

中國醫藥大學護理學系碩士班碩士論文

指導教授：林綽娟 副教授

張曼玲 副教授

以系統性文獻回顧檢視穴位按摩在護理實務的應用

A Systematic Review of Acupressure for the Application on
Nursing Practice.

研究生：馬惠文 撰

中 華 民 國 九 十 五 年 六 月

致謝

回首這三年來的學習時光，過程雖然辛苦卻是充實的。這期間遇到許多挫折，曾經徬徨無助，但因著許多人的支持與幫忙，才讓我有勇氣繼續迎接挑戰，這些點點滴滴都銘記我心。

首先要感謝的是兩位指導教授-林綽娟老師與張曼玲老師，在兩位恩師豐富的中醫護理學養以及嚴謹的治學態度下，使我不致迷失學習方向；感謝高宗桂老師在中醫及針灸學領域提供最佳建議及最大的指導，是我研究過程中強而有力的後盾；感謝賴東淵老師及劉波兒老師提供研究方法及論文書寫上的指導及建議；感謝蘇奕彰老師引導我在中醫史及中醫護理脈絡的追尋；感謝張賢哲老師指導中國期刊檢索技巧以及陳麗麗老師提供穴位按摩研究諮詢。因為眾位老師的幫忙，研究成果才得以完成。

感謝中國醫藥大學護理系師長們在護理專業上的指導；中醫護理組惠娟、光慧、淑娟眾姐妹的關懷與扶持；以及玉婷、惠玲、琳雅、白瑾、碧玲在學習的路上相互砥礪。

感謝大仁護理系尹順君主任、江曉菁老師、周子渝老師、黃如萍老師…等，在我求學期間提供最大的幫忙與協助。

最後要感謝這一路陪伴我的家人，親愛的爸媽，疼愛我的老公，在我工作課業兩頭忙時，適時的伸出援手，給予我最大的支持與包容，讓我無後顧之憂；我的兩個寶貝，體諒母親的忙碌，必需學習自主與獨立。謝謝你們的支持與鼓勵，僅將這份成果與喜悅與所有關心我的人分享。

惠文 謹致於高雄 2006年7月

摘要

本研究旨在搜尋以穴位按摩為主要介入措施之臨床實驗性研究，檢視其適用對象/症狀、操作手法、照護成效及研究方法品質，以提出穴位按摩方案在護理實務的應用。

本研究以質性系統性文獻回顧法（qualitative systematic review）搜尋 1994 至 2005 這十二年間，發表於 MEDLINE、中國期刊全文資料庫、中華民國期刊論文索引以及台灣博碩士論文資訊網，鍵入下列關鍵字：「穴位按摩、指針、指壓、穴位點壓、點穴及 acupressure」，選取符合篩選標準並排除重複出現，共找出 68 篇與穴位按摩相關之隨機分派或具控制對照組之臨床實驗性研究（RCT 及 CCT），進行文章的分析與整理。

結果顯示（1）從 68 篇文章中，由第一作者的身分及執行穴位按摩的場所得知，護理人員是提供相關研究多的人，而穴位按摩場所均為護理人員的工作職場。（2）68 篇文章，其穴位按摩照護成效均呈正向結果。（3）68 篇文章中，部分文章研究設計不夠嚴謹，經排除單篇無法歸納或經 Jadad 分數表研究品質評為 1 分的 RCT 文章，綜合 32 篇文章，本研究發現穴位按摩技術常用於下列 8 個症狀：即①噁心嘔吐症狀；②原發性痛經；③產痛；④疲憊、憂鬱問題；⑤睡眠障礙；⑥焦慮；⑦呼吸困難問題；⑧促進腸胃道蠕動。（4）分析穴位按摩操作手法包括：以溫和堅定，均勻而柔和的手法，採環形按揉、垂直按壓或兩者交替進行；從輕手法開始逐漸加重

至 3-5 公斤的壓力，但須依個案年齡、性別、皮膚厚薄而有個別差異，隨時評估個案主觀感受，使穴位按摩處有酸、麻、脹、重、溫、電傳等“得氣”的感覺，這個力度必須是個案能忍受的，且按摩後個案會感到舒適，依此原則來調整按摩力度；平均每穴按摩 3-5 分鐘，包括按摩前的放鬆及選穴多寡的考量，單次穴位按摩療程建議在 10-15 分鐘左右完成。

本研究結果，提供穴位按摩適用對象/症狀及操作手法訊息，有助於臨床護理人員及護生學習穴位按摩照護措施，並發展穴位按摩標準作業流程。檢視研究方法品質，提供穴位按摩未來研究方向及研究設計建議。

關鍵詞：穴位按摩、質性系統性文獻回顧、穴位按摩適用對象/症狀、穴位按摩操作手法、中醫護理。

Abstract

The purpose of this study was to search articles with clinical control trials (CCT) or randomize control trials (RCT) that involved acupressure treatment, and review their research quality and caring effects. After concluding and integrating, the application of acupressure including suitable objects/symptoms was submitted and applying acupressure to nursing practice was suggested.

Data were collected from 1994 to December 2005. Literature published in 'MEDLINE', 'CJN', 'Chinese Journal and Thesis Index', and 'Taiwan Thesis Net for Doctor and Master' were searched by inputting keywords of 'acupressure.' As a result, 68 articles about acupressure were found to include in the current study. These articles were sorted and analyzed by qualitative systematic review, and inspected their researching method quality and caring effects. Finally, the acupressure application in nursing practice, including suitable objects/symptoms and operation techniques were raised.

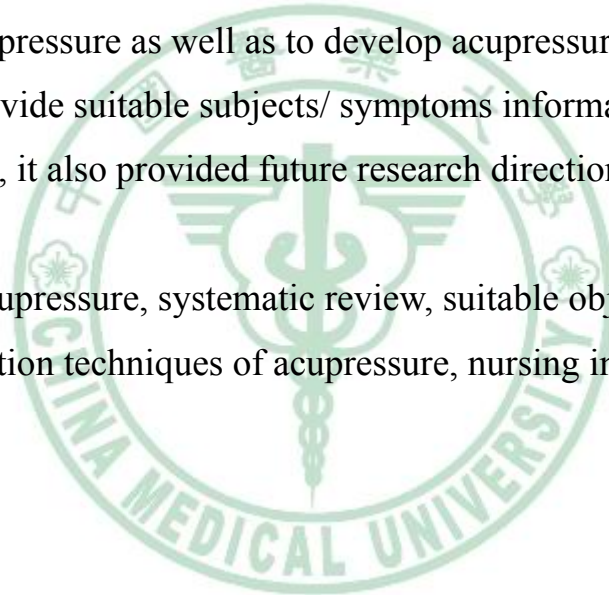
The results showed as followed

1. From the primary authors and description about acupressure executing places in the above 68 articles, it is known that nursing staff get the most chances to provide and conduct acupressure caring.
2. The effects of acupressure lead to the positive results in these 68 articles.
3. There are 32 articles left after eliminating articles with insufficient researching quality, miscellaneous in caring scope, or only 1 score by Jadad Score evaluation from these 68 articles. Among the 32 articles, acupressure techniques using in the following 8 symptoms were recommended in this study: i) nausea and vomiting, ii) primary dysmenorrhea, iii) labor pain, iv) fatigued and depression, v) improving the quality of sleep, vi) anxiety, vii) Respiratory, and viii) increased gastrointestinal motility.
4. Acupressure techniques including: Massage could be proceeded in circular knead, vertical press, or alternative way with moderate, steady, uniform

and tender strength. From the beginning of acupressure, the strength should be mild and gradually added to 3 - 5 kg varying depend on objects' age, sex, and skin thickness. It is able to adjust the strength of massage to make the objects comfortable by using durable strength and frequently evaluating if the objects had feelings of 'chi' of ache, numbness, bloat, heaviness, warm, and electrical transmission. It is the principles to adjust the strength of massage. It is suggested 3-5 minutes for each acupressure point, and 10-15 minutes for whole massage process including relaxation and consideration of acupressure points before massage.

The result of this study was helpful for clinical nursing staff and student nurses to learn acupressure as well as to develop acupressure standard operation process, due to provide suitable subjects/ symptoms information of operation technique. Besides, it also provided future research direction and design.

Keywords: acupressure, systematic review, suitable objects/symptoms for acupressure, operation techniques of acupressure, nursing in traditional Chinese medicine.



目錄

誌謝	.....	I
中文摘要	.....	II
英文摘要	.....	IV
目錄	.....	VI
表目錄	.....	VIII
圖目錄	.....	VIII
第一章	緒論.....	1
第一節	研究背景與動機.....	1
第二節	研究目的.....	6
第二章	文獻探討.....	7
第一節	穴位按摩相關概念.....	7
一	穴位按摩的起源.....	7
二	穴位按摩的定義.....	9
三	穴位按摩的作用原理.....	12
第二節	穴位按摩操作手法.....	16
一	穴位的選擇.....	17
二	按摩手法.....	18
三	按摩力度.....	20
四	按摩頻率與按摩時間.....	21
五	按摩方向.....	22
第三節	實證護理之系統性文獻回顧.....	23
一	實證護理與系統性文獻回顧間的關係.....	23
二	系統性文獻回顧的定義及其相關概念.....	24
三	執行系統性文獻回顧的步驟.....	26
四	系統性文獻回顧法於針刺與穴位按摩之應用.....	29
第四節	名詞界定.....	32
第五節	研究架構.....	35
第三章	研究方法.....	36
第一節	研究設計.....	36
第二節	研究樣本.....	37
一	資料庫的選取.....	37
二	篩選標準.....	39
第三節	資料收集過程.....	41
第四節	研究工具.....	52
第五節	信、效度測試.....	53

第四章	研究結果.....	57
第一節	基本資料分析.....	57
第二節	穴位按摩內容分析.....	61
第三節	研究方法品質分析.....	84
第五章	討論.....	85
第一節	穴位按摩相關文章基本資料討論.....	85
第二節	穴位按摩方案在護理實務的應用.....	87
第四章	結論建議.....	95
第一節	結論.....	95
第二節	護理應用與建議.....	96
第三節	限制.....	98
參考文獻.....		100
中文資料	.....	100
英文資料	.....	103
附錄一	穴位按摩力度劑量與方向.....	107
附錄二	研究工具（穴位按摩登錄表）.....	108
附錄三	專家效度名單.....	109
附錄四	研究樣本（68篇穴位按摩文章表列）.....	110



表目錄

表 2-1-1	穴位按摩定義.....	10
表 2-3-1	比較系統性文獻回顧與描述性文獻回顧的差異	26
表 2-3-2	文獻實證強度等級分類表.....	29
表 2-3-3	Jadad 分數表.....	29
表 3-3-1	四個資料庫之搜尋策略與搜尋結果總表.....	53
表 3-5-1	穴位按摩登錄表內容效度.....	57
表 4-1-1	研究樣本第一作者背景資料分析.....	61
表 4-1-2	研究樣本所實施介入措施的個案數統計表.....	62
表 4-1-3	執行穴位按摩場所分布統計表.....	63
表 4-1-4	穴位按摩所處理的症狀統計表.....	63
表 4-2-1	噁心嘔吐相關症狀之穴位按摩分析表.....	67
表 4-2-2	疼痛相關症狀之穴位按摩分析表.....	72
表 4-2-3	精神心理症狀之穴位按摩分析表.....	76
表 4-2-4	呼吸道症狀之穴位按摩分析表.....	80
表 4-2-5	腸胃道蠕動之穴位按摩分析表.....	82
表 4-2-6	泌尿系統症狀之穴位按摩分析表.....	85
表 4-2-7	其他症狀之穴位按摩分析表.....	86
表 4-3-1	研究方法品質評分分析表.....	87
表 5-2-1	穴位按摩護理技術表.....	91

圖目錄

圖 2-5-1	研究架構圖.....	36
圖 3-3-1	MEDLINE 文獻檢索與篩選流程圖.....	45
圖 3-3-2	中國期刊網文獻檢索與篩選流程圖.....	48
圖 3-3-3	中華民國期刊論文索引文獻檢索與篩選流程圖.	50
圖 3-3-4	台灣博碩士論文資訊網文獻檢索與篩選流程圖.	52
圖 4-1-1	研究樣本年度分布圖.....	61

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

穴位按摩 (acupressure) 是一種按摩技術，它結合了按摩知識與中醫的經絡、針灸學原理，以手指按壓某穴位代替針刺 (acupuncture) 治療疾病 (吳、林，2003；馬，1997；陳、陳，2003)。近年來國、內外有多位學者將穴位按摩應用於臨床研究中，有不錯的成效，例如：以穴位按摩改善睡眠品質、疲憊感、憂鬱、傷口痛、產痛及噁心症狀 (施，2003；Chung, Hung, Kuo & Huang, 2003; Dibble, Chapman, Mack, & Shin, 2000; Kober et al., 2002; Tsay, Rong, & Lin, 2003; Tsay, 2004)。然而也有研究指出穴位按摩並無法降低心臟手術後病患噁心、嘔吐的症狀及止吐藥使用量 (Klein, et al., 2004)，由此可知，穴位按摩於臨床應用相當廣泛，但其研究結果並不一致。

趙 (1985) 及張 (1993a) 表示針刺與穴位按摩在治療機理及效果上是相輔相成的，針刺的效果迅速但短暫，穴位按摩效果雖然緩慢卻能持久，兩者可單獨使用，若搭配應用，則可延長“得氣”時間，使效果更加顯著。在國內，針刺是侵入性醫療行為，須由醫師執行，穴位按摩則具有非侵入性、安全、經濟等特點。學者們建議將有研究證實的穴位按摩方案，併入護理技術常規中，不但能減少病患痛苦，更能提升照護品質，發揮護理獨立功能 (吳、林，2003；馬，1997；陳、陳，2003；程、金、秋，2002；Chen et al., 2003; Ingram, Domagala & Yates, 2005; Shin, Kim, Shin, & Juon,

2004)。

依據 1993 年行政院衛生署「公告不列入醫療管理之行為及其相關事項」中指出「凡未涉及接骨、未交付內服藥、不具侵入性且未使用儀器的按摩、指壓方式…，不列入醫療管理」。換言之，穴位按摩是任何人都可執行的一種照護方式。但是，根據 2000 年訂立的「中醫護理業務範圍」(張，2001)及基於保護病患安全，由衛生署中醫藥委員會於 2004 年 4 月 29 日公告的「中醫醫療院所安全作業參考指引」中明訂“針刺護理、起針護理、灸法護理、耳穴埋豆法護理、薰蒸療法護理、藥浴療法護理、拔罐法護理、刮痧法護理、放血療法護理、紅外線療法護理、頻譜儀療法護理、電針療法護理、推拿、指壓、按摩法護理、外敷藥貼法護理等十四項中醫護理處置，必需依中醫護理標準技術執行正確操作步驟”。由此可知，在病房、門診等醫療院所內，操作上述技術時，應由專業人員依標準技術執行，而穴位按摩正是護理人員可獨立執行的護理技術之一。但是，目前並沒有明確的穴位按摩標準技術可以提供護理人員參考。

尤其，目前仍是以西醫為主流醫療的照護環境下，如何才能將「穴位按摩」整合入現代護理學範疇？Davidson 等人 (2003) 認為在整體照護 (holistic care) 責任驅使之下，要整合中、西醫照護方式，需要更多相關的結果性研究 (outcome studies)、隨機分派臨床實驗 (randomized controlled trial, RCT) 以增加對該照護方式安全性與有效性的認知。但是，當面對不斷重

複實驗，卻有不一致的研究結論時，往往讓醫護人員感到無所適從。學者建議，以實證的方式，運用系統性文獻回顧（systematic reviews）作為解讀科學真相的利器（李、陳，1995；宋，2004；胡，2003；Davidson, et al., 2003）。

中醫學，是我國數千年以來的醫學主流，中華民族能夠繁衍綿延，中醫學功不可沒。自十九世紀以後，西方醫學由於實證科學的進步與發展，逐步躍上世界主流醫學的舞台，相對的中醫學的發展便受到了相當大的挑戰，曾被冠上「不科學」的污名而遭排斥，甚至面臨廢止的命運（楊，1998）。然而，台灣民眾的就醫型態上並未因此而改變。根據鄧（2002）以郵寄方式發出 5,000 份問卷，在回收 1,407 份有效問卷中，發現近兩年曾使用中醫治療的民眾有 61.36%，曾使用西醫治療的民眾有 75.97%。且平均每個研究對象，每人每年利用中醫醫療服務次數達 2.35 次。而康、陳、周（1994）及李（1990）的研究也都證實了台灣民眾這種複向求醫行為的特性。

目前，台灣地區因醫院設置標準的限制，導致中醫師執業環境以門診治療為主。中醫醫院雖自 1993 年的 101 家萎縮至 2003 年的 36 家，但中醫診所卻由 1993 年的 1803 家擴充至 2003 年的 2729 家，成長幅度達 51.4%。在 19 家醫學中心裡，也有 10 家設有中醫相關門診（中醫藥委員會，2005a）。而執業的中醫師人數至 2003 年已達 4266 人，與 10 年前相比，成長幅度達 57.9%。但是若與全部執業醫師總人數相比，執業的中醫師人數僅占 9.2%（4266/46207）（衛生署，2003）。由以上資料顯示，台灣民眾對中醫照護需

求殷切，但中醫師人數卻未成正比，因此更突顯出護理人員學習與應用中醫護理的必要性。

世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 將中醫學列為傳統醫學/互補替代醫學 (Traditional Medicine/Complementary and Alternative Medicine, TM/CAM) 中的一種，鼓勵各國發展 (WHO, 2003)。除了於 2002 年 5 月 26 日發表「世界衛生組織傳統醫學策略」，並在 2003 年世界衛生組織第 56 次大會中作成 WHA56.31 號決議。文中敦促各會員國將傳統醫學納入國家健康照護體系中，並注意下列四項主要目標：制定相關政策；增加安全性、有效性和品質保證；確保可及性；以及促進其合理使用 (林, 2005a)。

由此可知，不管是世界潮流或是民眾期待，傳統醫學已成為全球醫療的熱門話題，但要成功的將中醫護理整合入國家健康照護體系內，必先增加對中醫護理的安全性、有效性及品質保證，因此需要更多標準化與實證研究的支持。

1997 年美國國家衛生研究院 (National Institutes of Health, NIH)，舉行針灸公聽會，會中總結出針刺 (acupuncture) 對於處理成人外科術後或化療後引起的噁心、嘔吐、孕婦之噁心及牙科術後疼痛是有療效的。對於中風後復健、藥癮、頭痛、經期疼痛、網球肘、肌筋膜疼痛 (myofascial pain)、肌纖維疼痛 (fibromyalgia)、下背痛、氣喘等則具有輔助效果。但對於同樣是應用針刺原理的穴位按摩則持保留看法，與會學者表示，相關研究太少，

很難評估其效果 (NIN Consensus Development Panel on Acupuncture, 1998)。

近年來，有越來越多與穴位按摩相關的研究陸續完成，但穴位按摩究竟適合應用在哪些照護對象上？如何執行？其照護成效如何？國內沒有相關的整理文獻，可以提供護理人員參考；國外 Cochrane database 只有以內關穴穴位按摩處理噁心嘔吐的療效評估。然而，評論者認為療效不明確，需要更多隨機分派的臨床實驗以證明其成效 (Jewell, 2002)。雖然中、外學者都認同穴位的選擇、按摩手法、穴位按摩介入的時機、按摩的力度、按摩頻率與時間是影響按摩療效的關鍵因素，但是並沒有文章對上述變項進行探討，僅強調執行穴位按摩者其按摩經驗的重要性 (汪, 1994; 董, 1996; Hsieh, Kuo, Yen, & Chen, 2004; Taylor, Miaskowski, & Kohn, 2002)，對於初學者而言，反而造成學習困境。周、趙和張 (2004) 建議在實證 (evidence base) 的基礎上，分析、歸納、總結文獻的經驗，找出具「共同性」的治療方案，透過系統性文獻回顧法，為將來制定穴位按摩標準作業流程奠定基礎。

因此，為提升照護品質並提供護理人員學習及應用穴位按摩措施，本研究將系統性搜尋目前以穴位按摩為主要介入措施之臨床實驗性研究 (clinical control trial, CCT)，檢視其研究方法品質及照護成效，經歸納、整合提出穴位按摩在護理實務的應用。

第二節 研究目的

根據上述研究背景與研究動機，本研究主要目的敘述如下：

- 一、了解穴位按摩照護對象/症狀。
- 二、分析穴位按摩操作手法。
- 三、檢視穴位按摩照護成效。
- 四、檢視穴位按摩研究方法品質。



第二章 文獻探討

本章依據研究主題進行相關文獻探討，包括穴位按摩相關概念、穴位按摩操作手法、實證護理之系統性文獻回顧、名詞界定及研究架構等五部份。

第一節 穴位按摩相關概念

一、 穴位按摩的起源

穴位按摩屬於中醫針灸穴位範疇，具有非侵入性、安全、應用範圍廣及病患接受度高等特點（馬，1994；張，1995；程、程，1999；Dibble, et al., 2000; Steel, French, Gatherer-Boyles, Newman, & Leclaire, 2001）。據查證早在兩千多年以前的醫書《黃帝內經》即有許多相關文獻記載，如《素問·異法方宜論》提及“中央者，其地平以濕，天地所以生萬物也眾，其民食雜而不勞，故其病多痿厥寒熱，其治宜導引按蹻，故導引按蹻者，亦從中央出也”。其中的按蹻即現今的按摩，文中指出，按摩發源於中原，它是針對氣血不暢、筋骨不利所做的治療方法（張，1993a；張，1995；劉、米，2001）。而以穴位按摩治療疾病的描述也有多篇，例如：《素問·舉痛論篇》“寒氣客於腸胃之間，膜原之下，血不得散，小絡急引故痛，按之則氣血散，固按之痛止。”文中描述以穴位按摩手法中的「按法」緩解腹痛的過程。約在西元三百多年左右，東晉時期的葛洪在《肘後備急方》裡記載“令爪其病人人中，取醒”。是對於昏迷病患，以指甲切按「人中穴」，所做的急救處

置。而在西元五百年左右隋、唐時期的醫家甄立言所著的《古今錄驗方》中記載了“真心痛證，手足青至節，心痛甚者，旦發夕死...，高其枕，拄其膝，欲令腹皮蹙柔，爪其臍上三吋...”其中『真心痛證』即類似現今的心肌梗塞（張，1987），文中清楚描述以穴位按摩的「爪法」治療心肌梗塞的急救紀錄。在西元七百年間唐朝王燾所著《外臺秘要》中則有以穴位按摩治療咽、喉、舌方面的病症描述，“爪耳下張口解間突處，痛，爪勿止，兩三食久，即得咽喉開”。在西元1560年左右，明朝的楊繼洲在其所著《針灸大成》卷十的醫案中，描述因患者害怕針刺，而以“掐揉按穴”的方式治療一名腰痛患者，“性畏針，遂以手指於腎腧穴行補瀉之法”。西元1923年左右，趙熙等人所著《針灸傳真》一書中詳細描述“指針無疏於金針，金針補瀉，不外上下迎隨；指針補瀉亦不外上下迎隨，金針之進退補瀉法，則為指針之進退補瀉法；不過金針刺入也深，指針之按下也淺”。指針即以手指代替金針刺激穴位，也就是穴位按摩的意思，這說明了穴位按摩與針刺的作用機理與補、瀉方式是相同的，只是穴位按摩不使用針具，不具侵入性，刺入比較淺。

由以上古籍看來，可以總結出幾項要點：（一）中國的按摩術是起源中原，而按摩主要是針對氣血不暢，筋骨不利的患者所做的治療，但對於急救及止痛也頗有療效。（二）由於《內經》的成書，是根據當代先哲經驗整理而成，所以有人推測穴位按摩的起源與應用應在《內經》成書之前，甚

至於可能是在系統性醫療形成以前，祖先們於生活勞動中受到侵害或損傷時，本能的以手、石塊或竹片去敲擊和撫摸患處來緩解症狀減輕痛苦，經過長時間的經驗累積而形成的按摩方法之一（張，1993a；張，1995；劉、米，2001）。（三）穴位按摩是根據中醫針灸經絡學原理而來，有不同的按摩手法，如：爪、切、揉、按等；其選穴原則與補、瀉方法一如針刺。（四）古籍中對於穴位按摩多以「爪」、「掐」、「按」等按摩手法稱之，或是以「指針」代之。而穴位按摩只是中國式按摩手法之一，歷經數千年的傳承與演變，為因應不同適應症與需求，各家門派及治療手法不斷翻新，發展出各式各樣的流派與手法，張、馬（2005）及孟（2001）認為中國式按摩可概分為：1. 穴位按摩；2. 正骨推拿或手法推拿；3. 小兒推拿；4. 手足反射區的按摩。本文僅針對研究主題穴位按摩做探討。

二、 穴位按摩的定義

經過文獻查證，現代醫家對於「穴位按摩」賦予不同的名稱，包括指針、經穴指壓、穴位指壓、穴位點壓、點穴等（馬，1994；馬，1997；張，1993a；張，1995；程、程，1999；劉、米，2001）。但一般醫者對於穴位按摩的定義一致（見表 2-1-1），我國的醫者多強調不借助任何工具，僅憑手指或手掌進行身體穴位點的按壓（王、李，1993；馬，1994；蔡，1996）。

隨著國際間對針刺技巧的青睞，許多西方人士將穴位按摩技巧納入照護活動中（Linde et al, 2001; Roscoe, & Matteson, 2002），且多以「acupress-

表 2-1-1 穴位按摩定義

作者	穴位按摩定義
張 (1995)	應用中醫針灸理論與主治特點的按摩法，在穴道處以指頭按壓，選穴原則與針灸同。
馬 (1994)	以中醫基礎理論為根基，不藉助任何工具，僅憑雙手在患者特定穴位上，依一定規律，揉、壓、點、打，以達治病效果。
王、李 (1993) 楊 (1996)	以中醫基礎理論為根基，以手指或手掌，在人體穴位上施以不同手法，達通經活血，祛病健身。
蔡 (1996)	以中醫經絡理論為根基，僅憑雙手在患者特定經絡、穴位上，依一定手法，調整氣血運行，恢復正常臟腑機能，達治病效果。
余 (1998)	是根據中國點穴術、日式指壓術並結合中國式調息按摩術演化而來，依不同病況選擇合適穴位、經絡，用手進行點、按、壓、揉、擊、捏等手法刺激，達通經活血，祛病健身。
黃 (1995)	以手指端在患者適當穴位或部位，以點、按、掐、扣等不同手法刺激，通過經絡作用，使體內氣血運行通暢，達防治疾病的目的。
馬 (1997)	依中醫經絡理論，在治病過程中，根據某一經或某一臟腑的病變，在其相應部位上取穴，用指尖、指紋、大拇指或指關節以溫和力量壓迫穴位，疏通經絡氣血，調整臟腑機能，助身體恢復健康。
程、程 (1999)	以指代針，在患者體表一定部位或相應穴位，以手指指力，選擇相應指法，點壓刺激達防病治病的治療方法。
Beal(2000)	以手指或掌面，以一定壓力刺激經絡穴位，使「氣」能以週期性、協調性流動，進而能調節精神、情志而維持健康。
Pan, et al., (2000)	應用中醫針刺 (acupuncture) 原理，以手指或壓力帶 (pressure band) 進行局部施壓，代替針具 (needle)，治療疾病。

ure」稱之。由於執行穴位按摩時，除需具備經絡概念及尋找穴位的技巧外，還須要人力與時間的配合，面對現代繁重的臨床工作限制下，英國人設計一款穴位按摩腕帶 (acupressure wristbands) 名為 Sea-Band，提供臨床工作人員應用此壓力腕帶為輔助工具(Pan, et al., 2000)。穴位按摩腕帶是一條約 1 吋寬的彈性腕帶，於腕帶內側置一暗扣，可持續對穴位施壓，達按摩效果 (Steel, et al., 2001)。另外經皮穴位電刺激(Transcutaneous Electrical Acupoints Stimulation, TEAS)則是一種藉著低頻率電流，在穴位上提供非侵入性、標準化的穴位刺激量 (Tsay, Cho, & Chen, 2004)。而專為內關穴研發的經皮

