



從父親的「迷路」行爲 (getting lost, GL) 來探討失智症的中醫療效

程維德¹、李政育²、廖炎智³

¹ 程維德中醫診所

² 育生中醫診所

³ 國防醫學院三軍總醫院核醫部

摘要

中醫常講久病必虛、久病及腎、久病必有瘀、久病必有痰。腦部神經元受傷、衰亡、退化，導致廢物阻塞或排不出，故必有瘀阻，故我用育生補陽還五湯來處理瘀阻。水分代謝不正常，神經元內外水分的異常，或不正常瀦留，這就是痰飲，會造成神經元訊號傳遞不確實，故我用育生五苓散（腎炎方）來處理水分代謝不正常的痰飲。久病必虛，凡腦病不管是血管性或退化性必然有氣虛、陽虛的問題，故我們在育生補陽還五湯內重用黃耆以補人體的氣虛。用乾薑、附子、玉桂來補心腎的陽氣及全身的陽氣。因此血管性失智症 VaD 的老人這個合方最適合不過。

從父親四年來治療過程中回顧，我歸納幾個重點：我用育生補陽還五湯合育生五苓散（腎炎方）的加味來治療血管性失智症是有效，且無副作用，更無後遺症。父親服用近四年飲片水藥，共發生四次迷路行爲 (getting lost, GL)，發生在第二、三年，迷路情形都不算嚴重，都集中在 10 個月之間發生，第四次迷路後到父親往生約一年七個月都未再發生，可見中藥對失智症的幫助非常大。故失智症我的建議是一開始中醫藥就應該介入，並且效果不錯。最好在極輕度的疑似失智 (CDR \leq 0.5 或 MMSE 25 ~ 30) 或輕度失智 (CDR \leq 1 或 18 ~ 24) 時就積極介入及治療。在中度時效果也還不錯，重度或極重度的效果就比較差，會改善但進展很緩慢，尤其有許多慢性病纏身的臥床高齡者。雖然飲片水藥健保不給付，要花照顧者的錢，但若經濟許可這些都是值得的。我為什麼不強調用健保給付的濃縮藥粉，因為有效劑量不足，用在腦病或重病的效果不張，若要用到與飲片水藥相同的劑量大概一天要吃 60g ~ 100g，光吞賦形劑的澱粉就已經吃飽了。

關鍵詞： 血管性失智症、失智症、育生補陽還五湯、補陽還五湯、育生五苓散、五苓散



壹、前言

國際上將 65 歲以上人口占總人口比率達到 7%、14% 及 20%，分別稱為高齡化社會、高齡社會及超高齡社會。故我們國家已是高齡社會已毋庸置疑，根據國家發展委員會「中華民國人口推估（2018 至 2065 年）」2018 年 8 月統計^[1]，在我國已於 1993 年成為高齡化社會（>7%），2018 年轉為高齡社會（>14%），推估將於 2026 年邁入超高齡社會（>20%）。到了 2065 年每 10 人中，約有 4 位是 65 歲以上老年人口，而此 4 位中則即有 1 位是 85 歲以上之超高齡老人。由上述資料顯示我們國家老得很快，已經是身處在高齡社會，因此本世紀最大的問題將是老年的問題，老年兩大問題是失智症與長期照顧（簡稱長照），兩者密不可分，失智症越嚴重者越需要長照介入，因此我國在今年 6 月 3 日「長期照顧服務法」正式上路。但最重要還是老年失智症的問題，這才是本世紀不分國界醫學上最大的課題，當然失智症不一定是老人的專利，有些人在壯年期便發病，但老人卻佔了大部分，尤其是高齡，年紀越大失智症的比例就越高，幾乎所有研究都指出年齡增加五歲其失智的比率就增加約一倍。失智症類型在我們國家的社區中，以阿滋海默氏病（Alzheimer's disease, AD）為主，約佔半數；其次為血管型失智症（Vascular dementia, VaD 約 20～25%）及混合型失智症（約 5～10%）。新發生的失智病人，仍以 AD 居多，約佔 40%；VaD 者雖仍居次，但比率提高為 35%；混合性的比率也佔了 15%。VaD 與混合型失智症之死亡率明顯高於 AD^[2]。所謂血管性失智 vascular dementia, VaD 就是與腦血管因素有關的痴呆之統稱，由統計可知是造成失智症的第二大原因，病因主要是腦內血管病變，即頸動脈與椎基底動脈兩大系統的病變，或血管本身的病變（如梗塞、或血管內壁剝離或出血或發炎等），或顱外大血管及心臟的病變（如心肌梗塞、栓塞、心衰竭或其他原因），間接影響腦內血管供血不足而致腦組織缺血性、低灌注性、缺氧性及缺糖性的改變，使大腦功能全面衰退，失智症狀就不斷地湧現，照顧者應接不暇。

我們經常在新聞報導或報章媒體看到這樣的新聞，如 80 歲阿嬤在花蓮林田山失蹤，5 天以後才被找回來。阿嬤說在山上「迷路」時，有土地公、土地婆陪著她。或陳先生年輕時開車送貨全省跑透透，被稱為認路高手。退休後才幾年時間，竟常忘路、忘事又「迷路」。連知名前電視新聞主播林 X 煒的媽媽在早上 7 點多離開台北的家中便不知去處，因為「迷路」走得太累便坐在路邊休息，才被路人發現送到基隆長庚醫院。我們身處高齡社會這種例子多而不勝枚舉，這都是幸運的能夠被發現而及時報警或送醫的。更有許多不幸如罹患失智症的台大退休教授張劍寒，僅從社區中「迷路」走失，幾天後卻在新店溪找到遺體，這種悲劇仍持續在我們社會發生。根據內政部警政署全球資訊網中失蹤人口統計 106 年 65 歲以上老人為 4003 人，男性 2539 人、女性 1464 人^[3]，雖然大多數能被找到，但不



幸找小部分是冰冷的屍體仍是時有所聞。因此家中老人開始被發現有失智症往往是從「迷路」行爲 (getting lost, GL) 的發生後才驚覺到，許多老人往往記憶障礙、認知障礙及語言障礙等等都不明顯時就發生了。「迷路」行爲 (getting lost, GL) 是一種視空間的障礙，尤其在疲累時更容易發生，如上述阿嬤在旅遊時「迷路」走失。這樣的例子在山區旅遊時更容易發生，其實就是人體生理在疲憊或勞累時血糖降低、或血壓降低、或電解質不足，腦部缺血、缺氧、缺糖所致。當「迷路」行爲 (getting lost, GL) 發生時更容易促使家屬將其送到安養機構或請專人照顧或兒女辭職退休做一個專門的照顧者，故「迷路」行爲 (getting lost, GL) 也是照顧者的重要指標。

貳、正文

文中是父親失智症的過程，我藉著「迷路」行爲 (getting lost, GL) 來評估父親大腦的認知能力及失智的程度，在中醫藥介入之前父親接受現代醫學的照料，從 48 歲腦溢血開始，一直到 77 歲第一次心臟衰竭，他的西藥從高血壓、高血脂、糖尿病、冠心病到心臟衰竭的藥物都未中斷過，於是我開始嘗試用飲片水藥介入，近四年的用藥過程經歷了數次心臟衰竭（其中第一、二、三次都到林口長庚醫院急診），也經歷過因為缺水中暑導致腔隙性腦梗死，及跌倒頭部創傷導致的硬腦膜下出血，還有發生四次的「迷路」行爲 (getting lost, GL)，這其中有中西醫合療，也有中醫獨自的治療，回顧這其中的過程，將其用藥一一呈現以供同道參考，希望對諸位中醫師有所增益。

在此「迷路」行爲 (getting lost, GL) 指患者在「熟悉環境或曾經熟悉過的環境」中找不到預定的目的地，且無法憑自己的因應策略抵達，需詢問路人或求助他人或打電話求救或放棄目的而返家，但不一定能順利回家。因此迷路即表示患者可能已經無法在沒有照顧者陪伴或協助的情況下，順利地抵達目的地。因此我們可以把「迷路」行爲 (getting lost, GL) 認為是一種環境或地域失定向 (topographical disorientation, TD) 或稱認路障礙。意義是指在真實環境中的目標定向 (orientation) 與途徑導航 (navigation) 的缺損，肇因於大腦各種疾患，包括失智症、創傷性腦傷、中風、癲癇等等各種腦病及其他發展性疾患。因此迷路行爲 (getting lost, GL) 是地域失定向 (TD) 的主要行爲表現與結果^[4]。

故「迷路」行爲 (getting lost, GL) 是一種視覺空間障礙中最具代表的行爲，對熟悉或不完全熟悉的地域失去空間目標的定位、定向及途徑導航等等的判斷能力。剛開始在不熟悉的地方出現，如旅遊、登山、或路跑運動等等時候發生，別人是回到出發點或終點，他則「迷路」失聯；比較嚴重連熟悉的家裡附近或社區內都會發生，天天在走出走入的家門都會忘記而「迷路」；最嚴重的是家中的房間



