實務操作手冊

氣功外治操作手冊

發氣手法・補瀉雙向操作・臨床應用・爪手排病氣

本手冊系統整理氣功外治之發氣手式與手法、補瀉雙向操作、以指代針與得氣、氣至病所、補瀉基本練習與成效評估、常見病症方案與臨床案例、鞏固療效、患者自我練功、維持與復發處理，以及爪手排病氣之逐級練習與九法詳解，另附五行失衡評估與中風、暈厥、偏頭痛之專題調理，並納入經典文獻、腧穴國家標準與現代研究證據。

篇章	內容
上篇	氣功外治發氣療法：理論基礎、手式手法、頻率力度意念、補瀉總綱、以指代針與得氣、氣至病所、補瀉基本練習、病症方案、臨床案例、鞏固療效、自我練功、維持與復發處理、排病氣手法總覽（第一至十七章）
下篇	爪手排病氣：前提與手式、五階段逐級練習、瀉後補養、九種排病氣手法詳解、綜合流程與術者自我保護（第十八至二十一章）
附錄	腧穴定位速查；術語彙編；現代研究證據摘要；練習、外治與成效評估記錄表；五行失衡評估與中風、暈厥、偏頭痛之調理；參考文獻

繁體中文版　第一版　2026 年 10 月

本手冊僅供氣功養生與輔助調理之學習參考，不能取代醫療診斷與治療。症狀劇烈或加重，請立即就醫。

目　錄

前言 **3**

本手冊使用說明 **4**

安全聲明與適用範圍 **7**

上篇　氣功外治發氣療法 **9**

第一章　緒論與理論基礎 10

第二章　發氣手式與手法 15

第三章　發氣之頻率、力度與意念 23

第四章　補瀉手法之具體操作（雙向總綱） 26

第五章　以指代針與得氣 35

第六章　氣至病所之導引方法 39

第七章　補瀉基本練習：呼吸同步、收尾對練與成效評估 42

第八章　常見病症補瀉選擇方案 58

第九章　臨床案例操作流程 61

第十章　鞏固療效之後續步驟 65

第十一章　患者自我練功功法 68

第十二章　維持期鞏固方案 72

第十三章　復發緊急自我處理 74

第十四章　復發後恢復外治方案 77

第十五章　恢復期自我練功加強方案 79

第十六章　結論與原則總結 82

第十七章　排病氣手法總覽 83

下篇　爪手排病氣 **92**

第十八章　爪手取病氣：前提與手式要領 93

第十九章　爪手取病氣：五階段逐級練習 95

第二十章　排病氣手法詳解（九法） 101

第二十一章　綜合排病氣流程與選擇總表 110

附　錄 **113**

附錄 A　腧穴定位速查表 114

附錄 B　術語彙編 121

附錄 C　現代研究證據摘要 125

附錄 D　練習、外治與成效評估記錄表 127

附錄 E　五行失衡評估與中風、暈厥、偏頭痛之調理 131
參考文獻 167

註：目錄頁碼如與內文不符，請在目錄上按右鍵選「更新功能變數」→「只更新頁碼」。各節（如 4.7、17.3）可由 Word「導覽窗格」快速跳轉。

前言

氣功外治是以術者之內氣，透過手式、手法、呼吸與意念，作用於受者穴位或病灶的中醫傳統調理方法。本手冊以「補虛瀉實」為主軸，將發氣手法、補瀉判斷、臨床應用與自我練功整合為一套可循序學習、可實際操作的體系，供氣功教學、外治練習與自我保健之用。

本手冊有四項特色：

- **補瀉雙向**：每一操作均列出「補」（向內、扶正）與「瀉」（向外、祛邪）兩種做法，並涵蓋順經與逆經、呼氣與吸氣、溫熱與清涼、留入與排出、升提與引降。
- **經典與研究並重**：補瀉原理對照《黃帝內經》《標幽賦》《金針賦》等經典；穴位定位依國家標準；並附現代研究證據，協助學習者設定合理期望。
- **循序練習與評估**：設補瀉基本練習（第七章），由自身呼吸、呼吸同步、補瀉發氣到綜合操作，再以收尾對練體會「收得緊、收得鬆」，並以受者體感、術者指感、脈象、症狀四項評估補瀉成效；附九週練習計劃與記錄表。
- **安全優先**：明列禁用部位、慎用人群、紅旗徵象與執業倫理。氣功外治定位為輔助調理，不取代醫療診斷與規範治療。

本書為第一版（2026 年 10 月）；附錄 E 另收五行失衡之評估，以及中風、暈厥、偏頭痛之急救原則與調理。

本手冊使用說明

一、全書結構

表 0-1　全書結構

篇章	章節	主要內容
上篇　氣功外治發氣療法	第一至十七章	理論基礎、發氣手式與手法、頻率力度意念、補瀉總綱、以指代針與得氣、氣至病所、補瀉基本練習與成效評估、常見病症方案、臨床案例、鞏固療效、自我練功、維持期、復發處理、恢復外治、加強練功、排病氣手法總覽
下篇　爪手排病氣	第十八至二十一章	前提與手式要領、五階段逐級練習、瀉後補養、九種排病氣手法詳解、綜合流程與術者自我保護
附錄	附錄 A–E、參考文獻	腧穴定位速查；術語彙編；現代研究證據摘要；練習、外治與成效評估記錄表；五行失衡評估與中風、暈厥、偏頭痛之調理

二、「雙向」編排

全書以「補虛瀉實」為主軸，每一操作主題均以兩個方向呈現：**補（向內、扶正）**與**瀉（向外、祛邪）**，並涵蓋與之相對應的順經 / 逆經、呼氣 / 吸氣、溫熱 / 清涼、留入 / 排出，以及升提 / 引降。上篇各手法均附「雙向操作」對照表（紅色欄為補，藍色欄為瀉，紫色欄為平補平瀉）。

下篇之爪手排病氣本質屬瀉，故設「瀉後補養」一節（19.6），以留氣、溫養、固本使補瀉首尾相顧。

三、標記說明

表 0-2　標記一覽

標記	意義
〔雙向操作〕表	補 / 瀉對照；紅欄 = 補，藍欄 = 瀉，紫欄 = 平補平瀉

標記	意義
〔補〕〔瀉〕〔平〕〔升〕〔降〕	步驟或方案之方向屬性
〔要點〕綠框	章節重點與決策原則
〔說明〕黃框	操作細節、方向判斷與易混淆處之說明
〔反向調整〕橙框	證型相反時之調整做法
〔經典〕框	經典文獻原文與解讀
〔研究證據〕藍框	現代研究結果及其對實務之意涵
〔安全提示〕紅框	禁忌、慎用與就醫指引
〔練習提示〕紫框	練習方法與自我檢核

四、建議閱讀路徑

表 0-3　閱讀路徑

讀者	建議順序
初學之術者	安全聲明 → 第一至四章 → 第十一章（先自練）→ 第五、六章 → 第七章（補瀉基本練習）→ 第十七章 → 第十八、十九章
臨床應用者	第四章（4.7–4.10）→ 第七章 → 第八、九章 → 第十章 → 第十四章 → 第二十、二十一章 → 附錄 E
患者 / 自我保健者	安全聲明 → 第十一、十二章 → 第十三章 → 第十五章 → 附錄 E-2、E-3（急救辨識與自我調護）
查證典籍與研究者	1.3、1.4、4.6、5.8 → 附錄 C → 參考文獻

五、用字與名詞

- 穴位名稱與定位依 GB/T 12346-2021《經穴名稱與定位》、GB/T 40997-2021《經外奇穴名稱與定位》及世界衛生組織西太平洋區標準（2008），見附錄 A。
- 「龍含式」亦稱「龍銜式」；「爪手式」即「鷹爪式」；「單指式」亦稱「一指禪式」。

- 時間以分鐘、秒、週計；距離以公分（cm）計；「一次」指一呼一吸或一個完整動作。
- 「病氣」「探氣」「抓氣」等為氣功外治之傳統用語，描述施受雙方之體感與意念操作；其客觀實體性尚未獲科學證實（見 1.4、19.2）。

安全聲明與適用範圍

本手冊為氣功養生及輔助調理之學習與操作參考，不構成醫療診斷或治療建議。使用者應自行評估自身條件，並於有疑慮時諮詢合資格之醫療人員。

一、基本原則

- 氣功外治為輔助調理，**不可替代醫療**。
- 臨床應用前，須先經正規醫院檢查，**排除器質性疾病**。
- 症狀劇烈或加重，**立即就醫**。
- 術者治療後**必排病氣、採氣**，並遵循「**用一練四**」（發氣 1 份，練功 4 份），以保自身健康。
- 患者須**循序漸進、以不累為度**，配合生活調護，方能鞏固療效、防止復發。

二、禁用與慎用

表 0-4　禁用與慎用一覽

類別	內容	處理
排病氣禁用部位	頭部、心臟、大血管處；孕婦腰腹	不施抓、吸、拉、震、拍、抖等排病氣手法
體虛者	正氣不足、年老、久病	不用強排手法，以補為主
先就醫者	急性重症、原因不明之發熱、急性腹痛、出血或出血傾向、未固定之骨折與急性外傷、腫瘤未經醫療評估者	先經醫療處置；外治僅在醫師知悉下作輔助
慎練慎受者	有思覺失調、雙相情緒障礙等精神病史，或曾出現練功偏差者	練功不當可誘發身心異常；宜在合格指導下低量進行，出現異常即停並就醫（見附錄 C）
時機不宜	飢餓、過飽、酒後、極度疲勞、情緒劇烈波動時	暫緩施治與練功
侵入性操作	氣功針刺（行針、出針、按孔等）	僅限依當地法規取得資格之針灸 / 中醫人員施行；其他人以「以指代針」（第五章）替代

三、紅旗徵象

〔安全提示〕出現下列任一情況，立即停止操作並就醫

- 胸痛、胸部壓迫感，或伴冷汗、氣促。
- 突發劇烈頭痛，或頭痛伴嘔吐、頸部僵硬（頭痛紅旗見附錄 E-3）。
- 單側肢體無力或麻木、口角歪斜、言語不清、突發視物模糊或意識混亂（中風之辨識見附錄 E-2）。
- 暈厥或幾乎暈倒；心悸伴頭暈欲倒（現場處理見附錄 E-2）。
- 血壓達 180/120 mmHg 或以上，或血壓異常伴頭痛、胸痛、氣促、視力或神經症狀。
- 腰痛伴下肢進行性無力、會陰部麻木或大小便失控。
- 練功或受治後出現幻聽、妄想、持續激動或連續多日無法入睡。

四、知情同意與執業倫理

- 施治前說明氣功外治之性質（輔助調理）、常見反應（溫熱、舒適、微汗）與可能不適（頭暈、疲倦、心慌），取得受者同意。
- 不承諾療效；不建議受者自行停藥或延誤就醫。
- 涉及身體接觸或暴露部位時，先徵得同意，必要時安排第三者在場。
- 記錄每次取穴、手法、補瀉方向與受者反應，以利複查與調整（第十章；記錄表見附錄 D）。
- 遵守所在地區對醫療宣稱、廣告及執業資格之法規。

上篇　氣功外治發氣療法

補瀉雙向操作

第一章至第十六章：理論、手式手法、頻率力度意念、補瀉總綱、以指代針與得氣、氣至病所、補瀉基本練習與成效評估、病症方案、臨床案例、鞏固、自我練功、維持、復發處理與恢復方案

第十七章：排病氣手法總覽

每項手法均附〔雙向操作〕表：紅欄為補（向內・扶正），藍欄為瀉（向外・祛邪）

第一章　緒論與理論基礎

1.1　定義與核心原則

氣功外治為中醫傳統療法之一，以術者自身內氣，透過特定手式與手法，作用於患者體表穴位或病灶，以激發經氣、疏通經絡、調和氣血、補虛瀉實。其核心原則為「**用意不用力**」：形體放鬆，以意念調動內氣。

本療法之手法包括平掌式、震法、氣功針刺、以指代針等；操作要素為頻率、力度、意念三者；臨床講求辨證施治，並以患者自我練功鞏固療效。全書以傳統中醫經絡理論為基礎，結合氣功臨床實務，提供一套可循序練習、辨證施治之體系。

> 〔要點〕三大核心
>
> - **用意不用力**：形體放鬆，靠意念發氣，不靠肌力。
> - **辨證施治**：先辨虛實寒熱，再定手式、取穴與補瀉。
> - **補瀉分明**：移動方向、呼吸、意念、頻率、力度、終止方式六者一致指向補或瀉。

1.2　雙向之理：補瀉與升降出入

中醫治則以「虛則補之，實則瀉之」為綱。氣功外治所稱之「補」，是以意氣扶助正氣、使氣向內聚留；「瀉」，是以意氣疏散邪氣、使病氣向外排出。兩者方向相反、相輔相成，構成本手冊「雙向」編排之基礎。

> 盛則瀉之，虛則補之，熱則疾之，寒則留之，陷下則灸之，不盛不虛，以經取之。　——《靈樞・經脈》

此段經文可對應外治之六種取向：實證用瀉、虛證用補；熱證手法宜快（疾），寒證宜留（留氣溫養）；氣陷宜溫升；虛實不顯則循經平調（平補平瀉）。

> 出入廢則神機化滅，升降息則氣立孤危。……是以升降出入，無器不有。　——《素問・六微旨大論》

「出入」即本手冊之瀉（出）與補（入）；「升降」則見於引氣歸元、引氣下行與升提等操作（第十一、十三、十五章）。

表 1-1　補瀉雙向坐標總表

維度	補（向內）	瀉（向外）	詳見
目的	扶正、補虛、溫養	祛邪、瀉實、清散	第一章
經絡方向	順經	逆經	2.3、4.1、4.7
呼吸配合	受者（術者同步）呼氣時發氣	受者（術者同步）吸氣時發氣	4.2–4.4、4.8
意念	氣入體內、氣留穴中	病氣外出、氣散邪去	3.3、4.1
溫度	熱（意火法、熱導氣）	涼（意寒法、冷導氣）	2.3.2、4.4
頻率	緩、勻	快、促	3.1、4.1
力度	輕而深透	重而外泄	3.2、4.1
終止方式	意念猛向內按，手迅速離開	意念緩緩而出，手緩慢離開	3.2、4.2–4.3
旋轉方向	順時針	逆時針	4.8、20.3；腹部摩法見 2.2.2
出針	快速出針，立即按壓針孔	搖大針孔，緩慢出針，不按	2.4.1、4.2–4.3
推送方向	向心（由遠端推向病灶）	離心（由病灶推向肢端）	4.8、20.1
升降	升提：氣虛下陷者	引降：氣逆上衝者	4.9、13.7

註：升降與補瀉並非一一對應——升提多屬補（升陽舉陷），引降可屬瀉（平降上逆）亦可屬補（引火歸元），須依病機判定。

1.3 歷史源流

〔研究證據〕外氣療法的歷史脈絡

- **先秦兩漢**：《素問・異法方宜論》將「導引按蹻」列為治法之一，謂其「從中央出」。導引、按蹻為後世氣功與推拿之源頭。
- **唐代「布氣」**：道教醫學文獻載有以己氣布入病者體內之法。《幻真先生服內元氣訣・布氣訣》云：「凡欲布氣與人療病，先須依前人五臟所患之處，取方面之氣，布入前人身中。」並令病者面向該方、息心靜慮，布氣後令其咽氣。同類記載亦見《嵩山太無先生氣經》、《長生胎元神用經》等。研究者指出，古代「布外氣」遵循辨證施治，對醫患相對位置與接觸方式亦有對稱等操作規範（吳國居，2025）。
- **二十世紀**：五十年代起氣功療法在中國逐漸為醫療界接納（Chen，2004）。1978 年 5 月，上海原子核研究所顧涵森與氣功師林厚省發表外氣初步測量報告，稱在勞宮穴附近測得受低頻調製之紅外輻射；此後「外氣測量」研究大量湧現。
- **「氣功熱」及其退潮**：八、九十年代各類功法練習者據估計達數千萬至二億人；1999 年後氣功迅速降溫，多數相關研究機構停辦（澎湃新聞，2014）。
- **健身氣功標準化**：國家體育總局健身氣功管理中心於 2001 年成立，2003 年在整理 64 種傳統八段錦版本基礎上推出「健身氣功・八段錦」；2026 年 5 月，中華中醫藥學會與中國健身氣功協會聯合發布首個《八段錦》團體標準。

1.4 現代研究證據概覽

外氣（術者發氣）與內氣（自我練功）之研究證據強弱不同，使用者宜據此設定合理期望。下表為摘要，完整資料見附錄 C。

表 1-2　現代研究證據概覽

主題	主要發現	對實務之意涵
外氣與疼痛	系統綜述所納隨機對照試驗均顯示外氣組疼痛下降較多，惟樣本小，結論為「令人鼓舞、仍需研究」（Lee 等，2007）；梅奧診所之隨機試驗（50 人）顯示第 2–4 週疼痛顯著改善，第 8 週差異已不顯著（Vincent 等，2010）；另一統合分析中外氣多數比較未達顯著（Bai 等，2015）。	可作緩解症狀之輔助；應定期評估效果，不承諾療效
外氣之客觀測量	中國大量研究報告可測之外氣效應，但其本質與機制未明（Chen，2004）；嚴格對照之體外細胞實驗，首輪見差異，重複實驗未能再現（Yount 等，2004）。	外氣機制仍屬未知，對外描述宜審慎
以手感知「能量場」	21 名資深觸療師於盲測中辨識正確率僅 44%，與猜測相近（Rosa 等，1998）。	「探氣」所得只作操作參考，不作診斷依據
自我練功	八段錦可改善睡眠、生活品質、平衡及血壓等（Zou 等，2017；2026 年長者統合分析）；氣功有輔助降壓證據但偏倚風險高（Xiong 等，2015）；慢呼吸可小幅降壓（2019 年統合分析）。	自我練功證據較充分，應為鞏固療效之主體，與「用一練四」及第十一至十五章之安排相符
安全性	練功不當可誘發身心異常，易感者（如有精神病史）風險較高（Ng，1999）。	遵守安全聲明之慎用規定

1.5　適應範圍

本手冊所述之應用包括：風寒 / 風熱感冒、脾胃虛寒、肝鬱氣滯、腰椎間盤突出（急性期、慢性期）、急性腰扭傷、失眠、高血壓（第八、九章），以及肌肉酸痛、腰肌勞損、四肢酸痛、關節痹痛、氣滯腹脹等（第十七至二十一章）；附錄 E 另述五行失衡之評估與調理、中風恢復期與偏頭痛之輔助調理，以及暈厥、中風之現場急救原則。上述病症均須先經醫療評估；外治定位為輔助調理、緩解不適與促進放鬆，並以自我練功鞏固。

〔安全提示〕外治前必做三件事

- 確認受者已就醫，並排除需緊急處理之疾病（安全聲明「紅旗徵象」）。
- 確認不屬禁用部位與慎用人群（表 0-4）。
- 說明外治性質與可能反應，取得受者同意。

第二章　發氣手式與手法

2.1　常用發氣手式

手式是外氣發放之「形」，決定氣感的面積與方向。**手式本身不分補瀉**；補瀉取決於移動方向、呼吸、意念、頻率、力度與終止方式（第四章）。

表 2-1　常用發氣手式

手式	手形要點	氣感特點	適用部位與常用穴
平掌式	五指自然伸直，以腕與指微調鬆緊，以勞宮穴為中心發氣	氣感面廣、柔和	面積較廣之部位，如大椎、腎俞、中脘；震法最常用
單指式（一指禪式）	食指或中指伸直，餘指屈曲	方向性極強，氣感集中	精準點按小穴位，如合谷、內關、太衝
劍指式	食指伸直、中指微屈，拇指壓住無名指與小指；亦可食、中二指併攏伸直	氣從指端集中射出，方向性強	以指代針、循經導引、氣至病所
龍含式（龍銜式）	食、中、無名、小指併攏，與拇指相對，如龍含珠	蓄氣與變換；可轉為雀嘴式行五行導氣	向針體或特殊部位（腫塊、手指、耳）發氣（2.1.1）
雀嘴式	拇指與一指相對（兩兩配合），其餘三指伸直上翹；亦可五指撮攏如雀嘴	依所配手指之五行屬性發氣	特定穴位、針體；小穴位點啄（2.1.1）
爪手式（鷹爪式）	五指張開，指關節微屈，掌心內含	用於探氣、抓氣	排病氣（第十七至十九章）

> **〔說明〕劍指手形**
>
> 劍指可作「食指伸直、中指微屈」或「食、中二指併攏伸直」，亦可單伸食指或中指；以指端氣感集中、指節不僵為準。

> **〔練習提示〕手式通用要領**
>
> - 腕、肘、肩放鬆，沉肩墜肘；手指不僵直。
> - 意念在指端或勞宮，不在手腕。
> - 呼氣時意念與目光集中於發氣部位，吸氣時意念放鬆（第三章）。

2.1.1 龍含式與雀嘴式：五行導氣

龍含式與雀嘴式常配合使用：龍含式本身不直接對應某一五行，而是蓄氣與變換之「容器」；雀嘴式則以拇指與其餘四指兩兩配合，將氣依五行、臟腑與陰陽屬性「分類輸出」。

表 2-2 龍含式與雀嘴式

手式	手形要點	作用	應用
龍含式	食、中、無名、小指併攏，與拇指相對，如龍含珠	蓄氣與變換：拇指與其餘指之指間關節輕微屈伸蠕動，調節指間之氣與力，將氣蓄於對稱指之間	常由五雷指式運氣後變換而來；多用於向針體或身體特殊部位（如腫塊、手指、耳）發氣
雀嘴式	拇指與食、中、無名、小指之一相對，其餘三指伸直上翹	依所配手指之五行屬性發氣；其餘三指之鬆緊可調節氣量大小與緊張度	向針體或特定穴位發氣，作精準之五行、陰陽調控

表 2-3 雀嘴式手指之五行配屬與功效

指法	五行	臟腑	陰陽	功效與應用
拇指（基準指）	土	脾	—	五行之合，能和合四象；與其餘四指相對而發
拇指＋食指	土＋木	肝	陽方	疏肝、理氣
拇指＋中指	土＋火	心	陽方	發放心中之陽氣：益陽、調心、強心
拇指＋無名指	土＋金	肺	陰方	調理肺氣、肅降
拇指＋小指	土＋水	腎	陰方	補腎、滋水

1. **先蓄後發**：先以龍含式蓄氣於掌，再變換為所需之雀嘴式（如拇、中指相對），最後配合推、拉、旋、顫等手法，將帶有特定五行屬性之氣發出。

2. **依證選指**：依需調理之臟腑選指——補心陽選拇＋中指；補腎選拇＋小指；疏肝選拇＋食指；肅肺選拇＋無名指。
3. **鬆緊調控**：其餘三指伸直上翹，以其緊張與放鬆調節拇指與對稱指之間的氣量大小與緊張度。

> **〔要點〕裝載與分類輸出**
>
> 龍含式負責「裝載」，雀嘴式負責「分類輸出」。木（食指）與火（中指）相配為陽方，偏於溫升；金（無名指）與水（小指）相配為陰方，偏於肅降、滋潤。五行配屬屬傳統理論框架，宜作為選指與意念導向之依據。

2.2　接觸式發氣手法

2.2.1　震法（震顫法）

平掌式最常用。手輕放穴位，以腰為軸搖轉，運丹田之氣至勞宮震動發氣。驅散風寒時，向大椎、風門發氣可激發陽氣、驅邪外出。

1. **調氣**：鬆靜站立，意守丹田，待丹田溫熱、掌心發脹（3.4）。
2. **定位**：平掌輕放穴位，勞宮對準穴心。
3. **發動**：以腰為軸小幅搖轉，意念丹田之氣經手臂達於勞宮。
4. **震顫**：掌部隨之產生細小均勻之震動，頻率依補瀉而定（下表）。
5. **收**：依補瀉選擇終止方式。

〔雙向操作〕震法

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
頻率	偏緩而勻：輕震每秒 3–4 次（見 10.2 溫養）	偏快而促：振動發氣每秒 4–6 次；排病氣震法為小幅震顫每秒 3–5 次
呼吸	受者呼氣時發氣	受者吸氣時發氣
意念	熱氣透入，聚於穴中	邪氣被震散，隨經外出
力度幅度	輕而深透，幅度小	稍重而外泄，幅度可略大
終止	意念猛向內按一下，手迅速離開	意念緩緩外出，手緩慢離開，再甩手
應用	鞏固期溫養（第十章）；收功震腎俞以固腰（案例二）	風寒震大椎（案例一）；震法排病氣（第十七章）

2.2.2　揉法與摩法

邊按揉邊發氣，重在疏通經絡、激發氣機，常用於胸腹及四肢。

〔雙向操作〕揉法與摩法

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
力度速度	輕柔、緩慢、均勻	稍重、稍快
方向	順經；旋摩取順時針（腹部另見下框）	逆經；旋摩取逆時針（同左）
呼吸	受者呼氣時發氣	受者吸氣時發氣
意念	溫熱滲入、氣血充盈	鬱滯鬆解、病氣散開
適用	虛寒、氣血不足之胸腹四肢	氣滯、肌肉僵緊、脹滿

〔說明〕腹部摩轉之方向

腹部摩法同時牽動腸道，方向依腸道走向判定：以術者面對仰臥受者腹部（頭側為 12 點）所見之順時針，與結腸走向（右下腹→右上腹→左上腹→左下腹）一致，可促進排便、消食導滯，屬瀉；反方向健脾止瀉，屬補。

實務：便溏、腹瀉者避免強力沿結腸走向摩轉，改逆時針或往返平摩；便秘、食積者可沿結腸走向。腹部以外之旋摩，順時針為補、逆時針為瀉（4.8）。

2.2.3　點按發氣

以指尖或指腹點按穴位發氣。如治牙齦腫痛，點按合谷、頰車，意念消炎，導引虛火從湧泉排出。

〔雙向操作〕點按發氣

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
點按節奏	由輕到重，按而留之	點按配合小幅震顫，點後即鬆
呼吸	受者呼氣時發氣	受者吸氣時發氣
意念	氣聚穴中，溫養	邪散、清熱，病氣循經外出
終止	猛按封穴，手迅速離開	緩緩離開，甩手排病氣

表 2-4　牙齦腫痛之虛實雙向

證型	辨別要點	方向	參考取穴	意念
實火（胃火）	紅腫熱痛明顯、口臭、便秘、舌紅苔黃	〔瀉〕清熱外導	合谷、頰車、內庭	意涼，病氣循經由指端排出
虛火（腎陰虛）	隱隱作痛、齒浮、午後或夜間加重、舌紅少苔	〔降〕引火歸元（補中有降）	湧泉、太溪、頰車	意念虛火緩降至湧泉，手法溫和

「導引虛火從湧泉排出」即屬虛火之治法。內庭、太溪定位見附錄 A。牙齦化膿、面頰腫脹擴散或發熱者，須就醫。

2.3　離體式發氣手法

2.3.1　推拉與導引

手離體表，順經絡走向推拉，引導病氣排出。驅散風寒常順膀胱經向下導引，使邪從足出。

〔雙向操作〕推拉與導引

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
動作	「推入」：由遠處向穴位或病灶緩推，送氣入內	「拉出」：由病灶向外緩拉如抽絲；或沿出路向肢端導引
方向坐標	調經氣時順經；排病氣時向心	調經氣時逆經；排病氣時離心（向下、向肢端）
呼吸	受者呼氣時推送	調經氣：受者吸氣時發氣；排病氣：術者呼氣時用力推、拉（見 4.8）
意念	清氣入內，聚於病所	病氣隨掌外出，入地消散
收尾	平掌輕覆，留氣	推拉至肢端或一定距離後甩手

註：「順膀胱經向下導引，使邪從足出」雖屬順經，但目的為驅邪，依「出路坐標」屬瀉，見 4.8。

2.3.2　補瀉調氣

順經移掌為補，逆經移掌為瀉。也可配合意念，如意火法治寒證，意寒法治熱證。

〔雙向操作〕補瀉調氣

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
移掌方向	順經移掌	逆經移掌
意念法	意火法：意想掌心溫暖如日照，熱氣透入	意寒法：意想掌心清涼如泉，熱邪外散
適用	寒證、虛證	熱證、實證
受者感受	溫熱	清涼

各經脈之順逆方向見 4.7 表 4-5。

2.3.3　抓拿排病

手呈爪形憑空抓拿病氣並甩入地下，注意頭部、心臟處不可用。本法屬瀉法，詳見第十七章及下篇。

〔雙向操作〕抓拿排病

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
操作	瀉後補：抓甩完成後，平掌輕覆病所 1–3 分鐘，呼氣時意念溫氣留於病所（第十章留氣）	探氣→抓氣（呼氣抓、吸氣鬆）→甩走（意念入地）→複查→收功
適用	體虛者在瀉後必加；體質壯實者酌情	四肢、背、腰之病氣聚集處；禁頭、心、大血管、孕婦腰腹

2.4　氣功針刺與消炎止痛

2.4.1　氣功針刺

核心為「以氣運針」。針入得氣後，透過導引行針、夾持行針等方式，將外氣經針體傳入穴位。一般認為可增強針感與療效，惟目前尚缺高品質對照研究證實。

〔雙向操作〕氣功針刺

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
捻轉	拇指向前為主，頻率慢，角度小	拇指向後為主，頻率快，角度大
意念	氣隨針入	病氣隨針出
呼吸	受者呼氣時行針發氣	受者吸氣時行針發氣
出針	快速出針，出針後立即按壓針孔	搖大針孔，緩慢出針，不按針孔

> **〔安全提示〕針刺資格**
>
> 針刺屬侵入性醫療行為，須由依當地法規取得資格之針灸或中醫人員施行，並嚴格消毒、注意暈針與出血之處理。未具資格者，一律以「以指代針」（第五章）替代，不得插針。

2.4.2　消炎止痛

透過外氣點穴或導引，配合消炎、清熱之意念，將病氣循經導引從湧泉或指端排出。

〔雙向操作〕消炎止痛

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
適用證	虛火、虛熱（隱痛、反覆）；寒凝作痛	實熱之紅腫熱痛；氣滯脹痛
方向	溫和引降（引火歸元）或溫通；手法輕	清熱外導，循經導向指端或湧泉
意念	溫和下行，氣血通暢	清涼，病氣外出
呼吸	受者呼氣時發氣	受者吸氣時發氣

註：此處「消炎」為意念用語，非指抗感染。局部化膿、發熱、紅腫擴散者須就醫。

第三章　發氣之頻率、力度與意念

3.1　頻率

表 3-1　發氣頻率

手法	頻率	補瀉傾向
振動發氣	每秒 4–6 次	中性，依呼吸、意念與終止方式定補瀉
振顫發氣	每秒約 12 次	偏瀉（快促、散）
震顫行針	每秒 3–5 次	依捻轉方向與意念定補瀉
持續發氣	均勻持續，無固定頻率	偏補（緩勻、留）

另，鞏固期之「平掌輕震」為每秒 3–4 次（第十章），屬補；排病氣之震法為「小幅震顫每秒 3–5 次」（第十七章）。

〔雙向操作〕頻率

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
節奏	緩、勻，持續穩定	快、促，可間歇加強
典型數值	輕震每秒 3–4 次；持續發氣	振動每秒 4–6 次；振顫每秒約 12 次

