

南華大學
自然醫學研究所
碩士論文

男性大學生的中醫體質與痤瘡之關係
Association between Body Constitution of Chinese
Medicine and Acne in Male University Students

指導教授：辜美安博士

研究生：陳美如

中華民國九十九年六月

南 華 大 學

自然醫學研究所

碩 士 學 位 論 文

男性大學生的中醫體質與痤瘡之關係

Association between Body Constitution of Chinese Medicine
and Acne in Male University Students

研究生：陳美如

經考試合格特此證明

口試委員：林菁珊

陳秋霞

薛子白

指導教授：薛子白

系主任(所長)：薛子白

口試日期：中華民國 99 年 6 月 21 日

謝 誌

論文得以完成，於付梓之際，由衷感謝我的指導教授——辜美安老師。

感謝辜老師在了解我的駑鈍與不足之後，還願意收我為指導學生。在忙於公務之外，常犧牲自己的時間，對於論文不厭其煩且鉅細靡遺的編修與指正。甚至在寒假返回香港期間，透過e-mail指導與討論，以其科學實證邏輯之學識涵養，遠在千里之外，仍引領我於學術研究的殿堂中，穩步前進。老師溫文儒雅、謙沖和善的人格特質，總是以正向的鼓勵與肯定，帶領我突破每個瓶頸。

感謝陳秋媛老師、林睿珊老師，於論文口試時的指導，使論文得以更臻完善。感謝陳秋媛老師、林俊宏老師，論文初審時，在格式及內文上給予的意見與錯誤的指正。謝謝葉月嬌老師、廖俊裕老師在問卷施測時的鼎力幫忙。感謝中國醫藥大學蘇奕彰教授及體質與證型研究室，授權中醫體質量表作為研究工具，使本論文以順利進行。感謝參與本研究的受訪者，由於您的參與，才有這篇研究論文的產生。

感謝所上余哲仁老師、林群智老師、王昱海老師、林俊宏老師、陳秋媛老師、葉月嬌老師、吳浩群老師、羅俊智老師在自然醫學領域

相關學科觀念之啟迪。謝謝高宗成學長、黃柏銘學長、楊士樑醫師於中醫體質相關概念的指導。謝謝宜蓉、玉芬，在行政事務上常給予的叮嚀與協助。

感謝兩年來相互鼓勵、扶持的好同學渝儒、永舜、建德、政圻、明德、美智、揚慧、世璋、宛芃、曹欣、明華，你們豐富了我的研究所生涯與回憶。

謝謝媽媽、婆婆、哥哥、嫂嫂、姐姐、姐夫，您們的支持與鼓勵。最後要感謝一路陪伴及給我最大支持的文隆，及我最愛的桂華、桂禎寶貝，兩年來由於課業的繁忙疏於照顧你們，你們總是能體諒與包容，謹以本論文獻給我最摯愛的家人。

論文的完成，代表達成了自己的階段目標，在許多方面或許未臻成熟，但於此過程中，獲得不少的寶貴經驗，若有不足或疏漏之處，敬請海涵與指正！

感謝天！生命總是如此美好，總有許許多多貴人相助，我感恩！

我將帶著這份感恩及豐碩甘甜的美麗回憶，繼續邁向我下一個里程碑！

陳美如 謹誌

摘要

痤瘡是青少年最常見皮膚病之一。西醫將之定義為「皮膚附屬器官疾病」，多著眼於膚質、內分泌、細菌感染、生活習慣等外在因素。中醫則傾向由內而外，以中醫觀點而言，疾病的發生與體質的強弱和致病邪氣的性質密切相關。本研究之目的在探討男性大學生中醫體質與痤瘡之關係，以及痤瘡與生活型態因子之相關性。本研究之方法採橫斷式研究設計及立意取樣問卷調查方式，以南部某大學之男性大學生為收案對象，共計收取有效問卷120份。問卷內容包括研究對象基本特性、痤瘡嚴重程度、中醫體質、壓力知覺、生活型態及卡的夫痤瘡指數量表。結果顯示男性大學生中醫體質類型以含陰虛體質者居多（56.7%），多變項羅吉斯迴歸分析結果發現，陰虛體質者罹患痤瘡，為非陰虛體質者之9.49倍（ $p = 0.001$ ），壓力知覺總分每增加一分，罹患痤瘡之勝算比增加14%（ $p = 0.002$ ）。此外，痤瘡嚴重程度與飲用碳酸飲料或含糖飲料（經常相對很少之勝算比：6.31， $p = 0.044$ ）、使用防曬用品（經常相對很少之勝算比：9.99， $p = 0.015$ ）與睡眠品質（尚可相對非常好之勝算比：0.16， $p = 0.032$ ）呈顯著關係。卡的夫痤瘡指數量表得分顯示痤瘡程度越嚴重者，其生活品質受到痤瘡之影響越大（ $p < 0.001$ ）。本研究結論為男性大學生之中醫體質，以陰虛體質居多，而陰虛體質者罹患痤瘡較多。建議學生多認識自身的中

醫體質狀況，根據體質的徵候，調整生活習慣，維持陰陽平衡，以達到預防痤瘡和其他疾病的發生，並同時提升生活品質。

關鍵字：中醫體質、痤瘡、陰虛、陽虛、問卷調查

Abstract

Acne vulgaris, commonly known as acne, is one of the most common skin diseases in adolescents. In Western medicine, it is considered as a disease of the skin appendages and has mainly been focused on external factors including skin types, hormonal activities, infections, and lifestyle factors. In Chinese medicine, acne is considered as a disease originated from internal impairments. Occurrence of any diseases is strongly affected by the integrity of the body constitution and pathogens. The objective of this study is to investigate the association between Chinese body constitution and severity of acne as well as the association between acne and lifestyle factors in male university students. A cross-sectional purposive sampling study design was used to survey 120 male students in a university located in south Taiwan. The questionnaire included items on demographics, severity of acne, Chinese body constitution, perceived stress levels, lifestyle factors, and the Cardiff Acne Disability Index. Results indicated that 56.7 percent of the students were of Yin deficiency (Yin-Xu) body constitution type. Multivariate logistic regression analysis found that the odds of acne was 9.49 times ($p = 0.001$) in Yin deficiency students compared to those who were not non-Yin-deficiency. For every one unit of increase in perceived stress level, the odds of acne increased by 14 percent ($p = 0.002$). In addition,

the severity of acne was significantly associated with the use of carbonated beverages (often versus rarely, odds ratio = 6.31, $p = 0.044$), the use of sunscreen (often versus rarely, odds ratio = 9.99, $p = 0.015$), and sleeping quality (fairly good versus very good, odds ratio = 0.16, $p = 0.032$). Cardiff Acne Disability Index indicated that greater severity of the acne was associated with worse quality of life ($p < 0.001$). In conclusion, most male university students were of Yin-deficiency body constitution. Yin-deficiency body constitution was associated with greater occurrence of acne. Students should be aware of their own body constitution and adjust their lifestyle to achieve a balance in Yin and Yang. This will not only prevent the occurrence of acne and other diseases, but also improve the quality of life.

Key words: Chinese body constitution, acne vulgaris, Yin deficiency, Yang deficiency, questionnaire survey

目次

中文摘要	i
英文摘要	iii
目次	v
表目次	ix
圖目次	xi
第一章 緒論	1
1.1 研究背景	1
1.2 研究動機	4
1.3 研究目的	5
第二章 文獻回顧	6
2.1 痤瘡的成因	6
2.1.1 皮膚的構造	6
2.1.2 痤瘡的致病機轉	9
2.1.3 痤瘡的分類	12
2.2 體質學說	13
2.2.1 東西方醫學之體質概說	13
2.2.2 中醫體質學說	14
2.2.3 體質分類與命名	22
2.2.4 中醫診斷學及證型臨床表現	29

2.3 中醫之痤瘡病機病因學說	38
2.4 痤瘡相關因子之研究	42
第三章 研究材料與方法	48
3.1 研究設計	48
3.2 研究對象	48
3.3 研究工具	49
3.4 研究架構與流程	54
3.5 統計方法	57
第四章 研究結果	59
4.1 描述性統計之資料分析	59
4.1.1 基本資料描述性統計分析	60
4.1.2 卡的夫痤瘡指數量表描述性統計分析	71
4.1.3 生活型態因子描述性統計分析	74
4.1.4 壓力知覺量表描述性統計分析	79
4.1.5 中醫體質量表描述性統計分析	81
4.2 中醫體質與痤瘡	85
4.2.1 中醫體質陰虛、陽虛、痰濕瘀滯間之關係	85
4.2.2 中醫體質與痤瘡之關係.....	87
4.2.3 中醫體質與生活型態因子之關係.....	90
4.3 痤瘡與相關影響因素之關係	97
4.3.1 生活型態因子與痤瘡之關係.....	97

4.3.2 瘡瘡與其他影響因素之關係	103
4.4 瘡瘡嚴重度對生活品質之影響.....	106
4.4.1 罹患瘡瘡時間與嚴重程度之關係	106
4.4.2 中、西醫治療方式與瘡瘡嚴重程度之關係	108
4.4.3 瘡瘡嚴重程度與卡的夫瘡瘡指數量表之關係	110
第五章 結果與討論	112
5.1 基本資料	112
5.2 中醫體質與瘡瘡	114
5.2.1 中醫體質陰虛、陽虛、痰濕瘀滯間之關係	114
5.2.2 中醫體質與瘡瘡之關係	114
5.2.3 中醫體質與生活因子之關係	115
5.3 瘡瘡與相關影響因素之關係	116
5.3.1 生活型態因子與瘡瘡之關係	116
5.3.2 瘡瘡與其他影響因素之關係	119
5.4 瘡瘡嚴重程度與卡的夫瘡瘡指數量表之關係	120
第六章 結論與建議	121
6.1 結論	121
6.2 限制與建議	122
參考文獻	123
中文部份	123
英文部份	128

附 錄	135
附錄 A 受訪者同意書.....	135
附錄 B 體質與青春痘問卷.....	136
附錄 C 中醫體質量表使用授權書.....	144

表目次

表 2.1 近代學者提出之體質定義	21
表 2.2 體質分型統計表	25
表 2.3 中醫體質分型	27
表 2.4 中醫體質量表陰虛、陽虛、痰濕瘀滯體質	37
表 4.1 年齡、身高、體重、身體質量指數與皮膚類型之描述性統計...	65
表 4.2 受訪者自評陰陽體質趨向與虛實體質趨向之描述性統計...	66
表 4.3 罹患疾病、服用藥物、痤瘡罹患部位、處置方式及處置 產品之描述性統計量	67
表 4.4 痤瘡嚴重程度與中、西醫治療方式之描述性交叉統計	69
表 4.5 痤瘡罹患程度之描述性統計	70
表 4.6 卡的夫痤瘡指數量表之描述性統計	73
表 4.7 生活型態因子之描述性統計	77
表 4.8 壓力知覺量表之描述性統計	80
表 4.9 中醫體質量表之描述性統計	82
表 4.10 中醫體質與痤瘡嚴重程度之卡方統計分析	86
表 4.11 中醫體質陰虛、陽虛、痰濕瘀滯之相關性	88
表 4.12 生活型態因子與中醫體質之卡方統計分析	91
表 4.13 生活型態因子(三組)之描述性統計	98
表 4.14 痤瘡與生活型態因子之關係—單變項羅吉斯迴歸分析	99

表 4.15	痤瘡與生活型態因子之多變項羅吉斯迴歸分析	102
表 4.16	痤瘡與年齡、身體質量指數、皮膚類型、中醫體質 壓力知覺之關係—單變項羅吉斯迴歸分析	104
表 4.17	痤瘡與年齡、身體質量指數、皮膚類型、中醫體質 壓力知覺之關係—多變項羅吉斯迴歸分析	105
表 4.18	罹患痤瘡時間之相關性.....	107
表 4.19	痤瘡嚴重程度與中、西醫治療方式之卡方統計分析.....	109
表 4.20	卡的夫痤瘡指數量表單因子變異數分析	111

圖目次

圖 2.1 皮膚構造	8
圖 2.2 毛囊皮脂單位導致痤瘡致病主要病理變化	10
圖 2.3 體質形成的先天因素歸納圖	16
圖 2.4 影響體質的後天因素歸納圖	17
圖 3.1 研究架構圖	55
圖 3.2 研究流程圖	56
圖 4.1 達體質判定標準人數圖	83
圖 4.2 各型體質人數及交互關係圖	84

第一章 緒論

1.1 研究背景

青春痘(acne)在醫學上的學名稱為「痤瘡」或「尋常性痤瘡」，是一種發生在毛囊皮脂腺的慢性發炎丘疹，好發於青春期的，故又俗稱「青春痘」。在西方國家，16至18歲之年齡層為最大的流行高峰，盛行率在75%至98%。在美國影響超過1千7百萬人(Spencer, Ferdowsian, & Barnard, 2009)。痤瘡在12歲以下較常發生於女孩，但15歲後由於雄激素刺激過度角化和皮脂腺阻塞，則較為常見於男孩(Adebamowo et al., 2008)。在美國，11至21歲最常見的就醫原因，痤瘡排名第四位(Law, Chuh, Lee, & Molinari, 2009)。國內一項在台中榮民總醫院的皮膚科門診病患進行的調查，從2001年1月至12月間就診人次分佈分析，痤瘡就診人次的比例最高，佔46.2%，男性比女性高4.8%，就診人次年齡層以19至21歲所佔比例最高(62.3%) (劉正義，2002)。

痤瘡的產生是多種因素相互影響造成的疾病，主要病理機轉有雄性素(androgen)分泌增加、刺激皮脂(sebum)異常分泌過多、毛囊皮脂腺導管開口處角化過度、痤瘡桿菌(*Propionibacterium acnes*)過度增殖、及毛囊與毛囊周圍的發炎所引起(Haider, & Shaw, 2004)。除此之外，包括飲食、月經週期、出汗、紫外線照射、壓力、職業及吸菸等

因素都可能引起痤瘡 (Firooz, Sarhangnejad, Davoudi, & Nassiri-Kashani, 2005)。

絕大多數的青少年對自己身體外觀的關切遠甚於對其他方面的關心，青少年對自己容貌的感受，可能造成長久的影響。青少年的外觀，對其社交生活相當重要，且關係到自尊(楊國樞、張春興，1991)。痤瘡對患者可能產生心理和情緒消極的影響，導致焦慮，抑鬱或其他心理問題，如低自尊、害羞、害怕被拒絕，逃避社會、退縮、憤怒，限制其生活方式。特別是青春期痤瘡患者，不喜歡跟他人互動，認為人們在看著他們，因而害怕身體接觸，避免游泳和運動，以及產生睡眠障礙。痤瘡本身雖無立即致命之危險，但對患之心理及行動能力之影響，相當於關節炎之慢性疾病(Yolac, Demirci, Erdi, & Devrimci, 2008)。

一項在2002年4月至9月間，全民健康保險學術研究資料庫門診資料研究分析，痤瘡共患疾病之狀況顯示，痤瘡病患人數約佔皮膚科門診的20%，好發於青少年(王綺嫻，2006)。而青少年階段是身體、心理、價值觀建構及自我認同等方面發展的重要時點。且這時期特別重視外表，許多研究指出，青少年時期的嚴重痤瘡不僅限於外觀皮膚改變，常造成病患心理層面的影響，包括人格，情緒，自我形象和自尊，情感的社會隔離。甚至有可能導致心理及精神方面的共患疾病，

包括：憂鬱、自殺意念、飲食異常、身體變形症及強迫症等(Barankin & DeKoven, 2002)。

痤瘡對生理或心理的影響，都是不容忽視的問題。體質影響健康及對致病因子的易感性，中醫有許多關於體質的文獻探討，而體質與痤瘡之間的關連性研究，卻不多見。因此希望藉由此研究了解中醫體質與痤瘡之關係。

1.2 研究動機

以痤瘡的英文字「acne」作為搜尋之關鍵字，在PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)網站發現截至2010年6月，約有11400篇研究資料，內容多以痤瘡發生之病因及治療為主，而少見體質與痤瘡之相關文獻，故本研究將以男性大學生為對象，進行中醫體質與痤瘡相關性，以及痤瘡與相關因素關係之探討。現代醫學認為，痤瘡是發生於毛囊皮脂腺部位的慢性炎症性疾患，主要係因雄性激素分泌增多，導致皮脂腺分泌旺盛，使皮脂腺毛囊口堵塞，再由痤瘡桿菌及其他微生物感染引起局部炎症反應。在15歲後，由於雄性激素刺激過度角化和皮脂腺阻塞，則較常見於男孩(Adebamowo et al., 2008)，且考慮女性生理週期所可能造成之影響，故本研究選擇以男性大學生為進行調查之對象。

青春痘的病因多端，中醫及西醫觀點有所不同。西醫將之定義為「皮膚附屬器官疾病」，多著眼於膚質、內分泌、細菌感染、生活習慣等外在因素。中醫則傾向由內而外，認為肺胃血熱、腎陰不足、痰瘀互結以及飲食不節等都是誘因（蘇三稜，2008）。

痤瘡不只影響外觀，甚至造成到心理及行為能力之影響。中醫學者認為個體體質狀態影響健康，體質偏虛增加個體對致病因子的易感

性，甚至影響疾病變化及治療反應。透過體質調養，可預防疾病發生，促進健康（陳麗麗、蘇奕彰，2007）。中醫有許多關於體質的文獻探討，而體質與痤瘡之間的關連性研究，卻不多見。本研究希望以問卷方式了解男性大學生的中醫體質偏向，藉由體質之角度切入，歸納痤瘡之相關因子，期能從預防及調理體質的方向入手，提供青少年預防痤瘡發生之參考。

1.3 研究目的

本研究之研究目的為：

1. 了解男性大學生的中醫體質。
2. 探討男性大學生的中醫體質與痤瘡之關係。
3. 探討痤瘡與相關因素之關係。
4. 探討痤瘡嚴重度對生活品質之影響。

第二章 文獻回顧

2.1 痤瘡的成因

2.1.1 皮膚的構造

皮膚或表皮膜(cutaneous membrane)覆蓋著身體外表面，在表面積和重量上是身體最大的器官。成人皮膚所覆蓋的區域約為2平方公尺，約身體重量的16%。

就結構而言，皮膚由表皮和真皮兩個主要部位所構成(如圖2.1)。表層較薄的部分由上皮組織組成，稱為表皮(epidermis)，較深層且較厚的結締組織部分稱為真皮(dermis)。真皮的深層為皮下層(subcutaneous layer)，此層由蜂巢狀和脂肪組織所構成。由真皮延伸而來的纖維可將皮膚固定到皮下層，接連到其下的組織和器官。皮下層可作為脂肪的儲存所，且含有大量供應皮膚的血管。

表皮由角質化的複層扁平上皮所組成。含有四種主要細胞：角質細胞(keratinocytes)、黑色素細胞(melanocytes)、蘭氏細胞(Langerhan's cells)、美格爾氏細胞(Merkel cells)。人體表皮厚度在各部位不同，由內而外為基底層、棘狀層、顆粒層、透明層和角質層。真皮為皮膚的第二層，主要為含有膠原和彈性纖維的結締組織所構成。連到皮下層的真皮較深層部位含有膠原纖維束和一些粗彈性纖維

及緻密不規則結締組織。在纖維之間含有細胞、毛囊、神經、油腺與汗腺。

皮膚的附屬構造包含毛髮、皮膚腺體和指(趾)甲，毛髮和指(趾)甲可保護皮膚。皮膚腺體包含皮脂腺(sebaceous glands)、汗腺(sudoriferous glands)與耳垢腺(ceruminous glands)。皮脂腺分泌部位在真皮，且開口於毛囊內或直接開口到皮膚表面上。皮脂腺可分泌一種皮脂(sebum)物質。皮脂可避免毛髮乾燥、防止過多水分由皮膚蒸發、保持皮膚柔軟、以及抑制特定細菌生長。當臉部的皮脂腺因為皮脂堆積而增大時，便會產生黑頭粉刺(blackheads)。因皮脂對某些細菌具有營養，故通常會產生面皰(pimples)或癰(boils)。皮脂腺活動在青春期間會增加(陳金山、徐淑媛，2007)。

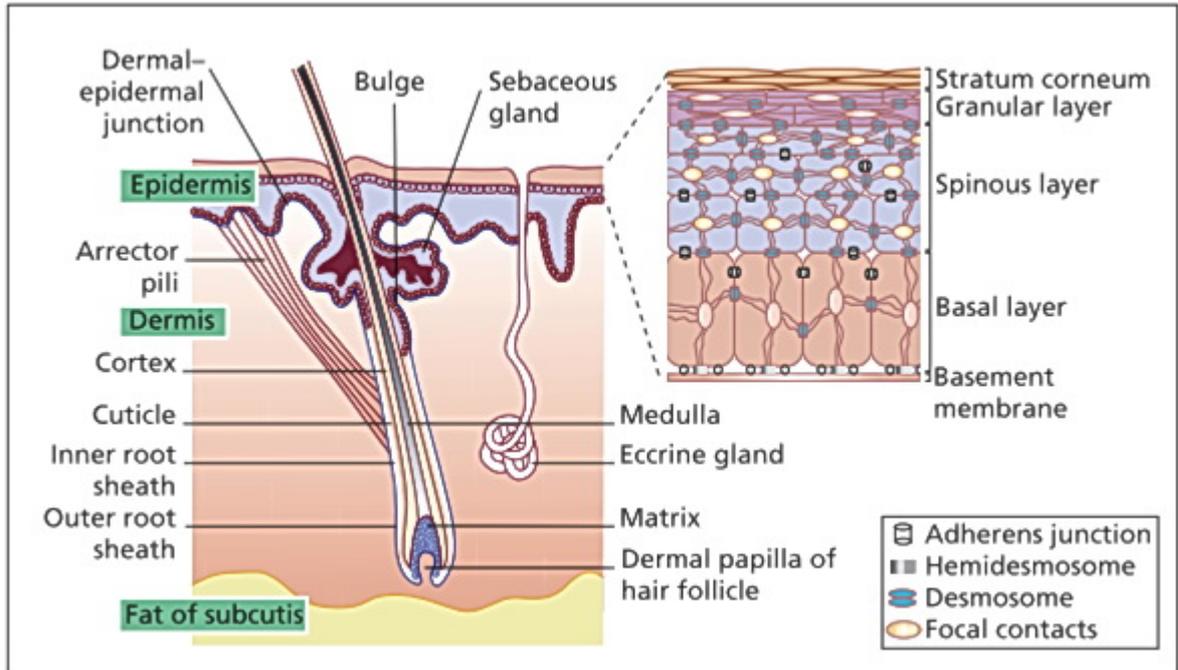


圖 2.1 皮膚構造

資料來源：Burns, Breathnach, & Griffiths (2004)

2.1.2 痤瘡的致病機轉

痤瘡是皮膚科門診中最常見的皮膚疾病之一，痤瘡的產生是多因子(multifactorial disease)造成，是多種因素相互影響的結果。近年來研究顯示，致病機轉是由多因素組合而成，主要包括雄性素(androgen)及皮脂腺(sebum)分泌過剩、毛囊皮脂腺(pilosebaceous)導管開口處的角化過度現象、痤瘡桿菌(*Propionibacterium acnes*)過度繁殖和炎症形成(Haider, & Shaw, 2004; Cordain, 2005; Truter, 2009) (如圖2.2)。

