

# 目 錄

## Contents

---

---

### 以中醫角度探討時疫 COVID-19

陳軍凱、林舜毅 ····· 05

To Investigate COVID-19 From Traditional Chinese Medicine Perspective

Chun-Kai Chen, Shun-Ku Lin

### 健脾潤肺解表合方改善長新冠呼吸道症狀病例報告

古于容、林舜毅、王明仁 ····· 23

Case Report on Traditional Chinese Medicine Compound Formulation for Improving  
Respiratory Symptoms in Patients with Post COVID-19 Conditions

Yu-jung Ku, Shun-Ku Lin, Ming-Jen Wang

### 針灸合併穴位按摩對於失智病患吞嚥困難的治療效果

林舜毅 ····· 36

Acupuncture combined with acupressure for the treatment of swallowing  
difficulties in dementia patients

Shun-Ku Lin

### 糖尿病併發症的中醫治療病例報告

蔡邦宣 ····· 54

Case report of treating Diabetes-related complications with Chinese Medical  
therapy

Bang-Syuan Tsai

稿約 ····· 69

通訊課程試題 ····· 73



# 以中醫角度探討時疫 COVID-19

陳軍凱<sup>1</sup>，林舜毅<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 臺北市立聯合醫院仁愛院區中醫科

## 摘要

2019 年冠狀病毒疾病 (COVID-19) 對全球造成嚴重影響，我國借鑒對抗嚴重急性呼吸道症候群 (SARS) 的經驗成功控制疫情。本文從 COVID-19 病毒學和臨床表現切入，發現其符合傳統中醫經典描述，可以歸納為「濕毒邪」所致疾病，依據病程發展之差異，致使寒熱性質各有所偏重。另外，亦透過溫病學、傷寒學角度整理病程轉變、病位病機、中醫治則、用方及針灸治療。最後，注重環境衛生、健康保健以提高免疫力亦扮演重要角色，符合「聖人不治已病，治未病」的理念。台灣中醫師參與 COVID-19 治療，配合西醫治療，能有效提高治癒率、減少病程轉重危症的機率同時降低死亡率。

**關鍵詞：**2019 年冠狀病毒疾病、新冠肺炎、濕毒疫、傷寒論、溫病、魚際、液門

## 一、前言

### (一) 動機

2019 年為全世界風雨飄搖動盪百出的一年，新冠肺炎肆虐全球，身在台灣的我們，因上次 SARS 的慘痛經驗，在此次疫情初起時，便如臨大敵、嚴陣以待，才能有今日的防疫成績。在各國聞之變色，甚至需實施許多影響人民生活政策時，台灣反而在一片慘淡中，岿然傲立雪中。身為中醫學生的我們，在此環境之下，也不禁想到日後行醫之時若是自己遇到 SARS、COVID-19 這類型的病人，應當如何才能給予病人最恰當的幫助、治療。因而決定以 SARS、COVID-19 為例，探討時疫相關中醫臨床思路、及治療。

### (二) 背景

2019 年底，中國湖北省武漢市發現一種新型冠狀病毒，導致一系列的蔓延迅速的肺炎疫情。2020 年 2 月，世界衛生組織將此疾病命名為 COVID-19，代表 2019 年的冠狀病毒疾病 (Coronavirus disease 2019)；而造成 COVID-19 的病毒則命名為 SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) (嚴重急性呼吸系統綜合症冠狀病毒 2)，在正式命名之前則被稱為 2019-n-CoV[1]。截至 2023 年 11 月 13 日全球病例數已高達 6 億 9777 萬人次，造成 6937 萬人死亡，且歐美地區甚至傳出病毒再度突變的壞消息，無疑令疫情雪上加霜。未來身為一

線醫護人員的我們，就算執業時已度過此次疫情，也必定會遇到其他時疫，或是新冠肺炎後遺症之患者，因此了解相關疾病之機轉，以及預後無疑有其必要性。

## 二、研究方法

於中國醫藥大學圖書館電子資源查詢系統，在「華藝線上圖書館」、「台灣期刊論文索引系統」、「中國期刊全文數據庫」收尋關鍵字「中醫」、「時疫」、「傷寒論」、「新冠肺炎」，選取相關論文期刊並篩選品質較好且符合題目的論文，做中醫《傷寒論》時疫 COVID-19 病機、病程及治療內容分類整理。

## 三、研究內容與結果

### (一) 病毒學

造成 COVID-19 之 SARS-CoV-2 為一種  $\beta$  冠狀病毒，與嚴重急性呼吸道症候群 (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) 病毒和數種蝙蝠冠狀病毒為同個亞屬。其與 SARS-CoV 都使用血管張力素轉化酶 2 (angiotensin-converting enzyme 2, ACE2) 作為受體進入宿主細胞，因兩者受體結合區基因相似[2]。

為一種具有套膜的單股 RNA 病毒，其棘狀蛋白 (Spike proteins) 可與宿主細胞的 ACE2 結合，進而與宿主細胞膜融合進入宿主細胞，病毒進入宿主細胞後，經由自身 RNA dependent RNA polymerase 合成 RNA 和結構性蛋白，組裝完成再釋出病毒顆粒[3]。

### (二) 臨床症狀

潛伏期可能為暴露於病原後 14 天內，大多數病例在暴露後 4 至 5 天發病，主要表現為發燒、咳嗽、呼吸困難或疲倦，舌苔厚膩，少部份則有胃腸道症狀；嗅覺和味覺障礙，嚴重者甚至喪失嗅、味覺，也已被證實為 COVID-19 患者的常見症狀。

皮膚學症狀不明確，部分研究顯示確診患者出現斑丘疹、蕁麻疹、暫時性皮膚網狀青斑[4,5]；也有研究指出患者遠端手指上出現類似凍瘡的紅紫色小結節，主要發生在兒童和年輕人稱為“COVID toe2” [6,7]。

Wu 等人研究[8]以症狀嚴重程度加以分類，輕症者佔多數 (81%) 可能出現低燒、疲倦；重症者 (14%) 則可能會呼吸困難、缺氧，甚至發展急性呼吸窘迫症候群、敗血性休克、代謝性酸中毒、凝血功能障礙等；危症者比例最低(5%)可能出現呼吸衰竭、休克或多重器官功能障礙。(見表一)

嚴重程度(臨床可見比例)	臨床表現
--------------	------

輕症(81%) (無或輕度肺炎)	低燒(身熱不揚)和輕微疲倦但沒有肺炎症狀
重症(14%) (呼吸困難、缺氧或在 24 至 48 小時內影像學顯示肺部感染 >50%)	呼吸困難和低血氧，且可能發展成急性呼吸窘迫症候群 (Adult Respiratory Distress Syndrome, ARDS) 敗血性休克 嚴重代謝性酸中毒 凝血功能障礙
危症(5%) (呼吸衰竭、休克或多重器官功能障礙)	

表一. 依 COVID-19 嚴重程度分類之臨床表現

### (三) COVID-19 之六邪定位

COVID-19 的高度流行性及傳染性，中醫學“溫疫”之強烈傳染性、病情危重凶險均與 COVID-19 的高度流行性及傳染性一致。且中醫治療與西醫針對病毒生命週期之藥物介入 (ex. Chloroquine、Hydroxychloroquine、Remdesivir) 不同，以“病人”出發點，而非病毒本身，探討 COVID-19 病性、病位以及病因病機等。中醫歷代典籍對於時疫及病毒學特性亦有諸多描述，醫聖張仲景《傷寒雜病論序》『余宗族素多，向餘二百。建安紀年以來，猶未十稔，其死亡者，三分有二，傷寒十居其七』，記載病情之凶險以及強烈傳染性；吳又可《溫疫論·原病》也提到『邪從口鼻而入』[9]，與 COVID-19 通過呼吸道飛沫、接觸傳染一致可視為中醫病毒學之濫觴。(見表二)

中醫學之溫疫		
先秦 《黃帝內經》	五疫之至，皆相染易，無問大小，病狀相似	病情危重凶險致死、且可大面積傳播，具強烈傳染性
	其溫癘大行，遠近咸若	
	癘大至，民善暴死	
東漢·張仲景 《傷寒雜病論序》	余宗族素多，向餘二百。建安紀年以來，猶未十稔，其死亡者，三分有二，傷寒十居其七。	
隋·巢元方 《諸病源候論》	人感乖戾之氣而生病，則病氣轉相染易，乃至滅門	
唐·孫思邈	疫氣流行，死者極眾	

《備急千金要方》		
明清溫病學說		
明·吳又可 《溫疫論·原病》	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 邪從口鼻而入</li> <li>- 若其年疫氣充斥，不論強弱，正氣稍衰，觸之即病，則又不拘於此也</li> </ul>	疫病通過呼吸道口鼻傳播，與現今 COVID-19 通過呼吸道飛沫、接觸傳染如出一轍 →中醫病毒學之濫觴
清·吳鞠通 《溫病條辨》	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 瘟疫者，癘氣流行，多兼穢濁，家家如是，若役使然也</li> <li>- 世多言寒疫者，究其病狀，則增寒壯熱，頭痛骨節煩疼，雖發熱而不甚渴，時行則里巷之中，病俱相類，若役使者然，非若溫病之不甚頭痛骨痛而渴甚，故名曰寒疫耳</li> </ul>	

表二. 中醫歷代典籍時疫及病毒學特性描述

武漢地處華中地區，被稱為百湖之市、濕地之城，加已疫情爆發為冬令之時，可知新冠病毒來自於「寒濕」環境，時間、地點結合 COVID-19 臨床特點[10]: 潛伏期長多，身熱不揚，疲倦乏力，常伴隨消化道症狀，食慾差、味覺異常、腹瀉，舌胎厚膩、西醫檢查胸部斷層掃描多見毛玻璃樣斑塊、炎性陰影可發現均符合中醫所談「濕」之特性:濕性粘膩、重濁、趨下(見表三)。此外，COVID-19 主要傳播途徑為飛沫傳染，飛沫屬中醫生理中津液，因此濕邪也可視為病毒傳播的重要載體。是故許多文獻一致認定，COVID-19 的中醫病理屬性為濕，濕是此疾病發展變化最重要的核心，於臨床上患者多半展現出寒濕或濕熱交雜的病理特性，因此也可以「寒濕疫」或「濕毒疫」作為診斷病名，而有「濕毒疫」“Dampness Pestilence”[11]之稱。

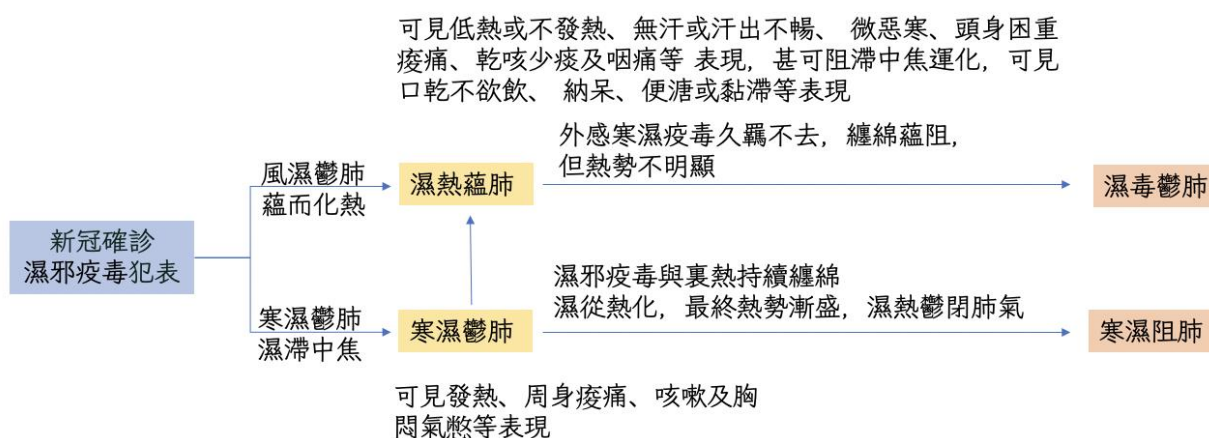
仝小林與洪炳傑等[12]分析 29 份中國、香港、台灣的 COVID-19 中醫藥診療方案資料，認為 COVID-19 為寒濕邪襲表、阻肺、礙脾，且寒濕邪易鬱進而入裏化熱、化燥、傷陰、致瘀，甚至閉脫，結果顯示以「濕、熱、毒、瘀」為病機特點。

COVID-19 主要臨床特點	
潛伏期長	符合中醫所談「濕」之特性:濕性黏膩、重濁、趨下
多身熱不揚	
疲倦、乏力	
常伴隨消化道症狀，食慾差、味覺異常、腹瀉	
舌苔厚膩	
西醫檢查	
胸部斷層掃描多見毛玻璃樣斑塊、炎性陰影	符合「濕」之特性

表三.COVID-19 主要臨床特點與中醫濕邪吻合

張哲儒、李威毅等[13]在中醫在 SARS 及 COVID-19 嚴重流行疫病臨床應用之系統性回顧一文亦提及，臨床治療期輕型多屬濕邪疫毒犯肺，並可依據病程發展之差異，致使寒熱性質各有所偏重，因此可再細分為「寒濕鬱肺證」與「濕熱蘊肺證」並各自發展為「濕毒鬱肺證」，或是「寒濕阻肺證」。寒濕鬱肺可見發熱、周身痠痛、咳嗽及胸悶氣憋等表現；濕熱蘊肺則可見可見低熱或不發熱、無汗或汗出不暢、微惡寒、頭身困重痠痛、乾咳少痰及咽痛等表現，甚可阻滯中焦運化，可見口乾不欲飲、納呆、便溏或黏滯等表現。(見圖一)

病程發展應該是相對緩慢的，但若疫毒和濕相合，則病程發展快速，甚至在正氣不足或有共病症的病人身上，容易傳變為重症。綜合論文中所見，可歸納出 COVID-19 以濕邪為主兼有寒邪或熱邪，類似少陰病因病人體質而有寒化或熱化的轉歸，治則重視祛濕化邪，並適時處理濕邪所化之熱。



圖一.

#### (四) COVID-19 之病程傳變

##### 1. 溫病學

病邪從口鼻而入，若從鼻而入，肺為呼吸之門戶，首先犯肺；若從口而入，進而就會傷害到脾胃，因此中醫病位在肺與脾胃。COVID-19 的病程大致可區分成：輕症、中症、重症以及危症，剛好能夠大致符合中醫溫病學：衛氣營血四階段。

[14]衛分可見低燒、咳嗽、流鼻水、疲倦乏力、喉嚨痛等症狀，病邪 SARSCoV-2 夾濕從口鼻入，影響肺之宣發肅降，為病位中心，亦侵犯脾胃影響升降運化，使脾土無法生肺金，脾氣不足，肺氣更加虧損，造成表衛不固，可醫病人症狀、轉歸分成濕熱蘊肺及寒濕鬱肺兩證型，相對來說症狀屬於輕症。氣分則可見發燒不退、腹瀉、喘咳等症狀，濕邪已經鬱阻到三焦膜原半表半裡處傳變，可能已有實質肺或消化道的損害，中醫證型屬寒濕阻肺或濕熱壅肺、瀰漫三焦，臨床症狀介於輕症和重症呼吸困難之間。

營分可見呼吸困難、神昏譫語、皮膚發斑等重症症狀，此時濕濁已由三焦內陷心營，出現邪入心包、內閉外脫等症。營分邪毒不解，傷及血分則會熱盛動血，出現急性急性呼吸道窘迫症、多重器官衰竭、敗血性休克、凝血功能障礙等重症或危症症狀。(見表四)

溫病學	機轉	中醫證型	臨床症狀
衛分	病邪 SARSCoV-2 夾濕從口鼻入 1. 肺為病位中心→影響肺宣發肅降 2. 部分侵犯脾胃→影響脾胃的升降運化 ↓ 因脾土生肺金，脾氣不足導致肺氣更加虧損，肺脾之氣不足造成表衛不固	- 濕熱蘊肺 - 寒濕鬱肺	低燒 咳嗽 流鼻水 喉嚨痛 疲倦乏力
氣分	濕邪鬱阻三焦膜原，半表半裏之處進行傳變，實質肺部或消化道受到傷害	- 寒濕阻肺 - 濕熱壅肺+瀰漫三焦	發燒不退 腹瀉 喘咳
營分	濕濁藉由三焦內陷心營	- 邪入心包 - 內閉外脫	呼吸困難 神昏譫語 皮膚發斑 (重症)
血分	營分邪毒對臟腑經絡造成更大傷害→營分不解，傷及血分	- 熱盛動血	急性呼吸道窘迫症 多重器官衰竭



			敗血性休克 (危症) 凝血功能障礙 (重症)
--	--	--	---------------------------------

表四. COVID-19 溫病學各階段傳變

## 2. 傷寒學

新冠肺炎符合由表入裏、由輕到重、由重轉危之傳變規律。初期發燒、咳嗽符合傷寒太陽病之病徵；後續因邪氣在表、肺氣宣降不利致咳，以輕症居多，顯示新冠肺炎雖具有時疫快速傳染之特性，卻還未具瘟疫病程重的特質。其輕症多的表現，符合傷寒多於三陽階段結束之特性。

➤ 年長者、兼有其他重病者：

陰陽氣虛衰，易使病程由三陽入三陰，臨床上可見新冠肺炎致死率提升 5-14%[15]。

➤ 小兒「臟腑嬌嫩，形氣未充」、「臟器清靈，易趨康復」：

不如成年人嚴重，與曝露較少、照護品質較好有關外，可能與兒童的 ACE2 成熟度、功能較差，成熟度不足，與新冠病毒結合能力較差有關。

➤ 吸菸者：

ACE2 表現顯著高於非吸菸者，更易有氣虛與痰濕體質，疫毒犯肺時可能更易發生喘促、呼吸困難等肺氣閉鬱之症[16]。

## (五) COVID-19 的病位、病機探討

COVID-19 的中醫病位以肺為中心而脾胃次之，由於感染時所需受體 ACE2 主要分佈位置於肺部上皮細胞 type II alveolar cells (AT2) 外，在食道、迴腸和結腸上皮細胞均有高表現量[17]，說明病毒從口鼻而入優先感染呼吸道外，上下消化道均有可能遭受感染。

### 1. 溫病學

上述傳變過程提及：受感染後，濕邪鬱阻三焦膜原，進到氣分階段。中醫三焦的概念與 Theise 研究團隊在 2018 提出「間質」[18]之特性相似(病毒可藉由人體豐富的間質來進行傳變)。間質為系統性組織，分布於皮膚下、圍繞動脈與靜脈、包裹肌肉間，甚至鋪襯於肺臟、消化道與泌尿系統。

臨床上也發現伴隨消化系統症狀的患者，從發作到入院治療的時間更長，治癒和出院的機率較低，高熱不退 (>38.5°C)、呼吸短促 (respiratoryrate>20 次/分鐘)，發展成重症及危症的比率更高[19]。從中醫

角度分析，病邪若藉由脾胃發病，比起單純從肺衛發病，更易進入氣分階段。

病邪傳入營分，為 COVID-19 破壞血管循環系統所造成的病理狀態。SARS-CoV-2 感染內皮細胞，並進一步造成發炎反應，引起血管內皮細胞損傷、凋亡，甚至造成各個器官內皮炎症，破壞患者的血管微循環，造成血管病變，上述血管功能障礙造成全身器官損傷[20]。

此外，葉天士《溫熱論》：「溫邪上受，首先犯肺，逆傳心包」[21]，描述病邪由衛分直接傳入心營的情形。Journal of Medicine (NEJM) 研究發現，美國紐約市西奈山收治 5 名未滿 50 歲 COVID-19 輕症患者，突然出現中風症狀，包括言語不清、意識混亂[22]與葉天士的描述不謀而合。

病邪後期造成的全身性感染，重症患者中血小板減少症很常見，影響凝血功能而進入血分階段，與吳鞠通《溫病條辨》：「血從上溢，溫邪逼迫，血液上走清道，循清竅而出」[23]一致。加護病房治療中的 COVID-19 患者，血液過度凝集相當常見(ex. D-dimer 指數升高、prothrombin time (PT) 和 activated partial thromboplastin time (aPTT) 延長、纖維蛋白降解產物增加，甚至造成嚴重的血小板減少症而危及生命[24]。病情愈嚴重，血小板數量顯著降低，死亡率顯著提升。

## 2. 傷寒學(條文及症狀分類合併於下方用方使用討論)

咽部及扁桃腺局部腫脹不明顯，且後續發生泛發性血管內血液凝固的比例不高，推測並非遵循溫病:衛氣營血的病程發展。

## (六) COVID-19 中醫治則、用方

《新型冠狀病毒肺炎死亡屍體系統解剖大體觀察報告》顯示：死者肺部切面出現灰白色粘稠液體，氣管腔內見白色泡沫狀粘液，右肺支氣管腔內見膠凍狀粘液附著，由於粘液堵塞肺泡、氣道、肺間質、支氣管，使肺逐漸散失換氣功能，進而缺氧。

若盲目使用氧氣裝置，反而可能適得其反，氧氣壓力會將黏液推到肺部的更深處，進而加重患者的缺氧狀態。患者並不是真正缺氧，而是肺裏的氣道被堵住了氧氣進不來，只要把氣道打開，把痰化掉，去掉濕氣，患者便能自行呼吸。

中醫介入治療大多採取分期與分型論治，若能在 COVID-19 輕症時即早合併中藥治療，可以有效防止疾病進展成重危症，避免毒邪傳變入裏，幫助患者及早治癒。病程的證型從輕期:濕邪傷肺、中期:濕毒阻肺，到危重期:大量痰濕閉阻於肺，造成疫毒閉肺，可看出「濕」為各階段病程之主軸，故中醫治療以宣肺化痰、健脾化濕為原則[25]。

中國國家中醫藥管理局推薦使用「清肺排毒湯」，臨床結合西醫治療 COVID-

19，初步評估臨床治療有效率達 90%[26]，能夠縮短住院天數、增加淋巴球數量，此方出自仲景《傷寒論》：麻杏甘石湯、射干麻黃湯、小柴胡湯和五苓散的合方加減，全方 21 味中藥的歸經聯結，以肺、脾、胃三者有最大關連[27]。此方具和解少陽和宣肺祛實方義，尤以祛實見長，故而臨床效宏。

使用中藥飲片，水煎服，一天一副，早晚兩次（飯後 40 分鐘服），溫服。如條件許可，每副藥服用後服大米湯半碗，舌乾津液虧虛者可多服至一碗。3 副為一個療程。（如果患者不發燒則生石膏的用量要小，發燒或壯熱加大生石膏的用量）

