拔伸法治療頸椎病的研究進展

Research progress of pulling-manipulation for the treatment of cervical spondylopathy

金維軒[1] 王海彬[2] 招文華[3] *JIN Weixuan, WANG Haibin, ZHAO Wenhua*

（1.廣州中醫藥大學；2.廣州中醫藥大學附屬第一醫院；3.廣州醫科大學附屬第二醫院）

（1. Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine； 2. The First Affiliated Hospital, Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine；3. The Second Affiliated Hospital, Guangzhou Medical University）

[摘要] 中醫拔伸法在頸椎病的治療法中佔據重要位置，本文梳理頸椎拔伸法的臨床研究和機制研究等，將手法操作量化、客觀化、標準化，並總結歸納手法治療核心要素，有利於手法的臨床療效安全、臨床診療規範和教學訓練考核，使得手法操作更安全，更有效，更精准，進一步推動拔伸手法的繼承創新。筆者查閱整理了近年來國內外關於頸椎拔伸法的相關文獻，從歷史淵源、臨床研究、機制研究、風險因素等四個角度進行綜述。

[關鍵詞] 頸椎病；拔伸法；研究進展；臨床研究；機制研究；風險因素；綜述

頸椎病[1]是頸部椎間盤周圍出現退行性病理改變，當頸椎軟組織和椎體出現動靜力平衡失和，致使相鄰結構組織（神經、血管、脊髓等）發生病變的疾病。以往的研究[2]認為頸椎病好發年齡於51-60歲之間，且女性占比會更高，但近些年來，除了頸椎病的發病率呈每年遞增趨勢，低齡化發展卻越來越引發人們關注[3]。手法治療是治療頸椎病最常見的方法之一[4]，而拔伸法作為手法治療的一種，其安全性高、對緩解疼痛、維持脊柱穩定性有着很好的作用。目前應用拔伸手法治療各類頸椎病方面已有不少探索和嘗試，並且取得了初步臨床療效。筆者從應用拔伸法治療頸椎病的歷史淵源、常見手法、臨床研究、機制研究、風險因素等方面總結分析，為廣大醫務工作者應用拔伸法治療頸椎病提供參考。

1 歷史淵源

拔伸法的最早記載見於《引書》[5,6]，當時拔伸法被稱為「舉」。同時《引書》也涉及了拔伸類手法的治療範圍、採用的體位元、力度等多方面內容，也是現存最早關於脊柱手法的記載[7]。「拔伸」的專有名稱第一次出現，是在唐代顱道人的《仙授理傷續斷秘方》[8]中：「凡傷損重者，大概要拔伸捺正……」。該書也是對拔伸法第一次進行較為全面的總結。明清時期的趙廷海[9]，提出「用力徐徐拔伸，歸原合好」，認為使用醫者做拔伸法時，應該循序漸進，不應當暴力操作，避免加重局部組織損傷。

2 常見拔伸手法

2.1 坐位拔伸法

2.1.1 坐位掌托式 醫者手法承托部位為手掌，根據手掌放置部位不同，分為坐位前後掌托式和坐位左右掌托式。

2.1.1.1 坐位前後掌托式

操作要領：患者坐位，醫者站在患者的後面，輕微下蹲，先用一手掌掌心承托患者的前側下頦部，另一手掌張開以虎口位承托住患者的後枕部或雙側風池穴，醫者拔伸時，以下肢半蹲位起身，帶動雙側上肢，將頭部平緩有序地向上拔伸。

臨床應用：趙毅[10]在《推拿手法學》中第一次提及了該手法。趙強[11]採用前後掌托式時，讓助手按壓雙肩，配合醫者做對抗用力，且輕微左右緩慢搖晃2-3下，拔伸的同時做輕微旋轉。

2.1.1.2 左右掌托式

操作要領：患者坐位，醫者站從患者背後用雙手大拇指腹分別頂按雙側風池穴，其餘四指分別承托下頜兩邊，兩手共同發力，以下肢半蹲位起身，發力帶動上肢，將頭部向上拔伸。

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

臨床應用：王道全[12]等採用頸椎前傾位（5-20度）進行雙手托住枕部及下頜部拔伸。沈崢榮[13]等強調坐位拔伸手法作用點在上項線外側處，拔伸力在3-6kg。且在頸椎處於前屈15度、0度、後伸15度進行拔伸。

