

台灣慢性疾病 中醫臨床診療指引

Taiwan
Traditional Chinese
Medicine
Chronic Disease
Clinical Guidelines



台灣慢性疾病 中醫臨床診療指引

Taiwan
Traditional Chinese Medicine
Chronic Disease Clinical Guidelines

中華民國中醫師公會全國聯合會

發行人柯富揚 · 總編輯賴榮年 · 執行編輯林舜毅

中醫師公會全國聯合會理事長序言

近幾年，無論是世界衛生組織的研究報告，抑或是各知名學術期刊的論著均顯示，慢性病已是全球人類最主要的健康威脅，相較於細菌、病毒的侵害，慢性病沒有疫苗或特效藥可以預防與治療，還有惱人的反覆發作問題；另外，慢性病病癥跡象不易掌握，又常與其他疾病一齊發作，頗令診治醫師無比頭疼。

所幸，中醫藥的理論恰好能夠「預防」與「根治」多數的慢性疾病，這也是近來興起全球中醫藥熱潮的原因之一。由於中醫治病理論並非以「消滅眼前病症」為主軸，而是以較多時間去探尋致病因素，再就相對應器官進行統合性治療、調理，例如：病人長期作息顛倒、睡眠不足導致血壓升高，中醫師不是單純給予降血壓藥物，而是優先調理病人作息，如藉針灸、中藥讓病人平靜心緒，得以安穩入眠，以達到身、心、靈的整體調和，才能「有效根治」慢性病。

等到慢性病「找上門時」才想辦法處理，絕不是正確的醫療觀念，中醫向來強調「預防醫學」(治未病)、「精準醫療」，實踐方式，正是定期找中醫師檢查身體狀況，提前就身體問題採取適切的改善方法，始可避免慢性病肇生。

富揚特別感謝中國醫藥大學附設醫院副院長賴榮年教授領銜指導的中醫團隊，不僅已編輯發行第一版的《臺灣慢性疾病中醫臨床診療指引》，統整諸如：心臟衰竭、慢性阻塞性肺病、失智症、帕金森氏症、肝炎及肝硬化等慢性病的中醫實證研究，並以逐篇評讀的方式彙整出精闢的臨床指引，綜觀該書列舉中藥、針灸、太極導引、穴位敷貼等中醫治療的實證研究證據與臨床建議，並依循《臺灣實證臨床指引發展及更新手冊》的規範予以編寫，可謂是當前最優質的慢性疾病臨床治療實證指引之一。

本書除可供中醫師於臨床參考用外，亦可作為一般民眾增進醫學知識的工具書，而該書在選題上，首以中醫師會遇到但尚未列入健保專案給付的疾病種類為主，例如：慢性阻塞性肺病、失智症、帕金森氏症、骨質疏鬆、糖尿病、肌少症與衰弱等疾病。

該書針對每種慢性疾病，整理出實證支持的中醫療法與治療成效，並檢附原始的研究文獻以供深入閱讀，值得一提的是，該書特就中藥複方列出每種方劑的組成、用法與劑量，並依據臨床試驗結果列出使用時機及對象，同時針對水煎劑與濃縮粉劑分列建議處方，至於針灸治療則詳列穴位、頻率、持續時間、電針頻率、強度，以及是否合併使用艾灸等資訊，可供臨床醫師臨證時參酌使用；除了治療外，該書總結對每種疾病的臨床評估量表、檢測項目與臨床症狀要點，俾使中醫師得以快速有效地評估疾病嚴重程度、治療重點與成效評估，內容深入淺出、旁徵博引，深信無論是在學醫學生抑或是執業中醫師皆能做適當運用。

感謝賴榮年副院長對於中醫參與慢性疾病的長期研究及重大貢獻，並不辭辛勞地率領主筆的臺北市立聯合醫院仁愛院區林舜毅醫師、陳安履醫師、莊可鈞醫師、吳佩芸醫師、林家琳醫師、王明仁醫師、周暉哲醫師、謝旭東醫師等編輯團隊，並在臺灣中醫家庭醫學醫學會葉家舟理事長暨全體理監事，以及各縣市中醫師公會、佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院、臺北市立聯合醫院中醫醫學部等大力協助之下，終於成功編纂且改版本書，內容亟為豐富，不限於醫學理論，更注重中醫對於慢性疾病成效的描繪，兼具深度與廣度！值茲寶書付梓前夕，欣喜之餘，爰鄭重推介！

中華民國中醫師公會全國聯合會理事長

柯富揚 謹識

台灣中醫家庭醫學醫學會理事長序言

在現今的社會因為醫藥技術大量快速的發展，大大的提高人類健康水準，而且對危害身體的各項感染性急性疾病已得到有效的控制，其發病率日趨下降，隨著壽命的延長，各種心身慢性疾病的比率也相對提高了。有專家指出，「台灣的危機不只是人口老化，而是慢性病化」，台灣的「慢性病化」是罹患糖尿病、心血管疾病、呼吸道疾病、腎臟病的人愈來愈多，都需要醫療好好照顧，減少併發症的發生為要務。

中醫在長期歷史中形成了許多治療多種慢性疾病的治療方法。如治療氣喘、消化系統問題（如食慾下降、胃痛，便秘或腹瀉、倦怠等）、精神方面疾病（如失眠、焦慮、失智等）、顏面神經麻痺、慢性關節及肌肉疼痛、骨質疏鬆及中風後遺症……等慢性疾病症狀，中醫都有相對應的治療，如中藥、針灸，推拿、八段錦等。雖然幫助了許多病人，但仍而要提供現代科學與統計上的證實，本書針對目前台灣現代醫學在臨床上需要輔助控管的幾種慢性疾病，如慢性肺阻塞疾病、心臟衰竭、失智，帕金森氏症、肝炎及肝硬化，提出中醫治療臨床研究的成果，分門別類的提出臨床的中醫治療的方式及可信評分，可讓臨床治療相關醫療人員了解中醫治療目前研究的成果、機制及成效，同時也推進中醫的現代化的進程，提高專業水平，支持臨床療效，促進中醫專科專病專藥的發展，在中醫參與治療慢性病治療的溝通中，讓現代治療團隊去了解與支持，加入中醫對慢性疾病的治療優勢，也期待可以進一步的提高對慢性病療效及病情的控制，是本書的最大貢獻之一，值得大家細細閱讀。

台灣中醫家庭醫學醫學會理事長

葉家舟 謹識

編輯序言

實證醫學是有效治療的基礎，經過良好研究驗證的治療方法，可以幫助中醫師在臨床面對疾病時，更好的上手。除了治療可以更加得心應手之外，也能夠預測治療的成效。過去已經有許多中醫前輩，針對各種慢性疾病發表了極富價值的研究成果，驗證中藥、針灸、電針、運動導引、穴位敷貼等治療方法的成效，讓我們可以站在前人的肩膀上，更全面的了解慢性病照護的方方面面。

本書整理了過去 20 年針對心臟衰竭、慢性阻塞性肺病、失智症、帕金森氏症、肝炎及肝硬化等五種中醫常見慢性疾病的中醫臨床研究，由研究團隊逐一閱讀，評核其研究品質與臨床意義，並且統整成可供臨床中醫師依循的照護準則。內容包含有臨床評估、中藥處方的種類與劑量、針灸與電針的穴位、頻率、強度等等，協助中醫師在臨床治療時，可以快速找到評估與治療的方法。

本書的順利付梓，要感謝所有編輯成員陳安履醫師、莊可鈞醫師、吳佩芸醫師、林家琳醫師、王明仁醫師、周暉哲醫師、謝旭東醫師的共同努力，在繁忙的日常工作中，仍願意撥冗參與本書的編輯，以及大量臨床文獻的閱讀整理。也要感謝李家瑜小姐細心負責所有排版與表格製作的工作，和武執中醫師提供寶貴的編輯意見。中國醫藥大學附設醫院賴榮年副院長的指導，以及台灣中醫家庭醫學醫學會葉家舟理事長，和全體理監事的大力協助。本書雖經過編者群多方校閱，仍可能有闕漏之處，尚祈各界先進指正。本團隊也將持續在未來的改版中持續擴充疾病種類，希望可以幫助更多中醫師。

台北市立聯合醫院仁愛院區主治醫師
台灣中醫家庭醫學醫學會常務理事

林舜毅 謹識

chapter 1 慢性阻塞性肺病 009

chapter 2 心臟衰竭 035

chapter 3 失智症 057

chapter 4 帕金森氏症 089

chapter 5 肝硬化與慢性肝炎 117

台灣慢性疾病
中醫臨床診療指引

1

COPD 慢性阻塞性肺病

Chronic
Obstructive
Pulmonary
Disease

第一節 / 本章重點

1. 慢性阻塞性肺病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) 之中醫治療目標在於緩解臨床症狀、維持肺部功能、改善運動耐力、減少急性發作，目前實證研究支持的中醫療法包括中藥治療、針灸療法、穴位敷貼與導引運動。
2. 我們建議中醫師可以考慮以慢性阻塞性肺病評估測試 (COPD Assessment Test, CAT)，作為問診之核心問題和評估嚴重度及追蹤療效的標準
3. 中藥療法依據治則分為補氣、補腎、宣肺、化痰等不同複方，亦有學者發展依據患者臨床表現給予補肺健脾、補肺益腎、和益氣滋腎藥物之辨證論治。由於不同複方的臨床療效各不相同，建議中醫師可以參考本章整理之表格，依據治療目標為改善運動能力、肺功能或減少急性發作頻率等選擇相應的方劑。
4. 針灸對於慢性阻塞性肺病的臨床集中於改善臨床症狀如喘息、呼吸困難、無力與提升運動耐力。少量的研究觀察到治療後可以改善肺功能如 FEV1、FVC、FEV1 / FVC、最大攝氧量 (VO2max)，但仍需更多研究佐證。
5. 穴位敷貼能改善慢性阻塞性肺病患者的肺功能與臨床症狀，且臨床研究發現中藥配合敷貼治療後可以降低急性發作的頻率與嚴重程度。
6. 運動導引是很適合慢性阻塞性肺病的非藥物療法，安全性高、副作用少且病人的順從性高。運動導引可以改善臨床症狀、運動耐力與生活品質，亦有研究發現鍛鍊後肺功能亦也有改善，但仍需更多研究證實長期療效。

第二節 / 臨床評估

我們建議中醫師可以常規進行慢性阻塞性肺病評估測試 COPD Assessment Test (CAT)，以作為問診之核心問題，和評估嚴重度及追蹤療效的標準^{1,2}。該量表由八個題目組成，分別詢問患者的咳嗽、胸悶、喘促、痰液、居家活動、外出能力、活力減低、睡眠障礙等八種症狀。詳細的量表問題列舉於表一。並且以五分量表評估症狀的嚴重程度，所有分數加總可得總分，分數越高表示臨床症狀越嚴重。總分以 10 分為級距，10 分以下表示疾病對患者日常生活的影響為輕度，10-20 為中度，20-30 為重度，超過 30 分以上表示非常嚴重。

CAT 量表未來亦可融入中醫辨證理論，作為中醫更精準論治之評估工具。量表中之咳嗽、胸悶與喘促均是肺氣無法正常宣發肅降的警訊，從其嚴重度可以輔助判斷肺氣運作情形。痰液多寡可做為評估痰飲實邪之指標。自覺活力與實際活動的能力，可以做為評估患者氣虛嚴重度之指標。睡眠狀況與失眠情形可以輔助辨證判斷。

中醫師也可以於雲端藥歷或病例取得患者之肺功能檢測數據，對於中醫師判斷臨床治療後成效評估會有很大的助益。若使用支氣管擴張劑後用力呼氣 1 秒量 (forced expiratory volume in one second, FEV1) 與用力呼氣肺活量 (forced expiratory volume, FVC) 之比值 $FEV1 / FVC$ 小於 0.7，可以作為氣管阻塞之證據；又可用 FEV1 之數值作為嚴重度分期，若超過 80% 為輕度、介於 50%~80% 為中度、介於 30%~50% 為重度、小於 30% 為極重度。此外，若能取得六分鐘行走測試結果，也能進一步了解患者運動耐力的情形，並間接了解患者的心肺功能。一般以六分鐘總行走距離 (six minute walk distance, 6WMD) 為衡量指標，六分鐘固定時間內能行走距離越長，表示運動耐力越好。

表一 / 慢性阻塞性肺病評估測試 COPD Assessment Test (CAT)

評估症狀	臨床描述 (輕)	評分等級	臨床描述 (重)	中醫評估
咳嗽	我從不咳嗽	1 2 3 4 5	我一直在咳嗽	咳嗽、胸悶與喘促均是肺氣無法正常宣發肅降的警訊。
胸悶	我一點也沒有胸悶的感覺	1 2 3 4 5	我胸悶的感覺很嚴重	咳嗽、胸悶與喘促均是肺氣無法正常宣發肅降的警訊，從其嚴重度可以輔助判斷肺氣運作情形。
喘促	當我在爬坡或爬一層樓梯時，我並不感覺喘不過氣來	1 2 3 4 5	當我在爬坡或爬一層樓梯時，我感覺非常喘不過氣來	痰液多寡可做為評估痰飲實邪之指標。
痰液	我胸腔裡一點痰也沒有	1 2 3 4 5	我胸腔裡有很多很多痰	自覺活力與實際活動的能力，可以做為評估患者氣虛嚴重度之指標。
居家活動	我的居家活動不會受到限制	1 2 3 4 5	我的居家活動受到很大的限制	

評估症狀	臨床描述（輕）	評分等級	臨床描述（重）	中醫評估
外出能力	儘管我有肺部疾病，我還是有信心外出	1 2 3 4 5	因為我的肺部疾病，我完全沒有信心外出	自覺活力與實際活動的能力，可以做為評估患者氣虛嚴重度之指標。
活力	我活力旺盛	1 2 3 4 5	我一點活力都沒有	
睡眠	我睡得安穩	1 2 3 4 5	因為我的肺部疾病，我睡得不安穩	

第三節 / 中藥治療

中藥針對 COPD 已發展出多種不同的治療策略，大略可分為下列四種不同的方向，每種又可以細分成不同的治療處方，相關的臨床建議列於表二：

1. 補養肺氣為主的補中益氣湯(黃耆、甘草、人參、當歸、陳皮、升麻、柴胡、白朮)³和玉屏風散(防風、黃耆、白朮)⁴。
2. 補氣兼具補腎化痰的六味補氣膠囊(人參、玉竹、黃耆、肉桂、益智仁、陳皮)⁵、愈肺寧(黨參、黃耆、白朮、防風、黃精、山茱萸、五味子、核桃肉、菟絲子、巴戟天、栝蒌仁、法半夏、浙貝母、丹參、桃仁)⁶。
3. 宣發肺氣兼有補氣與消散痰飲的小青龍湯(麻黃、桂枝、白芍、炙甘草、乾薑、細辛、半夏、五味子)⁷與補肺顆粒複方(麻黃、陳皮、黨參、熟地、山茱萸)^{8,9}。
4. 清熱化痰為主的宣白承氣湯(石膏、大黃、杏仁、栝蒌皮)¹⁰。
5. 除了專病專方以外，也可以依據中醫辨證論治選擇治療方劑¹²⁻¹⁴，例如以補肺健脾(黃耆、黨參、白朮、茯苓)、補肺益腎(人參、黃耆、山茱萸、淫羊藿)、以及益氣滋腎(人參、黃精、熟地、麥冬)等三種不同的複方，由醫師依據病人實際情況判斷應該給予何種治療，在確立治療複方後持續服用。結果顯示辨證論治能改善患者的症狀與發作頻率，且不同治療方法之間沒有顯著差距。此種方法較貼近中醫臨床實務。
6. 對於不具有台灣藥證而無法於台灣合法使用者，本照護指南仍將其排除於建議之外。如中藥針劑與點滴注射液等。

表二 / 中藥治療慢性阻塞性肺病 (COPD) 臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1-	C	六味補氣膠囊 (人參、玉竹、黃耆、肉桂、益智仁、陳皮) 能改善氣虛患者症狀，在連續服用 30 天、每天三次後。肺功能檢查中 FEV1、FVC 與 FEV1 / FVC 均顯著上升。	5
2+	A	給予穩定患者中醫加常規西醫藥物治療，能降低然惡化風險，改善肺功能，提升生活品質和增加運動能力。	15
1-	B	愈肺寧 (黨參、黃耆、白朮、防風、黃精、山茱萸、五味子、核桃肉、菟絲子、巴戟天、瓜蒌仁、法半夏、浙貝母、丹參、桃仁) 每天兩次、每次 20 克、連續服用八週後顯著增加 6 分鐘步行距離，並且減少慢性阻塞性肺病評估測試 (CAT) 分數。	6
1-	A	小青龍湯加入常規西醫藥物治療程序中，可以改善患者的臨床症狀與肺功能，FEV1、FVC 與 FEV1 / FVC 均顯著上升，PaCO ₂ 則顯著下降。咳嗽、咳痰、喘息；疲倦等症狀均顯著減少。	7

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1-	A	補中益氣湯單用或加入常規治療均可以改善患者的臨床症狀與肺功能。6 分鐘步行距離、呼吸測試中 FVC 數值，生活品質均明顯增加，呼吸肌疲勞程度則降低，最大吸氣壓力 maximum inspiratory pressure, MIP) 下降較慢。	3
1-	B	補肺複方 (麻黃、陳皮、黨參、熟地、山茱萸) 以每天兩次、每次 16 克，連續治療 12 週後。顯著降低病患急性加重發作的頻率，改善生活品質和減輕炎症的嚴重程度，並且改善臨床症狀。	8, 9
2+	C	根據中醫辨證論治給予患者補肺健脾、補肺益腎、以及益氣滋腎藥物。每次 15 公克，每天兩次，連續服用六個月。治療顯示患者的臨床症狀與生活品質改善。包含急性發作頻率、急性發作持續時間、呼吸困難症狀。	12, 13
2+	B	根據中醫辨證論治給予患者補腎益氣和補腎防喘兩種處方，治療後兩種治療方法均顯著增加 FEV1、FVC 與 FEV1 / FVC，並降低急性發作頻率。	14

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1-	B	宣白承氣湯 (石膏、大黃、杏仁、栝蒌皮) 加入常規西醫治療可以改善症狀與肺功能，FEV1、FVC、FEV1 / FVC、PaO2 和 PaCO2 均顯著改善。	10
2+	B	每天一次，持續三個月的僵蠶複方治療 (僵蠶 30 克、黃耆 5 克)，可以改善患者的臨床症狀，並改善患者腸道菌叢的豐富度。	11
1-	A	玉屏風散與其加減方可以改善穩定型患者的肺功能，包含 FEV1 與 FEV1 / FVC，且能增加運動功能 6 分鐘步行距離。	4

我們將不同種類中藥複方對於慢性阻塞性肺病成效表列於表三，所有列入的中藥都能改善患者的臨床症狀；而在改善肺功能部分，六味補氣膠囊、小青龍湯、補中益氣湯、補肺複方、宣白承氣湯、玉屏風散均有研究證實，但改善的項目不一，請參閱表三。在改善運動耐力的部分，屬於補氣為主的愈肺寧、補中益氣湯、玉屏風散效果較為顯著。

需注意的是各項研究之中藥複方劑量較台灣一般常規使用量大，例如補肺複方每天兩次、每次 16 克^{8,9}；愈肺寧每天兩次、每次 20 克⁶；辨證論治法亦為每次 15 公克，每天兩次^{12,13}，均大於台灣一天 15-20 克之健保治療常態處方，建議在臨床運用時應依據病人實際需要酌增劑量。

表三 / 不同中藥複方改善慢性阻塞性肺病成效

	六味補氣膠囊	愈肺寧	小青龍湯	補中益氣湯	補肺複方	宣白承氣湯	僵蠶複方	玉屏風散	辨證論治
肺功能									
FEV1	●		●		●	●		●	●
FVC	●		●	●	●	●			●
FEV1 / FVC%	●		●		●	●		●	●
PaO2						●			
PaCO2			●			●			
運動耐力									
6 分鐘步行距離 (6WMD)		●		●				●	
最大吸氣壓力 (MIP)				●					
臨床症狀	●	●	●	●	●	●	●	●	●
生活品質					●			●	●
急性發作					●				●

第四節 / 針灸治療

針灸對於慢性阻塞性肺病的臨床研究較少，主要都集中於改善臨床症狀如喘息、呼吸困難、無力與提升運動耐力。少量的研究觀察到治療後可以改善肺功能如 FEV1、FVC、FEV1 / FVC、最大攝氧量 (VO2max)^{16, 17}，但仍需更多研究佐證。

依據臨床研究結果，我們建議可參考的選穴策略如下：

1. 以肺經之中府穴及太淵穴，或肺部與呼吸道之局部取穴如膻中穴、乳根穴、扶突穴、定喘穴以宣降肺氣¹⁸⁻²¹。
2. 以膀胱經之肺俞穴、脾俞穴、與腎俞穴等背俞穴疏通臟腑氣機^{17, 18, 20, 21}。
3. 以任脈穴道如關元穴、中脘穴、或胃經穴道如足三里穴補養陽氣¹⁶⁻²¹。

表四 / 針灸治療慢性阻塞性肺病 (COPD) 臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1-	B	每週一次，持續 12 週的針刺治療 (中府穴、太淵穴、扶突穴、關元穴、中腕穴、足三里穴、太谿穴、完骨穴、肺俞穴、脾俞穴、與腎俞穴) 可以改善患者營養狀態，增加體重、白蛋白、血色素 (Hemoglobin, Hb)。	18
2++	B	持續 8 週在穴位 (中府穴、大椎穴、定喘穴、內關穴、足三里穴) 針刺與指壓。可以改善患者的生活品質，能減少易怒情緒，且針灸加上穴位按壓會比單純穴位按壓效果更好。	19
2+	C B	針刺能改善患者的運動功能，6 分鐘步行距離更高，生活品質也改善，但肺功能改善並不明顯。	22
1-	B	每週三次、持續八週的針刺治療 (中府穴、太淵穴、扶突穴、足三里穴、完骨穴、肺俞穴、脾俞穴、腎俞穴) 可以改善患者的運動功能，6 分鐘步行距離更長，且生活品質也改善。	20
2++	B	每週一次，連續 12 週的針刺治療 (中府穴、太淵穴、扶突穴、關元穴、中腕穴、足三里穴、太谿穴、完骨穴、肺俞穴、脾俞穴、與腎俞穴) 可以改善患者的呼吸困難，6 分鐘步行距離更長，且較不易覺得疲倦。	21

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1-	B	每周三次，持續五週的針刺治療 (膻中穴、乳根穴、關元穴、中腕穴、天樞穴)，可以改善患者的運動功能，6 分鐘步行距離更長，FEV1、FVC、FEV1 / FVC 均顯著上升，此外最大攝氧量 (VO2max) 亦上升。	16
2+	B	每兩天進行 40 分鐘，持續 4 週的經皮穴位電刺激 (定喘穴、肺俞穴、腎俞穴、足三里穴) 可以改善肺功能中的 FEV1、臨床症狀與患者主觀呼吸困難感覺，但對於活動能力和血氧改善並不顯著。	17

第五節 / 穴位敷貼

穴位敷貼能改善慢性阻塞性肺病患者的肺功能與臨床症狀，且臨床研究發現中藥配合敷貼治療後可以降低急性發作的頻率與嚴重程度^{23, 24}。由於穴位敷貼有非侵入性且病患接受度高的特性，建議中醫師可以於臨床施行。針對台灣普遍運用的三伏貼與三九貼，研究顯示在兩個時段均敷貼的效果較只接受一次的效果更好，包含肺功能測試 FEV1、FVC 與臨床症狀改善程度都較高²⁵。

表五 / 穴位敷貼治療慢性阻塞性肺病 (COPD) 臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	B	穴位敷貼改善患者的肺功能與臨床症狀。FEV1 顯著增加、FVC 無明顯差距，兩者之比值 FEV1 / FVC 則顯著上升。	26
2+	B	穴位敷貼舒肺貼 (西洋參、杜仲、丹參、細辛、金銀花) 合併中藥補肺益腎方 (人參、黃耆、枸杞、山茱萸、五味子、淫羊藿、紫蘇) 治療 4 個月後，患者急性發作的頻率和持續時間均減少，生活品質也提升。六分鐘步行距離增加與呼吸困難嚴重程度亦有降低，但肺功能 FVC 與 FEV1 改善則不顯著。	23, 24
2+	B	穴位敷貼加入常規西醫治療中可以減少急性發作次數，並能調節免疫反應，顯著增加 T 淋巴細胞 CD4 / CD8 比率。	27
2-	C	在三伏天和三九天都接受穴位敷貼治療，對於症狀的改善效果比單純僅接受一次治療。敷貼藥物 (白芥子、甘遂、細辛、延胡索、肉桂、薑汁)，穴位 (肺俞穴、腎俞穴、大椎穴、天突穴、膻中穴、中府穴)。包含肺功能測試 FEV1、FVC 與臨床症狀改善程度都較好。	25

第六節 / 運動導引

運動導引是很適合慢性阻塞性肺病的非藥物療法，安全性高、副作用少且病人的順從性高²⁸⁻³⁰。運動導引可以改善臨床症狀、運動耐力與生活品質，亦有研究發現鍛鍊後肺功能亦也有改善，但仍需更多研究證實長期療效。³¹⁻³⁴

目前有實證研究佐證的運動導引療法有太極拳^{28-30, 34-37}、易筋經³⁸與六字訣³⁹(噓、咽、呼、呵、吹、嘻等六種吐氣方法搭配身體訓練)，三種功法均有助於改善臨床症狀與運動耐力，但六字訣可以改善呼吸肌力量與四肢肌肉力量，易筋經則能幫助患者更好的表達自身情感與調節憤怒、沮喪、痛苦等負面情緒。但不論何種其施行重點均在於教會並鼓勵病人長期堅持訓練。

太極拳的功法招式繁多，有時會讓初學者入門困難，有研究指出依據患者的能力與需要精簡太極拳招式至六式，也同樣可以改善肺功能、運動能力、並減少突然惡化風險⁴⁰。

表六 / 運動導引治療慢性阻塞性肺病 (COPD) 臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	C	每週 3 次，為期 3 個月的太極拳鍛鍊可以顯著增加 6 分鐘步行距離；並且改善症狀，減少慢性阻塞性肺病評估測試 (CAT) 分數。患者對太極訓練有高順從性 (86%)，且未觀察到不良事件。	35
2+	C	太極拳與肺部復健 (pulmonary rehabilitation, PR) 一樣可以改善臨床症狀，兩者在訓練後效果相似。但是在停止訓練後太極拳的效果較能維持。	36
2++	B	太極拳對患者的運動能力和生活品質均有幫助。在患者的肺部復健計劃中加入太極拳運動，或是對於不願接受肺部復健計劃的患者以太極拳替代，均能改善患者症狀，6 分鐘步行距離，聖喬治呼吸問卷 (SGRQ) 和慢性呼吸疾病問卷 (CRQ) 分數均有改善。	28-30, 32
2-	C	太極拳可以短期，中期和長期提高運動能力。然而，對於慢性阻塞性肺疾病患者，肺功能和生活品質沒有長期的顯著差異。	33

