

Basics/Theory (基礎理論)

1 Introduction (簡介)

1.1 History (歷史)

起源: 與普遍的看法相反，耳針並不是比體針更新的療法。早在 2100年前的中醫著作《黃帝內經》中，我們就發現了外耳和身體個別區域的反射關係的證據。記錄顯示，大約 2000 年前，這些關係 也在波斯、埃及和希臘用於治療上。這些反射關係最早是在哪個文化中發現的仍然是個謎，主要是 因為我們只有直到17 世紀的一些醫療記錄。因此，這種方法的某些元素治療（例如，在上耳廓區 域進行燒灼以治療坐骨神經痛）的生存主要歸功於中東和非洲部分地區的代代相傳。

在17 世紀，在藝術和醫學論文中都有跡象表明，耳廓的反射關係在歐洲也廣為人知。他的第一個 也是最重要的例子是 Hieronymus Bosch （1450-1516 年）的名畫《The Garden of Earthly Delights(人間樂園) 》。這幅祭壇三聯畫的右翼展示了地獄的象徵性插圖，除此之外，耳朵與身體 其他部位之間的某些關係被詳細描繪出來。上耳廓的區域被兩根長矛中的一根刺穿，與提到的用於 坐骨神經痛的燒灼區域相同。在 1637 年的病例描述中， 葡萄牙醫生 過耳燒灼治療坐骨神經痛，並在 Zaratus Lusitanus 報導了通 1717年 Valsalva 描述了在他的《De 一書中，一個因牙痛而被燒灼的耳廓區域。

同樣從19 世紀開始， 有趣的醫學耳廓燒灼記錄存在坐骨神經痛綜合徵， 例如 Bastia(醫生Luciano(盧西亞諾)，以及1850 巴斯蒂亞)的 年在巴黎的 Charité 外科醫生 Valette 的觀察紀錄。

法國/ 西方學派。 這些文件中描述的耳輪上燒灼區的不同定位表明， 當時尚不存在耳部反射療法的系 統方法。直到 1950 年代的法國醫師 Paul Nogier — 我們也應歸功於他從醫學史中“ 重新發現”上 述文獻—— 形成了系統的基礎 在多年細緻研究的偶然觀察的基礎上，他發現了耳針療法。在他的一 些患者 中，他注意到耳廓上部因治療性燒灼而產生的疤痕，以緩解坐骨神經痛綜合徵 的症狀。一些 在非洲通過Marseilles(馬賽) 的外行治療師 —— 在西方醫學被 證明不成功之後，都得到緩解。 她從在印度支那當醫生多年的父親那裡學會了

這種治療方法。Nogier於 賽) 的針灸會議上首次展示了他的成果，1956 年在 Marseilles(馬 名為 Auriculotherapy。因此，今天的耳針療法，爭議的創始人。這第一次演講—(Bachmann) 他是無可 巴赫曼將其翻譯成德語，隨後發表在 Deutsche Zeitschrift für Akupunktur (DZA，德語針灸雜誌；Nogier 1957) —為這種治療方法奠定了基礎。

中國學派。Nogier 的知識也傳到了中國，他的著作引起了對數千年前中國傳統的重新思考，從而激發了廣泛而深入的研究。迄今為止，中國的發現在很大程度上證實並補充他理論的不足，但也產生了一些矛盾。然而，Nogier 被公認為當今耳針的發現者，甚至在中國也是如此。中國耳針學派 78 通過奧地利醫生 Georg König and Ingrid Wancura 獲得了國際認可，原因在於針灸誘導鎮痛方面的良好效果。

兩種形式——所謂的中國耳針和Nogier的耳針療法——有很多共同點，儘管有時點的定位可能不同。明智的目標是將兩所學校的任何確證知識整合到一個屋簷下，並用它來造福患者。

不同學校相互競爭研究和相互驗證他們的研究結果，保證研究的一些控制性和可靠性，並持續討論。早在1970年代，俄羅斯研究人員也對該領域做出了重大貢獻，主要作者是Durinjan、Portnov和 Velchover。儘管他們的研究主要在獸醫學領域，但他們的結果與人類醫學中描述的結果相當

