



妥瑞氏症併過敏鼻炎的中醫治療

～妥瑞氏症555例的中醫療效分析～

林寶華

林寶華中醫診所

摘要

妥瑞氏症的治療、控制都困難，因此醫師們建議「瞭解接受疾病比藥物治療更為重要^[1]」，希望家長、老師、親友、心理社工師一起幫忙病人渡過病情嚴重時期。

本臨床研究採中醫門診治療妥瑞氏症病人，樣本數1000病例，依序診療，不分組，無隨機，無盲法；療效評估採國際公認的“耶魯抽動症整體嚴重程度量表（Yale Global Tic Severity Scale, YGTSS）”評分^[4]；本臨床研究不做實驗室研究，因為即使可以設計小動物的各種運動型抽動（motor tics），但是不能設計多變化的聲語型抽動（vocal tics），更難設計小動物的精神認知障礙。

本臨床研究也要治療病人的個人疾病，包括頭痛、鼻衄、鼻炎、口瘡、皮膚病、血銅離子偏高、睡夢遊、睡尿床等。本臨床研究將療效追蹤期延長，以病人痊癒為目標。

妥瑞氏症病人併發過敏性鼻炎者頗多，據統計約有一半以上^[2]。中醫治療用藥，證屬濕熱瘀邪者，宜清熱消腫、祛風解表；若證屬氣虛濕邪者，宜燥濕溫中、健脾益氣。

筆者將妥瑞氏症的辨證分為肝陽上亢和陰虛風動兩型。肝陽上亢型的治療方劑採用黃連解毒湯、建瓴湯等加減。陰虛風動型採知柏地黃湯、建瓴湯加減；若病情兼臟躁症者宜加入甘麥大棗湯、半夏厚朴湯^[3]。

樣本收集自2004年8月至2009年12月31日，在妥瑞氏症病人依序前1000人，排除併有舞蹈症、肝豆狀核變性、癲癇、腦腫瘤及其它錐體外系等中樞神經疾病患者16人；排除併有明顯強迫症、自閉症、憂鬱症等精神障礙者36人；剔除未服藥者2人（0.2%），服中藥不足30天有無療效皆歸為隨訪者有391人；剩餘參與療效分析之病人數為555人。研究結果為：

1. 本臨床研究555人參與療效分析之性別：男性474人，女性81人。
2. 病例以100天為一療程，最長治療10個療程；各療程間的療效無明顯差異，說明療效與療程無關。
3. 將病程在20年以內以5歲為一間隔進行分組，20歲以上以10歲為一間隔



進行分組；組間療效無顯著差異，說明療效與病程無關。

4. 本組以發病年齡在 7-12 歲為高發，占 60.36%，療效以 0-7 歲發病的患者組最好。
5. 本組病例經治療前後的 YGTSS 整體嚴重程度判斷評分，進行卡方檢驗，具有明顯的差異，說明中藥治療對抽動症有明顯的改善作用。
6. 本研究病例肝陽上亢型 411 例，陰虛風動型 144 例。中藥治療後肝陽上亢型改善率為 93.43%，陰虛風動型為 90.28%，兩組間沒有顯著差異，說明中藥對證治療是同樣可以改善妥瑞氏證的整體嚴重程度。
7. 妥瑞氏症抽動程度評估分為 7 種類型，中藥對這 7 種類型的療效有明顯的不同，主要效果依序為 (A) 對整體損害嚴重程度評判、(B) 運動型抽動頻率、(C) 運動型抽動對生活及行為、(D) 運動型抽動複雜性及 (E) 運動型抽動強度有很好的療效。
8. 本臨床研究以 YGTSS 評分為：
 - (1) 痊癒（減分率 \geq 95%）：14 人（2.5%）。
 - (2) 顯效（減分率 \geq 66%， $<$ 95%）：331 人（59.7%）。
 - (3) 有效（減分率 \geq 33%， $<$ 66%）：195 人（35.1%）。
 - (4) 無效（減分率 $<$ 33%）：15 人（2.7%）。
 - (5) 總有效例（率）（完全緩解數+顯效數+有效數）：540 人（97.3%）。

本臨床研究得出以下結論：

1. 本臨床研究治療妥瑞氏症總有效率為 97.3%，說明中藥可以有效治療妥瑞氏症。
2. 中藥的療效與療程無關。
3. 中藥的療效與病程無關。對任何病程的患者都是有效的。
4. 中藥的治療，發病年齡越小，療效越好。
5. 中藥治療對抽動症有明顯的改善作用。
6. 中藥對兩證型均有良好的治療作用。
7. 中藥治療對整體損害嚴重程度評判、運動型抽動頻率、運動型抽動對生活及行為、運動型抽動複雜性及運動型抽動強度有很好的療效。

關鍵詞：抽動症、多發性抽動症、妥瑞症、Tourette syndrome。

一、前言

“著猴症”是閩南話，乃一種台灣民間熟知、難治的怪病。在古代中醫是屬於「驚風症」、「瘧風」、「筋惕肉瞤」的範疇，中國大陸現在稱為“多發性抽動症”、“抽動穢語綜合症”；這就是西醫的妥瑞氏症（Tourette Syndrome）



〔8〕，為紀念1885年法國妥瑞醫生（Gilles de la Tourette）提出八個不同於其他運動神經異常的病例報告；百年來，西藥的療效仍是不穩定。

世界各國、各色人種、寒溫熱帶地區都有小孩罹患妥瑞氏症候群；這病是腦部的功能障礙，初發病大多數在幼童期，當學齡期常須面對同學戲謔、衝突，同儕相處困難；若服精神科藥而神識昏沈，可能影響學業；嚴重者摔撞自傷、狂叫穢語。有少數學童被迫休學，少數成人離開職場。

