

文章四十四：失智症西醫論說與中醫清熱化瘀補陽虛療效案例

【中西結合神經醫學雜誌第九卷第一期 2016 年 12 月刊載】)

THE JOURNAL OF CHINESE-WESTERN NEUROLOGY MEDICINE

\*\*\*\*\*

## 失智症西醫論說與中醫清熱化瘀補陽虛療效案例

作者：林寶華

中西結合神經醫學會理事長

新北市中醫師公會名譽理事長

遼寧中醫藥大學內科博士

新北市林寶華中醫診所

### 摘要

失智症(Dementia)不是正常老化，是心智功能出現「退化」，且是退化的程度比一般老化的情形更嚴重。

失智症病人是 2015 年 5 月我國立法《長期照顧服務法》的主要照護對象，醫療困難治癒這疾病，失智症病人卻可能東奔西跑、胡言亂語、危害治安、自傷傷人、污蔑親友，導致親友、民眾必須花費很多人力、很多錢、很多年去照護。

《長期照顧服務法》的潛伏危機，花錢如無底洞。「被長期照顧者」和「身心失能者」看不到恢復健康的希望，如果國家繼續少子化，則照護人力必將缺乏；如果經濟所得不能繼續提升，則照護品質也將有遺憾。

立法委員林靜儀醫師在 2016.06.30 中國時報建言《降低長照負擔 首重減少失能》。這「預防勝於治療，治療勝於長照」的呼籲，既顯示現代醫學不夠完美，也督促我們應努力排除現代社會造成失智症的致病因素。

衛生機關常呼籲見微知著，防微杜漸，疾病初發作就應早期治療，因此，患有健忘、失憶症(Amnesia)即應求診，避免惡化為失智症；欣喜一些西藥能短暫改善部分失智症，更寄厚望、弘揚我國中醫藥能有治療失智症的國際優勢。

失憶、失智既是退化的疾病狀態，追究其宿疾、現存的致病因素常有些「發炎」疾病；病人或醫者不應依照「失憶、失智症」病名而全部做簡略聯想，因為「失去智慧」不是都可「用藥物、食物補回智慧」即能療癒。

我研讀西醫專家著作和個人治病經驗，建議治療不同失智症宜有不同模式，例

如(1)清熱化瘀，再補陽虛。(2)清熱化瘀與補陽虛並治。(3)補陽虛為主。

本文摘錄西醫失智症專家的精彩剖析，感謝專家們的救苦愛心，並提出我的中醫辨證急性失憶症、巴金森氏症失智症( Dementia、Parkinson's Disease Dementia)療效案例；這兩個案例都屬於中西醫結合療法。

關鍵語：失智症、癡呆症、阿茲海默氏症、失智症中西醫結合治法、清熱化瘀補陽虛、Amnesia、Dementia、巴金森氏症失智症、Parkinson's Disease Dementia。

## 前言

### 一、失智症定義與病因：

依照《精學醫學》的歸納，失智症(癡呆)是後天性的智能障礙，智力、記憶與人格的整體性障礙，但不會影響意識；病因包括退行性神經疾病、正常腦壓性水腫、顱內腫瘤、空間佔據性疾患(硬膜下血腫)、嚴重腦外傷、感染(腦炎後遺症、HIV感染)、多發性血管性癡呆、毒性(酒精)、缺氧(心臟停止、一氧化碳中毒)、維他命缺乏(B12, 葉酸)、代謝性(糖尿病)、內分泌(甲狀腺機能低落)等。(P245~247)

### 二、失智症全球台灣現況：

『國際失智症協會 2015. 08. 25 發佈 2015 年全球失智症報告，推估今(2015)年將有 990 萬新增失智症案例，平均每 3 秒就有一人罹患失智症。今年全球失智症人口為 4680 萬人，到了 2050 年人數將高達 1 億 3150 萬人。估計今年花費在失智症的照護成本為 8180 億美元，到了 2018 年將突破 1 兆美元。國際失智症協會呼籲各國，為了有效降低罹患失智症的風險，未來應著重控制失智症及糖尿病等非傳染疾病的危險因子，…全球有近半數的失智症患者生活在亞洲地區。…內政部的 104 年 6 月底人口資料與台灣失智症流行病學調查的結果，台灣目前失智症總人口數推估為 24.4 萬人』。(台灣失智症協會資料)

## 一、西醫專家論述失憶與失智症

### (一)白明奇醫師著《忘川流域•失智症船歌》

#### 1. 記憶的分類：

記憶的分類		摘自：白明奇醫師製表
敘述性記憶	A. 事件或自傳性 (視、聽、嗅、味→記憶力)	每天不斷更新，只發生一次。
	B. 知識或事實	反覆學習而來(事件性記誦)
程序性記憶		腳踏車、打球、打毛線、摺紙。 (反覆練習得來)

#### 2. 失憶症狀：

忘了自己講過的話、做過的事，一再重複同樣一件事情，老是提及陳年往事，東西忘在哪裡找不到。(P34-36)

3. 失憶症病因：從太陽穴垂直進入約六公分的附近，躺著一個狀似海馬，一邊一隻，將我們每天經驗過的事情，逐漸轉成較為穩固的長期記憶。海馬迴受傷所造

成的記憶障礙，就是以「事件性記憶」為主。海馬迴有可能因為細菌或病毒的感染、腦中風、缺氧過久、腦挫傷、腫瘤等原因受到破壞，導致病人的失憶症；病人每天都是第一集。(P36)

4. 阿茲海默氏症( Alzheimer 's disease, AD) 是世紀之症或稱腦退化症，佔所有失智症病人比率最多，台灣約六成。由德國精神病學家和病理學家愛羅斯·阿茲海默( Alois Alzheimer, 1864-1915) 在 1906 年發現；台灣平均發病年齡為 69 歲，女多於男。(P37, 58, 71)

5. 失智症：阿茲海默氏症是一個進行得很緩慢的退化性腦病，長達十年以上。病理變化有(1)乙型類澱粉質( $\beta$ -amyloid )的老化斑塊( senile plaque )，(2)含有 tau 蛋白質的神經纖維糾纏；由於這些有毒物質，腦細胞凋亡，神經功能逐漸喪失，也斷絕了原本繁忙的神經網路。(P. 37)

6. 失智症的金錢負擔：阿茲海默氏症從發病起約可活 8 年，最長可活 20 年；1993 年美國安養中心的失智病人每年費用要 4 至 7 萬美元，平均每個病人全程花費 17 萬美元。(P126、136)

