

台灣中醫家庭醫學會期刊

Volume 4 / No. 1 / July 2025

台灣中醫家庭醫學會 發行
二〇二五年七月
第四卷第一期

Taiwan Association for
Traditional Chinese Medicine of Family



台灣中醫家庭醫學醫學會
Taiwan Association for
Traditional Chinese Medicine of Family

台灣中醫家庭醫學會期刊

第四卷第一期

| 總編輯 |

葉家舟

| 副總編輯 |

陳建宏 陳建仲 蔡明諺 吳炫璋

| 執行編輯 |

林舜毅

| 編輯委員 |

郭哲彰 洪裕強 蔡三郎 陳冠仁 周彥瑤

| 理事長 |

葉家舟

| 副理事長 |

林榮志

| 常務理事 |

陳建宏 陳冠仁 陳博淵 黃澤宏 邱瑞發 洪裕強 鄭宜哲

| 理 事 |

周彥瑤 楊紓怡 張景翔 鄭竹晏 蔡明諺 蔡三郎 鄭耀明 杜穎純
林幼淳 蕭博富 洪瑞鴻 何紹彰 黃上邦 陳韋任 黃國欽 洪成龍
郭于賢 林煥欽 李欣樺 陳冠佐 周子為 李亞倫

| 監事長 |

吳炫璋

| 常務監事 |

林舜毅 楊曜旭

| 監 事 |

葉明憲 王國輝 許肇庭 陳中奎 呂紹儀 黃柏銘

| 電子郵件 |

tcm5885@gmail.com

| 傳 真 |

(037)876-580

| 電 話 |

(037)558-666

| 地 址 |

367004 苗栗縣三義鄉廣盛村 16 鄰八股路 24 之 9 號

| 網 站 |

<https://tatcmf.org.tw>

目錄

中醫治療經過經尿道攝護腺切除術後仍夜尿頻繁的 良性攝護腺增生病人之病例報告

蔡昕儒、許晉嘉

04

針灸與艾灸療法在癌因性疲勞中的應用： 文獻綜合分析

葉家舟

22

針藥合併治療突發閃光病例報告

巫宏明、黃柏諭、廖彥柏、柯沛君、劉其松

33

從居家收案特性探討中醫居家醫療照護

黃柏銘、鄭竹晏

50

中醫治療經過經尿道攝護腺切除術後仍夜尿 頻繁的良性攝護腺增生病人之病例報告

蔡昕儒¹、許晉嘉^{1*}

¹ 奇美醫療財團法人奇美醫院中醫部

摘要

患者為 68 歲男性，有攝護腺肥大、胃食道逆流、消化性潰瘍、高血壓病史，過去工作為木工裝潢已退休。患者自 110 年 09 月 02 日起，因頻尿、尿量少、解尿不暢有遺尿感、夜尿等下泌尿道症狀已二年，至泌尿外科服西藥治療，然而進步不大，且 111 年 08 月 19 日經檢查攝護腺體積又增大，因此於 111 年 11 月 18 日施行經尿道攝護腺切除術，手術後夜尿情形無顯著進步，服西藥治療亦反覆，因此在 112 年 6 月開始自停西藥。近來夜尿加重，一晚十餘行，因此於 112 年 11 月 23 日至中醫門診就診，中醫證型診斷為心氣血不足、痰阻，處方使用養心湯合甘麥大棗湯及溫膽湯。患者服藥一週後，夜尿次數即減為五至六行，維持處方繼續服藥後更減為三行。中醫治療具有明顯療效，特此紀錄。

關鍵詞：良性攝護腺增生、養心湯、甘麥大棗湯、溫膽湯、中醫

通訊作者：許晉嘉

電話：(06)281-2811 #53784

地址：台南市永康區中華路 901 號（奇美醫學中心中醫部）

信箱：cmh71001@mail.chimei.org.tw

A Case Report on Traditional Chinese Medicine Treatment for a Benign Prostatic Hyperplasia Patient who Experienced Frequent Nocturia After Transurethral Resection of Prostate

Hsin-Ju Tsai¹, Chin-Chia Hsu^{1*}

¹Department of Chinese Medicine, Chi Mei Medical Center, Tainan, Taiwan

Abstract

The patient is a 68-year-old male with a medical history of benign prostatic hyperplasia, gastroesophageal reflux disease, peptic ulcer, and hypertension. He is a retired carpenter. Since September 2, 2021, the patient has been experiencing lower urinary tract symptoms, such as frequent urination, low urine volume, incomplete urination with a sensation of urinary retention, and nocturia for two years. After seeking treatments from urology, he was prescribed Western medication, but the improvement was minimal. Moreover, on August 19, 2022, examination revealed an increase in prostate volume, leading to transurethral resection of prostate on November 18, 2022 without significant post-surgical improvements in nocturia. The patient discontinued Western medicine himself in June 2023 due to the remitting symptoms. The nocturia worsened to more than ten times a night recently, prompting him to visit a traditional Chinese medicine (TCM) clinic on November 23, 2023. The TCM diagnosis identified a pattern of deficiency of heart qi and blood, with phlegm obstruction. The prescribed formula consisted of Yang Xin Tang, Gan Mai

Correspondence author: Chin-Chia Hsu

Telephone number: (06)281-2811 #53784

Address: No. 901, Zhonghua Rd., Yongkang Dist., Tainan City 710402, Taiwan
(Department of Chinese Medicine)

E-mail: cmh71001@mail.chimei.org.tw

Da Zao Tang, and Wen Dan Tang. After one week of TCM medications, the patient's nocturnal urination frequency reduced to five to six times per night and further decrease to three times per night after continuing with the same prescription. This case demonstrates the significant efficacy of TCM treatment and is thus recorded.

Key words: Benign Prostatic Hyperplasia, Yang Xin Tang, Gan Mai Da Zao Tang, Wen Dan Tang, Chinese medicine

前言

攝護腺即為前列腺，為男性生殖系統中的腺體，於膀胱出口處包圍著尿道。隨著年齡增長，攝護腺可能產生增生，多數為良性變化，因此稱為良性攝護腺增生（Benign Prostatic Hyperplasia, BPH）^[1]。BPH 為中老年男性常見疾病，好發於 50 歲以上男性^[2]，且盛行率隨年齡增長而上升，於 50 歲時達到 26%，至 80 歲逐漸增加到 79%^[1]。

良性攝護腺增生缺乏標準化的定義，根據美國泌尿醫學會（American Urological Association, AUA）的指引，良性攝護腺增生為一組織學診斷，指的是攝護腺平滑肌和上皮細胞的良性增生^[3]。良性攝護腺增生的病因仍不明確，可能與年齡、荷爾蒙分泌等相關^[2]，一般認為與體內二氫睪固酮（dihydrotestosterone, DHT）刺激有關^[1]。當腺體增生壓迫到尿道，會使膀胱出口及尿道的阻力增加，則可能引起下泌尿道症狀（lower urinary tract symptoms, LUTS）^[2]。

目前西醫用於治療良性攝護腺增生的第一線用藥為甲型腎上腺素受體阻斷劑（ $\alpha 1$ -adrenergic receptor blockers, ABs），若效果不彰則考慮使用 5 α 還原酶抑制劑（5 α -reductase inhibitors, 5ARI）及第 5 型磷酸二脂酶抑制劑（phosphodiesterase-5 inhibitor, PDE5）等^[1, 4]。當藥物治療無效，或因中至重度下泌尿道症狀產生困擾，或有反覆泌尿道感染等併發症時，則需考慮手術治療^[1, 2]，醫師根據患者攝護腺大小、出血風險等選擇適合的術式^[4]。目前常規手術方式為經尿道攝護腺切除術（Transurethral Resection of Prostate, TURP），以內視鏡及電刀將攝護腺刮除^[1]，與傳統的開腹手術相比，TURP 的傷口較小，且併發症發生率及死亡率較低^[2]，對於國際攝護腺症狀評分（International Prostate Symptom Score, IPSS）分數平均可減少 10~18 分^[2]。雖然大部分良性攝護腺增生患者可經由 TURP 手術改善下泌尿道症狀，但仍有 5% ~ 35% 的患者在經過手術後，下泌尿道症狀仍無顯著改善^[5]，此為中醫可積極介入的地方。

中醫並無良性攝護腺增生之病名，一般以「癃閉」稱之，病位在膀胱，與肺、脾、腎、三焦皆有密切關聯^[6, 7]。中醫治療良性攝護腺增生會從本虛標實的角度切入，一方面處理治療腎陽、腎陰、氣血等本虛的不調，常使用濟生腎氣丸、知柏地黃丸等方加減；而另一方面則是處理攝護腺增生的標實證候，包含氣滯血瘀、濕熱瘀阻等，常使用桂枝茯苓丸、八正散等處方^[8, 9]。

本案例為一 68 歲被診斷為 BPH 之男性患者，雖經西醫採取藥物治療及手術治療一年半後無明顯改善，患者自行停藥，並求助於中醫。我們藉由中醫四診判斷病人屬

於心氣血不足與痰熱瘀阻，並採養心湯合甘麥大棗湯及溫膽湯治療，在經中藥治療兩週後且無其他因素介入的狀況下，症狀明顯改善。以下為完整診療過程，詳述如下。

病例闡述

一、基本資料

姓名：黃○○

性別：男

年齡：68 歲

身高：169.5 公分

體重：68.4 公斤

BMI：23.8，正常

職業：木工裝潢，已退休

居住地：台南市

初診日期：112 年 11 月 23 日

二、主訴

夜尿十餘行已兩個月。

三、現病史

患者為 68 歲男性，有攝護腺肥大、胃食道逆流、消化性潰瘍、高血壓的過去病史，過去工作為木工裝潢已退休。患者在 108 年開始有頻尿、尿量少、解尿不暢有遺尿感，夜尿六至七行等下泌尿道症狀（Lower Urinary Tract symptoms, LUTS），於 110 年 9 月 2 日，至泌尿外科門診就診，診斷為良性攝護腺增生，攝護腺大小為 23.3 mL，國際攝護腺症狀評分（International Prostate Symptom Score, IPSS）為 30 分，西醫開立西藥 Silodosin 治療，服藥三個月後自感症狀僅稍緩解，夜尿次數減為五至六行，持續服藥一年後於 111 年 8 月 19 日經直腸超音波（Transrectal Ultrasound, TRUS）檢查攝護腺體積（Total Prostate Volume, TPV）發現又增大（23.3 mL → 34.6mL），且尿流量亦無明顯進步（詳見表 1），因此於 111 年 11 月 18 日施行經尿道攝護腺切除術（Transurethral Resection of Prostate, TURP），手術後自述夜尿情形無顯著進步，仍為每晚五至六行，服西藥 Imipramine 與 Desmopressin 治療也無有感之進步，因此在服用了半年後，於 112 年 6 月開始自停西藥，同年 9 月開始夜尿加重至一晚十幾行，常有龜頭卡尿感，且因夜尿多次中斷睡眠，病人不欲續服西藥，因此於 112 年 11 月 23 日來到中醫門診就診。

四、LQQOPERA

L（位置）：膀胱、尿道。

Q（性質）：夜尿。

Q（量度）：原本一晚六至七行，110年9月2日服西藥 Silodosin 三個月減為五至六行，111年11月18日行 TURP 手術後仍為五至六行，服西藥 Imipramine 與 Desmopressin 治療也無有感之進步，112年6月自停西藥後三個月開始一晚十幾行，幾乎每晚如此。

O（起始）：多年前開始逐漸產生。

P（誘發）：無特殊誘發因子。

E（加重）：自感較疲倦、思慮多時加重。

R（緩解）：無特殊緩解因子。

A（伴隨）：白天頻尿，一至二小時欲解尿。龜頭卡尿感，解尿不暢，每次解尿尿少。因夜尿中斷睡眠。因夜尿與頻尿症狀感煩躁。

五、過去病史

1. 攝護腺肥大：已多年，已於 111 年 11 月 18 日經 TURP。
2. 高血壓：服西藥 Amlodipine (5mg) 控制穩定，BP: 120~130/70~80 mmHg。
3. 消化性潰瘍：患者自述二十餘年前他院檢查發現，現無相關症狀，無服用相關藥物，無固定追蹤。
4. 胃食道逆流：某區域醫院內視鏡檢查發現，現無相關症狀，無服用相關藥物。

六、個人史

1. 飲食習慣：葷食，無嗜食燒烤炸辣甜等高粱厚味。
2. 菸酒檳榔史：30 年抽菸史，現仍；習慣飲啤酒、保力達；無嚼食檳榔史。
3. 過敏史：無已知藥物或食物過敏。
4. 家族史：癌症（－）、心臟疾病（－）、鼻過敏（－）、高血壓（－）、B 型肝炎（－）、免疫疾病（－）。
5. TOCC：旅遊史：無；接觸史：無；群聚史：無。
6. 藥物史：曾服用過 Silodosin (8mg)、Imipramine (25mg)、Desmopressin (60mg)，目前皆已停藥。
7. 手術史：於 111 年 11 月 18 日因攝護腺肥大行 TURP 手術。
8. 運動：無運動習慣。

七、理學檢查與中醫四診

望診：

1. 意識：清楚清晰。
2. 精神：疲倦、焦慮感。
3. 面色：面白。
4. 動態：步態無異常。
5. 口唇：色紅。
6. 爪甲：色淡紅。
7. 舌診：舌淡紅齒痕，舌苔黃厚乾，舌下絡脈無怒張，長寬適中。

聞診：

1. 聲音：語音正常。
2. 氣味：口氣、鼻氣、汗氣、體味皆無特殊異味。

問診：

1. 寒熱：平素怕熱。
2. 汗出：無異常流汗現象，無盜汗。
3. 睡眠：夜尿多次而中斷睡眠，因擔心睡眠時間不足因此較早上床睡覺，睡眠時間長，約晚上七點上床，於早上六點起床，實際深眠時間難以估計，入眠可，但凌晨三點多易醒，之後就難再入睡。夜尿加重後導致睡眠更難，稍感膀胱處異常即去解尿而中斷睡眠。
4. 頭身：長期咳嗽，吹冷風易咳，喉嚨癢，有痰梗感，鼻子外邊癢，眼睛癢，有時會流鼻水，清水狀，張口呼吸。現咳嗽已較緩解，仍偶有咽癢咳嗽。
5. 胸部：無特殊不適。
6. 脅肋：無特殊不適。
7. 脘腹：無腹痛腹脹，無脹氣或上逆感，無胃酸逆流感。
8. 腰部：睡醒覺腰背酸緊感，活動後緩解。
9. 四肢：無特殊不適。
10. 飲食：食慾可，三餐規則，飯後無特殊異常。
11. 渴飲：無口乾渴，無口苦，日飲水量 1000 ～ 1500cc。
12. 大便：大便 1 天 1-2 次，前硬後軟，分段解便，偶排便不暢時自服麻子仁丸一小匙協助排便，約一個月一次。
13. 小便：頻尿，白天約一至兩小時就需解尿一次。每次尿量少，解尿不暢，有餘尿感（龜頭卡尿感）。夜尿一晚十幾行，每次尿少、解不淨感。

14. 情志：平常情緒容易焦慮緊張、先前長期工作壓力大，個性急，易感心慌，隨著夜尿症狀加重更加容易緊張與煩躁。
15. 其他：工作長期勞倦，體力消耗大。

切診：右寸滑關尺弱，左關滑。

實驗室及相關檢驗檢查：

- 經直腸超音波（TRUS）
 - 110-09-08：TPV 23.3 mL，no hypoechoic nodule.
 - 111-08-19：TPV 34.6 mL，no hypoechoic nodule.
- 111-08-18 尿流速檢查（Uroflowmetry, UFM）：詳見圖 1 及表 1。3.

