



看見中醫藥治療失智症的曙光

郭奕德

佳德中醫診所

壹、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。

本文主要是簡介中醫藥治療失智症（Dementia）的方法及探討中醫藥治療失智症（Dementia）的病歷，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。

貳、失智症的定義

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。

參、失智症簡介

一、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。

二、台灣失智症協會

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』



三、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 賓斯旺格病）、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。

四、失智症的分類

A、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。



B、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。

五、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. 行爲與情緒出現改變
9. 個性改變
10. 活動力及開創力喪失

六、失智症中醫古代名稱

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”、“癩”、“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·癩狂癡呆》中提出了“癡呆”的病名，立於“癩狂癡呆”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。

肆、中醫藥治療腦病的方法

一、通腑瀉熱降壓法

- **適用**：腦壓高，腦脊髓神經細胞或纖維或血管神經患者，急性期腦壓高時使用，有胸肋滿硬兼宿屎。
- **治則**：降腦壓、消腦水腫、放鬆橫膈膜、放鬆枕骨大孔、抗癲癇、抗痙攣、止血活血化瘀。
- **方劑**：(育生)大柴胡湯、(育生)大柴苓湯。
- **特點**：初期酒浸大黃量較大，與卜硝的量，以維持患者一日大便7～8次以上，中期或寒閉兼瘀時加入乾薑、附子、玉桂子，由少量開始；大黃可以通便及有溶膽汁，利膽汁與溶除腦與脊椎脊髓神經纖維代謝廢物的阻滯。



- (育生) 大柴苓湯+麻黃、杏仁，降腦壓、消腦水腫、放鬆橫膈膜、放鬆枕骨大孔、改善腦疝，調節呼吸中樞及體溫中樞。

(育生) 大柴胡湯

- 組成：柴胡 6、大黃 1、枳實 4、黃芩 3、赤芍 4、半夏 3、生薑 4 (單位：錢)、大棗 5 枚。

《臨床應用》

- 只要符合「心下按之滿痛者」的必用方；有退熱、利膽、通便、降腦壓。
- 降血壓 (優於三黃錠)、治心腦血管疾病、氣喘非常有效；清利三焦，尤其對於上焦疾病。
- 多瘀血症：加桂枝茯苓丸，療效突出。

(育生) 大柴苓湯

- 組成：茯苓 3、豬苓 3、澤瀉 3、蒼朮 3、桂枝 3、元胡 3、木香 3、柴胡 6、黃芩 3、丹參 5、半夏 3、枳實 4、大黃 1、生草 3、生薑 4 (單位：錢)、大棗 5 枚。

二、利水降壓法

- 適用：正常腦壓的腦水腫，腦萎縮，腦病急性期腦壓高時或腹水或胸肋膜或心包膜積水或全身水腫、利尿不良時使用，無胸肋滿硬及宿尿。
- 治則：降壓利水。
- 方劑：(育生) 五苓散、(育生) 五苓散腎炎方。
- 特點：腦病急性期腦壓高時，或腹水，或胸肋膜，或心包膜積水時使用。
- 正常腦壓的腦水腫，腦室擴大，改善腦脊髓液回流，+人參、川七、北耆、丹參。
- 低血鈉症 (血鈉不足是引起失智的主要原因) + 鹽。

(育生) 五苓散

- 組成：茯苓 5、豬苓 5、澤瀉 5、蒼朮 5、玉桂 3 (單位：錢)。

《臨床應用》

1. 是外邪裡飲第一方。水液的總司令，主管三焦水液失調，水出現在不該出現的地方，無論過多或過少。
2. 凡頭部所有症狀、胃腸、腰骨痠痛或小便不利，有腫、煩渴、小便不利、水逆、痞 (喝水胃不適)、眩暈等特點均適用，脈見弦或濡最適用。
3. 玉桂 3 錢以上再+黃柏 1 錢、大黃 5 分。

(育生) 五苓散腎炎方

- 組成：當歸 2、乾薑 3、附子 3、黃柏 3、豬苓 5、茯苓 5、蒼朮 5、澤瀉 5、



玉桂子 5、黃耆 10 (單位：錢)。

三、化痰飲法

- **適用**：感冒或感染後遺的腦病，藥物性失智，影響神經傳導介質，痰飲或水蓄為病（眩暈），包括神經代謝廢物等。
- **治則**：溫化痰飲、將神經代謝廢物排出。
- **方劑**：(育生) 半夏天麻白朮湯、香砂六君子湯、(育生) 溫膽湯、二陳湯。
- **特點**：增加水飲吸收，將神經代謝廢物排出，穩定腦壓。
- **加減**：服腦神經的西藥引發血糖高者，先將西藥減量或戒斷，再加黃連、知母、石膏、大黃、桑白皮。

(育生) 半夏天麻白朮湯

- **組成**：半夏 3、天麻 5、生白朮 3、麥芽 3、神麴 3、生草、蒼朮 3、茯苓 3、澤瀉 3、陳皮 3、黃柏 3、乾薑 3、附子 5、當歸 2、北耆 10 (單位：錢)。

