

理事長的話 .....	2	蔡德能
總編的話 .....	3	鄭宜哲
<b>第一單元：【臨床精研】</b>		
中醫臨床如何辨別體質寒熱 .....	4	官宋奮
淺談膝關節炎傳統針灸與雷射針灸 之比較 .....	12	魏仕雯、傅元聰
遠期異動症之中西醫觀點與病例分享 .....	20	黃建魁、范傑倫
注意力不足過動症簡介與 中醫臨床證治 .....	29	許瑄方、蔡岳廷
淺談延遲性肌肉痠痛之成因、 相關機制與恢復策略 .....	36	廖祿傑
從肌力訓練到中醫針藥介入： 超高齡社會年長者照護之新方向 .....	41	洪宇頡、莊佳穎
<b>第二單元：【醫者心語】</b>		
行走長壽山— 中醫師們一起走出診間的同行情 .....	47	郭信佳
持而盈之，不如其已：一台油電車 教會我的中醫養生學 .....	51	鄭宜哲
出國有中醫，一路好安心 .....	56	張敏筠
搜尋引擎結果第一個出現的是AI摘要： 中醫師如何經營網站，使專業內容 被AI納入 .....	58	莊育誌
韓國旅遊記實抒情 .....	61	方信盛

## 編輯委員

創刊人：謝坤宗

發行人：蔡德能

主任委員：林煥章

副主任委員兼總編輯：鄭宜哲

編輯委員：莊佳穎 歐宗益 陳相如 蔡岳廷

林宗翰 洪晨昕 廖宏哲 蕭世洪

黃建魁 郭信佳 蕭世洪 杜怡貞

許偉宸 唐卉新

發行所：臺中市大臺中醫師公會

會址：420台中市豐原區圓環東路703號2F

E-mail：sht.cma@gmail.com

網址：www.gtc.org.tw

電話：(04)25282490

傳真：(04)25282491

郵政劃撥：02870411

承製：文興印刷事業有限公司

電話：(04)23160278

出版：中華民國115年6月

著作權所有·翻印必究

## 投稿簡介

- 1.本刊以聯絡會員感情，報導公會動態及中醫藥學術為宗旨。本刊為定期刊物，每年一期，於每年十二月出刊。
- 2.本刊園地公開，凡對本公會會務或刊登文章內容有所指正皆歡迎投稿賜教。會員或會友之生活隨想心得，投稿分享，亦所歡迎。
- 3.來稿請以中文為主，以方格原稿紙由左至右橫行繕寫或電腦打字，並加標點，字數不拘，如係譯稿，請註明出處。
- 4.凡經採用的稿件，以電子檔文字為主，一字一元，最少500元，最多2500元。
- 5.來稿本會有刪改權，不願者，請隨稿聲明。
- 6.惠稿請著真實姓名、詳細地址、學經歷及現職。逕寄420台中市豐原區圓環東路703號2F臺中市大臺中醫師公會收或E-mail至：sht.cma@gmail.com。

# 理事長的話

第28屆理事長 蔡德能

各位會員先進、醫界同道大家好：

《大台中中醫會刊》第55期順利出刊，首先感謝編輯委員會的用心規劃，以及所有投稿作者與會員先進的熱情參與。會刊不僅是學術交流與臨床經驗分享的平台，更載著中醫專業傳承與公會凝聚會員情誼的重要使命。

近年來，醫療環境快速變遷，高齡化社會、慢性病照護以及整合醫療需求日益增加，中醫在預防醫學、健康促進與全人照護上的價值，也愈加受到社會重視。面對新的醫療挑戰，中醫不僅需要堅守傳統醫學核心精神，更應持續精進臨床能力、接軌現代醫療發展，讓中醫專業在不同世代與醫療場域中發揮更深遠的影響力。

大台中中醫師公會長期致力於會員服務、學術教育及公共事務參與，除了持續辦理專業課程與學術活動，也積極與相關主管機關溝通，反映基層醫師實際需求，期盼建立更完善的執業環境，提升中醫醫療品質與社會信賴。公會也將持續促進會員間交流合作，凝聚專業共識，共同推動中醫藥發展。

本期會刊內容豐富，涵蓋臨床實務、學術新知與醫療政策等多元主題，相信能帶給會員先進更多啟發與收穫。感謝每一位在第一線默默耕耘的中醫師，因為各位長期對專業的堅持與對病患的用心，才能讓中醫在現代醫療體系中持續展現不可取代的價值。

展望未來，期盼全體會員攜手同行，在傳承與創新之間持續努力，深化中醫專業內涵，提升醫療服務品質，為守護國人健康共同貢獻心力。

敬祝

身體健康、萬事順心

# 總編的話

總編輯 鄭宜哲

近年醫療環境與社會結構迅速更迭，所幸在同道會員踴躍投稿的支持下，會刊仍能凝聚極具價值的多元主題，繼續為大家提供臨床與人文的全面資訊。

官宋奮醫師的體質寒熱專篇，無私分享小兒麻痺驗方並深度剖析免疫機轉，傳承與實證兼具；魏仕雯醫師與傅元聰主任針對膝關節炎，將傳統針灸與現代雷射針灸進行深度對比，為整合照護提供新指引。黃建魁院長與范傑倫院長本期的遠期異動症專文，打破西醫病名框架，回歸中醫「痙病」思維，運用針刀與中藥一劑收速效，實為針藥兼施之典範。

隨著過動症盛行率上升，許瑄方醫師與蔡岳廷主任也清晰梳理ADHD的中醫特色證治。此外，面對超高齡社會與健身風氣，廖祿傑醫師針對延遲性肌肉痠痛提出分期恢復策略；洪宇頡醫師與莊佳穎醫師則特別撰文，將現代肌力訓練與補益脾腎之針藥結合，為年長者照護構築第一道防線。

