



巴金森氏病的中醫治療思路探討 —以李政育醫師治療醫案為例

曾詩嫻¹、曾宣靜²、劉偉修³、湯其暉³、袁耀南⁴、
樊裕明⁴、廖炎智⁵、邵東梅⁶、李政育⁷

¹醫道中醫診所

²臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區

³三軍總醫院神經外科部

⁴耕莘醫院核子醫學科

⁵三軍總醫院核子醫學部

⁶遼寧中醫藥大學國際教育學院

⁷育生中醫診所

壹、前言

巴金森氏病（Parkinson's disease, PD）是一種好發於 50 歲以上的神經退化性疾病，是一種進行性的動作障礙疾病，發生率隨年齡增加而提高。

2016 年發表的一份全球性統計，顯示全球約有六百萬人患病，其中男性約占 52.5%，在高收入的北美地區患病率最高，而在撒哈拉以南非洲地區患病率最低^{〔2〕}。在台灣，依據 2011 年健保資料庫顯示，有八萬多人因巴金森病及相關症狀而接受治療。

因病因的不明確，現代醫學的手術和藥物治療皆有其風險與侷限性，可以改善症狀，但也容易出現噁心、口乾、二便困難、姿態性低血壓、昏眩、情緒不穩、異動症和藥效波動等副作用^{〔1,4,5〕}。本文以李政育醫師的治療醫案為例，以辨證論治為原則，參考西醫檢驗數據，處方用藥靈活，能改善巴金森氏病患者症狀，提高生活品質，延緩疾病進展，促進腦細胞再生。

關鍵詞：巴金森氏病、腦萎縮、腦細胞再生

貳、病例報告

（一）病史

病患為民國 40 年出生的男性患者，103 年振興醫院診斷疑似巴金森氏病，無



服用西藥。

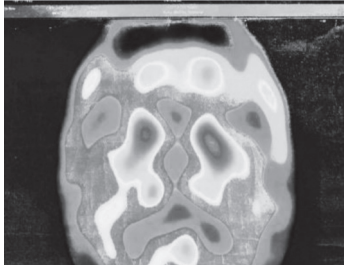
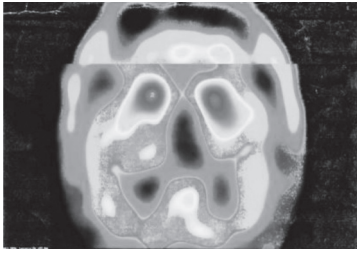
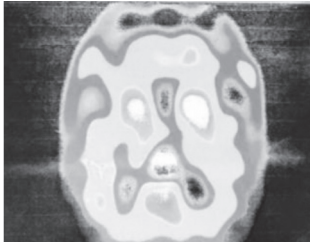
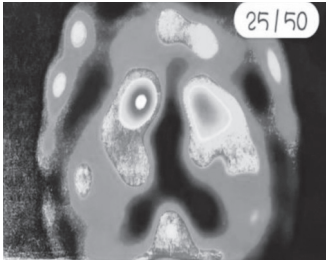
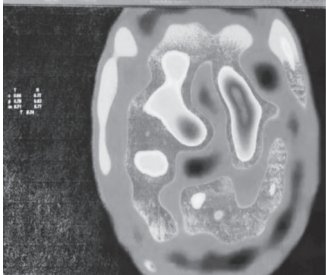
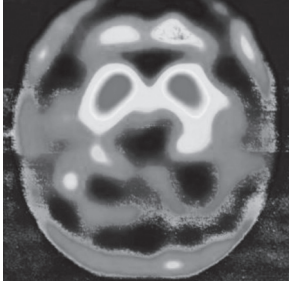
104年4月23日育生中醫初診，左手無力、靜止顫抖、靈活度較差，面部表情較少，體力差，情緒憂鬱、低落偶而驚恐，睡眠障礙，不易入睡、眠淺易醒。李政育醫師給予處方：育生半夏白朮天麻散、乾薑2錢、附子2錢、玉桂子5錢、柏子仁8錢、黃耆1兩、紅棗十枚、合人參粉、川七粉各3錢，日服育生丸三粒。

104年4月28日耕莘醫院 SPECT 診斷確診為巴金森氏病為 1.5~2 期。

治療期間因症而針灸、放血兼施，症狀總體上減輕，但因仍有手抖內心不安，於 108 年 3 月至台大服用西藥，服用後發現說話時臉上會有怪表情，才又開始減用西藥，至今仍中西藥併治中，109 年 5 月 4 日耕莘醫院 SPECT 仍能維持在 1.5~2 期。

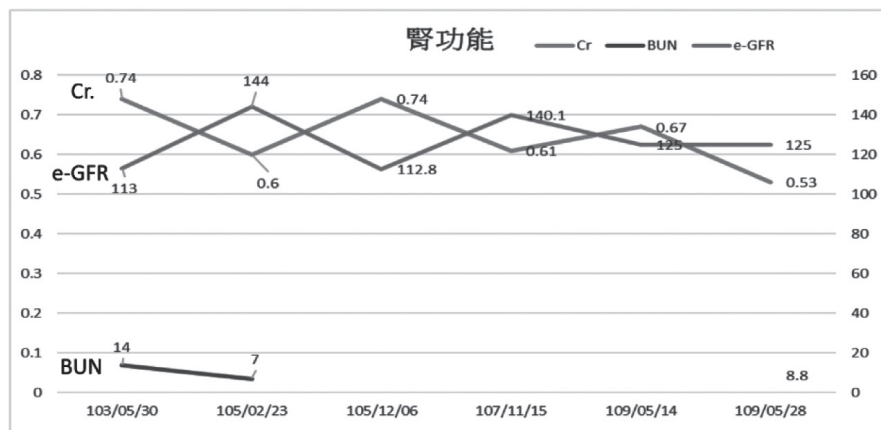
(二) 影像學報告

耕莘醫院 Tc-99m TRODAT-1 brain dopamine transporter SPECT，腦部多巴神經元斷層造影

106/04/18-HYS stage II	106/08/15-HYS stage II	107/02/01-HYS stage II
		
107/05/31-HYS stage II	107/11/07-HYS stage II	109/05/04-HYS stage I-II
		

(三) 腎功能報告

治療過程中腎功能數值皆正常



參、討論

一、巴金森氏病病理

從病理上來說，巴金森氏病的主要特徵是黑質多巴胺能神經元的退化，紋狀體內多巴胺的減少和神經元內異常蛋白聚集體路易小體的形成〔1〕。

二、巴金森氏病病因

目前病因尚不明確，推測與外在環境毒物、感染、年齡老化和遺傳因素有關，基因的易感性和環境毒物接觸是導致發病缺一不可的因素〔1〕。

三、巴金森氏病症狀

靜止性顫抖、肢體僵硬、運動遲緩、步態不穩為四大主要臨床症狀，其他運動症狀還包括面具臉、眨眼減少、講話小聲、含糊、聲調平板、嚥下困難、寫字過小、凍結步態等；非運動症狀，如嗅覺喪失、感覺障礙（如疼痛）、心境障礙（如抑鬱）、睡眠障礙，自主神經系統障礙，如姿態性低血壓、胃腸道功能混亂、泌尿功能異常、性功能異常、認知功能障礙等〔1,4,5〕。

四、巴金森氏病分期（Hoehn & Yahr stage）〔1,4,5〕

根據美國神經學家 Hoehn 和 Yahr 醫生於 1967 年發表。

Stage I：症狀僅發生在單側。

Stage II：症狀發生在兩側，姿勢平穩。

Stage III：症狀發生在兩側，且影響到行走平衡，常常容易跌倒。

Stage IV：日常生活部分需要他人照顧，行走需使用輔具以利安全。

Stage V：幾乎須仰賴輪椅或臥床，日常生活幾乎需要他人照顧。



五、巴金森氏病現代醫學的治療

(一) 藥物^[1,4,5]

1. 左旋多巴 (Levodopa)