7. 失智症症狀：記憶障礙(失憶症)、語言(失語症)、認路(失認)、計算、器械操作(失用)、判斷、解決問題能力的喪失、躁症(額顳葉失智症)、憂鬱、幻覺、焦慮、飲食異常不知節制(額顳葉失智症)、妄想(包括被害、被偷、不貞、不是我家)等；病程不一，少數長達 20 年，病人最後多因感染引發心肺衰竭，死亡。(P38-57)

8. 失智症分類：阿茲海默氏症、血管性失智症、路易氏體失智症與巴金森氏症、額顳葉失智症、水腦症、庫賈氏症等。(P39)

9. 失智症的意識狀態與注意力：清醒的意識狀態是從腦幹經由視丘，到大腦皮質充分發揮功能；一般失智症病人的意識狀態是正常清醒，至於無法專注和過動則是屬於注意力的問題。(P. 41)

10. 西醫檢查：電腦斷層掃描、磁振造影、單光子攝影、正子攝影等。(P68)

11. 失智症的社會問題：包括走火、意外、火災、詐騙、凶殺、鬩牆之爭、婆媳問題第三代教育問題等。(P135)

12. 阿茲海默氏症的西藥治療：

神經傳導物質乙醯膽鹼(Acetylcholine, )與學習、記憶功能關係密切，西醫依據「膽鹼理論」藉抑制膽鹼酶來提升腦內的乙醯膽鹼濃度，約有三成以上治療失智症無效。阿茲海默氏症有療效的「膽鹼酶抑制劑」包括：

A. 治療輕度與中度阿茲海默氏症：

(1)愛憶欣(Aricept )屬乙醯膽鹼酶抑制劑，抑制海馬與皮質為主。

(2)憶思能(Exelon )同時有乙醯及丁醯膽鹼酶雙重的抑制作用。

(3)利憶靈(Reminyl PR )具有膽鹼酶抑制與改變尼古丁受器特性的雙重效果。

B. 治療中度與重度阿茲海默氏症：

威智(Witgen, 憶必佳 EBIXA)以阻斷興奮性(毒性)的神經傳導物質 Glutamate 的作用，進而保護神經受損。(P. 121、126)

13. 影片介紹：「記憶」是什麼？

失智症關懷影片：《記得我愛妳》、《明日的記憶》、《長路將盡》等。(P.111)

14. 預防失智

(1) 思考性的腦活動和學習：

(2) 運動休閒：

(3) 高抗氧化的天然食物：

(4) 及時治癒心血管疾病、腦疾病、高血糖、高血脂、高血壓。(P133-134)

15. 失智症分類：

失智症分類		
主要摘自：白明奇醫師著《忘川流域•失智症船歌》，中醫師林寶華製表，2016年7月		
病 灶	病 名	病理與症狀
A. 皮質性失智	1. 阿茲海默氏症： (1) 漸進型中樞神經退化。 (2) 病人數是第一名。	事件性失憶、照鏡子現象、失認、妄想、錯認、心血管疾病。
	2. 額顳葉失智症： (1) 漸進型中樞神經退化。 (2) 病人較少，平均存活8年。	額葉功能退化或萎縮。 (1) 行為(額葉亞型)：個性改變、社會禮儀敗壞、不知變通。例如無故大喊大叫、面無表情、變得懶惰、失去控制與抑制、不正常飲食、重複行為如強迫症儀式化動作。 (2) 語言(顳葉亞型)：知識性失憶、失語、失認。
B. 皮質下失智	3. 血管性失智症：	多發性中風、單一部位中風、腦小血管疾病。 高血壓、高血糖、高血脂、體重、心律異常、心血管病變等。 有些病人類似巴金森氏症狀。血管性憂鬱。
	4. 路易氏體失智症： (1) 漸進型中樞神經退化。 (2) 病人數是第二名。	(1) 腦幹(睡眠障礙)→中腦(運動遲緩、跌倒、幻覺)→大腦皮質(認知退化)。乙醯膽鹼缺乏嚴重。 (2) 頭暈、睡眠異常(晝寢)、注意力障礙、失智、視幻覺(看到死去的親友)、認知障礙起伏不定、巴金森氏症候群。
	5. 巴金森氏症晚期合併失智症：	注意力差、執行功能差、視覺空間能力障礙、記憶力差、白天嗜睡、視幻覺、聽幻覺、妄想、憂鬱、
C. 水腦症	6. 常壓性水腦症	(1) 病理：腦室擴大而壓迫腦組織導致腦萎縮。 (2) 病因：頭部外傷、顱內出血、中樞神經系統感染。 (3) 症狀：失智、步態不穩、小便不禁。
D. 混合性失智	7. 阿茲海默氏症+血管性失智症。	

E. 橋腦延髓小 腦萎縮癡呆		
F. 酒精中毒性 癡呆		

(二)王培寧、劉秀枝醫師著《假如我得了失智症》

1. 台大醫院2003年神經門診137位失智症分類：

(1)阿茲海默症：55%。(2)血管性失智症：21%。(3)額顳葉失智症：8%。(4)路易氏體失智症：5%。(5)其他失智症：11%。

2. 大腦額葉區與人的個性、行為有關，顳葉區則掌管語言能力，額顳葉失智症病人以行為問題和語言障礙為主。(P54)

3. 慢性療養機構中的失智老人有兩種：一種很可愛，好照顧；另一種容易激動，甚至會出現與人打架等精神行為問題，很難相處。(P62)

4. 個性的改變是阿茲海默症的症狀之一，而且很早就會出現，只是比較少為人注意。(P64)

5. 依據文獻報導，非典型抗精神藥物有可能增加阿茲海默症患者的死亡率，達到1.6倍。(P67)

6. 阿茲海默症的病變起始於腦部的顳葉，此部分與人類的記憶、情緒、飲食行為及體重調節有關。(P72)

7. 阿茲海默症患者腦部的類澱粉斑和神經纖維纏結，早在失智症狀出現的十幾、二十年前就開始沉積。(P85)

8. 乙醯膽鹼酶抑制劑可讓三到五成的輕至中度患者的認知功能退化得慢一點。(P95)

9. 當記憶力從正常退化到失智症時，有一個過度期稱為「輕度認知障礙」。(P100)

10. 可能影響病情變化的狀況很多，例如：

(1)阿茲海默症患者多為老年人，可能早就有慢性病如高血壓、糖尿病、心臟衰竭及慢性肺氣腫等。

(2)出現新的疾病：如發生腦中風、膽囊炎或謔妄等。

(3)併發症：如肺炎、髖骨骨折等。

(4)行為問題影響：產生憂鬱、躁動等行為問題，或原本的行為問題加重。

(5)藥物副作用：尤其是抗精神藥物的副作用。

(6)環境的變化：如親人的去世，換了新的照顧者或新環境等。(P149)