3.2　力度

總原則為「**用意不用力**」。形體不可用力，要放鬆，靠意念發氣。補法終止時意念猛向病人內部按一下，快速中斷；瀉法終止時意念從病人體內緩緩而出。

〔雙向操作〕力度與終止

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
力度	輕而深透：手輕，意念深入	重而外泄：意念與氣勢較強，方向向外（非肌肉用力）
終止	意念猛向內按一下，快速中斷，手迅速離開	意念從體內緩緩而出，手緩慢離開
比喻	如關門留客	如開門送客
收尾形體	掌心微微下沉，作極短促之頓挫後迅速移開（一頓、一收、一離）	手緩慢向外、向上移開，如抽絲，不可太快
受者體感	緊、實、溫、飽滿	鬆、空、涼、消散

「重」指意念之強度與方向，而非手部肌力；任何時候皆不可僵硬用力。「猛按」亦然：是意念之果斷，不是形體之暴力（收尾對練見 7.10）。

3.3　意念

意念專注在發氣部位，呼氣時意念與目光集中在所發部位，吸氣時意念放鬆。補法意念氣隨針入，瀉法意念病氣隨針出。

〔雙向操作〕意念

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
意念方向	入、聚、留	出、散、去
意象	溫熱之氣透入，於病所緩緩旋轉凝聚	病氣如煙霧散開，隨掌、指或經絡外出入地
呼吸與意念	呼氣時意念送氣入內，吸氣時放鬆	吸氣時意念引病氣外出；排病氣動作則呼氣用力（見 4.8）

〔安全提示〕意念之度

意念宜「似守非守」，專注而不緊張。勿刻意追求奇異感覺或強烈氣感；出現頭脹、心慌、氣往上衝時，即停止意念導引，改意守湧泉、自然呼吸（第十五章）。過度執著於意念與氣感，是練功偏差之常見誘因。

3.4 練習步驟（以勞宮發氣為例）

1. **築基調氣（3–5 分鐘）**：鬆靜站立，意守丹田，待丹田溫熱、掌心發脹。
2. **拉氣感知（5–10 分鐘）**：兩掌勞宮相對，緩慢開合拉氣，體會氣感。
3. **定向發氣（每次 1–2 分鐘）**：意念控制氣從左手勞宮發放至右手勞宮，交替練習。
4. **收功（2–3 分鐘）**：疊掌丹田，搓手浴面，乾梳頭，擦大椎，拍打四肢。

〔練習提示〕雙向發氣練習

於第 3 步「定向發氣」中，分兩組各練 1 分鐘：

- **補式**：呼氣時意念熱氣從左掌送入右掌；終止時意念向右掌內猛按一下，左手迅速移開。
- **瀉式**：吸氣時意念從右掌將氣引向左掌外出；終止時意念緩緩抽離，左手緩慢移開。
- 體會兩種收尾之差異：補式收得「緊」，瀉式收得「鬆」。

正常反應為掌心溫熱、脹、麻；若頭脹、心慌，即減量並改意守湧泉。

與受者呼吸同步之補瀉發氣訓練見第七章；兩人對練之收尾練習見 7.10。

第四章　補瀉手法之具體操作（雙向總綱）

4.1　補瀉基本原則

〔雙向操作〕補瀉基本原則

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
移掌方向	順經（起點→終點）	逆經（終點→起點）
移掌速度	緩：每秒 1–2 cm	稍快：每秒 2–3 cm
每穴停留	10–15 秒	5–10 秒
呼吸配合	受者呼氣時發氣（術者同步呼氣）	受者吸氣時發氣（術者同步吸氣）
常用手式	平掌（大面積溫補）、劍指（精準穴位）、龍含（蓄氣溫補臟腑）	劍指（逆經瀉邪）、爪手（抓取病氣後甩走）、平掌（大面積散邪）
意念方向	氣入體內、氣留穴中	病氣外出、氣散邪去
意念意象	熱氣如溫水，自術者手流入受者體內，順經流注	涼氣透入、清熱瀉邪；病氣自受者體內經術者手排出入地
終止方式	猛按中斷（向內），如「關門留氣」	緩緩而出（向外），如「開門放邪」
溫度	熱	涼
頻率	緩、勻	快、促
力度	輕而深透	重而外泄
旋轉（排病氣旋法）	順時針	逆時針
適用	寒證、虛寒、虛證	熱證、實熱、實證

4.2　補法操作細節（呼氣發氣）

1. **呼吸同步**：術者先調勻呼吸，再與受者呼吸同步——受者呼氣時術者亦呼氣，受者吸氣時術者亦吸氣；同步後再發氣。

2. **發氣時機**：受者呼氣時，術者意念氣從勞宮或劍指射出；受者吸氣時收氣，手略放鬆。一呼一吸為一放一收。
3. **手式**：平掌氣感面廣，宜大面積溫補；劍指氣感集中，宜精準穴位；龍含式蓄氣後發放，宜溫補臟腑。
4. **意念**：「熱氣透入，溫養病所」——意想氣如溫水，從術者手流入受者體內，順經流注。
5. **順經移掌**：沿經絡走向，由起點向終點緩慢移動，每秒 1–2 cm；每穴停留 10–15 秒。
6. **終止手法**：意念猛向受者體內按一下，手迅速離開，如「關門留氣」，使氣留體內不外泄；「猛按」是意念之果斷，形體只作掌心微沉之極短頓挫（7.10）。
7. **捻轉與出針**：拇指向前為主捻轉，頻率慢、角度小；快速出針，出針後立即按壓針孔，意念「氣留穴中」。

4.3 瀉法操作細節（吸氣發氣）

1. **呼吸同步**：術者與受者呼吸同步——受者吸氣時術者亦吸氣，受者呼氣時術者亦呼氣。
2. **發氣時機**：受者吸氣時，術者意念氣從勞宮或劍指射出；受者呼氣時收氣，手略放鬆。一吸一呼為一放一收。
3. **手式**：劍指方向性強，宜逆經瀉邪；爪手宜抓取病氣後甩走；平掌宜大面積散邪。
4. **意念**：「涼氣透入，清熱瀉邪」——意想病氣從受者體內經術者手排出，入地消散。
5. **逆經移掌**：沿經絡走向，由終點向起點逆向移動，每秒 2–3 cm，稍快於補法；每穴停留 5–10 秒。
6. **終止手法**：意念從受者體內緩緩而出，手緩慢向外、向上離開，如抽絲、如「開門放邪」，使病氣排出、不留體內（7.10）。
7. **捻轉、搖法與出針**：拇指向後為主捻轉，頻率快、角度大；出針時搖大針孔，緩慢出針，不按針孔，意念「邪從針孔出」。

捻轉與出針僅適用於合資格人員之氣功針刺（2.4.1）；呼吸同步之訓練見 7.3、7.6。

4.4　寒熱補瀉（呼吸法）

表 4-2　寒熱補瀉

操作	氣性	補瀉	適用
術者與受者同步呼氣時發氣	熱	〔補〕	寒證、虛寒
術者與受者同步吸氣時發氣	涼	〔瀉〕	熱證、實熱

> **〔要點〕關鍵在呼吸同步**
>
> 「呼氣發氣為補，吸氣發氣為瀉」之關鍵，不在術者自己呼或吸，而在術者與受者呼吸同步：受者呼氣時術者發氣，氣為熱；受者吸氣時術者發氣，氣為涼。並須配合意念、手式與移掌方向，補瀉方能分明。

寒熱與補瀉可分別組合：虛寒用「補＋熱」，實熱用「瀉＋涼」；寒實（如風寒束表）可「溫中帶散」，虛熱可「補中引降」（見第九章案例一、2.4.2）。

4.5　平補平瀉

來回緩慢移動，不強調順逆；自然呼吸，不刻意配合；意守穴位，氣自然出入；手緩慢離開。適用於虛實不明顯、初次接受氣功治療者。

表 4-3　平補平瀉

項目	平補平瀉之做法
移動	來回緩慢移動，不強調順逆
呼吸	自然呼吸，不刻意配合
意念	意守穴位，氣自然出入
終止	手緩慢離開
適用	虛實不明顯、初次接受氣功治療者；腰突慢性期（第八章）；恢復外治之試探期（第十四章）

4.6　補瀉之經典依據

外氣補瀉之各項操作，多可在針刺經典中找到對應原理：

表 4-4　外氣補瀉與經典補瀉對照

外治操作	對應經典補瀉法	出處與要旨
順經為補、逆經為瀉	迎隨補瀉	《靈樞・九針十二原》：「迎而奪之，惡得無虛？追而濟之，惡得無實？迎之隨之，以意和之。」
呼氣時發氣為補、吸氣時為瀉	呼吸補瀉	《素問・離合真邪論》：吸則內針、候呼引針為瀉；呼盡內針、候吸引針為補
補法快出針、瀉法緩出針	徐疾補瀉	《靈樞・九針十二原》：「徐而疾則實，疾而徐則虛。」
補法按閉針孔、瀉法搖大針孔	開闔補瀉	《靈樞・官能》：瀉法「遙大其穴」；補法「蓋其外門，真氣乃存」
拇指向前為補、向後為瀉；角度、頻率	捻轉補瀉	現代刺法灸法學教材歸納：角度小、頻率慢、拇指向前為補，反之為瀉
呼氣發熱、吸氣發涼	寒熱補瀉（燒山火、透天涼之思路）	明・徐鳳《金針賦》：燒山火「治頑麻冷痹」，透天涼「治肌熱骨蒸」
平補平瀉	平補平瀉	明代以後針灸文獻所立，用於虛實不顯者

> 迎而奪之，惡得無虛？追而濟之，惡得無實？迎之隨之，以意和之，針道畢矣。 ——《靈樞・九針十二原》
>
> 吸則內針……候呼引針，呼盡乃去，大氣皆出，故命曰瀉。……呼盡內針……候吸引針，氣不得出，各在其處，推闔其門，令神氣存，大氣留止，故命曰補。 ——《素問・離合真邪論》

外氣補瀉可視為上述針刺原理的「意氣化」延伸：以手掌、指端之移動方向代替針尖方向（迎隨），以呼吸時機代替進出針時機（呼吸），以意念「猛按」或「緩出」代替開闔與徐疾。經文「以意和之」正與外治「以意領氣」相通。此種對應屬類比，其臨床差異尚缺對照研究。

4.7　順經與逆經之判定

> 手之三陰，從藏走手；手之三陽，從手走頭；足之三陽，從頭走足；足之三陰，從足走腹。　——《靈樞 · 逆順肥瘦》

表 4-5　十二經脈與任督之循行方向（逆經即反方向）

經脈	順經方向	起穴→止穴	本手冊常用穴位
手太陰肺經（LU）	胸→手（向拇指）	中府→少商	—
手陽明大腸經（LI）	手→頭（由食指向面）	商陽→迎香	合谷、曲池
足陽明胃經（ST）	頭→足	承泣→厲兌	頰車、天樞、足三里、解溪
足太陰脾經（SP）	足→胸腹	隱白→大包	三陰交
手少陰心經（HT）	胸→手（向小指）	極泉→少衝	神門
手太陽小腸經（SI）	手→頭	少澤→聽宮	後溪
足太陽膀胱經（BL）	頭→背→足	睛明→至陰	風門、肺俞、膈俞、脾俞、胃俞、腎俞、大腸俞、委中、崑崙、至陰
足少陰腎經（KI）	足底→胸	湧泉→俞府	湧泉
手厥陰心包經（PC）	胸→手（向中指）	天池→中衝	內關、勞宮
手少陽三焦經（TE）	手→頭	關衝→絲竹空	—
足少陽膽經（GB）	頭→足	瞳子髎→足竅陰	風池、環跳、陽陵泉
足厥陰肝經（LR）	足→胸脅	大敦→期門	太衝、期門
督脈（GV）	由下而上：尾骶沿脊至頭頂、上唇	長強→齦交	命門、大椎、百會、神庭、印堂
任脈（CV）	由下而上：會陰沿腹中線至下唇下	會陰→承漿	會陰、中極、關元、氣海、中脘、膻中

> **〔要點〕口訣**
>
> 「手陰出胸、手陽上頭、足陽下足、足陰上腹；督任二脈皆上行。」順此方向移掌為補，逆之為瀉。

表 4-6　常用操作之順逆核對

操作	經脈與方向	順 / 逆	屬性	與操作目的
案例一：平掌從風門推至膈俞	膀胱經，向下	順	〔補〕溫通	一致（辛溫）
案例一：從大椎沿督脈向下導引至命門	督脈，向下	逆	〔瀉〕排寒	一致
第二章：順膀胱經向下導引，使邪從足出	膀胱經，向下	順	目的為驅邪	依出路坐標屬瀉（4.8）
第十三章：從百會沿督脈向下導引至命門、會陰	督脈，向下	逆	〔降〕引氣歸元	一致（平降上逆）
第十五章經絡導引：督脈下行、任脈上行	督下、任上	督逆、任順	〔降〕+〔升〕循環	屬逆轉周天（15.7）
案例三：足三里順經移掌	胃經，向下	順	〔補〕	一致
第十章：平掌從湧泉向上提拉 3 次	腎經，向上	順	〔補〕〔升〕	一致（固本）

4.8　補瀉方向的兩套坐標

判斷一個「方向」屬補或屬瀉，須先確定操作目的：調理經氣與排出病氣，各有其坐標；呼吸與時針方向亦各有基準。

（一）經氣坐標與出路坐標

- **經氣坐標（迎隨）**：用於調理經氣——移掌、移指、循經行氣。順經為補，逆經為瀉。
- **出路坐標（向心 / 離心）**：用於排病氣——推、拉、導引病氣外出。由病灶推向肢端、向下、向外（離心）為瀉；由遠端推向病灶、向內（向心）為補。推拿學亦有「向心為補、離心為瀉」之說。

例如「順膀胱經向下導引，使邪從足出」：就經脈而言屬順經，但目的在驅邪外出，依出路坐標屬瀉。排病氣推法亦以出路坐標判定：由病灶推向肢端為瀉，由肢端推向病灶為補（20.1）。

> **〔要點〕決策原則：目的決定坐標**
>
> 欲補正氣、調經氣，看經脈順逆；欲排邪氣，看出路方向。兩者重疊時（如足三陽經由頭向足，向肢端推既屬順經、又屬離心），依本次操作之目的定性，並以意念方向（入或出）與終止方式（猛按或緩離）表明補瀉。

（二）呼吸之兩種基準

- **發氣補瀉**以「受者」呼吸為基準（術者同步）：呼氣時發氣為補（熱），吸氣時發氣為瀉（涼）——源自經典呼吸補瀉。
- **排病氣動作**以「術者」用力為基準：呼氣時用力推、拉、抓、甩，吸氣時收、停或微鬆，即「呼氣排，吸氣收」。
- **吸法**為例外：吸氣時意念病氣被吸入指端，呼氣時甩出（20.5）。

三者基準不同，並不衝突；操作時先確定「此刻是在發氣調經，還是在排病氣」。

（三）時針方向之基準

時針方向一律以「術者面對施治部位所見」為準：順時針為補，逆時針為瀉。腹部摩法牽動腸道，另依腸道走向與大便情況選向（2.2.2）。

4.9　補瀉選擇決策流程

1. **辨虛實**：虛證用補，實證用瀉；虛實夾雜者先瀉後補或補瀉兼施；虛實不明或初次接受治療者，用平補平瀉。
2. **辨寒熱**：寒證配熱導氣（同步呼氣發氣、意火法）；熱證配冷導氣（同步吸氣發氣、意寒法）。
3. **辨升降**：氣逆上衝者引氣下行；氣虛下陷者以聚、升為主，避免反覆強力下導（13.7）。
4. **辨部位**：避開排病氣禁用部位；體虛者不用強排。

5. **定參數**：依 4.1 補瀉基本原則統一方向、呼吸、意念、頻率、力度與終止方式，六者須一致。

6. **觀反應**：溫熱舒適為佳；加重、心慌即停（15.8）。

表 4-7　證候與補瀉方向速查

證候（舉例表現）	方向	主要參數
虛證（乏力、氣短、畏寒、脈弱）	〔補〕	順經、呼氣發氣、緩勻、意入、猛按收
實證（脹痛拒按、邪盛、脈有力）	〔瀉〕	逆經、吸氣發氣、快促、意出、緩離
寒證（畏寒、喜溫、痛處冷）	〔溫〕	同步呼氣發氣、意火法、熱導氣
熱證（紅腫熱痛、口乾、舌紅）	〔清〕	同步吸氣發氣、意寒法、冷導氣
虛實夾雜	〔瀉〕→〔補〕	先輕瀉邪，再溫補固本
虛實不明 / 初次接受治療	〔平〕	來回緩移、自然呼吸、意守穴位
氣逆上衝（頭脹、面紅、血壓偏高）	〔降〕	由上向下導引、意守湧泉、呼長吸短
氣虛下陷（墜脹、頭暈乏力、血壓偏低）	〔升〕	意守丹田、覆百會、點按足三里與關元，少用下導

4.10　補瀉操作示範：以足三里為例

以下以足三里示範同一穴位之補、瀉兩種完整操作。足陽明胃經由頭走足，故自足三里向下至解溪為順經，自解溪向上至足三里為逆經（4.7）。

〔雙向操作〕足三里補瀉操作

步驟	補法（呼氣發氣）	瀉法（吸氣發氣）
1. 準備	術者與受者面對面，先同步呼吸 1 分鐘	術者與受者面對面，先同步呼吸 1 分鐘
2. 得氣	劍指距足三里 3–5 cm，受者呼氣時發氣，至受者覺酸脹	劍指距足三里 3–5 cm，受者吸氣時發氣，至受者覺酸脹
3. 移掌	順經：自足三里向下緩移至解溪，每秒 1–2 cm	逆經：自解溪向上移至足三里，每秒 2–3 cm
4. 呼吸配合	受者呼氣時移掌發氣，吸氣時停	受者吸氣時移掌發氣，呼氣時停
5. 意念	「熱氣透入，補氣健脾」	「涼氣透入，瀉胃火」
6. 終止	意念猛按一下，手迅速離開	手緩緩離開，意念病氣外泄
7. 收功	平掌覆穴 10 秒，意念氣留穴中	甩手排病氣，採氣補氣

〔要點〕補瀉操作四要

- **呼吸同步是關鍵**：術者與受者呼吸不合，補瀉即難以分明。
- **意念要專一**：補時只想「入」，瀉時只想「出」。
- **補瀉不可混淆**：補法猛按、瀉法緩出，方向不可顛倒。
- **體弱者慎瀉**：瀉法耗氣，體虛者以補為主；瀉後術者必排病氣、採氣。

第五章　以指代針與得氣

以指代針，是以指端發氣代替針刺，屬非侵入性操作，為初學者及非針灸人員之主要方法。其要在「得氣」——經氣被激發而有所感應；得氣之後方可行補瀉、導氣至病所（第六章）。

5.1　以指代針手式

表 5-1　以指代針手式

手式	手形	特點與適用
劍指式	食指伸直，中指微屈，拇指壓住無名指和小指	氣從食指端集中射出，方向性強；最常用
單指式	僅食指或中指伸直，餘指屈曲	氣感集中，適合小穴位
平掌式	五指自然伸直，掌心對準穴位	氣感面廣，適合大面積部位；長距導引常用
龍含式	食、中、無名、小指併攏，與拇指相對，如龍含珠	蓄氣後發放，宜溫補臟腑；可變換為雀嘴式（2.1.1）
雀嘴式	拇指與一指相對，其餘三指伸直上翹	依所配手指之五行屬性發氣，作精準調控（2.1.1）

5.2　以指代針操作步驟

1. **術前調氣**：鬆靜站立，意守丹田 3 分鐘，引氣至劍指尖。
2. **定位取穴**：按經絡辨證取穴，手指距穴位 3–5 cm，先懸照 30 秒探氣感。
3. **發氣透穴**：呼氣時意念氣從指端射出，透入穴位；吸氣時收氣。一呼一吸為一放一收，做 9–18 次。
4. **點按配合**：劍指輕點穴位，力度由輕到重，點按同時發氣。
5. **循經導引**：劍指沿經緩慢移動，意念氣隨指走。
6. **收功**：劍指離開穴位，平掌輕覆穴位 10 秒，意念氣留穴中。

第 3 步之「呼氣放、吸氣收」為術者發氣之基本節律；欲行補瀉時，再依第四章配合受者呼吸時機及其他參數，見下表。

〔雙向操作〕以指代針

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
發氣透穴	配合受者呼氣，意念氣從指端射入、留於穴中	配合受者吸氣，意念病氣自穴中被引出
點按	由輕到重，按而留之	點按配合小幅震顫，點後即鬆
循經導引	順經移指	逆經移指
溫度意念	意火法，熱氣透入	意寒法，清涼外散
終止	意念猛向內按一下，劍指迅速離開	意念緩緩而出，劍指緩慢離開
收功	平掌輕覆穴位 10 秒，意念氣留穴中	先甩手排病氣；體虛者再平掌輕覆留氣（瀉後補）

5.3　得氣表現

表 5-2　得氣表現

方面	表現
患者方面	酸、麻、脹、重、熱、涼、蟻行感；感傳如熱流上行或下行；局部肌肉跳動、微汗
術者方面	指端有吸力或斥力；指下有沉緊感，如魚吞鉤；氣感通透，指下無阻滯

5.4　得氣判斷

表 5-3　得氣判斷

表現	含義	下一步
酸脹明顯	經氣已至，得氣良好	可依證行補瀉
麻感傳導	經氣通暢，感傳好	可行氣，導向病所（第六章）
僅痛無脹	氣未至，需催氣	減輕點按力度，改用催氣法（5.5）
指下空滑	氣不至，需調整	調整距離、方向與意念
指下沉緊	氣已至，可行補瀉	依證行補或瀉

得氣只是補瀉之基礎，不等於補瀉成功；補瀉成效之判斷見 7.11。

〔經典〕得氣之經典描述

> 輕滑慢而未來，沉澀緊而已至。……氣之至也，如魚吞鉤餌之沉浮；氣未至也，如閑處幽堂之深邃。　——金・竇漢卿《標幽賦》

「指下沉緊，如魚吞鉤」「指下空滑，氣不至」即本於此。《靈樞・九針十二原》亦謂「刺之要，氣至而有效」，說明得氣為行補瀉之前提。

5.5　催氣方法

氣未至時，依下列方法逐一嘗試，每法約 30 秒至 1 分鐘；切忌一味加重力度。

表 5-4　催氣方法

方法	做法
調整距離	劍指由 3–5 cm 縮至 2–3 cm
加強意念	呼氣時意念更集中於穴位深處，目光同時注視
震顫催氣	劍指小幅震顫，每秒 3–5 次
改變方向	微調指尖角度，或改由穴位另一側發氣
配合呼吸	與受者呼吸同步，一呼一吸為一放一收

5.6　行氣方法

表 5-5　行氣方法

方法	做法	方向屬性
順經行氣	得氣後沿經脈循行方向緩移劍指，每秒 1–2 cm	〔補〕
逆經行氣	反經脈循行方向移動劍指，每秒 2–3 cm	〔瀉〕
接力行氣	長距路徑分 2–3 段逐段導引；長距用平掌，接近病灶換劍指（6.2 第三階段）	依移動方向而定
震盪行氣	移動中配合小幅震顫，推動經氣前行	依頻率與意念而定

5.7　氣至病所

得氣後，意念引氣向病灶方向傳導，患者覺熱流從穴位上行或下行至病灶，為氣至病所。分階段練法見第六章。

5.8　得氣感受之性質

〔研究證據〕如何看待「氣感」

- 針刺研究常記錄酸、麻、脹、重等得氣感覺，作為操作是否到位之參考。外治多屬非接觸或輕接觸，所得感受屬主觀體驗，易受期待與注意力影響。
- 一項發表於《美國醫學會雜誌》之盲測中，21 名資深觸療師須判斷研究者之手位於其左手或右手上方，280 次測試僅 44%正確，與隨機猜測相近（Rosa 等，1998）。
- 實務建議：把得氣反應作為舒適度與放鬆程度之參考，並與症狀變化一併記錄；不以「氣感」判斷疾病之有無或輕重。

第六章　氣至病所之導引方法

6.1　核心原理

得氣只是起點，氣至病所才是目的。路徑為：**術者發氣 → 穴位得氣 → 循經傳導 → 氣至病灶 → 病所反應**。關鍵在於意念引路、呼吸催動、手式導引三者配合。

表 6-1　三者配合

要素	作用	做法
意念引路	決定氣行方向	意念在指前方開路，氣隨念走
呼吸催動	提供推動節律	患者呼氣時移指發氣，吸氣時指停氣收
手式導引	提供路徑與焦點	長距用平掌，接近病灶換劍指

6.2　五階段練習

表 6-2　五階段總覽

階段	時間	目標
第一階段　得氣練習	1–2 週	穴位穩定得氣
第二階段　短距行氣	2–3 週	氣隨指走，短距感傳
第三階段　長距行氣	2–3 週	分段接力，長路徑感傳
第四階段　氣至病所	3–4 週	氣聚病灶，病所反應
第五階段　補瀉應用	持續	依證行補或瀉（6.3）

第一階段：得氣練習（1–2 週）

劍指距穴位 3–5 cm，呼氣時意念氣從指端射出，透入穴位。判斷得氣：患者覺酸、麻、脹、重、熱。催氣：距離縮至 2–3 cm，劍指小幅震顫，每秒 3–5 次。

第二階段：短距行氣（2–3 週）

得氣後，劍指從起點穴沿經緩慢移動，速度每秒 1–2 cm。意念氣隨指走，如水流注。呼吸配合：患者呼氣時移指發氣，吸氣時指停氣收。

第三階段：長距行氣（2–3 週）

將路徑分成 2–3 段，逐段導引。意念在前方開路，氣隨念走。長距導引可用平掌式，接近病灶時換劍指。

第四階段：氣至病所（3–4 週）

劍指對準病灶中心，距 3–5 cm。呼氣時意念氣透入病灶深處，做 9–18 次。劍指在病灶上方緩慢畫圈，意念氣在病灶內旋轉聚集。劍指小幅震顫，意念病氣散開。

6.3 第五階段：補瀉應用（雙向）

〔雙向操作〕氣至病所後之補瀉

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
移指	順經移指，每秒 1–2 cm	逆經移指，每秒 2–3 cm
呼吸	同步呼氣發氣	同步吸氣發氣
意念	氣隨指入	病氣隨指出
終止	猛按一下	手緩緩離開
病灶上畫圈	順時針緩旋，意念溫氣聚集	逆時針緩旋，意念病氣散開

6.4 收功與排病氣

1. **氣留病所**：導引結束後，平掌輕覆病灶 10 秒，意念氣留病所。
2. **術者排病氣**：甩手 9 次，拍打四肢，跺腳 9 次。
3. **術者採氣**：面向東方或綠樹，平掌採氣，咽津 3 口，意送丹田。
4. **患者收功**：飲溫水，避風休息。

〔練習提示〕分段練習與記錄

- 每一階段達標後再進入下一階段，不求速成。
- 每次記錄：取穴、路線、感傳到達部位、患者感受（溫、麻、脹等）與時間。
- 感傳過強、心慌、頭暈或任何不適，立即停止，改平掌輕覆並讓患者休息。
- 練習對象須知情同意；初期宜在健康同伴身上練習。

第七章　補瀉基本練習：呼吸同步、收尾對練與成效評估

補瀉能否分明，關鍵在術者與受者呼吸同步，並使發氣時機、意念、手式與移掌方向一致。本章提供一套循序漸進之基本練習：先練自身呼吸，再練與受者同步，然後練呼氣（補）與吸氣（瀉）發氣，最後完成補法、瀉法之綜合操作；並附呼吸同步之四種方法、五種進階方法與九週每日練習計劃。章末之收尾對練（7.10）與成效評估（7.11），用以確認補瀉是否分明、是否成功。

7.1　練習總覽

表 7-1　補瀉基本練習四階段

階段	補法（呼氣發氣）	瀉法（吸氣發氣）	時間
第一階段　自身呼吸訓練	吸 2 秒、呼 4 秒，練呼氣勻細深長	吸 4 秒、呼 2 秒，練吸氣勻細深長	1 週
第二階段　同步呼吸訓練	受者呼→術者呼	受者吸→術者吸	1–2 週
第三階段　補瀉發氣訓練	受者呼氣時發氣，18–36 次	受者吸氣時發氣，18–36 次	2–3 週
第四階段　補瀉綜合訓練	順經移掌 + 呼氣發氣 + 猛按終止	逆經移掌 + 吸氣發氣 + 緩出終止	2–3 週
總計	6–9 週	6–9 週	—

> **〔要點〕練習順序**
>
> 先練自身呼吸，再練同步，最後練發氣。每階段達標後再進入下一階段；補、瀉兩套可交替練習；練習進度記錄於附錄 D-3，成效評估記錄於附錄 D-4。

7.2　第一階段：自身呼吸訓練（1 週）

目標：術者能自主控制呼氣（補）或吸氣（瀉）勻細深長。

〔雙向操作〕自身呼吸訓練

項目	補式（練呼氣）	瀉式（練吸氣）
預備	鬆靜站立，舌抵上腭，意守丹田 3 分鐘	鬆靜站立，意守丹田 3 分鐘
呼吸	鼻吸口呼，吸 2 秒、呼 4 秒	鼻吸口呼，吸 4 秒、呼 2 秒
意念	呼氣時意念氣從丹田下行至勞宮；吸氣時意念氣從勞宮回歸丹田	吸氣時意念氣從勞宮上行至丹田；呼氣時意念氣從丹田下行至勞宮
份量	做 36 次，約 10 分鐘	做 36 次，約 10 分鐘
收功	搓手浴面，意守丹田	搓手浴面，意守丹田
達標	呼氣能穩定延長至 4–6 秒，勞宮隨呼氣發熱	吸氣能穩定延長至 4–6 秒，劍指尖隨吸氣發涼

> **〔安全提示〕呼吸之度**
>
> 呼吸以自然柔和為度，不可憋氣；出現頭暈、胸悶即縮短時間、改自然呼吸（15.8）。

7.3　第二階段：同步呼吸訓練（1–2 週）

目標：術者與受者呼吸同步。補、瀉兩套練法相同，僅後續發氣時機不同。

1. 兩人面對面，相距約 50 cm。
2. 術者先觀察受者之呼吸節律 1 分鐘。
3. 術者調整自身呼吸，與受者同步：受者呼氣時術者亦呼氣，受者吸氣時術者亦吸氣。
4. 同步後維持 3–5 分鐘。
5. 出錯時不慌，重新同步即可。

達標：能與受者同步呼吸 3 分鐘以上不出錯。同步之四種方法見 7.6，進階方法見 7.7。

7.4　第三階段：補瀉發氣訓練（2–3 週）

目標：受者呼氣（補）或吸氣（瀉）時，術者能穩定發氣。

〔雙向操作〕補瀉發氣訓練

項目	補法：呼氣發氣	瀉法：吸氣發氣
預備	同步呼吸後，劍指距受者合谷 3–5 cm	同步呼吸後，劍指距受者合谷 3–5 cm
發氣	受者呼氣時，意念氣從劍指射出；受者吸氣時收氣，手略放鬆	受者吸氣時，意念氣從劍指射出；受者呼氣時收氣，手略放鬆
節律與份量	一呼一吸為一放一收，做 18–36 次	一吸一呼為一放一收，做 18–36 次
受者感受	穴位酸脹、溫熱	穴位酸脹、清涼
換穴練習	足三里、內關	太衝、風池
達標	受者能明確感知溫熱酸脹，術者指端氣感穩定	受者能明確感知清涼酸脹，術者指端氣感穩定