穴位電刺激 (acustimulation)，又稱 Relief Band，它是一種外型似腕錶，內置電池，可持續對內關穴位進行刺激的一種按摩腕帶 (Rowbotham, 2005)，以上都是在現代醫療環境下，為提供持續性穴位施壓所使用的輔助工具。而 minute sphere acupressure 則是一種流行於日本達 2000 年之久的按摩輔助工具，是一直徑約 1mm 不鏽鋼小球，以膠布黏貼於穴位上，並不提供額外施壓 (Sakurai, Suleman, Morioka, Akca & Sessler, 2003)。

另外在文獻中常看到的 Korean hand acupressure 及 shiatsu，以下分別介紹：所謂「Korean hand acupressure」，它並非根據中醫經絡理論，也非應用中醫經絡穴位治療，而是由韓國醫師 T-W Yoo 於 1970 年所發表的一種新的穴位按摩技巧，其穴位點及按摩技巧與中醫穴位按摩不同 (Boehler, Mitterschiffthaler, & Schlager, 2002; Bertalanffy, et al, 2003)。「shiatsu」則是日本於二十世紀初期，整合中醫經絡理論與西方的解剖、生理學、骨科學及整脊 (chiropractic) 手法，透過手指、掌點、肘及膝對患者做伸展及轉體的按摩治療法 (Beal, 2000)，雖然它是根據中醫理論從經絡及穴位進行按摩治療，但操作手法並不相同。

由於，本研究欲從現有的以穴位按摩為主要介入措施之臨床實驗性研究 (clinical control trial, CCT) 中，歸納出穴位按摩照護對象、穴位選取、按摩手法、按摩力度、按摩頻率及按摩時間，而上述穴位按摩輔助工具，多提供持續性按壓；而 Korean hand acupressure 及 shiatsu 在按摩手法及穴位

選擇也不盡相同，並不符合本研究目的，故不列入研究範圍。

綜合上述，本研究將穴位按摩定義為：以中醫學的經絡、臟腑、陰陽、五行等理論為基礎，依患者不同的病情、症狀，在特定的經絡或腧穴上，以手指、掌點進行點、按、揉、切等手法刺激，以疏通氣血，調節臟腑機能，進而達到維持健康、恢復身體機能的目的。

三、 穴位按摩的作用原理

《內經·生氣通天論》中指出“陰平陽秘，精神乃治”，充分表達出中國人的健康信念，中國人認為當人處於陰、陽平衡時，也就是人體各臟腑、組織、器官間，都能保持在相對平衡狀態下，就不容易發病；一旦平衡失調，則容易出現疾病症狀。從文獻得知，藉由穴位按摩可以疏通氣血，調節臟腑機能、使人體達陰陽平衡狀態，其作用原理為何？本文將從中醫傳統觀念與西方醫學觀念兩大方向探討。

（一） 中醫傳統觀念

以下針對穴位按摩與經絡、腧穴、氣血、臟腑間的關係做說明。

1. 穴位按摩與經絡、腧穴的關係

在《靈樞·本藏篇》提到“經脈者，所以行血氣，而營陰陽，濡筋骨、利關節者也”。黃（2002）和王（2004）進一步解釋所謂「經絡」分為經脈與絡脈兩類，經脈是主幹，縱行於身體深部；而絡脈則是經脈的分支，像「網絡」一般橫行於身體淺層部位。經絡是人體營、衛、氣、血運行的

通道，人體藉著經絡系統，連結了五臟六腑、四肢百骸、五官孔竅、皮肉筋脈等而形成一個有機的整體。

而腧（音輸）穴，即俗稱的“穴位”，腧有“輸注”、“轉輸”之意，穴則有“聚集”、“匯聚”的意思，故腧穴能將臟腑經絡的氣血，輸注到體表特定部位（黃，2002；蔡，1996），也是經絡上氣、血運行通路的交會點，如：大椎穴，為手、足三陽經與督脈之交會穴；關元穴則為足三陰經與任脈之交會穴（楊，1996）。

在中醫傳統概念裡認為，人體經絡暢通，氣血調和，臟腑協調，則肢體強健；若經絡阻塞，氣滯血瘀，營枯衛弱，臟腑失調，則身體可能出現不適症狀甚而發病（馬，1994）。故當人體某部位發生功能失調時，可以藉由按摩手法，在這些穴位點上使「力」與「氣」沿著經絡透入體內，促使生理恢復平衡與協調。

2. 穴位按摩與臟腑的關係

中醫認為人體是以五臟為中心，以氣、血、精、津液為物質基礎，透過經絡的聯繫，使臟腑間緊密連結，配合陰陽五行的論點，臟腑之間存在著生、剋、制約的關係。中醫學認為“有諸內，必形諸外”，也就是當五臟、六腑發生病變時，可透過軀體外部反應到體表所屬經脈上，如：《靈樞·邪客》所言“肺心有邪，其氣留於兩肘；肝有邪，其氣留於兩腋....”。一般於臨床上發現，闌尾炎患者，多在其足陽明胃經的合穴—上巨虛穴位附近出

現壓痛點；而膽囊炎患者則多在其足少陽膽經的合穴—陽陵泉穴位下方（膽囊點）出現壓痛點（余，1998；龐，1994）。因此當臟腑有病時，這些穴位可能是臟腑在外病變的反應點，透過穴位按摩的刺激，可以調節五臟六腑的不足或有餘，使相互間的生、剋、制約關係達平衡狀態。龐（1994）即應用穴位按摩手法，緩解多名膽囊炎及尿路結石患者腹痛問題，做為患者手術前的輔助療法。

3. 穴位按摩與氣血的關係

《素問·八正神明論》有云“血氣者，人之神”在中醫的觀點，認為氣與血是構成人體的基本物質，當人體氣、血充盈，才能神志清晰，精神充沛。在《點穴術·點穴與氣血篇》中提到“...若能開其門戶，使氣血復其流行，則經脈既舒，其病自除。...治法當從其穴之前導之，或在對位之穴啟之，使其所閉之穴感受震激，漸漸開放，則所阻滯之氣血，亦得緩緩通過其穴，以復其流行矣”。由於氣與血是依著經絡循行的路徑而運行周身，腧穴則是在氣、血運行必經之交會點上，由上文可知，藉由穴位按摩手法，可以使氣血運行系統內能量增加，加速運行，改善新陳代謝，進而達到行氣活血的效果，以解除因氣滯或血瘀所引起的各種病徵。余（1998）、馬（1997）及楊（1996）也認同穴位按摩的主要作用機理是在調整氣與血的關係。

（二）西方醫學觀念

以下以西方醫學觀念，針對穴位按摩對疼痛、神經傳遞物質的釋放以及對生理的影響作說明。

1. 穴位按摩對疼痛的影響：

（1）疼痛控制閘門論（The gate theory of pain control）

所謂「疼痛控制閘門論」是認為人體脊柱旁有一系列閘門，負責管控周邊疼痛訊息的傳入脊髓與大腦。透過按摩壓力的刺激，可以活化神經末梢感受器 A-beta 纖維（粗纖維），並激發脊柱旁的膠狀物質（substantia gelatinosa）的活性，使閘門關閉，減少疼痛脈衝（impulse）進入大腦，進而減輕痛覺（Freeman, 2001；馬，1997）。張（1993b）發現於家兔的內關穴位進行按摩後，兔子耳殼的疼痛閾值會提高，並認為是穴位按摩訊息的傳入，經中樞的整合，而產生止痛效果。疼痛閘門理論可以就此現象提供部分解釋。

（2）神經傳遞物質的釋放：

有研究指出按摩能促進腦下垂體及腦幹釋放出腦內啡（endorphins）及血清張力素（serotonin, 5HT），而這兩類神經傳遞物都具有鎮痛效果（蔣、郭、徐、李，2004）。姜及楊（1994）在疼痛患者其相對應的穴位或阿是穴（壓痛點）上進行針刺與穴位按摩，發現其止痛效果與患者血漿和腦脊髓液中的 endorphins 升高幅度呈正比關係。劉（1989）則以急性軟組織損傷

的兔子為研究對象，發現受傷後兔子其脊髓液中 5HT 濃度下降，但於兔子的委中穴進行穴位按摩 1-2 小時後，發現其脊髓液中 5HT 濃度上升。這兩項研究，為穴位按摩的止痛效果找到可能的解釋。

2. 對生理的影響：

馬及徐（1997）以 28 位健康人為研究對象，實驗組在其足三里穴進行按摩，對照組則按壓百會穴，並以胃電圖（electrogastrogram, EGG）進行觀察，發現實驗組在胃體及胃竇的電波振幅度有雙向調節作用（即按摩前振幅小者，按摩後振幅變大；按摩前振幅大者，按摩後振幅轉小），且達統計顯著（ $p < 0.01$ 及 0.05 ），但對頻率則沒有影響。而對照組胃電圖的波幅及頻率均無統計意義。錢、趙、徐、趙及吳（1994）以 10 名胃病患者為實驗組，11 名健康人做對照組，分別按摩其胃脘穴及足三里穴也得到相似結果。由此可知穴位選擇的特異性及穴位按摩對生理的影響。

綜合上述，雖然目前有關穴位按摩作用機理的研究尚不足，但是無論是從中醫傳統觀念或西方醫學觀念來看，多能支持從體表特定的穴位點上，施以按摩技巧後可達到調節臟腑機能，維持身體平衡狀態的論點。

第二節 穴位按摩操作手法

依據前述，穴位按摩是透過手指或掌點，在特定的經絡或腧穴上，進行點、按、揉、切等刺激，達到調節體內氣、血運行，使身體維持陰陽平衡狀態。但是如何才能行之有效？蔡（1996）及黃（2002）表示中醫治療

強調「辨證論治」，同時也是執行針刺與穴位按摩的最高指導原則。依辨證的虛、實，採相應之補、瀉手法，強調“徐出徐入”由輕手法開始，依得氣情況及病人反應來調整手法。根據趙熙等人所著《針灸傳真》強調“補瀉不明，則按摩不靈”（引自張，1993a），可見補、瀉手法在穴位按摩應用的重要性。

所謂“補”是指補正氣之不足，而“瀉”則是指瀉邪氣之有餘（汪，1994）。所以，凡是能補充人體不足、加速新陳代謝或是促進機體功能的方法，在中醫治療法則中就稱為「補法」；而凡是能去除體內病邪、抑制組織器官功能，減緩亢進的方法就稱為「瀉法」。目前有十餘種穴位按摩補、瀉手法（蔡，1996），種類繁多而複雜，對於臨床護理人員而言，不易掌握與學習。

中國古代的醫者強調補、瀉手法對按摩療效的重要性；而現代醫者則認為，從穴位的選擇、按摩的手法、力度、頻率、時間以及按摩方向，是體現補、瀉手法與按摩療效的最佳途徑（汪，1994；董，1996；Taylor et al., 2002）。茲敘述如下：

一、 穴位選擇：

腧（音同輸）穴，即俗稱的穴道或穴位，是臟腑與經絡的氣血輸注、聚集、交會之處（黃，2002；蔡，1996），也是臟腑疾病虛、實的反應點（龐，1994），一般穴位按摩的取穴原則和配穴的方式與針刺方式相同，

蔡（1996）建議可配合下列取穴原則，單獨或合併兩種以上方法，互相配合，以提高療效。取穴原則包括下列3種方法，茲敘述如下：

1. 近端取穴：是指在受病臟腑、五官、肢體等部位，就近取穴，或在反應點上取穴。例如：鼻病，取迎香穴；頭痛，取太陽穴。
 2. 遠端取穴：指在受病部位遠距離取穴。如：肺病取肺經上的太淵、魚際穴；脾病則取脾經上的太白、三陰交穴；所取之穴位可以是患病之經脈，亦可選其它之經脈。
 3. 對症取穴：是針對個別症狀處理，一般多為治標。如：大椎穴以重手法點按可退燒、人中穴以重手法切按可急救復甦，點按神門穴則可安神助眠，點按關元穴具有溫陽之功效。（王、李，1993；黃，1995）
- 另於《靈樞·本輸篇》記載，五臟經各有井、榮、俞、經、合五腧穴，位於四肢，分屬於五行，主五臟之功能，能治療頭面軀體及各臟腑疾患，潘（1987）建議可依《難經》補母瀉子法，選擇合宜穴位行補、瀉手法。

二、按摩手法：

按摩時，強調手法需持久、有力、均勻、柔和（張，1993a）。在整理穴位按摩手法文獻時發現，不同的作者有不同的描述，王與李（1993）統計中國大陸有關穴位按摩手法有五十多種之多，而臨床醫界普遍同意下述四種基本手法：即揉、點、捏、切（汪，1994；柯，1994；馬，1994；張，1993a；趙，1985）。分述如下：

1. 揉法，即揉按之意，是以手指尖端或掌面，輕按穴位，以穴位為中心點，手指在皮膚及皮下組織做小圓型轉動。手指端不能離開所接觸之皮膚，也不能使手指與皮膚成摩擦狀態。每平揉一小圓周為一次，此法具調和氣血、舒筋活絡、溫經散寒等功效（馬，1994；趙，1985；楊，1996）。

2. 點法，又稱為捫法、點按法、按壓法（趙，1985）是以手指端或屈指骨突部，深深按壓皮膚及皮下組織。依病人體質施以不同指力，直到病患感痠、麻、脹、痛為止，略同於針刺之得氣。通常需逐漸施壓，得氣後再逐漸減輕指力，直到停止。點法多用於組織深部或臟器疾病，此法有通經絡、消積破結的功能。

3. 捏法，以兩手指對稱捏壓穴位的手法，以拇、食二指及拇、中二指，或拇指與其他各指，在上下方或左右方對稱的相向用力，捏壓穴位。例如：捏合谷。

4. 切法，即以指甲切按腧穴，操作時可以用少許棉花覆於指甲上，用力時要輕而慢，避免切處劇烈疼痛或傷及皮膚。例如：切迎香、切少商及急救時切人中、湧泉穴等。

董、董、張、李及陳（2000b）以46隻兔子為研究對象，首先在兔子股後皮神經裝置感應器，觀察按法及揉法這兩種手法與皮膚感受器放電的關係，發現皮膚感受器放電形式，會隨不同的按摩手法而改變。董等人（2000b）建議，按摩時可交替多種手法，先由輕而重，再由重返輕，則皮

膚上各種感受器都能被不同手法所刺激而達到按摩效果。

三、按摩力度：

執行穴位按摩時，按摩的力度會直接影響治療成效（吳、林，2003；董等，2000a）。董、董、先、鄭及張（2001）分別以輕（即輕拂皮膚）及重（指壓法，約施壓 $2\text{Kg}/\text{cm}^2$ ）兩種力度，按壓家兔的湧泉穴，比較不同按摩力度的退熱程度，發現重手法退熱效果顯著（ $p < 0.01$ ），輕手法則無統計意義。陳、陳（2003）建議於每個穴位點上施壓 3 至 5 公斤的壓力，每次刺激 3-5 秒，每個穴位點按壓 3-5 次，直到個案感到一股脹、麻、舒適感延著經絡循行感傳到達病位處，即所謂“得氣”為止。

整理眾醫家對穴位按摩力度的看法時發現，多數醫家並未列出「標準數值」，而是強調應依患者體質、病勢、年齡、性別而有個別性差異，以患者主觀感受局部酸、麻、脹，也就是“得氣”為標準規範（見附錄一）。方（1994）認為在執行穴位按摩，除了隨時觀察並詢問個案是否有“得氣”外，執行按摩技術者尚應體會自己手下所施壓力是屬於輕（力度達表皮、皮下）、中（力度達肌肉層）、重（力度達骨骼表面）哪一個等級，以便隨時調整按摩力度。汪（1994）則表示，當以同一按摩力度刺激於身強體壯的年輕人時，若患者自覺刺激量較輕，此時手法為「補法」；若以相同按摩力度施於年老體虛的患者時，且患者自覺刺激較重，則稱為「瀉法」。換言之，相同的按摩力度對於虛、實不同體質的患者其按摩效果也不同。

綜合上述，雖然按摩力度是影響按摩成效的關鍵因素之一，但是目前對於穴位按摩力度尚無一致標準。但是，在坊間常看到某些按摩師主觀認為或是在病患要求下，施力過猛，以痛為度，對病患究竟是利還是弊呢？若能針對不同患者或穴位整理出按摩力度概況，作為執業參考依據，或許可以減少傷害的發生。

四、按摩頻率與按摩時間：

所謂「按摩頻率」是指於單位時間內同一手法重複的次數；而「按摩時間」則是指每一病症每次按摩所需時間，這兩者與按摩劑量（acupressure dose）呈正比關係，影響治療效果（孫、嚴，2002；董，1996；Taylor et al., 2002）。明代周于藩說“急摩為瀉緩摩為補”（馬，1994；程、程，1999），從生理學角度來看，長時間、輕柔、和緩的按摩手法，可以興奮副交感神經，促進生理機能，在中醫治則中稱這樣的手法為「補法」；而在短時間內的重刺激、快頻律的按摩手法則可能興奮交感神經，反而有抑制生理機能的作用，故為「瀉法」（王、李，1993；汪，1994；喻，2002；蔡，1996）。一般醫者對按摩頻率的要求差異頗大，從每分鐘 60 次至 120 次都有（見附錄一）。

孫和嚴（2002）統合了六本推拿專書也發現，不同的手法其頻率範圍不同，即使是相同的手法，由於師傅不同，對頻率的要求也不一樣，以 120-160 次/每分鐘最多見。孫和嚴（2002）認為將按摩頻率量化及標準化為

目前穴位按摩的首要工作。

至於按摩時間的長短，各家說法也不一致（如附錄一），董（1996）和傅（1996）認為按摩時間過短不能激發治療效果，但按摩時間過長，則反而可能產生有害的生理效應。一般醫者強調，每次按摩時間依主、配穴而定，主穴時間可稍長些，配穴時間較短，一般時間比為 2:1（董，1996），每穴以 3-5 分鐘為宜，不超過 10 分鐘，單次穴位按摩療程宜在 10-15 分鐘內完成（馬，1994；程、程，1999；趙，1985）。

五、按摩方向

趙（1985）及余（1998）強調不論病人體位為何，指壓方向一律對著病人向心部位，即執行穴位按摩者，指尖一律朝個案向心方向按壓，且順經絡循行或順時針方向按壓為補法，逆經絡循行或逆時針方向按壓為瀉法（汪，1994）。馬（1994）表示臨床上若不明穴位按摩方向，可左、右各平揉半數，例如：每穴揉 100 次，則左、右各揉 50 次，達平補平瀉。

由上文看來，臨床上執行穴位按摩時，需評估病人情況，選用合宜穴位與按摩手法，時時詢問病患感受，以隨時調整按摩的力度、操作時間、頻率及操作方向，靠的是經驗的傳承與累積。過去的文獻並沒有一致的標準，對於初學者而言，很難掌握與學習。尤其是要將穴位按摩方案整合入以西醫為主流的現代醫療環境，更需要標準化與實證的支持。故本研究欲以實證的方式，以現有的研究文獻為基礎，依不同病症對穴位的選擇、穴

位按摩手法、按摩力度、按摩時間及頻率為變項，歸納、整理上述操作手法的「共同性」，為奠定穴位按摩標準作業流程做準備。

第三節 實證護理之系統性文獻回顧

實證護理 (evidence-based nursing, EBN) 是由實證醫學 (evidence-based medicine, EBM) 衍生而來 (林, 2001)。「實證醫學」的概念是在 1970 年由 Archie Cochrane 首先提出，他估計在一般的臨床作業程序中，僅 10% 是有根據的；這個論點在 1980 年由美國國會科技組，經臨床實驗獲得證實 (引自郭, 2005)。隨著科技進步，教育提昇及消費意識的抬頭，民眾對於照護品質的要求也越來越高，醫護人員透過不斷的重複實驗，為提昇照護品質而努力。但是，面對許多問題相同卻有不一致的研究結論時，往往讓醫護人員無所適從。學者建議，從實證的角度，以系統性文獻回顧 (systematic reviews) 作為解讀科學真相的利器 (李、陳, 1995; 宋, 2004; 胡, 2003; Davidson, et al., 2003)。

一、實證護理與系統性文獻回顧間的關係

所謂「實證護理」，簡而言之就是建立於有證據基礎的照護方式 (林, 2001)。當護理人員在臨床照護活動中，面臨照護決策 (clinical decision) 時，必須有足夠證據 (evidence)，以找出最適合照護病人的方式。而所謂足夠的證據，是指從龐大的醫學、護理資料中，經由嚴格的批判評價 (critical

appraisal)、分析綜合找出最佳的臨床研究文獻，再配合上專家臨床經驗及病人的偏好，審慎考量此決策的利弊得失，最後得出一種最適合照護病人的方式，這樣的過程即稱為實證護理（林，2001；宋，2004；胡，2003；盧，2001）。其中，文獻檢索（search）、批判評價（appraise）的步驟即稱為系統性文獻回顧（胡，2003）。

二、系統性文獻回顧的定義及其相關概念

所謂系統性文獻回顧，是指研究者針對某一特定主題或問題，以一套完整的文獻檢索策略（comprehensive search strategy）進行原始文章（original studies）的搜尋，再將這些文獻進行批判評價（critical appraisal），綜合（synthesis）多篇文章的結果，減少因單篇文章的限制與偏誤（bias & random error），以增加結論的信度與正確性（宋，2004；胡，2003；Cook, Mulrow & Brian Haynes, 1998; Mulrow, Cook, & Davidoff, 1998）。Stone（2002）及郭（2005）認為系統性文獻回顧，可做為實務指引（practice guidelines）及臨床決策分析（clinical decision analysis）時的參考依據，減少因操作或執行不當而導致臨床照護水準的差異。

Cook 等人（1998）表示，若在整合文章的過程中，未描述是以有系統性、嚴謹的方法或步驟去執行文獻整合，則這種回顧性文章稱為描述性文獻回顧（narrative review）。表 2-3-1 即為比較系統性文獻回顧與描述性文獻回顧的差異。Cook 等人（1998）及 Stone（2002）認為這兩類文獻回顧，

最大的差別在於系統性文獻回顧在整合研究的過程，是應用科學方法 (scientific review methods) 依據特定的步驟 (specific steps)，以減少研究偏誤的發生 (error and bias)。

郭 (1998) 表示，雖然系統性文獻回顧是以科學方法整合研究，較不受作者主觀概念影響，但是若原始文獻不夠嚴謹或有誤反而易被誤導，所以對原始文獻其研究方法品質的評價 (appraisal) 就顯得格外重要。胡 (2003) 提及在實證護理發展過程中，應同時顧及質性與量性研究對護理專業的價值，若能結合質性與量性研究，將可提升護理實證資料於臨床的可應用性而造福病人。由於本研究欲探討不同病症對穴位的選擇、按摩手法、按摩力度、按摩時間及頻率，若選擇以質性研究法探究穴位按摩的研究文章，

表 2-3-1 比較系統性文獻回顧與描述性文獻回顧的差異

特點	系統回顧 (Systematic Review)	描述性回顧 (Narrative Review)
問題取向	針對特定且具體的臨床問題	較廣泛的主題或研究範圍
原始文獻來源及檢索策略	全面而完整的資料來源，明確的檢索策略，提供同一團隊的同儕檢核	未具體登錄或分工，未說明文獻檢索的過程及策略，可能有潛在偏誤危機
原始文獻的選擇	有明確而一致的選擇標準	未記錄選擇文獻的標準，可能有潛在偏誤危機
原始文獻的評價	嚴謹的批評判讀方法	以個人主觀篩選，方法多變
結果的彙整	採取定量方法	採用定性方法
結論的推論	一定遵循實證的依據	有時遵循實證的依據

資料來源：Cook, D. J., Mulrow, C. D., & Brian Haynes, R. (1998). *Synthesis of best evidence for clinical decisions*. In Mulrow, C. D., & Cook, D. J. (Ed.), *Systematic reviews* (p7). Maryland: American college of physicians.

可能較缺乏實證結果，故以「量性研究」，且具有「隨機分派或具控制對照組別」之實驗性文章為研究對象。

三、執行系統性文獻回顧的步驟

Stone (2002) 提出執行系統性文獻回顧時可依下列步驟：步驟（一）提出一個清楚、可被回答的臨床照護問題。應包含下列四項組成：即特定的對象（a specific population）、介入措施（exposure）、控制組（control group）及結果（outcomes）。步驟（二）準備一套詳盡的研究草案（research protocol），依序進行。步驟（三）列出清楚、可執行篩選文章的標準，包括入選與排除條件（inclusion/exclusion criteria）：凡符合篩選標準的文章，均納為研究樣本（subject）。步驟（四）系統而完整的搜尋策略：郭（1998）、Smyth（2002）及胡（2003）認為，設計一項夠敏感（sensible）及完整的檢索（indexing）策略和關鍵詞（terms），盡可能將相關資源納入，與實證相關的醫學資料庫如：Cochrane Library、MEDLINE、未發表的碩博士論文…等，不設語言限制，並善用布林邏輯「以 and、or、not 去串連概念間關係」，才能搜尋到合適的文章。李和陳（1995）表示許多未發表或未刊登的臨床實驗結果是未達顯著的，若只搜尋已發表的臨床實驗，可能會有第一類誤差（type I error）或稱刊登誤差（publication bias）。步驟（五）依據先前制定選擇文章的標準來篩選文章，過程中必須詳細記載方法、程序，最好有兩位獨立審核者，根據嚴謹的入選和排除標準（inclusion and exclusion criteria），決定文章合適與否（eligibility），若有被排除的文章，應陳述排除原

因；並測試兩位評論者內在一致性 (inter-rater reliability)，若意見相左時，可藉由協商或與第三者討論來解決 (胡，2003；Pan, et al., 2000; Stone, 2002)。

。步驟 (六) 以嚴謹的方式來批評判讀每一篇文獻的品質，郭 (1998) 及胡 (2003) 建議由兩位獨立審核者，依研究品質將文章分級來判讀文章品質，表 2-3-2 為美國健康照顧政策和研究機構 (US Agency for Health Care Policy and Research classification, AHCPR) 對於文獻實證強度的分級表，級數越高，代表偏誤機會增加，即 Ia 文獻品質最高，證據也最強 (引自林，2005b)。Ezzo 等人 (2005) 以文獻是否採隨機分派、盲化、分配是否隱蔽、對失聯及退出樣本的追蹤與否來計算此研究品質。郭 (1998) 及 Ernst (2000) 以原始文獻的研究樣本數 (sample size) 需具有代表性才收案，將是否具有對照組別或雙盲設計列為文章品質審核標準。Jadad, A. R. 於 1966 年為評估隨機分派臨床實驗 (RCT) 而整理出的 Jadad 分數表 (Moher, Jadad & Tugwell, 1996) (見表 2-3-3)，總分五分，分數越高代表文章實證品質越高。步驟 (七) 資料萃取 (extracting outcome data from the research report)：胡 (2003) 建議由 2 位審核者，依先前制訂的研究草案，分別且獨立的萃取資料，再評估二者一致性；郭 (1998) 表示因每篇文章所呈現研究結果並不一致，建議先設計合適的表格，將資料轉換成統一的格式與標準後再填寫預萃取的資料。步驟 (八) 依情況選擇合適統計方法來統合各篇研究結果；Cook 等人 (1998) 表示，當合併使用統計方法整合兩個以上的研究結果，這種回

顧性的文章稱為量性系統性文獻回顧 (quantitative systematic review) 或稱為統合分析 (meta-analysis); 若在整合數個研究的過程中, 並未應用到統計方法, 則稱為質性系統性文獻回顧 (qualitative systematic review)。郭 (1998) 表示質性系統性文獻回顧, 通過文章品質審核後, 確認為可信資料, 以論文數量下結論即可。步驟 (九) 綜合整理。

表 2-3-2 文獻實證強度等級分類表

實證等級	內容
Ia	實證來自隨機對照研究的統合分析 (meta-analysis)
Ib	實證來自至少一個隨機對照研究 (randomized controlled trial)
IIa	實證來自至少一個非隨機對照研究 (control study without randomized)
IIb	實證來自至少一個準實驗研究 (quasi-experimental study)
III	實證來自非實驗的描述性研究, 如比較性 (comparative studies)、相關性 (correlation studies) 及個案對照研究 (case control studies)
IV	實證來自專家會議、權威人士的臨床經驗及意見

資料來源:

US Agency for health care policy and research classification (AHCPR, 1992) 引自林隆堯 (2005 年, 10 月)・傳統醫學在中藥臨床實驗之應用・中醫藥委員會及中西醫整合醫學會共同主辦, 中醫藥實證醫學發展策略研討會, 台中市中國醫藥大學。

表 2-3-3 Jadad 分數表

評估項目	分數	說明
1. 是否隨機分派 (randomized)	2	詳細說明如何進行隨機分派方式且正確
	1	提及採隨機分派, 但未說明方式
	0	未採隨機方式如類實驗法
2. 是否雙盲實驗 (double-blind)	2	具體說明如何進行雙盲實驗, 且被認為恰當
	1	提及採雙盲實驗, 但未說明如何進行
	0	使用單盲或未採盲化
3. 對失聯及退出樣本的追蹤 (withdrawals & drop-out)	1	清楚說明個案退出及失聯原因
	0	未說明個案退出及失聯原因

資料來源:

Moher D, Jadad A. R., & Tugwell. P. (1996). Assessing the quality of randomized controlled trials. Current issues and future directions. *International Journal Technology Assessment in Health Care*. 12(2), 195-208.

