



失智症 (Dementia) 的頭皮針治療簡介

郭奕德

佳德中醫診所

前言

失智症 (Dementia) 是後天性的智能障礙，智力、記憶與人格的整體性障礙，但不會影響到意識；「年齡」是失智症最大的危險因子，根據國外的統計 65 歲以上的人口中，失智症病人約佔 3%。1993 年，台灣的老年人口（六十五歲以上者）約佔總人口數 7%；推估 2050 年臺灣將有超過三分之一是老年人口（35%）。

失智症患者從發病到死亡一般病程約 8 到 10 年，部分可長達 15 年甚至 20 年。雖然目前對此病的了解越來越多，但仍無法有效的預防與治療，僅能以藥物、職能…等治療，稍微減緩早期病人的病情惡化速度而無法治癒。

失智症病人是 2015 年 5 月我國立法《長期照顧服務法》的主要照護對象，醫療難以治癒這種疾病，需要親友花費很多人力、金錢、時間及使用許多社會成本去照護。

《長期照顧服務法》的潛伏危機，是花錢有如無底洞。「被長期照顧者」和「身心失能者」看不到恢復健康的希望，如果國家繼續少子化，則照護人力必將缺乏；如果經濟所得不能繼續提升及財政乏源則照護品質也將有所遺憾。

立法委員林靜儀醫師 2016.06.30 在中國時報建言《降低長照負擔，首重減少失能》。「預防勝於治療，治療勝於長照」的呼籲，是提醒我們現代醫學應積極排除造成失智症的致病因素，並且努力研究出更有好的治療方法。

失智症主要分為阿茲海默氏病 (AD)、血管型失智症 (VaD)、可逆性失智症、混合性失智症；血管型失智症與混合型失智症之死亡率明顯高於阿茲海默氏病。

本文主要是簡介失智症 (Dementia) 的頭皮針治療，期對本病的治療起到拋磚引玉的作用。

失智症的預防與治療是 21 世紀重要的醫學課題，瞭解失智症、治療失智症、預防失智症，需中西學界共同努力，盼能給予病人最好的治療與照護，並減輕家屬、社會及國家的負擔。

關鍵詞： 針灸、頭皮針、失智症、失能、長期照顧、人口老化、高齡化社會、預防醫學



一、失智症的定義與病因

失智症（Dementia）是一種由于腦部疾病所導致的獲得性、持續性智力障礙綜合徵。

臨床上必須具備以下三個基本特點：

1. 患者的意識是清楚的；
2. 認知障礙是全面的；
3. 認知功能障礙不是先天的，而是獲得後再衰退，有別於智力發育低下。

在語言、記憶力、視空間功能、情緒、人格或認知（抽象思維、計算、判斷和執行能力等）精神活動領域中，至少有三項障礙。

依照《精神醫學》的歸納，失智症（癡呆）是後天性的智能障礙，智力、記憶與人格的整體性障礙，但不會影響到意識。

【引起失智症的常見疾病】

1. **神經系統變性疾病**：阿茲海默氏症（Alzheimer's disease, AD）、額顳葉型失智症、路易氏體失智症、帕金森氏病等。
2. **腦血管疾病**：多發性腔隙性腦梗死、皮質下動脈硬化性腦病（Binswanger 病）、澱粉樣腦血管病等。
3. **頭部外傷**：腦挫裂傷、慢性硬膜下血腫等。
4. **感染性疾病**：愛滋病、朊蛋白病、神經梅毒、細菌 / 真菌性腦膜炎 / 腦炎、乙型腦炎、單純疱疹性腦炎、腦囊蟲病、腦血吸蟲病、多灶性白質腦病等。
5. **中毒**：酒精中毒、重金屬中毒、藥物中毒、有機物中毒、一氧化碳中毒等。
6. **代謝性疾病**：甲狀腺功能低下、低血糖、血鈣異常、血鈉異常，以及葉酸、維生素 B12 缺乏等。
7. **其他**：① 顱內占位性疾病，如原發或轉移性顱內腫瘤；② 正常顱壓腦積水；③ 缺氧。

二、失智症的流行病學

（一）、流行病學研究 根據國外的統計：

- 65 歲以上的人口中，失智症病人約佔 3%。
- 大約 10% 的人口會在有生之年中罹患失智症並發病。
- 約 3% 的人口在 65 到 74 歲之間罹患失智症。
- 約 19% 的人口則在 75 到 84 歲之間罹患失智症。
- 而將近一半的人口超過 85 歲可能罹患失智症。



- 美國 2013 年的統計資料顯示，失智症在老年人死因排名第六。

世界衛生組織 2015 年 3 月官方網站指出：

- 2015 年全球有 4750 萬名失智症患者，
- 每年以 770 萬人的速度成長，大約每 4 秒鐘就有一名新罹病者，
- 失智人口約每 20 年成長一倍，預估 2050 年將達 1 億 3550 萬人以上。

2015 年 8 月國際失智症協會 (ADI) 發佈全球失智症報告：

- 推估 2015 年將有 990 萬新增失智症案例，
- 平均每 3 秒就有一人罹患失智症。
- 2015 年全球失智症人口為 4680 萬人，
- 到了 2050 年人數將高達 1 億 3150 萬人。
- 估計 2015 年花費在失智症的照護成本為 8180 億美元，
- 到了 2018 年將突破 1 兆美元。

