臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區
中醫住院病例報告
主題：續發性巴金森氏症

報告醫師：瞿瑞瑩
指導醫師：劉佳祐

一、基本資料

病歷號碼：
姓名：李00
年齡： 57 歲
性別：女
職業：
婚姻：
居住地：
住院時間：104/12 月-105/2 月
問診時間：105/1 月
主治醫師：劉佳祐醫師

二、主訴

頭搖手抖、行走時步態不穩，希望能改善自主行走功能及吞嚥能力。

三、現病史

這位 57 歲的續發性巴金森氏症女性，目前因為四肢關節拘攣緊收，四肢末梢的肌肉張力大，影響自主行走功能及吞嚥能力，因此五年來接受中醫住院配合復健治療。目前頭部及雙手震顫，一日數次不自主抽動，情緒激動時尤甚，語謇，但較之前進步，飲流質食物容易嗆到。手腳肌肉力量有改善，但自行站立困難，需靠輔具站立行走。平時動則多汗，飲水量多。情緒抑鬱，眠差，定期服用安眠藥。夜臥偶咳嗽，痰少白稀。

四、過去病史

101 年 2 月突發左眼複視、左側肢體無力、肢體左傾失衡約 1 週，前往馬偕檢查，CSF 分析呈現正常，腦部 MRI 顯示 increase signal over post part of pons R/O glioma 後轉介台北榮總。
於北榮住院期間 (101 年 3 月起) 意識不清、四肢拘急無力、行走困難、吞嚥困難、平衡感缺乏、語言能力減退等症狀陸續產生。
101 年 3 月 5 號再進行 MRI 追蹤，發現 bilateral paramedian region of midbrain and bilateral dorsal halves of pons 有異常的訊號，懷疑是病毒或自體免疫導致中樞神經系統脫髓鞘。
一系列的檢驗檢查包括 TL-201 cancer work-up, autoimmune titer (Neuromylitis Optica), anti NMDAR Ab, anti GQ1bAb 都在正常範圍。
曾經接受過西醫治療藥物，包括 pulse therapy (101/3/19~3/23)，plasmapheresis (101/4/26~5/4)，IVIG (101/5/24~5/29)，雖意識漸恢復，但是活動功能無明顯改善。

病患仍複視、肢體無力、四肢拘攣、四肢僵硬。因此開始給予高劑量 Madopar 以緩解四肢僵硬。
101 年 6 月 Tc-99m Trodat scan 顯示 moderate dopaminergic neuron dysfunction in bilateral putamens。
102 年 3 月，該病患開始出現不自主運動症狀，包括頭搖、手抖、口頰運動障礙 (Orobucal dyskinesia)，於北榮住院期間逐漸地調降 Madopar 劑量 (daily 4PC)。

個人史
飲食：葷食。
喝酒史/抽煙史：無。
運動：復健 W1-W5 及每日自行站立訓練約 1 小時。

家族史
無特殊遺傳疾病或慢性病等狀況。

婦科胎產史
G2P2A0，初經不詳，約 50 歲停經，無異常分泌物。

旅遊史
無。

五、中醫四診

望診
神色：雙目有神、偶情緒悲傷
型態：步態稍緩、下肢稍瘦弱
體格：中等(身高：157cm/體重：59kg)
面色：兩顴泛紅
指甲：無異狀
皮膚：手掌濕疹
毛髮：無異狀
口唇：紅

望診-舌診
舌色：舌淡紅，舌胖大
舌苔：薄白中黃
舌下絡脈：正常無瘀象
舌頭動態：不靈活

聞診

臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區
中醫住院病例報告
主題：續發性巴金森氏症

語音：語言表達不利
氣味：無特殊氣味

問診-全身
全身：易倦怠，時有燥熱感、動則汗出
情志：情緒平穩，偶悲傷
睡眠：需服用鎮靜藥物才可入睡
頭項：長期低頭
胸部：痰少（質稀、色白）
腹部：納可，二便平
腰背：腰痠，自行熱敷後緩解
四肢：拘急、震顫(resting)，四末涼
生殖：G2P2A0，50 歲停經

