

中醫大家醫

三高中醫照護的臨床實證



台灣中醫家庭醫學醫學會

Taiwan Association for
Traditional Chinese Medicine of Family

中醫大家醫

三高中醫照護的臨床實證



台灣中醫家庭醫學醫學會

Taiwan Association for
Traditional Chinese Medicine of Family

推薦序

隨著全球人口老化及慢性病負擔日益沉重，「三高」——高血壓、高血脂、高血糖——已成為影響國人健康與醫療體系的重大挑戰。尤其中醫在慢性疾病防治與健康促進領域扮演重要角色，如何以科學實證為基礎，深化中醫在三高及其併發症的臨床應用，已是時代所趨。

欣見台灣中醫家庭醫學醫學會林舜毅中醫師，撰成《中醫大家醫 - 三高中醫照護的臨床實證》一書。本書廣泛評讀最新的國內外實證研究資料，結合理論與臨床，針對高血壓、高血脂、高血糖及其常見併發症，提出系統化的中醫治療建議與策略。林醫師細緻整理了中藥、針灸、耳穴療法 etc 中醫特色療法在三高疾病管理中的應用，並融入現代臨床試驗的成果，堅持以科學嚴謹的態度，提升中醫療效的可驗證性與可再現性。

更難能可貴的是，本書不僅為中醫臨床提供具體實用的參考依據，也為推動「大家醫」計畫與中醫專科發展奠定了堅實基礎。透過本書，中醫師們得以掌握三高疾病的整合性管理思維，從而進一步融入長期照護、家庭醫學與基層醫療體系之中，拓展中醫在全民健康促進中的重要角色。

在全民健康意識抬頭與醫療多元化發展的今天，中醫必須以實證為橋樑，串聯傳統智慧與現代醫學。《中醫大家醫 - 三高中醫照護的臨床實證》正是順應時代潮流的重要著作，值得每一位關心中醫發展、致力於慢性病防治的醫療人員細讀參考。

特此推薦。

詹永兆

中華民國中醫師公會全國聯合會理事長

推薦序

隨著全球高齡化社會的到來，慢性疾病已成為威脅民衆健康的主要問題，尤以高血壓、高血脂與高血糖，統稱「三高」，對國人健康的影響最爲深遠。面對三高及其相關併發症所帶來的龐大醫療負擔與生活品質的惡化，尋求整合性、個人化且兼顧預防與治療的醫療模式，已是當代醫學不可迴避的重要課題。

《中醫家庭醫學實證與臨床：三高的整合治療》正是在這樣的需求下誕生的一部專業著作。全書以現代循證醫學精神爲基礎，融合中醫辨證論治的精髓，詳細論述了高血壓、高血脂與高血糖及其相關併發症的中醫診治策略，並佐以最新實證研究成果，呈現出中醫在現代慢性病管理中的嶄新價值。

特別值得一提的是，本書強調中醫家庭醫學在「疾病管理」與「健康促進」雙重任務上的角色定位，並且細緻介紹了藥物治療、針灸、耳穴壓豆與衛教指導等多元手段的整合應用，不僅提升了療效，更符合家庭醫學強調「以人爲本」、「整體照護」的理念。從急性期處置到慢性期調理，從單純三高控制到合併中風、心衰竭、腎病變等複雜病程的協同管理，皆展現了中醫系統性、個體化且動態調整的臨床思維。

作爲中醫家庭醫學會的一員，我深感欣慰，也深具期許。期盼藉由本書的問世，能爲臨床醫師提供一套科學且實用的參考指南，爲患者帶來更完整、更細緻的照護。同時也希望本書能成爲推動中醫家庭醫學發展的重要里程碑，促使中西醫在慢性病管理領域中攜手合作，開創更健康、更美好的未來。

謹以此序，獻給所有致力於慢性病防治與中醫家庭醫學推廣的同道們。

葉家舟

中醫家庭醫學會理事長

中華民國一百十四年四月

作者序

在中醫臨床實務中，「三高」——高血壓、高血脂、高血糖，及其所引發的各種慢性併發症，一直是影響民衆健康與生活品質的重大問題。面對這樣的挑戰，中醫不僅有深厚的理論基礎，亦在長期臨床中累積了豐富的治療經驗。然而，在現代醫學強調實證、標準化與可重現性的時代背景下，中醫如何以嚴謹的方式展現其療效，成爲我們必須正視的重要課題。

本書《中醫大家醫 - 三高中醫照護的臨床實證》即是在這樣的思考下誕生。全書以現代實證醫學標準爲基礎，廣泛整理與評讀了國內外關於中醫治療三高疾病及其併發症的最新研究成果，並結合本人在基層與醫學中心累積的臨床經驗，提出中醫介入三高管理的具體建議。內容涵蓋中藥治療、針灸、耳穴療法、生活調養等多方面，力求兼顧理論深度與臨床實用性。

在撰寫過程中，我特別強調依據辨證論治的原則，結合疾病的現代病理機轉，讓中醫師在應對複雜多變的慢性病態時，能有更具體、系統且與現代醫學接軌的診療參考。希望本書不僅能作爲中醫師提升臨床品質的工具，也能作爲推動「大家醫」計畫、中醫家庭醫學專科發展的重要助力，讓中醫在基層醫療與慢性病防治領域發揮更大的社會價值。

衷心感謝所有在撰寫過程中給予支持與鼓勵的前輩、同道與師長，特別是長期推動中醫學術與公共政策改革的各位領導者，讓我們有機會共同見證中醫向更高實證標準邁進的腳步。也希望本書能爲關心慢性病防治、致力於提升中醫臨床能力的醫療同仁們，帶來啟發與助益。

林舜毅 中醫師

台北市立聯合醫院仁愛院區主治醫師

國立陽明交通大學傳統醫藥研究所助理教授

台灣中醫家庭醫學醫學會常務監事

目錄

CONTENT

推薦序	iii
推薦序	iv
作者序	v

第一篇 高血壓與相關併發症的中醫治療

第一章 高血壓	3
第二章 高血壓性腦出血	13
第三章 高血壓性左心室肥厚	21
第四章 擴張型心肌病變併心衰竭	27
第五章 射出分率保留型心衰竭	33

第二篇 高血脂與相關併發症的中醫治療

第六章 高血脂	41
第七章 非酒精性脂肪肝	49
第八章 高脂血症胰臟炎	57
第九章 動脈粥狀硬化	63
第十章 冠狀動脈疾病	69

第三篇 高血糖與相關併發症的中醫治療

第十一章 糖尿病	79
第十二章 糖尿病週邊神經病變	89
第十三章 糖尿病視網膜病變	97

第十四章	糖尿病傷口	103
第十五章	糖尿病性胃輕癱	109
第十六章	糖尿病腎病	117

第四篇 三高相關的慢性疾病中醫治療

第十七章	代謝症候群	129
第十八章	阻塞型睡眠呼吸中止症	139

高血壓

與相關併發症的中醫治療



高血壓

Hypertension

本章學習重點

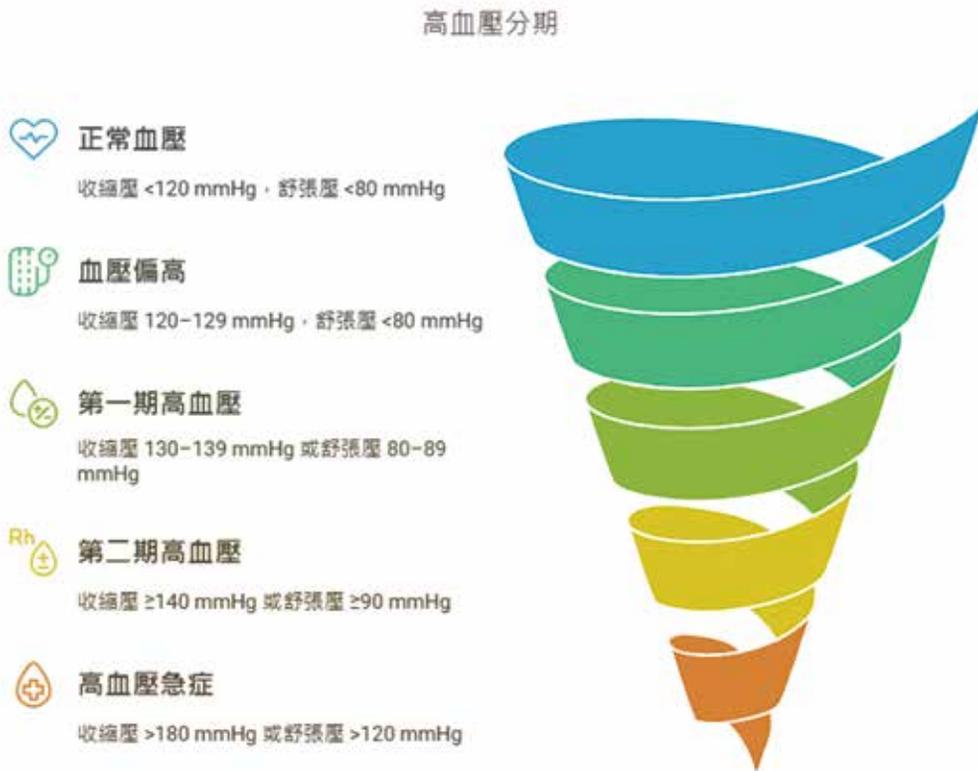
1. 常見高血壓證型可依辨證選用代表性方劑進行治療，肝陽上亢者宜用天麻鉤藤飲，具降壓與抗氧化雙重功效；肝鬱脾虛者可用逍遙散，兼具穩壓與抗焦慮、抗發炎效果；腎陽虛水濕型者適合真武湯，有助於改善血壓與水腫；血瘀型則推薦血府逐瘀湯或桃紅四物湯，能活血通絡、防止中風；脾虛濕盛者可選苓桂朮甘湯，改善納呆痰多與腸胃副作用。
2. 針灸治療可與西藥併用以增強降壓效果，建議選用曲池、太衝、風池、足三里與百會等實證驗證的穴位，具有疏肝平陽、健脾益氣與調節神經系統之功效，每週針刺 2-3 次、每次 15-20 分鐘為宜。對高血壓前期與輕度患者，則可使用豐隆、三陰交與合谷等穴位，達到延緩病程進展之目的。
3. 耳穴壓豆療法屬非侵入性治療技術，可提升降壓藥效果與血壓達標率，推薦耳尖、心、腎、交感、皮質下與神門等穴，使用王不留行子貼壓，每日按壓 3-5 次、每次 1-2 分鐘，有助居家自我照護，特別適用於輕中度高血壓或藥物不穩者之整體治療規劃。

定義

高血壓 (Hypertension) 是指動脈血壓持續高於正常範圍的一種慢性疾病狀態。根據現行診斷標準，成年人於非服藥情況下，診間量測收縮壓 (SBP) 達 140 mmHg 或舒張壓 (DBP) 達 90 mmHg 以上，即可診斷為高血壓。

臨床症狀

臨床上，高血壓常無明顯症狀而被忽略，但在部分患者中可能出現頭痛、頭暈、心悸、耳鳴、視力模糊、失眠、疲倦等非特異性表現；若長期未能控制，則可能引發心臟衰竭、中風、腎功能惡化或視網膜病變等併發症。依據血壓數值高低可分為不同分期高血壓分期：正常血壓為收縮壓 <120 mmHg 且舒張壓 <80 mmHg；血壓偏高 (Elevated BP) 為 120-129 mmHg 且舒張壓 <80 mmHg；第一期高血壓為收縮壓 130-139 mmHg 或舒張壓 80-89 mmHg；第二期高血壓則為收縮壓達 140 mmHg 以上或舒張壓達 90 mmHg 以上；高血壓急症則是收縮壓大於 180 毫米汞柱或舒張壓大於 120 毫米汞柱。此外，依據病因與臨床表現，高血壓可分為原發性與繼發性兩大類，前者佔九成以上，病因多與遺傳、飲食、壓力及生活習慣等有關；後者則可能與腎臟病、內分泌疾病或某些藥物使用相關。從中醫辨證角度，則常依據臟腑虛實與氣血津液變化，分為肝陽上亢、肝腎陰虛、痰濁中阻、血瘀阻絡、脾腎陽虛等證型，各有對應的臨床表現與治療原則。



病理機轉

在西醫的觀點中，高血壓（Hypertension）是一種由多重因素交織而成的心血管系統慢性疾病，其核心病理機轉主要包括血管阻力增高、交感神經活性亢進、腎素-血管張力素-醛固酮系統（RAAS）失調與內皮功能障礙等。當血管壁的順應性下降或小動脈持續收縮時，外周阻力會增加，導致血壓升高。此外，交感神經的持續活化會促使心跳加快、血管收縮與腎素分泌增加，而RAAS系統的異常啟動則會進一步造成血管收縮與水鈉潑留，形成惡性循環。另一方面，長期高血壓亦會破壞血管內皮細胞的正常功能，降低一氧化氮（NO）的釋放，進一步促進血管僵硬與動脈硬化。某些患者可能因腎動脈狹窄、腎上腺腫瘤或甲狀腺功能異常等導致繼發性高血壓，則需針對原發疾病進行治療。

在中醫理論中，高血壓雖非古籍明列之病名，但其臨床表現多歸屬於「眩暈」、「頭痛」、「失眠」與「心悸」等病證範疇。病因病機主要與肝、腎、脾三臟功能失調有關，其中「肝陽上亢」為最常見之本病機轉。多因情志不遂、久怒傷肝，使肝氣鬱結化火，進一步上擾清竅而致眩暈頭痛。肝腎陰虛則因年老體虛、房勞過度或慢性病久耗，致使陰虛陽亢、陽不潛藏。脾虛濕盛與痰濁中阻者，多因飲食失節或運化無權，使濁陰蒙蔽清陽，上擾心竅；而腎陽虛衰則多見於久病體弱，陽氣不振、

水濕停聚所致。此外，氣滯血瘀亦為重要病機，瘀血阻絡可導致血流不暢、血壓升高，若不及時治療，易引發中風或心絞痛等急症。

中醫照護

■ 中藥治療

現有文獻指出，多種中藥經典方劑在與西藥併用後，不僅能增強降壓效果，還能針對不同證型病機進行有針對性的治療，對提升整體臨床療效、降低副作用、改善生活品質皆有實質幫助。

對於肝陽上亢型高血壓，常見症狀包括頭痛眩暈、耳鳴、面紅目赤、易怒、失眠等，**天麻鉤藤飲**為最具代表性方劑。系統性回顧與統合分析顯示，天麻鉤藤飲不僅能有效降低收縮壓與舒張壓，亦能明顯提升血清超氧化物歧化酶（SOD）含量，具有優異的抗氧化作用，對緩解血管內皮功能異常有正向影響。其**核心藥材如天麻、鉤藤、石決明、黃芩**等，均具有平肝潛陽、清熱安神作用，建議在伴有失眠、煩躁、頭暈明顯的患者中使用，特別是與 ARB 類藥物併用時效果更為顯著。

而對於肝鬱脾虛型高血壓，尤其伴隨情緒壓力、焦慮抑鬱情緒者，**逍遙散**的臨床應用價值受到高度重視。研究顯示逍遙散加用於降壓藥後，不僅血壓控制更穩定，還可顯著改善 Hamilton 焦慮量表、自評焦慮量表及抑鬱量表分數，同時可降低同型半胱氨酸、C 反應蛋白等慢性炎症指標，並調節血脂代謝。其疏肝解鬱、健脾養血的作用對長期處於情緒壓力下的高血壓患者極為適合。

真武湯則對腎陽虛兼水濕內停型的高血壓患者尤為重要。此類患者常見畏寒肢冷、腰膝痠軟、小便不利、水腫等症狀，研究指出，真武湯可顯著降低血壓並改善臨床症狀，搭配降壓藥使用無顯著副作用。其溫陽化氣、利水消腫的機轉使其成為合併慢性腎病或心衰體質患者的良好選擇。

若遇到高血壓合併脾虛濕盛型，尤其表現為頭暈重墜、納呆、腹脹、痰多、舌苔白膩，則可考慮**苓桂朮甘湯**。研究顯示此方配合西藥治療能提升降壓效果並降低腸胃道副作用，其健脾利濕、溫化寒濕的特性適用於中老年氣虛體質者，尤其適合四肢沉重、水腫明顯者使用。若血壓異常合併代謝症候群或脂肪肝，苓桂朮甘湯可作為另一種選擇，具改善脂質代謝與肝臟功能的潛力。

在血瘀型高血壓中，特別是有頭痛固定、舌質暗紅或舌下絡脈曲張者，**血府逐瘀湯與桃紅四物湯**皆為活血通絡、改善微循環的經典選擇。文獻指出，這兩方併用西藥可顯著降低血壓並改善血脂、血液流變學指標、頸動脈內膜厚度與左心室肥厚情況，尤其在預防中風與心肌梗塞等併發症上具臨床潛力。桃紅四物湯中的當歸、川芎、赤芍與桃仁、紅花協同發揮補血活血之效，對於血虛夾瘀者尤具價值。



■ 針灸治療

根據 2018 年發表於《Medical Science Monitor》的統合分析結果，臨床中醫師在照護原發性高血壓患者時，可考慮將針灸作為共同治療手段，特別適用於搭配抗高血壓藥物共同使用的情境中。研究顯示，單獨使用針灸對血壓的降幅雖然與單用西藥效果相近，但並無顯著優勢；然而，針灸與抗高血壓藥物併用時，無論在收縮壓（SBP）或舒張壓（DBP）方面，皆可達到更顯著的降壓效果。具體而言，與單用西藥相比，併用針灸可額外降低 SBP 約 9.8 mmHg、DBP 約 7.82 mmHg，且療效率提升約 17%。

在實際操作上，建議針對下列穴位進行選擇與針刺操作，這些穴位亦為統合研究中最常使用的高頻穴位：**曲池**、**太衝**、**風池**、**足三里**、**百會**。其中，曲池與風池常用於清熱降壓；太衝可疏肝平肝陽；足三里健脾益氣、調和氣血；百會具有提陽鎮靜之效，有助於調節中樞神經系統功能。建議每週 2-3 次，每次留針 15-20 分鐘，療程以 2 至 8 週為佳。針刺時可追求「得氣」感，並可視患者情況採用電針刺激以加強療效。

根據該研究，針灸的主要價值在於其協同效果，能夠增強降壓藥物的療效，特別在與鈣離子阻斷劑併用時表現尤為明顯。此外，針灸治療的副作用發生率低，常見不良反應如短暫暈針、頭痛或局部瘀青，整體而言為安全可控。

若對象是較輕微的高血壓前期與輕度高血壓患者，根據 2022 年發表於《Complementary Therapies in Clinical Practice》的系統性綜述與統合分析，針灸能有效降低輕度升高的血壓值，平均可降低收縮壓約 3.62 mmHg、舒張壓約 3.12 mmHg，對於早期介入病程、延緩惡化至中重度高血壓具有臨床意義。

建議中醫師在臨床操作時，優先考慮以下穴位組合：**曲池、足三里、豐隆、三陰交、合谷、太衝、百會**。這些穴位在研究中多次被選用，具有清熱降壓、調和氣血、疏肝潛陽之效，亦可改善壓力引起的自律神經失調。針刺應以達「得氣」為原則，出現酸、麻、脹、重等針感。



■ 耳穴治療

針對高血壓患者，根據《European Journal of Cardiovascular Nursing》2019 年發表的系統性回顧與統合分析，臨床中醫師在應用耳穴療法時可考慮以耳穴壓豆法（Auricular Acupressure）作為輔助降壓手段，特別是在與常規降壓藥物併用的情況下，療效較單用藥物更為顯著。建議治療時選用以下常見高血壓相關耳穴：耳尖穴（耳尖）、心穴（位於對耳輪上部中央）、腎穴（位於耳甲腔後部）、交感穴（對耳輪下腳與耳甲腔交界處）、皮質下（耳屏前部）與神門穴（耳舟頂部中點）等。

操作時可採用壓力適中的壓豆法，以金屬珠子或王不留行子附著於耳穴上，進行持續貼壓，建議每次保留 2-3 天，再換耳進行貼壓，以達到雙耳交替刺激。病人每日自行按壓耳穴 3-5 次，每次 1-2

分鐘，以感到酸脹為宜。此法屬非侵入性療法，操作簡單，病人配合度高，亦利於居家自我照護與門診追蹤。

根據研究結果顯示，單純使用耳穴壓豆療法雖在與降壓藥物相比時效果略有不穩，但與無治療或偽針對照相比，能有效降低收縮壓平均約 5 mmHg，舒張壓約 5.3 mmHg；若與降壓藥物併用，則能進一步提升降壓成效，並使血壓達標率提升 22%（相對風險 RR=1.22）。此療法具有良好的安全性與可行性，特別適合用於輕中度高血壓、降壓效果不穩定者或欲減少藥物劑量者，亦可作為中醫整體照護計畫的一部分。

探索耳穴壓豆療法的益處



衛生教育

高血壓患者在日常生活中應特別留意生活習慣與健康行為的調整，以穩定血壓、預防併發症。飲食方面應避免高鹽、高脂肪、高熱量食物，建議多攝取富含鉀、鎂與纖維的蔬果、全穀類與低脂乳製品，限制酒精攝取，並養成清淡、定時的飲食習慣。運動方面應維持每週至少 150 分鐘的中等強度有氧運動，例如快走、游泳或騎腳踏車，同時避免劇烈活動引起血壓驟升。生活作息宜規律，充足睡眠，避免熬夜與情緒波動，學習壓力管理技巧如呼吸放鬆法、正念冥想或太極氣功等，有助於降低交感神經活性，穩定血壓。應遵照醫師指示規則服藥，不可任意停藥或更改劑量，並定期量測血壓與回診追蹤。若出現頭痛劇烈、視力模糊、胸悶胸痛、呼吸困難、手腳麻木、語言不清或意識混亂等情形，可能為高血壓惡化或併發急性腦中風、心肌梗塞等重大事件，應立即就醫處理，以降低致命風險。持續的健康管理與早期發現異常徵兆，是高血壓長期穩定控制的關鍵。

參考文獻

1. Zhang, Qingyuan et al. "Chinese herbal medicine formula combined with calcium antagonist in the treatment of hypertension: a systematic review and meta-analysis." *Clinical and experimental hypertension* (New York, N.Y. : 1993) vol. 44,2 (2022) : 181-190. doi:10.1080/10641963.2021.2013491
2. Wu, Xinfang, and Xiuxin Jiang. "Systematic review and meta analysis of randomized controlled trials on Tianmagouteng decoction in treatment of primary hypertension with liver Yang hyperactivity syndrome." *Journal of traditional Chinese medicine = Chung i tsa chih ying wen pan* vol. 33,1 (2013) : 15-8. doi:10.1016/s0254-6272 (13) 60094-1
3. Liu, Meng-Lin et al. *Zhongguo Zhong yao za zhi = Zhongguo zhongyao zazhi = China journal of Chinese materia medica* vol. 46,6 (2021) : 1511-1522. doi:10.19540/j.cnki.cjcm.20200702.501
4. Xiong, Xingjiang et al. "Efficacy and safety of Chinese herbal medicine Xiao Yao San in hypertension: A systematic review and meta-analysis." *Phytomedicine : international journal of phytotherapy and phytopharmacology* vol. 61 (2019) : 152849. doi:10.1016/j.phymed.2019.152849
5. Xie, Pingchang et al. "Clinical effects of Lingguizhugan decoction in the treatment of hypertension: a systematic review and meta-analysis." *Annals of palliative medicine* vol. 10,11 (2021) : 11529-11538. doi:10.21037/apm-21-2639
6. Xie, Peng-Cheng et al. "The effect of Taohong Siwu decoction combined with antihypertensive medicine in the treatment of hypertension: Meta-analysis." *Medicine* vol. 101,49 (2022) : e32133. doi:10.1097/MD.00000000000032133
7. Xie, Peng-Cheng et al. "The effect of Taohong Siwu decoction combined with antihypertensive medicine in the treatment of hypertension: Meta-analysis." *Medicine* vol. 101,49 (2022) : e32133. doi:10.1097/MD.00000000000032133
8. Wang, Pengqian et al. "Efficacy and Safety of a Traditional Chinese Herbal Formula Xuefu Zhuyu Decoction for Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Medicine* vol. 94,42 (2015) : e1850. doi:10.1097/MD.0000000000001850
9. Zhang, Muxin et al. "Association between acupuncture and grade 1 hypertension: A systematic review and meta-analysis." *Complementary therapies in clinical practice* vol. 49 (2022) : 101649. doi:10.1016/j.ctcp.2022.101649
10. Chen, Hao et al. "Efficacy and Safety of Acupuncture for Essential Hypertension: A Meta-Analysis." *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research* vol. 24 2946-2969. 8 May. 2018, doi:10.12659/MSM.909995

11. Gao, JiaLiang et al. "The effect of auricular therapy on blood pressure: A systematic review and meta-analysis." *European journal of cardiovascular nursing* vol. 19,1 (2020) : 20-30. doi:10.1177/1474515119876778

高血壓性腦出血

Intracerebral hemorrhage

本章學習重點

1. 腦出血急性期應辨證使用活血化瘀、通竅醒腦方劑。可參考處方包含通竅活血湯、活血祛瘀湯及腦血舒口服液，適用於昏迷、神志模糊與血瘀閉阻者，具有促進血腫吸收、降低顱壓與改善神經功能的效益。惟在發病 6 小時內之超急性期，應避免使用含水蛭等強效活血藥，以免引發出血惡化。
2. 恢復期重在補氣活血、化瘀通絡，可參考補陽還五湯與活血滌痰湯，分別適用於氣虛血瘀型肢體偏癱與痰瘀阻絡型意識模糊者。這些方劑可改善日常生活能力、語言障礙與肢體協調，是腦出血康復期的重要治療策略。
3. 針灸治療方面，針對中風後痙攣與運動功能障礙可選用合谷、曲池、陽陵泉、足三里、承山、肩髃、太衝等穴位，亦可以合併電針或針上灸；若目標為促進運動能力，則可用徒手針灸或侵入性電針，以激發經絡氣血、增強神經傳導功能。研究顯示，持續治療四週以上有助於改善肌張力、提升肢體活動力與日常生活自理能力。

定義

高血壓性腦出血 (hypertensive intracerebral hemorrhage, HICH) 是指因長期未控制的高血壓導致腦內小動脈破裂出血，形成腦實質內血腫的臨床急症，是自發性腦出血最常見的類型。病變主要集中在基底節、丘腦、腦幹及小腦等深部腦區，病理基礎為高血壓引起的動脈硬化、玻璃樣變與微動脈瘤形成，導致血管壁脆弱，在血壓急劇升高時易致破裂出血。

臨床症狀

臨床症狀依出血部位與血腫大小而異，常見的表現包括突發性劇烈頭痛、意識障礙、肢體偏癱、語言障礙、視野缺損、噁心嘔吐與癲癇發作，嚴重者可迅速昏迷甚至死亡。病程可依時間與病理變化分為三期：急性期（發作後 24 小時內），血腫快速形成，顱內壓升高，臨床症狀劇烈；亞急性期（發作後 1 至 3 週），血腫穩定或開始吸收，水腫緩解，患者意識與神經功能可部分恢復；慢性期（3 週後），血腫吸收與膠質瘢痕形成，進入功能康復階段。此外，可依照出血部位與臨床特徵進行分型，如基底節型最為常見，常表現為對側肢體偏癱與構音障礙；丘腦型則易導致感覺障礙與意識改變；腦幹型多危重，常迅速陷入昏迷；小腦型則以劇烈頭痛、共濟失調及腦壓升高為主，若壓迫腦幹則有生命危險。這些分型不僅影響臨床表現，也對預後與治療策略有重要指引意義。

病理機轉

高血壓性腦出血的西醫病理機轉主要與長期高血壓所引起的腦部小動脈結構變化有關。高血壓會導致小動脈持續承受高壓，最終引發血管壁的玻璃樣變性（hyalinosis）、脂肪樣變性（lipohyalinosis）及纖維性壞死，這些改變造成血管壁脆弱，當血壓突然升高時，容易在微小動脈如穿通動脈處形成微動脈瘤，並在壓力激增時破裂出血。常見的出血部位包括基底節、丘腦、腦幹和小腦。出血後形成血腫會壓迫腦組織，引發局部缺血、水腫及顱內壓升高，進而造成意識改變、神經功能損害，若血腫進一步擴大或破入腦室，則預後更為不良。此外，出血後的血紅素降解產物還會誘發繼發性炎症反應與細胞凋亡，對神經組織造成長期損傷。

中醫對高血壓性腦出血的認識屬於“中風”範疇，其發病核心病機為“肝陽上亢”、“風火上擾”與“痰瘀互結”。長期情志失調、飲食失節、勞倦內傷導致肝腎陰虛，陰虛無以制陽，肝陽上亢，進而化火生風，上擾清竅，脈絡痹阻，血行不暢，終至血溢腦絡而發中風。部分患者亦可因脾虛生痰、痰濁上擾，與風火相搏而化熱生風，痰瘀內阻腦絡，導致氣血逆亂、絡脈破裂而發病。中醫病機的演變具有由實轉虛、虛實夾雜的特點，急性期多屬實證，以風火、痰熱、氣逆血溢為主，治宜熄風清熱、化痰通絡；恢復期與後遺症期多轉為虛證，以氣虛血瘀、肝腎陰虛為主，治當補氣養陰、活血化瘀。綜合而言，中醫強調整體辨證，重視臟腑虛實與氣血陰陽失調的關係，與西醫注重局部血管結構損害與顱內壓動態改變的病理機制，形成互補且可整合的治療理念。

中醫照護

■ 中藥治療

根據系統性回顧與統合分析的實證結果，活血化瘀中藥能有效減輕腦水腫、促進血腫吸收、改善神經功能缺損，對病人日常生活功能恢復亦有正面效果。尤其在發病急性期的1至2週內介入，更能發揮中醫藥的綜合治療優勢。

雖然目前有實證成效的多項中成藥，如腦血舒口服液、醒腦靜注射液等目前尚未正式核准於台灣使用，但這些藥品的組方結構大多源於傳統方劑或經驗方，兼顧行氣活血、通竅祛瘀、養血通絡等中醫基本治療原則。因此，即便藥品名稱或劑型尚未在台上市，其治療理念與臨床應用方式仍具有高度參考價值，值得台灣中醫師在實務中依據辨證加減、靈活應用。

在病發初期（發病72小時內），病機多屬瘀血阻竅、風痰瘀閉，建議選用**通竅活血湯**（組成為赤芍、川芎、桃仁、紅花、蔥白、生薑、大棗）、**活血祛瘀湯**（組成為丹參、當歸、赤芍、雞血藤、桃仁、玄胡、鬱金、三七、香附、枳殼、廣木香、甘草）、**腦血舒口服液**（組成為黃耆、水蛭、石菖蒲、牛膝、牡丹皮、大黃、川芎）等方劑。通竅活血湯適用於伴隨昏迷、神志模糊者，方中川芎、桃仁、紅花、大黃等藥物可快速清除瘀血、醒腦開竅；腦血舒口服液則為中成藥製劑，使用便利，對於降低顱內壓與改善微循環亦有正面效應，適用於病情尚不穩定者。



當患者進入恢復期，即出血穩定後第 7 天至第 28 天左右，建議以補氣活血通絡為治療主軸，此階段的中藥處方如**補陽還五湯**或**活血滌痰湯**（組成爲**陳皮、半夏、白茯苓、甘草、大腹皮、枳殼、木香、延胡索、當歸尾、黃芩**）。補陽還五湯適用於肢體偏癱、語言不利，病後氣虛血瘀明顯者；活血滌痰湯適用於瘀阻痰濁並見、伴有意識模糊、痰多舌苔膩等表現者。



臨床中亦應特別注意活血中藥使用的時機，依據 2019 年 發表在開放科學期刊 BMJ Open 的多中心隨機臨床試驗，建議中醫師在處理急性腦出血（AICH）患者時，特別是在發病後 6 小時內的超急性期，應避免使用含有水蛭與虻蟲等強效活血化瘀中藥的方劑。研究顯示，這類藥物在此階段不但無法顯著減少血腫擴大或改善預後，反而增加了出血相關的嚴重不良反應風險，包括腦疝與胃腸道出血，可能導致病情惡化甚至死亡。儘管活血化瘀法在過去的臨床與經驗中廣泛應用於中風治療，但本研究指出其應用時機需謹慎評估，尤其是在超急性期可能因其抗凝特性而促使出血惡化。

■ 針灸治療

中風後痙攣

根據對於臨床試驗的網絡統合分析結果，針對緩解痙攣的治療，建議施行電刺激於常見的痙攣肌群相關穴位，例如曲池、合谷、陽陵泉、足三里與承山等，這些穴位多位於上肢或下肢常見的屈肌群或伸肌群上，可根據患者實際痙攣位置選用。電刺激強度應以患者可耐受的感覺閾值為主，治療時間每次約 15-20 分鐘，每週施作 3 次。研究指出此法對於降低肌張力與改善肌肉放鬆有顯著成效。



若選用針上灸，建議於上述穴位進行針刺後，再於針柄上置放艾絨點燃，使熱力順著針體導入穴位，達到針刺與溫熱雙重效果。此療法特別適合體質偏寒濕、氣滯血瘀者，研究指出針上灸在舒筋活絡、緩解痙攣疼痛與提升肢體靈活度上表現優於其他傳統方法，是一種具有高精準度與高效能的熱針治療方式。

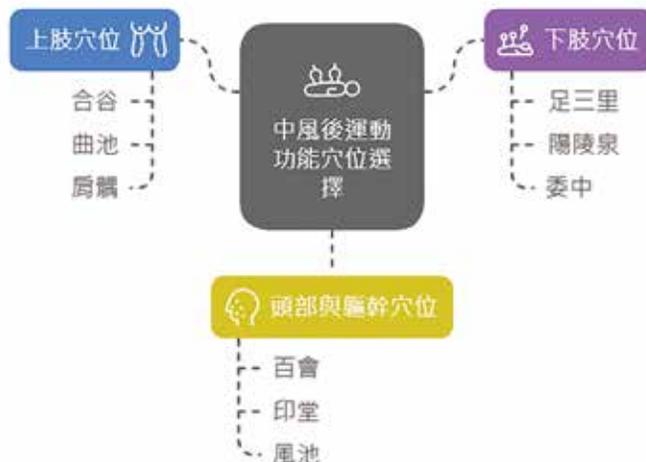
對於目標為促進肢體活動與運動功能的患者，研究發現徒手針灸與侵入性電針皆具有明顯療效。建議選用的穴位可涵蓋**肩髃、曲池、合谷、陽陵泉、足三里、太衝與三陰交**等與運動功能密切相關的重要經絡點。徒手針灸操作時應注重針感的引導與留針時間的控制，一般建議留針 15-20 分鐘，每週治療 3-5 次，持續 4 週以上可觀察顯著成效。若使用侵入性電針，則可將電極夾接於針體進行低頻或間歇性電刺激（常見頻率為 2-100 Hz），進一步強化神經傳導與肌肉反應，對於提高手腳協調、促進大腦皮質運動區活化均有幫助。

中風後運動功能

根據《International Journal of Neuroscience》2025 年發表的系統性文獻回顧與統合分析，針灸在中風後痙攣性癱瘓的治療中，對改善患者的日常生活功能、上肢與下肢運動能力具有正面療效，建議臨床中醫師在進行相關治療時，可依此研究提供的結果作為治療參考。

中風後運動功能穴位選擇上，研究整合的臨床試驗多聚焦於改善中風後四肢肌張力異常與運動障礙，建議優先考慮常用於肢體康復的經典穴位，如**上肢可選用合谷、曲池、肩髃**，以疏通手陽明大腸經氣血，協助改善肩臂痙攣與動作遲鈍；**下肢可選取足三里、陽陵泉、委中**，強化足陽明胃經與足少陽膽經的氣血運行，有助於緩解膝部與小腿緊繃、提升步行穩定性。部分研究亦使用頭部與軀幹穴位如**百會、印堂、風池**以協助調節中樞神經功能，增強整體肢體協調與感覺功能。

中風後運動功能穴位選擇



依據研究數據，針灸對提升患者的手部功能（標準化平均差 SMD = 0.65）、下肢功能（SMD = 0.35）及日常生活自理能力（SMD = 4.66）均有顯著助益，說明其在神經康復領域中的輔助價值，尤其對於傳統復健成效有限者，針灸可望提供額外的功能改善空間。

頭皮針

根據 2024 年發表於《Medicine》期刊的系統性回顧與統合分析，頭皮針結合復健治療對中風後痙攣性偏癱患者具有顯著療效，建議臨床中醫師在治療此類病人時，可積極考慮將頭皮針納入常規照護。

建議選用頭皮運動區及感覺區作為主要針刺部位，特別是針對患側相對應的大腦皮質區域進行刺激，以促進神經功能的再建與活化。具體而言，頭皮針治療範圍，多數研究均選用針刺對側（即與偏癱肢體相反側）的大腦頭皮區域，特別是「運動區」與「感覺區」，這些區域對應中風後肢體功能受損最常見的部位。從頭皮針的區域劃分來看，「運動一區」位於運動區的上 1/5，主要對應下肢運動功能，針刺此區有助於改善步態、穩定站立與行走能力；「運動二區」為中間 3/5，對應上肢運動功能，常用於提升患側手臂的力量與靈活性；「運動三區」則為下 1/5，對應面部運動，能改善如口角歪斜、語言困難等面部肌肉控制問題。對應的「感覺區」則與運動區平行排列，其中「感覺一區」對應下肢感覺異常，如麻木或刺痛，「感覺二區」改善上肢的觸覺、痛覺及本體覺等感覺障礙，而「感覺三區」則有助於調節面部感覺、如嘴唇或舌頭麻木等情形。這些頭皮區域的刺激能活化大腦對應皮質區域的神經元，促進神經重塑與功能恢復，進而改善肌肉痙攣、運動功能與感覺異常，對中風後的復健恢復具有明確的臨床價值。針刺操作時，建議採取與頭皮呈 15 至 30 度夾角斜刺的方式，療程時間至少持續 4 週，可視病人恢復狀況延長至 3 個月。

根據統合分析結果，頭皮針合併復健治療在改善肌肉僵硬（MAS 量表改善值約為 -0.56）、提升運動功能（FMA 改善值約為 5.86 分）、促進日常生活能力（MBI 提升約 5.79 分）方面均具統計學與臨床意義。此外，治療組的臨床總有效率也明顯高於單純復健組，顯示整體療效更佳。

頭皮針透過活化大腦功能區、增強神經傳導與可塑性，不僅能加速功能恢復，亦可能提高患者配合度與治療意願。

衛生教育

對於高血壓性腦出血的患者而言，日常生活中的自我管理與健康監測至關重要，應建立規律的血壓控制計畫，遵從醫囑服用降壓藥物，避免任意停藥或自行更改劑量。飲食方面宜採取低鹽、低脂、高纖的飲食原則，避免油膩食物與刺激性飲品，如咖啡與酒精，同時維持適當體重並控制血脂與血糖指數。日常作息應規律穩定，避免過度疲勞、情緒激動或突然劇烈用力，例如提重物、憋氣、用力排便等，以防誘發再次出血。建議每日進行適度的復健運動，但須在專業人員指導下循序漸進，不可勉強。在氣候變化劇烈、寒冷或高溫時更應注意保暖與水分攝取，以穩定血壓與循環狀態。此外，患者及家屬需提高警覺，當出現突發性的劇烈頭痛、噁心嘔吐、意識模糊、語言不清、單側肢體無力、步態不穩或視力改變時，皆可能是病情惡化或再發性腦出血的警訊，應立即就醫檢查。透過嚴謹的日常照護與正確的健康行為，可有效降低併發症與再次中風的風險，提升預後與生活品質。

參考文獻

1. Wu, Lijun et al. "A Systematic Review and Meta-Analysis on the Treatment of Cerebral Hemorrhage with NaoXueShu Oral Liquid." *BioMed research international* vol. 2017 (2017) : 8542576. doi:10.1155/2017/8542576
2. Lin, Wenjian et al. "Efficacy and safety of traditional Chinese medicine for intracranial hemorrhage by promoting blood circulation and removing blood stasis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials." *Frontiers in pharmacology* vol. 13 942657. 28 Sep. 2022, doi:10.3389/fphar.2022.942657
3. Zeng, Liling et al. "Safety and efficacy of herbal medicine for acute intracerebral hemorrhage (CRRICH) : a multicentre randomised controlled trial." *BMJ open* vol. 9,5 e024932. 9 May. 2019, doi:10.1136/bmjopen-2018-024932
4. Luo, Liu et al. "Meta-analysis of the Efficacy of Huoxue Huayu Method Combined With Conventional Western Medicine in the Treatment of Hydrocephalus After Cerebral Hemorrhage." *Alternative therapies in health and medicine* vol. 29,6 (2023) : 300-305.
5. Li, Jing-Ya et al. "Activating blood circulation to remove stasis treatment of hypertensive intracerebral hemorrhage: A multi-center prospective randomized open-label blinded-endpoint trial." *Chinese journal of integrative medicine* vol. 22,5 (2016) : 328-34. doi:10.1007/s11655-016-2467-7
6. Zhu, Guan-Cheng et al. "Comparing the effects of different acupoint-stimulating therapies in mitigating post-stroke spasticity and motor dysfunction in older stroke survivors: A network meta-analysis of randomized trials." *Maturitas* vol. 187 (2024) : 108040. doi:10.1016/j.maturitas.2024.108040
7. Zhang, Dongxue et al. "Scalp acupuncture for post-stroke spastic hemiparesis: A systematic review and meta-analysis." *Medicine* vol. 103,9 (2024) : e37167. doi:10.1097/MD.00000000000037167
8. Tian, Yangyang et al. "Efficacy of acupuncture therapy for spastic paralysis in post-stroke patients: a systematic review and meta-analysis." *The International journal of neuroscience* vol. 135,2 (2025) : 180-187. doi:10.1080/00207454.2023.2292955