(二)、台灣失智症流行病學研究

1、台灣失智症盛行率及人口數^[1]

(1)、依據衛生福利部委託台灣失智症協會，進行 2011 至 2012 年底的全國失智症盛行率，調查結果顯示：

- 台灣老年失智症盛行率約 5%，每 5 歲盛行率有倍增的現象。
- 台灣失智總人口在 2011 年時估算超過 19 萬人，其中 65 歲以上的失智症老年人超過 17 萬人。
- 台灣失智總人口數 2013 年底估算超過 23 萬人，其中 65 歲以上失智症病人超過 21 萬人，65 歲以下約 2 萬人。

(2)、根據內政部的 2015 年 6 月底人口資料與台灣失智症流行病學調查結果：

- 台灣目前失智症總人口數推估為 24.4 萬人。
- 全臺灣平均每 100 人就有一個失智者。

(3)、依據國家發展委員會人口推計資料及失智症盛行率推算：

- 2031 年全臺每 100 人將有二個失智症患者。
- 2051 年全臺每 100 人將有 4 個以上失智症患者。
- 預估到 2056 年失智症人口將達 72 萬人。

2、台灣失智症協會^[1]

依據國家發展委員會「中華民國人口推計（民國 105 ~ 150 年）」及失智症盛行率推算。



105年8月台灣失智人口推估中推計(千人)

民國年	105年	110年	115年	120年	125年	130年	135年	140年	145年	150年
全國總人口	23,546	23,718	23,720	23,529	23,095	22,422	21,565	20,577	19,502	18,373
30-64歲失智人口數	12.65	12.55	12.31	11.84	11.12	10.28	9.40	8.69	8.06	7.37
65歲以上失智人口數	248.54	303.46	367.73	450.93	547.15	657.05	752.27	805.41	832.55	846.33
65歲以上失智盛行率	8.0%	7.64%	7.54%	7.87%	8.61%	9.64%	10.34%	10.90%	11.44%	11.83%
失智總人口	261.19	316.00	380.04	462.77	558.27	667.33	761.67	814.09	840.62	853.70
失智總人口佔全國總人口比	1.11%	1.33%	1.60%	1.97%	2.42%	2.98%	3.53%	3.96%	4.31%	4.65%

資料來源：衛生福利部科技研究計畫『失智症(含輕度認知功能障礙, MCI)流行病學調查及失智症照護研究計畫』

3、照護成本將隨著疾病惡化而大幅成長

- (1)、全球每年花費在失智症的相關支出高達 6040 億美元(約台幣 20 兆元)。
- (2)、低收入及中低收入國家直接社會照顧支出較少,以非正式照顧(例如家人提供的無償照顧)支出為主。
- (3)、2000 年針對台灣地區老人失智症經濟成本的研究指出：
 - 台灣輕度失智症,直接醫療成本每人每年約 4 萬元,中度及重度約 5 萬元。
 - 輕、中、重度失智症,間接成本每人每年分別高達約 16~42 萬元。

4、國際失智症協會對失智症的建議：

呼籲各國,為了有效降低罹患失智症的風險,未來應著重控制失智症及糖尿病等非傳染疾病的危險因子。

- 危險因子
 - 阿茲海默氏病：年齡增加、女性、低教育程度(不識字)、基因、嚴重頭部外傷病史。
 - 血管型失智症：腦中風、高血壓、糖尿病等。
- 社區研究顯示,仍有相當多失智症病人的家屬,因不明瞭失智症而未將病人帶到醫院診治。

5、失智症與正常老化的區別

老化：可能突然忘記某事,但事後會想起來。

做記憶測試,可能會無法完全記住測試中的物品。



失智：對於自己說過的話、做過的事，完全忘記。

無法記住記憶測試中的物品，甚至完全忘記自己做過測試。

三、失智症現代醫學的分類

【失智症的分類】

(一)、失智症按病變部位分類：

失智症按病變部位可分為皮質性失智症、皮質下失智症、皮質和皮質下混合性失智症。

1. 皮質性失智症：

以腦皮質顳葉和額葉萎縮為主的神經系統退行性病變。臨床表現為緩慢進展的認知功能障礙，以及皮質局灶性功能障礙（失語、失寫、失認及失用）。多伴有精神異常和人格障礙，病程可長達數年至數十年。代表疾病為阿茲海默氏症（Alzheimer's disease, AD）和額顳葉型失智症，其中 AD 有家族遺傳性和散發性兩種，約占失智症總數的 50% 以上。

2. 皮質下失智症：

以丘腦、基底核、紅核、黑質、橄欖核、小腦、腦室周圍及半卵圓中心的白質等皮質下腦組織結構受累為主，主要包括血管性失智症（關鍵部位腦梗死）、皮質下動脈硬化性腦病、路易氏體失智症、帕金森病性失智症、進行性核上麻痺、亨廷頓病性失智症、正常顱壓腦積水失智症、人類免疫缺陷病毒性失智症、多發性硬化性失智症等。