在過去的15 年中，國際研究團隊的積極發現，例如在周術期醫學(periooperative medicine) 和成癮治療領域，增加了對耳針有效性的認識，並鼓勵了進一步的研究。

例如，在周術期醫學(periooperative medicine) 中，Usichenko 等人(2007) 的文獻調查顯示越來越多的隨機對照試驗表明，[耳針聯合藥物療法被認為是一種有效的治療模式](#)，作為綜合患者護理的一部分。這項調查的數據揭示了耳針最常見的周術期醫學(periooperative medicine) 適應症：進行術前用藥，減少全身麻醉期間麻醉劑的使用，以及術後疼痛治療。

根據這項研究，[耳針似乎是術前抗焦慮和減少術後鎮痛劑使用的有效補充療法](#)。

Usichenko 等人、Li和 Wang、 Vorobiev 和Dymniko 最近的研究工作示例如下所述： Vorobiev Dymnikov's 和 (2000) 關於術後疼痛治療的盲法研究顯示門診手術後疼痛強度和鎮痛藥的使用降低。 Li和Wang (2006 年) 的一項雙盲研究表明，在肝臟手術後的前5 天內應用耳針可顯著減少鴉片 類藥物的使用。 Usichenko等人(2005a) 研究了在接受髖關節置換術的患者中使用耳針對“神門”、“肺”和“ 髖關節”、 視丘” 穴位與耳針的應用對術後鎮痛劑使用的影響，對術前耳針抗焦慮的隨機對照試驗表明， 耳針與10 mg diazepam。 具有相同的抗焦慮作用

1.2 The Term Microsystem (微系統)

術語微系統是指以功能相關的形式，反映整個身體區域的現象。 通過這些身體區域，可以利用與身體外部或內部區域的明確反射關係來提供診斷線索或啟用治療措施。同義詞是表示區域和 somatotopy (來自希臘語： soma , body ; topos , place) ；後者該術語主要用於神經病學和神經解剖學，它適用於在身體神經和功能方面對應於某些運動或感覺區域的皮層區域。

微系統並不像人們想像的那樣，是小層級的身體微投射。而是表示領域，每個主要代表與對應區域 匹配的有機體的特徵反射關係。身體中有不同的微系統相互關聯，每個微系統都代表一個獨立運作的系統，具有各自的內在規律，具有自己的特徵和特殊的診斷和治療可能性。根據 Gleditsch (2005) ，不同微系統的重疊讓人想起幾個運動場上在體育館地板上相互重疊：根據標記，將進行一項或另一項運動。 從這個意義上說， 舌頭，嘴巴， 鼻子，手， 腳底的反射區的功能共存和相互作用， 或耳廓可以在人體或體針系統的整體圖景中理解

在上述同義詞中，術語微系統最能描述集中的在其有組織的系統反射範圍內的全身投射形式關係。

1.3 Scientific Findings Concerning Ear Acupuncture (關於耳針的科學發現)

在1980 年代和1990 年代，兩種具有充分實驗基礎的針灸研究理論從各種解釋模型中結晶出來。 憑藉它們的功能交聯和相互作用，這些理論構成了當今關於該主題的科學知識的基礎：一種理論代表神經生理學(neurophysiological) ，或

神經平面(nervous plane) , 另一個理論是神經體液平面 (neurohumoral plane)。

然而, 研究結果假設針灸要有效, 神經系統必須是完整的。他們超越了“門控(gate control)”假設 (Melzack and Wall 1965) , 假設主要的疼痛緩解機制不僅位於脊髓階級, 也在中腦區域。在這裡, 特別是在中腦導水管周圍的灰質(periaqueductal gray matter) 中, 內啡肽腦內啡的分泌增加 是由周邊刺激觸發的。這導致疼痛傳導的抑制由神經傳遞物血清素傳導的脊髓下行纖維 (疼痛的下行抑制)。

