

# 中醫藥治療妥瑞氏症的臨床研究

～ 妥瑞氏症 1000 病例的中醫治療分析 ～

林寶華 / 林寶華中醫診所

<http://www.lph.com.tw>

(此文是遼寧中醫藥大學 2010 屆博士論文摘要和分析)

2011.02.

## 摘 要

### 目的：

為中醫藥能解除妥瑞氏症 (Tourette syndrome) 病人的痛苦，並希望能增強中醫藥續登國際醫學重要角色，乃本臨床研究之目的。我也希望解決許多學齡期病童，常須面對同學戲謔、衝突；若服西藥而精神昏沈、荒廢學業；更有少部份被迫休學，嚴重者摔撞自傷、狂叫終日的問題。

台灣新生報在 2010 年 2 月 3 日仍有一篇西藥治療妥瑞氏症很困難的報導<sup>(1)</sup>。一個臨床醫師建議「瞭解接受疾病比藥物治療更為重要」，透露著目前仍缺乏治病良藥，請家長、老師、親友、心理社工師一起幫忙，共同分擔照護病人責任的無奈。

古代各國常將妥瑞氏症誤為中邪、著魔、被下咒，現代家長仍會病急亂投藥、換名字、改風水；病情嚴重的孩子可能被父母打罵，被宗教儀式虐待，花大錢、傷身體。

妥瑞氏症是腦神經精神疾病，四千年前的《黃帝內經素問·至真要大論》認為“火邪引起神經精神疾病”。曾述「……諸熱瘡，皆屬於火；諸禁鼓慄，如喪神守，皆屬於火；諸逆沖上，皆屬於火；諸燥狂越，皆屬於火」<sup>(2)</sup>。三百年前的《醫宗金鑑》認為“心熱肝盛而觸驚受風”，曾描述「心藏神，心病故主驚也。

肝屬木，肝病故主風也。若心熱肝盛而觸驚受風，則風火相搏，必作驚風之症」<sup>(3)</sup>。

妥瑞氏症的症狀在三百年前的《醫宗金鑑·幼科雜病心法》就記載得很傳神：「驚風八候，搐、搦、掣、顫、反、引、竄、視。搐謂肘臂伸縮，搦謂十指開合，掣謂肩頭相撲，顫謂手足動搖，反謂身仰向後，引者手若開弓，竄則目直而似怒，視則睛露而不活。此候急驚、慢驚皆見之，虛實無所異焉，治者宜切記之。」

1885年，法國妥瑞醫生（Gilles de la Tourette）才提出八個不同於其他運動神經異常的病例報告，表示這種病症不同於尋常疾病，治療很困難，此後全世界稱為「妥瑞氏症候群（Tourette's syndrome）」<sup>(4)</sup>。

妥瑞氏症是治療困難，控制也困難的疾病；各國民間熱心人士，紛紛成立妥瑞氏症協會，支援醫學研究，輔導教育病人和家屬，幫助度過難關。例如美國、加拿大國、英國成立的妥瑞氏症協會都已有三十多年，台灣的妥瑞氏症協會是八年。

西醫內科藥物治療妥瑞氏症效果不穩定，就以常用的 Haloperidol 為例，少數病人從劑量 0.5mg 開始，初服有效，當減服或停藥則病情增加，幾年後，病人劑量已達“一次 5mg，早晚服用，每次 2 粒”，病情嚴重。神經外科以深層腦部刺激術（Deep Brain Stimulation, DBS）控制病情嚴重者；但仍有多達 30% 以上的妥瑞氏症病人在成年後未癒，少數病情嚴重者轉為長期精神病患。

## 方法：

### 1. 本臨床研究無對照組設計

通常，論文包括對照組設計，是一般國際論文模式，但醫界稱治不好的妥瑞氏症，在中藥臨床治療若要設計對照組，筆者認為窒礙難行，也不符病人權益，理由包括：

(1) 台灣的妥瑞氏症病人知道西藥無療效：台灣的人口只有二千三百萬，地小人

口密度高，但資訊傳播迅速；妥瑞氏症病人和家長都知道「沒有西藥可治療妥瑞氏症，即使控制病情也常有困難」。因此，本臨床研究的對照組若為西藥治療，西醫師不願配合，病人也不願意。

