

南華大學科技學院自然生物科技學系自然療癒碩士班

碩士論文

Master's Program in Natural Healing Sciences

Department of Natural Biotechnology

College of Science and Technology

Nanhua University

Master Thesis

輕度知能障礙與失智症預防保健之文獻探討

Textual Research on the Prevention and Health Care of

Mild Cognitive Impairment and Dementia

鄭杏如

Hsing-Ju Cheng

指導教授：陳秋媛 博士

Advisor: Chiu-Yuan Chen, Ph.D.

中華民國 111 年 1 月

January 2022

南 華 大 學

自然生物科技學系自然療癒碩士班

碩 士 學 位 論 文

輕度知能障礙與失智症預防保健之文獻探討
Textual Research on the Prevention and Health Care of
Mild Cognitive Impairment and Dementia

研究生： 鄭杏如

經考試合格特此證明

口試委員： 李昌誠

連秋媛

羅俊智

指導教授： 連秋媛

系主任(所長)： 陳嘉民

口試日期：中華民國 110 年 12 月 28 日

致 謝

謹以此論文

獻給從小到大

一路栽培我的父母與師長

感謝您們的養育栽培之恩

感謝我的指導教授陳秋媛博士

從一年級開始就給我們建立

對自然療癒的熱情與觀念實踐

始終給予我細心、精準創新的指導

感謝口委們的指正與鼓勵

感謝在南華曾經指導過的師長們

用心灌溉我的菩提心芽

感謝長輩、同修與孩子們的護持

感謝同行善友的扶持打氣

再次感謝

所有曾經幫助我的貴人們

感謝您們

有一天開車在高速公路上

金黃色夕陽灑滿天空

心中升起

夕陽無限好彩霞正滿天

不就是眼前的美景嗎？

如果說死亡是無可避免的旅程

如何把握 眼前當下

不畏懼死亡

珍惜暇滿身 把握眼前時光

猶如太陽

從東方升起 就將西下

滿天之金光 映紅雲霞

何其美麗 夕陽無限好 無盡歡喜

希望以此論文

獻給每位眾生

雖然

老化是無可避免的生命現象

但我們可以減緩大腦衰老

維持老年身心適能健康

藉由研讀美好的古老典籍

建立可實踐的理論養腦

預防失智活力老化

在人生的旅途一起

用愛與溫暖陪伴長者

用心覺察眼前的美好 快樂生活

把握每分每秒的付出

夕陽無限好 彩霞正滿天

杏如謹致

中華民國 111 年 01 月 10 日於南華大學

摘要

背景及目的：由於台灣已邁入高齡化社會，本文希望透過整理歸納古今中外典籍文獻與資料所得到的信息，研究是否可以透過改變生活型態來維持老年期的認知功能健全，降低罹患失智症的風險。並同時針對失智前的輕度知能障礙部分加以探討，希望能夠對年長者提早採取預防介入措施來阻斷失智症的發生及延緩失智症的進一步發展，降低醫療與照護成本。

材料及方法：本文主要是採用整理、分類、歸納、整合的方式，使用《中華醫典》、中文期刊 Airiti Lidrarry 華藝線上圖書館、Pubmed、台灣碩博士論文知識加值系統、中國期刊全文數據庫以及各圖書館藏書資料庫等為研究工具，搜尋有關失智與養生觀的中醫典籍資料、印度阿育吠陀醫學相關典籍記載與近年來對失智症預防與老化相關的研究期刊、書籍及現代活力老化的保健相關政策，統整出預防輕度知能障礙與失智症的相關資料。

結果與結論：知能障礙相關症狀在中醫古籍中主要以「善忘」、「健忘」描述，老年人身體機能衰退，腎精虧虛、髓海失充，腦力漸漸消減，因而知能障礙好發於老年人。主要病因是虛、痰、瘀單一或三者互為影響所致，因此治則主要從虛、痰、瘀等證論治。在阿育吠陀經典文

本中，Smrtināsha（失憶）被指為 jarā（衰老）的前驅症狀之一。而 Rasayana（延緩身體老化的老年學）則為阿育吠陀八大分支其中一支，是與老化較有相關的分支論述，出現在《阿提耶集》（Atreya Samhita），至今仍然應用在日常生活當中。另外 Tridosha 的正常狀態對於維持認知功能方面發揮著重要作用。阿育吠陀主張透過飲食、運動、冥想、天然草藥強化身心健康。現代醫學對失智的處理主要是治療腦部的可逆性損傷，近年來逐漸從功能性思維轉變到失智患者的主觀體驗。在認知功能障礙預防性介入措施方面，則著重於藉由生活型態的改變，每個人都可以量身打造出合適可行的方案。中醫與阿育吠陀的防治觀點和預防醫學相契合，中醫主張「未病先防、未老先養」，著重養生保健措施，防衰和防病於未然；而阿育吠陀則認為在疾病尚未發作之前，藉由改善體內的微循環，促進身體新陳代謝，便能促進身體健康。

關鍵字：輕度知能障礙、失智、傳統中醫、阿育吠陀醫學、輔助療法

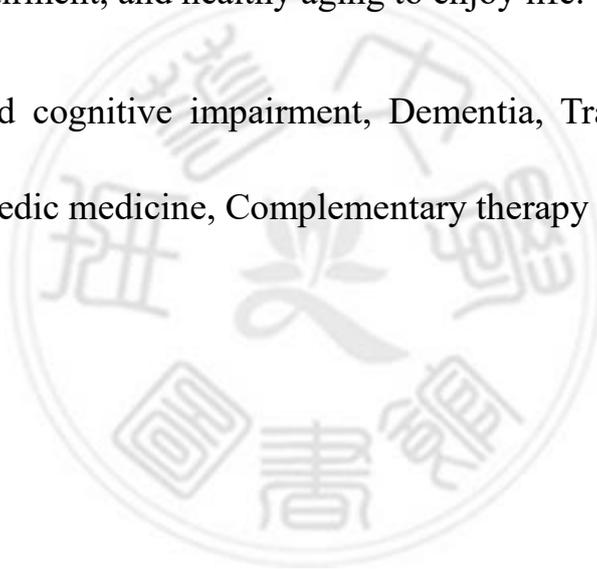
Abstract

Background and Purpose: In an aging Taiwanese society, how to change the life style based on classics and documents to maintain the cognitive function of the elderly, especially to increase the awareness of mild cognitive impairment, and to take preventive interventions is the first priority , It is mainly to discuss the part of mild cognitive impairment before being diagnosed as dementia, so as to prevent and delay the advent of dementia in advance.

Materials and methods: This research mainly adopts the methods of sorting, classifying, summarizing, and integrating, using the "Chinese Medical Dictionary", the Chinese periodical Airiti Lidrury Huayi Online Library, the Chinese periodical full-text database, and the library of various books as the research tools , Search for traditional Chinese medicine classics on dementia and health preservation, research journals and books related to dementia prevention and aging in recent years, and modern vitality aging prevention policies, and unify relevant information on dementia prevention and dementia.

Results and conclusions: Traditional Chinese medicine, Ayurveda, natural therapies, etc., which resort to the coordination of body and mind to prevent dementia, such as diet therapy, yoga, health maintenance, acupuncture, etc., should be worth continuing to invest in more research energy Relevant government units should also actively promote multiple strategies to prevent dementia, early prevention and screening of patients with mild intellectual impairment, and healthy aging to enjoy life.

Keywords: Mild cognitive impairment, Dementia, Traditional Chinese medicine, Ayurvedic medicine, Complementary therapy



目 錄

致 謝.....	I
摘 要.....	II
Abstract.....	IV
目 錄.....	VI
表目錄.....	IX
圖目錄.....	X
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究動機及目的.....	3
1.3 研究方法.....	4
第二章 失智症與輕度知能障礙之現代醫學觀.....	7
2.1 老化與失智症在大腦型態結構上的改變.....	7
2.1.1 大腦邊緣系統 (Limbic System)與認知功能.....	8
2.1.2 老化、失智症和輕度知能障礙的認知理論.....	9
2.1.3 台灣地區失智症與輕度知能障礙之流行病學.....	11

2.2 失智症之病理機轉及診斷標準	13
2.3 失智症的非藥物治療方法	16
2.3.1 懷舊治療、認知訓練與確認療法.....	16
2.3.2 光照療法.....	19
2.3.3 園藝治療與芳香療法.....	20
2.3.4 音樂療法.....	21
2.3.5 多感官刺激療法.....	22
第三章 失智與知能障礙之中醫觀點	23
3.1 中醫之老化觀點.....	23
3.2 失智與知能障礙之中醫相關病名	25
3.3 失智與知能障礙之中醫辨證	27
3.4 失智與知能障礙之中醫治則	28
第四章 知能障礙與失智之阿育吠陀醫學觀點	35
4.1 阿育吠陀體素理論.....	35
4.2 Rasayana (延緩身體老化的老年學)	38
4.3 阿育吠陀對於認知缺陷之觀點	40

4.4 Tridosha 與認知功能.....	44
4.5 阿育吠陀草藥療法在認知缺陷相關症狀之應用	46
4.6 阿育吠陀之自然療法.....	49
4.6.1 Nasya (洗鼻法).....	49
4.6.2 Shirodhara (額頭藥油淨化療法)	51
第五章 討論.....	53
5.1 失智症與台灣長照政策.....	53
5.2 傳統醫學對於知能障礙預防保健之優點	56
5.3 高齡照護之建議.....	61
第六章 結論.....	66
參考文獻.....	70
一、中文文獻.....	70
二、英文文獻.....	76

表目錄

表 2.1 失智症之神經影像學診斷標準15

表 3.1 失智與知能障礙之中西醫病名對照26



圖目錄

圖 1.1 研究流程圖.....	6
圖 4.1 Nasya 洗鼻法	49
圖 4.2 Shirodhara 額頭藥油淨化療法.....	52



第一章 緒論

1.1 研究背景

國際失智症協會 (ADI, Alzheimer's Disease International)在 2019 年的全球失智症報告 (World Alzheimer Report)中指出：全球有超過 5 千萬名失智症患者，到 2030 年預估會達到 8,200 萬人，到 2050 年將會成長到 1.52 億。目前與失智症相關成本為每年一兆美元，至 2030 年預計將會再增加一倍(Lynch, 2020)。而根據台灣內政部統計，110 年 1 月底台灣 65 歲以上老年人口為 380.4 萬人，佔總人口比率 16.2% (聯合國定義之「高齡社會」門檻值為 14.0%) (行政院主計總處，2021)。一份在 2014 年的研究統計表示，台灣約 18.8%的高齡長者有輕度知能障礙，失智症比例則為 8.1%，其中包含 3.3%極輕微失智症 (Sun et al., 2014)。老年失智症之發病率也會隨著年齡增長 (在特定年齡範圍內) 而增加 (Ritchie & Kildea, 1995)。人口老化加上失智症者的快速成長，會造成國家醫療和家庭照護成本龐大的負擔。在 Gauthier 等人(2006)研究中顯示，若能延後失智症發病時間 2 年，失智症盛行率就可降低近 20%；若能延後 5 年則盛行率能減少將近 50%。因此如果能夠有效延緩失智症的發生，不但可以增加國民的健康和壽命，還可以減少龐大的照護成本負擔。