綜合上述，本研究將根據研究目的，依據上述步驟（三）至步驟（九），擬定搜尋策略及文章篩選標準，選擇文章實證品質較高 Ib 及 IIa 的文章，並以 Jadad 分數表作為審核文章實證品質的依據，依研究目的，設計表格，萃取資料，以整合各篇文章的研究結果。

四、系統性文獻回顧法於針刺與穴位按摩之應用

自 Archie Cochrane 於 1970 年提出實證醫學概念後，系統性文獻回顧開始嶄露頭角，逐漸取代傳統式文獻回顧與評論方式（李、陳，1995）。但直到 1992 年 JAMA 刊出專文倡導實證醫學後，相關的實證性文章才陸續出現，到了 1998 年已有超過 1000 篇實證醫學文章刊登（郭，2005）。研究者搜尋台灣醫學期刊及 MEDLINE，發現以系統性文獻回顧法於針刺與穴位按摩的相關研究至 2000 年以後才陸續出現，以下為六篇相關之回顧性文章。

Pan 等人（2000）為評價以 CAM 緩解生命末期成人病患其疼痛、呼吸困難、噁心及嘔吐的治療成效，上 PUBMED、MEDLINE 等七個資料庫搜尋相關之回顧性文章（reviews）及原始文獻（original article）、訪問專家並參考每篇文後之參考文獻，經排除不符合篩選標準者，共得 21 篇已發表之文章，其中僅 11 篇屬 RCT 文章，發現以針刺及穴位按摩來緩解嚴重慢性阻塞肺疾病患者呼吸困難的問題可能有效（may benefit）。Linde 等人（2001）為瞭解與針刺相關之臨床實驗，其療效、處置、方法、結果及討論。透過 Cochrane Complementary Medicine field 及相關書籍，搜尋已發表且清楚描

述文獻回顧方法的針刺文章，共 39 篇符合篩選標準，其中有 22 篇與各種疼痛或風濕病有關。Linde 等人 (2001) 認為這些針刺研究樣本數太少、異質性太高、實證品質不足且結果相矛盾，唯有以針刺處理手術後噁心呈現是有效的。李、馮、鄒、劉 (2002) 為評價針灸治療中風偏癱的療效與其安全性，自 1980 至 2000 年 3 月以前，查找中國大陸生物醫學期刊發表的有關針灸治療腦中風偏癱之臨床研究文獻，共得出 1240 篇，篩選屬 RCT 或 CCT 以針灸治療為主要的研究，經文章篩選標準核定，共得 9 篇 RCT。經兩位評論者 (reviewer) 交互評價研究方法品質，隨機化與盲化，並萃取包括：年份、樣本數 (實驗/對照組)、年齡、性別、中風分類、病程、治療方法 (實驗/對照組)、療程、失聯樣本之追蹤、療效判斷標準，得出結果為針灸對中風偏癱側上、下肢之肌力與神經功能的恢復可能優於西醫一般治療，但缺乏高品質隨機對照研究證實。

Sok, Erlen & Kim (2003) 為評價以針刺處理老人失眠問題趨勢、成效並檢測依變項。搜尋 MEDLINE 等 13 個英語資料庫，自 1975 至 2002 年以英文發表應用針刺來處理失眠的實驗性文章，Sok 等人 (2003) 發現此主題的文章自 1990 年後陸續出現，共 11 篇符合篩選標準，其中 9 篇第一作者為中醫師，多發表於其中 2 本雜誌 (Journal of Traditional Chinese Medicine 及 International Journal of Clinical Acupuncture)，且半數研究樣本數少 (≤ 50)，女性失眠老人失眠歷程從 3 天到 34 年，多數以問卷為評估工具，所有研

究結果均達統計正向。

王（2003）為六篇中唯一的台灣作者，為探討以侵入及非侵入性刺激癌末病患內關穴，對噁心嘔吐之治療效果，搜尋 MEDLINE、EMBASE 及 CINAHL 上以針刺或經皮穴位電刺激內關穴，處理癌症或術後患者噁心嘔吐之臨床實驗，共 8 篇符合收案條件，結果顯示以侵入性刺激內關穴比非侵入性刺激對緩解噁心嘔吐有較大輔助作用，而非侵入性刺激還需要更多文獻支持。

Ezzo 等人（2005）為評價以穴位刺激緩解癌症病患化療後噁心嘔吐的成效，搜尋 MEDLINE、EMBASE、SCI 等九個資料庫，搜尋範圍限制為以人為研究對象、不設語言限制、以任何方法執行穴位點刺激之 RCT 研究、原始文獻之研究對象為癌症接受化療且伴有噁心嘔吐副作用的患者。由 2 位評論者依盲化、隨機分派、失聯樣本之追蹤來評斷研究方法，評選出合格文章，並排除重複發表，再由兩位針灸師評估針刺過程，不合適者也排除，最後由其他評論者萃取文章中研究對象、研究過程、化療及以穴位緩解噁心嘔吐方法之相關訊息。共 11 篇實驗性研究（N = 1247）被選入，綜合各資料後以 meta-analysis 統計。Ezzo 等人（2005）認為電針對緩解化療誘發急性嘔吐有益，但未與最新發展的止吐劑相比較；而穴位按摩似乎能降低化療後急性噁心嚴重度，但缺乏對照組的研究。

綜合上述，目前應用系統性文獻回顧法於穴位相關研究，仍以針刺治

療為主，穴位按摩為輔，專以穴位按摩為研究主題的整理文章少見，針對穴位按摩手法的研究更是付之闕如。Davidson 等人（2003）強調中醫隨機分派臨床試驗（randomized controlled trials）多在中國（China）發表，不易於 MEDLINE 上搜尋，易有刊登誤差（publication bias）的問題。而上述六篇文章，除李等人（2002）是中國大陸學者，搜尋在中國大陸以中文發表的中醫臨床實驗外，其餘均以英語資料庫為主要研究對象，對於同樣積極發展中醫照護的台灣醫療團隊而言，缺乏相關整理的文章。上述六篇文章多同意以臨床隨機分派臨床實驗（RCT）或具控制對照組別之臨床實驗（CCT）作為評估對象，並依盲化、隨機分派、失聯樣本之追蹤來評斷研究方法品質。李等人（2002）、Ezzo 等人（2005）、Linde 等人（2001）、Pan 等人（2000）及均強調目前較缺乏大樣本、高品質的隨機分派臨床實驗來證實穴位按摩在中風、失眠與噁心嘔吐等症狀治療成效。

根據以上三節文獻查證結果，本研究將應用系統性文獻回顧法，制訂文獻檢索策略，搜尋在中國大陸、台灣及 MEDLINE 以中、英文發表與穴位按摩相關的 RCT 及 CCT 文章，經文章批判評價步驟，期能探索穴位按摩的照護對象並分析歸納穴位按摩操作手法、研究方法品質與照護成效。

第四節 名詞界定

一、 穴位按摩：

本研究將穴位按摩定義為以中醫學理論為基礎，依患者不同的病症，

在身體特定的腧穴上，以手指或掌點進行點、按、揉、切等手法刺激。本研究期能從現有的穴位按摩臨床實驗的研究成果，歸納出穴位按摩照護對象/症狀、操作手法、按摩成效及研究方法品質。故本研究將搜尋穴位按摩的關鍵字界定為：穴位按摩、指針、指壓、穴位點壓、點穴及 acupressure。對於提供穴位持續刺激的按摩輔助工具如：wristbands、Sea-Band、acustimulation、Relief Band、TEAS、minute sphere acupressure 以及不同的部位或按摩手法如：耳穴按摩（auricular-point pressure）、Korean hand acupressure 及 shiatsu 等相關研究排除在本研究之外。

二、 隨機分派臨床實驗及具控制對照組別臨床實驗（randomized controlled trial, RCT & clinical controlled trial, CCT）

RCT 是指依事先規定之診斷標準，選擇合格的研究對象後，將研究對象依隨機方式分為實驗組與對照組，然後這兩組分別接受不同措施，在一致的條件與環境下同步進行觀察試驗，並以客觀一致的評價標準對試驗結果進行科學評價，以比較兩組療效差異稱之；CCT 除未採隨機分派方式分組外，餘均與 RCT 同（劉等，2002）。本研究以原始文獻自述屬於 RCT 或 CCT 或是原始文獻描述其研究對象是依隨機分派方式分為實驗組與對照組之臨床實驗稱之。

三、 穴位按摩照護對象/症狀

穴位按摩照護對象泛指原始文獻中執行穴位按摩的場所或介入穴位按

摩的對象及其所處理的症狀稱之。

四、 穴位按摩操作手法

穴位按摩操作手法泛指執行穴位按摩時對穴位的選擇、按摩的手法、按摩力度、按摩頻率、按摩時間。本研究中「穴位的選擇」是指原始文獻中，執行穴位按摩措施時所按摩之穴位名稱；「按摩的手法」是指原始文獻中，執行穴位按摩措施時，所執行之揉、點、捏、切等手法刺激；「按摩力度」是指原始文獻中，執行穴位按摩措施時於每個穴位點上所施重量。「按摩頻率」是指原始文獻中，執行穴位按摩措施時，同一手法於每分鐘重複的次數；「按摩時間」包含四個部份，即原始文獻中，執行穴位按摩措施時，介入時間點、每單一個穴位按摩所需的時間、完成單次按摩療程所需時間（單次療程）、以及完成整個穴位按摩療程次數（總療程）。

五、 照護成效

泛指原始文獻中，穴位按摩介入措施的照護效果是否達統計顯著差異。

六、 研究方法品質

本研究樣本以美國健康照顧政策研究機構（AHCPR），對於文獻實證強度分級為 Ib 與 IIa（表 2-3-2）的隨機分派臨床實驗及具控制對照組臨床實驗（RCT 及 CCT）做為研究樣本。再依 Jadad 分數表（表 2-3-3）對原始文獻中隨機化、盲化與失聯樣本追蹤之分數評斷其研究的嚴謹度。

第五節 研究架構

本研究架構係參考上述文獻歸納而成，欲探討具實證基礎的穴位按摩方案中照護對象/症狀、穴位按摩操作手法、穴位按摩照護成效及研究方法品質。期望在實證（evidence-based）的基礎上，透過系統性文獻回顧法，分析、歸納、總結現有文獻的經驗，找出具「共同性」的治療方案，為將來穴位按摩在護理實務的應用上奠定基礎。本研究架構圖，如圖 2-5-1：

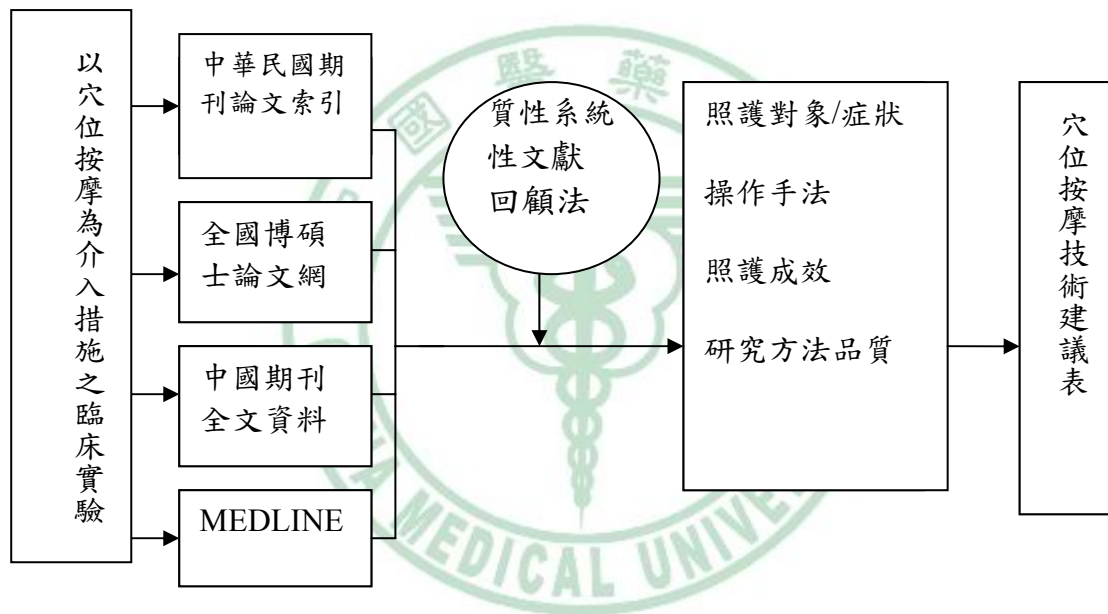


圖 2-5-1 研究架構圖

第三章 研究方法

本研究旨在搜尋目前在台灣、中國大陸、MEDLINE 上以穴位按摩為主要介入措施的臨床實驗，以了解具實證基礎的穴位按摩方案中照護對象/症狀、穴位按摩操作手法、照護成效及研究方法品質。本章將針對相關之研究設計、研究樣本、資料收集過程、研究工具及信效度測試等依序說明。

第一節 研究設計

本研究預彙整以穴位按摩為主要介入措施的臨床實驗性研究，以提供護理人員學習及應用。為達本研究目的，採用系統性文獻回顧法作為本研究之研究方法，說明如下：

一、系統性文獻回顧 (systematic review)

由於本研究將針對探討穴位按摩照護對象/症狀、操作手法、照護成效及研究方法品質，將依據研究目的設計文獻檢索及篩選策略，再將這些文獻進行批判評價，綜合多篇文章的結果，以減少因單篇文章的限制與偏誤，進而增加結論的可信度與正確性。但因研究變項分散，且各主題篇數少，故不做統合分析 (meta-analysis)，改採用質性系統性文獻回顧法 (qualitative systematic review)。

二、系統性文獻回顧法的研究步驟：

本研究之研究步驟是依據郭 (1998)、胡 (2003) 及 Stone(2002)所擬之研究步驟。其步驟如下：1. 列出篩選文章的標準；2. 擬定搜尋策略；3. 依

據文章篩選標準篩選文章；4. 以嚴謹的方式來批評判讀每一篇文獻的品質；5. 資料萃取；6. 綜合分析整理。本文將依循此研究步驟於下列各節陳述。

第二節 研究樣本

本研究在選取研究樣本時，考慮涵蓋以中、英文兩種語言及已發表、未發表的文章來減少偏差（language & publication bias）機會的發生，因此研究樣本分為兩大類：（一）英文資料庫：MEDLINE；（二）中文資料庫：中國期刊全文資料庫、中華民國期刊論文索引、台灣博碩士論文資訊網。

本節將說明本研究中，研究樣本選取的理由與依據，分為下列二部分說明之：資料庫的選取及篩選標準。

一、 資料庫的選取

（一）MEDLINE

為美國醫學圖書館（National Library of Medicine, NLM）於1964年建立的全國性醫學文獻網路MEDLARS，目前有30多個資料庫，其中發展最早，使用率最高的資料庫為MEDLINE(MEDLARS ON LINE)全科學生命醫學資料庫。其光碟系統收錄自1966迄今，每年收錄約3,800種世界著名及權威性生命科學期刊，每個月以22,000筆記錄增加中。所涵蓋之主題範圍包括基礎生命科學、臨床生命科學、生物科學....等十二個領域。從本文第二章（p.29），以系統性文獻回顧法於針刺與穴位按摩的相關文獻可看出，

MEDLINE 均為必要及首選資料庫，可見其重要性。

(二) 中國期刊全文資料庫(China Journal Full-text Database)

「中國期刊全文資料庫」隸屬於中國知識基礎設施工程(China National Knowledge Infrastructure, CNKI)，是中國大陸國家批准的連續電子出版物，由中國大陸清華大學光盤國家工程研究中心，做資料的開發、儲存及服務網路平台的建構。其中，中國期刊全文資料庫，也就是本研究的研究樣本搜尋資料庫之一，此資料庫自 1994 年起，收錄中國大陸學術性期刊，包括理、工、農、醫、文、史、哲、政、經、法、教育、電子等九大專輯 126 專題。其中，醫藥衛生專輯共收錄超過 800 種以上醫學期刊，而中醫藥衛生類期刊收錄總數達 175 種，與北大核心期刊數 176 種相比佔 99.43%，且均以全文顯示，並做即時更新（蕭，2004）。故就方便性及代表性來說，中國期刊全文資料庫，不失為了解中醫藥照護在中國大陸地區實務應用的入門工具。

(三) 中華民國期刊論文索引

「中華民國期刊論文索引」是由中華民國國家圖書館所提供，包括「中華民國期刊論文索引光碟系統」及「國家圖書館期刊目次資料庫」的中文檢索光碟系統，是蒐集中華民國臺灣地區所出版的學術期刊論文篇目及國家圖書館的期刊目次。自 1970 年起發行紙本，其光碟系統自 1998 年發行且每三個月更新一次，2006 年 1 月版光碟共收錄自 1970 年 1 月至 2006 年

1 月臺灣地區所出版的期刊篇目總計 1,914,107 筆，收錄期刊共 4,041 種

(<http://www2.read.com.tw/cgi/ncl3/>)，是台灣地區相當完整的中文期刊出版資訊系統。

(四)、全國博碩士論文資訊網

全國博碩士論文資訊網，為中華民國台灣地區收錄博碩士論文資訊最豐富的資料庫，目前收錄時間自 45 學年度起，論文全文共 67856 筆，論文摘要 290947 筆。自 87 學年度起經教育部核准及委託，辦理全國各校院研究所畢業生線上建檔，目前每篇論文包括摘要、論文目次與論文參考文獻等資訊，自民國 88 年二月奉教育部核示，全權推動博碩士論文全文電子檔案上網作業，並取得授權之各校論文電子全文檔案上網，提供免費下載 (<http://etds.ncl.edu.tw/theabs/about.jsp>)，為提供認識台灣地區高等教育學術現況的重要資料庫。

二、篩選標準 (inclusion and exclusion criteria)

(一) 包含條件

1. 收錄時間：

經確定研究對象後，研究者開始搜尋這四個資料庫，本研究將研究樣本收案截止時間訂為 2005 年 12 月。由於各資料庫收錄起始時間並不相同，故文章選取時間訂立為 MEDLINE (1966 年-2005 年 12 月)、中國期刊全文資料庫 (1994 年-2005 年 12 月)、中華民國期刊論文索引

(1970 年-2005 年 12 月)、全國博碩士論文資訊網 (1999 年-2004 年) (截至 2005 年 12 月，全國博碩士論文資訊網僅收錄至 2004 年畢業生論文)。

2. 關鍵字：

由於研究樣本概分為中、英兩類資料庫，故在關鍵字的擇定，以“穴位按摩”或“穴位點壓”或“指壓”或“指針”或“點穴”或“acupressure”。

3. 入選條件：

入選條件包括(1) 樣本以人為研究對象；(2) 以穴位按摩為主要處置的預期性 (prospective) 臨床實驗性研究；(3) 以徒手進行按摩並能描述穴位名稱或按摩過程；(4) 以中文或英文陳述之文章；(5) 屬於隨機分派或是具控制對照組別的臨床實驗性文章 (即 RCT、CCT)。

(二) 排除條件：

由於本研究欲從現有的穴位按摩臨床實驗中，歸納出穴位按摩的照護對象/症狀、操作手法、照護成效及研究方法品質。故有下列情況者將排除不予收案。(1)提供穴位持續刺激的按摩輔助工具如：wristbands、Sea-Band、acustimulation、Relief Band、TEAS、minute sphere acupressure 以及不同的按摩部位或手法如：耳穴按摩 (auricular-point pressure)、Korean hand acupressure 及 shiatsu 等均排除。(2)回顧性文章，

多為整合各篇研究結果，未明確陳述按摩手法，故同樣排除在本研究之外。(3)應用多重治療措施，無法解釋穴位按摩治療成效的文章。

第三節 資料收集過程

系統性文獻回顧法，強調以完整的文獻檢索 (search) 及評價 (appraise) 步驟去進行文章整合，以減少因單篇文章的限制與偏誤，增加結論的信度與正確性 (胡，2003)。本研究即依循這兩大步驟進行，同時制定研究工具進行文章評價與資料萃取的工具。

在文獻檢索與篩選過程中，系統性文獻回顧強調最好有兩位獨立審核者，依據文章篩選標準來決定文章的合適性，詳細記載篩選方法、程序，若有被排除的文章，應陳述原因，若兩位評論者意見相左時，可藉由協商或與第三者討論來解決 (胡，2003；Pan, et al., 2000; Stone, 2002)。由於本研究將研究樣本鎖定下列四個資料庫，而各個資料庫特性並不相同，根據本章第二節文章篩選標準，擬定不同的搜尋策略，進行資料的收集，過程如下：

一、MEDLINE

研究者進入 MEDLINE 資料庫，根據本章第二節文章篩選原則及欲尋求文章的屬性，首先鍵入 “acupressure” “clinical trial” “randomized control trial ”，並無法找出合適的文章，故研究者改變搜尋策略，僅鍵入

關鍵字“acupressure”，共找出 313 篇相關文章。研究者接著再將搜尋範圍限定在“Humans 及 English Language”，且於 1966 年至 2005 年 12 月前發表，共得出 280 篇文章。

第一次篩選，研究者逐筆列印出這 280 篇文章的標題、摘要、文章類型欄，依此排除非實驗性及回顧性文章共 175 篇，剩餘 105 篇文章。第二次篩選時，研究者再次詳細審閱這 105 篇文章，依本章第二節文章篩選標準，從文章的標題、摘要或全文內容中去評斷，排除不合適的文章（以螢光筆標示）。並於該筆資料旁註明被排除的原因，共排除 75 篇文章，其中以應用穴位按摩輔助工具為主要照護措施的文章最多有 45 篇，包含：acupressure band (Sea band) 有 35 篇，acustimulation (Relief-band) 有 6 篇，應用 minute sphere acupressure 有 2 篇，TEAS 2 篇；而以其他操作手法的文章也有 23 篇，包含：應用耳穴壓豆的文章有 6 篇，屬於 Korean hand acupressure 的文章有 5 篇，應用針刺、穴位注射及雷射針的文章共有 5 篇，Shiatsu 有 2 篇，穴位磁療法 1 篇，穴位貼敷法 2 篇，非穴位治療也有 2 篇。另有 2 篇因非屬 RCT 或 CCT 的文章而被排除；有 1 篇文章應用多重治療（實驗組以 TEAS 合併精油穴位按摩，對照組則依循常規照護），致使穴位按摩療效不明確而被排除。

另有 3 篇文章其研究設計及研究品質都很嚴謹，強調穴位按摩操作手法是影響研究結果的關鍵因素，但文中僅說明邀請資深穴位按摩師參與，

並未描述穴位名稱或按摩過程，故同樣被排除在本研究之外。另外，有 1 篇內容相似但發表於兩個期刊，故扣除其中一篇，經扣除上述 75 篇文章後，從 MEDLINE 資料庫中共篩選出 30 篇文章（見圖 3-3-1）。

二、 中國期刊全文資料庫（China Journal Full-text Database）

研究者進入中國期刊網全文資料庫後，點選進入『高級檢索區』，於總目錄區點選『醫藥衛生輯專欄目錄』，將搜尋範圍選定在『中醫學』及『中國病例集粹—中醫』這兩大範圍，且於 1994 年至 2005 年 12 月以前所刊登的文章，鍵入“穴位按摩”或“穴位點壓”或“指壓”或“指針”或“點穴”做『關鍵字』搜尋，共檢索出 1719 篇相關文章。為尋求屬於隨機分派對照之實驗性研究，研究者再鍵入“隨機”作為全文的二次檢索條件，得出 124 篇文章。於是研究者先列印出前、後各十篇文章全文，以判定文章的合適性；由於有多篇文章於編寫格式中並未列出關鍵字，為確保文章搜尋的完整性，研究者再次以上述關鍵字“穴位按摩”或“穴位點壓或“指壓”或“指針”或“點穴”做『篇名』的檢索，得出 1108 篇文章，再鍵入“隨機”作為『全文』的二次檢索條件，得出 92 篇文章。經逐篇比對、融合、排除相同文章，共整合出 134 篇文章。

第一次篩選時，研究者逐筆列印出這 134 篇文章的作者、標題、期刊名、卷數、期數後，逐篇審閱摘要或全文。且依本章第二節文章篩選標準，

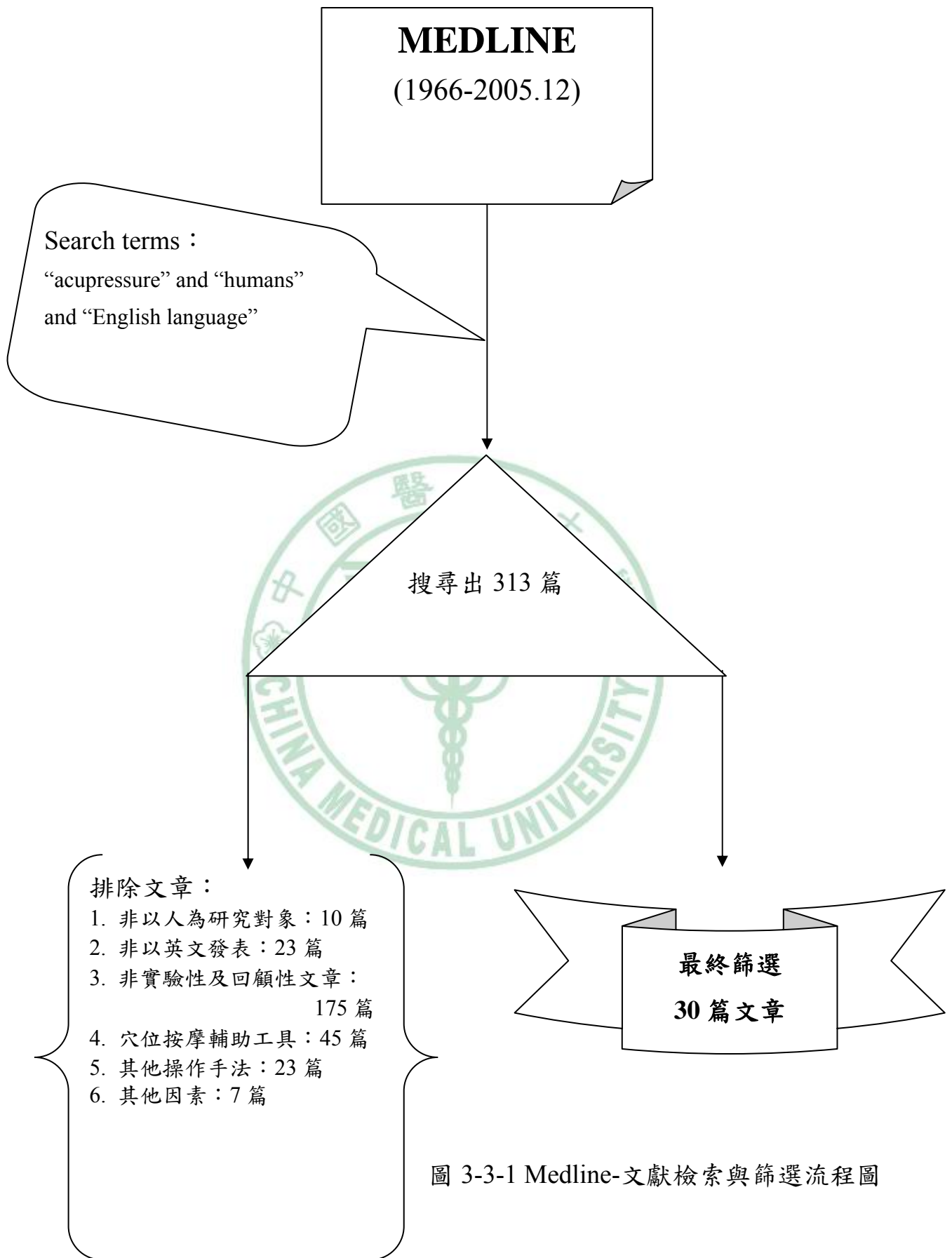


圖 3-3-1 Medline-文獻檢索與篩選流程圖

排除不合適的文章（以螢光筆標示），並於該筆資料旁註明被排除的原因。共排除 102 篇文章，其中以多重治療最為常見，有 49 篇之多，例如：劉、姜（1995）合併穴位按摩、艾灸及拔火罐三種治療手法處理顏面神經麻痺症狀，雖然實驗組照護成效優於對照組，但是無法解釋是穴位按摩的照護成果，故這一類文章被排除。同樣的，有 1 篇文章將實驗組與對照組分別採用不同穴位及不同的按摩手法，無法判定是選穴因素還是按摩手法不同影響治療成效，亦未列入探討文章。

