



編輯
群

中國鍼灸學雜誌

第三卷/第一期



創刊人：廖炎智

發行人：廖炎智

編輯顧問：李政育、林昭庚、林欣榮、蔣永孝、蘇三稜、邱戊己
黃秋陽、黃三澍

總編輯：李政育

副總編輯：吳哲豪(執行長)、黃碧松、李隆典、吳元劍、林慶恆
方志男

執行編輯：吳安祥、卓掌權、王美純、賴玉堂、賴鎮源、陳耀欽

英文編輯：Scott Herbst(何世浩)、Marc Wasserman(王浩)

編輯委員：林素貞、彭堅陶、白明鈿、葉桂貞、簡玉燕、謝世宗
宋美榮、孫惠英、洪郁惠、周相均、黃澤義、邱定
涂正勝、翁瑞文、郭英裕、洪啓超、廖世輝、翁銘權
陳俊明、陳志鵬、王清福、蘇松平、林淑雲、劉義雄
蘇明和、黃其昌、蔡政育、林淑貞、陳育美、詹益能
陳吉陣、許鎮輝、劉世禧

發行單位：中國鍼灸學會

會址：台北市重慶南路1段43號6樓之1

電話：(02) 2381-0113 傳真：(02) 2331-5082

秘書：陳燕芬

連絡處：台北市北投區奇岩路195巷5號3F

電話：(02) 2892-7701 傳真：(02) 2892-7701

電子郵件信箱：kirifen@yahoo.com.tw

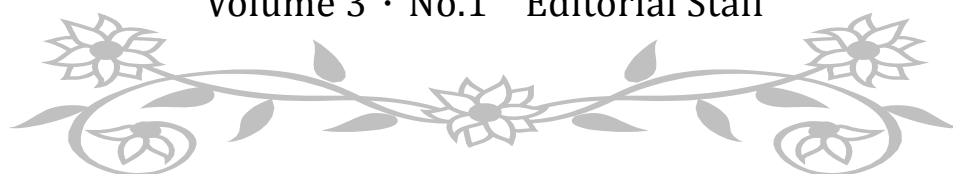
發行日期：2015年12月27日

◎版權所有・請勿轉載◎



Journal of Chinese Medical Acupuncture Science

Volume 3 · No.1 Editorial Staff



Founder: Liao, Yanchih

Publisher: Liao, Yanchih

Advisors: Lee, Chenyu; Lin, Jaunggeng; Lin, Hsinrong; Chiang, Yunghsiao;
Su, Sanleng; Chiu, Wuyi; Huang, Chiuyang; Huang, Sante

Editorinchief: Lee, Chenyu

Managing Editor: Wu, Chehao

Associate Editors: Huang, Bisung; Lee, Lungdian; Wu, Yuanchian; Lin, Chingheng;
Fang, Chihnan

Editorial Assistants: Wu, Anhsiang; Chuo, Changchuan; Wang, Meichun; Lai, Yutang;
Lai, Chengyuan; Chen, Yaochin

English Editors: Scott Herbster (何世浩), Marc Wasserman (王浩)

Editorial Board: Lin, Suchen; Peng, Chiantao; Bai, Mingtian; Ye, Guichen;
Chian, Yuyan; Hsieh, Shizong; Song, Meirong; Sun, Huiying;
Hong, Yuhui; Chou, Hsiangchun; Huang, Zeyi; Qiu Ding; Hsu,
Chengsheng; Weng, Ruiwen; Kuo, Yingyu; Hung, Qichao;
Liao, Shihui; Weng, Mingchuan; Chen, Junming;
Chen, Chihpeng; Wong Chin Foo; Su, Songping; Lin, Shuyun;
Liu Yishiong; Su, Minghe; Huang, Chichang; Tsai, Chengyu;
Lin, Shuchen; Chen, Yumei; Chan, Yineng; Chen, Chichen;
Hsu, Chenhui; Liu, ShiLiuhsi

Distributor: The Chinese Acupuncture and Moxibustion Society

Address: Taipei City, Chongqing S. Rd., Sec. 1, No. 43, Fl. 61

Telephone: (02)23810113 Fax: (02)23315082

Secretary: Chen, Yanfen

Contact Address: Taipei City, Beitou District, Qiyang Rd., Lane 195, No. 5, Fl. 3

Telephone: (02)28927701 Fax: (02)28927701

Email: kirifen@yahoo.com.tw

Date of Issue: December 27, 2015



理事長的話

中醫學為中華族的文化瑰寶，三千年來以獨特而完整的理論體系，和豐富的臨床療效，為中華族的繁衍昌盛，及人類的健康作出卓越的貢獻。隨著時代科技的進步，中醫與現代醫學的結合，大幅度提昇中醫的臨床治療水準，愈益展現中醫獨特的優勢，雖歷久而彌新，璀璨而耀眼。

邁入二十一世紀，我們除了要傳承中醫固有的文化精髓，更應隨著生物科技的發展，分子醫學時代的來臨，創新中醫針灸學的治療模式，方能裨益世人的健康照護。提昇會員的醫療服務水準，加強與醫界的交流，為世人的健康福祉做出更大的貢獻。

中醫針灸為我國固有的傳統醫學，亦是世界上最優秀的傳統醫學。世界衛生組織於2002年5月發表「2002年至2005年傳統醫藥策略」，建議全球180個國家政府，將傳統醫學推展納入國家醫療政策。

12月17日這一天訂為「鍼灸節」，中醫針灸是中華固有的優良傳統文化，維繫中華民族子孫繁衍，抵抗自然或人為疾病，祛除人類痛苦，為健康生存的利器，亦是我中華文化的重要遺產。發揚中醫傳統文化，如何在各社區和人體群體適應周圍環境，以及與自然和歷史的互動中，不斷的再創造中醫學的價值，不但是中醫界的責任，更是政府應該重視與推動的策略。希望大家能在崗位上發揮所長，安身立命光大傳統中醫學，在世界的舞台上發光發熱。

醫不分中西，能治好病人即為良醫。中西醫學均有其特質與優點，如何擷取雙方之長，融合貫通合而為一，創造當代所需之醫術，濟世救人，誠為現在醫家重要課題。更積極推動辦理中西醫學結合研討會，冀我中醫同道於傳承固有中醫學術外，進一步融合現代醫學，創新傳統醫學，以發揚中醫學的優勢，造福世人的健康。

面對分子醫學時代的來臨，未來仍有待政府與中醫業界的密切配合，將中醫推向世界舞台，期共同為人類的健康做出更大的貢獻。

邁入新世紀，我們除了要傳承中醫精華，更應隨著生物科技之發展，分子醫學之璀璨，創新中醫學治療模式，方能裨益世人的康照護。幾千年來傳 中醫學被我們認為有效並沿用至今的治療經驗，必須經由現代實證醫學的評估才能獲得更多的認同，因此中醫實證醫學研究之推展，為中醫界未來要面對之挑戰。中醫歷史淵源流長，歷經數千年，因為科學的不斷進步，讓中醫診療能更加精準精確，期待中醫同道學術的進步，更能為民眾造就廣大的福祉。

理事長 廖炎智

2015.12.27



Message from the President

Traditional Chinese medicine (TCM) is a Chinese cultural treasure. This comprehensive theoretical medical system has evolved over the past 3,000 years and its clinical efficacy has been evident throughout time, offering significant contributions to the growth and development of Chinese civilization and now the entire world. In stride with advancements in science and technology, TCM has integrated with modern biomedicine, which has further improved TCM clinical standards and highlighted the advantages of TCM in the treatment of disease. Founded in the traditions of antiquity, continuously adapting and evolving through the times, and promising bright prospects for the future.

As we enter the 21st century, in addition to carrying on TCM's valued traditions, it is also essential to keep pace with the developments in the dawn of our biotechnology and molecular medicine era. Striving for innovations in TCM acupuncture treatment modalities is the only way to ensure that patients are provided with the best healthcare available. Through enhancing TCM professionals medical practice standards and generating opportunities for increased interaction and exchange among the entire medical community, we can offer greater contributions to the world.

TCM acupuncture and moxibustion is an inherent part of our nation's traditional medicine science and the world's most widely adopted traditional medicine therapy. In May 2002, the World Health Organization (WHO) announced the WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005 recommending that the governments of the world's 180 nations include acupuncture in their national healthcare policies.

In celebration of its revered significance as a traditional Chinese science, December 17 has been officially designated as "Acupuncture Day", memorializing the importance of this Chinese cultural legacy. This day serves to pass down the traditions and remind everyone of acupuncture's exceptional efficacy for treating disease, preserving health, and relieving pain. It is the responsibility of the TCM community and government to focus efforts on promoting and developing this traditional medicine. We must all work together making sure that TCM continues connecting with communities and populations and adapting



to the changing times and technology. We hope that all TCM professionals fully cultivate their skills and capacity, advancing this medical science and making these achievements known to the world.

Medicine is medicine: there is no need for distinctions between Chinese and Western medicine. If effective treatment is provided for a patient, then that is "good medicine." Both TCM and Western medicine have their unique qualities and advantages. Understanding how to optimally utilize and integrate them into a symbiotic treatment approach is the key for modern medical professionals of all backgrounds. More integrated TCM and Western medicine seminars must be organized as we work to concurrently carry on TCM traditions, while also utilizing the advancements of modern medicine to create a modern TCM that offers greater therapeutic efficacy and benefit to civilization. As we adapt to the era of molecular medicine, closer cooperation between government and TCM will arise, inevitably fostering the promotion of TCM into the international spotlight. The field of medicine will be one, working together for providing impacting contributions to the health and well-being of humanity.

As we enter a new era, we must carry on the essence of TCM, and just as vital, keep pace with modern biotechnology developments and the amazing prospects of molecular medicine. Striving for innovations in TCM will ensure patients are provided with the best healthcare possible. We know that TCM has been providing effective medical treatment for thousands of years. Let's put these beliefs through the rigorous tests of evidence-based medicine to verify these claims, thus garnering even broader acknowledgement and acceptance. The development of evidence-based medicine is unquestionably the challenge TCM faces for the future. TCM's ancient historical heritage has transcended thousands of years: harnessing the ongoing advancements of modern science will continue enhancing TCM's treatment efficacy. We anticipate that the advancement of our fellow TCM professionals medical skills and capacities will provide society with better quality healthcare and benefit human civilization.

PRESIDENT: *Liao, Yan-Chih, Ph. D*

December 27, 2015



敬 祝
新 年 快 樂
闔 家 平 安

中國鍼灸學會

理事長 廖炎智

暨 全體理監事

敬 賀



目錄

一、特稿 Special Articles

1. 長期慢性免疫疾病致萎縮性腎衰竭(尿毒)中西醫結合治療淺介
/ 李政育·吳哲豪·柯中龍·羅瑞陽·張文淮·羅晉專·
陳俐蓉·黃景宏·陳怡蓉·爐永林·廖炎智 9

二、原著 Original Papers

2. 探討育生補陽還五湯加方用於治療巴金森氏病的病例來研究其
療效 / 程維德·吳哲豪·廖炎智·李政育 18
3. 神經纖維肌痛症的中西醫診療法探討與中醫病例研究
/ 羅晉專·廖炎智·李政育 47
4. 百會穴與頭皮針的治療帶在臨床運用的研究
/ 郭奕德·廖炎智·李政育 63

三、綜論 Review Articles

5. 惡性腫瘤併發症的中醫治療探討 / 鄭淑鎡·李政育 74
6. 探討針灸透穴刺法的臨床應用特殊效果 / 葉桂貞·廖炎智 ...101

四、案例報告 Case Reports

7. 針灸應用於腦中風病例之臨床療效探討 / 鍾世芳114
8. 道家針灸對於頸椎病的治療研究 / 黃桂全·廖炎智121

五、短論 Brief Communication

9. 經絡舒筋法在頸部的臨床應用 / 吳元劍128
10. 探討中西醫學對類風濕性關節炎療效研究 / 陳俐蓉134



CONTENTS

一、Special Articles

1. An Introduction to Integrated Traditional Chinese Medicine (TCM) and Western Medicine Treatment of Chronic Enduring Autoimmune Disease Inducing Chronic Renal Failure (Atrophy and Uremia)
/ Lee Chen-Yu et al. 9

二、Original Papers

2. Discussion YuSheng BuyanghuanwuTang add-on for the treatment of Parkinson's patients to study its efficacy
/ Wei-De Cheng · Che-Hao Wu · Yan-Chih Liao · Chen-Yu Lee 18
3. Chinese medicine treatment of fibromyalgia syndrome and case study report
/ Chin- chuan Lo · Yan-Chih Liao · Cheng-Yu Lee 47
4. Clinical Application of Bai Hui (DU20) Paired With Front Zone of Ding Jie and Back Zone of Ding Jie / Kuo, Yi-de 63

三、Review Articles

5. A Study on Traditional Chinese Medicine (TCM) Treatment of Cancer Complications / Cheng, Shu-mei · Lee, Chen-yu 74
6. A Study of Acupuncture Therapy Joining Needling Technique's Exceptional Efficacy in Clinical Application
/ Ye, Gui-zhen · Liao, Yan-chih 101

四、Case Reports

7. Medical Study on Clinic Experiment of Acupuncture application to cerebellar stroke / Zhong Shi-Fang 114
8. Study of Taoist Acupuncture in the Treatment of Cervical Spine Disorders / Huang, kui-chuan · Liao, Yan-chih 121

五、Brief Communication

9. Clinical Application of Meridian Massage of the Neck
/ Wu, Yuan-jian 128
10. Discussion of rheumatoid arthritis Chinese and Western medicine Clinical Research / Chen Li-Jung 134

DOI: 10.6528cams.2015.0001

長期慢性免疫疾病致萎縮性腎衰竭（尿毒）中西醫結合治療淺介

李政育¹、吳哲豪^{2,3}、柯中龍³

羅瑞陽³、張文淮³、羅晉專³、陳俐蓉³、黃景宏³、陳怡蓉³、爐冰林³
廖炎智⁴

1. 育生中醫診所
2. 育生中醫診所、遼寧中醫藥大學博士生
3. 遼寧中醫藥大學碩、博士研究生
4. 三軍總醫院核子醫學部

摘要

長期慢性免疫疾病（例如：紅斑性狼瘡、免疫性腎炎等……）引發萎縮性腎衰竭，以目前西醫的治療，僅能長期服用免疫抑制劑、類固醇、奎寧等……來抑制免疫疾病。腎臟功能只能定期血檢追蹤其惡化狀況，末期僅能靠洗腎來處理。不管是藥物的副作用或是洗腎，給病人帶來莫大的壓力與副作用。中醫治療相對的細膩且無副作用。中醫治療需分多種證型：若各種血液檢查指數偏高者，屬於瘀熱症、瘀血症，可用活血化瘀而涼血、破血的方劑；若長期服用類固醇或免疫抑制劑，伴隨體力差、臉色蒼白，屬於氣虛、陽虛症，可用補氣補陽方劑；若血小板偏低形成紫斑症，女性偏向血虛以養肝血方劑如育生聖愈湯加方、男性偏向大補腎陽，以右歸飲加方為主；若各種血象偏低，進入骨髓乾枯者屬於腎陽虛，宜用大補腎陽方劑為主；若水腫嚴重，屬於水蓄寒濕症者，可用淡滲利濕方劑如五苓散（腎炎方）為主；上述為常見的中醫辨證論治下之中西醫結合治療慢性免疫性萎縮性腎衰竭的証型，供中西醫同道臨床參考。

關鍵字：中西醫治腎衰竭、免疫性腎衰竭、藥物性腎衰竭、萎縮性腎衰竭

通訊作者：李政育

連絡地址：台北市大安區羅斯福路三段261號4樓

Tel：02-2367-0436

E-Mail：chenyr.lee@msa.hinet.net

2015年08月02日受理；2015年12月27日刊載



常見的萎縮型腎衰竭，皆因有各種慢性疾病，日久引發腎動脈或腎內血管的狹窄、萎縮、或筋攣，導致腎細胞慢慢的因缺血而縮小，形成萎縮型的慢性腎衰竭……尿毒，最嚴重的會完全無尿，如無獲得血液透析、或腹膜透析以維持生命功能，往往二三週後全身水腫、或腦水腫而昏睡中去世^[1]。或胸肋、心包囊的積液，在喘息、倚息、不得臥，坐著以物墊於前額的睡覺，吸短，足、胸腔水腫，而於俯頸無力以抬之下去世。

腎萎縮的尿毒，皆慢慢發生的，如在腎尚未完全萎縮到尿未完全解不出來的情形，能獲得會醫治這些慢性疾病的中西醫師搭配聯手治療，尚可在一方面延緩惡化速度，一方面尚能令腎細胞慢慢因增加供血而改善腎的體內循環，一方面能啟動腎本體的幹細胞活化，或週邊器官的幹細胞的移置並自我轉殖為新生腎細胞；或誘導週邊血幹細胞的找家，返歸腎臟，修復並新生腎細胞；並令骨髓胚幹細胞大量釋放進入週邊血，並予返歸腎臟，以修復並新生腎細胞。

縱然已經利用血液透析而完全無尿了，尚可利用中醫藥的慢慢少量的服用，讓腎細胞新生，經一、

二週的服藥，由偶而一週有一次的自尿出10或20西西的尿，慢慢的會有一週二、三次的20到30西西的尿，慢慢的就增加到天天皆有20、30西西的尿，然後增加量到經50、100……的正常排尿，只是在這種中西醫結合過程治療時，尿毒血液透析醫師，必須每次透析前先作血檢、BUN、CR的濃度，並逐漸減少透析時間與量，不能因健保給付關係，而三個月才驗一次血，也不能因服用中藥會抑制BUN、CR的產生量，且會經由呼吸與汗增加水份的排泄，或自膀胱排尿多後，因不會重新計算透析時間而過度透析，影響病患的健康品質而反對病患服食中藥，當然，其所找的中醫師必須要會醫治這種慢性腎衰竭的才行，包括營養的配合、水份攝取的配合、體重控制的配合、慢性病的治療的配合、並對E. P. O. 或輸血的用藥配合，隨時建議病患要血檢Hb、BUN、CR、T. PRO、Na、K、P、Mg、Fe，以及其他的plt、AP、APTT甚至於如係免疫性腎衰竭，尚須隨時注意ANA、ANTI-DS-DNA、CRP、ESR、RA、D-DIMER、Anti-Scl-70、ANTI-CARDIOLIPIN、……，的判讀而隨時調中藥，以及建議免疫風濕科醫師與腎臟血液透析中心與



醫師的配合透析時間的控制。

如係腹膜透析的，因自己在家進行，可以每隔固定時間，例如初期三天，慢慢的較清楚中藥進展，並隨著尿量的增加，而改為七天、或二三週、或一月再血檢一次，並自行與腎臟科醫師商討，當尿量開始增多時的初期，因係又進入新的脫水期，初期排除BUN、CR的量，與自己排尿的量，尚不能成比例，此時應如何調整腹膜透析用藥量，等自己排尿可完全將BUN、CR代謝出體外，腎臟完全恢復正常了，才完全停止腹膜透析，但仍暫勿將內置管線取去，再觀察個半年一年以上，甚或再經過二三次外感而未再發作腎衰竭，才將內置透析管取去[2]。

平時如遇知識水準較高，自我清潔照護佳的病患，一旦有慢性萎縮型腎衰竭的病人，在徵詢透析方式時，我會建議他們作腹膜透析，因為腹膜透析病人在服中藥治療萎縮型腎衰竭時，其腎臟泌尿與排毒能力的恢復速度極快，甚至於我曾有病患在服中藥一二個月，就一天有1500到2000西西的排尿量。意即，在已經作透析的病人中，腹膜透析的病人，其腎細胞再生能力極快。

至于萎縮型慢性腎衰竭的病人，除非不喜服中藥，否則縱然已到BUN 100以上、CR 10以上，Hb在7或8以下，尚可或一方面輸血或注射E. P. O.，一方面服用中藥，很快速度將腎細胞再度活化，而Hb快速升到超過9或10以上，而BUN與CR也慢慢降低到不到進入腎衰竭，頂多可稱為高氮質血症的狀態，例如BUN可能在20到30之間，CR在1.5到2或3之間徘徊，如有耐心服藥，仍可完全緩解到正常的，並且將原有的慢性疾病徹底緩解的。當然，這是必須要病患喜服中藥，並經濟條件佳才行，因為目前健保只要Hb超過9或10以上就不再支付E. P. O.，或輸血的費用，但縱然Hb已超過9或10以上，也不能突然立即予中斷完全不予輸注，因為長期慢性病，易形成病患骨髓乾枯，雖然服中藥後，短時間透過週邊血的返歸腎臟，並快速釋放E. P. O.，但乾枯的骨髓要回滲到相當紮實與飽滿，達到完全自我滿足人體的正常Hb，尚須一段長時間，所以當一旦發現E. P. O.、或輸血停止後，Hb立即下降，如無續予輸注，極快的BUN、CR就又会高起，並因胃納差而影響生活品質與健康品質，所以依我的看法，最好是輸注量到時間



間隔慢慢減少或拉長，較不會影響骨髓回滲，與腎臟的再生功能。

當然，E. P. O. 不只能令骨髓多分泌形成Hb、RBC、WBC、plt、…的成份，尚可令週邊血幹細胞自我活化，就因可令週邊血幹細胞自我活化並自我複製，所以很容易導致週邊血癌幹細胞的自我複製，如係癌症病患病程已久，導致的尿毒，對於E. P. O. 的輸注就應謹慎小心，並且可慮隨時追蹤各種腫瘤標幟，與腫瘤的影響檢查，避免腫瘤的復發或第二種癌症的產生，以及癌症的轉移。所以因惡性腫瘤引發慢性腎臟萎縮的病患，中醫師在處方時，亦應將癌幹細胞的自我「克隆」的抑制考慮進去，雖然所加入的抑制週邊血癌幹細胞的中藥，會影響到週邊血幹細胞與骨髓胚幹細胞的釋放與分化的速度，但至少可以維持週邊血幹細胞的良性率，與骨髓胚幹細胞的良性率增加，只是釋放的量或分化速度慢些，吾人以為寧可慢些，也不要讓癌症復發、或轉移、或新生。

平常所常見的慢性萎縮性腎衰竭，試列於下，包括其治法，請中西醫同道作臨床參考：

有關長期急慢性免疫疾病，導致腎動脈、腎臟內微細動靜脈狹

窄、發炎、阻塞所致之萎縮性慢性腎衰竭，可分六種情形來討論治法：

1. 體力佳，高血壓而ANA、ANTI-DS-DNA、ANTI-CADIOLIPIN、CRP、ESR、RA、D-DIMER、Anti-Scl-70、Hb、WBC、RBC、plt、……高者：為瘀血症、瘀熱症，可用活血化瘀而涼血或破血的方，加在抑制免疫的苦寒退熱、或治骨蒸勞熱的方子之中，例如用育生免疫過亢方加入丹皮、梔子、赤芍、仙楂、川七、茯苓、澤瀉……。或以治療血、瘀熱的方子，如育生乳沒四物湯加入苦寒退熱的藥，如黃芩、黃連、黃柏、大黃、龍膽草、各種「瘡」類藥物，再加丹皮、梔子、或青蒿、知母、地骨皮、元參……類藥，以抑制骨髓的急慢性發炎，並製造出過量的異常胚幹細胞，以及抑制胚幹細胞與週邊血幹細胞的轉化成抗體過多，對人體過度的攻擊，減少胸腺對抗體活化的作用。要治這類疾病，在中醫最徹底的方劑，如為WBC/DC有異常，反而是治腎熱、骨蒸勞熱的育生知柏地黃湯，所以如用育生乳沒四物湯為主方時，應以乾地黃、赤芍為君；如



以育生知柏地黃湯加方時，應以乾地黃、知母、黃柏為君；如以免疫過亢方為主方時，黃連、黃柏、知母、青蒿、地骨皮皆可大劑量，才能快速將不正常分泌出的血球，或過度增生的血球快速予以糾正，並抑制其製造量，這種疾病如只從臟器細胞、或週邊血來治療，不容易完全緩解，頂多抑制一段時間而已。

所以免疫過亢的疾病的治療想要完全緩解病情，必須自骨髓來治療，並非自週邊血。只可惜目前西方醫學對這方面的用藥極稀，包括真性紅骨髓增生症、骨髓性白血球過多症、紅斑性狼瘡、急慢性骨髓炎、骨髓瘤(癌)、風濕、類風濕性關節炎、僵直性脊椎關節炎、皮膚炎、脈管炎之熱瘰型、硬皮症……，甚至於連橋本氏甲狀腺疾病、甲狀腺風暴、心肌炎……亦皆如是。

2. 如體力差、臉色蒼白、少有勞則氣高，曾長期服用過大量類固醇或注射過抗癌藥物，或注射大量免疫抑制劑者：為真寒假熱，此時有微低的Hb、WBC、plt、T. PRO、A/G、C3、C4，尿PRO微高，血中RA、ANA、ANTI-DS-DNA，ESR、CRP、Igm、BUN、CR

的微高，eGFR已經到低於60，此時應考慮為營養不良、飢餓減肥的情形、消化道中的正常菌種與免疫勝肽不足，其細胞對藥物與食物營養的吸收反應的親和性低所致，可用香砂六君子湯加方加入補氣、補血，補陽中藥，再加苦寒退熱的中藥，自可將各種已微低或微高的血況快速糾正，但這種糾正到西藥完全戒停後，頂多再服過一、二個月，如發現抗體又再慢慢增高就應快速改回本態。所加入於香砂六君子湯方中的藥，如菟絲子、黃耆、人參、川七、乾薑、附子、玉桂、黃芩、黃連、黃柏……。此種方劑一服用，立即會改善消化道免疫功能，就猛放屁，各種血象就快速糾正。

3. 如plt偏低形成紫癍症，Hb與RBC也微低，而T. PRO、A/G、C3、C4也低者，在女性以育生聖愈湯、或育生血枯方、或七寶美髯丹、地黃飲子…為主方，加入人參、川七、鹿茸、仙楂、黃芩、或黃連、或黃柏……。如plt仍在8~9萬以上，可用川七，如低於8~9萬，使用川七反而會導致溶血更快，應改為酒浸竹節七、或再加入女貞子，或有些人須加入續



斷、碎補、牛膝反而會促進HB與plt的增生。

4. 如Hb、plt、WBC、RBC、MCV、MCH、MCHC、C3、C4、T. PRO、A/G偏低，而ANA、ANTI-DS-DNA微高，且長期使用過各種類固醇、或輸血、或注射E. P. O. 與G-CSF而無水蓄的人，可能已進入骨髓乾枯、空洞、不只E. P. O. 或G-CSF已分泌不足或無量分泌了，此時為久病入腎，可用金匱腎氣丸或右歸飲，加入人參、川七或酒浸竹節七、鹿茸、仙楂、乾薑、黃柏。當類固醇類西藥完全戒停之後，同一方劑如續服，大約一年就又進入造血不良，此時有二途徑，一法為再加入類固醇微量服用，其造血極快就恢復正常，但一旦類固醇又戒停了，也頂多一年就又降下。最徹底的方法是在類固醇完全戒停之後，頂多一二個月，就將處方改回本文「3」的方法，就可一勞永固。如果等到一年左右才改，而無再加入類固醇，只用本文「3」的方法亦可緩慢盤旋上昇到恢復正常，但皆比不上同時服用少量的類固醇，等plt到15萬以上，再慢慢予戒停，此種戒停法就不易再降下來了。

5. 如果血檢情形與本文「4」相同，但有水蓄，甚至于血Na也偏低，其水蓄連肺肋膜、心包膜、腹水也皆有，已有倚息、喘息、不得臥、或已有腦脊髓液的回流不良，腦壓微高，有頭疼、或頭眩、頸乏力、或頸項強几几、嘔心、嘔吐、幻覺、視眩暈、幻聽、幻寒、幻言、幻熱、幻視、或意念停滯於一件事，反復跳躍式表達，…的神經精神症狀出現，可用淡滲利濕加補氣、補血、補陽藥物中加入少量、或黃芩、或黃連、或黃柏。常用方劑可以育生五苓散(腎炎方)、或育生柴苓湯為主方，用玉桂、加當歸、黃耆、麻黃、葶藶子、防己、人參、川七。先重用茯苓、澤瀉、葶藶子、防己、豬苓、白朮、蒼朮…類淡滲利濕藥，等水蓄大為減輕，再將黃耆慢慢快速加重，人參與鹿茸亦慢慢快速加重。如血中蛋白在人參、黃耆加重後仍不易升起，則加入白果、蓮子、芡實、山藥、菟絲子、或大小金英子之類食物性藥物，自可慢慢將血中蛋白升高。如血Na在135左右或以下了，就應加入「塩」，低於130時，一帖藥至少加入二、三錢以上的塩。如血



鉀偏高，則加生石膏、或生牡蠣。如血K偏低則加入粗鹽，或服低鹽醬油、或請腎臟科開予KCL（氯化鉀），並將處方在水蓄稍減時，改為金匱腎氣丸或右歸飲加方。

有水蓄的治療方劑，至少皆應加入每天有三次以上大便的大黃或大黃、卜硝的量，一方面減輕腹腔壓力，一方面溶除代謝廢物對神經軸突的阻斷，減輕腦壓、促進神經傳導。

6. 經大量脈衝、或免疫抑制劑、或抗癌藥注射以抑制免疫過亢，糾正過低的血中T、PRO、A/G、Hb，經中藥配合而慢慢西藥已經戒停後，經一、二個月而反彈為本態者，可考慮二個方向，一為抗體快速高起的用育生免疫過亢方、或知柏地黃湯加方，以黃柏、或黃連為君，將黃耆或再加入參、丹參、沙參或苦參、川七、鹿茸、白果、四神，或再加入乾薑、附子、玉桂，但皆以抑制免疫為主，乾薑、附子、玉桂的量先由少量，等抗體轉降，再於增加三黃的量快速中，將乾薑、附子、玉桂的量也快速加重。

另一個方向為直接以右歸飲或腎氣丸加入黃耆、人參、川

七、白果、四神，皆加入乾薑、附子、玉桂、黃柏、黃連、仙楂，如用此方劑而抗體仍高者，以生(乾)地黃、黃柏、或黃連、知母、丹參為主藥。

附註：本文為中國鍼灸學會2015年年會學術研討會專題演講稿全文

參考文獻：

1. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. (2008). Harrison's principles of internal medicine (17th ed.). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
2. Windus, editor, David (2008). The Washington manual nephrology subspecialty consult (2nd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott



An Introduction to Integrated Traditional Chinese Medicine (TCM) and Western Medicine Treatment of Chronic Enduring Autoimmune Disease Inducing Chronic Renal Failure (Atrophy and Uremia)

Lee, Chen-yu¹; Wu, Che-hao^{2,3}; Ke, Zhong-long³

Luo, Rui-yang³; Zhang, Wen-huai³; Luo, Jin-zhuan³; Chen, Li-rong³;

Huang, Jing-xiung³; Chen, Yi-rong³; Liao, Yong-lin³

Liao, Yan-chih⁴

1. Director of Yu Sheng Traditional Chinese Medicine Clinic, Honorary Chairperson of the R.O.C. Chinese and Western Medicine Neurology Foundation, and Liaoning University of Traditional Chinese Medicine Honorary Ph.D. Advisor
2. Yu Sheng Traditional Chinese Medicine Clinic, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine Doctoral Candidate and Master's Candidate
3. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine Master's and Doctoral Candidate
4. Journal of Chinese Medical Acupuncture Science Chairperson and Tri-Service General Hospital Department of Nuclear Medicine Chief Technologist

Abstract

Longstanding chronic autoimmune diseases (e.g., systemic lupus erythematosus (SLE), autoimmune-induced renal failure, etc.) may induce chronic atrophic renal failure. Currently, Western medicine treatment for this condition simply involves long-term administration of immunosuppressants, corticosteroids, quinine, etc. to suppress the immune system. Periodic blood tests are performed to assess renal function to determine whether there has been damage or further deterioration, and in the advanced stages of disease the only option is to perform dialysis. The side effects from the drugs and dialysis puts a lot of stress and suffering on the patient. Conversely, Traditional Chinese medicine (TCM) treatment is comparatively mild and without side effects. TCM treatment should be divided into the following



patterns: If blood test results reveal increased levels of key indicators, then this is stasis heat and stasis blood pattern, requiring the administration of blood-quickenning and stasis-transforming, blood-cooling, and blood-breaking medicinals. If long-term administration of corticosteroids and/or immunosuppressants have been administered and generalized weakness and pale face presents, then this is qi and yang vacuity pattern, requiring the administration of yang and qi-supplementing formulas. If PLT count is low (thrombocytopenia) and purpura presents, then for females this is blood vacuity, requiring administration of liver blood-nourishing medicinals such as (Yu Sheng) Sheng Yu Tang variant, and for males requires the administration of great kidney yang supplementing medicinals such as You Gui Yin variant. If blood test results reveal decreased levels of key indicators, then the condition can be classified as marrow desiccation (suppressed marrow function) and is kidney yang vacuity pattern, requiring the administration of great kidney yang supplementing medicinals. If severe edema presents, then this is water amassment cold-damp pattern, requiring the administration of dampness-disinhibiting by bland percolation medicinals such as Wu Ling San (Nephritis Formula). These are the most common TCM pattern identification and treatment approaches administered for TCM and Western medicine integrated treatment of chronic autoimmune-induced renal failure conditions. Both TCM and Western medicine doctors can use this material as a reference for clinical application.

