

(2015.03.08 新北市中醫師公會主辦「慶祝第 85 屆國醫節暨 2015 中醫藥經驗臨床學術大會」主講「情緒性抽動肌張力異常的中醫療效病例」摘要…新北市政府)

情緒性抽動肌張力異常的中醫療效病例

~多巴胺亢奮的中醫辨證思維~

林寶華

新北市中醫師公會名譽理事長

中西結合神經醫學會常務監事

遼寧中醫藥大學內科博士

新北市林寶華中醫診所

摘要

腦神經精神障礙疾病常見的有單一發作的抽動症 (Tics, 含疑似妥瑞氏症 Tourette syndrome)、自閉症(Autism, Asperger syndrome)、強迫症 (Obsessive compulsive disorder, OCD)、注意力缺陷過動症(Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD), 重度病情者常合併多症, 或更兼有憂鬱症、肌張力異常、情緒心理障礙等, 治療較困難。

自 2004 年 8 月至 2014 年 12 月, 筆者曾診治抽動症 (Tics, 含疑似妥瑞氏症 Tourette syndrome) 超過一千六百人, 病人以實熱證型者最多, 虛熱證型者較少。筆者此病例屬併發心因性(情緒性)、抽動(Tics)、肌張力不全(dystonia)的重度病情。

Dystonia 屬於傳統中醫“痙”之範疇。此兒童兼有神經性和情緒性 Motor tics 和 Dystonia 的發作症狀, 曾在西醫醫院做血液檢查、多項檢查都正常, 未發現腦內有異常病灶; 僅心電圖異常、心瓣膜異常。

病人在四歲即發作抽動 Tics, 六歲起病情更嚴重, 經過台大醫院的門診、急診、多項檢查已一個月, 療效不明顯, 病人家長不耐, 即求診於耕莘醫院, 住院 8 天的療效也不明顯, 只好轉請本中醫診所治療。

此病人的病狀含括神經、精神、思維、聽覺、視覺, 則中醫診治可推測其病灶包括全腦的額葉、顳葉、頂葉、枕葉⁽¹⁾。

這小孩病人的證候很複雜, 中醫辨證屬寒熱夾雜、虛實兼見; 筆者視其各時期的病情虛實, 熱多寒少、熱寒各半、熱少寒多, 調整治療處方, 視其併發症, 增減藥物。治療初期, 因病人抽動 (Motor tics) 嚴重, 以清熱熄風藥偏多, 數個月後, 轉為補陽、益氣、活血藥偏多, 雖然病人的症狀很多且反覆發作, 醫生給清熱熄風、補陽虛藥也常反覆, 都能逐漸減輕發作之強度、頻率, 兒童的脾氣、課業也漸漸轉好⁽²⁾⁽³⁾。

自 2006 年 11 月初診, 106 公分, 18 公斤, 至 2009 年 10 月幾乎連續服藥 1,007 帖(天), 動作、情緒、幻覺情緒障礙已很少, 身心狀態頗佳; 病人停藥, 在一年九個月後再來複診, 有輕度抽動, 2011 年 6 月至 2012 年 2 月末次, 身高 133 公分, 斷續再服藥 175 帖,

治癒。

現代醫學腦神經傳導物質的量化檢查，瞭解腦內多巴胺的多寡，也有助於中醫辨證論治的思維⁽⁴⁾。

關鍵詞：Tourette syndrome、抽動症、Dystonia、肌張力異常、Psychogenic、心因性、Dopamine、多巴胺、癩。

前言

(一)《大腦總指揮》是俄裔美籍腦神經科醫師 Elkhonon Goldberg 的著作，由洪蘭教授翻譯，書中有三分之一的篇幅提及抽動(妥瑞氏)症⁽¹⁾：

(1)額葉範圍大，最晚演化，重要性高：額葉是神經系統中最晚演化完成的部分，只有人類的大腦發展出這麼大的額葉(大猿也有一些)；有趣的是，它也是最後一個被認為是重要的大腦部分。

(2)額葉症候群：由於額葉與大腦其他地方都有密切聯結，所以作者也讓我們看到其他地方的病變(甚至皮質下的病變)會引起額葉功能的缺失。因此，帕金森氏症(Parkinson's disease)、妥瑞氏症(Tourette's syndrome)、注意力缺失過動症(attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)、強迫症(obsessive-compulsive, OCD)、自閉症或慢性精神分裂症都可以透過額葉的功能來了解它們各自缺失的原因。

(二)腦神經精神障礙的診斷很困難，病人的腦神經障礙所表現出來的動作、聲音、精神症狀很複雜，即使是著名的大型醫院已做過必要的檢查，不同的醫師也可能在不同的時間對同一病人給予不同的病名。