應用推拿按摩手法的文章有 22 篇，在本文第二章中提到，穴位按摩只是眾多中國式按摩手法中的一種，包括：牽引、扳法、伸法、整脊等推拿手法，並不包含在本研究範圍內。

應用輔助性儀器有 9 篇，如：推按運經儀、高壓低頻交流電點穴治療儀、高壓電子點穴筆..等，多提供持續性施壓，且未說明穴位按摩手法，故也不在研究範圍內。

研究設計以隨機觀察、隨機選樣而非隨機分派的文章，或是僅為個人治療經驗陳述的文章共有 9 篇。依中醫辯證原則，文中描述採對證取穴，依『特定區』、『特定穴』而未陳述穴位名稱及操作手法的文章有 3 篇；應用耳穴或手部反射區做穴位治療的有 3 篇；屬於回顧、評論性文章有 2 篇；以針刺或磁針為主要治療措施的有 2 篇；屬於動物實驗的文章有 2 篇；以藥效判定為主要研究目的文章有 1 篇。經扣除上述 102 篇文章後，從中國

期刊全文資料庫共篩選出 32 篇文章。(見圖 3-3-2)。

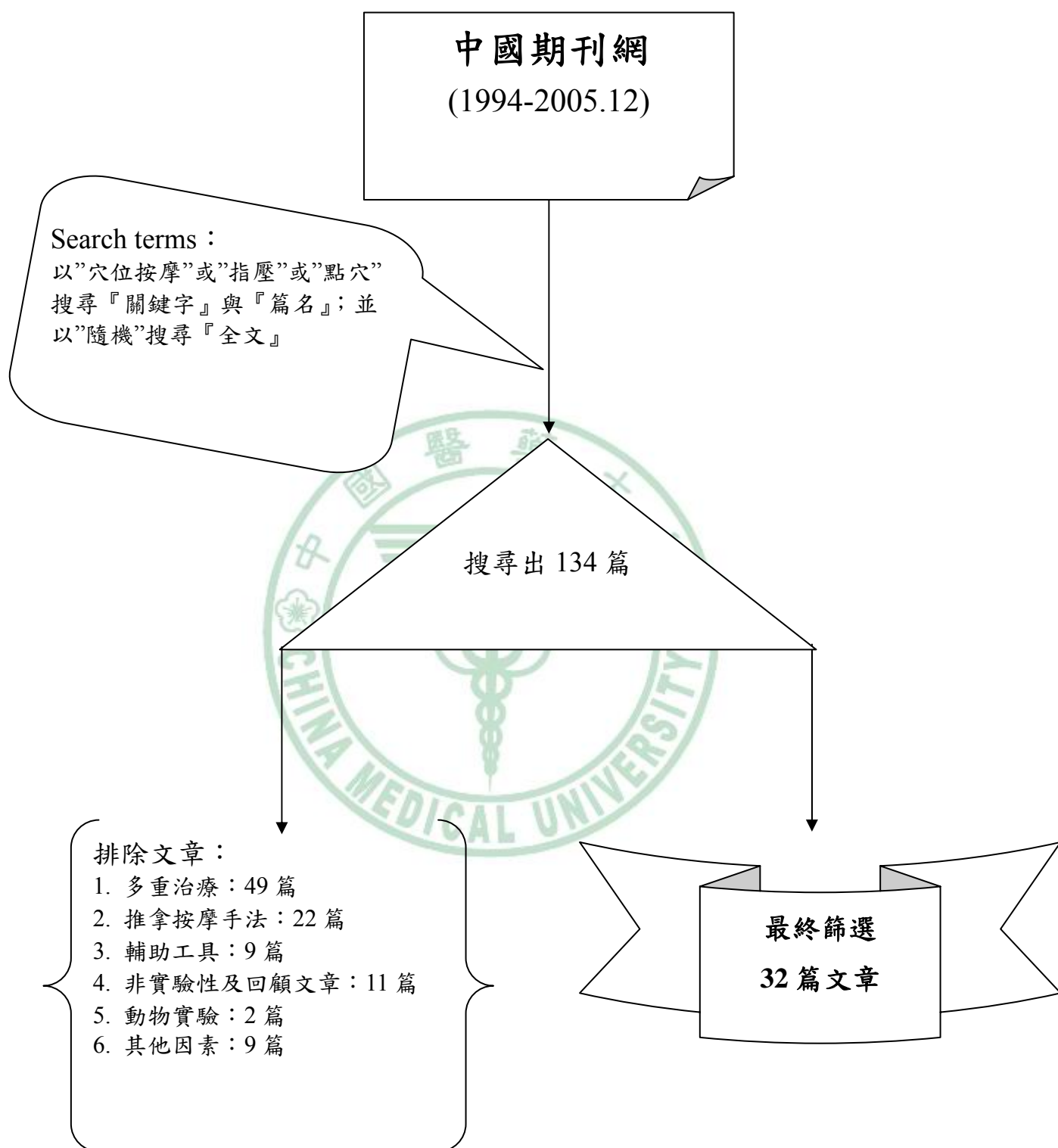


圖 3-3-2 中國期刊網-文獻檢索與篩選流程圖

三、 中華民國期刊論文索引

研究者進入「中華民國期刊論文索引」資料庫後，進入『簡易查詢』，依據先前擬定的關鍵字，首先鍵入“穴位按摩”，共找出 3 篇相關文章。其中 1 篇不屬於 RCT 或 CCT 文章，2 篇為非實驗性文章，不符合本研究收案條件。

研究者再鍵入“穴位指壓”，得出 4 篇相關文章，其中 2 篇為非實驗性文章，僅 2 篇符合本研究收案條件；當鍵入關鍵字“穴位點壓”，在 2 篇文章中，1 篇為非實驗性文章，僅 1 篇符合收案條件；於是研究者再鍵入“指針”，在 106 篇相關文章中，全部與國際關係、戰略科技或產業方針有關；當鍵入“點穴”，同樣的 7 篇文章全與國防科技『點穴戰術』有關，而與穴位按摩無關。

於是研究者改鍵入關鍵字“acupressure”，在 15 篇文章中，有 9 篇為非實驗性文章，其中 1 篇為應用耳穴治療的文章，餘下 5 篇文章中，有 3 篇是同樣收錄於 MEDLINE 的雜誌（護理研究 *Journal of Nursing Research* 及麻醉學雜誌 *Acta Anaesthesiologica Sinica*），有 1 篇與發表於 MEDLINE 裡的文章內容相似。且這 15 篇文章，均包含上述關鍵字的搜尋結果，故本資料庫最後以“acupressure”作為搜尋關鍵字。經排除重複出現，由中華民國期刊論文索引內僅篩選出 1 篇文章（#21）【註一】（見圖 3-3-3）。

【註一】：#21 為附錄四研究樣本，編號第 21 號的文章。

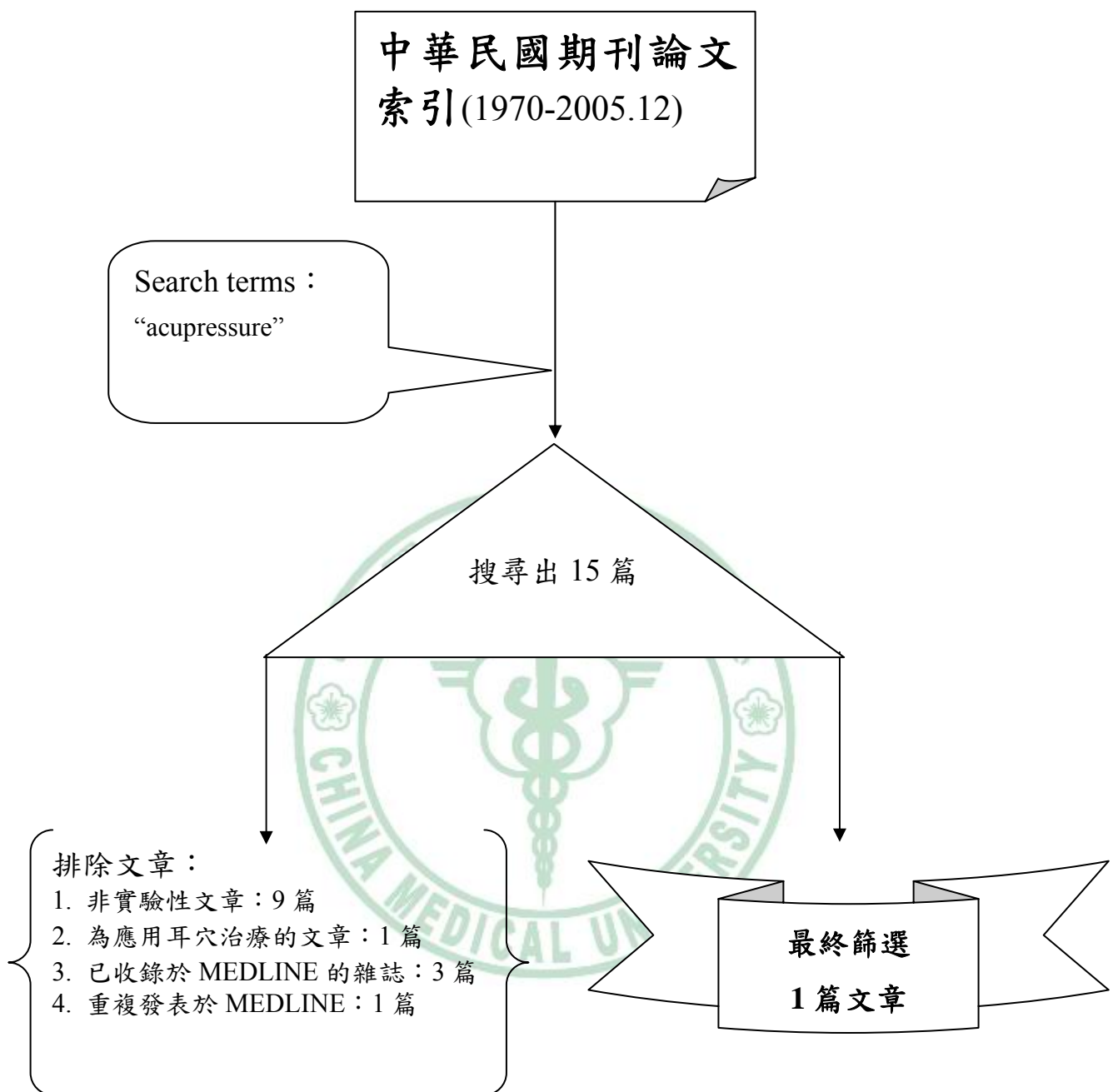


圖 3-3-3 中華民國期刊論文索引-文獻檢索與篩選流程圖

四、全國博碩士論文資訊網

研究者進入「全國博碩士論文資訊網」後，鍵入關鍵字“穴位按摩”或“指壓”或“指針”或“點穴”，得出 64 篇相關文章，依題目名稱、系所別判定，與上一個資料庫「中華民國期刊論文索引」初步搜尋結果類似，有許多與穴位按摩無關的文章出現。故研究者改以“acupressure”作為關鍵字，得出 15 篇與穴位按摩相關的文章，經逐篇列出摘要審閱發現，在這 15 篇論文中全部為碩士生論文，其中 1 篇為配合氣功療法治療下背痛、1 篇為應用耳穴戒菸、1 篇非穴位療法、1 篇非實驗性研究、有 5 篇已發表於 MEDLINE 所收錄的雜誌，1 篇發表於中華民國期刊論文索引中的雜誌，經排除上述不適合的文章及重複出現者，於全國博碩士論文資訊網內共篩選出 5 篇文章（見圖 3-3-4）。

綜合上述 4 個資料庫，搜尋出 477 篇與穴位按摩相關的文章，經本章所列文章入選與排除條件審核後，有 68 篇（見附錄四）符合條件，納入研究範圍（見表 3-3-1）。

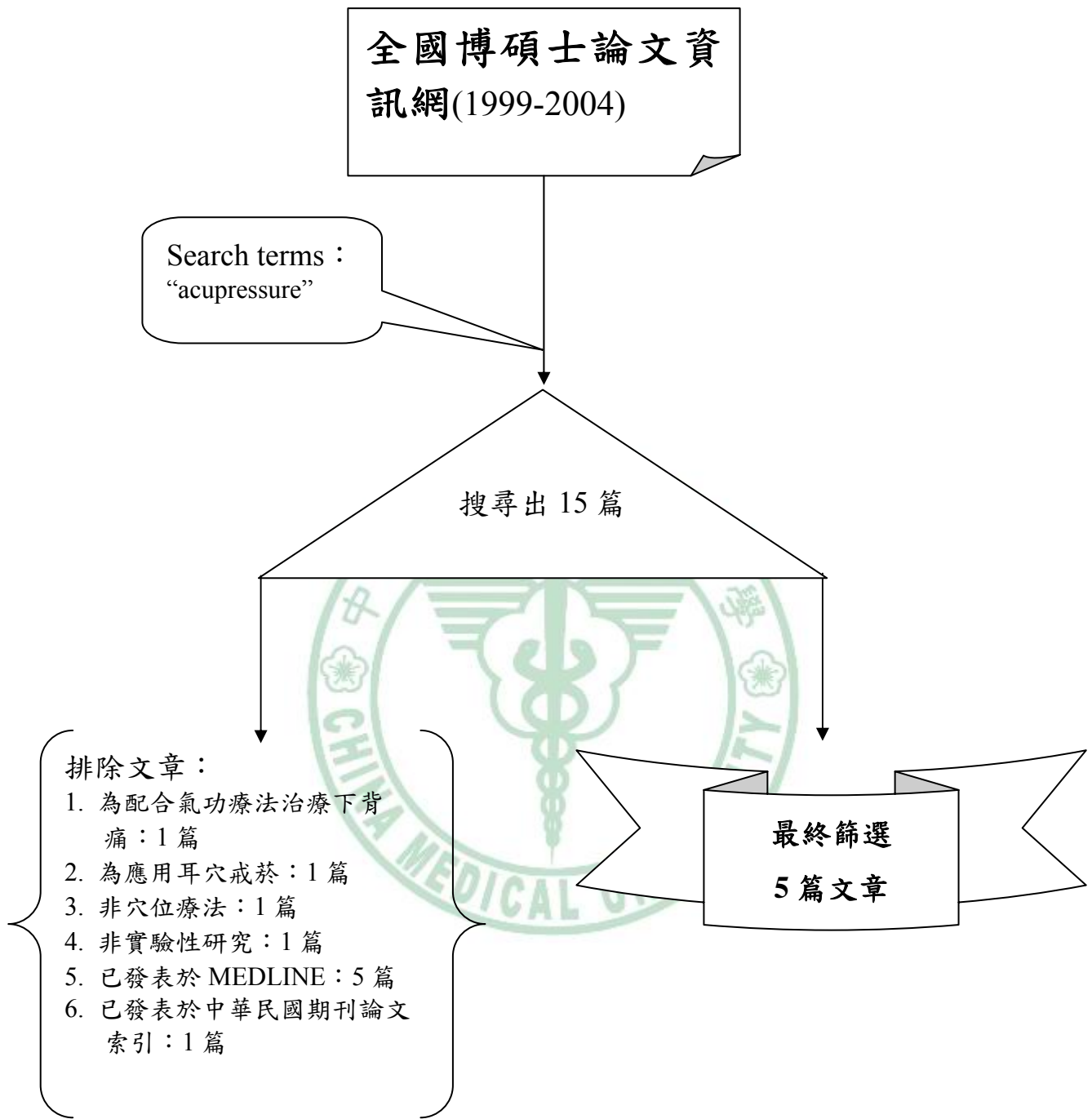


圖 3-3-4 全國博碩士論文資訊網-文獻檢索與篩選流程圖

表 3-3-1 4 個資料庫之搜尋策略與搜尋結果總表

資料庫	搜尋項目	搜尋總 篇數	排除 篇數	最終篩 選篇數	排除理由
MEDLINE (1966-2005.12)	“acupressure” and “humans” and “English language”	313	283	30	1. 非實驗性文章及回顧性文章：175 篇 2. 穴位按摩輔助工具：45 篇 3. 非以英文發表：23 篇 4. 其他操作手法：23 篇 5. 非以人為研究對象：10 篇 6. 其他因素：7 篇（多重治療、缺穴位及按摩手法…）
中國期刊全文資 料庫 (1994-2005.12)	以”穴位按摩”或” 指壓”或”點穴”搜 尋『關鍵字』與 『篇名』；並以” 隨機”搜尋『全 文』	134	102	32	1. 多重治療：49 篇 2. 推拿按摩手法：21 篇 3. 輔助工具：9 篇 4. 非實驗性及回顧文章：8 篇 5. 動物實驗：2 篇 6. 其他因素：13 篇（專家個人經驗、缺穴位及按摩手法..）
中華民國期刊論 文索引 (1970-2005.12)	“acupressure”	15	14	1	1. 非實驗性文章：9 篇 2. 應用耳穴治療的文章：1 篇 3. 已收錄於 MEDLINE 的雜誌：3 篇 4. 重複發表於 MEDLINE：1 篇
全國博碩士論文 資訊網 (1999-2004)	“acupressure”	15	10	5	1. 配合氣功療法治療下背痛：1 篇 2. 應用耳穴戒菸：1 篇 3. 非穴位療法：1 篇 4. 非實驗性研究：1 篇 5. 已發表於 MEDLINE：5 篇 6. 已發表於中華民國期刊論文索引：1 篇
總計篇數		477	409	68	

第四節 研究工具

本節將描述本研究所使用之研究工具「穴位按摩登錄表」(附錄二)，以此進行文章評價與資料的萃取工作。以下為本研究工具的登錄項目及其操作型定義：

一、基本資料：

(一) 作者：指該篇文章第一作者姓名。

(二) 年份：指該篇文章刊登於期刊的年份，未發表的碩博士論文則是指登錄於碩博士論文網上之出版年。

二、 穴位按摩照護對象/症狀：

(一) 執行場所：指該篇文章中執行穴位按摩的場所。

(二) 介入對象：指該篇文章研究對象的健康或疾病狀況。

(三) 樣本數：指該篇文章中實驗組與對照組之樣本個數。

(四) 症狀：指該篇文章研究對象所處理的症狀。

三、 穴位按摩操作手法：

(一) 穴位名稱：指該篇文章於執行穴位按摩時所使用的穴位。

(二) 按摩手法：指該篇文章於執行穴位按摩所採行之揉、點、捏、切等手法。

(三) 按摩力度：指該篇文章於執行穴位按摩時，於每個穴位點上所施的公斤數或壓力大小。

(四) 按摩時間：包含五個部份，指該篇文章於執行穴位按摩時 1. 介入時間點；2. 每次於每一個穴位點完成按摩技術所需的時間；3. 單次療程：是指完成單一次穴位按摩所需時間；4. 每週執行穴位按摩的次數；5. 總療程：是指完整一個穴位按摩療程的按摩總次數。

四、照護成效

指該篇文章對穴位按摩介入措施照護效果之陳述，包括：(一) 評估工具：指該篇文章對穴位按摩介入措施成效的評估工具，『A』代表依個案主觀評斷照護效果；『B』代表以量表作為評估工具；『C』表示以生理指標做為評估工具。(二) 研究結果：『+』表示介入穴位按摩措施後，實驗組與對照組比較達顯著差異 ($p < 0.05$)；未達顯著差異則以『-』表示。

五、研究方法品質

本研究之研究方法品質是以 Jadad 分數表 (1996) (見表 2-3-3) 做為評斷 RCT 或 CCT 品質之依據，分數為 0 至 5 分，分數越高代表文章實證品質越高。

第五節 信、效度測試

一、效度

本研究採用研究工具之內容效度檢定，邀請針灸醫師、中醫臨床護理人員、中醫護理老師、西醫臨床護理人員等作為專家內容效度之鑑定 (見

附錄三)。專家們依本研究目的檢視研究工具各登錄項目之適用性與文句的清晰明確性給予評分 (content validity index, CVI)，其評分標準是依四分法如下：

(一) 1分「不適用、文句不明確」，表示該項目應完全修改或刪除。

(二) 2分「部分適用、文句部分明確」，表該項目可保留，但須大幅度修改。

(三) 3分「適用、文句大部分明確」，表示該項目值得保留但須部分修改。

(四) 4分「非常適用、文句相當明確」，表示該項目不需修改且不可省略。

將專家認為非常適用與適用的總分，除以所有評分專家人數，取得專家的 CVI 值。其中，有專家認為將穴位按摩照護對象，界定為該篇文章研究對象的健康或疾病狀況不夠明確，可能造成歸類不易，建議更改為有無重大或慢性之疾病敘述，但因有部分研究樣本是以健康的自願者為研究對象，故與論文指導教授及專家討論後，仍維持原來題目，待資料萃取完畢再行分類與歸納。另有專家認為，要收集目前穴位按摩時，於每個穴位點上所施公斤數的資料可能不容易，建議修改。由於此為本研究很重要的一個變項，故與專家討論後修訂為於每個穴位點上所施公斤數及所施壓力大小之陳述。在穴位按摩照護成效這個部份，原先以該篇文章對介入措施成效之陳述，專家認為不夠明確，經與專家及論文指導教授討論後，修訂為該穴位按摩介入措施成效之陳述，包括評估工具及研究結果等二部份。

CVI 值 = 專家評 3 或 4 分的題數 / 總題數

本研究『穴位按摩登錄表』專家效度 CVI 值為 0.98，詳見表 3-5-1

表 3-5-1 穴位按摩登錄表內容效度

項目	CVI 值
基本資料	
作者	1.00
年份	1.00
介入措施	1.00
穴位按摩照護對象	
執行場所	1.00
介入對象	0.75
樣本數	1.00
症狀	1.00
穴位按摩操作手法	
穴位名稱	1.00
按摩手法	1.00
按摩力度	1.00
按摩時間	1.00
按摩頻率	1.00
穴位按摩照護成效	1.00
研究方法品質	1.00
總分	0.98

二、信度

在系統性文獻回顧中，信度是指在文獻檢索、評價與萃取的過程中，不同的評論者（reviewer）有一致的結果（郭，1998；Ezzo et al., 2005; Pan, et al., 2000）；即評論者的內在一致性（inter-rater reliability）（Pan, et al., 2000; 胡，2003）。由於本研究為碩士生論文，在文獻檢索與篩選過程中，由研究者依各資料庫特性，逐步檢索出相關文章，並依不同資料庫別，逐筆編碼列出。再將不合適的文章以螢光筆標示排除，並在該筆資料前紀錄被排除

的原因。接著整合四個資料庫的文章，排除重複出現者，交由論文指導教授逐筆審閱，並逐筆討論文章合適性，使達相互同意度 100%。

在文章評價與萃取過程，本研究是由研究者與另一評論者進行，步驟如下：

(一) 選定評論員一名；該評論員為中醫護理相關研究所碩士班畢業，受過完整中醫護理訓練及研究方法學訓練，目前從事中醫護理教育工作，有穴位按摩教學與臨床經驗。

(二) 研究者將制訂「穴位按摩登錄表」與各項目操作定義表，經「專家效度」檢測後（見本節「效度」），交與該評論員閱讀並詳細說明登錄原則及方式。首先隨機抽出 2 篇非本研究樣本的文章進行前測，2 人相互同意度達 0.85，再次討論並澄清相關概念。

(三) 研究者與該評論員分別且各自以「穴位按摩登錄表」進行研究樣本文章評價與萃取工作。

(四) 進行評論者內在一致性信度檢測，依據公式如下（馬等人，2001）

$$P = 2M / (N1 + N2)$$

M：表示兩人同意項目數；

N1：研究者應有的同意項目數； N2：評論員應有的同意項目數

(五) 進行反覆十次內在一致性檢測，直到最後相互同意度 100%。

第四章 研究結果

本章根據研究目的與研究工具「穴位按摩登錄表」(附錄二)進行文章的登錄及資料的萃取工作，經綜合整理成「穴位按摩分析表」，本章依此結果概分為下列重點敘述：基本資料分析、穴位按摩內容分析及研究方法品質分析。

第一節 基本資料分析

本研究透過質性系統性文獻回顧法，從 MEDLINE、中國期刊全文資料庫、中華民國期刊論文索引及台灣博碩士論文資訊網等四個資料庫，經文獻檢索、篩選整理出 68 篇與穴位按摩相關之實證性文章，這 68 篇文章基本資料分述如下：

一、研究樣本第一作者背景：

68 篇文章，第一作者國籍的分佈，以中國人發表最多，其中，中國大陸的作者有 32 篇佔 47.1%，中華民國台灣的作者則有 19 篇佔 27.9%，國外的作者 17 篇佔 25%。這 68 篇文章第一作者的工作單位，均為醫院或醫學院，除 24 篇無法確認其身分外(23 篇中國大陸及 1 篇印度人所撰寫的文章)，以具護理人員身分所做的研究最多，有 30 篇佔 68.2%，值得一提的是，台灣人所做的 19 篇文章中，均為護理老師或臨床護士。以臨床醫師身分撰寫的文章有 11 篇，其中以麻醉科醫師最多有 6 篇。不具醫、護背景的醫學院教師則有 3 篇(見表 4-1-1)。

表 4-1-1 研究樣本第一作者背景資料分析

國籍/身分	護士	醫師	教師	不清楚	合計	%
中國大陸	7	2 (麻醉+正骨)	0	23	32	47.1%
中華民國台灣	19	0	0	0	19	27.9%
美國	3	1 (牙)	2 (心理)	0	6	8.7%
瑞典	0	2	0	0	2	2.9%
印度	0	1 (麻醉)	0	1	2	2.9%
伊朗	0	0	1	0	1	1.5%
韓國	1	0	0	0	1	1.5%
奧地利	0	1 (麻醉)	0	0	1	1.5%
愛爾蘭	0	1 (麻醉)	0	0	1	1.5%
克羅埃西亞	0	1	0	0	1	1.5%
希臘	0	1 (麻醉)	0	0	1	1.5%
土耳其	0	1 (麻醉)	0	0	1	1.5%
合計	30	11	3	24	68	100%