高血壓性左心室肥厚

Hypertensive left ventricular hypertrophy, LVH

本章學習重點

1. 雖然許多有臨床實證的中藥處方並未在台灣上市，但仍可參考其處方模式。例如心可舒片（含丹參、葛根、木香、三七、山楂）有助穩定心臟舒張功能、改善夜間心悸與痰濕證候；複方丹參滴丸（含丹參、三七、冰片）可有效減少室壁厚度與內徑，快速起效並適合長期服用，對心悸、疲倦與胸悶患者尤為適合。
2. 血脂康膠囊（主藥為紅麴）適合高血壓合併血脂異常與動脈硬化者，能調控血壓與心室肥厚指標，並改善心率變異參數與自律神經功能，長期使用有助減少心律不整風險，為慢性心肌結構病變提供穩定干預方案。
3. 心腦舒通膠囊（含蒺藜為主要成分）適用於氣滯血瘀或痰濁瘀阻型患者，與西藥併用可顯著降低左心室質量指數、提升射出分率，兼具降壓、化瘀與改善心肌微循環三重效益，對延緩心室重構進展尤具臨床價值。

定義

高血壓性左心室肥厚（hypertensive left ventricular hypertrophy, LVH）是指因長期高血壓導致左心室心肌細胞增生與心肌間質纖維化，使得左心室壁厚度增加、質量上升的一種結構性改變。這種代償性適應初期有助於維持心輸出量，但隨著病程進展，左心室順應性下降，導致舒張功能受損，進而發展成心力衰竭、心律不整，甚至增加猝死風險。

臨床症狀

臨床症狀在早期多不明顯，部分患者可能出現運動耐受力下降、心悸、胸悶、頭暈，或因合併心房顫動而有心跳不規則感，嚴重者可發展為充血性心衰，表現出呼吸困難、下肢水腫等症狀。高血壓性左心室肥厚的分期通常依據心肌肥厚程度與功能改變程度區分，早期為幾何重塑階段，左心室質量上升但仍具代償功能；中期則進入心室順應性下降與舒張功能障礙階段，常出現左心房擴大與輕微肺壓升高；晚期則可能併發收縮功能不全、心臟擴大與明顯臨床症狀。分型方面，依據超音波心動圖所見可區分為同心性與偏心性左心室肥厚。前者為心室壁厚度增加但腔室大小正常，與高血壓所致的壓力負荷有關；後者則為壁厚與腔室擴大並存，常見於合併容量負荷增加或晚期心衰的患者。此病變若未及時控制血壓與干預心肌重塑過程，將顯著提升腦中風、心肌梗塞與死亡風險。

病理機轉

高血壓性左心室肥厚在西醫病理機轉中，主要是由於長期高血壓所產生的壓力負荷導致心臟對抗後負荷而產生的結構性適應。當收縮壓長期升高，左心室需用更大力量將血液射出動脈，心肌細胞因此出現肥大與再構築，形成心肌細胞橫向與縱向的增生，並伴隨細胞外基質沉積，導致心肌僵硬度上升、順應性下降。此過程受到多種細胞訊號途徑調控，包含腎素-血管張力素-醛固酮系統（RAAS）活化、交感神經興奮、內皮素-1與TGF- β 表現上升等，最終導致心肌纖維化與微血管密度降低，進而引起心臟舒張與收縮功能障礙。若再合併代謝異常如胰島素抵抗、脂肪代謝失調、慢性發炎等，將進一步促進心肌重塑與不良預後。

中醫則從整體與證型角度理解高血壓性左心室肥厚，其病機核心為「本虛標實」，虛在心腎陰陽、氣血運行；實則多見於肝陽上亢、痰濁內阻、瘀血阻絡等。心主血脈、藏神，為君主之官，血行不暢或陽氣不布則心室功能受損。肝陽上亢則氣血升擾，壓迫心陽，導致心氣鬱結、心失所養。腎為先天之本，腎虛則水氣上逆、心腎不交，加重心臟負荷。痰濁與瘀血則進一步阻礙心脈，形成「痰瘀互結」，使左心室血運受阻、功能受損，形成本病的標實之證。因此中醫治療上以調肝潛陽、益氣養陰、化痰活血、通絡解瘀為主，強調辨證論治，既可緩解臨床症狀，又有助於抑制心肌肥厚與改善心室順應性，延緩疾病進程。

中醫照護

■ 中藥治療

臨床中醫師在治療高血壓性左心室肥厚（LVH）時，應根據患者的心肌重構特徵與兼證情況，選用具有活血化瘀、行氣通絡、化痰軟堅之效的中成藥與常規西藥合併治療，以期達到標本兼治、緩解心室肥厚與穩定血壓的整體療效。目前有較高等級實證研究的中藥處方，大多沒有在台灣商品化上市，但其組成處方模式仍然可以供台灣中醫師於臨床參考。

根據網絡統合分析結果，心腦舒通膠囊（Xinnao Shutong Capsules/Tablets，主要成分為蒺藜）聯合西藥對降低左心室質量指數（LVMI）與提升左心室射出分率（LVEF）表現出最佳效果，適合於心肌肥厚明顯、心功能漸進性下降的患者，尤其在臨床上常見氣滯血瘀型或痰濁瘀阻型LVH表現者，使用本方可望兼顧降壓、化瘀與強心三效。另一方面，**心可舒片（組成為丹參、葛根、木香、三七、山楂）**與西藥併用，則在提升心臟舒張功能（E/A比值）與穩定血壓方面顯現優勢，適用於舒張期充盈受限、夜間心悸明顯、舌質暗紅或伴有痰濕者，特別適合於病程早期或年長體虛者。研究中亦顯示，該藥物在降低收縮壓與舒張壓方面成效良好，可能與其兼顧疏肝解鬱、化痰降壓的藥理作用有關。

複方丹參滴丸（組成為丹參、三七、冰片）屬於傳統活血化瘀之劑，臨床廣泛應用於心血管疾病。根據統合分析，該藥與常規降壓藥併用可顯著降低室間隔厚度、左心室後壁厚度與左心室質量指數，亦能減少左心室舒張末期內徑，對心室壁結構重塑有積極影響，並能進一步降低收縮壓與舒張壓。其核心成分為丹參、三七與冰片，具有活血通脈、祛瘀止痛與微循環改善效果，特別適合胸悶、心痛、疲倦乏力明顯者。由於本方起效快、可長期使用，其在控制病情進展與提升生活品質方面具臨床價值。

對於高血壓合併血脂異常且伴有左心室肥厚者，**血脂康膠囊（主要成分為紅麴）**與西藥 Valsartan 合用不僅可明顯改善血壓與左心室肥厚指標，更可調節心率變異參數（如 TO 與 TS），具有調節自主神經張力與抗心律失常潛力。該方以紅麴為主藥，適合動脈粥樣硬化明顯、膽固醇偏高、心電圖異常者使用。其在 24 個月長期治療中的穩定表現，使其成為慢性心肌結構病變的重要治療選項之一。



綜合而論，以上四種中成藥在降壓基礎上，分別針對不同 LVH 病機與臨床表現展現出各具特色的治療優勢，不僅在結構性指標如 LVMI、室壁厚度、心室內徑等方面顯著改善，亦能穩定血壓、改善心功能與微循環，對減緩 LVH 進展、降低併發症風險具有潛在效益。臨床中醫師應根據患者證型、病期與合併症狀，靈活選用相應中成藥，並密切監測血壓與心臟功能指標，以實現中西醫結合的整體療效提升。

衛生教育

對於高血壓性左心室肥厚的患者，日常生活中需嚴格控制血壓，以延緩心臟結構重塑與功能惡化，建議定時服藥、規律測量血壓，避免自行停藥或調整劑量。飲食方面應低鹽、低脂、適量蛋白質攝取，減少加工食品與高膽固醇食物攝取，並維持理想體重。適度運動可改善心血管功能，但應避免劇烈活動，選擇如快走、游泳、太極等溫和和有氧運動為宜，運動前應先經醫師評估安全性。保持良好作息、避免熬夜與情緒波動，有助於穩定自律神經系統，降低心臟負荷。戒菸與限制酒精攝取同樣重要，因尼古丁與酒精均會刺激交感神經活性，進一步惡化心肌肥厚。患者應警覺可能的惡化徵兆，包括胸悶、胸痛、心悸、喘不過氣、夜間頻繁起床呼吸困難、下肢水腫、運動耐

受力下降或心跳不規則等，一旦出現上述症狀應及時就醫，以評估是否已進展至心力衰竭或併發心律不整。透過醫療團隊定期追蹤心臟結構與功能變化，並依據病情調整治療策略，是提升生活品質與預後的關鍵。

參考文獻

1. Wei, M, and K J Chen. Zhong xi yi jie he za zhi = Chinese journal of modern developments in traditional medicine vol. 10,10 (1990) : 590-2, 579-80.
2. Gong, Chun et al. “Effects of combined therapy of Xuezhikang Capsule and Valsartan on hypertensive left ventricular hypertrophy and heart rate turbulence.” Chinese journal of integrative medicine vol. 16,2 (2010) : 114-8. doi:10.1007/s11655-010-0114-z
3. Chen, Zhe et al. Zhongguo Zhong yao za zhi = Zhongguo zhongyao zazhi = China journal of Chinese materia medica vol. 46,10 (2021) : 2578-2587. doi:10.19540/j.cnki.cjcmm.20210222.502
4. Zheng, Ya-Wei et al. Zhongguo Zhong yao za zhi = Zhongguo zhongyao zazhi = China journal of Chinese materia medica vol. 47,5 (2022) : 1383-1391. doi:10.19540/j.cnki.cjcmm.20211214.501

擴張型心肌病變併心衰竭

Dilated cardiomyopathy with heart failure, DCM-HF

本章學習重點

1. 擴張型心肌病變 (DCM) 患者可依據辨證選用經典中醫方劑聯合西藥以強化治療效益。生脈散補氣養陰、益心復脈，顯著提升左心室射出分率 (LVEF)，適用於氣陰兩虛、心悸氣短型；參附湯溫補心腎、回陽救逆，有效縮小左心室舒張末期內徑 (LVEDD)，適用於陽虛脈微、心功能急墜型；養心湯補心健脾、養血安神，改善左心室收縮末期內徑 (LVESD)，適合心脾兩虛兼有失眠健忘者；炙甘草湯調和營衛、復脈止悸，能降低高敏感 C-反應蛋白 (hs-CRP) 並提升六分鐘步行距離 (6MWT)，用於氣血兩虛、心律不整者。
2. 近年新創的中成藥亦展現良好療效，雖未在台灣上市但仍可參考其組成。益心舒片 (人參、麥冬、五味子等) 可顯著提升 LVEF，建議用於反覆心衰、射出分率低下者；穩心顆粒 (黨參、三七、黃精等) 改善 LVEDD 並增進 6MWT，適合結構性心擴大合併運動力下降者；耆蔞強心膠囊 (黃耆、葶蔞子、紅花等) 有效降低 BNP，對體液鬱積與夜間呼吸困難者尤為適合；通心絡膠囊 (人參、水蛭、全蠍等) 可提升心輸出量 (CO)，改善組織灌流與供氧功能。
3. 臨床建議同步監測 LVEF、BNP 與 6MWT 等客觀指標，以量化療效並優化治療策略。所有中藥複方於研究中均未見明顯不良反應，顯示可與西藥穩定併用。未來應推動台灣本土臨床研究，以建立中成藥治療 DCM 的在地實證基礎。

定義

擴張型心肌病變併心衰竭 (Dilated cardiomyopathy with heart failure, DCM-HF) 是一種以心室腔室擴大與心肌收縮功能減退為特徵的心肌疾病，最常影響左心室，亦可涉及右心室，導致心臟整體泵血功能下降。其病因可分為原發性與繼發性，原發性多為遺傳性心肌病變，繼發性則可能與病毒感染、自體免疫反應、毒物 (如酒精或化療藥物) 暴露、代謝異常或內分泌疾病等有關。

臨床症狀

臨床表現通常進展緩慢，早期可能無明顯症狀，隨病情惡化則出現心衰竭相關徵象，包括呼吸困難、活動耐受力下降、夜間陣發性呼吸困難、水腫、乏力、心悸與胸悶，部分病患也可能因心律不整而出現暈厥或猝死風險。擴張型心肌病變的臨床分期大致可依照心功能狀態區分，如美國紐約心臟協會 (NYHA) 分級系統將其劃分為 I 至 IV 級，反映由無症狀至重度症狀影響日常生活的

程度；也可參考心室收縮功能與結構改變的進展程度，分為代償期、去代償期與末期心衰竭。根據病因與臨床特徵，擴張型心肌病變尚可細分為遺傳性型、自體免疫型、酒精性、圍產期型、中毒性、病毒性等亞型，不同分型在治療選擇與預後判斷上具有重要意義。

病理機轉

擴張型心肌病變併心衰竭 (dilated cardiomyopathy with heart failure, DCM-HF) 在西醫與中醫的病理機轉各有系統解釋，兩者雖出發點不同，卻在病程理解上有不少交集，均重視心氣虛損、血流障礙與多系統功能失調的惡性循環。

在西醫病理機轉中，擴張型心肌病變併心衰竭的核心病變為心肌結構與功能異常，主要表現為左心室腔擴大與心肌收縮力下降。這一變化通常始於心肌細胞受損，可能由病毒感染、毒物暴露、基因突變或自體免疫反應等誘發，導致心肌細胞凋亡、纖維化與心室重構，進而使心輸出量降低。心臟為了代償收縮功能下降，啟動神經內分泌反應，包括交感神經系統與腎素-血管張力素-醛固酮系統 (RAAS) 的活化，短期內雖可維持血壓與灌流，但長期卻導致心肌毒性、容量負荷與心臟再建不良，促使心衰竭惡化。血液回流滯留亦導致肺充血、體液瀦留與器官灌流不足，進一步影響腎臟、肝臟與腸道功能，形成多器官失調的系統性疾病樣貌。

中醫理論中，擴張型心肌病變併心衰竭屬於「心痹」、「心脈痹阻」或「心衰」等範疇，病機核心為「心氣虛損，血脈瘀阻，水濕內停，心腎陽衰」。病程初期多因情志不遂、勞倦內傷或久病傷正，使心氣不足、心陽不振，無力鼓動血脈，進而導致氣血運行遲滯，瘀血內生。瘀血阻滯心脈，日久又傷陽耗氣，形成「虛中夾實」之證。若心陽進一步衰敗，不能溫煦水道，則水濕停聚，出現痰濁與水腫；若心腎兩虛、命門火衰，則下元無以化氣行水，加重水腫與呼吸困難，形成惡性循環。此外，中醫亦重視「心主神明」，因此心氣虛弱常伴見失眠、多夢、健忘與精神萎靡等心神失養之象，顯示其整體調節失衡的本質。

中醫照護

■ 中藥治療

2025 年系統性回顧與貝氏網絡統合分析針對 27 項隨機對照試驗、總計 2019 名擴張型心肌病變 (DCM) 患者進行療效比較，明確指出傳統中醫經典方劑聯合西醫常規治療可在多項臨床指標上展現顯著優勢。在具體方藥方面，**生脈散結合西藥的治療組在左心室射出分率 (LVEF) 改善方面排名最優**，顯示其補氣養陰、益心復脈的核心藥理對心肌收縮功能有顯著增強作用，尤適合氣陰兩虛型患者，其典型臨床表現為心悸、氣短、乏力、出汗等。此外，**參附湯在減少左心室舒張末期內徑 (LVEDD) 方面成效卓著**，屬於溫補心腎陽氣、回陽救逆的代表方，特別適用於陽虛體質、血循不暢、四肢厥冷、脈微欲絕等危重表現，是處於心功能急劇惡化期的關鍵應急處方。

另一方面，**養心湯則在降低左心室收縮末期內徑 (LVESD) 表現突出**，代表其補心健脾、養血安神的功效有助於改善心室重構與心肌張力減退，臨床常應用於心脾兩虛型患者，伴見失眠、多

夢、健忘、納差等症狀。**炙甘草湯**則在改善高敏感性 C-反應蛋白 (hs-CRP) 與六分鐘步行測驗 (6MWT) 方面排名第一，顯示其抗炎與提升心肺耐力的綜合潛力；該方為經典的復脈湯，對於氣血兩虛、心律不整、心悸脈結者尤為適合，具良好心電穩定與康復支持功效。

此外，雖然本次分析中未能明確指出最有效於降低腦利鈉肽 (BNP) 與提升心輸出量 (CO) 的處方，但整體資料仍顯示所有納入之六大經典方劑 (包括**真武湯**及**補陽還五湯**均能提供較單純西醫治療更穩定且全方位的改善，尤其在結合辨證論治基礎上使用，可有效提升臨床總有效率與生活品質指標。



2024 年針對一篇新研發中藥複方的網絡統合分析，涵蓋的 77 項隨機對照試驗共 6,980 位患者的結果顯示，八種口服中成藥與常規輔助療法 (CAM) 合併使用，對於 DCM-HF 患者在臨床有效率 (CER)、左心室射出分率 (LVEF)、左心室舒張末期內徑 (LVEDD)、六分鐘步行距離 (6MWT)、B 型腦鈉肽 (BNP) 與心輸出量 (CO) 等關鍵指標皆有顯著改善。雖然這些中成藥並未在台灣上市，但其組成仍可供中醫師臨處方床參考。

益心舒片 (組成為人參、麥冬、五味子、黃耆、丹參、川芎、山楂) 配合常規輔助療法治療後，在提升左心室射出分率方面最具顯著效果 (平均差值 -9.93, 95% 信賴區間為 -12.83 至 -7.03)，建議優先使用於左心室收縮功能嚴重下降的患者，尤其適合反覆心衰發作、射出分率低下、乏力氣短明顯的病例。**穩心顆粒** (組成為黨參、黃精、三七、琥珀、甘松香) 在改善左心室擴大

(LVEDD) 及增強運動耐受力 (6MWT) 方面表現突出 (分別達到 MD = -11.7 與 -51.58) , 適合用於結構性心臟擴大的中晚期病人, 並對於日常活動受限或康復期運動能力待提升者尤為適合。

耆蔞強心膠囊 (組成爲黃耆、黨參、制附子、丹參、葶藶子、澤瀉、玉竹、桂枝、紅花、鹿角膠、陳皮等) 在降低 BNP 方面爲首選 (MD = -158.59, 95% CI -267.70 至 -49.49) , 特別適用於臨床上出現水腫、氣喘、夜間陣發性呼吸困難等體液鬱積明顯, 血清 BNP 顯著升高的患者, 可作爲利尿與強心藥物之外的重要輔助用藥。**通心絡膠囊 (組成包含人參、水蛭、全蠍、赤芍、蟬蛻、土龍蟲、蜈蚣、檀香、降香、乳香、酸棗仁、冰片)** 則在提升心輸出量 (CO) 方面具有優勢 (MD = -0.93) , 有助於改善周邊灌流與組織供氧, 對於心搏量不足導致四肢冰冷、頭暈目眩等表現者效果更爲明顯。

其餘如**麝香保心丸 (組成爲麝香、蟾酥、人參提取物、蘇合香、牛黃、肉桂、冰片)**, 適合心悸胸悶、血瘀兼寒型病人使用; **耆參益氣滴丸 (組成爲黃耆、丹參、三七、降香油)** 則適用於氣虛血瘀、心力不足型病人, 具有益氣活血之效。

在臨床應用上, 上述中成藥皆未出現明顯不良反應, 顯示其安全性良好, 可長期與西藥併用, 但應注意患者體質與證型變化, 定期評估其心功能指標與症狀改善情況, 靈活調整藥物配伍。此外, 建議臨床中醫師參照文獻中提及的治療結合模式與目標指標, 納入 LVEF、BNP 與 6MWT 等量化指標作爲病情監測依據, 強化中醫治療在現代心衰管理中的證據基礎與實證導向。未來亦應推動本土高品質臨床試驗, 驗證此類中成藥在台灣人群中的療效與安全性, 以促進其標準化與制度化應用。

衛生教育

對於擴張型心肌病變併心衰竭的患者而言, 日常生活中的自我照護與警覺異常徵兆至關重要。患者應維持規律的生活作息, 避免過度勞累與情緒波動, 並配合醫囑按時服藥, 切勿自行停藥或調整劑量, 以維持心臟功能穩定。飲食方面應控制鹽分與水分攝取, 避免高鈉、高脂、高糖食物, 並限制液體攝取量以防水腫惡化。體重須每日定時測量, 若短時間內體重突然增加兩公斤以上, 可能表示體液瀦留加劇, 需立即就醫評估。建議適度進行低強度運動如散步或緩慢的氣功練習, 並隨時注意是否出現異常呼吸困難、夜間陣發性呼吸急促、胸悶、心悸、下肢水腫或疲倦加劇等心衰惡化徵兆, 尤其若伴有頭暈、意識不清、食慾不振或小便減少, 更應儘速就醫處理。此外, 應避免感染風險, 包括接種流感與肺炎疫苗, 注意手部衛生與口罩使用。定期門診追蹤、心臟超音波與抽血檢查亦爲不可或缺的疾病管理措施, 家屬應共同參與照護, 了解病情與急救處置, 以提升整體生活品質與降低突發風險。

參考文獻

1. Liao, Yu-Hua et al. "Qiliqiangxin Alleviates Imbalance of Inflammatory Cytokines in Patients with Dilated Cardiomyopathy: A Randomized Controlled Trial." *Current medical science* vol. 44,6 (2024) : 1081-1090. doi:10.1007/s11596-024-2916-9
2. Tao, Shiyi et al. "Comparative efficacy of eight oral Chinese patent medicines for dilated cardiomyopathy with heart failure: a Bayesian network meta-analysis." *Systematic reviews* vol. 13,1 222. 31 Aug. 2024, doi:10.1186/s13643-024-02582-5
3. Wang, Zhuo-Xi et al. *Zhongguo Zhong yao za zhi = Zhongguo zhongyao zazhi = China journal of Chinese materia medica* vol. 48,24 (2023) : 6778-6797. doi:10.19540/j.cnki.cjcmm.20230912.501
4. Tao, Shiyi et al. "Efficacy and safety of Chinese classical prescriptions for dilated cardiomyopathy: a systematic review and Bayesian network meta-analysis." *Systematic reviews* vol. 14,1 59. 11 Mar. 2025, doi:10.1186/s13643-025-02802-6
5. Tao, Shi-Yi et al. *Zhongguo Zhong yao za zhi = Zhongguo zhongyao zazhi = China journal of Chinese materia medica* vol. 49,22 (2024) : 6198-6213. doi:10.19540/j.cnki.cjcmm.20240815.501

射出分率保留型心衰竭

Heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF

本章學習重點

1. 臨床中成藥配合辨證論治對射出分率保留型心衰竭 (HFpEF) 患者具療效，應根據不同病機選用具補氣助陽、養陰安神、活血通絡、芳香開竅等作用的方藥。氣虛血瘀者可參考耆蔞強心膠囊以改善 NT-proBNP 水準與舒張功能；氣陰兩虛者可參考耆蔞益氣滴丸以提升心律穩定與耐力；心胸瘀阻明顯者可參考麝香保心丸緩解胸悶胸痛；若兼見虛煩失眠、焦慮心悸者，則可參考養心氏片與益心舒膠囊進行情緒與神志調養，通心絡膠囊則可進一步改善舒張功能指標。
2. 中成藥治療 HFpEF 可與 ACEI、 β -blocker、SGLT2 抑制劑等西藥合併，達到整合治療效果。治療過程中，臨床中醫師應密切觀察患者體質、兼證、主要症狀及心功能指標（如 NT-proBNP、 E/e' 、 E/A 比值、6 分鐘步行距離等）的變化，進行動態療效評估並適時調整處方，以提升治療個體化與安全性。
3. 八段錦為中醫常用養生功法，動作平穩、簡便易學，對 HFpEF 患者具心肺功能強化與生活品質改善效益。研究顯示，結合常規心臟復健與八段錦訓練十二週，可顯著提升六分鐘步行距離、最大攝氧量 (VO_2 -AT) 與生活品質評分 (MLHFQ)。臨床中醫師可依患者病情穩定度與體能狀況安排八段錦訓練，結合中藥治療達成氣血調和、通心安神之功，有助於降低再住院率與惡化風險。

定義

射出分率保留型心衰竭 (Heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF) 是一種臨床綜合症，指的是患者出現典型的心衰症狀與體徵（如呼吸困難、運動耐受不良、下肢水腫、頸靜脈怒張等），但其左心室射出分率 (Left Ventricular Ejection Fraction, LVEF) 仍維持正常（通常定義為 $LVEF \geq 50\%$ ）。這類患者的心衰病機主要與左心室舒張功能障礙有關，包括心肌順應性下降、心室充盈壓上升、心室僵硬度增加，並常合併微血管功能異常、心房功能受損、肺高壓與右心功能不全。HFpEF 患者常為老年人、女性，且常伴有多重慢性疾病，如高血壓、糖尿病、肥胖、代謝症候群及慢性腎病等。

臨床症狀

臨床上，HFpEF 的症狀往往與射出分率降低型心衰竭相似，但由於左心室收縮功能保留，其心音、心電圖或影像學表現未必顯著異常，診斷須依靠心臟超音波顯示的舒張功能指標異常（如 E/e' 比

值升高、左心房擴大、肺動脈壓升高) 與生物標誌物如 NT-proBNP 升高來輔助確認。HFpEF 的病程可分為四期：初期為高風險期，患者尚未出現心衰症狀但具備心血管疾病與代謝異常背景；第二期為無症狀左心室舒張功能障礙期，心臟影像學已有異常但未出現臨床症狀；第三期為臨床性 HFpEF，患者出現明確症狀與住院風險；第四期為重度 HFpEF，通常病情反覆惡化、對治療反應差且預後不佳。

HFpEF 可依據臨床表現與病因進一步分型，包括高血壓型 HFpEF (以長期高血壓導致左心室肥厚與舒張功能障礙為主)、心房顫動型 HFpEF (以心房收縮功能喪失與左心房壓力上升為特徵)、肥胖代謝型 HFpEF (常見於合併糖尿病與脂肪肝的患者，與系統性低度發炎相關)、肺高壓與右心衰竭型 HFpEF (因肺血管阻力上升進一步導致右心功能惡化) 等。不同分型在治療上可能有差異，需依據臨床特徵個別調整藥物與非藥物處置。整體而言，HFpEF 屬於異質性極高的心衰亞型，其診斷與管理挑戰大，需結合多種工具進行全面性評估與分層照護。

病理機轉

射出分率保留型心衰竭 (Heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF) 在西醫與中醫的病理機轉上各有其理論依據與臨床解釋，兩者雖然出發點不同，但在整體認識疾病機轉方面具有互補性。

從西醫角度來看，HFpEF 的核心病理特徵是左心室舒張功能障礙，即心室於舒張期無法充分鬆弛，導致左心室充盈受限與壓力上升。這種情形與心肌間質纖維化、心肌順應性降低、心室壁僵硬增加、心內膜內皮功能異常，以及與系統性慢性發炎有密切關係。特別是在肥胖、糖尿病、代謝症候群、高血壓等代謝疾病背景下，低度慢性發炎會促進心肌結構與功能的重塑。此外，心房顫動、肺高壓與右心功能不全亦常與 HFpEF 共病，形成左心與右心間的交互惡化。微血管功能障礙亦是近年重要的病理機轉之一，特別是心臟毛細血管對血流與氧氣供應調控能力下降，造成心肌能量代謝失衡與舒張功能進一步惡化。不同於射出分率降低型心衰竭 (HFrEF) 主要由心肌壞死或重度收縮障礙所致，HFpEF 的射出分率仍維持正常，但心輸出量因充盈不足與心率變化而不穩定，進一步影響全身器官灌流與氧合。

中醫照護

■ 中藥治療

針對射出分率保留型心衰竭 (HFpEF)，近年兩篇網絡統合分析研究顯示，口服中成藥聯合常規西藥治療，在改善心臟功能、緩解臨床症狀、提升運動耐力與降低生化指標方面均具顯著成效，且整體安全性良好。臨床中醫師在辨證施治的基礎上，可靈活選用多種口服中藥複方，針對不同病機發揮補虛、化痰、通陽、養陰等多重功效。目前有許多經過臨床研究驗證的中藥複方，但是並未在台灣上市。不過這些中藥複方的組成仍可供臨床中醫師參考。

若患者以氣虛血瘀為主，常見症狀如胸悶心悸、疲倦無力、面色晄白、舌淡苔白、脈虛或澀，建

議使用者**蘆薈強心膠囊**（組成爲黃耆、黨參、制附子、丹參、葶藶子、澤瀉、玉竹、桂枝、紅花、鹿角膠、陳皮等），具有補氣助陽、利水消腫、活血化瘀之效，在研究中顯示其對於降低 NT-proBNP (N-terminal pro-B-type natriuretic peptide) 與 BNP (B-type natriuretic peptide) 水準、改善左心舒張功能指標（如 E/e' 比值，即 early mitral inflow velocity to early diastolic mitral annular velocity ratio，與 E/A 比值，即 early to late ventricular filling velocity ratio）表現良好，且能提升六分鐘步行距離（6MWT），對於兼有肺鬱水腫或腎氣虛象的慢性心衰患者尤爲適合。

若臨床主訴以氣陰兩虛爲主，表現爲心悸氣短、自汗盜汗、口乾咽燥、失眠多夢、脈細數者，可選用**耆參益氣滴丸**（組成爲黃耆、丹參、三七、降香油），主要含有黃耆、黨參、麥冬、五味子、炙甘草等，兼具益氣養陰、補心安神之效，能提升患者耐力、穩定心律、改善乏力與心悸現象，亦能促進心肌能量代謝，有助於減緩 HFpEF 病程進展。

若患者常伴胸悶、胸痛、舌質紫暗或脈澀等瘀血表現，建議使用**麝香保心丸**（組成爲麝香、蟾酥、人參提取物、蘇合香、牛黃、肉桂、冰片）等強效芳香開竅與活血通絡藥物，具備明顯擴張冠脈、改善心肌缺血、提升心功能等作用，研究中顯示其在改善 NYHA 心功能分級方面效果最佳，適用於心胸氣機瘀阻明顯的患者。

若偏向心陰不足、虛煩不寐、心悸易驚者，則養心氏片與益心舒膠囊亦可考慮使用。**養心氏片**是由十三味中藥組成，包括黃耆、黨參、丹參、葛根、淫羊藿、山楂、地黃、當歸、黃連、醋延胡索、靈芝、人參、炙甘草，益氣養陰之餘亦兼具安神寧心，適用於長期慢性心衰合併焦慮失眠者。**益心舒片**（組成爲人參、麥冬、五味子、黃耆、丹參、川芎、山楂），對於改善焦慮疲憊與心率變異度表現具療效，亦能輔助穩定心肌舒張期功能。另外，**通心絡膠囊**在改善舒張早期二尖瓣血流速度與舒張晚期二尖瓣血流速度比值（E/A）方面效果最佳。

整體而言，中成藥在 HFpEF 的臨床照護中提供多元治療策略，不僅可依據病證靈活選方，也可與西藥如 ACEI、 β -blocker、SGLT2 抑制劑等合併使用以加乘療效。臨床中醫師在選方時應兼顧患者體質、兼證與主要訴求，並注意療效指標如心功能分級、NT-proBNP、E/e' 與運動耐受度等變化，以實現個體化、動態調整之整合治療目標。



■ 養生功法

針對射出分率輕度下降或保留型的缺血性心臟衰竭患者（HFmrEF/HFpEF），臨床中醫師在進行整體照護時，可考慮納入八段錦作為中醫養生功法之一，以增強復健療效與改善生活品質。根據 2024 年發表於 *Journal of Evidence-Based Medicine* 的試驗顯示，為期 12 週、結合常規心臟復健與八段錦的介入方式，能顯著提升病人的六分鐘步行距離（6MWD），平均增加 25 公尺，相較對照組的 5 公尺進步幅度具統計顯著差異。此外，最大攝氧量的無氧閾（VO₂-AT）亦明顯提升 25.87%，反映心肺耐受力實質改善；而生活品質方面，以心衰生活品質問卷（MLHFQ）評估則顯示八段錦組的總分下降幅度達 16.8%，遠優於對照組的 3.99%，顯示其對於主觀症狀緩解與生活功能改善有正面影響。八段錦為動靜結合、氣形兼調的傳統導引功法，動作緩和且容易學習，適合心衰患者長期規律練習，有助於調節氣血、通暢心脈、安定心神，對於改善疲倦乏力、氣短胸悶、心悸失眠等心衰常見症狀具有良好輔助療效。臨床中醫師可依病人病情穩定度及體能狀況，循序漸進地安排八段錦練習，並結合中藥治療與辨證論治，以提升整體照護效果並降低再住院率與功能惡化風險。

衛生教育

對於射出分率保留型心衰竭（HFpEF）患者而言，日常生活中的自我管理與健康行為極為重要，應透過衛生教育協助患者了解病情並採取積極的生活調整策略，以延緩病程進展並避免急性惡化。患者應保持穩定的作息與適當的體能活動，建議每日進行輕度至中度的有氧運動，如散步、太極或緩和的伸展操，有助於改善心肺耐力與血液循環；但運動時應避免過度勞累，若出現胸悶、氣促、頭暈或心悸等症狀，應立即停止並就醫評估。飲食方面宜選擇低鹽、低脂、低糖且高纖的飲食模式，減少鹽分攝取有助於控制體液滯留與血壓，並預防水腫惡化。需定期監測體重變化，若短期內體重快速增加（如兩至三天內增加超過 2 公斤），可能提示體液積聚，應儘早回診調整治療。患者應避免情緒激動、熬夜與過度緊張等心神耗傷行為，並建立良好睡眠習慣，以減輕心臟負擔。遵醫囑按時服藥，不可自行停藥或更改劑量，並定期回診追蹤心臟功能、血壓與腎功能等指標。

此外，患者應學習辨識心衰惡化的警訊徵兆，如夜間呼吸困難、平躺時呼吸不順、下肢水腫加劇、持續性疲倦、食慾下降、心悸、頻繁夜尿、突發性體重增加或活動後氣喘明顯變差，這些情況多代表心衰進一步惡化，應盡速就醫處理。家庭成員也應接受衛教指導，了解病人情況並協助日常照護，如協助觀察體重變化、提醒服藥、調整飲食及陪同就診等。透過良好的健康教育與生活自我管理，HFpEF 患者能有效控制病情，提升生活品質並降低住院與併發症風險。

參考文獻

1. Guo, Hongxin et al. “Efficacy of Chinese traditional patent medicines for heart failure with preserved ejection fraction: a Bayesian network meta-analysis of 64 randomized controlled trials.” *Frontiers in cardiovascular medicine* vol. 10 1255940. 20 Nov. 2023, doi:10.3389/fcvm.2023.1255940
2. Tian, Jing et al. *Zhongguo Zhong yao za zhi = Zhongguo zhongyao zazhi = China journal of Chinese materia medica* vol. 49,3 (2024) : 819-835. doi:10.19540/j.cnki.cjcmm.20231103.501
3. Li, Jingen et al. “Baduanjin for ischemic heart failure with mildly reduced/preserved ejection fraction (BEAR Trial) : A randomized controlled trial.” *Journal of evidence-based medicine* vol. 17,3 (2024) : 526-534. doi:10.1111/jebm.12631
4. Liu, Si-Pei et al. “Therapeutic Efficacy of Shexiang Baoxin Pill Combined with Exercise in Patients with Heart Failure with Preserved Ejection Fraction: A Single-Center, Double-Blind, Randomized Controlled Trial.” *Chinese journal of integrative medicine* vol. 29,2 (2023) : 99-107. doi:10.1007/s11655-022-3627-3

高血脂

與相關併發症的中醫治療



高血脂

Hyperlipidemia

本章學習重點

1. 紅麴類藥物為中藥降脂首選，臨床應用以壽美降脂一號為代表，臨床證實能提升高密度脂蛋白並預防動脈硬化。壽美降脂一號具多項本土實證，能長期降低肝硬化、中風與糖尿病風險，為具肝代謝負擔或 statin 不耐患者的治療選項。
2. 針對紅麴類藥物治療效果不佳的病患，可以依辨證參考具又實證效果的中藥複方：如三酸甘油酯 (TG) 與低密度脂蛋白膽固醇 (LDL-C) 升高伴「痰濕阻絡」者，可參考荷丹片 (荷葉、丹參、山楂等)；總膽固醇升高兼血瘀者，參考丹田降脂丸 (含丹參、三七、黃精等) 以活血通絡、改善微循環；若為多重體質並存者，參考脂必泰膠囊 (紅麴、山楂、澤瀉、白朮) 可健脾化痰、補腎益氣，提升整體代謝調節能力。
3. 穴位埋線主要針對「脾虛痰濕」型高血脂，以健脾祛濕為治則。常用穴位包括天樞、足三里、豐隆、三陰交等，搭配個別證型選穴。每週一次療程，建議使用可吸收線埋於 2 至 6 個穴位，可調控血脂，適合無法服用西藥者作為替代方案。

定義

高血脂 (Hyperlipidemia) 是指血液中脂質成分異常升高的狀態，包含總膽固醇 (TC)、低密度脂蛋白膽固醇 (LDL-C)、三酸甘油酯 (TG) 等超過正常範圍，或高密度脂蛋白膽固醇 (HDL-C) 過低。

臨床症狀

此種脂質代謝異常常與飲食過量、缺乏運動、遺傳體質、內分泌疾病 (如糖尿病、甲狀腺機能低下) 或服用特定藥物有關。高血脂本身常為無症狀，但隨病程發展可能導致動脈粥狀硬化，進而引發心肌梗塞、腦中風、周邊血管疾病等嚴重心血管事件，部分患者會因脂質沉積而出現黃瘤 (xanthoma)、黃白色角膜環 (corneal arcus) 等體表徵象，或伴隨代謝症候群的臨床表現，如腹部肥胖、高血壓及胰島素抵抗。

高血脂的分期尚無一致標準，但在臨床上可依據風險評估與合併症來區分為無症狀初期 (僅由健康檢查發現)、代謝異常期 (如伴有血糖、肝功能異常)、動脈粥狀硬化形成期 (如頸動脈斑塊、冠狀動脈硬化) 與心腦血管事件期 (出現心肌梗塞或腦中風等重大疾病)。至於分型則主要依據升高的脂質種類來界定，包括高膽固醇血症 (如家族性高膽固醇血症，以 LDL-C 升高為主)、高

三酸甘油酯血症（多與胰島素阻抗、酒精攝取或腎臟病有關），以及混合型高脂血症（LDL-C 與 TG 皆升高）。

病理機轉

在西醫病理機轉方面，高血脂主要涉及脂質代謝的失衡。肝臟在脂質合成、轉運與清除中扮演核心角色。當攝取過多飽和脂肪與膽固醇，或因胰島素阻抗導致脂肪組織分解加速，會使三酸甘油酯與極低密度脂蛋白（VLDL）大量釋出，造成血中脂質濃度升高。低密度脂蛋白（LDL）膽固醇容易滲入血管內皮下層，經氧化後誘發巨噬細胞吞噬形成泡沫細胞，進而啟動慢性發炎反應與動脈粥狀硬化病灶形成。而高密度脂蛋白（HDL）功能若減弱，將影響逆向膽固醇運輸機制，使過多膽固醇無法自血管壁排除，加劇動脈硬化進展。此外，遺傳因素（如 LDL 受體缺陷）、內分泌異常（如甲狀腺功能低下、庫欣症）、慢性腎臟病及特定藥物（如類固醇、避孕藥）皆可導致脂質代謝異常。這些病理變化不僅影響血脂濃度，更進一步損害血管內皮功能，促使血管硬化與心血管事件風險上升。

從中醫病理觀點來看，高血脂雖非古籍所載病名，但常屬於“痰濁”、“瘀血”、“虛勞”、“脈痹”等病機範疇。其成因多與飲食失節、情志失調、勞倦內傷、年老體虛等有關，導致脾失健運、水穀精微運化失常，進而生濕化痰、痰濁內阻，或氣虛血瘀、肝腎虧虛。中醫認為“脾為生痰之源”，脾氣虛弱則水濕不化，聚而為痰，痰濁上泛則阻遏清陽，下留則阻於經絡；肝失疏泄、膽汁分泌失常亦會影響脂類代謝；而腎精不足則失於固攝與代謝調節，與高脂血症後期動脈硬化、血瘀互為因果。

中醫照護

■ 中藥治療

針對高血脂症患者的中醫臨床照護，目前以紅麴類中藥製劑為首選治療方案，其中包括廣泛應用於台灣臨床的壽美降脂一號，其成分來源為紅麴發酵產物，富含天然洛伐他汀、植物固醇與多種不飽和脂肪酸，具備良好的降血脂、抗發炎與保護血管內皮效果。統合分析顯示，紅麴製劑對於提升高密度脂蛋白膽固醇（HDL-C）表現最為明顯，特別適用於「脾虛痰濁」、「肝鬱血瘀」兼見血脂低下的體質，臨床上常用於預防動脈硬化與調整血脂異常。