Key words:

TCM and Western medicine integrated treatment of renal failure,
autoimmune-induced renal failure, drug-induced renal failure,
chronic atrophic renal failure

Authors : Lee Chen-Yu

Address : 4 Fl., No.261, Sec.3, Roosevelt Rd. Taipei, Taiwan, R.O.C

Tel : 886-2-2367-0436

E-Mail : chenyr.lee@msa.hinet.net

Received : 2015.08.02; Published : 2015.12.27



探討育生補陽還五湯加方用於治療巴金森氏病的療效研究

程維德¹ 吳哲豪² 廖炎智³ 李政育²

1. 程維德中醫診所

2. 育生中醫診所、遼寧中醫藥大學

3. 國防醫學院 三軍總醫院 核子醫學部

摘要

巴金森氏病(PD)簡單來說就是大腦局部的退化，中腦黑質緻密區的多巴胺細胞退化凋亡引起的疾病，相對於小腦萎縮症(SCA)表現是在整個小腦，阿茲海默症(AD)表現在整個大腦的退化上，尤其是額葉、頂葉的皮質。所以巴金森氏病(PD)相對影響比較小、比較局部，用育生補陽還五湯加方治療上相對也比較容易。

本研究三個病例及臨床上的經驗來看，越早治療效果越顯著，越沒有L-dopa(左旋多巴胺)類藥物的介入，中醫的療效越佳；L-dopa類藥物劑量愈小，越容易治療，究其原因，是此時患者巴金森氏病的病程都在早期或中期，也就是第一到第三期之間。若在一二期之間表示黑質細胞仍存在有一定的數量，服藥進步比較快，療程也較短，但最好能至少維持一年以上的治療。若是L-dopa類藥物依賴愈大、劑量越大，都已進入晚期，也就是巴金森氏病(PD)第四或五期，治療效果比較差，需要治療時間比較久。臨

通訊作者：程維德

連絡地址：新北市板橋區實踐路117號

Tel：02-29598113

E-Mail：chengweide@kimo.com

2015年09月07日受理；2015年12月27日刊載

床上，巴金森氏病已接受西醫藥物治療，中醫藥要介入，剛開始必須中西藥物並用，再經歷減量並到停用除L-dopa類藥物外藥物，如COMT抑製劑、多巴胺釋放促進劑、多巴胺受體激動劑、MAO-B抑制劑、抗乙醯膽鹼劑等等；大補陽及補氣活血化癥的中藥能很快的替代。最後是遞減L-dopa類藥物，建議在服用育生補陽還五湯加方半年後，開始慢慢遞減是比較好，每隔至少三個月以上的服藥才遞減一次，這樣的遞減時間通常要一到三年，遞減結束後大約可回到患者初發作時的階段，然後至少在持續服用中藥一年以上，這與胚胎腦移植，或幹細胞移植有異曲同工之妙，只是用誘導神經細胞再生或修復功能，隨後療程再將中藥慢慢遞減，或改成調養劑量的保健模式來維持療效。

本文在臨床上發現，所有的神經退化疾病包括巴金森氏病，越早期治療效果越顯著，以中醫的觀點看巴金森氏病，並不是一種持續、進行性病程，中醫藥介入是可以截斷病程惡化的進展，逆轉病程回到正常，並不是只有改善其症狀而已，中醫治療就如同胚胎腦移植、或幹細胞移植一樣，但中醫藥效果應該更超越，因為它改變的不只巴金森的症狀，連其他包括大腦退化、或心血管疾病等等都會改善，如病例一、出現的好轉狀況，因為中藥作用是全面性、多系統性功能、多途徑的全方位療效。

關鍵詞：中醫治療巴金森氏病、巴金森氏病、育生補陽還五湯

前言

本文主要是探討從臨床上以育生補陽還五湯加方來治療巴金森氏病(Parkinson's disease簡稱PD)的病例，從臨床治療成功病例來推估方劑所產生的作用，和西醫治療巴金森氏病的路徑是否相同或另有蹊蹺呢？育生補陽還五湯加方的作用途徑是什麼？有服用多左旋多巴胺製劑與單純服用育生補陽還五湯加方的作用途徑是否相同^[1]？所謂育生補陽還五湯是李政育醫師根據多年臨床經驗將清朝王清任醫師在《醫林改錯》中的補陽還五湯^[2]，增減修正所創立出來，簡稱為育生補陽還五湯。



【臨床病例】

1、病例一：

李○○、病歷號碼：75186，
男性63歲、住在新北市中和
區，台灣大學教授55歲提前
退休，61歲確診巴金森氏病
(PD)。

101/02/14 初診

主訴：左手足不自主抖動，左足服
藥後就不僵緊，運動時會覺
胸悶，拇、食二指麻。晚上
十點半睡、七點起床，大便
一日一、二行。脈浮弦澀緊
數。台大醫院確診巴金森氏
病(PD)、服藥2年，心血管
攝影有些冠狀動脈狹窄，尚
不需動手術。口服Bokey(伯
基)、每次1顆早晚2次(抗
凝血劑、血栓溶解劑)，
Sigmart(喜革脈錠、血管擴
張劑) 5mg、concor(康肯)
1.25mg各1顆、每日1次，
Madopar(馬道普) 250mg、
每次1/4顆、每日3次，
Biperin(Biperiden巴金寧)
2mg、每次1顆每日2次、
Requip(力必平) 2mg每次1
顆每日一次。

西醫診斷：巴金森氏病(PD)、冠心
病。

中醫診斷：陽虛血虛兼寒瘀證。

處方：R1：育生丸2粒。帖。

R2：人參、川七各3錢。7帖。

R3：補陽還五湯、乾薑5錢、
黑附子5錢、玉桂5錢、
天麻4錢、仙楂4錢、
茯苓4錢、黃芩4錢。
7帖。

R4：頭皮針及四肢體針為
主，針上灸。

101/03/10 二診

處方：R1：請將Requip、Biperin
減半。

R2：如02/14日方+玉桂5錢。
7帖。

101/03/17 三診

主訴：自覺手抖減少，起步快，已
將Requip、Biperin全停，
好睡。

處方：R：如02/14日方加玉桂子5
錢、人參1錢。14帖。

囑咐：因睡前服人參、川七不易入
眠，改三餐飯前服。

101/04/03 四診

主訴：精神好，已不頭昏，已全停
Requip、Biperin。未運動

反較抖。

處方：R：如02/14日方加入參2錢、
玉桂子5錢、乾薑1錢、附子
1錢。14帖。

囑咐：madopar 一日仍1/4二次。

101/04/19 五診

主訴：自覺除手仍抖外，動作、頭
腦、言語皆幾乎已正常，但
游泳、洗熱水偶起犯風疹。

處方：R：如4/3日方加路路通10
粒。14帖。

囑咐：madopar一日一次，早上服。

102/01/08

主訴：已全停Madopar二天，脈浮
弦澀數代，只剩手左抖。

處方：如101年12/22日方。14帖。

102/11/19

主訴：左手偶抖外、其他情況滿不
錯的，動作有力、動作快、
步平穩、表情正常、言快。

處方：如06/22日方。14帖、一帖
吃2天。

說明：患者服完此次藥後就以停
服，巴金森氏病的西醫藥物
全停，且心血管症狀減輕許
多，只有每日服用低劑量的

Bokey（伯基）作為心血管疾
病的預防。患者在數月後有
潮熱盜汗的現象，疑似男性
更年期的症狀但並未再來治
療。患者服中藥約一年10
個月，每日服一帖中藥，
Madopar（馬道普）L-dopa
類藥物戒停約花了一年的時
間，他的情況恢復得很好，
無論是肢體動作、語言、表
情、活力、步伐、平衡等都
恢復正常，有如回到五十歲
左右的狀態，可惜停藥一段
時間後有潮熱及左手偶有小
抖狀況並未再回診。

2、病例二：

林○○、病歷號碼：74678、
47年次、教師退休、住南投，
素食。

100/08/13 初診

主訴：三年前(民國97年、約50歲)
自覺寫字變慢，右手容易
麻、右足容易踢到，左足爬
樓梯踢到提不起，右足常穿
拖鞋慢，大便一日一次，已
停經三年，脈澀弱而細，右
小沉、重按則無。台中中山
醫大附設醫院(97年)做MRI



見基底核有白點。診斷為巴金森氏病(PD)、左小腦萎縮(SCA)，無服L-DOPA類藥物、曾服B群。

西醫診斷：帕金森氏症(PD)、小腦萎縮症(SCA)

中醫診斷：陽虛血虛兼寒瘀證

處方：R1：囑咐加強營養。

R2：補陽還五湯、乾薑5錢、黑附子5錢、肉桂5錢、天麻4錢、山楂4錢、黃芩3錢。14帖。

R3：人參川七各3錢。14日份。

R3：育生丸1顆。14顆。

100/08/27 二診

主訴：動作力量差很多，上週有有大腿肌振跳、今已無，脈弦澀弱細代。可做向後轉。

處方：如08/13日方、14帖。

100/09/09 三診

主訴：脈弦澀弱細代、自言拿筷不再緊、已無放開後的僵直指，言快有力且大，左膝以下有如針灸的麻電感、陣發，自覺以前右肩肌有抽動感，今無，但肩肌近日有乏力感，大便天天硬如粒狀。

處方：如08/13日方、14帖。

100/09/23 四診

主訴：近幾日右手力量差一點，做標準向後轉時抖較好。脈弦澀緩弱、但重按仍有，囑咐多穿。

處方：如08/13日方、14帖。

100/10/07 五診

主訴：感覺力量差不多，偶潮熱，除自覺右手太力弱外，右足穿鞋慢、動作靈巧快，言快有力，除夜臥偶麻外，已無麻，可快速作向後轉、大便轉軟、腦精明、無肌抽跳。

診斷：左小腦萎縮症(SCA)、帕金森氏症(PD)、更年期身心症

處方：如8/13日方+地骨皮4錢。14帖。囑咐：多穿。

101/06/09

主訴：近一、二星期較敏感、尿急的感覺較強烈、不能忍、右手功能仍差一點、刷牙時手的動作較慢、寫字的速度有時可以快一些。左五十肩。脈弦澀濡、重按則無

處方：R1：針上灸、左肩三針、手足三里。

R2：如100/08/13日方+人參2錢、乾薑1錢、附子1錢、肉桂5錢、龍眼核4



錢、黃芩1錢、育生丸1
顆。14帖

內關、犢鼻、太衝、地
五會、關元俞。

101/08/3

主訴：自覺刷牙轉快、角度大時須
以左手助右手，脈浮小微按
無。

處方：R1：101/07/20日方。14帖。

R2：溫針右手三里、外關、
合谷、勞宮、中渚。

102/09/27

主訴：右膝(L2-3)自覺要刻意後挺
才可直、右肘(C6-8)亦覺伸
直要用點力、手寫字與旋轉
要用力，右趾乏力。五年前
(97年)在中山醫學大學附設
醫院做MRI時見基底核有白
點，102年8月中在高雄醫學
大學附設中和紀念醫院做
MRI已無發現白點，基底核
顯示正常。

處方：R1：半夏天麻白朮散、乾薑
5錢、附子3錢、肉桂10
錢、黃耆10錢、川芎3
錢、赤芍3錢、懷牛膝5
錢。14帖。

R2：參7錢七3錢溶入

R3：育生丸2顆溶入

R4：溫針右肘三里、右合
谷、背勞宮、中渚、右

102/10/16、102/12/25

同上14帖。

103/03/18

同上21帖。一帖藥約吃3-4天。

說明：100/08/13至102/09/27之前
的處方幾乎都是補陽還五
湯加方，有變動劑量的有
列出，其餘皆同，患者幾
乎全年無休每日一帖中藥，
患者巴金森氏病(PD)症狀
已幾近全無，而小腦萎縮
症(SCA)還微有症狀。後續
102/09/27改變處方，用半
下天麻白朮湯和補陽還五湯
合方再加方，以為後續調養
的處置。

3、病例三：

郝○○、男性68歲、病歷號
碼：04269、音樂家。

初診：104/05/15

主訴：寫字越寫越小、平時要作詞
作曲，但覺得彈鋼琴越來越
困難，手部肢體僵硬，動作
變慢遲緩、步伐邁不出去、
尤其第一步、小碎步、平衡



較差、臉上笑容較少、在
榮總治療、做過核子醫學
檢查、103/12確診巴金森氏
症、未服西藥、足脛下半部
水腫至踝、已經5年、二便
可、便稍硬少、在台北市立
中醫院鄭醫師治療，吃中藥
近2年，狀況越來越差，自
行吃龜鹿二仙丸(詢問後建
議早晚各10個)，6/22要去
美國四個月。左脈沉數。右
沉細數。舌淡白、裂紋、微
黃苔。

診斷：巴金森氏病(PD)(332)、水
腫(782.3)

處方：R1：補陽還五湯9.00克、黃
柏2.00克、茯苓皮2.00
克、大黃0.50克、澤瀉
2.00克。

R2：補陽還五湯3.00克、左
歸丸、4.00克、川七
粉、5.00克、人蔘粉
5.00克。將R1及R2藥粉
混合均勻後、4包7天。
服法：每日2次早晚
吃、一次吃2包。

二診：104/05/29

主訴：動作變慢遲緩改善，步伐邁
不出去改善，尤其是第一步

改善，小碎步改善，平衡
較差改善，臉上笑容較少改
善，足脛下半部水腫至踝改
善，彈鋼琴動作改善，二便
可、便稍硬少。左脈數、右
脈細數。舌淡白裂紋、微黃
苔。

診斷：巴金森氏病(PD)(332)、水
腫(782.3)。

處方：R1：補陽還五湯12.00克、
黃柏3.00克、大黃0.50
克。

R2：真武湯6.00克、川七粉
5.00克、人蔘粉5.00
克、乾薑0.50克、肉桂
0.50克。將R1及R2藥粉
混合均勻後、4包7天。

服法：每日2次早晚
吃、一次吃2包。

說明：該患者雖在西醫確診，但卻
不想服用西藥，他怕越吃
越重，於是到處看中醫，
經患者朋友介紹來診所就
診，雖然只有吃二回藥粉就
出國了，但吃完第一回藥
粉，他就覺得效果很好，症
狀改善許多，所以醫師請他
早晚吃，一次吃2包，但患
者仍只吃一包，所以一周的
藥物吃了二周。患者本來想

帶藥到美國去，但可能因為藥未服完或忙碌關係，並未再回診就出國，患者仍有自行吃龜鹿二仙丹，及市立中醫院的中藥，因為患者覺得已經吃這麼久，又一次拿一個月，還剩這麼多，所以不管實際上是否有效？醫師說幫他補腎氣他就要繼續吃，雖然我建議他不用吃，但患者仍堅持，讓我有一點啞口無言？難道是藝術家的浪漫嗎？

【巴金森氏病(PD)定義、分級、診斷、西醫治療】

1、定義：典型巴金森氏病(PD)

1-1. 運動障礙臨床特徵主要有四個症狀：

- **靜止性震顫 Resting tremor：**
大多為首發症狀，低頻率的抖動約4-6Hz，可能在手或足、單側或雙側，嚴重時波及四肢與舌、臉。
- **運動遲緩 Bradykinesia：**
應是肌肉僵直與姿勢反射障礙引起，會造成精細動作的障礙，如

臉部肌肉僵硬無表情，有如面具一般。或寫一句話字越寫越小。或走路時第一步啟動邁不出去，邁步後呈小碎步狀態越走越快，甚至無法停止。

- **肌肉僵直 Muscle rigidity：**
伸肌、屈肌張力同時增高所造成，感覺關節僵硬及肌肉緊繃，肢體動作如齒輪轉動一樣，稱為齒輪樣動作。站立時呈老態龍鍾樣，頭傾背屈肘膝彎曲的姿態。
- **姿勢不穩 Postural instability：**
容易向前或向後跌倒的傾向，行走時容易偏向一側，平衡感差。

1-2. 非運動障礙症狀：

- **自主神經症狀：**
便秘、吞嚥困難、胃食道逆流、脂漏性皮膚炎。尿急、尿頻、排尿不暢、性功能障礙。
- 臨床上大約30%的患者會合併失智的症狀，有認知的功能障礙，其他如嗅覺減退，感覺異常、視覺、聽覺功能下降。
- 臨床上大約20~40%的患者會合併憂鬱症，出現表情淡漠、情緒低落、反應遲鈍、自制力差、無自信心、悲觀厭世、多疑猜忌、恐懼、惱怒、情緒焦慮等^[3]。



2、巴金森氏症病情的發展 (Hoehn & Yahr stage)：

2-1. 第一期：

只發生在身體一邊，日常生活不受影響，通常只有單側邊的手或腳會規律性顫抖，動作變慢。

2-2. 第二期：

已影響身體兩邊，但平衡問題尚未出現，逐漸會出現在兩邊，身體微駝，已經開始小碎步出現。

2-3. 第三期：

症狀發生在兩側，且影響行走平衡，常常容易跌倒。且病人的日常生活已受到一些限制，或工作已有些無法勝任。

2-4. 第四期：

日常生活或者工作已經有明顯的限制，但病人的行動還不需要他人或器械的幫忙。

2-5. 第五期：

病人無法自行走動，需靠輪椅或躺在床上；日常生活也需要他人照顧。

2-6. 以病患的運動功能障礙分級，第一、二期為early stage早期，第二、三期為mid-stage中期，第四、五期為advanced stage晚期。

3、診斷和檢驗：

3-1. 巴金森氏病(PD)主要是靠臨床症狀、病史與治療反應來排除其他類似的疾病。如用L-dopa (左旋多巴)類藥物來觀察患者的反應。

3-2. 現在國內有些醫學中心都是用核能研究所自行開發的核研鎳照影劑[99mTc]TRODAT-1，它是一種新的藥物trodate 1再與Tc99M放射物混合標記後，由靜脈注射，再利用單光子電腦斷層攝影SPECT，即可估算出trodate 1被多巴胺神經吸收的量，藉由巴金森氏症病患吸收量減少即可作出診斷，是比較方便簡單又有效影像利器，可以檢測多巴胺轉運體在紋狀體的活性，因而反應出黑質腦細胞的存活狀況，具有臨床上診斷、鑑別以及監測神經保護藥物療效的潛力。

4、發病機轉：

4-1. 中腦的黑質緻密部(substantia nigra pars compacta, SNc)組織內的多巴胺細胞退化死亡，以及在黑質緻密部出現路易體

(Lewy body, LB) 正常黑質組織內約含五十萬個多巴胺神經細胞，剩二十萬時開始產生症狀。這些神經細胞含有黑色色素，故稱之為黑質組織。於胚胎第4至5週時中腦腹側的神經細胞才開始分化為多巴胺神經細胞，並伸出軸突向紋狀體生長，形成所謂黑質紋狀徑路，與紋狀體內的乙醯膽鹼(ACH)及 γ -氨基丁酸(GABA)神經細胞接合。其次黑質網狀部和藍斑核也有許多多巴胺細胞。這些多巴胺神經可分泌多巴胺，與ACH、GABA互相拮抗，專司控制運動的協調。這些神經退化超過50%時，便開始出現輕微症狀，包括肢體顫抖、僵直及動作緩慢。

4-2. 所以巴金森氏病(PD)不只中腦黑質部位萎縮，也包括基底核、藍斑核、紋狀體等萎縮。造成多巴胺下降一半以上，其它神經傳遞物質如乙醯膽鹼(ACH)、正腎上腺素(NE)、 γ -氨基丁酸(GABA)、谷氨酸(GLU)等等均下降，但乙醯膽鹼(ACH)、谷氨酸(GLU)相對多巴胺(DA)是升高的，尤其是乙

醯膽鹼(ACH)與多巴胺(DA)相對差異許多，所以才造成許多錐體外的症狀表現出來，形成所謂的巴金森氏病(PD)。

4-3. 文獻中在巴金森氏病(PD)患者屍檢也發現特定蛋白質 α -突觸核蛋白(α -synuclein)聚集。如阿茲海默病(AD)有Tau蛋白、 β 澱粉樣蛋白(β -amyloid peptide)聚集。或亨廷頓舞蹈病(HD)的三核苷酸(CAG)重複異常擴增一樣，幾乎所有的神經退化性病變都有蛋白質參與其中[4]。

5. 西醫治療：

巴金森氏病(Parkinson's disease, PD)的治療：藥物、外科深部腦刺激(DBS)、腦內幹細胞移植、物理治療和運動。

5.1. 藥物療法：

a. Levodopa-Carbidopa(左旋多巴-卡比多巴)：

Levodopa (左旋多巴)是最有效的巴金森氏症藥物，進入大腦轉化成為多巴胺。藥物如Sinemet(心寧美)或Modopar(美道普)。



- b. Catechol O-methyltransferase (COMT) inhibitors (兒茶酚胺甲基轉移酶COMT) 抑制劑：

通過阻斷分解左旋多巴的酶的作用，輕度延長左旋多巴治療時間。有entacapone(諾康停)、tolcapone是levodopa + carbidopa + entacapone的三合一製劑。

- c. 多巴胺釋放促進劑-抗病毒藥物：

Amantadine(金剛烷胺)(阿曼他錠)。

- d. Dopamine agonists 多巴胺受體激動劑：

可以讓左旋多巴作用持續的時間更長，及平滑它常有的開關作用。一是非麥角類(non-ergot)衍生物(如：pramipexole(普拉克索)(樂伯克)、ropinirole(羅匹尼羅)，其藥物安全性及療效較佳；另一為麥角類(ergot)衍生物(如：bromocriptine(瑞力錠)、pergolide(協良行錠)，其副作用大。

- e. MAO-B inhibitors、B型單胺氧化酶抑制劑：

抑制dopamine的腦內代謝，selegiline巴可癒、rasagiline。

- f. 抗乙醯膽鹼劑

(anticholinergics)：

最早治療PD的藥物，它會阻擾乙醯膽鹼的作用，維持紋狀體內乙醯膽鹼和多巴胺的平衡。Artane (安坦)、Biperiden(巴金寧)^[3, 5, 6]。

5. 2. 腦部深層刺激術(Deep Brain Stimulation, DBS)：

腦部深層刺激術是用立體定位手術在選定的部位植入感應電極，這電極電線再連接到脈搏產生器，可以植入胸部皮膚下。內含有電池和微電子網路，可以產生電流來刺激神經細胞以改善症狀。刺激的開關是由病人依病況需要，經由磁性控制器來操縱。依其刺激部位的不同，可分為為蒼白球刺激術(Pallidal stimulation)、視丘刺激術(Thalamic stimulation)、次視丘刺激術(Subthalamic stimulation)，臨床上兩側腦部各3對電極一次完成，缺點是費用昂貴，大概可以減少一半的藥物量^[4, 7]。

5.3. 腦內細胞移植(Brain Tissue Implants)：

胚胎腦移植(Fetal Tissue Transplantation)、培養幹細胞移植(Cell Culture Transplant)。胚胎腦移植在臨床上已經很成功，但仍有道德上爭議，故很少做。幹細胞移植為最常用，我們可以從周邊血液、或脂肪、或臍帶血、或胎盤中取出幹細胞來培養，然後植入大腦中，用移植的幹細胞分化成黑質細胞，取代患者失去的黑質細胞，重新長回黑質紋狀體路徑，並且分泌多巴胺改善錐體外路徑的運動障礙。目前國內神經外科泰斗林欣榮教授的做法是用周邊血液的幹細胞療法，打(人類基因重組顆粒球聚落刺激因子)G-CSF血中顆粒球濃度會增加十倍，五天後篩選出單核球，後再找出CD34⁺幹細胞，然後單點打入300萬CD34⁺幹細胞。臨床在移植後三個月，症狀會逐漸改善，約至一至二年左右，會達到最佳療效，這是目前西醫唯一可以停止巴金森氏病(PD)的進程，甚至有逆轉恢復至痊癒的效果，临床上若能配合中藥應該療效會更佳，細胞成長分化的速度會更快^[4, 11]。

5.4. 輔助治療：

如冥想(Meditation)與靜坐、瑜伽(Yoga)與氣功、快走、太極拳(Tai chi)等。在這些輔助治療在臨床當中以瑜珈、氣功、太極拳的效果最佳，尤其是太極拳在何宗融醫師、林欣榮醫師及林昭庚醫師研究證實^[8]，將患者分為「練習太極拳」、「快走運動」和「不做運動」三組，經過三年系統化的研究和分析，證實太極拳運動三年以上，可增加幹細胞CD34⁺數量三至五倍，快走運動則可增加一至二倍，這個成果已經發表在2014的國際期刊Cell Transplantation上。林欣榮醫師表示，常練太極拳因為手腳使力、呼吸調控、以意念導氣的作用，可以激化大腦神經細胞，促進血液循環，增加周邊造血功能，同時協調興奮和抑制作用，對於精神創傷與神經衰弱修復，療效效果亦佳。其實國外研究也證實太極拳運動可改善帕金森氏症。

治療思維

根據內政部人口統計，老年人口在2012年約有247萬，我國於1993年已邁入高齡化(ageing, 7%↑)社會；推估將於2018年進



入高齡 (aged, 14%↑) 社會，於2025年邁入成為超高齡 (super-aged, 20%↑) 社會。可以預期腦部神經退化疾病將年年增加，巴金森氏症也不例外。根據統計，台灣有超過3萬人以上罹患巴金森病。2011年健保資料庫顯示，八萬多人因巴金森病及相關症狀而接受治療。賈力耕醫師於1992年刊載中統計215位原發性的巴金森病人^[9]，男女比例為2.4比1，平均發病年齡56.8歲，發病期8.6歲，家族病例佔有2.8%，單側發病佔有70%，有顫抖症狀佔有76%，平均死亡年齡68歲，發病後的平均餘命約12年，與歐美發病後平均餘命15年略差，原因應該是社會福利的對老年人照顧，是否周詳有關係。巴金森症是國人常見的神經退化性疾病，約佔老年人口的1到2%，比中國1%略高，與西方國家相近。

巴金森氏病(PD)是一種運動神經障礙的疾病，由錐體外EPT路徑障礙所引起，是一種原發性慢性退行性的神經疾病，發病主要原因是因為中腦黑質細胞的萎縮、凋亡、退化，多巴胺分泌不足所引起，發病年齡多在50-70歲左右，隨著年齡增加而發病率升高的趨勢，年齡越高發病率越高，85歲以上

接近3成。男性的發病率略大於女性，以病程而言是進行性且不可逆的。且臨床上大約30%的患者會合併失智的症狀，稱為巴金森氏症失智症^[10,11] (Parkinson's Disease Dementia, PDD)。另外大約20~40%的患者會合併憂鬱症，換句話說，憂鬱症患者得到巴金森氏病(PD)的比例是比正常人高的，依據台北榮總研究團隊^[12]，從1996年到2009年健保資料庫中，追蹤4634名憂鬱症患者長達十年，結果發現憂鬱症患者中，有66人罹患巴金森氏症，比沒有精神疾病、但後來得到巴金森氏症的人，高出3.24倍。研究還發現，65歲以上的憂鬱症患者，得到巴金森氏症的風險，是年輕憂鬱症患者的10.39倍。

單一巴金森氏病(PD)，現行的西醫藥物治療，只能改善其症狀及生活品質，DBS也是如此，只是讓晚期患者，藥物已經無法控制時使用，可以讓藥物劑量減輕一半左右，主要還是改善其症狀與生活品質，並無法阻止其病程的進展。目前，現代醫學除了胚胎腦移植與幹細胞移植外，因為移植不論是胚胎腦或幹細胞，成功的話便能直接從根源增加黑質細胞，黑質細胞增加後分泌多巴胺量便增加了，中腦黑



質細胞到基底核4cm的多巴胺路徑便會漸漸恢復，EPT的路徑也會恢復正常。因此，增加分泌多巴胺的黑質細胞，是治療巴金森氏病(PD)的最重要的關鍵。對於巴金森氏病(PD)合併失智症或憂鬱症，以憂鬱症而言，最重要的神經傳遞物質是血清胺(serotonin, 5-HT)和多巴胺(Dopamine, DA)，多巴胺路徑另外一條由黑質細胞走向額葉、頂葉、顳葉及網狀系統等約10cm的情緒路徑，這條路徑與人是否快樂或憂鬱有關係，隨著幹細胞移植憂鬱症狀理論上應該也會改善。至於合併失智症用幹細胞移植是否能改善仍未有定數，但理論上應該可以，不過其移植幹細胞，應該不應限於治療巴金森氏病(PD)的區域，應該擴大到失智症的區域，如額葉的某些區域等等，這樣，理論上應該可以得到不同程度的改善，但不會像單純巴金森氏病(PD)的幹細胞移植效果那樣明顯了。

回到本文重點是中醫以育生補陽還五湯加方治療巴金森氏病(PD)成功病例的探討，在《素問·生氣通天論》篇^[13]中「陽氣者若天與日，失其所，則折壽而不彰，故天運當以日光明…」及《素問·上古天真論》篇^[13]中「岐伯曰：女

子六七，三陽脈衰於上，面皆焦，髮始白；七七，任脈虛，太衝脈衰少，天癸竭……丈夫五八，腎氣衰，髮墮齒槁；六八，陽氣衰竭於上，面焦，髮鬢頒白；七八，肝氣衰，筋不能動，天癸竭，精少，腎藏衰，形體皆極……帝曰：夫道者年皆百數，能有子乎。岐伯曰：夫道者能卻老而全形，身年雖壽，能生子也。」前面《生氣通天論》強調人身陽氣的重要性如天空與太陽，太陽的出沒造就了黑夜與白天，與太陽的距離造就一年的四季春夏秋冬，比喻陽氣在人身盛衰的四個階段-生老病死，陽氣衰人則病、人則衰老，陽氣亡人則死亡。在素問第一篇《上古天真論》中女子42歲便三陽氣衰於上，49歲任脈虛，太衝脈衰而天癸竭，當然也腎氣衰。而男子在40歲腎氣衰，48歲時陽氣衰於上，56歲時天癸竭。天癸仍人體生殖的內分泌系統，指的是從大腦皮質→下丘腦→腦下垂體→卵巢(睪丸)這個內分泌系統，這個機制在中醫認為與陽氣及腎氣有莫大關係，陽氣衰後數年腎氣也衰，進而腎氣絕。而後面提到道者卻能老而全形，表示陽氣不衰，而腎氣仍旺故能有子。臨床上亦是如此，未有陽氣旺、腎氣旺時患有巴



金森氏病(PD)，故國內平均發病年56.8歲，與內經所講的亦同。在清朝時另一醫家高鼓峰《醫宗己任編·顫振》也提出說：「大抵氣血俱虛，不能榮養筋骨，故為之振搖，而不能主持也。」強調氣血虧虛是顫證^[3](即巴金森的症狀)的重要原因，並創造大補氣血法治療顫證，指出：「須大補氣血，人參養榮湯或加味人參養榮湯主之。」清朝雖為異族統治，但對醫療仍相當重視，人參養榮湯乃十全大補湯的變方，去川芎加上陳皮、五味子、遠志。臨床上此方用於巴金森氏病(PD)治療也有相當的效果。

所以巴金森在中醫的治療，不外乎從氣血虛及陽虛，而痰瘀只是其病理的產物，當然也有可能變成主角但這不再我們此次討論的範圍。所以李政育醫師提出育生補陽還五湯加方以治療巴金森氏病(PD)，是以多年臨床經驗後，反覆思考所提出大補陽理論的實踐^[14]，大補陽大補人身的陽氣及氣血，讓機體受傷的修復、退化的活躍起來、萎縮慢慢再生回來^[14]；簡單來說就是去老返童的逆齡療法，假若巴金森的患者是56歲發病，58歲才來看診，我們就讓他的腦中多巴胺的系統，恢復55歲的

狀態，患者這時不但不顫抖、不僵硬、不遲緩、平衡佳，不論是肢體動作、思慮、情緒等等都會恢復到數年前未發病的狀態，甚至45歲的狀態是更理想。當然，患者巴金森氏病(PD)是否會再來仍是未知，畢竟是更老以後事情了。關於李醫師的「大補陽理論」理論，主要節錄於陳淑芬醫師的論文，「大補陽」主要針對西醫治療時所產生神經與肝腎功能、造血受抑制、免疫力低下的副作用，即中醫所說的陽虛證、氣虛兼陽虛證，與氣血兩虛兼陽虛、寒濕與寒瘀等，運用傳統補陽，或使用溫性、熱性的方劑、藥物，以喚醒病者被抑制的五臟六腑功能，提升經絡氣血中的正氣、陽氣，來產生良好的療效。其作用亦即糾正受干擾、紊亂的肝、腎、骨髓與神經內分泌、免疫、新陳代謝等等系統，恢復其正常的運作秩序，達到中醫「致中和」的功能，與「陰平陽秘」的理想狀態^[14,15]。「大補陽」與明代諸位補陽醫家均從補脾陽、補腎陽法來治療疾病，但主要差異有三：一是其補陽藥物大劑量的使用；二是其大補陽法運用時機為一般醫師所不敢嘗試。三是因為醫療環境、時代背景、醫政制度、營養條件、勞動方



式、起居保暖、公共衛生等不同，所採用溫補方法及治療病症均有所差異，特將李醫師之補陽法稱為「大補陽」。大補陽法主要是在辨證論治的前提下，一系列的、綜合性的補陽方法的應用，非使用補陽藥物就是大補陽。具體辦法是運用溫熱性藥物，發揮辛溫解表、辛溫大熱、溫補脾陽、溫補腎陽、補心陽、祛肝寒、去陳寒痼冷、去陳寒久積、解除抑制、解除干擾，並用以喚醒大腦，恢復人體各系統功能的運作等作用；大補陽法亦包括補陽與其他治療方法共同使用，例如針對寒瘀致病的觀念，當以大補陽法加活血化瘀法加大黃；另外補陽法合大黃、芒硝，即溫瀉法，在生命末期的診治，常能發揮現代醫學所驚歎的療效。李醫師在運用大補陽理論治療疾病的時機，除以中西結合思考外，常參照症狀與檢驗數據為依據，對於治療巴金森氏病(PD)的時機依據主要有三：一是陳舊性、反復性腦中風患者，不論是栓塞型、或出血型、或腦貧血缺氧型，只要打過類固醇、或二度以上之中風，皆屬陽虛證，均可使用大補陽法來啟動側枝循環，促進神經修補，增加神經保護作用，以利腦血管神經的修復。二是疾病依常規

治療無效時，加入大補陽藥物的使用，往往取得療效。三是神經損傷疾病之治療，欲促進神經的修補、增加神經保護、激發神經營養因素、啟動側枝循環等，均必須採大補陽法；同時也能萎縮的腺體，再度恢復分泌的功能。因此育生補陽還五湯加方，是大補陽的代表方之一，主要是大補陽、大補氣血、活血化瘀的功用，也是李醫師治療腦疾病應用最多的方劑，包括巴金森氏症、腦中風、失智症、腦創傷、腦感染、腦腫瘤化放療後遺、腦手術後的短暫或久遠的傷害，腦組織一旦有所損傷或壓迫，腦血管與腦脊髓液的循環，會受阻滯與循環不良，即為中醫所稱的「瘀血症」性腦血管神經細胞組織病變等等都適用之^[14, 15]。

回到文中這三個病例，主方都是以育生補陽還五湯加方為主，都是根據李醫師臨床所創立育生補陽還五湯加方。原方補陽還五湯是清朝王清任所創立，王清任根據清代的背景、醫療條件及衛生狀況，配合自己探討的生理解剖、臟腑、經絡及屍體等觀察後，所創立的許多血瘀方劑之一，此方主治^[2]半身不遂，口眼歪斜，語言蹇澀，口角流涎，大便乾燥，小便頻數，遺



尿不禁等。其實就是中醫所講的痿症，在文中提到「或曰：元氣歸併左右，病半身不遂，有歸併上下之症乎？余曰：元氣虧五成，下剩五成，週之源，因足陽明胃經濕熱，上蒸於肺，肺熱葉焦，皮毛憔悴，發為痿症，概用清涼攻下之方。餘論以清涼攻下之藥，治濕熱腿疼痺症則可，治痿症則不相宜。豈知痺症疼痛日久，能令腿癱，癱後仍然腿疼。痿症是忽然兩腿不動，始終無疼痛之苦。倘標本不清，虛實混淆，豈不遺禍後人。」這一段話可知痿痺是不同的，一虛一實，一為濕熱，一為氣虛，天南地北豈能混淆。再者痿症不只是氣虛引起，所謂肺熱葉焦其實偏向於胸腺肌無力的問題。而王清任醫師探討的氣虛痿症，大部分應是因中風梗塞造成的，其實就是腦梗塞或腦出血的後遺等問題所產生，只是當時對大腦及神經的了解不夠精細而已。臨床上，尤其是對運動障礙疾病或神經系統先天性、遺傳性及變性疾病或腦血管疾病後遺等等，如巴金森氏症(PD)、小腦萎縮症(SCA)或中風後遺症等等都有很好的療效。究其原因，無論是腦部微血管痙攣、或缺血、或缺氧、或缺糖、或曾經感染、或創傷過後、或腫瘤化放療

後、或毒素、或重金屬沉積、或基因等等各種病因。造成腦部單點、或局部、或數個位置、或全部實質性的腦細胞退化、腦組織的萎縮、凋亡或老化等等，引起神經傳導的問題，而產生的各種中樞神經的疾病，都可以應用育生補陽還五湯加方用之。從現代醫學來看，就是中風及中風後遺症治療，尤其是梗塞性的中風，出血性中風的慢性期一樣適用。所以王清任醫師立下此方方名為補陽還五湯，意義是還人身失去的五成陽氣，以治療腦問題後的半身不遂，或左右偏枯、或上下癱瘓、口眼歪斜、語言蹇澀、口角流涎等等症狀。以中醫來講，王清任醫師補足歷代對治療中風、中風後遺症、及許多腦部疾病產生運動障礙等治療效差的缺憾，是臨床上非常實用的方劑。

王清任醫師在書中指出：「元氣既虛，必不能達於血管，血管無氣，必停留而瘀。」因而提出氣虛和血瘀兩大治則，併依據血瘀在不同部位而立方，依次創立通竅、會厭、血府、膈下、少腹、通經、身痛等系列的逐瘀湯。但腦部疾病造成的痿症就是氣虛血瘀，用的是補陽還五湯，也可算是血瘀在腦罷！王清任醫師的補陽還五湯組



成，是黃耆四兩、歸尾二錢、赤芍一錢半、地龍一錢、川芎一錢、桃仁一錢、紅花一錢等七味藥組成。以黃耆為君，針對的半身不遂的痿症，此是中醫辨證中的氣虛血瘀之證，這時的氣虛是指嚴重氣虛，失去五成元氣或半身元氣的氣虛，所以重用黃耆為君，雖然王清任醫師在方後註解，也提到前醫用含涼藥過多時傷了陽氣，故加附子四、五錢，此時才是真正的陽虛，方中也提到若病人懼之，則黃耆從二兩開始加重，至微效時日服兩劑，黃耆已至八兩之重，大補其失去的五成元氣^[2]。至於血瘀，王清任醫師在此方劑量卻嫌不足，大都在一二錢之間。因此王醫師的補陽還五湯，補氣有餘、活血不足，李醫師將其方因應時代背景、環境及醫療條件不同的病患有所調整修正。王醫師身在清朝嘉慶、道光年間，約1768~1831，在1830年著成《醫林改錯》，距現在180幾年，當時人民平壽命不超過40歲，而台灣現在平均壽命約80歲，所以患者年齡層是有很大的差異，故黃耆長期使用時儘量不超過2兩，以避免補氣太過而造成血管性的問題。另外將其活血藥物藥物加減及劑量調整，去掉桃仁、紅花、地龍，加入丹

參、銀杏葉，活血藥的劑量都調為4錢，調整後的組成為北耆20錢、當歸4錢、赤芍4錢、川芎4錢、丹參4錢、銀杏葉4錢。明顯將活血藥物加強，以加強其活血化瘀、生新血，啟動側枝循環，放鬆其血管痙攣、代謝其神經與組織間的廢物，修護其受傷組織。而補氣藥黃耆減半以因應其患者較長的年紀。其次加方的部分，如加補陽藥物肉桂(或肉桂子)、乾薑、炮附子(或炮天雄)，以補人身上中下焦之陽氣，另加其苦寒藥物如黃芩、或黃連、或黃柏以監制其副作用。加天麻以增加其頭部的供血量，加山楂以開胃。加人參、川七以補氣活血，形成治療巴金森氏病(PD)的基礎方。當然臨床還會隨其兼症而加減，如水腫加蒼朮、茯苓、澤瀉，便秘加大黃，腹瀉加蒼朮，引藥通十二經絡加麻黃，促進神經修護加地龍或鹿茸等等^[14]。

我們從從現代生理及病理學角度看，巴金森氏病(PD)的大腦黑質緻密部的變化，可以發現神經細胞、樹突或軸突纖維，因為某種原因而產生病變後，造成鞘膜傷害，慢慢神經細胞本體、軸突及樹突都萎縮或老化，神經細胞逐漸的凋亡，最後造成細胞的空泡化，或被



吞噬或溶解，其餘留空間被神經膠細胞增生所佔據。歸納這些病理的因素，不外乎感染、發炎、創傷、壓迫、腫瘤、佔位、水腫、痙攣、缺血、缺氧、缺糖、萎縮、退化、基因、老化等等。回到中醫宏觀辨證加上現代醫學的微觀的血檢及影像。因此我們確立自己在治療巴金森的原則。如病理上已經是感染、發炎，當然是要清熱瀉火。看到創傷、壓迫、水腫、痙攣，用活血化瘀、消瘀散腫、淡滲利濕、緩急止痙。遇到腫瘤、佔位病變當然是清熱、活血、化痰、消腫、毒殺，讓腫瘤變小逐漸溶解、或凋亡、或鈣化，佔位病變就解決了。如果是大腦缺血、缺氧、缺糖的病變，就用打通血管、修復血管、增加供血、供氧、供糖的量。腦組織已經萎縮、退化、老化、或基因缺陷時，當然用補氣、補血、補陽、養陰配合大補陽來修復細胞或軸突，促進腦部神經幹細胞再生，補足其不足的腦細胞，這也是現代醫學用幹細胞移植的目的。因此，育生補陽還五湯加方中，補氣藥物能讓痙攣的血管放鬆，增加腦部患區供血量，讓多巴胺分泌量增加，作用更持久。活血化瘀的藥物能增加側枝循環，修護受傷血管及神經軸突、樹

突及突觸間，神經傳遞物質釋放更多及作用更持久，突觸間接收器數量增加，讓神經傳導恢復正常。大補陽藥物加強前述補氣、活血化瘀、生新血作用，猶如打氣的唧筒將氣強力的壓入，喚起腦神經的幹細胞再生，補足其失去的神經細胞，讓退化神經細胞強壯起來，讓萎縮的神經細胞復原，讓凋亡的神經細胞，藉由神經幹細胞的再生而重建回來。臨床上發現巴金森患者大多有排便的問題，尤其已經使用西藥治療後會更加嚴重，我們使用中藥中補陽藥物，亦會產生這個副作用。因此用大黃可以溶血通便、活血化瘀、通腑瀉熱、利膈降壓、消炎消腫。可以促進大小腸的蠕動，調整消化道腔內環境，排出宿便，更有降壓、抗炎、抗細菌、抗微生物、抗病毒的功效。更可以促進神經之的代謝及廢物排出，排除神經傳導的障礙、增進傳導的速率及神經之間的聯繫等等。防止宿便產生許多不好的廢物吸收後干擾大腦的運作，神經的傳遞，如精神亢奮、燥動異常、脾氣暴烈、睡眠障礙等等，所以巴金森氏病(PD)的患者最好能維持每天2-3次的大便。

育生補陽還五湯加方中，大補陽藥物如炮附子(炮天雄)、乾薑、



肉桂(肉桂子)、黃耆、人參、川七、鹿茸、天麻、麻黃、蒼朮等。補氣藥物如黃耆、人參、川七、蒼朮、茯苓。活血化癥生新血藥物如當歸、赤芍、川芎、丹參、銀杏葉、山楂、大黃等。利水藥物如蒼朮、茯苓、澤瀉等。引經藥物如天麻、麻黃等。清熱消炎藥物如黃芩、黃連、黃柏、大黃等，假使大補陽藥物附子、乾薑、肉桂等總量10錢，與苦寒監製藥物黃芩、或黃柏、或黃連劑量約3錢，成10：3的監制比例。通便活血化癥藥物如大黃等。這些藥物組合後更是多點、多途徑、多方向的作用，不是單點而是全面性的。