為多巴胺的前驅物，可經由多巴脫羧基酵素催化而轉變成多巴胺，是目前巴金森氏病最重要和最有效的症狀改善藥物。

由於多巴胺無法通過血腦障壁，只有左旋多巴才可以穿過血腦障壁形成多巴胺，一般與多巴脫羧基酵素抑制劑 (Dopa Decarboxylase Inhibitor, DDI) 併用，以防止左旋多巴在進入大腦內之前就被多巴脫羧基酵素轉化成多巴胺，使更多的左旋多巴到達腦部，這抑制劑本身不會通過血腦屏障，所以不會影響左旋多巴在中樞神經的代謝。

長期使用左多巴後最主要的副作用包括下列：

- a. 運動波動出現動作開關 (動作功能改善的來電與藥物沒反應而失衡的斷電現象) 和異動症 (舞蹈狀的不自主運動，包括肌張力不全、肌痙攣) 的運動併發症，通常在服用五到十年後，50% 以上的患者會出現此症狀。
- b. 非運動系統如情緒、認知能力、疼痛和感官系統的波動現象。
- c. 精神心理方面的問題，如錯亂和認知能力也會因為長期服用左多巴而惡化。

2. 多巴胺接受體促效劑 (Dopamine Receptor Agonists)

多巴胺接受體促效劑，能夠在多巴胺接受體模仿多巴胺的作用，增加神經訊號的傳送，因而減輕巴金森病的症狀。不過須注意的是近年有報導服用促效劑藥物出現異常衝動或強迫行為，如性慾高張、病態性賭博、購買慾增強、食慾增強等等。

3. 兒茶酚氧位甲基轉移酵素抑制劑 (COMT Inhibitors)

抑制 COMT 酵素，能夠減少左多巴在腦外就被轉化以及腦內多巴胺被分解，增加腦內左多巴的數量及其半衰期；這將維持多巴胺的穩定性，避免多巴胺接受體受到間歇性的刺激。搭配 COMT 抑制劑能夠減少左多巴的藥量，並延長「來電」的時間與縮短「斷電」的時間。

4. 單胺氧化酶 B 抑制劑 (MAO-B Inhibitors, 如 Selegiline)

MAO-B 抑制劑能夠減少多巴胺受到破壞，而增加腦內多巴胺的數量。因此，Selegiline 的主要功能在降低左多巴的用量以延長使用左多巴的時期。

5. 亢膽激素 (Anticholinergics)

巴金森氏病患者的多巴胺減少，使乙醯膽素的作用過大而影響到傳導到肌肉的訊號和控制。亢膽激素能夠抑制膽激素的作用而使它與多巴胺的作用達到平衡，



主要功效是減少靜止性的震顫和肌肉僵硬，加強肌肉的控制。

6. 金剛胺 (Amantadine, 如 Symmetrel)

Amantadine 是一種抗濾過性病毒的藥物，通常用於巴金森病初期，當行動緩慢或僵硬是主要症狀的時候。

	作用	效果	副作用	藥品
左多巴 (Levodopa)	提供左多巴以增加大腦中多巴胺的數量。	對巴金森病的症狀有全面的改進。	噁心、口乾、便秘、起立性低血壓、昏眩、情緒不穩、幻覺、妄想、異動症和藥效波動。	Madopar (美道普)、Sinemet (心寧美)。
多巴胺接受體促效劑 (Dopamine Receptor Agonists)	模仿多巴胺來刺激多巴胺接受體，以代替腦內不足的多巴胺。	對巴金森病的症狀有全面的改進。	反胃、口乾、起立性低血壓、昏眩、幻覺、妄想、嗜睡。	Celance (協良行)、Parlodel (保乳調)、Requip (力必平)、Mirapex (樂伯克錠)、Apomorphine、Neupro 貼片
COMT 抑制劑 (COMT Inhibitors)	抑制 COMT 酵素分解多巴胺以增加進入腦內的多巴胺。	減少左多巴藥物的用量及其衍生的副作用。	反胃、腹瀉、異動症、皮膚膚色及尿液顏色變黃。	Comtan (諾康停膜衣錠)
MAO-B 抑制劑 (MAO-B Inhibitors)	抑制 MAO-B 酵素分解多巴胺以增加腦內多巴胺的含量。	延長左多巴藥的使用期或減少劑量。	失眠、口乾、便秘、姿態性低血壓、昏眩、情緒不穩、異動症。	Selegiline、Jumexal (治平錠)、Rasagiline
金剛胺 (Amantadine)	刺激多巴胺的釋出以增加腦內多巴胺的活性。	舒緩巴金森病的症狀，並延後使用左多巴藥的時間。	口乾、皮膚斑點、腳腫脹、幻覺、起立性低血壓。	PK-Merz (麥斯克膜衣錠)。
抗膽鹼素 (Anticholinergics)	抑制乙醯膽鹼的作用增加腦內多巴胺的活性。	改進僵硬、顫抖、流口水等症狀。	口乾、便秘、小便困難、視覺模糊、意識錯亂。	Artane (阿丹片)、Akineton (安得寧錠)、Akifree。

(二) 手術【視丘下核深腦刺激術 (Deep Brain Stimulation; DBS)】^[1,4,5]

1. 原理：視丘下核的過度活化對巴金森氏病的病態生理具有關鍵的地位。
2. 方法：在大腦深部兩側視丘下核植入的精確電極，進行長期高頻率的電刺激。
3. 適用對象：對左多巴有良好反應的巴金森病患，尤其是合併有嚴重的藥效波動或左多巴引起的異動症。
4. 進行時間：手術時間較長（約 4~12 小時），需病人高度配合。接受手術的患者必須在術前 12 小時，停止所有巴金森藥物，且在術中保持清醒，僅接受局部麻醉。
5. 風險：約 5% 的機率可能造成腦出血、腦中風、甚至死亡。此外，術後可能出現已植入電極的感染、故障或折損。
6. 價格：以往自費約需百萬，三到五年後，兩組約 60 萬的電池還需要開刀更換，價格不斐，所幸健保署通過 109.8.1 健保開始全面給付。

(三) 肉毒桿菌

原理：與神經傳導相關蛋白質 SNAP-25 結合，阻斷神經 - 肌肉交界處的神經傳導物質分泌，使神經傳導受阻，因而使肌肉放鬆無法收縮，用來治療肌肉過度收縮的肌張力不全症^[4]。



(四) 細胞重建術

包括幹細胞的移植、神經生長素治療或基因治療，目前都仍屬臨床人體試驗階段，包括植入正在生長的胚胎多巴胺細胞，使腦內多巴胺細胞增加。

六、巴金森氏病傳統中醫的治療

歷代文獻巴金森氏病屬中醫「震顫」、「顫證」、「顫振」、「瘳病」的範疇。《素問·五藏大論》「其病搖動，掉眩巔疾」；《素問·至真要大論》曰「諸風掉眩，皆屬於肝」；《素問·脈要精微論》「骨者，髓之府，不能久立，行則振掉，骨將僂矣。」《證治準繩·雜病》曰：「顫，搖也；振，動也。筋脈約束不住而莫能任持，風之象也」；《金匱翼》：手足為諸陽之本，陽氣不足，則四肢不能自主，而肝風得以侮之，肝應木，熱生風，陰血衰則熱而風生焉〔7,9〕。

中醫近代諸家多數認為巴金森氏病的病理在於肝腎陰虛，心脾亦有影響，在肝腎陰虛為基礎挾風、火、痰、瘀等病理，經脈失營致筋脈失衡，導致病人出現顫震、僵直、行動緩慢等症狀〔9〕。

