

# 巴金森氏症的治療和保健

## ～ 中醫痺症分析 ～

林寶華/林寶華中醫診所

(本文是 2009.3.8 台北縣中醫師公會民眾健康養生講座稿，並摘要刊登

北台灣中醫醫學雜誌 2009 年 6 月。)

- 一、巴金森氏症(病)介紹
  - 二、西醫治療巴金森氏症
  - 三、中醫痺症的辨證論治
  - 四、中西醫結合治療巴金森氏症
  - 五、生活起居與健康促進
- (附錄：問題與探索)

## 摘要

巴金森氏病是老年人常見的神經學退化疾病之一，病因至今不明，患者腦部黑質紋狀體選擇性的多巴胺生成減少，病人的尾狀核、殼核及黑質的多巴胺含量下降；因神經元細胞凋亡，影響神經傳導物質分泌，以致逐漸出現顫抖、僵硬及動作緩慢的運動性功能障礙，最終會造成生活上的失能、無法行動。而因腦傷、中毒所引發者，則泛稱為巴金森症候群，簡稱巴金森氏症。台灣巴金森氏病的盛行率為十萬分之一百三十，集中在五十五歲到六十歲發病，越老，風險越高<sup>(5)</sup>。

巴金森氏病比較類似中醫痺症。此病肆虐人類數千年，在三百年前中醫「醫宗金鑑·痺症」<sup>(4)</sup>有詳細的記載，尤其「痺入臟府證」描述痺症病久之病癥為「肺痺煩滿喘咳嗽，腎脹尻踵脊代頭，脾嘔痞鞭肢懈墮，心煩悸噫恐時休，數飲臥驚肝太息，飲秘脹瀉在腸究，

胞秘沃痛鼻清涕，三焦胃府膽無憂。」頗似現代醫學專家描述巴金森氏症的各種神經、精神病變，如：

「聲音軟弱、呼吸困難、嗆到、肺炎等（痺入肺）」、「下肢水腫、乏力、體重減輕；頭部前傾、軀幹俯屈、肘關節屈曲、前臂內收、髖關節膝關節屈曲；身體前傾，漸成C字型（痺入腎）」、「吞嚥困難、流口水、震顫、僵直、肌力減退、行動遲緩；體力或身體協調功能下降、手臂旋轉不良、跛足、起身離椅困難、肩背痛或腰痛（痺入脾）」、「自主神經危象發生時則大汗淋漓、面部充血、心跳加快、情緒緊張（痺入心）」、「不安、抑鬱、幻覺、妄想、痴呆；睡眠障礙、有憂鬱傾向；身體上或心理上的壓力（痺入肝）」、「頑固性便秘（痺入腸）」、「陽萎、排尿困難（痺入胞）」。

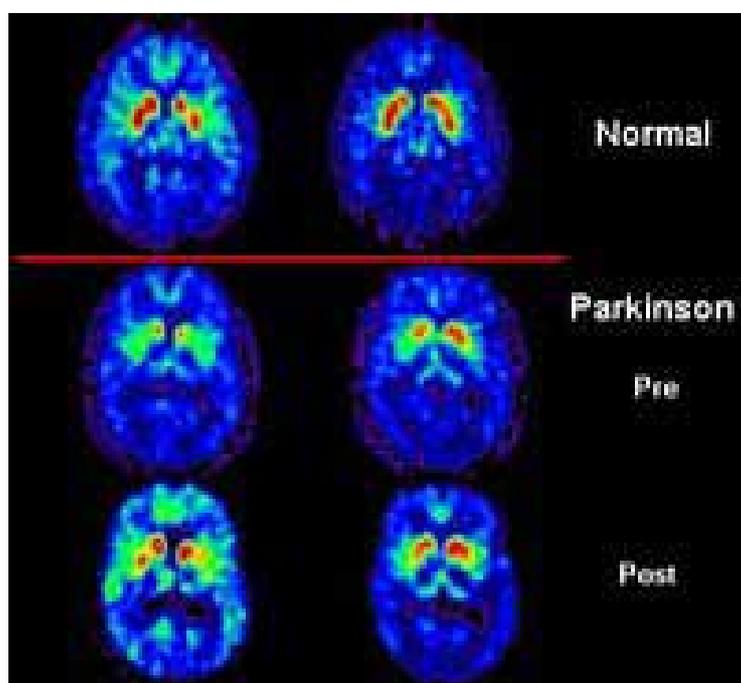
醫生和病人應瞭解巴金森氏症的不同病因、病程，俾在不同階段做最佳治療；結合中西醫藥治療，以避免疾病惡化，應會有最佳的療效和生活品質<sup>(1)</sup>。

關鍵詞：巴金森氏病、痺症、痺入臟府。

### 正常人、巴金森氏症病人治療前後的腦部多巴胺影像

著名病患：(1)拳王阿里。(2)影星米高福克斯(Michael J. Fox)：30歲發病，現48歲，主演“回到未來”。

摘自：<http://www.cine.idv.tw/learning/netopedia/healthcare/parkinson/>



## 一、巴金森氏症(病)介紹<sup>(3)</sup> (5) (6) (7)

### (一)病因

1. **病毒感染**：各種腦炎後、慢性病毒感染。
2. **中毒性**：一氧化碳、二硫化碳、氰化物、錳、汞、甲醇等。
3. **藥物性**：利血平、 $\alpha$ -甲基多巴、抗憂鬱藥、單胺氧化酶抑制劑及三環劑。
4. **腦血管病變**。
5. **顱腦損傷**。
6. **基底節腫瘤**。
7. **中腦空洞症**。
8. **代謝性疾病**：甲狀旁腺功能減退症、基底節鈣化、糖尿病等。
9. **環境毒物致病**。
10. **遞質學說**：神經傳遞物質多巴胺減少與發病有關。
11. **年齡老化因素**。
12. **其它**。

### (二)症狀和體徵

#### (A)巴金森氏症概述

1. 巴金森氏病(Parkinson' s disease, PD)是一種原發性慢性退化性神經疾病，巴金森氏病的化學病理首先表現為黑質紋狀體選擇性的多巴胺生成減少，病人的尾狀核、殼核及黑質的多巴胺含量可下降 80%~90%。
2. 引起巴金森氏病的可能原因很多，包括腦炎疾病後、藥物傷害、腦部血管的退化、神經性毒物如除草劑，或重金屬傷害等。
3. 巴金森氏病的疾病特徵有：

- (1)體力或是身體協調功能下降。
- (2)寫字不方便。
- (3)手臂旋轉不良。
- (4)跛足。
- (5)肢體顫抖，身體前傾，漸成C字型。
- (6)起身離椅困難。
- (7)聲音軟弱。
- (8)情趣降低，有憂鬱傾向。
- (9)身體上或心理上的壓力。