得氣之判斷見 5.4。風池位於頸後、近頭部，以劍指定點發氣為主，手法宜輕。

7.5　第四階段：補瀉綜合訓練（2–3 週）

目標：完成「順經移掌＋呼氣發氣＋猛按終止」（補）或「逆經移掌＋吸氣發氣＋緩出終止」（瀉）之完整操作。

〔雙向操作〕補瀉綜合訓練

步驟	補法綜合	瀉法綜合
1. 同步	同步呼吸	同步呼吸
2. 得氣	劍指距足三里 3–5 cm，受者呼氣時發氣至得氣	劍指距太衝 3–5 cm，受者吸氣時發氣至得氣
3. 移掌	順經：自足三里向下移至解溪，每秒 1–2 cm	逆經：自太衝向趾端移至行間，每秒 2–3 cm
4. 呼吸配合	受者呼氣時移掌發氣，吸氣時停	受者吸氣時移掌發氣，呼氣時停
5. 意念	「熱氣透入，補氣健脾」	「涼氣透入，瀉肝火」

步驟	補法綜合	瀉法綜合
6. 終止	意念猛按一下，手迅速離開	手緩緩離開，意念病氣外泄
7. 留氣 / 排氣	平掌覆穴 10 秒，意念氣留穴中	甩手排病氣，採氣補氣
8. 收功	搓手浴面，意守丹田	搓手浴面，意守丹田
達標	受者覺溫熱內收，不適減輕	受者覺清涼外泄，不適減輕

足陽明胃經由頭走足，故足三里→解溪為順經；足厥陰肝經由足走腹（大敦→行間→太衝），故太衝→行間（向趾端）為逆經（4.7）。同穴補瀉之完整示範見 4.10。

7.6　呼吸同步四法

表 7-2　呼吸同步四法

方法	做法	要領	適合
面對面同步	兩人面對面，相距約 50 cm；術者觀察受者呼吸節律 1 分鐘後調整同步。 受者呼氣時術者亦呼氣，吸氣時亦吸氣；維持 3–5 分鐘。	以餘光觀察，勿盯著受者胸口。 自然跟隨，不刻意控制；先同步，再發氣。	基本方法
數息同步	術者輕聲數息：受者呼氣時數「一」，吸氣時數「二」，數至「十」為一輪，做 3–5 輪。 受者跟隨術者節律呼吸；同步後停止數息，繼續同步。	聲音輕柔，不干擾受者。 節律均勻，不可忽快忽慢；熟練後不用數息。	節律不穩者
觸診同步	術者一手輕放受者腹部或背部，感受呼吸起伏。 調整自身呼吸與之同步，維持 3–5 分鐘。	先徵得同意；手輕放，不用力。 感受腹部隆起與內收。	臥位受者
口令同步	術者輕聲口令「吸……呼……」，受者跟隨口令呼吸。 術者再跟隨受者呼吸；同步後停止口令，繼續同步。	口令輕柔，節律均勻。 熟練後不用口令。	初次練習者

7.7　呼吸同步進階五法

表 7-3　呼吸同步進階五法

進階	目的	做法	要領	達標
異位同步	相距較遠時仍能同步	相距 2–3 公尺，觀察受者呼吸 1 分鐘後調整同步，維持 3–5 分鐘；熟練後可閉眼同步	以餘光觀察胸口起伏，不盯著看；適合不便近距離接觸者	相距 2–3 公尺能同步 3 分鐘以上
多人同步	能與多位受者分別同步	面對 2–3 位受者，先與第一位同步，再依序與第二、第三位同步；維持 3–5 分鐘後逐一分別發氣	逐一同步，不可同時同步，以免混亂；適合團體練習	能與 2–3 位受者分別同步
動態同步	受者活動時仍能同步	受者緩慢行走或練八段錦，術者觀察並跟隨其呼吸節律，維持 3–5 分鐘	受者動作宜緩慢；術者跟隨受者節律；適合康復期	受者活動時能同步 3 分鐘以上
間接同步	透過助手或儀器同步	助手觀察受者呼吸並輕聲數息，術者依助手節律與受者同步，維持 3–5 分鐘	助手數息輕柔均勻；適合距離較遠或特殊情況	透過助手能同步 3 分鐘以上
意同步	不依靠觀察，以意念同步	術者閉眼、意守丹田，意念與受者呼吸相連，隨之呼吸，維持 3–5 分鐘	須長期練習，功力足者方可；意念不可過重	閉眼能同步 3 分鐘以上（以助手記錄核對）

表 7-4　進階訓練時間表

週次	進階方法	每日練習
第 1–2 週	異位同步	10 分鐘
第 3–4 週	多人同步	10 分鐘
第 5–6 週	動態同步	10 分鐘
第 7–8 週	間接同步	10 分鐘
第 9 週起	意同步	10 分鐘

> **〔說明〕同步之核對**
>
> 同步是否確實，宜以客觀方式核對：由助手同時記錄術者與受者之呼吸起伏，或以觸診確認，比對兩者節律是否一致。閉眼之異位同步與不依靠觀察之「意同步」，練習時尤須以助手記錄核對，以免流於主觀感覺（參見 5.8、19.2 之盲測原則）。

7.8　九週每日練習計劃

每日分四時段練習；每週重點不同，一週七日內容相同，循環練習至達標再進入下一週。

表 7-5　九週每日練習計劃

週次	重點	晨起（5 分鐘）	上午	下午	睡前（5 分鐘）
第 1 週	自身呼吸訓練	丹田調氣	補式呼吸（吸 2 呼 4）36 次，10 分鐘	瀉式呼吸（吸 4 呼 2）36 次，10 分鐘	收功
第 2 週	同步呼吸訓練	丹田調氣	面對面同步＋數息同步，10 分鐘	觸診同步＋口令同步，10 分鐘	收功
第 3 週	呼氣發氣（補）	丹田調氣	同步呼吸＋呼氣發氣（合谷），10 分鐘	同步呼吸＋呼氣發氣（足三里），10 分鐘	收功＋排病氣
第 4 週	吸氣發氣（瀉）	丹田調氣	同步呼吸＋吸氣發氣（合谷），10 分鐘	同步呼吸＋吸氣發氣（太衝），10 分鐘	收功＋排病氣
第 5 週	補法綜合	丹田調氣	補法綜合（足三里），15 分鐘	補法綜合（關元），15 分鐘	收功＋排病氣
第 6 週	瀉法綜合	丹田調氣	瀉法綜合（太衝），15 分鐘	瀉法綜合（風池），15 分鐘	收功＋排病氣
第 7–9 週	綜合應用與臨床	丹田調氣	臨床應用（按病症），20 分鐘	自我練功（站樁、八段錦），15 分鐘	收功＋排病氣＋採氣

- **第 1 週**：補式呼氣延長至 4–6 秒、勞宮發熱；瀉式吸氣延長至 4–6 秒、指尖發涼（7.2）。
- **第 2 週**：能與受者同步呼吸 3 分鐘以上不出錯（7.3、7.6）。
- **第 3–4 週**：受者能明確感知溫熱（補）或清涼（瀉）酸脹，術者指端氣感穩定（7.4）。
- **第 5–6 週**：補法——受者覺溫熱內收；瀉法——受者覺清涼外泄（7.5）。

- **第 7–9 週**：依病症選擇補瀉——寒證、虛證用補法；熱證、實證用瀉法；虛實夾雜或虛實不明者，可平補平瀉，或先瀉後補（4.9）。每次治療後必排病氣、採氣。達標：能獨立完成臨床補瀉操作，並依 7.11 確認成效。
- **收尾對練**：可於第 4 週後加練一週七日對練（7.10），或於第 5–6 週穿插進行。

7.9　練習對照表與注意事項

〔雙向操作〕補瀉練習對照

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
呼吸時機	受者呼氣時發氣	受者吸氣時發氣
自身呼吸訓練	吸 2 秒、呼 4 秒	吸 4 秒、呼 2 秒
同步呼吸	受者呼→術者呼	受者吸→術者吸
發氣訓練	呼氣發氣 18–36 次	吸氣發氣 18–36 次
移掌方向與速度	順經，每秒 1–2 cm	逆經，每秒 2–3 cm
每穴停留	10–15 秒	5–10 秒
終止方式	猛按一下（關門留氣）	緩緩離開（開門放邪）
氣性	熱	涼
適用	寒證、虛寒	熱證、實熱

1. **呼吸同步是關鍵**：術者與受者呼吸不合，補瀉即難以分明。
2. **意念要專一**：補時只想「入」，瀉時只想「出」。
3. **體弱者慎瀉**：瀉法耗氣，體質虛弱者以補為主。
4. **瀉後必排病氣**：術者治療後須排病氣、採氣，避免病氣留身。
5. **補瀉不可混淆**：補法猛按，瀉法緩出，方向不可顛倒。
6. **觀察反應**：溫熱、舒適為佳；加重、心慌即停。
7. **循序漸進**：先練自身呼吸，再練同步，最後練發氣。
8. **用一練四**：發氣 1 份，練功 4 份。

9. **不可替代醫療**：症狀劇烈或加重，立即就醫；練習對象須知情同意。

7.10　補瀉收尾對練：收得緊與收得鬆

補法與瀉法之分，最終落實在「收尾」：補法收得緊，瀉法收得鬆。本節以兩人對練體會兩種收尾之差異，並由受者即時回饋，確認補瀉分明。

（一）對練準備

表 7-6　收尾對練準備

項目	要求
環境	安靜、避風、光線柔和
姿勢	兩人面對面坐或站立，相距約 50 cm
時間	每次 15–20 分鐘
角色	一人為術者（發氣），一人為受者（接氣），練完互換
術者調氣（3 分鐘）	鬆靜站立，舌抵上腭，意守丹田；引氣至勞宮或劍指尖，自覺麻脹發熱
受者放鬆（3 分鐘）	坐或站，雙手掌心向上，置於膝上或腹前；自然呼吸，放鬆身心

（二）補法對練與瀉法對練

〔雙向操作〕收尾對練步驟

步驟	補法對練（收得緊）	瀉法對練（收得鬆）
1. 同步呼吸（1 分鐘）	受者呼氣時術者亦呼氣，吸氣時亦吸氣；同步後維持 1 分鐘	受者吸氣時術者亦吸氣，呼氣時亦呼氣；同步後維持 1 分鐘
2. 發氣（1 分鐘）	術者左掌心對準受者右掌心，相距 10–20 cm；受者呼氣時意念熱氣從左掌送入右掌，吸氣時收氣、手略放鬆；做 9–18 次	同上距離；受者吸氣時意念從右掌將氣引向左掌外出，呼氣時收氣、手略放鬆；做 9–18 次
3. 收尾（關鍵）	最後一次呼氣發氣後，意念突起「向內、向下按實」之念；左掌心微微向下一沉，作極短促之頓挫，隨即迅速移開——快、果斷	最後一次吸氣發氣後，意念緩緩抽離，如將絲線慢慢拉出；左手緩慢向外、向上移開——慢、柔、均勻，不可太快，讓氣有時間散出
4. 受者體會（30 秒）	右掌緊、實、溫、飽滿，如握一溫熱之球，不想放開；氣被「關」在掌心或體內	右掌鬆、空、涼、消散，如剛放掉一口氣；氣被「放」出，不再聚於掌心
5. 互換角色	練完互換，各練 1–2 輪	練完互換，各練 1–2 輪

〔雙向操作〕收尾要領與補瀉對比

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
呼吸時機	受者呼氣時發氣	受者吸氣時發氣
意念	熱氣送入，猛按收緊	引氣外出，緩緩抽離
收尾	猛按一下	緩緩抽離
形體	一頓、一收、一離	緩慢移開
手移速度	快	慢
氣的方向	向內、向下	向外、向上
受者體感	緊、實、溫、飽滿	鬆、空、涼、消散

（三）補瀉對比練習

1. **先補後瀉（2 分鐘）**：先做補法 1 分鐘，體會「緊」；休息 30 秒；再做瀉法 1 分鐘，體會「鬆」。
2. **先瀉後補（2 分鐘）**：先做瀉法 1 分鐘，體會「鬆」；休息 30 秒；再做補法 1 分鐘，體會「緊」。
3. **對比討論（2 分鐘）**：受者說出兩種體感之差異，術者說出兩種操作之差異，確認補瀉分明。

（四）臨床模擬

1. **選穴**：受者取坐位或臥位，選一穴位，如合谷、內關、足三里。
2. **辨證**：虛寒證用補法，實熱證用瀉法（4.9）。
3. **操作**：按補法或瀉法步驟操作，注意呼吸同步、意念與收尾。
4. **反饋**：受者說出體感，術者調整手法，依 7.11 確認補瀉是否成功。

（五）七日對練計劃

表 7-7　七日對練計劃

日	內容	時長
第 1 天	補法對練	15 分鐘
第 2 天	瀉法對練	15 分鐘
第 3 天	補瀉對比	20 分鐘
第 4 天	補法對練 + 臨床模擬	20 分鐘
第 5 天	瀉法對練 + 臨床模擬	20 分鐘
第 6 天	補瀉對比 + 臨床模擬	20 分鐘
第 7 天	綜合練習	20 分鐘

七日對練可於九週計劃第 4 週後加練一週，或於第 5–6 週綜合訓練期間穿插進行（7.8）。

〔要點〕收尾對練要點

- 「猛按」是意念之果斷，不是形體之暴力。
- 補法手要快移，瀉法手要慢移。
- 循序漸進：先練補法，再練瀉法，最後對比。
- 隨時溝通：對練時隨時說出感受，確認補瀉分明。
- 受者若頭脹、心慌，立即停手，改意守湧泉。
- 呼吸同步、意念專一、瀉後排病氣、用一練四等通則，見 7.9。

7.11 補瀉成效評估

判斷補瀉是否成功，須從**受者體感、術者指感、脈象、症狀變化**四個面向綜合評估。得氣只是基礎，不等於補瀉成功。

（一）受者體感

〔雙向操作〕受者體感

項目	補法成功	瀉法成功
溫度	溫熱透入：氣如溫水注入，向內向下	清涼透入：氣如涼風散出，向外向上
酸脹	酸脹內收：穴位深處酸脹，向內聚攏	酸脹外泄：穴位酸脹，向外消散
整體感	緊實飽滿：如握溫熱之球，不想放開	空鬆消散：如放掉一口氣，輕鬆空鬆
身心	舒適放鬆：身心舒暢，想睡	輕鬆舒暢：精神清爽，不沉重
出汗	背部或全身微微出汗	熱證者微汗，實證者無汗
症狀	虛寒症狀改善	實熱症狀改善

（二）術者指感

〔雙向操作〕術者指感

項目	補法成功	瀉法成功
溫度	指下溫熱：氣感溫暖，向內透入	指下清涼：氣感清涼，向外散出
氣向	氣感內收：氣向穴位深處聚攏	氣感外泄：氣從穴位向外流出
指下	沉緊有力，如魚吞鉤	輕鬆，如抽絲後鬆暢
連貫	氣流均勻不斷	氣流順暢不滯
受者反應	受者微汗：補氣到位	受者輕鬆：瀉邪到位

（三）脈象

表 7-8　補瀉前後之脈象變化

補法：治療前	治療後	瀉法：治療前	治療後
虛脈	轉有力	實脈	轉緩和
沉脈	轉起	數脈	轉緩
細脈	轉粗	弦脈	轉柔
弱脈	轉強	滑脈	轉平
遲脈	轉緩和	緊脈	轉鬆

- 治療前後各診脈一次；補法後脈應有力、和緩，瀉法後脈應緩和、不數。
- 脈象無變化，調整手法；脈象惡化，立即停手。

脈象之判斷須具中醫診脈訓練；未受訓練者宜由合資格人員協助，或以其餘三項為主。

（四）症狀變化

表 7-9　補瀉成功之症狀變化

補法：症狀	變化	瀉法：症狀	變化
虛寒	畏寒減輕	實熱	發熱減輕
疲勞	精神好轉	煩躁	心情平靜
腹瀉	大便成形	便秘	大便通暢
血壓偏低	血壓回升	高血壓	血壓下降
心悸	心跳平穩	腫痛	腫消痛減
失眠	睡眠改善	失眠	睡眠改善
皮膚乾	皮膚潤澤	口苦	口不苦

〔說明〕主觀感受與客觀記錄

體感與指感屬主觀感受，易受期待與注意力影響（5.8）。評估時宜同時記錄可比較之指標，例如治療前後之血壓、疼痛 0–10 分自評、睡眠時數、排便情況，並前後對照。血壓變化僅供參考，用藥須遵醫囑。

（五）綜合判斷

〔雙向操作〕綜合判斷

項目	補法成功	瀉法成功
受者體感	溫熱內收，緊實飽滿	清涼外泄，空鬆消散
術者指感	溫熱沉緊，氣感連貫	清涼輕鬆，氣感流暢
脈象	虛脈轉有力	實脈轉緩和
症狀	虛寒減輕	實熱減輕
出汗	微汗	微汗或無汗
精神	想睡	清爽
收尾	收得緊	收得鬆

> **〔要點〕判定原則**
>
> 受者體感、術者指感、脈象、症狀四項中**三項符合**，且達到「補瀉分明」（第三層）以上，即可判斷補瀉成功；不必四項全中。

（六）補瀉成功之五層次

表 7-10　補瀉成功之五層次

層次	表現	對應章節
第一層　得氣	受者覺酸、麻、脹、重；術者指下沉緊。此為基礎，得氣不等於補瀉成功	第五章
第二層　氣至病所	氣沿經傳導至病灶；受者覺熱流或涼流至病所；病灶處有反應	第六章
第三層　補瀉分明	補法收得緊、瀉法收得鬆；受者能明確區分溫熱與清涼；術者能明確區分沉緊與輕鬆	本章
第四層　症狀改善	補法後虛寒減輕，瀉法後實熱減輕；脈象、舌象改善	第八、九章
第五層　療效鞏固	症狀不再反覆，停治後仍穩定；受者自我練功後氣足	第十至十五章

達到第三層以上，方可謂補瀉成功。

（七）補瀉失敗之原因與處理

表 7-11　補瀉失敗之原因與處理

表現	原因	處理
受者無任何感覺	呼吸未同步；意念不專一；手式不對	重新同步呼吸；加強意念；調整手式
症狀加重	補瀉方向相反；手法過重	糾正補瀉方向；減輕力度
心慌、頭暈	發氣過久	立即停手，平臥，飲溫水
氣亂竄、出現新症狀	意念過重，氣亂	停手；減輕意念，引氣歸元
指下空滑	氣不至	催氣（5.5）
指下滯澀	氣滯	通絡：循經導引、配合震顫
指下冰冷	病氣重	排病氣（第十七章）
指下燥熱	熱邪盛	改用瀉法清熱
指下無感	功力不足	加強自我練功
症狀無變化	手法或方案不對	調整方案（第八章）
療效不穩	功力不足	加強自我練功；用一練四
反覆發作	鞏固不足	加強鞏固方案（第十、十二章）

（八）對練時之確認

〔雙向操作〕對練確認

確認項	補法對練	瀉法對練
1. 收尾	術者猛按收尾，手迅速移開	術者緩緩抽離，手緩慢移開
2. 受者掌感	緊、實、溫、飽滿	鬆、空、涼、消散
3. 受者描述	「像握了一個溫熱的球」	「像剛放掉一口氣」
4. 術者指感	指下沉緊	指下輕鬆
判定	四項中三項符合，補法成功	四項中三項符合，瀉法成功

- **對比確認**：先補後瀉，受者能明確說出兩種差異——補法收得緊，瀉法收得鬆。
- 若受者分不清兩者，術者須調整手法：檢查呼吸是否同步、意念是否專一、收尾速度是否分明。

（九）評估注意事項

1. **四項綜合判斷**：受者體感、術者指感、脈象、症狀並參，不憑單一感受下結論。
2. **三項符合即可**：不必四項全中。
3. **隨時溝通**：對練與治療時，請受者隨時說出感受。
4. **循序漸進**：先求得氣，再求氣至病所，最後求補瀉分明（第五、六章與本章）。
5. **觀察反應**：溫熱、舒適為佳；加重、心慌即停。
6. **記錄評估**：每次評估記錄於附錄 D-4，以便前後比較。
7. **瀉後必排病氣、用一練四**：術者治療後須排病氣、採氣；發氣 1 份，練功 4 份。
8. **不可替代醫療**：症狀劇烈或加重，立即就醫。

第八章　常見病症補瀉選擇方案

本章先列常見病症之基本方案，再以「同病異證」方式列出相反方向之證型，說明同一病名可因證候不同而補瀉相反。取穴定位見附錄 A。

8.1　基本方案

表 8-1　常見病症補瀉選擇

病症	取穴	手法	補瀉
風寒感冒	大椎、風門、肺俞、合谷	平掌震法＋劍指點按	〔補〕熱導氣
風熱感冒	大椎、肺俞、風池	劍指發氣＋逆經導引	〔瀉〕冷導氣
脾胃虛寒	脾俞、胃俞、中脘、足三里	平掌溫補＋順經移掌	〔補〕
肝鬱氣滯	太衝、期門、膻中	劍指逆經導引	〔瀉〕
腰突急性期	命門、腎俞、阿是穴	推拉引＋逆經下導	〔瀉〕
腰突慢性期	腎俞、環跳、委中	平掌溫補＋氣功針刺	〔平〕平補平瀉
失眠	神門、內關、湧泉	劍指輕發氣＋引氣下行	〔補〕
高血壓	湧泉、太衝、曲池	劍指逆經導引＋冷導氣	〔瀉〕

8.2　同病異證之雙向對照

〔雙向操作〕同病異證

病症	補向證型與做法	瀉向證型與做法
感冒	**風寒**（惡寒重、無汗、流清涕）：大椎、風門、肺俞、合谷；平掌震法＋劍指點按；熱導氣	**風熱**（發熱重、咽痛、涕黃）：大椎、肺俞、風池；劍指發氣＋逆經導引；冷導氣
脾胃	**脾胃虛寒**（隱痛喜溫喜按、便溏、乏力）：脾俞、胃俞、中脘、足三里；平掌溫補＋順經移掌	**食積胃熱**（脘腹脹滿拒按、噯腐、口臭、舌苔厚或黃）：中脘、天樞、足三里、內庭；逆經導引、冷導氣；腹部沿結腸走向摩轉以消導（2.2.2）
肝氣情志	**肝血不足**（目澀、頭暈、肢麻、面色少華）：肝俞、三陰交、足三里；平掌溫補、順經移掌	**肝鬱氣滯**（脅脹、善太息、情緒抑鬱或易怒）：太衝、期門、膻中；劍指逆經導引
腰痛	**腰突慢性期**（反覆酸痛、遇勞加重）：腎俞、環跳、委中；平掌溫補＋氣功針刺；平補平瀉。兼腎虛者加命門、太溪，改補法	**腰突急性期**（劇痛、活動受限、拒按）：命門、腎俞、阿是穴；推拉引＋逆經下導
失眠	**虛證**（心脾兩虛、心腎不交：多夢易醒、心悸乏力）：神門、內關、湧泉；劍指輕發氣＋引氣下行	**實證**（肝火、痰熱：煩躁易怒、口苦、痰多）：太衝、行間、神門、豐隆；逆經導引、冷導氣
血壓	**血壓偏低、氣虛下陷**（頭暈乏力、起立眼黑、下腹墜脹）：百會、氣海、關元、足三里；補法、升提，避免強力下導	**高血壓（肝陽上亢）**（頭脹、面紅、急躁）：湧泉、太衝、曲池；劍指逆經導引＋冷導氣

註：內庭、肝俞、太溪、行間、豐隆、氣海等穴之定位見附錄 A。血壓偏低、氣虛下陷者以升提為主，並參見 13.7「升降雙向之辨」。

8.3　使用要點

- 先辨證、後選方；同一病名可因證型不同而方向相反。
- 每次取穴宜少而精（3–5 穴），主穴為先，配穴為輔。
- 高血壓、失眠等慢性病須遵醫囑用藥，不可因外治而自行停藥；血壓應定時自測並記錄。

- 症狀劇烈、持續加重或出現紅旗徵象（安全聲明），立即就醫。
- 五行失衡之聞診與手探外候，以及中風恢復期、偏頭痛之專題調理，見附錄 E；暈厥與中風之現場處理，先救命、後調理（附錄 E-2）。

> **〔研究證據〕氣功與血壓之研究**
>
> 一項納入 20 項隨機對照試驗、2,349 名高血壓患者之統合分析顯示，氣功具輔助降壓效果，但多數研究偏倚風險偏高，且降收縮壓之效果不如一般運動；研究中未見嚴重不良事件報告（Xiong 等，2015）。因此氣功宜作為生活方式介入之一，與規範治療並行。

第九章　臨床案例操作流程

以下三個案例示範完整操作流程；「方向」欄標示各步驟之補瀉屬性，各案之後並列出證型相反時之「反向調整」。

9.1　案例一：風寒感冒

辨證：風寒束表，肺衛失宣。**治則**：辛溫解表，驅寒外出。

表 9-1　風寒感冒操作流程（共約 17 分鐘）

步驟	時間	操作	方向
1. 術前準備	3 分鐘	術者調氣，患者坐位，暴露大椎、風門、肺俞	—
2. 開天門推坎宮	2 分鐘	劍指式，從印堂向上推至神庭，再分推至太陽穴	〔瀉〕 疏散（輕手法）
3. 震大椎	3 分鐘	平掌式，高頻小幅震顫，每秒 3–5 次	〔溫〕 溫陽散寒
4. 推擦膀胱經	3 分鐘	平掌從風門推至膈俞，反覆 9–18 次	〔補〕 順經溫通
5. 點按風池、合谷	2 分鐘	劍指式，各 1 分鐘	〔瀉〕 疏風解表
6. 導引排寒	2 分鐘	平掌從大椎沿督脈向下導引至命門	〔瀉〕 逆督排寒
7. 收功	2 分鐘	術者意守丹田，患者飲溫水，覆被微汗	收

本案屬「溫散」：溫（補陽熱）與散（瀉寒邪）並行，正合寒實之治。開天門在頭部，屬導引調氣而非排病氣，手法只宜輕柔。

> **〔反向調整〕若辨為風熱感冒**
>
> - 改冷導氣：受者吸氣時發氣，用意寒法。
> - 取穴以大椎、肺俞、風池為主；劍指發氣 + 逆經導引（第八章）。
> - 省去「推擦膀胱經」之溫通；不覆被悶汗，宜飲溫開水、多休息。
> - 高熱不退、呼吸急促、胸痛者即就醫。

9.2　案例二：急性腰扭傷

辨證：氣滯血瘀，經絡不通。**治則**：行氣活血，通絡止痛。

表 9-2　急性腰扭傷操作流程（共約 21 分鐘）

步驟	時間	操作	方向
1. 術前準備	3 分鐘	患者俯臥位，暴露腰部	—
2. 遠端取穴	3 分鐘	劍指點按委中、後溪	〔瀉〕 遠端疏通
3. 局部瀉法	5 分鐘	劍指對準阿是穴，逆經移掌，配合震顫	〔瀉〕
4. 推拉引手法	3 分鐘	平掌從命門向腎俞推拉，沿膀胱經向下導引	〔瀉〕 引邪下出（出路坐標）
5. 氣功針刺	5 分鐘	取腎俞、大腸俞、阿是穴，夾持行針，配合震顫（限合資格者）	〔瀉〕
6. 收功	2 分鐘	平掌震腎俞 1 分鐘，術者排病氣，患者飲溫水	〔補〕 瀉後固腰

〔安全提示〕腰痛紅旗

腰痛伴下肢進行性無力、會陰部麻木、大小便失控，或外傷後劇痛、發熱、夜間痛甚不能眠者，可能屬需緊急處理之情況，應即就醫，不作外治。

〔反向調整〕轉入慢性期或兼腎虛

- 改平補平瀉或補法為主（第八章腰突慢性期）。
- 平掌溫補腎俞、命門，順經移掌，受者呼氣時發氣。
- 減少強排手法；鞏固期依第十章留氣、溫養、固本。

9.3　案例三：脾胃虛寒

辨證：脾胃虛寒，中氣不足。**治則**：溫中健脾，補氣散寒。

表 9-3　脾胃虛寒操作流程（共約 24 分鐘）

步驟	時間	操作	方向
1. 術前準備	3 分鐘	患者仰臥位，暴露中脘、天樞、足三里	—
2. 腹部溫補	5 分鐘	平掌對準中脘，同步呼氣發氣，緩慢摩腹（無便溏者順時針；便溏者逆時針或往返平摩）	〔補〕 溫中
3. 背部俞穴補法	5 分鐘	平掌對準脾俞、胃俞，順經移掌，配合輕震	〔補〕
4. 點按足三里	3 分鐘	劍指式，順經移掌，同步呼氣發氣	〔補〕
5. 氣功針刺	5 分鐘	取中脘、足三里、脾俞，導引行針，捻轉補法（限合資格者）	〔補〕
6. 收功	3 分鐘	疊掌丹田，患者飲薑棗茶	收

> **〔說明〕摩腹方向**
>
> 脾胃虛寒者常兼便溏。便溏、腹瀉明顯時，摩腹以逆時針或往返平摩為宜，避免沿結腸走向強摩而促進腸蠕動（2.2.2）。

> **〔反向調整〕若為食積胃熱**
>
> - 改瀉法：逆經導引，受者吸氣時發氣，用意寒法。
> - 取中脘、天樞、足三里、內庭（第八章）。
> - 腹部可沿結腸走向摩轉以消食導滯；收功改飲溫開水，不用薑棗茶。

9.4　案例操作通則

- 術前：術者調氣；向受者說明流程並取得同意；確認無紅旗徵象。
- 術中：暴露部位注意保暖與隱私；每步結束觀察受者反應，必要時調整或中止。
- 術後：術者必排病氣、採氣；受者飲溫水、避風休息。

- 記錄：取穴、手法、補瀉方向、時間、受者反應與次日變化（第十章；記錄表見附錄 D）。

第十章　鞏固療效之後續步驟

鞏固之核心為「補」：由即時之留氣、每日之溫養到培元之固本，循序漸進；再以生活調護防復發，並定期複查調整。

10.1　留氣（即時鞏固，1–3 分鐘）

平掌輕覆病灶或主穴，距體表 1–3 cm，意念氣留病所。劍指對準主穴，呼氣時意念氣封穴中。意想病灶處有一團溫熱之氣，緩緩旋轉。

10.2　溫養（每日鞏固，5–10 分鐘）

1. 平掌對準病灶，同步呼氣發氣，意念熱氣透入。
2. 平掌輕震，頻率每秒 3–4 次。
3. 平掌沿病灶所屬經絡，順經輕推 9 次。

每日 1–2 次，連續 3–7 天。

10.3　固本（培元固氣，10–15 分鐘）

1. 平掌覆下丹田，同步呼氣發氣，意念丹田氣足。
2. 平掌覆命門，意念命門火旺。
3. 劍指對準足三里，順經移指，同步呼氣發氣。
4. 平掌從足底湧泉向上提拉 3 次。

每日 1 次，連續 7–14 天。

表 10-1　鞏固三層次

層次	時間	頻率	療程	方向
留氣	1–3 分鐘	每次治療後	—	〔補〕封、留
溫養	5–10 分鐘	每日 1–2 次	3–7 天	〔補〕溫、透
固本	10–15 分鐘	每日 1 次	7–14 天	〔補〕〔升〕培元

10.4　防復（生活調護）

表 10-2　防復要點

項目	要點
避風寒	汗後避風；頸、背、腰、足注意保暖；冷氣不直吹
飲食調護	虛寒者少食生冷；熱證者少食辛辣燥熱；定時定量，勿過飽
情志調暢	保持心情平和；避免長期緊張、急躁；規律作息
適度活動	以不累為度；循序增加步行、伸展等溫和運動
自我練功	依第十一章每日練習腹式呼吸、站樁、八段錦、引氣歸元

10.5　複查與調整

急性病每日或隔日複查，慢性病每 3–7 天複查。評估症狀變化、氣感變化、舌脈變化，據此調整方案。補瀉成效之綜合評估（受者體感、術者指感、脈象、症狀）見 7.11，評估表見附錄 D-4。