由於患者水濕阻礙肺部氣血運行，五苓散溫陽利水，加強氣化功能，將體內的水氣化成身體所需要的津液之外，將體內多餘的廢水，通過小便排出；小柴胡湯則由於部分患者可兼見少陽證。

至於痰太粘稠，咳不出來，就成了乾咳，透過射干麻黃湯宣肺，內含大量化痰的藥物，能把肺部的痰稀釋化掉方便排出。痰濕若堵在肺部日久，便鬱而化熱變成痰熱、濕熱，臨床表現為發燒，此時使用麻杏石甘湯退熱。

台灣衛生福利部則提供清冠一號，作為確診個案居家照護使用。清冠一號功效為解表宣肺、清熱解毒、寬胸化痰、和胃降氣。為「荊防敗毒散」加減，組成包括荊芥、防風、甘草、黃芩、桑葉、魚腥草、板藍根、薄荷、全瓜蒌、厚朴。荊芥、防風解表；黃芩、桑葉、魚腥草、板藍根清熱解毒；薄荷、厚朴調整肺氣升降；全瓜蒌可祛痰熱[28]。

從主要成份上加以分析兩方，雖然治療方向大致相同，清冠一號以解表、清熱為主，而清肺排毒湯以化痰濕為主、並相對重視健脾以調節腸胃功能。實驗結果上清冠一號的能夠抑制新冠病毒與宿主細胞膜上 ACE2 的結合、抑制 3CL 蛋白酶的活性，阻斷病毒在宿主細胞中的複製、抑制肺泡巨噬細胞分泌細胞激素 TNF- $\alpha$ 、IL-6[29]；清肺排毒湯的作用機制則主要集中在調節 Toll-like receptor 4 及下游的訊號傳遞，包含了可能誘發細胞風暴的 NF- $\kappa$ B、MAPK 傳遞路徑，以減少發炎反應[30]，對於直接抑制病毒結合、複製的效果不及清冠一號。（見表五）

	清冠一號	清肺排毒湯
主要成份	40%解表藥：荊芥、防風、桑葉、薄荷	23.8%解表藥：炙麻黃、桂枝、柴胡、生薑、細辛
	40%清熱藥：甘草、黃芩、魚腥草、板藍根	19%清熱藥：射干、黃芩、生石膏、甘草
	20%化痰濕藥：全瓜蒌、厚朴	57%化痰濕藥：茯苓、豬苓、澤瀉、藿香、半夏、細辛、陳皮、枳實、白朮、紫菀、款冬花、射干

	10%理氣藥：厚朴	9%理氣藥：陳皮、枳實
	10%止咳藥：甘草	28.5%止咳藥：炙麻黃、生薑、紫菀、款冬花、杏仁、甘草
	10%健脾藥：甘草	23.8%健脾藥：茯苓、陳皮、白朮、山藥、甘草
功效	1. 解表宣肺 2. 清熱解毒 3. 寬胸化痰 4. 和胃降氣	1. 清肺熱 2. 利濕化痰 3. 調節腸胃功能 4. 增加營養的吸收
實驗結果	1. 抑制新冠病毒棘蛋白與宿主細胞膜上 ACE2 的結合。 2. 抑制 3CL 蛋白酶的活性，阻斷病毒在宿主細胞中的複製。 3. 抑制肺泡巨噬細胞分泌細胞激素 TNF- $\alpha$ 、IL-6，調控細胞風暴，減少肺部破壞和降低肺纖維化的發展	1. 調節 Toll-like receptor 4 及下游的訊號傳遞，包含了可能誘發細胞風暴的 NF- $\kappa$ B、MAPK 傳遞路徑，以減少發炎反應。 2. 影響病毒引起的 INF- $\alpha$ 相關反應。

表五. 清冠一號與清肺排毒湯比較

## 1. 溫病學

病程、病因病機	方劑	方劑作用
衛	濕熱蘊肺	銀翹散
		桑菊飲合桑白皮
	寒濕鬱肺	小青龍湯/射干麻黃湯
經三焦膜原傳變	達原飲	透達三焦鬱竭之邪
氣	濕熱壅肺	麻杏甘石湯
	濕熱瀰漫三焦	三仁湯
營	邪陷心包	安宮牛黃丸
	內閉外脫	生脈散
血	熱盛動血	犀角地黃丸

表六. COVID-19 溫病學各階段中醫用方

## 2. 傷寒學

與西醫臨床診察重點不同，西醫統計並未記錄沉重感之描述，對於輕症患者中醫師需鑑別大青龍湯/麻黃加朮湯之差別。臨床也有少陽證(口苦、咽

乾、目眩、咽痛無食欲、心煩喜嘔、忽冷忽熱、胸悶脅滿)之案例，所以用了小柴胡湯，還需注意二、三陽併病/合病的發生，以及少陽誤汗、誤下，易致壞證。(見表六)

當患者出現乏力，正氣不足，實邪蘊盛，進一步出現呼吸困難、氣機阻滯則表示進入重症階段，須注意是否已轉入三陰病。中醫在重症時期，應該在維持患者正氣下，同時驅除肺部病理產物，並依據脈、證用方。(見表七)

西醫則可見肺部影像醫學出現毛玻璃斑塊、雙側斑片狀陰影，且肺部內充滿黏液，發炎反應升高、淋巴球、白血球減少症等，此階段以呼吸窘迫所需支持性治療為主。

新冠肺炎輕症	
徵狀: 發燒咳嗽，兼有畏寒、頭痛、肌痛或咳血	
用方	麻黃湯
傷寒 條文	太陽病，頭痛，發熱，身疼，腰痛，骨節疼痛，惡風，無汗而喘者，麻黃湯主之
	傷寒脈浮緊，不發汗，因治衄者，麻黃湯主之
徵狀: 發燒咳嗽，兼有呼吸困難	
用方	麻黃杏仁甘草石膏湯 (初期上焦乾咳無痰，杏仁可潤肺止咳)
傷寒 條文	若汗出而喘，無大熱者，可與麻黃杏子甘草石膏湯
P.S.	早期可以使用石膏，不過不宜使用大劑量清熱解毒、涼血消腫藥物，反而會寒凝阻肺、阻肺氣升降
徵狀: 未發燒，但有喉嚨痛	
用方	甘草湯、桔梗湯 +麻黃杏仁甘草石膏湯
傷寒 條文	少陰病，二三日，咽痛者，可與甘草湯；不差，與桔梗湯
徵狀: 肌痛明顯，因於風寒束表，或兼見疲倦	
用方	大青龍湯/麻黃湯
傷寒 條文	太陽中風，脈浮緊，發熱，惡寒，身疼痛，不汗出而煩躁者，大青龍湯主之
	傷寒，脈浮緩，身不疼，但重，乍有輕時，無少陰症者，大青龍湯發之
P.S.	兼見疲倦者，注意鑑別有無少陰症
徵狀: 見少陰症、脈沉	
用方	大青龍湯合用/轉用麻黃附子湯

傷寒 條文	水，發其汗即已，脈沉者宜麻黃附子湯；浮者宜杏子湯
P.S.	也可考慮和用祛風散濕藥：煨草果、藿香、佩蘭、蒼朮等
徵狀:	兼有腹瀉
用方	葛根湯/麻黃加朮湯/時方藿香正氣散加減
傷寒 條文	太陽與陽明合病者，必自下利，葛根湯主之
	濕家身煩疼，可與麻黃加朮湯，發期汗為宜，慎不可火攻之
P.S.	兼見呼吸困難明顯，合用麻杏甘石湯

表六. COVID-19 輕症對應傷寒條文

新冠肺炎重證	
徵狀:	脈浮
用方	小青龍湯加石膏/厚朴麻黃湯/射干麻黃湯/越婢湯
傷寒 條文	肺脹，咳而上氣，煩躁而喘，脈浮者，心下有水，小青龍湯加石膏湯主
	咳而脈浮者，厚朴麻黃湯主之
	咳而上氣，喉中水雞聲，射干麻黃湯主之
	風水惡風，一身悉腫，脈浮不渴，續自汗出，無大熱，越婢湯主之
P.S.	不任麻黃可轉用桂枝類方(ex. 桂枝去芍加皂莢湯)
徵狀:	早期呼吸窘迫
用方	十棗湯/皂莢丸/葶藶大棗瀉肺湯+排膿散/桔梗湯
傷寒 條文	咳加其脈弦，為有水，十棗湯主之
	咳逆上氣，時時吐濁，但坐不能眠，皂莢丸主之
	肺癰，喘不得臥，葶藶大棗瀉肺湯主之
	咳而胸滿，振寒脈數，咽乾不渴，時出濁唾腥臭，久久吐膿如米粥者，為肺癰，桔梗湯主之
P.S.	- 更嚴重者可使用桔梗白散 - 脈轉沉可使用澤漆湯 - 需鑑別是否轉入三陰
徵狀:	舌質夾瘀、肺部毛玻璃樣斑塊 (氣道阻塞、氣機不暢所致，考慮血瘀與痰飲互結)
用方	加入適當祛濕化痰、活血化瘀藥(ex. 千金葶藶湯+貫眾、土鱉蟲)
徵狀:	急性腎衰竭，合併尿量減少、全身浮腫
用方	越婢湯、越婢加朮湯、甘草麻黃湯
徵狀:	合併三陰病時

用方	真武湯、四逆湯等方，並依證加入大黃或黃耆
P.S.	注意三焦通利

表七. COVID-19 重症對應傷寒條文

恢復期根據患者陰液枯潤多寡，依辨證、病人體質加減處方。(見表八)

新冠肺炎恢復期	
偏虛	
用方	千金葶藶湯/麥門冬湯/外臺炙甘草湯
飲邪未除	
用方	小半夏加茯苓湯/苓甘五味薑辛湯
共病、長者	
用方	三陰病藥物: 甘草甘薑湯、茯苓四逆湯

表八. COVID-19 恢復期用藥

### 3. 針方對應以針代方

針對主要症狀(發燒、咳嗽、咽痛、納差、呼吸急促、黃綠膿痰、倦怠四肢無力)處理，以五俞穴及五行思想取穴。以魚際、液門(三叉三)透中渚少府，及水金(或尺澤)三個穴為主。可以上半身只用尺澤或水金，配下部之復溜，達上下交濟、金水相通之功，整體療效更好些[31]。(見表九)

取穴	功效	
魚際	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 肺經榮穴，肺主表主衛，魚際可調節汗液</li> <li>- 又魚際為肺(辛)經火(溫)穴，等同辛溫之麻黃湯</li> <li>- 榮主身熱，對應辛涼之「麻杏石甘湯」雙向調整，善治肺炎發熱及定喘</li> </ul>	
三叉三 /液門	-液門為三焦榮穴，善治外感及退熱，還能去濕治疲倦(疲倦濕重，為新冠肺炎主要症狀)等同「小柴胡湯」	
	-魚際配液門，治喉痛特效	
	透中渚	- 利水，等同柴胡桂枝湯、柴苓湯
	透少府	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 心經榮穴，能強心，回陽救逆</li> <li>- 配合魚際，對應麻黃附子細辛湯，此方善治太少兩感之病，即少陰體質(老人多少陰病)外感(老人患有心血管病、糖尿病者)</li> </ul>
尺澤	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 氣喘較重而帶哮音者可針</li> <li>- 肺(金)之水穴，善治肺熱又為合穴，合主逆氣而泄，治咳嗽氣喘極佳，對應「射干麻黃湯」</li> <li>- 魚際配尺澤都在肺經，治療最直接</li> </ul>	
水金	- 奇穴	

	- 喘咳嚴重，水金、尺澤皆用更好
復溜	- 水之金穴，又為經穴，經主喘咳寒熱，對於發燒怕冷有效，定喘甚
	- 腎之母穴，強壯少陰體質虛弱者

表九. COVID-19 以針代方選穴、功效

#### 四、分析討論

- (一) 因 COVID-19 咽部及扁桃腺局部腫脹不明顯，且後續發生泛發性血管內血液凝固的比例不高，因而不同研究分別以溫病學或是傷寒學角度看待，但不論用哪家的說法，此次新冠肺炎的臨床表現及流行病學的表現均和先賢經典中所描述一致，COVID-19 即為瘟疫、時疫。
- (二) 在他篇時疫相關的論文中也可見，除了我們上述討論的病位、中醫治療外，注重環境衛生：環境消毒、避免感染(戴口罩、肥皂水勤洗手、避免到疫區、避免接觸患者、避免在外用手觸碰眼鼻等黏膜部位等)、均衡營養、良好睡眠品質、保持環境空氣流通等，反而是更加重要的基本。當然我們也可透過服用一些增強免疫力的處方，來提升身體的防衛能力(玉屏風散、補中益氣湯等)，內經云「正氣甚者，邪不可干」、「聖人不治已病，治未病」，古人重視平日的休養生息及保健，增加自身免疫力，便不易受外邪疾病侵擾。

#### 五、結論

總體來說，不管是溫病、傷寒或是中醫生理學的角度來看，COVID-19 均脫離不了濕毒邪，故不管是溫病的治療、傷寒的方劑、甚至以針代方都以此為核心切入。

對於確診患者，應儘早使用中藥治療，減少病程轉重危症的機率。典型 COVID-19 病患以肺、胃侵犯為主，溫病之銀翹散、桑菊飲或傷寒論之麻杏甘石湯可依證型靈活運用。由於病毒易從三焦傳變，故達原飲或三仁湯的使用時機也相當重要。若病入營分則引起邪入心包或內閉外脫等證，推測病毒已侵犯血管內皮細胞，引起心血管功能病變。如 COVID-19 病入血分、熱盛動血證，推測病毒已影響凝血系統的功能，造成多處器官的凝血病變。至於重危證患者，可在西醫為主的輔助性治療及監控下，加入之安宮牛黃丸、生脈散和犀角地黃湯作為輔助治療。

中國國家中醫藥管理局則推薦使用「清肺排毒湯」加以治療，其結合傷寒論中麻杏甘石湯、射干麻黃湯、小柴胡湯和五苓散合方加減，依此次疫情出現的主症加以治療。但我覺得若是情況許可我們還是應該辨證論治，依不同病人的病證、脈象、體質等，結合相對應的傷寒條文，加以開方治療，並在辨證過程中注意病程轉變，是否出現少陰症，甚至是轉入三陰病。

針方對應、以針代方提供我們另一個治療選擇，在國外禁用麻黃地區，或是手邊藥物不足時，或許可以給予病人症狀上快速直接的緩解。針對主要症狀(發燒、咳嗽、



咽痛、納差、呼吸急促、黃綠膿痰、倦怠四肢無力)處理，以五輸穴及五行思想取穴，以魚際、液門(三叉三)透中渚少府，及水金(或尺澤)三個穴為主達症狀減緩之功。

除了中西醫的治療外，我們也當注意平日之環境衛生及健康保健，方為根本，中醫治療有安內攘外之功，攻邪同時注重正氣虛實，在治療時疾病時，使身體快速恢復健康，故臨床上結合中西醫治療 COVID-19 能有效提高治癒率、減少病程轉重危症的機率同時降低死亡率。

## 六、參考文獻

1. World Health Organization: Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report-22 (2020.02.11); [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2)
2. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 Apr 7;323(13):1239-1242. doi: 10.1001/jama.2020.2648 黃靖鈞、吳孟珊、陳忠仁：結合中西醫理論探討嚴重特殊傳染性肺炎的病程進展及治療展望。中醫藥研究論叢 2020;23:105-127。
3. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, Si HR, Zhu Y, Li B, Huang CL, Chen HD, Chen J, Luo Y, Guo H, Jiang RD, Liu MQ, Chen Y, Shen XR, Wang X, Zheng XS, Zhao K, Chen QJ, Deng F, Liu LL, Yan B, Zhan FX, Wang YY, Xiao GF, Shi ZL: A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* 2020; 579(7798): 270.
4. Recalcati S: Cutaneous manifestations in COVID 19: a first perspective. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020; doi:10.1111/jdv.16387.
5. Manalo IF, Smith MK, Cheeley J, Jacobs R: A Dermatologic Manifestation of COVID-19: Transient Livedo Reticularis. *J Am Acad Dermatol*. 2020; doi:10.1016/j.jaad.2020.04.018.
6. Galván Casas C, CatalàA, Carretero Hernández G, Rodríguez-Jiménez P, Fernández Nieto D, Rodríguez-Villa Lario A, Navarro Fernández I, Ruiz- Villaverde R, Falkenhain D, Llamas Velasco M, García-Gavín J, Baniandrés O, González-Cruz C, Morillas-Lahuerta V, CubiróX, Figueras Nart I, Selda-Enriquez G, RomaníJ, Fustà-Novell X, Melian- Olivera A, Roncero Riesco M, Burgos- Blasco P, Sola Ortigosa J, Feito Rodriguez M, García-Doval I: Classification of the cutaneous manifestations of COVID

- 19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. *Br J Dermatol.* 2020; doi:10.1111/bjd.19163.
7. Alramthan A, Aldaraji W: A case of COVID 19 presenting in clinical picture resembling chilblains disease. First report from the Middle East. *Clin Exp Dermatol.* 2020; doi:10.1111/ced.14243
8. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA.* 2020 Apr 7;323(13):1239-1242. doi: 10.1001/jama.2020.2648.
9. 明 · 吳又可、鄭重光:溫疫論補證,新文豐出版社,台北 1985;上卷:9。
10. 孫春霞、曹振東、畢婉蓉、施青:中醫藥防治新型冠狀病毒肺炎探討。國際全科醫學 2020;1(1):32-39。
11. Gu J Y, Han B, Wang J: COVID-19: gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission. *Gastroenterology* 2020; doi:10.1053/j.gastro.2020.02.054.
12. 仝小林、李修洋、趙林、李青偉、楊映映、林軼群、... 宋斌(2020)。從“寒濕疫”角度探討新型冠狀病毒肺炎的中醫藥防治策略。中醫雜誌, 61(6), 465-470。
13. 張哲儒、李威毅、黃頌儼、羅綸謙、柯富揚、孫茂峰、楊仁宏(2020)。中醫在 SARS 及 COVID-19 嚴重流行疫病臨床應用之系統性回顧。中醫藥雜誌, 31(2), 28-49
14. 黃靖鈞、吳孟珊、陳忠仁:結合中西醫理論探討嚴重特殊傳染性肺炎的病程進展及治療展望。中醫藥研究論叢 2020;23:105-127。
15. 林冠良、歐世宸、蔡金川、黃建榮、張東廸、王舜德:中醫對新型冠狀病毒肺炎的思考。臺灣中醫醫學雜誌 2020;18(1):53-64。
16. 何彪、周濤、李超:不同中醫體質無症狀吸煙者 64 排螺旋 CT 影像觀察·河北中醫·2015 ; 37 : 507-9。
17. Gu J Y, Han B, Wang J: COVID-19: gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission. *Gastroenterology* 2020; doi:10.1053/j.gastro.2020.02.054.
18. Benias P C, Wells R G, Sackey-Aboagye B, Klavan H, Reidy J, Buonocore D, Miranda M, Kornacki S, Wayne M, Carr-Locke D L, Theise N D: Structure and distribution of an unrecognized interstitium in human tissues. *Scientific reports* 2018; 8(1): 1-8.
19. JinX,LianJS,HuJH,GaoJ,Zheng L,ZhangYM,HaoSR,JiaHY,CaiH, ZhangXL,YuGD, XuKJ,WangX Y,GuJQ,ZhangSY,YeCY,JinCL, LuYF,YuX,YuXP,HuangJR,XuK L, NiQ,YuCB,ZhuB,LiYT,LiuJ, ZhaoH,ZhangX,YuL,GuoYZ,SuJ W, Tao J J, Lang G J, Wu X X, Wu W R, Qv T T, Xiang D R, Yi P, Shi D, Chen Y, Ren Y, Qiu Y Q, Li L J,

- Sheng J, Yang Y: Epidemiological, clinical and virological characteristics of 74 cases of coronavirus- infected disease 2019 (COVID-19) with gastrointestinal symptoms. *Gut* 2020; 0: 1-8; doi:10.1136/gutjnl-2020-320926.
20. Menter T, Haslbauer J D, Nienhold, R, Savic, S, Hopfer H, Deigendesch N, Bassetti S: Post mortem examination of COVID19 patients reveals diffuse alveolar damage with severe capillary congestion and variegated findings of lungs and other organs suggesting vascular dysfunction. *Histopathology* 2020; doi:10.1111/ his.14134.
21. 清 · 葉天士:葉天士醫學全書, 山西 科學技術出版社, 太原 2012;溫熱論:303。
22. Oxley T J, Mocco J, Majidi, S, Kellner C P, Shoirah H, Singh I P, De Leacy R A, Shigematsu T, Ladner T R, Yaeger K A, Skliut M, Weinberger J, Dangayach N S, Bederson J B, Tuhim S, Fifi J T: Large- Vessel Stroke as a Presenting Feature of Covid-19 in the Young. *The New England journal of medicine* 2020; doi:10.1056/NEJMc2009787.
23. 清 · 吳瑭、李一宏、黃香玲:溫病條辨, 志遠書局, 台北 2012;2(1-6):46。
24. Terpos E, Ntanasis Stathopoulos I, Elalamy I, Kastritis E, Sergentanis T N, Politou M, Psaltopoulou T, Gerotziafas G,Dimopoulos M A: Hematological findings and complications of COVID 19. *American Journal of Hematology* 2020; doi: 10.1002/ajh.25829.
25. 劉運磊、景蓉、惠彩霞、任鳳霞、萬曉 燕、李元軍、陳延平、李春豔、毛婭、李笑梅:基於痰濕毒瘀論對新型冠狀病 毒肺炎的中醫治療。延安大學學報(醫學科學版)2020;18(1):6-9。
26. 薛伯壽、姚魁武、薛燕星:清肺排毒湯 快速有效治療新型冠狀病毒肺炎的中 醫理論分析。中醫雜誌 2020;61(6): 461-462。
27. 趙靜、田賽賽、楊健、劉劍鋒、張衛東: 清肺排毒湯治療新型冠狀病毒肺炎機 制的網絡藥理學探討。中草藥 2020; 51(4):829-835。
28. 衛生福利部國家中醫藥研究所。臺灣清冠一號(NRICM101)處方依據、方解和基礎研究。
29. Tsai KC, Huang YC, Liaw CC, et al. A traditional Chinese medicine formula NRICM101 to target COVID-19 through multiple pathways: A bedside-to-bench study.
30. Yang R, Liu H, Bai C, et al. Chemical compo- sition and pharmacological mechanism of Qin- gfei Paidu Decoction and Ma Xing Shi Gan Decoction against Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): In silico and experimental study. *Pharmacol Res* 2020; 157: 104820
31. 楊維傑: 小論 [新冠病毒肺炎] 之四方及 [據方用針]。台北市中醫醫學雜誌 2020;26(1):59-63。



# To Investigate COVID-19 From Traditional Chinese Medicine Perspective

Chun-Kai Chen, Shun-Ku Lin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Chinese Medicine, Taipei City Hospital, RenAi Branch . Department of Health, Taipei City Government

## Abstract

The 2019 COVID-19 pandemic had a significant global impact, and our country successfully controlled it by applying lessons from the SARS outbreak. This article explores COVID-19 from a traditional Chinese medicine perspective, identifying it as a "Cold- Dampness Pestilence " disease. It also discusses treatment principles and acupuncture therapy using Wen Bing theory and Shang Han Lun. The article emphasizes the importance of environmental hygiene and health maintenance to boost immunity, following the concept of prevention rather than cure. In Taiwan, involving certified Chinese medicine practitioners alongside Western medicine treatment has increased recovery rates, reduced severe cases, and lowered mortality rates in COVID-19 treatment.