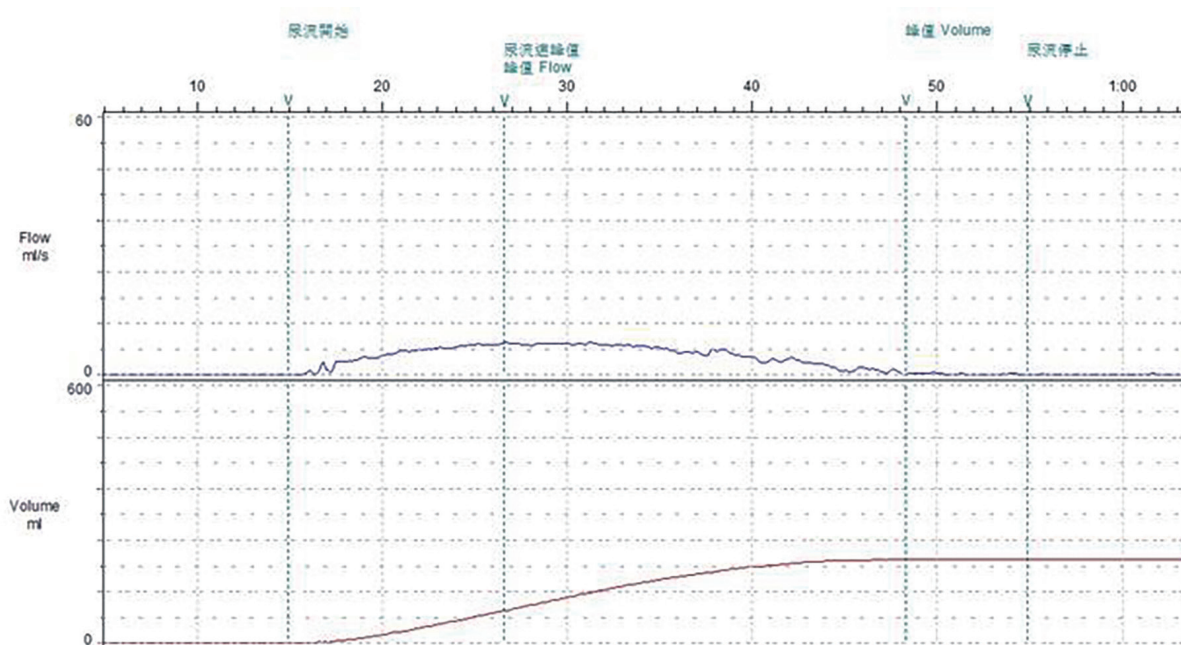


圖 1 尿流速檢查（111 年 8 月 18 日檢查）

表 1 尿流速檢查摘要

	最大尿流速 (mL/s)	解尿量 (mL)	解尿時間 (s)		餘尿量 (mL)
110-09-08	8	130	30	obstructive flow pattern	27
111-08-18	7	200	40	obstructive flow pattern	39

3. 111-11-03 尿液常規檢查：PSA[0.44 ng/mL]
4. 110-09-02 肛門指診 (Digital Rectal Examination, DRE)：enlarged prostate, elastic, hard nodule(-).
5. 國際攝護腺症狀評分（IPSS）：詳見表 2。

表 2 IPSS 評分表（就診中醫門診前）

在過去一個月內	110-09-02	112-11-23
排尿不乾淨	5	5
排尿斷續	5	5
尿流無力	4	4
排尿費力	4	4
頻尿	4	4
尿急	3	4
夜尿次數	5	5
共計分數	30	31
0~7 分為輕度，8~19 為中度，20~35 為重度		

時序圖：詳見圖 2。

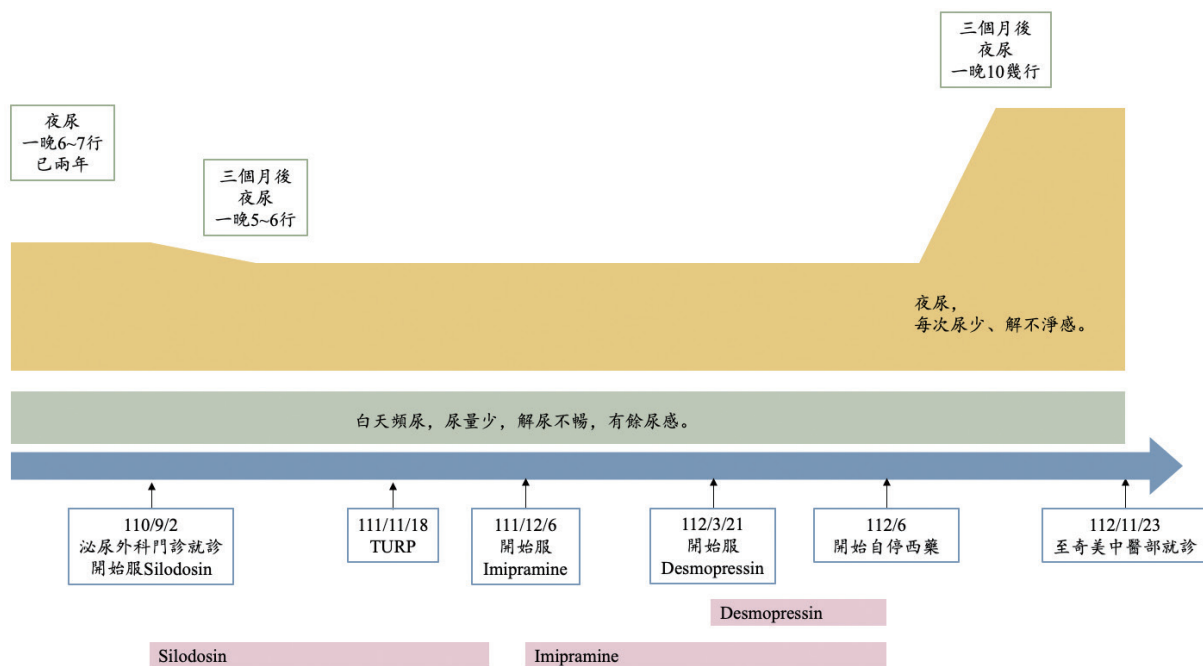


圖 2 時序圖

治療之方法與過程

一、中醫理法方藥分析

理—臟腑病機四大要素分析

1. 病因：

內因：情緒長期緊張焦慮。

不內外因：工作勞心勞神、長期飲酒抽菸。

2. 病位：心、膀胱。

3. 病性：

主證：夜尿一晚十幾行，每次尿少、解不淨感。頻尿，白天約一至兩小時就需解尿一次。每次尿量少，解尿不暢，有餘尿感(龜頭卡尿感)。咽喉痰梗感，舌苔黃厚乾，右寸滑關尺弱，左關滑。

次證：凌晨三點多易醒，之後就難再入睡。面白，易感心慌，緊張焦慮。吹冷風容易咽癢咳嗽，流清涕。

4. 病勢：

患者過去工作為木工裝潢，勞心勞神，體力消耗大，長期勞損氣血，造成心氣血不足，而情緒長期緊張焦慮，加上長期因夜尿眠差，都會加重耗傷氣血使心氣血不足的表現更為明顯。

心氣血不足導致灌流無力，讓下焦氣血隨之不足，膀胱失於濡養使氣化失常，出現一系列下泌尿道症狀，症見夜尿一晚十餘行，頻尿，尿量少，解尿不暢，有餘尿感等。

面白，心慌，緊張焦慮，吹冷風容易咽癢咳嗽，流清涕等症狀，都是心氣血不足的表現。心主神志，心神不安症見心慌，加重緊張焦慮，而長期夜尿眠差亦會加重其心神不安的症狀；而心氣無源布於表，使表衛不固易感風寒，因此吹冷風容易咽癢咳嗽，流清涕。

患者長期飲酒抽菸，使得痰熱累積，除了症見咽喉痰梗感，舌苔黃厚乾，左關脈滑，也加重其灌流無力的狀況，使膀胱氣化失司的狀況更為嚴重，進而導致下泌尿症狀更為明顯；另外，痰熱擾心又會加重心慌及緊張焦慮情形。

整體而言，患者為心氣血不足、痰阻使膀胱氣化不利所導致的癃閉、小便不利。

5. 病因病機圖，詳見圖 3。

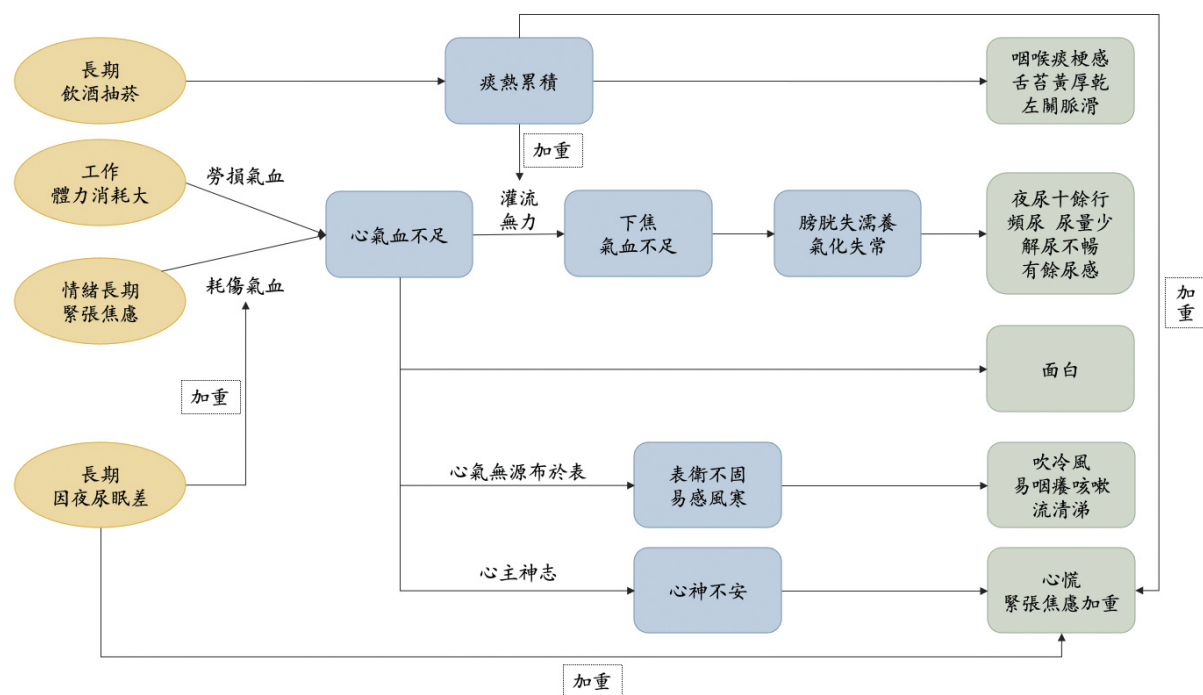


圖 3 病因病機圖

法—診斷與治則

1. 西醫診斷：攝護腺肥大伴有下泌尿道症狀 (ICD 9: 600.01；ICD 10: N401)。
2. 中醫診斷：癃閉；小便不利。
3. 中醫辨證：心氣血不足、痰熱瘀阻。
4. 中醫治則：補養心氣心血，安神，清熱化痰。

方藥

1. 方藥：科學中藥：養心湯 6 g、甘麥大棗湯 5 g、溫膽湯 5 g。此為 1 日劑量，分成 3 份，三餐飯後服用共 14 天。
2. 方藥分析：患者主訴夜尿一晚十幾行，嚴重影響睡眠品質，常伴有龜頭卡尿感，中醫證型診斷為心氣血不足、痰阻，處方以《仁齋直指》養心湯為主方養心補血，安神定志，進而增進下焦氣血，使灌流力道充足，改善膀胱氣化機能；甘麥大棗湯甘緩，可緩和肝氣，調解焦慮，同時也可協助養心湯補充心氣心血，減少因情緒而勞損氣血的影響；而溫膽湯清熱化痰理氣，可減輕因痰熱產生的灌流障礙，也可清除長期飲酒抽菸累積於體內的痰熱，改善下焦灌流問題。

二、追蹤診療紀錄

患者自 112 年 11 月 23 日來診中醫，患者服藥一週後回診，病人述在無其他任何西藥改變與干擾因素介入下，夜尿次數由十餘次減為五至六行，守方續開一週，隔週回診（112 年 12 月 7 日）後述夜尿更減為三行至四行，四診（112 年 12 月 21 日）時發現苔黃膩減，然較感瀰散，因此將溫膽湯更改為三仁湯以清利濕熱。整體而言症狀穩定，病人感滿意，處方維持養心湯與甘麥大棗湯，偶因咳嗽等症加減。服藥至 113 年 2 月 29 日，自感症狀穩定，自行停止回診。於 113 年 9 月 26 日電聯追蹤，病人現症狀穩定，夜尿可維持三至四次，IPSS:13，不影響日常生活。詳見表 3 及表 4。

表 1 表說內容

診療日期	主訴	該次處方
初診 112.11.23	夜尿十幾行，嚴重影響睡眠 白天頻尿，1~2 小時欲解尿有咽癢咳嗽 IPSS:31	養心湯 6 g、甘麥大棗湯 5 g、溫膽湯 5 g。 TID，7 天。
二診 112.11.30	服藥後夜尿減，可減為 5-6 行 頻尿次數減，尿量增 服藥後咳嗽緩解	養心湯 6 g、甘麥大棗湯 5 g、溫膽湯 5 g。 TID，7 天。

三診 112.12.07	夜尿更減為 3-4 次 頻尿次數更減 解尿不暢及餘尿感減少 咳嗽僅餘稍	養心湯 6 g、甘麥大棗湯 5 g、溫膽湯 5 g。 TID，14 天。
四診 112.12.21	夜尿 3-4 次 咳嗽僅餘稍 苔黃膩減，然較感瀰散	養心湯 7 g、甘麥大棗湯 5 g、三仁湯 4 g。 TID，7 天。
五診 112.12.28	夜尿 3-4 次 咳嗽僅餘稍	養心湯 6 g、甘麥大棗湯 5 g、三仁湯 4 g、 麥門冬 1 g。 TID，14 天。
六診 113.01.11	夜尿減為 3 次 咳嗽僅餘稍	養心湯 5 g、甘麥大棗湯 5 g、三仁湯 4 g、 麥門冬 2 g。 TID，PO，7 天。
七診 113.01.18	夜尿 3 次 咳嗽僅餘稍	養心湯 5 g、甘麥大棗湯 5 g、三仁湯 4 g、 麥門冬 2 g。 TID，PO，14 天。
八診 113.02.01	夜尿 3 次 仍稍有咳，無特殊痰	養心湯 5 g、甘麥大棗湯 5 g、止嗽散 6 g。 TID，PO，14 天。
九診 113.02.29	夜尿 3 次，難解 現僅餘輕微咳嗽	養心湯 5 g、甘麥大棗湯 5 g、三仁湯 5 g、 連翹 1 g、木通 1 g。 TID，PO，14 天。
電聯追蹤 113.09.26	症狀穩定，夜尿可維持 3-4 次，IPSS:13，不影響日常生活	

表 4 IPSS 評分表（中醫治療前後變化）

在過去一個月內	110-09-02	112-11-23	113-09-26
排尿不乾淨	5	5	2
排尿斷續	5	5	2
尿流無力	4	4	1
排尿費力	4	4	1
頻尿	4	4	2
尿急	3	4	2
夜尿次數	5	5	3
共計分數	30	31	13
0~7 分為輕度，8~19 為中度，20~35 為重度			