《臨床應用》

1. 中風後憂鬱、不想動、倦怠症、想不開 + 補陽還五湯 + 甘草、紅棗、龍眼乾，能穩定情緒。
2. 單純眩暈或眩暈即嘔吐 + 川芎、葛根、鉤藤、天麻。
3. 梅尼爾氏病。
4. 腦室水腫、腦脊髓液回流較慢者、或手術後裝腦室外引流管常阻塞者，
 - 增加水飲吸收 + 蒼朮、茯苓、澤瀉
 - 減少代謝廢物沉積，掃除障礙 + 大黃
 - 預防癲癇抽搐 + 天麻、全蠍
 - 預防噎咳 + 麻黃、細辛、菖蒲。
5. 枕骨大孔狹窄或椎基底動脈狹窄，有舌狀疝者，
 - 便秘 + 大黃；
 - 神經軟癱 + 麻黃、地龍。
6. 用過類固醇而腦壓仍不穩定者，能穩定腦壓。
 - 頭痛 + 吳茱萸、(加重) 天麻。

(育生) 溫膽湯

- **組成**：半夏 4、陳皮 4、茯苓 4、甘草 4、黃芩 3、枳實 3、竹茹 3 (單位：錢) 紅棗 4 枚。

《臨床應用》

- 是傳統的壯膽方，具有化痰理氣清熱和胃功效，加黃芩效更佳。



- 化痰飲或水蓄爲病。
- 對腦部病變，神經傳導不好者（乙醯膽鹼過多）或外感引起腦神經病變，將神經代謝廢物排出。

四、重鎮安神法

- **適用**：肝陽上亢或陽越。血壓高及腦壓高、供血太大、創傷、精神亢奮、狂躁、藥物性亢奮、病毒性性亢奮、內分泌偏高、甲狀腺發炎、妥瑞氏症，腦性糖尿病，服用神經精神安定劑或促進劑仍然無法控制病情。
- **治則**：重鎮安神、平肝潛陽。
- **方劑**：（育生）建瓴湯、（育生）柴胡加龍骨牡蠣湯。
- **特點**：（方中礦物藥不可炒），鎮靜安神，降血壓及腦壓。
- **加減**：腦創傷泌糖中樞受干擾，腦性糖尿病，建瓴湯＋黃連、知母、石膏、大黃、桑白皮。
- 頭暈＋天麻。

（育生）建瓴湯

- 組成：代赭石 8、懷牛膝 5、赤芍 5、生地 5、生牡蠣 5、生龍骨 5、柏子仁 4、淮山 5、磁石 3、生草 5（單位：錢）。（方中礦物藥不可炒）。

（育生）柴胡加龍骨牡蠣湯

- 組成：柴胡 6、黃芩 3、半夏 5、丹參 5、生草 5、生龍骨 8、生牡蠣 8、生薑 5、（單位：錢）、大棗 5 枚。

五、清熱解毒法

- **適用**：感染性及免疫性的，一切內外邪熱、三焦實熱火毒。神經介質過於黏膩，感染或創傷後大腦皮質活動阻滯或神呆。
- **治則**：清熱瀉火解毒。
- **方劑**：黃連解毒湯、（育生）免疫過亢方。
- **特點**：一切內外邪熱、三焦實熱火毒。神經介質過於黏膩，感染或創傷後大腦皮質活動阻滯或神呆。
- 雜病發熱造成的胡言亂語，無便秘。
- 便秘錯語加服桃仁承氣湯。

（育生）免疫過亢方

- 組成：黃芩 5、黃連 5、黃柏 5、甘草 5、蒼朮 5、青蒿 5、知母 5、地骨皮 5（單位：錢）。

六、活血化癥法



- **適用**：創傷性或血管性及免疫性的，瘀血、腦神經細胞挫傷、血栓斑塊水腫。
- **治則**：活血化瘀消腫。
- **方劑**：乳沒四物湯、桃紅四物湯、通竅活血湯。
- **特點**：改變血管內與血管外的微循環。
- **加減**：溶解阻塞、促生新生血管加川七、當歸、川芎、丹參、銀杏葉、續斷、骨碎補、牛膝。

七、通便溶血法

- **適用**：宿食導致氨（Ammonia 阿摩尼亞）太高，大腸反吸收太多，干擾腦的活動，承氣湯證，血蓄瘀血、宿尿、血蓄膀胱、中風閉症。
- **治則**：活血化瘀、通腑瀉熱、鬆膈降壓、消腫消炎。
- **方劑**：大承氣湯、小承氣湯、大黃蠶蟲丸。
- **特點**：主要是大黃能通便降壓，溶解血栓，促進神經代謝廢物的排除。
- **加減**：寒閉時加乾薑、炮附子、玉桂（子）。

八、補氣活血化瘀法

- **適用**：氣虛血瘀。血管性的腦病，創傷性的腦病，腦血管神經細胞組織因發炎感染創傷壓迫後的病變及循環障礙。
- **治則**：補氣活血化瘀。
- **方劑**：（育生）補陽還五湯、黃耆五物湯、歸耆建中湯。
- **特點**：改善腦循環、增加腦血流、減少循環障礙。
- **加減**：加川七粉三錢。
- **注意**黃耆用量 1～4 兩，量大於 4 兩，久服易造成血管性病變。

（育生）補陽還五湯

- **組成**：當歸 4、赤芍 4、川芎 4、北耆 20、丹參 4、銀杏葉 4（單位：錢）。
- **《臨床應用》**：補氣活血化瘀。
- 腦血管神經細胞組織因發炎、感染、創傷壓迫後的病變及循環障礙，有改善腦循環、增加腦血流、減少循環障礙功效。
- 對各種老化（因血管慢性阻塞）。
- 健忘、記憶減退、老人癡呆的預防。
- 巴金森氏病。