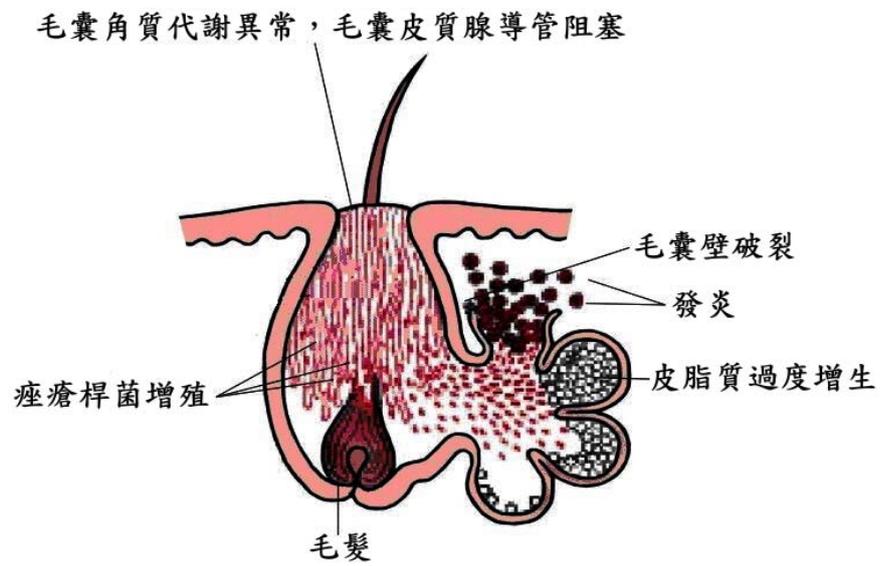


圖2.2 毛囊皮脂單位痤瘡致病機轉

資料來源：Truter (2009)

痤瘡生成的病理生理學，主要是毛囊對雄性素敏感度增加，不一定是雄性素過多。皮脂過度分泌後，在毛囊中繁殖的痤瘡桿菌，可以將三酸甘油脂分解成游離脂肪酸，造成發炎反應。當毛孔周圍角質化異常時，使皮脂和剝落角質堆積毛囊中，形成粉刺(micromedo)，若整個發炎組織被過度肥厚的角質包在層層的細胞中，就可能形成丘疹(papule)、膿皰(pustule)、結節(nodule) (張展維、江睿玲、鄭奕帝，2005)。

痤瘡乃是指特定身體區域(如臉、軀幹)的毛囊皮脂腺單位(pilosebaceous unit)產生發炎。最常出現在青春期的臨床表現可以是粉刺，如粉刺性痤瘡(comedonal acne)；丘疹膿皰，如丘疹膿皰性痤瘡(papulopustular acne)；結節伴有囊腫，如結節囊腫性痤瘡(nodulocystic acne)和團聚性痤瘡(acne conglobata) (王綺嫻等，2005)。

除上述原因外，其他包括內分泌失調、精神緊張、熬夜、睡眠不足和遺傳、飲食習慣、紫外線照射等因素，亦是引起痤瘡發生的原因 (Ayer & Burrows, 2006)。

2.1.3 痤瘡的分類

痤瘡分為非發炎性痤瘡(noninflammatory acne)、發炎性痤瘡(inflammatory acne)。非發炎性痤瘡包括：1. 黑頭粉刺或稱開放性粉刺(blackhead / open comedo)：指當皮脂栓子阻塞物，與外界空氣於毛囊開口處接觸時，氧化成黑色，外觀上看來為褐至黑色的毛孔。2. 白頭粉刺或稱閉鎖性粉刺(whitehead / closed comedo)：是一小而白或稍隆起的丘疹，其皮脂栓子阻塞物密封在毛囊內。

發炎性痤瘡包括：1. 丘疹(papule)由粉刺轉變而來，鮮紅或深紅色，半球狀突起，多有壓痛現象。2. 膿皰(pustule)由細菌、白血球的死細胞等組成黃白色化膿性物質，潛在的聚積在丘疹頂點或下方。有紅、腫、熱、痛等發炎症狀。3. 結節(nodule)位於真皮深層及皮下組織中，呈紅或紅紫色，半球形隆起炎性皮疹，2至3週後消失。4. 囊腫(cyst)發炎浸潤，可能導致皮脂腺破壞，經久不癒(Cheung, Taher, & Lauzon, 2005)。

文獻指出痤瘡嚴重程度評估方式高達25種(Lehmann, Robinson, Andrews, Holloway, & Goodman, 2002)，有分為輕度、中度、重度(Ayer, & Burrows, 2006)，也有分為1至4級(Sinclair, & Jordaan, 2005)，或0至10級等不同的分法(Lau, & Lo, 1996)。

本問卷採用Sinclair和Jordaan在Acne Guideline 2005 Update 提出痤瘡1至4分級如下：1級為粉刺（包括黑頭或白頭粉刺）。2級為除粉刺外還包括炎性紅色之丘疹。3級為除粉刺及炎性紅色之丘疹外，還有化膿之膿皰。4級為除粉刺及紅色隆起丘疹及化膿之膿皰外，還有囊腫、破潰、結節硬塊。

2.2 體質學說

2.2.1 東西方醫學之體質概說

蘇奕彰（2006）在人們與疾病戰鬥的過程中，須觀察人體的生理和病理，而人的生理功能和病理變化，表現於個體，同時具有共通性，亦有個別性，而共性寓於個性之中。所以古人在研究人體各項生理功能和觀察疾病發生、發展的過程中，必然發現個體之間體質差異的存在，故對體質認識與醫學起源幾乎是同步的。

回溯中國或西方之醫學史文獻，由於科學觀察工具的限制，對病人本身的觀察與分析是早期醫學最重要的工作，體質的概念也是早期醫學的主要重點。如西元前 504至433年的 Empedocles 及 Pythagors 提出的四要素學說，認為一切物質由火、水、土、氣組成，在人體形成血液、黏液、黃膽汁及黑膽汁四種液體，而健康或疾病則與四種液

體的平衡狀態相關。此一學說經 Hippocrates, Aristotle 和 Galen 等人之發揚，乃成為 Pasteur 研究細菌病原前西方最重要之醫學理論。在國外，自 Hippocrates 之後，也出現過不少關於體質的分類，其分類方法與依據各不相同（蘇奕彰，2006）。

在中國，傳統中醫對人體體質學的研究已有非常久的歷史。早在秦漢時期《內經》中，中醫體質理論已初步形成。到東漢末年《傷寒雜病論》中，中醫體質理論已開始應用於臨床。自1970年起，中醫體質學說再度成為研究熱潮，由1978至2007年，大陸中醫體質文獻共發表345篇，其主要集中在與疾病的關係、治療學、文獻整理、基礎理論、流行病學、小兒體質等（張亞軍、畢力夫、王琦，2006）。

2.2.2 中醫體質學說

中醫學對於人體生理功能和病理變化的認識，疾病的診斷和治療方面，不直接針對一個徵狀或是疾病本身，而是講求整體觀念及對個體體質個別性作辨證論治。中醫理論基礎是一個整體觀，整體就是統一性和完整性。人體是一個有機的整體，構成人體內部各部份是互相聯繫不可分割的，在功能上相互協調、互為補充，在病理上則相互影響。環境也是影響人體很重要的因素，自然界的變化可以直接或間接

地影響人體。人類生活在自然界中，除了應重視人體自身的統一性和完整性，人與自然環境、社會環境之間，是互相影響不可分割的整體，整體的協調，才是健康的最佳狀況 (Wong, & Leung, 2008; Lu, Jia, Xiao, & Lu, 2004)。

周學勝 (2006) 指出「體質學說」是研究正常人體質的概念、形成、特徵、類型，及其與疾病的發生、發展、演變、診斷、防治等關係的理論。人體的正常生命活動是形與神的協調統一，即神形合一是生存和健康的基本特徵。形與神相互依存、相互影響，一定的形態結構必然產生相應的心理功能和心理特徵，而良好的生理功能和心理功能正常形態結構的反映，並在體質的固有特徵中體現出來。可見體質是由形態結構、生理功能和心理特徵三方面的差異性所構成。

「體質的形成」是機體內外環境多種複雜因素共同作用的結果，主要關係到先天和後天的因素。「先天因素」又稱「先天稟賦」是指子代出生以前，在母體內所稟受的一切特徵而言，是體質形成的基礎 (圖2.3)。「後天因素」是指人出生之後賴以生存的各種因素。「先天因素」是體質形成的基礎；後天因素是體質演化的條件，即體質會在後天各種因素的影響下逐步發展變化。良好的生活環境、合理的飲食起居、穩定的心理情緒，可以促進身心健康、增強體質。反之，則會使體質衰弱，甚至導致疾病，如圖2.4 (周學勝，2006)。

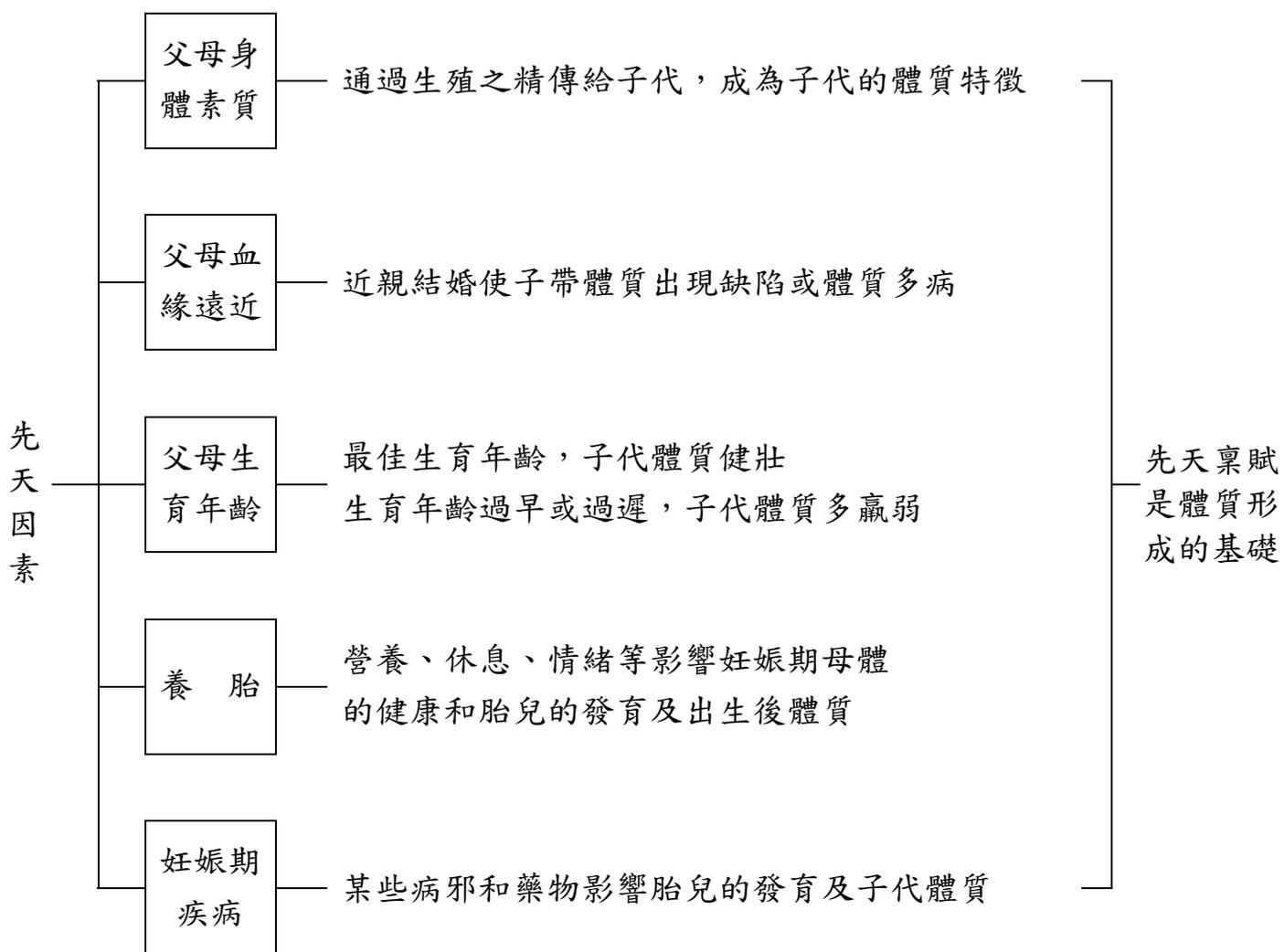


圖2.3 體質形成的先天因素歸納圖

資料來源：周學勝（2006）

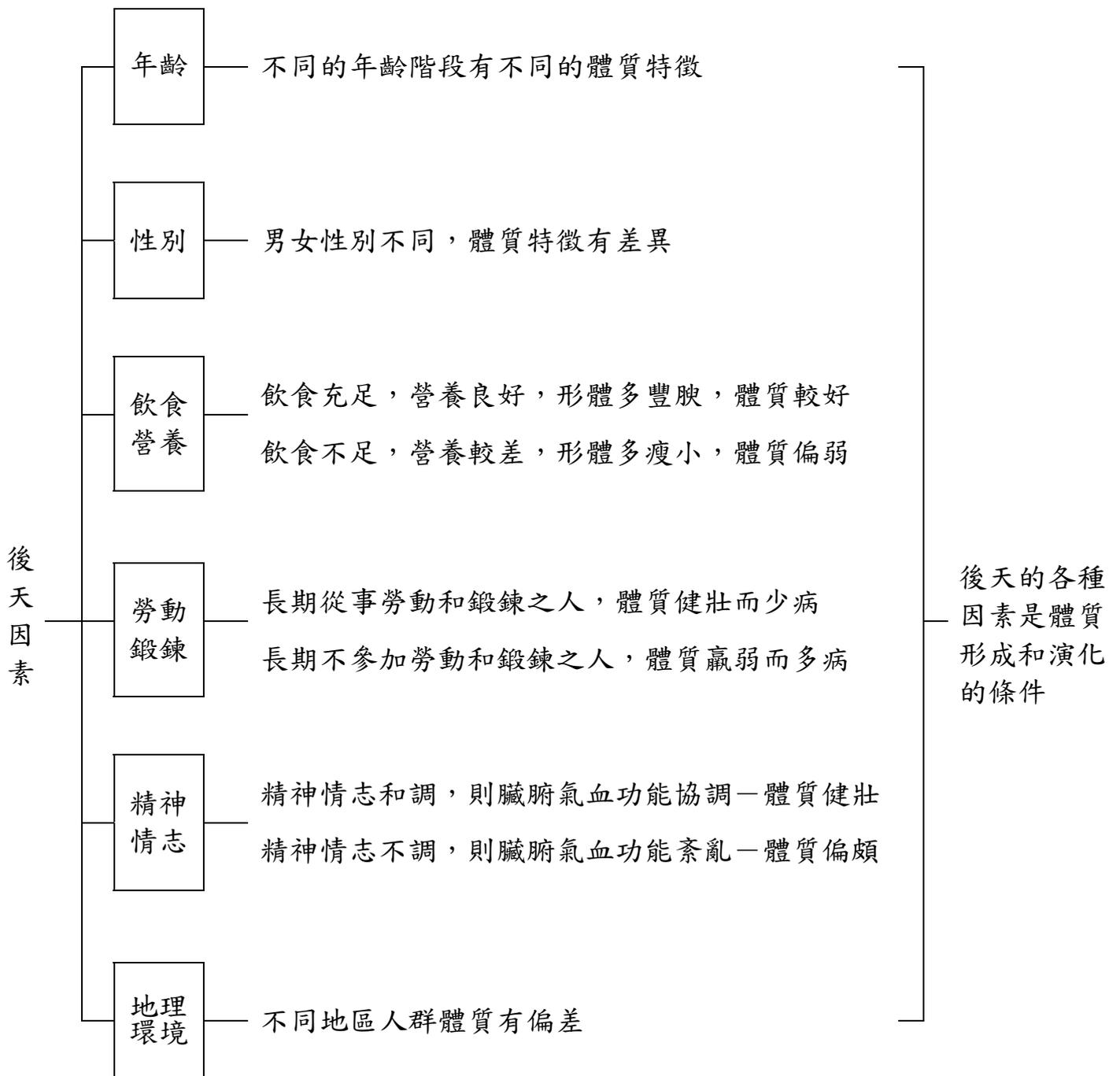


圖2.4 影響體質的後天因素歸納圖

資料來源：周學勝（2006）

在中醫典籍文獻中，最早有關體質學說的論述，見諸於秦漢時期的《內經》，從體質全面系統性的分類到體質與生理、病理、治療的廣泛聯繫，甚至體質與壽命等整體性的相關問題，都有較為明確詳細的論述。其後歷代醫家亦有論述。直到1970年代後期，中醫體質學說再次被進行整理、研究，使中醫體質學說形成一個更完整的體系。中醫體質學說是以中醫理論為依據，論述人體體質生理、體質形成、體質與疾病的關係、體質與辨證治療的一門學說。

體質是指人群中的個體，在其生長發育過程中形成代謝機能結構的特殊性，這種特殊性往往決定其某種致病因素的易感性及其產生病變內容的傾向性；它包含著人體正氣盛衰及抗病能力的強弱，體質與「證」之關係密切，證隨體質而轉移，體質是產生「證」的物質基礎。同病異治，易病同治的物質基礎也在於體質，體質成為中醫辨證施治的重要依據之一。

體質的內涵早見於《內經》，《素問·厥論》：「是人者質壯，秋冬奪於所用」，《素問·逆調論》：「是人者，素腎氣勝」，文中「質」、「素」即是今日體質之意。唐《千金要方》中所提到的「稟質」；宋《婦人良方》中所提到的「氣質」；《小兒衛生總微論方》中所提到的「賦稟」；明代張介賓所稱的「稟賦」；趙養葵所稱之「氣稟」；清代徐靈胎所稱的「氣體」；清代「體質」的名詞才出現在中

醫典籍中，如俞根初的《通俗傷寒論》提到：「凡太陽傷寒，其邪有但傳少陽、陽明，有不傳少陽、陽明，越傳三陰者，各隨其人之體質陰陽，臟腑寒熱……。」雖然名詞各異，但所指意義相同。

體質形成於先天，而定形於後天，體質的概念所指的是人類個體在功能、型態、結構上相對穩定的特殊性。在生理上，體質的表現為個體的生理反映特性；在病理上，則表現為個體發病的傾向性。體質是一種特性，這種特性不能離開形體而存在，體質的特性由形體所具備的條件所產生，而代表著該形體的特徵，人體的臟腑、經絡、氣血在功能和型態上的特殊，都決定著體質的差異。人們最早認識體質，首先是從人體臟腑，氣血的功能特點開始的。根據臟象理論，形體中的臟腑、經絡、四肢、五官、五體等所有器官組織的實體及其功能，都可用五臟概括而成為以五臟為中心的五大系統。而維持生命活動的一切物質和功能，包括精、氣、血、津、液等，都可用氣血、陰陽來代表和概括，而人體的一切生命活動表現包括情志、意識、思維等精神活動，又都可以歸屬於五臟。因而，「形體」所具有的一切功能，也就是臟腑的功能，也就是臟腑、氣血的功能表現。所以，體質也就代表了每個人臟腑、氣血的形態與功能的特性。此外，臟腑、氣血在形態上的個體特異，則是產生體質的根源（蘇奕彰，2006）。

《內經》是中醫學最早的經典醫籍，書中蘊含之體質理論，對中

醫體質研究具重要指導意義及啟迪作用。《內經》的體質理論涉及體質分類、體質差異與影響體質諸因素、體質與發病，以及體質與診治等環節，體現出因人制宜、因體論治的指導思想，對中醫學產生深遠影響，為中醫學辨證論治，辨體施治的重要理論淵源(錢會南，2006)。

1970年代後期，中醫現代化研究，學者對中醫體質學說進行整理、研究，使中醫體質學說形成一個更完整的體系，並嘗試定義體質。學者對體質的定義發現體質概念包含形態、生理、心理及病理特性之內涵，是穩定的個體特徵，具有個體之差異性，受到遺傳和環境因素的影響，有致病因子之易罹性和發病的傾向性。從中醫身心合一的整體觀來看體質概念的內涵結構，以王琦、蘇奕彰、匡調元，所定義的體質內涵較為完整如表2.1所示(陳麗麗，2008)。

表2.1 近代學者提出之體質定義

學 者	定 義
王 琦 (1995)	體質是個體生命過程中，在先天遺傳和後天獲得基礎上表現出的形態結構、生理機能和心理狀態方面綜合的、相對穩定的特質。反應在生命過程中的某些形態特徵和生理特性方面，對自然、社會環境的適應能力，和對疾病的抵抗能力，以及發病過程中對某些致病因素的易罹性，和病理過程中疾病發展的傾向性方面。它具有個體差異性，群類趨同性（群類性）與相對穩定性和動態可變性等特點。
蘇奕彰 (2006)	體質包含了形態、生理、心理及病理學之內涵。是穩定的個體特徵，且具有個體之差異性，受到遺傳和環境因素的影響，具有對致病因子之易感性發病的傾向性。
匡調元 (2008)	人類體質是人群及人群中的個體，在遺傳的基礎上，在環境的影響下，在其生長、發育和衰老過程中形成的功能、結構與代謝上相對穩定的特殊狀態。這種特殊狀態往往決定著其生理反應的特異性、對某些致病因素的易感性及所產生病變類型的傾向性。

註：整理自王琦（1995），蘇奕彰（2006），匡調元（2008）

2.2.3 體質分類與命名

王琦(1995)指出從《內經》各篇對體質類型的總結和論述內容，主要分類和劃分類型有以下幾種：

1. 五行歸屬方法：其指導思想為五行學說，五行學說是中醫學的說裏工具和方法論的核心，成為《內經》對體質現象進行分類的一個重要方法，以《靈樞·陰陽二十五人》篇為代表。該篇雖冠以陰陽，但是以五行的屬性和歸屬方法進行分類。首以五行所屬之五音、五色、五方、五季為方法。根據人群中個體的膚色、型態特徵、功能特徵、行為表現、心理性格及對環境的適應能力的特點，歸納出木、火、土、金、水五種體質分類。每類有以五音結合經脈的歸屬與特性，再分成五類，而成為二十五種體質類型。如該篇所言「先立五行金、木、水、火、土，別其五色，異其五型之人，而二十五人俱矣」。此分類法綜合考慮並系統概括人體生命現象的幾個主要方面，因此是《內經》最系統而全面的分類法。

2. 陰陽含量劃分法：即以陰陽量的多少不同為分類方法。以陰陽量的差異來說明人體的各種生命現象，是中醫學人體觀的基本思想，體現在中醫學的生理、病理、診斷和治療等各方面。由於個體間存在陰陽量的不同，從而導致個體間在形態、功能、心理以及對外界

