

病症分析師考前複習 20231109

國際病症分析師（GCQA）認證．考前複習課（講者：課程助教） 影片全長 2 小時 25 分 | 原始檔：病症分析師考前複習 20231109_字幕

一、本集重點摘要

1. **考試規則：**認證考共 7 題、作答 1 小時、70 分合格。本堂聚焦「個案分析 2 題（各 20 分）＋檢驗報告 1 題（20 分）」共 60 分；其餘記憶型題目 40 分，須在 10 分鐘內衝到 90% 正確率。
2. **核心解題工具＝三診辨證：**①組織結構（有形臟器：肝心脾肺腎）②通訊系統（脊椎神經：頸／胸／腰椎）③動力系統（把脈看氣動力）。**考試不把脈，略去動力系統**，用前兩者即可推論大部分病症。
3. **病因邏輯分析圖：**把個案描述與健檢報告的紅字當「關鍵字」放圖的最右邊（＝結果），往左一路推論到出問題的臟器。臟器由上而下分：肺→心→肝→脾（含胃腸胰）→腎→婦科，歸為「上熱／下寒」兩大類，共同之因即「壇中堵塞」。
4. **給分標準：**老師答案是「最低標準」，抓到 5 組關鍵字（每組 4 分）即滿分；複雜題約 10 組（每組 2 分）。**多寫不扣分**（邏輯合理即可），爭議處註明「可能存在不同解釋」。
5. **統一字詞：**壇中堵塞（老師偶稱壇中閉鎖）、上熱下寒、頸／胸／腰椎壓迫、肌肉黏連、木火土金水。
6. **補足推論落差：**用五行的「表裡／開竅／五體／五志／榮華／五液」把個案的關鍵字回推到臟器。例：鼻涕痰液歸肺、手心汗（汗為心之液）歸心、夜間盜汗歸肺（毛孔開合失常）。
7. **血液製造流程：**肝（血球計算器）→ 通知大腦 → 大腦通知骨髓（造血原料）→ 原料送「肺做血小板、心造紅血球、腎造白血球」。單一指標異常直接定位工廠；多項異常推向造血原料（骨髓）或肝的計算／通訊神經壓迫。
8. **健檢報告判讀（老師調整過的標準值）：**LDH>150 即壇中閉鎖（健檢標準為 200）；CPK>175 心臟發炎；RA 類風濕標準調到 5；AFP>20 肝癌關注；血小板標準 15～40；紅血球低於 4.2；總膽固醇 200 佳、高密度>40、低密度<130。判讀第一個動作先找 LDH，再判斷是否壇中閉鎖。
9. **各系統指標歸類：**肺＝CEA、血小板、RA、血色素；心＝CPK、血色素、缺鐵；肝＝GOT/GPT/GGT、總／直接膽紅素、AFP；脾胃下寒三部曲＝幽門桿菌→澱粉酵素→CA199；腎＝糖化血色素、尿蛋白、丙酮體、腎絲球過濾率＋三毒（尿素氮、肌酸酐、尿酸）。

10. **個案演練：**個案 29 (P.33 新冠後上半身濕→肺)、個案 3 (P.17 怕冷熱盜汗+寒氣入筋骨+灰指甲眼疾)、個案 41 (P.39 腿張不開→薦骨／鼠蹊／腰椎)、個案 42 (P.39 舌抖手抖→頸椎 C4-C7)、第 17 頁個案 (坐不住+腳麻→腰椎壓迫+腎・T11)、個案 31 (P.34 白血病)、個案 55／46／28／53／54 (檢驗報告)、個案 24 (出汗卡痰→肺散熱傷)。
 11. **答題技巧：**帶鐵尺 (或貼紙) 遮蓋比對數值；紅字放最右、中間寫推論；先化壇中閉鎖→散熱→依上熱逐條寫肝肺指標。複習方式＝用「沒有答案的本子」練畫圖，與老師答案比對，差異大者當重點複習第二遍。
 12. **不考題與爭議：**不考第 21 (癲癇)、62、76 (脾主肉／榮華在唇混淆)、78、85 題。第 4 題艾灸出處以「異法方宜論」為準 (老師口頭「一方」為口誤)；第 24 題男女比 8:1 (非 8:2)；腎臟指數一律用中性詞「異常」 (不用「降低」)。
-

二、影片分段重點

第 01 段 [0:00:00] 課程開場與關鍵字用字統一 ● 全課程統一標準用字：壇中堵塞 (老師偶稱壇中閉鎖，一律作堵塞)、上熱下寒、頸椎／胸椎／腰椎壓迫、肌肉黏連、木火土金水。 ● 學員先設定靜音，需發言再開啟麥克風。