**Keywords:** 2019 coronavirus disease, COVID-19, Dampness Pestilence, Shanghan Lun, Warm Disease, Yuji, Yemen

# 健脾潤肺解表合方改善長新冠呼吸道症狀 病例報告

古于容<sup>1,2</sup>、林舜毅<sup>1,3,4,5</sup>、王明仁<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup> 台北市立聯合醫院仁愛院區

<sup>2</sup> 中國醫藥大學學士後中醫學系

<sup>3</sup> 臺北市立大學

<sup>4</sup> 國立陽明交通大學公共衛生研究所

<sup>5</sup> 國立陽明大學傳統醫藥研究所

## 摘要

本病例報告描述一名 63 歲男性患者，確診為新冠病毒感染並經治療後病毒已清除。然而，其於痊癒後持續出現喉嚨乾燥、對風和菸味敏感引發乾咳，且鼻涕增多、鼻塞等症狀。此外，患者感到易疲倦並有睡眠品質下降與記憶力衰退等問題。患者求診中醫門診，接受特定中藥方劑治療後，症狀得到明顯改善。本病例提醒醫護人員在新冠病毒感染的後續階段，注意患者可能出現的呼吸道和神經系統相關的症狀，並探討中藥方劑在改善這些症狀方面的臨床應用價值。

**關鍵字：**新冠病毒感染；呼吸道症狀；中醫藥治療；參苓白朮散；鼻涕倒流

## 前言

在全球面臨新型冠狀病毒（COVID-19）的嚴重威脅之際，各種治療方法和策略被迅速地提出並實施。其中，中醫作為一種源自中國的傳統醫學，其獨特的理論體系和治療方法在抗擊新冠病毒的過程中扮演了重要角色。然而，關於中醫治療新冠的病例報告和研究在國際學術界仍然相對缺乏，這在一定程度上阻礙了全球對中醫治療新冠的理解和接受。

羅等人的研究[1]分析了中醫在對抗新型冠狀病毒肺炎（NCP）中的臨床效果，並優化了清肺排毒湯和國家衛生委員會推薦的配方。他們的研究結果顯示，中醫在治療新冠病毒上有顯著的效果。在這篇研究中，他們使用的中藥包括了多種不同的成分，例如黃芩、黃連、黃柏、板藍根、赤芍、當歸、地黃、白朮、茯苓、甘草、大棗、生薑、細辛、防風、桔梗、百部、杏仁、五味子、桂枝、黨參、白芍、炙甘草、黃芩、石膏、牛黃等。這些藥物的選擇是基於他們對新冠肺炎病毒的理論效應，以及他們在臨床實踐中的效果。倪等人的研究[2]報告了一個在武漢確診的新冠病毒家庭病例，並使用西醫和中國傳統專利藥物雙黃連口服液進行治療。他們的研究結果顯示，西醫和中醫的結合治療對新冠病毒有顯著的治療效果。姜等人的研究[3]提供了當前的證據，顯示中醫和常規西醫結合治療新冠病毒的效果和安全性。他們的研究結果顯示，中醫和西醫的結合治療可以提高臨床有效率，改善臨床症狀，並防止疾病進展。褚等人的研究[4]總結了 SARS-CoV-2 的特徵、COVID-19 的臨床特性，以及使用中醫治療 COVID-19 的進展。他們的研究結果顯示，中醫在治療新冠病毒上有顯著的效果。

本文旨在通過具體的病例報告，探討和展示中醫在治療新冠病毒中的應用和效果。我們希望透過這篇論文，讓更多的醫學專業人士和公眾了解到中醫治療新冠的可能性，並為未來的研究和實踐提供參考。

## 病例闡述

### 一、基本資料

姓名：戴 X 炘

性別：男

年齡：63 y/o

婚姻：已婚

職業：已退休

身高：177 cm

體重：73 kg

BMI：23.3（正常值： $18.5 \leq \text{BMI} < 24$ ）

病歷號碼：61X10X25

中醫初診日期：112 年 5 月 26 日

問診日期：112 年 5 月 26 日

### 二、主訴

鼻流清涕、鼻塞加重，已三個月。

### 三、現病史

病患為 63 歲男性，於 111 年 7 月 1 日接受檢測，確診為新型冠狀病毒感染，P 聚合酶連鎖反應（Polymerase Chain Reaction, PCR）測試呈陽性。儘管經過治療後病毒已清除，然而，患者喉嚨乾燥感持續未減，對風和煙味特別敏感，這些刺激因素引發咳嗽頻率增加，主要表現為乾咳且無痰。同時，鼻涕量增加，鼻涕為白色且質地稀薄，伴隨鼻塞和鼻子發癢的症狀表現。此外，他自述自己的思考速度下降，反應遲鈍，並容易感到疲倦。

自 112 年 2 月 20 日開始，患者開始嚴重的鼻涕倒流症狀，鼻涕呈現白色且質地稀薄，量中等，伴隨著鼻子發癢、鼻塞以及喉嚨癢但無疼痛感。乾咳且無痰的症狀更加嚴重，尤其在夜間躺下時症狀加劇。這些症狀通常持續約一小時，每週至少發生四天，且未見明顯的緩解因素。此外，患者自述鼻涕倒流影響其睡眠品質，導致日常疲倦感增加，且記憶力衰退。

因此，於 112 年 5 月 26 日，患者至台北市立聯合醫院仁愛院區中醫門診就診。患者主訴日常生活中對風和寒冷敏感，平時手腳易感到冰冷。他的睡眠品質低下，入睡困難，眠淺易醒，每日平均睡眠時間僅約五小時。大便排便情況為每天一到兩次，其質地軟且不成形。尿液排泄和飲食方面均正常。

以 LQQOPERA 方式分析現病史結果如下：

1. Location：鼻。
2. Quality：鼻流清涕，鼻癢鼻塞。
3. Quantity：持續 30 分鐘至 1 小時。
4. Onset：漸進式，好發於夜間。
5. Precipitation factor：夜間溫度下降、吹冷風。
6. Exaggeration factor：平躺。
7. Relieving factor：無特殊緩解因子。
8. Accompany symptoms：咽癢乾咳，失眠，日常疲倦感增加，記憶力衰退。

#### 四、過去病史

Allergic rhinitis, since childhood。

無其他過敏性疾病如異位性皮膚炎、氣喘。

無慢性疾病如高血壓、糖尿病、高血脂或肝炎等。

無重大傷病如癌症、自體免疫或遺傳性疾病。

開刀史：左側腎結石，108 年 7 月 26 日於北市聯仁愛醫院接受手術治療(left URSL and DJ insertion)。

#### 五、個人史

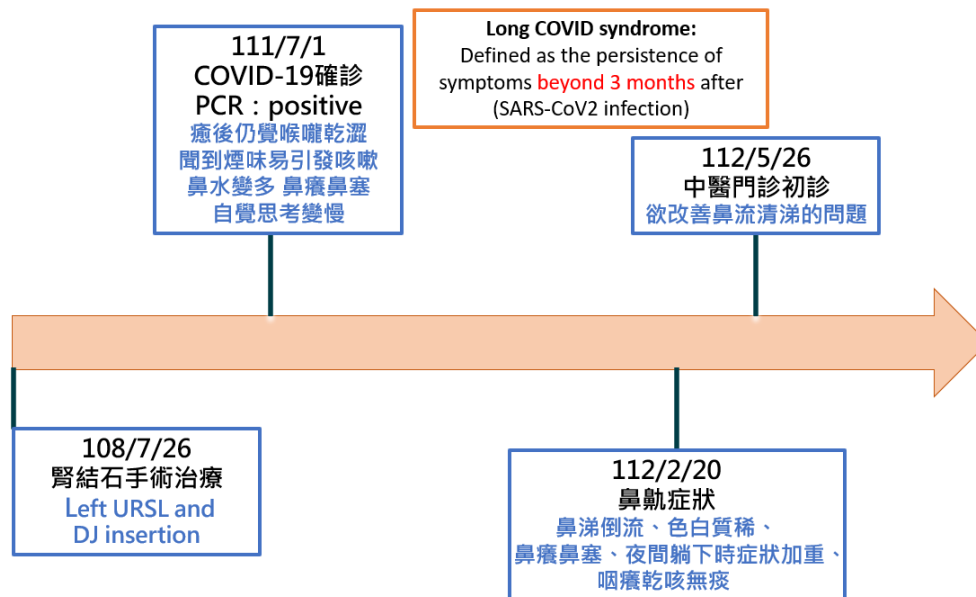
1. TOCC：無群聚史，無接觸史，無旅遊史。
2. 過敏史：二手煙味引發咽癢乾咳、鼻水變多，無其他食物或藥物過敏。
3. 菸、酒、檳榔史：以前一天 1/4 包，已戒 20 年。無飲酒或檳榔史。
4. 飲食習慣：葷食，嗜食冰涼之品。
5. 運動習慣：平時少運動。
6. 個性：平靜話少。
7. 居住環境：無特別濕冷或發霉。

#### 六、家族史

無特殊家族史。

#### 七、時序圖





## 八、中醫四診

### (一) 望診

- (1) 體型：中等，無顫抖，無肌肉萎縮處。
- (2) 面色：面色黃，稍晦滯；兩眼略無神，下眼眶水腫、眼下黑眼圈及浮腫(allergic shiners)、下眼瞼橫紋(Dennie-Morgan folds)。
- (3) 指甲：爪甲淡紅，無棘狀突起或凹陷，無增厚，無特殊甲板變化。
- (4) 皮膚：無異狀，現四肢無膚疹。
- (5) 口唇：淡白，較無血色，無脫屑。
- (6) 舌診：(見圖一)
  - 舌質：淡紅，舌尖略紅，稍朱點。
  - 動態：正常。
  - 舌苔：厚膩。
  - 苔色：白。
  - 舌下絡脈：無異常。

### (二) 聞診

無特殊氣味，語音低而沉長，語速慢，話少，音量可，稍有鼻音。

### (三) 問診

- (1) 寒熱：平素怕冷怕風。
- (2) 二便：大便一日 1-2 行，不成形易拉稀。小便可。
- (3) 食慾：納可。
- (4) 睡眠：眠差難入睡，眠淺易醒。平均睡眠時間約 5 小時。半夜鼻涕倒流影響睡眠品質。
- (5) 五官：
  - 眼：無眼癢。

耳：無耳癢、無耳痛、聽力無異常。

鼻：鼻涕倒流，夜間鼻癢鼻塞。

口：無異常。

咽：咽喉癢(無痛感)。

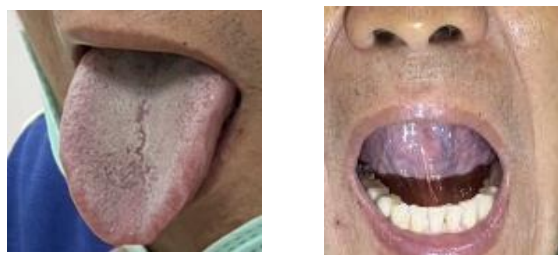
(6) 胸部：呼吸平順。

(7) 腹部：無特別異常，飯後無腹脹。

(8) 腰背、四肢：手腳末端易冰冷。

(9) 情志：無特別焦慮。

(10) 經帶胎產：無



(圖一、舌診圖片)

#### (四) 切診

左右脈細緩，無結代脈。

### 九、臟腑病機四要素分析

#### (一) 病因

1. 內因：先天稟賦不足。
2. 外因：燥邪(外感溫熱毒疫，COVID-19 infection)、過敏原(二手煙)。
3. 不內外因：嗜食寒涼之品。

#### (二) 病位

1. 解剖位置：鼻咽、氣管
2. 臟腑位置：肺、脾

#### (三) 病性

1. 主證：自 111 年 7 月 1 日新冠確診後，咽乾、乾咳無痰，記憶力下降，易感疲倦。自 112 年 2 月 20 日開始鼻流清涕、鼻癢鼻塞，夜間加重。舌色淡紅、舌尖略紅，稍朱點，苔白厚膩，左右脈細緩。
2. 次證：咽癢乾咳、眠差。面色萎黃，平素怕風怕冷，手腳冰涼。大便一日 1-2 行，不成形易腹瀉拉稀。

#### (四) 病勢

患者體質寒涼，容易畏風畏寒，此源於先天稟賦不足，又常與外界冷空氣、燥邪(包含 COVID-19 病毒)與二手煙等刺激因子接觸，

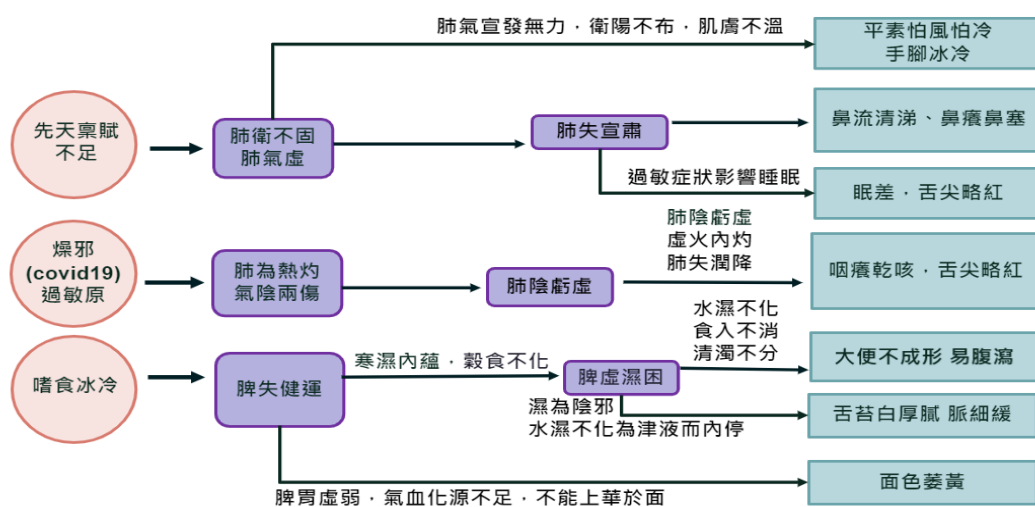
同時又好食寒涼之食，導致肺衛失固、肺氣虛弱，影響其宣發肅降之功能，故有鼻流清涕、鼻癢鼻塞等症狀出現。

另一方面，肺臟內陽氣不足，亦為導致肺氣虛寒的原因。肺氣虛寒的病變主要體現在肺氣宣降不利以及津液溫化失司兩個方面。肺主氣與布津的功能，必需陽氣溫煦為輔。如肺氣得溫，則和順；津液得溫，則化行。反之，若肺陽氣不足，陰寒內盛，則會出現寒性凝滯，致使津液不化，演變為寒飲，寒飲內停則阻滯氣機，使肺失宣降，可能出現咳嗽、喘促、痰多清稀、胸脅脹滿，嚴重時會出現咳逆倚息不得臥等症狀。

另外，肺的清氣與脾的穀氣注於心脈以行於五臟六腑，成為臟腑功能活動的物質基礎。患者平素喜食寒涼之品，損傷脾胃陽氣，導致脾虛健運失司，脾陽不振，水濕不化為津液而聚濕停飲。又，肺脾兩臟為後天之本，相互資生，若肺有病，則清氣吸入不足，穀氣的運輸亦受影響，久之則導致肺脾兩虧。若脾之生化功能衰弱，生化之源不足，則肺金失其滋養，即中醫病理中的「土不生金」。其病理變化主要體現在清氣與穀氣的不足，致使脾胃虛弱，氣血化源不足，不能上華於面，故患者面色萎黃。

患者於111年7月1日曾新冠確診，燥邪傷肺，肺陰虧虛，虛火內灼。病癒後肺失其清肅潤降之常，肺氣上逆不降，故出現胸膈悶滿，咽癢乾咳等症狀。因鼻涕咳嗽等症狀因躺下而加劇，導致睡眠中斷。又因睡眠不足心火旺盛，舌尖略紅。先天稟賦不足，後天失養，肺脾氣虛，臟腑功能不健。陽氣不足，全身失於溫煦，故平素怕冷怕風，手腳冰冷。患者嗜食寒涼之品，導致脾虛失運，脾濕內蘊，腸道功能失司而泄瀉。

### 十、病因病機圖



## 十一、診斷

## (一) 西醫診斷

Allergic rhinitis

Post-COVID-19 condition

## (二) 中醫診斷

鼻鼾、鼻涕

## (三) 中醫證型

肺脾氣虛，肺失宣肅。肺陰不足。

## 十二、治療方法：

## (一) 治則

健脾益肺，升陽通竅

## (二) 處方

## 1. 科學中藥品項與劑量：

參苓白朮散每日 7.0 克、清燥救肺湯每日 4.0 克、小青龍湯每日 2.0 克、玉竹每日 2.0 克。

## 2. 服用方法與頻率：

上述藥物均勻混合後分為三等分，病患於早、中、晚飯後各服用一包，開立七天。

## 十三、治療過程：

回診日期	症狀	方藥
112/6/2	1. 鼻涕量減、鼻癢頻率改善，持續約 30-40 分鐘。飯後胸悶腹脹。 2. 舌淡紅，苔白厚膩。舌下絡脈無怒張。脈濡弱。	小青龍湯每日 6g 香砂六君子湯每日 5g 辛夷散每日 3g 射干每日 1g TIDPC X 7 Days
112/6/9	1. 平躺鼻癢症狀改善，胸悶腹脹改善。 2. 舌淡紅，苔白厚膩，舌下絡脈無怒張，脈細緩。	小青龍湯每日 4g 香砂六君子湯每日 4g 辛夷散每日 4g 射干每日 1.5g 半夏每日 1.5g TIDPC X 7 Days
112/6/16	1. 鼻涕量減，咽癢乾咳無痰。 2. 舌淡紅少苔。舌下絡脈無怒張。脈虛數。	蘇子降氣湯每日 5g 清燥救肺湯每日 4g 辛夷散每日 2g 玉竹每日 2g

		射干每日 1g 半夏每日 1g TIDPC X 7 Days
--	--	--------------------------------------

## 討論

「辛夷散」和「清燥救肺湯」是兩種常用於新冠後期與長新冠的中醫方劑，分別適用於不同的病證表現。「辛夷散」是一個適用於風寒襲肺、肺氣壅塞所導致鼻竅不通或兼挾頭痛的方劑。方劑中的關鍵成分包括防風、白芷和藁本等，這些成分具有辛散風寒和芳香通竅的特性。「辛夷散」藉助辛散之性能疏散風寒，促進鼻竅的暢通；而升麻則具有升陽之效，能促使胃中的清陽上升，從而輕宣通竅的作用。此外，細辛能祛風散寒並止痛，具有辛香通竅的功效；川芎則有祛風止痛的作用；細茶則有清頭目的功效；甘草則能調和諸藥。綜合使用這些藥物，「辛夷散」能夠疏風散寒、宣發肺氣，從而使鼻竅暢通，同時也具有祛濕止痛的作用。

「清燥救肺湯」適用於溫燥傷肺、氣陰兩傷之證。方劑中的主藥是桑葉，其性質輕而寒，具有清瀉肺中燥熱之邪的特點，因此在方劑中被視為君藥。由於溫燥侵害肺臟，根據溫者屬熱宜清的原則，燥勝則乾宜潤，因此方劑中使用的石膏具有辛甘寒的特性，能清泄肺熱；麥冬則具有甘寒的性質，能養陰潤肺，兩者共同作用作為臣藥。蓮子肉和白扁豆則能補脾止瀉；薏苡仁滲濕健脾止瀉；砂仁和陳皮醒脾和胃，行氣化滯，同時補氣而不壅；桔梗能宣肺利氣，調水道祛濕，同時輔助其他藥物上行，以益肺氣。甘草則具有調和諸藥的作用。綜合來看，「清燥救肺湯」能夠清宣肺金之燥熱，肅降肺氣之上逆，有效治療燥熱傷肺等相關證候。

總結而言，「辛夷散」和「清燥救肺湯」是兩種有效應用於中醫臨床的方劑。「辛夷散」以辛散風寒、芳香通竅的特性迅速改善風寒襲肺所致的症狀，而「清燥救肺湯」則能治療溫燥傷肺和氣陰兩傷之證。對於不同的病情，選擇適當的方劑能夠幫助患者獲得更好的治療效果。

根據患者的主要症狀，包括癒後仍覺喉嚨乾澀、聞到煙味易引發咳嗽以及自覺思考變慢，這些症狀表明患者可能有肺燥的情況。此外，患者還有鼻涕倒流、鼻塞、鼻癢等症狀，夜間躺下時症狀加重，並伴有咽癢乾咳無痰的情況。

基於這些病情表現，「清燥救肺湯」是一個較適合的選擇。「清燥救肺湯」適用於溫燥傷肺、氣陰兩傷的證候。其中的桑葉作為主藥，具有清瀉肺中燥熱之邪的功效，可以幫助緩解喉嚨乾澀的不適感。石膏則具有清泄肺熱的作用，有助於緩解煙味引發咳嗽的症狀。此外，麥冬、杏仁等藥物可以養陰潤肺，有助於緩解乾咳、喉癢等不適感。甘草則具有調和諸藥的作用，協助其他藥物的功效發揮。

