

# 中醫治療妥瑞氏症腦神經精神障礙

林寶華/台灣新北市林寶華中醫診所院長

(2013. 03. 23 新北市中醫師公會主辦

「第 83 屆國醫節暨 2013 國際中醫藥臨床學術大會・兩岸中醫名家專題演講」文稿)

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

## 一、古今中外都有妥瑞氏症病人

- (一)「著猴症」，這是台灣民間閩南話的稱呼；現代稱做抽動症 (Tic disorder) 或妥瑞氏症候群 (Tourette's syndrome)；大陸稱「多發性抽動症」，或「抽動穢語綜合症」。
- (二)怪動作頻繁，怪聲音擾人，這不是小孩頑皮，病人是痛苦的；世界各國、各色人種、寒溫熱帶地區都有小孩罹患妥瑞氏症。這病是腦部的功能障礙，患者初發病大多數是在幼兒期、學齡期，常會因同學戲謔，引發衝突，而同儕相處困難；若服西藥而精神昏沈，可能會荒廢學業，少部份被迫休學，嚴重者摔撞自傷、狂叫終日，穢語不斷。
- (三)妥瑞氏症的發生率，醫學專家學者的看法不一致；抽動症發生率從 0.04%、0.5%、3%、12%等；抽動穢語的發病率較低，約為 0.07%。
- (四)妥瑞氏症的男女性發病之比約為 3：1 到 4：1，年齡以 5-13 歲占多數，90%發病在 10 歲以前，病程長短不一。如長期持續，可成為慢性神經、精神障礙。

## 二、妥瑞氏症狀

### 1.運動型抽動 (Motor tics)：

妥瑞氏症病人的神經動作障礙，為無意義的單一種症狀或併發數種症狀，常見症狀如「頻眨眼、皺額、咬唇、露齒、縮鼻、搖頭、點頭、甩頭、晃頭、快速將手指插入鼻孔、聳肩、反覆咳聲、清嗓聲、打嗝、手抖、腳抖、足軟走路如欲傾倒、挺腹吸氣、扭腹」等。

### 2.情緒精神和認知障礙：

病人有「認知功能的缺失」，依據神經影像學研究，可能是額葉和基底核的聯繫出現問題，導致無意義的單一種症狀或併發數種症狀，如「翻白眼、怪相、吐舌、咬舌、吐痰、噴口水、地上翻滾、撞頭、打頭、敲桌子、自傷、傷人、砸物、咬衣服、手摸物品再快速近鼻聞嗅之、…」

### 3.穢語、聲語症 (Vocal tics)：

狂叫、狗吠聲、鳥叫聲、鴨叫聲、單字、詞等。

### 4.反社會心態：

妥瑞氏症病人可有嚴重的反社會心態或行為，如「暴躁易怒、躁動、頂嘴、謾罵」等。

### 5.病人在社會的生活困難程度增加：

病人因承受抽動症狀造成的各種壓力，所導致的整體障礙程度，包括病人在自尊心、家庭生活、社會關係，及在學校或工作等方面出現的生活困難程度會增加。

#### 6. 妥瑞氏症病人可有併發症：

(1) 妥瑞氏症病人若併有他症，常使病情更加嚴重複雜。例如合併強迫症、自閉症、憂鬱症、威爾森氏症（肝病和腦病）等。

(2) 妥瑞氏症也常有注意力不集中、躁動不安、鼻炎、口腔黏膜潰破、幻覺、睡夢遊、頻尿、尿床、頸椎滑脫移位、傷害自己、反社會行為等病狀。

#### 7. 專家說明妥瑞氏症狀複雜：

美國耶魯大學（Yale University）兒童研究中心 JF Leckman 和 DJ Cohen 教授曾撰文指出，目前用來診斷妥瑞氏症的條件是歷經時間和研究的產物，但卻常無法涵蓋病症的全貌。原因之一，是妥瑞氏症之嚴重性和機能障礙，可以從微乎其微，到幾近失能的超大範圍；原因之二，是與妥瑞氏症並存，或衍生出來的其他精神行為異常。

#### 8. 中醫典籍早有妥瑞氏症：

三百年前中醫《醫宗金鑑·幼科雜病心法》已有妥瑞氏症狀的清晰描述：「驚風八候，搖、搦、掣、顫、反、引、竄、視。搖謂肘臂伸縮，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。」

### 三、中醫論妥瑞氏症病因

#### (一) 腦主神明

（摘自中國中醫科學院陳士奎教授撰「關於心主神明與腦主神明的討論」）

##### (1) “神”是腦的功能表現：

《素問·八正神明論篇》曰：“請言神，神乎神，耳不聞，目明心開而志先，慧然獨悟，口弗能言，俱視獨見，適若昏，昭然獨明，若風吹雲，故曰神。”；“神”是指人的精神、意識、思維、智慧、知覺、情志、心理、行為、運動等生命活動及其表現。

##### (2) 腦位於頭顱之中：

《靈樞·海論》載“腦為髓之海，其輸上在於其蓋，下在風府。”