3. 皮質和皮質下混合性失智症：

表現為大腦皮質和皮質下白質均發生不同程度的損害，臨床表現可呈進行性加重，失智症症狀隨著原發疾病的變化而波動。主要包括多發性梗死性失智症、庫賈氏症性失智症、重度顱腦損傷、缺氧性腦病、感染中毒或代謝性腦病等。

(二)、失智症按病變病因分類：

1. 退化性失智症

- (1) 阿茲海默氏症（Alzheimer's disease, AD）：為最常見的失智症。
- (2) 路易氏體失智症（dementia with Lewy bodies, DLB）：為第二常見的退化性失智症。約佔老年期失智患者的 15% ~ 25%。
- (3) 額顳葉型失智症（frontotemporal lobe dementia）。
- (4) 其他



- 巴金森氏症併發。
- 梅毒併發。
- 愛滋病併發失智症。
- 創傷性腦損傷併發。
- 遺傳：如 Huntington's Disease。

2. 血管性失智症：為失智症的第二大原因。

血管性失智症的診斷：

罹患失智症，具有腦中風的病史，中風和失智症之間要有相關性。

血管性失智症分型：

- (1) 中風後血管性失智症 (post-stroke vascular dementia)
- (2) 小血管性失智症 (dementia with small vessel diseases)。
 - 疾病的進展取決於中風次數的多寡和中風發生的位置。
 - 疾病的早期常出現動作緩慢、反應遲緩、步態障礙與精神症狀。

3. 可逆性失智症

由於某些疾病造成失智症，經過治療之後可能有機會恢復，屬於可逆性失智症。如營養失調、維他命 B12 缺乏、葉酸缺乏、顱內病灶、常壓性水腦症、腦部腫瘤、腦部創傷、新陳代謝異常、甲狀腺功能低下、電解質失調、中樞神經系統感染、梅毒、愛滋病、中毒、藥物、酗酒…等。

4. 混合型失智症

此型失智症病患會同時有兩種或以上的病因，最常見是阿茲海默氏症與血管性失智症併存。

(三)、失智症的十大警訊

美國失智症協會 (Alzheimer's Association) 提出失智症的十大警訊：

1. 記憶減退影響到生活和工作
2. 無法勝任原本熟悉的事務
3. 言語表達出現問題
4. 喪失對時間、地點的概念
5. 判斷力變差、警覺性降低
6. 抽象思考出現困難
7. 東西擺放錯亂
8. 行為與情緒出現改變
9. 個性改變
10. 活動力及開創力喪失



四、失智症中醫古代名稱^{〔2〕}

中醫古籍並無失智症的專論，根據失智症的臨床症狀表現，相關記載散見于“癡呆”、“呆病”、“健忘”、“善忘”、“癲”、“狂”、“臟躁”、“鬱症”、“百合病”、“文痴”、“武痴”、“愚痴”等證的描述之中。

《黃帝內經》就有記載對本病的認識，《靈樞·天年》曰：“六十歲，心氣始衰，若憂悲，血氣懈惰，故好臥；七十歲，脾氣虛，皮膚枯；八十歲，肺氣衰，魄離，故言善誤也。”《靈樞·大惑論》曰：“人之善忘者，何氣使然？岐伯曰：上氣不足，下氣有餘，腸胃實而心肺虛，虛則營衛留下，久之不以時上，故善忘也。”明代張景岳不僅首次在《景岳全書·三十四卷·癲狂癡呆》中提出了“癡呆”的病名，立於“癲狂癡呆”專論，還對其病因病機、證候特點、治療預後等方面做了較詳細的論述。清朝陳士鋒在《辯證論·卷之四》立有“呆病門”，並創立洗心湯、轉呆湯。

五、失智症的預後與預防

（一）、【預後與預防】

1. 預後：本病預後不良。

- 有研究報導 VaD 的 5 年死亡率為 63.6%，而 AD 則為 31.8%。
- VaD 的 5 年護理院入住率為 31.8%，而 AD 則為 20.6%。
- 積極的藥物治療、物理治療和心理康復治療，特別是精心的護理。
- 部分患者症狀可以得到一定程度的改善，可能自理生活和延長生命。

2. 預防：

血管性痴呆的預防關鍵在於控制引起 VaD 發生的危險因素，其預防性治療應包括以下幾個方面：

（1）一級預防：

主要是對危險因素的預防干預，而可知可干預的危險因素主要是預防腦血管疾病的發生，預防和治療腦動脈硬化，控制高血壓、高血糖和高血脂等。

1) 高血壓：

是腦卒中的最重要的危險因素，而腦卒中是血管性痴呆的直接原因，因而高血壓對血管性痴呆也是最重要的危險因子。故高血壓患者應堅持治療，注意監測血壓情況。

2) 糖尿病：

是 VaD 可干預的又一個重要的血管性危險因素。VaD 患者中患有糖尿病者



占 15% 左右，故應積極控制血糖，防止 VaD 的發生。

3) 高凝狀態：

血小板聚集與血液黏度等與腦卒中的發生有關係，適當的抗血小板治療可降低腦卒中及 VaD 的發病率。

4) 改變不良生活方式：

要做到一級預防，需戒煙、戒酒、限制進食動性脂肪或含膽固醇較高的食物，多吃蔬菜、水果，適當吃些含碘的食物，以防止動脈硬化的進展。同時，要堅持體育活動和戶外活動，保證充足的睡眠，保持樂觀的情緒。