中國最早的醫學典籍——《黃帝內經·靈樞·天年》中曰：「八十歲，肺氣衰，魄離，故言善誤...。」唐代孫思邈所著《千金方》中則記載：「人年五十以上，陽氣日衰，損與日至，心力漸退，忘前失後，興居怠惰，計授皆不稱心，視聽不穩，多退少進，日月不等，萬事零落，心無聊賴，健忘瞋怒，情性變異，食飲無味，寢處不安。子孫不能識其情，惟云大人老來惡性，不可諮諫。是以為孝之道，常須慎護其事...。」清代王清任《醫林改錯》當中也提到：「高年無記性者，腦髓漸空。」從上述典籍記載可看出古代雖然沒有「失智」的病名，但古人早已發現了失智症的病因病機，並列出與其相關的症狀。

歷史悠久的阿育吠陀醫學也有和促進智力與抗衰老、長壽有關的記載。阿育吠陀醫學八大分支中的 Rasayana（老年科）主要用於延緩衰老、延長壽命，可增強 Oja（生命力）和免疫系統，同時幫助人保持良好的健康。Rasayana 包含多種回春、延緩衰老的方法，其中增強腦力回春術主要是藉由阿育吠陀藥用配方的草藥對整個中樞軸神經系統產生刺激作用，同時促進智力、集中力和記憶力。

1.2 研究動機及目的

隨著現代醫療的發展以及社會的進步，失智症的問題似乎是有增無減。然而已經進入高齡化社會的台灣，長者照護勢必會使國家醫療成本大幅增加，也會造成照護家庭龐大經濟負擔與心理壓力，因此加強對於失智症之風險因子的認識，透過早期介入來預防或延緩老年失智症之發生是刻不容緩的事。

本研究藉由整理、分類、歸納、整合的方式，搜尋有關失智症的中醫典籍、印度阿育吠陀醫學文獻及近年來與輕度知能障礙、失智症預防與老化相關的研究期刊與書籍，透過中西醫、阿育吠陀醫學等文獻的系統性考察，探討其彼此之間的關聯性和優勢，希望找出適合現代且可行性高的防治輕度知能障礙與失智症的輔助方法，幫助年長者自身與家有年長者的家庭更加了解失智，提升自主照護的能力，並降低國家醫療成本負擔。

1.3 研究方法

本文主要的研究動機與目的乃是在於發掘古代中醫典籍的理論與觀點，進而旁及其他自然醫學領域的醫學思維，如阿育吠陀醫學，故本文研究方法係採用「文獻分析法」(Document Analysis)，針對中醫與阿育吠陀醫學相關的典籍資料，進行整理、分類、歸納、整合。

在研究過程中，首先是文獻資料的蒐集與閱讀，本研究主要利用的中文資料庫有《中華醫典》、中文期刊 Airiti Library 華藝線上圖書館、台灣碩博士論文知識加值系統、中國期刊全文數據庫、各圖館藏書資料庫等；英文文獻主要是利用 Pubmed 資料庫查找。

本研究查找失智症文獻所檢索的關鍵字，在西方現代醫學領域中，以失智症、阿茲海默症 (Alzheimer's disease)、巴金森氏症 (Parkinson's disease)、輕度認知功能障礙 (Mild cognitive impairment) 為主；在中醫學領域，則是在參考林昭庚主編的《中西醫病名對照大辭典》後，以「老人之病」、「健忘」、「呆病」、「中醫」、「食療」等與阿茲海默相對應的中醫疾病名稱做為關鍵字，進行中文文獻查找；至於阿育吠陀醫學領域，則主要是以 Ayurvedic medicine、Alzheimer's disease 為關鍵字，這部分較偏重外文文獻的查找。檢索過程中，並未限制不同醫學領域關鍵字的合併搜尋，例如，亦可同時輸入「老年」、「失智症」、「中醫」進行檢索，或是同時輸入「阿茲海默症」、「食療」進行檢

索，彈性調整檢索技巧，以期能更精確取得與本研究主題相關的資料。

從搜尋結果中，再去分析各文獻內容對於病因、症狀、治療、照護、預防的觀點與理論，分類後進行歸納。研究流程如下圖所示。



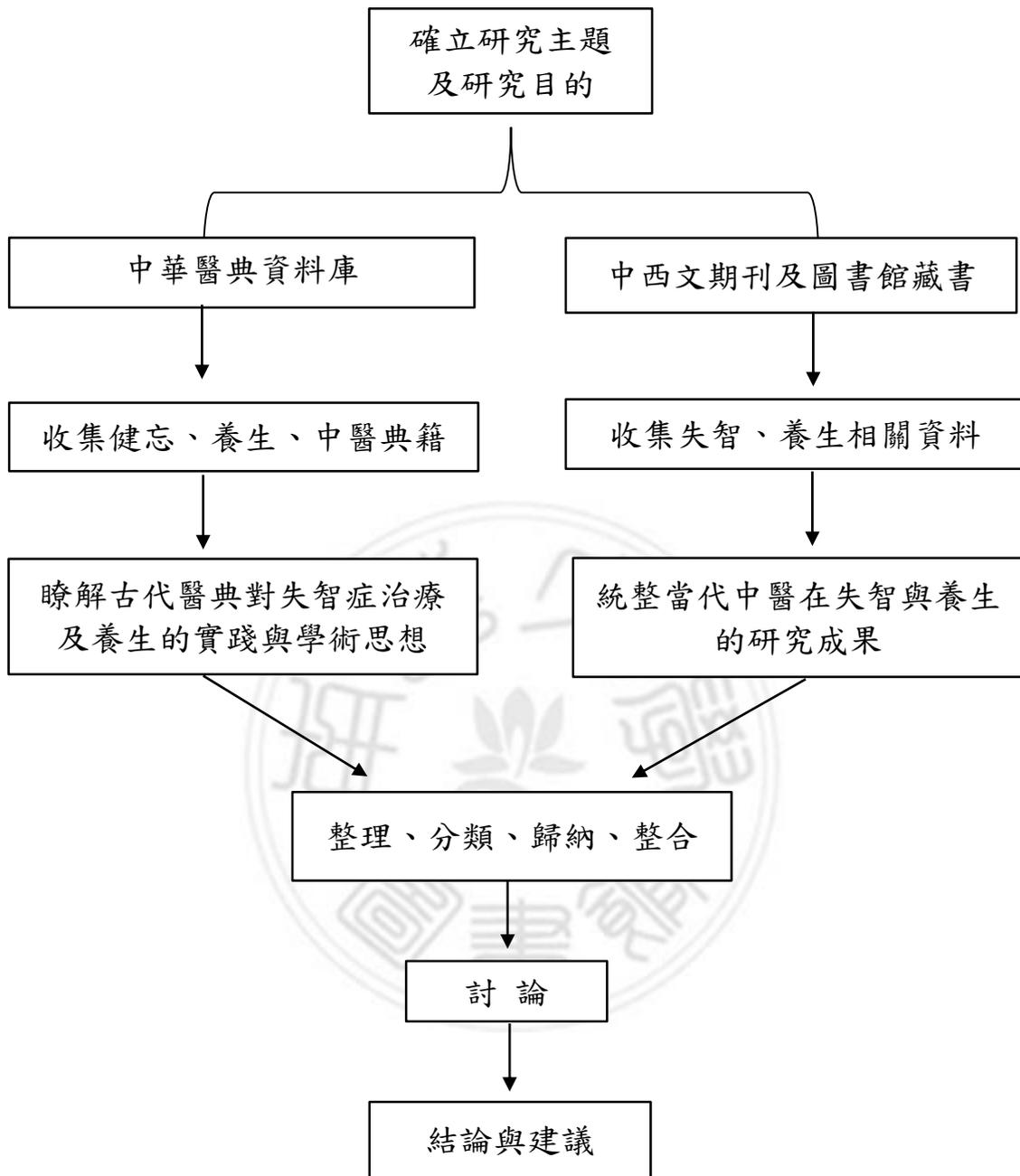


圖 1.1 研究流程圖

第二章 失智症與輕度知能障礙之現代醫學觀

本章節主要針對老化與失智症在大腦型態結構上的改變、失智症的病理機轉與診斷標準、失智症的西醫治療與非藥物介入輔助療法等方面進行文獻探討。

2.1 老化與失智症在大腦型態結構上的改變

大腦內不同的區域負責不同的功能，例如負責記憶、空間辨識、抽象思考等功能，都必須仰賴神經細胞的正常運作才可達成。隨著年齡增長，到了老年的階段，神經細胞的數量隨著身體老化逐漸減少，神經傳導物質也跟著減少，自然對訊號處理能力連帶降低，這樣的現象稱之為「正常老化」(Usual Aging or Normal Aging) (Pannese, 2011)。然而失智症 (Dementia)的大腦型態改變並不只如此，除了正常老化外，還有像是有毒物質的破壞、血管性阻塞、缺氧等病理性的因素，使得腦部神經元發生病變，就會伴隨發生處理訊息能力障礙、認知功能衰退甚至喪失。因此失智症是一種疾病，而非正常老化。臨床上失智症根據病因分為退化性失智症 (Degenerative Dementia)、血管性失智症 (Vascular Dementia, VD)和其他原因引起的失智症三類。最常見的失智症—阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)屬於退化性失智症，主要病因為有毒蛋白堆積，造成神經元壞死而導致大腦皮質萎縮，特別是顳葉

內側主管記憶的海馬迴 (Hippocampus)發生明顯萎縮的現象。血管性失智症則是因為腦血管阻塞或破裂後造成神經壞死才導致失智。但患者有時會存在兩種或以上的病因，又稱混合型失智症，例如阿茲海默症常與血管性失智症並存。其他原因如腦瘤、腦炎、AIDS、外傷、酒癮、Vit.B12 缺乏、甲狀腺功能低下等引起的失智症，經過治療後可能有機會可以恢復(Henderson & Jorm, 2000; Ohnishi, Matsuda, Tabira, Asada, & Uno, 2001)。