都會搞錯而「迷路」，可能把兒子或媳婦的房間當成自己的房間，搞到婆媳糾紛或公媳之間的誤會。在環境熟悉的程度與空間的大小產生「迷路」行為 (getting lost, GL)，可以用來表示失智程度輕重的差別，簡單的說在越熟悉的環境迷路失智程度越重，空間越小的環境迷路失智的程度也越重。這種視覺空間的障礙會牽涉到第一是大腦對圖形的識別能力，這就是大腦對圖形的運算力，包含環境的辨識能力，人型、臉型、衣服、外觀等的辨識能力，物品及物種的辨識能力，導航途徑中兩側，如的樹木、電線桿、路燈、公寓、大樓、廟宇、特殊建築物等等，這種圖形識別能力是近幾年來人工智慧 AI 能突飛猛進的原因，主要是圖形識別中央處理器 GPU 運算能力的進步，能夠快速識別環境變化、臉型不同，也造就無人飛機、無人車的快速發展，這些都是模仿大腦結構中的識別系統所發展出來。雖然我們大部分是右撇子，相對是左腦發達，左腦雖然主要是管數字，但是在幼兒開始學習數字的過程主要還是靠著圖形，除非是天生的視障，否則我們從小學習最主要是靠視覺圖形的輸入，或許數字的大腦靠的是圖形來記憶及運算，甚至是處理。因此我們可以了解當迷路發生時，大腦在圖形識別、圖形記憶及圖形運算上已經開始產生障礙了。

其次視覺空間障礙會牽涉到圖形的記憶能力，不管是長期或短期的圖形記憶皆包括，與一般的記憶力是相輔相成，圖形記憶比一般記事、記物更有效率，譬如我看到風景照片很容易就會把人、事、時、地、物連結起來。如我們想不起來老友的名字，看到相片時備感親切，甚至名字、外號便能脫口而出。看到一張風景照片就能想起當時異國旅遊的風情，當地的人文，甚至美食等等。我們在學習語言或新事物其圖形記憶也佔有很重要的地位。如幼兒學習不管是語言或是其他事務，圖形是非常重要的腳色，我們會指著汽車圖形然後用中文或英文來教小孩，小孩看到汽車自然就能脫口而出。指著物品的數量必可以告訴小孩數字的觀念，因此圖形記憶經常是記憶力直覺的反映。年久的圖形記憶常常是如同電影一般，一格一格浮現出來，和我們的記憶、認知、語言、思考，甚至情感等等連結在一起。因此「迷路」行為 (getting lost, GL) 發生，代表大腦此時圖形識別已經有斷續或連接不良的現象，它無法正確或完整存取以前的圖形檔案，造成大腦也無法藉由一個圖形來展開去連結四面八方的其他圖形、記憶、認知等等資訊，也無法藉由圖形來判斷自我的狀況，導致大腦迷失自我，也就是大腦對於目標失去定向或對目標途徑的導航缺損、不完整，資訊變得片片斷斷，導致辨別、認知等能力的喪失，如同船隻航行在迷霧樣的大海，衛星定位 GPS、羅盤等等定位、定向工具卻失靈，導致船隻在大海中迷航，一不小心便可能會發生觸礁。

因此迷路行為 (getting lost, GL) 會從比較不熟悉的環境中迷路，如去旅遊、或到陌生環境會迷路脫隊，或去找朋友卻無法找到住地。之後慢慢會進展到熟悉的環境，如每天去買菜的市場，或每天去運動的公園，或每天都去朋友家下棋，



突然就迷路了，不知道怎麼回家，回家的路徑不見了，突然想不起來家在那裡。最嚴重是出了家門就不知道家在哪裡？搞不清楚方向，家中房間也會搞錯，或已經住了三五十年的老房子依舊找不到家門口，連經過家門口卻不認識，反覆在社區繞卻不認得路，甚至於往反方向遠離出去，走向遙遠未知的路途與地方，此時大腦也無法給予正確的判斷，甚至也無法主動尋求幫助，或打電話求助，除非遇到有人注意及主動關懷，並給予幫助或報警處理，否則禍福難料。那為何不用手機或 3C 來導航呢？這時恐怕連手機或 3C 怎麼用都不會。所以「迷路」行爲 (getting lost, GL) 的初發生其實就代表失智症已經開始了或進展到一定的程度，至少已經在早期的輕度認知障礙 (Mild Cognitive Impairment, MCI) 了，而且迷路者本身無法警覺，如果是正常老化的人反而他（她）會有發覺及警惕，但如果是失智者便會反覆發生，越來越嚴重，一旦反覆發生便會有獨處的困難，除非身旁有照料者或住在安養機構，不然便容易造成失智者的生命問題。如迷失在山林而餓死，或迷失盲目地走在街頭最後脫水而梗塞或血糖降低而暈倒，如果未被發現結果往往是令人惋惜的，這種事情經常可以在電視或媒體出現。尤其在東方的老人往往都希望自己能在家中終老，在這個小家庭的社會上更容易出現這種問題，也因此政府努力的在推行長照。當迷路行爲發生時大腦首先失去空間圖形的記憶，其次是無法做定位、定向及導航，無法藉由其他的連結來喚醒自己？以判斷自己在哪裡？身處何地？要往哪裡去？是不是已經迷路了？要不要尋求幫助等等？一般人在發生迷路行爲時很容易就知道自己迷途，會用手機定位，或用電話尋求幫助，或是向他人或警察等詢問求助，等等的迷路反應來解決問題。可是失智者一旦發生迷路時代表大腦皮質或其他神經核、神經元也相對的退化。所以並不是我們所想的會向外人求助，或搭車回來，或求助警察，或用手機定位等等……，這也許剛在初期失智時可以做到，等到稍重時往往都無法做到，甚至不管他（她）身分是街井小民或知識淵博或知名學者，當失智發生時的反應情況都是相同的，如前述的教授一樣因失智的迷路行爲 (getting lost, GL) 而枉送性命。

參、臨床病例

姓名：程 ××。男性、民國 26 年出生。

地址：新北市板橋區。

病歷號碼：0×××9

過去病史：高血壓應該是在 48 歲中風之前就有了，60 歲之後陸續有糖尿病、高血脂、痛風、攝護腺肥大、心血管等疾病，輕度失智 MCI（約是 99 年底開始），六十幾歲做過冠狀動脈狹窄的氣球擴張術，裝有心導管支架 2 支。最近二年內心衰竭住院三次，腦中風等等。



西藥：以 105 年 12 月 14 日回診為例（三個月回診一次，中風後開始不間斷）長庚醫院心臟科張其任醫師，有服用 Bisoprolol (concor) 康肯 5mg/tab、1PC/QD，Losartan potassium (Cozaar) 可悅您 50mg/tab、0.5PC/QD，Rosuvastatin (Crestor) 冠脂妥 10mg/tab、1PC/QD，Furosemide 通舒錠 40mg/tab、1.5PC/QD，Allopurinol 威寧疼錠 100mg/tab、1pc/QD，Rivaroxaban 拜瑞妥 15mg/tab、1PC/QD，Metformin 克糖錠 500mg/tab、1PC/QD。共 3 個月份。大約都是這些藥物，數十年來由少變多，只有在 104 年心衰竭後後開始陸續減重，體重從 90 公斤降到 72 ~ 76 之間，藥物便開始減輕，尤其是高血壓藥物。

一、簡史：

- 74 年： 48 歲時出血性中風亞東急診後，林口長庚醫院手術，復原後動作、講話及意識都正常，唯有思考反應較慢，記憶力比中風之前差，已經無法做複雜計算，但能獨自生活，做較簡單的工作。
- 98 年 2 月 3 日：(72 歲) 家裡 BP：120 ~ 140 / 70 ~ 90 mmHg，無胸痛或用力後喘息困難 DOE（按長庚病例紀載這個症狀數年前就有）。
- 99 年 5 月：(73 歲) 走路稍喘、健忘變嚴重、舒張壓偏高。
- 99 年 10 月： 健忘、短期記憶差的現象，開始對複雜事情無法理解。
- 101 年 4 月 24 日：(75 歲) 本月初開始有明顯呼吸困難，腿部水腫，與胸痛無關，BP：130 ~ 150 / 70 ~ 90 mmHg。
- 102 年 4 月 2 日：(76 歲) DOE 輕度用力後喘息困難、NYHA Fc II，無胸痛，BP：130 ~ 150 / 70 ~ 80mmHg。
- 102 年 11 月：早晚會搞錯。
- 102 年 12 月：開始有日夜顛倒、時間會錯亂的現象（逐漸有失智現象）。
- 103 年 1 月 8 日：(77 歲) 第一次 CHF 充血性心衰竭，早上開車送到林口醫院急診，在急診處限水、服藥後恢復正常後傍晚回家，AF 心房顫動，由於 CHF 充血性心力衰竭而入院，可能與 URI 上呼吸道感染有關，沒有怔忡心悸 NYHA Fc II。開始持續性吃飲片水藥（育生五苓散（腎炎方）合育生補陽還五湯加方）。
- NYHA (New York Heart Association) 美國紐約心臟協會；Fc (functional classification) = 功能分級。
- 103 年 9 月 30 日：DOE 用力後喘息困難大大改善，NYHA Fc II，無呼吸困難，雙側小腿水腫，BP：115 ~ 130 / 70 ~ 80mmhg，PR：80 ~ 100，（一週內吃選舉大餐四次後第二次 CHF 充血性心衰竭住院，急診室待了 2 天，限水、注射、上氧氣，要轉心臟科前好轉出院）



