

南華大學
自然醫學研究所
碩士論文

穴位按摩對減輕產後母嬰分離哺乳婦女
乳房腫脹之成效

**Efficacy of Acupressure on Breast Engorgement
during Breast-feeding in Postpartum Mothers**

指導教授：陳秋媛博士

研究生：陳嘉惠

中華民國一百零一年六月

南華大學
自然醫學研究所
碩士論文

穴位按摩對減輕產後母嬰分離哺乳婦女
乳房腫脹之成效

Efficacy of Acupressure on Breast Engorgement
during Breast-feeding in Postpartum Mothers

研究生：陳嘉惠

經考試合格特此證明

口試委員：陳嘉民

連秋媛

何宗融

指導教授：連秋媛

系主任(所長)：連秋媛

口試日期：中華民國 101 年 6 月 6 日

致 謝

就讀研究所這兩年是我人生中最豐富也是最快樂的求學時光。

本論文得以順利如期完成，首先我要感謝我的指導教授陳秋媛所長，謝謝您這兩年悉心的指導，讓原本對作研究一竅不通的我，逐漸有了頭緒；您謙卑低調的為人處事態度，也是我額外受益良多的收穫。感謝陳嘉民老師在研究階段給予統計學上的協助。感謝自醫所上全體老師這兩年來對本研究提出之建言。也要謝謝何宗融主任百忙之中抽空擔任本論文之口試委員給予寶貴的建議。

感謝邱靜瑜主任授權本研究之研究工具量表。感謝聖馬爾定醫院產後護理之家陳晴玲督導、林宥涵護理長及全體護理人員在本研究進行實驗階段期間之協助。感謝加入本研究之受試者。

感謝同窗好友美田、美靜、東穎、美賢、彥樺、若涵、伊祐、施萍、境莉及添貴，因為同甘共苦的友情，讓我們彼此勉勵，相互打氣，完成了一起畢業的願望。

感謝曾鼓勵及協助我的人，吳碧娥學姐、曾雅玲教授、施素珍督導、柳雲卿女士等人。

最後感謝先生、爸媽、公婆及家人的支持鼓勵包容及協助；感謝上天賜給我一個兒子啟發了我的研究構思也是我最大的精神支柱。

嘉惠 敬上

摘要

背景及目的：世界衛生組織呼籲，哺餵母乳是提供新生兒營養最理想的方式，建議純母乳哺餵需達嬰兒六個月，當嬰兒六個月後添加營養補充食品後繼續哺餵母乳可長達兩年或更久。哺餵母乳好處甚多，但哺餵母乳過程中，乳房腫脹導致的疼痛是許多哺乳婦女放棄繼續哺乳之主要原因。乳房腫脹的一般處理方法為鼓勵儘早開始哺乳及增加哺乳次數，但母嬰分離之產婦因嬰兒吸吮次數不夠，無法有效改善乳房腫脹疼痛，減少母乳哺餵意願。中醫穴位按摩是藉由穴點按壓以達疏通經絡，可促進乳汁排出，減輕脹乳疼痛。本研究目的即在探討穴位按摩法對減緩母嬰分離之產婦乳房腫脹疼痛之成效。

方法：本研究共招募 60 位嘉義某區域教學醫院產後護理之家採母嬰分離併有乳房腫脹之產婦，隨機分派分為實驗組與對照組，每組各 30 人。兩組受試者填寫個別之同意書，以排除受試者安慰劑效應。產後 3-5 天起實施介入措施，每天一次，連續三天。實驗組以穴位按摩法為介入方案，依據中醫穴位按摩手法，於乳房周圍俞穴屋翳、膺窗、乳根、膻中進行穴點按壓，接著以一般護理步驟將乳汁擠出。對照組僅以一般護理步驟將乳汁擠出。評量工具為個案脹奶症狀自覺評量表、脹奶生理狀況評估表及基本資料量表。介入措施皆由研究員本人以固定的手法及力道進行介入，脹奶症狀評量表由另一位護理人員

協助受試者填寫。以 Excel 2007 及 SPSS 18 套裝軟體進行資料統計分析。以獨立樣本 t 檢定及卡方檢定比較人口學資料；以成對樣本 t 檢定及獨立樣本 t 檢定分析內各組組內及組間之平均值差異；以廣義估計方程式 GEE 檢定脹奶程度與基本屬性之相關性。最後以 Fisher's 精確檢定比較介入後脹乳不適之追蹤分析。

結果：兩組人口學資料未達顯著差異性。兩組於第一天、第二天及第三天，介入後 5 分鐘及 30 分鐘之自覺乳房疼痛程度、自覺乳房腫脹程度、自覺乳房發熱程度及自覺乳房不舒適程度與介入前相比有顯著差異 ($p < 0.001$)。實驗組與對照組之前後測組間比較，實驗組較對照組有顯著成效 ($p < 0.001$)。將人口學變項加入為共變數進行分析，其差異亦未改變，因此排除其影響。於介入結束後一個月電話追蹤訪問結果發現，實驗組全數表示無乳房疼痛現象，對照組則有 39.3% 表示仍有乳房疼痛現象；3.3% 實驗組有局部腫塊，對照組則為 53.6%。

結論：穴位按摩是一種安全及經濟的自然療法，對減輕產婦乳房腫脹成效顯著，日後可加以推廣穴位按摩，以幫助更多哺乳婦女成功哺餵母乳。本研究結果可作為產科乳房腫脹護理之參考。

關鍵字：乳房腫脹、穴位按摩、產後母嬰分離、母乳哺餵

Abstract

Background and purpose: The World Health Organization (WHO) recommends that breastfeeding is the best ideal method to provide newborns with nutrients. Exclusive breastfeeding is recommended up to 6 months of age, with continued breastfeeding along with appropriate complementary foods for up to two years of age or beyond. There are many advantages of breastfeeding. However, the pain caused by breast engorgement is one of the reasons women discontinue breastfeeding. The general management of breast engorgement is to encourage early breastfeeding and increase breastfeeding frequency. However, non-rooming-in mothers are unable to relieve breast engorgement due to low suction frequency. The pain caused by breast engorgement discourages mothers to keep breastfeeding. Acupressure has the effect of removing obstructions from meridians to facilitate breast milk ejection, and reduce pain caused by breast engorgement. The purpose of this study is to determine the effect of acupressure to relieve breast engorgement.

Methods: A randomized controlled trial was conducted on 60 postpartum non-rooming-in women in a postpartum care center at a Chiayi regional teaching hospital. Participants had been randomized equally to experimental and controlled group (each group had 30 persons). The member of each group signed the different kind of agreement to make

sure they didn't know another intervention ,to avoid placebo effect .In the experimental group, the women received acupressure and hand expression of breast milk daily for 3 days. The acupoints were 屋翳 (Wu-Yi, ST15) , 膺窗 (Ying-Chuang, ST16) , 乳根 (Ru-Gen, ST17) and 膻中 (Dan-Zhong, CV17). In the control group, the women proceeded with only hand expression of breast milk. The assessment of the subjects included recording their basic characteristics, completion of a subjective breast engorgement scale, and physiological measurements. Interventions was performed by the same researcher with the same approach and strength. Another nurse help the participants to fill the engorgement symptoms rating scale. All data collected were analyzed with Microsoft Excel 2007 and SPSS Version 18. Paired-samples t-test, independent t-test and Chi-Square test were used to evaluate differences in basic characteristics and outcome indicators. Generalized estimating equation (GEE) models were used to determine relationships between breast engorgement and basic characteristics. Data were again collected one month after intervention, and were subjected to Fisher's exact test analysis.

Results: The basic characteristics of subjects in the two groups were homogeneous. In both groups, there were significant statistical differences ($P < 0.001$) in the extent of breast engorgement, subjective

breast pain, and subjective breast discomfort at 5 minutes and 30 minutes after intervention on the 1st, 2nd and 3rd day postpartum. Comparisons between the experimental group and the control group showed significant improvements ($P < 0.001$) in all outcome indicators. After including the basic characteristics of subjects into the analysis, no significant changes in the results were found. Furthermore, results obtained from the data collected one month after intervention showed that subjects in the experimental group experienced no breast pain. In contrast, 39.3% of subjects in the control group experienced intermittent breast pain. Moreover, 3.3% and 53.6% of subjects in the experimental group and control group, respectively, experienced localized breast engorgement.

Conclusion: Acupressure had significant effects in reducing breast engorgement. It should be promoted to help lactating women to breastfeed successfully. The results of the present study can be used as a reference for postpartum breast engorgement care.

Key words: breast engorgement, acupressure, non-rooming-in care, breast-feeding

目次

摘要.....	I
ABSTRACT.....	III
目次.....	VI
表目次.....	X
圖目次.....	XI
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究動機.....	3
1.3 研究目的.....	4
第二章 文獻回顧.....	5
2.1 哺餵母乳之益處.....	5
2.1.1 對嬰兒方面.....	5
2.1.2 對母親方面.....	6
2.2 各國哺餵母乳現況分析.....	7
2.3 乳房腫脹之成因及護理.....	11
2.3.1 西醫之觀點.....	11

2.3.2 中醫之觀點.....	12
2.4 穴位按摩	17
2.4.1 穴位按摩之作用機轉.....	18
2.4.2 穴位按摩之臨床應用.....	19
2.4.3 乳房腫脹相關穴位.....	20
第三章 研究方法.....	23
3.1 研究設計.....	23
3.2 研究流程.....	24
3.3 研究對象及隨機分配	26
3.4 研究場所.....	27
3.5 量測工具.....	27
3.6 介入方法.....	29
3.7 後續追蹤.....	30
3.8 統計分析.....	30
第四章 研究結果.....	31
4.1 受試者之人口學資料及生理參數分析	31
4.1.1 受試者人口學資料.....	31
4.1.2 受試者前測之生理參數比較	35

4.2 介入前後受試者乳房腫脹之差異	37
4.3 穴位按摩對受試者乳房腫脹之成效.....	39
4.3.1 穴位按摩對受試者自覺疼痛改善程度	39
4.3.2 穴位按摩對受試者自覺腫脹改善程度	42
4.3.3 穴位按摩對受試者自覺乳房發熱改善程度	44
4.3.4 穴位按摩對受試者自覺乳房不舒適改善程度	46
4.4 受試者人口學資料與脹乳不適之相關性	48
4.5 受試者介入後脹乳不適之追蹤分析	53
4.6 介入前後受試者體溫及乳房溫度變化	55
第五章 討論.....	57
5.1 人口學之分析	57
5.2 穴位按摩法對減輕產後婦女脹奶之成效	60
第六章 結論.....	64
第七章 研究限制及建議	65
參考文獻.....	67
附錄.....	78
附錄 A 臨床試驗研究計畫同意書	78

附錄 B 基本資料問卷	79
附錄 C 脹奶生理狀況評估表	81
附錄 D 脹奶症狀自覺評量表(執行前).....	82
附錄 E 脹奶症狀自覺評量表(執行後 5 分鐘)	83
附錄 F 脹奶症狀自覺評量表(執行後 30 分鐘)	84
附錄 G 評量表授權同意書	85
附錄 H 隨機分配表	86

表目次

表 4.1.1 受試者人口學資料比較	32
表 4.1.2 受試者前測之生理參數	35
表 4.1.3 兩組血壓、脈搏及呼吸之差異	36
表 4.2 實驗組及對照組之 VAS 前後測比較	38
表 4.3.1 穴位按摩對受試者自覺疼痛改善程度	41
表 4.3.2 穴位按摩對受試者自覺腫脹改善程度	43
表 4.3.3 穴位按摩對受試者自覺乳房發熱改善程度	45
表 4.3.4 穴位按摩對受試者自覺乳房不舒適改善程度	47
表 4.4.1 兩組人口學資料與乳房疼痛之相關性	49
表 4.4.2 兩組人口學資料與乳房腫脹之相關性	50
表 4.4.3 兩組人口學資料與乳房發熱之相關性	51
表 4.4.4 兩組人口學資料與乳房不舒適之相關性	52
表 4.5.1 兩組第一個月電話訪問分析	54
表 4.6.1 體溫及乳房溫度之差異	56

圖目次

圖 1 穴位圖示	22
圖 2 研究流程圖	25

第一章 緒論

1.1 研究背景

根據世界衛生組織哺餵母乳宣言指出，哺餵母乳是提供新生兒營養最理想的方式，建議純母乳哺餵需達嬰兒六個月，當嬰兒六個月後添加營養補充食品後繼續哺餵母乳可以長達兩年或更久 (WHO, 2012)。至今已有超過 400 篇的醫學研究證明，哺餵母乳的好處良多，例如：減少嬰兒罹患中耳炎、呼吸道、腸胃系統及尿道感染之風險 (李從業、陳信孚、馮榮莊，2009)；並可降低日後罹患高血壓、高膽固醇、第二型糖尿病、過敏性疾病及肥胖的發生率；哺餵母乳不僅對於嬰兒健康有益，甚至對其日後學習成效及智力方面都有明顯的提升 (Bernardo, L. H., Rajiv B., José, C. M., & Cesar, G. V., 2007)。對哺乳婦女而言，哺乳可促進子宮收縮，減少產後大出血發生機率，加速母體產後身體康復。並可能降低更年期罹患停經前乳癌、卵巢癌、骨質疏鬆及髖部骨折之風險 (余玉眉、周雨樺，2007)。哺乳過程有較多與嬰兒肌膚之親的機會，能增進親子間情感聯繫，對建立母親角色極有幫助 (鍾聿琳、盧碧瑛，2006)。母乳是既天然又健康的完整營養來源，以整體經濟效益而言，可有效減少家庭在育兒之花費及醫療成本 (許昭薇、章樂綺，2004)。

自民國 90 年起政府積極推動母嬰親善醫院政策，根據國民健康局的統計資料，截至民國 100 年已通過 158 家母嬰親善醫院認證（國民健康局母乳哺育，2012）。依據黃淑媛、盧瑛琪、陳盈婕、江佩陵、王允伶等人（2010）研究指出，國人產後第一個月母乳哺餵率為 72.9%（純母乳哺餵 54.3%），第二個月母乳哺餵率則下降為 54.3%（純母乳哺餵 37.9%），顯示國人在母乳哺餵率仍有進步空間，文中並提及影響母乳哺餵之因素，產後第一個月不想哺餵的原因：乳汁不足、怕麻煩及擔心母乳營養不夠；產後第二個月則是擔心母乳哺餵影響生活品質及工作上無法配合。另外，Chiu (Chiu et al., 2010) 及 Lee (2006) 等人 (Lee, Lui, Chan, Wong, & Lau, 2006) 提出，乳房腫脹是哺餵母乳過程中，影響成功哺餵重要因素之一。因此，改善哺乳婦女乳房腫脹及不適，增加哺乳意願，是在推動母乳哺育上相當重要的工作。

乳房腫脹之成因，西醫認為乳房腫脹是未及早哺餵母乳，導致乳腺阻塞造成乳汁鬱積，引起腫脹及疼痛，嚴重者甚會有局部皮膚紅腫熱痛及化膿之感染炎症，全身畏寒、發燒及影響乳汁分泌等現象（黃琪、段文映、余力、杜鵑，2011）。中醫認為乳房腫脹為足陽明胃經，足厥陰肝經之肝氣鬱結胃熱壅滯，引起乳絡阻滯、排乳不暢（李曉靜，2011；凌文津、丘平，2011）。中西醫建議乳房腫脹的處理方法皆為及早哺餵母乳及增加哺乳次數（胡繡華，趙克華，2009；邱靜瑜、張

靜宜、高美玲，2008)，其原理以通乳為基礎，以消脹為目標（凌文津、丘平，2011）。臨床上當產婦發生乳房腫脹時，護理人員最常使用的方法則是熱敷按摩後再將乳汁擠出（邱靜瑜，2007）。但在原本腫脹部位使用熱敷，會使血管收縮，腫脹更嚴重，若加上不當的施力按壓，會使原本的疼痛加劇，對產婦來說真是苦不堪言（邱靜瑜、張靜宜、高美玲，2008），甚至部分婦女會因害怕疼痛不適，反而畏懼求助於護理人員。

國外文獻記載處理乳房腫脹的輔助療法，包括有：熱敷、冷療、胸部按摩、手擠乳汁、冷敷高麗菜葉、針灸、仙人掌泥與土大黃粉外敷、刮痧及穴位按摩等，其中針灸及刮痧療法經過嚴謹的臨床隨機研究驗證，可以改善產後乳房腫脹及疼痛（邵巧雲、曹心芳、馬巧靈，2010；Chiu, et al., 2010；Mangesi & Dowswell, 2010）。