適應能力、方式的差異性，它在一定程度上揭示了人體部分生命現象的根本途徑和方法。因而成為《內經》區分人群個體體質差異性的一個重要方法。

3. 形態與機能特徵分類法：形態與結構與生理機能差異，是體質差異現象的兩個重要方面，不僅客觀的反應了個體體質差異的外在表現，也是體質差異規律的兩個重要特徵。以外在形態特徵聯繫內在生理功能，從把握人體形態結構與生理功能之差異性入手，對人群作出分類，是《內經》體質分類法的一個重要特色。

4. 心理特徵分類法：根據人類心理特徵對體質做出分類。《內經》主要從以下幾方面進行：剛柔分類法、勇怯分類法、形態苦樂分類法。個體心理特徵是人與自然、社會環境相互作用的產物，它一定程度上反映了人在社會屬性方面存在的差異，與形態、功能一樣，也是決定體質特性的一個要素。

王琦（1995）認為現代研究者對體質類型的分類，大多採用融合《內經》與明清醫家各種分類方法的綜合性方法，即採取的是以人體生命活動的物質基礎，陰、陽、氣、血、津液的盛、衰、虛、實變化為主的分類。與明清各家的體質分類內容相似，現代對體質的劃分，大多是建立在臨床觀察基礎之上的分類方法，一種病理分類法，分類

的理論依據大多是依據人體臟腑經絡、氣血陰陽津液在非正常狀態下的差異表現，並結合中醫學的病因病機理論而提出來的。常見的類型主要有：正常質（陰陽和調）、陰虛質、陽虛質、痰濕質、瘀血質、陽虛質、氣虛質、氣滯血虛質、陰盛質、氣血兩虛質、濕熱質、陰陽兩虛質、血虛質、氣滯質等十四類（如表2.2）。其中，以陰虛、陽虛質出現頻率為10次，說明陰虛、陽虛體質是體質類型中最常見的體質類型。

表 2.2 體質分型統計表

研究者	體質類型													
	正常質	陰虛質	陽虛質	陰盛質	陽盛質 (陽熱質)	陰陽兩虛質	氣虛質	氣滯質 (氣鬱質)	血虛質	瘀血質	氣血兩虛質	痰濕質	濕熱質	氣滯血瘀質
王琦	+	+	+				+			+		+	+	
匡調元	+	+	+								(+)	+	+	+
母國成		+	+	+	+			+	+	+		+		
何裕民	+	+	+	(+)		+	(+)		(+)	+		+	+	+
秦德平	+	+	+				+			+		+	+	
楊長青	+	+	+	+	+		(+)		(+)	+		+		
趙志付	+	+	+		+					(+)	+	+		+
龐萬敏	+	+	+		+	+						+		+
林齊鳴	+	+	+		+			+		+	+	+		
和嘉芳	+	+	+	+	+	+					(+)		(+)	(+)
總計 分型	9	10	10	4	6	3	5	2	3	8	4	9	4	5

資料來源：王琦(1995)

註：(+) 亞型、兼型、類似型

匡調元(2008)體質分型式各種體質學說的核心部份，有關體質分型的研究很多，國內外各主要的體質類型學說，由於在對體質概念上認識不同，因此分型的標準也不同，有分三類、四類、五類、六類、七類、九類、十二類，以至多達二十五類。如中醫傳統的陰虛、陽虛與痰濕三型法，雖不全面，但已有上千年的歷史，應該肯定其臨床實用價值。而《靈樞》將人類體質分成二十五型是過繁的，後代醫家之所以較少引用，這可能是因素之一。

體質分型需考慮可用臨床實踐、要有現代先進科學理論上的充足根據、滿足最基本模式的要求、分型標準的選擇(包括功能的、代謝的與結構的)，及分型命名的問題。古今中外迄今已有三十餘種體質類型學說，都各有一套命名，仔細分析，其內容都是大同小異。任何一個命名都代表一種特定的概念。概念是人類思維的一種方式，人們藉助這種形式，認識客觀現實的各種事物、現象的、一般的、本質的特徵。概念是抓住事物的本質、事物的全體、事物的內部聯繫的東西。

中醫學對體質的分型是以陰、陽、氣、血、虛、實、寒、熱、燥、濕之有餘或不足為理論根據。近來兩岸學者對於體質各提出不同分型，僅提出較具代表性三位，整理如表2.3。

表2.3 中醫體質分型

學者	體質分型
匡調元 (2008)	正常質、燥紅質（陰虛）、遲冷質（陽虛）、倦眊質（氣血兩虛）、膩滯質（濕盛）、晦澀質（血瘀）
王琦 (2009)	平和質（健康派）、陽虛質（怕冷派）、陰虛質（缺水派）、氣虛質（氣短派）、痰濕體質（痰派）、濕熱質（長痘派）、血瘀質（長斑派）、特稟質（過敏派）、氣鬱質（鬱悶派）
蘇奕彰 (2008)	依據中醫體質量表及分型指標之建立提出：陰虛質、陽虛質、氣虛質、血虛質、痰濕質、瘀滯質
蘇奕彰 (2009)	陰虛質、陽虛質、痰濕瘀滯

陳美如整理

沈建中（2009）回顧自 1991年至 2005年行政院衛生署中醫藥委員會有關「中醫診斷」之委託計劃，對台灣中醫診斷研究，自2001

年起，中醫藥委員會的大力支持促成了中醫診斷證型標準化的蓬勃發展，而 1997 與 2001 年則是中醫診斷研究的高峰。

蘇奕彰（2009）指出國內對於體質的研究較少，綜觀體質文獻，國內多數研究體質評估方式，多採望、聞、問、切四診合參，進行體質分型。然而，四診技巧的運用，需具專業資格的中醫師才有能力，且此種方式所收集之資料，其客觀性有待商榷，故有必要發展完整且容易使用並具客觀性的中醫體質評估工具。

中國醫藥大學體質與證型研究室根據 Schwab（1980）指出新的工具使用前，需有足夠信效度資料，故依量表發展過程分三階段，包括問項產生、量表發展及量表評值。問項產生過程需注意內容效度。根據文獻查證定義所要測量的變項，依定義內容產生問項或採質性訪談方式產生問項，並經過專家檢定形成初問項。初問項產生後，依量表設計原則設計問卷，經過效度及信度檢定，發展出中醫體質量表（Body Constitution Questionnaire，簡稱：BCQ+）（Su et al., 2008; Chen et al., 2009），由最初的陰虛質、陽虛質、氣虛質、血虛質、痰濕質、瘀滯質版本，到最後確定陰虛質、陽虛質、痰濕瘀滯三型體質之量表（蘇奕彰，2007，2008，2009），其徵候敘述詳見表2.4。

2.2.4 中醫診斷學及證型臨床表現

(一) 四診、八綱、辨證

依鄧鐵濤（2002）之中醫診斷學主要內容，包括四診、八綱、辨證。四診包含望診、問診、聞診、切診。其中望診是對病人神、色、形、態、五官、舌象及分泌物，排泄物等進行有目的的觀察，以瞭解病情，測知臟腑病變。聞診，從病人語言、呼吸等聲音及病人體內排出的氣味辨別內在病情。問診，通過對病人或與其家屬的詢問，可得知病人平時健康狀態，發病原因，病情經過和病人平時自覺症狀等。切診，是診察病人的脈候和身體其他部位的情況，以測知體內體外一切變化的情況。據以四診合參的原則，同時症狀、體徵與病史的收集。

八綱，即陰陽、表裡、寒熱、虛實。張景岳稱為「陰陽」、「六變」。四診所獲得的一切資料，須用八綱加以歸納分析；寒熱是分別疾病屬性；表裡是分辨疾病病位與病勢的深淺；虛實是分別邪正的盛衰；陰陽則是區分疾病類別的總綱，陰陽雙方不斷的消長與平衡，才能維持正常的發展與變化。

辨證：包括病因、氣血津液、臟腑、經絡、六經、衛氣營血和三焦辨證。諸種辨證各有特點，又相互聯繫，且均是在八綱辨證基礎上加以深化。

(二) 陰陽

陰陽學說是指自然界中一切事物都存在著既相互對立又相互依存的「陰」、「陽」兩個方面。而陰陽在正常情況下又是相互消長與相互轉化並維持在一個相對平衡狀態，從而保證自然界正常的生畫收藏及生存平衡，如果陰陽的相互消長與相互轉化不能維持相對平衡，則會出反常的自然變化（呂鴻基、張永賢、林宜信，2008）。

陰陽是八綱辨證的總綱。在診斷上，可根據臨床證候所表現病理性質，將一切疾病分陰陽兩個主要方面。《素問·陰陽應象大論》說：「善診者，察色按脈，先別陰陽。」張仲景把傷寒病分為陰證、陽證，以三陰、三陽為總綱。明代張仲景亦強調：「凡診脈施治，必先審陰陽，乃為醫道之綱領。」陰陽又是八綱辨證的總綱，可以統括其餘六個方面，故有人稱八綱為「二綱六要」，可見陰陽辨證在疾病辨證中之重要地位。

陰陽消長平衡理論，既可用來說明人體的生理變化，又可以用來分析病理變化，但兩者在程度上和性質上是有區別的。生理上的陰消陽長變化是穩定在一定範圍之內的維持著相對平衡狀態中的消長。病理上的消長變化是超越了一定限度不能維持著相對平衡狀態，即出現陰陽的偏盛偏衰的變化（Ehling & Dagmar, 2001）。

疾病多為邪正鬥爭的過程，無論疾病的病理變化如何複雜，其結果不外乎機體陰陽的偏勝偏衰。陰陽偏勝，即陰勝、陽勝，陰或陽任何一方高於正常水平的病變。《素問·陰陽應象大論》：「陰勝則陽病，陽勝則陰病。陽勝則熱，陰勝則寒。」陽勝指陽邪致病，是陽亢盛，但陽長則陰消，陽勝則陰病。陰陽偏衰，即陰虛、陽虛，陰或陽任何一方低於正常水平的病變。《素問·調經論》：「陽虛則外寒，陰虛則內熱。」根據陰陽動態平衡的原理，陰或陽任何一方不足，必致另一方相對亢盛（印會河，2006）。

陰證，如裡證、寒證、虛證可概括屬於陰證範圍。一般常見臨床症狀為：面色黯淡，精神萎靡，身重蹇臥，形寒肢冷，倦怠無力，語聲低怯，納差，口淡不渴，大便腥臭，小便清長，舌淡胖嫩，脈沉遲或弱或細澀。精神萎靡、乏力、聲低是虛證表現。形寒肢冷、口淡不渴、大便溏腥臭、小便清長是裡寒證的表現。舌淡胖嫩、脈沉遲、微弱、細澀均為虛、虛寒之舌象。

陽證，如表證、熱證、實證概屬於陽證的範圍。常見表現有：面色偏紅，發熱，肌膚灼熱，神煩，躁動不安，語聲粗濁，呼吸氣粗，喘促痰鳴，口乾渴飲，大便硬結，或有奇臭，小便赤短，舌質紅絳，苔黃黑生芒刺，脈象浮數、洪大、滑實。面色偏紅，神煩躁動，肌膚灼熱，口乾渴飲為熱證的表現。語聲粗濁，呼吸氣粗，喘促痰鳴，大便硬結等又是實證的表現。舌質紅絳，苔黃黑生芒刺，脈象大數、滑實均為實熱之徵（鄧鐵濤，2002）。

（三）虛實

虛實，是辨別邪正盛衰的兩個綱領。需指正氣不足，實指邪氣盛實。《素問·通評虛實論》謂：「邪氣盛則實，精氣奪則虛。」疾病既有虛實之分，而虛實又與表裡寒熱相連繫，故較為複雜。在疾病過程中，虛實既可互相轉化，又可出現虛實錯雜的證候。

虛證的形成，有先天不足和後天失調兩方面，以後天失調為主。如飲食失調，後天之本不固；七情勞倦，內傷臟腑氣血；房事過度，耗傷腎臟元真之氣；或久病失治誤診，損傷正氣，均可成虛證。包括陰、陽、氣、血、精、津，以及臟腑各種不同的虛損。虛證病機主要表現在傷陰及傷陽兩方面。傷陽者，以陽氣虛表現為主，見面色淡白，形寒肢冷，神疲乏力，心悸氣短，大便滑脫，小便失禁等表現。傷陰者，以陰血虛表現為主，見手足心熱，心煩心悸，面色萎黃或顴紅，潮熱盜汗等症。陽虛則陰寒盛，故舌胖嫩，脈虛沉遲；陰虛則陽偏亢，故舌紅乾少苔，脈細數。

實證是外邪侵入人體或內臟功能失調而起，以治痰飲、水濕、瘀血等病理產物停留體內所致。因致病邪氣性質與所在部位不同，實證表現亦極不一致，常見有：發熱，腹脹痛拒按，胸悶煩躁，神昏譫語，呼吸氣粗，痰涎壅盛，大便秘結，或下利、裡急後重，小便不利，或淋瀝澀痛，舌質蒼老，舌苔厚膩，脈實有力。虛證與實證之證候表現，從症狀來看，同樣症狀可能為實證，亦可能是虛證。如腹痛，喜按者為虛，拒按者為實；又如陽虛者有畏寒，表實證亦有惡寒。疾病是個複雜的過程，由於體質、治療、護理等諸多因素影響，使虛證與實證發生虛實錯雜，虛實轉化、虛實真假等證候表現(鄧鐵濤，2002)。

(四) 壓力與陰虛之關係

陰虛，多指周邊血津濡養不足所造成之現象，如焦慮、發燒均會刺激壓力系統。壓力機轉又稱應激反應，當機體受到內在或外在環境的改變時，例如身體的，包括運動、手術及外傷；心理的，包括焦慮和憂鬱；生理的，包括低血糖及發燒。此系統會做出反應，以維持體內系統狀態的衡定。首先，下視丘分泌的促腎上腺皮質激素釋放因子 (Corticotropin Releasing Factor, CRF)，會刺激腦下垂體促腎上腺皮質激素 (Adrenocorticotrophic Hormone, ACTH) 的分泌，再作用於腎上腺。此外，腎上腺髓質 (adrenal medullae) 若受到交感神經的刺激，可大量釋放腎上腺素及正腎上腺素進入血中，使心臟功能增強 (驚悸、短氣)、血管收縮 (臉色蒼白)、抑制腸胃蠕動、發汗、瞳孔擴張、血壓上升，尤其腎上腺素可使心臟的代謝效果增加。皮質醇可對糖類產生代謝作用，包含了糖質新生作用 (gluconeogenesis)，可使胺基酸或脂肪的甘油部分合成適量葡萄糖，以提供能量之用。皮質醇亦可促進脂肪組織的分解，以增進血中游離脂肪酸濃度上升，長期會造成脂肪堆積的不平衡。對蛋白質的代謝，則是減少全身的存量，故而會產生肌肉較為明顯的萎縮。會增加皮質醇分泌的因子，與腦下垂體的ACTH有關，其造成的原因可以是壓力，如過冷或過熱、虛弱的疾病、外傷、感染等 (田安然，2007)。

（五）體質與致病性

天下萬物的變與不變是相對的，體質要素的穩定性也只能是相對的。各項體質要素在一定範圍內量上的波動是絕對的，如果波動超越了正常範圍，即進入病理學的範疇。導致體質可變動性的動因有二，一是人體中早已存在的自發性內因，如年齡因素；二是外界隨機性環境因素，如飲食、起居、疾病等（匡調元，2008）。

陳麗麗等（2008）表示體質學說是中醫學重要的生理病理基礎，體質影響個體對致病因子之易感性及發病的傾向性。中醫認為維持身體功能的「質量」屬陰，如器官組織、營養物質及體液等；維持身體功能的「能量狀態」屬陽，如器官功能的生理表現等。當個體處於陰陽動態平衡及和諧狀態為健康，此時呈現正常體質；個體陰陽無法調適，出現陰或陽減弱與相對亢進的失衡狀態，就將減弱部份歸於虛性體質。

陳麗麗和蘇奕彰（2007）指出，體質偏虛增加個體對致病因子的易感性，甚至影響疾病變化及治療反應。當個體出現生命能量不足的症狀時，稱為陽虛體質(yang xu; Yang deficiency)。陽虛體質為陽不足，表現虛寒體質的徵候；是指維持身體功能的「能量」狀態虛弱，產生相對性質量過盛的不平衡現象，身體表現出器官功能減弱與相對

寒象，如疲倦、少氣、怕冷、大便稀軟、小便量多等自覺徵候。當個體出現體液不足的症狀時，稱為陰虛體質(yin xu; Yin deficiency)。陰虛體質為陰不足，表現虛熱體質的症狀。指維持身體功能的「質量」狀態減弱，產生相對性能量過盛的不平衡現象，身體會表現出質量減少與相對性熱象，如口乾、咽乾、大便硬結、小便量少、體溫微升高、自覺身體熱等自覺徵候。

中醫體質量表，乃評估虛性體質表現，其測量內容乃依據研究對象的主觀症狀。蘇奕彰(2009)BCQ中醫體質量表之陰虛質、陽虛質、痰濕瘀滯三型體質，其三類體質之徵候整理如表2.4。

表2.4 中醫體質量表陰虛、陽虛、痰濕瘀滯體質及其徵候

體質類型	徵候 / 表徵
陰虛	手心、腳掌心或身體會熱熱的，頭重、頭昏，突然站立時，會眼前發黑、舌頭或口腔會破、眼睛乾澀或看不清楚、，身體或手腳會麻木感、耳鳴、皮膚乾燥、龜裂、變厚或變硬，會抽筋、口渴，嘴巴乾、嘴唇乾燥龜裂、臉頰會發紅、喉嚨乾、姿勢改變時，會覺得天旋地轉、聽力減退、覺得身體或頭面突然一陣熱熱的、腰部容易扭傷、小便顏色深黃、小便量少、大便乾硬
陽虛	怕冷、手腳冰冷、覺得疲倦無力、突然站立時，會眼前發黑、覺得疲倦不想說話或沒力氣說話、覺得氣不夠，需要深呼吸、身體或手腳麻木感、覺得胸口悶緊像有東西壓著、腰部，膝蓋或足跟酸軟，疼痛，無力或發冷、會抽筋、呼吸短淺或喘、平躺時呼吸會變喘、姿勢改變會覺天旋地轉、吹到風會不舒服、喜歡喝溫熱的東西、腰部容易扭傷、大便不成形、嘴巴淡沒有味道、小便量多、天亮前會因拉肚子而起床
痰濕瘀滯	覺得身體或下半身重重的、胸，腹部或四肢會悶痛或刺痛不舒服、覺得想睡覺或睡不飽、身體或手腳會麻木感、覺得胸口悶緊像有東西壓著、會無故出現瘀血烏青、皮膚乾燥，龜裂，變厚或變硬、身體或四肢靜脈曲張、兩側上腹肋骨處悶，脹或疼痛感、四肢，身體，臉部或眼睛周圍會浮腫、舌苔會厚厚或黏黏的

資料來源：中醫體質量表(BCQ)，陳美如整理

(六) 陰陽五行平衡

陰陽，是中國古代哲學的一對範疇。古代思想家看到一切現象都有正反兩方面，認為陰陽的對立和消長是宇宙的的基本規律。陰陽學說認為，在人體複雜的生理活動中，陰陽的對立、互根、消長、轉化保持著協調平衡關係，是維持正常生命活動的基本條件，而陰陽失調，則是一切疾病發生的基本原理。

五行，即是木、火、土、金、水五種變化運動的物質。五行學說認為，世界一切事物，都是由木、火、土、金、水五種基本物質之間的運動變化而生成的。也以五行說明五臟生理功能及其相互關係，如木、火、土、金、水分別代表肝、心、脾、肺、腎。還以五行之間的生、剋關係來闡釋事務之間的相互聯繫，認為任何事物都不是孤立的、靜止的，而是在不斷地相生、相剋的運動之中維持著協調平衡 (Ehling & Dagmar, 2001; Leung, Liu, Zhao, Fang, Chan, & Lin, 2005)。

2.3 中醫之瘡癤病機病因學說

(一) 皮毛與臟腑的關係

皮毛是指包括皮膚、黏膜、肌肉、汗腺、毛髮等組織。肺與皮毛均為多孔竅的組織，肺和皮膚有很大的關聯。肺通過其宣發作用將衛

氣和津液輸佈於體表，溫養並濡潤皮毛，使肌膚溫潤，毛髮光澤，汗孔開合正常，人體內外通應，皮毛能夠發揮正常的調節和護衛作用(呂鴻基等，2008)。

(二) 中醫痤瘡分型

中醫學認為，痤瘡屬肺風粉刺範疇，早在《素問·生氣通天論》就有：「汗出見濕，乃生痤癩」之記載。粉刺是青春期常見的皮膚病，其特點是顏面及胸背散在發生針尖或米粒大小的皮疹，或見黑頭，能擠出粉渣樣物。多見於青年男女。中醫稱之「肺風粉刺」、「酒刺」、「面皰」、「面粉渣」、「嗣面」、「風刺」。

中醫學對「肺風粉刺」有一套整體思維的病因學理論，並由此引申形成了一套「因病施治」的病機學說。這些分類方法可能不同於現代醫學的病理學說，醫者可從這些臨床上不同表現辨別其證型，並給予不同治療方式。

(三) 平衡

在正常狀況下，臟腑、經絡、氣血等必須互相協調才能維持人的正常生理功能。疾病的發生與體質強弱和致病邪氣的性質密切相關。病邪作用於人體時，機體奮起抗邪，從而形成正邪相爭，破壞了人體陰陽的相對平衡，使臟腑、氣血、經絡功能失調，從而產生全身或局

部的病理變化。

中醫學認為人體是個完整的機體，在各臟腑組織之間，人體與外界環境之間，既對立又統一，它們不斷地產生矛盾而又解決矛盾的過程中，維持著相對的動態平衡，從而保持人體正常的生理活動。只有臟腑陰陽平衡，氣體通暢，身體健康，才能容顏不衰。反之任何原因引起機體的動態平衡遭到破壞，使人體發生疾病，必然反映到體表，「必先受之於內，然後發於外」。

（四）不平衡之因果

風、寒、暑、濕、燥、火是自然界隨著時令氣候變化的六氣。正常情況下，六氣是促進萬物生長、變化的必備條件，對人體無害。但當氣候異常變化，人體正氣不足或臟腑功能失調時，則六氣變為致病因素，侵入人體而發生疾病。人的面部、口鼻、皮毛等外在器官，每當氣候驟變，身體虛弱抵抗力下降，則顏面部首當其衝，如《內經》《素問·生氣通天論》云：「勞汗當風，寒薄為皴，鬱乃痤。」《醫方類聚》說：「頭面者，諸陽之會，血氣既衰，則風邪易傷，故頭病則或生惡瘡，或生禿瘡，面上則有瘡痣、粉刺、酒渣之屬。」（黃霏莉，余靖，2004）。