2.1.1 大腦邊緣系統 (Limbic System)與認知功能

大腦邊緣系統是一組控制情緒和行為的結構，又被稱為情緒腦。比起「認知力」、「體力」，人類其實是從「情緒」開始老化，掌管情緒的大腦額葉是較早老化的部分。透由醫學影像所拍攝高齡者腦部照片發現，剛開始額葉開始萎縮，一開始並不會失去功能影響智力，會受影響的是情緒，情緒的敏感度就是額葉的功能，大約在四十歲開始逐漸衰退(Salzman & Fusi, 2010)。

邊緣系統位於大腦的正中央，主要包含杏仁核 (Amygdaloid nucleus)、海馬迴 (Hippocampus)、扣帶迴 (Cingulate gyrus)、穹窿 (Fornix)、前視丘核 (Anterior thalamic nuclei)、下丘腦/下視丘 (Hypothalamus)六個部分。其中杏仁核負責處理莫名的恐懼、不安、

悲傷、喜悅、直覺等情緒，另外杏仁核與前額葉皮層的相互聯繫可能是情緒和認知之間相互作用的許多方面的基礎；海馬迴則是掌控來自眼、耳、鼻的短期記憶與資訊，對學習、記憶和認知至關重要，包含對場景和事件的感知、想像和回憶都與海馬迴有關；扣帶迴主要處理血壓、心跳、呼吸調節、做決策、產生共鳴、認知等情緒，具有重要的認知作用，它對於內部導向認知方面具有核心作用，在調節注意力焦點方面則發揮直接作用。海馬迴和杏仁核不僅參與長期記憶的形成，還與嗅覺密切相關(Isaacson, 2013; Leech & Sharp, 2014; Zeidman & Maguire, 2016)。

由上述可得知，大腦邊緣系統雖然以掌管情緒和行為為主，但是杏仁核、海馬迴及扣帶迴等結構亦和認知功能有關。

2.1.2 老化、失智症和輕度知能障礙的認知理論

在正常老化過程中，即便沒有罹患阿茲海默症、帕金森氏症(Parkinson's Disease)這些神經性退化疾病，或是高血壓、糖尿病，以及動脈硬化這類的慢性疾病，人類的認知能力也會隨著年紀增長有不同的變化。尤其步入中年之後，許多人都發現自己的記憶能力變差、動作變得遲緩，對於外在環境的應變能力也不如從前。洪蘭等人(2014)的研究中提到目前許多證據已經指出，雖然隨著年齡增加，大腦體積

與皮質厚度會逐漸減少，大腦結構連結的完整性逐漸減損，神經迴路的處理效率也逐漸降低，但是正常老化高齡者的大腦仍然能夠彈性運用既有的神經認知資源，來適應內外環境的變化與因應不同的認知挑戰。透過運動、學習、放鬆和睡眠、營養以及維持良好的社交關係等活動可以保護和提升大腦功能。

失智症和正常老化不同，它被定義為一種漸進式的認知障礙，會慢慢的讓患者獨立的功能喪失。最常見的失智症—阿茲海默症是一種發病進程緩慢、隨著時間不斷惡化的神經退化性疾病。阿茲海默症的早期症狀為喪失短期記憶（難以記住最近發生的事），當疾病進一步發展，可能會逐漸出現語言障礙、定向障礙、情緒不穩、喪失動機、生活無法自理和許多行為問題的症狀(Burns & Iliffe, 2009)。當情況繼續惡化時，患者往往會因無法與人交流而和家庭或社會脫節，並且因身體機能逐漸惡化無法正常運作，需要完全依賴他人的照顧，最終導致死亡(NIA, 2012)。

輕度知能障礙 (Mild Cognitive Impairment, MCI)是正常老化的認知變化與極早期失智症之間的過渡狀態。患有 MCI 的人尚且能夠保持獨立進行大部分日常生活活動的能力，但有記憶喪失或其他認知能力喪失（如語言或視覺/空間感知）症狀出現的早期階段。研究發現患有 MCI 的人與沒有 MCI 的人相比，發展為阿茲海默症或相關的失智

症的機率較高。估計有 10%到 20%的 65 歲或以上患有 MCI 的人會在一年內患上失智症，因此 MCI 可能是阿茲海默症的早期徵兆。然而，並不是每個患有 MCI 的人都會患上失智症。在許多情況下，MCI 的症狀可能會保持不變甚至有所改善(Gauthier et al., 2006; NIA, 2012; Petersen & Negash, 2008)。

綜合上述可以得知，輕度知能障礙不同於失智症，輕度知能障礙患者保持了日常生活的獨立性。而失智症通常是慢性或漸進的，在這種情況下，認知功能的退化超出正常老化的預期，進而影響記憶、定向、理解、思維、計算、學習能力、語言和判斷。

2.1.3 台灣地區失智症與輕度知能障礙之流行病學

流行病學調查發現，台灣地區 65 歲以上的失智症盛行率為 1.7%-4.3%。隨著醫療水平進步，國民平均壽命延長，導致老年人口數上升，因此失智症盛行率也有增加的趨勢(傅中玲，2008；劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮，2000)。而在一份針對台灣地區輕度知功能障礙(Mild Cognitive Impairment, MCI)與失智症的全國性調查研究結果顯示，台灣 65 歲及以上人口中，MCI 的患病率為 18.8%。這項全國性的流行病學研究表明，MCI 在台灣比失智症更為普遍(Sun et al., 2014)。

阿茲海默症 (Alzheimer's Disease, AD)是最常見的失智症，其次是血管性失智症 (Vascular Dementia, VD)。AD 的危險因子有年齡 (增加)、性別 (女性)、教育水平 (低)、具有脂蛋白酶元 E (Apolipoprotein E, APOE) ϵ 4 基因及失智症家族史；VD 的危險因子主要是年齡 (增加)、高血壓、糖尿病和高脂血症。而輕度知能障礙 (MCI)除了年齡 (增加)、性別 (女性) 和教育水平 (低) 以外，還以高血壓、高脂血症和胃腸道疾病為主要危險因子 (Chen, Lin, & Chen, 2009; Lin, Hsu, Hsu, Fung, & Chen, 2007; Sun et al., 2014; T.-B. Chen et al., 2017)。



2.2 失智症之病理機轉及診斷標準

由於阿茲海默症是最常見的失智症，因此本章節主要討論阿茲海默症的病理機轉及診斷標準。目前阿茲海默症的致病機轉有兩個最被接受的假說：第一個是大腦中神經細胞代謝造成的蛋白質的錯誤折疊而產生 β 類澱粉蛋白 (Amyloid)，這些蛋白質堆積在神經元附近會摧毀細胞的鈣離子平衡，使神經細胞生長及修復困難，神經元壞死在腦組織產生老年斑塊；第二個理論為細胞骨架的 Tau 蛋白被過度磷酸化與其他蛋白質結合，造成細胞骨架崩解造成突觸受損，進而使神經傳導受阻。無論是類澱粉蛋白或是 Tau 蛋白沉積都會造成大腦功能障礙或退化，病變部位主要集中在顳葉、頂葉及扣帶皮質，這些區域的皮質出現明顯萎縮使腦溝增寬、腦室擴大(Krstic & Knuesel, 2013)。

失智症目前仍無法治癒，且失智症通常不易察覺，研究發現只有約 1/3 的病人獲得診斷。如果能夠提早在失智症剛開始發生或未發生時，及時診斷與治療失智症，就可以延緩其進一步惡化，維持失智症患者的大腦功能與生活品質及減緩照護者壓力與國家醫療成本，因此提高基層醫師對失智症病人的敏感度與診斷能力相對重要(衛生福利部，2017)。

失智症的診斷包含臨床診斷、病因探討以及找尋可治療的問題與相關危險因子（如腦血管疾病）。目前有不少簡單快捷的篩檢與診斷工具可供基層醫師參考，例如簡易智能檢查 (Mini-Mental Status Examination, MMSE)、AD8 極早期失智症篩檢量表、簡易心智狀態問卷調查表 (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)、畫鐘測驗 (Clock-Drawing Test)、迷你認知功能測驗 (Mini-Cognitive Assessment Instrument, Mini-Cog)、基層醫師認知功能測驗 (General Practitioner Assessment of Cognition, GPCOG)、記憶障礙篩檢 (Memory Impairment Screen, MIS)等（衛生福利部，2017）。另亦可藉由不同神經影像學及各種生物標記物 (biomarker)結合病因病史幫助臨床醫師早期發現、早期治療失智症，表 2.1 為失智症的神經影像學診斷標準。

表 2.1 失智症之神經影像學診斷標準

使用工具	變化
神經影像檢查 電腦斷層掃描(CT) 核磁共振攝影 (MRI)	廣泛性皮質萎縮 (腦迴變窄及腦溝變寬) 顳葉萎縮
神經心理測驗	常見各種高級智力功能下降
單光子電腦斷層掃描 (SPECT)	疾病早期即可見局部大腦代謝及血流減低 可提供神經退化(Neurodegeneration)信息 可偵測到神經元受損，提早發現
氟化去氧葡萄糖 正子造影(FDG-PET)	可發現腦部顳葉與頂葉葡萄糖代謝低下。 MCI 階段，若在(顳葉頂區、前、後扣帶 迴)出現和阿茲海默症相同的血流偏低，很 有可能在未來數年內發展為阿茲海默症
實驗室檢查 血液維他命 B12 濃度、甲狀 腺功能、葉酸濃度、快速血 漿抗體及細菌包核抗體	數值異常 可評估是否營養失調、改善可治療的
簡短心智狀態檢查 (MMSE)	若分數小於 23 分則懷疑有罹病可能
腦波	常呈兩邊廣泛變慢之波型
腦脊髓液 Tau 蛋白測試	當 Tau 蛋白，有缺陷不再穩定微血管(tau 蛋白質濃度上升)，將導致病變發生，可針 對特定類型阿茲海默症檢測
類澱粉蛋白 (Amyloid) PET 影像檢查	顯示大量異常的類澱粉蛋白斑塊沉積。

資料來源:傅中玲等作(民 94)。失智症照護(頁 31)。臺北市：華都文化。

2.3 失智症的非藥物治療方法

失智症治療照護可依使用藥物與否，分為藥物治療與非藥物治療。以目前醫學發展程度，以藥物治療失智症的效果仍然有限，且有副作用。而藥物治療大多以抗精神藥物為主，由於藥物治療的副作用（盧盈辰、林佩姿、林育昱，2016），有可能加重失智症患者認知功能衰退，甚至造成嚴重的病變或跌倒情形發生，因此，運用有效的非藥物治療照護來改善或維持失智者的功能性狀態，延緩退化，成為近年來思考失智症防治的趨勢。