1.2 研究動機

研究指出，產後提早或增加哺餵母乳的次數（一天哺餵 8-12 次以上），可減少產後乳房腫脹的發生（李從業、陳信孚、馮榮莊，2009；鍾聿琳、盧碧瑛，2006）。但採產後母嬰分離的婦女常因嬰兒不在身旁，其乳房腫脹程度比母嬰同室者嚴重（羅琳雪、韋桂源、黃鳳形、林梅、方文珠、梁少英、陳麗芬，2012）。在處理乳房腫脹的輔助療

法中，穴位按摩可有效地減輕乳房腫脹疼痛，但目前國內尚未有實證文獻發表。本研究希望藉由實證醫學研究方法，以科學量化數據，評估穴位按摩法對減輕產後母嬰分離哺乳婦女乳房腫脹及疼痛不適之成效，以期能幫助哺乳婦女透過簡易且安全之護理方式，有效地減緩乳房腫脹問題，進而以提升母乳哺餵意願。

1.3 研究目的

本研究之目的為：

1. 產後母嬰分離產婦乳房腫脹相關因素之探討。
2. 穴位按摩法對減緩哺乳婦女乳房腫脹之評估。

第二章 文獻回顧

2.1 哺餵母乳之益處

母乳富含含有嬰兒成長所需的營養素和抗體，除了供應嬰兒身體熱量的脂肪、促進腦部的發育脂肪酸、還有豐富的礦物質、免疫球蛋白及抗體，被視為嬰兒營養的標準（余玉眉、周雨樺，2007）。在科技進步的今日，配方奶仍無法完全複製母乳中的成分，由於母乳是既天然又健康，故哺餵母乳為嬰兒期最適合的哺餵方式（陸萍、丘瑾、姚斐等人，2010）。

2.1.1 對嬰兒方面

母乳中的乳清蛋白含有大量的胺基酸及不飽和脂肪酸，容易被嬰兒消化吸收。母乳含有大量的鈣磷等礦物質有助於嬰兒骨格生長。母乳中大量的免疫球蛋白抗體如 IgA、IgG、T 型及 B 型淋巴球等，可有效減低嬰兒受病菌感染及預防慢性病的發生（許昭薇、章樂綺，2004）。Howie (1990) 提出，哺餵母乳超過 13 週則可降低發生腸胃道疾病之風險（Howie, Forsyth, Ogston, Clark, & Florey, 1990）。Kramer (2011) 表示，哺餵母乳超過 4-6 個月可減輕嬰兒罹患一位性皮膚炎及氣喘之機率（Kramer, 2011）。此外，長時間純母乳之哺餵證實有助於兒童和青少年的心肺適能（Labayen et al., 2012）。Hauck (2011) 認為

哺餵母乳可降低發生嬰兒猝死症候群的機率 (Hauck, Thompson, Tanabe, Moon, & Vennemann, 2011)。吸吮母乳可增加嬰兒的口腔運動，有助於嬰兒牙齦生長及臉型完美 (余玉眉、周雨樺，2007)。哺育母乳過程母親與嬰兒的親密接觸和親子關係，可產生刺激嬰兒腦部發育及影響心智發展 (許昭薇、章樂綺，2004)。已有越來越多的研究發現，哺餵母乳對嬰兒不僅於嬰幼時期身體成長有幫助，甚至對日後的人格及學習上的發展更較哺餵配方奶之孩童有過人之處。Anderson (1999) 研究發現，餵食母乳的嬰兒比餵食配方奶的嬰兒得到較高的認知分數，且此益處會隨著餵食母乳時間的增加而更明顯 (Anderson, Johnstone, & Remley, 1999)。Quigley MA (2012) 研究顯示，哺餵母乳有助於嬰兒認知發展，對日後的記憶力、智力及情感發展有莫大的幫助 (Quigley et al., 2012)。

2.1.2 對母親方面

由於嬰兒吸吮乳頭會刺激母親腦下垂體後葉分泌催產素，哺育母乳又可促進子宮收縮，減少產後的出血，有助於子宮之復舊。哺乳也會消耗較多的熱量，有助於恢復回產前的體重；亦能降低更年期罹患骨質疏鬆及髖部骨折之風險 (李從業、陳信孚、馮榮莊，2009)。Nagata C (2011) 研究指出，餵食母乳之婦女可減少罹患停經前乳癌、卵巢癌

之風險 (Nagata et al., 2012)。

哺乳期間，母親與嬰兒有較多的肌膚之親，語言及非語言的接觸，能促使親子連結 (bonding)，有助於建立母親的信心及成功母親角色之形成 (李從業、陳信孚、馮榮莊，2009)。哺餵母乳也能減少配方奶、奶瓶及奶嘴等之花費，且母乳新鮮又衛生，出門不必攜帶哺乳用物，也不需擔心消毒之問題，符合方便經濟又環保之概念，更可減少醫藥成本的支出 (余玉眉、周雨樺，2007)。

2.2 各國哺餵母乳現況分析

由於母乳是嬰兒最理想的營養來源，世界衛生組織 (WHO) 及聯合國兒童基金會 (United Nations Children's Fund ; UNCF) 於 1989 年發表「保護、促進及支持哺餵母乳的宣言」，提出落實母嬰親善醫院 (Baby friendly hospital) 之十大步驟。呼籲各國重視母乳哺餵政策，並執行 1981 年制定的國際母乳代用品銷售守則。1992 年全球第一家母嬰親善醫院於菲律賓落成，奠定推廣母乳哺餵的開始。

依照國民健康局母乳哺育網站 (2012) 公布國際母乳哺餵率，以歐洲國家，如：瑞士、奧地利、丹麥、挪威及瑞典；中南美洲，巴西、烏拉圭及哥倫比亞；東南亞，如：泰國、新加坡及印度；亞洲，如：土耳其及北韓；非洲，如：斐濟；中東：阿富汗及沙烏地阿拉伯，都

有超過 90% 以上的哺餵率。而純母乳哺餵至 6 個月者，則以北韓的 65.1% 為最高，澳洲也還有 46%。

台灣地區，早在民國 30-40 年間新生兒幾乎是採全母乳哺餵，民國 51 年，純母乳哺餵率為 95%。然而隨著社會經濟變遷，婦女就業率大量提高，嬰兒配方奶過度宣傳廣告，醫護人員未積極鼓勵哺餵母乳，以及民眾觀念不正確，如哺乳會影響身材、造成母體虛弱等因素。在民國 67 年之統計，母乳哺餵率下降至 24.6%，到了民國 70 年，甚至降至 15.3%，可說台灣母乳哺餵之低潮期（國民健康局母乳哺育，2012）。有鑑於此，政府於民國 80 年起推動母乳哺育推廣計劃，至民國 85 年產後第一個月母乳哺餵率為 40.9%，成效並不顯著。直至民國 90 年開始落實母嬰親善醫院政策，並推行十大具體措施，分別為：

- 一、有一正式文字的哺育母乳政策，並和所有醫療人員溝通。
- 二、訓練所有醫療人員執行相關政策之技巧。
- 三、讓所有孕婦知道哺育母乳的好處及如何餵奶。
- 四、幫助產婦在生產半小時內開始哺育母乳。
- 五、教導母親如何餵奶，以及在必須和嬰兒分開時，如何維持泌乳。
- 六、除非有特殊需要，不要給嬰兒母乳之外的食物。
- 七、實施每天 24 小時母嬰同室。
- 八、鼓勵依嬰兒之需求餵奶。
- 九、不要給予餵母乳之嬰兒人工奶嘴或安撫奶嘴。
- 十、幫助建立哺育母乳支持團體，並於母親出院後轉介至該團體。

由於政策之宣導及推動，民國 100 年產後第一

個月總母乳哺餵率達 87.5 %；純母乳哺餵率 61.8 %，但第六個月純母乳哺餵率僅剩 24.2% (國民健康局母乳哺育，2012)，相較國外產後第一個月高於九成母乳哺餵率及產後第六個月純母乳哺餵率 65.1%，顯示國人哺乳率仍有進步空間。

哺餵母乳的好處甚多，通常婦女於懷孕前或是懷孕前六個月，就決定是否要採哺餵母乳 (夏萍回、孫吉珍，2007)，最後有沒有成功哺乳則是決定於小孩分娩後。影響母乳哺餵的原因，包括為：乳汁不足、擔心母乳營養不夠、怕累怕麻煩、工作上無法配合、婦女的教育程度、產前是否有接受哺乳教育及家人對哺餵母乳之支持度 (尤其配偶或母親)等，都是影響因素 (黃淑媛、盧瑛琪、陳盈婕等人，2010；鍾聿琳、盧碧瑛，2006)。由於刺激乳汁分泌，需靠嬰兒吸吮及頻繁哺餵，因此產後是否有執行產檯親子接觸及母嬰同室，也是主要成功哺乳影響因素 (李從業、陳信孚、馮榮莊，2009)。當新生兒健康狀況有異或是母親生產時發生意外，往往會被迫母嬰分離。另外一項會導致母嬰分離的原因是，國人相當重視產後坐月子之習俗。坐月子期為產後 30-60 天不等，通常會由家人協助料理產婦生活起居及照護嬰兒 (李從業、陳信孚、馮榮莊，2009；鍾聿琳、盧碧瑛，2006)。而在社會型態變遷下，許多人也會選擇產後護理機構坐月子。由於坐月子強調的是休養生息，因此產婦常會以休息為由，把新生兒寄託於嬰兒室照

顧。然而，產後護理中心乃隸屬於自費休養機構，採用家庭式母嬰同室（李從業、陳信孚、馮榮莊，2009）。故其單位之護理人員通常只能以柔性勸說方式，鼓勵產婦採母嬰同室，其決定權仍是產婦本身，故這也是該機構推廣母嬰同室的一大困擾。由於大部分的產後婦女都有產後親子接觸及產後提早親餵的經驗，平均約 3-4 天即有脹乳情況，甚至有人是 1-2 天就發生，母嬰分離的產婦由於未得到及時有效吸吮會導致乳腺管阻塞及乳汁堆積，因此母嬰分離比母嬰同室的產婦，脹奶的發生率會更高，時間也會更久（鄧連秀、曾言川、史慶文，2010），故教導維持乳腺暢通方法及適時提供護理協助為母嬰分離產婦的護理重點。

2.3 乳房腫脹之成因及護理

2.3.1 西醫之觀點

女性每一個乳房是由 15-20 乳葉 (lobes) 所組成，每一個乳葉又分成數個小葉 (lobules)，為了準備泌乳，在懷孕期間及產後初期，乳房變會產生變化，每一個小葉由內含許多管腔的乳泡 (alveoli)，乳泡又稱為乳腺分泌細胞，當乳泡分泌乳汁經由小管腔 (secondary tubules) 匯成輸乳管 (lactiferous duct) 流至乳頭後的輸乳竇 (ampulla) 聚積，最後由乳頭的開口流出體外 (李從業、陳信孚、馮榮莊，2009)。

當分娩後胎盤排出後，體內的黃體素 (progesterone) 及雌性素 (estrogen) 會急速下降，此時泌乳激素 (prolactin) 會上升。然而嬰兒的吸吮具有內分泌神經反射作用，對刺激乳汁分泌有極大的幫助，同時也會刺激腦下垂體分泌催產素 (oxytocin)，乳頭受催產素作用，使得平滑肌纖維收縮，將存於輸乳竇的乳汁排出乳房外，稱為排乳反射 (let down reflex) (鍾聿琳、盧碧瑛，2006)。產後乳汁若能適時排出，則不會有乳房腫脹、疼痛及不適發生。若未及時排出，乳汁蓄積，加上血液及淋巴液分泌旺盛，導致婦女的乳房感到腫脹、發熱、緊繃及疼痛不適，觸摸乳房呈現硬挺、表皮溫熱、血管充盈、皮膚發紅，此為乳房充盈 (breast engorgement)，俗稱脹奶。好發於產後 3-5 天，嚴

重者還延至產後兩週 (李從業、陳信孚、馮榮莊，2009)。脹奶會使產婦感到十分不舒適，有效處理脹奶的法則為增加哺乳次數，定期排空乳汁 (鍾聿琳、盧碧瑛，2006；李從業、陳信孚、馮榮莊，2009)。臨床上常用的方法是立即給嬰兒吸吮、熱敷按摩乳房護理、手擠乳汁。

由於乳房腫脹時容易導致乳頭及乳暈周圍組織變緊繃，使得嬰兒無法含吸，當嬰兒未能將乳汁移出，乳汁排出受阻，此時產婦腫脹疼痛會更加明顯，嬰兒吸不到乳汁，也會有哭鬧不安，乳房堆積過多乳汁會形成壓力，而啟動負回饋調控機轉因而抑制乳汁分泌，產婦也會感到挫敗失望 (邱靜瑜，2007)。醫護人員通常以熱敷按摩乳汁搭配手擠乳汁方式協助產婦，但在原本腫脹的部位熱敷，會使局部血管擴張，產生更強的腫脹感，其次以按摩加上手擠乳汁，將乳汁移出。此法雖能緩解脹奶，但過程中的痛苦，會使產婦身心恐懼，畏懼求助護理人員。脹奶導致無法順利哺乳，為早期停止哺餵母乳的原因之一 (Lee, et al., 2006)。

2.3.2 中醫之觀點

最早在《黃帝內經》中即出現關於乳房與經絡關係的記載，如：
“足陽明胃經，行貫乳中；足太陰脾經，絡胃上膈，布於胸中；足厥陰肝經上膈，布胸脅繞乳頭而行；足少陰腎經，上貫肝膈而與乳聯；

沖任二脈起於胸中，任脈循腹裡，上關元至胸中；沖脈挾臍上行，至胸中而散。”後世醫家認為，男子乳頭屬肝，乳房屬腎；女子乳頭屬肝，乳房屬胃。故乳房疾病與肝、胃二經及腎經、沖任二脈關係最為密切（羅元愷、曾敬光、劉敏如，2002；顧伯康、黃耀燊，1994）。哺乳婦女乳汁來自於脾胃水穀精微，因胃主受納，脾主運化，同居中央，屬土味甘，故乳汁之味甘。脾胃氣壯，則乳汁多而濃；血衰則少而淡。沖任為氣血之海，上行為乳，下行為經，婦女哺乳期則經止。乳汁的分泌與調控和肝木之氣有關，肝主疏泄，若肝氣不舒，疏泄不利，易發生乳房疾病。清·余聽鴻《外證醫案彙編》云：“乳症，皆云肝脾鬱結，則為癰核；胃氣壅滯，則為癰疽。”中醫認為乳房疾病的發生，主要由於肝氣鬱結、胃熱壅滯、沖任失調、肝腎不足、痰瘀凝結、乳汁蓄積或外邪侵襲等，影響乳房的正常生理功能而發生病變（羅元愷、曾敬光、劉敏如，2002）。

乳癰是發生於乳房部位的急性化膿性疾病，相當於西醫的急性乳腺炎，其臨床特點為：乳房部結塊、腫脹疼痛，伴有全身發熱，潰後膿出稠厚。常發生於哺乳期婦女，尤以尚未滿月的初產婦多見。《諸病源候論·妬乳候》云：“此由新產後，兒未能飲之，及飲不泄，或斷兒乳，撚其乳汁不盡，皆令乳汁蓄積，與氣血相搏，即壯熱大渴引飲，牢強掣痛，手不得近也...”（羅元愷、曾敬光、劉敏如，2002）。

根據發病時期的不同，又有不同的名稱：“外吹乳癰”指發生於哺乳期者；“內吹乳癰”指發生於懷孕期者；在非哺乳期和非懷孕期發生者，男女老少均可發生，名非哺乳期乳癰（羅元愷、曾敬光、劉敏如，2002；顧伯康、黃耀燊，1994）。宋代《聖濟總錄·乳癰》記載：足陽明之脈，自缺盆下于乳，又沖脈者，起于氣沖，并足陽明之經，夾臍上行，至胸中而散，蓋婦人以沖任為本，若失于將理，沖任不和，陽明經熱，或為風邪所客，則氣壅不散，結聚乳間，或硬或腫，疼痛有核，皮膚焮赤，寒熱往來，謂之乳癰，然風多則腫硬色白，熱多則腫焮色赤，若不即治，血不流通，氣為留滯，與乳內津液相搏，腐化為膿，然此病產後多有者，以沖任之經，上為乳汁，下為月水，新產之人，乳脈正行，若不自乳兒，乳汁蓄結，氣血蘊積，即為乳癰。產後初期的乳房腫脹為局部發熱疼痛，皮色白或微紅，哺乳時乳頭刺痛及排乳不暢，乳汁堆積或乳房出現腫塊，伴有惡寒發熱、食慾不振、頭痛等全身不適等現象，與乳癰初期臨床表徵類似。若未及時處理，腫勢成膿逐漸增大，疼痛加劇，持續啄痛感，皮色焮紅且有灼熱感，壯熱不退，同側腋窩淋巴結腫大壓痛。若潰後膿出不暢，則腫勢不消，疼痛不減，身熱不退，若膿液波及其他乳絡，所謂“傳囊”之變（顧博康、黃耀燊，1994）。