二、妥瑞氏症文獻綜述

（一）三百年前類似妥瑞氏症的中醫記載〔6〕

醫宗金鑑幼科雜病心法記載：「驚風八候，搐、搦、掣、顛、反、引、竄、視。

搐謂肘臂伸縮，搦謂十指開合，掣謂肩頭相撲，顛謂手足動搖，反謂身仰向後，引者手若開弓，竄則目直而似怒，視則睛露而不活。

此候急驚、慢驚皆見之，虛實無所異焉，治者宜切記之。」

（二）近年來常見的妥瑞氏症狀〔5-8〕

1. 神經動作障礙

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

2. 情緒精神和認知障礙

妥瑞氏症病人出現的情緒、精神障礙；也可有「認知功能的缺失」〔5〕依據神經影像學研究，可能是額葉和基底核的聯繫出現問題，導致無意義的單一種症狀或併發數種症狀，如「翻白眼、怪相、吐舌、咬舌、吐痰、噴口水、地上翻滾、撞頭、打頭、敲桌子、自傷、傷人、砸物、咬衣服、手摸物品再快速近鼻聞嗅之、穢語、聲語症（狂叫、狗吠聲、鳥叫聲、鴨叫聲、單字、詞）」等。

3. 反社會心態行為

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

4. 聲語症

「聲語症」是妥瑞氏症病人的特殊症狀。患者口中發出的穢語、狗叫聲、貓



叫聲、鳥叫聲、鴨叫聲、豬叫聲，和中文、英文、其它語言的單字、詞等；都是病人曾經學過或聽過，由潛意識叫出來；嚴重時每一或二秒即連續重複、無意義的發出聲音。但是病人的思緒並未受到影響，當醫生問他問題，患者能夠馬上回答，回答後仍繼續發出聲語。

5. 病人在社會的生活困難程度增加

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

(三) 妥瑞氏症併發症

- (1) 妥瑞氏症病人若併有他症，常使病情更加嚴重複雜。例如合併強迫症、自閉症、憂鬱症、威爾森氏症（肝病和腦病）等。
- (2) 妥瑞氏症也常有注意力不集中、躁動不安、鼻炎、口腔黏膜潰破、幻覺、睡夢遊、頻尿、尿床、頸椎滑脫移位、傷害自己、反社會行為等病狀。
- (3) 妥瑞氏症病人的初發作症狀常是各人不同，當症狀減輕或消失一段時間後，又突然發作原來症狀或新症狀。也常有鼻炎症狀，醫生以過敏性鼻炎治之卻無效〔2〕。

(四) 妥瑞氏症的西醫病因〔7,8,12〕

1. 遺傳因素

- (1) 依據美國妥瑞氏症協會（TSA， Tourette Syndrome Association）的歸納整理，遺傳可能是由帶有此基因的雙親（父親、母親或雙親都有）傳遞至後代子孫（也許是男性，亦可能是女性），且表現的方式及程度在不同代間會有不同的差異。
- (2) 如果父親或母親其中一人是妥瑞氏症基因的帶原者，則約有50%機會生出的小孩也有tic。重要的是，並不是擁有妥瑞氏症候群基因的小孩都會顯現妥瑞氏症候。

2. 神經傳導因素

- (1) 有學者認為本症是由於紋狀體多巴胺（Dopamine）活動過度或是突觸後多巴胺受體超敏所致。也有學者認為抽動障礙與去甲腎上腺素（NE）及5-羥色胺（5-HT）功能失調有關。
- (2) 另有學者認為妥瑞氏症是多巴胺功能不平衡所致，可能導因於多巴胺過多或過少〔25〕。



3. 心理社會因素

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

4. 器質性因素

抽動障礙可能因孕婦生產時的損害，例如產傷、窒息等有關〔6~5〕。

5. 額葉控制力減弱〔13〕

由於額葉與大腦其他地方都有密切聯結，妥瑞氏症病人額葉對尾狀核的控制力減弱，奇怪的行為於是跑了出來，許多行為與額葉症候群十分相似。這些行為通常都是社會所無法接受的壞行為，使得這些病人遭受側目與歧視，甚至被毆打。

(五) 妥瑞氏症的中醫病因

1. 火邪引起神經精神疾病

黃帝內經素問至真要大論第七十四，帝曰：「願聞病機何如？」岐伯曰：「……諸熱瞀瘖，皆屬於火；諸禁鼓慄，如喪神守，皆屬於火；諸逆沖上，皆屬於火；諸燥狂越，皆屬於火。」

2. 心熱肝盛而觸驚受風

醫宗金鑑描述「心藏神，心病故主驚也。肝屬木，肝病故主風也。若心熱肝盛而觸驚受風，則風火相搏，必作驚風之症。」

3. 諸風掉眩，皆屬於肝

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

4. 氣滯風邪痰飲和先天因素

近代中國中醫學者將妥瑞氏症候群的病因歸納為：

- (1) 氣滯：幼兒性情固執，以致木失條達，氣機不暢，鬱結不展，久而化火生風，出現肢體抽動。
- (2) 風邪：五志化火或六淫引發以致風陽暴張，出現不自主動作，頻繁有力。或抽動日久，陰血內耗，水不涵木，致陰虛風動，筋脈攣急。



