿著高跟鞋會增加膝蓋上、下方骨頭間的壓力，與膝關節內軟骨的磨損，長久將可能導致膝關節炎、退化性關節疾病，可能是女性罹患骨性關節炎高於男性的原因(Simonsen et al., 2012)。
2. 小腿：穿高跟鞋時小腿肌肉會自然的收縮，長期使小腿肌肉處於變短與處於緊繃狀態。
3. 阿基里斯腱：長期穿高跟鞋會造成該肌腱變短，當換穿平底鞋時，肌腱會被拉長甚至造成發炎。
4. 腳踝受傷：穿高跟鞋平衡不易，年長及過重者尤其容易跌倒而扭、拉傷腳踝。
5. 蹠骨疼痛：穿高跟鞋會讓身體的重心都壓在蹠骨，隨鞋跟增高，對足前的壓力也隨之增加，使足部的前腳掌區疼痛。
6. 大姆趾外翻與槌趾：穿著不合腳的跟鞋時，腳趾頭必須彎曲才能符合鞋型，長久下來會造成腳趾頭的最末端關節彎曲，穿鞋子時也就容易摩擦產生疼痛，甚至連不穿鞋時都無法伸直。
7. 不良姿勢：隨穿著高跟鞋高度增加，踝關節角度也增加時，間接影響身體軀幹，使得人體會有向前傾的情形(謝鈺紳, 2014)，隨身體的重心的改變，肩膀、脊椎、臀部都不在正常位置，增加軀幹肌肉的緊張度與增加對脊椎間的壓力而可能有下背痛的問題(Pannell, 2012)。

綜而言之，高跟鞋症候群之致病原因：足踝關節能進行屈、伸、內翻、外翻、旋轉等各種複雜動作，需靠各不同功能多條小腿肌肉，上下端以肌

腱附著於骨骼的肌肉共同來完成，如屈脬長肌、屈趾長肌、伸脬長肌、伸趾長肌、腓腸肌、比目魚肌...等。各肌肉上方起始於膝關節附近，肌肉下方則經足踝下方終止於足弓附近，因此當穿著高跟鞋時，小腿肌肉需收縮，阿基里斯腱縮短，為穩定踝關節使該等肌肉過度收縮，造成足踝因受力軸線改變而拉扯韌帶致使損傷，而身體重力在著地向上的力量先到達踝關節，踝關節的不穩定因向量原理產生水平力傷害踝關節附近韌帶，與垂直力量傷害到達膝關節。後足跟的上抬也增加前腳掌的吃力使足弓前後韌帶過度拉扯造成傷害（圖一）。



圖一
穿著高跟鞋造成腿部傷害可能衍生的部位

穴壓偵測原理

高跟鞋症候群病患常見的抱怨是足踝、足底、足跟、小腿與膝蓋疼痛。真正的傷害形成，如上述原理須逐一偵測才能確定導因。因著受力方向所

造成的傷害損及經脈血管時，會影響氣運行滯礙不暢，不通則痛，痛有定處，固定不易。需用穴道偵測，其步驟如下：

1. 沿內、外踝關節脛、腓骨下緣按壓，以偵測疼痛傷害的部位。
2. 穴道偵測時要包括足弓前後韌帶附著處，所可能受到傷害點，分辨其所受力的方向。
3. 阿基里斯腱與內踝或外踝上方部位所帶動的諸多肌肉收縮的肌腱，是最常見可能會受到傷害的部位。
4. 穴道偵測膝蓋內、外側下方，此處為緊繃小腿肌肉附著於骨骼起端的肌腱，當受力向上足夠強勁時，會使此處肌腱受傷而疼痛難忍，誤以為膝蓋受傷。

由於鞋款與每個人行走步態的差異，所指稱疼痛部位變化多端，應全範圍偵測，個案抱怨內側膝蓋下面疼痛，則需考慮為腳踝內側上行的韌帶傷害。所以外側膝蓋下的疼痛多於內側時，就可判斷是腳踝外側韌帶受傷，疼痛內側多於外側時，就是腳踝內側韌帶受傷，必須同時治療好了膝蓋下面的肌腱的疼痛，病症才會完全消失。由於原受力骨骼肌肉軸線的改變，除痛點外，需沿肌肉走向上下找尋肌腱的位置，甚至到達大腿、臀部肌肉，與下背部都有可能。藉由穴壓拔罐移除所有傷害及氣滯之處，促使人體自動修復，才能去除病痛。

穴壓與拔罐步驟

診察與治療視傷害程度而進行，

通常這類傷害累積已久，需視實際情況進行多次療程。先穴壓治療再拔罐，下肢拔罐的壓力為 400-500mmHg，時間 3~5 分鐘。

1. 於內腳踝下方脛骨與跟部的三角韌帶區域，沿脛骨下方邊緣施予穴壓，分辨前、中、後韌帶的傷害，再進行拔罐。罐杯緣應緊靠脛骨下方，避開骨頭，脛骨下方先拔一罐，再拔另一罐，第二罐與第一罐間部分可能重疊（圖二-左）。
2. 沿肌肉上行屈伸肌肉的穴道點進行穴壓再拔罐（圖二-中）。
3. 於膝蓋下方，二條不同肌肉的上方連結膝下的受力點，給予穴壓，並進行拔罐（圖二-右）。
4. 足跟為阿基里斯腱的終點，於該處進行穴壓（圖三）與拔罐（圖四）。診療時需同時確認踝部的對側是否也受傷，需一併治療（圖五）。
5. 進行阿基里斯腱、和小腿肌肉傷害的偵測、穴壓與治療（圖六）。
6. 偵測臀部與下背肌肉的傷害，給予穴壓與治療（圖七）。



圖三



圖四



圖二



圖五



圖六



圖七

預防與保健的建議

越來越多的研究顯示高跟鞋所造成的傷害，女性朋友應儘量避免穿著高跟鞋，隨著年齡增加肌肉與韌帶也將逐漸退化與失去彈性，更增加穿著高跟鞋的傷害的風險，無論任何年齡

層都應留意選擇合宜鞋款，以免於日承擔苦果。

參考資料

- 謝鈺紳，2014。〈女性不同鞋跟高度之步態分析〉。《高師大體育》，(12)，2-12。
- Cronin, N. J., 2014. The effects of high heeled shoes on female gait: a review. *Journal of electromyography and kinesiology*, 24(2), 258-263.
- Moore, J. X., Lambert, B., Jenkins, G. P., & McGwin, G., 2015. Epidemiology of High-Heel Shoe Injuries in U.S. Women: 2002 to 2012. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*, 54(4), 615-619. doi: <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2015.04.008>
- Pannell, S. L., MD, U., 2012. The postural and biomechanical effects of high heel shoes: A literature review. *Journal of Vascular Surgery*.
- Simonsen, E. B., Svendsen, M. B., Nørreslet, A., Baldvinsson, H. K., Heilskov-Hansen, T., Larsen, P. K., Alkjær, T., & Henriksen, M., 2012. "Walking on High Heels Changes Muscle Activity and the Dynamics of Human Walking Significantly." *Journal of Applied Biomechanics*, 28(1), 20-28. Retrieved Sep 30, 2020, <https://journals.humankinetics.com/view/journals/jab/28/1/article-p20.xml>
- Williams, C. M., & Haines, T. P., 2014. "An exploration of emergency department presentations related to high heel footwear in Victoria, Australia, 2006-2010." *Journal of Foot and Ankle Research*, 7(1), 4. doi: 10.1186/1757-1146-7-4

新冠肺炎西醫治療系統性文獻回顧

Treatments and Therapies for COVID-19 in Western Medicine: A Systematic Review

張維容¹、林庭瑀¹、范僑苾¹、廖思涵^{1,2,3}、賴昭智^{1,4}、許辰陽^{1,5}

Wei- Jung Chang¹, Ting-Yu Lin¹, Chiao-Hsin Fan¹, Sih-Han Liao^{1,2,3},
Chao-Chih Lai^{1,4}, Chen-Yang Hsu^{1,5}

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

²Department of Medicine, National Taiwan University Cancer Center, Taipei, Taiwan

³Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan

⁴Emergency Department of Taipei City Hospital, Ren-Ai Branch, Taiwan⁵

⁵Daicuhng Hospital, Miaoli, Taiwan

摘要

研究背景

2019 年底由亞洲開始爆發的 COVID-19(Coronavirus disease 2019)在數月的時間快速傳播至世界大都會區並且進一步造成各國大規模流行。新冠病毒感染初期主要造成肺部傷害，後期則引起全身性劇烈發炎反應造成重症及死亡之不良後果。目前多種疫苗雖可藉由群體主動免疫控制疫情，但對於快速發生突變的新冠病毒以及疫苗全球分配議題、施打速度，以及疫苗保護時效性之多重因素下，全球健康照護體系對於可有效治療以及預防感染新冠病毒後進展藥物仍有迫切需求。本文以系統性文獻回顧整理目前對於新冠肺炎治療實證以及近期開發具有預防性投藥特性的新型抗病毒藥物，評估其對於疫情防治之運用。

材料與方法

本研究以新冠肺炎西方醫學相關治療以及臨床隨機分派研究以及觀察性研究作為關鍵字，搜尋 PubMed 學術資料庫自 2021 年 1 月 1 日截至 2021 年 12 月 31 日發表之各類藥物運用於新冠肺炎臨床治療效益評估文獻。經作者篩選及評讀後共納入 52 篇文獻進行系統性回顧。

結果

本研究納入新冠肺炎西醫治療包含於疫情初期主要運用於住院病人治療的注射劑型療法如瑞德西韋與免疫調節療法，主要運用於罹病早期輕度病患的單株抗體雞尾酒療法，以及晚近發展具預防性投藥可能的口服抗病毒藥物與長效型單株抗體學術文獻。收納之文獻報導運用實證醫學方法證實於新冠病毒不同疾病進展期間投與藥物可達到降低住院、重症，以及死亡之風險與加速康復縮短病患住院時間之效益。為達到最佳臨床治療效益，目前對於新冠肺炎的西方醫學療法主要依據疾病進程而採用不同治療模式：疾病初期為降低疾病傳染性及抑制病毒複製可以使用抗病毒藥物，達到降低病毒量與肺部傷害之目的。然而若疾病進展至重度以上，為抑制全身性發炎反應過度刺激免疫系統，避免產生細胞激素風暴，則需要利用免疫調控藥物以降低新冠肺炎造成的全身性嚴重發炎反應。對於無症狀者或具疾病進展危險因素可能轉變成嚴重症狀的病人，則可早期投與口服抗病毒藥物。

結論

對於疫情的控制除了疫苗之外，有效藥物對於降低疫情的衝擊、保持醫療照護能量、降低院內傳播風險具重要的角色，此一需求在面對高傳播力的變異株更為突顯。最近發展的口服抗病毒新藥以及長效單株抗體更提供了運用藥物預防新冠肺炎的可能性。藉由新開發具有高保護效益之口服或肌肉注射藥物不僅可使全球新冠肺炎疫情衝擊減緩，未能施打疫苗者與感染高風險民眾亦可透過預防性投藥之方式降低感染與疾病進展風險，提高科學防疫之效益使社會功能回復常軌。

Abstract

Background

Emerging in Asia at the end of 2019, the COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) global pandemic has spread to major metropolitans of counties around the world, which further results in outbreaks in countries and areas. The infection of SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) mainly causes pulmonary injury in early stage. With the progression of COVID-19, the cascade of inflammation and systematic vasculitis result in the severe stage characterized by ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) and multiple organ failure. Although several vaccines against SARS-CoV-2 infection and COVID-19 progression have been approved globally in early 2021, effective treatment and therapy remain an urgent need for the containment of this pandemic as a results of the emergence of VOCs (Variants of Concern) with high transmissibility and immune escape.

Material and methods

The literatures on evaluating the efficacy of treatments and therapies in western medicine for COVID-19 were retrieved from PubMed database. The key words in-

cluding “treatment”, “therapy”, “COVID-19”, “SARS-CoV-2” and “clinical efficacy” were used for searching the literatures. Studies using randomized controlled trial or observational studies published between January 1st and December 31th, 2021 were included. A total of 52 articles were enrolled for review in this study.

Results

The literatures on treatments and therapies for COVID-19 in western medicine including that developed for hospitalized COVID-19 patients (remdesivir, immune modulators, and monoclonal antibody therapies) and ambulatory therapies with the potential of chemoprophylaxis (oral antiviral agents and long-acting monoclonal antibody) were reviewed. Following the principle of evidence-based medicine, these studies proved the efficacy of treatments and therapies for COVID-19 in western medicine in reducing the risk of hospitalization, severe state, and death, and in accelerating recovery rate and discharge from hospital. To reach the optimal efficacy in treating COVID-19 patients, a stage-based treatment modality corresponding to the pathophysiology caused by SARS-CoV-2 infection was proposed. The antiviral treatments were suggested to reduce the viral load in the early stage of infection. With the progression of clinical severity, the goal of treatments and therapies focusing on reducing the inflammatory cascade by using immune modulators. The use of oral antiviral agent for subjects at asymptomatic, presymptomatic, or mild status of COVID-19 can reduce the risk of disease progression.