11. 阿茲海默症常被區分為「早發型」(發病年齡在六十五歲之前)和「晚發型」(發病年齡為六十五歲之後)。(P183)

12. 阿茲海默症的危險因子複雜，包括基因、環境、年齡、女性、低教育、不動腦、血管性因子(高血壓、糖尿病、高血脂)、少活動和人際關係不活躍等。(P186)

(三)吳潮聰醫師著《失智症的最新發展與對策•找不到回家的路》

1. 失智症四大臨床表徵：腦細胞死亡、大腦功能退化導致患者的認知、思維及行動能力降低或消失，且足以影響其人際關係與工作能力；臨床上多以「全面性的

認知功能衰退，而且沒有譫妄現象」做為診斷依據；易言之，這四大臨床表徵即(1)全面性；(2)認知功能；(3)衰退；(4)沒有譫妄。(P. 21)

2. 阿茲海默症多數患者有膽鹼激素、血清素及多巴胺含量減少現象，主要是神經傳導系統的神經元喪失所致，在發病早期還可以觀察到神經元兩側海馬迴萎縮。(P39)

3. 額顳失智症在以前被稱為匹克氏症(Pick' s disease)，是紀念捷克醫師。匹克小體是tau蛋白質所形成的團塊，是一種腦中異常小體，容易導致神經元細胞浮腫(稱為匹克氏細胞)，繼而出現症狀。(P68)

(四)日本國奧村步著，李瓊祺、陳柏瑤譯《面對失智症 你可以不恐懼》

1. 以下的疾病都有可能造成失智症(健忘、失憶)：

(1)三大退化性疾病：阿茲海默症、路易氏體失智症、額顳葉型失智症。

(2)腦血管疾病：腦梗塞、出血等腦中風造成的失智症 = 血管性失智症。

(3)內分泌和代謝疾病：甲狀腺低能症、維生素B缺乏症、葉酸缺乏症等。

(4)腦腫瘤：腦膜瘤、神經膠質瘤、惡性淋巴瘤、移轉型腦腫瘤等。

(5)外傷性疾病：慢性硬腦膜下血腫、瀰漫性軸突損傷、腦挫傷等。

(6)感染性疾病：腦膜炎、腦膿瘍、單純疱疹腦炎、庫賈氏病等。

(7)不包含頭蓋骨內的全身性疾病：高齡者因肺炎、心臟病、癌症、骨折等疾病而住院，有時隨著環境突然改變，患者產生壓力，也有可能出現類似失智症的症狀。

(8)其他：憂鬱症引發假性失智症、自發性常壓水腦症(iNPH)、藥劑引發失智症等。(P23)

2. 若把「記憶」比喻為「劇場」，則記憶可區分為銘記→儲存→檢索的三幕戲。

(1)銘記：收集來自外界的訊息，輸入(input)五感：「形(視覺)」「聲(聽覺)」「觸(觸覺)」「嗅(嗅覺)」「味(味覺)」。

(2)儲存：

(a)額葉聯合區：語言化的記憶及往事的記憶。

(b)頂葉聯合區：空間認知的記憶(從公司返家的路程)。

(c)枕葉聯合區：視覺性的記憶。

(d)顳葉聯合區：臉的輪廓或物品形狀的記憶。

(e)小腦：又稱為「程序記憶」，也就是「用身體記住」的記憶(例如記憶如何演奏樂器、或騎腳踏車。)

(3)搜尋：搜尋的司令部在前額葉皮質區。(P26-28)

3. 失智症的主要症狀是「健忘」，是記憶的問題；統計「家屬何時開始懷疑父母可能罹患失智症？」家屬勾選的前三項是：

(1)第一名：反覆敘述或詢問同一件事情。

(2)第二名：忘記約定的事。

(3)第三名：忘記把東西放在哪、收在哪。(P51-52)

4. 記憶門診：

(1)腦神經內科、神經外科門診：神經內科擅長於失智症的鑑別診斷，對於是否罹患失智症、病因為何、病情輕重度等，進行鑑別判斷，以及早期診斷和早期治療；屬於常壓水腦症和慢性硬腦膜下血腫由神經外科處理。

(2)精神科：擅長於利用藥物治療，處理失智症引起的精神、行為症狀。精神症狀例如妄想、幻覺、憂鬱、不安等，行為症狀例如遊蕩、暴力言行、怪聲、異食。(P81)

5. 失智症後容易失去的記憶：

(1)近期記憶：(指從幾分鐘前到一兩個月前的記憶)是阿茲海默症患者最容易喪失的記憶。

(2)預期性記憶：關於自己預定不久後要處理的記憶。

6. 失智症不容易失去的記憶：

(1)工作記憶：一種短期性記憶，目的在於將資訊暫時保存，以進行眼前的行為、工作。

(2)回憶：雖然久遠，卻對自己造成深刻印象的記憶。

(3)程序記憶：如何彈吉他、如何騎腳踏車，用身體記住的記憶。(P53-54)

(五)王培寧、劉秀枝醫師著《別等失智上身(修訂版)》

乙醯膽鹼酶抑制劑：此類藥物是經由增加腦內乙醯膽鹼這種神經傳導物質。因為阿茲海默症腦內的乙醯膽鹼顯著的減少，而乙醯膽鹼是神經細胞在維持記憶力時的一個重要神經傳導激素；所以服用這類藥物可增加腦內乙醯膽鹼的作用，可能改善病人的臨床症狀。(P60)

(六)陳清芳、林芝安、劉慧敏著《台灣長照資源地圖-長期照顧實用指南》

1. 混合型的老人安養護中心，內部分為三大區域：輕養護、中度及重度失能老人以及失智專區。(P105)

2. 照護機構：

(1)護理之家：收住對象是日常生活需要有人協助，或有插管(尿管、氣切管、鼻胃管、俗稱三管)的長輩，通常是由護理人員負責，二十四小時均有人員照顧。

(2)長照型機構：收住對象與護理之家相似，也是提供二十四小時的照顧服務，但設立負責人並非護理人員。

(3)養護型機構：收住生活自理不便，但不帶有管路的老人家，同樣屬於老人福利機構；部分養護機構也有些插著鼻胃管或尿管(兩管)的老人家入住。

(4)失智照顧型的長照機構：以神經科、精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧的長輩為照顧對象。(P106)