九、辛涼芳香通竅法

- **適用**：急性腦膜發炎的腦病，腦細胞壁損傷，感染後遺的腦病，神昏譫語。
- **治則**：辛涼芳香、僻惡除穢、通竅醒腦。



- **方劑**：清心牛黃丸、安宮牛黃丸、蘇合香丸。
- **特點**：各種治療腦部方劑皆可加含：冰片、薄荷、細辛、辛夷、石菖蒲、麝香…等辛涼芳香藥物。如補陽還五湯、大小柴胡湯、半夏天麻白朮湯、溫膽湯…等等。
- **缺點**：昂貴。

十、氣血雙補法

- **適用**：腦病氣血兩虛，腦細胞實質性萎縮。
- **治則**：大補氣血、恢復元氣。
- **方劑**：十全大補湯、八珍湯、聖愈湯。
- **特點**：重建神經通路，活化腦細胞。
- **加減**：可再加人參、川七、細鹿茸。

十一、溫補腎陽法

- **適用**：腦病腎陰陽兩虛，腦細胞實質性萎縮。
- **治則**：溫補腎陽、修補腦髓。
- **方劑**：右歸飲、(育生)腎氣丸。
- **特點**：重建神經通路，活化腦細胞。
- **加減**：可再加人參、川七、細鹿茸。

(育生)腎氣丸

- **組成**：澤瀉 2、丹皮 2、茯苓 2、黃柏 2.5、甘草 3、乾薑 3、牛膝 5、玉桂(子) 5、附子 5、生地 4、山茱萸 4、淮山藥 4、杜仲 4、蒼朮 4 (單位：錢)。

十二、滋陰補腎法

- **適用**：結核性腦病，腦病腎陰虛，陰虛發熱或餘熱未盡，腦細胞實質性萎縮。
- **治則**：滋陰補腎、修補腦髓。
- **方劑**：左歸飲、六味地黃丸、知柏地黃湯、防己地黃湯、八仙長壽丸。
- **特點**：重建神經通路，活化腦細胞。
- **加減**：可再加人參、川七、細鹿茸。

十三、柔肝緩痙法

- **適用**：肝陰不足，肝鬱陰虛，筋脈拘急，血管痙攣，短暫性腦缺血 TIA 或腦循環障礙。
- **治則**：柔肝緩痙，疏肝透熱解痙。



- **方劑：**芍藥甘草湯、四逆散、七寶美髯丹、(育生)聖愈湯、(育生)血枯方。
- **特點：**疏肝解鬱，緩痙止痛，緩解肌肉、血管痙攣，促進血液循環。
- **加減：**疼痛加延胡索。

(育生)聖愈湯

- **組成：**當歸 3、川芎 3、赤芍 3、生地 3、蒼朮 3、丹參 5、黃耆 15 (單位:錢)。

(育生)血枯方

- **組成：**蒼朮 4、刺蒺藜 4、當歸 8、何首烏 8、菟絲子 8、沙苑蒺藜 8 (單位:錢)。

十四、祛風止痙法

- **適用：**風寒外束，頸項強急，筋脈拘急，血管痙攣，短暫性腦缺血 TIA 或腦循環障礙。
- **治則：**解肌發汗，調和營衛，溫經通陽，祛風止痙。
- **方劑：**桂枝湯、葛根湯、小續命湯、柴葛解肌湯。
- **特點：**祛風止痙，緩解肌肉、血管痙攣，促進血液循環。
- **加減：**疼痛加延胡索。
病毒性腦病加黃芩、黃連、黃柏。

十五、和解少陽熱法

- **適用：**腦部因感染或手術或化放療之後發熱或神經熱或免疫熱或移植熱或血管病變後發熱等等。
- **治則：**和解、滋陰、涼血、活血。
- **方劑：**小柴胡湯、地骨皮飲。
- **特點：**日晡發熱、白天低熱，黃昏開始疲勞倦怠及發熱，半夜溫度最高，清晨熱退汗出身涼。或潮熱或骨蒸勞熱。西藥退不下來的發熱症。
- **加減：**青蒿、知母、地骨皮、天門冬、麥門冬、北柴胡、赤芍、丹皮、黃柏。

中西醫結合臨床治療腦病的原則

腦壓升高先降腦壓、消水腫、抗痙攣、止血與活血化瘀，改善中樞神經血液循環，解除代謝廢物的阻斷神經傳導，調整神經傳導介質濃度，興奮神經細胞，興奮神經傳導功能，促進或抑制神經傳導速度，改善椎體外束症狀，調整大腦皮質活動，促進或抑制大腦的神經內分泌。

伍、常用治療失智症的頭皮針

一、戴吉雄針法：記憶七針^[12]



1、百會

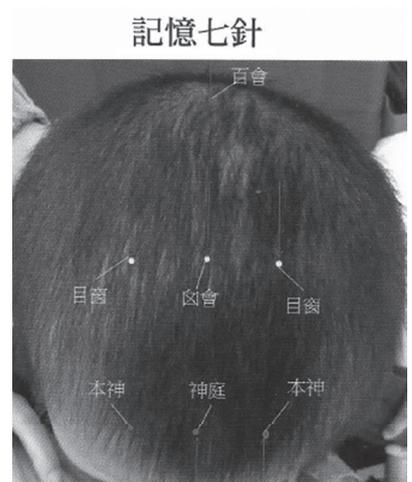
百會向前沿皮下針 1 寸。

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。



二、吳博雄針法 [13]