第 02 段 [0:00:52] 考試規則與配分方式 ● 本次認證考共 7 題、作答 1 小時、70 分合格；今日聚焦個案 2 題與檢驗報告 1 題，共 60 分，每題 20 分。 ● 因答案須畫圖，給分以圖上是否寫到「關鍵字」來判定。

第 03 段 [0:01:26] 三診辨證三大系統 ● 三診辨證＝組織結構 (有形臟器)、通訊系統 (脊椎神經)、動力系統 (把脈看氣動力)。 ● 考試不把脈，略去動力系統，只取組織結構 (五行：肝心脾肺腎)＋通訊系統 (神經)，即可推論大部分病症。

第 04 段 [0:02:12] 病因分析架構圖繪製 ● 把個案描述與健檢報告的紅字當關鍵字，放圖的最右邊 (結果)，往左一路推論到出問題的臟器。 ● 臟器由上而下分：肺、心、肝、脾 (含胃、腸、胰)、腎、婦科，並歸為上熱／下寒兩大類，共同之因即壇中堵塞。

第 05 段 [0:03:44] 補足推論落差：表裡、開竅、榮華、液體 ● 個案只給關鍵字，中間的落差要用五行邏輯補起來，例如鼻涕痰液歸肺、手心汗為心之液歸心。 ● 五臟各有表裡 (肺大腸、心小腸、肝膽)、開竅 (肺鼻、心舌、肝目)、身體主位、情緒、榮華與液體，用以回推臟器。

第 06 段 [0:04:58] 給分標準與作答技巧 ● 一題 20 分為最低標準，抓到 5 個關鍵字、每字 4 分即滿分；複雜題約 10 組、每組 2 分。 ● 作答抓重點、省略連接詞，示範把因果串起：肺主皮毛→毛孔開合失常→夜間盜汗。

第 07 段 [0:07:21] 三診辨證回顧與答題架構 ● 三診辨證是游朱義老師在醫典中反覆運用的工具：組織結構看器官是否損壞（如肺癌），通訊系統看頸、胸、腰椎有無壓迫。 ● 任何病症套入組織＋通訊兩系統即可作答；架構圖把個案關鍵字放最右（結果），往前推論出病因臟器。

第 08 段 [0:10:01] 推論流程與兩大切入點 ● 把個案文字分成五臟＋婦科，再分上熱下寒，往前推為壇中閉鎖，再往前推常與情志（心理）因素有關，本次答案可先不寫。 ● 切入點有二：壇中閉鎖與脊椎壓迫；脊椎壓迫不屬壇中堵塞範圍，多因車禍受傷致頸、胸、腰椎壓迫，非情緒所生。

第 09 段 [0:11:43] 個案 29（P.33）：新冠確診後睡醒上半身濕 ● 個案：確診過、快篩已陰，為何每次睡醒上半身都濕？關鍵字「確診」→新冠肺炎→肺；「睡醒上半身濕」→肺主皮毛，兩者同歸肺。 ● 單純單一臟器受傷且明確為病毒，只畫「寒毒入肺」，不必寫上熱壇中堵塞。

第 10 段 [0:13:37] 個案 29 繪圖與配分 ● 圖由左而右為因→果：寒毒入肺→肺主皮毛、毛孔開合失常→夜間盜汗，共四個關鍵字，每字 5 分即 20 分。 ● 流程圖畫法不拘，與老師不同也 OK。

第 11 段 [0:14:38] 個案 3（P.17）：怕冷怕熱盜汗怕風、寒氣入侵全身 ● 個案：怕冷怕熱、盜汗、怕風→肺主皮毛、毛孔開合失常；下半身畏寒、全身筋按推皆痛→寒氣入侵全身筋骨（肌肉到神經、筋膜黏連）。 ● 個案生兩胎、剖腹產雖是關鍵字，但與壇中閉鎖無關；剖腹產必致下寒（經脈橫切受傷），老師答案予以跳過。

第 12 段 [0:17:25] 個案 3 後段：灰指甲、眼疾、婦科→上熱傷肝木、下寒 ● 腳大拇指灰指甲、眼睛不好→肝榮華於爪（指甲）、肝開竅於目；婦科不好屬下寒。 ● 上熱在肺、在肝，畫出兩條線：上熱傷肺經（肺主皮毛→怕風畏寒盜汗）、上熱熱傷肝木（灰指甲、眼疾），下寒為婦科問題。

第 13 段 [0:20:00] 畫圖評分邏輯 ● 打分者依圖上關鍵字給分，線條擺放方式不影響；重點是得分關鍵字要出現、位置要對。 ● 即使與老師畫法不同，只要關鍵字擺對位置即完成。