本醫案就是一個例子，此患者被考慮的病名包括 Tics (Tourette syndrome、不自主動作、抽動症)、dystonia (肌張力不全)、Basal ganglia lesion. (基底節損害)、epilepsy (癲癇症)、Restless leg syndrome (不安腿症)、Psychogenic (心因性，精神性)、paroxysmal dyskinesia (陣發性運動困難)、ADHD (Attention defect hyperactivity disorder, 注意力缺陷過動症)。

(三)腦神經精神障礙的治療也很困難，此病例的病程與療程有，

(1) 2000年：出生，男。

(2) 2004年：4歲，幼稚園中班，初發作抽動 Tics。

(3) 2006年9月：耕莘醫院急診 Tics。

(4) 2006/10/02~11/06：臺大醫院門診、急診、多項檢查。

(5) 2006/11/07~11/15：耕莘醫院住院治療。

(6) 2006/11/22 中醫初診，106公分，18公斤~2009年10月，幾乎連續服藥1,007帖(天)；2011/06/07 再來診~2012年02月末次，身高133公分，斷續服藥175帖。在本中醫診所治療，治癒。

(7) 2006/12/04：三軍總醫院腦多巴胺檢查 CEREBRAL DAT SCAT-T > Tc-99m TRODAT-1 Image。

(四)此病人的病狀含括神經、精神、思維、聽覺、視覺，則中醫診治可推測其病灶包括全腦的額葉、顳葉、頂葉、枕葉⁽¹⁾。

鑑別診斷

一、妥瑞氏症⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

(1)妥瑞氏症(Tourette Syndrome)，中國大陸稱“多發性抽動症”、“抽動穢語綜合症”，台灣民間閩南話稱“著猴症”；古代中醫是屬於「驚風症」、「瘧風」、「筋惕肉瞤」的範疇。

(2)妥瑞氏症的表徵，包括動作抽動(Motor tics)、和聲語抽動(Vocal tics)；也常有異常的心理、情緒、性格和精神認知的改變。病狀常錯綜複雜、交叉出現。學者們認為病因包括基底核、腦部皮質、神經傳導物質異常等腦內生理結構性病變所引起，也被懷疑是個人的基因問題。

(3)妥瑞氏症病人的神經症狀，為無意義的單一種症狀或數種症狀併發，常見的症狀如「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、手抖、腳抖、足軟走路如欲傾倒、挺腹吸氣、扭腰。」

(4)妥瑞氏症病人出現的情緒和精神症狀，依據神經影像學研究，可能是基底核和額葉皮質下之間的聯繫出現問題，導致無意義的單一種症狀或數種症狀併發，如「翻白眼、怪相、吐舌、吐痰、噴口水、地上翻滾、撞頭、敲桌子、自傷、傷人、砸物、模仿、咬衣服、手摸物品再快速近鼻聞嗅之、穢語、聲語症(狂叫、狗吠聲、鳥叫聲、鴨叫聲、單字、詞)」等。

(5)嚴重的心理、情緒、精神狀態，如「暴躁易怒、躁動、頂嘴、謾罵」。

(6)妥瑞氏症患者若併有他症，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(銅離子升高)等。也常有躁動不安、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)「聲語症」(發聲抽動)是妥瑞氏症候群患者的特殊病狀。由患者口中發出的穢語、狗叫聲、鳥叫聲、鴨叫聲、豬吼聲和中文、英文的單字、詞等；都是病人曾經學過或聽過的，由潛意識叫出來；嚴重時每一或二秒即連續重覆，無意義的發出聲音。但是患者的思緒並未受到任何影響，當醫生問他問題後，患者能夠馬上回答，回答後仍繼續發出聲語。

(8)妥瑞氏症患者在初發作時的症狀各人不同。當症狀減輕或消失一段時間後，又突然發作原來症狀或是新的症狀，往往在病人和家長的意料之外。

(9)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⁽⁶⁾。

(10)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，搐、搦、掣、顛、反、引、竄、視。搐謂肘臂伸縮，搦謂十指開合，掣謂肩頭相撲，顛謂手足動搖，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。」⁽⁹⁾