5) 積極治療原發病：

在腦血管疾病急性期，控制腦水腫，應用腦代謝激活劑等，盡量減少神經細胞損傷對防止痴呆極為重要。

(2) 二級預防：

主要是早期診斷和早期治療。特別是在患者出現腦功能不全的臨床表現時，及早進行對症治療，可防止血管性痴呆症狀的出現和加重。

(3) 三級預防：

是對痴呆患者的康復治療。除藥物治療外，包括心理治療、語言訓練、肢體功能訓練，均應有計劃地進行，循序漸進，堅持不懈，防止病情進一步惡化。

(二)、失智症的預防保健^[3]

- 1、飲食清淡，少油少鹽，飲食有節，不暴飲暴食
- 2、每天攝取五份以上的蔬果
- 3、保持大便順暢
- 4、控制體重
- 5、戒除菸酒
- 6、養成運動的習慣，按摩穴道
- 7、坐息有常，保持充分的睡眠，避免熬夜及過度勞累
- 8、注意保暖、保濕、避風寒
- 9、定時量血壓
- 10、保持心情愉快，勿惱怒、憂思
- 11、定期健檢、積極治療疾病

(三)、失智症需注意飲食均衡

1. 百分之百純素食，不喝奶不吃蛋，容易造成血中維生素 B12 缺乏，缺乏 B12 是造成失智症的重要原因。



2. 地中海飲食：多吃蔬果（包含豆類、堅果、未精製穀類）、深海魚類（富含 omega-3 脂肪酸）、不飽和脂肪酸（例如橄欖油），肉類及蛋則少吃。

六、失智症的頭皮針治療

(一)、各家頭皮針示意圖〔3〕

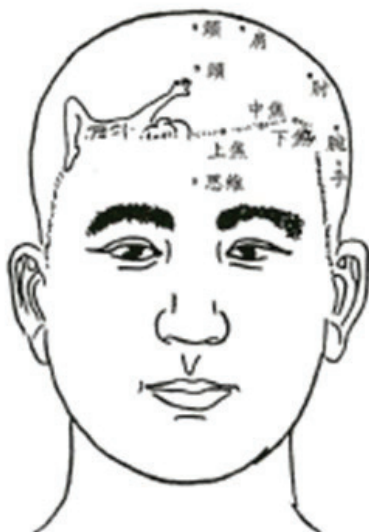