### **(B)巴金森氏症臨床表現**

#### (1)震顫：

(a)常開始於某一側上肢或某一側下肢，或下頷、舌；初發病即雙側震顫的病人少見。

(b)顫抖是最明顯的症狀，這個症狀使病人難過、不好意思，病人常因有這個症狀而去看醫生。

#### (2)僵直：也常先出現於一側肢體，並以上肢明顯。

(3)肌力減退：常累及手指、手腕、手，影響患者的日常生活。

#### (4)行動遲緩：

(a)包括意志性的動作逐漸慢下來或減少，每一個動作要開始都很慢，很難作重覆的快速動作，同時容易疲勞，這是巴金森氏症最困擾，最使病人能力減退的症狀。

(b)病人穿衣服慢、刮鬍子慢或攪拌食物慢，臉部因而沒有表情，變成面具臉的樣；眨眼睛的動作減少，正常的表情動作減少，走路時，兩手的擺動也減少。

## (C)巴金森氏症典型體徵

### 1. 運動障礙

- (1) **靜止性震顫**：80% 的巴金森氏病患者會出現靜止性震顫，初期震顫往往是不對稱的，頻率大約為每秒 4~6 次。震顫除了會累及手外，還會累及腿，腳，唇，舌，下頷和發音，四肢大關節較少受累，較少影響頭和頸。震顫可以部分受意識短暫控制，但過後可能出現加劇的趨勢。震顫以拇指、食指、中指為主，呈現明顯的“搓丸樣”動作。
- (2) **肌張力增高**：肌僵直是協調肌與拮抗肌同時過度緊張的結果，有幾種典型的體徵：
  - (a) **鉛管樣僵直**：關節被動運動時，在每個方向和角度，肌張力始終保持增高，檢查者也感到均勻的抵抗感。
  - (b) **齒輪樣僵直**：檢查時可感到肌張力增高引起的阻力似齒輪有斷斷續續的停頓感。
  - (c) **路標現象**：囑患者將雙肘放於桌上，使前臂與桌面垂直，盡量放鬆兩臂及腕部的肌肉，正常人的腕關節下垂與前臂形成90度夾角，而巴金森氏病患者由於腕部肌張力增高，腕關節或多或少的仍保持伸直位，很像鐵路上的路標。
  - (d) **慌張步態**：患者出現頭部前傾、軀幹俯屈、肘關節屈曲、前臂內收、髖關節膝關節屈曲的特殊姿勢，且由於重心前移，患者走路時會出現越走越快的“慌張步態”。
  - (e) **肩背痛或腰痛**：巴金森氏病患者由於肩胛帶肌和骨盆帶肌的僵直，經常有患者出現肩背痛或腰痛。
- (3) **運動減少和凍結足現象**：表現為自主自發性運動的減慢和隨意運動功能障礙。面部肌肉運動減少，瞬目動作減少，稱無表情臉(masklike face)。常有構音困難、重複性言語、口吃、呼吸不暢、書寫困難、小寫症等。

晚期患者常出現開步和轉彎困難，稱“凍結足現象”。

(4) **姿勢反射障礙**：向前或向後跌倒的傾向。

## 2. 非運動障礙

(1) **自主神經系統功能障礙**：四肢出現網狀青斑或紅斑、唾液分泌增多、皮脂溢出或面部多汗；少數患者出現“位置性低血壓”。

自主神經危象發生時則大汗淋漓、面部充血、心跳加快、情緒緊張及震顫加重。

老年患者可出現吞嚥困難、陽萎、頑固性便秘和排尿困難。

(2) **神經行為異常**：煩惱、抑鬱性精神改變，左旋多巴治療後也可能出現抑鬱，甚至出現譫妄、躁狂、偏執等精神錯亂的症狀；這種改變在服用抗膽鹼藥物後也可能出現。

(3) **其他異常**：可出現視覺、嗅覺、聽覺功能下降和感覺異常的症狀；也常出現睡眠障礙、下肢水腫、乏力、體重減輕等。

## (三) 巴金森氏症的分級

1967年美國的兩位醫生 Margaret Hoehn 和 Melvin Yahr 發表的論文，成為後世遵循的「**Hoehn & Yahr 的巴金森病分級標準**」：

(1) 一級：僅單側出現症狀，功能障礙較輕。

(2) 二級：出現雙側和軀幹的症狀，尚無姿勢反射障礙。

(3) 三級：出現輕度姿勢反射障礙、勞動力喪失，仍具有日常生活能力。

(4) 四級：出現明顯的姿勢反射障礙、勞動力喪失，日常生活能力也嚴重受到影響；可起立，稍可步行。

(5) 五級：需他人幫助起床，生活行動需輪椅。

## (四) 檢查

(1)核磁共振造影(MRI)。

(2)核子醫學檢查(PET)：多巴胺系統造影。

### (五)診斷

1、根據患者彎腰曲背的姿勢，緩慢僵硬的運動，面具臉，肢體的節律性震顫，慌張步態，行走時上肢伴隨動作減少等特點。

2、凡是中年以上，出現原因不明逐漸起病的動作緩慢，感到某側肢體僵硬，動作不靈活，表情淡漠，行走時上肢伴隨動作減少等現象，應考慮本病的診斷。

3、老年人沒有明顯原因，出現動作逐漸遲緩，也應當考慮本病。

### (六)診斷標準

1. 1992年CAPIT(Core Assessment Program for Intracerebral Transplantation)

制定的巴金森病診斷標準。必須至少存在下列二項主徵【其中一定要具有(1)或(2)】：

(1)靜止性震顫。

(2)運動遲緩。

(3)齒輪樣(或鉛管樣)肌僵直。

(4)姿勢反射障礙。

2. 排除腦外傷、腦腫瘤、病毒感染、腦血管病，或其他已知神經系疾病和已知藥物、化學毒品所引起。

3. 病人沒有下列(陽性)體徵：

(1)明顯的核上性眼肌麻痺。

(2)小腦徵和核性發音障礙。

(3)直立性低血壓。

(4)錐體束徵。

(5)肌萎縮。

4. 左旋多巴製劑有效。
5. 病人的初發症狀、體徵或病程中有兩側不對稱性。

## 二、西醫治療巴金森氏症<sup>(3)</sup> <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup>

### (一)藥物治療

#### 1. 乙醯膽鹼受體阻滯劑：

- (1) 乙醯膽素和多巴胺(Dopamine)有互相抗衡的作用，巴金森氏症病人的多巴胺減少，造成乙醯膽素作用增加，使用“抗膽激素”是企圖壓制乙醯膽素，使兩種神經傳導媒之間達到平衡。雖然此類藥物的效果比左多巴小，但對於四肢僵硬的病症，在發病的初期還是最先被使用。
- (2) 紋狀體多巴胺含量的下降導致乙醯膽鹼機能相對增高，此類藥物不是直接地作用於多巴胺系統，因而比左旋多巴效果弱，三大症狀都有改善作用，特別對震顫有較好療效。最有代表的藥物是安坦(artane)。其他有(biperiden、kemadrin、methixene)等。他們是藥物性巴金森病的首選藥物。
- (3) 但抗膽激素之類的藥物不能讓攝護腺肥大的老年人使用，因為攝護腺肥大的人服用此類藥物後會增加排尿的困難；患有青光眼的人服用這類藥物會誘發青光眼或使青光眼更嚴重，也是非常危險的。這類藥物對老年人也是很不好，它會增加老年人的意識譫妄、增加健忘症。
- (4) 因為乙醯膽素在神經系統中是一主要的化學傳導媒，它控制人體的消化功能、心跳及多種腺體的分

泌。此類藥物若意外中毒，病患即會全身發熱、臉上潮紅、意識進入譫妄狀態，近距離的視覺受障礙，此類副作用有人打趣道：病人熱得像兔子、乾枯如骨頭、臉紅似甜菜、目盲如蝙蝠、瘋狂如帽商。

## 2. 多巴胺釋放促進劑：

金剛烷胺(amantadine)的主要作用是促進多巴胺神經元的神經末梢釋放多巴胺，只有在多巴胺存量充足的前題下才能很好發揮作用。

## 3. 左旋多巴製劑：

### (A)左旋多巴的研究簡史

- (1) **“多巴”在許多動植物都存在：**多巴胺在體內是由多巴所變成，多巴、多巴胺都屬於氨基酸類的化學物質，它們是由碳、氫、氧及氮等元素所結合而成，是生物體中最基本的構成物質。
- (2) **左多巴對巴金森氏症才有效：**多巴的分子構造在三度空間中有兩個不一樣的形式，一類稱「L型」或「左型」，另一類稱「D型」或「右型」。只有L型在自然界中存在，也只有L型多巴（左多巴）對治療巴金森氏症有效。
- (3) **多巴胺不宜直接口服或注射：**若直接給病人服用或注射多巴胺，多巴胺在血液中會很快地被破壞，無法讓有效的量進入腦中；因此對巴金森氏症病人需給予多巴胺的前身左多巴，才能達到治療的效果。
- (4) **多巴胺研究者獲得諾貝爾醫學獎：**早年研究舌根鹼與多巴胺之間關係的瑞典科學家卡爾森(Arvid Carlsson)於2000年獲得諾貝爾醫學獎。