2.2 坐位肘托法

操作要領：患者坐位，醫者站在患者身後，一手用肘關節屈曲部托住患者下頜，該手固定住其對側頭面部，另一手以虎口位托住其頸後部雙側風池穴，兩手同時用力，以下肢半蹲位起身，帶動上肢，向上牽拉頸椎。

臨床應用：陳軍[14]等認為坐位托頸拔伸時間不少於10秒，且操作時頭部應略微前屈。羅繼紅[15]等採用坐位肘托法結合兩步十法，即先放鬆，後重手法，多手法配合。

2.3 仰臥式拔伸法

操作要領：患者仰臥位，醫者站立姿勢或者坐位姿勢位於患者頭端後部，一手張開以虎口位承托住患者後枕部或者雙側風池穴，另一手用掌心托夾患者下頜部，囑咐患者完全放鬆，兩手同時緩緩水準拔伸至手下有明顯阻力感為止。

臨床應用：詹紅生[16]等認為仰臥位拔伸手法之外，還強調將頸椎微微托起後，用兩手以「透熱」為度向頭部滑移至髮際線。蔣崇博等[17]認為仰臥拔伸高度根據損傷部位來調整，當患椎在上頸段、中頸段、下頸段時，頸椎與床面的夾角分別約為10度，中頸段位20度，下頸段為30度。蔡樹河[18]等採用分期拔伸法，在急性期採用「三步五法」複式間歇拔伸法，緩解期時，醫者沿著頸椎水平面做左右旋轉運動，以15度為宜。田量[19]等拔伸時，讓助手固定患者的雙側肩關節，醫者和助手同時向相反方向用力，共同牽拉頸椎。金建明[20]等強調手法操作時應當以由拔伸到托起，再拔伸再到托起的過程，共做9次，且整個拔伸牽拉過程中，患者頭部不應當離開床面。

2.4 自主拔伸法

操作要領：患者選取坐位，囑咐患者用其雙手交叉放置於枕部，以此承托頸後部，以雙側前臂向上用力帶動頸部緩緩拔伸。

臨床應用：嶽紅[21]採用通過指導70例患者進行自主頸椎拔伸訓練法治療早期頸椎病。

3 臨床研究

3.1 拔伸法治療頸型頸椎病

李正年等[22]研究發現通過杠杆原理可以增加拔伸時的手部力量和操作穩定性，能夠整複關節錯位、增大關節間隙距離以及減輕施術者手法用力。金建明等[20]通過對比傳統的坐位枕頜帶牽引治療，採用仰臥位後伸位間歇拔伸法，強調拔伸動作需要穩而持續，不可突然爆發性用猛力，經過1個療程過後，治癒率達到了79.5%，明顯高於對照組43.6%。

3.2 拔伸法治療神經根型頸椎病

陳軍等[14]通過比較複合手法，將試驗組分為拔伸法加滾法，對照組分為斜扳法加滾法，觀察50例神經根型頸椎病患者的臨床療效，得出試驗組效果優於對照組，總有效率達到96%。賈國志[23]改良了頸椎仰臥位元托頸動態間歇式拔伸手法，根據不同病變節段定位拔伸，配合頸椎後緣牽拉應力大小、力點、方向等，治療後總有效率達到91.67%，高於頸椎定位旋轉法等傳統手法的對照組。王道全[12]採用拔伸法治療200例神經根型頸椎病，拔伸時採用前傾位5-20度，治療總有效率達到97.5%。王秀榮[24]等觀察50例採用間歇拔伸法治療神經根型頸椎病，拔伸法所作用力約為患者自身體重的1/7，總有效率達到94%。呂偉勝[25]等觀察112例仰臥拔伸法治療神經根型頸椎病的患者，該研究認為仰臥拔伸法應當結合患者頸椎生理曲度的解剖結構，將拔伸時所用的力分解成數個小分力，而分力方向與手法接觸處的切線方向相一致。

3.3 拔伸法治療椎動脈型頸椎病

王德瑜等[26]對31例椎動脈型頸椎病患者採用推拿間歇性拔伸法，觀察手法前後收縮期峰流速和平均峰流速的療效對比，發現治療後較治療前有明顯改善。井夫傑等[27]報導了益腦拔伸法治療椎動脈型頸椎病，通過比較治療前後的症狀與功能綜合評分變化，以及比較了患者頸椎X光射線片中棘突移位，生理曲度變直、頸椎間隙狹

