

目 錄

Contents

中藥複方清冠止咳一號改善新冠肺炎急性後期咳嗽之病例報告 林舜毅·····	05
A Case Report of Traditional Chinese Medicine Compound QING-GUAN-ZHI-KE-YI-HAO in Improving Cough in the Late Acute Phase of COVID-19 Shun-Ku Lin	
針藥並用治療乳癌化療後周邊神經異常感覺病例報告 蕭子瑜、王明仁、陳安履、林舜毅·····	16
Combined use of Acupuncture and traditional Chinese medicine for the Treatment of Peripheral Neuropathy Following Chemotherapy in Breast Cancer Patients : A Case Report Tzu-Yu Hsiao, Ming-Jen Wang, Andy Chern , Shun-Ku Lin	
淺論東方主義與中醫的「科學性」—從一場辯論談起 林卓逸·····	32
Issues in Orientalism and the Scientificity of Traditional Chinese Medicine- a debate for approach Cho-I Lin	
中藥與抗精神病藥物合併使用對失智症患者的錐體外症候群風險影響：回顧性研究 謝旭東、林舜毅·····	68
The extrapyramidal syndrome risk of traditional Chinese medicine and antipsychotics drugs combined usage in dementia patients: a retrospective study Hsu-Tung Hsieh, Shun-Ku Lin	
稿約·····	89
通訊課程試題·····	93



中藥複方清冠止咳一號改善新冠肺炎急性後期咳嗽之病例報告

林舜毅^{1,2,3}

¹ 台北市立聯合醫院仁愛院區

² 臺北市立大學

³ 國立陽明交通大學公共衛生研究所

摘要

本病例報告了一名45歲男性台灣患者，確診新冠肺炎後持續咳嗽且呼吸頻率增加，胸口壓迫感而常需要深呼吸，以及鼻塞和流鼻涕等症狀。病患接受了新冠肺炎後遺症專方「清冠止咳一號」治療三週。清冠止咳一號是一種中藥方劑，含有麻黃、杏仁、紫蘇葉、麥門冬、桑葉、枇杷葉、石膏、黨參、紅棗、甘草和貝母等成分。治療三週。治療後，患者的症狀評估量表結果明顯改善，呼吸困難和體力活動時感受顯著減輕。慢性阻塞性肺病症狀評估量表(CAT)治療前的總評分為20分，治療後第一週降至19分，第二週降至12分，第三週降至5分。這顯示治療對咳嗽頻率、痰量、胸悶、喘促、居家活動、睡眠、咽喉乾燥等方面的改善效果已初見成效，且持續改善。綜合以上結果，清冠止咳一號治療對這名新冠肺炎後期患者具有積極臨床意義，改善了呼吸症狀並有助於生活品質和功能恢復。然而，需進一步研究和臨床驗證其療效。

關鍵詞：新冠肺炎後遺症、長新冠、清冠止咳一號、持續咳嗽



前言

新冠肺炎後遺症 Post COVID condition (PCC)，也稱為長新冠(Long COVID)或 COVID-19 後遺症，是指在 COVID-19 感染後，患者在康復後經歷長期持續的症狀。根據 WHO 的定義是指確診或疑似 COVID-19 的患者，在發病後仍然持續出現 COVID-19 相關症狀，並且這些症狀不能用其他已知的疾病解釋。[1]常見的症狀包括長時間的咳嗽，疲勞、呼吸急促、胸痛、關節痛、肌肉痛、失眠、認知障礙、焦慮、抑鬱等[2]。

新冠肺炎後遺症的具體機轉尚未明朗，但是已有一些研究指出可能的機轉，包括自體免疫疾病、慢性氧化應激、線粒體功能障礙和內皮功能異常。自體免疫疾病可能與免疫系統的過度反應有關；慢性氧化應激可能與細胞損傷、免疫反應異常和病毒持續存在有關；線粒體功能障礙可能與疲勞、肌肉痛等症狀有關；而內皮功能異常可能與心臟和肺部問題有關[3]。

不同的研究報告了各種 COVID-19 後症狀。疲勞、咳嗽、呼吸窘迫和頭痛是最常見的症狀。在一份長時間追蹤當研究當中，疲勞、持續性咳嗽、勞力性呼吸困難、睡眠障礙以及頭痛或眩暈等症狀分別被觀察到在 70%、18%、15%、13% 和 12% 的病例中[4]。此外，其他症狀也可能出現，例如關節痛、肌肉痛、認知障礙、焦慮、抑鬱等等。

長時間慢性咳嗽可能是呼吸道發炎持續的臨床症狀，也可能會對呼吸道造成後續的傷害。一般而言，慢性咳嗽是呼吸系統某些疾病或者病理狀態的表現之一，例如慢性支氣管炎、支氣管哮喘、肺氣腫等。長時間的慢性咳嗽可能會引起呼吸道黏膜炎症、黏液分泌增加、氣管收縮、肺功能降低等一系列問題。此外，慢性咳嗽也可能導致氣管、支氣管壁變厚，黏液堆積，阻礙氣流通過，進而影響呼吸功能。此外，長期咳嗽會使喉部黏膜變得乾燥、疼痛，可能導致喉部發炎和腫脹。長期咳嗽也可能導致聲帶受損或變得粗啞，進一步影響說話和發聲的能力。此外，長期的慢性咳嗽不僅可能引起口腔和喉嚨部位的細菌感染，還可能導致呼吸肌肉疲勞，進而降低其力量。

由於長時間慢性咳嗽可能對呼吸系統和咽喉造成傷害，並且在新冠肺炎中，咳嗽也是主要的病毒的途徑傳播。因此，積極控制咳嗽症狀有助於減少病毒傳播和減輕患者的不適。也有助於減少新冠肺炎後遺症的發生，加速身體的痊癒。

本篇報告介紹了一位在新冠肺炎急性後期接受清冠止咳一號治療的病例。清冠止咳一號是一種中醫藥方劑，其成分包括多種中藥，具有祛痰、止咳和清熱解毒的功效。這個病例表明，清冠止咳一號可以有效地治療新冠肺炎後遺症中的持續咳嗽。本文對臨床中醫師的意義在於提供了一種中醫治療新冠肺炎急性後期症狀的方案，對於改善患者的症狀和提高其生活品質有一定的幫助。

病例

一. 病患情形

基本資料：

陳先生，45 歲，男性，台灣人。工作為業務。

病患主訴：

近一個月以來持咳嗽不止

現在病史：

病患表示持續咳嗽且呼吸頻率增加，胸口感到壓迫，需要深呼吸。病患鼻子內部常有黏液，流鼻涕，並且感到嗅覺異常，這可能是 COVID-19 的後遺症。病患還表示的喉嚨有東西卡住，感覺很不舒服，吞不下也咳不出來，並且常覺得口渴，即使喝很多水也感到口渴。病患的喉嚨、咽喉的地方有異物刺激的感覺，有時會不自覺地咳嗽。病患還提到自覺心跳得很用力，甚至有時可以聽到心跳聲音，覺得非常不舒服。

病患在六週前確診為新冠肺炎，至就診時仍有呼吸急促，持續的咳嗽，以及胸痛。鼻塞和流鼻涕已經持續了一個月，而喉嚨和咽喉有異物感和吞嚥困難的症狀也已經持續了幾週。

患者呼吸困難評估量表 (mMRC) 是一種專門用於評估患者呼吸困難程度的工具。該患者的 mMRC 評分在初診時為 3 分，表示患者在平時的日常活動中出現了呼吸困難。這種程度的呼吸困難可能對其生活造成較大的影響。

評估呼吸吃力程度的 Borg Scale 量表是一種用於評估患者在體力活動期間的主觀感受程度的量表，評估範圍從 0 (代表「完全沒有」) 到 10 (代表「非常、非常困難」)。這位患者在初診時的 Borg Scale 分數為 7 分，表示在進行體力活動時感覺非常吃力。這表示著在進行日常活動或運動時，患者可能會感到非常吃力和不適。

LQQOPERA 分析

1. Location (位置): 患者主要感到胸口壓迫、喉嚨和咽喉有異物感。
2. Quality (品質): 呼吸困難，需要深呼吸；咳嗽時咳出白色黏稠痰液。
3. Quantity/time course (數量/時間進程): 持續咳嗽約一個月，鼻塞和流鼻涕也持續一個月，喉嚨和咽喉的異物感和吞嚥困難已持續數週。
4. Onset mode (起始模式): 呼吸困難、胸痛和咳嗽始於六週前的新冠肺炎診斷。
5. Precipitating factors (誘發因素): 長期吸煙史和被診斷有慢性阻塞性肺



病 (COPD)。

6. Exaggerating factors (加劇因素): 咳嗽和呼吸困難在進行日常活動時加劇，且 Borg Scale 分數為 7，表明進行體力活動時感到非常吃力。
7. Relieving factors (緩解因素): 文檔中未明確提及緩解症狀的因素。
8. Accompanying symptoms (伴隨症狀): 嗅覺異常、口渴、心跳感覺用力和可聽到心跳聲音、睡眠品質降低。

過去病史：

陳先生有長期吸菸的習慣，並且被診斷有慢性阻塞性肺病 (COPD)。在新冠肺炎疫情之前，病患的 COPD 症狀相對穩定。家族中沒有心臟病或其他重大疾病的歷史。

中醫四診：

1. 望診：陳先生面色蒼白，指甲瘀血，瞳孔色素稍深。眼睛結膜微紅，口唇乾裂，舌質略暗，舌苔白。
2. 聞診：呼吸聲音低沉，偶有咳嗽聲，咳出白色黏稠痰液。體味無明顯異常。
3. 問診：自述呼吸困難，胸口壓迫，需深呼吸。口渴，喝水多但無法緩解。鼻塞，感覺喉嚨和咽喉有黏液狀物卡住，難以咳出。心跳感覺用力，有時可聽到心跳聲音。近期睡眠品質降低，常有夢多，易驚醒。
4. 切診：脈象浮而散，右手寸脈弦細。

病因病機四要素分析：

1. 病因：
外因：時疫邪氣新冠病毒
不內外因：長期吸菸的習慣。
2. 病位：
解剖病位：肺、鼻腔、喉嚨。
中醫臟腑病位：肺。
3. 病性：
主證：呼吸急促，胸口壓迫，需要深呼吸，鼻塞，喉嚨與咽喉有異物感，口渴，咳嗽，痰多且白色黏稠，心跳感覺用力，有時可聽到心跳

聲音。舌質略暗，舌苔白，脈象浮而散，右手寸脈弦細。

次證：睡眠品質降低，有夢多、易驚醒現象。

4. 病勢：

根據患者的病史與症狀描述，推演出主要病因病機為肺失宣肅、氣陰兩傷、夾痰熱。這些中醫病理機轉與患者的症狀密切相關，解釋了患者在新冠肺炎感染後持續存在的多種症狀。

首先，肺失宣肅是指在新冠肺炎感染的過程中，肺氣運行不順，宣降失常，使得肺功能受損，呼吸道的氣機運行不利。這可能導致鼻塞、流鼻涕等呼吸道症狀，也可以解釋患者感覺喉嚨有異物卡住、吞嚥困難的情況。在中醫理論中，認為肺主宣發，與呼吸相關，肺氣的宣發失常會影響鼻腔和咽喉的功能，進而引起相應的症狀。

其次，氣陰兩傷是指新冠肺炎過程中，患者的氣機不利，同時伴隨著陰液耗損。氣是人體的基本能量，陰液則是維持機能平衡的重要物質。新冠肺炎病程中，病毒的侵害會消耗患者的氣，導致氣虛，同時肺陰受損，使得氣陰兩傷。這種情況下，患者可能出現身體虛弱、喉嚨不適、口渴等症狀。

第三，夾痰熱是指在新冠肺炎過程中，患者的肺部受到痰湧不化的困擾，並夾雜有熱邪。痰是一種由身體濕潤物質凝結而成的病理體，夾痰熱意味著痰中可能含有一定程度的熱性成分。這可能引起呼吸道阻塞，導致咳嗽和喉嚨刺激感，有時甚至不自覺地咳嗽。

綜合上述，新冠肺炎感染對患者的身體造成了多方面的影響，其中涉及到肺失宣肅、氣陰兩傷、夾痰熱等中醫病理機轉。這些病機可能導致鼻塞、流鼻涕、嗅覺異常、喉嚨有異物卡住感、吞嚥困難、口渴、心跳強烈、胸悶、身體虛弱、咳嗽、喉嚨刺激感等持續性症狀。

中藥治療：

我們選用了宣肺降逆止咳、益氣養陰潤燥、清熱化痰的清冠止咳一號方，其藥物組成與每日劑量為麻黃 2.1 克、杏仁 4.5 克、紫蘇葉 4.2 克、麥門冬 4.5 克、桑葉 2.4 克、枇杷葉 2.4 克、石膏 6.3 克、黨參 4.5 克、紅棗 2.4 克、甘草 1.2 克、貝母 2.4 克。

服用頻率為每日三次，每次服用以上藥物總量的 1/3。將濃縮中藥粉末倒入空杯或飲料容器中，在粉末上方加入適量的溫水，溫度通常適宜於 40°C 至 60°C 之間。避免使用過熱的水，以免影響藥效。再用湯匙或攪拌棒充分攪拌中藥粉末和水，確保粉末完全溶解在水中即可飲用。

清冠止咳一號方包含麻黃、杏仁、紫蘇葉、麥門冬、桑葉、枇杷葉、石膏、黨參、紅棗、甘草和貝母等藥物。這些藥物根據患者的主要病因病機進



行精心配伍，旨在緩解新冠肺炎後遺症的症狀，改善患者的生活品質和整體健康。

首先，麻黃、紫蘇葉、麥門冬、桑葉、枇杷葉等藥物屬於宣肺降逆的藥物，可調節肺氣的宣發功能，改善鼻塞、流鼻涕等呼吸道症狀，同時緩解喉嚨不適、吞嚥困難等情況。其協同作用有助於平息肺氣的逆亂，改善呼吸功能，減輕相關不適。

杏仁具有止咳平喘的功效，其味苦、微溫，歸入肺、大腸經。它的止咳平喘作用是因為它能肅降低肺氣，減少氣機上逆導致的喘咳。杏仁含有苦杏仁苷和脂肪油，苦杏仁苷分解後會產生少量氫氰酸，這種成分可以輕度抑制呼吸中樞，從而達到鎮咳平喘的效果。

其次，黨參、紅棗和甘草屬於益氣養陰潤燥的藥物，可補充氣血，養潤陰液，改善氣陰兩傷的病機。透過益氣養陰的作用，能增強患者的體力，提升免疫力，同時養潤喉嚨，緩解口渴和喉嚨刺激感等症狀。對於長期康復和改善生活品質，具有積極意義。

此外，貝母屬於清熱化痰的藥物，有助於清除熱性痰液，改善咳嗽和喉嚨刺激感。在新冠肺炎後遺症的情況下，可能出現痰湧不化，導致呼吸道阻塞和咳嗽的症狀，這些藥物可以幫助痰液化解，減輕相應的症狀，使呼吸道更暢通，減少痰液對喉嚨的刺激。

二. 治療結果

在接受三週的治療後，患者的兩個評估量表的分數都有明顯的下降。具體而言，其 mMRC 評分下降到 1 分：這表示患者的呼吸困難在治療後明顯改善。由於 mMRC 評分的範圍是 0-4，1 分表示患者僅在劇烈運動時會感到呼吸困難，而在平時的日常活動中已經不再出現呼吸困難；此外 Borg Scale 分數下降到 2 分：這表示患者在進行體力活動時感覺明顯較輕鬆和較少吃力，相比之前有顯著改善。

治療前，病患的症狀評估總分為 20 分。然而，在接受清冠止咳一號治療後的第一週，評分顯著下降至 19 分，表明治療對咳嗽頻率、痰量多寡、胸悶症狀、活動喘促、居家活動、外出能力、影響睡眠、身體活力、咽喉乾燥和痰黃程度等方面的改善效果已初見成效。在第二週時，病患的總評分進一步下降至 12 分，顯示治療繼續取得進展。到第三週時，病患的總評分降至 5 分，顯示症狀明顯緩解，且治療對於改善症狀具有明確的效果。

綜合以上結果，治療後病患的症狀明顯改善，痰咳頻率、痰量、胸悶症狀、活動喘促等症狀明顯減輕，同時對於居家活動、外出能力、睡眠品質和身體活力等方面的改善亦顯著。

這些評估結果顯示，該中藥複方清冠止咳一號治療對這位患有新冠肺炎後期的患者具有積極的臨床意義。治療後，患者的呼吸困難明顯減輕，並且在體力活動時的感受也有明顯改善，這對患者的生活品質和日常功能

恢復有重要的幫助。這些結果表明該中藥複方治療可能在改善新冠肺炎後期患者的呼吸症狀方面具有潛在的療效。

表一、病患接受治療後之慢性阻塞性肺病症狀評估量表(CAT)結果

問卷	治療前	第一週	第二週	第三週
CAT_1 咳嗽頻率 (分數 0-5 分)	4	1	2	1
CAT_2 痰量多寡 (分數 0-5 分)	2	3	2	1
CAT_3 胸悶症狀 (分數 0-5 分)	2	3	1	0
CAT_4 活動喘促 (分數 0-5 分)	3	3	2	0
CAT_5 居家活動 (分數 0-5 分)	2	2	1	1
CAT_6 外出能力 (分數 0-5 分)	2	3	1	0
CAT_7 影響睡 (分數 0-5 分)	2	2	1	1
CAT_8 身體活力 (分數 0-5 分)	3	2	2	1
CAT_總分 (分數 0-40 分)	20	19	12	5

討論

新冠肺炎急性後期照護期間的主要症狀是殘留的咳嗽、痰液、鼻水以及呼吸道症狀，而長時間的慢性咳嗽和痰液分泌不僅對呼吸道和呼吸系統造成傷害，也會影響喉嚨健康，症狀主要集中在呼吸系統。相較之下，長新冠症狀是指在新冠肺炎痊癒後數月開始出現的疲勞、呼吸急促、胸痛、關節痛、肌肉痛、失眠、認知障礙、焦慮、抑鬱等症狀，對患者的身心健康帶來長期的影響，且侵犯的部位遍及全身。本文報告了一位使用中藥方劑「清冠止咳一號」治療新冠肺炎後遺症持續咳嗽的病例，說明中藥方劑有機會成為一種有效治療新冠肺炎急性後期症狀的方式。

Post-COVID 咳嗽，即在新冠病毒感染康復後仍持續出現的咳嗽症狀，其機轉與一般感冒或慢性阻塞性肺病的咳嗽有所不同。一般感冒咳嗽通常是由病毒引起的上呼吸道炎症所致，伴隨流鼻涕、喉嚨痛，且多在數週內自行緩解。而慢性阻塞性肺病的咳嗽則與長期的氣道慢性炎症和肺部組織破壞有關，常見於長期吸煙



者，咳嗽通常持續且伴有痰液。

相比之下，Post-COVID 咳嗽可能源於新冠病毒對肺部的直接損傷、免疫反應失調，或肺部纖維化。這種咳嗽可能持續數週至數月，並且與病毒感染後的慢性炎症或肺部受損相關。因此，雖然這三種咳嗽都涉及呼吸系統，但它們的成因、持續時間和相關症狀都有所不同。

「清冠止咳一號」由麻黃、杏仁、紫蘇葉、麥門冬、桑葉、枇杷葉、石膏、黨參、紅棗、甘草等藥物組成。藥理學與病理學的研究可以揭示清冠止咳一號臨床療效的可能機轉。

其中的麻黃提取物可直接抑制體外重症急性呼吸綜合症冠狀病毒 2 (SARS-CoV-2) 的複製，可使病毒在培養基中的生產減少 99% 或更多。但麻黃也可能引起高血壓、心悸和失眠等副作用，因此建議臨床中醫師應詢問是否有相關病史或症狀[5]。

利用網路藥理學和體外實驗驗證方法，可以發現麻杏甘石湯對新冠對於 SARS 病毒具有抑制效果。該研究還確認，麻杏甘石湯可以有效地抑制 IL-6 介導的 JAK-STAT 信號通路相關蛋白的表達水準，從而抑制 RLE-6TN 細胞損傷。通過 LibDock 得分篩選，從甘草和苦杏仁中篩選出與 ACE2，Mpro 和 RdRp 具有強大潛力親和力的成分，其中杏仁苷被選擇為與所有三個關鍵靶點結合的最佳候選成分[6]。桑樹成分桑黃素能阻止 SARS 病毒的透過尖刺與 ACE2 受體相互作用，並以此抑制細胞中的 SARS-CoV-2 分裂[7]。

清冠止咳一號中的麻杏石甘湯，其中的石膏監制麻黃的辛熱藥性，使其轉變成為辛涼清熱的效果，配合杏仁可以宣降肺氣，與麻黃合用可以平喘。甘草能夠益氣和中，並且與石膏相配，可以產生生津止渴的作用，同時也能防止大寒傷胃。這些成分組合在一起，可以清宣肺中的鬱熱，定喘咳嗽，有效地治療新冠肺炎急性後期的咳嗽胸悶症狀。

方中加入紫蘇的功效有發汗解表，行氣寬中的作用。對於新冠肺炎後期的症狀，如疲勞、氣促、咳嗽等症狀，紫蘇可以有一定的幫助。紫蘇的揮發油成分紫蘇醛、左旋檸檬烯，具有行氣止咳、化痰、抗炎等作用，尤其對於新冠病毒引起的肺炎、支氣管炎等疾病引起的咳嗽和喘促症狀有一定的緩解作用。紫蘇可以刺激呼吸道黏膜的分泌物排出，減輕呼吸道阻塞，增強肺功能，進而減輕胸悶、喘促等症狀。總而言之，紫蘇可以寬胸化痰，讓呼吸道暢通，從而緩解嚴重咳嗽併發的胸悶、喘促等症狀。

結論

本研究報告了一名 45 歲男性台灣患者，確診新冠肺炎後持續咳嗽。該患者接受了台灣中醫師公會推薦的「清冠止咳一號」中藥治療三週。治療後，患者的呼吸困難和體力活動時感受明顯改善，其咳嗽頻率和痰量減少，胸悶和喘促症狀緩解，居家活動、睡眠品質、咽喉乾燥等方面的改善效果持續增加。這些結果顯

示「清冠止咳一號」中藥方劑具有祛痰、止咳和清熱解毒的功效，對於治療新冠肺炎後期的持續咳嗽和痰液梗阻於喉嚨方面具有潛在療效。治療後，患者的呼吸困難明顯減輕，並在體力活動時感受明顯改善，這對患者的生活品質和日常功能恢復具有重要的幫助。



參考文獻

- 1.Soriano JB, Murthy S, Marshall JC, Relan P, Diaz JV: **A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus.** *The Lancet Infectious Diseases* 2022, **22**(4):e102-e107.
- 2.Shah W, Hillman T, Playford ED, Hishmeh L: **Managing the long term effects of covid-19: summary of NICE, SIGN, and RCGP rapid guideline.** *bmj* 2021, **372**.
- 3.Mehandru S, Merad M: **Pathological sequelae of long-haul COVID.** *Nature immunology* 2022, **23**(2):194-202.
- 4.Mahmud R, Rahman MM, Rassel MA, Monayem FB, Sayeed S, Islam MS, Islam MM: **Post-COVID-19 syndrome among symptomatic COVID-19 patients: A prospective cohort study in a tertiary care center of Bangladesh.** *PLoS One* 2021, **16**(4):e0249644.
- 5.Uema M, Hyuga M, Yonemitsu K, Hyuga S, Amakura Y, Uchiyama N, Mizoguchi K, Odaguchi H, Goda Y: **Antiviral Effect of Ephedrine Alkaloids-Free Ephedra Herb Extract against SARS-CoV-2 In Vitro.** *Microorganisms* 2023, **11**(2).
- 6.Li Y, Chu F, Li P, Johnson N, Li T, Wang Y, An R, Wu D, Chen J, Su Z *et al*: **Potential effect of Maxing Shigan decoction against coronavirus disease 2019 (COVID-19) revealed by network pharmacology and experimental verification.** *J Ethnopharmacol* 2021, **271**:113854.
- 7.Kim YS, Kwon EB, Kim B, Chung HS, Choi G, Kim YH, Choi JG: **Mulberry Component Kuwanon C Exerts Potent Therapeutic Efficacy In Vitro against COVID-19 by Blocking the SARS-CoV-2 Spike S1 RBD:ACE2 Receptor Interaction.** *Int J Mol Sci* 2022, **23**(20).