中醫認為痤瘡多由肺熱血熱，肺熱薰蒸於上，血熱蘊阻肌膚。或

腸胃濕熱，過食辛辣肥滯甜膩之品，生濕生熱，結於腸胃，溼熱阻於肌膚。脾失健運，運化失調，水濕內停，日久成痰，溼鬱化熱，溼熱夾痰，凝滯肌膚（林高士，2004）。黃霏莉，余靖（2004）則認為其病因病機乃因：血熱偏盛、肺胃積熱、外感風熱、氣血凝滯、血鬱痰結所起。如青年人陽熱偏盛，營血日漸偏熱，血熱外壅，體表絡脈充盈，氣血鬱滯，因而發病。如《肘後備急方》：「年少氣充，面生皰瘡。」又如《醫宗金鑑》：「肺風粉刺，此證由肺經血熱而生。」而偏嗜辛辣之品，助陽化熱，或多食魚腥油膩肥甘之品，或酗酒，使中焦運化不周，均可化生火熱，使肺胃積熱上壅，誘發或加重粉刺。如《外科正宗》：「粉刺……胃中糟粕之味，薰蒸肺臟而成。」而感受風熱之邪可加重病情，如《諸病源候論》：「面皰者，謂面上有風熱氣生瘡。」

因此，以中醫的角度來說，痤瘡會因為臟腑功能失調、身體抵抗力減弱、肺熱血熱、過食辛辣肥滯甜膩之品，生濕生熱，或偏嗜辛辣之品，青年人陽熱偏盛，助陽化熱而增加。

2.4 痤瘡相關因子之研究

(一) 西方之研究

1. 飲食

在美國約有一千七百萬人有患痤瘡，80至90% 青少年有患痤瘡的經驗(Ferdowsian, & Levin, 2010)，有些文獻甚至高達100%(Rademaker, Garioch, & Simpson, 1989)。但Cordain等(2002)研究發現於一些非西方社會，如巴布亞新幾內亞Kitava島、日本琉球島，其痤瘡患病率非常低。以Kitava島為例，島民食物主要以薯類，水果，魚，和椰子為主，飲食習慣幾乎不受西方食品影響，大多數的家庭。奶製品的攝入量，酒精，咖啡和茶接近零，而且對油，人造奶油，穀物，糖，鹽之攝取微乎其微。幾乎所有的飲食攝入形式是低血糖負荷之塊莖，水果和蔬菜。這些因子都和痤瘡發生率低有關。

Adebamowo等(2005, 2008)及Ferdowsian, 和 Levin (2010)研究均認為牛奶與奶製品的攝取量與青少年痤瘡嚴重程度成正比。相反地，低血糖負荷之飲食，可減輕痤瘡發炎之情形(Smith, Mann, Braue, Mäkeläinen, & Varigos, 2007)。

Turgeon (1986)建議以溫水洗臉，使用防曬，及避免油性成分化妝品可降低痤瘡之發生。Whiting (1979)表示遺傳因子及種族的不

同，也會影響痤瘡。亦有研究中指出壓力、抽菸、喝酒、臉部清潔不夠，都可能引起痤瘡(Magin, Pond, Smith, & Watson, 2005)。

(二) 環境

Goodman (2006) 提到一項對215名醫科學生研究顯示，67%的人認為壓力使痤瘡加重，74%的病人和他們的親屬認為焦慮是使痤瘡情況加重的因素。除壓力外，包括髒污、溼熱、化妝品、過度流汗及食物都是痤瘡惡化的相關因素。Nasiri, Ghalamkarpour, Yousefi, 以及Sadighha (2009)指出痤瘡病人血清中的鋅質含量值，較非痤瘡患者低。Glover與White (1977)表示服用鋅劑可減輕痤瘡的狀況。而Robbins (1983)指出碘劑可能使痤瘡症狀惡化。Firooz, Sarhangnejad, Davoudi, 及Nassiri-Kashani (2005)研究表示抽煙與痤瘡之相關性雖未達統計上顯著差異，但對皮膚確實是不好的影響，而Zouboulis等(2005)表示香菸煙霧中含大量的多環芳香烴(polycyclic aromatic hydrocarbons, PAH)，PAH會刺激花生四烯酸(arachidonic acid)合成和加重痤瘡的炎症反應。表示痤瘡不只影響年輕人生活品質，甚至包括中老年人都受其影響(Lasek, & Chren, 1998)。

(三) 壓力

Halvorsen等(2009)，採用Hopkins Symptom Checklist 10 (HSCL-10)量表，以橫斷式研究挪威3775名青少年發現：精神痛苦指數得分增加時，痤瘡的嚴重程度亦增加，這項研究證明膳食因素和心理健康問題是痤瘡致病主要因素。外在的壓力亦會造成痤瘡嚴重度增加，如考試期間，學生壓力增加與痤瘡嚴重度會呈正相關(Chiu, Chon, & Kimball, 2003)。痤瘡也可能伴隨著發生心理疾病，雖然往往未符合精神疾病的標準，但它卻可以造成相當大的情緒困擾，特別是因痤瘡遭受嘲弄而影響自我形象、自尊、自我效能(Magin, Adams, Heading, Pond, & Smith, 2006)。

Suh (2008)於2006年針對韓國17所大學附設醫院一千多位痤瘡患者進行求醫行為調查，77 % 的病人不滿意痤瘡治療的結果。主要的原因是無效果(佔84%)，而這77 % 不滿意的病人中，有87 % 的患者認為情緒壓力加重痤瘡。

(四) 性別

Stern (2000) 調查1995至1998年醫師在門診中，痤瘡仍然是最常見的一個皮膚科求診問題，自1995年以來，每年超過700萬人次，被

診斷為痤瘡，且痤瘡患病率男性高於女性，但以過去的研究和臨床經驗顯示，婦女比男性有更高的治療痤瘡就醫比率。每年超過500萬筆口服抗生素處方用來治療痤瘡，痤瘡是一個很大的問題，數百萬患者求醫，每年痤瘡的醫療總成本可能超過10億美元。

（二）亞洲研究

痤瘡的流行病學研究在亞洲或台灣尚不多見，蔡旻倩（2006）於高雄縣及澎湖馬公市，針對國小學童痤瘡之盛行率調查發現：無痤瘡學童之身體質量指數(Body Mass Index, BMI)低於患痤瘡學童的平均身體質量指數。一項以中小學教師為對象之回溯研究指出，在25歲以前發的痤瘡，不論男性女性都是以兩頰及前額為最好發部位，在女性成人期痤瘡，其好發部位則有往下延伸到嘴巴周圍的現象。69%的女性認為痤瘡的發生與月經週期有關，其中71%為經期前惡化(Yu, Cheng, & Chen, 2008)。於新加坡1045位受訪青少年的研究，88%學生患有痤瘡，51.4%學生為輕度痤瘡，40.0%中度痤瘡，和8.6%重度痤瘡。而超過一半的被訪者認為下列因素是跟痤瘡發生有很重要的因素：油炸食品，化妝品，壓力，缺乏睡眠和荷爾蒙因素。而最重要的兩個因素是皮膚清潔不夠(71%)和髒污(75.8%)佔最重比例。幾乎一半的受訪者認為痤瘡讓他們感到不舒服，有人因而不想外出，感到沮喪，證明痤瘡對青少年心理造成影響(Tan, Barkham, Yan, & Zhu, 2007)。

大陸方面針對中醫對痤瘡的研究，Wei等(2010)研究提出痤瘡發生因素包括痤瘡家族史、精神緊張、月經紊亂、經常失眠、高脂飲食、男性、焦慮、睡眠每天少於8小時、抑鬱、油炸食品、壓力、辛辣食物、油性皮膚和混合型皮膚。而減少痤瘡發生因素包括：皮膚乾燥、中性皮膚，經常食用水果和每天使用電腦時間少於2小時。

對痤瘡分級與辨證之流行病學研究指出，青春期痤瘡男性患病率高於女性，可能與過食辛辣燥熱之品、生活壓力大造成陰陽平衡失調，陰虛陽亢有關(李燦新，成改霞，蔡東華，李燦東和閔莉，2006)。余曉琳，陳軍平，林晨和陳敏(2008)指出中醫認為肝腎同源，腎主水，肝屬木，肝腎之因息息相通，相互制約，協調人體陰陽平衡。若肝鬱氣滯，肝陰不足，致使腎陰虧虛，陰虛火旺，虛火上浮於面，火鬱於內而發疹；腎陰不足，水不涵木，導致肝陰不足，肝失疏泄，氣機不暢，臟腑功能紊亂，濕、熱、痰、瘀乃生，更易發為痤瘡。

梁婷、陳曉萱、葉家豪(2010)指出依據中醫學的「四診心法」面部痤瘡位置與五臟相對應的關係：左頰部為肝、右頰部為肺、額上為心、鼻為脾、頰下為腎。而中醫是強調改善體質來減輕痤瘡的發生。治療痤瘡應先由改善日常生活作息開始，回復正常規律的作息並保持情緒穩定。不熬夜、不吃油炸食物、多吃蔬果，養成規律正常的排便習慣、充足的睡眠，可緩解或改善痤瘡之發生。

由以上文獻可知飲食習慣、化妝品、膚質及皮膚清潔、賀爾蒙、抽菸、外在所處環境、生活壓力、睡眠品質等因素，皆為痤瘡發生之相關因子，在痤瘡發生過程中不可忽視。平時應多注意飲食習慣、皮膚適當之護理、個人壓力之調節，規律的生活習慣，以降低痤瘡之誘發因子，減少痤瘡發生之機率。

第三章 研究材料與方法

3.1 研究設計

本研究為橫斷式問卷調查設計，採用立意取樣法，以結構式問卷方式進行問卷填寫，並由研究者當場口述解說，不限制填答時間，完成問卷後再加以整理分析。藉以研究了解男性大學生中醫體質之狀況，探討男性大學生中醫體質及相關因素與痤瘡之關係，期能提供增強體質、健康促進、預防痤瘡發生之參考。

3.2 研究對象

因考量問題的形式、題目設計及措詞運用，均會影響答案的信度及效度，正式施測前，先隨機選取各五名男性大學生進行預試問卷填寫，針對問卷內容過於艱深之字彙詞句作為修正的參考，再與指導教授討論後修改問卷內容及順序。本研究對象根據Yu等（2008）之研究指出69%的女性認為痤瘡的發生與月經週期有關，其中71%為經期前惡化。為避免女性生理週期對痤瘡發生造成干擾，以南華大學男性大學生為研究對象，納入條件為意識清楚，可以自行填答問卷者。

問卷施測期間為2010年3月份，問卷施測前，由研究者加以說明問卷之內容及目的，並經由受訪者本人詳閱問卷受訪同意書（附錄

A)，簽章同意後，始進行問卷之填寫。填寫過程中，不限制填答時間，研究者並在场隨時回應受訪者針對問卷題目提出之各項疑問或不明瞭之處。共發出問卷133份，回收128份，扣除填答不完整、填寫不清楚、固定式反應作答及明顯填寫不實者，總計有效問卷120份，有效回收率為90.2%。

問卷回收後，皆以編碼方式處理相關資料與分析，並妥善保管，僅供學術研究，個人資料絕對保密不對外公開，確保受訪者權利及隱私。研究過程中，受訪者若有欲退出本研究時，將尊重其意願，可自由決定，不需提供任何原因。

3.3 研究工具

本研究以結構式問卷為資料收集工具，為達成研究目的，在收集相關文獻並參考問卷設計專家之意見後，編製而成「體質與青春痘問卷」(附錄 B)。

問卷自編部份包括基本資料及生活型態因子，其餘則參考「卡的夫痤瘡指數量表」(Cardiff Acne Disability Index, CADI)，其Cronbach's alpha係數為0.76、壓力知覺量表(Chinese 14-item Perceived Stress Scale, PSS-14)，Cronbach's alpha係數為0.85、以及中醫體質量表(Body

Constitution Questionnaire, BCQ), Cronbach's alpha係數介於 0.75至 0.84。依據De Vellis提出觀點認為內部一致性Cronbach's alpha係數，其值介於0.65至0.70間是最小可接受值；在0.70至0.80之間，表示相當好；在0.80至0.90之間表示非常好（吳明隆、涂金堂，2005）。本問卷採用之量表alpha係數皆達0.75以上，表示具有相當好之信度。共分五部分編製而成，其內容如下：

(1) 基本資料：包含年齡、身高、體重、罹患疾病、服用藥物、自評陰陽體質趨向、自評虛實體質趨向、皮膚類型、最近一個月，一年，二年之罹患痤瘡程度、痤瘡罹患部位、求醫行為、使用產品共14題。

(2) 卡的夫痤瘡指數量表（青春痘指數量表）(Cardiff Acne Disability Index, CADI)：原為英文版本之量表，已翻譯為法語、波蘭語、烏克蘭語，本研究採用Law, Chuh, & Lee (2009)中文版卡的夫痤瘡指數問卷，其Cronbach's alpha值0.76。此為包含5個問題的問卷，主要評估痤瘡造成的主觀感受及心理感受而影響生活品質。第1和2個問題是痤瘡對心理和日常生活影響，第3題是胸部與背部痤瘡對從事公眾活動的影響。第4題是病人的心理狀態，以及第5問題是要對病人（主觀）評估當前痤瘡的嚴重程度。每個問題計分由0到3分，分數越高，表示痤瘡造成的主觀及心理感受，對生活品質的影響越大。

(3) 生活型態因子：依第二章回顧之文獻，擬出油炸、辛辣食物、

蔬菜水果、碳酸飲料、蛋糕甜點類、抽菸、喝酒、臉部保養、皮膚去角質、出汗、陽光下活動、防曬用品、洗頭、真正睡眠時間、睡眠效率、睡眠品質、使用電腦時間，可能產生痤瘡之相關因素共18題。

第1到13題以及18題（問卷第20到32題以及37題）之計分由1分到5分；第17題（問卷第36題）之計分由1分到4分，分數越高，表示該生活型態因子之發生頻率越高。第14到16題（問卷第33到35題）由受訪者填答上床睡覺時間、起床時間以及真正睡覺時間，經由分數換算後求出受試者之睡眠效率（真正睡眠時間／總臥床時間×100%）。再將真正睡眠時間依照「 ≥ 7 小時」、「 ≥ 6 至7小時」、「 ≥ 5 至6小時」、「 < 5 小時」分為四等分，依序給予1到4分。睡眠效率依照「 $> 85\%$ 」、「75至84%」、「65至74%」、「 $< 65\%$ 」分為四等分，依序給予1到4分。

（4）壓力知覺量表(Perceived Stress Scale, PSS)：主要是以生活事件作為測量個體在其所處境的感受的壓力程度，以評估受測者是否感覺缺乏控制能力或無法因應生活事件。其內部一致性Cronbach's alpha係數為0.85，採Likert式計分法，由從未如此0分至總是如此4分，分數越高表示分數越高壓力即越大，以五點量表測量個體在過去一個月中，對生活壓力的主觀感受程度，回答從0=從不、1=偶爾、2=有時、3=時常、4=總是。一共有14個題目，其中七個項目為反向題（項目4、5、6、7、9、10、13），反向計分後，加總所有得分，分數愈高表示

受測者壓力知覺愈高，本量表為Cohen, Kamarck及Mermelstein (1983)所編製。

(5)中醫體質量表：「中醫體質問卷」(Body Constitution Questionnaire, BCQ)係由中國醫藥大學中醫學院蘇奕彰博士領導之體質與證型研究團隊所開發完成，研究開始自1995年，於2007年完成第一版問卷。於2009年修訂共44題。各體質類型量表之Cronbach's alpha 值介於 0.75至0.84 (蘇奕彰，2009)。中醫體質量表，每題題目選採 Likert式計分法，包括強度及頻率兩類語詞。1至37題為測量強度：1=完全不會、2=稍微會、3=中等程度會、4=很會、5=最嚴重會。38至44題為測量頻率：1=從來沒有、2=偶爾有、3=一半有一半沒有、4=常常有、5=一直都有。按照受訪者填答後，將各個體質題號分數加總，按照各體質類型評分規則，將之體質分類，若總分達判定標準則歸為該類體質。陰虛共19題，判定標準達30分，即稱之陰虛體質；陽虛共19題，判定標準達31分，即稱之陽虛體質；痰濕瘀滯體質16題，判定標準達27分，即稱之痰濕瘀滯體質。

若總分未達三種體質中任一種體質之判定標準，則不屬於三種體質中之任一種體質。若總分達三種體質中任一種體質之判定標準，則屬該體質，如：陰虛 19 題題目加總分數 ≥ 30 分，則為陰虛體質。而

若各體質題目總分加總達該體質標準，及三種體質中之任二種或二種以上體質之判定標準，則稱之為複合型體質。

3.4 研究架構與流程

依據研究目的和相關文獻整理的結果，以立意取樣結構式之問卷填寫，收集受訪者基本資料、生活型態因子、痤瘡主觀感受與心理影響、壓力知覺及中醫體質資料後，探討男大學生痤瘡形成與中醫體質及相關因素之關係，研究架構如圖3.1，研究流程如圖3.2。

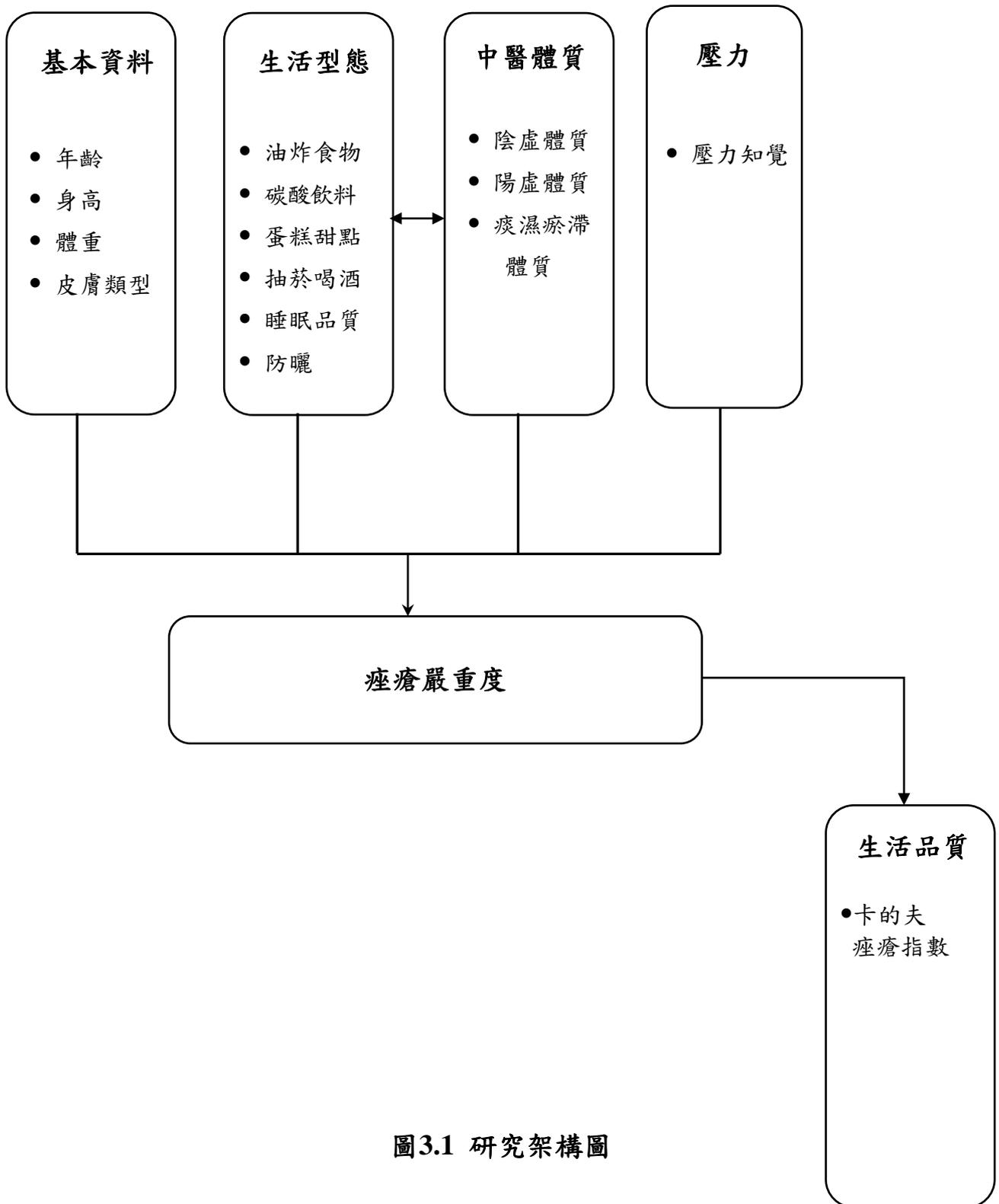


圖3.1 研究架構圖

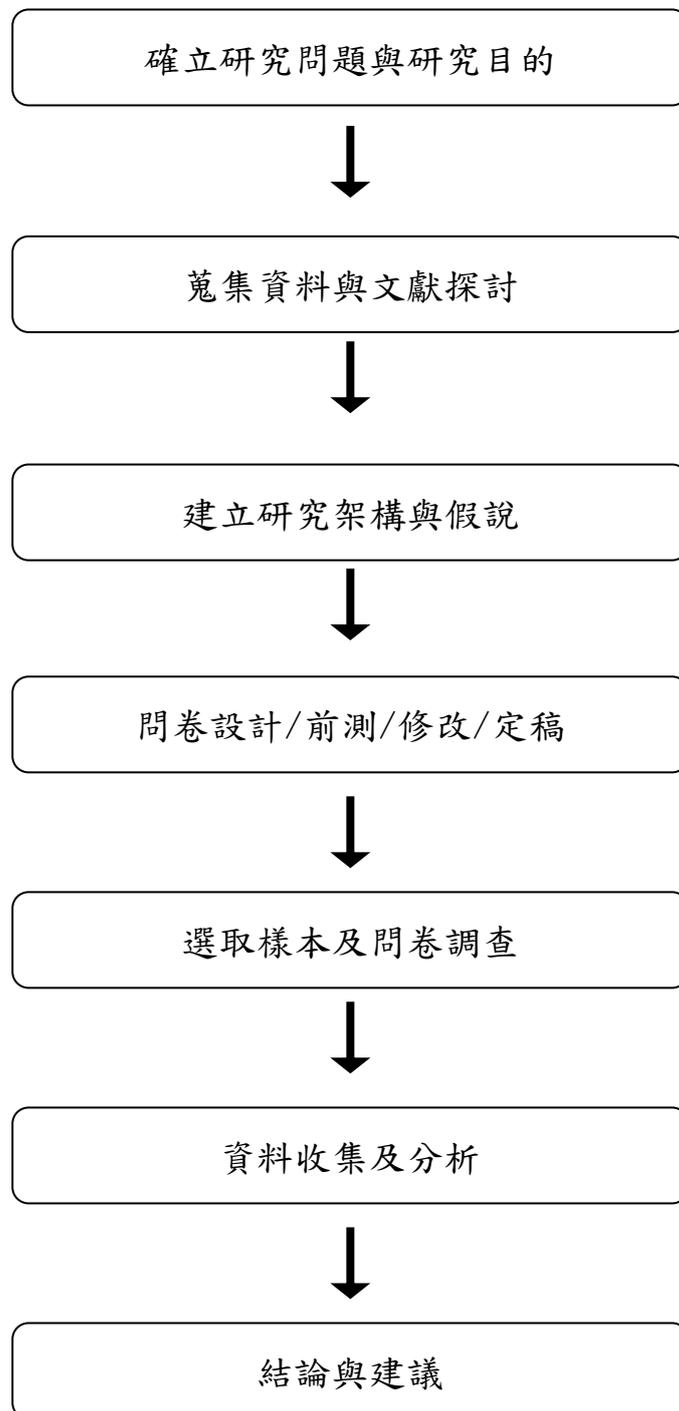


圖3.2 研究流程圖

3.5 統計方法

問卷回收後進行資料整理、除錯、譯碼及建檔後，以 SPSS 12.0 for Windows 中文版套裝軟體進行統計分析，並依本研究目的及變項性質，選擇以下統計方法進行資料分析。