Conclusion

Effective treatments and therapies for COVID-19 in western medicine can attenuate the impact of COVID-19 pandemic in terms of disease transmission, preservation of healthcare capacities, and nosocomial infection, which is crucial for containing the VOCs with high transmission rate. The development of oral antiviral agents and long-acting monoclonal antibody further provides the potential of chemoprophylaxis as one of containment measures in preventing major outbreaks of COVID-19.

研究背景

2019 年底由亞洲開始爆發的新冠肺炎(COVID-19, Coronavirus Disease 2019)疫情在數月的時間快速傳播至世界大都會區並且進一步造成各國大規模流行。世界衛生組織(WHO)因此於2020年3月11日宣布此波新冠肺炎疫情為世界大流行(pandemic)。新冠肺炎的致病原新型嚴重呼吸道症候群冠狀病毒(Severe Acute Respiratory Syn-

drome Coronavirus 2, SARS-CoV-2)與2003年亞洲爆發的嚴重上呼吸道症候群冠狀病毒(Severe Acute Respiratory Virus, SARS)以及2015於韓國造成群聚流行的中東呼吸道症候群冠狀病毒(Middle East Respiratory Syndrome, MERS)皆屬於乙型冠狀病毒屬(betacoronavirus) (WHO, 2020; Asselah et al. 2020; Zhou et al. 2020), 三者皆主要由呼吸道上皮細胞入侵人體, 進而引起肺部劇烈發炎性變化, 造成嚴重

呼吸窘迫症狀並進展至呼吸衰竭。

新冠肺炎重症患者肺部病理檢查顯示患者肺中具有單核細胞以及巨噬細胞浸潤，細胞中並存有病毒顆粒以及瀰漫性肺泡損害，使肺泡壁瀰漫性增厚並影響肺部氧合功能(Asselah et al. 2020; Xu et al. 2020; Zhu et al. 2020)。除了病毒感染造成的直接細胞毒性與肺部傷害之威脅(Ackermann et al. 2020; Asselah et al. 2020)，SARS-CoV-2 感染造成巨噬細胞、樹狀突細胞、單核球細胞的等構成人體免疫系統的混亂且過度強化的反應，亦進一步造成細胞激素釋出症候群(Cytokine Release Syndrome, CRS)觸發細胞激素風暴(cytokine storm)，導致全身性的嚴重發炎性變化，產生包含低血壓、敗血症與成人呼吸窘迫症候群(Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS)之重症個案(Kang et al. 2020)。

SARS-CoV-2 以其高傳播力、相較於 SARS、MERS 更有效率的入侵人體呼吸道細胞機轉，以及快速累積突變造成傳播力提高與免疫逃識的特性使此波疫情快速擴散並且造成全球健康的重大威脅。截至 2022 年初，歷時超過兩年的新冠肺炎全球大流行已造成 300,607,951 例確診案例以及 5,489,239(1.8%)例死亡個案，而罹病者中尚有 257,475,324(8.7%)位新冠肺炎患者尚未康復需醫療介入與治療。雖然在 2021 年初多種可有效對抗感染、住院重症以及死亡的新冠肺炎疫苗已廣泛於世界各國展開大規模施打，期望透過疫苗提升群體免疫，降低 SARS-CoV-2 傳播以及新冠肺炎之健康威脅，但對於快速發生突變的新冠病毒以及疫苗全球分配議題、施打速

度，以及疫苗保護時效性之多重因素下，全球健康照護體系對於可有效治療以及預防感染新冠病毒後進展藥物仍有迫切需求。

目前對於 SARS-CoV-2 對於感染人體呼吸道上皮細胞之機轉以及後續造成疾病進展的病理機轉已清楚了解，對於傳統藥物透過實證研究評估可能運用於新冠肺炎治療與預防性投藥新適應症以及開發可方便投予的藥物在目前由於 Omicron 變種病毒造成的第四波全球流行疫情再起是重要議題，本文將以系統性文獻回顧整理目前對於新冠肺炎治療實證以及近期開發具有預防性投藥特性的新型抗病毒藥物，評估其對於疫情防治之運用

材料與方法

本研究以新冠肺炎西方醫學相關治療以及臨床隨機分派研究以及觀察性研究作為關鍵字，搜尋 PubMed 學術資料庫自 2021 年 1 月 1 日截至 2021 年 12 月 31 日發表之各藥物運用於新冠肺炎臨床治療效益評估文獻，共計納入 498 篇文章。本文作者(范橋芯、張維容、林庭瑀、賴昭智、許辰陽)依所蒐集文章之標題及摘要篩選後，其中 258 篇主題為探討疫苗效益、針對醫護人員焦慮的治療評估或是如何增加治療意願方法等其他非屬新冠肺炎藥物效益評估相關之文章，經排除後保留 240 篇相關文獻。再經全文審閱後，排除內文主要針對新冠長期症狀(Long COVID)治療、非屬藥物治療或是文章樣本數過小($n < 5$)共 140 篇，其中剩餘 100 篇中報導評估新冠肺炎治療效益量性結果之文章為 44 篇，後續納入專家(賴昭智、廖思涵、許辰陽)

建議 8 篇相關文章。本文涵蓋 52 篇文獻納入於文獻回顧研究（圖一）。

結果

一、口服及吸入劑型治療藥物

新冠肺炎目前試驗中的口服新藥包含默克藥廠的莫奈拉韋 (Molnupiravir, 英國商品名 Lavgevrio)、輝瑞藥廠的 Paxlovid。而從效益層面來看，症狀開始 5 天內使用 Lavgevrio 能降低 50% 的住院或死亡率，Paxlovid 似乎有更好的效果，於症狀開始 3 天內使用能降低 89% 的住院或死亡率。而從成本層面來看，Lavgevrio 與 Paxlovid 將以根據販售地點的所得水準調整訂價 (The economist, Nov 13th 2021 edition)，確保各國在對抗新冠肺炎疫情中藥物的可近性。除了此兩個受到注目的新型口服抗病毒藥物外，發展抗病毒新適應症如抗憂鬱藥物氟伏沙明 (Fluvoxamine) 與呼吸道疾病用藥類固醇吸入劑等皆為運用於在族群防疫的可能介入措施。以下分述各藥物之治療實證結果。

抗病毒藥物莫奈拉韋 (Molnupiravir)

莫奈拉韋 (Molnupiravir) 為廣效抗病毒藥物，近期於第二、三期臨床試驗結果亦顯示對於新冠病毒之治療效益。EIDD-2801 為莫奈拉韋早期開發之實驗室成分名稱，經由動物實驗結果顯示該口服性化合物結構對於流感及多種冠狀病毒皆具有預防和治療效果。該藥物可使病毒複製時發生突變，導致複製中止來達到病毒暴露前預防及暴露後抗病毒治療之效果 (Wahl et

al., 2021)。其作用機轉為在，干擾病毒 RNA 的反轉錄複製過程，進而造成原本應為胞密啶 (cytosine, C) 的位置被尿嘧啶 (uracil, U) 取代而造成複製錯誤，一旦這種複製錯誤於病毒反轉錄過程多個位置持續發生並累積將使病毒複製失敗，達到降低人體內的病毒量的治療目的 (Malone et al., 2021)。

莫奈拉韋為第一個取得緊急授權的新冠口服抗病毒藥。第 2a 期臨床試驗中納入 18 歲以上有症狀確診者隨機分派至安慰劑以及 200mg、400mg、800mg 莫奈拉韋組，每日服藥 2 次、連續 5 天，觀察療效及不良反應。結果發現用藥 5 天後，投與 400mg 及 800mg 莫奈拉韋組皆達到新冠病毒檢測陰轉之效益，而安慰劑組有 11.1% 的受試者仍呈新冠病毒檢測陽性 (差異達統計顯著， $p=0.03$)。安全性方面，治療常見的不良反應為頭痛和失眠，但發生率與安慰劑相似。整體來說，使用 800mg 莫奈拉韋有效降低病毒量，並縮短病毒清除時間；且具有可接受的安全性。另外，在第三期臨床試驗的期中分析報告顯示其對於降低輕症患者可降低住院或死亡之風險達 50%，且不良反應亦未有差異 (Fischer et al., 2021; Merk, 2021)。

雖然莫奈拉韋於第 2a 以及第三期臨床試驗期中分析時顯現極佳的臨床治療效益，但正式發佈之第三期臨床試驗期末分析報告結果顯示降低輕症患者住院或死亡之風險僅達 31% (95% 信賴區間: -1%-52%)，然對於降低死亡之效益仍可達 89% (95% 信賴區間: 14%-99%) (Bernal et al., 2021)。

抗病毒藥物 Paxlovid

Paxlovid 為 PF-07321332 與 ritonavir 複合藥物，前者為新開發的蛋白酶抑制劑，後者為目前已運用於反轉錄病毒治療之藥物，可加強蛋白酶抑制劑之治療效果。Paxlovid 的主要作用在病毒的反轉錄過程中所需要的蛋白酶，藉由抑制病毒對於宿主細胞蛋白酶的利用達到阻斷病毒複製進而降低感染宿主之病毒量，減緩疾病進展，達到降低感染新冠病毒所造成之住院、重症、以及死亡之效益。由該藥物發展之輝瑞藥廠所公佈之臨床試驗結果顯示 Paxlovid 可降低罹病重症高風險患者 89% 住院或死亡，而對於標準風險組則下降住院或死亡風險 70%，並且可在服藥 5 天後病毒量下降達 10 倍。另外，由於體外試驗顯示 Paxlovid 可抑制 Omicron 之 3CL 蛋白酶，推測可能對於 Omicron 變異株亦有其效果，此口服抗病毒新藥亦取得臨床使用之美國 FDA (U.S. Food and Drug Administration) 緊急授權 (Pfizer press release, 2021 (1); Pfizer press release, 2021 (2); Pfizer press release, 2021 (3))。

抗憂鬱藥物氟伏沙明(Fluvoxamine)治療效益

為評估對新冠肺炎輕症患者早期投與抗憂鬱藥物氟伏沙明(Fluvoxamine)降低住院之效益，巴西 TOGETHER 計畫於 2021 年 1 月至 2021 年 8 月進行隨機分派臨床試驗，將急性症狀新冠肺炎個案隨機分派為氟伏沙明(Fluvoxamine)治療組(741 位)及安慰劑治療組(756 位)，比較兩組 28 天後急診住院超過 6 小時或因嚴重新冠肺炎而轉院進行效益評估。研究

結果顯示，使用氟伏沙明治療個案中有 11% 住院或轉院，而對照組則有 16%，治療效益 32% (95% 信賴區間：12%-48%)。對於高的藥物治療遵守率(完成超過 80% 療程)之研究族群分析結果其治療效益可達 66% (95% 信賴區間：46%-79%)。將研究個案分為不同特性如年齡、性別、BMI、有無慢病等進行分層，發現此治療效益在不同特性之族群皆可達到一致之效果(Reis et al., 2021; Berwanger et al., 2021)。

吸入性類固醇(Budesonide)治療

老年人及慢性病患者感染新冠肺炎容易出現肺部嚴重的併發症，而吸入性類固醇治療之局部抗發炎機轉有可能將低感染新冠病毒對於肺部造成之傷害。於英國進行之研究納入 65 歲以上老年人及 50 歲以上患有慢性病罹患新冠肺炎個案，將其隨機分派至一般照護或併用吸入性類固醇(budesonide)治療組，研究發現，標準治療併用吸入性類固醇 Budesonide 組，症狀較快消失(快 2.94 天)，且可降低住院或死亡風險 2%，但未達顯著水準(Yu, et al., 2021.)。

口服免疫調節藥物愛減炎(Baricitinib)

Baricitinib 為選擇性 Janus 激酶(Janus Kinase, JAK)抑制劑，現行臨床主要應用於免疫疾患之治療。愛減炎因能抑細胞激素(Cytokine)於細胞中的訊息傳遞途徑，降低如低血壓與呼吸窘迫症候群(ARDS)等細胞激素風暴導致的新冠肺炎重症風險(Kang et al., 2020; Kalil et al., 2021)，因此可藉由此一抑制機轉達調控發炎路徑降低感染新冠病毒後造成的過度發炎反應