(一) 辨證論治

1. 肝氣鬱滯：疏肝解鬱，熄風理氣
方劑：柴胡疏肝散合羚羊角鉤藤湯加減
2. 痰濁壅滯：燥濕化痰，理氣除煩
方劑：導痰湯加金錢白花蛇、蟬蛻、僵蠶、地龍、鉤藤等
3. 痰熱風動：清熱化痰，熄風止瘳
方劑：方用溫膽湯合天麻鉤藤飲
4. 氣滯血瘀：理氣活血，化瘀通絡
方劑：復元活血湯加僵蠶、威靈仙、徐長卿等
5. 肝腎陰虛：補益肝腎，滋陰熄風
方劑：大定風珠加減
6. 心脾兩虛：益氣補血，健脾養心
方劑：歸脾湯加減
7. 氣血不足：益氣養血，熄風通絡
方劑：人參養榮湯合天麻鉤藤飲
8. 髓海空虛：填精益髓
方劑：龜鹿二仙膠加減

(二) 六經辨證

巴金森氏病在六經辨證裡，歸於厥陰病。厥陰病乃陰盡陽生，一陽初生，陽



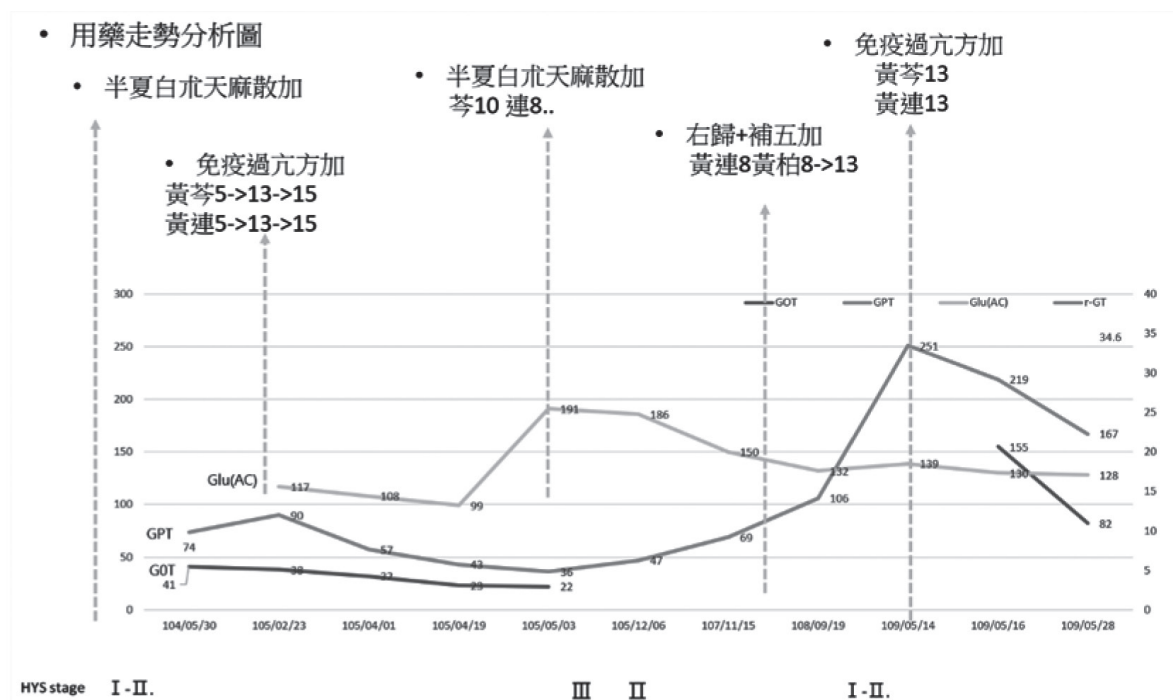
氣不足，俱有肝之疏泄太過，厥陰風木擾動經筋的特點。巴金森氏病患者主症肢體僵硬、動作遲緩，一派筋脈拘攣的寒象。《素問·生氣通天論》提到：「陽氣者，精則養神，柔則養筋」。經筋拘攣的根本是陽氣不足、失於濡養所致。「厥」是陽氣不能正常敷布四肢而致的手足逆冷，同樣，陽氣衰少亦可引起四肢肌肉、經筋失于溫煦而表現為痙攣、強直，故曰：「陽氣者，若天與日，失其所，則折壽而不彰。……因於寒，欲如運樞，起居如驚，神氣乃浮」。

震顫，乃風動之象，《內經》：「諸風掉眩皆屬肝」。木主風，風為陽氣，陽主動，此木氣太過，而克脾土，脾主四肢，四肢者，諸陽之末，木氣鼓之故動，經謂「風淫末疾」者此也，亦有頭動而手足不動者，蓋頭乃諸陽之首，木氣上沖，故頭獨動而手足不動：散於四末，則手足動而頭不動也。皆木氣太過，而兼火之化也。

從厥陰病論治巴金森氏病，是強調治療過程中要重視培育陽氣。在鼓動陽氣時必須以酸味收斂，於陰中求陽，代表方為烏梅丸。烏梅丸以「通」為主，主藥烏梅，李時珍：「梅在冬季開花，夏季成熟結果，得木之全氣」，在此用苦酒漬一宿，其酸味更厚，酸為厥陰之味，能補肝、養肝以柔筋〔6〕。

但厥陰為陰盡陽生，為風木，其本性本應升發，此處卻以酸斂治之，何也？乃取其「將欲歛之，必固張之；將欲弱之，必固強之」之意，欲升發之，必固酸斂之。臨床若見巴金森氏病患者兼有四末冷或出現下肢冰冷，烏梅丸合拍可加入使用。

（三）李政育醫師醫案用藥整理





1. 第一階段（第 1 診 ~ 第 18 診）

主方：育生半夏天麻白朮散加方

- (1) 初服症狀改善，各種動作較靈活、輕快，抖動亦減。
- (2) 中醫的痰飲，與近代西方醫學所稱不正常水份或分泌物（可能是細菌或病毒或其代謝廢物或毒素）無法被正常排出細胞內外有相似〔3〕。
- (3) 育生半夏天麻白朮散：方中半夏、陳皮健脾燥濕，行氣和中；白朮、茯苓、澤瀉利水滲濕；神麴、麥芽健脾消食；天麻平抑肝風，北耆當歸補氣補血，上藥合用能加速代謝大腦沉積廢物，改善大腦循環，再用乾薑、炮附共溫脾腎之陽，驅動細胞再生，稍佐黃柏避免過亢。

2. 第二階段（第 19 診 ~ 第 28 診）

主方：育生免疫過亢方加

- (1) CA19-9、Glu(AC)、GPT 高起，影像檢查無胰、肝、膽或膽管，或上消化道的腫瘤存在。爲了讓病人安心，改用免疫過亢方，其中黃芩、黃連可由 5 錢增加到兩三再到一兩半，讓數值快速下降，但缺點是病人手足動作也惡化，SPECT 檢查惡化成 HYS stage III〔10〕。
- (2) 育生免疫過亢方：清熱解毒，消炎退熱，不但能讓指數恢復正常，還能改善心腦血管粥狀硬化，血管上皮細胞的異常增生，防止傳導介質過於黏膩，改善腦循環〔3〕。

3. 第三階段（第 29 診 ~ 第 95 診）

主方：育生半夏白朮天麻散加黃芩、黃連等

- (1) 當檢驗數值較恢復時，轉方，再將黃芩、黃連、黃柏或丹皮、山豆根、良薑、元胡……類藥加入育生半夏天麻白朮散中，一邊促進多巴胺神經元細胞新生，一邊防止 CA19-9、Glu(AC)、GPT 再高起。在此同時，病人症狀的進展，速度就變慢了〔11〕。
- (2) 或另可思考將育生半夏天麻白朮散的乾薑、附子、玉桂減量，直接將黃芩、黃柏、黃連加入，劑量大些，一邊維持腦循環與促進多巴胺神經元細胞增生，等血檢正常後，經過二三個月追蹤皆正常，此時三黃類藥維持原量，但將乾薑、附子、玉桂、良薑加重下去，如此較不會因促進多巴胺神經元細胞生長與多巴胺分泌量的減少而影響到療效〔11〕。