目前台灣則是以藥物和輔助療法 (Complementary and Alternative Medicine, CAM) 併行治療 (台灣失智協會，2016)，台灣常用的非藥物療法大多是藉由環境與空間的設計安排，使失智症患者在穩定、熟悉及具有安全感的場域中參與活動，活動內容的設計則是多元取向，包含有氧運動，或是懷舊、音樂、按摩、寵物、芳香、藝術、光線等多感官刺激療法，藉此改善失智患者的精神症狀 (梁家欣、程蘊菁、陳人豪，2014)。

2.3.1 懷舊治療、認知訓練與確認療法

懷舊治療 (Reminiscence Therapy, RT) 又稱緬懷治療，主要透過分享或討論過去的活動、事件與經驗 (無論是正向或是負面的)，過程

中針對不同懷舊主題，搭配引導物品協助討論（例如童玩、舊照片、老歌、軍徽等）。在懷舊治療過程當中，可以藉由省察與說明對過去事件或情境的內在感受或衝突，鼓勵老人以正向的態度去回顧過去的經驗，再次重新體驗過去生活片段，增加老年人適應力，協助達成自我統整目標 (Lappe, 1987; Sellers& Stork, 1997)。

認知介入方法可分類為認知刺激 (cognitive stimulation)、認知訓練 (cognitive training)與認知復健 (cognitive rehabilitation)。依據 2004 年 Clare 與 Woods 研究定義，認知刺激為一項包含各式活動與討論（常為團體方式）介入方法，其主要目的在於提升認知與社會功能；認知訓練是透過重複實作於一系列標準化任務，提升維持特定認知功能反應（如注意力、記憶力、執行功能、語言能力等），並且依個案能力調整標準化任務困難度，個別化或團體課程形式使用紙筆或電腦化遊戲活動進行；認知復健則是一項個別化介入方法，依據個案不同的介入目標，由治療師與個案、家屬共同設計策略的介入方案，著重目標在改善每日生活表現，而非僅止於認知測驗上，以提升個案能力發展相關代償的方法。Clare 與 Woods 更提出認知刺激的特色包括：

- (1) 著重於認知功能及／或社交功能；
- (2) 包含社交元素—常為團體形式或是個別家庭照護者參與；
- (3) 包含認知活動但並未著重於特定認知型態操作；
- (4) 可為現實導向療程或課程。

認知刺激治療 認

知刺激治療（cognitive stimulation therapy，CST）常包含許多不同的介入手法，像是電腦化活動、記憶操作遊戲、社交談話互動、文字遊戲、懷舊治療、現實導向療法、生命回顧等，藉由於不同的認知刺激治療有不同的介入效益，沒有標準化治療操作便無法確認各種介入型式之效益，因此 2006 年英國 Spector 等人發展出標準化的 CST 操作手冊。透過標準化操作手冊可以提供不同操作人員使用，有利於使用在不同文化情境中都能有一致性的介入執行參考指引。

確認療法（validation therapy）乃是與失智者溝通的方法之一。一般執行原則為尊重失智者的口語與非口語表現，不去批判對錯，帶有同理心地傾聽，接受失智者主觀所認為的事實，讓失智者有機會去表達感受，以解決未處理好的衝突。介入形式可分為個別和團體形式；個別形式依個案當日狀況而定，每天約是 5 至 20 分鐘，使用清晰低沉具關懷的聲音語調，保持真誠的眼神接觸，並使用開放性問題引導談話，過程中保持同理心，且不能對失智者說謊，而團體形式約 5 至 10 人組成，每週至少進行 1 次，每次約 20 至 60 分鐘，討論主題可由帶領者決定或是解決團體中某位成員的問題。

在執行技巧方面，包含：(1) 使用不具威脅性，闡述直接事實的語句來建立信任關係；(2) 模仿失智者的措辭表達方式，意即照護者使用相同關鍵字覆述失智者所表達之重點，在過程中可模仿失智者說

話音調的抑揚頓挫、姿勢及情緒，提升失智者的信任；(3) 使用簡單具體文字；(4) 重述並解釋不清楚的口語溝通部分。

2.3.2 光照療法

失智症患者常有睡眠節律障礙 (sleep-wake cycle disturbance)，乃是因為下視丘的視交叉上核 (suprachiasmatic nucleus, SCN) 發生退化，光照療法 (Light Therapy) 主要透過光照刺激視交叉上核，可延緩大腦退化，並改善睡眠節律障礙、調整睡眠，同時降低躁動行為與憂鬱情形的一種治療方法，對失智症患者來說是一種簡單又便利的治療照護活動。失智症患者通常在下視丘的視交叉上核 (Suprachiasmatic Nucleus, SCN) 出現退化，導致睡眠節律障礙 (sleep-wake cycle disturbance)，而光照治療對於有日落症候群 (sundown syndrome) 合併日夜顛倒的失智症患者，早、晚使用光照治療各一次，症狀可獲得改善。在調整睡眠週期 (sleep cycle) 方面，若要延後失智症患者的睡眠週期，於最低體溫前 (即睡前，如傍晚) 1.5~2.5 小時進行照光；若要提前失智症患者的睡眠週期，則於最低體溫後 (如早晨) 進行照光 (Khalsa, Jewett, Cajochen, & Czeisler, 2003)。

2.3.3 園藝治療與芳香療法

根據加拿大園藝治療協會 (Canadian Horticultural Therapy Association, CHTA) 定義，園藝治療 (Horticulture Therapy) 主要透過利用植物、園藝活動以及自然環境來促進身心健康的一種輔助治療活動 (CHTA, 2016)。園藝治療的執行方式包含手工藝活動 (如插花)、團體活動、遠足、栽植 (包含播種、扦插、換盆等活動)、戶外教學活動等，可以在戶外、半戶外或室內進行，並分別有個別和團體形式。許多研究發現，在參與園藝治療活動中，失智症患者透過親自動手體驗、與身體活動等過程，對失智症患者認知功能、積極正面情緒有提升的效果，也可以增加失智症患者的幸福感。而失智症患者因參與園藝治療，在簡單的操作活動下加強生理機能消耗體力，間接幫助改善睡眠品質以及降低躁動行為表現 (Blake & Mitchell, 2016; Gigliotti, Jarrott, & Yorgason, 2004; Yasukawa, 2009; Zhao, Liu, & Wang, 2020)。

許多研究結果顯示，芳香療法 (Aromatherapy) 對失智症的照護非常有幫助，可以減輕失智症的行為精神症狀 (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)，提高失智症患者的生活品質。Yoshiyama 等人 (2015) 在日本奈良療養院的 14 名 65 歲以上輕度至中度失智症患者中進行了隨機、交叉試驗。參與者被分為兩組，在為期 4 週的試驗中，每週 3 次交替提供對照療法和以芳香療法進行

手部按摩，研究結果顯示芳香療法在臨床上用於失智症患者常規綜合護理是安全的。另一研究指出於清晨吸嗅迷迭香和檸檬油 (rosemary and lemon oils)組合的香味，以及夜間薰衣草和橙 (lavender and orange oils)的組合，可以改善失智症患者的認知、行為和心理症狀(Jimbo, Kimura, Taniguchi, Inoue, & Urakami, 2009)。

2.3.4 音樂療法

藤田知璋、加藤美知子 (2004) 提出關於音樂治療在生、心、社會方面之影響中，在生理方面的影響：一、音樂可透過感覺神經細胞而產生共鳴；二、音樂會影響自主神經系統的活化或抑制；三、音樂可使大腦皮質運動中樞的活化或抑制；四、可促使各種回憶的連結；五、音樂可刺激認知的過程。

音樂療法可調節情緒、調節神經與內分泌等器官和系統，促進生理功能恢復到正常狀態。在互動及情緒部分，Watanabe 等人(2003) 研究 50 位日本失智病患，每週一次音樂治療，為期二個月，觀察成效，結果顯示，歌唱方式最容易介入，且個案理解力與護理人員的互動皆有增加，音樂治療比其他活動更能穩定情緒。另外，Ashida (2000) 針對 20 名失智老人進行懷舊音樂治療，結果發現，懷舊音樂治療可顯著降低失智老人之憂鬱症狀。

2.3.5 多感官刺激療法

多感官刺激療法(snoezelen multisensory stimulation therapy, SMST)主要是利用燈光、聲音、香精、食物、不同觸覺材質等刺激，促發視覺、聽覺、觸覺、味覺、嗅覺等各種感官刺激。

隨著疾病進展，在 BPSD 的治療中越來越受歡迎，Sonas 是一個愛爾蘭詞，意思是「幸福、快樂和滿足」，是一種團體干預，最初是作為對有學習障礙的個人的干預而開發的，涉及 MSS、回憶和輕度體育活動，此後被改編用於失智症患者。超過 6200 名醫療保健人員在愛爾蘭和英國接受了 Sonas 計劃的培訓，Sonas 計劃可以提高意識、情緒、記憶力和溝通能力 (Hutson, Orrell, Dugmore, & Spector, 2014)。

SMST 大多於多感官治療室進行，需要經過特別空間設計，佈置無壓力、放鬆環境，並提供多樣感覺刺激或物品材質，像是音樂、燈光色彩、芳香、泡泡管、光纖束、投射系統等，增加失智者感覺刺激輸入及覺察周遭環境的能力，降低 BPSD 表現，以促進適應行為、語言表達及人際互動。建議執行頻率為每週 1~2 次，每次至少 30 分鐘。

第三章 失智與知能障礙之中醫觀點

3.1 中醫之老化觀點

在現代西方醫學與生物學領域中，「老化」是指生理狀態隨時間而變化的過程，而在傳統中醫學中，則意指精、氣、神產生隨著日月四季變化，陰陽精氣血虧損時，人體就會發生衰老的變化（中醫實用臨床手冊，1982）。

《黃帝內經·靈樞·第十八營衛生會》中提到：「老者之氣血衰，其肌肉枯，氣道澀」。老年人的氣血日漸衰退，肌肉皮膚也隨之乾枯，氣虛至滯澀不順暢，五臟六腑之氣不調和。《黃帝內經·靈樞第五十四經》，黃帝與歧伯的問答也點出人體氣盛到衰弱，以至死亡的過程。

《內經》認為人從出生長到十歲，五臟六腑已經生成，血氣通暢，孩兒時氣會在下肢，所以喜歡到處跑跳；到二十歲時，血氣開始旺盛，肌肉也正在快速發育，所以喜歡走；到三十歲，五臟六腑也完全發育成熟，肌肉強壯，血脈充沛，所以喜歡行走；到四十歲，五臟六腑和十二經脈皆已成長穩定，但皮下和肌肉紋理開始鬆弛，美好的顏面也逐漸衰落，白髮也探出頭，這個年紀的人，像是一缸滿而不動的靜水，所以喜歡安靜的坐著。此後開始衰退。從五十歲、六十歲、七十歲、八十歲、九十歲則是五臟依序開始衰退的時間，分別是肝氣、心氣、