問診-睡眠
需服用鎮靜藥物 Rivotril 才可入睡
Ativan 0.5mg 1 tab. HS

問診-二便
大便：1 日 1 行；量可、色：金黃、質：軟，成形
小便：量可、色可、質可

切診-脈診
脈沉弦

LQQOPERA
Location：雙手臂內側手掌，雙側下肢，屈肌尤甚
Quality：拘攣僵直
Quantity：24hrs
Onset mode：101/2/10 至今
Precipitating factors：腦幹損傷
Exaggerating / exacerbating factors：無
Relieving factors：針灸
Accompany：頭部雙手震顫抽動、語謇、失眠、多汗

六、理學檢查
Vital signs：BP:105/54mmHg，PR:87/min，RR:17/min，BT:36.5℃
Consciousness：clear
Head：normocephalic

臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區
中醫住院病例報告
主題：續發性巴金森氏症

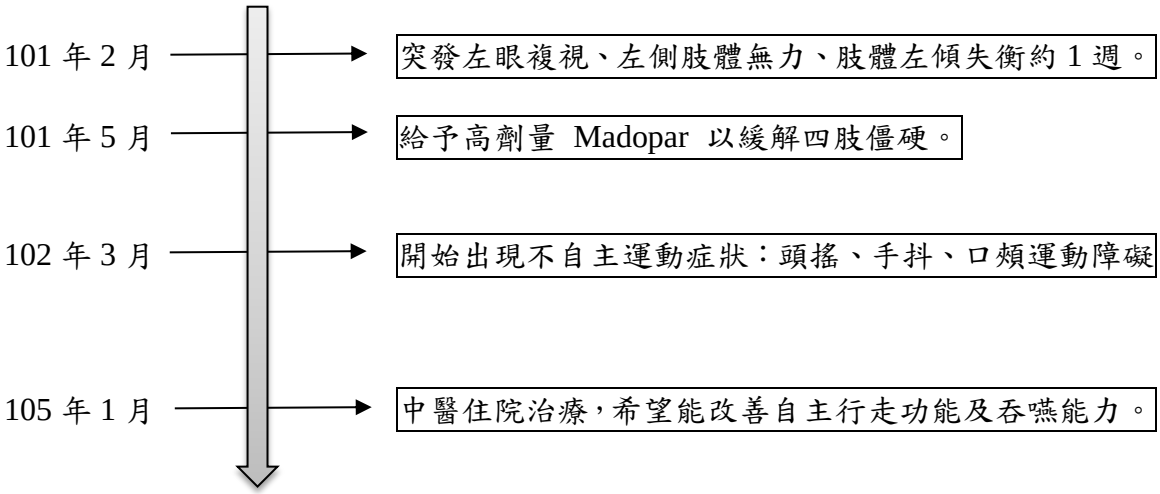
Eye：impaired gazing laterally and also vertically
Neck：soft, weak and not enough to support the head
Chest：Heart: regular rhythm without murmur, Lung: coarse breath sound
Abdomen：soft but full, tympanic at umbilical region
Extremity：wasting, no pitting edema
Muscle power: R't L't U/E 4, R't L't L/E 4
Others：speech：profound dysarthria

實驗室檢查
無。

影像暨特殊檢查
無。

七、整體回顧
患者為 57 歲女性。101 年 2 月突發左眼複視、肢體左傾，左下肢無力等，前往馬偕檢查，疑似橋腦 glioma，後轉介北榮症狀惡化轉變成四肢拘急無力，行走困難、吞嚥困難、平衡感缺乏，語言能力減退等症狀陸續產生。以續發巴金森氏症為診斷，接受治療，目前頭部及雙手震顫，不自主抽動，情緒激動時尤甚，語謇，自行站立困難，需靠輔具站立行走。平時動則多汗，飲水量多。情緒抑鬱，眠差，定期服用安眠藥。夜臥時偶咳嗽，痰少白稀。脈沉弦，舌色淡紅、舌體胖大，入住本院接受中醫及復健治療。

八、時序圖



臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區
中醫住院病例報告
主題：續發性巴金森氏症

九、中醫辨證

病因
不內外因(不明原因導致中樞神經系統脫髓鞘)