4. 第四階段（第 96 診 ~ 第 130 診）

主方：育生補陽還五湯合育生右歸飲加黃連、黃柏等

- (1) 透過補氣、補血、補腎陽藥再加強腦細胞再生能力。
- (2) 109/05/04-HYS stage I - II，恢復效果佳。



5. 第五階段（第 113 診～）

主方：免疫過亢方加

- (1) CA19-9、Glu(AC)、GPT 又急速高起，再度採用免疫過亢方加快速讓數值恢復正常。
- (2) 至今仍持續追蹤、治療中。

（四）李政育醫師治療巴金森氏病大法^{〔11〕}

1. 補氣法

常用方：育生補陽還五湯合併四逆湯，再加人參、川七、黃柏、或再加鹿茸…，或育生歸耆建中湯、或十全大補湯、或補中益氣湯、聖愈湯…加方。

說明：主要作用在於調整腦血管蠕動功能，啟動側枝循環，啟動腦幹細胞的活化，以及促進骨髓幹細胞的製造，並啟動週邊血幹細胞大量往腦移動，進行修復與腦細胞的增生。此方較適用於血管性疾病所致之巴金森氏症或巴金森氏病。

2. 溫化寒飲法

常用方：育生半夏天麻白朮散加方

說明：適用於正常腦壓性的腦萎縮所致之巴金森氏病或症，依動物實驗，發現確實對造模鼠的巴金森氏病的腦細胞能大量增生。

3. 溫補腎陽法

常用方：育生右歸飲加方

說明：較適用於腦細胞實質性的凋亡、萎縮、空洞、腦皮質紋路變淺且寬、緊實度不足，平時易有手足酸疼、下肢無力、頸項無力、視霧、腰足重而難舉者，尤其曾經有骨折後遺而胃納尚佳的病人。

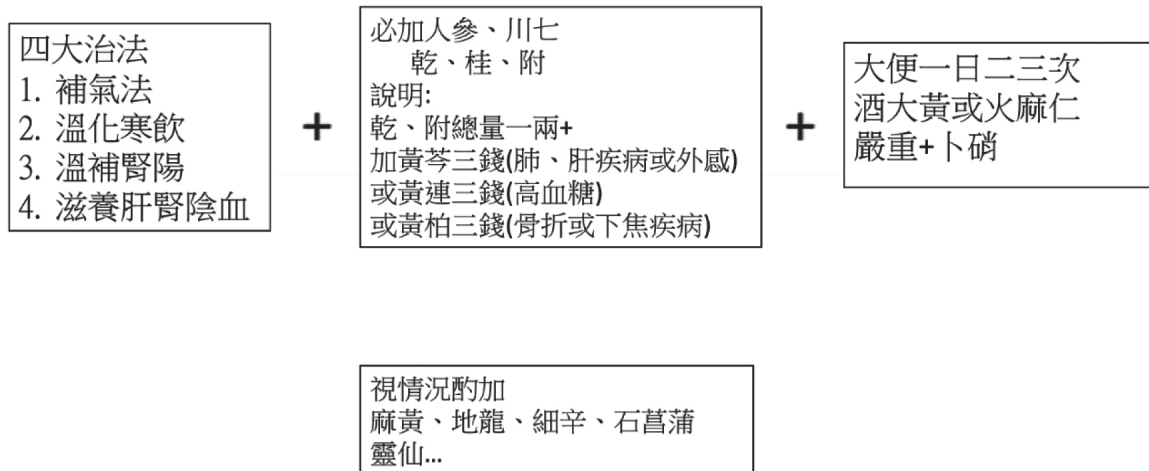
4. 滋養肝腎陰血法

常用方：七寶美髯丹、育生血枯方、虎潛丸、加味健步虎潛丸、左歸丸（飲）、還少丹、地黃飲子…類方劑。

說明：主要針對腦多巴胺細胞製造中樞的供血不足，因血管狹窄、血流不良引起，經活血化瘀而涼血，或破血，或進而生新血、補血的過程，將血管的栓塞、粥狀硬化或微細血管通透性不足，導致多巴胺製造中樞處於慢性凋亡或乾枯的方劑。可能是腦震盪後遺、血管瘤破裂後遺、或血管栓塞後遺，超高血脂或糖尿控制不良之腦病，或藥物灼傷腦血管之腦病，例如化療導致進行性失智、進行性巴金森氏病（症）…者適用。但當這種藥物服用三五個月，在此期間或許進步神速，但自此後停頓，再怎麼加重劑量亦不再進步了，就要加入補陽藥物如乾薑、



附子、玉桂、吳茱萸、花椒、麻黃、細辛、石菖蒲、各種豆蔻…等，其中乾薑、附子、玉桂效用猶如大力馬達加壓，強力打開腦血屏障，讓多巴胺製造中樞增加灌注。



(五) 李政育醫師治療巴金森氏症用藥思路經驗探討

1. 轉方時機

以辨證論治和實驗室數據合參，為轉方的基礎。若患者神經內分泌傳導很差，萎縮厲害用補氣補血補陽、化寒瘀，都效果不佳時，可加入補腎藥，例：補五湯再加入右歸丸。或另外若同一副藥吃久，可能出現敏感鈍化，有效度變差，此時可用同行性藥物替代。

2. 使用陽藥注意事項^{〔11〕}

乾薑、附子、玉桂類補陽藥物大量加入，經二、三個月的服用，可能會發生仿如更年期心身症與 CA19-9 高起的現象。似女性更年期障礙現象如不眠、潮熱、心悸、自汗、盜汗、頭暈或眩或頭脹緊、或頸肩緊、或口乾、視霧等的現象出現，而手足抖動、僵緊的現象也反而加重。

(1) 應對策略

a. 中西藥併用者

初期出現女性更年期生理現象時，立即將三黃、或龍骨、牡蠣、或代赭石、或青蒿、知母、地骨皮快速加量開入，而將乾薑、附子、玉桂予以慢慢快速遞減，如此就不會進入退步。

b. 單純中藥治療者

繼續予原來方劑加強下去，但將黃連、或黃芩、或大黃加重，以慢慢緩解降低 CA19-9。

等 CA19-9 昇到拋物線的最高點，開始有往下降了，就將中藥的補氣、



補血、補陽藥繼續予加重，直到病人症狀完全緩解，影像檢查多巴胺細胞完全長出，再經過一段長時間保養，讓細胞充滿飽足。

- (2) 配合針灸，放血肝、脾、胃井穴、俞穴，針內關、合谷、脾俞、胃俞、肝俞、胆俞、太沖、中封、三陰交、沖陽。

3. 症狀加減

- (1) 腰痛加杜仲。
- (2) 皮膚癢加路路通。
- (3) 憂鬱加龍眼乾、紅棗、糖，建議曬早上 9~11 點太陽半小時，盡量少遮蔽身軀，增加日曬範圍。
- (4) 睡眠障礙屬陽亢型加重鎮安神，如龍骨、牡蠣、代赭石。

4. 大便秘通暢，至少兩三次 / 日〔7,8〕

巴金森氏病患者容易有便秘症狀，用西藥後便秘會更嚴重，爲了避免宿矢產生許多不好的廢物吸收後干擾大腦的運作，神經的傳遞，大黃可以通便溶血、活血化瘀、通腑瀉熱、利膈降壓、消炎消腫，促進神經的代謝及廢物排出。

5. 腦部灌注量要充足

- (1) 腦部供氧供血充足，才能有利於腦細胞神經恢復，山茱萸、炒龍骨、炒牡蠣可以收斂血管，增加腦灌注量，龍、牡生用則是鎮定安神，抑制腦壓，抑制心臟活動。
- (2) 老人、失智、巴金森氏病患者，血鈉可以拉到 140meq/L 左右，不一定要出現水腫症狀，就可以適當加鹽巴。