1、百會對刺

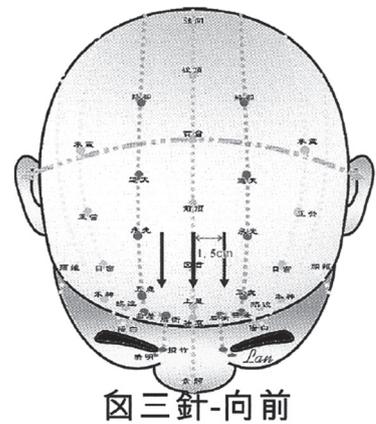
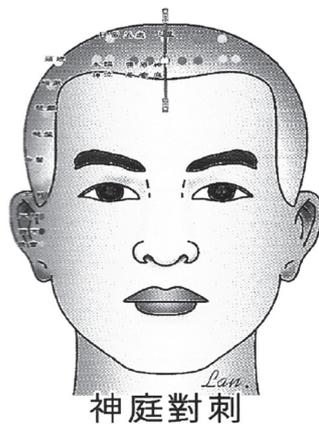
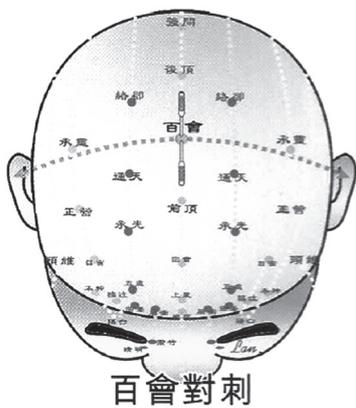
2、四神聰

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。



三、靳瑞：靳三針 [14]

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

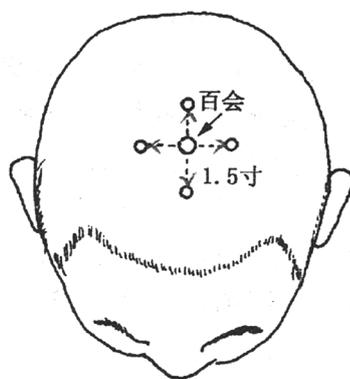


图 2-2 四神针



图 2-3 腦三针



图 2-4 顛三针



四、郭奕德針法

益智六針



1、百會

穴位：頭頂正中線與兩耳尖連線的交點處，前髮際後 5 寸，後髮際上 7 寸。

百會向前沿皮下針 8 分。

2、神庭

穴位：頭頂正中線入髮際 5 分處。

神庭向後沿皮下針 8 分。



3、四神聰

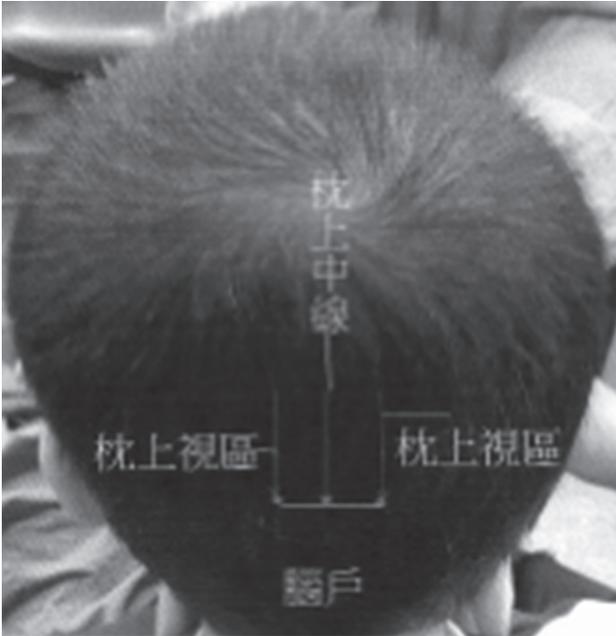
百會前後左右旁開 1 寸處，針尖向百會入針，沿皮下針入 8 分。

施行郭氏催氣手法 1 ~ 3 分鐘後，再夾電針，百會 + 神庭一組，四神聰前後一組，四神聰左右一組，調《疏密波》留針 20 分，強度以病患皮膚表層微震動，病患有感而能夠忍受為度。



明目六針

【枕上中線 + 枕上視區】^{〔12〕}



（圖片引用自：戴吉雄編著，戴氏頭皮針）

【枕上中線】

穴位：位於強間穴與腦戶穴之間連成一直線，長 1.5 寸的垂直線。

相關穴位

【強間穴】：後髮際上 4 寸，百會穴後 3 寸，後頂穴後 1.5 寸，腦戶穴上 1.5 寸。

【腦戶穴】：枕骨粗隆之上緣，後髮際上 2.5 寸，強間穴下 1.5 寸，風府穴直上 1.5 寸。

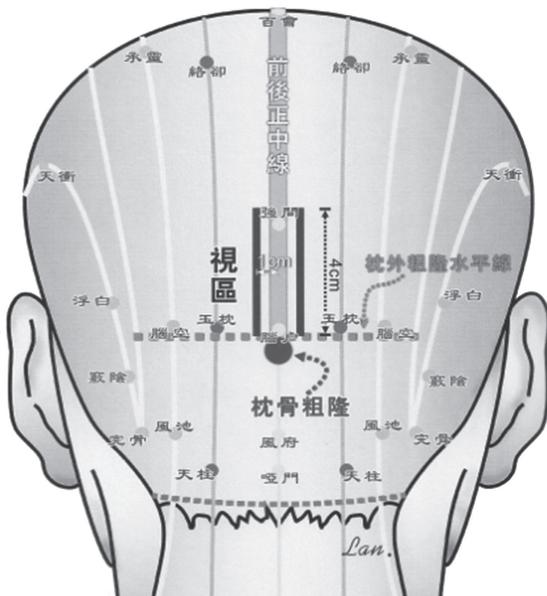
【枕上正中線 1 針】：病患宜采坐姿，手持 30 號 1 吋的毫針，與頭皮呈 15 度角，使用【接力針法】，第 1 針於枕上正中線上，強間穴上 1 公分處，針尖向下，快速刺入皮膚，進針到腱膜下層後，將針體平臥，緩緩插入 8 分左右，