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1-	B	每週兩次 60 分鐘、為期三個月的太極拳訓練可以增加呼吸功能和活動耐力，步行距離變長且急性發作頻率降低。太極運動計劃可增強肺功能和橫膈膜肌肉力量強度。	37, 41
1+	B	統合分析顯示沒有報導不良事件，太極拳操作對於患者是安全的。	34
2+	C	精簡太極拳的招式成為六式太極拳 (野馬分鬃、摟膝拗步、倒攢猴、攬雀尾、玉女穿梭、雲手)，能增加患者學習意願與持續時間，並且跟 24 版本太極拳一樣可以改善肺功能、運動能力、並減少突然惡化風險。	40
2+	B	每週兩次，每次 60 分鐘，持續 3 個月在水中進行六字訣運動 (噓、呬、呼、呵、吹、嘻)，可改善呼吸肌力量與四肢肌肉力量。	39
2+	B	氣功易筋經可以改善 COPD 患者的肺功能，身體活動生活品質。訓練六個月後肺功能中 FEV1 與 FVC 改善，6 分鐘步行距離均有顯著改善。且能幫助患者更好的表達自身情感與調節憤怒、沮喪、痛苦等負面情緒。	38

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	B	每週兩次，持續 12 週的短版楊氏太極拳訓練可以增加運動活動耐力，並減輕臨床症狀。	42

本章引用之文獻

1. Karloh, M.; Fleig Mayer, A.; Maurici, R.; Pizzichini, M. M. M.; Jones, P. W.; Pizzichini, E., The COPD Assessment Test: What Do We Know So Far?: A Systematic Review and Meta-Analysis About Clinical Outcomes Prediction and Classification of Patients Into GOLD Stages. *Chest* 2016, 149 (2), 413-425.
2. Guo, J.; Chen, Y.; Zhang, W.; Tong, S.; Dong, J., Moderate and severe exacerbations have a significant impact on health-related quality of life, utility, and lung function in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *Int J Surg* 2020, 78, 28-35.
3. Chen, Y.; Shergis, J. L.; Wu, L.; Yu, X.; Zeng, Q.; Xu, Y.; Guo, X.; Zhang, A. L.; Xue, C. C.; Lin, L., A systematic review and meta-analysis of the herbal formula Buzhong Yiqi Tang for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Complement Ther Med* 2016, 29, 94-108.
4. Zhong, Y.; Wang, X.; Xu, G.; Mao, B.; Zhou, W.; Min, J.; Jiang, H.; Diao, X.; Fu, J., Modified Yupingfeng formula for the treatment of stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of randomized controlled trials. *Afr J Tradit Complement Altern Med* 2014, 11 (1), 1-14.
5. Shen, D. D.; Yang, Z. H.; Huang, J.; Yang, F.; Lin, Z. W.; Ou, Y. F.; Hu, M. H., Liuweibuqi capsules improve pulmonary function in stable chronic obstructive pulmonary disease with lung-qi deficiency syndrome by regulating STAT4/STAT6 and MMP-9/TIMP-1. *Pharm Biol* 2019, 57 (1), 744-752.
6. Hong, M.; Hong, C.; Chen, H.; Ke, G.; Huang, J.; Huang, X.; Liu, Y.; Li, F.; Li, C., Effects of the Chinese herb formula Yufeining on stable chronic obstructive pulmonary disease: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Medicine (Baltimore)* 2018, 97 (39), e12461.
7. Gao, Z.; Jing, J.; Liu, Y., Xiaoqinglong decoction (a traditional Chinese medicine) combined conventional treatment for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2020, 99 (14), e19571.
8. Guo, S.; Sun, Z.; Liu, E.; Feng, J.; Fu, M.; Li, Y.; Wu, Q., Effect of bufei granule on stable chronic obstructive pulmonary disease: a randomized, double blinded, placebo-controlled, and multicenter clinical study. *J Tradit Chin Med* 2014, 34 (4), 437-44.
9. Fan, Y.; Wen, X.; Zhang, Q.; Wang, F.; Li, Q.; Li, X.; Guo, Y., Effect of Traditional Chinese Medicine Bufeigranule on Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis Based on Existing Evidence. *Evid Based Complement Alternat Med* 2020, 2020, 3439457.

10. Liu, M.; Zhong, X.; Li, Y.; Zheng, F.; Wu, R.; Sun, Y.; Zhang, J., Xuan Bai Cheng Qi formula as an adjuvant treatment of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease of the syndrome type phlegm-heat obstructing the lungs: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *BMC Complement Altern Med* 2014, 14, 239.
11. Hu, Y.; Shi, Q.; Ying, S.; Zhu, D.; Chen, H.; Yang, X.; Xu, J.; Xu, F.; Tao, F.; Xu, B., Effects of compound Caoshi silkworm granules on stable COPD patients and their relationship with gut microbiota: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)* 2020, 99 (22), e20511.
12. Li, J. S.; Li, S. Y.; Xie, Y.; Yu, X. Q.; Wang, M. H.; Sun, Z. K.; Ma, L. J.; Jia, X. H.; Zhang, H. L.; Xu, J. P.; Hou, C. X., The effective evaluation on symptoms and quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients treated by comprehensive therapy based on traditional Chinese medicine patterns. *Complement Ther Med* 2013, 21 (6), 595-602.
13. Li, S. Y.; Li, J. S.; Wang, M. H.; Xie, Y.; Yu, X. Q.; Sun, Z. K.; Ma, L. J.; Zhang, W.; Zhang, H. L.; Cao, F.; Pan, Y. C., Effects of comprehensive therapy based on traditional Chinese medicine patterns in stable chronic obstructive pulmonary disease: a four-center, open-label, randomized, controlled study. *BMC Complement Altern Med* 2012, 12, 197.
14. Wang, G.; Liu, B.; Cao, Y.; Du, Y.; Zhang, H.; Luo, Q.; Li, B.; Wu, J.; Lv, Y.; Sun, J.; Jin, H.; Wei, K.; Zhao, Z.; Kong, L.; Zhou, X.; Miao, Q.; Wang, G.; Zhou, Q.; Dong, J., Effects of two Chinese herbal formulae for the treatment of moderate to severe stable chronic obstructive pulmonary disease: a multicenter, double-blind, randomized controlled trial. *PLoS One* 2014, 9 (8), e103168.
15. Haifeng, W.; Hailong, Z.; Jiansheng, L.; Xueqing, Y.; Suyun, L.; Bin, L.; Yang, X.; Yunping, B., Effectiveness and safety of traditional Chinese medicine on stable chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med* 2015, 23 (4), 603-11.
16. Tong, J.; Guo, Y. M.; He, Y.; Li, G. Y.; Chen, F.; Yao, H., [Regulatory effects of acupuncture on exercise tolerance in patients with chronic obstructive pulmonary disease at stable phase: a randomized controlled trial]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2014, 34 (9), 846-50.
17. Liu, X.; Fan, T.; Lan, Y.; Dong, S.; Fu, J.; Mao, B., Effects of Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation on Patients with Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Prospective, Single-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. *J Altern Complement Med* 2015, 21 (10), 610-6.

18. Suzuki, M.; Muro, S.; Fukui, M.; Ishizaki, N.; Sato, S.; Shiota, T.; Endo, K.; Suzuki, T.; Mitsuma, T.; Mishima, M.; Hirai, T., Effects of acupuncture on nutritional state of patients with stable chronic obstructive pulmonary disease (COPD): re-analysis of COPD acupuncture trial, a randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med* 2018, 18 (1), 287.
19. Maa, S. H.; Sun, M. F.; Hsu, K. H.; Hung, T. J.; Chen, H. C.; Yu, C. T.; Wang, C. H.; Lin, H. C., Effect of acupuncture or acupressure on quality of life of patients with chronic obstructive asthma: a pilot study. *J Altern Complement Med* 2003, 9 (5), 659-70.
20. Feng, J.; Wang, X.; Li, X.; Zhao, D.; Xu, J., Acupuncture for chronic obstructive pulmonary disease (COPD): A multicenter, randomized, sham-controlled trial. *Medicine (Baltimore)* 2016, 95 (40), e4879.
21. Suzuki, M.; Muro, S.; Ando, Y.; Omori, T.; Shiota, T.; Endo, K.; Sato, S.; Aihara, K.; Matsumoto, M.; Suzuki, S.; Itotani, R.; Ishitoko, M.; Hara, Y.; Takemura, M.; Ueda, T.; Kagioka, H.; Hirabayashi, M.; Fukui, M.; Mishima, M., A randomized, placebo-controlled trial of acupuncture in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): the COPD-acupuncture trial (CAT). *Arch Intern Med* 2012, 172 (11), 878-86.
22. Wang, J.; Li, J.; Yu, X.; Xie, Y., Acupuncture Therapy for Functional Effects and Quality of Life in COPD Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int* 2018, 2018, 3026726.
23. Xie, Y.; Li, J. S.; Yu, X. Q.; Li, S. Y.; Zhang, N. Z.; Li, Z. G.; Shao, S. J.; Guo, L. X.; Zhu, L.; Zhang, Y. J., Effectiveness of Bufei Yishen Granule combined with acupoint sticking therapy on quality of life in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Chin J Integr Med* 2013, 19 (4), 260-8.
24. Li, J. S.; Li, S. Y.; Yu, X. Q.; Xie, Y.; Wang, M. H.; Li, Z. G.; Zhang, N. Z.; Shao, S. J.; Zhang, Y. J.; Zhu, L.; Guo, L. X.; Bai, Y. P.; Wang, Y. F., Bu-Fei Yi-Shen granule combined with acupoint sticking therapy in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease: a randomized, double-blind, double-dummy, active-controlled, 4-center study. *J Ethnopharmacol* 2012, 141 (2), 584-91.
25. Yang, S. Q.; Zhang, W.; Li, J. X.; Lou, B. D.; Li, X. P.; Li, W.; Huang, X. H.; Liu, X. P.; Yang, L. B.; Shi, W. Y.; Cao, Y., [Observation of the therapeutic effect on COPD of cold phlegm blocking the lung type at stable stage treated with acupoint sticking therapy in different season]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2012, 32 (2), 117-22.
26. Li, F.; Gao, Z.; Jing, J.; Xu, D.; Upur, H., Effect of point application on chronic obstructive pulmonary disease in stationary phase and effects on pulmonary

- function: a systematic evaluation of randomized controlled trials. *J Tradit Chin Med* 2012, 32 (4), 502-14.
27. Wu, J. J.; Zhang, Y. X.; Xu, H. R.; Li, Y. X.; Jiang, L. D.; Wang, C. X.; Han, M., Effect of acupoint application on T lymphocyte subsets in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2020, 99 (16), e19537.
 28. Wu, W.; Liu, X.; Wang, L.; Wang, Z.; Hu, J.; Yan, J., Effects of Tai Chi on exercise capacity and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014, 9, 1253-63.
 29. Chan, A. W.; Lee, A.; Lee, D. T.; Suen, L. K.; Tam, W. W.; Chair, S. Y.; Griffiths, P., The sustaining effects of Tai chi Qigong on physiological health for COPD patients: a randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 2013, 21 (6), 585-94.
 30. Tong, H.; Liu, Y.; Zhu, Y.; Zhang, B.; Hu, J., The therapeutic effects of qigong in patients with chronic obstructive pulmonary disease in the stable stage: a meta-analysis. *BMC Complement Altern Med* 2019, 19 (1), 239.
 31. !!! INVALID CITATION !!! 31, 32.
 32. Chan, A. W.; Lee, A.; Lee, D. T.; Sit, J. W.; Chair, S. Y., Evaluation of the sustaining effects of Tai Chi Qigong in the sixth month in promoting psychosocial health in COPD patients: a single-blind, randomized controlled trial. *ScientificWorldJournal* 2013, 2013, 425082.
 33. Guo, J. B.; Chen, B. L.; Lu, Y. M.; Zhang, W. Y.; Zhu, Z. J.; Yang, Y. J.; Zhu, Y., Tai Chi for improving cardiopulmonary function and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil* 2016, 30 (8), 750-64.
 34. Ngai, S. P.; Jones, A. Y.; Tam, W. W., Tai Chi for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Cochrane Database Syst Rev* 2016, (6), Cd009953.
 35. Wang, L.; Wu, K.; Chen, X.; Liu, Q., The Effects of Tai Chi on Lung Function, Exercise Capacity and Health Related Quality of Life for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pilot Study. *Heart Lung Circ* 2019, 28 (8), 1206-1212.
 36. Polkey, M. I.; Qiu, Z. H.; Zhou, L.; Zhu, M. D.; Wu, Y. X.; Chen, Y. Y.; Ye, S. P.; He, Y. S.; Jiang, M.; He, B. T.; Mehta, B.; Zhong, N. S.; Luo, Y. M., Tai Chi and Pulmonary Rehabilitation Compared for Treatment-Naive Patients With COPD: A Randomized Controlled Trial. *Chest* 2018, 153 (5), 1116-1124.

37. Chan, A. W.; Lee, A.; Suen, L. K.; Tam, W. W., Tai chi Qigong improves lung functions and activity tolerance in COPD clients: a single blind, randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 2011, 19 (1), 3-11.
38. Zhang, M.; Xu, G.; Luo, C.; Meng, D.; Ji, Y., Qigong Yi Jinjing Promotes Pulmonary Function, Physical Activity, Quality of Life and Emotion Regulation Self-Efficacy in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pilot Study. *J Altern Complement Med* 2016, 22 (10), 810-817.
39. Wu, W.; Liu, X.; Liu, J.; Li, P.; Wang, Z., Effectiveness of water-based Liuzijue exercise on respiratory muscle strength and peripheral skeletal muscle function in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2018, 13, 1713-1726.
40. Zhu, S.; Shi, K.; Yan, J.; He, Z.; Wang, Y.; Yi, Q.; Huang, H., A modified 6-form Tai Chi for patients with COPD. *Complement Ther Med* 2018, 39, 36-42.
41. Niu, R.; He, R.; Luo, B. L.; Hu, C., The effect of tai chi on chronic obstructive pulmonary disease: a pilot randomised study of lung function, exercise capacity and diaphragm strength. *Heart Lung Circ* 2014, 23 (4), 347-52.
42. Leung, R. W.; McKeough, Z. J.; Peters, M. J.; Alison, J. A., Short-form Sun-style t'ai chi as an exercise training modality in people with COPD. *Eur Respir J* 2013, 41 (5), 1051-7.

台灣慢性疾病
中醫臨床診療指引

2

心臟衰竭

Heart failure

第一節 / 本章重點

1. 心臟衰竭 (Heart failure, HF) 之中醫治療目標在於增加心臟功能、改善運動耐力，提升生活品質與緩解臨床症狀，目前實證研究支持的中醫療法包括中藥治療、針灸療法、與導引運動。
2. 我們建議中醫師可以考慮使用美國紐約心臟協會 (New York Heart Association, NYHA) 分類，以及明尼蘇達心臟衰竭量表 (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire score, MLHFQ)，其中的問題可以幫助中醫師有效了解病患症狀與生活狀況，亦可作為評估嚴重度及追蹤療效的標準。
3. 中藥療法以補養心陽為主，人參附子為大部分有效方劑的主要藥物。建議中醫師可以依據病患的心臟衰竭類型 (急性或慢性)、併發症 (伴隨心室過早搏動或心肌梗塞) 選擇相應的方劑。
4. 針灸對於心臟衰竭的研究仍然不多，但少數研究發現針刺可以改善生活品質，並且減少交感神經活性。
5. 我們建議中醫師應主動指導心臟衰竭患者練習運動導引，太極拳運動可以改善心臟衰竭患者的運動能力、憂鬱情緒、生活品質與睡眠狀況，且對於藥物較難發揮療效的類型如正常收縮分率心衰竭 (heart failure with preserved ejection fraction) 患者也有效。

第二節 / 臨床評估

心臟衰竭的主要症狀是疲倦、心悸、呼吸困難與胸悶。我們建議中醫師可以於診察時以美國紐約心臟協會 (NYHA) 心臟衰竭分級作為主要問題，以及評估患者之改善情形。¹ 該分級以臨床症狀出現時機與活動限制判定，級數越高表示嚴重度越高。在第一級只有費力運動才會引發症狀，第二級時則是日常活動如爬樓梯、掃地則會引起，第三級則是輕微活動就可以明顯感到不適，第四級則是在任何時候，包括休息時都會感到不舒服。詳細分類列舉如表一。

進階的問診評估我們建議可以使用明尼蘇達心臟衰竭量表 (MLHFQ)²⁻⁴，詳細問列舉如表二。明尼蘇達量表以 21 個問題詢問患者的生理症狀、情緒困擾與社交情形，並以五分量表評估嚴重程度，0 分為沒有影響、五分為嚴重影響日常生活，量表總分 105 分，若分數加總後越高者表示臨床症狀越嚴重。明尼蘇達量表也可以輔助中醫進行臟腑狀況評估與辨證論治。例如量表中之疲倦、無力、爬樓梯困難可以協助中醫師判斷心氣衰弱情形，喘促、食慾降低則可以輔助脾胃與肺氣虛衰的狀態，沮喪、擔憂、健忘、睡眠等問題可以協助中醫師判斷患者心神的狀況。

若能於雲端藥歷或病歷中取得心臟超音波及其他檢查數據，能夠很有效的幫助中醫師進行臨床判斷。左心室射血分率 (left ventricular ejection fraction, LVEF) 可以反映左心室的實際輸出功能，數值越高表示左心室功能越佳，一般以 40% 作為心臟是否衰竭的分界點；左心室舒張末期直徑 (left ventricular end diastolic diameter, LVEDD)、左心室舒張末期容積 (left ventricular end diastolic volume, LVEDV)、與左室收縮末期容積 (left ventricular end systolic volume, LVEDV) 代表血液鬱積在心臟內的情形，數值越大表示累積在左心室內無法有效循環的血液量越多，一般以數值減小表示心臟衰竭好轉⁵。生化指標 B 型利鈉肽 (B-type natriuretic peptide, BNP) 與前腦利鈉肽 (N-terminal pro-brain natriuretic peptide, NT-pro-BNP) 也可以作為心臟衰竭的評估，數值越大表示心臟衰竭惡化越明顯。六分鐘總行走距離 (six minute walk distance, 6WMD) 則可以作為心臟衰竭患者運動功能的指標，距離越長表示運動耐力越好。

表一 / 美國紐約心臟協會 (NYHA) 心臟衰竭分級

分級	活動限制	臨床症狀
第一級	沒有身體活動上的限制	日常活動不會引起過度疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛的症狀。
第二級	身體活動受到輕度限制	休息狀態下感到舒適，但從事日常活動（如爬樓梯、掃地）時，就會感覺呼吸困難、疲倦、胸悶、心悸或心絞痛的症狀。
第三級	身體活動受到明顯限制	休息時會緩解，但是從事輕微活動（如刷牙）時，就會出現疲倦、心悸、呼吸困難、胸悶或心絞痛的症狀。
第四級	無法舒適的執行任何活動	在休息狀態下就會出現呼吸困難、疲倦、胸悶或心絞痛的症狀。

表二 / 明尼蘇達心臟衰竭量表 (MLHFQ)

詢問病人的心臟狀況是否曾經引發下列情形，而阻礙了他想要過的生活方式？

分類	題目	影響程度 (分數越高表示影響越嚴重)					
生理	1. 引起您的腿或腳踝等處腫脹？	0	1	2	3	4	5
	2. 使您白天需要坐下或躺下來休息？	0	1	2	3	4	5
	3. 造成您走路或爬樓梯有困難？	0	1	2	3	4	5
	4. 使您晚上睡不好？	0	1	2	3	4	5
	5. 使您吃比較少您喜歡的食物？	0	1	2	3	4	5
	6. 使您喘不過氣來？	0	1	2	3	4	5
	7. 使您覺得累，精疲力竭或無精打采？	0	1	2	3	4	5
	8. 造成您要住院？	0	1	2	3	4	5
	9. 造成因使用藥物而產生的副作用？	0	1	2	3	4	5
情緒	10. 使您覺得您是家人或朋友的累贅？	0	1	2	3	4	5
	11. 使您覺得失去生活上的自主能力？	0	1	2	3	4	5

分類	題目	影響程度 (分數越高表示影響越嚴重)					
情緒	12. 使您擔憂？	0	1	2	3	4	5
	13. 造成您注意力不集中或健忘？	0	1	2	3	4	5
	14. 使您覺得沮喪？	0	1	2	3	4	5
社交	15. 造成您做家務有困難？	0	1	2	3	4	5
	16. 使您外出有困難？	0	1	2	3	4	5
	17. 影響您和家人或朋友之間的往來？	0	1	2	3	4	5
	18. 造成您工作謀生的困難？	0	1	2	3	4	5
	19. 使您有困難從事娛樂，消遣，嗜好或做運動？	0	1	2	3	4	5
	20. 影響您的性生活？	0	1	2	3	4	5
	21. 造成您醫療上的花費？	0	1	2	3	4	5

第三節 / 中藥治療

不同方劑對應治療不同種類的心臟衰竭類型，整理如表四。除了常見的慢性心力衰竭或充血性心臟衰竭以外，穩心顆粒著重於心臟衰竭伴隨心室過早搏動⁶，耆蔭強心膠囊適用於缺血性心力衰竭^{7,8}，對於急性失代償性心力衰竭，則以木防已湯較有臨床研究支持⁹。

我們將不同種類中藥複方對於心臟衰竭患者的成效列於表五，本次列入的方劑都能改善臨床症狀，但耆蔭強心膠囊⁶、加味參附湯¹⁰、參附湯¹¹、黃耆單方¹²有以明尼蘇達量表或紐約心臟分級作較好的評估；耆蔭強心膠囊⁷、木防已湯⁹、加味參附湯¹⁰、真武湯¹³、穩心顆粒⁶、參附湯⁶與黃耆單方¹²可以改善心臟超音波檢查結果，但改善的項目不一，請參閱表五。加味參附湯¹⁰、暖心膠囊¹⁴、穩心顆粒⁶、黃耆單方¹²可以改善運動耐力；暖心膠囊¹⁴則對於長期的預後指標如死亡率及再入院率較有效。

對於台灣禁止使用的中藥，即使臨床研究發現對心臟衰竭的療效，本照護指南仍將其排除於建議之外。如麝香保心丸因含有保育類動物麝香，因此在台灣無法使用；或是中藥針劑與點滴注射液，或是中成藥如養心康片(含鉤藤鹼、酸棗仁皂甙、蘿芙木總鹼)，因不具有台灣合法藥證而無法在台灣合法使用。

表三 / 中藥治療心臟衰竭臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1-	B	耆蔞強心膠囊 (黃耆、葶蔞子、人參、附子、丹參、澤瀉、玉竹、桂枝、紅花、五加皮及陳皮) 改善缺血性心臟衰竭 (ischemic heart failure) 患者的心臟功能與運動耐力。在治療後左心室舒張末期直徑 (LVEDD)、左心室舒張末期容積 (LVEDV)、與左室收縮末期容積 (LVEDV) 均顯著下降，而六分鐘總行走距離 (6WMD) 上升。心臟衰竭的生化指標前腦利鈉肽 (NT-proBNP) 也顯著下降，紐約心臟協會功能分類 (NYHA) 分數也改善。	7, 8
1-	B	木防已湯可以改善急性失代償性心臟衰竭住院患者 (acute decompensated heart failure) 的自覺症狀，視覺評估量表 (visual analog scale, VAS) 明顯降低。但患者之體重，肢體水腫與左心室舒張末期直徑 (LVEDD) 雖然有降低，但與常規治療無明顯差距。	9
2++	B	加味參附湯 (人參、附子、黃耆、白朮、丹參、甘草) 可以改善慢性心臟衰竭 (chronic heart failure) 合併心陽虛證患者的臨床症狀、心臟功能與運動耐力。患者每天服用水煎劑一帖，連續四週後左心室射血分率 (LVEF) 與六分鐘總行走距離 (6WMD) 顯著上升，心率下降。且明尼蘇達心臟衰竭量表 (MLHFQ) 也顯著改善。	10

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2++	B	穩心顆粒 (黨參，黃精，三七，琥珀，甘松香) 可以改善心臟衰竭伴隨心室過早搏動 (Ventricular premature complexes with Heart failure) 患者的心臟功能與運動耐力。左心室射血分率 (LVEF) 與六分鐘總行走距離 (6WMD) 顯著上升，心室過早搏動的頻率降低。且在長期服用 (12 週後) 左心室舒張末期直徑 (LVEDD) 顯著減少。	6
1-	B	真武湯可以改善充血性心臟衰竭 (congestive heart-failure) 的臨床症狀與心臟功能。左心室射血分率 (LVEF)、心指數 (cardiac index) 與每次搏動輸出量 (Stroke volume) 均上升。	13
1-	B	參附湯可以改善慢性心臟衰竭 (chronic heart failure) 的臨床症狀和心臟功能，並降低肝臟指數。在 14 天持續治療後明尼蘇達心臟衰竭量表 (MLHFQ) 顯著改善，特別是身體和情緒項目的分數。左心室射血分率 (LVEF) 上升，且肝功能指數 (Alanine Aminotransferase, ALT) 也顯著下降。	11

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1-	B	<p>黃耆單方萃取之科學中藥可以改善罹患慢性心臟衰竭 (chronic heart failure) 且有氣虛症狀患者的心臟功能和生活品質。在每天兩次，持續三十天的治療後。左心室射血分率 (LVEF) 與六分鐘總行走距離 (6WMD) 顯著上升，且明尼蘇達心臟衰竭量表 (MLHFQ) 也顯著改善。改善情況與黃耆的劑量有關，左心室射血分率 (LVEF) 在中劑量 (每次 4.5 公克) 效果最好，而六分鐘步行距離和生活品質在高劑量 (每次 7.5 公克) 效果最好。</p>	12
1-	B	<p>暖心膠囊 (紅參、熟附子、薏苡仁、橘紅、三七) 可以改善心臟衰竭患者的運動耐力，六分鐘總行走距離 (6WMD) 顯著上升 6 分鐘步行距離 (6MWT)，患者的死亡率、再入院率均明顯下降。且心臟衰竭的生化指標 B 型利鈉肽 (B-type natriuretic peptide, BNP) 也下降。</p>	14