表 10-3　複查安排

病程	複查頻率	評估內容
急性病	每日或隔日	症狀變化、氣感變化、舌脈變化
慢性病	每 3–7 天	同上；並檢視自我練功之執行情況

10.6　鞏固期之雙向判斷：先辨餘邪

鞏固以補為主，但補之前須確認邪已去。若仍有發熱、痰黃稠、脹痛拒按等實象，宜先以輕瀉清除餘邪，再行留氣與溫養；邪未盡而早補、早封穴，中醫謂之「閉門留寇」，可使病情纏綿。反之，邪去而正虛者，則依 10.1 至 10.3 由留氣、溫養到固本循序補養。

〔雙向操作〕鞏固期

項目	補法（向內・扶正）	瀉法（向外・祛邪）
判斷	邪已去、正氣虛：乏力、畏寒、易感、舌淡	餘邪未盡：仍有熱象、脹痛拒按、痰濁
做法	留氣 → 溫養 → 固本（10.1–10.3）	先輕瀉（逆經、吸氣發氣、緩離）1–2 次，再轉補
頻率	每日 1–2 次，3–14 天	隔日 1 次，邪去即停瀉

第十一章　患者自我練功功法

自我練功是鞏固療效、防止復發之主體。原則：循序漸進，以不累為度；有任何不適即減量或停練（15.8）。

11.1　腹式呼吸（基礎）

平躺，膝下墊枕，一手放胸口，一手放腹部。鼻吸時腹部隆起，口呼時腹部內收。呼氣時間為吸氣之兩倍。每次 5–10 分鐘，每日 3–4 次。

1. 平躺，膝下墊枕，一手放胸口，一手放腹部。
2. 鼻吸，腹部隆起，胸口之手盡量不動。
3. 口呼，腹部內收。
4. 呼氣時間為吸氣之兩倍，例如吸 2–3 秒、呼 4–6 秒。
5. 每次 5–10 分鐘，每日 3–4 次。

〔雙向操作〕腹式呼吸

項目	補・升向（聚氣）	瀉・降向（降氣）
適用	氣虛乏力、氣短、易感、血壓偏低、下腹墜脹	頭脹、心煩、失眠、血壓偏高、氣往上衝
呼吸比	吸呼均勻柔和，呼略長即可	呼長於吸（約 1:2）；加強期吸 3 秒、呼 6 秒、停 2 秒（15.2）
意念	吸氣時意念清氣入丹田，呼氣時意守丹田不散	呼氣時意念氣隨之下沉，至湧泉
注意	不可憋氣；頭暈即縮短時間、改自然呼吸	同左

〔研究證據〕慢呼吸之研究

一項納入 17 項研究之統合分析發現，以每分鐘 10 次以下之速度練習慢呼吸（每次至少 5 分鐘、每週至少 3 天、持續 4 週以上），收縮壓平均下降約 5.6 mmHg、舒張壓約 3.0 mmHg，屬小幅效果（Complement Ther Med，2019）；另有綜述對儀器引導慢呼吸之降壓效果未得一致結論。腹式慢呼吸適合作為日常放鬆與輔助調理，不能取代藥物。

11.2　站樁（抱球樁）

兩腳平行與肩同寬，膝微屈，雙手腹前環抱如抱球。頭正頸直，鬆腰斂臀，百會如懸。自然呼吸，意念守丹田或湧泉。從每日 5 分鐘開始，逐步增至 15–20 分鐘。

1. 兩腳平行，與肩同寬，膝微屈（膝蓋不超過腳尖）。
2. 雙手腹前環抱如抱球，沉肩墜肘。
3. 頭正頸直，鬆腰斂臀，百會如懸。
4. 自然呼吸，意守丹田或湧泉（見下表）。
5. 從每日 5 分鐘開始，逐步增至 15–20 分鐘。

〔雙向操作〕站樁意守

項目	意守丹田（聚・補）	意守湧泉（降・引下）
適用	氣虛、乏力、易感、血壓偏低	頭脹、頭重腳輕、心煩、血壓偏高
意念	似守非守，丹田溫暖充實	似守非守，氣沉足底，如樹生根
注意	不憋氣；以不累為度	若腳冷、麻木加重，改意守丹田

11.3　八段錦

針對不同病症選練：脾胃虛弱選「調理脾胃須單舉」；腰膝酸軟選「兩手攀足固腎腰」；心煩失眠選「搖頭擺尾去心火」；氣虛易感選「兩手托天理三焦」。動作要慢、圓、連，配合呼吸，上舉吸氣，下落呼氣。

表 11-1　八段錦八式與選練

式	名稱	選練	升降補瀉要旨
一	兩手托天理三焦	氣虛易感；頭頂脹痛（第十五章）	上托吸氣為升、下落呼氣為降；頭脹者重在下落時意念下沉
二	左右開弓似射鵰	—	開胸宣肺，左右交替
三	調理脾胃須單舉	脾胃虛弱；下腹墜脹（第十五章）	一手上舉、一手下按，一升一降，升清降濁
四	五勞七傷往後瞧	—	轉頭後瞧，舒展頸背
五	搖頭擺尾去心火	心煩失眠；心慌心跳（第十五章）	降心火，屬〔瀉〕〔降〕向
六	兩手攀足固腎腰	腰膝酸軟	固腎，屬〔補〕向；血壓偏高或易眩暈者俯身宜慢、幅度宜小
七	攢拳怒目增氣力	—	增氣力，外發為主
八	背後七顛百病消	腳部游走痛（第十五章）	足跟顛震，引氣下行，屬〔降〕向；骨質疏鬆者顛足宜輕

> **〔研究證據〕八段錦之標準與證據**
>
> - 現行最普及者為國家體育總局健身氣功管理中心於 2003 年推出之「健身氣功・八段錦」，係整理 64 種傳統版本後編創；2026 年 5 月並發布以之為藍本之首個《八段錦》團體標準，載明安全提示與分級習練指引。學習時以此標準版為宜。
> - 統合 19 項隨機對照試驗之分析顯示，練習八段錦可改善生活品質、睡眠品質、平衡、握力、軀幹柔軟度、收縮壓與舒張壓及靜息心率（Zou 等，2017）。
> - 2026 年一項針對 60 歲以上長者之統合分析（18 項試驗、1,527 人）顯示可改善睡眠品質並減輕抑鬱症狀，惟研究方法限制與異質性仍大。

11.4　睡前引氣歸元

平躺，平掌覆丹田。意念氣從頭頂向下至湧泉，做 9 次。

〔雙向操作〕睡前引氣歸元

項目	收聚式（氣虛者）	引降式（上盛者）
做法	平掌覆丹田，意念氣聚丹田，自然呼吸	意念氣從頭頂向下至湧泉，做 9 次
適用	乏力、血壓偏低、下腹墜脹	頭脹、心煩、入睡困難

第十二章　維持期鞏固方案

12.1　外治維持方案

表 12-1　外治維持頻率

時期	外治頻率
第 1–2 週	每週 1 次
第 3–4 週	每 2 週 1 次
第 5 週起	停止，或每月 1 次

12.2　自我練功方案（每日必練）

表 12-2　每日練功時間表

時段	功法	時間
晨起	腹式呼吸（11.1）	5–10 分鐘
上午	站樁（11.2）	10–20 分鐘
下午	八段錦（11.3）	10–15 分鐘
睡前	引氣歸元（11.4）	5 分鐘
合計	—	約 30–50 分鐘

12.3　生活調護

- **避風寒**：汗後避風，注意頸背腰足保暖。
- **補氣養血飲食**：定時定量，溫熱為主，少生冷。
- **保持心情平和**。
- **早睡早起**，作息規律。
- **適度活動**，以不累為度。

- **溫和潤膚**：沐浴水溫適中，浴後潤膚。
- **溫水為主**：日常飲溫水，少冰飲。

12.4　每月複查與調整

表 12-3　每月複查處置

狀況	處置	方向
症狀穩定	繼續維持，逐步減少外治	遞減
症狀偶發	恢復每週 1 次外治	回升
症狀反覆	回到治療期方案	回升

> **〔要點〕雙向調整**
>
> 維持期之調整亦分兩向：穩定則「遞減」外治、以自練為主；反覆則「回升」外治頻率。遞減宜慢，回升宜早。

第十三章　復發緊急自我處理

本章供患者於家中自行處理復發先兆，每次 10–15 分鐘。如出現紅旗徵象（安全聲明），不作自我處理，立即就醫。

13.1　復發預警信號

- 頭頂脹痛再現
- 下腹墜脹加重
- 腳部游走痛復發
- 心慌
- 失眠
- 血壓下降
- 皮膚乾加重

13.2　緊急處理總原則

先穩心神 → 再引氣歸元 → 後對症處理 → 判斷是否恢復外治。每次 10–15 分鐘。

13.3　第一步：穩心神（3 分鐘）

1. 平掌覆膻中，意念心神安定。
2. 拇指點按內關，左右各 1 分鐘。
3. 鼻吸口呼，吸 2 秒、呼 4 秒，做 9 次。

13.4　第二步：引氣歸元（3 分鐘）

1. 平掌覆百會，意念氣從上降。
2. 平掌從百會沿督脈向下導引至命門、會陰，反覆 9 次（自行操作時，手不及之處以意念代之）。
3. 平掌覆湧泉，意念氣歸湧泉。

本步驟以下行為主，適合上盛者；若當下以頭暈乏力、血壓偏低、下腹墜脹為主，依 13.7 減少下導、改以丹田聚氣。

13.5　第三步：對症處理（5–8 分鐘）

表 13-1　對症處理

症狀	處理	方向
頭頂脹痛	點按百會、四神聰，分推太陽至風池	〔瀉〕〔降〕 疏散
下腹墜脹	平掌覆關元、中極，緩慢摩腹（便溏者往返平摩）	〔補〕〔升〕 溫補升提
腳部游走痛	點按解溪、崑崙、至陰，平掌從陽陵泉向下導引	〔瀉〕〔降〕 疏導
心慌心跳	平掌覆膻中輕震，點按內關、神門	〔平〕 安神
血壓低頭暈	平掌覆百會，點按足三里、關元，飲溫糖水	〔補〕〔升〕 升提
皮膚乾緊繃	平掌覆肺俞、腎俞，飲溫水	〔補〕 潤養

13.6　第四步：判斷是否恢復外治

表 13-2　處理後之判斷

處理後情況	處置
緩解	繼續自我練功
減輕但反覆	恢復每週 1 次外治
無改善	恢復每週 2 次外治
劇烈或加重	立即就醫

13.7　升降雙向之辨

第二步「引氣歸元」以下行為主，適合上盛者。然而預警信號中同時包含「頭頂脹痛」（多屬上盛）與「血壓下降、下腹墜脹」（多屬氣陷），兩者方向相反；宜先辨別當下以何者為主，再決定第二步之做法與力度。

〔雙向操作〕升降之辨

項目	氣虛下陷型（宜聚・宜升）	氣逆上衝型（宜降）
常見表現	頭暈乏力、起立眼黑、下腹墜脹、氣短、血壓偏低	頭脹頭痛、面紅、心煩、血壓偏高、上熱下冷
第二步做法	減少下導次數（例如由 9 次減為 3 次），改以平掌覆丹田聚氣為主；再做「血壓低頭暈」之處理	完整進行：百會→命門、會陰 9 次，再平掌覆湧泉
呼吸	吸呼均勻，吸氣時意聚丹田	呼長吸短，呼氣時意隨氣降
對應處理	血壓低頭暈、下腹墜脹之處理	頭頂脹痛、腳部游走痛之處理

> **〔安全提示〕何時不作自我處理**
>
> 伴胸痛、氣促、暈厥、單側無力、言語不清、突發劇烈頭痛，或血壓達 180/120 mmHg 以上並有症狀者，立即就醫（安全聲明）。

第十四章　復發後恢復外治方案

14.1　復發程度評估

表 14-1　復發程度評估

程度	表現	處理
輕度	偶發、短暫、可自行緩解	自我處理（第十三章）＋觀察
中度	反覆發作、影響生活、自我處理可減輕	恢復外治，從低頻率開始（14.2）
重度	持續加重，伴心慌、血壓驟降或昏厥	立即就醫，暫停外治

14.2　恢復外治階梯方案

表 14-2　恢復外治階梯方案

階段	次數與頻率	手法	取穴	觀察與進退
第一階段 **試探性恢復**	第 1–2 次 每週 1 次	輕手法，平補平瀉為主	百會、四神聰、關元、湧泉、三陰交	減輕 → 進入第二階段；加重 → 停止外治，回醫院複查
第二階段 **鞏固性恢復**	第 3–6 次 每週 1–2 次	平補平瀉為主，可加輕震	百會、四神聰、風池、關元、中極、三陰交、解溪、崑崙、湧泉	穩定 → 進入第三階段
第三階段 **維持性恢復**	第 7–10 次 每週 1 次 → 每 2 週 1 次	補法為主，減少穴位	百會、關元、氣海、湧泉	穩定 → 轉入維持期（第十二章）

14.3　恢復外治注意事項

表 14-3　注意事項

項目	說明
從低頻率開始	由每週 1 次起，視反應再增
手法宜輕	先輕後重，寧輕勿重
觀察反應	每次記錄症狀、氣感與舌脈變化
瀉後必排	施瀉法後，術者必排病氣、採氣
用一練四	術者發氣 1 份、練功 4 份
配合自我練功	依第十一、十五章每日練習
生活調護	依 12.3
必要時就醫	加重或出現紅旗徵象即就醫

14.4　雙向：階梯之上行與回退

〔雙向操作〕階梯進退

項目	上行（減量・轉補）	回退（停止・降級）
條件	症狀減輕、反應良好、自練規律	症狀加重、出現不適或新症狀
處置	進入下一階段；外治頻率遞減，補法比例增加	停止外治，回醫院複查；或退回上一階段
手法走向	平補平瀉 → 補法為主 → 維持期	回到輕手法、平補平瀉

第十五章　恢復期自我練功加強方案

15.1　加強方案總原則

循序漸進，以不累為度。總時長約 55–75 分鐘（另加經絡導引），可分段完成。

表 15-1　加強方案份量分配

功法	份量	時段
腹式呼吸（加強）	10–15 分鐘	晨起
站樁（加強）	15–25 分鐘	上午
八段錦（加強）	15–20 分鐘	下午
引氣歸元（加強）	約 10 分鐘	睡前
丹田聚氣（加練）	36 次（約 5 分鐘）	任一時段
經絡導引（加練）	循環 9 次 + 下肢 9 次	任一時段
合計	約 55–75 分鐘（另加經絡導引）	—

15.2　晨起：腹式呼吸加強

平躺，吸 3 秒，呼 6 秒，停頓 2 秒。做 36 次呼吸。意念集中丹田。若頭暈，縮短時間，改為自然呼吸。

15.3　上午：站樁加強

抱球樁，從 10 分鐘開始，每週加 5 分鐘，至 20–25 分鐘。意念守丹田或湧泉，似守非守（意守之雙向選擇見 11.2）。

15.4　下午：八段錦加強

全套練習，每式做 6–9 次，並針對症狀加練：

表 15-2　八段錦針對性選練

症狀	針對性選練
頭頂脹痛	兩手托天理三焦（重在下落呼氣時意念下沉）
下腹墜脹	調理脾胃須單舉（一升一降）
腳部游走痛	背後七顛百病消
心慌心跳	搖頭擺尾去心火

15.5　睡前：引氣歸元加強

平躺，意念氣從百會向下至湧泉，再從湧泉向上至丹田。做 36 次，約 10 分鐘。此法「先降後收」，一次練習中兼具兩個方向：先引上盛之氣下行，再收歸丹田，不使氣散。

15.6　加練功法：丹田聚氣

坐位或平躺，吸氣時意念氣從四周聚向丹田，呼氣時意念氣在丹田旋轉。做 36 次。

15.7　加練功法：經絡導引

平躺或坐位，意念氣從百會沿督脈向下至命門、會陰，再從會陰沿任脈向上至丹田、膻中、百會。循環 9 次。再意念氣從丹田沿雙腿向下至湧泉，做 9 次。

表 15-3　本法經絡導引與傳統小周天之方向比較

比較	本法經絡導引	傳統小周天
督脈	由百會向下（逆督脈循行）	由尾閭向上（順督脈循行）
任脈	由會陰向上（順任脈循行）	由頭面向下歸丹田（逆任脈循行）
整體傾向	背降前升，再加下肢引氣至湧泉，偏於「降」	背升前降，周流不息
適合	上盛下虛、頭脹、血壓偏高者	一般體質；氣虛下陷者宜在指導下練，或僅意守丹田

〔說明〕方向選擇

本法路線與傳統小周天方向相反，屬「逆轉」導引，適合上盛者。血壓偏低、頭暈乏力、下腹墜脹者，不宜反覆強化下行導引，可縮短下肢引氣部分，以丹田聚氣（15.6）為主。任何周天類意念導引，出現頭脹、心慌、氣衝等反應即停（15.8）。

15.8　練功反應與處理

表 15-4　練功反應與處理

反應	處理
溫熱、舒適、微汗	正常，繼續
心慌、頭暈	停練，平臥，飲溫水
氣往上衝	意守湧泉
失眠	減少晚間練功
疲勞	減量
症狀加重	停練，恢復外治或就醫

第十六章　結論與原則總結

氣功外治發氣療法為一中醫傳統輔助療法，其核心在於用意不用力、辨證施治、補瀉分明。本手冊系統整理發氣手式、手法、頻率、力度、意念之操作要領，並詳述以指代針、得氣細節、氣至病所導引方法、補瀉基本練習與成效評估、常見病症補瀉方案、臨床案例操作流程、鞏固療效步驟、患者自我練功功法、維持期鞏固方案、復發緊急自我處理及恢復外治階梯方案。

臨床應用時，須先經正規醫院檢查，排除器質性疾病。氣功外治為輔助調理，不可替代醫療。術者治療後必排病氣、採氣，並遵循「用一練四」原則，以保自身健康。患者則須循序漸進，以不累為度，配合生活調護，方能鞏固療效，防止復發。

〔要點〕十項原則

- 先就醫、排除器質性疾病；外治為輔助，不替代醫療。
- 用意不用力：形鬆、意專、氣自行。
- 先辨證：虛實、寒熱、升降，再定補瀉。
- 補瀉分明：術者與受者呼吸同步；方向、呼吸、意念、頻率、力度、終止六者一致。
- 目的決定坐標：調經氣看順逆，排邪氣看出路（4.8）。
- 得氣為先，氣至病所為目的；不以氣感作診斷。
- 避開禁用部位；體虛者以補為主，瀉後必補。
- 術者必排病氣、採氣，用一練四。
- 鞏固靠自練：循序漸進，以不累為度。
- 出現紅旗徵象，立即就醫。

本手冊所依據之經典、腧穴標準與研究文獻，詳見書末參考文獻。

第十七章　排病氣手法總覽

爪手取病氣再甩走屬排病氣手法，用於將病氣抓出並排出體外；另有推、拉、旋、震、吸、吹、拍、抖八種相關手法及其後續處理。排病氣本質屬瀉。為貫徹「雙向」，本章依補瀉總則（向心、順時針、呼氣送氣、意念入、猛按封穴）為每法列出「補向對應」，供體虛者或瀉後補養時使用。各法之詳細要領見第二十章。

17.1　前提

> **〔安全提示〕排病氣前提**
>
> - 排病氣手法不可用於頭部、心臟、大血管處。
> - 術者治療後必須排病氣、採氣，防止病氣留身。
> - 體虛者慎用強排手法。
> - 氣功為輔助調理，不可替代醫療。

17.2　爪手取病氣再甩走

（一）手式：爪手式（鷹爪式）

- 五指張開，指關節微屈，如鷹爪抓物。
- 掌心內含，勞宮穴對準病灶。
- 指尖微用力，但腕肘放鬆。

（二）適用部位

- 適用：四肢、背部、腰部、腹部。
- 禁用：頭部、心臟、大血管、孕婦腰腹。

（三）操作步驟

1. **探氣**
    - 爪手距病灶 10–15 cm，緩慢盤旋。

- 意念探查病氣聚集處，術者指端覺涼、麻、沉為重。

2. 抓氣

- 爪手緩慢合攏，如抓物狀。
- 呼氣時意念病氣被吸入掌心。
- 吸氣時爪手微鬆，但不放氣。
- 反覆 3–5 次，至術者掌心覺沉、涼、麻。

3. 甩走

- 爪手迅速離開病灶。
- 向地面或遠離患者方向用力甩手。
- 意念病氣從指尖甩出，入地消散。
- 甩 3–9 次，至術者掌心輕鬆。

4. 複查

- 爪手再探病灶，若仍有病氣，重複抓甩。
- 一般 2–3 輪，至病氣明顯減輕。

5. 收功

- 術者甩手、拍打、跺腳，排盡病氣。
- 面向東方或綠樹採氣，咽津 3 口，意送丹田。
- 患者飲溫水，避風休息。

（四）要領

表 17-1　爪手抓甩要領

項目	要求
手式	爪手五指張開，指關節微屈
距離	10–15 cm
呼吸	呼氣抓，吸氣鬆
意念	病氣入掌，甩出入地
次數	每輪 3–5 次，共 2–3 輪
禁忌	頭、心、大血管、孕婦腰腹

〔雙向操作〕爪手抓甩

項目	補向對應	瀉法
性質	本法無補向；以「瀉後補」平衡（19.6）	本法即瀉：探 → 抓 → 甩 → 複查 → 收功
做法	抓甩後平掌輕覆病所 1–3 分鐘，呼氣時意念溫氣留於病所	依上列五步操作

17.3　其他排病氣手法（八法）

以下列出八法之手式、操作與適用；每法並列「瀉法」，以及依補瀉總則取其反方向之「補向對應」。

（一）推法排病氣

手式	平掌式
操作	平掌距體表 5–10 cm；從病灶向遠端（肢端）緩慢推。 意念病氣隨掌推出；推至肢端後，甩手排病氣。
適用	四肢、背部

〔雙向操作〕推法排病氣

項目	補向對應	瀉法
方向	由肢端向病灶（向心）緩推，意念清氣入內	由病灶向肢端（離心）緩推
呼吸	受者呼氣時送氣	術者呼氣推、吸氣收
收尾	平掌輕覆，意念猛按封穴	推至肢端後甩手

（二）拉法排病氣

手式	劍指式或平掌式
操作	劍指距病灶 3–5 cm；緩慢向外拉，如抽絲。 意念病氣被拉出；拉至一定距離後甩手。
適用	局部病灶、穴位

〔雙向操作〕拉法排病氣

項目	補向對應	瀉法
動作	反向「送」：由遠而近緩推至穴位	由病灶向外緩拉如抽絲
意念	清氣入穴、聚留	病氣隨指而出
收尾	意念猛按封穴	拉出後甩手

（三）旋法排病氣

手式	平掌式
操作	平掌覆病灶上方，距 3–5 cm；逆時針緩慢旋轉。 意念病氣隨旋轉散開；旋至病灶輕鬆後收功。
適用	腹部、背部

〔雙向操作〕旋法排病氣

項目	補向對應	瀉法
方向	順時針（術者所見）	逆時針（術者所見）
意念	溫氣隨旋聚集	病氣隨旋散開

（四）震法排病氣

手式	平掌式
操作	平掌覆病灶，距 3–5 cm；小幅高頻震顫，每秒 3–5 次。 意念病氣被震散；震 1–2 分鐘後甩手。
適用	風寒、氣滯、血瘀

〔雙向操作〕震法排病氣

項目	補向對應	瀉法
頻率	輕震每秒 3–4 次，均勻（第十章溫養）	小幅震顫每秒 3–5 次
意念	呼氣發氣，熱氣透入	病氣被震散
收尾	猛按，平掌輕覆	震後甩手

（五）吸法排病氣

手式	劍指式或爪手式
操作	劍指或爪手對準病灶；吸氣時意念病氣被吸入指端。 迅速甩手排病氣；反覆 3–9 次。
適用	局部病氣重者
注意	術者需功力足，事後必排病氣

〔雙向操作〕吸法排病氣

項目	補向對應	瀉法
呼吸意念	「布氣」：呼氣時意念清氣由指端送入穴中	吸氣時意念病氣被吸入指端
收尾	意念猛按封穴，平掌輕覆	迅速甩手，3–9 次
術者	布氣耗氣，術者事後須調氣、採氣	術者需功力足，事後必排病氣

（六）吹法排病氣

手式	劍指式
操作	劍指對準病灶，距 3–5 cm；口微閉，從齒縫吹氣。 意念病氣被吹散；吹 3–9 次。
適用	熱證、局部紅腫

〔雙向操作〕吹法排病氣

項目	補向對應	瀉法
做法	不吹；改平掌溫照，呼氣時以意火法發熱氣	齒縫短促吹氣，意念病氣吹散
溫度	溫熱	清涼
適用	虛寒、冷痛	熱證、局部紅腫

（七）拍法排病氣

手式	平掌式
操作	平掌輕拍病灶周圍；意念病氣被拍散。 拍 9–18 次，拍後甩手。
適用	肌肉酸痛、氣滯

〔雙向操作〕拍法排病氣

項目	補向對應	瀉法
節奏力度	輕而緩、節律均勻（推拿學「輕緩為補」）	輕中力度、稍快，向外拍散
方向	由遠端向病灶（向心）	由病灶向外、向肢端（離心）
收尾	平掌輕覆留氣	拍後甩手

（八）抖法排病氣

手式	平掌式或爪手式
操作	手覆病灶上方，距 3–5 cm；手腕快速抖動。 意念病氣被抖散；抖 9–18 次。
適用	局部氣滯、麻木

〔雙向操作〕抖法排病氣

項目	補向對應	瀉法
做法	本法以散為主，無直接補向；體虛者改輕震（每秒 3–4 次）或留氣	手腕快速抖動，意念病氣抖散
收尾	平掌輕覆	抖後甩手

17.4　排病氣後的處理

表 17-2　排病氣後的處理

對象	做法
術者排病氣	甩手 9 次，意念病氣從指尖出。 拍打四肢，從上到下。 跺腳 9 次，意念病氣入地。 用流水洗手，意念病氣沖走。
術者採氣	面向東方或綠樹，平掌採氣。 意念清氣從勞宮、百會入丹田。 咽津 3 口，意送丹田。
患者收功	飲溫水，避風休息。 緩慢活動，體會氣感。

17.5　注意事項

1. **禁用於頭部、心臟、大血管**：排病氣手法不可用於這些部位。
2. **孕婦腰腹禁用**：以免動胎氣。
3. **體虛者慎用**：強排手法耗氣，體虛者以補為主。
4. **術者必排病氣**：每次治療後必須排病氣、採氣。
5. **用一練四**：發氣 1 份，練功 4 份。
6. **觀察反應**：患者溫熱、舒適為佳；加重、心慌即停。
7. **不可替代醫療**：症狀劇烈或加重，立即就醫。
8. **循序漸進**：排病氣手法需功力，初學者宜從推法、拉法入手。

17.6　排病氣手法選擇表

表 17-3　排病氣手法選擇表

手法	手式	適用	力度	補向對應
爪手抓甩	爪手式	四肢、背、腰	中	瀉後平掌留氣
推法	平掌式	四肢、背	輕中	向心推送
拉法	劍指 / 平掌	局部、穴位	輕	反向送氣入穴
旋法	平掌式	腹、背	輕中	順時針
震法	平掌式	風寒、氣滯	中	輕震每秒 3–4 次
吸法	劍指 / 爪手	局部病氣重	中重	布氣（呼氣送氣）
吹法	劍指式	熱證、紅腫	輕	平掌溫照
拍法	平掌式	肌肉酸痛	輕中	輕緩向心拍
抖法	平掌 / 爪手	氣滯、麻木	輕中	改輕震或留氣

17.7　關鍵要點

〔要點〕排病氣八要

- **爪手抓甩**：探氣 → 抓氣 → 甩走 → 複查 → 收功。
- **呼氣抓，吸氣鬆**：抓氣時呼氣，甩走時用力。
- **禁用於頭、心、大血管**：安全第一。
- **術者必排病氣**：甩手、拍打、跺腳、流水洗手。
- **採氣補氣**：面向東方或綠樹，咽津 3 口。
- **用一練四**：發氣 1 份，練功 4 份。
- **循序漸進**：初學者從推法、拉法入手，再練爪手抓甩。
- **不可替代醫療**：症狀劇烈或加重，立即就醫。

下篇　爪手排病氣

逐級練習與手法詳解

第十八章：前提、手式要領、常見錯誤與練習時間表

第十九章：五階段逐級練習、瀉後補養、注意事項與關鍵要點

第二十章：推、拉、旋、震、吸、吹、拍、抖、抓九法詳解

第二十一章：綜合排病氣流程、選擇總表與術者自我保護

第十八章　爪手取病氣：前提與手式要領

爪手取病氣是排病氣手法中較進階的一種，需要一定指端氣感基礎。下篇提供一套可逐級練習之步驟，並詳述九種排病氣手法之操作。

18.1　前提

〔安全提示〕練習爪手前須具備之條件

- 需先通過拉氣感知、劍指發氣練習，指端氣感穩定後再練（3.4、第五章）。
- 禁用手法部位：頭部、心臟、大血管、孕婦腰腹。
- 術者治療後必須排病氣、採氣。
- 氣功為輔助調理，不可替代醫療。

18.2　手式要領：爪手式（鷹爪式）

- 五指張開，指關節微屈，如鷹爪抓物。
- 掌心內含，勞宮穴對準病灶。
- 指尖微用力，但腕、肘、肩放鬆。
- 意念在指尖與掌心，不在手腕。

18.3　常見錯誤與矯正

表 18-1　常見錯誤

常見錯誤	影響	矯正
手指僵直	用力過度，氣感變粗、易疲勞	指節微屈，只在指尖保留「微用力」
腕肘緊張	氣路不通，氣感中斷	先抖腕放鬆，沉肩墜肘，意念不在手腕
掌心外翻	氣感散失，無法聚氣	掌心內含，勞宮對準病灶

18.4　練習時間表

表 18-2　爪手練習時間表

階段	時間	每日練習
第一階段　指端氣感	1–2 週	15 分鐘
第二階段　探氣	2–3 週	20 分鐘
第三階段　抓氣	2–3 週	25 分鐘
第四階段　臨床應用	持續	臨床 + 練功
第五階段　進階變化	持續	臨床 + 練功

〔要點〕學習路徑

初學者先從推法、拉法入手（20.1、20.2），再依第一至五階段循序練習爪手抓甩。每階段達標後再進階；練習進度可記錄於附錄 D。

第十九章　爪手取病氣：五階段逐級練習

19.1　第一階段：指端氣感練習（1–2 週）

目標：指端能穩定感知冷、熱、麻、沉。

1. **丹田調氣（3 分鐘）**
   - 鬆靜站立，舌抵上腭，意守丹田。
   - 待丹田溫熱。
2. **劍指發氣（5 分鐘）**
   - 劍指距另一手掌心 10 cm。
   - 呼氣時意念氣從指端射出；吸氣時收氣。
   - 做 18–36 次，換手。
3. **爪手探氣（約 5–6 分鐘）**
   - 爪手距另一手掌心 10 cm。
   - 緩慢盤旋，意念探查掌心氣感。
   - 體會指端麻、脹、涼、熱。
   - 左右手各約 3 分鐘。
4. **收功（2 分鐘）**
   - 搓手浴面，乾梳頭，意守丹田。