討論

一、良性攝護腺增生的臨床表現

良性攝護腺增生常以下泌尿道症狀來表現，下泌尿道症狀可分為儲尿症狀（storage symptoms）及排尿症狀（voiding symptoms），儲尿症狀包含頻尿、急尿、夜尿等，而排尿症狀包含尿流細弱、排尿費力、排尿斷續、排尿不乾淨等^[1, 2]，臨床上可使用 IPSS（詳見表 5）來評估下泌尿道症狀的嚴重度，0~7 分為輕度，8~19 為中度，20~35 為重度^[1]。並非所有良性攝護腺增生患者皆會發生下泌尿道症狀，而攝護腺的大小、阻塞程度，也不一定與症狀的嚴重度成正比^[2]。

表 5 國際攝護腺症狀評分（International Prostate Symptom Score, IPSS）

在過去一個月內	無	小於 1/5	小於 1/2	1/2	大於 1/2	大於 1/5
排尿不乾淨 (incomplete emptying)	0	1	2	3	4	5
排尿斷續 (intermittency)	0	1	2	3	4	5
尿流無力 (weak stream)	0	1	2	3	4	5
排尿費力 (straining)	0	1	2	3	4	5
頻尿 (frequency)	0	1	2	3	4	5
尿急 (urgency)	0	1	2	3	4	5
夜尿次數 (nocturia)	無 0	1 次 1	2 次 2	3 次 3	4 次 4	5 次 5
0~7 分為輕度，8~19 為中度，20~35 為重度						

為鑑別診斷攝護腺癌、攝護腺發炎、泌尿道發炎等，一旦出現下泌尿道症狀，也會施行肛門指診，觸診攝護腺是否平滑有彈性，實驗室檢查則會採檢尿液常規檢查，抽血檢驗攝護腺特定抗原（prostate-specific antigen, PSA）等^[1]。

二、中醫相關良性攝護腺增生論述

中醫古代並無專門針對 BPH 之病名，一般以「癃閉」稱之，病位主在膀胱，並與肺、脾、腎、三焦有密切關聯^[6, 7]。「癃閉」論述首見於內經^[6]，《素問·宣明五氣篇》曰：「膀胱不利為癃，不約為遺溺」將小便不利的病位歸在膀胱，而《靈樞·本樞》則提出癃閉與三焦的關聯：「三焦者……入絡膀胱，約下焦，實則閉癃，虛則遺溺，遺溺則補之，閉癃則瀉之^[6]。」巢元方《諸病源候論·虛勞病諸候》認為小便急與腎氣虛衰有關：「虛勞小便利候，此由下焦虛冷故也。……腎氣衰弱，不能制於津液，胞內虛冷，水下不禁，故小便利也^[8]。」小便的生成仰賴三焦氣化的正常運行，《素問·經脈別論篇》提及：「飲入於胃，游溢精氣，上輸於脾，脾氣散精，上歸於肺，通調水道，下輸膀胱。」水液的運化輸布需經由肺、脾、腎等臟腑的作用，最後下注膀胱。當臟腑虛弱，推動無力，加上血瘀、濕熱、痰濁阻滯，導致三焦氣機不暢，膀胱氣化不利，則會發生「癃閉」，屬於本虛標實的證候^[7, 10]。

現代醫家多認為「腎虛血瘀」為良性攝護腺增生的基本病機，「年老腎虛」為發病之本，影響本病的發生及進展，而「瘀血水阻」為發病之標，使攝護腺體積增大並開始出現下泌尿道症狀。西醫手術縮小攝護腺體積可改善局部阻滯，但膀胱氣化不利的狀況仍然存在，此時中醫治療會以益氣補腎為主，活血通竅為輔，通補兼施^[11, 12]。

曹朝暉^[13]等治療 106 名經 TURP 手術後患者之下泌尿道症狀，實驗組根據中醫辨證給予逐瘀通淋湯加減，對照組給予西藥 Tamsulosin 治療，結果實驗組之治癒率 50.94% 及有效率 94.34%，相對於對照組之治癒率 30.19% 及有效率 77.36%，實驗組皆優於對照組（ $P < 0.05$ ），顯示中醫辨證治療 TURP 術後患者的下泌尿道症狀臨床效果顯著。

甘澍^[14]等觀察益腎通淋方對於 TURP 術後下泌尿道症狀的臨床療效，納入 40 名患者，實驗組給予中藥益腎通淋方及西藥 Tamsulosin 治療，而對照組僅給予西藥 Tamsulosin 治療，結果顯示於術後拔除尿管後第 7 天，兩組的 IPSS 及生活品質皆有顯著差異（ $P < 0.05$ ），顯示益腎通淋方可改善 TURP 術後之下泌尿道症狀及生活品質。上述研究顯示中藥的處方確實可改善病人經術後仍未緩解之下泌尿道症狀。

高嵩^[15]研究通利止血方對於老年 BPH 患者經 TURP 術後之預後及生活品質，共收案 88 例年齡 62 ~ 79 歲 BPH 患者，對照組給予常規西藥 Tamsulosin 治療，實驗組加用中藥通利止血方煎劑口服，比較術後 1 週及術後 3 週之最大尿流速、IPSS 評分及生活品質，發現兩組分數皆有明顯改善（ $P < 0.05$ ），且實驗組分數皆優於對照組。

($P<0.05$)，顯示中藥通利止血方用於老年 TURP 術後患者，有助於改善 LUTS 症狀及生活品質。

尹偉強^[16]等觀察 82 名 BPH 患者 TURP 術後使用補腎活血湯的效果，實驗組給予中藥煎劑補腎活血湯，對照組給予西藥 Tamsulosin 治療，比較兩組術前及術後 12 週的尿動力學、IPSS 評分及生活品質，實驗組皆優於對照組 ($P<0.05$)，TURP 術後使用中藥煎劑補腎活血湯有利於 LUTS 症狀緩解及生活品質的提升。

良性攝護腺增生的中醫治療標本兼治，常需同時處理病人之本虛與標實。回顧過去常用處方，本虛著重在補腎陽、滋腎陰等，而標實則是以活血化瘀、清利濕熱為主^[6, 9]。本案例中，針對患者的夜尿等下泌尿道症狀，仍以本虛標實為原則，「心氣血不足」為虛，「痰熱瘀阻」為實，因此方用養心湯合甘麥大棗湯及溫膽湯治療，跳脫一般腎與膀胱的治療模式，回歸辨證治療的思路，在處方後順利改善病人的臨床症狀與生活品質。

結論

本案例患者良性攝護腺增生已多年，近年夜尿等下泌尿道症狀加重，嚴重影響生活品質，經西醫藥物及 TURP 手術治療後，夜尿症狀仍嚴重發作，患者自行停藥，並求助於中醫。中醫辨證為心氣血不足、痰阻，予養心湯合甘麥大棗湯及溫膽湯，兩週後症狀即有明顯改善，在無其他西醫治療介入下，夜尿次數於服藥一週後，由十餘行減至五至六行，再維持處方一週夜尿次數可更減為三至四行，後續因症狀穩定停藥半年，追蹤發現仍可穩定無復發。

本案例以中藥治療經 TURP 術後不癒之良性攝護腺增生患者具有明顯療效，特此紀錄供同道先進用藥參考。

參考文獻

1. 謝宜軒、林益卿、蔡佩渝。良性攝護腺增生的診斷與治療。家庭醫學與基層醫療。2016；31(1)：15-22。
2. 李美慧、李金德、吳文正。探討良性攝護腺增生症病患在接受不同手術方式的結果與生活品質。Incontinence & Pelvic Floor Dysfunction。2013；7(3)：51-7。
3. Cimador M, Castagnetti M, De Grazia E. Management of hydrocele in adolescent patients. Nat Rev Urol. 2010;7(7):379-85.
4. Sandhu JS, Bixler BR, Dahm P, Goueli R, Kirkby E, Stoffel JT, Wilt TJ. Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia (BPH): AUA Guideline Amendment 2023. J Urol. 2024;211(1):11-9.
5. 鄭入文、蔣靜、寧艷哲、任毅。中醫對良性前列腺增生的認識及治療現狀。世界中醫藥。2017；12(08)：1974-8。
6. 桂澤紅、陳志強、鄭德全。前列腺增生症。陳志強、江海身。男科專病中醫臨床診治。第一版。北京市：人民衛生出版社，2000；74-125。
7. 吳宏乾、謝明穎。男性攝護腺增生與小便不利之中西醫觀點。北台灣中醫醫學雜誌。2019；11(1)：13-26。
8. 張春和、李焱風、秦國政、陳天波、張富剛、丁世霖、楊毅堅。540 例良性前列腺增生症患者中醫證候分布規律研究。中醫雜誌。2012；53(01)：45-7。
9. 蔡淦。癰閉。張伯臾、董建華、周仲瑛。中醫內科學。第一版。台北市：知音出版社，2002；533-43。
10. Kanik EA, Erdem E, Abidinoglu D, Acar D, Akbay E, Ulusoy E. Can the outcome of transurethral resection of the prostate be predicted preoperatively? Urology. 2004;64(2):302-5.
11. 沈建武、王彬、林生、莫美、張志杰、韓亮、柯明輝、宋豎旗、王海、唐淵、韓虎、劉紅明、趙勇、趙琦、朱勇、李海松、張霄瀟、楊勇。中醫藥臨床優勢病種——良性前列腺增生。中國實驗方劑學雜誌。2022；28(02)：220-6。
12. 張春和、李焱風、李曰慶。李曰慶教授基於腎虛血瘀論治良性前列腺增生症臨證經驗。現代中醫臨床。2018；25(03)：7-10。
13. 曹朝暉、郭曉輝、王劍徽、文衛軍。中醫辨證治療經尿道前列腺電切術後下尿路癥候群的臨床觀察。中國處方藥。2014；12(06)：9-10。
14. 甘澍、劉金威、王樹聲、陳志強、向松濤、胡萍。益腎通淋方對前列腺電切術後下尿路癥狀的療效觀察。數理醫藥學雜誌。2014；27(06)：647-8。
15. 高嵩。通利止血方在老年前列腺增生電切術後的應用。中國中醫藥科技。2018；25(06)：886-7。

16. 尹偉強、廖芝健、歐陽孔權、馮萬利。前列腺增生電切術後應用補腎活血湯臨床觀察。實用中醫藥雜誌。2022；38(03)：374-5。

針灸與艾灸療法在癌因性疲勞中的應用： 文獻綜合分析

葉家舟^{1, 2, 3*}

¹ 三義慈濟中醫醫院

² 台中慈濟醫院

³ 慈濟大學學士後中醫學系 (含碩士班)

摘要

前言

癌因性疲勞 (Cancer-Related Fatigue, CRF) 是一種常見且影響深遠的癌症相關症狀，約有 50%-100% 的癌症患者在治療期間或治療後經歷不同程度的疲勞。其特徵包括身體疲勞、心理困擾及社會功能受損，並可能持續多年。傳統的藥物治療效果有限，且常伴隨副作用，因此，替代與補充醫療 (Complementary and Alternative Medicine, CAM) 成為重要的治療策略。針灸與艾灸作為中醫的重要療法，在緩解癌因性疲勞方面已獲得多項臨床研究支持。

方法

本文綜合現有文獻，探討針灸與艾灸的臨床療效及可能的作用機制，並分析其在炎症調節、神經內分泌平衡及能量代謝等方面的影響。

通訊作者：葉家舟

電話：(037)558666

地址：苗栗縣三義鄉八股路 24 之 9 號

信箱：Yehcc0530@gmail.com

結果

文章亦比較了針灸與艾灸的異同，並討論其結合應用的潛力。研究表明，針灸與艾灸可有效改善癌症患者的疲勞症狀，提高生活品質，並具有良好的安全性。

結論

未來研究應進一步驗證其長期療效，並探索個性化治療方案，以最大程度地提升癌因性疲勞患者的臨床受益。

關鍵詞：癌因性疲勞、針灸、艾灸、中醫、炎症調節、神經內分泌

Application of Acupuncture and Moxibustion in Cancer-Related Fatigue: A Literature Review

Chia-Chou Yeh^{1, 2, 3*}

¹Sanyi Tzuchi Chinese Medicine Hospital

²Taichung Tzu Chi Hospital

³Post-Baccalaureate School of Chinese Medicine

Abstract

Introduction

Cancer-related fatigue (CRF) is a common and profound symptom associated with cancer, affecting approximately 50%-100% of cancer patients during or after treatment. It is characterized by physical exhaustion, psychological distress, and impaired social function, and it may persist for several years. Conventional drug treatments have limited effectiveness and often come with side effects. Therefore, complementary and alternative medicine (CAM) has become an essential therapeutic strategy. Acupuncture and moxibustion, as key therapies in Traditional Chinese Medicine (TCM), have been supported by multiple clinical studies for their effectiveness in alleviating cancer-related fatigue.

Methods

This study integrates existing literature to explore the clinical efficacy and potential

Correspondence author: Chia-Chou Yeh

Telephone number: (037)558666

Address: No. 24-9, Bagu Rd., Sanyi Township, Miaoli County, Taiwan

E-mail: Yehcc0530@gmail.com

mechanisms of acupuncture and moxibustion. It also examines their influence on inflammation regulation, neuroendocrine balance, and energy metabolism.

Results

The study compares the differences and similarities between acupuncture and moxibustion and discusses the potential for their combined application. Research findings indicate that both therapies effectively alleviate fatigue symptoms in cancer patients, enhance quality of life, and have a favorable safety profile.

Conclusion

Future studies should further validate the long-term efficacy of these treatments and explore personalized therapeutic approaches to maximize clinical benefits for patients suffering from cancer-related fatigue.