第 14 段 [0:20:47] 五臟表裡、開竅、五體與症狀辨證 ● 五臟對五腑表裡：肝膽、心小腸、脾胃、肺大腸、腎膀胱；開竅：肝目、心舌、脾口、肺鼻、腎耳（如舌尖刺痛屬心、耳鳴聽不清屬腎）。 ● 五體：肝主筋、心主脈、脾主肉、肺主皮毛、腎主骨。肌少症／不長肉偏脾（精華未送肝，亦可能牽涉肝轉換或肺供氧）；心悸屬心。筋指皮下青筋（血管），血管硬化、膽固醇過高屬肝（肝主血管品質）。

第 15 段 [0:23:43] 五志情緒與榮華 ● 五志：驚恐害怕慌張傷腎、悲傷憂鬱傷肺（頻率一致）。 ● 榮華：肝榮華於爪（指甲）、心榮華於面（臉紅潤為常，臉變黑為心氣不足）、脾榮華於唇、肺榮華於皮膚、腎榮華於髮；臉黃眼黃（黃疸）歸肝膽。

第 16 段 [0:26:00] 五液與皮膚病歸肺 ● 汗為心之液（心火旺逼汗外出）、淚屬肝、涕屬肺（鼻涕痰液黏膜歸肺）。 ● 皮膚病歸肺：肺與大腸相表裡，大腸毒素正常由腸道排出，來不及便由皮膚分擔。

第 17 段 [0:26:59] 五行相生相剋與心火剋肺金 ● 木火土金水外圈相生；相剋：木克土、土克水、水克火、火克金、金克木。 ● 老師常用「心火旺剋肺金」（胸腔積熱→心火旺而傷肺金）與「腎水不足心火旺」（腎無法滅心火，心火更旺再傷肺經）來解釋架構圖。

第 18 段 [0:28:40] 骨架與骨盆歪斜之神經壓迫推論 ● 骨盆久坐傾斜會連動腰椎、胸椎、頸椎，並造成長短腳、膝蓋痛。 ● 個案未提及跌倒，卻出現神經壓迫語彙時，即推論跌坐傷及薦骨／骨盆傾斜；看 P.39 個案 41。

第 19 段 [0:30:01] 個案 41（P.39）：兩腿張不開、鼠蹊痛、膝蓋痛 ● 個案：兩腿張開只 30 公分、鼠蹊部痛、膝蓋痛（痛到墊腳走）。 ● 三個關鍵線索為：兩腿張不開、鼠蹊痛、膝蓋痛；痛後的奇怪行為不列為關鍵字。

第 20 段 [0:30:58] 薦骨—鼠蹊—腰椎的推論路徑 ● 老師認為薦骨（後）與鼠蹊（前）為一體兩面；腿張不開 → 薦骨受影響、薦骨突起、鼠蹊肌黏連僵化。 ● 兩條路徑：薦骨 → 腰椎壓迫；薦骨 → 鼠蹊肌 → 腿張不開；膝蓋痛則源自骨盆歪斜（長短腳、腳不平均）。

第 21 段 [0:33:58] 膝蓋痛與神經壓迫機轉 ● 膝蓋痛機轉：神經走在肌肉紋理間，肌肉一黏連即壓迫神經，一碰就痛；膝蓋四周黏連為其病因。 ● 骨盆為膝蓋之上源，可左右、前後、外翻內翻傾斜，往上連動腰椎、胸椎、頸椎；現場義診可直接觸診確認頸／腰椎有無受傷。

第 22 段 [0:35:19] 脊椎神經分佈（頸、胸、腰椎節數對應） ● 頸椎管手部以上：C1 頭、C2 眼、C3 鼻口、C4 嘴（舌）、C5-C8 手臂；胸椎主五臟六腑（心心肺肺肝肝、T7-T9 脾胃、大腸腎膀胱）；腰椎主屁股以下：L1 臀、L2 大腿、L4-L5 小腿腳盤。 ● 考試若能精準寫出頸椎第幾節最好，沒把握寫「頸椎壓迫」仍有分；寫錯節次反而扣分。

第 23 段 [0:37:59] 個案 42（P.39）：舌抖、手抖 → 頸椎 C4-C7 壓迫 ● 個案：經中醫診斷為肝風內動，舌頭伸出會抖、左手會抖、右手也怪（不受控）、發「一」音不易（大舌頭跡象）。 ● 老師答案：舌抖、手抖、手怪皆屬頸椎 C4-C7 壓迫；舌頭對應 C4。

第 24 段 [0:40:00] 第 17 頁個案（六項條列）：坐不住、小腿腳底麻、遺尿 → 腰椎壓迫 + 腎 ● 六點條列：①坐不住、想彎腰駝背（拱背撐開脊椎隙縫）→ 有壓迫，通常壓腰