Copyright 中醫學會 版權所有 All Rights Reserved

窄等，治療組均優於對照組，總有效率達到了71%。馬惠昇等[28]採用按揉理筋拔伸法治療椎動脈頸椎病，對照藥物牽引組，整體樣本量達到200例，總有效率達到86%，其收縮期峰流速、舒張期末峰峰流速，平均峰流速均高於對照組。研究認為該療法可以有效改善椎動脈痙攣或狹窄，實現對腦部供血功能的改善。

4 機制研究

4.1 物理機制

蔣崇博[17]等對比單純電腦牽引治療，觀察應用紅外熱成像儀採集健肢與患肢皮膚溫差值。研究顯示治療後的紅外熱像圖溫度差值較治療前減小，且拔伸法治療組較對照組的差值更小。呂巍[29]通過採用Borden法測量頸椎生理曲度值（c值）作為量化指標，研究顯示治療組的頸椎生理曲度c值的數值均優於對照組。陳鐵武[30]探討拔伸法對寰樞關節位移方面的影響，通過前後頸椎張口位X線驗證寰樞關節間隙位移改變，治療前6.30±1.85mm，治療後2.91±0.78mm，治療前後有明顯差異。

4.2 生物力學機制

詹紅生等[31]研究認為拔伸法相較於機器牽引，手法的牽引力似乎較小，而時間也明顯小於後者，但臨床療效卻與之相同。其分析原因有3點，第1是仰臥位時，椎骨的正壓力為0，而正視位時，椎骨的正壓力為2kg；第2是神經根型頸椎病的好發部位為C5、C6椎體後緣，拔伸法可以有效的達到病所；第3是患者的頭部自重力和拔伸力形成合力，大約為患者體重的20%。應航[32]研究認為頸椎病的好發部位為C3-C6段，拔伸聚焦在於此，可以減少最大應力，且上托軸向拔伸，能使後關節突關節打開，椎間隙增大，使得中央真空減輕椎間盤突出。房敏等[33]認為拔伸手法的作用力主要集中下段頸椎結構，隨著前屈或者作用節段下移，手法應力會逐漸增大。李勇[34]等認為拔伸法會使椎間隙會被擴大，椎間盤內壓會下降，能夠減輕對周圍軟組織的壓迫和刺激。郭鑫等[35]觀察拔伸法時受試者足底部合力的變化，發現施術者拔伸時所產生的力和受試者被拔伸降低的力接近，研究分析指出可能是由於施術者拔伸時所存在加速度所產生了額外力所影響。鄔黎平等[36]研究認為關節突關節在頸椎活動中有承重和抗旋轉的作用，手法操作時應該結合其特點進行優化。劉迪等[37]對拔伸法進行動態捕捉，採集施術者在拔伸法操作中的生物力學參數。拔伸合加速度是引起施術者增加作用力與受試者減少作用力產生轉換的因素之一。頸椎拔伸瞬間時醫者右側肘關節合速度最快，其次分別為右肩、膝部、腕關節。

4.3 化學機制

4.3.1 血液 成鋼等[38]通過對比治療前後TCD檢測左右椎動脈及基底動脈Vs、Vd及Vm參數，其差別有統計學意義。拔伸力在患者自身體重的1/7時，其臨床療效最好且椎基底動脈供血情況改善最明顯。

4.3.2 尿液 王玉龍等[39]觀察62例患者採用拔伸法治療頸椎病的尿中-SH含量。該研究認為巰基物質是重要的代謝物質，-SH是其中代謝酶活性中心的必須基團，而頸椎病患者的-SH排出量明顯高於常人。通過30次拔伸法治療後，發現尿中-SH含量明顯少於治療前。

4.4 解剖學機制

王軍等[40]通過在新鮮動物標本上做試驗，研究不同角度及不同牽引力下椎間盤內的壓力變化，最後顯示拔伸法可以使椎管內容物矢狀徑變寬，拔伸法還能使椎間盤呈負壓的情況下出現移位元改變，達到調整椎管內容積的作用。許世雄等[41]在5具新鮮男性屍體標本上研究拔伸法相關拉應力的分析。根據同一個橫截面上進行分析，最大拉應力集中作用在患椎背側即棘突及其周圍。在做拔伸手法時，在前屈位操作時，可以獲得最大正應力，而後伸位操作則正應力減小。