Key Words: Cancer-related fatigue, Acupuncture, Moxibustion, Traditional Chinese Medicine, Inflammation modulation, Neuroendocrine regulation

前言

癌因性疲勞（Cancer-Related Fatigue, CRF）是一種特殊而普遍的健康問題，其特徵為與癌症或癌症治療相關的持續性疲勞感。這種疲勞感通常無法通過休息緩解，並對患者的日常功能和生活品質產生顯著負面影響^[1]。癌因性疲勞是癌症患者最常見的症狀之一，約有 50%-100% 的癌症患者在治療期間或治療後經歷不同程度的疲勞，而在癌症倖存者中，持續性的癌因性疲勞可能延續 5 至 10 年甚至更久^[2, 3]。

在癌因性疲勞的治療中，傳統的藥物治療方法往往存在效果有限或副作用明顯的問題。作為替代和補充醫療的重要組成部分，針灸和艾灸被越來越多地應用於癌因性疲勞的管理中。這些療法以其非侵入性和相對安全性贏得了患者和臨床醫師的關注。本文基於現有文獻，綜合分析針灸與艾灸在癌因性疲勞中的應用，深入探討其臨床效果及可能的生物學機制，並提出進一步研究的方向。

癌症相關疲勞的特徵與挑戰

一、癌因性疲勞的定義與特徵

根據美國國家綜合癌症網絡（NCCN）的定義，癌因性疲勞是一種「令人苦惱的、持久的主觀疲勞感或耗竭感，與癌症或其治療有關，其嚴重程度超出正常活動引起的疲勞，並干擾日常功能」^[1]。癌因性疲勞的特徵主要表現在三個方面，一是身體方面：無力感、持續性疲勞，伴隨著運動耐受性下降；二是心理方面：注意力下降、記憶力衰退，並伴有焦慮、抑鬱等情緒障礙；三是社會影響：患者可能無法正常參與日常生活和社交活動，甚至失去工作能力^[2]。癌因性疲勞的多維度影響使其成為癌症治療過程中的一大挑戰。

二、癌因性疲勞的流行病學與影響因素

癌因性疲勞在不同癌症類型和治療方式中具有高度普遍性。研究指出，接受化療和放療的患者中，有高達 80%-96% 報告出現癌因性疲勞^[3]。此外，約 30% 的癌症倖存者在治療結束後仍經歷持久的疲勞症狀，其影響可能延續 10 年以上^[4]。癌因性疲勞的影響因素包括癌症本身（如腫瘤釋放的細胞因子）、治療方式（如化療和放療導致的毒副作用）、心理壓力（如焦慮與抑鬱），以及其他共病症狀（如貧血、營養不良及睡眠障礙）等^[2, 3]。

三、癌因性疲憊與中醫體質的關係

中醫在癌因性疲憊相關研究探討癌症病人的中醫體質類型與癌因性疲憊（Cancer-Related Fatigue, 癌因性疲勞）之間的關聯性。研究採用問卷調查法，對象為佛教大林慈濟綜合醫院中醫腫瘤科門診的 107 名癌症病人，最終有效問卷為 102 份。研究使用北京中醫藥大學制定的中醫體質量表（CCMQ）與美國安德森癌症中心開發的簡明疲憊量表（BFI-T）來評估患者的體質與疲憊程度。結果顯示，41.2% 的患者屬於中重度疲憊型，並發現氣虛質與陽虛質與癌因性疲憊具有顯著統計相關性（ $p < 0.001$ ）。氣虛質患者發展成癌因性疲憊的風險是非氣虛質者的 1.99 倍，而陽虛質者則為 1.46 倍。本研究進一步證實，中醫體質與癌症患者的疲憊感受具有一定關聯，並建議在癌症治療過程中，中醫調理可作為輔助治療方式，以改善患者的疲憊症狀，提高生活品質。^[5]

針灸在癌因性疲勞管理中的應用

一、針灸的療效評估：臨床證據

針灸作為一種傳統中醫療法，其在癌因性疲勞中的應用已經得到了多項高質量隨機對照試驗（RCT）的支持。Molassiotis 等（2012）的研究顯示，在接受化療後的乳腺癌患者中，針灸治療有效減少了癌因性疲勞的嚴重程度，並改善了患者的心理健康和生活品質^[6]。具體研究結果包括，六週的針灸治療顯著減少了多維度疲勞量表（Multidimensional Fatigue Inventory, MFI）中的一般疲勞、身體疲勞和心理疲勞分數，同時減輕了患者的焦慮和抑鬱症狀。系統回顧也表明，針灸對癌因性疲勞的治療效果優於常規護理或對照組^[1]。

二、針灸的可能作用機制

針灸在癌因性疲勞（Cancer-Related Fatigue, CRF）中的潛在作用機制涉及多種生物學途徑，主要包括炎症調節、神經內分泌調控及神經傳導功能的改善：

1. 炎症調節：癌因性疲勞與慢性炎症狀態密切相關，腫瘤壞死因子- α （TNF- α ）、白細胞介素-6（IL-6）等促炎細胞因子水平升高被認為是導致疲勞的主要因素之一。針灸可能通過調節免疫系統的功能，降低這些炎症介質的表達水平，從而緩解癌因性疲勞。例如，Mao 等（2016）研究發現，針刺治療可顯著降低 TNF- α 和 IL-6 的濃度，從而減輕炎症反應，改善患者的疲勞症狀。此外，針灸可能促進抗炎細胞因子（如 IL-10）的釋放，進一步平衡免疫系統的活動，降低癌症治療帶來的全身性炎症反應。^[3]

2. 神經內分泌調節：下丘腦 - 垂體 - 腎上腺（HPA）軸在應對壓力反應中發揮核心作用，但癌症及其治療可導致 HPA 軸功能異常，使皮質醇水平長期維持於較高狀態，進而影響能量代謝、免疫功能和情緒穩定。針灸可能透過調節 HPA 軸的活動，使皮質醇的分泌恢復至正常節律，減少慢性壓力對機體的負面影響。例如，Ling 等（2014）發現，針刺百會（GV20）、足三里（ST36）等穴位可改善癌症患者的皮質醇節律異常，進而緩解疲勞和壓力反應。此外，針灸還可能影響交感神經與副交感神經系統的平衡，減少交感神經過度激活導致的慢性疲勞感。^[1]。
3. 神經傳導功能的改善：癌因性疲勞與腦內神經遞質的不平衡密切相關，特別是與多巴胺（DA）、血清素（5-HT）和去甲腎上腺素（NE）的缺乏有關。這些神經遞質在調節情緒、動機和能量水平方面發揮關鍵作用。研究表明，針灸可促進多巴胺和血清素的釋放，提高大腦可利用的神經遞質水平，從而改善抑鬱、焦慮和疲勞狀態。例如，動物研究顯示，針刺內關（PC6）和神門（HT7）可顯著提高血清素的含量，改善與疲勞相關的行為表現。此外，針灸可能通過調節腦內內源性阿片類物質（如內啡肽）來減輕癌症相關的疲勞感，增強患者的舒適度與幸福感。

三、針灸的安全性與可行性

針灸作為非藥物治療方式，在癌因性疲勞的臨床應用中顯示出良好的安全性與可接受性。現有研究表明，針灸治療癌因性疲勞時的不良反應通常較輕，主要包括針刺部位的局部疼痛、瘀血或短暫性疲倦，這些反應多為暫時性，且不影響患者的日常活動。Molassiotis 等（2012）針對癌症患者的臨床試驗顯示，大多數患者對針灸治療的耐受性良好，未發生嚴重不良事件。此外，Ling 等（2014）研究亦指出，針刺治療對血液學指標、心血管功能等無顯著不良影響，進一步證明了針灸的安全性。^[1, 6] 針灸的可行性亦較高，臨床實踐中可根據患者的個體狀況選擇適當的針刺穴位與刺激方式，如體針、耳針或電針治療。部分研究顯示，每週進行 2-3 次針灸治療，持續 6-8 週，可顯著改善癌症患者的疲勞程度，並提升生活質量。此外，由於針灸為非侵入性、低風險的治療方式，患者的依從性較高，特別適用於希望減少藥物治療負擔的癌症患者。

艾灸在癌因性疲勞管理中的應用

艾灸作為針灸的熱刺激替代療法，其通過燃燒艾草加熱特定穴位來達到治療效果。然而，傳統艾灸的應用受到煙霧和潛在燒傷風險的限制^[3]。為克服這些限制，現代激光艾灸技術應運而生。Mao 等（2016）研究表明，使用 10.6 μ m 的紅外激光模擬傳統艾灸的熱效應，在改善癌因性疲勞方面效果顯著，且副作用輕微。

紅外激光艾灸的應用為傳統艾灸提供了一種現代化替代方法。Mao 等（2016）的隨機對照試驗顯示，在 78 名符合癌因性疲勞診斷標準的癌症患者中，接受紅外激光艾灸治療的組別在治療結束後的疲勞得分顯著低於對照組（ $P = 0.002$ ），並且效果可持續至治療後的第 8 週（ $P = 0.006$ ）^[3]。該研究強調，紅外激光艾灸不僅安全，且能顯著改善癌因性疲勞症狀，其適用性廣泛。

除了激光技術，傳統艾灸亦顯示出對緩解癌因性疲勞的潛力。研究指出，艾灸能促進局部和全身血液循環，並可能通過熱效應改善能量代謝和免疫功能（Ling et al., 2014）。然而，傳統艾灸在臨床應用中仍面臨煙霧影響和控制劑量的挑戰。

艾灸作為一種傳統中醫熱刺激療法，在癌因性疲勞（Cancer-Related Fatigue, CRF）的干預中可能涉及多種生理調節機制，主要包括微循環改善、免疫調節與神經內分泌調控。

1. 促進微循環：微循環是指小動脈、小靜脈與毛細血管的血流狀況，對氧氣和營養物質的輸送具有關鍵作用。在癌因性疲勞患者中，由於腫瘤消耗大量能量、化療或放療損傷血管內皮細胞，微循環障礙可能導致局部缺氧、代謝廢物堆積，加重疲勞感。艾灸通過熱效應作用於特定穴位（如關元 CV4、足三里 ST36、氣海 CV6），促進局部及全身血液循環，提高毛細血管擴張能力，使組織獲得更多氧氣與營養供應，從而緩解疲勞。例如，Mao 等（2016）研究表明，艾灸可顯著增加血管內皮一氧化氮（NO）的釋放，改善微血管舒張能力，從而提高組織氧合作用。此外，艾灸的熱刺激還可增強局部組織的新陳代謝，加速代謝廢物的清除，進一步減輕疲勞的主觀感受。^[3]
2. 免疫調節：癌因性疲勞與慢性低度炎症密切相關，促炎細胞因子的過度釋放（如腫瘤壞死因子- α TNF- α 、白細胞介素-6 IL-6）可能導致疲勞感加重，而免疫功能的下降則使患者更容易受到感染，加劇身體虛弱狀態。艾灸可能通過調控免疫細胞與細胞因子，改善機體的免疫功能，從而降低癌因性疲勞的發生與發展。例如，Ling 等（2014）研究發現，艾灸可通過作用於脾臟與淋巴系統，提高 T 細胞和巨噬細胞的活性，增強免疫監視能力。此外，艾灸可能促進抗炎細胞因子（如 IL-10）的分泌，平衡免疫反應，減少癌症治療引起的全身炎症反應。臨床研究也顯示，艾灸可降低 C 反應蛋白（CRP）的水平，進一步證明其抗炎作用。這些機制對癌因性疲勞患者尤為重要，因為長期炎症不僅影響能量代謝，還可能導致神經系統功能紊亂，加重疲勞感。^[3]

3. 神經內分泌調控：癌症患者常伴隨壓力應激反應過度激活，尤其是下丘腦 - 垂體 - 腎上腺（HPA）軸的功能異常，導致壓力荷爾蒙（如皮質醇）長期維持在高水平，這不僅影響能量代謝，還可能引起情緒波動和睡眠障礙，加劇癌因性疲勞。艾灸可能透過調節 HPA 軸的活動，幫助患者恢復內分泌平衡。例如，Mao 等（2016）研究發現，艾灸可降低異常升高的皮質醇水平，使其恢復至正常節律，減少慢性壓力對機體的影響。此外，艾灸可能影響交感 - 副交感神經系統的調節，提高副交感神經活性，促進放鬆與恢復，進而減少焦慮、改善睡眠質量，最終緩解癌因性疲勞。此外，艾灸可能通過促進大腦內源性阿片類物質（如腦內啡）的釋放，提高快樂感與舒適度，從而改善患者的情緒狀態，提升生活質量。這種神經內分泌調控機制使艾灸不僅能直接改善癌因性疲勞，還可幫助患者更好地應對心理壓力，增強身心適應能力。^[1]

針灸與艾灸的比較與整合應用

針灸和艾灸雖同屬於中醫的核心技術，但其作用機制和臨床應用存在顯著差異。以下為兩者的比較分析：

1. 作用機制的異同：兩者均以調節經絡、平衡陰陽為理論基礎，並能通過刺激穴位達到緩解症狀的效果^[1, 3]。針灸主要通過機械刺激激活神經反射，影響中樞神經系統和內分泌系統。艾灸則以熱效應為主，強調溫通經絡和促進血液循環^[3]。
2. 臨床適用性比較：針灸因其對穴位的精準刺激，適合針對特定症狀進行治療。艾灸則因其操作簡便且具有持續熱效應，更適合於慢性疲勞等全身性症狀的緩解。對於合併症較多或不適合侵入性療法的患者，艾灸可能是更好的選擇^[1]。
3. 整合應用的潛力：研究建議，針灸與艾灸的結合應用可發揮協同作用。例如，在針灸療程中輔以艾灸，有助於增強療效並延長其持續時間^[3]。此外，針對癌因性疲勞的多維度特徵，針艾結合有助於實現更全面的治療。

結論與未來方向

針灸與艾灸在癌因性疲勞的管理中展現了良好的臨床效果，其非藥物治療的特點為患者提供了一種安全、可接受的治療選擇。通過多項隨機對照試驗，這些療法在減輕疲勞、改善心理健康及提高生活品質方面均有顯著效果^[3, 6]。

然而，目前的研究仍存在一些局限性，包括樣本量不足、隨訪時間較短，以及缺乏統一的治療標準。針對不同癌症類型、治療階段及患者特徵的個性化研究仍需進一步加強（Ling et al., 2014）。

未來研究應致力於大規模臨床試驗：進一步驗證針灸與艾灸的療效，並探索其長期效果。並深入探討這些療法在炎症調節、神經內分泌平衡及能量代謝中的具體作用。將針灸與艾灸納入多學科合作的整合醫療體系，為癌因性疲勞患者提供全方位支持。

參考文獻

1. Ling WM, Lui LY, So WK, Chan K: Effects of acupuncture and acupressure on cancer-related fatigue: a systematic review. *Oncol Nurs Forum* 2014, 41(6):581-592.
2. Chan RJ, Yates P, McCarthy AL: The aetiology, impact and management of cancer-related fatigue in patients with advanced cancer. *Australian Journal of Cancer Nursing*, The 2011, 12(2):4-11.
3. Mao H, Mao JJ, Guo M, Cheng K, Wei J, Shen X, Shen X: Effects of infrared laser moxibustion on cancer-related fatigue: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Cancer* 2016, 122(23):3667-3672.
4. Bower JE, Lamkin DM: Inflammation and cancer-related fatigue: mechanisms, contributing factors, and treatment implications. *Brain Behav Immun* 2013, 30 Suppl(0):S48-57.
5. 趙久惠, 葉明憲, 葉家舟, 李世滄, 陳光偉, 陳秋媛, 李德茂: 癌症病人中醫體質類型與癌因性疲憊之相關性研究. *中醫藥研究論叢* 2014, 17(2):23-38.
6. Molassiotis A, Bardy J, Finnegan-John J, Mackereth P, Ryder DW, Filshie J, Ream E, Richardson A: Acupuncture for cancer-related fatigue in patients with breast cancer: a pragmatic randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2012, 30(36):4470-4476.