> **〔要點〕達標標誌**
>
> 爪手能穩定感知對方掌心冷熱麻脹。

19.2　第二階段：探氣練習（2–3 週）

目標：能準確判斷病氣聚集處。

1. **丹田調氣（3 分鐘）**
2. **爪手探病灶（10 分鐘）**

- 爪手距病灶 10–15 cm。
- 緩慢盤旋，由外向內。
- 意念探查病氣聚集處。
- 術者指端覺涼、麻、沉為病氣重；覺溫、輕鬆為病氣輕。

3. **判斷練習**
   - 在自身或同伴身上練習。
   - 先探健康部位，再探不適部位。
   - 對比氣感差異。
4. **收功（2 分鐘）**
   - 甩手 9 次，搓手浴面，意守丹田。

> **〔要點〕達標標誌**
>
> 能準確判斷病氣聚集處及輕重。

> **〔研究證據〕探氣之客觀性與自我檢核**
>
> - 盲測研究顯示，以手感知他人「能量場」之正確率與猜測相近（Rosa 等，1998）。因此探氣所得宜作為操作定位之參考，並與受者主訴、壓痛點及醫療診斷相互印證，不單獨作為判斷病情之依據。
> - **簡易盲測**：請同伴以擲硬幣決定將手置於術者左手或右手上方約 10 cm，術者閉眼或隔板遮擋後探查並說出位置；累積 20 次以上，記錄正確率於附錄 D。正確率接近 50%時，宜更多依賴受者回饋與觸診定位。

19.3　第三階段：抓氣練習（2–3 週）

目標：能將病氣抓入掌心。

1. **丹田調氣（3 分鐘）**
2. **爪手探氣（3 分鐘）**
   - 爪手距病灶 10–15 cm，緩慢盤旋。

- 確定病氣聚集處。

3. **抓氣（5 分鐘）**
   - 爪手緩慢合攏，如抓物狀。
   - 呼氣時意念病氣被吸入掌心。
   - 吸氣時爪手微鬆，但不放氣。
   - 反覆 3–5 次；術者掌心覺沉、涼、麻。
4. **甩走（3 分鐘）**
   - 爪手迅速離開病灶。
   - 向地面或遠離患者方向用力甩手。
   - 意念病氣從指尖甩出，入地消散。
   - 甩 3–9 次，至掌心輕鬆。
5. **複查（2 分鐘）**
   - 爪手再探病灶。
   - 若仍有病氣，重複抓甩；一般 2–3 輪。
6. **收功（3 分鐘）**
   - 術者甩手、拍打、跺腳。
   - 面向東方或綠樹採氣。
   - 咽津 3 口，意送丹田。

> **〔要點〕達標標誌**
>
> 能將病氣抓入掌心並甩出，術者掌心覺沉涼後輕鬆。

> **〔安全提示〕甩手安全**
>
> 甩手時避開患者與旁人；手臂放鬆，以腕帶手，勿猛力甩肩，以免拉傷肩肘。

19.4　第四階段：臨床應用（持續）

目標：能根據病症選擇爪手取病氣。

表 19-1　爪手常見應用

病症	部位	操作
風寒感冒	大椎、風門、肺俞	爪手探氣 → 抓氣 → 甩走，2–3 輪
腰肌勞損	腰部阿是穴	爪手探氣 → 抓氣 → 甩走，2–3 輪
四肢酸痛	四肢肌肉	爪手探氣 → 抓氣 → 甩走，1–2 輪
氣滯腹脹	腹部（避開孕婦）	爪手輕探 → 輕抓 → 甩走，1–2 輪
關節痹痛	關節周圍	爪手探氣 → 抓氣 → 甩走，2–3 輪

操作流程

1. **辨證**：確定虛實寒熱。
2. **選部位**：避開頭、心、大血管、孕婦腰腹。
3. **探氣**：爪手盤旋，確定病氣聚集處。
4. **抓氣**：呼氣抓，吸氣鬆，3–5 次。
5. **甩走**：用力甩手，意念入地。
6. **複查**：2–3 輪至病氣減輕。
7. **收功**：術者排病氣、採氣，患者飲溫水。

> **〔說明〕第 1 步「辨證」之意義**
>
> 爪手抓甩屬瀉，最適合實證（如風寒束表、氣滯、勞損之局部瘀滯）。虛證以補為主；即使需要抓甩，也應減少輪數、放輕力度，並於瀉後補養（19.6）。

19.5　第五階段：進階變化（持續）

表 19-2　進階變化

變化	做法	適用	注意
雙手爪手	雙手同時爪手，分置病灶兩側。 呼氣時同時抓氣，吸氣時同時鬆。 甩走時雙手同時甩。	面積較大之病灶	—
爪手配合震法	先爪手抓氣，再平掌震法散邪。 抓、震交替，2–3 輪。	風寒、氣滯	—
爪手配合推法	先爪手抓氣，再平掌由病灶向肢端推。 推至肢端後甩手。	四肢病氣	推向肢端（離心）屬瀉向（4.8）
爪手配合吸法	爪手抓氣後，劍指吸氣。 迅速甩手排病氣。	局部病氣重者	術者需功力足

19.6　瀉後補養

爪手排病氣及其進階變化皆屬瀉法。強排手法耗氣，體虛者以補為主；為使補瀉首尾相顧，排病氣之後宜加入以下補養步驟（參見第十章留氣、溫養、固本）：

1. **留氣（1–3 分鐘）**：平掌輕覆已排病氣之部位，距 1–3 cm，受者呼氣時意念溫氣留於病所（10.1）。
2. **固本（體虛者加做，3–5 分鐘）**：平掌覆下丹田，同步呼氣發氣，意念丹田氣足（10.3）。
3. **次日安排**：以溫養（10.2）為主，不連日強排；必要時隔日再排。

〔雙向操作〕排病氣前後之補瀉配置

受者情況	補（瀉後補養）	瀉（排病氣）
體質壯實、實證明顯	瀉後留氣約 1 分鐘即可	可行 2–3 輪抓甩
體虛、年老、久病	先補後瀉或瀉中寓補：留氣、固本必做	輪數減至 1–2 輪，力度宜輕，或改推、拉等溫和手法

19.7　注意事項與關鍵要點

表 19-3　爪手注意事項

注意事項	說明
禁用手法部位	頭部、心臟、大血管、孕婦腰腹
呼氣抓，吸氣鬆	抓氣時呼氣，甩走時用力
術者必排病氣	甩手、拍打、跺腳、流水洗手
採氣補氣	面向東方或綠樹，咽津 3 口
用一練四	發氣 1 份，練功 4 份
體虛者慎用	強排手法耗氣，體虛者以補為主
循序漸進	初學者從推法、拉法入手，再練爪手抓甩
不可替代醫療	症狀劇烈或加重，立即就醫

〔要點〕爪手八要

- **指端氣感是基礎**：先練劍指發氣、爪手探氣。
- **探氣要準**：確定病氣聚集處再抓。
- **抓氣要穩**：呼氣抓，吸氣鬆，3–5 次。
- **甩走要狠**：用力甩手，意念入地（手臂仍須放鬆）。
- **複查要細**：2–3 輪至病氣減輕。
- **收功必做**：術者排病氣、採氣，患者飲溫水。
- **禁用手法部位**：頭、心、大血管、孕婦腰腹。
- **用一練四**：發氣 1 份，練功 4 份。

第二十章　排病氣手法詳解（九法）

本章詳述九種排病氣手法，每法依手式、操作、要領、適用、注意分述。通用前提同 17.1：禁用於頭部、心臟、大血管、孕婦腰腹；術者治療後必須排病氣、採氣；體虛者慎用強排手法；氣功為輔助調理，不可替代醫療。各法之補向對應見 17.3。

20.1　推法排病氣

手式：平掌式，五指自然伸直，掌心對準體表。

操作

1. 平掌距體表 5–10 cm。
2. 從病灶向遠端緩慢推。
3. 由病灶推向肢端（離心）為瀉；由肢端推向病灶（向心）為補（4.8）。
4. 推至肢端後，甩手排病氣。
5. 反覆 9–18 次。

要領	要求
距離	5–10 cm
速度	每秒 1–2 cm
呼吸	呼氣推，吸氣收
意念	病氣隨掌推出
次數	9–18 次

適用：四肢、背部、腰部。

注意

- 不可逆推過頭（勿將病氣向上推向頭部）。
- 推至肢端必甩手。
- 體虛者輕推。

20.2　拉法排病氣

手式：劍指式或平掌式。

操作

1. 劍指距病灶 3–5 cm。
2. 緩慢向外拉，如抽絲。
3. 意念病氣被拉出。
4. 拉至一定距離後甩手。
5. 反覆 3–9 次。

要領	要求
距離	3–5 cm 起，漸拉遠
速度	緩慢均勻
呼吸	呼氣拉，吸氣停
意念	病氣隨指出
次數	3–9 次

適用：局部病灶、穴位。

注意

- 拉時不可太快。
- 拉出後必甩手。
- 頭、心處禁用。

20.3　旋法排病氣

手式：平掌式。

操作

1. 平掌覆病灶上方，距 3–5 cm。
2. 逆時針緩慢旋轉。

3. 意念病氣隨旋轉散開。
4. 旋至病灶輕鬆後收功。
5. 反覆 9–18 圈。

要領	要求
距離	3–5 cm
方向	逆時針為瀉
速度	緩慢均勻
意念	病氣隨旋散開
圈數	9–18 圈

適用：腹部、背部。

注意

- 順時針為補，逆時針為瀉。
- 孕婦腰腹禁用。
- 旋後必甩手。

> **〔說明〕說明**
>
> 時針方向以術者面對施治部位所見為準：逆時針為瀉，順時針為補。腹部接觸式摩法另依腸道走向選向（2.2.2）。

20.4　震法排病氣

手式：平掌式。

操作

1. 平掌覆病灶，距 3–5 cm。
2. 高頻小幅震顫，每秒 3–5 次。
3. 意念病氣被震散。

4. 震 1–2 分鐘後甩手。
5. 反覆 2–3 輪。

要領	要求
距離	3–5 cm
頻率	每秒 3–5 次
力度	小幅高頻
意念	病氣震散
時間	1–2 分鐘

適用：風寒、氣滯、血瘀。

注意

- 體弱者慎用強震。
- 頭、心處禁用。
- 震後必甩手。

20.5　吸法排病氣

手式：劍指式或爪手式。

操作

1. 劍指或爪手對準病灶。
2. 吸氣時意念病氣被吸入指端。
3. 迅速甩手排病氣。
4. 反覆 3–9 次。

要領	要求
距離	3–5 cm
呼吸	吸氣吸，呼氣甩
意念	病氣入指端
次數	3–9 次

適用：局部病氣重者。

注意

- 術者需功力足。
- 事後必排病氣、採氣。
- 頭、心處禁用。

> **〔說明〕呼吸說明**
>
> 吸法以吸氣配合吸取病氣，與其他排病氣手法「呼氣用力」（如爪手「呼氣抓」）相反，屬例外（4.8）。

20.6　吹法排病氣

手式：劍指式。

操作

1. 劍指對準病灶，距 3–5 cm。
2. 口微閉，從齒縫吹氣。
3. 意念病氣被吹散。
4. 吹 3–9 次。

要領	要求
距離	3–5 cm
呼吸	短促吹氣
意念	病氣吹散
次數	3–9 次

適用：熱證、局部紅腫。

注意

- 不可用力過猛。
- 吹後必甩手。
- 頭、心處禁用。

> **〔安全提示〕衛生提示**
>
> 吹氣勿對準傷口、破損皮膚或受者口鼻；術者有感冒或呼吸道感染時不用本法。

20.7　拍法排病氣

手式：平掌式。

操作

1. 平掌輕拍病灶周圍。
2. 意念病氣被拍散。
3. 拍 9–18 次。
4. 拍後甩手。

要領	要求
力度	輕中
節奏	均勻
意念	病氣拍散
次數	9–18 次

適用：肌肉酸痛、氣滯。

注意

- 不可重拍。
- 頭、心處禁用。
- 拍後必甩手。

> **〔安全提示〕慎用**
>
> 有出血傾向、正服用抗凝血藥物、骨質疏鬆或皮膚破損者，避免拍法。

20.8　抖法排病氣

手式：平掌式或爪手式。

操作

1. 手覆病灶上方，距 3–5 cm。
2. 手腕快速抖動。
3. 意念病氣被抖散。
4. 抖 9–18 次。
5. 抖後甩手。

要領	要求
距離	3–5 cm
頻率	快速
意念	病氣抖散
次數	9–18 次

適用：局部氣滯、麻木。

注意

- 腕肘放鬆。
- 頭、心處禁用。
- 抖後必甩手。

> **〔安全提示〕麻木之紅旗**
>
> 新近出現之麻木，尤其突發、單側或伴無力者，須先就醫排除神經或血管疾病，不可先以外治處理。

20.9　抓法排病氣（爪手抓甩）

手式：爪手式（鷹爪式）。

操作

1. 爪手距病灶 10–15 cm，緩慢盤旋探氣。
2. 呼氣時爪手合攏抓氣，吸氣時微鬆。
3. 反覆 3–5 次，至掌心沉涼。
4. 迅速甩手，意念病氣入地。
5. 甩 3–9 次。
6. 複查 2–3 輪。

要領	要求
距離	10–15 cm
呼吸	呼氣抓，吸氣鬆
意念	病氣入掌，甩出入地
次數	每輪 3–5 次，共 2–3 輪

適用：四肢、背、腰。

注意

- 頭、心、大血管、孕婦腰腹禁用。
- 術者需功力足。
- 事後必排病氣、採氣。

第二十一章　綜合排病氣流程與選擇總表

21.1　綜合排病氣流程

1. **探氣**：爪手或劍指探病灶，確定病氣聚集處。
2. **選法**：依表 21-1 選擇手法。
3. **排病氣**：按選法操作，2–3 輪。
4. **複查**：再探病灶，至病氣明顯減輕。
5. **收功**
    - 術者甩手、拍打、跺腳、流水洗手。
    - 面向東方或綠樹採氣，咽津 3 口。
    - 患者飲溫水，避風休息。
6. **瀉後補養**：體虛者依 19.6 留氣、固本。

表 21-1　依病症選法

病症	首選手法
風寒	震法＋推法
氣滯	旋法＋抖法
血瘀	震法＋拉法
熱證	吹法＋推法
局部病氣重	吸法＋爪手抓甩
肌肉酸痛	拍法＋推法

21.2　排病氣手法選擇總表

表 21-2　排病氣手法選擇總表

手法	手式	適用	力度	頻率
推法	平掌式	四肢、背	輕中	緩慢

手法	手式	適用	力度	頻率
拉法	劍指 / 平掌	局部、穴位	輕	緩慢
旋法	平掌式	腹、背	輕中	緩慢
震法	平掌式	風寒、氣滯	中	每秒 3–5 次
吸法	劍指 / 爪手	局部病氣重	中重	吸氣吸
吹法	劍指式	熱證、紅腫	輕	短促
拍法	平掌式	肌肉酸痛	輕中	均勻
抖法	平掌 / 爪手	氣滯、麻木	輕中	快速
抓法	爪手式	四肢、背、腰	中	呼氣抓

21.3　注意事項

1. **禁用手法部位**：頭部、心臟、大血管、孕婦腰腹。
2. **呼氣排，吸氣收**：排病氣時呼氣，收氣時吸氣（吸法例外，見 20.5）。
3. **術者必排病氣**：甩手、拍打、跺腳、流水洗手。
4. **採氣補氣**：面向東方或綠樹，咽津 3 口。
5. **用一練四**：發氣 1 份，練功 4 份。
6. **體虛者慎用**：強排手法耗氣，體虛者以補為主。
7. **循序漸進**：初學者從推法、拉法入手，再練爪手抓甩。

21.4　術者自我保護與「用一練四」

表 21-3　術者自我保護

環節	做法	意念
治療後排病氣	甩手 9 次；拍打四肢，從上到下； 跺腳 9 次；流水洗手。	病氣從指尖出、入地、被水沖走
採氣補氣	面向東方或綠樹，平掌採氣； 咽津 3 口，意送丹田。	清氣從勞宮、百會入丹田
日常練功	依「用一練四」：發氣 1 份、練功 4 份。 例：當週外治發氣共約 1 小時，自我練功宜累計約 4 小時。	—
自我觀察	出現疲倦、頭暈、心慌、失眠時，減少發氣，增加練功與休息。	—

另見附錄 E-1（八）之「防、避、排、補」四步（表 E-11）。

附　錄

速查資料、研究證據、記錄表與專題調理

附錄 A　腧穴定位速查表　　附錄 B　術語彙編

附錄 C　現代研究證據摘要　附錄 D　練習、外治與成效評估記錄表

附錄 E　五行失衡評估與中風、暈厥、偏頭痛之調理

參考文獻

附錄 A　腧穴定位速查表

定位依 GB/T 12346-2021《經穴名稱與定位》、GB/T 40997-2021《經外奇穴名稱與定位》及世界衛生組織西太平洋區標準（2008）之表述整理，按經脈次序排列。「寸」指骨度分寸或指寸。

穴名	代碼 / 經脈	定位	本手冊用途（章節）
中府	LU1 / 手太陰肺經	在胸部，橫平第 1 肋間隙，鎖骨下窩外側，前正中線旁開 6 寸。	肺之募穴；護肺；拍打肺經起點（E-1、E-2）
雲門	LU2 / 手太陰肺經	在胸部，鎖骨下窩凹陷中，肩胛骨喙突內緣，前正中線旁開 6 寸。	腥味拉法（E-1）
尺澤	LU5 / 手太陰肺經	在肘區，肘橫紋上，肱二頭肌腱橈側緣凹陷中。	肺經子穴；木火刑金（E-1）
太淵	LU9 / 手太陰肺經	在腕前區，橈骨莖突與舟狀骨之間，拇長展肌腱尺側凹陷中。	肺之原穴、母穴（E-1）
少商	LU11 / 手太陰肺經	在手指，拇指末節橈側，指甲根角側上方 0.1 寸（指寸）。	拍打肺經止點（E-1）
合谷	LI4 / 手陽明大腸經	在手背，第 2 掌骨橈側的中點處。	感冒；牙痛；補瀉發氣練習與收尾對練；大腸之原穴；急救醒神；四關（2.2.3、7.4、7.10、8.1、9.1、E-1、E-2、E-3）
曲池	LI11 / 手陽明大腸經	在肘區，尺澤與肱骨外上髁連線的中點處。	高血壓；肺熱逆經；中風健側；血壓偏高（8.1、E-1、E-2、E-3）
肩髃	LI15 / 手陽明大腸經	在三角肌區，肩峰外側緣前端與肱骨大結節兩骨間凹陷中。	中風患側上肢（E-2）
地倉	ST4 / 足陽明胃經	在面部，口角旁開 0.4 寸（指寸）。	口眼歪斜（E-2）
頰車	ST6 / 足陽明胃經	在面部，下頜角前上方一橫指（中指）。	牙痛；口眼歪斜（2.2.3、E-2）
下關	ST7 / 足陽明胃經	在面部，顴弓下緣中央與下頜切跡之間凹陷中。	口眼歪斜（E-2）
天樞	ST25 / 足陽明胃經	在腹部，橫平臍中，前正中線旁開 2 寸。	脾胃；食積；大腸之募穴（8.2、9.3、E-1）

穴名	代碼 / 經脈	定位	本手冊用途（章節）
足三里	ST36 / 足陽明胃經	在小腿外側，犢鼻下 3 寸，犢鼻與解溪連線上。	脾胃；固本；血壓低頭暈；補瀉示範與練習；治痿取陽明；偏頭痛（4.10、7.4–7.5、7.10、8.1、9.3、10.3、13.5、E-1、E-2、E-3）
上巨虛	ST37 / 足陽明胃經	在小腿外側，犢鼻下 6 寸，犢鼻與解溪連線上。	大腸腑實（E-1）
豐隆	ST40 / 足陽明胃經	在小腿外側，外踝尖上 8 寸，脛骨前肌的外緣。	痰熱失眠；痰濁頭痛；治痿取陽明（8.2、E-2、E-3）
解溪	ST41 / 足陽明胃經	在踝區，踝關節前面中央凹陷中，拇長伸肌腱與趾長伸肌腱之間。	腳部游走痛；恢復外治；補法移掌止點；治痿取陽明（4.10、7.5、13.5、14.2、E-2）
衝陽	ST42 / 足陽明胃經	在足背，第 2 蹠骨基底部與中間楔狀骨關節處，可觸及足背動脈。	胃之原穴（E-1）
內庭	ST44 / 足陽明胃經	在足背，第 2、3 趾間，趾蹼緣後方赤白肉際處。	胃火牙痛、食積胃熱（2.2.3、8.2）
大都	SP2 / 足太陰脾經	在足趾，第 1 蹠趾關節遠端赤白肉際凹陷中。	脾經母穴（E-1）
太白	SP3 / 足太陰脾經	在蹠區，第 1 蹠趾關節近端赤白肉際凹陷中。	脾之原穴（E-1）
商丘	SP5 / 足太陰脾經	在踝區，內踝前下方，舟骨粗隆與內踝尖連線中點凹陷中。	脾經子穴（E-1）
三陰交	SP6 / 足太陰脾經	在小腿內側，內踝尖上 3 寸，脛骨內側緣後際。	恢復外治；肝血不足；腐味調理（8.2、14.2、E-1）
通里	HT5 / 手少陰心經	在前臂前區，腕掌側遠端橫紋上 1 寸，尺側腕屈肌腱的橈側緣。	中風言語不利（E-2）
神門	HT7 / 手少陰心經	在腕前區，腕掌側遠端橫紋尺側端，尺側腕屈肌腱的橈側緣。	失眠；心慌；心之原穴、子穴（8.1、13.5、E-1）
少府	HT8 / 手少陰心經	在手掌，橫平第 5 掌指關節近端，第 4、5 掌骨之間。	焦味心火；火乘金（E-1）
少衝	HT9 / 手少陰心經	在手指，小指末節橈側，指甲根角側上方 0.1 寸（指寸）。	心經母穴（E-1）

穴名	代碼 / 經脈	定位	本手冊用途（章節）
後溪	SI3 / 手太陽小腸經	在手內側，第 5 掌指關節尺側近端赤白肉際凹陷中。	腰扭傷遠端取穴（9.2）
腕骨	SI4 / 手太陽小腸經	在腕區，第 5 掌骨底與三角骨之間的赤白肉際凹陷中。	小腸之原穴（E-1）
風門	BL12 / 足太陽膀胱經	在脊柱區，第 2 胸椎棘突下，後正中線旁開 1.5 寸。	感冒（8.1、9.1）
肺俞	BL13 / 足太陽膀胱經	在脊柱區，第 3 胸椎棘突下，後正中線旁開 1.5 寸。	感冒；皮膚乾；肺之背俞（8.1、13.5、E-1、E-2）
心俞	BL15 / 足太陽膀胱經	在脊柱區，第 5 胸椎棘突下，後正中線旁開 1.5 寸。	心之背俞；不施排病氣手法（E-1）
膈俞	BL17 / 足太陽膀胱經	在脊柱區，第 7 胸椎棘突下，後正中線旁開 1.5 寸。	推擦膀胱經止點（9.1）
肝俞	BL18 / 足太陽膀胱經	在脊柱區，第 9 胸椎棘突下，後正中線旁開 1.5 寸。	肝血不足；肝之背俞（8.2、E-1）
膽俞	BL19 / 足太陽膀胱經	在脊柱區，第 10 胸椎棘突下，後正中線旁開 1.5 寸。	膽之背俞（E-1）
脾俞	BL20 / 足太陽膀胱經	在脊柱區，第 11 胸椎棘突下，後正中線旁開 1.5 寸。	脾胃虛寒；脾之背俞（8.1、9.3、E-1、E-3）
胃俞	BL21 / 足太陽膀胱經	在脊柱區，第 12 胸椎棘突下，後正中線旁開 1.5 寸。	脾胃虛寒；胃之背俞（8.1、9.3、E-1）
腎俞	BL23 / 足太陽膀胱經	在脊柱區，第 2 腰椎棘突下，後正中線旁開 1.5 寸。	腰突；腰扭傷；皮膚乾；腎之背俞（8.1、9.2、13.5、E-1、E-2）
大腸俞	BL25 / 足太陽膀胱經	在脊柱區，第 4 腰椎棘突下，後正中線旁開 1.5 寸。	腰扭傷；大腸之背俞（9.2、E-1）
小腸俞	BL27 / 足太陽膀胱經	在骶區，橫平第 1 骶後孔，骶正中嵴旁開 1.5 寸。	小腸之背俞（E-1）
膀胱俞	BL28 / 足太陽膀胱經	在骶區，橫平第 2 骶後孔，骶正中嵴旁開 1.5 寸。	膀胱之背俞（E-1）
八髎	BL31–BL34 / 足太陽膀胱經	在骶區，上髎、次髎、中髎、下髎分別正對第 1 至第 4 骶後孔中，左右共 8 穴。	下焦濕熱（E-1）

穴名	代碼 / 經脈	定位	本手冊用途（章節）
委中	BL40 / 足太陽膀胱經	在膝後區，腘橫紋中點。	腰突慢性期；腰扭傷；腐濁下導（8.1、9.2、E-1）
崑崙	BL60 / 足太陽膀胱經	在踝區，外踝尖與跟腱之間的凹陷中。	腳部游走痛；膀胱外候（13.5、14.2、E-1）
京骨	BL64 / 足太陽膀胱經	在蹠區，第 5 蹠骨粗隆前下方，赤白肉際處。	膀胱之原穴（E-1）
至陰	BL67 / 足太陽膀胱經	在足趾，小趾末節外側，趾甲根角側後方 0.1 寸（指寸）。	腳部游走痛（13.5）
湧泉	KI1 / 足少陰腎經	在足底，屈足捲趾時足心最凹陷中。	引氣歸元；失眠；高血壓；牙痛；引火下行；急救（2.2.3、8.1、11.4、13.4、E-1、E-2、E-3）
太溪	KI3 / 足少陰腎經	在踝區，內踝尖與跟腱之間的凹陷中。	虛火牙痛；腎虛腰痛；腎之原穴（2.2.3、8.2、E-1）
復溜	KI7 / 足少陰腎經	在小腿內側，內踝尖上 2 寸，跟腱的前緣。	腎經母穴；水不涵木（E-1）
內關	PC6 / 手厥陰心包經	在前臂前區，腕掌側遠端橫紋上 2 寸，掌長肌腱與橈側腕屈肌腱之間。	失眠；穩心神；心慌；補法練習與收尾對練；急救寧心；止嘔（7.4、7.10、8.1、13.3、13.5、E-1、E-2、E-3）
勞宮	PC8 / 手厥陰心包經	在掌區，橫平第 3 掌指關節近端，第 2、3 掌骨之間偏於第 3 掌骨。	發氣中心；手探外候（2.1、3.4、E-1）
中渚	TE3 / 手少陽三焦經	在手背，第 4、5 掌骨間，第 4 掌指關節近端凹陷中。	偏頭痛急性發作（E-3）
率谷	GB8 / 足少陽膽經	在頭部，耳尖直上入髮際 1.5 寸。	偏頭痛；不施震顫（E-3）
風池	GB20 / 足少陽膽經	在頸後區，枕骨之下，胸鎖乳突肌上端與斜方肌上端之間的凹陷中。	風熱感冒；恢復外治；瀉法練習；平肝下導；偏頭痛（7.4、7.8、8.1、9.1、14.2、E-2、E-3）
肩井	GB21 / 足少陽膽經	在肩胛區，第 7 頸椎棘突與肩峰最外側點連線的中點。	平肝下導；偏頭痛排濁（E-2、E-3）
日月	GB24 / 足少陽膽經	在胸部，第 7 肋間隙中，前正中線旁開 4 寸。	膽之募穴（E-1）

穴名	代碼 / 經脈	定位	本手冊用途（章節）
京門	GB25 / 足少陽膽經	在上腹部，第 12 肋骨游離端的下際。	腎之募穴（E-1）
環跳	GB30 / 足少陽膽經	在臀區，股骨大轉子最凸點與骶管裂孔連線上的外 1/3 與內 2/3 交點處。	腰突慢性期；中風患側下肢（8.1、E-2）
陽陵泉	GB34 / 足少陽膽經	在小腿外側，腓骨頭前下方凹陷中。	腳部游走痛；膽實；健側開路；少陽（13.5、E-1、E-2、E-3）
丘墟	GB40 / 足少陽膽經	在踝區，外踝的前下方，趾長伸肌腱的外側凹陷中。	膽之原穴；膽實導出（E-1）
行間	LR2 / 足厥陰肝經	在足背，第 1、2 趾間，趾蹼緣後方赤白肉際處。	肝火失眠；瀉法移掌止點；肝經子穴；偏頭痛（7.5、8.2、E-1、E-3）
太衝	LR3 / 足厥陰肝經	在足背，第 1、2 蹠骨間，蹠骨底結合部前方凹陷中，或觸及動脈搏動。	肝鬱氣滯；高血壓；瀉法練習；肝之原穴；四關（7.4–7.5、8.1、E-1、E-2、E-3）
曲泉	LR8 / 足厥陰肝經	在膝部，膕橫紋內側端，半腱肌肌腱內緣凹陷中。	肝經母穴；滋水涵木（E-1）
章門	LR13 / 足厥陰肝經	在側腹部，第 11 肋游離端的下際。	脾之募穴（E-1）
期門	LR14 / 足厥陰肝經	在胸部，第 6 肋間隙，前正中線旁開 4 寸。	肝鬱氣滯；肝之募穴（8.1、E-1）
命門	GV4 / 督脈	在脊柱區，第 2 腰椎棘突下凹陷中，後正中線上。	腰突急性期；固本；導引止點；腎陽虛；下焦固本（8.1、9.1、10.3、13.4、E-1、E-2）
大椎	GV14 / 督脈	在脊柱區，第 7 頸椎棘突下凹陷中，後正中線上。	感冒；震法（2.2.1、8.1、9.1）
啞門	GV15 / 督脈	在頸後區，第 2 頸椎棘突上際凹陷中，後正中線上。	言語不利；不重按（E-2）
百會	GV20 / 督脈	在頭部，前髮際正中直上 5 寸。	引氣歸元；頭頂脹痛；血壓低頭暈；急救升陽；偏頭痛（13.4、13.5、14.2、E-2、E-3）
神庭	GV24 / 督脈	在頭部，前髮際正中直上 0.5 寸。	開天門；開天門（9.1、E-3）
水溝（人中）	GV26 / 督脈	在面部，人中溝的上 1/3 與中 1/3 交點處。	暈厥急救醒神（E-2）