除了針刺激的交感神經作用, 如增加血流量外, 針灸的節段性參考也很重要, 這可以在神經解剖學 層面上得到驗證, 例如各個穴位的作用特徵之間存在顯著的對應關係。根據Head (1893) 發點(trigger points) (Melzack and Wall 1965) , 針灸點與最大點(maximum points) 的經常符合, 以及皮膚在這些點上, 阻力明顯較低。

耳針作為一個獨立的微系統可以與體針區分開來, 本質上是因為反射點或區域只有在受到刺激時才會顯現出來。耳針按照是/否原理, 就像一個控制論的二元系統: 的身體部位受傷或患病時, 它們才會有反應, 以“只有當相應的器官受到干擾或相應穩定狀態(steady state)”存在, 這就是為什麼他們可以隨時被識別。

據推測, 目前可用的主要科學解釋理論, 即神經生理學(neurophysiological)和神經體液模型 (neurohumoral models), 適用於兩種形式的針灸。在神經生理學層級上, 耳廓微系統的各個點表現出不同的相互作用, 可以從神經解剖學上理解, 如它們的反射弧連接到中樞神經系統的更高區域, 例如腦幹和丘腦 (Velchover 1967和Durinjan 1983) 。這可以通過局部緊密的胚胎發育和耳廓異常密集和分化的神經支配來解釋。急性疼痛狀態下的快速起效可能歸因於這些相對較短的反射路徑。

1.4耳針和體針的比較

耳針和體針都起源於中國古代。然而, 由於Nogier 的發現和系統化, 才有可能利用耳針的所有治療可能性。

而體針療法, 自 2000 多年前有記載以來, 其基本原理並沒有發生太大的變

化，系統和十二經系統的基礎上一 它是建立在陰陽對應 六陽六陰經一 它們沿著由穴位定義的身體表面的解剖學上可識別的線 運行。作為通用參考系統的五大元素及其五個轉變階段，被添加為基本成分補充針灸的這些基礎知識。

相比之下，耳廓被賦予了一個獨立於體針方式的微系統。此微系統展現全身的直接反射關係。耳針 療法與許多系統排列的反射點一起運作，當受到刺激時，可以在外耳的某些解剖學上明確定義的區 域識別這些反射點。Nogier 描述的倒置胚胎圖可以提供一個粗略的方向；由於頭部 和手的不成比例的表示，它與大腦皮層的體細胞表示具有明顯的相似性。

與此相反，體針在穴位或通路與某些器官或身體區域之間沒有直接的、神經學上定義的反射關係，除了俞穴和募穴。

體針和耳針所用的穴位可以透過他們的皮膚抵抗力下降被證實 。如上所述，我們必須牢記，耳穴只 有在相應器官功能受到干擾或損傷而受到刺激時才能識別，而身體穴位可以隨時定位。

在體針中，某些針感，如得氣感或經脈傳播感（PSC），常可誘發，可解讀為針灸治療成功的徵兆，耳針則無此反應。

使用這兩種方法，在受症狀影響的身體一側可以識別出比對側更多的活動點或區域，這源於耳廓、 大腦和目標器官或身體區域之間的反射路徑的雙重交叉。

耳針與體針相比，更容易獲得診斷方向並用於治療，方向是根據皮膚的變化（如脫屑、發紅或其他 炎症症狀）直接識別受刺激的反射區。以及對壓力的敏感性和皮膚抵抗力的降低。這需要更多涉及 體針的診斷程序。

針刺、電刺激和激光可在這兩種程序中用作刺激方法。但是，由於耳朵的分化和密度，拔罐和灸只 用於體針，這使得在耳朵上進行針對性的應用是不可能的。

鑑於適應症依賴的優先級，不可能對這兩種方法的有效性進行一般性陳述。例如耳針的領域，由於 它的特殊功效主要在於急性疼痛的疾病領域，在中醫方面，它是陽病領域。在這裡，體針也可能有效，但這似乎主要在慢性領域更有