椎；③小腿後側到腳底發麻 → L4-L5，與①同指腰椎壓迫。 ● 其餘各點歸腎：遺尿（腎與膀胱相表裡）、五至七點（酉時腎經）不適 → 腎水問題；易被驚嚇害怕 → 腎主恐。

第 25 段 [0:42:42] 腰椎壓迫與腎證補充 ● 討論：腎上神經壓迫為 T11，但依個案圖（①＋③）仍判腰椎壓迫，並補以下寒（膀胱無力→頻尿）、受驚嚇→腎氣不足。 ● 老師給的是標準答案（低標），六點寫到即配分；多寫第七、第八點（如檢查 T11 壓迫、觸診 checklist）合理則不影響得分。

第 26 段 [0:45:30] 血液製造流程（肝—腦—骨髓—肺心腎） ● 肝為血球計算器 → 經肝神經通知大腦 → 大腦以通訊系統通知骨髓（造血原料） → 原料送肺做血小板、心造紅血球、腎造白血球。 ● 血液問題可依此分工定位出問題的臟器。

第 27 段 [0:47:10] 血球異常辨證（單一／多項、原物料比喻） ● 單一指標異常直接問工廠：血小板下降→肺問題、紅血球不足→心問題（紅血球攜氧，肺傷氧氣不足也會使紅血球做少）。 ● 多項異常則往前推造血原料／骨髓（麵粉壞了，麵包饅頭蛋糕全錯）；骨髓有問題者常見下寒、寒氣到後背、僵直性脊椎炎；否則往前推肝臟算錯或通知大腦的通訊神經壓迫。

第 28 段 [0:49:15] 個案 31（P.34）：急性骨髓性白血病 → 白血球問題 ● 個案：家中長輩去年診斷急性骨髓性白血病。 ● 西方醫學病名往往奇怪，有時應忽略病名（貼標籤易誤導）；檢查結果即白血球有問題。

第 29 段 [0:50:00] 白血病個案與三血球俱低 ● 白血病屬「下寒」，與骨髓造血原料有關，西醫命名為急性骨髓性白血病。 ● 肺做血小板、心造紅血球，白血球、紅血球、血小板三者都低，即可判定骨髓（造血原料）有問題。 ● 治療後出現眼睛出血、大便變黑、手腳骨頭痛，代表腸胃道出血，且肺與大腸相表裡。

第 30 段 [0:52:12] 老師答案拆解：壇中閉鎖與下寒入骨髓 ● 老師答案：壇中閉鎖往上拉出上熱，上熱傷肺；下寒則寒氣入骨髓。 ● 散熱一路描述完，再並排拉出一條下寒、寒氣入骨髓，即可成立。 ● 本題四個答案再加一個壇中，共五組關鍵字，關鍵字出現即可得分。

第 31 段 [0:53:31] 個案 55：CPK、LDH 與心火旺 ● 第 48 頁個案 55，CPK=191.4（標準值 175），表示心臟發炎。 ● LDH=284（標準值 150），LDH 是壇中閉鎖的指標，表示壇中閉鎖上熱傷心、心火旺。 ● 紅血球降到 4.2 以下；血意分析：紅血球有問題就找心或肺。

第 32 段 [0:55:32] 個案 46：血小板低下與肺（除濕機）指標 ● 第 42 頁個案 46，血小板 10.7（標準值 15~40）、紅血球 3.85、CPK 正常 77.5，代表心臟沒問題。 ● 肺臟指標 RA 類風濕關節炎 41.58；肺是除濕機，肺不好則全身濕氣，濕氣躲在關節而致關節炎。

● 肺不好則血小板做少、紅血球缺氧，兩者同時低下，本題即肺的問題，論壇中閉阻上熱傷肺。

第 33 段 [0:57:58] 紅字邏輯與檢查報告標準調整 ● 上熱失眠可傷肝，找肝臟指標（如 GOP/GPT 異常）即論上熱傷肝；幽門桿菌、CA199 出現則判斷下寒、代謝不了。● 判讀主軸以健康檢查報告的「紅字」為準，由紅字往上推臟腑。● 老師把部分標準值調掉（如 LDH：健檢標準 200，老師標準 150），沒紅字處也可能是異常。

第 34 段 [0:59:10] 樹狀圖繪製技巧與帶尺比對 ● 健康檢查報告樹狀圖與個案對話的架構圖相同。● 建議考試帶尺（或貼紙）遮蓋比對，例如對到 LDH 位置即可快速判讀。● LDH 健檢標準值 200，老師認定超過 150 即壇中閉鎖。

第 35 段 [1:00:00] LDH 150 門檻與壇中閉鎖判讀 ● 老師把 LDH 標準降為 150，超過 150 即壇中閉鎖。● 若 LDH 未超過 150，但整個有上熱下寒的指標，表示壇中已揉開，只是肝、腎尚未修復。● 判讀第一個動作先找 LDH，再判斷是否壇中閉鎖。