A Case Report of Traditional Chinese Medicine Compound QING-GUAN-ZHI-KE-YI-HAO in Improving Cough in the Late Acute Phase of COVID-19

Shun-Ku Lin ^{1,2,3}

¹Taipei City Hospital, Renai Branch

²Taipei City University

³Institute of Public Health, National Yang-Ming Chiao Tung University

Abstract

This case report presents a 45-year-old Taiwanese male patient who was diagnosed with COVID-19 and experienced persistent cough, increased respiratory rate, chest oppression, and the need for deep breaths. The patient received a three-week treatment with the traditional Chinese medicine formula "QING-GUAN-ZHI-KE-YI-HAO," specifically designed for post-COVID-19 symptoms. QING-GUAN-ZHI-KE-YI-HAO is a herbal prescription containing ingredients such as Ephedra, Apricot kernel, Perilla leaf, Ophiopogon, Mulberry leaf, Loquat leaf, Gypsum, Codonopsis, Red date, Licorice, and Fritillaria. After the treatment, the patient's symptom assessment scores significantly improved, with noticeable reductions in breathlessness and exertion during physical activity. The Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test (CAT) score decreased from 20 before treatment to 19 in the first week, 12 in the second week, and 5 in the third week. This indicates significant improvement in cough frequency, sputum amount, chest tightness, breathlessness, home activities, sleep, throat dryness, and continued improvement over the course of treatment. In conclusion, the use of QING-GUAN-ZHI-KE-YI-HAO in the treatment of this post-COVID-19 patient showed positive clinical significance, improving respiratory symptoms and contributing to the patient's quality of life and functional recovery. However, further research and clinical validation are warranted to establish its efficacy.

Keyword : COVID-19; QING-GUAN-ZHI-KE-YI-HAO; Long COVID; Post-COVID Conditions



針藥並用治療乳癌化療後 周邊神經異常感覺病例報告

蕭子瑜¹、王明仁^{1,2}、陳安履¹、林舜毅^{1,2,3,4}

¹ 台北市立聯合醫院仁愛院區

² 國立陽明交通大學傳統醫藥研究所

³ 國立陽明交通大學公共衛生研究所

⁴ 臺北市立大學

摘要

本病案介紹一位乳癌患者經化學治療後出現化學治療誘導周邊神經病變 (chemotherapy-induced peripheral neuropathy, CIPN) 病例，經過連續中醫治療和針灸療程，季小姐病情在一個月時間內有所改善。她最初主訴是四肢僵硬、緊繃和麻木感，伴隨手指腫脹和指甲變形，這些症狀可能是由化學治療引起周邊神經病變所致。中醫診斷指出肝鬱化火、陽亢、肝腎虛衰和血瘀等病證，治療方針包括疏解肝鬱、補益肝腎、活血通絡，以改善神經功能、緩解疼痛和提高整體健康。在治療過程中，逐漸調整處方，根據患者症狀變化和脈診結果。針灸治療主要針對患者神經症狀，包括手腳麻木感和疼痛。針灸點選擇涵蓋頭皮針運動區、頭皮針感覺區、氣海、關元、太衝穴、蠡溝穴、神門穴等。這些點位旨在恢復神經肌肉功能，改善症狀，並提高患者生活品質。經過每週一次，連續五週中藥治療與連續三週針灸後，患者症狀減輕，手指腫脹和僵硬感得到改善，睡眠品質也有所提升。脈診結果反映患者體內氣血變化，治療方針根據證型調整，以更好地滿足她需求。治療總體目標是通過中醫藥物治療和針灸療法，改善神經功能，緩解疼痛，並提高患者整體健康狀態。綜合而言，這位乳癌患者經化學治療後周邊神經病變中醫治療案例突顯中醫藥物治療和針灸療法在緩解化學治療周邊神經病變症狀方面潛力。

關鍵字：中醫治療、癌症、化學治療誘導周邊神經病變、針灸療法、中藥治療、乳癌

前言

近幾十年來，癌症治療有顯著進步，其中包括針對性化學治療藥物，使患者存活時間明顯延長。然而，這些化學治療藥物在治療過程中通常伴隨著神經毒性副作用。在細胞層面上，這些藥物損害微管動力學，干擾微管相關軸突運輸，降低細胞色素功能，同時還引發遺傳物質損害和炎症反應。這些生物學過程可能導致周邊神經退化，或者稱之為小纖維神經病變[1]。因此，儘管有更有效治療策略，但治療相關短期和長期副作用風險也相應增加。化學治療誘導周邊神經病變 (chemotherapy-induced peripheral neuropathy, CIPN) 是多種藥物治療過程中常見副作用，包括鉑金劑與生物鹼類等，被認為是治療主要劑量限制毒性之一，有時甚至可能導致化學治療中斷或暫停，這在某些情況下可能導致疾病惡化[2]。此外，高劑量化學治療藥物可能引發嚴重神經性疼痛、感覺缺損以及步態不穩等副作用，嚴重降低患者生活品質。一項包括超過 4000 名接受化學治療患者分析顯示，周邊神經病變患病率在首個月內為 68.1%，三個月時為 60.0%，六個月時為 30.0%[3]。在接受氧化鉑化療後，幾乎有 92% 患者報告出現周邊神經病變[4]。雖然症狀可能會在停止化學治療後有所減輕，但周邊神經病變有時會在治療結束後惡化，並在某些情況下可能是不可逆轉[5]。

目前，對於患有周邊神經病變患者，常規治療包括抗癲癇藥物和抗抑鬱藥物，這些藥物可以緩解疼痛和不正常感覺。對於疼痛性周邊神經病變，抗抑鬱藥物度千憂解 (Duloxetine) 療效已得到證實[6]。然而，這些治療方法僅針對症狀進行緩解，並未實現神經再生，無法有效治療感覺麻木和步態不穩等症狀。儘管周邊神經具有天然再生潛力，但目前尚無確立且獲批准治療方法來預防周邊神經病變或促進神經再生[1]。

中醫輔助治療在癌症治療中角色日益受到關注。特別是在化學治療相關副作用管理上，中醫和針灸等傳統方法展現出顯著潛力。近年來，多項隨機對照試驗對此進行系統性探索和驗證。對於化學治療誘發周邊神經病變 (chemotherapy-induced peripheral neuropathy, CIPN)，針灸治療亦展現有效性。Iravani 等人研究顯示，與傳統維生素 B1 和西藥 gabapentin 治療相比，針灸治療在減輕化學治療誘發周邊神經病變 (chemotherapy-induced peripheral neuropathy, CIPN) 症狀和提高患者滿意度方面更為有效[7]。此外，一項針對胃癌患者進行輔助化學治療試驗中，電針治療被發現對提高健康相關生活品質和控制症狀負擔具有顯著效果。這項由朱艷娟等人於 2022 年進行研究指出，電針治療在降低輔助化學治療中白細胞減少症和中性粒細胞減少症方面顯示潛在益處[8]。

在一項針對乳腺癌患者經化學治療相關失眠研究中，針灸顯示其改善睡眠品質潛力。這項研究是由張家靈等人於 2023 年進行雙盲、隨機、安慰劑對照試驗，其發現針灸不僅改善睡眠起始潛伏期、總睡眠時間、睡眠效率，還有助於緩解焦慮、抑鬱，並提高生活品質[9]。整體而言，目前針灸對於化學治療副作用



周邊神經病變研究證據，主要在減緩疼痛[10]，不適症狀評分與提升生活品質[7, 11]。

本文報告一位合併使用針灸和中藥進行治療乳癌患者經化學治療後周邊神經病變案例，經過數週治療後四肢沉重感與麻木感得到一定程度緩解。希望本病案可以協助中醫師增進乳癌化療病患照顧品質。

病例

一. 病患情形

基本資料：

季小姐，72歲，女性，身高162cm，體重58kg，BMI:22.1
居住於台北大安區，與家人同住，公務員退休。

病患主訴：

四肢僵硬緊繃麻木感，已超過一個月

現在病史：

病患於化學治療後開始出現症狀，最初是腳踝和腳趾僵硬和麻木感（麻木感使用視覺模擬評分VAS，初始值為6分，而僵硬感使用視覺模擬評分VAS，初始值為6分），逐漸擴展到上肢手指尖。這種感覺異常症狀是持續性，整天都存在，且不受動作影響。病患症狀在遇冷時會加重，但多活動關節或泡熱水可以暫時緩解。此外，病患伴隨著刺痛感。

在醫療史方面，於2022年10月18日，病患被診斷為左側乳癌，具體病理報告顯示為侵襲性微乳突狀癌，分級為2級，ER陽性，PR陽性/陰性（5%中度陽性），Her-2陰性，Ki-67: 30%，屬於Luminal B1亞型。從11月11日開始，病患接受荷爾蒙治療和緩和性化學治療，第一個療程中出現便秘副作用。

到2023年4月11日，病患開始出現左臂腫脹和水腫症狀，同時指甲也出現變形。在4月20日，病患症狀進一步惡化，出現神經病變症狀。在5月9日，PET掃描顯示雙側乳癌伴隨淋巴轉移。到6月1日，病患主訴手脚麻感持續不退。6月15日，病患接受右側乳房改良型乳癌根治術，但病情已經升至轉移性侵襲性微乳突狀癌，並被分類為第四期。

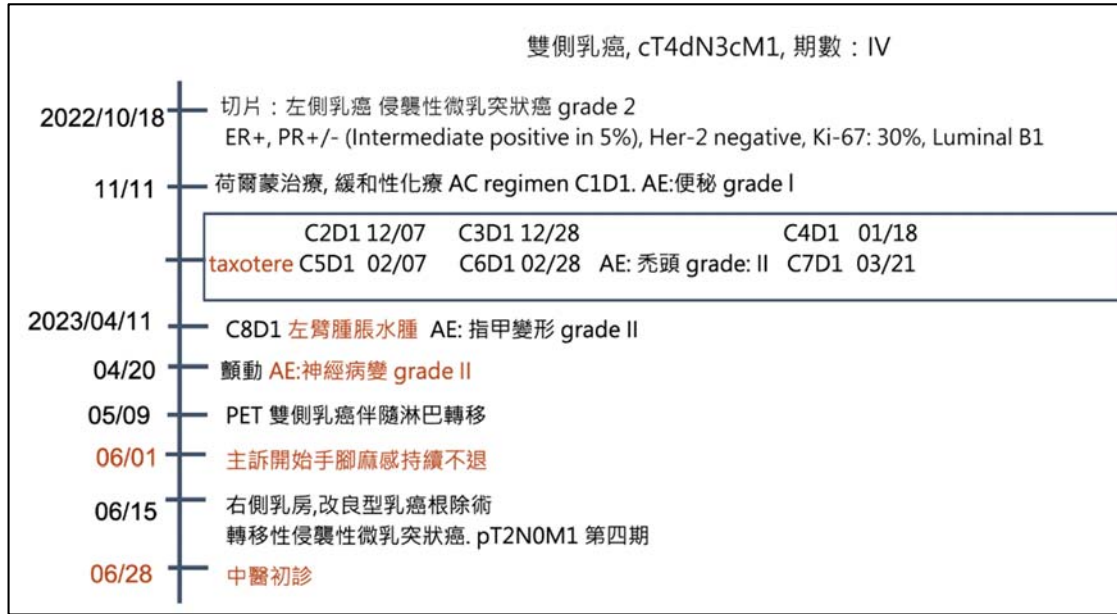


圖 1. 現病史時序圖

過去病史：

乳癌病史。

過敏史：

過去無過敏史。

個人史：

個性上,患者自我要求高,責任感強,但也容易感到焦慮和煩惱。生活習慣方面,患者無運動習慣,但不抽菸、不飲酒,也不嚼檳榔。

家族史：

家族中有高血壓病史,尤其是患者父親。

藥物史：

患者藥物史包括以下藥物: Lovizol 2.5mg (Letrozole, 每日一顆,用於復乳納^[1]肌肉骨骼、結締組織疾病,極常見副作用:關節疼痛)、OxyNorm 5mg IR cap (Oxycodone, 每六小時一次,鴉片止痛藥)、Alinamin-F (每日兩顆,綜合維他命B補充劑)、EucliDan 50mg (Nicametate, 每日一顆,治療末梢血管循環障礙)、Magnesium Oxide 250mg (MgO, 每日三顆,緩解胃部不適)、Sennapur 12.5mg (Sennoside A+B, 每晚一顆,緩解便秘)、Relax (Acetaminophen + Carisoprodol, 每日兩顆,中樞性肌弛緩作用)、Clonopam 0.5mg (Clonazepam, 每日早晚各一顆,用於抗癲癇、鎮靜及緩解焦慮)。

理學檢查：

1. 觸覺測試 (Tactile Testing) 檢查指出，患者腳踝和腳趾對輕觸反應減弱，表明感覺神經功能可能受損。在手指尖也觀察到類似減弱反應。
2. 肌肉力量和靈活性測試 (Muscle Strength and Flexibility Testing) 時患者展示出四肢肌肉力量下降，尤其是在腳踝和手腕部位。肌肉靈活性受限，特別是在做腳踝和手腕旋轉運動時。

症狀嚴重度分級：

我們採用美國國家癌症研究所共同毒性標準 (National Cancer Institute Common Toxicity Criteria, NCI-CTCAE)，它為化療相關副作用提供一個標準化評估方法。

NCI-CTCAE 將化療引起神經病變分為以下幾個等級：

1. Grade 1：輕微神經病變症狀，不影響日常活動，通常表現為輕微麻木或刺痛感。
2. Grade 2：中度神經病變，可能影響患者功能或日常活動，症狀可能包括持續麻木、刺痛或疼痛。
3. Grade 3：嚴重神經病變，明顯影響日常活動，可能需要藥物治療，症狀可能包括劇烈疼痛、功能障礙。
4. Grade 4：致命級神經病變，可能需要長期或永久治療，可能會導致長期殘疾。

病患於就診時神經學症狀處於第二級(Grade 2)。

中醫四診：

望診：面色萎黃偏白，舌紅苔白厚伴有乾裂痕，口中津液較少，舌邊有齒痕。

聞診：語音稍遲鈍無力。

切診：脈診左寸脈關中細沉弦大，左尺脈沉弦滑大，右脈沉細澀；觸診手掌和指關節無變形，但爪甲形狀異常。

問診：

1. 寒熱：者無明顯怕冷怕熱感受。
2. 汗：不易流汗。
3. 飲食：食慾差，體重一年內減輕 10 公斤，口乾口渴，多食蔬果和湯水習慣，無腹脹。
4. 二便：大便一日一行，小便正常，夜間需要夜尿一次。
5. 睡眠：睡眠情況良好，每晚約 6-7 小時。
6. 經帶胎產：已停經。
7. 情志：情緒上具有自我要求高和責任感強特點，但容易感到焦慮和煩惱。



病因病機四要素分析：

病因方面，內因是情緒抑鬱，可能與患者平素高度自我要求和責任感重有關。外在因素未被明確提及，但病史中提到荷爾蒙治療和化學治療，這可能也是症狀原因之一。

病位方面，解剖結構涵蓋肌肉、血管、神經和消化道，受影響臟腑包括肝和脾。

病性方面，主證包括四肢麻木和嚴重手指腳趾麻木感，伴隨脈診顯示左寸脈關中細沉弦大，左尺脈沉弦滑大，右脈沉細澀，以及舌紅、苔白厚、乾裂痕、津少和舌邊略有齒痕。次證包括食慾差、大便秘結、疲倦、平素易緊張焦慮和口乾口渴。

病勢方面，患者平素有強烈責任感，容易緊張焦慮，這可能導致肝鬱和氣滯。肝鬱氣滯導致氣滯血瘀。又因荷爾蒙治療、化療等熱邪，火熱傷津，津不涵木，因肝主筋，筋失濡養而四肢僵硬腫脹麻木，陰虛火旺，肝木克脾，憂思亦傷脾，脾失健運，津液不能分佈而舌紅口乾、大便秘結，伴隨納差、疲倦、苔白厚而乾。

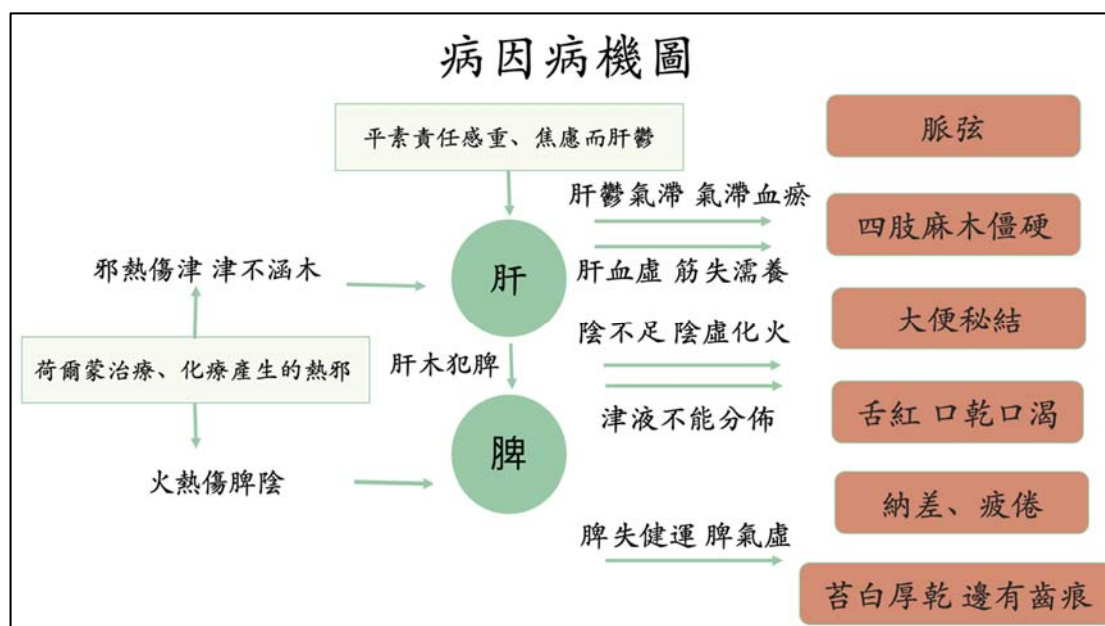


圖 2. 病因病機圖

診斷與治則：

1. 西醫診斷，患者被確診患有女性左側乳房中央位置惡性腫瘤，並懷疑罹患由化學治療引起周邊神經病變，伴有疲倦症狀。
2. 中醫診斷，患者主要證型包括肝鬱化火和陽亢，以及肝腎虛衰和血瘀。
3. 中醫治則包括疏解肝鬱、補益肝腎、活血通絡，通暢血氣循環。

處方用藥：

加味逍遙散 8g、桑枝 3g、天麻 2g、青皮 1g、川牛膝 1.5g、川芎 1.5g、續斷 1.5g、桑寄生 1.5g 服用方式：七日，每日四次（QID）

初次回診（7 日）：手腳麻木感伴隨緊繃僵硬未明顯改善，方藥去川牛膝、川芎、續斷、桑寄生加消風散 7g。服用方式：七日，每日四次（QID）

二次回診（14 日）：手指腫脹僵硬緩解改善，處方：去消風散加炙甘草湯 7g，服用方式：七日，每日四次（QID）。合併針灸治療：頭皮針運動區中段五分之二，頭皮針感覺區中段五分之二，氣海、關元、雙側太衝穴、蠡溝穴、右側神門穴。

三次回診（21 日）：程度稍好一些，掌心紅熱退，處方：去青皮，加味逍遙散換川芎茶調散 8g，服用方式：七日，每日四次（QID），持續針灸治療。

四次回診（28 日）：下肢僵硬緊繃仍有，四肢麻木稍減，睡眠差，處方調整：天王補心丹 7g，芍藥甘草湯 4g，木瓜 4g，桑寄生 1.5g，牛膝 2g，續斷 1.5g，服用方式：七日，每日四次（QID），同時進行針灸治療，去神門穴和蠡溝穴，換雙側三陰交穴。病患神經病變嚴重程度已經降至一級(Grade 1)。

表 1. 患者中藥治療與針灸治療時序表

20230628				20230705			
方藥	劑量	針灸	位置	方藥	劑量	針灸	位置
QID*7 日		留針 15 分鐘		QID*7 日		留針 15 分鐘	
加味逍遙散	8g			加味逍遙散	8g		
桑枝	3g			消風散	7g		
天麻	2g			天麻	2g		



青皮	1g			桑枝	2g		
川牛膝	1.5g			青皮	1g		
川芎	1.5g						
續斷	1.5g						
桑寄生	1.5g						
20230713				20230721			
方藥	劑量	針灸	位置	方藥	劑量	針灸	位置
QID*7 日		留針 15 分鐘		QID*7 日		留針 15 分鐘	
加味逍遙散	8g	頭皮針運動區	中五分之二區	川芎茶調散	8g	頭皮針運動區	全區
炙甘草湯	7g	頭皮針感覺區	中五分之二區	炙甘草湯	8g	頭皮針感覺區	全區
天麻	2g	氣海		天麻	2g	氣海	
桑枝	2g	關元		桑枝	2g	關元	
青皮	1g	太衝	雙側			太衝	雙側
		蠡溝	雙側			蠡溝	雙側
		神門	右側			神門	右側
20230728							
方藥	劑量	針灸	位置				
QID*7 日		留針 15 分鐘					
天王補心丹	7g	頭皮針運動區	全區				

芍藥甘草湯	4g	頭皮針感覺區	全區
木瓜	4g	氣海	
桑寄生	1.5g	關元	
川牛膝	2g	太衝	雙側
續斷	1.5g	三陰交	雙側

討論

關於季小姐病例，她是一位 72 歲女性，罹患左側乳癌並接受荷爾蒙治療和化學治療。她出現四肢僵硬、麻木、手指腫脹、指甲變形等症狀，並且在寒冷時症狀加重。她病史顯示乳癌轉移，並且在中醫診斷中，她展現出肝鬱化火、陽亢、肝腎虛衰和血瘀等特徵。治療方針包括中醫藥物治療和針灸療法，以改善她神經症狀、緩解疼痛，並提高整體健康。治療方案逐漸調整，以滿足患者不同階段需求。

依據病因病機四要素分析，我們推測病患之中醫證型為肝鬱化火陽亢、肝腎虛衰血瘀，治則為疏肝解鬱、滋陰補腎、活血通絡。處方選用加味逍遙散來疏肝解鬱和清熱養血，而其他成分如桑枝、天麻、青皮、川牛膝、川芎、續斷和桑寄生則具有祛風濕、強筋骨、止痛、通經通絡、益肝腎等功能。這個治療策略目標是通過疏通肝氣、活血行氣、補益肝腎、強筋骨等方式，改善患者神經功能，並減輕症狀，包括疼痛、麻木感和其他相關不適。

病患於初診後七日初次回診，描述手腳麻木感伴隨緊繃僵硬未明顯改善，脈診顯示左寸脈關中細沉弦大，左尺脈沉弦滑大，右脈沉細澀。在證型治則維持不變下，方藥去川牛膝、川芎、續斷、桑寄生加消風散以達養血祛風、清熱燥濕之效。

兩週後二次回診時之脈診變化為左寸關中細沉弦大減，左尺沉弦滑大減，證型改為氣血兩虛、肝氣鬱滯、氣滯血瘀，治則亦改為補氣養血、疏肝理氣、活血化瘀，處方調整去消風散加炙甘草湯，取其益氣滋陰、養血復脈之功效。合併針灸治療：頭皮針運動區中段五分之二，頭皮針感覺區中段五分之二，氣海、關元、雙側太衝穴、蠡溝穴、右側神門穴。針灸和頭皮針運動區應用，針對患者不同症狀進行。我們使用頭皮針運動區中五分之二針灸點，以促進神經肌肉恢復和功能改善。對於對側上肢疼痛、麻木和感覺異常，我們同樣針對頭皮針感覺區中五分之二進行針灸，以緩解症狀。此外，氣海穴用於理氣和益氣，關元穴有助於益腎氣、利下焦和回陽救逆，太衝則可平肝熄風、清熱利膽和明目，蠡溝穴用於疏



肝理氣和調經攝血，最後，神門穴應用有助於安神寧心、清火涼營、清心熱和調氣逆。這些針灸點綜合應用旨在緩解症狀，促進神經和身體康復，提高患者生活品質。

在三週後第三次回診時病患表示麻木程度稍好一些，掌心紅熱退，脈診變化為左寸關中細緊，根據脈象顯示，證型有風邪阻絡之傾向，治則多用散風止痛，處方調整去青皮，加味道遙散換川芎茶調散，取其疏散風邪、清熱止痛之功，並持續針灸治療。

在四週後第四次回診時，病患自述下肢僵硬緊繃仍有，四肢麻木稍減，睡眠差，脈診變化為左脈弦濡緩、關浮細大、尺浮弦細緊，右脈弦濡緩、尺濡澀無力，舌診舌淡紅苔薄白、乾裂痕、津少，證型偏為心肝血虛、肝腎陰虛、筋脈失養，治則著重養血和血、補益肝腎、鎮攣止痛，處方調整為天王補心丹、芍藥甘草湯、木瓜、桑寄生、牛膝、續斷，使用天王補心丹，以養心安神、滋陰清熱，有助於平復情緒和提高整體精神狀態。配合芍藥甘草湯，調和氣血、鎮攣止痛，可幫助緩解疼痛和不適感。同時使用木瓜，有舒筋活絡、除濕和胃作用，有助於緩解肌肉不適和促進消化。使用桑寄生，可祛風濕、益肝腎、強筋骨。牛膝活血通經、補肝腎、強筋骨，並有利於水通淋。最後，使用續斷，具有補肝腎、強筋骨效果。同時進行針灸治療，去神門穴和蠡溝穴，換雙側三陰交穴。三陰交穴可通氣滯、調血室精宮、祛經絡風濕以達舒緩四肢僵硬之效。