3. 安寧照護的對象：

最初是以癌症末期病人及運動神經元萎縮症(俗稱漸凍人)為主，從2009年9月開始，健保局公告「八大非癌症末期疾病」也納入緩和醫學(安寧照護)給付範圍，包括：

(1)老年期及初老期器質性精神病態(失智症)。

(2)其他大腦變質。

- (3)心臟衰竭。
- (4)慢性氣道阻塞疾病。
- (5)肺部其他疾病。
- (6)慢性肝病及肝硬化。
- (7)急性腎衰竭。
- (8)慢性腎衰竭。(P209)

(七)黃宗正醫師著《不被遺忘的時光-從失智症談如何健康老化》

1. 六十五歲以上人口，超過整個社會人口比例的7%，就是「高齡化社會」；1993年台灣65歲以上高齡者已達到148萬人，佔總人口數的7.09%；在2010年平均每九點六個青壯年人口扶養一位老年人口。(P. 25)
2. 每一位失智症患者影響到的是整個家庭，如果一名失智症患者平均有五位家人，就大約有超過一百萬人的生活已受到失智症這個疾病所影響。(P. 28)
3. 全球失智症最高盛行率在中國及西太平洋國家，其次為西歐、北美。(P65)
4. 在六十五歲到七十五歲之間，男女患者的比例差不多。但是若超過七十五歲以上，女性罹患失智症的比例就高於男性。(P66)
5. 六十五歲以下約一千人有一人罹患失智症(0.1%)，超過六十五歲約二十人中有一人罹患失智症(5%)，八十歲以上則五人有一人罹患失智症(20%)。(P67)
6. 阿茲海默氏症患者大腦的血流和代謝情況也不正常，血流量稀少，代謝緩慢而不足。(P76)
7. 人類第十九對染色體上脂蛋白(apolipoprotein)基因存著一種危險因子，稱為Apolipoprotein-E4(簡稱Apo-E4)，它與心臟血管疾病、腦中風以及阿茲海默症的發生有密切的關係；當染色體含有Apo-E4基因者，罹患阿茲海默症的機會比一般人高出十倍。台灣帶有Apo-E4基因的人約占總人口的5%至7%，遠較歐美的14%為低，這可能是台灣失智症患者比國外少的原因。(P94)
8. 百分之百純素食，不喝奶不吃蛋，容易造成血中維生素B12缺乏；缺乏B12是造成失智症的重要原因。(P98)
9. 地中海飲食：多吃(1)蔬果(包含豆類、堅果、未精製穀類)。(2)深海魚類(富含omega-3脂肪酸)。(3)不飽和脂肪酸(例如橄欖油)；肉類及蛋則少吃。(P99)
10. 失智症初期通常發病得很緩慢，不容易被察覺出來，進入中期會感覺惡化速度加快，進入末期至死亡之前則惡化速度又會減緩。(P102)
11. 失智症有A、B、C三個重要面向：(A)日常生活功能(Activity of daily living)。(B)行為(Behaviors)。(C)認知功能(Cognitive function)。(P115)
12. 高達70%-90%的失智症患者有一種以上的精神或行為症狀，稱為「失智症精神行為症狀」(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)。(P116)
13. 抗精神病藥物會增加失智症患者的中風和死亡風險。(P141)
14. 與阿茲海默症有關的基因：
  - (1)早發型：發病在35歲至60歲，具有遺傳性且惡化速度較快，不到5%失智症患者



者屬於此類型；有三種基因突變：

(a)類澱粉前驅蛋白基因(amyloid precursor protein, APP)，基因在第21號染色體。

(b)第一型早老素基因(presenilin 1, PS-1)，在第14號染色體。

(c)第二型早老素基因(presenilin 2, PS-2)，在第1號染色體。

若父母任一方帶有這些基因突變而罹病，後代罹病機率至少50%，屬於染色體顯性遺傳。

(2)晚發型：發病年齡為65歲以上，約95%失智症屬於這一類。晚發型阿茲海默症是屬於多基因、多因性之家族遺傳性失智症；罹病最相關的基因是：

(a)第19對體染色體的載體脂蛋白(apolipoprotein)  $\epsilon$  4型對偶基因(Apo-E4)。

(b) APOE  $\epsilon$  2及  $\epsilon$  3。

值得注意的是， $\epsilon$  4會增加失智症的罹病機率，但並不是一定會發病；沒有  $\epsilon$  4的人，還是有可能罹患阿茲海默症，只是機率較小。(P175)

(網路資料：等位基因 (allele)，又稱對偶基因，是一些佔據染色體的基因座的可以複製的脫氧核糖核酸。大部分時候是脫氧核糖核酸列，有的時候也被用來形容非基因序列。)

(八)王康裕藥師著,周妙芳護理師審訂《食油危機-吃錯油，容易得失智症!?!》

1. 法國式飲食矛盾：法式飲食最油膩，可是歐洲諸國以法國人心血管疾病最少，世人把功勞歸於法國人喜愛喝紅酒，可見飲食的搭配最重要，而不是計較飽和脂肪或不飽和脂肪。(P37)

2. 大腦的重量約1,300公克，由蛋白質與油所構成，乾燥後60%是油，其餘的是蛋白質。(P74)

3. 高齡化社會的日本，失智症的人口遽增，學者指出是亞麻油酸Omega-6系列的油在作怪，即美系的沙拉油(大豆油，葵花油，玉米油及其衍生的氫化油)。坊間有九本書將日益增加的失智症都歸罪於沙拉油，補救的辦法都是攝取Omega-3系列油：魚油、亞麻仁油、鼠尾草籽、亞麻仁籽。(P76)

(九)加拿大國應格朗著,徐仕美譯《記憶的盡頭-解開老化與阿茲海默症之謎》

1. 美國2015年約530萬人罹患阿茲海默症，其中510萬名是老年人；全年花費在阿茲海默症的費用高達2,260億美元。(P. 08)

2. 大約二十世紀中期之前，許多精神病學家不相信失智與阿茲海默觀察到的腦部斑塊與糾結有關，因為病理解剖有些失智者腦中沒有這些異常特徵，有些臨終心智仍健全的人，死後的腦內卻充滿斑塊與糾結。(p. 63)

3. 美國醫師阿瓦雷茲(Walter Alvarez)在1946年《老年醫學》(Geriatrics)期刊第一期發表文章，認為微小到幾乎不可測的血塊是許多失智病例的原因；起因不是腦動脈硬化，而是小中風多年累積。(P. 66)

4. 美國神經科醫師卡茲曼(Robert Katzman)1976年4月刊登在《神經學文獻 (Archives of Neurology)》期刊的社論也長久引領風騷，他在文中宣告，阿茲海默症和老年失智症是同一種疾病。(P. 67)