穴名	代碼 / 經脈	定位	本手冊用途（章節）
印堂	GV29 / 督脈（舊列經外奇穴）	在頭部，兩眉毛內側端中間的凹陷中。	開天門起點；開天門（9.1、E-3）
會陰	CV1 / 任脈	在會陰區；男性在陰囊根部與肛門連線的中點，女性在大陰唇後聯合與肛門連線的中點。	引氣歸元、經絡導引之意念路線，無需觸及（13.4、15.7）
中極	CV3 / 任脈	在下腹部，臍中下 4 寸，前正中線上。	下腹墜脹；恢復外治；膀胱之募穴（13.5、14.2、E-1）
關元	CV4 / 任脈	在下腹部，臍中下 3 寸，前正中線上。	下腹墜脹；血壓低頭暈；恢復外治；補法練習；小腸之募穴；下焦固本（7.8、13.5、14.2、E-1、E-2）
氣海	CV6 / 任脈	在下腹部，臍中下 1.5 寸，前正中線上。	維持性恢復；血壓偏低；下焦固本；氣血兩虛（8.2、14.2、E-2、E-3）
中脘	CV12 / 任脈	在上腹部，臍中上 4 寸，前正中線上。	脾胃虛寒；食積；胃之募穴；止嘔（8.1、8.2、9.3、E-1、E-3）
巨闕	CV14 / 任脈	在上腹部，臍中上 6 寸，前正中線上。	心之募穴（E-1）
膻中	CV17 / 任脈	在胸部，橫平第 4 肋間隙，前正中線上。	肝鬱氣滯；穩心神；心慌；急救護心；吞嚥困難（8.1、13.3、13.5、E-2）
天突	CV22 / 任脈	在頸前區，胸骨上窩中央，前正中線上。	吞嚥困難；只作懸空調氣（E-2）
廉泉	CV23 / 任脈	在頸前區，喉結上方，舌骨上緣凹陷中，前正中線上。	言語不利；只作懸空調氣（E-2）
四神聰	EX-HN1 / 經外奇穴	在頭部，百會前後左右各旁開 1 寸，共 4 穴。	頭頂脹痛；恢復外治；中風患側頭部（13.5、14.2、E-2）
太陽	EX-HN5 / 經外奇穴	在頭部，眉梢與目外眥之間，向後約一橫指的凹陷中。	開天門分推；頭頂脹痛；偏頭痛（9.1、13.5、E-3）
阿是穴	—	以壓痛點或病痛反應處為穴，無固定位置。	腰突；腰扭傷；血瘀頭痛（8.1、9.2、E-3）
丹田（下丹田）	氣功部位	臍下小腹部，約當氣海至關元一帶；各家說法不一。	意守、疊掌收功（多章）
天門、坎宮	推拿部位	天門：兩眉中間至前髮際成一直線；坎宮：自眉頭起沿眉向眉梢成一橫線。	開天門推坎宮；偏頭痛（9.1、E-3）

〔安全提示〕定位與操作

外治以懸照或輕觸為主，無需精確至針刺深度；但頸前（大血管）、胸前心區、頭部屬排病氣禁用部位，只可輕柔調氣。會陰為意念經過之路線，不作觸按。

附錄 B　術語彙編

術語	釋義
外氣 / 發氣	術者經由特定手式，以意念將內氣向外發放，作用於受者穴位或病灶之操作。
內氣	練功者體內之氣，透過練功培養，為外氣之基礎。
勞宮	手厥陰心包經穴，位於掌心；平掌發氣之中心。
丹田（下丹田）	臍下小腹部，意守、聚氣之處。
用意不用力	形體放鬆，以意念引氣而不靠肌力之原則。
補法 / 瀉法	補為扶正，使氣向內聚留；瀉為祛邪，使病氣向外排出。
平補平瀉	不強調方向與呼吸之均衡手法，用於虛實不明顯者。
迎隨補瀉	順經脈循行為「隨」，屬補；逆經脈循行為「迎」，屬瀉。
呼吸補瀉	依呼吸時機定補瀉；外治中受者呼氣時發氣為補、吸氣時為瀉。
意火法 / 意寒法	以意念使所發之氣帶溫熱或清涼感，分治寒證與熱證。
熱導氣 / 冷導氣	帶溫熱或清涼意念之導氣（第八章方案用語）。
得氣	經氣被激發而產生之感應，如酸、麻、脹、重、熱、涼及感傳。
催氣	氣未至時促使得氣之方法（5.5）。
行氣	得氣後推動經氣循經傳導之方法（5.6）。
氣至病所	感傳到達病灶並產生反應（第六章）。
接力行氣	長距路徑分段、逐段導引。
以指代針	以指端發氣代替針刺之非侵入性方法。
以氣運針（氣功針刺）	針刺得氣後以外氣經針體導入穴位；限合資格者施行。
導引行針 / 夾持行針	氣功針刺中以手持針或夾持針體，並以意念導氣之行針法。
阿是穴	以壓痛點或病痛反應處為穴。
病氣	氣功外治用語，指致病之邪氣或鬱滯之氣；屬傳統概念，非可測量之實體。
探氣、抓氣、甩走	爪手排病氣之步驟：感知、收攝、排出病氣。
排病氣（術者）	術者治療後以甩手、拍打、跺腳、流水洗手排除自身所受病氣之程序。

術語	釋義
採氣	面向東方或綠樹，以意念吸納清氣入勞宮、百會、丹田。
咽津	吞嚥口中津液，意念送至丹田。
收功	練功或治療結束時之整理動作，使氣歸元、身心復常。
留氣、封穴	平掌輕覆或劍指對穴，以意念使氣留於病所、封於穴中。
引氣歸元	以意念引氣下行，回歸丹田或湧泉。
用一練四	發氣 1 份、練功 4 份之術者保健原則。
龍含式	食、中、無名、小指併攏與拇指相對，如龍含珠；用於蓄氣與變換（2.1.1）。
雀嘴式	拇指與一指相對（兩兩配合），其餘三指伸直上翹；依所配手指之五行屬性發氣（2.1.1）。
五行導氣	依手指之五行配屬（拇土、食木、中火、無名金、小水）選指發氣，以調理相應臟腑。
陽方 / 陰方	雀嘴式中，木（食指）、火（中指）相配為陽方；金（無名指）、水（小指）相配為陰方。
呼吸同步	術者與受者同呼同吸；補法於受者呼氣時發氣，瀉法於受者吸氣時發氣（第七章）。
同步四法	面對面同步、數息同步、觸診同步、口令同步（7.6）。
同步進階五法	異位同步、多人同步、動態同步、間接同步、意同步（7.7）。
關門留氣 / 開門放邪	補法終止時意念猛按、手迅速離開以留氣；瀉法終止時意念緩出、手緩慢離開以放邪。
收得緊 / 收得鬆	補法收尾之受者體感為緊、實、溫、飽滿；瀉法收尾為鬆、空、涼、消散（7.10）。
四項綜合判斷	以受者體感、術者指感、脈象、症狀四項評估補瀉成效，三項符合即可（7.11）。
補瀉成功五層次	得氣、氣至病所、補瀉分明、症狀改善、療效鞏固；達第三層以上方為成功（7.11）。
經氣坐標 / 出路坐標	本手冊用語；前者以經脈順逆定補瀉，後者以向心、離心定補瀉（4.8）。
瀉後補養	本手冊用語；排病氣後以留氣、固本補養正氣（19.6）。

術語	釋義
閉門留寇	邪未去而早補，使邪氣留滯體內之誤治。
升降出入	氣機運動之四種基本形式。
小周天	內丹術語；意念引氣沿督脈上行、任脈下行之循環。
氣功偏差	練功不當所致之身心異常反應，嚴重者可誘發精神障礙。
五臭	臊、焦、香、腥、腐五種氣味，分屬肝、心、脾、肺、腎；聞診據以辨臟腑失衡（E-1）。
聞診 / 外候	聞診為四診之一，包括聽聲音與嗅氣味；外候指臟腑病變顯於體表之徵象，本手冊指俞募穴、原穴等處之溫度、濕度、張力與氣感（E-1）。
背俞穴 / 募穴	臟腑之氣輸注於背部（足太陽膀胱經第一側線）與匯聚於胸腹之穴位；俞穴偏測臟，募穴偏測腑（E-1）。
原穴	臟腑原氣經過與留止之穴，十二經各一，多位於腕踝附近（E-1）。
相乘 / 相侮	五行相剋之失衡：相乘為剋之太過（如木乘土），相侮為反向剋制（如木侮金）。
母子相及	五行相生之失衡：母病及子（如水不涵木），子病及母（如脾病及心）。
子母補瀉	依「虛則補其母，實則瀉其子」選穴；本經子母補瀉取本經五輸穴中之母穴、子穴（E-1）。
五輸穴	井、滎、輸、經、合五類特定穴；陰經配木、火、土、金、水，陽經配金、水、木、火、土。
中經絡 / 中臟腑	中風之兩類：前者神志清醒，僅見肢體、口眼症狀；後者伴神志障礙，病情較重（E-2）。
患側 / 健側	中風偏癱之患病一側與正常一側；傳統謂患側多虛、健側多實，施治「先健後患」（E-2）。
治痿獨取陽明	語出《素問・痿論》；痿證多取陽明經穴調治，以脾胃為氣血生化之源（E-2）。
BE-FAST	中風辨識口訣：平衡、眼睛、面部、手臂、言語、時間；出現任一項即呼叫急救（E-2）。
物理反壓動作	暈厥前驅症狀出現時，雙腿交叉繃緊、雙手互扣外拉或用力握拳，以升高血壓、預防暈倒（E-2）。

術語	釋義
頭風 / 少陽頭痛	頭風指反覆發作、經久不癒之頭痛，偏頭痛屬之；痛在頭側（少陽經循行處）者稱少陽頭痛（E-3）。

附錄 C　現代研究證據摘要

下表摘錄與本手冊相關之研究，作為設定合理期望之參考。證據強弱大致為：系統綜述 / 統合分析 > 單一隨機對照試驗 > 實驗室研究 > 文獻研究。各研究細節請參閱原文（參考文獻）。

主題	文獻	設計與規模	主要結果	對實務之意涵
外氣與疼痛	Lee、Pittler、Ernst（2007）・J Pain 8(11):827–831	系統綜述（隨機對照試驗）	所納試驗均顯示外氣組疼痛下降較多；其中 2 項試驗合併（80 人）差異顯著	證據「令人鼓舞」，但試驗少、樣本小
外氣與慢性疼痛	Vincent 等（2010）・Am J Chin Med 38(4):695–703	隨機對照試驗，50 人；對照為等時關注	第 2、3、4 週疼痛顯著較低；第 8 週差異仍在但不顯著	效果可能短暫，宜持續評估
氣功與慢性疼痛	Bai 等（2015）・Am J Chin Med	統合分析，10 項試驗	內功對部分慢性疼痛有益；外氣多數比較未達顯著	自練證據優於外氣
內功與疼痛	Lee、Pittler、Ernst（2009）・J Pain 10(11):1121–1127	系統綜述，4 項隨機及 3 項非隨機試驗	現有證據不足以證明內功對疼痛有效	疼痛處理不可單靠練功
外氣之客觀測量	Chen（2004）・Altern Ther Health Med 10(4):38–50	文獻綜述（中國研究）	作者認為多項研究顯示可測之外氣效應，但本質與機制未明	機制未知，宜審慎表述
外氣體外實驗	Yount 等（2004）・BMC Complement Altern Med 4:5	嚴格對照：正式試驗 28 次、重複試驗 60 次	正式試驗見差異（P=0.036），重複試驗無差異（P=0.465）	效應未能重現
以手感知「能量場」	Rosa 等（1998）・JAMA 279(13):1005–1010	盲測，21 名觸療師，280 次	正確率 44%，接近猜測	探氣不作診斷依據
穴位之電學特性	Ahn 等（2008）・Bioelectromagnetics 29(4):245–256	系統綜述（穴位研究 9 項）	5 項見穴位電阻較低等關聯，但研究質量偏低、結果不一致	不能以電學特性證明穴位或手探之客觀性
氣功與高血壓	Lee、Pittler、Guo、Ernst（2007）・J Hypertens	系統綜述，12 項隨機試驗	對降收縮壓有鼓舞性證據，但結論受限	可作輔助
氣功與高血壓	Xiong 等（2015）・Medicine 94(1):e352	統合分析，20 項試驗、2,349 人	有輔助降壓效果；偏倚風險高；降收縮壓不如一般運動；未見嚴重不良事件	不可停藥；與運動並行
八段錦綜合效益	Zou 等（2017）・Evid Based Complement Alternat Med 2017:4548706	統合分析，19 項試驗	改善生活品質、睡眠、平衡、握力、柔軟度、血壓、靜息心率	支持八段錦為自練核心

主題	文獻	設計與規模	主要結果	對實務之意涵
八段錦與長者	Front Public Health（2026）・doi:10.3389/fpubh.2026.1882039	統合分析・18 項試驗、1,527 人	改善睡眠品質、減輕抑鬱症狀；異質性大	支持失眠、情志調養
慢呼吸與血壓	Complement Ther Med（2019）・PMID 31331557	統合分析・17 項研究	收縮壓約降 5.6 mmHg、舒張壓約降 3.0 mmHg	腹式慢呼吸可作輔助
氣功所致精神障礙	Ng（1999）・Aust N Z J Psychiatry 33(2):197–206	文獻綜述	練功不當可誘發身心異常；多屬易感者被誘發	有精神病史者慎練
BE-FAST 與中風辨識	Aroor 等（2017）・Stroke 48(2):479–481	回顧性研究・736 名缺血性中風患者	只用 FAST 漏辨 14.1%；加入平衡、眼睛（BE-FAST）後為 4.4%	現場辨識宜用 BE-FAST（E-2）
針刺與急性中風	Xu 等（2018）・Cochrane Database Syst Rev CD003317	系統綜述・33 項隨機試驗、3,946 人	與假針刺比較・死亡或依賴未見減少；與無針刺比較之改善・證據確定性低至極低	不以外治取代急診與規範治療
八段錦與中風康復	Zou 等（2018）・Int J Environ Res Public Health 15(4):600	統合分析・8 項試驗、822 人	平衡（Berg 量表）改善；試驗質量偏低・證據薄弱	可作平衡訓練之補充
物理反壓動作與暈厥	van Dijk 等（2006）・J Am Coll Cardiol 48(8):1652–1657	多中心隨機試驗・223 人	復發率 32%・對照組 51%	支持教導前驅期反壓動作（E-2）
針刺預防偏頭痛	Linde 等（2016）・Cochrane Database Syst Rev CD001218	系統綜述・22 項試驗、4,985 人	有效率：對無針刺 41%比 17%・對假針刺 50%比 41%；對預防藥物三個月 57%比 46%・六個月差異不顯著	證據確定性中等；外氣本身尚缺可靠研究
太極與偏頭痛	Xie 等（2022）・Front Public Health 10:1000594	隨機對照試驗・82 名女性・12 週	每月發作減少 3.7 次、偏頭痛日數減少 3.0 日（與對照組比較）	支持以自我練功輔助預防（E-3）
古代布外氣	吳國居（2025）・醫學與哲學 46(2):68–73	文獻研究	唐代道醫布氣遵循辨證・並有醫患位置等操作規範	歷史淵源

〔要點〕如何解讀

- 外氣（術者發氣）之臨床證據有限且不一致；自我練功（八段錦、慢呼吸等）之證據相對充分。
- 因此本手冊將外治定位為輔助，並以自我練功為鞏固主體——與「用一練四」及第十一至十五章之安排一致。
- 任何介入均不能取代醫療診斷與規範治療。

附錄 D　練習、外治與成效評估記錄表

本附錄提供四種記錄表，可複印使用：D-1 供爪手取病氣之每日練習，D-2 供術者記錄每次外治，D-3 供補瀉基本練習之九週進度，D-4 供每次補瀉之成效評估。

D-1　爪手取病氣每日練習記錄表

姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿　開始日期：＿＿＿＿＿＿　目前階段：□一　□二　□三　□四　□五

日期	階段	時間（分）	指端氣感（冷／熱／麻／沉）	盲測（正確／次數）	不適反應	收功

〔練習提示〕每週自我檢核

- 是否每日完成丹田調氣與收功？
- 指端氣感是否較上週穩定？達標標誌是否已達到（第十九章）？
- 盲測正確率是否已記錄（19.2）？
- 是否出現頭脹、心慌、疲勞？如有，是否已減量（15.8）？
- 是否遵守「用一練四」（21.4）？

D-2　外治記錄表（術者用）

日期	受者	辨證	取穴	手法	補 / 瀉	即時反應	次日變化

提示：受者資料屬個人隱私，應妥善保管；記錄可配合第十章複查與第十四章階梯方案使用。

D-3　補瀉基本練習週記錄表

姓名：＿＿＿＿＿＿　開始日期：＿＿＿＿＿　練習對象：＿＿＿＿＿＿

週次	練習重點（7.8）	完成日數（ /7）	同步維持（分鐘）	受者感受（溫熱 / 清涼 / 酸脹）	達標（是 / 否）	備註
第 1 週	自身呼吸訓練					
第 2 週	同步呼吸訓練					
第 3 週	呼氣發氣（補）					
第 4 週	吸氣發氣（瀉）					
第 5 週	補法綜合					
第 6 週	瀉法綜合					
第 7 週	綜合應用					
第 8 週	綜合應用					
第 9 週	綜合應用					

提示：每週對照 7.8 之達標標準自我檢核；同步是否確實，宜請助手記錄核對（7.7）。

D-4　補瀉成效評估表

日期	受者 / 穴位	補 / 瀉	受者體感	術者指感	脈象（前→後）	症狀與指標（前→後）	判定（符合數 / 層次）

日期	受者 / 穴位	補 / 瀉	受者體感	術者指感	脈象（前→後）	症狀與指標（前→後）	判定（符合數 / 層次）

判定：受者體感、術者指感、脈象、症狀四項中三項符合，且達「補瀉分明」（第三層）以上，即為成功（7.11）。症狀與指標可記錄血壓、疼痛 0–10 分自評、睡眠時數、排便等。

附錄 E　五行失衡評估與中風、暈厥、偏頭痛之調理

本附錄收錄三項專題：（一）以五臭聞診與手探外候評估五行失衡，並據以選擇補瀉；（二）暈厥與中風之現場急救原則，以及中風恢復期之調理；（三）偏頭痛之評估與調理。各專題之手式、補瀉方向與排病氣手法，均依第二、四、十七章之規範；取穴定位見附錄 A，相關研究見附錄 C。

〔安全提示〕本附錄之定位

- 五臭聞診與手探外候屬傳統辨證方法，須與問診、舌脈及醫療檢查互參，不作為診斷依據（1.4、19.2）。
- 暈厥與中風屬急症：先呼叫急救、先救命。中風急性期以送院為先，不施治療性外治；等候救護期間只可作不妨礙急救之安撫與輔助（E-2（三）），不得延誤送醫。
- 中風恢復期與偏頭痛之外治，須在醫師診斷、病情穩定後進行，作為規範治療與復康訓練之輔助；不可因外治而自行停藥。
- 頭部、心臟、大血管處（含頸前）及孕婦腰腹，不施抓、吸、拉、震、拍、抖等排病氣手法；頭部只作輕觸或懸空之輕柔調氣（17.1、附錄 A），急救醒神之掐人中為唯一例外。
- 孕婦：腰腹不施排病氣手法與腹部摩轉；合谷、三陰交、肩井等穴不作強刺激。

E-1　五行失衡之評估與調理

「有諸內，必形諸外。」臟腑之五行失衡，可外顯為氣味（五臭）、體表溫度與質地之改變，以及背俞、募穴、原穴等外候之異常。本節以「聞」（五臭）與「探」（手探外候）為主，配合問診與脈象，判斷失衡之臟腑、虛實與寒熱，再依「熱者涼之，寒者熱之；實則瀉之，虛則補之；順其性而導之」選擇手法。傳統認為，術者能「聞」到五臭，即已捕捉到病氣之屬性；能以手分辨各穴之溫度與質地，再與五臭相互印證，方能「心中有數，手下有度」。

（一）五臭與五行歸類

表 E-1　五行歸類（與聞診相關者）

五行	臟 / 腑	五臭	氣味特徵	五志	五體・開竅
木	肝 / 膽	臊	似動物或青草之臊氣	怒	筋・目
火	心 / 小腸	焦	似燒焦、烘烤之氣	喜	脈・舌
土	脾 / 胃	香	甜膩、發酵，或似水果過熟之氣	思	肉・口
金	肺 / 大腸	腥	似生魚、生血之腥氣	憂（悲）	皮毛・鼻
水	腎 / 膀胱	腐	似腐肉、臭蛋或污水之氣	恐	骨・耳

註：五臭之歸類見《素問・金匱真言論》；五志、五體與開竅見《素問・陰陽應象大論》。辨五臭前，宜先對照下文之「氣味紅旗」（如酮症酸中毒之爛蘋果味、肝衰竭之霉甜味），排除急症。

〔經典〕五臭之經典依據

> 心主臭，自入為焦臭，入脾為香臭，入肝為臊臭，入腎為腐臭，入肺為腥臭。　——《難經・四十九難》

《素問・金匱真言論》以臊、焦、香、腥、腐分屬肝、心、脾、肺、腎；《難經》以「心主臭」說明邪入何臟即現何臭。後世聞診據此，以氣味之性質辨臟腑，以濃淡辨虛實。五臭可視為臟腑失衡之「信號燈」。

表 E-2　五臭與臟腑失衡之表現

五臭	失衡核心	常見表現	氣味所在
臊 **木・肝膽**	肝氣鬱結化火，或肝血不足、膽鬱痰擾	**神志**：急躁易怒，或抑鬱善太息；易緊張焦慮、失眠多夢。 **頭面**：頭暈脹痛（尤其巔頂或兩側），面紅目赤，口苦咽乾，耳鳴。 **軀體**：胸脅脹滿或刺痛，脅下隱痛；肢體易抽搐、麻木，關節屈伸不利（肝主筋）。 **消化**：食慾不振、腹脹，便秘與腹瀉交替。 **婦科**：月經不調、經前乳房脹痛、痛經。	汗液、腋下或下體

五臭	失衡核心	常見表現	氣味所在
焦 **火・心小腸**	心火亢盛，或心陰、心血不足而虛火上炎，心神被擾	**神志**：心煩意亂、急躁，易驚悸不安，甚或精神恍惚。 **心胸**：心悸、胸悶、心前區刺痛；面赤，血壓易偏高（胸痛屬紅旗徵象，見安全聲明）。 **頭面**：舌尖紅赤或生瘡，口乾舌燥；失眠（心腎不交）。 **軀體與二便**：掌心發熱、多汗；小便短赤、澀痛（心火下移小腸）。	身體或呼氣
香 **土・脾胃**	脾胃濕熱蘊結，或脾虛濕困、運化無力，濁氣上泛	**消化**：脘腹脹滿，食少納呆，噁心嘔吐，噯氣反酸。 **口腔**：口黏膩、口甜（脾癉），口氣重。 **軀體**：身體沉重，頭重如裹，四肢睏倦乏力；易水腫（尤其下肢），晨起眼瞼浮腫。 **二便與皮膚**：大便黏膩不爽或便溏，小便混濁；皮膚多油，易生濕疹、痤瘡。	體味或口氣
腥 **金・肺大腸**	風寒束肺或肺熱蘊結，大腸傳導失常	**呼吸**：咳嗽、氣喘、鼻塞流涕；痰白稀多屬寒，黃稠多屬熱。 **胸咽**：胸悶、胸痛，咽喉腫痛或有異物感。 **皮毛**：皮膚乾燥粗糙，易過敏、起皮屑或生瘡（肺主皮毛）。 **二便與情志**：大便秘結（肺氣不降）或黏膩；易悲傷憂愁。	呼氣、汗液或痰液
腐 **水・腎膀胱**	腎陽虛衰（命門火衰），或下焦濕熱蘊結，水液代謝失常	**軀體**：腰膝酸軟冷痛，畏寒肢冷，水腫（尤其下肢與眼瞼）。 **頭面**：面色晦暗，頭暈耳鳴，牙齒鬆動（腎主骨）。 **泌尿生殖**：尿頻、尿急、尿痛或夜尿多；男性陽痿早洩，女性帶下清稀（寒）或黃臭（熱）。 **神志體力**：極度疲勞，精神萎靡，記憶力減退。	下體、尿液或嚴重水腫部位

- **氣味辨虛實**：氣味濃烈、刺鼻者多屬實證（如濕熱、火旺）；氣味微弱、綿長而難散者多屬虛證（如陽虛、氣血虛）。
- **表裡互參**：五臭兼應臟與腑（如焦應心與小腸，腐應腎與膀胱），須結合症狀分辨病在臟或在腑（見（二））。
- **聞觸互參**：發氣時手下灼熱多屬火熱，冰冷多屬寒或陽虛，黏滯多屬濕濁；與五臭互參，補瀉之選擇更為精準。

- **不單憑氣味**：體味受飲食、衛生、藥物、月經與環境影響甚大，須與問診、舌脈互參。

> **〔安全提示〕氣味紅旗：下列氣味屬醫療警號，應盡快就醫，不作氣功辨證**
>
> - 呼氣帶爛蘋果或丙酮（似指甲油去光水）味，伴口渴多尿、噁心嘔吐、腹痛、呼吸深快或神志改變——可能為糖尿病酮症酸中毒，須急診。
> - 呼氣有霉甜或似鼠臭之氣味，伴黃疸、腹脹或神志改變——可能為肝功能衰竭；伴神志改變者須急診。
> - 呼氣帶氨味或尿味，伴水腫、尿少、乏力或皮膚瘙癢——可能為腎功能衰竭。
> - 傷口、分泌物或排泄物腐臭，伴發熱、紅腫或劇痛——可能為感染，須及早處理。
> - 嘔吐物帶糞臭，伴腹脹、腹痛及停止排氣排便——可能為腸梗阻，須急診。
> - 新出現且持續之異常體味或口氣，或伴體重下降、發熱——宜就醫檢查。

（二）臟病與腑病之辨

辨別五臭屬臟病或腑病，關鍵在「藏精」與「傳化物」之別。五臟主藏精氣，病多虛損、氣機逆亂或神志異常；六腑主傳化物，病多實滯、不通、濁氣上逆或排泄異常。故臟病多宜「補、溫、斂、導」，腑病多宜「瀉、通、降、排」。

> 所謂五藏者，藏精氣而不瀉也，故滿而不能實。六府者，傳化物而不藏，故實而不能滿也。　——《素問・五藏別論》

〔雙向操作〕臟病與腑病之處理總則

項目	臟病（多虛・宜補）	腑病（多實・宜瀉）
病機特點	藏精氣，病多虛：氣血不足、陽氣虛衰或氣機逆亂	傳化物，病多實：滯塞不通、濁氣上逆
症狀表現	慢性、虛損、功能衰退、神志異常	急性、脹痛、排泄異常（如便秘、尿痛）
氣味	微弱、綿長	濃烈、刺鼻
處理原則	補法、溫養、斂藏	瀉法、通降、排濁
常用手式	平掌式、龍含式	劍指式、爪手式
呼吸與氣性	受者呼氣時發氣，熱導氣	受者吸氣時發氣，冷導氣
方向與收尾	順經導引；意念猛按收	逆經導引，或沿出路離心導出；緩離、甩手（4.8）

表 E-3　五臭之臟病與腑病辨別

五臭	臟病：辨別要點與方向	腑病：辨別要點與方向
臊（木）	**肝**（藏血、主疏泄）：多虛證或氣機鬱結。肝血不足見頭暈眼花、肢體麻木、爪甲不榮；肝鬱見抑鬱、胸脅隱痛、月經不調。 〔補〕為主，輔以疏導；手法輕柔，重在溫養。肝鬱屬實者用瀉（8.2）。	**膽**（主決斷、貯藏排泄膽汁）：多實證或濕熱。口苦咽乾、黃疸、脅肋灼熱脹痛，或膽怯易驚、失眠（膽鬱痰擾）。 〔瀉〕為主，重在通降。黃疸、發熱或右上腹劇痛者先就醫。
焦（火）	**心**（主血脈、藏神）：多心神不寧或心血虧虛。心悸怔忡、失眠多夢、健忘、面色無華；或心陽不振之胸悶刺痛、畏寒。 〔平〕或〔補〕；手法宜緩和，切勿過度催氣以免驚擾心神。	**小腸**（受盛、泌別清濁）：多實熱或氣滯。心火下移見尿頻、尿急、尿痛、小便短赤；小腸虛寒見腸鳴、腹痛、腹瀉。 實熱〔瀉〕，引氣下行；虛寒腹瀉改〔補〕（平掌逆時針或往返摩腹）。
香（土）	**脾**（主運化、統血）：多氣虛、陽虛或濕困。食少腹脹、大便溏薄、四肢倦怠、水腫、面色萎黃、內臟下垂。 〔補〕，溫陽健脾；手法宜實、宜穩。	**胃**（受納、腐熟水穀）：多實熱、食積或氣逆。胃脘灼痛、口臭、牙齦腫痛、噯氣反酸、便秘（胃火），或噁心嘔吐（胃氣上逆）。 〔瀉〕，和胃降逆。

五臭	臟病：辨別要點與方向	腑病：辨別要點與方向
腥（金）	**肺**（主氣、司呼吸、主皮毛）：多氣陰兩虛，或風寒、風熱犯肺。久咳氣喘、氣短乏力、皮膚乾燥、易感冒、聲音低微。 〔補〕・宣肺益氣；外感初起屬實者依 8.2 感冒辨治。	**大腸**（主傳導、排泄糟粕）：多實熱、濕熱或氣滯。大便秘結、肛門灼熱腫痛（痔瘡）、腹痛拒按、痢疾。 〔瀉〕・通腑降濁。急性腹痛、便血或伴發熱者先就醫。
腐（水）	**腎**（藏精、主水、主納氣）：多陽虛、陰虛或精虧。腰膝酸軟、畏寒肢冷（陽虛）、頭暈耳鳴、脫髮、記憶減退、水腫按之凹陷不起。 〔補〕・溫補腎陽或滋補腎陰；手法宜緩慢、深透。	**膀胱**（貯尿、排尿）：多濕熱或氣化不利。尿頻、尿急、尿痛、尿黃赤，或尿瀦留（點滴不出）。 〔瀉〕・清利濕熱。尿瀦留、血尿、發熱或腰痛者先就醫。

- **聞其臭，辨其臟腑**：氣味濃烈而伴急性疼痛、排泄不暢（如便秘、尿痛）者，多屬腑實，宜瀉；氣味微弱綿長而伴疲勞、功能衰退者，多屬臟虛，宜補。
- **表裡同治**：臟腑常同病。如聞焦味而見心煩、尿痛，屬心火移熱小腸，宜清心利小腸（瀉小腸經，引火下行）；如聞香味而見腹脹、腹瀉，屬脾胃虛弱，宜健脾和胃（平掌逆時針或往返摩腹以溫補，2.2.2）。
- **先排濁，後補益**：虛實夾雜而腐、腥等濁氣明顯者，先以推法下導或爪手抓甩排出濁氣，再行補益，以免「閉門留寇」（4.9「先瀉後補」）；體虛者瀉宜輕、宜短，並以瀉後補養收尾（19.6）。

（三）手探外候

臟腑之氣輸注於背俞、匯聚於腹募，原穴則反映臟腑之原氣。術者以勞宮或劍指探查這些外候之溫度、濕度、張力與氣感，再與五臭互參：**氣味定其性（五行寒熱），俞募定其位（臟腑虛實）**。手探外候之依據，可從以下四方面理解：

- **經絡樞紐**：背俞為臟腑之氣「轉輸之樞」，腹募為「匯聚之所」，原穴為原氣經過與留止之處；臟腑失調，常先於這些「氣機窗戶」出現氣滯點，觸之有條索、結節或頂手感。
- **體表變化**：臟腑失衡可伴局部微循環、組織液與肌筋膜張力之改變——實熱處血流增加而溫熱，虛寒處血流減少而冰涼，濕濁處潮濕黏膩，氣滯處弦緊如按琴弦，氣虛處鬆軟空陷如按棉絮。

- **節段反射**：背俞穴之分佈與脊神經節段大致相應；內臟病變可經「內臟—體表反射」，於相應節段出現壓痛、肌緊張或血管舒縮改變（如心臟病變之疼痛牽涉左肩臂）。
- **吸斥之感**：虛證外候常令術者覺「吸力」（如海綿吸水），實證常覺「頂手」或排斥力（如按在氣球上）；此屬術者之主觀描述，須經驗證（見本節〔研究證據〕框）。