二、研究樣本年度分佈

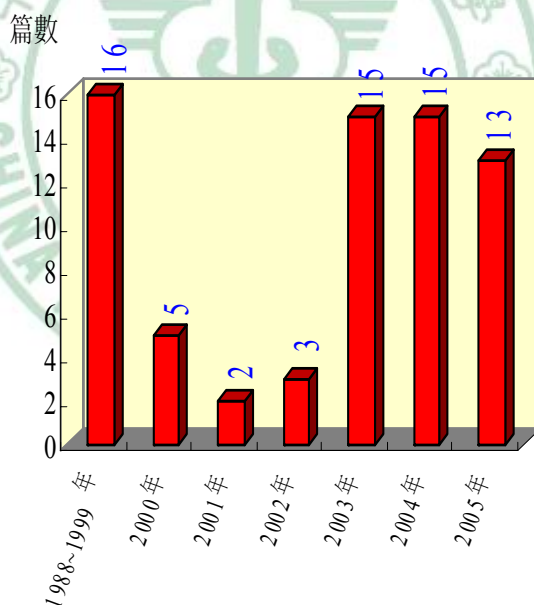


圖 4-1-1 研究樣本年度分布圖

從這 68 篇穴位按摩相關實證文章在各年分布狀況來看，自 2003 年起文章量有逐漸增加趨勢，尤其 2003 及 2004 年，單一年文章量即達 15 篇，相當於 1988 至 1999 這 12 年間穴位按摩實證性文章總數（圖 4-1-1）。

三、樣本數

在 68 篇文章中，實驗組樣本數從 8 位 (#1 及#67) 至 200 位 (#14) 不等，以 30-49 位最多佔 39.7%，小於 50 位樣本數的文章有 50 篇佔 73.5% (如表 4-1-2)。

表 4-1-2 研究樣本所實施介入措施的個案數統計表

個案數	篇數	%
<30	23	33.8%
30-49	27	39.7%
50-99	12	17.6%
>100	6	8.9%
合計	68	100.0%

四、穴位按摩執行場所

在 68 篇文章中，執行穴位按摩的場所以醫院最多，有 54 篇，佔 79.4%，尤其是在「一般病房」及「門診」內所執行的穴位按摩照護措施的文章有 37 篇之多，若加上特殊單位如：產房、洗腎室、手術準備室等則達 47 篇，佔總文章半數以上。其次為在「家中」執行的有 5 篇（多為處理妊娠孕吐問題，將自我穴位按摩納入衛教方案中），在學校「保健室」執行按摩的有 3 篇，於「養老院」中的有 2 篇，甚至於「救護車」上也有 1 篇相關文章（見表 4-1-3），而上述地點，多是護理人員的工作職場。

五、穴位按摩所處理的症狀

68 篇穴位按摩相關文章，以健康自願者為介入對象有 4 篇佔 5.9%，以病患或有不適症狀者為介入對象者有 64 篇佔 94%，而穴位按摩所處理的症

狀，可概分為 7 個主要症狀，19 個次症狀，各症狀文章分佈見表 4-1-4。

表 4-1-3 執行穴位按摩場所分布統計表 N=68

穴位按摩場所	篇數	%
●醫院	<u>54</u>	<u>79.4%</u>
病房	27	39.7%
門診	10	14.7%
檢查室（胃鏡、支氣管鏡、實驗室）	6	8.8%
洗腎室	5	7.4%
產房	4	5.8%
手術準備室	1	1.5%
醫院附屬肺訓練班	1	1.5%
●學校	<u>4</u>	<u>5.9%</u>
保健室	3	4.4%
教室	1	1.5%
●其他	<u>10</u>	<u>14.7%</u>
家中	5	7.4%
養老院	2	2.9%
救護車	1	1.5%
不詳	2	2.9%

表 4-1-4 穴位按摩所處理的症狀統計表 N=68

症狀	篇數	%
●噁心嘔吐相關症狀	<u>19</u>	<u>27.9%</u>
噁心或嘔吐	15	22.1%
喉痙攣	2	2.9%
打嗝	2	2.9%
●疼痛相關症狀	<u>15</u>	<u>22.1%</u>
痛經	4	5.9%
產痛	4	5.9%
傷口痛	2	2.9%
骨骼肌或平滑肌疼痛 (偏頭痛、腰扭傷、腎絞痛、胃痛、膽絞痛)	5	7.4%
●精神心理症狀	<u>10</u>	<u>14.7%</u>
疲憊、憂鬱	4	5.9%
睡眠障礙	4	5.9%
焦慮	2	2.9%
●呼吸道症狀	<u>8</u>	<u>11.8%</u>
呼吸困難	7	10.3%
鼻炎症狀	1	1.5%
●腸胃道蠕動	<u>7</u>	<u>10.3%</u>
●泌尿系統症狀	<u>5</u>	<u>7.4%</u>
尿瀦留	4	5.9%
遺尿	1	1.5%
●其他	<u>4</u>	<u>5.9%</u>
(老年癡呆、流產後出血與腹痛、心率血壓變化、糖尿病周圍神經病變)		

第二節 穴位按摩內容分析

由於本研究欲探討目前具實證基礎的穴位按摩方案中，檢視其照護對象/症狀、穴位按摩操作手法、照護成效及研究方法品質。故本節依表 4-1-4 穴位按摩所處理的症狀統計表做為分類依據，逐項探討上述研究目的。

(一) 噁心嘔吐相關症狀

19 篇處理噁心嘔吐相關症狀中，包含了噁心和嘔吐、喉痙攣及打嗝等三項次症狀。

(1) 噁心、嘔吐問題：15 篇處理噁心、嘔吐問題中，其照護對象分別為癌症化療病患 (#1-2)、手術後病患 (#3-4)、妊娠孕吐 (#5-8)、暈車 (#9)、牙科治療有強烈作嘔反應的病患 (#10)、進行鼻胃管留置患者 (#12-13)、胃鏡檢查患者 (#14-15) 及預防因注射顯影劑造成噁心嘔吐等患者 (#11) (見表 4-2-1)。

綜觀這 15 篇處理噁心嘔吐問題的文章中，在穴位的選用上均以「內關穴」做為主要且首選穴位，再配合合谷、足三里、手神門等配穴。在按摩手法的應用，Ming (2002) 描述以壓放方式，每 6 秒為 1 個循環，前 2 秒開始施壓，第 3、4 秒持續施壓，到了第 5、6 秒時則逐漸放鬆，如此壓 6 秒→放鬆，續壓 6 秒→放鬆，共達 5 分鐘 (#3)。有 2 篇描述以持續按壓手法 (#10、#13)，有 3 篇應用按揉手法 (#4、#12、#14)，1 篇應用掐切手法 (#15)，其餘 8 篇文章則未說明手法 (#1、#2、#5、#6、#7、#8、#9、#11)。

在按摩力度上，除 Ming (2002) 陳述每穴施以 3-5 公斤力量外；有 5 篇文章作者提到，按摩力度應讓個案自覺酸、麻、脹、痛，以此標準作為調整施力大小的依據 (#4、#10、#12、#13、#14)，其餘文章則未陳述。

至於按摩的介入時間也不一致，除了暈車、牙科治療、輔助胃鏡、鼻胃管留置及注射顯影劑等以立即性單一處置外，其餘每天按摩 3-4 次 (#1、#2、#3、#4、#6、#8)，每穴按摩時間從 3-5 分鐘 (#1-5) 至 10-30 (#6-9) 分鐘不等。綜合看來，若為單一穴位或自我穴位按摩，則每一穴位按摩時間可長些，若為多重配穴，則各穴平均按摩時間縮短，即單次穴位按摩療程約在 10-15 分鐘內完成。

這 15 篇文章在按摩成效上均呈正向結果 ($p < 0.05$)。Lu (2000) 在研究設計中加入假穴位的安排，陳述真穴位組較假穴位組按摩效果好 (#10)；其餘 14 篇文章僅就實驗組與對照組作比較，文中均表示穴位組比對照組有較少噁心或嘔吐症狀，且達統計顯著。其中，有 3 篇文章，實驗組樣本數僅有 8~20 人，其代表性可能受質疑 (#1、#2、#8)。楊 (1999) 針對 30 例行硬膜外麻醉後甦醒患者提供內關及合谷穴穴位按摩，對於無噁心症狀者僅提供 3 次穴位按摩，有噁心症狀者則增加按摩次數，不一致的介入措施，可能影響按摩成效的判斷 (#4)。有 4 篇文章僅以個案主觀陳述有效或無效作為按摩成效評估工具，未說明研究工具信、效度檢定 (#4、#12、#14、#15)。在研究方法品質評估上，依 Jadad 分數表有 6 篇文章被

評為 1 分，其中有 4 篇為 RCT 文章，2 篇屬 CCT 文章，在 RCT 文中僅自述採隨機分組，未說明研究過程中，隨機分派方式、樣本失聯及盲化處理的過程（#4、#12、#14、#15）。綜合上述，雖然穴位按摩在噁心嘔吐的照護成效上均呈現正向結果，但部分研究其實驗組樣本數少、穴位按摩介入措施不一致以及穴位按摩成效評估工具未做信、效度檢定，研究方法不夠嚴謹可能影響研究結果的推論。

(2) 喉痙攣：預防喉痙攣的文章有 2 篇，其照護對象為為手術後兒童拔除氣管內管所做的預防性介入措施（見表 4-2-1）。這 2 篇文章，共同的穴位選擇為「少商穴」，在按摩手法的應用上，以拇指尖切按少商穴，每隔 10 秒鐘放鬆 1 次，反覆切按 1-2 分鐘。穴位按摩力度不清楚，僅說明以中等壓力。按摩成效以喉痙攣發生次數與血中氧濃度做比較，達顯著差異（#16-17），這 2 篇 RCT 文章，僅自述採隨機分組，但未說明隨機方式、樣本失聯及盲化處理過程，其研究方法品質被評為 1 分。

(3) 打嗝：其照護對象為打嗝患者，2 篇文章在穴位的選擇不同（見表 4-2-1），採持續按壓，靳（2003）提到所施的壓力以患者感到酸、脹、痛為宜（#19）；這 2 篇文章描述每天按摩 1-2 次，每次 10-30 分鐘；按摩成效以自覺打嗝症狀消失為評估依據，未說明研究工具信、效度檢定；這 2 篇 RCT 文章其研究方法品質也被評為 1 分（#18、#19）。

表 4-2-1 噁心嘔吐相關症狀之穴位按摩分析表

症狀	對象(實驗組樣本數)	操作手法	文獻編號	研究品質	成效
噁心嘔吐	1. 癌症化療患者 (n=8 至 20)	<u>穴名</u> : 內關 (或加上足三里) <u>手法、力度</u> : (—) ^e , 穩定持續壓力 <u>時間</u> : 於化療期間, 3 次/天, 3-5 分鐘/穴, 15 次-21 次/總療程 (至化療結束)	#1 ^f #2	3 1 (CCT)	工具: B 結果: +
	2. 手術後患者 (n=30 至 50)	<u>穴名</u> : 內關、手神門 (或合谷) <u>手法</u> : 以拇指腹按揉或壓放 (壓 6 秒→輕放→壓 6 秒→輕放) <u>力度</u> : 3-5 公斤 (或案自覺酸、麻、脹、痛) <u>時間</u> : 於術前 1 小時、術後 2 及 10 小時或麻醉甦醒後立刻執行, 3-5 分鐘/每穴, 10-15 分鐘/單次療程, 3 次/總療程	#3 #4	4 1	工具: B ^b A ^a 結果: +
	3. 妊娠孕吐 (n=11 至 119)	<u>穴名</u> : 內關穴 <u>手法、力度</u> : (—) <u>時間</u> : 清晨或噁心時按摩 2-4 次/天, 5-15 分/穴/單次療程, 8-16 次 (4 天評值成效)/總療程	#5-6 #7 #8	4 3 1 (CCT)	工具: B 結果: +
	4. 暈車 (n=16)	<u>穴名</u> : 內關穴 <u>手法、力度</u> : 有節奏指壓 (1 次/1 秒), 力度 (—) <u>時間</u> : 12 分鐘/穴/單次療程, 1 次/總療程	#9	2	工具: B、C ^c 結果: + ^d
	5. 牙科有強烈作嘔 反應患者 (n=17)	<u>穴名</u> : 內關穴 <u>手法、力度</u> : 以拇指按壓, 當有痛感時輕放直到麻感 <u>時間</u> : 此壓力穩定持續整個牙科治療過程, 但未說明時間	#10	3	工具: A、B 結果: 真穴組較假 穴位組效果好。

表 4-2-1 (續)

	6. 鼻胃管留置 (n=43 至 168)	穴名：內關（或加合谷） 手法、力度：採點按、點揉交替或拇指持續按壓，力度以患者感受酸、麻、脹 時間：於整個插胃管過程中	#12 #13	1 1	工具：A A、C 結果：+
	7. 胃鏡檢查患者 (n=132 至 200)	穴名、手法、力度：於內關、足三里（點按、點揉方式，案感痠、麻、脹、困得氣後插鏡），或於落零五穴（於插鏡前指壓 3-5 分，以中等指力掐切穴位），直到胃鏡順利插入，噁心嘔吐停止為止	#14-15	1	工具：A 結果：+
	8. 血管攝影注射顯影劑 (n=30)	於內關、合谷，只說明於靜脈注射顯影劑後按摩，但手法、力度、時間均未說明。	#11	2	工具:A 結果：+
喉痙攣	1. 為氣管內管小孩拔管 (n=30 至 52)	少商穴，於拔管前用中等力量（未陳述壓力）以拇指尖切按，每隔 10 秒放鬆 1 次，反覆切按 1-2 分鐘。	#16-17	1	工具:A、C 結果：+
打嗝	1.打嗝患者（#19 為癌症患者併打嗝症狀） (n=46 至 56)	內關、外關（以拇指、食指用力對壓，未陳述壓力，10 分鐘/單次療程，1 次/天，3 次/總療程），或於攢竹（以右手食、拇指持續按壓雙側直到病患主訴酸、脹、痛，15-30 分鐘/單次療程，2 次/天，1-3 次/總療程）。	#18-19	1	工具:A 結果：+

^a: A 表示以個案主觀判定，做為穴位按摩成效評估工具。

^b: B 表示以量表，做為穴位按摩成效評估工具。

^c: C 表示以生理量測，做為穴位按摩成效評估工具。

^d: + 表示介入穴位按摩措施後，實驗組與對照組間達顯著差異（即 $p < 0.05$ ）。

^e: (—) 表示原始文獻中未說明或未描述。

^f: #表示附錄四研究樣本編號。

(二) 疼痛相關症狀

在 15 篇處理疼痛相關症狀中，包含：痛經、產痛、傷口及骨骼肌疼痛四項次症狀。

(1) 痛經：處理痛經的 4 篇文章 (#20-23)，其照護對象均為青春期的原發性痛經的女性，在穴位的選擇上以「三陰交」為主穴，或再加其他配穴。在按摩手法的應用上，四位作者中，除 Pouresmail (2002) 未陳述 (#23)，其餘三位國內作者，或採按揉法或採按壓法，但手法、頻率各不相同 (見表 4-2-2)。在按摩力度的考量上，同樣的除 Pouresmail (2002) 未陳述外，Chen (2004) 認為在按壓三陰交穴時，應逐漸施壓由起初 1 公斤漸增至 3 公斤左右，且個案應有輕微刺痛、鈍痛或電傳感為宜 (#20)。紀 (2004) 及莊 (2001) 則以個案感酸、麻、脹、重、熱且在可忍受的範圍內做為施力判定標準 (#21、#22)。在按摩時間的界定上，Pouresmail (2002) 僅說明進行 2 分鐘穴位按摩，但未說清楚是按摩單一或全部穴位；其餘 3 位國內作者，不管是進行 1 個、2 個或 6 個穴位點按摩，時間均控制在 10 分鐘內完成 (#20、#21、#22)。在按摩成效上，4 篇文章均達統計顯著 ($p < 0.05$)。Pouresmail (2002) 的研究結果顯示，穴位組與藥物組間止痛效果並無差異。四篇文章研究品質，依 Jadad 分數表評為 2 至 4 分，四篇文章作者均認同以穴位按摩處理痛經問題，不但經濟、無合併症且無副作用，值得納入臨床實務推廣。

(2) 產痛：有 4 篇處理產痛的文章 (#24-27)，其照護對象均為產房之待產婦，其穴位選擇不定，以三陰交、合谷為主，但 Chung (2003) 表示在待產過程中按壓三陰交很痛，易遭個案拒絕，故改採合谷、至陰穴 (#25)。在按壓手法上，多以拇指施壓，分持續按壓及間歇性按壓兩種，在腳趾末端的至陰穴，因施壓不易，改以鉛筆的橡皮擦頭端按壓。在按壓力度、時間的界定上並不一致，但都同意在子宮頸開口大於 2-3 公分時執行穴位按摩 (見表 4-2-2)。在穴位按摩成效探討上，雖然 4 篇文章在穴位按摩成效均達統計顯著，但僅 Lee (2004) 的三陰交穴位按摩和李 (2003) 的合谷合併三陰交穴位按摩，能有效降低產痛、縮短產程進展 (#24 和 #26)。但是李 (2003) 的研究工具是以自擬疼痛反應為評價，並未說明信、效度檢定 (#26)。Chung (2003) 係按壓合谷、至陰穴，只能減少第一產程產痛，但不影響宮縮 (#25)。另一篇廖 (2003) 係按壓腎腧、志室、上膠、次膠、關元腧、胞育、阿是等穴，能減低產婦待產時腰骶部脹痛感，但無法縮短產程 (#27)。#26、#27 這 2 篇 RCT 文章，在研究方法品質被評為 1 分，研究方法不夠嚴謹。

(3) 傷口痛：2 篇傷口疼痛的文章 (#28-29)，其照護對象分別為小創傷患者及行膝關節鏡術後患者，其穴位選擇不定 (表 4-2-2)。其按摩手法除 Felhändler (1996) 在牙科補牙工具輔助 (有一 15cm 把手，將直徑 2mm 球端對準穴位點)，以輕柔堅定力量在穴位上滑動外 (#29)，在按摩力度的

拿捏及時間的掌控上，2 篇文章均未清楚說明，無法提供本研究穴位按摩操作手法訊息。2 篇 RCT 文章，在研究方法品質評分均為 5 分。在按摩成效評定上，穴位按摩能有效減低傷口疼痛問題 ($p < 0.05$)。

(4) 骨骼肌與平滑肌疼痛：5 篇骨骼肌或平滑肌疼痛問題 (#30-34)，其介入對象包括：偏頭痛患者、腰扭傷、胃痛、膽絞痛、尿路結石患者等。其穴位的選定依證型、症狀而異（見表 4-2-2），其按摩手法也不一致，田（2000）同時運用點壓、點揉、點撥、點順四種手法（#30）。在按摩力度上，一般強調先輕後重，以個案自覺痠、麻、脹、重，但可忍受為標準，每一穴位按摩時間從 30 秒到 3 分鐘不等。在按摩成效的判定上，除鮑（2005）是依中國大陸中醫藥管理局所頒布的「中醫病症診斷療效標準」做療效評估外（#31），其餘文章均以個案主觀感受疼痛消失做為穴位按摩成效評估工具，未說明信、效度檢定。另周（1996）對於胃痛患者，若伴有嘔吐者加按內關穴，伴有噯氣、吞酸、腹脹者加按公孫、太衝穴（#33）。這 5 篇文章，在研究方法品質評分上，除#31 為 2 分，餘均為 1 分。上述實驗組穴位按摩介入措施不一致、穴位按摩成效評估工具未做信度及效度檢定、研究方法不夠嚴謹等因素，可能影響研究結果的推論。

表 4-2-2 疼痛相關症狀之穴位按摩分析表

症狀	對象	操作手法	文獻編號	研究品質	成效
痛經	1. 原發性痛經之 青春期女性 (n=30 至 72)	穴名 ：① ^g 三陰交；②三陰交+血海；③三陰交+血海+氣海+關元+足三里+太衝；④三陰交+合谷+大橫+足三里+太衝 手法 ：拇指腹做環形按揉（1秒按揉1圈，每5圈休息1秒，持續5分鐘）或垂直按壓（壓6秒→放2秒，持續5分鐘為一循環，重複2個循環） 力度 ：逐漸加重由1至3公斤，或當個案自覺酸、麻、脹、重、熱且可忍受 時間 ：經痛時，1-10分鐘/每穴，10分鐘/單次療程，1次/總療程	#20 ^f #21 #22-23	4 3 2	工具：B、C 結果：+
產痛	1. 待產婦 (n=36 至 50)	穴名 ：①三陰交；②合谷、至陰；③三陰交+合谷；④腎腧、志室、上膠、次膠、關元腧、胞育、阿是 手法 ：以拇指按壓；或以鉛筆的橡皮擦頭端按壓至陰穴 力度 ：2150-1191mmHg（三陰交）；3-5公斤；或案自覺痛、麻、脹、重、溫且可忍受。 時間 ：於子宮頸開口大於2cm且陣痛時介入，多於痛或宮縮時按壓，緩解時停止，持續按壓為50-60秒或採間歇按壓（壓10秒→放2秒，持續5分鐘/每穴/次）	#24-25 #26-27	4-5 1	工具：B ^b 、C ^c ：A ^a 結果：+ ^d
傷口痛	1. 小創傷患者（單純骨折、挫傷、小傷口） (n=19)	穴名 ：合谷、中衝、崑崙、百會 手法、力度 ：(-) ^e 。 時間 ：於救護車轉送病患途中，進行3分鐘穴位按摩（未說明是全部或單一穴位），1次/總療程	#28	5	工具：B、C 結果：+
	2. 膝關節鏡術後病患 (n=20)	穴名 ：承泣、厲兌、隱白、大包、公孫、睛明、至陰、湧泉、俞府、大鍾、瞳子膠、足竅陰、大敦、期門、蠡溝。 手法 ：以牙科醫師補牙工具，有一15cm把手，將直徑2mm球端對準穴位點以溫和堅定力量滑動 力度 ：未說明 時間 ：於麻醉甦醒後30分鐘進行，未說明按摩時程	#29	5	工具：B、C 結果：+

表 4-2-2 (續)

骨骼肌、平滑肌疼痛	1. 偏頭痛患者 (n=30)	<p>穴名：壓痛點 (阿是穴)</p> <p>手法：拇指端以點壓、點揉、點撥、點順四手法，與肌肉肌腱神經走向相垂直，指尖採間歇性放鬆</p> <p>力度：由輕而重，須達到病變深層，但以病患能忍受為準</p> <p>時間：0.5-1 分鐘/穴/次，1 次/天，五次/總療程</p>	#30	1	工具：A 結果：+
	2. 腰扭傷患者 (氣滯或血瘀型) (n=120)	<p>穴名：承山</p> <p>手法及時間：患者俯臥，醫者以雙手拇指按揉承山穴 30 秒，同時即請案主雙手支撐起身體，屈腰屈膝向後跨坐一秒，立即向前俯臥，重複 7-9 次後臥床 10 分鐘，力度則未說明，1 次/總療程</p>	#31	2	工具：B 結果：+
	3. 尿道結石患者 (n=80)	<p>穴名：腎俞、膀胱俞、阿是穴、足三里、三陰交</p> <p>手法：以拇指或中指腹緊貼穴位逐漸施壓</p> <p>力度：以案主能忍受，痠、麻、脹、熱感</p> <p>時間：30 秒/穴/次，3 分鐘/單次療程，1 次/總療程</p>	#32	1	工具：A 結果：+
	4. 胃痛患者 (n=152)	<p>穴名：足三里、中脘、脾俞、胃俞 (伴嘔吐加內關，伴噯氣吞酸腹脹加公孫、太衝)</p> <p>手法：以拇指指腹或肘尖點按穴位，並均勻迴旋揉動</p> <p>力度：逐漸施壓，案主能忍受為準</p> <p>時間：3 分/每穴，12-15 分鐘/單次療程，1 次/總療程</p>	#33	1	工具：A 結果：+
	5. 膽絞痛患者 (n=80)	<p>穴名：膽囊點 (脊柱右側旁開 4 公分，9~10 肋間找敏感點)</p> <p>手法：按壓。</p> <p>力度：逐漸施壓，感明顯酸、脹、痛，以案主能忍受為準</p> <p>時間：1-2 分/穴/單次療程，1 次/總療程</p>	#34	1	工具：A 結果：+

^a：A 表示以個案主觀判定，做為穴位按摩成效評估工具。

^g：①②③代表右列文獻編號中各文章中穴位排序。

^b：B 表示以量表，做為穴位按摩成效評估工具。

^c：C 表示以生理量測，做為穴位按摩成效評估工具。

^d：+ 表示介入穴位按摩措施後，實驗組與對照組間達顯著差異 (即 $p < 0.05$)。

^e：(-) 表示原始文獻中未說明或未描述。

^f：# 表示附錄四研究樣本編號。

(三) 精神心理症狀

10 篇與精神心理症狀相關的文章，涵蓋下列症狀：疲憊、憂鬱、睡眠障礙及焦慮，其中以 Tsay, S.L., 為首的研究團隊，針對洗腎室末期腎病患 (end-stage renal disease, ESRD)，在相關議題上被篩選出 5 篇文章(#35-39)。綜合來看，這 5 篇穴位按摩手法、力度及時間相似，都是於洗腎時進行，在穴位按摩前，先進行數分鐘的肢體放鬆按摩，再於每個穴位點上，以順時針方向按揉或採壓放方式進行 3 分鐘穴位按摩，按摩力度維持在 3-5 公斤左右，且於按摩時須評估個案是否有酸、麻、脹、溫的感覺，整個按摩流程控制在 15 分鐘左右，每週於洗腎時進行 3 次，於 4 週內共完成 12 次按摩總療程。在穴位按摩成效上來看，5 篇文章中穴位按摩組均較控制組達顯著差異 ($p < 0.05$) (#35 至#39)。但#36 及#38 的研究設計中加入真、假 (離經絡 1 公分遠的非穴位點) 穴位比較，發現真、假穴位間並無顯著差異。除此，精神心理症狀尚有疲憊、憂鬱、睡眠障礙及焦慮等依序說明如下 (參考表 4-2-3)：

(1) 疲憊、憂鬱：4 篇處理疲憊、憂鬱文章中 (#35-37 及#42)，其照護對象包括末期腎病患者及憂鬱症患者。在穴位、按摩手法及按摩力度上，因應不同的疾病有不同的選擇 (見表 4-2-3)。從按摩成效來看，穴位按摩組均較控制組有較少的疲憊或憂鬱 ($p < 0.05$)。但王 (2004) 以自評憂鬱症狀消失及 HADM 總分，因缺乏 HADM 英文全名與中文說明，故對其成

效判定並不清楚 (#42)。

(2) 睡眠問題：4 篇與睡眠相關文章，穴位的選擇以耳神門及手神門最普遍 (#38、#40、#41)，安眠穴次之 (#40、#41)，其中施 (2003) 採足三里、三陰交、血海及曲池穴，可能與緩解 ESRD 患者皮膚搔癢問題後，有助於解決睡眠障礙有關 (#39)。Tsay (2003)、施 (2003) 及 Chen (1999) 3 位作者在穴位按摩手法、力度、時間上有一致看法，先進行數分鐘放鬆按摩，再於每個穴位點進行 2-3 分鐘穴位按摩。單次穴位按摩療程控制在 15 分鐘左右 (#38、#39、#40)。Harris (2005) 將個案隨機分 2 組，以手指按揉刺激穴組與放鬆穴組，連續 3 天，每穴按揉 3 分鐘，單次穴位按摩療程控制在 12-15 分鐘完成。比較 2 組覺醒 (alert) 狀況，結果刺激穴位組在較少疲憊感 ($p = 0.019$)，日間工作 ($p = 0.004$) 及夜眠時間 ($p = 0.042$)，均與放鬆穴位組達顯著差異 (#41)。

(3) 焦慮：2 篇相關研究中，Fassoulaki (2003) 找 25 名自願者，發現在按壓印堂穴 10 分鐘後，能有效降低焦慮與壓力指數 (#43)。Agarwal (2005) 為探討印堂穴穴位按摩是否能緩解術前的焦慮及壓力，找來 38 名術前患者，在按壓印堂穴 10 分鐘後，壓力量表顯著下降 ($p < 0.001$)，但無法持續到穴位按摩後 30 分鐘 ($p > 0.05$) (#44)。