## (B)左旋多巴的臨床運用

- (1)左旋多巴(levodopa)迄今仍是治療巴金森病最有效的藥物：這種藥物的半衰期非常短，但是長期使用會產生運動異常，“開關現象”、“劑末現象”、小步足、精神症狀等副反應。
- (2)左旋多巴(levodopa)是多巴胺的前驅物質：在腦內經“多巴脫羧酶(DDC)”脫羧後生成多巴胺(Dopamine)。
- (3)口服 levodopa 會被腸道的 DDC 所代謝：僅約 30%能進入血液循環。
- (4)“多巴脫羧酶抑制劑(DCI)”的用途：可抑制 DDC 的脫羧作用，使更多的 levodopa 能進入腦內；經腦內 DDC 脫羧生成 Dopamine，以補充紋狀體內 Dopamine 的不足。DCI 也降低一些副作用，例如噁心、嘔吐、食慾減退、口中有金屬味、上腹部灼熱感、心悸和血壓問題。
- (5)左旋多巴的混合製劑：常用的“多巴脫羧酶抑制劑(DCI)”有兩種：  
benserazide 和 carbidopa。治療巴金森氏症的左旋多巴混合製劑有：
  - (a)美多巴(madopar)：是 levodopa 與 benserazide(4：1)的混合劑(L-Dopa-DCI)。
  - (b)帕金森(sinemet)：是 levodopa 與 carbidopa(10：1 或 4：1)混合劑的緩釋劑。

## 4. 長期使用左旋多巴的問題(副作用)

- (1)副作用概述：因為原因不明，藥物不能阻止細胞的退化，因此長期下來左多巴的藥量勢必會愈加愈重，產生副作用的機會相對地也會增加，左多巴的副作用較常見的是低血壓、噁心、口乾、便秘、幻覺、興奮；藥效退了後，可能會有肌肉僵直、疼痛的現象等；而多巴胺促效劑的副作用則是失眠、亢奮、幻想症、幻覺、精神不安<sup>(5)</sup>。

- (2)**運動障礙(dyskinesia)**：臨床分為兩型，高齡者易引起口舌、下頷似咀嚼樣不自主運動，伴頭、頸擺動及皺眉、吐舌等多種不自主運動，稱口舌運動障礙(oro-lingual dyskinesia)；年齡較輕易引起四肢劇烈地舞蹈樣運動或肌陣攣(myoclonus)之類的快速運動到張力障礙(dystonia)，手足徐動(athetose)等緩慢運動及類似顫搐(balismus)等各種各樣的動作。
- (3)**症狀波動**：巴金森病的症狀波動和左旋多巴治療中出現的症狀波動，兩者之間有很大的區別。臨床常見的主要問題是“劑末現象”與“開關現象(on-off phenomena)”。
- (4)**精神症狀**：巴金森病除神經症狀外還常見不安、抑鬱、幻覺、妄想、痴呆等；這些症狀也可因為長期服用左旋多巴而產生。
- (5)**凍結足**：起步時或轉換方向時，足底像粘住似地不能跨步；但在其前面設置障礙物時卻能順利邁步，稱“矛盾運動”。

## (二)手術治療

- (1)**燒灼術**：根據統計 30%~50%的患者在接受左多巴藥物治療五年之後，會出現藥效時程愈來愈短的狀況，譬如以往照三餐吃藥動作就很順暢，但是現在卻覺得第一餐與第二餐間的動作開始變慢，到最後服藥後的藥效時間只能維持 3~4 小時。手術方式包括**燒灼術**、**深腦刺激術**兩大類，而現在還有一種**移植手術**尚在研究當中。燒灼術主要是將過度興奮的神經線破壞掉，依照不同部位又分為視丘破壞術、蒼白球破壞術、丘腦下神經髓核切除術；或是在蒼白球、視丘下核等處加入電刺激器，以調控迴路的運作，這就是深腦刺激術，是目前巴金森氏症患者最主要進行的外科手術方式<sup>(5)</sup>。

### (2)深腦刺激術(DBS)

(A) **DBS 操作技術**：深層腦部刺激是在病人頭上安裝一個固定的金屬架，在頭上開一小洞，利用 X 光的輔助放入一條極細的金屬管子，經過頭蓋骨的小洞很精確地放置於腦中深部構造的位置。要找到正確的位置需要病人的合作，手術通常是用局部麻醉，病人只是稍微鎮定但意識十分清晰時施行；但在初期的療效不夠理想。

(B) **DBS 技術改良費用昂貴**：內科多巴胺類藥物經過近三十年的使用後，現在知道這些藥物的治療效果還是有限的，於是新的 DBS 外科治療又再被改進，把定位手術的位置，由背殼、蒼白球向更深的視丘下核 (Subthalamic nucleus) 發展，隨病人的需要不定時作通電刺激的治療新法。這種對視丘下核 (STN) 的破壞或電刺激的療法，對於長期使用多巴胺卻逐漸減少療效的病人，又增加了新的選擇。

(3) **移植術**：如幹細胞療法。幹細胞來源包括骨髓、臍帶血、周邊血、胚胎等，手術移植已有成果，仍繼續研究改進中。

### (三) 巴金森氏症預後<sup>(6)</sup>

令人遺憾地，無論藥物或手術治療，只能在一定時期內減輕症狀，而不能阻止病程進展；巴金森病本身很少能致死亡，但晚期的患者會致殘，只能生活在輪椅或床上，這種情況持續十年以上的患者可能會死於支氣管肺炎等併發症。

## 三、中醫痺症的辨證論治<sup>(4)</sup>

### (一) 中醫痺症與巴金森氏症相關

傳統中醫醫家認為，巴金森氏症類似二千年前素問·至真要大論「諸風掉眩，皆屬於肝」，四百年前明代醫家王肯堂（1549～1613年）《證治準繩》所述「顫，搖也；振，動也；筋脈約束不住而不能任持，風之象也」；因此，此症可歸屬於中醫“震掉”、“振慄”、“顫振”“瘓症”、“痺症”和“肝風”的範疇。

而三百年前乾隆皇帝敕纂修的“醫宗金鑑”曾述「...將正醫門之旨，以昭愛養之法；爰發宮府藏書徧集古今典籍，特命臣等纂修既往，以詔將來。」此醫書包羅萬病、鉅細靡遺，至今仍為研究中醫者必讀的參考書；且現代醫學專家研究人體基因，認為遠自二千多年前，中國人就有巴金森氏症，華人的病發率也多於其它種族。由此推測，“醫宗金鑑”應會記載如何治療此數千年來的萬民疾疾。

因此，依筆者淺見，巴金森氏症比較類似醫宗金鑑之“痺症”，主要理由是此書痺症“病入臟腑篇”記載病狀與現今巴金森氏症末期病人很相似；而此書所述“初發病”、“痺實”者常為實證、風邪（“邪”類似現今之病毒、細菌）；以此證諸現今巴金森氏症病人並非僅是老年人發病，二、三十歲發病者也不少，理論上較為符合。也就是說，如果自體免疫下降而突遭受某種不明病毒侵襲的人，就可能發作巴金森氏症。

## （二）痺症的病因病灶(痺症初期)

（二）痺症的病因病灶(痺症初期)			
分類	病名	症 狀	若病情惡化
1. 病因	(1)行痺	風寒濕三氣雜合而為病，風邪勝者，其痛流走。	
	(2)痛痺	風寒濕三氣雜合而為病，寒邪勝者，其痛甚苦。	