然而，臨床實務中仍有部分患者對紅麴製劑反應不佳，或合併有其他體質與病理特徵，此時建議中醫師依據辨證論治原則，考慮選用其他亦具實證基礎的中藥複方作為替代或輔助療法。若患者以三酸甘油酯（TG）與低密度脂蛋白膽固醇（LDL-C）升高為主，合併「痰濕阻絡」或「肝鬱脾虛」體質者，可以參考荷丹片處方，其組成為（荷葉、丹參、山楂、番瀉葉、補骨脂）。該方中包含荷葉鹼、丹參酮 IIA 及番瀉葉等成分，能有效調節脂肪與糖代謝，並具抗氧化與抗發炎功效，對肝功能亦具保護作用。

若患者主要為總膽固醇（TC）偏高或有血瘀兼血液黏稠表現，則可參考**丹田降脂丸**（組成為丹參、三七、何首烏、人參、黃精、澤瀉、當歸、川芎、肉桂、淫羊藿、五加皮）的處方模式。此方含黃酮類成分、丹參與紅花等藥，具備活血化瘀與清熱通絡之效，可改善微循環、降低血液黏稠度，特別適合「瘀血阻絡」、「肝腎陰虛兼瘀阻型」患者。

對於多項血脂異常合併複雜體質（如肝鬱氣滯、脾失運化）者，建議可以參考如**脂必泰膠囊**（紅麴再合併山楂、澤瀉、白朮）等多成分中成藥，藥性涵蓋健脾化痰、益氣補腎、活血通絡，有助於全方位調節脂代謝並增強體質。

此外，對於氣滯血瘀型高血脂患者，如體型壯實、面色黯沉、胸悶脹滿、舌質暗紅有瘀斑者，可考慮使用**血府逐瘀湯**。此方為經典活血方，統合分析亦顯示其在改善高血脂方面具有潛力。惟目前相關臨床研究方法學品質普遍偏低，仍需進一步大型、多中心、雙盲試驗驗證其療效與安全性。

中藥治療高血脂的途徑



■ 紅麴治療長期效應

依據多篇來自台灣健保資料庫的本土研究結果，**壽美降脂一號 (LipoCol Forte®)** 作為紅麴製劑，在高血脂患者的長期治療中，展現出多重的保護效益，具體如下：

臨床證據顯示，壽美降脂一號在改善血脂的同時，具備顯著降低肝硬化與肝癌風險的潛力。一項涵蓋逾 15 萬名新診斷高血脂患者的全國性回溯性世代研究中，與使用 lovastatin 者相比，長期服用壽美降脂一號者肝硬化的風險顯著下降（風險比 HR 0.60），並伴隨較低的黃疸、腹水、肝性昏迷及死亡風險，且使用頻率愈高，保護效益愈強（具劑量反應關係）。另一項針對肝癌風險的研究也指出，壽美降脂一號使用者的肝癌發生率較對照組顯著降低（HR 0.91），尤其是使用超過 84 天或追蹤超過 6 年者，其肝癌風險進一步下降至 HR 0.75，顯示其具長期預防肝癌之潛力。

在心腦血管疾病風險方面，壽美降脂一號亦具預防中風的效果。一項涵蓋近 7 萬人資料的研究顯示，服用壽美降脂一號者中風風險顯著下降（HR 0.65），不論是缺血性中風（HR 0.49）、出血性中風（HR 0.60）或其他類型中風皆具保護力，且呈現劑量反應關係（ p for trend < 0.0001）。

此外，壽美降脂一號相較於傳統 statin（如 lovastatin）對血糖代謝更為友善。研究指出，其新發糖尿病風險顯著低於 lovastatin（HR 0.46），代表其在代謝症候群病人中或有更安全的長期使用前景。

總結而言，壽美降脂一號不僅具備調脂作用，更可能降低肝硬化、肝癌、中風及糖尿病等高風險併發症的發生率，特別適合需長期降脂但又對 statin 敏感或有肝代謝疾病風險者，為臨床上高血脂病患之整體健康管理提供一項具實證支持的選擇。然而，這些研究雖具代表性，但仍須強調其為觀察性研究，尚需進一步隨機對照試驗以驗證其因果關係與作用機轉。

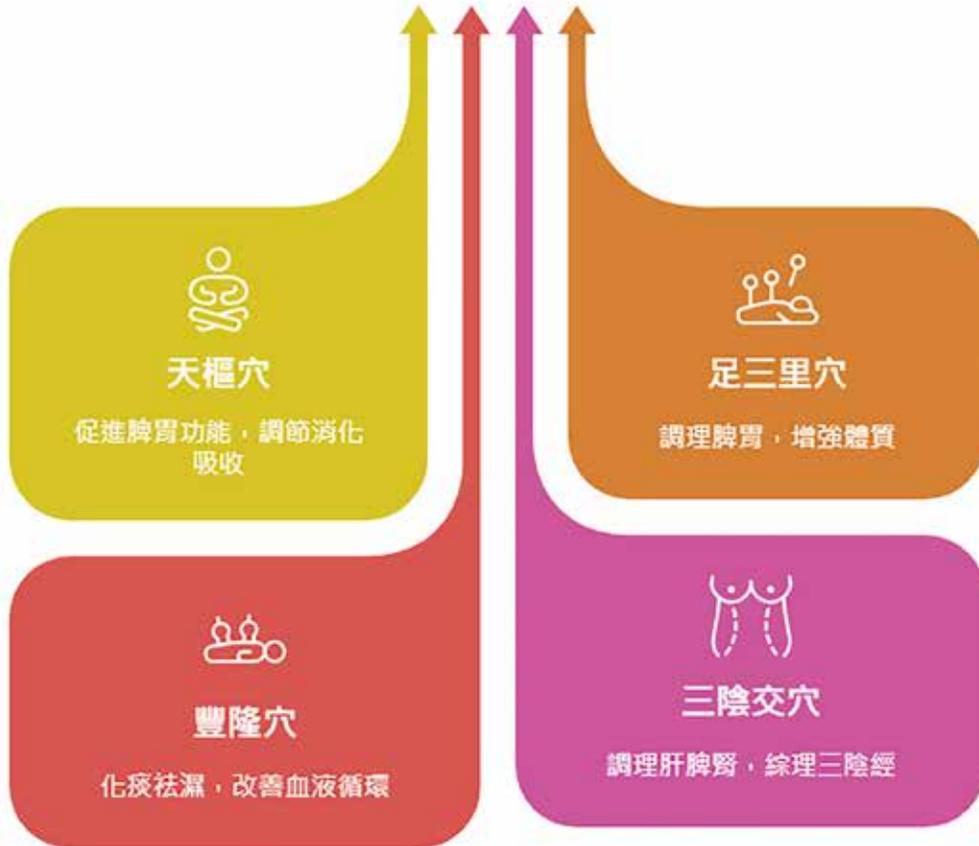
■ 埋線治療

根據 2024 年發表於《Biotechnology and Genetic Engineering Reviews》的統合分析結果，臨床中醫師在應用「穴位埋線療法」治療高血脂症時，需審慎評估其臨床效益與操作方式。此篇研究分析了 9 篇隨機對照試驗，共納入 569 位 18 歲以上的成人高血脂患者，探討埋線療法與常規降脂西藥的療效比較。

在穴位選擇方面，研究中多數文獻選擇了與脾胃相關的穴位，尤其是**天樞穴（屬足陽明胃經）與足三里穴（同樣屬於足陽明胃經）**，這些穴位在中醫理論中具有健脾化濕、消痰祛脂的作用，適合應用於以「痰濁內蘊」、「脾虛痰盛」為主要病機的高血脂患者。此外，也有部分研究選用**豐隆穴、三陰交、中脘等穴位**，這些穴位具治療脾胃與祛濕化痰的作用，可依據病人體質與證型酌情搭配使用。

操作方式方面，文獻中普遍採用每週一次的療程，埋線深度依照個別穴位特性進行調整，常用可吸收縫線進行埋植，每次治療選取 2 至 6 個穴位不等。穴位選取不統一為此類研究的限制之一，建議臨床中醫師應依據經驗及證型進行個別化選擇，同時參照研究中高頻率使用的穴位作為臨床操作參考。

穴位埋線的治療效果



衛生教育

針對高血脂患者的衛生教育，應強調日常生活中須建立良好的飲食與運動習慣，並定期監測血脂與相關指標。飲食方面應減少高膽固醇與飽和脂肪攝取，避免油炸食物、動物內臟、全脂乳製品及加工食品，多攝取富含膳食纖維與植物固醇的蔬果、全穀、豆類及堅果，以協助調節血脂。烹調上建議選擇清蒸、水煮或涼拌，避免高油高鹽調味。運動方面建議每週至少五天、每次三十分鐘以上的中等強度有氧運動，如快走、游泳或騎自行車，以促進脂質代謝與心血管健康。同時應戒菸限酒，避免熬夜與過度壓力，維持理想體重，減少代謝症候群的風險。藥物使用應遵照醫囑，切勿任意停藥或自行更換劑量，並注意與其他藥物或保健品的交互作用。若出現胸悶、胸痛、頭

暈、視力模糊、下肢麻木、行走無力或突然口齒不清、半身無力等症狀，可能為動脈硬化惡化或心腦血管事件的前兆，應立即就醫處理。此外，定期回診接受血脂、血糖、肝腎功能等檢查，是預防併發症與追蹤治療效果的重要措施，有助於早期發現問題並即時調整治療計畫。

參考文獻

1. Shi, Zeyang et al. “Effectiveness and safety of eleven Chinese patent medicines combined with atorvastatin in the treatment of hyperlipidemia: a network meta-analysis of randomized controlled trials.” *Frontiers in endocrinology* vol. 16 1523553. 24 Mar. 2025, doi:10.3389/fendo.2025.1523553
2. Chang, Chuen-Chau et al. “Decreased Risk of Stroke in People Using Red Yeast Rice Prescriptions (LipoCol Forte®) : a Total Population-Based Retrospective Cohort Study.” *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM* vol. 2022 8160425. 23 Apr. 2022, doi:10.1155/2022/8160425
3. Chang, Chuen-Chau et al. “Real-World Risk and Outcome of Liver Cirrhosis in Patients with Hyperlipidemia Treated with Red Yeast Rice: A Retrospective Cohort Study.” *Journal of multidisciplinary healthcare* vol. 17 3727-3738. 30 Jul. 2024, doi:10.2147/JMDH.S466696
4. Lai, Hsiang-Chun et al. “LipoCol Forte capsules reduce the risk of liver cancer: A propensity score-matched, nationwide, population-based cohort study.” *World journal of gastrointestinal oncology* vol. 15,5 (2023) : 828-842. doi:10.4251/wjgo.v15.i5.828
5. Chen, Ta-Liang et al. “Evaluating Risk of Incident Diabetes Between Patients Who Used Lovastatin and Red Yeast Rice Prescriptions (LipoCol Forte) : A Retrospective Cohort Study Based on a Real-World Database.” *Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy* vol. 13 89-98. 9 Jan. 2020, doi:10.2147/DMSO.S223833
6. Yin, Na et al. “The effect of acupoint catgut embedding and drug therapy on hyperlipidemia: a meta-analysis of randomized controlled trials.” *Biotechnology & genetic engineering reviews* vol. 40,1 (2024) : 664-677. doi:10.1080/02648725.2023.2186559
7. Wang, Sheng, and Xin-Jian Qiu. “The efficacy of Xue Fu Zhu Yu prescription for hyperlipidemia: A meta-analysis of randomized controlled trials.” *Complementary therapies in medicine* vol. 43 (2019) : 218-226. doi:10.1016/j.ctim.2019.02.008

非酒精性脂肪肝

Nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD

本章學習重點

1. 針對脾虛痰濕型脂肪肝，苓桂朮甘湯具健脾化濕、改善肝酵素與胰島素阻抗之效；肝鬱實熱型可用大柴胡湯以清熱通腑、調脂降醇；濕熱與腸道菌群失調型可參考去濕化痰方，有效降低肝脂肪含量並調節腸道菌相；若為氣滯血瘀、初期纖維化者，則可參考化滯柔肝顆粒；血瘀痰濁內阻型患者，應以丹參、川芎、鬱金、紅花等組成之活血化痰法為主，兼顧降脂與抗纖維化。
2. 穴位埋線能穩定且持續刺激肝脾經絡，推薦使用肝俞、中脘、豐隆、天樞、脾俞與足三里等調脂要穴，每 2–4 週施作一次，療程約 3 個月。研究顯示 ALT 平均可下降 16.58 U/L，對延緩 NAFLD 進展具臨床意義，特別適合中長期體質調整與代謝症候群患者。
3. 針灸治療以疏肝健脾化濕為主軸，最常用穴位為太衝、足三里、豐隆、三陰交，可酌加肝俞、中脘、腎俞等穴位以增強代謝調節。徒手針灸、電針與穴位埋線皆能顯著改善 ALT、AST 與血脂指標，臨床療效穩定，安全性高。電針尤適合需短期內快速改善肝功能者；埋線則適用於慢性穩定期的體質調整與維持治療。

定義

非酒精性脂肪肝 (Nonalcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD) 是一種以肝臟脂肪堆積為特徵的慢性肝病，排除顯著飲酒 (通常指每週酒精攝取量男性 <140 克、女性 <70 克) 及其他明確肝病病因 (如病毒性肝炎、藥物或自體免疫性肝病) 後所診斷。此病與代謝症候群密切相關，常見於肥胖、第二型糖尿病、胰島素阻抗與血脂異常等族群中。

臨床診斷需確認肝臟有脂肪堆積的證據，最常用的是腹部超音波，顯示肝臟回音增強、肝腎對比變化或血管模糊等脂肪變性特徵。若懷疑肝纖維化，則可進一步安排彈性超音波 (FibroScan) 或磁振影像 (MRI-PDFF) 以非侵入方式評估肝脂肪含量與纖維化程度。抽血檢查則常見肝酵素 (如 ALT、AST) 升高，但有些患者肝功能可能正常，因此不能單靠轉氨酶異常診斷。

臨床症狀

臨床症狀在早期多數不明顯，部分患者可能僅於健康檢查時因肝功能異常或影像學檢查發現肝臟脂肪變性，偶見右上腹脹悶、易疲倦、全身倦怠或體重增加等非特異性症狀。隨病情進展，部分病人可能出現肝臟腫大、壓痛、轉氨酶上升，嚴重者可能發展為肝纖維化、肝硬化甚至肝細胞癌。

非酒精性脂肪肝的分期可依肝組織學變化區分為簡單性脂肪肝 (simple steatosis) 與非酒精性脂肪肝炎 (Nonalcoholic Steatohepatitis, NASH)，後者表示除脂肪堆積外，還伴隨肝細胞損傷 (如氣球樣變性) 與不同程度的炎性浸潤，進而可能導致肝纖維化甚至硬化。臨床分型則依據代謝特徵與病理演進分為代謝相關型 (metabolic-associated NAFLD) 與進展型 (progressive NASH)，前者以脂肪堆積與代謝異常為主，後者則發展出明確的組織發炎與纖維化變化。此外，根據肝臟硬度與纖維化程度，NAFLD 可進一步分為 F0 至 F4 等級，其中 F3 至 F4 表示明顯肝纖維化與進入肝硬化前期或晚期的狀態，對預後與治療策略影響重大。此病進程緩慢但潛在危險，故早期發現與積極控制代謝危險因子是預防肝損進展的關鍵。

病理機轉

在西醫病理學說中，非酒精性脂肪肝的形成可用「多重打擊學說 (multiple hits theory)」來解釋。第一個打擊來自胰島素阻抗，使得脂肪酸從周邊組織釋放進入肝臟，肝臟中游離脂肪酸增加，導致三酸甘油酯大量堆積，形成脂肪肝。接下來的多重打擊則包括氧化壓力、粒線體功能障礙、細胞激素 (如 TNF- α 、IL-6) 與腸道微生態失衡等因素，這些會進一步促使肝細胞發炎、壞死與纖維化。此外，基因多型性 (如 PNPLA3) 與生活型態 (如高糖高脂飲食、缺乏運動) 也扮演重要角色。這些代謝性與免疫性異常造成的「脂毒性效應」，會促使肝臟從單純脂肪堆積進展為非酒精性脂肪肝炎 (NASH)，最終可能導致肝硬化甚至肝癌。

而在中醫理論中，非酒精性脂肪肝並無明確對應於古籍病名，然其臨床表現與「痰濕」、「積聚」或「鼓脹」等證相符，屬於「本虛標實」之證。病機核心為脾虛失運、肝失疏泄、濕濁內生，導致痰濁瘀血互結於肝絡。飲食失節 (過食肥甘厚味)、久坐少動或情志抑鬱，導致脾失健運、生濕生痰，痰濕蘊結於中焦，進一步上犯肝膽，影響氣機疏泄，痰氣鬱結則血行不暢，形成瘀血。肝氣鬱滯亦可反過來影響脾胃升降降濁之機能，形成惡性循環，終致「肝脾同病」。若病情久延，可見氣虛血瘀、肝腎陰虛或脾腎陽虛之證型變化。中醫強調辨證施治，針對不同證型治療肝脾氣機、祛濕化痰、活血化瘀，是中醫臨床治療此病的核心策略。

中醫照護

■ 中藥治療

針對非酒精性脂肪肝 (Nonalcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD)，近年來多項高品質隨機對照試驗與系統性回顧研究證實，中醫藥治療具備多靶點、多層次干預的優勢，在改善肝功能、調節脂質代謝、降低肝臟脂肪堆積與減緩肝纖維化等方面均展現良好療效與安全性。臨床中醫師可依患者之體質與證型特徵，選用相應之方藥，達到辨證論治、整體治療之目的。

針對痰濕內盛、脾虛水飲的患者，**苓桂朮甘湯**為可優先考慮的方劑。該方由茯苓、桂枝、白朮與甘草組成，具有健脾利濕、溫陽化飲之效。系統性回顧結果顯示，該方對於降低血脂 (TC、

TG)、改善肝酵素 (ALT、AST、GGT) 及胰島素阻抗 (HOMA-IR) 具明顯成效，尤其適合伴有腹脹、倦怠、舌苔厚膩者使用。研究中也指出，即便單獨使用或合併西藥治療，均可顯著提升總體療效率，且不良反應極少見，臨床安全性高。

若患者屬於肝鬱化熱、實熱內結型，臨床多見脅痛、口苦、便秘、煩躁等症狀，則建議使用**大柴胡湯**，方中柴胡疏肝解鬱，大黃、枳實瀉熱通腑，配合芍藥、半夏、黃芩等藥物共同達到清熱和胃、瀉下導滯之效。最新研究顯示，大柴胡湯能有效降低肝指數 (ALT、AST)、血脂 (TC、TG) 與肝臟炎症反應，對於肥胖合併脂肪肝、便秘明顯者療效尤為顯著，且未見重大不良反應。

除了傳統經方以外，也許多現代新開發的處方，雖然台灣並未上市，但臨床上也可以參考

濕熱下注兼見腸道菌群失調之證型，則可參考**去濕化瘀方 (Qushi Huayu)**，處方包含有茵陳、虎杖、薑黃、梔子，具清熱利濕、化瘀通絡、調腸益菌之功。一項多中心、雙盲隨機臨床試驗顯示，去濕化瘀方在降低肝臟脂肪含量與 ALT、AST 指數方面優於對照組，其改善腸道菌相，增加有益菌屬如 Bacteroides、抑制 Escherichia-Shigella 等致病菌，從而達到肝腸軸的雙向調控，有效改善肝臟代謝功能與慢性發炎狀態。

至於臨床以肝鬱氣滯夾痰瘀為主，舌黯或有瘀斑，或見脂肪肝已合併輕度纖維化者，可參考**化滯柔肝顆粒劑的組成**，包括茵陳、決明子、大黃、澤瀉、豬苓、山楂、蒼術、白術、陳皮、瓜蒌、女貞子、墨旱蓮、枸杞子、小薊、柴胡與甘草。該方整體設計具有清熱利濕、化滯柔肝、疏肝健脾之效，常用於脂肪肝兼見濕熱內蘊、脅痛脘脹、納呆乏力等證型的中醫臨床治療中。統合分析指出，其在改善肝臟超音波等級、降低血脂 (TC、TG、LDL-C)、提高 HDL-C 方面皆顯著優於對照組西藥，且不良反應率低、症狀改善率高，適合長期服用觀察。

另有針對血瘀痰濁內阻之患者，推薦使用**活血化瘀為核心治療方法**，此類方劑臨床上最常用的中藥有丹參、川芎、山楂、薑黃、鬱金、田七、桃仁、三稜、莪朮、紅花、澤蘭、延胡索、王不留行等藥材，具有活血祛瘀、通經化痰的作用。綜合分析顯示，運用活血化瘀治療法在改善肝臟超音波變化、降低 ALT、AST、TG、TC 方面均有明顯效果，臨床有效率提升至 3 倍以上，且無嚴重不良反應通報，證實其為一種安全有效之治療策略。

總體而言，臨床中醫師在治療非酒精性脂肪肝時，應依據病人體質與病程階段進行辨證施治。苓桂朮甘湯適用於脾虛痰濕型，大柴胡湯適合實熱內結型，也可參考去濕化瘀方則適合濕熱與腸肝失調者，化滯柔肝顆粒劑的處方模式則適用於氣滯血瘀兼脂肪肝初期纖維化，活血化瘀方則為血瘀內結型的首選。



■ 埋線治療

針對非酒精性脂肪肝（NAFLD）患者的臨床照護，中醫師可考慮將穴位埋線療法納入治療計畫，作為改善肝功能與代謝異常的治療方式。根據 2020 年發表於《Medicine》的系統性回顧與統合分析結果顯示，穴位埋線無論單獨使用或結合中藥與西藥，皆能顯著改善血清肝酵素（尤其是 ALT 與 AST），並有助降低三酸甘油酯與總膽固醇，整體療效明顯優於傳統西藥治療，且安全性良好，副作用輕微且可控。

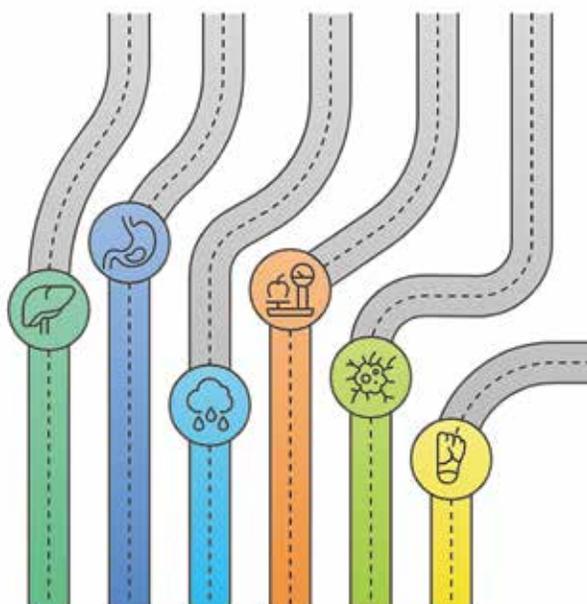
在臨床執行上，建議採用研究中最常使用且效果穩定的穴位組合，作為基本治療方針。推薦的主要穴位包括肝俞、中脘、豐隆、天樞、脾俞與足三里，這些穴位涵蓋肝脾調節、脾胃運化與脂質代謝等功能，符合脂肪肝之病機特點。若患者同時伴有明顯肥胖或代謝症候群表現，亦可適當選擇加用關元與氣海等穴位，以增強調脂與調經作用。

操作方面，可使用羊腸線等可吸收材料進行埋線，每次埋線後的刺激作用可持續數日至數週，建議以每 2～4 週施作一次，每療程持續約 3 個月，總療程可視患者個別情況調整。在埋線期間可配合生活型態調整及中藥內服，特別是針對肝鬱脾虛、痰濕內生等常見證型者，合併治療可能獲得更顯著療效。

根據統合研究結果，經過埋線療法後，患者的 ALT 平均可下降約 16.58 U/L，這樣的改善對於監控非酒精性脂肪肝病情進展、減少向非酒精性肝炎（NASH）或肝纖維化惡化的風險具有臨床意義。

可用哪些穴位治療脂肪肝？

肝俞 促進肝臟功能並改善 能量流動	中脘 增強消化並減少腹脹
豐隆 減少痰濕並改善循環	天樞 調節腸道功能並促進 營養吸收
脾俞 增強脾臟功能並改善 免疫力	足三里 增強整體活力並改善 消化



■ 針灸治療

針對非酒精性脂肪肝患者，依據 2021 年刊登於《Medicine (Baltimore)》的統合分析研究成果，建議臨床中醫師在治療時選用以肝脾治療、健脾化濕為主軸的穴位與治療方式，進行個別化針灸處方。研究中顯示，最常使用且療效顯著的核心穴位包括**太衝**、**足三里**、**豐隆**及**三陰交**。這些穴位對於疏肝理氣、健脾除濕、改善代謝功能有明確作用，亦可依病人證型酌加**肝俞**、**中脘**、**關元**、**腎俞**與**陰陵泉**等加強脾腎功能，協同調整氣機與化濕能力。

在效果比較上，穴位埋線療法相較於徒手針灸與電針，在改善肝酵素（ALT、AST）、血脂（總膽固醇、三酸甘油酯）等指標上呈現穩定持續的療效，尤其適合無法頻繁就診或需中長期代謝調控的患者。埋線具「一次治療、多日作用」的特性，能持續刺激穴位、調整經絡氣血，特別適合用於慢性病與體質調整；而徒手針灸與電針則較適合需要即時症狀改善或在療效建立初期快速調整氣血的患者。電針藉由微電流刺激，有助於放大針感與調節代謝，在短期內改善肝功能指標的效果尤為明顯。

從研究結果來看，無論使用徒手針灸、電針或穴位埋線，皆能有效提升整體臨床療效（OR 分別為 3.19 與 5.11），改善肝功能（ALT、AST 明顯下降）、調節血脂（降低 TC、TG 與 LDL，提升 HDL）。但在體重控制（BMI）上尚未見顯著改變，顯示針灸對脂肪肝的核心改善機制仍以代謝與肝臟功能調整為主。整體而言，針灸治療安全性高，副作用極少，主要為局部刺痛感，多可自行緩解。

衛生教育

針對非酒精性脂肪肝患者的衛生教育，應強調生活型態的長期調整與自我健康管理。患者首先應建立均衡且低脂低糖的飲食習慣，避免攝取高熱量、高果糖、油炸及加工食品，鼓勵攝取富含膳食纖維的蔬果、全穀類與富含不飽和脂肪酸的食物如深海魚、堅果與橄欖油，以促進肝脂代謝與減輕肝臟負擔。規律運動亦為關鍵，建議每週至少進行 150 分鐘的中等強度有氧運動，例如快走、游泳或騎自行車，有助於改善胰島素敏感度與減少肝臟脂肪含量。體重控制是治療的核心目標之一，建議透過逐步減重（每月不超過 3～5%）達到總體體重減少 7～10%，可顯著改善脂肪肝與肝酵素指數。

患者日常生活應避免熬夜、久坐與過度情緒壓力，因睡眠品質與情志調節也與肝臟代謝功能息息相關。同時應定期追蹤肝功能、腹部超音波與相關代謝指標（如血糖、血脂），以評估病情變化與治療成效。若出現易疲倦、右上腹悶脹、體重異常下降、黃疸、皮膚搔癢或出血傾向等症狀，可能為病情惡化至肝炎、肝纖維化甚至肝硬化的警訊，應立即就醫評估。對於已合併代謝症候群或糖尿病者，更應加強血糖與血壓控制，以降低疾病進展風險。整體而言，非酒精性脂肪肝雖為可逆性疾病，但需患者具備持續性與積極性的自我照護意識，配合醫療團隊制定的個人化治療計畫，方能有效改善預後並防止併發症發生。

參考文獻

1. Lu, Yifan et al. “Lingguizhugan Decoction in the Treatment of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *Endocrine, metabolic & immune disorders drug targets*, 10.2174/0118715303323071241022053842. 9 Jan. 2025, doi:10.2174/0118715303323071241022053842
2. Mou, Zhiqing et al. “The efficacy and safety of Dachaihu decoction in the treatment of nonalcoholic fatty liver disease: a systematic review and meta-analysis.” *Frontiers in medicine* vol. 11 1397900. 2 Jul. 2024, doi:10.3389/fmed.2024.1397900
3. Liu, Qiaohong et al. “Efficacy and safety of Qushi Huayu, a traditional Chinese medicine, in patients with nonalcoholic fatty liver disease in a randomized controlled trial.” *Phytomedicine : international journal of phytotherapy and phytopharmacology* vol. 130 (2024) : 155398. doi:10.1016/j.phymed.2024.155398
4. Wang, Tianyuan et al. “Efficacy and safety of Huazhi Rougan granule in the treatment of non-alcoholic fatty liver: a systematic review and meta-analysis.” *Annals of palliative medicine* vol. 10,12 (2021) : 12969-12984. doi:10.21037/apm-20-1613
5. Cai, Yunfei et al. “Evaluation of HuoXueHuaYu therapy for nonalcoholic fatty liver disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial.” *BMC complementary and alternative medicine* vol. 19,1 178. 19 Jul. 2019, doi:10.1186/s12906-019-2596-3
6. Hui, Dengcheng et al. “The spleen-strengthening and liver-draining herbal formula treatment of non-alcoholic fatty liver disease by regulation of intestinal flora in clinical trial.” *Frontiers in endocrinology* vol. 13 1107071. 19 Jan. 2023, doi:10.3389/fendo.2022.1107071
7. Dai, Liang et al. “Acupoint embedding therapy improves nonalcoholic fatty liver disease with abnormal transaminase: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis.” *Medicine* vol. 99,3 (2020) : e18775. doi:10.1097/MD.00000000000018775
8. Bi, Yiming et al. “Effects of acupoint therapy on nonalcoholic fatty liver disease: A systematic review and meta-analysis.” *Complementary therapies in clinical practice* vol. 43 (2021) : 101376. doi:10.1016/j.ctcp.2021.101376

高脂血症胰臟炎

Hyperlipidemic pancreatitis

本章學習重點

1. 針對高脂血症胰臟炎表現為少陽夾熱實證者，可選用大柴胡湯（柴胡、黃芩、白芍、半夏、大黃、枳實、生薑、大棗）以疏肝理氣、清熱瀉實，有助緩解腹痛腹脹、降低胰酶與血脂。若見實熱壅滯、腑氣不通，則宜用大承氣湯（大黃、厚朴、枳實、芒硝）瀉下通腸，改善腸毒素吸收與預防胰壞死，兩方皆有助縮短病程與減少併發症。
2. 對於氣機壅滯、腸腑實熱伴多器官功能損害者，可選柴芩承氣湯（大黃、芒硝、厚朴、柴胡、黃芩、枳實、木香等），整合清熱、疏肝、活血與攻下功效，有助縮短呼吸衰竭時間、改善重症指標。若病勢偏濕熱壅阻肝膽，則可參考清胰湯加減（柴胡、黃芩、胡黃連、大黃、木香等），調和氣血、清熱解毒並有效降低發炎指數與血脂。
3. 針灸治療宜選足三里、中脘、天樞、合谷、內關等調中和胃、止痛要穴，加用上巨虛、下巨虛、支溝、陽陵泉、太衝以疏肝理氣通腸，氣海與關元則補氣健脾、助恢復。研究顯示針灸可顯著減少腹痛腹脹 VAS 分數、提早排便並縮短住院天數，建議急性期每日施針，重症可加電針，操作以平補平瀉為原則，整體安全性高，療效確切。

定義

高脂血症胰臟炎 (Hyperlipidemic pancreatitis) 是指因血脂異常、特別是三酸甘油酯 (Triglyceride, TG) 濃度過高 (通常超過 1000 mg/dL) 所誘發的急性胰臟炎，是僅次於膽道疾病與酒精攝取後的第三大常見病因。病因主要與乳糜微粒在微血管內堆積、導致胰臟微循環障礙與缺血有關，同時脂肪分解產生的游離脂肪酸對胰臟組織具高度毒性，進一步造成胰臟細胞壞死與炎症反應。

臨床症狀

臨床上，患者常出現上腹部劇烈疼痛並向背部放射，伴隨噁心、嘔吐與發燒，有時亦可能出現呼吸困難、黃疸與腸麻痺等嚴重系統性症狀。部分患者初期無典型膽道結石史或酒精使用史，但經血液檢查發現極度升高的血中三酸甘油酯水平，即應高度懷疑高脂血症胰臟炎。此病可依胰臟炎本身的嚴重程度進行分期，根據 2012 年修訂的亞特蘭大分類，分為輕度（無器官功能障礙與局部併發症）、中度（暫時性器官功能障礙或局部併發症）、重度（持續性器官功能障礙）三期；亦可依病程發展為急性期（數日內發病，症狀明顯）、亞急性期（胰臟水腫或壞死吸收期）與慢性期（胰臟功能持續障礙）。此外，高脂血症胰臟炎依脂質異常的型態亦可細分為家族性高膽固醇血症型、家族性混合型高脂血症型、以及最常見的家族性高三酸甘油酯血症型，其中合併糖尿病、肥胖與代謝症候群者為高風險族群。

病理機轉

高脂血症胰臟炎在西醫與中醫體系中具有不同的病理理解。西醫方面，其核心機轉在於三酸甘油酯（Triglyceride）濃度異常升高所導致的胰臟微循環障礙。當血中三酸甘油酯濃度超過 1000 mg/dL 時，乳糜微粒（chylomicrons）於胰臟微血管內堆積，使血液黏稠度升高，進一步引發胰臟缺血與缺氧。在此狀態下，胰脂酶（lipase）大量分解脂肪，釋放高濃度游離脂肪酸（free fatty acids），這些酸性物質會破壞胰腺血管內皮與腺泡細胞，引發壞死與強烈發炎反應，釋放細胞激素如 IL-1、IL-6、TNF- α 等，最終可導致全身性發炎反應症候群（SIRS）與多重器官功能衰竭（MODS）。此外，伴隨糖尿病、肥胖、代謝症候群的患者，由於胰島素抗性與脂質代謝異常，使高脂血症胰臟炎的發病機率與嚴重程度進一步升高。

中醫對此病的理解則建立於「飲食失節」、「情志內傷」、「痰濕內阻」、「肝脾失調」等基本理論。高脂血症胰臟炎多屬「脘腹脹痛」、「食積」、「痰濕」、「癥瘕」等範疇，病位在脾、胃、肝與腎，以脾虛痰濕為本，濕熱瘀阻為標。脾主運化，脾氣虛弱則水穀不化，痰濕內生；過食肥甘厚味則助濕生痰，濁脂聚於中焦，痰濕蘊結，化熱成毒，鬱而化火，與肝氣鬱結、胃熱內盛相合，灼傷脈絡，致氣血運行不暢，血瘀內阻，終致胰腺腫脹作痛。發作期多見濕熱壅盛，表現為突發上腹脹痛、噁心嘔吐、煩躁口苦、大便不暢等；若病情反覆，則見脾腎陽虛，氣陰兩虛，表現為神疲乏力、納呆泄瀉、形體消瘦、胰功能減退等。

中醫照護

■ 中藥治療

針對高脂血症急性胰臟炎患者，臨床中醫師在辨證施治時，可參考 2023 年刊登在 *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 雜誌的統合分析所納入的 50 篇隨機對照試驗之研究成果，依據患者病機與症狀表現，靈活運用多種經典中藥方劑，提升治療效益。若患者以「少陽證夾熱實」為主要表現，症見脅痛、腹脹、便秘、口苦，並伴有血脂異常與胰酶升高者，建議優先考慮使用**大柴胡湯**。該方由柴胡、黃芩、白芍、半夏、大黃、枳實、生薑與大棗組成，具有調和少陽、疏肝理氣、清熱瀉實之效，可有效縮短腹痛與腹脹的緩解時間，加速胰澱粉酶及三酸甘油酯的恢復，並明顯降低住院時間與併發症風險。

若病情偏重於「實熱壅滯、腑氣不通」，見腹脹便秘、煩躁高熱、舌苔黃厚、脈滑實，則適合採用**大承氣湯**，由大黃、厚朴、枳實與芒硝構成，具有峻下熱結、通腑泄熱之功。臨床研究指出，大承氣湯透過灌腸或口服方式使用，可迅速通腸導滯，減少腸道毒素與菌群逆行感染風險，有助於改善腸黏膜屏障功能與預防胰臟壞死。

除了傳統經方以外，許多現代新創處方雖然並沒有在台灣商品化上市，但也可以於臨床參考其組方模式。譬如病勢偏重濕熱壅阻肝膽、氣機不暢者，可考慮使用**清胰湯或其加減方**，其組成包含柴胡、黃芩、胡黃連、厚朴、枳殼、木香、大黃、芒硝等，能清熱解毒、疏肝理氣、調和氣血，臨床上可見血脂下降、發炎指數減少及免疫功能改善。

根據近期一項發表於高影響因子期刊《Phytomedicine》的隨機對照試驗結果，**柴芩承氣湯**（組成爲**大黃、芒硝、厚朴、梔子、柴胡、黃芩、延胡索、枳實、木香、赤芍、川芎、紅花與甘草**）已被證實可顯著改善急性胰臟炎患者的預後，尤其是在縮短呼吸衰竭持續時間、減少多器官功能障礙與降低加護病房需求方面表現突出。該方以柴胡、黃芩與大承氣湯爲核心，設計結合攻下與疏肝、清熱與活血、理氣與解毒之功，整體用意在於快速通腑泄熱、調暢氣機與改善臟腑功能失調，尤適合於急性期伴有氣機壅滯與腸腑實熱之患者。研究顯示，接受柴芩承氣湯口服與灌腸治療的患者，其呼吸衰竭中位持續時間由3天下降至1天，並改善多項器官功能指標與生活品質（如EQ-5D-5L 與疼痛評分），進一步證實其在臨床急症中的輔助療效。

若病人以血瘀夾濕熱爲主，兼見微循環障礙、血脂高度異常，以**丹參**爲主的處方，在多項臨床研究中被發現具有活血化瘀、改善胰臟微循環、降低自由基及抑制炎症因子（如TNF- α 、IL-6、CRP）生成的多重效應，能有效降低死亡率與併發症發生。

總結而言，中醫師在治療高血脂急性胰臟炎時，應根據病人的證型差異，靈活選擇適合的中藥處方。以大柴胡湯適合肝鬱氣滯兼熱者，大承氣湯針對腸腑實熱者，清胰系列方劑適合濕熱壅滯之證，而丹參製劑則尤適用於兼有血瘀與微循環障礙者。而若病情複雜，伴有呼吸衰竭或早期多器官功能損害者，則柴芩承氣湯爲一具實證支持的優選方案，具有縮短病程與減少併發症的潛力。這些中藥治療除可快速改善臨床症狀外，更在降低死亡率與住院天數方面展現出優異的臨床價值，爲HLAP患者提供一條安全而有效的輔助療法途徑。



■ 針灸治療

根據《Frontiers in Psychiatry》於 2021 年發表的系統性回顧與統合分析，針灸在急性胰臟炎患者的臨床照護中，顯示出顯著的療效，特別是在改善腹痛與腹脹症狀方面。針對臨床中醫師的操作建議，建議針灸治療應以治療腸胃、疏通氣機、緩解內臟痛覺為主軸，配合辨證論治選穴，建議核心選用的穴位包括：足三里、中脘、天樞、合谷與內關。這些穴位在文獻中出現頻率最高，涵蓋了胃經、大腸經與任脈，具有良好的調中和胃、行氣止痛、健脾和腸之效。

此外，**上巨虛與下巨虛**屬於足陽明胃經下合腑穴，能加強腸道蠕動、改善腸麻痺，特別適用於急性胰臟炎伴隨腸功能障礙的患者；**支溝**具有疏肝理氣、通腸潤燥的作用，適用於腹脹便秘、腸道氣滯情況；**陽陵泉**可治療肝膽，解痙止痛，協助疏通氣機，減輕胰臟區域牽扯痛感；**太衝**為肝經原穴，擅長疏肝解鬱、平抑肝氣，有助於改善因情志壓力誘發或加重的內臟痛；**氣海與關元**均為任脈重要補益之穴，具補氣固脫、調中和胃、強化正氣之效，尤其適合體虛或病後恢復期的患者使用，以促進整體腸胃機能恢復。

針灸治療高脂血症胰臟炎



治療時，在急性發作嚴重時建議增加針灸頻率與留針時間，對於病情較重或腹脹顯著者，可考慮選用電針以加強刺激，頻率多採用低頻（2Hz），強度以患者可耐受為主，不宜過強，避免誘發不適或增加交感神經活性。操作手法應以平補平瀉為原則，可視個別體質進行微調，例如脾虛明顯者可略補，實證者略瀉。建議療程持續 5 至 10 天，根據患者臨床症狀緩解情形調整。

依據此篇研究統合分析的結果，針灸可顯著減輕急性胰臟炎患者的腹痛（平均 VAS 分數下降約 1.45 分）與腹脹（VAS 下降約 0.71 分），並能縮短腹痛緩解時間（平均提早約 1.36 天）與腹脹緩解時間（提早約 2.7 天），有助於促進腸蠕動恢復、提早首次排便（平均提早約 2 天），進而縮短住院時間（約減少 3.4 天）。此外，針灸也能在 7-14 天內明顯降低 APACHE II 重症評分，顯示其對整體病情控制具有正向影響。研究中並未發現嚴重不良反應，僅有個別皮下出血案例，症狀輕微可自癒，整體安全性高。

