



強迫症中醫治療：清熱化癥，再補虛

林寶華

新北市林寶華中醫診所

摘要

強迫症（Obsessive compulsive disorder, OCD）的主要特徵是強迫性思考、強迫性行爲、不同程度的焦慮憂鬱和失去自我感；在 14 世紀到 16 世紀的歐洲被誤認爲是惡魔附身，少數強迫症病人的下場很淒慘。

強迫症有主症和併發症的區別，包括單一強迫症、強迫症併發它症和它症併發強迫症等。現代醫學認爲強迫症的病因包括血清素（Serotonin）過早再回收、腦神經傳導迴路障礙等，西醫常採用藥物治療、認知行爲療法和心理輔導等治療強迫症，力求減輕病人的痛苦；醫護人員和病人都很辛苦。

近年來我治療強迫症，大部分病人在一個月內就放棄中醫治療，只有少數繼續治療的病人獲得療效。

本文摘錄的兩個強迫症醫案都曾經西醫精神科治療才轉求診中醫，一個是重度強迫症兼患妥瑞氏症女孩，休學，曾經數年的高劑量西藥治療和認知行爲療法，數次住院；中西醫結合治療併服中藥後，西藥能階梯式遞減服，6 年後才完全停服，此後續服清熱化癥中藥，她的意念、行爲已趨於正常。

另一個醫案是亞斯伯格症併發強迫症的男孩，病人在中醫治療後即停服少劑量的精神科西藥，中醫療程先清熱化癥，熱邪已去，改爲補虛療法；現已恢復健康，學業進步，顯示中醫治療有效。

強迫症病人的病徵很多，可有相反的素質，固執倔強、脾氣急躁，或缺少決斷、猶豫不決；我的治療心得是，強迫症中醫治療可先清熱化癥，再補虛；如果補虛又有熱邪滯留，則繼續清熱滋陰。

關鍵語：強迫症、OCD、清熱化癥、補虛、強迫症中西醫結合治法。

強迫症的意念病徵^[2,6,8-10,12,15]

強迫症病人常由某些強烈的精神因素作爲起病誘因，個性強烈而不均衡的人易患本病，其性格主觀、任性、急躁、好勝、自制能力差；少數患者具有精神薄弱性格，膽小怕事、怕犯錯誤、對自己的能力缺乏信心，遇事十分謹慎，反覆思想，事後不斷嘀咕並多次檢查，總希望達到盡善盡美。



(一) 強迫症的病人常出現的意念有：

1、某種意念或衝動持續進入一個人的意識層面：

(1) 縈繞不去的意念：屬自我失調性的反覆、持久的想法、思想、形象或衝動。

(2) 難以抗拒的衝動：根據某些規則或以反覆性的方式所表現的逃避或抵銷的行為，該行為與現實生活關聯性不大，得不到樂趣，但可降低緊張。

2、同時會呈現焦慮或害怕，使患者採取一種相反的行為來抵抗初期的意念或衝動。

3、此意念或衝動非患者所預期、接受，且非其所能控制的。

4、患者知此意念或衝動為不合理的狀況。

5、患者很想抗拒此種意念及衝動。

(二) 強迫症病徵很多，主要是強迫思想、強迫行為和伴隨的緊張情緒，包括：

	類型	強迫思考	強迫行為
1	怕被污染	怕被細菌、糞便、尿液污染。	不斷洗手、清洗物品、健檢。
2	怕身體傷害	怕傷到自己或他人；隱藏。	不敢單獨與小孩相處；藏刀子。
3	死亡	常出現對方死亡的影像。	用力去想活著的影像。
4	意外傷害	可能已經撞傷別人。	打電話到醫院查；折回原路查。
5	社交場合不被接受的行為	擔心自己會大叫、咒罵、或出現其他失控行為。	嘗試控制行為；避免參加社交活動；問別人自己是否做錯。
6	性	重複出現性畫面或擔心。	避免與異性相處；極力去除想法。
7	宗教	褻瀆神的想法，對宗教懷疑。	禱告；尋求告解；補償上帝。
8	整齊、次序性	將東西擺整齊；行動求準確；依循固定行事或數目。	重複一個動作很多次；不斷重複直到感覺對。
9	無意義	無意義的詞句、影像、音調、言語、或一串數字等。	重複讀誦。