5. 長生不死與失智：愛爾蘭國著作《格列佛遊記》在1735年英國完全版，是一部諷刺作品，格列佛旅行到拉格那格王國，遇到斯楚德布拉格，他們是一群長生不死的人，不僅有老年人的毛病，還因為永遠不死而飽受折磨，他們變得「固執己見、乖戾易怒、貪得無厭、孤僻陰沉、自以為是、嘮叨不休」，到最後「他們記不住任何事情，除了青年與中年時的所學所見，但就算這些事情也記得殘缺不全……他們之中最不悲慘的，似乎是變得昏昧而完全失去記憶(理解能力)的人。」

P. 71

6. 神經元與突觸：腦中有八百多億個神經元，大腦皮質（思考腦）每一秒會有一個神經元自然死亡，一天就有八萬六千多個神經元死去，從20歲到80歲損失的腦細胞數目，根本不到全部的10%。所以失智的問題不在細胞而在突觸，突觸減少相對於神經元之間的溝通也會減少；如果健康的人活到130歲，大約會失去40%的突觸，屆時的處境可說與阿茲海默症病人一樣，他們會產生失智的症狀，雖然腦中沒有斑塊與糾結。(P116)

7. 斑塊與糾結：一百多年後的今天，斑塊與糾結仍然是鑑定阿茲海默症的特徵。酵素剪裁APP，產生的乙型類澱粉蛋白是斑塊的主要組成，是在神經元外面；糾結是在神經元內形成。然而失智確實存在各種變化，有斑塊沒有糾結、沒斑塊有糾結、沒斑塊也沒糾結的失智病人；認知功能健全的人，腦中卻有斑塊與糾結。(P122)

8. 類澱粉蛋白：德國科學家魏修(Rudolph Virchow 1821-1902)從染色結果相信斑塊是「類澱粉」在神經元外累積而成，後來其他人發現其實是蛋白質，後世沒再更改名稱。類澱粉蛋白必定沉積於神經元之外，但它們一開始是在神經元裡頭的。(P. 124)

## 二、中醫專家論述失憶與失智症

(一)韓景獻《中西醫結合癡呆診療備要》

1. 中醫學對癡呆的病因病機認識

(1) 髓海不足：

(2) 脾腎虧虛：

(3) 氣滯血瘀：

(4) 痰濁阻竅：

2. 中醫認為癡呆是呆傻愚笨為主要臨床表現的一種神智疾病。輕者可見神情淡漠、寡言少語，善忘，遲鈍等；重者表現為終日不語，或閉門獨處，或口中喃喃，或言辭顛倒，舉動不經，或忽笑忽哭，或不欲食，數日不知飢餓等。

3. 癡呆在傳統醫學中散見于“癡呆”、“呆病”、“健忘”、“癲狂”、“鬱症”，“善忘”，“文痴”等證的描述之中。《黃帝內經》就有記載對本病的認識，《靈樞·天年》曰：“六十歲，心氣始衰，若憂悲，血氣懈惰，故好臥；七十歲，脾氣虛，皮膚枯；八十歲，肺氣衰，魄離，故言善誤也。”《靈樞·大惑論》曰：“人之善忘者，何氣使然？岐伯曰：上氣不足，下氣有餘，腸胃實而心

肺虛，虛則營衛留下，久之不以時上，故善忘也。”

4. 明代張景岳不僅首次在《景岳全書·三十四卷·癲狂癡呆》中提出了“癡呆”的病名，立於“癲狂癡呆”專論，還對其病因病機、證候特點、治療預後等方面做了較詳細的論述。

5. 清朝陳士鋒在《辯證論·卷之四》立有“呆病門”，並創立洗心湯、轉呆湯。張景岳和陳士鋒對癡呆的論述至今仍有臨床實用價值。(韓景獻編 P. 10-13)

6. 中國大陸中西醫診療現狀：

目前，癡呆的中西醫診療現狀很難令人滿意。雖然在西醫診斷方面有了很大的進步，很多患者可以有較明確的臨床診斷，但在治療上還缺乏根治方法。西醫的療效，雖然膽碱酯酶抑制劑和興奮性氨基酸受體拮抗劑在臨床上取得了較為良好的療效，但此類藥物均為針對發病的某一環節的對症療法，卻不能達到根治的效果，當用到一定階段時，則療效喪失，病情繼續惡化。尤其到了晚期及末期，就更是束手無策。(P. 13)

7. 失智症中醫各家學說(P. 132-135)

(1)濁毒壅塞說：(2)五臟虛衰說：(3)腦絡病變說：(4)神明失用說：(5)臟腑內傷說：(6)腎精虧虛說：(7)肺氣受損說：(8)養血疏肝說：(9)瘀血內傷說：(10)督脈虛弱說：

8. 失智症中醫治療(P. 123-125)

(1)辯證要點：應辨明虛實與主病之臟腑。

本虛者，辨明是氣血虧虛、陰精衰少、陽氣匱乏？

標實者，辨明是痰濁、痰火、瘀血、濁毒、氣滯？

本病多虛實夾雜，應分清主次，同時也應詳辨主要受病之臟腑。

(2)治療原則：

補虛瀉實，即補益氣血陰陽虛損，兼行氣、化痰、活血、解毒為其治療大法。

而對於虛中挾實者，實邪不去之證，貴在乎調。

9. 失智症中醫分證論治：

(1)髓海不足

治法：補腎益髓，填精養神。

方藥：七福飲(明·張景岳)。可選加鹿角膠、龜板膠、阿膠、紫河車等。也可以本方制蜜丸或膏滋以圖緩治，或用河車大造丸大補精髓。

(2)脾腎兩虛

治法：補腎健脾，益氣生精。

方藥：還少丹(宋·洪遵)。若偏于脾腎陽虛者，金匱腎氣丸加減，酌情加乾薑、黃耆、伏龍肝、白豆蔻等。

(3)痰濁蒙竅

治法：健脾化濁，豁痰開竅。

方藥：洗心腸(清·陳士鋒)。若頭痛如裹、哭笑無常、喃喃自語、口多沫者，痰濁壅塞較著，重用陳皮、半夏，膽南星、萊菔子、佩蘭、白豆蔻、全瓜蒌、貝母

等。

(4)瘀血內阻

治法：活血化瘀，開竅醒腦。

方藥：通竅活血湯(清·王清任)。

(5)氣血不足

治法：益氣養血安神。

方藥：歸脾湯(明·薛己)。

(6)心肝火盛

治法：清心平肝，安神定志。

方藥：天麻鉤藤飲(胡光慈)。

(7)毒損腦絡

症狀：表情呆鈍，智力衰退，失憶，失用，或面血目赤，口中穢臭，躁狂譫語。或心煩躁動，言語顛倒，頭暈目眩，或見語言錯亂，哭笑無常，喜笑不休，甚至反喜污穢，不避親疏，狂躁妄動，打人毀物，力逾常人，舌紅或絳或暗，苔黃膩或見穢濁，脈滑數或弦數。