病位
腦、脊髓

病性
主證：
頭部及雙手震顫，一日數次不自主抽動，情緒激動時尤甚，語謇，飲流質食物容易嗆到。舌淡紅，舌胖大，苔薄白中黃，舌頭動態不靈活。脈沉弦。

次證：
平時動則多汗，飲水量多。情緒抑鬱，眠差，定期服用安眠藥。夜臥偶咳嗽，痰少白稀。

病勢
患者為 57 歲女性，由於不明原因腦部受損，傷及督脈，導致四肢拘急無力，行走困難、吞嚥困難、平衡感缺乏等症狀。由於長期住院情緒壓力大，加上久病怪病必瘀，症見情緒抑鬱、眠差，且情緒激動時頭、手震顫明顯。氣滯血瘀，導致肌肉緊繃、拘攣不利。而後本患者腹滿身重，夜晚有譫語，手足冷，身熱、自汗出，證屬熱厥。

十、診斷
西醫病名：Secondary Parkinson' s disease
其他腦部病變
中醫證型：心神失養、經絡阻滯

十一、論治
治則
補益心神、疏經活絡

醫師處方分析

1. **科中**以**甘麥大棗湯**為主，處理情緒、精神、睡眠疾患，主證臟躁。
2. **水藥**以**甘麥大棗湯**加減**桂枝茯苓丸**，處理臟躁及久病血瘀的病理狀態，(葉天士及朱丹溪都提到久病必瘀)，患者病久入絡，在氣血津液方面都有損傷，特別是血的範疇。
3. **後續調養**以**白虎加參湯**為主，當作茶飲頻頻作服用意為**取其氣不取其味**，頓服是維持藥性持續，與一般溫服湯劑不同。小量頻服利於慢性病的防治，

利於機體功能調整，亦可長期服用。

醫師針灸處置分析

1. **針灸：華佗夾脊**（穴位國際代碼 EX-B2，屬於經外奇穴）、**後谿**（穴位國際代碼 SI. 3，屬於手太陽小腸經，八脈八法穴之一）**通督脈**
2. **淺刺筋膜減少張力**

處方分析

桂枝茯苓丸

桂枝茯苓丸，活血化瘀方，由桂枝、白芍、茯苓、桃仁、丹皮組成。
葉天士《臨證指南醫案》指出：「久病入絡…久病必瘀…」。因此使用桂枝茯苓丸，桃仁、丹皮組合，消散瘀血於有形或無形。桂枝、茯苓相配，調整由於血運行不利引起的水代謝障礙。桂枝、白芍、茯苓三者配伍，可加強水分的代謝功能。
故本方是「血不利則為水」的詮釋。

甘麥大棗湯

《金匱要略婦人雜病篇條文二十三》甘麥大棗湯：「婦人喜悲傷，欲哭，象如神靈所作，數欠伸。」
臟躁一般指精神方面的疾病，多因為憂思過度，心陰受損，肝氣失和所造成。呈現出精神恍惚、情緒不穩，悲哭、不能自主，呵欠頻。
故患者出現容易受到驚嚇、擔心害怕，失眠、幻視幻聽等症狀。
方中甘草甘緩和中；大棗甘溫益氣，兩藥甘平質潤性緩與小麥相伍，能補中益氣，調養心陰並可緩肝氣之急。

白虎加參湯

《宋本傷寒論 350 條》：「傷寒脈滑而厥者，裏有熱，白虎湯主之。」
《宋本傷寒論 222 條》：「渴欲飲水，無表證者，白虎加人參湯主之。」
「厥」的含意：逆，陰陽氣不相順接。
本患者腹滿身重，夜晚有譫語，手足冷，身熱、自汗出，符合白虎湯的證型。

十二、病例追蹤

1/11 處方

主證：頭晃動，面色紅，語言不利，口齒不清晰。腹脹，手腳稍冰冷，飲水多，味覺喪失，眠差。

- 處方：桂枝茯苓丸 合 甘麥大棗湯
  桂枝 3 錢　茯苓 3 錢　白芍藥 3 錢　牡丹皮 3 錢
  桃仁 2 錢　甘草 3 錢　浮小麥 3 錢　大棗 3 錢
  水煎藥 BID PO / day

- 針灸: 後谿&華佗夾脊

1/18 處方

主證：頭晃動，身熱，自汗出，口渴飲水多，情緒平穩，夜咳偶有，腹脹偶爾排氣，手腳稍微冰冷，手部近心端與遠心端（手腕附近）有溫度差

- 處方：白虎加參湯
  石膏 3 錢　知母 3 錢　甘草 3 錢　粳米 3 錢　黨參 2 錢
  水煎藥 BID PO /day，當茶飲頻頻作服
- 針灸: 後谿&華佗夾脊