表四 / 不同中藥複方對應之心臟衰竭類型

心臟衰竭類型	方劑
慢性心力衰竭或充血性心臟衰竭	加味參附湯、參附湯、黃耆單方、暖心膠囊、真武湯
心臟衰竭伴隨心室過早搏動	穩心顆粒
缺血性心力衰竭	耆蔞強心膠囊
急性失代償性心力衰竭	木防已湯

表五 / 不同中藥複方改善心臟衰竭成效

	耆蔭強心膠囊	木防已湯	加味參附湯	真武湯	暖心膠囊	穩心顆粒	參附湯	黃耆單方
心臟超音波								
左心室射血分率 (LVEF)	●		●	●		●	●	●
左心室舒張末期直徑 (LVEDD)	●	●				●		
左心室舒張末期容積 (LVEDV)	●							
左室收縮末期容積 (LVEEV)	●							
每次搏動輸出量 (Stroke volume)				●				
心指數 (cardiac index)				●				
心率			●					
運動耐力								
6 分鐘步行距離 (6WMD)			●		●	●		●
臨床症狀	●	●	●	●	●	●	●	●
紐約心臟協會 (NYHA) 分數	●							
明尼蘇達量表 (MLHFQ)			●				●	●

	耆蔭強心膠囊	木防已湯	加味參附湯	真武湯	暖心膠囊	穩心顆粒	參附湯	黃耆單方
生化指標								
B 型利鈉肽 (BNP)	●				●			
長期指標								
死亡率					●			
再入院率					●			

第四節 / 針灸治療以及運動導引

針灸對於心臟衰竭的研究仍然不多 (如表六)，但少數研究發現針刺可以改善生活品質¹⁵，並且減少交感神經活性¹⁶。我們建議中醫師可以指導心臟衰竭病患進行運動導引，太極拳訓練可以改善患者的心臟功能、運動耐力、生活品質與睡眠狀況，且患者的最大攝氧量、呼吸頻率和心率在訓練後下降¹⁷⁻²⁰，顯示患者的心肺功能得到一定程度的改善²¹⁻²³。建議患者至少要持續鍛鍊 12 週，較能明顯看到改善成效。且對於藥物較難發揮療效的類型如正常收縮分率心衰竭 (heart failure with preserved ejection fraction) 患者也有療效，相關文獻整理如表七。

表六 / 針灸治療心臟衰竭臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	C	針刺可以改善充血性心臟衰竭 (congestive heart-failure) 的運動耐力，六分鐘總行走距離 (6WMD) 顯著上升。生活質量調查問卷 SF-36 的「總體健康」評分和「身體疼痛」評分在治療後改善。但心輸出量與心率沒有變化。	15
2+	C	針刺可以降低心臟衰竭患者因壓力肌肉交感神經活性。	16

表七 / 運動導引治療心臟衰竭臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1+	B	太極拳運動可以改善患者的心臟功能與運動耐力。統合分析顯示太極拳訓練後左心室射血分率 (LVEF) 與六分鐘總行走距離 (6WMD) 顯著上升，生活品質也顯著改善。	17
2+	C	太極拳運動改善慢性收縮性心臟衰竭 (chronic systolic heart failure) 患者的心肺功能與生活品質，在每週兩次、每次一小時，持續 12 週的訓練後心率降低，且最大攝氧量 (peak oxygen) 也下降。但無法顯著改善心臟衰竭症狀，堪薩斯心肌病變問卷 (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, KCCQ) 分數並沒有明顯改善。且太極拳運動配合下肢肌肉功能性電刺激，改善心肺功能效果更好。	24
2-	C	太極拳運動可以改善心臟衰竭患者的運動能力，憂鬱情緒和生活品質。在持續三個月的訓練後，六分鐘總行走距離 (6WMD) 顯著上升，生活品質量表與憂鬱症狀明顯改善。	18-20

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1-	B	太極拳運動可以改善正常收縮分率心衰竭 (heart failure with preserved ejection fraction) 患者的生活品質和心肺功能。在 12 週訓練後，患者之最大攝氧量、呼吸頻率和心率在訓練後均顯著下降，六分鐘總行走距離 (6WMD) 則顯著上升。生活品質與有氧運動相比無顯著差異，但憂鬱症狀明顯改善。	25, 26
1-	B	太極拳運動可以改善心臟衰竭患者的運動功能、生活品質與睡眠狀況，在持續 12 週的訓練後六分鐘總行走距離 (6WMD) 顯著上升，明尼蘇達心臟衰竭量表 (MLHFQ) 也顯著改善，生化指標 B 型利鈉肽 (B-type natriuretic peptide, BNP) 也下降，同時睡眠時間與穩定性也增加。	21-23

本章引用之文獻

1. Willens, H. J.; Blevins, R. D.; Wrisley, D.; Antonishen, D.; Reinstein, D.; Rubenfire, M., The prognostic value of functional capacity in patients with mild to moderate heart failure. *Am Heart J* 1987, 114 (2), 377-82.
2. Hsu, T. W.; Chang, H. C.; Huang, C. H.; Chou, M. C.; Yu, Y. T.; Lin, L. Y., Identifying cut-off scores for interpretation of the Heart Failure Impact Questionnaire. *Nurs Open* 2018, 5 (4), 575-582.
3. Huang, T. Y.; Moser, D. K.; Hwang, S. L., Identification, Associated Factors, and Prognosis of Symptom Clusters in Taiwanese Patients With Heart Failure. *J Nurs Res* 2018, 26 (1), 60-67.
4. Chen, Y. W.; Wang, C. Y.; Lai, Y. H.; Liao, Y. C.; Wen, Y. K.; Chang, S. T.; Huang, J. L.; Wu, T. J., Home-based cardiac rehabilitation improves quality of life, aerobic capacity, and readmission rates in patients with chronic heart failure. *Medicine (Baltimore)* 2018, 97 (4), e9629.
5. Davies, S. W.; Fussell, A. L.; Jordan, S. L.; Poole-Wilson, P. A.; Lipkin, D. P., Abnormal diastolic filling patterns in chronic heart failure--relationship to exercise capacity. *Eur Heart J* 1992, 13 (6), 749-57.
6. Li, M.; Qiu, R.; Tian, G.; Zhang, X.; Li, C.; Chen, S.; Zhang, Q.; Shang, H., Wenxin Keli for Ventricular premature complexes with Heart failure: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Complement Ther Med* 2017, 33, 85-93.
7. Sun, Y. L.; Ruan, X. F.; Li, Y. P.; Wang, X. L., [Comparative analysis of clinical effects according to syndrome differentiation of Qili Qiangxin Capsules on ischemic heart failure: Meta-analysis]. *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi* 2019, 44 (22), 4975-4984.
8. Li, X.; Zhang, J.; Huang, J.; Ma, A.; Yang, J.; Li, W.; Wu, Z.; Yao, C.; Zhang, Y.; Yao, W.; Zhang, B.; Gao, R., A multicenter, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled study of the effects of qili qiangxin capsules in patients with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2013, 62 (12), 1065-1072.
9. Ezaki, H.; Ayaori, M.; Sato, H.; Maeno, Y.; Taniwaki, M.; Miyake, T.; Sakurada, M., Effects of Mokuboito, a Japanese Kampo medicine, on symptoms in patients hospitalized for acute decompensated heart failure- A prospective randomized pilot study. *J Cardiol* 2019, 74 (5), 412-417.

10. Yu, M.; Ye, L.; Bian, J.; Ma, L.; Zheng, C.; Guo, H., Effect of Jiawei Shenfu decoction on tumor necrosis factor-alpha and nuclear factor-kappa B in patients who have chronic heart failure with syndromes of deficiency of heart Yang. *J Tradit Chin Med* 2019, 39 (3), 418-424.
11. Wei, H.; Wu, H.; Yu, W.; Yan, X.; Zhang, X., Shenfu decoction as adjuvant therapy for improving quality of life and hepatic dysfunction in patients with symptomatic chronic heart failure. *J Ethnopharmacol* 2015, 169, 347-55.
12. Yang, Q. Y.; Lu, S.; Sun, H. R., Clinical effect of Astragalus granule of different dosages on quality of life in patients with chronic heart failure. *Chin J Integr Med* 2011, 17 (2), 146-9.
13. Wang, Y. P.; Xiong, J.; Yan, X.; Li, X. H.; Luo, Z. Q., [Meta-analysis of supplemented Zhenwu decoction for treating congestive heart-failure]. *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi* 2016, 41 (19), 3679-3685.
14. Wen, J.; Cai, Y.; Sun, W.; Jiang, C.; Lin, T.; Jiang, N.; Luo, C.; Zhou, C.; Wu, W., Nuanxin capsule for heart failure: A systematic review of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)* 2018, 97 (44), e12667.
15. Kristen, A. V.; Schuhmacher, B.; Strych, K.; Lossnitzer, D.; Friederich, H. C.; Hilbel, T.; Haass, M.; Katus, H. A.; Schneider, A.; Streitberger, K. M.; Backs, J., Acupuncture improves exercise tolerance of patients with heart failure: a placebo-controlled pilot study. *Heart* 2010, 96 (17), 1396-400.
16. Middlekauff, H. R.; Hui, K.; Yu, J. L.; Hamilton, M. A.; Fonarow, G. C.; Moriguchi, J.; Maclellan, W. R.; Hage, A., Acupuncture inhibits sympathetic activation during mental stress in advanced heart failure patients. *J Card Fail* 2002, 8 (6), 399-406.
17. Gu, Q.; Wu, S. J.; Zheng, Y.; Zhang, Y.; Liu, C.; Hou, J. C.; Zhang, K.; Fang, X. M., Tai Chi Exercise for Patients with Chronic Heart Failure: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Phys Med Rehabil* 2017, 96 (10), 706-716.
18. Cheng, J. H.; Wang, Y. J.; Chou, S. S.; Yeh, M. L., [Chan-Chuang Qigong Improves Exercise Capacity, Depression, and Quality of Life in Patients With Heart Failure]. *Hu Li Za Zhi* 2018, 65 (5), 34-44.
19. Chen, Y. W.; Hunt, M. A.; Campbell, K. L.; Peill, K.; Reid, W. D., The effect of Tai Chi on four chronic conditions-cancer, osteoarthritis, heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analyses. *Br J Sports Med* 2016, 50 (7), 397-407.

20. Redwine, L. S.; Tsuang, M.; Rusiewicz, A.; Pandzic, I.; Cammarata, S.; Rutledge, T.; Hong, S.; Linke, S.; Mills, P. J., A pilot study exploring the effects of a 12-week t'ai chi intervention on somatic symptoms of depression in patients with heart failure. *J Altern Complement Med* 2012, 18 (8), 744-8.
21. Yeh, G. Y.; Wayne, P. M.; Phillips, R. S., T'ai Chi exercise in patients with chronic heart failure. *Med Sport Sci* 2008, 52, 195-208.
22. Barrow, D. E.; Bedford, A.; Ives, G.; O'Toole, L.; Channer, K. S., An evaluation of the effects of Tai Chi Chuan and Chi Kung training in patients with symptomatic heart failure: a randomised controlled pilot study. *Postgrad Med J* 2007, 83 (985), 717-21.
23. Yeh, G. Y.; Wood, M. J.; Lorell, B. H.; Stevenson, L. W.; Eisenberg, D. M.; Wayne, P. M.; Goldberger, A. L.; Davis, R. B.; Phillips, R. S., Effects of tai chi mind-body movement therapy on functional status and exercise capacity in patients with chronic heart failure: a randomized controlled trial. *Am J Med* 2004, 117 (8), 541-8.
24. Hao, Y.; Zhang, L.; Zhang, Z.; Chen, L.; He, N.; Zhu, S., Tai Chi exercise and functional electrical stimulation of lower limb muscles for rehabilitation in older adults with chronic systolic heart failure: a non-randomized clinical trial. *Braz J Med Biol Res* 2019, 52 (12), e8786.
25. Yeh, G. Y.; Wood, M. J.; Wayne, P. M.; Quilty, M. T.; Stevenson, L. W.; Davis, R. B.; Phillips, R. S.; Forman, D. E., Tai chi in patients with heart failure with preserved ejection fraction. *Congest Heart Fail* 2013, 19 (2), 77-84.
26. Yeh, G. Y.; McCarthy, E. P.; Wayne, P. M.; Stevenson, L. W.; Wood, M. J.; Forman, D.; Davis, R. B.; Phillips, R. S., Tai chi exercise in patients with chronic heart failure: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 2011, 171 (8), 750-7.

台灣慢性疾病
中醫臨床診療指引

3

失智症

Dementia

第一節 / 本章重點

1. 失智症 (Dementia) 的中醫治療目標在於提升認知功能與日常活動能力、減少精神與行為症狀，並且預防吞嚥困難、步態不穩跌倒等併發症，目前實證研究支持的中醫療法包括中藥治療、針灸療法、太極導引、穴按摩位與耳穴敷貼。
2. 我們建議中醫師可以使用迷你心智測驗 (Mini-Mental State Examination, MMSE)，以及 (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire, NPI-Q)，前者可以幫助中醫師了解病患認知功能退化的嚴重程度與方向，後者可以篩選並評估精神與行為症狀。
3. 中藥療法可以有效改善失智患者的認知功能與日常活動能力，建議中醫師可以依據病患的失智症類型 (阿茲海默症、血管性失智症或帕金森氏症後的失智症)、臨床主要症狀 (認知功能減退、精神行為症狀或吞嚥困難噎咳) 選擇合適的方劑。
4. 針灸對於失智患者的研究豐富，可以依照病患需要選擇傳統針灸、電針、長期留置頭皮針等，對於不願意接受針灸的患者也可以採用穴位按摩或耳穴敷貼的方式。
5. 我們建議中醫師應主動指導失智患者練習運動導引，太極拳運動可以改善維持失智患者的認知功能。

第二節 / 臨床評估

失智症的主要症狀是記憶力減退、判斷力下降、難以辨認正確日期與地點等認知退化，以及焦慮、妄想、幻覺、易怒、憂鬱、焦慮、冷漠等精神與行為症狀。我們建議中醫師可以於診察時參考迷你心智測驗 (MMSE) 作為問診的主要核心問題，以評估患者之認知缺損情形及治療後改善情形^{1,2}。迷你心智測驗總共 30 分，分數越低表示認知功能越差，以 24 分為判斷是否是失智症的區分點，15-24 分為輕度失智症、10-15 為中度失智症、10 分以下為重度失智症。迷你心智測驗可分為下列五種認知功能，具體的問題如表一：

1. 定向力 (10 分)：又分為時間定向力 (5 分) 與 地點定向力 (5 分) 兩部分。
2. 訊息登錄 (3 分)：要受試者記憶三種東西 (包含具體事物與抽象概念)，稍後要作為短期回憶的測試使用。
3. 注意力與計算力 (5 分)：請受試者由 100 減 7 等於？再減 7 等於？……連續進行五次。
4. 短期回憶 (3 分)：詢問受試者是否記得先前重述的三種東西 (順序無所謂)。
5. 語言理解、空間概念、與操作能力 (9 分)：

表一 / 簡易智能狀態測驗 (Mini-Mental Status Examination, MMSE)

包含下列的問題：

1. 兩個一般常用物品的命名 (2)；
2. 請受試者重述一個句子 (1)；
3. 請受試者讀“請閉上眼睛”並做出動作 (1)；
4. 請受試者造一個句子並把它寫出來 (1)；
5. 請受試者抄繪兩個五邊型其交叉為四邊型的圖形 (1)；
6. 請受試者在聽完“用你的左手來拿這張紙，將它對折一半，然後交還給我”的題目 後依序做出動作 (3)。

A _____ 1. 現在：(民國) _____ 年 _____ 月 _____ 日，星期 _____ ，
(10) (5)

_____ 2. 地方：_____ 市 (縣) _____
(5)

B _____ 1. 三種：_____ 、 _____ 、 _____
(3) (3)

_____ 2. 嘗試次數： _____

C _____ 1. 減 7：_____ 、 _____ 、 _____ 、 _____ 、 _____
(5) (5)

D _____ 1. 剛才的三種：_____ 、 _____ 、 _____
(3) (3)

E _____ 1. 這是什麼：_____ 、 _____
(9) (2)

_____ 2. 再講一遍： _____
(1)

_____ 3. 閉眼： _____
(1)

_____ 4. 寫句子：
(1)

_____ 5. 畫圖：
(1)

_____ 6. 三個動作：_____ 、 _____ 、 _____
(3)

我們建議臨床中醫師可以用神經精神量表 (NPI-Q) 作為評估精神與行為症狀的核心問題，該量表包含妄想、幻覺、憂鬱等 12 種失智症常見症狀。在臨床診療時會評估病患是否有出現此項症狀，則針對有症狀的患者記錄其發作頻率和嚴重度，分數越高越嚴重，具體的問題如表二。

若能於雲端藥歷或病歷中取得病患的腦部電腦斷層、核磁共振檢查報告及其他檢查數據，能夠很有效的幫助中醫師進行臨床判斷。影像學檢查能指出病患大腦萎縮之區域，針對萎縮區域在頭皮的投影點針刺，可以有效的改善患者腦部血流³，以取得更好的治療效果。檢驗結果則可以幫助中醫師了解可能造成認知退化的內科疾病或營養素缺乏，例如維生素 B1 缺乏、甲狀腺功能低下等等。

表二 / 簡短精神量表 (Neuropsychiatric Inventory, NPI)

題目	有無此症狀		頻率 (F)				嚴重度 (S)			題目分數 (F×S)	照顧者的困擾 (C)					
	是	否	偶爾	時常	經常	常常	輕	中	重		完全沒有	有一些	輕度	中度	重度	極度
1. 妄想			1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
2. 幻覺			1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
3. 激動 / 攻擊行為			1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
4. 焦慮			1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
5. 憂鬱 / 情緒不佳			1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
6. 欣快感 / 情緒高漲			1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
7. 冷漠			1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
8. 言行失控			1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
9. 暴躁易怒 / 情緒易變			1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
10. 異常動作			1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
11. 睡眠 / 夜間行為			1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
12. 食慾 / 飲食行為改變			1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5

症狀	說明
1. 妄想	受測者是否認為有人企圖要偷他的東西，或是企圖要傷害他？
2. 幻覺	受測者是否表現得好像他在聽聲音？他是否會與某一位不在場的人交談？
3. 激動 / 攻擊行為	受測者是否頑固，拒絕配合，不願讓他人協助他？
4. 焦慮	受測者和照顧者分開時是否顯得緊張或生氣？受測者是否有其他緊張不安相關症狀 / 表現，如：呼吸急促、嘆氣、不能放輕鬆、感到特別緊張等。
5. 憂鬱 / 情緒不佳	受測者是否表現出憂傷或心情低落，他是否哭泣？
6. 欣快感 / 情緒高漲	受測者是否顯得心情太好了或太快樂了，或表現得極度愉悅？
7. 冷漠	受測者是否對他平常的喜好或他人的計畫 / 活動失去興趣？
8. 言行失控	受測者是否顯得做事衝動欠考慮？如：彷彿彼此熟識一般和陌生人交談，或是與他人談話時是否不理會他人感覺，或傷害他人的感覺？

症狀	說明
9. 暴躁易怒 / 情緒易變	受測者是否失去耐性且暴躁不安，常無法忍受延誤或等待已經安排好的計劃？
10. 異常動作	受測者是否有重複動作？ 如：在屋內 (無明顯目的) 走來走去、重複扣扣子、纏繞線繩，或不斷重複做某一件事情？
11. 睡眠 / 夜間行為	受測者是否半夜會吵醒你，或是太早起床，或在白天睡得太多？
12. 食慾 / 飲食行為改變	受測者的體重是否減少或增加，他喜愛的食物是否改變？

頻率 (F)	嚴重度 (S)	困擾程度 (C)
評估此症狀發生的頻率	評估此症狀對於受測者的影響程度	評估照顧者因為此症狀而感受到的壓力 / 困擾
<ol style="list-style-type: none"> 1. 該行為出現頻率為每周 <1 次 2. 該行為出現頻率為每周大約 1 次 3. 該行為出現頻率為每周 >1 次但不至於每天都會出現 4. 該行為出現頻率為每天都會出現，或持續出現沒有停過 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 輕度：稍有不同，但沒有明顯改變 (造成受測者極少困擾) 2. 中度：明顯改變，尚未達到極度改變 (造成受測者更多的困擾，但可藉由照顧者引導而紓解) 3. 重度：非常嫉妒或顯著的改變 (對受測者造成非常大的困擾，且照顧者的引導有困難紓解) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 完全沒有困擾 2. 有一些困擾 (感到一些困擾，但可以處理) 3. 輕度困擾 (沒有非常困擾，可以輕鬆處理) 4. 中度困擾 (有些困擾，並非每次都可以輕鬆處理) 5. 重度困擾 (非常困擾，難以處理) 6. 極度或非常困擾 (極度困擾，無法處理)

除了臨床症狀以外，了解患者屬於哪一種失智症類型，也對臨床診療有很大的助益。大部分的失智患者屬於阿茲海默症 (Alzheimer's Disease, AD)，以記憶力減退，時空定向感不佳，語言和行動功能低落為主要的症狀；血管型失智症則起因於腦中風或慢性腦血管病變，因大腦細胞長期血液供應不良而產生，因此除了典型的認知退化與憂鬱等情緒狀況以外，還會有動作變慢、步態不穩、吞嚥困難等肢體症狀；額顳葉型失智症 (Frontotemporal lobe degeneration, FTD) 顧名思義以額葉 (負責高階思考) 及顳葉 (負責語言及聽力) 退化為主，在發病早期就會出現個性轉變與表達困難，且容易會有意料之外地衝動舉止；路易氏體失智症 (Dementia with Lewy Bodies, DLB) 除了認知功能障礙以外，同時會出現肢體僵硬、雙手顫抖、步態不穩、容易跌倒等現象；此外，帕金森氏症患者往往在罹病數年後也會出現認知退化情形，也需要積極治療。

第三節 / 中藥治療

我們建議中醫師可以常規提供中藥治療給與失智患者，能有效提升認知功能與日常活動能力，並減少精神與行為症狀⁴⁻⁸，相關建議整理如表三。對於阿茲海默症患者，統合分析顯示中藥治療與西藥 Donepezil(愛憶欣)對失智症的效果相似，在治療 12 週後迷你心智測驗 (MMSE) 總顯著上升，在滿分 30 分內平均改善 3.71 分，但治療效果會隨著病程進展而逐漸減弱，在超過 48 週後改善效果不再顯著⁴。我們也建議中醫師可以合併中藥與針灸治療，統合分析顯示可以達到更好的認知功能改善效果，且分組分析顯示聯合治療大於 12 週後認知改善效果較顯著 (平均改善 5.4 分)⁹。

針對阿茲海默症的中藥複方較多，臨床試驗顯示有效的包含有：當歸芍藥散、還腦益聰方 (何首烏、人參、川芎、石菖蒲、黃連，重量比為 12：10：9：6：5)、八味地黃丸、健腦益智方 (人參、川芎、黃連、楮實)、益腎化痰方 (何首烏、石菖蒲、竹茹、半夏、茯苓、遠志)。統合分析顯示當歸芍藥散可以改善阿茲海默症的認知功能與日常生活活動，經過 24 週的治療後，迷你心智測驗 (MMSE) 平均上升 4.6 分，95% CI =4.29-4.91，日常生活活動功能量表 (ADL) 平均總分 11.40，95% CI 10.94-11.86)¹⁰；每次 5 公克、每天兩次、持續六個月的還腦益聰方可以顯著改善輕至中度阿茲海默症患者的認知功能，迷你心智測驗 (MMSE) 和蒙特利爾認知評估 (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) 量表分數顯著改善¹¹；每次 2 克、每天三次、持續八週的八味地黃丸可以改善阿茲海默症患者的認知功能與日常活動能力。迷你心智測驗 (MMSE) 分數從 13.5 ± 8.5 顯著改善至 16.3 ± 7.7；巴氏量表 (Barthel) 指數從 61.8 ± 34.6 顯著改善至 78.9 ± 21.1¹²。每次 5 克、每天兩次、持續六個月的健腦益智方治療，可以改善阿茲海默症患者的認知功能，迷你心智測驗 (MMSE) 和蒙特利爾認知評估 (MoCA) 量表、阿茲海默症認知功能評量表 (ADAS-cog) 分數均顯著改善¹³。每次 6 克、每天 2 次、持續 12 週的益腎化痰方可以改善阿茲海默症患者的認知功能與日常生活活動，迷你心智測驗 (MMSE) 分數均顯著改善 6.1±1.1 分¹⁴。除了複方以外，單方紅蔘長時間服用也可以改善阿茲海默症患者的認知功能¹⁵。

針對血管性失智症患者，統合分析顯示中藥能改善認知功能與日常活動能力，但改善幅度有限，迷你心智測驗 (MMSE) 與日常生活活動功能量表 (Activity of daily living, ADL) 平均總分改善都在一分以內。針對血管性失智患

者的中藥包含有鉤藤散，與健腦寧 (何首烏、人參、大黃)。統合分析顯示鉤藤散可以短期改善血管性失智患者的認知缺失，但對於阿茲海默症效果較不顯著¹⁶；而每次 17 克、每天一次、持續九週的健腦寧治療，可以改善中風後認知障礙患者的語言及記憶能力，包含短期記憶、延遲記憶、語言理解及學習均有改善¹⁷；此外，統合分析顯示當歸芍藥散可以改善血管性失智症的認知功能，患者經過 8 週治療後迷你心智測驗 (MMSE) 平均上升，3.07，95% CI =1.71- 4.43¹⁰。

針對帕金森氏症後的失智症，每次 150 毫升水煎劑、每天兩次、持續六個月的地黃益智方 (熟地、丹參、石菖蒲、龜板、茯神、益智仁，重量比為 15:15:10:3:10:10) 可以改善帕金森氏症後失智患者的認知功能，迷你心智測驗 (MMSE) 和蒙特利爾認知評估 (MoCA) 量表、阿滋海默症認知功能評量表 (cognitive subscale of the Alzheimer's Disease Assessment Scale, ADAS-cog)、日常生活活動功能量表 (ADL) 等分數均顯著改善¹⁸。針對額顳葉失智症與路易氏體失智症的中藥研究較少，僅有抑肝散可以改善精神與行為症狀^{8,19}。