綜合來說，這 10 篇文章，除了王 (2004) 對成效判定不清楚，研究方法品質為 1 分 (#42)，其餘在穴位按摩手法及成效上有一致的看法。

表 4-2-3 精神心理症狀之穴位按摩分析表

症狀	對象	操作手法	文獻編號	研究品質	成效
疲憊、憂鬱	1. 末期腎病患者 (n=28 至 35)	<u>穴名</u> ：足三里、三陰交、湧泉、陽陵泉（或太溪） <u>手法</u> ：按壓、揉擦 <u>力度</u> ：3-5 公斤，個案自覺酸、麻、脹、溫 <u>時間</u> ：洗腎時，先進行 3 分鐘下肢放鬆按摩，再進行穴位按摩，各穴 3 分鐘（壓 1 秒，放 5 秒），合計 15 分/單次療程，3 次/週，共 12 次/4 週/總療程	#35 ^f #36、37	3 2	工具：B 結果：+
	2. 憂鬱症患者 (n=45)	<u>穴名</u> ：四神聰、百會、印堂、攢竹、太陽、神庭、上星、前頂、後頂、風府、天柱、大椎、心俞及相關耳穴 <u>手法</u> ：撫、揉、按、點、叩 <u>力度</u> ：(-) ^e <u>時間</u> ：先調整呼吸、意念、身體由上而下依次放鬆，約 5 分鐘後進行 20 分鐘穴位按摩/單次療程，10 次/總療程	#42	1	工具：A ^a 、B ^b 結果：+
睡眠問題	1. 末期腎病患者 (n=35)	<u>穴名</u> ：耳神門、手神門、湧泉 <u>手法</u> ：(-) <u>力度</u> ：3-4 公斤，個案自覺痛、麻、重、脹、溫 <u>時間</u> ：洗腎時，先進行 5 分鐘放鬆按摩，各穴 3 分鐘，合計 14 分鐘/單次療程，3 次/週，共 12 次/4 週/總療程。	#38	5	工具：B、C ^c 結果：+ ^d
	2. 末期腎病患者 (n=17)	<u>穴名</u> ：足三里、三陰交、血海、曲池 <u>手法</u> ：均勻柔和順時鐘按摩 <u>力度</u> ：3-5 公斤 <u>時間</u> ：洗腎時，先進行放鬆（搓揉四肢 4 分鐘），各穴 3 分鐘（按揉 5 秒放 1 秒），合計 16 分鐘/單次療程，3 次/週，共 12 次/4 週/總療程	#39	3	工具：B 結果：皮膚搔癢量表 (p < .01)、睡眠品質 (p = .05)

表 4-2-3 (續)

	3. 有睡眠障礙的老人 (n=28)	<p>穴名：百會、風池、安眠、耳神門、手神門</p> <p>手法：(-)</p> <p>力度：3-4 公斤，個案自覺痛、麻、重、脹、溫</p> <p>時間：每日 1pm-10pm 之間，先進行 5 分鐘放鬆按摩，各穴 2 分鐘，合計 15 分鐘/單次療程，5 次/週，共 15 次/3 週/總療程</p>	#40	2	工具：B 結果：+
	4. 上課學員 (n=21)	<p>穴名：刺激穴位—四神聰、湧泉、天柱、足三里、合谷 放鬆穴位—印堂、安眠、神門、太衝、三陰交</p> <p>手法：以大拇指或食指順時針或逆時針按揉(四神聰及安眠穴以 2Hz 脈衝刺激)。</p> <p>力度：(-)</p> <p>時間：午餐時，各穴 3 分鐘，合計 12 分鐘/單次療程，連續 3 天 (3 次/總療程)</p>	#41	3	工具：B 結果：+
焦慮	1. 自願者 (n=25) 預行手術患者 (n=38)	<p>穴名：印堂穴 (extra 1 point)</p> <p>手法：以右拇指腹環形按揉</p> <p>力度：(-)</p> <p>時間：於術前進行，揉 20-25 圈/分，持續 10 分</p>	#43-44	3-5	工具：B、C 結果：+

^a：A 表示以個案主觀判定，做為穴位按摩成效評估工具。

^b：B 表示以量表，做為穴位按摩成效評估工具。

^c：C 表示以生理量測，做為穴位按摩成效評估工具。

^d：+ 表示介入穴位按摩措施後，實驗組與對照組間達顯著差異 (即 $p < 0.05$)。

^e：(-) 表示原始文獻中未說明或未描述。

^f：# 表示附錄四研究樣本編號

(四) 呼吸道症狀

8 篇與呼吸道症狀相關的文章 (見表 4-2-4)，前 6 篇為台灣的護理學者所做，多集中在呼吸困難的處理 (#52-57)。後 2 篇為中國醫療人員所做，分別為哮喘發作及鼻炎症狀處置 (#58-59)。

(1) 呼吸困難：在 7 篇呼吸困難症狀處理上，其照護對象為慢性阻塞性肺疾患者有 3 篇 (#52、#56、#57)、使用呼吸器患者有 3 篇 (#53 至#55)，支氣管哮喘患者有 1 篇 (#61)；在穴位的選定上，因應不同的疾病及證型，有不同的選定。粗略統計 7 篇文章穴位出現頻率，出現 4 次的有合谷、內關穴。出現 3 次的有足三里、中府、大椎、魚際等。

至於穴位操作手法上並不一致，即使同一位作者也可能採用不同手法，或垂直按壓，或環形按揉 (#52 及#57)。

在按摩的力度上，Wu (2004) 建議 3-5 公斤 (#56)，王 (2003) 認為應用在老人身上壓力宜輕些，2-3 公斤即可 (#55)。Maa (1997, 2003) 建議除了公斤數以外，應該依該穴位點上皮膚的厚薄程度、個案的性別及年齡的不同，而施以不同的壓力 (#52、#57)。王 (1997)、王 (2003)、Maa (2003)、Wu (2004) 及 Tsay (2005) 都同意這個力度必需使個案穴位點上有輕微的酸、痛、脹、麻、重等感覺 (#54、#55、#56、#57、#59)。

至於穴位按摩的時間、頻率、長短也不一致，除王 (1997) 為哮喘急性發作期患者，進行 3 次/日，30 分/次的穴位按摩 (#59)。其餘多為病況穩

定，症狀緩和的患者，1次/日，1-4分鐘不等/每穴，甚至於同一篇文章中，依主、配穴不同，按摩時間也不一樣（#56-57），但綜合看來，單次穴位按摩療程控制在10-16分鐘之間（#52至#57）。

從按摩成效來看，上述7篇文章在改善呼吸困難成效上均與控制組達顯著差異（ $p \leq 0.05$ ）（見表4-2-4）；Tsay（2005）及王（2003）總結出對於呼吸器依賴的慢性阻塞肺疾病患者，應用穴位按摩能改善焦慮、自發性呼吸參數與呼吸困難症狀（#54及#55）。Maa等人（2003）建議對於病況穩定之氣喘患者，於常規照護中加入針刺與穴位按摩是有益的，能改善呼吸困難症狀、提高生活品質（#57）。然而在真、假穴位的選擇，有不同的成效，例如：Maa（1997）及Wu（2004）發現真穴位組在改善呼吸困難成效上是優於假穴位組且達顯著差異（分別為 $p = 0.009$ 及 $p < 0.001$ ）（#52及#56），而這與之前Tsay（2004）發現真、假穴位在疲憊與睡眠品質上無顯著差異是不同的（#36及#38）。Wu（2004）認為穴位的選擇，會影響穴位按摩成效評估，建議在設計假穴位時，應與真穴位採不同經絡或神經節，以避免混淆穴位按摩的成效。

（2）鼻炎症狀：僅1篇相關文章（#58），其操作手法見表4-2-4，但按摩成效由該文作者依自擬症狀評估，缺乏信、效度檢定，其成效可能受質疑。綜觀這8篇文章的研究品質，有2篇RCT文章被評為1分（#58及#59），未說明如何隨機分組，對於盲化及失聯樣本也未陳述，嚴謹度不足。

表 4-2-4 呼吸道症狀之穴位按摩分析表

症狀	對象	操作手法	文獻編號	研究品質	成效
呼吸困難	1.慢性阻塞性肺疾病患者 (n=17 至 31)	<p>穴名：①^g足三里、中府、大椎、魚際、雲門、合谷、勞宮 ②足三里、中府、大椎、定喘、內關。 ③大椎、天突、肺俞、腎俞、魚際</p> <p>手法：按壓（大拇指以 90 度角垂直壓迫穴位）、壓放（壓 5 秒→放 1 秒）與按揉（手指每秒旋轉 1-3 圈）。</p> <p>力度：以溫和堅定的力量，依患者性別、皮膚與脂肪厚薄不同而定，產生輕微刺痛、脹及快樂的感覺</p> <p>時間：1 次/日，1-3 分鐘/穴/次，10-16 分鐘/單次療程，20-56 次/4-8 週/總療程</p>	#52、#56 #57 ^f	3 2	工具：B、C B 結果：+
	2. 使用呼吸器依賴患者 (n=15-26)	<p>穴名：①足三里、合谷、魚際、中府、內關 ②、③合谷、內關、耳神門</p> <p>手法：以拇指腹揉按 5 秒→放鬆 1 秒→按壓 7 秒直到 3 分/穴</p> <p>力度：患者感痠、麻、重、脹但可忍受，2-3 公斤（老人宜輕壓）</p> <p>時間：1 次/日，1-4 分/穴/次，10-12 分鐘/單次療程，10 次/總療程。</p>	#53 #54-55	2 4	工具：C B ^b 、C ^c 結果：+ ^d
	3. 支氣管哮喘患者 (n=66)	<p>穴名：天突、膻中</p> <p>手法：以中指腹按摩</p> <p>力度：局部酸、脹，稍有壓痛</p> <p>時間：發作時，3 次/日，30 分/單次療程，9 次/3 天/總療程。</p>	#59	1	工具：A ^a 結果：+
鼻炎症狀	1. 鼻炎患者 (n=42)	<p>穴名：迎香、鼻通、印堂、合谷</p> <p>手法：指腹按揉</p> <p>力度：(-)^e</p> <p>時間：3 次/日，30 秒/穴/次，9 次/3 天/總療程</p>	#58	1	工具：A 結果：+

^a：A 表示以個案主觀判定，做為穴位按摩成效評估工具。

^g：①②③代表右列文獻編號中各文章中穴位排序。

^b：B 表示以量表，做為穴位按摩成效評估工具。

^c：C 表示以生理量測，做為穴位按摩成效評估工具。

^d：+ 表示介入穴位按摩措施後，實驗組與對照組間達顯著差異（即 $p < 0.05$ ）。

^e：(-) 表示原始文獻中未說明或未描述。

^f：# 表示附錄四研究樣本編號

（五）腸胃道蠕動

7 篇與腸胃道蠕動相關的文章（#45 至#51），其照護對象，除 1 篇為老年便秘患者外（#51），其餘均為腹部手術後患者（見表 4-2-5）。在穴位的選定上，以「足三里」為必備且首選穴位，其餘除三陰交穴曾出現過 2 次外，均採不同配穴。

至於按摩手法，以按揉、按壓為主，在力度上多同意由輕而重至有痠、麻、脹感為宜，僅 Chen（2003）明確界定出內關與足三里可施超過 3 公斤的壓力，但以不痛為原則，而三陰交穴則宜輕些，約 1 公斤（#45）。梁（2003）強調對於老年患者，不可用強刺激手法（#51）。至於穴位按摩介入的時間點，術後患者，以手術當天即開始進行最多（#45、#47、#48、#49、#50）。按摩時間從每隔 2 小時按摩 1 次到每天 2-3 次都有；每穴按摩時間從 3-5 分鐘至 15-20 分鐘不等；綜合來說，單次按摩療程約控制在 10 至 15 分鐘左右。

從按摩成效來看，7 篇文章中，穴位組的腸胃蠕動狀況均優於對照組（ $p < 0.05$ ）。但是，梁（2003）的照護對象為老年便秘患者，僅描述 2 組平均年齡為 77 歲，以心、腦血管病患居多，卻未說明 2 組個案排便狀況，難以判定 2 組可比性；且該文陳述，依辨證原則對於脾虛明顯患者加按脾腧、胃腧穴，不一致的介入措施，可能影響成效評估（#51）。在 7 篇文章中有 4 篇文章，其研究方法品質被評為 1 分（#46、#48、#49、#51），未說明如何進行隨機分組、盲化及流失樣本的追蹤，其研究方法嚴謹度不足。

表 4-2-5 腸胃道蠕動之穴位按摩分析表

症狀	對象	操作手法	文獻編號	研究品質	成效
腸胃道蠕動	1. 經腹行子宮切除術患者 (n=21)	穴名 ：足三里、三陰交、內關 手法 ：揉壓 力度 ：內關、足三里可超過3公斤，以不痛為原則；三陰交只能承受1公斤 時間 ：術後5小時第一次按摩，之後2次/天，直到出院，每次揉5秒→壓5秒→放2秒，每穴15次，約3分鐘/穴，9分鐘/單次療程	#45 ^f	2	工具：B ^b 、C ^c 結果：+ ^d
	2. 行上腹手術患者 (n=40)	穴名 ：足三里、三里下、三陰交、陰交上、陽陵泉、股內 手法 ：(—) ^e 力度 ：由輕而重至有痠、麻、脹感 時間 ：術後次日開始，1-3分鐘/每穴，直到自主排氣即停止	#46	1	工具：A ^a 結果：+
	3. 腹部手術 (n=40至100)	穴名 ：足三里 手法 ：以大拇指點按或揉動雙側穴位 力度 ：由輕而重，有痠、麻、脹、痛，但可忍受，按摩後感舒適 時間 ：術後1-2小時至6小時開始；從每隔1-2小時按摩1次至2-3次/日，5-15分/每穴/單次療程，直到腸鳴音活躍，肛門排氣或排便，腹脹者症狀緩解為止	#47-50	1-3	工具：A、+C 結果：+
	4. 老年便秘患者 (n=48)	穴名 ：足三里、合谷、支溝、豐隆、中脘、天樞 手法 ：按壓、按揉 力度 ：老人不宜強刺激 時間 ：2次/日，15-20分鐘/單次療程，6次/總療程	#51	1	工具：B 結果：+

^a：A表示以個案主觀判定，做為穴位按摩成效評估工具。

^b：B表示以量表，做為穴位按摩成效評估工具。

^c：C表示以生理量測，做為穴位按摩成效評估工具。

^d：+表示介入穴位按摩措施後，實驗組與對照組間達顯著差異（即 $p < 0.05$ ）。

^e：(—)表示原始文獻中未說明或未描述。

^f：#表示附錄四研究樣本編號

（六）泌尿系統症狀

與泌尿系統相關的 5 篇文章中，有 4 篇是處理產後及術後尿瀦留問題，1 篇與小兒遺尿有關（表 4-2-6）。

（1）尿瀦留：在 3 篇產後尿瀦留相關之文章，在穴位的選用，分別為利尿穴（肚臍與恥骨聯合垂直連線的中點）、關元與中極穴。1 篇為肛腸術後尿瀦留患者則選用足三里穴。按摩手法以按壓為主，在按摩力度上雖未陳述，但多認同由輕而重，逐漸加大壓力（#61-62）。4 篇文章在按摩時間並不一致，即使同一穴位，不同作者也有不同看法（#61-62）（見表 4-2-6）。

在按摩成效上，4 篇文章的穴位組與對照組間均達顯著差異。然而，這 4 篇 RCT 文章，於文中並未陳述如何進行隨機分組、盲化及流失樣本的追蹤，在研究方法品質上均被評為 1 分。在穴位按摩介入措施及成效評估上也有不一致情況，例如：趙（2005）表示持續按壓穴位 5-15 分鐘後，若仍無法自解，則增加按壓次數（#61）；洪（2005）表示經按摩後，超過 6 小時仍無法自解，則加按三陰交穴（#63）。又如魏（2005）及趙（2005）依自擬評估工具，未說明工具信、效度檢定（#60、#62），不一致的介入措施及評值標準，可能影響成效評估。

（2）遺尿：Yuksekk（2003）將 24 位有夜間遺尿問題的小孩，隨機分派至穴位按摩組（n = 12）及對照組（口服 oxybutinin）（n = 12）。以夜間遺尿次數作為成效指標，該文作者教導父母於 17 個穴位上進行按摩，但未陳

述按摩手法，僅說明每天花 5 秒鐘輕輕指壓，不清楚是單一穴位或單次療程所需時間，故無法提供本研究穴位按摩操作手法相關訊息。

(七) 其他症狀：

最後 4 篇文章，分別為以穴位按摩改善癡呆症老人問題行為、減少人工流產陰道出血量與出血時間、改善糖尿病周圍神經病變患者皮膚疼痛和感覺異常問題以及對於健康男性介入穴位按摩措施後，能降低收縮壓、舒張壓、平均動脈壓、心跳速率及皮膚血流等問題。各篇文章在穴位的選擇、按摩手法、力度及時間上多未陳述，即使陳述亦有不一致情形(見表 4-2-7)。

雖然在按摩成效上，4 篇文章中穴位按摩組均優於對照組且達顯著差異 ($p < 0.05$)。但是，除了楊 (2000) 屬於 CCT 文章，其研究品質評分為 2 分(#66); Felhendler(1999) 屬 RCT 文章，其研究品質評分為 5 分以外(#67)，另 2 篇 RCT，其研究品質均被評為 1 分，而這 2 篇文章在研究設計或撰寫上有可議之處，例如：李 (1999) 對於以口服藥物行流產術之婦女，介入穴位按摩後，以個案主觀評斷其陰道出血量與出血時間將之與個案平時月經量作比較，評斷原則過於主觀，可能影響治療結果的推論(#65)。董(2004) 對於糖尿病伴周圍神經病變患者介入穴位按摩後，依不適症狀、是否能恢復正常生活和工作能力區分為：完全緩解、明顯緩解、輕度緩解、無效四個等級，文中未說明研究工具信、效度檢定，故同樣難對其成效做判定 (#68)。

表 4-2-6 泌尿系統症狀之穴位按摩分析表

症狀	對象	操作手法	編號	研究品質	成效
尿瀰留	1.產後尿瀰留 婦女 (n=30 至 46)	穴名： ① ^g 關元、中極 ②③利尿穴（臍與恥骨聯合垂直線中點） 手法： ①以右手食指、中指按摩 ②③右手大拇指垂直下壓 力度： (-), 先輕後重逐漸加大壓力。 時間： ① 5-10 分/穴/次, 10-20 分/單次療程 ②③從 20 秒到 15 分/穴/單次療程	#60-62	1	工具：A ^a 結果：+
	2. 肛腸術後 尿瀰留患者 (n=120)	穴名： 足三里（若超過 6 小時未解尿則加壓三陰交） 手法： 案仰臥屈膝腹部放鬆，以雙手拇指腹按壓 力度： (-) ^e 時間： 術後 4 小時，持續壓 1 分鐘，連續 5 次，5 分鐘/單次療程	#63 ^f	1	工具：A 結果：+ ^d
遺尿	1.有遺尿問題 之小孩 (n=12)	穴名： 命門、啞門、百會、腎俞、膀胱俞、次膠、神門、少衝、足三里、公孫、三陰交、衝門、曲骨、中極、氣海、太溪、水泉。 手法、力度： (-) 輕輕指壓。 時間： 5 秒鐘/天	#64	2	工具：A、B ^b 結果：有效率 83.3%

^a：A 表示以個案主觀判定，做為穴位按摩成效評估工具。

^b：B 表示以量表，做為穴位按摩成效評估工具。

^d：+ 表示介入穴位按摩措施後，實驗組與對照組間達顯著差異（即 $p < 0.05$ ）。

^e：(-) 表示原始文獻中未說明或未描述。

^f：# 表示附錄四研究樣本編號

^g：①②③ 代表右列文獻編號中各文章中穴位、手法及時間排序。

表 4-2-7 其他症狀之穴位按摩分析表

症狀	對象	操作手法	文獻編號	研究品質	成效
癡呆症老人問題行為	1. 癡呆症老人 (n=20)	穴名 ：百會、風池、三陰交、神門、內關 手法 ：按壓 力度 ：3-5 公斤 時間 ：2 次/天，2 分/穴/次 (5 穴×2 分+5 分暖身=15 分鐘/單次療程)，8 次/4 週/總療程	#66 ^f	2 (CCT)	工具：B ^b 、C ^c 結果：+ ^d
心血管系統的影響	1. 健康男性自願者 (n=8)	穴名 ：復溜、太溪、中衝、大陵、下廉、三間、太淵、大都、太白、少衝、神門、列缺 手法 ：將牙科補牙工具(2mm 球端)以溫和堅定的力量沿穴位點滑動 力度 ：0.107 公斤，案有痠、麻、脹感或觀察到個案有 jump-sign 或針刺痛感 時間 ：早上，4 分鐘	#67	5	工具：C 結果：+
人工流產之陰道出血	1. 以口服藥物行人工流產之婦女 (n=33)	穴名 ：大敦、太衝、隱白、足三里、合谷、三陰交 手法 ：點按 力度 ：中等強度 時間 ：絨毛球排出後，一次/天，10-20 分鐘/單次療程，至出血停止	#65	1	工具：A ^a 結果：+
糖尿病伴周圍神經病變 (皮膚疼痛、感覺異常)	1. 糖尿病伴周圍神經病變患者 (n=47)	穴名 ：合谷、內關、曲池、血海、足三里、三陰交、懸鐘、太溪 手法 ：點、按、壓、掐、揉 力度 ：先輕後重，逐漸施壓，以案能忍受 (依年紀、肌肉豐厚及皮膚彈性定) 時間 ：每穴以上述不同按摩手法反覆 3-9 次，1 次/天，15-20 分/單次療程，10 次/總療程	#68	1	工具：A 結果：+

^a：A 表示以個案主觀判定，做為穴位按摩成效評估工具。

^b：B 表示以量表，做為穴位按摩成效評估工具。

^c：C 表示以生理量測，做為穴位按摩成效評估工具。

^d：+ 表示介入穴位按摩措施後，實驗組與對照組間達顯著差異 (即 $p < 0.05$)。

^f：# 表示附錄四研究樣本編號

第三節 研究方法品質分析

本節依 Jadad 分數表 (表 2-3-3) 以及各篇文章中對穴位按摩成效之評估工具做文章研究方法品質分析探討。

綜合各資料庫, 68 篇文章依 Jadad 分數表 (表 2-2-3) 做研究方法品質評分, 以 1 分最多, 有 30 篇佔 44.1%, 各資料庫研究方法品質分布如下 (見表 4-3-1)。以 MEDLINE 所收錄文章品質評分較高。從本章第一節研究結果分析, 研究樣本中第一作者為中華民國籍的有 19 人, 扣除未發表的碩士生論文 5 篇及 1 篇發表於中華民國論文期刊網上, 有 13 篇發表於 MEDLINE (#3、#20、#25、#35、#36、#37、#38、#40、#45、#52、#54、#56、#57)。

在 68 篇文章中, 有 65 篇屬 RCT 文章, 3 篇屬 CCT 文章(#2、#8 及#66), 其中#2 及#35 屬於多中心 (multicenter) 的研究設計。在 65 篇的 RCT 文章中, 有 28 篇文章僅陳述以隨機方式分組, 但未說明如何進行隨機分組, 也未說明在研究過程中失聯樣本的追蹤以及是否採行盲化處理。

在穴位按摩成效的評估工具中, 有應用生理指標做為評估工具的文章有 20 篇佔 29.4%。但是僅以個案主觀經驗作為評估工具, 未對研究工具做信、效度檢定的文章也有 24 篇佔 35.3%。

表 4-3-1 研究方法品質評分分析表:

分數/資料庫	單位: 篇數				合計	百分比
	MEDLINE	中華民國期刊	碩博士論文	中國期刊網		
5 分	6	0 (*1)	0 (*1)	0	6	8.8%
4 分	6	0	1 (*2)	0	7	10.3%
3 分	8	1	1 (*3)	0	10	14.7%
2 分	8	0	3	4	15	22.1%
1 分	2	0	0	28	30	44.1%
合計	30	1	5	32	68	100%

*已發表於其他資料庫 (期刊)

第五章 討論

本章根據研究結果進行討論，茲分為以下兩節，第一節為穴位按摩相關文章基本資料討論，第二節為穴位按摩方案在護理實務的應用。

第一節 穴位按摩相關文章基本資料討論

所謂「實證護理」強調臨床照護決策，應遵循最佳的臨床證據。而屬於隨機分派或具控制對照組別的臨床實驗性研究，是目前醫學界認為較可能提供真實結論與證據的研究設計法。由以上研究結果顯示，近年來以穴位按摩為主要介入性措施的實證性文章（RCT 及 CCT）數量，有逐漸增加的趨勢，這表示有越來越多的醫療專業人員願意投入這個領域，並盡力以實驗性研究法，提出穴位按摩措施的實證基礎。

但是，符合本研究目的與篩選標準的文章僅 68 篇，從第一作者國籍顯示，以「中醫」為傳統醫學的中國人最多，佔 75%，此與 Sok, Erlen & Kim (2003) 的研究結果相近。除此之外，國外的作者所撰寫的文章有 17 篇佔 25%，但是其中有 16 篇文章，並未清楚描述穴位按摩操作手法，僅強調找有經驗的按摩師或針灸醫師以確認按摩照護措施的信、效度。這個結果可能與中醫學的理論及所使用的語彙與中國人的文化息息相關，相較之下，外國人較不容易理解 (Davidson, et al., 2003)。從已知的第一作者身分顯示，護理人員最多佔 68.2%，而執行穴位按摩的場所多為護理人員工作職場。

在 68 篇文章中，部分文章的研究設計不夠嚴謹，無法對穴位按摩成效提供實證支持，包括：實驗組樣本數小於 50 位的文章有 50 篇佔 73.5%；研究品質評分為 1 分者有 30 篇佔 44.1%，其中有 28 篇文章僅自述採隨機分組，但未說明隨機方式、樣本失聯的追蹤及是否盲化；有 24 篇文章，僅以個案主觀經驗做為穴位按摩成效的評估工具，未做研究工具信、效度檢定。這與李、吳、楊、張（2000）及劉、羅、馮、李（2002）以針灸治療老年痴呆和中風的文獻評論結果類似，這可能與目前中醫臨床治療缺乏診斷與療效標準，中醫證型規範不一致（高、梁、張，2006）及研究成員對於研究設計、統計方法概念不足有關（袁，1997）。

另外，在 68 篇文章中有 17 篇文章在研究設計部分，有介入真、假穴位做比較，其中有 3 篇文章（#25、#36、#38）的研究結果顯示真、假穴位在按摩成效上並無顯著差異，雖然其餘 14 篇文章都呈現真穴位組按摩成效優於假穴位組，但是多數文章並未描述按摩手法，#36、#38 僅描述假穴位是在真穴位附近，離經絡 1 公分遠的非穴位點上。雖然有針刺研究將假穴位訂在離經絡 1 公分左右的非穴位點上（Xue, English, Zhang, Costa, & Li, 2002），但是這樣的距離對於穴位按摩來說是否足夠？Felhendler（1999）認為真、假穴位的選定，除按壓部位不同外，最重要的是“得氣”與否（#67）；Wu（2004）則建議在不同經絡或神經節上選定假穴組，以避免混淆研究結果（#56）。故於研究設計時，真、假穴位的選擇與安排值得進一步探討。

第二節 穴位按摩方案在護理實務的應用

由於本研究欲從具實證基礎的穴位按摩方案中，找出具「共同性」的治療方案，為穴位按摩在護理實務的應用奠立基礎。雖然 68 篇穴位按摩文章其照護成效均達正向結果，但這 68 篇文章中，照護領域紛雜，包含了 7 個主要症狀及 19 個次症狀，相對地各領域文章篇數少或研究設計不夠嚴謹，可能影響文章的實證價值。故本節（一）排除該領域僅出現單一篇文章，無法歸納；（二）排除穴位按摩成效是以個案主觀經驗作為評估工具，缺乏信、效度檢定的文章；（三）排除依 Jadad 分數表，其研究品質評為 1 分的 RCT 文章；（四）排除未清楚說明穴位按摩力度及時間掌控，無法提供穴位按摩操作手法訊息的文章。依照以上標準選出 32 篇文章，綜合整理成「穴位按摩護理技術表」（見表 5-2-1）。

本研究依據「穴位按摩護理技術表」，綜合整理穴位按摩技術常運用於下列 8 個症狀及其適用對象：即(1) 癌症化療、手術麻醉、妊娠和暈車所引起的噁心嘔吐症狀，以及對牙科治療有強烈作嘔反應者；(2) 青春女性之原發性痛經；(3) 待產婦產痛問題；(4) 末期腎病患者疲憊及憂鬱問題；(5) 末期腎病患者及老人之睡眠障礙問題；(6) 術前焦慮；(7) 慢性阻塞性肺疾病及呼吸器依賴患者呼吸困難問題；及(8) 促進腹部術後腸胃道蠕動。