除了臨床淬鍊，本屆公會舉辦了多次大型讀書會，郭信佳醫師也特別撰文，溫情記錄同道與家人共登長壽山的同行記，展現醫路不孤的群體溫暖；張敏筠醫師則將中醫思維融入旅遊醫學，分享出國安心自救妙招。面對AI摘要的新型搜尋環境，莊育誌中醫師具備前瞻反思，精闢分析中醫師如何經營網站以持續發揮專業影響力。配合會員的油電車養生隨筆與方信盛醫師的韓國遊記，寓醫理於日常，處處展現醫者豁達的生活美學。

漫漫長夜中總有盡頭之處，迎接我們的是燦爛的朝陽。中醫會員同道們在懸壺濟世的路上展現合和互協、團結互助，在臨床與時代變革中都能積極承擔，扮演重要角色。相信在未来的航程中，必定能海闊天空，祝大家診務順心，患者常健！

# 中醫臨床如何辨別

## 體質寒熱

官宋奮 官宋奮中醫診所 醫師



### 壹、【黃帝內經 素問 陰陽應象大論篇第五】

善診者，察色按脈，先別陰陽。……以治無過，以診則不失矣。

陳修園曰：良醫與庸醫的差異，全在是否能辨識陰陽。

先別陰陽，即辨識個體的先天稟賦 = 體質屬熱或屬寒。中醫對同一症狀的論治都有寒熱兩端的治療方藥；之所以如此，乃源自個體先天稟賦的陽氣(能量)過亢 = 壯火 = 熱性體質 = 免疫亢進；與個體先天稟賦的陽氣(能量)不足 = 寒性體質 = 免疫低下的差異。外邪進入個體轉化熱證或寒證的關鍵，亦因個體先天稟賦 = 體質屬熱或屬寒，才是導致個體免疫障礙與免疫反應差異(化熱化寒)的樞紐。

個體先天稟賦如同個體生命密碼；與人的個性同理，非短時間可以改變，甚至是終身不變。

辨識個體先天稟賦 = 體質屬熱或屬寒 → 熱證或寒證，或判斷個體免疫力的強弱 → 預測病症善惡吉凶，應以個體呈現的指徵、主症與旁症之細微差異做客觀判斷；這些細微的辨證標準，散見於黃帝內經、傷寒論、金匱要略、溫病條辨、醫宗金鑑 - 雜病心法與外科心法(癰疽總論)...等典籍中，平日應整合分類熟習；對同一症狀的治療方藥 → 亦應予以屬性的寒熱分類(民間草藥的運用理法，亦應如此)。如黃帝內經：『壯火之氣衰，少火之氣壯；壯火食氣，氣食少火；壯火散氣，少火生氣。』、『診痿理：粗理者，身熱；細理者，身寒』、『五色第四十九篇』、『官五色』、『診絡脈』、『病機十九條』。於臨症時則完全以病人個體的皮膚腠理疏密 + 五官氣色 + 舌色舌苔 + 脈象 + 掌色 + 病位外觀 + 針感強弱，等總和資料 → 以中醫的辨證法則 → 辨別個體先天稟賦 = 體質屬熱或屬寒 → 熱證或寒證 → 做為選方擇藥的依據，可更為精準。

中醫的證 = 個案的相對條件。辯證首重辨別個體先天稟賦 = 體質屬熱或屬寒 = 病性，選方用藥就不會亂槍打鳥而毫無章法；甚至能「治大病如調小烹」。論治只要『方藥功效』契合『病性』都能取效；縱然病位未判斷精準，也不至於反效果。所以，若執著於某一學派方藥則落入『有所住而生於心』 = 著相的錯誤境界。故，中醫師應該回歸中醫傳統的辨證法則；西醫的檢驗數據只作為療效對比，不要受西醫病名、西醫的學理與檢驗數據 → 牽引用藥的

思維。

最需要嚴謹辨識的是李東垣內傷證(見雜病心法)；與危重症的格陽證(見傷寒論)，即元陽離位的陰火證(見鄭欽安的著作)。

## 貳、【官宋奮醫師臨床體會】如何判別熱性體質或寒性體質

### 質一、《熱性體質 = 免疫亢進》：

#### (1) 熱性體質的望診指癥：

皮膚腠理(毛細孔)粗疏，爪甲紅；面王年壽黃赤亮，唇色紅，掌色紅，手心熱；舌質紅或絳紅，舌苔白乾或黏絲；或舌苔乾黃或黑黃，全無津液，芒刺滿口；六脈長大有力。

#### (2) 熱性體質出現的症狀群：

嗜睡多夢；心煩易怒，聲音響亮；口乾口苦口臭；咽痛紅腫；耳癢，眼睛乾澀或濛霧，眼屎多；口渴喜食冰冷，飲水不休，或口乾飲少，即飲亦喜冷湯；小便黃濁腥臭泡沫多，大便秘結或大便黏穢細軟或常腹瀉；性慾旺盛 + 容易高潮(早洩)。畏熱不畏寒，流汗酸臭，頭皮易癢易生頭皮屑。喜食甜不愛食酸，服清熱藥則臭屁連連，飲酒或服溫補藥品或吃熱性食物或遇暑熱季節或睡眠不足→易發生病症或病情加重；牙齒60歲後多數敗壞。

#### (3) 熱性體質的其它臨床判斷：

病人身輕惡熱，四肢煩熱或溫度偏高；口鼻氣粗，潮熱盜汗；癰疽紅腫熱痛容易化膿，或癰疽膿液黃稠臭穢，患處色澤紅。

### 二、《寒性體質 = 免疫低下》：

#### (1) 寒性體質的望診指癥：

皮膚腠理(毛細孔)細密，爪甲青；面色青白或黃白或少華，唇色淡或紫暗，掌色淡或青白，舌體胖大齒痕，舌質淡白或青紫或紫暗，舌苔白濕或滿口津液；脈浮空或細微無力。

#### (2) 寒性體質出現的症狀群：

目瞑倦臥，安靜懶言，少氣，聲低息短；口不乾渴，不思水飲，或渴而飲少，即飲亦喜熱湯，冷物全不受；咽痛暗紅而不腫；小便清白，大便鴨溏或下利清穀；性慾冷漠 + 不易高潮。畏寒不畏熱，流汗不酸臭，頭皮不癢不易生頭皮屑。喜食酸不愛食甜，服溫補藥則放屁連連，服清熱藥品或吃寒性食物或遇寒冬季節→易發生病症或病情加重；牙齒60歲後尚多數完好。