強迫症鑒別診斷 [2,6,9,10,12]

(一) 思覺失調症

思覺失調症 (Schizophrenia, 精神分裂症) 也有強迫思維, 兩者的區別是, 強迫症會有「強迫動作」, 思覺失調症則沒有強迫動作。

(二) 焦慮症 (Anxiety disorders)

焦慮症 (Anxiety disorders) 病人憂慮的具體內容在現實生活大多存在, 病人不認為自己的憂慮是不合適; 而強迫症病人的強迫思維內容常是虛構的, 病人對這些想法認為是不合適, 不應該出現這些念頭。

(三) 恐懼症

恐懼症 (Phobia) 病人對老鼠和細菌常能成功地迴避老鼠來降低焦慮, 強迫症病人若有老鼠細菌的強迫思維, 雖然老鼠已經走了, 他仍然會感覺受到細菌的感染, 隨後採取迴避性的行為, 例如大洗衣服、洗澡等。

(四) 抽動症候群 (Tic Disorders, Tourette's Syndrome)

妥瑞氏症等的抽動常是自動的, 不是在壓制強迫思維帶來的痛苦煩惱; 強迫症併發抽動的機率很高, 在其它精神病人也常同時出現兩種障礙。

強迫症有主症和併發症的區別 [2,6,9,13,15]

- 一、單一強迫症。
- 二、強迫症併發它症: 強迫症病人併發抽動症 (Tics, Tourette syndrome)、注意力不集中過動症 (ADHD)、憂鬱症、情緒心理障礙等。
- 三、它症併發強迫症: 抽動症、自閉症 (含亞斯伯格症)、注意力不集中過動症、憂鬱症等病人併發強迫症; 表面上好像患上強迫症, 但強迫症不是他們的主要病徵。

現代醫學論強迫症病因 [6,9,10,14,15]

大多數精神疾病的病因是多元化, 強迫症也是; 專家們認為強迫症的病因包括:

- (1) 生化因素: (a) 強迫症可能是血清素 (Serotonin, 5-HT) 的過早再回收, 以致干擾神經元間正常的訊息傳遞。(b) 腦部接收、過濾、選擇訊息和做出



反應的部位，主要是基底核或尾核、丘腦、眼、額葉等區域，強迫症患者可能是這些神經迴路有異常。

- (2) 觀察學習假設：根據美國心理學家班杜拉（Albert Bandura, 1925 - N）的觀察學習理論（Observational learning），「觀察」是導致焦慮的條件性刺激，病人採用強迫的方式，焦慮便得到緩解，這種結果強化了個人的強迫。
- (3) 系統家庭假設：人際關係成員之間的互動結成了一定的系統，個體的行為是由於他人的行動影響所致，反過來，他也會以一種循環的方式去影響他人。這是一種互為因果的循環關係，沒有明確的頭和尾。
- (4) Rachman-Hodgson 假設：1980年 Rachman & Hodgson 提出導致強迫症的原因包括 (a) 遺傳因素 (b) 情緒失調 (c) 社會性學習 (d) 對於特殊經驗的學習。
- (5) 精神分析學說：佛洛伊德（Sigmund Freud, 1856-1939）是奧地利精神病醫師、心理學家、精神分析學派創始人，他認為防禦機制不能處理強迫性人格而形成焦慮，於是產生強迫性症狀；本我要尋求表現的本能衝動處於潛意識領域，自我就很難意識到其衝突的真正對象，因此個體就體驗到莫名的恐懼、焦慮。所以，焦慮被精神分析理論認為是強迫症最基本的核心症狀。
- (6) 條件反射：巴夫洛夫（1849-1936）是俄羅斯生理學家、心理學家、醫師，1904年得到諾貝爾生理學或醫學獎。對狗研究而創立古典制約，又稱反應制約、經典條件反射，是一種關聯性學習，被描述為動物對特定制約刺激的反應。
強迫症的產生可能就是如此，條件反射模式把恐怖看做是學得的恐懼反應，對先前並不害怕的小白鼠、狗、兔等產生了恐懼反應，受到強化的行為就容易保留下來；強迫禮儀常是一種可減輕充滿恐懼的強迫性思維的行為。
起初研究古典制約理論的重點放在反射行為或是非自願行為，現代是以古典制約理論發展為行為治療。
- (7) 相反的素質：約三分之二的強迫症病人，在發病前即有強迫性人格或精神衰弱，其主要表現為力圖保持自身和環境的嚴密控制。他們注重細節，做任何事都力求準確、完善，但即使如此也仍有“不完善”、“不安全”和“不確定”的感覺。他們表現為循規蹈矩、缺少決斷、猶豫不決、依賴順從，或相反地表現為固執倔強、墨守成規、寧折不彎、脾氣急躁等。
- (8) 社會心理因素：有些正常人初期有不持續的強迫觀念，卻在社會心理因素影響，例如工作更動、生活環境變遷、責任加重、處境困難、擔心意