【枕上正中線 2 針】：第 2 針於枕上正中線上，強間穴與腦戶穴的中點，針尖向下入針，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，

施行【郭氏催氣手法】1 至 ~3 分鐘後，再夾電針，調《疏密波》留針 20 分，強度以病患皮膚表層微震動，病患有感而能夠忍受為度。



焦氏頭皮針的【枕上視區】^{〔13〕}



(圖片引用自：吳博雄編著 - 吳氏頭皮針)

【枕上視區】

穴位：沿枕部粗隆上緣的水平線，正中線旁開左右各 1 公分，向上引 4 公分長的垂直線。

【枕上視區 1 針】：病患宜采坐姿，手持 30 號 1 吋的毫針，與頭皮呈 15 度角，使用【接力針法】，第 1 針於左側枕上視區上 1 公分處，針尖向下，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，

【枕上視區 2 針】：第 2 針於左側枕上視區中點，針尖向下入針，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；

【枕上視區 3 針】：第 3 針於右側枕上視區上 1 公分處，針尖向下，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，

【枕上視區 4 針】：第 4 針於右側枕上視區中點，針尖向下入針，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；

施行【郭氏催氣手法】1～3 分鐘後，再夾電針，【枕上正中線 1 針】+【枕上正中線 2 針】一組，【枕上視區 1 針】+【枕上視區 2 針】一組，【枕上視區 3 針】+【枕上視區 4 針】一組，調《疏密波》留針 20 分，強度以病患皮膚表層微震動，病患有感而能夠忍受為度。



聽耳六針

耳1針：耳尖直上入髮際2寸處，針尖由上往下沿皮針入8分。

耳2針：耳1針直下1寸處，針尖由上往下沿皮針入8分。

耳3針：以耳1針為中點，同一平線向前旁開1寸為耳3針，針尖由上往下沿皮針入1寸。

耳4針：耳3針直下1寸處，針尖由上往下沿皮針入8分。

耳5針：以耳1針為中點，同一平線向後旁開1寸為耳5針，針尖由上往下沿皮針入8分。

耳6針：耳5針直下1寸處，針尖由上往下沿皮針入8分。



施行【郭氏催氣手法】1～3分鐘後，再夾電針，耳1針+耳2針一組，耳3針+耳4針一組，耳5針+耳6針一組，調《疏密波》留針20分，強度以病患皮膚表層微震動，病患有感而能夠忍受為度。

【郭氏催氣手法】

醫者以手半握拳狀，拇指與食指握住針身，運氣於手指上，施作與頭皮水平方向“快速提插震動”的平補平瀉手法，以達到催氣的功效。



臨床中應用頭皮針治療失智症（Dementia），【百會穴】是必用穴位，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，達到啓動神



經電位，促進血液循環，活化大腦皮層的功效，與【神庭穴】對刺，病患常有頭部巔頂通暢的感覺，發現搭配上諸家頭皮針皆有療效，運用【接力刺法】及【三針併刺法】是達到【偶治法】與【從其屬以治之】增強療效，結合【郭氏催氣手法】與【電針】或【動氣療法】療效更佳。

陸、病歷介紹

《臨床病例一》

- 段 OO，男性，民國 28 年出生（65 歲），文史工作者。
93/1/5 短暫性腦缺血（TIA）
10 天前（92/12/19）曾發生左半身短時間（十幾分鐘）功能遲鈍，開始從左眼視力變差，接著左臉麻、手足麻不能，大便一日一行。
R：已充分告知保養法
1. 育生補陽還五湯+乾薑 5 錢、附子 5 錢、黃芩 3 錢（7 帖）
2. 川七粉 1 錢 x 3 x 7
3. 育生丸 1 粒 x 1 x 7

- 93/1/12
R：如 1/5 日方（14 帖）

- 93/1/27 偶而頭暈（一短時間），盜汗，血糖仍偏高，沒有其他問題，大便一天一次
R：如 1/5 日方+桑白皮 4 錢、青蒿 4 錢、知母 4 錢（14 帖）

- 93/2/16 盜汗，自汗，（AC）血糖正常，無不正常動作
R：如 1/27 日方+大黃 3 分（14 帖）

- 93/3/5 盜汗，自汗，（喝桂圓茶好一點），不麻，反應慢一點，大便一天一次，不定時
R：如 2/16 日方+大黃 2 分（15 帖）

- 93/5/1 足太陰痰厥頭痛
頭如裹束，眩暈，喉中炙嚮
R：
1. 如 3/5 日方+天麻 4 錢，去青蒿（15 帖）



2. (針) 風池、合谷、環跳、關元俞

處方：

1. 育生補陽還五湯+乾薑 5 錢、附子 5 錢、黃芩 3 錢+桑白皮 4 錢、知母 4 錢、大黃 5 分+天麻 4 錢 (15 帖)
2. 川七粉 1 錢 x 3 x 15
3. 育生丸 1 粒 x 1 x 15

- 93/5/22 坐骨神經痛、膀胱經寒痺
少有束緊，無眩暈，盤腿仍痛。

R：

1. 如 5/1 日方 (15 帖)
2. (針) 風池、合谷、環跳、關元俞

- 94/8/23 間歇性跛行
左足間歇性跛行，言慢。

R：

1. 如 93/5/1 日方+知母 4 錢、桑白皮 4 錢、天麻 4 錢 (7 帖)
2. (針) 左手三里、足三里、太衝、合谷、風池

- 94/9/3 已較有力
R：如 94/8/23 日方 (7 帖)