(2) 沒有妥瑞氏症病人願長天期服安慰劑：本臨床研究治療有效者，僅少部分在短天期有效或痊癒，大部分是中期、長期；欲由長期服用生藥飲片安慰劑做為對照組，也是不可行；不論哪種盲法，病人在短天期無療效，就不會再來診。

(3) 治療前後的生化檢查不能設計為對照組：目前妥瑞氏症病人血檢未發現異常，腦內多巴胺(Dopamine)傳導過度也非確論<sup>(4)</sup>。

## 2. 本臨床研究的主要方法

(1) 本臨床研究採中醫門診治療方式，樣本數 1000 病例，依序診療，不分組，無隨機，無盲法。

(2) 療效評估採國際公認的“耶魯抽動症整體嚴重程度量表 (Yale Global Tic Severity Scale, YGTSS)” 評分<sup>(14、15、16、33)</sup>，藉由一系列如數量、頻率、強度、複雜性和干擾性，以量化評估病人的抽動症狀。包含運動型抽動評分最高 25 分、發聲型抽動評分最高 25 分、整體損害病人社會困難程度評分最高 50 分，亦即最嚴重的妥瑞氏病情評分是 100 分。整體評分小於 25 分者屬輕度，25—50 分者屬中度，大於 50 分者屬重度。

(3) 本臨床研究不做實驗室研究。因為妥瑞氏症的實驗設計很困難，即使可以設計小動物的各種運動型抽動 (motor tics)，但是不能設計多變化的聲語型抽動 (vocal tics)，更難設計小動物的精神認知障礙。

(4) 本臨床研究的統計學方法採用 SPSS 統計包，計數資料用卡方檢驗，比較各組間的療效和不良反應差異。實驗中的所有假設檢驗的檢驗水準為 0.05。對脫落和失訪病例採用意向治療分析 (Intention to treat analysis; ITT)，以最大限度保留隨機化信息。

- (5) 本臨床研究的處理要素包括妥瑞氏病人的其他干擾變項，例如四季氣溫，和個人生活、情緒的干擾，以及先天疾病、併發症、偶發疾病等，醫生必須一併考量選藥、換藥和治療這些干擾變項。例如包括治療病人的運動型抽動、聲語型抽動，也須治療情緒精神認治障礙如幻覺、撞頭、咬舌、砸物、傷人；更須一併治療個人疾病如頭痛、鼻衄、鼻炎、口瘡、血銅離子偏高<sup>(5)</sup>、睡夢遊、睡尿床等。
- (6) 本臨床研究將療效追蹤期延長。目前一些中醫的臨床研究報告自稱有療效者常遭受批評，理由之一是仍依一般研究設計常規為三個月評估，這種妥瑞氏症的短期療效統計數值常不受專家肯定，其演繹、論述也缺乏意義。

#### 結果：

本臨床病例採自 2004 年 8 月至 2009 年 12 月 31 日，在妥瑞氏症門診人數依序前 1000 人，其中男性 829 人，女性 171 人。

在中藥治療的過程，病人已長期服精神科西藥且劑量較重者應避免突然停用西藥，以免損害健康。病人若以「階梯式遞減」方式戒停西藥者較具安全性。當病人在治療初期能安全地停用西藥雖然其症狀未減，這已顯示中藥有療效。

中醫學者對妥瑞氏症的辨證是眾說紛紜<sup>(6-12)</sup>，筆者是分為肝陽上亢和陰虛風動兩型，但筆者認為治療病情嚴重的“肝陽上亢型”，常是接近「陽盛」、「陽越」、「熱毒內蘊」的治療方式。肝陽上亢型的主要方劑可用黃連解毒湯、建瓴湯等加減。陰虛風動型可採知柏地黃湯、建瓴湯加減；若病情兼臟躁症者宜加入甘麥大棗湯、半夏厚朴湯。在本臨床研究屬肝陽上亢型是 712 人，陰虛風動型是 288 人。