##### (3) 腦的生成與發育：

《靈樞·經脈》曰：“人始生，先成精，精成而腦髓生”；《靈樞·五癰津液別》曰：“五穀之津液和合而為膏者，內滲於骨空，補益腦髓，而下流于陰股。”《靈樞·大惑論》曰：“五藏六府之精氣，皆上注於目而為之精。…裹擷筋骨血氣之精而與脈並為系，上屬於腦，後出於項中。”

##### (4) 腦與視覺、行為、語言、精神等有關：

《素問·脈要精微論》曰：“頭者，精明之府”；“夫精明者，所以視萬物，別黑白，審長短。…衣被不斂，言語善惡，不避親疎者，此神明之亂也。…頭者，精明之府，頭傾視深，精神將奪矣。”

由上文意旨可知，數千年前中醫《內經》已知，人的視覺、精神、語言、行為等與腦功

能密切相關。

## (二)內因外因不內外因致腦病

### 1.火邪引起神經精神疾病：

黃帝內經素問至真要大論第七十四，帝曰：「願聞病機何如？」岐伯曰：「……諸熱瞀瘖，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。」

### 2.心熱肝盛而觸驚受風：

醫宗金鑑描述「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。」

### 3.諸風掉眩，皆屬於肝：

妥瑞氏症候群大約介於中醫二千年前所描述的驚風、肝風與癇證症狀，且與癲、狂、癩部分症狀類似。抽動屬風，多因七情失調，飲食不節，或先天因素而造成氣機逆亂，痰濁阻滯，肝風夾痰，筋脈失展所致。古籍素問有「諸風掉眩，皆屬於肝」之訓，中醫常將此病機歸類為「肝風」範疇，都是屬於腦部的疾病<sup>(2)</sup>。

### 4.氣滯風邪痰飲和先天因素：

近代中國中醫學者將妥瑞氏症候群的病因歸納為，

- (1)氣滯：幼兒性情固執，以致木失條達，氣機不暢，鬱結不展，久而化火生風，出現肢體抽動。
- (2)風邪：五志化火或六淫引發以致風陽暴張，出現不自主動作，頻繁有力。或抽動日久，陰血內耗，水不涵木，致陰虛風動，筋脈攣急。
- (3)痰飲：素體較胖或喜食肥甘而生痰，痰火上擾，矇蔽清竅故出現肢體搖動。
- (4)先天因素：懷孕期間母受驚恐或情志失調，或因產傷導致胎兒受傷。

### 5.火旺陰虛：

部分學者認為本病是由於肝、心、腎三臟功能失調，常表現為火旺陰虛<sup>(3)</sup>。風、火、痰、濕聚於體內雜合為病，其特點是病情複雜，往往是三臟合病，虛實並見，且證候時輕時重，變化多端。在治療上以清肝瀉火、熄風鎮驚、清火滌痰、平肝安神來治療本病。

## 四、西醫論妥瑞氏症病因

### (一)遺傳因素

- 1.在雙胞胎不管是哪種抽動，其發病的一致率在單卵性為 77%，雙卵性為 23%；抽動穢語症則分別為 53%和 8%。
- 2.抽動障礙患者的一、二級親屬中患有抽動症、抽動穢語症，以及其他精神疾病者亦較正常人多見。
- 3.依據美國妥瑞氏症協會（Tourette Syndrome Association, TSA）的歸納整理，遺傳可能是由帶有此基因的雙親（父親、母親或雙親都有）傳遞至後代子孫（也許是男性，亦可能是女性），且表現的方式及程度在不同代間會有不同的差異。

4.如果父親或母親其中一人是妥瑞氏症基因的帶原者，則約有 50% 機會生出的小孩也有 tic。重要的是，並不是擁有妥瑞氏症候群基因的小孩都會顯現妥瑞氏症候。

## (二)神經生化因素

- 1.部分學者認為本症是由於紋狀體多巴胺（Dopamine）活動過度或是突觸後多巴胺受體超敏所致。
- 2.有學者認為抽動障礙與去甲腎上腺素(NE)及 5-羟色胺(5-HT)功能失調有關。
- 3.由於腦內 r-氨基丁酸(GABA)的抑制功能降低，以致發生抽動。
- 4.近年來對內啡肽的研究表明，中樞神經系統 Dopamine、5-HT 以及 GABA 等多種神經體質的失調，可能是繼發于內源性鴉片系統功能障礙，故認為內啡肽在妥瑞氏症發病機制中具有重要影響。
- 5.抽動穢語症的發病與基底神經節和邊緣系統特殊部位的異常發育有關，這些異常發育均在性激素的控制之下，並間接地受興奮性氨基酸(EAA)神經遞質的影響。由於患者的基因缺陷影響著與生殖行為有關的促進基本運動、聲音、情緒的基底神經節和邊緣系統某些部位的發育過程，在腦發育早期，EAA 間接影響性激素，造成上述部位的神經元數目的不適當增加及神經元突觸的過度衍生，從而使患者在幼兒期產生多發性抽動及穢語症狀。
- 6.在正電子發射掃描(PET)顯示抽動穢語症病人基底節葡萄糖利用率平均高出對照水平的 16%以上，提示患者還可能存有基底節部位代謝亢進。

## (三)心理社會因素

- 1.兒童受到精神創傷、過度緊張等影響，可能誘發或加重抽動症狀。
- 2.母孕期遭受某些刺激事件、妊娠頭 3 個月反應嚴重也可能是導致子代發生抽動症的危險因素。