唐代《產寶》記載：...若產後不曾乳兒，蓄積乳汁，亦結成癰。

金元時代朱丹溪在《格致餘論》記載：乳房陽明所經，乳頭厥陰所經，乳子之母不知調養，忿怒所逆，鬱悶所結，厚味所釀，以致厥陰之氣不行，顧竅不得通而汁不得出，陽明之血沸騰，顧熱甚而化膿…。宋代《婦人大全良方，乳癰方論》：乳癰者，由乳腫結聚，皮薄以澤，是成癰也。足陽明之經脈則血澀不通，其血又歸之，氣積不散，故結聚成癰…，乳癰，久不瘥則變為廔。中醫認為，肝氣鬱結、胃熱壅滯、情志不暢，導致厥陰之氣失於疏泄；產後飲食不節、脾胃運化失司，陽明胃熱壅滯，均可使乳絡閉阻不暢，鬱而化熱，乳汁淤積，形成乳癰。感受外邪產婦體虛汗出受風，或露胸哺乳外感風邪；或乳兒含乳而睡，口中熱毒之氣侵入乳孔，均可使乳絡鬱滯不通，化熱成癰（羅元愷、曾敬光、劉敏如，2001）。

中醫依據辨證原則將乳癰初期之病機分為：情志內傷，肝氣鬱結，鬱久化熱，加之產後恣食厚味，胃內積熱，以致肝胃蘊熱，氣血凝滯，乳絡阻塞，不通則痛，故乳房腫脹疼痛有塊；毒熱內蘊，故患側乳房皮膚微紅；邪熱內盛，正邪相爭，營衛失和，故惡寒發熱，頭痛骨楚；胃經熱盛，故口渴、便秘、舌紅苔薄黃；弦脈屬肝，數脈主熱。治法為疏肝清胃，通乳消腫，以通為主，以消為則，方用瓜蒌牛蒡湯加減，乳汁壅滯太甚者，加王不留行、路路通、漏蘆通乳（曹仁發、金德康、黃宜能、羅志瑜、顏隽陶，2003；羅元愷、曾敬光、劉敏如，2002；

顧伯康、黃耀燊，1994)。明代《外科集驗方，乳癰論》記載：...又有兒口之氣吹而焮熱，次結成核，初起時須便忍痛揉散令軟，血脈通和，自然消散矣。失此不治則成癰膿。治法，初起則當發散流氣之藥；若已成膿，又當內托排膿，養血順氣。慎勿妄用針刀，引惹拙病，則難治矣。朱丹溪在《格致餘論》記載：...，於初起時，便須忍痛，柔令稍軟，吮令汁透，自可消散，失此不治，必成癰癤。《產寶》云：...，產后宜勤去乳汁，不宜蓄積。綜上所述中醫醫學認為乳汁蓄積是乳癰的主要病因病機，中醫處理產後乳房腫脹及初期乳癰以“消散”為主，使鬱乳排出是治療乳癰的主要方法，此論點與現代醫學呼籲產後及早哺乳的觀念不謀而合。

中醫治療乳癰初期除了依據辨證的結果給予不同方藥服用外，也有外治法的應用，包括外敷、針灸、刮痧、體表按摩法及穴位按摩等(周良模，1986)。

2.4 穴位按摩

按摩，古代稱為「按蹻」、「喬摩」，為中國古老的外治法之一。據考古學家發現，按摩最早記載於《周禮注疏》醫者扁鵲使用按摩法搶救瀕死的太子。《帛書，五十二病方》也記述按摩相關資料。《漢書，藝文志》記載《黃帝岐伯按摩專注》為中國最早按摩專注。《黃帝內經》記載，以「按龜之法」作為從業按摩業人員之考覈。《靈樞，背腧篇》記載：「浴得而驗之按其處應化中而痛解」。《靈樞，病傳》記載：「黃帝曰：余受九針於夫子，而私覽於諸方，或有導引行氣、喬摩、灸、熨、刺、飲藥之一者，可獨守耶，將盡行之乎？岐伯曰：諸方者，眾人之方也，非一人之所盡行也。」《素問，血氣形志篇》記載：「形數驚恐，經絡不通，病生於不仁，治之以按摩醪藥」。始後各朝代皆有按摩知相關記載。宋代《聖濟總錄》記載「可按可摩，時兼而用，通為之按摩；按止摩弗摩，摩之弗按；按指以手，摩或兼以膏，日按日摩適所用也。……大抵按摩法，每以開達抑遏為義。開達則壅蔽者以之發散，抑遏則剽悍者有所歸宿…凡小有不安，必按摩按捺，另百節通利，邪氣得泄。按摩於明朝張景岳《類經》和龔雲林《小兒推拿方脈活嬰秘旨全書》始見「推拿」之名（曹仁發、金德康、黃怡能等人，2003）。清朝更將按摩分為十二門派（王國成，2010）。

2.4.1 穴位按摩之作用機轉

穴位又稱「腧穴」，為臟腑、器官、經絡之氣輸注在身體表面聚集的特定部位，亦是臟腑病理變化反映到體表的一種反應點，是推拿、針灸施術的部位，對不同部位的腧穴用不同的手法治療，可達到調整機體內機能的目的，從而達到治療的效果（曹仁發、金德康、黃怡能、羅志瑜、顏隲陶，2003）。穴位按摩是以手部操作技巧取代針療的方法，不具侵入性，因此一般民眾方可執行，依據針灸原理找出穴點，予以指壓或按摩，可達針灸之效果，為一種物理刺激療法（馬素華，1998；楊曼華、林麗嬋，2007）。

根據中醫十二經絡、奇經八脈之脈象實施的辨證論治，於某經絡或臟腑之病變相應之穴點進行按摩，具有調理陰陽平衡、疏經通絡、理氣活血、理筋整復、活血化瘀及促進氣血生成之作用（陳玠璞，2009）。現代醫學認為穴位按摩之機轉可能是將身體之電流重新平衡分佈，意指「陰陽平衡、疏經通絡」；同時具有調整大腦皮質層興奮及抑制功能，能抑制大腦傳遞疼痛之訊息同時也刺激腦下垂體釋放腦內啡及產生 alpha 波，達到放鬆、止痛及鎮靜之效果（馬素華，1998；葉倩菁、王九華、馬素華，2007；Helen, 2005；Yip & Tse,2004）。

在按壓手法方面，雖然種類繁多，一般仍以大拇指做垂直按壓、

環形按揉或兩者交替進行居多。穴位按壓研究中多以磅秤或彈簧秤測定按壓力道，為 3-5 公斤不等，但許多研究均強調應考量受試者的年齡、性別、皮膚厚薄及特殊情況而作調整，施力程度由輕柔開始逐漸加重，全程須以緩和、持續及均勻的力量進行。在按壓頻率方面，按壓法多為持續按壓 5-10 秒後休息 2 秒；按揉法的頻率多為每秒鐘按揉 1-2 圈，持續 5-10 圈後休息 1 秒（馬惠文、張曼玲、林綽娟，2007）。另有文獻指出，穴位按壓時有酸、麻、脹及痛感時，則為「得氣」（江伶、王賢華，2009；黃琪、段文映、余力等人，2011；陸萍，2010；趙廣山，2010）。依照不同穴位之位置及反射作用強弱，每穴停留時間不一，從停留 5 秒至 3 分鐘皆有文獻報導（陸萍、丘瑾、姚斐等人，2010；馬素華，1998；張倩華，2008）。

2.4.2 穴位按摩之臨床應用

Nicola (2011) 以系統性回顧探討指壓及穴位按摩之成效與臨床應用，作者從 EBM reviews、AMED、BNI、CINAHL、EMBASE 及 MEDLINE 等資料庫篩選 1990 年後與指壓及穴位按摩相關文獻共有 1714 篇，其中與穴位按摩相關者有 71 篇，其中有 69 篇 (97.2%) 文獻認為穴位按壓成效顯著；符合隨機對照試驗 (RCT) 及研究方法較嚴謹者有 39 篇。71 篇文獻中第一作者之背景以護理人員居多，其次是臨床醫師。穴位按摩之成效首推減輕疼痛，包括女性痛經、腰背酸

痛、頸肩痛、生產引起陣痛、注射疼痛及頭痛等 (Chen, & Chen, 2010 ; Cho, & Hwang, 2010 ; Jun, Chang, & Kang, Kim, 2007 ; Wong, Lai, & Tse, 2010 ; Hsieh, Kuo, Yen, & Chen, 2004 ; Chung, Hung, Kuo, & Huang, 2003 ; Lang, 2007 ; Arai, 2008 ; Hsieh et al., 2010)。另外對於手術後、癌症化療、妊娠引起的噁心和嘔吐、安養機構老人之睡眠品質、關節炎病患、洗腎患者疲憊憂鬱及手術前焦慮等症狀也有明顯的改善 (Lee, & Fan, 2009 ; Ezzo, Streitberger, & Schneider, 2006 ; Shin, & Song, 2007 ; Chen, Lin, Wu, & Lin, 1999 ; Tsay, Cho, & Chen, 2004 ; Agarwal, Ranjan, Dhiraaj, Lakra, Kumar, & Singh, 2005)。文獻回顧結果也顯示，近年來主流醫學已廣泛地將穴位按摩運用於臨床照護上，以減低病患因治療引起之不適或合併症 (Nicola, Ava, & Xing, 2011)，例如婦女經痛或待產婦產痛時按壓三陰交穴 (SP6) 有助於緩解疼痛 (紀麗梅、徐南麗、邱慧如、蕭正光, 2004 ; Cho, & Hwang, 2010 ; Chen, Huei, & Chen, 2010 ; Lee, Chang, & Kang, 2004 ; Jun, Chang, Kang, & Kim, 2007 ; Wong, Lai, & Tse, 2010) ; 按壓內關穴可改善手術麻醉、癌症化療及妊娠等所引起之噁心嘔吐 (Lee, & Fan, 2009 ; Ezzo, Streitberger, & Schneider, 2006 ; Shin, & Song, 2007) ; 按壓神門穴則有助於改善老人睡眠障礙之困擾 (Chen, Lin, Wu, & Lin, 1999)。

2.4.3 乳房腫脹相關穴位

穴位按摩應用於乳房腫脹主要是藉由按壓循行乳房周圍之足陽明胃經、任脈及肝經等經絡之穴位，以達疏經通絡、理氣活血，促進乳汁排出，減輕脹乳疼痛（陸萍、丘瑾、姚斐等人，2010）。常取用的穴位有：胃經之屋翳穴、胃經之膺窗穴、胃經之乳中穴、胃經之乳根穴、任脈之膻中穴等（陳德生，2008；柯鑫 2010；柯陸萍、丘瑾、姚斐等人，2010；邱靜瑜、張靜宜、高美玲，2008）。本研究參考相關文獻後選取屋翳穴、膺窗穴、乳根穴、膻中穴點進行穴位按摩。穴位說明如下（穴位圖示如圖 1）：

胃經屋翳穴 (Wu yi ; ST15)：位於人體的胸部第 2 肋間隙，距前正中線 4 寸。主治氣喘、支氣管炎、咳嗽、胸肋疼痛及乳癰引起之乳房疼痛。

胃經膺窗穴 (Ying chuang ; ST16)：位於人體的胸部第 3 肋間隙，距前正中線 4 寸。主治氣喘、支氣管炎、咳嗽、胸肋疼痛。本穴與屋翳穴配合使用可治療乳腺炎或乳汁分泌不足。

任脈膻中穴 (Danzhong ; CV17)：位於胸部前正中線上，平第 4 肋間，兩乳頭連線的中點。主治心肺疾病、乳癰及乳汁不足。對於局部酸脹或前胸有沉重感氣血不足所致的疼痛症都有顯著的改善。

胃經乳根穴 (Rugen ; ST18)：位於胸部乳頭直下，乳房根部，當

第5肋間隙，距前正中線4寸。主治咳嗽、氣喘、胸痛、乳癰及乳汁不足。與屋翳穴合用有通乳絡活血化鬱作用，可應用於乳腺炎與乳房腫脹。

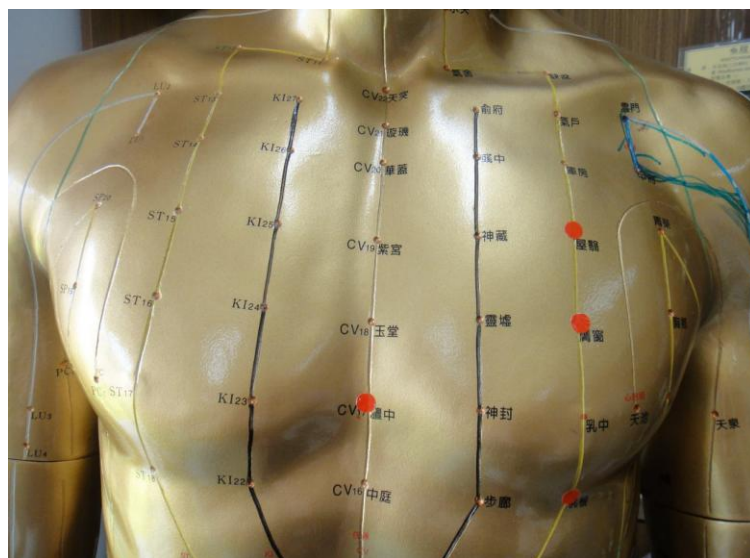


圖 1 穴位圖示

第三章 研究方法

3.1 研究設計

本研究為雙盲隨機對照臨床試驗 (double blind randomized controlled trial ; RCT)，以穴位按摩法 (實驗組) 及手擠乳汁法 (對照組) 為介入措施，取得不同介入措施前後測 (pretest-posttest experimental design) 參數之平均值，加以分析。研究設計如下：

實驗組(穴位按摩組) R ---- E ---- O₁---- X ---- O₂ ---- O₃

對照組(手擠乳汁組) R ---- C ---- O₄---- \tilde{X} ---- O₅ ---- O₆

R：隨機分派

E：實驗組

C：對照組

O₁：實驗組介入措施前評估

X：穴位按壓介入

O₂ & O₃：實驗組介入措施後 5 分鐘及 30 分鐘評估

O₄：對照組介入措施前評估

\tilde{X} ：手擠乳汁介入

O₅ & O₆：對照組介入措施後 5 分鐘及 30 分鐘評估

3.2 研究流程

受試者由護理人員評估後轉介，收案前研究員以塊狀排列隨機分派 (permuted block randomization) 進行分組及說明受試者同意書之內容後同意並簽立同意書，參與本研究者需填寫同意書一式二份，為排除安慰劑效應，本研究設計二份不同內容之同意書供兩組受試者填寫，意即兩組受試者均未被告知有另一組受試者的參與。介入措施於收案當天起連續三天，每天一次，共實施三次，每次於介入前 5 分鐘、介入後 5 分鐘及後 30 分鐘。並於介入後一個月電話追蹤。本研究介入措施皆由研究員本人以固定的手法及力道進行介入。脹奶症狀評量表由另一位護理人員（訪談員）協助受試者填寫。研究流程如圖 2