1、方氏（雲鵬）頭皮針穴區示意圖



頭部側面部位示意圖



頭部穴位



頭部前面部位示意圖



頭部後面部位示意圖



2、焦氏（順發）頭皮針刺激區

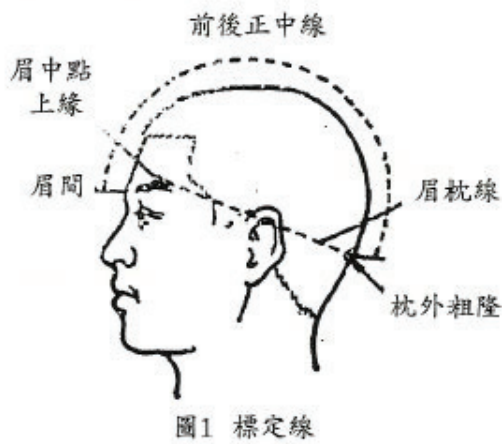


圖1 標定線

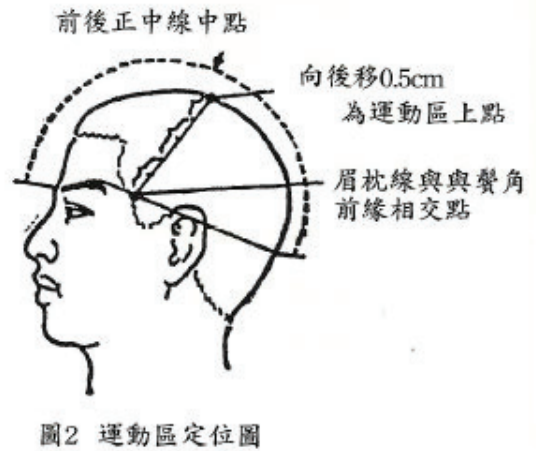


圖2 運動區定位圖



圖3 刺激區側面圖

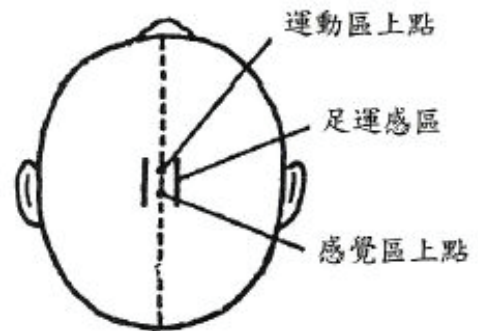


圖4 刺激區頂面圖

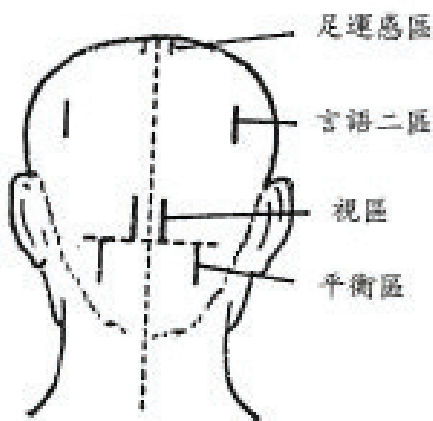


圖5 刺激區後面圖

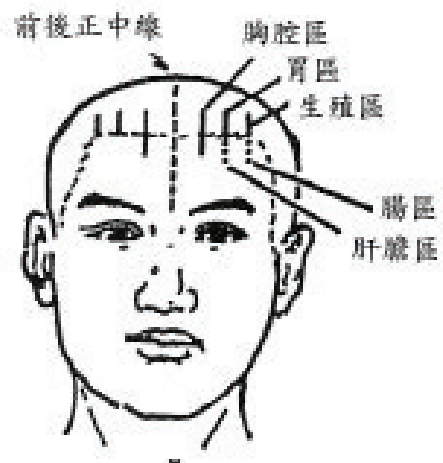


圖6 刺激區前面圖



3、頭皮針穴名國際標準方案治療線

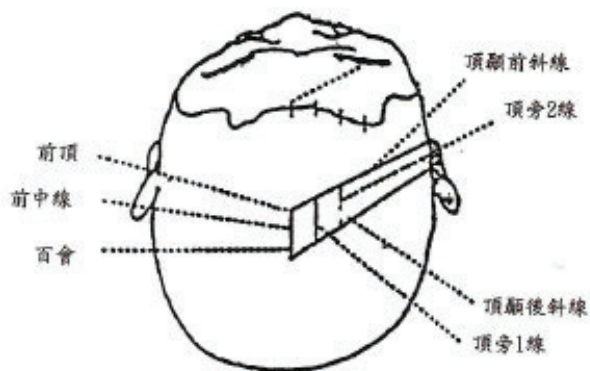
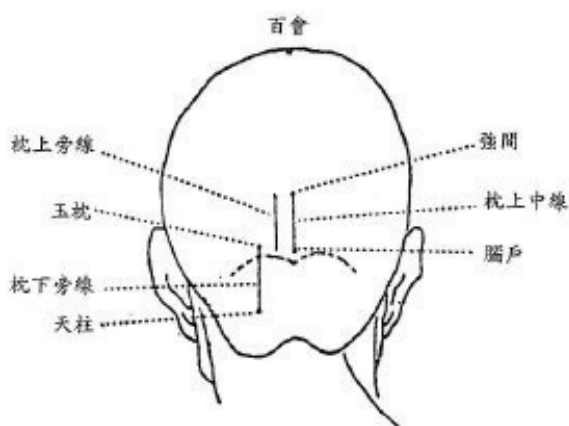
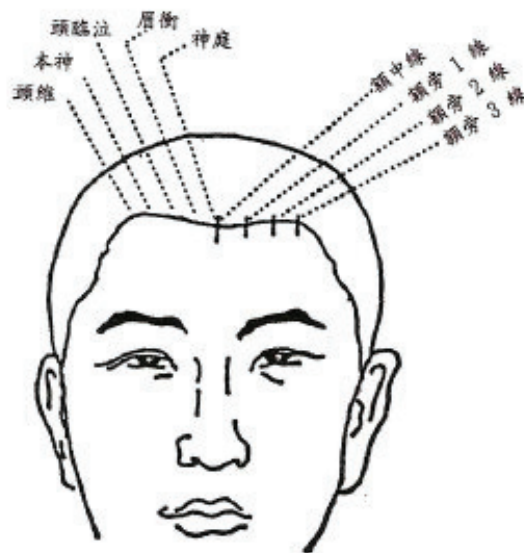
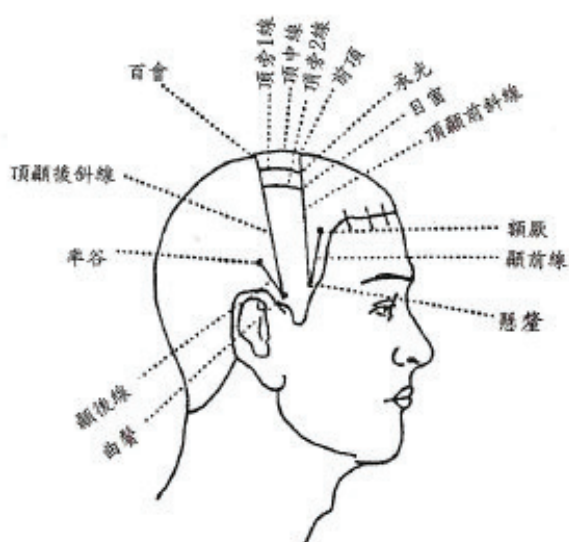
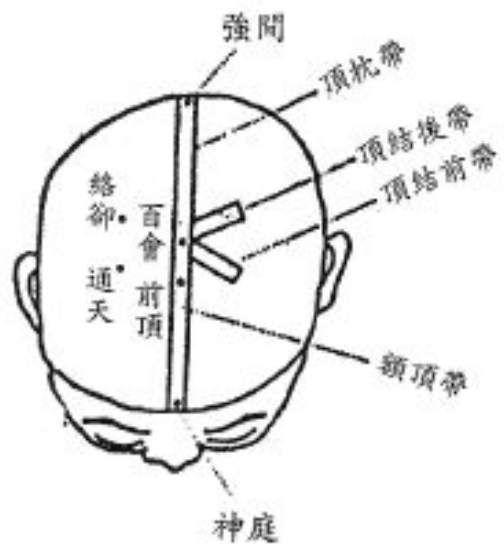