之傷害。有一臨床試驗納入 18 歲以上新冠肺炎住院患者以隨機分派研究評估此治療方法之實證效益。治療組除標準治療外每日給授予 4mg Baricitinib 共 14 天，對照組則投與安慰劑。結果發現標準治療並用 Baricitinib 雖不能減少患者對氧氣治療的需求，但可降低 28 天死亡率達 38.2%。Baricitinib 治療組之不良反應亦未高於對照組 (Marconi et al., 2021)。

口服精氨酸(L-arginine)

精氨酸(L-arginine)具有調節血管內皮功能以及微循環之效用，對於染患新冠病毒之個案所造成之全身性血管內皮發炎傷害有改善之可能。義大利於 2020 年 11 月至 2021 年 4 月間進行的隨機分派研究發現，新冠肺炎重症住院病人使用口服精氨酸(L-arginine)，10 天後移除呼吸支持設備之比例可達 71.1% (安慰劑組 44.4%)。但此一治療效亦在用藥 20 天後未達無顯著差異。使用口服精氨酸(L-arginine)患者較快出院，治療組與對照組住院天數中位數分別為 25 天(四分位距: 21 天-26 天)及 46 天(四分位距: 45 天-46 天) (Fiorentino et al., 2021)。

口服抗寄生蟲藥物伊維菌素 Ivermectin

抗寄生蟲藥物伊維菌素(Ivermectin)對於新冠肺炎之治療效益於印度受到廣泛注意，然而對於運用伊維菌素治療之臨床效益實證則相當分歧。一隨機分派研究顯示伊維菌素對於症狀減緩效益與安慰劑組並無顯著差異(Lopez-Medina et al., 2021)，然

而另一隨機分派試驗則顯示早期使用伊維菌素對於輕症新冠肺炎病患或可顯著降低病毒量，縮短治療與隔離所需時間 (Biber et al., 2021)。多數研究樣本數較少(數十人到 150 人左右)，因此在科學實證上，伊維菌素對新冠肺炎療效仍待證明，美國國家衛生研究院(National Institute of Health, NIH)以及世界衛生組織(WHO)皆未將伊維菌素納入於新冠肺炎治療準則中。

二、注射劑型治療藥物

抗病毒藥物瑞德西韋 Remdesivir

瑞德西韋為新冠肺炎疫情初期即該發之藥物亦屬於廣效抗病毒療法，於實驗室中對於 SARS 與 MERS 病毒皆有抑制之效果，在觀察性研究發現該藥物對於重症病患具有顯著臨床效益(Grein et al., 2020)。由美國主導的 ACTT-1 臨床試驗結果顯示對於需低氧支持治療的住院患者，服用瑞德西韋的新冠肺炎病患其恢復機率是接受一般照護者的 1.45 倍。該研究中瑞德西韋的治療對於降低新冠肺炎死亡率的效果並未達到顯著水準。Jen 等人利用 ACTT-1 之實證資料將新冠肺炎動態疾病進展納入考慮，發現患者在低度風險時就接受瑞德西韋的治療，比進展至中度風險才投藥的患者，減緩進展至高度風險的效果較佳，整體而言，瑞德西韋可有效減少 21% 的死亡機率(95% 信賴區間: 17%-26%)與提升 22% 的出院機率(95% 信賴區間: 9%-55%) (Jen et al., 2021)。結合早期觀察性研究以及 ACTT-1 的實證結果亦有同樣的發現，接受瑞德西韋治療(9.9

天)與標準治療組(12.9 天)相比住院時間顯著縮短。此抗病毒藥物治療可降低 31% 死亡率 (95% 信賴區間: 18%-44%)，提高 10% 康復離院(95% 信賴區間: 1%-18%)之可能，若運用於低風險患者可降低達 62% (95% 信賴區間: 52%-71%) (Liao et al., 2021)。

延續 ACTT-1 對於瑞德西韋療效評估，ACTT-2 則以隨機分派臨床研究設計評估瑞德西韋合併愛滅炎之療效。研究結果顯示，併用瑞德西韋與愛滅炎的治療組可提高康復比率 16% (95% 信賴區間: 1%-32%)，降低臨床惡化風險 30% (95% 信賴區間: 0%-60%)，並加速中度嚴重患者康復機率達 51% (95% 信賴區間: 10%-108%) (Kalil et al., 2021)。

免疫調節藥物：安挺樂(tocilizumab)、關復捷(sarilumab)、顆粒球-巨噬細胞刺激因子(GM-CSF, lenzilumab)，以及類固醇(Dexamethasone)

新冠肺炎感染所引起之全身性發炎反應以及血管內皮傷害為患者進展至中度以及重度之主要因素，運用免疫調節藥物於疾病進展時避免過度發炎反應可降低病患不良預後之風險。REMAP-CAP(Randomized, Embedded, Multifactorial, Adaptive Platform Trial for Community-Acquired Pneumonia)組織針對重症患者治療之臨床試驗納入 18 歲以上 ICU 患者且須使用呼吸器、體循環等儀器之支持。隨機分派至三組，其中兩組為類風濕性關節炎常用藥物安挺樂(Tocilizumab)、關復捷(Sarilumab)與一組對照組總計 803 人納入此研究。研究結果顯示，此兩種免疫治療藥物皆可加速病人離開 ICU

之時間達 42%-64%。在死亡風險方面亦可降低 38%(95% 信賴區間 20%-52%)死亡風險(REMAP-CAP Investigators, 2021)。另一臨床試驗針對具風險因子但尚未使用侵入性呼吸輔助治療之新冠肺炎個案結果顯示安挺樂治療對於高危險特殊族群能有效降低 44% 呼吸器使用或死亡的風險，但對出院時間及存活則未有顯著差異 (Salama et al., 2021)。

顆粒球-巨噬細胞刺激因子亦屬於免疫反應調控療法之一，對於罹病患者之病程亦為可能之治療方法。有一第三期臨床試驗評估顆粒球-巨噬細胞刺激因子(Lenzilumab)之療效，該研究針對新冠肺炎成人住院病患在未使用呼吸器的情況下，隨機分派至 Lenzilumab 治療及安慰劑組。研究結果發現使用 Lenzilumab 存活率為標準治療組的 1.54 倍 (95% 信賴區間: 1.02 倍-2.32 倍)，Lenzilumab 治療組常見不良反應為呼吸系統相關(26%)和心臟疾病相關(6%)症狀，未有較高之嚴重不良反應風險亦未有導致死亡事件 (Zelalem et al., 2021)。

類固醇可抑制發炎路徑，對於進展至中度以及重度之新冠肺炎個案可投與類固醇達到調控由感染引發的發炎反應降低全身性傷害之目的。Dexamethasone 為目前應用於新冠肺炎臨床治療之類固醇。由英國推展的 RECOVERY (Randomised Evaluation of COVID-19 Therapy) 研究平台所進行的隨機分派臨床試驗結果顯示，類固醇用於治療新冠肺炎病患的療效，會受到疾病進展程度以及罹病患者所需的氧氣使用狀態而有所差別。該研究中對於新冠肺炎重症需要使用侵入

性氧氣支持的病患中，相較於標準治療組，使用類固醇治療的死亡風險可降低 36% (95% 信賴區間: 19%-49%)。對於使用非侵入性氧氣支持的新冠肺炎病患，使用類固醇治療可降低死亡風險 18% (95% 信賴區間: 6%-28%)。對於不須使用氧氣治療之新冠肺炎個案，類固醇則未有治療效益 (風險對比 1.19, 95% 信賴區間: 0.92-1.55)，該研究證實類固醇治療可降低新冠肺炎重症個案的死亡風險 (RECOVERY Collaborative Group et al., 2021)。

三、對抗新冠病毒單株抗體治療發展

不同於疫苗為刺激人體產生主動免疫達到產生具有中和病毒能力之抗體以保護施打者，此療法可藉由施打具有中和病毒效果之單株抗體達到被動免疫之效益，使病毒無法入侵宿主細胞，達到降低病毒量以及疾病進展風險之目的，因此也由於此治療機轉，單株抗體療法多於新冠肺炎病程初期施打。然而快速產生的新冠病毒變異株亦可能因為抗體結合部位型態改變而影響單株抗體療效。

長效抗體雞尾酒療法 AZD7442 (tixagevimab+cilgavimab) 效益評估

近期由阿斯特捷利康 (AstraZeneca) 公司發展的 Evusheld (實驗室初始研究名稱 AZD7442) 為兩種長效型之複方重組單株抗體 (AZD8895 (Tixagevimab) 與 AZD1061 (Cilgavimab))，具有肌肉注射方便使用以及對新冠病毒延長性保護力之特性。由隨機雙盲的第三期臨床試驗 (PROVENT 試驗) 評估結果顯示此長效

抗體雞尾酒療法在為期六個月的研究顯示能下降 83% 的症狀個案感染風險，治療組未有任何重症或死亡個案。

而另一臨床研究 (TACKLE 試驗) 則評估此長效單株抗體雞尾酒療法的治療效益，結果亦顯示在症狀出現後 3 天內接受治療，可降低 88% 重症或死亡的風險。該製藥公司亦發表此長效單株抗體於體外試驗中顯示對 Delta 與 Mu 變種病毒具有中和療效，而 Omicron 之抗體結合變異點中未有 Evusheld 結合。該長效單株抗體目前已取得美國緊急授權，供免疫缺陷或不能接種疫苗的人，可用於預防新冠病毒感染 (AstraZeneca, Press release)。

新冠肺炎單株抗體: Xevudy (Sotrovimab) 第三期臨床試驗效益

Xevudy (Sotrovimab) 是由對抗 SARS 病毒抗體改良製造的對抗新冠肺炎病毒單株抗體，可有效結合病毒，抑制病毒入侵宿主細胞。第三期臨床試驗結果顯示，症狀出現 5 天內使用 Sotrovimab，可降低輕症患者 79% 住院超過 24 小時或死亡風險。早期使用此單株抗體可降低罹病者 66% (95% 信賴區間: 37%-81%) 急診、住院或死亡風險，並降低 74% (95% 信賴區間: 41%-88%) 重症或使用呼吸器的風險。Sotrovimab 安全性評估中最常見的不良事件是皮疹 (1%) 和腹瀉 (2%)，未有嚴重不良反應。Sotrovimab 除傳統的靜脈注射投藥外，肌肉注射亦可達到與靜脈注射相似之臨床效益 (Gupta et al., 2021(1); Gupta et al., 2021(2))。Sotrovimab 在對抗 Omicron 變異株之實驗室研究體外細胞及倉鼠評估結果

顯示變異點不影響 Sotrovimab 療效 (Cathcart et al., 2021)。

再生元(RECON-COV)單株抗體雞尾酒療法

此雞尾酒療法以 Casirivimab 及 Imdevimab 兩種抗體混合而成，該療法於 2020 年 9 月至 2021 年 1 月間進行第三期臨床試驗，針對 18 歲以上感染者或具至少 1 項嚴重新冠肺炎風險因子個案，進行隨機分派試驗，分為中劑量(2400 mg)、低劑量(1200mg)及對照組三組進行效益評估。使用再生元療法後 2 至 4 週可降低症狀感染風險 81.4%，整體可降低有症狀及無症狀感染達 66.4%，而用藥組感染後的病毒量較低，症狀緩解期平均縮短 2 週，也較快治癒(O'Brien et al. 2021)。另一臨床試驗於 2021 年納入 252 位有症狀但尚未住院之新冠肺炎病人進行三組隨機分派試驗，其中 88 位接受安慰劑、80 位接受 2.4g 雞尾酒療法、84 位接受 8g 雞尾酒療法。REGEN-COV 低劑量組較對照組重症以及死亡之相對風險下降 70.4% (95% 信賴區間：31.6%-87.1%)，低劑量組則為 71.3% (95% 信賴區間：51.7%-82.9%)，顯示再生元雞尾酒單株抗體療法可有效下降新冠肺炎重症與死亡風險。臨床症狀消除之中位時間於再生元治療組皆為 10 天，對照組則為 14 天，顯示再生元治療清除病毒較對照組快。安慰劑組 29 天內就醫比例(6%)高於雞尾酒療法組(3%)，若針對初始為抗體陰性之個案評估發現安慰劑組及雞尾酒治療組之就醫比例分別為 15% 及 6%。該臨床研究亦發現高劑量組相較安慰劑組 7 天後病毒量下降較為明顯，其

中初始抗體陰性的個案中投與此療法對於病毒量下降之效果亦更為顯著。若初始病毒量越高，此療法在 7 天後病毒量下降得越多，治療效果越明顯。該臨床研究證實此雞尾酒療法七天後能有效降低病毒量，且在抗體陰性或病毒量越高的病人中，效果更為明顯(Weinreich et al., 2021(1); Weinreich et al., 2021(2))，而於美國進行的回溯性研究亦發現使用此單株抗體雞尾酒療法可降低住院率及死亡率(Chilimuri, et al., 2021)。