#### (3) 寒性體質的其它臨床判斷：

病人身重畏寒，四肢冰冷或溫度偏低；口鼻氣弱，自汗肢冷；飲食無味，口吐清水；腹痛囊縮；癰疽不紅腫熱痛也不易化膿，或癰疽膿液清稀或清澈如水，患處色澤淡。



### 叁、附錄典籍資料

#### 一、【黃帝內經 素問 陰陽應象大論篇第五】

「壯火之氣衰，少火之氣壯；壯火食氣，氣食少火；壯火散氣，少火生氣。」

生命是靠「陽 = 火」在運作的，生命體不能處在沒有陽的狀態，沒有陽氣的稱為死人。

生命體中內養臟腑，外充肌膚的陽氣(能量)，是生理上溫熙的火，稱為「少火」。

若陽氣(能量)過亢，火熱內生，則成病理上的「火」，稱為「壯火」。

壯火能使物質的消耗增加，以致傷陰耗氣，叫壯火食氣或散氣(食，腐蝕或損耗之意)。

所以，我們身體的整個機能，最好是處在相對動態平衡的「少火」區間狀態，不要處在

「壯火」的過亢狀態。個體免疫會依據個體內在的陰(體液)與陽(能量)之失衡狀態，尋求平衡，以達到『少火』狀態。喜熱飲或喜冷飲，喜多喜少，正是個體免疫尋求平衡的反應，卻是中醫辨證的參考資料。

壯火食氣 = 能量太旺 = 陽氣過亢 → 傷陰 = 陽明病 - 白虎湯、承氣湯。少火生氣 = 能量合宜 = 陽氣溫熙 → 養生 = 真陽之火。

#### 二、【黃帝內經 靈樞 衛氣失常第五十九】

.....粗理者，身寒；細理者，身熱。

【官宋奮醫師臨床體會】上段原文與實際不符，應該修正為：粗理者，身熱；細理者，身寒。

(1) 人體的奧妙：

先天稟賦能量過亢 = 身熱 → 宣洩能量 → 皮膚腠理 = 毛細孔粗疏(毛孔很明顯) → 熱性體質 = 壯火。先天稟賦能量偏低 = 身寒 → 保存能量 → 皮膚腠理 = 毛細孔細密(看不見毛孔) → 寒性體質。

(2) 【官宋奮醫師臨床體會】

初診病人可先觀察足陽明經的足三里區或膝下足外廉的皮膚腠理 → 判斷先天體質的熱或寒。若60歲以後縱使毛細孔粗疏，因腎皮質激素與性激素分泌已衰減，不宜過用苦寒清熱藥。

#### 三、【黃帝內經 素問 至真要大論篇第七十四】

諸熱瘡癩，皆屬於火。諸逆衝上，皆屬於火。諸躁狂越，皆屬於火。諸禁鼓慄，如喪神守，皆屬於火。諸病跗腫，疼酸驚駭，皆屬於火。諸脹腹大，皆屬於熱。諸轉反戾，水液渾濁，皆屬於熱。

諸病有聲，鼓之如鼓，皆屬於熱。諸嘔吐酸，暴注下迫，皆屬於熱。諸病水液，澄澈清冷，皆屬於寒。

治則：謹守病機，各司其屬。有者求之，無者求之；盛者責之，虛者責之；必先五勝，疏其血氣，令其調達，而致和平。

※※病機十九條—火與熱共九條，寒只一條。

#### 四、【黃帝內經 素問 經絡論篇第五十七】

絡脈之色：陰絡之色應其經。陽絡之色變無常，隨四時而行也。

『寒多則凝泣，凝泣則青黑；熱多則淖澤，淖澤則黃赤，……五色具見者，謂之寒熱。』

#### 五、【黃帝內經 靈樞 經脈第十】

凡診絡脈，脈色青，則寒且痛。赤則有熱。

胃中寒，手魚際之絡多青矣。胃中有熱，魚際絡赤。

其暴黑者，留久痺也。其有赤有黑有青者，寒熱氣也。其青短者，少氣也。

#### 六、【黃帝內經 靈樞 邪客第七十一】

持鍼縱舍奈何？必先……持其尺，察其肉之堅脆，大小滑濇，寒溫燥濕。

……視其血脈，察其色，以知其寒熱痛痺。

#### 七、【黃帝內經 靈樞 論疾診尺第七十四】

診血脈者：多赤多熱。多青多痛，多黑為久痺。多赤多黑多青皆見者，寒熱身痛。

#### 八、【黃帝內經 靈樞 五色第四十九】

官五色：黃赤為熱，青黑為痛，白為寒，是謂五官。黃赤為風。黃而膏潤為膿。赤甚者為血。

青黑為痛，痛甚為攣。白為寒，寒甚為皮不仁。

#### 九、【黃帝內經 靈樞 五音五味第六十五】

聖人視其顏色：黃赤者，多熱氣。青白者，少熱氣。

#### 十、《醫宗金鑑 - 傷寒論》與《溫病條辨》對於病證傳變的論述

(1) 醫宗金鑑 - 太陰病篇首與傷寒心法要訣首條，對於病證傳變之差異，記載最詳盡：

『變證之不同，皆因人之藏氣不一，各從所入而化，或從實化，或從虛化，故不同也。』


』

『六氣之邪，感人雖同，人受之而生病各異者，何也？以人之形有厚薄，氣有盛衰，藏有寒熱，所受之邪，每從其人之藏氣而化，故生病各異也。是以或從虛化，或從實化，或從寒化，或從熱化。譬諸水火，水盛則火滅，火盛則水耗，物盛從化，理固然也。』

(2) 溫病條辨 - 上焦篇 - 02 條之註解：

『天地與人之陰陽，一有所偏，即為病也。偏之淺者病淺，偏之深者病深，偏於火者病溫病熱，偏於水者病濕病寒，此水火兩大法門之辨，醫者不可不知。燭其為水之病也，而溫之熱之。燭其為火之病也，而涼之寒之。各救其偏，以抵於平和而已。』