- **補陽及補氣藥物：**會增加神經釋放多巴胺的量，作用如同多巴胺的釋放促進劑Amantadine(金剛烷胺)。

- **補陽補氣活血及引經藥物的作用：**會增加通過腦血屏障的L-dopa(左旋多巴胺)的量，如同COMT inhibitors(兒茶酚胺甲基轉移酶抑制劑)的作用。也同時能增加左旋多巴胺的效果，作用如同MAO-B inhibitors(B型單胺氧化酶抑制劑)中的selegiline(巴可癒)、rasagiline(雷沙吉蘭)一樣^[3,5]。

- **活血化癥及補氣藥。**活血化癥、通便活血及清熱監制的藥物如大黃、黃芩、黃連、黃柏等，作用如同多巴胺受體激動劑pramipexole(普拉克索)、ropinirole(羅匹尼羅)，讓左旋多巴作用持續的時間更長，及平滑它常有的開關作用。

- **大補陽藥物：**增加腦中多巴胺的量，如同補充L-dopa(左旋多巴胺)進入大腦轉化成為多巴胺一樣，但無法如Sinemet(心寧美)或Modopar(馬道普)馬上提高這樣大的量，它除了配合補氣、活血化癥生新血，可以快速得增加有限度多巴胺的量，約略可以快速治療巴金森氏病(PD)前期或第一期症狀。最重要作用是如同幹細胞移植，啟動中腦黑質神經細胞的再生。當太極拳運動可增加幹細胞CD34⁺數量3~5倍，快走運動則可增加1~2倍，大補陽藥物配合補氣活血，應該接近幹細胞療法時，注射G-CSF使血液中CD34⁺濃度會增加5~10倍吧！啟動腦內的黑質神經幹細胞再生，但是其過程是需要比較漫長的時間，半年約略可以見到效果，真正好理想的階段至少要2年以上，甚至3~5年最理想。在病例



二的影像即證實這一點，該患者連小腦萎縮症(SCA)也都可以幾近痊癒，可見腦細胞再生是所有不足的地方都會，連小腦也不例外^[3, 5, 6]。

- **育生補陽還五湯**加方藥物治療途徑不止這些，它也能增加血清胺的量讓病人比較不憂鬱。也會增加NE、EPI、GABA等等許多神經傳遞物質，及其他系統ACH(乙醯膽鹼)的量及傳導，讓其肢體更靈活，記憶力更佳。但這些神經傳遞物質的增加是大腦自行調整的，讓不足的增加，讓太亢奮的受到抑制，這就是中醫的陰陽平衡、陰平陽秘而致中和。同時也會讓心血管系統阻塞的部分恢復通暢，全身的血管微循環更通暢。

因此巴金森氏病的治療原則，首先診斷是什麼原因誘發巴金森氏病？一定要先除去誘發的病因，如流行性感冒後，開始巴金森氏病的症狀或症狀變嚴重，那一定是病毒所影響，所以一定要優先處理感冒病毒在體內的問題，這就是中醫所講的有表症當先解表，而後處理裡証。又如受傷後腦震盪造成巴金森氏病症狀變嚴重時，一定要優

先解除腦震盪造成腦內的寒瘀或瘀熱的問題，解除疊加的病因，巴金森氏病才會好得快。後再用促進腦循環及腦細胞再生的藥。巴金森氏病的西醫藥物治療，只能改善症狀並不能改善疾病進程，多巴胺藥物亦同，臨床上又容易引起藥物性巴金森氏症^[16]。且人體從外補充越多，體內越不製造，這是大腦神經傳導物質、內分泌與人體各種激素間的平衡問題，如類固醇就是最好的例子。以巴金森氏症治療例子來說，西藥用得愈久，治療的時間相對就要愈久，因為患者不但巴金森氏病(PD)越重，也表示黑質細胞剩下越來越少，此時中藥要花許多時間，去解除西藥的壓制及副作用，又要恢復大腦神經正常傳導、代謝、分泌神經傳導物質的功能，最終的目的要黑質神經幹細胞再生，增加分泌多巴胺的細胞數量，及分泌多巴胺的量，也使各種相關的神經傳遞物質也能增加，之後更進一步促進大腦的各種細胞修復、再生、誘導分化成缺少的各種神經細胞，使大腦萎縮退化部分能恢復正常，使巴金森氏症患者疾病進程停止且逆轉回推，恢復到未生病之前的狀態，逆齡恢復生機、大腦恢復正常功能^[16]。

【病例探討】

病例一：李先生

患者61歲時確診巴金森氏病，西醫治療2年後再尋求中醫治療，先中西結合治療，之後約一個月將治療巴金森氏病的西藥除Madopar(馬道普)外都戒停，而Madopar(馬道普)配合到逐漸戒停約花了1年的時間，之後再花1年時間吃藥。2年期間服藥幾乎無間斷，連過年也不列外，每次都配合針上灸的溫針法，方中育生丸是微量的蔓陀蘿花製成方丸劑，功用是增加腦部供血量及啟動側支循環，預防中風改善睡眠品質，緩解肌肉血管的痙攣與緊張，改善緊張憂鬱等精神官能症狀。

治療2年都是以育生補陽還五湯加方為主，隨著症狀調整其劑量，從療程中治療巴金森藥物，除多巴胺類藥物外皆可迅速戒減，但多巴胺類藥物就無法一次戒減，必須慢慢戒減，每一次減量比需先維持一段時間穩定後才能再次戒減，迅速戒減只會讓患者完全癱瘓在那裏，甚至患者死亡，所以可以知道戒減多巴胺藥物治療過程中最困難的，只能慢慢遞減，不能一次全部戒停，每次遞減Madopar(馬道普)

的劑量時，患者巴金森氏病的症狀就又變嚴重，又好像回到之前的狀態，所以服藥接近一年才停到全部的Madopar(馬道普)，又吃了接近一年的中藥才幾進痊癒。

之後患者從2天吃一帖中藥到3天吃一帖中藥，然後一周吃一帖後，約半年中藥也停了，患者的非常有耐心，不但治療巴金森氏病，其心臟血血管也恢復正常，血糖稍偏高問題也解決，所以患者相當滿意治療的結果。

推斷其腦內的黑質細胞，及分泌多巴胺量，和其它的神經傳導物質應該都歸於正常，至於會否恢復到二十五萬或三十萬個黑質細胞就不得而知。至此，一般患者大部分已經不願意到醫院再做詳細檢查，如果能過再利用單光子電腦斷層攝影SPECT，用trodate來計算多巴胺神經的吸收量，算出多巴胺轉運體在紋狀體的活性，進而估算黑質細胞的總量，這樣是最理想的驗證了。

病例二：林女士

2-1. 患者在50歲，在中山醫大附設醫院做MRI，發現基底核有白點，還有左小腦有萎縮現象。診斷為巴金森氏病(PD)、左小



腦萎縮，無服L-dopa類藥物，應該是小腦萎縮症狀較明顯，服L-dopa改善不多所以沒有服用。患者育生補陽還五湯加方吃了2年，基底核上的白點檢查時已經消失不見，可見神經細胞再生已經長回來，吃了約2年2個月才換方劑，一直吃到2年6個月才停藥，所有症狀幾乎都消失，其實以患者有小腦萎縮症，最好能再繼續吃半年以上。

2-2. 此患者未服用L-dopa(左旋多巴胺)藥物，仍然需要這麼久的時間，主要是因為小腦萎縮症(SCA)的關係，小腦萎縮症(SCA)的範圍及影響的神經細胞數，遠遠超過巴金森氏症的黑質細胞萎縮，所以治療時間需要比較久的原因。

病例三：郝先生

3-1. 郝先生是音樂家，67歲時榮總確診巴金森氏症，它是很標準的巴金森氏病(PD)患者，除了靜止性的震顫不明顯外，動作遲緩、僵硬、臉上幾乎無笑容，有如面具一般，因為臉上肌肉僵硬，身體平衡差，寫字越寫越寫小，走路時第一步啟動邁不出去，步態呈小

碎步狀態。不想吃西藥，到處找中醫治療，在台北市立中醫院治療，吃中藥近2年，但狀況越來越差，他最大的困擾是他雙手彈鋼琴卻越來越差越沒感覺，造成他作詞作曲上的困擾，寫字和彈琴都覺不順手，他在確診之前，症狀出來已經超過2年，吃中藥卻進步不大，可見中醫治療若不能藥證相合的話療效就不明顯。

3-2. 前面病例一、二，吃的都是飲片水藥，而此病例吃的是濃縮藥粉，另外川七、人參是生粉，效果依舊很明顯。且藥粉劑量是正常的2倍，所以患者改善仍很明顯。追究其原因是患者的症狀仍在第一期左右，且尚未服任何西藥，沒有其它的慢性疾病，患者平時也有運度的習慣，所以對中藥的反應相當明顯，這應該是初步使多巴胺的分泌量增加，多巴胺的受器接受時更順利更迅速平滑。所以患者的症狀改善很快。其次是患者腿部有水腫，若不加淡滲利濕藥物，其巴金森氏病(PD)的症狀改善應該不明顯，因為腿部水腫表示腦細胞間期滲透壓、廢物的代謝、營養的吸收、神經傳遞物質的

傳導，必然會受到影響，所以重用利水藥物茯苓、澤瀉、黃柏等；及大補陽藥物、肉桂、附子、乾薑等來強心利水；更加大黃來將水分從大便排出。後續再治療只有等待患者從美國歸來。

【結論】

巴金森氏病困擾一般的中老年人，也包括許多名人，如已故音樂大師李泰祥、中研院的故副院長張光直，十幾億中國人的已故領導人鄧小平、還有在奮鬥中的主演「回到未來」的美國影星麥可·J·福克斯，及世界拳王穆罕默德·阿里…等等都是，可見這是不分中外、種族、貧賤、區域的疾病。其實巴金森氏病(PD)簡單來說，就是大腦局部的退化，中腦黑質緻密區的多巴胺細胞退化凋亡引起的疾病，相對於小腦萎縮症(SCA)表現是在整個小腦，阿茲海默症(AD)表現在整個大腦的退化上，尤其是額葉、頂葉的皮質。所以巴金森氏病(PD)相對影響比較小、比較局部，用育生補陽還五湯加方治療上相對也比較容易。

本研究三個病例及臨床上的經驗來看，越早治療效果越顯著，越

沒有L-dopa(左旋多巴胺)類藥物的介入，中醫的療效越佳；L-dopa類藥物劑量愈小，越容易治療，究其原因，是此時患者巴金森氏病的病程都在早期或中期，也就是第一到第三期之間。若在一二期之間表示黑質細胞仍存在有一定的數量，服藥進步比較快，療程也較短，但最好能至少維持一年以上的治療。若是L-dopa類藥物依賴愈大、劑量越大，都已進入晚期，也就是巴金森氏病(PD)第四或五期，治療效果比較差，需要治療時間比較久。臨床上，巴金森氏病已接受西醫藥物治療，中醫藥要介入，剛開始必須中西藥物並用，再經歷減量並到停用除L-dopa類藥物外藥物，如COMT抑制劑、多巴胺釋放促進劑、多巴胺受體激動劑、MAO-B抑制劑、抗乙酰膽鹼劑等等。大補陽及補氣活血化瘀的中藥能很快的替代。最後是遞減L-dopa類藥物，建議在服用育生補陽還五湯加方半年後，開始慢慢遞減是比較好，每隔至少三個月以上的服藥才遞減一次，這樣的遞減時間通常要一到三年，遞減結束後大約可回到患者初發作時的階段，然後至少在持續服用中藥一年以上，這與胚胎腦移植，或幹細胞移植有異曲同工之妙，只是用誘導神經細胞再生或修復，與移植後神



經細胞再生的功能相同吧？最後再將中藥慢慢遞減劑量，或改成調養的保健模式服用。若是中醫藥尚未介入，而巴金森氏病的患者裝DBS、或做胚胎腦移植、或幹細胞移植後，中醫藥同樣可以介入，讓裝有DBS的患者藥物依賴更輕，甚至遞減至最輕的劑量。若巴金森患者做胚胎腦移植，或幹細胞移植後一樣可以中醫藥介入^[17]，中藥能消除移植的介面排斥，幫助移植的幹細胞快速成長，可以讓化學藥物依賴減到最小，甚至可以不用藥物。

本文在臨床上發現，所有的神經退化疾病包括巴金森氏病，越早期治療效果越顯著，以中醫的觀點看巴金森氏病，並不是一種持續、進行性病程，中醫藥介入是可以截斷病程的進展，逆轉病程回到正常，並不是只有改善症狀而已，就如同胚胎腦移植、或幹細胞移植一樣，但中醫藥效果應該更好，因為它改變的不只巴金森的症狀，連其他包括大腦退化、或心血管疾病等等都會改善，如病例一、恢復狀況，因為中藥作用是全面性、多系統性、多途徑的全方位治療。所以這整個治療過程，其實這就是逆齡的療法，去老還童的治療法。在《醫方集解》中有一案例其方劑名

「打老兒丸」，古有一婦人年過百歲，卻狀如年輕女子、身輕如燕、容貌體態姣好，拿棍追打其老態龍鍾、虛髮皆白，不肯服此丸老兒子^[18]。所以中醫界同仁不必為自己在健保大餅佔不到4%而懷憂喪志，相反更應該積極參與危急重症的治療，拿出實際療效成果來說服醫界，並維護國人的健康。

【參考文獻】

1. 李政育著，古丹譯，中醫腦神經治療學，啟業書局，2001年:19-20, 47-48, 62-63。
2. 清·王清任，醫林改錯，天津科學技術出版社，1999年:1-37。
3. 孫怡、陽任民、韓景獻主編，實用中西醫結合神經病學第2版，人民衛生出版社，2011年: P707-736, 794-816, 854-877。
4. 林欣榮，腦組織移植治療巴金森氏症，台灣醫學，1卷3期，1997年: 333-338。
5. Kurt J. Isselbacher、Eugene Braunwald、Jean D. Wilson、Joseph B. martin、Anthony S. Fauci、Dennis L. Kasper合著，蘇純潤譯，哈里訊內科學手冊第十三版，合紀圖書出版社，2001年:736-741。



6. 廖清瑩，李鴻欽，巴金森氏病(PD)的藥物治療，藥學雜誌電子報，97期，2009年。
7. 徐偉成、李超群、林欣榮，巴金森氏症之全面觀，慈濟護理雜誌，第1卷第3期，2002年:8-16。
8. Tsung-Jung Ho、Li-Ing Ho、Kuo-Wei Hsueh、Tzu-Min Chan、Shih-Li Huang、Jaung-Geng Lin、Wen-Miin Liang、Wei-Hung Hsu、Horng-Jyh Harn、and Shinn-Zong LinTai，Chi Intervention Increases Progenitor CD34⁺ Cells in Young Adults，Cell Transplantation，Vol.23，2014:613-620。
9. Chia LG, Liu LH. Parkinson's disease in Taiwan: an analysis of 215 patients. Neuroepidemiology 1992; 11: 113-120。
10. 黃楚雲、黃錦章，巴金森失智症與路易氏體失智症，應用心理研究，第55期，2012秋: 59-98。
11. 何應瑞、巫錫霖、王文甫、黃耀庭、鄭鈞文，麩胺酸神經系統與神經免疫功能在巴金森氏症失智的可能角色，台灣醫學，第13卷第1期，2009年: 100-105。
12. Cheng-Che Shen, MD、Shih-Jen Tsai, MD、Chin-Lin Perng, MD、Benjamin Ing-Tiau Kuo, MD, PhD and Albert C. Yang, MD, PhD、Risk of Parkinson disease after depression, American Academy of Neurology, October 22, 2013, vol. 81 no. 17, 1538-1544。
13. 岐伯著，王冰撰，素問，文光圖書有限公司，1994年:1-7, 13-23。
14. 陳淑芬，臺灣醫家李政育學術思想及臨床診療經驗整理研究，2005年廣州中醫藥大學碩士論文: 9-21。
15. 陳璟徽，臺灣醫家李政育大補陽法之臨床經驗總結，2011年遼寧中醫藥大學碩士論文:1-41。
16. Cheng Wei-De, Parkinson's disease of TCM Western medicine treatment study, JCMAS, Dec, 2014, Vol. 2; No. 1; 65-91。
17. 李政育，胚胎腦移植治療超重度帕金森氏症病患後的中醫輔助臨床病例報告，第四次全國中西醫結合神經系統疾病學術研討會論文集，2002年:160-161。
18. 清·汪昂，醫方集解，1997年: 24-225。



Discussion YuSheng BuyanghuanwuTang add-on for the treatment of Parkinson's patients to study its efficacy

Wei-De Cheng¹ Che-Hao Wu² Yan-Chih Liao³ Chen-Yu Lee²

1. Cheng Wei-De Chinese Medical Clinic

2. YuSheng Chinese Medical Clinic

3. National Defense Medicine Center, Tri-Service General Hospital Department of Nuclear Medicine.

Abstract

Parkinson's disease (PD) put in simple terms is a type of localized cerebral degeneration in which the dopaminergic cells of the substantia nigra pars compacta (SNc) at the base of the forebrain breakdown and die resulting in disease. This differs from spinocerebellar ataxia (SCA), which involves the entire cerebellum and Alzheimer's disease (AD), which involves degeneration of the entire cerebrum and especially the frontal parietal cortex. In PD, only a relatively small, localized area of the cerebrum is affected thus making the administration of (Yu Sheng) Bu Yang Huan Wu Tang variant a promising treatment approach with proven efficacy.

Based on clinical experience and results of three case studies included in this paper, it is clear that the two main factors influencing efficacy of traditional Chinese medicine (TCM) treatment for PD patients are the earlier the administration the better and the absence of L-dopa drug administration. The smaller the dose of L-dopa the easier it is to treat this condition; the likely reason for this being that these PD patients are still in the early to intermediate stages of disease (Stage 1 to Stage 3). When the disease is in Stage 1 and Stage 2 this indicates the dopaminergic cells SNc are still present in significant amounts, thus the TCM treatment duration





will be relatively shorter and efficacy will appear relatively faster. However, once relief of symptoms and efficacy has been achieved the patient should continue being administered TCM treatment for at least 1 year. When PD patients become more dependent upon L-dopa drugs (frequency and dose) this indicates they have entered the advanced stages of disease (Stage 4 and Stage 5), thus making treatment less effective and the duration much longer. In the clinical setting, patients who have already been administered Western medicine drugs and then begin TCM treatment must continue taking the Western medicine drugs at first and then gradually reduce and then discontinue administration. This is true for all Western medicine drugs (e.g., COMT inhibitors, dopamine agonists, dopamine receptor agonists, MAO-B inhibitors, and anticholinergics) except for L-dopa. TCM great yang-supplementing and blood-quickenening and stasis transforming medicinals can quickly supplant the need for these Western drugs. Later on in the treatment regimen L-dopa can also be gradually reduced. Six months of (Yu Sheng) Bu Yang Huan Wu Tang variant administration is recommended prior to beginning the reduction of L-dopa with a dose reduction occurring at least 1 time every 3 months. A duration of 1 to 3 years is usually required for complete discontinuation of L-dopa. At that time, the patient's condition will have recovered to the point of when the disease first presented at the early stage, requiring a minimum of 1 more year of TCM medicinal administration. The result of TCM treatment offers the same effects as fetal brain tissue transplantation and neural stem cell transplantation, but instead simply promotes the natural regeneration and repair function of neural tissues. Eventually, the administration of the TCM medicinal regimen can be gradually reduced or the amount and composition can be adjusted to regulate the constitution and ensure optimal sustained efficacy.

For the clinical presentation of all types of neurodegenerative diseases, including PD, the earlier treatment is initiated the greater the efficacy.



TCM does not view PD as a persistently progressive condition. The administration of TCM treatment will halt further deterioration of the condition and initiate a reversal setting the patient back on the path to normal. TCM treatment not only improves symptoms, but also functions like fetal brain tissue transplantation and neural stem cell transplantation. In fact, TCM treatment offers even better overall efficacy since it also functions to deter cerebral deterioration and cardiovascular disease. Case study 1 provides evidence of TCM's efficacy in improving symptoms, stabilizing the condition, and remedying the disease with a comprehensive, multisystem, and holistic treatment approach.

Key Words:

traditional Chinese medicine (TCM) treatment of Parkinson's disease (PD), Parkinson's disease (PD), (Yu Sheng) Bu Yang Huan Wu Tang.

Authors : Cheng Wei-De

Address : 1F., No.117, Shijian Rd., Banqiao, Dist., New Taipei City, Taiwan (ROC)

Tel : 886-2-2959-8113

E-Mail : chengweide@kimo.com

Received : 2015.09.07; Published : 2015.12.27

神經纖維肌痛症的中西醫診療法探討與中醫病例研究

羅晉專¹ 廖炎智² 李政育³

1. 羅晉專中醫診所

2. 國防醫學院三軍總醫院核醫部

3. 育生中醫診所

摘要

神經纖維肌痛症(fibromyalgia syndrome or FMS)是臨床上偶見的症狀。患者常抱怨這邊痛或那邊痛，而且痛的發生不定，有時天冷加重，有時天熱也加重，心情鬱悶時加重，睡眠不好時加重，女性生理期來時也加重。所以被誤認為是心理症狀，並不是真正的疼痛。

血液或影像檢查都沒問題。這種虛幻的疼痛，有人解釋成神經痛，認為是一種神經發炎的症狀；也有人解釋成大腦的錯誤訊息，與癲癇或是三叉神經痛一樣。這樣的解釋都有部分道理，藥物治療也都有部分的效果，但都沒有確切而穩定的療效，需要持續的服藥才能減緩。中醫治療包括針灸與中藥。本研究發現針灸能減輕症狀，減緩僵硬及痛苦，並有內在調節的效果，提升生活品質，達到全方位的治療。

關鍵詞：神經纖維肌痛症、針灸、中藥、幻痛。

通訊作者：羅晉專

連絡地址：新北市鶯歌區國慶街四十號

Tel：02-26703960

E-Mail：drlo0507@gmail.com

2015年08月12日受理；2015年12月27日刊載



前言：

神經纖維肌痛症(fibromyalgia syndrome or FMS)是臨床上常見的症狀。患者常抱怨這邊痛或那邊痛，痛的發生時機不定時，有時天冷加重，有時天熱也加重，心情鬱悶時加重，睡眠不好時加重，女性生理期來時也會加重。常被誤為是心理症狀。

血液或影像學檢查都查不出原因，這種虛幻的疼痛(幻痛)，有人解釋成神經痛，認為是一種神經發炎的症狀；有人解釋成大腦的錯誤訊息，與癲癇或三叉神經痛一樣。這樣的解釋都有其道理，藥物治療也都有部分的效果，卻都沒有確切而穩定的療效，需要持續的服藥才能減緩^[1]。此疾，中醫即可用針灸與中藥治療。

西醫的定義與治療

一、甚麼是神經纖維肌痛症(fibromyalgia)：

它是一種瀰漫散佈性的疼痛，造成關節或肌肉的緊繃及敏感(對觸碰很敏感)，全身遊走，併有倦怠和睡眠障礙。

在美國大約有2%~4%的人受到它的影響，大部分是女性。醫生的診斷除了疼痛的點以外，也會針對患者的感受加以判斷。沒有特別的檢查可以具體確診神經纖維肌痛症，但有時也需其他的理學檢查或影像將其它可能因素排除。藥物(西藥)沒有辦法完全治癒，但可以緩解症狀。如果患者睡眠足夠，或者適當的健康管理：比如運動，患者也會感覺舒服一點^[1]。

二、神經纖維肌痛症的成因：

具體成因並不清楚，不同的患者，原因可能不一樣。患者可能有家族性的傾向，也許和基因有關，會和其它不適的症狀同時發生，單單只是基因，並不會造成神經纖維肌痛症。有一些觸發因素會啟動神經纖維肌痛症，也許是脊椎問題、關節炎、受傷、或者生理壓力、感染、情緒壓力都有可能引發。這種痛其實是身體對脊椎或腦的訊息傳遞改變的結果，導致腦部的化學傳遞物質或胜肽濃度改變，就好像是腦部處理疼痛的中樞將疼痛的“音量”，調得太多太敏感的結果。

三、哪些人容易患有神經纖維肌痛症：

女性居多，男性也有，多發於中年時，青春期或老年時期也可能發作。兒童也可能有瀰漫性的疼痛及倦怠。患有風濕免疫性疾病者：如退化性關節炎、類風濕性關節炎、紅斑性狼瘡、僵直性脊椎炎的患者，是罹患神經纖維肌痛症的高危險群。

四、神經纖維肌痛症(fibromyalgia)的定義：

根據 American College of Rheumatology (ACR) 2010 的定義『2010 ACR Criteria^[1]：』

- 瀰漫性的疼痛部位超過七點WPI (widespread pain index) score $\geq 7(0-19)$

19個具體的位置：

肩膀(左 右)，上臂(左 右)，下臂(左 右)，下顎(左 右)，頸子，屁股 臀部大轉子(左 右)，大腿(左 右)，小腿(左 右)，上背(左 右)，下背(左 右)，胸部，腹部，加起來疼痛部位超過或等於七個

- 症狀嚴重程度超過或等於5分

(symptom severity (SS) scale score ≥ 5)

1. 疼痛症狀超過一週且附加有：

倦怠(Fatigue)、走路沒精神(Waking unrefreshed)、認知(包含記憶力或思考力)障礙(Cognitive [memory or thought] problems)。(0~3分)。

評分標準：

- 0 無症狀(no symptoms)、
- 1 少許症狀(few symptoms)、
- 2 一些症狀(a moderate number of symptoms)
- 3 許多症狀(a great number of symptoms)。

2. 症狀持續浮現超過三個月

(Symptoms have been present at a similar level for at least 3 months.)。

3. 患者本身沒有其他的健康因素，可以解釋這些疼痛發作的理由(The patient does not have a disorder that would otherwise explain the pain.)

- 或者SSS (symptom severity (SS) scale score) ≥ 9 分，再加上WPI (widespread pain index): 3~6分 也可以符合條件。

- 患者除僵硬與疼痛外可能還併有

以下一些症狀：

如沮喪、焦慮、偏頭痛、或僵硬性頭痛、消化系統症狀如腸躁症(IBS)、胃食道逆流(GERD)、膀胱過動症、骨盆腔痛、顳顎關節不正常(疼痛)。

神經纖維肌痛症會時發時止。壓力會使症狀加劇。^[1]

五、治療藥物與方法

神經纖維肌痛症用西藥無法治癒，只可改善症狀，有時非藥物的治療，效果反更理想。

藥物治療分類

1. 美國藥物食品管理局(FDA)已經核准三個藥品，用來治療神經纖維肌痛症：第一類藥物是利用改變腦中化學物質(serotonin、norepinephrine)的濃度來控制疼痛，這兩個藥是duloxetine(Cymbalta)、milnacipran(Savella)。有一些問世較久的藥，同樣影響腦中相同的化學物質，也用來治療神經纖維肌痛症。包括：amitriptyline(Elavil)、cyclo-benzaprine(Flexeril)、venlafaxine(Effexor)。藥物各有不同

的副作用。另一類被核准的藥是pregabalin(Lyrica)。pregabalin(Lyrica)和gabapentin(Neurontin)，因能阻斷疼痛訊息傳遞過度活躍的神經傳導而產生療效。這類藥物會導致眩暈、嗜睡，腫脹感或體重增加。

2. Tramadol(Ultram)能治療神經纖維肌痛症的疼痛。這種鴉片類止痛劑不常為醫生建議使用，除藥物依賴性外，可導致疼痛更敏感，或使疼痛感持續存在。
3. 某些病例顯示，市面上的非類固醇藥物(nonsteroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDs])：Acetaminophen(Tylenol)或ibuprofen(Advil, Motrin)、naproxen(Aleve, Anaprox)也有治療效果，且對其他疼痛有效，比如說關節炎。
4. 對於睡眠障礙，某些治療疼痛的藥也能幫助睡眠。比如說肌肉鬆弛劑：cyclobenzaprine(Flexeril), amitriptyline(Elavil), gabapentin(Neurontin) or pregabalin(Lyrica)。對FMS的患者儘量少服用安眠藥如：zolpidem(Ambien, Stilnox)或benzo-

diazepine medications. 苯二氮平類藥物^[1]。

六、非藥物治療：

藥物治療外，緩和的肢體運動，如太極拳、瑜珈，也可減輕神經纖維肌痛症。認知行為的治療，能幫助患者重新定義不舒適的感覺。係藉由學習減輕症狀的技巧，改變對疼痛的反應。針灸、整脊或按摩，也能有效減緩神經纖維肌痛症的症狀。^[1]

七、綜合小結：

神經纖維肌痛症是一種瀰漫性的疼痛症狀，除疼痛外，還有倦怠、走路無力、睡眠障礙、認知障礙如記憶及思考力降低、緊張、焦慮、偏頭痛、膀胱過動、腸胃激躁等症狀。

中醫的辨證論治

從疼痛及複合症狀來定義：

中醫對疼痛的分類從症狀分有：行痹、痛痹、著痹。行痹其痛流走，多因風；痛痹其痛苦甚，多因寒；著痹其痛重著，多因濕。

但本症狀不只是單純的痛，常併有眩暈、頭痛、精神不濟、手足無力、噁心、腹脹、記憶力減退、注意力不集中、咽中有痰梗感，…等症狀。有時天氣變化時加重、氣壓變化時加重、颱風來前後尤甚。女性在月經期來前中後也會加重，有時也被歸納在經前症候群中。明朝龔廷賢著「萬病回春」的頭痛、臂痛、脅痛、背痛、腰痛篇，可作治療依據^[2]。

一、頭痛篇：

脈象：頭痛陽弦；浮風緊寒；熱必洪數，濕細而堅；氣虛頭痛，雖弦帶數；厥則滑；腎厥堅實。

頭者，諸陽之首也。其痛有各經之不同，因而治法亦有異也。氣虛頭痛者，耳鳴、九竅不利也。濕熱頭痛者，頭重如石，屬濕也。風寒頭痛者，身重惡寒，寒邪從外入，宜汗之也。偏頭痛者，手少陽、陽明經受症。

左半邊屬火、屬風、屬血虛；右半邊屬痰、屬熱也。真頭痛者，腦盡而疼。手足冷至節者，不治也。少陽頭痛者，往來寒熱也；陽明頭痛者，自汗發熱惡寒也；太陽頭痛者，有痰重或腹痛，為之痰癖



也；少陰經痛者，三陰三陽經不流行而足寒，氣逆爲寒也；厥陰頭痛者，或痰多厥冷也；血虛頭痛者，夜作苦者是也。眉輪骨痛，痰火之徵也；又云風熱與痰也。有汗虛羞明眉眶痛者，亦痰火之徵也。

肥人頭痛者，多是氣虛濕痰也。可用二陳湯，根據本方加人參、白朮、川芎、白芷、細辛、羌活、桔梗、荊芥。

瘦人頭痛者，多是血虛痰火也。可用二陳湯，根據本方加生地黃、當歸、片苓、川芎、細辛、羌活、桔梗。

遇風寒惡心嘔吐者，乃頭風也。可用二陳湯。

頭痛偏左者，屬風與血虛也。

當歸補血湯—治血虛與風頭痛。

當歸、川芎、白芍藥、生地黃、枯芩（酒炒）、香附（酒炒。各一錢）、防風、蔓荊子、柴胡（各五分）、荊芥、藁本（各四分）。

上銚一劑，水煎服。

加味四物湯—治血虛陰火衝上頭痛。

當歸、川芎、生地黃、黃柏（酒炒）、知母（酒炒）、蔓荊子、黃芩（酒炒）、黃連（酒炒）、梔

子（炒。各等分）

上銚一劑，水煎服。

頭痛偏右者，屬痰與氣虛也。

黃耆益氣湯—治氣虛頭痛。

黃耆（一錢，蜜炒）、人參、白朮、陳皮、半夏（薑汁炒）、當歸（酒炒）、川芎、藁本、甘草（炙。各五分）、升麻、黃柏（酒炒）、細辛（各三分）

上銚一劑，薑三片，水煎服。

頭痛左右俱疼者，氣血兩虛也。

調中益氣湯—治氣血兩虛頭痛。

黃耆、人參、甘草（炙）、蒼朮（米泔浸炒）、川芎（各六分）、升麻、柴胡、陳皮、黃柏（酒炒）、蔓荊子（各三分）、當歸（六分）、細辛（二分）。

上銚一劑，水煎服。

頭旋眼黑惡心者，痰厥頭痛也。

半夏白朮天麻湯—治痰厥頭痛、眼黑頭旋、惡心煩悶、氣短促、上喘無力語言、心神顛倒、目不敢開，如在風雲之中，頭苦痛如裂、身重如山、四肢厥冷、不得安卧，此乃胃氣虛損，停痰而致也。

半夏（薑汁制）、陳皮（去白）、麥芽（各七分半）、白茯苓

（去皮）、黃耆（蜜水炒）、人參、澤瀉、蒼朮（米泔浸）、天麻（各三分半）、神曲（五分，炒）、黃柏（酒炒）、乾薑（炒。各二分）

上銼一劑，生薑三片，水煎，食前熱服。

偏正頭痛者，風氣上攻也。

川芎茶調散一治諸風上攻，頭目昏沉、偏正頭痛、鼻塞聲重、傷風壯熱、肢體酸疼、肌肉蠕動、膈熱痰盛、婦人血氣攻症、太陽穴痛，俱是外感風氣，并效。

川芎、荊芥穗（各二兩）、薄荷、香附（各四兩）、羌活、白芷、甘草（炙。各一兩）、防風（七錢半）

上爲細末，每服二錢，食後茶清調下，薑、蔥煎湯亦可。一方加菊花一兩、細辛五錢、僵蠶、蟬蛻各二錢半，名菊花茶調散。

熱厥頭痛者，見寒暫止也。

清上瀉火湯一治熱厥頭痛，雖冬天嚴寒，猶喜風寒，其痛暫止。來暖處或見煙火，則痛復作。

當歸、蔓荊子、蒼朮（米泔浸）、羌活、柴胡（各二錢）、川芎、生地黃、黃連（酒炒）、荊芥穗、藁本（各五錢）、防風、升麻、細辛、黃耆、黃柏（酒炒）、

知母（酒炒）、紅花、黃芩、炙甘草（各一錢）、生甘草（五錢）。

上銼，每劑一兩二錢，水煎，食遠稍熱服。

頸項強痛者，風所乾也。

回首散一治頸攻強急、筋痛，或挫頸、轉項不得者。烏藥順氣散加羌活、獨活、木瓜。（方見中風。）

眉棱骨痛者，風熱并痰也。

選奇方。

羌活、防風（各二錢）、酒片芩（一錢半，冬月不用，或少者炒用）、半夏（薑汁炒，二錢）、甘草（一錢，夏月生，冬月炙）。

上銼一劑，水煎食後服。

雷頭風者，頭痛而起核塊也。

升麻湯一治頭面疙瘩、憎寒、拘急、發熱，狀如傷寒。

升麻、蒼朮、薄荷葉（各等分）。

上銼，水煎服，或茶調散亦效。

一切頭痛總治之藥也。

六聖散一即是赤火金針，治頭風牙痛、赤眼腦瀉耳鳴、偏正頭風頭疼、鼻塞聲重及蜈蚣蛇蠍所傷。

用時口噙涼水，以藥搐鼻。此藥名爲六聖。乳香、沒藥、川芎，雄黃、白芷二錢，半兩盆硝共享，



研爲細末，專治眼淚頭風、耳鳴鼻塞腦不寧，一搐牙痛便定。

七生丸—治男婦八般頭痛及一切頭痛，痰厥、腎厥，傷寒傷風頭痛，并皆治之。

川芎、川烏（去皮）、草烏（去皮）、南星（去皮）、半夏（冷水洗去滑）、白芷、石膏（俱生。各等分）、加細辛。

上爲細末，研韭菜自然汁爲丸，如梧桐子大。每服七丸或十丸，嚼生蔥茶送下。

治六經頭痛，諸藥不效者。

梔子（炒）、條芩（炒）、連翹（三味爲君）、川芎、白芷、知母、黃柏（酒炒）、薄荷、生地黃（酒洗，六味俱爲臣）、柴胡、桔梗（二味爲佐）、香附米、甘草（二味爲使）、石膏（二匙）、細茶（一撮）。

上銼，水煎，食後頻熱服。

侍禦西泉杜公，患頭痛如刀劈，不敢動移，懼風，怕言語，耳鳴，目中溜火，六脈緊數有力。餘以酒九蒸九曬大黃爲末三錢，茶調服，一劑而癒。

劉毅齋但怒則兩太陽作痛，先用小柴胡湯加茯苓、山梔，後用六味丸，以生腎水而不再發。

譚侍禦每頭痛必吐清水，不拘

冬夏，吃薑便止。餘作中氣虛寒，用六君子湯加當歸、黃耆、木香、炮薑而瘥。

商儀部勞則頭痛。餘作陽虛不能上升，以補中益氣湯加蔓荊子而痊。^[2]

二、臂痛篇：

臂痛者，因濕痰橫行經絡也。

二朮湯—治痰飲雙臂痛者，又治手臂痛，是上焦濕痰橫行經絡中作痛也。

蒼朮（米泔浸炒一錢半）、白朮（去蘆）、南星、陳皮、茯苓（去皮）、香附、酒芩、威靈仙、羌活、甘草（各一錢）、半夏（薑制，二錢）。

上銼一劑，生薑煎服。

臂痛者，因風寒濕所搏也。或睡後，手在被外，爲寒邪所襲，遂令臂痛及婦人以臂枕而傷于風寒而致臂痛，悉根據後三方選用。

五積散—治臂痛因于寒者。

烏藥順氣散—治臂痛因于風者。

蠲痹湯—治臂痛因于濕者，兼治風濕相搏，身體煩疼，手足冷痺，四肢沉重。

當歸、赤芍、黃耆、羌活、薑



黃、防風、甘草（炙。各等分）。

上銚一劑，生薑三片，水煎服。

滋榮調中湯—治臂痛及腰酸，或有時作疼。陳皮（鹽水洗去白，八分）、白茯苓（去皮）、白朮（去蘆。各一錢）、半夏、白芍、酒芩、酒柏、牛膝（酒洗，去蘆。各七分）、木瓜（鹽水炒，七分）、當歸（酒洗，一錢）、川芎（鹽湯浸，五分）、羌活（六分）、知母（酒炒，六分）、桂枝（三分）、防風（去蘆，五分）。