單株抗體對療法對新冠病毒不同變種下的治療效益評估

雖然現今已經有許多體外試驗利用病毒中和能力驗證不同病毒株下的單株抗體效益，但對於實際中和病毒之能力以及治療效益影響仍不清楚。有一研究利用具有 D614G 及 N501Y 變異的美國華盛頓株製造具有不同位點變異的嵌合病毒株，分別對 5 種不同藥廠 (阿斯利康、Vir 生物科技、再生元、艾伯維及禮來) 生產的單株抗體治療效益進行評估，可發現具有 E484 位點變異的病毒株確實會造成部分單株抗中和能力下降或是完全失去中和能力。該研究亦利用小鼠進行試驗，檢測感染後不同部位的病毒量中和之效益評估。以肺部病毒量為例，四家單株抗體的雞尾酒療法皆證實能預防變種病毒株，而在治療上則可發現禮來雞尾酒療法對於 B.1.351 變異株無效 (Planas et al., 2021)。

在目前已通過緊急授權的單株抗體治療中，僅葛蘭素藥廠的 Sotrovimab 在面對 Omicron 變種病毒時影響程度較小，阿斯特捷利康製藥發展的

Evusheld 效益大幅下降但仍有效，然而再生元製藥的雞尾酒療法(Casirivimab 和 Imdevimab)、禮來製藥的雞尾酒療法(Bamlanivimab 和 Etesevimab)以及南韓藥廠賽特瑞恩的 Regdanvimab 受 RBD 上變異影響 ACE2 結合而導致對抗 Omicron 變種病毒時完全失效。(Cameroni et al., 2021; Laura et al., 2021)

討論與結論

在全球生物科技與醫藥衛生之通力合作下，多種對抗新冠肺炎的有效疫苗在一年的時間內由研發到上市運用於建立族群對於新冠病毒的免疫力。世界各國面對此波新冠肺炎全球大流行皆積極推動族群疫苗之施打，運用科學防疫策略恢復國際間社會、經濟以及文化活動。但在新冠病毒的高傳播力下，即使在疫苗的保護下仍有相當的感染人數需要醫療協助以降低罹病者進展至住院、重症，以及死亡之風險。新冠病毒的高度突變特性所造成的免疫逃識也削弱疫苗對於群體以及個人的保護力。對於疫情的控制除了疫苗之外，有效藥物對於降低疫情的衝擊、保持醫療照護能量、降低院內傳播風險也有重要的角色。最近發展的口服抗病毒新藥以及長效單株抗體更提供了運用藥物預防新冠肺炎的可能性。本文藉由系統性文獻回顧整理目前西方醫學對於新冠病毒包含口服藥物治療、免疫調控治療，單株抗體等主要治療方法之療效評估結果。

世界衛生組織依據新冠肺炎臨床症狀之嚴重度，從無症狀、輕度（無呼吸困難，影像檢查正常）、中度（未

使用輔助氧氣治療下 $SpO_2 \geq 94\%$ ）、重度（未使用輔助氧氣治療下 SpO_2 小於 94%、 PaO_2/FiO_2 小於 300 mm Hg、呼吸次數大於 30 breaths/min、或肺侵潤大於 50%）與極度嚴重（呼吸窘迫需使用呼吸器或休克）區分為五類（圖 2）(NIH, 2021)。依據疾病進程而建議不同治療模式，如疾病初期為降低疾病傳染性及抑制病毒複製可以使用抗病毒藥物。然而若疾病演進至重度以上，為抑制免疫系統避免產生細胞激素風暴，則需要利用血清抗體或是抗發炎等治療方針(Gandhi et al. 2020)。對於無症狀者或無危險因素可能轉變成嚴重症狀的病人，使用新發展之口服抗病毒藥物治療。依據臨床症狀之嚴重度建議之藥物治療分別說明如下。對於輕度至中度無需使用氧氣的病患中，若具有高風險臨床惡化者，建議盡快使用瑞德西韋(Beigel et al. 2020)。在 2021 年 12 月 22 及 23 日，美國 FDA 同意對於輕度到中度新冠肺炎高危險個案、非住院患者使用 Paxlovid 與 Legavrio 之口服抗病毒藥物。

由最近的實證研究顯示 Sotrovimab 對 Omicron 變異株的療效，FDA 最近也增加此單株抗體療法作為此類患者的另一種治療選擇。重度新冠肺炎的住院病患中，且須使用氧氣者，若具有高風險臨床惡化者，建議對於需要接受低流量氧氣的新冠肺炎患者，使用類固醇(Dexamethasone)與瑞德西韋合併治療。在需要高流量補充氧氣或非侵入性呼吸器之重度病患建議使用類固醇 (Dexamethasone) 併用愛減炎或安挺樂。在需要呼吸器或葉克膜之極重度病患，建議使用類

固醇(Dexamethasone)併用安挺樂。

在以上標準建議指引下，對於需使用低流量氧氣的住院病患，若具有高風險臨床惡化或免疫功能低下(immunocompromised)者可考慮使用單株抗體。至於康復者血清(convalescent plasma)由於實證研究結果分歧，未納入治療建議準則中。

除了疫苗可以預防新冠肺炎外，目前若對於無法接受疫苗者，對於暴露前之預防性投藥則可以考慮使用單株抗體雞尾酒療法(FDA, 2021)。最近發展的口服抗病毒藥物以及長效單株抗體在實證研究中顯示其對於無症狀以及輕度症狀的罹病患者進展至住院、重症，以及死亡之效益，具有運用於預防性投藥以降低醫療需求的可能。藉由新開發具有高保護效益之口服或肌肉注射藥物不僅可使全球新冠肺炎疫情衝擊減緩，未能施打疫苗者與感染高風險民眾亦可透過預防性投藥之方式降低感染與疾病進展風險，提高科學防疫之效益使社會功能回復常軌。

參考文獻

- Abdelrahman Z, Liu Q, Jiang S, et al., 2021. "Evaluation of the Current Therapeutic Approaches for COVID-19: A Systematic Review and a Meta-analysis." *Front Pharmacol*, 12:607408. doi:10.3389/fphar.2021.607408
- Ackermann M, Verleden SE, Kuehnel M, et al., 2020. "Pulmonary Vascular Endothelialitis, Thrombosis, and Angiogenesis in Covid-19." *N Engl J Med*, 383(2):120-128. doi:10.1056/NEJMoa2015432
- Asselah T, Durantel D, Pasmant E, Lau G, Schinazi RF., 2021. "COVID-19: Discovery, diagnostics and drug development." *J Hepatol*, 74(1):168-184. doi:10.1016/j.jhep.2020.09.031
- AstraZeneca, Press release. Available at: <https://www.astrazeneca.com/media-centre/press-releases/2021/new-analyses-of-two-azd7442-covid-19-phase-iii-trials-in-high-risk-populations-confirm-robust-efficacy-and-long-term-prevention.html>
- ATTACC Investigators; ACTIV-4a Investigators; REMAP-CAP Investigators, et al., 2021. "Therapeutic Anticoagulation with Heparin in Noncritically Ill Patients with Covid-19." *N Engl J Med*, 385(9):790-802. doi:10.1056/NEJMoa2105911
- Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, et al., 2020. "Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Final Report." *N Engl J Med*, 383(19):1813-1826. doi:10.1056/NEJMoa2007764
- Berwanger O., 2022. "Fluvoxamine for outpatients with COVID-19: where do we stand?" *Lancet Glob Health*, 10(1):e2-e3. doi:10.1016/S2214-109X(21)00501-5
- Biber A, Mandelboim M, Harmelin G, et al., 2021. "Favorable outcome on viral load and culture viability using Ivermectin in early treatment of non-hospitalized patients with mild COVID-19 – A double-blind, randomized placebo-controlled trial." *Medrxiv*, doi:10.1101/2021.05.31.21258081
- Cameroni E, Saliba C, Bowen JE, et al., 2021. "Broadly neutralizing antibodies overcome SARS-CoV-2 Omicron antigenic shift." *bioRxiv*, doi:10.1101/2021.12.12.472269
- Cathcart AL, Havenar-Daughton C, Lempp FA, et al., 2021. "The dual function monoclonal antibodies VIR-7831 and VIR-7832 demonstrate potent in vitro and in vivo activity against SARS-CoV-2." *bioRxiv*, doi: 10.1101/2021.03.09.434607.
- Chilimuri S, Mantri N, Gurjar H, et al., 2021. Implementation and outcomes of monoclonal antibody infusion for COVID-19 in an inner-city safety net hospital: A South-Bronx experience [published online ahead of print, 2021 Sep 11]. *J Natl Med Assoc*, S0027-9684(21)00188-7. doi:10.1016/j.jnma.2021.08.036
- FDA, 2021. Fact sheet for healthcare providers: emergency use authorization for

- Evusheld (tixagevimab co-packaged with cilgavimab). <https://www.fda.gov/media/154701/download>.
- Fiorentino G, Coppola A, Izzo R, et al., 2021. “Effects of adding L-arginine orally to standard therapy in patients with COVID-19: A randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group trial. Results of the first interim analysis.” *EClinicalMedicine*, 40:101125. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101125
- Fischer W, Eron JJ, Holman W, et al., 2021. “Molnupiravir, an Oral Antiviral Treatment for COVID-19. Preprint.” medRxiv, 2021.06.17.21258639. doi:10.1101/2021.06.17.21258639
- Gandhi RT, Lynch JB, Del Rio C., 2020. “Mild or Moderate Covid-19.” *N Engl J Med*, 383(18):1757-1766. doi:10.1056/NEJMcp2009249
- Grein J, Ohmagari N, Shin D, et al., 2020. “Compassionate Use of Remdesivir for Patients with Severe Covid-19.” *N Engl J Med*, 382(24):2327-2336. doi:10.1056/NEJMoa2007016
- Gupta A, Gonzalez-Rojas Y, Juarez E, et al., 2021. “Early Treatment for Covid-19 with SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody Sotrovimab.” *N Engl J Med*, 385(21):1941-1950. doi:10.1056/NEJMoa2107934
- Gupta A, Gonzalez-Rojas Y, Juarez E, et al., 2021. “Effect of the Neutralizing SARS-CoV-2 Antibody Sotrovimab in Preventing Progression of COVID-19: A Randomized Clinical Trial.” *medRxiv*, doi:10.1101/2021.11.03.21265533
- Hoffmann M, Arora P, Groß R, et al., 2021. “SARS-CoV-2 variants B.1.351 and P.1 escape from neutralizing antibodies.” *Cell*, 184(9):2384-2393.e12. doi:10.1016/j.cell.2021.03.036
- Jayk Bernal A, Gomes da Silva MM, Musungaie DB, et al., 2021. “Molnupiravir for Oral Treatment of Covid-19 in Nonhospitalized Patients.” [published online ahead of print, 2021 Dec 16] *N Engl J Med*, NEJMoa2116044. doi:10.1056/NEJMoa2116044
- Jen HH, Chang WJ, Lin TY, et al., 2021. “Evaluating Clinical Efficacy of Antiviral Therapy for COVID-19: A Surrogate Endpoint Approach.” *Infect Dis Ther*, 10(2):815-825. doi:10.1007/s40121-021-00431-9
- Kalil AC, Patterson TF, Mehta AK, et al., 2021. “Baricitinib plus Remdesivir for Hospitalized Adults with Covid-19.” *N Engl J Med*, 384(9):795-807. doi:10.1056/NEJMoa2031994
- Kang S, Tanaka T, Inoue H, et al., 2020. “IL-6 trans-signaling induces plasminogen activator inhibitor-1 from vascular endothelial cells in cytokine release syndrome.” *Proc Natl Acad Sci U S A*, 117(36):22351-22356. doi:10.1073/pnas.2010229117
- Liao SH, Hung CC, Chen CN, et al., 2021. “Assessing efficacy of antiviral therapy for COVID-19 patients: A case study on remdesivir with bayesian synthesis design and multistate analysis.” *J Formos Med Assoc*, 120 Suppl 1:S77-S85. doi:10.1016/j.jfma.2021.04.026
- López-Medina E, López P, Hurtado IC, et al., 2021. “Effect of Ivermectin on Time to Resolution of Symptoms Among Adults With Mild COVID-19: A Randomized Clinical Trial.” *JAMA*, 325(14):1426-1435. doi:10.1001/jama.2021.3071
- Mahase E., 2021. “Covid-19: Molnupiravir reduces risk of hospital admission or death by 50% in patients at risk, MSD reports.” *BMJ*, 375:n2422. doi:10.1136/bmj.n2422
- Malone B, Campbell EA., 2021. “Molnupiravir: coding for catastrophe.” [published correction appears in *Nat Struct Mol Biol*. Nov;28(11):955]. *Nat Struct Mol Biol*, 28(9):706-708. doi:10.1038/s41594-021-00657-8
- Marconi VC, Ramanan AV, de Bono S, et al., 2021. “Efficacy and safety of baricitinib for the treatment of hospitalised adults with COVID-19 (COV-BARRIER): a randomised, double-blind, parallel-group, placebo-controlled phase 3 trial.” [published correction appears in *Lancet Respir Med*. Oct;9(10):e102]. *Lancet Respir Med*, 9(12):1407-1418. doi:10.1016/S2213-2600(21)00331-3
- MERCK, news release. Available at:

- <https://www.merck.com/news/merck-and-ridgebacks-investigational-oral-antiviral-molnupiravir-reduced-the-risk-of-hospitalization-or-death-by-approximately-50-percent-compared-to-placebo-for-patients-with-mild-or-moderate>
- NIH, 2021. "COVID-19 Treatment Guidelines." (October 19, 2021), Available at: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/clinical-spectrum/>.
- O'Brien MP, Forleo-Neto E, Musser BJ, et al., 2021. "Subcutaneous REGEN-COV Antibody Combination to Prevent Covid-19." *N Engl J Med*, 385(13):1184-1195. doi:10.1056/NEJMoa2109682
- Pfizer, Press release (1). Available at: <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-receives-us-fda-emergency-use-authorization-nov-11>
- Pfizer, Press release (2). Available at: <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/ema-issues-advice-on-potential-early-use-of-pfizers-novel-covid-19-antiviral>
- Pfizer, Press release (3). Available at: <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-announces-additional-phase-2b-study-results>
- Planas D, Veyer D, Baidaliuk A, et al., 2021. "Reduced sensitivity of SARS-CoV-2 variant Delta to antibody neutralization." *Nature*, 596(7871):276-280. doi:10.1038/s41586-021-03777-9
- RECOVERY Collaborative Group, Horby P, Lim WS, et al., 2021. "Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19." *N Engl J Med*, 384(8):693-704. doi:10.1056/NEJMoa2021436
- RECOVERY Collaborative Group, 2021. "Tocilizumab in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial." *Lancet*, 397(10285):1637-1645. doi:10.1016/S0140-6736(21)00676-0
- REMAP-CAP Investigators, Gordon AC, Mouncey PR, et al., 2021. "Interleukin-6 Receptor Antagonists in Critically Ill Patients with Covid-19." *N Engl J Med*, 384(16):1491-1502. doi:10.1056/NEJMoa2100433
- Salama C, Mohan SV, 2021. "Tocilizumab in Patients Hospitalized with Covid-19 Pneumonia." *Reply. N Engl J Med*, 384(15):1473-1474. doi:10.1056/NEJMc2100217
- Tada T, Zhou H, Dcosta BM, et al., 2021. "SARS-CoV-2 lambda variant remains susceptible to neutralization by mRNA vaccine-elicited antibodies and convalescent serum." *BioRxiv*, doi: 10.1101/2021.07.02.450959
- Temesgen Z, Burger CD, Baker J, et al., 2021. "Lenzilumab in hospitalised patients with COVID-19 pneumonia (LIVE-AIR): a phase 3, randomised, placebo-controlled trial." [published online ahead of print, 2021 Dec 1]. *Lancet Respir Med*, S2213-2600(21)00494-X. doi:10.1016/S2213-2600(21)00494-X
- Temesgen Z, Burger CD, Baker J, et al., 2021. "Lenzilumab in hospitalised patients with COVID-19 pneumonia (LIVE-AIR): a phase 3, randomised, placebo-controlled trial." [published online ahead of print, 2021 Dec 1]. *Lancet Respir Med*, S2213-2600(21)00494-X. doi:10.1016/S2213-2600(21)00494-X
- The economist, Nov 13th 2021 edition, <https://www.economist.com/science-and-technology/2021/11/12/new-antiviral-drugs-mark-a-big-turning-point-in-the-covid-19-pandemic>
- VanBlargan LA, Errico JM, Halfmann, P, et al., 2021. "An infectious SARS-CoV-2 B.1.1.529 Omicron virus escapes neutralization by several therapeutic monoclonal antibodies." *bioRxiv*, doi: 10.1101/2021.12.15.472828
- Vangeel L, Jonghe SD, Maes P, et al., 2021. "Remdesivir, Molnupiravir and Nirmatrelvir remain active against SARS-CoV-2 Omicron and other variants of concern." *bioRxiv*, doi:10.1101/2021.12.27.474275
- Weinreich DM, Sivapalasingam S, Norton T, et al., 2021. "REGEN-COV Antibody Combination and Outcomes in Outpatients with Covid-19." *N Engl J Med*, 385(23):e81. doi:10.1056/NEJMoa2108163
- Weinreich DM, Sivapalasingam S, Norton T,

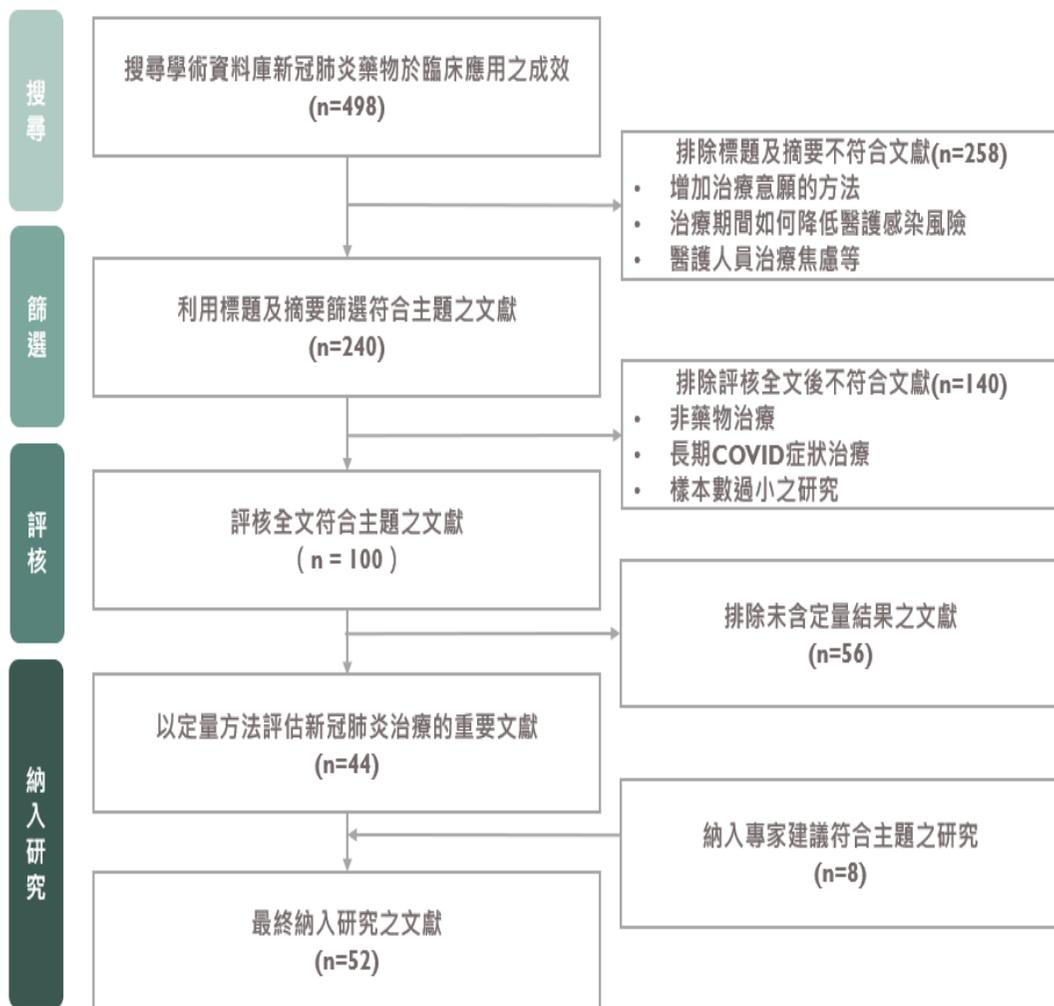
- et al., 2021. “REGN-COV2, a Neutralizing Antibody Cocktail, in Outpatients with Covid-19.” *N Engl J Med*, 384(3):238-251. doi:10.1056/NEJMoa2035002
- WHO. Clinical management of COVID-19 -Interim guidance. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>.
- Xu Z, Shi L, Wang Y, et al., 2020. “Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome.” [published correction appears in *Lancet Respir Med*. 2020 Feb 25;] *Lancet Respir Med*, 8(4):420-422. doi:10.1016/S2213-2600(20)30076-X
- Yu LM, Bafadhel M, Dorward J, et al., 2021. “Inhaled budesonide for COVID-19 in people at high risk of complications in the community in the UK (PRINCIPLE): a randomized, controlled, open-label, adaptive platform trial.” [published correction appears in *Lancet*. 2021 Aug 18;] *Lancet*, 398(10303):843-855. doi:10.1016/S0140-6736(21)01744-X
- Zhou P, Yang XL, Wang XG, et al., 2020. “A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin.” *Nature*, 579(7798): 270-273. doi:10.1038/s41586-020-2012-7
- Zhu N, Zhang D, Wang W, et al., 2020. “A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019.” *N Engl J Med*, 382(8):727-733. doi:10.1056/NEJMoa2001017



美麗的亞馬遜百合

—劉維婷提供

圖一、系統性文獻回顧流程圖



圖二、新冠肺炎疾病進展與治療模式運用

COVID-19症狀	無症狀	輕微	中等	嚴重	極度嚴重
特徵	陽性個案但無症狀	如咳嗽、發燒輕微症狀	下呼吸道感染之臨床症狀 含氧量 $\geq 94\%$	含氧量 $< 94\%$ 呼吸速率、肺浸潤提高	呼吸衰竭、休克、器官衰竭等
隔離	需 要				
疾病病程	病毒複製			發炎反應	
治療目標	抗病毒治療			抗發炎治療	
臨床介入措施	症狀監測 考慮使用 單株抗體治療 口服抗病毒藥物	臨床監測與 支持性照護 考慮使用 單株抗體治療 口服抗病毒藥物 瑞德西偉	臨床監測 住院或惡化時可 考慮使用 瑞德西偉	住院、氧氣治療與特 定藥物治療 (瑞德西偉/類固醇/發炎 路徑抑制藥物)	重症照護與藥 物治療 (瑞德西偉/類固醇 /發炎路徑抑制藥 物)

肩臂上肢疼痛的治療與拔罐後印記的比較

邵芸瑛*、謝麗貞**

*穴壓與拔罐學會研究員

**穴壓與拔罐學會理事長

一、肩臂上肢活動的重要性及易傷性

肩臂上肢的肌肉和關節是人體最重要、活動量最大的部位。因活動範圍和運動量極大，又負責雙手的行動工作和外力傷害跌倒時維持平衡的支撐點，所以肩臂上肢的關節和肌肉發生功能失常和傷害最為常見，症狀包括：肩臂關節不能轉動、四周肌肉無力酸痛、手臂神經麻木或知覺異常，甚至導致胸部悶痛、呼吸不順暢等等，由於此部位有眾多且複雜的神經、關節和肌肉群，要恢復完全的功能，有相當高的難度。

二、穴壓與拔罐的治療與拔罐後印記的比較

穴壓與拔罐治療方法中的穴壓偵測可以尋找出神經、肌肉、韌帶受損的傷害點，用賦能穴壓經過穴道操控，可以促進各組織的修護，進而恢復其功能。而拔罐則是在賦能穴壓治療之後，將蓄積於在病變處產生壓迫神經的殘留氣血成分加以拔除的一種手段，可加速人體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，給予我們可觀察的客觀證據。(謝麗貞，2017)

三、個案解說

【個案 1】

男性，49 歲，教授

- (1)主訴：近期打完籃球後，兩手臂痠痛，手臂抬舉時疼痛加劇。
- (2)穴壓診斷：個案手臂以打球的姿勢上舉，肩、臂、肘痠痛，肌肉緊繃。診斷為過度使用姿勢不對用力不當，相關關節韌帶及肱骨深層肌肉群受傷。
- (3)拔罐部位：於肱骨頭、肱骨大結節（棘上肌深層部位）及肱骨小結節（肩胛下肌深層）（圖 I-1）：左邊三角肌淺層等肌肉群拉傷，於疼痛穴道處（圖 I-2）給予拔罐。