相比之下，「辛夷散」主要適用於風寒襲肺、肺氣壅塞所致的症狀。雖然「辛

夷散」中的藥物有辛散風寒、通竅的作用，但對於患者的喉嚨乾澀、思考變慢等症狀，其作用可能相對較弱。

因此，基於患者的症狀表現，選擇「清燥救肺湯」相對較為合適，可以幫助緩解喉嚨乾澀、聞到煙味引發咳嗽、思考變慢等症狀，同時也能緩解鼻涕倒流、鼻塞、鼻癢以及夜間躺下時症狀加重的情況。

新冠肺炎後期的病人在中醫角度下，往往需要補養脾胃。原因在於，新冠肺炎經過了一段時間的治療和抗病毒藥物的使用後，患者的脾胃功能可能受到損傷，體內的氣血和陽氣消耗較多。此外，由於新冠肺炎病程中患者可能經歷了嚴重的疾病反應和長時間的床位休息，脾胃功能可能進一步虛弱，導致消化功能下降、食欲不振、脾胃濕困等情況出現。

這兩個方劑「香砂六君子湯」和「參苓白朮散」在中醫臨床上具有不同的應用。現就其特點和適應症進行詳細討論。

「香砂六君子湯」主要由「參苓白朮湯」加入了砂仁、陳皮、木香等藥物而成。該方劑主要功效在於補益脾氣、行氣化痰。其中，人參具有健脾益氣的作用，能增強脾臟的功能，促進消化吸收。白朮則能健脾燥濕，有助於改善脾胃功能，對脾虛引起的食慾不振、腹脹等症狀有緩解作用。茯苓則能滲濕利脾，有助於去除體內的濕氣，緩解濕邪困擾脾臟的情況。此外，砂仁、陳皮和木香等藥物則有行氣健脾、化濕化痰的作用。這些成分的結合能夠緩解脾胃氣虛導致的食慾不振、腹脹胸悶等症狀。

「參苓白朮散」是一個常用於處理脾胃虛弱並夾濕症狀的方劑。脾胃虛弱是此方劑的主要證候，而夾濕則是兼證。方劑中使用的藥物包括人參、白朮、茯苓、山藥、蓮子肉、白扁豆、薏苡仁、砂仁、陳皮和桔梗等。人參被視為大補元氣的主藥，能益氣健脾。白朮、茯苓和山藥則能夠去除濕氣，有助於改善脾胃虛弱夾濕的情況。蓮子肉和白扁豆則具有補脾止瀉的作用。薏苡仁則能滲濕健脾止瀉，緩解濕氣困擾脾臟的情況。砂仁和陳皮則能醒脾和胃，行氣化滯，同時能補氣而不壅。桔梗則配入方劑，宣肺利氣，以通調水道祛濕，同時也輔助其他藥物上行，以益肺氣。此方劑適用於脾虛濕盛、泄瀉的病情。

綜合而言，「香砂六君子湯」以補益脾氣、行氣化痰為主要功效，適用於脾胃氣虛相關的病證；「參苓白朮散」則以脾胃虛弱夾濕為主要特點，適用於脾胃虛弱夾濕的病情。補陽脾胃的處方在治療新冠肺炎後期時需要注意以下事項：

1. 慎用辛熱藥物：在補陽的處方中，應避免大量使用辛熱藥物，以免引起火氣上炎或加重發炎情形。辛熱藥物具有散寒溫陽的作用，但過量使用可能會增加體內炎症反應，加重疾病病情。
2. 注重平衡：在選擇補陽脾胃的處方時，應注重平衡陽氣的補充，避免單純

強調補陽而忽視陰陽平衡。中醫藥方劑中常常結合了補陽和滋陰的藥物，以保持陰陽平衡，避免過度的陽氣上升。

3. 配合適當的飲食調理：除了藥物治療外，患者在進食方面也應注意脾胃調理。選擇易於消化的食物，如煮熟的食物、糊狀食物等，避免過於油膩、辛辣、生冷的食物，以減輕對脾胃的負擔。

## 結論

根據此病例報告的結果顯示，這位長新冠患者在癒後仍然出現喉嚨乾澀、煙味引發咳嗽和思考遲緩等症狀，並且自 112 年 3 月開始出現鼻涕倒流、色白質稀、鼻癢鼻塞等問題。經過使用參苓白朮散、清燥救肺湯和小青龍湯等方劑治療後，患者的鼻癢症狀改善，胸悶和腹脹症狀得到緩解，鼻涕量減少，咽癢乾咳無痰。這些結果顯示這些方劑對於改善 COVID-19 後期的相關症狀具有一定的療效。



## 參考文獻

1. E. Luo, D. Zhang, H. Luo, B. Liu, K. Zhao, Y. Zhao, Y. Bian, and Y. Wang, Treatment efficacy analysis of traditional Chinese medicine for novel coronavirus pneumonia (COVID-19): an empirical study from Wuhan, Hubei Province, China. *Chinese Medicine* 15 (2020) 34.
2. L. Ni, L. Zhou, M. Zhou, J. Zhao, and D.W. Wang, Combination of western medicine and Chinese traditional patent medicine in treating a family case of COVID-19. *Frontiers of Medicine* 14 (2020) 210-214.
3. F. Jiang, N. Xu, Y. Zhou, J. Song, J. Liu, H. Zhu, J. Jiang, Y. Xu, and R. Li, Contribution of traditional Chinese medicine combined with conventional western medicine treatment for the novel coronavirus disease (COVID-19), current evidence with systematic review and meta-analysis. *Phytother Res* 35 (2021) 5992-6009.
4. L. Chu, F. Huang, M. Zhang, B. Huang, and Y. Wang, Current status of traditional Chinese medicine for the treatment of COVID-19 in China. *Chinese Medicine* 16 (2021) 63.



# Case Report on Traditional Chinese Medicine Compound Formulation for Improving Respiratory Symptoms in Patients with Post COVID-19 Conditions

Yu-jung Ku<sup>1,2</sup>, Shun-Ku Lin<sup>1,3,4,5</sup>, Ming-Jen Wang<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Taipei City Hospital, Renai Branch

<sup>2</sup>School of Post-Baccalaureate Chinese Medicine, China Medical University

<sup>3</sup>Taipei City University

<sup>4</sup>Institute of Public Health, National Yang-Ming Chiao Tung University

<sup>5</sup>Institute of Traditional Medicine, School of Medicine, National Yang Ming Chiao Tung University, Taipei, Taiwan, ROC;

## Abstract

This case report describes a 63-year-old male patient who was diagnosed with COVID-19 infection and subsequently cleared of the virus following treatment. However, even after recovery, the patient continued to experience symptoms such as throat dryness, cough triggered by smoke, and slowed thinking. Additionally, he reported an increase in thin, white nasal discharge and frequent nasal itching and congestion. Furthermore, the patient experienced fatigue, impaired memory, and a decline in sleep quality due to postnasal drip. Seeking relief, he sought Traditional Chinese Medicine outpatient treatment and was prescribed a specific herbal formula. After treatment, the patient's nasal itching improved, chest tightness and abdominal distension were relieved, nasal discharge decreased, and dry cough improved without phlegm. This case report serves as a reminder to healthcare professionals to be vigilant about respiratory and neurological symptoms that may arise in the post-recovery phase of COVID-19 infection. Furthermore, it highlights the potential clinical utility of traditional Chinese herbal formulas in ameliorating these symptoms. Nevertheless, given the limited scope of this case report, further clinical research is necessary to validate the efficacy and safety of such treatments.

**Keywords:** COVID-19 infection; Respiratory symptoms; Traditional Chinese Medicine (TCM) treatment; Shenling Baizhu San; Postnasal drip

## 針灸合併穴位按摩對於失智病患吞嚥困難的治療效果

林舜毅<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup> 臺北市立聯合醫院仁愛院區中醫科

<sup>2</sup> 國立陽明交通大學公共衛生研究所

<sup>3</sup> 國立陽明交通大學傳統醫藥研究所

<sup>4</sup> 臺北市立大學

### 摘要

#### 背景

失智症患者常見的吞嚥困難不僅影響其生活品質，也增加了各種健康風險。針灸與穴位按摩作為非藥物治療方法，在傳統中醫中被認為能有效改善吞嚥功能。本研究旨在探討這些治療方法對失智症患者吞嚥困難的改善效果。

#### 方法

這是一項前瞻性非劣性試驗，共納入 76 位年齡超過 60 歲的失智症患者，分為兩組：42 人接受針灸治療，30 人接受針灸加按摩治療。評估指標包括吞嚥困難篩選工具表(Eating Assessment Tool-10, EAT-10)和吞嚥困難臨床嚴重程度分級(Dysphagia Severity Scale, DSS)。治療周期為八週，每週兩次。

#### 結果

治療前兩組在基本人口學特徵及量表評分上無明顯差異。兩組病患於治療四週後均呈現顯著的吞嚥功能改善情形，但是在治療八週後，僅有針灸加上穴位按摩的病患，吞嚥功能有更進一步的改善。重複性 ANOVA 分析顯示，經過八週治療後，針灸加按摩組在 EAT-10 和 DSS 評分上的改善顯著優於單獨針灸組。這表明綜合治療方法在改善失智症患者吞嚥困難方面更為有效。

#### 結論

結合針灸和穴位按摩的治療方法對於改善失智症患者的吞嚥困難具有顯著效果，顯示這種綜合治療策略在臨床應用中具有潛力和可行性。

**關鍵字：**失智症；吞嚥困難；針灸；穴位按摩；吞嚥困難篩選工具表(Eating Assessment Tool-10, EAT-10);吞嚥困難臨床嚴重程度分級(Dysphagia Severity Scale, DSS)

## 一、前言

吞嚥困難是失智症患者重要的挑戰之一，原因包括其普遍性、與多重健康問題的關聯，以及治療遵從性低。一項研究中，針對 255 名失智症患者進行的前瞻性縱向準實驗研究發現，大多數失智症患者（約 85.9%）存在吞嚥困難。這些患者的平均年齡為 83.5 歲，其中以阿茲海默症為主要的失智症類型。這些有吞嚥困難的患者相較於沒有吞嚥困難的患者，年齡更大、功能狀態更差、營養狀況不佳，並且失智症的嚴重程度更高。此外，這些患者在 18 個月的追蹤期間，出現呼吸道感染的比率更高，死亡率也顯著增加[1]。吞嚥困難對患者的生活品質產生了重大影響，並且增加許多併發症風險，例如吸入性肺炎和營養不良[2]。

失智症患者在吞嚥困難的照護上面臨許多挑戰。隨著病情的進展，患者的認知能力下降，使得許多直接干預和補償策略的效果受限[3]。因此，管理失智症的主要目標通常是維持功能和預防不良後果，常常涉及修改患者的飲食。然而，對於這些飲食調整的長期有效性和安全性存在爭議。例如，調整液體的粘度可以短期內減少吸入風險，但長期可能導致呼吸健康問題以及營養和水分狀態的併發症[4]。此外，對於應該在失智症的哪個階段介入吞嚥治療也是一個重要考量。研究表明，在失智症早期就已經出現了吞嚥改變，但介入通常與病情較晚期相關聯。不同類型的失智症會有不同的吞嚥困難特徵，例如，阿茲海默症可能因感覺障礙導致吞嚥困難，而血管性失智症則與運動障礙相關[5]。在失智症的照護中，認知改變可能影響患者參與進餐的能力，包括開始進食、保持注意力或識別食物和餐具的困難。因此，許多失智症患者在進餐時需要依賴照顧者的協助。不當或缺乏進食支持可能增加吸入風險，導致吸入性肺炎的發展。儘管已經認識到失智症中存在進餐困難，但對其管理的證據基礎有限，這增加了在照護上的複雜性和挑戰[6]。

近年來，針灸和穴位按摩等傳統中醫治療方法在許多吞嚥困難疾病上面展現出成效，包含癌症、中風、帕金森氏症等等[7-10]。鐘等人於 2021 年回顧了 35 個相關的研究，包括 3024 名患者。研究結果發現，針灸結合其他治療方法對標準吞嚥評估分數、影像食管吞嚥研究分數和水吞嚥測試分數的改善均達到統計學上的顯著差異。這意味著針灸可能是一種有效的治療方法，但需要更多的研究以確定其效果，並建立更嚴格的治療標準[10]。

吳等人於 2021 隨機將 56 名帕金森病患者分為觀察組和對照組，每組 28 例。兩組均接受傳統治療和吞嚥功能康復訓練。觀察組在此基礎上接受了頭部與面部的針灸治療，每週 5 天進行一次康復訓練和針灸治療，治療為期 2 週，共 3 個療程。結果顯示，兩組患者的吞嚥功能和營養指標均優於治療前。但觀察組的療效明顯優於對照組，且觀察組的總有效率高於對照組[8]。

朱等人則研究針灸治療結合吞嚥訓練對喉癌手術後患者的生活質量的影響。研究共有 71 名喉癌手術後患者參與，結果發現針灸治療結合吞嚥訓練可以改善喉癌手術後患者的吞嚥功能和生活品質，包含 MD Anderson 吞嚥困難問卷和生活品質問卷均顯著改善[9]。最後，另一項研究探討了在中風後期治療吞嚥困難的效果，結果表明頭皮和頸部針灸可以改善患者的吞嚥功能和生活品質[7]。

王等人進行的統合分析研究發現，穴位按摩對中風後吞嚥困難的治療效果是正面的。這項研究包括了 10 個隨機對照試驗，共涉及 930 名患者。Meta 分析結果顯示，相較於單一康復治療組，接受穴位按摩治療的患者吞嚥功能的改善明顯優於其他組別。然而，穴位按摩對減少誤吸性肺炎的發生率方面，結果則無統計學上的差異。總結來看，根據目前的文獻，穴位按摩對中風後吞嚥困難的患者有助於改善吞嚥功能，但還不足以證明其能夠減少誤吸性肺炎的發生率[11]。

另一方面，李等人的臨床觀察研究表明，穴位按摩和 Vitalstim 電刺激的結合對中風後吞嚥困難的治療效果更佳。他們的研究包括了 60 名中風後吞嚥困難患者，將他們分成三組，分別接受電刺激治療、穴位按摩治療，以及穴位按摩加電刺激治療。研究結果顯示，在治療後，三組患者的吞嚥功能均有顯著改善，且穴位按摩加電刺激組在 Fujishima Ichiro 食物攝入水平評分、吞嚥持續時間以及咬肌肌肉組的最大振幅方面表現最佳。因此，綜合兩種治療方式的效果更為明顯[12]。

這些研究的結果顯示，針灸和穴位按摩可能是治療失智症的有效方法，但需要更多的研究來確定其效果。這篇論文旨在探討主要的目標是比較針灸合併穴位按摩跟針灸合併一般吞嚥功能訓練，是否能改善病患吞嚥功能並降低噎咳比率。

## 二、方法

### (一) 研究設計

本研究為前瞻性非劣性試驗，共有一般針灸與針灸加上穴位按摩組兩個試驗臂，因為屬於先導性試驗，故並未施行盲性操作與隨機分配對照組及試驗組，主要的分組依據為病患及照顧者能配合針灸治療與穴位按摩的操作。本研究獲台北市立聯合醫院 REC 審查通過，編號為 TCHIRB-11001004-E。

### (二) 參與者

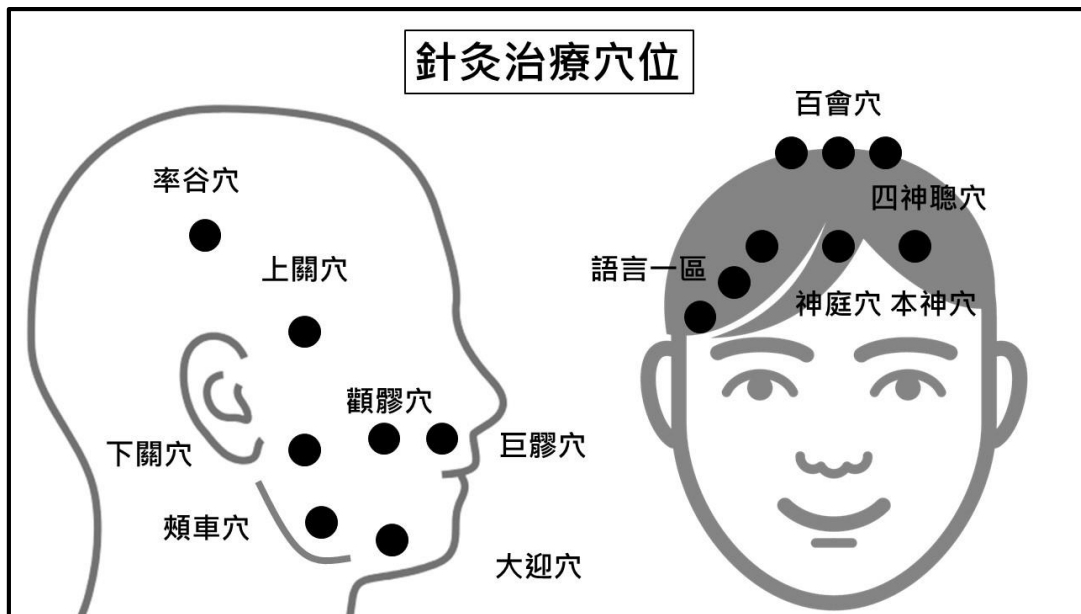
本研究之主要參與者為針對年齡在 60 歲以上、患有失智症並有吞嚥困難的參與者。研究納入與排除標準如下：納入標準包括診斷為失智症，符合《精神疾病診斷與統計手冊》(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 簡稱 DSM) 第五版的診斷標準；迷你心智狀態檢查得分 25 分或以下，顯示一定程度的認知障礙；水吞嚥測試得分第三級或更高，顯示有吸入風險；具備基本的溝通能力以完成本試驗中的測試。排除標準則包括由其他器質性疾病引起的吞嚥障礙，如口腔疾病、食道阻塞、消化道疾病或腫瘤；併發其他嚴重軀體疾病不適合進行針灸或穴位按摩治療；以及嚴重的聽力或視力障礙，可能妨礙遵循指示。

### (三) 治療方式

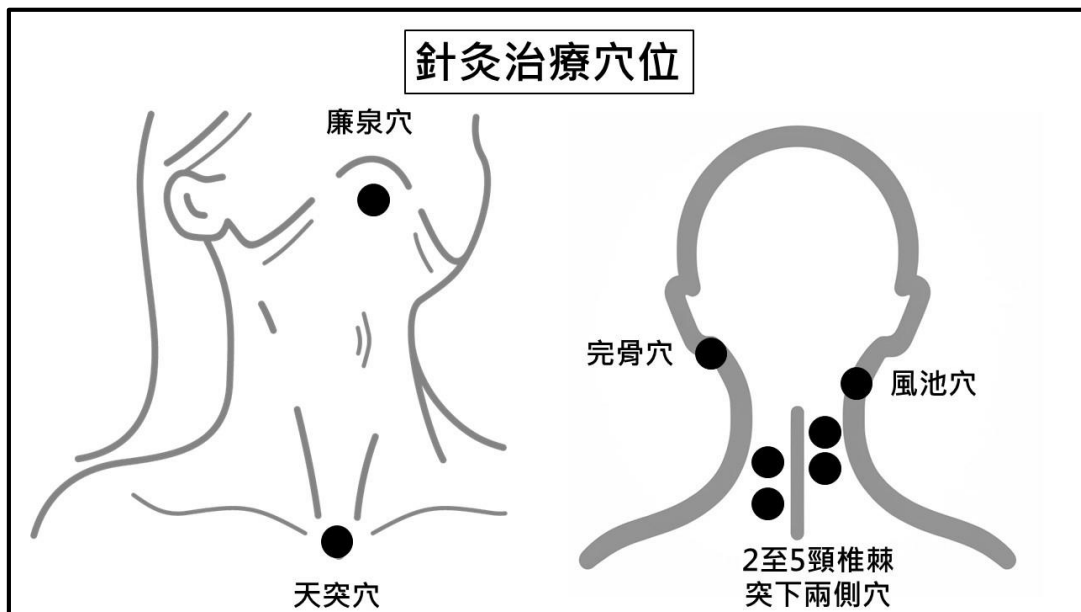
#### 1. 針灸治療

在本次研究中，針灸治療的穴位選擇依據不同的位置進行分配。首先，在頭頂部位，選取了百會穴1針，四神聰穴共4針，神庭穴1針，本神穴左右各1針共2針，以及頭皮針選取語言一區左右各3針共6針。其次，在顳側顏面部位，選用了率谷穴左右各1針共2針，上關穴左右各1針共2針，頰車穴左右各1針共2針，大迎穴左右各1針共2針，顳膠穴左右各1針共2針，以及巨膠穴左右各1針共2針。在後頸部位，沿著第2至5頸椎棘突下兩側，後正中線旁開0.5吋，左右各4針共8針，完骨穴左右各1針共2針，風池穴左右各1針共2針。最後，在下巴與胸口位置，選取了廉泉穴1針和天突穴1針。每次治療的總針數為40針。針灸穴位標示如附圖1與附圖2。

附圖 1：針灸治療穴位



附圖 2：針灸治療穴位

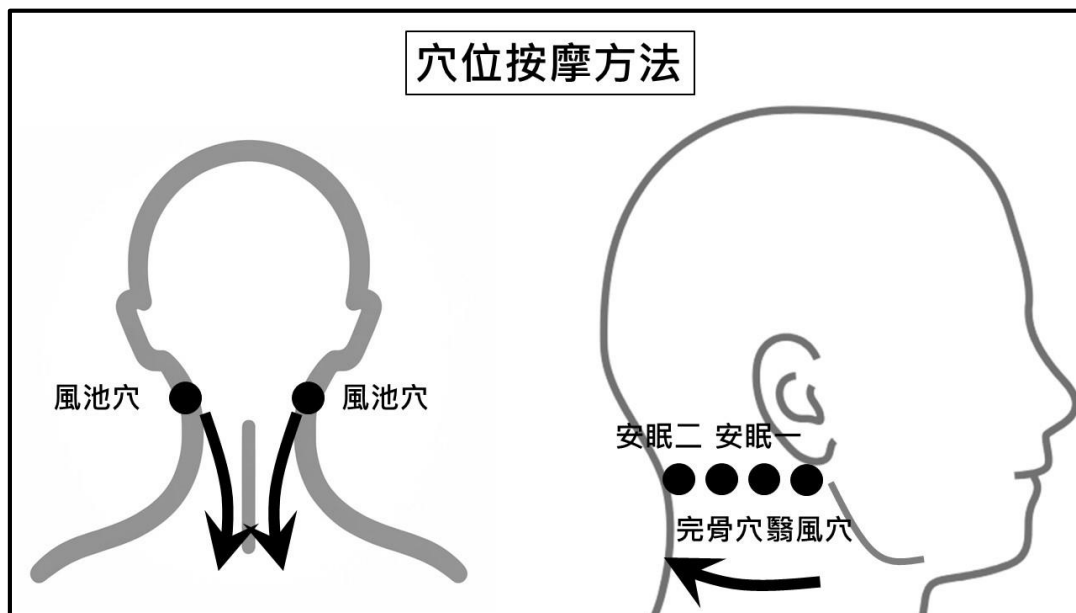


針灸治療時，患者平躺在診療床上或坐在舒適的椅子上，露出頭部、頸部和腿部。接著，在進行針灸前，使用 75%酒精消毒灸穴位的皮膚。治療中使用一寸的一次性可棄式無菌不鏽鋼針，將針插入各針灸穴位，深度在 5 分到一寸。針刺後，透過針灸手法以產生得氣感覺，且患者則在針周圍感到酸痛或沉重感。針灸留針 15 分鐘，治療結束後拔除。針灸每週兩次，持續八週。這種治療方法專門針對失智症患者的吞嚥困難，結合針灸和吞嚥訓練，旨在改善吞嚥功能。