脾氣、肺氣、腎氣枯竭，直到一百歲，五臟全部空虛，精氣神都散去，這時就只剩下形體最後終其天年。

老化可能不是時間長短，而是生命過程變化的關點，在生命接近終了時，身體自然被引導到最低的能量消耗，這意味的是所有的過往再也回不去了。在古代中國，老年人廣受尊重推崇。約西元前 2900 年開始，以道家思想為基礎的養生觀形成，主張維持構成自然界的陰陽平衡，想尋道而行，就要過著中庸，沉著與舉止得當的生活，強調通過特定的運動、飲食以及依循四季變化調整的生活，達到五行（金、木、水、火、土）平衡，進而防病祛疾。

《黃帝內經》（西元前 200 年）為失衡生病的原因，只要達到道家主張的平衡，就能健康長壽。幾個恢復平衡的常見療法沿用至今，包括針灸、草藥和飲食調節，如聽力減退等老化過程。

3.2 失智與知能障礙之中醫相關病名

中醫學並沒有「輕度知能障礙」的確切病名，此症狀在中醫古籍中以「善忘」、「健忘」有所描述，成因是虛、痰、瘀單一或三者互為影響所致，老年人年邁體虛，身體機能衰退，腎精虧虛、髓海失充，腦力漸漸消滅所致，或思慮過度情志所傷，導致肝氣鬱結，脾濕成痰蒙清竅，或久病後耗傷氣血虧虛，腦脈失養不通所致。

中醫的治療方式偏向於內調，也就是說，中醫透過保養五臟的方式來治療大腦與記憶退化，《黃帝內經·靈樞第八十·大惑論》中提到：「氣不足，下氣有餘，腸胃實而心肺虛。虛則營衛留於下，久之不以時上，故善忘也。」清代《醫方集解》提到：「人之精與志皆藏於腎，腎精不足則志氣衰，不能上通於心，故迷惑善忘也。」從中醫古籍的概念當中，可以知道，失智症狀乃是與心、肝、脾、腎功能的失調有關聯，即便症狀是發生在大腦部位，這就是中醫觀點的特殊性，認為人是一有機整體，五臟六腑之間彼此環環相扣。

從古至今，中醫在失智症（癡呆）的研究相當多樣，同時也對於飲食疾病及食療經驗有相當多的典籍記載，失智症的治療，可以依循古籍文獻養生法，達到延年益壽健康老化，若可以將古人的智慧運用於日常生活當中，攝取適當的營養同時配合中醫的療法，無論是身體健康以及疾病的治療都相當的有幫助。

表 3.1 失智與知能障礙之中西醫病名對照

病名	典籍出處	描述
「老人之病」	《醫學入門·外集·雜病分類·內傷類》	「老年精血俱耗，平居七竅反常，鼻不嚏而出涕，耳無聲而蟬鳴，吃則口乾，寐則涎溢，溲不利而自遺，便不通而成瀉，晝時對人瞌睡，夜則獨睡惺惺。」
「健忘」	《本草備要·木部·辛夷》	「人之記性皆在腦中，小兒善忘者，腦未滿也，老人健忘者，腦漸空也。」
「健忘」	《醫林改錯·腦髓說》	「靈機記性不在心，在腦。高年無記性者，腦髓漸空。」
「健忘」	《辨證錄·健忘門》	「人有氣鬱不舒，忽忽如有所失，目前之事竟不記憶，一如老人之善忘，此乃肝氣之鬱，非心腎之虛耗也。」
「呆病」	《景岳全書·天集·雜證謨·癲狂癡呆》	「癡呆徵，凡平素無痰，而或以鬱結，或以不遂，或以思慮，或以疑惑，或以驚恐而漸至癡呆，言辭顛倒，舉動不經。」
「呆病」	《辨證錄·呆病門》	「然而呆病之成，必有起因，大約起始也，起於肝氣之鬱，其終也，由於胃氣之衰。肝鬱則木克土，而痰不能化，胃衰則土不制水。而痰不能清，於是痰積於胸中，盤踞於心外，使神明不清，而成呆病矣。」

資料來源：《中西醫病名對照大辭典》（林昭庚，2004）。

3.3 失智與知能障礙之中醫辨證

中醫的辨證論治主要是以望、聞、問、切四診收集到的資料進行分析，透過分析、綜合、辨清疾病的原因、性質、部位以及邪正之間的關係，進而得出結論以及應當要如何治療（張文瑞，2013）。

中醫辨證論治方面，中醫統括病因包含了內因、外因、不內外因。中醫分類病因方面則是包含了表、裏、虛、實、寒、熱、瘀、濕、風、飲食、起居、氣候等等。虛證如腦血管梗塞、低血壓、心律不整、心衰竭後造成的人體虛弱不足現象；實證如高血糖、高血脂、高血壓、病毒感染發燒等的人體過多與病勢現象；寒證如低血壓、心律不整、心衰竭的人體手腳末梢畏寒反應；熱證指的是高血糖、高血脂、高血壓、病毒感染、環境荷爾蒙蓄積等造成人體怕熱發燒的反應；瘀證代表腦創傷、腦內出血、高血脂、腦血管梗塞、環境荷爾蒙蓄積、心律不整、重金屬過量等的原因造成的人體血液循環不良；濕證的例子如水腦症中組織液蓄積而壓迫腦組織、腦萎縮而腦室擴大；風證代表如痙攣、抽動、行為改變、認知改變（許中華，2021；林寶華，2016）。

3.4 失智與知能障礙之中醫治則

考慮長期服用西藥的副作用，可能會引起藥物性腦病，中醫的觀點與療法值得參考。中醫針對失智症，歷代提出的病因觀點與治法，以《黃帝內經》為重要代表，《黃帝內經·靈樞·海論》：「腦為髓之海。」「髓海有餘，則清勁多力，自過其度，髓海不足，則腦轉耳鳴，脛酸眩冒，目無所見，懈怠安臥。」《素問·調經論》：「血併於下，氣併於上，亂而喜忘。」除了《黃帝內經》外，其他代表性觀點見諸《傷寒雜病論·辨陽明病脈證並治》：「三陽合病，腹滿身重，難以轉側，口不仁，面垢，譫語，遺尿。發汗則譫語；下之則額上生汗，手足逆冷。」以及《金匱要略·百合狐惑陰陽毒病脈證並治》「意欲食後不能食，常默默然，欲臥不能臥，欲行不能行……，如寒無寒，如熱無熱，口苦，小便赤，諸藥不能治，得藥則劇吐痢，如有神靈者，身形如和，其脈微數。」此外，《針灸甲乙經·欠噦唏振寒噫嚏·泣出太息·下耳鳴嚙舌·善忘善飢》、《千金翼方·養性·養老大例》、《太平聖惠方·治心虛補心諸方》、《三因極一病症方論·健忘證治》、《聖濟總錄·心臟門·心健忘》、《儒門事親·頭風眩運》、《丹溪心法·健忘》、《醫學入門·外集·雜病分類·內傷類·虛類》、《證治准繩·雜病·神志門·健忘》、《景岳全書·天集·雜證謨·癲狂痴呆》、《類證治裁·健忘論治》、《本草備要·木部·辛夷》、《羅氏會約醫鏡·雜證·論怔忡驚悸》、

《醫林改錯·卷上·腦髓說》、《辨證錄·呆病門》、《血證論·健忘》

亦有相關論述，大抵由《黃帝內經》延伸轉化而來，故不逐一引出。

綜言之，中醫理論認為發病原因有四。一、氣血不足：年老人正氣不足，氣血虛衰，臟腑虧損，其中尤以脾腎最為突出。二、腎精虧虛：人至老年腎精漸虛，或病久損及腎精，或先天稟賦不足皆可導致腎精虧虛，腦髓不充，心神失養，神不守舍，久而成呆。三、脾虛痰阻：可由生活起居不定時，飲食沒有節制，以致脾胃受到損傷，所謂的健運失司，痰濕內生，閉阻清竅也；或是久病造成的肝氣鬱結，克伐脾土、中土虛弱，聚濕生痰，蒙蔽清竅，而發癡呆。四、瘀血內阻：七情內傷，氣滯血瘀，氣機鬱滯不暢，瘀血內阻則脈絡不通，津液不行則聚而成痰，上擾清竅神明失聰；氣虛則血行不暢，瘀滯於腦，腦髓失養，漸致癡呆。縱觀本病，以虛為主，本虛標實以兼之。

在古籍中癡呆的發病主要與七情內傷、五臟失調和氣血津液紊亂有關。這與現代中醫內科學中的癡呆病因病機大體一致。但是，在古籍論述癡呆與善忘發病之時，甚少強調發病者的年齡因素，其發作也不局限於性別，內、外、婦、兒皆可窺見。

此外，現代中醫認為血管性認知功能障礙病位在腦，其本在腎，氣血失和是發病的主因，進而痰瘀內生，痺阻腦竅，毒損腦絡，可分成三型進行辨證論治，一為情志不遂型，應疏肝解鬱、化痰安神，治以逍遙散合溫膽湯；二為痰瘀阻絡型，應化痰祛瘀、醒腦開竅，治以活血滌痰湯；三為氣血不足、腎精虧虛型，應益氣養血、補腎填精，治以補陽還五湯（何望生、楊文明、李娟、李慶利，2010）。

綜言之，認知功能障礙多因老年腎虧或久病耗損，腎精虧損，神明失養；或痰濁蒙閉，瘀血內阻，神明被困；或肝腎陰虛，虛陽浮越，神不守舍所致。治療方面應補腎填精，滌痰逐瘀，引火歸元，可用益智通竅湯：石菖蒲、遠志、川芎、炙黃耆、製首烏、山萸肉、熟地黃、益智仁、廣鬱金、丹參、生山楂、膽南星、製半夏、水蛭，可以擴張血管、清除自由基、延緩衰老、提高智力、增強記憶功能（鄧辛、曲安康、施慧娟，2009）。

失智症方面，可根據常見的三種體質，即陽虛、陰虛、與氣鬱，加以對症下藥（陳柏谷，2019）。脾腎陽虛者，乃是痰瘀阻滯腦部，典型症狀有行動遲緩、表情呆滯，輕者少言，重者失語，思維凌亂，記憶減退，治宜溫腎補脾，祛痰化瘀；肝腎陰虛者，則是痰瘀阻竅，典型症狀有頭暈目眩，手足麻木，活動不靈，記憶喪失，喜怒無常，手腳抽搐，行動困難，治宜滋補肝腎，活血祛痰；至於肝鬱氣滯者，則