住院治療經過

1. 首先是辨證由於久病必瘀、**怪病必瘀**，從人體氣血津液方面的**血**為主著手，用桂枝茯苓丸為主方再加上調整情緒的甘麥大棗湯。
2. 而後由於辨證屬於**熱厥**，口渴明顯，使用白虎湯加黨參。
3. 針灸處置以疏經活絡(華佗夾脊)為主，後谿通督脈，打通督脈以活化筋骨不利。

經過兩個月中藥水煎藥治療、台北榮總西藥，搭配針灸治療，以及照會西醫復健科做復健治療，頭部以及上肢震顫稍改善，下肢肌力改善明顯，患者已可在攙扶下爬樓梯，情緒及睡眠亦趨穩定。

十三、討論

厥證探討

手足厥冷，《素問》稱「寒厥」或「四厥」。
《宋本傷寒論 337 條》:「厥者，陰陽氣不相順接，便為厥，厥者，手足逆冷者是也。」
《傷寒論》的厥陰病，包含寒厥和熱厥。

手腳冰冷，就是厥證？

1. 從手肘以下、膝蓋以下都冰冰涼涼的，這種屬於**虛寒**。(ref.《中醫症狀臨床鑑別診斷大辭典》)
2. 臨床上另有一種是手腕腳踝以下是冰涼(手足厥冷)的，這個就不是單純的虛寒，而是分成**寒厥**跟**熱厥**。(ref.《黃帝內經・素問》)

厥的臨床解釋

身體肚臍以上屬陽，肚臍以下屬陰。
身體直立，雙手自然垂下於兩側，平肚臍橫切與手臂交叉線為陰陽之臨界線，前臂於此臨界線以上屬陽、以下屬陰，小腿相對比例的臨界線以上屬陽、以下屬陰。
厥陰病的人，在靠近手腕腳踝處會呈現出上溫下冷的溫度差別，而這個溫度差的腕踝線未必與肚臍橫切線水平（腕踝溫度差的線未必與陰陽臨界線重疊）寒、熱厥在治療後，腕踝溫度差線會越來越向手指腳指移動，最後整隻手腳就不會冰涼。

厥證用藥

寒厥（需祛寒）：用**當歸四逆湯**或**桂枝湯加附子**。

宋本傷寒論 351 條：「手足厥寒，脈細欲絕者，當歸四逆湯主之。」

宋本傷寒論 352 條：「若其人內有久寒者，宜當歸四逆，加吳茱萸，生薑湯。」

熱厥（需瀉熱）：用**白虎湯系列**。

宋本傷寒論 350 條：「傷寒脈滑而厥者，裏有熱，白虎湯主之。」

厥證臨床鑑別

寒厥，或是虛寒的患者一般民間常常稱呼為「冷底」。

熱厥患者手足冰冷很明顯（陰陽氣不相順接），常被誤為寒證而開溫熱藥。

門診可以觀察到：患者雖然手腳冰冷，但主訴惡熱不惡寒或尿味黃濁，大便臭黏，不惡風，不喜厚衣；觸診腹部臍中與小腹溫熱或頸部後上背處以手探之有濕汗，或手冷而掌中反有濕汗；或問吃補品（比如四物湯）後咽喉會不適感，幾乎都是屬於熱厥。

十四、參考文獻資料

1. 李培生主編(2007)・傷寒論（高研參）・台北：知音出版社。
2. 李克光主編(2012)・金匱要略（高研參）・台北：知音出版社。
3. 謝伯讓(2016)大腦簡史・台北：貓頭鷹出版社。
4. Lynn S. Bickley, Peter G. Szilagyi 2016・Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 12th Edition. Philadelphia:Wolters Kluwer.
5. Meireles, Joana, and João Massano. "Cognitive impairment and dementia in Parkinson’s disease: clinical features, diagnosis, and management." Cognitive impairment and dementia–an update (2012): 43.
6. Gollamudi, Seema, et al. "Concordant signaling pathways produced by pesticide exposure in mice correspond to pathways identified in human Parkinson's disease." PLoS One 7.5 (2012): e36191.