(四)器質性因素：抽動障礙可能因孕婦生產時的損害，例如產傷、窒息等有關。

## (五)神經傳導障礙：

現代醫學認為妥瑞氏症的中樞神經傳導物質出現障礙，主要是多巴胺和血清素的代謝異常；影響神經傳導的物質包括

- (1)乙醯膽鹼：acetylcholine（由小型紋狀細胞分泌）。
- (2)多巴胺：dopamine（由黑質細胞合成）。
- (3)GABA：r-aminobutyric acid（由紋狀體和蒼白球合成）。
- (4)serotonin(血清素)。
- (5)glutamate（麩胺酸）。

神經傳導物質可能影響的疾病和特徵，如下表：

四 - (五)表 神經傳導物質可能影響的疾病和特徵					
類別與作用	(1)乙醯膽鹼 acetylcholine	(2)多巴胺 dopamine	(3)r-氨基丁酸 r-aminobutyric acid、GABA	(4)血清素 Serotonin (5-HT).	(5)麩胺酸 glutamate
	興奮	抑制	抑制	快樂荷爾蒙	興奮

1.妥瑞氏症 (Tourette syndrome)		太多			
2.舞蹈症 (Huntington disease)	太少	太多	太少		
3.精神分裂症		太多			
4.巴金森氏症 (Parkinson)	太多	太少			
5.過動專注力差 (ADHD)		太少			
6.憂鬱症				○	

### (六)西醫期刊研究

#### 1.基底核和額葉皮質下之間的聯繫出現問題：

俄裔美籍腦神經科醫師 Elkhonon Goldberg 的著作「大腦總指揮」(洪蘭教授翻譯)，認為人腦的額葉範圍大，最晚演化而重要性高。由於額葉與大腦其他地方都有密切聯結，所以其他地方的病變(甚至皮質下的病變)會引起額葉功能的缺失，導致「額葉症候群」。

妥瑞氏症的病因是，額葉對尾狀核的控制力減弱，於是發作許多奇怪的行為，這些行為與額葉症候群十分相似。

#### 2.腦部額葉-紋狀體神經迴路(frontostriatal circuit,大腦額回環)在妥瑞氏症病人受到干擾：

**【大腦的表面凹凸不平，凸起的稱為腦回，凹下的依其深度稱為溝或裂】**

2007年美國 Marsh 等學者(Columbia University and the New York State Psychiatric Institute)提出論文：「A Developmental fMRI Study of Self-Regulatory Control in Tourette's Syndrome」，認為神經自我調節被干擾時，神經會藉由動作及發聲的方式，釋放這樣的干擾；結果這種釋放方式，成為妥瑞氏症症狀。所以改善妥瑞氏症就是要減少自我調節系統所受到的干擾。觀察功能性磁共振造影(functional magnetic resonance imaging, fMRI)腦中血氧濃度的變化，來代表神經活性的大小。但也發現，有些腦區是應該在行為測驗時減少活性的，卻在年紀大的情況下，無法減低活性。這論文的結論是：frontostriatal circuits 和自我調節有相關，這些神經路徑在妥瑞氏症病人卻受到干擾。

#### 3.妥瑞氏症是多巴胺功能不平衡所致，可能導因於多巴胺過多或過少：

2004年美國 Hershey 等學者(The Departments of Psychiatry, Neurology, Radiology, and Anatomy and Neurobiology, Washington University School of Medicine, and the Department of Psychology, Washington University, St. Louis, Missouri.)提出論文：「Cognitive-Pharmacologic Functional Magnetic Resonance Imaging in Tourette Syndrome: A Pilot Study.」，曾研究多巴胺的致效劑或拮抗劑對妥瑞氏症病人的影響。在妥瑞氏症病人做行為測試前先注射 L-dopa，並輔以 fMRI。發現有四個腦區域在行為測試時，會隨著給予的 L-dopa 劑量多少而有不同的效果。結論是：妥瑞氏症是多巴胺的不平衡所導致，而這種不平衡有可能是多巴胺

過多或過少，都能導致妥瑞氏症。

## 五、妥瑞氏症的西醫治療

(一)西醫內科藥物治療妥瑞氏症效果不穩定

- 1.理論上用於治療 Tic 症狀的藥物分為(1)抗血壓劑如 Clonidine(Catapres)。(2)三環抗憂鬱劑如 Tenwx、Desipramine、nortipylinee、imipramine、amitriptyline。(3)選擇性血清素再吸收抑制劑如 Luvox、Prozac。(4)抗精神藥物如 haloperidol(Haldol)、pimozide(Orap)、Risperidone。
- 2.臨床上，西醫治療單純性抽搐，苯二氮類藥物可能有效；對單純合併複雜的抽搐，可樂定(Clonidine)0.1-0.6mg/d 口服在某些病例中有效，可樂定長期使用不會引起遲發性動作困難綜合征，但會引起血壓過低的不良反應，使其應用受到限制。中效苯二氮類藥物（如勞拉西泮 0.5-2.5mg 口服，每日 3-4 次）也可作為輔助治療；對比較嚴重的病例可能需要應用抗精神病的藥物，例如氟派啶醇(Haloperidol)0.5-40mg/d 口服，或派迷清(Pimozide)1-10mg/d 口服，其不良反應如情緒煩躁、巴金森症候群、靜坐不能，致可能限制其臨床應用。