特別針對精神與行為症狀的複方為抑肝散 (當歸、白朮、茯苓、鉤藤、川芎、柴胡、甘草)，每天 7.5 公克、持續四週的抑肝散在小規模試驗中發現能改善失智症的精神行為症狀及生活功能，神經精神量表 (NPI-Q) 分數從 37.9 ± 16.1 下降到 19.5 ± 15.6，巴氏量表 (Barthel) 指數從 56.4 ± 34.2 提升到 62.9 ± 35.2。但在大規模多中心研究中，抑肝散可以降低中度與重度阿茲海默症患者的幻覺和激動症狀，但是整體的神經精神量表 (NPI-Q) 分數沒有顯著差距⁶⁻⁸。針對吞嚥困難與進食的則是半夏厚朴湯，臨床研究顯示長時間服用可以減少失智患者吸入性肺炎並維持進食量。吸入性肺炎相對風險為 0.51 (95%信賴區間 (95% CI) = 0.27-0.84，而因肺炎死亡的相對風險為 0.41(95% CI = 0.10-1.03²⁰，相關建議顯示如表四。對於台灣禁止使用的中藥或尚未於台灣合法上市的中成藥，即使臨床研究發現對失智症的療效，本照護指南仍將其排除於建議之外。

表三 / 中藥治療失智症臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1+	B	中藥治療有效改善阿茲海默症認知功能，在治療 12 週後認知功能顯著上升，但治療效果隨著病程進展效果減弱，在超過 48 週後改善效果不顯著。	4
1+	B	中藥與針灸聯合治療可以有效改善失智患者認知功能，且聯合治療時間大於 12 週後認知改善效果最顯著。	9
1+	C	中藥能改善血管性失智症的認知功能與日常活動能力，但改善幅度較小。	5
1-	C	每天 7.5 公克、持續四週的抑肝散在小規模試驗中發現能改善失智症的精神行為症狀及生活功能，但在大規模多中心研究中發現，抑肝散僅對中度與重度阿茲海默症患者的幻覺和激動症狀有顯著效果。	6-8
1+	C	鉤藤散可以短期改善血管性失智患者的認知缺失，但對於阿茲海默症效果較不顯著。	16
2+	B	半夏厚朴湯可以減少失智患者吸入性肺炎並維持進食量。	20
1+	B	當歸芍藥散可以改善阿茲海默症與血管性失智症的認知功能與日常活動能力。	10

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	C	每次 5 公克、每天兩次、持續六個月的還腦益聰方 (何首烏、人參、川芎、石菖蒲、黃連，重量比為 12:10:9:6:5) 可以顯著改善輕至中度阿茲海默症患者的認知功能。	11
2+	C	每次 150 毫升水煎劑、每天兩次、持續六個月的地黃益智方 (熟地、丹參、石菖蒲、龜板、茯神、益智仁，重量比為 15:15:10:3:10:10) 可以改善帕金森氏症後失智患者的認知功能與日常活動能力。	18
2+	C	每次 2 克、每天三次、持續八週的八味地黃丸可以改善阿茲海默症患者的認知功能與日常活動能力。	12
2+	C	每次 5 克、每天兩次、持續六個月的健腦益智方 (人參、川芎、黃連、楮實) 治療，可以改善阿茲海默症患者的認知功能。	13
2-	C	每次 17 克、每天一次、持續九週的健腦寧 (何首烏、人參、大黃) 治療，可以改善中風後認知障礙患者的語言及記憶能力。	17

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	C	每次 6 克、每天 2 次、持續 12 週的益腎化痰方 (何首烏、石菖蒲、竹茹、半夏、茯苓、遠志) 可以改善阿茲海默症患者的認知功能與日常生活活動。	14
2-	C	每次 4.5 克，每天一次，持續六個月的紅蔘治療可以改善輕度到中度阿茲海默症的認知功能。	15

表四 / 依據失智症分類與臨床症狀建議中藥處方

	認知功能	日常生活功能	精神與行為症狀	吞嚥功能
阿茲海默症	還腦益聰方 八味地黃丸 健腦益智方 益腎化痰方 當歸芍藥散	當歸芍藥散 八味地黃丸 益腎化痰方	抑肝散	半夏厚朴湯
血管型失智症	鉤藤散 健腦寧	當歸芍藥散		半夏厚朴湯
路易氏體失智症			抑肝散	
帕金森氏症後失智症	地黃益智方	地黃益智方		

第四節 / 針灸治療

我們建議中醫師可以常規提供針灸治療給與失智症患者，可有效提供認知及日常活動功能，相關建議整理如表五。統合分析顯示針灸可以改善阿茲海默症患者的認知功能與日常生活能力，迷你心智測驗 (MMSE) 與日常生活活動功能量表 (ADL) 總分顯著上升，且治療超過 12 週的病患改善幅度最大，迷你心智測驗 (MMSE) 總分，在滿分 30 分內平均改善 3.65 分，日常生活活動功能量表 (ADL)，在滿分 100 分內平均改善 2.43 分^{21,22}。此外，統合分析顯示針灸配合西藥 Donepezil 能夠更有效的改善阿茲海默症患者的認知功能，迷你心智測驗 (MMSE) 總分平均改善 2.37 分²³。每次 40 分鐘、每天 1 次、持續 4 週的電針治療 (百會與風府、採用疏密波，頻率介於 10-50Hz，強度為 0.5 到 5.0 mA)，配合西藥 Donepezil 可以改善阿茲海默症患者的認知功能，蒙特利爾認知評估 (MoCA) 量表與阿茲海默症認知功能評量表 (ADAS-cog) 分數顯著改善²⁴。

針對血管性失智症患者，每天一次、持續六週的針灸治療 (膻中穴、中腕穴、氣海穴、足三里穴、血海穴) 可以改善血管性失智患者的認知功能，修訂版長谷川失智症量表 (Revised Hasegawa's Dementia Scale, HDS-R) 與迷你心智測驗 (MMSE) 分數均顯著上升²⁵。每次 20 分鐘、每週 5 次、持續 4 週的針灸治療 (肩髃穴、曲池穴、外關穴、合谷穴、血海穴、足三里穴、三陰交穴、太衝穴，再加分為三組分別加入百會穴、人中穴、神門穴)，可以改善血管型失智患者的認知功能。正子攝影顯示常規穴位加百會穴可影響顱內側系統，丘腦系統和額葉前皮質系統，從而改善患者的記憶力和執行能力。常規穴位加人中穴對前額皮層系統的影響更大，明顯提高了執行能力。加神門穴會顯示出與加人中穴類似但較弱的效果，並且對記憶的影響更大²⁶。

除了一般的針灸治療，長期留置頭皮針也對於血管性失智患者有治療效果，每次 10 小時、每天 1 次，持續 8 週的長期留置頭皮針 (頂中線、額中線、頂旁線 1) 可以有效改善血管性失智症患者的認知功能與日常生活能力。迷你心智測驗 (MMSE) 分數與日常生活活動功能量表 (ADL) 等分數均顯著改善²⁷。此外，針對腦中風或血管退化造成的認知障礙，但尚未達到血管性失智症診斷的患者，也建議接受針灸治療。每週兩次、每次 30 分鐘、持續 12 週的針灸治療 (足三里穴、血海穴、膻中穴、中腕穴、氣海穴、百會穴、風

府穴、心俞穴、譙譙穴、通里穴、照海穴、太谿穴、懸鐘穴、豐隆穴、內關穴、膈俞穴)，可以顯著改善血管性認知障礙但未達到失智程度病患 (vascular cognitive impairment no dementia, VCIND) 的認知功能，阿滋海默症認知功能評量表 (ADAS-cog) 顯著下降，在滿分 70 分中平均下降 2.33 分，且相比於服用西藥 citicoline sodium 的患者改善幅度更大²⁸。每次 30 分鐘、每週 6 天、持續 3 個月的針灸治療 (百會穴、四神聰穴、四白穴、風池穴、完骨穴、天柱穴、人中穴、神門穴、內關穴、豐隆穴、三陰交穴、太衝穴) 配合西藥 Nimodipine，可以顯著改善缺血性腦中風患者的認知功能，蒙特利爾認知評估 (MoCA) 量表分數顯著改善，在滿分 30 分內平均改善 5.5 分，且針灸加西藥改善程度優於兩種治療單獨進行²⁹。

除了失智患者之外，針灸對於有認知退化，但嚴重度尚未達到失智症的輕度認知障礙 (Mild Cognitive Impairment, MCI)，針灸也有一定成效。統合分析顯示電針可以改善患者的認知功能，迷你心智測驗 (MMSE) 平均提高了 0.65 [95% CI 0.28 ~ 1.01]，蒙特利爾認知評估 (MoCA) 平均得分高 0.66 [95% CI 0.00 ~ 1.32]^{30, 31}；每天一次、每週五天、持續四週的電子艾灸 (以 45°C 的加熱器溫灸百會穴、大椎穴、命門穴與太谿穴)，可以有效改善輕度認知障礙 (MCI) 患者的認知與記憶功能，迷你心智測驗 (MMSE) 與蒙特利爾認知評估 (MoCA) 總分顯著上升，即時記憶和延遲記憶也改善³²；每次 30 分鐘、每週 3 次、持續 8 週的頭皮電針治療 (百會、四神聰、神庭、風池，以連續波電擊，頻率為 3-15 Hz，強度為 2-4 mA) 可以改善輕度認知障礙 (MCI) 患者的認知功能，迷你心智測驗 (MMSE) 分數與畫鐘測試均顯著改善³³。

綜合上述研究，我們建議針灸的配穴原則以頭部穴位為主，包含有百會穴、四神聰穴、神庭穴、本神穴、四白穴、風池穴、完骨穴、人中穴等，再加入四肢的大穴如神門穴、內關穴、豐隆穴、三陰交穴、太衝穴等。多項研究中顯示對於失智症的治療成效，但也會伴隨異常針感與各種副作用，少量研究顯示針灸對於失智症患者會產生異常反應，包含疼痛、暈眩、噁心等^{21, 23}，建議中醫師於臨床操作時應加以注意。

表五 / 針灸治療失智症臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1+	B	針灸可以改善阿茲海默症患者的認知功能與日常生活能力，且治療超過 12 週的病患改善幅度最大，迷你心智測驗 (MMSE) 總分。	21, 22
1+	B	針灸配合西藥 Donepezil(愛憶欣) 能夠比單純服藥更有效的改善阿茲海默症患者的認知功能。	23
2-	C	少量研究顯示針灸對於失智症患者會產生異常反應，包含疼痛、暈眩、噁心等。	21, 23
2+	C	每週兩次、每次 30 分鐘、持續 12 週的針灸治療 (足三里穴、血海穴、膻中穴、中腕穴、氣海穴、百會穴、風府穴、心俞穴、譙譙穴、通里穴、照海穴、太谿穴、懸鐘穴、豐隆穴、內關穴、膈俞穴)，可以顯著改善血管性認知障礙但未達到失智程度病患 (vascular cognitive impairment no dementia, VCIND) 的認知功能。	28
1+	B	統合分析顯示電針可以改善輕度認知障礙 (Mild Cognitive Impairment, MCI) 患者的認知功能。	30, 31

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2-	C	每天一次、持續六週的針灸治療 (膻中穴、中脘穴、氣海穴、足三里穴、血海穴) 可以改善血管性失智患者的認知功能。	25
2-	C	每天一次、每週五天、持續四週的电子艾灸 (以 45°C 的加熱器溫灸百會穴、大椎穴、命門穴與太谿穴) ，可以有效改善輕度認知障礙 (MCI) 患者的認知與記憶功能。	32
2-	C	每次 30 分鐘、每週 3 次、持續 8 週的頭皮電針治療 (百會、四神聰、神庭、風池，以連續波電擊，頻率為 3-15 Hz，強度為 2-4 mA) 可以改善輕度認知障礙 (MCI) 患者的認知功能。	33
2+	C	每次 30 分鐘、每週 6 天、持續 3 個月的針灸治療 (百會穴、四神聰穴、四白穴、風池穴、完骨穴、天柱穴、人中穴、神門穴、內關穴、豐隆穴、三陰交穴、太衝穴) 配合西藥 Nimodipine，可以顯著改善缺血性腦中風患者的認知功能。	29

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	C	每次 10 小時、每天 1 次，持續 8 週的長期留置頭皮針 (頂中線、額中線、頂旁線) 可以有效改善血管性失智症患者的認知功能與日常生活能力。	27
2+	C	每次 40 分鐘、每天 1 次、持續 4 週的電針治療 (百會與風府、採用疏密波，頻率介於 10-50Hz，強度為 0.5 到 5.0 mA)，配合西藥 Donepezil 可以改善阿茲海默症患者的認知功能。	24
2+	B	每次 20 分鐘、每週 5 次、持續 4 週的針灸治療 (肩髃穴、曲池穴、外關穴、合谷穴、血海穴、足三里穴、三陰交穴、太衝穴，再加分為三組分別加入百會穴、人中穴、神門穴)，可以改善血管型失智患者的認知功能。正子攝影顯示常規穴位加百會穴可影響顳內側系統，丘腦系統和額葉前皮質系統，從而改善患者的記憶力和執行能力。常規穴位加人中穴對前額皮層系統的影響更大，明顯提高了執行能力。加神門穴會顯示出與加人中穴類似但較弱的效果，並且對記憶的影響更大。	26

第五節 / 運動導引與穴位按摩

我們建議中醫師可以指導失智患者進行太極拳訓練，可以維持認知功能，並能降低跌倒風險，相關建議整理如表六。研究顯示持續十週以上的太極拳訓練，對於尚未有認知障礙的成年人，可以小幅度增加執行功能；對於已經有認知障礙的患者，至少 12 週的太極拳訓練可以增加整體認知功能，迷你心智測驗 (MMSE) 總分顯著上升，且成效與其他認知訓練活動相似^{34, 35}。此外，連續 20 週的太極拳訓練可以顯著降低失智患者跌倒，風險比率為 0.35，但計時起走測試 (timed up & go test, TUG) 分數較低³⁶。

針對輕度認知障礙 (MCI) 的患者，太極拳可以改善患者的視覺空間功能，但對於總體認知功能、記憶力、與執行功能改善不顯著³⁷。針對失智患者記憶力下降的問題，可以適當簡化太極拳的訓練姿勢，研究顯示每週三次、每次半小時、持續一年的 24 式太極拳訓練，可以降低輕度認知障礙或疑似失智患者，惡化為失智症的風險，勝算比為 0.25，且記憶損失與憂鬱症狀均有顯著改善³⁸。太極拳也可以與其他認知訓練合併進行，每次 1 小時、每週三次、持續 12 週的太極拳或麻將訓練，可以維持失智患者的認知功能，麻將和太極與對照的迷你心智測驗 (MMSE) 總分差異分別為 4.5 分 (95% CI 2.0-6.9) 和 3.7 分 (95% CI 1.4-6.0)³⁹。

表六 / 運動導引治療失智症臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1-	B	持續十週以上的太極拳訓練，對於尚 未有認知障礙的成年人，可以小幅度 增加執行功能；對於已經有認知障礙 的患者，至少 12 週的太極拳訓練可 以增加整體認知功能。	34, 35
2+	C	連續 20 週的太極拳訓練可以顯著降 低失智患者跌倒，但計時起走測試 (TUG) 分數較低。	36
2+	D	太極拳可以改善輕度認知障礙 (MCI) 患者的視覺空間功能，但對於總體認 知功能、記憶力、與執行功能改善不 顯著。	37
1-	B	每週三次、每次半小時、持續一年的 24 式太極拳訓練，可以降低輕度認知 障礙或疑似失智患者惡化為失智症的 風險。	38
2+	C	每次 1 小時、每週三次、持續 12 週的 太極拳或麻將訓練，可以維持失智患 者的認知功能。	39

若是患者因為害怕疼痛或其他考量而拒絕針灸及中藥治療，也可以採用穴位按摩或穴位敷貼的方式，以緩解患者的精神與行為症狀，相關建議整理如表七與表八。研究顯示每次 20 分鐘，每天一次的薰衣草精油進行穴位按摩 (靈道穴、通里穴、神門穴、內關穴、百會穴、風池穴、神庭穴、太陽穴、印堂穴、三陰交) 可以緩解失智患者的精神與行為症狀⁴⁰。此外，每次 15 分鐘、每天一次、每週 6 天，持續 4 週的穴位按摩 (風池穴，百會穴、神門穴、內關穴和三陰交穴，可以改善患者的躁動與攻擊性行為。也可配合蒙特梭利活動 (Montessori-based activities)，能加強效果^{41, 42}。在耳穴敷貼方面持續三個月以王不留行種子敷貼於失智患者的耳朵上 (耳神門穴、心點、肌肉放鬆點)，可以減少患者的疼痛、焦慮及憂鬱症狀⁴³。

表七 / 穴位按摩治療失智症臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2-	C	每次 20 分鐘，每天一次的薰衣草精油進行穴位按摩 (靈道穴、通里穴、神門穴、內關穴、百會穴、風池穴、神庭穴、太陽穴、印堂穴、三陰交) 可以緩解失智患者的精神與行為症狀。	40
2-	C	每次 15 分鐘、每天一次、每週 6 天，持續 4 週的穴位按摩 (風池穴，百會穴、神門穴、內關穴和三陰交穴，可以改善患者的躁動與攻擊性行為。也可配合蒙特梭利活動 (Montessori-based activities)，能加強效果。	41, 42

表八 / 耳穴治療失智症臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	C	持續三個月以王不留行種子敷貼於失智患者的耳朵上 (耳神門穴、心點、肌肉放鬆點)，可以減少患者的疼痛、焦慮及憂鬱症狀。	43

本章引用之文獻

1. Lee, M. T.; Chang, W. Y.; Jang, Y., Psychometric and diagnostic properties of the Taiwan version of the Quick Mild Cognitive Impairment screen. *PLoS One* 2018, 13 (12), e0207851.
2. Hsieh, S. W.; Hsiao, S. F.; Liaw, L. J.; Huang, L. C.; Yang, Y. H., Effects of multiple training modalities in the elderly with subjective memory complaints: A pilot study. *Medicine (Baltimore)* 2019, 98 (29), e16506.
3. Lun, X.; Yang, W.; Fu, B., Effects of CT-localized scalp round-needling on the blood rheology, NO and NOS of patients with multiple infarctional dementia. *J Tradit Chin Med* 2006, 26 (2), 92-6.
4. May, B. H.; Feng, M.; Hyde, A. J.; Hügel, H.; Chang, S. Y.; Dong, L.; Guo, X.; Zhang, A. L.; Lu, C.; Xue, C. C., Comparisons between traditional medicines and pharmacotherapies for Alzheimer disease: A systematic review and meta-analysis of cognitive outcomes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2018, 33 (3), 449-458.
5. Xu, Q. Q.; Shan, C. S.; Wang, Y.; Shi, Y. H.; Zhang, Q. H.; Zheng, G. Q., Chinese Herbal Medicine for Vascular Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis of High-Quality Randomized Controlled Trials. *J Alzheimers Dis* 2018, 62 (1), 429-456.
6. Furukawa, K.; Tomita, N.; Uematsu, D.; Okahara, K.; Shimada, H.; Ikeda, M.; Matsui, T.; Kozaki, K.; Fujii, M.; Ogawa, T.; Umegaki, H.; Urakami, K.; Nomura, H.; Kobayashi, N.; Nakanishi, A.; Washimi, Y.; Yonezawa, H.; Takahashi, S.; Kubota, M.; Wakutani, Y.; Ito, D.; Sasaki, T.; Matsubara, E.; Une, K.; Ishiki, A.; Yahagi, Y.; Shoji, M.; Sato, H.; Terayama, Y.; Kuzuya, M.; Araki, N.; Kodama, M.; Yamaguchi, T.; Arai, H., Randomized double-blind placebo-controlled multicenter trial of Yokukansan for neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Geriatr Gerontol Int* 2017, 17 (2), 211-218.
7. Iwasaki, K.; Satoh-Nakagawa, T.; Maruyama, M.; Monma, Y.; Nemoto, M.; Tomita, N.; Tanji, H.; Fujiwara, H.; Seki, T.; Fujii, M.; Arai, H.; Sasaki, H., A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-Gan San for improvement of behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. *J Clin Psychiatry* 2005, 66 (2), 248-52.
8. Mizukami, K.; Asada, T.; Kinoshita, T.; Tanaka, K.; Sonohara, K.; Nakai, R.; Yamaguchi, K.; Hanyu, H.; Kanaya, K.; Takao, T.; Okada, M.; Kudo, S.; Kotoku, H.; Iwakiri, M.; Kurita, H.; Miyamura, T.; Kawasaki, Y.; Omori, K.; Shiozaki, K.; Odawara, T.; Suzuki, T.; Yamada, S.; Nakamura, Y.; Toba, K., A randomized cross-over study of a traditional Japanese medicine (kampo), yokukansan, in the

- treatment of the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2009, 12 (2), 191-9.
9. Zhou, S.; Dong, L.; He, Y.; Xiao, H., Acupuncture plus Herbal Medicine for Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Chin Med* 2017, 45 (7), 1327-1344.
 10. Kim, Y.; Cho, S. H., Danggui-Shaoyao-San for dementia: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2020, 99 (4), e18507.
 11. Yang, Y.; Liu, J. P.; Fang, J. Y.; Wang, H. C.; Wei, Y.; Cao, Y.; Liu, J. G.; Liu, L. T.; Li, H., Effect and Safety of Huannao Yicong Formula () in Patients with Mild-to-Moderate Alzheimer's Disease: A Randomized, Double-Blinded, Donepezil-Controlled Trial. *Chin J Integr Med* 2019, 25 (8), 574-581.
 12. Iwasaki, K.; Kobayashi, S.; Chimura, Y.; Taguchi, M.; Inoue, K.; Cho, S.; Akiba, T.; Arai, H.; Cyong, J. C.; Sasaki, H., A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of the Chinese herbal medicine "ba wei di huang wan" in the treatment of dementia. *J Am Geriatr Soc* 2004, 52 (9), 1518-21.
 13. Wang, H. C.; Liu, N. Y.; Zhang, S.; Yang, Y.; Wang, Z. Y.; Wei, Y.; Liu, J. G.; Pei, H.; Li, H., Clinical Experience in Treatment of Alzheimer's Disease with Jiannao Yizhi Formula () and Routine Western Medicine. *Chin J Integr Med* 2020, 26 (3), 212-218.
 14. Liu, P.; Kong, M.; Liu, S.; Chen, G.; Wang, P., Effect of reinforcing kidney-essence, removing phlegm, and promoting mental therapy on treating Alzheimer's disease. *J Tradit Chin Med* 2013, 33 (4), 449-54.
 15. Heo, J. H.; Lee, S. T.; Oh, M. J.; Park, H. J.; Shim, J. Y.; Chu, K.; Kim, M., Improvement of cognitive deficit in Alzheimer's disease patients by long term treatment with korean red ginseng. *J Ginseng Res* 2011, 35 (4), 457-61.
 16. Imai, H.; Takeshima, N.; Oda, H.; Chen, P.; Sawada, E.; Furukawa, T. A., Chotosan versus placebo for patients with dementia: systematic review and meta-analysis. *Psychogeriatrics* 2017, 17 (6), 466-478.
 17. Tian, J.; Yin, J.; Liu, H.; Yang, C.; Wang, Y., Jian Nao Ning for treatment of memory impairment in patients with mild or moderate multi-infarct dementia. *J Tradit Chin Med* 2002, 22 (4), 247-51.
 18. Gu, C.; Shen, T.; An, H.; Yuan, C.; Zhou, J.; Ye, Q.; Liu, T.; Wang, X.; Zhang, T., Combined therapy of Di-Huang-Yi-Zhi with Donepezil in patients with Parkinson's disease dementia. *Neurosci Lett* 2015, 606, 13-7.