- 104年6月19日：(78歲)端午節前從家騎自行車送粽子到兒子診所，下雨天找路繞了多路到診所，後又自行回家。(第一次迷路行爲 (getting lost, GL))
- 104年9月：早晚時間會搞錯，一週約有2~3次。
- 104年10月1日：去四川路修血壓計，早上6點騎自行車出門，晚上8點回到家，自行坐計程車回家，自行車放在計程車後的行旅箱內(第二次迷路行爲 (getting lost, GL))。10月中開始用通話智慧手錶(衛星定位器)。
- 104年11月：每天到四維公園運動(已經多年)，通話智慧手錶遺失2次，靠著定位及通話順利找回。參加隔壁里長(小舅舅)辦的梅山一日遊，傍晚吃過晚餐回到集散地點郵局附近，自行騎自行車回家卻迷路，媽媽回來發現他尚未回來，家屬用定位手錶定位後大家分頭尋找，在距離家中約150公尺的路上找到，就在郵局與中正路約1300公尺繞來繞去找不到回家的路，後來在那附近找到。(第三次迷路行爲 (getting lost, GL))
- 104年11月29日：11/25天氣突然急遽變冷2天溫差快20度，外食吃鹹，第三次CHF充血性心衰竭住院，心臟科加護病房住2天，使用插管及呼吸機(限水、注射、上氧氣)，歷經7天順利出院。每次心臟衰竭後都會讓大腦的失智症狀變嚴重。
- 105年4月6日：(79歲)騎腳踏車去公園後再去找朋友卻迷路了，騎累了坐在路旁休息，路人詢問其地址後騎機車幫忙引導，騎車回到巷子就識路才回到家。(第四次迷路行爲 (getting lost, GL))。
- 105年5月14日：腦梗塞(判斷是腔隙性腦梗死，即小洞中風)，中醫治療一個月後完全恢復中風前狀態。之後家屬不讓自行車，改成走路至附近約100公尺遠的建華新城內休閒綠地步行及運動。之後有時獨自出門散步也未有迷路。
- 106年1月15日：1/14摔倒頭部外傷，亞東急診縫合傷口，前方左側有硬腦膜下出血。
- 106年11月15日：晚上11點左右心肌梗塞過世(2天都未服中藥，仍有服西藥)，當天晚上仍去附近運動，10點多回來並與鄰居的林先生打招呼，前2天與兒子去士林官邸，步行繞一圈約1~2公里。

二、詳細病史：(約近四年只列出心衰竭、迷路、腦梗塞、硬腦膜下出血時的用方)

日期：103年1月8日(1/8日第一次CHF充血性心衰竭、開始吃飲片水藥)



主訴：今早起床後喘甚，行走時更喘。

現病史：心跳 100，血壓 156/82mmHg，兒子開車到林口長庚醫院掛急診，血檢正常 X 光正常，下肢稍水腫，心電圖有心房震顫，感冒已愈，二便可。舌淡紅、胖大齒痕、苔薄黃。左寸數關尺微。右滑數有力。

病名：心臟衰竭

治則：補心腎之陽氣，健脾燥濕利水，活血化瘀通絡（之後皆同此故省略）

處方 1：當歸 4.0 錢、赤芍 4.0 錢、川芎 4.0 錢、黃耆 20.0 錢、丹參 3.0 錢、銀杏葉 4.0 錢、乾薑 5.0 錢、附子 5.0 錢、肉桂 1.0 錢、黃柏 3.0 錢、東洋參 5.0 錢、蒼朮 3.0 錢、茯苓 8.0 錢、葶藶子 3.0 錢、澤瀉 4.0 錢、防己 5.0 錢、麻黃 1.0 錢、細辛 3.0 錢、生薑 6.0 錢、大黃 1.0 錢。1 劑 / 1 日，煎後分 3 包（1 包約 150cc），三餐飯前。（飲片水藥的單位：錢 = 3.75g）

處方 2：川七粉 7.0 克、人參粉 7.0 克。1 天分 3 包，藥水沖服。

說明：開始持續性吃飲片水藥，飲片水藥以育生五苓散（腎炎方）合育生補陽還五湯加方^[5,6]，藥物中葶藶子用棉布包，黃耆用的是北耆；附子用炮附子仍先煎 40 分中再入其他藥一起煎煮，一帖藥物煎一次取 450cc ~ 540cc，約 2 碗半到 3 碗煎，分 3 次沖人參、川七粉後拌勻服用，飯前飯後或二餐間皆可，亦可當茶時時頻飲之，三、四小時內喝完即可。若在 CHF 充血性心衰竭期間將藥物再濃煎成一半，以減少水分攝取，這是我們水藥的難處。故第三次發生心衰竭之後開始嘗試用十棗湯，結果非常令人滿意，這不愧為醫聖「仲景」的名方。大部分一日服用三次，後來一帖劑量超過 10 兩時就煎成 600cc ~ 720cc，分成四次服用，狀況轉佳時恢復三次同前所述。

103 年 1 月 9 日

主訴：行走時仍有少許哮聲，起床血壓 141/85mmHg、Hr99 已不喘。

現病史：昨天傍晚出院回家，在急診處限水、服藥恢復正常後傍晚回家。（長庚病歷記載，後續有 AF、CHF、DOE、NYHA 皆是引用長庚的病歷紀載，在此也感謝長庚心臟科及張醫師多年來的照顧），AF 心房顫動，由於 CHF 充血性心力衰竭而入院，可能與 URI 上呼吸道感染有關，沒有怔忡心悸、NYHA Fc II。舌淡紅、胖大齒痕苔薄黃。左寸數關尺微。右滑數有力。

處方 1：當歸 4.0 錢、赤芍 4.0 錢、川芎 4.0 錢、黃耆 20.0 錢、丹參 4.0 錢、銀杏葉 4.0 錢、附子 6.0 錢、肉桂 6.0 錢、黃柏 4.0 錢、蒼朮 4.0 錢、茯苓 8.0 錢、葶藶子 4.0 錢、澤瀉 4.0 錢、防己 4.0 錢、桑白皮 8.0 錢、大黃 2.0 錢。3 包 7 天（電腦輸出指 7 帖藥代煎，一帖藥煎成 3 包）、三餐飯前或飯後服（後依此服用不再贅述。若增加到四次，則睡前再服用一次）。



處方 2：川七粉 7.0 克、人參粉 7.0 克。3 包 7 天、三餐飯前（電腦輸出指 7 日藥粉，一日藥粉分成 3 包，或藥粉用罐裝，一次約 2.5 匙尖（約 5g）或一包藥粉沖一包藥水服用。後依此服用不再贅述。若增加到四次，則睡前再服用一次）。

104 年 6 月 20 日（6/19 第一次迷路）

主 訴：右膝經常痛且無力，有時腳踝稍水腫改善、仍走不遠，有時會軟腳改善走路稍跛行改善，需靠拐杖。

現病史：6/15 附近診所檢查 UA = 9.6、Tg = 184、HDL = 28、HBA1c = 7.5。血壓 130/80 mmHg、Hr=74，冠狀動脈有 2 支支架，體重 82KG。二便可。舌淡紅、胖大齒痕、苔薄黃。左弱（心導管支架從左手橈動脈入後脈象的改變）。右數。

處方 1：茯苓 6.0 錢、澤瀉 3.0 錢、附子 5.0 錢、肉桂 5.0 錢、乾薑 5.0 錢、黃耆 20.0 錢、當歸 4.0 錢、黃柏 4.0 錢、赤芍 4.0 錢、桑白皮 7.0 錢、丹皮 4.0 錢、大黃 3.0 錢、銀杏葉 7.0 錢、羌活 2.0 錢、熟地 6.0 錢、懷牛膝 5.0 錢、骨碎補 5.0 錢、延胡索 5.0 錢。4 包 7 天，三餐飯前睡前。

處方 2：川七粉 8.0 克、人參粉 8.0 克、黃柏 2.0 克、琥珀 2.0 克。4 包 7 天，三餐飯後睡前。

說 明：端午節前從家騎自行車送粽子到兒子診所，下雨天找路繞了很多路到診所，之後又自行騎自行車回家。（第一次迷路，雖迷路花比較多時間仍能再找到目標，且安全直接回到家）

104 年 10 月 10 日（10/1 第二次迷路、配戴通話手錶衛星定位器）（9 月第二次 CHF 充血性心衰竭）

主 訴：本週約有 2 次搞不清楚白天或晚上，經常會忘記已經做過的事，偶覺右膝有時會忽然無力。

現病史：走路仍會搖搖晃晃，仍走不遠改善需靠拐杖，血壓 128/71mmHg、Hr=74，冠狀動脈有 2 支支架，二便可。10/1 去四川路修血壓計，早上 6 點騎自行車出門，晚上 8 點回到家，自行坐計程車回家，自行車放在計程車後的行旅箱內。（第二次迷路）。舌淡紅、胖大齒痕、苔薄黃。左虛。右滑。