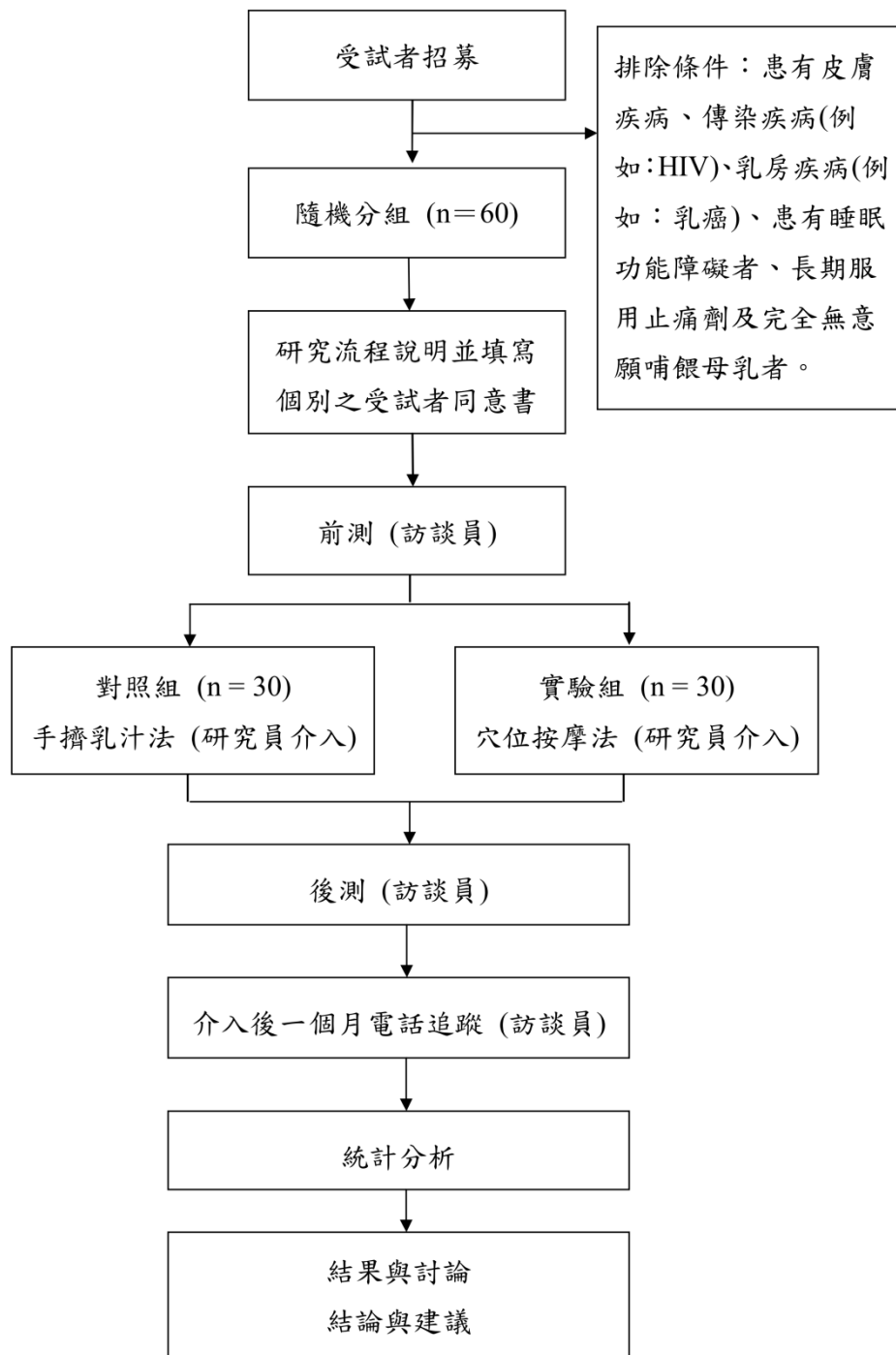


圖 2 研究流程圖

3.3 研究對象及隨機分配

研究對象為嘉義市某區域教學醫院之附設產後護理之家，因產後採母嬰分離併發乳房腫脹或主訴有脹奶問題，有意願並同意參與本研究之產後婦女。排除條件為：(1) 患有皮膚疾病；(2) 患有傳染疾病(例如：HIV)；(3) 患有乳房疾病(例如：乳癌)；(4) 患有睡眠功能障礙者；(5) 長期服用止痛劑；(6) 完全無意願哺餵母乳者。

為維持實驗組與對照組人數均等，本研究以塊狀排列隨機分派(permuted block randomization) 編制隨機表分派，方法如下所述：將 60 位受試者分成 15 個區塊，因此每個區塊大小有 4 人，區塊內受試者接受治療組別順序有 6 種順序組合，分別是 (1) AABB、(2) ABAB、(3) ABBA、(4) BBAA、(5) BABA 及 (6) BAAB。再利用電腦隨機產生 15 個 1 至 6 的號碼，依照號碼決定每一區塊中 4 人的處理順序 (Chow S.C., & Liu, J. P., 2004)。本研究因受試者入院時間不一，因此隨機分派以收案時間而決定，每組收案人數 30 位，總樣本數為 60 人，此種隨機分派的方法可確保分派至實驗組與對照組之受試者皆為 30 位。

3.4 研究場所

為顧及受試者隱私及舒適度考量，本研究實驗地點為受試者住院期間休養之單人房，護理前於門口放置”請勿打擾”告示標語，於病房內安排研究者與受試者之獨立空間，護理中僅暴露接受介入護理之部分胸部，其他部位則使用乾淨被單覆蓋。室內溫度控制在攝氏 25 ± 1 °C，相對濕度控制於 $65 \pm 10\%$ 。研究員之手部溫度控制攝氏 35 ± 1 °C。

3.5 量測工具

本研究引用邱靜瑜 (2007) 發表之基本資料量表、脹奶生理狀況評估表及個案脹奶症狀自覺評量表，使用前已取得當事人同意授權，授權期限 2011 年 8 月 20 日至 2012 年 8 月 19 日。

基本資料量表：邱靜瑜 (2007)，依據人口學、產科學及哺乳資料，分析影響乳汁分泌之相關因素，包含個案之年紀、婚姻狀態、職業類別、生產方式、產前是否有接受過哺餵母乳教育課程及產後是否有執行母嬰肌膚接觸等，皆會影響乳汁分泌。本研究增列產後是否要繼續上班及未採母嬰同室之原因等項目。

脹奶生理狀況評估表：本量表為邱靜瑜 (2007) 參考臨床乳房腫脹程度及個案主觀感受設計出此量表。主要評估為：生命徵象 (體表溫度、脈搏、呼吸及血壓)，雙側乳房表面溫度 (Breast Temperature；

BBT，定位於乳中線外上處)、乳房腫脹是否引發硬塊產生、腫塊位置大小、乳房柔軟程度、乳頭是否破皮、觸摸乳房疼痛之嚴重度及乳房外觀皮膚是否有緊繃發亮之情形。介入措施後 5 分鐘評量，乳汁流出、體表溫度、雙側乳房表面溫度、乳房柔軟程度及乳房外觀皮膚是否有緊繃發亮之情形。

個案脹奶症狀自覺評量表：此表為邱靜瑜 (2007) 參閱乳房腫脹之相關症狀並融入視覺類比量表 (visual analogue scale) 擬定而成，評估內容共有四大項，包括因乳房腫脹引起疼痛、腫脹、乳房發熱、不舒適之程度。每項分數範圍 0-10 分，0 分為完全不會，10 分則是最嚴重，分數越高表示該項目嚴重度越高。視覺類比量表 (visual analogue scale) 自 1920 年開始用於臨床研究中，此表用於疼痛、焦慮及不舒適等個人主觀感受，應由個案自行填寫問卷。目前視覺類比量表仍廣泛用於評估主觀經驗，有良好之信效度。

本研究使用儀器：

紅外線測溫儀：型號 TAT-5000，台灣製

水銀血壓計：型號 K-300，台灣製

計時器：型號 HUAN KWUN, HK-888，台灣製

3.6 介入方法

實驗組 (穴位按摩法)

穴位按摩方法及按摩次數參考相關文獻 (柳愛蘭,2011;孫平國, 2010;張倩華,2008) 後加以修改,按壓力道以 3-5 kg 為限。按摩手法以大拇指端掌面由乳房周圍沿著乳腺管順至乳暈,單一側乳房分成八個象限,每一個象限順推 3 次,2 個循環。接著以大拇指掌面依經絡走向從屋翳、膺窗、乳根及臈中穴進行穴點按壓,每一個穴位停留 5 秒鐘,2 個循環。再用四指掌面於由乳房周圍沿著乳腺管順向乳暈進行 360 度環狀撥動,2 個循環。以上為一大循環,之後以相同步驟重複執行,穴位按摩共 40 分鐘 (單側乳房 20 分鐘),全程不加入任何介質作為潤滑劑,以流出的乳汁為潤滑介質。接著將乳汁擠出,連續三天。

對照組 (手擠乳汁法)

參考李從業、陳信孚、馮榮莊 (2009) 編著實用產科護理之手擠乳汁技術。步驟為:受試者採舒適姿勢,將集奶容器放置乳房下面,研究員手掌成 C 字形,以大拇指及食指相對,由乳頭、乳暈至乳房進行環狀擠壓,擠 3 秒放 3 秒,將乳汁擠出。

3.7 後續追蹤

為了解介入措施之延續性，於受試者接受介入措施後一個月以電話訪談方式進行追蹤，詢問是否還有脹奶疼痛及局部腫塊現象發生。

3.8 統計分析

使用 Excel 2007 及 SPSS 18 套裝軟體進行資料建檔及統計分析。以獨立樣本 t 檢定及卡方檢定比較各組之基本資料；以成對樣本 t 檢定及獨立樣本 t 檢定分析內各組組內及組間之平均值差異；再以廣義估計方程式 GEE 檢定脹奶與基本屬性之相關性；Fisher's 精確檢定比較兩組之電話訪談資料。設定顯著值為 0.05，若 p 值小於 0.05 則表示具有顯著性。

第四章 研究結果

本研究結果分為五部份，依序為：一、受試者之基本屬性與生理參數分析。二、介入前後受試者乳房腫脹之差異。三、穴位按摩對受試者乳房腫脹之成效。四、受試者基本屬性與脹乳不適之相關性。五、介入前後受試者體溫及乳房溫度變化。六、受試者介入後脹乳不適之追蹤分析。

4.1 受試者之人口學資料及生理參數分析

4.1.1 受試者人口學資料

本研究招募 60 位受試者，實驗組 30 人，對照組 30 人，最後完成實驗者共 60 人 (完成率 100%)。受試者基本資料以平均數及百分比呈現，並使用卡方檢定檢測實驗組及對照組人口學、產科學及哺乳資料之同質性。受試者之平均年齡為 32.22 歲，實驗組 (32.07 ± 4.18) 與對照組 (32.37 ± 4.43) 的年齡分佈在統計上無顯著差異 ($p = 0.788$)。表 4.1.1 人口學資料結果顯示，兩組於教育程度、職業、產後復職、家庭收入、生產次數、生產方式、第一次哺乳/天、哺餵次數/天、哺餵時間/次、何時開始感覺脹乳/天、解決脹奶方法等變項均未達統計顯著差異 ($p < 0.05$)。

表 4.1.1 受試者人口學資料比較

變項	實驗組 (n=30)	對照組 (n=30)	卡方值	p 值
	n (%)	n (%)		
教育程度			1.002	0.606
高中/專科	7 (23.3)	8 (26.7)		
大學	16 (53.3)	18 (60.0)		
研究所	7 (23.3)	4 (13.3)		
職業			0.341	0.559
無	7 (23.3)	9 (30.0)		
有	23 (76.7)	21 (70.0)		
產後復職			0.739	0.390
無	7 (23.3)	10 (33.3)		
有	23 (76.7)	20 (66.7)		
家庭收入(戶/月)			0.483	0.785
10 萬以下	23 (76.6)	25 (83.3)		
10-20 萬	6 (20.0)	4 (13.3)		
20 萬以上	1 (3.3)	1 (3.3)		
生產次數			0.617	0.432
第一胎	16 (53.3)	19 (63.3)		
第二胎以上	14 (46.7)	11 (36.7)		
生產方式			0.073	0.787
陰道生產	20 (66.7)	19 (63.3)		
剖腹生產	10 (33.3)	11 (36.7)		
產後親子接觸			0.162	0.688
有	27 (90.0)	26 (86.7)		
沒有	3 (10.0)	4 (13.3)		
第一次哺乳/天			0.355	0.838
未曾	2 (6.7)	1 (3.3)		
產後 1-3 天	23 (76.7)	24 (80.0)		
產後 4-9 天	5 (16.7)	5 (16.7)		

表 4.1.1 受試者基本屬性比較(續 1)

變項	實驗組 (n=30)	對照組 (n=30)	卡方值	p 值
	n (%)	n (%)		
哺餵次數/天			1.291	0.524
未曾	3 (10.0)	1 (3.3)		
1-3 次	21 (70.0)	24 (80.0)		
4-5 次	6 (20.0)	5 (16.7)		
哺餵時間/次			1.333	0.513
未曾	2 (6.7)	1 (3.3)		
<1 小時	28 (93.3)	28 (93.3)		
>1 小時	0 (0)	1 (3.3)		
何時開始感覺脹乳/天			2.974	0.226
產後 1-2 天	1 (3.3)	1 (3.3)		
產後 3-4 天	28 (93.3)	24 (80.0)		
產後 5-6 天	1 (3.3)	5 (16.7)		
解決脹奶方法			1.160	0.560
手擠乳	17 (56.7)	14 (46.7)		
擠乳器	9 (30.0)	13 (43.3)		
其他	4 (13.3)	3 (10.0)		
脹乳痛是否影響哺乳意願			0.739	0.390
是	7 (23.3)	10 (33.3)		
否	23 (76.7)	20 (66.7)		
目前哺乳方式			0.082	0.774
純母乳	9 (30.0)	8 (26.7)		
純母乳加配方乳	21 (70.0)	22 (73.3)		
產前教育			0.417	0.519
有	25 (83.3)	23 (76.7)		
沒有	5 (16.7)	7 (23.3)		
何時決定哺餵母乳			2.077	0.354
懷孕前	25 (83.3)	27 (90.0)		
懷孕中	3 (10.0)	3 (10.0)		
生產後	2 (6.7)	0 (0)		

表 4.1.1 受試者基本屬性比較(續 1)

變項	實驗組 (n=30)	對照組 (n=30)	卡方值	p 值
	n (%)	n (%)		
哺乳由誰決定			2.069	0.150
自己	28 (93.3)	30 (100)		
配偶	2 (6.7)	0 (0)		
家人對哺乳的態度			1.684	0.194
純母乳	14 (46.7)	19 (63.3)		
純母乳加配方乳	16 (53.3)	11 (36.7)		
家人支持是否會影響 哺餵意願			0.089	0.766
會	23 (76.7)	22 (73.3)		
不會	7 (23.3)	8 (26.7)		
政府推動之哺乳政策 是否會影響哺餵意願			0.000	1.000
會	17 (56.7)	17 (56.7)		
不會	13 (43.3)	13 (43.3)		
是否使用無痛分娩			0.417	0.519
是	5 (16.7)	7 (23.3)		
否	25 (83.3)	23 (76.7)		
產程中是否有使用止 痛劑			0.218	0.640
是	3 (10.0)	2 (6.7)		
否	27 (90.0)	28 (93.3)		
產後是否有使用使用 止痛劑			0.000	1.000
是	29 (96.7)	29 (96.7)		
否	1 (3.3)	1 (3.3)		
產後未採母嬰同室之 原因			1.018	0.601
嬰兒住院中	2 (6.7)	2 (6.7)		
產婦想休息	28 (93.3)	27 (90.0)		
配偶想休息	0 (0)	1 (3.3)		

4.1.2 受試者前測之生理參數比較

本結果主要評估受試者介入前之生理狀況，以獨立 *t* 檢定檢測兩組之同質性。如表 4.1.2 顯示，兩組於介入前額溫、乳房溫度、血壓、脈搏及呼吸均無顯著差異。如表 4.1.3 顯示，兩組連續三天介入前血壓、脈搏及呼吸之平均值、標準差及 *p* 值，皆未達統計上明顯之差異。

表 4.1.2 受試者前測之生理參數

變項	實驗組(n=30)	對照組(n=30)	t 值	p 值
	Mean ± SD	Mean ± SD		
介入前額溫	36.48 ± 0.33	36.63 ± 0.31	1.777	0.081
介入前右乳溫度	36.92 ± 0.58	36.88 ± 0.54	0.230	0.819
介入前左乳溫度	36.99 ± 0.46	37.02 ± 0.57	0.200	0.842
介入前收縮壓	108.40 ± 12.51	109.87 ± 15.48	0.404	0.688
介入前舒張壓	64.80 ± 15.71	68.87 ± 10.93	1.164	0.249
介入前脈搏	73.10 ± 5.44	73.00 ± 3.79	0.083	0.934
介入前呼吸	11.97 ± 1.13	11.77 ± 2.21	0.442	0.660