針藥合併治療突發閃光病例報告

巫宏明^{1*}、黃柏諱²、廖彥柏²、柯沛君³、劉其松²

¹ 昱安堂中醫診所

² 弘生堂中醫診所

³ 長春中醫診所

摘要

本文報告一例 52 歲女性患者，因左眼偶發性閃光加重至中醫診所就診。患者主訴近數月來晨起時左眼閃光現象明顯，近日頻率與強度有增加，無眼痛、紅腫或外傷史，雙眼視物時尚不影響日常生活。既往病史包括高度近視（約 800 度）、飛蚊症、乳房良性纖維瘤及甲狀腺結節，家族史有糖尿病、青光眼與白內障，平日生活作息不規律，常熬夜且工作壓力大。中醫診察發現患者面色微黃、舌紅絳苔薄白、脈象弦細而滑，並有肩頸緊繃及精神倦怠等表現。初步辨證為氣鬱化火、肝腎陰虛兼肝脾不合之證型。治療上採取針藥合併方式，以甘露飲加減方為基礎，配合針灸穴位風池、合谷、太衝、耳神門、足三里、瞳子膠，並輔以肩頸旋轉鬆動手法，調和氣機、清肝火、滋養肝腎。經數次追蹤後，患者閃光症狀顯著減輕，晨起偶發且不影響日常活動，後續轉以炙甘草湯等調補氣陰之方鞏固療效，並於西醫眼科隨訪中確認無視網膜剝離情形，最終診斷為正常眼壓型青光眼，視野亦有明顯改善。此案例顯示中醫針藥合併治療在家庭與社區醫療中對突發閃光患者可提供有效支持與全人照護。

關鍵字：中醫、針灸、閃光、家庭醫學

通訊作者：巫宏明

電話：(02)2312-1117

地址：台北市萬華區貴陽街二段 135 號

信箱：behumors@gmail.com

A case report on combined treatment of photopsia with acupuncture and therapy of TCM

Hung-Ming Wu^{1*}, Bo-Yu Huang², Yan-Po Liao², Pei-Jun Ke³, Qi-Song Liu²

¹Yuan Tang Traditional Chinese Medicine Clinic

²Hongsheng tang Traditional Chinese Medicine Clinic

³Changchun Traditional Chinese Medicine Clinic

Abstract

This case report describes a 52-year-old female who presented with worsening episodes of photopsia in her left eye. The patient reported that the flashes, initially occasional and more pronounced upon waking, had recently increased in frequency and intensity without associated pain, redness, or trauma. Her medical history included high myopia (approximately -8.00 D), floaters, benign breast fibroadenoma, and thyroid nodules, with a family history of diabetes mellitus, glaucoma, and cataracts. She also reported poor sleep habits, frequent late nights, and significant occupational stress. Traditional Chinese Medicine (TCM) assessment revealed signs of liver qi stagnation, liver and kidney yin deficiency, and spleen-liver disharmony, as indicated by physical fatigue, pale yellow complexion, red tongue with thin white coating, and wiry, slippery pulse. Treatment combined herbal medicine—primarily a modified Ganlu Yin (甘露飲)—with acupuncture targeting Fengchi (GB20), Hegu (LI4), Taichong (LR3), Shenmen (ear), Zusanli (ST36), and Tongziliaox (GB1), alongside manual neck mobilization techniques to promote qi circulation, clear liver fire, and nourish the liver and kidneys. Over multiple follow-ups, the patient experienced significant

Correspondence author: Hung-Ming Wu

Telephone number: (02)2312-1117

Address: No. 135, Sec. 2, Guiyang St., Wanhua Dist., Taipei City, Taiwan

E-mail: behumors@gmail.com

improvement, with photopsia reduced to rare occurrences upon waking and no impact on daily life. Later management focused on consolidating qi and yin using prescriptions based on Zhi Gan Cao Tang (炙甘草湯). Subsequent ophthalmological evaluations ruled out retinal detachment, confirmed normal intraocular pressures, and diagnosed normal-tension glaucoma, with marked visual field improvement. This case highlights the potential role of combined acupuncture and herbal therapy within primary and community healthcare settings for managing photopsia, offering an integrative approach to comprehensive patient care.

前言

閃光，又稱作光幻覺 (Photopsias, Eye Flashes)，是指在沒有任何真實視覺刺激的狀況下看見閃光，發病突然，強度或頻率不一定，可能出現在單眼或是雙眼，有些閃光可能伴隨漂浮物，即飛蚊症。閃光的發生原因有很多，常見原因為玻璃體後脫離 (Posterior vitreous detachment, PVD)、視網膜剝離 (Retinal detachment)、黃斑部病變 (Macular pathology)、青光眼、偏頭痛先兆症狀等。

玻璃體後脫離是最常見的原因，可能是創傷或病理變化所致，當玻璃體拉動視網膜時就會發生光幻覺，玻璃體對視網膜的張力會造成視網膜細胞放電，進而產生閃光的感覺，常被描述類似閃電或是相機閃光的白色模糊閃光，通常閃光持續不到一秒鐘，且可能伴隨出現飛蚊症，玻璃體後脫離可能造成視網膜撕裂或破洞而變成視網膜剝離。視網膜剝離也是造成光幻覺的原因之一，可透過閃光發生位置分辨病因為玻璃體後脫離還是視網膜剝離，視網膜剝離引起的閃光較常位在中央。此外，糖尿病引起的增生性視網膜病變 (proliferative diabetic retinopathy, PDR)，因長期視網膜缺血，造成微血管及纖維組織增生，新的纖維生長在玻璃體視網膜交界面，收縮時便會產生閃光視覺，而這些血管比較脆弱，很可能進一步產生視網膜剝離、玻璃體出血。

黃斑部病變包括 Best disease、黃斑部失養症 (macular dystrophy)、老年性黃斑部病變 (age-related macular degeneration)……等。其中，濕性黃斑部病變 (wet macular degeneration) 隨著血管異常增生，滲漏出血液或液體刺激視網膜外層，就會產生反覆的閃光幻覺，通常在視線中央發生^[1]，且發作重複性更強，不會伴隨飛蚊症。

青光眼與偏頭痛有時也會有視覺的先兆症狀出現，急性隅角閉鎖型青光眼會有視覺光暈或圍繞的光源的虹彩，這樣的閃光症狀往往伴隨頭痛或是眼痛。而大約 15%-20% 的偏頭痛患者會出現先兆症狀，而 90% 先兆症狀是視覺症狀，包括閃光感、閃爍性視野缺損 (scintillating scotoma)、視覺扭曲、偏盲、視力模糊……等，偏頭痛的閃光會在數秒到數分鐘內逐漸產生。其他神經系統原因包括動靜脈畸形、顱內腫瘤、枕葉梗塞、皮質靜脈竇血栓……等，影響到後視覺路線所致，若是短暫性腦缺血 (transient ischaemic attack)，閃光會急速劇烈發生，且可能有意識改變^[2]。少數狀況下，光幻覺可能是腫瘤伴隨症狀，例如黑色素瘤相關性視網膜病變 (melanoma associated retinopathy)，除了閃光，可能還會出現突然視力喪失、暗點、色盲、夜盲或畏光。

造成光幻覺的原因很多，有時並不容易鑑別診斷，大體而言，如果閃光只在單眼發生，大多為眼睛的原因所致，如果同時雙側閃光、出現鋸齒狀線條、彩色閃光，會考慮神經或系統性因素。此外，也要仔細詢問相關病史，是否發生過視網膜撕裂或脫離、高度近視、眼外傷史、手術史、藥物史等，都是判斷閃光病因的線索。最後，需注意若閃光同時伴隨視力喪失、部分視野出現陰影，可能表示視網膜撕裂或脫落，需要盡快就醫，避免造成不可逆的視力損傷。

而在中醫的觀點來看，現代眼科的病名在古代中醫文獻中少有記載，但是《審視瑤函》所云：「神光人自見，起初如閃電，陰精淆純陽，陽光欲飛變，惟見一片茫，何用空哀怨。」即眼前有電光閃掣，時發時止的表現。因此可以根據其臨床表現可歸屬於「神光自現」、「雲霧移睛」、「視瞻昏渺」、「暴盲」等範疇。其病因病機與先天不足、後天失養關係密切^[3]。《審視瑤函》云：「黑人神光屬腎水，兼屬肝木」，「神水者，由三焦而發源，先天真一之氣所化」突出了腎陰滋陰瞳神的重要生理意義。《審視瑤函·目為至寶論篇》中曰：「火在目為神光，火衰則有昏瞶之患。」也強調了瞳神與腎陽、命門火相關的一面^[4]。

腎為先天之本，先天不足，則肝腎兩虛，稟賦不足而脆弱；脾為後天之本，脾虛則氣血生化乏源，失養失固。故脾腎兩虛，稟賦不足、失養失固是可能的主要病機。

病例報告

一、基本資料

姓名：陽 ○ 儀

病歷號：2XX85

性別：女

年齡：52

居住地：台中市

職業：建築設計師

體溫：36.6℃

婚姻：已婚

初診日期：112/08/04

BMI：21.8

二、主訴：近日左側眼睛不明閃光加重。

三、現病史

患者自述近幾個月來左眼會有偶發閃光，晨起較為明顯。無外傷史。近日突然變得很明顯，強度與頻率增加，無伴隨疼痛或明顯搔癢。左眼視野中間有輕微扭曲放大且模糊，但雙眼視物時不會感到困擾。眼睛外觀無明顯紅腫血絲等異常。平素喜歡熬夜追劇。近日喜嗜辣。工作繁忙壓力大。自述無頭暈頭痛等症狀。

由於患者近視約 800 度，屬於高度近視，所以每年有定期回診西醫眼科檢查視力，但先前都無檢查特殊疾病。就診當下再次建議可以找時間回診做眼底鏡、OCT 等相關檢查。

四、過去病史

個人史：乳房良性纖維瘤 (R, S/P)、甲狀腺結節 (L)、高度近視、飛蚊症。

婦科胎產史、兒科生產史：G2P2A0。

家族史：父親有糖尿病、青光眼、白內障。

旅遊史 / 菸酒檳榔 / 過敏史：無。

五、中醫四診

望診：

神識：意識清醒，疲累感重。

體格：體格高瘦。

面色：面色疲憊、微黃。

皮膚：無搔癢紅腫等異常。

眼睛：眼神疲憊，外觀無瘀青紅腫。

口唇：唇色紅。

舌診：舌紅絳苔薄白。

聞診：

味道無特殊異常。

談吐聲音正常、無特殊病態呼吸音。

問診：

全身：無特別怕熱怕冷，但精神倦怠。

情志：容易緊張焦慮或工作壓力大。

睡眠：無淺眠多夢，但容易晚睡。

頭項：肩頸緊繃。

五官：

(1) 眼：左眼容易有閃光，晨起明顯。

(2) 耳：無特別異常。

(3) 鼻：無鼻涕、噴嚏或鼻塞。

(4) 口：口不乾渴。無咳，無痰。

(5) 咽：無咽乾、咽痛、咽癢。

胸部：不會心悸，無胸悶胸痛。

腹部：無胃悶脹、泛酸、噯氣或呃逆，無噁心嘔吐。

食慾：食慾尚可。

大便：大便大多成形，有時便秘有時軟便。

小便：無特別頻尿、少尿、灼熱感等情形。

腰背：無特別不適。

四肢：無特別不適。

切診：

脈診：左脈弦細寸弱關滑，右脈細數。

觸診：肩頸明顯緊繃。

六、現代醫學身體（理學）診察 / 實驗室檢查 / 影像暨特殊檢查

固定每年有眼科檢查，除了近視八百多度之外，無其餘異常報告，建議可以再安排眼底鏡等檢查。

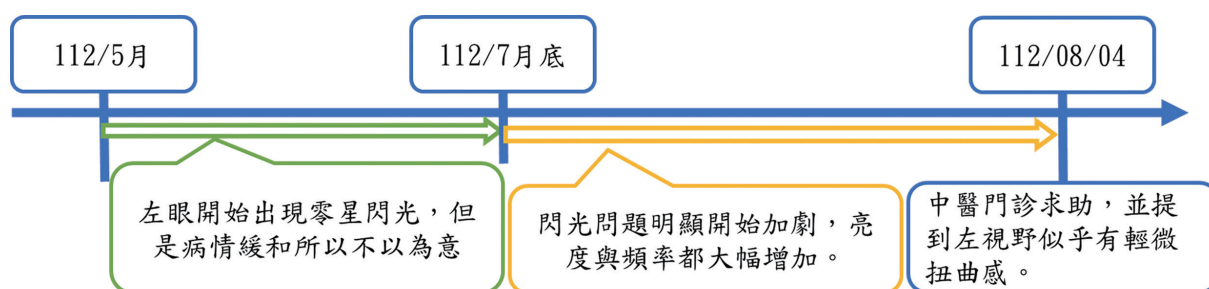
七、整體回顧

1. 此 52 歲女性，曾經有乳房良性纖維瘤、甲狀腺結節病史。此次發病無外傷史，並且過去定期眼科檢查並無發現特殊異常，但是近幾個月左眼出現偶發閃光，晨起尤甚，近日又逐漸加重，故前來就診。眼睛無搔癢疼痛等其他異常。唯有視物的時候左視野中間有輕微放大扭曲的現象。

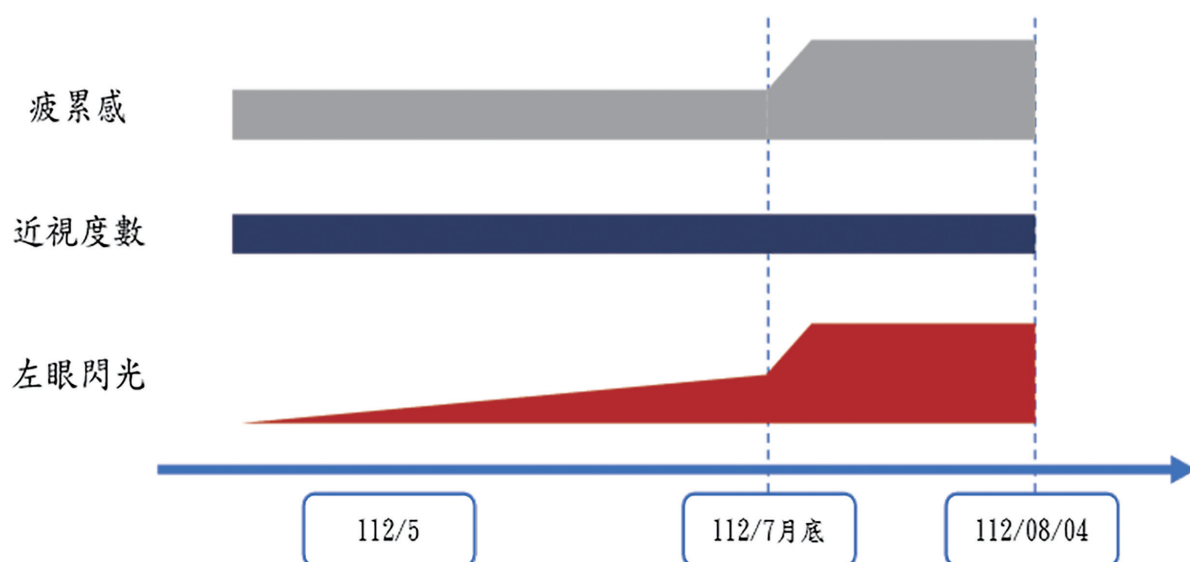
2. 精神倦怠，容易緊張並且工作壓力大。常常熬夜，肩頸緊繃。面色疲憊。大便大多成形，偶有便秘有時軟便。
3. 唇色紅，舌紅絳，苔薄白。左脈弦細寸弱關滑，右脈細數。

八、時序圖

1. 病史圖



2. 症狀時序圖



九、辨證（病機分析）

1. 病位

西醫：左眼。

中醫：肝、腎、脾。

2. 病因

內因：壓力大，肝鬱氣滯，消化不佳。

不內外因：時常熬夜肝腎陰虛。

3. 病性

主證：近日左側眼睛不明閃光加重。

次證：疲累壓力大，肩頸緊繃痠痛。

4. 病勢

由於患者有高度近視的病史，雖然症狀發生前後沒有任何外傷史，但仍要懷疑是否有視網膜剝離的機會。即使中醫並無手術治療手段，但是必須提醒患者做進一步檢查避免耽誤治療時機。以下為視網膜剝離常見的危險因子^[5]：1. 中高度近視。2. 眼球曾受外傷。3. 女性。4. 視網膜剝離家族病史。5. 白內障手術。

此外，容易有閃光描述的西醫疾病還涉及到視網膜剝離、青光眼等等，雖然問診患者表示沒有頭痛、眼睛痛。但還是請患者特別留意有青光眼相似症狀還需要趕快就診處理。以下為青光眼的危險因子：