本節依據上述 8 個症狀、適用對象及其操作手法做討論。檢視這些症狀與 1997 年美國國家衛生研究院總結 13 項針刺適應症，包括：對成人外

表 5-2-1 穴位按摩護理技術表

一、噁心嘔吐症狀		
(一) 適用對象	癌症化療、手術麻醉、妊娠、暈車等有噁心嘔吐症狀以及牙科治療有強烈作嘔反應的患者	出處：#1.#2.#3.#5.#6.#7.#8.#9.#10
(二) 操作手法	(1) 主穴：內關穴。	出處：#1.#2.#3.#5.#6.#7.#8.#9.#10
	(2) 按摩手法：按壓法；即每 6 秒 1 個循環，前 2 秒開始施壓，第 3、4 秒持續施壓，第 5、6 秒開始放鬆，如此按壓、放鬆持續達 5 分鐘。	出處：#3
	(3) 力度：以穩定力量施壓，當案主有痛感時輕輕放鬆直到有麻感，以此壓力持續整個過程，約 3-5 公斤。	出處：#3.#10
	(4) 時間：有噁心或嘔吐症狀時按壓，3-4 次/天，按壓 5-10 分鐘/每穴，在穴位按摩計畫下，依主、配穴設計，不論進行幾個穴位點按摩，建議控制 10-12 分鐘/單次療程。	出處：#1.#2.#3.#5.#6.#7.#8.#9.#10
二、痛經		
(一) 適用對象	青春期原發性痛經女性	出處：#20.#21.#22.#23
(二) 操作手法	(1) 主穴：三陰交、血海	出處：#20.#21.#22.#23
	(2) 按摩手法：以拇指垂直按壓（壓 6 秒→放 2 秒，持續 5 分鐘為一循環，重複 2 個循環）；或雙手拇指腹交疊做環形按揉（1 秒按揉 1 圈，每 5 秒休息 1 秒，持續 5 分鐘）	出處：#20.#21.#22.
	(3) 力度：先輕後重，或當個案自覺酸、麻、脹、重、熱但可忍受，約 1 至 3 公斤	出處：#20.#21.#22.
	(4) 時間：於經痛時，1-10 分鐘/每穴，常見 5 分鐘/每穴；在穴位按摩計畫下，依主、配穴設計，不論進行幾個穴位點按摩，建議控制在 10 分鐘左右/單次療程	出處：#20.#21.#22.
三、產痛		
(一) 適用對象	待產婦	出處：#24.#25.
(二) 操作手法	(1) 穴名：三陰交穴或（合谷+至陰穴）	出處：#24.#25.
	(2) 按摩手法：以拇指按壓三陰交、合谷；以鉛筆的橡皮擦頭端按壓至陰穴	出處：#24.#25.
	(3) 力度：案主自覺痛、麻、脹、重、溫但可忍受，三陰交約 1 至 3 公斤；合谷、至陰約 3-5 公斤	出處：#24.#25.
	(4) 時間：於子宮頸開口大約 2-3cm 且陣痛時介入，三陰交穴於痛或宮縮時按壓，緩解時停止，30 分鐘/單次療程；合谷及至陰穴採間歇按壓：壓 10 秒→放 2 秒持續 5 分鐘/每穴，20 分鐘/單次療程。	出處：#24.#25.
四、疲憊、憂鬱		
(一) 適用對象	末期腎病患者	#35.#36.#37

表 5-2-1 (續)

(二) 操作手法	(1) 穴名：足三里、三陰交、湧泉、陽陵泉	#35.#36.#37
	(2) 按摩手法：按壓（壓 1 秒，放 5 秒）	#35.#36.
	(3) 力度：個案自覺酸、麻、脹、溫，約 3-5 公斤	#35.#36.#37
	(4) 時間：洗腎時，先進行 3 分鐘下肢放鬆按摩，再進行穴位按摩，3 分鐘/穴，15 分鐘/單次療程，3 次/週，共 12 次/4 週/總療程	#35.#36.#37
五、睡眠障礙		
(一) 適用對象	末期腎病患者、有睡眠障礙的老人	#38.#39.#40.
(二) 操作手法	(1) 主穴：耳神門穴及手神門穴	#38.#40.
	(2) 按摩手法：均勻柔和順時鐘按摩	#39
	(3) 力度：個案自覺痛、麻、重、脹、溫，約 3-5 公斤	#38.#39.#40.
	(4) 時間：穴位按摩前進行 4-5 分鐘放鬆按摩，進行穴位按摩 2-3 分鐘/每穴，15 分鐘/單次療程；3-5 次/週，12-15 次/總療程	#38.#39.#40.
六、焦慮		
(一) 適用對象	預行手術患者	#44
(二) 操作手法	(1) 穴名：印堂穴	#43.#44.
	(2) 按摩手法：拇指腹環形按揉	#43.#44.
	(3) 力度：未說明	#43.#44.
	(4) 時間：於術前進行，按揉 20-25 圈/分，10 分/單次療程。	#43.#44.
七、呼吸困難		
(一) 適用對象	慢性阻塞性肺疾病患者、呼吸器依賴患者	#52.#53.#54.#55.#56.#57
(二) 操作手法	(1) 穴名：合谷、內關穴、足三里、中府、大椎、魚際等	#52.#53.#54.#55.#56.#57
	(2) 按摩手法：垂直按壓或環形按揉（揉 5 秒→放鬆 1 秒→按壓 7 秒）	#52.#55.#56.#57
	(3) 力度：約 3-5 公斤的力量，但須考量皮膚的厚薄、性別、年齡而施以不同壓力，用於老人壓力宜輕些，約 2-3 公斤，使患者產生輕微酸、痛、脹、麻、重等感覺	#52.#53.#54.#55.#56.#57
	(4) 時間：1 次/日，1-4 分鐘不等/每穴，依主、配穴及選穴多寡考量，10-16 分鐘/單次療程	#52.#53.#54.#55.#56.#57
八、腸胃道蠕動		
(一) 適用對象	腹部術後患者	#45.#47.#50
(二) 操作手法	(1) 主穴：足三里	#45.#47.#50
	(2) 按摩手法：揉壓（揉 5 秒→壓 5 秒→放鬆 2 秒）或點按揉	#45.#47.#50
	(3) 力度：由輕而重，感痠、麻、脹，但可忍受，且於按摩後感舒適，約 3 公斤力量	#45.#47.#50
	(4) 時間：術後 2-6 小時進行第一次按摩，3-5 分鐘/穴，依主、配穴設計，10-15 分鐘/單次療程，每天 2-3 次，直到排氣	#45.#47.#50

科術後或化療後引起的噁心、嘔吐、孕婦之噁心及牙科術後止痛有療效；具輔助效果的則包含中風後復健、藥癮、頭痛、痛經、網球肘、肌筋膜疼痛、肌纖維疼痛、下背痛、氣喘等症狀。兩者有部分異同處，目前可針對相關議題，發展更多研究設計嚴謹且具隨機分派對照的實驗性研究。

本研究綜合整理出穴位按摩適用於 8 個症狀及其照護對象，散見於內、外、產、社區、長照、精神等各科護理範疇，獨缺小兒患者，與馬（2005）強調穴位按摩適用於兒童照護有出入。其實中國式按摩手法中有一支專為治療小兒疾病的「小兒推拿」，由於其選穴及手法特殊如：捏脊、推脾經、推天河..等（呂，1998），故未納入本研究範疇。經本研究搜尋的四個資料庫，僅 1 篇由 Chu 等人（1998）以穴位貼豆（vital point needleless acuplaster），預防兒童斜視術後嘔吐的文章，因不提供按摩壓力，也不符合本研究文章篩選標準，故對兒童穴位按摩及小兒推拿操作手法仍不清楚，值得未來進一步探討。

Hsieh 等人（2004）提到執行穴位按摩的技巧、經驗及氣（chi）足夠與否是影響穴位按摩成效的關鍵因素。然而，按摩技巧及經驗是可以藉由反覆學習操作手法而獲得。從表 5-2-1 這 8 個症狀的操作手法顯示，選穴範圍極廣，除焦慮時按壓印堂穴外，其餘並無絕對性選擇，這可能與中醫治療並不強調選穴標準化，多會依個案診斷及證型差異而做主、配穴選取有關（莊，2001）。但綜合看來，各症狀主穴的選取仍有跡可循，例如：噁心嘔

吐時按壓「內關穴」，婦女的痛經及產痛時按壓「三陰交穴」，睡眠障礙時按壓「手神門及耳神門穴」，促進腸胃蠕動時則按壓「足三里穴」。此結果為《針灸大成》中的十總穴口訣『肚腹三里留，內關心胸胃，婦科三陰交...』提供實證支持。而上述穴位口訣，也是中國歷代針灸學家，透過配穴處方與經驗累積的治病經驗特效穴(潘，1987)，值得護理人員優先學習與應用。

中醫護理向來以「辨證施護」為特色，重視個體間個別性差異。上述 68 篇穴位按摩文章中，在面對相同症狀時，有不同的選穴考量，但僅一篇文章(鮑，2005)提到辨證施護(#31)。由此可知，雖然中醫照護強調「辨證」，但是目前與穴位按摩相關之實證文章，多未考量辨證原則。此現象可能與護理人員在辨證分型的訓練不足有關，尤其，根據台灣中醫護理學會統計，自 90 至 94 年度各科完成訓練人數達 2094 人次，但完成全部七科目九學分僅 113 人(張、林，2005)，故臨床護理人員依辨證選穴，執行穴位按摩措施可能有其困難性。因此建議一般臨床護理人員可依本研究結果，做選穴考量；中醫護理人員則依辨證提供個別性穴位按摩措施，以發揮中醫照護特色。

在按摩手法的運用上，雖然穴位按摩手法繁多，但依本研究結果顯示多以大拇指做環形按揉、垂直接壓或兩者交替進行，某些穴位位置特殊，如：Chung (2003) 以鉛筆橡皮擦頭端按壓小腳趾頭端的至陰穴(#25)；Felhendler & Lisander (1996, 1999) 則以牙科補牙工具(有一 15cm 把手，

前端有一直徑 2mm 球端) 代替手對準穴位點滑動 (#29、#67)。趙 (1985) 及馬 (1994) 表示不同的手法有不同的按摩功效，按揉法具有調和氣血、舒筋活絡、溫經散寒的功能；按壓法則具有疏通經絡，消積破結的功能。所以本文建議按摩時採環形按揉垂直按壓或兩者交替進行均可。

在穴位按摩方向上，汪 (1994) 表示，順經絡循行或順時針方向按壓為「補法」，逆經絡循行或逆時針方向按壓為「瀉法」，馬 (1994) 表示臨床上若不明穴位按摩方向，可左、右各平揉半數，達平補平瀉。檢視本研究樣本，除施 (2003) 及 Harris (2005) 描述以順時針或逆時針方向按摩 (#39 及 #41)，其餘文章並未描述按摩方向，故本研究不對穴位按摩方向提出建議。

在按摩頻率上，古文有云“急摩為瀉緩摩為補” (程、程，1999；馬，1994)，孫和嚴 (2002) 表示，不同的按摩手法其頻率不同，即使是相同的手法，由於執行者不同，對頻率的要求也不一樣，以 120-160 次/每分鐘最多見。從本 32 篇研究樣本看來，按摩頻率的變異性頗大。綜合來說，本研究在穴位按摩頻率的建議為，按揉法：每秒鐘按揉 1-2 圈，持續 5-10 圈後休息 1 秒；按壓法：持續按壓 5-10 秒後，休息 2 秒鐘。

在按摩力度的考量上，明朝張介賓在《類經》中提到“今見按摩之流不知利害，專用剛強手法，極力困人，開人關節，走人元氣，…；病人亦以為法所當然，即有不堪，勉強忍受，多見強者致弱，弱者不起，非惟不

能去病，而適以增害，…”。換言之，穴位按摩力度的拿捏與掌控是非常重要的，否則不但無益反而可能造成病人傷害。在 32 篇文章中多強調以溫和堅定，均勻而柔和的力量，由輕手法開始逐漸加重，多數同意於穴位點上施壓 3-5 公斤，但須依個案年齡、性別、皮膚的厚薄而有個別性差異。在老人、女性身上的力道宜輕些，約 2-3 公斤，在三陰交穴上 1-3 公斤即可。而執行穴位按摩者，應主動評估個案是否有輕微酸、麻、脹、重、溫、電傳等“得氣”的感覺，一方面可辨識穴位的正確性，另一方面作為修正力度大小的依據。Maa(1997)形容這是一種既痛又快樂的感覺(#52);Lu(2000)表示，當所施壓力讓個案感到有一點痛時，按摩者宜將指力稍微放鬆，直到患者有麻麻的感覺最適合(#10);張(1995)、李(1995)、周(1996)、田(2000)、莊(2001)、王(2003)等作者均強調這個力道是以個案能忍受為準(#22、#30、#33、#34、#48、#49);彭(2004)認為按摩後個案必須感到舒適(#50)。上述作者對按摩力度的看法與近代中國按摩專家一致(方，1994;余，1998;黃，1995;程、程，1999;趙，1985)。

中國的按摩專家認為，按摩時間過短不能激發效果，但時間過長反而有害。因不當的手法或長時間的刺激可能造成“經穴疲勞”，使穴位對刺激適應或敏感度下降，當治療訊息無法傳達病所，則治療無效(傅，1996;董，1996)。雖然 32 篇文章中各穴位總數不同，每個穴位按摩時間從 1 分鐘至 10 分鐘不等，但以 3-5 分鐘最為常見。綜合來看，不管主、配穴數目

的多寡，配合穴位按摩前的放鬆處置（以深呼吸或按摩四肢放鬆），多數文章將單次穴位按摩療程設計在 10-15 分鐘左右完成。這個部份也與近代中國按摩專家的看法一致（程、程，1999；董，1996）。



第六章 結論與建議

本章根據研究結果、討論做一總結並提出護理應用與建議。

第一節 結論

- 一、從上述四個資料庫篩選出 68 篇穴位按摩相關文章，以中國人及具護理背景的人所做的研究最多。所以，要將穴位按摩整合入現代照護環境，以中醫為傳統醫學的中國護理人員是不可缺席的。
- 二、68 篇穴位按摩相關文章中，其穴位按摩照護成效均呈正向結果。
- 三、68 篇穴位按摩相關文章，其照護領域包括 7 個主症狀及 19 個次症狀。且部分研究樣本的研究設計不夠嚴謹，例如：實驗組樣本數小於 50 位的文章有 50 篇佔 73.5%，以 Jadad Score 研究品質評分為 1 分者有 30 篇佔 44.1%；有 28 篇文章，僅陳述是採隨機分組，但未說明隨機方式、樣本失聯及盲化處理，佔 41.2%；有 24 篇文章，僅以個案主觀經驗為評估工具，未做信、效度檢定，佔 35.3%。
- 四、經排除研究設計不夠嚴謹及單篇無法歸納的文章，綜合 32 篇穴位按摩相關文章，本研究發現穴位按摩技術最常應用下列 8 個症狀及其照護對象為：(1)癌症化療、手術麻醉、妊娠和暈車所引起的噁心嘔吐症狀，以及對牙科治療有強烈作嘔反應者；(2)青春女性之原發性痛經；(3)待產婦之產痛；(4)末期腎病患者疲憊、憂鬱問題；(5)末期腎病患者及老人之睡眠障礙；(6)術前焦慮；(7)慢性阻塞性肺病及呼吸器依賴患者呼吸困難問題；(8)促進腹部術後腸胃道蠕動。

五、從研究結果顯示，穴位按摩操作手法包括：(1)穴位的選定：建議一般護理人員可依表 5-2-1，8 個症狀的選穴，做為選穴考量，或在專精中醫基礎與針灸法則的人員指導下，選擇合宜穴位。中醫護理人員方面則建議依辨證提供個別性選穴考量。(2)按摩手法：按摩者要以溫和堅定，均勻柔和的力量，以環形按揉、垂直按壓或兩者交替進行。(3)按摩力度：從輕手法開始逐漸加重至 3-5 公斤左右，但必須依個案年齡、性別、皮膚厚薄而有個別差異，要時時評估個案主觀感受，使穴位按摩處有酸、麻、脹、重、溫、電傳等“得氣”的感覺，這個力度必須是個案能忍受的，且按摩後會感到舒適，依此原則來調整按摩力度。(4)按摩時間：平均每穴約按摩約 3-5 分鐘左右，單次穴位按摩療程包括按摩前的放鬆及選穴多寡的考量，宜控制在 10-15 分鐘左右完成。

第二節 護理應用與建議

綜合研究所得，本研究針對護理實務、護理教育及護理研究等提出建議：

一、在護理實務方面：

- (一) 依研究結果，穴位按摩適用的八個症狀及其照護對象散見於臨床，包括：血液腫瘤病房、外科病房、牙科門診、產科門診、產房、學校保健室、洗腎室、手術準備室 (POR)、呼吸照護中心等。由此可見，穴位按摩措施，並非僅限於中醫護理人員執行，社區及臨床護理人員有責任針對個案照護需求，提供個別性穴位按摩處置，並

納入衛教計畫，指導個案或家屬參與。

(二) 上述八個照護對象與症狀，正是目前西醫臨床照護瓶頸，若能將有研究證實的穴位按摩方案及操作手法納入護理實務，不僅能避免護理人員錯誤學習，更能提升照護品質。

(三) 臨床與社區護理人員，可依據本研究結果，發展適合各自單位可使用穴位按摩標準作業流程 (SOP)。

(四) 中醫護理人員，可參考本研究穴位按摩操作手法，指導個案配合針刺，進行穴位按摩照護措施。

二、 護理教育

(一) 設計護理課程時，可參考本研究結果，將穴位按摩操作手法，納於護理技術課程中，使學生熟習穴位按摩操作準則；於臨床實習或工作時，才有能力提供合宜穴位按摩措施。

(二) 臨床護理人員，在進階制度規劃下，可參考本研究結果，加入穴位按摩課程。

三、 護理研究

(一) 針刺與穴位按摩在治療機理及效果上是相輔相成的，根據本研究結果穴位按摩 8 個適用對象/症狀與 1997 年美國國家衛生研究院總結 13 項針刺適應症比較，建議可加強以穴位按摩處理中風復建、肌肉(筋膜)疼痛、下背痛、藥癮等設計嚴謹的 RCT 文章，做為未來推廣穴

位按摩臨床照護及傷科推拿照護的實證基礎。

(二) 目前對於小兒穴位按摩及小兒推拿其操作手法和照護成效並不清楚，建議增加相關設計嚴謹的 RCT 文章並以系統性文獻回顧法做進一步探討。

(三) 目前以穴位按摩作為主要介入措施的實驗性研究，部分文章研究設計不夠嚴謹，建議修正研究設計：(1) 增大樣本數，使更具代表性及推論性；(2) 於研究過程中，宜清楚設計隨機分組方式、樣本失聯狀況及盲化處理，以說明研究方法的嚴謹度；(3) 穴位按摩成效評估，建議除了以心理、社會層面觀察穴位按摩成效外，還可增加生理指標等評估工具。除此之外，研究工具信、效度的檢定也是必需的。(4) 於撰寫研究過程時，宜清楚描述穴位按摩操作手法，以便未來研究在此基礎上複製，增加實證價值。

(四) 為確認穴位按摩成效，在研究設計中，加入假穴位按摩做控制對照組，但是假穴位的選定及安排，值得先行探討。本研究建議可在不同神經結或經絡上選定非穴位點為假穴位，並以得氣與否做為真假穴位的區隔。

第三節 限制

一、本研究針對收案文章的研究方法品質，僅以 Jadad 分數表做評估，未針對其文章在研究設計、收案條件加以評論與探討，可能影響研究方法

品質評論的深、廣度。

- 二、系統性文獻回顧法，重視文章收集完整性與客觀性，適合該領域專家整合研究小組（team work），進行完整文章搜尋及整合工作。Counsell（1998）認為不設語言限制、熟習各資料庫檢索技巧、逐本翻閱（manual searching）期刊、書籍和相關的會議記錄、訪問專家以及從文後所列的參考資料等方式都是找尋文章的重要來源。Poctor, Smith, Farquhar, & Stone(2004)也建議與各篇文章中的作者聯繫，將可獲得更深入的訊息。本研究在考量資料收集的可行性及時間的限制下，僅收集 MEDLINE、中國期刊全文資料庫、中華民國期刊論文索引以及台灣博碩士論文資訊網四個資料庫，並限制以中、英文呈現的文章，完整性也許較欠缺。
- 三、由於具實證基礎的穴位按摩文章不足，且照護領域包含 7 個主要症狀 19 個次症狀，故無法以統合分析（meta-analysis）評論穴位按摩照護成效。

參考文獻

中文資料

- 中醫藥委員會 (2005a) 中醫醫療院所查詢·2005 年 6 月 8 日取自
<http://www.doh.gov.tw/index-c/1.htm>
- 中醫藥委員會 (2005b.10.18)·推動中醫藥之發展十年有成—行政院衛生署中醫藥委員會十周年慶系列活動·行政院衛生署新聞稿。
- 方吾八 (1994)·手法刺激強度及演變規律的探索·按摩導引, 2, 14-15。
- 王若東、李延 (1993)·點到病除 (3-25 頁)·北京: 中國醫藥科技。
- 王純娟 (2004)·中醫基礎理論·於陳麗麗、王純娟、林君黛、張曼玲合著, 實用中醫護理學 (25-46 頁)·台北: 華杏。
- 王淑貞 (2003)·內關穴刺激對噁心及嘔吐之治療效果: 系統性文獻查證·安寧療護雜誌, 8 (1), 36-44。
- 行政院衛生署 (1993, 11 月 19 日)·公告不列入醫療管理之行為及其相關事項·2005 年 7 月 5 日取自 <http://www.ccmp.gov.tw/index-c/1.htm>
- 行政院衛生署 (2003)·92 年衛生統計資訊網: 醫療設施、醫事人力現況及醫療服務·2005 年 6 月 8 日取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
- 余宗男 (1998)·經穴點壓療法 (10-30 頁)·北京: 中國中醫藥。
- 吳樺姍、林麗嬋 (2003)·穴位指壓按摩於慢性呼吸困難病患之應用·護理雜誌, 50 (1), 75-80。
- 呂素英 (1998)·中醫護理學 (53-62 頁)·台北: 知音。
- 宋惠娟 (2004)·認識實證護理: 簡介及相關資源·慈濟護理雜誌, 3 (2), 8-13。
- 李金鳳 (1990)·中西醫門診病患對傳統醫療認知、情意與行為意向之調查研究·未發表的碩士論文·台北: 國立陽明醫學院公共衛生研究所。
- 李智貴、陳恆順 (1995)·統合分析 (Meta-Analysis) 之簡介·當代醫學, 22 (2), 167-172。
- 李亞杰、陳秀彥 (1996)·針刺治療痛經體會·針灸臨床雜誌, 12 (4), 51。
- 李寧、吳濱、揚華、張永玲 (2000)·針灸治療老年性癡呆臨床隨機對照試驗方法學評價·華西醫學, 15 (1), 3-4。
- 李寧、馮賓、鄒軍、劉翼 (2002)·針灸治療中風偏癱的薈萃分析·成都中醫藥大學學報, 25 (2), 37-39。
- 汪建民 (1994)·試論推拿之補瀉·江蘇中醫, 15 (8), 33。

- 周建偉、趙菁菁、張顏 (2004)·近 20 年來針灸推拿治療椎動脈型頸椎病臨床研究的實證評價·*中國中醫藥信息雜誌*, 11 (12), 1098-1100。
- 孟立 (2001)·導引、按蹻、按摩、推拿與手法·*按摩與導引*, 17 (3), 2-4。
- 林佳靜 (2001)·以實證為基礎的腫瘤護理·*護理雜誌*, 48 (6), 21-26。
- 林宜信 (2005a, 11 月)·九十三年度委辦研究計劃成果發表暨中醫藥科技研討會·私立弘光科技大學演講稿。
- 林隆堯 (2005b, 10 月)·傳統醫學在中藥臨床實驗之應用·中醫藥委員會及中西醫整合醫學會共同主辦, 中醫藥實證醫學發展策略研討會, 台中市: 中國醫藥大學。
- 姜宏、楊志良 (1994)·穴位指壓推拿治療腰腿痛的鎮痛療效觀察與研究·*頸腰痛雜誌*, (1), 9-11。
- 施玉燕 (2003)·穴位指壓對末期腎疾病患者之皮膚搔癢、睡眠品質、憂鬱及生活品質之成效探討·未發表的碩士論文·台北: 國立台北護理學院護理研究所。
- 柯長洪 (1994)·推拿手法之我見·*新疆中醫藥*, (2), 61-62。
- 胡文郁 (2003)·實證護理之系統性文獻查證·*護理雜誌*, 50 (1), 34-43。
- 孫武權、嚴雋陶 (2002)·推拿手法頻率的理論探討與實驗研究·*按摩與導引*, 18 (5), 4。
- 袁洪仁 (1997)·關於推拿臨床科研的思考·*按摩與導引*, (5), 47-48。
- 馬秀棠 (1994)·*中國醫用點穴學* (3-79 頁)·西安: 陝西科學技術。
- 馬素華 (1997)·穴位點壓法對於慢性阻塞性肺疾病人的成效·*長庚護理*, 8 (4), 3-25。
- 馬素華 (2005)·穴位按壓法於護理臨床實務之應用·*護理雜誌*, 52 (4), 5-10。
- 馬崢嶸、徐俊 (1997)·推拿健康人足三里穴對胃電雙向調節的實驗觀察與機理初探·*按摩與導引*, (4), 9-11。
- 馬鳳歧、黃秀梨、張媚、蕭淑貞、黃璉華、林麗嬋、徐南麗 (2001)·*量性護理研究法*, 台北: 護望。
- 高宗桂、梁淑梅、張永賢 (2006)·實證醫學在中醫藥臨床研究的應用·*台灣中醫科學雜誌*, 1 (1), 37-43。
- 康健壽、陳介甫、周碧瑟 (1994)·中醫門診病人對傳統醫學的認知、態度與行為意向的分析研究·*中華衛誌*, 13 (5), 432-441。
- 張永賢 (1995)·*經穴按摩保健康* (15-58 頁)·台北: 元氣齋。
- 張成國 (2001)·中醫醫療輔助行為·*中醫醫療管理法規彙編* (225 頁)·台北: 衛生署

中醫藥委員會編印。

張有竈 (1993a)· 中國按摩大全 (3-33 頁)· 河北：天津大學。

張緋潔 (1993b)· 推拿內關穴對家兔痛閾的影響· 上海中醫藥雜誌, (2), 47。

張曼玲、林綽娟 (2005)· 提昇中醫護理照護品質計劃· 行政院中醫藥委員會九十四年度委託計畫成果報告 (CCMP 94-CM-N1)。

張曼玲、馬惠文 (2005)· 中醫調護典籍文獻分析研究· 行政院中醫藥委員會九十四年度委託計畫成果報告 (CCMP 94-ID-02)。

張淑良 (1987)· 冠狀動脈粥樣硬化性心臟病· 於呂素英主編, 內科學及護理 (202-207 頁)· 江蘇：江蘇科學技術。

郭英調 (1998)· 整合分析 (meta-analysis) 簡介· 院內感染控制雜誌, 8 (2), 469-472.