6. 補腎填精藥運用

- (1) 細鹿茸
 - a. 【性味歸經】甘、鹹，溫。歸腎、肝經。
 - b. 【功效】壯腎陽，益精血，強筋骨，調衝任，托瘡毒。
 - c. 劑量：五分 ~2 錢，注意從小量五分漸漸加入，避免肌肉收緊。
- (2) 紫河車
 - a. 【性味歸經】甘、鹹，溫。歸心、肺、腎經。
 - b. 【功效】溫腎補精，益氣養血
 - c. 劑量：1~3 錢，無肌肉收緊狀況。

7. 育生丸

是微量的蔓陀蘿花製成，功用在增加腦部供血量及啓動側支循環，緩解肌肉血管的痙攣與緊張，預防中風，改善睡眠品質，改善緊張憂鬱等精神官能症狀〔7,8〕。



8. 針灸

初期用捻針引導大腦血流改變即可，後期改用溫針，療效持久力較好，注意極少數例外，溫針後可能出現躁動。

9. 中西藥如何搭配，西藥如何戒停

巴金森氏病單純使用中藥治療，療效最好。若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，待病情穩定後，西藥逐漸減量，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、亢乙酰膽鹼劑等等；L-dopa 類藥物必須最後才能慢慢遞減〔7,8〕。

10. 中藥何時減藥

直到病人症狀完全緩解，影像檢查多巴胺細胞完全長出，再經過一段長時間保養讓多巴胺細胞充滿飽足，一樣經過一個冬天，或經過二三次感冒也未再發作，再將中藥慢慢減停〔11〕。

肆、結論

巴金森氏病致病原因目前尚不完全明確，現代醫學仍持續在研究探索中，現行西藥治療仍有不可避免的副作用，例如隨著 L-dopa 使用的時間越長，疾病也越嚴重，L-dopa 療效時間會越來越短、L-dopa 在血中濃度波動很大，出現異動症或動作開關頻率會越明顯。雖然腦深層電刺激手術能縮短「關」期時間，緩解運動障礙，但不能改善和阻止某些症狀的發展，例如凍結步伐、跌倒和失智。藥物能改善某些症狀，卻無法讓腦中多巴胺細胞再生。

傳統中醫及早的介入治療，可以有效的減緩病程發展，促進腦細胞的再生與增進神經傳導功能。中醫用藥靈巧，從這篇病例裡面，我們學習到治療巴金森氏病經驗豐富且成功治癒過巴金森氏病的李政育醫師，如何在面對病勢變化時，適時轉方，例如 CA19-9、Glu(AC)、GPT 高起，改用免疫過亢方或將補陽藥減少，增加黃芩、黃連、黃柏的分量，讓巴金森氏病得到良好控制與進展。

現代醫療持續進步，傳統中醫如能運用現代醫學觀念與技術，相當於中醫的問診與望診，將療效發揮到最大，增進病人身心健康，乃是醫者之責，才是病人之福。

伍、參考方劑（單位：錢）

育生半夏天麻白朮散：當歸 2、半夏 3、生白朮 3、茯苓 3、澤瀉 3、陳皮 3、神麴 3、麥芽 3、乾薑 3、黃柏 3、炮附 5、天麻 5、北耆 10



育生免疫過亢方：黃芩 5、黃連 5、黃柏 5、甘草 5、蒼朮 5、清蒿 5、知母 5、地骨皮 5

育生右歸飲：當歸 2、茯苓 2、枸杞子 3、黃柏 3、乾薑 3、生地 4、山茱 4、蒼朮 4、杜仲 4、淮山 4、菟絲子 4、炮附 5、牛七 5、玉桂子 5

育生補陽還五湯：當歸 4、川芎 4、赤芍 4、丹參 4、銀杏葉 4、北耆 20

陸、病例紀錄

日期	診斷	主訴	處方（單位：錢）
104/5/7 第 1 診	巴金森氏病	左手無力、靈活度較差，面部表情較少，體力差，睡眠 2:30-10:30、大便質軟一天一行，納可，情緒憂鬱、低落偶而驚恐，睡眠障礙，不易入睡、眠淺易醒	半夏白朮天麻散、乾薑 2、附子 2、玉桂子 5、柏子仁 8、黃耆 10、紅棗十枚 人參、川七各 3 錢 育生丸三粒 7 帖
104/5/30 第 3 診	慢性肝炎	陳惠章診所 GOT:41 GPT:74 BUN:14 Cr.0.74 e-GFR:113 Na135 K4.53 WBC4.48 RBC5.11 Hb15.9 HT46 MCV90 MCH:31.1 MCHC:34.6 Plt:175k Neu:71.1 lym16.7 Mon:10.5 Eos:1.3 Baso:0.4	
104/6/4 第 4 診		脈浮大澀乳而微數代	如 5/7 方 + 黃芩 5 7 帖
104/6/11 第 5 診		這周情緒較低落，偶有驚恐，晨起溢淚、眼睛乾澀，大便略硬一天一行	如 5/7 方 + 黃芩 5、麻黃 2.5 7 帖
104/7/2 第 7 診		個性較急，兩側髓骨裡面略痠痛，大便略硬一天一行，眠淺易醒	方如 6/11 + 大黃 0.5、牛七 4 7 帖
104/7/16 齒齦炎 第 9 診		三天前牙齦膿瘍引流手術於牙科診所，右臉頰略腫，服 Amoxicillin*1pc*4Ibuprofen*1pc*4 Enzydase*1pc*4 （尙有三帖藥）大便順，易眠	方如 5/7 + 黃芩 8、牛七 5、大黃 0.5 7 帖
104/7/23 第 10 診		右牙齦腫消許多，右手掌背傷口癒合結疤，淺眠，腰帶束的地方略紅癢，大便質軟一天一行	方如 5/7 + 黃芩 8、黃耆 6、牛七 4、大黃 0.5 7 帖 針合谷



104/7/30 心身症 恐慌 第 11 診		爬樓梯時，曾一陣黑影欲跌倒，上週服一帖藥後，恐慌甚，被嚇到四五次，情緒較低落	如 7/23 方 14 帖 針合谷、手足三里、神門
104/12/1 第 13 診		左手抖動較頻繁，走路較有力量，眠可，自訴針合谷後，抖就停 脈澀弱代	方如 5/7 +代赭石 6、沙苑子 10、大黃 0.5、人參 1、天麻 8、去柏子仁 14 帖 放血：大椎上中下 針風池、大椎、合谷、手足三里、左外關、背勞宮、中渚、肩貞
104/12/5 第 14 診		夜尿一天三行，左手抖，但較有力，走路有力量（擔心被客戶看到）	如 12/1 方 針如 12/1 +三陰交、太衝、陰陵泉
104/12/30 第 15 診	漏尿	好睡，漏尿（忍不住）	方如 5/7 +代赭石 6、沙苑子 10、大黃 0.5、人參 2、龍眼核 4、去柏子仁 14 帖 溫針如前 風池、天柱、手足三里、左合谷、外關、背勞宮、中渚、三陰交、放血大椎上中下
105/1/26 第 17 診		午睡可睡 1~2 小時，平時比較能睡，夜間眠可，尿急，左手抖較緩解，夜尿 1~2 行，頭部紅疹伴隨脫屑，養甚時才擦類固醇，大便質軟一天一行	如 104/12/30 方 21 帖 溫針如 104/12/30
105/2/23 第 18 診	高 CA199	聯合診所 RBC: 515 萬 Hb:16.2 WBC:6300 N:71.9 L: 14 PLT:185K Glu(AC):117 Bil.T/D:1.3/0.4 T.P/Alb:70/4.5 G:2.5 ALK-P:60 GOT/GPT:38/90 r-GT:71 BUN/Cr:7/0.6 BUA:5.4 eGFR:144 Chol/TG:212/84 HDL/ LDL:54/130 Homocysteine:9.6 Lp(a):5.4 Fibrinogen HS-CRP:0.8 Free T4/TSH:1.49/4.7 Na/K:143/2.7 Cl/Ca:103/9.5	104/5/7 方去乾薑 2、柏子仁 8、加龍眼核 4、代赭石 6、人參 2、黃芩大 10、黃 0.5、沙苑子 20 4 帖 放血：肝脾胃井穴、大椎上中下 針風池、天柱、合谷、手足三里