在中醫學中，外風和內風雖然是不同病理狀態，但它們都與身體氣血流動和經絡通暢有關。外風通常指外來病邪，如風寒、風熱，常見於呼吸道疾病、感冒等，特點是症狀突發、變化快速。而內風則多與體內氣血失調有關，表現為頭暈、癱瘓、四肢麻木僵硬等症狀。消風散和川芎茶調散等處方核心治療目的是疏散外風，但其中風藥亦可以輔助調和體內氣血、疏通經絡，當病患出現內風麻木抽動，而且氣血不通見證，則可以考慮使用這些處方氣血流通，從而加速內風症狀緩解。

使用時機方面，當症狀為內風所致，如四肢麻木、僵硬等，且伴有氣血不暢情況時，可以考慮使用這些疏風藥物。

在漢堡埃班多夫大學醫學中心漢瑟默中醫中心進行臨床研究中，納入 60 名周邊神經病變患者。參與者為年齡在 18 歲或以上，且須在結束化學治療後至少已經 2 個月。對於乳癌患者來說，是曾經接受過 paclitaxel 或 docetaxel 治療患者，與本病案相符[4]。

該研究之主要針灸取穴包括 ST34 梁丘穴、EX-LE12 氣端穴和 EX-LE8 八風穴後，患者腓神經感覺神經振幅和腓神經傳導速度顯著改善，而脛神經神經傳導變化則無明顯差異。此外，患者在針灸治療期間報告灼熱疼痛、痙攣、麻木感、症狀頻率和步態不穩等主觀改善。在體格檢查方面，盲目行走、腳跟對腳尖行走、末梢感覺減退以及神經病缺失評分也顯著改善。總來說，研究結果表明，針灸能夠促進周邊神經病變患者結構再生，不僅體現在主觀改善上，還在神經學檢查結果中有所體現。回顧本病案，主觀成效沒有顯著改善，也可以嘗試用客觀檢查方式呈現是否有改善。該篇研究認為針灸概念中最重要因素之一是在腳趾和手指局

部針灸穴位，其他研究也已經成功應用這方法[7, 11]。然而，具有負面結果研究顯示未局部應用針灸針（Rostock 等，2013）。但本病案非常害怕針灸，故未能使用局部針法，可能也是目前治療效果未有顯著改善可改進之方向，希望未來能多鼓勵嘗試。

結論

綜觀以上治療策略，我們可以看到一些進展。最初，患者神經病變嚴重程度二級(Grade 2)，經過 5 週治療已經降至一級(Grade 1)。此外，患者報告麻木感（使用視覺模擬評分 VAS，初始值為 6 分）在治療過程中有所減輕，下降至 5 分。同時，最初僵硬感（VAS 初始值為 6 分）也顯示出改善，降至 4 分。這反應出治療策略有效性，不僅可以緩解症狀，而且有助於提高生活品質。總來說，這些治療為患者帶來實質性改善，我們將繼續密切關注治療進展，以確保患者持續受益。



參考文獻

1. Windebank AJ, Grisold W: **Chemotherapy-induced neuropathy**. *Journal of the Peripheral Nervous System* 2008, **13**(1):27-46.
2. Wilkes G: **Peripheral neuropathy related to chemotherapy**. In: *Seminars in oncology nursing: 2007*: Elsevier; 2007: 162-173.
3. Seretny M, Currie GL, Sena ES, Ramnarine S, Grant R, MacLeod MR, Colvin LA, Fallon M: **Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a systematic review and meta-analysis**. *Pain®* 2014, **155**(12):2461-2470.
4. Friedemann T, Kark E, Cao N, Klaffen M, Meyer-Hamme G, Greten JH, Rostock M, Buhlmann E, Zhao A, Schröder S: **Acupuncture improves chemotherapy-induced neuropathy explored by neurophysiological and clinical outcomes—The randomized, controlled, cross-over ACUCIN trial**. *Phytomedicine* 2022, **104**:154294.
5. Hausheer FH, Schilsky RL, Bain S, Berghorn EJ, Lieberman F: **Diagnosis, management, and evaluation of chemotherapy-induced peripheral neuropathy**. In: *Seminars in oncology: 2006*: Elsevier; 2006: 15-49.
6. Smith EML, Pang H, Cirrincione C, Fleishman S, Paskett ED, Ahles T, Bressler LR, Fadul CE, Knox C, Le-Lindqwister N: **Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: a randomized clinical trial**. *Jama* 2013, **309**(13):1359-1367.
7. Iravani S, Kazemi Motlagh AH, Emami Razavi SZ, Shahi F, Wang J, Hou L, Sun W, Afshari Fard MR, Aghili M, Karimi M *et al*: **Effectiveness of Acupuncture Treatment on Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: A Pilot, Randomized, Assessor-Blinded, Controlled Trial**. *Pain Res Manag* 2020, **2020**:2504674.
8. Zhu YJ, Wu XY, Wang W, Chang XS, Zhan DD, Diao DC, Xiao J, Li Y, Ma D, Hu M *et al*: **Acupuncture for Quality of Life in Gastric Cancer Patients Undergoing Adjuvant Chemotherapy**. *J Pain Symptom Manage* 2022, **63**(2):210-220.
9. Zhang J, Qin Z, So TH, Chang TY, Yang S, Chen H, Yeung WF, Chung KF, Chan PY, Huang Y *et al*: **Acupuncture for chemotherapy-associated insomnia in breast cancer patients: an assessor-participant blinded, randomized, sham-controlled trial**. *Breast Cancer Res* 2023, **25**(1):49.

10. Alimi D, Rubino C, Pichard-Léandri E, Femand-Brulé S, Dubreuil-Lemaire ML, Hill C: **Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial.** *J Clin Oncol* 2003, **21**(22):4120-4126.
11. Molassiotis A, Suen LKP, Cheng HL, Mok TSK, Lee SCY, Wang CH, Lee P, Leung H, Chan V, Lau TKH *et al*: **A Randomized Assessor-Blinded Wait-List-Controlled Trial to Assess the Neuropathy.** *Integr Cancer Ther* 2019, **18**:1534735419836501.



Combined use of Acupuncture and traditional Chinese medicine for the Treatment of Peripheral Neuropathy Following Chemotherapy in Breast Cancer Patients : A Case Report

Authors: Tzu-Yu Hsiao ¹, Ming-Jen Wang ^{1,2}, Andy Chern ¹
, Shun-Ku Lin ^{1,2,3,4}

¹Taipei City Hospital, Renai Branch

²Institute of Traditional Medicine, National Yang-Ming Chiao Tung University

³Institute of Public Health, National Yang-Ming Chiao Tung University

⁴Taipei Municipal University

Abstract

This case report describes a patient who developed peripheral neuropathy following chemotherapy for breast cancer. After receiving continuous Traditional Chinese Medicine (TCM) treatment and acupuncture sessions, Ms. Ji's condition improved within one month. Her initial complaints included limb stiffness, tightness, and numbness, accompanied by finger swelling and nail deformities, which were likely attributed to chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN). TCM diagnosis identified patterns such as liver depression with fire, excessive yang, liver and kidney deficiency, and blood stasis. The treatment approach aimed to resolve liver depression, nourish the liver and kidneys, and promote blood circulation to improve neural function, alleviate pain, and enhance overall health.

Throughout the treatment process, the prescription was gradually adjusted based on changes in the patient's symptoms and pulse diagnosis results. Acupuncture treatment primarily targeted her neurological symptoms, including numbness and pain in the extremities. Acupuncture point selection included scalp needle-movement area, scalp needle-sensation area, Qihai (CV6), Guanyuan (CV4), Taichong (LV3), Ligou (LR5), and Shenmen (HT7), among others. These points aimed to restore neuromuscular function, alleviate symptoms, and improve the patient's quality of life. The effectiveness of the treatment was reflected during each follow-up visit. The patient's symptoms gradually improved, finger swelling and stiffness were alleviated,

and sleep quality also improved. Pulse diagnosis results reflected changes in the patient's qi and blood, and the treatment strategy was adjusted accordingly to better meet her needs.

The overall goal of the treatment was to improve neural function, alleviate pain, and enhance the patient's overall health through the use of TCM herbal medicine and acupuncture. In summary, this TCM treatment case for peripheral neuropathy following breast cancer chemotherapy highlights the potential of TCM herbal medicine and acupuncture in alleviating CIPN symptoms. While improvement takes time, the patient gradually showed progress throughout the treatment process, offering hope for an improved quality of life and providing empirical evidence for the role of TCM and Chinese herbal medicine in adjunctive cancer care. Furthermore, this case underscores the personalized approach of TCM, adjusting prescriptions based on changes in the patient's condition to ensure optimal treatment outcomes. While further research is needed, it provides a promising reference for breast cancer patients seeking TCM adjunctive therapy.

Keyword : Traditional Chinese Medicine (TCM) treatment, cancer, peripheral neuropathy, Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy(CIPN), acupuncture therapy, Chinese herbal medicine treatment, breast cancer.



淺論東方主義與中醫的「科學性」

—從一場辯論談起

林卓逸^{1,2}

¹ 臺北市立大學教育學系

² 北京中醫藥大學

摘要

東方主義，是指西方以本位的視角來看東方，而造成扭曲的狀況。中醫是不是科學，是醫學界持續爭論的議題。此爭議乃受到東方主義的影響。西方形成的實證主義成為科學的主流，帶動中醫「科學化」、「現代化」，反而使得傳統中醫理論被扭曲。2007年「方舟子和王琦辯論中醫科學性」即反映了這個爭論，也是當今學術現象的縮影。辯論中，一造的立場呈現了東方主義現象。因此本文以此辯論為例，以小見大，論述以西方視角看待中醫所潛藏的問題。

東方主義的內涵，是當西方透過本位立場來看東方時，展現出西方優越性，使得同情理解、互為主體性、不可共量思維、民族文化差異的考量、多元視角、自我檢討等現象不足，且因此而創造偏差性知識。這也正是該辯論中反中醫一方所呈現的現象。

為了避免中醫成為西方價值觀的附庸，中醫應走自己的路。中醫應站在主動的地位，檢討主流科學典範的缺點；詮釋中醫，應採用尊重多元的詞句；中醫可主動選擇實證主義，而非被動的被實證主義所選擇；中醫應追求多元典範；更重要的是，中醫應掌握群眾心態，要追求實際療效更甚於教條化的遵守科學規則。

關鍵詞：東方主義、科學、典範、實證論的盲點。

一、引言—針對幾個現象的思考

本文界定為醫學哲學的論文，是要對於一個中醫當代史上的事件，給予詮釋、檢討、辯證。目的是企圖以小見大，檢討當今中醫研究的現象。東方主義是反映西方人對東方文化的偏見而對其扭曲性的解讀，中醫其實是個受害者。因為中醫是不是科學，往往引起論戰。指出中醫不科學的人，往往是站在西方學說的視角，而扭曲中醫。

在中國大陸，就曾有一場辯論，隱藏東方主義的偏差，其主題是針對中醫到底是不是科學。辯論的雙方是王琦、方舟子。辯論的過程，在大陸的視頻與 Youtube¹ 上流傳，可見其在社會上的普及性，是當代醫學社會史的大事件。兩方的主張，純就醫學上來看，意義不大。因為王琦雖然是在為中醫辯護，但是內容是老生常談，較看不出新意與系統性。而且其以呼口號的方式吶喊，呼籲中醫的重要性，不免令人感覺是在乞求、情勒，十足可惜。至於方舟子，批判中醫不科學，但是其內容不僅是老生常談，甚至令人懷疑其對於科學概念是否有確切的認知。

本文的立場主張自清末以來至今，是中醫發展史上的蛻變期。此一時段，西方科學觀對中醫帶來挑戰，所以中醫是不是科學的探討、中醫科學化的風潮，形成此時的特質。王琦與方舟子的辯論，是個當代史的其中一個歷史事件，也是社會現象的縮影，反映中醫蛻變期的特質。因此該辯論的本身，或許沒有學術上的意義，但是卻是應當檢討的題材。對於錯誤不檢討，類似於有病不去醫，這不是科學的態度。這是本文以這個辯論作為本文題材的第一個因素。

再者，方舟子的論點正是東方主義的一個例子，其論點顯示西方學說對於中醫的偏見。王琦雖想替中醫辯護，但是對於東方主義概念看似未認識到，導致抵抗、反擊力不足。所以此辯論是適合於探討東方主義對中醫影響的聚焦點，利於以小見大。這是本文以此辯論作為聚焦點的第二個原因。

第三，在醫學的視角上，該辯論看似沒麼貢獻，但是在社會上卻有一定的影響力。王琦、方舟子在中國大陸學術界上，是知名的權威人士，具有聖雄式權威(charismatic authority)。因此從 Google 或「百度」搜索「王琦方舟子」的關鍵詞，即可發現社會上對此辯論內容與這兩個人給予熱情的討論，而且態度上多是擁護各自的喜好者，站在各自喜好的立場上，謾罵對立的立場，而未理性的檢討這場辯論隱藏的西方偏見。學術的任務是要引導社會進入理性的世界，所以社會出現這個不理性現象，醫學界即應負責任地去解決。這是本文以此辯論作為題材的第三個原因。

第四，如果進行相關的文獻回顧，會發現一些問題。東方主義與中醫關聯性



不是醫學界的討論重點。少數刊登於社會科學期刊的文章，像是陳嘉新〈什麼是後殖民科技研究中的後殖民：淺論其主張與啟發〉²，和本文有些相關性。

歸納該文 174 頁的說法，所謂的後殖民研究，可指殖民時期之後，針對殖民時期各事項的相關研究。其中一項研究就是批判歐洲中心主義，和本文所論的東方主義有交集。該文引用 S. Harding 的「強客觀性」(strong objectivity)之說。該理論的意義乃指客觀其實是相對的，以往科學強調的價值中立其實有害。因為價值中立的背後，潛藏權力的操縱。科學應以發現的脈絡取代證成的脈絡。客觀性的觀念，應當依新的發現而不斷調整，這才是真正的客觀，而具有強客觀性。以往的科學研究，只是反映北半球(即歐洲)的一種文化，只是弱客觀性。每一種立場都被發現，都被關照，才是真正客觀。

該文又引 W. Anderson「刪節號下的殖民」，主張把過去的殖民的概念要放在刪節號下，要把以往的帝國中心與後殖民國放在同等對稱的地位來檢視，而應關切後殖民地的立場、底層的研究，而且更要留意知識的在地性，也就是其不只注意多元的廣度，更應注意深度。該文又引林文源與 John Law 對於中醫的意見，認為中醫對於知的模式、方法，有其特殊性。中醫適合於關聯性的研究更甚於分析性的研究，諸如在診斷時，可結合中、西醫方法，而不需要被生物醫學給消音。

陳嘉新〈什麼是後殖民科技研究中的後殖民：淺論其主張與啟發〉一文，和本文的主題「東方主義」有交集。東方主義就是批判歐洲中心主義，其邏輯反映西方觀點只不過如同 Harding 所謂的弱客觀性，所以透過西方觀點來認識東方，就不是真正的東方。東方主義的主張正是 Anderson 的立場：認識東方須以東方的標準來看，以凸顯在地性，而不能用西方的標準來檢視。至於林文源與 John Law 的觀點，中醫界應當都能理解。中醫的邏輯強調整體觀，重視身體的整體性，身體與環境的整體性，各種方法的整體連結，所以強調關聯性研究更甚於生物醫學的分析性研究，本就是中醫的特質。就此而言，作者陳嘉新是西醫背景的，會有這樣的主張，也難能可貴。

然而該文也存在一些問題是要反思的。該文較不適合醫者閱讀。因為該文論及諸多抽象理論，而無具體之例來詮釋抽象理論。對於抽象事物的理解，不如具體事物容易。如果醫者未深入人文社會領域，不容易理解該文所指。而且其引用的理論，也是有令人懷疑之處，諸如前指其引用 S. Harding 的「強客觀性」。Harding 是「性別主流化」(gender mainstreaming)提倡者之一，而可將 Harding 視為女性主義(文末附名詞解釋)的權威，但是「強客觀性」一詞不免令人質疑。強客觀性的意涵，是讓弱勢族群享有發言權，而能讓弱勢的立場真正凸顯出來，此乃基於自己最了解自己的原理，如此才能顯得更為客觀。這種說法似有些道理，然而實際上弱勢是另一種立場的聲音，是另一種主觀的表達。所以客觀沒有所謂的強弱，

實際上也不存在所謂的客觀。本文認同 Harding 的立場，但是對於其詮釋的方式，存在不同的意見。「強客觀性」一詞，並非不能用，但是其潛在的問題，要能意識到。

而且，醫者在意各種概念與醫療的關係，醫者關切一個概念對於醫學理論或臨床實務有何啟發，而非如該文的表達，在一個概念上繞來繞去。該文對於實際的醫療是否有啟發性，令人懷疑。因此，本文針對這些問題給予修正，透過辯論中影射的錯誤作為具體參考之例，來認知、掌握東方主義的意涵與弊病。這是撰寫本文的第四個因素。

所以該文可作為本文的基礎。後殖民的研究，是個籠統的概念。東方主義，是個具體的後殖民研究對象。中醫科學化的探討，又是具體的東方主義研究之例。而方舟子王琦的辯論內容，又是中醫科學化的具體之例。聚焦於此辯論，利於探討本主題而不失焦，反過來強化對於該文的理解。

基於以上因素，本文以此辯論作為探討東方主義對於中醫影響的具體實例，讓讀者不會在抽象的理論當中摸索。本文的架構，先開門見山的說明辯論兩方所持的重點與問題，再說明東方主義的核心概念，再檢討此辯論中，陷入東方主義的片段，防止未來中醫陷入東方主義的謬誤中。

二、辯論的簡述

(一) 辯論各方主張的重點

以下所歸納的各方重點，乃之後須要討論的內容。

1. 王琦主張的重點

歸納來說，王琦主張的幾個要留意的重點有：1. 中醫在世界上具有貢獻，是華人的榮耀，博大精深，是獨特的文化。2. 中醫針對人體而調整身體，而非針對細菌，是宏觀、整體性的認知，對西醫有補充、啟迪的作用。3. 中華民族不尊重自己的文化、遺產，是民族的恥辱。4. 批評中醫不科學，是衡量的尺度錯了。5. 所謂的科學是理論體系的規範而已。分類、分科的學問就是科學。像是依據病因病機而設定治法治則就是科學的例子。6. 不是實像才是科學。像是經絡、氣，都不是實像。

2. 方舟子主張的重點

歸納來說，方舟子主張的幾個要留意的重點有：1. 中醫不科學。2. 中醫兩千年前定型，一直以來沒甚麼改變。3. 中醫的現象，是前



科學時代的世界共性。當時強調整體論、系統論、籠統而不知細節。希波克拉底也是如此。4.中醫可能有效，但不代表中醫是科學的。因為有效與科學是不同的概念。中醫可以去挖掘，再用科學去驗證。5.經驗不可靠，因為有虛假、錯誤的成分，所以要用科學的方法去偽存真。6.科學是放諸四海皆準的，用同一套標準來衡量，不受民族習性的影響。中醫的發展，不能只是依靠政策、民族情感，這只是虛假的宣傳，會讓中醫走入困境。7.經絡只是古人對於血管走向不精確的模糊描述。

(二)對於辯論的初步評價

本文以為，純粹由這場辯論的外在表現來看，方舟子略勝一籌，但這不代表方舟子的論點是對的。方舟子會略勝一籌的原因，其一在於口才，其二在於乍看之下邏輯性強，其三在於其立場易引起多數人共鳴。但如果儘量讓自己站在中立而不偏袒的角度來看，兩方各有弱點。以下說明。

1.王琦的問題

王琦在中國大陸的中醫界，是有權威地位的，是中醫男科學、中醫體質學的專家。然而「不要相信權威，是科學的最大戒律」³（原文是“*One of the great commandments of science is, ‘Mistrust arguments from authority’*”）⁴。所以本文也以實事求是的態度，來評價其論點。

乍看之下，王琦有意要盡力維護中醫的地位，但是成效會令人質疑。王琦採吶喊性的辯護，也就是「指對於自己想要維護的東西，一直呼喊這個東西有多好。而為什麼很好，卻沒有說出足以說服人的原因。」⁵其論點，是不斷地鼓吹中醫有其影響力，甚至影響到世界。如果華人不懂得保護這些資產，是民族之恥。所以即便王琦的論點並非沒有道理，然而因其論證上的問題，導致其說服力不足。

科學研究，要能善用定義式語言，強化論述的明確性。然而對於中醫的定義，王琦說「中醫是一個研究人體生命、健康疾病的一門自然科學，它是防治疾病，講養生、預防疾病的。所以它是一門研究人體生命、健康、疾病的自然科學。」無法凸顯中醫的特質。像是天人合一、陰陽五行的中醫特質，在王琦對中醫的定義中，是看不到的。也因此，方舟子會指出，王琦的定義是針對醫學的定義，而不是中醫學的定義。這也不免令人懷疑，王琦的思維中，是否被

西方的視角、價值觀所混淆，而未能適宜的定義中醫學。

針對科學的定義，王琦雖然有講到，但是其言「科學就是一個認知體系的規律而已」，這句話，力道不足，也影響定義的明確性。王琦所言，其實就是科學的原始定義「系統的知識」(systematized knowledge)⁶。這五個字，定義極為明確而理直氣壯，王琦卻用更多的字來說，讓定義的對象模糊呈現，而且還在末端加上「而已」這個語助詞，畫蛇添足，反顯得其定義的價值降低。如果該辯論的目的是要批判科學，指出科學的弱點，加上「而已」之詞，弱化科學的價值，就有意義，但是在此辯論中的情境卻不是如此。如此的表現，面對西方具邏輯性的批判時，易站不住腳。

再者，從方舟子對於科學的解釋，顯示方舟子是以實證主義(見文末名詞解釋)的立場來定義科學。因此方舟子和王琦對於科學的定義不同。在各定義之間的競爭或競合中，如果王琦要穩住立場，對於各種典範的優缺點都要掌握。但是從辯論的內容來看，像是實證主義本身的謬誤(此謬誤之後再論)⁷、後實證主義的優勢，王琦在辯論中沒掌握到。而像是王琦自己說，用西醫的標準來評價中醫，是評量的尺度拿錯了，這其實正是後實證主義所講的「不可共量原則」的科學理論術語，王琦亦未提到。對於理論、典範的紮根不足，難免就弱化其立場了，無法在競爭中求勝或求得生存。

其餘像是王琦提到不懂保護資產，是民族之恥的問題，「情勒」式語言更是明示其在發出求救訊號，對外吶喊，反而凸顯中醫的弱點，不知如何從西方主導的科學氛圍中自救。礙於篇幅有限，對於王琦論點中的問題，就不再論述了。以下討論方舟子的問題。

2. 方舟子的問題

方舟子是站在反方的立場。王琦的論點，已被方舟子掌握，所以方舟子易於發揮。而且方舟子所秉持的論點，是目前大多數科學界所認可的，易引起共鳴。另一方面，方舟子論點的邏輯，立基於實證主義的立場，也是當今科學界的主流，即便隱藏諸多謬誤，但是不容易被發現。再加上其口才的加成作用，容易引起共鳴。

然而如仔細查看方舟子的論點，透露其有諸多邏輯的謬誤，只是不容易被發現。其指科學是要追求四海之內皆準的規則。但是他又說中醫追求天人合一、整體論、系統論，事實上是古時人類對世界籠統的認識而無法精細掌握的普遍現象，西方的希波克拉底也是



如此。既然方舟子認為科學是要追求普世皆認可的標準，又主張天人合一、整體論、系統論正是四海之內皆準的標準，就代表符合此標準的中醫是科學的。更重要的是，當今實證科學觀，並沒有辦法證明天人合一、整體論、系統論是錯的，證據反而有利於成就這些籠統的整體觀，也因此當今科學界提倡要保護環境，人要與環境構成系統，要整體考量。所以如果方舟子反對天人合一的觀點，就是反四海皆認同的標準，方舟子自己就是反科學。如果方舟子要認同科學，就要認同天人合一、整體論、系統論，就算是心不甘、情不願，也得支持中醫。所以其立場的矛盾，讓人不知該相信哪一個。而事實上，方舟子自己在〈為什麼說數學不是科學？〉中，也表示四海皆準的標準根本找不到，因為科學是不斷的犯錯的過程，無法求得永恆的真理。⁸ 故而他的邏輯顯示，科學沒有所謂真正四海皆準的標準，每一個都有瑕疵或錯誤。故而他一下子認為科學要有四海皆準的標準，一下子又認為科學沒有真正四海皆準的標準，這又是邏輯的謬誤。反而具有四海皆準標準的數學，被方舟子認定為不是科學。