將 1000 病例排除併有舞蹈症、肝豆狀核變性、癲癇、腦腫瘤及其它錐體外系等中樞神經疾病患者 16 人；排除併有明顯強迫症、自閉症、憂鬱症等精神障礙者 36 人；剔除未服藥者 2 人（0.2%），服中藥不足 30 天有無療效皆歸為隨訪者有 391 人；剩餘參與療效分析之病人數為 555 人。臨床研究結果為：

1. 本臨床研究 555 人參與療效分析之性別分析：男性 474 人（85.4%），女性 81 人（14.6%）。
2. 本組病例以 100 天為一療程，最長治療 10 個療程。各療程間的療效無明顯差異，說明療效與療程無關。
3. 將病程在 20 年以內以 5 歲為一間隔進行分組，20 歲以上以 10 歲為一間隔進行分組，組間療效無顯著差異，說明療效與病程無關。
4. 本組以發病年齡在 7-12 岁为高发, 占 60.36%, 療效以 0-7 岁发病的患者組最好。
5. 本組病例經治療前後的 YGTSS 整體嚴重程度判斷評分，進行卡方檢驗，具有明顯的差異，說明中藥治療對抽動症有明顯的改善作用。
6. 本研究病例肝陽上亢型 411 例，陰虛風動型 144 例。中藥治療後肝陽上亢型改善率為 93.43%，陰虛風動型為 90.28%，兩組間沒有顯著差異，說明中藥對證治療是同樣可以改善妥瑞氏證的整體嚴重程度。
7. 妥瑞氏症抽動程度評估分為 7 種類型，中藥對這 7 種類型的療效有明顯的不同，主要效果依序為 (A) 對整體損害嚴重程度評判、(B) 運動型抽動頻率、(C) 運動型抽動對生活及行為、(D) 運動型抽動複雜性及 (E) 運動型抽動強度有很好的療效。
8. 本臨床研究以 YGTSS 評分為：
  - (1) 痊癒(減分率 $\geq$ 95%：14 人（2.5%）。
  - (2) 顯效(減分率 $\geq$ 66%, <95%)：331 人（59.7%）。
  - (3) 有效(減分率 $\geq$ 33%, <66%)：195 人（35.1%）。
  - (4) 無效(減分率<33%)：15 人（2.7%）。
  - (5) 總有效例(率)（完全緩解數+顯效數+有效數）：540 人（97.3%）。

## 結論：

本臨床研究得出以下結論：

1. 本臨床研究治療妥瑞氏症總有效率為 97.3%，說明中藥可以有效治療妥瑞氏症。
2. 中藥的療效與療程無關。
3. 中藥的療效與病程無關。對任何病程的患者都是有效的。
4. 中藥的治療，發病年齡越小，療效越好。
5. 中藥治療對抽動症有明顯的改善作用。
6. 中藥對兩證型均有良好的治療作用。
7. 中藥治療對整體損害嚴重程度評判、運動型抽動頻率、運動型抽動對生活及行為、運動型抽動複雜性及運動型抽動強度有很好的療效。

關鍵詞：抽動症、多發性抽動症、妥瑞症、*Tourette syndrome*。

\*\*\*\*\*

## 第四章 結果與分析

### 一、本臨床研究妥瑞氏症病例分析

1. 本臨床研究妥瑞氏症病例收集時間：自 2004 年 8 月至 2009 年 12 月 31 日，計 5 年 4 個月。
2. 本臨床研究妥瑞氏症門診人數依序前 1000 人，男性 829 人，女性 171 人。
3. 排除併發舞蹈症、肝豆狀核變性、癲癇肌陣攣、腦腫瘤及其它錐體外系等中樞神經疾病患者：16 人（1.6%）。
4. 排除併有明顯強迫症、自閉症、憂鬱症等精神障礙者：36 人（3.6%）。
5. (1) 剔除者：患者不接受治療，有 2 人（0.2%）。  
(2) 隨訪者：服中藥不足 30 天者皆列入隨訪，有無療效共 391 人（39.1%）。
6. 上列四項同時有兩項以上者，每人只列入一項。在前者優先。