(3) 痰飲：素體較胖或喜食肥甘而生痰，痰火上擾，矇蔽清竅故出現肢體搖動。

(4) 先天因素：懷孕期間母受驚恐或情志失調，或因產傷導致胎兒受傷〔6-5〕。

5. 火旺陰虛

部分學者認為本病是由於肝、心、腎三臟功能失調，常表現為火旺陰虛〔11〕。風、火、痰、濕聚於體內雜合為病，其特點是病情複雜，往往是三臟合病，虛實並見，且證候時輕時重，變化多端。在治療上以清肝瀉火、熄風鎮驚、清火滌痰、平肝安神來治療本病。

(六) 妥瑞氏症的西醫治療

1. 西醫內科藥物治療妥瑞氏症效果不穩定

(1) 現代醫學認為妥瑞氏症的中樞神經傳導物質出現障礙，主要是多巴胺 (dopamine) 和血清素 (serotonin) 的代謝異常。

(2) 理論上用於治療Tic症狀的藥物分為 (A) 抗血壓劑如 Clonidine (Catapres)。 (B) 三環抗憂鬱劑如 Tenwx、Desipramine、nortipyline、imipramine、amitriptyline。 (C) 選擇性血清素再吸收抑制劑如 Luvox、Prozac。 (D) 抗精神藥物如haloperidol (Haldol)、pimozide (Orap)、Risperidone。

2. 西醫外科手術控制妥瑞氏症病情嚴重者

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

3. 多達 30% 以上的妥瑞氏症病人在成年後未癒〔8〕

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

4. 病情嚴重的妥瑞氏症會轉為長期精神病患

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



三、中醫治療妥瑞氏症

(一) 妥瑞氏症的中醫證型分析

1. 學者調查中醫診斷妥瑞氏症的證型頗多

衛生署中央健保局中區分局曾委託中醫學者調查研究中醫治療妥瑞氏症的證型方藥，在 2006 年提出“妥瑞症 (Tourette's syndrome) 中醫療法之探討”報告：該病在中醫學中屬“肝風”、“癩癧”、“慢驚”等範疇，在臨床辨證上，認為陰虛陽亢是本病的主要發病機理，肝風痰火是主要致病因素，各醫家診察之證型不一。

2. 北京中醫藥大學醫師分為肝亢風動、痰火擾神、脾虛肝亢、陰虛風動四型

1996 年北京中醫藥大學附屬東直門醫院兒科劉弼臣、王俊宏、陳丹、王洪玲醫師表示：「中醫對本病的辨證分型尚無統一標準。我們將本病分為肝亢風動、痰火擾神、脾虛肝亢、陰虛風動四型。」

3. 中西醫結合神經病學分為肝氣鬱結、肝風內動、痰火擾神、陰虛風動四型

1999 年孫怡、楊任民等學者編著之“實用中西醫結合神經病學”將妥瑞氏症分為肝氣鬱結、肝風內動、痰火擾神、陰虛風動四型。

4. 中國高校教材分為腎陰虧損、肝風內動兩型

中國汪受傳主編新世紀全國高等中醫藥院校規劃教材-中醫兒科學制定，將妥瑞氏症分為腎陰虧損、肝風內動兩型。

(二) 本臨床研究的主要中醫證型

表3-1 本臨床研究的治療法則、主要方劑、主要藥物組成

主要證型	治療法則	主要方劑	主要藥物組成	兼臟躁者加藥	備註
肝陽上亢	清熱解毒、鎮肝熄風。	黃連解毒湯、建瓴湯加減。	黃芩、黃連、黃柏、梔子。懷牛膝、山藥、生龍骨、生牡蠣、柏子仁、代赭石、生地、赤芍、天麻、全蠍、蜈蚣。	(1)甘麥大棗湯。(生甘草、浮小麥、紅棗) (2)半夏厚朴湯。(薑半夏、厚朴、茯苓、炒蘇子)	(1)依病情差異加減。 (2)“梔子”可不加入，少數病人久服會臉變青色，而血檢正常。
陰虛風動	滋養肝陰，潛鎮風陽，	知柏地黃湯、建瓴湯加減。	知母、黃柏、地黃、山茱萸、白茯苓、山藥、丹皮、澤瀉、生龍骨、生牡蠣、代赭石、白芍、天麻、全蠍、蜈蚣。		



(三) 妥瑞氏症的中醫治療處方〔7,9,10〕

1. 肝陽上亢

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

治法：清熱解毒。

方藥：黃連解毒湯加減。

2. 腎陰虛虧

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

治法：滋陰清熱。

方藥：知柏地黃湯加減。

3. 肝風內動

主證：「不自主動作」兼聲語症、幻覺、自傷、傷人者。

治法：重鎮熄風。

方藥：建瓴湯加減。

4. 氣虛血瘀

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

治法：益氣活血法。

方藥：補陽還五湯加減。

5. 氣滯血瘀

主證：自傷、頸椎滑脫裂傷、手腳肌肉麻木者。

治法：活血化瘀。

方藥：乳沒四物湯加減。

6. 痰濕壅盛

主證：清喉音、咽中炙嚮如鼻炎者。

治法：燥濕化痰。

方藥：溫膽湯加減。

7. 氣虛痰結

主證：七情鬱氣，凝滯阻塞。失志憂鬱，心神躁擾不寧。病有喜悲傷欲哭，



是神不能主情；象如神靈所憑，是心不能神明，即今之失志癲狂病也。

治法：補脾益氣散痰結。

方藥：半夏厚朴湯、甘麥大棗湯加減。

(四) 臨床治療的個別差異選藥

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

(五) 中醫治療妥瑞氏症的注意事項

1. 中醫須全方位治療妥瑞氏症和併發症

中醫治療妥瑞氏症病人的動作型抽動、聲語型抽動，也須治療情緒精神認治障礙如幻覺、撞頭、咬舌、砸物、傷人；也須一併治療個人疾病如頭痛、鼻衄、鼻炎、口瘡、血銅離子偏高、睡夢遊、睡尿床等。