		<p>Ferritin:537.6 Vit-D:17.3 AFP:7.7 CEA:6.5 PSA:2 CA19-9:131.9(102.9.27:CA19-9:95.4) SCC:0.8 腸鏡：息肉 0.3cm 0.6cm 0.4cm 0.2~0.3cm 未切除 胃鏡：2*0.2cm 腹超：輕度脂肪肝 鈣化點 0.7cm 1.3*1cm 血管瘤 肝囊腫 0.6cm 腎有鈣化點 SONO: 胰脾 膽腎脈靜脈 (-) 骨密度 T-score： -2.9 (之前 -2.6) 左髕關節 -2.3 (之前 -2.6) 腰椎</p>	
105/3/8 第 19 診		脈濇數長代	<p>一、免疫過亢方 黃連 8、黃芩 8、仙楂 4、山豆根 3、大黃五分、川芎 4、赤芍 4、丹參 4、萊菔子 4、良薑 3 二、海螵蛸 貝母 3g*3*14 14 帖 三、放血肝脾胃井穴 針太衝、衝封、公孫、太白、內關</p>
105/3/23 第 20 診		脈浮弦澀數代 近日不易入眠	<p>如 3/8 方加黃連 5、黃芩 5、生牡蠣 5、育生丸一粒 14 帖</p>
105/4/1 第 21 診		陳惠章診所 GOT/GPT:32/57 Na/K:141/4.9 CEA6.9 CA19-9:38.8	<p>如 3/8 方加黃連 10、黃芩 10、生牡蠣 5、育生丸一粒 14 帖</p>
105/4/19 第 22 診		4/14 吉祥送檢 GOT/GPT:23/43 Glu(AC)108 HBALC:5 Na/K/CL/Ca:142/4.1/106/9.7 CA19-9:32.6 Hb:15.2 WBC:58 RBC475 萬 Plt:183K MCV93.1 WBC. DC:N72.6 L18 M10	<p>如 3/8 方加黃連 2、黃芩 2、黃耆 15 育生丸一粒 14 帖 針合谷、手三里</p>
105/5/3 第 23 診		5/2 吉祥送檢 GOT/GPT:22/36 Glu(AC)99 CA19-9:30.1 Hb:15.7 WBC:5400 RBC:484 萬 Plt:178K S:74 L:17 M:9	<p>如 3/8 方加黃耆 15 育生丸二粒 14 帖 針手足三里、神門</p>



		近日噩夢多，會被嚇醒，大便質軟一天一行，難入睡，憂鬱，納差，須躺兩小時才能入睡，近半年體重下降 5-6kg	
105/5/17 第 24 診		精神差，納差，眠可，大便質軟一天一行	如 3/8 方加黃耆 25、乾薑 3、去良薑 14 帖 育生丸三粒 只針不抽血
105/5/31 第 25 診		略倦怠，易自汗，不易入眠，晚上易無力感	如 3/8 方加黃耆 25、乾薑代良薑、去海螵蛸、貝母 人參、川七各 3g*3 育生丸三粒 14 帖 針手足三里、合谷、三陰交、陰陵泉、血海
105/6/14 第 26 診		不易入眠，須躺兩小時，憂鬱，大便質軟一天 1~2 行脈大浮澀弱而微數左關獨動溢如珠	免疫過亢方 黃連 8、黃芩 8、仙楂 4、黃耆 25、山豆根 3、大黃 0.5、川芎 4、赤芍 4、丹參 4、炮附 4、乾薑 3 人參、川七各 3g*3*14 育生丸三粒 14 帖 針如 5/31
105/7/26 第 29 診	HYS stage III	7/7CA19-9:35.22 7/5 突觸前紋狀體多巴胺短缺較前惡化 可定為三期	方如 104/5/7 加人參 2、黃連 8、黃芩 10、大黃 0.5、去柏子仁 14 帖 針百會、天柱、風池、手足三里、神門
105/8/23 第 30 診		其夫人嚴近日易有怒也悲脈浮大芤微數有力	如 104/5/7 方加黃連 8、生牡蠣 8、黃芩 10、大黃 0.5 人參 2 14 帖
105/9/8 第 31 診		大便里急後重感，量少	如 104/5/7 方加黃連 8、生牡蠣 8、黃芩 10、大黃 0.8 人參 2 14 帖 育生丸一粒 針如 7/26
105/9/20 第 32 診		手抖自覺加重，自汗，不易入眠	如 104/5/7 方加黃連 8、生牡蠣 8、黃芩 10、大黃 1 人參 2 7 帖 育生丸一粒 囑人參、川七粉於飯前服 針如 5/31 (溫針)



105/10/18 第 34 診		脈浮大澀 微數代 近日自覺口乾，較消沉 服益生菌而大便佳	如 104/5/7 方加黃連 8、黃 芩 10、大黃 1、天花 4、 人參 3 14 帖 針如 5/31
105/10/25 第 35 診		口乾多飲，頻尿而眠差	針三陰交、陰陵泉、血海、 神門、太衝
105/11/1 第 36 診		自言仍夜尿 4~5 次，大便一次	如 104/5/7 方加黃連 8、 黃芩 10、大黃 1、 龍眼核 5、人參 2、 去柏子仁 7 帖 針如 10/25 (溫針)
105/11/8 第 37 診		脈浮弦澀弱代 自言近日不好睡	如 104/5/7 方加黃連 8、 黃芩 10、大黃 1、人參 2、 生牡蠣 8、去柏子仁 7 帖 針如 10/25
105/11/22 第 38 診		笑自然，自訴育生丸如黃昏時 服，自覺較不抖	如 11/8 方 7 帖
105/11/24	HYS stage II		
105/11/29 第 39 診		MRI 肝有血管瘤 脈浮弦澀數代 上週推拿拔罐後，左食中指背 側有 7.8 粒紅疹 大便一次	如 11/8 方， 加育生丸一粒 放血左食指井穴
105/12/6 第 40 診		耕莘 12/1 CA199:40.3(<30.9) CEA4.5 Cr.0.74 GPT:47(10-49) eGFR:112.8	如 104/5/7 方加生牡蠣 8、 黃連 10、黃芩 10、大黃 1、 人參 2、育生丸一粒、去柏 子仁 14 帖
105/12/20 第 42 診		表情自然，言語正常，但自覺 緊張易加抖，鼻中灸攣	如 104/5/7 方加生牡蠣 8、 黃連 10、黃芩 10、大黃 1、 麻黃 3、人參 2、育生丸一 粒、去柏子仁 14 帖
106/1/3 第 43 診		右足三里自貼藥布而過敏， 尿易不禁，左足亦有扭跳	如 104/5/7 方加牛七 5、靈 仙 8、黃連 10、黃芩 10、 大黃 1、麻黃 3、人參 3、 育生丸一粒、去柏子仁 7 帖
106/1/10 第 44 診		脈浮弦細弱代，有尿時不易 禁，易漏尿 神經脫隨鞘疾病 (C5-8) 脈弱澀而結代	如 104/5/7 方加牛七 5、 靈仙 8、黃連 10、 黃芩 10、大黃 1、麻黃 3、 人參 2、黃耆 5、 育生丸一粒、去柏子仁 7 帖