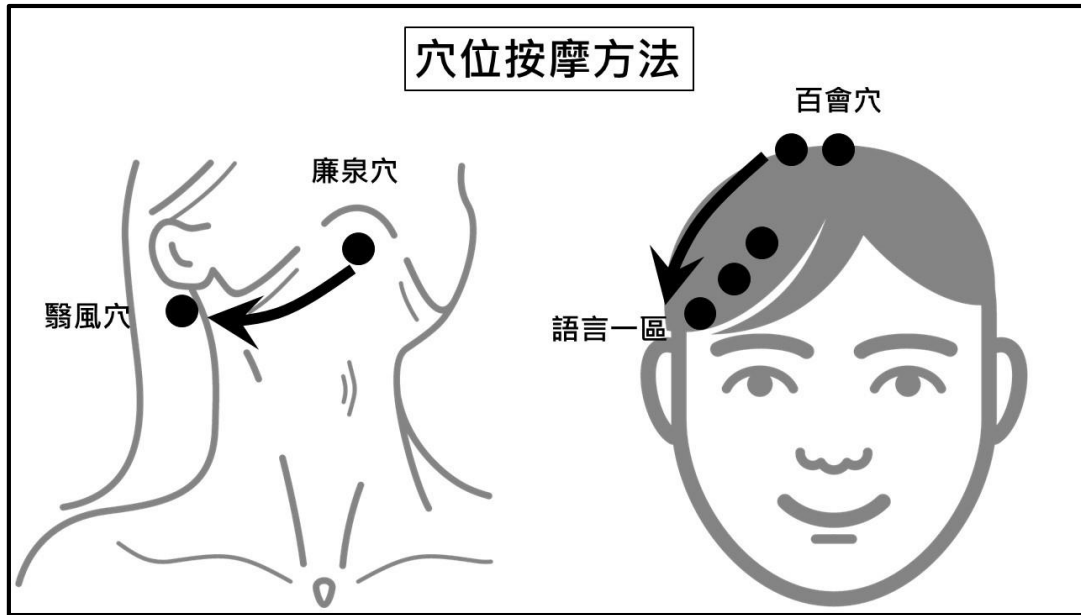
## 2. 穴位按摩

穴位按摩的目的是為了加強針灸刺激的效果。研究者會指導病患家屬與照護者，每天對病患進行兩次的穴位按摩，每次時長約 10 分鐘。如果病患能配合，則引領病患自行按摩。按摩的具體方法包括：首先是按摩頸部後側，從風池穴開始，沿著頸部兩側輕輕捏壓，使用拇指與其他四指相對指，由上往下對稱用力。接著是按壓頭後下側，從耳朵下方的翳風穴開始，沿著頭部後下緣，依序按摩安眠一穴、完骨穴、安眠二穴的帶狀區域。然後是按壓下巴部位，從下巴中間的廉泉穴開始，沿著兩側下巴骨內面輕輕揉按，直到兩側下巴骨末端的翳風穴。接下來是按壓頭頂外側，五指成梳狀，從頭頂的百會穴與四神聰穴開始，往斜前下方按壓至語言一區。最後是按壓顴弓附近，用手掌包覆顴弓，按壓附近的上關穴、下關穴、顴膠穴、巨膠穴與頰車穴。穴位按摩部位標示如附圖 3-5。

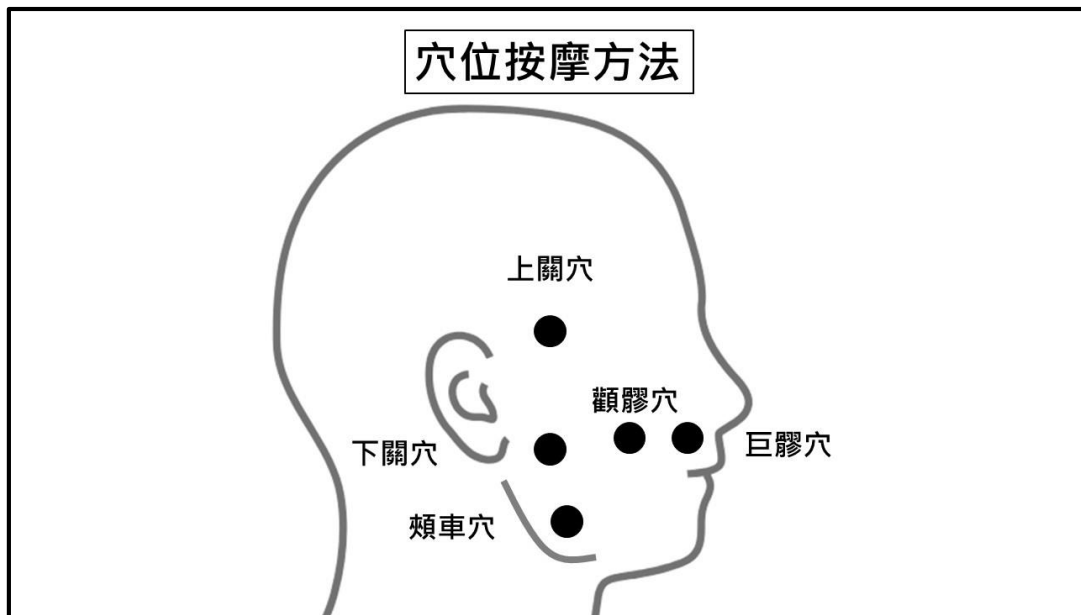
附圖 3：穴位按摩方法



附圖 4：穴位按摩方法



附圖 5：穴位按摩方法



### 3. 衛教干預措施

除了針灸與穴位按摩以外，針對所有的病患、家屬與照護者進行吞嚥困難的衛教，包含確保用餐環境安靜且無干擾，並有足夠的照明，這樣有助於患者集中注意力於進食。在用餐時，患者應保持正確的坐姿，背部挺直，頭部輕微前傾，這樣可以減少噎咳的風險。食物的質地也應根據患者吞嚥能力進行調整，必要時提供軟食或流質食物，並避免太硬、太乾或過於粘稠的食物。鼓勵患者一次只取小量食物，並在吞下前充分咀嚼。在患者進食時，應有人在旁協助和監督，以防止噎咳或其他進食問題。教導患者使用吸管或小口喝水，並避免一次喝太多水。進食時間的安排也很重要，應避免在患者疲勞時進行進食，通常在休息後的醒著

時段進食較為適宜。此外，與患者溝通時要有耐心，使用簡單、清晰的語言和示範，確保他們理解進食的指導。定期對患者的吞嚥能力進行評估，以調整照護計劃，並在必要時尋求中醫師或其他專業人員的幫助。這些措施有助於改善失智症患者的吞嚥能力，減少進食時的風險，並提高其整體生活品質。

#### 4. 其他治療

除了本次研究的治療以外，病患在治療前接受之西醫治療或者吞嚥功能復健訓練，均於研究期間持續，不因參與研究而有所變動。

#### (四) 療效評估

本計畫主要的療效指標是病患的吞嚥困難情形，我們使用吞嚥困難篩選工具表 (Eating Assessment Tool-10, EAT-10) 和吞嚥困難臨床嚴重程度分級 (Dysphagia Severity Scale, DSS) 兩個問卷，作為主要的評估指標。

EAT-10 吞嚥困難篩選工具表 (Eating Assessment Tool-10) 是一種用於評估吞嚥困難症狀、臨床特點、心理狀況和社交影響的簡單工具。這個量表包含 10 個問題，每個問題以 0 至 4 分的方式評分，其中 0 分代表「沒有」，而 4 分則代表「嚴重」。這些問題涵蓋了各種與吞嚥困難相關的情況，如體重下降、進食困難、液體和固體食物吞嚥的費力程度、吞嚥時的疼痛、食物在喉嚨黏著感、進食時咳嗽以及吞嚥對心理和社交生活的影響。這個工具因其簡便易行和直觀性，被廣泛用於臨床診斷和研究中，以評估和監測吞嚥困難患者的狀態。信效度研究指出，EAT-10 在內部一致性 (Cronbach alpha 0.960)、測試-重測可靠性 (相關係數範圍 0.72 至 0.91) 以及標準基準有效性方面表現良好。研究表明 EAT-10 分數 3 分或以上被視為異常，可用於記錄吞嚥困難的初始嚴重程度並監測各種吞嚥障礙患者的治療反應[13]。

吞嚥困難臨床嚴重程度分級是一個用於評估吞嚥困難患者病情嚴重度的工具。該量表從 1 分到 7 分不等，分數越高表示吞嚥困難程度越嚴重。1 分代表正常吞嚥能力，而 7 分則意味著患者完全無法經口進食，需要通過管餵。量表中的其他分數反映了從輕微到嚴重的吞嚥困難程度，包括食物種類的限制、需要特殊吞嚥技巧或姿勢、進食時出現噎咳或進食後感到不適等情況。吞嚥困難臨床嚴重程度分級量表可幫助醫療專業人員評估治療的需要和效果，並為患者提供適當的營養支持。

吞嚥困難臨床嚴重程度分級量表開發基於螢光吞嚥攝影檢查，包括了對功能性吞嚥的主觀臨床評級。這個量表由 Tohara 等人在 2003 年的研究中提出，旨在標準化吞嚥困難評估，監測恢復和治療效果，並研究吞嚥困難的後果。這個量表在臨床嚴重度評分中表現出較好的相關性 ( $r=0.71$ )，顯示了作為吞嚥困難嚴重度評級的有效性[14]。



### (五) 研究變項

本研究所使用的變項包括性別（男性和女性）、年齡分為<70 歲、70-80 歲和>80 歲三個組別、教育程度（小學、中學、專科、大專）、CDR 臨床失智評分用以評估失智症的嚴重程度、過去病史涵蓋有無高血壓、糖尿病、高血脂、腦中風等條件、治療類型區分為接受針灸治療和接受針灸加按摩治療、EAT-10 評分用於評估吞嚥困難的程度，包括治療前後的變化，以及 DSS 分數用於評估吞嚥困難的臨床嚴重程度。這些變項在研究中用於分析和比較不同治療方法對患者的影響，並幫助了解治療效果和患者特性之間的相關性。

### (六) 統計分析

在本研究中，我們使用了多種統計方法來分析數據。首先，透過卡方檢定來比較針灸組與針灸加按摩組在性別、年齡、教育程度、以及過去病史等類別變項的分布差異。接著，利用 Mann-Whitney U 檢驗來分析這兩組在連續變項，如年齡、治療前 EAT-10 和 DSS 分數上的差異。此外，使用重複測量 ANOVA 來評估這兩組在治療前後 EAT-10 和 DSS 分數的變化情況。最後，透過多變項回歸分析來探討影響 EAT-10 總分變化的各種因素，包括治療種類、性別、年齡、教育程度、CDR 臨床失智評分、治療前 EAT-10 以及治療前 DSS 等。數值的呈現方面，我們採用了百分比和實際人數來展示類別變項的比較，以及平均值和標準差來呈現連續變項的數據，從而全面地分析和呈現研究結果。

### (七) 結果

本研究共有 76 位病患加入治療，有四位病患因為無法配合治療程序而中途退出。72 位病患完成治療，接受「針灸」治療的參與者人數為 42 人，而接受「針灸加按摩」治療的參與者人數為 30 人。

表格 1 研究參與者基本資料與治療前量表比較

類別變項	針灸加按摩	針灸	卡方檢定 <i>p</i> 值
<b>性別</b>			0.8406
女性	12 (40.0%)	19 (45.2%)	
男性	18 (60.0%)	23 (54.8%)	
<b>年齡</b>			0.6686
<70 歲	4 (13.3%)	5 (11.9%)	
70-80 歲	14 (46.7%)	24 (57.1%)	
>80 歲	12 (40.0%)	13 (31.0%)	
<b>教育程度</b>			0.8385

小學	7 (23.3%)	13 (31.0%)	
中學	8 (26.7%)	12 (28.6%)	
專科	7 (23.3%)	7 (16.7%)	
大專	8 (26.7%)	10 (23.8%)	
<b>CDR 臨床失智評分</b>			0.9963
2	11 (36.7%)	16 (38.1%)	
3	19 (63.3%)	26 (61.9%)	
<b>過去病史</b>			
有高血壓	21 (70.0%)	30 (71.4%)	0.9941
有糖尿病	20 (66.7%)	27 (64.3%)	0.9821
有高血脂	24 (80.0%)	29 (69.0%)	0.4423
有腦中風	15 (50.0%)	33 (78.6%)	0.0225*
<b>連續變項</b>	<b>針灸加按摩</b>	<b>針灸</b>	<b>Mann-Whitney U 檢驗 p 值</b>
年齡	77.9 (7.3)	77.6 (7.4)	0.8057
治療前 EAT-10	34.6 (1.7)	34.9 (1.5)	0.5104
治療前 DSS	2.0 (0.2)	2.0 (0.2)	0.8253

我們在表格 1 中比較了針灸與針灸加按摩的參與者在基本人口學特徵及治療前量表評分上的差異。在參與者的基本資料方面，性別分布在兩組間沒有顯著差異，其中針灸組有 40.0% 的女性和 60.0% 的男性，而針灸加按摩組則有 45.2% 的女性和 54.8% 的男性（卡方檢定  $p$  值為 0.8406）。年齡分布也顯示無顯著性差異，<70 歲的比例為針灸組的 13.3% 對針灸加按摩組的 11.9%，70-80 歲的比例為針灸組的 46.7% 對針灸加按摩組的 57.1%，而 >80 歲的比例則是針灸組的 40.0% 對針灸加按摩組的 31.0% ( $p$  值為 0.6686)。

教育程度在兩組間同樣未見顯著差異，小學程度的比例為針灸組的 23.3% 對針灸加按摩組的 31.0%，中學程度為針灸組的 26.7% 對針灸加按摩組的 28.6%，專科程度為針灸組和針灸加按摩組分別為 23.3% 和 16.7%，大專程度則為 26.7% 對 23.8% ( $p$  值為 0.8385)。在醫療狀況方面，兩組在高血壓、糖尿病和高血脂的分布上沒有統計學上的顯著差異，但在腦中風的比例上，針灸組的 78.6% 明顯高於針灸加按摩組的 50.0% ( $p$  值為 0.0225)。

針對連續變項的分析顯示，兩組在治療前的年齡、EAT-10 以及 DSS 分數上均無顯著差異。具體來說，針灸加按摩組的年齡平均值為 77.9±7.3 歲，針灸組的平均值為 77.6 歲±7.4，Mann-Whitney U 檢驗的  $p$  值為 0.8057。治療前的 EAT-10 評分，針灸加按摩組和針灸組的平均值分別為 34.6±1.7 與 34.9±1.5， $p$  值為 0.5104。DSS 的平均值兩組皆為 2.0±0.2， $p$  值為 0.8253。

綜上所述，雖然在治療前的吞嚥困難評估上兩種治療方法間沒有顯著差異，但在腦中風的比例上顯示針灸加按摩組顯著高於針灸組。

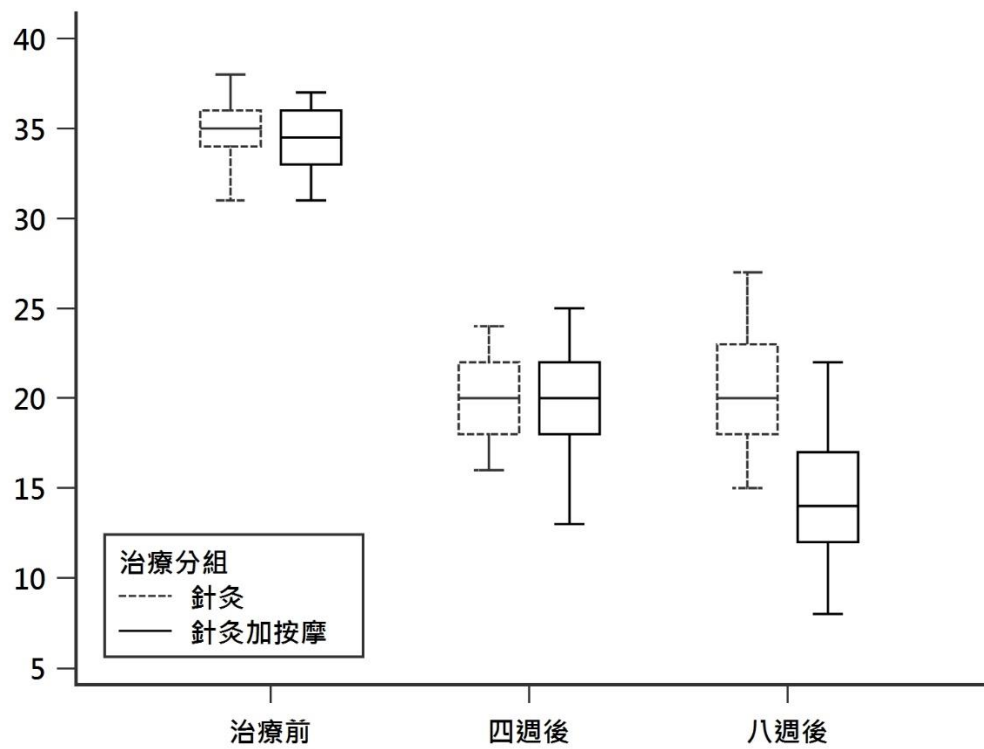


圖 1 治療前後 EAT-10 吞嚥困難篩選工具表總分變化

在圖 1 中，我們評估了針灸組與針灸加按摩組在接受治療的不同階段對吞嚥困難的影響。治療前，針灸組的 EAT-10 吞嚥困難篩選工具表的平均分數為  $34.9 \pm 1.5$ ，而治療四週後降至  $20.3 \pm 2.2$ ，並在治療八週後維持在此平均分數  $20.3 \pm 3.4$ 。相比之下，針灸加按摩組在治療前的 EAT-10 平均分數為  $34.6 \pm 1.7$ ，在治療四週後下降至  $19.6 \pm 3.1$ ，並在治療八週後進一步降至  $14.2 \pm 3.3$ 。這些結果表明，雖然兩種治療方式均能在四週後顯著減輕了參與者的吞嚥困難，但針灸加按摩組在治療八週後的改善更為明顯。

我們利用重複測量 ANOVA 分析了針灸組與針灸加按摩組在 EAT-10 吞嚥困難篩選工具表上的分數變化。在對於受試者間效應的檢測中，治療分組作為變異源，其平方和為 293.270，自由度為 1，均方為 293.270。F 值達到 25.22， $p$  值小於 0.001，表明不同治療組間在 EAT-10 分數上存在顯著差異。這一統計結果指出，在治療方法上的選擇對於吞嚥困難的改善具有重要影響，且針灸加按摩治療組別相較於單獨針灸治療組別，在治療後的吞嚥困難改善程度上更為顯著。

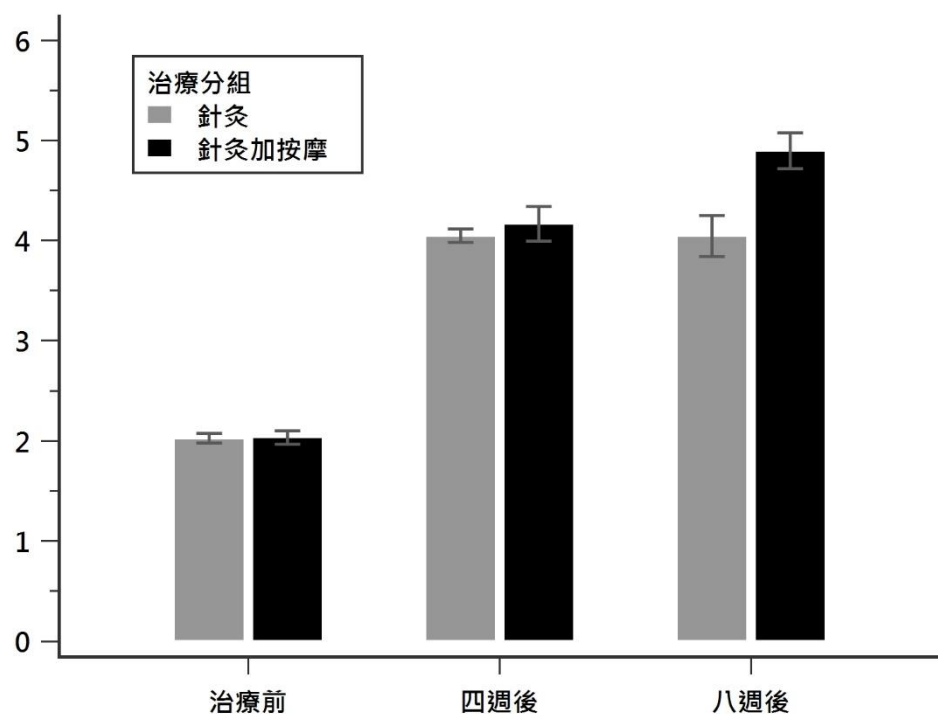


圖 2 治療前後 DSS 吞嚥困難臨床嚴重程度總分變化

在圖 2 中，我們對針灸組與針灸加按摩組的病患進行了吞嚥困難臨床嚴重程度分級 (DSS) 的評估，以觀察其在治療前、治療四週後及治療八週後的變化情況。在針灸組中，治療前 DSS 的平均值為  $2.0 \pm 0.2$ ；治療四週後，DSS 的平均值增至  $4.0 \pm 0.2$ ；而治療八週後，DSS 的平均值維持在 4.0，但標準差增至 0.7。相比之下，針灸加按摩組在治療前 DSS 的平均值同樣為  $2.0 \pm 0.2$ ；然而，在治療四週後，其 DSS 的平均值提升至  $4.2 \pm 0.5$ ；到了治療八週後，平均值進一步提升至  $4.9 \pm 0.5$ 。這些結果顯示，在治療過程中，針灸組與針灸加按摩組的 DSS 分數都有所提高，但在治療八週後，針灸加按摩組的 DSS 分數提升幅度更為顯著，表明針灸加按摩可能對改善吞嚥困難有更加顯著的效果。