2. 療效的追蹤時間要夠長

治療妥瑞氏症的臨床研究報告常遭受批評，因短期療效統計數值容易脫離患病事實，專家不能信服，其演繹、論述將無意義。

3. 臨床治療須兼具有效性和安全性

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

4. 妥瑞氏症病人的生活起居飲食宜忌

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



四、妥瑞氏症併眼鼻過敏的中醫治療

表4-1 (一) 妥瑞氏症可能與腦神經相關的症狀〔11,12〕

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

表4-2 (二) 妥瑞氏症可能與額葉認知障礙相關的症狀〔13〕

病 因	妥瑞氏症的相關症狀
額葉症候群和認知障礙	地上翻滾、撞頭、打頭、敲桌子、自傷、傷人、砸物、咬衣服、手摸物品再快速近鼻聞嗅之、穢語、聲語症。暴躁易怒、躁動、頂嘴、謾罵。臂抽動、扭手、腳抽動、趾抽動。



(三)兒童妥瑞氏症併發過敏鼻炎的中醫治療

1. 鼻炎常分為過敏性鼻炎及非過敏性鼻炎。非過敏性鼻炎可分為感染性和非感染性兩種，感染性鼻炎可分為病毒性鼻炎、細菌性鼻炎和鼻竇炎；非感染性鼻炎，以血管運動性鼻炎為最多。
2. 過敏性鼻炎病人的鼻子、眼睛、喉嚨常有搔癢感，常揉眼睛、揉鼻子和清喉嚨，也會連續性打噴嚏、流鼻水、鼻塞和有黑眼圈。病人若慢性鼻塞會造成張口呼吸、打鼾、嗅覺失靈、中耳炎、聽力減退、頭暈、頭痛或口臭等併發症，常造成病童無法集中注意力，上課無法專心。
3. 妥瑞氏症病人併發過敏性鼻炎者頗多，據統計約有一半以上。治療用藥，仍依傳統辨證論治處方，若涕稠色黃、鼻內瘰肉紅腫、會發作流鼻血，證屬濕熱瘀邪者，宜清熱消腫、祛風解表，選藥如辛夷、川芎、白芷、果本、蒲黃、銀花、板藍根、黃芩、黃連等；若鼻癢涕清、不發作流鼻血，證屬氣虛濕邪者，宜燥濕溫中、健脾益氣，選藥如辛夷、川芎、白芷、果本、白朮、木香、黃耆、丹參，或加少量乾薑、少量蜜麻黃、少量桂枝等；如果病人服用麻黃、桂枝一、二週後抽動增加，則去之。

五、結果與分析

(一)耶魯抽動症整體嚴重程度 (YGTSS) 判斷和療效評定^[4]

1. YGTSS整體嚴重程度判斷評分
抽動嚴重程度的判斷分三級：
(1) 輕度： <25 分。(2) 中度： $25\sim50$ 分。(3) 重度： >50 分。
2. YGTSS療效評定
臨床總療效按完全緩解、顯效、有效、無效四級評定。
療效減分率 = $1 - (\text{療後評分} / \text{療前評分} \times 100\%)$ 。
(1) 痊癒：完全緩解，症狀消失，減分率 $\geq 95.00\%$ 。
(2) 顯效：症狀大部消失，減分率 $\geq 66\%$, $<95\%$ 。
(3) 有效：症狀減輕，減分率 $\geq 33\%$, $<66\%$ 。
(4) 無效：症狀無變化，減分率 $<33\%$ 。
(5) 總有效率： $(\text{完全緩解數} + \text{顯效數} + \text{有效數}) * 100\%$ 。

(二)本臨床療效評估的設計

1. 臨床研究需確實反映病人長期的抽動情緒精神認知障礙減少或症狀消失

本臨床研究的方法以各病人之醫療全時程為統計範圍。因國際醫界公認妥瑞



氏症容易復發症狀和更換症狀，病人短期服藥後的症狀減少或症狀消失，常僅是假象；更有不少病人短期服西藥症狀減少，誤以為病已減輕，長期服藥其症狀反而升高；顯示精神科西藥的療效令人不安。因此，臨床治療包含腦神經抽動、情緒、精神、認知障礙的妥瑞氏症，其療效是緩解或痊癒，須有長時間的追蹤與證實。

2. 本臨床研究的觀察期和治療期

- (1) 本臨床研究採「病人可自我判斷病情而決定其治療服藥日數」，並無強制其服藥治療，由輕症者治療三個月、半年；重症者治療一年或二年以上的最後治療成果，評估個人的最後療效。
- (2) 本研究自 2004 年 8 月起，統計採各病人之初診日為起始日，病人有連續治療者，也有症狀減輕、消失停診數月、一年後，又發作症狀來續診者；統計截止日為各人最後一次門診日，若仍續治療者之最後統計截止日為 2009 年 12 月 31 日。抽動症狀評估在初診、最後診各一次。