衛生教育

對於高脂血症胰臟炎患者而言，日常生活中需特別注重飲食控制與規律作息，嚴格避免高脂肪、高糖分與油炸類食物，戒除過量飲酒，並維持低脂、低膽固醇、富含纖維的清淡飲食，建議少量多餐以減輕胰臟負擔。體重控制與規律運動亦為關鍵，可協助改善胰島素敏感性並降低三酸甘油酯濃度，減少再次發作的風險。若合併糖尿病或高血脂症，應依醫師指示定期服用降脂與降糖藥物，並定期追蹤血脂、血糖與胰酶指數，避免自行停藥或調整劑量。此外，應警覺病情惡化的可能徵兆，包括持續性或加劇的上腹痛、噁心嘔吐、發燒、全身倦怠、食慾不振、黃疸、呼吸困難或意識不清，一旦出現上述症狀應立即就醫，切勿拖延，以免導致併發嚴重的胰臟壞死或多重器官衰竭。患者及家屬亦需了解本病具有復發性，應保持良好醫療配合與生活習慣，以達長期穩定控制與預防再發之目標。

參考文獻

1. Guo, W-X et al. "Chinese herbal medicine therapy for hyperlipidemic acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials." *European review for medical and pharmacological sciences* vol. 27,6 (2023) : 2256-2276. doi:10.26355/eurrev_202303_31760
2. Lin, Juan et al. "Effectiveness of Chengqi-series decoctions in treating severe acute pancreatitis: A Systematic review and meta-analysis." *Phytomedicine : international journal of phytotherapy and phytopharmacology* vol. 113 (2023) : 154727. doi:10.1016/j.phymed.2023.154727
3. Liu, Guoxiong et al. "Treatment of hyperlipidemic acute pancreatitis with modified Dachengqi decoction combining with conventional therapy based on "six-hollow-organs to be unblocked" theory." *Annals of palliative medicine* vol. 9,4 (2020) : 2045-2053. doi:10.21037/apm-20-1106
4. Deng, Lihui et al. "Traditional Chinese medicine Chaiqinchengqi decoction for patients with acute pancreatitis: A randomized clinical trial." *Phytomedicine : international journal of phytotherapy and phytopharmacology* vol. 138 (2025) : 156393. doi:10.1016/j.phymed.2025.156393
5. Zhang, Kai et al. "Acupuncture for Acute Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-analysis." *Pancreas* vol. 48,9 (2019) : 1136-1147. doi:10.1097/MPA.0000000000001399
6. Zhu, Fengya et al. "Acupuncture for Relieving Abdominal Pain and Distension in Acute Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Frontiers in psychiatry* vol. 12 786401. 3 Dec. 2021, doi:10.3389/fpsyt.2021.786401
7. Kee Jang, Dong et al. "Electroacupuncture for abdominal pain relief in patients with acute pancreatitis: A three-arm randomized controlled trial." *Journal of integrative medicine* vol. 21,6 (2023) : 537-542. doi:10.1016/j.joim.2023.10.004

動脈粥狀硬化

Atherosclerosis

本章學習重點

1. 研究證實紅麴製劑（如壽美降脂一號）能有效改善血脂與斑塊面積，適合長期服用以控制病情進展。
2. 針對已形成的動脈粥狀硬化以活血化瘀為基礎，對於早中期動脈粥狀硬化、以血瘀證為主者，應優先考慮以丹參為核心組成處方，搭配赤芍、川芎、紅花等活血藥，能有效改善內中膜厚度與血流功能；若患者伴隨慢性低度發炎、hs-CRP 升高，則大黃蠪蟲丸具祛瘀通絡、清熱解毒之效，適合痰濁瘀阻證型使用，有助降低心血管急性事件風險。
3. 氣虛夾瘀者選用補氣活血方，如生脈散，或以人參或黃耆為核心設計處方；若病患合併有重大心血管事件後可考慮複方通絡中藥輔助西醫標準治療；在 PCI 後或冠心病高風險患者，建議參考通心絡膠囊（含人參、赤芍、全蠍、水蛭、乳香等）選用等多重機轉中藥，可協助穩定動脈斑塊、抑制炎症、改善血管結構與功能，並減少再發性心肌梗塞與死亡率。

定義

動脈粥狀硬化 (Atherosclerosis) 是指動脈血管內層因脂質、膽固醇、血小板、纖維組織與發炎細胞的沉積，逐步形成斑塊 (atherosclerotic plaques)，導致血管壁增厚、硬化、管腔狹窄，甚至完全阻塞，影響血液正常流動。這是一種慢性且進行性的疾病，屬於心血管疾病的重要病理基礎。動脈粥狀硬化的形成過程始於血管內皮功能受損，進而引發脂質滲入、巨噬細胞吞噬、泡沫細胞堆積，並伴隨纖維組織增生，最終導致斑塊形成與血管結構改變。

臨床症狀

臨床上，動脈粥狀硬化初期通常無明顯症狀，患者可能長期處於無聲演變的階段；隨著病變加重，會依據影響的血管部位出現不同表現，例如冠狀動脈粥狀硬化可導致心絞痛或心肌梗塞，頸動脈粥狀硬化則可能引起短暫性腦缺血發作 (TIA) 或缺血性中風，周邊動脈粥狀硬化則表現為間歇性跛行。症狀通常在運動或壓力下惡化，休息時緩解，嚴重時即使靜止也可出現缺血症狀，如肢體冰冷、麻木或壞死。

病理機轉

從西醫觀點來看，動脈粥狀硬化（Atherosclerosis）是一種慢性發炎性疾病，其病理機轉始於血管內皮細胞受損。各種危險因子如高血壓、高血脂、吸菸、糖尿病與氧化壓力，都可能導致內皮功能異常，失去原有的抗發炎、抗血栓、調節血管張力的作用。當內皮屏障破損後，血液中的低密度脂蛋白（LDL）容易滲透進入血管壁，並在局部氧化成氧化型 LDL（oxLDL）。氧化型 LDL 會引發局部免疫反應，吸引單核球進入血管壁，並轉化為巨噬細胞，吞噬脂質形成泡沫細胞，進而構成脂肪條紋。隨著時間進展，發炎反應促進平滑肌細胞增生並產生大量膠原蛋白，形成纖維性斑塊。當這些斑塊逐漸擴大，不僅造成血管腔狹窄，還可能因斑塊破裂，引發血小板聚集與血栓形成，導致急性心血管事件如心肌梗塞或中風。整個過程涉及脂質代謝異常、慢性發炎、免疫反應失調、氧化壓力及血栓形成等多重病理機轉。

而從中醫角度來看，動脈粥狀硬化主要屬於「痰瘀互結」、「脈絡瘀阻」的範疇，亦可歸入「胸痺」、「中風」等病證。中醫認為本病之本虛為氣陰兩虛或脾腎虧損，標實為痰濁、血瘀阻滯。由於先天不足、飲食不節、情志失調、年老體衰，導致脾運失健，生痰生濕；氣虛無力推動血行，血行不暢而成瘀；痰瘀交阻於脈道，使氣血運行不暢，血管壁逐漸失去柔韌之性，最終形成「痰瘀閉阻」的病理局面。尤其現代飲食油膩厚味過多，加重脾失健運，生濁生痰，痰濁蘊結日久則易化熱生毒，進一步損傷血絡，加速血管變硬變窄。中醫亦重視「風」、「火」、「虛」等因素的參與，風邪挾痰濁可使病變急驟惡化，火熱內生則易損傷血脈，加重瘀阻，虛證則為本，久病體虛，脾腎氣血虧損，則病情遷延難愈。因此，中醫治療上講求「益氣養陰、化痰行瘀、通絡活血」，以改善血管內環境、促進氣血運行、預防斑塊惡化。

中醫照護

■ 中藥治療

針對臨床上動脈粥狀硬化及其高危險族群的預防與治療，中藥展現出重要的治療能力，特別是針對不同證型患者的個別化處理，能有效彌補常規西藥治療的不足。

值得注意的是，目前具有臨床實驗證實效果的許多中成藥複方（例如通心絡膠囊、腦心通膠囊、丹紅注射液、止脂泰膠囊等）目前尚未正式於台灣上市，臨床中無法直接取得。但這並不影響這些中藥複方設計背後的治療邏輯，對台灣中醫師而言，仍具有重要參考價值。

根據最新系統性回顧結果，**丹參製劑如丹參膠囊、丹參葛根膠囊、複方丹參滴丸（主要成分為丹參、三七、冰片）**在改善**頸動脈內中膜厚度（IMT）及促進血管內皮功能（FMD）**方面效果最為明顯，適用於以血瘀證為主，伴隨動脈壁變厚、血流不暢的早中期患者。搭配其他藥材如丹參、赤芍、川芎、紅花，皆具有顯著的活血化瘀、抗炎降脂功效，能減少動脈內脂質沉積與發炎反應，預期可達到延緩斑塊形成、改善局部血流動力學的臨床效果，適合作為動脈粥狀硬化高危險群的初步干預策略。

對於高脂血症患者，尤其是**尚未出現明顯血管事件者**，含有補氣活血成分的人參、黃耆、地龍製劑（如生脈散與其衍生方劑）顯示出提升血管順應性、增強血管保護的潛力。這類方劑適合辨證

屬氣虛夾瘀型、症見神疲乏力、自汗懶言者，臨床可望透過增強正氣、促進微循環，達到改善血管內皮功能、降低血管硬化速度的作用，特別適合年長、體虛、慢性病背景患者長期治療使用。

若患者已經發生急性冠脈事件或接受經皮冠狀動脈介入治療 (PCI) 後，可參考**通心絡膠囊** (組成包含人參、水蛭、全蠍、赤芍、蟬蛻、土鱉蟲、蜈蚣、檀香、降香、乳香、酸棗仁、冰片) 或**腦心通膠囊** (組成爲黃耆、赤芍、丹參、當歸、川芎、桃仁、紅花、醋乳香、醋沒藥、雞血藤、牛膝、桂枝、桑枝、地龍、全蠍、水蛭) 等中藥複方，這類藥物配方如紅花、人參、黃耆、地龍，能有效穩定已存在的動脈粥樣斑塊，減少血栓形成，降低心肌梗塞、再次介入或死亡的臨床終點事件發生率。辨證上宜用於血瘀痰濁互結、胸痹心痛、活動後胸悶氣促明顯的患者。此類方劑除活血通絡之外，也兼具益氣養心之功，臨床可作爲西醫標準治療 (如雙重抗血小板、降脂治療) 之有力輔助。

針對以慢性發炎而有 hs-CRP 指數持續升高表現明顯者，可選擇以大黃、水蛭爲主成分的方劑如**大黃蠟蟲丸** (組成爲大黃、黃芩、甘草、桃仁、杏仁、白芍、熟地黃、乾漆、虻蟲、水蛭、蟻蟻、土鱉蟲)。這類方劑主打祛瘀通絡、清熱解毒，適合痰濁瘀阻型動脈粥狀硬化患者，症見舌紫黯、脈澀、伴慢性低度發炎指標升高者，能有效抑制血管內慢性炎症反應，減少斑塊不穩定變化，從而降低突發性心血管事件風險。

值得注意的是，部分方劑如**通心絡膠囊**、**腦心通膠囊**，已有臨床證據支持能同時改善血管結構 (IMT 減薄)、功能 (FMD 提升)、炎症 (hs-CRP 下降) 等多個指標，因此，在多重病機並存、病程較長、或心血管事件風險較高的患者中，應考慮使用這類兼具多重作用機轉的中藥複方。



整體而言，動脈粥狀硬化的中醫治療應根據不同證型進行細緻辨證施治：對血瘀型患者，以活血化瘀為主；對氣虛夾瘀型患者，兼以補氣助運；對痰濁瘀阻、內熱證型患者，則應祛瘀通絡兼清熱解毒。中藥複方的合理應用，可望在降低血管病變進程、改善心血管功能、減少不良事件上發揮積極作用，且整體耐受性良好，副作用發生率較低。

根據最新系統性回顧與統合分析結果（整理了過去相關的 20 篇隨機對照試驗，總共收集了 **2,217 位頸動脈粥樣硬化的病患**的資料），**紅麴類中藥**（如壽美降脂一號膠囊）在治療動脈粥狀硬化患者中展現出明顯的療效，特別是針對頸動脈斑塊面積縮小、內中膜厚度（IMT）減少，以及血脂指標（如 LDL-C、TG、TC 下降，HDL-C 上升）有顯著改善。臨床建議每日兩次，最少持續服用 3 個月以上，而最佳療效通常需達 6 至 12 個月以上的治療期。服藥方式以餐後溫水送服為宜，以增進吸收及減少腸胃不適。臨床上，經此劑量與療程治療後，預期可以有效降低動脈斑塊面積約 32% 以上，內中膜厚度改善約 11%，並達到壞膽固醇（LDL-C）下降 31% 左右的臨床意義標準，同時並未明顯增加肝腎功能異常的風險。

衛生教育

針對動脈粥狀硬化的患者，日常生活中的自我照護至關重要。首先，患者應維持健康均衡的飲食，建議以清淡低脂、低鹽、低糖飲食為主，多攝取蔬菜水果、全穀類、深海魚類及富含膳食纖維的食物，避免高油脂、油炸、動物性脂肪過高的餐點，尤其需嚴格控制反式脂肪與高膽固醇食物的攝取，如內臟、蛋黃等。同時應建立良好的運動習慣，每週至少進行 150 分鐘的中等強度有氧運動，如快走、慢跑、游泳或騎腳踏車，以促進血液循環與調節血脂。戒菸是另一項重要措施，因吸菸會進一步損害血管內皮，加速動脈粥狀硬化的惡化；若有飲酒習慣，則建議戒除或至少限量，避免酒精對心血管系統的傷害。此外，良好的壓力管理亦不可忽視，長期精神緊張與焦慮會誘發交感神經亢進，血壓升高，進一步加劇血管負擔，建議患者透過正念、瑜伽、深呼吸訓練等方式放鬆心情。

患者還需定期回診，監測血壓、血脂、血糖指標，並遵照醫師指示服用降血脂、降血壓、抗血小板或其他相關藥物，不可自行停藥或調整劑量，以維持疾病的穩定。特別提醒患者要警覺動脈粥狀硬化可能惡化的徵兆，包括但不限於胸悶、胸痛，特別是在活動時出現胸骨後壓迫感或放射至肩膀、手臂的不適；突發性的一側肢體無力或麻木、言語不清、突發視力模糊或失明、突然暈倒、劇烈頭痛等，這些可能是心肌梗塞或中風的前兆，應立即就醫。若出現下肢冰冷、皮膚蒼白、行走時小腿痠痛加劇，亦可能是下肢動脈阻塞的警訊。教育患者及家屬能及早辨識這些危險信號，對於預防嚴重心腦血管事件的發生具有重要意義。透過日常生活中的積極管理與早期警覺，動脈粥狀硬化患者能夠有效延緩疾病進展，提升生活品質，並減少重大併發症的風險。

參考文獻

1. Jian, X U et al. “Chinese patent medicine for atherosclerosis: a systematic review and Meta-analysis of randomized controlled trials.” *Journal of traditional Chinese medicine = Chung i tsa chih ying wen pan* vol. 44,6 (2024) : 1082-1090. doi:10.19852/j.cnki.jtcm.2024.06.001
2. Wang, Shuai et al. “Effectiveness of red yeast rice on carotid atherosclerosis: A systematic review and meta-analysis.” *Frontiers in pharmacology* vol. 13 937809. 2 Sep. 2022, doi:10.3389/fphar.2022.937809
3. Han, Qian-Qian et al. *Zhongguo Zhong yao za zhi = Zhongguo zhongyao zazhi = China journal of Chinese materia medica* vol. 48,1 (2023) : 234-246. doi:10.19540/j.cnki.cjcmm.20221018.501
4. Xu, Dan-yan et al. “Evaluation of the lipid lowering ability, anti-inflammatory effects and clinical safety of intensive therapy with Zhibitai, a Chinese traditional medicine.” *Atherosclerosis* vol. 211,1 (2010) : 237-41. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2010.01.044

冠狀動脈疾病

Coronary artery disease, CAD

本章學習重點

1. 針對穩定型心絞痛與術後康復，中醫可選用氣血雙調、活血化瘀的方劑進行治療。氣滯血瘀型可參考冠心舒通膠囊（丹參、丁香、冰片、天竺黃、大棗）或麝香保心丸（麝香、人參、牛黃等）以行氣止痛、通脈開竅；冠狀動脈手術術後體虛者可參考參麥飲（紅參、麥冬）益氣養陰，並視病機配合血府逐瘀湯（桃仁、紅花、柴胡等）或丹紅注射液以促進微循環與心肌修復；術後有心絞痛再發者則可參考參朮冠心方（人參、蒼朮、三七等）或心悅膠囊（西洋參皂苷）以穩定心陽、強化心氣。
2. 針對情緒障礙與長期預防，中藥治法強調心身同調與氣血雙補。對冠心病合併抑鬱焦慮者可參考心可舒片（丹參、葛根、木香、三七、山楂）或清心解鬱顆粒（黃耆、丹參、藿香等）以調和心神、疏解鬱結；心肌梗塞後預防再發者，可參考耆參益氣滴丸（黃耆、黨參、三七）補氣養心，或使用血脂康（紅麴）長期降脂穩定病勢；急性期後早期介入可參考通心絡膠囊（人參、水蛭、赤芍等）與丹蓼片（瓜蓼皮、葛根、丹參等），以預防再梗與心衰惡化。
3. 針灸治療對冠心病患者亦有輔助療效，根據系統性回顧，配合常規治療能顯著提升療效。臨床中常用穴位包括內關（疏通心脈）、膻中（寬胸理氣）、神門與太溪（寧心養陰）、足三里與三陰交（健脾化痰），適用於心陽不足、氣滯血瘀與氣陰兩虛體質，特別適合慢性反覆胸痹患者。

定義

冠狀動脈疾病（Coronary artery disease, CAD）是指供應心臟肌肉血液的冠狀動脈發生粥樣硬化變化，導致血管腔狹窄或阻塞，使心肌血流減少或中斷，引發心肌缺氧或壞死的病理狀態。其主要病因包括高血壓、高血脂、糖尿病、吸菸、肥胖與家族史等危險因子，長期暴露下使血管內皮功能受損、脂質沉積、發炎反應與纖維化進展形成動脈粥樣硬化斑塊。

臨床症狀

臨床上，患者可能出現胸悶、胸痛，特別是在運動或情緒激動時發作，疼痛可放射至肩膀、下巴或左臂，嚴重時會伴隨呼吸困難、心悸、冒冷汗與惡心，若斑塊破裂或血栓形成導致完全阻塞，則可能引發急性心肌梗塞。根據病程進展，冠狀動脈疾病可分為穩定型與不穩定型兩大類，穩定型心絞痛的症狀較可預測，通常在勞累時發作，休息後可緩解；而不穩定型心絞痛則屬急性冠心

症範疇，症狀加劇、頻率增加或於休息時發生，預示高風險心肌梗塞。進一步根據血流阻斷程度與臨床表現，冠狀動脈疾病又可分為無阻塞性冠狀動脈疾病（血管狹窄小於50%）、非阻塞性心絞痛、微血管性心絞痛，以及伴有明顯斑塊與血流受限的阻塞性冠狀動脈疾病，後者可再區分為單支、雙支或三支血管病變，並依據左主幹病變與合併心室功能障礙評估其嚴重度與治療策略。完整診斷需結合病史、心電圖、壓力測試、冠狀動脈電腦斷層（CTA）或心導管檢查，以確認病變位置與程度。

病理機轉

在西醫病理機轉方面，冠狀動脈疾病主要起因於動脈粥樣硬化（atherosclerosis）。此一過程始於血管內皮功能受損，常因高血壓、高血糖、高血脂、吸菸或慢性發炎所致，進而導致低密度脂蛋白（LDL）膽固醇氧化並沉積於血管內膜，引發單核球與巨噬細胞浸潤並吞噬脂質形成泡沫細胞，進一步釋放細胞激素造成慢性炎症與纖維化反應，逐漸形成穩定或不穩定的斑塊。穩定斑塊造成血流受限時，常導致勞力性心絞痛；而不穩定斑塊破裂後可能激發血小板聚集與凝血反應，產生血栓造成血管完全阻塞，引起急性心肌梗塞。血管內皮的氧化壓力、慢性炎症反應、平滑肌細胞的增殖與遷移、以及血栓形成的內在與外在凝血路徑失調，皆參與此一多階段病理過程。此外，某些患者的CAD可能與微血管功能障礙相關，即使大血管無明顯狹窄，心肌仍可能因微循環灌注不足而缺氧，特別見於女性與糖尿病族群。

在中醫病理機轉方面，冠狀動脈疾病常歸屬於“胸痹”、“心痛”範疇，其病位在心，與肝、脾、腎等臟腑關係密切。基本病機為本虛標實，虛者多為心氣虛、心陽虛或陰虛血少，實者多見氣滯、血瘀、痰濁、寒凝等。初期多由情志失調、勞倦過度、飲食失節等引發氣機失調，氣虛無以運行血脈，氣滯導致血行不暢，進而形成血瘀阻絡；或飲食肥甘厚味，脾失運化，痰濁內生，痰濁與瘀血交阻心脈。部分體質偏寒者，受寒後寒凝氣滯，亦可導致心陽不振、血行遲滯而成胸痹。總體而言，心陽不足無以鼓動血脈，氣血痹阻心絡失養，最終形成胸痹心痛之臨床表現。病情若遷延不癒，則氣陰兩虛，進一步損及肝腎，導致正氣漸虛、瘀濁日甚，形成虛實錯雜、難治易反的病勢。

中醫照護

■ 中藥治療

根據系統性回顧的臨床證據，中醫對冠狀動脈疾病的治療策略可分為穩定心絞痛、減輕胸痛頻率、改善情緒狀態、促進術後康復、預防心衰與再梗等核心方向。臨床上可依據病程階段與證型，靈活運用行氣活血、益氣養陰、開竅止痛、調和心神、化痰通絡等治法。初期以疏肝理氣、活血化瘀為主，對於氣滯血瘀所致胸悶胸痛者具明顯療效；合併焦慮或抑鬱情緒者，宜兼顧養心安神與清熱解鬱；術後體虛者則以益氣養陰、生津復原為要，血瘀體質可輔以活血祛瘀法；對有再梗或心衰風險者，則宜長期補益心氣、化瘀通絡，以穩定心陽、保護心肌。

雖然目前許多具有床實證研究證據的中成藥尚未在台上市，其治則與組方精神仍具高度臨床參考價值，足資作為辨證施治與個別化照護的重要依據。

若病人症狀輕微但生活品質受影響，**冠心舒通膠囊**（組成為丹參、丁香、冰片、天竺黃、大棗）在短期（4週）內即能改善生活品質、減少胸痛發作，適合初期穩定型心絞痛患者，針對心氣不暢、血脈瘀阻者尤為適合。

針對無阻塞型冠狀動脈疾病（ANOCA）合併心絞痛症狀的患者，**麝香保心丸**顯示出不錯的臨床效果。該方由**麝香、人參、蟾酥、牛黃、冰片、肉桂、檀香**等藥組成，具行氣活血、開竅止痛功效，在 12 週療程後能顯著改善 Seattle Angina Questionnaire 評分、減少心絞痛發作頻率、降低硝酸甘油使用率，且無明顯不良反應，特別適用於氣滯血瘀兼心陽不足所致的胸悶胸痛反覆者。

針對穩定冠心病合併抑鬱、焦慮情緒的患者，**心可舒片**（組成為丹參、葛根、木香、三七、山楂）藉由調節炎症環境而改善心理症狀，適合心病心治之整體照護概念；**清心解鬱顆粒**（組成為黃耆、丹參、川芎、藿香與黃連）亦有輕微減少心血管事件的趨勢，可做為心身同調的輔助處方。

若患者接受冠狀動脈繞道手術（CABG）後進行心臟復健，則可考慮以**紅參與麥冬合併組成的參麥方劑**，具有益氣養陰、生津斂汗之效。根據單中心隨機臨床試驗顯示，30 日內能顯著提升出院時 6 分鐘步行距離，有助於術後初期恢復體力，適用於氣陰兩虛型體質的術後患者，特別是在早期康復與預防心衰發展中發揮輔助效果。

血府逐瘀湯可在術後患者中改善臨床症狀與生活品質尤為明顯，適合血瘀兼氣滯者，其經典組方源自《醫林改錯》，包含桃仁、紅花、柴胡、甘草等藥。丹紅注射液針對炎症指標如高敏感 C 反應蛋白及同型半胱氨酸亦有顯著改善，適合伴隨動脈粥樣硬化及炎性體質的患者。

針對經皮冠狀動脈介入術後仍有心絞痛困擾的患者，**參朮冠心方**（組成為人參、蒼朮、三七、黃連、水蛭、西洋參與荷葉）能在 12 個月內顯著改善心絞痛指數與中醫症狀評分，提升西雅圖心絞痛問卷（Seattle Angina Questionnaire）得分，顯示其在術後修復期穩定心陽、補氣活血方面具優勢，其組成常見人參、白朮、丹參與黃耆，適合心氣虛、心陽不振者使用。

此外，對於穩定型冠心病合併經皮冠狀動脈介入治療（PCI）後患者，**心悅膠囊亦展現良好療效**。該方**主要成分為西洋參皂苷**，能夠補氣養陰、益心安神，臨床研究指出其在 24 週療程內能有效降低心臟死亡、非致死性心肌梗塞與再次血管重建之發生率，並提升生活品質評分中的整體健康感與活力，適合於心陰不足兼氣虛夾瘀型體質的術後穩定期患者。

心肌梗塞後的長期管理方面，**血脂康**（紅麴萃取物）在 4.5 年療程中有效降低心血管事件發生率與死亡率，對高脂血症兼冠狀動脈疾病患者尤其適合。**耆參益氣滴丸**（組成為黃耆、丹參、三七、降香油）在與阿斯匹靈比較中展現出相近的二次預防效果，適合長期服用以補氣養心，常見成分包括黃耆、黨參、三七等。對於急性 ST 段抬高型心肌梗塞患者，**通心絡膠囊**（組成包含人參、水蛭、全蠍、赤芍、蟬蛻、土龍蟲、蜈蚣、檀香、降香、乳香、酸棗仁、冰片）可顯著減少無灌注發生率、改善灌注狀況，建議術後早期即開始介入；而**丹蒞片**（組成為瓜蒞皮、薤白、葛根、川芎、丹參、赤芍、黃耆、澤瀉、骨碎補、鬱金）則在防止左心室異常肥大方面具有實證，適合有心衰竭惡化傾向者。

哪種中藥治療方法最適合特定心臟病狀況？

穩定型心絞痛

使用氣血雙調和活血化腐的方劑，如冠心舒通膠囊或麝香保心丸，以行氣止痛。

術後康復

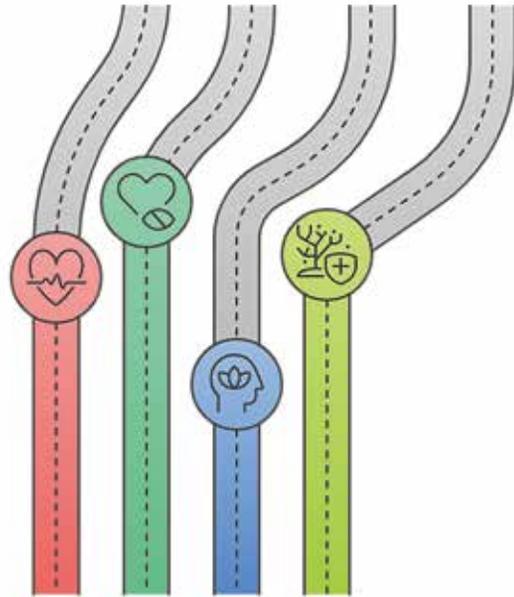
選擇參麥飲或血府逐瘀湯以益氣養陰並促進微循環和心肌修復。

情緒障礙

考慮心可舒片或清心解鬱顆粒以調和心神並疏解鬱結。

預防再發

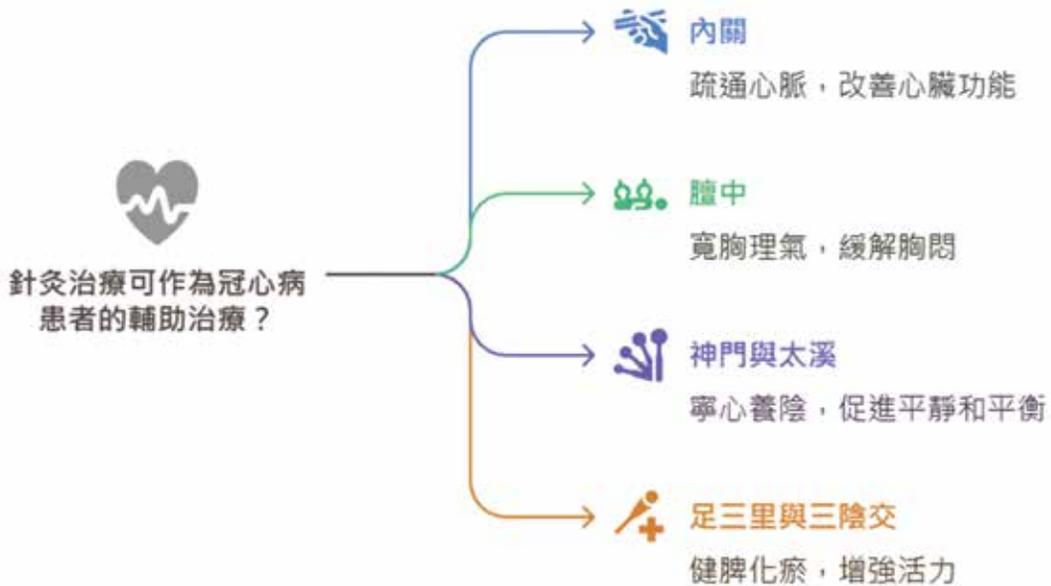
使用雷參益氣滴丸或血脈康以補氣養心並降低血脂。



針灸治療

根據《Medical Science Monitor》於 2019 年發表的統合分析結果，針灸作為輔助療法應用於冠狀動脈心臟病（CAD）引起的心絞痛患者，在臨床上具有潛在助益，特別是在提升「明顯療效率」方面具有統計學上顯著的效果（OR=2.10，P<0.001）。這表示在常規治療基礎上，配合針灸治療，有可能進一步改善患者的胸痛症狀與心電圖表現，對於症狀較嚴重或慢性反覆發作的患者尤其具有臨床價值。

針對臨床中醫師，建議在治療此類心絞痛患者時，可考慮選用與心、脾、腎經氣血相關的常用穴位，這些穴位在多數相關研究中被反覆採用，亦與傳統中醫對「胸痺」的病機理解一致。建議可選取的穴位包括**內關**、**膻中**、**神門**、**足三里**、**三陰交**、**太溪**等。其中，內關穴為治療胸痺心痛的主穴，具有疏通心脈、安神止痛之效；膻中穴為氣會之海，具寬胸理氣功效；神門與太溪可補心腎陽氣、養陰寧心；足三里與三陰交則有助於治療脾胃、益氣化瘀。



針刺頻率建議為每日或隔日一次，每次留針約 20 至 30 分鐘，以患者可耐受之「得氣」感為主，並根據體質調整刺激強度，保持中等刺激為宜。療程長度視患者病情而定，建議持續 10 日至 1 個月，與西醫治療同步進行。

根據本研究的結果，採用上述針灸治療搭配標準醫療，可預期約有 2 倍的可能性達到明顯臨床改善，包括胸痛次數減少、症狀發作時間縮短、心電圖改善等。然而，需注意本研究中大多數納入試驗的品質屬中等（Jadad 評分多為 2 分），因此建議針灸應以輔助治療角色為主，不應取代藥物治療與其他心血管疾病標準照護流程。

■ 養生功法

針對合併冠心病的慢性心衰竭（Coronary Heart Disease with Chronic Heart Failure, CHD-CHF）患者，傳統中醫養生功法如八段錦與太極拳，已被多項隨機對照試驗證實能有效改善心功能指標、運動耐力與生活品質，對於心臟康復具有顯著輔助價值。八段錦動作簡潔、節奏溫和，特別適合氣虛血瘀型、年長體弱或心功能分級為紐約心臟病學會第二至第三級（New York Heart Association Class II-III, NYHA II-III）的患者。研究指出，八段錦搭配常規治療可顯著降低 N 端前腦鈉利尿肽（N-terminal pro-B-type natriuretic peptide, NT-proBNP）濃度，提升左心室射出分率（Left Ventricular Ejection Fraction, LVEF）與六分鐘步行距離（6-Minute Walk Test, 6MWT），並有助於縮小左心室舒張末期內徑（Left Ventricular End-Diastolic Diameter, LVEDD）與左心室收縮末期內徑（Left Ventricular End-Systolic Diameter, LVESD），改善心衰症狀如胸悶、氣短、浮腫與心悸。八段錦中如「雙手托天理三焦」、「左右開弓似射鵰」、「搖頭擺

尾去心火」等動作，藉由肢體舒展與呼吸調整，可引氣歸心，通達手太陰肺經與督脈，調和心肺氣血，適用於氣陰兩虛、陽虛水泛、痰瘀互結等多種證型。太極拳則以連貫柔和的圓轉動作與意氣並運為特點，對改善情緒與自主神經調節效果更為顯著，尤其適合兼有焦慮、失眠或心腎不交者，研究亦顯示其對 LVEF 與明尼蘇達心衰生活品質問卷（Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, MLHFQ）有明顯助益。在臨床應用上，醫師應根據病人年齡、體能、證型與併發症選擇適宜功法，穩定期可每日練習 20 至 30 分鐘，初期可採坐式或分段練習以避免心負荷過重。整體而言，八段錦較適合以強化心肺功能為主的康復目標，太極拳則適用於兼具情志調養與肢體靈活性訓練需求的患者。未來仍需更多高品質 RCT 來進一步確立養生功法的頻率、強度與療程標準化，但現有實證已足以支持八段錦與太極拳可作為中醫整合式心衰治療策略的重要組成。

衛生教育

針對冠狀動脈疾病患者的衛生教育，首先應強調良好的生活習慣對病情穩定與預後改善至關重要。患者應維持規律作息，避免過度勞累與情緒波動，尤其需控制壓力、憂鬱與焦慮情緒，因心理刺激常可誘發心絞痛發作。在飲食方面，建議採取低脂、低鹽、低糖與高纖的飲食原則，減少紅肉、動物內臟與油炸食物的攝取，鼓勵攝取新鮮蔬果、全穀類與富含 Omega-3 脂肪酸的深海魚類，以控制血脂與預防動脈粥樣硬化進展。戒菸與限制酒精攝取是必要措施，因吸菸會加速動脈硬化並誘發血栓形成，而過量飲酒則可能導致心律不整與高血壓。應規律服藥，遵循醫囑服用抗血小板藥物、降血壓與降血脂藥物，切勿自行停藥或加減劑量，並定期回診監測心電圖與血液生化指數。適度運動亦為關鍵，每週進行中等強度運動如快走 30 分鐘以上、五天以上為佳，但須避免劇烈活動或寒冷天氣中突發用力，建議在醫療人員評估後制定個人化運動處方。日常生活中若出現胸口悶痛、胸悶擴散至左臂或下巴、出現冒冷汗、呼吸困難、頭暈甚至暈厥，尤其是症狀頻率增加、發作時間延長或在靜息狀態下發生，均屬可能惡化的徵兆，應立即就醫評估，以免延誤治療時機。病患與家屬亦應熟悉心肌梗塞早期警訊並具備緊急處置知識，協助爭取黃金治療時間，保障生命安全。

參考文獻

1. Liang, Bo, and Ning Gu. "Traditional Chinese Medicine for Coronary Artery Disease Treatment: Clinical Evidence From Randomized Controlled Trials." *Frontiers in cardiovascular medicine* vol. 8 702110. 6 Aug. 2021, doi:10.3389/fcvm.2021.702110
2. Zhou, Jingmin et al. "Efficacy and safety of Shexiang Baoxin Pill (MUSKARDIA) in patients with stable coronary artery disease across different weight subgroups." *Journal of ethnopharmacology* vol. 341 (2025) : 119341. doi:10.1016/j.jep.2025.119341
3. He, Zhiqing et al. "Efficacy and safety of Shexiang Baoxin Pill in patients with angina and non-obstructive coronary arteries: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase IV clinical trial." *Phytomedicine : international journal of phytotherapy and phytopharmacology* vol. 139 (2025) : 156556. doi:10.1016/j.phymed.2025.156556
4. Zhang, Chunxiao et al. "The utility of traditional Chinese medicine (Shenmai) in the cardiac rehabilitation after coronary artery bypass grafting: A single-center randomized clinical trial." *Complementary therapies in medicine* vol. 47 (2019) : 102203. doi:10.1016/j.ctim.2019.102203
5. Guo, Ming et al. "Xinyue Capsule in patients with stable coronary artery disease after percutaneous coronary intervention: a multicenter, randomized, placebo-controlled trial." *Pharmacological research* vol. 158 (2020) : 104883. doi:10.1016/j.phrs.2020.104883
6. Wang, Dayang et al. "Effect of Yugengtongyu Granules in Patients with Stable Coronary Artery Disease on Reducing Adverse Cardiovascular Events: A Double-Blind Controlled Trial." *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)* vol. 27,2 (2021) : 142-149. doi:10.1089/acm.2020.0361
7. Ma, Huan et al. "The effect of Xinkeshu tablets on depression and anxiety symptoms in patients with coronary artery disease: Results from a double-blind, randomized, placebo-controlled study." *Biomedicine & pharmacotherapy = Biomedecine & pharmacotherapie* vol. 112 (2019) : 108639. doi:10.1016/j.biopha.2019.108639
8. Huang, Xiaolou et al. "Acupuncture as an Adjunctive Treatment for Angina Due to Coronary Artery Disease: A Meta-Analysis." *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research* vol. 25 1263-1274. 16 Feb. 2019, doi:10.12659/MSM.913379

高血糖

與相關併發症的中醫治療



糖尿病

Diabetes mellitus, DM

本章學習重點

1. 中藥治療糖尿病應依據不同證型辨證論治，針對氣陰兩虛、陰虛火旺、濕熱內蘊、血瘀阻絡與胰島素抵抗等病機，靈活運用補氣養陰、清熱化濕、活血通絡等治則，並合理搭配西藥治療，以有效降低血糖、改善胰島素敏感性及延緩併發症進展。
2. 針灸作為輔助療法，可透過選取足三里、曲池、三陰交、脾俞、合谷等常用穴位，配合適當針刺頻率與刺激方式，有效協助控制空腹血糖、改善胰島素阻抗，且安全性良好，適合無嚴重併發症之第二型糖尿病患者應用。
3. 中醫導引運動如太極拳與八段錦，能促進氣血運行、調和臟腑、穩定血糖並改善情緒。太極拳適合體能較佳者，強化整體代謝與生活品質；八段錦則適合高齡或體力較弱患者，有助於血糖控制與減輕情緒問題，為重要的輔助調養手段。

定義

糖尿病 (Diabetes Mellitus) 是一種由於胰島素分泌不足、作用異常，或兩者兼有所引起的慢性高血糖狀態。這種代謝異常疾病會影響碳水化合物、脂肪及蛋白質的正常代謝，長期高血糖會導致多器官系統，特別是眼睛、腎臟、神經及心血管系統的慢性併發症。

臨床症狀

糖尿病的臨床症狀典型包括多飲、多尿、多食與體重減輕，此外患者亦可能出現疲倦、視力模糊、傷口癒合緩慢及反覆感染等情形。在早期階段，有些患者可能症狀不明顯，僅在例行健康檢查中發現血糖異常。

糖尿病的分期依據美國糖尿病學會 (ADA) 及世界衛生組織 (WHO) 的標準，可粗略區分為前期 (prediabetes) 及確診期。前期糖尿病指的是血糖異常但尚未達到診斷糖尿病的標準，包括空腹血糖異常 (Impaired Fasting Glucose, IFG) 與葡萄糖耐受異常 (Impaired Glucose Tolerance, IGT)。一旦血糖值達到診斷門檻，即被認定為糖尿病，之後病程中可根據是否已有併發症、代謝控制情況等，進一步細分為初期、進展期及晚期。晚期多伴隨明顯微血管及大血管併發症，如糖尿病腎病、視網膜病變、周邊神經病變及動脈粥狀硬化症。

糖尿病的分型主要根據致病機轉與臨床特徵，可分為數類。第一型糖尿病（Type 1 Diabetes Mellitus）通常由自體免疫破壞胰島β細胞所致，導致胰島素絕對缺乏，常見於兒童或青少年，但也可發生於成人。第二型糖尿病（Type 2 Diabetes Mellitus）則是由於胰島素阻抗及相對性胰島素分泌不足所造成，與遺傳、肥胖、年齡增長及生活型態密切相關，為成人中最常見的類型。此外尚有妊娠糖尿病（Gestational Diabetes Mellitus），指懷孕期間首次被診斷出來的糖耐受異常，通常在產後可能恢復正常，但也增加未來罹患第二型糖尿病的風險。其他特殊類型如單基因突變引起的糖尿病、胰腺疾病、內分泌疾病或某些藥物誘發的糖尿病也屬於分類範圍之內。