上述註解詳盡說明了病源進入個體後病證傳變 = 免疫反應差異 = 證型呈現之關鍵，全在於藏氣 = 個體的先天稟賦差異的『壯火』與『火不足』 = 體質屬熱屬寒 → 體液與能量失衡 → 引發個體的免疫障礙型態 → 免疫反應差異，而且以直中為主要模式，最符合臨床實



際。也符合黃帝內經『陽虛生外寒，陰虛生內熱。陽虛化寒，陰虛化熱』的理論；這才是傷寒論與溫病條辨的差異源頭。

先天稟賦(藏氣) = 體質 = 個人的生命密碼，如同人的個性，對人事的反應千差萬別，醫同此理。

再詳究溫病條辨的許多治療處方源自傷寒論，可知傷寒論有溫病內涵，張仲景實已發現個體的先天稟賦→個體免疫障礙型態→免疫反應差異的樞紐。

溫病條辨書首即申明『是書雖為溫病而設，實可羽翼傷寒。若真能識得傷寒，斷不致疑麻桂之法不可用；若真能識得溫病，斷不致以辛溫治傷寒之法治溫病』。溫病條辨所補傷寒論不足的是：外感的辛涼解表；熱入心包、熱入營分、陽明府症的滋陰增液、養陰復脈與暑溫、濕溫。

#### 肆-1、【官宋奮醫師→分析張仲景的傷寒論】

瞭解傷寒論與溫病條辨的真正差異，全在免疫障礙型態差異，尤其是個體的體質條件。

- (1) 二千年前的社會條件→對病理與藥理的認知侷限 = 知其然，不知所以然→病理解釋與分類的困難；張仲景只能以自己慧眼→從病人症狀 = 免疫反應的差異，進行推理歸納，做為六經分類而已。
- (2) 至於傷寒論條文的症狀敘述受個人文學與時代區域用語的影響，也常描述庸醫的誤治。加上經歷二千年難免傳抄遺漏的缺失。後世註解傷寒論，大都做方症類比或隨文解釋，都反失傷寒論真義。
- (3) 傷寒論的長處在：張仲景能精確掌握生藥的治療運用與組合→處方靈活精簡不繁雜。
- (4) 傷寒論的六經分類，其實只有五經；厥陰病篇章只是其他【厥症】的鑑別治療與生死的判別，厥陰病篇章所列處方皆非治療危重之症。

所以研習經方重點在方藥的證 = 適用的個體相對條件，證的指徵與症狀的細微差異要從內經與經典的診斷學補足。至於病的源起與傳變的敘述(誤汗誤吐誤下)可以忽略不理。

張仲景所處的社會條件與溫病學派所處宋明清朝代的社會條件→免疫障礙型態的差異性。

如同李東恒所論的「內傷」也是過度疲勞 + 飲食不正常造成的一種免疫障礙型態。所以他所用的方，雖然以補中益氣為主；但是還有很多依據體質寒熱的變方→加入清熱的藥。

其實很多溫病的方，都是從張仲景的方變化而來，如白虎湯、※※承氣湯、復脈湯、可知張仲景其實有發現「個體免疫障礙型態的差異」。只是張仲景將書取名「傷寒論」加上條文論述以桂枝湯與附子劑居多，讓後人「因名思義」誤解傷寒論偏於治寒。

肆-2、【官宋奮醫師臨床體會】引發個體免疫障礙的主要因素，有：

- (1) 個體先天稟賦 = 體質屬熱屬寒→體液與能量失衡→免疫障礙。
- (2) 生命法則 = 年齡→腎皮質激素與性激素分泌量(能量源) = 腎陽盛衰→免疫障礙。
- (3) 個性 + 人生際遇→心情壓力或人際挫傷 = 氣滯(少陽病)→免疫障礙。
- (4) 時代社會背景→營養過剩、營養不足或不均衡→免疫障礙。
- (5) 不良生活習性 = 熬夜、過勞、縱慾、酗酒→免疫障礙。

上列引發個體免疫障礙的因素可以多元組合 = 合病或併病，個體免疫障礙的因素組合 = 證型。

從個人體質與免疫學→理解中醫的療效機轉，就能靈活掌握方藥的運用。中醫的療效機轉，是排除個體的免疫障礙→自體免疫機能恢復正常運作 = 展現對抗病源 + 調節功能 + 修復病灶的能力；應該以免疫學角度→驗證 + 理解中醫藥的療效機轉。

中醫的辨證論治是從病人的望診指癥、症狀群細微差異與脈象等總和資料→判斷個體免疫障礙的因素組合 = 證型→釐訂治則→決定方藥與針灸選穴→排除個體的免疫障礙。

中醫預測病人的生死、吉凶、善惡，也全憑病人的總和資料→判斷個體免疫機能的強弱。判斷資料散

見於中醫經典中；譬如醫宗金鑑 - 外科心法《癰疽總論》的陽證陰證、五善七惡、順證逆證。

# 從小兒麻痺驗方談 中醫的療效機轉

## 《前言》：

本人家父亦從事中藥，家父的醫學源自陳修園醫書、萬病回春、驗方新篇、雷公炮製。

一九六一年前後台灣曾經流行一波小兒麻痺疫情，當時家父在高雄縣旗山鎮(今高雄市旗山區)遊醫賣藥，在旗山、美濃、高樹、杉林、治療數十例小兒麻痺。

一九八二年的夏天，台灣再次短期流行小兒麻痺疫情，當時本人剛取得中醫師證照在高雄市建國路開業，依家父口授親自治療數例小兒麻痺。

## 《藥方來源》：

家父從驗方新篇 - 腿部，尋求小兒麻痺治療方藥，出書更早的傅青主男女科也有相同記



載(傅青主逝於 1684，驗方新篇作者鮑相璈 1789-1841)，藥方名稱是起痿至神湯與降補丹，兩個方劑的組成藥物非常相近，均以滋陰養陰為主，類似溫病條辨的增液湯，家父將兩個方劑合併。