外、家庭不和、喪失親人、受到驚嚇等，而強化持續為強迫症。

- (9) 遺傳：病人父母有強迫症，患病率比一般群體的發病率要高，患者的同胞兄弟姊妹、子女屬強迫性人格者也較多。
- (10) 腦神經傳導迴路障礙：2007年中國馮國平教授的研究，首度揭示了強迫、焦慮和壓抑的生理機制。研究小組做小鼠實驗敲除 Sapap3 基因，阻斷大腦“皮質—紋狀體—丘腦”的神經傳導迴路，小鼠反覆抓自己的臉，直到毛皮破損，甚至流血，無法停止，同時還會焦躁不安，這些類似人類的強迫症行爲。當神經傳導迴路重新連通，小鼠馬上就停止了抓臉，焦慮症狀也減輕，這揭示了神經迴路的存在。

強迫症的西醫治療^[3,5,6,9,10,15]

1. 藥物治療：選擇性血清素回收抑制劑 (SSRI, Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) 為主，或嘗試其他藥物。
2. 心理治療：幫助病人處理強迫意念和控制強迫行爲，例如「思考中斷法」或用轉移的方式來幫助自己逃開強迫意念。
3. 認知行爲治療：專業人員協助面對引起焦慮的環境及防止相關反應，透過認知行爲治療，患者嘗試逐漸去面對他們所害怕的情況，同時阻止自己去做慣常的強迫行爲，逐漸增加對焦慮的忍受度，恢復生活能力。
4. 藥物配合心理認知行爲治療：適合中度或嚴重的強迫症患者。
5. 住院治療：如果患者的病情嚴重，無法照顧自己或有自殺念頭，或有其他嚴重的精神問題，則應住院治療。
6. 外科治療：少數症狀嚴重、久治不癒的強迫症患者，可做電痙攣療法、腦深層刺激手術或迷走神經刺激術，對減輕強迫症狀和社會適應功能有療效。

強迫症中醫病因^[4,6,8]

(一) 善怒與善恐：

《黃帝內經素問·陰陽應象大論》記述「人有五臟化五氣，以生喜怒悲憂恐」；《素問·調經論》「血有餘則怒，不足則恐」。陽氣有餘之候，實證居多，易怒；精血不足之症，虛證居多，常恐。

(二) 肝膽與情志因素：

《黃帝內經素問·靈蘭秘典論篇》記述「肝者，將軍之官，謀慮出焉」。肝



氣急而志怒，故為將軍之官，主春生之氣，潛發未萌，故謀慮出焉。又述「膽者，中正之官，決斷出焉」，膽秉剛果之氣，故為中正之官，有膽量則有果斷，故決斷出焉。

(三) 肝盛而膽虛：

肝盛則盲目多謀慮，膽虛則沒有肯定的決斷，多慮則猶豫不決，從而表現為強迫性思維和強迫性行爲。

(四) 肝膽腎俱虛：

《諸病源候論》敘述「肝虛則恐，…心肝虛而受風邪，膽氣又弱，而為風所乘，恐如人捕之」。

(五) 怒憂恐夾雜：

《素問·舉痛論》指出「百病生於氣也。怒則氣上，喜則氣緩，悲則氣消，恐則氣下，…驚則氣亂；…」；七情分屬於五臟，喜為心志，怒為肝志，思為脾志，悲（憂）為肺志，恐（驚）為腎志。