- (1)以次數分配檢視是否輸入錯誤，有無遺漏資料及偏離值，進行資料正確性之檢查。
- (2)以描述性統計量分析個人基本資料、卡的夫量表、生活型態因子、壓力知覺量表、中醫體質問卷之次數分配、百分比、最大值、最小值、平均值、標準差。
- (3)以卡方檢定考驗受訪者中醫體質與罹患痤瘡之嚴重程度是否有顯著相關。
- (4)以Spearman相關考驗中醫體質之間、罹患痤瘡時間與痤瘡嚴重程度之相關性。
- (5)以卡方檢定考驗受訪者中醫體質與生活型態因子是否有顯著相關。
- (6)以羅吉斯迴歸(logistic regression)分析痤瘡輕重程度與生活型態因子、年齡、身體質量指數、皮膚類型、中醫體質、壓力知覺之勝

算比。

(6)以單因子變異分析(One way Analysis of Variance, ANOVA)進行痤瘡嚴重程度在卡的夫痤瘡指數量表得分上是否有顯著的差異，若有顯著差異則以雪費法(Scheffe)進行事後比較組間差異。

第四章 研究結果

本問卷施測期間為2010年3月份，共發出133份，回收128份，扣除填答不完整5份（整頁未填答）、固定式反應作答3份（全部勾選同一選項），總計有效問卷120份，有效回收率為90.2%。本章各節內容呈現資料統計分析後之結果，共分為四小節加以說明：

第一節為描述性統計之資料分析：包含問卷之基本資料、卡的夫痤瘡指數量表、生活型態因子、壓力知覺量表以及中醫體質量表，以人數、百分比進行次數分配之描述，以平均數、標準差來描述各變項分佈之情形。第二節為中醫體質與痤瘡之關係，以及中醫體質陰虛、陽虛、痰濕瘀滯間之關係。第三節為生活型態因子與痤瘡以及痤瘡與其他影響因素之關係。第四節為痤瘡嚴重度分別與時間、卡的夫痤瘡指數量表之關係。

4.1 描述性統計之資料分析

本節將受訪者填寫問卷收集到的資料，依照問卷內容之順序，分節呈現各項描述性統計分析之資料。

4.1.1 基本資料描述性統計分析

受訪者均為南華大學男學生，平均年齡為20.2歲，標準差1.5歲，其中以19歲最多(35.8%)，其次是20歲(28.3%)、21歲(22.0%)和22歲(10.0%)。

(一) BMI

身體質量指數之計算方式為： $BMI = \text{體重 (kg)} / \text{身高平方 (m}^2\text{)}$ ，依據行政院衛生署(2009)將身體質量指數標準定義： $BMI < 18.5$ 體重太輕， $18.5 \leq BMI < 24$ 標準體重， $24 \leq BMI < 27$ 過重， $27 \leq BMI < 30$ 輕度肥胖， $30 \leq BMI < 35$ 中度肥胖， $BMI \geq 35$ 重度肥胖。本研究將大於等於 18.5 kg/m^2 ，小於 24 kg/m^2 的範圍定義為正常組，小於 18.5 kg/m^2 為過輕組，大於等於 24 kg/m^2 為過重組。本研究之大學生之身體質量指數屬正常組者有62人(51.7%)，過輕組者有15人(12.5%)，過重組者有43人(35.8%)，平均值為 23.3 kg/m^2 ，標準差 3.9 kg/m^2 (表 4.1)。

(二) 皮膚類型

受訪者之皮膚類型，屬油性皮膚者有65人(54.2%)，屬混合性皮膚者有24人(20.0%)，屬中性皮膚者有19人(15.8%)，屬乾性皮膚者有12人(10.0%)(表 4.1)。

(三) 中醫體質趨向

將陰到陽之體質以及虛到實之體質各區分為10等份，受訪者自評其體質之趨向，「不知道」者分別為61人(50.8%)及50人(41.7%)，佔絕大多數。在陰陽體質趨向方面，自評其趨向陰性體質者有18人(15.0%)，趨向陽性體質者有41人(34.1%)，扣除「不知道」之61人後，平均值為6.4，標準差2.2。在虛實體質趨向方面，自評其趨向虛性體質者有32人(26.6%)，趨向實性體質者有38人(31.8%)，扣除「不知道」之50人後，平均值為5.8，標準差2.2(表4.2)。

(四) 罹患疾病及服用藥物

受訪者當中無罹患任何疾病者有68人(56.7%)，超過半數以上，而其餘所罹患的疾病則以過敏性鼻炎25人(20.8%)最多，其次依序為皮膚過敏15人(12.5%)，氣喘9人(7.5%)，鼻竇炎7人(5.8%)，毛囊炎及濕疹各4人(各3.3%)，腸胃炎3人(2.5%)，類風濕性關節炎2人(1.7%)，尋常性疣及汗斑各1人(各0.8%)，罹患其他疾病者有7人(5.8%)，所罹患的疾病有蠶豆症2人、癲癇症、腦脊腫、紫癥症、腎臟症候群、心律不整各1人(表4.3)。

固定服用特定藥物則以類固醇3人(2.5%)最多，抗生素1人(0.8%)，碘劑及鋰鹽則無人服用，未服用任何藥物者有111人

(92.5%)，服用其他藥物者有6人 (5.0%)，分別為維他命2人、中藥、A酸、肝精、癬藥各1人 (表4.3)。

(五) 痤瘡部位及治療

1. 痤瘡罹患部位

罹患痤瘡之部位依序為雙頰60人 (50.0%)，額頭56人 (46.7%)，鼻部及下巴各37人 (各30.8%)，背部24人 (20.0%)，嘴巴周圍18人 (15.0%)，人中15人 (12.5%)，頸部11人 (9.2%)，胸前7人 (5.8%)(表4.3)。

2. 對痤瘡處置方式

曾用過之痤瘡治療方式中，未曾治療者為70人 (58.3%)，其次依序為尋求西醫治療者40人 (33.3%)，尋求中醫治療者18人 (15.0%)，購買西醫成藥者7人 (5.8%)，購買中醫成藥者4人 (3.3%) (表4.3)。

將受訪者尋求中西醫治療方式合併交叉統計後，發現同時尋求過中、西醫治療者有11人 (9.2%)，未尋求過中、西醫治療者有73人 (60.8%)，尋求中醫治療卻未尋求西醫治療者有7人 (5.9%)，尋求西醫治療卻未尋求中醫治療者有29人 (24.2%) (表4.4)。

曾用過之痤瘡治療產品則以抗痘洗面乳71人 (59.2%)最多，其次為抗痘凝膠26人 (21.7%)，抗痘化妝水16人 (13.3%)，茶樹精油15人 (12.5%)，抗痘貼片14人 (11.7%)，抗痘面膜6人 (5.0%)，抗痘隔離霜5人 (4.2%)，未曾使用任何治療產品者亦高達36人 (30.0%) (表4.3)。

3. 痤瘡嚴重程度

本研究將痤瘡罹患者依其嚴重程度可區分為四個等級：

第一級：粉刺（包括黑頭或白頭粉刺）。

第二級：包括粉刺與紅色隆起之丘疹。

第三級：包括粉刺及紅色隆起之丘疹外，還有化膿之膿皰。

第四級：除粉刺及紅色隆起之丘疹及化膿之膿皰外，還有囊腫、破潰、結節硬塊。

受訪者一個月內痤瘡罹患程度之分布，第一級有53人 (44.2%)，第二級有41人 (34.2%)，第三級有21人 (17.5%)，第四級有5人 (4.2%)。若以痤瘡有無化膿性膿皰為劃分，將第一級與第二級合併為輕度，第三級與第四級合併為重度，則輕度痤瘡者有94人(78.3%)，重度者則有 26人(21.7%) (表4.5)。

一年內瘰癧罹患程度之分布，第一級有34人（28.3%），第二級有52人（43.3%），第三級有31人（25.8%），第四級有3人（2.5%）。若以瘰癧有無化膿性膿皰為劃分，將第一級與第二級合併為輕度，第三級與第四級合併為重度，則輕度瘰癧者有86人（71.7%），重度者則有34人（28.3%）（表4.5）。

二年內瘰癧罹患程度之分布，第一級有34人（28.3%），第二級有50人（41.7%），第三級有32人（26.7%），第四級有4人（3.3%）。若以瘰癧有無化膿性膿皰為劃分，將第一級與第二級合併為輕度，第三級與第四級合併為重度，則輕度者有84人（70.0%），重度者則有36人（30.0%）（表4.5）。

表 4.1 年齡、身高、體重、身體質量指數
與皮膚類型之描述性統計(N=120)

項目	人數 (n)	百分比 (%)	最小值	最大值	平均值±標準差
年齡 (歲)			18	27	20.2±1.5
18	4	3.3			
19	43	35.8			
20	34	28.3			
21	22	18.3			
22	10	8.3			
23	3	2.5			
24	1	0.8			
26	2	1.7			
27	1	0.8			
身高 (cm)			152	184	171.8±5.5
體重 (kg)			41.7	110	68.7±12.1
身體質量指數 (kg/m ²)			17.0	35.5	23.3±3.9
正常 (18.5-23.9)	62	51.7			
過輕 (<18.5)	15	12.5			
過重 (≥24)	43	35.8			
皮膚類型					
油性	65	54.2			
混合性	24	20.0			
中性	19	15.8			
乾性	12	10.0			

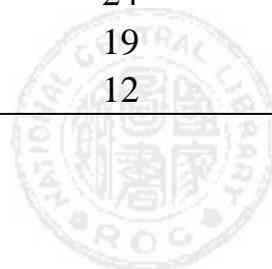


表 4.2 受訪者自評陰陽體質趨向與虛實體質趨向之描述性統計(N=120)

項目	人數 (n)	百分比 (%)	最小值	最大值	平均值±標準差
陰陽體質趨向 ^a			0	10	6.4±2.2 ^b
0	1	0.8	}	}	18 人 (15%)
3.0	4	3.3			
3.5	2	1.7			
4.0	8	6.7			
5.0	3	2.5			
6.0	7	5.8	}	}	41 人 (34.1%)
7.0	12	10.0			
7.5	2	1.7			
8.0	13	10.8			
9.0	3	2.5			
10.0	4	3.3			
不知道	61	50.8			
虛實體質趨向等級 ^c (畫分為 10 等級)			0	10	5.8±2.2 ^d
0	1	0.8	}	}	32 人 (26.6%)
1.0	1	0.8			
2.0	3	2.5			
3.0	6	5.0			
4.0	8	6.7			
5.0	13	10.8	}	}	38 人 (31.8%)
6.0	8	6.7			
6.5	2	1.7			
7.0	7	5.8			
7.5	2	1.7			
8.0	12	10.0			
9.0	5	4.2			
10.0	2	1.7			
不知道	50	41.7			

註：^a從陰性體質(0)到陽性體質(10)平均畫分為10等級。

^b受訪者共120人，扣除選填「不知道」之人數，總計59人之平均值。

^c從虛性體質(0)到實性體質(10)平均畫分為10等級。

^d受訪者共120人，扣除選填「不知道」之人數，總計70人之平均值。

表 4.3 罹患疾病、服用藥物、痤瘡罹患部位、處置方式
及處置產品之描述性統計量(N=120)

項目	人數 (n)	百分比 (%)
罹患疾病(複選題 ^a ，自述經醫師診斷)		
過敏性鼻炎	25	20.8
皮膚過敏	15	12.5
氣喘	9	7.5
鼻竇炎	7	5.8
其他	7	5.8
毛囊炎	4	3.3
濕疹	4	3.3
腸胃炎	3	2.5
類風濕性關節炎	2	1.7
尋常性疣	1	0.8
汗斑	1	0.8
無疾病	68	56.7
固定服用藥物(複選題 ^a)		
類固醇	3	2.5
抗生素	1	0.8
其他	6	5.0
無服用	111	92.5
痤瘡罹患部位(複選題 ^a)		
雙頰	60	50.0
額頭	56	46.7
鼻部	37	30.8
下巴	37	30.8
背部	24	20.0
嘴巴周圍	18	15.0
人中	15	12.5
頸部	11	9.2
胸前	7	5.8

表 4.3(續) 罹患疾病、服用藥物、痤瘡罹患部位、處置方式
及處置產品之描述性統計(N=120)

項目	人數 (n)	百分比 (%)
曾用過之痤瘡處置方式 (複選題 ^a)		
尋求西醫治療	40	33.3
尋求中醫治療	18	15.0
購買西醫成藥	7	5.8
購買中醫成藥	4	3.3
未曾治療	70	58.3
曾用過之痤瘡處置產品 (複選題 ^a)		
抗痘洗面乳	71	59.2
抗痘凝膠	26	21.7
抗痘化妝水	16	13.3
茶樹精油	15	12.5
抗痘貼片	14	11.7
抗痘面膜	6	5.0
抗痘隔離霜	5	4.2
未曾使用	36	30.0

註：^a(複選題)可重複勾選答案，故百分比可超過 100%。

表 4.4 痤瘡嚴重程度與中、西醫治療方式之描述性交叉統計 (N=120)

痤瘡嚴重程度	治療方式	西醫治療 n (%)	未尋求西醫治療 n (%)	總和
輕度	中醫治療	5 (4.2%)	5 (4.2%)	10 (8.3%)
	未尋求中醫治療	21 (17.5%)	63 (52.5%)	84 (70.0%)
	總和	26 (21.7%)	68 (56.7%)	94 (78.3%)
重度	中醫治療	6 (5.0%)	2 (1.7%)	8 (6.6%)
	未尋求中醫治療	8 (6.7%)	10 (8.3%)	18 (15%)
	總和	14 (11.7%)	12 (10.0%)	26 (21.6%)

表 4.5 痤瘡罹患程度之描述性統計(N=120)

項目	人數 (n)	百分比 (%)
一個月內罹患痤瘡		
第一級	53	44.2
第二級	41	34.2
第三級	21	17.5
第四級	5	4.2
一年內罹患痤瘡		
第一級	34	28.3
第二級	52	43.3
第三級	31	25.8
第四級	3	2.5
二年內罹患痤瘡		
第一級	34	28.3
第二級	50	41.7
第三級	32	26.7
第四級	4	3.3
一個月內罹患痤瘡		
輕度(第一級+第二級)	94	78.3
重度(第三級+第四級)	26	21.7
一年內罹患痤瘡		
輕度(第一級+第二級)	86	71.7
重度(第三級+第四級)	34	28.3
二年內罹患痤瘡		
輕度(第一級+第二級)	84	70.0
重度(第三級+第四級)	36	30.0

註：痤瘡罹患程度

第一級：粉刺(包括黑頭或白頭粉刺)。

第二級：包括粉刺與紅色隆起之丘疹。

第三級：包括粉刺及紅色隆起之丘疹外，還有化膿之膿疱、

第四級：除粉刺及紅色隆起之丘疹及化膿之膿疱外，還有囊腫、破潰、結節硬塊。

4.1.2 卡的夫痤瘡指數量表描述性統計分析

卡的夫痤瘡指數量表共五題，針對受訪者因痤瘡所造成之問題勾選其最適切之反應。其題號為問卷之第15題至19題，每題各有4個選項，得分依次為3、2、1、0分，受訪者之得分，最小值為0分，最大值為9分，平均值為2.2，標準差為2.1，中位數2.0，以下為針對該題答題反應百分比比較高者之情形（表4.6）：

第一題(問卷第15題)「您有因為青春痘而變得暴躁、沮喪或尷尬」，以「完全不會」佔73.3%最多，其次為「有一點」佔25.0%。

第二題(問卷第16題)「您有因為因為青春痘而影響到日常社交活動及與異性的關係」，以「完全不會」佔77.5%最多，其次為「偶爾或只有部分活動」佔20.0%。

第三題(問卷第17題)「您有因為青春痘而避免使用公眾更衣設施或者避免著泳衣、泳褲」，以「完全不會」佔86.7%最多，其次為「偶爾」佔8.3%。

第四題(問卷第18題)「您會怎樣形容在最近一個月內，對您自己皮膚外表的感覺」，以「完全不受影響」佔48.3%最多，其次為「偶爾會擔心」佔42.5%。

第五題(問卷第19題)「您覺得您現在的青春痘狀況有多糟糕」，以「是一個小問題」佔53.3%最多，其次為「完全不是問題」佔34.2%最多。

表 4.6 卡的夫痤瘡指數量表之描述性統計(N=120)

項目	人數 (n)	百分比 (%)
因為青春痘而變得暴躁、沮喪或尷尬		
非常嚴重	1	0.8
嚴重	1	0.8
有一點	30	25.0
完全不會	88	73.3
因為青春痘而影響到日常社交活動及與異性的關係		
非常嚴重，影響所有活動	0	0.0
中度，影響大多數的活動	3	2.5
偶爾或只有部分活動	24	20.0
完全不會	93	77.5
因為青春痘而避免使用公眾更衣設施或者避免着泳衣、泳褲？		
總是如此	4	3.3
大多數時候	2	1.7
偶爾	10	8.3
完全不會	104	86.7
怎樣形容在最近一個月內，對您自己皮膚外表的感覺		
非常沮喪且痛苦	1	0.8
經常都會擔心	10	8.3
偶爾會擔心	51	42.5
完全不受影響	58	48.3
覺得您現在的青春痘狀況有多糟糕？		
最糟糕也不過如此	2	1.7
是一個大問題	13	10.8
是一個小問題	64	53.3
完全不是問題	41	34.2
	最小值(最大值)	平均值±標準差
卡的夫痤瘡指數量表總分	0 (9)	2.2±2.1

4.1.3 生活型態因子描述性統計分析

生活型態因子共12題，請受訪者回想最近一個月內依其針對題目所發生之頻率於「每天一次或以上」、「每週一次至六次」、「每月一次至三次」、「少於每月一次」、「未曾發生過」五個選項中，選擇作答。其題號為問卷之第20題至37題，以下為針對該題資料分佈之百分比較高者之情形(表 4.7)：

第一題(問卷第20題)「吃油炸的食物」，以「每週一至六次」佔44.2%最多，其次為「每月一至三次」佔37.5%。

第二題(問卷第21題)「吃辛辣的食物(辣椒、胡椒、麻辣鍋等)」，以「每週一至六次」34.2%最多，其次為「少於每月一次」佔30.0%。

第三題(問卷第22題)「吃蔬菜、水果」，以「每週一至六次」佔40.0%最多，其次為「每月一至三次」佔30.8%。

第四題(問卷第23題)「飲用碳酸飲料或含糖飲料(汽水、可樂、奶茶等)」，以「每週一至六次」佔40.8%最多，其次為「每月一至三次」22.5%。

第五題(問卷第24題)「食用蛋糕、甜點類之食物」，以「每月一至三次」佔36.7%最多，其次為「少於每月一次」佔28.3%。

第六題(問卷第25題)「抽菸」，以「未曾發生過」佔79.2%最多，其次為「每天一次或以上」佔12.5%。

第七題(問卷第26題)「喝酒」，以「未曾發生過」佔50.0%最多，其次為「少於每月一次」佔31.7%。

第八題(問卷第27題)「使用臉部保養品」，以「未曾發生過」佔35.0%最多，其次為「每天一次或以上」佔25.8%。

第九題(問卷第28題)「臉部皮膚去角質」，以「未曾發生過」佔56.7%最多，其次為「每月一至三次」佔16.7%。

第十題(問卷第29題)「出汗超過半小時」，以「每週一至六次」佔35.8%最多，其次為「每月一至三次」佔29.2%。

第十一題(問卷第30題)「陽光下活動超過一小時」，以「每週一至六次」佔34.2%最多，其次為「每月一至三次」佔33.3%。

第十二題(問卷第31題)「使用防曬用品」，以「未曾發生過」佔55.8%最多，其次為「少於每月一次」佔25.0%。

第十三題(問卷第32題)「洗頭」，以「每天一次或以上」佔88.3%最多，其次為「每週一至六次」佔11.7%，其餘則皆為零。

第十四、十五、十六題(問卷第33-35題)為「睡眠效率」之計算，

係參考「匹茲堡睡眠品質量表」(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)所包括七個層面中之「睡眠效率」。上床睡覺的時間、早上幾點起床及每天真正睡著的時間，是用來計算睡眠效率之百分比，其公式為：
$$\text{睡眠效率} = (\text{真正睡眠時間} / \text{總臥床時間}) \times 100\%$$
。求得之百分比再依據「>85%」得0分，「75-84%」得1分，「65-74%」得2分，「<65%」得3分之規則計算受訪者睡眠效率之得分。

經統計受訪者睡眠效率之分布情形，「>85%」有69人 (57.5%)，「75-84%」有33人 (27.5%)，「65-74%」有10人 (8.3%)，「<65%」的有8人 (6.7%) (表4.6)。

第十六題(問卷第35題)「真正睡眠時間(小時)」，「 ≥ 7 小時」的有44人 (36.7%)，「 $\geq 6-6.9$ 小時」的有42人 (35.0%)，「 $\geq 5-5.9$ 小時」的有17人 (14.2%)，「<5小時」的有17人 (14.2%) (表4.7)。

第十七題(問卷第36題)「對自己的睡眠品質整體評價」，「非常好」的有26人 (21.7%)，「尚可」有58人 (48.3%)，「不好」有27人 (22.5%)，「非常不好」有9人 (7.5%) (表4.7)。

第十八題(問卷第37題)「平均每天使用電腦時間」，「 ≤ 1 小時」4人 (3.3%)，「>1-3小時」15人 (12.5%)，「>3-5小時」49人 (40.8%)，「>5-7小時」27人 (22.5%)，「>7小時」25人 (20.8%) (表4.7)。

表 4.7 生活型態因子之描述性統計(N=120)