我們運用重複測量 ANOVA 分析了針灸組與針灸加按摩組在 DSS 吞嚥困難臨床嚴重程度分級上的分數變化。在對於受試者間效應的檢測中，「治療分組」作為變異源，其平方和為 5.613，自由度為 1，均方為 5.613。F 值達到 27.35，P 小於 0.001，這表明不同治療組間在 DSS 分數上存在顯著差異。換句話說，針灸組與針灸加按摩組在吞嚥困難程度的改善上呈現出顯著的組別差異，這指出治療方法對於吞嚥困難的改善具有重要的影響。此外，殘差的平方和為 14.368，對應的自由度為 70，均方為 0.205，顯示了個體差異對於總變異的貢獻。這一結果進一步強調了選擇合適的治療方法對於改善吞嚥困難的重要性。

表格 2 EAT-10 總分變化之多變項回歸分析結果

變項	係數	標準誤	t 值	p 值
Const	-20.6994	14.925	-1.387	0.17
針灸加按摩	6.0326	0.844	7.145	<0.001
男	0.0669	0.857	0.078	0.938
年齡	-0.0153	0.06	-0.255	0.8
大專	0.9404	1.211	0.777	0.44
專科	0.3722	1.377	0.27	0.788
小學	-0.419	1.201	-0.349	0.728
CDR 臨床失智評 分	0.7646	0.906	0.844	0.402
治療前 EAT-10	0.9781	0.305	3.205	0.002
治療前 DSS	0.0609	2.905	0.021	0.983

我們透過多變項回歸分析來探討治療後 EAT-10 總分變化的影響因子，並納入年齡、性別、治療種類、教育程度、CDR 臨床失智評分、治療前 EAT-10 與治療前 DSS 等變項。分析結果顯示，模型的 R 平方值為 0.505，意味著該模型能夠解釋 50.5% 的 EAT-10 總分變化。調整後的 R 平方值為 0.433，F 統計量為 7.020，對應的機率值為 6.44e-07，表明模型整體上具有統計學意義，相關數據呈現如表格 2。

在模型的變量估計方面，針灸加按摩治療組別與 EAT-10 總分變化呈現顯著正相關，其回歸係數為 6.033 ( $p < 0.001$ )。同時，EAT\_TOTAL\_BASE 的回歸係數為 0.978 ( $p = 0.002$ )，顯示治療前 EAT-10 總分越高的參與者，在治療後的總分變化趨向更大。然而，性別、年齡、教育程度、CDR 以及 DSS\_BASE 在此模型中並未顯示顯著影響。這些發現強調了治療分組和治療前 EAT-10 總分在改善吞嚥困難方面的重要性，同時暗示了針灸加按摩治療可能對吞嚥困難的改善具有顯著效果。

### 三、討論

#### (一) 主要發現

在本研究中，我們發現針灸結合穴位按摩治療對於失智症患者吞嚥困難的改善效果顯著。共有 72 位完成治療的病患中，針灸組和針灸加按摩組在基本人口學特徵上未顯示差異，但在治療效果方面，針灸加按摩組表現更佳。兩組病患於治療四週後均呈現顯著的吞嚥功能改善情形，但是在治療八週後，僅有針灸加上穴位按摩的組別，吞嚥功能有更進一步的改善。在 EAT-10 吞嚥困難篩選工具表和 DSS 吞嚥困

難臨床嚴重程度分級的評分上，針灸加按摩組在治療八週後均呈現更大的分數下降，這一結果通過重複測量 ANOVA 分析得到了進一步驗證，顯示不同治療組別間在吞嚥困難改善程度上存在顯著差異。這些發現強調了針灸加按摩治療對於失智症患者吞嚥困難的顯著改善效果，為失智病患合併吞嚥困難的中醫臨床治療提供了參考。

針灸加按摩相對於單純針灸在治療失智病患吞嚥困難方面可能更有效的原因有以下幾點。首先，針灸本身可以刺激穴位，但加入按摩可以提供經絡更多的刺激和促進氣血循環，這種多重刺激可以增強身體的生理反應，有助於改善吞嚥功能。其次，按摩可以幫助肌肉放鬆，減少肌肉緊張對吞嚥過程的阻礙，特別對於失智病患可能存在的肌肉僵硬或不協調問題。此外，按摩也提高了皮膚對觸摸的感覺刺激，這有助於提高病患對吞嚥過程的掌控能力，尤其是對於失智病患可能存在的感覺過敏或減弱情況。最後，按摩有助於促進身體和心理的放鬆，減輕因為湍急不好而帶來的焦慮和緊張，這對於順利進行吞嚥是非常有幫助的，因為失智病患通常面臨情緒壓力。綜合而言，針灸加按摩提供了綜合性的治療方法，可以針對失智病患的吞嚥困難多方面因素進行改善，因此在治療效果上可能比單純針灸更為明顯。

## (二) 臨床運用

本次研究所採用的治療針數，每位病患每次約使用 40 針，超過一般針灸治療的用針數目。研究者採取這樣的選穴策略，起因於台灣健保制度對於針灸治療的次數限制，現今已發表的吞嚥困難臨床研究，大多採用每週 5 次，每次 30 分鐘之模式 [7-10]。然而，目前台灣的健康保險針灸治療頻率限制在每個月 15 次，並大多採用留針 15-20 分鐘的時間，明顯低於研究所所使用的治療模式。因此，研究者決定增加單次治療中的穴位數量，以提高治療效果。研究結果也顯示，每週僅進行兩次針灸治療，但穴位數量較多的治療模式，同樣能夠顯著改善病患的吞嚥情況。

根據中醫理論，針灸治療透過同時刺激頸部、頭皮和舌部的特定穴位，可達到「通腦」和「活絡」的效果，從而對吞嚥困難進行全面治療。這種治療方法不僅刺激了與吞嚥直接相關的肌肉，還可以全面調節大腦功能，進而改善吞嚥過程。研究顯示，針灸能有效促進吞嚥功能的恢復 [15, 16]。對於腦部退化性疾病患者而言，由於大腦對肌肉控制力的減弱，吞嚥過程變得緩慢而不連貫，導致進食困難甚至避免進食。選擇合適的穴位，如廉泉穴和天突穴，可改善吞嚥功能，減少噎咳風險；結合後頸部穴位和完骨穴則可進一步增強治療效果。

此外，維持足夠的咀嚼能力對於進食過程至關重要。隨著疾病進展，患者的咀嚼力會退化，因此選擇適當的穴位以增強咀嚼肌肉功能顯得尤為重要。例如，對於咬合困難的患者，可透過刺激率谷穴和上關穴以增強顳肌力量，而刺激頰車穴和大迎穴則有助於強化咬肌功能。對於難以張口的患者，則應重點刺激頭部下半部穴位，如深刺下關穴可刺激下頷骨內面的外翼肌，增加張口能力。

綜上所述，針灸治療結合吞嚥訓練，對於失智症患者的吞嚥困難具有潛在的臨

床應用價值。這種綜合治療方法不僅針對吞嚥過程中的特定肌肉，還全面調節大腦功能，以期達到更好的治療效果。然而，應注意選擇適當的穴位，並根據患者的具體情況進行個人化的治療穴位搭配。

### (三) 研究限制

本研究在設計上存在一些限制。首先，作為一項前瞻性非劣性試驗，本研究未採用盲性操作和隨機分配對照組及試驗組的方法，這可能導致一定程度的偏差。由於試驗並非雙盲，可能存在受試者和治療師預期效應的影響。

其次，研究參與者主要是年齡在 60 歲以上的失智症患者，這限制了結果的普遍性。由於樣本特定，研究結果可能無法推廣至所有失智症患者，特別是年齡和疾病階段不同的患者。

此外，療效評估主要依賴於 EAT-10 吞嚥困難篩選工具表和吞嚥困難臨床嚴重程度分級，雖然這些工具在臨床上有廣泛的應用，但它們主要是主觀性評估工具，可能受到個體差異的影響。這意味著評估結果可能受到參與者個人感受和回應方式的影響。

最後，治療方式主要集中於針灸和穴位按摩，並未涉及其他可能對吞嚥困難有效的治療方法，如藥物治療或其他非藥物治療。因此，研究結果可能未能全面反映所有治療失智症患者吞嚥困難的可能性。

總結而言，雖然本研究提供了針灸結合穴位按摩對改善失智症患者吞嚥困難的有效性的初步證據，但由於上述限制，結果需要謹慎解讀。未來研究應考慮採用隨機化雙盲對照試驗設計，並擴大樣本範圍，以提高研究的普遍性和結果的可靠性。

## 四、結論

本研究通過針灸結合穴位按摩的綜合治療方法，有效地改善了失智症患者的吞嚥困難。透過穴位針灸刺激，結合家屬與照護者的參與進行日常按摩，我們觀察到患者吞嚥功能的顯著改善。總體來看，這項研究初步驗證了針灸與穴位按摩在臨床上對於改善失智症患者吞嚥困難的可行性與有效性，為未來的研究與治療提供參考。

## 五、參考文獻

1. Espinosa-Val MC, Martín-Martínez A, Graupera M, Arias O, Elvira A, Cabré M, Palomera E, Bolívar-Prados M, Clavé P, Ortega O: Prevalence, Risk Factors, and Complications of Oropharyngeal Dysphagia in Older Patients with Dementia. *Nutrients* 2020, 12(3).
2. Hsieh SW, Chuang HY, Hung CH, Chen CH: Cognitive Deficits Associated With Dysphagia in Patients With Dementia. *J Neurogastroenterol Motil* 2021, 27(4):650-652.
3. Alagiakrishnan K, Bhanji RA, Kurian M: Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 2013, 56(1):1-9.
4. Vucea V, Keller HH, Morrison J, Duizer L, Duncan A, Carrier N, Lengyel C, Slaughter S, Steele C: Modified texture food use is associated with malnutrition in long term care: an analysis of Making the Most of Mealtimes (M3) project. *The journal of nutrition, health & aging* 2018, 22:916-922.
5. Suh MK, Kim H, Na DL: Dysphagia in patients with dementia: Alzheimer versus vascular. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2009, 23(2):178-184.
6. Lee KM, Song JA: Factors influencing the degree of eating ability among people with dementia. *J Clin Nurs* 2015, 24(11-12):1707-1717.
7. Qi YJ, Pan QY, Wang WY, Sun WL, Sun B: [Effect of nape cluster acupuncture on swallowing function and respiratory function in patients with post-stroke dysphagia]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2021, 41(12):1303-1307.
8. Wu MX, Wang LG, Li HP, Zeng X: [Acupuncture adjuvant treatment for dysphagia in patients with Parkinson's disease: a randomized controlled trial]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2021, 41(5):485-488.
9. Xuewei Z, Minghui L, Minru Z, Qianqian C, Jianfeng W: Effect of three tongue needles acupoints Lianquan (CV23) and Hegu (LI4) combined with swallowing training on the quality of life of laryngeal cancer patients with dysphagia after surgery. *J Tradit Chin Med* 2022, 42(4):617-621.
10. Zhong L, Wang J, Li F, Bao X, Liu H, Wang P: The Effectiveness of Acupuncture for Dysphagia after Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med* 2021, 2021:8837625.
11. Jiangling W, Xinjuan D, Qi S, Xiancui W: Effectiveness of acupoint massage on post-stroke dysphagia: a Meta-analysis. *Chinese Nursing Research* 2020, 34(5).
12. Tian L, Nie ST, Lou TX, Chen H, Yuan GH: Clinical observation on acupoint massage plus Vitalstim electrical stimulation for deglutition disorder after stroke: *J. Acupunct. Tuina. Sci.* 2020;18(6):438-44. doi: 10.1007/s11726-020-1212-x. Epub 2020 Dec 21.
13. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ: Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2008, 117(12):919-924.
14. Tohara H, Palmer JB, Reynolds K, Kuhlemeier KV, Palmer S: [Dysphagia severity scale].



- Kokubyo Gakkai Zasshi 2003, 70(4):242-248.
15. Li LX, Deng K, Qu Y: Acupuncture Treatment for Post-Stroke Dysphagia: An Update Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Chin J Integr Med* 2018, 24(9):686-695.
  16. Yao L, Ye Q, Liu Y, Yao S, Yuan S, Xu Q, Deng B, Tang X, Shi J, Luo J et al: Electroacupuncture improves swallowing function in a post-stroke dysphagia mouse model by activating the motor cortex inputs to the nucleus tractus solitarii through the parabrachial nuclei. *Nat Commun* 2023, 14(1):810.



# Acupuncture combined with acupressure for the treatment of swallowing difficulties in dementia patients

Shun-Ku Lin<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Department of Chinese Medicine, Taipei City Hospital, Renai Branch, Taipei 106, Taiwan

<sup>2</sup>Institute of Public Health, National Yang Ming Chiao Tung University, Taipei 112, Taiwan

<sup>3</sup>Institute of Traditional Medicine, National Yang Ming Chiao Tung University, Taipei 112, Taiwan

<sup>4</sup>University of Taipei, Taipei 100, Taiwan

## Abstract

### Background

Dysphagia in dementia patients not only impacts their quality of life but also increases various health risks. Acupuncture and acupoint massage, as non-pharmacological treatments, are traditionally considered effective in improving swallowing function. This study aimed to investigate the efficacy of these treatments in alleviating dysphagia in dementia patients.

### Methods

This prospective non-inferiority trial included 76 dementia patients aged above 60, divided into two groups: 42 received acupuncture, and 30 received acupuncture with massage. The primary evaluation indicators were the Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) and Dysphagia Severity Scale (DSS). The treatment period was eight weeks with sessions twice a week.

### Results

Before treatment, there were no significant differences between the two groups in terms of basic demographic characteristics and scale scores. Both groups of patients showed significant improvement in swallowing function after four weeks of treatment. However, after eight weeks, only the group receiving acupuncture combined with acupoint massage showed further improvement in swallowing function. Repeated measures ANOVA analysis indicated that after eight weeks of treatment, the group receiving acupuncture with massage showed significantly greater improvement in EAT-10 and DSS scores than the acupuncture-only group. This suggests that the integrated treatment approach is more effective in improving dysphagia in patients with dementia.

## Conclusion

The combined approach of acupuncture and acupoint massage significantly improves swallowing difficulties in patients with dementia, demonstrating potential and feasibility for clinical application.

Keywords : Dementia; Dysphagia, Acupuncture; Acupoint Massage; EAT-10; Dysphagia Severity Scale



## 糖尿病併發症的中醫治療病例報告

蔡邦宣<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> 德濟中醫聯合診所

<sup>2</sup> 中國醫藥大學中醫學系

### 摘要

糖尿病是 21 世紀常見的慢性疾病之一。罹患糖尿病患者大部份需要口服降血糖藥或是注射胰島素。本案例是一位 57 歲的男性。因為罹患糖尿病，他就診時說明視力逐漸地降低。此外身體伴有下肢肌肉潰瘍與麻木和無力感。臨床實驗檢查發現他的血糖長期偏高。我們選用眼周的攢竹、太陽為主穴。病人視力模糊狀態針刺後感到維持平穩。故製作成病例報告提供中醫的治療方式做臨床參考。

關鍵詞：糖尿病併發症、糖尿病視網膜病變、糖尿病足潰瘍、糖尿病周邊神經病變、針灸

### 一、前言

糖尿病有 4 種急性併發症，分別是糖尿病酮酸中毒(DKA)，高血糖高滲透壓狀況(HHS)，低血糖，乳酸中毒。慢性併發症如糖尿病引起的視網膜病變，失明機率為非糖尿病患者 25 倍以上。其中非增值型由於微血管灌流障礙，造成視網膜水腫和點狀出血。由於以下 3 種原因，出血，硬脂質滲漏或是組織缺氧，導致中心視力下降。周邊神經病變，可分為急性可逆性、持續性、多部位性。持續性神經病變可分為大纖維神經病變，症狀如肢體無力、肌肉萎縮。小纖維神經病變，症狀如疼痛或是無特殊感覺。周邊神經病變引起的自主神經病變，其中泌尿生殖如陽痿，症狀如舉而無法持久。神經性膀胱症狀如頻尿、夜尿次數多。糖尿病腎臟病變，依據文獻分期為 4 期，分別為正常蛋白尿期、微量蛋白尿期、蛋白尿期、腎衰竭期。糖尿病足因為周邊血管阻塞，症狀如間歇性跛行、腳溫變冷，嚴重者出現壞疽[1]。基於血糖無法有效維持平穩，糖尿病學會建議糖化血色素低於 7.0，空腹血糖建議控制在 80-130mg/dl，用餐過後血糖建議控制低於 160mg/dl [2]。以期待除了治療以外，身體狀況控管輔助改善糖尿病患者不舒服的症狀。

### 二、病例報告

#### (一)基本資料

初診日期：20230327

問診日期：20231028

姓名：盧 XX 性別：男 年齡：57 歲

病歷號碼：407XX 婚姻：已婚 籍貫：台灣

身高：175 cm 體重：68 kg 職業：貨車司機

BMI：22.2 kg/m<sup>2</sup>

## (二)主訴

視物模糊已 7 個月(since1120327)

## (三)現病史

患者為 57 歲男性。患者就診時敘述視物模糊，覺得過去 1 年以來視力模糊狀況變差 50%。病患於眼科診所就診回復 4 年內有可能失明。患者平日喝水多無口乾狀況，夜間口乾甚。身體狀況導致心情稍不佳。食量多，可以吃兩人份食量。排便排不乾淨。小便 1 天 8-10 次，小便解尿不乾淨，夜尿 3-4 次。陰莖容易痿軟無力，不能達到所需硬度。雙手指指骨以下麻，雙小腿以下有麻感與無力感，有時鞋子掉了也無特殊感覺。雙下肢皮膚呈現略黝黑暈開壞死潰爛形狀，分佈 4-5 個位置，面積約 2\*2cm。右足底有起水泡，破裂後足底傷口不易癒合。

## (四)過去病史

1120103 恩明眼科診斷第二型糖尿病，伴有輕度糖尿病的非增殖型視網膜病變，伴有黃斑部水腫

1120103 右眼於眼科施打雷射治療

1120106 左眼於眼科施打雷射治療

用藥史：1121020 Repaglinide tablets 1mg\*28。Metformin tablets 500mg\*28。Lantus 100U/MLfor injection\*28。Trulicity 1.5mg/ml injection\*28。Crestor 10mg tablets\*28。

## (五)個人史

飲食：正常

精神狀態：正常

藥物、食物過敏：無

喝酒：無

抽菸：無

吃檳榔：無

#### (六)家族史

父親、母親、姐姐、弟弟均罹患糖尿病。

#### (七)中醫四診

- 1.望診：面色正常，略有白頭髮，舌紅苔薄白
- 2.聞診：語音無特別異狀，無特殊氣味
- 3.問診：
  - 全身：
  - 情志：身體狀況導致心情稍不佳
  - 睡眠：睡眠不佳
  - 五官：
    - 眼：視物模糊，覺得過去1年以來視力模糊狀況變差50%
    - 耳：無特殊異常
    - 鼻：無特殊異常
    - 口：平日喝水多無口乾狀況，夜間口乾甚
    - 咽：無特殊異常
    - 胸腹：食量多，可以吃兩人份食量
    - 會陰：陰莖容易痿軟無力
    - 四肢：雙手指指骨以下麻，雙小腿以下有麻感與無力感，有時鞋子掉了也無特殊感覺。雙下肢皮膚呈現略黝黑暈開壞死潰爛形狀，分佈4-5個位置，面積約2\*2cm。右足底有起水泡，破裂後足底傷口不易癒合。
  - 大便：排便排不乾淨
  - 小便：小便1天8-10次，小便解尿不乾淨，夜尿3-4次
- 4.切診：雙脈浮

#### (八)現代醫學身體診察

1121028 音叉振動覺、壓力按壓、輕觸覺雙側下肢無特殊感覺。皮膚溫度無特殊感受到寒熱變化。

#### (九)實驗室檢查

1120330 長元醫事檢驗所 glucose:372 mg/dl。HbA1c:14.7%。

1120930 長元醫事檢驗所 glucose:422mg/dl。HbA1c:12.6%。urine sugar:4+。urine protein:16mg/dl。microalbumin:33mg/L。creatinine(urine):25.9mg/dl。

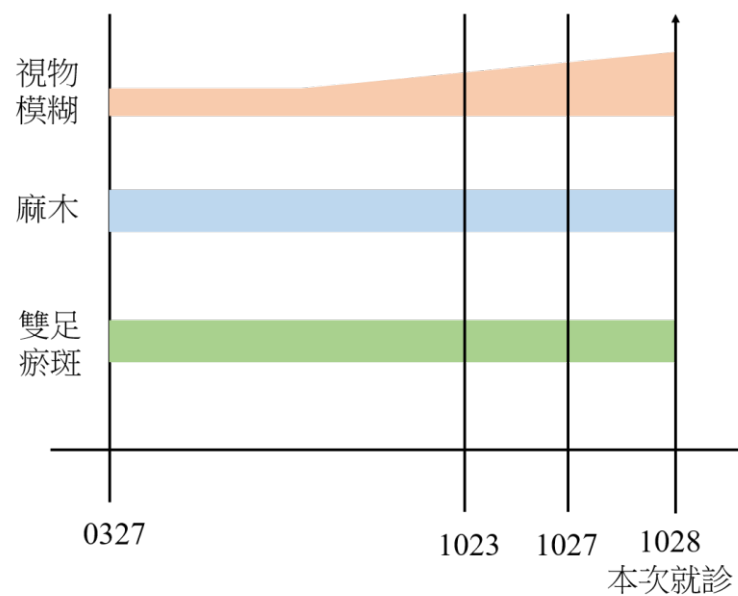
## (十)影像暨特殊檢查

無。

## (十一)整體回顧

患者為 57 歲男性。患者就診時敘述視物模糊，覺得過去 1 年以來視力模糊狀況變差 50%。食量多，可以吃兩人份食量。小便 1 天 8-10 次，夜尿 3-4 次。雙手指指骨以下麻，雙小腿以下有麻感與無力感。雙下肢皮膚呈現略黝黑暈開壞死潰爛形狀，分佈 4-5 個位置，面積約 2\*2cm。