表 4.1.3 兩組血壓、脈搏及呼吸之差異

變項	實驗組(n=30)	對照組(n=30)	t 值	p 值
	Mean ± SD	Mean ± SD		
第一天				
收縮壓	108.40 ± 12.51	109.87 ± 15.48	- 0.404	0.688
舒張壓	64.80 ± 15.71	68.87 ± 10.93	- 1.164	0.249
脈搏	73.10 ± 5.44	73.00 ± 3.79	0.083	0.934
呼吸	11.97 ± 1.13	11.77 ± 2.21	0.442	0.660
第二天				
收縮壓	110.93 ± 13.13	109.40 ± 16.40	0.400	0.691
舒張壓	67.60 ± 10.50	68.26 ± 10.17	- 0.250	0.804
脈搏	72.50 ± 3.72	73.43 ± 4.77	- 0.845	0.401
呼吸	12.37 ± 2.17	12.40 ± 1.25	- 0.073	0.942
第三天				
收縮壓	107.87 ± 10.06	108.40 ± 13.09	- 0.177	0.860
舒張壓	66.87 ± 8.58	65.67 ± 9.73	0.507	0.614
脈搏	72.90 ± 3.53	73.90 ± 4.00	- 1.027	0.309
呼吸	12.07 ± 1.11	12.57 ± 1.91	- 1.241	0.221

以上結果顯示實驗組與對照組受試者在基本屬性、前測生理參數皆無顯著差異。

4.2 介入前後受試者乳房腫脹之差異

本節主要探討兩種介入方法介入前後受試者乳房腫脹之差異。以配對 t 檢定比較在 1-3 天各組之前測與介入後 5 分鐘及 30 分鐘後測之差異。

由表 4.2 顯示，兩組於第一天、第二天及第三天，介入後 5 分鐘或 30 分鐘之自覺乳房疼痛程度、自覺乳房腫脹程度、自覺乳房發熱程度及自覺乳房不舒適程度與前測相比都有達顯著差異。

脹奶症狀自覺評量表以 VAS 量表表示，分數為 0-10 分，分數越高表示不適現象越嚴重。

表 4.2 實驗組及對照組之 VAS 前後測比較

變項	實驗組(n=30)					對照組(n=30)				
	介入前 Mean ± SD	後 5 分鐘 Mean ± SD	<i>p</i> 值	後 30 分鐘 Mean ± SD	<i>p</i> 值	介入前 Mean ± SD	後 5 分鐘 Mean ± SD	<i>p</i> 值	後 30 分鐘 Mean ± SD	<i>p</i> 值
乳房疼痛										
第一天	5.27 ± 2.68	0.94 ± 1.62	0.000***	0.59 ± 1.28	0.000***	5.58 ± 2.13	2.06 ± 2.02	0.000***	2.51 ± 2.62	0.000***
第二天	2.93 ± 2.58	0.44 ± 1.10	0.000***	0.20 ± 0.51	0.000***	4.44 ± 2.67	2.34 ± 2.15	0.000***	1.55 ± 1.74	0.000***
第三天	1.73 ± 2.12	0.21 ± 0.44	0.000***	0.05 ± 0.14	0.000***	4.00 ± 2.52	1.59 ± 1.57	0.000***	1.26 ± 1.43	0.000***
乳房腫脹										
第一天	6.93 ± 2.24	1.06 ± 1.71	0.000***	0.87 ± 1.31	0.000***	6.43 ± 1.99	2.41 ± 2.37	0.000***	2.50 ± 2.46	0.000***
第二天	3.85 ± 2.98	0.32 ± 0.82	0.000***	0.32 ± 0.56	0.000***	5.23 ± 2.90	1.93 ± 1.71	0.000***	1.40 ± 1.34	0.000***
第三天	2.25 ± 1.95	0.12 ± 0.33	0.000***	0.28 ± 0.68	0.000***	4.66 ± 2.73	1.45 ± 1.48	0.000***	1.26 ± 1.46	0.000***
乳房發熱										
第一天	5.44 ± 2.85	1.60 ± 2.39	0.000***	1.02 ± 1.63	0.000***	4.46 ± 2.62	2.99 ± 2.71	0.018*	2.73 ± 2.65	0.005**
第二天	2.80 ± 2.40	1.18 ± 2.19	0.002**	0.57 ± 1.56	0.000***	3.99 ± 2.39	2.40 ± 2.63	0.000***	1.58 ± 1.66	0.000***
第三天	1.45 ± 1.61	0.55 ± 1.89	0.003**	0.37 ± 0.94	0.001***	3.57 ± 2.65	2.20 ± 2.51	0.026*	1.66 ± 2.37	0.002**
乳房不舒適										
第一天	6.25 ± 2.81	0.86 ± 1.59	0.000***	0.56 ± 1.15	0.000***	5.95 ± 2.26	2.24 ± 2.12	0.000***	2.54 ± 2.81	0.000***
第二天	3.24 ± 2.82	0.51 ± 1.52	0.000***	0.14 ± 0.34	0.000***	4.65 ± 2.88	1.74 ± 1.73	0.000***	1.34 ± 1.46	0.000***
第三天	1.73 ± 1.92	0.09 ± 0.26	0.000***	0.06 ± 0.16	0.000***	4.26 ± 2.80	1.44 ± 1.66	0.000***	1.17 ± 1.46	0.000***

4.3 穴位按摩對受試者乳房腫脹之成效

依據 4.2 結果，實驗組及對照組均可減輕乳房疼痛、腫脹乳房發熱及不舒適感。因此，接著以獨立 t 檢定，比較在不同時間點，實驗組及對照組對受試者自覺疼痛、腫脹、乳房發熱及不舒適之改善程度。

4.3.1 穴位按摩對受試者自覺疼痛改善程度

表 4.3.1 顯示，第一天兩組在自覺疼痛程度尚無顯著差異（實驗組 5.27 ± 2.68 ，對照組 5.58 ± 2.14 ， $p = 0.623$ ）；介入後 5 分鐘實驗組得分為 0.94 ± 1.62 ，對照組 2.06 ± 2.02 ，兩組間已達顯著差異（ $p = 0.021$ ）；介入後 30 分鐘實驗組為 0.59 ± 1.28 ，對照組為 2.51 ± 2.62 （ $p < 0.001$ ），兩組差異更加明顯。

第二天兩組之前測，實驗組 2.93 ± 2.58 ，對照組 4.44 ± 2.67 ，呈顯著差異（ $p = 0.030$ ）；於介入後 5 分鐘實驗組 0.44 ± 1.10 ，對照組 2.34 ± 2.15 （ $p < 0.001$ ）；介入後 30 分鐘實驗組為 0.21 ± 0.51 ，對照組為 1.55 ± 1.74 （ $p < 0.001$ ），兩組間皆呈現顯著差異。

第三天兩組之前測，實驗組 1.73 ± 2.12 ，對照組 4.00 ± 2.52 ，達顯著差異（ $p < 0.001$ ），介入後 5 分鐘實驗組 0.21 ± 0.44 ，對照組 1.59

± 1.57 ($p < 0.001$); 介入後 30 分鐘實驗組為 0.05 ± 1.43 , 對照組為 1.26

± 1.43 ($p < 0.001$), 兩組間皆呈現顯著差異。



表 4.3.1 穴位按摩對受試者自覺疼痛改善程度

變項	實驗組(n=30)	對照組(n=30)	t 值	p 值
	Mean ± SD	Mean ± SD		
第一天				
介入前	5.27 ± 2.68	5.58 ± 2.14	- 0.495	0.623
介入後 5 分鐘	0.94 ± 1.62	2.06 ± 2.02	- 2.369	0.021*
介入後 30 分鐘	0.59 ± 1.28	2.51 ± 2.62	- 3.609	0.001***
第二天				
介入前	2.93 ± 2.58	4.44 ± 2.67	- 2.221	0.030*
介入後 5 分鐘	0.44 ± 1.10	2.34 ± 2.15	- 4.327	0.000***
介入後 30 分鐘	0.21 ± 0.51	1.55 ± 1.74	- 4.054	0.000***
第三天				
介入前	1.73 ± 2.12	4.00 ± 2.52	- 3.765	0.000***
介入後 5 分鐘	0.21 ± 0.44	1.59 ± 1.57	- 4.630	0.000***
介入後 30 分鐘	0.05 ± 1.43	1.26 ± 1.43	- 4.584	0.000***

註：*表示 p 值 < 0.05 ，**表示 p 值 < 0.01 ，***表示 p 值 < 0.001

4.3.2 穴位按摩對受試者自覺腫脹改善程度

表 4.3.2 顯示，第一天兩組之前測，實驗組 6.93 ± 2.24 ，對照組 6.43 ± 1.99 ，未有顯著差異 ($p = 0.361$)；介入後 5 分鐘實驗組 1.06 ± 1.71 ，對照組 2.41 ± 2.40 ，已達顯著差異 ($p = 0.014$)；介入後 30 分鐘實驗組為 0.87 ± 1.31 ，對照組為 2.50 ± 2.46 ($p = 0.003$)，二組差異更加明顯。

第二天二組之前測，實驗組 3.85 ± 2.98 ，對照組 5.23 ± 2.90 ，未有顯著差異 ($p = 0.073$)；於介入後 5 分鐘實驗組 0.32 ± 0.82 ，對照組 1.93 ± 1.71 ($p < 0.001$)；介入後 30 分鐘實驗組為 0.32 ± 0.56 ，對照組為 1.40 ± 1.34 ($p < 0.001$)，二組間皆呈現顯著差異。

第三天兩組之前測，實驗組 2.25 ± 1.95 ，對照組 4.66 ± 2.23 ，達顯著差異 ($p < 0.001$)；介入後 5 分鐘實驗組 0.12 ± 0.33 ，對照組 1.45 ± 1.48 ($p < 0.001$)；介入後 30 分鐘實驗組為 0.28 ± 0.68 ，對照組為 1.26 ± 1.46 ($p = 0.002$)，二組間皆呈現顯著差異。

表 4.3.2 穴位按摩對受試者自覺腫脹改善程度

變項	實驗組(n=30)	對照組(n=30)	t 值	p 值
	Mean ± SD	Mean ± SD		
第一天				
介入前	6.93 ± 2.24	6.43 ± 1.99	0.921	0.361
介入後 5 分鐘	1.06 ± 1.71	2.41 ± 2.40	- 2.538	0.014*
介入後 30 分鐘	0.87 ± 1.31	2.50 ± 2.46	- 3.194	0.003**
第二天				
介入前	3.85 ± 2.98	5.23 ± 2.90	- 1.828	0.073
介入後 5 分鐘	0.32 ± 0.82	1.93 ± 1.71	- 4.668	0.000***
介入後 30 分鐘	0.32 ± 0.56	1.40 ± 1.34	- 4.070	0.000***
第三天				
介入前	2.25 ± 1.95	4.66 ± 2.23	- 3.521	0.000***
介入後 5 分鐘	0.12 ± 0.33	1.45 ± 1.48	- 3.776	0.000***
介入後 30 分鐘	0.28 ± 0.68	1.26 ± 1.46	- 4.025	0.002**

註：*表示 p 值 < 0.05，**表示 p 值 < 0.01，***表示 p 值 < 0.001

4.3.3 穴位按摩對受試者自覺乳房發熱改善程度

表 4.3.3 顯示，第一天兩組之前測，實驗組 5.44 ± 2.85 ，對照組 4.46 ± 2.61 ，未有顯著差異 ($p = 0.172$)；於介入後 5 分鐘實驗組 1.60 ± 2.38 ，對照組 2.99 ± 2.71 ，已達顯著差異 ($p = 0.040$)；介入後 30 分鐘實驗組為 1.02 ± 1.63 ，對照組為 2.73 ± 2.65 ($p = 0.004$)，二組差異更加明顯。

第二天二組之前測，實驗組 2.66 ± 2.35 ，對照組 4.13 ± 2.35 ($p = 0.060$)；介入後 5 分鐘實驗組 1.25 ± 2.17 ，對照組 2.33 ± 2.68 ($p = 0.056$)，未有顯著差異；介入後 30 分鐘實驗組為 0.75 ± 1.30 ，對照組為 1.40 ± 1.65 ($p = 0.009$)，兩組間呈現顯著差異。

第三天兩組之前測，實驗組 1.44 ± 1.61 ，對照組 3.57 ± 2.65 ，達顯著差異 ($p < 0.001$)；介入後 5 分鐘實驗組 0.55 ± 1.09 ，對照組 2.20 ± 2.51 ($p = 0.002$)；介入後 30 分鐘實驗組為 0.37 ± 0.94 ，對照組為 1.66 ± 2.37 ($p = 0.009$)，二組間皆呈現顯著差異。

表 4.3.3 穴位按摩對受試者自覺乳房發熱改善程度

變項	實驗組(n=30)	對照組(n=30)	t 值	p 值
	Mean ± SD	Mean ± SD		
第一天				
介入前	5.44 ± 2.85	4.46 ± 2.61	1.382	0.172
介入後 5 分鐘	1.60 ± 2.38	2.99 ± 2.71	- 2.105	0.040*
介入後 30 分鐘	1.02 ± 1.63	2.73 ± 2.65	- 2.178	0.004**
第二天				
介入前	2.66 ± 2.35	4.13 ± 2.35	- 1.916	0.060
介入後 5 分鐘	1.25 ± 2.17	2.33 ± 2.68	- 1.948	0.056
介入後 30 分鐘	0.75 ± 1.30	1.40 ± 1.65	- 2.710	0.009**
第三天				
介入前	1.44 ± 1.61	3.57 ± 2.65	- 3.749	0.000***
介入後 5 分鐘	0.55 ± 1.09	2.20 ± 2.51	- 3.296	0.002**
介入後 30 分鐘	0.37 ± 0.94	1.66 ± 2.37	- 2.765	0.009**

註：*表示 p 值 < 0.05，**表示 p 值 < 0.01，***表示 p 值 < 0.001

4.3.4 穴位按摩對受試者自覺乳房不舒適改善程度

表 4.3.4 顯示，第一天兩組之前測，實驗組 6.25 ± 2.80 ，對照組 5.95 ± 2.26 ，未有顯著差異 ($p = 0.650$)；介入後 5 分鐘實驗組 0.86 ± 1.59 ，對照組 2.24 ± 2.12 ，已達顯著差異 ($p = 0.006$)；介入後 30 分鐘實驗組為 0.56 ± 1.15 ，對照組為 2.54 ± 2.81 ($p < 0.001$)，兩組差異更加明顯。

第二天二組之前測，實驗組 3.24 ± 2.82 ，對照組 4.64 ± 2.88 ，未有顯著差異 ($p = 0.062$)；介入後 5 分鐘實驗組 0.51 ± 1.52 ，對照組 1.74 ± 1.73 ($p = 0.005$)；介入後 30 分鐘實驗組為 0.14 ± 0.34 ，對照組為 1.34 ± 1.46 ($p < 0.001$)，兩組間皆呈現顯著差異。

第三天兩組之前測，實驗組 1.73 ± 1.92 ，對照組 4.26 ± 2.80 ，達顯著差異 ($p < 0.001$)；介入後 5 分鐘實驗組 0.09 ± 0.26 ，對照組 1.44 ± 1.66 ($p < 0.001$)；介入後 30 分鐘實驗組為 0.06 ± 0.16 ，對照組為 1.17 ± 1.46 ($p < 0.001$)，兩組間皆呈現顯著差異。

表 4.3.4 穴位按摩對受試者自覺乳房不舒適改善程度

變項	實驗組(n=30)	對照組(n=30)	t 值	p 值
	Mean ± SD	Mean ± SD		
第一天				
介入前	6.25 ± 2.80	5.95 ± 2.26	0.456	0.650
介入後 5 分鐘	0.86 ± 1.59	2.24 ± 2.12	- 2.851	0.006**
介入後 30 分鐘	0.56 ± 1.15	2.54 ± 2.81	- 3.585	0.001***
第二天				
介入前	3.24 ± 2.82	4.64 ± 2.88	- 1.900	0.062
介入後 5 分鐘	0.51 ± 1.52	1.74 ± 1.73	- 2.915	0.005**
介入後 30 分鐘	0.14 ± 0.34	1.34 ± 1.46	- 4.386	0.000***
第三天				
介入前	1.73 ± 1.92	4.26 ± 2.80	- 4.079	0.000***
介入後 5 分鐘	0.09 ± 0.26	1.44 ± 1.66	- 4.397	0.000***
介入後 30 分鐘	0.06 ± 0.16	1.17 ± 1.46	- 4.148	0.000***