圖 I-1



圖 I-2



圖 II-1

(4)拔罐後印記的比較

圖 I-1 右手為慣用手，運球、傳球、投籃等動作，右手使用頻繁，印記顏色深紅，且肱骨大小結節深層肌肉傷被拔出，印記近肩峰處三角肌顏色淡紅，表近肩峰處肌肉為新傷。

圖 I-2 左肱骨處印記顏色淡紅，為最近形成的新傷。



圖 II-2

【個案 II】

男性，39 歲，外科醫師

- (1)主訴：手抬起時，兩手臂及肩膀，非常痠痛。
- (2)穴壓診斷：長時間雙臂曲彎，擠壓拉扯肌肉、肌腱致氣血循環阻斷，並自肘延手臂上行至肩峰肌肉神經相連處，顯出三處肌肉受傷。
- (3)拔罐部位：手肘尺骨鷹嘴突處、肱、三頭肌、肘肌；肩胛骨外側肱三頭肌(長頭)、小圓肌、肩胛下肌等肌肉群受傷，於疼痛穴道處拔罐，減除痠痛，見圖 II-1 及圖 II-2。

(4)拔罐後印記的比較

圖 II-1 肘尖尺骨鷹嘴突印記鮮紅均勻，表新傷。中間近腋下印記顏色深紅，印記上方近肱三頭肌處顏色較深，深層的舊傷被拔出，肩上方印記顏色暗黑紅，表受傷時間久且嚴重。

圖 II-2 肘肩印記顏色淡紅，表近期剛形成的傷，中間印記顏色深紅均勻，表陳舊深層傷被拔出表層，肩上方印記顏色暗黑紅且中間突起，表受傷嚴重且時間長久。

【個案 III】

女性，58 歲，老師

- (1)主訴：右手臂痠，接近肩膀處痠痛，手擺動時尤其痠痛難忍。

- (2)穴壓診斷：由於購物時慣用手肘掛物，常手提重物致上臂血液循環不佳，肘窩外側肌肉受傷；提拿物件致上臂肱三頭肌及三角肌等肌肉群拉傷。
- (3)拔罐部位：手肘肘窩外側橈骨腕長伸肌、肱橈肌、璇後肌等肌肉群處，及上臂三頭肌及大圓肌、三角肌等肌肉群受傷，於疼痛穴道處拔罐，見圖Ⅲ-1及圖Ⅲ-2。



圖Ⅲ-1



圖Ⅲ-2

(4)拔罐後印記的比較

圖Ⅲ-1 印記顏色暗紅，為長時間不當使力致氣血循環不佳所造成的長久傷害；印記中顯現的暗黑區塊，係久遠受傷的深層肌肉組織被拔出。

圖Ⅲ-2 拔罐呈現暗紅色，為手肘掛物致肘窩肘肌、橈側腕長伸肌、璇後肌等肌肉群受傷，受傷時間長。

【個案Ⅳ】

男性，48歲，業務主管

- (1)主訴：左手臂痠痛無法抬起
- (2)穴壓診斷：手臂長期高舉不當使力，搬抬和拉取重物，造成手臂上肢及肩部至肩胛骨周邊肌肉群拉傷。
- (3)拔罐部位：手臂、肩、肘三角肌及大小圓肌等肌肉群受傷，頸肩至背部肩頰骨斜方肌及肩胛骨下緣闊背肌拉傷，於受傷肌肉群穴道處拔罐，圖Ⅳ。



圖Ⅳ

(4)拔罐後印記的比較

所有多處拔罐後印記均呈現出暗黑深紅色，表示陳舊並且嚴重傷害的現象，尤其是肩胛骨下內側緣為重。此皆是係因長期強行用力舉起手臂，致使許多深部肌肉組織受牽連，過度使用受損而無力抬起。

【個案Ⅴ】

女性，58歲，教授

- (1)主訴：左手臂無法抬起
- (2)穴壓診斷：肩部斜方肌及肩肱骨三角肌等肌肉群受傷致左手臂無法抬起。
- (3)拔罐部位：肩部至肩峰斜方肌、深層

棘上肌及肩骨、肱骨頭三角肌等肌肉群等穴道處拔罐，圖 V。



圖 V



圖 VI

(4) 拔罐後印記的比較

拔罐後印記顏色深紅，係日常習慣提拿物件，手臂肌肉受傷，日積月累後肩骨大結節、肱骨頭，棘上肌鍵與三角肌沾黏，阻礙肩骨與肱骨頭活動，顏色呈現於肩骨與肱骨頭三角肌上，是累積陳舊的傷。

【個案 VI】

女性，55 歲，公職人員

(1) 主訴：手臂無法舉起

(2) 穴壓診斷：陳舊車禍跌、撞傷所致，手臂三角肌受傷。時間久後累積深層受損的肌肉與筋膜發生沾黏，故手臂無法上舉。

(3) 拔罐部位：肩部棘上肌及近肩胛骨外側緣，大小圓肌及三角肌交疊肌肉群穴道處拔罐，見圖 VI。

(4) 拔罐後印記的比較

肩峰外側肱骨頭三角肌印記暗紅色，中間微突起且印記內圈顏色略深，為陳舊因頻繁或重複的活動被帶出的傷，頸肩上斜方肌印記淡紅色為新傷，印記外圈顏色深紅，背部肩胛骨斜方肌及肩胛骨下緣闊背肌，兩印記外圈顏色暗紅色，皆為新傷帶出陳舊的舊傷。

【個案 VII】

女性，38 歲，工程師

(1) 主訴：手臂無法抬舉

(2) 穴壓診斷：曾車禍胸腔遭受撞擊，傷及第四至第六肋骨。於治療期間，為不影響胸腔肋骨復原，被囑咐儘量避免使用手臂，尤其提拿重物。而後，腋下肌肉群與腋筋膜、上臂筋膜，發生沾黏，致手臂無法提舉，必須逐一剝離恢復其彈性。

(3) 拔罐部位：協助將手臂緩慢提舉，於上臂筋膜、肌肉、神經沾黏疼痛穴道處，施以拔罐，拔罐中圖 VII-1，拔罐後圖 VII-2。



圖 VII-1



圖 VII-2

(4) 拔罐後印記的比較

腋下肌肉群與腋筋膜、上臂筋膜處拔罐後印記呈現出深紅色印記，中間微突起且印記內圈顏色深，為陳舊的傷。圖 VII-1 及圖 VII-2 印記顏色鮮紅分布均勻，為胸肋骨微裂傷痕，引發筋膜及肌肉群相連的新傷。

【個案 VIII】

男性，61 歲，自由業

(1) 主訴：手臂無法抬舉，肩膀痠痛

(2) 穴壓診斷：個案曾遭受暴力施虐，因過度且長時間高舉雙臂並延伸致指掌間。另外前胸肋間肌肉群因拉提上揚，造成肌肉血液循環不佳，胸肋肌與手臂相連之肌肉群亦嚴

重拉傷。因病情嚴重傷害處需逐一治療，首先部位即上手臂與胸肋部之胸大肌。

(3) 拔罐部位：上手臂與胸肋部胸大肌等肌肉群垂直層層相疊，按壓相連肌肉群僵硬且疼痛之穴道處拔罐，圖 VIII。



圖 VIII

(4) 拔罐後印記的比較

拔罐後印記顏色均深暗紅，顯現陳舊深層嚴重的舊傷。

【個案 IX】

男性，28 歲，超商員工

(1) 主訴：肩臂及上背突發抽筋疼痛

(2) 穴壓診斷：個案於彎腰撿拾物品時，站立動作不穩，以手臂撐地，起身後突發持續性肩、臂及上背肌肉持續抽筋，疼痛無法用力轉動。診斷為上臂及肩胛肌肉及肌腱群嚴重急性扭拉傷。

(3) 拔罐部位：肩、臂與肩胛上肌肌腱群及腰部肌肉群之穴道處拔罐，如圖 IX。



圖 IX

(4) 拔罐後印記的比較

拔罐後印記顯現深紅鮮明濃重之顏色，上有密集紅點，呈現為急性剛產生新的出血損傷。拔罐後抽筋現象消失，疼痛感減少，可自由轉動。

頭、頸、肩與上臂的肌肉群和關節是人體每日活動不可或缺的部位，尤其是意外發生時，肩臂上肢通常是保持身體平衡的重要部位，也是最容易受傷的肢體。一旦出現問題，頭頸

僵硬不能轉動，手臂疼痛不能使力作工，輕者如落枕一般，重者壓迫頸部神經，致使肢體末梢麻痺無力。雖然可以治療，但是過程曠日費時嚴重影響日常生活。工作時應當注意肩臂與上肢不要過度持久使力，工作時姿勢不可不當。平時要經常運動保持肌肉關節靈活柔軟，如此可以減少傷害，以免造成不同程度肌肉關節結構的損傷。一旦有損傷時，宜在第一時間作適當的檢查與治療，找出損傷疼痛原因，以儘快恢復正常的功能，避免因延誤而造成更複雜的症狀。

參考文獻

謝麗貞，2017。《拔罐的科學實務：壓力、部位與判讀》，台北：知音出版社。



馬鞍藤是沙灘地區防風定沙的第一線植物，它可以改變沙地的環境，有助於其它植物生長。另外，搓揉馬鞍藤葉摩擦淺水鏡片可防止起霧，全草具有藥用療效。

—Chris 攝於澎湖

練氣專欄

分析練功與未練功者參與本學會研究活動時行為的差異

洪韻媚*、謝麗貞**

*穴壓與拔罐學會資深研究員

**穴壓與拔罐學會理事長

穴壓與拔罐學會在高雄和台北地區都常舉辦練氣及穴壓與、拔罐的學術講習、實務訓練和臨床治療技術與應用的研究討論。經常性參與活動者包括本學會學者、會員、學員、助理、研究員和參加治療者，由於是研究性質並不對外招攬。間或有直接或間接經由會員或網路介紹而來的人士，都屬於對本學會的研究內容有基本認識。十數年來經由參與本學會各種研究活動和課程，我們注意到這些人士參與時的行為有明顯有趣的差異，值得我們分析探討。

茲初步分析如下：

一、練氣部分

本學會的基礎練氣課程是不定期開課，內容以強身保健為主，進階練氣課程為預備銜接未來學習穴壓治療所需的氣功，有經常性的指導解惑課程供學員自由參加。有三類人士會前來參與練氣課程如下：

1. 未曾練氣者：經由介紹欲瞭解練氣而正好近期內有新開課程且時間、地點合適時，這些人士會加入本學會的練氣課程。
2. 曾經練氣者：有練氣經驗但遭遇到

瓶頸、傷害、身心發生障礙無法克服或去除，這些人士會首先接受治療，然後加入本學會的練氣課程。

3. 已是練氣高手者：雖經由介紹前來，但過去所學或練氣目的和功法不同，首先會質疑本學會的課程能否增加其功力，會自認其身氣能比學會傳授者高，就不願意接受治療，也不會加入練氣課程，但也許會加入穴壓治療的練氣課程。

二、穴壓治療部分

1. 不曾練過氣功者：若患有主要是外感內因或歲月老化引起疾病的人會接受治療，又可以分為二類：
 - (1) 沒有明顯症狀者：人呼吸空氣、飲食吃五穀雜糧，多多少少會讓器官組織消耗磨損，若人們養尊處優不必勞動，但仍須面對自然的生、化、病、死的過程。雖然歲月造成器官功能是漸進的，不會有明顯的病痛。這些消耗磨損和「老化」的症狀到一定程度就出現病症，這也是穴壓拔罐治療的範圍。當然這些症狀也可以由

患者自己練氣來改善，但耗時長久，若經由穴壓拔罐的治療，比較容易有效且快速的治療。

- (2) 有明顯疾病症狀者：依病況的種類、急慢性、難易穴壓拔罐治療可以給予緩解或改善，這是穴壓拔罐治療主要的應用範圍。
2. 曾練過氣功者：其過去所學練氣功目的和功法不同，會有不同的表現而產生不同的症狀。當其需要尋求治療時，即是遭遇到訓練時的不當反應、意外傷害或外力撞擊的損傷，已經到無法忍受的程度，非尋醫不可，所以會持續治療，而穴壓拔罐治療正是可以給予緩解改善或徹底更正治療，這也是穴壓拔罐治療主要的應用範圍。