第 36 段 [1:01:24] 紅字歸類與由左而右繪圖 ● 紅字快速掃一遍，先判斷集中在肝、腎、肺，或是否有癌症指標。● 繪圖由左而右：紅字結果放最右邊，中間是推論邏輯。● 先化壇中閉鎖（壇中堵塞），再散熱，依上熱逐條寫肝、肺指標。

第 37 段 [1:04:00] 個案 46 四指標皆屬肺 ● 第 42 頁個案 46，四個指標全在肺。● CEA = 1.23（腸癌篩檢）正常；古典醫學肺與大腸相表裡，故腸癌指標與肺同論。● 肺四個指標：CEA、血小板、類風濕關節炎（RA）、血色素。

第 38 段 [1:05:38] 心臟指標：CPK、血色素、缺鐵 ● 心臟四個指標，其一為 CPK 肌酸磷化酶，代表心肌發炎、心很累。● 血色素、不飽和鐵結合、缺鐵；缺鐵就不能造紅血球。● 血色素（考核卷用字，老師亦作血紅素）。

第 39 段 [1:06:03] 紅血球＝車子比喻 ● 紅血球如一台車，血色素如車內五張椅子，椅墊是鐵，乘客是氧氣。● 缺氧時不需那麼多血色素，就會把血色素往下壓，之後紅血球可能停產。● 影響紅血球有三者：心臟（工廠）、肺臟（缺氧）、身體本身缺鐵。

第 40 段 [1:07:58] 肝臟指標與膽紅素、膽汁流動 ● 肝臟指標最多：GOP、GPT、GD（GOT/GPT/GGT）。● 總膽紅素、直接膽紅素都代表膽汁未流動：肝做膽汁→膽囊→十二指腸。● 早餐不食油、吃太清淡，膽汁用不到、逆擠回工廠，兩指標飆高即肝膽胰有問題；清濁度 20 以上才出現。

第 41 段 [1:10:00] 肝臟指標：AFP 與肝炎指標 ● AFP 胎兒蛋白與肝癌明顯相關。● B 肝、C 肝、A 肝都是與肝相關的指標。

第 42 段 [1:10:12] 血脂三指標與學生比喻 ● 血脂三指標：總膽固醇、高密度膽固醇、低密度膽固醇。● 總膽固醇如全班 200 位學生，最好維持 200；高密度是好學生（分子

小、進出快，不傷身）。●低密度是壞學生（分子大易堵血管），應控制 130 以下；膽固醇是補充劑，血管有破洞要去補土。●三酸甘油酯是吃太好、沒代謝掉而脂肪堆積；由肝製造，肝不正常就做多、做亂。

第 43 段 [1:12:23] 脾胃三部曲與腎指標盤點 ●脾胃指標即胰臟三部曲：幽門桿菌、澱粉酵素、CA199，出現即可論下寒（下焦寒、氣血不循環，細菌躲十二指腸）。●CA724 與腸胃癌症有關；下焦在十二指腸、胃幽門處躲菌。●腎指標：糖化血色素、尿蛋白、白血球、丙酮體、腎絲球過濾，及三毒（尿素氮、肌酸酐、尿酸）。

第 44 段 [1:14:40] 交流：糖化血色素歸屬與糖尿病六原因 ●糖化血色素偏高，可先查腎的其他指標；因腎是環保回收單位，長期回收糖、蛋白而操勞。●糖尿病六原因（第 9 頁第 75 題）：胰臟受損、胰管堵住、神經壓迫、自由基、吃太多糖等，僅部分是胰臟因素。●人體設計至少寫六因，進入個案再逐一排除、縮小範圍；若胰臟指標也異常才歸胰臟。

第 45 段 [1:18:18] 肝腎組合與回收率比喻 ●肝與腎是一個組合，都要解毒；肝毒未解跑到血液，腎負擔增加。●兩者互為職務代理人，一方不工作，另一方一定更累。●個案 46 傷肝，老師推論為「腎回收率太低」：肝如工廠做寶特瓶，腎如資源回收，回收差則肝疲累。

第 46 段 [1:20:00] 肝疲累源於腎回收率過低 ●腎若不做環保回收，肝每次都要做滿 100 的量，就會很操勞。●肝臟疲累的結論句：因腎臟回收率過低，故影響肝（人體設計之工廠+回收邏輯）。

第 47 段 [1:21:21] 個案 28：老師答案為地標、多寫不扣分 ●第 48 頁個案 28，老師答案有肝發炎 GOT/GPT，但膽固醇修復、血管問題未提。●建議把老師答案當地標：壇中閉鎖、上熱傷心傷肺、下寒傷腎（尿酸）四項即可拿滿分 20 分。●可再補上熱傷肝（GOT/GPT 發炎、酒精肝、GGT 微超標），多寫不扣分。