是痰瘀互結，典型症狀有心煩易怒，鬱悶不舒，語無倫次，治宜舒肝理氣，活血祛痰（陳旺全，2012）。

在西醫的觀點中，阿茲海默症是失智症的主要成因，佔六到七成，另外成因則是如血管性癡呆症、混合型癡呆症、腦損傷等其他因素。以阿茲海默症而言，指的是因腦組織慢性萎縮，皮質發生退化性改變，所引起的慢性進行性腦力缺損，中醫針對阿茲海默症的辨證分型及論治同樣也是分成「虛證兼瘀型」與「實證兼瘀型」兩大類型（王靜修，2005）。

第一類「虛證兼瘀型」有（一）髓海不足兼血瘀：在高齡久病者中常見，特徵是神志不清、思考遲鈍、記憶力衰退、定向能力差、計算能力不佳，多屬腎精虧耗而無法生髓，髓海不足則致腦神失養，腎虛血瘀。治法宜填精補髓，活血醒神。可用左歸丸加減：龜板、路繳膠、何首烏、人蔘、熟地、巴戟天、懷牛膝、三七、丹參、穿山甲、遠志、茯神。（二）肝腎陰虛兼血瘀：常見於過度疲勞、縱慾過度、嗜酒者，導致肝腎陰虧，虛火上炎，心腎不交，水火不濟，特徵是表情癡呆、情感失禁、語無倫次、強哭強笑、頭暈目眩、口乾舌燥、心悸氣短。治法宜滋補肝腎，活血養神。可用左歸飲或六味地黃丸加減：熟地、山茱萸、山藥、枸杞子、茯苓、丹皮、首烏、女貞子、當歸、雞血藤、桑椹、阿膠。（三）脾腎陽虛兼血瘀：常見於久病、重病體弱

者，因精氣虧損，腦失所養，陽氣虛衰，血行不暢，虛甚瘀深，閉阻清竅。特徵是表情憂鬱、沉默寡言、思維貧乏、神情疲倦、四肢不溫、行動緩慢、食少便溏，為陽虛血滯。治法宜補腎健脾，活血調神。藥方可用右歸飲或金匱腎氣丸加減：熟地、山茱萸、山藥、杜仲、枸杞子、肉桂、熟附塊、益智仁、巴戟天、鹿茸、茯苓、當歸、川芎、三七。

第二類「實證兼瘀型」有（一）瘀血內阻：氣血循環不暢，髓失所養則神志失常，特徵是表情冷漠、健忘易驚、哭笑無常、興奮躁動、面色憔悴晦暗。治法宜理氣解鬱、活血開竅。藥方可用通竅活血湯或血府逐瘀湯加減：生地、當歸、桃仁、紅花、柴胡、川芎、香附、牛膝、水蛭、降香、白芷、地龍。（二）痰濁阻竅：常見於肥胖者。頭為清虛之府，元神所舍，痰濁上犯，蒙蔽清竅，特徵是神志恍惚、目光呆滯、喃喃自語、頭暈頭重、倦怠嗜睡、胸悶想吐。治法宜健脾化痰、豁痰開竅。藥方可用溫膽湯加減：半夏、南星、茯苓、陳皮、菖蒲、鬱金、竹茹、萊菔子、川貝、遠志、白朮、澤瀉、薏苡仁。（三）邪熱熾盛：臨床較少見，主因是心火、肝火、胃火熾盛，上擾元神，特徵是神志不寧、躁動易怒、坐立不安、語言錯亂、記憶力下降、幻覺等精神障礙。治法宜清熱瀉火、平肝寧神。藥方可用黃連解毒湯或龍膽瀉肝湯或導赤散加減：黃連、黃芩、黃柏、大黃、龍膽草、梔子、柴

胡、丹皮、生地、元參、水牛角、赤芍、木通、石決明。

此外，失智症的另一成因「巴金森氏症」，現代中醫對巴金森氏症的治療較為保守，目前文獻上有以「育生補陽還五湯加方」治療巴金森氏症的研究，此研究中的所謂育生補陽還五湯，是以清朝王清任《醫林改錯》中的「補陽還五湯」為基礎，補陽還五湯原用於中風後遺症，組成物有：黃耆、當歸尾、赤芍、地龍、川芎、桃仁、紅花，具有氣旺血行、瘀去絡通之效，經李政育醫師增減修正後，成為育生補陽還五湯，此研究結果發現中醫藥介入可截斷病程惡化的進展，改善症狀，甚至逆轉病程回到正常（程維德、吳哲豪、廖炎智、李政育，2015）。中醫治療巴金森氏症大致上從氣血虛及陽虛著手，因此育生補陽還五湯加方中，主要是以大補陽藥物為核心治療成分，例如炮附子（炮天雄）、乾薑……等，大補患者的陽氣及氣血，修復受傷的機體使其重新活化。所謂「大補陽法」並非是使用補陽藥物就稱大補陽，而是仍然要在辨證論治的前提下，採用一系列的、綜合性的補陽方法，例如針對寒瘀致病時，大補陽法應當加活血化瘀法加大黃。

中醫認為陽氣與腎氣有密切關係，一旦陽氣衰後，腎氣數年後也衰，進而腎氣絕。對照國內臨床上巴金森氏症發病平均年齡約在六十歲左右來看，中醫認為這個年齡的陽氣與腎氣都是逐漸衰退的階段，清朝醫家高鼓峰（1623-1670年）在《醫宗已任編·顛證》曾說：「大

抵氣血俱虛，不能榮養筋骨，故為之振搖，而不能主持也。」「顫證」指的就是巴金森氏症患者休息狀態時會顫抖、僵硬的症狀，高鼓峰主張「顫證」的重要原因是氣血虧虛，並發展出以大補氣血法來治療顫證。因此，中醫以大補陽藥物治療巴金森氏症其來有自，的確值得深入研究其療效。

通過對文獻整理總結發現，在古籍中，癡呆的病因病機通常與七情內傷、五臟失調和體內氣血津液紊亂有關。現代中醫理論中，癡呆的病因可有年邁體虛、情志所傷、久病耗損等引起。年四十即陰氣自半，臟腑虛衰，腎精不足，無法充養腦髓，從而神機失用以致癡呆。另外，人年邁後氣血運行遲鈍，推動無力，腦絡可因此痹阻不行，從而癡呆。情志不遂，抑鬱傷肝，肝氣鬱結乘脾，脾失健運則會聚濕生痰而上蒙清竅，肝鬱日久亦可化火，上擾神明，也可使人喜怒無常，發為癡呆。思慮過甚，耗傷心血，生化無源，腦失所養，神機失用。還有驚恐傷腎，腎虛精虧，髓海不足等都可以導致癡呆。若有中風、眩暈、癲癇等證，疾患日久，損傷正氣，臟腑功能失調，氣血關係紊亂可為癡呆，另外久病入絡，可直接痹阻腦絡，使腦氣無法與臟氣順接聯通，從而癡呆。

第四章 知能障礙與失智之阿育吠陀醫學觀點

4.1 阿育吠陀體素理論

阿育吠陀是世界上最古老的醫學體系之一，大約追溯到西元前3000年的吠陀時代。Ayurveda 是兩個字組合而成：Ayur 意指生命，Veda 則是知識、科學之意，所以「阿育吠陀」一詞意思為生命的科學。阿育吠陀代表著一種健康的生活方式，認為藉由自然界的能量與物質來恢復人體的基本平衡狀態，以維持身體健康，並將此觀念運用在疾病的治療與預防上。

展現阿育吠陀醫學觀點的代表著作有《遮羅迦本集》(Charaka Samhita) 和《妙聞集》(Sushruta Samhita)，是記載阿育吠陀的兩大重要文獻。《遮羅迦本集》記述身體發生各種疾病的原因、症狀，以及有關飲食、衛生、預防、醫學教育、藥理學、醫病合作的討論；《妙聞集》是在《遮羅迦本集》之後撰寫的，這兩本書探討了許多相似的主題，如通則、病理學、診斷學、解剖學、治療學、藥物學和毒物學等等。其中在《妙聞集》裡關於外科手術的記載尤其詳細，為印度醫學提供了外科手術的基礎。

阿育吠陀主張透過飲食、運動、冥想、藥物強化身心健康。醫學著作《妙聞集》(Sushruta Samhita, 400) 集結了許多古老的印度思想，

作者是一位阿育吠陀醫學外科醫師兼老師，內容包含外科手術、回春術和延壽之道，談到為死亡做好心理建設的目標。

阿育吠陀對生理學的認識主要來自《遮羅迦本集》，該文獻中記載人體之所以運作是因為它包含三個體素(Doshas)，亦即風型 (Vata)、火型 (Pitta) 和水型 (Kapha)。每個體素由一個或兩個元素組成：風型 (Vata) 由氣 (Air) 和空間／乙太 (Space/Ether) 組成；火型 (Pitta) 由火 (Fire) 和水 (Water) 組成；水型 (Kapha) 由土 (Earth) 和水 (water) 組成。人體均包含著上述五種元素，但每個人體內的元素比例卻不盡相同，因此每個人的體內都有三體素的特性，只是比例間的不同而已。

風型 (Vata) 具有不規則的特性，主要負責人體機能、運動和推動散佈的能力，還負責身體許多基本功能運行，例如控制呼吸、眨眼、肌肉和組織運動、心臟的搏動以及細胞間的所有運動。另外風型還支配神經系統，可調整全身的運動。風型失衡會導致恐懼和焦慮，引發各種疼痛、強直、麻痺及心血管疾病等，風型體質的人體型一般纖細薄弱，耐力不足，容易有皮膚乾燥，手腳冰冷或便秘等問題。風型的人性格特質較外向活躍、具有想像力、適應力及理解力佳、行動敏捷，走路速度快，但缺乏持續力、容易焦躁、憂慮。

火型 (Pitta) 具有流動的特性。火型失衡會導致有灼熱感、體溫

上升、黃疸、蕁麻疹、發炎等症狀。火型體質的人多屬於中等體型，怕熱、多汗、常腹瀉或有皮膚方面的問題。火型的人個性則充滿熱情和知性、急躁、易怒，具有領導者特質，且多為完美主義者。

水型（Kapha）具有重、軟、冷、慢、濕等特質，主要功能為控制身體、維持身體，也和身體的生長有關，因為水型可控制人體的形狀、重量、軟硬等力量，具有調整風型和火型兩個體素的功能，還與關節的結合、身體的穩固、生殖力、體力、耐力相關。若水型發生失衡會導致神經性食慾不振、倦怠、分泌黏液、血管硬化及肥胖等問題。水型體質的人體格大多壯碩、易胖體質，因為體內的濕氣較重，常有呼吸系統的問題。水型的人體力、持續力佳，個性沉穩溫厚，缺點是理解力弱、動作緩慢，但忍耐力強，對事物容易產生執著。先天性能決定個體基本體素類型，但後天性如生活習慣可使體素類型有所改變。