圖1 《頭皮針穴名國際標準化方案》治療線(之一)

圖2 《頭皮針穴名國際標準化方案》治療線(之二)

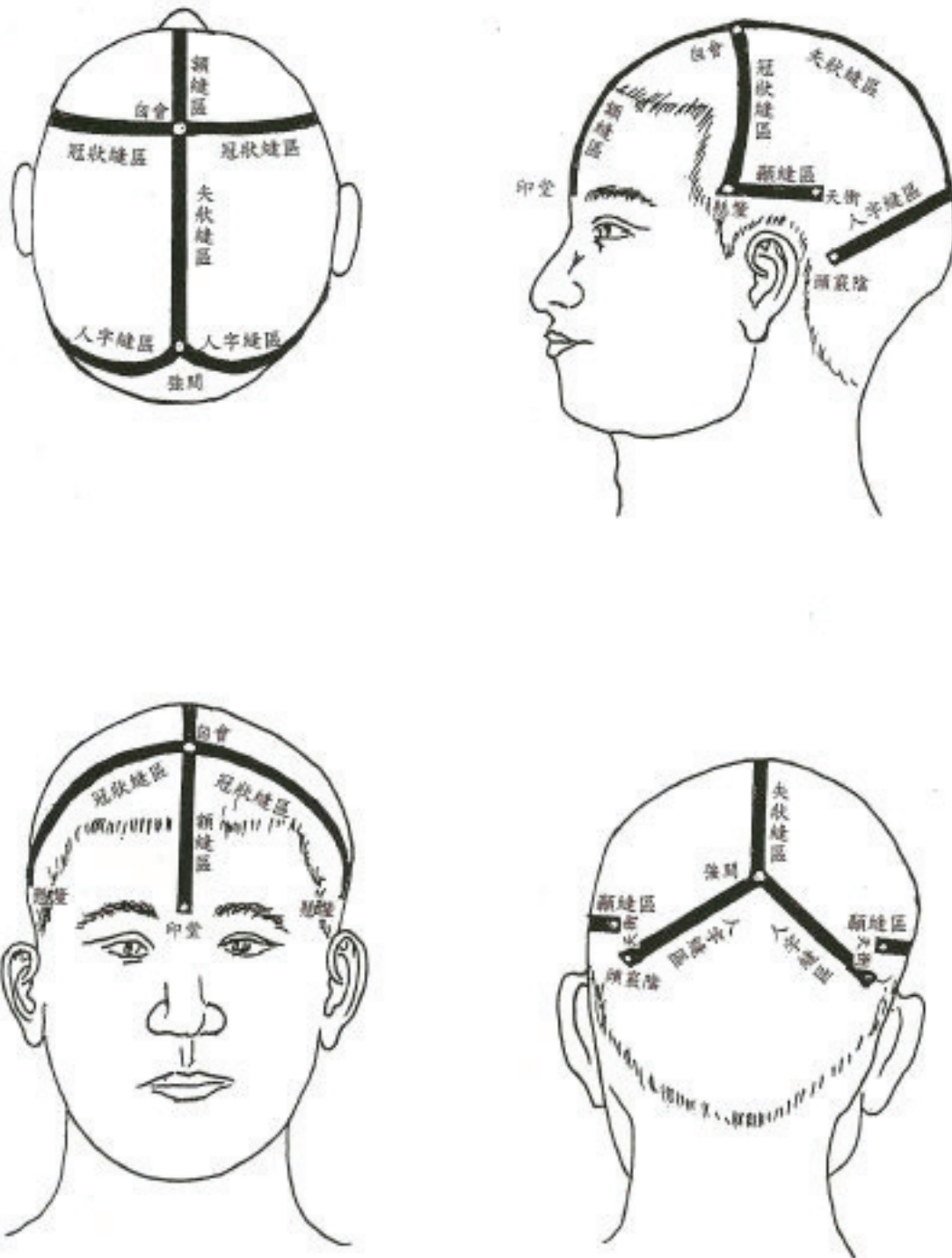


4、朱氏（明清）頭皮針治療帶



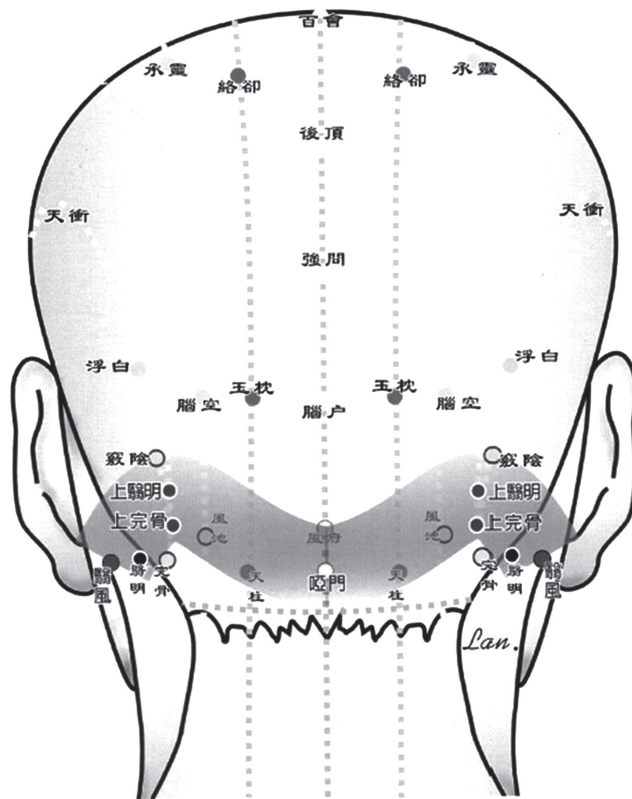


5、戴氏（吉雄）頭皮針顱骨縫刺激區圖〔4〕





6、吳氏（博雄）頭皮針顱底帶圖〔5〕



(二)、失智症的頭皮針治療

戴吉雄針法：(記憶七針)〔4〕

1、百會：

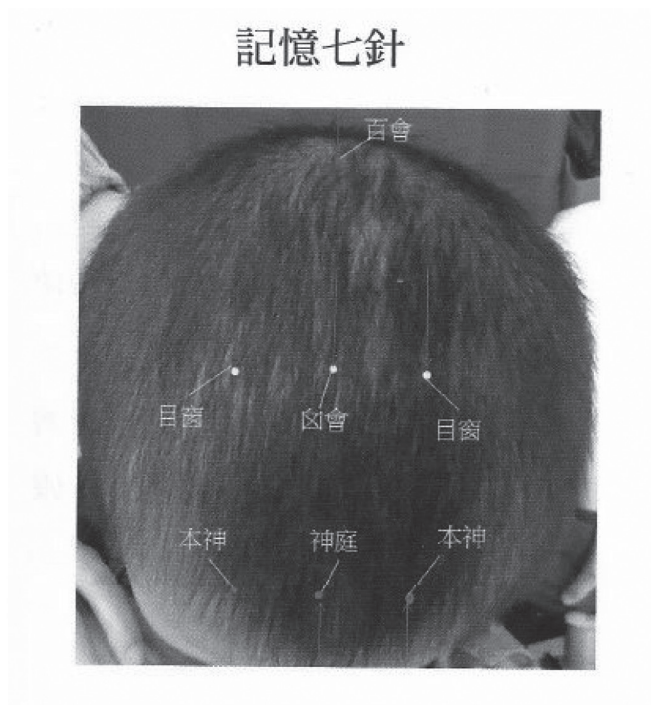