第 48 段 [1:23:57] 心悸與心臟之差異 ●心悸＝心跳速度突然加快再回正常（如喝咖啡刺激），屬心跳的症狀。●心臟＝心戰（左右心房心室不對稱、不平衡），老師說有寒進來致兩邊氣血不平衡、心臟晃動。●CPK 代表心臟發炎發熱，也會產生心悸。

第 49 段 [1:25:32] 冠狀動脈硬化從肝論治 ●冠狀動脈屬血管，血管由肝所主（肝主筋）。●硬化＝膽固醇、血脂堆積，血管失去彈性、孔徑縮小，血壓升高且怕堵住。●肝不好無力處理血管堆積，低密度膽固醇越厚越失彈性；心跳加速時衝不過去，血壓更高。

第 50 段 [1:27:06] 高血壓三途徑與答案數字勘誤 ●解高血壓有三途徑：從心（心熱）、從血管、從血液（血液有毒，須清毒）。●第 18 題答案數字有誤：CPK 應為 207、

LDH 應為 21（疑為 210），助教整理版本有誤須留意。● 助教把不考題、錯誤答案整理成 Word 打包發群組，須自行核對。

第 51 段 [1:30:21] 工廠思維與排除法 ● 以麵包／糕點工廠比喻：三個工廠＝肺、心、腎；麵粉廠＝骨髓造血原料。● 指揮官＝大腦與肝臟（肝負責計算、大腦下指令）；通訊一＝肝的神經（五六壓迫），通訊二＝大腦與骨髓。● 排除法：單一出錯＝該臟器錯；兩個臟器錯＝兩工廠問題；三個都錯機率不高。

第 52 段 [1:32:42] 肝臟計算錯誤與通訊（神經壓迫）之辨 ● 三個血球都錯，多為原料（骨髓）問題或肝的問題。● 肝指標若也錯＝肝臟（臟器）問題；肝指標正常但後段血球全錯＝通訊問題（神經壓迫）。● 如電話壓迫、掉包、該回報沒回報，即通訊出錯；健康檢查肝沒問題而血球全錯，就是神經壓迫。

第 53 段 [1:33:58] 個案 53：肝正常但血球錯→通訊問題 ● 第 46 頁個案 53，白血球、紅血球兩指標異常。● 肝 GOP/GPT 正常、膽紅素沒問題、僅壇中閉鎖、腎有點問題、幽門桿菌（下寒）、肺有 cea（腸癌）。● 肝計算錯誤歸類為「通訊」（神經壓迫）這一邊的錯誤。

第 54 段 [1:35:24] 個案 53 爭議：腸癌與類風濕、紅血球下降 ● 依嚴老師說法此段有爭議：個案有腸癌、類風濕指標 1.5。● 傷肺、含氧不足，紅血球下降也屬正常；紅血球可歸因血色素（血氧最低）。● 兩個邏輯都可以通，故有兩種歸類可能。

第 55 段 [1:36:59] 個案 54：血球計算錯誤與肝神經壓迫 ● 第 47 頁個案 54，血小板、紅血球異常。● 肺指標 RA 類風濕關節炎沒問題、心臟沒問題，故歸為血球計算錯誤。● 肝 GOP/GPT 沒問題、膽紅素偏低，定位為肝臟神經壓迫；呈現「肝臟神經壓迫成肺」。

第 56 段 [1:40:00] 個案檢查報告導讀：難入睡與肝損 ● 個案難入睡、晚上散熱不佳，肝會出問題；報告另見低密度膽固醇等紅字可補進推論。● 討論時只顧著看檢查報告，反而漏看應看的類風濕指標。

第 57 段 [1:42:22] 類風濕指標 RA 7.24 與標準值調降 ● 老師把類風濕標準值往下調到 5，RA＝7.24 超過即算類風濕關節炎。● 類風濕關節炎先使肺指標異常（散熱烘乾肺、除濕力不足），再造成身體缺氧、紅血球不需要那麼多。

第 58 段 [1:43:33] 缺氧致紅血球下降、血小板偏高與肺腸表裡 ● 肺缺氧使紅血球由 4.2 降到 4.12、血小板偏高。● 肝癌、腸癌指標同論，因肺與大腸相表裡。

第 59 段 [1:44:08] 首屆考試給分策略與補救 ● 第一屆考生多，寫到老師答案的關鍵字就得分；覺得某條不合理可自行補充，該拿的分要拿。● 課程結束後才公布考題、老師另補六小時，來不及細解，故答案有瑕疵。