註：*表示 p 值 < 0.05，**表示 p 值 < 0.01，***表示 p 值 < 0.001

以上結果顯示穴位按摩對於減輕乳房疼痛、腫脹、發熱及不適之成效較僅使用手擠乳汁措施者為佳。

4.4 受試者人口學資料與脹乳不適之相關性

從上述結果顯示，穴位按摩法比一般護理法較能減輕乳房腫脹引起之疼痛、腫脹、發熱及不舒適感。為探討受試者人口學是否會影響研究結果接著以年齡、生產方式、哺乳種類、生產次數及哺乳次數做為控制變項，以廣意估計方程式 GEE 檢定進一步檢定評估實驗組及對照組結果是否有差異。

表 4.4.1-4.4.4 結果顯示，兩組之人口學資料年齡、生產方式、哺乳種類、生產次數與乳房疼痛、乳房腫脹、乳房發熱及乳房不舒適之相關性，皆呈現無顯著差異。哺乳次數則與乳房腫脹有達顯著差異 ($p = 0.028$)。

表 4.4.1 兩組人口學資料與乳房疼痛之相關性

變項	第一天		第二天		第三天	
	迴歸係數	<i>p</i> 值	迴歸係數	<i>p</i> 值	迴歸係數	<i>p</i> 值
截距	2.783	0.089	4.213	0.014	2.380	0.062
組別						
穴位按摩法	- 0.968	0.015	- 1.600	0.000	- 1.581	0.000
手擠乳汁法	-	-	-	-	-	-
介入時間						
介入後 5 分鐘	- 3.925	0.000	- 2.295	0.000	- 1.967	0.000
介入後 30 分鐘	- 3.875	0.000	- 2.805	0.000	- 2.207	0.000
介入前	-	-	-	-	-	-
生產方式						
剖腹生產	- 0.134	0.764	- 0.545	0.155	- 0.167	0.644
陰道生產	-	-	-	-	-	-
哺乳種類						
純母乳加配方乳	- 0.640	0.192	0.074	0.883	- 0.065	0.877
純母乳	-	-	-	-	-	-
生產次數						
第二胎以上	- 0.107	0.799	0.098	0.809	- 0.107	0.754
第一胎	-	-	-	-	-	-
年齡	0.094	0.637	- 0.002	0.974	0.037	0.390
哺乳次數	0.284	0.090	0.184	0.235	0.067	0.537

表 4.4.2 兩組人口學資料與乳房腫脹之相關性

變項	第一天		第二天		第三天	
	迴歸係數	<i>p</i> 值	迴歸係數	<i>p</i> 值	迴歸係數	<i>p</i> 值
截距	5.686	0.001	5.182	0.000	3.941	0.003
組別						
穴位按摩法	- 0.560	0.159	- 1.414	0.000	- 1.558	0.000
手擠乳汁法	-	-	-	-	-	-
介入時間						
介入後 5 分鐘	- 4.948	0.000	- 3.415	0.000	- 2.672	0.000
介入後 30 分鐘	- 4.995	0.000	- 3.680	0.000	- 2.687	0.000
介入前	-	-	-	-	-	-
生產方式						
剖腹生產	- 0.064	0.886	- 0.165	0.670	- 0.233	0.503
陰道生產	-	-	-	-	-	-
哺乳種類						
純母乳加配方乳	- 0.439	0.303	- 0.182	0.709	- 0.084	0.846
純母乳	-	-	-	-	-	-
生產次數						
第二胎以上	0.090	0.822	0.481	0.205	0.182	0.603
第一胎	-	-	-	-	-	-
年齡	0.025	0.632	- 0.004	0.932	0.005	0.910
哺乳次數	0.337	0.028	0.077	0.544	0.037	0.717

表 4.4.3 兩組人口學資料與乳房發熱之相關性

變項	第一天		第二天		第三天	
	迴歸係數	<i>p</i> 值	迴歸係數	P 值	迴歸係數	<i>p</i> 值
截距	5.743	0.002	4.205	0.018	2.380	0.062
組別						
穴位按摩法	- 0.400	0.397	- 1.182	0.004	- 1.581	0.000
手擠乳汁法	-	-	-	-	-	-
介入時間						
介入後 5 分鐘	- 2.655	0.000	- 1.607	0.000	- 1.967	0.000
介入後 30 分鐘	- 3.073	0.000	- 2.320	0.000	- 2.207	0.000
介入前	-	-	-	-	-	-
生產方式						
剖腹生產	- 0.602	0.241	- 0.486	0.239	- 0.167	0.644
陰道生產	-	-	-	-	-	-
哺乳種類						
純母乳加配方乳	- 0.530	0.358	- 0.032	0.950	- 0.065	0.877
純母乳	-	-	-	-	-	-
生產次數						
第二胎以上	0.071	0.891	0.380	0.384	0.389	0.367
第一胎	-	-	-	-	-	-
年齡	- 0.005	0.933	- 0.007	0.894	0.037	0.390
哺乳次數	0.052	0.771	0.018	0.916	0.067	0.537

表 4.4.4 兩組人口學資料與乳房不舒適之相關性

變項	第一天		第二天		第三天	
	迴歸係數	<i>p</i> 值	迴歸係數	<i>p</i> 值	迴歸係數	<i>p</i> 值
截距	3.492	0.044	3.837	0.011	2.500	0.046
組別						
穴位按摩法	- 0.753	0.075	- 1.343	0.000	- 1.659	0.000
手擠乳汁法	-	-	-	-	-	-
介入時間						
介入後 5 分鐘	- 4.547	0.000	- 2.815	0.000	- 2.228	0.000
介入後 30 分鐘	- 4.547	0.000	- 3.202	0.000	- 2.380	0.000
介入前	-	-	-	-	-	-
生產方式						
剖腹生產	0.260	0.577	0.142	0.699	- 0.029	0.932
陰道生產	-	-	-	-	-	-
哺乳種類						
純母乳加配方乳	- 0.425	0.413	- 0.002	0.996	0.140	0.740
純母乳	-	-	-	-	-	-
生產次數						
第二胎以上	- 0.136	0.759	0.480	0.209	0.123	0.732
第一胎	-	-	-	-	-	-
年齡	0.083	0.115	0.002	0.971	0.032	0.439
哺乳次數	0.258	0.094	0.027	0.151	0.065	0.502

4.5 受試者介入後脹乳不適之追蹤分析

為探討穴位按摩對於產後哺乳婦女乳房腫脹之持續效應，本研於介入後一個月以電話訪談方式，追蹤受試者乳房疼痛及乳房局部硬塊發生情形。資料以平均數及百分比呈現，並使用 Fisher's 精確檢定檢測實驗組及對照組乳房疼痛及乳房局部硬塊發生之同質性。表 4.5.1 於第一個月電話訪問結果顯示，穴位按摩組於乳房疼痛及乳房局部硬塊發生率均較對照組為低，兩組達統計顯著差異 ($p < 0.001$)。

表 4.5.1 兩組第一個月電話訪問分析

變項	實驗組 (n=30)	對照組 (n=30)	<i>p</i> 值
	n (%)	n (%)	
發生脹乳疼痛			0.000
有	0 (0)	11 (39.3)	
沒有	30 (100.0)	17 (60.7)	
發生乳房局部腫塊			0.000
有	1 (3.3)	15 (53.6)	
沒有	29 (96.7)	13 (46.4)	

4.6 介入前後受試者體溫及乳房溫度變化

本小節為探討兩組介入之生理參數變化。以獨立 t 檢定取得平均值、標準差及 p 值。

表 4.6.1 顯示，兩組連續三天介入前後之體溫及乳房溫度之平均值及標準差，皆未達統計上明顯之差異 ($p > 0.05$)。

表 4.6.1 體溫及乳房溫度之差異

變項	實驗組(n=30)	對照組(n=30)	t 值	p 值
	Mean ± SD	Mean ± SD		
第一天				
介入前額溫	36.48 ± 0.33	36.63 ± 0.31	- 1.777	0.081
介入後額溫	36.62 ± 0.28	36.76 ± 0.42	- 1.604	0.114
介入前右乳溫度	36.92 ± 0.58	36.88 ± 0.54	0.230	0.819
介入後右乳溫度	37.12 ± 0.53	37.19 ± 0.54	- 0.506	0.615
介入前左乳溫度	36.99 ± 0.46	37.02 ± 0.57	- 0.200	0.842
介入後左乳溫度	37.06 ± 0.48	37.21 ± 0.55	- 1.108	0.273
第二天				
介入前額溫	36.48 ± 0.33	36.62 ± 0.37	- 0.428	0.670
介入後額溫	36.62 ± 0.28	36.78 ± 0.42	- 0.818	0.417
介入前右乳溫度	36.92 ± 0.58	37.02 ± 0.42	- 0.841	0.404
介入後右乳溫度	37.12 ± 0.53	36.95 ± 0.42	0.950	0.346
介入前左乳溫度	36.99 ± 0.46	36.96 ± 0.51	- 0.293	0.770
介入後左乳溫度	37.06 ± 0.48	36.94 ± 0.46	1.177	0.244
第三天				
介入前額溫	36.57 ± 0.30	36.59 ± 0.30	- 0.217	0.829
介入後額溫	36.64 ± 0.31	36.80 ± 0.38	- 1.714	0.092
介入前右乳溫度	36.93 ± 0.33	37.02 ± 0.37	- 0.991	0.326
介入後右乳溫度	37.06 ± 0.32	37.02 ± 0.46	0.422	0.674
介入前左乳溫度	36.92 ± 0.36	37.07 ± 0.37	- 1.589	0.117
介入後左乳溫度	36.93 ± 0.57	37.10 ± 0.50	- 1.207	0.232

第五章 討論

本章節針對研究結果進行討論，內容分為人口學之分析及穴位按摩法對減輕產後婦女脹乳之成效探討。

5.1 人口學之分析

本研究受試者之教育程度，專科以上者佔 75%，較邱靜瑜 (2007) 所作之研究 (專科以上者佔 61.1%) 為高。然本研究之受試者平均生育年齡為 32.22 歲，與 97 年國人平均生育 30.1 歲 (內政部統計處，2012)，高了 2.12 歲，本研究有 73% 的受試者為職業婦女，推測受試者生育年齡延後可能與教育程度提升及就業因素有關。

本研究中 65% 受試者採自然生產，較邱靜瑜 (2007) 研究結果 (59.26%) 高；受試者生產次數以第一胎佔多數 (58%)，與邱等人 (2006) 研究調查之結果相似 (61.11%)。受試者在產程中使用無痛分娩者佔 20%，在產程中有使用止痛劑為 8.3%，產後有使用止痛劑者則高達 97%，顯示受試者對於生產過程產生的疼痛多會尋求西藥的幫助。受試者有產檯親子接觸之經驗者佔 88%，與邱靜瑜 (2007) 研究 (87.04%) 結果相似。而無產檯親子接觸者都是以生產時有緊急狀況而取消，顯示親子接觸越來越受重視。

第一次哺乳時間方面，有 78% 受試者在產後 1-3 天內開始執行

母乳哺餵，而每次哺餵時間多為一小時。產後哺餵次數以一天哺餵 1-3 次佔最多 (75%)，而李從業、陳信孚、馮榮莊 (2009) 建議每天哺餵次數需達 8-12 次，顯示本研究受試者哺餵率仍有進步空間。本研究受試者多於產後 3-4 天出現脹奶感覺 (87%)，與邱靜瑜、張靜宜、高美玲 (2008) 提出，乳房腫脹常出現於產後 3-5 天相符。受試者解決脹奶的方法，以手擠乳汁 (52%)、擠乳器 (37%) 為主，值得一提的是，給新生兒吸吮者只佔 6%。此結果乃因高達 92% 的受試者以產後想休息為由，沒有採取 24 小時母嬰同室，對脹奶問題，寧可選擇定時自行擠乳或是使用擠乳器將乳汁擠出。李曉靜 (2011) 及王龍艷 (2011) 研究表示，最有效解決脹奶的方法為採 24 小時母嬰同室及不限次數給新生兒吸吮。顯示在推動及落實母嬰同室的觀念上仍待加強。

本研究受試者之哺乳方式，以純母乳哺餵佔 27%，母乳加配方乳佔 73%，而邱靜瑜 (2007) 之調查結果，純母乳哺餵佔 56%，母乳加配方乳哺餵佔 44%，顯示本研究受試者以純母乳哺餵並不普及。在何時決定哺餵母乳方面，有 87% 受試者在懷孕前就決定要哺餵母乳，較邱靜瑜 (2007) 研究調查結果 (48.15%) 高出許多；而本研究有八成受試者接受過產前教育，邱靜瑜 (2007) 研究調查結果接受過產前教育者則未達五成；且本研究有 56% 受試者表示政府推動之哺乳政策

會影響哺乳意願，推測產前哺乳教育政策會影響產婦哺乳意願，但本研究之受試者為母嬰不同室，即使提早決定哺乳，最後採取之哺乳方式仍是以母乳加配方乳哺乳居多；有高達七成五受試者會因家人的支持影響持續哺乳之意願；28% 受試者表示乳房脹痛會影響繼續哺乳之意願。因此，提升母嬰分離產婦之純母乳哺乳率需要克服的因素包括提升家人的支持度及減少乳房的脹痛等。

5.2 穴位按摩法對減輕產後婦女脹奶之成效

本研究結果 (表 4.2 及 4.3) 顯示, 受試者在第一天介入前兩組自覺量表的得分無統計差異 (穴位按摩組 5.27 ± 2.68 ; 對照組 5.58 ± 2.14 , $p = 0.623$), 介入後 5 分鐘, 穴位按摩組之乳房腫脹程度、乳房疼痛程度、乳房發熱程度及乳房不舒適程度得分立即降為 0.94 ± 1.62 , 對照組則降為 2.06 ± 2.02 , 組間呈顯著差異 ($p = 0.021$), 且其成效延續性至介入後 30 分鐘。介入後 30 分鐘穴位按摩組降為 0.59 ± 1.28 , 對照組為 2.51 ± 2.62 , 反而較 5 分鐘之結果回升, 兩組組間差異更加明顯 ($p < 0.001$)。探討其原因, 當脹乳時會產生乳房腫塊, 乳腺管阻塞, 引起乳頭腫脹無法排出乳汁, 此時產婦會有嚴重的疼痛不適, 有些婦女會因此放棄哺餵母乳, 若能及時把乳汁移出, 保持乳限暢通, 既可改善乳房腫脹引起的疼痛、表面發熱及不舒適程度 (Chiu, et al., 2010)。故無論實驗組或對照組介入皆能對脹乳有明顯的改善, 兩組相較之下, 穴位按按摩法還是優於單純手擠乳法。

文獻顯示產後乳房腫脹者按摩一次改善程度為 95.03%, 按摩次數增加可提升效果 (馬光麗, 2009), 故本研究採用連續三天介入措施。從自覺量表顯示, 穴位按摩對改善乳房腫脹、疼痛、發熱及不舒適感在第一天介入後 5 分鐘即產生立即的成效 ($p < 0.001$), 第二天的前測分數明顯低於第一天前測 ($p < 0.001$), 第三天的前測分數亦明顯低於

第二天前測 ($p < 0.001$)，顯示穴位按摩對改善產後乳房腫脹及疼痛有延續性效果。

以變項分析探討受試者基本屬性對研究結果之影響，結果顯示組間差異未受年齡、生產方式、哺乳種類、生產次數變項所影響。而哺乳次數則與乳房腫脹有達顯著差異 ($p = 0.028$)，推測與嬰兒是否為有效吸吮母乳有關，當吸吮為無效哺餵時則母親乳房腫脹程度會更加嚴重(邱靜瑜，2007)。

一般護理程序於本研究中亦可改善產後乳房腫脹及疼痛。一般護理程序之手擠乳汁法引用自產科護理教科書，是產科非常普遍的護理技術，也是指導產婦返家後必須學習的一項哺乳技巧(李從業、陳信孚、馮榮莊，2009)。但由於收案第一天受試者幾乎都是處於脹乳高峰期，乳房腫脹引起的疼痛不適及排乳不暢，已經讓產婦覺得非常的痛苦了，而手擠乳汁法又必須要在腫脹的乳房上行全面性的擠壓，才能讓乳汁排出，雖然研究員擠乳的力道會隨著受試者的忍受度而有所調整，在乳汁移出後腫脹感亦會減輕，但此過程已經讓產婦們心中留下陰影，本研究進行過程即有 5 位受試者因擠乳引起的疼痛而流淚，主訴畏懼下一次脹乳的來臨。