- 94/9/7

R：

1. 如 94/8/23 日方 (7 帖)
2. (針) 左手三里、足三里、太衝、合谷、外關

- 94/9/12 R：(針灸)

- 94/9/14 左手越來越靈活

R：(針灸)

- 94/9/16 ~ 9/23

- 94/9/16 行走與活動較有力，眼神有力，表情自然，臉潤

R：如 94/9/7 日方 (14 帖)

- 94/9/19 R：(針灸)

- 94/9/21 R：(針灸)



- 94/9/26 動作已快邁步
R：(針灸)
- 94/9/28 可睡 8 小時，脈浮弦長大數有力，偶一代
R：(針灸)
- 94/10/24 R：如 9/30 (溫針)
- 94/10/26 R：如 9/30 (溫針)
- 94/10/28 R：如 9/30 (溫針)

- 94/12/3 BP.170/80，飯前血糖 109，口乾
R：
1. 如 94/10/20 日方，去知母+天花粉 8 錢 (15 帖)
2. (溫針) 足三里 (B)、三陰交 (B)、太衝 (L)、合谷 (L)、手三里 (L)、中渚 (L)

- 95/1/27 無不適
R：如 94/12/3 日方 (15 帖)

- 96/4/2 老年癡呆 (失智)
言慢，走慢，反應慢，俯頸無力抬。
R：
1. 育生補陽還五湯+乾薑 5 錢、附子 5 錢、黃芩 3 錢、天麻 4 錢、茯苓 4 錢、澤瀉 4 錢、桑白皮 8 錢 7 帖
2. 川七粉 1 錢 x 3 x 7

- 96/4/9 ~ 96/5/7 TIA 短暫性腦缺血
胃口好，仍嗜睡，仍覺精神差，血糖 AC84，PC170~200，笑較自然，走路較大步，大便一天一行。
R：
1. 如 96/4/2 日方 (35 帖)
2. 囑：晚上降血糖藥要減量。

- 96/4/16 左腳覺力量較不足，臉部表情較自然，飯前血糖 89。
- 96/4/23 飯前血糖超過 100，走路穩 (約半小時)，走路微頓一下，笑得很好。
- 96/4/30 飯前血糖 110，走路穩，胃口好，性情好決擇，笑自然。
- 96/5/7 飯前血糖 108，每天走 1 萬步 (用計步器)。



■ 96/5/14 外感

飯前血糖 97，走路 1 小時，精神好，昨天微頭暈，今天無不適，脈數大浮長。

R：

1. 如 96/4/2 日方 + 麻黃 3 錢、黃芩 5 錢（7 帖）
2. (放血) 大椎上中下、寸口（針）風池、合谷、足三里

■ 96/5/22

盜汗，走仍微跛，動作慢，臉仍微滯呆。

R：如 96/4/2 日方 + 青蒿 4 錢（7 帖）

■ 96/5/29

飯前血糖 114，盜汗偶而仍有，走路只半小時，微跛。

R：如 96/5/22 日方（7 帖）

■ 96/6/5

盜汗沒有了（不忍尿就無），飯前血糖 109，每天走路 40 分鐘，易覺得疲勞，精神不好。

R：如 96/5/22 日方 + 人參 3 錢（7 帖）

96/6/12 ~ 9/22

■ 96/6/12 飯前血糖 110，精神尚可，夜尿 3 ~ 4 次。

R：如 96/6/5 日方（112 帖）

■ 96/6/18 飯前血糖 167，飯後血糖 225（這兩天服西藥，飯前改飯後服），夜間起床尿 3 ~ 4 次，大便一天一行。

■ 96/7/3 容易疲勞倦怠，出門一下，回來就很沒精神。

■ 96/7/10 每天走半小時，仍易疲勞，因為牙痛不易咬食物（7/13 要去拔牙）。

■ 96/7/17 飯前血糖 121，步伐快、穩，精神體力較佳。

■ 96/7/24 飯前血糖 118，精神表情佳，無吃 Colchicine 秋水仙素（痛風用藥）與 Harnalidge 活路利淨（攝護腺肥大用藥，且具降血壓功效）。

■ 96/7/30 飯前血糖 121，BP.117/70，現無服秋水仙素，精神表情仍佳，自然，頸較有力抬，但仍不能一次完成向後轉。

■ 96/8/14 飯前血糖 145，雙膝無力感，足癢而抓，足水腫。

■ 96/8/21 今早飯前血糖 105，昨天飯後血糖 138，走久不累，但不喜走，脈弦大。

■ 96/8/29 頭後轉仍須四五動，脈浮弦長大濇實。

■ 96/9/8



針如：94/12/3

(溫針) 足三里 (B)、三陰交 (B)、太衝 (L)、合谷 (L)、手三里 (L)、中渚 (L)

■ 96/9/15

針如：94/12/3

■ 96/9/22 飯前血糖 95，飯後血糖 180~220，坐久起來膝腳乏力，脈浮弦長大濇數有力。

■ 96/9/29

針：手三里 (B)、足三里 (B)、神門 (B)、太衝 (B)

96/10/5 ~ 12/1

■ 96/10/5 飯前血糖 117

R：

1. 如 96/6/5 日方 (70 帖)

2. 溫針：手三里 (B)、足三里 (B)、合谷 (B)、太衝 (B)、內外犢鼻 (B)