百會向前沿皮下針 1 寸。

2、戴氏頭智針：

第一針為囟會，向前沿皮下針 1 寸。第二、三針各為囟會兩旁的目窗（旁開 2.25 寸）或承光（旁開 1.5 寸）（左右各一）。

3、靳氏智三針：

第一針為神庭，向後沿皮下針 1 寸。第二、三針為兩側本神，各向後沿皮下針 1 寸。



吳博雄針法：〔5〕

1、百會對刺

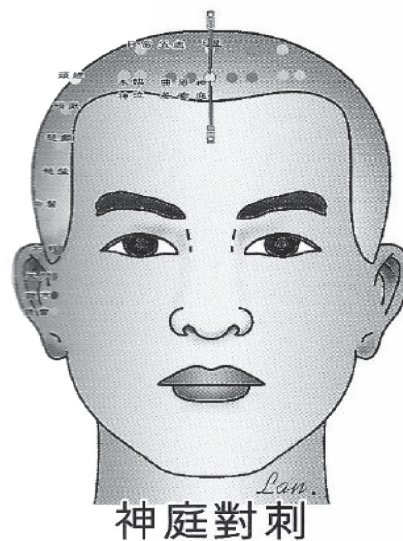
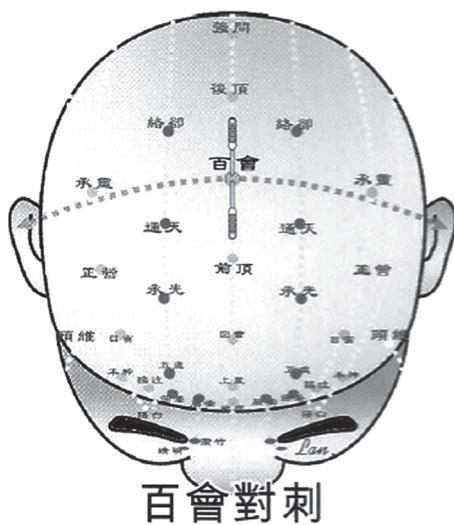
2、四神聰：