強迫症中醫治療^[1,6-8,11]

中醫治療強迫症的原則也是補虛瀉實、寧志安神。虛證則補其不足，滋陰補心，養肝益膽；實證則瀉其有餘，清肝瀉熱，活血利膽；虛實夾雜證則依比例補瀉。例如：

(一) 痰熱擾心

主證：強迫性行爲，心悸易驚，煩躁易怒，失眠多夢，口燥咽乾，鼻衄痤瘡，喜涼惡熱，有傷人自傷傾向，大便秘結，小便短赤，舌紅苔黃，脈浮大。

治法：清熱化痰、寧心安神。

方藥：黃連解毒湯、建瓴湯、黃連溫膽湯加減。

(二) 腎陰虛虧

主證：強迫意向，心煩少寐，口乾咽燥，手足心熱，潮熱盜汗，耳鳴腰痠，足軟無力、小便頻數，少苔，脈細數。

治法：滋陰清熱。

方藥：知柏地黃湯、六味地黃湯加減。



(三) 心血瘀阻

主證：強迫性意念，心悸痛時作，唇甲青紫，舌質紫暗，脈緩澀或結代。

治法：活血化瘀。

方藥：乳沒四物湯、桂枝茯苓丸、育生補陽還五湯加減。

(四) 氣虛痰結

主證：七情鬱氣，凝滯阻塞，失志憂鬱，躁擾不寧，悲傷欲哭，脈緩弱。

治法：補脾益氣、散痰結。

方藥：半夏厚朴湯、溫膽湯、甘麥大棗湯加減。

(五) 肝鬱膽怯

主證：不恰當或不必要的想法，緊張不安，心悸，驚惕易恐，坐臥不安，少寐多夢，舌苔薄白，脈細數或虛弦。

治法：疏肝理氣。

方藥：柴胡疏肝湯、溫膽湯加減。

(六) 心脾兩虛

主證：面白倦累，形寒肢冷，胸悶氣短，善恐多懼，舌質淡苔白，脈虛弱。

治法：補血益氣。

方藥：補中益氣湯、歸脾湯、香砂六君子湯、理中湯、右歸飲加減。

中醫師林寶華治療強迫症典型案例^[13]

(一) 強迫症兼患妥瑞氏症

A78，B5，1989年生，初診16歲，女，155公分，48公斤。重度強迫症兼患妥瑞氏症，休學。

~2005/02/16初診，11歲患病，服西藥約3年半，目前服西藥(1) Clopran 25mg (2) Luvox 50mg (3) Tegretol 100mg “Chewable” 0.5tab。偶以腳頻繁踢物。就讀高一，常在學校找水龍頭二、三小時，老師發動同學去找她，自2004年10月開始休學至今，已五個月。

尿臭腥。帶下略黃。便秘。大便3—5天1次。曾翻白眼。繞圈圈。頻洗手。半個月前之除夕因洗澡8小時才願意結束，使全家不能回南部吃團圓飯。慢性鼻炎，常口乾，脈浮緩。

處方：知柏地黃方加牡蠣、全蠍、金蜈蚣、殭蠶、柴胡、梔子、天麻，七劑。



3月，母親曾將西藥減為三分之一，而自傍晚、整夜至清晨哭啼。

~2005/04/13 診，

又住院，停用中藥一個月。現改服臺北市某大醫院：

(1) Artane 5mg / tab. (2) Ativan 0.5mg / tab. (3) Luvox 50mg / tab. (4) Risperdal 1mg. (5) Eurodin 2mg.