處方 1：茯苓 6.0 錢、澤瀉 4.0 錢、黃柏 3.0 錢、龍膽草 3.0 錢、附子 5.0 錢、肉桂 5.0 錢、乾薑 5.0 錢、當歸 4.0 錢、赤芍 4.0 錢、川芎 4.0 錢、黃耆 20.0 錢、丹參 6.0 錢、銀杏葉 7.0 錢、桑白皮 7.0 錢、大黃 2.0 錢、懷牛膝 5.0 錢、骨碎補 5.0 錢、延胡索 5.0 錢。4 包 7 天、三餐飯後睡前。



處方 2：川七粉 8.0 克、人參粉 8.0 克、黃柏 2.0 克、琥珀 2.0 克。4 包 7 天、三餐飯後睡前。

說明：第二次去很多年前有印象四川路，憑著印象但忽略了街景已經改變，故迷路騎著腳踏車到處尋找，從板橋建華新城附近騎到土城、三峽，最後找不到目標放棄自行搭計程車回家，腳踏車放在計程車的後車廂。嚴格來講並不算是真正的迷路，但半小時的車程卻花了一整天的時間，還能判斷找不到目標，並找一個願意載腳踏車的計程車司機。這時家屬開始使用通話智慧手錶（具有衛星定位器的功能），這是專門為老人迷路設計的。約 10 月中開始用通話智慧手錶（衛星定位器）。

104 年 11 月 27 日（11/25 日第三次 CHF 充血性心衰竭住院）

主訴：走路喘甚，下肢水腫。

現病史：天氣突然急遽變冷，2 天溫差快 20 度，穿不夠，白天仍睡多，戴手錶定位器，比較清楚白天或晚上，經常會忘記已經做過的事、偶覺右膝有時會忽然無力，走路仍會搖搖晃晃，靠拐杖仍走不遠的狀況改善，小便有時不暢，需要站立比較久才能尿，大便可。舌淡紅 胖大齒痕微黃苔。左虛。右數。

處方 1：茯苓 6.0 錢、澤瀉 4.0 錢、黃柏 5.0 錢、附子 7.0 錢、肉桂 7.0 錢、乾薑 7.0 錢、當歸 4.0 錢、赤芍 4.0 錢、川芎 4.0 錢、黃耆 20.0 錢、桑白皮 7.0 錢、銀杏葉 6.0 錢、大黃 3.0 錢、懷牛膝 5.0 錢、薑黃 5.0 錢、麻黃 3.0 錢、杏仁 3.0 錢。4 包 7 天，三餐飯前睡前。

處方 2：川七粉 8.0 克、人參粉 8.0 克、黃柏 2.0 克、琥珀 2.0 克。4 包 7 天，三餐飯後睡前。

說明：父親三次 CHF 充血性心衰竭、肺積水、胸腔積液都是因為吃大餐或外食吃太鹹引起，尤其父親行動仍方便，時常覺得家裡的菜太淡、不可口，故去公園運動有時會在外面吃或吃零食，家屬很難控制得很好。不到 2 年之間就發生了三次心衰竭，且一次比一次嚴重，急診第一次當天就回來。第二次在急診處待了 2 天，要轉到心臟科病房前好轉出院，第三次住院 7 天，且有 2 天是在心臟科的加護病房度過，在加護病房要插管用呼吸機時，父親抗拒寧可這樣就走了，也不要插管，因為看過太多老人插管後拔不掉的印象，本來其他家屬想放棄，但我堅持不管預後如何，中醫一定能夠幫他恢復正常，之後多方勸說才插管。但每一次心衰竭恢復正常後對大腦的影響就是記憶力、認知能力的退步。

105 年 4 月 27 日（4/6 日第四次迷路）



主訴：左膝稍無力，走路艱難改善，但仍走不遠。

現病史：4/6 騎腳踏車去公園運動（例行），回家時順便去江翠找朋友卻迷路，騎累了坐在路旁休息，路人詢問其地址後騎機車幫忙引導，騎車回到巷子就識路才回到家。嗜睡改善，本週無白天與晚上常認知不清，短期記憶力變差，思考緩慢，覺體力差改善，附近診所3月初檢查 UA=H13、HbA1c=H6.9、HDL=L29、T-chol=L130，血壓 118/78mmHg、Hr=90、體重 76 公斤，大便硬甚，小便頻數稍改善。舌淡紅、胖大齒痕、微黃苔。左虛。右數。

處方 1：黃耆 20.0 錢、當歸 4.0 錢、赤芍 4.0 錢、川芎 4.0 錢、丹參 4.0 錢、天麻 4.0 錢、骨碎補 4.0 錢、澤瀉 7.0 錢、茯苓 7.0 錢、銀杏葉 7.0 錢、肉桂 7.0 錢、附子 7.0 錢、乾薑 7.0 錢、黃柏 7.0 錢、大黃 7.0 錢、葶藶子 6.0 錢、桑白皮 6.0 錢、防己 3.0 錢、麻黃 2.0 錢、懷牛膝 3.0 錢。4 包 7 天，三餐飯後睡前。

處方 2：川七粉 8.0 克、人參粉 8.0 克、琥珀 2.0 克。4 包 7 天，三餐飯後睡前。

處方 3：調胃承氣湯 20.0 克。10 包 1 天。當大便不順暢時加服。

說明：4/6 騎腳踏車去公園運動（例行），回家時忽然想去找老朋友卻迷路在江翠，原因可能多年未去街景與街道改變了，騎累了坐在路旁休息，路人覺奇怪而詢問其地址，本來父親還很小心怕遇到騙子，路人一直很有耐心，交談得很久後父親才願意告訴她地址，並讓她騎機車幫忙引導，回到接近附近巷子父親就告訴她已經認識路了，但仍舊讓她陪伴回到家裡。

105 年 5 月 6 日^[6,7] (5/14 日 Lacunar infarctions, LACI 腔隙性梗死、小洞中風。由 106 年 1 月 14 亞東醫院的電腦斷層 CT 掃描報告來確定此次腦梗的種類)^[8]

主訴：躺著坐起來仍需稍靠繩子，走路下肢仍覺無力。

現病史：5/14 的急性腦梗塞症狀，晚上 9 點突然嘴歪向左側甚，躺著無法坐起，扶起坐時仍感覺未坐起，下肢無力、無法站立。無力、冷汗直冒、稍手抖、疲倦甚等症狀。經緊急灌服育生補陽還五湯合育生五苓散（腎炎方）的加方，並加重參七劑量及服用數次後轉安。5/16 起坐稍靠繩子即可，走路撐拐杖扶牆壁可自己上廁所，不用依靠親人協助，偶會失禁，或尿不乾淨，但仍自覺無力、行走會喘（3/8 長庚回診時林口長庚醫院張其任主治醫師，聽診覺心臟仍有問題，仍要努力服藥飲食及水分控制。）中風後這斷期間血壓一日量數次，血壓都正常約在 110 ~ 130/60 ~ 85 mmHg，心跳數約在 95 ~ 125，平躺不喘，行走喘甚。舌淡紅、胖大齒痕、微黃苔。左虛。右數。



病名：腦梗塞

處方 1：同 4/27 日方（育生補陽還五湯合育生五苓散加方）。去骨碎補、淮牛膝、麻黃 1，加茯苓 5、澤瀉 1、桑白皮 1、葶藶子 2、防己 1、延胡索 4。4 包 7 日。加米酒頭 200cc 同煎，代煎打包。一日四次、三餐飯前及睡前服用。

處方 2：川七粉 24 克、人參粉 24 克。7 日分裝罐（12g×4×7），一次服 6 匙，一匙約 2g。一日四次、三餐飯前及睡前服用，予藥水沖服。

105 年 5 月 28 日

主訴：已經完全恢復中風之前的狀況，但左膝仍無法走遠，走遠仍會無力。

現病史：5/22 早上給十棗湯與參七同服，已改善其喘的症狀（充血性心臟衰竭導致胸腔積液造成），5/28 下肢力量恢復同發病前，起坐正常不用依靠人扶或繩子，行走距離同中風前。昨日 5/27 開始已能出去公園走走，但仍走不遠（左膝關節退化引起，發病前就走不遠，需要休息後再走），嗜睡改善，本週無白天與晚上常認知不清，短期記憶力仍差，覺體力同發病前，體重 72 公斤（5/30 體重 72.5 公斤），思考緩慢，大便一日 2～3 次，小便頻數，白天經常躺在床上或睡或聽收音機，同中風前狀況。舌淡紅胖大齒痕微黃苔。血壓早上（07：43）118/84 mmHg、Hr=81。晚上（20：03）116/69 mmHg、Hr=80。西藥仍同 105/4/27（3/8 長庚醫院心臟科張醫師開的）。左虛。右數。