項目	人數 (%)				
	每天一次 或以上	每週一至 六次	每月一 至三次	少於每 月一次	未曾發 生過
吃油炸的食物	5 (4.2)	53 (44.2)	45 (37.5)	14 (11.7)	3 (2.5)
吃辛辣的食物	3 (2.5)	41 (34.2)	26 (21.7)	36 (30.0)	14 (11.7)
吃蔬菜、水果	22 (18.3)	48 (40.0)	37 (30.8)	10 (8.3)	3 (2.5)
飲用碳酸或含糖飲料	20 (16.7)	49 (40.8)	27 (22.5)	21 (17.5)	3 (2.5)
食用蛋糕、甜點類食物	8 (6.7)	28 (23.3)	44 (36.7)	34 (28.3)	6 (5.0)
抽菸	15 (12.5)	3 (2.5)	4 (3.3)	3 (2.5)	95 (79.2)
喝酒	2 (1.7)	3 (2.5)	17 (14.2)	38 (31.7)	60 (50.0)
使用臉部保養品	31 (25.8)	17 (14.2)	6 (5.0)	24 (20.0)	42 (35.0)
臉部皮膚去角質	7 (5.8)	6 (5.0)	20 (16.7)	19 (15.8)	68 (56.7)
出汗超過半小時	14 (11.7)	43 (35.8)	35 (29.2)	16 (13.3)	12 (10.0)
陽光下活動超過一小時	14 (11.7)	41 (34.2)	40 (33.3)	22 (18.3)	3 (2.5)
使用防曬用品	5 (4.2)	7 (5.8)	11 (9.2)	30 (25.0)	67 (55.8)
洗頭	106 (88.3)	14 (11.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

表 4.7 (續) 生活型態因子之描述性統計(N=120)

項目	人數 (n)	百分比 (%)
真正睡眠時間 (小時)		
≥7	44	36.7
≥6-6.9	42	35.0
≥5-5.9	17	14.2
<5	17	14.2
睡眠效率百分比 (真正睡眠時間/總臥床時間×100)		
>85	69	57.5
75-84	33	27.5
65-74	10	8.3
<65	8	6.7
對自己的睡眠品質整體評價		
非常好	26	21.7
尚可	58	48.3
不好	27	22.5
非常不好	9	7.5
平均每天使用電腦時間 (小時)		
≤1	4	3.3
>1-3	15	12.5
>3-5	49	40.8
>5-7	27	22.5
>7	25	20.8

4.1.4 壓力知覺量表描述性統計分析

壓力知覺量表共14題，請受訪者回想最近一個月內依其針對題目所發生之頻率於「從不」、「偶爾」、「有時」、「常常」、「總是」五個選項中，選擇作答，得分依次為0、1、2、3、4分，其題號為問卷之第38題至51題。在壓力知覺量表之得分中，最小值為7分，最大值為50分，平均值為 26.1 ± 7.5 ，所有受訪者針對各題反應之人數以及百分比之分布情形，如表4.8。

表 4.8 壓力知覺量表之描述性統計(N=120)

題目	人數 (%)				
	從不	偶爾	有時	常常	總是
一些無法預期的事情發生而感到心煩意亂	8 (6.7)	55 (45.8)	36 (30.0)	16 (13.3)	5 (4.2)
感覺無法控制自己生活中重要的事情	12 (10.0)	54 (45.0)	36 (30.0)	13 (10.8)	5 (4.2)
感到緊張不安和壓力	20 (16.7)	51 (42.5)	31 (25.8)	14 (11.7)	4 (3.3)
成功地處理惱人的生活麻煩	1 (0.8)	37 (30.8)	51 (42.5)	22 (18.3)	9 (7.5)
感到自己是有效地處理生活中所發生的重要改變	2 (1.7)	40 (33.3)	49 (40.8)	20 (16.7)	9 (7.5)
對於有能力處理自己私人的問題感到很有信心	4 (3.3)	34 (28.3)	38 (31.7)	31 (25.8)	13 (10.8)
感到事情順心如意	10 (8.3)	40 (33.3)	48 (40.0)	19 (15.8)	3 (2.5)
發現自己無法處理所有自己必須做的事情	15 (12.5)	53 (44.2)	40 (33.3)	9 (7.5)	3 (2.5)
有辦法控制生活中惱人的事情	5 (4.2)	42 (35.0)	45 (37.5)	22 (18.3)	6 (5.0)
常覺得自己是駕馭事情的主人	14 (11.7)	45 (37.5)	36 (30.0)	19 (15.8)	6 (5.0)
常生氣，因為很多事情的發生是超出自己所能控制的	24 (20.0)	62 (51.7)	25 (20.8)	6 (5.0)	3 (2.5)
經常想到有些事情是自己必須完成的	3 (2.5)	14 (11.7)	39 (32.5)	42 (35.0)	22 (18.3)
常能掌握時間安排方式	8 (6.7)	46 (38.3)	38 (31.7)	24 (20.0)	4 (3.3)
常感到困難的事情堆積如山，而自己無法克服它們	15 (12.5)	58 (48.3)	33 (27.5)	9 (7.5)	5 (4.2)
壓力知覺量表總分		最小值 7	最大值 50	平均值±標準差 26.1±7.5	

4.1.5 中醫體質量表描述性統計分析

各種體質類型中，若以達體質判定標準為依據，其結果顯示達陰虛體質判定標準者有68人（56.7%），達陽虛體質判定標準有49人（40.8%），達痰濕瘀滯體質判定標準有32人（26.7%）。若僅屬單一體質者有29人（24.1%），陰虛者23人（19.2%），陽虛者4人（3.3%），痰濕瘀滯者2人（1.7%）。

複合性體質係指受訪者同時具備2種(含)以上之體質者有46人（38.3%），陰虛+陽虛+痰濕瘀滯者有28人（23.3%），陰虛+陽虛者有16人（13.3%），陰虛+痰濕瘀滯者有1人（0.8%），陽虛+痰濕瘀滯者有有1人（0.8%）。

而未達體質判定標準屬非陰虛、陽虛、痰濕瘀滯體質類型者有45人（37.5%）（表4.9）（圖4.1，圖4.2）。

表 4.9 中醫體質量表之描述性統計(N=120)

項目	人數 (n)	百分比 (%)	
達體質判定標準 ^a			
陰虛	68	56.7	
陽虛	49	40.8	
痰濕瘀滯	32	26.7	
體質類型			
單一體質 ^b			
痰濕瘀滯	2	29 人 (24.2%)	1.7
陽虛	4		3.3
陰虛	23		19.2
複合性體質 ^c			
陰虛+陽虛+痰濕瘀滯	28	46 人 (38.3%)	23.3
陰虛+陽虛	16		13.3
陰虛+痰濕瘀滯	1		0.8
陽虛+痰濕瘀滯	1		0.8
非陰虛、陽虛、痰濕瘀滯體質	45		37.5

註：^a係指達某一體質判定標準之人數，若受訪者皆達三種體質之判定標準，則分別計入三種體質之人數內，故百分比總和超過 100%。

^b單一體質係指受訪者只具備 1 種體質。

^c複合性體質係指受訪者同時具備 2 種(含)以上之體質。

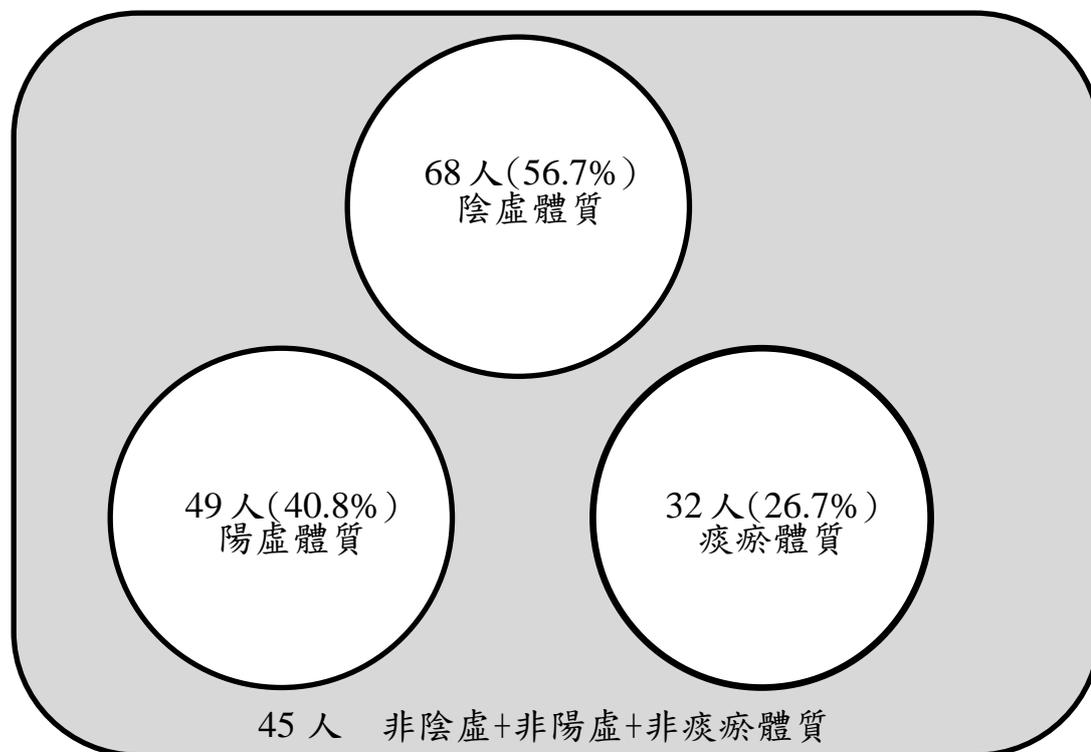


圖 4.1 達到體質判定標準人數圖

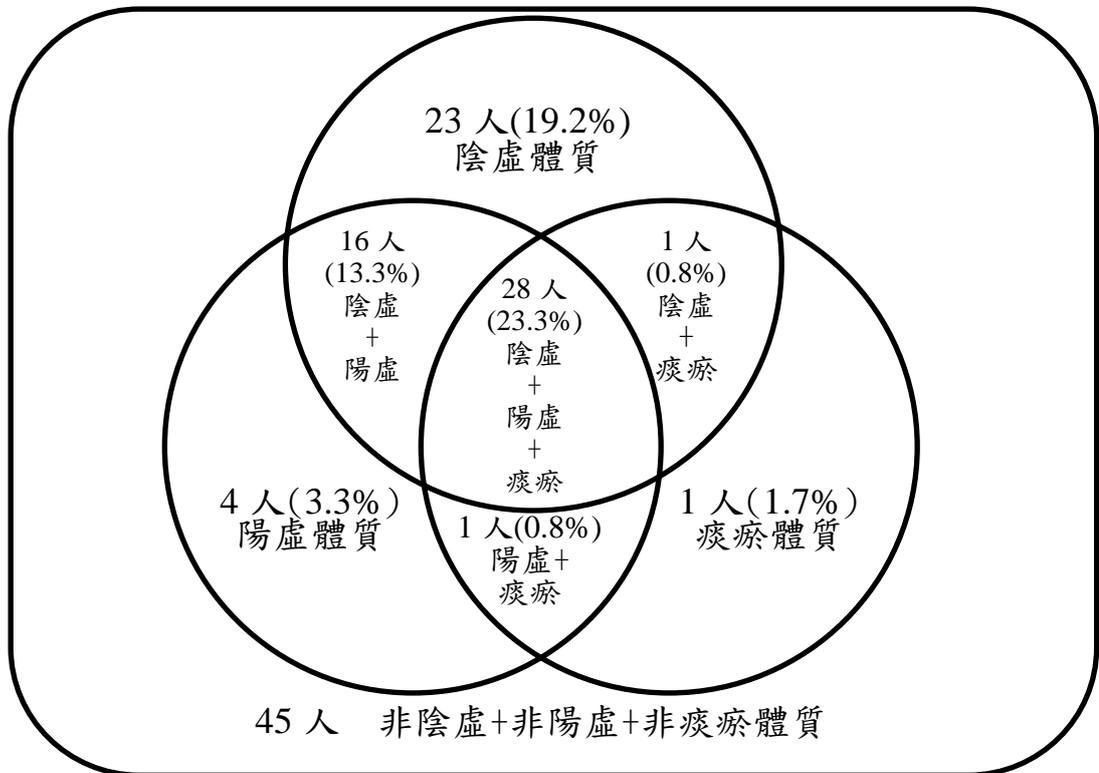


圖 4.2 各型體質人數及交互關係圖

4.2 中醫體質與痤瘡

4.2.1 中醫體質陰虛、陽虛、痰濕瘀滯間之關係

將每一種中醫體質各區分為有、無兩組，以 Spearman 等級相關檢定受訪者中醫體質之陰虛、陽虛、痰濕瘀滯間之關係，發現陰虛與陽虛、陰虛與痰濕瘀滯以及陽虛與痰濕瘀滯間相關係數分別為 0.555、0.413 以及 0.611，其 R^2 關聯強度分別為 30.8%、17.1% 以及 37.3%，且均達顯著相關($p < 0.001$) (表 4.10)。

表 4.10 中醫體質陰虛、陽虛、痰濕瘀滯之相關性 (N=120)

		陰虛體質	陽虛體質	痰濕瘀滯體質
陰虛體質	相關係數	1	0.555	0.413
	p值		<0.001	<0.001
陽虛體質	相關係數	0.555	1	0.611
	p值	<0.001		<0.001
痰濕瘀滯體質	相關係數	0.413	0.611	1
	p值	<0.001	<0.001	

4.2.2 中醫體質與痤瘡之關係

以卡方檢定進行獨立樣本之考驗，分析受訪者罹患痤瘡嚴重程度與中醫體質兩者之關係，結果顯示「痤瘡嚴重程度」與「中醫體質」之間有顯著相關之結果如下：(表4.11)

一月內罹患痤瘡嚴重程度與陰虛體質有顯著相關 ($p = 0.010$)，

一月內罹患痤瘡嚴重程度與陽虛體質有顯著相關 ($p = 0.021$)，

一月內罹患痤瘡嚴重程度與痰濕體質有顯著相關($p = 0.014$)，

二年內罹患痤瘡嚴重程度與痰濕體質有顯著相關($p = 0.015$)。

表 4.11 中醫體質與痤瘡嚴重程度之卡方統計分析(N=120)

罹患期間	痤瘡嚴重程度	中醫體質 n (%)		p 值
一月內罹患		陰虛體質	非陰虛體質	0.010
	第一級	23 (19.2%)	30 (25%)	
	第二級	24 (20.0%)	17 (14.2%)	
	第三級	5 (4.2%)	16 (13.3%)	
	第四級	0 (0%)	5 (4.2%)	
		陽虛體質	非陽虛體質	0.021
	第一級	29 (24.2%)	24 (20%)	
	第二級	29 (24.2%)	12 (10%)	
	第三級	13 (10.8%)	8 (6.7%)	
	第四級	0 (0%)	5 (4.2%)	
		痰濕瘀滯體質	非痰濕瘀滯體質	0.014
	第一級	38 (31.7%)	15 (12.5%)	
第二級	35 (29.2%)	6 (5.0%)		
第三級	14 (11.7%)	7 (5.8%)		
第四級	1 (0.8%)	4 (3.3%)		
一年內罹患		陰虛體質	非陰虛體質	0.508
	第一級	16 (13.3%)	18 (15.0%)	
	第二級	25 (20.8%)	27 (22.5%)	
	第三級	10 (8.3%)	21 (17.5%)	
	第四級	1 (0.8%)	2 (1.7%)	
		陽虛體質	非陽虛體質	0.814
	第一級	21 (17.5%)	13 (10.8%)	
	第二級	30 (25.0%)	22 (18.3%)	
	第三級	19 (15.8%)	12 (10.0%)	
	第四級	1 (0.8%)	2 (1.7%)	
		痰濕瘀滯體質	非痰濕瘀滯體質	0.399
	第一級	25 (20.8%)	9 (7.5%)	
第二級	40 (33.3%)	12 (10.0%)		
第三級	22 (18.3%)	9 (7.5%)		
第四級	1 (0.8%)	2 (1.7%)		

表 4.11(續) 中醫體質與痤瘡嚴重程度之卡方統計分析(N=120)

罹患期間	痤瘡嚴重程度	中醫體質 n (%)		p 值	
二年內罹患		陰虛體質	非陰虛體質	0.375	
	第一級	16 (13.3%)	18 (15.0%)		
	第二級	23 (19.2%)	27 (22.5%)		
	第三級	13 (10.8%)	19 (15.8%)		
	第四級	0 (0)	4 (3.3%)		
			陽虛體質	非陽虛體質	0.122
	第一級	20 (16.7%)	14 (11.7%)		
	第二級	31 (25.8%)	19 (15.8%)		
	第三級	20 (16.7%)	12 (10.0%)		
	第四級	0 (0)	4 (3.3%)		
			痰濕瘀滯體質	非痰濕瘀滯體質	0.015
	第一級	24 (20.0%)	10 (8.3%)		
	第二級	39 (32.5%)	11 (9.2%)		
第三級	25 (20.8%)	7 (5.8%)			
第四級	0 (0)	4 (3.3%)			

4.2.3 中醫體質與生活型態因子之關係

以卡方檢定進行獨立樣本之考驗，分析受訪者中醫體質與生活型態因子兩者之關係，結果顯示「中醫體質」與「生活型態因子」之間有顯著相關之結果如下：(表4.12)

「陰虛」與「吃辛辣食物」($p = 0.007$)、「食用蛋糕、甜點類食物」($p = 0.009$)、「出汗超過半小時」($p = 0.037$)有顯著相關。

「陽虛」與「食用蛋糕、甜點類食物」($p = 0.007$)、「真正睡眠時間」($p = 0.037$)、「睡眠品質」($p = 0.005$)有顯著相關。

「痰濕瘀滯」與「真正睡眠時間」($p = 0.004$)、「睡眠品質」($p < 0.001$)有顯著相關。

表 4.12 生活型態因子與中醫體質之卡方統計分析 (N=120)

項目	中醫體質 n (%)		p 值	中醫體質 n (%)		p 值	中醫體質 n (%)		p 值
	非陰虛體質	陰虛體質		非陽虛體質	陽虛體質		非痰瘀體質	痰瘀體質	
吃油炸食物			0.529			0.224			0.142
很少	9 (7.5%)	8 (6.7%)		13 (10.8%)	4 (3.3%)		14 (11.7%)	3 (2.5%)	
偶爾	19 (15.8%)	26 (21.7%)		26 (21.7%)	19 (15.8%)		35 (29.2%)	10 (8.3%)	
經常	24 (20.0%)	34 (28.3%)		32 (26.7%)	26 (21.7%)		39 (32.5%)	19 (15.8%)	
吃辛辣食物			0.007			0.530			0.050
很少	26 (21.7%)	24 (20.0%)		29 (24.2%)	21 (17.5%)		40 (33.3%)	10 (8.3%)	
偶爾	16 (13.3%)	10 (8.3%)		20 (16.7%)	6 (5.0%)		21 (17.5%)	5 (4.2%)	
經常	10 (8.3%)	34 (28.3%)		22 (18.3%)	22 (18.3%)		27 (22.5%)	17 (14.2%)	
吃蔬菜、水果			1.000			0.126			0.124
很少	7 (5.8%)	6 (5.0%)		5 (4.2%)	8 (6.7%)		8 (6.7%)	5 (4.2%)	
偶爾	14 (11.7%)	23 (19.2%)		21 (17.5%)	16 (13.3%)		25 (20.8%)	12 (10.0%)	
經常	31 (25.8%)	39 (32.5%)		45 (37.5%)	25 (20.8%)		55 (45.8%)	15 (12.5%)	

表 4.12 (續) 生活型態因子與中醫體質之卡方統計分析 (N=120)

項目	中醫體質 n (%)		p 值	中醫體質 n (%)		p 值	中醫體質 n (%)		p 值
	非陰虛體質	陰虛體質		非陽虛體質	陽虛體質		非痰瘀體質	痰瘀體質	
飲用碳酸飲料 或含糖飲料			0.103			0.464			0.168
很少	14 (11.7%)	10 (8.3%)		14 (11.7%)	10 (8.3%)		19 (15.8%)	5 (4.2%)	
偶爾	12 (10.0%)	15 (12.5%)		19 (15.8%)	8 (6.7%)		22 (18.3%)	5 (4.2%)	
經常	26 (21.7%)	43 (35.8%)		38 (31.7%)	31 (25.8%)		47 (39.2%)	22 (18.3%)	
食用蛋糕、甜 點類之食物			0.009			0.007			0.216
很少	24 (20.0%)	16 (13.3%)		29 (24.2%)	11 (9.2%)		30 (25.0%)	10 (8.3%)	
偶爾	17 (14.2%)	27 (22.5%)		27 (22.5%)	17 (14.2%)		36 (30.0%)	8 (6.7%)	
經常	11 (9.2%)	25 (20.8%)		15 (12.5%)	21 (17.5%)		22 (18.3%)	14 (11.7%)	
抽菸			0.572			0.360			0.109
很少	44 (36.7%)	54 (45.0%)		60 (50.0%)	38 (31.7%)		75 (62.5%)	23 (19.2%)	
偶爾	1 (0.8%)	3 (2.5%)		2 (1.7%)	2 (1.7%)		2 (1.7%)	2 (1.7%)	
經常	7 (5.8%)	11 (9.2%)		9 (7.5%)	9 (7.5%)		11 (9.2%)	7 (5.8%)	

表 4.12 (續) 生活型態因子與中醫體質之卡方統計分析 (N=120)

項目	中醫體質 n (%)		p 值	中醫體質 n (%)		p 值	中醫體質 n (%)		p 值
	非陰虛體質	陰虛體質		非陽虛體質	陽虛體質		非痰瘀體質	痰瘀體質	
喝酒			0.253			0.776			0.623
很少	40 (33.3%)	58 (48.3%)		59 (49.2%)	39 (32.5%)		73 (60.8%)	25 (20.8%)	
偶爾	9 (7.5%)	8 (6.7%)		8 (6.7%)	9 (7.5%)		11 (9.2%)	6 (5.0%)	
經常	3 (2.5%)	2 (1.7%)		4 (3.3%)	1 (0.8%)		4 (3.3%)	1 (0.8%)	
使用臉部保養品			0.468			0.848			0.749
很少	30 (25.0%)	36 (30.0%)		39 (32.5%)	27 (22.5%)		49 (40.8%)	17 (14.2%)	
偶爾	4 (3.3%)	2 (1.7%)		5 (4.2%)	1 (0.8%)		5 (4.2%)	1 (0.8%)	
經常	18 (15.0%)	30 (25.0%)		27 (22.5%)	21 (17.5%)		34 (28.3%)	14 (11.7%)	
臉部皮膚去角質			0.282			0.401			0.423
很少	40 (33.3%)	47 (39.2%)					65 (54.2%)	22 (18.3%)	
偶爾	9 (7.5%)	11 (9.2%)		53 (44.2%)	34 (28.3%)		16 (13.3%)	4 (3.3%)	
經常	3 (2.5%)	10 (8.3%)		13 (10.8%)	7 (5.8%)		7 (5.8%)	6 (5.0%)	

表 4.12 (續) 生活型態因子與中醫體質之卡方統計分析 (N=120)