19. Iwasaki, K.; Kosaka, K.; Mori, H.; Okitsu, R.; Furukawa, K.; Manabe, Y.; Yoshita, M.; Kanamori, A.; Ito, N.; Wada, K.; Kitayama, M.; Horiguchi, J.; Yamaguchi, S.; Takayama, S.; Fukuhara, R.; Ouma, S.; Nakano, S.; Hashimoto, M.; Kinoshita, T., Improvement in delusions and hallucinations in patients with dementia with Lewy bodies upon administration of yokukansan, a traditional Japanese medicine. *Psychogeriatrics* 2012, 12 (4), 235-41.
20. Iwasaki, K.; Kato, S.; Monma, Y.; Niu, K.; Ohrai, T.; Okitsu, R.; Higuchi, S.; Ozaki, S.; Kaneko, N.; Seki, T.; Nakayama, K.; Furukawa, K.; Fujii, M.; Arai, H., A pilot study of banxia houpu tang, a traditional Chinese medicine, for reducing pneumonia risk in older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2007, 55 (12), 2035-40.
21. Huang, Q.; Luo, D.; Chen, L.; Liang, F. X.; Chen, R., Effectiveness of Acupuncture for Alzheimer's Disease: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Med Sci* 2019, 39 (3), 500-511.
22. Chen, Y. Q.; Wu, H. G.; Yin, P.; Xu, J.; Huang, E. T.; Xu, S. F., [Tongdu Tiaoshen acupuncture method for mild cognitive impairment: a randomized controlled trial]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2019, 39 (11), 1141-5.
23. Zhou, J.; Peng, W.; Xu, M.; Li, W.; Liu, Z., The effectiveness and safety of acupuncture for patients with Alzheimer disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)* 2015, 94 (22), e933.
24. Xia, K. P.; Pang, J.; Li, S. L.; Zhang, M.; Li, H. L.; Wang, Y. J., [Effect of electroacupuncture at governor vessel on learning-memory ability and serum level of APP, A β (1-42) in patients with Alzheimer's disease]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2020, 40 (4), 375-8.
25. Yu, J.; Zhang, X.; Liu, C.; Meng, Y.; Han, J., Effect of acupuncture treatment on vascular dementia. *Neurol Res* 2006, 28 (1), 97-103.
26. Huang, Y.; Lai, X. S.; Tang, A. W., Comparative study of the specificities of needling acupoints DU20, DU26 and HT7 in intervening vascular dementia in different areas in the brain on the basis of scale assessment and cerebral functional imaging. *Chin J Integr Med* 2007, 13 (2), 103-8.
27. Chu, J. M.; Bao, Y. H.; Zou, C., [Effect of long-time retention of scalp needle on the abilities of cognition, daily living activity and P300 in vascular dementia patients]. *Zhen Ci Yan Jiu* 2008, 33 (5), 334-8.
28. Yang, J. W.; Shi, G. X.; Zhang, S.; Tu, J. F.; Wang, L. Q.; Yan, C. Q.; Lin, L. L.; Liu, B. Z.; Wang, J.; Sun, S. F.; Yang, B. F.; Wu, L. Y.; Tan, C.; Chen, S.; Zhang, Z. J.; Fisher, M.; Liu, C. Z., Effectiveness of acupuncture for vascular cognitive

- impairment no dementia: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2019, 33 (4), 642-652.
29. Wang, S.; Yang, H.; Zhang, J.; Zhang, B.; Liu, T.; Gan, L.; Zheng, J., Efficacy and safety assessment of acupuncture and nimodipine to treat mild cognitive impairment after cerebral infarction: a randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med* 2016, 16 (1), 361.
 30. Kim, H.; Kim, H. K.; Kim, S. Y.; Kim, Y. I.; Yoo, H. R.; Jung, I. C., Cognitive improvement effects of electro-acupuncture for the treatment of MCI compared with Western medications: a systematic review and Meta-analysis. *BMC Complement Altern Med* 2019, 19 (1), 13.
 31. Deng, M.; Wang, X. F., Acupuncture for amnesic mild cognitive impairment: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Acupunct Med* 2016, 34 (5), 342-348.
 32. Liu, Q. Q.; Chen, S. J.; Shen, G. M.; Jia, X. Y.; Qiao, X. D.; Wu, G. L., [Effect of electronic moxibustion on memory function in patients with amnesic mild cognitive impairment]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2020, 40 (4), 352-6.
 33. Zhang, H.; Zhao, L.; Yang, S.; Chen, Z.; Li, Y.; Peng, X.; Yang, Y.; Zhu, M., Clinical observation on effect of scalp electroacupuncture for mild cognitive impairment. *J Tradit Chin Med* 2013, 33 (1), 46-50.
 34. Wayne, P. M.; Walsh, J. N.; Taylor-Piliae, R. E.; Wells, R. E.; Papp, K. V.; Donovan, N. J.; Yeh, G. Y., Effect of tai chi on cognitive performance in older adults: systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2014, 62 (1), 25-39.
 35. Lam, L. C.; Chau, R. C.; Wong, B. M.; Fung, A. W.; Lui, V. W.; Tam, C. C.; Leung, G. T.; Kwok, T. C.; Chiu, H. F.; Ng, S.; Chan, W. M., Interim follow-up of a randomized controlled trial comparing Chinese style mind body (Tai Chi) and stretching exercises on cognitive function in subjects at risk of progressive cognitive decline. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011, 26 (7), 733-40.
 36. Nyman, S. R.; Ingram, W.; Sanders, J.; Thomas, P. W.; Thomas, S.; Vassallo, M.; Raftery, J.; Bibi, I.; Barrado-Martín, Y., Randomised Controlled Trial Of The Effect Of Tai Chi On Postural Balance Of People With Dementia. *Clin Interv Aging* 2019, 14, 2017-2029.
 37. Zhang, Q.; Hu, J.; Wei, L.; Cao, R.; Ma, R.; Song, H.; Jin, Y., Effects of traditional Chinese exercise on cognitive and psychological outcomes in older adults with mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2019, 98 (7), e14581.

38. Lam, L. C.; Chau, R. C.; Wong, B. M.; Fung, A. W.; Tam, C. W.; Leung, G. T.; Kwok, T. C.; Leung, T. Y.; Ng, S. P.; Chan, W. M., A 1-year randomized controlled trial comparing mind body exercise (Tai Chi) with stretching and toning exercise on cognitive function in older Chinese adults at risk of cognitive decline. *J Am Med Dir Assoc* 2012, 13 (6), 568.e15-20.
39. Cheng, S. T.; Chow, P. K.; Song, Y. Q.; Yu, E. C.; Chan, A. C.; Lee, T. M.; Lam, J. H., Mental and physical activities delay cognitive decline in older persons with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014, 22 (1), 63-74.
40. Fung, J. K. K.; Tsang, H. W., Management of behavioural and psychological symptoms of dementia by an aroma-massage with acupressure treatment protocol: A randomised clinical trial. *J Clin Nurs* 2018, 27 (9-10), 1812-1825.
41. Lin, L. C.; Yang, M. H.; Kao, C. C.; Wu, S. C.; Tang, S. H.; Lin, J. G., Using acupressure and Montessori-based activities to decrease agitation for residents with dementia: a cross-over trial. *J Am Geriatr Soc* 2009, 57 (6), 1022-9.
42. Yang, M. H.; Lin, L. C.; Wu, S. C.; Chiu, J. H.; Wang, P. N.; Lin, J. G., Comparison of the efficacy of aroma-acupressure and aromatherapy for the treatment of dementia-associated agitation. *BMC Complement Altern Med* 2015, 15, 93.
43. Rodríguez-Mansilla, J.; González López-Arza, M. V.; Varela-Donoso, E.; Montanero-Fernández, J.; González Sánchez, B.; Garrido-Ardila, E. M., The effects of ear acupressure, massage therapy and no therapy on symptoms of dementia: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2015, 29 (7), 683-93.

台灣慢性疾病
中醫臨床診療指引

4

帕金森氏症

Parkinson's disease

第一節 / 本章重點

1. 帕金森氏症 (Parkinson's disease) 之中醫治療目標在於減少肢體顫抖、身體僵硬、難以平衡、吞嚥困難等動作症狀，以及改善情緒憂慮、認知退化等非動作症狀。並延緩惡化進程，促進生活品質。目前實證研究支持的中醫療法包括中藥治療、針灸療法、與導引運動。
2. 我們建議中醫師可以考慮使用世界動作障礙學會 (Movement Disorder Society, MDS) 修訂之統一帕金森氏症評定量表 (The unified Parkinson's disease rating scale, UPDRS)，系統性的問題整合可以幫助中醫師有效了解病患困擾以及中醫辨證，亦可作為評估嚴重度及追蹤療效的標準。
3. 中藥療法可以有效改善帕金森氏症患者的動作與非動作症狀，並且和現行西藥配合治療能達到更好的效果。針對憂鬱情緒、夜間頻尿、口水直流等特別症狀，中醫也發展出相對應的治療策略與處方。
4. 我們建議中醫師應該對帕金森氏症患者施予針灸或電針治療，可以有效改善帕金森氏症的運動及非運動症狀，且針灸配合西藥可以更有效的改善症狀。針對不同的帕金森氏症症狀，可以選擇不同的配穴組合
5. 太極拳對於帕金森氏症患者的療效已有多篇研究證實，我們建議中醫師可以指導患者進行太極拳訓練以改善肢體僵硬、運動能力、憂鬱情緒和生活品質。

第二節 / 臨床評估

帕金森氏症的主要症狀是肢體僵硬、反覆顫抖、表情僵硬、動作遲緩等。我們建議中醫師可以於診察時以世界動作障礙學會 (MDS) 修訂之統一帕金森氏症評定量表 (UPDRS) 作為主要問題，以評估患者之臨床症狀與治療後改善情形^{1,2}。該分級將帕金森氏症的臨床症狀分為四個部分第一部分評估日常活動上非運動性症狀共十三項問題、第二部份評估日常活動中運動性症狀的評估共十三項問題、第三部份評估個案的運動能力含十八項問題，第四部份則專注治療之併發症共六項問題。

每個題目依照嚴重程度分為五個等級，分別是正常的 0 分、很少的 1 分、輕微的 2 分、中度的 3 分、嚴重的 4 分。各分項加總可以得到嚴重度的分數，越高分表示嚴重度越高。詳細分類列舉如表一。

統一帕金森氏症評定量表 (UPDRS) 也可以輔助中醫進行臟腑或經絡狀況評估，並且作為辨證論治的佐證。例如僵硬顫抖、前臂迴旋、腳趾拍地等動作嚴重程度，可以輔助判斷肝風內動之情形；而情緒憂鬱、喪失動機、焦慮、疲倦等問題，也可以協助中醫師了解心神受到影響的程度，並據以適當的調整藥物。

表一 / 統一帕金森氏症評定量表 (UPDRS)

第一部分 日常活動非運動 性症狀	第二部份 日常活動中運動 性症狀	第三部份 運動能力	第四部份 治療併發症
認知功能受損	語言能力	口齒不清	出現異動症的時間
幻覺和精神症狀	唾液分泌與流口水	面部表情	異動症對生活功能造成的影響
憂鬱	咀嚼與吞嚥	脖子僵硬	發生「停電」症狀的時間
喪失動機	進食能力	上肢僵硬	藥效波動對生活功能造成的影響
焦慮	穿衣	下肢僵硬	藥效波動的複雜性
多巴胺失調的異常行為	衛生清潔	手指拍打	疼痛性的「停電」狀態 - 肌張力不全症
睡眠問題	寫字	手掌運動	
白天嗜睡	嗜好和其他活動	前臂迴旋運動	
疼痛和其他感覺	翻身	腳趾拍地運動	
排尿問題	顫抖	兩腳靈敏度測試	
便秘問題	起床、離開車或從較低的椅子起身	從椅子上站起來	
當站立時頭暈	走路與平衡	走路步態	
疲倦	凍僵	步態凍結的評估	
		姿勢平穩度	

第一部分	第二部份	第三部份	第四部份
日常活動非運動性症狀	日常活動中運動性症狀	運動能力	治療併發症
		姿勢	
		身體動作遲緩	
		雙手姿態型顫抖	
		雙手動作型顫抖	
		靜止型顫抖幅度	
		靜止型顫抖持續性	

第三節 / 中藥治療

我們建議中醫師可以開立中藥給帕金森氏症患者服用，能有效改善帕金森氏症症狀，且針對動作、非動作、藥物引起之症狀均能顯著改善。統合分析顯示中藥加入常規西醫治療後，相對於單純接受西醫治療的患者，可以更有效的改善帕金森氏症症狀，包括統一帕金森氏症評定量表 (UPDRS) 的總分平均改善 -0.36，95% CI -0.53 至 -0.20；第一部分 (與運動功能無關之日常生活經驗) 平均改善 -0.40，95% CI 為 -0.71 至 -0.09；第二部份 (與運動功能相關之日常生活能力) 平均改善 -0.47，95% CI 為 -0.69 至 -0.25；第三部份 (動作功能檢查) 平均改善 -0.35，95% CI 為 -0.57 至 -0.13；第四部份 (治療之併發症) 平均改善 -0.32，95% CI 為 -0.60 至 -0.03。^{1,2} 此外，針對帕金森氏症患者的憂鬱，統合分析發現中藥加入常規西醫治療後可以顯著改善，漢密爾頓抑鬱量表 (Hamilton Depression Scale, HAMD) 分數平均改善 -4.19，95% CI 為 -5.14 至 -3.24。³ 相關建議整理如表二。

補腎活血方 (山茱萸 20 克、石菖蒲 20 克、何首烏 20 克、肉蓯蓉 15 克、當歸 10 克、丹參 15 克、以及蜈蚣兩條) 是目前較多臨床實證研究支持的帕金森氏症中藥處方，包含運動能力、臨床症狀、憂鬱情緒等均能有顯緩解。研究顯示每天兩次、持續三個月的補腎活血方中藥 (山茱萸 20 克、石菖蒲 20 克、何首烏 20 克、肉蓯蓉 15 克、當歸 10 克、丹參 15 克、以及蜈蚣兩條) 與西藥 Madopar (美道普錠) 聯合治療，可以改善帕金森氏症症狀。帕金森氏症問卷 -39 (Parkinson's Disease Questionnaire-39, PDQ-39) 分數顯著改善，且在活動度、情緒感受、汗名化、認知功能等向度改善較明顯。此外，患者的睡眠情形也得到改善，以帕金森氏症睡眠量表 (Parkinson's Disease Sleep Scale, PDSS) 測量發現顯著差異^{4,5}。此外，每天兩次、持續三個月的補腎活血方可以改善患者的運動能力和肌肉張力，在帕金森氏症評定量表 (UPDRS) 第三部份 (動作功能檢查) 分數、靜止時肌肉張力、和 10 公尺來回走動所需的時間均有明顯改善；但是運動時間和安慰劑對照組相比沒有顯著差異。⁶ 針對腦內激素與神經傳導物質的研究也發現補腎活血方具有一定的成效，包含增加患者腦內多巴胺 (dopamine, DA) 分泌⁷、改善患者的憂鬱情形，漢密爾頓抑鬱量表 (HAMD) 分數顯著降低，5- 羥色胺 (5-hydroxytryptamine, 5-HT) 以及去甲腎上腺素 (noradrenaline, NE) 則顯著增加^{8,9} 等。

除了補腎活血方以外，也有其他的處方也能改善帕金森症患者的症狀，例如每次 200cc、一天 2 次，持續 8 週的益腎調肝解鬱方劑 (鹿角膠 10 克、生龜板 20 克、枸杞子 30 克、白芍 30 克、生地 25 克、火麻仁 15 克、麥門冬 15 克、炙甘草 6 克、生鱉甲 15 克、山茱萸 10 克、黃精 10 克、天麻 10 克、鉤藤 30 克、柴胡 30 克、生薑 6 克) 配合西藥左旋多巴治療，可以有效的緩解患者的帕金森氏症狀及憂鬱情形，統一帕金森氏症評定量表 (UPDRS) 的總分和四個部分的分數，以及漢密爾頓抑鬱量表 (HAMD) 分數顯著下降。¹⁰

針對帕金森氏症的辨證論治處方，也可以改善不同類型的帕金森式症狀，例如西藥 Madopar(美道普錠) 與中醫辨證論治藥物治療可以改善患者的帕金森氏症狀，統一帕金森氏症評定量表 (UPDRS) 的總分和四個部分的分數均顯著下降。依據病人表現進行中醫辨證論治：以強直少動為主，辨證為陰血虧虛、筋失濡養這給予帕病 1 號方滋養肝腎、濡養筋脈，藥物組成：烏梅 15 克、山茱萸 10 克、當歸 10 克、白芍 10 克、熟地黃 10 克、葛根 10 克、川芎 10 克、石菖蒲 5 克、黃連 3 克、炙甘草 3 克；以震顫為主要症狀，中醫辨證為寒熱錯雜、厥陰風動給予帕病 3 號方以散寒清熱、助肝熄風，藥物組成：烏梅 15 克、桂枝 10 克、黨參 10 克、葛根 10 克、天麻 10 克、川芎 10 克、當歸 10 克、石菖蒲 5 克、黃連 3 克、炙甘草 3 克、每天 1 劑水煎服。¹¹

帕金森氏症除了動作症狀以外，還會伴隨如憂鬱情緒、夜間頻尿、口水直流等症狀，中醫也發展出相對應的治療策略與處方，我們整理如表三。例如一天 3 次、每次 8 克、持續 6 週的蓮澀方 (Lian-Se formula) 核桃、肉蓯蓉、黃耆、五味子、白朮、金櫻子、赤芍、玉米鬚) 可以改善帕金森氏症患者的唾液分泌與夜間頻尿情形。包含唾液數量 (quantity of saliva, QS)，夜間排尿次數 (frequency of nighttime urination, FNU) 和早期睡眠活動 (early sleep activity, ESA) 和夜間活動 (nocturnal activity, NA) 的變化疾病評估量表 (UPDRS) 和愛普沃斯嗜睡量表 (Epworth sleepiness Scale, ESS) 均有顯著改善¹²；再比如每次 150 毫升水煎劑、每天兩次、持續六個月的地黃益智方 (熟地、丹參、石菖蒲、龜板、茯神、益智仁，重量比為 15:15:10:3:10:10) 可以改善帕金森氏症後失智患者的認知功能，迷你心智測驗 (MMSE) 和蒙特利爾認知評估 (MoCA) 量表、阿滋海默症認知功能評量表 (cognitive subscale of the

Alzheimer's Disease Assessment Scale, ADAS-cog)、日常生活活動功能量表 (ADL) 等分數均顯著改善。¹³

最後，對於抗精神病藥物引發的類帕金森氏震顫症狀，一天 3 次共 7.5 克，持續 3 週的加味道遙散 (當歸、茯苓、梔子、薄荷、芍藥、柴胡、甘草、白朮、牡丹皮、煨薑) 可以顯著改善。¹⁴

表二 / 中藥治療帕金森氏症臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1-	B	統合分析顯示中藥加入常規西醫治療後，相對於單純接受西醫治療的患者，可以更有效的改善帕金森氏症狀。	1, 2
1-	B	統合分析發現中藥加入常規西醫治療後，可以顯著改善帕金森氏症患者的憂鬱情形。	3
2+	C	每天兩次、持續三個月的補腎活血方中藥 (山茱萸 20 克、石菖蒲 20 克、何首烏 20 克、肉蓯蓉 15 克、當歸 10 克、丹參 15 克、以及蜈蚣兩條) 與西藥 Madopar(美道普錠) 聯合治療，可以改善帕金森氏症症狀與憂鬱情形、增加患者腦內多巴胺 (DA) 分泌，5- 羥色胺 (5-HT) 以及去甲腎上腺素 (NE)。	4-9
2+	C	每次 150 毫升水煎劑、每天兩次、持續六個月的地黃益智方 (熟地、丹參、石菖蒲、龜板、茯神、益智仁，重量比為 15:15:10:3:10:10) 可以改善帕金森氏症後失智患者的認知功能。	13
2+	C	西藥 Madopar(美道普錠) 與中醫辨證論治藥物治療可以改善患者的帕金森氏症狀。	11

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2-	C	<p>每次 200cc、一天 2 次，持續 8 週的益腎調肝解鬱方劑 (鹿角膠 10 克、生龜板 20 克、枸杞子 30 克、白芍 30 克、生地 25 克、火麻仁 15 克、麥門冬 15 克、炙甘草 6 克、生鱉甲 15 克、山茱萸 10 克、黃精 10 克、天麻 10 克、鉤藤 30 克、柴胡 30 克、生薑 6 克) 配合西藥左旋多巴治療，可以有效的緩解患者的帕金森氏症狀及憂鬱情形。</p>	10
3	C	<p>一天 3 次共 7.5 克，持續 3 週的加味逍遙散 (當歸、茯苓、梔子、薄荷、芍藥、柴胡、甘草、白朮、牡丹皮、煨薑) 可以改善服用抗精神病藥物誘發的類帕金森氏震顫症狀。</p>	14
2-	C	<p>一天 3 次、每次 8 克、持續 6 週的蓮澀方 (Lian-Se formula) 核桃、肉蓯蓉、黃耆、五味子、白朮、金櫻子、赤芍、玉米鬚) 可以改善帕金森氏症患者的唾液分泌與夜間頻尿情形。。</p>	12

表三 / 依據帕金森氏症狀選擇中醫方劑

帕金森氏症臨床症狀	補腎活血方、益腎調肝解鬱方
辨證論治	以強直少動為主，辨證為陰血虧虛、筋失濡養給予帕病1號方滋養肝腎、濡養筋脈；以震顫為主要症狀，辨證為寒熱錯雜、厥陰風動給予帕病3號方以散寒清熱、助肝熄風。
帕金森氏症認知缺失	地黃益智方
帕金森氏症患者的唾液分泌與夜間頻尿	蓮瀝方
抗精神病藥物誘發的類帕金森氏症狀	加味逍遙散

第四節 / 針灸治療

我們建議中醫師應該對帕金森氏症患者施予針灸或電針治療，可以有效改善帕金森氏症的運動及非運動症狀，相關文獻整理如表四。統合分析顯示針灸加上常規的西醫治療可以更有效的改善帕金森氏症的症狀，統一帕金森氏症評定量表 (UPDRS) 之第二部份 (與運動功能相關之日常生活能力)、第三部份 (動作功能檢查)、第四部份 (治療之併發症) 均有顯著改善。¹⁵

中西醫整合治療如針灸加西藥 Madopar(美道普錠) 可以更有效的改善症狀。統合分析顯示服用西藥 Madopar(美道普錠) 的患者，若同時接受針灸治療可以顯著提高臨床療效，相對風險 (relative risk, RR) 為 1.28，95% CI 1.18 至 1.38。且針灸聯合 Madopar(美道普錠) 顯著改善統一帕金森氏症評定量表 (UPDRS) 總分 (平均差異為 -1.15，95% CI 為 -1.63 至 -0.67)，以及第二部分 (與運動功能相關之日常生活能力) 分數 (平均差異為 -1.00，95% CI -1.71 至 -0.29)。此外，針灸聯合 Madopar(美道普錠) 有更少的不良反應，腸胃道反應相對風險 (RR) 為 0.38，95% CI 0.23 至 0.65；開-關現象 (on-off phenomena) 相對風險 (RR) 為 0.27，95% CI 0.11 至 0.66；和精神障礙相對風險 (RR) 為 0.24，95% CI 0.06 至 0.92。¹⁶

針對不同的帕金森氏症症狀，可以選擇不同的配穴組合，我們將相關的建議整理如表五。

針對睡眠問題的患者，每週一次、每次 30 分鐘，總共 8 週的針灸治療 (太衝穴、三陰交穴、合谷穴、外關穴、神門穴、內關穴、曲池穴、風池穴) 可以改善患者的睡眠情形。帕金森氏病睡眠量表 (Parkinson's Disease Sleep Scale, PDSS) 在治療後顯著改善，且整體睡眠質量、夜間躁動夜間運動症狀均有顯著改善。¹⁷

對於精神疲倦的患者，每週 2 次，每次 20 分鐘，總共 5 週的針灸治療 (雙側內關穴、雙側合谷穴、雙側足三里穴、雙側三陰交穴、雙側太溪穴、氣海穴) 可以改善患者的疲倦情形，多維疲勞量表 (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-GF) 總分顯著改善，在總分 100 分內由 61.6 ± 15.1 下降至 52.5 ± 15.5 分。¹⁸ 每週 2 次，每次 30 分鐘，持續 6 週的針灸治療 (百會穴、神庭穴、氣海穴、雙側手三里穴，雙側神門穴，雙側足三里穴、雙側三陰交

穴) 可以改善患者的疲倦狀況。改良式疲勞能力指數量表 (Modified Fatigue Impact Scale, MFIS) 分數顯著下降，且在情緒，睡眠和生活品質方面均有改善。但上述兩個研究中假針灸對照組也出現疲倦下降情形，顯示具有一定的安慰劑效應存在。¹⁹

若病患出現吞嚥困難的情形，單次 15 分鐘的針灸治療 (足三里穴、三陰交穴、太衝穴、合谷穴、曲池穴、風池穴、肝俞穴、腎俞穴) 可以改善帕金森氏症患者的吞嚥情形，舌頭壓力在針刺後顯著增加，從 23.1 kPa 增加到 26.7 kPa；平均吞嚥反射潛伏期也明顯減少，第一次吞嚥從 5.2 到 4.6 s；第二次吞嚥從 19.9 到 15.7 s；第三次吞嚥從 10.4 到 5.7 s。²⁰

針對帕金森氏症患者常見的平衡問題，每週一次，每次 30 分鐘，持續 3 週的電針治療 (百會穴、大椎穴、足運感區、平衡區、雙側足三里穴、合谷穴、陽陵泉穴、太衝穴、太溪穴、三陰交穴、委中穴)，依醫師判斷以 4Hz 或 100Hz 的頻率電針) 可以改善患者的平衡情形。閉眼期間內側 - 外側重心搖擺與前後搖擺比率 (ratio of medial-lateral center-of-gravity sway to anterior-posterior sway, COGML/AP) 減少 31%，踝 / 髖部搖擺的比率 (ankle/hip sway) 減少 46%。且統一帕金森氏症評定量表 (UPDRS) 之第二部份 (與運動功能相關之日常生活能力)、第三部份 (動作功能檢查) 均顯著改善。²¹

22

若病患出現小便失禁問題，每天一次，持續 6 週的電針治療 (百會穴、四神聰穴、印堂穴) 配合 Tolterodine (乙醯膽鹼接受器拮抗劑) 治療可以改善帕金森氏症合併膀胱過度活動症，患者的平均排尿次數，24 小時尿失禁次數，單次平均尿量均有顯著改善，且效果比單純使用高劑量 Tolterodine (乙醯膽鹼接受器拮抗劑) 治療更好。²³

除了傳統的針灸穴位以外，頭皮針是另外一種可以選擇的取穴策略。每次 30 分鐘、一星期 6 天、持續 5 週的電針治療 (頂顳前斜線 (MS 6 運動區)、額旁 3 線 (MS 4 生殖區和腸區)，頂旁 1 線 (MS 8)、頂旁 2 線 (MS 9)，枕下旁線 (MS 14 平衡區，在運動區給予 50 Hz, 2–4 mA 電針刺激) 配合左旋多巴 (Levodopa) 治療。可以增加患者，額葉，枕葉，基底神經節的半球

區域腦血流量 (regional cerebral blood flow, rCBF)。並可以改善多巴胺轉運體 (Dopamine transporter, DAT) 的活性，其基底核 / 枕骨比率 (basal ganglia/occipital, BG/OC) 顯著下降。體內超氧化物歧化酶 (Superoxide dismutase, SOD) 和脂質過氧化物 (lipids peroxides, LPO) 也顯著提高。²⁴⁻²⁶

在近年的研究中，我們也看到針灸不僅能改善帕金森氏症患者的臨床症狀，也可以提升大腦血流量。例如針刺陽陵泉穴可以激活腦內的殼核和初級運動皮層 (前扣帶迴 (anterior cingulate gyrus)，額上迴 (the superior frontal gyrus) 和顳上迴 (superior temporal gyrus)，表示針刺療法可能通過基底節 - 丘腦 - 皮層迴路 (basal ganglia-thalamocortical circuit) 促進帕金森氏症患者的運動功能。²⁷

表四 / 針灸治療帕金森氏症臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1-	B	統合分析顯示服用西藥 Madopar(美道普錠)的患者，若同時接受針灸治療可以顯著提高臨床療效，改善帕金森氏症狀，並且減少西藥的副作用。	15, 16
2-	C	每週一次、每次 30 分鐘，總共 8 週的針灸治療(太衝穴、三陰交穴、合谷穴、外關穴、神門穴、內關穴、曲池穴、風池穴)可以改善患者的睡眠情形。	17
2-	C	每週 2 次，每次 20 分鐘，總共 5 週的針灸治療(雙側內關穴、雙側合谷穴、雙側足三里穴、雙側三陰交穴、雙側太溪穴、氣海穴)可以改善患者的疲倦情形。	18
2-	C	每週 2 次，每次 30 分鐘，持續 6 週的針灸治療(百會穴，神庭穴，氣海穴，雙側手三里穴，雙側神門穴，雙側足三里穴、雙側三陰交穴)可以改善患者的疲倦狀況。	19
2-	C	單次 15 分鐘的針灸治療(足三里穴、三陰交穴、太衝穴、合谷穴、曲池穴、風池穴、肝俞穴、腎俞穴)可以改善帕金森氏症患者的吞嚥情形，舌頭壓力在針刺後顯著增加。	20