若在中醫的痿症領域，尋覓小兒麻痺的治療方藥，絕對會錯過起痿至神湯與降補丹；況且驗方新篇不是中醫重要經典。加上若是以西方醫學的藥理學角度，起痿至神湯與降補丹的組成藥物，也完全沒有抗病毒的作用。

起痿至神湯的組成：熟地，山藥，元參，甘菊花各一兩；當歸，白芍，黨參各五錢；白芥子三錢，神麩二錢。水煎服。

補丹的組成：熟地，元參，麥門冬各一兩；甘菊花，生地，沙參，地骨皮各五錢；車前子二錢，黨參一錢。水煎服。

### 《藥方解析》：

- (1) 小兒麻痺是流行性過濾性病毒感染→引發急性脊髓灰白質炎；屬於瘟疫，古稱軟腳瘟(暴發下肢痿軟)。不應歸納于中醫痿症(漸行性下肢痿軟)的領域。
- (2) 我認為感染小兒麻痺病毒發病的兒童，其個體內的陰(體液)與陽(能量)失衡→導致個體免疫障礙屬中醫辨證的陰虛燥熱體質，這類體質存在體液免疫學的免疫障礙與病灶修復的障礙。
- (3) 感染小兒麻痺病毒，於發熱期即同步出現下肢痿軟，以起痿至神湯與降補丹(務必用煎劑) = 排除個體免疫障礙，縮減病灶，降低損傷；可酌加金銀花、連翹 = 對抗病毒。發燒期結束即遺留肢體癱瘓，連續以起痿至神湯與降補丹煎劑治療，恢復個體免疫機能→修復受損脊髓神經。
- (4) 起痿至神湯與降補丹治療小兒麻痺，務必以煎劑主攻；因為滋陰為主藥，服用湯藥若有便溏腹瀉反應 = 有如喝牛奶一樣，不需恐慌，仍應堅持服用湯藥。
- (5) 起痿至神湯與降補丹治療小兒麻痺的黃金期，在感染發病三個月內，痊癒率最高。發病三個月後，即使服用降補丹與祛痿至神丹，也會遺留不等程度的殘障。發病半年後，則未見改善效果。

### 【官宋奮醫師對中醫的體悟】：

- (A) 生物體內的免疫系統能主動對抗外入的病源與修復受損病灶，如同生物的生命密碼，是能分辨敵我的國防，也才是真正的醫生。
- (B) 中醫認為虛邪不能獨傷人，若個體內的陰(體液)與陽(能量)失衡太大→會導致個體的免疫障礙，才是病毒進入宿主是否發病的主要關鍵，也是同一病毒的疫情未必會全數發病的道理。

- (C) 同一病源進入不同個體→出現病症反應的差異，是個體內的陰(體液)與陽(能量)失衡→導致體質的熱或寒為轉化主軸，這也是中醫證型的差異源。這跟個性對人事的反應→千差萬別是相同道理，上述的病理也可以推用於世事的觀察判斷。
- (D) 中醫藥的療效機轉在：恢復個體內的陰(體液)與陽(能量)處於相對動態平衡→讓個體的免疫機能正常展現→達到對抗外入的病源與修復受損病灶之目的。西醫的免疫學逐漸發現個體的能量強弱會導致免疫亢進或免疫低下；所以，中醫西醫所指病理常相同，只是用語與療效機轉的差異。

### 《結語》：

一九八二年我剛進中醫，對中藥何以取效之機轉，亦苦思不解；行醫二十餘年後，才柳暗花明→拍案叫絕。我公開小兒麻痺驗方，乃親眼目睹此病之嚴重危害，不敢自珍；倘疫情再發，本人已歸仙界，而驗方沉淪。另一目的在揭祕傳承，說明中醫藥的療效機轉不是針對病毒，而是讓個體的免疫機能正常展現→修復受損病灶；不能以西醫西藥的學理直覺看待。

# 淺談膝關節炎傳統針灸 與雷射針灸之比較

魏仕雯 台中慈濟醫院中醫部針灸科 住院醫師

傅元聰 台中慈濟醫院中醫部針灸科 主任



隨著人口高齡化與運動參與率提升，膝關節炎 ( Knee osteoarthritis, KOA ) 已成為中老年族群中最常見之慢性關節疾病，亦為造成行動功能障礙與生活品質下降的主要原因之一。KOA屬於骨關節炎 ( Osteoarthritis, OA ) 之亞型，全球盛行率高。根據流行病學資料顯示，全球有數百萬人罹患KOA，其中60歲以上人口之盛行率可達40%以上<sup>[1]</sup>，對高齡人口之生活功能與醫療資源構成重大挑戰。

膝骨關節炎 ( KOA ) 為一多因性退化性關節病，常見引發因子包括年齡增長、女性性別、肥胖、膝關節外傷史、排列異常及遺傳傾向。其加重因子則包含肌力不足、關節不穩定、代謝症候群與過度負重等，會促進關節發炎與軟骨退化<sup>[2]</sup>。針對危險因子的早期控制，對延緩 KOA 發展具有重要臨床意義。

儘管目前KOA尚無根治方法，臨床上多採用手術與非手術治療策略以緩解症狀與延緩病程。非手術療法涵蓋體重管理、物理治療、非類固醇抗發炎藥物 ( NSAIDs ) 使用，及輔助性替代療法，如針灸、電針、超音波治療與經皮神經電刺激等。近年來，光生物調節療法 ( Photobiomodulation Therapy, PBMT ) 中的低能量雷射療法 ( Low-Level Laser Therapy, LLLT ) 因其具備非侵入性、低風險及操作安全性高等特性，逐漸受到關注，並已被納入中醫針灸及現代復健醫學的整合性應用中，作為慢性關節病症之潛在治療選項之一。然而，儘管其整體安全性較高，臨床操作仍須注意相關禁忌與防護措施，例如避免雷射光直接照射眼睛並配戴適當防護眼鏡；對於局部惡性腫瘤、出血傾向或感染未控制之區域，應審慎評估使用；此外，孕婦亦應避免刺激可能影響子宮收縮之相關穴位，以確保治療安全性。