家長抱怨西藥劑量太重，孩子常睡到中午才叫得起來；醒來仍欲睡。脾氣暴躁、罵三字經，腹痛，白帶多，舌苔白，脈緩。

處方：建瓴湯方加黃芩、黃連、桃仁、黃柏、全蠍、金蜈蚣、龍眼肉、天麻，七劑。

~2005/05/16 診，

近一週有三天情緒暴躁、摔東西、思緒亂。臉瘡疹。曾括約肌失控，大便不禁，小便遺尿。

~2005/05/23 診，

近三天倦、呆滯眼神、頭暈、晚睡，睡12小時仍倦；洗澡3小時，老是覺得髒；昨晚媽媽摸到她的手腕，就生氣嘮叨而去洗二小時。

~此後，

(1) 中藥以黃連解毒湯為主方，隨症加減。

(2) 西藥遞減，2009年10月，曾停用全部西藥；又發作，再服西藥，西藥劑再減少，停西藥，療養院行為制約，出院，療程如此反覆2次。

(3) 中藥幾乎每日服用，主治西醫師曾詢家長中藥處方，同意中藥有療效。

2011年5月後戒停精神科西藥，仍服中藥。

結語：

(1) 媽媽說，病重的4-5年，孩子每年都要去住院一個多月，包括行為制約訓練；遺憾孩子休學後沒能復學。

(2) 數次住院的血檢，服中藥後的血檢，皆無異常；近幾年的思緒、行為已幾乎完全正常，續中醫治療，仍以清熱滋陰為主；曾偶以參、耆、乾薑、製附子、桂枝補之，逐漸出現瘡疹、煩躁。

(3) 病人自2005年2月至2015年9月共服中藥3,115帖（天）。

(二) 亞斯伯格症併發強迫症

A1081、D41，1995年生，14歲，男，168公分，57公斤。

病史：自幼不喜歡和人互動。西醫血檢，無異常。2009年10月某大醫院診為亞斯伯格+妥瑞氏症+強迫症，給服百憂解、…。服至12月。今年1月改藥。



~ 妥瑞症：曾頻眨眼，吃飯夾菜夾不起來。
~ 強迫症：解大便 1-2 小時，洗手次數多，綁鞋帶次數多，擔憂身髒。
~ 近 3 個月，偶在下午後昏睡，未吃晚餐，過年至今，有 4 次；鼻過敏。
~ 症狀：全班 33 人，成績約第 20 名。醫生問話，怯不敢答。想說而不能表達。生氣時會摔門、大叫、跺地。常怕熱，汗多，不流鼻血。大便量少，而次數多，說話結巴不順。

處方：

2010/05/19 初診：黃連解毒湯加減、葛根、龍骨、牡蠣、石膏、五味子、川芎、白芷、酒大黃、東洋參、桂子。

2010/05/19~2011/01/07，共 210 帖。

2011/02/12 複診：育生補陽還五湯加減、乾薑、製附子少量、桂子、龍骨、牡蠣、白芷、黃芩、蒲公英、炒桃仁。

2014 年 6 月，順利進入大學。

2011/02/12~2014/12/01，共 588 帖。

統計自 2010 年 5 月至 2015 年 5 月，思緒正常，可以單獨處理事務；共 1,835 天，服中藥 910 帖。

臨床體會^[1,13]