上銚一劑，生薑三片，水煎，食遠服。

三、脅痛篇

左脅痛者，肝經受邪也。脈：兩脅疼痛，脈必雙弦；緊細弦者，多怒氣偏；沉澀而急，痰瘀之愆。

疏肝散—治左脅下痛，肝積屬血，或因怒氣所傷，或跌撲閃挫所致，或為痛。

黃連（吳茱萸煎汁炒，二錢）、柴胡、當歸（各一錢）、青皮、桃仁（研如泥）、枳殼（麸炒。各一錢）、川芎、白芍（各七分）、紅花（五分）。

上銚一劑，水煎，食遠服。

右脅痛者，肝邪入肺也。

推氣散—治肝邪入肺，右脅痛甚，脹滿不食。

片薑黃、枳殼（麸炒。各二錢）、桂心（少許）、炙甘草（五分），一方加陳皮（一錢半）、半夏（一錢）。

上銚一劑，生薑三片，水煎，食遠服。

左右脅俱痛者，肝火盛而木氣實也。

柴胡芎歸湯—治肝火盛而木氣實，脅下痛。

柴胡、川芎、白芍、青皮（去穢）、枳殼（麸炒。各一錢半）、香附、當歸、龍膽草、木香（另研）、砂仁、甘草（各五分）。

上銚一劑，薑一片，水煎，不拘時服。

當歸龍薈丸—瀉肝火盛之要藥。因內有濕熱，兩脅痛甚，伐肝木之氣。

當歸、龍膽草、山梔仁、黃連、大黃（酒浸濕）、蘆薈加柴胡（五錢）、青黛（各五錢）、木香（二錢半）、麝香（五分，另研）、青皮（一兩、去穢，醋炒）。

上為細末，神曲糊為丸，如梧桐子大。每服二十丸，薑湯送下。

兩脅走注痛而有聲者，是痰飲



也。可用二陳湯治痰飲脅下痛。加枳殼、砂仁、木香、川芎、青皮、蒼朮、香附、茴香，去甘草。

勞傷身熱脅痛者，脈必虛也。可用補中益氣湯治內傷勞役脅下痛。加川芎、白芍、青皮、木香、砂仁、枳殼、茴香，去黃、白朮、升麻。

咳嗽氣急作熱，脈滑數者，是痰結痛也。久而不治成脅癰。可用栝蒌枳實湯治痰結脅下痛加白芥子、青皮、茴香，去桔梗、片苓，發熱加柴胡。

左脅下有塊，作痛不移者，是死血也。可用活血湯治死血脅下痛加青皮，去烏藥。

右脅下有塊，作痛飽悶者，是食積也。可用香砂平胃散治食積脅痛。根據本方加青皮、木香、山楂肉、麥芽、乾薑、檳榔，去藿香、蒼朮。發熱加柴胡，去半夏。

【補遺方】

平肝流氣飲一治脅痛及小腹至繞臍并疝氣內外疼者。當歸（酒洗，一錢）、白芍（酒炒，四分）、川芎（六分）、橘皮（鹽湯洗，一錢）、茯苓（去皮，一錢）、半夏（薑制）、青皮（醋炒，六分）、黃連（酒炒，八分）、柴胡（七分）、香附（童便浸、炒，

八分）、厚朴（薑汁炒，七分）、梔子（鹽水拌炒，八分）、甘草（炙去皮，四分）、吳茱萸（煮三次，去水，炒，四分）。

上銚一劑，薑三片，水煎，空心熱服。

脅肋脹痛，若大便通和，喘咳吐痰者，肝火侮肺也。用小柴胡湯加青皮、山梔清之。

男子房勞兼怒，風府脹悶，兩脅脹痛。餘作色欲損腎，怒氣傷肝。用六味丸料加柴胡、當歸，一劑而安。

四、背痛篇：

脈經云：洪而大脈促上緊者，肩背痛；沉而滑者，痰痛。

背痛者，痰氣之所聚也。

參合湯一治背心一點痛。

陳皮、半夏（薑汁炒）、茯苓（去皮）、烏藥、枳殼（麸炒）、僵蠶（炒）、川芎、白芷、麻黃、桔梗（去蘆）、乾薑（減半）、紫蘇、香附、蒼朮（米泔浸）、羌活（各等分）、甘草（減半）。

上銚劑，生薑煎服。

肩背痛，不能回顧者，太陽氣郁而不行也。

通氣防風湯一治肩背痛，用風

藥以散之。

梔本（一錢）、防風、羌活（二錢）、獨活（二錢）、川芎（一錢）、蔓荊子（六分）、甘草（六分）。

上銼一劑，水煎服。如身重腰沉、經中有寒濕，加酒浸防己一錢，輕者炮附子、重者炮川烏各五分。

豁痰湯—治肩背疼痛。

半夏（制）、梔子（炒，各一錢）、陳皮、海桐皮、枳殼（各八分）、桔梗、赤芍、蒼朮（制）、香附（各七分）、茯苓（去皮，六分）、川芎、薑黃（各五分）、甘草（二分）。

上銼，生薑煎，食遠熱服。如痛甚，頭劑加朴硝二錢。^[2]

五、腰痛篇

脈：腰痛之脈，必沉而弦。沉微氣滯，弦損腎元；或浮而緊，風寒所纏；濕傷濡細，實閃挫然；澀為瘀血，滑痰火煎；或引背痛，沉滑等症。

大抵腰痛新久總屬腎虛。新痛宜疏外邪、清濕熱；久則補腎，兼補氣血。

常常腰痛者，腎虛也。

補陰湯—治腎虛腰痛。

當歸、白芍（酒炒）、生地黃、熟地黃、陳皮、茴香（鹽、酒炒）、故紙（酒炒）、牛膝（去蘆，酒洗）、杜仲（去粗皮，酒炒）、茯苓（去皮。各一錢）、人參（五分）、黃柏（去粗皮，酒炒）、知母（酒炒。各七分）、甘草（炙，三分）。

上銼一劑，棗二枚，水煎，不拘時服。痛甚大者加乳香、砂仁、沉香，去芍藥、生地、陳皮。如常服合丸藥，俱為細末，煉蜜為丸，如梧桐子大。每服五十丸，清心米湯下，酒亦可。

養血湯—治腰痛、腿痛、筋骨疼痛。

當歸、生地黃、秦艽、肉桂、牛膝（去蘆，酒洗）、杜仲（鹽、酒炒）、茯、苓（去皮）、防風（去蘆。各一錢）、土茯苓（一錢半）、川芎（五分）、甘草（三分）。

上銼一劑，水煎，臨熟入酒少許同服。

青娥丸—治腎虛腰痛。

大茴香、杜仲（酒炒）、破故紙（酒炒。各一兩）、加熟地黃（二兩酒洗），用胡桃去殼取肉四兩，湯泡，去皮，紙包，捶去油。



共五味爲末，煉蜜爲丸，如梧桐子大。每服五十丸，空心酒下，或木香湯下亦可。

日輕夜重者，瘀血也。治瘀血腰痛。可用當歸活血湯。根據本方加木香、沉香、茴香、乳香、牛膝，去烏藥、官桂、青皮、牡丹皮。

調榮活絡湯—治失力腰閃，或跌撲瘀血凝滯及大便不通而腰痛者。

當歸、桃仁、大黃、牛膝（各二錢）、川芎（一錢）、赤芍、紅花、生地黃、羌活（各一錢）、桂枝（三分）。

上銼一劑，水煎服。

過街笑—治閃腰痛。

木香（一錢）、麝香（三厘）。

上爲末吹鼻。右邊吹左鼻，左邊吹右鼻。令病患手上下和之。

遇陰雨久坐而發者，是濕也。可用滲濕湯治濕傷腰痛。加破故紙、杜仲、茴香、木香、乳香，去厚朴、撫芎。

腰背重注走串痛者，是痰也。可用二陳湯治濕痰腰痛。根據本方加木香、茴香、乳香、玄胡索、砂仁、蒼朮、羌活、酒芩、當歸、杜仲（酒炒）。

腎虛腰痛

【補遺方】

續斷丸—治腰痛并腳酸腿軟。

續斷（二兩）、破故紙（酒炒）、牛膝（去蘆，酒洗）、木瓜（酒洗）、杜仲（去粗皮酒洗）、萆薢（酒浸。各一兩）。

上爲細末，煉蜜爲丸，如梧桐子大。空心，無灰酒送下五六十丸。

又方，大胡桃二個，炮焦去殼細嚼，燒酒送下，腰痛立止。

滋陰補腎丸—滋腎養血，除濕熱、止腰疼、腿酸痛。

熟地黃（酒洗、一兩五錢）、白芍（酒炒，一兩）、當歸（酒洗，一兩五錢）、川芎（八錢）、破故紙（鹽、酒炒，二錢）、杜仲（薑汁炒，一兩五錢）、小茴香（鹽、酒浸炒，六錢）、甘枸杞（鹽、酒浸炒，一兩）、黃柏（鹽、酒浸炒，一兩二錢）、桃仁（去皮炒，五錢）、川楝子（一兩二錢）。

上爲細末，煉蜜爲丸，如梧桐子大。每服八九十丸，空心，熱酒送下。

胡桃丸—治腰痛。

乳香、沉香、木香、母丁香、

大茴香、乾薑、杜仲（薑汁炒，去絲）、沒藥、菟絲子（酒制）、破故紙（酒炒，各等分）、胡桃（四個，去殼）。

上為細末，煉蜜為丸，如綠豆大，黃酒送下。

一腎虛腰痛，用六味丸加鹿茸、當歸、木瓜。續斷。（方見補益。）

一人跌腰作痛，用定痛等藥不癒，氣血日衰，面耳黎色。餘曰：腰為腎之府。雖曰閃傷，實腎經虛弱所致。

選用杜仲、補骨脂、五味、山茱、菟蓉、山藥，空心服。又以六君、當、白朮、神曲各二錢，食遠服，不月而瘥^[2]。

綜合以上的得知中醫對痛的分類，無非風、濕、寒、痰、瘀血、氣鬱情志、本虛因於氣血臟腑。

病例列舉：

- U先生長年照顧父親及女兒，精神壓力很大。常因旁人發生言語的誤解，而暴怒臉紅、背痛、脅肋痛。偶吃止痛藥。如大發脾氣感背痛，脅肋疼痛厲害，心悸、胸悶，甚至睡不著。血壓150-160mmHg，脈弦緊而數，舌紅，

甚則絳而口渴。診斷為肝火上炎併陰虛，處方如下：

龍膽瀉肝湯方加黃柏四錢、代赭石八錢、磁石八錢、玄蓼四錢，五帖。配合針灸取穴：針雙風池、天泉、率谷、完骨、外關、支溝。針天泉時，病患覺針感刺激強如電擊，脅肋痛立即緩解，留針二十分鐘。

次診：疼痛減輕，睡眠安穩。長年的肩痛、脅痛減輕。處置如初診。此但無針天泉。

一個月後，肩痛復發，脅痛少，脾氣尚可，倦怠、睡眠差，口乾舌燥，嘴唇有紅絳色。舌紅苔少，脈弦數、尺脈細數，判斷陰虛火旺，處以滋養肝腎為主，潛陽鎮定為輔。處方：知柏地黃湯加代赭石八錢、磁石八錢、玄蓼五錢、生白芍八錢、生地五錢，七帖。針刺取穴^[3]：風池、天宗、肩膠、三陰交、陽陵泉，肩痛立減，精神較為放鬆，留針時有點睡意。

次週來診，睡眠較沉。肩痛改善很多，舌色脈象較正常。

處方如前。

- C小姐為家庭主婦，長年肩痛、手臂痛，腰痛、臀痛，會因天氣變化而加重。陰雨天、颱風來



前，痛時常吃止痛藥。自覺記憶力減退，精神不集中、恍神，天冷一點就手指青紫冰涼，雙手中指有雷諾現象。嚴重時，說話速度較慢，咽中痰梗感，覺吞嚥困難。有眩暈感，腳步浮虛，舌質淡紅，苔潤，脈浮緊，略滑。判斷為風寒兼痰飲證。處方如下：葛根六錢、炒白芍八錢、桂枝三錢、甘草三錢、生薑三錢、大棗三錢、黑天雄三錢、半夏三錢、厚朴三錢、茯苓六錢、紫蘇子四錢、萊服子四錢，七帖。針刺取穴：雙風池、大椎、腰俞、腎俞、曲池、合谷。

次診，覺頸肩項疼痛減輕，中指雷諾現象仍存。治療同前方，只黑天雄改為四錢。

三診，身體疼痛之感又降一些，吞嚥較容易，反應速度較快、說話語調較快。其家人亦有同感。忘東忘西的情況較少，中指雷諾徵狀減輕，較不蒼白。

病例討論：

本研究發現：兩位病人的疼痛部位雖然相似，但病因、病機，大不相同。U先生是因長久壓力、勞累思慮及突發暴怒引起，同一

病人，有不同證型與治法。C小姐病情較為固定。肌肉肢體受風寒，合併痰飲引起的眩暈、反應慢，較接近疼痛、痹痛病因之，風、寒、濕。

結論：

中醫中藥、針灸治療這種說不出實際位置的神經纖維肌痛症，可緩解痛苦，提升生活品質，達到全方位的治療，亦是一種根本的治療方法。

參考文獻：

1. www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Fibromyalgia。
2. 龔庭賢編著，增補萬病回春，明朝，大中國圖書公司，民國91年3月。
3. 黃維山編著，針灸科學，台北市，國立編譯館/正中書局，民國74年。



Chinese medicine treatment of fibromyalgia syndrome and case study report

Chin- chuan Lo¹ Yan-Chih Liao² Chen-Yu Lee³

1. Lo Chin-chuan chinese medical clinic

2. National Defense Medicine Center, Tri-Service General Hospital Department of Nuclear Medicine

3. YuSheng Chinese Medical Clinic

Abstract

Symptoms of fibromyalgia syndrome (FMS) commonly present in the clinical setting. People who have this syndrome likely complain of unspecific aches and pain that occurs in various parts of the body, which increases in severity during fluctuations in weather and temperature, depression, lack of sleep, and the female menstrual cycle. Therefore, some people consider FMS as a kind of psychological syndrome or phantom pain, instead of real pain.

Blood tests and imaging investigation do not indicate any definitive cause for this syndrome. Some describe the phantom pain as a symptom of nerve inflammation or errant signals being receiving during the process of nerve transmission like in epilepsy or trigeminal neuralgia. All of these explanations are plausible and the various treatment approaches do show some degree of efficacy. However, patients must be administered medication continuously in order to achieve sustained efficacy, otherwise symptoms will often relapse. Traditional Chinese medicine (TCM) treatment includes medicinals and acupuncture treatment. The results of this study showed that the acupuncture treatment effectively relieves FMS stiffness, aches, and pain and also regulates the entire body to substantially increase quality of life.



Key Words: fibromyalgia syndrome (FMS), acupuncture treatment,
traditional Chinese medicine (TCM) medicinals, phantom pain

Authors : Chin-chuan Lo

Address : No.40, Guoqing St., Yingge Dist., New Taipei City 239, Taiwan (R.O.C.)

Tel : 886-2-2670-3960

E-Mail : drlo0507@gmail.com

Received : 2015.08.12; Published : 2015.12.27

百會穴與頭皮針的治療帶 在臨床運用的研究

郭奕德¹ 廖炎智² 李政育³

1. 佳德中醫診所

2. 國防醫學院 三軍總醫院核醫部

3. 育生中醫診所

摘要

頭皮部針刺的主治，和現代醫學的大腦解剖生理學功能定位是基本一致，依『局部取穴』與『下病上取』，針灸刺激頭皮可以啟動神經電位，促進血液循環，活化大腦皮層。

百會穴在臨床療效與應用頻率皆高，各科皆常採用，尤其在腦中風急性期之中臟腑昏迷時是首選穴位。

頂結前帶與頂結後帶是朱氏頭皮針的治療帶，位在巔頂之上，常用以治療關節痛、神經痛、筋膜炎等痠痛症。

針刺百會穴，搭配朱氏頭皮針之頂結前帶與頂結後帶，配合動氣療法、導引、吐納，可充分緩解上下肢痠痛症。

關鍵字：針灸、百會穴、頭皮針、頂結前帶、頂結後帶

通訊作者：郭奕德

連絡地址：新北市汐止區連興街28號1樓

Tel：02-26411899

E-Mail：kuo99925@gmail.com

2015年08月22日受理；2015年12月27日刊載



一、前言

頭皮部針刺的主治，和現代醫學的大腦解剖生理學功能定位是基本一致，依『局部取穴』與『下病上取』，針灸刺激頭皮可以啟動神經電位，促進血液循環，活化大腦皮層。

百會穴在臨床療效與應用頻率皆高，是急症常用穴位，尤其在腦中風不論預防、急性期的中經絡或中臟腑、緩解期與後遺症皆為常用穴位，腦中風急性期在昏迷時是首選穴位；百會穴的主治範圍十分廣泛，涉及臨床各科，是值得深入研究^[1]。

頂結前帶與頂結後帶是朱氏頭皮針的治療帶，位在巔頂之上，常用以治療關節痛、神經痛、筋膜炎等痠痛症^[1,7]。

頭皮部針刺的功能，不只局限在刺激區直下的大腦皮層，尚有較廣闊的區域，顱骨縫刺激區是相對較好的刺激區，顱骨縫間的骨膜是頭皮針針刺信息傳導入腦的重要捷徑之一。

二、古今醫學典籍對百會穴的詮釋：

百會穴首見於《針灸甲乙經》，別名：“三陽五會”；《針灸資生經》別名：“天滿”；《普濟本事方》別名：“泥丸宮”；《聚英》別名：“巔上”；頂中央穴；天蒲穴；為督脈經穴，居一身之最高；刺之有通陽啟閉，醒腦利水之功，升陽舉陷，益氣補虛之力。

百會穴：百為多之意；會者交會也。穴在頭頂，為一身之宗，百脈于此交會，百脈之會，百病所主。

所謂“三陽五會”，百會穴位於督脈之巔頂部，督脈總督六陽經，調節全身陽經經氣，為“陽脈之海”；百會穴為督脈、手足太陽經、手足陽明經、手足少陽經、足厥陰肝經等經脈之所會，故有“三陽五會”之稱。

泥丸宮則是內丹家的術語，《黃庭內景經·至道章》曰：“腦神經根宇泥丸”，務成子注：“泥丸，腦之象也。”

天滿穴：天者天部也。滿，滿盛也。天滿名意指穴內陽氣為滿盛之狀。

天蒲穴：天為天部也。蒲，古

指草蓋的園屋，此指穴內氣血爲人體的衛外之氣。

巔上穴；巔者頂也。上者上部也。巔上名意指本穴位處頭頂，氣血爲天之上部的陽熱之氣。

李政育教授的中醫學說：認爲“腦爲髓海，其氣血上沖於蓋（百會），下在風府”^[1]。《針灸甲乙經》云：“督脈者，起於下極之俞，並於脊裏，上至風府，入屬於腦。”刺之可開通督脈，活血行氣，醒腦開竅。

《難經·二十八難》曰：“督脈者，起於下極之俞，並於脊裏，上至風府，入屬於腦。”，其分支兩絡於腎，腎爲元陽，內寓命門之火。《靈樞·本輸》：“頸中央之脈，督脈也。”。督脈行于後背正中，背爲陽，督脈與全身的陽脈交會於“大椎”，而腎與元陽密切關聯，故督脈爲“陽脈之海”，並歸屬於腦，是奇經八脈的主體，爲百脈聚會處，百會穴爲督脈之要穴，具有對全身整體經絡系統產生組合統率之作用。

百會穴在頭部，《醫宗金鑑》曰：“百會主治卒中風，兼治癲癇兒病驚，大腸下氣脫肛病，提補諸陽氣上升”，認爲百會具有提升陽氣作用。

《針灸大成》記載百會穴“主頭風中風，言語謇澀……，頭痛目眩，飲食無味，百病皆治”，百會穴屬督脈，入絡於腦以止眩暈，可升提氣血，充益髓海，腦髓得養則眩暈自除，因此通過針刺百會穴可以迅速改善眩暈。

蘇三稜中醫師發現，火灸百會穴，直至“外生內熱”，則能溫補百脈之經氣，使氣血上榮，補益腦髓，治眩治本^[2]。

《針灸大成》曰：“中風風邪入臟，以致氣塞涎壅，不語垂危，百會、大椎、風池”。

百會穴位于頭頂正中線，前髮際後5寸處，約當兩耳尖直上頭頂中央；其他經書記錄此穴位：

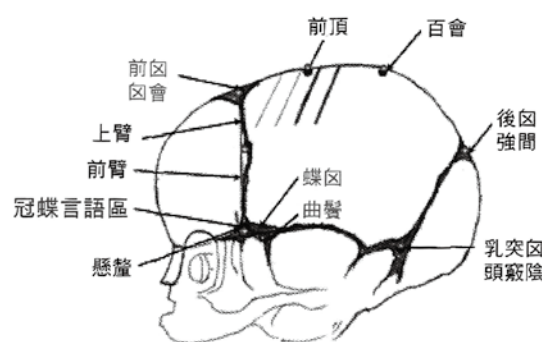
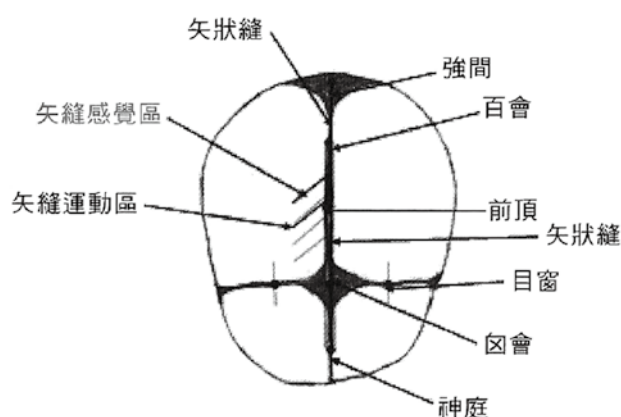
1. 《針灸甲乙經》：「在前頂後一寸五分，頂中央旋毛中，陷可容指。」
2. 《神應經》：「去前髮際五寸、後髮際七寸」。
3. 《十四經發揮》：「直兩耳尖」，意為將兩耳郭折前使出現耳尖，當兩耳尖直對頭頂中央。

百會穴的皮膚層有顱前部來的眶上神經，顱後部來的枕大神經和顱兩側來的耳顱神經；皮下組織內有眶上神經、枕大神經與耳顱神經的神經纖維和枕動脈、枕靜脈、顱

腦缺血一再灌注腦損傷大鼠干預作用機制的研究論文，顯示電針百會、大椎穴，可增加大鼠腦缺血區皮層神經生長因素的分泌和表達時程，可明顯抑制缺血一再灌注腦損傷組織炎症細胞因數的蛋白表達，可明顯降低缺血一再灌注腦損傷組

織興奮性氨基酸的含量，從而對缺血性腦損傷產生保護作用^[5]。

郭奕德醫師研究亦發現，改善血液供應、調整缺血組織的生化指標、增強記憶力、對血壓的雙向調整作用、對血液系統生化指標的影響^[6]。



(圖片引用自：戴吉雄編著，戴氏頭皮針)

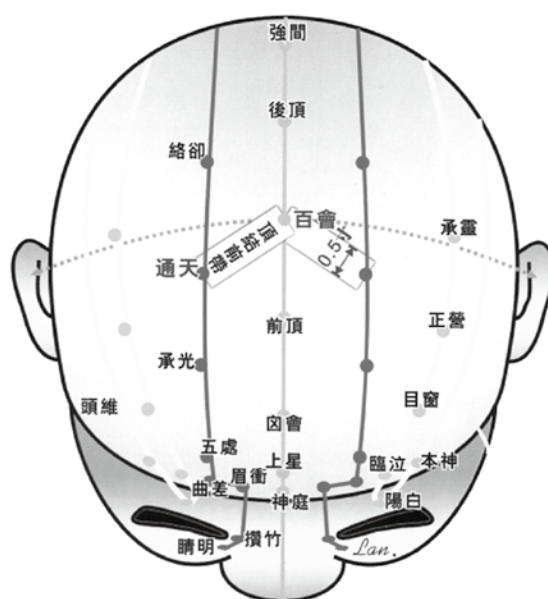
三、朱氏頭皮針的頂結前帶、頂結後帶之穴位標示：

頂結前帶 由吳博雄醫師標示：^[7]

部位：由通天穴至百會穴的連線，左右各旁開0.25寸的帶狀區域。

主治：鼠蹊部開、※髖關節痛、膝蓋痛、※坐骨神經痛、跟腱痛、腳踝痛、足底筋膜炎等。

註解：百會穴→當頭頂正中稍後、去前髮際5寸，後髮際7寸，從兩耳尖聯線與正中線之交叉點。
通天穴→在承光後1.5寸，去前髮際4.5寸，百會旁開1.5寸。



(圖片引用自：吳博雄編著-吳氏頭皮針)

頂結後帶 由吳博雄醫師標示:[7]

部位：由絡卻穴至百會穴的連線、向左右各旁開0.25寸的帶狀區域。

主治：總治肩井、膏肓、天宗、肩貞、肩峰、肩膠等部位痛。

相關穴位：絡卻穴

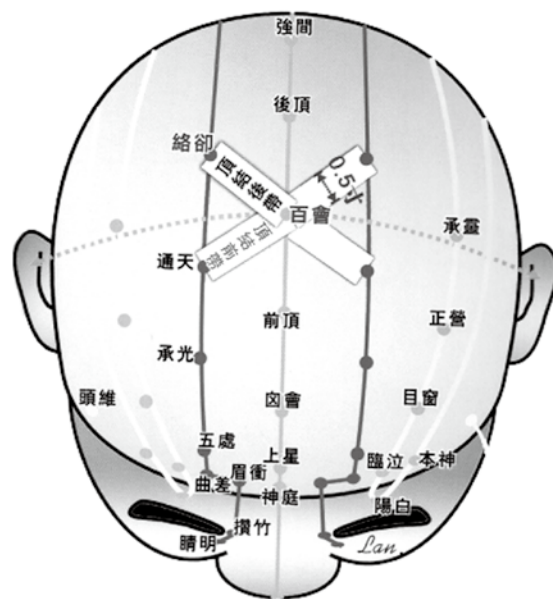
穴位：在通天後1.5寸，玉枕前1.5寸。

主治：頭旋、口渴、鼻塞、項腫、癭瘤、內障、耳鳴。

取穴：正坐，頭微前傾，先取督脈百會與腦戶，再取本經通天與玉枕；本穴在通天與玉枕之間，亦即督脈後頂與強間之間，去督脈1.5寸。

四、百會穴在臨床搭配頂結前帶、頂結後帶的穴位治療之應用方法

針刺百會穴、頂結前帶、頂結後帶：病患宜采坐姿，手持30號1吋的毫針，與頭皮呈15度角，針尖向前或向後，快速刺入皮膚，進針到腱膜下層後，將針體平臥，緩緩插入8分左右，先針刺百會穴再針刺左側或右側頂結前帶、頂結後帶；然後每針施行催氣手法1至~3



(圖片引用自：吳博雄編著-吳氏頭皮針)

分鐘，同時令病患實行適宜動作的導引動氣療法與呼吸吐納，然後術者停止運針，令病患繼續實行適宜動作的導引動氣療法與呼吸吐納20分鐘。

上肢痠痛：

左上肢：百會穴+右頂結後帶

右上肢：百會穴+左頂結後帶

雙上肢：百會穴+雙頂結後帶

下肢痠痛：

左下肢：百會穴+右頂結前帶

右下肢：百會穴+左頂結前帶

雙下肢：百會穴+雙頂結前帶

雙上肢+雙下肢：

百會穴+雙頂結後帶+雙頂結前帶
→頂上開花頭頂上針出一朵花

百會：

用1寸針沿頭頂正中線向前針，施作摧氣手法1~3分鐘。

頂結前帶：

用1寸針自百會穴向通天穴進針入8分，約與頭頂正中線呈45度，施作摧氣手法1~3分鐘。

頂結後帶：

用1寸針自百會穴向絡卻穴進針入8分，約與頭頂正中線呈45度，施作摧氣手法1~3分鐘。

*摧氣手法：施作“快速插提震動”的平補平瀉法。

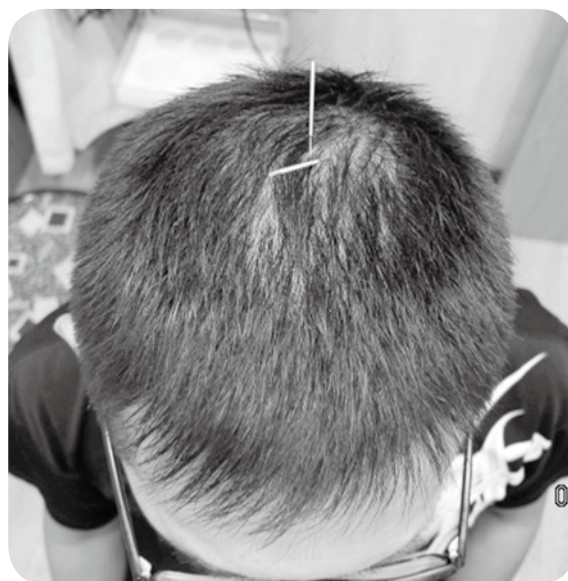
1. 痛區在左上肢：

百會穴+右頂結後帶



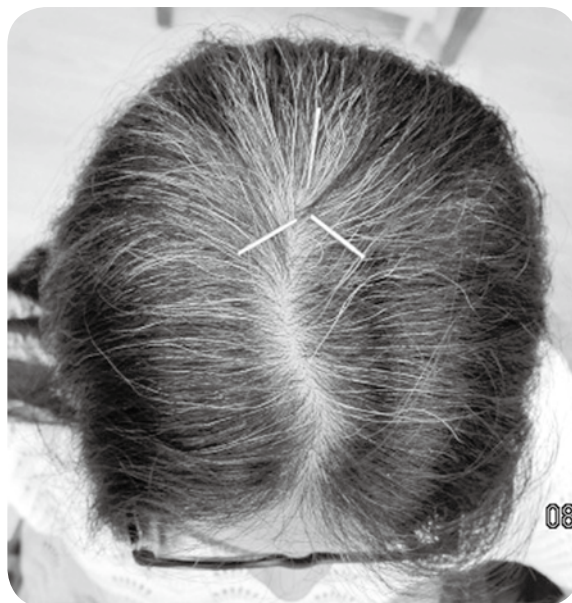
2. 痛區右上肢：

百會穴+左頂結後帶



3. 痛區在雙上肢：

百會穴+雙頂結後帶



4. 痛區在左下肢：

百會穴+右頂結前帶



6. 痛區在雙下肢：

百會穴+雙頂結前帶



5. 痛區在右下肢：

百會穴+左頂結前帶



雙上肢+雙下肢：

百會穴+雙頂結後帶+雙頂結前帶

->頂上開花頭頂上針出一朵花





五、臨床運用的療效與討論：

頭皮部針刺的功能、主治和現代醫學的大腦解剖生理學功能定位是基本一致，針灸刺激頭皮可以啟動神經電位，促進血液循環，活化大腦皮層，增強記憶力、對血壓的雙向調整作用，而顱骨縫間的骨膜是頭皮針針刺信息傳導入腦的重要捷徑之一。

本文研究，所以取穴選擇百會穴，其穴在頭頂，為一身之宗，百脈于此交會，有開竅醒腦、升陽益氣之功，達到啟動神經電位，促進血液循環，活化大腦皮層的功效，依『下病上取』法，百會穴在臨床應用頻率非常高，主治範圍十分廣泛，涉及臨床各科。

塔配取穴選擇頂結前帶與頂結後帶，乃是朱氏頭皮針的治療帶，位在巔頂之上，常用以治療關節痛、神經痛、筋膜炎等痠痛症；使用繆刺法，左病取右，右病取左，乃是與天幕之上的腦神經傳導一致。

施作時“以快速插提震動”的摧氣手法，同時令病患實行適宜動作之導引動氣療法與呼吸吐納，使元氣快速抵達病所，取得氣到痛除的功效。

本文發現臨床針刺百會穴，搭配頂結前帶與頂結後帶，結合動氣療法、導引、吐納，治療上下肢痠痛症的緩解，經臨床研究證實有療效。

謝誌

感謝 李政育老師、蘇三稜老師、廖炎智老師在中西醫結合醫療上的教導

感謝 戴吉雄老師、吳博雄老師在頭皮針的教導

感謝 7位病患 (涉及隱私，恕不道名) 讓我引用治療的相片

感謝 內人 翁嘉蓮女士在臨床研究的協助

感謝 吳哲豪醫師協助本文的完稿與翻譯

參考文獻：

1. 李政育，中西醫結合中醫腦病治療學，台北市；啟業書局，2001/6
2. 蘇三稜，溫灸學自療法，台北市；啟業書局，2000/6
3. 嚴振國，常用穴位解剖基礎，台北市；志遠書局，1992/9
4. 戴吉雄，戴氏頭皮針，台北市；台北市中醫師公會，2014/1



5. 郭奕德，電針百會、大椎對全腦缺血-再灌注腦損傷大鼠干預作用機制的研究，中西結合神經醫學雜誌·第七卷·第一期·2012；12：1-19
6. Yi-De Kuo(郭奕德)，BaiHui xue in clinical practice JCMAS (Taiwan)，Dec. 2014, vol. 2, No. 1, P. 119-132.
7. 吳博雄，吳氏頭皮針，高雄市中醫師公會，2014/9

Clinical Application of Bai Hui (DU20) Paired With Front Zone of Ding Jie and Back Zone of Ding Jie

Kuo, Yi-de

Jia De Chinese Medicine Clinic

Abstract

The functions and therapeutic effect of scalp acupuncture correlates to the brain's anatomical and physiological functions mapped out in modern medicine. Acupuncture stimulates the scalp innervating action potentials to promote blood circulation and activate cerebral cortex pathways. It effectively utilizes the "selection of local points" and "treating lower body disease through the upper body" treatment approaches. Bai Hui (DU20): The clinical application of this acupoint has been used widely and frequently and is documented extensively in classical literature up to the present. It offers a broad spectrum of treatment functions including therapeutic effect for virtually every medical specialization. In TCM classical texts it is among the most commonly recorded acupoints for emergency conditions, especially cerebrovascular accidents (stroke) in the acute organ strike stage with coma (loss of conscious) for which it is the first choice. Front Zone of Ding Jie and Back Zone of Ding Jie: These are Zhu's scalp acupuncture therapeutic zones located near the vertex (top of the head) and are also among the most commonly used scalp acupoints for the treatment of arthralgia, neuralgia, fasciitis, and other disorders presenting with swelling, aches and pain. Clinical application of needling Bai Hui (DU20) paired with Front Zone of Ding Jie, and Back Zone of Ding Jie, while also utilizing moving qi therapy, conduction exercises, and exhale and inhale (breathing) exercises, provides exceptional and immediate results for remedying aches and pain of the upper and lower limbs.