項目	中醫體質 n (%)		p 值	中醫體質 n (%)		p 值	中醫體質 n (%)		p 值
	非陰虛體質	陰虛體質		非陽虛體質	陽虛體質		非痰瘀體質	痰瘀體質	
出汗超過半小時			0.037			0.194			0.842
很少	14 (11.7%)	14 (11.7%)		17 (14.2%)	11 (9.2%)		19 (15.8%)	9 (7.5%)	
偶爾	20 (16.7%)	15 (12.5%)		25 (20.8%)	10 (8.3%)		29 (24.2%)	6 (5.0%)	
經常	18 (15.0%)	39 (32.5%)		29 (24.2%)	28 (23.3%)		40 (33.3%)	17 (14.2%)	
陽光下活動超過一小時			0.182			0.135			0.101
很少	14 (11.7%)	11 (9.2%)		19 (15.8%)	6 (5.0%)		20 (16.7%)	5 (4.2%)	
偶爾	17 (14.2%)	23 (19.2%)		22 (18.3%)	18 (15.0%)		32 (26.7%)	8 (6.7%)	
經常	21 (17.5%)	34 (28.3%)		30 (25.0%)	25 (20.8%)		36 (30.0%)	19 (15.8%)	
使用防曬用品			0.367			0.070			0.679
很少	44 (36.7%)	53 (44.2%)		61 (50.8%)	36 (30.0%)		72 (60.0%)	25 (20.8%)	
偶爾	4 (3.3%)	7 (5.8%)		6 (5.0%)	5 (4.2%)		8 (6.7%)	3 (2.5%)	
經常	4 (3.3%)	8 (6.7%)		4 (3.3%)	8 (6.7%)		8 (6.7%)	4 (3.3%)	

表 4.12 (續) 生活型態因子與中醫體質之卡方統計分析 (N=120)

項目	中醫體質 n (%)		p 值	中醫體質 n (%)		p 值	中醫體質 n (%)		p 值
	非陰虛體質	陰虛體質		非陽虛體質	陽虛體質		非痰瘀體質	痰瘀體質	
真正睡眠時間 (小時)			0.111			0.037			0.004
≥7	24 (20.0%)	20 (16.7%)		32 (26.7%)	12 (10.0%)		38 (31.7%)	6 (5.0%)	
≥6-7	15 (12.5%)	27 (22.5%)		21 (17.5%)	21 (17.5%)		29 (24.2%)	13 (10.8%)	
≥5-6	7 (5.8%)	10 (8.3%)		11 (9.2%)	6 (5.0%)		14 (11.7%)	3 (2.5%)	
<5	6 (5.0%)	11 (9.2%)		7 (5.8%)	10 (8.3%)		7 (5.8%)	10 (8.3%)	
睡眠效率 (百分比) ^a			0.760			0.163			0.293
>85	28 (23.3%)	41 (34.2%)		44 (36.7%)	25 (20.8%)		52 (43.3%)	17 (14.2%)	
75-84	18 (15.0%)	15 (12.5%)		19 (15.8%)	14 (11.7%)		26 (21.7%)	7 (5.8%)	
65-74	3 (2.5%)	7 (5.8%)		5 (4.2%)	5 (4.2%)		6 (5.0%)	4 (3.3%)	
<65	3 (2.5%)	5 (4.2%)		3 (2.5%)	5 (4.2%)		4 (3.3%)	4 (3.3%)	
睡眠品質			0.733			0.005			<0.001
非常好	10 (8.3%)	16 (13.3%)		20 (16.7%)	6 (5.0%)		23 (19.2%)	3 (2.5%)	
尚可	29 (24.2%)	29 (24.2%)		36 (30.0%)	22 (18.3%)		46 (38.3%)	12 (10.0%)	
不好	9 (7.5%)	18 (15.0%)		11 (9.2%)	16 (13.3%)		16 (13.3%)	11 (9.2%)	
非常不好	4 (3.3%)	5 (4.2%)		4 (3.3%)	5 (4.2%)		3 (2.5%)	6 (5.0%)	

表 4.12 (續) 生活型態因子與中醫體質之卡方統計分析 (N=120)

項目	中醫體質 n (%)		p 值	中醫體質 n (%)		p 值	中醫體質 n (%)		p 值
	非陰虛體質	陰虛體質		非陽虛體質	陽虛體質		非痰瘀體質	痰瘀體質	
每天使用電腦 時間 (小時)			0.386			0.475			0.261
≤3	9 (7.5%)	10 (8.3%)		9 (7.5%)	10 (8.3%)		14 (11.7%)	5 (4.2%)	
>3-5	22 (18.3%)	27 (22.5%)		30 (25.0%)	19 (15.8%)		39 (32.5%)	10 (8.3%)	
>5-7	13 (10.8%)	14 (11.7%)		17 (14.2%)	10 (8.3%)		19 (15.8%)	8 (6.7%)	
>7	8 (6.7%)	17 (14.2%)		15 (12.5%)	10 (8.3%)		16 (13.3%)	9 (7.5%)	

註：a：(真正睡眠時間/總臥床時間)×100

4.3 痤瘡與相關影響因素之關係

4.3.1 生活型態因子與痤瘡之關係

將生活型態因子各題目（問卷第20題至第31題）發生之頻率區分為「很少」、「偶爾」、「經常」三組，將「未曾發生過」與「少於每月一次」合併為「很少」，「每月一至三次」為「偶爾」，「每週一至六次」與「每天一次或以上」合併為「經常」，三組人數及百分比（表 4.13）。

以痤瘡嚴重程度為依變項（分為輕度與重度），生活型態因子（分為很少、偶爾、經常三組）、真正睡眠時間、睡眠效率、睡眠品質、每天使用電腦時間（各分為4組）為自變項，先個別以強迫進入法（Enter）進行單變項羅吉斯迴歸分析（表4.14）。再合併採向後概似比檢定法（Backward：Likelihood Ratio Test）進行多變項羅吉斯迴歸分析發現飲用碳酸飲料或含糖飲料（ $p = 0.030$ ）、使用防曬用品（ $p = 0.037$ ）、睡眠品質（ $p = 0.021$ ）與痤瘡嚴重程度有顯著性相關（表4.15）。

「飲用碳酸飲料或含糖飲料」而言，「偶爾」比「很少」飲用者，「經常」比「很少」飲用者，其痤瘡嚴重度更高，分別為14.22倍（ $p = 0.008$ ）及6.31倍（ $p = 0.044$ ）。以「使用防曬用品」而言，「經常」比「很少」使用者，其罹患痤瘡嚴重度為9.99倍（ $p = 0.015$ ）。睡眠品質尚可者，罹患痤瘡嚴重度為睡眠品質非常好者之0.16倍（ $p = 0.032$ ）。

表 4.13 生活型態因子(三組)之描述性統計(N=120)

項目	人數 (%)		
	經常	偶爾	很少
吃油炸的食物	58 (48.3)	45 (37.5)	17 (14.2)
吃辛辣的食物	44 (36.7)	26 (21.7)	50 (41.7)
吃蔬菜、水果	70 (58.3)	37 (30.8)	13 (10.8)
飲用碳酸或含糖飲料	69 (57.5)	27 (22.5)	24 (20.0)
食用蛋糕、甜點類食物	36 (30.0)	44 (36.7)	40 (33.3)
抽菸	18 (15.0)	4 (3.3)	98 (81.7)
喝酒	5 (4.2)	17 (14.2)	98 (81.7)
使用臉部保養品	48 (40.0)	6 (5.0)	66 (55.0)
臉部皮膚去角質	13 (10.8)	20 (16.7)	87 (72.5)
出汗超過半小時	57 (47.5)	35 (29.2)	28 (23.3)
陽光下活動超過一小時	55 (45.8)	40 (33.3)	25 (20.8)
使用防曬用品	12 (10.0)	11 (9.2)	97 (80.8)
洗頭	120 (100.0)	0 (0)	0 (0)

表 4.14 痤瘡與生活型態因子之關係—單變項羅吉斯迴歸分析
(N=120)

項目	勝算比(95%信賴區間)	p 值
吃油炸食物		
很少	1.00	
偶爾	0.39 (0.11-1.39)	0.148
經常	0.47 (0.14-1.55)	0.221
吃辛辣食物		
很少	1.00	
偶爾	1.93 (0.61-6.10)	0.261
經常	1.75 (0.63-4.84)	0.282
吃蔬菜、水果		
很少	1.00	
偶爾	2.03 (0.38-10.84)	0.404
經常	1.37 (0.27-6.92)	0.699
飲用碳酸飲料或含糖飲料		
很少	1.00	
偶爾	2.94 (0.68-12.75)	0.148
經常	1.94 (0.51-7.41)	0.330
食用蛋糕、甜點類之食物		
很少	1.00	
偶爾	1.66 (0.54-5.09)	0.371
經常	2.17 (0.70-6.77)	0.178
抽菸		
很少	1.00	
偶爾	1.22 (0.12-12.36)	0.865
經常	1.04 (0.31-3.51)	0.940
喝酒		
很少	1.00	
偶爾	1.12 (0.33-3.82)	0.846
經常	0.91 (0.09-8.64)	0.939

表 4.14(續) 痤瘡與生活型態因子之單變項羅吉斯迴歸分析(N=120)

項目	勝算比(95%信賴區間)	p 值
使用臉部保養品		
很少	1.00	
偶爾	NA	NA
經常	1.51 (0.62-3.64)	0.355
面部皮膚去角質		
很少	1.00	
偶爾	2.38 (0.82-6.94)	0.110
經常	1.33 (0.32-5.39)	0.689
出汗超過半小時		
很少	1.00	
偶爾	0.62 (0.18-2.11)	0.446
經常	0.88 (0.30-2.54)	0.823
在陽光下活動超過一小時		
很少	1.00	
偶爾	0.54 (0.16-1.80)	0.320
經常	0.71 (0.24-2.11)	0.548
使用防曬用品		
很少	1.00	
偶爾	0.41 (0.04-3.40)	0.410
經常	4.10 (1.19-14.15)	0.025
註：NA：不適用		

表 4.14(續) 痤瘡與生活型態因子之單變項羅吉斯迴歸分析(N=120)

項目	勝算比(95%信賴區間)	p 值
真正睡眠時間 (小時)		
≥7	1.00	
≥6-7	1.59 (0.57-4.47)	0.373
≥5-6	0.60 (0.11-3.16)	0.547
<5	1.87 (0.51-6.84)	0.341
睡眠效率 (百分比) ^a		
>85	1.00	
75-84	1.37 (0.50-3.74)	0.529
65-74	4.30 (1.08-17.10)	0.038
<65	NA	NA
睡眠品質		
非常好	1.00	
尚可	0.45 (0.13-1.52)	0.204
不好	1.40 (0.41-4.80)	0.589
非常不好	4.16 (0.84-20.64)	0.080
每天使用電腦時間 (小時)		
≤3	1.00	
>3-5	2.46 (0.49-12.32)	0.273
>5-7	1.93 (0.33-11.20)	0.463
>7	4.00 (0.73-21.65)	0.108

註：睡眠效率 (百分比) ^a=(真正睡眠時間/總臥床時間)×100

NA: 不適用

表 4.15 痤瘡與生活型態因子之多變項羅吉斯迴歸分析(N=120)

項目	勝算比(95%信賴區間)	p 值
飲用碳酸飲料或含糖飲料		0.030
很少	1.00	
偶爾	14.22 (1.99-101.14)	0.008
經常	6.31 (1.05-37.93)	0.044
使用防曬用品		0.037
很少	1.00	
偶爾	0.37 (0.03-4.52)	0.441
經常	9.99 (1.56-63.83)	0.015
睡眠品質		0.021
非常好	1.00	
尚可	0.16 (0.13-0.85)	0.032
不好	1.19 (0.19-7.26)	0.845
非常不好	1.96 (0.16-23.2)	0.591

4.3.2 痤瘡與其他影響因素之關係

本研究以痤瘡嚴重程度為依變項(分為輕度與重度)，年齡、身體質量指數(分為過輕、正常、過重三組)、皮膚類型(分為油性皮膚、乾性皮膚、中性皮膚、混合性皮膚四組)、陰虛體質(無、有)、陽虛體質(無、有)、痰濕瘀滯體質(無、有)與壓力知覺量表分數為自變項，先個別以強迫進入法進行單變項羅吉斯迴歸分析(表 4.16)，再合併採取向後概似比檢定法(Backward: Likelihood Ratio Test)進行多變項羅吉斯迴歸分析。

研究結果發現陰虛體質($p = 0.001$)、壓力知覺總分($p = 0.002$)與痤瘡嚴重程度有顯著性相關(表4.17)。「陰虛體質」者，其罹患痤瘡嚴重度為「無陰虛體質」者之9.49倍，壓力知覺總分越高者，其罹患痤瘡嚴重度越高。

表 4.16 痤瘡與年齡、身體質量指數、皮膚類型、中醫體質
壓力知覺之關係－單變項羅吉斯迴歸分析(N=120)

項目	勝算比(95%信賴區間)	p 值
年齡	1.04 (0.79-1.37)	0.770
身體質量指數		
正常組	1.00	
過輕組	1.89 (0.50-7.14)	0.348
過重組	2.01 (0.77-5.20)	0.149
皮膚類型		
油性皮膚	1.00	
乾性皮膚	0.23 (0.02-1.97)	0.183
中性皮膚	0.30 (0.06-1.46)	0.139
混合性皮膚	0.68 (0.22-2.11)	0.513
陰虛體質		
無	1.00	
有	4.2 (1.46-12.07)	0.008
陽虛體質		
無	1.00	
有	1.61 (0.67-3.86)	0.285
痰濕瘀滯體質		
無	1.00	
有	2.54 (1.01-6.37)	0.045
壓力知覺總分	1.10 (1.03-1.19)	0.005

表 4.17 痤瘡與年齡、身體質量指數、皮膚類型、中醫體質
壓力知覺之關係—多變項羅吉斯迴歸分析(N=120)

項目	勝算比(95%信賴區間)	p 值
陰虛體質		
無	1.00	
有	9.49 (2.38-37.80)	0.001
壓力知覺	1.14 (1.05-1.25)	0.002

4.4 瘡癩嚴重度之影響

4.4.1 罹患瘡癩時間與嚴重程度之關係

以問卷所得之資料，將受訪者罹患瘡癩程度之第一級與第二級合併為輕度；第三級與第四級合併為重度二組。以Spearman等級相關檢定受訪者罹患瘡癩時間之一個月、一年、二年間之關係，發現罹患瘡癩時間之一個月與一年、一個月與二年以及一年與二年間之相關係數分別0.567、0.406以及0.799，其 R^2 關聯強度分別為32.1%、16.5%以及63.8%，且均達顯著相關($p < 0.001$) (表4.18)。

表 4.18 罹患瘡癩時間之相關性(N=120)

		一月內瘡癩	一年內瘡癩	二年內瘡癩
		嚴重度	嚴重度	嚴重度
一月內瘡癩	相關係數	1	0.567	0.406
嚴重度	p值		<0.001	<0.001
一年內瘡癩	相關係數	0.567	1	0.799
嚴重度	p值	<0.001		<0.001
二年內瘡癩	相關係數	0.406	0.799	1
嚴重度	p值	<0.001	<0.001	

4.4.2 中、西醫治療方式與痤瘡嚴重程度之關係

以卡方考驗進行獨立樣本之檢定，分析受訪者罹患痤瘡嚴重程度與尋求中醫治療方式兩者之關係，結果顯示「痤瘡嚴重程度」與「中醫治療方式」之間有顯著相關 ($p = 0.025$)。

以卡方考驗進行獨立樣本之檢定，分析受訪者罹患痤瘡嚴重程度與尋求西醫治療方式兩者之關係，結果顯示「痤瘡嚴重程度」與「西醫治療方式」之間有顯著相關 ($p = 0.018$) (表4.19)。

表 4.19 痤瘡嚴重程度與中、西醫治療方式之卡方統計分析 (N=120)

痤瘡 嚴重程度	治療方式 n (%)		p 值
	未尋求中醫治療	中醫治療	
輕度	84 (70.0%)	10 (8.3%)	0.025
重度	18 (15.0%)	8 (6.7%)	
	未尋求西醫治療	西醫治療	0.018
輕度	68 (56.7%)	26 (21.7%)	
重度	12 (10.0%)	14 (11.7%)	

4.4.3 瘡癩嚴重程度與卡的夫瘡癩指數量表之關係

經由單因子變異數分析，檢定罹患瘡癩不同嚴重程度受訪者在卡的夫瘡癩指數量表得分之組間差異，結果如下（表4.20）：

卡的夫瘡癩指數量表得分在一個月內瘡癩嚴重程度($p < 0.001$)有顯著組間差異。進一步以Scheffe法進行事後比較並統計各組間之平均值，發現第三級得分顯著大於第一級得分，第四級得分顯著大於第一級得分，第四級得分顯著大於第二級得分。

卡的夫瘡癩指數量表得分在一年內瘡癩嚴重程度($p = 0.008$)有顯著組間差異。進一步以Scheffe法進行事後比較並統計各組間之平均值，發現第三級得分顯著大於第一級得分。

卡的夫瘡癩指數量表得分在二年內瘡癩嚴重程度($p = 0.004$)有顯著組間差異。進一步以Scheffe法進行事後比較並統計各組間之平均值，發現第四級得分顯著大於第一級得分，第四級得分顯著大於第二級得分，第四級得分顯著大於第三級得分。

表 4.20 卡的夫痤瘡指數量表單因子變異數分析(N=120)

項目	平均值±標準差	p 值	Scheffe 事後比較
一月內痤瘡嚴重程度		<0.001	三級>一級
第一級	1.47±1.50		四級>一級
第二級	2.17±1.98		四級>二級
第三級	3.19±2.67		
第四級	5.40±0.89		
一年內痤瘡嚴重程度		0.008	三級>一級
第一級	1.26±1.37		
第二級	2.27±2.05		
第三級	2.87±2.46		
第四級	3.67±2.30		
二年內痤瘡嚴重程度		0.004	四級>一級
第一級	1.65±2.04		四級>二級
第二級	2.08±1.98		四級>三級
第三級	2.47±2.04		
第四級	5.50±1.00		

第五章 討論

本章共分四節探討：第一節為基本資料、第二節為中醫體質與痤瘡、第三節為痤瘡與相關影響因素之關係、第四節為痤瘡嚴重度與卡夫的夫痤瘡指數量表之關係。

5.1 基本資料

本研究之大學生過重者佔有 35.8% ($BMI \geq 24 \text{kg/m}^2$)，與國人男性 19 至 30 歲年齡層之過重肥胖比率 29% ($BMI \geq 24 \text{kg/m}^2$) 相較（行政院衛生署，2009），高出 6.8%，顯示受訪之部份男大學生有過重或肥胖問題。

受訪者之皮膚類型，屬油性皮膚者有 65 人（54.2%），屬混合性皮膚者有 24 人（20%），屬中性皮膚者有 19 人（15.8%），屬乾性皮膚者有 12 人（10.0%）。顯示受訪之男大學生屬油性膚質者居多（54.2%），比 Arbuckle 等（2008）所作之研究調查（74%）略低，該研究並指出皮脂過剩的油性皮膚可能對 66% 至 75% 之 15 至 20 歲年齡層產生不良心理和社會方面影響，及造成痤瘡。

本研究之大學生對自身陰陽體質或虛實體質之趨向，高達 50.8% 及 41.7% 勾選「不知道」，可見體質之於大學生，亦屬一未知的概念。

受訪者當中所罹患的疾病以過敏性鼻炎25人（20.8%）最多，與徐松錕（2008）研究過敏性鼻炎患者中醫體質類型，過敏性鼻炎患者中醫體質類型大約可歸類為陽氣虛與陰血虛二大型，大陸學者多主張前者，而台灣則以陰虛或氣陰虛為主之結果相符合。

本研究罹患痤瘡之部位前四名依序為雙頰、額頭、鼻部及下巴，與Yu, Cheng及Chen（2008）研究中所呈現痤瘡好發於兩頰及前額相同。本研究中罹患痤瘡輕度者有78.3%，重度者有21.7%，與Law, Chuh, Lee, 及Molinari（2010）於香港11至21歲年齡層患者所作調查，其中輕度痤瘡約58.4%，中重度痤瘡者約為23.1%相比較，顯示此研究之受訪者痤瘡程度以輕度者居多。

本研究曾用過之痤瘡治療方式中（可複選），尋求西醫及中醫治療者分別為33.3%及15.0%，就醫之選擇以西醫居多，尋求中醫治療者則未達2成。與Suh（2008）於2006年針對韓國17所大學附設醫院一千多位痤瘡患者進行求醫行為調查中結果相同，病患多採西醫治療多於中醫治療。而本研究受訪者痤瘡未曾治療者高達58.3%，推論與Stern（2000）及Law等（2010）所指痤瘡患病率男性較女性高，但臨床經驗，男性治療痤瘡就醫比率較女性低之結果相似。

5.2 中醫體質與痤瘡

5.2.1 中醫體質陰虛、陽虛、痰濕瘀滯間之關係

本研究中受試者中醫體質之陰虛與陽虛、陰虛與痰濕瘀滯以及陽虛與痰濕瘀滯體質間均達顯著相關。匡調元（2008）指出，任何體質分型都是帶有模式性的，臨床所見往往不是單一的類型，正如《素問·陰陽離合論》所說：「陰陽者數之可十，推之可百，數之可千，推之可萬，萬之大，不可勝數，然其要一也。」「陰陽之變，其在人者，亦數之可數。」體質亦然，就如臨床所見，陽虛可以夾濕，陰虛者也可以夾濕。濕者可以寒化成寒濕之象，也可以熱化而現濕熱之徵。綜合以上文獻推論，各個體質之間成相關性為合理。

5.2.2 中醫體質與痤瘡之關係

各種體質類型中，若以達BCQ+某一體質類型判定標準為依據，其結果顯示陰虛體質者佔56.7%，陽虛體質者佔40.8%，痰濕瘀滯體質者佔26.7%。複合性體質者（同一受訪者同時具備多種體質），佔38.3%。罹患痤瘡嚴重程度與陰虛體質、陽虛體質及痰濕瘀滯體質皆有相關，再者，二年內罹患痤瘡嚴重程度與痰濕瘀滯體質也有相關。與李燦新等（2006）對痤瘡分級與辨證之流行病學研究指出，青春期

痤瘡男性患者中以陰虛體質者居多，可能與過食辛辣燥熱之品、生活壓力大，日久造成陰陽平衡失調，陰虛陽亢有關。

黃麗霞，胡光展（2009）認為痤瘡發生的關鍵在於陰虛不足，陽氣亢盛，陰不制陽而產生陰虛火旺之證，陰虛則不能滋養肌膚，使局部肌膚抵抗力下降，易為外邪所傷。「二八氣盛、三八氣旺、四八氣壯」。青年人生氣蓬勃，陽氣升發，氣血旺盛，素體陽熱偏盛，生機活潑，營血偏盛，引起血熱外壅。

本研究結果顯示陰虛體質者佔56.7%，陽虛體質者佔40.8%，痰濕瘀滯體質者佔26.7%，複合性體質者（同一受訪者同時2種或2種以上之體質）佔38.3%。罹患痤瘡嚴重程度與陰虛體質、陽虛體質及痰濕瘀滯體質皆有相關，如前述匡調元（2008）陽虛可以夾濕，陰虛者也可以夾濕。濕者可以寒化成寒濕之象，也可以熱化而現濕熱之徵，各體質與痤瘡嚴重度之間成相關性為合理。

5.2.3 中醫體質與生活型態因子之關係

以卡方檢定分析本研究中醫體質與生活型態因子兩者之關係，結果顯示「中醫體質」與「生活型態因子」之間有顯著相關：「陰虛」與「吃辛辣食物」（ $p = 0.007$ ）、「食用蛋糕、甜點類食物」（ $p = 0.009$ ）、