(二)西醫外科手術控制妥瑞氏症病情嚴重者

妥瑞氏症病人若扭傷頸椎神經，傷害椎間盤，須由神經外科治療；抽動嚴重的妥瑞氏症病人，神經外科採深層腦部刺激術（Deep Brain Stimulation，DBS）控制病情。

(三)多達 60%以上的妥瑞氏症病人在成年後未癒

妥瑞氏症包括動作 tics 和聲音 tics，多數 tic 於十歲左右達到巔峰，到十九、二十歲時減輕許多。根據西醫的統計，在 20 歲前有三分之一的病人完全擺脫 Tics，有三分之一病人的症狀會減輕，另三分之一的病人在成年後仍有症狀。

(四)病情嚴重的妥瑞氏症會轉為長期精神病患

妥瑞氏症病人所出現的運動型、發聲型抽動、精神認知障礙，病因都是腦神經功能障礙。腦部是人類管理軀體的指揮中樞，近百年來的西藥療效仍不穩定，部分病人有效，許多病人沒有療效，且病情嚴重的妥瑞氏症病人會轉為精神疾病。少數患者在服藥後的症狀未見減輕，稍有數日停藥則病情更為嚴重，於是病重則藥增、藥重而病更增，陷入惡性循環的窘境。

(五)西醫承認妥瑞氏症很難治療和控制：

西醫處理癌症、高血壓、糖尿病、巴金森氏症、…等難症，認為雖不能治癒，但可控制病情，減緩惡化。百年來卻稱妥瑞氏症沒有可靠療效，西藥控制症狀也不理想；病情嚴重者由神經外科採深層腦部刺激術（Deep Brain Stimulation，DBS）控制病情。

(六)社會關懷：

各國熱心人士成立妥瑞氏症協會，支援醫學研究，輔導協助病人和家屬。例如：

- (1)台灣妥瑞氏症協會，2002 年成立。
- (2)美國妥瑞氏症協會，1972 年成立。
- (3)加拿大妥瑞氏症協會，1976 年成立。

(4)英國妥瑞氏症協會，1980 年成立。

(5)澳洲妥瑞氏症協會，1989 年成立。

## 六、妥瑞氏症的中醫辨證

### (一)中醫專家辨證分型

- 1.妥瑞氏症在古代中醫是屬於「驚風症」、「瘧風」、「筋惕肉瞤」、「肝風」、「癱瘓」、「慢驚」的範疇。但是有些患者的病情卻比「急驚」症狀嚴重、時間比「慢驚」漫長。
- 2.在1996年，北京中醫藥大學附屬東直門醫院兒科劉弼臣、王俊宏、陳丹、王洪玲醫師表示：「中醫對本病的辨證分型尚無統一標準。我們將本病分為肝亢風動、痰火擾神、脾虛肝亢、陰虛風動四型。」
- 3.在1999年，孫怡、楊任民等學者編著之“實用中西醫結合神經病學”將妥瑞氏症分為肝氣鬱結、肝風內動、痰火擾神、陰虛風動四型。
- 4.汪受傳主編新世紀全國高等中醫藥院校規劃教材-中醫兒科學制定，將妥瑞氏症分為腎陰虧損、肝風內動兩型。

### (二)中西醫缺乏大規模妥瑞氏症病人長期療效評估論文

健保局中區分局曾委請名中醫師陳建仲、楊中賢、李育臣、張世良、張繼憲、陳憲法、鄧振華、廖月香、高田、蔡金川、楊士樑、鄭耀明等醫師，組成中醫證據醫學專案小組，蒐集分析大陸、台灣中醫治療妥瑞氏症的成效；在2006年發表「妥瑞氏症(Tourette's syndrome)中醫療法之探討」。曾述「…文獻中雖然記載中藥療效優於西藥且副作用低於西藥，但除個別文獻外，多數評定臨床療效的標準不客觀、觀察療效持續時間較短，因此尚難以評定中藥的確切療效。」

### (三)中醫治療妥瑞氏症的理論基礎

妥瑞氏症是腦神經、精神障礙疾病，傳統中醫歸為火邪、心熱肝盛致病，現代學者分析為肝風陽亢、腎陰虧損、痰火擾神等引起。因此治療此病，以清熱滋陰、鎮肝熄風為原則。

## 七、西醫將妥瑞氏症狀量化評估

### (一)耶魯綜合抽動嚴重程度量表結構

- 1.美國耶魯大學的 Yale Child Study Center 擬訂「耶魯綜合抽動嚴重程度量表」(Yale Global Tic Severity Scale, YGTSS,1992 版)，旨在通過一系列量綱（如數量、頻度、強度、複雜性、干擾），以評估抽動症狀整體的嚴重程度。
- 2.YGTSS 由三個部分組成，第一部分是關於運動抽動(Motor Tic)和發聲抽動(Phonic Tics、Vocal Tics)的問診條目 (checklist)，它包括了運動抽動和發聲抽動的主要累及部位和發