Key Words: acupuncture, Bai Hui (DU20), scalp acupuncture, Front Zone of Ding Jie, Back Zone of Ding Jie, moving qi therapy, conduction exercises, exhale and inhale (breathing) exercises, aches and pain

Authors : Kuo Yi-De

Address : Floor 1, No 28, Lian Xing Street, Xizhi District, New Taipei city, Taiwan, R.O.C

Tel : 886-2-2641-1899

E-Mail : kuo99925@gmail.com

Received : 2015.08.22; Published : 2015.12.27



惡性腫瘤併發症的中醫治療探討

鄭淑鎂¹ 李政育²

1. 培真中醫診所

2. 育生中醫診所

摘要

惡性腫瘤併發症常見有：高血壓、高血糖、高血凝、高顱內壓、副癌綜合症、異位激素分泌綜合徵、腫瘤性代謝紊亂、腫瘤心身症…，且中晚期普遍存在惡性胸腹水、虛弱、厭食、體重減輕等。臨床上惡性腫瘤併發症，可能發生在腫瘤尚未確診前，或癌症進展期間，或癌症治療中後期。控制並減輕惡性腫瘤併發症，可有效預防及抑制腫瘤的惡化；反之，併發症的再出現，可能是腫瘤復發的預兆。

中醫治療惡性腫瘤併發症，區分三個階段，初、中期：屬瘀熱證，以活血化瘀，清熱解毒，淡滲利濕為主；邪正相爭一段時日後，會進入氣虛、血虛、或血枯的階段。晚期貧血、低蛋白血症、進行性心衰、腎衰，以補氣補血仍無法改善，腫瘤持續增大，為寒瘀或腎陽虛階段，以大補陽藥，同時加入清熱解毒藥反制。

關鍵詞：中醫治療、惡性腫瘤併發症、副癌症候群、腫瘤異位激素分泌綜合徵、腫瘤熱、高鈣血症

通訊作者：鄭淑鎂

連絡地址：台灣台北市大安區羅斯福路三段261號4樓

Tel：02-23670436

E-Mail：chenyr.lee@msa.hinet.net

2015年09月02日受理；2015年12月27日刊載



前言

惡性腫瘤的併發症，可能出現在癌症尚未確定診斷前，或癌症進展期間，或癌症治療中後期。腫瘤本身分泌的毒素，或腫瘤破壞、壓迫正常組織，或腫瘤具有類似某些器官或組織的分泌功能，分泌類似激素或神經介質，或腫瘤溶解過程，與治療的副作用…等，致使癌症病人在臨床上產生的症狀，有類似內分泌系統、代謝系統、血液系統、神經肌肉系統、或其他系統的疾病症狀表現，這些表現在醫學上統稱為：惡性腫瘤併發症。

臨床上惡性腫瘤併發症常見有：高血壓、高糖血症、高凝血症、高顱內壓、副癌綜合症、異位激素分泌綜合徵、腫瘤性代謝紊亂、腫瘤心身症…，且中晚期普遍存在惡性胸腹水、虛弱、厭食、體重減輕等。臨床上惡性腫瘤併發症，可能發生在腫瘤尚未確診前，控制並減輕惡性腫瘤併發症，可有效預防及抑制腫瘤的惡化；初中期腫瘤治療有效，則併發症隨之緩解，反之，併發症再出現，可能是腫瘤復發的預兆；惡性腫瘤晚期，應優先考慮治療併發症，並維持生命的延續。^[1]

惡性腫瘤併發症的分類^[2,3]

一、全身性

腫瘤熱、貧血、惡液質、心身症、虛弱、厭食、體重減輕

二、心血管系統

心包填塞、上腔靜脈綜合徵

三、內分泌系統

副癌綜合徵、異位性腫瘤激素分泌綜合徵

甲狀腺亢進、抗利尿激素分泌不適當症候群、中心性肥胖、高血糖、高血壓。

四、代謝性

因腫瘤本身的產物、或釋放激素作用，治療過程常發腫瘤細胞破壞溶解，易發生代謝紊亂。臨床常見：

高鈣血症、腫瘤溶解綜合徵、高尿酸血症及尿酸性腎病、低鈉血症、低糖血症。

五、神經肌肉病變

腫瘤性神經肌肉病變多發現在癌症確診前，病變可損害任一部位的神經、肌肉和神經肌肉接合處，包括：



肌無力、Eaton-Lambert 症候群（肌無力綜合症）、視網膜眼盲、周邊神經病變、亞急性小腦變性、大腦皮質變性、多發性肌炎、癌顱內轉移、癌脊柱轉移、癌性疼痛[2,3]。

六、血液系統

紅血球增多或減少症、白血球增多或減少症、血小板增多或減少症、血栓靜脈炎、瀰漫性血管內凝血、血液高黏滯症、陰莖異常勃起、骨髓壞死、綠色瘤。

七、呼吸系統

肺部機會性感染、肺部白血球淤積症、癌性淋巴管炎、大咳血、氣道阻塞、惡性胸腔積液。

八、消化系統

中性球減少性小腸結腸炎、白血病併發闌尾炎、腸梗阻、膽道梗阻、胃腸道出血及穿孔、惡性腹水。

九、骨骼-結締組織

癌性骨轉移、杵狀指、肥大性肺性骨關節病、骨畸形、骨礦物質代謝異常。

十、皮膚

黑棘皮症、色素沉著、類澱粉樣變性、Sweet綜合徵、皮膚白血病、皮膚轉移性淋巴肉瘤、皮膚漿細胞瘤、POEMS綜合徵（硬皮樣、多毛、色素沉著）。

十一、腫瘤病人營養併發症

癌症中晚期營養不良；化療、放療、手術後的營養障礙。

十二、化療、放療、生物製劑的近期及中長期併發症

造血抑制、各種臟器毒性、感染、皮膚黏膜的毒性、神經系統毒性、腦與脊髓損傷、生殖系統損傷、放射性的各種灼傷[2,3]。

惡性腫瘤併發症的治療

一、腫瘤熱

腫瘤病人常見發燒原因包括：感染、藥物熱、腫瘤熱、化放療副作用、輸血反應、自體免疫疾病、急性腎上腺功能不全、急性痛風、嗜中性球低下……等。

腫瘤熱是腫瘤細胞自發性的釋放cytokine內源性致熱原（特別是interleukin-1和6），使病人發燒；或腫瘤過大或腫瘤生

長迅速，發生缺血缺氧壞死；或肝轉移、腹膜轉移時；或治療引起腫瘤細胞大量破壞，釋放腫瘤壞死因子(TNF)…等；另外，腫瘤細胞本身能分泌一些活性物質，如類癌產生5-羥色胺、嗜鉻細胞瘤產生兒茶酚胺、肝癌細胞產生甲型胎兒球蛋白，以及許多腫瘤細胞能產生異位激素等，都可能促使腦部的神經細胞或血管內皮細胞釋放前列腺素(PGE2)，進而干擾體溫中樞，引起發熱^[3]。

腫瘤熱臨床表現多以長期或反復低度熱為主，也有持續高熱，發熱型態往往不規則，以下午或夜間發熱為主。病患除了發熱外，亦有全身痠痛、倦怠、食慾不振等。

腫瘤熱的特性：1. 即使高熱，無特別實驗室證據。2. 腫瘤熱不會覺得冷，會很煩熱。腋溫在37.5～38攝氏度之間，亦可能高燒。3. 腫瘤熱應用抗生素和抗過敏藥物無效，但應用抗癌藥物可退燒。4. 腫瘤熱以非類固醇類消炎藥(NSAID)效果較好。5. 腫瘤熱時輕時重，可連續達數周以上，伴有感染時可出現連續高熱，感染消除后仍會持續發熱。6. 癌症發熱常為首發癥狀，其後才出現腫瘤增大^[4]。

《治療》

主方：小柴胡湯加方

柴胡5 黃芩5-8 半夏4 丹參5-10 甘草3 生薑3片 大棗5枚 黃連3-8 黃柏5-8 青蒿8 知母8 地骨皮8 (單位：錢)

【加減法】

- 熱毒熾盛，高熱不退：黃芩、黃連、黃柏加重。
- 夜間熱及盜汗尤甚：青蒿、知母、地骨皮加重。
- 白血病、惡性淋巴瘤、腎細胞癌：黃柏為君。
- 痰濕壅盛：水狀痰，茯苓、澤瀉、半夏、紫苑、款冬；黏稠痰，陳皮、萊菔子、枳殼、竹茹、青皮。
- 喘咳：麻黃、杏仁。
- 胸腔積液：麻黃、杏仁、防己、葶藶子
- 體痠痛：羌活、桂枝、葛根
- 食慾不振：陳皮、砂仁、內金、神麴、山楂。
- 痛有定處：丹參、元胡、木香、乳香、沒藥、川七等酌情加入
- 虛倦乏力：黃耆、人參
- 皮膚灼熱斑疹、鼻血齒齦出血，舌絳苔黃，脈數：生地、丹皮、紫草、茜草、銀花、玄參^[4]



【針灸處方】^[12]

針：太衝 三陰交 太谿 肺俞
腎俞 足三里

放血：大椎

二、副癌綜合徵

腫瘤本身分泌毒素，或腫瘤破壞正常組織，或其他不明原因，臨床表現與原發性的內分泌疾病、代謝性疾病、血液系統疾病、神經肌肉疾病…等相類似。相關的體徵如：高血鈣症、庫欣綜合徵、抗利尿激素分泌不適當綜合徵、低血糖症、甲狀腺亢進、性腺激素亢進、紅血球增多、發熱、神經肌肉疾病、皮肌炎、關節疾病、凝血障礙、血栓靜脈炎、體液免疫缺陷…等；晚期或多處轉移的腫瘤病人，常有厭食、虛弱、消瘦、發熱^[1,3]。

副癌綜合徵具有重要的臨床意義，如：1. 副癌綜合徵可能發生在腫瘤尚未確診前，有利於腫瘤的預防及提早治療；2. 副癌綜合徵的代謝性和中毒性作用比腫瘤本身可能更快的危及病人生命(如高鈣血症、低鈉血症)；3. 腫瘤治療有效，則副癌綜合徵隨之緩解，反之，此綜合徵再出現，可能是腫瘤復發的預兆^[3]。

《治療》

需區分三期

(一) 瘀熱亢進期：

腫瘤細胞的興奮增殖期，腫瘤性內分泌過亢，腫瘤異位激素分泌異常旺盛，腫瘤性血球增多、高血凝、高血鈣…等；或腫瘤未確診前，病人表現高膽固醇、高中性脂肪、高尿酸血症、高AST/ALT、高血糖、高血壓、細胞及血管發炎、感染、熱性出血、腦與內分泌過度亢進、血管及上皮細胞異常增生；或未接受西醫之化放療，或西醫化放療治療之副作用已代謝完後，或病人腫瘤指數仍異常，但無貧血或低蛋白血症者，病人表現口乾舌燥、煩熱、焦躁、睡臥不安、脈象弦滑、或弦數、或細數^[2,5]。

處方：乳沒四物湯加方

乳香4 沒藥4 桃仁4 生地黃5
當歸3 赤芍4 川芎3 黃芩5-15
黃連3-8 黃柏5-10 蒼朮4-8
茯苓8-12 澤瀉8-12 川七3
化毒丸9粒 黑神丹4g (處方見P9)
(單位：錢)

【針灸處方】^[12]

針：陽陵泉 合谷 三陰交 曲池
委中 足三里 風池

(二) 寒熱交雜期：

可能是寒熱交錯、或真熱假寒、或虛實夾雜。當免疫與腫瘤對抗，正邪相爭一段時日後；或使用苦寒藥一段時日後；或西醫介入治療後，腫瘤仍持續增大、或腫瘤標記仍持續升高，仍表現血壓高、血脂高、血糖高、或甲亢、或中心性肥胖，病人有煩躁、胸悶、吸短、失眠、口乾舌燥、低熱、盜汗、腰腿乏力、食慾不振、泛酸、倦怠、疲勞，舌質暗紅，舌下瘀脈，脈弦細數，大便乾結或稀溏。此為氣虛、血虛、陰虛、或血枯的階段，以補氣、補血、養陰、柔肝養血，但此階段多寒熱夾雜，必須加入清熱解毒、活血化瘀、淡滲利濕藥[1, 2, 3]。

處方：

以育生血枯方、或聖愈湯、或育生補陽還五湯、或黃耆五物…等方，加丹參、沒藥、蒼朮、茯苓、澤瀉、黃芩、黃連、黃柏，貧血或低蛋白血症加少量乾薑、附子[1, 3]。

【針灸處方】^[12]

針：陽陵泉 合谷 曲池 委中
風池

灸：足三里 三陰交

(三) 脾腎陽虛期：

晚期或多處轉移的腫瘤病人，臨床表現低血糖、低血鈉、貧血、低蛋白血症、心臟衰竭、腎臟衰竭、虛弱、厭食、消瘦、嗜睡、意識模糊、麻木、反射降低、遲鈍、噁心、嘔吐、腹瀉、便秘、少尿、水腫…等；以補氣、補血、養陰、柔肝養血仍無法控制，即進入脾腎陽虛及寒瘀階段。

處方：

以第二階段處方，加重乾薑、附子、肉桂，同時考慮加重黃芩、黃連、黃柏。

【針灸處方】^[12]

針：陽陵泉 合谷 曲池 委中
風池

灸：百會 通天 足三里 三陰交
築賓

三、異位激素分泌綜合徵

癌症除了由于腫瘤本身及轉移灶的侵害引起症狀外，另可通過產生激素性或體液性物質，分布至全身而導致多種臨床症狀表現，有時後者的危害性更大於腫瘤本身。

異位激素分泌綜合癥，係指某一起源于非內分泌組織的腫瘤產生了某種激素，或是起源于內分泌腺

的腫瘤，除產生此內分泌腺較正常時分泌的激素過高或過低外，還釋放其他激素。

臨床症狀表現如：高血壓、高血糖、中心性肥胖、色素沉著、高血鈣、低血鈉、甲狀腺機能亢進、高泌乳素、紅血球增多、男性女乳症…等^[1,5]。

痰濕、熱毒、血瘀、陰虛陽亢，是異位激素分泌綜合徵的主要病機，故治療處方須以化痰利濕、清熱解毒、活血化瘀、重鎮安神的處方為主軸。

《治療》

處方一：育生建瓴湯加方

代赭石8 龍骨5 牡蠣5 白芍藥5
懷牛膝8 柏子仁4 磁石3
黃芩5-8 黃連3-5 黃柏5-8
甘草3 丹參8 砂仁4 茯苓4-8
澤瀉4-8（單位：錢）

適用於惡性腫瘤合併腦壓高、血壓高、血糖高、甲狀腺機能亢進、高泌乳素血症、腫瘤性內分泌過亢、腫瘤異位激素分泌異常旺盛、腦神經亢奮之狂躁、不能鎮靜、嚴重睡眠障礙…等。

處方二：知柏地黃湯加方

知母5 黃柏8 生地黃5 山茱萸4
牡丹皮5 澤瀉4 茯苓4 青蒿4-8

地骨皮4-8 丹參(或玄參) 8
沒藥4 砂仁4（單位：錢）

適用於：1. 骨髓腫瘤、骨髓造血異常性白血病、腎腫瘤、生殖細胞腫瘤、泌尿道腫瘤，凡屬陰虛骨蒸勞熱之惡性腫瘤。2. 惡性腫瘤誘發之內分泌過亢、異常興奮、高血壓、高血鈣、高血糖、高泌乳素血症、高甲狀腺素、煩躁、口乾舌燥、不能鎮靜、不能入眠等症。3. 化放療引起的血管內壁、臟器、神經、結締組織、骨膜、上皮細胞、內外分泌腺體的灼傷。4. 惡性腫瘤病程遷延，導致耗損津液，陰虛內熱動火。5. 頑固性腫瘤熱。6. 抗生素控制不良之低熱^[5]。

處方三：育生通經方加方

骨碎補8 續斷8 牛膝8 茜草8
黃芩8 黃連5 黃柏8 蒼朮8
茯苓4-8 澤瀉4-8 丹參8
（單位：錢）

對於骨髓、肌肉、腎臟、肺臟的腫瘤，或偏向硬組織的腫瘤，如多發性骨髓瘤、橫紋肌肉瘤，或骨髓、荷爾蒙異常亢奮之腫瘤，如骨肉瘤、乳腺癌、子宮內膜癌、攝護腺癌、甲狀腺癌、高血脂症等，通經、破血、活血化瘀，對腫瘤抑制，係通過由抑制骨髓中癌胚幹細胞來治療。

【針灸處方】^[12]

針：太衝 內庭 陽陵泉 承山
內關 太谿

四、高鈣血症

惡性腫瘤易併發高血鈣性體質，不論是否有骨轉移，均可發生。約有1/3的病人在原發病確診之前即已存在高血鈣性體質，另1/3發生在疾病的過程中。癌症的高鈣血性體質在肺癌、乳癌、骨髓瘤、淋巴瘤發生率較高；而肺癌中以鱗狀上皮細胞癌最多見。高血鈣症臨床表現主要是神經、腎臟、胃腸功能失調。如：嗜睡、肌無力、震顫、焦慮不安、煩渴、多尿、厭食、嘔吐、腹痛、便秘等^[6]。

中醫認為許多癌症病人在發病前數年及發病期間，多存在陰虛陽亢，或陰虛血熱證象，與惡性腫瘤前期之高血鈣性體質相當接近。此種病人或血壓高，或血脂高，或血糖偏高，或易皮膚過敏，或存在自體免疫疾病，或睡眠過少或障礙，口乾口渴，夜間尤顯，心悸，心搏快，手心足心熱，煩熱，便秘，尿赤，體力過人，或精神亢奮但易倦怠，情緒躁動或過度樂觀，面紅、膚紅或暗沉、血枯，舌質紅或瘀紅，舌下瘀，脈弦數或弦細數^[6]。

高血鈣性體質屬本虛標實之症，本虛是因過度耗損，或病理因素，或感染、或更年後失調，或免疫障礙陰陽失調，或情志因素，或先天不足，或遺傳基因…等，必存在一定程度之臟腑功能失調，腎陰虧虛；標實是以熱毒、血瘀、氣滯、痰凝，以致癌變。中醫補腎氣，滋腎陰，清熱化瘀，平衡陰陽，糾正陰虛陽亢及血瘀血熱，可有效預防許多惡性腫瘤，避免骨轉移^[6]。

《治療》

處方一：育生建瓴湯加方

代赭石8 龍骨5 牡蠣5 白芍藥5
懷牛膝8 柏子仁4 磁石3
黃芩5-8 黃連3-5 黃柏5-8
甘草3 丹參8 砂仁4 茯苓4-8
澤瀉4-8（單位：錢）

處方二：知柏地黃湯加方

知母5 黃柏8 生地黃5 山茱萸4
牡丹皮5 澤瀉4 茯苓4 青蒿4-8
地骨皮4-8 丹參(或玄參) 8
沒藥4 砂仁4（單位：錢）

處方三：逍遙散加方

當歸3 白芍4 白朮4 甘草3
柴胡4 茯苓4 大棗5-10枚
丹參5 骨碎補8 懷牛膝5
熟地黃5 砂仁4 生杜仲5 黃連3
黃柏8（單位：錢）^[6]

**【針灸處方】**^[12]

針：風池 太衝 陽陵泉 湧泉
腰陽關 三陰交

五、腫瘤溶解綜合徵

腫瘤細胞增值迅速，或腫瘤過大，或腫瘤細胞對化療藥物高度敏感，或放療、類固醇、干擾素治療…等，致使大量的腫瘤細胞溶解破壞，併發高尿酸血症、高鈣血症、高鉀血症、高磷酸血症、低鈣血症、低鈉血症、低鉀血症…等電解質及代謝異常，稱為腫瘤溶解綜合徵。由於細胞內大量代謝廢物的釋放超過腎臟的排泄能力，病人可能引發急性尿酸性腎病、急性腎功能衰竭。臨床表現主要有心臟、神經、肌肉的症狀，如：心律不整、焦慮、不安、嗜睡、意識模糊、麻木、反射過度或降低、僵直、驚厥、震顫、抽筋、遲鈍、噁心、嘔吐、腹瀉、便秘、少尿、水腫、…等。化療前少尿，或血清LDH、BUA、BUN、Cr、Ca⁺偏高者，在化療後易併發腎衰竭^[6,7]。

《治療》**處方一：五苓散加方**

豬苓5 茯苓8 澤瀉8 白朮5
桂枝5 黃芩5 黃柏5 蒲公英8

龍膽草4 丹參8 骨碎補8

(單位：錢)

處方二：柴苓湯加方

柴胡5 黃芩5-8 半夏4 丹參8
甘草3 生薑3 大棗5枚 桂枝5
豬苓5 茯苓8 澤瀉8 白朮5
黃連3-5 黃柏5-8 龍膽草4

(單位：錢)

【加減法】

- 便秘加大黃、火麻仁、或芒硝。
- 焦躁、亢奮、僵直、驚厥、反射過度、脈弦滑有力、電解質過高，加重清熱解毒藥。
- 嗜睡、意識模糊、麻木、反射降低、遲鈍、脈細弱無力、電解質過低，加黃耆、人參。
- BUN過高，但Cr仍正常，屬濕熱下注，加重清熱利濕，並囑咐多飲水。
- BUN、Cr同時過高，屬寒瘀，須加黃耆、人參，少量的玉桂子、附子。

臨症治療參考實驗數據為主，症狀為輔。

【針灸處方】^[12]

針：百會 通天 築賓 後谿
內關 人中 風池

六、腫瘤性糖尿病

惡性腫瘤併發糖尿病，可能是腫瘤細胞的毒邪特性，或腫瘤誘發自體免疫攻擊，或腫瘤併發症，或化放療副作用。腫瘤性糖尿病易發生在癌症病程各階段，如：

肝癌、肝化放療的灼傷、栓塞或手術或注射、燒灼…皆會導致肝醣過度釋放，形成肝因性高糖血症；腎癌導致升糖激素與抑糖素的分泌調控失衡，合併發熱、高血壓、高鈣血症、高糖血症；胰臟癌除了高血糖外，亦可能連帶胰蛋白酶、胰脂肪酶升高；小細胞肺癌最易引起癌外綜合徵，如發熱、高鈣血症、ACTH、ADH、皮肌炎、骨膜炎、血栓靜脈炎等；乳癌、子宮內膜癌、攝護腺癌、甲狀腺癌，易合併煩熱、高鈣血症、激素過亢；胃腸道腫瘤除了易併發煩熱、高鈣血症外，大腸粘膜對糖分的過度反吸收，也會形成高血糖；腦癌為泌糖中樞的自我回饋與調控失靈，誤以為人體有大規模壞損，須予大量糖份來維持機體能量消耗，形成中醫的「陽亢」、「陽越」的現象[7]。

《治療》

第一階段：

以瘀熱證論治

初中期，多表現口乾舌燥、煩熱、焦躁、睡臥不安、便秘、脈象弦滑或弦數，屬瘀熱症；治療以清熱解毒、活血化瘀為主；

【處方舉例】

活血化瘀：乳香、沒藥、桃仁、生地黃、當歸、赤芍、川芎、川七、丹參、骨碎補

清熱解毒：黃芩、黃連、黃柏

淡滲利濕：蒼朮、茯苓、澤瀉

直攻癌毒：化毒丸（斑蝥、守宮、蜈蚣、全蝎）、黑神丹（水蛭、地鱉）若淋巴液、水分增生過快，加重茯苓、澤瀉；若便秘、宿屎，中焦煩熱，加大黃、芒硝通便；若煩躁、不眠、頭痛，形成陽越、陽亢現象，加代赭石、懷牛膝、大黃，黃芩、黃連、黃柏加重；

若黃昏後低熱、盜汗，加青蒿、知母、地骨皮，黃柏加重；

【針灸處方】^[12]

針：陰陵泉 合谷 三陰交

公孫 太白 曲池 委中



足三里 風池

第二階段：

中期以後發炎或水腫慢性化，即西醫介入後，或中醫以苦寒退熱方劑治療一段時日後，病人低血色症，或低蛋白血症，或Cr、BUN升高，且腫瘤標記仍持續升高，血糖仍升高，即進入陰虛或氣虛血虛期；以補氣、補血、養陰為主；

【處方舉例】

育生血枯方、或七寶美髯丹、或當歸飲子、或聖愈湯、或育生補陽還五湯、或黃耆五物…等方，加蒼朮、茯苓、澤瀉、黃芩、黃連、黃柏，再加少量玉桂、附子，維持每日大便2-3次^[7]。

【針灸處方】^[12]

針：陽陵泉 合谷 曲池 委中
風池

灸：足三里 三陰交

第三階段：

晚期細胞萎縮退化，以補氣、補血、養陰仍無法改善時，進入寒瘀陽虛，以補腎陽為主。

各階段治療皆須考慮加入清熱解毒、或清熱養陰藥反制，若需加入補氣補陽藥，如黃耆、附子、玉桂等，需少量慢慢加入，並以良薑易乾薑。

【處方舉例】

以第二階段處方，加重黃耆、人參、肉桂，同時考慮加重黃芩、黃連、黃柏，并加入川七，少量良薑、附子。

【針灸處方】^[12]

針：陽陵泉 合谷 曲池 委中
風池

灸：足三里 三陰交

七、癌性疼痛

癌痛是惡性腫瘤常見的症狀，約三成癌症病人患有難以忍受的癌痛，晚期約有七成患者以疼痛為主要症狀。癌痛的特點是疼痛時間長且持續性加重，嚴重影響患者的生活品質。

癌性疼痛是生理性及心理性的交互影響，並連結情緒和認知，形成複雜及頑固的疼痛。

在生理上，骨、軟組織、淋巴管、血管、神經、內臟，通過機械性(腫瘤壓迫)或化學性(骨轉移)刺激。另外間接性原因，如病理性骨折…等，激活及致敏化學感受器，和機械刺激感受器，導致間歇性或持續性疼痛。在心理上晚期癌症病人，失望的感覺及對臨終的恐懼，各種有害身體的刺激，包括如心理、精神、社會、經濟因素等，增

加神經對情緒及認知的敏感度，加深了病人的痛苦指數，同時使疼痛加劇。

癌痛的治療，須區分是心因性的，或腫瘤壓迫導致氣機受阻，或臟腑經脈失養失榮^[11]：

1. 心因性痛

嚴重而長期性的痛訴，所訴疼痛與神經系統的解剖分佈不符合。有明顯的心理因素，如痛訴發生與心理因素的發生有時間上的聯繫關係，或經由他人關懷呵護可減輕痛楚。

2. 癌性神經痛

腫瘤對神經的壓迫、浸潤。痛處不移，疼痛部位與腫瘤生長處相應，夜間較痛，活動後緩解。

3. 骨髓壞死

明確部位的劇烈骨痛及發熱。

4. 骨轉移痛

初期夜間痛，從睡中痛醒，活動後緩解。

5. 病理性骨折

活動後骨痛加重。

《治療》

(一) 氣滯血瘀型：

局部疼痛呈錐刺感，難以忍受，不能觸摸，情緒急躁易怒，不能入

眠，舌質暗紅，舌下瘀脈、脈弦滑，治療以行氣活血，消腫止痛為主。

處方：乳沒四物湯加方

乳香3 沒藥4 桃仁4 丹參5
當歸3 川芎3 赤芍4 生地黃5
蒼朮5 砂仁4 柴胡4 陳皮5
黃芩5-8 木香5 延胡索5
(單位：錢)

【針灸處方】^[12]

針：陽陵泉 內關 膈俞 血海
太衝 神門

(二) 痰濕內聚型

局部脹痛，噁心嘔吐，食慾不振，胸悶吸短，舌暗紫，苔滑膩，脈濡滑，治以祛痰利濕，散結止痛。

處方：柴苓湯加方

柴胡5 黃芩5 半夏4 丹參8
甘草3 生薑3 大棗5 茯苓8
澤瀉8 陳皮5 砂仁4 延胡索5
(單位：錢)

【針灸處方】^[12]

針：足三里 中脘 氣海 合谷
陽陵泉 內關

(三) 熱毒蘊結

局部刺痛，有灼熱感，伴隨發熱，



口苦、口乾、口臭，小便短赤，大便乾結，舌暗紅、有瘀點，舌下瘀脈，苔黃膩，脈弦數。治以清熱解毒，涼血止痛。

處方：黃連解毒湯加方

黃芩5-8 黃連3-5 黃柏5-8
甘草4 丹參8 沒藥4 陳皮5-8
砂仁4 茯苓4 澤瀉4
(單位：錢)

【針灸處方】^[12]

針：行間 太衝 大椎 外關
尺澤 陽陵泉

(四) 寒瘀凝滯

局部疼痛不止，喜按，得溫則舒，形寒畏冷，納差，倦怠乏力，大便溏稀，小便清長，夜尿多，舌淡胖紫瘀，苔薄白膩，脈沉弱。治以溫陽散寒，祛瘀止痛。

處方：育生補陽還五湯加方

黃耆20 丹參5-8 川芎4 赤芍4
當歸4 桃仁4 沒藥4 木香5
延胡索5 黃芩5-8 砂仁4
乾薑1-5 附子1-5 玉桂子3-5
(單位：錢)

【針灸處方】^[12]

灸：足三里 氣海 關元 三陰交
百會 腰陽關

(五) 氣血虧虛

局部隱隱作痛，綿綿不止，心悸怔忡，氣短乏力，食慾不振，面色無華，口唇淡白，舌淡紅苔薄，脈沉細。治以補氣養血，祛瘀止痛。

處方：聖愈湯加方

黃耆20 丹參5-8 熟地黃5
當歸3 白芍3 川芎3 砂仁4
陳皮5 大棗5枚 木香4 延胡索4
黃芩5 人參3-5 (單位：錢)

【針灸處方】

灸：足三里 氣海 關元 三陰交
百會 腰陽關^[12]

八、高顱內壓

約1/4癌症病人會死於顱內轉移。腦轉移以肺癌、乳腺癌、黑色素瘤多見。腦部腫瘤易發生高顱內壓症。臨床症狀為頭暈、頭痛、噁心、嘔吐、視乳突水腫、神經缺損、行為改變、視力障礙、頸項僵直癱、注意力不集中、意識模糊、嗜睡或昏迷。腦腫瘤不論是轉移或原發，優先考慮控制腦水腫、高腦壓，若腦壓控制下來，腦部腫瘤就會穩定。西醫腦腫瘤治療是減壓手術、放射線。中醫治療須分辨是單純中醫治療，或已有西藥類固醇、或放射線介入^[1,3]。



《治療》

(一) 純中醫治療

當腫瘤快速增殖，未經西醫治療階段，多屬實熱症，常合併發熱或往來寒熱，血壓高，血糖高，不能入眠，煩躁，口苦口臭，痰涎黏稠，意識紊亂，汗出如油，胸肋滿脹，腹硬滿痛，小便不利，大便閉，舌苔乾而黃，脈弦或沉實。治療處方以活血化瘀、清熱解毒、淡滲利濕為主，必須通利二便，大便一日2~3次甚至7~8次為宜。以乳沒四物湯加方，或柴苓湯加方治療。

處方一：乳沒四物湯加方

乳香3 沒藥4 桃仁4 丹參5
生地黃5 赤芍4 川芎3 歸3
黃芩5-8 黃連3-5 黃柏5-8
蒼朮4 茯苓8 澤瀉8 天麻4-8
大黃1-3 化毒丸9粒 黑神丹4g

(單位：錢)

處方二：柴苓湯加方

加重黃芩、黃連、黃柏、大黃，
柴胡6 枳實5 赤芍5 甘草4
生薑3 大棗5 大黃3 黃芩8
黃連5 黃柏8 茯苓8 澤瀉8
桃仁5 川芎3 丹參8 大黃1-8
化毒丸9粒 黑神丹4g

(單位：錢)

【針灸處方】^[12]

針：人中 風池 天柱 百會
陽陵泉 後谿 太衝 豐隆
神門 大陵 鳩尾

(二) 西醫介入後

腦腫瘤放射線治療，會灼傷腦細胞，導致腦水腫、顱內壓升高，中醫介入時，需視西醫有無給類固醇，若有給類固醇，若腹不硬滿，脈不洪大，以育生補陽還五湯加黃芩，或育生半夏白朮天麻湯治療；若無給類固醇，以柴苓湯加方治療。一旦類固醇停用了，病人體力恢復，或腦腫瘤搭配化放療腫瘤消失，又再長出，須快速改回純中醫治療處方，即乳沒四物湯加方，或育生大柴胡湯加方。此際之臨床症狀必有噁心、嘔吐、身重痛、注意力差、萎軟、偏視、偏盲、煩熱、幻覺…等^[1,3]。

處方一：育生補陽還五湯加方

黃耆15-20 丹參5-8 赤芍4
桃仁4 當歸3 川芎3 黃芩5
川芎3 大黃1 (單位：錢)

處方二：育生半夏天麻白朮湯加方

半夏4 天麻4-8 白朮4 茯苓4
澤瀉4 生薑3 黃柏5 黃耆15-20
丹參5-8 陳皮5 大黃1

(單位：錢)^[1,8]

**【針灸處方】**^[12]

針：風池 天柱 豐隆 陽陵泉
內關 三陰交 合谷 曲池

九、骨轉移

惡性腫瘤的遠處轉移，最常見於肝和肺，骨骼是第三好發處。每一種惡性腫瘤都可能轉移到骨骼，其中以乳腺癌、肺癌、攝護腺癌、腎癌、膀胱癌、甲狀腺癌、淋巴瘤、和肉瘤發生率最高，乳腺癌、肺癌、攝護腺癌轉移佔骨轉移瘤的80%^[3]。

骨轉移癌最常見的臨床表現為進行性的骨痛、骨折、功能障礙、脊髓及神經根受壓迫^[2、3]。

骨轉移路徑**1. 直接侵犯**

原發性腫瘤直接擴散、侵犯，如前列腺癌、子宮頸癌、膀胱癌，直接侵蝕骨盆。

2. 血行轉移

腫瘤分泌血管生成荷爾蒙，形成新生血管，或腫瘤栓子脫落，經血行轉移至全身任何部位，經以下幾種路徑轉移至骨骼：

(1)腔靜脈路徑：腫瘤所處之靜脈血經腔靜脈回流至右心

房，經右心室至肺，繼而經由體循環至全身，發生骨轉移。

(2)門靜脈路徑：胃腸道腫瘤經門靜脈進入肝臟，繼而由下腔靜脈進入心、肺，再經由體循環轉移至骨。

(3)肺靜脈路徑：肺部腫瘤經肺靜脈，經體循環轉移至骨。

(4)脊椎靜脈路徑：胸腹腔或盆腔內靜脈中的腫瘤栓子，直接進入脊椎靜脈系統，直接轉移到脊柱、胸肋骨、骨盆及顱骨等處^[2、3]。

3. 淋巴轉移

原發性腫瘤向其鄰近的骨發生轉移，如乳腺癌通過淋巴系統轉移到同側肋骨、肱骨、胸骨等；前列腺癌轉移至骨盆、股骨及脊柱等^[2、3]。

骨轉移主要併發症**1. 局部功能喪失**

局部骨骼破壞或病理性骨折，導致疼痛及相應部位功能活動喪失。

2. 高鈣血症

腹痛、頑固性嘔吐、衰弱、脫水、震顫、冷漠、焦慮、急性腎

衰竭，昏迷。

3. 截癱或脊椎脊髓神經橫斷綜合徵
脊柱破壞導致截癱；或脊髓休克，演變成痙攣性癱瘓，張力增高，腱反射亢進，並出現病理性椎體束徵。

骨轉移臨床體徵^[2,3]

1. 局部腫塊、局部壓痛、觸痛、叩痛。疼痛常位於病灶深處，不易定位。
2. 病理性骨折引起相應功能障礙。
3. 脊椎脊髓神經受壓迫，產生神經壓迫的相應體徵，如肢體無力、麻痺等。

本病為中醫之“腎虛勞損”之範疇，屬本虛標實，寒熱錯雜之症，本虛是以臟腑之腎精虧損，氣血不足，脾腎兩虛為本，標實是以熱毒、血瘀、氣滯、寒凝為標。發病多為先天稟賦不足，腎氣虛衰，復感六淫之邪，蘊於骨骼；或骨傷舊疾，氣滯血瘀；或氣血不足，脾腎兩虛，或過勞傷腎，陰津虧虛，熱毒蘊結，導致腎虛髓空，邪毒久留。治療須以軟堅散結，活血化瘀，補腎氣，滋腎陰，平衡陰陽。

《治療》

處方一：育生通經方加方

懷牛膝8 續斷8 骨碎補8 茜草8
生杜仲8 黃柏8 生地黃5-8
砂仁4 陳皮8 青蒿4-8 知母4-8
地骨皮4-8 化毒丸9粒 黑神丹4g
(單位：錢)

本方適用於骨癌，或骨轉移癌，全身疼痛，腰膝痠軟，關節疼痛或有紅腫，口乾口苦，低熱，煩熱不眠，舌暗瘀紅，舌下瘀脈，脈弦數。本方通經、破血、補腎、養陰，對腫瘤抑制，系通過由抑制骨髓中癌胚幹細胞來治療。

處方二：右歸飲加方

熟地黃5 山茱萸4 乾薑1-3
附子1-3 玉桂子3-5 蒼朮4
砂仁4 杜仲8 骨碎補8 丹參8
黃柏5-8 黃耆15-20 化毒丸9粒
黑神丹4g (單位：錢)

本方適用於骨癌，或骨轉移癌，全身疼痛，乏力、倦怠，頭暈、目眩，貧血，血中蛋白濃度偏低，或合併慢性腎衰、心衰，形寒、肢冷，大便稀溏，小便清長，面色黧黑或慘白，舌淡、暗瘀、胖大或瘦薄，脈細弱。本方通經活血，大補腎之陰陽，係通過喚醒自體幹細胞，及免疫的再生與修復來抑制腫瘤^[5]。

【針灸處方】^[12]

針或灸：腰陽關 三陰交 腎俞
命門 太谿 委中
(血瘀、血熱、或陰虛陽亢者用針；氣血兩虛、或脾腎陽虛者用灸)

十、惡性胸腔積液

所有癌症均可發生惡性胸腔積液，其性質屬滲出液，或胸腔腫瘤外溶解，係胸膜表面直接受到腫瘤細胞浸潤所致，肺癌、乳腺癌、淋巴瘤最常見。惡性胸腔積液的產生，表示癌症已屆晚期，極少有手術切除的機會。胸腔積液小量通常沒有症狀，大量會有呼吸困難，乾咳，胸痛，倚息、喘息不得臥等症狀，聽診時可出現支氣管嘯鳴音。以肺有腫瘤為例，不論是原發性或轉移性，會產生惡性胸腔積液，導致肋膜、心包膜積水，肺鬱血，甚至於肺栓塞或血栓。病人的氣管、食道受黏液及濃痰堵塞，橫隔膜無法上升、下降，即令胃口不開，噁心嘔吐，饑不能食，此時須優先將水利出，利出之後自然橫隔膜放鬆，呼吸能順暢，食欲改善，營養供應好，則體力改善，抗病能力增加；所以古時有探吐法，目的是讓橫隔膜振動，食道、氣管的黏液能

滲出，吐出濃痰，則症狀穩定，氣管、食道能蠕動，滲出去的血液、淋巴液得以回流，人就會感到舒服而不喘促，可以平躺下來^[3]。

《治療》**處方：柴苓湯加方**

柴胡5 黃芩5 半夏4 丹參8
甘草3 生薑3 大棗5 茯苓8
澤瀉8 陳皮5 砂仁4 延胡索5
化毒丸9粒 黑神丹4g

(單位：錢)

為肺、肝、腎之腫瘤首選。以肋膜、心包膜、縱膈腔積水、腹水、或腦水腫為目標。偏向有水份貯留者，或細胞本身有水腫狀態，即中醫所謂之“水蓄”、“懸飲”，如肝癌、肺癌、或腎癌，有肝腎綜合症、Cr上升等各種水腫。遣方判斷以是否有水蓄、肋膜積水、肺鬱血等症狀為主，不以病理切片為依據。

【針灸處方】^[12]

針：尺澤 列缺 內關 水分
三焦俞 陰陵泉 太谿

十一、惡性腹水

惡性腹水係腫瘤的腹膜擴散，其性質屬血性滲出液。常見卵巢

癌、消化道腫瘤。惡性腹水產生的病理，有以下四種：一是因靜脈或淋巴管阻塞；二是散佈於腹膜表面的腫瘤分泌；三是血管活性刺激體液增生；四是引流通道或淋巴叢受腫瘤浸潤。臨床症狀為腹脹、腹痛，呼吸困難(大量積液致膈肌抬高)，消化道症狀(腹水壓迫胃腸道)如噁心、嘔吐、食慾不振，大便秘或稀溏，腹部壓痛^[9]。

《治療》

處方一：柴苓湯加方

柴苓湯適用於腫瘤引起的水蓄，即水腫、淋巴腫、各腫惡性積液。不論是表皮、肌肉、組織間隙、臟器本身、臟器外，顱內壓高、血管性、眼球內，只要與液體有關，如腹水、尿毒、肋膜積水、心包膜積水、各種水腫、肝的鬱血、栓塞，肝硬化的肝性腦病，心肌炎引起積水…等。針對水的問題，急性發炎的水，須加入黃芩、黃連、黃柏，慢性化時捨去黃芩、黃連、黃柏，萎縮期須加乾薑、附子、肉桂。以柴苓湯加減治腫瘤，必須加入丹參、沒藥、化毒丸、黑神丹。

處方二：香砂六君子湯加方

香附4 砂仁4 陳皮5 半夏4
丹參5 白朮5 茯苓8 生薑3

大棗5枚 黃耆20 當歸3 人參3
(單位：錢)

本方主要喚醒並修復消化道肽自體抑癌功能，解除免疫的受抑，增加腦部、心臟、腎臟的血液灌流，預防感染。對於晚期或化放療後遺的惡性腹水，合併脾胃損傷、虛弱、低蛋白血症、貧血、肝衰、腎衰、心衰、神經損傷，通過扶正祛邪，補氣、養血，可合併台灣四神湯或薏仁當成主食，可有效治療因血中低蛋白的癌性腹水。

【針灸處方】^[12]

灸：水分 氣海 脾俞 腎俞
足三里 三陰交

十二、腫瘤心身症

罹患惡性腫瘤病人之情志多傷於憂苦、煩思、抑鬱、驚恐。情志所傷能使氣機功能紊亂，陰陽、臟腑、經絡、氣血的升降出入失衡，致使心神無主，腎損精怯，脾胃運化失常，滋生百病，更加重癌症病人的沮喪與絕望。