病理機轉

糖尿病在西醫的病理機轉中，主要是由胰島素分泌異常與胰島素作用受損所導致的血糖恆定失調。第一型糖尿病病因多為自身免疫反應，T細胞介導破壞胰臟內的胰島β細胞，使胰島素分泌幾乎完全缺乏，導致血糖無法有效進入細胞，形成高血糖狀態。第二型糖尿病則以胰島素阻抗為主，即周邊組織對胰島素的生物反應性下降，起初胰島為了代償血糖控制而增加胰島素分泌，但長期過度負荷後β細胞功能逐漸衰竭，最終出現胰島素分泌不足與作用受阻的雙重缺陷。此外，肝臟異常增加葡萄糖生成、腎臟葡萄糖重吸收異常增強、腸促胰素分泌與反應異常、脂肪組織慢性低度發炎及脂肪代謝失調，亦共同促成糖尿病的發展。慢性高血糖進一步引起血管內皮功能障礙、氧化壓力上升、炎症反應及非酶促蛋白糖基化，導致微血管及大血管系統的併發症，如糖尿病腎病、視網膜病變、神經病變及動脈粥狀硬化。

中醫對糖尿病的病理機轉理解，歷代醫家多將其歸屬於“消渴”範疇，認為病因以陰虛燥熱為主，病機核心為陰虛燥熱、氣陰兩虛，進而導致臟腑失調。中醫認為先天稟賦不足、飲食不節（過食甘肥厚味）、情志失調、勞倦過度等因素，均可損傷脾胃運化功能，進而導致內生燥熱，耗傷脾胃腎三臟之陰液。肺陰虧虛，清肅失司，出現多飲症狀；胃陰不足，胃火偏亢，脘腹飢餓、多食；腎陰虧虛，腎精不足，出現多尿、消瘦等表現。隨著病程進展，陰虛日久可及陽氣，導致氣陰兩虛、氣陽兩虛，病情由虛轉實，又因燥熱內結，耗傷真陰，進一步產生瘀血、水濕、痰濁等病理產物，形成虛實夾雜的複雜病機。

中醫照護

■ 中藥治療

綜合幾項大型網絡統合分析的研究成果，可歸納出中醫應依據患者的病機特徵選擇適當處方，針對氣陰兩虛、陰虛火旺、濕熱內蘊、血瘀阻絡或胰島素抵抗等不同證型，精準對應適合的中藥組方，並與常規西藥（如二甲雙胍、磺醯脲類、GLP-1受體促效劑、SGLT-2抑制劑或胰島素等）合理搭配，不僅能顯著降低血糖指標，還能從源頭改善胰島素敏感性、減緩糖尿病併發症的進展。

目前較有實證研究報告的六種中成藥雖然尚未在台灣正式上市，但其組方思路與治療理念，仍具有高度的臨床參考價值。目前具有實證基礎的幾種治療策略包含「益氣養陰、健脾補腎、活血通絡、清熱化濕」，符合中醫對糖尿病「本虛標實」病機的整體理解。對於台灣臨床中醫師而言，雖然無法

直接使用這些製劑，但可以依據其藥物組成精神，如應用黃耆、人參、麥冬、熟地黃、丹參、黃連等常見中藥材，設計出符合患者個體化需求的湯劑或科學中藥調配方案，靈活運用「補中有清、滋陰兼化濕、益氣促運化、活血養陰」的綜合治療策略，來提升治療效果。

針對第二型糖尿病患者的臨床照護，中醫師可依據患者不同的證型特徵，靈活選用中成藥結合西藥治療，以發揮最佳效果。對於氣陰兩虛型患者，表現為多飲多尿、疲乏無力、體重減輕，舌淡紅、脈細弱，建議參考**參耆降糖顆粒的組成**，該方由**人參、五味子、黃耆、山藥、熟地黃、覆盆子、茯苓、麥冬、天花粉、澤瀉與枸杞子**組成，具有益氣養陰、補脾固腎的功效，在降空腹血糖（FBG）、餐後兩小時血糖（2hPG）與糖化血紅素（HbA1c）方面表現尤為出色，適合空腹血糖控制不佳、陰虛內熱明顯且伴有疲倦、口渴症狀的患者，搭配二甲雙胍或磺醯脲類藥物，能顯著降低空腹血糖與餐後血糖，且有助於保護胰島功能。

若患者以陰虛火旺為主，常見煩熱口乾、夜尿頻繁、舌紅少苔、脈細數者，則建議參考**金耆降糖片**，**內含黃連、黃耆與金銀花**，能清熱滋陰、消渴止渴，適合搭配胰島素或 GLP-1 受體促效劑使用，以達到更好的血糖控制和抗發炎效果。

對於濕熱內蘊型糖尿病患者，常見口苦、口黏、腹脹倦怠、舌苔黃膩等表現，臨床上可參考**糖脈康顆粒**，**其藥物組成包括黃耆、地黃、赤芍、丹參、牛膝、麥冬、黃精、葛根、桑葉、黃連及淫羊藿**，具有健脾滲濕、清熱化瘀的作用，建議與二甲雙胍或阿卡波糖等藥物合併使用，特別適合伴有脂肪肝、高血脂或輕微腎功能異常的病人。若患者已有明顯血瘀阻絡，表現如四肢麻木、刺痛、皮膚晦暗或微血管併發症，則推薦參考**津力達顆粒**，**方中包括人參、黃精、麩炒蒼朮、苦參、麥冬、地黃、製何首烏、山茱萸、茯苓、佩蘭、黃連、知母、炙淫羊藿、丹參、粉葛、荔枝核、地骨皮**，可益氣養陰、活血通絡，搭配胰島素治療可顯著提高臨床療效與安全性，特別適合中晚期糖尿病患者或合併血脂異常者使用，有助於改善血糖控制並延緩併發症進展。

對於初期糖尿病，尤其是以胰島素抵抗為主的患者，如體型肥胖、腹圍增大、皮膚黑棘症等，應考慮參考**天麥消渴片**，**該方包含五味子、麥冬、天花粉**，能藉由提升胰島素受體敏感性並減輕氧化壓力，有效降低餐後血糖水平，尤其適合代謝症候群背景下的新診斷糖尿病患者，建議搭配二甲雙胍或 SGLT-2 抑制劑，以改善代謝綜合徵表現並穩定血糖。

若病人屬於氣陰兩虛夾濕熱型，表現為疲倦多飲、口苦口黏、舌紅苔膩，則宜參考**天耆降糖膠囊**，**本品由黃耆、天花粉、女貞子、石斛、人參、地骨皮、黃連、山茱萸、墨旱蓮與五倍子**組成，兼顧補氣養陰與清熱利濕，在改善空腹血糖、餐後血糖及胰島素敏感度方面表現均衡，特別適用於體虛夾有微量濕熱或炎症表現（如微量蛋白尿、脂肪肝）的糖尿病患者。

根據證型特徵為第二型糖尿病患者選擇合適的治療方案是什麼？

氣陰虛

使用多番降糖藥粒與二甲雙胍或磺脲類藥物以改善空腹血糖和餐後血糖。

陰虛火旺

使用全番降糖片與胰島素或GLP-1受體促效劑以達到更好的血糖控制和抗炎效果。

濕熱內蘊

使用胰脙素藥粒與二甲雙胍或阿卡波糖以適合脂肪肝和高血脂的患者。

血瘀阻絡

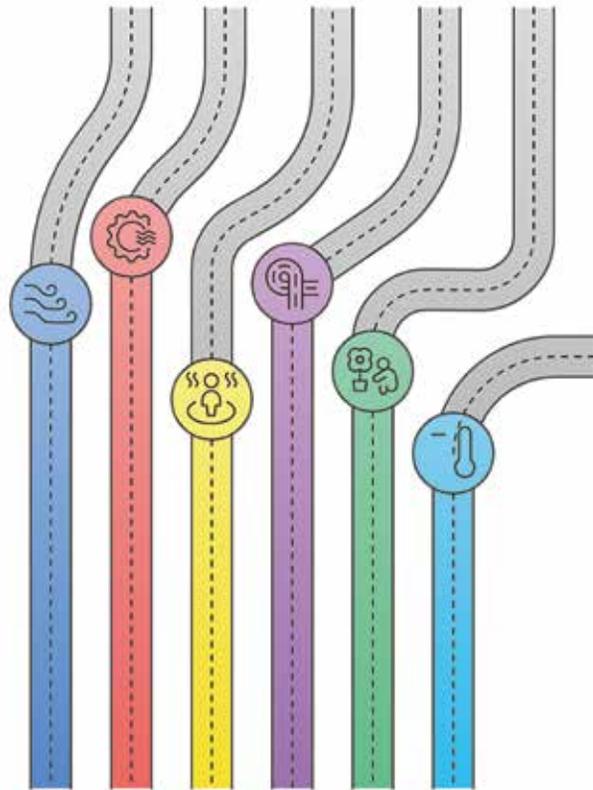
使用津力達藥粒與胰島素以改善血糖控制並延緩並發症進展。

初期糖尿病

使用天麥清渴片與二甲雙胍或SGLT-2抑制剂以改善代謝綜合徵表現。

氣陰虛夾濕熱

使用天香降糖膠囊以平衡空腹血糖、餐後血糖和胰島素敏感度。



此外，基於目前系統性回顧與統合分析的研究結果，臨床上針對第二型糖尿病患者的照護，**可以考慮以黃連為核心的中藥處方作為輔助治療**，特別是配合現代藥物如雙胍類（如 Metformin）使用，效果更為顯著。黃連苦寒清熱，主入心、胃、大腸經，善於清熱燥濕、瀉火解毒。根據綜合 33 篇隨機對照試驗的分析，使用含黃連的傳統經典方劑，如大黃黃連瀉心湯、黃連阿膠湯、黃連解毒湯與黃連溫膽湯，能有效降低空腹血糖、餐後兩小時血糖與糖化血色素，同時改善胰島素抗阻性及部分血脂指標，如總膽固醇與低密度脂蛋白膽固醇。這些變化在臨床上對於減少心血管併發症風險具有重要意義。

在實際運用時，建議根據患者的證型靈活選方與加減。例如，偏重脾胃濕熱者可選用葛根芩連湯加減，兼有陰虛火旺者可考慮黃連阿膠湯，若濕熱火毒明顯者則適合黃連解毒湯或大黃黃連瀉心湯。臨床治療上宜採用小劑量起始，逐步調整，避免苦寒過度損傷脾胃正氣，尤其是氣虛、陽虛體質患者需慎用。同時，建議以現代醫學檢驗指標（如 HbA1c、空腹血糖、血脂數據）作為療效評估依據，並定期監測，以利藥物調整與綜合管理。

針灸治療

根據《Chinese Journal of Integrative Medicine》2022 年發表的一篇系統性文獻回顧與統合分析，針灸作為第二型糖尿病 (T2DM) 患者的輔助治療手段，展現了臨床上的潛在價值。研究共納入 21 篇隨機對照試驗，涵蓋 1188 位患者，結果指出，針灸結合降血糖藥物治療，相較於單純藥物治療，可額外使空腹血糖 (FBG) 平均下降 6.46 mg/dL (95% 信賴區間：-11.95 到 -0.98)，並有效改善胰島素阻抗指數 (HOMA-IR) (平均下降 1.23, P=0.009)，兩項成果分別為中等品質與低品質證據支持。這代表針灸能協助穩定患者空腹血糖，且可能提升患者對胰島素的敏感度，對血糖控制有所助益。

在治療設計上，**文獻中常用且效果顯著的穴位包括足三里、曲池、三陰交、脾俞以及合谷**。其中，足三里是最常使用的穴位 (出現於 16 篇研究中)，被視為促進脾胃氣血運化與強化身體元氣的重要穴位；曲池與三陰交則治療脾胃與水濕代謝，有助於糖尿病患者常見的消渴症狀；脾俞穴則與脾臟機能密切相關，有助於調整消化與內分泌系統；合谷則廣泛用於調氣活血、平衡內分泌。此外，**搭配耳穴治療 (選用內分泌、脾、腎、飢點等穴位)**，有助於進一步控制食慾與體重，有利血糖穩定。



對於臨床應用，若條件允許，建議採用傳統針刺或電針。針刺頻率方面，大多數研究每週進行 2 至 3 次，每次留針 15 至 20 分鐘；若使用電針，建議刺激強度以患者可耐受、肌肉輕微顫動為宜，頻率設定可在 2 Hz 或 2/100 Hz 交替以增強促進胰島素分泌的效果。整體療程以持續 4 至 10 週為宜，視患者病情與反應調整。

安全性方面，研究中報告的針灸不良事件皆屬輕微，如局部紅腫、短暫暈針等，顯示針灸治療在無嚴重糖尿病併發症的患者群體中具有良好的耐受性。但針對有嚴重併發症（如心血管疾病、糖尿病足等）的患者，仍建議謹慎評估，避免誘發潛在感染或其他風險。

總結而言，針對第二型糖尿病患者，臨床中醫師可考慮將針灸作為藥物治療之外的輔助療法，特別針對空腹血糖控制與胰島素抵抗改善進行干預，選用以足三里、曲池、三陰交、脾俞及合谷為主的穴位群，配合適當頻率與刺激方式，以提升治療效果並兼顧安全性。

■ 運動引導

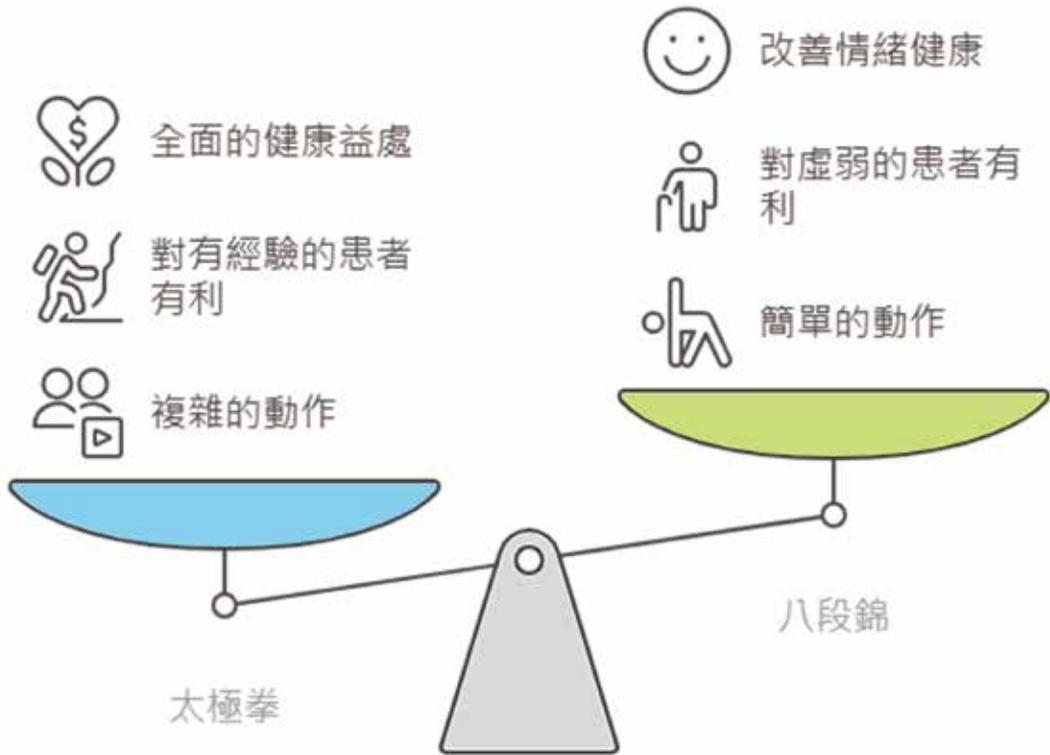
根據目前系統性回顧與統合分析的證據顯示，針對第二型糖尿病患者，運用中醫導引運動如太極拳及八段錦進行生活型態調整，是一項具有實證基礎且安全有效的輔助療法。臨床中醫師在照護糖尿病患者時，可適當引導病患將**太極拳與八段錦**納入日常養生運動中，作為促進氣血運行、調和臟腑、穩定血糖的重要手段。

太極拳為內家拳術之一，動作綿延連貫、虛實分明，強調「以意領氣、以氣運身」，講求周身協調，並藉由緩慢、柔和的動作結合呼吸吐納，達到調整心神、平衡陰陽、疏通經絡的作用。太極拳動作複雜，起步學習門檻相對較高，需要較長時間的學習與體能配合，但其對血糖控制、體重管理、及提升生活品質的效果較為全面且顯著，特別適合體力尚可、認知功能良好、或有運動習慣的糖尿病患者。

具體而言，持續規律練習太極拳（每週至少 150 分鐘）可使患者的糖化血色素（HbA1c）平均下降 1.48%（95% 信賴區間：-2.58% 至 -0.39%），空腹血糖（FBG）下降 1.14 mmol/L，體重指標（BMI）亦平均下降 0.62 單位。此外，太極拳對於提升患者的生活品質也有助益，在 SF-36 量表中，特別是身體健康領域有顯著改善（平均提升 5.92 分， $p=0.03$ ）；而若能確實達到每週 150 分鐘的練習量，更可見到心理健康領域得分的提升（平均增加 6.54 分， $p=0.03$ ）。

相較之下，**八段錦**屬於傳統健身氣功，結構更為簡單，每一式動作明確且重複性高，強調脊柱柔韌、四肢舒展及臟腑氣機治療。八段錦運動強度低、動作易學易記，對於體能較弱、高齡、初發病或伴有併發症（如糖尿病周邊神經病變、心血管疾病）者尤為適合。且研究也證實八段錦有助於降低糖化血色素、空腹血糖，並能改善患者抑鬱情緒。

具體而言，規律練習八段錦可使糖化血色素（HbA1c）平均降低 0.77%，空腹血糖下降 0.82 mmol/L，且 BMI 顯著降低 2.77 單位，減重幅度較太極拳更為明顯。此外，八段錦在情志調攝方面也展現了良好效果，患者的抑鬱症狀得分平均改善 4.53 分，顯示八段錦對情緒失調的糖尿病患者尤其有益。雖然在生活品質（QOL）的提升上，八段錦未能顯現統計上顯著變化，但可能受限於相關研究數量尚少，仍有待後續進一步探索。



根據患者的能力和需求選擇合適的練習。

因此，在臨床上，中醫師可依據患者的年齡、體能狀況、病程長短、情志狀態以及個人意願進行個別化推薦。若患者體力充沛且有意願精進，可優先考慮引導其練習太極拳，並鼓勵每週累積150分鐘以上；若患者年邁體弱、氣虛血瘀、或初學運動，則可建議從八段錦入手，作為穩定血糖、提升氣血的起步方案。隨著體力恢復與習練熟悉，可循序漸進過渡到太極拳或增加八段錦練習的強度與時間，實現長期自我調養。

衛生教育

針對糖尿病患者的衛生教育，重點在於協助患者建立良好的自我管理習慣，預防血糖異常波動及相關併發症的發生。日常生活中，患者應保持規律的飲食習慣，避免高糖、高脂肪及過度加工的食品，選擇富含纖維的蔬果與全穀類以穩定血糖，同時應注意每餐份量控制，搭配營養均衡的餐單。此外，適量而持續的運動亦十分重要，如快走、游泳或騎腳踏車等有氧運動，可提升胰島素

敏感性並幫助體重控制，建議每週至少 150 分鐘。患者需依醫囑規律服藥或施打胰島素，並且掌握自我血糖監測的方法，定期記錄血糖變化，以便及時調整治療計畫。日常應維持良好的足部護理，如每天檢查足部有無傷口、感染或變色現象，選擇合適的鞋襪以避免受傷，因糖尿病患者對疼痛敏感度下降，細微傷口亦可能惡化成嚴重感染。

糖尿病患者亦需警覺可能惡化的徵兆，如出現持續性多飲、多尿、多食卻體重減輕，或異常疲倦、視力模糊、傷口長期不癒合、下肢麻木、疼痛感異常等情況，可能表示血糖控制不佳或已有併發症發生。若出現極度口渴、呼吸急促、噁心嘔吐、意識混亂，甚至昏迷等，則應高度懷疑糖尿病酮酸中毒或高滲透壓高血糖症候群，需立即就醫。同時，任何感染徵象如發燒、局部紅腫熱痛，也可能迅速惡化，因此患者一旦發現異常情況，不可輕忽，應及早尋求醫療協助。透過持續的自我照護與警覺異常，糖尿病患者可以有效延緩病情進展，維持良好的生活品質。

參考文獻

1. Pang, Bing et al. "Prevention of type 2 diabetes with the traditional Chinese patent medicine: A systematic review and meta-analysis." *Diabetes research and clinical practice* vol. 131 (2017) : 242-259. doi:10.1016/j.diabres.2017.07.020
2. Ma, Kaile et al. "Efficacy and safety of traditional Chinese medicines combined with conventional Western medicines in the treatment of type 2 diabetes mellitus: a network meta-analysis of randomized controlled trials." *Frontiers in endocrinology* vol. 14 1134297. 8 May. 2023, doi:10.3389/fendo.2023.1134297
3. Zhao, Xuemin et al. "Treatment of type 2 diabetes mellitus using the traditional Chinese medicine Jinlida as an add-on medication: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials." *Frontiers in endocrinology* vol. 13 1018450. 17 Oct. 2022, doi:10.3389/fendo.2022.1018450
4. Gao, Huijuan et al. "A systematic review and meta-analysis on the efficacy and safety of traditional Chinese patent medicine Jinqi Jiangtang Tablet in the treatment of type 2 diabetes." *Complementary therapies in medicine* vol. 47 (2019) : 102021. doi:10.1016/j.ctim.2019.01.016
5. Pan, Linlin et al. "Systematic review and meta-analysis of *Coptis chinensis* Franch.-containing traditional Chinese medicine as an adjunct therapy to metformin in the treatment of type 2 diabetes mellitus." *Frontiers in pharmacology* vol. 13 956313. 8 Sep. 2022, doi:10.3389/fphar.2022.956313
6. Li, Shu-Qing et al. "Effect and Safety of Acupuncture for Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-analysis of 21 Randomised Controlled Trials." *Chinese journal of integrative medicine* vol. 28,5 (2022) : 463-471. doi:10.1007/s11655-021-3450-2
7. Kong, Lingjun et al. "Effects of traditional Chinese mind-body exercise-Baduanjin for type 2 diabetes on psychological well-being: A systematic review and meta-analysis." *Frontiers in public health* vol. 10 923411. 28 Jul. 2022, doi:10.3389/fpubh.2022.923411
8. Yu, Xingfeng et al. "The effectiveness of traditional Chinese medicine-based lifestyle interventions on biomedical, psychosocial, and behavioral outcomes in individuals with type 2 diabetes: A systematic review with meta-analysis." *International journal of nursing studies* vol. 80 (2018) : 165-180. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.01.009

糖尿病週邊神經病變

Diabetic Peripheral Neuropathy, DPN

本章學習重點

1. 中藥治療以「益氣活血、通絡止痛」為核心原則：活血藥如丹參、紅花、川芎、當歸可改善微循環與減輕神經損傷，益氣藥如黃耆、人參則提升神經修復與抗氧化功能。經典方劑如補陽還五湯，針對氣虛血瘀證型患者，能有效改善感覺異常並降低併發症風險。
2. 針灸與艾灸治療具明確臨床效益：四肢經典穴位（如足三里、三陰交、合谷、曲池、陽陵泉、崑崙）為首選，可顯著緩解疼痛、提升神經傳導功能，並建議每週治療 2 至 3 次、連續 4 週以上。艾灸則能溫經散寒、促進血液循環，對肢體麻木與異常感亦有助益，且須注意施灸頻率與安全性控制。
3. 外治法（藥浴）作為輔助治療的重要性：糖癩外洗方泡腳療法以活血化瘀為主，能促進下肢微循環、改善麻木刺痛，並證實低劑量效果更佳。臨床應配合智能溫控設備以確保安全，並整合血糖管理與飲食治療，適用於口服藥物耐受性差或有多重慢性病的糖尿病週邊神經病變患者。

定義

糖尿病週邊神經病變 (Diabetic Peripheral Neuropathy, DPN) 是指因糖尿病引起的週邊神經損傷，為糖尿病最常見的慢性併發症之一，也是造成患者殘障、生活品質下降與各種不適症狀的主要原因。此病變可能在糖尿病初期即出現，且病程越長、血糖控制越差，其發生率越高。依據流行病學研究顯示，糖尿病患者中約有 13% 至 32% 以上出現神經病變，隨病程超過 20 年，比例可高達 45% 至 60%。

臨床症狀

糖尿病週邊神經病變的臨床症狀以四肢遠端對稱性感覺異常最為常見，尤其由腳趾開始，向上擴展至小腿，出現麻木、刺痛、灼熱感、觸電感或異常疼痛等，病人常形容為「戴手套穿襪子」的感覺喪失。部分患者可能合併有異感痛（如觸碰衣物即疼痛）或神經痛（夜間加劇、遇冷或遇熱惡化），且可能影響平衡與步態穩定。肌肉無力、萎縮與垂足等運動神經症狀則可能在病程後期出現。此外，也可能出現自主神經症狀，如出汗異常、姿勢性低血壓、胃腸蠕動不良、膀胱功能障礙與性功能減退等。

臨床上可將糖尿病週邊神經病變分為四個階段。第 0 期為無神經病變，即無臨床或檢查異常；第 1 期為無症狀神經病變，雖無主觀症狀，但可在神經學檢查中發現異常；第 2 期為有症狀神經病變，病人出現明顯的感覺異常或神經痛；第 3 期則為殘疾神經病變，影響日常生活功能，可能導致行走困難、平衡障礙甚至跌倒風險增加。此分期有助於臨床上進行疾病監測與治療成效評估。

糖尿病週邊神經病變依臨床表現與受損神經類型可分為對稱性與非對稱性兩大類。對稱性病變包括遠端對稱性感覺 - 運動神經病變（最常見）、自律神經病變（如胃輕癱、姿勢性低血壓）及慢性發炎性脫髓鞘性多發性神經病（diabetic CIDP）。非對稱性病變則包括單一神經病變（如腕隧道症候群、腓神經麻痺）、神經根病變（如胸腹神經根症候群）、神經叢病變（如糖尿病腰薦神經叢病變）及顱神經病變（最常見者為第 3 對動眼神經）。此外，也有某些急性表現型態如糖尿病神經性惡病質或高血糖性神經病變等。

病理機轉

糖尿病神經病變的病理改變以神經缺血性壞死、軸突退化與片段性去髓鞘變化為主。自律神經（尤其是小纖維神經）常可見念珠狀腫大與纖維化。其致病機轉包括代謝因素（如肌纖維醇缺乏、 Na^+/K^+ -ATPase 功能下降）、單醣醇代謝異常（山梨醇累積）、蛋白質非酵素性糖化、神經脂質代謝異常與氧化壓力上升。此外，糖尿病所致之微血管病變會使神經血流受阻，導致缺氧與神經壞死；某些情況下也可見血管內炎症反應與免疫性神經發炎，進一步加劇神經損傷。這些多重病理機轉共同造成神經纖維的結構與功能破壞，進而導致臨床症狀的產生。

糖尿病週邊神經病變在中醫屬於「消渴」、「痺證」、「痿證」等範疇，其病機核心為「本虛標實」，即以氣陰兩虛、肝腎虧損為本，濕熱、瘀血、痰濁、風寒濕邪等外邪或內生病理產物為標。糖尿病久病耗氣傷陰，氣陰不足則經脈失養，脈絡不通，出現麻木、刺痛等症；若病及腎陰，則筋骨失濡，漸致筋骨痿弱、肢體無力，發展為運動障礙。濕熱下注可阻滯經脈，導致下肢灼熱腫脹、疼痛灼熱；瘀血阻絡則疼痛如刺、局部不仁；痰濁內生可與瘀血互結，使神經傳導更失常，出現感覺異常、觸痛敏感等症狀。部分患者可見陰陽兩虛之證，陰虛火旺損傷脈絡，陽虛則氣血無以溫煦四肢，導致肢冷、肌膚蒼白、潰瘍不癒等變證。

中醫照護

■ 中藥治療

總結目前的實證研究結果，糖尿病週邊神經病變（Diabetic Peripheral Neuropathy, DPN）的中藥治療常以「益氣活血、通絡止痛」為基本治療原則，其中尤以活血與益氣藥的應用為核心。這些藥物不僅能改善微循環障礙，還能減輕神經缺血缺氧的狀態，進一步改善神經傳導功能與臨床症狀。

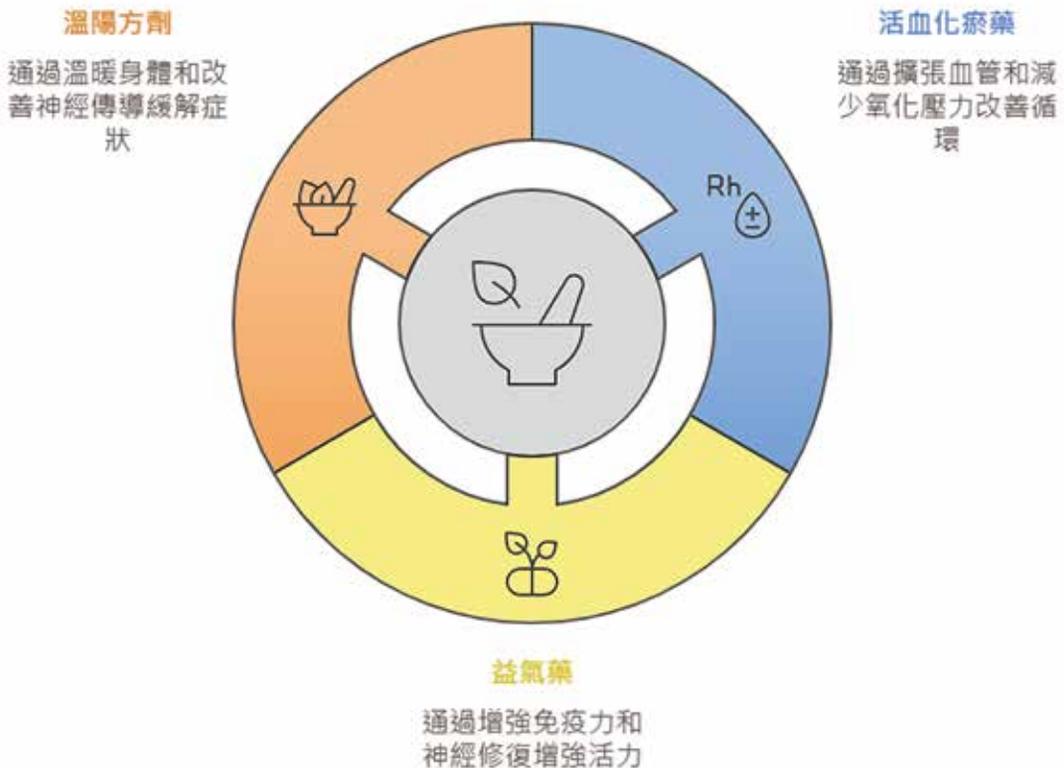
活血化瘀類中藥如丹參、紅花、川芎、當歸與乳香等，具有擴張血管、改善血液變學特性（如降低血液黏稠度）、促進微循環與抗氧化等多重作用。以丹參為例，其主要活性成分丹參酮與丹參酚酸具有強效的抗氧化能力與抑制神經細胞凋亡的效果，能有效減輕由高血糖引起的氧化壓力

與神經損傷；紅花則能促進血液循環，改善末梢微血管灌流，減少神經缺血情形；川芎含有川芎嗪，能改善神經元的能量代謝與血管內皮功能，進一步修復受損神經。

益氣類中藥如黃耆、人參、黨參與白朮等，主要通過提升免疫力、改善細胞代謝與增強神經修復能力來發揮作用。其中，黃耆富含多糖與黃耆皂苷，具有抗炎、抗氧化與促進神經再生的功能，還能增強神經生長因子的表達，促進神經纖維再生；人參則被證實具有神經保護作用，能改善葡萄糖代謝與減緩神經退化，並透過調節神經傳導物質與減少神經病理性疼痛產生。

另一種值得考慮的治療方向是**溫陽通絡**，根據篇統合分析研究結果，針對糖尿病週邊神經病變患者，運用以**桂枝、附子、乾薑、山茱萸、細辛**等藥材組成的溫陽中藥方劑，不論單獨使用或合併西藥（如維他命 B12、 α - 硫辛酸等），皆能顯著提升患者的神經傳導速度，改善肢體麻木、灼熱、疼痛等臨床症狀，總有效率顯著優於西藥單獨治療。

中藥對糖尿病神經病變的益處



適用於溫陽通絡法的患者的臨床表現常見以下幾種特徵：首先，在感覺異常方面，病人會有手腳冰冷、麻木、刺痛、灼熱感減弱等症狀，且常在氣溫下降或夜間加劇。這類症狀反映經絡不通、寒邪凝滯，影響氣血運行。其次，在體質與全身表現方面，此類患者多見畏寒怕冷、四肢不溫、疲倦乏力、面色蒼白或黯淡，伴隨精神不振、語聲低微、腰膝酸軟等陽氣不足的體質特徵。有些患者還可能出現夜尿頻多、小便清長、舌淡胖、苔白滑、脈沉細無力，皆為陽虛寒濕內盛的證候。

建議臨床中醫師可依據實證研究成果，將**補陽還五湯**作為辨證屬於「氣虛血瘀」證型患者的重要治療方劑。研究顯示，此方可顯著提升神經傳導速度、改善臨床症狀，特別對手腳麻木、刺痛感、灼熱感等感覺異常有良好緩解效果，亦可改善微循環，降低血液黏稠度，有助於預防併發症如足部潰瘍與截肢風險。補陽還五湯以黃耆為君藥，大補元氣以促進神經修復，配伍當歸、赤芍、川芎、紅花等活血化瘀藥，協同地龍通絡止痛，有助於神經再生與炎症控制。建議每日煎服兩次，劑量依據患者體質與病情調整，療程至少持續 6 週，部分病例可依改善程度延長療效觀察期。臨床中可依患者具體病情酌加藥味，如合併濕熱可加蒼朮、黃柏，陰虛內熱則可佐以知母、生地。

值得注意的是，許多在其他國家臨床試驗驗證有效的中成藥目前多數尚未於台灣正式上市，但其藥物組成與治療模式仍深具啟發性。例如丹紅注射液與通心絡膠囊均含有丹參與紅花等具活血通絡作用的藥材，展現了「通絡為本、活血為先」的中醫治療精神。台灣中醫師可依據這些組方的治療原則，靈活運用藥材或自擬方劑進行個別化治療。

從近年的系統性回顧與網絡統合分析結果來看，可參考**丹紅注射液**聯合 α - 硫辛酸 (α -Lipoic Acid, α LA) 在整體臨床療效與神經傳導速度改善方面表現最為全面，特別適合病程較長、症狀多樣的患者。丹紅注射液主要成分為丹參與紅花，具顯著活血通絡、抗氧化與改善微循環的作用，與 α LA 合用可進一步抵抗氧化壓力與神經損傷，特別適合中重度糖尿病神經病變患者使用。

針對特定神經的治療效果也有中成藥搭配顯示出顯著療效。可參考**紅花注射液**聯合甲鈷胺 (Mecobalamin) 在改善腓神經運動傳導速度方面效果最佳，網絡統合分析的 SUCRA 值達 86.45%，這對於有下肢運動功能退化的患者尤其重要。紅花注射液以紅花為主，促進血液循環、改善末梢微血管灌流，能顯著提升腓神經傳導速度與肌力。

若患者以感覺神經症狀為主，如麻木感明顯、感覺遲鈍、刺痛明顯，則可參考**麥血康膠囊（主要成分為水蛭）**聯合甲鈷胺的組合展現出優越的感覺神經改善能力。麥血康膠囊含有丹參、地龍、黃耆等補氣活血藥材，能促進神經修復與感覺回復，特別適合感覺神經受損為主的糖尿病患者。

在正中神經功能的改善方面，燈盞細辛注射液聯合甲鈷胺的效果最佳。主要利用細辛聽經活絡，與甲鈷胺共同作用能有效逆轉神經傳導減慢，適用於上肢麻木與手部功能障礙的患者。同樣針對正中神經，但偏向感覺神經的改善，可參考**通心絡膠囊（組成包含人參、水蛭、全蠍、赤芍、蟬蛻、土龍蟲、蜈蚣、檀香、降香、乳香、酸棗仁、冰片）**聯合甲鈷胺展現出極佳效果，其 SUCRA 值達 96.47%。通心絡膠囊內含人參、三七、丹參與黃耆，強調補氣活血並能穩定微血管通透性，對上肢末梢感覺減退的患者尤其適合。

總體來看，活血化瘀中醫藥在糖尿病神經病變的治療上，不僅能夠緩解疼痛與麻木，還能透過促進神經修復與改善血液循環來提升患者整體神經功能，併能夠與西藥聯合治療以達到更好的效果。

針灸治療

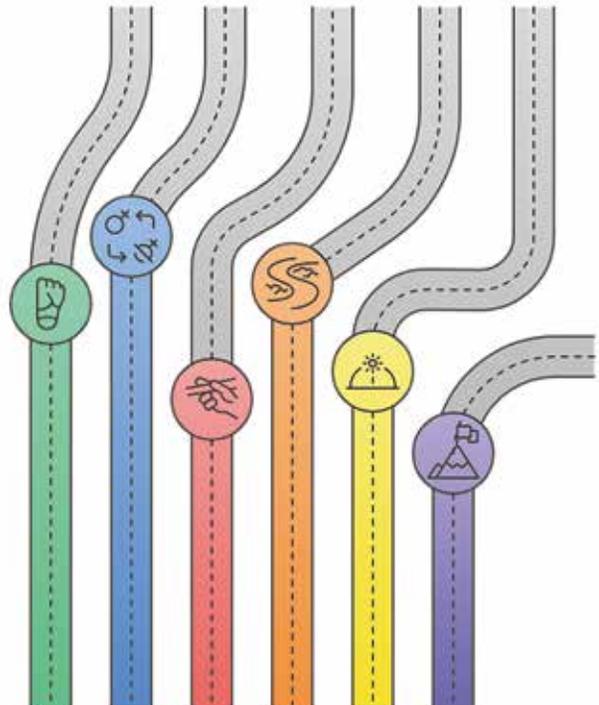
根據 2024 年的系統性回顧與統合分析，針灸對於糖尿病週邊神經病變的治療具有相當明確的臨床效益，包含緩解疼痛症狀以及改善神經傳導功能。此研究納入多篇隨機對照試驗，顯示徒手針灸不僅優於常規治療，更勝於假針灸，具有顯著的鎮痛效果（平均疼痛指數下降達 1.45 分），同時提升感覺與運動神經傳導速度，具有臨床實質意義。

根據篇統合分析的研究結果，臨床治療糖尿病週邊神經病變時，建議中醫師優先選用位於四肢的經典止痛穴位，包含**足三里**、**三陰交**、**合谷**、**曲池**、**陽陵泉**與**崑崙**。這些穴位在多篇動物與臨床研究中反覆出現，不僅應用頻率高，也與糖尿病週邊神經病變主要影響的神經節分布（包括頸神經 C5 至胸神經 T1、胸神經 T11 至 T12 以及腰薦神經 L2 至 S3）有高度對應的解剖基礎，從而提供強有力的神經調節效益。

建議臨床施灸時可選用以下穴位：足三里為脾胃之要穴，可健脾益氣、調和氣血；三陰交為肝脾腎三經交會處，對下肢血液循環與神經營養具有重要作用；陽陵泉為筋會穴，有助於疏筋活絡、緩解肢體痠麻；合谷與曲池可調節氣血、清熱解毒，助於緩解疼痛與異常感覺。另可視證型酌加中脘、氣海、脾俞、腎俞等穴，以健脾補腎、益氣養血。但有研究指出，單純使用四肢穴位的針灸治療組，不僅止痛效果顯著，且研究間的結果異質性較低，顯示此類選穴具有較高的一致性與可重現性。

治療糖尿病週邊神經病變時應選擇哪些針灸穴位？

<p>足三里</p> <p>促進脾胃健康和氣血調和，有助於消化和能量增強。</p>	<p>三陰交</p> <p>促進下肢血液循環和神經營養，對神經健康至關重要。</p>
<p>合谷</p> <p>有效減輕疼痛和異常感覺，對全身性疼痛緩解有重要作用。</p>	<p>曲池</p> <p>清熱解毒，幫助減輕肘部和手臂的疼痛。</p>
<p>陽陵泉</p> <p>促進肌肉放鬆和舒緩痠痛，對肌肉健康有益。</p>	<p>崑崙</p> <p>提供全面的神經調節，對整體神經健康有益。</p>