7. 中醫證型分析屬肝陽上亢型是 712 人 (71.2%)，陰虛風動型是 288 人 (28.8%)。(表 4-1)
8. 依序前一千人中 19 歲以上者是 109 人 (10.9%)。(表 4-2)
9. 初發病年齡在 10 歲以下者是 870 人 (87%)。(表 4-3)
10. 初診時的病程在 3 年以下者是 622 人 (62.2%)。(表 4-4)
11. 本臨床研究參與療效分析之病人數：555 人 (表 4-5)。結果如下：

	1. 肝陽上亢	2. 陰虛風動	合計
男	598 (59.8%)	231 (23.1%)	829 (82.9%)
女	114 (11.4%)	57 (5.7%)	171 (17.1%)
合計	712 (71.2%)	288 (28.8%)	1000 (%)

初診年齡組	男	女	合計
0-6 歲 (幼稚園)	96	30	126 (12.6%)
7-12 歲 (小學)	487	97	584 (58.4%)
13-18 歲 (中學)	159	22	181 (18.1%)
19 歲以上 (成人)	87	22	109 (10.9%)
合計	829 (82.9%)	171 (17.1%)	1000 (100%)

初發病年齡	男	女	合計
0-2 歲	21	6	27 (2.7%)
3-4 歲	84	15	99 (9.9%)

5-6 歲	217	57	274 (27.4%)
7-8 歲	233	44	277 (27.7%)
9-10 歲	172	21	193 (19.3%)
11-12 歲	61	10	71 (7.1%)
13-14 歲	24	9	33 (3.3%)
15-16 歲	9	3	12 (1.2%)
17 歲以上	8	6	14 (1.4%)
合計	829 (82.9%)	171 (17.1%)	1000 (100%)

病程	男	女	合計
<1 年	170	58	228
1 年	108	25	133
2 年	135	19	154
3 年	86	21	107
4 年	77	10	87
5 年	60	8	68
6 年	53	5	58
7 年	23	3	26
8 年	16	3	19
9 年	14	1	15
10 年	8	4	12
11-15 年	32	4	36
16-20 年	21	4	25



21-30 年	20	5	25
31-40 年	3	1	4
44 年	1	0	1
50 年	1	0	1
63 年	1	0	1
合計	829	171	1000

	(1) 排除併舞蹈症、肝豆狀核變性、癲癇、腦瘤等。	(2) 排除併有明顯強迫症、自閉症、憂鬱症等精神障礙者。	(3) 剔除者	(4) 隨訪者（服藥不足 30 天者）。	(5) 本臨床研究參與療效分析之病人數。	(6) 合計
病例數	16	36	2	391	555	1,000
病例比率	1.6%	3.6%	0.2%	39.1%	55.5%	100%

## 二、本臨床研究妥瑞氏症療效分析

### 1. 總有效率

本臨床研究參與療效分析之性別分析：男性 474 人（85.4%），女性 81 人（14.6%）。總療效為 97.29%（表 4-6）。

療效等級	判定標準（減分率）	人數	比例（%）
痊愈	≥95%	14	2.52

顯效	$\geq 66\%$ , $< 95\%$	331	59.64
有效	$\geq 33\%$ , $< 66\%$	195	35.14
無效	$< 33\%$	15	2.70
合計	-	555	-
有效率			97.30

## 2. 療程與療效

本組病例以 100 天為一療程，最長治療 10 個療程。各療程間的療效無明顯差異（ $X^2 = 2.908, P > 0.05$ ）。說明療效與療程無關（表 4-7）。

療程(天)	痊癒	顯效	有效	無效	合計	有效率
<99	2	121	106	8	237	96.62%
<199	4	87	44	4	139	97.12%
<299	5	45	15	2	67	97.01%
<399	1	22	12	0	35	100.00%
<499	0	18	8	1	27	96.30%
<599	0	10	4	0	14	100.00%
<699	0	10	2	0	12	100.00%
<799	1	3	1	0	5	100.00%
<899	1	9	2	0	12	100.00%
<999	0	4	0	0	4	100.00%
<1099	0	0	1	0	1	100.00%
>1100	0	2	0	0	2	100.00%
合計	14	331	195	15	555	97.30%