腫瘤心身症係癌症病人在臨床上，常出現的許多症狀，表現與腫瘤惡化的症狀相互混雜，常導致醫師判斷上的困難，如：咳血、腰腿無力、虛弱、厭食、頭痛、嘔



吐…，故醫師應熟悉心身症與腫瘤惡化途徑的鑑別，避免誤診；在態度上須心平氣靜，臨症不亂，樂觀開朗，誠懇正直，不誇大恐嚇、不隱匿病情，同時啟動病人生機，鼓勵且提供有效治療策略，對於晚期腫瘤病人，須引導病人安定心緒，坦然面對疾病與生死^[9]。

《治療》

心理治療：

1. 靜志安神：指導或直接陪伴病人調息寧神，靜氣平心。此法適用疼痛難忍，或過度焦慮。
2. 怡悅開懷：以開朗樂觀的態度，讓病人對治療有信心，並鼓勵病人不問心情，只管大聲唱歌及發自內心開懷大笑，自然可改變腦內荷爾蒙及神經傳導介質的分泌。
3. 以正釋疑：以正確的醫學知識，通過解釋，清楚說明病人的不適原因，與腫瘤之惡化進展無關，以解其緊張、恐懼。
4. 轉移注意力：癌症病人注意力多在疾病上，煩惱、胡思，須轉移改變其注意力，如專注在呼吸上，或觀察身體其他部位，即所謂「移精變氣」，可使病變減輕或消除。

5. 說理開導：耐心的告訴病人疾病的深淺輕重，擬定進行治療及調養方針，中西醫尚可努力的程度，解除其恐懼、疑慮、及消極沮喪的心態。

處方治療：

治療惡性腫瘤心身症，有二種方式：一是以原來處方為基礎作增減，此法適於心身症表現輕淺，並無嚴重影響整體體質條件；另一方式，以治療心身症造成身體逆亂矛盾的處方為主，再加上抗腫瘤治療，此乃心身症已嚴重，導致氣機逆亂，影響原有抗腫瘤方向^[1,3]。任何方法都須考量病人整體之陰陽、臟腑、經絡、氣血的平衡條達。辯證及處方如下：

1. 以甘緩急：

臨床表現：不自主悲泣，憂鬱，低潮，疲勞，倦怠，頭暈目眩，不能耐饑。

處方選用：甘麥大棗湯、龍眼乾、甜食

2. 清化痰逆：

臨床表現：食欲不振、心悸、少眠、抑鬱、噁心、頭暈、項強、頭痛。

處方選用：溫膽湯、半夏天麻白朮散。

3. 寧心安神：

臨床表現：煩躁不寧，失眠多夢，且腫瘤無經化放療，或化放療後復發轉移，屬本態階段。

處方選用：黃連解毒湯、知柏地黃丸。

4. 重鎮降逆：

臨床表現：驚悸、失眠、燥渴、不易鎮定、血壓高、血糖高。

處方選用：健瓚湯加方。

5. 疏肝理氣：

臨床表現：煩躁、易怒、胸悶、吸短、失眠、多夢。

處方選用：四逆散、半夏厚朴湯、小柴胡湯、加味逍遙散

6. 補脾益氣：

臨床表現：短氣、懶言、食欲不振、食少脹痞、滯便、羸瘦。

處方選用：香砂六君子湯、補中益氣湯、人參、黃耆[10]。

【針灸處方】[12]

針：內關 神門 華蓋 三陰交
心俞

十三、腫瘤性高血凝

惡性腫瘤易形成高血凝體質，為癌症發病前的早期表現。須預防出血及栓塞。臨床多見紅血球增多、血小板增多、血栓性靜脈炎。紅血球增多常見於腎上腺癌，腎胚胎瘤，嗜鉻細胞瘤、肝癌、卵巢癌。

腫瘤高血凝體質，源自於肝臟抗血凝功能不足，與惡性腫瘤血管新生。正常血管新生在於生長發育或損傷的修復上，例如在傷口癒合、女性經期、胎兒生長發育、斷肢接合、腦中風等。而腫瘤的血管新生，是腫瘤從休眠期轉變成惡性、生長迅速、甚至侵襲其他組織的關鍵。當腫瘤細胞增長分裂至0.2cm左右，會開始誘導癌細胞周圍血管的新生，以提供其養分和氧氣，甚至助其轉移。腫瘤病人，促血管新生的物質增加，而抑制血管新生的物質減少。

腫瘤細胞誘發周圍血管新生，藉由血管內皮細胞生長因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)，及基本纖維母細胞生長因子(basic fibroblast growth factor, bFGF)。在實驗室診斷上，當腫瘤細胞由「原位癌」開始進入細胞間質時，人體結締



組織即產生「纖維蛋白原裂解產物」(Fibrinogen Degradation Product)，可經由DR-70來檢測發現，理論上DR-70可以在癌細胞小於106大小時即感應出癌細胞的存在。另外Procollagen III peptide(P III P)標記是結締組織形成的指標，臨床用於肝纖維化及進展成肝癌的早期診斷及監測。不論是腫瘤血管新生，或DR70檢測，或P III P檢測，都以發炎與纖維化為主要追究目標。故癌症的初中期，屬瘀熱證，發炎及纖維化是腫瘤細胞增生的病理因素，腦及幹細胞為所有組織器官指揮及修復中樞，身體某處因某些原因，有發炎及鬱血(即纖維化)狀態，促使腦細胞喚醒幹細胞趨近修補分化。惡性腫瘤初中期的血瘀血熱狀態，與腦及癌幹細胞，與抑癌基因的調控機制受損，有密切關係。

惡性腫瘤初中期瘀熱證的臨床表現：口乾、舌燥、煩熱、焦躁、興奮、睡臥不安、體力佳，小便短赤，大便秘，脈象弦滑或弦數，舌紅、紫暗，舌下瘀脈，常合併內分泌過亢、高血壓、高血鈣、高血糖、高血脂、高泌乳激素血症、高甲狀腺素…等^[11]。

《治療》

以清熱解毒、活血散瘀、化痰利濕法應用在治療癌症初中期^[13、14]：

- (1) 清熱解毒藥：抑制腫瘤細胞分裂及血管新生，解除感染及腫瘤分泌毒素。
- (2) 活血化瘀藥：打開通路，抑制腫瘤血管新生，促正常血管修復，消解已成腫塊。
- (3) 化痰利濕藥：清除代謝廢物，促進正常細胞對腫瘤的偵測。

處方一：乳沒四物湯加方

乳香3 沒藥4 桃仁4 生地黃5
當歸3 赤芍4 川芎3 黃芩5-15
黃連3-8 黃柏5-10 蒼朮4-8
茯苓8-12 澤瀉8-12 川七3
化毒丸9粒 黑神丹4g

(單位：錢)

適用於本態性腫瘤。任何癌初發期，西醫未介入，或西藥副作用已代謝完，或西醫已放棄治療，中醫要介入時，病人正氣不虛，即可使用此方。通過活血化瘀、清熱解毒、淡滲利濕，從而抑制腫瘤細胞的自我分裂複製增生及血管新生，清除免疫對抗腫瘤產生之代謝廢物，預防腫瘤溶解之代謝異常，糾正惡性腫瘤之高凝血、高鈣血、抗利尿激素分泌不適當的體質條件。

處方二：育生通經方加方

骨碎補8 續斷8 牛膝8 茜草8
黃芩8 黃連5 黃柏8 蒼朮8
茯苓4-8 澤瀉4-8 川七3
化毒丸9粒 黑神丹4g

(單位：錢)

適用於骨髓、肌肉、腎臟、肺臟的腫瘤，或偏向硬組織的腫瘤，如多發性骨髓瘤、橫紋肌肉瘤，或骨髓、荷爾蒙異常亢奮之腫瘤，如骨肉瘤、乳腺癌、子宮內膜癌、攝護腺癌、甲狀腺癌、高血脂症等，通經、破血、活血化瘀，對腫瘤抑制，係通過由抑制骨髓中癌胚幹細胞來治療。

【針灸處方】^[12]

針：陰陵泉 膈俞 腎俞 紫宮
丘墟 曲池

十四、腫瘤晚期虛弱及惡液質

癌症病人身體虛弱，來自於以下幾種因素：第一是貧血，造成貧血的原因如出血、感染、骨髓內轉移、營養障礙、腎功能減退、溶血、化療等。第二是營養不良，由於飲食障礙、吸收障礙、臟器功能不全、腫瘤致消耗增加、出血…等因素。第三是治療的副作用，如手術、化療、放療的失營養併發症。

晚期癌症病人易進展至惡液

質，主要表現為厭食，代謝和消耗升高，蛋白質、脂肪及其他重要成分的耗竭，體重、體力、活動能力進行性喪失以及精神的改變，味覺異常，致對熱量攝取減少，病人日益衰竭，表現淡漠甚至輕生傾向^[11]。

癌症經過化療或中藥苦寒藥物大量長期使用，仍控制不下來，腫瘤指數持續升高，病人身體虛弱，厭食，消瘦，衰竭，骨髓乾枯，低蛋白血症，低鈉血症，或BUN、Cr升高，各種系統如腦、神經、生殖系統的退化萎縮，屬虛證階段。臨床可表現脾氣虛、或脾陽虛、或腎陽虛、或脾腎陽虛^[11]。

故晚期的治療初期應先恢復脾胃功能，升高血色素，升高血中蛋白，糾正低血鈉，改善BUN、Cr等，以補脾胃、補氣血、補陽方式治療，如：香砂六君子湯、十全大補湯、或右歸飲、或加乾薑、附子、肉桂、人參、川七、菟絲子、黃耆等益氣溫陽的中藥方劑治療，可恢復機體正氣，促進五臟的相互調節，陰陽氣血，沖任二脈各有所司。調節機體氣機，喚醒抑癌基因，增加機體抗癌力，抑制癌幹細胞自我複製分化，使腫瘤標誌物下降，當造血正常一段時間，可能腫



瘤標誌會再度往上升，此時考慮已恢復本態，以活血化癥而涼血治療[11]。

《治療》

處方一：香砂六君子加方

香附4 砂仁4 陳皮5 半夏4
丹參5 白朮5 茯苓8 生薑3
大棗5枚 黃耆20 當歸3 人參3
(單位：錢)

處方二：十全大補湯加方

丹參5 白朮4 茯苓4 甘草4
生地黃5 當歸3 赤芍4 川芎3
玉桂子5 川七3 人參3-5 乾薑3
附子5 黃芩5-8 (單位：錢)

處方三：右歸飲加方

熟地黃5 玉桂子5 附子5
山茱萸4 杜仲5 骨碎補8 川七3
人參3-5 乾薑3 黃柏5 蒼朮5-8
(單位：錢)。

【針灸處方】^[12]

灸：百會 足三里 三陰交 合谷
氣海 命門

十五、淋巴阻塞

腫瘤感染淋巴結、放療後遺、手術後遺。或淋巴管的阻塞、粘連、狹窄、壓迫，引起淋巴回流不良之相應肢體腫大。乳癌、肺癌、

子宮頸癌、卵巢癌常見的併發症。

臨床表現

(一)輕度淋巴水腫：

可回復性凹陷型水腫，透過抬高患肢可獲改善

(二)中度淋巴水腫：

因血漿蛋白滯留在組織液中，使結締組織增生，產生不可回復性纖維化水腫、組織變硬，及慢性發炎現象，患肢有沉重、不舒服、疼痛的感覺，或皮膚拉得很緊，容易磨破

(三)重度淋巴水腫：

結締組織過度增生，脂肪硬化，造成皮膚類橘皮狀組織，並產生刺瘤，統稱為象皮病，呈現不可逆性。

《治療》

處方：五苓散加方^[14]

豬苓5 茯苓8 澤瀉8 白朮5
桂枝5 乾薑5 附子5 黃芩5
黃連3 黃柏5 丹參8 銀杏葉8
黃耆15-20 麻黃1 (單位：錢)

【針灸處方】^[12]

針：太谿 足三里 豐隆 腎俞
脾俞 膀胱俞

結論

腫瘤需區分三階段治療

依腫瘤與宿主正邪相爭的階段、或化放療的損傷程度，癌症的治療的主要分三個階段。

第一階段

以瘀熱證論治：

腫瘤細胞的分裂增生，腫瘤血管生成荷爾蒙過多，血管新生，荷爾蒙受體陽性，會產生高血凝及發熱現象，正邪交爭之際，會產生發炎及代謝廢物阻滯，皆屬瘀熱症。以活血化瘀，清熱解毒為主要治療法，但必須加入理氣化痰、淡滲利濕、直攻癌毒藥…等藥物。

第二階段

以氣虛、血虛、血枯論治：

當腫瘤細胞大量增生，免疫與腫瘤對抗，正邪相爭一段時日後，會進入氣虛、血虛、或血枯的階段。即使用苦寒藥一段時日後，或西醫介入後，仍持續血管新生、腫瘤持續增大、或腫瘤標記仍持續升高，須改以補氣、補血、柔肝養血，活血補氣以生新血。此時生新血，是人體正常的血管，非生腫瘤的血管。因化療藥注入，血管內膜

先受灼傷，血管內分泌受干擾與抑制，隨即血管產生狹窄、阻塞，需增加末梢血管的再新生、或溶通、或擴張啟動側支循環，此情況初期為氣血兩虛或血枯。以補氣養血治療，正常的血管新生會帶來大量抗體，清除代謝廢物阻滯，可將腫瘤抑制下來。

第三階段

以寒瘀、脾腎陽虛論治：

若補氣養血仍無法控制，即進入寒瘀、或腎陽虛兼寒瘀階段。正邪相爭到最後階段，血管狹窄、堵塞，腫瘤血管生成荷爾蒙亦釋放不出，免疫無法帶入抗體，代謝廢物阻滯無發清除，以補氣、補血、柔肝養血藥，腫瘤仍持續增大、或腫瘤標記仍持續升高者，為寒瘀或腎陽虛兼寒瘀階段，須加入大補陽藥，同時加入清熱解毒藥反制^[13、14]。

謝誌：

誠摯感謝育生中醫診所李政育教授及三軍總醫院廖炎智教授指導。



參考資料：

1. 李政育著：中醫腦神經治療學，台北，啟業書局。
2. 包興才主編：惡性腫瘤併發症，北京，人民軍醫出版社。
3. 廖繼鼎編著：臨床腫瘤學，台北，合記出版社。
4. 鄭淑鎡：中醫治療腫瘤熱，義大利，羅馬，2013世界癌症醫學大會論文專刊。
5. 詹佩璇編譯：神經生物學，台北，合記圖書出版社。
6. 鄭淑鎡：惡性腫瘤高血鈣性骨轉移，2012中華民國中西結合神經醫學雜誌，第七卷第一期，P75～82。
7. 鄭淑鎡：腫瘤性糖尿病，廈門市，2012世界中醫藥糖尿病專業委員會論文專刊。
8. 鄭淑鎡：傷寒大柴胡湯症與急性高顱內壓之症象比較研究，2006中華民國中西結合神經醫學雜誌，第一卷第二期P63～74。
9. 雷永耀等編著：肝臟腫瘤學，台北，合記出版社。
10. 鄭淑鎡：惡性腫瘤心身症，2012中華民國中西結合神經醫學雜誌，第六卷第一期，P94～106。
11. 林世崇主編：基礎重症醫學，台北，藝軒圖書出版社。
12. 蕭少卿編著：中國針灸處方學，台北，啟業書局。
13. 鄭淑鎡：癌症純中醫治療，南京市，2014世界中醫藥癌症醫學大會論文專刊。
14. 鄭淑鎡：惡性腫瘤治則治法及臨床實踐，2014新北市國醫節論文專刊。



A Study on Traditional Chinese Medicine (TCM) Treatment of Cancer Complications

Cheng, Shu-mei¹ Lee, Chen-yu²

1. Director, Pei Chen Traditional Chinese Medicine Clinic

2. Director, Yu Sheng Traditional Chinese Medicine Clinic

Abstract

Complications of cancer, such as hypertension, hyperglycemia, blood hypercoagulability, elevated intracranial pressure (ICP), paraneoplastic syndrome, endocrine paraneoplastic syndromes ("ectopic" hormone production), metabolic tumor disorders, cancer metabolic disorders, cancer psychosomatic disorders, etc. are a common occurrence. Also, during the intermediate and advanced stages malignant pleural effusion, generalized weakness, loss of appetite, and weight loss is common. Clinically the complications of cancer may present prior to being diagnosed, during the progression of cancer, or during the intermediate or advanced stages of cancer treatment. Keeping cancer under control and remedying the complications of cancer can effectively prevent and inhibit the progression of cancer. After all, each time a complication presents it could possibly indicate a sign of cancer relapse.

TCM treatment of the complications of cancer can be divided into three stages: 1) the early and intermediate stages are identified as stasis heat pattern, requiring the administration of blood-quickening and stasis transforming, heat-clearing and toxin resolving, and damp-disinhibiting by bland percolation; 2) the stage following the struggle between right and evil can be identified as qi vacuity, blood vacuity, and blood desiccation pattern; and 3) the advanced stage when anemia, hypoalbuminemia, progressive heart failure, and renal failure present, and treatment with qi and blood-



supplementing medicinals fails to inhibit persistent tumor growth and progression, can be classified as either cold stasis or kidney yang vacuity pattern, requiring the administration of great yang-supplementing along with the counteraction of heat-abating and toxin-resolving medicinals.

Key Words: TCM treatment, cancer complications, paraneoplastic syndrome, endocrine paraneoplastic syndromes ("ectopic" hormone production), neoplastic fever, hypercalcemia.

Authors : Cheng, Shu-Mei

Address : 4F, No. 261 Roosevelt Rd. Sec.3, Taipei, Taiwan ROC

Tel : 886-2-2367-0436

E-Mail : chenyr.lee@msa.hinet.net

Received : 2015.09.02; Published : 2015.12.27

探討針灸透穴刺法的臨床應用特殊效果

葉桂貞¹ 廖炎智²

1. 合林中醫藥工作室

2. 國防醫學院三軍總醫院 核子醫學部

摘要

“透穴刺法”始見於《黃帝內經》，在《靈樞·官針》篇有九刺、十二刺、五刺等各種針法，其中“輸刺者，直入直出，稀發針而深之，以治氣盛而熱者也”，與後世的直針透刺、斜針透刺近似。“直針刺者，引皮乃刺之，以治寒氣之淺者也”，與近代的橫針透刺類似。“恢刺者，直刺旁之，舉之前後，恢筋急，以治筋痹也”及“合穀刺者，左右雞足，針於分肉之間，以取肌痹”，這兩種一針變換多個方向的刺法與現在的多向透刺法相近。《玉龍歌》：“偏正頭風痛難醫，絲竹空金針亦可施，沿皮向後透率穀，一針兩穴世間稀。”楊氏在注解中又補充了許多實例，如風池透風府或合穀透勞宮治偏正頭風。印堂透左右攢竹治小兒驚風。正式定名“透針”的是金代的竇默，他曾著《針經指南》，內有透針的提法，晉代葛洪著《肘後備急方》中就有記載：“救卒死屍厥方，爪切人中良久，又針人中至齒立起”。此為針刺人中透齦交治療卒中症的急救針法。

透穴刺法是繼《內經》以後，毫針應用的一種新的特殊刺法。透穴刺法是用橫刺斜刺或直立深刺，讓毫針從一穴刺入，使針尖到達另一穴的部位，達到一針二穴或一針多穴的目的。本文經多年研究整理古代針灸文獻叢書發現透穴刺法，針感強，刺激大，對病程既能縮短又可療效顯著，可勘稱當今最有效針刺治病方法之一。

關鍵詞：針灸透穴刺法、耳針透穴、頭針透穴、面針透穴、體針透穴、芒針透穴、手針透穴、舌針透穴

通訊作者：葉桂貞

連絡地址：宜蘭縣羅東鎮純精路252巷12號

Tel：03-955-9302

E-Mail：kuei11111@yahoo.com.tw

2015年09月12日受理；2015年12月27日刊載



前言

古代文獻記載“透穴刺法”始見於《黃帝內經》，在《靈樞·官針》篇有九刺、十二刺、五刺等各種針法，最早元代王國瑞在《玉龍賦》首創“一針兩穴”的透穴針法，後來楊繼州擴充至二十餘法，至《循經考穴編》時已發展到八十餘法，被後世稱為“玉龍透針”之法。王國瑞在《扁鵲神應針灸玉龍經》中創用的“十二經夫妻相合、逐日按時選用原穴法”和“飛騰八法”。楊氏在注解中又補充了許多實例，如風池透風府或合穀透勞宮治偏正頭風。印堂透左右攢竹治小兒驚風。正式定名“透針”的是金代的竇默，他曾著《針經指南》，內有透針的提法，晉代葛洪著《肘後備急方》中就有記載：“救卒死屍厥方，爪切人中良久，又針人中至齒立起”。此為針刺人中透齦交治療卒中症的急救針法。

高武的“十二經病井榮俞經合需補虛瀉實法”（即“子午流注納支法”），在子午流注針法這一流派中佔有十分重要的地位。

本文經多年研究整理古代針灸文獻叢書發現透穴刺法，針感強，刺激大，對病程既能縮短又可療效顯著，可勘稱當今最有效針刺治病方法之一。

透穴刺法依部位可分七種：

1. 耳針透穴刺法

耳針沿皮透穴刺法”是河北醫科大學針推學院院長、著名針灸專家賈春生教授經過數十年的潛心研究和臨床實踐首創的“耳針沿皮透穴刺法”。該針法是治療頸、肩、腰痛的一種新的特種針法[6]。

2. 頭針透穴刺法

頭皮針可說是近代針灸學史上，最大的創新！其實頭皮針是所有針灸應用手法當中——最安全的針法。頭皮係由皮膚、皮下組織、帽狀腱膜、帽狀腱膜下層和顱骨外膜等五層組成，頭皮針只是下在頭皮表層。

源起於；

1953年，中國黃學龍醫師首先專書介紹人體頭部與大腦皮層的關係。

1958年，西安中醫院方雲鵬教授發現針刺大腦皮層功能定位，在頭皮外表投影的特定刺激點，可用來治療全身疾病。

1965年，山西焦順發醫師提出14個頭針刺激區，被中國衛生部在全國推廣。

1983年，中國〈全國頭針協作組〉制定“中國頭皮針施術部位標準化方案”。

1991年，世界衛生組織認可，將《頭皮針穴名國際標準化方案》頒布於世。

～目前頭皮針已成為一種專門療法，並在世界幾十個國家含歐美、日本、東南亞等地區所推廣與應用於臨床治療^[2,8]。

3. 面針透穴刺法

通過肌電反應加針刺透穴治療該病的機制觀察，針刺透穴可提高神經的興奮性，改善局部營養

代謝，加速恢復面部肌肉神經的功能。

周圍性面癱在中醫稱為“口眼歪斜”，輕型患者經及時治療能獲得滿意效果，但也有一些患者由於治療失誤，致使最佳治療時間錯過，使得面部由於長期經氣循行失常、氣血失和、經脈失於濡養、縱緩不收，留下面癱後遺症^[2]。

4. 體針透穴刺法

中風（包括小腦梗塞和小腦出血）後小腦性共濟失調在臨床上亦較為常見。共濟失調是一組臨床症候群，是因小腦、本體感覺及前庭功能障礙所導致的運動笨拙和不協調，可累及四肢、軀幹及咽喉肌，引起姿勢、步態和語言障礙^[12]^[7]。

5. 芒針透穴刺法

透穴治病：長針穿過身體不傷身，芒針是由古代九針之一的「長針」發展而來。常用芒針的長度為寸，也有長度在一尺以上的。一般可用於癱瘓、神經根炎、多發性神經炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃



炎、胃下垂、中風、昏迷、癲、狂、癩、哮喘、咳血、子宮脫垂，以及運動系統等疾患。但因芒針的針身較長、刺入較深，應選擇適宜於深刺的穴位，進行治療。醫者必須認真負責，膽大心細，注意力要集中在手法操作上。同時要及時注意在治療過程中可能發生的問題，以防止暈針和其他事故^[3,12]。

6. 手針透穴刺法

「韓國手針」是一位韓國教授在1970年代無意中發現的。他有摸手的習慣，某次頭痛時在手上揉捏，頭竟然不痛了，不僅如此，他還在手上找出了與中醫對應的經脈穴道。女兒得他培養，在巴西行醫，治病時只在手上紮針，不碰身體其他地方。中國有一個醫生，治病只紮耳朵。現在手針在韓國很流行，只要選擇一個有圓頭的硬物如原子筆就可以自己做。像牙痛、腰痛、肩膀痛，都可以在手指上解決，一分鐘就好^[3]。

7. 舌針透穴刺法

舌針療法顧名思義就是在舌上針灸治病的一種方法，屬於中醫範疇微針療法的一種^[3]。

黃帝內經載：“脾足太陰之脈……入腹屬脾絡胃，上膈，挾咽，連舌本，散舌下……” “腎足少陰之脈……屬腎絡膀胱，其直者，從腎上貫肝膈，入肺中，循喉嚨，挾舌本……” “手少陰之別……循經入於心中，繫舌本……” “足太陰之正，……上至腎，當十四椎，出屬帶脈；直者，繫舌本……” “足太陰之正，上結於咽，貫舌中……” “足太陽之筋……其支者，別入結於舌本……” “手少陽之筋……其支者，當曲頰入繫舌本……” “唇舌者肌肉之本也……”

上述明確闡述了舌與臟腑、經絡之關係。因此中醫學認為：“舌者心之苗也。五臟六腑之大主。其氣通於此，其竅開於此者也。諸臟腑脾肺肝腎無不繫根於心，考手足陰陽無脈不通於舌”^[1,9]。

透穴刺法臨床應用：

1. 中風偏癱

“金針王樂亭”的十二透穴法，用於治療中風偏癱，療效顯著[3, 10]。其十二透穴為[3, 12]：

- 一、肩髃透極泉：肩髃為手陽明經與陽蹻脈之會穴，其功能可疏經絡，祛風濕，利關節，調氣血；極泉為手少陰心經起始穴，有清心寧神，通經括活絡的功能。二穴相透，可疏通陽明和少陰之經絡氣血，利於肩關節之恢復。
- 二、腋縫透肘縫：二者皆為經外奇穴，有舒筋利節、活血通絡之功能，透刺可促進上肢功能恢復[3, 12]。
- 三、曲池透少海：曲池為大腸經合穴，可疏經絡，調氣血，利關節；少海為心經合穴，可疏經調氣，二穴透刺可使二經經氣貫通，氣血通暢促進上肢功能恢復，尤可疏通肩肘關節之經氣。
- 四、外關透內關：外關為三焦經絡穴，八脈交會穴之一，通於陽

維，可散風解表，通經活絡；內關為心包經絡穴，亦為八脈交會穴，通於陰維脈，為醒腦開竅法之主穴。二穴相透可使三焦、心包及陰·陽維脈之經氣疏通。中風多與肝風內動有關，外關可鎮驚熄風平肝，內關可寧心安神，舒肝降逆。二穴透之使肝風平息，內風可減也[3]。

- 五、陽池透大陵：陽池為三焦經原穴，可疏散少陽風火，通達三焦經絡，滋陰除煩；大陵為心包經俞穴原穴，可清心寧神，疏通心包，和胃寬胸。二經原穴相透，可治其臟腑之疾[3, 12]。
- 六、合谷透後溪：合谷為大腸經原穴，有醒腦開竅，通調氣血，疏風清熱的功能；後溪為小腸經輸穴，八脈交會穴之一，通於督脈，可清熱解表，醒神通陽。二穴透刺，可開竅醒神，清心豁痰，驅邪外出，恢復掌指關節之功能[3, 12]。
- 七、環跳透風市：二穴皆為膽經之穴。環跳為足少陽、太陽之交



會穴，有疏通經絡，強腰益腎的功能，是治療腰骶下肢疾患之要穴。風市可祛風寒、強筋骨，主治下肢頑痹，腿膝無力。二穴可疏通下肢的經絡氣血，是恢復下肢功能的要穴[3]。

八、陽關透曲泉：膝陽關為膽經合穴，有疏風散寒，舒筋活血之功能；曲泉為肝經之合穴，功能舒筋活絡，調理氣血。二穴透之可治膝關節僵直，屈伸不利，小腿麻木不仁。

九、陽陵透陰陵：二穴分別為膽經脾經之合穴。陽陵泉為八會穴之筋會，可疏肝清膽，舒筋活絡，主治筋之病。陰陵泉有健脾利濕，通利三焦的功能。二穴透刺可補肝腎，健脾溫陽，強筋健膝利關節。

十、懸鐘透三陰交：懸鐘又名絕骨，是八會穴之髓會，可通經絡，祛風濕，補腦益髓，強壯筋骨；三陰交為三陰經之交會穴，可健脾胃助運化，通經絡活氣血。二穴透之，可使三陰三陽經之氣血貫通，調和

營衛，滋補陰陽，可舒利踝關節。

十一、昆侖透太溪：昆侖為足太陽之穴，功能為解肌通絡，強腰補腎；太溪為足少陰之俞穴原穴，可滋補下焦，調理沖任。二穴透刺可疏利踝關節，恢復其功能，糾正足內翻、外翻。

十二、太沖透湧泉：太沖為肝經俞穴原穴。有泄肝火，清頭目，行氣血，化濕熱的功效；湧泉為腎經井穴，功能可滋腎清熱，除煩寧神，開竅救逆。腎陰虛，肝火旺時可致中風。二穴透刺可清肝火，滋補腎陰，肝腎同調，中風為恢復手指、足趾功能，還可取八邪、八風穴，以1.6寸針向腕踝關節方向透刺。若病程較久，正氣已虛，可用撚轉補法[4][10]。

2. 肩周炎

肩關節炎大多由風寒濕邪或外傷侵入肩膀，致使經絡阻滯，氣血不暢而引起，根據中醫巨刺論，針灸治療以患部的對側為主，亦即左

側出現肩周炎時，針灸右側穴道，反之亦然。為了加強效果，另加肩三針及後溪穴的針灸；如果合併脖子酸痛，可加風池穴；如果還有肩胛骨疼痛，可再另加天宗穴。在風痹、寒痹及濕痹三種痹症中，肩周炎屬於痛點固定且很痛的寒痹，除以中藥治療，及中醫傷科的整骨手法外，針灸也是治療的選擇之一。採用的是從一穴穿到另一穴的透穴手法，從條口穴入針，直接抵達對側的承山穴^[12]。

3. 膝關節炎

針刺按風濕性關節炎處理。以靳三針之膝三針加灸和“拔河針法”共用分階段治之。療程定為14天。

方法：（1）第一階段（前7天）用靳三針之膝三針加灸法治之。選穴：主穴：血海（雙），梁丘（雙），內外膝眼（雙）。配穴：陰陵泉（雙），陽陵泉（雙）。

針灸過程如下：用透刺法：血海透梁丘。內膝眼透外膝眼。陰陵泉透陽陵泉。（各互透之穴兩針針尖相對，成一直線）針刺得氣後，

三對兒兩針針尖相對之穴施平補平瀉手法1min，補瀉手法畢每針上加12X15mm艾柱灸之，每針每次各灸5壯，共留針30min。5壯灸畢，30min時間到後，各對刺之穴分別施平補平瀉手法1min後出針。上述針灸手法，每天一次，7次一療程。按上述針灸方法，7次後患者已覺證狀大為好轉^[11]。

4. 面癱

其誘發因素可能系風寒，病毒感染，自主神經功能不穩等，引起局部神經的營養血管痙攣，導致神經缺血水腫。因骨性面神經僅能容納面神經通過，面神經一旦發生缺血水腫，必然導致面神經受壓。表現一側表情肌完全性癱瘓，額紋消失，眼裂變大，不能閉合，患側鼻唇變淺，口角下垂，示齒時口角歪向健側，鼓腮漏氣等。

本病原因中醫認為多由脈絡空虛，風寒之邪乘虛侵襲陽明，少陽脈絡，以至經氣阻滯，經筋失養，筋肌從緩不收而發病。針刺取穴以手足陽明經為主，手足少陽經為輔，取風池，翳風，有疏散



之效，其中翳風可祛風止痛，適用於初病耳後乳突痛；頰車，地倉同屬陽明，採用平刺透穴手法以推動經氣的運行；合穀，太沖為循經遠取穴法，合穀善治頭面諸疾，太沖用瀉法治口角下垂，尚可配以承漿。鼻唇溝變淺，可取迎香，口禾膠；目不能合，配以陽白，攢竹，照海。針刺療法在急性期不宜強刺激，以免引起繼發性肌痙攣。

合谷、風池取直刺，餘穴取3寸毫針，針尖與表皮呈15°角沿皮下進行透刺，以地倉透頰車，頰車透太陽，陽白透魚腰，太陽透陽白，承泣透四白，針尖不能刺透皮膚，手法為輕刺平補平瀉，1次/d，每次留針30min，10d為一療程[5,12]。

5. 急性腰扭傷

先在委中放血，再採人中深刺法，手針透刺法，頭皮針法，華佗夾脊透穴針刺手腕手肘證候群，橈骨莖突部狹窄性腱鞘炎，腕管綜合症，三角纖維軟骨盤損傷，屈指肌腱鞘炎（彈響指、扳機指）。

取3寸毫針，針尖與表皮呈15

度角沿皮下進行透刺，以養老透間使，列缺透太淵，魚際透大陵。

針刺手法之應用

常用手法包括基礎手法：進針法、留針法、出針法；基本手法：進法、退法、撚轉法、提插法；輔助手法：爪法、切法、循法、攝法、捫法、按法、彈法、刮法、震法、搖法、搓法、飛法、盤法、動法；單式補瀉法：撚轉補瀉、提插補瀉、徐疾補瀉、開合補瀉、迎隨補瀉、呼吸補瀉、九六補瀉、平補平瀉；複式補瀉法：燒山火、透天涼、陽中隱陰、陰中隱陽、龍虎交戰、龍虎升降、青龍擺尾、白虎搖頭、蒼龜探穴、赤鳳迎源、子午搗白、運氣法、提氣法、納氣法、留氣法^[3]。

透刺常用穴

《針灸大成·玉龍歌·楊氏注解》關於透穴的運用實例如下^[1]：

1. 印堂刺1分，左右透刺攢竹嬰兒

慢驚風。

2. 風池刺1.5寸，透風府穴痰飲所致的偏正頭痛。
3. 合穀穴刺至勞宮偏正頭痛。
4. 頰車透地倉，地倉透頰車口眼喎斜。
5. 頭維沿皮透刺兩額角眉棱骨痛及眩暈。
6. 瞳子膠透魚腰兩睛紅腫疼痛羞明。
7. 陰陵泉透陽陵泉關節紅腫疼痛。
8. 間使透支溝瘡疾。
9. 液門沿皮針向後透陽池手臂紅腫連手腕疼痛。
10. 列缺透太淵寒痰咳嗽。
11. 少澤穴沿皮向後刺3分乳癰。
12. 至陽針刺沿皮下刺3分黃疸。
13. 風門沿皮向外刺傷風感冒。
14. 針複溜3分，沿皮向骨下刺1寸傷寒無汗。

王樂亭——河北省香河縣籍針灸專家——處方^[10]

1. 手足十二針：主要治療半身不遂。
取穴（均取雙側穴位）：曲池、內關、合谷、陽陵泉、足三里、

三陰交。

刺法：先健側後患側。

2. 十二透：主治中風後遺症，功能未復，正氣未虛者。
主要穴位：肩髃透臂臑，曲池透少海，外關透內關，合穀透勞宮，環跳透風市，曲泉透膝陰關，陽陵透陰陵，足三裡透承山，絕骨透三陰交，丘墟透照海，昆侖透太溪，太沖透湧泉。
3. 督脈十三針：腰膝無力，難以站立的患者。如腦幹和小腦梗塞。
取穴：百會、風府、大椎、陶道、身柱、神道、至陽、筋縮、背中、懸樞、命門、腰陽關、長強。
4. 老十針：主治中風臥床時間過長，食欲不振者。同樣適用於胃脘痛。
取穴：上脘、中脘、下脘、氣海、天樞（雙側）、內關（雙側）、足三裡（雙側）。
5. 中風語方：主治中風失語。
取穴：廉泉、天言、通里、照海；風府、啞門、風池、翳風。
6. 中風通便方：主治中風便秘。
取穴：陽陵泉、足三里；（相當



於大承氣湯) 支溝、天樞、照海(緩瀉方, 虛性便秘)^[4]。

結論

透穴刺法是繼《內經》以後, 毫針應用的一種新的特殊刺法。透穴刺法是用橫刺斜刺或直立深刺, 讓毫針從一穴刺入, 使針尖到達另一穴的部位, 達到一針二穴或一針多穴的目的。

針灸治病, 針灸透刺法組方之法, 不是首創。千百年來在針灸治病方面都是用這種方法, 《針灸大成·玉龍歌訣》早有論述。“中風不語最難醫, 髮際頂門穴要知。更向百會明補瀉, 即時清醒免災危。”“偏正頭風痛難醫, 系竹金針亦可施。沿皮向後透率谷, 一針兩穴世間稀。”此外還有截法、擔法等等; 本文經多年研究整理古代針灸文獻叢書發現透穴刺法, 針感強, 刺激大, 對病程既能縮短又可療效顯著, 可勘稱當今最有效針刺治病方法之一。

現代眾多文明病難治, 唯有系統學習鍼灸的理論和經驗, 才能治

療多種疾病, 得以增進社會大眾的健康。透刺法臨床上確有卓越的療效, 期許對於透刺法針組有更廣範的應用前景。

謝誌:

本內容參考多篇海峽兩岸醫學學術團體及學者研究報告, 更承蒙國防醫學院三軍總醫院廖老師炎智理事長不吝指教, 致上誠摯感謝。

參考資料

1. 《醫宗金鑑·刺灸心法要訣》、《針灸大成》、《針灸逢源》、《針灸集成》等經典古籍。
2. 王順等人, 頭部電針透穴治療帕金森氏病的臨床研究”黑龍江省中醫研究院針灸科。
3. 圖說針刺手法120種, 出版社: 知音出版社。
4. 陳湘生, 秉承王樂亭金針心悟, 人民衛生出版社出版, 2012/04/01。
5. 王興林、黃德亮, 面神經麻痺, 北京; 人民軍醫出版社, 2002:



- 91-95。
6. 賈春生、馬小順、葛建軍等著，耳針沿皮透穴刺法對頸椎病快速鎮痛效應的臨床初步觀察，石家莊，河北醫科大學中醫學院。
7. 《新針療法手冊》之針灸穴位圖及常用奇穴，廣州軍區後勤部衛生部結合實踐，編印，出版於1969年1月。
8. 王順¹、蔡玉穎¹、胡丙成¹、盧金榮²、孫忠人³、張雅麗⁴（1.黑龍江省中醫研究院，哈爾濱；2.哈爾濱市第一醫院，哈爾濱；3.黑龍江中醫藥大學附屬第二醫院，哈爾濱150001；4.哈爾濱市中醫醫院，哈爾濱）等編，頭針透穴刺法。
9. 《實用舌針學》一世界醫學史上第一部闡述舌針療法的專著；人民軍醫出版社出版發行。
10. 金針王樂亭經驗集作者：張俊英，出版社：人民衛生出版社出版，年：2004-4。
11. 馮淑蘭“拔河針法”治療風濕寒性膝關節痛224例臨床觀察，針灸臨床雜誌，1996（7）：44。
12. 黃桂全編著，道家速效針灸醫案，台北市，志遠書局2007年1月出版。



A Study of Acupuncture Therapy Joining Needling Technique's Exceptional Efficacy in Clinical Application

Ye, Gui-zhen¹ Liao, Yan-chih²

1. He Lin Chinese Medicine Clinic, Director

2. Tri-Service General Hospital Department of Nuclear Medicine

Abstract

The earliest recorded documentation of "joining needling technique" can be found in The Yellow Emperor's Inner Cannon. Specifically, the "Magic Pivot, Using Needles" section where in the chapters "Nine Needles," "Twelve Needles," and "Five Needles" various needling techniques are described. For instance, this excerpt: "When transport point needling is applied enter straight and remove straight and insert deep for the treatment of exuberant qi with heat," which directly correlates with modern perpendicular joining needling and oblique joining needling techniques. And there is also this excerpt: "When direct subcutaneous needling is applied needle along the skin for the treatment of shallow cold qi," which directly correlates with modern transverse joining needling technique. "When waggle needling is applied along with perpendicular insertion lift the needle back and forth to soothe tension of the sinews for the treatment of impediment of the sinew" and "When needling He Gu manipulate the needle left and right like the shape of a chicken foot inserting to the seam of the flesh for treating muscle impediment." These two needling techniques describe manipulation of the needle in multiple directions, which correlates with modern multidirectional needling. The Jade Dragon Song states: "For hemilateral medial head wind pain [medial headache], use a gold needle to needle Si Zhu Kong along the undersurface of the skin directing it back to join Shuai Gu; one needle needling two acupoints, a feat seldom seen." In Yang's annotation he added



many examples, such as Feng Chi joining Feng Fu or He Gu joining Lao Gong for the treatment of hemilateral medial head wind pain [medial headache], and Yin Tang joining the left and right Zan Zhu acupoints for the treatment of child fright wind. The actual term "joining needling" was coined by Dou Mo of the Jin Dynasty as he discusses in his book Guide to the Acupuncture Classics about the raising technique of joining needling; and in the Jin Dynasty Ge Hong wrote in his book Emergency Standby Remedies: "For remedying death-like reversal, nail-press Ren Zhong for a long duration and then needle from Ren Zhong to the point where the teeth begin." This clearly describes the emergency resuscitation needling method Ren Zhong joining Yin Jiao for the treatment of sudden strike (stroke).