作方式，便於醫生以此為線索系統詢問和記錄抽動的形式和種類。

3. 此表是在數量 (NUMBER)、頻度 (FREQUENCY)、強度 (INTENSITY)、複雜性 (COMPLEXITY) 和干擾 (INTERFERENCE) 這五個嚴重度的抽動症狀嚴重程度的評定計分表，制定了各自的分級評分標準，分別依據病兒運動抽動和(或)發聲抽動有上述五個維度的嚴重程度作 0~5 六級評分；則運動抽動和發聲抽動分別的計分最高可達 25 分，二者相加所得的抽動總計分最高為 50 分，以反應運動和發聲抽動症狀本身的嚴重程度。

4. 第三部分是總體損害量表 (IMPAIRMENT)，也作 0~5 六級評分，總分也是 50 分，反映患者因承受抽動症狀造成的各種壓力導致的整體障礙程度，綜合病兒在自尊心、家庭生活、社會關係及在學校或工作中的表現等方面出現的與抽動伴隨的困難程度加以計分。(如下 SCORING 表)

七(一)4表 SCORING 摘自 Yale Global Tic Severity Scale (Yale Child Study Center -1992)						
	<i>Number</i> (0-5)	<i>Frequency</i> (0-5)	<i>Intensity</i> (0-5)	<i>Complexity</i> (0-5)	<i>Interference</i> (0-5)	<i>Total</i> (0-25)
<i>Motor Tic Severity</i>						(0-25)
<i>Vocal Tic Severity</i>						(0-25)
<i>Total Tic Severity Score = Motor Tic Severity + Vocal Tic Severity</i>						(0-50)
<i>Total Yale Global Tic Severity Scale Score (Total Tic Severity Score + Impairment)</i>						(0-100)

(請參閱附錄：林寶華醫師治療妥瑞氏症依 YGTSS 耶魯抽動症整體嚴重程度量表評分記錄)

## (二)耶魯抽動症整體嚴重程度 (YGTSS) 判斷和療效評定

1. YGTSS 整體嚴重程度判斷評分為三級：

(1)輕度：<25 分。(2)中度：25~50 分。(3)重度：>50 分。

2. YGTSS 療效評定：

臨床總療效按完全緩解、顯效、有效、無效四級評定。

療效減分率 =  $1 - (\text{療後評分} / \text{療前評分} \times 100\%)$ 。

(1)痊癒：完全緩解，症狀消失，減分率  $\geq 95.00\%$ 。

(2)顯效：症狀大部消失，減分率  $\geq 66\%, < 95\%$ 。

(3)有效：症狀減輕，減分率  $\geq 33\%, < 66\%$ 。

(4)無效：症狀無變化，減分率  $< 33\%$ 。

(5)總有效率：(完全緩解數+顯效數+有效數) \* 100%。

## (三)精神情緒認知障礙的傷害更大：



妥瑞氏症病人的總體損害量表(IMPAIRMENT)，大部分是屬於精神情緒認知障礙；從總體損害量表佔耶魯綜合抽動嚴重程度量表高達 50%，可瞭解精神情緒認知障礙對妥瑞氏症病人的傷害更大，也是病情嚴重者難以治療的重要原因。

## 八、中醫治療妥瑞氏症腦神經精神障礙

### (一)中醫治療妥瑞氏症腦神經功能障礙：

1.妥瑞氏症腦神經障礙者部分症狀呈現錐體外症候群。

2.錐體路徑與錐體外症候群介紹：（摘自馬偕醫院郭冠億藥師）

(1)錐體路徑（pyramidal tract）：是一種大腦皮質及脊髓間大量聚集之軸突集結，大部份由運動神經之軸突組成，是控制人體運動動作方面的一組神經系統，包括有基底核(basal ganglia)、視丘下核(subthalamic nucleus)、黑質體(substantia nigra)、紅核(red nucleus)和腦幹網狀系統(brain stem reticular formation)。

(2)錐體外症候群(Extrapyramidal symptoms, EPS)：是指一種控制運動之系統受到影響的一些症狀。外錐體是協助錐體(pyramid system)運作的副運動系統，當外錐體受到某些原因干擾導致無法正常發揮作用時，身體的動作就會不靈活，肢體也會僵硬。通常發生錐體外症候群的人不知道自己發生這些不正常運動現象，是由周遭的人從旁觀察才得知。例如因病服多巴胺拮抗劑藥物，副作用引起的典型症狀有下列三種：

(A)急性肌張力不全(Acute dystonia)：指肌肉持續性收縮造成姿勢僵硬的現象，通常局部發生在頸背部、四肢、眼部、喉部及舌頭的肌肉；比如眼球忽然上吊、歪斜，臉部突然扭曲歪嘴等。