中醫記載相似症狀的文獻不多，最相關的是《審視瑤函》的神光自現症：神光人自見，起初如閃電，陰精淆純陽，陽光欲飛變，惟見一片茫，何用空哀怨。此症謂目外自見神光出現，每如電光閃掣，甚則如火燄霞明，蓋時發時止，與瞻視有色之定者不同。乃陰精虧損，清氣怫鬱，玄府太傷，孤陽飛越，而光欲散，內障之重者，非心螢星痰炎之輕也。服補水寧神湯。

根據以下中醫經典對於眼睛論述：《靈樞•大惑論》：五臟六腑之精氣，皆上注於目而為之精。…目者，五藏六府之精也，營衛魂魄之所常營也，神氣之所生也。故神勞則魂魄散，志意亂。…目者，心使也。《素問•五藏生論》：肝受血而能視、諸脈者皆屬於目。《素問•脈要精微論》：夫精明者，所以視萬物，別白黑，審短長。以長為短，以白為黑，如是則精衰矣。可以了解到眼睛問題與五臟六腑皆有所關聯，其中與肝、心、精氣神又更加相關。

根據四診，我們可以瞭解到患者此次問題雖然是突然加重，但是症狀不是短期突然出現，眼睛外觀也沒有明顯問題，故遭受感染的機會應該不高。另外，患者長期工

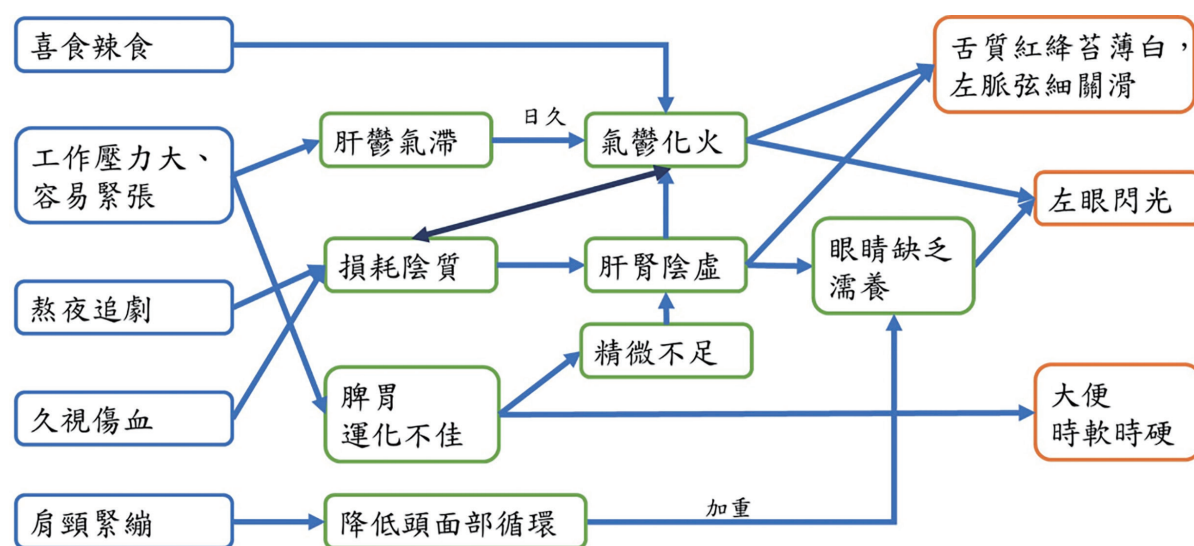
作壓力大，需要隨時幫老闆盯緊工作。個性又容易緊張，可以推測容易有肝鬱氣滯甚至化火的機會。加上患者喜歡熬夜追劇，更容易損耗陰質，加重氣鬱化火的問題。

患者兼症不多，對於症型的判斷稍微不容易。從左脈象上可以推論肝鬱氣滯並且化火的機會很高。並且右脈細數暗示陰質已傷，並帶有火氣的問題。加上患者容易緊張，多有肝木乘脾土的問題。自述大便容易時軟時硬，推測脾胃運化確實有出現一些問題。

長期的與肝脾不調不僅讓腸胃容易不適，對於精微物質的吸收利用也都會不足。又《內經·宣明五氣》：「久視傷血」，患者的職業要長時間看螢幕或者設計圖，更容易出現精血不足，陰消陽長化火的機會。長期的精微不足，加上熬夜就容易出現肝腎陰虛的問題。

綜合看來，推論出患者主要證型比較偏向氣鬱化火，肝腎陰虛。次要則是還有肝脾不合的狀況。由於尚無嚴重的腹瀉腹痛等問題，故急者治其標，可以先處理氣滯化火與陰虛的問題。

病因病機圖



一〇、診斷

西醫病名：其他眼球疾病

中醫病名：神光自現症

中醫證型：氣鬱化火、肝腎陰虛、肝脾不合

治則：宣降鬱火、滋補肝腎

一一、論治（治法分析）

自擬方：

1. 甘露飲 5g，葛根芩連湯 1.8g，麻黃附子細辛湯 1g，荊芥、菊花、木賊、枸杞 0.8g、砂仁 1g。
2. 科中以甘露飲為主方，幫助養陰潤燥、清熱降火。方中除了有三焦的滋陰用藥之外，兼有枳殼幫助理氣；枇杷葉、黃芩與茵陳清熱利濕。葛根芩連湯幫助加強清利火熱之外，葛根幫助解肌退熱、紓解肩頸，以利頭面部循環。佐以少量麻黃附子細辛湯與砂仁，避免方劑滋膩，患者久虛難以消化並且推動利用。最後搭配荊芥、菊花與木賊，輕揚透散來幫助清利頭面、散鬱火。

針灸穴位

1. 風池、合谷、太衝、耳神門、足三里、瞳子膠。
2. 風池可以幫助疏風清利頭目，也可以幫助放鬆肩頸。合谷與太衝則是負責疏肝解鬱、調和腸胃。使身體氣機再次暢達。耳神門幫助安定心神，紓壓解鬱。足三里為陽明經合穴，可以幫忙調理脾胃，清熱化濕，扶正培元。瞳子膠則是幫忙祛風，泄熱，明目。

傷科手法

1. 頸部：坐位旋轉法。
2. 調整歪斜頸椎，放鬆肩頸，以利於頭面循環。

一二、病例追蹤

08/11 回診：

1. 閃光強度大約剩下三成，但是發作頻率約還有九成。
2. 處方依舊以甘露飲為主方加減，針灸穴位不變。

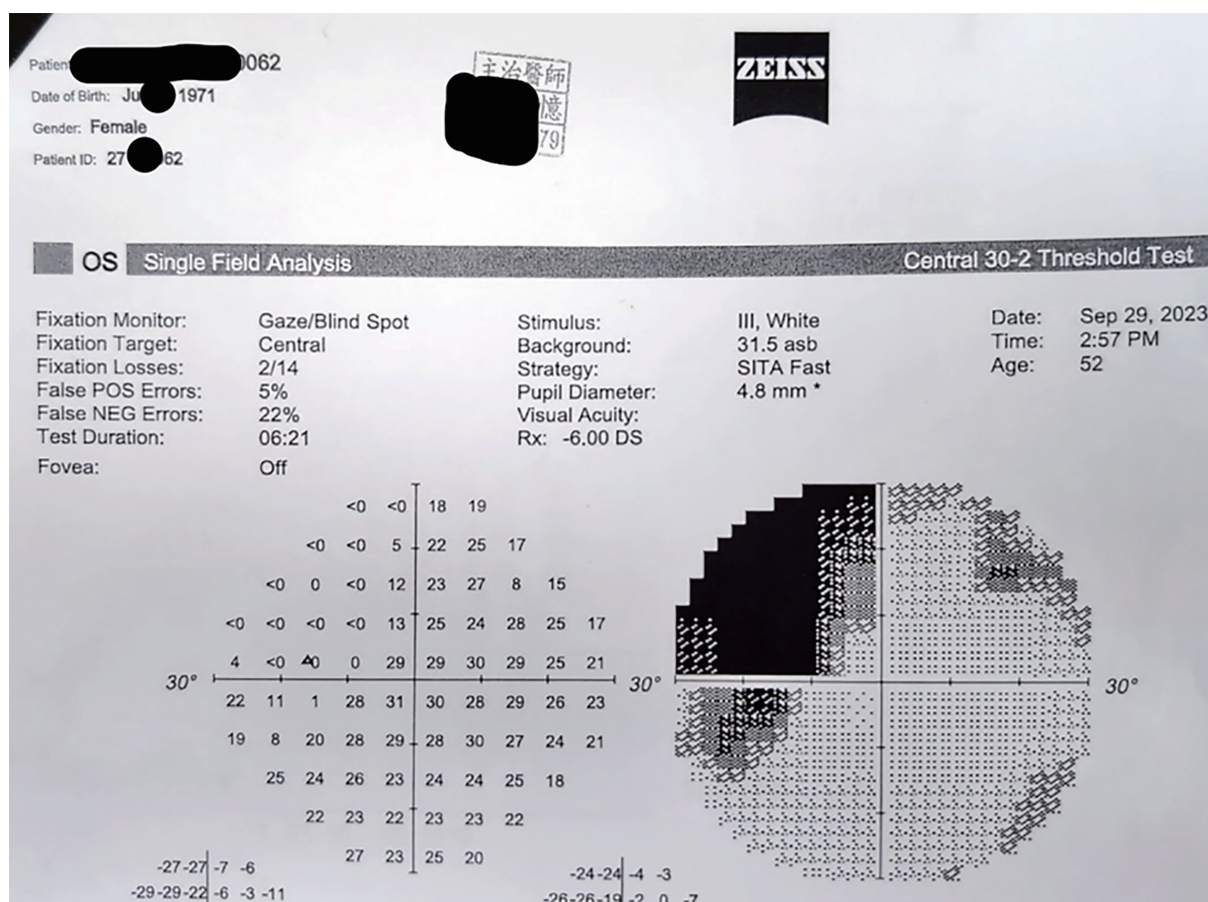
08/18 回診

1. 閃光強度約剩兩成，僅剩晨起較容易發作。依舊有些許火氣。
2. 處方以甘露飲加減。針灸穴位不變。

09/01~

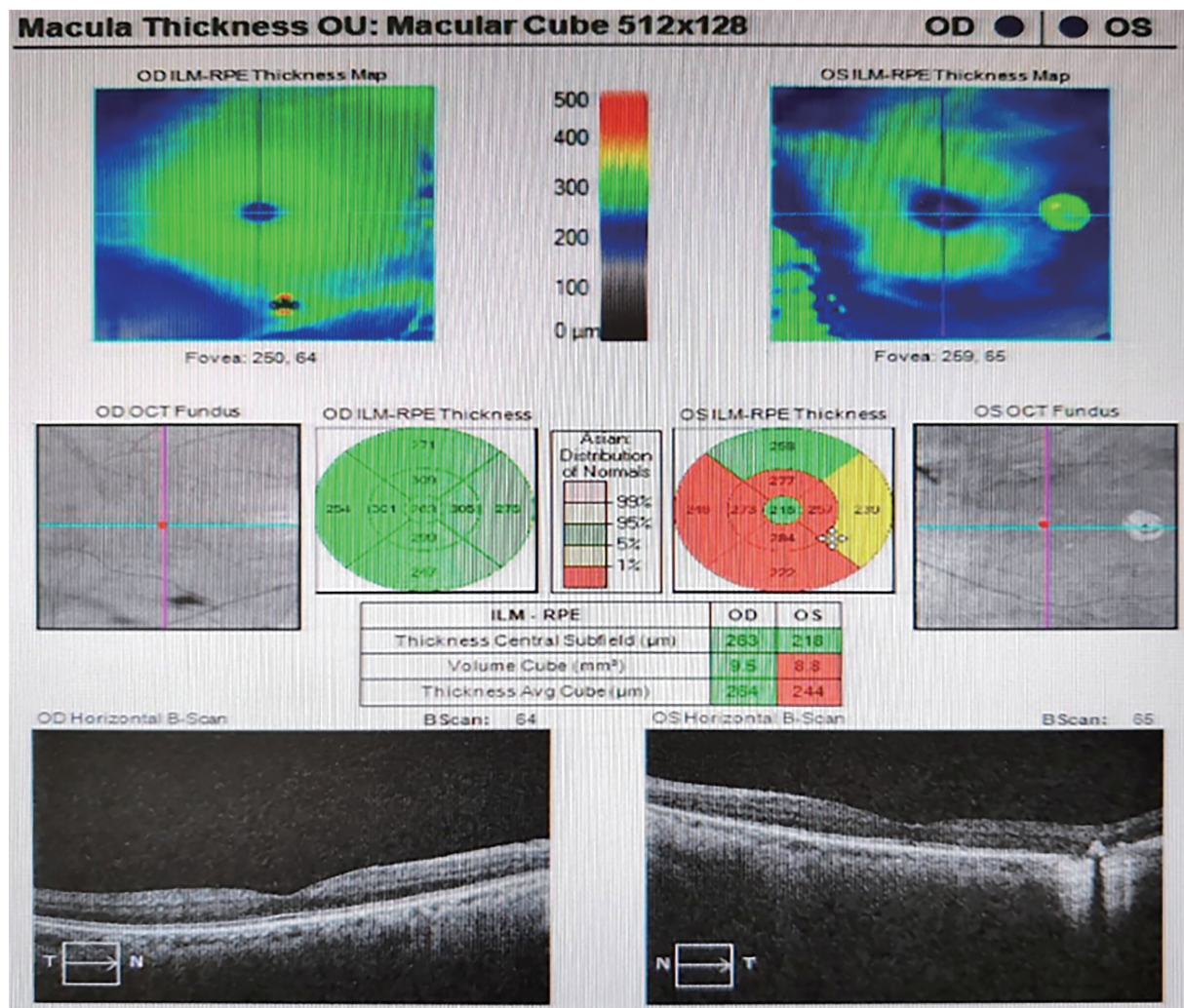
1. 證型轉變，以氣陰兩虛為主，以炙甘草湯為主方加減。
2. 倘若有勞心較多，將與歸脾湯或者天王補心丹為主方加減。

