



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

程維德¹ 吳哲豪² 廖炎智³ 李政育²

1. 程維德中醫診所
2. 育生中醫診所、遼寧中醫藥大學
3. 國防醫學院 三軍總醫院 核子醫學部

摘要

巴金森氏病(PD)簡單來說就是大腦局部的退化，中腦黑質緻密區的多巴胺細胞退化凋亡引起的疾病，相對於小腦萎縮症(SCA)表現是在整個小腦，阿茲海默症(AD)表現在整個大腦的退化上，尤其是額葉、頂葉的皮質。所以巴金森氏病(PD)相對影響比較小、比較局部，用育生補陽還五湯加方治療上相對也比較容易。

本研究三個病例及臨床上的經驗來看，越早治療效果越顯著，越沒有L-dopa(左旋多巴胺)類藥物的介入，中醫的療效越佳；L-dopa類藥物劑量愈小，越容易治療，究其原因，是此時患者巴金森氏病的病程都在早期或中期，也就是第一到第三期之間。若在一二期之間表示黑質細胞仍存在有一定的數量，服藥進步比較快，療程也較短，但最好能至少維持一年以上的治療。若是L-dopa類藥物依賴愈大、劑量越大，都已進入晚期，也就是巴金森氏病(PD)第四或五期，治療效果比較差，需要治療時間比較久。臨

通訊作者：程維德

連絡地址：新北市板橋區實踐路117號

Tel：02-29598113

E-Mail：chengweide@kimo.com

2015年09月07日受理；2015年12月27日刊載

床上，巴金森氏病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，再經歷減量並到停用除L-dopa類藥物外藥物，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、抗乙酰膽鹼劑等等；大補陽及補氣活血化癥的中藥能很快的替代。最後是遞減L-dopa類藥物，建議在服用育生補陽還五湯加方半年後，開始慢慢遞減是比較好，每隔至少三個月以上的服藥才遞減一次，這樣的遞減時間通常要一到三年，遞減結束後大約可回到患者初發作時的階段，然後至少在持續服用中藥一年以上，這與胚胎腦移植，或幹細胞移植有異曲同工之妙，只是用誘導神經細胞再生或修復功能，隨後療程再將中藥慢慢遞減，或改成調養劑量的保健模式來維持療效。

本文在臨床上發現，所有的神經退化疾病包括巴金森氏病，越早期治療效果越顯著，以中醫的觀點看巴金森氏病，並不是一種持續、進行性病程，中醫藥介入是可以截斷病程惡化的進展，逆轉病程回到正常，並不是只有改善其症狀而已，中醫治療就如同胚胎腦移植、或幹細胞移植一樣，但中醫藥效果應該更超越，因為它改變的不只巴金森的症狀，連其他包括大腦退化、或心血管疾病等等都會改善，如病例一、出現的好轉狀況，因為中藥作用是全面性、多系統性功能、多途徑的全方位療效。

關鍵詞：中醫治療巴金森氏病、巴金森氏病、育生補陽還五湯

前言

本文主要是探討從臨床上以育生補陽還五湯加方來治療巴金森氏病 (Parkinson's disease 簡稱PD) 的病例，從臨床治療成功病例來推估方劑所產生的作用，和西醫治療巴金森氏病的路徑是否相同或另有蹊蹺呢？育生補陽還五湯加方的作用途徑是什麼？有服用多左旋多巴胺製劑與單純服用育生補陽還五湯加方的作用途徑是否相同^[1]？所謂育生補陽還五湯是李政育醫師根據多年臨床經驗將清朝王清任醫師在《醫林改錯》中的補陽還五湯^[2]，增減修正所創立出來，簡稱為育生補陽還五湯。



【臨床病例】

1、病例一：

李○○、病歷號碼：75186，男性63歲、住在新北市中和區，台灣大學教授55歲提前退休，61歲確診巴金森氏病(PD)。

101/02/14 初診

主訴：左手足不自主抖動，左足服藥後就不僵緊，運動時會覺胸悶，拇、食二指麻。晚上十點半睡、七點起床，大便一日一、二行。脈浮弦澀緊數。台大醫院確診巴金森氏病(PD)、服藥2年，心血管攝影有些冠狀動脈狹窄，尚不需動手術。口服Bokey(伯基)、每次1顆早晚2次(抗凝血劑、血栓溶解劑)，Sigmart(喜革脈錠、血管擴張劑) 5mg、concor(康肯) 1.25mg各1顆、每日1次，Madopar(馬道普) 250mg、每次1/4顆、每日3次，Biperin(Biperiden巴金寧) 2mg、每次1顆每日2次、Requip(力必平) 2mg每次1顆每日一次。

西醫診斷：巴金森氏病(PD)、冠心病。

中醫診斷：陽虛血虛兼寒瘀證。

處方：R1：育生丸2粒。帖。

R2：人參、川七各3錢。7帖。

R3：補陽還五湯、乾薑5錢、黑附子5錢、玉桂5錢、天麻4錢、仙楂4錢、茯苓4錢、黃芩4錢。7帖。

R4：頭皮針及四肢體針為主，針上灸。

101/03/10 二診

處方：R1：請將Requip、Biperin減半。

R2：如02/14日方+玉桂5錢。7帖。

101/03/17 三診

主訴：自覺手抖減少，起步快，已將Requip、Biperin全停，好睡。

處方：R：如02/14日方加玉桂子5錢、人參1錢。14帖。

囑咐：因睡前服人參、川七不易入眠，改三餐飯前服。

101/04/03 四診

主訴：精神好，已不頭昏，已全停Requip、Biperin。未運動

反較抖。

處方：R：如02/14日方加人參2錢、玉桂子5錢、乾薑1錢、附子1錢。14帖。

囑咐：madopar 一日仍1/4二次。

101/04/19 五診

主訴：自覺除手仍抖外，動作、頭腦、言語皆幾乎已正常，但游泳、洗熱水偶起犯風疹。

處方：R：如4/3日方加路路通10粒。14帖。

囑咐：madopar一日一次，早上服。

102/01/08

主訴：已全停Madopar二天，脈浮弦澀數代，只剩手左抖。

處方：如101年12/22日方。14帖。

102/11/19

主訴：左手偶抖外、其他情況滿不錯的，動作有力、動作快、步平穩、表情正常、言快。

處方：如06/22日方。14帖、一帖吃2天。

說明：患者服完此次藥後就以停服，巴金森氏病的西醫藥物全停，且心血管症狀減輕許多，只有每日服用低劑量的

Bokey (伯基)作為心血管疾病的預防。患者在數月後有潮熱盜汗的現象，疑似男性更年期的症狀但並未再來治療。患者服中藥約一年10個月，每日服一帖中藥，Madopar (馬道普) L-dopa類藥物戒停約花了一年的時間，他的情況恢復得很好，無論是肢體動作、語言、表情、活力、步伐、平衡等都恢復正常，有如回到五十歲左右的狀態，可惜停藥一段時間後有潮熱及左手偶有小抖狀況並未再回診。

2、病例二：

林○○、病歷號碼：74678、47年次、教師退休、住南投，素食。

100/08/13 初診

主訴：三年前(民國97年、約50歲)自覺寫字變慢，右手容易麻、右足容易踢到，左足爬樓梯踢到提不起，右足常穿拖鞋慢，大便一日一次，已停經三年，脈澀弱而細，右小沉、重按則無。台中中山醫大附設醫院(97年)做MRI



見基底核有白點。診斷為帕金森氏病(PD)、左小腦萎縮(SCA)，無服L-DOPA類藥物、曾服B群。

西醫診斷：帕金森氏症(PD)、小腦萎縮症(SCA)

中醫診斷：陽虛血虛兼寒瘀證

處方：R1：囑咐加強營養。

R2：補陽還五湯、乾薑5錢、黑附子5錢、肉桂5錢、天麻4錢、山楂4錢、黃芩3錢。14帖。

R3：人參川七各3錢。14日份。

R3：育生丸1顆。14顆。

100/08/27 二診

主訴：動作力量差很多，上週有有大腿肌振跳、今已無，脈弦澀弱細代。可做向後轉。

處方：如08/13日方、14帖。

100/09/09 三診

主訴：脈弦澀弱細代、自言拿筷不再緊、已無放開後的僵直指，言快有力且大，左膝以下有如針灸的麻電感、陣發，自覺以前右肩肌有抽動感，今無，但肩肌近日有乏力感，大便天天硬如粒狀。

處方：如08/13日方、14帖。

100/09/23 四診

主訴：近幾日右手力量差一點，做標準向後轉時抖較好。脈弦澀緩弱、但重按仍有，囑咐多穿。

處方：如08/13日方、14帖。

100/10/07 五診

主訴：感覺力量差不多，偶潮熱，除自覺右手太力弱外，右足穿鞋慢、動作靈巧快，言快有力，除夜臥偶麻外，已無麻，可快速作向後轉、大便轉軟、腦精明、無肌抽跳。

診斷：左小腦萎縮症(SCA)、帕金森氏症(PD)、更年期身心症

處方：如8/13日方+地骨皮4錢。14帖。囑咐：多穿。

101/06/09

主訴：近一、二星期較敏感、尿急的感覺較強烈、不能忍、右手功能仍差一點、刷牙時手的動作較慢、寫字的速度有時可以快一些。左五十肩。脈弦澀濡、重按則無

處方：R1：針上灸、左肩三針、手足三里。

R2：如100/08/13日方+人參2錢、乾薑1錢、附子1錢、肉桂5錢、龍眼核4



錢、黃芩1錢、育生丸1
顆。14帖

101/08/3

主訴：自覺刷牙轉快、角度大時須
以左手助右手，脈浮小微按
無。

處方：R1：101/07/20日方。14帖。

R2：溫針右手三里、外關、
合谷、勞宮、中渚。

102/09/27

主訴：右膝(L2-3)自覺要刻意後挺
才可直、右肘(C6-8)亦覺伸
直要用點力、手寫字與旋轉
要用力，右趾乏力。五年前
(97年)在中山醫學大學附設
醫院做MRI時見基底核有白
點，102年8月中在高雄醫學
大學附設中和紀念醫院做
MRI已無發現白點，基底核
顯示正常。

處方：R1：半夏天麻白朮散、乾薑
5錢、附子3錢、肉桂10
錢、黃耆10錢、川芎3
錢、赤芍3錢、懷牛膝5
錢。14帖。

R2：參7錢七3錢溶入

R3：育生丸2顆溶入

R4：溫針右肘三里、右合
谷、背勞宮、中渚、右

內關、犢鼻、太衝、地
五會、關元俞。

102/10/16、102/12/25

同上14帖。

103/03/18

同上21帖。一帖藥約吃3-4天。

說明：100/08/13至102/09/27之前
的處方幾乎都是補陽還五
湯加方，有變動劑量的有
列出，其餘皆同，患者幾
乎全年無休每日一帖中藥，
患者巴金森氏病(PD)症狀
已幾近全無，而小腦萎縮
症(SCA)還微有症狀。後續
102/09/27改變處方，用半
下天麻白朮湯和補陽還五湯
合方再加方，以為後續調養
的處置。

3、病例三：

郝○○、男性68歲、病歷號
碼：04269、音樂家。

初診：104/05/15

主訴：寫字越寫越小、平時要作詞
作曲，但覺得彈鋼琴越來越
困難，手部肢體僵硬，動作
變慢遲緩、步伐邁不出去、
尤其第一步、小碎步、平衡



較差、臉上笑容較少、在滯總治療、做過核子醫學檢查、103/12確診巴金森氏症、未服西藥、足脛下半部水腫至踝、已經5年、二便可、便稍硬少、在台北市立中醫院鄭醫師治療，吃中藥近2年，狀況越來越差，自行吃龜鹿二仙丸(詢問後建議早晚各10個)，6/22要去美國四個月。左脈沉數。右沉細數。舌淡白、裂紋、微黃苔。

診斷：巴金森氏病(PD)(332)、水腫(782.3)

處方：R1：補陽還五湯9.00克、黃柏2.00克、茯苓皮2.00克、大黃0.50克、澤瀉2.00克。

R2：補陽還五湯3.00克、左歸丸、4.00克、川七粉、5.00克、人蔘粉5.00克。將R1及R2藥粉混合均勻後、4包7天。
服法：每日2次早晚吃、一次吃2包。

二診：104/05/29

主訴：動作變慢遲緩改善，步伐邁不出去改善，尤其是第一步

改善，小碎步改善，平衡較差改善，臉上笑容較少改善，足脛下半部水腫至踝改善，彈鋼琴動作改善，二便可、便稍硬少。左脈數、右脈細數。舌淡白裂紋、微黃苔。

診斷：巴金森氏病(PD)(332)、水腫(782.3)。

處方：R1：補陽還五湯12.00克、黃柏3.00克、大黃0.50克。

R2：真武湯6.00克、川七粉5.00克、人蔘粉5.00克、乾薑0.50克、肉桂0.50克。將R1及R2藥粉混合均勻後、4包7天。

服法：每日2次早晚吃、一次吃2包。

說明：該患者雖在西醫確診，但卻不想服用西藥，他怕越吃越重，於是到處看中醫，經患者朋友介紹來診所就診，雖然只有吃二回藥粉就出國了，但吃完第一回藥粉，他就覺得效果很好，症狀改善許多，所以醫師請他早晚吃，一次吃2包，但患者仍只吃一包，所以一周的藥物吃了二周。患者本來想

帶藥到美國去，但可能因為藥未服完或忙碌關係，並未再回診就出國，患者仍有自行吃龜鹿二仙丹，及市立中醫院的中藥，因為患者覺得已經吃這麼久，又一次拿一個月，還剩這麼多，所以不管實際上是否有效？醫師說幫他補腎氣他就要繼續吃，雖然我建議他不用吃，但患者仍堅持，讓我有一點啞口無言？難道是藝術家的浪漫嗎？

【巴金森氏病(PD)定義、分級、診斷、西醫治療】

1、定義：典型巴金森氏病(PD)

1-1. 運動障礙臨床特徵主要有四個症狀：

- **靜止性震顫 Resting tremor：**大多為首發症狀，低頻率的抖動約4-6Hz，可能在手或足、單側或雙側，嚴重時病及四肢與舌、臉。
- **運動遲緩 Bradykinesia：**應是肌肉僵直與姿勢反射障礙引起，會造成精細動作的障礙，如

面部肌肉僵硬無表情，有如面具一般。或寫一句話字越寫越小。或走路時第一步啟動邁不出去，邁步後呈小碎步狀態越走越快，甚至無法停止。

- **肌肉僵直 Muscle rigidity：**伸肌、屈肌張力同時增高所造成，感覺關節僵硬及肌肉緊繃，肢體動作如齒輪轉動一樣，稱為齒輪樣動作。站立時呈老態龍鍾樣，頭傾背屈肘膝彎曲的姿態。
- **姿勢不穩 Postural instability：**容易向前或向後跌倒的傾向，行走時容易偏向一側，平衡感差。

1-2. 非運動障礙症狀：

- **自主神經症狀：**便秘、吞嚥困難、胃食道逆流、脂漏性皮膚炎。尿急、尿頻、排尿不暢、性功能障礙。
- 臨床上大約30%的患者會合併失智的症狀，有認知的功能障礙，其他如嗅覺減退，感覺異常、視覺、聽覺功能下降。
- 臨床上大約20~40%的患者會合併憂鬱症，出現表情淡漠、情緒低落、反應遲鈍、自制力差、無自信心、悲觀厭世、多疑猜忌、恐懼、惱怒、情緒焦慮等^[3]。



2、巴金森氏症病情的發展 (Hoehn & Yahr stage) :

2-1. 第一期 :

只發生在身體一邊，日常生活不受影響，通常只有單側邊的手或腳會規律性顫抖，動作變慢。

2-2. 第二期 :

已影響身體兩邊，但平衡問題尚未出現，逐漸會出現在兩邊，身體微駝，已經開始小碎步出現。

2-3. 第三期 :

症狀發生在兩側，且影響行走平衡，常常容易跌倒。且病人的日常生活已受到一些限制，或工作已有些無法勝任。

2-4. 第四期 :

日常生活或者工作已經有明顯的限制，但病人的行動還不需要他人或器械的幫忙。

2-5. 第五期 :

病人無法自行走動，需靠輪椅或躺在床上；日常生活也需要他人照顧。

2-6. 以病患的運動功能障礙分級，第一、二期為early stage早期，第二、三期為mid-stage中期，第四、五期為advanced stage晚期。

3、診斷和檢驗 :

3-1. 巴金森氏病(PD)主要是靠臨床症狀、病史與治療反應來排除其他類似的疾病。如用L-dopa (左旋多巴)類藥物來觀察患者的反應。

3-2. 現在國內有些醫學中心都是用核能研究所自行開發的核銻鎳照影劑[99mTc]TRODAT-1，它是一種新的藥物trodate 1再與Tc99M放射物混合標記後，由靜脈注射，再利用單光子電腦斷層攝影SPECT，即可估算出trodate 1被多巴胺神經吸收的量，藉由巴金森氏症病患吸收量減少即可作出診斷，是比較方便簡單又有效影像利器，可以檢測多巴胺轉運體在紋狀體的活性，因而反應出黑質腦細胞的存活狀況，具有臨床上診斷、鑑別以及監測神經保護藥物療效的潛力。

4、發病機轉 :

4-1. 中腦的黑質緻密部(substantia nigra pars compacta, SNc)組織內的多巴胺細胞退化死亡，以及在黑質緻密部出現路易體

(Lewy body, LB) 正常黑質組織內約含五十萬個多巴胺神經細胞，剩二十萬時開始產生症狀。這些神經細胞含有黑色色素，故稱之為黑質組織。於胚胎第4至5週時中腦腹側的神經細胞才開始分化為多巴胺神經細胞，並伸出軸突向紋狀體生長，形成所謂黑質紋狀徑路，與紋狀體內的乙醯膽鹼(ACH)及 γ -氨基丁酸(GABA)神經細胞接合。其次黑質網狀部和藍斑核也有許多多巴胺細胞。這些多巴胺神經可分泌多巴胺，與ACH、GABA互相拮抗，專司控制運動的協調。這些神經退化超過50%時，便開始出現輕微症狀，包括肢體顫抖、僵直及動作緩慢。

4-2. 所以巴金森氏病(PD)不只中腦黑質部位萎縮，也包括基底核、藍斑核、紋狀體等萎縮。造成多巴胺下降一半以上，其它神經傳遞物質如乙醯膽鹼(ACH)、正腎上腺素(NE)、 γ -氨基丁酸(GABA)、谷氨酸(GLU)等等均下降，但乙醯膽鹼(ACH)、谷氨酸(GLU)相對多巴胺(DA)是升高的，尤其是乙

醯膽鹼(ACH)與多巴胺(DA)相對差異許多，所以才造成許多錐體外的症狀表現出來，形成所謂的巴金森氏病(PD)。

4-3. 文獻中在巴金森氏病(PD)患者屍檢也發現特定蛋白質 α -突觸核蛋白(α -synuclein)聚集。如阿茲海默病(AD)有Tau蛋白、 β 澱粉樣蛋白(β -amyloid peptide)聚集。或亨廷頓舞蹈病(HD)的三核苷酸(CAG)重複異常擴增一樣，幾乎所有的神經退化性病變都有蛋白質參與其中^[4]。

5. 西醫治療：

巴金森氏病(Parkinson's disease, PD)的治療：藥物、外科深部腦刺激(DBS)、腦內幹細胞移植、物理治療和運動。

5.1. 藥物療法：

a. Levodopa-Carbidopa(左旋多巴-卡比多巴)：

Levodopa (左旋多巴)是最有效的巴金森氏症藥物，進入大腦轉化成為多巴胺。藥物如Sinemet(心寧美)或Modopar(美道普)。



b. Catechol O-methyltransferase (COMT) inhibitors (兒茶酚胺甲基轉移酶COMT) 抑制劑：

通過阻斷分解左旋多巴的酶的作用，輕度延長左旋多巴治療時間。有entacapone(諾康停)、tolcapone是levodopa + carbidopa + entacapone的三合一製劑。

c. 多巴胺釋放促進劑-抗病毒藥物：

Amantadine(金剛烷胺)(阿曼他錠)。

d. Dopamine agonists多巴胺受體激動劑：

可以讓左旋多巴作用持續的時間更長，及平滑它常有的開關作用。一是非麥角類(non-ergot)衍生物(如：pramipexole(普拉克索)(樂伯克)、ropinirole(羅匹尼羅)，其藥物安全性及療效較佳；另一為麥角類(ergot)衍生物(如：bromocriptine(瑞力錠)、pergolide(協良行錠)，其副作用大。

e. MAO-B inhibitors、B型單胺氧化酶抑制劑：

抑制dopamine的腦內代謝，selegiline巴可癒、rasagiline。

f. 抗乙醯膽鹼劑

(anticholinergics)：

最早治療PD的藥物，它會阻擾乙醯膽鹼的作用，維持紋狀體內乙醯膽鹼和多巴胺的平衡。Artane(安坦)、Biperiden(巴金寧)^[3, 5, 6]。

5. 2. 腦部深層刺激術(Deep Brain Stimulation, DBS)：

腦部深層刺激術是用立體定位手術在選定的部位植入感應電極，這電極電線再連接到脈搏產生器，可以植入胸部皮膚下。內含有電池和微電子網路，可以產生電流來刺激神經細胞以改善症狀。刺激的開關是由病人依病況需要，經由磁性控制器來操縱。依其刺激部位的不同，可分為為蒼白球刺激術(Pallidal stimulation)、視丘刺激術(Thalamic stimulation)、次視丘刺激術(Subthalamic stimulation)，臨床上兩側腦部各3對電極一次完成，缺點是費用昂貴，大概可以減少一半的藥物量^[4, 7]。



5.3. 腦內細胞移植(Brain Tissue Implants)：

胚胎腦移植(Fetal Tissue Transplantation)、培養幹細胞移植(Cell Culture Transplant)。胚胎腦移植在臨床上已經很成功，但仍有道德上爭議，故很少做。幹細胞移植為最常用，我們可以從周邊血液、或脂肪、或臍帶血、或胎盤中取出幹細胞來培養，然後植入大腦中，用移植的幹細胞分化成黑質細胞，取代患者失去的黑質細胞，重新長回黑質紋狀體路徑，並且分泌多巴胺改善錐體外路徑的運動障礙。目前國內神經外科泰斗林欣榮教授的做法是用周邊血液的幹細胞療法，打(人類基因重組顆粒球聚落刺激因子)G-CSF血中顆粒球濃度會增加十倍，五天後篩選出單核球，後再找出CD34⁺幹細胞，然後單點打入300萬CD34⁺幹細胞。臨床在移植後三個月，症狀會逐漸改善，約至一至二年左右，會達到最佳療效，這是目前西醫唯一可以停止巴金森氏病(PD)的進程，甚至有逆轉恢復至痊癒的效果，臨床上若能配合中藥應該療效會更佳，細胞成長分化的速度會更快^[4, 11]。

5.4. 輔助治療：

如冥想(Meditation)與靜坐、瑜伽(Yoga)與氣功、快走、太極拳(Tai chi)等。在這些輔助治療在臨床當中以瑜珈、氣功、太極拳的效果最佳，尤其是太極拳在何宗融醫師、林欣榮醫師及林昭庚醫師研究證實^[8]，將患者分為「練習太極拳」、「快走運動」和「不做運動」三組，經過三年系統化的研究和分析，證實太極拳運動三年以上，可增加幹細胞CD34⁺數量三至五倍，快走運動則可增加一至二倍，這個成果已經發表在2014的國際期刊Cell Transplantation上。林欣榮醫師表示，常練太極拳因為手腳使力、呼吸調控、以意念導氣的作用，可以激化大腦神經細胞，促進血液循環，增加周邊造血功能，同時協調興奮和抑制作用，對於精神創傷與神經衰弱修復，療效效果亦佳。其實國外研究也證實太極拳運動可改善帕金森氏症。

治療思維

根據內政部人口統計，老年人口在2012年約有247萬，我國於1993年已邁入高齡化(ageing, 7%↑)社會；推估將於2018年進



入高齡 (aged, 14%↑) 社會，於2025年邁入成為超高齡 (super-aged, 20%↑) 社會。可以預期腦部神經退化疾病將年年增加，巴金森氏症也不例外。根據統計，台灣有超過3萬人以上罹患巴金森病。2011年健保資料庫顯示，八萬多人因巴金森病及相關症狀而接受治療。賈力耕醫師於1992年刊載中統計215位原發性的巴金森病人^[9]，男女比例為2.4比1，平均發病年齡56.8歲，發病期8.6歲，家族病例佔有2.8%，單側發病佔有70%，有顫抖症狀佔有76%，平均死亡年齡68歲，發病後的平均餘命約12年，與歐美發病後平均餘命15年略差，原因應該是社會福利的對老年人照顧，是否周詳有關係。巴金森症是國人常見的神經退化性疾病，約佔老年人口的1到2%，比中國1%略高，與西方國家相近。

巴金森氏病(PD)是一種運動神經障礙的疾病，由錐體外EPT路徑障礙所引起，是一種原發性慢性退行性的神經疾病，發病主要原因是因為中腦黑質細胞的萎縮、凋亡、退化，多巴胺分泌不足所引起，發病年齡多在50-70歲左右，隨著年齡增加而發病率升高的趨勢，年齡越高發病率越高，85歲以上

接近3成。男性的發病率略大於女性，以病程而言是進行性且不可逆的。且臨床上大約30%的患者會合併失智的症狀，稱為巴金森氏症失智症^[10,11] (Parkinson's Disease Dementia, PDD)。另外大約20~40%的患者會合併憂鬱症，換句話說，憂鬱症患者得到巴金森氏病(PD)的比例是比正常人高的，依據台北榮總研究團隊^[12]，從1996年到2009年健保資料庫中，追蹤4634名憂鬱症患者長達十年，結果發現憂鬱症患者中，有66人罹患巴金森氏症，比沒有精神疾病、但後來得到巴金森氏症的人，高出3.24倍。研究還發現，65歲以上的憂鬱症患者，得到巴金森氏症的風險，是年輕憂鬱症患者的10.39倍。

單一巴金森氏病(PD)，現行的西醫藥物治療，只能改善其症狀及生活品質，DBS也是如此，只是讓晚期患者，藥物已經無法控制時使用，可以讓藥物劑量減輕一半左右，主要還是改善其症狀與生活品質，並無法阻止其病程的進展。目前，現代醫學除了胚胎腦移植與幹細胞移植外，因為移植不論是胚胎腦或幹細胞，成功的話便能直接從根源增加黑質細胞，黑質細胞增加後分泌多巴胺量便增加了，中腦黑



質細胞到基底核4cm的多巴胺路徑便會漸漸恢復，EPT的路徑也會恢復正常。因此，增加分泌多巴胺的黑質細胞，是治療巴金森氏病(PD)的最重要的關鍵。對於巴金森氏病(PD)合併失智症或憂鬱症，以憂鬱症而言，最重要的神經傳遞物質是血清胺(serotonin, 5-HT)和多巴胺(Dopamine, DA)，多巴胺路徑另外一條由黑質細胞走向額葉、頂葉、顳葉及網狀系統等約10cm的情緒路徑，這條路徑與人是否快樂或憂鬱有關係，隨著幹細胞移植憂鬱症狀理論上應該也會改善。至於合併失智症用幹細胞移植是否能改善仍未有定數，但理論上應該可以，不過其移植幹細胞，應該不應限於治療巴金森氏病(PD)的區域，應該擴大到失智症的區域，如額葉的某些區域等等，這樣，理論上應該可以得到不同程度的改善，但不會像單純巴金森氏病(PD)的幹細胞移植效果那樣明顯了。

回到本文重點是中醫以育生補陽還五湯加方治療巴金森氏病(PD)成功病例的探討，在《素問·生氣通天論》篇^[13]中「陽氣者若天與日，失其所，則折壽而不彰，故天運當以日光明…」及《素問·上古天真論》篇^[13]中「歧伯曰：女

子六七，三陽脈衰於上，面皆焦，髮始白；七七，任脈虛，太衝脈衰少，天癸竭……丈夫五八，腎氣衰，髮墮齒槁；六八，陽氣衰竭於上，面焦，髮鬢頒白；七八，肝氣衰，筋不能動，天癸竭，精少，腎藏衰，形體皆極……帝曰：夫道者年皆百數，能有子乎。歧伯曰：夫道者能卻老而全形，身年雖壽，能生子也。」前面《生氣通天論》強調人身陽氣的重要性如天空與太陽，太陽的出沒造就了黑夜與白天，與太陽的距離造就一年的四季春夏秋冬，比喻陽氣在人身盛衰的四個階段-生老病死，陽氣衰人則病、人則衰老，陽氣亡人則死亡。在素問第一篇《上古天真論》中女子42歲便三陽氣衰於上，49歲任脈虛，太衝脈衰而天癸竭，當然也腎氣衰。而男子在40歲腎氣衰，48歲時陽氣衰於上，56歲時天癸竭。天癸仍人體生殖的內分泌系統，指的是從大腦皮質→下丘腦→腦下垂體→卵巢(睪丸)這個內分泌系統，這個機制在中醫認為與陽氣及腎氣有莫大關係，陽氣衰後數年腎氣也衰，進而腎氣絕。而後面提到道者卻能老而全形，表示陽氣不衰，而腎氣仍旺故能有子。臨床上亦是如此，未有陽氣旺、腎氣旺時患有巴



金森氏病(PD)，故國內平均發病年56.8歲，與內經所講的亦同。在清朝時另一醫家高鼓峰《醫宗己任編·顫振》也提出說：「大抵氣血俱虛，不能榮養筋骨，故為之振搖，而不能主持也。」強調氣血虧虛是顫證^[3](即巴金森的症狀)的重要原因，並創造大補氣血法治療顫證，指出：「須大補氣血，人參養榮湯或加味人參養榮湯主之。」清朝雖為異族統治，但對醫療仍相當重視，人參養榮湯乃十全大補湯的變方，去川芎加上陳皮、五味子、遠志。臨床上此方用於巴金森氏病(PD)治療也有相當的效果。

所以巴金森在中醫的治療，不外乎從氣血虛及陽虛，而痰瘀只是其病理的產物，當然也有可能變成主角但這不再我們此次討論的範圍。所以李政育醫師提出育生補陽還五湯加方以治療巴金森氏病(PD)，是以多年臨床經驗後，反覆思考所提出大補陽理論的實踐^[14]，大補陽大補人身的陽氣及氣血，讓機體受傷的修復、退化的活躍起來、萎縮慢慢再生回來^[14]；簡單來說就是去老返童的逆齡療法，假若巴金森的患者是56歲發病，58歲才來看診，我們就讓他的腦中多巴胺的系統，恢復55歲的

狀態，患者這時不但不顫抖、不僵硬、不遲緩、平衡佳，不論是肢體動作、思慮、情緒等等都會恢復到數年前未發病的狀態，甚至45歲的狀態是更理想。當然，患者巴金森氏病(PD)是否會再來仍是未知，畢竟是更老以後事情了。關於李醫師的「大補陽理論」理論，主要節錄於陳淑芬醫師的論文，「大補陽」主要針對西醫治療時所產生神經與肝腎功能、造血受抑制、免疫力低下的副作用，即中醫所說的陽虛證、氣虛兼陽虛證，與氣血兩虛兼陽虛、寒濕與寒瘀等，運用傳統補陽，或使用溫性、熱性的方劑、藥物，以喚醒病者被抑制的五臟六腑功能，提升經絡氣血中的正氣、陽氣，來產生良好的療效。其作用亦即糾正受干擾、紊亂的肝、腎、骨髓與神經內分泌、免疫、新陳代謝等等系統，恢復其正常的運作秩序，達到中醫「致中和」的功能，與「陰平陽秘」的理想狀態^[14,15]。「大補陽」與明代諸位補陽醫家均從補脾陽、補腎陽法來治療疾病，但主要差異有三：一是其補陽藥物大劑量的使用；二是其大補陽法運用時機為一般醫師所不敢嘗試。三是因為醫療環境、時代背景、醫政制度、營養條件、勞動方



式、起居保暖、公共衛生等不同，所採用溫補方法及治療病症均有所差異，特將李醫師之補陽法稱為「大補陽」。大補陽法主要是在辨證論治的前提下，一系列的、綜合性的補陽方法的應用，非使用補陽藥物就是大補陽。具體辦法是運用溫熱性藥物，發揮辛溫解表、辛溫大熱、溫補脾陽、溫補腎陽、補心陽、祛肝寒、去陳寒痼冷、去陳寒久積、解除抑制、解除干擾，並用以喚醒大腦，恢復人體各系統功能的運作等作用；大補陽法亦包括補陽與其他治療方法共同使用，例如針對寒瘀致病的觀念，當以大補陽法加活血化瘀法加大黃；另外補陽法合大黃、芒硝，即溫瀉法，在生命末期的診治，常能發揮現代醫學所驚歎的療效。李醫師在運用大補陽理論治療疾病的時機，除以中西結合思考外，常參照症狀與檢驗數據為依據，對於治療巴金森氏病(PD)的時機依據主要有三：一是陳舊性、反復性腦中風患者，不論是栓塞型、或出血型、或腦貧血缺氧型，只要打過類固醇、或二度以上之中風，皆屬陽虛證，均可使用大補陽法來啟動側枝循環，促進神經修補，增加神經保護作用，以利腦血管神經的修復。二是疾病依常規

治療無效時，加入大補陽藥物的使用，往往取得療效。三是神經損傷疾病之治療，欲促進神經的修補、增加神經保護、激發神經營養因素、啟動側枝循環等，均必須採大補陽法；同時也能萎縮的腺體，再度恢復分泌的功能。因此育生補陽還五湯加方，是大補陽的代表方之一，主要是大補陽、大補氣血、活血化瘀的功用，也是李醫師治療腦疾病應用最多的方劑，包括巴金森氏症、腦中風、失智症、腦創傷、腦感染、腦腫瘤化放療後遺、腦手術後的短暫或久遠的傷害，腦組織一旦有所損傷或壓迫，腦血管與腦脊髓液的循環，會受阻滯與循環不良，即為中醫所稱的「瘀血症」性腦血管神經細胞組織病變等等都適用之^[14, 15]。

回到文中這三個病例，主方都是以育生補陽還五湯加方為主，都是根據李醫師臨床所創立育生補陽還五湯加方。原方補陽還五湯是清朝王清任所創立，王清任根據清代的背景、醫療條件及衛生狀況，配合自己探討的生理解剖、臟腑、經絡及屍體等觀察後，所創立的許多血瘀方劑之一，此方主治^[2]半身不遂，口眼歪斜，語言蹇澀，口角流涎，大便乾燥，小便頻數，遺



尿不禁等。其實就是中醫所講的痿症，在文中提到「或曰：元氣歸併左右，病半身不遂，有歸併上下之症乎？余曰：元氣虧五成，下剩五成，週之源，因足陽明胃經濕熱，上蒸於肺，肺熱葉焦，皮毛憔悴，發為痿症，概用清涼攻下之方。餘論以清涼攻下之藥，治濕熱腿疼痺症則可，治痿症則不相宜。豈知痺症疼痛日久，能令腿癱，癱後仍然腿疼。痿症是忽然兩腿不動，始終無疼痛之苦。倘標本不清，虛實混淆，豈不遺禍後人。」這一段話可知痿痺是不同的，一虛一實，一為濕熱，一為氣虛，天南地北豈能混淆。再者痿症不只是氣虛引起，所謂肺熱葉焦其實偏向於胸腺肌無力的問題。而王清任醫師探討的氣虛痿症，大部分應是因中風梗塞造成的，其實就是腦梗塞或腦出血的後遺等問題所產生，只是當時對大腦及神經的了解不夠精細而已。臨床上，尤其是對運動障礙疾病或神經系統先天性、遺傳性及變性疾病或腦血管疾病後遺等等，如巴金森氏症(PD)、小腦萎縮症(SCA)或中風後遺症等等都有很好的療效。究其原因，無論是腦部微血管痙攣、或缺血、或缺氧、或缺糖、或曾經感染、或創傷過後、或腫瘤化放療

後、或毒素、或重金屬沉積、或基因等等各種病因。造成腦部單點、或局部、或數個位置、或全部實質性的腦細胞退化、腦組織的萎縮、凋亡或老化等等，引起神經傳導的問題，而產生的各種中樞神經的疾病，都可以應用育生補陽還五湯加方用之。從現代醫學來看，就是中風及中風後遺症治療，尤其是梗塞性的中風，出血性中風的慢性期一樣適用。所以王清任醫師立下此方方名為補陽還五湯，意義是還人身失去的五成陽氣，以治療腦問題後的半身不遂，或左右偏枯、或上下癱瘓、口眼歪斜、語言蹇澀、口角流涎等等症狀。以中醫來講，王清任醫師補足歷代對治療中風、中風後遺症、及許多腦部疾病產生運動障礙等治療效差的缺憾，是臨床上非常實用的方劑。

王清任醫師在書中指出：「元氣既虛，必不能達於血管，血管無氣，必停留而瘀。」因而提出氣虛和血瘀兩大治則，併依據血瘀在不同部位而立方，依次創立通竅、會厭、血府、膈下、少腹、通經、身痛等系列的逐瘀湯。但腦部疾病造成的痿症就是氣虛血瘀，用的是補陽還五湯，也可算是血瘀在腦罷！王清任醫師的補陽還五湯組

成，是黃耆四兩、歸尾二錢、赤芍一錢半、地龍一錢、川芎一錢、桃仁一錢、紅花一錢等七味藥組成。以黃耆為君，針對的半身不遂的痿症，此是中醫辨證中的氣虛血瘀之證，這時的氣虛是指嚴重氣虛，失去五成元氣或半身元氣的氣虛，所以重用黃耆為君，雖然王清任醫師在方後註解，也提到前醫用含涼藥過多時傷了陽氣，故加附子四、五錢，此時才是真正的陽虛，方中也提到若病人懼之，則黃耆從二兩開始加重，至微效時日服兩劑，黃耆已至八兩之重，大補其失去的五成元氣^[2]。至於血瘀，王清任醫師在此方劑量卻嫌不足，大都在一二錢之間。因此王醫師的補陽還五湯，補氣有餘、活血不足，李醫師將其方因應時代背景、環境及醫療條件不同的病患有所調整修正。王醫師身在清朝嘉慶、道光年間，約1768~1831，在1830年著成《醫林改錯》，距現在180幾年，當時人民平壽命不超過40歲，而台灣現在平均壽命約80歲，所以患者年齡層是有很大的差異，故黃耆長期使用時儘量不超過2兩，以避免補氣太過而造成血管性的問題。另外將其活血藥物藥物加減及劑量調整，去掉桃仁、紅花、地龍，加入丹

參、銀杏葉，活血藥的劑量都調為4錢，調整後的組成為北耆20錢、當歸4錢、赤芍4錢、川芎4錢、丹參4錢、銀杏葉4錢。明顯將活血藥物加強，以加強其活血化瘀、生新血，啟動側枝循環，放鬆其血管痙攣、代謝其神經與組織間的廢物，修護其受傷組織。而補氣藥黃耆減半以因應其患者較長的年紀。其次加方的部分，如加補陽藥物肉桂(或肉桂子)、乾薑、炮附子(或炮天雄)，以補人身上中下焦之陽氣，另加其苦寒藥物如黃芩、或黃連、或黃柏以監制其副作用。加天麻以增加其頭部的供血量，加山楂以開胃。加人參、川七以補氣活血，形成治療巴金森氏病(PD)的基礎方。當然臨床還會隨其兼症而加減，如水腫加蒼朮、茯苓、澤瀉，便秘加大黃，腹瀉加蒼朮，引藥通十二經絡加麻黃，促進神經修護加地龍或鹿茸等等^[14]。

我們從從現代生理及病理學角度看，巴金森氏病(PD)的大腦黑質緻密部的變化，可以發現神經細胞、樹突或軸突纖維，因為某種原因而產生病變後，造成鞘膜傷害，慢慢神經細胞本體、軸突及樹突都萎縮或老化，神經細胞逐漸的凋亡，最後造成細胞的空泡化，或被



吞噬或溶解，其餘留空間被神經膠細胞增生所佔據。歸納這些病理的因素，不外乎感染、發炎、創傷、壓迫、腫瘤、佔位、水腫、痙攣、缺血、缺氧、缺糖、萎縮、退化、基因、老化等等。回到中醫宏觀辨證加上現代醫學的微觀的血檢及影像。因此我們確立自己在治療巴金森的原則。如病理上已經是感染、發炎，當然是要清熱瀉火。看到創傷、壓迫、水腫、痙攣，用活血化瘀、消瘀散腫、淡滲利濕、緩急止痙。遇到腫瘤、佔位病變當然是清熱、活血、化痰、消腫、毒殺，讓腫瘤變小逐漸溶解、或凋亡、或鈣化，佔位病變就解決了。如果是大腦缺血、缺氧、缺糖的病變，就用打通血管、修復血管、增加供血、供氧、供糖的量。腦組織已經萎縮、退化、老化、或基因缺陷時，當然用補氣、補血、補陽、養陰配合大補陽來修復細胞或軸突，促進腦部神經幹細胞再生，補足其不足的腦細胞，這也是現代醫學用幹細胞移植的目的。因此，育生補陽還五湯加方中，補氣藥物能讓痙攣的血管放鬆，增加腦部患區供血量，讓多巴胺分泌量增加，作用更持久。活血化瘀的藥物能增加側枝循環，修護受傷血管及神經軸突、樹

突及突觸間，神經傳遞物質釋放更多及作用更持久，突觸間接收器數量增加，讓神經傳導恢復正常。大補陽藥物加強前述補氣、活血化瘀、生新血作用，猶如打氣的唧筒將氣強力的壓入，喚起腦神經的幹細胞再生，補足其失去的神經細胞，讓退化神經細胞強壯起來，讓萎縮的神經細胞復原，讓凋亡的神經細胞，藉由神經幹細胞的再生而重建回來。臨床上發現巴金森患者大多有排便的問題，尤其已經使用西藥治療後會更加嚴重，我們使用中藥中補陽藥物，亦會產生這個副作用。因此用大黃可以溶血通便、活血化瘀、通腑瀉熱、利膈降壓、消炎消腫。可以促進大小腸的蠕動，調整消化道胫肽環境，排出宿便，更有降壓、抗炎、抗細菌、抗微生物、抗病毒的功效。更可以促進神經之的代謝及廢物排出，排除神經傳導的障礙、增進傳導的速率及神經之間的聯繫等等。防止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，如精神亢奮、燥動異常、脾氣暴烈、睡眠障礙等等，所以巴金森氏病(PD)的患者最好能維持每天2-3次的大便。

育生補陽還五湯加方中，大補陽藥物如炮附子(炮天雄)、乾薑、



肉桂(肉桂子)、黃耆、人參、川七、鹿茸、天麻、麻黃、蒼朮等。補氣藥物如黃耆、人參、川七、蒼朮、茯苓。活血化癥生新血藥物如當歸、赤芍、川芎、丹參、銀杏葉、山楂、大黃等。利水藥物如蒼朮、茯苓、澤瀉等。引經藥物如天麻、麻黃等。清熱消炎藥物如黃芩、黃連、黃柏、大黃等，假使大補陽藥物附子、乾薑、肉桂等總量10錢，與苦寒監製藥物黃芩、或黃柏、或黃連劑量約3錢，成10:3的監制比例。通便活血化癥藥物如大黃等。這些藥物組合後更是多點、多途徑、多方向的作用，不是單點而是全面性的。

- **補陽及補氣藥物：**會增加神經釋放多巴胺的量，作用如同多巴胺的釋放促進劑Amantadine(金剛烷胺)。
- **補陽補氣活血及引經藥物的作用：**會增加通過腦血屏障的L-dopa(左旋多巴胺)的量，如同COMT inhibitors(兒茶酚胺甲基轉移酶抑制劑)的作用。也同時能增加左旋多巴胺的效果，作用如同MAO-B inhibitors(B型單胺氧化酶抑制劑)中的selegiline(巴可癒)、rasagiline(雷沙吉蘭)一樣^[3,5]。

- **活血化癥及補氣藥。**活血化癥、通便活血及清熱監制的藥物如大黃、黃芩、黃連、黃柏等，作用如同多巴胺受體激動劑pramipexole(普拉克索)、ropinirole(羅匹尼羅)，讓左旋多巴作用持續的時間更長，及平滑它常有的開關作用。
- **大補陽藥物：**增加腦中多巴胺的量，如同補充L-dopa(左旋多巴胺)進入大腦轉化成為多巴胺一樣，但無法如Sinemet(心寧美)或Modopar(馬道普)馬上提高這樣大的量，它除了配合補氣、活血化癥生新血，可以快速得增加有限度多巴胺的量，約略可以快速治療巴金森氏病(PD)前期或第一期症狀。最重要作用是如同幹細胞移植，啟動中腦黑質神經細胞的再生。當太極拳運動可增加幹細胞CD34⁺數量3~5倍，快走運動則可增加1~2倍，大補陽藥物配合補氣活血，應該接近幹細胞療法時，注射G-CSF使血液中CD34⁺濃度會增加5~10倍吧！啟動腦內的黑質神經幹細胞再生，但是其過程是需要比較漫長的時間，半年約略可以見到效果，真正好理想的階段至少要2年以上，甚至3-5年最理想。在病例



二的影像即證實這一點，該患者連小腦萎縮症(SCA)也都可以幾近痊癒，可見腦細胞再生是所有不足的地方都會，連小腦也不例外[3,5,6]。

- **育生補陽還五湯**加方藥物治療途徑不止這些，它也能增加血清胺的量讓病人比較不憂鬱。也會增加NE、EPI、GABA等等許多神經傳遞物質，及其他系統ACH(乙醯膽鹼)的量及傳導，讓其肢體更靈活，記憶力更佳。但這些神經傳遞物質的增加是大腦自行調整的，讓不足的增加，讓太亢奮的受到抑制，這就是中醫的陰陽平衡、陰平陽秘而致中和。同時也會讓心血管系統阻塞的部分恢復通暢，全身的血管微循環更通暢。

因此巴金森氏病的治療原則，首先診斷是什麼原因誘發巴金森氏病？一定要先除去誘發的病因，如流行性感冒後，開始巴金森氏病的症狀或症狀變嚴重，那一定是病毒所影響，所以一定要優先處理感冒病毒在體內的問題，這就是中醫所講的有表症當先解表，而後處理裡証。又如受傷後腦震盪造成巴金森氏病症狀變嚴重時，一定要優

先解除腦震盪造成腦內的寒瘀或瘀熱的問題，解除疊加的病因，巴金森氏病才會好得快。後再用促進腦循環及腦細胞再生的藥。巴金森氏病的西醫藥物治療，只能改善症狀並不能改善疾病進程，多巴胺藥物亦同，臨床上又容易引起藥物性巴金森氏症^[16]。且人體從外補充越多，體內越不製造，這是大腦神經傳導物質、內分泌與人體各種激素間的平衡問題，如類固醇就是最好的例子。以巴金森氏症治療例子來說，西藥用得愈久，治療的時間相對就要愈久，因為患者不但巴金森氏病(PD)越重，也表示黑質細胞剩下越來越少，此時中藥要花許多時間，去解除西藥的壓制及副作用，又要恢復大腦神經正常傳導、代謝、分泌神經傳導物質的功能，最終的目的要黑質神經幹細胞再生，增加分泌多巴胺的細胞數量，及分泌多巴胺的量，也使各種相關的神經傳遞物質也能增加，之後更進一步促進大腦的各種細胞修復、再生、誘導分化成缺少的各種神經細胞，使大腦萎縮退化部分能恢復正常，使巴金森氏症患者疾病進程停止且逆轉回推，恢復到未生病之前的狀態，逆齡恢復生機、大腦恢復正常功能^[16]。



【病例探討】

病例一：李先生

患者61歲時確診巴金森氏病，西醫治療2年後再尋求中醫治療，先中西結合治療，之後約一個月將治療巴金森氏病的西藥除Madopar(馬道普)外都戒停，而Madopar(馬道普)配合到逐漸戒停約花了1年的時間，之後再花1年時間吃藥。2年期間服藥幾乎無間斷，連過年也不列外，每次都配合針上灸的溫針法，方中育生丸是微量的蔓陀蘿花製成方丸劑，功用是增加腦部供血量及啟動側支循環，預防中風改善睡眠品質，緩解肌肉血管的痙攣與緊張，改善緊張憂鬱等精神官能症狀。

治療2年都是以育生補陽還五湯加方為主，隨著症狀調整其劑量，從療程中治療巴金森藥物，除多巴胺類藥物外皆可迅速戒減，但多巴胺類藥物就無法一次戒減，必須慢慢戒減，每一次減量比需先維持一段時間穩定後才能再次戒減，迅速戒減只會讓患者完全癱瘓在那裏，甚至患者死亡，所以可以知道戒減多巴胺藥物治療過程中最困難的，只能慢慢遞減，不能一次全部戒停，每次遞減Madopar(馬道普)

的劑量時，患者巴金森氏病的症狀就又變嚴重，又好像回到之前的狀態，所以服藥接近一年才停到全部的Madopar(馬道普)，又吃了接近一年的中藥才幾進痊癒。

之後患者從2天吃一帖中藥到3天吃一帖中藥，然後一周吃一帖後，約半年中藥也停了，患者的非常有耐心，不但治療巴金森氏病，其心臟血血管也恢復正常，血糖稍偏高問題也解決，所以患者相當滿意治療的結果。

推斷其腦內的黑質細胞，及分泌多巴胺量，和其它的神經傳導物質應該都歸於正常，至於會否恢復到二十五萬或三十萬個黑質細胞就不得而知。至此，一般患者大部分已經不願意到醫院再做詳細檢查，如果能過再利用單光子電腦斷層攝影SPECT，用trodate來計算多巴胺神經的吸收量，算出多巴胺轉運體在紋狀體的活性，進而估算黑質腦細胞的總量，這樣是最理想的驗證了。

病例二：林女士

2-1. 患者在50歲，在中山醫大附設醫院做MRI，發現基底核有白點，還有左小腦有萎縮現象。診斷為巴金森氏病(PD)、左小

腦萎縮，無服L-dopa類藥物，應該是小腦萎縮症狀較明顯，服L-dopa改善不多所以沒有服用。患者育生補陽還五湯加方吃了2年，基底核上的白點檢查時已經消失不見，可見神經細胞再生已經長回來，吃了約2年2個月才換方劑，一直吃到2年6個月才停藥，所有症狀幾乎都消失，其實以患者有小腦萎縮症，最好能再繼續吃半年以上。

2-2. 此患者未服用L-dopa(左旋多巴胺)藥物，仍然需要這麼久的時間，主要是因為小腦萎縮症(SCA)的關係，小腦萎縮症(SCA)的範圍及影響的神經細胞數，遠遠超過巴金森氏症的黑質細胞萎縮，所以治療時間需要比較久的原因。

病例三：郝先生

3-1. 郝先生是音樂家，67歲時榮總確診巴金森氏症，它是很標準的巴金森氏病(PD)患者，除了靜止性的震顫不明顯外，動作遲緩、僵硬、臉上幾乎無笑容，有如面具一般，因為臉上肌肉僵硬，身體平衡差，寫字越寫越寫小，走路時第一步啟動邁不出去，步態呈小

碎步狀態。不想吃西藥，到處找中醫治療，在台北市立中醫院治療，吃中藥近2年，但狀況越來越差，他最大的困擾是他雙手彈鋼琴卻越來越差越沒感覺，造成他作詞作曲上的困擾，寫字和彈琴都覺不順手，他在確診之前，症狀出來已經超過2年，吃中藥卻進步不大，可見中醫治療若不能藥證相合的話療效就不明顯。

3-2. 前面病例一、二，吃的都是飲片水藥，而此病例吃的是濃縮藥粉，另外川七、人參是生粉，效果依舊很明顯。且藥粉劑量是正常的2倍，所以患者改善仍很明顯。追究其原因是患者的症狀仍在第一期左右，且尚未服任何西藥，沒有其它的慢性疾病，患者平時也有運度的習慣，所以對中藥的反應相當明顯，這應該是初步使多巴胺的分泌量增加，多巴胺的受器接受時更順利更迅速平滑。所以患者的症狀改善很快。其次是患者腿部有水腫，若不加淡滲利濕藥物，其巴金森氏病(PD)的症狀改善應該不明顯，因為腿部水腫表示腦細胞間期滲透壓、廢物的代謝、營養的吸收、神經傳遞物質的



傳導，必然會受到影響，所以重用利水藥物茯苓、澤瀉、黃柏等；及大補陽藥物、肉桂、附子、乾薑等來強心利水；更加大黃來將水分從大便排出。後續再治療只有等待患者從美國歸來。

【結論】

巴金森氏病困擾一般的中老年人，也包括許多名人，如已故音樂大師李泰祥、中研院的故副院長張光直，十幾億中國人的已故領導人鄧小平、還有在奮鬥中的主演「回到未來」的美國影星麥可·J·福克斯，及世界拳王穆罕默德·阿里…等等都是，可見這是不分中外、種族、貧賤、區域的疾病。其實巴金森氏病(PD)簡單來說，就是大腦局部的退化，中腦黑質緻密區的多巴胺細胞退化凋亡引起的疾病，相對於小腦萎縮症(SCA)表現是在整個小腦，阿茲海默症(AD)表現在整個大腦的退化上，尤其是額葉、頂葉的皮質。所以巴金森氏病(PD)相對影響比較小、比較局部，用育生補陽還五湯加方治療上相對也比較容易。

本研究三個病例及臨床上的經驗來看，越早治療效果越顯著，越

沒有L-dopa(左旋多巴胺)類藥物的介入，中醫的療效越佳；L-dopa類藥物劑量愈小，越容易治療，究其原因，是此時患者巴金森氏病的病程都在早期或中期，也就是第一到第三期之間。若在一二期之間表示黑質細胞仍存在有一定的數量，服藥進步比較快，療程也較短，但最好能至少維持一年以上的治療。若是L-dopa類藥物依賴愈大、劑量越大，都已進入晚期，也就是巴金森氏病(PD)第四或五期，治療效果比較差，需要治療時間比較久。臨床上，巴金森氏病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，再經歷減量並到停用除L-dopa類藥物外藥物，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、抗乙醯膽鹼劑等等。大補陽及補氣活血化瘀的中藥能很快的替代。最後是遞減L-dopa類藥物，建議在服用育生補陽還五湯加方半年後，開始慢慢遞減是比較好，每隔至少三個月以上的服藥才遞減一次，這樣的遞減時間通常要一到三年，遞減結束後大約可回到患者初發作時的階段，然後至少在持續服用中藥一年以上，這與胚胎腦移植，或幹細胞移植有異曲同工之妙，只是用誘導神經細胞再生或修復，與移植後神



經細胞再生的功能相同吧？最後再將中藥慢慢遞減劑量，或改成調養的保健模式服用。若是中醫藥尚未介入，而巴金森氏病的患者裝DBS、或做胚胎腦移植、或幹細胞移植後，中醫藥同樣可以介入，讓裝有DBS的患者藥物依賴更輕，甚至遞減至最輕的劑量。若巴金森患者做胚胎腦移植，或幹細胞移植後一樣可以中醫藥介入^[17]，中藥能消除移植的介面排斥，幫助移植的幹細胞快速成長，可以讓化學藥物依賴減到最小，甚至可以不用藥物。

本文在臨床上發現，所有的神經退化疾病包括巴金森氏病，越早期治療效果越顯著，以中醫的觀點看巴金森氏病，並不是一種持續、進行性病程，中醫藥介入是可以截斷病程的進展，逆轉病程回到正常，並不是只有改善症狀而已，就如同胚胎腦移植、或幹細胞移植一樣，但中醫藥效果應該更好，因為它改變的不只巴金森的症狀，連其他包括大腦退化、或心血管疾病等等都會改善，如病例一、恢復狀況，因為中藥作用是全面性、多系統性、多途徑的全方位治療。所以這整個治療過程，其實這就是逆齡的療法，去老還童的治療法。在《醫方集解》中有一案例其方劑名

「打老兒丸」，古有一婦人年過百歲，卻狀如年輕女子、身輕如燕、容貌體態姣好，拿棍追打其老態龍鍾、虛髮皆白，不肯服此丸老兒子^[18]。所以中醫界同仁不必為自己在健保大餅佔不到4%而懷憂喪志，相反更應該積極參與危急重症的治療，拿出實際療效成果來說服醫界，並維護國人的健康。

【參考文獻】

1. 李政育著，古丹譯，中醫腦神經治療學，啟業書局，2001年:19-20, 47-48, 62-63。
2. 清·王清任，醫林改錯，天津科學技術出版社，1999年:1-37。
3. 孫怡、陽任民、韓景獻主編，實用中西醫結合神經病學第2版，人民衛生出版社，2011年: P707-736, 794-816, 854-877。
4. 林欣榮，腦組織移植治療巴金森氏症，台灣醫學，1卷3期，1997年: 333-338。
5. Kurt J. Isselbacher、Eugene Braunwald、Jean D. Wilson、Joseph B. martin、Anthony S. Fauci、Dennis L. Kasper合著，蘇純潤譯，哈里訊內科學手冊第十三版，合紀圖書出版社，2001年:736-741。



6. 廖清瑩，李鴻欽，巴金森氏病(PD)的藥物治療，藥學雜誌電子報，97期，2009年。
7. 徐偉成、李超群、林欣榮，巴金森氏症之全面觀，慈濟護理雜誌，第1卷第3期，2002年:8-16。
8. Tsung-Jung Ho、Li-Ing Ho、Kuo-Wei Hsueh、Tzu-Min Chan、Shih-Li Huang、Jaung-Geng Lin、Wen-Miin Liang、Wei-Hung Hsu、Horng-Jyh Harn、and Shinn-Zong LinTai, Chi Intervention Increases Progenitor CD34⁺ Cells in Young Adults, Cell Transplantation, Vol. 23, 2014:613-620。
9. Chia LG, Liu LH. Parkinson's disease in Taiwan: an analysis of 215 patients. Neuroepidemiology 1992; 11: 113-120。
10. 黃楚雲、黃錦章，巴金森失智症與路易氏體失智症，應用心理研究，第55期，2012秋: 59-98。
11. 何應瑞、巫錫霖、王文甫、黃耀庭、鄭鈞文，麩胺酸神經系統與神經免疫功能在巴金森氏症失智的可能角色，台灣醫學，第13卷第1期，2009年: 100-105。
12. Cheng-Che Shen, MD、Shih-Jen Tsai, MD、Chin-Lin Perng, MD、Benjamin Ing-Tiau Kuo, MD, PhD and Albert C. Yang, MD, PhD、Risk of Parkinson disease after depression, American Academy of Neurology, October 22, 2013, vol. 81 no. 17, 1538-1544。
13. 岐伯著，王冰撰，素問，文光圖書有限公司，1994年:1-7, 13-23。
14. 陳淑芬，臺灣醫家李政育學術思想及臨床診療經驗整理研究，2005年廣州中醫藥大學碩士論文: 9-21。
15. 陳璟徽，臺灣醫家李政育大補陽法之臨床經驗總結，2011年遼寧中醫藥大學碩士論文:1-41。
16. Cheng Wei-De, Parkinson's disease of TCM Western medicine treatment study, JCMAS, Dec, 2014, Vol. 2; No. 1; 65-91。
17. 李政育，胚胎腦移植治療超重度帕金森氏症病患後的中醫輔助臨床病例報告，第四次全國中西醫結合神經系統疾病學術研討會論文集，2002年:160-161。
18. 清·汪昂，醫方集解，1997年: 24-225。



Discussion YuSheng BuyanghuanwuTang add-on for the treatment of Parkinson's patients to study its efficacy

*Wei-De Cheng*¹ *Che-Hao Wu*² *Yan-Chih Liao*³ *Chen-Yu Lee*²

- 1. Cheng Wei-De Chinese Medical Clinic*
- 2. YuSheng Chinese Medical Clinic*
- 3. National Defense Medicine Center, Tri-Service General Hospital Department of Nuclear Medicine.*

Abstract

Parkinson's disease (PD) put in simple terms is a type of localized cerebral degeneration in which the dopaminergic cells of the substantia nigra pars compacta (SNc) at the base of the forebrain breakdown and die resulting in disease. This differs from spinocerebellar ataxia (SCA), which involves the entire cerebellum and Alzheimer's disease (AD), which involves degeneration of the entire cerebrum and especially the frontal parietal cortex. In PD, only a relatively small, localized area of the cerebrum is affected thus making the administration of (Yu Sheng) Bu Yang Huan Wu Tang variant a promising treatment approach with proven efficacy.

Based on clinical experience and results of three case studies included in this paper, it is clear that the two main factors influencing efficacy of traditional Chinese medicine (TCM) treatment for PD patients are the earlier the administration the better and the absence of L-dopa drug administration. The smaller the dose of L-dopa the easier it is to treat this condition; the likely reason for this being that these PD patients are still in the early to intermediate stages of disease (Stage 1 to Stage 3). When the disease is in Stage 1 and Stage 2 this indicates the dopaminergic cells SNc are still present in significant amounts, thus the TCM treatment duration



will be relatively shorter and efficacy will appear relatively faster. However, once relief of symptoms and efficacy has been achieved the patient should continue being administered TCM treatment for at least 1 year. When PD patients become more dependent upon L-dopa drugs (frequency and dose) this indicates they have entered the advanced stages of disease (Stage 4 and Stage 5), thus making treatment less effective and the duration much longer. In the clinical setting, patients who have already been administered Western medicine drugs and then begin TCM treatment must continue taking the Western medicine drugs at first and then gradually reduce and then discontinue administration. This is true for all Western medicine drugs (e.g., COMT inhibitors, dopamine agonists, dopamine receptor agonists, MAO-B inhibitors, and anticholinergics) except for L-dopa. TCM great yang-supplementing and blood-quickening and stasis transforming medicinals can quickly supplant the need for these Western drugs. Later on in the treatment regimen L-dopa can also be gradually reduced. Six months of (Yu Sheng) Bu Yang Huan Wu Tang variant administration is recommended prior to beginning the reduction of L-dopa with a dose reduction occurring at least 1 time every 3 months. A duration of 1 to 3 years is usually required for complete discontinuation of L-dopa. At that time, the patient's condition will have recovered to the point of when the disease first presented at the early stage, requiring a minimum of 1 more year of TCM medicinal administration. The result of TCM treatment offers the same effects as fetal brain tissue transplantation and neural stem cell transplantation, but instead simply promotes the natural regeneration and repair function of neural tissues. Eventually, the administration of the TCM medicinal regimen can be gradually reduced or the amount and composition can be adjusted to regulate the constitution and ensure optimal sustained efficacy.

For the clinical presentation of all types of neurodegenerative diseases, including PD, the earlier treatment is initiated the greater the efficacy.



TCM does not view PD as a persistently progressive condition. The administration of TCM treatment will halt further deterioration of the condition and initiate a reversal setting the patient back on the path to normal. TCM treatment not only improves symptoms, but also functions like fetal brain tissue transplantation and neural stem cell transplantation. In fact, TCM treatment offers even better overall efficacy since it also functions to deter cerebral deterioration and cardiovascular disease. Case study 1 provides evidence of TCM's efficacy in improving symptoms, stabilizing the condition, and remedying the disease with a comprehensive, multisystem, and holistic treatment approach.

Key Words:

traditional Chinese medicine (TCM) treatment of Parkinson's disease (PD), Parkinson's disease (PD), (Yu Sheng) Bu Yang Huan Wu Tang.

Authors : Cheng Wei-De

Address : 1F., No.117, Shijian Rd., Banqiano, Dist., New Taipei City, Taiwan (ROC)

Tel : 886-2-2959-8113

E-Mail : chengweide@kimo.com

Received : 2015.09.07; Published : 2015.12.27