(B)靜坐不能(Akathisia)：指末梢運動無法停止的症狀，如身體震動，走來走去不停下來等。

(C)巴金森氏症候群(parkinsonism)：指因服用藥物而造成類似巴金森氏症病人的症狀，身體僵硬、運動徐緩、顫抖等現象。

### (二)中醫治療妥瑞氏症精神認知情緒異常：

包括聲語穢語、專注力差、躁動不安、侵略性、自傷傷人、視幻覺、聽幻覺、睡夢遊、煩熱難眠、反社會行爲；兼有強迫症、自閉症、憂鬱症、威爾森氏症(肝病和腦病)等。

### (三)中醫治療妥瑞氏症個人併發症：

包括鼻炎、皮膚炎、頻尿、尿床、口腔黏膜潰破、頸椎滑脫移位等病狀。

## 九、林寶華醫師治療妥瑞氏症經驗

(一)2006年林寶華醫師發表中醫治療妥瑞氏症專書「天使的鬼臉--妥瑞氏症的中醫治療」：記載約二十例嚴重妥瑞氏症病人，患病數月或數年，服西藥控制數月或數年，或

休學或住院；經中醫治療後，病情大幅降低或痊癒；那些病人大多是曾經國內神經科醫師、精神科醫師治療或住院的病患。

(二) 2006年9月24日演講「妥瑞氏症 335 例之中醫診治心得」：有三個電視台在當天，七家報紙在次日報導林寶華醫師治療妥瑞氏症有效。

### (三) 林寶華醫師 2010 年遼寧中醫藥大學博士研究論文摘要：

中醫藥治療妥瑞氏症的臨床研究~妥瑞氏症 1,000 病例的中醫治療分析。

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，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 歲為高發，占 60.36%，療效以 0-7 歲發病的患者組最好。
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症的整體嚴重程度。
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爲、運動型抽動複雜性及運動型抽動強度有很好的療效。

表 4-3 1000 病例性別和初發病年齡分析

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%)

表 4-10 治療前後 YGTSS 整體嚴重程度判斷評分表

	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%)

## 十、林寶華醫師治療妥瑞氏症參考藥方

### (一)林寶華醫師臨床妥瑞氏症的主要證型

十(一)表 本臨床證型的治療法則、主要方劑、主要藥物組成					
主要證型	治療法則	主要方劑	主要藥物組成	兼臟躁者加藥	備註
肝陽上亢	清熱解毒、 鎮肝熄風。	黃連解毒湯、 建瓴湯加減。	黃芩、黃連、黃柏、梔子。懷牛 膝、山藥、生龍骨、生牡蠣、柏 子仁、代赭石、生地、赤芍、天 麻、全蠍、蜈蚣。	(1) 甘 麥 大 棗 湯。(生甘草、 浮小麥、紅棗) (2) 半 夏 厚 朴 湯。(薑半夏、 厚朴、茯苓、炒 蘇子)。	(1)依病情差異 加減。 (2)“梔子”可 不加入，少數病 人久服會臉變 青色，而血檢正 常。
陰虛風動	滋養肝陰、 潛鎮風陽。	知柏地黃湯、 建瓴湯加減。	知母、黃柏、地黃、山茱萸、白 茯苓、山藥、丹皮、澤瀉、生龍 骨、生牡蠣、代赭石、白芍、天 麻、全蠍、蜈蚣。		

### (二)妥瑞氏症病人證候的中醫處方參考

#### 1.肝陽上亢

主證：狂躁煩心，口燥咽乾，大熱錯語，鼻衄痤瘡。手足心熱、潮熱多汗、喜涼惡熱、急躁易怒。舌質紅，脈浮或浮弦有力。

治法：清熱解毒。

方藥：黃連解毒湯加減。

#### 2.腎陰虛虧

主證：腰膝痠軟、足軟無力、小便頻數或睡遺尿；自汗盜汗、頭暈身熱。尺脈虛大或兩尺脈旺。

治法：滋陰清熱。

方藥：知柏地黃湯加減。

#### 3.肝風內動

主證：「不自主動作」兼聲語症、幻覺、自傷、傷人者。

治法：重鎮熄風。

方藥：建瓴湯加減。

#### 4.氣虛血瘀

主證：「不自主動作」但臉色恍白、畏寒、喜溫者，或併有鎖骨下盜血綜合徵、毛毛樣腦病 (Moya Moya Disease)、肌萎縮症者。

治法：益氣活血法。

方藥：補陽還五湯加減。

#### 5.氣滯血瘀

主證：自傷、頸椎滑脫裂傷、手腳肌肉麻木者。

治法：活血化瘀。

方藥：乳沒四物湯加減。

#### 6.痰濕壅盛

主證：清喉音、咽中炙鬱如鼻炎者。

治法：燥濕化痰。

方藥：溫膽湯加減。

#### 7.氣虛痰結

主證：七情鬱氣，凝滯阻塞。失志憂鬱，心神躁擾不寧。病有喜悲傷欲哭，是神不能主情；象如神靈所憑，是心不能神明，即今之失志癲狂病也。

治法：補脾益氣散痰結。

方藥：半夏厚朴湯、甘麥大棗湯加減。

### (三)妥瑞氏症治療的個別差異選藥

- 1、治療腦部神經病變如驚癇、抽搐、震顫或眩暈等疾病，常選擇天麻、全蠍、蜈蚣、白僵蠶、鬱金、元胡、鉤藤、菖蒲、遠志等。
- 2、因抽動受傷者選擇乳香、沒藥、桃仁、紅花、地龍、丹參等。
- 3、痰多者加薑半夏、陳皮、生薑、膽南星、白朮、茯苓、萊菔子、紫蘇子、白芥子等。
- 4、腹部緊張、頸項僵硬、肌肉收縮者可加芍藥。
- 5、鼻炎或鼻聲症狀者加白芷、辛夷、蒼耳子等。
- 6、症狀減輕後，如果出現正虛的徵象，應改以扶正為主，兼以祛邪。
- 7、診察病人證候，常注意促進胃腸吸收功能、補氣血虛的藥物。