處方 1：同 5/16 日方。去茯苓 2，加芒硝 2。4 包 7 日。加米酒頭 200cc 同煎，代煎、煎完去渣、納芒硝數沸攪拌後打包。三餐飯前睡前。

處方 2：川七粉 24 克、人參粉 24 克。7 日分裝罐，一次服 6 匙，一匙約 2g。三餐飯前。予藥水沖服。

106 年 1 月 15 日（1/14 硬腦膜下出血）〔8〕

主訴：1/14 摔倒頭部外傷，亞東急診縫合傷口，前方左側有硬腦膜下出血。

現病史：1/14 下午散步正面摔倒，路人打的電話，消防隊將他送亞東醫院急診，額頭傷口 3.5cm*0.5cm 約縫 8 針，左門牙 2 顆一顆偏移，一顆牙根翻出 90 度，牙醫推回固定，連上唇約縫 5～7 針，電腦斷層 CT 顯示前方左側的少量硬腦膜下血腫，量不多但可住院觀察（住院三天後出院），神經學檢查及肌力都正常，血壓血糖稍偏高，不知如何摔倒，沒有當時受傷的記憶，受傷後也搞不清楚狀況。大便可一日 2～3 次、小便頻數改善。舌淡紅、胖大齒痕微黃苔。左：虛。右：數。

病名：慢性硬腦膜下出血、心臟衰竭、老年性腦退化



處方：黃耆 15.0 錢、當歸 4.0 錢、赤芍 4.0 錢、川芎 4.0 錢、丹參 5.0 錢、銀杏葉 4.0 錢、天麻 5.0 錢、蒼朮（炒） 4.0 錢、茯苓 10.0 錢、澤瀉 10.0 錢、肉桂 4.0 錢、附子 8.0 錢、乾薑 8.0 錢、黃芩 8.0 錢、黃柏 6.0 錢、大黃 8.0 錢、骨碎補 8.0 錢、葶藶子 8.0 錢、防己 4.0 錢、芒硝（沖服） 3.0 錢。4 包 7 天。三餐飯前睡前。予川七、人參、琥珀藥粉攪拌後服。

106 年 2 月 25 日

主訴：2/17 回診亞東神外，硬腦膜下出血已完全吸收，昨天 2/24 亞東口腔外科拆固定金屬片，短期記憶因本次意外後有更差的現象。

現病史：此次腦部創傷後短期記憶有更差的現象，認知不清改善，個性變比較固執，思考緩慢，白日仍嗜睡，本週無早晚不分的現象。早晚各散步一次，血壓正常，心跳約在 75 ~ 90。右膝較無力不能走遠，體重 77 公斤。大便可一日 2 ~ 3 次，小便頻數改善。舌淡紅、胖大齒痕、微黃苔。左虛。右數。

處方 1：川七粉 9.0 克、人參粉 9.0 克、琥珀 2.0 克。4 包 10 天。三餐飯前睡前，予之前藥水攪拌後服。

處方 2：黃耆 20.0 錢、當歸 4.0 錢、赤芍 4.0 錢、銀杏葉 4.0 錢、川芎 4.0 錢、天麻 6.0 錢、蒼朮（炒） 3.0 錢、丹參 10.0 錢、茯苓 8.0 錢、澤瀉 8.0 錢、附子 10.0 錢、乾薑 8.0 錢、大黃 9.0 錢、骨碎補 8.0 錢、葶藶子 8.0 錢、石膏 6.0 錢、黃柏 4.0 錢、防己 3.0 錢、麻黃 3.0 錢。4 包 7 天。三餐飯前睡前服。

說明：其實 2/10 之後的藥物，幾乎都恢復以治療慢性心臟衰竭及失智為主。1/14 亞東醫院放射科醫師的影像臆斷中 Lacunar infarctions (LACI) 腔隙性梗死（小洞中風）應該是 105/5/14 腦栓塞的舊跡，這是我自己的臆測。週五上課後請教三總神經外科湯主任，主任看過 CT 後認為右大腦稍有水腦現象，腦迴溝明顯，顯示大腦退化的嚴重，應該失智症的症狀是蠻明顯。

附記：父親一次比一次嚴重的 CHF 充血性心衰竭，每一次對腦部的傷害都可以在之後的記憶力、定向、思考等等發現退步，因此在第三次 CHF 充血性心衰竭出院後我便開始使用十棗湯，在 CHF 充血性心衰竭的前期先其時便大膽的使用，一直到過世前約二年之間用了數次，均能緩解期其 CHF 充血性心力衰竭，未再因心臟衰竭而去急診，也不影響其腦部，反而覺得腦部後來的記憶力、定向、思考、認知都有緩慢的進步。在 106/2 週五上課後請教三總神經外科湯主任，主任看過電腦斷層 CT 後認為右大腦稍有水腦現象，腦



迴溝明顯，顯示大腦退化的嚴重。所以我推斷父親可能也有阿茲海默氏症，應該是血管性失智症與阿茲海默氏症的混合型，當然這是我的臆測。但後來他因為長期服用中藥，對於這麼濃的中藥且一天要服用 3 到 4 次感到很厭煩，採取不配合的態度，於是照顧的配偶不忍心及也無法強迫服藥，故未能確實讓他服用中藥，停藥二天後於 11/15 心肌梗塞而心臟衰竭過世，趕回家中已經無力回天！嗟呼！醫者之痛莫過於此！

肆、治療思維與討論

人在老年時一定會有老化現象，但不一定會有失智症，因為失智症而是一種疾病並非正常老化的現象，因此需要醫療的介入及長照。一般常見的失智症如阿茲海默氏症、額顳葉型失智症、路易氏體失智症、巴金森失智症等等，都是大腦全面或局部的退化引起，症狀特點都是持續性及漸進性的智力障礙綜合症。而血管性失智症的特性是認知功能突然惡化、有起伏現象、呈階梯狀退化，早期經常出現動作緩慢、反應遲緩、步態不穩與精神症狀，最常見到的是中風或心衰竭，因此在中風後的患者臨床常見的特徵，如人格改變、情緒失禁、低落且憂鬱、經常心情鬱悶、吞嚥困難、構音困難、偏癱或肢癱無力、步履障礙、二便失禁等等〔2〕。

父親近四年的醫療過程我都全程參與，因此能清楚的交代整個過程，父親本身有糖尿病、高血脂、高血壓、失智、慢性心臟衰竭（不到 2 年之間有三次 CHF 充血性心衰竭急診住院紀錄）、腦梗塞（106/1/14 的亞東醫院的 CT 電腦斷層上的影像臆測上有腔隙性梗死的發現）、心肌梗塞、心血管裝有 2 支支架等等。平時每天都有服用上述西藥，在 103 年初發生第一次 CHF 充血性心衰竭後開始服用中藥飲片至 106 年 11 月中過世的前 2 天止，每日一帖中藥飲片藥物，我主要用育生補陽還五湯合育生五苓散（腎炎方）加味來治療，以前文章有闡述過〔6〕。父親信仰佛教與配偶平日都吃奶素，由於年輕時務農養成喜歡吃重鹹的習慣，雖然心臟科醫師有告誡，家中餐點也都用低鈉飲食，但他外出運動會自行在外面吃正餐或點心，或有時吃了太多的應酬餐，三次 CHF 充血性心衰竭都是因為吃太鹹，鈉的攝取量過多導致胸腔積液，CHF 充血性心衰竭急性發作，一次比一次嚴重。104 年 11 月 25 日第三次充血性心衰竭發作，住加護病房 2 天，禁水、插管、用呼吸機，一週後出院才比較節制，但數週後又慢慢恢復吃重鹹的習慣。一直到過世前約二年時間並不是沒有發生過充血性心衰竭，而是我已經開始用十棗湯了，可參閱我之前所寫的「談朱雀湯、話十棗湯」文章〔7〕，每次我發現他的心衰竭症狀要發作時，如行走喘甚、端坐呼吸、呼吸短促、心跳疾速時，我在先其時便馬上使用十棗湯，通常會 3 小時內腹瀉 7-8 次後，胸水逐漸排出後心衰竭症狀便會慢慢緩解，



通常使用過一次就可以撐一段時間。二年之間使用七八次左右。使用當天先停飲片水藥，只用服用人參及川七粉，大概是第二天或第三天就恢復正常服用飲片水藥。

在 105 年 5 月 14 日因為前一天及當天未服藥，天氣非常熱外出時飲水太少，引起腦梗塞的現象〔6〕，從 106 年亞東的 CT 片中判斷是腔隙性腦梗死（小洞中風）〔8〕，未送醫一樣用育生補陽還五湯合育生五苓散（腎炎方）的加味來治療，一個月後完全恢復中風前狀態。之後家屬不讓自行車，改成走路在附近約 100 公尺遠的建華新城內休閒綠地步行及運動。因此經常自己一手撐著拐杖，另一隻手撐著雨傘有當拐杖，自己到處走，走的速度也不慢，不一定有人陪伴。父親開始有失智的症狀並不是從迷路行爲（getting lost, GL）才開始，其實在 99 年時就發現短期記憶力變差，健忘便嚴重。到了 102 年 12 月左右開始有日夜顛倒、時間會錯亂的現象，一直到 104 年 6 月的端午節左右發生第一次迷路行爲，到 105 年 4 月 6 日發生第四次迷路行爲（getting lost, GL），約 10 個月期間共發生了四次迷路行爲（getting lost, GL），之後仍經常獨自出門騎自行車或散步也都未再發生迷路行爲了。