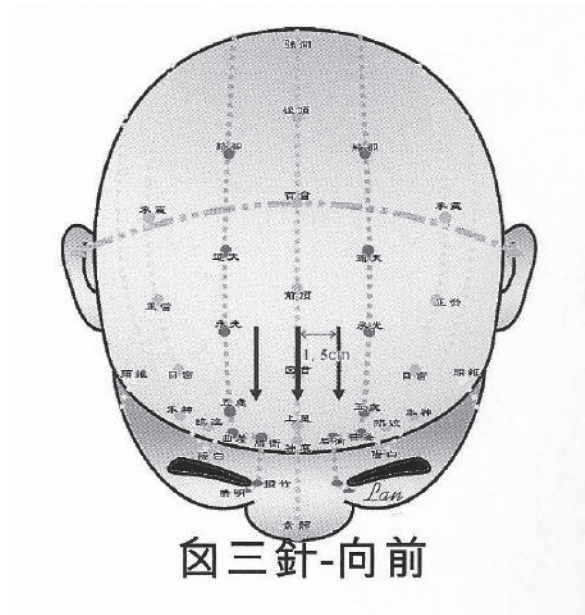
百會前後左右各旁開一寸，針尖向百會，沿皮下針 0.8 寸。

3、神庭對刺

4、囟三針：

第一針由囟會向神庭，向前沿皮下刺入。第二、三針囟會左右兩側各旁開 0.5 寸，平行向前刺入。





靳瑞：靳三針^[6]

智三針：【神庭、本神】

第一針為神庭，向後沿皮下針 1 寸。

第二、三針為兩側本神（神庭旁開 3 寸），各向後沿皮下針 1 寸。

四神針：【前頂、後頂、（雙）絡却】

百會前後左右各旁開 1.5 寸，針尖朝向百會，沿皮下針 1 寸。

腦三針：【腦戶、腦空】

第一針為腦戶（後髮際正中直上 2.5 寸），針尖由上往下沿皮針入 1 寸。

第二、三針為兩側腦空（腦戶左右各旁開 2.5 寸），針尖由上往下沿皮針入 1 寸。

顛三針：【顛 I 針、顛 II 針、顛 III 針】

顛 I 針：耳尖直上入髮際二寸處，針尖由上往下沿皮針入 1 寸。

顛 II 針：以顛 I 針為中點，向其同一平線前旁開一寸為顛 II 針，針尖由上往下沿皮針入 1 寸。

顛 III 針：以顛 I 針為中點，向其同一水平線後旁開一寸為顛 III 針，針尖由上往下沿皮針入 1 寸。



图 2-1 智三针

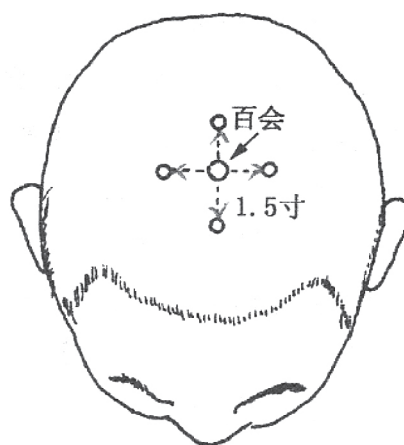


图 2-2 四神针

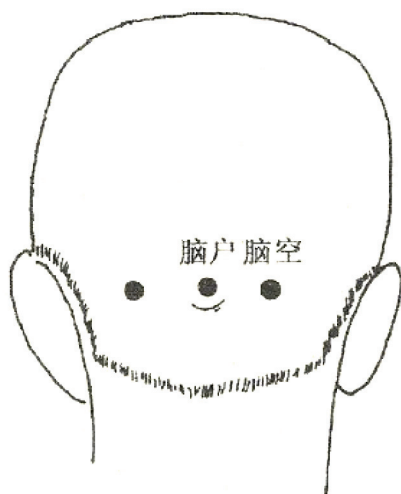


图 2-3 脑三针



图 2-4 颞三针



七、結語

失智症 (Dementia) 是後天性的智能障礙，智力、記憶與人格的整體性障礙，醫療難能治癒這種疾病。

失智症患者從發病到死亡一般病程約 8 到 10 年，部分可長達 15 年甚至 20 年，需要親友花費很多人力、金錢、時間及使用許多社會成本去照護，失智症患者的治療與照護，成為家屬、社會及國家的沉重負擔。

降低長照負擔，首重減少失能，「預防勝於治療，治療勝於長照」，現代醫學應積極排除造成失智症的致病因素，有效治療及預防疾病的方法越多越好。

臨床中應用頭皮針治療失智症 (Dementia)，發現上述諸家頭皮針皆有療效，故特此介紹，期對本病的治療起到拋磚引玉的作用。

參考資料

1. 認識失智症，台灣失智症協會。
2. 實用中西醫結合神經病學 (第 2 版)，孫怡、楊任民、韓景獻主編。
3. 缺血性腦中風之治療概論，郭奕德醫師。
4. 戴氏頭皮針顱骨縫刺激區的研究及臨床應用，戴吉雄中醫博士。
5. 吳氏頭皮針，吳博雄醫師。
6. 靳三針療法，彭增福編著 靳瑞審訂。

通訊作者：郭奕德

聯絡地址：新北市汐止區連興街 28 號 1 樓

聯絡電話：02-26411899

E-mail：kuo100999@gmail.com

受理日期：106 年 11 月 23 日；接受日期：106 年 12 月 13 日