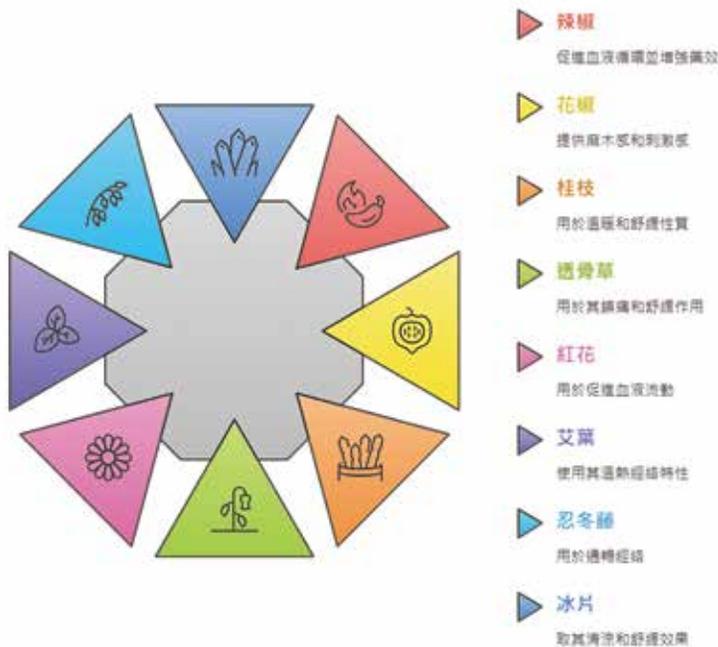
相對地，當穴位設計加入軀幹部位時，效果反而出現不穩定，可能來自不同研究對軀幹穴位選擇的差異。因此，在實際操作上，建議臨床中醫師以上述四肢穴位為主要施針位置，針刺時求得氣感並留針 20 分鐘，每週治療 2 至 3 次，建議連續治療 4 週以上以觀察療效，此方式不僅能有效緩解疼痛，也有助於改善患者的神經傳導功能與生活品質。

針對糖尿病週邊神經病變，中醫臨床可考慮將艾灸納入整體治療計畫中，根據 2020 年《Medicine》期刊發表的系統性回顧與統合分析，接受艾灸治療的病人在神經傳導速度與臨床症狀改善方面皆優於僅接受西藥治療的對照組，顯示艾灸具有潛在的臨床價值。艾灸能夠溫經散寒、行氣活血、疏通經絡，對於改善下肢氣血循環、修復神經功能具有正面作用。治療頻率可視病情輕重與患者接受度而定，建議初期每週施灸 3 至 5 次，每穴施灸時間約 15 至 20 分鐘，以患者感到溫熱舒適、局部皮膚泛紅為宜，可採用溫和灸或懸灸方式。

■ 藥浴治療

根據多中心臨床研究的結果，**糖癩外洗方（主要成分為辣椒、花椒、桂枝、透骨草、紅花、艾葉、忍冬藤與冰片）**泡腳療法對糖尿病週邊神經病變具有良好的安全性與顯著的臨床效果，建議臨床中醫師可考慮將此外治法納入對糖尿病週邊神經病變患者的整體治療策略中。糖癩外洗方中以活血化瘀為主，其臨床設計緊扣中醫「瘀阻脈絡」的病機，並透過足浴方式局部給藥，有助於促進下肢微循環、緩解麻木、刺痛等症狀。臨床研究亦顯示，低劑量（6.69 克）糖癩外洗方的療效優於高劑量（66.9 克），此發現對臨床中藥用量有重要啟示，說明在外用經皮吸收的情況下，過量反而無助吸收，甚至可能影響療效，建議中醫師在應用外洗方時，宜根據藥物透皮特性調整用量，不必一味加重藥量。

藥浴治療糖尿病神經病變



此外，研究全程採用智能恆溫泡腳設備，將水溫控制於 38 ~ 42°C，每次療程 30 分鐘，確保安全性並避免高溫燙傷風險，這對神經感覺遲鈍的糖尿病週邊神經病變患者尤為重要。因此，中醫師在臨床操作上，宜配合使用溫控設備或至少加強水溫監測衛生教育。對於患有慢性麻木、刺痛及足部異常感的糖尿病週邊神經病變患者，建議結合血糖管理、飲食治療與糖癬外洗方足浴治療，特別是在無法耐受口服藥物或合併多重慢性疾病者。

衛生教育

糖尿病週邊神經病變是糖尿病常見的併發症，可能導致手腳麻木、刺痛或灼熱感，嚴重時可能引發足部潰瘍。為了有效預防和管理糖尿病週邊神經病變，患者應積極控制血糖，遵循醫囑定期監測，並保持健康的生活方式，包括均衡飲食和適度運動。在日常生活中，應特別注意足部護理，每日檢查足部有無傷口、紅腫或感染跡象，保持足部清潔乾燥，選擇合適的鞋襪以避免摩擦和壓迫。避免赤腳行走，以防受傷。若出現足部傷口難以癒合、疼痛加劇、感覺異常加重或足部皮膚顏色改變等情況，應立即就醫，這些可能是糖尿病週邊神經病變惡化的徵兆。此外，戒菸限酒也是減少併發症風險的重要措施。透過積極的自我管理和定期的醫療檢查，可以有效降低糖尿病週邊神經病變的發生率，維持良好的生活品質。

參考文獻

1. Elafros, Melissa A et al. "Towards prevention of diabetic peripheral neuropathy: clinical presentation, pathogenesis, and new treatments." *The Lancet. Neurology* vol. 21,10 (2022) : 922-936. doi:10.1016/S1474-4422 (22) 00188-0
2. Savellieff, Masha G et al. "The global and regional burden of diabetic peripheral neuropathy." *Nature reviews. Neurology* vol. 21,1 (2025) : 17-31. doi:10.1038/s41582-024-01041-y
3. Feldman, Eva L et al. "New Horizons in Diabetic Neuropathy: Mechanisms, Bioenergetics, and Pain." *Neuron* vol. 93,6 (2017) : 1296-1313. doi:10.1016/j.neuron.2017.02.005
4. Meizhen, Zhang et al. "Efficacy and safety of Buyang Huanwu decoction for diabetic peripheral neuropathy: a systematic review and Metaanalysis." *Journal of traditional Chinese medicine = Chung i tsa chih ying wen pan* vol. 43,5 (2023) : 841-850. doi:10.19852/j.cnki.jtcm.20230802.002
5. Wang, Qun et al. "Comparative efficacy and safety of Chinese patent medicines as an adjunctive therapy for diabetic peripheral neuropathy: systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials." *Pharmaceutical biology* vol. 62,1 (2024) : 833-852. doi:10.1080/13880209.2024.2422084
6. Panthi, Sharad et al. "Yang-warming method in the treatment of diabetic peripheral neuropathy: an updated systematic review and meta-analysis." *BMC complementary and alternative medicine* vol. 17,1 424. 25 Aug. 2017, doi:10.1186/s12906-017-1927-5
7. Wang, Chunliang et al. "Acupuncture for the treatment of painful diabetic peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis." *Complementary therapies in clinical practice* vol. 57 (2024) : 101889. doi:10.1016/j.ctcp.2024.101889
8. Zhou, Luolin et al. "Acupuncture for painful diabetic peripheral neuropathy: a systematic review and meta-analysis." *Frontiers in neurology* vol. 14 1281485. 16 Nov. 2023, doi:10.3389/fneur.2023.1281485
9. Tan, Yumeng et al. "Moxibustion for the treatment of diabetic peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis following PRISMA guidelines." *Medicine* vol. 99,39 (2020) : e22286. doi:10.1097/MD.00000000000022286
10. Huang, Hao-Yue et al. "Effect and Safety of Herbal Medicine Foot Baths in Patients with Diabetic Peripheral Neuropathy: A Multicenter Double-Blind Randomized Controlled Trial." *Chinese journal of integrative medicine* vol. 30,3 (2024) : 195-202. doi:10.1007/s11655-024-3900-8

糖尿病視網膜病變

Diabetic retinopathy, DR

本章學習重點

1. 糖尿病視網膜病變以血瘀阻絡為核心病機，活血化瘀為主要治則。常用藥材如三七、丹參、赤芍具改善微循環、抗氧化與抑制新生血管作用，能促進出血吸收與減少滲漏。臨床常用中藥複方包括丹參滴丸（提升視野灰度與總體療效）、血栓通膠囊（改善視力與黃斑水腫）、血瘀明目片（減少微血管瘤）、雙丹明目膠囊（控制視網膜出血）與耆明顆粒（早期改善視力模糊與血流灌注）。
2. 依據臨床研究結果，可參考不同具有臨床實證效果的處方，例如丹參滴丸總體有效率高；血栓通膠囊在視力提升與黃斑厚度改善上效果最佳；血瘀明目片能顯著縮小微血管瘤；雙丹明目膠囊則有效減少視網膜出血區域。以上方劑皆具活血化瘀、補氣養血、抗發炎與保護血管內皮等多重功效，臨床可依據病變表現靈活選用。
3. 針灸治療方面，可配合藥物選用攢竹、風池、足三里、三陰交、瞳子膠等穴位，以改善眼底微循環、緩解瘀血並調節氣血運行。另可依患者病情酌加合谷、太衝、陽白、四白與肝俞等穴位，採平補平瀉手法並適度使用電針刺激，每週數次、持續至少四週，以觀察其對視力與眼底病變的輔助療效。

定義

糖尿病視網膜病變是因糖尿病導致視網膜微血管病變，造成血管滲漏、閉塞及新生血管異常增生，進而影響視力的眼部併發症。其主要特徵包括微血管瘤、視網膜出血、滲出物、黃斑水腫及新生血管形成，嚴重時可導致玻璃體出血、視網膜剝離或新生血管性青光眼，最終可能引發不可逆的視力喪失。糖尿病視網膜病變是全球視力喪失的主要原因之一，影響範圍擴及 25 至 74 歲患者。

糖尿病視網膜病變依是否有新生血管生成分為非增生型與增生型，前者表現為視網膜微血管異常與滲出，後者則伴隨新生血管、玻璃體出血及牽引性視網膜剝離，嚴重者可致失明。此外，黃斑水腫可發生於任何階段，影響視力，需透過光學同調斷層掃描等檢查評估。糖尿病患者亦易罹患白內障，進一步加重視力受損，因此糖尿病相關眼疾的早期診斷與綜合治療極為重要。

臨床症狀

糖尿病視網膜病變的臨床症狀在早期多無明顯不適，隨著病程進展，患者可能出現視力模糊、視物變形或視野暗點，尤其當黃斑水腫影響中心視力時，閱讀或辨識細節能力顯著下降。若病變進

展至增生型階段，新生血管脆弱易破裂，導致玻璃體出血，患者可能突然出現視野內漂浮物、暗影或視力急劇下降，嚴重時甚至完全喪失視覺。當視網膜剝離或新生血管性青光眼發生時，可能伴隨視野缺損、眼痛與眼壓升高，進一步加重視力損害。由於病變進展可在無症狀情況下迅速惡化，定期眼底檢查對於早期發現與治療至關重要。

病理機轉

糖尿病視網膜病變的發生與進展主要是由慢性高血糖對視網膜微血管的損害所導致，涉及血管滲透性異常、血管閉塞與缺血，進而引發新生血管增生。病理機轉複雜，包括糖基化、蛋白激酶 C (PKC) 與多元醇途徑的活化，這些生化變化在早期即影響視網膜神經功能與血流，即使尚未出現微血管瘤或臨床可見的病變，已有視網膜神經細胞損害。隨著病情進展，血管內皮生長因子 (VEGF) 與類胰島素生長因子 -1 (IGF-1) 等促血管新生因子的表現增加，促進新生血管形成，導致增生型糖尿病視網膜病變或黃斑水腫。視網膜微血管結構的改變，如周細胞喪失、微血管瘤形成與基底膜增厚，導致血管阻塞與缺血，促使新生血管生成，而玻璃體與纖維組織的牽拉可進一步引發視網膜剝離。此外，高血糖可導致視網膜血流增加，破壞自我調節機制，使血管壁受剪切應力影響而滲漏，加重黃斑水腫的發展。基因易感性亦可能影響病變進展，使部分患者即使高血糖多年仍僅有輕微病變，而另一些患者即使血糖控制良好仍迅速發展為重度視網膜病變。此外，高血壓等其他因素亦會加速病變進展，因此糖尿病視網膜病變的發生是多種生理與病理機轉交互作用的結果。

糖尿病視網膜病變在中醫病機上，主要與氣陰兩虛、瘀血阻絡及肝腎不足相關。糖尿病患因長期陰虛內熱，灼傷津液，導致精血虧虛，不能滋養眼目，進一步影響視網膜微血管系統，表現為視力減退、眼前黑影或視物模糊。氣陰虧虛使脾失健運，精微物質無法上榮於目，加之陰虛陽亢，虛火上擾，進一步損傷眼內微細血絡，導致血瘀阻滯，形成視網膜微血管瘤、滲出與出血。久病傷腎，腎陰虧虛無法涵養肝血，導致肝腎不足，眼目失養，甚至新生血管增生，出現嚴重視力損害。此外，脾虛不運，濕濁內生，可阻滯氣血運行，加重視網膜水腫。綜上，糖尿病視網膜病變病機以氣陰兩虛為本，血瘀阻絡為標，肝腎不足為核心，濕濁阻滯為助邪，病程遷延，易致視力持續衰退。

中醫照護

■ 中藥治療

活血化瘀是糖尿病視網膜病變的核心治療策略，因其病機以血瘀阻絡為主要病理環節。糖尿病長期導致氣陰兩虛，進而影響血液運行，導致微血管循環障礙，形成視網膜微血管瘤、出血與滲出。隨著病程進展，血瘀加重，阻礙視網膜氣血供應，進一步促使新生血管異常增生，導致視網膜滲漏、玻璃體出血及視網膜剝離。因此，活血化瘀可改善微循環，減少血管滲漏，抑制新生血管異常增生，並促進已發生的出血吸收，對糖尿病視網膜病變的防治至關重要。

三七性味甘微苦，溫，入肝、胃經，具有活血化癥、消腫止痛及止血的雙向調節作用，能有效促進血液循環，改善視網膜微血管灌注，並促進玻璃體內出血的吸收，同時減少異常血管破裂的風險。丹參味苦微寒，入心、肝經，長於活血祛癥、涼血消腫，能改善微血管循環，減少血栓形成，並具有抗氧化作用，可抑制血管內皮細胞增生，減少視網膜新生血管的發生。赤芍味苦微寒，入肝經，具有活血祛癥、清熱涼血的功效，可改善血液黏滯度，減少血小板聚集，並調節血管通透性，降低糖尿病視網膜病變中的水腫與滲出。

中國針對糖尿病視網膜病變有許多中成藥上市，並以有臨床研究驗證其成效，例如丹參滴丸、血栓通膠囊、雙丹明目膠囊、啟明顆粒、血瘀明目片等中成藥，雖然目前尚未在台灣正式上市，但其組方模式與治療原則仍可供台灣的中醫師臨床參考，作為治療糖尿病視網膜病變的中藥治療依據。

研究結果顯示，不同的中成藥對於非增殖性糖尿病視網膜病變具有不同的療效。其中，**丹參滴丸**搭配西藥 Calcium Dobesilate 在臨床有效率（視力與眼底病變改善的患者比例）方面表現最佳，其總體療效達 88.58%。**丹參滴丸由丹參、三七、冰片組成**，具有促進血液循環、保護血管、抗氧化及抗發炎的作用，因此能夠有效改善視網膜的微循環問題。

在改善視力方面，血栓通膠囊搭配西藥 Calcium Dobesilate 的效果最為顯著，98.51% 的患者視力獲得提升。**血栓通膠囊主要由三七、黃耆、丹參、玄參等藥材組成**，這些成分具有活血化癥、補氣養血的功效，能夠減少視網膜微血管的病變並增強血管穩定性。此外，血栓通膠囊加鈣多貝在減少黃斑水腫（黃斑厚度）方面也排名第一，顯示其能夠有效降低視網膜滲出、減少水腫，進一步保護視力。

丹參滴丸單獨使用則在改善視野灰度值方面排名第一（91.83%），代表它對於視野清晰度的提升較為突出。此外，在減少視網膜微血管瘤體積方面，血瘀明目片搭配西藥 Calcium Dobesilate 的表現最為優異（94.48%）。**血瘀明目片由三七、丹參、赤芍、地黃、墨旱蓮、羌蔚子、牡丹皮、毛冬青、夏枯草、女貞子、大黃、黃芩等中藥組成**，這些藥材能夠抑制血小板聚集、改善血液黏稠度，減少視網膜血管內的阻塞與病變，因此能夠顯著減少微血管瘤的數量與大小。

在減少視網膜出血區域方面，雙丹明目膠囊搭配西藥 Calcium Dobesilate 表現最佳（86.24%）。**雙丹明目膠囊由女貞子、旱蓮草、三七、川芎、紅花、丹參等組成**，這些中藥能夠改善血脂異常，減少視網膜血管內皮的發炎反應，並能有效控制眼底出血範圍。此外，SDMMC 還可促進視網膜微血管擴張，提高血流供應，有助於恢復視網膜結構。

耆明顆粒是一種適用於糖尿病視網膜病變患者的中成藥，特別適合早期至中期病患，能改善視力模糊、乾澀及視野異常等症狀。該藥由**黃耆、葛根、地黃、枸杞子、決明子、羌蔚子、蒲黃、水蛭**等組成，具有補氣養血、活血化癥及改善微循環的作用。建議患者每日口服 4.5 克，分三次服用，持續三個月為一療程。臨床研究顯示，服用耆明顆粒後，視網膜血液循環時間顯著縮短，血流灌注改善，效果優於對照組

總體而言，這些中藥顯示出良好的治療效果，且無嚴重不良反應，表明其安全性較高。然而，研究也指出不同中成藥的效果有所側重，例如丹參滴丸更適合提升視野灰度與總體臨床有效率，血

栓通膠囊更適用於提升視力與減少黃斑水腫，而雙丹明目膠囊則特別適合改善視網膜出血。這些結果可為臨床治療提供有力的參考依據，使醫師能夠根據患者的具體病情選擇最合適的治療方案。



■ 針灸治療

針灸可能對糖尿病視網膜病變患者有所幫助，尤其是與標準藥物治療合併使用時，有助於提升視力與改善視網膜血管異常。依據臨床試驗的統合分析結果，建議選取攢竹、風池、足三里、三陰交、瞳子膠穴等穴位，這些穴位與改善視網膜微循環、減少眼部瘀血以及調節內分泌有關。部分研究亦使用合谷、太衝、陽白、四白、肝俞等穴位，可依據個別患者的情況進行選擇與加減，並建議至少持續一個月以觀察療效。

在治療過程中，針刺可採用平補平瀉手法，並適度運用電針刺激，以增強療效。患者接受針灸治療的同時，仍應注意血糖控制，避免血糖波動加重視網膜病變，並定期接受眼底檢查，以監測病情變化。



衛生教育

糖尿病視網膜病變是糖尿病常見的眼部併發症，長期高血糖會損害視網膜的微血管，導致視力模糊、視野中出現黑點或漂浮物，甚至可能引發失明。為了有效預防和管理糖尿病視網膜病變，患者應積極控制血糖與血壓，遵循醫囑定期服藥與監測指數，同時保持健康的生活方式，包括均衡飲食、限制高糖高脂食物的攝取，以及維持規律的中等強度運動。日常生活中應避免長時間使用眼睛，每閱讀 30 分鐘應休息 5 至 10 分鐘，並注意用眼環境的光線充足，避免昏暗或刺眼。外出時建議配戴具抗紫外線功能的太陽眼鏡，以保護眼睛不受紫外線與強光刺激。若出現視力突然模糊、視野內出現飄浮物、黑影、閃光感，或是視野缺損等情形，可能代表糖尿病視網膜病變惡化，應立即就醫檢查。即使無症狀，也應至少每年接受一次完整的眼底檢查，以早期發現病變。透過主動的自我照護與定期眼科追蹤，可有效延緩病情惡化，保護視力與提升生活品質。

參考文獻

1. Huai, Baogeng et al. “Systematic evaluation of combined herbal adjuvant therapy for proliferative diabetic retinopathy.” *Frontiers in endocrinology* vol. 14 1157189. 18 May. 2023, doi:10.3389/fendo.2023.1157189
2. Liu, Ziqiang et al. “The comparative effects of oral Chinese patent medicines in non-proliferative diabetic retinopathy: A Bayesian network meta-analysis of randomized controlled trials.” *Frontiers in endocrinology* vol. 14 1144290. 3 Apr. 2023, doi:10.3389/fendo.2023.1144290
3. Li, Xiaodong et al. “Effect of Chinese herbal compounds on ocular fundus signs and vision in conventional treated-persons with non-proliferative diabetic retinopathy: A systematic review and meta-analysis.” *Frontiers in endocrinology* vol. 13 977971. 11 Aug. 2022, doi:10.3389/fendo.2022.977971
4. Zhang, Yuehong et al. “Effect of Chinese Patent Medicines on Ocular Fundus Signs and Vision in Calcium Dobesilate-Treated Persons With Non-Proliferative Diabetic Retinopathy: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *Frontiers in endocrinology* vol. 13 799337. 14 Mar. 2022, doi:10.3389/fendo.2022.799337
5. Ang, Lin et al. “Acupuncture for treating diabetic retinopathy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.” *Complementary therapies in medicine* vol. 52 (2020) : 102490. doi:10.1016/j.ctim.2020.102490
6. Hu, Zhipeng et al. “Add-on effect of Qiming granule, a Chinese patent medicine, in treating diabetic macular edema: A systematic review and meta-analysis.” *Phytotherapy research : PTR* vol. 35,2 (2021) : 587-602. doi:10.1002/ptr.6844
7. Lian, Fengmei et al. “The effectiveness and safety of a danshen-containing Chinese herbal medicine for diabetic retinopathy: a randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter clinical trial.” *Journal of ethnopharmacology* vol. 164 (2015) : 71-7. doi:10.1016/j.jep.2015.01.048

糖尿病傷口

Diabetic wound

本章學習重點

1. 根據系統性回顧與臨床試驗結果，糖尿病傷口內服中藥依潰瘍特徵辨證選方（如四妙勇安湯清熱解毒、補陽還五湯益氣活血、當歸四逆湯改善血流），可顯著促進潰瘍癒合、縮短癒合時間，且對血管保護有益。
2. 外用中藥如生肌玉紅膏、生肌散等，可促進腐肉脫落、肉芽生長與皮膚再生，有助於縮小潰瘍面積及加速癒合，安全性高，僅需注意局部過敏反應，建議初次小範圍試敷以觀察耐受性。
3. 臨床統合分析顯示，艾灸輔助能有效提升癒合率、改善下肢血液循環並縮短癒合時間，建議搭配標準傷口護理，採用懸灸或隔物灸法，操作時應嚴格控溫並密切觀察，避免灼傷與感染，對高風險患者（如嚴重感染者）應仔細審酌可行性。

定義

糖尿病傷口 (Diabetic wound)，通常特指糖尿病患者因高血糖長期影響而導致的慢性傷口，包括糖尿病足潰瘍、壞疽及截肢前的組織損傷。由於高血糖會造成微血管與大血管病變，導致局部血液循環不良、神經感覺異常及免疫功能下降，因此即使是小範圍的破皮、擦傷，也可能迅速惡化成為難以癒合的慢性潰瘍。這些傷口不僅癒合速度緩慢，且容易合併感染，進一步增加截肢與死亡的風險。

臨床症狀

臨床上，糖尿病傷口的症狀多樣且進展快速。初期可見足部皮膚乾燥、破皮、裂紋，病人常因神經病變而對疼痛感覺減弱，故即便傷口存在也常無自覺。隨著傷口惡化，可能出現紅腫、滲液、壞死組織，嚴重時可見深部感染、膿腫或骨髓炎。若合併周邊血管阻塞，局部皮膚可能變冷、蒼白，甚至出現壞疽現象。此外，感染擴散至全身時，患者可能出現發燒、寒顫、意識混亂等敗血症症狀。

糖尿病傷口的分期主要參考創面的深度與感染程度，常用的系統之一是 Wagner 分級系統。Wagner 0 級指的是無開放性潰瘍，但已有骨骼或皮膚變形；Wagner 1 級是表淺性潰瘍，傷及皮膚但未達深層組織；Wagner 2 級則傷及肌肉、肌腱或骨骼；Wagner 3 級表示伴有深部感染如膿腫或骨髓炎；Wagner 4 級是局部性壞疽；而 Wagner 5 級則為全足壞疽，常需截肢處理。除了

Wagner 系統，也有其他如 University of Texas 分級系統，進一步結合感染與缺血狀況來評估傷口嚴重度。

糖尿病傷口的分型則依病因與病理生理機轉進行分類，主要包括三型：神經病變型、缺血型，以及混合型。神經病變型傷口主要因周邊神經病變導致保護性感覺喪失，患者不自覺地發生持續性壓力或輕微外傷而形成潰瘍；缺血型傷口則主要源於周邊動脈病變，導致局部血流嚴重不足，創面癒合困難且易壞死；而混合型傷口則同時存在神經損傷與血液供應不足，是最常見且治療難度最高的類型。了解糖尿病傷口的定義、症狀、分期與分型，對於制定有效的治療策略至關重要。

病理機轉

糖尿病傷口的病理機轉在西醫與中醫體系中有不同的理解，但都指向一個共通點：患者體內環境失衡，使傷口癒合過程受到干擾而形成難治性潰瘍。

從西醫角度來看，糖尿病傷口的形成主要與高血糖引起的多重生理異常有關。首先，長期高血糖會導致微血管病變（microangiopathy），使傷口局部供血不足，氧氣與營養無法有效到達組織，延緩了傷口癒合。其次，高血糖亦會損害神經系統，引起周邊神經病變（peripheral neuropathy），患者對疼痛、壓力及外傷的感知能力下降，無法及時發現與保護足部微小損傷，進一步惡化傷口。此外，糖尿病患者免疫功能減弱，白血球的吞噬與殺菌能力下降，使感染機會增加且難以控制。而在細胞與分子層面，糖尿病患者體內晚期糖化終產物（AGEs）累積，會促進氧化壓力、慢性發炎反應、膠原蛋白異常交聯，進一步妨礙新血管生成與組織修復，形成惡性循環。整體而言，糖尿病傷口癒合受到血流障礙、感染、神經病變與細胞功能障礙的共同影響。

中醫對糖尿病傷口的病理機轉則有其獨特的詮釋。糖尿病傷口常歸屬於「消渴」、「痺症」或「癰疽」範疇。中醫認為，糖尿病患者體內「陰虛燥熱」為本，因氣陰兩虛、血脈失養，導致皮膚肌肉枯燥、抵抗力下降，易受外邪侵襲而成瘡瘍。進一步發展時，脾虛失運，生化氣血不足，或因肝鬱氣滯、氣血運行不暢，血行瘀滯，則局部瘀血阻絡，營養難達，形成久不癒合之瘡瘍。尤其在病程後期，多伴有「腎虛」、「血瘀」、「濕熱」內蘊，腎虛則失於封藏與修復，血瘀阻絡則新血不生，濕熱內蘊則加重感染與組織腐敗。

中醫照護

■ 中藥治療

根據的系統性回顧，臨床中醫師可依潰瘍特徵選擇合適方藥。若患者潰瘍周圍皮膚暗紅腫脹、伴有熱毒壅盛表現，可考慮使用**四妙勇安湯**（黃芩、蒼朮、牛膝、當歸、金銀花、連翹、蒲公英、地丁等組成），具有清熱解毒、消腫生肌的效果，研究顯示其能顯著提升潰瘍完全癒合率並縮短癒合時間。若患者氣虛血瘀、潰瘍久不癒合，局部蒼白或暗紫，推薦使用**補陽還五湯**（黃耆、當歸尾、川芎、赤芍、地龍、桃仁、紅花），此方主攻益氣活血通絡，能有效促進血液循環與新生組織，有助於加速傷口癒合。針對氣虛毒盛兼血瘀的複雜病機，宜加減使用自擬方如**益氣解毒祛**

瘀湯（黃耆、黨參、金銀花、連翹、赤芍、丹參、桃仁、紅花等），進行辨證調整，臨床上亦觀察到癒合速度提升且安全性良好。

根據隨機對照試驗，**當歸四逆湯**治療糖尿病足潰瘍患者，能有效改善臨床症狀、提升踝肱指數（ABI）、促進下肢血流及神經傳導速度，且能顯著降低血漿晚期糖化終產物（AGEs）水準，治療效果優於單用西藥西洛他唑。此研究結果顯示，當歸四逆湯加減對糖尿病足早期患者具有良好的血管保護作用，並有助於延緩糖尿病相關血管病變，是臨床值得考慮的選擇。

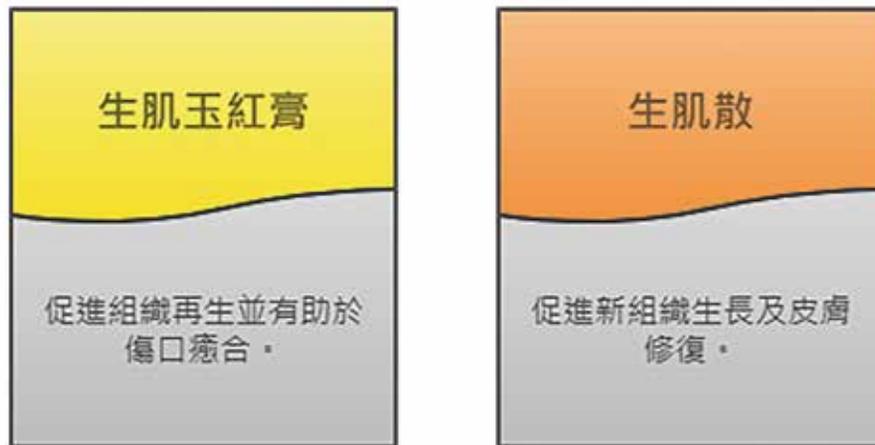
整體而言，內服中藥在糖尿病足潰瘍患者中展現出明顯的促癒作用，且無嚴重肝腎毒性或其他嚴重不良反應報告，但因研究設計普遍存在偏倚風險，建議臨床使用時仍需密切監測患者肝腎功能，特別是長期服藥者。



至於外敷中藥治療，若潰瘍表面滲出液多、腐肉較厚，建議使用**生肌玉紅膏**（當歸、乳香、沒藥、血竭、兒茶、紅花、紫草、黃蠟、麻油製成）藥膏以促進腐肉脫落、清除壞死組織、促進肉芽組織增生為主要功效，尤其適用於潰瘍中期，研究中也顯示這類外敷治療可顯著減少潰瘍面積並縮短癒合時間。對於潰瘍初期滲液不多但局部皮膚暗紫、氣血阻滯者，可考慮使用由補陽還五湯改製成的外用劑型（如藥膏或泡腳湯劑），或搭配**生肌玉紅膏**加用**活血化癥藥物**（如丹參、赤芍、川芎）。

若傷口表面乾裂，或新生組織脆弱，應以柔潤、生肌為主的方劑，如**生肌散**（龍骨、乳香、沒藥、兒茶、血竭等）外敷，促進皮膚再生。外用藥膏治療同樣未見嚴重不良事件，安全性高，但需注意個別患者局部過敏反應，初次使用建議小範圍試敷以觀察反應。

糖尿病傷口外用中藥



綜合以上，目前內服與外用中藥在糖尿病足潰瘍的治療中均展現積極效果，尤其是在促進潰瘍癒合率、縮短癒合時間與減少截肢風險方面。

■ 艾灸治療

根據臨床試驗的統合分析結果，艾灸作為輔助治療，對糖尿病足患者的傷口癒合具有明顯促進效果。研究顯示，與單純標準傷口照護相比，艾灸能夠提升治療有效率（相對提升 16%），顯著縮短傷口癒合時間（平均縮短約 6 天），並且有助於減少傷口面積及改善下肢血液循環（踝肱指數上升 0.14），顯示艾灸有助於改善局部循環、促進肉芽生長與傷口癒合，對糖尿病足這種易於潰爛、難以癒合的慢性傷口特別有益。

臨床上建議，中醫師可以在糖尿病足患者的標準傷口處理基礎上，加用艾灸療法。操作時，可選擇患者足部或小腿部位與循環相關的經絡穴位（如**足三里**、**三陰交**、**血海**、**周圍阿是穴**），採用懸灸法或溫和灸，每次治療時間可控制在 15 至 20 分鐘，每週施灸 1-2 次，持續療程建議至少 4 週以上，以利觀察癒合進度。施灸距離應保持 3 至 5 公分，避免直接灼傷皮膚。若患者合併感染或有滲液較多的潰爛傷口，應選擇間接溫灸或隔物灸（如隔薑灸）方式，以降低感染風險。

安全性方面，中醫師在使用艾灸治療糖尿病足時需特別注意：因糖尿病患者常伴有周邊神經病變，感覺遲鈍，容易在無意中被灼傷，因此操作時必須密切觀察皮膚反應，嚴格控制溫度與施灸距離，並定時詢問患者感受。同時，對於局部嚴重感染、出血性潰瘍、嚴重下肢動脈閉塞者，以及全身狀況不穩定者（如血糖極度失控、高燒等）應避免施灸。此外，應注意衛生操作，使用無菌敷料保護傷口區域，防止艾煙或艾屑污染。

總之，艾灸在糖尿病足傷口照護中展現出輔助加速癒合的潛力，若能在安全、規範的前提下應用，將有助於提升患者治療成效，降低感染與截肢風險。

衛生教育

糖尿病患者在日常生活中必須特別注意足部與傷口的照護，以預防傷口惡化或感染。首先，保持良好的血糖控制是傷口癒合的基礎，患者應依照醫師指示定時服藥或注射胰島素，並注意飲食管理，避免血糖過高或過低。日常護理方面，應每天仔細檢查足部，包括腳底、腳趾縫與腳背，觀察是否有紅腫、破皮、水泡、裂痕或異常分泌物。即使是極小的傷口，也需高度重視，並及早處理。洗腳時應使用溫水（約 37°C），避免燙傷，且水溫必須先用手或溫度計測試，因糖尿病患者常伴隨神經病變，感覺遲鈍容易受傷。清潔後應輕柔擦乾，特別是腳趾縫間，保持乾爽以防止真菌感染。穿著上，應選擇合腳、透氣良好的鞋子與棉質襪子，避免赤腳行走，以減少受傷風險。剪趾甲時應保持平直，避免剪得太短或傷到皮膚，若無法自行照護，應尋求專業足部護理師協助。

在傷口護理方面，應依醫囑使用適當的無菌敷料，定時更換，並觀察傷口變化。切勿自行塗抹未經醫師建議的藥膏或民俗療法，以免加重感染。若出現傷口紅腫擴大、滲液增加、異味出現、傷口顏色變暗、周邊皮膚變冷、劇痛、發燒或全身不適等情況，這些都是傷口惡化或感染擴散的警訊，應立即回診尋求醫療協助。尤其注意，如果足部感覺逐漸喪失，行走時無法察覺疼痛或異物感，可能是神經病變惡化的徵兆，也需及時處理。正確的日常照護與警覺惡化徵象，是避免糖尿病傷口惡化、降低截肢風險的重要關鍵。

參考文獻

1. Wang, Ying et al. "The effects of Chinese herbal medicines for treating diabetic foot ulcers: A systematic review of 49 randomized controlled trials." *Complementary therapies in medicine* vol. 44 (2019) : 32-43. doi:10.1016/j.ctim.2019.03.007
2. Zamanifard, Mina et al. "Healing of diabetic foot ulcer with topical and oral administrations of herbal products: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials." *International wound journal* vol. 21,2 (2024) : e14760. doi:10.1111/iwj.14760
3. Ko, Chun Hay et al. "Healing effect of a two-herb recipe (NF3) on foot ulcers in Chinese patients with diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled study." *Journal of diabetes* vol. 6,4 (2014) : 323-34. doi:10.1111/1753-0407.12117
4. Ji, Yue et al. "Treatment of diabetic foot with moxibustion: Clinical evidence from meta-analysis." *International wound journal* vol. 21,2 (2024) : e14791. doi:10.1111/iwj.14791
5. You, Wei-hua et al. "Therapeutic effects of modified Danggui Sini Decoction on plasma level of advanced glycation end products in patients with Wagner grade 0 diabetic foot: a randomized controlled trial." *Zhong xi yi jie he xue bao = Journal of Chinese integrative medicine* vol. 7,7 (2009) : 622-8. doi:10.3736/jcim20090705

糖尿病性胃輕癱

Diabetic gastroparesis

本章學習重點

1. 糖尿病性胃輕癱患者可依據主症選擇合適的中藥，如半夏瀉心湯調和寒熱、四磨湯順氣降逆、柴芍六君子湯促進胃排空，並可搭配枳實消痞湯、建脾消滯湯等方劑進一步調節胃腸激素與蠕動功能，提升整體治療成效與生活品質。
2. 針灸治療著重調和脾胃功能，選取中脘、足三里、天樞、上巨虛等穴位，依患者症狀搭配內關、合谷、陰陵泉等加強療效，必要時採用電針提升胃排空與調整腸道菌群，有助於長期改善胃腸功能障礙。
3. 針對脾胃虛寒表現的胃輕癱患者，可採用足三里、中脘等穴位艾灸，搭配黃耆建中湯、三和湯等中藥以溫補脾胃，必要時加灸神闕、關元等穴位，進一步增強脾胃氣機，改善胃脹、食慾不振及全身虛弱等症狀。

定義

糖尿病性胃輕癱是指由糖尿病引起的胃排空延遲，且無明顯機械性阻塞。主要病理為迷走神經功能障礙、胃腸平滑肌功能異常及腸道神經叢變性，導致胃部運動功能受損，食物無法正常推進至小腸。

臨床症狀

糖尿病性胃輕癱的臨床表現具有高度變異性，且常呈現慢性、間歇性惡化的特徵。最典型的症狀包括進食後即感早飽、持續性噁心、反覆性嘔吐（尤其是未消化食物）、上腹部脹滿或疼痛，嚴重者會因進食受限而出現明顯體重下降。患者常因胃排空時間不規律而出現血糖控制困難，特別是低血糖與高血糖交替發生，進一步惡化整體病情。此外，部分病患會併發胃食道逆流、胃潰瘍、電解質紊亂與營養不良，嚴重者甚至需住院治療以穩定全身狀態。

在分期上，糖尿病性胃輕癱可以根據症狀的嚴重程度和治療反應分為輕度、中度與重度三期。輕度患者的症狀間歇出現，經過飲食調整（如少量多餐、低脂低纖飲食）與口服促胃動藥物治療後可以明顯改善。中度患者則表現為持續性症狀，需依賴藥物治療並進行更嚴格的飲食控制，有時需要短期內的營養支持。重度患者則因頻繁嘔吐、進食受限及營養不良而需考慮鼻胃管餵食、胃造口或靜脈營養，並且經常需要住院處理水電解質失衡與血糖波動問題。

糖尿病性胃輕癱的臨床分型則依症狀特徵與生理障礙型態不同，可大致分為幾種類型。最常見的是以排空延遲為主要表現的經典型，患者主要以慢性噁心、早飽與嘔吐為主訴，胃排空試驗明顯延遲；另一類是以胃動力協調障礙為主的節律異常型，患者的胃電圖（Electrogastrography）可能顯示胃電節律異常，但排空延遲未必顯著，臨床上以上腹部不適與脹痛為主要表現。此外，部分患者則以血糖控制極不穩定為主要特徵，胃排空的波動使得餐後血糖高低起伏劇烈，甚至導致頻繁低血糖，這類型病患的消化道症狀反而較輕。最後，許多患者屬於混合型，同時存在排空延遲、節律異常與血糖波動等多種問題，這也增加了診斷與治療的困難度。

病理機轉

糖尿病性胃輕癱的西醫病理機轉主要起源於長期高血糖對神經與胃腸肌肉組織的破壞。慢性高血糖會導致自主神經病變，特別是迷走神經的功能受損，影響胃的感覺與運動調控，使胃排空延遲。血糖異常還會促進活性氧（ROS）生成與終末糖基化終產物（AGEs）積聚，誘發胃壁間神經叢的慢性炎症與變性。此外，胃平滑肌中的間質細胞（Interstitial cells of Cajal, ICCs）是負責協調胃電活動與推進收縮的「起搏細胞」，而在糖尿病患者中，這些細胞的數量與功能常明顯下降，導致胃蠕動節律紊亂。微血管病變亦參與其中，高血糖引起的微循環障礙使胃壁供血量減少，進一步惡化組織功能。值得注意的是，急性高血糖本身即能抑制胃的收縮與排空，形成短期性的功能障礙，若血糖控制持續不良，則會進一步固化成慢性病理改變。整體而言，糖尿病性胃輕癱是多因素交織而成的結果，包括神經損傷、肌肉功能障礙、細胞間信號傳導異常以及局部微血管循環不足。

中醫對糖尿病性胃輕癱的病理解，則多以「消渴病」、「胃脘痞滿」與「嘔吐」等病機範疇進行歸納。根本病因在於脾胃虛損與陰津耗竭，源自長期飲食不節、情志失調或勞倦過度，內傷脾胃，使脾失健運、胃失和降，進而影響胃的受納腐熟與氣機流暢。糖尿病久病耗傷正氣，陰液虧虛，胃失濡養，胃氣虛弱無力推動食物下行，導致飲食停滯、胃脘脹滿、噁心嘔吐。另一方面，陰虛生內熱，胃中虛熱上擾，可加重胃氣上逆之勢，表現為反胃嘔吐。氣滯血瘀亦是重要機轉，糖尿病患者氣機運行不暢，瘀血阻滯胃脘脈絡，造成胃氣失和，排空功能障礙。總體而言，中醫認為糖尿病性胃輕癱的發生涉及脾胃虛弱、氣機阻滯、陰液虧損、虛火內擾、血瘀內停等多種因素交互影響。