(三) 病例分析

1. 本臨床研究妥瑞氏症病例收集時間：自 2004 年 8 月至 2009 年 12 月 31 日，計 5 年 4 個月。
2. 本臨床研究妥瑞氏症門診人數依序前 1000 人，男性 829 人，女性 171 人。
3. 排除併舞蹈症、肝豆狀核變性、癲癇肌陣攣、腦腫瘤及其它錐體外系等中樞神經疾病患者：16 人。
4. 排除併有明顯強迫症、自閉症、憂鬱症等精神障礙者：36 人。
5. (1) 剷除者：患者不接受治療，有 2 人 (0.2%)。
(2) 隨訪者：服中藥不足 30 天者皆列入隨訪，有無療效共 391 人。
6. 上列四項同時有兩項以上者，每人只列入一項。在前者優先。
7. 中醫證型分析屬肝陽上亢型是 712 人，陰虛風動型是 288 人 (表 5-1)。
8. 依序前一千人中 19 歲以上者是 109 人 (表 5-2)。
9. 初發病年齡在 10 歲以下者是 870 人 (表 5-3)。
10. 初診時的病程在 3 年以下者是 622 人 (表 5-4)。
11. 本臨床研究參與療效分析之病人數：555 人 (表 5-5)。結果如下：

	1. 肝陽上亢	2. 陰虛風動	合計
男	598 (59.8%)	231 (23.1%)	829 (82.9%)
女	114 (11.4%)	57 (5.7%)	171 (17.1%)
合計	712 (71.2%)	288 (28.8%)	1000 (%)



表 5-2 1000 病例性別和初診年齡組分析

初診年齡組	男	女	合計
0-6歲 (幼園)	96	30	126 (12.6%)
7-12歲 (小學)	487	97	584 (58.4%)
13-18歲 (中學)	159	22	181 (18.1%)
19歲以上 (成人)	87	22	109 (10.9%)
合計	829 (82.9%)	171 (17.1%)	1000 (100%)

表 5-3 1000 病例性別和初發病年齡分析

初發病年齡	男	女	合計
0-2歲	21	6	27 (2.7%)
3-4歲	84	15	99 (9.9%)
5-6歲	217	57	274 (27.4%)
7-8歲	233	44	277 (27.7%)
9-10歲	172	21	193 (19.3%)
11-12歲	61	10	71 (7.1%)
13-14歲	24	9	33 (3.3%)
15-16歲	9	3	12 (1.2%)
17歲以上	8	6	14 (1.4%)
合計	829 (82.9%)	171 (17.1%)	1000 (100%)

表 5-4 1000 病例病程和性別分析

病程	男	女	合計
<1年	170	58	228
1年	108	25	133
2年	135	19	154
3年	86	21	107
4年	77	10	87
5年	60	8	68
6年	53	5	58
7年	23	3	26
8年	16	3	19
9年	14	1	15



10年	8	4	12
11-15年	32	4	36
16-20年	21	4	25
21-30年	20	5	25
31-40年	3	1	4
44年	1	0	1
50年	1	0	1
63年	1	0	1
合計	829	171	1000

表 5-5 臨床的病例分析

	(1) 排除併 舞蹈症、 肝豆狀核 變性、癲 癇、腦瘤 等。	(2) 排除併 有明顯強 迫症、自 閉症、憂 鬱症等精 神障礙 者。	(3) 剝除者	(4) 隨訪者 (服藥不足 30天者)。	(5) 本臨床 研究參與 療效分析 之病人 數。	(6) 合計
病例數	16	36	2	391	555	1,000
病例比率	1.6%	3.6%	0.2%	39.1%	55.5%	100%

(四)療效分析

1. 總有效率

本臨床研究參與療效分析之性別分析：男性 474 人（85.4%），女性 81 人（14.6%）。總療效為 97.29%（表 5-6）。

表 5-6 555 例患者總療效表

療效等級	判定標準（減分率）	人數	比例（%）
痊癒	≥95%	14	2.52
顯效	≥66%，<95%	331	59.64
有效	≥33%，<66%	195	35.14
無效	<33%	15	2.70
合計	—	555	—
有效率			97.30



2. 療程與療效

本組病例以 100 天為一療程，最長治療 10 個療程。各療程間的療效無明顯差異 ($X^2 = 2.908, P > 0.05$)。說明療效與療程無關 (表 5-7)。

療程(天)	痊癒	顯效	有效	無效	合計	有效率
<99	2	121	106	8	237	96.62%
<199	4	87	44	4	139	97.12%
<299	5	45	15	2	67	97.01%
<399	1	22	12	0	35	100.00%
<499	0	18	8	1	27	96.30%
<599	0	10	4	0	14	100.00%
<699	0	10	2	0	12	100.00%
<799	1	3	1	0	5	100.00%
<899	1	9	2	0	12	100.00%
<999	0	4	0	0	4	100.00%
<1099	0	0	1	0	1	100.00%
>1100	0	2	0	0	2	100.00%
合計	14	331	195	15	555	97.30%

3. 病程與療效

將病程在 20 年以內以 5 歲為一間隔進行分組，20 歲以上以 10 歲為一間隔進行分組，組間療效無顯著差異 ($X^2 = 2.674, P > 0.05$)。說明療效與病程無關 (表 5-8)。

病程(年)	痊癒	顯效	有效	無效	合計	有效率
<1	6	79	38	2	125	98.40%
<=5	8	192	102	11	313	96.49%
<=10	0	39	29	2	70	97.14%
<=15	0	7	14	0	21	100.00%
<=20	0	7	7	0	14	100.00%
<=30	0	5	5	0	10	100.00%
>31	0	2	0	0	2	100.00%
合計	14	331	195	15	555	97.30%



4. 發病年齡與療效

本組以發病年齡在 7-12 歲為高發，占 60.36%，其次是 13-18 歲，占 18.02%。4 個年齡組的療效明顯不同 ($X^2 = 44.68, P < 0.001$)。療效以 0-7 歲發病的患者組最好，為 100%，與 2-12 歲、13-18 歲組有明顯的區別 ($X^2 = 0.078, P > 0.05$)，雖然大於 19 歲的有效率也在 100%，但其發病患者數量較少，僅為 9.55%。說明本病發病年齡越小，療效越好（表 5-9）。