	(3)著痺	風寒濕三氣雜合而為病，濕邪勝者，其痛重著。	
2. 病灶	(1)皮痺	秋時遇此邪，則皮雖麻，尚微覺痛癢。	復感於邪，內舍於肺，成肺痺也。
	(2)脈痺	夏時遇此邪，則脈中血不流行而色變。	復感於邪，內舍於心，成心痺也。
	(3)肌痺	長夏時遇此邪，則肌頑木不知痛癢。	復感於邪，內舍於脾，成脾痺也。
	(4)筋痺	春時遇此邪，則筋攣節痛屈而不伸。	復感於邪，內舍於肝，成肝痺也。
	(5)骨痺	冬時遇此邪，則骨重痠疼不能舉。	復感於邪，內舍於腎，成腎痺也。

### (三) “周痺” (痺症中期)

周痺或痛或腫、或手或足，患有定處，痛無歇止。或從上病及於下、或從下病及於上，而不似眾痺痛有歇止，左右相移流走也。周痺或兩手或兩足、或隻手足、或偏廢不仁，不用而似中風，但不口眼喎身有疼痛也。

### (四) 痺症的惡化徵象

痺在皮脈則受邪淺，故易治；痺在筋骨則受邪深，故痛久難已也。凡痺病日久內傳所合之藏，則為五藏之痺。若其中虛受邪，則難治多死。其人藏實而不受邪，復還於外，則易治多生。例如久病皮痺，復感於邪，內傳肺而為肺痺；若無胸滿而煩喘咳之證，則是藏實不受邪。

## (五) 痺症入臟府證(痺症末期)

- (1)肺痺：久病皮痺，復感於邪，見胸滿而煩喘咳之證，是邪內傳於肺，則為肺痺也。
- (2)腎痺：久病骨痺，復感於邪，而見腹脹、尻以代踵、足攣不伸。脊以代頭，偃僂不直之證，是邪內傳於腎，則為腎痺也。
- (3)脾痺：久病肌痺，復感於邪，而見嘔涎、心下痞鞭，四肢懈墮之證，是邪內傳於脾，則為脾痺也。
- (4)心痺：久病脈痺，復感於邪，而見心煩、心悸、隘乾、噫氣，有時則恐之證，是邪內傳於心，則為心痺也。
- (5)肝痺：久病筋痺，復感於邪，而見喜飲、小便數多、夜臥則驚太息之證，是邪內傳於肝，則為肝痺也。
- (6)腸痺久痺不已，復感於邪，藏實不受而傳府者，凡見喜飲、小便秘，不脹則瀉，不瀉則脹之證，是邪內傳於大小腸，則為腸痺也。
- (7)胞痺：凡見少腹胞中，按如沃湯狀而痛、小便秘澀、鼻流清涕之證，是邪內傳於膀胱，則為胞痺也。
- (8)三焦胃膽不受傳：三焦之痺附於膀胱，從水道也；胃痺附於大小二腸，從傳化也；膽為清淨之府，不受痺邪，故曰無憂也。

## (六) 醫宗金鑑痺症的辨證治療

(六) 醫宗金鑑痺症的辨證治療			
病期	辨證	症狀	處方

一、 初病	1a 三痺（初發作）	行痺、痛痺、著痺。	木通一味不見水者二兩，以長流水煎，熱服取汗（行痺加羌防，痛痺有汗加附子、無汗加麻黃，著痺加防己）。
	1b 熱痺	痺病而肌熱如火。	加味升陽散火湯加羚羊角。
	1c 痺實		增味五痺湯（行痺以羌活防風為主，痛痺以麻黃附子為主，著痺以防己羌活為主。）
	1d 氣實麻木		小續命湯加麻黃。
二、 中期	2a 痺虛		加味小續命湯（皮痺加黃耆或桂皮，脈痺加紅花或薑黃，肌痺加葛根或白芷，筋痺加羚羊角或續斷，骨痺加狗脊）。
	2b 氣虛麻木		補中益氣加紅柏（夏加苓、秋加味、冬加桂）。
	2c 腸痺		蒼朮五苓散。
	2d 胞痺（寒飲）		附子五苓散。
三、 末期	3a 冷痺	痺病而身寒無熱，四肢厥冷。	蠲痺湯（附歸耆草桂羌防）。
	3b 痺久	五痺不已，乘虛入臟，反留連日久。	三痺湯、獨活寄生湯。

## 四、中西醫結合治療巴金森氏症

### (一) 痺症與巴金森氏症的症狀對照

(一) 痺症與巴金森氏症的症狀對照		
分型	痺症症狀	巴金森氏症症狀
1. 肺痺	肺痺煩滿喘咳嗽。	聲音軟弱、呼吸困難、嗆到、肺炎等（痺入肺）。
2. 腎痺	腎脹尻踵脊代頭。	下肢水腫、乏力、體重減輕；頭部前傾、軀幹俯屈、肘關節屈曲、前臂內收、髖關節膝關節屈曲；身體前傾，漸成C字型（痺入腎）。
3. 脾痺	脾嘔痞鞭肢懈墮。	吞嚥困難、流口水、震顫、僵直、肌力減退、行動遲緩；體力或身體協調功能下降、手臂旋轉不良、跛足、起身離椅困難、肩背痛或腰痛（痺入脾）。
4. 心痺	心煩悸噫恐時休。	自主神經危象發生時則大汗淋漓、面部充血、心跳加快、情緒緊張（痺入心）。
5. 肝痺	數飲臥驚肝太息。	不安、抑鬱、幻覺、妄想、痴呆；睡眠障礙、有憂鬱傾向；身體上或心理上的壓力（痺入肝）。
6. 腸痺	飲秘脹瀉在腸究。	頑固性便秘（痺入腸）。
7. 胞痺	胞秘沃痛鼻清涕。	陽萎、排尿困難（痺入胞）。

### (二) 中醫治療方向<sup>(1) (7)</sup>

1. **平肝熄風**：適用於發病初期，肝陽上升，陽亢化風，內風暗動諸證；如手足震顫、抽搐，頭暈，耳鳴，煩躁。
2. **祛瘀痰濕**：類似西醫“乙醯膽鹼受體阻滯劑”的功用。
3. **補氣益血**：類似西醫“多巴胺釋放促進劑”的功用。
4. **補陽散寒**：類似促進增加腦神經傳導物質“多巴胺”的方法。
5. **少量解毒藥**：考量中醫治“內因”病源，可酌加羌活、防風、黃芩、黃連等，類似西醫懷疑此病可能為病毒引起。

### (三)中醫證治舉例<sup>(7)</sup>

#### 1. 血瘀動風

主證：表情呆板，面色灰暗，肢體僵直，屈伸不利，震顫幅度較大，可有肩背疼痛，舌蹇語澀，舌紫暗或夾有瘀斑，脈弦澀。

治法：活血化瘀，熄風通絡。

方藥：補陽還五湯加減。

#### 2. 肝腎陰虛

主證：表情呆板，肢體震顫幅度很大，動作遲緩，肢體拘攣，活動笨拙，伴頭暈目眩，耳鳴健忘，急躁急怒，多夢，舌體瘦小，舌質紅，苔少，脈象細數。

治法：補腎養陰，柔肝熄風。

方藥：半夏天麻白朮湯或大定風珠加減。

#### 3. 風痰阻絡

主證：肢體震顫，四肢拘攣，動作不利，伴胸脇滿悶，痰涎增多，舌體胖，舌質淡，苔白膩，脈弦滑。

治法：行氣化痰，熄風通絡。

方藥：溫膽湯合羚羊角鉤藤湯加減。

#### 4. 氣血兩虛

主證：神呆懶言，面色恍白，肢體震顫日久，震顫程度嚴重，頸項僵直，或肢體拘痙，活動減少，行走不穩，氣短乏力，頭暈眼花，自汗，動則加重，皮脂外溢，口角流涎，舌胖，有齒痕，舌質暗淡，苔薄白或白膩，脈象細無力。