效或慢性復發性疾病。在許多情況下，兩種程序的組合是明智的。

治療持續時間沒有差異，每次治療需要大約 20 至 45 分鐘，治療間隔或治療次數取決於患者 的體質和疾病類型。

耳針與體針相比，可以在較短的時間內學會，理論基礎可以在幾週內獲得，而只有幾個月的密集實踐培訓才能獲得有意義的治療效果。另一方面，通常需要多年的體針實踐經驗才能掌握這項技術。

耳針在實際應用中具有明顯的優勢。不像體針，耳針不需要患者完全或部分脫衣服進行治療。此外，那些因傷口、繃帶、腫脹或極度疼痛而無法用體針局部治療的身體部位，可以透過耳廓反射，利用 遠程耳穴進行治療。

相比之下，體針的優點是一般不用技術配件。經驗豐富的治療師僅通過精確定位和觸診找到穴點。然而，要找到耳廓上的穴位，至少需要壓力探針、觸針或針灸針本身。用針灸針進行探測——Gleditsch 的穴位技術 (Grüsser et al 2005)——通常留給有經驗的治療師使用。用於尋找點和確定減少的皮膚電阻的簡單電子搜索儀器對於安全地定位每個受刺激的耳點是有用的，因為它們的精細、密集的排列和刺激狀態。

對於這兩種針灸系統，作用機制是通過活化身體自身的恆定，理想情況下，會導致癒合，而不僅僅是快速緩解疼痛。假設身體的自然癒合機制本身透過刺激的目標定位被重新激活，從而恢復身體功能的原始無症狀相互作用。

耳針和體針都不知道治療引起的對健康的干擾的不利影響。唯一的例外是治療後立即感到相當舒適的麻木或疲倦。然而，這些影響通常會在幾個小時內消失，應該被視為一個積極的跡象，即作為治療誘導的身體自我調節能力的表現。

1.5 Laterality (偏側)

醫學意義上的側向性是指人腦的後顯性特化。它可以在某些也是後顯性的身體功能中被識別出來，例如左撇子或右撇子，作為大腦綜合和協調表現的表達。有趣的見解這個話題是由美國科學家提供的，如 Deutsch 和 Ornstein，

他們通過系統的科學研究驗證了經驗觀察。根據他們的說法，大腦的左半球更負責右腦的理性、語言和數學能力。慣用左手的人，而右半球更多地代表一個人的非語言（視覺或直覺）創造力。真正的左撇子——約佔人口的 2% 到 5%——顯示出大腦半球的倒置優勢，儘管結果在這方面得到的並不一致。

人類大腦的後主導專業化(laterodominant specialization)與個人語言發展（奧恩斯坦Ornstein）有關，因此顯然也與不同的文化環境有關。這解釋了西方文明中普遍存在的右撇子，與亞洲地區欠發達的文明和人口相比，西方普遍存在富有想像力的直覺思維。即使在今天，象形文字(pictographs)也很普遍用於寫作。

兩個大腦半球幾乎相反的特化顯然與內源性自我調節機制有關，這些機制旨在對兩個區域進行一些調整或協調，以確保更平衡的生活表達。外源性對偏側性的影響，例如左撇子和對天賦的壓抑或忽視，可能會干擾身體以調節為目的的先天調節過程，並可能導致機體內部的病理反應。對側向性的干擾如何以不同位置的形式在耳廓上表現出來，尚未有相應代表區域的刺激進行科學調查；這個問題需要進一步研究才能得到解決。

因此，側向性對耳反射療法的重要性不大。根據所提出的知識，人們可能會假設耳朵發出的信息信號更強，總是分配給更不活躍的——在西方文化中通常更直觀——大腦的半球。這必須被理解為一種內生調節機制的表達，目的是在兩面性的意義上調整理性和直覺能力。