中醫照護

■ 中藥治療

針對糖尿病胃輕癱，應根據患者的主症選用不同中成藥配方，並考量其對胃腸激素、胃排空功能的具體影響，才能達到最佳療效。

根據隨機對照試驗的統合分析研究結果，搭配西藥服用**半夏瀉心湯（半夏、黃連、乾薑、人參、大棗、甘草）**能明顯提升糖尿病胃輕癱患者的整體療效，臨床總有效率高達 75.49%，遠勝於單用西藥的 2.03%。半夏瀉心湯以調和寒熱、消除胃腸痞滿為主，對於症狀複雜、兼有噁心、嘔吐、脹氣、早飽感等多重表現的患者尤為適合，可作為首選搭配方案，建議療程持續 1 至 3 個月，以達到穩定改善的效果。

若患者的主訴以噁心、嘔吐、脹氣為主，則推薦使用**四磨湯（檳榔、沉香、烏藥、人參）**。四磨湯具有順氣降逆、寬胸散結的作用，特別針對上腹部脹悶感、胃氣上逆、噁心欲吐等症狀表現突出，與西藥合併使用時，能顯著減輕患者的不適感，提升日常飲食與生活品質。

針對胃排空遲緩明顯的患者，**柴芍六君子湯（柴胡、白芍配合六君子湯基礎方：黨參、白朮、茯苓、甘草、陳皮、半夏）**展現了最佳成效。此方能有效調和肝脾、益氣健脾，同時促進胃排空，使食物更順利進入小腸，特別適合有餐後早飽、脘腹脹滿、消化滯緩等症狀的患者。

若臨床上希望進一步提升胃排空速率與腸胃激素調節能力，可考慮**枳實消痞湯**（主要成分包括枳實、厚朴、半夏、陳皮等），臨床試驗發現本方針對加快胃排空速度特別有效，適合排空速度遲緩、食後易脹不適型的糖尿病胃輕癱患者使用。

對於胃動素水平偏低、胃蠕動明顯不足的患者，建議選用**建脾消滯湯**（組成包含黨參、白朮、茯苓、山楂、麥芽、砂仁、神麩等健脾消食藥材）。該方能有效促進胃泌素分泌，活化胃動能力，改善整體消化功能，對於胃腸活力低下的患者具有積極意義。

此外，**香砂六君子湯（黨參、白朮、茯苓、甘草、陳皮、半夏、木香、砂仁、生薑、大棗）**與**柴芩溫膽湯（柴胡、黃芩、半夏、陳皮、茯苓、生薑、竹茹、枳殼）**也在統合研究中被納入分析。雖然主要數據未特別突出，但在臨床應用上仍具有補充意義。若患者脾虛夾痰濕、脘腹痞滿，建議使用香砂六君子湯，加強健脾化濕、行氣止嘔；若合併明顯情志鬱結、焦慮不安、睡眠障礙等情況，則可考慮使用柴芩溫膽湯，以疏肝清熱、理氣化痰、安神定志，有助於綜合治療腸胃與精神狀態。



■ 針灸治療

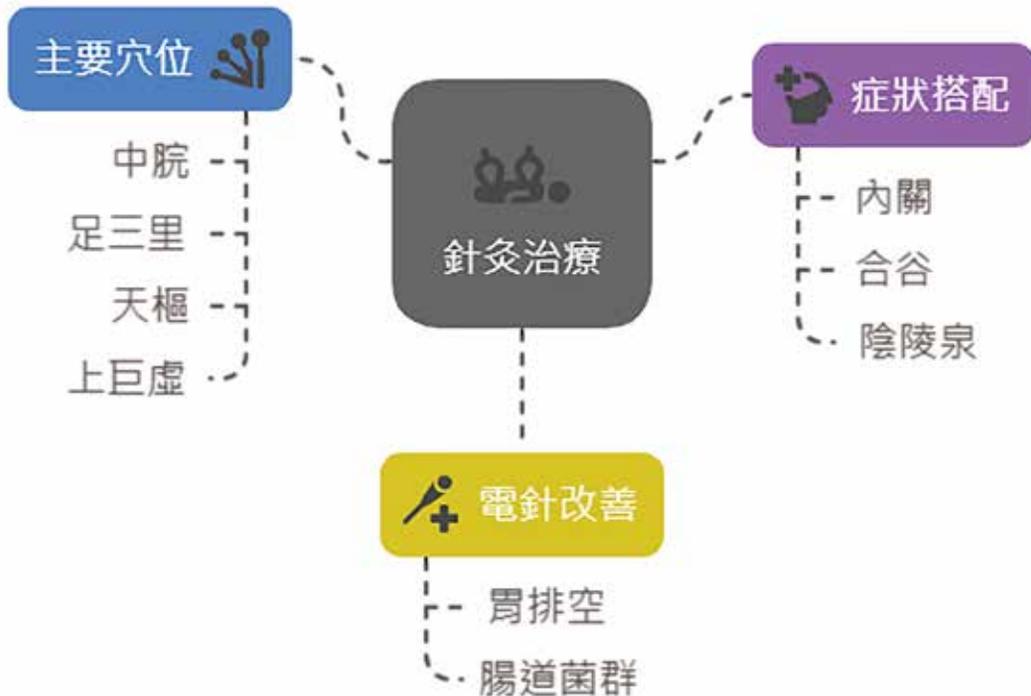
針灸治療以調和脾胃、升清降濁為核心原則，取穴建議兼顧脾經、胃經、任脈與肝經，並視症選用補瀉手法或電針協助氣機升降。

針對以腹脹明顯、食後飽悶、納差、噁心為主要症狀的病患，建議「調和脾胃針法」以**中脘、足三里為主穴**，**搭配天樞、上巨虛、太白、太淵、章門**等健脾運胃、調腸通腑之穴。合併氣滯症狀者可加用內關、合谷；濕重或腹脹者宜加陰陵泉、豐隆；若氣虛明顯，則可佐以氣海、關元。操作方式方面，傳統針刺可依「調和脾胃」法進行，留針 15-20 分鐘。

主要症狀為打嗝嘔氣，合併有胃脘脹痛、噯氣頻作、噁心嘔吐、進食後症狀加重的病患，亦可採用「蒼龜探穴針法」配穴，以**足三里、中脘、內關、三陰交為對穴**。

餐後腹脹、排便不暢、胃脘重墜、伴有腸道菌群失衡者，則可以考慮採用升清降濁理論下的電針治療，取穴**中脘、天樞、上巨虛、足三里、太白、太淵**等穴，並雙側對稱，治療 30 分鐘，每週 5 次，療程 2 週。研究顯示此法除改善胃腸道症狀外，並能調整腸道微生態環境，抑制假單胞菌、促進有益菌的增長，對改善糖尿病性胃腸功能障礙有長期正效益。

針灸治療糖尿病胃輕癱



■ 艾灸治療

針對脾胃虛寒型胃輕癱，患者常表現為空腹時胃痛，腹部有冰涼感，胃痛經過按摩或熱敷後可暫時緩解。進食後容易感到脹滿，食慾不振，伴隨四肢無力、精神疲憊等全身虛弱的情況。腸胃功能障礙亦可引起腹瀉，舌苔多呈白膩，舌質胖大並可見齒痕，脈象則多見緩弱。

依據統合研究結果，建議臨床中醫師可將艾灸療法納入脾胃虛寒型胃輕癱的治療計畫，以改善胃輕癱患者常見之胃排空遲緩、胃脹痛、食慾不振及消化不良等症狀。臨床操作時，建議優先選用**足三里與中脘**作為**主要治療穴位**。足三里為足陽明胃經的重要穴位，具有治療脾胃、益氣和胃之功效；中脘為胃之募穴，善於和胃降逆、健脾化濕，二穴合用可雙向調節胃腸功能，促進胃排空，改善消化功能失調。

艾灸操作上，可採用溫和灸法，以艾條懸灸為主，每次治療時將點燃之艾條保持距離皮膚約 2 至 3 公分，以局部皮膚感覺溫暖舒適、微微發紅為度，避免燙傷。每穴灸治 20 至 30 分鐘，一週建議治療 2 至 3 次，連續療程可設計為 4 至 6 週，視病患病情調整。針對脾胃虛寒型的糖尿病性胃輕癱，亦可於寒象較重的患者加灸神闕與關元，以增強溫陽益氣、固護中焦的作用。若患者合併有四肢乏力、精神萎靡，則可加灸氣海，以助補氣振脾。

此外，在實施艾灸療程期間，也建議配合溫補脾胃、散寒止痛的中藥方劑，以發揮協同增效的治療效果。臨床被廣泛應用的方劑包括：**黃耆建中湯**，此方以黃耆、桂枝、白芍、生薑、大棗、炙甘草等藥材組成，具有益氣健脾、溫中補虛、緩急止痛之效，特別適合脾胃氣虛夾寒所致之胃輕癱患者使用，可促進胃排空，改善脘腹脹悶、食慾不振、疲倦無力等症狀；另有研究應用**三和湯**（丹參、百合、茯苓、烏藥、黃耆、香附、白朮、高良薑、砂仁等）進行搭配治療，能進一步溫中補氣、行氣化滯，尤其適用於胃氣下陷、脘腹寒痛的患者。



部分文獻亦建議採用中藥敷貼法，如於中脘、神闕等穴位外敷溫陽藥膏（常用藥材如附子、乾薑、肉桂、吳茱萸），藉由經皮吸收以加強溫陽健脾之功效，對於寒象明顯者尤為適合。

衛生教育

對於糖尿病性胃輕癱患者，良好的日常生活管理與早期察覺病情變化至關重要。首先，飲食調整是基本而核心的策略，患者應選擇低脂肪、低纖維、易消化且少渣的食物，避免油炸、辛辣、粗糙難消化的食材，以減輕胃的排空負擔。建議採取少量多餐的進食方式，每日進食四至六小餐，避免一次性大量飲食造成胃脹不適。此外，進餐時應細嚼慢嚥，進食後保持身體直立至少一至兩小時，以促進胃排空並減少胃食道逆流的風險。適度控制血糖極為重要，因血糖過高會直接抑制胃排空功能，因此需依照醫囑規律服用降血糖藥物或施打胰島素，並定期監測血糖變化。日常生活中應避免吸菸與過量飲酒，因這些因素會進一步破壞胃腸神經與血管功能。適當運動如散步有助於促進胃腸蠕動，但需避免過度劇烈運動，以免引起血糖波動或胃脘不適。

在衛教中，亦需提醒患者警覺病情惡化的徵兆，如噁心嘔吐頻率明顯增加、進食後飽脹感持續延長至數小時以上、體重急劇下降、食慾明顯減退、出現持續性上腹部疼痛，或餐後血糖控制愈來愈困難、低血糖發作頻繁，這些現象可能提示胃排空功能進一步惡化或合併其他併發症。特別是當出現反覆嘔吐伴有無法進食、脫水症狀如口乾、尿量減少、頭暈或心悸時，應立即就醫處理，以免因嚴重營養不良或電解質紊亂引發更危險的後果。糖尿病性胃輕癱是一個需要長期管理的疾病，患者與醫療團隊間應保持良好溝通，按時回診追蹤胃排空情況與血糖控制狀況，才能延緩病情進展並維持良好的生活品質。

參考文獻

1. Zhang, Yu-Xin et al. "Effectiveness and safety of traditional Chinese medicine decoction for diabetic gastroparesis: A network meta-analysis." *World journal of diabetes* vol. 14,3 (2023) : 313-342. doi:10.4239/wjd.v14.i3.313
2. Zhang, Ping et al. *Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion* vol. 27,4 (2007) : 258-60.
3. Lin, Wen-Jia et al. ““升清降浊”法电针调节肠道菌群改善糖尿病胃肠功能障碍的临床疗效观察” [Clinical efficacy observation of electroacupuncture based on the "ascending lucidity and descending turbidity" theory : a study of gut microbiota in patients with diabetic gastrointestinal dysfunction]. *Zhen ci yan jiu = Acupuncture research* vol. 49,10 (2024) : 1084-1091. doi:10.13702/j.1000-0607.20230690
4. Zeng, Hong-Wen, and Tie-Ju Chai. *Zhongguo Zhen*. vol. 28,8 (2008) : 576-8.
5. Gan, Qingwen et al. "Effectiveness of Moxibustion Combined with Chinese Medicine in the Treatment of Spleen and Stomach Deficiency Cold-Type Gastroparesis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM* vol. 2022 6552819. 10 Nov. 2022, doi:10.1155/2022/6552819

糖尿病腎病

Diabetic nephropathy, DN

本章學習重點

1. 糖尿病腎病的中藥治療依據辨證論治原則，常見治法包括益氣活血（如黃耆、黨參、丹參）、補腎固本（如冬蟲夏草）、補腎陽利水（如真武湯）、氣陰兩虛通腑泄濁（如大黃合何首烏），並可依據辨症加減藥味，調整治療策略以提升腎單位修復與改善腎小球功能。
2. 統合分析顯示，中藥合併使用 ACEI 或 ARB，可顯著降低尿蛋白、血清肌酐與尿素氮，並改善糖脂代謝。中藥合併 ACEI 對早中期腎功能保護尤為明顯，合併 ARB 則有助於延緩病程進展至終末期腎病。
3. 針灸治療糖尿病腎病變以「脾腎同調、標本兼治」為原則，透過核心八穴（中脘、地機、血海、足三里、三陰交、脾俞、腎俞、陰陵泉）調氣活血、健脾補腎、利濕通絡，有助改善腎功能、血糖與血脂指標，建議每週施針 3 至 5 次、連續療程 4 至 8 週

定義

糖尿病腎病是糖尿病導致的微血管併發症中最具代表性的疾病之一，亦是成人終末期腎病（End-Stage Renal Disease, ESRD）最主要的病因。其本質是糖尿病長期未能良好控制所引發的腎臟微血管病變，導致腎小球過濾功能異常與腎間質纖維化。發病過程潛移默化，往往在出現明顯腎功能異常時已屬中晚期，且若未及時控制，最終將導致患者需長期透析或腎移植，對個人、家庭與社會皆構成極大負擔。

臨床症狀

早期患者通常無自覺症狀，僅可在實驗室檢查中發現微量白蛋白尿（microalbuminuria），此階段若能有效干預，腎損傷尚有機會逆轉。隨病情惡化，逐漸出現大量蛋白尿、水腫、夜尿頻多、倦怠乏力、貧血、高血壓等症狀；晚期甚至出現高血鉀、酸中毒、心衰竭及尿毒症等終末期表現。特別的是，與其他腎病不同，糖尿病腎病患者在出現蛋白尿的同時，其腎功能（GFR）可維持一段時間穩定，因此須高度警覺並定期追蹤。

依據 Mogensen 分期法，DN 可劃分為五期：(1) 高濾過期：病程初期，腎小球過濾率（GFR）升高，但無臨床症狀；(2) 腎組織病變期：結構已有病理變化，尿檢仍屬正常；(3) 早期腎病期（微量白蛋白尿期）：每日尿白蛋白排出量 30–300 mg，常被視為 DN 最重要的早期警訊；(4) 臨

床蛋白尿期：蛋白尿量 >300 mg/day，開始出現水腫、高血壓，腎功能逐漸下降；(5) 腎衰竭期：GFR<15 mL/min，屬終末期，需考慮透析或腎移植。

在中醫辨證分型方面，常見的臨床證型可分為以下三類：一是肝腎陰虛型，表現為腰膝痠軟、頭暈耳鳴、口乾咽燥等；二是氣血陰陽兩虛型，多見於病程久遠、正虛明顯，兼見疲倦乏力、自汗心悸等症；三是脾腎陽虛型，多見於水腫、畏寒、浮腫、尿多清長等症，屬寒濕內盛型，常伴腸胃功能障礙。

病理機轉

糖尿病腎病 (Diabetic Nephropathy, DN) 的病理機轉從西醫觀點來看，是由多重代謝異常與血流動力學改變所導致的腎臟結構與功能損傷。長期高血糖會促進終末糖基化產物 (AGEs) 堆積，這些產物與其受體結合後誘發細胞內訊息傳遞，引發氧化壓力與慢性發炎反應，進一步破壞腎小球與腎小管上皮細胞。此外，高血糖還會活化多元醇通路與蛋白激酶 C (PKC) 路徑，導致血管收縮因子如內皮素與血管內皮生長因子升高，促使腎臟微血管病變惡化。另一方面，腎素-血管張力素-醛固酮系統 (RAAS) 的活化也是關鍵因素之一，它促進血管收縮與鈉水潴留，增加腎小球內壓，加劇蛋白尿與腎小球硬化。隨著病情發展，活性氧 (ROS) 大量產生，誘導轉化生長因子 (TGF- β) 等纖維化因子表現，使腎小球基底膜增厚、系膜擴張，最終發展為腎小球硬化與腎間質纖維化，進而導致腎功能進一步衰退。

從中醫角度而言，糖尿病腎病病機本質為本虛標實，臟腑虧損與痰濕瘀阻交織而成。患者多因先天稟賦不足或後天失調，致使腎陰虧損，進而出現肝腎陰虛之證，表現為腰膝痠軟、頭暈耳鳴、煩熱口乾。病久則氣陰兩虛，甚至陰陽俱虛，導致氣化無力、水濕內停，產生浮腫與小便不利等症狀。脾虛則濕濁內生，轉為痰飲，與血瘀膠結阻滯腎絡，影響腎之濡養功能；再加上濕熱內蘊，熱毒耗傷陰液，形成腎虛夾實之病勢。中醫認為腎主水、藏精，是先天之本，而脾為後天之本，兩者相互資生；脾虛則化源不足，腎虛則氣化失司，水濕難運，痰濁易聚。

中醫照護

■ 中藥治療

糖尿病腎病變的中藥治療應依據辨證論治原則，在益氣活血、補腎利水與調整氣陰平衡之間取得整體協調。在益氣活血方面，常用藥物包括黃耆與黨參，可扶正強氣、促進微循環，並與丹參、赤芍、桃仁協同發揮活血化瘀、改善腎小球血流灌注的作用；地黃與山藥則有補腎固本的功效，有助延緩腎單位受損。補腎陽利水方面，可使用附子、白朮、茯苓、白芍與生薑，具有溫腎助陽、健脾化濕與利水消腫的作用。針對蛋白尿明顯的氣陰兩虛患者，推薦使用大黃、黃耆、桑白皮、黨參、白朮、茯苓、制何首烏、白芍、丹參與車前草，這些藥物可通腑泄濁、益氣化瘀、滲濕利水。對於腎氣不足者，可適當選用冬蟲夏草，可補腎益肺。針對血清肌酐升高者，可使用三七、黃耆、丹參與玄參，以益氣活血、清熱滋陰、改善腎小球功能。對於濕熱內蘊、氣機升降失調的證型，薑黃、大黃、僵蠶與蟬蛻可兼具清熱化濕、通絡解毒與調氣作用。

◇ 益氣活血治法

根據 2021 年發表於《Annals of Palliative Medicine》的系統性回顧與統合分析，益氣活血方在常規西醫治療基礎上能顯著改善多項腎功能與代謝相關指標，包含降低尿液微量白蛋白排泄率 (UAER)、血清肌酸酐 (SCr)、尿素氮 (BUN)，同時有效降低空腹血糖 (FBG)、糖化血紅素 (HbA1c)、總膽固醇 (TC) 與三酸甘油酯 (TG) 等，顯示出益氣活血法不僅具腎保護效果，亦可改善患者的糖脂代謝與微血管病變。臨床上，此類組方適用於見有氣虛血瘀證型者，如見神疲乏力、腰膝痠軟、口乾咽燥、面色萎黃、舌質黯或有瘀點、脈沉細澀等表現。其理論基礎在於「氣行則血行」，益氣以促血運，活血以通經絡、化瘀解毒，從而改善腎小球微循環障礙，提升腎單位修復能力。常用藥物如黃耆、黨參以益氣扶正，丹參、赤芍、桃仁以活血化瘀，配伍地黃、山藥等以補腎固本。在臨床應用中，應依據患者病程階段靈活加減藥味，早期以扶正氣為主，中晚期兼顧祛瘀、通絡與腎臟保護。

◇ 補腎陽利水治法

從臨床試驗研究分析可知，真武湯對於腎陽虛型糖尿病腎病變患者具有明顯的治療優勢，能有效改善蛋白尿、腎功能指標如血清肌酐與尿素氮，同時有助於空腹血糖的控制。臨床上，若見患者表現為畏寒肢冷、腰膝痠軟、水腫、小便不利、神疲乏力，舌質淡胖、苔白滑，脈沉細或沉無力者，符合脾腎陽虛、水濕內停之證，則為真武湯適應之證型。**真武湯**中附子溫腎助陽，白朮健脾燥濕，茯苓滲濕利水，白芍柔肝止痛，生薑溫中散寒，五藥配伍相得，共奏溫陽化濕、健脾利水之效，對於水濕泛濫型腎病表現具有明確療效。治療期間應定期追蹤血糖與腎功能指標，並視患者反應酌情加減藥味，如出現陰虛火旺、煩熱口乾等反應，則應審慎辨證，必要時調整方藥或佐以滋陰藥物以達陰陽平衡。此外，治療不宜拘泥於方劑本身，需依據患者具體證型進行靈活運用，例如兼見氣虛者可加黨參、黃耆，兼血瘀者加丹參、澤瀉等。

◇ 其他治療策略選擇

針對早期糖尿病腎病的中醫臨床治療，依據現有統合分析研究成果，建議中醫師在臨床治療時，可依據患者不同的病理特點與症候表現，選擇最具針對性的中藥進行加強治療。在實際應用層面，儘管目前有實證研究驗證成效的中成藥中，有許多尚未在台灣取得正式藥證，無法直接使用於臨床處方，但這些藥物的配方結構、組方思維與治療目標，仍具有臨床參考價值。

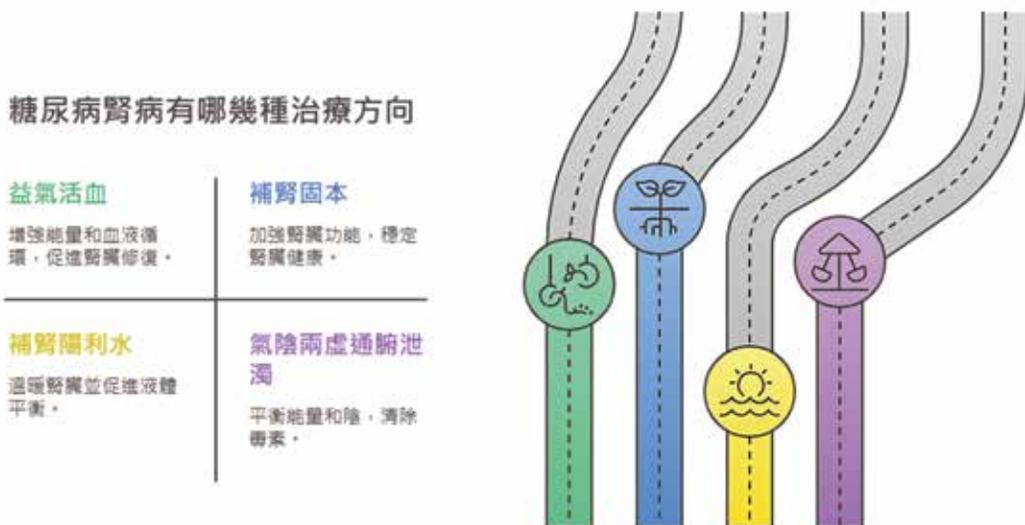
對於以蛋白尿為主要表現的患者，特別是尿白蛋白排泄量升高者，建議使用尿毒清顆粒（主要組成為大黃、黃耆、桑白皮、黨參、白朮、茯苓、制何首烏、白芍、丹參與車前草）合併 ACEI 或 ARB，其在降低 UAER 方面顯示出最佳效果，臨床可考慮用於氣陰兩虛、腎虛挾瘀型患者，以改善微血管滲漏與腎小球過濾障礙。

若患者表現為 24 小時尿蛋白明顯升高，建議選用金水寶膠囊合併西藥，**金水寶為冬蟲夏草發酵菌粉**，功效為補腎益肺，對於腎氣不足、痰濁內阻型患者尤為適合；此外，對於伴有高血脂或慢性低度發炎狀態的患者（例如伴有高三酸甘油酯、總膽固醇與 C 反應蛋白升高），一樣以發酵蟲草菌絲體為主的百靈膠囊 (Bailing capsule) 在改善這些代謝與發炎指標上表現突出。白靈來源於發酵蟲草菌絲體，具有補肺益腎、調節免疫的功能，適用於氣陰兩虛、代謝失調的糖尿病腎病早期患者。

若患者主要症狀為血肌酐升高，反映腎小球功能受損，可選擇復方**血栓通膠囊**（組成為**三七、黃耆、丹參與玄參**）與 ACEI/ARB 併用，其對降低血肌酐最具療效，適用於腎虛血瘀夾濕熱的病機，臨床上可見下肢浮腫、腰膝酸軟、舌質暗紅有瘀點等表現。

透過研究中中成藥的能效與組方邏輯，台灣的中醫師可依據現行可用的中藥材或複方，靈活進行處方替代或加減應用。如利用「黃耆、丹參、三七」組合對應血栓通膠囊的活血益氣方略，或以「冬蟲夏草、枸杞、山藥」強化金水寶的補腎養精思路。

近年來的統合分析研究顯示，**升降散**（主要成分為**薑黃、大黃、僵蠶、蟬蛻**）在結合現代西醫治療後，對於降低糖尿病腎病變患者的 24 小時尿蛋白、尿白蛋白排泄率（UAER）、微量白蛋白尿（mALB）、尿素氮（BUN）、血清肌酐（Scr）等腎功能指標具有顯著療效，並能同步改善血糖控制（如空腹血糖、餐後兩小時血糖、糖化血色素）與血脂異常（總膽固醇、三酸甘油酯），表現出明確的腎保護及代謝調節作用。臨床建議，若患者呈現濕熱蘊結、氣機升降失常、兼見舌紅苔膩、脈滑數等熱滯證象，升降散可作為治療核心方劑之一，並依據病情階段與個體體質進行加減運用。須注意的是，研究指出升降散對病程中後期（尤其第四期）及血糖控制不佳者療效更為明顯，提示其在腎損傷程度較重或代謝失衡明顯時更具臨床價值。



◇ 中西藥合併治療選擇策略

針對糖尿病腎病的中醫照護策略，臨床中醫師可考慮依據實證研究的結果，將中藥納入為核心治療之一，並與常規西藥如血管張力素轉換酶抑制劑（ACEI）或血管張力素 II 受體阻斷劑（ARB）

合併使用，以提升療效。研究顯示，單獨使用益氣養陰、活血通絡類的中藥已有不錯的腎保護效果，但與 ACEI 或 ARB 合併後，其在降低尿蛋白、血清肌酸酐與尿素氮方面的成效更為顯著，甚至優於現行單用西藥治療。

從統合分析結果來看，中藥合併 ACEI 與中藥合併 ARB 在治療糖尿病腎病方面各有其優勢與特色。中藥合併 ACEI 的組合在改善腎功能三大指標方面表現最為突出，無論是降低 24 小時尿蛋白、血清肌酸酐，還是血尿素氮濃度，其療效均優於其他治療策略，顯示此組合對於延緩腎功能惡化的效果非常明顯，特別適用於腎損傷初期或中期、有顯著蛋白尿的病人。ACEI 的主要作用機轉是抑制血管張力素轉換酶，減少腎絲球高壓，與中藥中活血化瘀、益氣養陰的作用相輔相成，對於改善腎臟微循環、降低炎症與氧化壓力有協同效果。

相較之下，中藥合併 ARB 的組合雖在短期內對尿蛋白與肌酸酐改善略遜一籌，但在降低終末期腎病 (ESRD) 發生率方面則表現最為突出，在預防腎病進展至最嚴重階段具有最高的可能性，這也意味著此組合對於病程控制與長期腎臟保護有其獨特優勢。ARB 主要阻斷血管張力素 II 與其受體結合，進一步降低腎小球內壓與纖維化反應，中藥的加乘效果可能進一步調節免疫反應與抗纖維化，有助於防止病情惡化。因此，在臨床上，若以延緩終末期腎病發生為主要治療目標，可優先考慮使用中藥合併 ARB 的策略，特別適合腎病病程較長或已有結構性變化的患者。

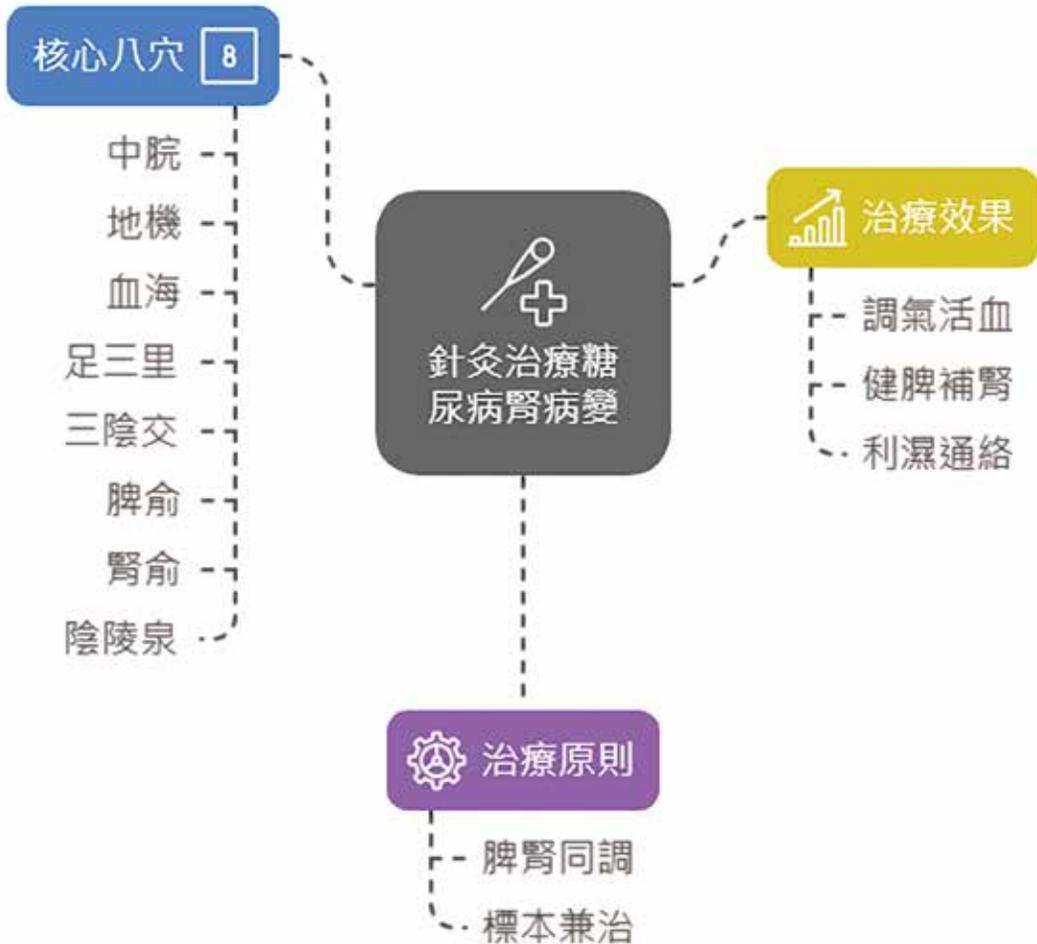
■ 針灸治療

針對糖尿病腎病變患者，統合分析研究結果指出，與單純西藥治療相比，針灸合併治療能顯著改善腎功能（包括尿白蛋白、尿微量白蛋白、尿 β_2 -微球蛋白、血清肌酸酐、血糖（空腹血糖、糖化血紅素、餐後兩小時血糖）以及血脂（總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇）等多項指標。

經由頻率分析與關聯規則挖掘，建議臨床可以將下列八個核心治療腧穴作為臨床主要取穴依據，分別為**中腕、地機、血海、足三里、三陰交、脾俞、腎俞與陰陵泉**。其中，中腕、地機與血海為第一組，重點在於調中理氣、化瘀活血，有助於改善糖尿病腎病變所致的微血管循環障礙與高凝狀態；足三里、三陰交、脾俞、腎俞與陰陵泉則為第二組，偏重補脾益腎、健運水濕，適用於脾腎兩虛、濕濁內停之證型。兩組腧穴配合施用，可從補虛與祛邪雙向介入，提升腎臟代謝與修復能力，符合「脾腎同調」、「標本兼顧」之治則。

具體施針方式方面，足三里、三陰交、陰陵泉、地機與血海皆可採直刺 1 至 1.5 寸，針感宜得氣透脹但不過強，留針時間 15 至 20 分鐘；中腕則可直刺 1 至 1.5 寸，針刺前須注意避免飽腹與孕婦患者；腎俞與脾俞位於背部，可採斜刺 0.5 至 1 寸，針尖朝脊柱方向，有助強化補腎健脾之力。每週建議施針 3 至 5 次，連續療程 4 至 8 週，療效觀察期可同步追蹤腎功能、血糖與血脂指標變化。

針灸治療糖尿病腎病變



衛生教育

對於糖尿病腎病患者而言，良好的衛生教育是延緩病情惡化、維持生活品質的關鍵。首先，病患應嚴格控制血糖，遵照醫師指示定期監測空腹血糖與糖化血色素，避免血糖波動過大對腎臟造成進一步傷害；同時需控制血壓與血脂，維持理想的收縮壓與舒張壓範圍，減少腎絲球高壓狀態。飲食方面應低鹽、低蛋白、低脂肪攝取，特別要避免高鈉與高磷食物，如加工食品、內臟類與鹹漬品，並適度控制水分攝取量，以防水腫惡化。日常應培養規律作息，避免過度疲勞與情緒波動，適度運動如散步、太極有助於促進血液循環與代謝。用藥方面要遵醫囑服藥，不可隨意停藥或服用不明藥物。

在病情監測上，患者需警覺若出現泡泡尿持續不退、夜尿次數明顯增加、下肢水腫、體重異常上升、疲倦無力加重、食慾下降、噁心嘔吐、皮膚搔癢、貧血臉色蒼白或血壓控制困難等現象，可能表示病情正在惡化，應儘速回診進行腎功能檢查。此外，若合併高血鉀時，可能會出現心悸、四肢無力甚至心律不整，亦需立即就醫。透過日常自我管理與定期追蹤，配合個別化醫療指導與中西醫整合治療，可有效延緩糖尿病腎病的進展，減少進入透析階段的風險。

參考文獻

1. Zhao, Jie et al. "Comparative efficacy of seven Chinese patent medicines for early diabetic kidney disease: A Bayesian network meta-analysis." *Complementary therapies in medicine* vol. 67 (2022) : 102831. doi:10.1016/j.ctim.2022.102831
2. Zhang, Lili et al. "Comparative effectiveness of traditional Chinese medicine and angiotensin converting enzyme inhibitors, angiotensin receptor blockers, and sodium glucose cotransporter inhibitors in patients with diabetic kidney disease: A systematic review and network meta-analysis." *Pharmacological research* vol. 177 (2022) : 106111. doi:10.1016/j.phrs.2022.106111
3. Lv, Xialin et al. "Efficacy and Safety of Zhenwu Decoction in the Treatment of Diabetic Nephropathy: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM* vol. 2022 2133705. 1 Nov. 2022, doi:10.1155/2022/2133705
4. Zhang, Zhuofan et al. "Efficacy and safety of the traditional Chinese formula Shengjiang powder combined with conventional therapy in the treatment of diabetic kidney disease: a systematic review and meta-analysis." *Frontiers in endocrinology* vol. 15 1400939. 23 Jul. 2024, doi:10.3389/fendo.2024.1400939
5. Ye, Chun et al. "Therapeutic effects of Yiqi Huoxue prescription on diabetic nephropathy: a meta-analysis and systematic review." *Annals of palliative medicine* vol. 10,6 (2021) : 6617-6629. doi:10.21037/apm-21-1147
6. Yu, Yunfeng et al. "A strategic study of acupuncture for diabetic kidney disease based on meta-analysis and data mining." *Frontiers in endocrinology* vol. 15 1273265. 26 Feb. 2024, doi:10.3389/fendo.2024.1273265
7. Liu, Xiaoyu et al. "Clinical trials of traditional Chinese medicine in the treatment of diabetic nephropathy--a systematic review based on a subgroup analysis." *Journal of ethnopharmacology* vol. 151,2 (2014) : 810-9. doi:10.1016/j.jep.2013.11.028

三高

相關的慢性疾病中醫治療



代謝症候群

Metabolic syndrome

本章學習重點

1. 1. 針對痰濕型肥胖選用苓桂朮甘湯，促進水濕代謝；濕熱型肥胖選用防風通聖散，清熱利濕；肝鬱型肥胖選用建脾疏肝降脂方或加減柴胡疏肝散，疏肝解鬱，調和脾胃。此外，近年國際研究亦提出新鞠消膏方（大黃、黃連、決明子、枳實）與減重中藥干預療法（靈芝、黃連、黃耆、蓮子、枳殼）等新型中藥複方，針對肥胖合併胰島素阻抗、代謝紊亂或早期腎損害表現出良好療效。
2. 2. 針灸治療以中脘、足三里、天樞、三陰交、氣海、豐隆等穴位治療脾胃、利水消腫、改善脂肪代謝；拔罐治療選取中脘、水分、氣海、天樞、帶脈、水道等穴位進行定點或走罐刺激，顯著減少腰圍與 BMI；穴位埋線以中脘、梁門、滑肉門、天樞、帶脈、關元、大腸俞、脾俞、足三里、陰陵泉、豐隆等穴為主，每週一次，有效降低血糖、血脂與體脂肪。
3. 3. 耳針治療以飢點、神門、脾、胃、內分泌、大腸、口、肺、交感等穴位為主，透過每日按壓刺激，促進體重及 BMI 下降。根據系統性回顧結果，耳針在肥胖症控制中展現顯著優勢，且副作用輕微，適合長期輔助治療。

定義

代謝症候群 (Metabolic syndrome) 是一組相互關聯的代謝異常狀態，主要特徵包括中心型肥胖、胰島素阻抗、血脂異常（高三酸甘油酯血症、低高密度脂蛋白膽固醇血症）、高血壓與高血糖。這些異常若同時存在，會大幅增加心血管疾病、第二型糖尿病及其他慢性病（如脂肪肝、慢性腎臟病）之風險。依據國際糖尿病聯盟 (IDF)、美國心臟學會 (AHA/NHLBI) 等組織的定義標準，診斷通常需具備三項或以上危險因子，例如腰圍超過特定族群標準、空腹血糖異常 (≥ 100 mg/dL 或已診斷糖尿病)、血壓升高 ($\geq 130/85$ mmHg 或正在使用降壓藥物)、三酸甘油酯上升 (≥ 150 mg/dL)、高密度脂蛋白膽固醇 (HDL-C) 下降 (男性 < 40 mg/dL、女性 < 50 mg/dL)。

臨床症狀

代謝症候群本身在早期可能無明顯自覺症狀，通常是藉由健康檢查或偶然血液檢驗時發現異常。不過隨著時間推移，患者可能逐漸出現腹部肥胖、疲倦感、運動耐受力下降、皮膚黑色棘皮症 (Acanthosis nigricans，特別見於頸部、腋下)、多汗、易飢餓感，甚至因血壓升高而出現頭痛、

心悸等現象。當血糖持續升高未受控制時，亦可能逐漸進展為第二型糖尿病，出現多飲、多尿、體重減輕等典型症狀。

目前在國際醫學界對代謝症候群的「分期」並無一套公認的正式標準，不過部分文獻會根據危險因子數量或程度（如血糖控制的惡化、脂肪堆積的加劇）區分為早期、中期與晚期。早期多為單一或輕度異常，如輕微血壓上升或輕度腹型肥胖；中期時會累積多重代謝異常，且指標惡化明顯；晚期則進一步發展成器官損害，如糖尿病、心肌梗塞、中風等。

病理機轉

在西醫觀點下，代謝症候群的病理機轉核心在於胰島素阻抗（insulin resistance）與慢性低度發炎（chronic low-grade inflammation）。胰島素阻抗是指身體對胰島素的生理反應下降，導致葡萄糖無法有效進入細胞利用，使血糖升高，胰臟為了代償進而分泌更多胰島素（高胰島素血症）。這種代償性高胰島素狀態又會促進脂肪組織特別是內臟脂肪的堆積，並進一步加劇胰島素阻抗，形成惡性循環。內臟脂肪細胞分泌大量促發炎細胞因子（如 TNF- α 、IL-6）、抑制抗發炎細胞因子（如 adiponectin），導致慢性低度發炎狀態，進一步損傷血管內皮細胞，造成血管收縮、硬化及高血壓。此外，脂肪代謝異常導致血中三酸甘油酯升高與高密度脂蛋白膽固醇下降，也是心血管疾病風險增加的重要機制。肝臟也受影響，出現非酒精性脂肪肝（NAFLD），進一步惡化代謝異常。總之，代謝症候群的形成是多器官、多系統交互失衡的結果，以胰島素阻抗、內臟肥胖與慢性發炎為關鍵驅動因素。