乳房腫脹最主要是因為足厥陰肝經及足陽明胃經氣血瘀阻所致。手擠乳汁前先行穴位按摩可以促進局部循環，疏經通絡及調和氣血，

以減輕擠壓時的疼痛 (馬光麗, 2009), 穴位按摩力道不宜過重, 以受試者覺得不排斥為準。在按摩的過程受試者中可以閉眼休息, 甚至有些人是呈現睡眠狀態, 通常乳房穴位按摩約 10 分鐘後, 受試者及能感受到腫脹感有改善, 此時再繼續循環按摩 10 分鐘, 最後再配合手擠乳汁 10 分鐘後, 受試者更能感受到明顯的差異。由於介入過程中受試者呈現休息狀態加上按摩後乳房腫脹已改善連帶著疼痛、乳房發熱及不舒適感也隨之減輕。當乳腺疏通後, 乳頭乳房表面不再像介入前呈現緊繃狀況, 連帶著親餵新生兒時, 新生兒對乳房不再排斥的情形。未能親餵者, 在脹乳時也不會像介入前那麼不適, 且自行擠乳時發現乳汁排出順暢, 可減少擠乳時間增加休息機會。

本研究另於介入結束後一個月電話追蹤兩組受試者乳房疼痛及局部硬塊發生之情形, 實驗組全數表示無乳房疼痛現象, 對照組則有 39.3% 表示仍有乳房疼痛現象; 3.3% 實驗組有局部腫塊, 對照組則為 53.6%。本結果顯示手擠乳汁法雖可暫時緩解產婦乳房腫脹, 但在後續一個月追蹤發現四成的婦女仍有乳房疼痛及局部硬塊現象; 而接受穴位按摩者不僅疼痛感完全消失, 也僅有一人感覺乳房還有硬塊。對於穴位按摩之持續效應目前未有相關文獻探討, 推測穴位按摩能達疏經通絡、理氣活血功效, 在脹乳最嚴重的初期連續三天之介入, 鬱積之腫塊得以消散, 後續乳汁排出順暢, 乳房腫脹及疼痛即不復發生。

王龍艷 (2011) 表示，穴位按摩對改善乳房腫脹引起的乳線不通及疼痛不適等成效較傳統濕熱敷法好。王雲平、黃旭軍、黃玉珍、關言冰 (2007) 研究顯示，產後第一天開始進行熱敷按摩手擠乳汁可有降低乳房腫脹的發生。產後進行按摩可促進血液循環，有益於乳汁分泌與排出(胡冰、黃寶良、張曉瑜，2010；陸萍、丘瑾、姚斐等人，2010)。穴位按摩不但有按摩舒筋通絡，活血化瘀之功能，搭配特定的穴點按壓則更加達到疏肝健脾、理氣活血及促進氣血生成之功效，對產後乳房腫脹或乳汁不足有顯著效果 (陸萍、丘瑾、姚斐等人，2010；柳愛蘭，2011)。雖然目前尚未有以乳房按摩與穴位按摩比較之文獻發表，但穴位按摩力道不像傳統按摩較為蠻力，能減少產婦受不當施力之痛苦，產婦接受度相對較高 (柳愛蘭，2011)。

本研究中兩組受試者體溫及乳房體表溫度變化，三天的介入後溫度皆比介入前略升 (未達顯著差異)，推測與介入措施有關，兩種介入方法都是研究員的手與受試者乳房緊密接觸，使得局部循環通暢，形成局部位溫度較高，與邱靜瑜 (2007) 之研究結果相近。

第六章 結論

本研究以產後母嬰分離之受試者為研究對象，評估穴位按摩減輕產後乳房腫脹疼痛之成效。穴位按摩可促進局部血液循環乳汁分泌，使其瘀滯之氣方以疏通，瘀結之腫塊得以消散，調理氣血、瀉熱消炎，有助於宣通乳絡之功能。穴位按摩是一種簡單經濟的自然療法，對減輕產婦乳房腫脹成效顯著，日後可加以推廣，幫助更多哺乳婦女成功哺餵母乳。本研究結果可作為產科乳房腫脹護理之參考。

第七章 研究限制及建議

母乳為上天賜給新生兒最好的食物，不管有沒有哺餵母乳的產後婦女幾乎都會遇到乳房腫脹的問題，且採母嬰分離者會比母嬰同室者脹奶時間更久。本研究考量哺乳次數及乳房腫脹程度的相近性，故在研究對象僅限於採母嬰分離的產婦。穴位按摩對母嬰分離產後婦女減輕脹乳不適有明顯之改善，日後相關研究也可擴及母嬰同室之產婦，以獲得更多的實證數據佐證穴位按摩的成效。

由於實驗設計之初，參考文獻之建議，採用 40 分鐘（單側乳房 20 分鐘）的穴位按摩，連續三天。但以目前護理人力面臨短缺的窘況，穴位按摩介入時數及天數是臨床護理人力是無法負荷的。基於本研究結果穴位按摩第一天後即有減輕脹乳不適之效，日後研究可比較不同介入時數或天數之成效，並評估其成效是否有延續性。

本研究僅採用乳房鄰近穴位進行按壓，根據中醫理論配穴原則亦可選用遠端穴位(如三陰交或少澤穴)，未來相關研究亦可探討不同配穴對於產後乳房腫脹之成效。

本研究目的在比較穴位按摩及一般護理措施對改善產後脹乳之成效，尚未能對穴位按摩與單純按摩之效應作一區別，建議日後研究者可就此作為實驗設計之參考。

研究顯示，產後乳房腫脹與泌乳激素升高相關（陸萍、丘瑾、姚斐等人，2010），日後研究亦可增加血液中泌乳激素濃度檢測作為客觀之評估指標。

參考文獻

中文參考文獻

王雲平、黃旭軍、黃玉珍、關言冰 (2007)。母嬰分離產婦實施乳房護理的體會。醫藥論壇雜誌。28(24)，122-124。

王龍艷 (2011)。產後乳房脹痛的預防護理進展。護理實踐與研究，8(23)，126-127。

王國成 (2011)。中醫醫療行為法律規制之研究-以中醫助理為中心。未出版碩士論文。台北：政治大學法學研究所。

世界衛生組織 (2012)。母乳哺育。2012年4月26日，取自：

<http://www.who.int/topics/breastfeeding/zh/index.html>

內政部統計司 (2012)。內政統計年報：育齡婦女生育率。2012年4月26日，取自：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>

內政部統計司 (2012)。內政統計年報：十五歲以上人口教育程度。2012年4月26日，取自：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>

江伶、王賢華 (2009)。乳房腫脹的預防及護理進展。醫藥論壇，1，31-34。

李曉靜 (2011)。穴位按摩治療急性乳腺炎與護理。中國中醫藥現在過程教育，10(1)，145-146。

李從業、陳信孚、馮榮莊 (2009)。實用產科護理。台北：華杏出版社。

- 余玉眉、周雨樺編著 (2007)。產科護理學。台北：新文京開發出版社。
- 金宏柱、楊洪英 (2005)。中國推拿。上海市：上海中醫藥大學出版社。
- 邵巧雲 曹心芳 馬巧靈 (2010)。仙人掌泥與土大黃粉外敷用於產後乳房腫脹。護理學雜誌，25 (8)，43-44。
- 邱靜瑜、張靜宜、高美玲 (2008)。運用刮痧協助產後脹奶婦女之照護經驗。護理雜誌，55(1)，105-110。
- 邱靜瑜 (2007)。穴位刮痧療法處置產後婦女乳房腫脹之成效評估-隨機對照研究。碩士論文。台北市：台北護理學院助產護理研究所。
- 柳愛蘭 (2011)。中醫辨證產後乳房穴位按摩的臨床研究。中西醫匯講及綜述，7，3422-3423。
- 周良模 (1986)。梁式穴位按摩治療乳癰法及其原理淺析。國醫論壇，1，31-34。
- 柯鑫 (2010)。中醫穴位按摩產後乳房護理干預效果觀察中醫中藥。臨床和實驗醫學雜誌，9(19)，1507。
- 胡冰、黃寶良、張曉瑜 (2010)。對母嬰分離的產婦實施乳房護理干預促進泌乳的效果分析。護理實踐與研究。7(14)，23-25。
- 胡繡華，趙克華 (2009)。中醫穴位按摩用於母嬰分離產婦的乳房護理。Chinese Nursin Research，23 (5)，1282。
- 凌文津、丘平 (2011)。揉推排乳手法治療鬱滯期乳癰療效觀察。廣西

- 中醫藥，34(1)，35-36。
- 徐惠麗、張曉雲、曾瑞慧 (2011)。運用穴位按摩於疼痛緩解之文獻回顧。 *中華推拿與現代康復科學雜誌*，8(1)，40-51。
- 紀麗梅、徐南麗、邱慧如、蕭正光 (2004)。穴位按壓對緩解原發性經痛成效之探討。 *慈濟護理雜誌*，3(4)，29-37。
- 馬惠文、張曼玲、林綽娟 (2007)。以系統性文獻回顧檢視穴位按壓於護理實務的應用。 *護理雜誌*，54(4)，35-44。
- 馬素華 (1998)。穴位點壓法簡介。 *長庚護理*，9(3)，85-89。
- 夏萍回、孫吉珍編著 (2007)。 *婦嬰護理學-產科婦科及婦女健康*。台北：華杏出版社。
- 馬光麗 (2009)。疏鬆式乳房按摩治療哺乳期乳腺急症 11545 例。 *Journal of External Therapy of TCM*，18 (1)，40-41。
- 孫平國 (2010)。 *中醫按摩學*。台北：合記出版社。
- 張倩華 (2008)。穴位指壓對亞急性和慢性頸部疼痛患者的疼痛及活動度之成效。未出版碩士論文。高雄縣：輔英科技大學護理研究所。
- 曹仁發、金德康、黃宜能、羅志瑜、顏雋陶 (2003)。 *中醫推拿學*。台北市：知音出版社。
- 國民健康局 (2012)。 *母乳哺育*。2012 年 4 月 26 日，取自：
<http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding/index.htm>

許昭薇、章樂綺 (2004)。嬰兒哺餵母乳的益處。《臨床醫學》，53，26-30。

陸萍、丘瑾、姚斐、鄭娟娟 (2010)。經穴推拿對產婦泌乳量的影響。
《中國針灸》，30 (9)，731-733。

黃琪、段文映、余力、杜鵬 (2011)。手法結合三才配穴療法治療早期
急性乳腺炎的療效觀察。《昆明醫學院學報》，12，140-141。

黃淑媛、盧瑛琪、陳盈婕、江佩陵、王允伶、陳倩芳、邱曉彤、林錦
源、李淑桂 (2010)。產後二個月期間停止純母乳哺餵之相關因
素探討：一個前趨性研究。《中山醫學雜誌》，21，263-273。

陳玠璞 (2009)。穴位按摩對於大學生的注意力影響研究。未出版碩士
論文。嘉義縣：南華大學自然醫學研究所。

葉倩菁、王九華、馬素華 (2007)。穴位療法作用的可能機轉。《護理雜
誌》，54(4)，5-9。

楊曼華、林麗嬋 (2007)。穴位按壓於老人護理之應用。《護理雜誌》，54(4)，
10-15。

鄧連秀、曾言川、史慶文 (2010)。乳房護理干預用於母嬰分離產婦促
進泌乳的效果分析。《實用臨床醫學》，11(4)，87-89。

趙廣山 (2010)。熱敷加按摩治療急性乳腺炎。《家庭醫學》，1，31。

鍾聿琳、盧碧瑛編著 (2006)。《簡明產科護理 (6 版)》。台北：華杏出版
社。

羅琳雪、韋桂源、黃鳳形、林梅、方文珠、梁少英、陳麗芬 (2012)

早期定時乳房護理干預對母嬰分離產婦泌乳的影響。實用醫學雜誌，28(3)，497-499。

羅元愷、曾敬光、劉敏如 (2002)。中醫婦科學。台北市：知音出版社。

顧伯康、黃耀燊 (1994)。中醫外科學。台北市：知音出版社。

References

- Agarwal, A., Ranjan, R., Dhiraaj, S., Lakra, A., Kumar, M., & Singh, U. (2005). Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: A prospective, randomised, placebo controlled study. *Anaesthesia*, *60*(10), 978- 981..
- Anderson, J. W., Johnstone, B. M., & Remley, D. T. (1999). Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, *70*(4), 525-535.
- Arai, Y.C. (2008). The Effect of Acupressure at the Extra 1 Point on Subjective and Autonomic Responses to Needle Insertion. *Anesthesia & Analgesia*, *107*(2), 661-664.
- Bernardo, L. H., Rajiv B., José, C. M., & Cesar, G. V. (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding. *World Health Organization*.
- Chen, H. M., & Chen, C.H. (2010). Effects of acupressure on menstrual distress in adolescent girls: a comparison between Hegu-Sanyinjiao Matched Points and Hegu, Zusanli single point. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(7-8), 998-1007.
- Chen, M. L., Lin, L. C., Wu, S. C., & Lin, J. G. (1999). The effectiveness of acupressure in improving the quality of sleep of

- institutionalized residents. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 54(8), 389-394.
- Chiu, J. Y., Gau, M. L., Kuo, S. Y., Chang, Y. H., Kuo, S. C., & Tu, H. C. (2010). Effects of Gua-Sha therapy on breast engorgement: a randomized controlled trial. *The Journal of Nursing Research*, 18(1), 1-10.
- Chow S.C., & Liu, J. P. (2004). *Design and analysis of clinical trials: concepts and methodologies (2th)*: Wiley-Interscience.
- Chung, U.L., Hung, L.C., Kuo, S.C., & Huang, C.L. (2003). Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *The Journal of Nursing Research*, 11(4), 251-260.
- Ezzo, J., Streitberger, K., & Schneider, A. (2006). Cochrane systematic reviews examine p6 acupuncture-point stimulation for nausea and vomiting. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 12(5), 489-495
- Hauck, F. R., Thompson, J. M., Tanabe, K. O., Moon, R. Y., & Vennemann, M. M. (2011). Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*, 128(1), 103-110.
- Helen, G. (2005). Understanding pain, part 1 : Physiology of pain. *British Journal of Nursing*, 14(16), 846-852.

- Howie, P. W., Forsyth, J. S., Ogston, S. A., Clark, A., & Florey, C. D. (1990). Protective effect of breast feeding against infection. *British Medical Journal*, 300(6716), 11-16.
- Hsieh, L. L., Liou, H. H., Lee, L. H., Chen, T. H., Yen, A. M. (2010). Effect of acupressure and trigger points in treating headache: a randomized controlled trial. *American Journal of Chinese Medicine*, 38(1), 1-14.
- Hsieh, L. L., Kuo, C.H., Yen, M. F., & Chen, T.H. (2004). A randomized controlled clinical trial for low back pain treated by acupressure and physical therapy. *Preventive Medicine*, 39(1), 168-176.
- Jun, E.M., Chang, S., Kang, D.H., & Kim, S. (2007). Effects of acupressure on dysmenorrhea and skin temperature changes in college students: A non-randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 973-981.
- Kramer, M. S. (2011). Breastfeeding and allergy: the evidence. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 59 Suppl 1, 20-26.
- Kvist, L. J., Hall-Lord, M. L., Rydhstroem, H., & Larsson, B. W. (2007). A randomised-controlled trial in Sweden of acupuncture and care interventions for the relief of inflammatory symptoms of the breast during lactation. *Elsevier*, 23(2), 184-195.
- Labayen, I., Ruiz, J. R., Ortega, F. B., Loit, H. M., Harro, J., Villa, I., et al. (2012). Exclusive breastfeeding duration and cardiorespiratory

- fitness in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 95(2), 498-505.
- Lang, T. (2007). Prehospital analgesia with acupressure at the Baihui and Hegu points in patients with radial fractures: a prospective, randomized, double-blind trial. *The American journal of emergency medicine*, 25(8), 887-893.
- Lee, A., & Fan, L. T. (2009). Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(2), CD003281.
- Lee, M. K., Chang, S. B., & Kang, D. H. (2004). Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 10(6), 959-965.
- Lee, W. T., Lui, S. S., Chan, V., Wong, E., & Lau, J. (2006). A population-based survey on infant feeding practice (0-2 years) in Hong Kong: breastfeeding rate and patterns among 3,161 infants below 6 months old. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 15(3), 377-387.
- Mangesi, L., & Dowswell, T. (2010). Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev*(9), CD006946.
- Nagata, C., Mizoue, T., Tanaka, K., Tsuji, I., Tamakoshi, A., Wakai, K., et al. (2012). Breastfeeding and breast cancer risk: an evaluation

based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(2), 124-130.