## 3. 病程與療效

將病程在 20 年以內以 5 歲為一間隔進行分組，20 歲以上以 10 歲為一間隔進行分組，組間療效無顯著差異（ $X^2 = 2.674, P > 0.05$ ）。說明療效與病程無關（表 4-8）。

病程(年)	痊癒	顯效	有效	無效	合計	有效率
<1	6	79	38	2	125	98.40%
<=5	8	192	102	11	313	96.49%
<=10	0	39	29	2	70	97.14%
<=15	0	7	14	0	21	100.00%
<=20	0	7	7	0	14	100.00%
<=30	0	5	5	0	10	100.00%
>31	0	2	0	0	2	100.00%
合計	14	331	195	15	555	97.30%

#### 4. 發病年齡與療效

本組以發病年齡在 7-12 岁为高发, 占 60.36%, 其次是 13-18 歲, 占 18.02%。4 个年齡组的療效明显不同 ( $X^2 = 44.68, P < 0.001$ )。療效以 0-7 岁发病的患者組最好, 為 100%, 與 2-12 歲、13-18 歲組有明顯的區別 ( $X^2 = 0.078, P > 0.05$ ), 雖然大于 19 歲的有效率也在 100%, 但其发病患者数量较少, 仅为 9.55%。說明本病發病年齡越小, 療效越好 (表 4-9)。

初診年齡	痊癒	显效	有效	无效	合計	有效率
0-7 歲	1	51	15	0	67	100.00%
7-12 歲	13	207	103	12	335	96.42%
13-18 歲	0	49	48	3	100	97.00%
>19 歲	0	24	29	0	53	100.00%
合計	14	331	195	15	555	97.30%

#### 5. 藥物對抽動症的改善的影響

本組病例, 經治療前後的 YGTSS 整體嚴重程度判斷評分, 進行卡方檢驗, 具有明顯的差異 ( $X^2 = 903.339, P < 0.001$ )。說明中藥治療對抽動症有明顯的

改善作用（表 4-10）。

	輕度 (0-24 分)	中度 (25-50 分)	重度 (51-100 分)
治療前	0 (0%)	55 (9.91%)	500 (90.09%)
治療後	408 (73.51%)	134 (24.14%)	13 (2.34%)

## 6. 中醫辨證與療效

本組病例肝陽上亢型 411 例，陰虛風動型 144 例。兩組間的療效無顯著差異（ $X^2 = 1.276, P > 0.05$ ）（表 4-11）。中藥對兩證型均有良好的治療作用，中藥治療後 YGTSS 改善率達 92.61%，其中肝陽上亢型改善率為 93.43%，陰虛風動型為 90.28%，兩組間沒有顯著差異（ $X^2 = 1.123, P > 0.05$ ），說明中藥對證治療是同樣可以改善妥瑞氏證的整體嚴重程度（表 4-12）。

證型	痊愈	顯效	有效	無效	合計	有效率
肝陽上亢	10	240	148	13	411	96.84%
陰虛風動	4	91	47	2	144	98.61%
合計	14	331	195	15	555	97.30%

證型	有效	無效	合計	改善率
肝陽上亢	384	27	411	93.43%
陰虛風動	130	14	144	90.28%
合計	514	41	555	92.61%

## 7. 各種抽動類型的妥瑞氏病療效分析

妥瑞氏症抽動程度評估分為 7 種類型，中藥對這 7 種類型的療效有明顯的不同 ( $X^2 = 2539.279, P < 0.001$ )。主要效果依序為(1)對整體損害嚴重程度評判、(2)運動型抽動頻率、(3)運動型抽動對生活及行為、(4)運動型抽動複雜性及(5)運動型抽動強度有很好的療效(表 4-13)。