## 傳統針灸治療膝關節炎之理論與實證

傳統針灸在治療KOA方面已有數千年歷史，根據中醫理論，KOA屬「痺症」範疇，係因風、寒、濕等外邪侵襲關節，致氣血運行不暢、經絡阻滯，進而引發疼痛、腫脹與活動功能障礙。針灸透過刺激特定穴位以疏通經絡、調和氣血，達到鎮痛、抗發炎及改善關節功能等治療效果。

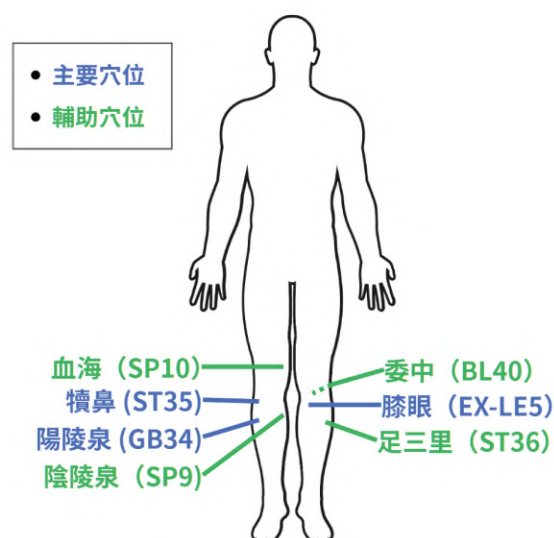
2024年發表於《Medicine》<sup>[3]</sup> 期刊之系統性回顧與統合分析納入25篇隨機對照試驗

(RCTs) · 共計2075名KOA患者，結果顯示針灸對緩解症狀具有顯著臨床療效。該研究亦針對不同疼痛部位彙整常用穴位如下(圖一)：

遠端止痛穴	商丘 (SP5) 、丘墟 (GB40) 、解谿 (ST41)
膝關節外側疼痛	梁丘 (ST34) 、足臨泣 (GB41) 、外關 (TB5)
膝關節內側疼痛	陰陵泉 (SP9) 、膝關 (LR7) 、曲泉 (LR8) 、公孫 (SP4) 、內關 (PC6)

分析指出，針灸治療可有效改善主觀疼痛評分 ( Visual Analogue Scale, VAS )、功能障礙指數 ( Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, WOMAC ) 及日常生活能力。部分研究進一步指出，其療效在某些方面可與LLLT相媲美，在部分研究中顯示具有潛在優勢。療效可能受治療頻率、選穴原則及操作技術等因素影響，顯示個別化治療設計對提升臨床成效具有重要意義。

總結而言，傳統針灸結合理論基礎與豐富的臨床實證，為目前應用最廣泛的非藥物性介入方式之一，對於緩解KOA症狀、改善關節功能與提升生活品質具有重要貢獻，值得持續在臨床中推廣與發展。



(圖一)

## LLLT原理與發展

LLLT，又稱PBMT，為一種非侵入性光照療法，利用特定波長與能量密度之光子照射生物組織，以調節細胞功能、促進組織修復及神經再生。當應用於傳統針灸穴位時，即構成所謂的雷射針灸 ( Laser Acupuncture, LA )，旨在模擬針刺效果，具備止痛、抗發炎、調節氣血與臟腑功能等多重作用。

目前臨床常用之雷射波長介於780–904 nm之間<sup>[4]</sup>，主要機制為刺激粒線體產生腺苷三磷酸 ( adenosine triphosphate, ATP )，進而活化一系列生物反應。相較於傳統針刺，LA具備無創、無痛、感染風險低之優勢，特別適用於高齡、兒童與恐針患者，提升操作一致性與可重複性。

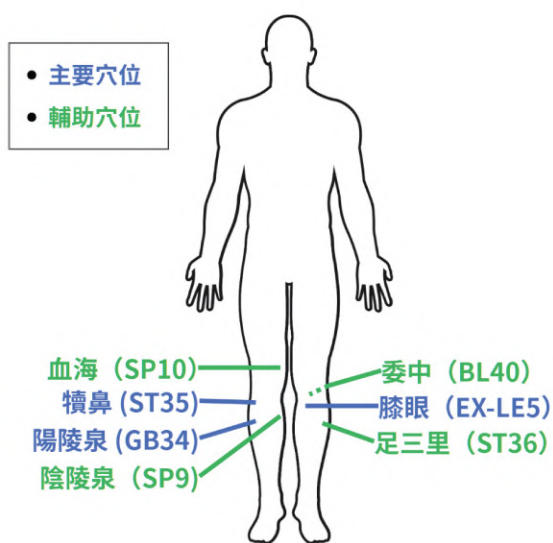
2024年發表於《Medicine》<sup>[3]</sup>期刊之統合分析納入25篇隨機對照試驗，系統性評估LLLT於KOA之療效。整體研究結果顯示，LLLT於疼痛緩解與關節功能改善方面具有潛在療效

。該研究指出，常見主穴包括犢鼻（ST35）、膝眼（EX-LE5）、陽陵泉（GB34）（圖二），並搭配下列輔穴以增強療效：

陰陵泉（SP9）	利水消腫，減緩膝部腫脹
血海（SP10）	活血化癥，適用於慢性膝痛
足三里（ST36）	健脾益氣，提升整體體能
委中（BL40）	舒筋止痛，緩解膕窩區域疼痛

此外，治療頻率、照射能量與總劑量為影響LLLT療效之重要參數，惟目前尚缺乏一致之治療規範。系統性回顧與統合分析指出，雷射針灸於KOA之療效具有一定異質性，在WOMAC與VAS等指標上未必皆達統計顯著；但於特定參數條件（如810 nm或785 nm）下，對疼痛與功能改善可能較具效果。相關差異可能與疾病分期、選穴及參數設定不一致有關，顯示仍需進一步建立標準化治療模式。