5 風險因素

臨床中，一般認為拔伸法相對安全可靠，有較好的臨床療效，但如果操作不當，也會出現相關的醫源性損傷。由於頸椎拔伸法的操作機制和頸椎牽引療法相類似，因此頸椎牽引治療的醫源性損傷值得我們借鑒。一些醫生對頸椎解剖結構和生理病理狀態較為不熟悉，特別對牽引狀態下中樞神經所產生的病理變化不瞭解，因而

Copyright HKROMA All Rights Reserved

出現頸椎牽引失敗的臨床報告。

5.1 脊髓損傷

孫國華[42]等研究認為在早期的脊髓損傷時使用牽引手法，會造成脊髓過度緊張而影響呼吸中樞，頸椎牽引會讓脊髓損傷部位處於張力過高的失衡狀態，致使脊髓損傷表明形成微小的分離而影響軸突再生。因而在頸椎脊髓損傷的情況下應當慎用牽引手法。

5.2 合併動脈硬化疾病

李敏霞[43]等報導了2例頸椎牽引後致使腦幹梗塞並死亡的案例。趙宇[44]等1例牽引導致枕葉腦梗死，2篇臨床研究均認為死亡可能和患者合併有動脈硬化的基礎疾病史有關。當血管出現退變，血栓形成時，不正確的手法會導致遠端血管缺血。

5.3 過重手法刺激

王豔玲[45]報導了1例頸椎牽引導致腦幹梗塞死亡病例，該患者治療前並無基礎疾病史，研究認為死亡可能與牽引手法過重刺激椎動脈損傷有關，L H Schlicke [46]認為過重手法刺激會對相關神經纖維和血管造成二次傷害，並且在通過電子顯微鏡下證實了過重的牽引力會使軸突產生撕裂性損害，而該神經軸突對繼發產生牽拉力損傷更為敏感。

6 總結及展望

通過將中醫拔伸手法歷史淵源梳理，歸納操作的技術特點，探討臨床疾病的適應症和臨床疾病，深入瞭解其起效機理，分析禁忌症的安全機制，推動手法的傳承和創新。根據以上文獻總結分析出以下幾點。1.常見的拔伸手法分為坐位、仰臥位、自我拔伸法等，其中仰臥位拔伸法較為安全及有效。2.拔伸法對頸型、神經根型、椎動脈型頸椎病臨床應用廣泛。3.拔伸法的手法作用機制從四個方面體現，物理學機制上，減少紅外熱像圖溫差值，調整關節位移等；在化學機制上，改善椎基底動脈血液供應，增加尿中-SH排出量；生物力學機制上，拔伸手法用力約為患者體重的20%，且拔伸法可以使得中央真空減少椎間盤突出；解剖學機制上，拔伸法可以調整椎管內容積，在前屈位時，手法操作可以獲得最大正應力。4.拔伸法的風險因素包括脊髓損傷，合併心腦血管病變，過重手法刺激，當出現風險因素任何一個時，均應當慎用拔伸法。

臨床研究應該要求醫者不斷的手法創新，依託運動捕捉技術、有限元技術分析、機器學習、力學分析系統等硬體和軟體使用，結合影像和血液的病理變化分析，根據患者的整體體質和局部微觀辨證，最終達到安全、精准、有效的治療目的。在未來的研究中，我們也可以從以下三點尋求突破：1.擴大病例採集的樣本量，建立頸椎拔伸法的生物力學基礎資料庫；2.精細化手法操作每個環節，明確手法的適應症和禁忌症，全面記錄相關失敗案例中操作細節內容，深入探討相關手法失敗案例的安全機制；3.進行多學科交叉（中醫學-生物力學-解剖學-生物工程學-人工智慧學），促進手法科研成果的臨床轉化。

Copyright 版權所有 All Rights Reserved

參考文獻

[1] 中華外科雜誌編輯部．頸椎病的分型、診斷及非手術治療專家共識（2018）[J]．中華外科雜誌，2018，56(6)：401 – 402.