The joining needling technique has endured the ages since The Yellow Emperor's Inner Cannon, and is now a special needling technique using modern filiform needles. Joining needling technique applies either transverse and oblique shallow needling or perpendicular deep needling. The filiform needle is inserted at one acupoint through to another acupoint, enabling one needle to join two or more acupoints. The needle sensation is strong and stimulation intense, providing exceptional efficacy, quickly relieving symptoms and remedying disease. It is unquestionably one of the most effective needling techniques now in practice today.

Key Words: acupuncture joining needling technique, auricular acupuncture joining needling, head acupuncture joining needling, face acupuncture joining needling, body acupuncture joining needling, awn (elongate) needle joining needling, hand acupuncture joining needling, tongue acupuncture joining needling.

Authors : Yeh kuei-chen

Address : No.12, Ln.252,Sec.3 ,Chunjing Rd Luodong Township, I-Lan,County 265 Taiwan, R.O.C

Tel : 886-3-9559-302. 886-3-9904-699

E-Mail : kuei11111@yahoo.com.tw

Received:2015.09.12; Published:2015.12.27



針灸應用於腦中風病例之 臨床療效探討

鍾世芳

世芳中醫診所

摘要

中醫針灸對神經疾病的治療已有千年的歷史，最近幾年統計證明針灸可以有效治療癱瘓，此外，也可適用在治療中風，特別是中風後的復健。在急慢性中風對與運動功能有重大的改善，（例如：膝關節的伸直或彎曲，肩膀的攣縮……）。根據臨床研究，針灸治療時機是前三週療效比三週後再治療的療效來的好。

本文發現在臨床上，應用針灸治療急性腦中風病例，確實能有效改善肢體平衡、運動功能與生活品質。

關鍵字：中風、麻痺、平衡、運動功能、生活品質

通訊作者：鍾世芳

連絡地址：台北市信義區逸仙路26巷5號1樓

Tel：02-87898506 # 3

E-Mail：shh818@gmail.com

2015年09月13日受理；2015年12月27日刊載

一、前言

在2000多年前的中國醫學已廣泛應用針灸於腦中風病症的治療，近年來針對中風後之麻痺研究統計有顯著療效^[1]，針灸可用為中風之治療或輔助療法^[2]，亦可用於中風後之復健療法^[3,4]，又有研究報告於急性期與慢性期中風，針灸治療確實能改善運動功能(如膝關節伸直、屈曲及肩膀內收等)^[5]。實證研究發現，中風病患早期給予針灸治療(最初3週)比中風3週後再予針灸治療有更顯著療效^[6]。

二、中風病名之起源：

東漢末張仲景確立“中風”之病名，中風是以猝然昏厥暴仆、不省人事，或突然口眼喎斜、語言謇澀、半身不遂、肢體偏癱，或無昏仆僅有喎斜不遂為主的一種疾病。有意識昏蒙者始歸屬於中臟腑範疇。^[7]

由於本病，起病急劇、症見多端、變化急速，與自然界風突起於傾刻之間，驟變於瞬息之中，來勢兇猛的特性相似，而類比名為中風。^[7]

三、中風之診斷：

- (1) 是以猝然神智不清、甚至昏厥暴仆或昏迷無知、半身不遂、語言謇澀或不語、肢體偏癱、口眼喎斜為主症的疾病，其臨床症狀與腦髓受損部位有極大關係。
- (2) 起病急劇。
- (3) 發病前常有短暫性昏蒙，或劇烈頭痛，或短暫性單側手足麻無力。一日內發作數次，或幾日內多次發作。
- (4) 大部分約在40歲以上發病。^[8]
- (5) 臨床醫療上多以電腦斷層(CT)、核磁共振(MRI)檢查。

臨床醫療上以腦髓神經損傷程度與有無意識昏迷分為“中臟腑”與“中經絡”兩大類型。

所謂的“中經絡”，是指神識清楚，無昏仆者。“中臟腑”，是神志昏蒙，甚至昏迷無知。

中風病的急性期是指發病後兩週以內，中臟腑的急性期最長病期可至1個月；恢復期是發病後兩週以內或1個半月或半年以內；後遺期是指發病半年以上者。^[8]



四、中風之臨床病例

病例一：

病患：林○郎，男，64歲，97年8月26日

主症：猝然昏仆，不省人事，左手足無力，左側肢體軟癱乏力，口流涎。

現病史：97年3月，作舌咽癌肉摘除手術後大小便難以控制。高血壓病服降壓藥3年，原本陪家人看病，候診時猝然昏仆，不省人事（約6、7分鐘），左手足無力，左肢體軟癱乏力，抑鬱易怒，口流涎，大小便失禁，面暗唇淡，舌質淡紅、苔薄白，脈沉細無力。血壓130/72mmHg。針刺甦醒後滿嘴髒話，神識尚清。

（叮嚀至西醫院作頭部檢查）2天後至西醫院MRI檢查，證實右側顱頂部運動皮質區有輕微栓塞。

針治法：針刺素膠穴（穴在鼻尖正中；不刺人中，恐引痰涎上湧，阻塞氣道。）、合谷、足三里。甦醒後川七粉3g，溫水送服。

治法：益氣滌痰化癰熄風

方藥：

粉劑：補陽還五湯10g，合右歸丸6g，加半夏0.5g、桂枝0.7g。

水煎劑：黃芪2兩半、桃仁5錢、川芎5錢、當歸尾5錢、丹參5錢、銀杏葉5錢、地龍5錢、桂枝5錢、葛根7錢、蘇黨參1兩、白朮3錢、石菖蒲5錢、赤芍5錢、川紅花5錢、半夏5錢。沖服川七粉3g、水蛭粉3g。（叮嚀西藥降壓藥須繼續服用）5天水藥。後續拿2次5天水藥，飲片又加用懷牛七3錢，茯苓1兩2錢，病情基本緩解，口流涎消失，肢體活動正常，左手足稍微無力。之後約1個月看診1次，血壓控制在130/70 mmHg之間。但此病患在98年6月11日突然腦溢血猝死，來不及送醫。

病例二：

病患：謝○達，男，86歲

主證：原全身肢體軟癱，診療2天後左手足仍完全無法動，右

腿能滑動。

現病史：在烈日下突然昏仆，不省人事，牙關緊閉，口噤不開。緊急送彰化基督教醫院，西醫檢查為額頂部皮質下出血量約38cc。院方建議開顱手術清除顱內血塊，因年事已高，家屬不同意，住院二十多天僵持不下，只好出院返家。（因為出院時，院方告知，不手術就回家等死。返家後，家屬果真準備了棺木和壽衣，就是一口氣尚未斷。所以整個醫療過程家屬態度都比較消極，僅用科學中藥粉，施治者只好加用針刺治療。）

86年7月26日初診：

全身肢體軟癱，面赤唇暗紅，口噤目張，兩手握固，喉間痰鳴聲，呼吸淺短，靜臥不煩，四肢不溫，已3、4天無大便，苔黃膩，脈弦滑數。血壓142/92 mmHg。（以格拉斯哥表評分約4、5分。）

治法：補氣醒腦，佐以化痰

針治法：兩手足三里、合谷、三陰交、豐隆。耳背靜脈、大椎、下三黃穴、委中放血。

方藥：先用口服粉劑補陽還五湯10g，加麻黃1g，半夏1g，水蛭2g，川七2g，桂枝1g，懷牛膝2g，大黃1g。2天份科學中藥。

86年7月29日復診：

左手足完全無法動，右腿能滑動，家屬反應，半夜喊餓，一整夜躁擾不寧，唉叫聲不斷。原方加丹皮1.5g、黃芩4g。2天份科學中藥。

針治法：兩手足三里、合谷、三陰交、內關透外關。

86年7月31日復診：

左手足稍可動仍無力，右手足活動範圍增大，唉叫聲稍減。血壓140/92 mmHg。原方加丹參1. g、炒杜仲3g。2天份科學中藥。

針治法：兩手足三里、合谷、三陰交、內關。

86年8月1日復診：

左手可緩慢伸展仍無力，左足可在床上動仍無力，右手足活動較自如、稍可用力，手腳移動時才有唉叫聲。四肢不溫，便溏1天1行。血壓140/92 mmHg。

方藥：先用口服粉劑補陽還五湯10g，加麻黃1g，半夏1g，水蛭2g，川七2g，桂枝1g，懷牛膝2g，大黃0.5g，



丹參 1g，炒杜仲 2g。7天份
科學中藥。

上方藥加減，持續用藥約7、8個月。

此病患中風前因平衡感差須拄著拐杖行走，因病患好動，一能動即到處趴趴走，故復原的快。治療約五個月後竟然可以不拿拐杖走路，可見上述治療同時可以改善其運動皮質區的類澱粉樣沉澱狀態。

五、結論

1. 針灸治療可改善腦中風後之神經損傷。
2. 針灸治療對於中風後之運動功能、肢體平衡與生活品質確實有顯著改善。
3. 中風病例可於早期時給予針灸治療其療效更為顯著。

謝誌：

習醫如修禪，除了需要身體力行外，更需要有良師指引，一方面可減少醫療上的疏失，可以精簡用藥，節省醫療資源，縮短療程。另一方面，也可提早減除病患的痛苦，節省病家的經濟負擔。身為人醫，若能透過學習使臨床醫療而達

到以上的境界，即深感欣慰。

廖炎智老師胸襟開闊，學養豐厚，傳授給我非常豐富醫學理論與治學方法，讓我更實際學習到之前所忽略的醫學理論，使我得以沉澱自己過去所學的理论，再度省思考調整未來的行醫路，跟其不斷的接觸中學習到診病技巧、研究治病技術方法及如何靈巧應用西醫階段性檢查與病情判斷。進而督促我嚴謹注意病患病況之進展，且不輕易放過病患可能潛藏的其他疾病因素，受益良多、病患也間接受惠。

李政育老師，胸懷千萬里，樂觀積極，謙和寬容，慈祥包容，博學多聞，飽讀中西醫書。毫無藏私的將其所學及其所經歷的可貴病例，一次又一次耐心的傳授，只因自己資質魯鈍愚昧，僅得一二。師恩浩蕩，永銘心中。

老師們卓越的學術成就與精湛的醫術，都是我的楷模。老師們都將其所學傾囊相授，師育之恩，恩重如山，只因學生生性愚魯，無法完全承接。醫學博大精深、浩翰無邊，日後除了自己須努力不懈之外，仍須老師們的引渡，才能抵達彼岸。

僅以此向所有指導我的老師們表達真摯的感謝，此份恩情永銘心



中。僅向本文被引用資料的古醫家們，國內外專家表達誠摯的感謝。

參考文獻

1. Mayer DJ. Acupuncture; an evidence-based review of the clinical literature. *Annu Rev med.* 51 : 49-63, 2000. SCI IF 7.952
2. Shiflett SC. Overview of complementary therapies in physical medicine and rehabilitation. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America.* 10(3) : 521-529, 1999. sciif--
3. Jellinger KA. Principles and application of acupuncture in neurology. *Wien Med Wochenschr.* 150(13-14) : 278-285, 2000. SCI IF 0.591
4. Borchgrevink CF. Research in alternative medicine. What is documented, and what is documentation? *Tidsskr Nor Laegeforen.* 117(17) : 2469-2473, 1997. SCI IF—
5. Naeder MA., Alexander MP., Stiassny-Eder D., Galler V., Hobbs J., Bachman D. Acupuncture in the treatment of paralysis in chronic and acute stroke patients—improvement correlated with specific CT scan lesion sites. *Acupunct Electrother Re.* 19(4) : 227-429, 1994. SCI IF 0.393
6. Chen YM., Fang YA. 108 cases of hemiplegia caused by stroke: the relationship between CT scan results, clinical findings and the effect of acupuncture treatment. *Acupunct Electrother Res.* 15(1) : 9-17, 1990. SCI IF 0.393。
7. 张伯臾主编，中医内科学，知音出版社，1989年10月。452，458。
8. 馬曉燕，董志剛，張蘭，主編，簡明中醫內科學，延邊大學出版社，2002, 116-8。



Medical Study on Clinic Experiment of Acupunture application to cereabal stroke

Zhong Shi-Fang

Sappho's Chinese medicine Clinic

Abstract

Traditional Chinese Medicine acupuncture has long been introduced to treat neuropathy since thousands years ago. In recent years, statistic data proves that acupuncture can treat paralysis efficiently, likewise, it can be also adapted as a substitute method to treat cerebral stroke, especially in post-stroke rehabilitation. There is another achievement for acupuncture therapy in chronical and acute stroke significantly improve exercising function (such as Knee joint straight & bending, shoulder retracted and etc.). From clinic research, the best acupuncture treatment time is conducted during the first 3 weeks which performs much better efficiency than that after 3 weeks.

The paper is a clinic experiment of acupuncture therapy treat in chronical and acute stroke patients efficiently (such as body balance ,motor function and quality of life···).

Keywords: cereabal stroke, paralysis, Acupunture therspy, body balance, motor function, quality of life.

Authors : Zhong Shi-Fang

Address : 1F, No 5, Lane26, YiXian Rd.,Taipei,Taiwan, R.O.C.

Tel : 886-2-8789-8506 # 3

E-Mail : shh818@gmail.com

Received:2015.09.13; Published:2015.12.27

道家針灸對於頸椎病的治療研究

黃桂全(號玄妙)¹ 廖炎智²

1. 道家還真門掌門人
2. 中國鍼灸學會理事長

摘要

頸椎病形成的原因非常多，較常見者原因如：頸椎骨折形成創傷性截癱，脊髓腫瘤，頸椎管腔狹窄，黃韌帶肥厚，椎間孔狹窄，頸椎脫位或半脫位，椎間盤破裂，或退化性病變引起的骨樣增生，皮肌炎，僵直性脊椎關節炎，骨質疏鬆症等…。

頸椎病較難治療的病症如下，脊髓惡性腫瘤，創傷性高位截癱，僵直性脊椎關節炎。目前臨床上較為常見的病有因長時間低頭滑手機引起的頸背部壓力過大，過度疲乏僵硬形成的頸背痠痛，頭暈、頭痛、手足麻木，肢體感覺障礙，肢體運動功能障礙，自律神經功能紊亂，頸背部疼痛…等。針灸療效之所以迅速，主要在臨床選對穴位，但是對於骨骼關節位置畸形，還需配合正骨手法整復、外敷法、針灸治療和內服中藥物治療，方能使得病情快速痊癒並恢復健康。

關鍵字：手麻、腳麻、頸背部僵硬、截癱、僵直性脊椎關節炎、骨樣增生、椎間盤凸出、針灸治療

通訊作者：黃桂全

連絡地址：新北市永和保福路2段133巷1號5樓

Tel：02-29298703

E-Mail：Mama0113@hotmail.com

2015年09月14日受理；2015年12月27日刊載

前言

目前臨床上較為常見的病有因長時間低頭滑手機引起的頸背部壓力過大，過度疲乏僵硬形成的頸背痠痛，頭暈、頭痛、手足麻木，肢體感覺障礙，肢體運動功能障礙，自律神經功能紊亂，頸背部疼痛…等。

頸椎病形成較常見的原因有：頸椎骨折形成創傷性截癱，脊髓腫瘤，頸椎管腔狹窄，黃韌帶肥厚，椎間孔狹窄，頸椎脫位或半脫位，椎間盤破裂，或退化性病變引起的骨樣增生，皮膚炎，僵直性脊椎關節炎，骨質疏鬆症等…^[1]。

頸椎病目前臨床上較難治療的病症如：脊髓惡性腫瘤，創傷性高位截癱，僵直性脊椎關節炎^[2]。

臨床症狀

頸部脊髓腫瘤的患者常伴有手腳無力、麻木，無法正常擺動，行走時雙腳會從外劃圓，無法穩定協調，膝關節會往後傾，感覺手腳關節韌帶鬆弛，嚴重時會癱瘓。

骨樣增生和椎間孔狹窄、椎間盤突出的患者檢查時，將病人的頭

往左右、或低頭、或仰頭測試，看病患的手部麻木是否加重，以與腕隧道症候群，運動功能及感覺功能障礙，作鑑別診斷^[2]。

頸椎滑脫和椎間盤破裂壓迫脊椎脊髓神經會導致手腳運動功能和感覺功能障礙，有頸第六、七椎神經有病變的份患者會感覺胸部如繩索捆住一般，形成呼吸困難、有頸第三、四椎神經病變者會吞嚥困難。若壓迫椎動脈與內頸動脈過久會形成腦部血液循環障礙，表現出思考能力下降、頭痛、頭暈。頸六、七椎神經病變者，會尋撓、尺、正中神經放射^[2]。

臨床上最常見的，是長時間使用電腦工作的科技工程師，和新一代的手機族，因為長時間低頭，使得頸部壓力過大，導致頸部周圍軟組織疲乏僵硬發炎，形成頸背痠痛手麻，有許多電腦工程師嚴重到中指、無名指和小指都無法伸直張開。

檢查

徒手簡易檢查方法（可搭配影像檢查如：X光或電腦斷層、磁振造影、或其他核醫檢查。）

(一) 頸椎滑脫

一般可在病患頸椎兩側摸到凸起的腫塊，發生在一、二椎最常見。檢查時不可大力按壓，避免患者發生疼痛與頭暈等現象。

(二) 椎間孔狹窄

病人正坐，醫師用雙手在其頭頂往下按壓，觀察他是否有頸部痠痛加劇，或手部麻木加劇。或將病患頭部往左或右輕輕下壓，觀察是否痠痛麻木加劇。

(三) 骨質增生、椎間盤凸出

請患者做頸部左右旋轉動作，再做低頭和仰頭的動作，看頸部痠痛及手麻是否加重，椎間盤凸出會導致頸椎穩定性變差，髓核凸出會導致椎間縫狹窄。

(四) 頸部軟組織肌肉勞損

頸椎周圍軟組織僵硬和發炎者，可在胸鎖乳突肌和肩頸部位，觸及肌肉僵硬或硬塊。

道家治療頸椎病常用穴位和針義

人體肌肉骨骼細胞組織是很活躍的，只要恢復其正常供血，即可緩解病情並恢復功能^[2]。

後谿透勞宮、肩凝穴、完骨透風池、手三里、上八、大椎穴、肩井穴〈特殊穴位請參閱圖一、二〉^[1,2]。

(一)後谿透勞宮：對於頸背部的疼痛僵硬可迅速緩解。

(二)肩凝穴：對於頸背肩部位的疼痛僵硬可迅速緩解。

(三)完骨透風池：可緩解胸鎖乳突肌、頸部最長肌、斜方肌等周圍軟組織僵硬疼痛。

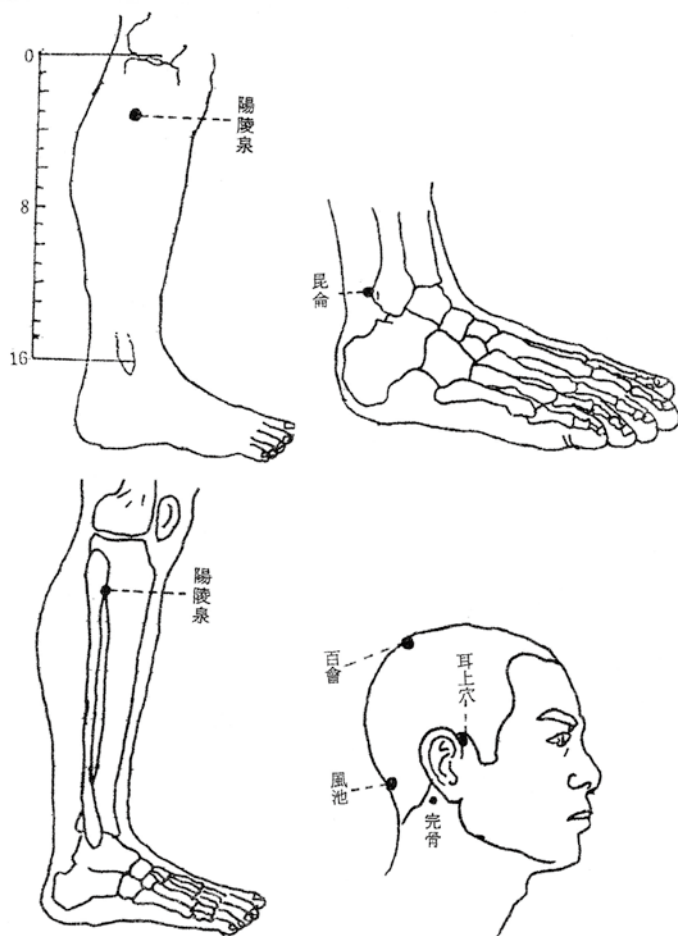
(四)手三里：對於頸部壓迫，或腕隧道症候群所引起的手麻，可取得較好的療效。

(五)上八關：為手麻的輔助針灸穴位。

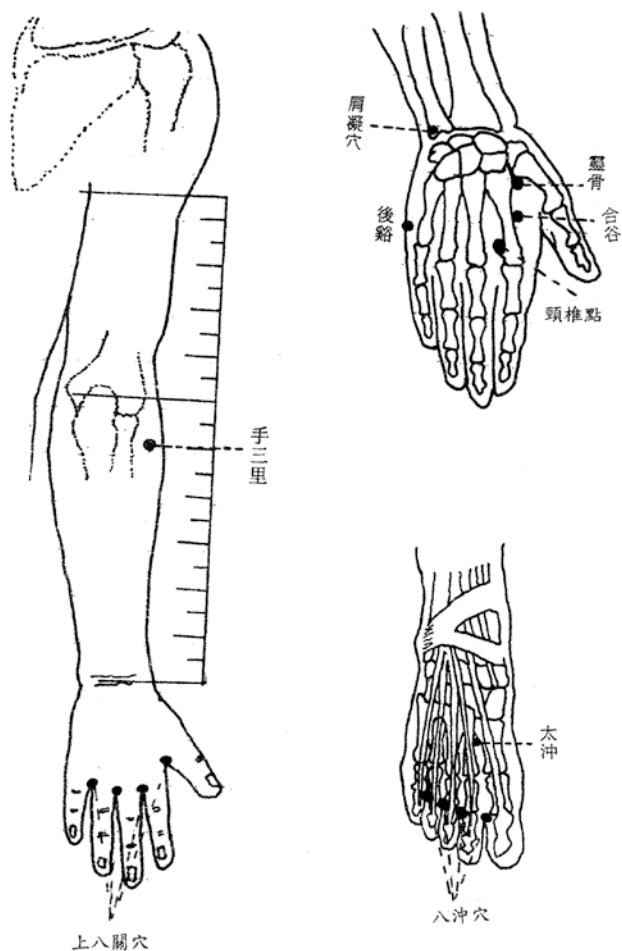
(六)大椎穴：對於脊上韌帶發炎，或斜方肌僵硬可取得較好的療效。

(七)肩井穴：對於肩井周圍的軟組織僵硬或結節可快速緩解。

圖一. 圖二為特殊穴標示



圖一



圖二

醫案

案例一

2015年9月19日，樹林，王先生，自訴其頸椎孔狹窄壓迫神經，引起左手麻木無力，左肩膀也肌肉萎縮，醫院建議開刀治療，但他對

開刀有疑慮想尋求中醫治療，看了幾位中醫，效果不大，手越來越沒力，朋友介紹來針灸治療。

目視觀察可見：左邊肩井部位肌肉萎縮很嚴重、左手無力舉高，治療取穴對側肩凝穴、兩側完骨透風池，患側上八關穴。

進針後，請他盡量活動左手及旋轉頸部，五分鐘後，他左手已能抬得比較高，也覺得比較有力量，留針一小時後起針，再給予外敷活血藥膏並給他內服舒筋活血藥物。

第七次診療後，病患就重返工作崗位，下午收工再來治療。第二十一一次診療後，病患自覺力量已恢復，只肩膀的肌肉還沒完全增生。

案例二

林小姐，28歲，自述：高中時就患有癲癇，患病時程已10年，初始每隔二、三個月發作一次，約三年後，發作頻率變多，約每隔一、二個月就會發作一、二次，大學畢業進入社會工作後，發作頻率更為密集，到每個月發作一到三次，每次發作時全身痙攣僵硬，牙關緊閉，嚴重到有多顆牙齒被咬得碎裂不齊，發作的時候幾乎都是在半夜睡覺時，本人完全不知道，因父母親聽到很大的叫聲，才發現是癲癇發作，約三到五分鐘後就自然緩解，清醒後自己不知發生什麼事情，只看到父母親站在床邊，滿臉驚慌地看著我。工作一、二年後，發現手腳不明原因突然麻木，剛開

始只有夜晚睡覺時麻木，不久之後連白天也會一直有麻木的現象，後來到醫院做MRI檢查，醫師說頸部第三椎椎間盤破裂，第四、五椎也有輕微椎間盤凸出現象，神經外科醫師說建議開刀治療，因為害怕頸椎開刀易造成癱瘓，一直不敢開刀，經介紹前來接受針灸和手法整復治療。

我取雙手後谿穴往勞宮方向平刺，雙側風池穴往脊柱方向斜刺，百會穴往下斜刺，長強穴往上斜刺，雙手手三里穴往下斜刺，雙手上八關穴往上平刺，雙腳陽陵泉穴往下斜刺，雙腳八沖穴往上斜刺；針刺入後請他兩隻手臂做畫圓轉圈動作，並作脖子慢慢的左右旋轉，再做彎腰及後仰的動作。十幾分鐘後她說，現在頸部的僵硬比較減輕了，腰椎也感覺比較柔軟了。起針後用手法緩慢的幫她做頸部牽引整復。

第五次診療時，告知晚上睡覺不再被麻醒，白天麻木的感覺也比較輕了。

治療十一個月後，病患感覺頸部痠痛和手腳麻木已基本恢復，重新進入職場工作。



案例三

陳先生，新竹人，80歲，自述六天前騎機車摔傷，送院檢查為蛛網膜下腔出血及手腳多處挫傷，住院五天後出院，但頸部變得無法低頭、抬頭及左右旋轉，經介紹前來就診。

因腦震盪蛛網膜下腔出血，尚未全回收，故取穴雙耳上穴，百會穴，完骨穴，雙手頸椎點，大椎穴，雙肩井穴。

針刺入後，請他緩慢活動頸部，約半小時後，病患就可以稍微左右旋轉。約一小時後，已可稍微將頭往上抬和往下低。起針後，再用手法將其頸肩部位緩慢旋轉牽引，讓頸部周圍肌肉鬆弛，做完徒手治療手法後，就能將頭平放在床上。

第二天再回診時已覺舒服很多，因怕針灸，有點不想再針，後來還是依照原處方針灸及手法整復。

總共門診治療五次，第五診時已自覺全癒。

結論

人體肌肉骨骼細胞組織是很活躍的，只要將病灶區細胞組織恢復血液循環其正常供血，即可緩解病情並恢復功能。

針灸療效之所以迅速，主要在臨床選對穴位，但是對於骨骼關節位置畸形，還需配合正骨手法整復、外敷法、針灸治療和內服中醫藥物治療，方能使得病情快速痊癒並恢復健康。

參考文獻

1. 黃桂全編著，道家特效一針療法，台北市，志遠書局，1993年9月出版。
2. 黃桂全編著，道家速效針灸醫案，台北市，志遠書局，2007年1月出版。



Study of Taoist Acupuncture in the Treatment of Cervical Spine Disorders

Huang, kui-chuan¹ Liao, Yan-chih²

1. Taoist Huanzhen Men, Director

2. Acupuncture and Moxibustion Society of ROC

Abstract

There are many causes of cervical spine disorders with the most common as follows: cervical vertebrae fracture resulting in traumatic paraplegia, intramedullary (spinal) tumor, cervical stenosis, hypertrophy of ligamentum flavum (HLF), intervertebral foramen stenosis, cervical dislocation or subluxation, ruptured disc, degenerative inducing bone hyperplasia, dermatomyositis, ankylosing spondylitis (AS), osteoporosis, etc. The most difficult to treat cases involve cervical spondylosis resulting from malignant spinal cord tumors, traumatic high paraplegia, and ankylosing spondylitis (AS). Recently, the most common cause of cervical spine disorder presenting in the clinical setting are "smartphone addicts" who spend long periods of time with their necks lowered and fingers sliding over the screen causing excessive pressure on the neck and upper back. This condition combined with fatigue often causes stiffness and pain in the neck and upper back, dizziness, headache, numbness of the extremities, sensory and motor disturbances, and autonomic nervous system dysfunction. Acupuncture offers fast and effective treatment as long as the right acupoints are selected. However, for articular deformities and displacement, it is still optimal to combine bone setting and manipulation techniques, topical medicinal pastes, and oral medicinal formulas along with acupuncture treatment. This will ensure a fast and complete recovery Chairman for the patient.

Keywords: numbness of the upper extremities, numbness of the lower extremities, stiffness of the neck and upper back, paraplegia, ankylosing spondylitis (AS), bone hyperplasia, herniated intervertebral disc (HIVD), acupuncture and moxibustion therapy

Authors : Huang, Kuei-Chuan

Address : 5F., No.1, Ln. 133, Sec. 2, Baofu Rd., Yonghe Dist., New Taipei City 234, Taiwan (R.O.C.)

Tel : 886-2-2929-8703

E-Mail : Mama0113@hotmail.com

Received:2015.09.14; Published:2015.12.27



經絡舒筋法在頸部的 臨床應用

吳元劍

玉安中醫診所

摘要

經絡舒筋，乃在人體經絡循環部位經穴，依症狀選擇不同手法對於疾病的患處，鄰近或遠端施以適當之舒筋手法，促進經絡循環順暢，調理臟腑機能，提高氣血循環不受障礙，緩解諸疾病之發展，達成治病及保健長生的目的。

關鍵詞：舒筋、循環、暢通

通訊作者：吳元劍

連絡地址：高雄市大寮區鳳林四路196號

Tel：07-7825730

E-Mail：s7825730@ms55.hinet.net

2015年09月01日受理；2015年12月27日刊載

一、前言

內經靈樞海論篇記載：『夫十二經脈者，內於臟腑，外絡於肢節。』經脈是人體氣血運行的通路，主幹為經，分支為絡。運行氣血，周流全身頭面、軀幹、四肢。兩者在人體內外、左右、上下、表裡，互為聯繫，連結構成網路的整體組織。

中醫所稱「筋」的分佈是涵蓋聯繫運動系統，皮膚肌肉，骨骼的統稱，發揮共同協調作用。把五臟六腑、四肢百骸、皮肉筋骨、五官九竅等組織器官聯繫構成中醫學的整體觀念^[1]。

《靈樞·經別篇》：「夫十二經脈者，人之所以生，病之所以成，人之所以治，病之所以起，學之所始，工之所止，粗之所易，上之所難也。」此言內經的經絡學說，不僅在鍼灸療法中極為重要，且經絡舒筋也是必須依據，經絡主要是以十二經脈為主，併奇經八脈所屬之任、督二脈合稱為十四經經絡舒筋，具有調節全身諸經之經氣的作用^[1]。

二、經絡舒筋的意義：

1. 促進氣血循環之順暢。
2. 緩解人體經絡循環道路之障礙。
3. 加強新陳代謝功能，維護健康。
4. 改善排泄體內毒素，增進細胞活力。
5. 恢復組織與器官機能，祛瘀生新，預防疾病。

經絡舒筋必須診察發病部位，病源起於臟腑、或關節、肌肉、組織，審症論治，擬定經絡局部舒筋療法、鄰近部位或遠端舒筋治療。人體經絡是人體氣血運行的通路，內屬於臟腑，外分佈全身，肌肉，韌帶，肌腱，滑膜，脂肪，關節囊，周圍神經，血管等，將各部組織器官聯結成為一個整體。所謂：氣血不順百病生。經絡舒筋使氣血的循環順暢，而達到治病的效果^[4]。

三、頸部生理解剖：

頸部有七塊椎骨，椎骨有椎體、椎弓、棘突、橫突等部份。其特徵是橫突上有橫突孔，並有脊椎動脈通過圍成椎孔，為脊椎脊髓側



索神經之穿出處。棘突、橫突為骨骼肌附著之處，與上下椎骨構成關節。

第一頸椎、又稱寰椎，形似環狀，與枕骨髁構成寰枕關節，司頭屈曲和伸直「點頭」之動作。第二頸椎、又稱軸椎，其椎體與寰椎構成寰軸關節，司「左右轉頭」之動作。

第三至第七頸椎、又稱屈伸椎。與胸腰椎同椎形。具有椎體、椎弓、橫突、橫突孔以及分叉的棘突，是頸椎做左右傾斜側彎運動的關節。

頸部活動主要肌腱：胸鎖乳突肌·前斜角肌·中斜角肌·後斜角肌。頸內側深肌群：頸長肌·頭長肌。頸部背向肌：斜方肌·提肩夾肌·大小菱形肌。頸部的各種肌肉附著椎骨，維護頸椎關節，司頸部各種活動^[3]。

四、經絡舒筋四診理論^[3]：

四診者：望·聞·問·切

望診：觀察發病部位與程度。

聞診：擦音辨別病情輕重。

問診：詢問病情變化、防止發生併發症。

切診：擬定經絡舒筋手法措施。

經絡舒筋是用技巧手法，在患處或遠端的經絡，或皮膚肌肉的經穴點，進行舒筋活動式的一種治療方法。可使局部血液循環改善，增進局部氣血的疏通，使之逐漸恢復正常人體的生理狀態。

經絡舒筋一般常用的有推、拿、按、摩、捏、滾、揉、搓、抖等手法。在患處皮膚肌肉做適當的運用，以疏通經絡，滑利關節，促使氣血運行，調整臟腑功能，提高人體抗病能力，增強肌肉筋腱活動力，促進正常生理功能和運動機能的恢復，從而達到健康的目的。

五、頸部常見的症狀^[3,4]：

[一]. 發病因素

1. 長時間維持在同一個姿勢太久，肌肉過度疲勞。
2. 保護脊椎的肌肉逐漸萎縮，剩下的肌肉承受過多的負荷。
3. 血液循環減弱，乳酸增加堆積，是產生僵硬疼痛的開始。



[二]. 頸部痠痛併發症：

正常的頸部活動功能範圍頭前屈 $35^{\circ}\sim 45^{\circ}$

後伸 $35^{\circ}\sim 45^{\circ}$ 。左右旋轉的正常範圍是各 $60^{\circ}\sim 80^{\circ}$ 。左右側屈 45° 。

頸椎扭轉過度，或擠壓，牽拉，引起頸椎椎間盤，神經根，頸脊髓及周圍肌肉，韌帶損傷或退化，而產生頸項痠痛，頸活動受限，或上肢有放射性的麻木，疼痛，肌力減弱等^[3]。

- 頸椎1-2椎間病變，則頭前屈和後仰異常。
- 頸椎3-4椎間病變，則頸部痛，後枕部痛。
- 頸椎4-5椎間病變，則頸部痛，經肩頂至上臂外側或前臂橈側至腕部，有放射性疼痛、麻木。
- 頸椎5-6椎間病變，則經肩由上臂外側、前臂橈側至拇、食指有放射性疼痛、麻木。
- 頸椎6-7椎間病變，則放射性疼痛至食、中指，伸肘、腕及伸指力減弱。
- 頸椎7-胸椎間病變，則放射性疼痛至無名指、小指及手部的小肌肉力量減退。

病患者椎間盤變性引起頸椎彎曲的生理弧度異常變直等^[3]。

- (1) 急性頸椎外傷，頸椎各椎間關節及周圍關節囊、筋膜、肌肉、韌帶等組織損傷或炎症，表現頸肩背痠脹、疼痛、僵硬及頸活動受限。促使頸椎直間接壓迫神經、血管，而產生症狀。
- (2) 慢性勞損與長期低頭工作過度，生活及運動中的不良姿勢、勞累、或在某一體位持續過久等，例如：玩電腦、手機、刺繡、縫紉、謄寫等工作者，可引起頸部關節囊、韌帶等鬆弛乏力，使頸椎的退行性變加速而產生症狀。
- (3) 風寒濕邪、老年體虛、腠理空疏、氣血虧損，筋骨失於營養，引起經絡痠痛，麻木不仁等症狀^[4]。

[三]. 頸部舒筋手法^[2,3]：

頸部舒筋應先從"風池穴"做舒緩舒筋手法。再依症狀分別適用，如：頸扳法、旋轉法、提肩壓頸法、拔伸法、牽引拉伸法。



禁忌：若發現有下述情形之一者，
避免施行舒筋手法：

- (1) 有血栓症或血管硬化症者。
- (2) 有僵直性脊椎關節炎，或退化性關節炎，頸椎關節沾黏，而且其椎間孔狹窄者。
- (3) 有頭暈和偏頭痛的頸椎病患者。
- (4) 肌肉痙攣而舒緩困難者。
- (5) 病人仰臥或坐姿時，後仰其頭部或旋轉到極限時有頭暈、嘔吐，或眼球跳動者。

六、結論：

臟腑主內，經絡主外，內外聯繫構成整體系統，血氣運行從經絡循環全身各支節，氣血流通則百病不生，所謂「通者不痛，痛者不通。」無論長久姿勢不良，或由風、寒、暑、濕、燥、火六氣，所引起頸部轉動異常痠痛者，施以適當的經絡舒筋技術，促進血氣經絡循環暢通，提升肌力功能，以緩解病痛，達到身體健康內心喜悅。

七、參考文獻：

1. 黃帝內經，古籍
2. 針灸學，林昭庚主編，台中市，中國醫藥大學出版
3. 正骨科學，吳元劍著，台中市，中國醫藥研究所出版
4. 經脈醫學與針灸科學，劉澄中等編著，台北市，知音出版社



Clinical Application of Meridian Massage of the Neck

Wu, Yuan-jian

Yu An Traditional Chinese Medicine Clinic

Abstract

Meridian massage (aka Tui Na) involves the selection of acupoints along meridian pathways and the application of various hand techniques based on presenting location and symptoms of disease. It incorporates both local and distal application. The objective of this therapeutic approach is to promote healthy circulation in meridians, regulate the function of organs, increase the flow of qi and blood, and prevent stagnation and stasis. It offers an effective method of both treating disease and maintaining health and longevity.