9/9 視野檢查發現有缺損。眼壓正常 (OS 14mmHg、OD 13mmHg)。西醫判定為正常眼壓型青光眼。



10/23

1. OCT 檢查並沒有發現視網膜剝離的問題。但是視網膜有比較薄。

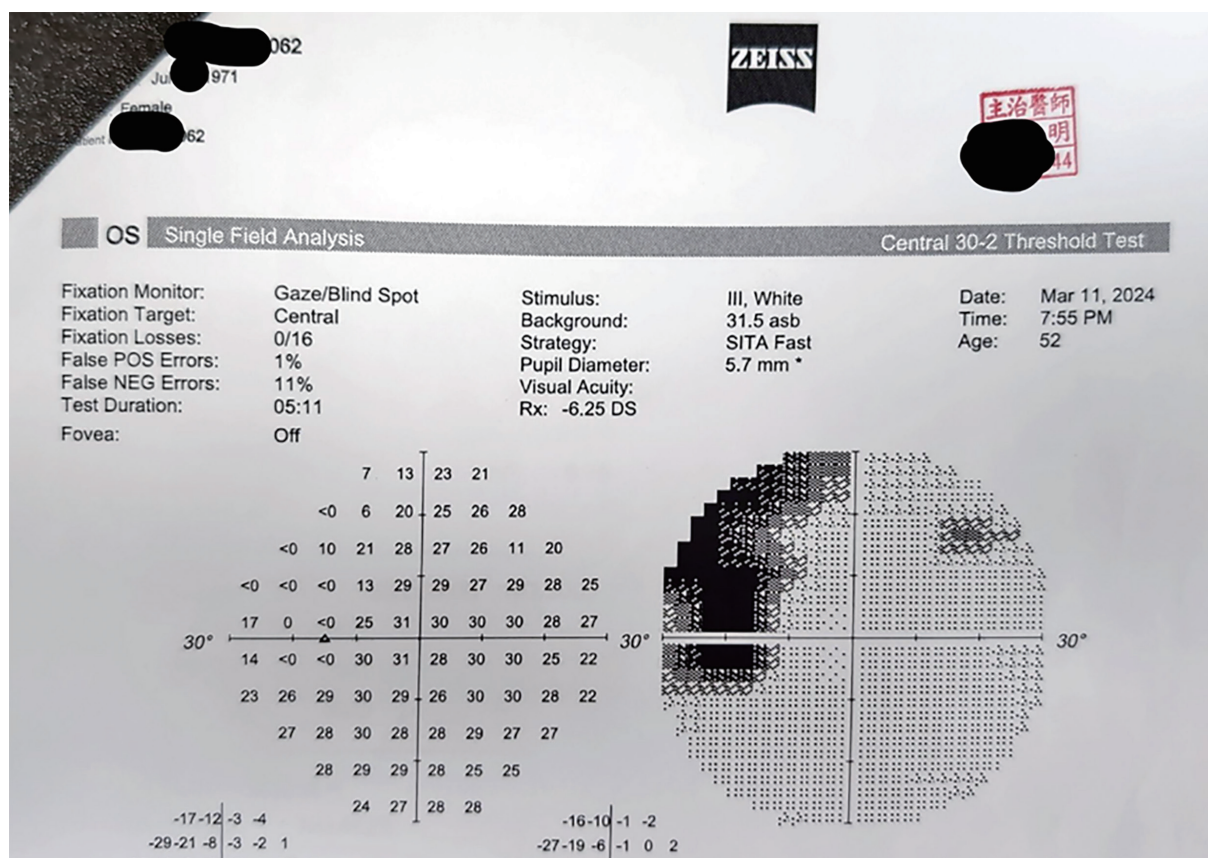


11/02~

1. 由於天氣轉變，開始出現外感風寒或氣虛水滯。方用葛根湯、補中益氣湯、當歸四逆湯等加減。
2. 眼睛閃光大多平穩不再惡化，唯有過於疲累時加重。

03/11

1. 西醫複檢，未使用降壓藥之下，眼壓依舊正常 (OS 15mmHg、OD 14mmHg)。近視度數無明顯變化。視野檢查明顯進步。



2. 眼睛閃光多為晨起偶發，但並無完全消失。

討論

臨床遇到出現閃光問題的時候，必須聯想到是否有視網膜剝離青光眼、黃斑部病變、青光眼等可能較嚴重的問題。必要時，請患者做更進一步的儀器檢查。此外，還有一部分是前面沒有提到的，就是眼睛出現閃光的時候，要注意是否可能因為腦部血管收縮而造成鋸齒狀閃光視覺，這樣的疼痛可以持續十至二十分鐘，於兩眼同時發生，若接著發生頭痛，則叫做「血管性偏頭痛」；若未伴隨頭痛，叫做「眼性偏頭痛」（ophthalmic migraine）。

這個案例沒有明顯的偏頭痛問題，MRI 檢查也沒有中樞性的問題。所以可以放心的介入治療，而中醫的介入在這點也是可以提供許多的幫助。做為社區與家庭治療的第一線，還可以提供中醫相關的衛教。

1. 避免過大情緒起伏，如興奮、憤怒、恐懼、煩躁、悲傷等。
2. 保持睡眠品質，勿熬夜。
3. 避免過量地飲用茶、咖啡、酒或吸煙。
4. 適度運動，維持良好體能與血液循環，避免倒立之動作。
5. 避免在暗室內長期工作。
6. 避免穿著過緊的服裝，如硬領、緊束腰帶等。
7. 腹式呼吸幫助放鬆身心。
8. 按摩穴位，例如眼睛附近的攢竹、瞳子髎。

除了針灸、藥物的介入治療，中醫還可以提供像是穴位的按摩與推拿的衛教，穴位的按摩是一個中藥與西藥的治療外的一個有效的方式，而且不拘於時間與地點，可以在零碎的時間自己操作的治療方法。

另外本病歷告報患者曾經反應過服用降眼壓藥會導致有噁心、反胃與頭暈的症狀，在確認患者眼壓正常後，便建議停藥。同時停藥也可以避免讓眼壓過低，因為過低的眼壓有可能會導致脈絡膜血管收縮，以代償提高眼壓^[6]。因此讓眼睛血液灌流變少，讓眼底可以提供的養分與代謝廢物能力下降。但是也有研究表示^[7] 正常眼壓型青光眼使用降眼壓藥依舊可以幫助未來惡化的機會。這部分可能要由臨床醫師自行斟酌。

結論

作為家庭與社區醫療的一部分，中醫的診所，常常會接收到各式各樣的患者，是民眾最容易接觸的醫療窗口。透過對不同疾病的了解可以讓我們保持有警覺性與給予正確醫療協助，同時也更加容易幫助患者整合醫療資源，做到真正的醫療分級。患者能夠做出他想要的醫療決策。此外，易接觸性也能夠讓我們更接近患者，了解患者生活作息，甚至家庭背景，並且給予適當的衛教與生活建議。以期望達到全人治療的目標。

如上述遇到患者提出點眼藥水出現不適，這過程其實也牽涉到所謂的「共享決策」(Shared Decision Making, SDM)，1997年 Charles C, Gafni A, &Whelan T 等三位專家提出醫病共享決策操作模型定義，建議在實施時須包括：1. 至少有醫師和病人共同參與 2. 醫病雙方共享訊息，醫師提供不同的處置方案之實證資料病人提出個人喜好和價值觀，並且彼此交換資訊和討論 3. 經過醫病溝通和討論，共同達成選擇對病人目

前狀況，最佳並可行的治療選項。在此案例我們便與患者討論停用眼藥水之後的危險性、必要性，以及副作用等問題，最後才決定停用眼藥水的使用。落實 SDM 中知識、溝通和尊重此三元素。同時達成最佳可行之治療選項。

參考資料

1. Virdee, J., & Mollan, S. P. (2020). Photopsia. *Practical Neurology*, 20(5), 415–419. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2019-002460>
2. Ng, J. K. Y., Xie, P. J., Saber, A., & Huxtable, J. (2023). Assessment of photopsia (flashing lights). *BMJ*, 380, e064767. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-064767>
3. 段俊國 . (2012). 中醫眼科學 . 人民衛生出版社
4. 傅允科 . (明朝). 審視瑤函 .
5. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. (2020). 62(6), 445–451.
6. Kiel, J. W. (2010). The ocular circulation. Morgan & Claypool Life Sciences
7. 張雪麗 (Chang, S. H. L.), & 郭雅慧 (Kuo, Y. H.). (2009). Translating Clinical Trial to Daily Practice: The Ocular Hypertension Treatment Study and the Collaborative Normal-Tension Glaucoma Study. 《中華民國眼科醫學會雜誌》(Journal of the Chinese Ophthalmological Society), 48(4), 496-501.

從居家收案特性探討中醫居家醫療照護

黃柏銘^{1*}、鄭竹晏²

¹ 平安中醫診所，雲林

² 大林慈濟醫院，嘉義

摘要

隨著人口老化與多重慢性病盛行，居家醫療需求逐年增加。中醫從 108 年納入居家醫療團隊，實務運作成效，尚未有明確文獻探討。本文試以雲嘉地區 A 團隊與中醫團隊 110 至 113 年間之收案資料為基礎，探討中醫師參與居家醫療的成果與特性。研究指出，中醫團隊在居家醫療服務（S1）佔比高達 64.14%，居家醫療服務中以循環系統疾病及精神心智與神經系統疾病為主，顯示中醫在穩定期病患照護上具高度參與度，亦凸顯其於慢性病管理與生活品質提升上的潛能。本文進一步分析全國 113 年居家醫療收案來源與特性，並提出中醫參與未來疾病照護推廣的可能方向。

關鍵字：居家醫療、中醫、失能

通訊作者：黃柏銘

電話：(05)6360240

地址：台灣雲林縣虎尾鎮中山路 40 號

信箱：bomihuang@gmail.com

Exploring the Characteristics of Traditional Chinese Medicine in Home-Based Medical Care

Bo-Ming Huang^{1*}, Chu-Yen Cheng²

¹Ping-An Chinese Medicine Clinic, Yunlin

²Dalinh Tzu Chi Hospital, Chiayi

Abstract

With population aging and the increasing prevalence of multiple chronic conditions, the demand for home-based medical care has grown steadily. Traditional Chinese Medicine (TCM) was officially integrated into home care teams in 2019, yet its practical outcomes remain underexplored in existing literature. This study analyzes case data from Team A and its TCM unit in the Yunlin-Chiayi area between 2021 and 2024 to investigate the characteristics and outcomes of TCM physician involvement in home medical care. Results indicate that TCM teams contributed to 64.14% of home care services (S1), with a focus on circulatory system diseases and mental, behavioral, and nervous system disorders. These findings highlight the significant role of TCM in managing patients in stable phases of illness, underscoring its potential in chronic disease management and quality of life improvement. This paper further examines the nationwide case sources and characteristics of home-based care in 2024 and suggests potential directions for expanding the role of TCM in future disease care models.

Keywords: home-based medical care, traditional Chinese medicine, disability

Correspondence author: Bo-Ming Huang

Telephone number: (05)6360240

Address: No. 40, Zhongshan Rd., Huwei Township, Yunlin County, Taiwan

E-mail: bomihuang@gmail.com

前言

隨著台灣人口高齡化，多重慢性病與失能者增加，居家醫療需求持續擴大。據衛福部統計 114 年老人佔全國人口 20.8%，推估 115 年即邁入超高齡社會。健保署自 105 年 2 月起，辦理「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，鼓勵特約醫療院所組成居家整合照護團隊，提供行動不便患者以病人為中心的全人照護；為改善不同類型居家醫療照護片段式之服務模式，整合為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，提供含括「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段，鼓勵院所組成整合性照護團隊，強化醫療照護資源連結轉介，提供以病人為中心之整合照護。^[1-6] 因為人口老化，急症住院需求增加，但是醫院量能成長有限，所以在宅住院模式來補足與強化在宅醫療體系已成為重要議題，醫療支付改革上近年逐漸有著「高價值照護」的倡議，提出照護模式除了需有臨床療效外，應以病人為中心，並在合適的成本下，多元醫事人員參與，提供全人整合醫療照護。^[6-7]

統計 113 年台灣六區的照護團隊數達 232 個，收案家數為 1,484 個，照護人數亦達到 87,526 人次，其中提供中醫居家服務達 157 個如表一、表二。依照護整合計畫 108 年 5 月公告，經培訓後中醫師可參與執行居家醫療照護整合計畫，109 年 5 月起病人之居家醫療主治醫師可由西醫師或中醫師擔任，亦即中醫師可擔任居家醫療病人之主責醫師，賦與了中醫參與居家醫療照護的更多責任。醫療團隊照護模式傳統上以西醫為主，但透過居家醫療照護整合計畫，中醫師可以在此照護團隊中扮演一定的角色；^[1] 然而，中醫參與居家醫療的實務運作、疾病分布與成效，尚未有明確文獻探討。本文回溯雲嘉地區 110-113 年，其中二個照護 A 團隊與其中醫團隊之服務資料為基礎，分析其收案來源、疾病特性與中醫在疾病照護中的角色，並結合 113 年台灣居家醫療收案來源資料嘗試提出未來中醫居家醫療之建議。

表 1

113 年照護團隊分布與照護人數							
分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
團隊數	59	40	56	33	31	13	232
家數	866	410	800	566	615	179	3,436
收案家數	286	213	369	231	295	108	1,484
照護人數	16,040	12,811	22,351	15,056	16,897	4,481	87,526

表 2

居家醫療團隊提供之服務							
分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
團隊數	59	40	56	33	31	13	232
居家中醫	23	34	40	24	23	13	157
居家藥事	6	8	13	14	11	0	52

方法

本研究採橫斷性分析，收集雲嘉地區兩個居家醫療團隊 3553 個收案，彙整比較 A 團隊（ATeam）與中醫團隊（CMTeam）於 110 年 1 月至 113 年 6 月間之居家醫療收案類型（S1-S3）與主診斷 ICD-10 疾病分類。並引用衛福部 113 年台灣居家醫療團隊（Team）來源統計作為背景比對。所有數據以百分比呈現，並進行圖表視覺化分析。我們剔除延長重複收案，但排除不同照護階段，最終納入 2627 個案家，其中包含接受中醫照護的 251 個案家，進行回溯分析。

三類收案依衛福部分類為：

S1：一般居家醫療

S2：重度居家醫療（多重障礙、全癱等）

S3：安寧療護

居家醫療團隊成員

A 團隊（ATeam）包含區域及地區醫院、居家護理所、衛生所、中西醫診所等。

中醫團隊（CMTeam）包含區域及地區醫院、中醫診所等。

結果

依衛福部資料，居家醫療個案外出就醫不便原因達 97% 是失能（< 60 分），收案來源住院個案占 25%，案家自行申請占 60%，其餘長照管理中心轉介占 15%。照護階段收案分類一般居家醫療（S1）41%、重度居家醫療（S2）45%、安寧療護（S3）14%。我們統計分析顯示，中醫團隊在居家醫療服務（S1）佔比高達 64.14%，明顯高

於全國平均與 A 團隊如圖一，顯示中醫較適合介入穩定期與慢性病照護。而在重度與末期照護（S2 與 S3）方面，中醫參與比例相對較低，反映出在高風險照護層級仍需跨專業團隊合作。

中醫團隊於居家醫療服務中，循環系統疾病及精神心智與神經系統疾病為主；A 團隊照護則以循環系統、精神心智及腫瘤疾病為前三名。相對而言，中醫居家醫療照護與感染、皮膚、泌尿、代謝疾病等為主診斷的急性或短期性疾病相關的比例極低如圖二、圖三，分述如下。

圖案中在雲嘉地區居家醫療 A Team 收案的疾病類別分析中，循環系統疾病（ICD-10: I00-I99）仍為主要收案類別，占整體患者的 27.8%。其次依序為精神與行為障礙（F00-F99）占 16.9%，腫瘤類疾病（C00-D49）占 15.1%，均顯示慢性疾病與心理社會問題在居家醫療需求中具高度比重。其他占比較高的類別包括內分泌、營養與代謝疾病（E00-E90）7.4%，神經系統疾病（G00-G99）7.0%，以及症狀與體徵、異常臨床檢查結果（R00-R99）6.1%。泌尿生殖系統疾病（N00-N99）與肌肉骨骼與結締組織疾病（M00-M99）則分別占 4.8% 與 4.5%。其餘如呼吸系統疾病（J00-J99）3.3%、損傷與中毒（S00-T98）2.2%、消化系統疾病（K00-K93）1.8%，及與懷孕生產相關的疾病（O00-O99）1.7%。低比例的分類包括健康狀況影響因子（Z00-Z99）、血液與造血器官疾病（D50-D89）、皮膚疾病（L00-L99）、眼耳疾病（H00-H95）、先天性畸形（Q00-Q99）與產期特殊狀況（P00-P96），各占比均低於 1%。本分析結果顯示，A Team 所服務患者中，以心血管、精神心理與癌症等慢性或重大疾病為主