其實任何一種失智症都會有迷路行爲（getting lost, GL），但最主要是服用中藥後後迷路行爲（getting lost, GL）的改變及失智進展才是我要表達的，因此我把接近四年的飲片水藥的紀錄簡約呈現。在父親在第一次心衰竭時便開始服用中醫的飲片水藥，第二次迷路行爲（getting lost, GL）之後便讓其配戴定位手錶，手錶除了定位亦可通話，操作算是簡便，雖然父親仍不大會操作但至少家屬可以定位其位置。在服用中藥一段時間後又發生了第三次迷路行爲（getting lost, GL），當天父親參加南部一日旅遊，早上出發傍晚約五點回家，因為很早就出門所以當天未服中藥，旅遊回來在解散地點約離家中 350 公尺，父親自己騎腳踏車，結果配偶走路回到家中父親仍未到，家屬打開手機定位，發現他就在離家中三、四百公尺的路上快速移動，當時定位是用 2G 系統無法及時，慢了至少半分鐘以上，所以只能在附近幾條路找，花了至少 1 小時終於找到，父親才說為什麼找不到路回家呢？他自己也很著急，就這樣來回騎了很多趟才遇到家屬。原因除了未服藥外，應該是一日旅遊太累了，坐車時間太久了，可能也有些暈車的症狀。在這之後又發生從公園到江翠找朋友，因為道路、建築物等街景都跟數十年前的記憶不同而發生了迷路，騎自行車累了就將自行車放倒，坐在路旁的自行車上休息，路人好奇詢問其地址後騎機車幫忙引導，回到附近巷子就知道如何回到家，因而趕路人回家，路人不放心還是跟著他到家中，這是第四次迷路行爲（getting lost, GL）。之後不論是騎自行車或走路父親就沒有再迷路過，頭腦也清楚許多，西藥隨著心臟變佳、血壓降低、腳無水腫而減少一些。這四次迷路的行爲發現老人在比較累、飢餓、暈車、光線暗、血壓低、血糖低、電解質異常、精神不佳、安眠或精神藥物等等



狀態都容易生迷路行爲 (getting lost, GL)。

父親四年間的用藥主要是育生補陽還五湯合育生五苓散 (腎炎方) 加麻黃、葶藶子、防己爲主，再視其病情加味來治療，剛開始是一日三次服藥，嚴重時一日四次服藥。那爲什麼用這兩個方劑的何方呢？在《素問·靈蘭秘典論篇第八》中有「心者，君主之官也，神明出焉。」《素問·宣明五氣篇第二十三》中「五藏所主：心主脈……。」《素問·痿論篇第四十四》中「心主身之血脈……」^[9]。所以內經中「心主神明」的心即是大腦及大腦所有功能，故失智與迷不迷路是大腦的神明作用。「心主脈或心主血脈」中的心是心臟及心血管等的功能，包含身上所有血管的供血作用。簡而明之大腦、心臟、心血管、大血管等等產生的問題，不管中風是出血或梗塞或栓塞等等，或心肌梗塞、心臟衰竭，或大血管剝離等等的問題，造成腦部血流無灌注，或灌注不足等等，便會形成大腦的問題，也就是血管性失智的問題，因此我用育生補陽還五湯就是治療血管的問題，包含血管性失智，優先解決腦部供血灌注及再灌注的問題。因此育生補陽還五湯應該是治療失智的第一方，不管是退化性失智或血管性失智都很適合，尤其在血管性失智更爲合適。

至於合用李醫師的「育生五苓散 (腎炎方)」，主要是因爲患者過去充血性心衰竭時有下肢水腫、胸腔積液及心包腔積液時所應用，病情較急時我會先用十棗湯 (現在 NYHA 分類 III (中度) 時就會預先使用)^[10]，可以從呼吸、喘息、心跳數等等來評估；當病情趨於緩和時或十棗湯使用後我便會用此方來收尾。此方又稱爲「腎炎方」，是專門治療慢性腎炎不可多得的方劑。方中並加入麻黃、葶藶子、防己主要是因爲心衰竭時心肺鬱血、肺水腫、胸腔及心包膜的積液，加強上焦心肺的利濕、滲濕之作用。加入不可缺的大黃以通便利膈、降腦壓。方中人參、附子是參附湯，黃耆、肉桂、赤芍、乾薑是黃耆五物湯的變方，兩方都是治療急性腦缺氧、腦梗塞的預防及治療腦梗塞有效的方劑，此參考李醫師的文章^[5,11]。至於兩方合方可參考我所寫的「從一個病例來探討中醫治療慢性硬腦膜下血腫之臨床療效」^[8] 在此不再一一贅述。

依據衛生福利部在 2011 ~ 2013 年委託全國失智症盛行率調查結果，65 歲以上老人失智症盛行率爲 8% (輕度以上 CDR ≥ 1 爲 4.79%，極輕度或待觀察 CDR = 0.5 爲 3.17%)，推估 106 年底失智症人口將超過 27 萬人，其中極輕度與輕度佔 75%、中度與重度佔 25%^[12]。所謂「防病如防賊」這一句話來形容照顧老人家是最貼切的形容，當老人家狀況變好時反而是照顧者最容易有疏漏，所以狀況可能就會發生，有時還真的是防不勝防，不論是中風，或硬腦膜下出血，或充血性心衰竭，或心肌梗塞，甚至迷路行爲發生都有同樣的感嘆。所以中醫治療早期介入時機，最好能在輕度智能障礙 (Mild Cognitive Impairment, MCI) 時就介入治療，也就是輕度失智早期 CDR ≤ 1 (MMSE 18~24) 時，最好在極早期 CDR ≤ 0.5



(MMSE25~30) 更好，這樣治療起來有事半功倍的效果。或果事情能夠重新再來，我應該會在 99 年 5 月時就會介入治療，所謂鑑往知來，在此提出這個病例是讓人子女或醫師能提早注意這個問題，而不是讓問題追著我們一直跑，窮於應付接踵而來的狀況，中醫藥介入應該是在輕度時或有一點蛛絲馬跡時，最好在年齡趨近時就要預防保健了。至少在迷路行為發生後照顧者就應該有所警惕，首先要預防性讓失智老人配戴手鍊、手環、衛星定位器或衣服上縫上「守護 QR code」等等皆可。其次趕快尋求中醫藥的介入，至少患者不會一直往比較差狀況傾斜，把大腦的狀況維持住，甚至漸漸地改善。在此父親第一次充血性心衰竭時我就介入中藥的治療，一年半後第一次迷路，狀況也不嚴重，知道自己迷路，也有辦法找路。第二次迷路行為發生時也是同樣狀況，知道自己找不到目標，騎了半天最後放棄搭車回家，也知道要找一台願意載單車的計程車，而且也能精確地說出自己家中的地址。第三次迷路是因為板橋到梅山一日旅遊後比較勞累，坐長途車上洗手間不方便所以沒有吃中藥，還加上有點暈車，幸好有配戴衛星定位手錶。至於第四次迷路行為主要是要去找朋友，因為道路及四周環境已經改變，讓他原來很熟悉的變成不熟悉，也幸好有路人願意幫忙，剛開始父親還是很提防路人，很怕自己遇到騙子，而且到離家約數百公尺就認識路了，家屬也沒有驚覺到父親已經迷路而開始定位尋找。其實四次迷路行為狀況都不嚴重，只有第三次迷路行為因為配偶走路還比較早到家，所已很早就發現父親迷路，父親也知道自己迷路但找不到方向時，只是在附近騎來騎去，還未開始尋求外人幫助時，家屬很短時間就展開找尋行動，順利找到他。第四次迷路之後到父親過世約一年半都沒有發生過迷路行為。所以其失智症狀也沒有變嚴重，雖然短期記憶力仍差，但對親人附近鄰居也無失認，對話狀況也很好。所以中醫藥對大腦幫助不可謂不大。雖然父親糖尿病、高血壓、充血性心衰竭、胸腔積液、心肌梗塞、腦梗塞等等都未讓父親失智症狀變嚴重，迷路行為也未加重。

另外 2000 年針對「台灣地區老人失智症經濟成本」的研究指出^[13]，台灣輕度失智症直接醫療成本每人每年約 4 萬元，中度及重度約 5 萬元，但是輕、中、重度失智症間接成本每人每年分別高達約 16 ~ 42 萬元，這代表間接照護成本隨著疾病惡化而大幅成長。對於人口快速老化的台灣，照顧失智症病患所需的成本日益增加，這將會是下一代非常沉重的負擔^[14]。因此我們中醫藥越早介入，失智患者直接照顧成本也能減低，間接成本降得更多，故中醫藥不但能減輕對下一代年輕人的負擔，也能使老年人的臥床率及臥床天數減低。