第 60 段 [1:46:41] 分組隨機抽題與複習方式 ● 考生分十組，每組題目隨機不同，現場抽定組別後才發考卷。 ● 複習以整本講義為範圍，從頭依邏輯讀熟，避免跳讀而混亂。

第 61 段 [1:48:21] 第 52、53 頁更正：只寫壇中 ● 第 52、53 頁直關係（指關穴）有誤，助教已公告更正，指關穴不用寫，只寫壇中即可。 ● 助教在國際證照群組另發電子版，載明不考題與有疑問的題目，考生須自行下載。

第 62 段 [1:49:14] 個案胎兒蛋白飆高與上熱失眠傷肝 ● 個案紅字多、胎兒蛋白非常高（肝癌指標），老師答案為失眠造成傷肝、指數嚴重。 ● 第一條路徑寫散熱、上熱失眠傷肝；講者所見肝癌病患胎兒蛋白有六萬多，老師答案未提感染。

第 63 段 [1:50:00] 失眠傷肝的機轉與子丑時 ● 上熱失眠、睡眠不好，肝（半夜 1～3 點運作、子丑時最重要）一定受傷，故寫上熱失眠傷肝。 ● 肝癌指數（AFP）很高，可證明上熱傷肝。

第 64 段 [1:50:34] 膽固醇修復血管與肝主筋 ● 肝受傷則血管出問題（肝主筋），總膽固醇、低密度膽固醇升高是為修復、避免血管破裂。 ● 一堆補土劑使血管硬化、血流不順，導致高血壓、栓塞（血塊堵住）。

第 65 段 [1:51:48] 樹狀圖標準寫法：指標放最右 ● 散熱、失眠再傷肝，可從 AFP 證明上熱傷肝，並拉出膽固醇過高（總膽固醇、低密度膽固醇）得分。 ● 製圖標準：指標放最右邊，以數字證明臟腑有問題，中間寫推論路徑；GOT/GPT 超標也可納入。

第 66 段 [1:52:57] 第 53 題：腎臟指數應稱「異常」非「降低」 ● 老師答案寫腎臟指數「全部降低」，實際肌酸酐、尿酸等卻是超標。 ● 用字宜採中性詞「異常」（過高、過低都算異常），異常一定安全。

第 67 段 [1:54:25] 大腸只寫三段即可得分 ● 學門時有同學問第 7 頁第 53 題：大腸分升結腸、橫結腸、降結腸、直腸。 ● 老師說只要寫三段就給滿分，重點在抓到關鍵字，漏寫不扣。

第 68 段 [1:55:45] 首屆命題與配分策略 ● 第一屆題目、答案已定，除非爭議很大不考，否則寫到關鍵字即可拿分，目標 70 分以上。 ● 前四題背誦題共 40 分要盡量拿滿；後三題錯一題、其餘小錯仍可達 70 分。

第 69 段 [1:56:43] 得分關鍵：該點的線都要點到 ● 下寒標的壇中堵塞、上熱下寒、與脹氣對應，指標能寫就寫，該點的線都拿出來就得分。 ● 中間邏輯推不出來的段落，頂多扣二、三分（20 分得 17～18 分），不必糾結。

第 70 段 [1:57:50] 第四題爭議：艾灸經典出處 ● 問答題第四題問艾灸出自哪部經典：課本答案為「異法方宜論」，老師口述則疑為內經素問（「一方」）。 ● 以公告電子書版本（異法方宜論）為準，因老師口頭與書籍都可能寫錯名稱。

第 71 段 [1:59:38] 老師「一方」之說：東西南北五方 ● 老師說「一方」是因為東西南北五方，故稱一方，其論點出自異法方宜論。

第 72 段 [2:00:00] 第四題「異法方宜論」釋義 ● 「異法」指同一個病可用不同方法、在不同方位（合適處）治療，乃將長名縮為簡約名稱。 ● 本題以課本答案「異法方宜論」為準，與本子答案相同；老師係在別處講錯。

第 73 段 [2:01:04] 第 24 題：男女比例 8 比 1 ● 全球統計第 24 題男女比例為 8 比 1（十個中八個為該性別），並非 8 比 2。

第 74 段 [2:02:01] 最陽與最陰之臟：陽明、厥陰 ● 陽明為最陽、厥陰為最陰；相關推論須連結五臟。

第 75 段 [2:03:14] 學員再確認：老師是口誤非筆誤 ● 林德師姐複議第四題，Google 資料皆指向黃帝內經素問「異法方宜論」，確認老師是口誤。 ● 釐清老師的筆誤與口誤後，答案仍採異法方宜論。

第 76 段 [2:04:00] 不考題清單：21、62、76、78、85 題 ● 不考題：第 5 頁第 21 題、第 8 頁第 62 題、第 9 頁第 76 題、第 10 頁第 78 題與第 85 題。 ● 其中癩癩題不考。