又如方舟子指出經驗不可靠，卻又強調實證研究。實證研究的過程，最重要的關鍵，就是在於透過實際的經驗證據來驗證假說是否成立，而且此經驗還是經過操縱的，可見研究者對於經驗的積極態度。所以如果方舟子認為經驗不可靠，就不應該支持實證科學。如果支持實證科學，就不應該說經驗不可靠。一下子說經驗不可靠，一下子又說要相信經驗，令人不知道該相信哪一個。

再者，方舟子站在偏向科學界主流主張的立場，而對於主流的缺點、弊端，看似沒有意識到，導致其對於科學的定義偏頗。因為針對科學，不能只從實證主義的視角來看，除外像是後實證主義、建構主義的視角，對於科學就會有不同的解讀。而這正反映了實證主義是有弱點的，所以會激起不同典範出現。而方舟子沒有這麼做，反映其對科學恐怕沒有十足的認識。

再者，方舟子指出科學是要追求放諸四海皆準的標準，這種觀點實則反科學。前已提出，科學有「不可共量原則」，任何典範，本就有不同的標準。所以不同的典範，不能以同一個標準來衡量。既然方舟子沒有考量到這一點，將本質相異的中西醫硬套在一起，就會犯熔接的謬誤(fallacy of conflation)。⁹

像是辯論中方舟子提到：

「中醫說人體十二條經脈，有六條經過了下肢，下肢的經脈能影響肝、腎、胃這些重要器官的功能。截肢的病人，這六條經脈全都斷了，但是他們除了行走不方便，內臟功能並沒有受到影響，都很正常。這又怎麼說得通了？可見所謂的經絡實際上是不存在的。」

這段話中，方舟子論點就呈現兩個反科學的謬誤。第一是違反不可共量原則，違反科學原理，因為他以器質性(他認定的經絡是古代對於血管走向的錯誤認識)的基準來理解功能性。中醫講以功能性為基的臟象生理學，有別於西醫講器質性的解剖生理學。像是王維工《氣的樂章》等¹⁰⁻¹⁶著作的研究反映，當今對於經絡的解讀，重點在於功能性：透過共振，讓體內能量路徑(經絡)產生能量，發揮功能，再影響臟腑。因此，人已截肢，能量的路徑走向就改變了，經絡的走向當然就改變了，原本流到下肢的經絡，不需要流到下肢。因此，方舟子的論點無法否認經絡的存在。

本文無法確定方舟子是否深入看過王唯工的著作，因為在所能查到方舟子的諸多著作(包含網路著作)，未見其對王唯工的引注。如果方舟子未讀過王唯工的著作，雖不能苛責，但是方舟子的說法使用全稱式，排除新的解讀可能性，恐怕也不恰當。本文的立場，並不主張王唯工的解讀是真理。從王唯工的著作來看，其研究仍留下深化的空間，有待後人的研究繼續深入。但是至少其實證研究成果，可供參考。當今學術文獻也顯示，王唯工的學說及其研發的脈診儀已在醫學、體育、物理、電機上探討或運用之。在華藝資料庫輸入王唯工、脈診儀關鍵詞，顯示很多論文，期刊或作者的背景來自醫學、電機、物理、體育學界等等，本文參考文獻就只取6篇為例¹⁷⁻²²，反映王唯工是有影響力的。反之如果方舟子知道王唯工有做這方面的實證研究，就應檢討自己的說法。無論如何，既然方舟子執著於相信實證，王唯工透過脈診儀的實證研究，說明經絡是實在的生命現象，方舟子應主動去深入了解。否則不禁讓人懷疑，方舟子是否對於實證其實也是抱持不信任的態度？亦或是實證的結果，與自己的心理期待不符，而無法接受？

該段話第二個反科學的錯誤又是邏輯的謬誤。方舟子說「截肢的病人，這六條經脈全都斷了，但是他們除了行走不方便，內臟功能並沒有受到影響，都很正常。」試圖以此證明經脈不存在。如依此邏輯，那麼截肢的病人，血管一樣都不流經四肢，但同樣除了行動不便之外，內臟功能也不受影響，所以西醫所認知



的血管，也不存在嗎？

且就後實證主義的視角來看，真理、普世認同的標準不可能被追求到，充其量只能透過不斷的否證，逐步接近真理，讓人對知識的認識不斷進化(進化認識論)。這些方舟子同樣沒有意識到，更加反映其對科學恐怕沒有十足的認識。

進一步，方舟子批評中醫的缺點之一是中醫知識幾千年來都沒改變。依此邏輯，方舟子自己是不是也要不斷的更新自己的知識，認識不同典範，而非堅持只從實證主義的角度評價中醫？所以這又是邏輯的矛盾。

至此，光是基於以上原因，不免讓人推理出一個懷疑的問題：方舟子是否對於科學意涵有十足的認識？從以上的邏輯來看，答案應是否定的，也就是方舟子對於科學意涵的認識有限。因為由方舟子自己的主張，就可推理出幾個命題：1. 方舟子邏輯與立場矛盾→方舟子的論點違反科學。2. 方舟子牴觸不可共量原則→方舟子的論點違反科學。3. 方舟子僅選擇實證主義來界定科學，定義狹隘，排擠其他科學定義→方舟子的論點違反科學。4. 方舟子否定非實證的系統性知識→方舟子的論點違反科學。5. 方舟子謹守實證，未更新自己的知識→方舟子的論點違反科學。各種推理出來的命題，都顯示方舟子的論點違反科學，所以本文會有這個質疑。即便本文批判的對象，是要針對論點，而非要針對個人。但是論點又是人所提出的，所以批評對象恐會牽連到個人，這似乎也無法避免。無論如何，證據顯示，方舟子在辯論當中，即便占了上風，展現極佳的口才，但其論點恐怕都站不住腳，這恐是方舟子需要面對的問題。

再者，雖然方舟子略勝一籌，但是其只顧著試圖要讓對方接受自己的理念來取代原本的理念，對於對方的同情理解不足，導致欠缺互為主體性。科學是系統的知識，辯論是藉由討論的過程，讓對等的各主體間不斷的交互作用，整合各主體的視野，再建構一套體系。但是方舟子因同情理解不足，無法透過互為主體來建構系統性知識。這也是方舟子要面對的另一個問題。

同樣的，礙於篇幅，方舟子的問題，論述至此。將以上的問題歸納之，能得出這些現象是東方主義的影射。所以下面就由東方主義的視角，來反省此問題。

三、辯論隱藏的一個核心問題—東方主義的影射

為什麼要由東方主義來探討？因為東方主義是本問題的核心。不僅是中醫而已，諸多東方現象，像是性別、藝術、宗教……，都有發生東方主義的現象。所以由東方主義切入，能看到問題的核心。東方主義是甚麼呢？以下會說明，並將說明本問題與東方主義的關係，進一步給予建議。

(一)東方主義的核心論點與潛在問題

薩伊德(E. W. Said)在其著作《東方主義》中提及東方主義。《東方主義》是一本厚重的書，本文不是要導讀全書內容，僅濃縮著作中的核心的論點。東方主義的核心是指以往西方在認識東方的態度，是以自己的視角，想像東方的樣子；以有色的眼鏡來看東方；不符合西方的標準，被視為落後。西方透過對東方的陳述，提出「權威」的東方知識，用以教授東方、安頓東方，甚至統治東方。因此，西方創造了偏差性的東方知識。薩伊德說：「知識與權力的核心創造出『東方』，並且在某種意義上刪去他(們)是人(human being)之事實，對我來說，並不全然是一種學術事件而已。然而很明顯且重要的，這是一件智識(intellectual)上的事件。」²³⁻²⁴

因此，這些「屬於西方」的東方知識，藏有征服的意涵。

薩伊德指出其論點受啟發來源之一在於傅柯的《規訓與懲罰》，²⁵⁻²⁶該書論及權力掌控者透過軍隊、工廠、學校、監獄的特殊設計與管理，將士兵、工人、學生、關押者塑造成柔順的身體，給予絕對的控制。²⁷這就如同西方世界是權力掌控者，建構了觀念上的監獄，一切以西方視角為主，偏頗的解釋東方，讓東方柔順的服從，以掌控東方觀念、知識等各方面。

西方對東方的想像，不是憑空而出的，而是經驗的累積而創造出來的。如同是將東方放在西式濾網中過濾，融合了西方意識，造就了一套西式的東方知識體系，是文化霸權的結果。較細部的來看，在拿破崙征服埃及後，東方學成了專門知識。在態度上，東方人被視為異者、異類，表現出西方人強、東方人弱的觀念。如此造成東西對立、兩極化。像是 Harold W. Glidden，以西方的視角來看阿拉伯，指阿拉伯文化重視羞恥感，強調服從的德性，以吸引追隨者、能控制他人為榮，以報復為德性，其並以埃及在 1969 年謀殺案的原因有雪恥、誤會、血債血還等三項作為此主張的證據。也指阿拉伯認知的價值體系



中，沒有客觀的概念。又像是伊斯蘭教被當作是恐怖的。又或設定「穆罕默德教」之名，來將穆罕默德定位為騙子、異端。²⁸⁻²⁹

語源學家雷南(Ernest Renan)，試圖以科學的態度研究非洲，也就是以科學術語加上種族偏見的視角，來研究閃族，以獲得名望；像是印歐語被解讀為活的、有機的，閃族東方語被解讀為無機的。³⁰⁻³¹科學容易讓人以為客觀，所以研究者會以科學研究成果為藉口，來說明研究對象是落後的，一般人如果沒有警覺性，就容易陷入。

像是其提及雷南式的種族比較，是雷南站在本位的立場來比較東方。因為雷南說：「閃族對我們而言，是不完整的民族，因為他的族群種性太簡單了。如果拿閃族和印歐民族大家族比(如果這個類比有點大膽)，就好比一幅鉛筆描對一幅畫。閃族缺乏印歐民族的多樣性與廣袤，生命不夠豐碩，難以成就完善。如果比做男人，閃族就好像有些男子，身體虛弱，因此，優雅的童年過後，只達到極其平庸的氣概，閃族國家在最早期的年代，曾大放異彩，之後，再未能達到真正成熟。」³²⁻³³

對此，薩伊德說：「此處，印歐民族是其判準，一如雷南針對閃族東方才智的說法：閃族從未達成像印歐日耳曼民族的高度文明。我們無法絕對確定，這種比較的態度，是基於學術研究的必要，或是偽裝過的族群中心的種族偏見。我們只能說，二個動機相輔相成。」³⁴⁻

35

因此就算雷南不是故意的，種族偏見的現象是存在的。除了批評雷南之外，又如同其批評 Bernard Lewis 的解讀不當，指 Lewis 自己一再提到阿拉伯人反抗猶太復國主義，卻不提及猶太復國者的侵略、將巴勒斯坦殖民地化、與阿拉伯土著衝突等等，立場顯然是偏的，然而 Lewis 卻自以為價值中立。³⁶⁻³⁷除外被認為是以客觀科學態度治史的 Leopold von Ranke，其著作《世界史》提到伊斯蘭被日耳曼—諾曼民族擊敗，其解讀被薩伊德認為是一種文化評價的解釋。³⁸⁻³⁹除外《東方主義》中還有諸多例子對伊斯蘭的解讀持類似態度，不是站在伊斯蘭教信徒或神職人員的立場、思維來詮釋。本文就不再堆積例子了。總之就薩伊德的解讀，西方所創造的知識，是為了西方自己的需求、立場而創造。整體上西方學術態度是：「知識豐富的西方人，從特殊合適的有利點，調查被動、初生、女性，甚至沉默不動的東方，然後繼續有條理地為東方發言(articulate)，使得東方將其秘密交至語源學家博學多聞的權威之手中，他的力量來自他能夠解開神秘語言的能

力。」⁴⁰⁻⁴¹

而東方主義的寫作(研究)方式，薩伊德歸納成三種，第一，研究者以東方的住所為據點，尋找研究材料。第二，研究者在東方觀察，但不願犧牲自我意識。第三，把東方當作蛻變之旅，但是依自己的美學觀來呈現研究成果。⁴²⁻⁴³ 自己觀察、自己紀錄，單面「交流」，把獲取的知識帶回西方，而對當地人反而沒意義。⁴⁴⁻⁴⁵ 西方學者們掌握發言權，表達特立見解，代表西方的權威與力量，來了解東方。

因此依據薩伊德的論點，西方所生產的東方知識是偏頗的，使得「真實的東方被省略」⁴⁶⁻⁴⁷。西方以科學的態度研究東方，東方是被操控的對象而無發言權，反凸顯西方主觀立場的解讀，而非真正的東方知識。如果沒有小心的檢視，就容易陷入這些秉持東方主義西方學者的立場，以為論點是對的。這也反映薩伊德主張知識是「選擇性的累積、置換、消除、重新安排，乃至堅持的過程。」⁴⁸⁻⁴⁹ 而東方主義的學術累積，也變成帝國主義的一個機構⁵⁰⁻⁵¹，成為政、經、文化上征服的工具。

薩伊德所舉之例，或較不為一般人知悉。本文之後將以引起伊斯蘭世界軒然大波的杭亭頓(S. P. Huntington)對伊斯蘭的研究為例來說明東方主義的偏差。當然，不是所有的西方思想都是東方主義，有的西方人看待東方不會秉持強烈偏見，就不是東方主義。東方主義，反映諸多西方人看待東方的態度。雖然西方人不見得是故意，因為這種態度本是人性的展現，就算是東方人面對異文化，也可能如此。像是古代中國人視異族為蠻夷戎狄，即有這種特徵。所以西方未必是故意要貶抑東方，**方舟子當然也不見得是故意要貶抑中醫**。但是其看待東方的態度，確實呈現了貶抑、侷限性、偏見、權力壓迫等等現象。持東方主義的態度，可分析出幾個潛在的問題：

第一，西方優越性的呈現。東方主義呈現西方站在優越的地位，來看待東方。像是 Glidden 認為阿拉伯的價值觀中，沒有客觀的概念，就是典型之例。此態度的邏輯就是「我西方才是客觀，你阿拉伯不客觀」，這就是一種優越性的展現。其實 Glidden 認定阿拉伯人的態度，本身就不客觀。客觀，照理說是普世都認可的。西方與阿拉伯價值不一致了，代表西方的價值沒有被普世接受，所以本身就不客觀。而本身已經不客觀了，卻要他人與自己一樣，這樣就是優越的展現。

第二，同情理解不足。對於異者，應設身處地地站在他方的立場，體會並理解他方的背景、感受、價值觀、解釋事件的態度……；我方



不需要認同他方的看法，但是在前提上先同理他方的立場，再來做中肯的評價、判斷。東方與西方文化本就不同，照理說西方要評價東方，要對東方先行同情理解，嘗試以東方視角來理解東方才是。西方既然以自我本位的立場看待他者，也就會欠缺同情理解，而展現西方的優越性了。

第三，互為主體性(inter-subjectivity)欠缺。互為主體性，乃以同情理解的態度為基礎，各方在對等的關係中，不斷的交互作用，整合起來達成視野的融合，產生新視野、新思維、共識。⁵²⁻⁵³在東方主義中，是西方為主，東方為客的主客二體架構，東方是被批判的被動者，沒有主體性，所以沒有互為主體關係。

第四，民族、文化的差異性考量受限。因為基於優越性，同情理解不足、互為主體欠缺，對於異民族、文化的差異，考量就不足，欠缺對於差異的尊重。所以西方對於東方與自己的差異，無法忍受。

第五，欠缺不可共量思維。基於差異性，衡量各種事物的尺度會不同。像是西方指責某些東方宗教是恐怖的，問題是衡量恐怖的尺度就不一樣了，要如何指他人的宗教是恐怖的？所以不同的事物，不可直接比較，否則就違反不可共量原則了。西方以自己的視角作為衡量的標準來看東方，稱東方宗教恐怖，就違反此標準。

第六，自我檢討受限。基於自己的立場看待他人，批判他人，壓縮自我反思的空間。東西方碰撞，其實是各自互換視角來進行自我檢討的機會。東方主義的立場，不見得完全沒有自我檢討。因為西方人會堅持自我立場，邏輯上應是因為發現過去的立場有缺點，所以要改變。但是之後的檢討力就欠缺、喪失了，反而顯得自大。因為之後，西方企圖以自己的視角改變他方，欠缺對他方的同情理解，更未能用他方的角度檢討自己，呈現「我是對的，你的不對」之氛圍。

第七，欠缺多元。基於以上幾點，可知東方主義欠缺多元。僅以自己的價值為主，來看待他方。和自己不一樣的，就否定。

第八，為弱勢創造了強者自以為是的知識。先前所舉的例子中，西方以科學的方法研究東方，乍看是客觀的，其實如果套用 Harding 的說法，這只不過是一種「弱客觀性」，因為實證科學的解讀，只是西方文化的視角，硬套在東方文化之中。因此創造了西方自以為是的知識，讓東方無意間柔順的順從此知識。

以上幾點，其實本質上是同一件事，表現出不同的面貌。在西方優越感的架構下，呈現反多元，自我檢討不足，同情理解不足，無法

互為主體，無法考量民族、文化的差異，沒有做到不可共量原則，因此製造了本位性強的霸權性知識，讓東方順從。這就是東方主義的現象。

除了以上幾個現象，需要留意的是，東方主義者主張的論點，容易讓人以為該論點是對的，但其實是錯的。在《東方主義》一書中，就提及有些學者諸如 Ernest Renan，用科學的方式研究東方。科學會提高說服力，但是科學的解讀，不見得是對的。像是實證主義本身，本來或許並不是要歧視哪一方面。但是實證科學的運用，會產生歧視、貶抑的風險。跳出《東方主義》一書之外，知名的國際關係學者杭亭頓(Samuel P. Huntington)，即以實證科學的態度，透過衝突的數據佐證，解讀伊斯蘭為好戰、暴力傾向強的團體，這正是東方主義的態度，殖民性的解讀，而不公允。⁵⁴⁻⁵⁶乍看之下，實證數據有說服力，其實是有盲點的。第一，實證論主張「人類的命題要經過經驗證據的證明，才有意義」這個基礎的先驗命題本身⁵⁷，沒有經過經驗證據證明的可能。所以如果套用實證論自己的主張，則此基礎命題也無效。⁵⁸⁻⁵⁹杭亭頓依據無效的命題來解讀伊斯蘭是暴力的，當然無效。由此就可推理出一個事實：實證主義就算是有優點，也是有弱點的，其連自己本身的問題都無法解決。杭亭頓沒有發現，當然也就弱化杭亭頓的說服力。第二，以 1979 伊朗革命挾持美國人質為例，乍看之下呈現伊朗是暴力的。問題是西方剝削伊朗資源，美國 1953 年推翻伊朗總理莫沙德，導致伊朗仇視西方。所以事實上是西方的動作埋下了日後伊朗對抗西方的因子，西方的動作是否更邪惡呢？杭亭頓是否有檢討呢？第三，發動暴力的伊斯蘭成員，占整體伊斯蘭成員的比例有多少呢？杭亭頓沒有說。發動暴力的成員理應不是多數。因為如果多數的伊斯蘭教徒是暴力的，則伊斯蘭國家每天都有機場遭恐攻，每天都有飛機爆炸墜毀，每一分鐘都有殺人案，街道處處都在打群架……。其實這些恐怖攻擊、暴力事件，都是少數、偶然性，才會顯得突出而讓人留意到。杭亭頓僅以少數成員暴力來認定伊斯蘭社會好戰，不是個公允的詮釋。⁶⁰因此，杭亭頓的詮釋，即是東方主義的反應，同時反映自我檢討力有限，而未認清到自我的盲點。這值得中醫界檢討：西方的思維不見得是進步的，不宜盲目模仿。

(二) 方舟子論點反映東方主義之處

歸納前述方舟子論點影射的問題，本文以為，方舟子的論點反映



東方主義。雖然方舟子不見得是故意要陷進東方主義之中。但是既然辯論中的態度，反映了東方主義的特質，就必須檢討。本文不是要刻意攻擊方舟子的論點，而是期許藉由反省其隱藏的問題，讓中醫研究能有更多的啟發。為什麼方舟子論點反映東方主義？可由以下幾點來看。

1. 過度重視實證科學與反多元主義

實證科學是西方帶來的一種科學觀，這是方舟子的立場。方舟子主張，科學應當追求普世皆準的標準。在此邏輯下，就有排他性。不符合統一標準的，就要排除。如此一來，就有陷入東方主義的可能。

實證科學表面上是要追求客觀，然而其實已排擠他人的思維方法，呈現「只有我的方法是對的，你們的方法不對」⁶¹之邏輯。因為其主張未經實證的命題沒有意義，所以其邏輯上乃指，其他由實證以外的方法所獲之命題，沒有意義。因此其他的方法，就是不佳的，被貶抑。因此，傳統中醫當中，不是以實證主義主張的模式研究的，就是不適宜的，就是不科學。而這也正是方舟子主張的。方舟子基於實證主義的視角，在辯論中主張對於中醫要「廢醫驗藥」，也就是廢除中醫理論，對於中藥要重新以實證的方法檢驗。然而每一個學科，都有自己的理論基礎。如果廢除了理論，等於是此學科的消滅。因此，如果中醫理論廢除，採用西醫的方法，等於是轉變成西醫學的一門，而非中醫。這也是反多元的現象。

不僅是中醫而已，方舟子也主張數學不是科學。⁶²因為其主張，科學是經由假設，並經由實證來驗證假設，來求得答案。數學只是科學家會運用的工具，數學本身卻不是科學。如此的主張，同樣是實證主義至上的結果。如果採取科學的原始定義，科學是「系統的知識」，數學是科學的一門乃自不待言。只是方舟子不認同這種定義，而選擇其所偏好的定義。

探討數學是否為科學的一門，這有何影響？科學在社會上，會給人有進步的觀感。因為科學反映了實事求是、理性的態度；系統化現象反映了秩序、條理，而非雜亂無章。也因此，中醫希望能擠進科學的行列，避免被視為迷信。就此邏輯，高度系統化的數學，被排擠至科學以外，等於被貶抑。

照理說，應在「系統的知識」這個大架構之下，對於科學給予多元的定義。如果反對這種多元的模式，主張當今西方主流科學界

認同的實證主義才是科學的定義，並用此來評價東方的科學，就是東方主義思維的反映。而方舟子論點的呈現，就是如此。

2. 使用西方的語言與欠缺不可共量的觀念

方舟子使用太多西方學理的語言，與中醫難以產生交集，因而導致不可共量原則的欠缺。舉個例子，方舟子說，經絡是古時候對於血管走向不精確的模糊論述。血管一詞，是西方實證醫學、現代生理學的用語，不是傳統中醫常用語言。當今直接認定經絡就是血管，就會導致不可共量原則的違反。而方舟子這麼用了。

當然，方舟子講的，並不是完全沒有道理的。傳統醫學理論中，諸如《難經·二十三難》謂：「經脈者，行血氣，通陰陽，以榮於身者也。」⁶³《素問·脈要精微論》謂：「夫脈者，血之府也。」⁶⁴《靈樞·決氣》謂：「壅遏營氣，令無所避，是為脈。」⁶⁵《黃帝內經》並未直接使用血管一詞，但是認定脈是「血之府」，以及脈的功能是「壅遏營氣」，如此來看，將脈理解為血管，看似合理。但是，「是」(is)與「似」(as)是有差異的，經絡，充其量只能解釋「似」血管，而非必定「是」血管。因為沒有人能規定做為「血之府」、能「壅遏營氣，令無所避」，能「行血氣」的器官，必須是血管才行。從以上索引之文句可知，經絡其實是氣血運行的通道，此通道，充其量只能說可能是血管，但未必是血管。行血者是血管，尚說得通。行氣者，為什麼一定要是血管？至此，方舟子恐已過度推論了。無論方舟子有無見過王唯工的著作，先前已指，在客觀上透過當今的實證可知，經絡是存在的生命現象，可理解為能量的通道，這在王唯工的著作都有論述，像是從他《氣的樂章》的研究結果推理，則：「經絡可理解為能量傳送的管道。心臟輸出血後，產生波動，各經絡一同共振。每個經絡的共振頻率不同。心包經是新的血液總輸出量，在依肝經、腎經、脾經、肺經、胃經、膽經、膀胱經、大腸經、三焦經、小腸經、心經的次序，共振頻率增加。」

66

所以經絡可理解為能量的通道，這能量是氣血產生的，對於經絡的理解不必然要限定於血管。如果方舟子知道王唯工的研究，方舟子也不見得認同此推理。因為依方舟子在辯論中陳述的邏輯，只要經絡不能被肉眼所見，就是假的。但能量本來就非肉眼所見的東西，既然經絡無法被看見，為何就不能將經絡調整解釋為能量的通



道？能量也是科學研究的對象，不是嗎？

須知，理論被否證，經過輔助假設(設立條件)的調整，理論照樣可存續，這本來就是科學研究的做法。既然當今的研究已說明有更好的解釋方式來詮釋經絡，如果還執著用血管來解讀經絡，不僅不科學，而且是以西方優越的視角，來看東方的理論。這就是東方主義的現象。