伍、結論

美國精神醫學會於 2013 年所出版的精神疾病診斷與統計手冊第五版



(DSM-V)^[14,15]，其中在失智症的章節有兩個重大的改變。第一，在 DSM-V 中將失智症 (dementia) 更名為神經認知症 (neurocognitive disorders, NCDs)，NCDs 又再細分為重度神經認知症 (major neurocognitive disorder, major NCD) 和輕度神經認知症 (mild neurocognitive disorder, mild NCD)；第二，記憶力變差不再診斷失智症的必要條件，只要有一項以上的認知功能障礙，包括整體注意力、執行功能、學習能力、記憶力、語言功能、知覺動作功能或社會人際認知等，即可診斷為失智症。重度神經認知症和輕度神經認知症最主要的差別在於認知功能下降程度是否嚴重到足以影響日常生活功能，如果有影響到日常生活則屬於重度神經認知症。由上述更名可以了解更名為「神經認知症」表示是大腦神經元因退化產生認知的問題，這種神經元的退化應該是可以治療的，是許多跨國大藥廠努力的目標，與中醫的看法不謀而合，中醫從改善大腦灌注開始，可提供大腦更多的血液、氧氣、葡萄糖及營養，讓原來大腦因供血不足而產生的局部低灌注獲得改善；並將廢物強力排出，因此腦中微血管循環的供血增加，組織的營養加倍，神經元的胞內胞外代謝速度加快，為神經元帶來修復及增生等，局部功能也因此得到改善，失智症狀也逐漸得減輕。個人臨床經驗上中醫治療血管性失智症 VaD 要比阿茲海默氏病 AD 效果上來得好且速度較快。雖然 106 年 2 月腦部創傷後有短期記憶有更差的現象，在週五上課後請教三總神經外科湯主任，主任看過 CT 後認為右大腦稍有水腦現象，腦迴溝明顯，顯示大腦嚴重的退化^[8]。但父親的認知功能仍逐漸變好，也沒有再發生過迷路行為 (getting lost, GL)。

在盧氏「血管性失智症存活的危險因子探討」一文的結果發現無心衰竭的血管性失智症 VaD 患者，比有心衰竭的血管性失智症 VaD 患者較好的存活情形，在開始的時間點差異很小，然後隨著時間越長相差越大。吸入性肺炎是血管性失智症病人主要死因。敗血性休克、心衰竭為影響血管性失智症 VaD 存活的時間相依變數，造成敗血性休克主因為吸入性肺炎^[16]。由盧氏研究來看父親危險因子超過一半，如高血壓、糖尿病、中風、臥床、心衰竭等等，但在中醫用飲片水藥介入後依舊維持得很好，多次心衰竭及腦梗塞，甚至硬腦膜下水腫也都影響不大，雖然每次發作後一個月內認知、記憶、行動受影響，但一個月以後就回復正常，甚至更好，這表示中醫藥介入是將父親失智的各種狀況都有改善，甚至還比原來更好。

中醫常講久病必虛、久病及腎、久病必有瘀、久病必有痰。腦部神經元受傷、衰亡、退化，導致廢物阻塞或排不出，故必有瘀阻，故我用育生補陽還五湯來處理瘀阻。水分代謝不正常，神經元內外水分的異常，或不正常滯留，這就是痰飲，會造成神經元訊號傳遞不確實，故我用育生五苓散（腎炎方）來處理水分代謝不正常的痰飲。久病必虛，凡腦病不管是血管性或退化性必然有氣虛、陽虛的問題，故我們在育生補陽還五湯內重用黃耆以補人體的氣虛。用乾薑、附子、玉桂來補



心腎的陽氣及全身的陽氣。因此血管性失智症 VaD 的老人這個合方最適合不過。從父親四年來治療過程中回顧我歸納幾個重點：

1. 我用育生補陽還五湯合育生五苓散（腎炎方）的加味來治療血管性失智症是有效，且無副作用，更無後遺症。失智症一開始中醫藥就應該介入，並且效果不錯。最好在極輕度的疑似失智（ $CDR \leq 0.5$ 或 $MMSE 25\sim 30$ ）或輕度失智（ $CDR \leq 1$ 或 $18\sim 24$ ）時就積極介入及治療。在中度時效果也還不錯，重度或極重度的效果就比較差，會改善但進展很緩慢，尤其有許多慢性病纏身的臥床高齡者。雖然飲片水藥健保不給付，要花照顧者的錢，但若經濟許可這些都是值得的。我為什麼不強調用健保給付的濃縮藥粉，因為有效劑量不足用在腦病或重病的效果不張，若要用到與飲片水藥相同的劑量大概一天要吃 60g~100g，光吞賦形劑的澱粉就已經吃飽了。
2. 育生補陽還五湯合育生五苓散（腎炎方）的加味不只可以治療血管性失智症，一般的失智症也可用。在文中我用來治療父親的硬腦膜下水腫、中風、腦梗塞、高血壓等等。若將合方拆開單獨使用也非常實用，在臨床上我也經常用育生補陽還五湯來治療腦部退化性疾病，或創傷性腦病，或中風患者急性、慢性治療，或巴金森氏病及症，或小腦萎縮症，或多系統萎縮症等等……；連周邊神經創傷也很好用。至於五苓散（腎炎方）主要是關係到身體水分瀦留的問題，主要身體有水腫便可使用，尤其用在治療慢性腎病都有不錯的效果。
3. 老人尤其是高齡，若是行動自如者，有短期記憶力開始衰退時，就應該讓老人配戴，預防性讓失智老人配戴手鍊、手環、衛星定位器或衣服上縫上「守護 QR code」等等皆可，尤其在迷路行為發生後除非照顧者能長時間陪伴，但在行動自如的老者可能稍一疏忽就不見了，所以最好還是配戴識別裝置，最好定位與姓名裝置同用。
4. 老人最怕是摔倒，所以居住環境一定要有預防摔倒的措施，尤其在浴室、廁所一定要有輔助把手。老人最好是群居而不要獨居，若是與兒女同住，兒女上班時最好有托老所，如同托兒所一般，下班後再將老人接回。但老人也怕離開自己熟悉幾十年的環境，尤其是親朋老友都在附近，到了一個陌生的地方，兒女上班後自己封閉在公寓或大樓之中，形同自由翱翔的小鳥卻被關在鳥籠中，反而讓其健康急速的惡化而不如歸去。在臨床上也看到許多老人只是為了面子，或怕被外人指責小孩不孝，或是經濟因素寧可守著自己的房子，在終老時可將房子遺產留給兒女，卻不見他（她）們的兒女負起照顧的責任，甚至老人病死、餓死在屋內的新聞也時有可聞，所以養老機構其實也是一個不錯的選擇，這方面是面臨將老的我們在心態上要調整一下，學習歐美的老人住安養機構也是不錯的選擇。



5. 西醫不斷向中醫挖寶，尤其在藥物上，如瀉劑剛開始是從番瀉葉中提煉出來；連白血病的化療的毒藥也是砒霜（三氧化二砷）提煉出來；近年針灸西用後又發展出「乾針」系統等等。所以中醫師也應該把現代醫學許多好的東西納進來，除了原本中醫的經典外，也要了解西醫的生理學、病理學、解剖學、藥物學，還有血檢、影像、核醫的影像等等都應該納入中醫的辨證及療效評估。中醫二千多年以來每個朝代都是不斷的吸收外來好的醫學，如同海納百川，這樣才能讓中醫不斷前進及擴大，中西醫才能有確實的溝通平台，中醫繼續進化才能在本世紀主流醫學中仍屹立不搖。
6. 文章後面我附上失智症的評估工具及西醫治療藥品健保的給付，也將我所治療的參考方劑一併呈現。

陸、評估工具

臨床上我們在評估失智症嚴重度常用工具如：

1. AD-8 極早期失智症篩檢量表^[17]，簡易智能檢查，以患者的認知功能為準。可以用來發現患者，挖掘早期失智病人。臨床上遇到患者抱怨忘東忘西，或經常來看診卻說是第一次來，或抱怨有人偷東西或要害他，或經常迷路。如果是老人大概用 AD-8 表一篩幾乎都是。
2. 簡易智能檢查 Mini-Mental State Examination (MMSE)，2011 MMSE TDS（總分 30 分，疑似失智 25 ~ 30 分、輕度 18 ~ 24 分、中度 12 ~ 18 分、重度 ≤ 12 分、極重度 <5 分）包括五大施測項目^[18]：定向力（10 分）、訊息登錄（3 分）、注意力與計算力（5 分）、短期回憶（3 分）、語言理解、空間概念、與操作能力（9 分）。主要用來評估患者認知功能，所以是給患者寫的測驗。
3. 臨床失智評分表 Clinical Dementia Rating Scale, CDR 用來評估失智症患者整體功能，主要是詢問照顧者或家屬評分^[19]。總分 5 分，疑似失智 0.5 分、輕度 1 分、中度 2 分、重度 3 分、極重度 4.5 分。

柒、西醫治療藥品健保的給付^[20]

目前衛生福利部中央健康保險署 106 年 10 月 1 日修正生效條文，失智症治療藥品：

1. 限用於依 NINDS-ADRDA 或 DSM 或 ICD 標準診斷為阿滋海默氏症或帕金森氏症之失智症病患。
2. 如有腦中風病史，臨床診斷為「血管性失智症」，或有嚴重心臟傳導阻斷