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2-	C	每週一次，每次 30 分鐘，持續 3 週的電針治療 (百會穴、大椎穴、足運感區、平衡區、雙側足三里穴、合谷穴、陽陵泉穴、太衝穴、太溪穴、三陰交穴、委中穴，依醫師判斷以 4Hz 或 100Hz 的頻率電針) 可以改善患者的平衡情形。	21, 22
2-	C	每天一次，持續 6 週的電針治療 (百會穴、四神聰穴、印堂穴) 配合 Tolterodine(乙醯膽鹼接受器拮抗劑) 治療可以改善帕金森氏症合併膀胱過度活動症如平均排尿次數，24 小時尿失禁次數，單次平均尿量均有顯著改善。	23
2+	C	每次 30 分鐘、一星期 6 天、持續 5 週的電針治療 (頂顳前斜線 (MS 6 運動區)、額旁 3 線 (MS 4 生殖區和腸區)，頂旁 1 線 (MS 8)、頂旁 2 線 (MS 9)，枕下旁線 (MS 14 平衡區，在運動區給予 50 Hz, 2-4 mA 電針刺激) 配合左旋多巴 (Levodopa) 治療。可以增加患者，額葉，枕葉，基底神經節的半球區域腦血流量 (rCBF)。並可以改善多巴胺轉運體 (DAT) 活性。	24-26

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	C	<p>針刺陽陵泉穴可以激活腦內的殼核和初級運動皮層(前扣帶迴(anterior cingulate gyrus)，額上迴(the superior frontal gyrus)和顳上迴(superior temporal gyrus)，表示針刺療法可能通過基底節-丘腦-皮層迴路(basal ganglia-thalamocortical circuit)促進帕金森氏症患者的運動功能。</p>	27

表五 / 依據帕金森氏症狀選擇針灸穴位

睡眠問題	太衝穴、三陰交穴、合谷穴、外關穴、神門穴、內關穴、曲池穴、風池穴
精神疲倦	內關穴、合谷穴、足三里穴、三陰交穴、太溪穴、氣海穴 或 百會穴、神庭穴、氣海穴、手三里穴、神門穴、足三里穴、三陰交穴
吞嚥困難	足三里穴、三陰交穴、太衝穴、合谷穴、曲池穴、風池穴、肝俞穴、腎俞穴
小便失禁	電針治療(百會穴、四神聰穴、印堂穴)配合 Tolterodine(乙醯膽鹼接受器拮抗劑)
平衡能力	電針治療(百會穴、大椎穴、足運感區、平衡區、雙側足三里穴、合谷穴、陽陵泉穴、太衝穴、太溪穴、三陰交穴、委中穴)

第五節 / 運動導引

太極拳對於帕金森氏症患者的療效已有多篇研究證實，我們建議中醫師可以指導患者進行太極拳訓練以改善肢體僵硬、運動能力、憂鬱情緒和生活品質，並將相關的研究整理如表六。

統合分析顯示身心鍛煉如太極拳、瑜伽和健身氣功可以改善患者的運動功能，包含統一帕金森氏症評定量表 (UPDRS) 分數 (平均改善 -0.61 分)、定時移動 (Timed-Up-and-Go, TUG) 成績 (平均改善 -1.47) 和平衡能力 (平均改善 0.79) 都有進步，且憂鬱情緒 (平均改善 -1.61 分) 和生活品質 (Quality of Life, QOL) 分數 (平均改善 0.66) 均有改善。²⁸⁻³¹ 另一篇統合分析顯示 2 到 6 個月的太極拳或氣功訓練，可以顯著改善患者的運動能力、憂鬱情緒和生活品質。統一帕金森氏症評定量表 (UPDRS) 第三部份 (動作功能檢查，平均差異 -0.444)、平衡能力 (平均差異 0.544)、定時移動 (TUG) 測驗 (平均差異 -0.34)、六分鐘步行距離 (6 minutes walk distance, 6MWD，平均差異 -0.293)，憂鬱症評估 (平均差異 -0.457) 以及生活品質量表 (平均差異 -0.393)。但認知功能並沒有顯著差異。³²

太極拳可以有效增加帕金森氏症患者的平衡能力並降低跌倒風險。統合分析顯示太極拳可以改善帕金森氏症患者的平衡能力 (平均改善 -2.13，95% 信賴區間 -3.26 至 -1.00)，但與常規運動訓練並無統計顯著差異。太極拳顯著降低患者的跌倒發生風險，勝算比 (Odds Ratio, OR) 為 0.47，95% CI 為 0.29 至 0.77，且中風風險也顯著降低，勝算比 (OR) 為 0.21，95% CI 為 0.09 至 0.48。³³ 並且可以與現行西醫的藥物治療合併使用。統合分析顯示太極拳療法加入標準西藥治療中時，可以改善患者的平衡和運動能力。定時移動 (TUG) 測試平均改善 -1.06，95% CI 為 -1.44 至 -0.68；伯格平衡量表 (Berg Balance Scale, BBS) 平均改善 -1.22，95% CI 為 -1.6 至 -0.80)；與其他運動訓練相比，太極拳在運動功能方面表現也更好，伯格平衡量表 (BBS) 平均改善 -0.99，95% CI 為 -1.44 至 -0.54) 功能伸展測試 (functional reach test, FRT) 平均改善 -0.77，95% CI 為 -1.51 至 -0.03)。^{34, 35}

與其他的運動訓練相比，太極拳運動也具有一定的優勢。每次 60 分鐘、每週 2 次，持續 6 個月的太極拳訓練可以改善帕金森氏症狀與活動能力，相對於拉伸訓練，接受太極拳訓練的患者簡式帕金森氏病問卷 (Parkinson's

Disease Questionnaire, PDQ-8) 改善 -9.56 分和活力倍加量表 (Vitality Plus Scale, VPS) 改善 2.80 分。此外，太極拳也比拉伸訓練和阻力訓練更容易維持。³⁶ 每次 60 分鐘、每週 2 次，持續 6 個月的太極拳訓練可以改善帕金森氏症患者的平衡能力。接受太極拳訓練的患者最大偏移量較小，與阻力訓練相比差異為 5.55%，95% CI 為 1.12 至 9.97；與伸展組相比差異為 11.98%，95% CI 為 7.21% 至 16.74%。太極拳組定向控制相對於阻力訓練組改善 10.45%，95% CI 為 3.89% 至 17.00%；相對於伸展組差距則為 11.38%，95% CI 為 5.50% 至 17.27%。太極拳組的跨步步幅和功能範圍均優於阻力訓練組，且在訓練後 3 個月依然能保持成效。³⁷

針對患者的憂鬱情緒，連續 12 週的簡化版太極拳可以改善帕金森氏症患者的身體症狀、憂鬱情緒、睡眠障礙、生活品質和認知能力。統一帕金森氏症評定量表 (UPDRS)、帕金森氏病問卷 -39(Parkinson's Disease Questionnaire-39, PDQ-39)、帕金森氏病睡眠量表 (PDSS)、漢密爾頓抑鬱量表 (HAMD)、焦慮量表 (Hamilton Anxiety Scale, HAMA) 等測驗均有顯著改善。但與常規運動訓練相比，僅有睡眠障礙和認知能力有明顯改善。³⁸

在長期的政策分析中，太極拳是相對花費較少且較容易堅持的運動導引方法。在長期的政策推廣成果分析中，太極拳比阻力訓練或伸展運動更能有效防止帕金森氏症患者跌倒，且僅需要較少的成本。與阻力訓練相比，太極拳防止每一次額外的跌倒平均減少了 175 美元的費用，且生活品質 (QOL) 也得到改善。³⁹

太極拳不僅適合患者，若主要照護者能一起參與訓練，也能得到許多助益。每次 45 分鐘，每週 1 次，持續 12 週的太極拳訓練，可以改善患者與照護者的生活體驗，且訪談後個案表示在身體，心理和社會領域都能獲得好處。⁴⁰

表六 / 運動導引治療帕金森氏症臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1+	A	統合分析顯示身心鍛煉如太極拳、瑜伽和健身氣功可以改善患者的臨床症狀、運動功能、憂鬱情緒和生活品質。	28-32
2-	C	連續 12 週的簡化版太極拳可以改善帕金森氏症患者的身體症狀、憂鬱情緒、睡眠障礙、生活品質和認知能力。	38
1+	B	統合分析顯示太極拳療法加入標準西藥治療中時，可以改善患者的平衡和運動能力。	34, 35
1-	B	統合分析顯示太極拳可以改善帕金森氏症患者的平衡能力，且能顯著降低患者的跌倒發生風險。	33
2-	C	在長期的政策分析中，太極拳是相對花費較少且較容易堅持的運動導引方法。在長期的政策推廣成果分析中，太極拳比阻力訓練或伸展運動更能有效防止帕金森氏症患者跌倒，且僅需要較少的成本。	39
2+	C	每次 60 分鐘、每週 2 次，持續 6 個月的太極拳訓練可以改善帕金森氏症狀況與活動能力，相對於拉伸訓練，接受太極拳訓練的患者臨床症狀改善更明顯。此外，太極拳也比拉伸訓練和阻力訓練更容易維持。	36

建議強度	建議內容	文獻編號	
1-	C	<p>每次 60 分鐘、每週 2 次，持續 6 個月的太極拳訓練可以改善帕金森氏症患者的平衡能力，跨步步幅和運動功能範圍均優於阻力訓練組，且在訓練後 3 個月依然能保持成效。</p>	37
2-	D	<p>太極拳不僅適合患者，若主要照護者能一起參與訓練，也能得到許多助益。每次 45 分鐘，每週 1 次，持續 12 週的太極拳訓練，可以改善患者與照護者的生活體驗，且訪談後個案表示在身體，心理和社會領域都能獲得好處。</p>	40
2-	D	<p>太極拳不僅適合患者，若主要照護者能一起參與訓練，也能得到許多助益。每次 45 分鐘，每週 1 次，持續 12 週的太極拳訓練，可以改善患者與照護者的生活體驗，且訪談後個案表示在身體，心理和社會領域都能獲得好處。</p>	40

本章引用之文獻

1. Wei, W.; Chen, H. Y.; Fan, W.; Ye, S. F.; Xu, Y. H.; Cai, J., Chinese medicine for idiopathic Parkinson's disease: A meta analysis of randomized controlled trials. *Chin J Integr Med* 2017, 23 (1), 55-61.
2. Zhang, G.; Xiong, N.; Zhang, Z.; Liu, L.; Huang, J.; Yang, J.; Wu, J.; Lin, Z.; Wang, T., Effectiveness of traditional Chinese medicine as an adjunct therapy for Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015, 10 (3), e0118498.
3. Zhang, Y.; Wang, Z. Z.; Sun, H. M.; Li, P.; Li, Y. F.; Chen, N. H., Systematic review of traditional chinese medicine for depression in Parkinson's disease. *Am J Chin Med* 2014, 42 (5), 1035-51.
4. Li, M.; Yang, H. M.; Luo, D. X.; Chen, J. Z.; Shi, H. J., Multi-dimensional analysis on Parkinson's disease questionnaire-39 in Parkinson's patients treated with Bushen Huoxue Granule: A multicenter, randomized, double-blinded and placebo controlled trial. *Complement Ther Med* 2016, 29, 116-120.
5. Li, M.; Yang, M. H.; Liu, Y., [Effects of Chinese herbal medicine Bushen Huoxue Granule on quality of life of patients with Parkinson disease: a randomized, double-blinded and placebo-controlled trial]. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao* 2012, 10 (3), 310-7.
6. Yang, M. H.; Li, M.; Dou, Y. Q.; Liu, Y.; Luo, X. D.; Chen, J. Z.; Shi, H. J., [Effects of Bushen Huoxue Granule on motor function in patients with Parkinson's disease: a multicenter, randomized, double-blind and placebo-controlled trial]. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao* 2010, 8 (3), 231-7.
7. Li, S. D.; Yang, M. H.; Liu, Y., [Effect of bushen huoxue granule on dopamine neurotransmitter and dopamine transporter in the brain of patients with Parkinson's disease]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 2011, 31 (5), 622-5.
8. Wang, H. M.; Yang, M. H.; Liu, Y.; Li, S. D.; Li, M., Effectiveness of Bushen Huoxue Granule (补肾活血颗粒) on 5-serotonin and norepinephrine in the brain of Parkinson's disease patients with depressive state. *Chin J Integr Med* 2014, 20 (12), 944-8.
9. Li, M.; Liu, Y.; Feng, Y.; Wang, H. M.; Ren, F., [Effect of bushen huoxue herbs on depression of patients with Parkinson's disease]. *Zhong Yao Cai* 2013, 36 (8), 1375-8.
10. 徐鸽, 益肾调肝解郁法治疗肝肾阴虚型帕金森病抑郁的临床研究. *世界复合医学* 2018, 4 (6), 23-25.

11. Lian, X. F.; Luo, X. D., [Effect of TCM treatment according to syndrome differentiation in enhancing curative effect and reducing side-effect of madopa]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 2007, 27 (9), 796-9.
12. Sun, C.; Wang, D.; Jiang, W.; Liao, W.; Gao, P.; Pan, W.; Liu, T., Quantitative Evaluation of Chinese Herb Medicine in the Treatment of Sialorrhea and Frequent Nighttime Urination in Patients with Parkinson's Disease. *Evid Based Complement Alternat Med* 2017, 2017, 3045260.
13. Gu, C.; Shen, T.; An, H.; Yuan, C.; Zhou, J.; Ye, Q.; Liu, T.; Wang, X.; Zhang, T., Combined therapy of Di-Huang-Yi-Zhi with Donepezil in patients with Parkinson's disease dementia. *Neurosci Lett* 2015, 606, 13-7.
14. Ishikawa, T.; Funahashi, T.; Kudo, J., Effectiveness of the Kampo kami-shoyosan (TJ-24) for tremor of antipsychotic-induced parkinsonism. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000, 54 (5), 579-82.
15. Liu, H.; Chen, L.; Zhang, Z.; Geng, G.; Chen, W.; Dong, H.; Chen, L.; Zhan, S.; Li, T., Effectiveness and safety of acupuncture combined with Madopar for Parkinson's disease: a systematic review with meta-analysis. *Acupunct Med* 2017, 35 (6), 404-412.
16. Lee, S. H.; Lim, S., Clinical effectiveness of acupuncture on Parkinson disease: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2017, 96 (3), e5836.
17. Aroxa, F. H.; Gondim, I. T.; Santos, E. L.; Coriolano, M. D.; Asano, A. G.; Asano, N. M., Acupuncture as Adjuvant Therapy for Sleep Disorders in Parkinson's Disease. *J Acupunct Meridian Stud* 2017, 10 (1), 33-38.
18. Kong, K. H.; Ng, H. L.; Li, W.; Ng, D. W.; Tan, S. I.; Tay, K. Y.; Au, W. L.; Tan, L. C. S., Acupuncture in the treatment of fatigue in Parkinson's disease: A pilot, randomized, controlled, study. *Brain Behav* 2018, 8 (1), e00897.
19. Kluger, B. M.; Rakowski, D.; Christian, M.; Cedar, D.; Wong, B.; Crawford, J.; Uveges, K.; Berk, J.; Abaca, E.; Corbin, L.; Garvan, C., Randomized, Controlled Trial of Acupuncture for Fatigue in Parkinson's Disease. *Mov Disord* 2016, 31 (7), 1027-32.
20. Fukuda, S.; Kuriyama, N.; Tsuru, H.; Egawa, M., Immediate effects of acupuncture on tongue pressure including swallowing reflex latency in Parkinson's disease. *Acupunct Med* 2016, 34 (1), 59-61.
21. Toosizadeh, N.; Lei, H.; Schwenk, M.; Sherman, S. J.; Sternberg, E.; Mohler, J.; Najafi, B., Does integrative medicine enhance balance in aging adults? Proof of concept for the benefit of electroacupuncture therapy in Parkinson's disease.

Gerontology 2015, 61 (1), 3-14.

22. Cristian, A.; Katz, M.; Cutrone, E.; Walker, R. H., Evaluation of acupuncture in the treatment of Parkinson's disease: a double-blind pilot study. *Mov Disord* 2005, 20 (9), 1185-8.
23. Chen, Y. L.; Feng, W. J.; Zhang, X. L., [Parkinson's disease combined with overactive bladder syndrome treated with acupuncture and medication]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2012, 32 (3), 215-8.
24. Huang, Y.; Jiang, X.; Zhuo, Y.; Wik, G., Complementary acupuncture in Parkinson's disease: a spect study. *Int J Neurosci* 2010, 120 (2), 150-4.
25. Huang, Y.; Jiang, X. M.; Li, D. J., [Effects on electro-scaip acupuncture on cerebral dopamine transporter in patients with Parkinson' s disease]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 2006, 26 (4), 303-7.
26. Wang, S.; Cai, Y. Y.; Shang, Y. J.; Jin-rong, L., [Effects of head point-through-point electroacupuncture on SOD and LPO in the patient of Parkinson's disease]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2006, 26 (4), 240-2.
27. Chae, Y.; Lee, H.; Kim, H.; Kim, C. H.; Chang, D. I.; Kim, K. M.; Park, H. J., Parsing brain activity associated with acupuncture treatment in Parkinson's diseases. *Mov Disord* 2009, 24 (12), 1794-802.
28. Jin, X.; Wang, L.; Liu, S.; Zhu, L.; Loprinzi, P. D.; Fan, X., The Impact of Mind-body Exercises on Motor Function, Depressive Symptoms, and Quality of Life in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2019, 17 (1).
29. Yang, Y.; Li, X. Y.; Gong, L.; Zhu, Y. L.; Hao, Y. L., Tai Chi for improvement of motor function, balance and gait in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014, 9 (7), e102942.
30. Ni, X.; Liu, S.; Lu, F.; Shi, X.; Guo, X., Efficacy and safety of Tai Chi for Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2014, 9 (6), e99377.
31. Hackney, M. E.; Earhart, G. M., Tai Chi improves balance and mobility in people with Parkinson disease. *Gait Posture* 2008, 28 (3), 456-60.
32. Song, R.; Grabowska, W.; Park, M.; Osypiuk, K.; Vergara-Diaz, G. P.; Bonato, P.; Hausdorff, J. M.; Fox, M.; Sudarsky, L. R.; Macklin, E.; Wayne, P. M., The impact of Tai Chi and Qigong mind-body exercises on motor and non-motor function and quality of life in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord* 2017, 41, 3-13.

33. Winser, S. J.; Tsang, W. W.; Krishnamurthy, K.; Kannan, P., Does Tai Chi improve balance and reduce falls incidence in neurological disorders? A systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil* 2018, 32 (9), 1157-1168.
34. Yang, Y.; Qiu, W. Q.; Hao, Y. L.; Lv, Z. Y.; Jiao, S. J.; Teng, J. F., The efficacy of traditional Chinese Medical Exercise for Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015, 10 (4), e0122469.
35. Amano, S.; Nocera, J. R.; Vallabhajosula, S.; Juncos, J. L.; Gregor, R. J.; Waddell, D. E.; Wolf, S. L.; Hass, C. J., The effect of Tai Chi exercise on gait initiation and gait performance in persons with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2013, 19 (11), 955-60.
36. Li, F.; Harmer, P.; Liu, Y.; Eckstrom, E.; Fitzgerald, K.; Stock, R.; Chou, L. S., A randomized controlled trial of patient-reported outcomes with tai chi exercise in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2014, 29 (4), 539-45.
37. Li, F.; Harmer, P.; Fitzgerald, K.; Eckstrom, E.; Stock, R.; Galver, J.; Maddalozzo, G.; Batya, S. S., Tai chi and postural stability in patients with Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2012, 366 (6), 511-9.
38. Zhu, M.; Zhang, Y.; Pan, J.; Fu, C.; Wang, Y., Effect of simplified Tai Chi exercise on relieving symptoms of patients with mild to moderate Parkinson's disease. *J Sports Med Phys Fitness* 2020, 60 (2), 282-288.
39. Li, F.; Harmer, P., Economic Evaluation of a Tai Ji Quan Intervention to Reduce Falls in People With Parkinson Disease, Oregon, 2008-2011. *Prev Chronic Dis* 2015, 12, E120.
40. Klein, P. J.; Rivers, L., Taiji for individuals with Parkinson disease and their support partners: a program evaluation. *J Neurol Phys Ther* 2006, 30 (1), 22-7.

台灣慢性疾病
中醫臨床診療指引

5

肝硬化與肝炎

Liver Cirrhosis and Hepatitis

第一節 / 本章重點

1. 肝硬化 (Liver Cirrhosis) 與肝炎 (Hepatitis) 之中醫治療目標在於降低肝臟損傷、維持肝臟生理功能，減少病毒量與活動能力，並且減輕纖維化進程，目前實證研究支持的中醫療法包括中藥治療、針灸療法、與穴位敷貼。
2. 由於肝臟疾病在惡化到嚴重影響生理功能前，並沒有顯著的臨床症狀，我們建議中醫師可以在臨床參考肝功能的各項生化檢驗指標；在診治肝硬化病人時，可以使用 Child-Pughs 嚴重度分級進行評估，可以幫助中醫師有效了解病患的腹水、凝血功能、製造白蛋白、代謝膽紅素等功能。
3. 我們建議中醫師也可以參考臨床調查肝病患者常見的中醫證型分類，並作為臨床用藥處方的參考。
4. 中藥療法依照不同的肝病類型 (B 型肝炎、C 型肝炎、肝硬化、幼兒膽道閉鎖) 選擇不同的中醫方劑，臨床研究也發現西藥干擾素、抗病毒藥合併中藥使用會有更佳的效果。
5. 針灸對於肝臟疾病的研究並不多，但少數研究發現針刺可以降低肝炎患者的肝損傷並調節免疫功能，且減少肝硬化患者手術後恢復時間。
6. 穴位敷貼對於肝臟疾病的研究仍少，但部分研究認為對於肝硬化患者的腹水與排尿減少有幫助。

第二節 / 臨床評估

由於肝臟本體沒有神經，加上只要有不到一半的肝臟可以發揮功能，身體機能就還可以維持運作，大部分肝炎與肝硬化病人在惡化到極為嚴重前，都不會有症狀。但臨床中醫師仍可以仔細觀察，病患是否有莫名的疲倦、上腹部不適或悶脹、食慾不振，以及皮膚、眼白發黃或、尿液呈深茶色的「黃疸」現象。

肝硬化病人由於生殖荷爾蒙代謝改變，有時可以觀察到在軀幹部位出現小血管纏繞而顯現的蜘蛛痣；當肝硬化造成門脈高壓時，臍靜脈會因為血液逆流而出現表淺靜脈曲張，稱之為蛇女頭狀臍圍靜脈曲張 (caput medusae)。末梢回流不良也會導致杵狀指 (clubbing finger) 出現。

我們建議中醫師在治療慢性肝炎與肝硬化時，需要考慮隨著病程的演進，病患的證型也可能隨之改變。臨床調查指出 B 型肝炎早期，主要以肝鬱脾虛 (52.54%) 和肝膽濕熱 / 濕熱阻滯中焦 (32.20%) 為主要證型表現；在重症病患中則以肝腎陰虛證 (40.99%) 和脾腎陽虛證 (40.43%) 為主要表現；當進展到肝硬化時，血瘀證患者的百分比增加到 32.09%，而成為主要症型。¹

若能於雲端藥歷或病歷中取得肝臟相關的抽血檢驗數據，能夠很有效的幫助中醫師進行臨床判斷。我們整理可供中醫師參考的檢驗數據如下：

1. B 型肝炎 e 抗原 (Hepatitis B e antigen, HBeAg)，能夠評估病毒複製的能力，數值呈現陽性且越高，則表示病毒正在大量複製，傳染力與身體傷害都較強。
2. B 型肝炎病毒 (Hepatitis B virus, HBV) 的去氧核糖核酸 (deoxyribonucleic acid, DNA), 合稱為 HBV-DNA) 代表 B 型肝炎病毒濃度，若數值明顯上升，表示體內 B 型肝炎病毒量大量增加。
3. 肝臟發炎指數：丙氨酸轉胺酵素 (alanine aminotransferase, ALT or GPT)
4. 天門冬氨酸轉胺酵素 (aspartate aminotransferase, AST or GOT)，二者又稱為「肝功能指數」。若肝臟細胞因發炎或病毒侵襲死亡，則數值會上升。

5. 膽紅素總量 (total bilirubin, TB)：數值上升表示肝臟受損或是膽管阻塞。
6. 白蛋白 (albumin, ALB)：維持體內滲透壓的重要蛋白質，且只可以由肝細胞製造，數值下降，表示肝臟功能衰退。
7. 凝血酶原時間 (coagulation prothrombin time, PT)：也是肝臟功能指標，如果時間延長，則表示肝臟功能下降。

我們建議中醫師在診治肝硬化病人時，可以使用 Child-Pughs 嚴重度分級進行評估，依照肝性腦病變、腹水、血清膽紅素、血清白蛋白 (g/dl)、凝血功能等五大面向評估肝硬化程度，再將這 5 個項目得分加起來，分 A、B、C 3 個等級，A 級為 5-6 分；B 級為 7-9 分；C 級為 10-15 分，分數越高越嚴重。

在 Child-Pughs 嚴重度分級中包含三個抽血指標，若是白蛋白降低，膽紅素上升，凝血酶原時間延長，則表示肝臟功能已出現嚴重喪失，無法維持正常的生理機能。

表一 / Child-Pughs 嚴重度分級

指標記分	1分	2分	3分
(1) 肝性腦病	無	1度～2度	3度～4度
(2) 腹水	無	輕	中度及以上
(3) 血清膽紅素 (mg/dl)	< 2	2～3	> 3
(4) 血清白蛋白 (g/dl)	≥ 3.5	2.8～3.4	< 2.8
(5) 凝血酶原時 間 (秒)	≤ 14	15～17	≥ 18
或凝血時間 (延長的秒數)	1～2	3～5	> 6

第三節 / 中藥治療

針對肝炎與肝硬化的中藥方劑研究種類繁多，但各有不同的適應對象類型，我們建議中醫師依據病患的情況(B型肝炎、C型肝炎、慢性肝炎、肝硬化、幼兒膽道閉鎖)選擇合適的中醫方劑，我們也將具有臨床研究佐證的複方依據適應病患族群分類整理如表二。此外，臨床研究也發現西藥干擾素、抗病毒藥合併中藥使用會有更佳的效果。