類型	>=95%	>=66%	>=33%	<33%	合計	有效率
運動型抽動數量	46	74	277	151	548	72.45%
運動型抽動頻率	46	41	418	11	516	97.87%
運動型抽動強度	46	41	417	44	548	91.97%
運動型抽動複雜性	45	35	425	43	548	92.15%
運動型抽動對生活及行為的影響程度	46	46	417	39	548	92.88%
發聲型抽動	173	64	33	107	377	71.62%
整體損害嚴重程度評判	267	214	63	11	555	98.02%

## 8. 不良反應評價和脫落情況

療效分析的 555 例妥瑞氏症病人，評價過程未發現不良反應和脫落病例。

\*\*\*\*\*

## 致 謝

謹以此論文獻給李政育教授。

在我 2004 年進入遼寧中醫藥大學碩士班前，我還沒注意到“妥瑞氏症”這種怪病，這年的年底，一個小孩來複診，憑著在李政育老師碩士班授課的心得，才知道這是妥瑞氏症，在幾年前我不能治療他的病；此後，又因李老師的多次臨床指導辨證處方，能夠有效地治療許多妥瑞氏症病人。當時台灣的報紙、電視陸續報導自 2002 年成立的台灣妥瑞氏症所舉辦的有關妥瑞病童活動，希望家長、老師、社會能關懷和包容這些孩子；因為目前此病用藥物治療、控制都有

困難。因此，我得以在媒體、網路廣泛搜集國際間的妥瑞氏症資訊，並將中醫治療心得寫成文章、應邀在中醫公會、中醫學會演講。非常意外地，在 2006 年 9 月 24 日台北市中醫師公會主辦的「2006 年中醫藥學術研討會」演講「妥瑞氏症 335 例之中醫診治心得」，因演講影片顯示的六個不同類型病人治療前和治療後明顯有效，當天有 3 家電視台即報導林寶華醫師治療妥瑞氏症有效；次日，有 7 家報紙更詳細地報導林寶華醫師治療妥瑞氏症有效。像這樣醒目地報導服西藥不可靠，而中藥能有效治病的例子很少。此後，我的看診更是小心，必須解決妥瑞病人的多種疾病，恢復其健康，不能出錯；因為台灣媒體不留情面一向是出名的，因此本臨床研究成功主要是李政育教授的功勞。

醫學技術不可能無師自通，在我進入中醫藥從業人員的歷程，最應感謝的是，幫我自 1979 年啟蒙、紮根傳統辨證論治法的卓播臣老師。卓醫師是五代中醫傳承，1939 年福建省金門縣出生、現居新北市永和區，曾任台灣省中醫師公會理事長。教導煎服水藥、丹膏丸散能治療眾多疾病，指導考得中醫師執照的學生數百人，也使我在現今西方醫學發達的年代，仍堅信中醫藥可以救治很多西藥難治的病人。

林昭庚教授是國際知名的中國醫藥大學教授，曾任兩屆全國中醫師公會理事長。著作書籍很多，針灸學造詣高深，1947 年出生，台灣彰化籍，現居台北市。教導學生很有耐心，我自 1983 年起因他指導，見識許多疾病，學習相同或不同疾病的差異，也學得提綱挈領的研究方法。

石岩副校長教授是我進入碩士班、博士班研究生最應感謝的指導老師，學養豐富，言簡意賅，在我學習過程的重要轉折處，常獲得許多修正和啟發。

一併要感謝指導我、協助我的教授很多，蔣永孝主任指導神經學基礎，江漢光主任指導精神科學、馬辛一主任指導神經性疾病、黃文盛主任指導核子醫學、葉啟斌主任指導兒童精神醫學、劉紀昌和黃碧松教授指導論文寫作、台中洪慧娟教授指導研究期刊。

當然也感謝母校前國際教育學院院長教授金明秀、研究生學院副院長教授

任路、附屬醫院副院長教授張蘭、和張明雪教授等，在百忙中修正論文。

最後，感謝我的太太和診所助理人員幫忙處理資料、電腦打字、論文校對等繁瑣工作。希望這篇論文對有意研究妥瑞氏症者有些幫忙，在未來能更有效率地解決妥瑞氏症病人的困難。