106/1/17 第 45 診		100-7=93-7=86 昨日腰扭傷 脈澀弱而緩代	一、科中杜仲、四逆湯各 3g 二、如 1/10 方+杜仲 3 14 帖 放血委中 針外關、委中
106/5/25 第 46 診		脈浮濡弱緩代朮 左手抖，但力不再強	如 104/5/7 方加黃連 5、 黃芩 5、大黃 1、麻黃 3、 人參 2、黃耆 10、生牡蠣 13、白僵蠶 8、糖 5、育生 丸一粒、去柏子仁 14 帖
106/6/8 第 47 診		脈浮大澀弱 中沉有力 緊張時多抖左手，自覺以為右 手亦抖，實無。請患者意納丹 田或丹田上掛物	如 5/25 方 14 帖
106/7/6 第 49 診		左手抖，睡到半夜易知冷，笑 自然 脈濡弱而細	人參、川七 3 飯前 服育生丸一粒（每日飯前） 半夏白朮天麻散 糖 5、乾薑 2、附子 2、玉桂子 5、黃連 5、黃芩 5、黃耆 20、生牡 蠣 13、紅棗十枚、白僵蠶 8、大黃 1 14 帖 針灸
106/7/20 第 50 診		其夫人言不易臥起，左手抖 多，左足亦抖	如 7/6 方+全蠍 3、地龍 8、 黃耆 5、去糖、生牡蠣、棗 14 帖
106/08/15	HYS stage II		
106/8/17 第 52 診	筋緊	右少海抽筋腫疼	如 7/6 方+黃耆 10、地龍 10、全蠍 3、去糖、生牡 蠣、棗 14 帖 針加放血右少海、右外三指 井
106/8/31 第 53 診		右少海無自疼 脈浮濡朮弱	如 7/6 方+靈仙 10、地龍 20、去糖、棗、生牡蠣 7 帖
106/9/28 第 55 診		大便一二次，二手指皆會不禁 自搖，左足亦有，自言黃昏聲 不易出之感，不易入眠與深睡	如 7/6 方+靈仙 15、地龍 20、去棗 14 帖
106/11/9 第 58 診		自言前陣子有外感，左手抖 甚，脈澀弱	如 9/28 方 14 帖
106/11/23 第 59 診		左手仍抖，自言不易入眠	106/7/6 方加地龍 20、去紅 棗+代赭石 8 14 帖



106/12/7 第 60 診		除左手抖外，偶走路易往前衝，但皆與以前變化較好	方如 11/23 14 帖
107/1/18 第 63 診		脈濡弱而大	106/7/6 方加炒牡蠣 8、地龍 20、代赭石 8、去棗、生牡蠣 14 帖
107/2/1	HYS stage II		
107/2/23 第 66 診		不易入眠，大便一二次	如 106/7/6 方加地龍 20、代赭石 8、去棗 14 帖
107/3/22 第 68 診		不易入眠，夜尿 3~5	如 106/7/6 方加黃耆 5、柏子仁 8、代赭石 8、人參 1、去棗 14 帖
107/4/5 第 69 診		其夫人言近日走路前傾之象，右內踝知酸，脈浮大濡弱左關溢	如 2/23 方 14 帖 針加右三陰交、右陰陵泉、公孫
107/4/19 第 70 診		除左手抖外，無作何症狀，且無服巴金森氏症西藥的人的開關反應，偶有黏白涕，一天水清鼻一次	如 106/7/6 方加黃耆 5、柏子仁 8、代赭石 8、人參 1、麻黃 2、去棗 14 帖
107/5/3 第 71 診	濕疹	左腰束帶有一濕疹，抓到有角質化的情況	如 106/7/6 方加糖 3、代赭石 8、路路通 10 粒、人參 1、黃耆 5、麻黃 3、去棗 14 帖
107/5/17 第 73 診		自言去接受一種高電位的物理診療	如 106/7/6 方加黃耆 5、麻黃 2、代赭石 8、人參 1、去棗、加糖 3 14 帖
107/5/31 第 74 診		近日不易入眠，夜臥口乾	如 106/7/6 方加人參 1、代赭石 8、天花粉 5、黃耆 5、糖 3、去棗 14 帖
107/6/14 第 75 診		6/7:CA199:34.41(<30.9) BUN/Cr:15/0.55(0.7~1.3) eGFR:157.9 GOT/GPT:42/30 Hb15.4 WBC:6.03 RBC:4.89 MCV:91.4 Plt:183k	如 106/7/6 方加人參 1、代赭石 8、天花粉 8、黃耆 5、去棗 7 帖 針灸
107/6/21 第 76 診		眠佳 但手仍抖 脈濡澀孔數	如 106/7/6 方加人參 1、黃柏 5、黃耆 5、去棗 14 帖
107/5/31	HYS stage II		
107/6/28 第 77 診		除手抖外，皆無神經反應，自言走路有時會有前傾的現象	如 6/21 方 7 帖
107/7/12 第 79 診		近日不易入眠，安眠藥亦無效，右肩易酸，竄一下	如 106/7/6 方加生龍骨 8、去棗 14 帖 囑不要睡服，改晚飯時前，改三餐飯前服



107/7/19 第 80 診		脈浮芤大，左關溢弱，右浮弦 數 微緊本周較好睡，無服安眠 藥	如 106/7/6 方加生龍骨兩 三、去棗 7 帖
107/8/23 第 84 診		脈浮大芤弱代 不易入眠，右較少抖	如 106/7/6 方加鹽 1.5、虎爪 豆 2.5、代赭石 8、去牡蠣、 棗 7 帖
107/9/6 第 85 診		偶而會有僵直邁不出步伐的情 況，兩手抖動的幅度大（能自 己吃飯、扣釦子），坐著起來 時動作有點延遲 脈濡芤大長 微數	如 106/7/6 方加鹽 1.5、虎爪 豆 5.5、代赭石 8、去牡蠣、 棗 14 帖
107/10/4 第 87 診		體力差，走路五分就找地方 坐，尿味重，大便軟滯，半坐 馬桶，夫人來電 脈浮大澀濡弱 抖的頻率與強度皆大減，幅度 亦大減	如 9/20 方 14 帖
107/10/18 第 88 診		手抖的頻率與力量強度，幅度 皆大減，甚至於有依託時皆不 抖	如 106/7/6 方加虎爪豆 8、 鹽 1.5、代赭石 8、黃芩 3、 黃連 3、去牡蠣、棗 7 帖
107/10/25 第 89 診		脈浮弦澀弱濡大 手扶其腋把脈已幾乎不抖 走路煞車正常	如 10/18 方 21 帖
107/11/07	HYS stage II		
107/11/15 第 90 診		11/5 浴室跌倒，撞傷胸骨， 吃益生菌天天大便，脈浮芤大 弦 . 微數代 耕莘 H: CA199:42.05(<30.9) Hb:15.9 CEA4.5 GPT:69(10-49) Cr:0.61 eGFR:140.1 RBC:4.99 WBC:7.7 MCV:91.8 Plt:198 Ca10 P303	如 106/7/6 方加虎爪豆 8、 鹽 1.5、代赭石 8、黃芩 3、 黃連 3、良薑 2、去乾薑 2、 牡蠣、棗 7 帖
107/12/6 第 92 診		脈浮弦澀濡大緩代 左關皮毛 左大右少 因共濟較差，自覺稍走即吸短	如 11/15 方加虎爪豆 2 14 帖
107/12/20 第 93 診		自言平衡差，話欲關地感 -> 尿 時	如 11/15 方加虎爪豆 3 14 帖
108/1/31 第 96 診		脈濡弱而緩長 溇便 其夫人提吃糖事：囑付不吃 糖，也要病人不要在家吃糖， 藥方不要加糖	右歸飲、補陽還五湯、乾薑 2、附子 2、大黃 0.5、虎爪 豆 10、黃連 8、黃柏 8、鹽 1.5、糖 5、人參 5、川七 3 育生丸一粒 *4 14 帖