治法：益氣養血，熄風通絡。

方藥：十全大補湯合天麻鉤藤飲加減。

#### 5. 陰陽兩虛

主證：震顫日久，表情呆板，肢體僵直，行動遲緩，言語困難，日常生活能力嚴重下降，面色無華，神疲乏力，自汗畏寒，納呆，失眠，舌淡，脈沉細弱。

治法：陰陽雙補，兼以熄風。

方藥：補陽還五湯合十全大補湯加減。

#### (四) 依巴金森氏症分級的中醫診治參考<sup>(1) (2)</sup>

(四) 依巴金森氏症分級的中醫診治參考		
一級	症狀	僅單側出現症狀，功能障礙較輕。
	中醫治療原則	(1) 平肝熄風或解表清熱。 (2) 羚角鉤藤湯、天麻鉤藤湯加減，或葛根湯加芩連羌防。
	中醫治療原則	(1) 祛瘀化痰、健脾補腎。 (2) 溫膽湯+補陽還五湯加減。
二級	症狀	出現雙側和軀幹的症狀，尚無姿勢反射障礙。
	中醫治療原則	(1) 補氣養血、祛瘀化痰。 (2) 半夏天麻白朮湯+補陽還五湯加減。
	中醫治療原則	(1) 補氣養血、祛瘀化痰。 (2) 半夏天麻白朮湯+補陽還五湯加減。

四級	症狀	出現明顯的姿勢反射障礙、勞動力喪失，日常生活能力也嚴重受到影響；可起立，稍可步行。
	中醫治療原則	(1)補氣血虛、溫腎扶陽。 (2)十全大補湯+真武湯(+人參、肉桂)加減。
五級	症狀	需他人幫助起床，生活行動需輪椅。
	中醫治療原則	(1)大補氣血、大補腎陽。 (2)補陽還五湯+右歸飲(+人參、乾薑、肉桂、僵蠶、全蠍、蜈蚣)加減。

## (五)中西醫結合治療案例

(A)案例一：鄭先生，1955年生，52歲，男，160cm，63Kg。

1. 2007/09/01 初診：

(1)西醫診為帕金森氏症，發病二年，服西藥二年。現在工廠搬合成皮工作，每件 20kg。走路僵硬向前衝、輕微震顫、便秘、右手右腳較無力。舌苔淺白，大便 2 天 1 次，脈細數。

(2)現服西藥：(1)Akineton 2mg/每日 2 次，每次半粒。(2)Madopar 250mg/每日 3 次，每次半粒。(3)PK-Merz 100mg/每日 2 次，每次半粒。(4)Senot 7.5mg/每晚 1 粒，飯後服用。(5)Regrow 60mg/每日 1 次，每次 1 粒，飯後服用。

(3)診斷治則：血瘀動風、風痰阻絡，擬祛瘀化痰熄風。

(4)處方：半夏天麻白朮方加黃連 2 錢、生蒲黃 5 錢、桃仁 2 錢、乳香 2 錢、沒藥 2 錢、龍眼肉 5 錢、鹿角霜 3 錢、僵蠶 2 錢、全蠍 1 錢、金蜈蚣 1 錢。

2. 2008/09/02 診：

(1)心跳較快，90 次/分。

(2) 診斷治則：考量病人心跳增快可能是病情已減輕，而西藥劑量顯得稍多。

(3) 處方：右歸湯方加乾薑 3 錢、加製附子 3 錢、加玉桂 3 錢、生牡蠣粉包 5 錢、生龍骨粉包 5 錢、龍眼肉 5 錢、乳香 2 錢、沒藥 2 錢、炒大黃 7 分、蜜麻黃 1 錢、鹿茸片 2 錢、鹿角霜 3 錢、碎補 2 錢。

3. 評估：自 2007/09/01 至 2008/12/26，加減方共服 413 劑/481 天。現病人走路不會向前衝，仍能在診間快速來回走三次、快速蹲下站起三次，症狀減輕，動作較靈活，西藥劑量未改，工作正常。

**(B) 案例二：江媽媽，1938 年生，70 歲，女，149cm，45Kg。**

1. 2008/05/09 初診：

(1) 西醫診為巴金森氏症，發病一年，服西藥一年。兩手顫抖，身體僵硬，走路慢，語慢音輕。舌苔淺白，大便 2~3 天 1 次，脈緩。

(2) 現服西藥：(a) PK-Merz 100mg/每日 2 次，每次半顆，早晚飯後。

(b) Anxiedin 0.5mg/每天 1 次，每次 1 顆，睡前。

(c) Madopar 250mg/每日 1 次，每次 1/4 粒，早飯後。

(3) 診斷治則：血虛氣衰、寒痺瘀滯，擬補陽益氣活血。

(4) 處方：補陽還五方加乾薑 1 錢、製附子 1 錢、玉桂 1 錢、生牡蠣粉包 5 錢、生龍骨粉包 5 錢、龍眼肉 5 錢、製吳茱萸 5 分、黃芩 2 錢、鹿茸片 2 錢、鹿角霜 3 錢、天麻 3 錢。

2. 精神狀態較佳，2008/09/22 西醫停給 Anxiedin，增 Madopar 晚飯後服：

(a) PK-Merz 100mg/每日 2 次，每次半顆，早晚飯後。

(b) Madopar 250mg/每日 2 次，每次 1/4 粒，早晚飯後。

3. 評估：自 2008/05/09 至 2008/11/10，加減方共服 126 劑/185 天。末次診仍在診間來回走三次、蹲起三次，速度較初診佳，轉身也較佳。日常起居幫忙家務仍正常。

## 五、生活起居與健康促進<sup>(6)</sup>

(摘錄陳榮基教授資料 [http://www.24drs.com/Special\\_Report/Parkinson/](http://www.24drs.com/Special_Report/Parkinson/))

### (一)身體活動、運動及物理治療

- (1) **儘量保持活動**：一個普通的原則就是要在身體狀況允許的範圍內儘量保持活動，只要不引起過度的疲勞就可以了。
- (2) **運動時間不宜太長**：這比偶而來一次馬拉松長途跑步還要管用，不管疾病已有多久或病狀的程度如何，在力量及活動量准許的範圍內，都該恆久保持經常活動。
- (3) **親友多鼓勵**：發病前不太喜歡活動的人，就需要親屬及朋友的鼓勵，有些少數的病患甚至還要強迫他每天有規則地作活動，至於運動的性質或運動量的多寡、活動的種類，這些都不重要，只要活動使病人覺得有趣又容易作的就可以了。
- (4) **應經常肌肉及關節的活動**，常保持正常的姿勢、平衡，促進肌肉及關節的活動；避免肌肉越來越僵硬，關節變成不活動或痛。
- (5) **每天固定散步**：對於做過許多治療都不能正常活動的病人，最簡單又有用的活動，應該是每天固定散步一段時間，作一些簡單又有規則性的動作，如擺擺手。
- (6) **呼吸運動**：包括作深呼吸，使胸腔作最大的擴張，這樣可以增加到肺部的氧氣。
- (7) **在鏡子前扮鬼臉**，走路時應避免步伐越來越小。