二、肌張力不全⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

肌張力不全(Dystonia)是一種肌肉張力失調的神經系統疾病。在開始主動運動時，主動肌和拮抗肌同時發生持續性不自主收縮，呈現特殊的扭轉姿勢或體位。

當肌張力不全發生在下頷、舌頭、口部的肌肉，可引起言語、發音困難，吞嚥和咀嚼困難。

顯性遺傳型者，早期多表現為身體中軸肌肉的異常姿勢，特別是斜頸，會感覺頸部肌肉僵硬疼痛，有時會併發頭部顫抖；也有的以軀幹或骨盆肌的扭曲姿勢為主要特徵。

嚴重的痙攣性斜頸時，頭部會強力旋轉和傾斜；軀幹肌受累時，頸向後背，軀幹沿脊柱長軸扭轉。扭轉動作是由於主動肌和拮抗肌的持久而不平衡的收縮所致，久之可致肢體變形，嚴重地妨礙自主運動。

隱性遺傳型者，多以一側下肢的步態異常或手的姿勢異常為首發表現，走路時呈內翻足體位，書寫時有困難。

早期的異常體位或姿勢呈間歇性或陣發性，因自主動作而誘發，情緒激動或焦慮時加重，入睡後症狀消失。

隨著病情進展，異常姿勢頻繁出現，甚至持續發生而不緩解，入睡時也不消失。早期的局限性症狀逐漸發展至另一側，並成為包括軀幹和四肢的全身性肌張力不全。

有些病人只有在肢體進行某種工作或動作時才會發生肌張力異常，稱為“職業性痙攣”，例如“寫字痙攣症”“音樂家痙攣症”。

罹患本病時智力發育正常，無驚厥發作，無錐體束徵，無感覺障礙。

三、瘧⁽²⁾⁽¹⁸⁾

“醫宗金鑑”仲景傷寒論註“辨瘧濕喝病脈證并治全篇”記載：

(一)經云：諸瘧項強，皆屬於濕。又云：諸暴強直，皆屬於風。論曰：太陽病，發汗太多因成瘧。夫六氣皆足以致瘧，不專在濕也；六經皆有瘧證，亦不專在太陽一經也。

(1)蓋身以後，屬太陽，凡頭項強急，項背几几，脊強反張，腰似折，髀不可以曲，臑如結，皆太陽瘧也。

(2)身以前屬陽明，頭面動搖，口噤齒齧，缺盆紐痛，腳攣急，皆陽明瘧也。

(3)身之側屬少陽，口眼喎邪，手足牽引，兩脇拘急，半身不遂，皆少陽瘧也。

(4)至若腹內拘急，因吐利後而四肢攣急者，未嘗非太陰瘧也。

(5)惡寒踡臥，尻以代踵，脊以代頭，俯而不能仰者，未嘗非少陰瘧也。

(6)睪丸上升，宗筋下注，少腹裏急，陰中拘攣，膝脛拘急者，未嘗非厥陰瘧也。

大抵瘧以狀名，而瘧因筋急，故凡六經筋病，皆得以瘧稱之。

(二)

(1)其因於風寒者，必發熱惡寒而無汗，其脈浮緊，其狀身強直口噤，即經所

云：諸病強直，皆屬於風者也。其勢勁急，故名曰剛瘳。

(2)其因於風濕者，發熱汗出，不惡寒，其脈浮緩，其狀項強几几，而身不強直，即經所云：諸瘳項強，皆屬於濕者也。其勢濡弱，故名曰柔瘳。

(3)若夫因誤汗亡陽，津竭無以養筋而致瘳者，即本論所云：太陽病，發汗太多而成瘳，又非因濕因風，而卻因燥者也。

(三)蓋瘳之始，本非正病，多雜於他病之中，如婦人之脫血，跌撲之破傷，俱能致瘳。今見患此者，悉指為風，殊非確論。學者當於證中審察風、寒、濕、燥、內外、虛實之因，分別施治，庶不致誤，慎勿概指為風也。

.....(省略)

結論

本病例屬斷續發作的 Motor tics、Dystonia 和精神認知性障礙。筆者辨證為陽虛型之裏證，兼有風寒溼夾雜為病；依中醫傳統辨證論治法治療，有明顯療效。

討論

- 1、此病人的病狀複雜，頭痛、出汗、睜眼不閉、體位僵直、萎軟無力、不自主抽動、不自主重複詞句等；有神經障礙發作，也有情緒性發作。不同的病狀會同時出現，或連續性或不連續性出現；醫師診治需更費心思考。
- 2、「Motor tics」、「Tourette syndrome」或「Basal ganglia lesion」的治療，仍遵循中醫「太過則減損，不足則補益」的治則。筆者治療 Motor tics 的病人很多是實熱型，採用清熱熄風藥為主；但此病人的抽動頻率較慢、心臟器質性缺陷、體能稍差，因此採用清熱解毒藥的劑量較少。
- 3、Dystonia，類似中醫的「瘳症」。中醫認為「瘳症」大部分是風邪致病，少部分是內虛而致瘳；本案例可歸類為：因亡津（高熱或發汗太多引起）或心血虛而發病。此病人的肌張力不全，而血液電解質是正常，中醫辨證可視為體能不足，宜以溫熱補藥治之。
- 4、本兒童在初診 2006 年 11 月的身高 106 公分，體重 18 公斤；在 2009 年 9 月身高 121 公分，2011 年 6 月身高是 127 公分，2012 年 11 月高是 133 公分，發育良好，學業進步。