## (十二)時序圖



## (十三)臟腑病機四要素

1. 病因：(1)稟賦異常、(2)飲食失節、(3)起居失常

2. 病位：

(1)解剖位置：胰臟、眼睛、腎臟

(2)中醫病位：

臟腑：脾、肝、腎

經絡：足太陽膀胱經、足太陰脾經、足少陰腎經

3. 病性

(1)主證：視物模糊，小便 1 天 8-10 次，夜尿 3-4 次。

(2)次證：雙手指指骨以下麻，雙小腿以下有麻感與無力感，雙下肢皮膚呈現略黝黑暈開壞死潰爛形狀，分佈 4-5 個位置，面積約 2\*2cm，右足底有起水泡。

#### 4. 病勢

病人為 57 歲男性。因血糖控制不佳引起相關併發症。病人夜尿頻繁，起居失常，肝臟夜間無法充分休息。肝陰虛造成陰虛熱盛，夜間口乾甚。肝血上注於目不足，故伴有視物模糊。由於病人就醫診斷非增值型視網膜病變，依據眼底檢查劃分病程嚴重程度。有可能視網膜會出現小出血點、滲出物、微血管瘤等檢查出來病理產物。患者血糖過高讓血管損害，使液體滲入黃斑部引起水腫。故推論患者肝統血失司，進而導致眼底視網膜出血。糖尿病日久，肝腎皆虧虛，目失所養。患者本身為陰虛內熱體質，陰虛造成血液澀滯，眼絡瘀阻。中醫文獻《三消論》：「夫消渴者，多變聾盲。」[3]《秘傳證治要訣及類方·三消》：「三消久之。精血既虧。或目無見。」[4]。肝陰虛陰血不足，進而導致血脈失充，筋脈失養，故上肢雙手指骨以下與下肢小腿以下有麻感。

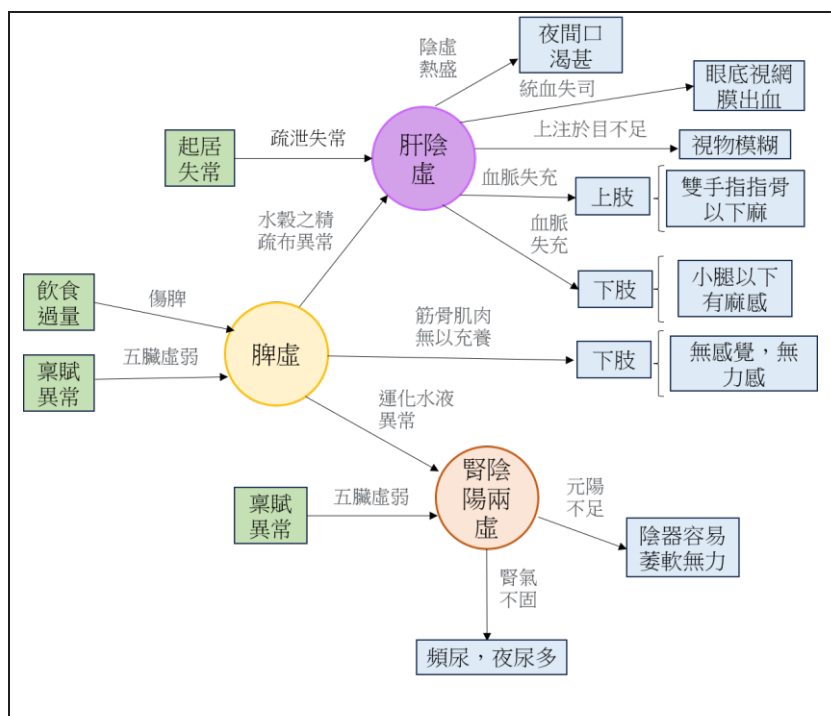
病人平時飲食過量傷脾。中醫文獻《黃帝內經·奇病論》：「人必數食甘美而多肥也。肥者令人內熱，甘者令人中滿，故其氣上溢，轉為消渴。」病人家族有糖尿病史，故稟賦異常，五臟皆虛弱。綜合上述辨證為脾虛。脾虛水穀精微疏布異常，無法供養肝臟。脾虛運化水液異常，進而傷及腎臟。脾虛筋骨肌肉無以充養，故下肢無感覺，無力感。

病人稟賦異常，五臟皆虛弱，辨證為腎陰陽兩虛。中醫文獻《醫學綱目·消瘵門》：「腎脈微小為消瘵。」[5]消瘵指的是身體有內熱，導致津液消耗掉引起消瘦。腎脈微小亦即腎氣虧虛。患者腎氣不固則頻尿，夜尿多。中醫文獻《三消論》：「若渴而飲水不絕，腿消瘦而小便有脂液者，名曰腎消。」[3]中醫文獻提到糖尿病下消的症狀。腎元陽不足，導致宗筋失養，則陰器容易萎軟無力。

病人糖尿病病程日久，陰陽俱虛。其中血液運行不暢，瘀血內阻於下肢。燥熱內結，蘊毒成膿，發為癰疽。故可見雙下肢皮膚潰爛。中醫文獻《聖濟總錄·消渴後成癰疽》：「論曰消渴則隨飲而出，皆作小便……營衛不行，熱氣留滯，故變癰疽。」[6]中醫文獻有提到糖尿病足的症狀。

#### (十四) 病因病機分析圖





(十五) 診斷

1. 西醫病名：

- (1) 第二型糖尿病，伴有輕度糖尿病的非增殖型視網膜病變，伴有黃斑部水腫 E11321
- (2) 第二型糖尿病，伴有糖尿病的神經病變，未特定 E1140
- (3) 第二型糖尿病，伴有足部潰瘍 E11621

2. 中醫疾病名：消渴目病、消渴痺症、筋疽

證型：(主)肝陰虛 (次)腎陰陽兩虛

(十六) 治則

中藥 1. 滋陰降火 2. 補腎納氣

針灸 1. 疏通眼目散瘀 2. 陰陽雙補，固攝縮尿 3. 疏經活絡

(十七) 針灸處方

20231028 R+L 攢竹 太陽 內關 陰陵泉 腎關 三陰交 太溪

(十八) 論治

本病例視物不清選用膀胱經攢竹、經外奇穴太陽。內關處理心胸胃症狀，如多食易飢。頻尿、夜尿次數多選用脾經陰陵泉、三陰交、董氏奇穴腎關。血糖高選用內關、三陰交。口乾症狀選用腎經太溪滋陰降火，並同時可以治療陽痿。

表 1：針灸治療處置[7,8]

名稱	位置	主治
攢竹	眉頭邊緣，入眉毛 1 分	視物不明
太陽	眉梢與眉外眥間，向後約 1 寸凹陷	清腦明目、目疾
內關	手掌腕上 2 寸，兩筋間	失眠、胸滿脹痛、胃病證
陰陵泉	膝下脛骨內緣中	痹症、小便不利
腎關	陰陵泉直下 1.5 寸	兩手麻木、多尿、夜尿、陽痿
三陰交	足內踝上 3 寸，脛骨後緣	遺尿、尿閉、陽痿、水腫
太溪	足內踝後 5 分	腎炎、膀胱炎、兩腿生瘡、陽痿

## (十九)病例追蹤

0327	喝水多，視物稍感不適，雙下肢麻，雙手 指麻，雙下肢瘀斑	針刺 R+L 攢竹 太陽 內關 陰陵泉 腎 關 三陰交 太溪
1017	視物模糊，兩肩疼痛，腰酸痛，排便不暢， 下肢瘀斑，走路有時無感覺	杞菊地黃丸 4 虎潛丸 3 潤腸丸 3 蒲公 英 1 懷牛膝 1 山藥 2 絡石藤 0.5 單位 克 TID*7
1023	雙側肩膀痠痛，口乾，眼睛視物不清，雙 足瘀斑無感覺，欲降低血糖，1021 右足 長了水泡破掉。	針刺 R+L 內關 陰陵泉 腎關 三陰交 太溪
1027	視物模糊，兩肩疼痛，腰酸痛，排便不暢， 下肢瘀斑，走路有時無感覺	杞菊地黃丸 4 虎潛丸 3 潤腸丸 3 蒲公 英 1 懷牛膝 1 山藥 2 絡石藤 0.5 單位 克 TID*7

病人 3 月底間斷就診至 10 月底，但 1028 就診後就再未回診。1017 與 1023 用藥思路如下，病患肝腎陰虛合併有視物模糊，故以杞菊地黃丸治療。佐加山藥降血糖。下肢感覺異常，使用虎潛丸強筋壯骨，治療下肢無力，步履艱難。佐加懷牛膝作為引經藥。絡石藤有通絡的功效。下肢潰爛以蒲公英消癰散結，絡石藤解毒消癰。排便不暢則使用潤腸丸。就診期間針刺降低血糖治療，故可見內關、三陰交。但病人提到視物模糊症狀一直未能改善。病人視物模糊狀態針刺後維持平穩。故針刺眼周局部改善為主要討論的方向。

### 三、討論

#### (一)糖尿病視網膜病變

糖尿病視網膜病變觀察眼底狀況來判斷，臨床分為 5 期。第 2-4 期為非增殖型，第 5 期為增殖型。第 2 期輕度，第 3 期中度，第 4 期重度。病患應為 2-4 期之間。詳細分期需要經眼底檢查。臨床醫學文獻 Nikhil M N 等人與 Xiaoliang Wang 等人提到病變分期[9,10]。臨床觀察整理如下表。

表 2：糖尿病視網膜病變分期[9,10]

分期	說明
第 1 期	沒有任何不正常狀況
第 2 期	可見微動脈瘤
第 3 期	可見有以下幾個要件 1.微動脈瘤 2.視網膜出現斑點和出血漬 3.硬性滲出物和棉絮斑點。此外血管腫脹與扭曲
第 4 期	有以下發現 1.在任意四象限有超過二十個視網膜內出血 2.兩個或兩個以上的四象限有明確的靜脈串珠 3.在一個以上的四象限中出現顯著視網膜微血管異常 4.沒有增值型視網膜病變的徵象。硬性滲出物造成視網膜內出血。很多血管堵塞，造成不正常的生長因數分泌。
第 5 期	有以下一至二個狀況。1.新生血管形成 2.玻璃體或視網膜前方出血。可見硬性滲出物、血管新生、出血。由於生長因數促使新生血管增生，血管脆弱會造成滲出或出血，疤痕組織造成視網膜分離。

中醫辨證分為以下 5 型：1.陰虛燥熱、2.氣陰兩虛、3.血熱瘀阻、4.腎陰虧虛、5.脾腎兩虛[11]。患者近似腎陰虧虛型，可以考慮使用知柏地黃丸合二至丸佐加赤芍、白芍或是六味地黃丸合增液湯。中醫文獻梁雅淳等人提到生地黃、黃耆、三七、丹參、葛根、麥門冬和枸杞子為常用治療糖尿病視網膜病變中藥[12]。

針灸臨床治療可採用眼部針灸。眼部針灸是以針灸改善微循環，達到促進再灌流的狀況。中醫文獻來自《靈樞·大惑論》：「五臟六腑之精氣，皆上注於目而為之精。」文獻有提到眼球的視覺功能。眼針療法在眼眶周圍針刺，可以達到治癒全身的效果。眼周常取睛明、球後、承泣這三個主要穴位，局部取穴另外可用攢竹、瞳子膠、絲竹空、魚腰、太陽。遠端取穴可取光明，太衝等穴。

表 3：眼周危險穴位介紹[7,13,14]

	位置	操作	主治	說明
睛明	目內眥角旁 1分	1.針從目內眥鼻側一分半或兩分刺入，會被淚囊窩骨壁擋住，深度只能進針1.5分 2.針從目內眥半分垂直刺入，先刺入皮膚，刺激滑車上神經皮神經，進入皮下組織，經眼輪匝肌，再經內直肌外緣，於內直肌與眼眶骨壁疏鬆結締組織繼續進針，深度達眼眶深部與視神經孔周圍，可針入一寸半。	近視、視神經萎縮、視網膜出血	刺入深對視神經與視網膜病變療效較好。針刺超過2公分或3.2公分時，再貼近眶內壁處，易刺傷前篩和後篩動脈造成出血。
球後	眶下緣外四分之一與內側四分之三交界，眶下緣與眼球之間	輕推眼球向上，沿眶下緣緩慢直刺，入眼眶內五分至一寸七分。	近視、視神經萎縮	針刺睫狀神經節分支及視神經周圍，可給予微弱神經刺激，達到治療效果。亦可透過大腦皮質，治療視神經萎縮
承泣	目下七分，目眶骨上陷中	從目下眼瞼取七分。進針先刺入第一層皮膚，有眶下神經分布，進入皮下組織，有皮神經及顏面神經顳支分布。再刺入眼輪匝肌，之後進入眶脂體。	近視、散光、視神經萎縮	針刺深度超過一公分，貼眶下壁有刺入眶下溝的危險。

中醫書籍中華眼針療法的眼針穴位分為8區。穴位位於眼眶緣內或距離眶內緣2mm以內的眶緣上。針刺法有眶內直刺、眶外橫刺、點刺、雙刺法、眶內眶外配合刺法、壓穴法、埋針法。剛開始安全起見可採用眶外橫刺法。書籍中提到糖尿病腎陰虧虛，治療可選腎區，下焦區，亦可配穴腎俞、胰俞、太溪[15]。

其他醫家治療如下。張仁等人提到用針刺攢竹、翳明、承泣、瞳子膠，用於改善青少年近視及弱視。文獻提到攢竹穴在摸到眶上孔位置取穴[16]。李雪娜等人提到針刺患側睛明、下睛明、承泣、球後治療眼底病變。文獻提到針刺睛明可促進眼部血液迴圈，使視力提高。針刺球後有助於修復眼神經功能，穩定眼壓，提高視力[17]。太陽有三叉神經與睫狀神經節分支交會，可恢復正常視力功能。綜合上述針刺睛明與球後應對於視力下降有相對較好的療效，搭配其他穴位如承泣、攢竹、太陽作為輔助用穴，以期患者症狀能夠控制或是改善。

## (二)糖尿病足潰瘍

糖尿病足潰瘍中醫辨證分為 4 型：1.脈絡寒凝、2.血瘀阻絡、3.濕熱下注、4.熱毒熾盛[11]。患者近似於血瘀阻絡型，可考慮使用桃紅四物湯或是血府逐瘀湯。臨床文獻 Xuan Wang 等人提到糖尿病足潰瘍臨床以 Wagner 可以分為 5 級[18]。病患由於瘡面表淺，傷口潰爛程度不深，足底有出現水泡狀況，分級為 Wagner 第 1 期。脈絡寒凝、血瘀阻絡兩型偏於 Wagner1-2 期。濕熱下注、熱毒熾盛兩型偏於 Wagner3-4 期。

表 4：糖尿病足潰瘍 Wagner 分級[18]

分級	症狀
第 0 期	潰瘍前區域無開放病灶。
第 1 期	表淺的潰瘍，部分或整體變硬。
第 2 期	潰瘍延伸至肌腱，關節囊，骨頭。
第 3 期	第二期增加膿瘍，骨髓炎或關節敗血症。
第 4 期	局部性壞疽。
第 5 期	整個足部呈現壞疽。

臨床注意傷口瘡面大小和腐爛程度。治療糖尿病足潰瘍可以清洗腐壞的肌肉以後，在局部末梢血液循環不良肌肉進行圍刺。圍刺可以縮小局部病灶。外用製劑生肌玉紅膏可以活血祛腐，潤膚生肌。中醫文獻王平東等人以清除腐爛變性肌腱，應用生肌玉紅膏治療糖尿病足潰瘍，48 例患者有效率達到 9 成[19]。中醫文獻朱曉娟分為對照組與觀察組，觀察組以外科清瘡合併使用生肌玉紅膏，在瘡面癒合與肉芽組織生長的時間縮短，優於單純外科清瘡的對照組[20]。綜合上述可以清洗患者傷口後，中藥外用使用生肌玉紅膏，針灸採用圍刺方式治療糖尿病足潰瘍。

## (三)糖尿病周邊神經病變

糖尿病周邊神經病變的檢查如下。臨床患者疼痛性質沒有特別說明表示。臨床用振動覺、壓力按壓、輕觸患者表示無特殊感覺。皮膚溫度無特殊感受到寒熱變化。僅提到合併有麻木症狀。檢測上可以透過密西根神經病變篩檢量表確認。中醫辨證分為 4 型：1.氣虛血瘀、2.寒凝血瘀、3.陰虛血瘀、4.痰瘀阻絡[11]。患者近似於氣虛血瘀型，可使用補陽還五湯加雞血藤、路路通，上肢佐加桑枝、桂枝，下肢佐加牛膝。

臨床文獻中，張沛等人研究發現分為兩組，觀察組口服降血糖藥，對照組口

服降血糖藥增加針刺。研究發現佐加針刺上肢下肢穴位，如合谷、內關、足三里、陽陵泉等穴位，可以降低神經症狀。在神經傳導速度檢查中，運動與感覺神經傳導檢測項目中，正中神經與脛神經傳導速度有增加，優於單純口服藥觀察組[21]。張征宇等人研究分為兩組。治療組藥物配合針刺穴位，如合谷、三陰交、足三里等穴位。對照組僅服用藥物。研究結果針刺對於症狀改善，如麻木、疼痛感、足底感覺恢復的有效率大於對照組[22]。綜合上述可以針刺上下肢神經附近穴位，對於麻木與感覺恢復應有所助益。

#### (四) 糖尿病的針灸思路

糖尿病針灸的辨證論治依據中醫書籍王后才等人提到的針灸方法[23]。1. 糖尿病主方使用肺俞、脾俞、胃俞、腎俞、胃脘下俞、足三里、三陰交、太溪、2. 視物模糊佐加太衝、光明、3. 手足麻木佐加八邪、八風。

其中主方背俞穴可以調節各臟腑功能，其中肺俞、脾俞、腎俞分別肺脾腎三臟腑相關主要要穴。糖尿病患者多食易餓，故考慮佐加胃俞。胃脘下俞為經外奇穴，為糖尿病經驗用穴。胃脘下俞布有第 8 胸神經，其中胰腺交感神經分布於 T6-T10。針刺可傳遞神經訊號於胰腺，對於內分泌進行調控[24]。足三里為胃經穴位，有健脾和胃，促進免疫力功效。三陰交為脾肝腎三臟交會穴，用於頻尿、夜尿。太溪用於滋陰降火，用於陰虛內熱導致口乾。太衝位於肝經，可以疏肝解鬱。光明有疏肝明目，通經活絡的功效，用於眼目及下肢痿痺。八邪、八風臨近手足神經末端，透過針刺可以促進神經刺激，減少神經疼痛麻木的狀況。

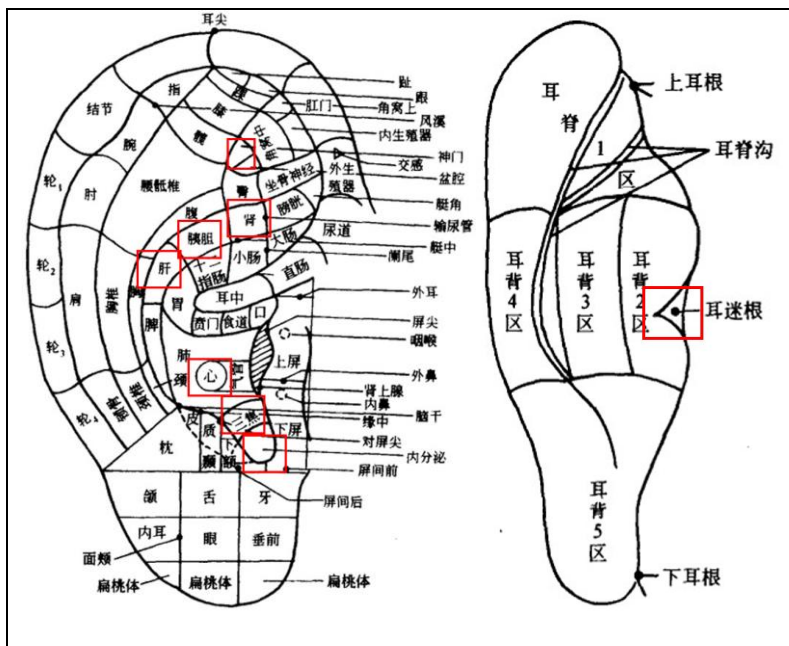
臨床文獻中朱喬喬等人文獻指出胃脘下俞穴位透過針刺、溫和灸、電針、埋線和穴位按壓等方式。臨床有改善症狀和控制血糖的療效[25]。Marija Šimat 等人觀察針灸與臨床早上血糖關聯性，臨床針刺選穴如下，肺俞、脾俞、腎俞、三陰交、足三里、關元、中脘、太溪等穴。以 2Hz 電針 20 分鐘兩側足三里和關元至中脘經絡段。實驗研究於 2 位患者，患者 1 針刺組合併服用 Metformin 類藥物與控制組另一位患者使用 Metformin 治療 43 天，平均血糖 5.76 mmol/L 對比 6.11 mmol/L。患者 2 針刺組合併服用 Metformin 類藥物與控制組另一位患者使用 Metformin 和 vildagliptin 治療 67 天，平均血糖 5.95 mmol/L 對比 8.2 mmol/L。研究目的為針灸的療效用於第二型糖尿病患者早上血糖的幅度，藉由測量製作出可以預測的模型[26]。故糖尿病臨床可以考慮中醫書籍主方使用穴位降血糖，隨病情症狀加減所需穴位。

糖尿病耳穴療法依據中醫書籍王后才等人提到。耳穴治療糖尿病可以使用胰膽、內分泌、腎、三焦、心、肝、神門、耳迷根[23]。耳廓有舌咽神經，迷走神經分支，能夠對生理機能有調節作用。舌咽神經與口乾有關。迷走神經可以減緩發炎反應，與血糖調控有關。

表 5：耳穴位置與功效[27]