表 5-9 初診年齡與療效分析表

初診年齡	痊癒	顯效	有效	無效	合計	有效率
0-7 歲	1	51	15	0	67	100.00%
7-12 歲	13	207	103	12	335	96.42%
13-18 歲	0	49	48	3	100	97.00%
>19 歲	0	24	29	0	53	100.00%
合計	14	331	195	15	555	97.30%

5. 藥物對抽動症的改善的影響

本組病例，經治療前後的 YGTSS 整體嚴重程度判斷評分，進行卡方檢驗，具有明顯的差異 ($X^2 = 903.339, P < 0.001$)。說明中藥治療對抽動症有明顯的改善作用（表 5-10）。

表 5-10 治療前後 YGTSS 整體嚴重程度判斷評分表

	輕度 (0-24 分)	中度 (25-50 分)	重度 (51-100 分)
治療前	0 (0%)	55 (9.91%)	500(90.09%)
治療後	408 (73.51%)	134(24.14%)	13(2.34%)

6. 中醫辨證與療效

本組病例肝陽上亢型 411 例，陰虛風動型 144 例。兩組間的療效無顯著差異 ($X^2 = 1.276, P > 0.05$)（表 5-11）。中藥對兩證型均有良好的治療作用，中藥治療後 YGTSS 改善率達 92.61%，其中肝陽上亢型改善率為 93.43%，陰虛風動型為 90.28%，兩組間沒有顯著差異 ($X^2 = 1.123, P > 0.05$)，說明中藥對證治療是同樣可以改善妥瑞氏證的整體嚴重程度（表 5-12）。

表 5-11 證型與療效分析表

證型	痊癒	顯效	有效	無效	合計	有效率
肝陽上亢	10	240	148	13	411	96.84%
陰虛風動	4	91	47	2	144	98.61%
合計	14	331	195	15	555	97.30%



表 5-12 不同證型 YGTSS 整體嚴重程度改善狀況分析表

證型	有效	無效	合計	改善率
肝陽上亢	384	27	411	93.43%
陰虛風動	130	14	144	90.28%
合計	514	41	555	92.61%

7. 各種抽動類型的妥瑞氏病療效分析

妥瑞氏症抽動程度評估分為 7 種類型，中藥對這 7 種類型的療效有明顯的不同 ($X^2 = 2539.279, P < 0.001$)。主要效果依序為 (1) 對整體損害嚴重程度評判、(2) 運動型抽動頻率、(3) 運動型抽動對生活及行爲、(4) 運動型抽動複雜性及 (5) 運動型抽動強度有很好的療效 (表 5-13)。

表 5-13 各種抽動類型的妥瑞氏病療效分析

類型	$\geq 95\%$	$\geq 66\%$	$\geq 33\%$	$< 33\%$	合計	有效率
運動型抽動數量	46	74	277	151	548	72.45%
運動型抽動頻率	46	41	418	11	516	97.87%
運動型抽動強度	46	41	417	44	548	91.97%
運動型抽動複雜性	45	35	425	43	548	92.15%
運動型抽動對生活及行爲的影響程度	46	46	417	39	548	92.88%
發聲型抽動	173	64	33	107	377	71.62%
整體損害嚴重程度評判	267	214	63	11	555	98.02%

8. 不良反應評價和脫落情況

療效分析的 555 例妥瑞氏症病人，評價過程未發現不良反應和脫落病例。

六、討 論

(一) 治療妥瑞症要避免含重金屬的中藥

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

(二) 妥瑞症病童服中藥不傷害肝腎且發育正常

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



(三) 病人誤解媒體報導而害怕服中藥

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

(四) 父母的態度影響病人的治療能否成功

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

(五) 典型案例

1. 頭戴保護罩的妥瑞氏症中學生

- (1) 2004/10/22:初診，1991年生，13歲，男。在頭上戴保護罩的患者，發作劇烈，堪稱是最嚴重的患者，也是教育局專人輔導關懷的學生。
- (2) 在8歲患妥瑞氏症，服西藥五年，常請假未上學，現就讀國中二年級特教班。會抓、撞母親，使母親多處受傷，但發作後常須抱著母親。在患者處於正常狀態時，是個能言善道、談吐風趣、思路清楚、反應敏捷的孩子。
- (3) 經西醫磁共振造影和腦電圖檢查，未發現異常。曾住院二次。
- (4) 初診時怪叫聲很大、恐懼、摔倒、狂叫、詈罵。約十分鐘狂叫摔倒一次、有自傷行為。在自傷行為後，意識神色猶如常人說說笑笑。對電腦鍵盤有恐懼感，已摔壞家中三個鍵盤，初診時多次作勢要砸醫師的電腦鍵盤。舌苔黃並覆淺白苔。曾服西藥每日多達18粒。現服西藥(1) Trihexyphenidyl, hcl, 2mg 早晚服用，每次2粒。(2) Haloperidol, 5mg, 早晚服用，每次2粒。(3) Bupropion, 150mg, 早晚服用，每次半粒。
- (5) 精神處於亢奮狀態。在初診的候診、診察、診後領藥約40分鐘內，共發生多次狂叫、哭喊、欲撞牆突然停止、在患者座椅突然躍起等動作。並有嚴重的地上翻滾七次以上，由其母親緊緊拉住，每次約1—2分鐘。