108/2/14 第 97 診	失眠	連 3~4 月夜不易入眠，口服益生菌增便，今天言快順利，無大汗	如 1/31 方，加代赭石 8、去虎爪豆 5
108/2/28 第 98 診		自言偶會共濟失調或突然邁不出步，不易入眠	如 2/14 方 14 帖
108/3/28 第 101 診		台大 H. Amantadine 100mg*1*2 Sinemet 25/100*1*3 Biperiden 12mg*1/2*3 DOSIN (Domperidone) 10mg*1*3 大便一次，脈浮大澀緩長代 請中藥與西藥間服	如 2/14 方 14 帖
108/4/1 第 102 診		脈澀弱濡微數代 左手已少抖顫，偶抽動的抖	如 2/14 方 14 帖
108/5/9 第 104 診		自言已少再往前傾，脈澀弱代	如 2/14 方 14 帖
108/5/23 第 105 診	藥物性口乾	脈浮弦澀弱 左心代 仍抖，動有力，口乾、多口渴	如 2/14 方 14 帖
108/6/6 第 106 診		仍口乾，不易入眠與熟睡 已少再走路往前衝 已去 sinemet → madopar 脈浮弦澀長緩代	如 108/1/31 方，去虎爪豆、加代赭石 8、天花粉 5 7 帖
108/6/28 第 108 診		一周前過度用力按摩後左小腿 肚水腫硬，脛水腫	如 108/1/31 方，去虎爪豆、加丹參 5、代赭石 8、天花粉 5 14 帖 放血在五指井 針左太衝、地五會、三陰交、陽交
108/7/25 第 110 診	藥物性口唇周不隨意運動	脈澀弱弦 微數右中沉 中沉取有力 口唇周不隨意運動	如 6/28 方 14 帖
108/8/8 第 111 診		脈濇大有力代 囑咐西藥全部減半	如 6/28 方 14 帖
108/8/22 第 112 診		脈澀弱緩代 西藥每天少服一次	如 6/28 方 14 帖
108/9/19 第 114 診	藥物性肝炎 stage II	9/13 耕莘 H: Hb:15.9 WBC:6.8 RBC:4.97 Plt:188 CA19-9:53.03(<30.9) CEA4.5 GPT:106(10-49) Cr:0.64 eGFR:132.2 MCV:91.8 Ca/P:10/2.81	如 108/1/31 方，去虎爪豆、加黃連 5、大黃 0.3、丹參 5、麻黃 2.5 14 帖



		脈浮弦澀大 自言西藥一日服 2 次，囑目前 有藥物性肝炎。囑咐西藥日服 一次，如血中濃度不均，可一 日量仍二次，早晚各一次	
108/10/3 第 115 診		將再做 CTS，看腦血管，大便 天天	如 9/19 方 14 帖 針手足三里、百會、三陰 交、神門、太衝 放血肝脾胃井穴
108/10/3	HYS stage II		
108/10/18 第 116 診		耕莘 H: 髖部深層靜脈血栓 Rivaroxaban10mg*1(抗凝血劑) 脈浮弦澀孔大長 左關浮毛代	如 10/3 方 14 帖 溫針，捻針不放血
108/10/31 第 117 診		脈大澀而長數代，目前一日服 二次 囑咐：西藥一日二次，一次 1/2 粒，原服 1/2	如 9/19 方 14 帖 溫針，捻針不放血
108/11/28 第 119 診		Madopar*3/4*2 pk- MERZ*1/2*2 Biperiden*1*2 Dosin*1*2 (止 嘔) 尿頻，但量多易出	如 10/31 方 14 帖
108/12/12 第 120 診		脈浮大澀弱代	如 10/31 方加大黃 0.5、丹 參 5、黃連 5、麻黃 2.5、去 虎爪豆 14 帖 溫針，捻針不放血
108/12/26 第 121 診		台大 Dr. 吳 madopar200/50mg*1*3 (自服 3/4*2) Mirapex0.375mg*2*1 Biperin 2mg*1/2*3 (自服 1/2*2) Amantadine100mg*1*2 (自服 1*1) DOSIN10mg*1*3 脈澀弱微數而代，囑咐 madopar 不能停	如 12/12 方 14 帖
109/1/9 第 122 診	藥疹	西藥一天只服一次，腰小腿皆 如掌大的藥疹，小腿左甚右輕 脈濇數短代	如 108/1/31 方，加大黃 0.5、仙楂 4、丹皮 8、丹參 5、黃連 5、麻黃 2.5、去虎 爪豆 7 帖



109/1/16 第 123 診		藥疹轉淡 脈浮大澀弱緩長代 囑咐：多穿保溫	如 1/9 方 14 帖
109/2/5 第 124 診	藥物性殘 尿	脈浮芤弱大數代，殘尿量多	如 1/9 方 14 帖
109/3/5 第 126 診		台大 Dr 吳 madopar200/50mg*1*3 (自服 3/4*2) Mirapex0.375mg*2*1 Biperin 2mg*1/2*3 (自服 1/2*2) Amantadine100mg*1*2 (自服 1*1) DOSIN10mg*1*3 (Domperidone) 脈浮弦澀緩芤代	如 1/9 方 14 帖
109/4/16 第 129 診	藥物性便 秘、藥物 性癱閉	大便量少不易出，吃軟便藥亦 沒有，二三天有效，出則軟	人參 5、川七 3、歸飲+補 陽還五湯、乾薑 2、附子 2、 仙楂 4、火麻仁 5、大黃 2、 何首烏 8、黃連兩三、黃柏 8、鹽 1.5、糖 5、澤瀉 5 14 帖 溫針三陰交、陰陵泉、太 衝、內關、神門、百會
109/4/30 第 130 診		4/16 太太來電強調先生整年開 冷氣，而且開得非常冷 脈弦 細澀弱代 右浮	如 4/16 方 14 帖
109/5/4	HYS stage I - II		
109/5/14 第 131 診	藥物性肝 炎、藥物 性胰臟炎	5/3 耕莘 H: HbA1c:9.6 glu(AC)191 LDL:116 HDL:54 T-chol:183 T.G:127 CA19-9:111.85(<30.9) GPT:251(10-49) Cr.0.67 eGFR:125 Ca/P:10.1/3.4 吳醫師停軟便劑	如 105 年 3/8 方之「一」 「三」 7 帖
109/5/16		5/15 陳惠章診所 GOT/GPT:155/219 Amylase48 Ripase47.2 CA19-9:91.9	



參考文獻

1. Dennis L.Kasper、Anthony S.Fauci、Stephen L.Hauser、Dan L.Longo、J.Larry Jameson、Joseph Loscalzo 合著，王備軍譯：第十九版哈里森內科學—神經疾病系統分冊。北京大學醫學出版社，2016年，P169-180。
2. GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol* 2018; 17: P939-953.
3. 李政育著：中醫腦神經治療學。啓業書局，2001年，P47-48, 62-63。
4. 吳瑞美：全方位巴金森醫療照護手冊。健康文化，2013年，P14-33, 71-134。
5. William J.Weiner, Lisa M.Shulman, Anthoony E.Lang 著，陳登義譯：巴金森病完全手冊。心靈工坊文化事業股份有限公司，2016年，P29-44, 67-152, 209-294。
6. 張作文、車福友、胡代英：從厥陰病論治帕金森病。國際中醫中藥雜誌，2012年，34(6): P542-543。
7. 程維德：巴金森氏症之中西醫學治療研究。中國鍼灸學雜誌，2014年，2(1): P065-091。
8. 程維德、吳哲豪、廖炎智、李政育：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。中國鍼灸學雜誌，2015年，3(1): P18~46。
9. 王慶慶、彭偉：中醫藥治療帕金森病研究概況。實用中醫內科雜誌，2020年，34(10): P37-39。
10. 西村恆彥著，陳韻如譯：腦 SPECT/PET 的臨床探索。風書坊文化，2016年，P117-125。
11. 李政育、吳哲豪、袁耀南、樊裕明、邱創新、廖炎智、陳元皓、洪東源：大補陽方劑對腦帕金森氏病（或症）的臨床療效與變化之介紹與補救方法。2018 新北市國醫節論壇

通訊作者：曾詩嫻

聯絡地址：新北市三重區力行路二段 165 號 1 樓

聯絡電話：02-22865277

E-mail：gogoshireen@gmail.com

受理日期：2020年11月9日；接受日期：2020年11月24日