名稱	位置	功效
胰膽	耳甲 11 區	糖尿病
內分泌	耳甲 18 區	糖尿病、陽痿。
腎	耳甲 10 區	陽痿、遺尿、小便不利、明目、失眠、多夢。
三焦	耳甲 17 區	利尿、糖尿病。
心	耳甲 15 區	失眠、多夢、各種痛證。
肝	耳甲 12 區	疏肝、假性近視、明目。
神門	三角窩 4 區	失眠、多夢、陽痿、痛證。
耳迷根	耳輪腳後溝的耳根處	疏肝。

圖 1：耳穴位置[28,29]



臨床文獻中，范春玲等人應用耳穴研究分為三組，對照組口服降血糖藥，針刺組口服降血糖藥並且針刺背俞穴加上體穴，針耳組在口服降血糖藥佐加針刺，並加耳穴貼壓內分泌、肺、胰膽。辨證隨症佐加其他耳穴。實驗結果發現針耳組在糖化血色素、體脂肪率、脂肪率優於對照組[30]。陳鴻等人以 51 例病人觀察治療前後空腹、餐後 2 鐘頭、餐後 4 鐘頭的血糖值波動。使用耳穴神門、胰膽、胃進行針刺。研究結果發現有治療與治療後 1 天餐後 2 鐘頭與餐後 4 鐘頭血糖值有下降。顯示針刺耳穴特定位置有降血糖的功效[31]。故臨床可以考慮耳針。透過針刺耳穴內分泌、腎、胰膽、肝、神門、心來治療本病例。

#### 四、參考文獻

1. 林秀娟，糖尿病防治手冊，行政院衛生署國民健康局，2003；115,121-124,129,137-138,150-151
2. 許惠恒，台灣糖尿病周邊神經病變臨床指引，社團法人中華民國糖尿病學會，2017；38
3. 劉河間：《三消論》，<https://jicheng.tw/tcm/book/%E4%B8%89%E6%B6%88%E8%AB%96/index.html>
4. 戴思恭：《秘傳證治要訣及類方·三消》，<https://jicheng.tw/tcm/book/%E7%A7%98%E5%82%B3%E8%AD%89%E6%B2%BB%E8%A6%81%E8%A8%A3%E5%8F%8A%E9%A1%9E%E6%96%B9/index.html>
5. 樓英：《醫學綱目·消瘴門》，<https://cloudtcm.com/shu/t1/597/284>
6. 趙佶：《聖濟總錄·消渴後成癰疽》，<https://cloudtcm.com/shu/t1/90/565>
7. 林昭庚、李德茂、孫茂峰、許昇峰、陳必誠：新編彩圖針灸學，知音出版社，2010；130-131,177,179,224,225-226,299,328-330,475,491
8. 王敏：董氏奇穴精要整理，今日軒，2013；100-101
9. Nikhil M N,Angel Rose A：Diabetic Retinopathy Stage Classification Using Convolutional Neural Network，International Research Journal of Engineering and Technology，2019；6：5969
10. Xiaoliang Wang,Yongjin Lu,Yujuan Wang,Wei-Bang Chen：Diabetic Retinopathy Stage Classification using Convolutional Neural Networks，IEEE，2018；465-466
11. 黃碧松：中醫臨床診治思維，中華民國傳統醫學會，2014；405-409
12. 梁雅淳、洪裕強、蔡金川、林立偉：糖尿病視網膜病變常用中藥之文獻回顧，中西整合醫學雜誌，2015；17(3)：39
13. 嚴振國：危險穴位臨床解剖穴，上海第二軍醫大學出版社，2008；2-7,9-11
14. 戴新民：眼科針灸療法，啟業出版社，1987；74-78
15. 田維柱：中華眼針，中國中醫藥出版社，2011；132-135,250-252
16. 臧凌子、張仁：針刺異病同治青少年近視及弱視經驗，中醫學，2020；9(4)：363-364
17. 李雪娜、申鵬飛：“動靜結合”針法治療眼底病變臨證淺析，中醫藥資訊，2021；4：55-58
18. Xuan Wang、Chong-Xi YuancBin Xu、Zhi Yu：Diabetic foot ulcers: Classification, risk factors and management，World J Diabetes，2022；13(12)：1052
19. 王平東：生肌玉紅膏治療糖尿病足潰瘍48例報導，中國中西醫結合外科雜誌，2012；3：299-300
20. 朱曉娟、張娣娣、姚靜、王豔豔、姚俊、嚴靜、左敏靜、王瑞甜：複方生肌玉紅膏外敷治療糖尿病足濕熱毒盛證的效果觀察，護理學報，2013；20(11)：61-62



21. 張沛、張姝：針灸治療糖尿病周圍神經病變 50 例臨床療效分析，包頭醫學院學報，2009；25(5)：73-74
22. 張征宇、周光輝、孫澍彬：針刺配合藥物治療糖尿病周圍神經病變的療效觀察，中國康復理論與實踐，2005；11(04)：299-300
23. 王后才：實用針灸臨床辯證論治精要，中國古籍出版社，2004；277-278
24. 靳冬：淺議胃脘下俞穴，世界中醫藥，2007；2(5)：295
25. 朱喬喬、灑玉萍：基於“胃脘下俞”穴治療糖尿病研究進展，中醫學，2023；12(6)：1242-1248
26. Marija Šimat, Mateja Jankovi'c Makek, Maja Mi'ceti'c：Treatment of Diabetes Mellitus by Acupuncture: Dynamics of Blood Glucose Level and Its Mathematical Modelling，Sci，2023；5(4)：1-21
27. 張永臣、賈紅玲、楊佃會、王健、張春曉、張學成：耳穴療法，科學出版社，2014；13,17,18,21
28. 圖片取自 <https://www.zhzyw.com/zyts/zyzj/ez/1697160I6HCD93297585HB.html>
29. 圖片取自 <https://www.zhzyw.com/zyts/zyzj/ez/1697161379H9FDGA9724AI3.html>
30. 范春玲、丁喜豔、麻永懷、張娟：針刺聯合耳穴貼壓治療肥胖型 2 型糖尿病臨床觀察，上海針灸雜誌，2019；38(10)：1079-1082
31. 陳鴻、黃莉吉、姜勁峰：耳穴埋針降低 2 型糖尿病患者餐後血糖高峰的臨床觀察，上海針灸雜誌，2018；37(7)：729-731



## Case report of treating Diabetes-related complications with Chinese Medical therapy

**Bang-Syuan Tsai**<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Deji chinese medicine alliance clinic, Taichung, Taiwan

<sup>2</sup>College of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan

### **Abstract**

Diabetes Mellitus is a common chronic disease in 21 century. Patient with diabetes mellitus mostly need to take oral decreasing blood sugar drug or injection insulin. This case is a 57 year old male. Because of having diabetes mellitus, he complain vision decreasing gradually. And he has lower limb muscle ulcer, numbness and faintness. We found his blood sugar on high level long time in clinical laboratory examination. We select around the eyes Zanzhu(BL-2), Taiyang(EX-HN5) as main acupuncture point. Patient blurr vision maintain stability after acupuncture. We present this case report for providing chinese medical treatment for clinical reference.

**Key words** : Diabetes-related complications, Diabetic retinopathy, Diabetic foot ulcer, Diabetic peripheral neuropathy, acupuncture

## 《台灣中醫醫學雜誌》稿約

西元2023年04月修訂

本雜誌為以研究中醫藥學與實証醫學精神為核心的純學術性刊物，收錄有關醫經醫史、中醫藥基礎理論、醫學教育、臨床診治思維等研究領域之學術論著及臨床病例報告，以未曾刊載於其他刊物者為限。收錄論文種類包括(1) 原著論文(Original Articles)、(2) 病例報告(Case Reports)、(3) 醫經醫史類論文、(4) 讀者意見(Letters to the Editor)、(5) 中醫專書或另類醫學評論(Book Reviews / Comments on CAM)、(6) 社論(Editorials)及(7) 回顧性論文(Review Articles)等(後兩類論文由總編輯邀稿)。

### 一、投稿文件要求：

(一) 文稿請以電腦繕打，中文請使用標楷體，英文使用Times New Roman(以上皆為14號字)，行距為2倍行高(Double space)，紙張大小為A4，版面設定為上：3 cm/下：2 cm/左右：2 cm，並於文章中插入行號及頁碼。投稿時請提供全文之Microsoft Word (\*.doc)與PDF檔。

(二) 文稿內容格式要求，並請依以下各點次序編排：

1. 首頁(Title page)：應自成一個檔案，內容應包括題目(英文40字以內，中文20字以內；英文字首皆大寫)、所有作者中英文全名(英文名以姓前名後書寫)服務單位；另加註通訊作者之聯絡電話、通訊處及電子郵件信箱。並請註明：「本論文部分或全部內容並未投稿至其他期刊」。
2. 摘要(Abstract)：文稿應求精簡，並附加關鍵詞(Key words) 6個以內(中文關鍵詞以頓號區隔；英文以逗號區隔)。中文摘要以500字為限，英文則不超過300字。中文稿件另附加英文摘要於末頁(若為英文請附中文摘要)。
3. 本文(Text)：依序包括摘要、前言、材料與方法、結果及討論等部份。
  - (1) 原著論文(Original Articles)：為具原創性之研究論述，作者不應超過6人(多中心之臨床試驗及整合型研究不在此限)。
  - (2) 病例報告(Case Reports)：內容應含前言、病例闡述(病歷、臨床表徵，但勿洩漏病患身分)、治療之方法與過程，結果與討論。作者不應超過5人，參考文獻不超過20篇。此外應含病患之「同意聲明」(Consent，病患應允發表病例報告與不涉隱私的相關圖像的同意聲明。本雜誌不接受欠缺同意聲明之病例報告。若病患已身故，須經病患的至親同意發表。未成年病患須經病患的父母或法定監護人同意。)
  - (3) 文內如需分段或分條敘述者，其符號中文稿請依一、(一)、1、(1)、A、(A)、a、(a)……次序採用，英文稿請依I、(I)、1、(1)、A、(A)、a、(a)……次序採用；須加註腳處以指定符號註明之，依次為\*、\*\*、\*\*\*……；a、b、c、d……等。
  - (4) 縮寫詞(Abbreviations)：除了已知常用的縮寫詞，所有的縮寫詞應於首次提到時標註全名。
4. 參考文獻(References)：在本文引用時須加註角碼，並按引用的先後順序詳列

於本文之後，不需重覆繕打。文獻作者應全部列出，不可用等人或*et al.*表示。雜誌縮寫應以Index Medicus刊載為準。徵引資料來自網頁者，需加註來源網址。參考文獻書寫範例如下：（依作者、題目、發表刊物名稱縮寫、年份、期數、頁數等依次寫明，以上使用12號字）

- (1) Lebec D, Poynard T, Hillon P, Benhamou JP. Propranolol for prevention of recurrent gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis: a controlled study. *N Engl J Med.* 1981; 305: 1371-4.
  - (2) Huang TK. Fuzi. In: A handbook of the composition and pharmacology of common Chinese drugs. Beijing: Chinese Medicine Technology Press, 1994; 921-8.
  - (3) 田應昌，鄒筑良：試論肝硬化的治療思路，貴陽中醫學院學報，1999；21：7-9。台62 灣中醫醫學雜誌 第9卷·第3期 2010
  - (4) 行政院衛生署：中華民國九十四年死因統計結果摘要，台灣地區主要死亡原因，<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/94年/表1.xls>。
  - (5) 顏正華：中藥學（上），知音出版社，台北，1998；367-70。
  - (6) 焦樹德：用藥心得十講，人民衛生出版社，北京，1999；202-4。
  - (7) 陰健、郭力弓：中藥現代研究與臨床應用，學苑出版社，北京，1994；391-400。
5. 圖片 (Figures)：引用時在內文中以「圖1」標示。圖之說明列於圖之下方，圖片之內容需清晰，若內含文字，則文字大小至少為10號字，並附上可進行排版修正之原始檔案。若為相片，解析度至少需在300 dpi以上，並標名比例尺寸，並請另外提供電子檔。
6. 表格 (Tables)：引用時在內文中以「表1」標示。表之說明列於表之上方，請以Word軟體中之「表格」功能製表，表中文字大小至少為10號字。
7. 惠稿所有專有名詞依教育部頒定或國立編譯館新編各科名詞為依據。度量單位 (Units of Measure) 使用公制單位 (International System of Units (SI)) 之標準符號，如：cm、mm、 $\mu\text{m}$ 、L、dL、mL、kg、g、mg、 $\mu\text{g}$ 、ng、pg、ppm、pH、 $^{\circ}\text{C}$ 、min、hr等。數字請使用阿拉伯字（英文字首除外）表示。

(三) 醫經醫史類論文，請注意稿約如下：

1. 以中英文稿件為主，中文專著及研究討論以五千字至三萬字為原則（含摘要、註解），書評以三千字左右為限，英文稿以10頁至30頁打字稿為佳。譯稿以學術名著為限，且須附註解。
2. 來稿內容包括：中英文篇名、摘要（如同上列摘要要求）、關鍵詞及論文（若為英文請附中文摘要）。
3. 本刊不負責來稿內容之版權問題（如譯文、圖表及長引文等），請作者事先取得版權持有者之同意，改寫自學位論文者須加註明。
4. 文稿內容格式請另注意以下各點：
  - (1) 格式：文件格式為A4，並以兩倍行高為字行間距。
  - (2) 字形字體：正文用新細明體、引文用標楷體（以上皆為14號字）。

- (3) 請用新式標點符號。「」用於平常引號，『』用於引號內之引號，《》用於書刊，〈〉用於論文及篇名。在行文中，書名和篇名連用時，省略篇名號，如《靈樞·天年篇》。若為英文，書名請用斜體，篇名請用“”。日文翻譯成中文，行文時亦請一併改用中文新式標點符號。
- (4) 文章中若有年代，請儘量使用國字，其後以括號附註西元年代，並以阿拉伯數字表示。例如：漢武帝建元元年（140BC）、蔣渭水（1891-1931AD）。
5. 獨立引文每行低三格，並加「」表示。
6. 圖表應註明出處，引用時以「圖1」、「表1」標示。
7. 引用注釋之體例，請依下列格式：
- (1) 引用專書：作者：《書名》（出版資料），卷冊，頁碼。
- 【例一】〔漢〕應劭撰，王利器注：《風俗通義校注》（台北：漢京文化事業有限公司，1983），卷10，頁480。
- 【例二】林昭庚、鄒良：《針灸醫學史》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁114。
- (2) 引用原版、影印版或重校版古籍，應注明版本與卷頁。
- 【例一】〔清〕楊時泰：《本草述鈎元》（上海：科技衛生出版社，1958，毘陵涵雅堂本），卷5，頁38。
- 【例二】〔魏〕王弼著，樓宇烈校釋：《老子周易王弼注校釋》（臺北：華正書局，1983），上編，頁45。
- (3) 引用論文—作者：〈篇名〉，《刊名》卷期（年），頁碼。
- 【期刊】孫永顯：〈《醫心方》中的經脈圖〉，《中華醫史雜誌》31.3（2001），頁175。
- 【論文集】李建民：〈先秦兩漢病因觀及變遷〉，《從醫療看中國史》（臺北：聯經出版事業公司，2008），頁45-75。
- 【學位論文】王敏弘：《黃帝內經有關神的研究》（臺中：中國醫藥學院中國醫學研究所博士論文，1995），頁20。
- (4) 引用報紙—作者：〈篇名〉，《書報名》版名或版次，刊出日期。
- 【例一】梁啟超：〈我的病與協和醫院〉，《晨報》副刊，1926年6月2日。
- (5) 徵引資料來自網頁者，需加註來源網址。
- 【例一】行政院衛生署：中華民國九十四年死因統計結果摘要，台灣地區主要死亡原因，<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/94年/表1.xls>。
- (6) 引用西文專書、論文亦同前頁所述範例。
- 【例一】Huang TK. Fuzi. In: A handbook of the composition and pharmacology of common Chinese drugs. Beijing: Chinese Medicine Technology Press, 1994: 921-8.

## 二、投稿方式及流程說明：

本雜誌為提升投稿論文之處理效率，縮短論文自投稿至刊登之時程，投稿一律採線上投稿，

其方式及流程說明如下：（括號內為估計所需之工作天數）

- （一）投稿論文之Word及PDF檔請寄至本雜誌編輯部之電子信箱：[sue201584@gmail.com](mailto:sue201584@gmail.com)；並於信件「主旨」註明：「投稿\_通訊作者姓名」
- （二）編輯部確認收到論文後，將給予論文編號「TJCM-○○-○○○」；另同時進行論文基本格式審查，以確定是否符合稿約要求，若不符合本雜誌格式要求，將退回修改（2天）。
- （三）待確定格式符合後，將進一步徵詢審稿委員（1週）。
- （四）論文正式進入審稿程序，待委員審稿完成後回覆作者審稿意見（2週）。
- （五）「投稿論文修訂」：作者收到審稿意見後，進行論文修改，以需修改程度給予2~4週不同時間修訂論文。作者應自負稿件修改、校正、校對之責，同時僅限於原稿內容及編排錯誤（2~4週）。
- （六）再次進行稿件之格式審查（1天），若未修改或不符合規定者，將再次退回修改。
- （七）完成審稿程序，再次回覆作者審稿意見（10天）。
- （八）論文被接收者，發給論文接受證明函，並請作者簽署「著作權轉移同意書」（3天）。
- （九）若審稿委員建議投稿論文仍須修訂後再審，則重新進入上述「投稿論文修訂」流程。
- （十）論文正式進入編輯排版之程序，為使惠稿合乎編輯標準，本雜誌編輯委員會有權修改。
- （十一）將排版完成之稿件，請作者再次校對確認內容無誤（3天）。
- （十二）惠稿經本雜誌審查委員會審查通過，採用後，由中醫師全聯會免費贈送該期雜誌1冊及抽印本20份（若需加印，其工本費用由作者負擔），發表原著類文章學術研究獎金壹萬伍千元，非原著類學術研究獎金貳仟元。
- （十三）《台灣中醫醫學雜誌》編審委員會  
地址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2，聯絡電話：(02)2959-4939 分機 15  
本雜誌編輯部之電子信箱：[sue201584@gmail.com](mailto:sue201584@gmail.com)

※每卷第一期於 6月 30日出刊，稿件於同年 5月 30日截止收件，第二期於 12月 30日出刊，稿件於 11月 30日截止收件，歡迎中醫界同道及中醫藥學者踴躍投稿。

## 台灣中醫醫學雜誌 2024 年 1 月第二十卷第二期試題

選擇題：

- ( ) 1. 在針灸合併穴位按摩對於失智病患吞嚥困難效果研究中，針灸和穴位按摩結合治療的目的是什麼？  
(A) 改善睡眠質量 (B)減輕焦慮和壓力 (C)改善吞嚥困難 (D)增強記憶力
- ( ) 2. 承上題，研究結果顯示哪一組在吞嚥困難的改善上更為顯著？  
(A) 單獨針灸治療組 (B) 針灸結合穴位按摩治療組 (C) 兩組效果相近 (D)以上皆非
- ( ) 3. 健脾潤肺解表合方改善長新冠肺系症狀病例報告中的患者，新冠病毒感染後出現的主要症狀是什麼？  
(A) 鼻涕倒流和鼻塞 (B)頭痛和咳嗽 (C)肌肉疼痛和發燒 (D)疲勞和記憶力下降
- ( ) 4. 承上題，患者接受了哪種中醫治療？  
(A)針灸 (B) 中藥方劑 (C) 推拿 (D) 艾灸
- ( ) 5. 關於清冠一號與清肺排毒湯的比較，何者正確？  
(A) 清冠一號以調節 Toll-like receptor 4 及下游的訊號傳遞，為主要機轉 (B) 清肺排毒湯以化痰濕藥為主藥 (C) 清肺排毒湯主要機轉為抑制新冠病毒棘蛋白與宿主細胞膜上 ACE2 的結合 (D) 以上皆是
- ( ) 6. 關於 COVID-19 的特性下列何者錯誤？  
(A) 以濕、熱、毒、瘀為病機特點 (B) 依據病程發展寒熱性質各有所偏重，可再細分為「寒濕鬱肺證」與「濕熱蘊肺證」 (C) 胸部斷層掃描多見毛玻璃樣斑塊、炎性陰影，符合瘀之特性 (D) 以上皆非
- ( ) 7. 糖尿病視網膜病變失明機率為非糖尿病患者的幾倍以上？  
(A)2 倍 (B)5 倍 (C)10 倍 (D)25 倍
- ( ) 8. 中醫文獻《三消論》：「若渴而飲水不絕，腿消瘦而小便有脂液者，名曰腎消。」文獻所指的是糖尿病中醫分類中哪一類？  
(A)上消 (B)中消 (C)下消 (D)以上皆非
- ( ) 9. 糖尿病足潰瘍中醫辨證有哪些分型？  
(A)脈絡寒凝 (B)血瘀阻絡 (C)濕熱下注 (D)以上皆是
- ( ) 10. 糖尿病的耳穴療法會使用那些耳穴？  
(A)胰膽 (B)內分泌 (C)腎 (D)以上皆是



通訊繼續教育申請書

申請人：

期別：第二十卷·第二期

診所名稱：

身分證字號：

住址：

連絡電話：

積分生效日期：113 年 2 月 1 日

劃撥日期： 年 月 日



1. 依中醫師參加學術活動或繼續教育評分計點辦法規定。(每期 2 積分，申請費 200 元)
2. 郵局劃撥：請至郵局填寫劃撥單，費用 200 元，帳號：19267209，戶名：中華民國中醫師公會全國聯合會，「通訊欄」請註明：雜誌 20-2 (註：同診所或是多位醫師可將費用合併繳交，但須於劃撥單通訊欄註明清楚)
3. 線上轉帳：限網路郵局，費用 200 元，請將轉帳畫面 (註明申請人姓名)，mail 至中醫師全聯會信箱，若是他人代為轉帳，請於 mail 中加註「申請人姓名及他人姓名」資料，以便核對。
4. 線上作答：請以手機掃描 QR CODE (右上角)，填寫試題及個人資料，或至中醫師公會全聯會網站作答，網址：<http://www.twtm.tw> (路徑：首頁/學術專區/)。
5. 紙本作答：請閱讀課程內容，填寫「通訊繼續教育申請書」，連同劃撥收據影本，傳真、郵寄、或將掃描檔 E-mail 至中醫師公會全聯會。中醫師公會全聯會地址：22069 新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2，電話：(02)2959-4939 分機 18 傳真：(02)2959-2499，E-mail：[tw.tm@msa.hinet.net](mailto:tw.tm@msa.hinet.net)。
6. 本期通訊繼續教育申請書於 113 年 4 月 30 日截止收件。