(一) 中醫辨證是整體性

先賢常指導，辨證是通過診法所獲得的整體各種信息資料，運用臟腑、經絡、病因、病機等基礎理論進行綜合分析，從而辨別病變位置、性質及正邪情況。

(二) 腦神經精神障礙之中醫辨因

為學習的條理性，傳統醫學和現代醫學也將腦神經精神醫學的病名分類；但罹患腦神經精神障礙的病人常併發多症，虛實夾雜、寒熱起伏、瘀滯閉鎖。

(三) 腦神經精神障礙之中醫辨證類別

腦神經精神障礙之辨證，也可運用八綱辨證、臟腑辨證、氣血津液辨證、六經辨證、衛氣營血辨證、三焦辨證等。

(四) 腦神經傳導阻滯

我們可以將虛、實、寒、熱、瘀、濕、燥、風、…等證候，概括成廣義的造成腦神經傳導阻滯障礙；即：內因、外因、不內外因，各病因、證候都可能造成



神經傳導不正常。

(五) 強迫症的實證與虛證

強迫症病人有主觀好勝、任性急躁、自制能力差，也有患者性格薄弱謹慎，膽小怕事、怕犯錯誤、缺乏信心，事前反覆思想，事後不斷嘀咕並多次檢查者。

(六) 西醫研究強迫症有主症和併發症的區別，包括單一強迫症、強迫症併發它症和它症併發強迫症等，其病因主要是血清素（Serotonin）的過早再回收或其它腦神經傳導物質功能障礙，且包括腦內神經迴路有異常，中醫治療當以補虛為主要考量，但是個別病人有夾雜實熱證徵象，或情緒起伏劇烈者，都應先清熱瀉其滯留之熱邪，佐以化癥療法以疏暢其腦內神經迴路；衰其病情過半，再補其腎陽虛。

(七) 中醫治病劑量

每個病人的病情、併發症有差異，古今各年代病人的藥物適合劑量也就不同；以強迫症為例，依不同病情選適合藥物，我的參考用量如下：

- (1) 黃芩、黃連、黃柏，每帖各 3~15 錢 (1 錢 = 3.75 公克)。
- (2) 生龍骨、生牡蠣、代赭石、生石膏，各 10~20 錢；北耆 5~10 錢，當歸 5~10 錢。
- (3) 全蠍、蜈蚣，研粉，每日各 1~3 公克 (g)。
- (4) 其餘藥物，各 1~5 錢，嚴重病情則劑量增多。
- (5) 價錢昂貴或粉劑效果較佳的藥可研磨為粉劑，例如蜈蚣、全蠍、天麻、川七、牛黃、珍珠、粉光參、人參、…；湯藥和粉劑併服。

致謝

～感謝李政育教授、林欣榮院長、蔣永孝教授、馬辛一教授、黃文盛教授指導。

(完稿 2015 年 11 月)

參考文獻（併致謝忱）

1. 李政育，中醫腦神經治療學，台北，啓業書局，2001:5-24
2. 王輝雄、郭夢菲，超越又抖又叫妥瑞症，台北：台灣妥瑞症協會，2007:49,229
3. Kenneth W Lindsay. Ian Bone. Geraint Fuller, 顏君霖譯，圖解神經醫學及神經外科學，台北：合記圖書出版社，2012:385-388
4. 黃碧松，黃帝內經疾病篇導讀暨臨床應用，台北：台北市中醫師公會，2007:104-



108,397-422

5. 沈武典, 21世紀臨床精神藥物學, 台北: 合記圖書出版社, 2012:30~32
6. 孫怡. 楊任民, 實用中西醫結合神經病學, 北京, 人民衛生出版社, 2011:1088-1100
7. 孫孝洪, 中醫治療學原理, 台北: 知音出版社, 1992:99-100,319-320.
8. 李政育, 中西醫匯通的理論與實務第一集, 台北: 啓業書局, 1991:271-292
9. Michael Gelder/ Richard Mayou/ John Geddes, 吳光顯, 何志仁, 陳俊欽, 歐麗清, 方俊凱, 徐堅棋, 李郁芬, 林嘉發, 精神醫學, 台北: 藝軒圖書出版社, 2002:139-166,209-237
10. 陳漢湘等, 台灣家庭醫學全書第二冊, 嘉義: 明山書局, 1998:2-9
11. 李政育, 中醫治療內分泌異常與神經精神病, 2003.04
12. GOODMAN 等, The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale, (Y-BOCS, 耶魯布朗強迫症狀嚴重程度量表), 美國耶魯大學
13. 林寶華, 天使的鬼臉 - 妥瑞氏症亞斯伯格症強迫症巴金森氏症的中醫治療, 台北: 書泉出版社, 2015:183-202,286-291
14. 湯華盛, 黃政昌, 薛西佛斯也瘋狂 - 強迫症的認識與治療, 台北: 張老師文化事業有限公司, 2005:73-103
15. Elkhonon Goldberg, 洪蘭譯, 大腦總指揮, 台北: 遠流出版, 2005:160-166,180-187,250,264-268

通訊作者: 林寶華

聯絡地址: 新北市三重區中正北路 218 號 1 樓

電話: 02-29889212

E-mail: wwwlphcomtw@gmail.com