治方：清熱排毒，通絡透邪。

方藥：黃連解毒湯(唐·王燾)。

如為痰濁化熱，可加菖蒲、膽星、竹茹、天竺黃等；有熱結便秘之症，可加大黃、芒硝、全瓜蒌等；如熱毒入營，神智錯亂，可加生地，水牛角粉、丹皮、玄參或安宮牛黃丸等。

## 8. 失智症中醫預防論說

艾灸、耳穴、按摩、多與人交流、多動手、多動唇、多動舌、適當運動、適度飲食、適度調節情志、多做手指運動、敲擊腳底板等。(P144-146)

(二) 孫怡, 楊任民, 韓景獻主編《實用中西醫結合神經病學》

### 1. 阿茲海默病 AD

- (1)髓海不足証：七福飲加減
- (2)肝腎陰虛証：六味地黃丸加味
- (3)心脾兩虛証：歸脾湯加減
- (4)脾腎虧虛証：還少丹和金匱腎氣丸加減
- (5)痰濁阻竅証：滌痰湯加減
- (6)氣滯血瘀証：通竅活血湯加減

### 2. 血管性痴呆 VaD

- (1)痰蒙清竅証：導痰湯加減
- (2)痰瘀互結証：黃連溫膽湯合通竅活血湯加減
- (3)氣虛血瘀証：補陽還五湯加減
- (4)心脾兩虛証：歸脾湯加減
- (5)腎精虧虛証：地黃飲子加減

(三)施純全《Medicine 期刊- 防中風後失智 中藥+針灸幫大忙》

聯合影音鄧桂芬報導 2016.04.05

『義守大學學士後中醫學系教授施純全去年發表一篇研究，證實針灸治療能有效預防中風病人二度中風機會，並獲刊於國際知名醫學期刊「Medicine」。事後他發現，中醫治療中風病人效果，除了避免二次中風外，最大特點反而是可預防後續併發症，尤其是預防失智效果最佳。』

『…發現單純針灸病人，可降低24%失智風險，若同時針灸合併西醫復健治療，則可降低36%失智機會』

### 三、中醫師林寶華治療失智症心得

#### (一) 歸納失智症西醫研究以協助中醫辨證論治

1. 海馬迴與失憶：腦內左右側各有一隻海馬，將我們每天經驗過的事情，逐漸轉成較為穩固的長期記憶。海馬迴受傷所造成的記憶障礙是以「事件性記憶」為主。海馬迴有可能因為細菌或病毒的感染、腦中風、缺氧過久、腦挫傷、腫瘤等原因受到破壞，導致病人的失憶症；病人每天都是第一集。

2. 基因遺傳：

3. 腦神經元突觸病變死亡：

(1)腦神經元內部的「tau(濤)蛋白」糾結(纏結)，瓦解微小管。

(2)腦神經元外部的「 $\beta$ -類澱粉蛋白」造成斑塊(發炎)： $\beta$ -類澱粉蛋白一開始是在神經元內，必定沉積於神經元之外。

(3)突觸死亡：突觸減少則神經元之間的溝通也會減少。

(4)匹克氏細胞：額顳失智症的「匹克小體」是tau蛋白質所形成的團塊，是腦中異常小體，導致神經元細胞浮腫(稱為匹克氏細胞)，繼而出現症狀。

4. 糾結斑塊與失智的弔詭：失智症存在各種變化(1a)有糾結沒斑塊、(1b)沒糾結有斑塊、(1c)沒糾結也沒斑塊(1d)有糾結有斑塊的失智病人。(2)認知功能健全的人，腦中卻有糾結和/(或)有斑塊。

5. 病機病理：阿茲海默症多數患者神經傳導系統的神經元喪失，有膽鹼激素、血清素及多巴胺含量減少現象，患者大腦的血流量稀少，代謝緩慢而不足；微小到不可測的血塊是許多失智症的原因，不是腦動脈硬化，是小中風多年累積。

6. 失智症初期常發病得很緩慢，中期會惡化速度加快，末期至死亡前則惡化速度又會減緩。(1)早發型的發病在35歲至60歲，不到5%失智症患者屬於此類型，有遺傳性且惡化速度較快。(2)晚發型的發病為65歲以上，約95%失智症屬於這類型，是多基因、多因性之家族遺傳性失智症。

7. 抗精神病藥物會增加失智症患者的中風和死亡風險。

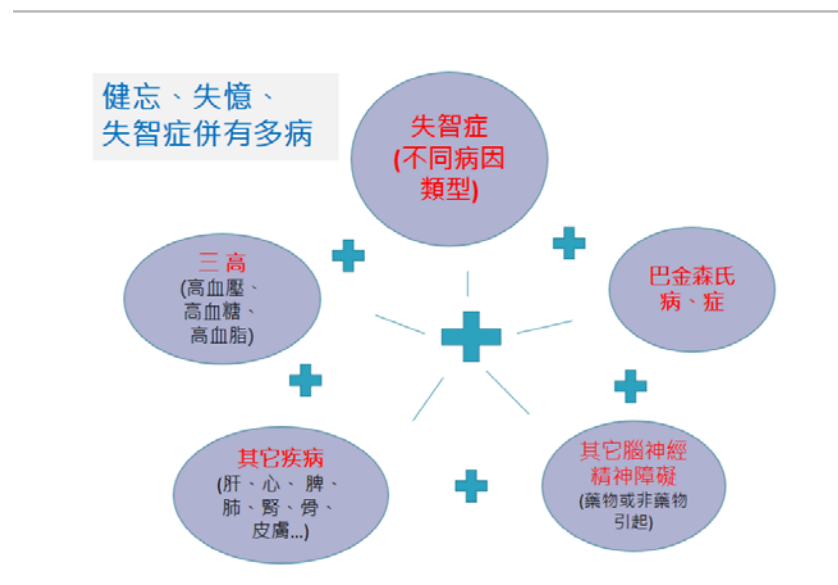
8. 失智症的危險因子統括：基因、環境、年齡、女性、低教育、腦病、高血壓、高血脂、糖尿病、缺乏維生素B12、血管性因子、心臟衰竭、慢性肺氣腫、不動腦、少活動和人際關係不活躍等。