因此，在耳針療法中，我們經常發現，對於許多不同的症狀複合體，表徵區域的反應性明顯是對側的（相對於優勢半球），這些症狀複合體可以在最廣泛的意義上被表徵為身心(psychosomatic)。相對的，所有創傷性或非精神性的身體的特徵性疾病投射到同側耳廓（相對於疾病的位置），因此應主要從這一側治療。然而，非優勢耳廓上也有額外的刺激區域，這些可以包括在治療內。

在所有不能通過拍手試驗無意識地和直觀地確定為左撇子或右撇子的不確定側向的情況下，可以對兩個耳廓進行治療而沒有任何問題。

在日常練習中，為了定位這個目的，通常獨立側向檢查兩個耳廓是否存在反應點，並在資訊量更大的一側開始針刺。

在其獨特的專業範圍內，使用磁場、頻率調製和濾色器，Nogier 的法國耳穴療法特別強調側向現象 以及它可能受“側向控制點(laterality control point.)”影響的方式。，應該考慮的是，當忽略對他或她的情緒/心理人格的整體評價而傾向於使用客觀科學基礎尚待定的高科技診斷時，患者可 能會被控制 (manipulated)。

1.6 Indications and Contraindications (適應症和禁忌症)

適應症。眾所周知，不是所有的症狀都可以通過單一次的治療得到同樣好的或成功的治療。就像體 針一樣，耳針在治療選擇上也有其局限性。為了成功地使用該程序，了解這些限制是非常重要的， 越 是區分和限制程序的範圍。

我們可以假設，基於最廣泛的治療意義的功能微系統，**耳針對幾乎所有的身體疾病或疾病都有支持 或緩解作用**，也可以與其他方法結合使用。然而，僅在此基礎上，治療師不會公正地對待耳針的長 處。一方面主要涉及中醫所說的所謂陽病。另一方面，它們與西醫方法中的所謂急性疾病有關，例 如運動系統的急性疼痛症狀（如腰痛-坐骨神經痛綜合徵，肌痛）以及急性創傷狀態，神經痛，或 頭痛。

此外，某些形式的成癮，如尼古丁成癮和對食物的渴望，似乎是一個受歡迎的治療話題。然而，我 想強調的是，耳針作為一種有效但僅支持治療的方法有其局限性。

禁忌症 絕對有必要區分相對禁忌症和絕對禁忌症。

Relative Contraindications(相對禁忌症)

- ☆Pain of unknown origin.(不明原因的疼痛)
- ☆Painful malignant diseases.(惡性疾病的疼痛)

During Pregnancy(懷孕期間)

- ☆Ovary point.(卵巢點)
- ☆Uterus point.(子宮點)
- ☆Genital areas.(生殖區域)

Absolute Contraindications(絕對禁忌症)

- ☆Life-threatening diseases.(威脅到生命的疾病)
- ☆Extraordinary sensitivity to local pressure, or inflammation of reflex zones or

points. (對局部壓力或反射區或點的炎症異常敏感。)

☆Inflammation or injury of the entire auricle. (整個耳廓的炎症或損傷。)

1.7 Side Effects and Complications (副作用和併發症)

副作用。耳針唯一不舒服的副作用是所謂的原發性加重(primary aggravation) , 這種情況很少見, 且性質不嚴重。它代表了患者原症狀的一種進展, 通常在幾個小時內消退。一方面, 這種加重表明 治療是正確的; 另一方面, 它也證實治療師選擇的刺激太強了。Complications. The rare but mostly avoidable complications that may occur in connection with ear acupuncture must be taken seriously. 併發症。必須認真對待與耳針有關的罕見但大多數可避免的併發症。

★Vasovagal attack (increased risk when treating in the area of the concha Caution!