三體素可以調節人的身體與心理之間的平衡，它們之間的相互作用決定個體的身體狀況和心理素質。三體素之間的協調平衡使人體保持健康狀態，某個體素的過度或缺乏將導致人體失衡而產生疾病的徵兆或症狀（Zainol, Abd-Hamid, Yusof, & Muse, 2003）。

阿育吠陀醫學哲學不僅僅是治癒疾病，而是建立好的健康狀況。Rasayana 它可以延緩衰老，它從本質上增強了 Oja（生命力）和免疫

系統，同時幫助人保持良好的健康。根據阿育吠陀記載，Rasayanas 透過使用特定的草藥和礦物配方，來滋養和調理整個身體所有組織，令其得到營養和增強，有助於阻止衰老並維持身體的平衡，保持青春，減緩衰老，並增強免疫系統功能從而促進健康 (Sharma, 1983)。

4.2 Rasayana (延緩身體老化的老年學)

Rasayana (延緩身體老化的老年學，又稱為回春術) 為阿育吠陀八大分支其中一支，是與老化較有相關的分支論述，出現在《阿提耶集》(Atreya Samhita)，至今仍然應用在日常生活當中。Rasayana 基本上透過三種機制所引起作用(1) Rasa 增強營養；(2) Agni 促進消化和新陳代謝；(3) Srotas 促進營養合成，三種機制共同導致體內營養與代謝狀況而影響衰老。Rasayana 回春術分類有許多種類，主要分為藥食回春術、自然回春術、長壽回春術和增強腦力回春術四種類型。藥食回春術 (Dravya Rasayana) 包括一些草藥和食物類型，有利於身體和大腦的最佳功能。自然回春術 (Adravya Rasayana) 中則沒有常規使用的藥物，僅遵循生活一般規則和遵循季節中自然的生活，保持人與自然之間和諧統一。因為此自然規律是人體內固有的，這是自然回春術的基本思想。長壽回春術則是使用一些草藥和飲食來增強活力和耐力，以降低身體及精神疲勞，並使皮膚光產生光澤、使聲音甜美，讓人重

回年輕狀態，延長壽命，例如 Chyavanprash；增強腦力回春術是藉由阿育吠陀藥用配方的草藥對整個中樞神經系統產生刺激作用，同時促進智力、集中力和記憶力，例如在飲食中經常補充牛奶和酥油或搭配服用 Bramhi、Vacha、Shankhpushpi 等草藥。促進心臟回春術同樣也是透過阿育吠陀草藥配方，能利於恢復心臟功能，促進循環，例如 Amalki Rasayana；抵抗疾病回春術則是針對特定疾病的患者，施行根除疾病的方法，例如 Bhallataka Rasayana。



4.3 阿育吠陀對於認知缺陷之觀點

在阿育吠陀經典文本中，Smrtināsha（失憶）被指定為 jarā（衰老）的前驅症狀之一。在 Jarāvasthā（老年），從 60 歲開始，根據 Charaka（阿育吠陀的主要貢獻者之一）的說法，記憶和其他心理能力自然會逐漸惡化。根據 Vāgbhaṭa（As.Sam.Sha 8/25）和 Sharng 失智症 hara（Prathama Khaṇḍa 6/20）的說法，Manas（心智、心理）和 Buddhi（智力）的功能從生命的第九個十年開始下降。正如 Sharng 失智症 hara 所描述的，精神功能在生命的第 11 個十年開始下降。

此外，Smrtibhramsha（記憶障礙）被描述為一種症狀，其中 Smrti（記憶）被 rajas（激情）和 tamas（默默無聞）破壞。因此，根據阿育吠陀原則 (Nishteswar et al., 2014)，失智症可以解釋為 Jarājanya Smrtibhramsha。

失智症在阿育吠陀中通常被稱為“Smrti Nasha”，它是由 dhatus（組織）耗盡和 Satva Guna（代表純潔和意識的心靈屬性）被 rajas（身體的屬性）惡化引起的。通常代表能量和活力的思想）和 tamas（代表被動和無知的思想屬性）(Tiwari & Tripathi, 2013)。

當 Manovaha srotas（攜帶循環衝動的通道，主要負責記憶）受到 Vata dosha 的影響時，這個人會受到影響並且精神活動會減弱(Sharma

等人，2018)。這種情況在阿育吠陀經典的不同章節中不被視為疾病實體，而是被視為一種自然現象。

在根據不同的年代解釋衰老的後果時，阿育吠陀描述了第四個十年末 Medha（認知能力）的喪失，以及九個十年末 Manasakti（精神力量）和 Buddhi（智力）的喪失。Medha 是理解或積累新知識以進行存儲的能力。Mana（頭腦）和 Buddhi（智力）是智力能力的術語。古代阿育吠陀學者將六十歲後的心理變化描述為身體組織的減弱，感覺器官的力量，能量，理解力，保持力以及記憶和分析事實的能力，從而證實了失智症中的衰老理論 (Banth & Talwar, 2012)。

失智症中常見的六個認知領域是記憶、執行功能、語言、視覺功能、注意力和情感。其中，記憶障礙是核心問題，尤其是短期/工作記憶。記憶障礙有兩種類型：學習新信息的能力和回憶以前學到的信息的能力。記憶機制是通過 indriyas（感覺）、mana（頭腦）和 atma（靈魂）的綜合生理機能實現的。阿特瑪使用法力（心智）、佛陀（智力）、智慧和卡門德里亞（認知感覺器官）來感知信息。集體信息由 smaskara（處理）以 smriti（記憶）的形式存儲。Smriti 被解釋為對先前直接感知、聽到或體驗的事物的回憶，這是 atma（靈魂）的屬性。Indriyas 受精神控制，而精神本身受 Vata 控制。心理活動由 Vata 控制並向前推進。瓦塔還協調了所有的感官，並與被感知的對象建立了關係。隨

著年齡的增長，Vata（身體）變得虛弱，從而導致精神屬性的不正常運作，導致謙虛和譫妄。隨著 vata dosha 的失效，alpsmriti（記憶障礙）開始發展（Gold & Budson, 2008）。

阿育吠陀對阿茲海默症的辨析則可依 Vata、Pitta、Kapha 三體素分類。首先是風型阿茲海默症（簡稱 Vata-type AD），不規律的生活習慣、生活壓力太大、吃得太清淡是發病原因。典型症狀除了記憶力下降，患者還會表現出情緒波動、混亂、情緒不穩定和失眠、無法吸收新信息、難以找到字彙，最終可能會影響認知和思維過程，以性格和行為異常為其特徵。預防是最好的補救措施，阿育吠陀恢復活力療法，也就是前一小節所提到的回春術（Rasayana 和 Vajikarana），是推薦用於老年人的長期護理和提高他們的抵抗力和免疫力。Rasayana 是延緩身體老化的老年學、Vajikarana 是生育學。飲食方面，以使用能中和清淡、寒冷和乾燥品質的飲食為推薦，也就是食物需要有油脂（潮濕），新鮮烹製，溫暖，適度調味，因為食物結合了甜、酸和鹹的味道有助於緩解 Vata 失衡，含有全穀物、新鮮的農產品、堅果、酥油、椰子或芝麻油是首選。草藥方面，則是使用 Ashwagandha、Brahmi、Gotu Kola、Guduchi 和 Shankpushpi 的組合，這些草藥同時有助神經功能和認知功能，能抗氧化、清除自由基，增加膽鹼功能、促進神經生長和增強記憶。

第二是火型阿茲海默症（簡稱 Pitta-type AD），引發因素包括攝入熱、酸、鹹、強酸和發酵食品、或是酒精，此外，憤怒、暴怒和長期接觸太陽也可能是顯著的原因，典型症狀是炎症（inflammation），也就是發炎。同樣，預防是最好的補救措施，也是推薦阿育吠陀恢復活力療法以及使用涼爽的草藥和精油。飲食方面，食物需要含油脂（潮濕），新鮮烹製的，溫暖的，適度調味，冷卻香料，含有甜味、苦味和澀味的食物口味有助於緩解 Pitta。草藥方面，薑黃是一種強效抗炎香料、Guggulu 則可治療炎症和脂質代謝失調。

第三則是 Krimi 型阿茲海默症（Krimi-type AD），臨床上沒有水型阿茲海默症（Kapha-AD），因此，非 Vata-type AD 且非 Pitta-type AD 者，皆歸類 Krimi-type AD。Krimi 在阿育吠陀醫學中的概念是代表病菌（germs），指的是寄生蟲感染和毒素中毒。Krimi-type AD 患者能保留新的記憶，但對於舊的記憶卻無法記起，發病原因可能是暴露於生物毒素或寄生蟲病原體，例如感染萊姆病。這些患者中的大多數也有低血清鋅，已知缺鋅會影響許多與認知能力相關的功能和阿茲海默症。飲食方面，以清涼、清淡和濕潤食物的飲食為主，多食具有螯合和解毒特性的食物。此外，阿育吠陀的 Panchakarma 療法，具有排毒、淨化和回春功效，亦是受到推薦（Bredesen & Rao, 2017）。

4.4 Tridosha 與認知功能

Doshas 在維持認知功能方面發揮著重要作用。任何損害 Shareerika bhava (身體因素) 的因素也會對 Manashika bhava (心理因素) 產生影響。Vata 調節 Buddhi (智力)、Indriya (認知和運動器官) 和 Mana (精神) 的正常運作，而 pitta 增強 Medha (智力) 和 Kapha 培養 dheer (智力)、dhriti (毅力) 和 Smriti (記憶)。因此，Tridosha 的正常狀態對於維持認知功能很重要 (Kundu et al., 2010; Deole et al., 2012)。

缺乏 Smriti 將歸因於 Tamas 的 samvarana swabhava (模糊性)。Rajas、Tamas 和 Satwa 是心智的品質、比例和它們的相互作用，它們確認了一個人的性格。Buddhinirodha (認知功能受損) 也是一種 tamasik 品質。在 rajas 和 tamas 之間有一個永恆的結合。沒有 rajas，Tamas 就不能表現它的行為。Vata 表示為 rajobahula (過度的 rajas)；一旦 Vata vaha sira (vata 功能通道) 的功能變得清晰，buddhikarmas (智力功能) 就會變得有效。隨著年齡的增長，與其他 doshas 相比，vata 在體內積累，從而導致頭腦中的比較 rajovridhi (增加的 rajas)。由於兩個通靈 doshas 的永恆結合性質，tamas 因 rajovridhi 而變得不平衡。在病理上，rajotamovridhi (增加的 rajas 和 tamas) 和隨後的

avarana(障礙)阻礙了各種感覺器官以及記憶的認知功能 (Deole et al., 2012)。

神經心理障礙和智力下降也可能是由於 rajas 和 tamas 的聯繫，它們對 smritibhramsha 負責。此外，失智症類型的癡呆症，可以用修行的功能障礙來解釋，也代表了 Dhivibhramsha (理解紊亂)、Dhritivbhramsha (意志紊亂)和 Smritivbhramsha (記憶紊亂)的受損狀況 (Kulatunga et al., 2012)。