郭英調 (2005, 10 月)· 實證醫學簡介· 於中醫藥委員會主辦, 中醫藥實證醫學發展策略研討會· 台中：中國醫藥大學。

莊美華 (2001)· 穴位點指壓對改善痛經之成效· 未發表的碩士論文, 台北：國立陽明大學臨床護理研究所。

陳惠敏、陳彰惠 (2003)· 穴位指壓在婦女健康上的應用· 長庚護理, 14 (4) 379-385。

傅余坤 (1996)· 試論推拿治療中的經穴疲勞現象及預防· 按摩與導引, (6), 1-2。

喻慧榮 (2002)· 按摩手法生物力學析微· 按摩與導引, 18 (5), 4-6。

程曉巍、金偉、秋紅 (2002)· 穴位按摩在臨床護理中的應用· 針灸臨床雜誌, 18 (6) 51-52。

程爵棠、程功文 (1999)· 指針療法治百病 (2-20 頁)· 北京：人民軍醫。

黃鼎堅 (1995)· 點穴療法 (7-24 頁)· 台北市：渡假。

黃維三 (2002)· 針灸科學 (初版二刷 4-75 頁)· 台北：正中書局。

楊秀惠編 (1996)· 點穴療法 (1-22 頁)· 北京：中國中醫藥。

楊思標 (1998)· 台灣中西醫學整合之步驟· 台灣醫界, 41 (2), 57-59。

董秀閣 (1996)· 臨床治療中療時問題之管見· 按摩與導引, 6, 4-6。

董泉聲、董新民、先茂全、陳東、李海民 (2000a)· 按摩手法與穴位深部感受器放電反應之關係· 四川中醫, 18 (4), 8-11。

董新民、董泉聲、張素華、李海民、陳東 (2000b)· 按摩手法與穴位皮膚感受器放電反應之關係· 四川中醫, 18 (2), 5-7。

董泉聲、董新民、先茂全、鄭賢龍、張素華 (2001)· 輕重按摩手法拮抗家兔內毒素發

- 熱的對比觀察· *中國中醫基礎醫學雜誌*，7 (6)，38-40。
- 趙振國 (1985)· *指針療法* (1-23 頁，118 頁)· 台北：木鐸。
- 劉欽華、姜翠明 (1995)· 經穴無痛療法治療周圍性面神經麻痺· *江蘇中醫*，16 (11)，31。
- 劉勤社、米烈漢 (2001)· *點穴* (2-12 頁)· 上海：上海中醫藥大學。
- 劉翼、羅婷、馮賓、李寧 (2002)· 針灸治療中風病的臨床隨機對照試驗文獻質量評價· *華西醫學*，17 (3)，291-292。
- 潘隆森主編 (1987)· *彩色臨床十四經絡重要腧穴圖解* (262-274 頁)· 台中：中國醫藥學院針灸研究中心。
- 蔣成依、郭郡浩、徐炳學、李華 (2000)· 推拿治療偏頭痛臨床研究近況· *時珍國醫國藥*，11 (3)，280。
- 蔡洪光 (1996)· *實用經絡點穴療法* (4-23 頁)· 廣東：廣東科技。
- 鄧振華 (2002)· *台灣地區中醫醫療資源及民眾特質對中醫醫療服務利用之研究*· 未發表的碩士論文· 台中：中國醫藥學院醫務管理研究所。
- 盧美秀 (2001)· 實證醫學、實證護理與實證管理· *新臺北護理期刊*，3 (1)，1-5。
- 蕭敬忠 (2004 年，9 月)· *中醫藥資料庫簡介*· 台灣中醫藥資訊典籍學術研討會· 台中：中國醫藥大學。
- 錢雪景、趙樂章、徐光堯、趙翱、吳建賢 (1994)· 穴位按摩對人胃電圖的影響· *中國康復醫學雜誌*，9 (2)，59-61。
- 龐俊 (1994)· 指壓法治療劇腹痛· *江蘇中醫*，15 (10) 30-31。

英文資料

- Beal, M. W. (2000). Acupuncture and oriental body work: Traditional and biomedical concepts in holistic care: History and basic concept. *Holistic Nursing Practice*, 14(3), 69-78.
- Bertalanffy, P., Hoerauf, K., Fleischhackl, R., Strasser, H., Wicke, F., Greher, M., Gustorff, B., & Kober, A. (2003). Korean hand acupressure for motion sickness in prehospital trauma care: A prospective, randomized, double-blind trial in a geriatric population. *Anesth Analg*, (98), 220-223.
- Boehler, M., Mitterschiffthaler, G., & Schlager, A. (2002). Korean hand acupressure reduces postoperative nausea and vomiting after gynecological laparoscopic surgery. *Anesth Analg*, (94), 872-875.

- Chen, L. L., Hsu, S. F., Wang, M. H., Chen, C. L., Lin, Y. D., & Lai, J. S. (2003). Use of acupressure to improve gastrointestinal motility in women after transabdominal hysterectomy. *The American Journal of Chinese Medicine*, 31(5), 781-791.
- Chu, Y. C., Lin, S. M., Hsieh, Y. C., Peng, G. C., Lin, Y. H., Tsai, S K., & Lee, T. Y.(1998). Effect of BL-10(Tianzhu), BL-11(Dazhu), and GB-34(Yanglingquan) acuplaster for prevention of vomiting after strabismus surgery in children. *Acta Anaesthesiologica Sinica*, 36(1), 11-16.
- Chung, U. L., Hung, L. C., Kuo, S. C., & Huang, C. L. (2003). Effects of LI4 and BL67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *Journal of Nursing Research*, 11(4), 251-260.
- Counsell, C. (1998). Formulating questions and locating primary studies for inclusion in systematic reviews. In Mulrow, C. D., & Cook, D. J. (Ed.), *Systematic reviews*(pp.5-12). Maryland: American college of physicians.67-79.
- Cook, D. J., Mulrow, C. D., & Brian Haynes, R.(1998). Synthesis of best evidence for clinical decisions. In Mulrow, C. D., & Cook, D. J. (Ed.), *Systematic reviews*(pp.5-12). Maryland: American college of physicians.
- Davidson, P., Hancock, K., Leung, D., Ang, E., Chang, E., Thomposon, D.R., & Daly, J. (2003). Traditional Chinese medicine and heart: What does western medicine and nursing science know about it? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 171-181.
- Dibble, S. L., Chapman, J., Mack, K. A., & Shin, A-S. (2000). Acupressure for nausea: Results of a pilot study. *ONF*, 27(1), 41-47.
- Ernst, E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: A systmatic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(2), 252-257.
- Ezzo, J., Vickers, A., Richardson, M. A., Allen, C., Dibble, S. L., Lao, I. L., Pearl, M., Ramirez, G., Roscoe, J. A., Shen, J., Shivnan, J., Streitberger, K., Treish, I., & Zhang, G. (2005). Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Journal of Clinical Oncology*, 23(28), 7188-7198.
- Freeman, L. W. (2001). Massage therapy. In Freeman, L. W. & Lawlis, G. F., *Complementary & alternative medicine a research: Based approach* (pp.361-385). St. Louis, MO: Mosby.
- Hsieh, L. L-C., Kuo, C. H., Yen, M. F. & Chen, T. H-H. (2004). A randomized controlled clinical trial for low back pain treated by acupressure and physical therapy. *Preventive Medicine*, 39(1), 168-176.
- Ingram, J., Domagala, C. & Yates, S. (2005). The effect of shiatsu on post-term pregnancy.

Complementary Therapies in Medicine, 13(1), 11-15.

Jewell D. (2002). Nausea and vomiting in early pregnancy. *Clinical Evidence*. (7), 1277-1283.

Klein, A.A., Djaiani, G., Karski, J., Carroll, J., Karkouti, K., McCluskey, S., Ponawala, H., Shayan, C., Fedorko, L., & Cheng, D.(2004).Acupressure wristbands for the prevention of postoperative nausea and vomiting in adult undergoing cardiac surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 18(1), 68-71.

Kober, A., Scheck, T., Greher, M., Lieba, F., Fleischhackl, R., Randunsky, F., & Hoerauf, K. (2002). Prehospital analgesia with acupressure in victims of minor trauma: A prospective, randomized, double-blinded trial. *Anesthesia analog* , 95, 723-727.

Linde, K., Vickers, A., Hondras, M., Riet, Gt., Thormahlen, J., Berman, B., & Melchart, D. (2001). Systematic reviews of complementary therapies-an annotated bibliography. Part 1: Acupuncture. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 1(3), 1472-1481.

Moher, D. Jadad, A. R., & Tugwell. P. (1996). Assessing the quality of randomized controlled trials. Current issues and future directions. *Int J Technol Assess Health Care*. 12(2), 195-208.

Mulrow, C. D., Cook, D. J., & Davidoff, F.(1998). Systematic review: Critical links in the great chain of evidence. In Mulrow, C. D.,& Cook, D. J. (Ed.), *Systematic reviews*(pp.1-4). Maryland: American college of physicians.

NIN Consensus Development Panel on Acupuncture.(1998). NIH Consensus Conference : Acupuncture. *JAMA*, 280(17), 1518-1524.

Pan, C. X., Morrison, R. S., Ness, J., Fugh-Berman, A., & Leipzig, R. M. (2000). Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life: A systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 20(5), 374-387.

Poctor, M. L., Smith, C. A., Farquhar, C. M. & Stone, R. W.(2004). Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systemic Review*. 2,2004.

Roscoe, J. A., & Matteson, S. E. (2002). Acupressure and acustimulation bands for control of nausea: A brief review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), S244-247.

Rowbotham, D. J. (2005). Recent advances in the non-pharmacological management of postoperative nausea and vomiting. *British Journal of Anaesthesia*, 95(1), 77-81.

Sakurai, M., Suleman, M., Morioka, N., Akca, O. & Sessler, D. I. (2003). Minute sphere acupressure does not reduce postoperative pain or morphine consumption. *Anesthesia*

analog , 96, 493-497.

- Shin, Y. H., Kim, T. I., Shin, M. S., & Juon, H. S. (2004). Effect of acupressure on nausea and vomiting during chemotherapy cycle for Korean postoperative stomach cancer patient. *Cancer Nursing*, 27(4), 267-274.
- Smyth, R. L. (2002). Systematic review : What are they and how can they be used?. In J. V. Craig, R. L. Smyth, & S. Mullally (Eds.), *The evidence-based practice manual for nurses*(pp. 164-183). New York :Churchill Livingstone.
- Sok, S. R., Erlen, J. A., & Kim, K.B. (2003). Effects of acupuncture therapy on insomnia. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4), 375-384.
- Steel, N. M., French, J., Gather-Boyles, J., Newman, S. & Leclair, S. (2001). Effect of acupressure by sea-bands on nausea and vomiting of pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* , 30(1), 61-70.
- Stone, P.W. (2002). What is a systematic review? *Applied Nursing Research*, 15(1), 52-53.
- Taylor, D., Miaskowski, C. & Kohn, J. (2002). A randomized clinical trial of effectiveness of an acupressure device (Relief Brief) for managing symptoms of dysmenorrheal. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8(3), 357-370.
- Tsay, S. L. (2004). Acupressure and fatigue in patients with patients with end-stage renal disease-a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 41, 99-106.
- Tsay, S. L., Cho, Y. C. & Chen, M. L. (2004). Acupressure and transcutaneous electrical acupoint stimulation in improving fatigue, sleep quality and depression in hemodialysis patients. *The American Journal of Chinese Medicine*, 32(3), 407-416
- Tsay, S. L., Rong, J. R., & Lin, P. F. (2003). Acupoints massage in improving the quality of sleep and quality of life in patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing* 42(2), 134-142.
- WHO.(2003,may).Traditional Medicine.r etrieved June 5, 2005,
from://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/print.htm
- Xue, C. C., English, R., Zhang, J.J., Costa, C.D., & Li, C. G. (2002). Effect of acupuncture in the treatment of seasonal allergic rhinitis : A randomized controlled clinical trial. *The American Journal of Chinese Medicine*, 30(1), 1-11.

附錄一 穴位按摩力度、劑量與方向

手法 作者	穴位按摩力度	穴位按摩劑量（頻率與時間）	穴位按摩方向	備註
余（1998）	依患者體質、病勢、年齡、性別、部位而定，以患者主觀感受局部酸、麻、脹為準。	間歇壓：每個穴位點按摩 5-10 秒後，將手指輕提至皮下，間隔 2-3 秒後再進行，分兩、三段施壓。 持續壓：持續壓 30-60 秒。 點法：1-3 分鐘/每穴。 揉法：頻率為 100-120 次/每分鐘	對著病人向心部位，垂直按壓。各穴位按壓順序可沿著經絡循行方向，由上向下由內向外。（施術者與受術者呼吸應一致，於呼氣時按壓。）	療程：急性期 1-2 次/日，5 日/總療程；慢性病 1 次/日，10 日/總療程。
趙（1985）	同上。	頻率：約 60 次/每分鐘。 時間：2-3 分鐘/每穴，但主穴時間可長些。	對著病人向心部位。	未說明
馬（1994）	同上，若不清楚可採中度壓力。	頻率：60-80 次/每分鐘，<60 次/分，是慢手法（用於慢性病）；70~80 次/分，是中速手法；≥80 次/分，是快速手法（用於急性病）。時間：1-2 分鐘/每穴。	依各經絡穴位補、瀉手法，來決定是順時針（向右揉）或逆時針（向左揉）轉，若不明，可各半數，達平補平瀉。	未說明
黃（1995）	同上。除患者主觀感受局部酸、麻、脹、重外，還有電傳感。一般 3-5Kg 為準。	頻率：約 60-120 次/每分鐘；3-10 分鐘/每穴（手法強，反應強的穴位，時間短；反之可增長時間）	未說明	未說明
程、程（1999）	同上。	每穴 1-5 分鐘；一般共 5-10 分/單次療程	未說明	總療程：輕症 1-3 次，重症則 5-15 次；中間間隔 1 日
董（1996）	未說明	單次療程：介於 5-15 分鐘之間；（主穴應 3-5 分鐘為宜，<10 分鐘；配穴應 ≥1 分鐘，主、配穴時間比 2：1。）	未說明	急性期、表症、病勢淺、體虛者時間短；慢性期、裡症、病勢重者時間長。

附錄二、研究工具（穴位按摩登錄表）

編號	基本資料	照護對象：	操作手法	研究方法品質	照護成效
原始 編碼	作者： 年份： 樣本數： 介入措施：	執行場所： 介入對象： 症狀：	穴位名稱： 按摩手法： <input type="checkbox"/> 未描述 點、按、揉、切、 其他 _____ 按摩力度： <input type="checkbox"/> 未描述 <input type="checkbox"/> 以酸、麻、脹… <input type="checkbox"/> _____ Kg 按摩時間： <u>介入時間點</u> ： <u>分/次/(穴)：</u> <u>次/週：</u> <u>次/一療程：</u> <u>頻率：</u>	<u>是否隨機</u> 是且正確：2 提及未說：1 無：0 <u>是否雙盲</u> 是且正確：2 提及未說：1 單或無：0 <u>失聯樣本追蹤</u> 清楚說明：2 未說明：1 合計總分：	<u>評估工具：</u> (1) 生理量測： (2) 量表 (3) 主觀陳述 <u>結果：</u> (+) (-)

附錄三 專家效度檢定名單

專家姓名	所屬單位及職稱
高宗桂	大仁科技大學 護理系 副教授 暨 馬光中醫診所 副院長
陳麗麗	中國醫藥大學 護理系 講師
馬淑清	奇美醫學中心 護理部 副主任
杜惠娟	中國醫藥大學附設醫院 中醫門診部 護理長



附錄四 研究樣本 (68 篇穴位按摩文章)

編號	樣本來源
#1	Dibble SL. Chapman J. Mack KA. Shih AS. (2000). Acupressure for nausea: results of a pilot study. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 27(1), 41-47.
#2	Shin YH. Kim TI. Shin MS. Juon HS. (2004). Effect of acupressure on nausea and vomiting during chemotherapy cycle for Korean postoperative stomach cancer patients. <i>Cancer Nursing</i> , 27(4), 267-274.
#3	Ming JL. Kuo BI. Lin JG. Lin LC. (2002). The efficacy of acupressure to prevent nausea and vomiting in post-operative patients. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 39(4), 343-351.
#4	楊玉梅 (1999) · 穴位按摩防治子宮切除後噁心嘔吐 · 前衛醫藥雜誌, 16 (2) , 111 。
#5	Dundee JW., Sourial FB., Ghaly RG. Bell PF. (1988). P6 acupressure reduces morning sickness. <i>Journal of the Royal Society of Medicine</i> , 81(8), 456-457.
#6	Belluomini J., Litt RC., Lee KA., Katz M. (1994). Acupressure for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, blinded study. <i>Obstetrics & Gynecology</i> , 84(2), 245-248.
#7	Habek D., Barbir A., Habek JC., Janculiak D., Bobic-Vukovic M. (2004). Success of acupuncture and acupressure of the Pc 6 acupoint in the treatment of hyperemesis gravidarum. <i>Forschende Komplementarmedizin und Klassische Naturheilkunde</i> , 11(1), 20-23.
#8	Markose MT., Ramanathan K., Vijayakumar J. (2004). Reduction of nausea, vomiting, and dry retches with P6 acupressure during pregnancy. <i>International Journal of Gynaecology & Obstetrics</i> , 85(2), 168-169.
#9	Hu S., Stritzel R., Chandler A., Stern RM. (1995). P6 acupressure reduces symptoms of vection-induced motion sickness. <i>Aviation Space & Environmental Medicine</i> , 66(7), 631-634.
#10	Lu DP., Lu GP., Reed JF 3rd. (2000). Acupuncture/acupressure to treat gagging dental patients: a clinical study of anti-gagging effects. <i>General Dentistry</i> , 48(4), 446-452.
#11	謝立科、卓耀、張月娟、李波、張明亮、曾自明 (1997) · 眼底螢光血管造影中按摩內關與合谷穴對噁心嘔吐的影響 · 中國中醫眼科雜誌, 7 (1) , 27-29 。
#12	尹啟秀 (2005) · 指壓穴位在胃腸減壓術中的應用觀察 · 現代中西醫結合雜誌, 14 (17) , 2276 。
#13	張德鳳 (2005) · 指壓內關穴在術前留置胃管患者中的應用 · 河北中醫, 27 (1) , 42-43 。
#14	楊愛蘭、田洪德 (2003) · 指壓穴位配合胃鏡術中止嘔的效果觀察 · 中國誤診學雜誌, 3 (7) , 1016-1017 。
#15	喻國雄、歐陽群 (1994) · 指壓落零五穴配合胃鏡檢查 132 例臨床報道 · 中華實用中西醫雜誌, 7 (8) 144-145 。

#16	唐有華、吳先平、陳浩銘 (2004) · 指壓少商穴對小兒氣管拔管後喉痙攣的防治作用 · <i>現代中西醫結合雜誌</i> , 13 (14), 1845-1846。
#17	吳先平、陳浩銘 (2000) · 指壓療法防治小兒氣管拔管後喉痙攣的臨床觀察 · <i>中華實用中西醫雜誌</i> , 13 (24), 2585-2586。
#18	廖木蘭 (2005) · 指壓合屏氣法治療呃逆療效觀察 · <i>廣西中醫藥</i> , 28 (1), 35。
#19	靳寶霞、王開新、任愛敏 (2003) · 指壓攢竹穴治療腫瘤病人呃逆效果觀察 · <i>護理學雜誌</i> , 18 (4), 315。
#20	Chen HM., Chen CH. (2004). Effects of acupressure at the Sanyinjiao point on primary dysmenorrhoea. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 48(4), 380-387.
#21	紀麗梅、徐南麗、邱慧洳、蕭正光 (2004) · 穴位指壓對緩解原發性經痛成效之探討 · <i>慈濟護理雜誌</i> , 3 (4), 29-37。
#22	莊美華 (2001) · 穴位點指壓對改善痛經之成效 · 未發表的碩士論文, 台北: 國立陽明大學臨床護理研究所。
#23	Pouresmail Z. (2002) Ibrahimzadeh R. Effects of acupressure and ibuprofen on the severity of primary dysmenorrhea. <i>Journal of Traditional Chinese Medicine</i> , 22(3), 205-210.
#24	Lee MK., Chang SB. Kang DH. (2004). Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. <i>Journal of Alternative & Complementary Medicine</i> , 10(6), 959-965.
#25	Chung UL., Hung LC., Kuo SC., Huang CL. (2003) Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. <i>Journal of Nursing Research</i> , 11(4), 251-260.
#26	李美德、方輝榮、賈幼明、李艷冰、顧文莉 (2003) · 指壓穴位減輕分娩陣痛及縮短產程的效果觀察 · <i>實用護理雜誌</i> , 19 (9), 26-27。
#27	廖碧珍、周勤 (2003) · 穴位按摩應用於分娩鎮痛的研究 · <i>重慶醫科大學學報</i> , 28 (4) 541-543。
28	Kober A., Scheck T., Greher M. Lieba F., Fleischhackl R., Fleischhackl S., Randunsky F., Hoerauf K. (2002) Prehospital analgesia with acupressure in victims of minor trauma: a prospective, randomized, double-blinded trial. <i>Anesthesia & Analgesia</i> , 95(3), 723-727.
#29	Felhendler D., Lisander B. (1996) Pressure on acupoints decreases postoperative pain. <i>Clinical Journal of Pain</i> , 12(4), 326-329.
#30	田有糧、謝春秀、班東林 (2000) · 指針治療肌源性偏頭痛的初步探討 · <i>中醫外治雜誌</i> , 9 (2), 26-27。
#31	鮑鐵周 (2005) · 指壓承山穴治療急性腰扭傷 120 例 · <i>山西中醫</i> , 21 (2), 40-41。
#32	黃合 (2001) · 指壓穴位法治療腎絞痛 80 例 · <i>湖北中醫雜誌</i> , 23 (7), 49。
#33	周美啟、李靜、程孝萍 (1996) · 指壓法對急症胃痛止痛作用觀察 · <i>中國中醫急症</i> , 5 (1) 38-39。
#34	張廣生、洪惠玲 (1995) · 穴位指壓法治療膽絞痛臨床觀察 · <i>中國中西醫結合雜誌</i> , (8) 478。

#35	Cho YC., Tsay SL. (2004). The effect of acupressure with massage on fatigue and depression in patients with end-stage renal disease. <i>Journal of Nursing Research</i> , 12(1), 51-59.
#36	Tsay SL. (2004). Acupressure and fatigue in patients with end-stage renal disease-a randomized controlled trial. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 41(1), 99-106.
#37	Tsay SL., Cho YC., Chen ML. (2004). Acupressure and Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation in improving fatigue, sleep quality and depression in hemodialysis patients. <i>American Journal of Chinese Medicine</i> , 32(3), 407-416.
#38	Tsay SL., Rong JR., Lin PF. (2003). Acupoints massage in improving the quality of sleep and quality of life in patients with end-stage renal disease. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 42(2), 134-142.
#39	施玉燕 (2003) · 穴位指壓對末期腎疾病患者之皮膚搔癢、睡眠品質、憂鬱及生活品質之成效探討 · 未發表的碩士論文，台北：國立台北護理學院護理研究所。
#40	Chen ML., Lin LC., Wu SC., Lin JG. (1999). The effectiveness of acupressure in improving the quality of sleep of institutionalized residents. <i>Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences</i> , 54(8), 389-394.
#41	Harris RE., Jeter J., Chan P., Higgins P., Kong FM., Fazel R., Bramson C., Gillespie B. (2005). Using acupressure to modify alertness in the classroom: A single-blinded, randomized, cross-over trial. <i>Journal of Alternative & Complementary Medicine</i> , 11(4), 673-679.
#42	王希寶、房淑潔 (2004) · 放鬆點穴法治療抑鬱症的對照研究 · <i>神經疾病與精神衛生</i> , 4 (2), 116。
#43	Fassoulaki A., Paraskeva A., Patris K., Pourgiezi T., Kostopanagiotou G. (2003). Pressure applied on the extra 1 acupuncture point reduces bispectral index values and stress in volunteers. <i>Anesthesia & Analgesia</i> , 96(3), 885-890.
#44	Agarwal A., Ranjan R., Dhiraaj S., Lakra A., Kumar M., Singh U. (2005). Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study. <i>Anaesthesia</i> , 60(10), 978-981.
#45	Chen LL., Hsu SF., Wang MH., Chen CL., Lin YD., Lai JS. (2003). Use of acupressure to improve gastrointestinal motility in women after trans-abdominal hysterectomy. <i>American Journal of Chinese Medicine</i> , 31(5), 781-790.
#46	李金婷、裘月娟 (1996) · 穴位按摩用於腹部術後胃腸功能恢復的觀察 · <i>天津護理</i> , 4 (1) 1-2。
#47	盧燕、樊艷艷 (2003) · 按摩足三里穴促進腹部手術後胃腸功能恢復的研究 · <i>解放軍護理雜誌</i> , 20 (5), 13-4。

#48	李光泉、高宗康 (1995) · 按摩足三里穴促進腹部手術後胃腸功能得恢復作用 · 中西醫結合實用臨床急救, 2 (5), 228。
#49	王金會、耿靚羽、周衛東 (2003) · 足三里穴按摩對剖宮產術後產婦腸功能恢復的影響 · 醫學理論與實踐, 16 (8), 943。
#50	彭秀晴、靖會敏 (2004) · 足三里按摩促進腹部術後肛門排氣的臨床研究 · 中華臨床與衛生, 3 (6), 393-394。
#51	梁雯 (2003) · 經穴按摩法治療老年性便秘的臨床觀察 · 陝西中醫學院學報, 26 (6), 45-6。
#52	Maa SH., Gauthier D., Turner M. (1997). Acupressure as an adjunct to a pulmonary rehabilitation program. <i>Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation</i> , 17(4), 268-276.
#53	葉倩菁 (2004) · 穴位按壓療法對呼吸器昏迷病患脫離呼吸器參數之成效 · 未發表的碩士論文, 台北: 長庚大學護理學研究所。
#54	Tsay SL., Wang JC., Lin KC., Chung. UL. (2005). Effects of acupressure therapy for patients having prolonged mechanical ventilation support. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 52(2), 142-150.
#55	王瑞琴 (2003) · 穴位指壓在呼吸器依賴患者焦慮、睡眠品質及自發性呼吸參數成效之探討 · 未發表的碩士論文, 台北: 國立台北護理學院護理研究所。
#56	Wu HS., Wu SC., Lin JG., Lin LC. (2004). Effectiveness of acupressure in improving dyspnoea in chronic obstructive pulmonary disease. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 45(3), 252-259.
#57	Maa SH., Sun MF., Hsu KH., Hung TJ., Chen HC., Yu CT., Wang CH., Lin HC. (2003). Effect of acupuncture or acupressure on quality of life of patients with chronic obstructive asthma: a pilot study. <i>Journal of Alternative & Complementary Medicine</i> , 9(5), 659-670.
#58	李超英 (2005) · 穴位按摩治療急性鼻炎療效觀察 · 中國實用鄉村醫生雜誌, 12 (9), 49。
#59	王天瑤、師成賢 (1997) · 穴位按摩緩解支氣管哮喘發作的臨床觀察 · 交通醫學, 11 (2), 251。
#60	魏小惠 (2005) · 穴位按摩療法解除產後癱閉體會 · 中國中醫急症, 14 (8), 804-805。
#61	趙建珍 (2005) · 穴位注射和指壓“利尿穴”治療產後尿瀦留 · 浙江中西醫結合雜誌, 15 (6), 389。
#62	李迪、孫聰 (2001) · 指壓利尿穴治療產後尿瀦留效果觀察 · 濱州醫學院學報, 24 (6), 599。
#63	洪玉芬、范金萍、李迪菊、劉繼紅、袁瑋、石兢、鹿茸 (2005) · 穴位指壓治療肛腸病術後急性尿瀦留 · 新疆醫科大學學報, 28 (6) 93-94。

#64	Yukse MS., Erdem AF., Atalay C., Demirel A. (2003). Acupressure versus oxybutinin in the treatment of enuresis. <i>Journal of International Medical Research</i> , 31(6), 552-556.
#65	李白玉 (1999) · 點穴防治藥物流產後陰道出血過多 · 中國針灸, (5) 312。
#66	楊曼華 (2000) · 穴位指壓對改善癡呆症老人問題行為之成效 · 未發表的碩士論文, 台北: 國立陽明大學臨床護理研究所。
#67	Felhendler D., Lisander B. (1999). Effects of non-invasive stimulation of acupoints on the cardiovascular system. <i>Complementary Therapies in Medicine</i> , 7(4), 231-234.
#68	董瑞馨、蘇玉文、孫中安、孫婷、鄭亮、孫曉雲 (2004) · 穴位按摩輔助治療糖尿病伴周圍神經病變療效觀察 · 護理學雜誌, 19 (23) , 32。