9. 以下的疾病都可能造成失智症：

(1)三大退化性疾病：阿茲海默症、路易氏體失智症、額顳葉型失智症。

- (2)腦血管疾病：腦梗塞、出血等腦中風造成的失智症 = 血管性失智症。
- (3)內分泌和代謝疾病：甲狀腺低能症、維生素 B 缺乏症、葉酸缺乏症等。
- (4)腦腫瘤：腦膜瘤、神經膠質瘤、惡性淋巴瘤、移轉型腦腫瘤等。
- (5)外傷性疾病：慢性硬腦膜下血腫、瀰漫性軸突損傷、腦挫傷等。
- (6)感染性疾病：腦膜炎、腦膿瘍、單純疱疹腦炎、庫賈氏病等。
- (7)不包含頭蓋骨內的全身性疾病：高齡者因肺炎、心臟病、癌症、骨折等疾病而住院，有時隨著環境突然改變，患者產生壓力，也有可能出現類似失智症的症狀。
- (8)其他：腫瘤化學療法、腫瘤放射線療法、憂鬱症引發假性失智症、自發性常壓水腦症(iNPH)、藥物引發失智症等。

## (二)單純失智症與多發性失智症



## (三)失智症中醫辨證論治

- 中醫統括病因：內因、外因、不內外因。
- 中醫分類病因：表、裏、虛、實、寒、熱、痰、濕、風、飲食、起居、氣候、…。
  - 虛證：腦血管梗塞、低血壓、心律不整、心衰竭。
  - 實證：高血糖、高血脂、高血壓、病毒感染。
  - 寒證：低血壓、心律不整、心衰竭。
  - 熱證：高血糖、高血脂、高血壓、病毒感染、環境荷爾蒙蓄積。
  - 痰證：腦創傷、腦內出血、高血脂、腦血管梗塞、環境荷爾蒙蓄積、心律不整、重金屬過量。
  - 濕證：常壓性水腦而壓迫腦組織、腦萎縮而腦室擴大。
  - 風證：痙攣、抽動、行為改變、認知改變。

## (四)證候治則與醫囑：

- 寒熱夾雜、虛實兼見：併發多症應辨別為寒熱夾雜或虛實兼見？寒熱各半？

寒少熱多？寒多熱少？…。

也思考「邪氣未去、餘邪未盡、餘熱未清、熱邪滯留」；應先清熱邪。

2. 瘀證：活血、化瘀。

3. 濕證、燥證、……。

4. 醫囑病家：

(1)告知潛伏重症病人有猝病之生命危險。

(2)曾中風病人應提防第二次中風。

(3)建議及早治療，提防智力、反應、生活能力下降，病重則治療難、照護難、費用更多。

(五)失憶、失智症常選中醫處方：

育生補陽還五湯、半夏天麻白朮湯、乳沒四物湯、黃連解毒湯、仙方活命飲、龍膽瀉肝湯、五苓散、…。

(六)藥方參考：

育生補陽還五湯：當歸、川芎、赤芍、丹參、銀杏葉，各四錢；北耆二兩。】

建瓴湯加減。(山藥、牛膝、生赭石、生龍骨、生牡蠣、生地、生芍、柏子仁)

清熱化瘀：生石膏、龍膽草、酒大黃、乳香、沒藥、桃仁、紅花、地龍…。

熄內風藥：全蠍、蜈蚣、僵蟬。

補陽虛藥：乾薑、製附子、肉桂。

(七)中醫藥預防失憶、失智症

中年後就應保養、清新腦功能：

1. 證屬虛寒瘀，治療宜補氣補血、活血化瘀；

2. 證屬實熱瘀，治療宜清熱滋陰、活血化瘀。

(八)祛邪與扶正

治療重病常和病程惡化在競賽：

1. 祛邪：瀉實清解。排去病毒、細菌、瘀滯廢棄物；病勢急危，湯者，盪滌也。

2. 扶正：固本培元。補養氣血、抗體、免疫力；危身緩扶，丸(散)者，緩圖也。

#### 四、中醫師林寶華治療失智症典型案例

(一) 中西醫結合治療巴金森氏症失智症

1. 病歷 8681-015056 ○○，台灣苗栗。1946年生，男，初診66歲，168公分，65公斤。疑似巴金森氏症失智症(Parkinson's Disease Dementia, PDD)

2. 摘要：巴金森氏症、失智、失眠、躁症、幻想，服西藥5年；有小中風史。

3. 初診：2012/11/19

主訴：(1)服安眠藥5年。煩躁不安，兩手顫抖，唇抖，流口水。(2)常幻想、亂想。(3)常想起以前幫忙扛棺木、扛廟神轎。(4)妻述：已亂想一年，不敢出門。

4. 證候：脈浮滑，舌苔淺白；大便硬，1或2天解1次。

5. 診斷：巴金森氏症+精神障礙。中醫風熱瘀證。

6. 中醫治則：初期以清熱+熄風+化瘀；後期治以補陽虛+熄風+化瘀。

7. 療程處方概括：初期以黃連解毒+建瓴湯+龍膽瀉肝湯加減；後期以育生補陽還五湯+乾薑、製附子、肉桂加減。

8. 概要：

2012/11/19 初診：黃連解毒+龍膽瀉肝+清胃散+涼膈散。

2013/03/11：(1)胡思亂想減輕。(2)走路仍慢。(3)咳少、痰色白。

2013/08/26：(1)家屬述，西醫說，曾中風。(2)走路兩大腿靠近，較快。

2014/04/09：(1)胡思亂想，已少。(2)行走，右腳會拖地，右髖骨曾手術。(3)流口水減少。(4)難睡著。

2014/07/21：(1)胡思亂想減少。(2)右手右腳較無力(疑似顱內左側曾小中風)。(3)頸骨響聲。(4)腰痛減。

2014/09/15：(1)對話、說話條理已清楚。未按時服中藥。(2)走路小碎步。(3)右手臂震顫。(4)右腳拖著走。(5)仍服西藥。

2014/10/11：(1)說話較佳。(2)右手臂震顫減少。(3)帶來新竹某醫院 2014/08/16 給藥：

(a)Levodopa/benserazide 100/25 (抗巴金森)。(b)TERAZOSIN 2mg (血壓)  
(c)AMANTADINE 100mg (抗巴金森)。(d) 2mg Trihexyphenidyl ( Artane, 抗巴金森)。