★Local infection.(局部感染) and antihelix). 血管迷走神經性昏厥 (在耳甲和對耳輪區域治療時風險增加) 。

對耳道周圍最密集的迷走神經支配區域進行不加鑑別的和粗心的針刺會帶來血管迷走神經性昏厥的 風險, 如果患者患有潛在的原發性疾病, 可能會導致潛在的致命情況。必須透過適當的患者定位和 診斷嚴重的原發性心臟病來防止這種情況發生。

與嚴重後果相關的另一個併發症是局部感染的風險, 尤其是在不乾淨和創傷性針刺後發生。某些不 能由醫生持續監測的刺激技巧 (例如, 使用永久性針頭或顆粒膏藥(pellet plasters)) 和創傷性皮下穿刺技術 (例如, 在皮膚和軟骨層之間插入“濕”針) 可能導致局部感染, 包括罕見但最終有害 的軟骨膜炎(perichondritis)。

由於這些高風險針技術沒有令人信服的適應症, 治療師有義務為其使用提供特別全面的解釋。

1.8 Nomenclature (命名)

儘管耳朵的開發和系統方法的時間相對較短, 1960 年代, Nogier 開始為每個穴位命名, 但在 1980 年代, 在 König 和 Wancura 引入了中國耳穴編號之後, 他轉向了自己的編號系統通過他們在 1970 年代初期的出版物 (Lange 1985) 傳

到歐洲。中國人最初也使用這些點的名稱，這從中國古代耳朵 及其像徵性插圖中可以看出（見圖 1.6）。今天，一些這些點或區域仍然有編號和名稱；例如，點 55 的名稱是神門點（神門點,Divine Gate point）

Nogier 的數字命名法(numericalnomenclature)沒有保留下來，而實際上，有兩個系統存在他們的 基礎：中國學派的主要數字命名法和西方耳穴療法的名稱導向命名法，很大程度上可以追溯到 Nogier。這些穴位通常帶有非常有前途的偽科學名稱（例如乾擾素點）或類似於藥物的名稱，這給 人的印像是沒有治療方法耳針的局限性。實驗證明，這些穴位的有效性與它們的命名不符，應理解 為僅作為指向正確方向的線索。

世界衛生組織(WHO)於1987年在首爾商定的耳醫學治療命名法，主要以中國風格描述了大約 43 個 耳點或區域，遵循所謂的 WHO 代碼。1970 年世界衛生組織在里昂召開耳穴命名會議，Nogier特別 受到認可，但並沒有產生明確的結果。邁向國際化的這一步驟當然受到歡迎，並促進了全球研究數 據的交流。但是，由於此代碼過於複雜，因此對於實際工作而言意義不大。

美利堅合眾國加利福尼亞大學洛杉磯分校 (UCLA) 對尋找命名法進行了有希望的嘗試。主要領導人 物是 Oleson (1990)，他將耳廓細分為多個小區域（表 1.1）。根據它們的解剖位置，這些區域被 分配了一個字母數字代碼，其中字母反映了拉丁衍生解剖名稱的首字母（圖 1.7）。這些區域中的 每一個的位置和大小——在耳廓上像一張網一樣分佈——很難根據它們的大小來定義，因此是任意 選擇的。與反射區一樣，它們需要更精確的解剖描述和定義。

目前我們仍沒有實際經驗來決定這個細分是否會成功，並可應用於耳廓的三維結構。儘管如此，就 邏輯和可重複性而言，UCLA 命名法似乎比WHO 規範更實用、更有意義，尤其是在國際經驗交流方 面。因此， 希望在WHO 針灸命名法標準化工作組的下一次會議上進一步討論和研究這一想法。 國際化，本書包括了英文術語或代碼列表，以及 為了 UCLA 細分區域的概述。我們強烈建議對國際經驗 交流感興趣的同事熟悉所列的英文術語和/或 WHO或 UCLA 耳朵代碼。

在實踐中，更具描述性的西方命名法和迄今為止中國學校的主要數字命名法已

被證明是成功的。練習耳針的每個人都應該熟悉以實踐為導向的命名法。在某些情況下，出於實際需要而對命名法進行了某些字母數字修改。例如，Lange (1985) 對枕骨點(29) 正(sensible modification) 和點29a、29b和29c 進行了靈敏修，這些點位於postantitragal line 上，部分由中國人描述，部分由西方人描述。在此，針灸師可以在西方耳針中看到一個獨特的整合過程。