[2] Samir Sharrak, Yasir Al Khalili, Cervical Disc Herniation[M], StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–.

[3] Chuanling Wang, Fuming Tian, Yingjun Zhou, The incidence of cervical spondylosis decreases with aging in the elderly, and increases with aging in the young and adult population: a hospital-based clinical analysis[J], Clin Interv Aging. 2016 Jan 12:11:47-53.

[4] 崔學軍，姚敏，頸椎病中西醫結合專家共識[J]，世界中醫藥，2023，18（07）：918-922.

[5] 張家山漢墓竹簡整理小組．江陵張家山漢簡《引書》初探[J]．文物，1990（10）：87 - 89．

[6] 高大論．張家山漢簡《引書》研究[M]．成都：巴蜀書社，1995，5:117，118，154，130．

[7] 趙毅．《引書》推拿手法評述[J] ．按摩與導引，2002（3）:8 - 9．

[8] 闡道人．仙授理傷續斷秘方[M] ．北京：人民衛生出版社，1957，4：4 - 5．

[9] 趙廷海．救傷秘旨·跌損妙方[M] ．上海：上海衛生出版社出版，1958，8:38．

[10] 趙毅，李遠，王華蘭，等. 推拿手法學[M]. 3版，北京：中國中醫藥出版社，2013:102-106.

[11] 趙強．按揉理筋拔伸法治療椎動脈型頸椎病的臨床研究[J]. 遼寧中醫雜誌，2007,34（4）:445-446.

[12] 王道全，周建國，推拿加補陽還五湯治神經根型頸椎病療效觀察[J]，現代康復，2000，4（6）：957.