- (heart block) 之病患，不建議使用。
3. 初次使用者，需於病歷上記載以下資料：
- (1) CT、MRI 或哈金斯氏量表 (Hachinski Ischemic Score) 三項其中之任一結果報告。
 - (2) CBC, VDRL, BUN, Creatinine, GOT, GPT, T4, TSH 檢驗。
 - (3) MMSE 或 CDR 智能測驗報告。
4. 依疾病別及嚴重度，另規定如下：阿滋海默氏症之失智症由神經科或精神科醫師處方使用。
- A. 輕度至中度失智症：限使用 donepezil (Aricept[®], 愛憶欣)、rivastigmine (Exelon[®], 憶思能) 及 galantamine (Reminyl[®], 利憶靈)。
 - I. 智能測驗結果為 MMSE 10~26 分或 CDR 1 級及 2 級之患者。
 - II. 使用前述三種藥品任一種後，三個月內，因副作用得換用本類另一種藥物，並於病歷上記載換藥理由。
 - III. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分 (不含) 以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。惟 Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nominox Tablets 等 3 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較起步治療時減少 2 分 (不含) 以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。
 - IV. 使用 rivastigmine 貼片劑 (如 Exelon Patch)，每日限用一片，且不得併用同成分之口服藥品 (100/3/1)。
 - B. 中重度失智症：限使用 memantine (Ebixa[®], 憶必佳, Witgen[®] 威智) 口服製劑。
 - i. 智能測驗結果為 $10 \leq \text{MMSE} \leq 14$ 分或 CDR 2 級之患者。
 - ii. 曾使用過 donepezil, rivastigmine, galantamine 其中任一種藥品之患者，若不再適用上述其中任一藥物，且 MMSE 或 CDR 智能測驗達標準 ($10 \leq \text{MMSE} \leq 14$ 分或 CDR 2 級)，得換用 memantine。惟 memantine 不得與前項三種藥品併用。(106/10/1)
 - iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分 (不含) 以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。惟 Ebixa Tablets 及 Evy Tablets 等 2 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較起步治療時減少 2 分 (不含) 以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。



捌、參考方劑^[5] (單位。1 錢 = 3.75g)

- 1、育生補陽還五湯：當歸 4、赤芍 4、川芎 4、黃耆 20、丹參 4、銀杏葉 4。
- 2、育生五苓散 (腎炎方)：茯苓 5、豬苓 5、澤瀉 5、蒼朮 5、玉桂 5、乾薑 3、附子 3、黃柏 3、當歸 2、黃耆 10。
- 3、參附湯：人參 4、附子 3。
- 4、黃耆五物湯：黃耆 10、桂枝 5、白芍 5、生薑 5、大棗 5。

玖、謝誌

近四年對父親的用藥過程經歷了數次心臟衰竭、數次胸腔積液 (懸飲)、四次迷路、腔隙性腦梗死 (小洞中風) 及硬腦膜下出血等等，幸而多年前已經在李政育老師門下學習如何應對危急重症的處理，也許沒有處理得很好，但都能僥倖地度過，雖然最後仍有些許的遺憾。但仍非常感謝李老師、三總廖炎智老師、張致富老師及三總醫師們，尤其神經科的醫師們，謝謝諸位老師的教導！非常感恩！

參考文獻

1. 國家發展委員會「中華民國人口推估 (2018 至 2065 年)」2018 年 8 月統計 https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72
2. 劉景寬 (Ching-Kuan Liu), 戴志達 (Chi-Ta Tai), 林瑞泰 (Ruey-Tay Lin), 賴秋蓮 (Chiou-Lian Lai), 台灣失智症的流行病學 Epidemiology of Dementia in Taiwan, 應用心理研究; 7 期, Sep. 2000: 157-169.
3. 中華民國內政部警政署全球資訊網中失蹤人口統計 107 年 10 月 9 日 <https://www.npa.gov.tw/NPAGip/wSite/ct?xItem=78263&ctNode=12873&mp=1>
4. 李志謙, 阿茲海默氏症的迷路初發與再發 -- 兩年半追蹤研究, 國立成功大學, 行為醫學研究所, 2011 年: 19-25.
5. 李政育著, 古丹譯, 中醫腦神經治療學, 啓業書局, 2001 年: 5-24, 58-59, 123-124, 134-135.
6. 程維德, 中醫治療急性腦梗塞案例之臨床療效, 中國鍼灸學雜誌第四卷 · 第一期, 105 年, Vol .4, No.1, Dec. 2016: 76-92.
7. 程維德, 談朱雀湯 話十棗湯, 中西結合神經醫學雜誌第九卷 · 第一期, 105 年, Vol .9, No.1, Dec. 2016: 69-73.
8. 程維德, 從一個病例來探討中醫治療慢性硬腦膜下血腫案例之臨床療效, 中西結合神經醫學雜誌第十卷 · 第一期, 106 年, Vol .10, No.1, Dec. 2017: 30-47.



9. 春秋戰國·佚名, 黃帝內經·素問靈蘭秘典論篇第八, 宣明五氣篇第二十三, 痿論篇第四十四, 中醫藥委員會何威德建檔。
10. Corey Foster, Neville F., Mistry, Parvin F. Peddi, Shivak Sharma 著, 鍾一瑋等等翻譯, 華盛頓內科學手冊, 合計出版社, 2012年:155-158.
11. 李政育, 甘宜弘, 張成富, 林欣榮, 邱文達著, 中藥對腦缺氧預防與治療效果, 台灣醫學, Formosan J Med 2003;7:836-844.
12. The Estimated Report on the Population of Dementia in Taiwan. Taiwan Alzheimer's Disease Association, 2012.
13. 周麗芳, 張佳雯, 傅中玲, 王署君, 探究台灣地區老人失智症經濟成本, 國立政治大學學報, No.82, 2000: 1-25.
14. 梁家欣, 程蘊菁, 陳人豪, 失智症之重點回顧, 內科學誌, 2014: 25: 151-157
15. David JK. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association 2013: 591-644.
16. 盧韻如, 血管性失智症存活的危險因子探討, 臺灣大學流行病學研究所, Jan, 2010: 1-3.
17. 楊淵韓, 李明濱, 劉景寬, 極早期阿茲海默氏失智症之篩檢, 台灣醫界, Vol. 52, No.9, 2009: 8-10.
18. 楊淵韓, 傅中玲, 劉景寬 譯, MMSE TDS 建議版, 台灣臨床失智症學會, 17 DEC 2015: 1-11.
19. 楊淵韓, 傅中玲, 劉景寬 譯, 臨床失智評定量表 (CDR) - 結構式訪談, 台灣臨床失智症學會, 17 DEC 2015: 1-8.
20. 中華民國衛生福利部中央健康保險署「藥品給付規定」修正規定, 第1節神經系統藥物 https://www.nhi.gov.tw/BBS_Detail.aspx?n=73CEDFC921268679&sms=D6D5367550F18590&s=164E161335E44D17

通訊作者：程維德

聯絡地址：新北市板橋區實踐路 117 號

聯絡電話：02-2959-8113

E-mail：chengweide@kimo.com

受理日期：2018年10月31日；接受日期：2018年12月10日



From the father's "getting lost" (GL) to explore the TCM effects of dementia

Cheng Wei-De¹; Lee, Chen-Yu²; Liao Yan-Chin³

¹Cheng Wei-De Chinese Medical Clinic

²Yu-Sheng Chinese Medical Clinic

³National Defense Medical Center, Tri-Service General Hospital of Department of Nuclear Medicine

Abstract

Traditional Chinese medicine often talks about Long-term illness leads to weakness, Long-term illness leads to kidney weakness, long-term illness must have blood stasis, long-term illness must have sputum. Brain neurons are injured, dying, and degraded, resulting in obstruction or unremoved waste, Therefore, there must be blood stasis, Therefore, I used the breeding of YuSheng Buyanghuanwutang to treat blood stasis. Abnormal water metabolism, abnormal water inside and outside the neuron, or abnormal storage, This is the phlegm, will cause the transmission of neuron signals is not practical, so I use the Yusheng Wuling San (Nephritis Fang) to deal with abnormal water metabolism of phlegm. Long-term illness leads to weakness, no matter whether the cerebral disease is vascular or degenerative, there must be problems of qi deficiency and yang deficiency. Therefore, we reused Astragalus in the Buyanghuanwutang to supplement qi deficiency of the human body. Use dried ginger, aconite, and cinnamon to supplement the yang of the heart and the yang of the body. Therefore, the elderly with Vascular dementia (VaD) is the most suitable for this combination.

From the father's four years of treatment, I reviewed several key points: It is effective to treat vascular dementia with a combination of YuSheng Buyanghuanwutang and Yusheng Wuling San (Nephritis Fang), with no side effects and no sequelae. My father took four years of drinking water medicine, and there were four getting lost behaviors (getting lost, GL). In the second and third years, the lost situation was not serious. They all concentrated in 10 months. After the fourth getting lost, it was not getting lost until the father passed away for about one year and seven months. It can be seen that TCM has a great help to dementia. Therefore, TCM should be involved in the beginning of dementia, and the effect is good. It is best to actively intervene and treat when there is a mild suspected dementia ($CDR \leq 0.5$ or MMSE 25~30) or mild dementia



(CDR \leq 1 or 18~24). Although water medicine Pieces health insurance does not pay, it takes the caregiver's money, but if the economy permits these are worthwhile. Why don't I emphasize the use of concentrated medicine powder for health care, because the effective dose is not enough for encephalopathy or serious illness? If you want to use the same dose as the water medicine, you should eat 60g~100g a day. The excipients of the light-swallowing starch are already full.

Keywords: Vascular dementia (VaD), Dementia, YuSheng Buyanghuanwutang, Buyanghuanwutang, YuSHeng Wuling San, Wuling San