3. 民族、文化的影響力考量不足

方舟子指出，科學是普世的，不受民族、文化所侷限。乍看之下此說合理，但是事實恐非如此。中醫是華人文化圈的產物。實證科學的知識論與方法論來源於西方，是西方的產物。華人與西方的文化不同，產物本會不同。

多數讀者小時候應當上過國父思想的課程，對於孫文的思想應不陌生。孫文指出，西方愛好戰爭，是霸道文化；中國是愛好和平，是王道文化。⁶⁷孫文所言，是個不精確的籠統說法，而且措辭用語看似強烈而極端，可能引起針鋒相對的言語衝突，然而基於其突兀性，卻也因此能開啟、引領進入思考、詮釋此問題(實證主義背後的文化因素)之門。

這裡需要留意的是，孫文採用二分法，來看中國與西方的文化差異，這和東方主義的態度一樣，可以反過來稱為「西方主義」，所以這是個缺點。但是，比較的單位要對等。「東方主義」是西方以二分法詮釋東方，所以要以反向、不同的視角去理解東(或中國)西差異的話，同樣要找個二分的立足點切入。所以在此選取一個可能多數人都知道而立場鮮明的例子，以二分的單位，以不同視角接續思考東(中國)西差異。但是解決了此問題之後，就要用多元的態度面對文化差異了，否則就要如同東方主義一般，陷入文化衝突的漩渦中。

理論上，讀者小時候都上過歷史課，從中小學的歷史知識，甚至或從錢穆《中國文化史導論》第一章論其所認為的中西文化的對比性差異⁶⁸，就可試圖進行一種演繹推理，以了解孫文為何如此主張。中國文化發源於黃河，有大河灌溉，利於發展農作，自行生產食物，利於自給自足。已獲得滿足，就不需要再挑戰、爭取，所以能過著穩定性的生活，發展穩定性的文化。中國歷史的戰爭，規模較不如西方大。中國的版圖除了元朝(加入四大汗國計算)之外，都

有侷限，不去殖民他國。

西方世界的發展，古希臘、羅馬的文明佔有重要地位。人要生存，資源是很重要的。希臘半島、義大利半島靠海，而沒有類似尼羅河、黃河等大河。所以要利用海洋，對外發展，求取資源。這容易引發冒險的精神、挑戰新事物的民族性，變動性強。西方的地理大發現、航海冒險等事蹟，不免與此有關。以往歐洲在各地建殖民地，建立日不落國，當今美國以世界警察自居，在海外各地駐軍，也是這種民族性的反應。

因此，有學者以「連續、和諧」的兩個關鍵詞來詮釋東亞的傳統人文精神，對比於「斷裂、緊張」。⁶⁹其實這正是東西文化的差異，人文精神僅是此文化對比下的其中一項。

(*附註：以上推理，照理說具備中小學的歷史知識即可行。不過本文為學術論文，讀者們理應會期待出處。所以除錢穆《中國文化史導論》之外，在此提出其他參考文獻⁷⁰⁻⁷⁴以供參考。其中錢穆《從中國歷史來看中國民族性及中國文化》第28頁，就指出中西文化沒有河者層次比較高的問題，只是文化的本質不同，使得人性不同。這可理解為文化上的不可共量。)

因此由這些證據來看，用王道文化、霸道文化、愛好和平、愛好戰爭來形容中國與西方的差異是合理的，即便孫文用詞激烈，但也反映了東西文化、民族性對比、差異的現象。文化、民族性的差異，就會具體反映在學術思想上。中醫、西醫都是系統的知識，乃因基於民族性、文化差異，而發展出不一樣的樣態，沒有誰比誰優秀。

就中醫而言，依據陰陽五行的系統，《黃帝內經》、《傷寒論》等中醫理論著作生成，這些中醫理論已能解決當時的醫療需要，醫療穩定性已形成。當然，醫學理論還是會有變動，也會有不同的主張、派系，但是大體上是依據陰陽五行理論發展，整體上已呈現穩定性。這些中醫理論持續穩定的保留，用之於社會。王唯工又指出中國重實用主義，強調有用就好，不重機理。⁷⁵由此可推理，在現實上已經有用了，問題解決了，形成了穩定性，內在原理原則就不需再知道了。因此，醫者較不會去進行挑戰性，甚至是革命性的探索。這是穩定性的民族性與文化特質的一個縮影。

針對這點，方舟子在辯論中不斷指出經絡沒有辦法被證實，所以經絡是不存在的。問題是中醫不會因此而放棄經絡理論，無論是



透過經絡調理身體，或是針灸治療。因為既然有療效，解決了社會的醫療問題，形成穩定性了，就不去探討細節了。這是文化、民族特質的展現，方舟子如果沒有接納此文化特質，就會與群眾沒交集，就欠缺說服力了。

反之，西醫並非如此。如方舟子所言，西醫本來也是反映天人合一的特質，現在則走實證科學的路線。實證科學是滿足於西方心理期待的價值觀。因為實證科學，也是一種挑戰。即便之後的後實證主義主張，真相真理不可能被證實，但是實證主義的目的，就是要透過經驗證據，追求真相，追求通則，預測未來。這本身是個挑戰。為了追求真相，追根究底，講求精細，以便追求通則，各種醫療器具不斷產生，諸如心導管、X光、CT.....，使得身體內部細節，都可清晰地見到。

這些挑戰，還伴隨征服的心態。要把各種細節掌握住，未來的不確定也要掌握在手裡，展現人是萬能的，不受外界宰制、征服。天所賦予的人體，是把臟腑覆蓋的。人要設法穿透這種覆蓋，看透內部的結構，突破天的限制。寧可透過輻射線、穿刺、刀割等等不自然的破壞性方法，也要突破限制。這是一種征服自然、「人定勝天」的展現。另一方面，這也伴隨西方征服東方現象出現。醫學研究者或許沒有意識要這麼做，但是企圖要建構符合普世標準的醫學體系，就否定傳統醫學(中醫是其中之一)的方法，而要統治傳統醫學的走向。因此，這又是一種征服的現象，是挑戰性的民族性所產生的結果。

基於上述種種現象形成，導致醫學上的東方主義形成。這一方面反映科學發展，不會脫離民族性、文化現象，而且反映科學也會有征服現象。方舟子明指科學不應考慮民族性，反映其沒有警覺到科學是民族性的縮影，而以西方的科學視角來解釋中醫，因此證明了方舟子無形中陷入到東方主義之泥淖。

4. 未見同情理解的態度與互為主體性不足

中醫與西醫的樣態不同。因此西方人要看中醫，就要脫掉有色的眼鏡，以中醫的視角來看中醫。在辯論之中顯示，方舟子是以西方文化客位(etic)的態度來看中醫，欠缺同理要素，所以欠缺同情理解。這又是東方主義的展現。

互為主體，就是立基於彼此同情理解，展現各方對等，交互作

用，產生視野的融合，達成共識。現在兩方變成各講各的，在外觀上，王琦看似要保護自己不輸，方舟子看似想贏，彼此沒有融合，未見共識，也未見新思維。這是東方主義形成的效應。

5. 自我檢討的論述有限

在此辯論中，方舟子只在於批判，未見自我檢討的主張。生物之間，會發生競爭。學術的各派系之間，也是如此。競爭時想求勝，是可以理解的。但是學術的辯論，追求學術的價值，才是真正目的。因此有必要自我檢視、反思自己的立場。科學也有極限，要不斷自我反思。如在辯論之中，使用「實證科學不是沒有缺點，只是在某某情況下採取實證方法有需要」的語言，就能兼具反思與自我立場的表達。這樣的架構在方舟子的陳述中看不到，這又呈現東方主義特質。

6. 總結

以上一連串的推理、證據的顯示，方舟子的立場是呈現東方主義現象的。方舟子僅從實證科學的立場來看中醫，充其量只不過是有如同 Harding 所指的「弱客觀性」外觀，實則是扭曲性的解釋中醫。其對於中醫系統的合理性卻沒有顧及到，就抵觸了科學的根本定義：科學是系統的知識。如此一來，方舟子的態度，恐怕不是一個恰當的科學態度。因此這就呼應了之前本文提出的疑惑：方舟子是否真的認識科學的意涵？所以本文先前會指出，方舟子必須面對這個問題，否則其論點整個瓦解。

四、中醫如何走自己的路以避免成為東方主義的附庸

中醫應如何走自己的路？以下幾點即便不是甚麼深入的知識，但是未必落實。

(一) 檢討主流科學觀的弱點

先前以實證論本身的問題，指出西方的科學觀本就不完美。已故學者黃光國曾以「沒腦筋的經驗主義(見文末名詞解釋)」(mindless empiricist)批判學界。⁷⁶ 因為諸多研究的態度是盲目跟隨主流的方法，採純粹(素樸)的實證主義，讓證據說話，不要讓腦筋的思維干



擾，所以只要套公式做研究是最安全的。導致科學界做研究時，往往會呈現：「知其然，不知其所以然」的現象，複製老師所教的方法，依樣畫葫蘆做研究，但是為什麼要這麼做，就不見得理解了。甚至在紮根理論(grounded theory)(見文末名詞解釋)典範中，沒有批判前人的見解，沒有對問題思考，而只顧著由下而上的研究，堆積資訊。所以這些現象被解讀為「沒腦筋的經驗主義」。本文認同這種批評。對於醫學的研究，就要留意。

在醫學研究上，研究者往往用實證法，設計一個實驗，安排實驗組與對照組，設計雙盲、安慰劑……，以為只有用這種方法才是科學。科學的方法是做了，但很難讓人相信其對於科學原理有所了解。

也因為如此，對於科學背後的方法論、科學背後的基本精神，都應當知悉，並嘗試走自己的路，而非一直模仿。甚麼是自己的路？以下再進一步思考。

(二)陳述態度的調整—從幾個句子來思考

就東方主義的根本問題，即對差異的尊重不足，描述東方的句子顯示，欠缺對東方(特別是伊斯蘭教)的同理。基於此，以下設定四個句子來比較，由此來思考要採何種態度較合適：

- 1.「我西方很好，我希望你東方跟我一樣好，所以你必須跟我一樣。」
- 2.「我基督教很好，我希望你伊斯蘭教跟我一樣好，所以你應當放棄你伊斯蘭教信仰，改信基督教。」
- 3.「我西方很好，你東方也很好，我們要彼此了解，互相學習。」
- 4.「我基督教很好，你伊斯蘭教也是很好，我們彼此了解，彼此學習，一同為人類境界的提升而努力。」

這幾個句子中，第一、二句是東方主義的展現，具有貶抑他人的氣氛，薩伊德《東方主義》中的東方主義人士就是如此。也許這種態度，出發點不是故意的，但是不夠慎重，導致貶抑、鄙視的現象。當今宗教衝突、戰爭，導因於此。而第三、第四句，就是尊重差異，沒有所謂西方至上的現象。

這場辯論中，方舟子的態度，傾向第一、二句。方舟子的邏輯，就是「就算你中醫有效，也沒有意義，因為你不符合我西方科學的標準。」這是一個貶抑的陳述，具有東方主義的色彩。所以其主張要「廢醫驗藥」，把中醫理論廢除，只留存中藥，而且要檢驗。依其邏輯，

就會形成「我實證科學很好，我希望你中醫也很好，所以你中醫要聽我實證科學的，要把根本理論廢掉。」形成霸權式的語言。中醫要留意此現象，要讓句子改成「實證科學很好，中醫也很好，每個典範各有優點，彼此學習，最後走適合自己的路。」中醫研究，應秉持此態度。

(三)選擇實證主義而非被實證主義選擇的態度

中醫可將實證主義作為操作的工具，而非膜拜的對象。承接上述，中醫既然可以學習不同典範的優點，所以在某些狀況下可選擇實證研究。因此，此一架構是中醫選擇實證主義，而非實證主義選擇中醫。前者(中醫選擇實證主義)，中醫是主動的主體地位，具有支配權；實證主義是被動的客體地位，是被支配的，而非主動支配中醫。後者(實證主義選擇中醫)，實證主義是主動的主體，支配中醫；中醫是被動的客體，被實證主義支配。如選擇前者，中醫就可選擇要或不要採用實證法。如果實證對研究有意義時，可選擇做實證。如果實證對研究沒有意義時，可選擇不做實證。如果選擇後者，實證主義是主體，中醫就一定要採取實證研究。選擇後者，就陷入了東方主義一元思維中。所以應當選擇前者才是。

(四)追求多元典範

承上，實證法只是選擇對象的其中之一，中醫研究還有很多選項，應採多元典範之路。

西方有西方的優點與自身背景，東方也有東方的優點與自身背景。中醫當然可做實證研究，但是實證法對中醫理論而言，不見得適合。陰陽、五行是個抽象、籠統的大原則，可能有很多例外，像是身體的現象不見得依照五行的秩序進行。這反而讓東方主義者以此為由，提出中醫不科學、廢醫存藥的主張。

其實典範有相當多種，各有優點。並不是西方的理論就一定有東方主義現象。因為有的西方理論，其理論架構對於東方隱藏包容的態度。後實證主義開創者 Karl R. Popper 所提科學的基本公式是： $P1 \rightarrow TT \rightarrow EE \rightarrow P2$ 。⁷⁷⁻⁷⁸ P1 是第一個問題，TT 是暫時性理論，EE 是除錯，P2 是第二個問題。在此架構下，科學，乃透過思考，提出問題，提出暫時性理論，再加以反駁(否證)，形成新問題。科學就是這種不斷思考、演繹的過程。因此，基於問題提出，演繹出暫時性的理



論，就有意義了。之後此理論經過不斷的反駁，精益求精。這有別於實證主義，要經過實證檢驗，命題才有意義。

因此，陰陽五行作為中醫理論的根基，乃因傳統中醫發現陰陽五行與中醫有契合之處，所以形成暫時性理論。至此為止，中醫理論已成立，而不是一定要進行驗證才能成立。所以在此階段對中醫就已經有利了。然而理論是不完美的，所以要不斷反駁、查錯、否證，提出新的問題，找尋輔助假設，優化理論。藉由後實證主義 Lakatos 的科學研究綱領論⁷⁹來思考就可知，科學理論本來就可以不斷的進化。因此陰陽五行的醫學理論，起源不見得完美，但是可以不斷的優化。像是張仲景的《傷寒論》，就是透過實際的醫療經驗，歸納與演繹，將陰陽醫學理論優化成三陰三陽的病脈證治醫學理論。所以，《傷寒論》本來就是符合後實證主義的科學觀。在這種狀況下還認為中醫不科學，豈不是在反科學嗎？所以中醫理論可以合理存在。

再者，Popper 在《客觀知識》第六章以鐘與雲來比喻事物的精準度。⁸⁰⁻⁸¹可以控制、預測、一板一眼的鐘是精準的。反之，摸不著、抓不到、千變萬化、飄忽不定、不可預測的雲則是模糊而沒有規律的。因此針對不同性質的對象，要有不同的研究法。研究對象是傾向於鐘的特質者，得求取均質，採量化法。如果研究對象是傾向於雲的特質者，應針對異質性，求取每個對象的特質，而非做量化研究。實證主義是將模糊的雲當作精準的鐘，即便如此，其本質依舊是模糊的雲，反而因為研究者操控、改造，使其多樣性的特質被忽略了。將雲當作鐘來研究，犯下嫁接、誤雲為鐘的謬誤。⁸²

中醫立基於陰陽五行是偏向於雲，陰陽只是個對比性，能對比的東西就能納入考量，包容性大。五行也是大原則，包容性亦大，各種環境現象、生理現象、藥性都可納入。陰陽五行偏向於雲，就不應只求精準的均質性，而應依其特質，趁其優勢，探求異質性，避免誤雲為鐘。以這種思維來切入研究，符合後實證主義的科學觀。

至此可知，科學至少存有兩個視角了。一個對傳統中醫較不利，一個對傳統中醫較有利。對傳統中醫較不利的科學視角，易陷入東方主義之中，僅可作為反省的途徑之一，而不能作為最高的指導準則。而對於傳統中醫有利的科學視角，是中醫更應當把握的，以利於發展中醫的優勢。

除了以上兩個視角，在建構主義的視角中，人的思維是主觀的，人與人是互為主觀、互為主體性關係。知識沒有客觀或是絕對權威，

充其量是透過互為主體而充分討論，得到暫時性的共識。⁸³ 實證主義只是共有主觀的一種，只是一群研究社群，基於自己的背景而建構出的一種思維、觀念。⁸⁴ 每個理論都有優缺點，實證主義與中醫傳統理論都一樣。因此，中醫理論當然可以如同實證主義一般，都是被研究社群所建構，都可以合理存在。實證主義，也是被人們經由思考，所建構的一種思維，雖然不是完美的，但是也有意義。中醫對於實證主義，當然可以合理運用，但不應定於一尊。陰陽五行、中醫基礎理論、後實證主義，也是基於互為主體關係所建構的典範。這些建構出來的典範，都是等價的，都可選擇自己認定的科學觀。

典範還有相當多，像是批判理論、女性主義……，從這些視角切入，對於科學就會有不同的解讀。實證主義只是科學之一，方舟子是把之一當唯一，中醫不需要這麼做。中醫可採多元典範，實證主義不見得要成為優先的考量。

(五)「有效」比「科學」更受民眾重視—掌握群眾的態度作為保存中醫理論的動力

當今，病患向中醫求診仍是普遍的。因為相對於西醫，中醫的手段緩和，而且有效。試問，如同方舟子自己也承認的，中醫仍可能有效，那麼既然有效，為何一定要符合實證科學的原則？有別於實證科學家期待自己的研究成果能發表於SCI期刊，或拿諾貝爾獎，但病患關心的重點不是這些，病患期待能把自己的病治好。所以西方科學家吶喊「中醫不科學」，病患可能對西方科學家吶喊「只要中醫對我的治療有效就好，管它科不科學。」在患者眼中，中醫不是退步的。因此，中醫不宜只追尋西方主張的實證科學路線，而應走自己的路。

「西醫注重辨病，中醫注重辨證論治，兩者皆有其優點」⁸⁵，此乃學界普遍知悉。西醫善於透過儀器，深入身體內部，細胞的狀況都能清楚呈現，所以直接針對發病的細胞精準治療，而辨病論治。但是中醫是透過望、聞、問、切，所掌握到的是外在的症狀、證型，所以以辨證論治為主。乍看之下，西醫看得較透徹，能力較強，但是西醫傷身，令人恐懼。中醫照樣有效，且不令人恐懼，在這種狀況下，中醫反而親近於人，易讓人接受，這是中醫的優勢。

先前已提及，中醫與西醫的路線本就不同。相對於辨病論治，辨證論治較偏向於雲，雖看似較不如辨病論治的方式精準，但其實反而強化醫者的實力以及便利性。醫者不將診斷方式交給機器，而親自診



斷，不斷精進與強化自己的能力，進一步透過演繹法，將診斷所得到的證型推理到細胞、疾病上，而患者的實際回應顯示照樣有效。這能培育能力極強的醫師。如果中醫效法西醫，將診斷能力交給儀器而深入細胞，則基於用進廢退之理，醫者診斷能力減損以至於消失。這反而是退步的。

因此，對於患者而言，中醫是有效的，而且中醫是「厲害」的，透過脈診就能精準掌握血壓、知悉細胞狀況……。因此中醫要掌握自己的優點，走自己的路。患者在意的是中醫有沒有效，而不是對西醫模仿得像不像。

五、結語

本文藉由方舟子論點潛藏的問題，引領讀者認識東方主義對中醫的影響。本文所提出的建議，不是高深的學問，但是以現實狀況來看，未必落實。總之，科學是多元的，實證科學僅是科學的其中一門。中醫如果沒有走實證主義的路線，也不應當排除在科學領域之外。實證科學的優點可斟酌學習，但終究要認清自己的特質，走自己的路。

筆者自認為膚淺，其實較筆者內行，專門研究東方主義、科學的脈絡等等問題的專家，大有人在。然而在方舟子與王琦辯論之後，無論是在學術期刊，或是在網路上，筆者未能見到令人滿意的說法。諸多只是意氣用事，求救式的為中醫辯護，對外界吶喊「中醫有多好」，或是站在各自的立場相互謾罵。

這場辯論之後，筆者和北京中醫藥大學賈春華教授聯繫，其表示可惜，中醫界沒有像方舟子這樣的人才。不可否認，乍看之下，方舟子的邏輯清晰。但是如果因此而陷進方舟子的論點，且對於典範的理解不足，又沒有仔細的檢視，不僅看不出辯論中的問題，更進一步影響中醫的學術發展，所以不可不慎。學習他人的優點是好事，但是不認清自己就是危險的。沒有考量適應性，將兩個本質相異的東西熔接在一起，就顯得不恰當了。所以這個問題的探討，是不能避免的。

就立場而言，本文是要藉由這場辯論，找出方舟子論點中的問題，以避免中醫陷入東方主義的泥淖。不過，方舟子的論點是否毫無優點呢？基於每個立場都有意義，方舟子的論點當然不可能毫無優點。只是本文不探討這個問題，因為這不是本文的任務。

六、附帶名詞解釋

本文中有諸多名詞，其中東方主義一詞，在文中已詳細說明。而後殖民、強客觀性二詞，文中的略述，應能讓讀者知悉詞彙的概念。在此，再進一步說明文中提及的女性主義、紮根理論、經驗主義、實證主義。因為這些詞，中醫界可能接觸有限，或者認識上出現偏移，因此特別提出來說明，也期許藉此提升中醫師、中醫研究者的自我認同與自信。

(一)女性主義

在陸品妃〈認識女性主義〉中引用辭典指出，女性主義是「鼓吹女人的要求與權利」⁸⁶。基於本文作者對於性別的研究經驗，本文對於女性主義的解釋是：基於女性視角來詮釋過去或現在的社會現象，追求性別(gender)在社會上有平等的機會，以突破生理上性(sex)差異的限制。

女性主義的研究者，不限定於女性。男性也可試圖站在女性的視角看社會，而求取性別平等。且現在是多元性別的時代，需顧及各種性別的平等，而不僅是男女而已。

女性主義的派別、關懷的重點有差異，諸如伊斯蘭女性主義、關懷倫理學、基進女性主義……，關懷對象、主張不同，但原則就是要追求性別平等。如果站在女性視角，透過中醫作為追求性別平等者，就可稱為中醫女性主義。和女性主義相關的中醫研究，諸如林卓逸〈論「公主抱」與中醫養生〉⁸⁷，抽取中醫的一些特質，靈活運用在生活現象上，以追求兩性的健康權利平等。林卓逸尚有諸多探討中醫與性別的論著(可透過華藝、中國知網資料庫查詢)，可供參考。另外歷史學者李貞德也有諸多站在女性視角來探討中醫性別問題的論著(可透過華藝、中國知網資料庫查詢)。

(二)紮根理論

紮根理論的方法中，研究者對於研究對象不做先入為主的假設，而對於研究對象實際觀察，廣泛的蒐集原始資料，再反覆的比較，歸納式分析，取出命題，繼續進一步比較、歸納式分析，而建立理論。這是一種由下(事實)而上(理論建構)的研究。田野調查，就會採用到紮根理論的態度。對於研究對象、場域，不帶成見的蒐集一手資料，再歸納分析，建構理論。⁸⁸⁻⁸⁹

前指學者黃光國批判紮根理論是形成沒腦筋的經驗主義原因之



一。本文的立場是，認同紮根理論的研究態度。紮根理論有優點，避免偏見，較接近真實。東方主義人士，就是因為沒有紮根理論的精神，所以偏見性的看待東方。他們就算是親自到東方來研究，也是以自我本位的態度研究。但是黃光國所言，不無道理，需要留意。完全沒有批判的能力，採取紮根理論的研究方式，也不見得恰當。

本文認為紮根理論也潛藏缺點或一些問題。第一，由於太過於重視事實與經驗性研究，忽略理性上的推理能力，所以建構出的理論較淺表，不深奧。第二，太執著於強調經驗，和演繹推理對立，可能喪失理性與經驗方法融合的機會。第三，充其量，只有出生時的嬰兒，大腦如同白紙。經過外界的刺激、學習，大腦就不可能再如同白紙一樣了。研究者在選題時，就有價值傾向了。如果連選題的原因都不知道，且放下成見的意義在哪裡也不知道，那就真的是沒腦筋的經驗主義了。有研究能力的人，腦筋不可能如白紙。

第四，紮根理論的研究對象是人，也是主觀的。如果研究者教條化的被動吸收，所獲得的「真實」資料，是淺表也非真正真實的。所以反而需肯定彼此的主觀，認同彼此成見，互為主體，不斷的互動，才能有更深入的收穫。所以不懂的變通，墨守成規的遵守理論，難獲得有價值的成果。第五，紮根理論強調經驗式的研究，忽略理性推理的方式。問題是，如果研究對象是擅長理性推理能力者，研究者卻不具有推理能力，則要如何與研究對象互動合作呢？