臨床體會⁽³⁾⁽¹⁶⁾

(一)腦神經精神障礙之中醫辨因：

為學習的條理性，傳統醫學和現代醫學也將腦神經精神醫學的病名分類；但罹患腦神經精神障礙的病人常併發多症，虛實夾雜、寒熱起伏、瘀滯閉鎖。

(二)腦神經精神障礙之中醫辨證類別：

腦神經精神障礙之辨證也可包括八綱辨證、臟腑辨證、氣血津液辨證、六經辨證、衛氣

營血辨證、三焦辨證等。

(三) 腦神經精神障礙與中醫病因的交集：

我們可以將虛、實、寒、熱、痰、濕、燥、風、…等證候，概括成廣義的造成腦神經傳導阻滯障礙；即，內因、外因、不內外因，各病因、證候都會造成神經傳導不正常。

致謝

感謝李政育教授、石岩副校長、林昭庚教授、蔣永孝教授、江漢光教授、馬辛一教授、黃文盛教授、葉啓斌教授指導。

補充：(1)本病例初稿：2007年12月，補稿：2009年12月，完稿：2015年01月。

(2)本病例曾刊載於2008年5月中西結合神經醫學雜誌第四卷第一期：

《Motor tics 併發 Dystonia 的兒童病例》

參考文獻

1. Elkhonon Goldberg,洪蘭譯.大腦總指揮.台北;遠流出版.2005:66,245-248,264.
2. 吳謙等.醫宗金鑑.台北.大中國圖書公司出版.1979：內科卷二：75 - 83.
3. 李政育.中醫腦神經治療學.台北.啓業書局.2001：27 - 49.
4. 林欣榮.鬱金香花開-巴金森的病與症.台北市,靜思文化志業.2005:88-105
5. 王輝雄,郭夢菲.又抖又叫鬥陣妥瑞氏症.台北.新迪文化有限公司.2001:7 - 20.
6. 王輝雄,郭夢菲.超越又抖又叫妥瑞症.台北;台灣妥瑞症協會,2007：13、17、25-34、209-214、221-231.
7. 孫怡,楊任民.實用中西醫結合神經病學.中國;人民衛生出版社,2000:80,559-567,99-100,447-451,531-535,511-520,559-566.
8. 林寶華,天使的鬼臉.台北.書泉出版社.2006.
9. 吳謙等（清朝乾隆，1742年）.醫宗金鑑內科幼科雜病心法.台北;大中國圖書公司,1979:驚風門 20-25.
10. 羅忠愷,陳榮基.神經診斷學.台北;護望出版,2001:309,315,441,454.
11. 沈淵瑤.認識小兒神經系統疾病.台北;華成圖書出版,2002:175.
12. Tamara Hershey, Kevin J. Black, Johanna M. Hartlein, Deanna M. Barch, Todd S. Braver, Juanita L. Carl, and Joel S. Perlmutter. Cognitive-Pharmacologic FunctionalMagnetic Resonance Imaging in Tourette Syndrome: A Pilot Study. BIOL PSYCHIATRY 2004;55:916 - 925.
13. Kenneth W. Lindsay PhD FRCS Ian Bone MRCP (UK) FRCP (G),張寓智譯.圖解神經醫學及神經外科學.台北;合記圖書出版,2004：96,349,351-359.
14. 汪訥庵（清朝康熙，1682年著）.醫方集解.台北;文光圖書,1976:358-361.
15. 林寶華.實熱型妥瑞氏症用中醫清熱解毒法和鎮肝熄風法的治療心得，中西結合神經醫學雜誌第三卷第一期.2007.06.
16. 林昭庚.中醫藥發展史.台北;國立中國醫藥研究所,2005.

17. Michael Gelder/Richard Mayou/John Geddes 原著,吳光顯,何志仁總校閱,陳俊欽,歐麗清,方俊凱,徐堅棋,李郁芬,林嘉發編譯.精神醫學.台北;藝軒圖書出版社,2002:18-20,517-521,524-525,532-533.
18. 黃碧松.黃帝內經疾病篇導讀暨臨床應用,台北市中醫師公會出版,1997:1-20,287-308.
19. Yale Child Study Center, Yale Global Tic Severity Scale, 1992 version, YGTSS,網路.

(The end)

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