第 77 段 [2:04:49] 第 76 題不考原因：脾主肉／榮華在唇之混 ● 第 76 題答案把五體（脾主肉）與開竅（口）混用，填答怪異，乾脆不考。 ● 脾開竅於口、榮華在唇，兩者不同。

第 78 段 [2:07:22] 五音療法與古音（台語、河洛）之議 ● 討論五音／音律：臟器受震動對應音質，越往下的臟器音質越低。 ● 唐河洛、客家古音與今音有別，發音已難考；五音療法留待考完再玩古樂器。

第 79 段 [2:09:29] 課程收尾：考試日期提醒 ● 討論接近尾聲，提醒距考試（25 號）已近，勿再糾結細節。

第 80 段 [2:10:00] 電子檔（不考題）下載與群組公告 ● 除上課發的版本外，老師另發電子檔（載明不考題），但只存在群組、未放記事本，PDF 一週即過期。 ● 建議即時下載備份，過期可請助教再找。

第 81 段 [2:11:00] 提問：流汗歸心還是歸肺？ ● 學員問：個案汗流浹背、流汗多，皮毛問題歸肺（開合失常），但汗為心之液、心火大也會用汗降溫，該如何分辨？ ● 疑點：流汗究竟是心在降火，還是肺的毛孔開合出問題。

第 82 段 [2:12:11] 判斷關鍵：夜間盜汗屬肺 ● 夜間休息時陽氣下降、心火不旺，毛孔本應閉合，卻異常打開排汗，屬不正常盜汗。 ● 不受控的夜間／冬天盜汗歸肺（毛孔開合失常）；白天活動、緊張、吃麻辣鍋流汗屬正常，不列入探討。

第 83 段 [2:14:30] 汗為心之液與陰陽平衡 ● 汗為心之液：活動時心火旺，腎水上升降溫而產生汗。 ● 流汗是為平衡陰陽、避免心火過熱（過熱對心亦不利）。

第 84 段 [2:15:40] 第 49 題勘誤：滲孫脈（漏字） ● 第 49 題（第 10 頁）老師漏打一字，該處應為「滲孫脈」（三點水加一個參），非僅「孫脈」。 ● 滲孫脈負責製造血壓、充血，黃帝內經有專篇論述；孫脈已非主脈、屬末梢，與肌肉相關（老師亦作肌肉生血漿／血小板）。

第 85 段 [2:17:15] 個案 24：出汗卡痰與排濕 ● 個案 24 描述（胸悶、呼吸不順、出汗卡痰、流鼻水）多屬散熱傷肺。 ● 疑點：喉嚨卡痰究係排濕不良（較深層、疑發炎）或屬流鼻水（較淺層），兩者如何分辨。

第 86 段 [2:18:56] 喉嚨卡痰為散熱傷肺之支線 ● 即使散熱傷肺，另拉一條「喉嚨卡痰」支線即可；因鼻、氣管、支氣管到肺整個呼吸道皆屬肺。 ● 痰是身體不要的髒東西（含發炎、感染菌）由肺排出；卡痰因肺氣不足、力量不夠，夠力一咳即出。

第 87 段 [2:20:01] 排痰無力＝肺傷，卡痰歸肺 ● 排痰能力弱（震動也震不出）代表肺有傷害、功能弱，故見卡痰。 ● 常出汗合併喉嚨卡痰，屬肺的表現。

第 88 段 [2:20:18] 肺之兩條路徑：毛孔開合 vs 除濕機 ● 第一條路徑＝毛孔開合（怕冷、怕熱、怕風、過熱、毛孔不開會中暑）。 ● 第二條路徑＝肺為除濕機，濕氣代謝出問題則流鼻水；卡痰不屬毛孔那條，應劃到除濕（傷肺）另一條支線。

第 89 段 [2:21:01] 胸悶缺氧與症狀整圖 ● 胸部脹熱、胸悶、呼吸不順、氣淺短、前進前出、缺氧，一連串同屬肺受傷（肺纖維化、乾）。 ● 肺與大腸相表裡，個案雖只描述到肺，可反推大腸可能受傷，但寫到這裡即足夠。

第 90 段 [2:22:44] 備考技巧：以無答案本練畫圖比對 ● 用沒有答案的本子練習畫圖，畫完再與老師答案比對，找出差異點。 ● 差異大的題目當重點複習第二遍，多畫幾次即熟練，一切以考試為目的。

第 91 段 [2:23:28] 課程收尾與祝福 ● 討論超時（已四點半），線上無問題即結束，電子檔個別發送，保持討論、考前一週再衝刺。 ● 祝大家金榜題名、順利平安，感謝陳毅師兄。