第六，中醫對於西方實證醫學的學習，也可比擬為一種紮根理論的態度。企圖追求現代化的中醫學者，完全拋棄成見，陰陽五行都不管了，而對西方實證醫學由最基本的知識(視為最基本的資料)加以吸取、學習，將學到的知識整理、比較、歸納、分析，建構出中醫學者所認知的實證醫學理論，進一步套用在中醫身上，再進一步批評傳統中醫不科學。這種對西醫紮根，對中醫自己卻不紮根，反而指責中醫自己，這就真的成為沒腦筋的經驗主義了。這對於伊斯蘭世界也是一樣的。筆者在伊朗親自見到有的伊斯蘭世界的年輕人，崇尚西方文化，對於西方從根本效法、紮根學習，但是對於伊斯蘭自己的文化，卻不見得認真紮根，反而如同東方主義的態度看待伊斯蘭自我文化。所以採取表面化、教條化、放棄批判的態度等，採用紮根理論思維，反而會呈現諸多問題。

(三)經驗主義(附帶說明理性主義)

經驗主義，主張知識的來源在於感官經驗。⁹⁰ 諸如在冷氣房中覺得會冷，就會知道開冷氣會使氣溫變涼。摸到火會覺得燙，就能得知火是燙的。喝到蜜覺得甜，得知蜂蜜是甜的。看到天空是藍的，得知白天的天空是藍的。這是經驗主義的根本內涵。更精確地說，經驗主義強調歸納法，將各種經驗歸納，才能獲得準確的命題。諸如在台北看到天空是藍的，經驗主義就會主張只有台北的天空是藍的，也不能說明白天的天空是藍的，因為東京的天空不見得是藍的。到了東京看到天空是藍的，仍會主張這不能說明白天的天空是藍的，因為雪梨的天空可能不是藍的。等到看到雪梨的天空，以及世界各地白天的天空都是藍的，才歸納出「白天的天空是藍」的知識。

與經驗主義相對的是理性主義，主張知識的來源，在於與生俱來的理性，透過演繹、推理的方式來獲得知識。⁹¹ 諸如看到火山噴火、流岩漿，就推理出噴發中的火山是燙的，而不需要親自去摸岩漿。除外，像是邏輯、數學等知識，就是純粹的使用演繹法，透過理性推理，是標準的理性主義求知法。

理性主義與經驗主義各有優缺點，但是太過於依賴經驗主義，會太過耗費成本，甚至顯得愚蠢。看到了火山噴火，卻無法推理出爆發的火山是燙的，要親自摸才確定火山是燙的，這時手已燙到糜爛。偏激的經驗主義者，摸了夏威夷的岩漿，一手糜爛了，還主張這只代表夏威夷的火山是燙的，而無法推理出世界各地火山噴發是燙的。所以還跑去冰島、印尼……各地噴發的火山，把身體各處都燙到糜爛，才歸納而確知世界各地噴發的火山是燙的。教育哲學家杜威(J. Dewey)即犯了此問題，其著作「《民主與教育》中，強調經驗學習，做中學，甚至誇張的指出，小孩只把手伸入火中，這不算是經驗；必須手在火中感受到痛苦，這才是經驗」⁹²就類似親自摸火山這個邏輯，其原文是：“It is not experience when a child merely sticks his finger into a flame; it is experience when the movement is connected with the pain which he undergoes in consequence. Henceforth the sticking of the finger into flame means aburn. Being burned is a mere physical change, like the burning of a stick of wood, if it is not perceived as a consequence of some other action.”⁹³

有誰是真正摸火並覺得真的痛苦，才確知火是燙的、會讓人痛苦、是危險的？所以杜威的主張有待商榷。

同樣的，就算要透過感官經驗，來得知「白天天空是藍的」，也



只要看兩、三片天空，就能推理出：世界上，白天的天空是藍的，而不需把世界每片天空都看過才能歸納出。當然，經驗主義會反駁，指出：陰天的白天，天空是灰的。這時理性主義至少有兩種回應：1.這是要加上「天氣不好」這個條件，才是灰的。原始的命題，既然沒有這個條件，「白天天空是藍的」之命題，就沒有錯。2.雖然陰天的天空是灰的，但是穿透雲層而到雲上方，天空照樣是藍的，所以灰色只是個掩蔽的假象。在此，理性主義仍略勝一籌。

因此就算有時必須透過經驗來學習，也不能太過依賴經驗。經驗是做輔助之用，應當以與生俱來的理性來主導。前文指方舟子自己說經驗不可靠，但他自己卻依賴以經驗主義為根，強調歸納法的實證主義，顯示他是相信經驗的，而可能忽視理性主義的優勢。中醫的本質，理性主義、演繹的成份強。《黃帝內經》撰寫模式，就是演繹的。中醫知識的基礎：陰陽，就是演繹的模式，由一生二，二生四，不斷的演繹下去。五行，也是有演繹成份。像是由五行推演出五臟、五音、五方...。只是具體的臟腑、聲音、方位，要如何歸屬五行中之各材質，就是歸納了。⁹⁴ 強調這幾點，是要找回中醫本身的特質，認清自己，提升中醫的自信，而非只知模仿西方重視歸納法，以經驗主義為本質的實證醫學研究。

(四)實證主義

實證主義在文章中已提，在此做些補充。實證主義本由孔德(August Comte)提出，後來經過維也納學派發展出邏輯實證論，無論如何演變，其主張一個命題如果要有意義，就要經由經驗證據的證明。⁹⁵⁻⁹⁷ 且實證主義講求量化的方式，求取均質，企圖讓命題能普遍適用。邏輯實證論的差異是，其還強調命題的結構不能違反邏輯。比方說「我這個土生土長的台灣人沒去過台灣」或是「發明治療新冠肺炎的藥物的目的，不治療心冠肺炎」，就是矛盾，違反邏輯，沒有意義。然而實證主義有個謬誤，即「命題要經由經驗證據的證明，才有意義」句子本身的邏輯雖然沒有錯，但是該句子陳述的信念與實際上有矛盾。先前已指出「命題要經由經驗證據的證明，才有意義」這個命題是先驗的，無法由經驗證據證明。因為命題當中的關鍵詞：命題、經驗、證據、證明、意義，既不是固體、液體、氣體，也不是分子、原子、感覺、能量.....，完全都不是經驗上的東西，而是抽象的概念。此命題本質上只是個信念，作為方法上的指導準則，所以無法經由經驗證

據證明。因此實證主義形成自我矛盾的謬論。

實證論的自我矛盾，將導致「我實證論自己並沒有經過經驗證據的證明，所以我實證論自己沒有意義，不是個東西」⁹⁸的結果。無效命題所衍生的一切命題，理應都無效。這就會導致：當今的實證科學研究，應當都屬無效的結論。實證論僅能謙卑地承認自己的錯誤：「並非所有的命題都要經過經驗證據的證明，才有意義。我實證論自己就不是。」⁹⁹才能顯現實證論可能還有一些價值：並非每個命題都要實證才有意義，但是某些命題經過實證，或可讓人感覺踏實而增加穩定性，並做為檢討的其中一個依據¹⁰⁰，實證只不過是多元方法下的一種具有某些優點的方法。

除了上述盲點之外，實證主義尚有其他弊端。像是實證是否真的能證實命題？誰也沒有辦法肯定未來每一天地球一定會繞著太陽運行，因為有可能某天一個未知的隕石撞上地球，破壞地球的軌道。故而「地球繞太陽運行」的命題，也非永恆。或如同 Popper 所言：你永遠無法預知明天的太陽是否從東邊升起，因為地球可能先爆炸。¹⁰¹⁻¹⁰²且諷刺的是，有的秉持實證主義的學者，自己就違反實證精神，過度推論。像是疑古學派的史學家顧頡剛提出層累造成說，批評當今的歷史呈現是不斷的被人們積累、塑造、放大而失真。結果顧頡剛自己在〈與錢玄同先生論古史書〉中說大禹是大爬蟲，這就是在塑造歷史。其依據是《說文》對「禹」字的解釋，而認為禹可能是九鼎上所鑄的一種最有力量的動物。¹⁰³如果照他的邏輯，只因姓名有動物，就懷疑此人是動物，那麼數年前為了吃餐廳舉辦的免費鮭魚大餐而改名為鮭魚的人，豈不都應該被懷疑他們是鮭魚？再者，像是「打新冠肺炎疫苗的長者，死亡的危險較高」，或是「中美有戰爭的危險」這種命題，更是不能實證，否則將會有一堆老人死亡，或是爆發國際戰爭，造成大災難。故而這種命題只要是推理適宜，就要防範結果的發生，而不是去做實證。

因此本文主張，以經驗主義為根基的實證主義，是有缺陷的。中醫可學習實證主義的優點，但也不應盲目效法。與之相對的，Popper 等人所代表的後實證主義的思維，採用檢驗的演繹法，更適合於中醫，這在先前已提及。礙於篇幅，就不再深入說明了。



引用文獻

1. 方舟子、王琦：方舟子和王琦辯論中醫科學性，<http://my.youtube.com>watch> (2017年3月3日檢索，辯論舉辦於2007年)。
2. 陳嘉新：〈什麼是後殖民科技研究中的後殖民：淺論其主張與啟發〉，《科技醫療與社會》25(2017)，頁171-220。
3. 林卓逸：《中醫《內經》養生觀對健康教育的啟迪》(臺北市：臺北市立大學教育學系博士論文，2022)，頁33。
4. Sagan C: The Demon-Haunted World: Science as a Candle in the Dark. New York: Ballantine Books, 1996: 28.
5. 林卓逸：《中醫《內經》養生觀對健康教育的啟迪》(臺北市：臺北市立大學教育學系博士論文，2022)，頁67。
6. Harper, D: "Science", Online Etymology Dictionary, 2001, <https://www.etymonline.com/word/science> (accessed July 18, 2022)
7. 林卓逸：〈針對西方科學法套入中醫研究的檢討〉，《北臺灣中醫醫學雜誌》8.2(2016)，頁26-27。
8. 方舟子：為什麼說數學不是科學，<http://fangshimin.medium.com> (2023年10月3日檢索)。
9. 林卓逸：〈針對西方科學法套入中醫研究的檢討〉，《北臺灣中醫醫學雜誌》8.2(2016)，頁22。
10. 王唯工：《水的漫舞》(臺北市：大塊文化，2007)。
11. 王唯工：《氣血的旋律》(臺北市：大塊文化，2009)。
12. 王唯工：《氣的樂章》(臺北市：大塊文化，2010)。
13. 王唯工：《以脈為師》(臺北市：商周，2013)。
14. 王唯工：《以頸為鑰》(臺北市：商周，2014)。
15. 王唯工：《以肺為宗》(臺北市：商周，2016)。
16. 王唯工：《以腎為基》(臺北市：商周，2017)。
17. 高宗桂、高水平：〈胃脘痛的中醫診斷與治療〉，《臺灣中醫科學雜誌》12.2(2021)，頁60-68。
18. 洪肇欽、鄭建民、劉國安：〈氣功養生運動與音樂介入對高齡者的認知、情緒與睡眠的影響之性別差異分析〉，《高應科大體育學刊》14(2015)，頁125-135。
19. 黃欽永：〈氣功的科學研究現況〉，《中華體育季刊》23.2(2009)，頁41-51。
20. 謝文芳、楊幼玫、洪榮聰：〈震動按摩對經絡電阻之影響〉，《運動休閒餐旅

- 研究》1.3(2006)，頁 87-98。
21. 鄭健民：〈香功修練效果之生物能量時辰分析〉，《高應科大體育》3(2003)，頁 90-96。
 22. 張修誠、王唯工、黃維三、徐則林：〈針刺足三里穴對脈波頻譜之影響〉，《中醫藥雜誌》4.1(1993)，頁 15-38。
 23. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 27.
 24. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 37。
 25. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 3.
 26. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 4。
 27. 傅科(Michel Foucault)著，劉北成、楊遠嬰譯：《規訓與懲罰：監獄的誕生》(臺北市：桂冠，1992)，頁 135-227。
 28. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 6, 42-45, 48, 59, 66.....
 29. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 9、59-62、66-67、83、92.....。
 30. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 130,139.
 31. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 201、212。
 32. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 149.
 33. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 219-220。
 34. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 149-150.
 35. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 220。
 36. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 318-319.
 37. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 464-465。
 38. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 208.
 39. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 307-308。
 40. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 137-138.
 41. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 206。



42. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 157-158.
43. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 230。
44. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 160.
45. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 233。
46. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 176.
47. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 254。
48. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 176.
49. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 254。
50. Said E W: Orientalism. New York: Vintage Books, 1979: 95.
51. 愛德華·薩伊德(Edward W. Said)著，王志弘等譯：《東方主義》(臺北縣：立緒出版社，2002)，頁 137。
52. 劉斐玟、朱瑞玲：〈導論〉，劉斐玟、朱瑞玲主編，《同理心、情感與互為主體：人類學與心理學的對話》(台北：中央研究院民族學研究所，2013)，頁 5、10。
53. 黃光國：〈「靶子論壇」、辯論詮釋與「互為主體」〉，《輔導與諮商學報》37.2(2015)，頁 73-84。
54. Huntington S P: The clash of civilizations and the remaking of world order. New York: Simon & Schuster, 1996: 258.
55. 杭亭頓(Samuel P. Huntington)著，黃裕美譯：《文明衝突與世界秩序的重建》(臺北市：聯經，1997)，頁 354。
56. 林卓逸：〈宗教、政治、藝術競合之效應省思—以伊朗禁樂政策為例〉，《夏荊山藝術論衡》7(2019)，頁 95。
57. 趙雅博：《邏輯實證論評介》(臺北市：啟業書局，1968)，頁 125。
58. 林卓逸：〈針對西方科學法套入中醫研究的檢討〉，《北臺灣中醫醫學雜誌》8.2(2016)，頁 26-27。
59. 林卓逸：〈論「公主抱」與中醫養生〉，《臺灣中醫科學雜誌》12.2(2021)，頁 7。
60. 林卓逸：〈宗教、政治、藝術競合之效應省思—以伊朗禁樂政策為例〉，《夏荊山藝術論衡》7(2019)，頁 95。
61. 林卓逸：《中醫《內經》養生觀對健康教育的啟迪》(臺北市：臺北市立大學

- 教育學系博士論文，2022)，頁 36。
62. 方舟子：為什麼說數學不是科學，<http://fangshimin.medium.com>（2023 年 10 月 3 日檢索）。
 63. [周]秦越人撰，[名]王九思等集注：《難經集注》（臺北市：臺灣中華書局，1970），卷三，頁 8。
 64. 《黃帝內經素問》（北京：人民衛生出版社，1956，顧從德翻刻宋本），頁 37。
 65. 《靈樞經》（北京：人民衛生出版社，1956，趙府居敬堂刊本），頁 65。
 66. 林卓逸：《中醫《內經》養生觀對健康教育的啟迪》（臺北市：臺北市立大學教育學系博士論文，2022），頁 81-82。
 67. 國父思想教學研究會編：《國父思想》（臺北市：幼獅文化事業公司，1996），頁 95、102、148。
 68. 錢穆：《中國文化史導論》（台北市：台灣商務印書館，1993），頁 1-20。
 69. 黃俊傑：〈東亞儒家傳統中的人文精神〉，《跨文化視野中的人文精神—儒、佛、耶、猶的觀點與對話芻議》（新北市：大千出版社，2014），頁 16。
 70. 錢穆：《從中國歷史來看中國民族性及中國文化》（北京：九州出版社，2011）。
 71. 錢穆：《文化與教育》（北京：三聯書店，2009）。
 72. 錢穆：《民族與文化》（臺北市：東大，1989）。
 73. Ralph P L, Lerner R E, Meacham S, Wood A T, Hull R W, Burns E M, World Civilizations vol.1. New York and London: W. W. Norton & Company, 1997.
 74. Ralph P L, Lerner R E, Meacham S, Wood A T, Hull R W, Burns E M, World Civilizations vol.2. New York and London: W. W. Norton & Company, 1997.
 75. 王唯工：《氣的樂章》（臺北市：大塊文化，2010），頁 45。
 76. 黃光國：《社會科學的理路》（臺北市：心理出版社，2001），頁 5-7，13。
 77. Popper K R. Objective Knowledge- An Evolutionary Approach. Oxford: Clarendon Press, 1979: 119.
 78. 卡爾·波普爾（Karl R. Popper）著，程實定譯：《客觀知識—一個進化論的研究》（臺北市：結構群，1989），頁 155。
 79. Lakatos, I. The methodology of scientific research programmes. Cambridge: Cambridge University Press, 1978.
 80. Popper K R. Objective Knowledge- An Evolutionary Approach. Oxford: Clarendon Press, 1979: Ch6.
 81. 卡爾·波普爾（Karl R. Popper）著，程實定譯：《客觀知識—一個進化論的研究》（臺北市：結構群，1989），第六章全章。
 82. 林卓逸：《中醫《內經》養生觀對健康教育的啟迪》（臺北市：臺北市立大學



- 教育學系博士論文，2022)，頁 23-24。
83. 陳向明：《社會科學質的研究》(臺北市：五南圖書公司，2002)，頁 519。
84. 林卓逸：《中醫《內經》養生觀對健康教育的啟迪》(臺北市：臺北市立大學教育學系博士論文，2022)，頁 66。
85. 高宗桂、高水平：〈胃脘痛的中醫診斷與治療〉，《臺灣中醫科學雜誌》12.2(2021)，頁 61。
86. 陸品妃：〈認識女性主義〉，《思想》23(2013)，頁 236。
87. 林卓逸：〈論「公主抱」與中醫養生〉，《臺灣中醫科學雜誌》12.2(2021)，頁 1-11。
88. Glaser B A, Strauss A L. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago/New York: Aldine/Atherton, 1967: 1,21-158.
89. 陳向明：《社會科學質的研究》(臺北市：五南圖書公司，2002)，頁 444。
90. 吳俊升：《教育哲學大綱》(臺北市：臺灣商務印書館，1977)，頁 104。
91. 吳俊升：《教育哲學大綱》(臺北市：臺灣商務印書館，1977)，頁 116。
92. 林卓逸：《中醫《內經》養生觀對健康教育的啟迪》(臺北市：臺北市立大學教育學系博士論文，2022)，頁 5。
93. Dewey J. Democracy and education. New York: The Free Press, 1944: 139-140.
94. 林卓逸：《中醫《內經》養生觀對健康教育的啟迪》(臺北市：臺北市立大學教育學系博士論文，2022)，頁 59-62。
95. 趙雅博：《邏輯實證論評介》(臺北市：啟業，1968)，頁 125。
96. 方言清：〈經驗主義語義觀〉，《商業創新期刊》3.4(2021)，頁 166。
97. 林卓逸：《中醫《內經》養生觀對健康教育的啟迪》(臺北市：臺北市立大學教育學系博士論文，2022)，頁 63。
98. 林卓逸：〈論「公主抱」與中醫養生〉，《臺灣中醫科學雜誌》12.2(2021)，頁 7。
99. 林卓逸，〈針對西方科學法套入中醫研究的檢討〉，《北台灣中醫醫學雜誌》8.2(2016)，頁 26。
100. 林卓逸，〈針對西方科學法套入中醫研究的檢討〉，《北台灣中醫醫學雜誌》8.2(2016)，頁 22-23。
101. Popper K R. Objective Knowledge- An Evolutionary Approach. Oxford: Clarendon Press, 1979: 26.
102. 卡爾·波普爾 (Karl R. Popper) 著，程實定譯：《客觀知識—一個進化論的研究》(臺北市：結構群，1989)，頁 34。
103. 顧頡剛：《古史辨自序上冊》(北京：商務印書館，2011)，頁 5。

Issues in Orientalism and the Scientificity of Traditional Chinese Medicine- a debate for approach

Cho-I Lin^{1,2}

¹Department of Education, University of Taipei

²Beijing University of Chinese Medicine

Abstract

The issue of whether Traditional Chinese Medicine (TCM) is a form of science or not that has been a controversy for a long time. The controversy is influenced by orientalism. The paradigm of positivism generated in Western medicine is the main aspect of science that has led to the TCM scientization and modernization that has resulted in the tortuosity of TCM theory. A debate “the discussion of the scientificity of TCM by Wang Oi and Fang Zhou Zi (Fang Shi Min)” (2007) that reflects this contention is an epitome of medicine circles, a side of this debate being presented by the Orientalism vision. The article focusses on this debate. It discusses the western vision annotating TCM that result in some problems.

The meaning of Orientalism shows that when the West stands on its own position to annotate the East reflects the superiority situation of Western medicine that results in the phenomenon that lack of: empathetic understanding, inter-subjectivity, incommensurability, consideration of national or culture distinction, diverse perspectives and introspection. Therefore, the deviate knowledge produced. These phenomena reflect one side of the debate that is opposed to TCM.

In order to protect the meaningful TCM paradigm and to avoid a dependency of Western values, TCM should pursue its own way. TCM should stand on the status of initiative, examine the defect of mainstream paradigm of science; annotate TCM by the words that reflect respect of the polybasic; choice and manipulate positivism initiatively rather than choose by positivism; seek the polybasic paradigm; satisfy the psychology of the masses that seek the curative rather than obey the science’s rule dogmatically.

Keywords: Orientalism; science; paradigm; the blind spot of positivism.



中藥與抗精神病藥物合併使用 對失智症患者的錐體外症候群 風險影響：回顧性研究

謝旭東¹、林舜毅^{1,2,3,4*}

¹ 臺北市立聯合醫院仁愛院區中醫科

² 國立陽明交通大學公共衛生研究所

³ 國立陽明交通大學傳統醫藥研究所

⁴ 臺北市立大學

摘要

錐體外症候群 (Extrapyramidal syndrome, EPS) 是抗精神病藥物已知的副作用，特別是在失智症患者中。過去研究已發現思覺失調症患者若長時間合併使用抗精神病藥物和中藥，可能加重錐體外症候群、出現遲發性運動障礙、增加意外跌倒的風險，甚至會引起急性的精神症狀發作。我們以過去藥物不良反應研究顯示較有可能發生副作用的中藥(柴胡、梔子、五味子、熟地和車前子)與抗精神病西藥(Flunarizine, Cinnarizine, Risperidone, Olanzapine, Quetiapine)合併使用作為研究標的。

本回顧性世代研究評估了在失智症患者中使用中藥與抗精神病藥物合併治療的錐體外症候群風險。共有 74,558 名接受抗精神病治療的患者被分為三組：未合併使用中藥的患者的患者 (n=59,188, 佔 79.4%)、合併使用其他中藥的患者 (n=11,826, 佔 15.9%)、合併使用高風險中藥的患者 (n=3,544, 佔 4.8%)。

在校正年齡、性別、保險金額、都市化水平和共病疾病後，相較於未使用中藥的患者，使用高風險中藥的患者的錐體外症候群風險比 (HR) 為 1.12 (95%信賴區間[CI]: 0.93-1.31; p>0.05)。然而，使用高風險中藥超過 60 天的患者顯示出顯著更高的風險，其調整後風險比 (aHR) 為 2.06 (95% CI: 1.60-2.52; p=0.01)。失智病程超過五年的患者，若合併使用高風險中藥與抗精神病藥物，展示出更高的錐體外症候群風險，其 aHR 為 2.31 (95% CI: 1.87-3.41; p=0.01)。

研究結果顯示，在失智症患者中長期合併使用中藥與抗精神病藥物可能顯著增加發展錐體外症候群的風險。這些結果強調了在這一易感人群中合併使用中藥與抗精神病藥物時需謹慎的重要性。

關鍵字：失智症、抗精神病藥、中西藥併用、藥物不良反應、錐體外症候群

一、前言

失智症除了認知功能逐漸下降以外，最為家屬和病人所困擾的是精神和行為症狀，包含幻覺、妄想、焦慮、黃昏症候群、激動、甚至攻擊照護者等。雖然目前的治療均以非藥物治療為主流，但是嚴重的精神症狀無可避免的需要使用抗精神病藥物才能抑制，卻也可能會有更多的副作用[1]。

老年失智症患者服用非典型抗精神病藥物可能會增加死亡率，風險是未使用患者的 1.7 倍；即使是短期的使用也可能會造成錐體外路徑症候群、步態不穩而跌倒骨折、加速認知功能衰退等副作用。因此抗精神病藥物的使用可說是失智照護的必要之惡，既希望利用藥效快速控制症狀，又擔心副作用的危害[2]。

為了提高治療效果，減少與抗精神病藥物相關的副作用，中藥和其他替代療法已被廣泛使用於失智症的精神與行為症狀治療。本研究團隊過去的研究顯示，大約有四成以上的失智症患者會接受中醫治療。其中鈎藤散[3]、抑肝散[4]、人參養榮湯[5]等中醫方劑已經被臨床試驗證實，對於妄想、幻覺、激動、攻擊性等精神與行為症狀有很好的控制效果。