〔經典〕俞募之陰陽

> 五藏募皆在陰，而俞皆在陽者，何謂也？然：陰病行陽，陽病行陰，故令募在陰，俞在陽。 ——《難經・六十七難》

背俞在背屬陽，腹募在胸腹屬陰。臟病（陰病）之氣常出行於陽分而反映於背俞，腑病（陽病）之氣常出行於陰分而反映於腹募，故有「俞穴測臟，募穴測腑」之說；臨床上臟虛多補其俞，腑實多瀉其募，惟二者宜前後並參。

表 E-4　十臟腑之背俞、募穴與原穴

臟腑	背俞穴（屬陽，在背）	募穴（屬陰，在胸腹）	原穴（多在腕踝附近）
肝	肝俞（BL18）	期門（LR14）	太衝（LR3）
膽	膽俞（BL19）	日月（GB24）	丘墟（GB40）
心	心俞（BL15）	巨闕（CV14）	神門（HT7）
小腸	小腸俞（BL27）	關元（CV4）	腕骨（SI4）
脾	脾俞（BL20）	章門（LR13）	太白（SP3）
胃	胃俞（BL21）	中脘（CV12）	衝陽（ST42）
肺	肺俞（BL13）	中府（LU1）	太淵（LU9）
大腸	大腸俞（BL25）	天樞（ST25）	合谷（LI4）
腎	腎俞（BL23）	京門（GB25）	太溪（KI3）
膀胱	膀胱俞（BL28）	中極（CV3）	京骨（BL64）

註：十二臟腑皆有背俞與募穴；背俞穴均位於足太陽膀胱經第一側線（後正中線旁開 1.5 寸）。心包、三焦之俞募原從略。定位見附錄 A。

表 E-5　五行外候之手探要點

五行	探測部位	實證：溫度與氣感	虛證：溫度與氣感	術者判斷
木 **肝膽・臊**	肝俞、膽俞、期門、太衝	肝實、肝鬱（多伴臊味）：溫熱甚至發燙；氣感緊繃、弦硬如按琴弦，手下頂手	肝虛（多伴微臊）：微涼；氣感空虛、澀滯，按之即陷，缺乏彈性	熱而弦硬為實火、氣滯；涼而空澀為血虛、陽虛
火 **心小腸・焦**	心俞、巨闕、神門、內關	心火亢盛（多伴焦味）：灼熱；氣感躁動、搏動急促，有刺手感	心陽虛（多伴微焦）：冰冷；氣感散亂、微弱，甚或觸不到明顯之氣機搏動	灼熱而搏動快為實火；冰冷而氣散為陽虛
土 **脾胃・香**	脾俞、胃俞、中脘、天樞、足三里	濕熱、食積（多伴甜香或酸腐香）：溫熱而潮濕黏手；氣感沉重黏滯，如按爛泥	脾胃虛寒（多伴微香）：冰涼；氣感鬆軟無力，深按空虛	熱而黏滯為濕熱；涼而鬆軟為虛寒
金 **肺大腸・腥**	肺俞、中府、大腸俞、合谷	肺熱、大腸熱（多伴腥味）：溫熱乾燥；氣感浮越粗糙，有毛刺感	肺寒、氣虛（多伴微腥）：清涼；氣感微弱下陷，如棉絮無力	熱而粗糙為燥熱；涼而微弱為氣虛寒
水 **腎膀胱・腐**	腎俞、命門、關元、太溪、湧泉	下焦濕熱（多伴腐味）：溫熱黏膩；氣感沉濁、滯澀	腎陽虛（多伴微腐）：冰冷刺骨（命門、湧泉尤甚）；氣感空虛深陷，似有寒氣外冒	熱而濁為濕熱；冰冷空陷為陽虛、命門火衰

探穴察氣之步驟：

1. **凝神調息**：意守丹田，搓熱雙手（保持乾燥），放空心念。不用蠻力按壓，以勞宮或劍指指腹輕貼，或懸空距體表 1–3 cm。
2. **懸空探測（測氣感）**：劍指在穴位上方緩慢畫圈，體會指端有無涼風、熱浪、吸力或排斥力。焦味者，心區上方常覺熱浪；腐味者，腎區上方常覺陰冷。胸前之期門、巨闕以懸空或輕觸為主。
3. **輕觸探測（測皮溫與質地）**：平掌輕貼皮膚，體會寒熱與乾燥、黏膩。脾胃濕熱（香味）者，腹部常觸及黏汗。
4. **按壓探測（測深層張力）**：指腹輕按穴位，體會阻力與彈性。肝鬱（臊味）按太衝，常覺筋結繃緊；腎陽虛（腐味）按太溪，多按之凹陷而冰涼。

5. **左右、上下對比**：人體左右經氣應大致對稱，同名穴一側溫熱、一側冰冷，提示氣血偏盛偏衰。上焦（心肺）發燙而下焦（腎俞、湧泉）冰冷，為「上熱下寒、心腎不交」，常見焦、腐二味交織。
6. **前後對照（俞募並參）**：背俞測臟——虛軟、凹陷、冰冷多為臟虛，弦緊多為氣機逆亂；腹募測腑——脹滿、灼熱、拒按多為腑實。同一臟腑並探其背俞與腹募：前（募）熱而後（俞）不熱，多病在腑，屬實熱積滯；前後俱涼，多病在臟，屬陽虛寒凝；前脹痛拒按而後空虛無力，為本虛標實（如脾虛食積）。
7. **形成圖像並驗證**：以溫度分寒熱（熱為火、為實、為亢；涼為寒、為虛、為衰），以濕度分痰濕（黏膩為土之濕濁或水之濕熱），以硬度分氣機（弦緊為木之氣滯，粗糙為金之燥熱，鬆軟為氣虛）；再與主訴、舌脈核對，記錄於表 E-12。

實例：探得中脘溫熱黏手，聞甜膩香味，按足三里覺氣機沉滯，可判為脾胃濕熱（腑實）。治宜清化濕熱、降濁排邪：平掌接觸式沿結腸走向（順時針）摩腹，或懸空於腹上逆時針旋轉（旋法屬瀉；孕婦禁用）；再以劍指於胃俞、天樞，受者吸氣時發涼氣（冷導氣）。

〔雙向操作〕懸空探測之兩種典型感應

項目	陰冷（多屬虛寒・宜補）	熱浪（多屬實熱・宜瀉）
常見部位	腎俞、命門、關元上方（腐味、腎陽虛）	心俞、巨闕上方（焦味、心火）
指端感受	涼風自穴中外冒，如立冰庫門前；冷而有穿透感，指端甚或整手發僵	熱氣撲指，如手近剛打開之烤箱；火盛時指端發燙、刺痛或微跳
吸斥感	吸引：如有「黑洞」吸氣，指端下陷、被拉住	排斥：手愈靠近，愈覺被一股力量向外推
印證聞診	聞腐味而探得陰冷，多為腎陽虛（虛證）	聞焦味而探得熱浪，多為心火（實證）
補瀉選擇	〔補〕 平掌、受者呼氣時發熱氣、順經溫養	〔瀉〕 劍指、受者吸氣時發涼氣、逆經導引
術者防護	陰冷刺骨時，不以手掌直接貼附，改懸空發氣	熱浪逼人時同左；治療後必行防避排補（表 E-11）

〔練習提示〕手探外候之訓練

- **靜心斂神**：觸診前心平氣和、意守丹田；心亂則手鈍，難辨細微寒熱。
- **搓手開勞宮**：雙掌快速摩擦生熱，體會掌心之感覺。
- **先懸空、後輕觸**：手懸穴位上方 1–3 cm 緩慢移動，體會熱浪、冷風、吸力或頂力；再輕貼皮膚，感知溫度、濕度與軟硬。
- **左右對比**：同名穴左右對照，最易顯出差異。
- **驗證與盲測**：摸後與主訴、舌脈核對並記錄；定期以 19.2 之簡易盲測自我檢核。初練多只覺手麻，須經站樁、拉氣等基本功累積，指端敏感度方逐漸提升。

〔研究證據〕手探外候之研究

- 以手感知他人「能量場」之盲測中，正確率為 44%，與猜測相近（Rosa 等，1998；附錄 C）。
- 穴位電阻、電導之研究結果不一致；系統綜述認為現有證據不能確定穴位或經絡具獨特之電學特性（Ahn 等，2008）。
- 內臟病變可經內臟—體表反射，於相應節段出現壓痛、肌緊張或血管舒縮改變，此為背俞觸診之可能解剖學基礎；惟以觸診辨證之準確度，尚缺研究。

實務意涵：手探所得作為取穴與補瀉之參考，須與主訴、壓痛點、舌脈及醫療檢查互證，不單獨作為判斷病情之依據。

（四）五行生剋與子母補瀉

探查多個臟腑之外候，可拼出五行生剋失衡之全貌。相生為母子關係（木生火、火生土、土生金、金生水、水生木），相剋為制約關係（木剋土、土剋水、水剋火、火剋金、金剋木）。失衡時可見相乘（剋之太過）、相侮（反向剋制）與母子相及。

> 氣有餘，則制己所勝而侮所不勝；其不及，則己所不勝侮而乘之，己所勝輕而侮之。
> ——《素問・五運行大論》

表 E-6　五行生剋失衡之辨與調理

類型	例	外候所見（舉例）	調理原則	氣功取向
相乘	木乘土（肝氣犯脾）	肝俞弦硬發熱，脾俞冰冷鬆軟；脅脹、腹脹、便溏，情緒波動時加重	抑木扶土	〔瀉〕太衝、期門（逆經導引）；〔補〕脾俞、足三里（順經溫補）
相乘	火乘金（心火犯肺）	心俞灼熱亢盛，肺俞虛弱、皮膚乾燥；心煩、乾咳、咽乾	清心護肺	〔清〕神門、少府（冷導氣）；〔補〕肺俞、太淵（意念滋潤，不用熱導氣）
相侮	木侮金（木火刑金）	肝俞、期門灼熱弦緊，肺俞粗糙偏熱；嗆咳陣作、遇怒加重、脅痛、面赤	佐金平木	〔瀉〕行間、太衝；〔清〕肺俞、尺澤。咳血者先就醫
母病及子	水不涵木	腎俞空虛、太溪細弱，肝俞亦虛軟無力；腰膝酸軟、頭暈目澀、五心煩熱、肢麻	滋水涵木	〔補〕腎俞、太溪、復溜，兼補肝俞、曲泉；陰虛者補而不用熱導氣（意念滋潤）
子病及母	脾病及心（心脾兩虛）	脾俞鬆軟凹陷，心俞偏涼、神門空陷；食少乏力、心悸、失眠多夢	補脾養心	〔補〕脾俞、足三里、心俞、神門

《難經》以五輸穴配五行：陰經之井、滎、輸、經、合配木、火、土、金、水；陽經則配金、水、木、火、土。依「虛則補其母，實則瀉其子」，各經可取本經之母穴以補、子穴以瀉。

> 虛者補其母，實者瀉其子，當先補之，然後瀉之。　——《難經・六十九難》

註：此句言虛實並見時之先後——以虛為主者先補後瀉；以實為主、濁氣明顯者，則依 4.9「先瀉後補」，並以瀉後補養收尾（19.6）。

表 E-7　本經子母補瀉（五臟）

臟（五行）	虛證：補其母（本經母穴）	實證：瀉其子（本經子穴）	母子、剋制之配合
肺（金）	太淵（輸土；土生金）	尺澤（合水；金生水）	肺虛兼補脾胃：培土生金
脾（土）	大都（滎火；火生土）	商丘（經金；土生金）	脾虛兼溫命門：益火補土
心（火）	少衝（井木；木生火）	神門（輸土；火生土）	心火旺兼滋腎水：瀉南補北
腎（水）	復溜（經金；金生水）	湧泉（井木；水生木）	腎虛兼補肺：金水相生；腎多虛證，瀉子少用
肝（木）	曲泉（合水；水生木）	行間（滎火；木生火）	肝虛兼補腎：滋水涵木；肝旺侮肺時佐金平木

註：補穴於受者呼氣時發氣、順經、意念猛按收；瀉穴於受者吸氣時發氣、逆經、緩離（4.1）。少衝在小指端、湧泉在足底，以劍指懸空點照即可。神門為心之原穴，虛實皆可取；表中作子穴用時方屬瀉。

（五）五臭之調理方案

聞得五臭後，循對應之臟腑辨虛實寒熱，再選手式、取穴與方向。方向依 4.7 與 4.8 判定：調經氣看順逆，排病氣看出路；腹部摩轉依 2.2.2。

表 E-8　五臭之調理方案

五臭	病機與方向	手式	取穴	操作要點
臊 **木・肝膽**	肝氣鬱結、肝火上炎或膽鬱痰擾：〔瀉〕為主 肝血虛：改〔補〕	劍指式（精準疏通）或爪手式（抓排鬱氣）	太衝、期門、章門、陽陵泉、肝俞	① 劍指對太衝，受者吸氣時發氣（冷導氣），由太衝向行間移指（逆經），意念「疏肝理氣，臊氣消散」。 ② 肝俞、右期門以震法小幅震顫，每秒 3–5 次（排病氣震法），意念「化解木鬱」；左期門近心前區，只作懸空發氣（17.1）。 ③ 平掌沿膽經由上向下推，引病氣從足部排出（出路坐標屬瀉，4.8）。

五臭	病機與方向	手式	取穴	操作要點
焦 **火・心小腸**	心火亢盛：〔瀉〕（清心瀉火） 心陰不足、虛火上炎：〔平〕或〔降〕（滋陰降火）	劍指式；平掌式（覆心胸或湧泉）	神門、內關、少府、心俞、湧泉	① 心火亢盛：劍指對神門、內關，受者吸氣時發氣（冷導氣），意念「清心降火，焦氣退散」；虛火者改平補平瀉，輕發氣。 ② 心火亢盛：心俞以劍指懸空輕發涼氣（心區不施拉、抓等排病氣手法）；少府以劍指向小指端導出，再甩手（出路坐標屬瀉，4.8）。 ③ 實火、虛火皆可：平掌覆湧泉，意念「引火下行，心腎相交」，將上焦之火引至足底。
香 **土・脾胃**	脾胃濕熱：〔瀉〕（清化濕熱） 脾虛濕困：〔平〕或〔補〕（健脾化濕）	平掌式（大面積運化）；龍含式（溫養脾胃）	中脘、天樞、足三里、脾俞、胃俞	① 濕熱積滯：平掌懸空於中脘、天樞上方逆時針旋轉（旋法屬瀉），或接觸式沿結腸走向（順時針）摩腹；脾虛：接觸式改逆時針或往返平摩（2.2.2），如用懸空旋法則改順時針（補）。意念「健脾化濕，濁氣下行」。腹部手法孕婦禁用。 ② 脾俞、胃俞平掌震法：脾虛輕震每秒 3–4 次（補，意念「振奮脾陽」），濕熱振動每秒 4–6 次（瀉）。 ③ 濕熱積滯：推法自胃脘向下推至下腹，意念濁氣從腸道排出（孕婦禁用）。
腥 **金・肺大腸**	肺氣虛寒：〔補〕 肺熱、大腸熱：〔瀉〕	雀嘴式（拇＋無名指；土生金，2.1.1）或平掌式；劍指式	中府、雲門、肺俞、大腸俞、合谷、曲池	① 肺寒：雀嘴式對肺俞，受者呼氣時發氣（熱導氣），意念「溫肺散寒，腥氣化解」。 ② 肺熱：劍指由曲池向合谷（逆大腸經），受者吸氣時發氣，意念「清泄肺熱」。 ③ 肺熱、痰實：劍指自中府、雲門向外（肩臂方向）緩拉病氣，拉後甩手；肺虛者不用。

五臭	病機與方向	手式	取穴	操作要點
腐 **水・腎膀胱**	腎陽虛：〔補〕 下焦濕熱：〔瀉〕	平掌式（溫補命門）；雀嘴式（拇＋小指・補腎滋水）；爪手式（濕熱）	關元、命門、腎俞、湧泉、三陰交；濕熱加八髎	① 腎陽虛：平掌覆命門、關元，受者呼氣時發氣（熱導氣），意念「溫補腎陽，化氣行水」。 ② 濕熱：爪手於下腹部或八髎探氣、抓氣，甩入地下（孕婦禁用）。 ③ 下焦濕熱：平掌自腰部向下推至委中、湧泉，意念「引水下行，腐氣從足底排出」（孕婦禁用）；腎陽虛者少用下導（13.7）。

> **〔要點〕五臭調理總訣**
>
> 五臭是臟腑失衡之信號燈：聞何臭，即循對應臟腑辨虛實，「虛則補其母，實則瀉其子」。發氣上，寒者溫之（熱導氣），熱者清之（冷導氣），排濁則逆經或離心導出，補虛則順經溫養；收功時務必排除自身所沾之病氣（表 E-11）。

（六）十臟腑速查

下表整合十臟腑（心包、三焦從略）之五臭、手探外候、典型表現與調理方案，供臨床速查；取穴宜少而精（8.3）。

表 E-9　十臟腑速查：外候、五臭與調理

臟腑（虛實）	五臭	關鍵外候	典型表現	調理方案
肝（臟虛：肝血不足）	微臊（似青草、動物味）	肝俞、期門微涼空虛，按之澀滯；太衝指下如細弦	頭暈眼花、肢體麻木、月經量少、情緒抑鬱、善太息	〔補〕平掌或龍含式；順肝經導引（由太衝向上，經曲泉向期門方向）；受者呼氣時發熱氣；意念「養血柔肝，氣機條達」。肝鬱氣滯屬實者改瀉（8.2）
膽（腑實）	濃臊（刺鼻）	膽俞、陽陵泉灼熱緊繃，有條索狀筋結	口苦咽乾、偏頭痛、脅肋灼痛、膽怯易驚、失眠	〔瀉〕劍指；受者吸氣時發涼氣；沿膽經由陽陵泉向丘墟、足部導出（出路坐標屬瀉）；膽俞、陽陵泉小幅震顫散結（每秒 3–5 次）；意念「清熱利膽，降濁排邪」

臟腑（虛實）	五臭	關鍵外候	典型表現	調理方案
心（臟虛）	微焦	心俞、巨闕冰涼，氣散微弱；神門按之空陷	心悸怔忡、胸悶氣短、畏寒肢冷、精神萎靡	〔補〕平掌懸空覆心前區（避開乳頭；不施排病氣手法）；受者呼氣時發熱氣；神門、內關輕點；意念「溫養心脈，安神定志」。胸痛或胸悶持續者屬紅旗，立即就醫
小腸（腑實）	濃焦（似燒烤）	小腸俞、關元溫熱，氣機浮躁；腕骨灼熱	尿頻尿急、尿道灼痛、小便短赤、心煩口渴	〔瀉〕劍指；受者吸氣時發涼氣；沿小腸經由肘向腕骨、手指方向（逆經），或沿膀胱經向下導引（離心）；意念「清心降火，利水通淋」。發熱、腰痛或血尿者就醫
脾（臟虛）	微甜香或微酸香	脾俞、章門冰涼，鬆軟無力，按之凹陷；太白無力	食少腹脹、大便溏薄、四肢倦怠、水腫、面色萎黃	〔補〕平掌；腹部逆時針或往返平摩（2.2.2），受者呼氣時發熱氣；脾俞、足三里溫補；意念「健脾益氣，溫運中焦」
胃（腑實、食積）	濃甜膩或酸腐香	胃俞、中脘、天樞溫熱，潮濕黏手，局部脹滿頂手	胃脘灼痛、口臭、噯氣反酸、牙齦腫痛、大便秘結	〔瀉〕劍指或平掌；腹部沿結腸走向（順時針）摩轉以消導（孕婦禁用）；胃俞、中脘、足三里震法或點按，受者吸氣時發涼氣；足三里逆經（由解溪向上）；意念「清胃瀉火，降逆化濁」
肺（臟虛、寒）	微腥（似生水）	肺俞、中府冰冷，皮毛粗糙；太淵脈動微弱	咳嗽無力、氣短喘促、易感冒、怕冷、自汗	〔補〕雀嘴式（拇＋無名指）或平掌；順肺經由中府向太淵導引；受者呼氣時發熱氣；意念「溫肺散寒，補氣固表」
大腸（腑實）	濃腥（似生血肉）	大腸俞、天樞灼熱乾燥，腹壁緊張拒按；合谷繃緊	大便乾結難解、肛門灼熱腫痛（痔瘡）、腹痛拒按	〔瀉〕劍指或爪手；天樞、大腸俞、上巨虛，受者吸氣時發涼氣；腹部沿結腸走向（右下→右上→左上→左下）推摩（孕婦禁用）；劍指由曲池向合谷（逆經）；意念「通腑泄熱，排出腥濁」。急性腹痛、便血或伴發熱者先就醫
腎（臟虛）	微腐	腎俞、命門、京門冰冷刺骨，空陷無底；太溪冰涼	腰膝酸軟冷痛、畏寒怕冷、夜尿多、耳鳴、水腫	〔補〕平掌或雀嘴式（拇＋小指）；平掌覆命門、腎俞、關元，受者呼氣時發熱氣；意念「溫補命門，化氣行水」。新發水腫伴氣促、尿少者就醫

臟腑（虛實）	五臭	關鍵外候	典型表現	調理方案
膀胱（腑實）	濃腐（似臭水、臭蛋）	膀胱俞、中極溫熱黏膩，氣機沉濁；崑崙滯澀	尿頻尿急尿痛、尿黃赤混濁、下腹墜脹、濕熱帶下	**〔瀉〕** 爪手或劍指；膀胱俞、中極小幅震顫（每秒 3–5 次）或爪手抓甩（孕婦禁用）；沿膀胱經由腰向下肢導引（離心）；受者吸氣時發涼氣；意念「清熱利濕，通利膀胱」。發熱、腰痛或血尿者就醫

〔要點〕五行失衡畫像（聞診＋手探）

- **木**：聞臊味，摸太衝如琴弦（實）或空澀（虛）→ 調肝膽，疏泄氣機。
- **火**：聞焦味，摸心俞灼熱搏動（實）或冰涼氣散（虛）→ 調心與小腸，清心降火或溫養心脈。
- **土**：聞香味，摸中脘黏手拒按（實）或脾俞鬆軟凹陷（虛）→ 調脾胃，化濕健脾或和胃降逆。
- **金**：聞腥味，摸肺俞冰涼（虛寒）或大腸俞灼熱緊繃（實熱）→ 調肺與大腸，宣肺通腑。
- **水**：聞腐味，摸命門冰冷刺骨（虛）或中極黏熱濁滯（濕熱）→ 調腎與膀胱，溫陽化水或清利濕熱。

探得強烈五臭（尤其焦、腥、腐）而手下濁熱或冰冷者，病氣較重：發氣後須以推法或爪手抓甩將濁氣排出（避開禁用部位），不可閉門留寇。

（七）治療到位之判斷

判斷外治是否到位，不能單憑術者之主觀感覺，須綜合氣味與觸診、術者指感、受者反應與體感、症狀與脈象，即「效應驗證」。正式判定依 7.11：受者體感、術者指感、脈象、症狀四項中三項符合，且達「補瀉分明」（第三層）以上。

表 E-10　治療到位之徵象

面向	到位之表現	說明
氣味與觸診	原有之焦、腐、腥等氣味明顯變淡、變散，甚至消失；寒濕處由冰冷轉為微溫潤，實熱處由燙手轉為清涼平和，痰濁處由黏滯、油膩轉為流暢清爽	以五臭辨證者之第一步驗證
術者指感	由滯澀轉流暢（如由按沙袋轉為豁然開朗）；虛證之強吸力減弱，轉為平和、飽滿；指端之寒熱與病灶相互中和（涼轉溫或熱轉涼）；得氣時指下沉緊，如魚吞鉤	見 5.3、7.11（二）
受者反應	打嗝、排氣（多見於胃腸、肝膽）；腸鳴轆轤；補法溫陽到位時背部、額頭微汗，全身溫暖通透（不可大汗）；肺系咳痰、流涕；肝鬱者忽欲哭泣、打哈欠	傳統稱「排病反應」或「瞑眩反應」；宜輕微而短暫
受者體感	補法：溫熱、緊實、飽滿，局部有向上托舉或向內聚攏之感，精神轉佳、疲勞減輕。瀉法：清涼、空鬆、消散，局部有向外排出之感，脹痛、刺痛、緊繃明顯減輕。或有熱流、涼流循經傳至病所（氣至病所）	見 7.11（一）
症狀與脈象	頭痛、腹脹、胸悶或局部疼痛當場減輕 30%以上（50%以上為明顯；以 0–10 分自評前後對照）；補法後原本沉細虛弱之脈轉有力和緩，瀉法後原本弦緊洪數之脈轉柔和平緩	見 7.11（三）（四）；脈診須受訓練

> **〔要點〕床邊口訣與正式判定**
>
> 「聞其味淡、觸其溫平、手下無滯、受者汗微、痛減氣通、脈轉和緩」——六項中出現三項以上，可作為本次治療大致到位之床邊提示；正式判定仍依 7.11 之四項綜合判斷與五層次，並記錄於附錄 D-4。

〔安全提示〕未到位、無效或異常之徵象

- **毫無反應**：受者毫無感覺，術者手下空空，氣味未變——檢查呼吸同步、手式與意念（表 7-11）。
- **症狀加重**：疼痛加劇，或出現胸悶、心慌、頭暈——多為補瀉方向相反或手法過重；立即停手，平臥休息。
- **病氣轉移**：原處症狀減輕而他處出現新症狀（如胃痛止而頭痛起），傳統認為係病氣未排出而上逆——停止操作，重新辨證，必要時就醫。
- **術者不適**：治療後極度疲勞、頭暈、噁心——自我防護與排病氣不足（表 E-11），並遵守「用一練四」。
- 「好轉反應」不可用以解釋症狀持續加重、新出現之神經症狀、胸痛或高熱；出現上述情況，立即就醫。

（八）術者自我保護：防、避、排、補

聞及五臭並發氣時，傳統認為術者之正氣與受者之病氣直接相接；若防護與排濁不足，病氣可經呼吸、皮膚（尤其勞宮）或意念「上身」，表現為頭暈、胸悶、噁心、疲倦或感冒。下表將自我保護歸為「防、避、排、補」四步，並與 17.4、21.4 互參。

表 E-11　術者自我保護四步

步驟	時機	做法	說明
防（護體）	靠近受者、觸診或聞及異味之前	舌尖輕抵上腭，嘴唇微閉，呼吸轉為自然細勻之腹式呼吸（不閉氣、不屏息）；意念體表升起一層光罩；雙手可握固（拇指掐無名指根），護住勞宮	傳統謂之「護體」；發氣時毛孔與勞宮開放，「邪之所湊，其氣必虛」（《素問・評熱病論》）
避（隔離）	發氣全程	不正對受者面部與口鼻，頭稍側偏，或立於受者側方、後方；發氣手距體表 3–10 cm（必要接觸除外），讓病氣有緩衝消散之空間；受者有咳嗽、發熱等呼吸道症狀時，雙方戴口罩並保持通風	口鼻為病邪入侵之道（「肺主氣，司呼吸」）；亦可減少呼吸道感染之傳播
排（清理）	治療結束後	至通風處緩慢深呼吸 3 次，吐出胸中濁氣。 雙手放鬆，向前下甩手 9 次，甩時呼氣，意念病氣從十指尖甩出。 以空心掌沿肺經由中府拍至少商，左右各 9–18 次；有出血傾向、服抗凝血藥或抗血小板藥、骨質疏鬆或皮膚破損者不拍，改推擦（20.7）。 以肥皂及流水洗手（尤其勞宮），意念病氣隨水沖走。	「肺朝百脈」，傳統認為病氣多從口鼻入肺；洗手兼顧衛生
補（回填）	排濁之後	面向東方（朝陽最佳）或綠樹，掌心向上或向前採氣；吸氣時意念清氣從勞宮、百會入下丹田，呼氣時意念濁氣從湧泉入地；舌在口中攪動（赤龍攪海），待津生後分 3 口嚥下，意送丹田	發氣耗氣，尤其排濁時；採氣、咽津以補回正氣

〔安全提示〕臨床切記

- 術者自身感冒、疲勞或情緒極度不佳時，不作強發氣或排病氣；傳統亦忌於大風大雨、雷電交加時施治。
- 遵守「用一練四」：發氣 1 份時間，練功 4 份時間（21.4）。
- 術後如持續頭暈、胸悶、發熱或咳嗽，應休息觀察，必要時就醫，勿一概歸咎於「病氣」。

（九）五行評估記錄表

受者：＿＿＿＿＿　日期：＿＿＿＿＿　術者：＿＿＿＿＿　主訴：＿＿＿＿＿＿

表 E-12　五行評估記錄表

評估項目	治療前	治療後
五臭（種類、濃淡、部位）		
手探：溫度（寒 / 熱）		
手探：濕度與張力（黏膩 / 乾燥；弦緊 / 鬆軟）		
懸空氣感（吸力 / 頂手；滯澀 / 流暢）		
俞募對照；左右與上下對比		
症狀（0–10 分）與指標（如血壓）		
舌象、脈象		
五行判斷（臟腑、虛實寒熱、乘侮母子）		
調理方案（取穴、手式、補瀉方向）		
受者反應；判定（7.11：符合項數 / 層次）		
術者防避排補已完成（是 / 否）		

E-2　暈厥與中風：急救原則與恢復期調理

〔安全提示〕先救命，後調理

- 暈厥與中風屬急危重症。氣功外治不能替代急救：不可延誤撥打急救電話、心肺復甦（CPR）、急診溶栓或取栓。
- 急救電話：香港、澳門 999，台灣 119，中國內地 120，歐盟各國 112；其他地區依當地號碼。
- 中風急性期一律送醫，不施治療性外治；等候救護期間只可作不妨礙急救之安撫與輔助（見下文（三））。氣功外治之調理，只用於醫師確認病情穩定後之恢復期與後遺症期，並配合物理治療、職業治療與言語治療。
- 無法分辨暈厥或中風時，一律按中風處理：呼叫急救，禁食、禁水、禁藥；氣功輔助取〔平〕（見下文（三））。

（一）現場辨識

暈厥為一時性腦部供血不足所致之短暫意識喪失，倒下後多於一分鐘內自行完全清醒；常有誘因（久站、悶熱、疼痛、驚嚇、排尿或咳嗽後、突然站起）與前驅症狀（頭暈眼黑、出冷汗、面色蒼白、噁心）。中醫多責之氣機逆亂、清陽不升，氣血一時不能上榮於腦（如氣厥）。中風則為腦血管阻塞或破裂，症狀突然出現且持續不退，受者可清醒亦可昏迷。

表 E-13　中風之辨識：BE-FAST

項目	檢查	異常表現
B 平衡（Balance）	觀察站立與行走	突發眩暈、步態不穩或失去平衡
E 眼睛（Eyes）	詢問視力	突發一眼或雙眼視物模糊、複視或視野缺損
F 面部（Face）	請其微笑或露齒	一側口角下垂、面部歪斜（口角歪向健側）
A 手臂（Arm）	雙臂平舉，閉眼維持 10 秒	一側手臂無力、麻木或逐漸下垂
S 言語（Speech）	請其複述簡單句子	說話含糊、找不到字詞或聽不懂
T 時間（Time）	記下發病（或最後正常）之時間	出現任何一項，立即撥打急救電話

- **時間窗**：缺血性中風之靜脈溶栓一般須於發病 4.5 小時內進行；部分患者經影像評估，可於較晚時間接受溶栓或機械取栓（取栓最長可達 24 小時）（Prabhakaran 等，2026）；愈早送院，愈有機會得到治療。
- **短暫發作亦須急診**：症狀於數分鐘至數小時內完全消失者（短暫性腦缺血發作，TIA），短期內發生中風之風險高，亦須即日急診評估。
- **研究**：一項 736 名缺血性中風患者之研究中，只用 FAST（面、臂、言語、時間）約漏辨 14%，加入平衡與眼睛（BE-FAST）後降至約 4.4%（Aroor 等，2017）。