表二 / 依據不同的肝病類型選擇中醫方劑

適應病患類型	中醫方劑
B 型肝炎病患	補腎清熱散瘀方、雙虎清肝顆粒合併乙肝益氣解鬱顆粒、寬心飲
慢性 B 型肝炎	正肝湯、益氣解毒方、補腎復肝方、六味五靈片、補脾養腎中藥方、柴芍六君湯、和解湯
C 型肝炎患者	榮陽治肝湯、小柴胡湯
慢性 C 型肝炎	寬心飲
肝硬化	扶正化瘀膠囊、滋陰涼血活血中藥、大定風珠、清肝萃取物
非酒精性脂肪性肝炎	祛瘀化痰通絡湯
膽道閉鎖	茵陳蒿湯

我們依據不同類型的肝臟疾病，整理相關的實證研究結果如下，並彙整如表三。

一、B 型肝炎

中藥加上干擾素 α (interferon-alpha, IFN- α) 治療可以減少慢性 B 型肝炎患者的病毒量以及 B 型肝炎抗原。合併使用中藥與干擾素後，病患 HBsAg 下降的相對風險 relative risk (RR) = 2.08; 95% CI = 1.45-2.96)、HBeAg 下降的相對風險 (RR) = 1.64; 95% CI = 1.39-1.94)、降低 B 型肝炎病毒 DNA 量 (HBV-DNA) 下降的相對風險 (RR) = 1.58; 95% CI = 1.35-1.85)。²

中藥加上干擾素 Peginterferon 治療可以減少慢性 B 型肝炎患者的病毒量，並且降低肝臟硬化。B 型肝炎病毒 DNA 清除率相對於單純使用干擾素更高 (64.5% vs. 45.0%)；B 型肝炎 e 抗原 (HBeAg) 清除率相對於單純使用干擾素更高 (47.4% vs. 33.5%)；清除率相對於單純使用干擾素更高；B 型肝炎 e 抗原血清轉換率也更高 (39.2% vs. 23.1%)；肝纖維化相關生物標誌物如玻尿酸 (HA)、異層粘連蛋白 (LN)、III 型前膠原 (PC III)、IV 型膠原蛋白 (IV-C) 均顯著降低。³

補腎清熱散瘀方 (invigorating kidney and clearing away the heat and expelling superficial evils, ICE，包含刺五加 0.5 克、淫羊藿 1.5 克、女貞子 1.5 克、黃花草 1.5 克、柴胡 1.67 克、白芍 1.0 克、枳殼 1.67 克、桃仁 0.5 克、甘草 0.83 克、虎杖 1.0 克、草藥西黃草 12 克、草藥珍珠草 9 克)，每天兩次，共 32.67 克，持續 96 週對於 B 型肝炎病患的治療後，可以降低 B 型肝炎病毒 DNA 量與 B 型肝炎 e 抗原 (HBeAg) 的清除率 (clearance) 以及血清轉換率 (seroconversion rates)。B 型肝炎病毒 DNA 量 (HBV-DNA)，在第 48 週時有 10.05% 的病患 B 型肝炎病毒 DNA 量可以下降到小於 4 log₁₀ IU/mL，在第 96 週則有 18.59% 的病患可以下降。HBeAg 清除率和轉化率在第 48 週時分別為 8.54% 和 8.04%，在第 96 週時分別為 16.08% 和 14.57%，相比對照組的 3.06% 和 5.61% 顯著增加。⁴

調肝健脾和血方 (Tiaogan Jianpi Hexue, TGJPHX，即為雙虎清肝顆粒，包含金銀花、虎杖、黃連、白花蛇舌草、蒲公英、丹參、野菊花、紫花地丁、法半夏、甘草、栝蒌、枳實)，一次 12 克。一日兩次，合併調肝解毒化濕方 (Tiaogan Jiedu Huashi, TGJDHS，即為乙肝益氣解鬱顆粒，包含柴胡、白芍、

丹參、黨參、茯苓、瓜蒌、黃連、山楂、枳殼、橘葉、黃耆、桂枝、刺五加、法半夏、決明子、五味子。) ，一次 10 克，一日三次。配合抗病毒西藥治療 B 型肝炎患者，可以更有效的提升 B 型肝炎 e 抗原 (HBeAg) 消失比率，在治療 48 週後有 29.64% 的個案 HBeAg 消失，相對於對照組 17.86% 有統計顯著差異。⁵

寬心飲 (KSY，包含黨參、白朮、茯苓、甘草、黃耆、女貞子、藿香)，每天 100ml，持續六週。可以改善 B 型肝炎帶原者的肝功能指數與生活品質。丙氨酸轉胺酵素 (ALT) 下降 21.2 ± 33.7 IU/L；天門冬氨酸轉胺酵素 (AST) 下降 $9.7 - 17.7$ IU/L，簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (World Health Organization quality of life questionnaire, WHOQOL-BREF) 生理部分改善 4.7 ± 10.5 分。⁶

正肝湯 (Zhenggan Tang，包含太子參、生黃耆、白朮、茯苓、當歸、丹參、赤芍、白芍、柴胡、鱉甲)，每天 125 ml，分兩次服用，持續三個月，能降低對於慢性 B 型肝炎合併肝硬化患者的血清中瘦素 (Leptin)、脂聯素 (adiponectin) 濃度及胰島素抵抗指數 (Homeostasis Model Assessment-Insulin Resistance index, HOMA-IR index)⁷。

益氣解毒方 (tonifying qi and detoxification, TQD，包含黃耆 30 克、虎杖 30 克、茯苓 30 克、丹參 30 克、益母草 30 克、豬苓 20 克、白朮 30 克、青蒿 30 克、梔子 12 克、黃芩 6 克、大黃 10 克、甘草 6 克)，煎煮成煎劑，一天兩次，每次 130 mL，持續 48 週。或是補腎復肝方 (tonifying the kidney to promote liver regeneration and repair by affecting stem cells and their microenvironment formula, TTK，包含熟地黃 15 克、五味子 10 克、薑黃 3 克、甘草 9 克、山藥 15 克、枸杞子 15 克、山茱萸 15 克、菟絲子 10 克、茯苓 30 克、牡丹皮 10 克、澤瀉 10 克)，煎煮成煎劑，一天兩次，每次 130 mL，持續 48 週可以改善慢性 B 型肝炎合併肝衰竭病患的存活率與血清白蛋白濃度。與對照組相比，益氣解毒方和補腎復肝方患者的死亡率顯著較低，分別 51.61%、35.38% 和 16.67%；血清白蛋白 (ALB) 平均顯著升高，分別為 31.30 g/L \pm 4.77 g/L、 30.72 g/L \pm 2.89 g/L vs 28.57 g/L \pm 4.56 g/L。⁸

六味五靈片 (Liuweiwuling tablet，包含五味子、女貞子、連翹、莪朮、苜蓿菜、靈芝孢子粉)，每次 1.5 克，每日三次，持續 12 個月。可以改善慢性 B 型肝炎患者的肝硬化與生活品質。肝功能標誌物和超音波下的肝纖維化情

形顯著改善，兩組還顯示肝門靜脈 (hepatic portal vein, HPV) 和脾臟直徑顯著減小。⁹

抗病毒藥物 Lamivudine 合併補脾養腎中藥 (strengthening-Pi and nourishing-Shen, SPNS，包含黃耆、紫河車、芝靈菌絲、女貞子、三七)，每次 6 克，每天三次，持續治療 12 個月，可以改善慢性 B 型肝炎患者的肝功能，並且減少抗病毒藥物造成的基因突變。抗病毒藥物 Lamivudine 合併補脾養腎中藥治療後相比於單純使用 Lamivudine 的個案，ALT 下降比率 (90.91% vs. 76.92%)、下降比率 (94.81% vs. 80.77%)、HBV-DNA 轉陰率 (89.61% vs. 75.64%) 都較高；YMDD 變異 (tyrosine-methionine-aspartate-aspartate mutation, YMDD mutation) 比例則較低 (6.49% vs. 16.67%)。此外，患者樹突狀細胞中的表面抗原分化 (Cluster of Differentiation, CD) 家族中的 CD1a、CD80、CD86、白細胞抗原人類白血球抗原 (human leukocyte antigen, HLA) DR 分型和細胞間粘附分子 -1 (intercellular adhesion molecule-1) 等表型，以及白血球介素 12 (interleukin-12, IL-12) 與白血球介素 -4 均顯著增加。表面抗原分化簇 4 受體 (Cluster of Differentiation 4 receptors, CD4)、CD(4)/CD(8) 比值、腫瘤壞死因子 - α (Tumor necrosis factor- α , TNF- α) 在治療前後差異與對照組有顯著差異。¹⁰⁻¹²

抗病毒藥物 Lamivudine 合併柴芍六君湯 (Chai Shao Liu Jun Tang，包含人參、白朮、茯苓、陳皮、半夏、甘草、柴胡、白芍、鉤藤)，持續 18 個月的治療，可以改善慢性 B 型肝炎患者的肝功能並降低 B 型肝炎病毒量與 e 抗原 (HBeAg)。治療 18 個月後的丙氨酸轉胺酵素 (ALT) 正常化率 (82.7% vs. 69.7%)、HBeAg 血清轉換率 (86.8% vs. 69.2%)、HBV DNA 檢測不到率 (74.1% vs. 37.3%)、YMDD 變異比例則較低 (8.6% vs. 20.5%)。¹³

和解湯 (He Jie Tang，柴胡 10 克、黃芩 12 克、半夏 9 克、黨參 30 克、甘草 6 克、棗 9 克、黃芩 30 克、何首烏 30 克、巴戟天 8 克，30 克白花蛇舌草，每天一次持續六個月。可以改善慢性 B 型肝炎患者的肝功能，並且調節免疫功能。

在肝功能方面治療後丙氨酸轉胺酵素 (ALT) 由 232.52 ± 12.25 下降至 33.26 ± 9.35 、天門冬氨酸轉胺酵素 (AST) 由 139.65 ± 9.62 下降至 35.18 ± 8.26 、膽紅素總量 (TB) 由 43.35 ± 5.86 下降至 19.95 ± 5.12 ；在免疫功能方面，表面抗原分化簇 4 受體 (CD4) 細胞由 35.06 ± 5.38 升高至

37.60±8.52、自然殺手細胞 (NK) 由 43.12±6.5 升高至 52.90±7.0、表面抗原分化簇 8 受體 (CD8) 細胞由 34.80±4.36 下降至 31.95±5.61、腫瘤壞死因子- α (TNF- α) 由 18.8±8.9 下降至 10.5±6.8、白血球介素-8 (IL-8) 由 2.42±0.8 下降至 1.12±0.5、可溶性白血球介素 2 受器 (soluble interleukin-2 receptor, sIL-2R) 由 390.9±12.0 下降至 310.22±8.9。^{14, 15}

大青龍湯 (Dai-seiryu-to，包含麻黃、桂枝、炙甘草、杏仁、生薑、大棗、石膏)，在每次干擾素治療後、一小時、四小時。麻黃湯 (Ma-Huang-Tang, Maoto，包含麻黃、桂枝、炙甘草、杏仁)，在每次干擾素治療後服用、一小時、四小時。可以改善干擾素 (IFN- β) 的副作用。大青龍湯可以顯著下降發燒，發生人數與對照組相比為 3.0 ± 0.0 vs. 3.6 ± 0.2)、不舒服 (Discomfort) 人數與對照組相比為 1.3 ± 0.3 vs. 2.4 ± 0.2)、麻黃湯可以顯著降低關節痛 (Arthralgia) 人數與對照組相比為 1.1 ± 0.1 vs. 1.9 ± 0.2、感覺異常 (Paresthesia) 人數與對照組相比為 1.0 ± 0.0 vs. 2.0 ± 0.3、不適 (General malaise) 人數與對照組相比為 1.3 ± 0.3 vs. 2.3 ± 0.3)。¹⁶

二、C 型肝炎

我們建議中醫可以積極參與 C 型肝炎的臨床治療，統合分析研究顯示中藥與西藥聯合治療 C 型肝炎患者，可以降低 C 型肝炎病毒量、減少肝損傷、維持肝臟功能，並且降低肝臟硬化的生化指標。

統合分析顯示中藥加入常規西醫治療後，相對於單純接受西醫治療的患者，可以降低 C 型肝炎病毒量、減少肝損傷與維持肝功能。C 型肝炎病毒核糖核酸 (Hepatitis C Virus ribonucleic acid, HCV RNA) 轉為陰性的比率更高，其標準化平均數差異 (standardized mean difference, SMD) 為 - 0.49, 95% 信賴區間 (95% confidence interval, 95%CI) 為 - 0.69 to - 0.29。並可以更有效的降低 C 型肝炎病患的肝功能指標丙氨酸轉胺酵素 (alanine aminotransferase, ALT or GPT)，SMD= - 0.49, 95% CI= - 0.69 to - 0.29；降低天門冬氨酸轉胺酵素 (aspartate aminotransferase, AST or GOT)，SMD= - 0.46, 95% CI= - 0.64 to 0.28；此外也能增加白蛋白 (albumin, ALB) 濃度，SMD=0.36, 95% CI=0.06-0.65)。但不會影響膽紅素總量 (total bilirubin, TB) 和 γ - 麩胺醯轉移酶 (γ -Glutamyl Transferase, GGT) 濃度。¹⁷

在現行西醫的抗病毒藥物 ribavirin 治療以外，若加上中藥至少 24 週的治療，能改善慢性 C 型肝炎患者的肝功能，並且降低肝臟硬化的生化指標。增加丙氨酸轉胺酵素 (ALT) 恢復到正常比例，其風險比 (Risk ratio, RR)=1.17, 95% CI=1.05-1.29；降低治療結束後病毒反應 (the end-of-treatment viral response, ETVR) 比例，其風險比 (RR)= 1.12, 95% CI: 1.05-1.21；降低肝硬化指標玻尿酸 (hyaluronic acid, HA) 異常比例，其風險比 (RR)=0.30, 95% CI: 0.12-0.78；降低肝硬化指標層粘連蛋白 (laminin, LN) 異常比例，其風險比 (RR) =0.10, 95% CI: 0.02-0.54；降低肝硬化指標 III 型前膠原 (Procollagen III protein, PC III) 異常比例，其風險比 (RR) =0.09, 95% CI: 0.01-0.67；降低肝硬化指標 IV 型膠原蛋白 (Collagen C Type IV,IV-C) 異常比例，其風險比 (RR) =0.19, 95% CI: 0.06-0.65；降低 LC 白血球數量減少 (decreasing leukocyte count, decreased LC) 比例，其風險比 (RR) =0.46, 95% CI: 0.30-0.71；降低甲狀腺功能異常 (abnormal thyroid function, ATF) 比例，其風險比 (RR) =0.52, 95% CI: 0.34-0.80)。^{18, 19}

榮陽治肝湯 (Rong-Yang-Jyh-Gan-Tang, RYJGT，為龍膽瀉肝湯 3 克與加味逍遙散 10 克的合方，再加上丹參 1.5 克與厚朴 0.5 克)，每天三次，每次 5 克、持續 12 週的治療後，可以降低 C 型肝炎患者血清 C 型肝炎病毒核糖核酸 (HCVRNA) 量，並且改善濕熱和肝鬱等中醫症狀；服用榮陽治肝湯後有 51.7% 的患者血清 C 型肝炎病毒核糖核酸 (HCVRNA) 濃度降低，相比於安慰劑組中僅 25.8% 患者降低，有顯著的統計差異。²⁰

寬心飲 (Kuan-Sin-Yin, KSY，包含黨參、白朮、茯苓、甘草、黃耆、女貞子、藿香)，每天 100ml，持續六週。可以降低慢性 C 型肝炎患者的肝功能指數、病毒量和血清中的三酸甘油酯。丙氨酸轉胺酵素 (ALT) 下降 31.7 ± 75.2 IU/L；天門冬氨酸轉胺酵素 (AST) 下降 20.3 ± 45.7 IU/L；病毒載量顯著降低了 0.3 個對數單位；而三酸甘油酯下降 16.9 ± 27.5 mg/dL。²¹

小柴胡湯每次 1.5 克，每日三次，持續 12 個月可以改善慢性 C 型肝炎的肝功能，但並未顯著降低病毒量。有 67% 的患者天門冬氨酸轉胺酵素 (AST) 下降，而 75% 的患者丙氨酸轉胺酵素 (ALT) 下降。²²

三、脂肪性肝炎

祛瘀化痰通絡湯 (QuYuHuaTanTongLuo Decoction, QYHTTLD, 包含柴胡 10 克、黃芩 12 克、半夏 10 克、黨參 30 克、甘草 6 克、紅棗 9 克, 虎杖 30 克, 巴戟天 8 克, 白花蛇舌草 30 克), 每日兩次, 連續 6 個月。可以改善非酒精性脂肪性肝炎患者的肝功能、體脂與發炎情形。在體脂部分, 治療後身體質量指數 (Body Mass Index, BMI) 由 25.82 ± 4.15 下降至 23.05 ± 3.57 、三酸甘油酯 (TGs) 由 91.15 ± 22.42 下降至 31.26 ± 9.35 、低密度脂蛋白 (Lowdensity lipoprotein-Cholesterol, LDL-C) 由 4.38 ± 0.70 下降至 3.23 ± 0.91 、總膽固醇 (TC) 由 6.89 ± 1.02 下降至 5.11 ± 0.85 、而高密度脂蛋白 (High Density Lipoprotein-Cholesterol, HDL-C) 由 1.19 ± 0.75 上升至 2.21 ± 0.94 ; 肝功能方面, 丙氨酸轉胺酵素 (ALT) 由 91.15 ± 22.42 下降至 31.26 ± 9.35 、天門冬氨酸轉胺酵素 (AST) 由 66.60 ± 12.62 下降至 29.18 ± 9.26 ; 腫瘤壞死因子- α (TNF- α) 由 18.98 ± 8.19 下降至 10.51 ± 6.65 、白血球介素-8 (IL-8) 由 2.42 ± 0.85 下降至 1.12 ± 0.51 、脂質過氧化指標 (Malondialdehyde level, MDA) 由 25.09 ± 7.57 下降至 12.46 ± 5.36 、而超氧化物歧化酶 (superoxide dismutase, SOD) 由 43.12 ± 6.59 上升至 52.90 ± 7.05 。²³

四、肝硬化

清肝萃取物 (Chunggan extract, CGX, 包含茵陳 0.66 克、鱉甲 0.66 克、萊菔子 0.66 克、白朮 0.4 克、茯苓 0.4 克、澤瀉 0.4 克、蒼朮 0.4 克、丹參 0.4 克、豬苓 0.26 克、枳殼 0.26 克、砂仁 0.26 克、甘草 0.13 克、木香 0.13 克), 每天 2 克, 持續六個月。可以改善慢性肝炎患者的肝硬化程度, 以超音波進行肝臟硬度測量 (liver stiffness measurement, LSM) 可以下降 1.9 ± 2.0 kPa, 相對於對照組僅下降 0.6 ± 1.6 kPa, 有統計顯著差異。²⁴

扶正化瘀膠囊 (Fuzheng Huayu capsule, FZHY, 包含丹參、桃仁、蟲草菌絲、松花粉、絞股藍、五味子), 每天 4.5 克, 持續六個月以上的治療可以改善 B 型肝炎引起的肝硬化與肝功能異常。治療後其丙氨酸轉胺酵素 (ALT) 的平均差 (mean difference, MD) 為 -17.93 , 95% CI -24.43 - -11.44 ; 天門冬氨酸轉胺酵素 (AST) 平均差 (MD) 為 -21.24 , 95% CI -31.96 - -10.52 ; 膽紅素總量 (total bilirubin, TB) 平均差 (MD) 為 -10.29 , 95% CI -11.71 - -8.88 ; III 型前膠原 (Procollagen III protein, PIIIP) 平均差 (MD) 為 -44.85 , 95% CI -57.88 - -31.81 ; 玻尿酸 (hyaluronic acid, HA) 平均差 (MD) 為

— 67.38, 95% CI= — 81.31- — 53.45；層粘連蛋白 (laminin, LN) 平均差 (MD) 為 — 33.47, 95% CI= — 43.01- — 23.93；IV 型膠原蛋白 (Collagen C Type IV, IV-C) 平均差 (MD) 為 — 32.08, 95% CI= — 43.11- — 21.04；肝硬化 Child-Pughs 嚴重度分級平均差 (MD) 為 — 1.31, 95% CI = — 1.96- — 0.65；門靜脈直徑平均差 (MD) 為 — 1.33, 95%CI = — 2.09- — 0.57；脾臟厚度平均差 (MD) 為 — 3.34, 95% CI= — 4.33- — 2.34；HBV-DNA 轉陰率勝算比 (Odds ratio, OR) = 2.72, 95% CI = 1.41- 5.25。²⁵⁻²⁷

降血壓西藥 propranolol 加上扶正化癥膠囊 (FZHY，包含丹參、桃仁、蟲草菌絲、松花粉、絞股藍、五味子)，每天 4.5 克，持續兩年，可以降低肝硬化患者食道靜脈曲張破裂出血，但肝癌發生率沒有影響。合併扶正化癥膠囊的患者相比於對照組出血機率明顯下降，分別為 44.0% vs. 24.2%；發生出血的平均中位數也明顯較長，分別為 40.00 ± 17.92 個月 vs. 7.00 ± 2.35 個月。²⁸

扶正化癥片 (Fuzheng Huayu Tablet, FZHYT，包含丹參、桃仁、蟲草菌絲、松花粉、絞股藍、五味子) 每天三次，每次四片，持續六個月，可以改善 B 型肝炎合併肝硬化患者的精神狀態和社會活動。患者在服用扶正化癥片後自評焦慮量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 以及自評抑鬱量表 (self-rating depression scale, SDS) 正常的比率明顯增高，分別由 2.22% 上升到 21.11%，以及由 3.33% 上升到 22.22%。社會功能缺陷量表 (social deficit screening scale, SDSS) 評估為功能缺乏的患者比率也下降，由 92.22% 下降到 41.11%。²⁹

滋陰涼血活血中藥 (nourishing yin, cooling blood and invigorating blood circulation，包含益胃湯 (沙參、麥門冬、生地、玉竹) 和大黃蟪蟲丸減方 (大黃、黃芩、甘草、桃仁、杏仁、白芍、土鱉蟲) 每天三次，飯後服用，持續三週。對於 B 型肝炎合併肝硬化且有凝血功能障礙及伴頑固性黃疸的患者，能改善凝血功能並降低黃疸。接受治療的個案凝血酶原時間 (coagulation prothrombin time, PT) 較短，纖維蛋白原 (fibrinogen, FIB) 則較高，此外研究組膽紅素總量 (total bilirubin, TB) 顯著較低。³⁰

大定風珠 (ding feng zhu decoction，包含鱉甲 15g、龜甲 15g、牡蠣 20g、白芍 20g、火麻仁 5g、生地黃 20 克、麥冬 10 克、五味子 6 克、阿膠 10 克、炙甘草 10 克、蛋黃 2 個)，每天兩次，持續三個月。可以降低肝硬化

患者的纖維化血清指標。玻尿酸 (hyaluronic acid, HA) 由 417.7 ± 87.3 下降至 245.9 ± 75.7 、層粘連蛋白 (laminin, LN) 由 169.4 ± 47.6 下降至 $118.6 \pm 37.5^*$ 、IV 型膠原蛋白 (Collagen C Type IV, IV-C) 由 118.5 ± 44.8 下降至 79.6 ± 42.1 、層粘連蛋白 (laminin, LN) 由 166.2 ± 42.4 下降至 124.8 ± 39.3 。³¹

五、兒童膽道閉鎖

茵陳蒿湯 (Inchin-ko-to, ICKT, 包含茵陳、梔子、大黃) 每天每公斤服用 0.15 克，持續三年。可以改善膽道閉鎖患者手術後的肝功能，並且降低肝硬化纖維化血清指標。血清天門冬氨酸轉胺酵素 (AST) 由 96.1 ± 28.7 IU/ml 下降至 59.4 ± 37.2 IU/ml、丙氨酸轉胺酵素 (ALT) 由 103.1 ± 60.5 IU/ml 下降至 53.4 ± 27.2 IU/ml、 γ - 麩胺醯轉移酶 (GGT) 由 1879.1 ± 292.5 IU/ml 下降至 230.9 ± 200.5 IU/ml、膽紅素總量 (TB) 由 75.6 ± 45 μ mol/l 下降至 39.4 ± 32.5 μ mol/l、玻尿酸 (HA) 由 215.2 ± 105.6 ng/ml 下降至 20.3 ± 9.6 ng/ml。

32, 33

對於台灣未曾取得合法藥證的萃取物，或未經衛生福利部核准的用藥途徑，即使臨床研究發現對肝臟疾病有療效，本照護指南仍將其排除於建議之外。如護腸解毒湯保留灌腸、苦參提取物 kurorinone、苦參鹼 (matrine)、中草藥結腸透析。此外，詳細處方無從查詢確認的方劑，例如溫腎方、中草藥製劑 CH-100 等亦被排除於本準則以外。並非這些藥物不具臨床療效，而僅只因為本準則須符合台灣的醫療法律規範。

表三 / 中藥治療臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
1-	B	統合分析顯示中藥加入常規西醫治療後，相對於單純接受西醫治療的患者，可以降低 C 型肝炎病毒量、減少肝損傷與維持肝功能。	17
1-	B	中藥加上抗病毒藥物 ribavirin 至少 24 週的治療，能改善慢性 C 型肝炎患者的肝功能，並且降低肝臟硬化生化指標。	18, 19
1-	B	中藥加上干擾素 Peginterferon 治療可以減少慢性 B 型肝炎患者的病毒量，並且降低肝臟硬化生化指標。	3
1-	C	中藥加上干擾素 α (IFN- α) 治療可以減少慢性 B 型肝炎患者的病毒量以及 B 型肝炎抗原。	2
2+	C	補腎清熱散瘀方 (ICE，包含刺五加 0.5 克、淫羊藿 1.5 克、女貞子 1.5 克、黃花草 1.5 克、柴胡 1.67 克、白芍 1.0 克、枳殼 1.67 克、桃仁 0.5 克、甘草 0.83 克、虎杖 1.0 克、草藥西黃草 12 克、草藥珍珠草 9 克)，每天兩次，共 32.67 克，持續 96 週對於 B 型肝炎病患的治療後，可以降低 B 型肝炎病毒 DNA 量與 B 型肝炎 e 抗原 (HBeAg) 的清除率以及血清轉換率。	4