在失智症病患會使用的抗精神病藥物中，發生錐體外症候群（Extrapyramidal Symptoms, EPS）的機會最高的通常是第一代抗精神病藥，也稱為典型抗精神病藥。其中，Risperidone 和 Olanzapine 都是第二代抗精神病藥（非典型抗精神病藥），與第一代藥物相比，它們引起錐體外症候群的風險較低，但仍存在一定的風險。Flunarizine 和 Cinnarizine 主要用於治療，也被發現在長期使用或使用較高劑量時具有引起錐體外症候群的潛在風險。然而，相比之下，Risperidone 與 Olanzapine 雖然風險較低，但在臨床中仍較常見。Quetiapine 則是常用的抗精神病藥物中，引起錐體外症候群的機會最低的，因為它對多巴胺受體的親和力較低[6]。

合併使用中西藥來治療抗精神病藥物亦有許多隱憂，在過去的研究中已發現思覺失調症患者若長時間合併使用抗精神病藥物和中藥，可能加重錐體外症候群、出現遲發性運動障礙、增加意外跌倒的風險、便秘與食慾下降等症狀[7, 8]。

在一項針對思覺失調患者調查中，合併使用中藥與 olanzapine、quetiapine 和 clozapine 顯著增加了惡化結果的風險，這暗示當這三種非典型抗精神病藥與中藥同時使用時，可能與不良臨床結果相關聯。另一方面，在七種被確定與臨床結果顯著相關的中藥材中，有六種被發現與不良結果顯著相關，這些藥材包括柴胡、梔子、五味子、地黃、木通和車前子。這顯示了在治療思覺失調症時，中西藥合併使用可能需要更加謹慎。這種發現強調了在臨床治療計劃中，對於藥物交互作用的理解非常重要，特別是在考慮到患者可能同時接受多種藥物治療的情況下。



此外，這也提示醫生和患者在選擇使用中藥作為輔助治療時，需要仔細評估潛在的風險和益處。[9]。

過去並沒有針對失智患者合併使用中藥及抗精神病藥物後的副作用研究，但失智患者對於藥物的高敏感性，以及高齡所帶來的藥物耐受性降低，研究這些藥物合併使用可能帶來的副作用變得尤為重要。

二、方法

(一) 研究設計

我們採用的研究方法是回溯式世代研究法，此方法具有追蹤期間長與研究資料完整之優點。我們將申請衛生福利資料科學中心之健康保險資料庫兩百萬人抽樣檔為研究材料，統計失智症患者併用抗精神病中西藥後，錐體外症候群發生率、發生風險率。我們將以過去藥物不良反應究顯示較有可能發生副作用的中藥(柴胡、梔子、五味子、地黃和車前子)與抗精神病西藥(Flunarizine, Cinnarizine, Risperidone, Olanzapine, Quetiapine)作為研究標的。在前期文獻蒐集中，木通可能會對與抗精神病藥合併使用時，產生不良反應，但因為木通可能對腎臟功能產生潛在影響，從而為研究分析增加不確定性。因此，為了確保研究結果的準確性和可靠性，我們決定在研究中排除木通。

我們向衛生福利部衛生福利資料科學中心，申請隨機抽樣二百萬人歸人檔健保資料，以 2000-2013 年內被診斷為失智症之病患為研究對象，並排除非初次診斷者。並由其中進一步篩選出有合併使用中藥與抗精神病藥物用藥族群。

在整合同一年度的歸人檔資料後，2000-2019 年度的資料庫串檔成研究世代資料檔，進一步連結 Health-02 全民健保處方及治療明細檔_住院、Health-04 全民健保處方及治療醫令明細檔_門急診、Health-10 死因統計檔、Society-09 個人屬性檔、Health-01 全民健保處方及治療明細檔門急診、Health-05 全民健保處方及治療醫令明細檔_住院、Health-07 全民健保承保檔，串聯後去除資料不全者，建立一個完整病例世代資料庫。

(二) 研究對象

本研究受試者選擇標準為 2000-2013 年在台灣曾因失智症就醫者，並服用至少下列抗精神病藥物至少一種 Flunarizine, Cinnarizine, Risperidone, Olanzapine, Quetiapine。

失智症診斷碼失智症在 ICD-9-CM 中的編碼範圍是 290 和 294，290 系列專門涵蓋不同類型的失智症，包括但不限於血管性失智症和阿茲海默症等。編碼 294 專門用於描述與失智有關的狀況，具體包括「持續性失智症」(294.1) 和「其他失智症」(294.8)。這些編碼主要用於那些未被分類在阿茲海默症或血管性失智症等更具體疾病中的失智症案例。

在 ICD-10 中，失智症的相關編碼為 F01 至 F04，這包括血管性失智症(F01)、阿茲海默症 (F00) 以及未特指的失智症 (F03)。至於阿茲海默症在 ICD-9-CM 中的編碼為 331.0，而在 ICD-10 中則是 G30 系列，其中包括 G30.0, G30.1, G30.8, 和 G30.9，這些分別對應到不同的阿茲海默症類型和特定情況。

本研究受試者排除標準為在 2001 年以前曾被診斷為失智症的患者，亦即在本研究期間非初次診斷之失智症患者。由於本研究之研究結果為錐體外症候群



(Extrapyramidal symptoms, EPS)，因此需先排除有可能導致類似症狀之疾病，因此本研究排除在失智症第一次診斷日前有下列診斷之患者：

1. Neurosyphilis (神經梅毒) - ICD-9-CM: 094.89, 094.9, ICD-10: A52.1, A52.3
2. Progressive multifocal leukoencephalopathy (進行性多灶性白質腦病) - ICD-9-CM: 046.3, ICD-10: A81.2
3. Toxoplasmosis (弓形蟲病) - ICD-9-CM: 130.0, 130.7, ICD-10: B58.2, B58.9
4. Stroke (中風) - ICD-9-CM: 431, 432.9, 434, 436, ICD-10: I61, I62.9, I63, I64
5. Parkinsonism, (帕金森症) - ICD-9-CM: 332.0, 332.1 ICD-10: G20、G21
6. Hydrocephalus (腦積水) - ICD-9-CM: 331, ICD-10: G91
7. Subdural hemorrhage (硬腦膜下出血) - ICD-9-CM: 432.1, ICD-10: I62.0
8. Brain tumor (腦腫瘤) - ICD-9-CM: 191, ICD-10: C71
9. Wilson's disease (威爾森病) - ICD-9-CM: 275.1, ICD-10: E83.0
10. Hypoparathyroidism (甲狀旁腺功能低下症) - ICD-9-CM: 252.1, 252.8, 252.9, 275.49A, ICD-10: E20.0, E20.8, E20.9, E83.81
11. Pantothenate kinase-associated neurodegeneration (泛酸激酶相關神經退化症) - ICD-9-CM: 277.9I, ICD-10: E83.89
12. Human immunodeficiency virus infection (人類免疫缺陷病毒感染) - ICD-9-CM: 042, 079.53, 795.71, ICD-10: B20, B97.35, R75

(三) 研究程序

我們將患者分為三組，第一組為有服用抗精神病西藥且有服用可能引發副作用之中藥(柴胡、梔子、五味子、地黃和車前子)，第二組為有服用抗精神病藥物且沒有服用過任何中藥，第三組為服用抗精神病西藥且服用過不包含可能誘發副作用中藥。由於過去的研究發現如芍藥甘草湯等中藥複方可能會降低錐體外症候群的發生，為了避免此類藥物干擾研究結果，我們將有併用抗精神病西藥與中藥，但是未曾服用有可能引發副作用中藥的患者排除，例如僅服用四君子湯、桂枝湯等藥物，但未服用含有柴胡、梔子、五味子、地黃和車前子藥物的病患，以確保研究品質[10]。為了減少不死的時間偏誤(Immortal Time Bias)，我們將併用中西藥的患者由開始合併使用中西藥的第一天開始追蹤，單純使用抗精神病西藥的患者則由服用藥物第一天開始追蹤。

由於錐體外症候群屬於抗精神病藥物的急性副作用，大部分的症狀均會在六個月內出現，因此我們蒐集患者在開始追蹤後的 16 個月內所有的門診與住院資料，並以出現錐體外症候群或其他肌張力失調診斷，ICD-9-CM 碼 333 或 ICD-10-CM 碼 G24-G26 為研究標的。

為減少潛在干擾因子的影響，我們對研究族群進行了傾向分數配對，以提升組別之間的可比性。

(四) 校正變項

中西藥併用的副作用，可能受到多重因素干擾，本研究將上述因子作為迴歸分析之校正因素。人口學變項是大部分研究的必備項目，包含性別、年齡、經濟狀況(本研究將以投保金額來評估)，居住地區都市化程度(本研究將以投保地區來評估)。

在失智症患者中，一些常見的共病疾病可能會影響藥物治療的選擇和錐體外症候群 (EPS) 的風險。糖尿病 (Diabetes Mellitus, ICD-9-CM: 250, ICD-10: E10-E14) 與神經退化有關，能導致大腦結構和功能的改變，這可能加速失智症的進展。因此，需要調整失智症患者的用藥以避免血糖波動對認知功能的進一步影響。糖尿病用藥如胰島素增敏劑與抗精神病藥物可能存在交互作用，進而增加錐體外症候群的風險。慢性腎病 (Chronic Kidney Disease, ICD-9-CM: 585, ICD-10: N18) 影響藥物代謝和排泄，對於需要腎臟代謝的抗精神病藥物尤其重要，藥物積累可能增加錐體外症候群發生的風險。腦血管意外 (Cerebrovascular Accident, ICD-9-CM: 434.91, ICD-10: I63) 增加大腦易受損害的可能性，對藥物反應更為敏感，因此可能需要減少抗精神病藥物的劑量以降低錐體外症候群的發生。冠狀動脈心臟病 (Coronary Heart Disease, ICD-9-CM: 414.01, ICD-10: I25.1) 和心力衰竭 (Heart Failure, ICD-9-CM: 428, ICD-10: I50) 影響心血管穩定性，抗精神病藥物可能引起血壓波動或心律不齊，這也可能加劇錐體外症候群的風險。肝硬化 (Liver Cirrhosis, ICD-9-CM: 571.5, ICD-10: K74) 則減弱了肝臟的藥物代謝功能，增加藥物毒性和錐體外症候群的發生機率。高血壓 (Hypertension, ICD-9-CM: 401, ICD-10: I10) 也需要特別注意，因為某些抗精神病藥物可能會導致血壓升高。

(五) 統計分析

在臨床和流行病學研究中，Kaplan-Meier 存活曲線與 log-rank 檢驗是評估和比較不同治療或暴露組存活時間的常用方法，使用 Kaplan-Meier 曲線來估計接受傳統中藥與抗精神病藥物合併治療的失智症患者與未接受合併治療患者的錐體外症候群風險隨時間的變化。接著，通過 Log-rank 檢驗來評估這兩組患者的風險差異是否具有統計學意義，進一步確定合併治療的效果。

我們也使用多變量 Cox 比例風險模型來估計中西合併藥對錐體外症候群風險的影響，控制可能的混淆因子，如年齡、性別、共病症 (如高血壓、糖尿病等)。以服藥的時間與失智症的進程進行敏感性分析來評估結果的穩健性，並找出可能的高風險族群。我們以調整後的風險比 (Adjusted Hazard Ratio, aHR) 及其 95% 信賴區間 (CI)，來呈現合併治療對錐體外症候群風險的可能影響。



三、結果

我們篩選了於 2000 年至 2013 年間，定期使用抗精神病藥物的失智症患者共 94,613 人。所包含的典型抗精神病藥物有 Flunarizine, Cinnarizine, Risperidone, Olanzapine, Quetiapine。在台灣，只有專科醫師才能開立抗精神病藥物，並需要向健保機構報告處方的期間和劑量。患者不能在沒有醫生處方的情況下自行購買抗精神病藥物。

我們排除了有錐體外症候群、神經梅毒、進行性多灶性白質腦病、弓形蟲病、中風、帕金森病、異動症、肌張力障礙、腦積水、硬腦膜下出血、腦瘤、甲狀腺功能低下症、潘托酸激酶相關神經變性疾病及人類免疫缺陷病毒感染的研究對象。

符合收案條件有 74558 人，我們將研究對象分為三組：未合併使用中藥的患者 (n=59,188, 佔 79.4%)、合併使用其他中藥的患者 (n=11,826, 佔 15.9%)、合併使用高風險中藥的患者 (n=3,544, 佔 4.8%)。追蹤十六個月後，各組錐體外症候群的發生數分別為 5978 (10.1%)、917 (7.75%) 和 290 (8.2%)。

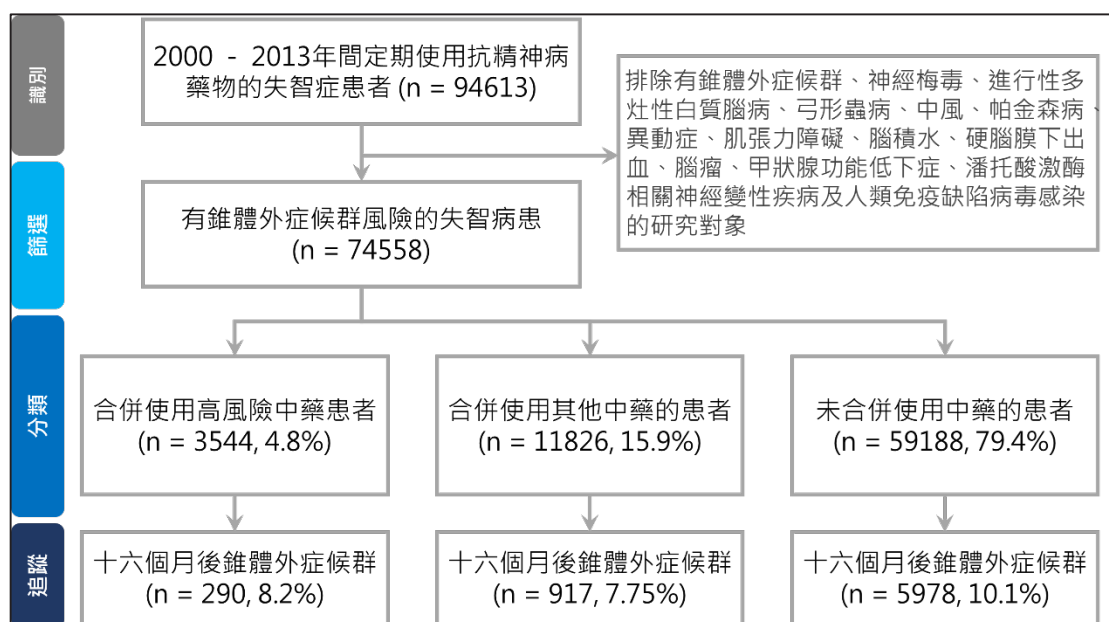


圖1. 失智病患篩選與追蹤流程

在表一中，我們分析了中藥與抗精神病藥物聯合使用對失智症患者的人口學和醫學特徵的影響。總共分析了59188名未使用中藥的患者、11826名使用其他中藥的患者以及3544名使用高風險中藥的患者。在年齡分布上，小於65歲的患者在聯合使用高風險中藥組別中佔比最高，達55.0%，顯著高於未使用中藥組的32.6%（卡方檢定， $p < 0.05$ ）。年齡組別75至84歲在未使用中藥組佔34.1%，而在高風險組僅為17.2%。此外，性別分布方面，女性在未使用中藥組佔67.06%，在高風險組佔67.66%，而男性在聯合使用中藥的組別中比例略高（卡方檢， $p < 0.05$ ）。

就都市化程度而言，高度都市化的地區在所有組別中均佔有較大比例，但三組間的差異未達到統計學意義（卡方檢定， $P = 0.17$ ）。保險金額方面，保險金額大於40000新台幣的患者在高風險中藥組中比例顯著高於其他組別，達8.7%，而未使用中藥組僅有3.6%（卡方檢定， $p < 0.05$ ）。

在共病條件方面，糖尿病、慢性腎病、腦血管事故、冠狀動脈心臟病、心衰竭、肝硬化及高血壓的盛行率在使用高風險中藥的組別中均顯著低於未使用中藥組（卡方檢定， $P < 0.05$ ）。特別是肝硬化在高風險中藥組的盛行率最高，達37.8%。這些結果顯示，在失智症患者中，使用高風險中藥與一些重要的人口學和醫學特徵相關，這可能影響臨床治療策略的選擇與管理。

表一、 研究對象的人口學與共病特徵



變項	未使用中藥的患者 no. (%)	使用其他中藥的患 者 no. (%)	使用高風險中藥的患 者 no. (%)	卡方檢定 P 值
總人數	59188(100.0%)	11826(100.0%)	3544(100.0%)	
失智診斷年齡				<0.05*
<65	19316(32.6%)	6023(50.9%)	1950(55.0%)	
65-74	13748(23.2%)	2707(22.9%)	905(25.5%)	
75-84	20160(34.1%)	2600(22.0%)	610(17.2%)	
≥85	5963(10.1%)	496(4.2%)	80(2.3%)	
性別				<0.05*
女性	39692(67.06%)	7447(62.97%)	2398(67.66%)	
男性	19496(32.94%)	4379(37.03%)	1146(32.34%)	
都市化				0.17
非常高	25092(42.4%)	5072(42.9%)	1534(43.3%)	
高度	12516(21.1%)	2901(24.5%)	844(23.8%)	
中度	13929(23.5%)	2566(21.7%)	764(21.6%)	
低度	7651(12.9%)	1286(10.9%)	402(11.3%)	
投保金額 (新台幣)				<0.05*
受撫養者	21065(35.6%)	4301(36.4%)	1213(34.2%)	
1-19999	22927(38.7%)	4007(33.9%)	1152(32.5%)	
20000-39999	13065(22.1%)	2821(23.9%)	871(24.6%)	
≥40000	2131(3.6%)	697(5.9%)	308(8.7%)	
合併症				
糖尿病	24984(42.2%)	3913(33.1%)	1300(36.7%)	<0.05*
慢性腎臟病	10285(17.4%)	1534(13.0%)	469(13.2%)	<0.05*
腦血管意外	36629(61.9%)	4657(39.4%)	1394(39.3%)	<0.05*
冠心病	27148(45.9%)	4429(37.5%)	1501(42.4%)	<0.05*
心臟衰竭	14586(24.6%)	1910(16.2%)	630(17.8%)	<0.05*
肝硬化	17822(30.1%)	3390(28.7%)	1340(37.8%)	<0.05*
高血壓	42183(71.3%)	6660(56.3%)	2003(56.5%)	<0.05*

我們追蹤失智患者服藥後的情形連續 16 月，並以 Kaplan-Meier 生存曲線和 log-rank test 分析評估錐體外症候群的累積發生率，並顯示如圖二。結果顯示合

併使用高危險中藥、其他中藥或不聯合使用的患者之間的累積發病率沒有顯著差異（log-rank test 檢驗， $p = 0.45$ ）

不過，我們仍然可以從圖上看到在 10 月前，有合併使用中藥者的族群與其他病患的發生率曲線是分開的，且合併使用高危險族群用藥的發生率，較合併使用其他中藥與沒有合併用藥來的高，顯示雖然整體的發生率沒有顯著差別，但是合併高危險中醫用藥可能會讓錐體外症候群較早發生。

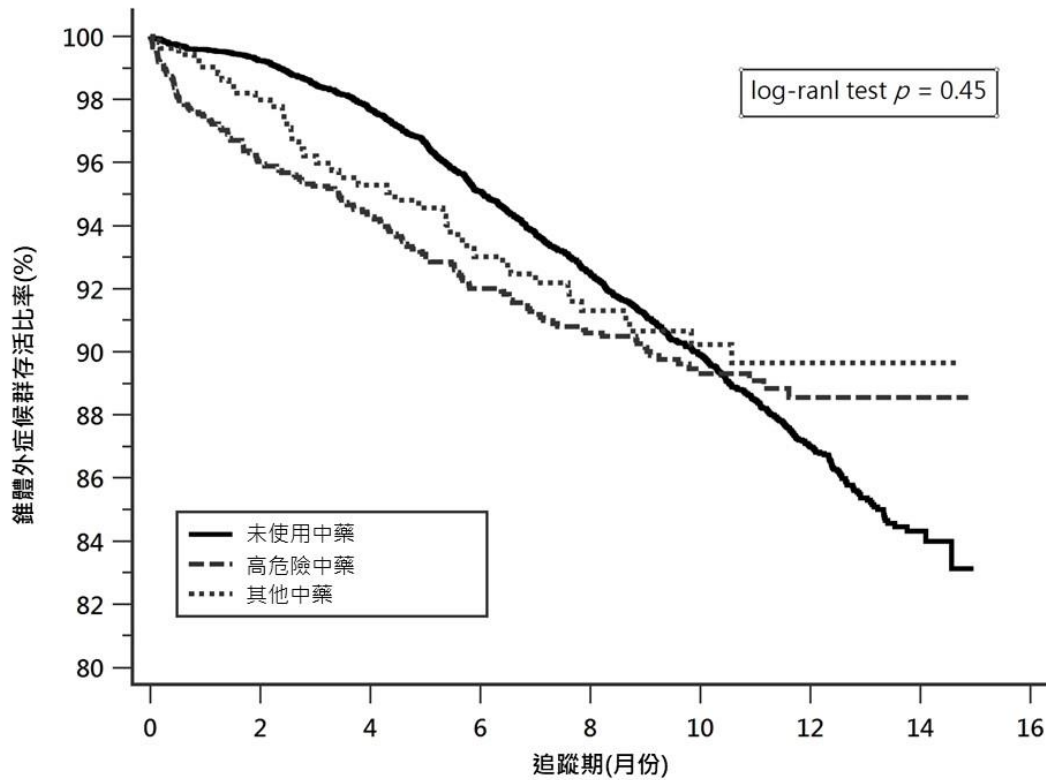


圖2. 高風險中藥、其他中藥或未使用中藥的不同族群，其錐體外症候群的累積發生率曲線



在表二，我們評估了錐體外症候群發生風險與使用中藥、年齡、性別、都市化程度、保險金額及共病情況之間的相關性。結果顯示，在配對後世代中，與未合併使用中藥的患者（作為參考群組）相比，合併使用其他中藥和高風險中藥的調整風險比（aHR）分別為 1.08（95%信賴區間：0.89-1.27）和 1.12（0.93-1.31），而在原始世代中，這些值分別為 1.13（0.97-1.34）和 1.13（0.88-1.40）。這表明中藥的使用與錐體外症候群發生風險之間沒有顯著關聯。

年齡在診斷時對錐體外症候群的風險有顯著影響。與年齡小於 65 歲的參考群組相比，65-74 歲、75-84 歲和 85 歲以上的患者在配對後世代的 aHR 分別為 1.58（1.40-1.76）、1.63（1.49-1.77）和 1.40（1.19-1.61），均顯示出較高的風險。在原始世代中，這些風險更為顯著，其 aHR 分別為 2.09（1.82-2.38）、2.12（1.62-2.56）和 2.11（1.53-2.56）。

在性別方面，男性與女性（參考群組）相比，在配對後世代和原始世代的風險分別略高，aHR 為 1.08（1.02-1.13）和 1.12（1.19-1.61）。在都市化程度方面，相對於非常高的都市化程度（參考群組），高度都市化的地區在原始世代中顯示出較高的風險，aHR 為 1.31（1.24-1.39）。

保險金額方面，與依賴者（參考群組）相比，低保險金額組別在配對後和原始世代顯示出較低的風險，特別是在 1-19999 新台幣組別中，其 aHR 在配對後和原始世代分別為 0.78（0.57-0.99）和 0.65（0.61-0.68）。

最後，在共病條件方面，包括糖尿病、慢性腎病、腦血管事故、冠狀動脈心臟病、心衰竭、肝硬化及高血壓在配對後世代和原始世代中均顯示出與錐體外症候群的發生有顯著相關。例如，慢性腎病在配對後世代的 aHR 為 1.42（1.30-1.54），在原始世代為 2.14（1.93-2.55）。這些結果顯示年齡、性別、都市化程度、保險金額及特定共病條件可能是錐體外症候群風險的重要預測因子。

表二、錐體外症候群的發生風險與 95%信賴區間

變項	原始世代中的 aHR(95% CI)	配對後世代中的 aHR(95% CI)
中醫治療		
未使用中藥的患者	[參考]	[參考]
使用其他中藥的患者	1.13(0.97-1.34)	1.08 (0.89-1.27)
使用高風險中藥的患者	1.13(0.88-1.40)	1.12 (0.93-1.31)
失智診斷年齡		
<65		[參考]
65-74	2.09(1.82-2.38)*	1.58 (1.40-1.76)*
75-84	2.12(1.62-2.56)*	1.63 (1.49-1.77)*
≥85	2.11(1.53-2.56)*	1.40 (1.19-1.61)*

性別

女性		[參考]
男性	1.12(1.19-1.61)*	1.08(1.02-1.13)*

都市化

非常高		[參考]
高度	1.31(1.24-1.39)*	1.06 (0.91-1.21)
中度	1.11(1.02-1.21)*	0.97 (0.76-1.18)
低度	1.05(0.93-1.18)*	1.00 (0.81-1.19)

投保金額 (新台幣)

受撫養者		[參考]
1-19999	0.65(0.61-0.68)*	0.78 (0.57-0.99)*
20000-39999	0.79(0.74-0.85)*	0.88 (0.77-0.99)*
≥40000	0.92(0.82-1.04)*	0.78 (0.66-0.90)*