■ 96/12/1 走路不再小拖步的感覺。

■ 96/12/8 服攝護腺肥大藥 (非利尿劑) 夜尿三、四次，飯前血糖 105，脈浮弦長大。

R：如 96/6/5 日方 + 黃芩 5 錢 (14 帖)

■ 96/12/15 ~ 97/2/21

R：如 96/12/8 日方 (56 帖)

■ 96/12/29

R：溫針：手三里 (B)、足三里 (B)、合谷 (B)、陽陵泉 (B)、鶴頂 (B)

■ 97/1/10 右耳前尚有痛感。

R：針灸：如 96/12/29 放血：耳門 (R)

■ 97/1/16 走路仍可見動作快，起坐較一般人慢，走微頓一下。

■ 97/1/23 前天晚上站時左足太沖穴很痛，無法走路。

R：放血：左 #1.2.3 趾井穴 針：足三里 (B)

■ 97/2/15 飯前血糖 140。

■ 97/2/21 臉已無呆滯相，但是走路仍慢點，內行人仍看得出，步伐較少且慢。

囑：應加強運動量

■ 97/3/4 精神好，體力尚可 (自言走多也不累)。

R：如 96/12/8 日方 + 乾薑 2 錢、附子 2 錢 (14 帖)

■ 97/3/21 精神很好，動作慢一點。

R：如 97/3/4 日方



《臨床病例二》

- 鄭 OO，男性，民國 53 年出生（43 歲），電腦商業設計與攝影者。
腦膠質瘤、（繼發性）腦萎縮、（繼發性）血管性失智、低血鈉性腦病。
87 年腦膠質瘤（淋巴瘤）
注射脈衝類固醇與鈷六十，今反應較慢，動作遲緩，倦怠，嗜臥。
96 年 1 月 9 日跌倒頭部撞傷，腦血腫，今已回收，但仍有腦內水腫，大便一天一次，目前服米粒，抗癲癇藥，早晚各一次。

- 96/6/5
R：
1. 育生丸 1 粒 x 1 x 14 天
2. 育生半夏天麻白朮散 + 黃耆 1 兩、川芎 4 錢、赤芍 4 錢、銀杏葉 4 錢、全蠍 3 錢（14 帖）
3. 人參（粉）1 錢、川七（粉）1 錢 x 3 次 / 天 x 14 天

- 96/6/12
頭暈慌慌已二天，無頭痛，笑容自然，動作走路輕快，其母言：叫起床，速度快。
最近二日晚上微發燒（37 度 C），大便一天一次（難解），小便正常。
R：如 6/5 日方 + 青蒿 4 錢（14 帖）

- 96/6/26
暈較減，偶而臉潮紅，頭皮發毛囊炎，走路快有力，笑自然，少嗜臥，稍叫即起。
R：如 6/12 日方（14 帖）

- 96/7/10
左臉有點歪斜，左上眼瞼有點下垂，不能完全閉合，頭上有雞屎癰，嗜臥減，偶而仍會暈。頭腦清楚，數字亦清楚，台語、國語皆正常。
R：如 6/5 日方 + 乾薑 2 錢 附子 2 錢（14 帖）
囑：開始學看書，大空間走路。

- 96/7/24
左臉較正，暈減，頭皮只剩一些小痂。
R：如 7/10 日方 + 黃耆 5 錢（14 帖）



- 96/8/14
咬東西覺左側牙齒無力，頭不暈，頭脹脹的，精明能幹相已完全顯現。
脈弦弱而濇
R：如 7/24 日方+乾薑 2 錢、附子 2 錢 （14 帖）

- 96/8/28 ~ 96/9/24
R：如 8/14 日方 （42 帖）
- 96/9/11 學圍棋（反應如正常人），能記？清楚
- 96/9/24 最近較疲勞，自覺足皮膚較厚

- 96/10/9
左眼攢竹穴痛，口乾飲後愈
R：如 8/14 日方+黃柏 3 錢 （14 帖）

- 96/10/23
記憶力較好，最近皮膚會長紅點，會消失（自無感覺）
R：
1. 如 10/9 日方 （14 帖）
2.（針）合谷、手三里、足三里、風池、百會、神門