### (二)運動的種類和方式

1. **從椅子上起來**：要從椅子起來時先挪動身體，讓屁股坐到椅子的邊緣，然後將腳跟儘量縮到椅子底，身體向前傾斜使重心落在腳上，然後輕輕站起來；必要的話還可以雙手扶著椅子邊，得到一個很平順的運動。
2. **行走腳跟第一**：正常的人走路是腳跟先著地然後才腳尖著地，而巴金森氏症病人的動作卻是相反，變成腳尖先著地接著才是腳跟著地，這樣會造成姿勢向前傾又不穩定。因此要特別提醒病人腳跟先著地，家屬有規律地唸「腳跟第一」、「腳跟第一」。
3. **轉彎可先走半個圓**：若是平衡有困難尤其是轉彎時，可以先走半圓轉過去，千萬不要站立在一定點上企圖轉彎，那樣比較容易跌倒。
4. **凍僵**：
  - (1) **緩緩抬起一條腿，彎曲膝蓋及臀部，然後將腿放到前方**：如果雙腳好像黏在站上不能夠動彈的話，慢慢刻意地使自己儘量站直起來，同時緩緩抬起一條腿，彎曲膝蓋及臀部，然後將腿放到前方，這樣應該可以破除你的凍僵而開始走路。
  - (2) **向後走一小步然後再向前進**：另外一個方法是向後走一小步然後再向前進，這樣又可以開始規則地動作。
  - (3) **兩腿之間輕輕搖擺再向前走**：有人是在兩腿之間輕輕搖擺可能又可以開始活動。
  - (4) **向側面走幾步再向前走**：有些病人發現若像螃蟹般向側面走幾步，就可以使他再度用正常的步伐向前進。
  - (5) **親友不要在病人凍僵時強迫拉動**：因為這樣會使病人更困難甚至凍僵得更厲害，也可能會跌倒。

- (6) **把兩手在背後用力握緊可避免身體向前彎曲**：欲減少向前彎曲的姿勢，可以把兩手在背後用力握緊，用力將肩膀向後撐開的運動，也可以作背緊靠著牆的運動。
- (7) **對著鏡子大聲唸書修正說話**：如果說話的聲音變得模糊不清，可以對著鏡子練習大聲地唸書，發音儘量清楚。
- (8) 運用日常生活輔助器材：
- (a) **避免使用鞋帶**：譬如不易繫鞋帶，可穿上極易滑進去的鞋子，或裝上彈性的棉帶而避免使用鞋帶。
  - (b) **改用拉鏈、黏性帶縫在衣服**：不易扣衣服鈕扣，可改用拉鏈、黏性帶縫在衣服上。
  - (c) **改用湯匙**：筷子不易使用就改用湯匙。
  - (d) **改用吸管喝水**：若是顫抖很嚴重，使用吸管能夠解決病人喝水的困難。
  - (e) **浴室裝把手橡皮墊及椅子**：在浴室裡裝上適當的把手及橡皮墊可幫助病人進出浴室的能力；在浴盆中也可以放上固定的椅子，讓病人可以緩慢地坐進浴盆；馬桶適當地墊高同時兩邊裝上把手，使病人能獨立上廁所。
  - (f) **採用硬坐墊、直靠背且有穩固扶手的椅子**：座椅應避免坐下去會深陷進去的軟椅子，而要使用硬坐墊且椅背是直靠背，又有穩固扶手的椅子。
  - (g) **走路帶根拐杖或支架**：在巴金森氏症病人凍僵時常很有幫助，更可減少病人跌倒的機會。

## 六、致謝

感謝卓播臣老師、李政育教授(育生中醫診所)、蔣永孝主任(台北醫學大學醫院神經外科主任)費心指導(2009年2月完稿)。

## 七、參考文獻

- (1)李政育，中醫腦神經治療學，台北，啟業書局，2001：27-49。
- (2)張志鈞、李政育，實用中西醫結合老年病學，台北，啟業書局，1999:1320-1332。
- (3)林欣榮，鬱金香花開～巴金森的病與症，靜思文化志業，2005。
- (4)吳謙等，醫宗金鑑內科卷四雜病心法痺症，台北，大中國圖書公司，1979。
- (5)吳瑞美，動作遲緩的巴金森氏症，臺大醫院電子報，2009。
- (6)陳榮基，認識巴金森氏症，國際厚生健康園區，2005。
- (7)孫怡、楊任民，實用中西醫結合神經病學，中國，人民衛生出版，2000:511-531。

\*\*\*\*\*

## 附錄一：問題與探索

(摘錄陳榮基教授資料 [http://www.24drs.com/Special\\_Report/Parkinson/](http://www.24drs.com/Special_Report/Parkinson/))

### 病因一：它是不是遺傳性疾病？(未確定)

- (1)巴金森氏症病人只有在很稀少的情況下，發現他的父母或兄弟姐妹曾得過這種病。
- (2)有少數非常例外的，家庭中發現幾代中都有得過這種疾病的病人。但是那種家族很可能是「家族性的顫抖疾病」，手腳會顫抖，並非是巴金森氏症。

- (3) 遺傳不像是巴金森氏症的一重要因素，有一個研究調查：四十對雙胞胎，發現其中只有一個人有巴金森氏症，另一個一直都沒有發病。
- (4) 雖然現在對於巴金森氏症是否會遺傳還沒有很絕對的結論，但可以肯定的說；一個病人會把這種病傳給其子女的可能性非常的少，病人好像有某種體質使他容易得到這種疾病，但疾病本身並不會遺傳。

### 病因二：它是不是病毒所引起的？(有可能、未確定)

- (1) 在 1916 至 1917 年的冬天，有一種奇怪的病出現在維也納，在往後的十年傳遍全世界，這個病後來被稱為「睡眠病」或「流行性嗜睡性腦炎」或逢·愛克羅摩氏腦炎。
- (2) 在 1920 年間，他們大約是二十至四十歲時得到嗜睡性腦炎的機會多，在這個時間出生的人，他們在一九二〇年左右都在二十至四十歲之間，可能有機會得到嗜睡性腦炎，因此而得到較多的巴金森氏症的後遺症，這個也許可以支持今天的巴金森氏症可能是病毒引起的說法。
- (3) 但是儘管我們今天分離病毒的技術是那麼地進步，還是沒有辦法從巴金森氏症病人的身體中找到某一種特定的病毒，我們也沒有證據顯示小兒麻痺的病毒或者是風濕熱的細菌會引起這種病變。

### 病因三：它是不是因精神緊張或心理作用引起？(無證據)

- (1)所有的病人或家屬都會發現焦慮或是精神壓力會使巴金森氏症的病人病狀惡化，但這並不表示精神情緒的因素是引起此病的主要原因。
- (2)巴金森氏症病人常常發生長時間的憂鬱症，表面上看起來，巴金森氏症或憂鬱症不管是情緒的或者是身體活動的緩慢狀態，看起來都非常相像。
- (3)有一種古柯鹼的植物，叫做“蛇根鹼”，從蛇根鹼提煉出來的成分會在某些人引起憂鬱症，而在另外一些人引起巴金森氏症的病徵，此種藥物會引起腦中一種特殊成分多巴胺（Dopamine）的減少。
- (4)因此，慢性憂鬱症病人也許是腦中的多巴胺減少，而多巴胺的減少會引起巴金森氏症，所以早期的憂鬱症症狀，也許是腦中多巴胺減少的一種警訊。

#### 病因四：它是不是由於小中風或腦瘤引起的？（無證據）

- (1)部分年紀大的人，腦部血管有退化性變化，容易發生小小的腦血管阻塞或出血。這些人容易發生行走的困難及臉部表情的緩慢，看起來很像巴金森氏症；不過這些人的症狀往往是突然間發生，同時發生了以後就一直不變，或有一點慢慢好起來的傾向，不像巴金森氏症是緩慢的進行惡化下去的一種疾病。
- (2)這些所謂中風的病人，往往可以看到一邊手腳沒有力氣或言語困難或加上不易控制的情緒變化，譬如一點小小的刺激可能就會哭出來，這些我們可以很清楚地把他們跟巴金森氏症區別。

(3) 巴金森氏症病人腦裡的血液循環是正常的，而且，腦的血液循環障礙並不會引巴金森氏症。在非常稀少的情況下，腦瘤可能因壓迫基底核的細胞而引起巴金森氏症，但是，百分之九十九的巴金森氏症病人都沒有長腦瘤。