總結而言，LLLT結合中醫經絡穴位理論與現代光醫學技術，不僅提供KOA等慢性疾病非藥物性且可量化的輔助治療方案，亦顯示出在整合醫學領域之發展潛力。



（圖二）

### 針灸與雷射針灸結合應用之臨床研究

近年來，針灸與LA併用的協同療效逐漸受到重視。電針（Electroacupuncture, EA）作為傳統針刺與低頻電流刺激的結合技術，廣泛應用於肌肉骨骼疼痛管理；若進一步結合LLLT所誘發的PBMT，可能進一步增強其抗發炎、促進循環與舒緩肌肉緊張之作用。

2020年刊登於《Medicine》<sup>[5]</sup> 期刊之前瞻性雙盲隨機對照試驗，由高雄長庚紀念醫院中醫部研究團隊進行，針對KOA患者，探討「電針合併雷射針灸（EA+LA）」與「電針合併假雷射（EA+Sham LA）」之療效差異。兩組皆接受每週三次、為期四週之治療課程。

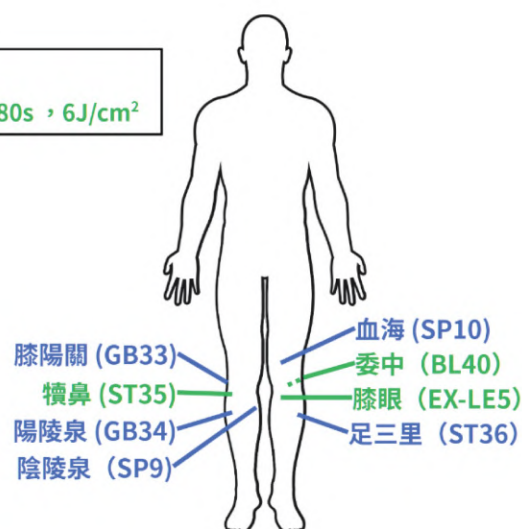
Electroacupuncture(EA): 2 Hz · 15 min	膝陽關（GB33） 陽陵泉（GB34） 陰陵泉（SP9） 血海（SP10） 足三里（ST36）
Laser acupuncture (LA): 150 mW · 80 s · 6 J/cm <sup>2</sup>	膝眼（EX-LE5） 犢鼻（ST35） 委中（BL40）

對照組接受相同操作程序，唯雷射裝置未啟動光源。

研究評估項目涵蓋VAS、WOMAC、膝關節損傷與生活品質量表 ( Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score, KOOS )、關節活動度 ( range of motion, ROM )、肌肉硬度及動作功能等指標。該研究為隨機對照試驗之研究設計 ( protocol )，旨在比較電針結合雷射針灸 ( EA+LA ) 與電針結合假雷射 ( EA+sham LA ) 於膝骨關節炎患者之療效差異，並評估其對疼痛與功能改善之潛在影響。

本研究設計提供重要研究基礎，有助於釐清傳統針灸與光生物調節療法整合應用之臨床價值，並為未來膝骨關節炎及其他慢性退化性疾病之多模態治療策略發展提供參考。

- 電針(EA):2Hz, 15min
- 雷射針灸(LA):150mW, 80s, 6J/cm<sup>2</sup>

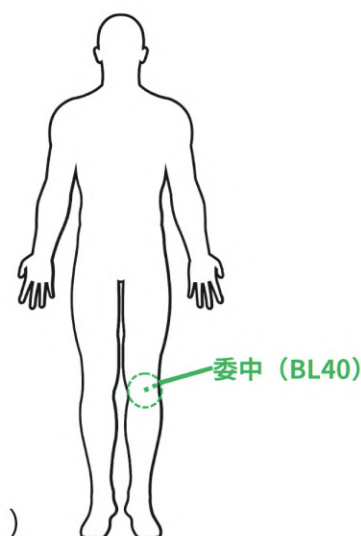


(圖三)

### 術後膝關節照護：LLLT之新角色

對於病程進展至末期、且保守治療效果不彰之KOA患者，人工全膝關節置換術 ( Total Knee Arthroplasty, TKA ) 已成為常規且有效之治療選擇。然而，術後常見之疼痛、僵硬與關節活動度受限，不僅影響生活品質，亦延滯術後復健進程。近年來，LLLT因其非侵入性、安全性高與易於操作等特性，逐漸被導入作為TKA術後的輔助療法。

2023年發表於《Arthroplasty Today》<sup>[6]</sup>之隨機對照試驗指出，LLLT可顯著改善TKA術後之臨床指標，包括減輕疼痛與腫脹、提升膝關節活動幅度、並降低鴉片類止痛藥使用頻率。該研究納入45位TKA受術者，依介入方式分為三組：LLLT組接受804 nm Ga-Al-As半導體雷射照射於委中 ( BL40 ) 穴位附近區域(圖四)；第二組接受Bioptron偏振光照射；對照組則未接受任何光照處置。結果顯示，LLLT組於術後第12週可達成平均116.8°之膝關節屈曲活動度，顯著優於Bioptron組 ( 104.0° ) 與對照組 ( 92.3° )，在VAS、膝功能評估 ( Knee Society Score, KSS ) 及腫脹控制等方面亦呈現最



(圖四)

佳療效。

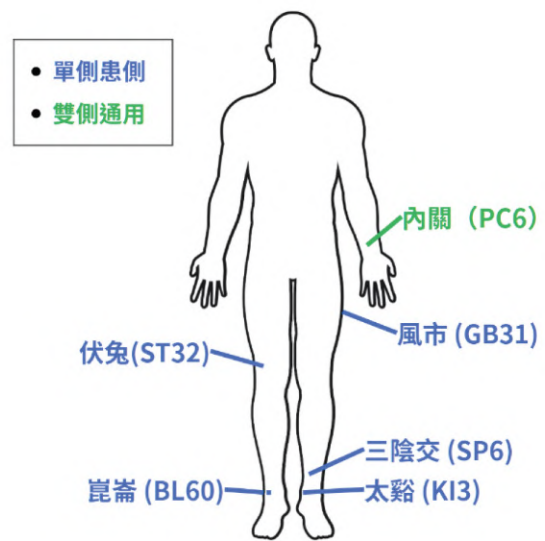
此外，Huang et al. (2023) 發表於《Journal of Clinical Medicine》<sup>[7]</sup> 之系統性回顧與統合分析，納入13篇探討LLLT於TKA術後應用之隨機對照試驗，進一步支持其在術後急性期內可有效減輕疼痛、提升關節活動度並促進功能恢復。該文同時彙整多篇研究中應用之常見針灸穴位(圖五)，包括：