三、受傷的部位

依受傷的部位可分為肌肉骨骼系統和內臟器官系統兩類，如下：

1. 肌肉骨骼關節系統：

- (1) 『要活就要動』指活動肌肉和骨骼關節可以保持人體的器官組織良好的彈性和氣血暢通的循環。一般會痛的是肌肉韌帶組織，而骨骼除骨膜外，是支撐人體站立和行動，骨骼內沒有神經故不會感覺疼痛。所以，對於不愛運動又過著「飯來張口茶來伸手」的人，除了經歷自然老化，沒什麼病症不太會痛；若勞動過度的人，一旦使用過度的肌肉和關節處，一定會較前者嚴重疼痛。故肌肉和骨骼關節有疼痛的病人，

均會接受治療。

- (2) 對於曾練過氣功者，由於必需長期持續完成固定的練功動作並配合呼吸，在生活中即使不蓄意去注意呼吸，但因練功時已經將自然的呼吸與行為動作結合為一，(所以才就叫作練功)一般狀態下其肌肉和骨骼關節已經練成彈性堅強有力，工作可以支撐得久，這種患者在治療時，疼痛反應不會很厲害。除非歲月老化影響很大，這種患者若工作持續一直做到老死都很少會有病痛，因為其呼吸與作功形態配合得很好；反而若突然停止或退休不做工，其呼吸與作功形態失去原有的調合，呼吸所造成的廢氣不能即時有效地排出，會堆積在身上造成氣腫，人的外形體態便走樣形成局部肥胖。運動選手是典型的例子，這種肥胖是呼吸型態改變所造成，算是練功不當所造成的病症，也因為如此，一般的減肥法是無效的。所以，因為練功失當而造成的病症比較難治，需要較長的治療時間。
- (3) 對於勞力工作者，其並未蓄意練功，卻身體局部過度且不當使用而形成長期傷痛，這種狀況是一般診所門診中最为常見的病症。但由於穴壓拔罐是整體性的調整治療，局部性治療最終會牽一髮而動全身，連帶將相關的傷病一一呈現出來，除非病人有心準備全身調整治療完全恢復健康，否則會帶出更多陳舊的傷病而延長治療。所以這種個案要小

心事先溝通，因為這種屬於長期用力不當、過度使用、累積勞累，病痛的部位就算治癒，其他部位為整體的平衡和協調，也會一一出現。這種狀況每一個人都會出現，端視其治癒的決心。

2. 內臟器官組織系統：

養尊處優的人，不表示其內臟器官組織也好。每天吃高營養食物的人，容易有高血壓、高血脂和高血糖，造成心血管的疾病。而一般必須勞動的工作者，則因為其工作的性質而有不同的傷害。

(1) 對於沒有練過氣功的人，治療就是將病人一個病症、一個病症的解。林媽媽是個明顯的代表個案：她社經地位好，吃穿用度優渥，不太活動也沒練過功，只是經年愛好做一些摺紙、編織等手工藝品，造成駝背、手麻、手酸、手臂無力的問題。由於長年姿勢不當，內臟器官組織受到壓迫，所以眼睛、心臟、腎臟、肝臟都產生問題。這種個案比較不會造成呼吸的困擾、若呼吸上出問題，必定有呼吸上的一些損害，即除了練功的功法錯誤造成之外，抽煙、空氣污染、生氣、病毒感染等會造成和呼吸有關的心肺症狀。在治療上還是一個病症、一個病症的解，不會有很大的區別。

(2) 撞擊、跌倒包括車禍或自己的意外，不但對肌肉骨骼關節系統造成傷害，更可以對內臟器官組織造成壓迫傷害，撞擊哪個部位那個部位就受傷。一般稱「跌打

損傷」，事實上代表四種不同狀態的傷害來源：「跌」是自己摔的、「打」是外力來的、「損」是身體內部器官組織的損害、「傷」是內部器官功能和結構的破損，包括情緒造成的功能紊亂。

(i) 沒有練功的人，傷害來源一般都有跡可循。若是自己「跌」的，身體肌肉骨骼關節結構能動作的範圍有限，傷害可期。若是「打」的外力如車禍、受攻擊、打架等，則所受的傷害，就不受肢體動作的範圍所拘束，要考慮力量的大小、方向和範圍來決定，因此診斷上會較困難。若是「損」，則還要考慮時間的因素，因為受傷會隨時間越長損害越厲害。例如車禍，一般只會注意到出血的外傷而忽略內傷。例如：車禍應要分別什麼車？怎麼撞？是靜止？是動的？速度的快慢？這和受力的能量有關，蓄積的能量越多，破壞的能力越大，可以估計身上所受的傷害造成多少器官的損壞和範圍？

所以，對於沒有練過功的人，只要分辨是屬於內臟器官系統或肌肉骨骼系統，只要照這樣的原則來治療，不會太困難，病人也不會有特別的反應。

(ii) 練過功的人，最常見的是運動選手和練過技擊或有特殊目的的氣功的人。不管是武

館館主，技擊高手、棒球球員、運動選手、軍官學生等都算練過功的人，通常他們是因為長期某些固定的動作而造成局部的傷害進而造成身體器官組織的傷害和疼痛。因每一個門派功法不一樣，患者不自知，也不會主動告知，所以在穴壓與拔罐治療上，每次患者陳述問題，要一一分析，當點穴時就要知道穴壓反應痛代表的意義是什麼？點穴之後自己期望會有什麼反應來相比較？有生有病沒？生病是如何反應？通常這些練過功的人的反應和一般人不同，必須靠臨床經驗和觀察來鑑別診斷。例如：某甲呼吸困難，觀察下其使用腹部肌肉做呼吸運動，胸部僅輕微上下起伏，可知胸廓受限不能擴張並非是在練氣。某乙外科醫師，合氣道高手。主訴：手抖，大血管鈣化，觀察下其某些固定的動作造成局部的傷害，致心血管產生一個罩門，形成症狀。「罩門」就身體必須犧牲某一部分組織，一般是犧牲呼吸、心血管或精神的力量，去完成某一個瞬間可以完成某一工作（制敵）的強大力量。所以練武的人，易出現高血壓。

人們工作用力，會造成肌肉骨骼關節的損傷問題，若用「氣」藉氣動來工作，

就不會發生問題。練氣有成者，其氣是用來會保護人體，讓身體運作順暢，即使有病可以與病共存久一點，不容易出問題，所以才說練氣會讓人健康。練氣功必與呼吸吐納相配合才算，其實練功練到極致還是會走到練氣的境界。凡是練氣功的人，一旦內臟有損傷，通常會被氣包裹起來，一方面保護器官組織不受到進一步傷害，一方面繼續維持正常的生理功能的運作。因此在穴壓拔罐治療時，點穴不太容易點到受損的器官組織，必需先要將氣的影響移開，除去氣的保護，才可以碰得到重點加以治療，這是對是否曾有過練氣者最大的不同的行為處理。

練過氣功的人，可以從他們對穴道的反應察覺出有異，就是見到從正常人身上所沒有見過的動作，而且會特別激烈。比方一般人手痛，不外旋轉用力如炒菜、拉東西等造成的傷痛，可是練過氣功的人的痛會多出現一個練氣的動作來，或是出現一個本能防衛的動作，我們馬上就可以知道病人有練些什麼氣功。特別是練過氣的人，氣會全自動反應，很難偽裝。

對穴壓拔罐治療，凡是曾練功、練氣的患者都比較

費心，因為必須先把氣移走。甚至會發現若其練氣練錯了，還要先把這些錯誤改正之後才能進行治療，方能讓身體恢復正常。通常練功或練過氣功但不太有成就的人，來學會時不會太計較，會願意接受治療。而那些練功或練過氣功要成不成半桶水的人，通常來學會時還蠻驕傲，自

認有練過氣功可以自己治療，就不接受治療。除非他已經不好了，而且其他治療法都無效，才會接受治療。

最後，提醒大家「未遇名師莫練功」以免練功出岔，人最好走自然的道路，好好保養身體，不過度勞累或放逸，飲食要適當適量，就不會有困擾。希望藉來本學會參與活動人士的行為差異的分析給予一些有用的訊息。



蓮花與蓮蓬

Chris 攝於台南白河

子宮脫垂及穴壓治療

林文絹*

*國立臺北護理健康大學護理系副教授

子宮脫垂是中老年婦女常見的問題，然因脫垂程度的不同，有些人可能輕忽症狀或怯於求醫默默承受生理的不適與疼痛。研究統計約有四到七成的成年女性會經驗不同程度的陰道鬆弛，輕者可能沒有症狀，嚴重者子宮脫垂到陰道外部。

造成脫垂的原因多與老化、生產使骨盆腔結構受損有關，雖此病無危及生命之虞，但對許多女性而言，卻有不適與諸多的困擾（楊、蘇、謝、曹，2008；Bradley, 2018），本文將就其病因、症狀進行探討，並說明如何進行穴壓治療，並輔以真實案例來呈現治療成效。

一、子宮脫垂病生理機制

子宮脫垂的病因涉及骨盆腔的結構，需先就子宮附近相關的結構組織進行說明，子宮下方連結陰道位於下腹部骨盆腔內，前傾於膀胱之上，後方為直腸，位居中間位置的子宮與陰道需有許多支持的組織力量來維持在正常的位置，左右二側各有三條韌帶共六條直接提供子宮支撐，由上到下分別為子宮上方的圓韌帶(round ligament)、由薦骨延伸到子宮頸下段的子宮薦骨韌帶(uterosacral ligament)、由骨盆腔側壁延伸到子宮頸下段與陰道上三分之一的主韌帶或稱橫向子宮頸韌帶

(cardinal or transverse cervical ligament)：另有位於子宮兩側的子宮、卵巢、輸卵管繫膜所形成的闊韌帶(broad ligament)，與骨盆底的提肛肌等肌肉也提供了支持的力量。而這些韌帶除提供子宮支持外，在婦女懷孕時更扮演著重要的角色，支撐懷胎過程中逐漸成長的胎兒；在中醫將這些能支撐胎兒的組織與韌帶稱為「帶脈」。若上述之組織無法提供足夠的支撐力量，尤其是子宮薦骨韌帶失能，將導致子宮下降到陰道內，甚至突出於陰道口外。依脫垂程度臨床上分三等級：第一級，子宮垂於陰道中，但子宮頸未突出於陰道口外；第二級，子宮體仍在陰道中，但子宮頸已突出於陰道口；第三級，整個子宮、子宮頸突出於陰道口外，陰道也由內而外向外翻出。當子宮下垂時，附近的器官如膀胱、直腸、尿道都將被向下拉或改變位置，造成如膀胱脫垂、直腸脫垂（林，2008；黃，1998；陳、陳，2010）。

造成脫垂的原因可能來自先天的支持組織的無力，但絕大部分的原因來自於後天，多由以下多種因素共同造成，因素包括（黃，1998；陳、陳，2010；Bradley, Zimmerman, & Nygaard, 2007）：

（一）多次生產：通常多次生產經驗

的婦女易發生，提供子宮、陰道支持力量的韌帶、肌肉在生產過程中因過度撐張和拉扯而受到傷害，使組織支撐力量弱化。

- (二) 腹腔內壓增加：懷孕、肥胖、習慣性便秘、慢性咳嗽與提重物等狀況會增加腹腔內的壓力。
- (三) 賀爾蒙變化：停經後雌激素分泌減少會導致陰道壁與支持組織變薄，支撐力量變差。

二、子宮脫垂症狀與西醫療法

生產過的婦女常有輕微脫垂，通常沒有症狀，通常產後於六個月內可逐漸恢復，若因上述所探討多重因素的影響下，多個研究均顯示隨著時間症狀會逐漸明顯與惡化，有些婦女在更年期後因賀爾蒙的變化才顯現症狀，若原已有症狀者將使脫垂狀況更為嚴重(Bradley, Zimmerman, & Nygaard, 2007; Bradley, Zimmerman, Wang, & Nygaard, 2008; Handa, Blomquist, Roem, & Muñoz, 2018)，症狀出現會因脫垂程度和位置而有不同。在子宮體下降初期，患者會在走路或勞動時、呈現陰道內有壓力的症狀，如陰道內有飽脹感，有下墜、被拖拉的不舒服感覺，有些人會描述有東西在陰道裡，甚至可以摸到，久蹲後症狀會加劇；若子宮體再往下垂墜將壓迫附近組織造成頻尿、薦椎附近下背痛等；若已可由外陰部可看到子宮頸和陰道壁，於初期休息後或可自己推回，若到不能被推回，將使骨盆腔血液循環受阻礙，除會導致疼痛、行走不便、尿失

禁、解尿困難等症狀外，可能影響卵巢功能、月經失調、不孕等。

西醫的臨床治療分為內科療法與外科療法，對於輕到中度脫垂採取內科療法包括裝置子宮托、服用雌激素；教導病人不宜久蹲或提重物、不宜登高、疲倦過度，並應注意避免便秘，保持大便通暢，避免增加腹壓的狀況等(林, 2008; 陳、陳 2010)。當症狀嚴重且無生育需求時，外科療法最常時施行手術為經陰道子宮切除術。