2014/12/09 最後一次來診：(1)右手震顫仍發作。(2)走路右腳略拖著走。(3)精神狀態進步。

9. 治療方向

(1)初期：2012/11/19~2013/08/25 共 279 天、黃連解毒湯加減，共 105 帖。

(2)後期：2013/08/26~2014/01/09 共 471 天、育生補陽還五湯加減，共 361 帖。

10. 追蹤：

2016/10/21(星期五)林醫師去電，病人接電話，農家長輩的歡喜，數次感謝林醫師治病，對談正常；我請轉他妻子接電話，妻子說他的心智正常、不會幻想、少震顫、行動好、恢復正常農田工作、近兩年沒服中藥、仍服巴金森氏症西藥；話筒能聽到兩人歡喜頻頻感謝林寶華中醫治癒其精神狀態。

(二)中西醫結合治療急性失憶症

A. 鑑別診斷：

(1)譫妄(Delirium)是急性整體性障礙，是意識障礙；原發性病因常在腦部以外的地方，如藥物中毒、酒精戒斷、代謝障礙(心臟性、呼吸性、腎性、肝性、低血糖)、發燒(系統性感染)、神經學病因(腦炎、空間佔據性疾病、顱內壓增加、癲癇發作)，病情時好時壞。治療應找出潛在病因，同時處理焦慮、痛苦、行為障礙，通常治療在幾天內有明顯療效。(精神醫學 P241~245)

(2)失憶症是顯著的近期記憶受損，但未伴隨著失智症的廣泛性智力障礙，也沒有譫妄症的意識障礙，常導因於後下視丘與中線結構的病變，也可能是雙側海馬迴病變所引起。(精神醫學 P252~253)

B. 急性失憶症中醫療效醫案：



病歷 8456-016575 ○○ 台灣花蓮，1963 年生，男，初診 52 歲，170 公分，55 公斤。2016/07/30 西醫急診，失憶→失智。

1. 初診：2016/08/17

2. 病史：姐說：2016/07/30 吃飯突然倒下，抽搐、失憶，不能做日常工作；花蓮某醫院急診，住院，甲狀腺指數高達一千多，MRI 檢查見海馬處發亮，醫師診疑似抗體自我攻擊。住院仍有胡言亂語。服抗癲癇藥。病人無三高症(血脂, 血壓, 血糖)。

3. 主訴：(1)出嫁在台北的姊姊在診察室急得數次掉眼淚，花蓮的老邁父母需要他照顧；他在七月底突然昏倒抽搐。(2)西醫認為是抗體攻擊自己。(3)病人忘記昨天至 5 年內往事(他忘記老婆已往生 5 年)。(4)西醫師現在給藥(a) Keppra 500mg (癲癇)，每天服。(b) Compesolon (Prednisolone, 類固醇)，給病人預備用，醫生若有緊急通知才服。(迄 105/10/19 病人沒服)

4. 證候：舌質紅，脈浮滑。

5. 診斷：疑似(特異性器質性)失憶症。中醫實瘀熱證。

6. 治則：清熱+化瘀+熄風。

7. 療程處方概括：黃連解毒湯+大柴胡湯+建瓚湯+血府逐瘀湯+仙方活命飲。

8. 概要：

2016/08/17：大柴胡湯+血府逐瘀湯+黃連解毒湯。

2016/08/26：(1)姐述：醫師兩天前來電，甲狀腺指數高達一千多。(2)西醫師將癲癇藥減量。(3)病人較能問「我怎麼記不起來？」。

2016/09/12：(1)記憶力有進步，方位感有進步。(2)仍沒服類固醇。

2016/09/24：(1)今天診間對答流利。(2)姐：記憶進步。(3)拿來花蓮西藥，仍只服癲癇藥。

2016/10/19：(1)較能記得事物。(2)能幫忙家事。

9. 統計：2016/08/17~2016/10/18 共 62 日，藥帖服 104 帖。

## 致謝

感謝李政育教授、林欣榮院長、蔣永孝教授、馬辛一教授、黃文盛教授、馬辛一教授、張成富教授指導。(完稿 2016 年 10 月)

## 參考文獻 (併致謝忱)

1. 白明奇著, 忘川流域-失智症船歌, 台北市, 健康文化事業, 2013.
2. 王培寧, 劉秀枝著, 假如我得了失智症, 台北市, 寶瓶文化, 2014.
3. 吳潮聰編著, 失智症的最新發展與對策・找不到回家的路, 台北市, 元氣齋, 2014.
4. 奧村步著, 李瓊祺, 陳柏瑤譯. 面對失智症 你可以不恐懼, 台北市, 四塊玉文創, 2015.
5. 王培寧, 劉秀枝著, 別等失智上身(修訂版), 新北市, 台灣商務印書館, 2015.
6. 陳清芳, 林芝安, 劉慧敏著, 台灣長照資源地圖-長期照顧實用指南, 遠見天下文化, 2016.
7. 黃宗正著, 不被遺忘的時光-從失智症談如何健康老化, 台北市, 心靈工坊, 2016.

8. 王康裕著,周妙芳審訂,食油危機-吃錯油容易得失智症!?!新北市,大喜文化 2015.
9. 應格朗 Jay Ingram 著,徐仕美譯,記憶的盡頭-The End of Memory-解開老化與阿茲海默症之謎,台北市,遠見天下文化出版股份有限公司,2016. 01
10. 韓景獻主編,中西醫結合癡呆診療備要,天津市:天津科技翻譯. 2013.
11. 孫怡,楊任民,韓景獻主編.實用中西醫結合神經病學,北京人民衛生,2011 第 2 版.
12. 李政育,中醫腦神經治療學,台北,啟業書局,2001.
13. 傅中玲,陳正生等編著,失智症照護,台北市,華都文化, 2015.
14. Kenneth W Lindsay. Ian Bone. Geraint Fuller,顏君霖譯,圖解神經醫學及神經外科學,台北:合記圖書出版社, 2012:385-388
15. 孫孝洪,中醫治療學原理,台北:知音出版社, 1992:99-100, 319-320.
16. 李政育,中西醫匯通的理論與實務第一集,台北:啟業書局, 1991:271-292
17. Michael Gelder/ Richard Mayou/ John Geddes,吳光顯,何志仁,陳俊欽,歐麗清,方俊凱,徐堅棋,李郁芬,林嘉發,精神醫學,台北:藝軒圖書出版社,2002.
18. Elkhonon Goldberg,洪蘭譯,大腦總指揮,台北:遠流出版,2005:160-166,180-187,250,264-268
19. 施純全教授《防中風後失智 中藥 針灸幫大忙》,聯合影音 2016. 04. 05 鄧桂芬報導. 人間福報 2016. 04. 06 《防中風後失智 針藥並治降 4 成》  
<http://www.lph.com.tw/>