Nicola, Robinson. , Ava, Lorenc., & Xing, Liao. (2011). The evidence for Shiatsu: a systematic review of Shiatsu and acupressure. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11:88.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6882/11/88>

Quigley, M. A., Hockley, C., Carson, C., Kelly, Y., Renfrew, M. J., & Sacker, A. (2012). Breastfeeding is associated with improved child cognitive development: a population-based cohort study. *Journal of Pediatrics*, 160(1), 25-32.

Shin, H.S., & Song, Y. (2007). Effect of Nei-Guan point (P6) acupressure on ketonuria levels, nausea and vomiting in women with hyperemesis gravidarum. *Journal of Advanced Nursing*, 59(5), 510-519.


Tsay, S. L., Cho, Y. C., & Chen, M. L. (2004). Acupressure and transcutaneous electrical acupoint stimulation in improving fatigue, sleep quality and depression in hemodialysis patients. *American Journal of Chinese Medicine*, 32(3), 407-416.

Wong, C. L., Lai, K. Y., & Tse, H. M. (2010). Effects of SP6 acupressure on pain and menstrual distress in young women with dysmenorrhea. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16(2), 64-69.

Yip, Y. B., & Tse, S. H .M. (2004). The effectiveness of relaxation acupoint stimulation and acupressure with aromatic lavender essential oil for non-specific low back pain in Hong Kong: a randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine, 12*, 28-37.

附 錄

附錄 A 臨床試驗研究計畫同意書

 財團法人天主教聖馬爾定醫院
醫學倫理暨人體試驗委員會

聯絡電話：05-2756000#1021
地址：600 嘉義市大雅路二段 565 號
E-mail：h101@stm.org.tw

臨床試驗研究計畫同意證明書

計畫名稱：穴位按摩對減輕產後母嬰分離哺乳婦女乳房腫脹之成效。

計畫編號：11B-017

計畫主持人：陳秋媛助理教授

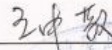
共同主持人：林宥涵副護理長

通過日期：2011 年 8 月 29 日

審議會：2011 年第 2 次會議

有效期限：2012 年 08 月 31 日

主任委員



2011 年 8 月 29 日



*計畫主持人須遵守之規定請見「計畫主持人之職責」

附錄 B 基本資料問卷

基本資料

個案代碼：

1. 年 齡：_____歲
2. 婚 姻：已婚 未婚 同居 離婚 其他：_____
3. 教育程度：不識字 國小 國中 高中(職) 專科
大學(含四技或二技) 碩士 博士或博士後
4. 職 業：無(免答 5,6 題) 行政人員 專業人員
技術人員 公務人員 教職人員 其他：_____
5. 產後是否要繼續上班：有 沒有
6. 工作地點是否有提供擠乳室：有 沒有
7. 家庭收入：5 萬元以下/戶/月 5-10 萬元/戶/月 10-15 萬元/戶/月
15-20 萬元/戶/月 20 萬元以上/戶/月
8. 此次生產方式：陰道生產 剖腹生產
9. 生產日期及時間：_____年 _____月 _____日 _____點 _____分
10. 是否有執行產後親子接觸：有 總共接觸時間 _____ 分
沒有 原因：_____
11. 第一次哺乳時間：產後 _____ 點 _____ 分
12. 每日平均哺餵次數：_____ 次
13. 每次平均哺餵時間：約 _____ 分
14. 產後第一次脹奶時間：產後 _____ 天
15. 您採用何種方式解決脹奶問題：給寶寶吸吮 熱敷 冷敷 按摩
手擠乳汁 擠乳器 其他：_____
16. 此次脹奶之疼痛是否會影響您繼續哺餵母乳的意願：會 不會 原因：_____
17. 目前哺乳的方式：純母乳哺餵 混合奶哺餵 配方奶哺餵
18. 您對於哺乳的資訊主要來自：衛教單 媽媽教室 網路 海報
廣告媒體 衛生(局)所 配方奶公司 其他：_____
19. 您何時決定哺餵母乳：懷孕前 懷孕 3 個月 懷孕 4-7 個月
懷孕 8-足月 入院待產時 嬰兒出生後
20. 是由誰決定哺乳：自己 配偶 父母 公婆 親友 其他：_____
21. 您家人對寶寶的哺乳態度：贊成完全哺餵母乳 贊成混合哺餵
22. 家人的支持是否會影響您繼續哺餵母乳的信念：會 不會
23. 政府推動的母乳哺餵政策是否會影響您哺餵母乳意願：會 不會

24. 是否使用無痛分娩：有 沒有
25. 待產中是否使用止痛劑：有 沒有
26. 回病房後是否使用止痛劑：有 沒有
27. 您是：初產婦(免答 28-34 題) 經產婦
28. 前一胎哺乳方式：純母乳哺餵 混合奶哺餵 配方奶哺餵(免答 29-34 題)
29. 前一胎是否脹奶之經驗：有 沒有(免答 30-33 題) 原因：_____
30. 前一胎產後第一次脹奶時間：產後_____天
31. 您採用何種方式解決脹奶問題：給寶寶吸吮 熱敷 冷敷 按摩
手擠乳汁 擠乳器 其他：_____
32. 曾因脹奶而引發其他乳房疾病：無 有：乳腺炎 乳房膿瘍
其他：
33. 是否曾因脹奶而想放棄哺餵母乳：有 沒有 原因：_____
34. 前一胎持續哺餵母乳時間：_____歲 _____月 停止餵奶原因：_____
35. 此次母嬰分離的原因：寶寶住病嬰室加護病房觀察中 無意願採母嬰同室 原因：_____ 其他：_____

附錄 C 脹奶生理狀況評估表

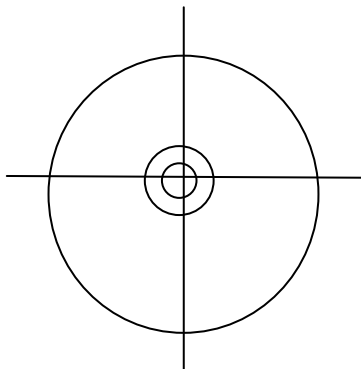
脹奶生理狀況評估表

編號： 日期：

一、處理前脹奶評估表(執行前)

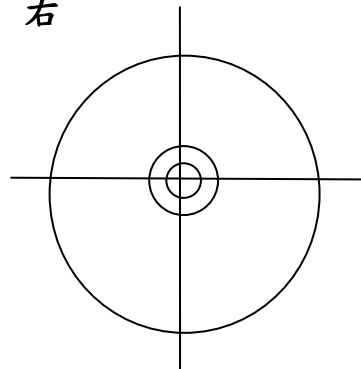
1. 血壓：____/____ mmHg 脈搏：____次/分 呼吸：____次/分
2. 現在體溫(耳溫槍)：____°C
3. 至目前為止是否曾發燒：有 ____°C 沒有
4. 腫塊大小：有 ____x____ cm 沒有
5. 按壓乳房柔軟度像：額頭 鼻尖 鼻翼
6. 乳頭是否有破皮：有 ____x____ mm 沒有
7. 腫塊位置

左



(大小：____x____ 公分)

右



(大小：____x____ 公分)

8. 感覺疼痛的觸診力道：輕度 中度 重度
9. 外觀皮膚是否緊繃發亮：是 否
10. 印堂定點溫度：____°C
11. 乳房定點溫度：
 右側乳房：中____°C 上____°C 下____°C 左____°C 右____°C
 左側乳房：中____°C 上____°C 下____°C 左____°C 右____°C

二、處理後記錄(執行後5分鐘)

1. 乳汁流出：單邊：__邊 乳汁滴數：__滴 處理中__分 處理後__分
 雙邊：乳汁滴數：__滴 處理中__分 處理後__分
無乳汁流出
2. 現在體溫(耳溫槍)：____°C
3. 印堂定點溫度：____°C
4. 乳房定點溫度：
 右側乳房：中____°C 上____°C 下____°C 左____°C 右____°C
 左側乳房：中____°C 上____°C 下____°C 左____°C 右____°C
5. 按壓乳房柔軟度像：額頭 鼻尖 鼻翼
6. 外觀皮膚緊繃發亮程度是否有改善：是 否

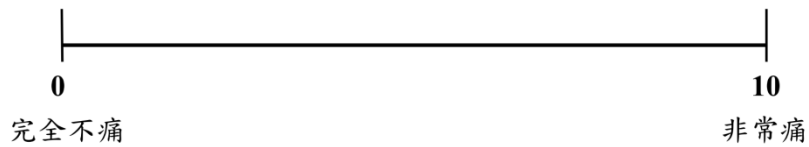
附錄 D 脹奶症狀自覺評量表(執行前)

脹奶症狀自覺評量表(執行前) 個案代碼：

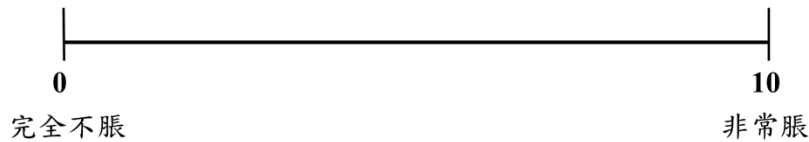
0 分代表完全不會，10 分代表最嚴重的程度。現在您自覺疼痛的程度是幾分？自覺腫脹的程度是幾分？自覺乳房發熱的程度是幾分？自覺不舒適的程度是幾分？

請您把結果以『×』表示畫在線上。

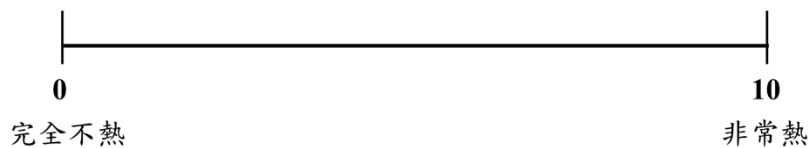
1. 自覺疼痛的程度



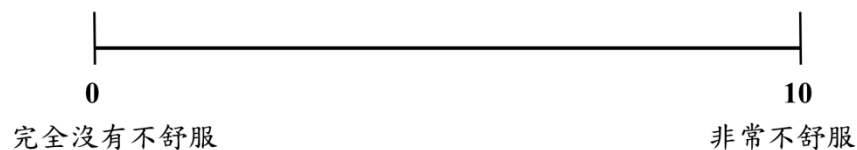
2. 自覺腫脹程度



3. 自覺乳房發熱的程度



4. 自覺不舒適的程度



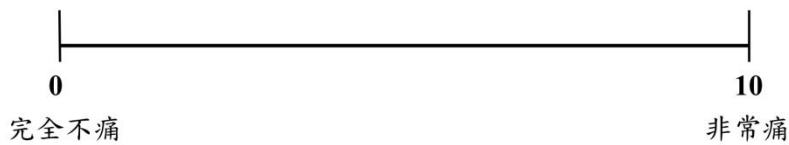
附錄 E 脹奶症狀自覺評量表(執行後 5 分鐘)

脹奶症狀自覺評量表(執行後 5 分鐘) 個案代碼：

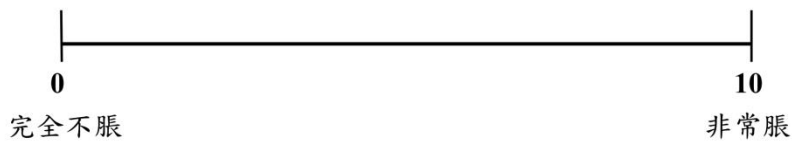
0 分代表完全不會，10 分代表最嚴重的程度。現在您自覺疼痛的程度是幾分？自覺腫脹的程度是幾分？自覺乳房發熱的程度是幾分？自覺不舒適的程度是幾分？

請您把結果以『×』表示畫在線上。

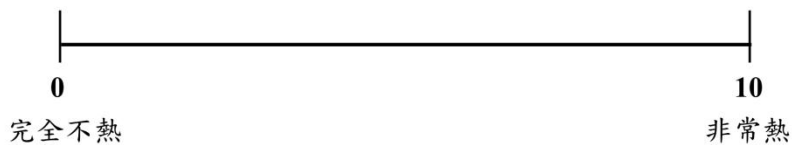
1. 自覺疼痛的程度



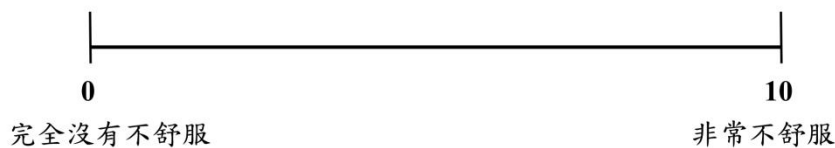
2. 自覺腫脹程度



3. 自覺乳房發熱的程度



4. 自覺不舒適的程度



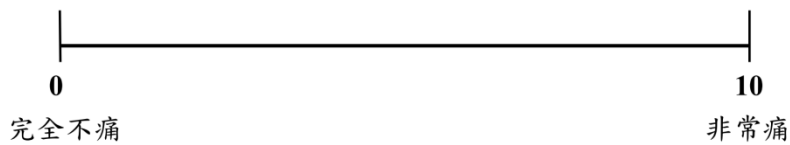
附錄 F 脹奶症狀自覺評量表(執行後 30 分鐘)

脹奶症狀自覺評量表(執行後 30 分鐘) 個案代碼：

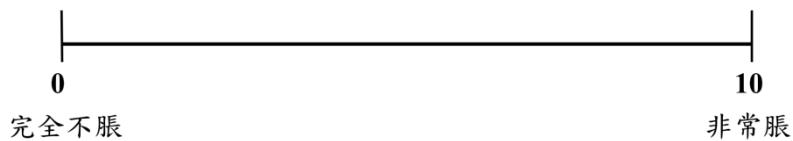
0 分代表完全不會，10 分代表最嚴重的程度。現在您自覺疼痛的程度是幾分？自覺腫脹的程度是幾分？自覺乳房發熱的程度是幾分？自覺不舒適的程度是幾分？

請您把結果以『×』表示畫在線上。

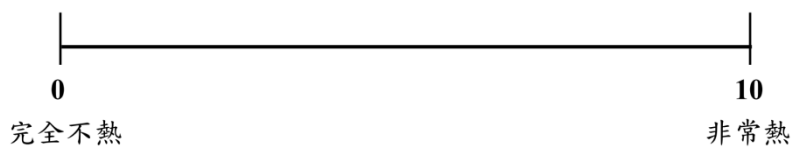
1. 自覺疼痛的程度



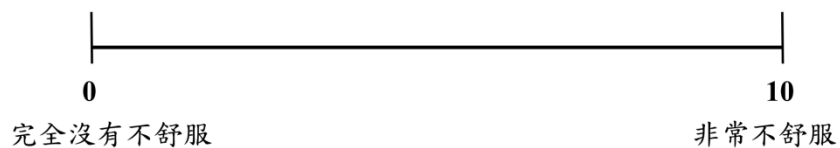
2. 自覺腫脹程度



3. 自覺乳房發熱的程度



4. 自覺不舒適的程度



附錄 G 評量表授權同意書

《評量表使用授權書》

授權對象：南華大學自然醫學研究所陳秋媛博士及其指導

研究生陳嘉惠

授權工具：基本資料、脹奶生理狀況評量表及脹奶症狀自覺評量表

授權方式：在授權時間與範圍內得無償使用

授權範圍：穴位按摩對減輕產後母嬰分離哺乳婦女乳房腫脹之成效

授權權利：作為該研究與發表論文工具，並得到相關研究協助

授權時間：自 2011 年 08 月 20 日至 2012 年 08 月 19 日

授權人：邱靜瑜 邱靜瑜 (簽名) 申請人：陳秋媛 陳秋媛 (簽名)

E-mail : cmchfish@yahoo.com.tw

E-mail : chiuyuan@mail.nhu.edu.tw

電話：0977200196

電話：05-2721001 ext：5443

地址：台中市霧峰區中正路 718 號

地址：嘉義縣大林鎮南華大學

西元 2011 年 08 月 18 日

西元 2011 年 08 月 15 日

※請同時簽署兩份授權同意書，分別由授權者與申請者存留備查。

附錄 H 隨機分配表

B	A	A	A	A	B
A	B	B	B	B	A
B	B	B	A	A	A
A	A	A	B	B	B
A	B	A	B	B	B
B	A	B	A	A	A
B	A	A	A	A	B
A	A	B	B	B	A
A	B	B	A	B	B
B	B	A	B	A	A

註：A 對照組 B 實驗組