[13] 沈崢嶸，寧元率，王勇，拔伸推拿結合牽引和藥物治療椎動脈型頸椎病臨床研究[J]，中國臨床醫生雜誌，2022，50（4）：418-421.
[14] 陳軍，李靜，拔伸法及斜扳法治療神經根型頸椎病療效觀察[J]，陝西中醫學院學報，2005，28（4）：48-49.
[15] 羅繼紅，劉秋菊，艾灸結合推拿治療頸椎病85例[J]，實用中醫藥雜誌，2015（31）：54.
[16] 詹紅生，陳省三，頸椎病的仰臥整複手法[J]，中國骨傷，1996，9（1）：43.
[17] 蔣崇博，王軍、鄭志新，等. 頸椎定點引伸手法治療神經根型頸椎病的隨機對照研究[J]，中西醫結合學報，2012，10（1）：54-58.
[18] 蔡樹河，洪昆達，丁懷利，等. 分期綜合治療頸性眩暈[J]，福建中醫藥，2016，47（1）：36-37.
[19] 田量，梁哲瑞，郝一峰，等. 仰臥位拔伸法聯合坐位推拿治療頸椎間盤突出症102例臨床觀察[J]，實用中醫內科雜誌，2015，29（2）：129-131.
[20] 金建明，姚波，殷建權，等. 仰臥位推拿間隙拔伸法治療頸型頸椎病[J]，浙江中醫藥大學學報，2006，30（5）：528-529.
[21] 嶽紅，TCD觀察自主頸椎拔伸法對早期頸椎病的影響[J]，浙江中西醫結合雜誌，2007（17）：445.
[22] 李正年，李南生，鄧事娟，推拿結合杠杆拔伸治療青少年頸型頸椎病[J]，中國民康醫學，2011,23（13）：1672-1674.
[23] 賈國志，改良頸椎拔伸法治療頸椎病70例[J]，針灸臨床雜誌，2009,25（06）：35-36.
[24] 王秀榮，洪昆達，微波聯合推拿治療神經根型頸椎病50例[J]，福建中醫藥，2014，45（4）：43-44.
[25] 呂偉勝，張豔，仰臥拔伸法治療頸椎病112例報告[J]，按摩與導引，2000，16（1）：21-22.
[26] 王德瑜，成鋼，邵湘寧，推拿間歇性拔伸法對椎動脈型頸椎病的臨床觀察[J]，2003，19（3）：16-17.
[27] 井夫傑，張靜，益腦推拿法治療椎動脈型頸椎病的臨床療效[J]，中國臨床康復，2006，10（39）：27-29.
[28] 馬惠昇，穆靜，廖曉，關於按揉理筋拔伸法治療椎動脈型頸椎病的臨床分析[J]，中國衛生產業，2014，11（35）：185-186.
[29] 呂巍，仰臥拔伸法對頸型頸椎病患者VAS和頸曲c值的影響[D]. 浙江：浙江中醫藥大學，2014.
[30] 陳鐵武，仰臥位拔伸旋轉復位法治療頸性眩暈65例分析[J]，中醫臨床研究，2012,4（23）：40-42.
[31] 詹紅生，應航，陳文輝，等. 用光彈法觀察縱向牽拉力對頸椎關節應力的影響[J]，中國骨傷，2000，13（6）：327-328.
[32] 應航，仰臥拔伸手法治療頸椎病的生物力學因素[J]，中國骨傷，1997（4）：43，45.
[33] 房敏，嚴雋陶，沈國權，等. 頸部推拿拔伸手法的在體研究[J]，頸腰痛雜誌，，2000，21（3）：200-203.
[34] 李勇，李振宇，魯堯，等. 不同角度牽引治療頸椎病的力學效果分析研究[J]，中國中醫骨傷科雜誌，2008，16（9）：41-42.
[35] 郭鑫，於天源，劉卉，等. 頸椎拔伸法的操作特徵及其運動學與動力學參數分析[J]，上海中醫藥雜誌，2015，49（10）:11-13.
[36] 鄔黎平，陳曦，樊繼宏，等. 頸椎拔伸旋轉手法內在應力的即時監測[J]，中國臨床解剖學雜誌，2010，28（5）: 578-581.
[37] 劉迪，劉卉，陶豔紅，等. 頸部端提手法操作特徵的動力學與運動學參數分析[J]，上海中醫藥雜誌，2017，51（12），19-22.
[38] 成鋼，拔伸手法力度對椎動脈型頸椎病-基底動脈供血的相關性臨床研究[J]，中醫骨傷，2004，17（3）：138-141.
[39] 王玉龍，吳向瓊，程薇萍，坐位頸部拔伸手法在治療頸椎間盤突出症中的應用[J]，中國康復醫學雜誌，2003，18（5）：283-285.
[40] 王軍，王福根，和靜彬，等. 手法治療動力型頸椎管狹窄症的生物力學研究[J]，醫用生物力學，1996，11（4）：255-257.
[41] 許世雄，李信安，房敏，等. 中醫推拿間歇拔伸頸椎應力分析及對VBI即時作用觀察，1996，11（2）：71-77.
[42] 孫國華，張俊，李義凱，頸椎牽引的潛在危險[J]，中國療養醫學，2001，10（5）：20-22.
[43] 李敏霞，江岸英，段基禮，頸椎牽引致腦幹梗塞2例報告[J]，中風與神經疾病雜誌，1996,13（4）：249.
[44] 趙宇，趙秀麗，於穎，頸椎牽引導致枕葉腦梗死1例臨床分析[J]，中風與神經疾病雜誌，1996，16（5）：284.
[45] 王豔玲，寇丙禎，楊炳貞，等. 頸椎牽引致腦幹梗塞1例[J]，現代康復，1999，3（8）：903.
[46] L H Schlicke, A A White 3rd, M M Panjabi. A quantitative sutdy of vertebral displacement and angulation in the normal cervical spine under axial load [J], Clin Orthop Relat Res. 1979 May:(140):47-9.

Abstract: TCM pulling-manipulation plays an important role in the non-surgical treatment of cervical spondylosis. Organizing the literature of the clinical research and mechanism research，cervical pulling-manipulation have quantified, objectified and standardized in the manipulative operation. Summarizing the core elements of manual therapy is conducive to the safety of clinical efficacy, clinical diagnosis and treatment norms, teaching and training assessment, making manual operation more safe, more effective and more accurate, and further promoting the inheritance and innovation of TCM pulling-manipulation. The author reviewed the literature on cervical pulling-manipulation at home and abroad in recent years, and summarized it from four perspectives, such as historical origin, clinical research, mechanism research and risk factors.

Key words: Cervical spondylosis; Pulling-manipulation; Research progress; Clinical research; Mechanism research; Risk factor

（編委：朱恩審校2024.10.29）

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved