



# 痰濁中阻型帕金森氏病 中西醫結合診療之研究

吳哲豪

保惠中醫診所

## 摘要

### 目的：

帕金森病的患者發病多為60歲以上，海島型氣候的臺灣極為潮濕地區，飲食習慣多肥甘厚味，痰濁中阻型帕金森氏病患者最多，擬透過循證醫學的方法探討半夏天麻白朮湯加方對帕金森氏病患者的療效評估及安全性，總結出中西醫結合帕金森氏病的病因病機，從而為帕金森氏病的中醫治療提出更好的參考依據，以提升中西結合醫學對帕金森氏病的療效與造福嘉惠病患。

### 方法：

將臺灣臺北地區屬於痰濁中阻型帕金森氏病患者隨機分配，共有治療組26例，對照組24例。對照組繼續原有的西藥治療，治療組加服用半夏天麻白朮湯加方，兩組療程均為6個月；觀察2組臨床療效及治療前後帕金森統一評分量表(UPDRS)、改良的 Hoehn-Yahr(H-Y)分級情況，評價中藥療效及安全性差異。

---

通訊作者：吳哲豪

連絡地址：台北市信義區崇德街52號

Tel：02-23670436

E-Mail：wu66wu66@gmail.com

2016年08月12日受理；2016年12月11日刊載

**結果：**

1. 治療組的帕金森統一評分量表(UPDRS)、臨床療效明顯優於對照組( $P < 0.05$ )；
2. 治療前後H-Y分級比較無顯著地差異( $P > 0.05$ )。
3. 服用半夏天麻白朮湯加方無肝腎等其他不良反應。

**結論：**

1. 半夏天麻白朮湯加方對帕金森氏病患者的療效明顯及不良反應少，能更好地控制帕金森氏病的症狀，降低UPDRS評分，優化帕金森氏病的治療，達到推遲病程的目的。
2. 臺灣帕金森氏病的證型有氣虛血瘀證、痰濁中阻證、氣血兩虛證及陰陽兩虛證。並探討半夏天麻白朮湯治療帕金森氏病的相關古籍文獻探討。
3. 治療帕金森氏病的主流西藥，其藥物反應及副作用影響患者生活品質極大，中藥治療帕金森氏病的極為優勢，並可以單純用中藥來治療帕金森氏病，大幅降低西藥的藥物反應與副作用，改善病患生活品質。

**關鍵詞：**帕金森氏病；半夏天麻白朮湯；UPDRS 評分；改良的 Hoehn-Yahr 分級



## 前言

隨著時代變遷，公共衛生、生活水準及飲食習慣大幅提升，人口老化是全球共同面臨的嚴峻課題，退化性腦病的人口將年年遽增，相對地解決帕金森氏病的問題是一個很重要的課題。帕金森氏病是繼阿茲海默症之後，為退化性腦病中第二高的疾病，全球大約有七百萬人罹患此病，其中在美國就有將近一百萬的患者<sup>[1][2]</sup>。工業化的國家大約發病率約0.3%。六十歲以上人群當中的發病率約為1%，八十歲以上人群的發病率則高達4%<sup>[2]</sup>。平均發病年齡為六十歲；約有5~10%的患者屬於早髮型帕金森氏病(年紀在20~50歲之間)<sup>[3]</sup>。有許多研究指出男性多與女性，此病每年的發生率每十萬人約8~18人<sup>[2]</sup>。

## 診斷與分類

原發性帕金森氏病是不明原因的退化性疾病，目前抽血也無法診斷，診斷主要是依據臨床經驗與神經學檢查，診斷原發型的基本條件式行動遲緩(bradykinesia)，外加上是休息時顫抖(rest tremor)或僵硬(rigidity)<sup>[4,5]</sup>，此外，對多巴胺藥物有反應是一個很重要的診

斷此病的證據，當病患對多巴胺藥物無反應時就不可能是原發型帕金森氏病。其他臨床的特徵有單側發作、出現靜止型顫抖並且在疾病的過程都是持續性不對稱地發作。<sup>[6]</sup>

影像掃描檢查上如：顱腦核磁共振(brain MRI)或電腦斷層(CT)掃描僅能初步排除其他結構性的損傷如：中風、腦瘤、常壓性腦水腫等……，及抽血檢查皆無法確立診斷為帕金森氏病。診斷的黃金標準乃是神經病理學的檢查。

目前較新的技術是“多巴胺掃描”(DaT scan)，是核子醫學利用專一性結合的追蹤劑，與多巴胺轉運體(dopamine transporter)目標物結合，可以評估多巴胺細胞數量，協助診斷此病，可以從影像上瞭解帕金森氏病患嚴重程度。臺灣核能所發明製造的“鎔-99m TRODAT-1”對帕金森氏並具有高敏感與高專一性的特性<sup>[7]</sup>，於2005年在臺灣取得藥證上市，此為與18F-FDOPA相比較之下，雖然解析度較差，但費用較為廉價、等待時間較短且低污染性，2010年通過健康保險給付，被廣泛應用於臺灣輔助診斷帕金森氏病患。

繼發性帕金森症候群是因藥源性、感染、代謝疾病、腦瘤、中

風、頭部創傷、藥物、毒品和常壓性腦水腫(normal-pressure hydrocephalus, NPH)等…因素引發帕金森氏症。

## 藥物

藥物引起的帕金森症狀通常同時發生於身體的兩側，與傳統性的

帕金森症狀常由身體的一側開始不同，常見的藥物為神經抑制藥，易引起暫時性帕金森症狀的藥物，這一類藥物通常在幾個周、幾月後產生使帕金森症患者症狀惡化，但這狀況會隨著藥物停用一段時間後消失。根據賈公孚所編《藥害臨床防治大全》一書，列出許多西藥導致藥源性帕金森氏症的藥物。

藥物類別	引起帕金森氏症的機制
傳統的 神經抑制劑	抗精神病藥是引起藥物性帕金森綜合症的代表藥物，具有阻斷大腦基底節的多巴胺D2受體的作用，臨床上產生與原發性帕金森病極其相似的帕金森綜合症。 例如：acetophenazine, butaperazine maleate, carphenazine maleate, chlorpromazine, chlorprothizene, fluphenazine decanoate, fluphenazine enanthate, fluphenazine hydrochloride, haloperidol, loxapine, Mesoridazine, molindone hydrochloride, perphenazine, perphenazine amitryptiline, pimozide, promazine, thioridazine, thiothixene, trifluoperazine
非典型 神經抑制劑	抗精神病藥廣泛使用中 例如：Clozapine, Olanzapine, quetiapine, risperidone
止吐藥	其鎮靜作用及錐體外系副作用較少，所以常作為緩和的抗精神病藥物用於治療老年期的抑鬱症狀、疑病、癡呆患者的行為異常、不安狀態等 例如：prochlorperazine Compazine, trimethobenzamide, promethazine
腸胃藥	是引起藥物性帕金森綜合症最多的藥物。特別是老年人，即使是小劑量、但由於長期連續使用也會導致帕金森症狀及精神不振，同時易出現步行障礙、動作遲緩、癡呆等症狀，症狀繼續進展可致患者臥床不起或無欲狀態。 例如：metoclopramide

藥物類別	引起帕金森氏症的機制
降血壓藥	曾作為降壓藥及抗精神病藥廣泛使用，但近年應用減少，這種副作用亦少見。 例如：Reserpine, captopril
鈣離子阻斷劑 (腦迴圈改善劑)	特點是不僅出現帕金森綜合症，而且抑鬱、焦躁等精神症狀的伴發率也很高，其中精神症狀明顯者或有自殺企圖的常易被誤診為抑鬱症。從開始服用到出現帕金森綜合症，一般以2-4個月為多見，最早的僅幾周即可出現，晚的常在用藥1-2年出現。 例如：Flunarizine
心律不整藥	可致靜止性震顫，推測這類藥能有損害大腦基底節的副作用。 例如：Amiodarone
化療藥	可引起重症白質腦病，嚴重病例早期可出現昏睡、痙攣、無動性緘默等。死亡率很高，但在病程中或從意識障礙開始恢復時可出現肌強直、動作遲緩、步行障礙、震顫等錐體外系症狀，並常伴有癡呆和淡漠無欲等精神症狀。 例如：Cytarabine, Vincristine

## 病理類型

以病理的角度來看，阿茲海默症(Alzheimer's disease)乃是tau蛋白不正常累積所導致了。相對於帕金森氏並被認為是alpha-synuclein不正常的累積在腦部而形成路易體(Lewy body)，為1912年德國病理學家Frederick Lewy首先發現的，1919年Tretiakoff 觀察到帕金森氏病患的中腦黑質區有不正常的現象 [8]，可看見中腦

的黑質緻密部組織內(substantia nigra)出現褪色，表示多巴胺細胞退化死亡，一個研究報導正常人的多巴胺細胞約有55萬，帕金森氏病患約減少66% [9]；此外，大約黑質的神經元壞死少了60%，帕金森氏病第一個症狀就會出現 [8]。路易體在高倍鏡下可見到光圈般的central cord，和輻射狀排列的filaments。專家一致認為路易體不是帕金森氏病的診斷必要條件 [10]，但大部分的專家一致相信

路易體是帕金森氏病的特點。路易體並非專一的病理產物，亦存在于10%的正常老化老人或其他神經退化疾病的患者(例如：進行性核上性麻痺、唐氏症、阿茲海默症等……)[11]。

流行病學研究提供與帕金森氏病相關因數的重要線索，許多研究中較一致性的看法是年紀和家族有帕金森氏病的患者會有較高的危險因數，然而抽煙者具有較低的罹患帕金森氏病 [12-13]，尼古丁扮演神經保護的效果可能是有相關的 [14]，但抽煙是不被鼓勵的行為，會大幅增加肺癌的發生率。

## 西藥治療

目前帕金森病患主療治療還是以左旋多巴胺等抗帕金森氏病的藥物要為主流。藥物治療只能補充多巴胺濃度，無法治癒此病，患者的神經細胞仍不斷的退化、死亡，對藥物的劑量愈來愈重，但所帶來的副作用隨著藥量加重而增加。服用抗帕金森氏病藥物常常有許多令患者不舒服的藥物反應，患者在服用下一次左旋多巴胺藥之前30分至一小時會覺得行動不便、症狀惡化或肌張力不全，好發在晚上

睡眠或早上醒來時發生，稱之劑末失效(end-dose deterioration or wearing off)。此外，長期服用左旋多巴胺之下，在服藥後1~2小時會發生頭、嘴、手、腳及軀幹的不正常動作，稱之為異動症(Dyskinesia)。

此外，也常常發生運動機能波動症(Motor Fluctuations)，顧名思義就是在服用抗帕金森病藥物的藥效時間，有來電斷電On-Off的變化，偶而會發生突然斷電(Off)導致身體僵住；當抖動、僵硬、行動緩慢的症狀有所緩解，藥效存在的時候，就好像來電(On)。在運動機能波動症的時候，甚至會出現肌張力不全，造成手或腳不自然姿勢的持續性扭動(twisting)。長期服用抗巴金森氏病藥物，也會產生幻覺、妄想等類似精神症狀的現象。

## 西醫外科手術治療

帕金森氏病漸進性的惡化時，藥效逐漸減退且副作用變嚴重，約有50%的病患服用5年之後，表現出運動波動和異動症。這個症狀特別發生在年輕型的帕金森氏病(年紀低於50歲)[15]。外科手術原理是破壞或用電流刺激功能異常的神經，



使控制肌肉運動的訊號正常，改善運動障礙，深層腦部刺激術(Deep brain stimulation, DBS)最常見外科治療嚴重型的帕金森氏病<sup>[16]</sup>。兩個前瞻性隨機控制試驗比較DBS和藥物治療，顯示兩側DBS對嚴重的帕金森病患可改善運動功能及運動波動症<sup>[17,18]</sup>。

DBS手術的嚴重併發症是不常見的。根據美國神經學會(American Academy of Neurology)在2006年發表回顧四個論文共360個病患接受DBS，在一個月內死亡率0.6%，明顯的神經學後遺症約2.8%。其他手術的併發症，感染占2.8%，癲癇占1.1%，肺栓塞占0.6%，鼻腦漏占0.6%，周邊神經損傷占0.6%及靜脈栓塞占0.3%<sup>[19]</sup>。

## 腦內細胞移植 (Brain Tissue Implants)

雖然DBS是可以改善症狀，仍舊無法治癒帕金森氏病，近幾年來，幹細胞學的研究蓬勃發展，試圖利用幹細胞讓損傷的黑質細胞再生，幹細胞移植為最常用的是胚胎腦移植(Fetal Tissue Transplantation)和幹細胞培養移植(Cell Culture Transplant)，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<sup>[20]</sup>。但移植過程的最大問題，除了所需的經費龐大之外，乃在於免疫排斥的問題、癌幹細胞的誘發及倫理道德上爭議。

## 中醫治療的優勢

中醫確實能夠對帕金森病症狀緩解、減輕病程進展，改變病患生活品質及調節整體是中醫的強項，但對帕金森病中醫辨證依舊存在著眾說紛紜，十分混亂，導致治療上依舊是巨大的分歧，臨床應用起來，尤其對於末期的帕金森氏病患者，更是難以具體而顯著療效去有效地阻止病程發展。

李政育教授四十多年的臨床經驗鑽研中西醫學理論，配合現代西方醫學在其微觀思路下，有其獨特的辨症理論，並運用中醫辨證論治的特長，補足現代醫學在治療學上的困境，多用經方、又擅于裁化古方，對方劑之劑量及組成多有創新及發揮，有許多帕金森氏病的患者



被西醫診斷為帕金森病，就轉介到李政育教授接純中醫的治療，完全沒有服用西藥，成果斐然，更凸顯中醫在治療學上的優勢。2011年11月22日李政育教授所領導的研究團隊進行研發中藥材「誘導腦神經細胞增生之醫藥組成物，其醫藥萃取物及其製造方法」取得美國專利證書(NO. US 8, 003, 140BI)。是世界腦神經醫學界第一次大突破，從而為腦病的中醫治療提出更好的參考依據，給中西醫界的同道在臨床上的治療提供新的思路。

## 帕金森氏病中醫病機——脾胃失調

李政育教授經多年臨床觀察，認為帕金森氏病屬於腦病範疇，但與其他臟腑也密切相關。現代文獻探討帕金森氏病多從肝腎方面來描述本病，忽視了脾胃此病的關係。李政育教授非常重視脾胃，因為脾胃為“後天之本”，是血氣生化之源。脾臟主理“運化”，又具有統帥血流、主管四肢、肌肉的功能。帕金森氏病患者多為六十歲以上發現此病，屬於衰老的階段。《靈樞·天年》“黃帝曰：「其氣之盛衰，以至其死，可得聞乎？歧伯

曰：人生十歲，五藏始定，血氣已通，其氣在下，故好走。二十歲，血氣始盛，肌肉方長，故好趨。三十歲，五藏大定，肌肉堅固，血脈盛滿，故好步。四十歲，五藏六府，十二經脈，皆大盛以平定，腠理始疏，榮華頹落，發頗斑白，平盛不搖，故好坐。五十歲，肝氣始衰，肝葉始薄，膽汁始減，目始不明。六十歲，心氣始衰，苦憂悲，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。九十歲，腎氣焦，四藏經脈空虛。百歲，五藏皆虛，神氣皆去，形骸獨居而終矣。」”從本段論述可以看出，衰老從40歲便已開始，“腠理始疏，榮華頹落”的症狀皆為後天之本氣血生化漸漸虛弱。

現今生活水準公共衛生大幅提升的時代，多飲酒、恣食肥甘厚味過度安逸皆會導致脾胃功能受損，導致脾虛生濕，痰濁中阻病位在脾，脾難以運化水穀，又為生痰之源。再者，臺灣屬於海島型氣候，長期陰雨，空氣潮濕，帕金森氏病患多濕邪阻滯中焦，運化功能減弱，進而引發其他臟腑功能失調。此外，現今步調極快的社會，人們活動減少多用交通工具代步、勞動



少、工作緊張、各種壓力增加等均能導致脾胃功能受損，如同《素問·陰陽應象大論》所謂：“思傷脾。”《靈樞·本神》所談：“脾，憂愁而不解則傷意，意傷則悶亂，四肢不舉，毛悴色夭，死於春。”

## 半夏白朮天麻湯方加減 治療帕金森氏病臨床研究

臺灣醫家李政育教授在中西結合神經醫學會提出對帕金森氏症的辨證分型，總結出帕金森氏病的四個證型，分別為氣虛血瘀證、痰濁中阻證、氣血兩虛證及陰陽兩虛證，其中痰濁中阻證臨床最為多見，因臺灣的飲食及環境的變化此類證型最常遇到，痰瘀從神經的生理病理觀點上既是標也是本，故無論任何證型，和活血化瘀除痰的治則都會在裡面。故納入痰濁中阻為主要證型。其治療主要方劑為半夏白朮天麻湯，本研究從半夏白朮天麻湯治療帕金森氏病（痰濁中阻證）入手，從臨床試驗中進一步驗證李政育教授的學術思想。

痰濁中阻證主要有眩暈，胸悶，納呆，肢麻舌淡苔白膩，脈濡或滑等症狀。李教授認為種種因素

可導致脾胃損傷，健運失司，再加上久病多虛，脾氣虧損，以致水穀不化精微，聚濕為痰，痰中內阻，產生痰濕之邪凝聚於腦，頭竅失養，故發為眩暈。此證型為本虛標實，病理基礎為實者，即風、火、痰、瘀擾亂清空。證症見頭暈目眩，胸悶脘痞，食少多寐，肢端麻木，或肢體遊走疼痛，舌淡苔白膩，脈濡或滑。治以理氣化痰，活血通絡，方用半夏白朮天麻湯加減。多巴胺的不足就是本虛，宜用大補氣血，方中用當歸、黃耆，甚至用大補陽氣如：乾薑、附子來修復細胞或軸突，甚至使神經細胞再生；然而標實，往往帕金森氏症病患伴隨的中樞乙醯膽鹼過多，西醫常以抗乙醯膽鹼藥治療，抑制乙醯膽鹼素的作用增加腦內多巴胺的活性，為痰飲、痰濁中阻，故需要配合健脾化濕，去痰降濁，方中半夏、陳皮、燥濕祛痰，白朮、茯苓健脾化濕，澤瀉利水滲濕，神曲、麥芽消食健胃、甘草和中，使痰濕得化，清陽得以升。

### 1、資料與方法

#### 1.1 一般資料

病例來自於2014年1月到2015

年12月來臺灣育生中醫診所合作醫院之神經內科門診的50位痰濁中阻型帕金森氏病患者，來源鎖定臺灣北部地方。

## 1.2 診斷標準

### 1.2.1 西醫診斷標準

根據英國帕金森協會大腦銀行的帕金森病臨床診斷要件(Parkinson's Disease Society Brain Bank, Institute of Neurology, London)，符合帕金森氏病如下：

#### a. 診斷

(1)動作遲緩

(2)至少出現下一項要件[1]僵硬  
[2]頻率每秒4~6次的顫抖[3]  
姿態不穩

#### b. 排除造成帕金森氏症的其他原因

#### c. 至少出現以下三項支援診斷的要件

(1)症狀單側開始

(2)出現靜態顫抖(4~6Hz)

(3)持續惡化病程

(4)持續的不對稱性，症狀開始  
測較嚴重

(5)對L-dopa反應良好(70~100%)

(6)嚴重的L-dopa治療產生的異  
動症

(7)對L-dopa反應良好時間超過  
5年以上

(8)臨床病程10年以上

### 1.2.2 中醫辨證標準

參照中華全國中醫學會老年醫學會《中醫老年顫證診斷和療效評定標準》中的診斷標準（試行，1992年）。

(1)主要症狀：頭或肢體顫振，少動，肢體拘攣，頸背僵直。

(2)次要症狀：表情呆板，頭胸前傾，言語謇澀，上肢協調不能，皮脂外溢，口角流涎，智力減退或精神礙障，生活自理能力降低。

(3)發病年齡：好發於50-60歲。男性多於女性。

(4)發病誘因：可有明顯誘因，如感受外邪，中毒或腦部病變，也可無誘因。

(5)慢性起病或進行性加重。

具有2個主症以上，慢性起病或進行性加重，結合同齡、誘因等特點可確診。

### 1.3 納入標準

(1)符合上述帕金森氏病西醫診斷  
(2)符合中醫診斷證後為痰濁中阻型的患者

(3)符合改良的Hoehn-Yahr(H-Y)  
分級1.5~4級

(4)年齡在45~75歲之間

如有以上任何一項回答“否”，則患者不能進入研究



### 1.4 排除標準

- (1) 症狀性帕金森氏綜合證或帕金森迭加綜合證
- (2) 患有其他嚴重疾病者(例如：合併嚴重神經系統、消化系統、循環系統、呼吸系統或內分泌系統等疾病者)
- (3) 病人依從性差
- (4) 有濫用藥物或酗酒史
- (5) 癡呆或精神病患者
- (6) 伴有其他嚴重中樞神經系統疾病者
- (7) 年齡< 45歲或> 75歲

如有以上任何一項回答“是”，則患者不能進入研究

### 1.5 剔除標準

- (1) 因嚴重不良反應必須停藥者
- (2) 病人不能堅持臨床試驗，而自行停藥或加用其他治療帕金森氏病的藥物者
- (3) 合併出血或感染者
- (4) 患者無法忍受，要求對初研究者
- (5) 因其他原因不能完成試驗者

## 1.6 研究方法

### 1.6.1 治療方法

將50位帕金森氏病患者隨機分為兩組，最後結果是對照組26例，

治療組24例，對照組患者進行常規西藥治療治療組患者在常規西藥治療的基礎上應用中藥進行治療，中藥主要根據李教授在臨床上總結的臨床思想和經驗用藥進行，半夏12g、天麻15g、生白朮12g、茯苓12g、蒼朮12g、澤瀉12g、陳皮12g、神曲12g、麥芽12g、乾薑12g、附子15g、當歸8g、黃耆40g、黃柏12g，煎煮成540cc，每日三餐飯前服用1次，每次服用180cc。

### 1.6.2 療效評價方法

帕金森氏病日常活動能力及運動功能，分別採用統一帕金森氏病評定量表(UPDRS, Unified Parkinson's Disease Rating Scale)第二部分(日常生活能力)與第三部分(動作能力之檢查)評估、改良的Hoehn-Yahr(H-Y)分級情況，評價藥物療效及安全性。分別在入組前(治療前)，治療6個月後分別臨床評價一次。療效指標乃根據統一帕金森氏病評定量表第二、三部分(UPDRS II、UPDRS III)評分，好轉率=(治療前得分-治療後得分)/治療前得分，

無效：好轉率1%~ 19%

有效：好轉率20%~ 49%

顯效：好轉率50%~ 99%

臨床治癒：好轉率100%

改良的Hoehn-Yahr分級表

0期：無症狀。

1期：單邊／側身體受影響，但沒有影響平衡。

1.5期：身體單側受影響，並影響平衡。

2期：身體雙邊／側受影響，但沒有影響平衡。

2.5期：身體雙邊受影響，但是在拉動試驗(pull test)下能夠自行恢復平衡。

3期：平衡受影響，輕度到中度疾病。但患者可以獨立生活。

4期：嚴重活動能力。但患者可以自行走動和站立。

5期：在沒有他人說明的情況下，只能臥床或坐輪椅。

### 1.6.3 安全性觀測

生化指標：血、尿、便常規、肝(ALT、AST)，腎功能(BUN、Cr)檢查，治療前後各紀錄1次。

可能不良反應：症狀和體症隨時觀察。

### 1.6.4 統計學方法

治療前後自身比較使用Microsoft Excel和SPSS 13.0套裝軟體進行統計學資料分析，計量資

料以平均值±標準差(standard deviation)( $x \pm s$ )表示，採用t檢驗，計數資料採用 $\chi^2$ 檢驗，以 $P < 0.05$ 為有顯著性差異。

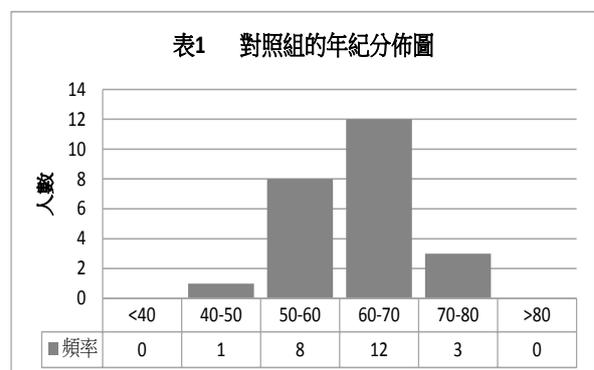
## 試驗結果

### 1、一般資料分析

兩組患者的一般情況如下：

#### 1.1 對照組：

共24個患者，平均年齡 $62.50 \pm 1.39$ 歲，最小為45歲，最大為75歲。發病年齡較全球流行病學研究平均六十歲略高。



病程為 $37.08 \pm 3.02$ 月，性別與H-Y分級分佈情況如下：

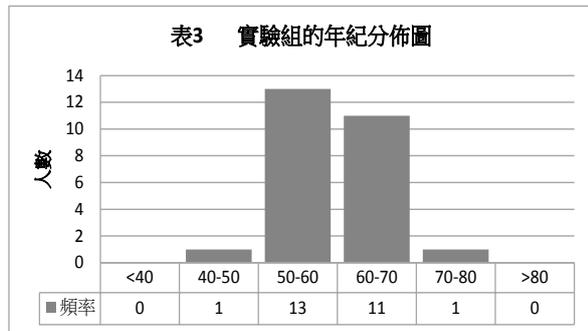
表2 對照組Hoehn-Yahr與性別分析

計數	Hoehn-Yahr 分級					總計(人)
	1.5	2	2.5	3	4	
性別						
女	3	6	1	1	0	11
男	3	3	2	4	1	13
總計(人)	6	9	3	5	1	24



## 1.2 治療組：

26個患者，平均年齡為60.85±1.03歲，最小為49歲，最大為73歲。發病年齡與全球流行病學研究平均六十歲發病相仿。



病程為32.62±3.57月，性別與H-Y分級分佈情況如下：

表4 治療組Hoehn-Yahr與性別分析

計數 性別	Hoehn-Yahr 分級					總計(人)
	1.5	2	2.5	3	4	
女	5	1	2		1	9
男	8	5	2	1	1	17
總計(人)	13	6	4	1	2	26

## 2、療效評價的比較

表5 兩組治療前後UPDRS評分比較

組別	n	UPDRS 評分	
		治療前	治療後
治療組	26	46.04±19.67	39.35±18.45**
對照組	24	48.63±16.85	48.42±16.48

(\*表示 P< 0.05, \*\*表示 P< 0.001)

表6 兩組治療前後臨床療效比較

組別	n	好轉率			
		無效	有效	顯效	臨床治癒
治療組	26	18	8	0	0
對照組	24	24	0	0	0

表7 兩組治療前後H-Y分級分佈情況

組別	n	Hoehn-Yahr 分級				
		1.5	2	2.5	3	4
治療組(0個月)	26	13	6	4	1	2
治療組(6個月)	26	16	4	3	1	2
對照組(0個月)	24	6	9	3	5	1
對照組(6個月)	24	3	12	2	6	1

### 3、不良反應及安全性

治療前後患者血液、尿液檢查、肝腎功能等檢查，均無顯著性差異( $P>0.05$ )。治療組在治療過程中出現納差4例(占15.38%)，口幹8例(占30.76%)；對照組出現噁心嘔吐10例(占41.67%)、納差5例(占20.83%)、便秘12例(占50.00%)、口幹5例(占20.83%)。兩組不良反應患者均未停藥，治療組在調整中藥後症狀緩解。

## 討論

### 1. 李政育教授對半夏白朮天麻湯治療帕金森氏病的研究

本次研究，樣本取自臺灣臺北地區，樣本數量僅五十人，樣本數量較小，但對於研究臺灣的帕金森氏病仍有一定的參考意義。經

過六個月的治療，發現半夏天麻白朮湯加方介入，治療組的帕金森氏病患者日常生活能力與動作能力之檢查有差異性。改善最多的部分是患者的吞咽、進食能力、步態及全身動作遲緩。由上述的資料可知，病患被診對為帕金森氏病的病程約三年，僅服西藥對帕金森氏病患僅能延遲病情，難以逆轉病情；搭配中藥治療有30.77%好轉率，若能繼續長時間中醫治療，相信對病情有更大的改善空間。方中用當歸、黃芪，甚至用大補陽氣如乾薑、附子來修復細胞或軸突，甚至使神經細胞再生；然而標實，往往帕金森氏症病患伴隨的中樞乙醯膽鹼過多，西醫常以抗乙醯膽鹼藥治療，抑制乙醯膽素的作用增加腦內多巴胺的活性，為痰飲、痰濁中阻，故需要配合健脾化濕，去痰降濁，方中半



夏、陳皮、燥濕祛痰，白朮、茯苓健脾化濕，澤瀉利水滲濕，神曲、麥芽消食健胃、甘草和中，使痰濕得化，清陽得以升。《醫略六書》：脾氣大虧，痰食滯逆，不能統運於中，故厥逆頭痛眩暈不已焉。蒼朮燥痰濕以強脾；白朮健脾元以燥濕；人參扶元補氣，黃芪補氣固中，天麻祛風濕以豁痰；澤瀉瀉濁陰以卻濕；神曲消食積開胃，麥芽化濕和中；茯苓滲脾濕；半夏燥濕痰；橘紅利氣和胃，生薑快膈散痰；黃柏清濕熱，乾薑溫中氣也，使氣健脾強，則自能為胃行其津液，而痰厥自平，良遠溫服，俾痰化氣行，則胃氣融和而清陽上奉，頭痛眩暈無不保矣。此溫涼並濟，補瀉兼施之劑，為氣虛痰厥頭痛眩暈之專方。

## 1. 半夏白朮天麻湯治療帕金森氏病的中醫研究

《內經》雲：諸風掉眩皆屬肝木，肝主風，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，散於四末則手足動而頭不動者，皆木氣太過而兼火之化也。大發則手足顫掉，不能持

物，食則令人代哺口，口張聯唇，舌嚼爛，抖擻狀如線引傀儡。」半夏白朮天麻湯，帕金森氏病多實少虛，實以痰著，其病緣於脾濕生痰，肝風內動所致。痰濁蒙蔽清竅，風痰上擾，故眩暈、頭重、耳鳴；痰氣交阻，濁陰不降，故胸悶、嘔惡、呃逆。治宜化痰熄風，兼健脾燥濕。方中以法半夏燥濕化痰，降逆止嘔；以天麻化痰熄風而止頭眩，二藥合用，為風痰眩暈頭痛之要藥。李杲雲：“足太陰痰厥頭痛，非半夏不能療，眼黑頭眩，風虛內作，非天麻不能除。”故為君。以白朮、蒼朮為臣，白朮守而不走，蒼朮走而不守，健脾燥濕，化痰降濁，與法半夏、天麻配伍，祛濕化痰，祛風止眩，升清降濁之功益佳。茯苓健脾利濕，與蒼白朮相合，尤能治痰之本；陳皮理氣化痰；生草和中，消痰解毒，調和諸藥。諸藥為伍，使風熄痰消，眩暈自愈。

## 結 論

半夏天麻白朮湯加方對帕金森氏病患者的療效明顯及不良反應少，能更好地控制帕金森氏病的症狀，降低UPDRS評分，優化帕金

森氏病的治療，達到推遲病程的目的。

治療帕金森氏病的主流西藥，其藥物反應及副作用影響患者生活品質極大，中藥治療帕金森氏病的極為優勢，並可以單純用中藥來治療帕金森氏病，大幅降低吸要的藥物反應與副作用，改善病患生活品質。

## 展 望

### 中醫對帕金森病的目前研究困境

#### 1. 病因不明，中醫辨證論治分歧

中醫確實能夠對帕金森病症狀緩解、減輕病程進展，改變病患生活品質及調節整體是中醫的強項，但對帕金森病中醫辨證依舊存在著眾說紛紜，十分混亂，導致治療上依舊是巨大的分歧，其療效判斷標準存著很大的隨意性，所用的症狀改善並非是客觀指標，臨床應用起來，尤其對於末期的帕金森氏病患者，更是難以具體而顯著療效去有效地阻止病程發展。再者，學術研究搭配西藥的使用之下去研究中醫，更加抹淡了中醫對此病的治療的強項與優勢，實為目前急需整合突破的困境。

#### 2. 亟需更精准在循證醫學上的研究方法

統一帕金森氏病評定量表(UPDRS)、改良Hoehn-Yahr分級、中醫辨證論治主症分級量化比較雖然是目前公認最標準的臨床研究療效的評估指標，但仍有許多誤差、人為主觀因素所干擾，再者，缺乏足夠病例資料，能夠進行隨機雙盲對照研究，以進行更加的循證醫學研究。

### 中醫透過現代儀器邁向精准醫學

近幾十年科技突飛猛進，現代核子醫學對腦部探測的儀器發達與進步，腦部的檢查與偵測不再是難以駕馭，利用具放射性的藥物同位素，利用單光子電腦斷層影像(Single Photon Emission Computed Tomography, SPECT)，在腦部進行疾病的檢查與偵測。目前核醫藥物中 $^{99m}\text{Tc}$  TRODAT-1標誌放射藥物可用來觀察中藥在腦神經多巴胺上的改變狀態，並且評估藥物療效。

帕金森氏症患者進行此研究時，於受試前最少須須停用多巴胺相關製劑兩周以上，以便進行核醫多巴胺單光子電腦造影(SPECT for  $^{99m}\text{Tc}$  TRODAT-1)。在靜脈注



射 $^{99m}\text{Tc}$  TRODAT-1大約165分鐘後進行造影檢查，單光子斷層掃描腦部影像搜集約40分鐘，獲取影像資料後，由核子醫學專科醫師進行影像判讀與分析。不但可以定性及定量，在定性方面，可采 $^{99m}\text{Tc}$  TRODAT-1帕金森氏症影像視覺分類標準，依患者嚴重程度分為正常以及第一至五階段異常之標準。

在定量方面，採用ROI(region of interest)圈畫分析，此分法是利用圈畫殼核、尾核以及基底核作為目的地區域、圈畫枕葉作為背景區，再利用特異結合率公式（目標區-背景區）/ 背景區 求出半定量數值。

將帕金森氏病患者未服用中藥前及服用中藥後分別進行核醫多巴胺單光子電腦造影，透過影像分析來比較服同一病患服中藥前後的差異性，由於個體與個體比較，並不會有統計上的誤差或其他的偏差，更可深入理解並研究探討中醫藥對帕金森氏病可能達成療效的機制，進一步制定中西醫結合對帕金森氏病的證型及療效標準。

透過循證醫學研究方法，如何讓中醫走向精準醫學是現階段最重要的課題，才能提升中醫真正精密度，就能夠準確地對外廣泛地應用

每一個病人身上，令西醫刮目相看，提升中西醫結合更好的契機。

## 參考文獻

1. Yao, S.C.; Hart, A.D.; Terzella, M.J. (May 2013). "An evidence-based osteopathic approach to Parkinson disease". *Osteopathic Family Physician* 5 (3): 96–101.
2. de Lau LM, Breteler MM (June 2006). "Epidemiology of Parkinson's disease". *Lancet Neurol.* 5(6): 525–35.
3. Samii A, Nutt JG, Ransom BR (29 May 2004). "Parkinson's disease". *Lancet* 363 (9423): 1783–1193.
4. Postuma RB, Berg D, Stern M, et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord* 2015; 30:1591.
5. Gibb WR, Lees AJ. The relevance of the Lewy body to the pathogenesis of idiopathic Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988; 51:745.
6. Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, Lees AJ. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinico-pathological study of 100 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992; 55:181.
7. Weng YH, Yen TC, Chen MC, et al.: Sensitivity and specificity of  $^{99m}\text{Tc}$ -TRODAT-1 SPECT imaging



- in differentiating patients with idiopathic Parkinson's disease from healthy subjects. *J Nucl Med* 2004; 45:393-401.
8. Hornykiewicz O. The discovery of dopamine deficiency in the parkinsonian brain. *J Neural Transm Suppl* 2006; :9.
  9. Pakkenberg B, Møller A, Gundersen HJ, et al. The absolute number of nerve cells in substantia nigra in normal subjects and in patients with Parkinson's disease estimated with an unbiased stereological method. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991; 54:30.
  10. Jankovic J, Sherer T. The future of research in Parkinson disease. *JAMA Neurol* 2014; 71:1351.
  11. Popescu A, Lippa CF, Lee VM, Trojanowski JQ. Lewy bodies in the amygdala: increase of alpha-synuclein aggregates in neurodegenerative diseases with tau-based inclusions. *Arch Neurol* 2004; 61: 1915.
  12. Noyce AJ, Bestwick JP, Silveira-Moriyama L, et al. Meta-analysis of early nonmotor features and risk factors for Parkinson disease. *Ann Neurol* 2012; 72:893.
  13. Kiebertz K, Wunderle KB. Parkinson's disease: evidence for environmental risk factors. *Mov Disord* 2013; 28:8.
  14. Quik M. Smoking, nicotine and Parkinson's disease. *Trends Neurosci* 2004; 27:561.
  15. Olanow CW, Watts RL, Koller WC. An algorithm (decision tree) for the management of Parkinson's disease (2001): treatment guidelines. *Neurology* 2001; 56:S1.
  16. Fasano A, Daniele A, Albanese A. Treatment of motor and non-motor features of Parkinson's disease with deep brain stimulation. *Lancet Neurol* 2012; 11:429.
  17. Weaver FM, Follett K, Stern M, et al. Bilateral deep brain stimulation vs best medical therapy for patients with advanced Parkinson disease: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 301:63.
  18. Deuschl G, Schade-Brittinger C, Krack P, et al. A randomized trial of deep-brain stimulation for Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2006; 355:896.
  19. Pahwa R, Factor SA, Lyons KE, et al. Practice Parameter: treatment of Parkinson disease with motor fluctuations and dyskinesia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2006; 66: 983.
  20. 徐伟成、李超群、林欣荣，帕金森氏症之全面观，慈济护理杂志，第1卷第3期，2002年：8-16.



# Integrated TCM and Western Medicine Diagnosis and Treatment of phlegm turbidity obstructing the center pattern of Parkinson's Disease

*Wu, Che-Hao*

*Bao Hui Traditional Chinese Medicine Clinic*

## ***Abstract***

### **Purpose :**

Parkinson's disease(PD) typically presents in patients over 60 years old. Taiwan is an island with a humid and damp climate and eating habits of consuming fatty and sweet rich foods. These factors result in phlegm turbidity obstructing the center pattern presenting as the predominating type of PD. An evidence-based medicine (EBM) approach is applied to assess the efficacy and safety of administering Ban Xia Tian Ma Bai Zhu Tang variant for the treatment of PD patients, and a summary of the integrated TCM and Western medicine etiology and pathomechanism provided. The results of this study will provide a better reference source for the TCM treatment of PD.

### **Material and method :**

This study entails a random distribution of patients in northern Taiwan's New Taipei City municipality with phlegm turbidity obstructing the center pattern type of PD. The treatment group consisted of 26 patients and the control group 24 patients. The control group continued to be administered Western medicine drug treatment and the treatment group was administered Ban Xia Tian Ma Bai Zhu Tang variant. The period of treatment assessed for both groups was 6 months. Observations were made on the clinical efficacy and unified Parkinson's disease rating scale (UPDRS) and modified Hoehn-Yahr (H-Y) scale before and after treatment in both groups. Comparative evaluations were made on the efficacy of TCM treatment and safety.

### **Results :**

1. The treatment group's UPDRS and clinical efficacy was markedly better than the



control group ( $P < 0.05$ ).

2. The pre- and post-treatment H-Y scale did not show discernible differences ( $P > 0.05$ ).
3. The administration of Ban Xia Tian Ma Bai Zhu Tang variant had no deleterious effects on the liver or kidneys.

### **Conclusion :**

1. The administration of Ban Xia Tian Ma Bai Zhu Tang variant proved effective in treating PD patients and there were only marginal adverse effects. This treatment effectively controlled the symptoms of PD and lowered the UPDRS score, providing an optimized PD treatment approach that achieves the goal of delaying the onset of severe symptoms that affect quality of life.
2. The PD pattern types in Taiwan can be identified as follows: qi vacuity and blood stasis, phlegm turbidity obstructing the center, dual qi and blood vacuity, and dual yin and yang vacuity. The historical literature involving the administration of Ban Xia Tian Ma Bai Zhu Tang in the treatment of PD is also discussed.
3. The actions and adverse effects of the most commonly administered Western medicine drugs for the treatment of PD negatively impact and in some cases severely compromise a patients' quality of life. The advantages of administering TCM medicinals in the treatment of PD, the potential for singularly administering TCM medicinals in the treatment of PD in the absence of Western medicine drug administration, and how the administration of TCM medicinals substantially reduces the negative effects and adverse reactions of Western medicine drugs in order to improve the patients quality of life.

**Key Words:** Parkinson's disease (PD), Ban Xia Tian Ma Bai Zhu tang, unified Parkinson's disease rating scale (UPDRS), modified Hoehn-Yahr (H-Y) scale

---

Authors : Wu Che-Hao

Address : No.52, Chongde St., Xinyi Dist., Taipei City 110, Taiwan (R.O.C.)

Tel : 886-2-2367-0436

E-Mail : wu66wu66@gmail.com

Received : 2016.08.12; Published : 2016.12.11