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	C	清肝萃取物 (CGX，包含茵陳 0.66 克、鱉甲 0.66 克、萊菔子 0.66 克、白朮 0.4 克、茯苓 0.4 克、澤瀉 0.4 克、蒼朮 0.4 克、丹參 0.4 克、豬苓 0.26 克、枳殼 0.26 克、砂仁 0.26 克、甘草 0.13 克、木香 0.13 克)，每天 2 克，持續六個月。可以改善慢性肝炎患者的肝硬化程度。	24
2+	C	調肝健脾和血方 (TGJPHX，即為雙虎清肝顆粒，包含金銀花、虎杖、黃連、白花蛇舌草、蒲公英、丹參、野菊花、紫花地丁、法半夏、甘草、瓜蒌、枳實)，一次 12 克。一日兩次，合併調肝解毒化濕方 (TGJDHS，即為乙肝益氣解鬱顆粒，包含柴胡、白芍、丹參、黨參、茯苓、瓜蒌、黃連、山楂、枳殼、橘葉、黃耆、桂枝、刺五加、法半夏、決明子、五味子。) ，一次 10 克，一日三次。配合抗病毒西藥治療 B 型肝炎患者，可以更有效的提升 B 型肝炎 e 抗原 (HBeAg) 消失比率。	5
1+	B	扶正化癥膠囊 (FZHY，包含丹參、桃仁、蟲草菌絲、松花粉、絞股藍、五味子)，每天 4.5 克，持續六個月以上的治療可以改善 B 型肝炎引起的肝硬化與肝功能異常。	25-27

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	C	降血壓西藥 propranolol 加上扶正化瘀膠囊 (FZHY，包含丹參、桃仁、蟲草菌絲、松花粉、絞股藍、五味子)，每天 4.5 克，持續兩年，可以降低肝硬化患者食道靜脈曲張破裂出血，但肝癌發生率沒有影響。	28
2+	C	扶正化瘀片 (FZHYT，包含丹參、桃仁、蟲草菌絲、松花粉、絞股藍、五味子) 每天三次，每次四片，持續六個月，可以改善 B 型肝炎合併肝硬化患者的精神狀態和社會活動。	29
2+	B	榮陽治肝湯 (RYJGT，為龍膽瀉肝湯 3 克與加味逍遙散 10 克的合方，再加上丹參 1.5 克與厚朴 0.5 克)，每天三次，每次 5 克、持續 12 週的治療後，可以降低 C 型肝炎患者血清 C 型肝炎病毒核糖核酸 (HCVRNA) 量，並且改善濕熱和肝鬱等中醫症狀。	20
2+	C	寬心飲 (KSY，包含黨參、白朮、茯苓、甘草、黃耆、女貞子、藿香)，每天 100ml，持續六週。可以降低慢性 C 型肝炎患者的肝功能指數、病毒量和血清中的三酸甘油酯 (TGs)。	21

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	C	寬心飲 (KSY, 包含黨參、白朮、茯苓、甘草、黃耆、女貞子、藿香), 每天 100ml, 持續六週。可以改善 B 型肝炎帶原者的肝功能指數與生活品質。	6
2+	D	正肝湯 (Zhenggan Tang, 包含太子參、生黃耆、白朮、茯苓、當歸、丹參、赤芍、白芍、柴胡、鱉甲), 每天 125 ml, 分兩次服用, 持續三個月, 能降低對於慢性 B 型肝炎合併肝硬化患者的血清中瘦素 (Leptin)、脂聯素 (adiponectin) 濃度及胰島素抵抗指數 (HOMA-IR index)	7
2+	C	益氣解毒方 (TQD, 包含黃耆 30 克、虎杖 30 克、茯苓 30 克、丹參 30 克、益母草 30 克、豬苓 20 克、白朮 30 克、青蒿 30 克、梔子 12 克、黃芩 6 克、大黃 10 克、甘草 6 克), 煎煮成煎劑, 一天兩次, 每次 130 mL, 持續 48 週。或是補腎復肝方 (TTK, 包含熟地黃 15 克、五味子 10 克、薑黃 3 克、甘草 9 克、山藥 15 克、枸杞子 15 克、山茱萸 15 克、菟絲子 10 克、茯苓 30 克、牡丹皮 10 克、澤瀉 10 克), 煎煮成煎劑, 一天兩次, 每次 130 mL, 持續 48 週可以改善慢性 B 型肝炎合併肝衰竭病患的存活率與血清白蛋白濃度。	8

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	D	六味五靈片 (Liuweiwuling tablet，包含五味子、女貞子、連翹、莪朮、苧荳菜、靈芝孢子粉)，每次 1.5 克，每日三次，持續 12 個月。可以改善慢性 B 型肝炎患者的肝硬化與生活品質。肝功能標誌物和超音波下的肝纖維化情形顯著改善，兩組還顯示肝門靜脈 (hepatic portal vein, HPV) 和脾臟直徑顯著減小。	9
2-	D	小柴胡湯每次 1.5 克，每日三次，持續 12 個月可以改善慢性 C 型肝炎的肝功能，但並未顯著降低病毒量。	22
2-	D	抗病毒藥物 Lamivudine 合併補脾養腎中藥 (SPNS，包含黃耆、紫河車、芝靈菌絲、女貞子、三七)，每次 6 克，每天三次，持續治療 12 個月，可以改善慢性 B 型肝炎患者的肝功能，並且減少抗病毒藥物造成的基因突變。	10-12
2-	D	抗病毒藥物 Lamivudine 合併柴芍六君湯 (Chai Shao Liu Jun Tang，包含人參、白朮、茯苓、陳皮、半夏、甘草、柴胡、白芍、鉤藤)，持續 18 個月的治療，可以改善慢性 B 型肝炎患者的肝功能並降低 B 型肝炎病毒量與 e 抗原 (HBeAg)。	13

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	C	滋陰涼血活血中藥 (nourishing yin, cooling blood and invigorating blood circulation，包含益胃湯 (沙參、麥門冬、生地、玉竹) 和大黃蟪蟲丸減方 (大黃、黃芩、甘草、桃仁、杏仁、白芍、土鱉蟲) 每天三次，飯後服用，持續三週。對於 B 型肝炎合併肝硬化且有凝血功能障礙及伴頑固性黃疸的患者，能改善凝血功能並降低黃疸。接受治療的個案凝血酶原時間 (PT) 較短，纖維蛋白原 (FIB) 則較高，此外研究組膽紅素總量 (TB) 顯著較低。	30
2+	C	祛瘀化痰通絡湯 (QuYuHuaTanTongLuo Decoction, QYHTTLD，包含柴胡 10 克、黃芩 12 克、半夏 10 克、黨參 30 克、甘草 6 克、紅棗 9 克，虎杖 30 克，巴戟天 8 克，白花蛇舌草 30 克)，每日兩次，連續 6 個月。可以改善非酒精性脂肪性肝炎患者的肝功能、體脂與發炎情形。	23
2+	C	和解湯 (He Jie Tang，柴胡 10 克、黃芩 12 克、半夏 9 克、黨參 30 克、甘草 6 克、棗 9 克、黃芩 30 克、何首烏 30 克、巴戟天 8 克，30 克白花蛇舌草，每天一次持續六個月。可以改善慢性 B 型肝炎患者的肝功能，並且調節免疫功能。	14, 15

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2-	D	大定風珠 (包含鱉甲 15g、龜甲 15g、牡蠣 20g、白芍 20g、火麻仁 5g、生地黃 20 克、麥冬 10 克、五味子 6 克、阿膠 10 克、炙甘草 10 克、蛋黃 2 個)，每天兩次，持續三個月。可以降低肝硬化患者的纖維化血清指標。	31
2-	D	大青龍湯 (包含麻黃、桂枝、炙甘草、杏仁、生薑、大棗、石膏)，在每次干擾素治療後、一小時、四小時。 麻黃湯 (包含麻黃、桂枝、炙甘草、杏仁)，在每次干擾素治療後服用、一小時、四小時。可以改善干擾素 (IFN-β) 的副作用如發燒、不舒服、關節痛。	16
2-	D	茵陳蒿湯 (Inchin-ko-to, ICKT，包含茵陳、梔子、大黃) 每天每公斤服用 0.15 克，持續三年。可以改善膽道閉鎖患者手術後的肝功能，並且降低肝硬化纖維化血清指標。	32, 33

第四節 / 針灸治療

每週 3 次，每次 15 分鐘，持續 6 週的電針治療 (太衝穴、期門穴、陽陵泉穴、足三里穴，4Hz) 可以降低非酒精性脂肪性肝患者肝功能指數以及三酸甘油脂。丙氨酸轉胺酵素 (ALT) 由 29.52 ± 7.93 下降到 13.05 ± 3.54 ；天門冬氨酸轉胺酵素 (AST) 由 29.52 ± 6.53 下降到 15.75 ± 2.28 、三酸甘油脂 (triglycerides, TGs) 由 166.44 ± 50.36 下降到 119.92 ± 44.13 ，且效果比有氧間歇訓練 (aerobic interval training, AIT) 更好。此外電針治療也可以降低 C 反應蛋白 (C-reactive protein, CRP) 濃度，由 9.88 ± 1.55 下降到 8.13 ± 0.99 ，但與氧間歇訓練 (AIT) 相比沒有統計顯著差異。³⁴

新式手術方法配合針灸治療 (神闕穴、中腕穴) 加上舒腹散 (Shufu Powder，包含大黃 40 克、萊菔子 50 克，香附 60 克) 外敷於腹部，每天一次，每週五天，持續二週，可以改善肝硬化患者食管靜脈曲張斷流術後的恢復所需時間。其出血量更少 (311.3 ± 46.8 mL vs. 356.2 ± 57.5 mL)，也較不需要輸血 (1932.3 ± 106.9 mL vs. 2045.6 ± 115.4 mL)；此外，住院時間也更少 (10.65 ± 2.58 天 vs. 15.47 ± 3.02 天)，移除引流管時間更短 (3.41 ± 0.79 天 vs. 6.12 ± 0.88 天)，首次排氣時間也明顯縮短 (37.44 ± 11.06 小時 vs. 45.89 ± 9.71 小時)。³⁵

每週七次、每次持續 30 分鐘、總共持續六週的電針治療 (大椎穴、膈俞穴、曲池穴、支溝穴、中腕穴、肝俞穴、膽俞穴、陽陵泉穴)，電針採用連續波、頻率為 24-48 Hz，強度逐步增強至病患可接受的程度) 可以改善 B 型肝炎患者的肝功能並調節免疫功能。治療組丙氨酸轉胺酵素 (ALT) 恢復到正常的時間較對照組短 (19.89 ± 11.32 天 vs. 24.32 ± 16.82 天)，膽紅素總量 (TB) 恢復到正常的時間也較短 (18.69 ± 16.92 天 vs. 32.56 ± 14.35 天)；治療組中 B 型肝炎 e 抗原 (HBeAg) (34.8% vs. 26.9%) 與 HBVDNA (6.7% vs. 3.3%) 轉為陰性的比率較高。白血球介素 -8 (IL-8) 也由 87.31 ± 52.16 下降至 48.57 ± 32.14 。³⁶

表四 / 針灸治療臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2+	C	每週 3 次，每次 15 分鐘，持續 6 週的電針治療 (太衝穴、期門穴、陽陵泉穴、足三里穴，4Hz) 可以降低非酒精性脂肪性肝患者肝功能指數以及三酸甘油酯。	34
2+	C	新式手術方法配合針灸治療 (神闕穴、中脘穴) 加上舒腹散 (Shufu Powder，包含大黃 40 克、萊菔子 50 克，香附 60 克) 外敷於腹部，每天一次，每週五天，持續二週，可以改善肝硬化患者食管靜脈曲張斷流術後的恢復所需時間。	35
2-	D	每週七次、每次持續 30 分鐘、總共持續六週的電針治療 (大椎穴、膈俞穴、曲池穴、支溝穴、中脘穴、肝俞穴、膽俞穴、陽陵泉穴)，電針採用連續波、頻率為 24-48 Hz，強度逐步增強至病患可接受的程度) 可以改善 B 型肝炎患者的肝功能並調節免疫功能。	36

第五節 / 穴位敷貼

消脹貼 (Xiaozhang Tie，包含大黃、萊菔子、甘遂、沉香、丁香、冰片和麝香)，搗碎製成藥餅敷貼在肚臍，每天一次每次持續 30 天，可以降低肝硬化腹水患者的腹圍和體重，並且增加排尿量。消脹貼 30 天的治療後，體重平均下降 8.7 ± 5.8 公斤、腹圍平均下降 12.4 ± 8.3 公分、尿量平均增加 683 ± 644 ml。³⁷

表五 / 穴位敷貼臨床研究與建議內容

證據品質	建議強度	建議內容	文獻編號
2-	D	消脹貼 (Xiaozhang Tie，包含大黃、萊菔子、甘遂、沉香、丁香、冰片和麝香)，搗碎製成藥餅敷貼在肚臍，每天一次每次持續 30 天，可以降低肝硬化腹水患者的腹圍和體重，並且增加排尿量。	37

本章引用之文獻

1. Zeng, X. X.; Bian, Z. X.; Wu, T. X.; Fu, S. F.; Ziea, E.; Woon, W. T., Traditional Chinese medicine syndrome distribution in chronic hepatitis B populations: a systematic review. *Am J Chin Med* 2011, 39 (6), 1061-74.
2. McCulloch, M.; Broffman, M.; Gao, J.; Colford, J. M., Jr., Chinese herbal medicine and interferon in the treatment of chronic hepatitis B: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Am J Public Health* 2002, 92 (10), 1619-28.
3. An, Y.; Gao, S.; Cheng, D.; Wang, X.; Bai, L.; Liu, E.; Chu, Y.; Zhao, S., Peginterferon and Chinese herbs exert a combinatorial effect in HBeAg-positive chronic hepatitis B. *J Infect Dev Ctries* 2016, 10 (4), 369-76.
4. Xing, Y. F.; Wei, C. S.; Zhou, T. R.; Huang, D. P.; Zhong, W. C.; Chen, B.; Jin, H.; Hu, X. Y.; Yang, Z. Y.; He, Q.; Jiang, K. P.; Jiang, J. M.; Hu, Z. B.; Deng, X.; Yang, F.; Li, F. Y.; Zhao, G.; Wang, L. C.; Mi, Y. Q.; Gong, Z. J.; Guo, P.; Wu, J. H.; Shi, W. Q.; Yang, H. Z.; Zhou, D. Q.; Tong, G. D., Efficacy of a Chinese herbal formula on hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B patients. *World J Gastroenterol* 2020, 26 (30), 4501-4522.
5. Li, X. K.; Zhang, M. X.; Shao, F. Z.; Zhou, D. Q.; Xue, J. D.; Liu, T. J.; Chi, X. L.; Lu, B. J.; Wang, X. B.; Li, Q.; Li, J.; Mao, D. W.; Yang, H. S.; Yang, H. Z.; Zhao, W. X.; Li, Y.; Zhang, G. L.; Zhao, Y. M.; Zou, J. D.; Liu, M. Y.; Zhang, K. K.; Yang, X. Z.; Gan, D. N.; Li, Y.; Zhang, P.; Li, Z. G.; Li, S.; Ye, Y. A., Adefovir Dipivoxil plus Chinese Medicine in HBeAg-Positive Chronic Hepatitis B Patients: A Randomized Controlled 48-Week Trial. *Chin J Integr Med* 2020, 26 (5), 330-338.
6. Lee, C. J.; Cheng, C. H.; Li, Y. H.; Liu, C. Y.; Hsu, C. H., A Chinese medicine, Kuan-Sin-Yin decoction, improves liver function in hepatitis B virus carriers: a randomized, controlled study. *J Altern Complement Med* 2013, 19 (12), 964-9.
7. Xu, J.; Pan, F.; Xu, H., [Effect of Zhenggan Tang decoction on the serum levels of leptin, adiponectin and insulin resistance on HBV-induced cirrhotic patients]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2015, 36 (4), 399-401.
8. Li, H. M.; Ye, Z. H.; Zhang, J.; Gao, X.; Chen, Y. M.; Yao, X.; Gu, J. X.; Zhan, L.; Ji, Y.; Xu, J. L.; Zeng, Y. H.; Yang, F.; Xiao, L.; Sheng, G. G.; Xin, W.; Long, Q.; Zhu, Q. J.; Shi, Z. H.; Ruan, L. G.; Yang, J. Y.; Li, C. C.; Wu, H. B.; Chen, S. D.; Luo, X. L., Clinical trial with traditional Chinese medicine intervention "tonifying the kidney to promote liver regeneration and repair by affecting stem cells and their microenvironment" for chronic hepatitis B-associated liver failure. *World J Gastroenterol* 2014, 20 (48), 18458-65.

9. An, J.; Ni, W.; Qiao, J., [Therapeutic efficacy and quality of life investigation of traditional Chinese medicine-based therapy of chronic hepatitis B-related liver fibrosis]. *Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi* 2014, 22 (1), 30-2.
10. Feng, H.; Zhang, Y. H., Effect of Chinese medicine therapy for strengthening-Pi and nourishing-Shen in preventing lamivudine induced YMDD mutation and its immunologic mechanism. *Chin J Integr Med* 2010, 16 (1), 19-22.
11. Zhang, Y. H.; Liu, Y. H., Influence of TCM therapy for supplementing Pi and nourishing Shen on dendritic cell function in patients with chronic hepatitis B treated by lamivudine. *Chin J Integr Med* 2009, 15 (1), 60-2.
12. Bai, S. L.; Hu, X. Y.; Zhong, S., [Evaluation on HBeAg conversion time when treating chronic hepatitis B patients with combination of lamivudine and traditional Chinese medicine]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2008, 29 (12), 1243-7.
13. Chi, X. L.; Wu, L. M.; Jiang, J. M.; Chen, P. Q.; Tian, G. J.; Xiao, H. M.; Cai, G. S.; Chen, Y.; Qian, Y., [Evaluation of Chai Shao Liu Jun Tang for the treatment of chronic hepatitis B]. *Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi* 2009, 17 (6), 440-2.
14. Chen, Z. X.; Zhang, S. J.; Lao, S. X.; Hu, H. T.; Zhang, C. Y.; Guan, S. H.; Gu, Y. L., He Jie Tang in the treatment of chronic hepatitis B patients. *World J Gastroenterol* 2005, 11 (42), 6638-43.
15. Zhang, S. J.; Chen, Z. X.; Lao, S. X.; Huang, B. J., Effect of Hejie decoction on T cell immune state of chronic hepatitis B patients. *World J Gastroenterol* 2004, 10 (10), 1436-9.
16. Kainuma, M.; Hayashi, J.; Sakai, S.; Imai, K.; Mantani, N.; Kohta, K.; Mitsuma, T.; Shimada, Y.; Kashiwagi, S.; Terasawa, K., The efficacy of herbal medicine (kampo) in reducing the adverse effects of IFN-beta in chronic hepatitis C. *Am J Chin Med* 2002, 30 (2-3), 355-67.
17. Li, X.; Jia, L.; Ouyang, J.; An, Y.; Luo, G.; Song, R.; Liu, Q.; Zhang, B.; Zhang, R., A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis of integrated Chinese and Western medicine in treating hepatitis C. *Medicine (Baltimore)* 2020, 99 (35), e21825.
18. Wang, J.; Xin, S.; Jin, X.; Cheng, Y.; Yan, T.; Qing, S.; Ding, N.; Zhao, P., Meta-Analysis of Combination Therapy of Chinese Herbs Plus Interferon and Ribavirin in Patients with Chronic Hepatitis C. *Med Sci Monit* 2016, 22, 1817-26.
19. Zhao, S.; Liu, E.; Wei, K.; Lu, S.; Chu, Y.; Li, Y.; Wang, Y.; Huang, B.; Chen, Y.; Yang, P., Interferon plus Chinese herbs are associated with higher sustained virological response than interferon alone in chronic Hepatitis C: a meta-analysis of randomised trials. *Antiviral Res* 2011, 89 (2), 156-64.

20. Chen, F. P.; Chang, C. M.; Wu, T. P.; Yang, J. L.; Kung, Y. Y.; Huang, Y. H.; Su, C. W.; Lan, K. H.; Chiang, S. C.; Hwang, S. J., Clinical efficacy of Rong-Yang-Jyh-Gan-Tang on patients with chronic hepatitis C: A double-blinded randomized placebo-controlled crossover study. *J Ethnopharmacol* 2017, 196, 1-8.
21. Liu, C. Y.; Ko, P. H.; Yen, H. R.; Cheng, C. H.; Li, Y. H.; Liao, Z. H.; Hsu, C. H., The Chinese medicine Kuan-Sin-Yin improves liver function in patients with chronic hepatitis C: A randomised and placebo-controlled trial. *Complement Ther Med* 2016, 27, 114-22.
22. Deng, G.; Kurtz, R. C.; Vickers, A.; Lau, N.; Yeung, K. S.; Shia, J.; Cassileth, B., A single arm phase II study of a Far-Eastern traditional herbal formulation (sho-sai-ko-to or xiao-chai-hu-tang) in chronic hepatitis C patients. *J Ethnopharmacol* 2011, 136 (1), 83-7.
23. Zhang, S. J.; Chen, Z. X.; Jiang, K. P.; Cheng, Y. H.; Gu, Y. L., The effect of QuYuHuaTanTongLuo Decoction on the non-alcoholic steatohepatitis. *Complement Ther Med* 2008, 16 (4), 192-8.
24. Joung, J. Y.; Kim, H. G.; Lee, J. S.; Cho, J. H.; Ahn, Y. C.; Lee, D. S.; Son, C. G., Anti-hepatofibrotic effects of CGX, a standardized herbal formula: A multicenter randomized clinical trial. *Biomed Pharmacother* 2020, 126, 110105.
25. Wang, T.; Zhou, X.; Liu, H.; Wang, J.; Zhang, P.; Zhu, Y.; Li, K.; Wei, S.; Li, H.; Wang, L.; Wang, R.; Zhao, Y., Fuzheng Huayu capsule as an adjuvant treatment for HBV-related cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *Phytother Res* 2018, 32 (5), 757-768.
26. Deng, X.; Liang, J.; Liu, Z. W.; Wu, F. S.; Li, X., Treatment of posthepatic cirrhosis by Fuzheng Huayu Tablet for reinforcing qi and resolving stasis. *Chin J Integr Med* 2013, 19 (4), 289-96.
27. Liu, P.; Hu, Y. Y.; Liu, C.; Xu, L. M.; Liu, C. H.; Sun, K. W.; Hu, D. C.; Yin, Y. K.; Zhou, X. Q.; Wan, M. B.; Cai, X.; Zhang, Z. Q.; Ye, J.; Zhou, R. X.; He, J.; Tang, B. Z., Multicenter clinical study on Fuzhenghuayu capsule against liver fibrosis due to chronic hepatitis B. *World J Gastroenterol* 2005, 11 (19), 2892-9.
28. Xiao, D.; Gu, J.; Cai, H.; Zhang, Q.; Xue, D.; Zhao, C.; Xu, L., [A randomized placebo-controlled multicentre study of Fuzhenghuayu capsule for prevention of oesophageal variceal bleeding in patients with liver cirrhosis]. *Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi* 2014, 22 (8), 594-9.
29. Deng, X.; Liang, J.; Wu, F. S.; Li, Y. B.; Zhang, Y. P.; Tang, Y. F., Influence of Fuzheng Huayu Tablet on mental state and social function of patients with post-hepatitis B liver cirrhosis. *Chin J Integr Med* 2012, 18 (6), 466-72.

30. Li, Y. M.; Yang, H. Z.; Guan, W. B.; Ke, Q. S.; Dai, M.; Xie, H. P.; Zhang, S. J., Therapeutic effect of traditional Chinese medicine on coagulation disorder and accompanying intractable jaundice in hepatitis B virus-related liver cirrhosis patients. *World J Gastroenterol* 2008, 14 (39), 6060-4.
31. Li, W.; Wang, C.; Zhang, J., Effects of da ding feng zhu decoction in 30 cases of liver fibrosis. *J Tradit Chin Med* 2003, 23 (4), 251-4.
32. Tamura, T.; Kobayashi, H.; Yamataka, A.; Lane, G. J.; Koga, H.; Miyano, T., Inchin-ko-to prevents medium-term liver fibrosis in postoperative biliary atresia patients. *Pediatr Surg Int* 2007, 23 (4), 343-7.
33. Kobayashi, H.; Horikoshi, K.; Yamataka, A.; Lane, G. J.; Yamamoto, M.; Miyano, T., Beneficial effect of a traditional herbal medicine (inchin-ko-to) in postoperative biliary atresia patients. *Pediatr Surg Int* 2001, 17 (5-6), 386-9.
34. Draz, R. S.; Serry, Z. M. H.; Rahmy, A. F.; El Bardesi, M. S.; Taha, M. M., Electroacupuncture Versus Aerobic Interval Training on Liver Functions in Patients with Nonalcoholic Fatty Liver. *J Altern Complement Med* 2020, 26 (1), 51-57.
35. Wei, Y. N.; Li, N. F.; Cai, X. Y.; Lu, B. Y.; Huang, F.; Mo, S. F.; Zhang, H. C.; Wang, M. D.; Wu, F. S., Clinical application of fast-track surgery with Chinese medicine treatment in the devascularization operation for cirrhotic portal hypertension. *Chin J Integr Med* 2015, 21 (10), 784-90.
36. Qiu, W.; Chang, J.; Shen, S. E.; Shi, B.; Pan, X., Clinical observation on electroacupuncture treatment of 30 cases of chronic hepatitis B. *J Tradit Chin Med* 2007, 27 (2), 108-10.
37. Xing, F.; Tan, Y.; Yan, G. J.; Zhang, J. J.; Shi, Z. H.; Tan, S. Z.; Feng, N. P.; Liu, C. H., Effects of Chinese herbal cataplasm Xiaozhang Tie on cirrhotic ascites. *J Ethnopharmacol* 2012, 139 (2), 343-9.

台灣慢性疾病中醫臨床診療指引

出版 中華民國中醫師公會全國聯合會
發行人 柯富揚
總編輯 賴榮年
執行編輯 林舜毅
編輯委員 林舜毅、李家瑜、武執中、陳安履、吳佩芸、林家琳、
王明仁、周暉哲、謝旭東

指導機關 衛生福利部中醫藥司
主辦機關 中華民國中醫師公會全國聯合會
合辦機關 中國醫藥大學中醫學院、中國醫藥大學附設醫院、台灣中醫家庭醫學醫學會、佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院、佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院、臺北市立聯合醫院中醫醫學部、臺北市立聯合醫院仁愛院區、台北市中醫師公會、桃園市中醫師公會、高雄市中醫師公會

印刷 米亞文化有限公司
初版一刷 2021年10月
ISBN 978-986-99432-1-5