在中醫理論中，代謝症候群雖屬現代病名，但可對應於古籍中「消渴」、「痰濁」、「脹滿」、「眩暈」等病機範疇。其病理機轉以「脾虛」、「痰濕」、「肝鬱」與「血瘀」為主軸。脾主運化，脾虛則水濕停聚，易形成痰濁，痰濁阻滯經絡、氣血運行不暢，進一步影響氣機升降，表現為肥胖、倦怠、納呆、腹脹等。肝主疏泄，肝氣鬱結則影響脾胃運化功能，氣機鬱滯可導致情緒抑鬱、食慾異常、血壓升高。痰濕阻滯與肝鬱氣滯相互影響，可進一步演變為血瘀阻絡，血脈不暢則增加心腦血管疾病的風險。若病程日久，陰液虧耗，進一步出現「陰虛內熱」，加重內生燥熱之象，促使血糖升高、內臟器官受損。中醫強調「本虛標實」，即脾腎虧虛為本，痰濕、氣滯、血瘀為標，病勢錯綜複雜，且隨著個人體質不同，病機可出現多種變化。因此，中醫治療代謝症候群多從健脾化濕、疏肝理氣、活血化瘀、滋陰清熱等多方向整體治療，以期達到標本兼治的效果。

中醫照護

■ 中藥治療

在治療代謝症候群與肥胖症時，依據體質辨識選擇適當中藥方劑，可以大幅提升療效並減少副作用。根據本次系統性回顧結果，主要肥胖體質可分為三大類型：痰濕型、濕熱型與肝鬱型。臨床中，對於痰濕型肥胖患者，常見症狀如身體沉重、易疲勞、胸悶、腹脹、大便黏滯，且舌苔白膩，宜選用**苓桂朮甘湯**等健脾化濕方劑，這些方藥可有效促進水濕代謝，改善能量利用失衡，研究中

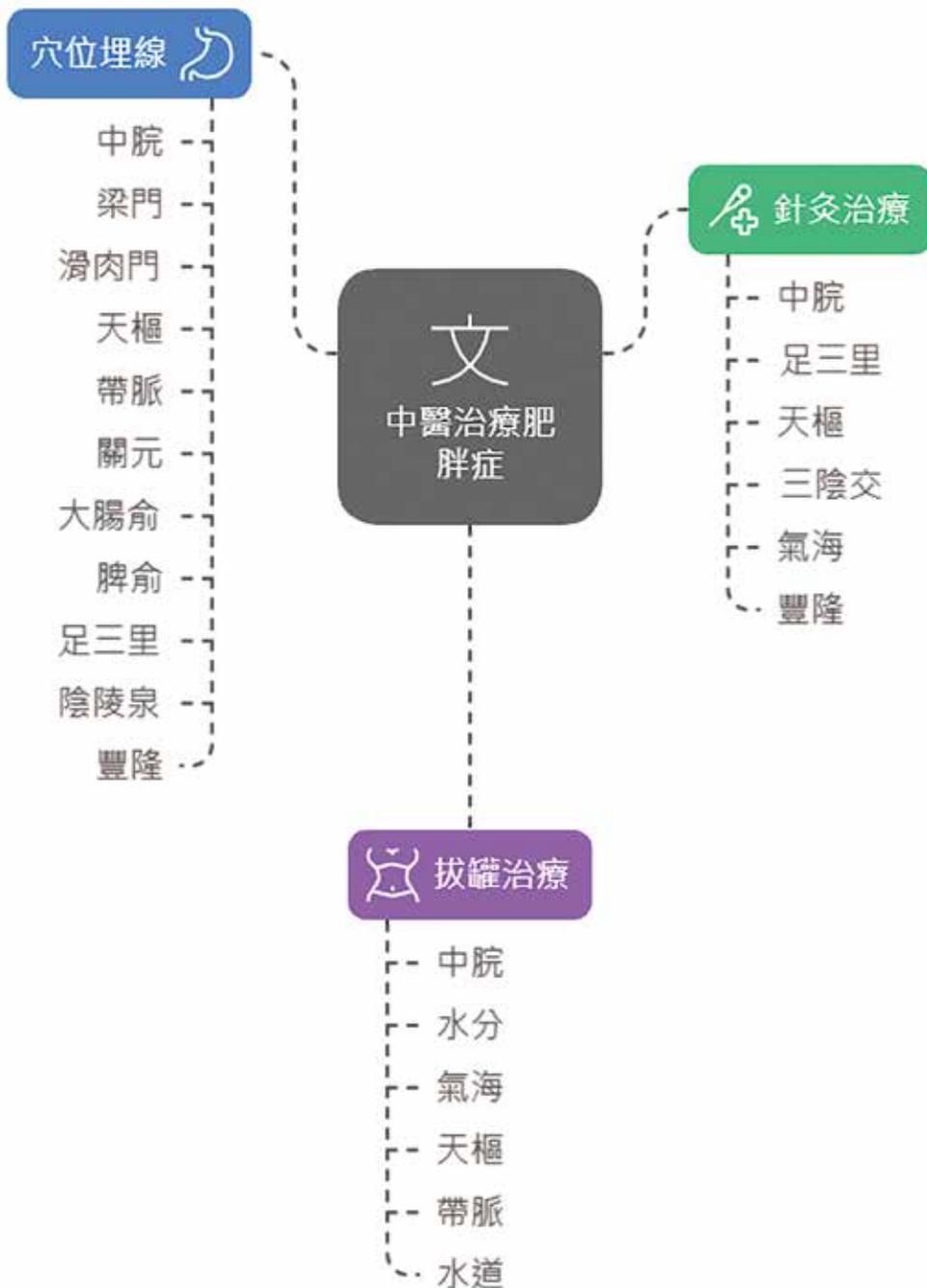
觀察到體重平均下降約 4 公斤，BMI 下降約 1.5，且副作用極低。若患者伴有明顯脾虛症狀，可加強補氣健脾，如加用補中益氣之藥。

針對濕熱型肥胖，臨床表現以口乾喜冷飲、便秘、小便短赤、舌紅苔黃膩為主，適合使用**防風通聖散**等，這類方劑能清熱利濕、疏理胃腸功能，在研究中亦顯示腰圍 (WC) 及臀圍 (HC) 有明顯改善，適用於進食過量、偏食油膩後肥胖者。但若誤用燥濕藥於熱證患者，可能加重內熱，故應仔細辨證。

至於肝鬱型肥胖，常見於情緒易怒、胸脅脹滿、情緒性飲食、月經不調者，宜選用健脾疏肝類方劑如建脾疏肝降脂方或加減柴胡疏肝散，透過疏肝解鬱、調和脾胃，能有效緩解情緒壓力相關的肥胖問題，臨床研究亦顯示此類患者在使用針對性方藥後，體重與 BMI 皆有顯著下降，且有助於改善總膽固醇及血脂異常。

除了傳統的處方，現代中醫師也積極創立新處方，根據目前的高品質臨床試驗結果，針對肥胖與代謝症候群的中醫治療策略，核心可以歸結為兩個重點：一是治療中焦濕熱、活血通腑以促進體重減輕及改善胰島素阻抗，二是結合補氣健脾、清熱化濕以優化代謝與內分泌功能，防止心腎負荷惡化。針對不同病理特徵，國際間新興的中藥複方如**新鞠消膏方** (Xin-Ju-Xiao-Gao-Fang，主要由大黃、黃連、決明子、枳實組成)、**防風通聖散**、**減重中藥干預療法** (W-LHIT，組成爲靈芝、黃連、黃耆、蓮子和枳殼)、**益氣化聚清利方** (主要組成爲黃耆、黃連、蒲黃、澤瀉、綠豆衣與附子) 與**益氣化瘀方** (組成爲黃耆、黃連、蒲黃、澤瀉、茵陳)，皆展現出特定適應證與療效，例如**新鞠消膏方**針對**體重過重合併胰島素阻抗者**，**防風通聖散**適用於**濕熱壅滯兼見實熱證型肥胖**，**減重中藥干預療法 W-LHIT** 則突出於**調整腸道菌相促進體重控制**，**益氣化聚清利方**與**益氣化瘀方**則特別適合**合併代謝紊亂或早期腎臟損害、高血壓者**。雖然上述新型中藥配方目前尚未在台灣正式上市，但這些複方的基本組成模式，例如以大黃、黃連、決明子、枳實清泄濕熱並通腑降脂，以防風、荊芥、薄荷疏風透表佐以利水瀉熱，或以黃耆、丹參、葛根兼顧補氣活血、調節血糖血脂，均提供了極具臨床參考價值的處方思路。台灣中醫師可根據患者證型，靈活參考這些組方原則，調配本地可用藥材，進行個別化加減與調整，兼顧安全性與療效，以應對肥胖與代謝性疾病患者日益增加的治療需求。

中醫治療肥胖症的穴位應用



■ 拔罐治療

針對代謝症候群患者，參考 Wu 等人 (2023) 於《Medicine》期刊發表的系統性回顧與統合分析，拔罐治療在臨床上展現出顯著的輔助療效，特別是在減少腰圍、降低體重、改善體品質指數 (BMI) 及降低低密度脂蛋白膽固醇 (LDL-C) 方面，且整體治療過程安全性良好，未見明顯不良反應。臨床中醫師在設計拔罐療程時，建議以腹部及背部穴位為主要施術區域。常用穴位包括**中脘穴、水分穴、氣海穴、天樞穴、帶脈穴、梁門穴、水道穴以及背部肩胛骨內緣區域 (T1 至 T3 脊椎旁)**。操作方式可依患者體質及症狀選擇吸氣拔罐、火罐或走罐 (也較滑罐或推罐，並非拔在定點而是塗抹適量潤滑劑，並在拔罐吸起後在不同穴位間移動)，治療頻率以每週二至三次或每兩日一次為宜，總療程建議維持 4 至 12 週，每次留罐時間可依部位與患者耐受度調整於 5 至 30 分鐘內，並密切觀察局部皮膚反應。

拔罐療程完成後，根據統合分析結果，患者的腰圍可望平均縮減約 6 公分，體重下降約 2.5 公斤，BMI 降低約 1.3 單位，LDL-C 血脂濃度亦有輕度下降，這些變化在臨床上具有重要意義，有助於減緩代謝症候群的進展，降低後續發展成糖尿病與心血管疾病的風險。由於拔罐屬於物理性療法，對於無法耐受減重藥物副作用的患者而言，提供了另一種安全而有效的輔助選擇。建議中醫師於拔罐治療期間，定期監測患者的腰圍、體重及血脂變化，並配合飲食與生活型態改善指導，提升整體治療成效。

■ 針灸治療

針對臨床中醫師於代謝症候群患者的針灸治療建議，可參考 Li 等人 (2020) 發表於《Acupuncture in Medicine》的統合分析結果，制定一套循證且系統性的臨床操作方案。代謝症候群為多重代謝異常的組合，常見包括腹部肥胖、血脂異常 (高三酸甘油脂、低高密度脂蛋白)、高血壓與空腹血糖上升等症狀，長期將增加心血管疾病、2 型糖尿病及其他慢性病的風險。臨床治療需兼顧調和臟腑、改善氣血運行與調節代謝功能，針灸因其整體性治療特性而成為一項極具潛力的輔助治療選項。

臨床建議使用的針灸穴位包括：**中脘、足三里、天樞、三陰交、氣海、大橫、合谷、下脘、關元、豐隆、脾俞、胃俞、肝俞及陰陵泉**。這些穴位涵蓋了腹部、四肢、背部的重要穴位點，其中中脘、天樞、氣海、關元屬於腹部要穴，重點治療脾胃運化與氣機升降；足三里、三陰交、陰陵泉則在於健脾益氣、利水消腫，對於脂肪堆積、代謝遲滯尤其有幫助；而豐隆穴作為痰濕重要穴位，常用以改善脂肪代謝異常，輔以脾俞、胃俞、肝俞加強臟腑本臟的調節功能。

操作方式建議以徒手針灸為主，確保施針後達成「得氣」感，如酸、脹、重、麻感明顯。針具選用直徑 0.25 ~ 0.30 mm，長度約 40 mm 的銀針或不銹鋼針，施針深度根據不同穴位由 0.5 至 1.5 寸不等。特別對豐隆 (ST40)、足三里 (ST36) 等穴，可選擇低頻電針輔助刺激，以增強調脂、降血糖之效果。留針時間每次建議 15 至 20 分鐘，治療頻率以每週 3 次為理想，施行連續六至十二週，累積療程至少達 35 次，以達到穩定且明顯的治療效果。

根據統合分析的結果，臨床預期成效如下：

1. 腰圍縮減：針灸治療組較對照組平均腰圍縮減 5.11 公分，對於中央型肥胖的改善具有顯著臨床意義，可有效降低心血管疾病與胰島素阻抗的風險。
2. 體重指數（BMI）下降：BMI 平均下降 2.54，接近一個體重分級的改善標準，對體態與代謝負擔均有助益。
3. 空腹血糖（FBG）下降：顯著改善空腹血糖指數，特別是搭配生活型態介入（如飲食運動指導）時，效果更為明顯，對糖尿病前期與早期 2 型糖尿病患者尤其有益。
4. 血脂改善：三酸甘油脂（TG）降低，高密度脂蛋白（HDL）提升，部分研究也顯示總膽固醇（TC）及低密度脂蛋白（LDL）亦有下降趨勢，有助於整體動脈硬化風險的控制。
5. 除了上述量化指標的改善外，許多研究也提到患者在精神狀態與生活品質方面亦有提升，可能與針灸對神經內分泌軸調節、減少慢性發炎有關。

在安全性方面，研究指出針灸治療的副作用極少，主要為少數局部出血或瘀青事件，整體中止率低（約 0.17%），顯示針灸是一項高度可接受且安全的輔助治療選擇。

因此，建議臨床中醫師在代謝症候群患者的治療規劃中，應積極納入以治療脾胃、疏肝理氣、健脾化濕為主的針灸介入策略，特別是針對以中央型肥胖、血脂異常及血糖升高為主要表現者。搭配生活型態調整與必要時的藥物治療，可望大幅提升代謝指標，降低患者長期慢性病風險，並增進生活品質。

■ 埋線治療

在代謝症候群的臨床照護中，穴位埋線療法可作為有效且安全的輔助治療手段。根據 2020 年發表於《針刺研究》的隨機對照試驗結果，建議中醫師在治療代謝症候群時，可選用以下穴位進行埋線操作：中脘穴、兩側梁門穴、兩側滑肉門穴、兩側天樞穴、兩側帶脈穴、關元穴、兩側大腸俞穴、兩側脾俞穴、兩側足三里穴、兩側陰陵泉穴、兩側豐隆穴。

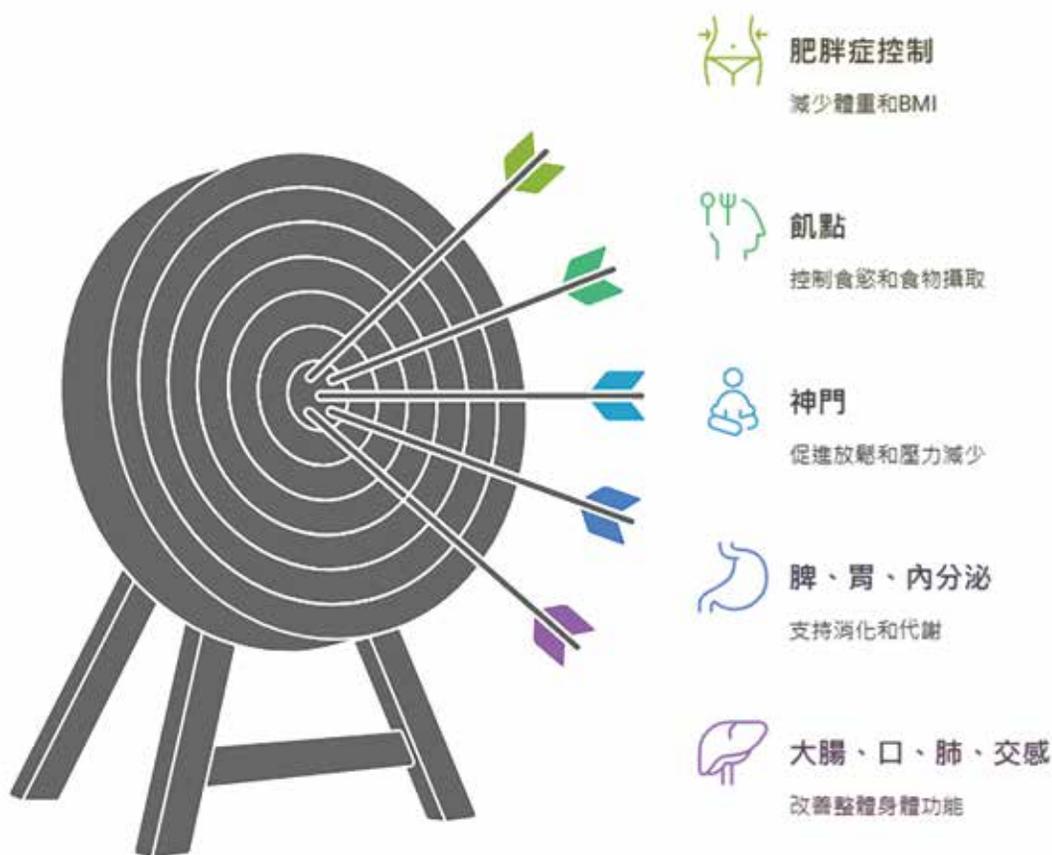
操作方式上，建議採取每 7 天進行一次穴位埋線，持續治療兩個療程（每個療程 42 天，共計約 12 次治療）。這樣的治療頻率，相較於每 14 天一次，能夠顯著改善患者的代謝指標，包括降低腰圍、臀圍、腰臀比、身體質量指數（BMI）、血清三酸甘油脂（TG）、低密度脂蛋白膽固醇（LDL-C）、空腹血糖（FPG）及糖化血色素（HbA1c），並有效提升高密度脂蛋白膽固醇（HDL-C）水平。從臨床結果來看，這樣的治療安排能有效減少心血管疾病與第二型糖尿病的風險，且在安全性方面，兩種治療間隔下的不良反應發生率並無顯著差異，故每週一次的埋線頻率在臨床上可視為兼顧療效與安全性的最佳選擇。

■ 耳穴治療

根據 Sui 等人（2012）發表於《Obesity Reviews》的系統性回顧結果，耳針治療在輔助肥胖症患者減重上展現了良好的臨床成效，且副作用輕微、耐受性佳，適合納入臨床常規照護。針對肥胖患

者，建議耳針選取常用且具體驗證療效的穴位，首選穴位包括飢點、神門、脾、胃、內分泌、大腸、口、肺、交感等。上述穴位在本系統性回顧納入的多篇隨機對照試驗中頻繁使用，且與顯著的體重與體脂降低有關。

耳針治療在肥胖症控制中的應用



操作建議方面，耳針可採用無菌的一次性耳針或使用耳壓籽貼敷（如王不留行籽），刺激方式以貼壓為主，每日自行按壓穴位2~3次，每次約1~2分鐘，促進刺激反應。貼敷時間建議維持3~5天後更換一次，一般治療週期為8~12週，視病人體質與反應調整。為加強療效，可適當配合中醫辨證治療，如針對脾虛痰濕型肥胖者，加強脾、胃、內分泌穴刺激；對情志鬱結型肥胖者，則可強調神門、肺、交感穴的調節。

根據該系統性回顧的彙整數據，耳針治療可使肥胖患者的體重平均下降 2.76 公斤（95% 信賴區間：1.61–3.83 公斤），BMI 平均下降 2.02 kg/m²（95% 信賴區間：0.94–3.10 kg/m²），且在與安慰治療或生活型態干預相比時，耳針減重的相對風險比達 2.14（95% 信賴區間：1.58–2.90），顯示耳針在控制體重方面具有明確優勢。

衛生教育

針對代謝症候群患者的衛生教育，首先應強調日常生活中必須積極調整生活型態，透過飲食、運動與壓力管理來控制代謝異常。飲食方面建議採取低熱量、低飽和脂肪、低糖且高纖維的飲食模式，例如多攝取蔬菜、水果、全穀類、豆類及適量堅果，限制精製糖、加工食品及油炸食品的攝取，並留意食物的總熱量與鹽分含量，以協助體重控制及血壓管理。運動則建議每週至少 150 分鐘中等強度有氧運動，如快走、慢跑、游泳或騎腳踏車，搭配適量肌力訓練，以促進胰島素敏感性、減少內臟脂肪堆積。生活中應避免久坐不動，盡量增加日常活動量，如步行取代短程開車、使用樓梯取代電梯。壓力管理同樣重要，建議透過深呼吸、冥想、瑜伽或適當休閒活動舒緩情緒，因慢性壓力會刺激皮質醇分泌，進一步惡化代謝狀態。此外，必須戒菸限酒，因吸菸會加速血管硬化，過量飲酒則容易導致脂肪肝及血脂異常。

患者應學習自我監測體重、腰圍、血壓、血糖與血脂，並定期回診追蹤，配合醫師調整治療計畫。衛教中亦需提醒代謝症候群惡化的可能徵兆，包括但不限於：短期內體重迅速增加、腰圍明顯擴大、血壓持續上升且難以控制、空腹血糖不穩或飯後血糖異常升高、出現持續口渴、多尿、視力模糊、異常疲倦、胸悶胸痛、心悸或下肢水腫等症狀。若出現上述情況，應儘速就醫評估，因可能已進展為第二型糖尿病、心血管疾病或其他嚴重併發症。衛生教育的最終目標是協助患者建立正確的自我照護觀念，提升疾病管理能力，降低未來發生重大健康事件的風險，並促進長期生活品質的維持。

參考文獻

1. Park, Seohyun et al. “Efficacy and safety of anti-obesity herbal medicine focused on pattern identification: A systematic review and meta-analysis.” *Medicine* vol. 101,50 (2022) : e32087. doi:10.1097/MD.00000000000032087IF: 1.3 Q2
2. Wu, Li-Kung et al. “The efficacy and safety of cupping as complementary and alternative therapy for metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis.” *Medicine* vol. 102,13 (2023) : e33341. doi:10.1097/MD.00000000000033341
3. Farahmand, Syed Kazem et al. “The effects of wet cupping on coronary risk factors in patients with metabolic syndrome: a randomized controlled trial.” *The American journal of Chinese medicine* vol. 40,2 (2012) : 269-77. doi:10.1142/S0192415X12500218
4. Li, Xue et al. “Acupuncture for metabolic syndrome: systematic review and meta-analysis.” *Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society* vol. 39,4 (2021) : 253-263. doi:10.1177/0964528420960485
5. Li, Qing et al. *Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion* vol. 30,9 (2010) : 713-6.
6. Chen, Jie et al. *Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion* vol. 37,4 (2017) : 361-365. doi:10.13703/j.0255-2930.2017.04.004
7. Yang, Xuan et al. *Zhen ci yan jiu = Acupuncture research* vol. 45,1 (2020) : 62-5. doi:10.13702/j.1000-0607.1806816
8. Sui, Y et al. “A systematic review on use of Chinese medicine and acupuncture for treatment of obesity.” *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* vol. 13,5 (2012) : 409-30. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00979.x

阻塞型睡眠呼吸中止症

Obstructive Sleep Apnea, OSA

本章學習重點

1. 中藥治療阻塞性睡眠呼吸中止症 (OSA) 依據證型對症施方，具體推薦如下：若以鼻塞打鼾為主，可參考新創方如鼻淵通竅湯（辛夷、炒耳子、麻黃、白芷、薄荷、藁本、黃芩、連翹、菊花、天花粉、生地黃、丹參、茯苓、甘草），以疏風通鼻、宣肺開竅；若為肥胖痰濕型，可參考化濕醒寒湯（蒼朮、厚朴、半夏、陳皮、茯苓）以健脾化濕、化痰醒脾；若伴隨慢性疾病及氣陰兩虛者，可參考選用固清止鼾湯（人參、麥門冬、五味子）補肺益氣、養陰固本；痰濁壅肺、合併 COPD 者，應選用滌痰湯（膽南星、半夏、枳實、茯苓、橘紅、石菖蒲、人參、竹茹、甘草）以化痰滌濁、理氣寬胸。這些方劑均經過系統性回顧研究支持，能顯著降低呼吸中止指數 (AHI)、改善血氧與認知功能，且提高正壓呼吸器 (CPAP) 治療依從性。
2. 針灸治療可作為阻塞型睡眠呼吸中止症患者的重要輔助手段，推薦基本穴位組合為廉泉穴（任脈、位於頸前，維持上呼吸道開放）、豐隆穴（足陽明胃經，祛痰通絡清熱）、照海穴（足少陰腎經，調節睡眠節律）。可採徒手針刺（得氣後留針 30 分鐘，每週 5-7 次）或電針（低頻 2-10Hz 刺激），療程至少 4-12 週。亦可根據病情搭配輔助穴位，如鼻通、上星、百會、風池、合谷、足三里、列缺等，加強清利氣道、醒腦安神與益氣補腎之效。
3. 耳穴療法透過每日按壓神門穴、皮質下穴、內分泌穴、心點，搭配王不留行籽或磁珠貼敷，每日按壓 3-5 次，每次 1-2 分鐘，連續一個月以上，可有效提升深層睡眠（第三、四期）與快速動眼期 (REM) 比例，減少夜間微醒次數，改善日間嗜睡與疲勞感。

定義

睡眠呼吸中止 (Obstructive Sleep Apnea, OSA) 是一種以睡眠期間上呼吸道反覆塌陷、導致呼吸暫停或通氣減少為特徵的睡眠呼吸障礙。當患者入睡後，由於咽喉部肌肉鬆弛，使得氣道部分或完全阻塞，氣流受阻，進而造成血氧下降與睡眠中斷。根據美國睡眠醫學學會 (AASM) 的定義，若每小時發生五次以上呼吸暫停 (apnea) 或呼吸減弱 (hypopnea)，且伴隨白天嗜睡、疲倦、注意力不集中或夜間呼吸困難等症狀，即可診斷為睡眠呼吸中止。其診斷標準主要依賴夜間多項睡眠生理檢查 (Polysomnography, PSG) 所測得的呼吸暫停低通氣指數 (Apnea-Hypopnea Index, AHI)。

臨床症狀

睡眠呼吸中止的臨床症狀包括白天過度嗜睡、晨起頭痛、注意力不集中、記憶力減退、情緒易怒，以及夜間打鼾、睡眠中窒息感驚醒、頻繁夜尿或睡眠品質不佳。部分患者亦可能因慢性缺氧與交感神經亢進，而出現高血壓、心律不整、心衰竭、中風、糖尿病等心血管與代謝系統併發症。

根據 AHI 的數值，睡眠呼吸中止可分為輕度、中度與重度三期。輕度指 AHI 為 5 至 14 次/小時，中度為 15 至 29 次/小時，重度則為 30 次/小時以上。這種分期有助於臨床上評估病情嚴重程度，並決定治療策略的積極程度。

在分型上，睡眠呼吸中止可以從解剖學特徵與致病機轉進行分類。解剖學上可分為上氣道結構異常型（如扁桃體肥大、舌頭肥大、小下巴、鼻中膈偏曲）、功能性塌陷型（如咽喉肌肉張力降低、神經控制失調），以及混合型（兼具結構與功能問題）。依據臨床表現，也可分為打鼾主導型（snoring-predominant type）、嗜睡主導型（sleepiness-predominant type）、無明顯主訴型（minimal symptom type），其中無明顯主訴型患者常因無典型症狀而延誤診斷。此外，部分學者也提出以呼吸暫停形態為基礎的分類，例如阻塞型（obstructive events 佔主導）、混合型（阻塞與中樞型混合）、或併有中樞型睡眠呼吸中止症（central sleep apnea）成分的複合型（complex sleep apnea），以協助針對不同生理機制選擇個別化治療策略。

病理機轉

睡眠呼吸中止（Obstructive Sleep Apnea, OSA）的西醫病理機轉主要圍繞在睡眠期間上呼吸道的反覆性塌陷與氣流阻斷。正常情況下，睡眠中維持上呼吸道通暢依賴咽喉肌群的張力，但在睡眠特別是快速動眼期（REM sleep）階段，肌肉張力自然下降，若個體本身具有氣道結構狹窄（如扁桃體肥大、舌根後墜、小下巴、肥胖導致頸部脂肪沉積等）或神經肌肉控制異常（如肌張力不足、上氣道神經調控失衡）等因素，就容易在吸氣時因負壓而導致氣道塌陷。氣道塌陷造成暫時性呼吸中止或氣流減少，進而引發血氧下降（低氧血症）及二氧化碳上升（高碳酸血症），刺激中樞神經系統促使覺醒反應（arousal），恢復呼吸。這種反覆覺醒破壞正常睡眠結構，並且因交感神經過度活化，長期下來增加心血管負荷，促進高血壓、心律不整、糖尿病、代謝症候群、腦血管疾病等慢性病的發展。此外，OSA 患者持續的間歇性缺氧與再氧合也會引發氧化壓力與系統性發炎反應，進一步加重內皮功能障礙與器官損害。

在中醫病理機轉方面，睡眠呼吸中止可歸屬於「虛勞」、「喘證」、「痰飲」、「眩暈」等病證範疇，病機以本虛標實為主。本虛主要表現在肺脾腎三臟功能失調，肺主氣，司呼吸，肺氣虛弱則無以布散清肅之氣，易致呼吸不利；脾為生痰之源，脾虛運化失職，痰濕內生，痰濁阻塞氣道；腎主納氣，腎氣虛衰則攝納無力，呼吸不固，易於鼾喘。標實則多由痰濕、氣滯、血瘀所致，痰濁壅塞於咽喉氣道，阻礙氣機升降，或氣滯血瘀，使經絡不通，進一步加重氣道阻塞。特別是夜間陰盛陽衰，氣血運行更為遲緩，加上體位改變（平臥時痰濕易聚於上部），更易誘發呼吸道阻塞與鼾聲如雷、窒息驚醒的症狀。

中醫照護

■ 中藥治療

根據最新的系統性回顧與統合分析，中藥在阻塞性睡眠呼吸中止症 (OSA) 患者中的應用展現了良好的臨床潛力，特別適合於無法耐受或不願使用持續性正壓呼吸器 (CPAP) 治療的族群，或作為 CPAP 治療的輔助療法。針對不同病情表現，中藥選方亦有所差異，應依據患者的具體症候選擇最適合的方劑。

對於以打鼾聲重、夜間頻繁呼吸中斷、伴隨鼻塞者，建議參考新創方**鼻淵通竅顆粒（鼻淵通竅湯化劑）**，其組成包含**辛夷、炒耳子、麻黃、白芷、薄荷、藁本、黃芩、連翹、菊花、天花粉、生地黃、丹參、茯苓、甘草**等，主要功效為疏風散寒、宣通鼻竅，預期能改善上氣道阻塞，減輕呼吸中止指數 (AHI)，並緩解鼻腔鬱閉感。這類患者常表現為風寒外襲，肺氣失宣型，治療重點在於通竅開鬱，助肺復宣。

若患者以肥胖為主，合併胃腸濕重、痰濁壅盛表現，如舌苔厚膩、咽喉有異物感、白天嗜睡嚴重，建議參考新創方**化濕醒寒湯**。本方以**蒼朮、厚朴、半夏、陳皮、茯苓**為主，健脾燥濕、化痰醒脾。研究中使用此方的患者，在體重控制、睡眠呼吸障礙改善上有顯著效果，且能減低發炎指標如 CRP、IL-6。此型多屬脾虛濕困型，臨床可見痰濕重、氣機不暢，透過化痰濕、醒脾胃可有效減輕氣道狹窄。

針對以慢性病（如高血壓、糖尿病、心衰）併發阻塞性睡眠呼吸中止症的患者，可考慮參考新創方**固清止鼾湯**，本方以**人參、麥門冬、五味子**為主，加以補肺益氣、斂肺止嗽。研究顯示，固清止鼾湯能顯著提升夜間血氧飽和度，改善夜間缺氧時間，並且對血壓控制及認知功能維持有附加效益。此類患者往往屬氣陰兩虛型，治療上重在益氣養陰，固護肺腎之本。

若患者主訴咳痰量多，兼見胸悶氣短，且合併慢性阻塞性肺病 (COPD) 者，可選用傳統處方**滌痰湯**。**滌痰湯組成包含膽南星、半夏、枳實、茯苓、橘紅、石菖蒲、人參、竹茹、甘草**等，重在化痰滌濁、理氣寬胸。研究發現，此方能有效提升肺功能指標如 FEV1，並降低夜間血氧下降頻率，適合痰濁阻絡、肺氣失宣的患者。

整體而言，中藥治療阻塞性睡眠呼吸中止症不僅能顯著降低呼吸中止指數、改善日間嗜睡，還能同步調控體重、降低氧化壓力與發炎反應、提升睡眠品質與認知功能。特別是配合持續性正壓呼吸器使用時，中藥有助於進一步減少呼吸中止指數，並減少持續性正壓呼吸器常見副作用如乾口、胃脹氣等，提高患者的依從性與整體生活品質。因此，臨床中醫師在治療睡眠呼吸中止症患者時，應根據個別證型與合併疾病，靈活選用不同中藥方劑，並建議療程持續至少 12 週以上，以期獲得最佳療效。

■ 針灸治療

在臨床照護阻塞型睡眠呼吸中止症患者時，根據 2023 年《Research in Nursing & Health》期刊的統合分析結果，建議中醫師可將針灸納入輔助治療方案中。研究顯示，針灸能有效降低患者的呼吸中止低通氣指數 (AHI)、提升最低血氧飽和度 (LSaO₂)、減少白天嗜睡情形 (ESS 分數)，

同時明顯降低與慢性發炎相關的生物指標（如 IL-6、TNF- α 、NF- κ B），整體上可減輕病情嚴重度，改善生活品質。

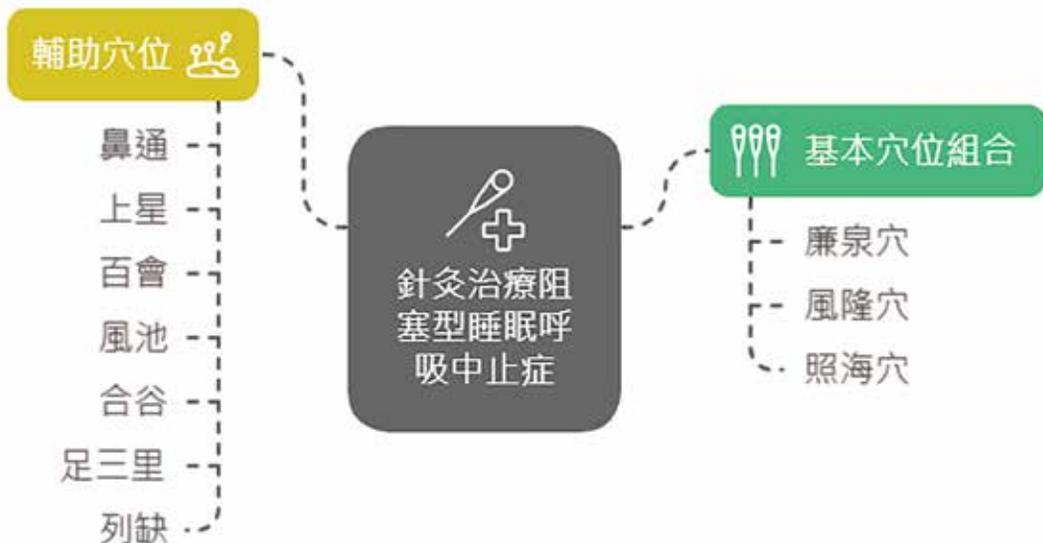
穴位選擇上，建議以**廉泉穴、豐隆穴與照海穴**作為基本治療組合。廉泉穴位於頸前正中，屬任脈，能直接刺激舌根肌群與上呼吸道相關神經，有助於維持氣道開放；豐隆穴為足陽明胃經穴，有祛痰開竅、清熱通絡之效，適合治療痰濕壅塞所引起的氣道狹窄；照海穴屬足少陰腎經，為陰蹻脈之起點，可治療睡眠節律，促進呼吸功能協調。

操作方式上，可採用徒手針灸或電針皆可。若選擇徒手針灸，建議採用提插捻轉的手法，使得局部得氣後維持 30 分鐘，頻率為每週 5 到 7 次，治療週期至少持續 4 到 12 週。若選擇電針，可在針刺廉泉穴及其他主要穴位後，接上低頻電刺激（建議使用 2Hz 或 10Hz 頻率），以增強針刺刺激強度，促進神經肌肉反應，亦每次維持 30 分鐘，頻率及療程同上。

依據本次統合分析，持續針灸治療後，預期患者每小時的呼吸中止 / 低通氣次數（AHI）平均可減少約 2.8 至 4 次，血氧濃度提高約 2.8%，白天嗜睡情況顯著改善，炎症指標如 IL-6、TNF- α 均顯著下降，顯示體內慢性發炎狀態獲得緩解，這不僅改善了夜間呼吸功能，也可能有助於降低未來心血管疾病等併發症的風險。

臨床施治時，亦可根據患者具體症狀與體質，**靈活搭配其他輔助穴位，例如鼻通、上星、百會、風池、合谷、足三里、列缺等**，以增強清利氣道、醒腦安神、益氣補腎的效果，促進整體身體功能平衡與復原。

針灸治療阻塞型睡眠呼吸中止症



■ 耳穴治療

在臨床照護阻塞型睡眠呼吸中止症患者時，可參考過去的臨床試驗成果應用耳穴貼敷療法，以輔助改善患者之睡眠結構與整體睡眠品質。**建議選取神門穴、皮質下穴、內分泌穴與心點作為主要治療穴位。**操作時，可使用王不留行籽、壓力珠或磁珠等材料固定於對應耳穴位置，每天指導患者自行按壓穴位3至5次，每次1至2分鐘，按壓時以產生輕微酸脹感為度。整個療程建議持續至少一個月，每週可回診調整貼敷位置與材料，以確保刺激效果。

耳穴療法改善睡眠品質



根據研究結果，持續一個月的耳穴貼敷療法能有效增加阻塞型睡眠呼吸中止症患者的第三期與第四期深層睡眠時間，提升快速動眼期（REM）睡眠比例，同時明顯減少微醒次數。這些變化預期能顯著改善患者的夜間睡眠連續性，降低日間嗜睡與疲勞感，進而提升患者的生活品質與認知功能表現。此種非侵入性、簡便且副作用低的治療方式，適合作為阻塞型睡眠呼吸中止症患者的輔助治療策略，亦可作為中醫門診常規睡眠障礙照護方案之一。

衛生教育

針對睡眠呼吸中止患者的衛生教育，首先應強調日常生活中需注意保持適當體重，因為肥胖特別是頸部脂肪堆積，會加重上呼吸道阻塞的情形，患者應透過規律運動與均衡飲食控制體重，減少高熱量、高脂肪及高糖分食物的攝取，並戒除菸酒，因為吸菸會引發呼吸道慢性發炎，飲酒則會使咽喉肌肉過度鬆弛，均可能惡化呼吸中止情形。睡眠姿勢方面，建議避免仰臥位睡眠，因仰臥時舌根易後墜阻塞氣道，應鼓勵側臥睡眠，必要時可使用特殊枕頭或背心輔助維持側臥體位。作息上應保持規律，避免熬夜與白天過度小睡，以維持正常的晝夜節律，減少睡眠片段化對呼吸控制的不利影響。對於已經接受正壓呼吸器治療（CPAP）的患者，應指導其每日規律使用，並定期清潔設備，避免因使用不當而降低治療效果。

在惡化可能徵兆方面，若出現白天嗜睡情況加重、晨起頭痛惡化、注意力無法集中、情緒變得易怒焦躁，或家人觀察到夜間打鼾聲變得更加劇烈、頻繁出現憋氣、窒息驚醒次數增加，亦或是體重明顯上升後症狀惡化，都應提高警覺，及時回診評估病情是否惡化或需要調整治療方案。此外，如出現胸悶、心悸、血壓控制不穩、夜間頻繁夜尿或出現新發的記憶力退化與認知障礙，亦可能提示睡眠呼吸中止對心血管與神經系統造成更廣泛影響，應及早就醫，以免延誤病情造成不可逆的併發症發展。透過持續的自我管理與正確的衛生教育，患者可大幅降低睡眠呼吸中止對健康的長期危害，改善生活品質並延緩併發症的發生。

參考文獻

1. Wang, Liaoyao et al. "Acupuncture for Obstructive Sleep Apnea (OSA) in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BioMed research international* vol. 2020 6972327. 5 Mar. 2020, doi:10.1155/2020/6972327
2. Lin, Jiamin et al. "Effects of acupuncture on obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome: A meta-analysis." *Research in nursing & health* vol. 46,2 (2023) : 220-235. doi:10.1002/nur.22302
3. Birling, Yoann et al. "Chinese herbal medicine for obstructive sleep apnoea: a systematic review with meta-analysis." *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung* vol. 29,1 56. 12 Dec. 2024, doi:10.1007/s11325-024-03194-y
4. Wang, Xiao-hong et al. "Influence of auricular plaster therapy on sleeping structure in OSAS patients." *Journal of traditional Chinese medicine = Chung i tsa chih ying wen pan* vol. 29,1 (2009) : 3-5. doi:10.1016/s0254-6272 (09) 60020-0

中醫大家醫——三高中醫照護的臨床實證

出版單位 中華民國中醫師公會全國聯合會
指導機關 臺北市政府衛生局
編纂單位 台灣中醫家庭醫學醫學會、臺北市立聯合醫院中醫醫學部
執行編輯 林舜毅、李家瑜
編輯委員 王明仁、林家琳、陳安履、周暉哲、謝旭東
印刷 柏采實業有限公司
初版一刷 2025年05月
ISBN 9786269908219
定價 350元