- 96/11/4 ~ 97/1/15
最近很容易想睡，說話較清楚，看字有進步，大便乾，一天一次。
脈弦濇
R：如 10/23 日方 （84 帖）

- 96/12/4
老想睡，讀書、記憶能力不錯，服 EBIXA（憶必佳）一日 2 粒，閉眼，但聽正常。
R：囑將 EBIXA（憶必佳）減半（1 粒）

- 96/12/18 反應靈活，笑容祥和，走路穩，可分析所見。
R：（針）合谷、迎香、上星透攢竹

- 97/1/15
BP.155/107，面色紅，疲勞，EBIXA(憶必佳) 在自家無吃，父家一日半粒



R：(針)風池、百會、神門、合谷

■ 97/1/29

BP.130/90，手足容易冰冷，發癍黑紫，有時仍會忽然忘記事情（昨天半夜起床，忽然忘了自己姊姊）。

R：如 96/10/23 日方去黃柏+吳茱萸 5 錢 （14 帖）

■ 97/2/4

其母來電言，病患臉紅，BP.140/100，囑天冷穿暖或室內空氣混濁時會臉紅。

■ 97/2/12 低鈉血症、低鈉性腦病

近日常問母親您是哪裡來的？自以為在美國，用英文問，不知廁所方向，近日有低鈉現象而予鹽。

R：如 97/1/29 日方去吳茱萸+天花粉 5 錢 （14 帖）

■ 97/2/26

已近 2 個月無吃西藥，其母言：每服人參、川七後，易血壓下降，但仍眼喜閉，寒流來，手少冷。

脈瀦弱

R：

1. 如 97/2/12 日方 （14 帖）

2. 人參（粉）、川七（粉），改各 2g x 3 次 / 天 x 14 天

3. (針)風池、完骨、風府、百會、合谷

■ 97/3/11~97/3/26

BP.140/98，頭昏，常會將母親當成外人。

脈細瀦弱

R：如 97/2/26 日方 （28 帖）

■ 97/3/26 BP.120 ~ 138/88 ~ 100，偶而頭昏，睡多 12 小時，

在低鈉時，會傻呆、記憶力差，今知要選舉總統。

脈弦瀦濡大

■ 97/4/9

脈瀦代

R：如 97/2/26 日方去乾薑 2 錢 （14 帖）



- 97/4/23
血壓早上起床時收縮壓 133，服完藥後，降到收縮壓 107 而覺得疲勞，自言腳脹感（無水腫），記憶力較好，脈瀋弱。
R：如 97/4/9 日方+天麻 5 錢 （14 帖）

- 97/5/7 ~ 97/5/21
主動性變強，脈弦瀋弱。
R：如 97/4/23 日方 （28 帖）

- 97/5/21
昨晚 AM3:00 回家（媽媽不知其幾點出去），說要去上班（商業設計與攝影），脈弦瀋弱。

- 97/6/4（TIA）短暫性腦缺血
可完全文字表達
（TIA）昨天突尿失禁一次，疲倦，神昏，不知識父母、妻子，無力。
（96 年 3 月發生一次，至今間隔一年 3 個月）
R：如 97/4/23 日方 （14 帖）

- 97/6/18
仍易疲倦，微頭暈（每服藥後，約有 20 分鐘）。
R：如 97/4/23 日方去附子 2 錢 （14 帖）

- 97/7/9
最近淺睡，近日下午 3 時起床後，下圍棋與積木，偶忘掉自己下否？
R：如 97/4/23 日方去天花粉+赤芍 4 錢 （14 帖）

- 97/7/23
嗜睡，脈瀋弱
R：如 97/4/23 日方去天花粉+麻黃 3 錢 （14 帖）

- 97/8/13
前方服後不睡，昨天下圍棋 2 小時，脈瀋長
R：如 97/7/23 日方，麻黃去 1 錢 （14 帖）



■ 97/9/3

人很清楚，脈弦細澹。

囑：讓他每天獨立一段時間

R：如 97/8/13 日方（14 帖）

【育生補陽還五湯】

當歸 4、川芎 4、赤芍 4、丹參 4、銀杏葉 4、黃耆 20（單位：錢）。

【育生半夏天麻白朮散】

當歸 2 錢、半夏 3、生白朮 3、茯苓 3、蒼朮 3、澤瀉 3、陳皮 3、神曲 3、麥芽 3、乾薑 3、黃柏 3 錢、附子 5、天麻 5、黃耆 10（單位：錢）。

柒、討論

目前對治療失智症，西醫藥尚無更有效的方法，而許多西藥都有多年服用後造成失智症的副作用，例如：第一代抗組織胺、抗膽鹼藥物……，目前認為與認知功能損害有關。

從李政育老師治療失智症的病歷探討，在病歷中治療失智症的漫漫長路，我們看到病患常常不是單一疾病，例如：短暫性腦缺血（TIA）、足太陰痰厥頭痛、坐骨神經痛、膀胱經寒痺、間歇性跛行、老年癡呆（失智）、外感、攝護腺肥大、痛風、糖尿病、腦膠質瘤、（繼發性）腦萎縮、（繼發性）血管性失智、低血鈉性腦病，有些是原發性失智症，許多失智症是續發的，經長時間持續服用中藥及針灸，認知功能得到改善，增進了病患的生活品質及方便家人的照顧或重回職場，減緩失智症的退化時程，也減緩了西藥的副作用，讓我們看到中醫藥治療失智症的曙光。

在多年行醫的臨床上，應用中藥與針灸及練功療法幫病患治療不同疾病的過程中，許多病患常常回報，他們好像變聰明了，記憶力、注意力、運算能力、視力、睡眠、精神、情緒……變好了，我想這些都是值得日後更進一步的研究，為治療失智症找到更好更有效的方法。

參考文獻

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. 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，郭奕德醫師。
4. 缺血性腦中風之治療概論，郭奕德醫師。
5. 失智症 (Dementia) 的頭皮針治療簡介，郭奕德醫師。
6. 失智症 (Dementia) 的中醫藥治療簡介，郭奕德醫師。
7. 中醫腦神經治療學，李政育醫師。
8. 各種「腦病」中西醫結合之中醫治法總論，李政育醫師。
9. 腦血管疾病中醫治療，何秀琴醫師。
10. 腦水腫，鄭淑鎂醫師。
11. 中樞急性感染的中醫治療，林坤成醫師。
12. 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。
13. 吳氏頭皮針，吳博雄醫師。
14. 靳三針療法，彭增福編著 靳瑞審訂。
15. 失智症藥物介紹 台北市立聯合醫院 梁雅惠 藥師 107.9.30. 台北市中醫師公會主辦常見疾病西藥用藥機轉及中西藥併服宜忌研習會講義。
16. 第一版腦中風治療共識 (102)，台灣腦中風學會。

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：2018 年 11 月 16 日；接受日期：2018 年 12 月 10 日