### 病因五：它是因舊的頭部外傷所引起的嗎？(無證據)

- (1) 重覆嚴重的頭部外傷可以在腦裡引起很多小小的出血，包括基底核細胞也會引起出血，這可能會引起震顫、僵硬及行動緩慢的症狀，這種現象多發生在常常拳擊的人身上，拳王阿里就是個例子。
- 拳擊家經年累月的腦部受到撞擊，最後引起無法再復原的腦部傷害，逐漸變成行動緩慢、顫抖、步伐不穩、講話不清楚，同時有很厲害的人格改變，這種變化跟巴金森氏症可以很明顯地區別出來。
- (2) 沒有可靠的證據顯示一次的頭部外傷，不管它是多嚴重，可以引起巴金森氏症；而且大部分的巴金森氏症病人也沒有以前發生頭部外傷的病史。

### 病因六：此病會由環境毒素食物營養缺乏或藥物引起嗎？

- (1) 一些工業上的化學因素或者偶而用在家庭中的化學因素，在偶然的情況下會引起巴金森氏症，譬如煤氣(CO)中毒、二硫化碳(CS<sub>2</sub>，一種在橡皮工業上使用的有機溶液)中、氰化鉀(KCN)以及甲醇中，都曾經有人報告過。在智利、印度或非洲錳礦的礦工，他們長期吸

進礦砂，也可能發生很像巴金森氏症的疾病，有很痛苦的肌肉攣縮及很不尋常的情緒反應。**(有可能)**

(2)用非常敏靈的技術可以測定土壤及水中的稀有元素，但還是無法找到環境與發病有什麼特別的關係，顯然地，像近代的工業產物，如石油的蒸氣、殺蟲劑、核子廢料，這些大概無法解釋引起此病的原因，因為**此病早在這些東西出現以前就已經存在了。(無證據)**

(3)關於食物的害處的問題，此病發生在吃各種不一樣飲食習慣的種族當中，並沒有發現有什麼特殊食物是引起此病的主要原因。反之，有些人吃的是相同的食物，例如夫婦或長期住在收容院裡的人，他們並沒有更容易引起此病。**(無證據)**

(4)有一些藥物會引起像巴金森氏症一樣的症狀，像強有力的鎮靜劑，這些鎮靜劑是在治療嚴重精神病人相當有效的藥物，這些鎮靜劑是最主要引起巴金森氏症的藥物，常用的這類藥物包括 chlorpromazine

(Largactil, Wintermin), haloperidol

(Serenace, Haldol), thioridazine

(Melleril), pimozide (Orap), trifluoperazine

(Stelazine), flupenthixol

(Depixol), fluphenazine (Modecate)

prochlorperazine (Stemetil, Compazine)。

以上這些藥物的作用是結合在腦的一些特殊接受體上面，而使多巴胺傳遞徑路受到阻礙，多巴胺是控制運動最重要的一種神經傳導物質，由這些藥物阻斷而引起的巴金森氏症症狀，大部分的病人把鎮靜劑停服了

以後，都慢慢地會完全恢復過來；偶而有些病人的症狀沒有辦法完全復原。現在認為，大概是這種病人原來就有潛伏性的巴金森氏症，服了這種藥，使他的症狀提早出現而已。（有可能）

## 附錄二：主要症狀解說

（摘錄陳榮基教授資料 [http://www.24drs.com/Special\\_Report/Parkinson/](http://www.24drs.com/Special_Report/Parkinson/)）

### （一）顫抖（震顫）

- （1）“顫抖”是巴金森氏症所有症狀中最明顯的症狀：這個症狀在大部分病人的疾病過程都會發生，因為這個症狀和正常人不一樣，所以病人常因這個症狀去看醫生。
- （2）顫抖常從一隻手開始：比較少從腳開始，更少的是出現在嘴唇、下巴或頭部。就像詹姆斯·巴金森很正確的描寫的這種巴金森氏症病人的顫抖通常是當肢體在休息的時候發生，而肢體要運動、做動作時反而減少或消失。
- （3）顫抖的頻率大約一秒鐘四至五次左右：這點可以讓我們很清楚地把巴金森氏症的顫抖和因為焦慮或甲狀腺機能亢進所引起的顫抖區別（那一類的顫抖通常都比較細而快）。
- （4）發作在拇指或多指，如搓藥丸：顫抖有時候只發生在一根手指頭，更多的時候，所有的手指頭和大拇指都會發生，有時候是大拇指與食指之間表現一種來回的抖

動，這個就像早年的醫生在搓藥丸的動作一樣，所以常常被稱作「搓藥丸的顫抖」。

- (5) **早期只有短時間顫抖**，有情緒的壓力時會比較厲害，放鬆時比較鎮靜。大多數病人在睡覺時顫抖就消失了，而情緒悲傷會使顫抖惡化。

## (二)僵硬（僵直）

- (1) **齒輪式的僵硬**：要動病人的關節時，會碰到一種逐漸增加的阻力，這個阻力就像是要彎一根鉛管一樣；阻力逐漸增加，有些人阻力的增加產生一種規則性的抖動現象，叫做「齒輪式的僵硬」。這種現象病人很少感覺到，而檢查的人卻可以明顯的注意到。
- (2) **病人的僵硬程度不同**：這種僵硬可以在一邊的手腳比較厲害，但也可以兩邊對稱的四肢都發生，僵硬的程度，不同病人的變化很大。

## (三)動作緩慢（緩動症）

- (1) **動作減慢和起動慢**：包括意志性的動作逐漸慢下來或減少，也包括每一個動作的開始都很慢；很難作重覆的快速動作，同時容易疲勞，這是巴金森氏症最困擾，最使病人能力減退的症狀。
- (2) 穿衣服慢、刮鬍子慢、攪拌食物慢、眨眼睛的動作減少、臉沒有表情變成面具臉、走路時兩手的擺動減少。

#### (四)臨床症狀體會

- (1) **病人能力的減退常是逐漸進行**：例如，病人往往逐漸傾向於一種向前彎曲的動作，下巴會彎到胸前，肩膀會向前彎成圓圓的，上肢會在肘彎處彎曲，膝蓋也會稍微彎起來，不管站直或平躺時，膝蓋都有彎起來的現象。
- (2) **碎步走向前傾難轉彎**：當走路的時候，病人會向前傾斜，步調愈走愈短，速度愈走愈快，變成碎步；如果要在一個小空間轉彎，常要改為幾個緩慢的分解動作才能轉過來。
- (3) **難預測何時發作凍僵足**：偶而兩腳好像釘在地板上一樣，使得須拖上一段很長的時間才能再走動，這種「冰凍」的發生時間和地點是不一定的，也無法預測。從一個房間走到另一個房間，或突然要改變方向，或走在水泥地面，或走在平滑地面，都可能發作。
- (4) **聲音漸細不清楚**：可能是疾病影響肌肉的功能，聲音的音色和清晰度，愈來愈不明顯。有些病人講話會變得更快，同時很難被聽得懂。
- (5) **流口水**：巴金森氏症的唾液分泌並沒有增加，但因僵硬及動作緩慢而使吞嚥的功能減少，因此會有流口水的現象。
- (6) **智能和人格的改變**：得病很久以後，有 25% 的病人會發生智能和人格的改變。這種變化的開始是非常輕微的，所以只有對病人很了解的親屬才可以感覺到。例如生活事情的記憶會變得愈來愈不可靠，逐漸不易把

別人的臉和名字連起來，這改變比年紀的老化還要嚴重。

(7) **腦的退化**：注意力不集中，記憶力減退，有辨向力障礙，甚至有很明顯的精神錯亂狀態；這可能是治療藥物的副作用，也可能是年齡大的巴金森氏症病人老化引起的智能減退。但是部分病人可能是腦的退化性變化，除了在基底核，腦的其它部位退化也會引起他的智能減退。

(8) **病情變化和嚴重程度是各人不同**：巴金森氏症的病情變化和嚴重程度，每一個人常不一樣。有些人只有手腳顫抖，很多年都沒有惡化；有些人僅是一邊的手腳，維持十年而無惡化；有些人只是輕微的平衡障礙，好幾年並沒有增加其他症狀。