### (四)中醫治療妥瑞氏症的注意事項

#### 1.中醫須全方位治療妥瑞氏症和併發症

中醫治療妥瑞氏症病人的動作型抽動、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；也須一併治療個人疾病如頭痛、鼻衄、鼻炎、口瘡、血銅離子偏高、睡夢遊、睡尿床等。

#### 2.療效的追蹤時間要夠長

過去治療妥瑞氏症的臨床研究報告常被批評是短期抑制症狀，未包含許多病人又再發作的續病事實；致病人、專家不能信服其統計數值。

#### 3.臨床治療須兼具有效性和安全性

醫師治病，既求治療有效，更須要求藥物的安全性高；尤其是幼兒、兒童服藥更須注意。

#### 4.妥瑞氏症病人的生活起居飲食宜忌

建議病患飲食宜天然食物，例如新鮮的蛋、肉、魚、菜等。應避免油膩、刺激、興奮性食品，例如避免酒、咖啡、茶、可樂、胡椒、辣椒、麻辣鍋、熱性燉補食品、提神飲料；並建議病患多做陽光下會流汗的運動。

## 十一、妥瑞氏症可能與腦神經相關的症狀

十一 1 表

妥瑞氏症可能與腦神經相關的症狀

製表：中醫師林寶華

病因	性質	妥瑞氏症的相關症狀
I、嗅神經 (Olfactory Nerve)	感覺	鼻炎、反覆咳聲、清嗓聲、扭鼻、縮鼻、鼻吸聲、快速將手指插入鼻孔、嗅覺認知改變。
II、視神經 (Optic Nerve)	感覺	短暫視障礙、顏色錯誤。
III、動眼神經 (Oculomotor Nerve)	運動	頻眨眼、眼外飄、眼外上斜、眼球旋轉、眼震顫。眼向外斜視。
IV、滑車神經 (Trochlear Nerve)	運動	眼左右轉。眼短暫不能向外下看。
V、三叉神經 (Trigeminal Nerve)	混合	咬舌、咬唇、露齒、頰肌肉抽動。咀嚼肌障礙。
VI、外旋神經 (Abducens Nerve)	運動	翻白眼。內斜視。
VII、顏面神經 (Facial Nerve)	混合	皺額、臉頰肌肉抽動、鬼臉、努嘴。味覺障礙。
VIII、前庭耳蝸神經 (Vestibulocochlear Nerve)	感覺	短暫聽覺障礙、平衡障礙。眼球震顫、頭暈。足軟走路如欲傾倒。
IX、舌喉神經 (Glossopharyngeal Nerve)	混合	清喉音。控制吞嚥功能障礙。
X、迷走神經 (Vagus Nerve)	混合	腹部縮凸、扭腰。心跳較快、煩躁、構音障礙、吞嚥困難及噎咳、打嗝。
XI、脊髓副神經 (Spinal Accessory Nerve)	運動	扭頸筋、聳肩、搖頭、點頭、甩頭、晃頭。 斜方肌、胸鎖乳突肌痙攣。
XII、舌下神經 (Hypoglossal Nerve)	運動	吐舌、食物入口突然吐出。、吐痰、噴口水。

十一 2表	妥瑞氏症可能與額葉認知障礙相關的症狀	製表：中醫師林寶華
病因	妥瑞氏症的相關症狀	
額葉症候群 和認知障礙	地上翻滾、撞頭、打頭、敲桌子、自傷、傷人、砸物、咬衣服、手摸物品再快速近鼻聞嗅之、穢語、聲語症。暴躁易怒、躁動、頂嘴、謾罵。臂抽動、扭手、腳抽動、趾抽動。	

## 十二、中醫治療妥瑞氏症的常見問答

### (一)治療妥瑞症要避免含重金屬的中藥

重金屬中毒會引發腦中樞神經疾病，妥瑞症就是腦中樞神經疾病之一，因此中醫治療妥瑞氏症當然更要避免含有重金屬的中藥。

### (二)妥瑞症病童服中藥不傷害肝腎且發育正常

妥瑞症病人常在三個月、半年或一年後做血液檢查，其肝腎功能、血檢資料皆無異常；長期服中藥也使病童發育正常，學童之身高仍正常增加，每年增高約 5cm。

### (三)病人誤解媒體報導而害怕服中藥

台灣的電視和報紙常報導少部分中藥加入傷肝腎的西藥，少數中藥有殘餘農藥或含過多重金屬；久而久之，使病人害怕服中藥。

### (四)父母的態度影響病人的治療能否成功

- 1.父母常依自己對中藥的信任感，決定其小孩病人是否接受中醫治療；常見的情況是：
  - (1)部分家長採信「病童長大後，妥瑞氏症自然會痊癒」的說法；
  - (2)相信西藥可控制病情；
  - (3)經中醫診治後，妥瑞病童拒服中藥，家長就屈服不勉強。
- 2.成年病人若未獲父母支援和督促，也常會自行中斷治療；常見的情況是：
  - (1)妥瑞成年人已習慣其病症，不願服中藥；少數願服者常是父母或配偶要求才來門診；
  - (2)病情很嚴重的妥瑞成年人，若已干擾其情緒精神狀態，即使家人百般苦勸，仍會拒服苦味中藥。