「出汗超過半小時」 ($p = 0.037$) 有顯著相關。「陽虛」與「食用蛋糕、甜點類食物」 ($p = 0.007$)、「真正睡眠時間」 ($p = 0.037$)、「睡眠品質」 ($p = 0.005$) 有顯著相關。「痰濕瘀滯」與「真正睡眠時間」 ($p = 0.004$)、「睡眠品質」 ($p < 0.001$) 有顯著相關。此結果與黃建勳 (2005) 之研究：「陰虛」、「陽虛」與「吃辛辣食物」有關；「痰濕瘀滯」與「熬夜」有關，結果相符合。

5.3 痤瘡與相關影響因素之關係

5.3.1 生活型態因子與痤瘡之關係

超過50%的大學生在生活型態因子之反應上，屬於「經常」頻率的有「吃油炸的食物」、「吃蔬菜、水果」、「飲用碳酸或含糖飲料」、「出汗超過半小時」、「陽光下活動超過一小時」以及「洗頭」；屬於「很少」頻率的有「抽菸」、「喝酒」、「使用臉部保養品」、「臉部皮膚去角質」、「使用防曬用品」；同一題內，「經常」與「很少」的百分比皆同時超過36%，呈現雙峰趨勢的有「吃辛辣的食物」、「食用蛋糕、甜點類食物」以及「使用脸部保養品」。由此推論這些受訪者吃油炸食物與吃蔬果之飲食習慣各超過半數，而超過半數學生很少有抽菸、喝酒習慣，也很少使用去角質及脸部保養品，可能與性別有關，男性較不

注重臉部之保養。

依據黃麗霞，胡光展（2009）提出臨床觀察發現，偏食葷腥類、甜食、油炸、辛辣味、菸、酒，以及重口味調味者易生痤瘡。食有五昧，各有歸經，中醫亦認為痤瘡與膳食有關。《素問·生氣通天論》：「膏粱厚味，足生大疔」。辛辣易生內熱，肥甘厚味易生濕化熱，濕熱凝聚則易致痤瘡。雖本研究之生活型態因子在多變項羅吉斯迴歸分析中未達顯著差異，但超過50%的大學生在生活型態因子之反應上，屬於「經常」頻率的「吃油炸的食物」，超過36%經常「吃辛辣的食物」、「食用蛋糕、甜點類食物」。在飲食方面仍應注意少食燥熱食物，以避免陽明燥結，脾胃積熱，鬱於肌膚。

在「平均每天使用電腦時間」方面，本研究受訪者每天使用電腦大於3小時以上的竟然佔了84.1%，可見電腦上網時間耗去大學生很多的時間，而國內張英俊，涂大節，李淑芳（2008）對大學生網路成癮、身體活動量及情緒智力之相關文獻回顧中提及：根據台灣網路資訊中心 2007年1月的統計，我國上網人口中，年齡在「16至20歲」者寬頻使用比例較高，達91.4%，本研究之受訪者正落於此年齡層。文中亦提及大學生上網人口為數眾多，且是網路成癮的高危險族群，一旦染上網路癮，在生理上的影響上有減少肢體活動、易出現視力衰退、緊張性頭痛、肌腱炎、背部頸部疼痛等問題，尤其更容易導致長期睡眠

不足等對身體負面之影響，亦發現網路成癮者平均每週上網時數約19小時，且80%的受試者因上網而出現飲食不定時、睡眠不足及難以控制時間等問題。他們的生活可能受到負面影響，進而造成身體不適的問題。綜合以上資料，若長期如此，恐影響體質偏向虛證體質，影響健康，是值得關切的問題。

多變項羅吉斯迴歸分析，發現飲用碳酸飲料或含糖飲料($p = 0.030$)、使用防曬用品($p = 0.037$)與睡眠品質($p = 0.021$)有顯著性相關。與Smith等(2007)研究所說低血糖負荷之飲食可減輕痤瘡嚴重度相似。而睡眠品質部分則與Tan等(2007)之結果相類似。

痤瘡嚴重程度與飲用碳酸飲料或含糖飲料(經常相對很少之勝算比：6.31， $p = 0.044$)，與Cordain等(2002)及Smith等(2007)，研究所說低血糖負荷之飲食可減輕痤瘡嚴重度相符合，與黃麗霞，胡光展(2009)提出臨床觀察發現，偏食甜食及重口味調味者易生痤瘡相類似。

痤瘡嚴重程度與使用防曬用品(經常使用相對很少使用之勝算比：9.99， $p = 0.015$)，與Turgeon(1986)建議使用防曬會降低痤瘡之發生有所差異。

痤瘡嚴重程度與睡眠品質(尚可相對睡眠品質非常好之勝算比：

0.96, $p = 0.032$)，與Ayer 和 Burrows (2006)，Yu等(2008)，Wei等(2010)所指缺乏睡眠，或經常失眠會引發痤瘡知結果相類似。

5.3.2 痤瘡與其他影響因素之關係

本研究以多變項羅吉斯迴歸分析，發現痤瘡嚴重程度與陰虛體質及壓力知覺有相關。此結果與余曉琳等(2008)、李燦新等(2006)之研究痤瘡患者多為陰虛體質者相類似。而壓力方面則與Chiu等(2003)、Goodman (2006)、Halvorsen等(2009)及Suh (2008)之情緒壓力增加可能加重痤瘡之文獻相符合。Wei等(2010)提出痤瘡發生因子包括痤瘡家族史、精神緊張、經常失眠、高脂飲食、男性、焦慮、睡眠每天少於8小時、抑鬱、油炸食品、壓力、辛辣食物、油性和混合型皮膚有關。

本研究結果顯示除陰虛體質及壓力知覺與痤瘡嚴重程度顯著相關，其他如油炸、辛辣食物、皮膚類型、睡眠等相關因素則未見顯著之相關性。但，許多疾病的發生，首要致病因素仍是不良的生活方式所導致，夜間休息可滋養陰，熬夜耗陰，本研究之大學生每天睡眠少於8小時者達63.4%，長期如此，恐影響體質及對致病因子之易感性。

5.4 瘡癩嚴重程度與卡的夫瘡癩指數量表之關係

本研究之大學生在卡的夫瘡癩指數量表之內各題的選項，填答「0分」或「1分」者，均超過87%以上（表4.5），平均得分也只有 2.2 ± 2.1 分（總分15分），由此可發現，男大學生對於罹患瘡癩所造成之生活影響並不太在意，Law等(2010)對瘡癩嚴重程度男性似乎較不受影響。

其次，最近一個月內罹患瘡癩者之卡的夫瘡癩指數量表得分有顯著差異($p < 0.001$)。進行事後比較後發現第三級得分大於第一級得分，第四級得分大於第一級得分，第四級得分大於第二級得分。顯示瘡癩程度越嚴重者，卡的夫瘡癩指數量表得分越高，較高得分者顯示其生活品質受到之影響越大。與Tan等(2007)之研究中瘡癩讓患者本身感到不舒服，有人因而不想外出，感到沮喪，證明瘡癩對青少年心理造成影響。

第六章 結論與建議

6.1 結論

本研究目的為了解男性大學生的中醫體質、探討男性大學生的中醫體質與痤瘡之關係、痤瘡與相關影響因素之關係，及探討痤瘡嚴重程度對生活品質造成之影響。綜合研究結果發現，本研究受訪男性大學生之中醫體質，以陰虛體質居多，其次為陽虛體質，痰濕瘀滯體質最少。而罹患痤瘡之嚴重程度與陰虛體質及壓力知覺有關，陰虛體質者發生痤瘡之機率較他種體質高；壓力知覺高者，較易罹患痤瘡。生活型態因子方面，常飲用碳酸飲料或含糖飲料、常使用防曬用品與睡眠品質較差者與痤瘡嚴重程度有關。痤瘡程度越嚴重者，卡的夫痤瘡指數量表得分越高，顯示其生活品質受到之影響越大。

6.2 限制與建議

本研究僅以一所學校及男性大學生為研究對象，或許會造成立意取樣所帶來之偏差。自填問卷所得到的資訊，易受到受訪者主觀回憶差異而產生的偏差。此外，本研究之學生平均年齡20歲，標準差1.5歲，可能非處於痤瘡發生之高峰期，或許影響結果之不同。

對於未來欲從事相關體質研究者，建議可分析不同性別、年齡、疾病與體質之關係，加上地理環境和季節對體質之影響，實驗室生化檢驗之數據，探討影響體質之因素。經由體質的評估，進而與自然醫學結合，將大自然賦予人體自然療癒平衡的能力，透過天然的物質或行為，與生活結合一起，使體質維持陰陽平衡，以達到預防疾病，保持身體和心理的健康之目的。

體質具相對的穩定性及動態的可變性，建議青年人多認識自身的中醫體質狀況，根據體質的證候，調整生活起居行為與環境，採取健康的膳食攝取及注意心理情志之調護。虛性體質者，需注意避免過勞、不宜熬夜及減少長時間使用電腦，以免久視傷血。遵循自然規律，使能維持陰陽平衡，以達到預防痤瘡和其他疾病的發生，並同時提升生活品質。

參考文獻

中文參考文獻

王琦(1995)。中醫體質學。北京市：中國醫藥科技。

王綺嫻 (2006)。利用資料探勘方法探討痤瘡患者共患疾病—以全民健康保險學術研究資料庫為例。未出版之碩士論文，台北市：臺北醫學大學醫務管理學系。

Fitzpatrick, T. B., Johnson, R. A., Wolff, K., & Suurmond, D. (2005)。臨牀皮膚科學圖譜-彩色圖解與綱要。王綺嫻等譯。台北市：合記。
(原著出版於2004)

印會河 (2006)。中醫基礎理論。台北市：知音。

田安然 (2007)。中西醫結合義理探要。台北市：知音。

匡調元 (2008)。人體體質學。台北市：文光。

行政院衛生署(2009)。苗條健康，缺一不可。衛生署衛教週報，(175)，
1-2。

行政院衛生署 (2009.12.8) 2005-2008國民營養健康狀況變遷調查網址：<http://nahsit.survey.sinica.edu.tw/node/15>

- 呂鴻基、張永賢、林宜信（2008）。*傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯（十）傳統醫學與現代醫學在皮膚疾病醫療的對話*。台北市：行政院衛生署中醫藥委員會。
- 余曉琳、陳軍平、林晨、陳敏（2008）。以肝鬱腎虛論治尋常性痤瘡48例。*遼寧中醫藥大學學報*。10(6)，93-94。
- 吳明隆、涂金堂（2005）。*SPSS 統計與應用分析*。台北市：五南。
- 李燦新、成改霞、蔡東華、李燦東、閔莉（2006）。尋常痤瘡分級與辨證的流行病學研究。*中醫藥學刊*。24(11)，2056-2057。
- 沈建忠（2009）。台灣中醫診斷實證研究之回顧與前瞻(2-1)。*中醫藥年報*，27(6)，385-399。
- 周學勝（2006）。*中醫基礎理論圖表解*。台南市：大孚。
- 林高士（2004）。*中醫皮膚科學精要*。台北市：知音。
- 徐松錕（2008）。過敏性鼻炎患者中醫體質類型與基因及蛋白質表現之相關性研究—細胞激素相關性研究。*中醫藥年報*。26(2)，205-236。
- 張亞軍、畢力夫、王琦（2006）。中醫體質文獻計量學分析。*中華中醫藥學刊*，26(11)，2484-2485。

- 張展維、江睿玲、鄭奕帝 (2005)。痤瘡 (Acne Vulgaris) 的治療。
長庚藥學學報，12(2)，1-5。
- 張英俊、涂大節、李淑芳 (2008，11月)。大學生網路成癮、身體活動量及情緒智力之相關文獻回顧。2008 年國際體育運動與健康休閒發展趨勢研討會專刊。嘉義縣：吳鳳技術學院。
- Tortora, G. J., Grabowski, S. R. (2007)。Tortora 簡明人體解剖學與生理學。陳金山、徐淑媛編譯。台北市：合記。(原著出版於2004)
- 梁婷、陳曉萱、葉家豪 (2010)。青春痘之病例報告。北市中醫會刊，16(1)，65-74。
- 陳麗麗 (2008)。中醫陽氣虛體質量表之發展。未出版之博士論文，台中市：中國醫藥大學中國醫學研究所。
- 陳麗麗、林君黛、黃怡嘉、林睿珊、黃建勳、蘇奕彰(2008) 選擇台灣版中醫體質量表的量尺語詞。中臺灣醫學科學雜誌，13(1)，35-42。
- 陳麗麗、蘇奕彰(2007)。從中醫談虛性體質的健康促進。護理雜誌，54(4)，16-20。
- 黃霏莉、余靖 (2004)。中醫美容學。台北市：知音。

黃麗霞、胡光展（2009）。飲食情志因素與尋常型痤瘡關係探討。遼

寧中醫藥大學學報，11(4)，154-155。

黃建勳（2005）。從人口學生活因子與疾病因子探討影響體質之因素。

未出版之碩士論文，台中市：中國醫藥大學中西醫結合研究所。

楊國樞、張春興（1991）。發展心理學。台北市：桂冠。

鄧鐵濤（2002）。中醫診斷學。台北市。知音。

劉正義（2002）。某醫學中心皮膚科青少年門診常見皮膚疾病的分析。

未出版之碩士論文，台中市：中山醫學大學醫學研究所。

錢會南（2006）。內經體質理論特色分析。中醫藥學刊。24(7)，

1201-1202。

蘇三稜（2008）。皮膚病與青春痘。台北市：元氣齋。

蘇奕彰（2006）。體質強化之中醫藥典籍研究。台北市：行政院衛生

署中醫藥委員會。

蘇奕彰（2007）。中醫體質量表及分型指標之建立（2-1）。中醫藥

年報，25(5)，45-144。

蘇奕彰（2008）。中醫體質量表及分型指標之建立（2-2），中醫藥

年報，26(5)，65-152。

蘇奕彰（2009）。中醫體質量表及分型指標之評值。中醫藥年報，
27(6)，69-144。

英文參考文獻

- Adebamowo, C. A., Spiegelman, D., Berkey, C. S., Danby, F.W., Rockett, H. H., Colditz, G. A., Willett, W. C., & Holmes, M. D. (2008). Milk consumption and acne in teenaged boys. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 58(5), 787-793.
- Adebamowo, C. A., Spiegelman, D., Danby, F. W., Frazier, A. L., Willett, W. C., & Holmes, M. D. (2005). High school dietary dairy intake and teenage acne. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 52(2), 207-214.
- Arbuckle, R., Atkinson, M. J., Clark, M., Abetz, L., Lohs, J., Kuhagen, I., Harness, J., Draelos, Z., Thiboutot, D., Blume-Peytavi, U., & Copley-Merriman, K. (2008). Patient experiences with oily skin: the qualitative development of content for two new patient reported outcome questionnaires. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(80), 1-15.
- Ayer, J., & Burrows, N. (2006). Acne: more than skin deep. *Postgraduate Medical Journal*, 82(970), 500-506.
- Barankin, B., DeKoven, J. (2002). Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician*, 48, 712-716.
- Chen, L. L., Lin, J. S., Lin, J. D., Chang, C. H., Kuo, H. W., Liang, W. M., & Su, Y. C. (2009). BCQ+: A Body Constitution Questionnaire to assess Yang-Xu part II: evaluation of reliability and validity. *Forschende Komplementärmedizin*, 16(1), 20-27.

- Cheung, M. J., Taher, M., & Lauzon, G. J. (2005). Acneiform facial eruptions. A problem for young women. *Canadian Family Physician*, *51*, 527-533.
- Chiu, A., Chon, S. Y., & Kimball, A. B. (2003). The response of skin disease to stress: changes in the severity of acne vulgaris as affected by examination stress. *Archives of Dermatology*, *139*(7), 897-900.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983) A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385-396.
- Cordain, L., Lindeberg, S., Hurtado, M., Hill, K., Eaton, S. B., & Brand-Miller, J. (2002). Acne vulgaris: a disease of Western civilization. *Archives of Dermatology*, *138*(12), 1584-1590.
- Cordain, L. (2005). Implications for the role of diet in acne. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, *24*(2), 84-91.
- Ehling, D. (2001). Oriental medicine: An introduction. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, *7*(4), 71-82.
- Ferdowsian, H. R., & Levin, S. (2010). Does diet really affect acne? *Skin Therapy Letter*, *15*(3), 1-2.
- Firooz, A., Sarhangnejad, R., Davoudi, S. M. & Assiri-Kashani, M. (2005). Acne and smoking: is there a relationship? *BMC Dermatology*, *5*(2), 1-3.
- Glover, S. C., & White, M. I. (1977). Zinc again. *British Medical Journal*, *3*(2), 640-641.

- Goodman, G. (2006). Acne--natural history, facts and myths. *Australian Family Physician*, 35(8), 613-616.
- Haider, A., & Shaw, J. C. (2004). Treatment of acne vulgaris. *Journal of the American Medical Association*, 292(6), 726-735.
- Halvorsen, J. A., Dalgard, F., Thoresen, M., Bjertness, E., & Lien, L. (2009). Is the association between acne and mental distress influenced by diet? Results from a cross-sectional population study among 3775 late adolescents in Oslo, Norway. *BMJ Public Health*, 9(340), 1-8.
- Lasek, R. J., & Chren, M. M. (1998). Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. *Archives of Dermatology*, 134(4), 454-458.
- Lau, K. H., & Lo, K. K. (1996). Update management of acne vulgaris. *Hong Kong Practitioner*, 18 (5), 205-215.
- Law, M. P., Chuh, A. A., & Lee, A. (2009) Validation of a Chinese version of the Cardiff Acne Disability Index. *Hong Kong Medical Journal*, 15(1), 12-17.
- Law, M. P., Chuh, A. A., Lee, A., & Molinari, N. (2010). Acne prevalence and beyond: acne disability and its predictive factors among Chinese late adolescents in Hong Kong. *Clinical and Experimental Dermatology*, 35(1), 16-21.

- Lehmann, H. P., Robinson, K. A., Andrews, J. S., Holloway, V., & Goodman, S. N. (2002). Acne therapy: a methodologic review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *47*(2), 231-240.
- Leung, K. F., Liu, F. B., Zhao, L., Fang, J. Q., Chan, K., & Lin, L. Z. (2005). Development and validation of the Chinese quality of life instrument. *Health Quality of Life Outcomes*, *3*(26), 1-19.
- Lu, A. P., Jia, H. W., Xiao, C., & Lu, Q. P. (2004). Theory of traditional Chinese medicine and therapeutic method of diseases. *World Journal of Gastroenterology*, *10*(13), 1854-1856.
- Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D., & Smith, W. (2006). Psychological sequelae of acne vulgaris: results of a qualitative study. *Canadian Family Physician*, *52*(8), 978-979.
- Magin, P., Pond, D., Smith, W., & Watson, A. (2005). A systematic review of the evidence for 'myths and misconceptions' in acne management: diet, face-washing and sunlight. *Family Practice*, *22*(1), 62-70.
- McGrath, J. A., Eady, R. A. J., & Pope, F. M. (2004). Anatomy and organization of human skin. In T. Burns, S. Breathnach, N. Cox, & C. Griffiths. (Eds.), *Rook's Textbook of Dermatology*, (7th ed., chap.3). Malden, MA: Blackwell.
- Nasiri, S., Ghalamkarpour, F., Yousefi, M., & Sadighha, A. (2009). Serum zinc levels in Iranian patients with acne. *Clinical and Experimental Dermatology*, *34*(7), e446.

- Rademaker, M., Garioch, J. J., & Simpson, N. B. (1989). Acne in schoolchildren: no longer a concern for dermatologists. *British Medical Journal*, 298(6682), 1217-1219.
- Robbins, J. (1983). Indications for using potassium iodide to protect the thyroid from low level intenal irradiation. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 59(10), 1028-1038.
- Simpson, N. B. (1985). Chairman's introduction: the pathogenesis of acne. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 78(10), 1-3.
- Sinclair, W., & Jordaan, H. F. (2005) Acne guideline 2005 update. *South African Medical Journal*, 95(11 Pt 2), 881-892.
- Smith, R. N., Mann, N. J., Braue, A., Mäkeläinen, H., & Varigos, G. A. (2007). Low-glycemic-load diet improves symptoms in acne vulgaris patients: a randomized controlled trial. *American Journal of Clinical Nutrition*, 86(1), 107-115.
- Spencer, E. H., Ferdowsian, H. R., & Barnard, N. D. (2009). Diet and acne: a review of the evidence. *International Journal of Dermatology*, 48(4), 339-347.
- Stern, R. S. (2000). Medication and medical service utilization for acne 1995-1998. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 43(6), 1042-1048.

- Su, Y. C., Chen, L. L., Lin, J. D., Lin, J. S., Huang, Y. C., & Lai, J. S. (2008). BCQ+: A Body Constitution Questionnaire to assess Yang-Xu part I: Establishment of a first final version through a Delphi process. *Forschende Komplementärmedizin*, 15(6), 327-334.
- Suh, D. H., Shin, J. W., Min, S. U., Lee, D. H., Yoon, M. Y., Kim, N. I., Kye, Y. C., Lee, E. S., Ro, Y. S., & Kim, K. J. (2008). Treatment-seeking behaviors and related epidemiological features in Korean acne patients. *Journal of Korean Medical Sciences*, 23(6), 969-974.
- Tan, H. H., Tan, A. W., Barkham, T., Yan, X. Y., & Zhu, M. (2007). Community-based study of acne vulgaris in adolescents in Singapore. *British Journal of Dermatology*, 157(3), 547-551.
- Truter, I. (2009). Evidence-based pharmacy practice (EBPP): acne vulgaris. *Southern African Pharmaceutical Journal*, 76(3), 12-19.
- Turgeon, E. W. (1986). Adolescent skin: How to keep it healthy. *Canadian Family Physician*, 32, 2427-2433.
- Wei, B., Pang, Y., Zhu, H., Qu, L., Xiao, T., Wei, H. C., Chen, H. D., & He, C. D. (2010). The epidemiology of adolescent acne in North East China. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, DOI: 10.1111/j.1468-3083.2010.03590.x.
- Whiting, D. A. (1979). Acne. *Western Journal of Medicine*, 131(6), 551-557.

- Wong, L. Y., & Leung, P. C. (2008). Quality of life assessment in clinical research on Chinese medicine. Early experience and outlook. *Patient Preference and Adherence*, 2, 241-246.
- Yolac, Y. A., Demirci, S. E., Erdi, S. H., & Devrimci, O. H. (2008). Social anxiety level in acne vulgaris patients and its relationship to clinical variables. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(1), 29-37.
- Yu, Y. S., Cheng, Y. W., & Chen, W. C. (2008). Lifetime course of acne: A retrospective questionnaire study in school teachers. *Dermatologica Sinica*, 26(1), 10-15.
- Zouboulis, C. C., Eady, A., Philpott, M., Goldsmith, L. A., Orfanos, C., Cunliffe, W. C., & Rosenfield, R. (2005). What is the pathogenesis of acne? *Experimental Dermatology*, 14(2), 143-152.