共併症

糖尿病	2.14(1.73-2.48)*	1.12 (0.95-1.29)
慢性腎臟病	2.14(1.93-2.55)*	1.42 (1.30-1.54)*
腦血管意外	2.16(1.68-2.57)*	1.77 (1.61-1.93)*
冠心病	2.16(1.77-2.51)*	1.32 (1.13-1.51)*
心臟衰竭	2.18(1.53-2.51)*	1.44 (1.33-1.55)*
肝硬化	2.19(1.58-2.72)*	1.38 (1.15-1.61)*
高血壓	2.21(1.91-2.64)*	1.32 (1.07-1.57)*

中西藥合併使用的時間亦會影響到錐體外症候群的發生風險，顯示如表三。且我們發現具有劑量效應關係，相對於沒有合併使用中西藥物的病患，合併使用14- 60 天 1.44(1.00-1.88)與超過 60 天 2.06(1.60-2.52)的風險會顯著增加，且使用天數越高則風險預估值也越高。

表三、 不同合併使用時間的錐體外症候發生風險

合併使用中藥時間	調整風險比值	95%信賴區間
未使用中藥的患者	[參考]	[參考]
合併使用小於 14 天	0.98	0.64-1.32
14- 60 天	1.44	1.00-1.88*
超過 60 天	2.06	1.60-2.52*



不同失智病程也可能會對錐體外症候群的發生有顯著影響，我們發現相比於確診兩年內的患者，確診 2-5 年與超過 5 年的病患，其發生風險分別為 1.61 (0.95-2.77)與 2.31 (1.87-3.41)。顯示在病程較長的患者身上，更應該要謹慎小心中西藥合併使用。

表四、不同失智症病程發生錐體外症候群的相對風險

使用抗精神病藥物時間	調整風險比值	95%信賴區間
小於 2 年	[參考]	[參考]
2-5 年	1.61	0.95-2.77
超過 5 年	2.31	1.87-3.41*

在這項研究中，我們分析了不同中藥與西藥合併使用後發生錐體外症候群的風險。研究涵蓋了五種抗精神病藥物：Quetiapine、Cinnarizine、Olanzapine、Risperidone 和 Flunarizine，並與五種中藥：柴胡、梔子、五味子、地黃和車前子合併使用的情況。結果顯示，Quetiapine 合併柴胡使用時錐體外症候群的調整風險比為 0.93 (95%信賴區間：0.75-1.11)，與梔子合併使用時為 1.16 (0.99-1.33)，合併五味子使用時為 1.03 (0.87-1.19)，合併地黃使用時為 1.1 (0.99-1.21)，而與車前子合併使用時為 1.08 (0.97-1.19)。Cinnarizine 合併車前子使用顯示出顯著風險增加，調整風險比為 1.16 (1.05-1.27)。Olanzapine 與中藥合併使用並未顯示出顯著的風險增加。Risperidone 與梔子合併使用時，調整風險比顯著提高至 1.31 (1.21-1.41)。Flunarizine 合併梔子、五味子及車前子使用時，其調整風險比分別為 1.37 (1.07-1.57)、1.52 (1.15-1.75) 及 1.44 (1.24-1.64)，均顯示出顯著的風險增加。這些結果揭示了不同中藥與西藥合併使用對於錐體外症候群風險的潛在影響，指出某些中西藥組合可能需謹慎考慮其安全性。

表五、不同中藥與西藥合併使用後發生錐體外症候群的風險

	柴胡	梔子	五味子	地黃	車前子
Quetiapine	0.93 (0.75-1.11)	1.16 (0.99-1.33)	1.03 (0.87-1.19)	1.1 (0.99-1.21)	1.08 (0.97-1.19)
Cinnarizine	1.37 (0.94-1.82)	1.35 (0.91-1.87)	1.48 (0.92-2.04)	1.02 (0.91-1.13)	1.16 (1.05-1.27)*
Olanzapine	1.1 (0.99-1.21)	1.24 (0.92-1.66)	1.23 (0.81-1.64)	1.16 (0.88-1.61)	1.16 (0.84-1.62)

Risperidone	1.11 (0.95-1.27)	1.31 (1.21-1.41) *	1.05 (0.87-1.23)	1.13 (0.83-1.73)	0.98 (0.86-1.1)
Flunarizine	1.05 (0.89-1.21)	1.37 (1.07-1.57) *	1.52 (1.15-1.75) *	0.99 (0.79-1.32)	1.44 (1.24-1.64) *



四、討論

失智症除了記憶和認知功能受損外，患者也常見錐體外症候群的表現。盛行率範圍從輕度階段的 12%[11]到嚴重階段的 92%[12]。本研究之錐體外症候群平均發生率為 9.62%，低於過去的臨床調查結果。造成此項結果的可能成因是我們採用健保資料庫的主要診斷碼作為錐體外症候群出現的評估標準，相對於臨床觀察的研究而言，僅有嚴重到臨床醫師認為需要重視且治療之錐體外症候群，才會被放入診斷中。換句話說，我們僅納入較嚴重的錐體外症候群病患，因此才會有較低發生率。此外，本研究亦發現隨著失智症病程的增加，錐體外症候群的發生風險也上升，這與過去的研究結果相似[11, 12]。

本研究的另一個發現是未服用中藥的失智症病患，在追蹤結束時有最高的抗精神病藥物錐體外症候群發生率(10.01%)，雖然在追蹤的前 10 個月，合併使用高危險族群用藥的發生率，較合併使用其他中藥來得高，沒有合併用藥的病患發生率是最低的。但是隨著追蹤期的拉長，未服用中藥的失智症病患，其錐體外症候群發生率卻發生反超。但是，我們也發現中西藥合併使用的時間越長，錐體外症候群的發生風險會越高。

這一發現引發了幾個可能的解釋和深入探討的方向。首先，中西藥合併使用可能在初期由於藥物交互作用增加了錐體外症候群的發生風險。抗精神病藥物會干擾多巴胺途徑，進而增加錐體外症候群的風險。而傳統中藥的加入抗精神病藥物可能在一開始因為藥物相互作用的複雜性而加重了這一風險。例如，某些中藥成分可能會影響藥物的代謝或是與抗精神病藥物發生競爭性抑制或誘導，從而改變抗精神病藥物的血中藥物濃度和作用效果。

然而，從長期追蹤的角度來看，合併使用中西藥的病患可能因為中藥的某些保護作用而在後期表現出較低的錐體外症候群發生率。傳統中藥可能具有抗氧化、抗炎或神經保護的作用，這些效應可能有助於緩解或修復由抗精神病藥物導致的神經遞質失衡或神經細胞損傷[13-17]。

此外，未合併使用中西藥的患者在長期追蹤中錐體外症候群發生率增高，可能與這些患者在病程中使用更多或更高劑量的抗精神病藥物有關，尤其當他們未能從中藥中獲得潛在的保護效果時。這可能導致這一群體在長期內積累了更多的藥物副作用。

總之，這些結果提示我們在考慮治療方案時，需要仔細評估藥物治療的長期效益與風險，並考慮到個別藥物或藥物組合對病患的長期影響。進一步的臨床試驗和生物標記研究應當被執行以釐清這些初步發現背後的具體機制。

在輕度至中度失智症患者中，可以識別六個主要的錐體外症候群組成類型：第一部分是肢體動作，包括手部動作、交替動作、指尖輕拍和腿部靈活性，這被稱為「肢體遲緩」；第二部分涉及姿勢、姿勢不穩定、從椅子上站起、步態以及身體的遲緩或動作減少，這被稱為「軸向運動困難」；第三部分是肢體僵硬；第四部分是姿勢性震顫；第五部分是靜止時的震顫；第六部分則涉及言語和面部表情。值得注意的是錐體外症候群的存在與失智症認知能力下降速度加快有關[18]。

表現出幻覺、冷漠、夜間行為異常及更嚴重的癡呆症狀的個體，其「軸向運動困難」和「肢體遲緩」的評分更高。值得注意的是，「肢體遲緩」與路易體失智症的神經病理診斷有關，而「軸向運動困難」組成部分則與阿茲海默病型病理改變減少有關。這些錐體外症候群的表現模式在臨床和神經病理學上具有明顯的相關性，揭示了與帕金森病相似的表現模式，進一步支持了這些神經退化性疾病之間可能存在共同的病理機制。

我們的研究結果顯示，長時間合併使用中藥與抗精神病藥物，是錐體外症候群的顯著預測因子。此結果與之前的臨床調查研究結果一致[9]，這些研究揭示了大部分與中藥使用相關的副作用，或是肝腎效應是在服用1月後陸續出現觀察到的[19, 20]。考慮到監測中藥毒性和潛在的中藥-藥物相互作用的困難，且中藥處方多為多種中藥組成的複方，確定治療的最佳持續時間可能是一個可行的策略，以最小化不良和毒性效應，同時最大化有益效應。為此，進一步確定中藥使用不同時間長度與常規藥物藥動學特性變化之間的相關性，可能值得深入研究。

根據文獻報導，雖然中藥被認為具有較高的安全性，但所觀察到的不良結果似乎可歸因於中藥藥物間的藥動學相互作用，此作用改變了藥物代謝的模式。儘管缺乏關於中藥和抗精神病藥物相互作用的信息，早期案例研究報告指出，人參與 phenelzine 合併使用以及檳榔與 fluphenazine 合併使用，在精神分裂症患者中引起了廣泛的不良效應[21-23]。

一項最近對躁鬱症患者的研究也發現，將情緒穩定劑 carbamazepine 與某種中藥製劑合併治療26月，導致血清中 carbamazepine 濃度顯著低於單獨使用 carbamazepine 的情況，這表明中藥的加入加速了 carbamazepine 的代謝，降低了其血液濃度。與 carbamazepine 類似，大多數抗精神病藥物，包括 clozapine、olanzapine 和 quetiapine，均作為細胞色素 P450s (CYPs) 的底物進行代謝[24, 25]。因此，在本研究中觀察到的中藥和抗精神病藥物聯合治療的失智病患者中，藥動學相互作用可能在影響臨床結果方面發揮重要作用。

在探討傳統中藥與抗精神病藥物聯合使用對失智症患者錐體外症候群風險的研究中，存在幾項主要限制。首先，由於樣本來自特定人群，即全民健康保險資料庫中的失智症患者，因此研究結果可能無法完全代表所有失智症患者。這些患者可能偏向於已經被診斷並接受治療的群體。其次，使用次級資料來源可能涉及資料不完整或記錄不精確的問題，如藥物使用情況、服藥依從性及劑量等資訊可能缺乏。雖然研究揭示了中藥與抗精神病藥物合併使用的潛在風險，但我們無法深入探討中藥的劑量多少、服藥的持續時間，以及中西藥物之間可能存在的交互作用對結果的影響。這些因素在未來的研究中應該被更全面地考慮，以便更好地理解中藥與抗精神病藥物合併使用對錐體外症候群風險的具體影響。此外，雖然本研究試圖控制多種變數，但仍可能遺漏其他影響錐體外症候群風險的因素，如患者的生活方式和營養狀態。由於這是一項觀察性研究，因此無法確定因果關係，只能推測聯合使用傳統中藥和抗精神病藥物與錐體外症候群風險之間的相關性。此外，所用的統計模型可能對結果產生影響，且研究可能未能涵蓋足夠長的



時間跟蹤，以觀察長期用藥對錐體外症候群風險的影響。這些限制要求在解釋研究結果時需保持謹慎，並指出了未來研究在確認這些初步發現及克服現有限制方面的必要性。

五、結論

本研究通過對 74,558 名失智症患者的分析發現，長期合併使用特定中藥與抗精神病藥物顯著增加了錐體外症候群的風險。特別是當使用超過 60 天的高風險中藥時，以及在病程超過五年的患者中，錐體外症候群的風險顯著增加。這些結果強調了在處方這類聯合治療時需要格外謹慎，並建議醫療提供者在考慮使用此類治療組合時應仔細評估潛在風險。未來研究應進一步探討不同中藥成分與抗精神病藥物之間的相互作用，以優化治療策略並減少副作用。

六、參考文獻

1. Sluggett JK, Caughey GE, Air T, Cations M, Lang CE, Ward SA, Ahern S, Lin X, Wallis K, Crotty M et al: National surveillance using a clinical quality indicator for prolonged antipsychotic use among older Australians with dementia who access aged care services. *Int J Geriatr Psychiatry* 2024, 39(5):e6089.
2. Harnisch M, Barnett ML, Coussens S, Thomas KS, Olfson M, Berhane K, Sacarny A: Physician Antipsychotic Overprescribing Letters and Cognitive, Behavioral, and Physical Health Outcomes Among People With Dementia: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2024, 7(4):e247604.
3. Suzuki T, Futami S, Igari Y, Matsumura N, Watanabe K, Nakano H, Oba K, Murata Y, Koibuchi H, Kigawa Y: A Chinese herbal medicine, choto-san, improves cognitive function and activities of daily living of patients with dementia: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *J Am Geriatr Soc* 2005, 53(12):2238-2240.
4. Mizukami K, Asada T, Kinoshita T, Tanaka K, Sonohara K, Nakai R, Yamaguchi K, Hanyu H, Kanaya K, Takao T et al: A randomized cross-over study of a traditional Japanese medicine (kampo), yokukansan, in the treatment of the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2009, 12(2):191-199.
5. Kudoh C, Arita R, Honda M, Kishi T, Komatsu Y, Asou H, Mimura M: Effect of ninjin'yoeito, a Kampo (traditional Japanese) medicine, on cognitive impairment and depression in patients with Alzheimer's disease: 2 years of observation. *Psychogeriatrics* 2016, 16(2):85-92.
6. Teixeira AL, Rocha NP, Gatchel J: Behavioral or neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease: from psychopathology to pharmacological management. *Arq Neuropsiquiatr* 2023, 81(12):1152-1162.
7. Rathbone J, Zhang L, Zhang M, Xia J, Liu X, Yang Y, Adams CE: Chinese herbal medicine for schizophrenia: cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry* 2007, 190:379-384.
8. Le TT, McGrath SR, Fasinu PS: Herb-drug Interactions in Neuropsychiatric Pharmacotherapy - A Review of Clinically Relevant Findings. *Curr Neuropharmacol* 2022, 20(9):1736-1751.
9. Zhang ZJ, Tan QR, Tong Y, Wang XY, Wang HH, Ho LM, Wong HK, Feng YB, Wang D, Ng R et al: An epidemiological study of concomitant use of Chinese medicine and antipsychotics in schizophrenic patients: implication for herb-drug interaction. *PLoS One* 2011, 6(2):e17239.
10. Chen CM, Yen CY, Chen WL, Lin CH, Wu YR, Chang KH, Lee-Chen GJ: Pathomechanism Characterization and Potential Therapeutics Identification for



- Parkinson's Disease Targeting Neuroinflammation. *Int J Mol Sci* 2021, 22(3).
11. Portet F, Scarmeas N, Cosentino S, Helzner EP, Stern Y: Extrapyrimal signs before and after diagnosis of incident Alzheimer disease in a prospective population study. *Arch Neurol* 2009, 66(9):1120-1126.
 12. Mitchell SL: Extrapyrimal features in Alzheimer's disease. *Age Ageing* 1999, 28(4):401-409.
 13. Chen Y, Zhang Y, Li L, Hölscher C: Neuroprotective effects of geniposide in the MPTP mouse model of Parkinson's disease. *Eur J Pharmacol* 2015, 768:21-27.
 14. Li CL, Tsuang YH, Tsai TH: Neuroprotective Effect of Schisandra Chinensis on Methyl-4-Phenyl-1,2,3,6-Tetrahydropyridine-Induced Parkinsonian Syndrome in C57BL/6 Mice. *Nutrients* 2019, 11(7).
 15. Sa F, Zhang LQ, Chong CM, Guo BJ, Li S, Zhang ZJ, Zheng Y, Hoi PM, Lee SM: Discovery of novel anti-parkinsonian effect of schisantherin A in in vitro and in vivo. *Neurosci Lett* 2015, 593:7-12.
 16. Sim Y, Park G, Eo H, Huh E, Gu PS, Hong SP, Pak YK, Oh MS: Protective effects of a herbal extract combination of *Bupleurum falcatum*, *Paeonia suffruticosa*, and *Angelica dahurica* against MPTP-induced neurotoxicity via regulation of nuclear receptor-related 1 protein. *Neuroscience* 2017, 340:166-175.
 17. Jeong JS, Piao Y, Kang S, Son M, Kang YC, Du XF, Ryu J, Cho YW, Jiang HH, Oh MS et al: Triple herbal extract DA-9805 exerts a neuroprotective effect via amelioration of mitochondrial damage in experimental models of Parkinson's disease. *Sci Rep* 2018, 8(1):15953.
 18. Scarmeas N, Albert M, Brandt J, Blacker D, Hadjigeorgiou G, Papadimitriou A, Dubois B, Sarazin M, Wegesin D, Marder K et al: Motor signs predict poor outcomes in Alzheimer disease. *Neurology* 2005, 64(10):1696-1703.
 19. Vanherweghem JL, Depierreux M, Tielemans C, Abramowicz D, Dratwa M, Jadoul M, Richard C, Vandervelde D, Verbeelen D, Vanhaelen-Fastre R et al: Rapidly progressive interstitial renal fibrosis in young women: association with slimming regimen including Chinese herbs. *Lancet* 1993, 341(8842):387-391.
 20. Yuen MF, Tam S, Fung J, Wong DK, Wong BC, Lai CL: Traditional Chinese medicine causing hepatotoxicity in patients with chronic hepatitis B infection: a 1-year prospective study. *Aliment Pharmacol Ther* 2006, 24(8):1179-1186.
 21. Deahl M: Betel nut-induced extrapyramidal syndrome: an unusual drug interaction. *Mov Disord* 1989, 4(4):330-332.
 22. Jones BD, Runikis AM: Interaction of ginseng with phenelzine. *J Clin Psychopharmacol* 1987, 7(3):201-202.
 23. Shader RI, Greenblatt DJ: Phenelzine and the dream machine--ramblings and reflections. *J Clin Psychopharmacol* 1985, 5(2):65.

24. Sheehan JJ, Sliwa JK, Amatniek JC, Grinspan A, Canuso CM: Atypical antipsychotic metabolism and excretion. *Curr Drug Metab* 2010, 11(6):516-525.
25. Wang B, Zhou SF: Synthetic and natural compounds that interact with human cytochrome P450 1A2 and implications in drug development. *Curr Med Chem* 2009, 16(31):4066-4218.



The extrapyramidal syndrome risk of traditional Chinese medicine and antipsychotics drugs combined usage in dementia patients: a retrospective study

Hsu-Tung Hsieh¹, Shun-Ku Lin^{1,2,3,4}

¹Department of Chinese Medicine, Taipei City Hospital, Renai Branch, Taipei 106, Taiwan

²Institute of Public Health, National Yang Ming Chiao Tung University, Taipei 112, Taiwan

³Institute of Traditional Medicine, National Yang Ming Chiao Tung University, Taipei 112, Taiwan

⁴University of Taipei, Taipei 100, Taiwan

Abstract

Extrapyramidal syndrome (EPS) is a recognized adverse effect of antipsychotic drugs, particularly in dementia patients. There is emerging evidence suggesting that combining traditional Chinese medicine (TCM) with antipsychotic drugs may exacerbate this risk. We selected traditional TCMs that had been previously identified in adverse drug reaction studies as more likely to cause side effects—namely Bupleurum (Chai Hu), Gardenia (Zhi Zi), Schisandra (Wu Wei Zi), Rehmannia (Shu Di Huang), and Plantago (Che Qian Zi)—for combined use with antipsychotic medications (Flunarizine, Cinnarizine, Risperidone, Olanzapine, Quetiapine) as subjects for our study.

This retrospective cohort study evaluated the risk of EPS associated with the concurrent use of TCM and antipsychotic drugs in dementia patients. A total of 74,558 patients who received antipsychotic therapy were classified into three groups: those who used high-risk TCM (n = 3,544; 4.8%), those who used other TCMs (n = 11,826; 15.9%), and those who did not use TCM (n = 59,188; 79.4%).

After adjusting for age, gender, insured amount, urbanization level, and comorbid diseases, the hazard ratio (HR) for EPS was 1.12 (95% confidence interval (CI) 0.93-1.31; $p > 0.05$) in patients using high-risk TCM compared to those not using TCM. However, patients using high risk TCM for more than 60 days exhibited a significantly higher risk, with an aHR of 2.06 (95% CI: 1.60-2.52; $p = 0.01$). Patients with a dementia duration exceeding five years who concurrently used high-risk TCM and antipsychotic drugs exhibited an elevated risk of EPS, and the aHR was 2.31 (95% CI: 1.87-3.41; $p = 0.01$).

The findings suggest that the long-term combination of TCM and antipsychotic drugs in dementia patients significantly could increase the risk of developing EPS. These results underline the importance of cautious use of TCM in conjunction with antipsychotic medications in this vulnerable population.

Keywords : Dementia, Antipsychotics, Adverse drug reactions, Extrapyramidal syndrome, Herbal-drug interaction

《台灣中醫醫學雜誌》稿約

西元2024年07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) Lebrech 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、 μm 、L、dL、mL、kg、g、mg、 μg 、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、鄔良：《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：《本草述鈞元》（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；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

※每卷第一期於 8月 31日出刊，稿件於同年 6月 30日截止收件，第二期於 2月 28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 8 月第二十一卷第一期試題

選擇題：



- () 1. 清冠止咳一號的主要功效不包括以下哪一項？
(A) 祛痰 (B) 清熱解毒 (C) 增強免疫力 (D) 止咳
- () 2. 清冠止咳一號中不包含哪一種中藥成分？
(A) 麻黃 (B) 枇杷葉 (C) 黃芪 (D) 杏仁
- () 3. 長時間的慢性咳嗽可能會對哪一個部位造成後續傷害？
(A) 腸胃 (B) 呼吸道 (C) 腎臟 (D) 心臟
- () 4. 新冠肺炎後遺症的機轉可能不包括以下哪一項？
(A) 自體免疫疾病 (B) 慢性氧化應激 (C) 線粒體功能障礙 (D) 甲狀腺功能亢進
- () 5. 針藥並用治療乳癌化療後周邊神經異常感覺病例報告中化學治療誘導的周邊神經病變 (CIPN) 是由於什麼原因引起的？
(A) 微管動力學損害 (B) 增強的免疫反應 (C) 血壓升高 (D) 脂肪代謝異常
- () 6. 針藥並用治療乳癌化療後周邊神經異常感覺病例報告中目前針對周邊神經病變的常規治療包括以下哪一項？
(A) 抗生素 (B) 抗癲癇藥物 (C) 抗病毒藥物 (D) 消炎藥物
- () 7. 依據〈淺論東方主義與中醫的「科學性」—從一場辯論談起〉，作者認為經絡的概念應解釋為？
(A)血管 (B)身體內能量的通道 (C)脈 (D)氣。
- () 8. 依據〈淺論東方主義與中醫的「科學性」—從一場辯論談起〉，摸岩漿之後才知道噴發中的火山是燙的，是：
(A)理性主義 (B)經驗主義 (C)建構主義 (D)女性主義
- () 9. 中藥與抗精神病藥物合併使用在失智症患者中的錐體外症候群風險中，失智症患者最為家屬和病人所困擾的精神和行為症狀不包括以下哪一項？
(A) 幻覺 (B) 妄想 (C) 攻擊性 (D) 以上皆是
- () 10. 承上題，在失智症患者的精神症狀治療中，中藥和其他替代療法的主要目的是什麼？
(A) 完全取代抗精神病藥物 (B) 增強抗精神病藥物的效果並減少副作用 (C) 用於非精神症狀的治療 (D) 提供患者更多選擇

通訊繼續教育申請書

申請人：

期別：第二十一卷·第一期

診所名稱：

身分證字號：

住址：

連絡電話：

積分生效日期：113 年 9 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 21-1 (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。
6. 本期通訊繼續教育申請書於 113 年 11 月 30 日截止收件。

國家圖書館出版品預行編目資料

台灣中醫醫學雜誌
Taiwan Journal of Chinese Medicine
黃澤宏 總編輯—— 臺北市：詹永兆，2002
面：菊八開 / 21 X 29.7 公分
ISSN 1684-1166
中醫藥論文

台灣中醫醫學雜誌 / 第二十一卷 · 第一期 /

創刊人：林昭庚
發行人：詹永兆
主編：黃澤宏
副總編輯：林舜毅
出版者：中華民國中醫師公會全國聯合會
地址：新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2
網址：www.twtm.tw
E-mail Address：sue201584@gmail.com
電話：(02)2959-4939
傳真：(02)2959-2499
印刷者：百智有限公司
地址：新北市中和區立德街 126 號 2 樓
電話：(02)2225-4933
出版日期：2024 年 8 月
中華郵政板橋雜字第 221 號
板橋郵局許可證板橋字第 1972 號
登記證登記為雜誌交寄