Keywords: meridian massage (aka Tui Na), circulation, disinhibit flow

Authors : Wu Yuan-Chien

Address : No.196, Fenglin 4th Rd., Daliao Dist., Kaohsiung City 831, Taiwan ROC.

Tel : 886-7-782-5730 Mob: 886-934-160018

E-Mail : s7825730@ms55.hinet.net

Received:2015.09.01; Published:2015.12.27



探討中西醫學對類風濕性關節炎療效研究

陳俐蓉

安康中醫診所

摘要

類風濕性關節炎為常見的自體免疫性疾病，是發炎症關節炎中最為常見且頑固難醫治，侵犯的對象並非只局限於中老年人，各年齡層、性別、種族，皆深受其害，嚴重者關節變形，肢體失能，成為家庭、社會的重大的負擔。

本文針對中西醫對於類風濕性關節炎的病因、病理、診斷依據、治療的研究及進展，分為兩部份闡述，以期中西醫界對類風濕性關節炎之治療，有更深入的了解。

關鍵詞：中醫治療類風濕性關節炎、痺證、歷節、類風濕性關節炎之針灸治療

通訊作者：陳俐蓉

連絡地址：新北市新店區安康路2段175號

Tel：02-86665679

E-Mail：shiauying17@hotmail.com

2015年08月30日受理；2015年12月27日刊載



前言

類風濕性關節炎(Rheumatoid Arthritis; RA)是以關節滑膜炎為特徵的慢性、全身性、自身免疫性疾病。失治易引起關節強直、畸形、功能喪失等病併發症，全身的病變可包括心臟血管、肺臟、神經、眼睛等關節外的症狀，給患者帶來了莫大的痛苦，因此，瞭解中西醫對於類風濕性關節炎的診治，是極重要的課題。

在中醫藥學中，並無類風濕性關節炎這一病名，依類風濕性關節炎在現代醫學的臨床症狀來看，屬於中醫學“痹證”範疇，與中醫古籍所記載的“歷節”、“尪痹”、“筋痹”、“骨痹”、“腎痹”、“鶴膝風”、“痛風”等病證相似。

歷代醫家因時、因地、因人制宜，在疾病發展的演變過程中辨證施治，累積了許多寶貴經驗、療效顯著，謹介紹於下。

一、現代醫學對類風濕性關節炎的研究

(一)類風濕性關節炎之命名與流行病學

類風濕性關節炎的英文是 Rheumatoid Arthritis, Rheumatosis 源於希臘文，是流動(Flowing)的意思，而oid是類似的意思，arthr指的是關節，-itis則是發炎的意思。當時的人認為是與風濕類似的遊走性關節發炎，因此命名為類風濕性關節炎^[1]。

類風濕性關節炎是一種慢性、進行性、侵襲性關節炎，為全身性自體免疫性的疾病。類風濕性關節炎的發生率會隨著年齡增加而上升，80歲之後才會驟降。女性的發生高峰落於55-64歲之間，男性則在75歲。不論是發生率或盛行率，都會隨著年齡、性別、人種、或是不同的地理環境有所不同，其發生率大約是15-30/100,000，盛行率大約是1,000/100,000^[2]。在台灣地區，每年新增的類風濕性關節炎的病患約3500人，目前台灣地區的病人總數約為18-20萬人，女性的發生率約為男性的2-3倍，尤以30-50歲的中年女性最多^[3]。

(二)類風濕性關節炎的病因

類風濕性關節炎的病因經過現代醫學的研究，目前認為和多項因素有關，包含遺傳、免疫、環境危害、感染及其他等因素。

遺傳因素佔類風濕性關節炎成因的六成左右，同卵雙生比異卵雙生有較高的發病率，一般人罹患類風濕性關節炎的機率約1%，而同卵雙胞胎的患病比率約15%，其子女得病的機率約為5-10%；近親的發病率亦較高，顯示了類風濕關節炎和遺傳息息相關。表現位於第六對染色體短臂上的主要組織相容複合體(Major histocompatibility complex, MHC)，包含數百對基因與免疫基因有關部份^[3, 7]。

20世紀70年代，美國的Stastny與英國的Panayi發現了人類白血球表面抗原(HLA)，其中HLA-DR4 (HLA-DR β 1)與類風濕關節炎的關係最為密切，約70%的類風濕性關節炎患者帶有HLA-DR4抗原，正常人中僅28%有HLA-DR4抗原^[3]。

可能引發類風濕性關節炎的環境影響因數，包括了矽塵(Silica dust)、香菸、礦物油，各種賦形劑和感染，其中EB病毒、腸道細菌、黴漿菌等的感染，均會刺激人體的免疫系統，引起免疫失調，造

成細胞功能異常、化學物質異常分泌，及生物功能途徑異常所致^[4]。

類風濕性關節炎女性較易得到，女比男約2:1-4:1。性別上的差異極可能與荷爾蒙對免疫功能的影響有關。懷孕後期的女性病情會緩解，但在生育後數周至數月間，約90%的患者會有病情惡化的現象。可能與胎盤會抑制發炎細胞激素，如第十介白素有關。

(三)類風濕性關節炎的病理機轉

常見類風濕性關節炎的關節滑膜組織異常的增生、發炎、新血管的生成。病理特徵就是滑膜細胞被單核細胞的T細胞和巨噬細胞浸潤。滑膜表層組織由兩型細胞構成，類巨噬細胞的A型滑膜細胞，帶有豐富的HLA-DR抗原，將致病原呈現給免疫細胞，使發炎反應持續增強；類似纖維母細胞的B型滑膜細胞，發炎後兩型細胞大量的增生。會導致發炎的細胞激素，如：腫瘤壞死因子(TNF- α)、第一介白素(IL-1)、第十七介白素(IL-17)大量聚集^[5, 6, 8]。

類風濕性關節炎發作時，關節囊會因發炎而有局部缺氧，關

節內缺氧誘發因子(Hypoxia-inducible factor, HIF)會刺激血管內皮細胞生長因子(VEGF)及血管生成素(Angiopoietin-1, Angpt-1)生成，幫助血管增生(Angiogenesis)。關節滑膜的慢性發炎，增生形成血管翳，侵犯關節軟骨、韌帶肌腱、關節囊等遭破壞，嚴重者會導致關節畸形和功能喪失。

(四)類風濕性關節炎的診斷

類風濕性關節炎的診斷是以臨床症狀為主，根據美國風濕病醫學會(ARA)於1987年訂定類風濕性關節炎診斷標準，以下七點須符合四點以上，且第一至第四點，必須存在六星期以上^[9]。

- (1) 晨間僵硬：早晨時關節及關節周遭出現超過一個小時以上的僵硬不適感。
- (2) 三個或三個以上的指節關節發炎疼痛腫脹。
- (3) 手關節發炎：手部關節(手腕或掌指關節)出現發炎疼痛腫脹的現象。
- (4) 對稱性關節炎：身體兩側關節處同時有對稱性腫脹發炎。
- (5) 出現有類風濕性結節。
- (6) 血中類風濕性因子(RF)為陽性

反應。

- (7) 典型放射線改變：X光影像檢查有出現類風濕性關節炎特徵的變化。

由於1987年的分類標準，有很多項目是類風濕性關節炎晚期的變化，為了要達到早期診斷的目標，美國風濕病醫學會和歐洲風濕病聯盟提出了2010年新的分類標準，評估受侵犯之關節、血清學、急性發炎指標、症狀出現多久所得到的綜合分數，來分類哪些病人會發展成類風濕性關節炎。

(見表一)

(五)類風濕性關節炎的西醫治療概況

1. 藥物治療：目前治療類風濕關節炎藥物的種類繁多，主要可分為四大類：
 - (1)非類固醇消炎藥物(NSAIDs)，
 - (2)疾病修飾抗風濕藥物(DMARDs)，
 - (3)類固醇(Steroids)，
 - (4)生物製劑。
2. 外科治療：常見的外科手術如：滑膜切除術、人工關節置換術、其他軟組織修復手術、關節融合術等。

(表一) 美國風濕病學會與歐洲風濕病聯盟對類風濕性關節炎的分類準則^[10]

病患有：(1)至少1個關節確定有滑液囊炎（腫脹）； (2)此滑液囊炎無法以其他診斷作更好的解釋時，可用此表格計分。	得分
A. 關節侵犯數	
1個大關節（註1）	0
2-10個大關節	1
1-3個小關節（有無包括大關節皆可）	2
4-10個小關節（有無包括大關節皆可）	3
>10個關節（至少包括1個小關節）	5
B. 血清學（計分所需，至少須作1項檢驗）	
RF與ACPA皆陰性（註2）	0
RF或ACPA弱陽性	2
RF或ACPA強陽性	3
C. 急性期反應物（計分所需，至少須作1項檢驗）	
CRP與ESR皆正常（註3）	0
CRP或ESR異常	1
D. 症狀持續期間	
小於6週	0
大於或等於6週	1
總分	

註1：大關節包括肩、肘、髖、膝與踝；小關節包括手腕(含)以下之掌指、近端指間關節與蹠趾關節。

註2：RF為類風濕因子；ACPA是抗環瓜氨酸蛋白抗體 (anti-citrullinated protein antibody)。

註3：CRP：C-反應蛋白；ESR：紅血球沉降速率，皆為發炎指數。弱陽性：比正常上限高，但小於等於3倍高；強陽性：比正常上限大3倍以上。

此標準表的設計由0-10分，病人如積分累積達到或超過 6分，將被診斷成為RA病患。

二. 中醫藥對類風濕性關節炎的研究

(一) 病因病機

類風濕關節炎的發生與體質因素、氣候、生活環境、飲食有密切

的關係，其他如七情失調、產後、過勞等亦是類風濕性關節炎的誘因。以內因為基礎，外因為重要條件，正氣不足是風濕病發生的內因為本；而風、寒、濕等諸邪則是類風濕病發生的外在因素是標。六淫

是外在的致病因素，營衛氣血和臟腑功能紊亂是病變產生和發展的內在基礎。黃帝內經《素問·痺論》提到：“風寒濕三氣雜至，合而為痺也。其風氣勝者為行痺，寒氣勝者為痛痺，濕氣勝者為著痺也。”

東漢張仲景另提出了“歷節”，在《金匱要略·中風歷節病脈證並治》中：“諸肢節疼痛，身體尪羸，腳腫如脫，頭眩短氣，嘔嘔欲吐，桂枝芍藥知母湯主之。”清楚的表現歷節的症狀，根據不同的病因及證候採取辨證論治。又《素問》中提出“邪之所湊，其氣必虛”，正氣虛衰也是痺病發生的內因。腠理、筋骨不得濡養，不能固守元氣，易為風寒濕熱之邪侵襲，使經絡閉澀，血氣不行，痺阻關節筋骨。

(二) 近代醫家對類風濕性關節炎的研究現狀

類風濕關節炎是一種常見的自身免疫性疾病，屬於中醫的“痺證”範疇，歷代醫家稱之為歷節風或白虎歷節風、鶴膝風、頑痺、行痺等。中醫在治療痺證上有悠久的歷史，近年來對痺證的研究很多，現將近代有關研究分類敘述如下：

1. 中醫病因病機

中醫認為，風、寒、濕、熱、瘀、痰等邪氣滯留筋脈、關節、肌肉，經脈痺阻，不通則痛是其基本病機，因人的稟賦素質不同而有寒熱轉化。如：

朱良春專家認為除有風、寒、濕、熱諸邪之外因外，往有陽氣先虛，衛外功能降低之內因。衛外失固，病邪方能乘虛而入，襲踞經隧，氣血為邪所阻則腫痛以作。病位有肌表、皮內、經絡之異，病機總屬正虛邪侵。除外邪外，還兼病理產物的痰瘀，病邪繼續發展深入骨節，膠著不去，痰瘀交阻，凝澀不通，關節腫痛反復發作，以至關節變形，不能活動^[11]。

婁多峰等專家認為“虛”、“邪”、“痺”為的病因病機概括。

“虛”為正氣虛，包括氣、血、精、液等物質不足及人體調節功能低下，是引起痺症的先決條件。

“邪”即外來之邪，指風、寒、濕之邪氣。“痺”即血瘀，血瘀部位主要在肌表經絡之間，其即是痺症的致病因素。當正氣虛弱之時，各致病因素凝滯阻塞，閉阻經脈，氣血運行不暢，而成痺證^[12]。

蔣紅學者認為脾胃虛弱，氣血虧虛，痰濕內生，是類風濕關節炎



的重要病機，氣血不足、營衛不和是發病的內因，其主張在治療上宜注重調理脾胃，在疾病後期注重補益氣血、補益肝腎，而活血通絡法則應貫穿於治療的始終^[13]。

周學平等專家從瘀熱論治，認為是類風濕性免疫疾病，屬內傷雜病的範疇。在其病變過程中，往往有瘀熱的證候，存在久病入絡、絡熱血瘀、瘀熱膠結^[14]。

劉健等人對患者進行的證候學研究，表明中醫證候呈現虛實夾雜、痰瘀互結的特徵，具體表現為虛證，以脾胃虛弱、氣血不足為主證，痰濕在類風濕邪的證候中占主要成分，痰癖與血痹阻關節經絡貫穿於疾病的始末^[15]。

2. 辨證論治

中華中醫藥學會所發佈的最新指南中，將其分為行痹、痛痹、著痹、風濕熱痹、痰瘀痹阻證、肝腎兩虛證等6大類證。

焦樹德醫家認為病因主要是由於先天稟賦不足，身體素弱，腠理不固，以致風寒濕邪乘虛侵襲，流注經絡、關節、肌肉，致氣血津液運行不暢而成。將痹證分為腎虛寒盛型、腎虛標熱輕型、腎虛標熱重型、腎虛督寒型、濕熱傷腎型等型^[16]。

羅試計醫者將證型分為六個分別予以不同的治法：氣血虧虛型，治以補益氣血、活血通絡，藥用黃耆桂枝五物湯合當歸芍藥散加減；風濕熱鬱型，治以清熱通絡、祛風除濕，取白虎桂枝湯加減；風寒痹阻型，治以祛風、散寒、除濕、佐以溫陽活血，方取麻黃加朮湯合麻杏薏甘湯化裁；腎虛寒凝型，治以溫腎散寒、活血通絡，取陽和湯加減；痰瘀互結型，治以活血祛瘀、化痰通絡，取血府逐瘀加減；肝腎陰虛型，治以滋補肝腎、活血通絡，取左歸飲加減^[17]。

3. 分期施治

王振亮認為：從肝論治，主張治療按早、中、晚期分別施治，在早期以疏肝理氣，養血通絡；中期以疏肝活血，化痰通絡；晚期則以補益肝腎，通絡止痛^[18]。

張春餘等人在：分期辨治，療效卓越，張氏認為初期、活動期多為熱毒、痰、瘀、痹阻，治宜清熱解毒、化痰逐瘀；晚期、穩定期多為脾腎陽虛、痰癖互結，治宜溫補脾腎、化痰通瘀^[19]。

4. 專方專藥

周學平等自擬舒關清絡沖劑治療中、晚期，並與旭痹沖劑作比較，結果治療組總有效率，臨床療

效明顯優於對照組($P<0.05$)^[20]。

許峰等人以清熱、利濕、解毒、活血、通絡止痛為治療原則，採用四藤飲，總有效率為95.94%。尤其對關節疼痛、晨僵、抑制關節血管形成、骨質破壞等均有明顯治療效果^[21]。

5. 針灸治療

- (1) 若發生於上肢可針：曲池、手三里、腕骨、外關、合谷。
- (2) 若發生於下肢可針：足三里、陽陵泉、陰陵泉、承山、崑崙、懸鐘、太衝。
- (3) 背部常用穴位：大椎、腎俞、腰陽關。
- (4) 若有表症可針風池、風府、合谷；大椎放血。
- (5) 若熱多：大椎、井穴放血。

結論

目前中西醫對類風濕性關節炎的治療，不論是純中醫治療，或是中西醫共同治療，對於不同階段的不同病人，使用中醫療法的，介入對患者的療效提高、改善預後，及良善生活品質皆有很大幫助，減少類風濕性關節炎的復發與病情加重，是我輩醫療人員的重大目標及願景。

謝誌：

衷心的感謝李政育老師及廖炎智老師長期以來的悉心的指導，讓我受益匪淺。對於中西醫學結合的方法及中醫臨床的實踐思路更加清晰，並更能提高中醫診所確診率與療效，造福病患。

參考文獻

1. 栗占國、張奉春、鮑春德，類風濕性關節炎，人民衛生出版社。2009:6-7。
2. Helmick C, Felson D, Lawrence R, et al.: Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Arthritis Rheum 2008;58:15-25。
3. 周昌德、羅淑芬，風濕病學，臺北，合記圖書出版社，2012:223-224。
4. 劉毅，風濕免疫系統疾病，人民衛生出版社，2012:25-36。
5. 吳德朗等，第十二版，哈裡遜內科學，臺北，合記圖書出版社。
6. 范冠傑、鄭兆智，內分泌科專病與風濕病中醫臨床診治第三版，



- 人民衛生出版社，2013:313-348。
7. 楊堉麟，免疫學入門，臺北，藝軒圖書出版社，2014
8. Thomas J. Kindt, Richard A. Goldsby, Barbara A. Osborne 原著。Kuby 免疫學第六版，台北九洲圖書文物有限公司，2011: P401-422
9. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA et al: The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification criteria for rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1988; 31: 315-24.
10. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ et al: 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. Arthritis Rheum 2010; 62: 2569-2581.
11. 焦樹德，樹德中醫內科，北京北京人民衛生出版社，2005，5
12. 婁玉鈴、婁多峰，論治痹病精華，天津天津科技翻譯出版社，1994. 1
13. 蔣紅，從中醫理論探討類風濕關節炎發病機理，中國中醫急症，2006, 15(6), 626-627
14. 周學平、吳勉華，從療熱論治風濕免疫性疾病-周仲瑛學術思想舉要，中華中醫藥雜誌，2007, 22(1): 44-46
15. 劉健、韓明向，從脾論治探討類風濕性關節炎，安徽中醫學院學，2004, 23(1): 124
16. 焦樹德，樹德中醫內科，北京北京人民衛生出版社，2005, 5
17. 羅試計，辨證論治配合雲克治療類風濕性關節炎34例，陝西中醫，2011, 33(4): 432-434
18. 王振亮，從肝論治類風濕關節炎，浙江中醫藥大學學報，2008, 32(5): 622
19. 願衛紅、鄒曉雅、朱淑琴、張春餘，分期辨治類風濕關節炎經驗，山東中醫雜誌，2011, 30(1): 56-57
20. 周學平、周仲瑛、金妙文，舒關清絡沖劑治療中、晚期類風濕性關節炎的研究，南京中醫藥大學學報，1998, 14(4): 2061
21. 許峰、戴小明、章光華等，四藤飲治療類風濕性關節炎123例臨床觀察，中醫雜誌，2003, 44(10): 760-761



Discussion of rheumatoid arthritis Chinese and Western medicine Clinical Research

Chen Li-Jung

An-kang Chinese Medical Clinic

Abstract

Rheumatoid arthritis (RA) is a common autoimmune disease. It is the most common inflammatory arthritic condition and very difficult to treat. It not only presents in the elderly, but all ages, gender, and ethnicity can be afflicted with this condition. If this disease progresses into severe stages it can cause debilitating joint deformity and loss of limb function, causing significant burden on families and society.

This paper will be divided into two parts presenting research and developments of both traditional Chinese medicine (TCM) and Western medicine etiology, pathology, diagnostic basis, and treatment approach of rheumatoid arthritis (RA). The purpose of this study is to provide both the traditional Chinese medicine (TCM) and Western medicine communities a better understanding of the treatment of rheumatoid arthritis (RA).

Keywords: traditional Chinese medicine (TCM) treatment of rheumatoid arthritis, impediment, joint running, acupuncture therapy of rheumatoid arthritis

Authors : Chen Li-Jung

Address : No.175, Sec. 2, Ankang Rd., Xindian Dist., New Taipei City 231, Taiwan ROC.

Tel : 886-2-8666-5679

E-Mail : shiauying17@hotmail.com

Received:2015.08.30; Published:2015.12.27



中國鍼灸學雜誌投稿簡則

1. 中國鍼灸學雜誌歡迎與中醫及鍼灸學有關的著作、論述等中英文稿，但以未曾刊登且不同時投寄於其他雜誌者為限。
2. 本雜誌接受原著(Original Papers)、案例報告(Case Reports)、綜論(Review Articles)、特稿(Special Articles)、短論(Brief Communications)、中醫科技新知(Chinese Medicine Intelligence)及書信(Correspondence)等類型之投稿，但本雜誌有修改、取捨之權。
3. 文稿如經本雜誌刊登，版權即屬本雜誌所有，除商得本雜誌同意外，不得轉載於其它雜誌。
4. 原著指獨家創見或廣泛的、深入的文獻分析，以指引學術發展的動向，文稿格式自定。研究報告應分前言(引言)、材料與方法、結果、討論及參考文獻等數段。病例報告可分前言(引言)、病例報告、討論及參考文獻等數段。文前請附摘要(中文以600字，英文以400字為限)。文摘請附原文影本二份。
5. 稿件應按下列順序分頁撰寫：

首 頁：包括題目、16字以內之簡題(running title)、作者姓名、單位、聯絡人姓名、地址、電話、傳真、E-mail位址。若第二作者、第三作者等所屬醫院、單位不同，請用阿拉伯數字在作者右上角、單位左上角標示，如：

林萬鈺¹ 陳敏男²

1 台中榮民總醫院 中醫科

2 行政院衛生部 中醫研究所

摘要頁：包括題目、摘要、3至5個關鍵詞(key words) (文稿從這一頁起送審，請勿於此頁打入作者姓名、單位資料，以保持審稿之客觀性)。

本 文：包括前言(引言)、材料與方法、結果、討論、誌謝、參考文獻。

表格、圖片說明頁：依表格、圖片在本文出現順序專頁繕打，置於本文之後。

翻譯摘要頁：中文稿件以英文撰寫此頁；英文稿件以中文撰寫此頁。第一份包括題目、作者姓名、單位、摘要、關鍵詞。另外兩份翻譯頁僅包括題目、摘要、關鍵詞(請不要有作者姓名、單位，以保持審稿之客觀性)。

6. 文稿請由左至右以電腦打字，編妥頁碼。紙張用A4紙大小，行間距(包括表格及圖片說明、參考文獻等)為二空格(double spaced)。稿件之上下左右緣各留2.5cm空間。**Figure圖及Table表之題文一律使用英文(中文)。**
7. 英文稿，文字左邊界對齊，右邊界不要求對齊。中文稿內夾雜英文時，其字首若非專有名詞，一律小寫。數據數字以阿拉伯字書寫，但英文稿之句首除外。
8. 度量衡單位採用公制國際單位符號，即cm, ml, Kg, Kcal, 37°C, msec, mm², %等。物質份量用mol；濃度用mol/l或M，亦可用mg/100ml或100mg/dl；放射活度單位becquerel用Bq，curie用Ci表示；振率單位hertz用Hz。
9. 參考文獻以文內引用者為限，按照引用的先復順序排列，以阿拉伯數字中括弧表示於引用之句末。撰寫方式請參考Index Medicus，如係期刊，請按著者姓名、篇名、期刊名稱、出版年代、卷數、起迄頁數順序繕打；如係書籍，請按著者姓名、篇名、編者姓名、書名、版次、出版地、出版商、出版年代、起迄頁數順序繕打。參考文獻的著者在六名或六名以內，全部列出；七名或七名以上，僅列前三名，其餘以等(et al.)表示。文內引用雜誌名，如原文有譯者，照譯名稱，無譯者均以羅馬拼音寫出(附註原文之語言，例如：In Japanese)。

範例：

1. Feely J, Wikinson GR, Wood AJJ. Reduction of liver blood flow and propanol metabolism by cunetidine. N Engl J Med 1981;304:691-695.
2. Yu MD, Chen WL, Jiau SF, et al. Comparison of radiomnuoassay and fluorescence Polarization immunoassay data related to determination of cyclosporine concentration of heatrt transplant patients. Ann Nucl Med Sci 1992;5:143-147.

3. Kaplan NM. Coronary heart disease risk factors and anti-hypertensive drug selection. J Cardiovasc Pharmacol 1982;4(Suppl 2):186-365.
4. Anonymous. Neurovirulence of enterovirus 70 [Editorial], Lancet 1982;1:373-374.
5. Tada A, Hisada K, Suzuki T, et al. Volume measurement of intracranial hematoma by computed tomography. Neurol Surg (Tokyo) 1981;9:251-256. [In Japanese; English abstract].
6. Araki G. Prognosis in thalamic hemorrhage. Jpn J Stroke 1981;3:120-122. [In Japanese].
7. Begent RHJ, Jewkes RF. Radiolabelled antibodies for imaging of gastrointestinal tumours. In: Robinson PJA, ed. Nuclear Gastroenterology. 1st ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1986:145-156.
8. 陳輝墉，曾凱元，高潘福，黃妙珠。核醫骨骼造影在人工全髖關節鬆脫或感染之評估。臺灣醫誌，1986;554-560。
9. 張文成。基礎核子醫學，一版。臺北：華杏，1982:97-110。
10. 除參考文獻內之出版年代到頁數間不必留空格外，文內逗號(,)、句號(.)、冒號(:)、分號(;)後各留一空格。左側中括弧([)，左側小括弧(()及左側引號(“或”)之前面要留一空格。右側中括弧(])、右側小括弧())及右側引號(“或”)之後面若無其他標點符號，後面要留一空格。
11. 每一表格應分開另紙繕打，依文內引用之順序排列，置於表格及圖片之說明頁之後。縱線請設法避免，橫線也儘量少用，不必加邊線。表格內之附註，請依次用*, +, §, |, =, **等符號說明，本文內儘量避免另加附註。
12. 圖片三套，每套分別置於一個封袋。照片必須光面清晰，每張背面並以軟鉛筆註明號碼、題目(勿註作者姓名、單位)，並以箭頭指示期上方向。如係多張拼圖，請拼組後翻拍成5×7吋(127×173mm)照片。如係繪圖，應用濃墨描繪於白紙。光學或電子顯微鏡照片，請註明染色方法及放大倍率或比率。亦應將圖片、拼圖、繪圖，燒錄於光碟片中。
13. 為了減少排版錯誤，投稿時請一併提供IBM PC相容電腦Microsoft Word檔磁碟片、光碟片或電子郵件中。磁片中、光碟片或電子郵件中請勿包含任何指令檔(.com)、執行檔(.exe)、隱藏檔，更請注意不要有病毒。
14. 論文掲載以審查通過之順序陸續出版。如果希望立即掲載，需自行負擔全部費用。
15. 重新繪製插圖費用、英文修改費用、彩色圖版的印刷費用，一概由作者自行負擔。
16. 被接受發表之文稿，除書信(correspondence)外，作者可免費獲本刊3本。額外抽印本可用成本費加印，投稿時請事先聲明加印數量。
17. 其他細節請參閱國際指導委員會(International Steering Committee)發表之生物醫學雜誌稿件統一規格(Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, Ann Intern Med 1997;126:36-47)。
18. 來稿請備一式三份(一份原稿，二份複印稿)及一份含文稿檔案電腦磁片或光碟片，寄至本會。

中國鍼灸學雜誌

宗旨與目的

本雜誌致力於迅速出版國內、外有關中醫針灸學研究、發展、應用之臨床、技術與基礎論文。其目的在於提高國內中醫針灸學整體之水準。除原著論文之外，目前熱門題目之綜述、技術發展、案例教學之文稿凡有助於達成上述目的者亦在歡迎之列。

版權

版權在於保護作者與發行單位，所有文章皆在作者完成版權轉移之手續後再予以刊登。文章一經刊登非得本刊同意，不得全部或部份轉載。

刊別

中國鍼灸學雜誌JCMAS為年刊，每年發行一期，民國102年(西元2013年)第1卷第1期創刊發行。

訂閱辦法

- 一、零售定價：每冊新台幣300元。
- 二、訂閱：每年1期新台幣300元。
- 三、劃撥：19900042中國鍼灸學會，註明購買或訂閱者姓名、地址。



Journal of Chinese Medical Acupuncture Science

Instructions for Authors

1. This journal welcomes all Chinese or English language articles related to Chinese medicine or acupuncture. These should be original contributions, and not contain material previously published or material which will be published elsewhere.
2. This journal accepts original papers, case reports, review articles, special articles, brief communications, Chinese medicine intelligence, and correspondences. The right to revise, accept, and reject submissions is reserved by this journal.
3. Upon publication, copyright for the accepted manuscript is automatically transferred to the Journal of Chinese Medical Acupuncture Science and may not be reprinted elsewhere unless permission has been obtained from this journal.
4. Submission of exclusive original material or extensive in-depth literature analysis should follow trends in academic development and custom formatting. Research articles should be organized in order of introduction, materials and methods, results, discussion, and references. Case study reports should be organized in order of introduction, case study, discussion, and references. Please attach a 600 word Chinese or 400 word English abstract. Please submit both the original and a photocopy.

5. Manuscripts should be separated into the following sections:

Title page: Should include title, running title of 16 words or less, author's name and organization. Contact information should include name, address, telephone, fax number, and email address. Please use Arabic numerals in superscript to the right of names of additional authors to indicate different hospitals or organizations. For example:

Wan-yu Li¹ Min-nan Chen²

1. Chinese Medical Department, Taichung Veterans' Hospital

2. Chinese Medical Research Center, Ministry of Health, Executive Yuan

Abstract: Should include title, abstract, and 3-5 keywords. As submissions begin with this page, please to do not include author's name or organizational information so as to protect objectivity of the reviewers.

Article: Should include introduction, materials and methods, results, discussion, acknowledgements, and references.

Clarification of charts and illustrations: A separate type written page can be placed at the end of the article to explain charts and illustrations.

Translated abstract: Chinese articles should include an English abstract and vice versa. The first copy should include the title, author's name, organization, abstract, and keywords. Two additional copies should only title, abstract, and keywords (in order to maintain objectivity of reviewers do not include author's name or organization).

6. All pages must be typewritten from left to right on A4 size paper. All sections including charts, figures, references and so on should be double spaced. Top, bottom, left and right margins should be 2.5cm.
7. For English articles align text left. It is not necessary to align the text with the right column. Use Arabic numerals except for full sentences.
8. Units of measurement should be expressed using the metric system, i.e. cm, ml, Kg, Kcal, 37°C, msec, mm², and so on. Chemical substance amounts should be expressed in mol and concentrations in mol/l or M. Also mg/100ml or 100mg/dl can be used. For radiation measurements us Bq for becquere units and Ci for curie units. For vibration rates use Hz for hertz units.
9. References should be cited with square brackets in the text and listed by the order of appearance in the text. Consult Index Medicus. For journal articles include the title, author's name, journal name, publication date, and volume number. For books please include title, author's name, chapter title, chapter author, revision date, place of publication, copyright, and publication date. If the authors are less than six, please include all the names. For more than six authors, include the first three names followed by et al. If the original source is in a foreign language, please use the translated title or use Romanization followed by original language. For example: In Japanese.
Examples:
1. Feely J, Wikinson GR, Wood AJJ. Reduction of liver blood flow and propanol metabolism by cunetidine.



- N Engl J Med 1981;304:691-695.
2. Yu MD, Chen WL, Jiau SF, et al. Comparison of radiomnuoassay and fluorescence Polarization immunoassay data related to determination of cyclosporine concentration of heart transplant patients. Ann Nucl Med Sci 1992;5:143-147.
3. Kaplan NM. Coronary heart disease risk factors and anti-hypertensive drug selection. J Cardiovasc Pharmacol 1982;4(Suppl 2):186-365.
4. Anonymous. Neurovirulence of enterovirus 70 [Editorial], Lancet 1982;1:373-374.
5. Tada A, Hisada K, Suzuki T, et al. Volume measurement of intracranial hematoma by computed tomography. Neurol Surg (Tokyo) 1981;9:251-256.[In Japanese;English abstract].
6. Araki G, Prognosis in thalamic hemorrhage. Jpn J Stroke 1981;3:120-122.[In Japanese].
7. Begent RHJ, Jewkes RF. Radiolabelled antibodies for imaging of gastrointestinal tumours. In: Robinson PJA, ed. Nuclear Gastroenterology. 1st ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1986:145-156.
8. 陳輝墉，曾凱元，高潘福，黃妙珠。核醫骨骼造影在人工全髖關節鬆脫或感染之評估。臺灣醫誌，1986;554-560。
9. 張文成。基礎核子醫學，一版。臺北：華杏，1982:97-110。
10. Leave a single space after commas, periods, colons, and semi-colons. Leave a single space before left side brackets ([), ((), or quotation marks (‘ “). Leave a single space after right side brackets (]), ()), or quotation marks (’ ”).
11. All charts should be on separate sheets of paper in order of appearance. Avoid using a frame around the chart. To clarify please use the symbols *, +, \$, |, =, ** in the legend.
12. For illustrations provide three sets of glossy prints, separated into envelopes. On the back of each give the figure number and the title and indicate the top of the figure with an arrow. Size should be 5x7 inch (127x173mm). For optical or electron microscopy please indicate staining methods, magnification, and ratio. Please save the images to cd-rom.
13. In order to minimize errors, please provide an IBM PC Microsoft Word file on diskette, cd-rom, or email attachment. Please do not include any other scripts with the material, such as (.com) or (.exe), and beware of viruses.
14. Manuscripts will be examined and published in successive order. For immediate review the cost must be covered by the individual.
15. The cost of image replacement, English editing, and color printing must all be covered by the author.
16. Authors, except for correspondences, can receive three copies of the journal upon acceptance. Additional copies can be printed at cost. Please indicate the desired quantity when submitting an article.
17. For more details please consult the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, Ann Intern Med 1997; 126: 36-47 published by the International Steering Committee.
18. Submissions should include three copies (one original and two copies). Also include one copy on diskette or cd-rom.

Journal of Chinese Medical Science

Purpose

This journal is committed to quickly publishing both domestic and international articles related to Chinese medical acupuncture research, development, clinical applications, technology, and theory. Our purpose is to elevate the standards of Chinese medical acupuncture. In addition to original articles, this journal welcomes review articles, technological developments, and case studies which meet the above stated purpose.

Copyright

Copyright for the accepted manuscript is automatically transferred to the Journal of Chinese Medical Acupuncture Science and may not be reprinted elsewhere unless permission has been obtained from this journal.

Publication

The Journal of Chinese Medical Science (JCMS) is a yearly publication. The first volume was printed in 2013.

Subscription

1. Rate: 300NTD per volume
2. Annual subscription rate: 300NTD.
3. Payment: 19900042 Chinese Acupuncture And Moxibustion Society; Please indicate the name and address of the purchaser.



中國鍼灸學雜誌投稿版權轉移 同意書及格式檢查清單

(請影印此清單詳細檢查填妥後隨同稿件寄出)

茲寄上文稿 _____

乙篇。本文 ☐ 原著 ☐ 綜論 ☐ 案例報告 ☐ 短論 ☐ 讀者投書 (請作者選一)
未曾也不考慮於其他國內外雜誌上發表。如本文被接受刊登，版權即為中國
鍼灸學雜誌所有。

_____ 文稿為電腦打字，紙張用A4大小，行間距為二空格。稿件之上下左右
緣各留2.5cm空間。

_____ 編妥頁碼並依首頁、摘要頁、本文、表格/圖片說明頁、表格、圖
片、翻譯摘要頁順序排列。

_____ 首頁包括題目、簡題、作者姓名、單位、聯絡人姓名、地址、電話、
E-mail地址、研究之贊助者。格式必須付符合本雜誌投稿簡則第5項
規定。

_____ 摘要頁包括題目以及3至5個關鍵詞。格式必須付符合本雜誌投稿簡則
第5項規定。

_____ 本文從第三頁開始，包括：前言(引言)、材料與方法、結果、討論、
誌謝、參考文獻。

_____ 參考文獻格式必須付符合本雜誌投稿簡則第9項規定。

_____ 表格/圖片說明頁：Figure及Table表題一律使用英文，依表格及圖片
之順序專頁繕打，置於本文之後。

_____ 表格格式必須付符合本雜誌投稿簡則第11項規定。

_____ 圖片三套，背面以軟鉛筆註明號碼、題目，格式必須付符合本雜誌投
稿簡則第12項規定。

_____ 翻譯摘要頁：第一份包括題目、作者姓名、單位、摘要、關鍵詞。另
外兩份翻譯頁僅包括題目(不要作者姓名、單位)、摘要、關鍵詞。

_____ 文稿三份及一片含稿件Microsoft Word檔案磁碟片或光碟片。

投稿人簽名 _____ 日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日



Note

[illegible]



Note





Note