三、子宮脫垂穴壓的診斷與治療

對於子宮脫垂穴壓治療可提供不具侵入性的治療，首先診斷病人症狀的程度，最好掌握尚未到達第三級子宮脫垂到體外的治療黃金期治療，若達第三級將使治療難度增加。穴壓偵測下腹部子宮與鄰近部位的器官位置，若支撐薦骨韌帶受傷偵測時將出現疼痛，治療的方法就是將支撐子宮的韌帶固定好，使子宮回覆到正常的位置，加強子宮周圍組織與周邊的關係，與韌帶及帶脈的強度，使整個環境妥當調整。運用中醫經絡中帶脈穴，此為專管調理月經及婦科各器官功能的重要經絡，此經脈循行起于季脅，斜向下行到帶脈穴，繞身一周。帶脈穴在側腹部，章門下 1.8 寸，於第十一肋遊離端下方垂線與臍水準線的交點上，是膽經與帶脈交匯的穴。下腹部中極、會陰部會陰穴、與背部位於腰椎第五節與薦椎第一節的穴位等穴位進行穴壓治療，輔以於帶脈穴與腰椎第五節與薦椎第一節的穴位拔罐治療。

個案治療實例，○女士，40 餘歲，育有二女，主訴「平時喜歡背著包包

和小孩到處走走、爬山、參加各種戶外活動，幾年前發現怎麼每次大量步行後，或者去市場買菜提大包小包回家後繼續做家事，或準備餐點時一直站著達2-3小時後，就覺得下腹悶悶的，且下體有墜感和熱熱的感覺」。由敘述中已呈現子宮下垂典型第一級症狀，此時建議應把握治療黃金期，若持續拖延未予治療，到更年期將可能嚴重到子宮脫垂的第二級以上，屆時治療難度將倍增。經會陰穴與帶脈的位置進行穴壓偵測，呈現疼痛確診，以上述方法治療。另治療同時提醒病人不能提重物、不做蹲下增加腹壓的動作與不要吃冰等。穴壓採用連續每個禮拜一次治療，約兩個月後，病人訴下垂症狀已鮮少發生，此外個案也說「我的生理期以前都會拖到十天才乾淨，現在大概五天就差不多乾淨且分泌物明顯減少，這些應該是治療子宮下垂另外獲得的紅利」。以上印證強化子宮韌帶與周圍組織力量後，子宮將復位，也促使回歸到正常的功能。

參考資料

- 林秀娟，2008。〈子宮脫垂〉。《中醫婦科醫學雜誌》，(10)，48-51。doi:10.30030/jtcgm.200802.0009
- 黃景泰編譯，1998。《實用婦科學》。臺北：藝軒。
- 陳茗晞、陳美伶，2010。〈子宮脫垂婦女決定接受子宮全切除術前之心路歷程〉。[The Living Experiences of Women with Uterine Prolapse before Receiving Hysterectomy]。《新臺北護理期刊》，12(1)，43-53。doi:10.6540/ntjn.2010.1.005。
- 楊育書、蘇珊玉、謝淑鳳、曹榮穎，2008。〈針灸治療陰挺之文獻探討〉。[Review Article of Pelvic Organ Prolapse in Acupuncture Therapy]。《中華針灸醫學會雜誌》，11(4)，1-7。doi: 10.30076/jcmaa.200812.0001。
- Bradley, C. S., 2018. "Progress toward understanding pelvic organ prolapse." *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 218(3), 267-268. doi:10.1016/j.ajog.2018.01.042
- Bradley, C. S., Zimmerman, M. B., Qi, Y., & Nygaard, I. E., 2007. "Natural History of Pelvic Organ Prolapse in Postmenopausal Women." *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 848-854. doi: 10.1097/01.AOG.0000255977.91296.5d
- Bradley, C. S., Zimmerman, M. B., Wang, Q., & Nygaard, I. E., 2008. "Vaginal Descent and Pelvic Floor Symptoms in Postmenopausal Women: A Longitudinal Study." *Obstetrics & Gynecology*, 111(5), 1148-1153. doi: 10.1097/AOG.0b013e31816a3b96
- Handa, V. L., Blomquist, J. L., Roem, J., & Muñoz, A., 2018. "Longitudinal study of quantitative changes in pelvic organ support among parous women." *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 218(3), 320.e321- 320.e327. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.12.214>.

Evan Taylor case - My experiences might be useful for others

Evan Taylor (泰艾凡)

The purpose of this paper is three-fold: To discuss the peculiarities of my life prior to my diagnosis. The chain of events that ultimately led to my diagnosis. And finally, what I hope to achieve through Dr. Hsieh's treatments.

From a young age I found that, in several ways, my experiences were not quite the same as my family or classmates. I should point out that I have always been right hand dominant, I am very much not dexterous with my left hand. One such example was in elementary school during PE class when we were required to do a rope climb. I always struggled with this mainly because I could never get a good grip with the rope before tiring, and thus my performance was always subpar.

Another example is that during baseball practice, if I had to hold the baseball bat for extended periods of times my right hand would feel sore and tired. My coaches would just tell me to toughen up.

A final example from my young age is (American) football. I was never good at not only holding the football but throwing it with my right hand. I could never get a good grip let alone a sturdy grip to be able to throw a spiral like so many of my classmates could do. This, while not the sole reason, was the major

reason why I never really tried to play football.

As I got older I never really stopped to wonder or think about these events. They were experiences that I had and I didn't know any different. I never thought to visit a doctor related to this because I didn't think this was something that needed to be checked. Plainly speaking, it was what it was.

As an adult I've always just known my grip strength was subpar. Doing weightlifting exercises at the gym I would have to be careful not to tire out my grip especially doing activities like barbell press or squats. Any activities like rock climbing were basically out of the question as I didn't have the capability to grip and pull myself up reliably.

I also recall one event after a visit to the doctor. I had just finished my consultation with the doctor when we shook hands. He remarked that my grip strength was not very strong and I basically just shrugged my shoulders and replied I was aware of that, he then shrugged his shoulders and I went on my way.

Fast forward to recent history and the events that lead to my diagnosis. I had recently purchased some heavy items from IKEA and during the transportation of them to my home I had

some shoulder pain and discomfort. I have a previous history of right shoulder problems due to a moped accident I had had years prior. I visited Dr. Hsieh for treatment and in the process of the treatment I thought that I should ask Dr. Hsieh if she has any idea why my right-hand grip was not what it should be.

This led to her testing my grip, agreeing that it was subpar and that she would need to do a lot of investigation to discover the cause. She told me that this would not be a quick process nor would it be easy to find the root cause of this problem. I was OK with this because I really wanted to know what it was that was causing my right-hand grip to be subpar all these years. I agreed to come into her clinic to receive treatment twice a week with the hopes that this mystery could be uncovered.

Thankfully and happily, it wasn't that long at all until she discovered the root cause of all of this: A problem with my brachiocephalic trunk and thus decreased blood flow and everything that goes along with that. I realized that it must have been congenital, because for as long as I can remember (and explained several examples in this paper) my right-hand grip was apparently weaker than what it should be.

Now knowing the root cause of this it has opened my eyes to any other potential health problems I've had over the years and if they are at all related to my brachiocephalic trunk problem. One specific problem I've had is eczema like

skin problems on my face that dermatologist visits were never able to fix. At times I've also had what can best be described as brain fog, easily forgetting things I should know for short periods of time. I now realize that perhaps these issues are related to my heart condition.

In the few weeks of treatment that has passed since my diagnosis, I have most definitely noticed several changes. Most notably, my right-hand grip strength has improved. I am able to hold a strong grip, for example carrying heavy objects, for a much longer period of time than before. Additionally, the skin problems on my face have started to show signs of improvement. Time, as always, will tell what else will improve with further treatment for my brachiocephalic trunk.

I realize that knowledge is only half the battle. I must continue receiving treatment and learn more about this problem and what I can do to try to overcome decades of built up issues that stem from this. That said, I am emboldened to push forward with treatments as well ensure that my experiences might (hopefully) be useful for others who might also have similar problems that I've had.

The future is brighter for me now, and I greatly appreciate Dr. Hsieh's help and support in unraveling this mystery. With optimism and patience, I will continue to seek treatment. This knowledge has set me on a good path.



E 諮詢

Q

1. 落枕的原因

早晨醒來，頭竟不能轉動，脖子痛得要命。落枕了！真的是枕頭的原因嗎？

A

造成「落枕」最主要的原因是在 1 到 3 天前單手臂長時間過度提、舉、拉重物，致頸部的胸鎖乳突肌、斜方肌與斜角肌等肌肉群疲勞痙攣僵直，致使人因過度沈睡，喪失自動翻身調整鬆弛身體的機制所造成，一般「落枕」確實很少和枕頭有關。

現代人長時間使用電腦或手機，或是因壓力過大在緊繃情緒下使用肩頸手臂的肌肉，也會造成以上所提及的肩頸的肌肉群過度負擔而受傷，血液循環因此滯礙難行，自然肩頸僵硬；又或肩頸手臂孱弱，沒有健康的肌肉來的支持，一旦手臂因長時間過度提、舉、拉重物，就造成「落枕」的原因。說到底，還是與自己的肩頸手臂不夠強壯、用力不當有關。

預防「落枕」的方法是平時要做適度肩頸手臂的運動，保持肌肉群柔軟、富彈性與有力量；當工作時要調整肩膀的力度和姿勢，不要讓相同的姿勢維持運動過久，如此脖子的肌肉才不會疲勞、痙攣、僵硬和疼痛，頭部也不會不能轉動等的症狀。

Q

2. 有關更年期的問題

更年期徵候群可以事先預防嗎？

A

更年期指的是女性的卵巢機能從可以固定排卵，逐漸衰退到不穩定排卵，再到不排卵的過程，此時卵巢分泌的女性荷爾蒙也逐漸從穩定、不穩定到完全沒有，然後最終就沒有月經了。更年期的發生是停經前後的一段時間，可能是數個月也可以長達數年。在這段期間內，因為卵巢的機能衰退女性荷爾蒙分泌量不足，導致相關各種生理現象的變化和紊亂，所造成的症狀就統稱為「更年期徵候群」。更年期徵候群的症狀可分為兩方面：(1) 在生理方面：主要包括有潮紅、盜汗、暈眩、胸悶、心悸、尿失禁、骨質疏鬆、自律神經失調等；(2) 在心理方面：主要包括有煩躁、情緒不穩、失眠、憂鬱、易怒、記憶力減退、注意力不集中等。這些症狀造成婦女諸多的困擾和病痛，也引起將屆更年期的女性的事先的擔心與煩惱。

更年期徵候群可以事先預防嗎？
是可以的。因為並不是所有的女性在渡過更年期時都遭遇到更年期徵候群的症狀，有許多女性平安無事地渡過更年期，所以只要瞭解其機制就可以事先預防了。因為人體分泌女性荷爾

蒙除卵巢外還有腎上腺，只要順利轉換由腎上腺去分泌女性荷爾蒙，就可以獲得人體自行分泌調節的女性荷爾蒙，不必倚賴外來藥物就可以避免更年期徵候群症狀的產生。在轉換由腎上腺去分泌女性荷爾蒙是有穴道可以調整控制的，故透過氣功穴壓輔以拔罐的治療，可以達到由腎上腺來分泌女性荷爾蒙，順利過渡更年期。

將熱氣包裹在血管內有礙生理運作。此時應飲用溫熱的水，才有助於毛孔和血管的快速排汗，這才是解熱的最好的方法。



3. 喝冰水能解「熱」嗎？



首先要分辨「熱」的形態。

如若感染發燒時所產生的「熱」，需要去除病源，喝冰水不是解熱的方法。

若運動出汗或中暑脫水，發「熱」是因為身體缺乏水分，此時喝冰水也不是解熱的好方法，因為人體內是恆溫約在36度C左右，冰水溫度通常在5度C左右以下，兩者溫度相差太大，並不利於人體內器官組織對溫度的快速調節和適應，此時應飲用室溫的水來解熱是最好的方法。

若是因為外在環境溫度極高，如陽光下、激烈運動時、人潮密集或密閉高溫空間內，必定引起人體內外發「熱」。此時皮膚需要立即排出汗水，用以散熱維持體內36度C左右的恆溫。當大量排汗時人體皮膚的毛孔和血管的管壁需要舒張以利發散熱氣。汗水的水是來自血管中的水分，此時如喝冰水進入全身血液循環中，會令血管壁收縮，血管中的水分即無法釋出，不但利排出汗水阻礙的散熱，反而

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