（二）現場急救步驟

1. **確保安全、判斷反應**：確認環境安全後，呼喚受者並輕拍雙肩。
2. **無反應且無正常呼吸（或只有喘息）**：立即撥打急救電話，開始心肺復甦（CPR），並請旁人取自動體外除顫器（AED）；此時不做氣功。
3. **有反應，或無反應但呼吸正常**：疑似中風、無法分辨，或暈厥後未能迅速完全清醒者，立即撥打急救電話；並指定旁人到路口接應救護車。

4. **體位**：解開衣領、腰帶，保持呼吸道通暢。意識未清醒而呼吸正常者，置於復甦側臥位，以防嘔吐物阻塞氣道；已清醒、疑為單純暈厥者，平臥並抬高雙腿；疑似中風者保持安靜臥位，勿搖晃、勿強行扶起；孕婦（約 20 週以上）宜左側臥。
5. **禁食禁水禁藥**：疑似中風者，即使清醒，亦不給任何飲食或藥物（包括阿斯匹靈、降壓藥、安宮牛黃丸等），待醫院評估；昏迷或吞嚥困難者一律不餵，以免嗆入氣管導致窒息。
6. **記錄**：發病或最後正常之時間、症狀變化、已服藥物（尤其抗凝血藥或抗血小板藥）與病史，交予急救人員。
7. **持續觀察**：注意反應、呼吸與面色；一旦失去反應且呼吸不正常（或只有喘息），立即停止其他操作，進行 CPR。

（三）等候急救時之氣功輔助

上述步驟完成、急救已在途中，且受者有反應或呼吸正常時，術者可在不妨礙急救之前提下作以下安撫與輔助（非治療）。原則為「醒神、護心、辨升降」：手法輕重有度，頭部只作輕觸或懸空之輕柔調氣（掐人中除外）；術者本身須心態平穩、呼吸勻長，發氣時頭部側偏，不正對受者口鼻。

表 E-14　等候急救時之輔助手法

目的	取穴與手法	注意
醒神	人中（水溝）：用於暈厥後未醒者；在人中溝上 1/3 與中 1/3 交點，以拇指指甲或指腹向上（鼻根方向）適度按掐，至受者皺眉、呻吟等有反應為度，意念「醒神開竅」	傳統急救手法，未經研究證實；不可掐破皮膚，不可因此延誤急救
醒神	合谷、內關：劍指或拇指中等力度點按	內關兼可寧心安神
護心	膻中（胸骨上，橫平第 4 肋間隙）：平掌懸空覆之，受者呼氣時發溫熱之氣，意念「心陽振奮，心神安定」	不重壓胸口；需要 CPR 時立即停止
護肺	中府：平掌懸空覆於鎖骨下方，意念「肺氣宣降，呼吸通暢」	無反應而呼吸微弱、不規則或只有喘息者，即行 CPR，不作氣功

〔雙向操作〕等候急救時之升降選擇

項目	升：多屬暈厥、血壓偏低	降：疑中風、血壓偏高	平：無法分辨
判斷	面色蒼白、出冷汗、脈弱或血壓偏低	面紅耳赤、頭痛、牙關緊閉、血壓偏高	表現不典型或混雜
做法	平掌懸空覆百會，輕發溫熱之氣，意念「清陽上升，補氣固脫」；點按足三里、關元	雙手摩擦湧泉至溫熱，再以劍指點按；平掌由頭頂上方懸空向下，經胸腹導引至湧泉，反覆 9 次，意念「濁氣下降，氣血下行」	點按內關、合谷；平掌懸空護膻中；可摩擦湧泉至溫熱（作為刺激，不作反覆下導）
禁忌	不作反覆強力下導（4.9）	頭部不點按、不停留發氣，不施任何排病氣手法	不作升提或強力下導
甦醒後	平臥休息（孕婦左側臥）；完全清醒、能吞嚥且非疑似中風者，可飲溫糖水	仍須送院評估；不給任何飲食或藥物	仍須送院評估；不給任何飲食或藥物

〔要點〕急救輔助口訣

先叫救護，再行輔助；掐人中以醒神，護膻中以保心，辨升降而後導引。維持呼吸、心跳靠 CPR、除顫器與急救人員，氣功只作安撫與輔助；受者甦醒，則安撫情緒、等候救護車；一旦失去反應且呼吸不正常，立即改行 CPR。

〔說明〕本手冊不採用十宣放血

十宣放血屬侵入性操作，有感染與出血之風險；疑似中風者可能屬腦出血，或正服用抗凝血藥或抗血小板藥。目前並無可靠證據顯示其能改善暈厥或中風之結局，反而可能延誤急救；故本手冊不列為急救手法，亦不建議在現場施行（侵入性操作之資格要求見 2.4.1）。

（四）暈厥甦醒後之處理與預防

- **甦醒後**：繼續平臥 10–15 分鐘（孕婦左側臥），再慢慢坐起、站起，切勿立即站立；完全清醒、能吞嚥且非疑似中風者，可飲溫糖水；以平掌懸空輕覆膻中，安撫受驚之心神。

- **疑低血糖**：正用降糖藥、空腹或劇烈運動後，出現冷汗、手抖、心慌、飢餓感或神志改變者，可能為低血糖。完全清醒、能吞嚥且非疑似中風者，可給糖水或含糖飲料；15 分鐘未見改善或神志不清，即呼叫急救；神志不清者不可餵食。
- **應即呼叫救護車或即日急診**（任一項）：運動中或平臥時暈倒；暈倒前毫無預兆，或伴胸痛、心悸、氣促；伴新出現之腹痛或頭痛；有心臟病史，或家族中有年輕猝死者；暈倒後久未清醒、抽搐、受傷或大小便失禁；清醒後仍意識混亂、肢體無力或言語不清（Brignole 等，2018）。
- **須盡快就醫評估**：首次發作、年長者、孕婦、正用降糖藥者，或反覆發作。
- **預防反射性暈厥**：出現前驅症狀（頭暈眼黑、冷汗、噁心）時，立即坐下或躺下；或做「物理反壓動作」——雙腿交叉並繃緊腿部與臀部肌肉、雙手互扣用力向外拉，或用力握拳，持續至症狀消退。一項 223 人之隨機試驗中，學習此動作者之復發率為 32%，對照組為 51%（van Dijk 等，2006）。
- **生活調護**：足量飲水，避免久站與悶熱，由臥、坐起立宜緩；降壓、降糖藥物由醫師調整。
- **間歇期調理**（已經醫療評估）：屬氣虛下陷、清陽不升者，以〔升〕為主——意守丹田、平掌懸空覆百會、點按足三里與關元（表 4-7），少用下導；自我練功宜由坐姿腹式呼吸開始，站樁時間由短至長、身旁備椅，頭暈即坐下。

（五）中風恢復期：辨證與施治前確認

中風恢復期（一般指發病後兩週至半年）與其後之後遺症期，常見半身不遂、口眼歪斜、言語不利、吞嚥困難等。傳統依病位深淺分為「中經絡」（神志清醒，僅見肢體、口眼症狀）與「中臟腑」（伴神志障礙，病情較重）。其病機為本虛標實：本虛為肝腎陰虛、氣血不足（下焦空虛）；標實為風、火、痰、瘀阻滯腦絡與肢體經絡（上焦與四肢實滯）。

> 邪在於絡，肌膚不仁；邪在於經，即重不勝；邪入於府，即不識人；邪入於藏，舌即難言，口吐涎。　——《金匱要略・中風歷節病脈證并治》

〔安全提示〕每次施治前之確認

- 已經醫師診斷並確認病情穩定；急性期、病情變化中，或出院後未經醫師同意者，不施外治。
- 先量血壓：達 180/120 mmHg 或以上，或伴頭痛、胸痛、氣促、視力或神經症狀者，停止並就醫；血壓未穩定者，不在頭部發氣。
- 新出現或加重之無力、麻木、言語不清、視物模糊、劇烈頭痛或意識改變，可能為再次中風，立即撥打急救電話（BE-FAST）。
- 患肢新出現紅、腫、熱、痛（尤其小腿腫痛），須先就醫排除深靜脈血栓或感染，不施推、拍、揉等手法；如突然氣促、胸痛或咳血（可能為肺栓塞），立即呼叫救護車。
- 服用抗凝血藥或抗血小板藥、有出血傾向、皮膚破損、感覺減退或骨質疏鬆者，不用拍法、重力點按與強震（20.7）；中風患者多服此類藥物，排濁宜以懸空推法為主。
- 受者坐穩或臥位施治，以防跌倒；吞嚥困難者於治療中不餵食、不餵水，吞嚥評估由言語治療師進行。
- 情緒激動或大便秘結而用力排便，可使血壓驟升、氣機上逆：先平復情緒、依醫囑通便，再施治。

（六）患側與健側

準確區分患側與健側，是決定補瀉手法與氣機走向之關鍵。傳統觀點認為：患側多虛（氣血不至），健側多實（代償過度、氣血擁堵）。

〔雙向操作〕患側與健側

項目	患側（多虛・宜補宜通）	健側（多實・宜先疏導）
定義	出現運動障礙（偏癱、無力）、感覺減退或異常（麻木、冰冷）、口眼歪斜之一側	未見明顯運動障礙、能正常活動之一側
氣機狀態	氣血不至：經絡阻滯，多為氣虛血瘀或陽氣不達；痙攣期可見局部僵緊、拘急（因虛而經氣逆亂）	代償過度：人體將氣血與力量調集至健側以維持平衡，常見肌肉酸痛、僵緊、關節僵硬
觀察	微笑時口角下垂（口角歪向健側）；雙臂平舉時下垂或無法抬起	—
觸診溫度與張力	肌膚常冰涼、乾燥；早期鬆軟無力（弛緩），後期可緊繃痙攣	肌膚相對溫熱；肌肉往往較僵硬、緊張
懸空氣感	合谷、足三里等處氣感微弱、空虛，有吸力	氣感浮越、頂手
處理方向	〔補〕溫通：先開竅、後溫養；痙攣者輕撫溫震	〔瀉〕開路：導氣下行，釋放多餘張力

（七）恢復期外治程序：先健後患，上瀉下補

恢復期外治不宜一開始即猛補患側，否則易致氣血壅塞、閉門留寇；宜依下表四步進行，每次以受者不累為度，記錄可用附錄 D-2。

表 E-15　中風恢復期外治程序

步驟	目的	部位與取穴	手法	意念
一、健側開路瀉實 〔瀉〕	將健側擁堵之氣血導下，減輕整體張力，為患側氣血流動騰出空間	健側上下肢；曲池、合谷、陽陵泉（大腸經、膽經）	劍指於曲池、合谷、陽陵泉，受者吸氣時發涼氣；平掌沿肢體外側（陽經）由上往下推（離心）；以抖法（懸空，20.8）疏散，或輕柔揉捏放鬆僵硬肌肉。 肝陽上亢（頭脹、面紅）而血壓已穩定（未達 180/120 mmHg）者加：風池懸空冷導氣，再懸空沿頸側經肩井向下導引；太衝：由太衝向行間（逆經）導引，以平肝潛陽、引血下行。	「疏導擁堵，引氣下行」「釋放多餘張力」

步驟	目的	部位與取穴	手法	意念
二、患側開竅溫通〔補〕	激發患側經氣，打破「氣血不至」之僵局	患側頭面：百會、四神聰、地倉、頰車；肢體：肩髃、曲池、環跳、足三里	頭面：劍指懸空輕柔發氣，不震、不抓、不拉（17.1）。肢體：先以爪手懸空探患側氣感；平掌覆關節，受者呼氣時發熱氣；再沿經絡懸空緩慢導氣（順經），遇冰涼或硬塊處停留發熱氣，至手下轉為順暢、溫熱。	「醒腦通絡，牽正祛風」「氣至病所，溫養筋脈」
三、下焦固本、引氣歸元〔補〕〔降〕	培補肝腎、引火歸元，防氣血再次上衝腦竅；此為治本、防復發	關元、氣海、命門、湧泉	平掌覆關元、命門，受者呼氣時發熱氣；最後平掌懸空由大腿向下導引至湧泉，將上浮之肝風與氣血引至足底	「補腎填精，培元固本」「引氣下行，根深蒂固」
四、排濁收功〔瀉〕	散去痰濁風邪；術者排病氣	背部（肺俞一帶）及患肢經絡	以平掌懸空由背部、患肢向肢端推出（離心）為主；未服抗凝血藥或抗血小板藥、無出血傾向與骨質疏鬆、皮膚完好且感覺正常者，方可空心掌輕拍（20.7）；術者隨即甩手、拍打肺經、流水洗手、採氣（表 E-11）	「痰濁散去，病氣排出」

- **治痿獨取陽明**：中風後肢體痿軟無力（弛緩期），可參照痿證之治，多調患側陽明經（足三里、豐隆、解溪）；脾胃為氣血生化之源，脾胃強則氣血足，患肢方易恢復。
- **治風先治血，血行風自滅**：中風調理不能只著眼頭部，須重視脾胃（生化氣血）與肝腎（精血同源），補下焦以熄上焦之風火。
- **患側之「吸力」**：患側發氣時，術者手常覺被緊緊吸住，或指端有涼氣外冒，屬虛寒；宜耐心以熱導氣溫補，至患肢溫熱，甚或微微出汗，方為氣血已通。
- **痙攣期**：患肢呈「折刀樣」僵硬（手指緊握、手臂屈曲）時，不用強瀉，改平掌「輕撫」與「溫震」（輕震每秒 3–4 次、力度極輕），意念「舒筋緩急，柔肝養血」，使筋脈自然鬆開。
- **中途不適**：發氣中如出現頭暈、胸悶，立即停手，改為平臥，點按湧泉引氣下行；症狀不退或出現 BE-FAST 徵象，立即呼叫急救。

- **術者防護**：中風患者之病氣，傳統謂多夾「痰濁」與「肝風」；治療後必行防避排補（表 E-11），防風痰之氣上身。

> **〔經典〕治痿獨取陽明**
>
> > 治痿者獨取陽明，何也？……陽明者，五藏六府之海，主閏宗筋，宗筋主束骨而利機關也。　——《素問・痿論》
>
> 陽明為多氣多血之經，主潤養宗筋；後世據此，於中風後肢體痿軟無力者，亦多取陽明經穴（足三里、豐隆、解溪、曲池、合谷），以益氣血、利關節。

（八）後遺症之局部調理

表 E-16　中風後遺症之局部調理

後遺症	取穴	手法	注意
口眼歪斜（中樞性面癱）	患側地倉、頰車、下關；合谷	劍指懸空輕柔發氣，受者呼氣時發熱氣，意念「祛風通絡」；合谷點按	面部不施拉、抓、震（17.1）；配合面部表情訓練
言語不利（失語、構音障礙）	廉泉、通里、啞門	劍指懸空輕發氣，通里可點按；意念「開音利竅」	廉泉在頸前：只作懸空輕發氣，不按、不震、不拉；啞門在項部、深層近延髓，不重按、不震；配合言語治療
吞嚥困難	天突、膻中	平掌懸空覆天突、膻中，輕發氣，意念「降逆化痰」	天突在頸前，鄰近氣管與大血管：只作懸空輕發氣，不按、不震、不拉；吞嚥評估與訓練由言語治療師負責，治療中不餵食

〔研究證據〕中風與暈厥之研究

- 針刺治療急性中風之 Cochrane 系統綜述（33 項隨機試驗、3,946 人）：與假針刺比較，死亡或依賴未見減少；與無針刺比較之改善，證據確定性低至極低（Xu 等，2018）。
- 八段錦用於中風康復之統合分析（8 項試驗、822 人）：平衡（Berg 平衡量表）改善，但試驗質量偏低、樣本少，作者指出證據基礎薄弱（Zou 等，2018）。
- 物理反壓動作預防反射性暈厥之隨機試驗（223 人）：復發率 32%，對照組 51%（van Dijk 等，2006）。

實務意涵：目前未有證據顯示外氣可改善中風之結局；外治僅作舒適與輔助之用，自我練功（如八段錦）可作為復康中平衡訓練之補充，並須在安全監護下進行。

E-3　偏頭痛之評估與調理

偏頭痛屬中醫「頭風」「偏頭痛」範疇，特點為反覆發作、單側或雙側搏動性頭痛，常伴噁心、嘔吐、畏光、怕吵。病機多為肝膽風火上擾、痰濁中阻或氣滯血瘀，久病亦可見氣血兩虛。調理原則為「平肝潛陽、疏風通絡、引氣下行」；頭部切忌盲目重手法發氣，以免氣血上衝、加重疼痛。

〔安全提示〕頭痛紅旗：出現任一項，先就醫（必要時急診），不作外治

- 突發劇烈頭痛，於數秒至一分鐘內達到高峰（雷擊樣），或自覺「一生中最痛」。
- 伴發熱、頸部僵硬、皮疹，或伴全身不適、體重下降。
- 伴神經症狀：肢體無力或麻木、言語不清、視物模糊或複視、意識改變、抽搐（BE-FAST）。
- 50 歲以後新發頭痛，或頭痛模式改變、進行性加重。
- 咳嗽、打噴嚏、用力或運動誘發；與姿勢相關（站立或平臥時明顯加重）。
- 頭部外傷後；孕期或產後；有癌症或免疫力低下病史；眼紅眼痛伴視力下降。
- 頭痛伴血壓達 180/120 mmHg 或以上。
- 每月使用止痛藥 10 天或以上（單純止痛藥為 15 天或以上），或新用藥物後出現頭痛。

以上依 SNNOOP10 紅旗清單整理（Do 等，2019）。

（一）偏頭痛之特徵

依國際頭痛分類第三版（ICHD-3），無先兆偏頭痛為：至少發作 5 次；每次持續 4–72 小時（未治療或治療無效時）；具以下至少兩項——單側、搏動性、中至重度、日常活動（如走路、上樓）時加重或因而避免日常活動；並伴噁心或嘔吐，或畏光及怕吵；且不能以其他頭痛疾患更好解釋。部分患者（約四分之一至三分之一）於頭痛前出現先兆，如閃光、鋸齒狀暗點、肢體麻木或言語障礙，持續 5–60 分鐘。

註：首次出現先兆、先兆超過 1 小時、先兆以肢體無力為主或伴意識改變者，須就醫排除中風等病變。

（二）辨證分型與手探外候

表 E-17　偏頭痛之辨證分型

證型	主要表現	手探外候	方向	參考取穴
肝膽火旺（多見）	頭痛劇烈，搏動感強；面紅目赤，口苦，心煩易怒	兩側風池、太陽發燙；太衝弦硬緊繃	〔瀉〕〔降〕清肝瀉火、平肝潛陽	風池、太陽、率谷、太衝、行間、中渚
痰濁中阻	頭痛昏沉如裹；胸悶噁心，嘔吐痰涎	中脘、豐隆黏滯、微涼	〔瀉〕化痰降濁；寒痰者瀉中帶溫，不用冷導氣	中脘、豐隆、內關、足三里
氣滯血瘀（久病）	痛處固定，多呈刺痛，夜間加重	頭部局部（阿是穴）冰涼或有條索狀硬結	〔溫〕溫經通絡、行氣化瘀	阿是穴、太陽、風池、合谷、太衝
氣血兩虛	隱隱作痛，勞累後加重；面色蒼白	百會有下陷感；足三里虛軟無力	〔補〕〔升〕益氣養血	百會、足三里、氣海、脾俞

註：痛處固定而逐漸加重者，須先就醫排除顱內病變（見頭痛紅旗）。

（三）外治操作步驟

表 E-18　偏頭痛外治操作步驟

步驟	做法	要點
一、術前準備與探氣（約 3 分鐘）	術者意守丹田，引氣至勞宮與劍指尖；受者坐位或平臥，放鬆頭頸；劍指懸空探查兩側太陽、風池	灼熱或頂手（火旺）→ 準備瀉法；冰涼、空陷（虛寒、血瘀）→ 準備補法或溫通
二、開天門、推坎宮、旋太陽（輕柔）	開天門：劍指指腹自印堂輕推至神庭，9 次。 推坎宮：劍指自印堂沿眉弓分推至兩側太陽，9 次。 旋太陽：劍指於患側太陽懸空旋轉——肝火、痰濁者逆時針（瀉，意念清熱、化濁）；血瘀者逆時針，並於受者呼氣時發熱氣（溫中帶散，意念溫通化瘀）；氣血兩虛者順時針（補）。	意念「疏風解表，通絡止痛」；頭部只作輕觸或懸空，不重按
三、重點穴位發氣（辨證施治）	風池（雙側）：劍指距穴 3–5 cm；肝火旺者於受者吸氣時發涼氣（瀉），意念「清肝瀉火，平抑肝陽」；血瘀或兼受風寒者於受者呼氣時發熱氣（溫），意念「溫經散寒，祛風通絡」；氣血兩虛者輕發熱氣（補）。 率谷（耳尖直上入髮際 1.5 寸）：劍指懸空輕發氣，意念「解痙止痛」。 合谷、太衝（四關）：劍指點按發氣；血壓偏高或肝火旺者行瀉法——太衝向行間、合谷向食指端導引（逆經），意念「引氣下行，降壓止痛」。	率谷不施震顫（17.1）；四關為引氣下行之要穴
四、引氣歸元（必做）	平掌自頭頂上方懸空，沿頸、背向下導引至足底湧泉，反覆 9 次；再於雙側湧泉，受者呼氣時發熱氣，意念「引火歸元，氣沉丹田」	受者覺頭部清涼放鬆、腳底溫熱，即「上病下治」見效；氣血兩虛者下導減為 3 次，改覆丹田聚氣（13.7）
五、排濁與收功	頭部不施抓甩；平掌懸空自肩井沿上肢外側向手推出（離心），再甩手；術者甩手、流水洗手、拍打肺經、採氣（表 E-11）	受者飲溫水，閉目休息 5 分鐘

（四）急性發作期之調整

- **先藥後治**：依醫囑及早使用急性止痛藥；於安靜、昏暗處休息，可冷敷前額或頸後。

- **頭部只減不增**：發作劇痛時，不在頭部加重手法或快速震顫；改以遠端取穴為主——中渚（手背第 4、5 掌骨間，第 4 掌指關節近端凹陷中）以拇指掐按，並於受者吸氣時發涼氣，常用於側頭部（少陽）頭痛。
- **伴噁心嘔吐**：加點按內關、足三里；平掌覆中脘，沿結腸走向（順時針）輕摩，意念「和胃降逆，化痰止嘔」；便溏者改往返平摩。
- **伴血壓升高**：頭部（含太陽、率谷、風池）不施刺激，重點於太衝、湧泉、曲池行瀉法，引血下行；血壓達 180/120 mmHg 或以上，或頭痛性質與以往不同，立即就醫。

（五）間歇期之預防與自我調護

- **治偏頭痛，必求少陽**：偏頭痛多位於少陽經循行之頭側；重點疏通足少陽膽經，近取風池、肩井，遠取陽陵泉，並配太衝等足部穴，即「病在頭者取之足」（《靈樞・終始》）。
- **療程與評估**：外治每週 1–2 次，連續 8–12 週後評估；以每月偏頭痛日數減少一半以上為有效。成效不足者，回醫師處檢討預防用藥。
- **頭痛日記**：記錄每次發作之日期、時間、程度（0–10 分）、伴隨症狀、可能誘因與用藥（表 E-19），以找出個人誘因並評估成效。
- **避免誘因**：作息規律，避免熬夜、空腹與過勞；避開強光、噪音與冷風直吹頭部；留意飲酒、睡眠不足、月經前後等個人誘因。
- **自我保健**：每日以手指梳頭（乾梳頭），輕柔按揉太陽、風池；配合腹式呼吸、八段錦等練功（第十一章），或練太極拳。
- **情緒疏導**：偏頭痛者常有長期壓力或情志抑鬱（中醫謂之肝氣鬱結）。發氣時配合語言引導，請受者深呼吸、放鬆肩頸，臨床經驗認為效果常較單純發氣為佳。
- **用藥**：每月使用止痛藥 10 天或以上（單純止痛藥為 15 天或以上）者，有藥物過度使用頭痛之風險，應就醫調整；預防用藥遵醫囑，不可因外治而自行停藥。

〔要點〕偏頭痛調理三要

- **切忌頭部強攻**：頭為諸陽之會，氣血本盛；頭部過度發氣或用力按壓，易致氣機上逆，反而加重頭痛，甚至頭暈。頭部手法必須輕柔、懸空、點到為止。
- **上病下治**：以四關、湧泉、陽陵泉等遠端穴引氣下行，並以引氣歸元收尾。
- **先辨紅旗**：每次頭痛先排除紅旗徵象，再行調理。

〔研究證據〕偏頭痛之研究

- 針刺預防發作性偏頭痛之 Cochrane 系統綜述（22 項試驗、4,985 人）：有效率（發作頻率減半以上）對無針刺為 41%比 17%，對假針刺為 50%比 41%；與預防藥物比較，三個月時為 57%比 46%（針刺較佳），六個月時為 59%比 54%（差異不顯著），且不良反應較少；證據確定性中等（Linde 等，2016）。
- 太極拳預防偏頭痛之隨機對照試驗（香港 82 名女性，12 週）：與對照組比較，每月發作減少 3.7 次，偏頭痛日數減少 3.0 日（Xie 等，2022）。

實務意涵：上述證據來自針刺與自我練功，外氣本身尚缺可靠研究；外治宜作輔助，並以頭痛日記客觀評估成效。

（六）頭痛日記

姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿　月份：＿＿＿＿＿＿　預防用藥：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

表 E-19　頭痛日記

日期	起止時間	程度（0–10）	部位與性質	伴隨症狀（噁心、畏光、怕吵、先兆）	可能誘因	用藥（名稱、劑量）	外治 / 練功

提示：每月統計發作次數、頭痛日數與服藥日數，並與治療前比較；每月使用止痛藥 10 天或以上（單純止痛藥 15 天或以上），應就醫。

參考文獻

一、經典文獻

[1] 《黃帝內經素問》：〈金匱真言論〉、〈陰陽應象大論〉、〈五藏別論〉、〈異法方宜論〉、〈離合真邪論〉、〈評熱病論〉、〈痿論〉、〈五運行大論〉、〈六微旨大論〉。

[2] 《靈樞經》：〈九針十二原〉、〈終始〉、〈經脈〉、〈官能〉、〈逆順肥瘦〉。

[3] 《難經》：〈四十九難〉、〈六十七難〉、〈六十九難〉。

[4] 東漢・張仲景《金匱要略》：〈中風歷節病脈證并治〉。

[5] 金・竇漢卿《標幽賦》。

[6] 明・徐鳳《針灸大全》所收〈金針賦〉。

[7] 唐《幻真先生服內元氣訣・布氣訣》（收於《道藏》；另見《雲笈七籤》）。

二、標準與臨床指引

[8] 國家市場監督管理總局、國家標準化管理委員會。GB/T 12346-2021《經穴名稱與定位》。2021。

[9] 國家市場監督管理總局、國家標準化管理委員會。GB/T 40997-2021《經外奇穴名稱與定位》。2021。

[10] World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. WHO Standard Acupuncture Point Locations in the Western Pacific Region. Manila: WHO WPRO; 2008.

[11] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1–211.

[12] Do TP, Remmers A, Schytz HW, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. Neurology. 2019;92(3):134–144.

[13] Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrison KS, et al. 2026 Guideline for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2026. doi:10.1161/STR.0000000000000513.

[14] Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2018;39(21):1883–1948.

三、現代研究

[15] Lee MS, Pittler MH, Ernst E. External qigong for pain conditions: a systematic review of randomized clinical trials. J Pain. 2007;8(11):827–831.

[16] Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Internal qigong for pain conditions: a systematic review. J Pain. 2009;10(11):1121–1127.

[17] Vincent A, Hill J, Kruk KM, Cha SS, Bauer BA. External qigong for chronic pain. Am J Chin Med. 2010;38(4):695–703.

[18] Bai Z, Guan Z, Fan Y, et al. The effects of qigong for adults with chronic pain: systematic review and meta-analysis. Am J Chin Med. 2015.

[19] Chen KW. An analytic review of studies on measuring effects of external qi in China. Altern Ther Health Med. 2004;10(4):38–50.

[20] Yount G, Solfvin J, Moore D, et al. In vitro test of external Qigong. BMC Complement Altern Med. 2004;4:5.

[21] Rosa L, Rosa E, Sarner L, Barrett S. A close look at therapeutic touch. JAMA. 1998;279(13):1005–1010.

[22] Lee MS, Pittler MH, Guo R, Ernst E. Qigong for hypertension: a systematic review of randomized clinical trials. J Hypertens. 2007.

[23] Xiong X, Wang P, Li X, Zhang Y. Qigong for hypertension: a systematic review. Medicine (Baltimore). 2015;94(1):e352.

[24] Zou L, Sasaki JE, Wang H, et al. A systematic review and meta-analysis of Baduanjin qigong for health benefits: randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2017;2017:4548706.

[25] Effects of Baduanjin exercise on sleep quality, depressive symptoms, quality of life, and body composition in older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front Public Health. 2026. doi:10.3389/fpubh.2026.1882039.

[26] Device and non-device-guided slow breathing to reduce blood pressure: a systematic review and meta-analysis. Complement Ther Med. 2019. PMID: 31331557.

[27] Ng BY. Qigong-induced mental disorders: a review. Aust N Z J Psychiatry. 1999;33(2):197–206.

[28] 吳國居。古代道醫「布外氣」療法的實踐與困境。醫學與哲學，2025，46(2)：68–73。

[29] Lin Housheng（林厚省）. Preliminary experimental results of the investigation on the materialistic basis of “Therapy of Qi Mobilization” in qigong. 1st International Seminar on Qigong; 1986.（1978 年與顧涵森於《自然雜誌》發表之外氣測量報告，見 Chen 2004 之回顧。）

[30] Ahn AC, Colbert AP, Anderson BJ, et al. Electrical properties of acupuncture points and meridians: a systematic review. Bioelectromagnetics. 2008;29(4):245–256.

[31] Aroor S, Singh R, Goldstein LB. BE-FAST (Balance, Eyes, Face, Arm, Speech, Time): reducing the proportion of strokes missed using the FAST mnemonic. Stroke. 2017;48(2):479–481.

[32] Xu M, Li D, Zhang S. Acupuncture for acute stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2018;3(3):CD003317.

[33] Zou L, Wang C, Chen X, Wang H. Baduanjin exercise for stroke rehabilitation: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(4):600.

[34] van Dijk N, Quartieri F, Blanc JJ, et al. Effectiveness of physical counterpressure maneuvers in preventing vasovagal syncope: the Physical Counterpressure Manoeuvres Trial (PC-Trial). J Am Coll Cardiol. 2006;48(8):1652–1657.

[35] Linde K, Allais G, Brinkhaus B, et al. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(6):CD001218.

[36] Xie YJ, Tian L, Hui SSC, et al. Efficacy and feasibility of a 12-week Tai Chi training for the prophylaxis of episodic migraine in Hong Kong Chinese women: a randomized controlled trial. Front Public Health. 2022;10:1000594.

四、新聞與其他

[37] 人民日報海外版。〈中醫養生功法已推廣至 67 個國家和地區〉。2026 年 1 月 23 日，第 9 版。

[38] 新華社。〈醫體融合　我國首個八段錦基礎性團體標準出臺〉。2026 年 5 月 28 日。

[39] 澎湃新聞。〈最後的體制內氣功機構：對於氣功熱，我們真的做過反思〉。2014 年 12 月 17 日。

說明：研究文獻依手冊引用之重點摘要；部分條目僅列期刊、年份與識別碼，詳細書目以原刊為準。