## 十三、林寶華醫師治療妥瑞氏症依 YGTSS 耶魯抽動症整體嚴重程度量表評分記錄

林寶華醫師治療妥瑞氏症依 YGTSS 耶魯抽動症整體嚴重程度量表評分記錄 - 2010 年編	
A.本診所妥瑞病例編號：	B.性別（男 1、女 2）： C.初診年齡（初診年 — 出生年）： 歲
D.治療前評分(初診)日期： 年 月 日	E.治療後評分(最後診次)日期： 年 月 日
F.病程史（初診年月 — 初發作年月）： 年 月.	
G.觀察期（最後診日 — 初診日）： 年 月.	
H.治療日數（統計初診至最後診次前 1 日之取服中藥日數）： 日.	
I.服中藥併服西藥日數： 日	

1、 運動 型抽 動	<b>1.1 數量</b>	無抽動： 0分	單一抽動： 1分	不同形式抽 動2~5種： 2分	不同形式抽 動>5種： 3分	多種抽動件 1種系列抽 動：4分	多種抽動件 2種或更多 系列抽動：5 分	評分 小計
	1.1.1 治療前 評分							
	1.1.2 治療後 評分							
	<b>1.2 頻率</b>	無抽動： 0分	極少發生(不 是每天發 生)：1分	偶爾發生但 不持續： 2分	頻繁(每天發 生,但可有< 3小時停歇： 3分	經常(醒後每 小時都發 生)：4分	持續性(間歇 不超過5~10 分鐘)：5分	
	1.2.1 治療前 評分							
	1.2.2 治療後 評分							
	<b>1.3 強度</b>	無抽動：0分	不易覺察的 輕微抽動：1 分	比正常動作 稍強的抽 動：2分	比正常略強 但未超過正 常最大程 度：3分	強度明顯超 過正常行 為：4分	抽動極強,引 人注目甚至 自傷：5分	
	1.3.1 治療前 評分							
	1.3.2 治療 後評分							
	<b>1.4 複雜性</b>	無抽動：0分	可疑有抽 動：1分	輕度抽動：2 分	中度(動作複 雜或呈系列 抽動)：3分	十分複雜、極 易察覺：4分	長程的複雜 抽動：5分	
	1.4.1 治療前 評分							
	1.4.2 治療後 評分							
	<b>1.5 對生活及 行為的影響 程度</b>	無影響：0分	輕微但不影 響正常行 為：1分	偶爾打斷正 常活動：2分	經常打斷正 常活動或語 言：3分	頻繁打斷正 常行為、語言 和人際交 往：4分	嚴重影響行 為、語言和人 際交往：5分	
	1.5.1 治療 前評分							



	1.5.2 治療後評分							
2、發聲型抽動	2.1發聲級別	無發聲：0分	簡單發聲 (1)5分：輕咳、清嗓音、鼻吸氣、哼聲等。音量頻率屬輕微。	簡單發聲 (2)10分：口哨聲、動物或鳥鳴聲、咳聲。音量頻率屬中度。	複雜發聲 (1)15分：模仿語言、重複語言、聲語咳聲。音量頻率屬強度。	複雜發聲 (2)20分：穢語或類似音節、醉漢樣語言、突然口吃。	複雜發聲 (3)25分：犬吠聲、成系列的異常發聲抽動等。	
	2.1.1 治療前評分							
	2.1.2 治療後評分							
3、整體損害病人社會困難程度評判	3.1整體損害級別	無（0分）：無困難。	極輕度（10分）：有點困難。偶爾的忐忑不安、擔心未來、家庭緊張氣氛有所增加。	輕度（20分）：少量困難。煩躁、周圍人有時會用焦急的方式注視和談論其抽動。	中度（30分）：明顯困難。家庭週期性的苦惱和煩亂、經常被人嘲弄、影響學習。	重度（40分）：嚴重的困難。焦慮發作、家庭生活受干擾、迴避社交，不能正常學習。	極重度（50分）：極大困難。嚴重憂鬱症、家庭破裂、斷絕社交、生活受限、離開學校。	
	3.1.1 治療前評分							
	3.1.2 治療後評分							
4.治療前評分合計		-----	-----	-----	-----	-----	-----	
5.治療後評分合計		-----	-----	-----	-----	-----	-----	
6.療效減分率= 1 - (療後評分 / 療前評分 × 100%)		-----	-----	-----	-----	-----	-----	%

## 誌 謝

感謝李政育教授、林昭庚教授、石岩副校長、蔣永孝主任、江漢光主任、馬辛一主任、黃文盛主任、葉啓斌主任教導。（完稿 2013 年 3 月）

【資料】美國耶魯大學的 Yale Child Study Center 擬訂「耶魯綜合抽動嚴重程度量表」(Yale Global Tic Severity Scale, YGTSS, 1992 版) 請連結：

<http://dcf.psychiatry.yfl.edu/files/2011/06/TIC-YGTSS-Clinician.pdf>