- (6) 中醫治療後，在 2005/02/14 開學日即能正常上課，在 02/23 門診時第一次不必抱或拉著母親。04/25 起脫掉頭箍，頭不再晃。
- (7) 2006 年 9 月進入新學校，自行上下學。
- (8) 初診至 2006/11/03 共 742 天，服中藥 703 天。
- (9) 2007/07/21 電詢：病情未加重。未服精神科西藥，讀書正常，功課中等。
- (10) 2008/05/14 複診：停診約 546 天，曾服鋅片三個月，自服他人介紹藥粉。現症狀是上半身抽動，叫聲偶發作。複診三次共 34 日藥，病人已嫌藥苦拒服，家長以其病情已不影響讀書，就不再勉強他。
- (11) 耶魯抽動症整體嚴重程度量表評分：自初診至 2008/06/09 共 1324 天，服中藥 865 劑，西藥併服 451 天遞減停。本病例是許多治療妥瑞氏症醫生公認的中醫療效典範，但依耶魯抽動症整體嚴重程度量表評分，療效減分率僅 66%。(表 6-1)

表 6-1 頭戴保護罩的中學生依耶魯抽動症整體嚴重程度量表評分

	1.運動型抽動數量	2.運動型抽動頻率	3.運動型抽動強度	4.運動型抽動複雜性	5.運動抽動對生活干擾程度	6.發聲型抽動評分	7.整體損害其社會困難程度	評分小計
治療前評分合計	5	5	5	5	5	25	50	100
治療後評分合計	2	3	3	3	3	10	10	34
療效減分率 = 1 - (療後評分 / 療前評分 × 100%)	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	66%

2. 2歲發作妥瑞氏症逐年嚴重的孩子

- (1) 簡述：1996 年生，8 歲，男。動作和聲語型抽動。2 歲即發作妥瑞氏症，病 6 年，服西藥 6 年，臉色恍白，戴口罩隔音，曾抽動嚴重而住院、請假。服 14 劑後復學。
- (2) 2004/10/30：初診，目前服 Bupropion、risperdone、clonidine、Prozac、Baclofen、Cetirizine。因狂叫影響他人，已請假二星期。在診間患者哼叫頻繁，戴口罩隔音，躁煩、易怒、罵髒話頻頻、兩肩和全身抖動不停。舌紅、臉色恍白、尖叫聲很大。喜歡冷飲。



- (3) 多年來曾有數次停服或減服西藥，病症隨即增劇，藥量也加多，使這年輕的媽媽精神緊繃、焦慮、憂心、無奈又無助。
- (4) 雖每天服西藥，仍因狂叫、手腳抽動劇烈於 2004 年 10 月住院三天，此後開始戴口罩。
- (5) 2004/11/12：已去上學。症狀減，約 5 秒叫 1 次、頭甩動、兩手抽動。偶穢語。仍每日吃西藥 4 次，因既有經驗，不敢減服或停服西藥。
- (6) 2004/12/10：臉色仍恍白、無叫聲，仍有晃頭、努嘴。家長遞減給服西藥，終於在這星期下定決心，多年來再度嘗試停服西藥，媽媽仍憂心症狀反彈。
- (7) 2005/04/11：最近二個月未回診。因小孩常拒絕苦澀的中藥，母親就帶去某處服「生化科技藥品」，但是症狀反而增加。現在仍肩抖、手抖，涕多，頻尿，聲語。
- (8) 2005/05/20：(已服藥 147 劑) 在診所時叫聲減少，但在家裏仍有聲語。國文 78、數學 80、社會 75 分。
- (9) 2008/07/18：曾 3 個月無症狀，偶“幹”聲、上半身抽動。
- (10) 2009/01/05：曾 5 個月無症狀，近日偶有搖頭、頻眨眼、吐舌、輕微噁聲。
- (11) 療效評估：自初診至 2009/01/05 共 1526 天，服中藥 742 劑，西藥併服 35 天遞減停。依耶魯抽動症整體嚴重程度量表評分，療效減分率是 85%。(表 6-2)

表 6-2 2 歲發作逐年嚴重的孩子依耶魯抽動症整體嚴重程度量表評分

	1.運動型抽動數量	2.運動型抽動頻率	3.運動型抽動強度	4.運動型抽動複雜性	5.運動抽動對生活干擾程度	6.發聲型抽動評分	7.整體損害其社會困難程度	評分小計
治療前評分合計	4	5	5	5	5	25	50	99
治療後評分合計	2	2	2	2	2	5	0	15
療效減分率 = 1 - (療後評分 / 療前評分 × 100%)	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	85%



七、結論

本臨床研究得出以下結論：

1. 本臨床研究治療妥瑞氏症總有效率為 97.3%，說明中藥可以有效治療妥瑞氏症。
2. 中藥的療效與療程無關。
3. 中藥的療效與病程無關。對任何病程的患者都是有效的。
4. 中藥的治療，發病年齡越小，療效越好。
5. 中藥治療對抽動症有明顯的改善作用。
6. 中藥對兩證型均有良好的治療作用。
7. 中藥治療對整體損害嚴重程度評判、運動型抽動頻率、運動型抽動對生活及行爲、運動型抽動複雜性及運動型抽動強度有很好的療效。