圖三中雲嘉地區中醫居家醫療團隊（CM Team）所收案患者之疾病分類統計顯示，以循環系統疾病（ICD-10: I00-I99）占比最高，達 36.4%，顯示此類慢性疾病在居家醫療需求中具有高度比例。其次為精神與行為障礙（F00-F99）占 13.4%，以及神經系統疾病（G00-G99）占 12.6%。腫瘤類疾病（C00-D49）占比為 9.6%，肌肉骨骼與結締組織疾病（M00-M99）則為 7.3%。此外，屬於影響健康狀態與健康服務接觸的因素（Z00-Z99）與損傷、中毒與其他外因（S00-T98）各占 5.0%。其他如症狀與體徵、異常臨床與實驗室檢查結果（R00-R99）、呼吸系統疾病（J00-J99）、消化系統疾病（K00-K93）占比分別為 2.7%、2.7% 與 1.9%。餘下如泌尿生殖系統疾病、皮膚與皮下組織疾病、耳與乳突疾病、眼與附屬器疾病、先天性畸形與染色體異常，以及罕見的外因致死（V01-Y98）等，各占比皆低於 2%。整體而言，居家中醫照護服務的收案病人以慢性退化性疾病為主，尤以心血管、神經與精神疾病最為常見，顯示整合性中醫介入於長期照護中的重要性與必要性。

本研究比較雲嘉地區兩支居家醫療團隊（CM Team 與 A Team）在收案疾病類別上的分布，顯示兩隊皆以慢性退化性疾病為主要服務對象，惟其疾病構成仍存在顯著差異。

首先，循環系統疾病（I00-I99）在兩隊中皆居首位，惟 CM Team 占比為 36.4%，明顯高於 A Team 之 27.8%，顯示 CM Team 所服務患者可能以心血管疾病合併臥床、長期失能個案為主，對於中醫介入降壓與改善血液循環之需求較高。

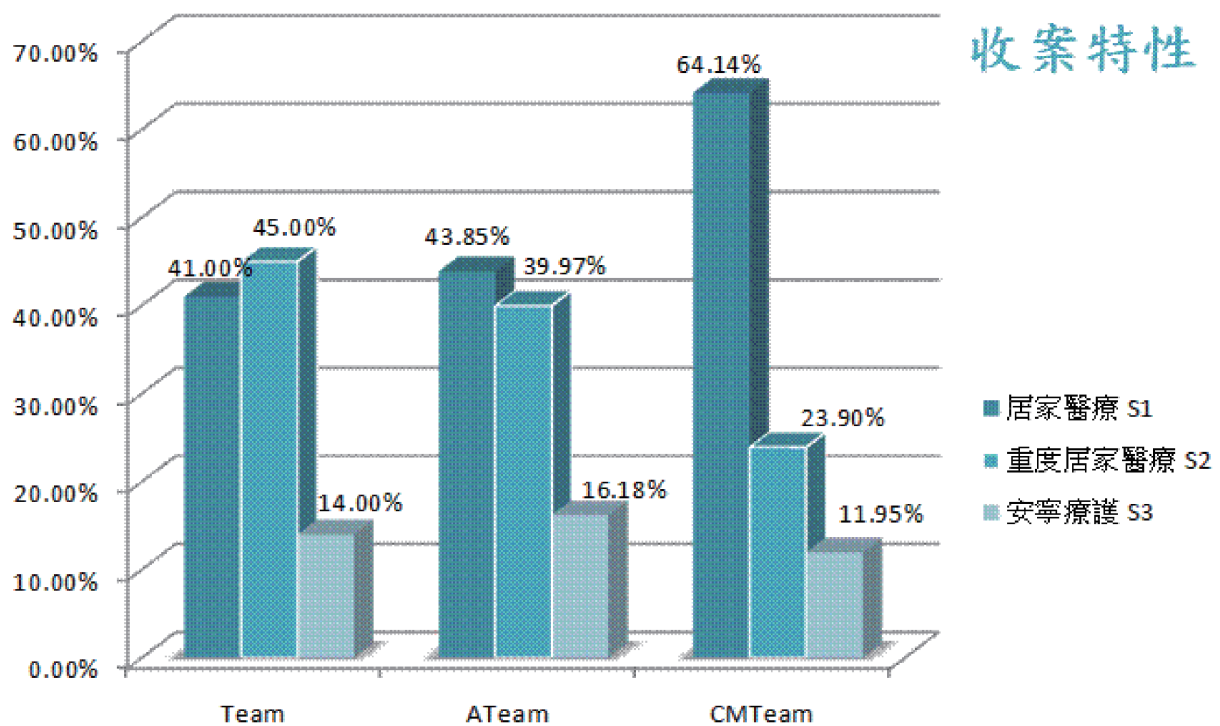
其次，精神與行為障礙（F00-F99）在兩隊中皆為第二高類別，但 A Team 占比為 16.9%，略高於 CM Team 之 13.4%，可能反映該隊服務區域中失智症、憂鬱症或長照心理壓力問題患者較多，亦顯示其在精神照護中醫模式上有較多實務操作經驗。

腫瘤疾病（C00-D49）占比方面，CM Team 為 9.6%，而 A Team 高達 15.1%，此差異顯著，推測 A Team 可能與當地安寧緩和醫療體系或癌症轉介管道更為緊密，中醫在緩解腫瘤相關症狀（如疼痛、噁心、疲倦）上具重要補位角色。

此外，A Team 收案中內分泌與代謝疾病（E00-E90）占 7.4%，而 CM Team 則未見此類別排名前十，顯示 A Team 可能更常處理糖尿病、甲狀腺或營養失衡等問題，顯示其在代謝病照護與中西整合上的應用潛力。

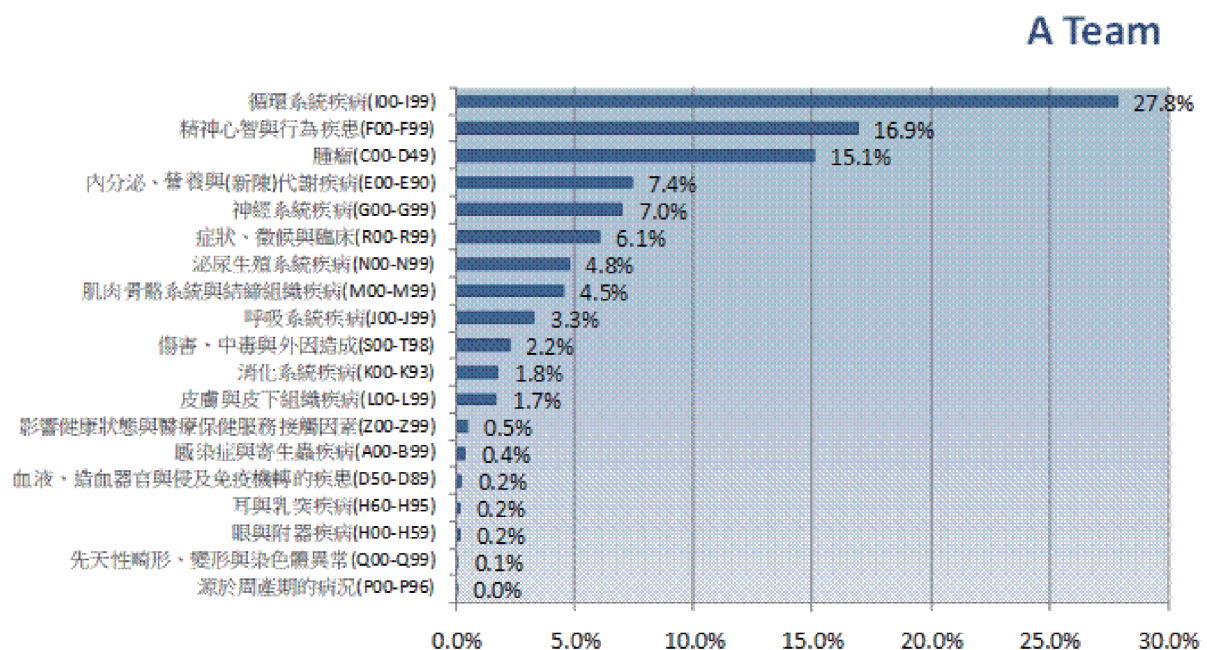
值得注意的是，CM Team 中「影響健康狀態與健康服務接觸」（Z00-Z99）與「外傷與中毒」（S00-T98）各占 5.0%，高於 A Team 的 0.5% 與 2.2%，可能代表 CM Team 更常收案於需要健康管理、家庭訪視追蹤與跌倒後照護等情境。

綜合而言，CM Team 之收案特性傾向於「多重慢性病合併失能或外傷」，而 A Team 則呈現「重大疾病（腫瘤、內分泌）與心理照護」並重的服務樣貌，兩者皆展現中醫居家醫療在不同臨床情境中的多元介入價值。此比較有助於未來資源配置、專業訓練與介入策略之擬定，進一步優化在地化中醫居家照護模式。



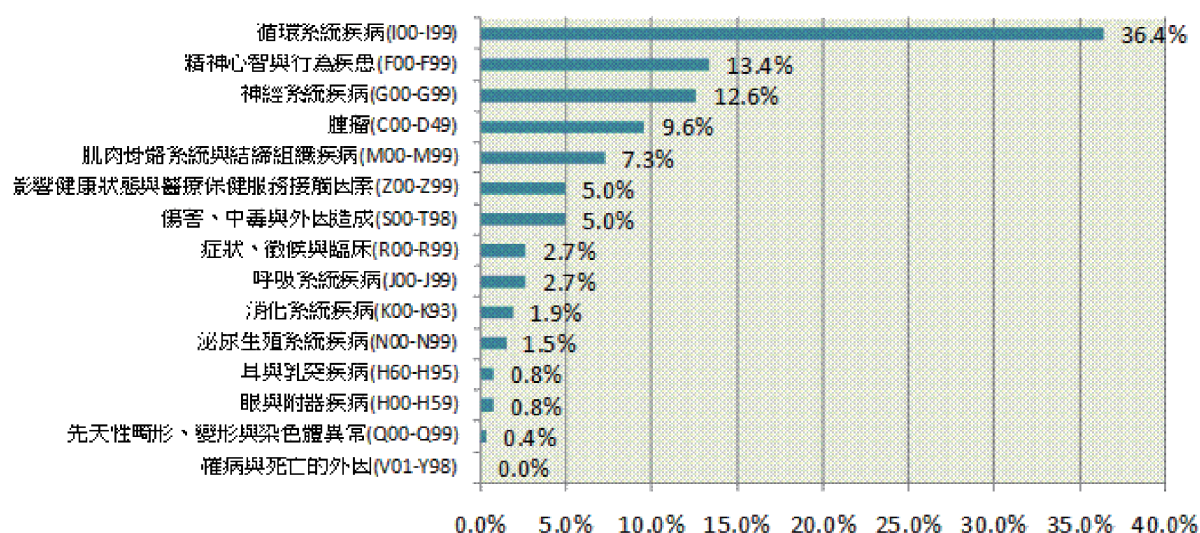
附圖 1 居家醫療收案特性

* 資料來源：衛福部（Team）；依 VPN 居家醫療照護計畫統計（A&CM Team）



附圖 2 雲嘉居家醫療（A Team）收案疾病調查

* 依 VPN 居家醫療照護計畫統計



附圖 3 雲嘉中醫居家醫療（CM Team）收案疾病調查

* 依 VPN 居家醫療照護計畫統計

討論與結論

中醫團隊於居家醫療服務中，最常照護的病患類型以循環系統疾病（如高血壓、中風）及精神與神經系統疾病（如失智、憂鬱、巴金森氏症）為主。這顯示出中醫在慢性疾病穩定、情緒調節、與神經調理方面的應用價值。一項調查失智症患者使用家庭和社區服務（HCBS）的模式研究，顯示影響服務使用的因素，伴隨依賴的失智症增加了 HCBS 的使用。這些結果表明，輕度依賴的患者可能更願意使用社區支持服務例如日照、據點，而中度至重度依賴的患者更有可能利用居家醫療居家護理服務。^[8]

此外，肌肉骨骼與腫瘤相關照護也具有一定比重，這類病患常見疼痛、乏力、睡眠障礙等症狀，透過中醫針灸、傷科穴位衛教與中藥調理，有助於提升病患的生活品質與依從性。相對而言，與感染、皮膚、泌尿、代謝疾病等急性或短期性疾病相關的比例極低，符合中醫在慢性與亞急性期照護的特性與優勢。

從疾病分布調查可看出，中醫與西醫團隊在居家醫療服務中的角色呈現互補性。中醫團隊在循環系統、神經系統、肌肉骨骼與慢性疼痛相關疾病方面有其照護與健康管理上的優勢。特別是在退化性疾病與身心失衡（如失眠、焦慮、疲倦等）症狀中，

預期透過針灸與中藥療法可提供較少侵入性、低風險的療法，增加病人居家醫療接受度與改善生活品質。相對地，西醫 A 團隊在處理腫瘤末期、代謝疾病與精神疾病重症方面具有優勢，顯示其在醫療急重症管理與處方藥調整上的必要性。

也因此，反映在中醫在居家醫療服務中的高 S1 佔比，可能源於中醫對慢性疼痛、腸胃問題、失眠及情緒障礙等次急性與穩定病症的調理優勢。

然而，中醫在 S2 與 S3 中的參與度較低，可能與中醫尚未充分納入跨科整合照護體系有關，臨床上尚有許多醫護同仁或是案家不知道中醫師可以執行居家醫療照護計畫，而執行居家醫療的中醫師，也應在團隊中多扮演主責或協同角色，將有助於團隊橫向聯繫，也提升全人照護成效。在台灣諸如西醫同仁的在宅住院模式，提出針對台灣的既有健康體系的特色來調整在宅住院模式，例如與長照系統整合，或是擴大更多醫事人員的整合與團隊組成，擴大導入資訊科技等，使在宅醫療朝高價值的全人照護模式邁進。^[6, 7]

本研究資料希望可作為未來發展中醫社區長照服務模式的依據，未來長照 3.0 政策中，在「大家醫計畫」及「在宅急症照護（HaH）」擴增中醫介入的角色與服務深度。^[4]中醫在台灣居家醫療體系中，展現對慢性病患症狀控制與生活品質提升的潛能。未來應善用中醫之特性，融入跨專業整合模式，提升整體照護效能。

謝辭

本文中個案調查與資料收集，感謝雲林居家醫療同道，若瑟、慈濟居家醫療團隊的協助，在此一併致謝。

參考文獻

1. 居家醫療照護整合計畫，衛福部健保署 2025。 <https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5195-2e804-2875-1.html>
2. Ministry of Health and Welfare. (2024). National Home-Based Medical Care Statistics Annual Report. Taiwan. <https://www.mohw.gov.tw/cp-137-79807-2.html>。
3. Wang, Y. M., & Lin, S. H. (2020). Home care in aging societies: Taiwan's experience. *Asian Health Research*, 15(1), 45–59.
4. 113 年版衛生福利年報，衛生福利部。 <https://www.mohw.gov.tw/lp-3196-1.html>
5. 陳品璇、曾育慧、許中華（2022）。中醫居家醫療之現況與展望。台灣公共衛生雜誌，41(1)，16-35。DOI:10.6288/TJPH.202202_41(1).110130
6. 國民健康署年報（2024），衛生福利部。 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4870&pid=18702>
7. 林青青、謝雨蓁、葉依琳、廖容瑜、吳肖琪、余尚儒、陳炳仁（2025）。在宅醫療的新篇章：高價值基礎支付的在宅住院模式。台灣公共衛生雜誌，44(2)，129-140。DOI:10.6288/TJPH.202504_44(2).113102
8. Wang, W. F., Su, Y. Y., Jhang, K. M., & Chen, C. M. (2021). Patterns of home- and community-based services in older adults with dementia: an analysis of the long-term care system in Taiwan. *BMC geriatrics*, 21(1), 290