單側患側	三陰交 ( SP6 )、太谿 ( KI3 )、崑崙 ( BL60 )、風市 ( GB31 )、伏兔 ( ST32 )
雙側通用穴位	內關 ( PC6 )

上述穴位多分布於膝部經脈循行要道，與調理氣血、祛瘀止痛及通經活絡相關。若將LLLT光照能量精準應用於這些特定穴位，可結合中醫辨證選穴與現代光生物調節原理，進一步提升治療效果與整體療效。

綜合而言，LLLT應用於TKA術後照護具非侵入性、可重複性高及臨床應用潛力等優勢，搭配傳統穴位學理論，具發展為融合中西醫特色之術後疼痛與功能管理策略之潛力。

為整合前述各研究中不同治療策略之選穴原則與應用差異，本文依據前述文獻彙整傳統針灸、雷射針灸及其結合療法之常用穴位比較，如表一所示



(圖五)

	傳統針灸	LA	結合療法
商丘 ( SP5 )	遠端止痛穴		
丘墟 ( GB40 )	遠端止痛穴		
解谿 ( ST41 )	遠端止痛穴		
梁丘 ( ST34 )	膝關節外側疼痛		
足臨泣 ( GB41 )	膝關節外側疼痛		
外關 ( TB5 )	膝關節外側疼痛		
陰陵泉 ( SP9 )	膝關節內側疼痛	輔助穴	EA
膝關 ( LR7 )	膝關節內側疼痛		

曲泉 ( LR8 )	膝關節內側疼痛		
公孫 ( SP4 )	膝關節內側疼痛		
內關 ( PC6 )	膝關節內側疼痛		
血海 ( SP10 )		輔助穴	EA
足三里 ( ST36 )		輔助穴	EA
委中 ( BL40 )		輔助穴	LA
犢鼻 ( ST35 )		主要穴	LA
膝眼 ( EX-LE5 )		主要穴	LA
陽陵泉 ( GB34 )		主要穴	EA
膝陽關 ( GB33 )			EA

《表一》KOA不同治療方式之常用穴位整合比較

## 討論與未來展望

現有臨床研究顯示，傳統針灸與LA在治療KOA方面皆具療效與安全性。傳統針灸依循中醫經絡學理，透過穴位調節氣血、疏通經絡，以緩解疼痛與改善功能。雷射針灸則應用LLLT進行非侵入性照射，模擬針刺刺激，尤其適用於高齡或禁針患者，具有無痛、低感染風險及治療標準化等優勢。

多項隨機對照試驗與統合分析指出，雷射針灸在減輕KOA疼痛、提升WOMAC功能評分及促進術後恢復方面，與傳統針灸相當，在部分研究中顯示可能於TKA術後急性疼痛管理上具潛在優勢。LLLT亦可有效降低鴉片類止痛藥使用，有助復健推進與生活品質提升。

未來研究應著重於治療參數與選穴之標準化，並發展個別化治療策略，以促進傳統針灸與LLLT整合於中西醫結合照護中的臨床應用價值。

然而，目前相關研究仍受樣本數有限、治療參數未完全標準化及長期追蹤資料不足等限制，未來仍需更多高品質研究加以驗證。

## 參考資料:

[1] World Health Organization. (2023, July 13). Musculoskeletal conditions.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

[2] Cui, A., Li, H., Wang, D., Zhong, J., Chen, Y., & Lu, H. (2020). Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. *EClinicalMedicine*, 29–30, 100587. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020>.



100587

- [3] Han, R., Guo, C., Lau, K., & Hu, J. (2022). Efficacy of knee osteoarthritis by use of laser acupuncture: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 101(1), e28553. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000028553>
- [4] Avci, P., Gupta, A., Sadasivam, M., Vecchio, D., Pam, Z., Pam, N., & Hamblin, M. R. (2013). Low-level laser (light) therapy (LLLT) in skin: Stimulating, healing, restoring. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 32(1), 41–52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4126803/>
- [5] Wu, S.-Y., Lin, C.-H., Chang, N.-J., Hu, W.-L., Hung, Y.-C., Tsao, Y., & Kuo, C.-E. A. (2020). Combined effect of laser acupuncture and electroacupuncture in knee osteoarthritis patients: A protocol for a randomized controlled trial. *Medicine*, 99(12), e19541. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019541>
- [6] Bahrami, H., Moharrami, A., Mirghaderi, P., & Mortazavi, S. M. J. (2023). Low-level laser and light therapy after total knee arthroplasty improves postoperative pain and functional outcomes: A three-arm randomized clinical trial. *Arthroplasty Today*, 19, 101066. <https://doi.org/10.1016/j.artd.2022.101066>
- [7] Huang, C. H., Yeh, M. L., Chen, F. P., & Wu, D. (2022). Low-level laser acupuncture reduces postoperative pain and morphine consumption in older patients with total knee arthroplasty: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Integrative Medicine*, 20(4), 321–328. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2022.04.002>



# 勇骨龜鹿膠



鹿角：龜板  
1:1



每大盒內含四小盒 每小盒內含八片 每片18.75g(五錢)

衛署成製字第014640號  
桃市中藥廣字第1100900001號



**軟Q適中  
入溫水即化**

- ★國家品質標章
- ★衛署合法核准
- ★成份比例純正
- ★真空低溫濃縮

“**勇骨龜鹿膠**”依清朝·汪昂編纂〈本草備要〉引用李時珍曰：龜、鹿皆靈而壽，龜首常藏向腹，能通任脈，故取其甲以補精、補腎、補血，以養陰也。鹿首常還向尾，能通督脈，故取其角以補命、補精、補氣，以養陽也。方中鹿角補陽，龜板補陰，陰陽並補，能浚補陰陽以生氣血精髓。

**適應症** 病後衰弱 滋養強壯 精力增進 消除疲勞