八、致謝

感謝卓播臣老師、林昭庚教授、李政育老師、石岩副校長、江漢光主任、蔣永孝主任、馬辛一主任、黃文盛主任、葉啓斌主任指導。（完稿：2010年4月）

參考文獻

1. 台灣新生報,記者蔡清欽報導.治妥瑞症 一關懷重於藥物.網路;2010/02/03.
2. 沈淵瑤.認識小兒神經系統疾病.台北;華成圖書出版,2002:175.
3. 李政育.中醫腦神經治療學.台北;啓業書局,2001:27-49.
4. WikiTeamWork.測驗與診斷實務/習慣與抽動.網路,
5. 林昭庚.中醫藥發展史.台北;國立中國醫藥研究所,2005.
6. 吳謙等（清朝乾隆，1742年）.醫宗金鑑內科幼科雜病心法.台北;大中國圖書公司,1979:驚風門20-25.
7. 孫怡,楊任民.實用中西醫結合神經病學.中國;人民衛生出版社,2000:80,559-567,99-100,447-451,531-535,511-520,559-566.
8. 王輝雄,郭夢菲.超越又抖又叫妥瑞症.台北;台灣妥瑞症協會,2007：13、17、25-29、209-214、221-231.
9. 孫孝洪.中醫治療學原理.台北;知音出版社,1992:99-100,319-320.
10. 李政育.中醫治療內分泌異常與神經精神病.2003.
11. Kenneth W. Lindsay PhD FRCS Ian Bone MRCP (UK) FRCP (G),張寓智譯.圖解神經醫學及神經外科學.台北;合記圖書出版,2004：96,349,351-359.
12. 羅忠愷,陳榮基.神經診斷學.台北;護望出版,2001:309,315,441,454.
13. Elkhonon Goldberg,洪蘭譯.大腦總指揮.台北;遠流出版.2005:245-248,264.



附錄：中醫治療妥瑞氏症的耶魯整體嚴重程度評量表參考表

林寶華中醫診所治療妥瑞氏症依YGTSS耶魯抽動症整體嚴重程度量表評分記錄								
A.本診所妥瑞病例編號：		B.性別（男1、女2）：		C.初診年齡（初診年－出生年）：		歲		
D.治療前評分(初診)日期： 年 月 日			E.治療後評分(最後診次)日期： 年 月 日					
F.病程史（初診年月－初發作年月）： 年 月								
G.觀察期（最後診日－初診日）： 年 月								
H.治療日數（統計初診至最後診次前1日之取服中藥日數）： 日								
I.服中藥併服西藥日數： 日								
1、 運動型 抽動	1.1數量	無抽動： 0分	單一抽動： 1分	不同形式抽動 2~5種：2分	不同形式抽動 >5種：3分	多種抽動件1 種系列抽動： 4分	多種抽動件2 種或更多系列 抽動：5分	評分 小計
	1.1.1治療前 評分							
	1.1.2治療後 評分							
	1.2頻率	無抽動： 0分	極少發生 (不是每天發 生)：1分	偶爾發生但不 持續：2分	頻繁(每天發 生，但可有 <3小時停 歇)：3分	經常(醒後 每小時都發 生)：4分	持續性(間歇 不超過5~10 分鐘)：5分	
	1.2.1治療前 評分							
	1.2.2治療後 評分							
	1.3強度	無抽動： 0分	不易覺察的輕 微抽動：1分	比正常動作 稍強的抽動： 2分	比正常略強但 未超過正常最 大程度：3分	強度明顯超過 正常行為： 4分	抽動極強，引 人注目甚至自 傷：5分	
	1.3.1治療前 評分							
	1.3.2治療後 評分							
	1.4複雜性	無抽動： 0分	可疑有抽動： 1分	輕度抽動： 2分	中度(動作複 雜或呈系列抽 動)：3分	十分複雜、極 易察覺：4分	長程的複雜抽 動：5分	
	1.4.1治療前 評分							
	1.4.2治療後 評分							
	1.5對生活及 行為的影響 程度	無影響： 0分	輕微但不影響 正常行為： 1分	偶爾打斷正常 活動：2分	經常打斷正常 活動或語言： 3分	頻繁打斷正常 行為、語言和 人際交往：4 分	嚴重影響行 為、語言和人 際交往：5分	
	1.5.1治療前 評分							
	1.5.2治療後 評分							



2、 發聲型 抽動	2.1發聲級別	無發聲： 0分	簡單發聲 (1)5分：輕 咳、清嗓音、 鼻吸氣、哼聲 等。音量頻率 屬輕微。	簡單發聲 (2)10分：口 哨聲、動物或 鳥鳴聲、咳 聲。音量頻率 屬中度。	複雜發聲 (1)15分：模 仿語言、重複 語言、聲語咳 聲。音量頻率 屬強度。	複雜發聲 (2)20分：穢 語或類似音 節、醉漢樣語 言、突然口 吃。	複雜發聲 (3)25分：犬 吠聲、成系列 的異常發聲抽 動等。	
	2.1.1治療前 評分							
	2.1.2治療後 評分							
3、 整體損 害病人 社會困 難程度 評判	3.1整體損害 級別	無（0分）： 無困難。	極輕度 （10分）：有 點困難。偶爾 的忐忑不安、 擔心未來、家 庭緊張氣氛有 所增加。	輕度 （20分）：少 量困難。煩 躁、周圍人有 時會用焦急的 方式注視和談 論其抽動。	中度 （30分）：明 顯困難。家庭 週期性的苦惱 和煩亂、經常 被人嘲弄、影 響學習。	重度 （40分）：嚴 重的困難。焦 慮發作、家庭 生活受干擾、 迴避社交，不 能正常學習。	極重度 （50分）：極 大困難。嚴重 憂鬱症、家庭 破裂、斷絕社 交、生活受 限、離開學 校。	
	3.1.1治療前 評分							
	3.1.2治療後 評分							
4.	治療前評分合計	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
5.	治療後評分合計	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
6.	療效減分率 = 1 - （療後評分 / 療前評 分 × 100%）	-----	-----	-----	-----	-----	-----	%