## 附錄三：台灣年輕女孩患巴金森氏症

摘錄 <http://udn.com/NEWS/HEALTH/HEA1/4599343.shtml>

### 26 歲，巴金森氏症找上她



更新日期:2008/11/13 16:00 記者韋麗文/台北報導

郭小姐剛迎接初為人母的喜悅，卻出現手抖不停的症狀。求醫二年後被確診為「年輕型巴金森氏症」，很快的，病情惡化至會突然像木頭人僵住，她連自己的孩子都抱不住。接受深層腦刺激手術(DBS)後，終於可以享受走路接孩子上下學平凡幸福。

中國醫藥大學附設醫院神經精神醫學中心副院長林欣榮指出，巴金森氏症病患通常在 60 到 70 歲之間發病，50 歲之前的巴金森氏症後群，就屬於早發性巴金森氏症，郭小姐則屬於 20 多歲就發病的年輕型巴金森氏症。

郭小姐當年才 26 歲，剛生完孩子，在坐月子期間，突然出現餵孩子吃奶時手抖不停，換尿布時動作慢吞吞，被長輩嫌棄怎麼讓孩子的光屁股晾在冬天的冷風中。才兩年的時間，郭小姐開始感覺到身體僵硬，左手左腳沒力氣，走樓梯時常常踩空，不時跌倒。郭小姐的媽媽說，連幫新生兒洗澡時，郭小姐的手都撐不起孩子的頭頸。

四處求醫後，確認郭小姐是年輕型巴金森氏症病患。但是藥吃了三年多，藥效漸失，郭小姐出現「身體開關現象」，服藥二小時之後，僵硬的身體才能啟動，但是動了半小時，又突然跳電。

郭小姐外出時，突然發生跳電現象，就像木頭人一樣僵在馬路上，還好鄰居見狀，趕緊將她攙扶回來，否則後果不堪設想。

郭小姐參加同學會，同學都驚訝郭小姐怎麼變了那麼多，郭小姐回家後，拿出結婚照片、發病前的照片，不斷垂淚。

後來，郭小姐接受深層腦刺激手術療法，加上低劑量的口服藥物，病情已經逐漸好轉，逐漸恢復正常生活。不僅可以做簡單的家事，還可以走路接送孩子上下課。病後，不太能用語言表達自己的郭小姐，寫下文字，「我的心情跌落谷底，但現在的我，彷彿就像是場奇蹟，我會珍惜再次擁有的新人生。」

為郭小姐施行手術的林欣榮說，過去巴金森病患總是拖到不能再拖，才會接受 DBS 手術，對於年輕型巴金森病患而言，當出現雙側僵硬時，就應該考慮積極接受手術治療。

根據新英格蘭雜誌研究顯示，使用 DBS 的病患，一到五年後可減緩 75% 的顫抖現象，減緩 71% 的僵直現象，口服藥物量也減少一半，大幅改善生活品質，找回五成失落的生活能力。

## 附錄四：2009 年台灣健保納入巴金森氏症深腦刺激術等治療

## 巴金森氏症深腦刺激術等治療 明年納入健保

更新日期:2008/12/25 14:38

(中央社記者陳清芳台北 25 日電) 植入晶片治療巴金森氏症、重度併發症第一型糖尿病患移植胰臟、等待換心病患使用心室輔助器、癌症光動力療法等，明年納入健保給付，每人可節省近新台幣 10 萬元到 90 萬元。

明年元旦起，健保新增巴金森氏症 UPDRS 量表評估、深腦刺激素治療參數調整作業、深部腦核電生理定位等評估與手術，每人費用約 4 萬元；中央健保局醫管處科長李純馥指出，深腦刺激術的手術特材很快也會納入健保給付。

中國醫藥大學附設醫院副院長林欣榮指出，巴金森氏症患者採用植入晶片的深腦刺激術治療，是國外行之有年且安全有效的治療方式，手術及材料目前自費約 90 萬元，有能力負擔的患者非富即貴，不少患者向銀行分期付款，舉債動手術。李純馥說，國內約有 20 多萬人接受巴金森氏症量表評估。林欣榮認為，約有 1 萬多名可適用植入晶片的深腦刺激術，健保局援引專家估計則認為一年約 100 到 200 人可受惠於健保給付。

另外，第一型糖尿病患合併腎臟、神經、視網膜病變、注射胰島素仍無法理想控制病情的重度患者，明年起接受胰臟移植，移植手術可獲健保給付約 27 萬元，從腦死捐贈者身上摘取胰臟手術也可獲健保給付 16 萬餘元。

台北榮民總醫院一般外科主治醫師石宜銘指出，在人體試驗階段已有 35 人接受胰臟或腎胰移植，手術本身的成功率是 100%，術後有 1 人仍需注射胰島素、1 人發生排斥、1 人二度換胰，目前有 38 人等待移植胰臟。

此外，國內每年約有 100 多人換心，心衰竭病患在等待換心前所使用的心室輔助器，明年納入健保後，每位病患可節省 13 萬 6000 元費用。健保局保守估計，每年換心病患中有約 20 人會用到心室輔助器，將可大幅減少醫療負擔。

其他新增的給付項目中，近年興起的光動力療法治療食道癌、非小細胞肺癌，將

可為每位病人節省 11 萬元；還有腎臟腫瘤的冷凍療法有健保給付 7 萬元；接受乳癌標靶藥物前的 Her-2/neu 基因檢驗給付 1 萬多元；加護病房內每日慢速洗腎給付約 5700 元，都可為病患節省可觀費用。971225

## 附錄五：華人在數千年前就有巴金森氏症

摘錄自由時報 <http://www.libertytimes.com.tw/2008/new/apr/17/today-life10.htm>

### 華人獨有 巴金森危險基因

〔記者王昶閔／台北報導〕巴金森氏病的基因研究又有重大突破！台大醫院與國內外神經學者合作，首度發現華人巴金森氏病特有的危險基因變異點，帶此基因變異點者，發病風險較常人高出八成四。

研究領導人—台大醫院巴金森中心主任吳瑞美表示，九成的巴金森患者屬「偶發性」，無家族史，過去認為與遺傳無關，不過在經基因研究追本溯源後，卻發現這群患者其實有一些共同的基因變異，很可能源自數千年前的共同祖先。

醫界過去已發現多個巴金森相關基因，這次台大巴金森中心團隊是與長庚、國泰醫院，以及美、日、新加坡等團隊合作，針對一千零七十九個血統為華人漢族的巴金森氏病人，及九百零七名正常人進行基因研究，發現在 LRRK2 基因上的 R1628P 多型性變異是華人病患獨有。

研究顯示，每一百位華人中，有三人有此變異點，經基因演化的生物統計方法推算出，此變異點源自兩千五百年前的中國漢民族共同祖先，傳給後代子孫，昨日發表在頂尖臨床神經學期刊 *Annals of Neurology*。

吳瑞美說，巴金森氏病是老年人最常見的神經學退化疾病之一，病因至今不明，患者腦部因神經元細胞凋亡，影響神經傳導物質分泌，以致逐漸出現顫抖、僵硬及動作緩慢的運動性功能障礙，最終會造成生活上的失能、無法行動。而因腦傷、中毒所引發者，則泛稱為巴金森症候群，簡稱巴金森氏症。

**台灣巴金森氏病的盛行率為十萬分之一百三十，集中在五十五歲到六十歲發病，越老，風險越高。**患者中，有一成具強烈家族遺傳傾向，多為年輕時發病，台大曾接獲**十七歲發病的個案**。

吳瑞美表示，這些變異點的發現可以讓科學家更了解巴金森氏症的致病機轉，尤其在**不同種族的差異性**，為將來治療開立一個新契機，針對不同種族的患者設計不同的預防與治療方法。但現階段尚無法運用於臨床，民眾若想基因檢測，目前也**無藥物可預防**。

(end)