4.5 阿育吠陀草藥療法在認知缺陷相關症狀之應用

在阿育吠陀經典中，有很多關於用於治療各種認知缺陷和衰老領域的藥物和化合物的記載。Panchakarma（Penta 生物淨化和恢復活力）療法，Nasya 和 Sirodhara 是治療失智症的最有效技術(Sharma 2003；Ramteke et al., 2016；Nakanekar et al., 2015；Shah et al., 2010；Vedpathak, 2017)。

阿育吠陀經典確定了與記憶有關的高等院系的相關性，並引入了一組單獨的藥物，即 Medhya Rasayanas。定期服用此類藥物有利於患者抵抗退化的過早發作，可在控制此類老年病 (Jara) (Raghu et al., 2017) 方面發揮重要作用。

阿育吠陀經典文本描述四種 Medhya Rasayana（草藥智力恢復劑），它們具有促進大腦高級活動和改善記憶力的品質。它們分別是 Manduka parni（積雪草），Yastimadhu（光果甘草），Guduchi（寬筋藤）和 Shankhapushpi（一種旋花科植物），被特別指定為益智藥，這些草藥都具有多種功效，可增強認知功能並改善記憶、創造力、學習力能增強免疫力並改善免疫系統功能。Rasayana 通常是豐富的抗氧化劑，用以調節神經與內分泌系統 (Brahma & Debnath, 2003)。使身體內的三體素維持平衡而達到長壽及延緩衰老的過程。事實上在疾病未發生

之時，就能使用一些促進身體代謝的方式，來改善體內的微循環，能使身體能更好吸收營養而達到延長壽命、增強感官能力、記憶力與智力、增加活力，並促進身體健康 (Chaudhury & Rafei, 2001)。

Medhyarasayana 在印度草藥傳統中的重要性，即是具有回春作用，增強記憶力、防止認知缺陷並改善腦功能的草藥 (Kapoor, 1990; Nadkarni, 1976)。Medhyarasayana 促智草藥植物在印度被廣泛藥用，可增強記憶力和認知功能 (Stough et al., 2001)。

Holcomb 等人 (2006) 在回春療法 (Rasayana) 中記載，傳統作法使用新鮮果汁 (Swarasam) 搭配口服積雪草，或以 Gritham 草藥混和酥油製備成草藥製劑，或將乾燥草藥粉與牛奶一起服用，或是將新鮮葉子的製作成糊劑，皆可以改善記憶力恢復精神狀態。

婆羅米 (Brahmi) 在印度傳統草藥阿育吠陀中已經使用至少 3000 年。其名源自梵天 (Brahmā)，指的是印度教的創造之神，具有創造世界與天地萬物的能力，然而現今婆羅米還具有神聖智慧者並了解梵的奧妙之人。

不管是積雪草或是假馬齒莧，兩者都是促智草藥，它們均可以改善記憶力和大腦功能。兩種草藥都能夠平衡大腦左右半球並改善思維的三個功能：學習 (dhi)，保持力 (driti) 和回憶 (smriti)，而 Bacopa

和 Manduka parni 都能作用在脈輪的頂輪，有助於改善冥想。Manduka parni 和 Bacopa 都具有平衡三種身體能量的功效，也可安撫 Vata, pitta 和 kapha，這種草藥被認為是 Tridosha 適合所有身體類型並可以緩解疾病 (Agrawal & Singh, 1998; Hashim et al., 2011)。Manduka parni 主要具有增強記憶和抗焦慮的作用(S. Agrawal & Singh, 1998)。Bacopa monnieri 主要用於記憶增強，同時也能用於癲癇及失眠 (Tripathi, Chaurasia, Tripathi, Upadhyay, & Dubey, 1996)，這兩種草藥都能增強免疫功能，增強腎上腺功能並有助於減輕壓力。Manduka parni 具有修復皮膚及改善身體內部淋巴循環的特性。Bacopa 對大腦中的神經遞質具有協調作用，被認為在治療精神障礙，如焦慮、癲癇和精神錯亂方面具有更具體的作用。

Manduka parni 是一種更好的適應原，具有鎮靜、平衡的作用，可以減少了皮質醇和其他壓力賀爾蒙的產生，並減少與壓力有關的疾病情緒和心理因素，使大腦保持年輕狀態，同時可改善衰老和癡呆的症狀，事實上抗衰老作用不僅對精神有益，也有益增加皮膚膠原蛋白的合成，膠原蛋白主要負責皮膚的彈性、強度和光滑度。以上兩種草藥都對大腦有益，可做為抗氧化劑，保護神經，增強認知功能，提升記憶力和平衡情緒。

4.6 阿育吠陀之自然療法

4.6.1 Nasya (洗鼻法)

Nasya 是阿育吠陀重要的治療程序之一，其中藥物給藥途徑是通過鼻子。當藥物（粉末、果汁、湯劑等）或藥油通過鼻孔給藥時，該過程稱為 Nasya。根據阿育吠陀醫書記載，鼻子是通往頭部的門戶，Nasya Karma 是消除 Urdhvangā（鎖骨上區域）受損 Doshas 的過程，確保中樞神經系統的順利運作以及腦細胞的恢復(Goldman, 2006)(圖 4.1)。



圖 4.1 Nasya 洗鼻法

這是一種實用、無創、快速且簡單的方法，可將治療劑遞送至中樞神經系統。用於 Nasya 的藥油要求將草藥用 4 份油和 16 份水在小火中煮熟，直到所有的水蒸發。這確保了親脂性和脂溶性分子通過血腦屏障 (BBB) 膜，其中親水性化合物的滲透率最低。鼻內給藥為將藥物輸送到 CNS 提供了許多好處，直接作用於中樞神經系統，從

而減少全身暴露和隨後的副作用 (Rao et al., 2012)。

鼻腔途徑易於進入、方便且可靠，具有多孔的內皮膜和高度血管化的上皮，可將化合物快速吸收到體循環中，避免肝臟首過消除。此外，鼻內給藥可以減少劑量、快速達到治療血藥濃度、更快地發揮藥理作用並減少副作用。鼻腔給藥似乎是繞過 BBB 障礙的有利方式，允許將藥物直接輸送到 CNS 活性化合物的生物相 (Jaiswal et al., 2017)。根據現代解剖學和生理學研究，Nasya karma 的藥效學可以解釋如下：

1. 鼻組織高度血管化，使其成為快速有效的全身吸收的有吸引力的部位。豐富的血管叢允許局部給藥的藥物快速達到有效的血液水平，同時避免靜脈導管。通過自然發生的鼻靜脈血匯集到面部靜脈中，可以進行血管路徑運輸。面靜脈沒有瓣膜，與顱內循環暢通無阻。通過翼狀神經叢與海綿狀靜脈竇連通 (Pras et al., 1996)。

2. 嗅覺神經本質上是一種化學感受器，這條神經通過嗅覺通路與邊緣系統和下丘腦相連，後者對內分泌分泌物施加控制。此外，下丘腦被認為負責整合內分泌系統和神經系統的功能。動物下丘腦的電刺激能夠誘導垂體前葉的分泌物，因此此處施用的藥物會刺激大腦的較高中樞，其作用是調節內分泌和神經系統功能 (Shankar et al., 2015; Srikanth et al., 2011)。

3. 藥物從鼻腔吸收的第一步是通過粘液。大的帶電粒子可能更難穿過，但小的不帶電粒子很容易穿過這一層 (Srikanth et al., 2011)。藥物通過鼻黏膜吸收的機制包括：1.細胞旁途徑是第一種轉運機制，它是一種水性轉運途徑，這是一條緩慢而被動的路線；2.跨細胞過程是第二種運輸機制，通過脂質途徑，負責運輸親脂性藥物，其吸收率取決於其親脂性。藥物還通過載體介導的方式或通過緊密連接的開口通過主動運輸途徑穿過細胞膜。

4.6.2 Shirodhara (額頭藥油淨化療法)

Shirodhara 是阿育吠陀醫學系統中的重要治療措施，因其給藥簡單且對多種生活方式障礙，包括神經系統疾病、記憶力減退、失眠等有效而在世界範圍內受到歡迎。Shirodhara 是一種淨化和振興療法，旨在消除毒素和精神疲憊，以及緩解壓力和對中樞神經系統的任何不良影響。Shirodhara 是一種獨特的古代療法，從特定的高度和特定的時間，連續有節奏地將液體/油倒在前額上，讓液體/油流過頭皮。Shirodhara 中使用的液體取決於所治療的病症，但可以包括油、牛奶、酪乳、椰子水，甚至是白開水。Shirodhara 治療的持續時間可能從 30 分鐘到 45 分鐘不等，具體取決於患者的狀況 (Akiko et al., 2016) (圖 4.2)。

Shirodhara 可以從全身按摩開始，稱為 Abhyangam。Shirodhara 還包括頭部按摩。Shirodhara 被認為是通過放鬆大腦中的下丘腦來工作的。它還可以使調節睡眠、情緒和認知功能的激素功能正常化 (Akiko et al., 2016)。

澆上微溫的油可以刺激和舒緩下丘腦，從而調節腦垂體的功能並誘導睡眠。Shirodhara 刺激 Marma 或頭部的重要穴位並改善血液循環。Shirodhara 產生恆定的壓力和振動，這時它被額骨中的空心竇放大。然後振動通過腦脊液 (CSF) 的流體介質向內傳遞。這種振動，伴隨著輕微升高的溫度，可能會激活丘腦和前腦基底的功能，有助於將血清素和兒茶酚胺的含量調整到正常水平。用於 Shirodhara 的微溫油也會引起所有通道的血管舒張，從而改善大腦的血液循環，使腦細胞恢復活力，增強記憶力 (Vinjamury et al., 2014)。



圖 4.2 Shirodhara 額頭藥油淨化療法

第五章 討論

5.1 失智症與台灣長照政策

全球失智人口急遽增加，台灣與全世界一樣皆面臨失智症的衝擊。根據衛生福利部 2011 年委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學的調查結果，台灣大約每 48 分鐘增加 1 位失智者，失智人口增加的速度值得國人與政府單位提高警覺，而且失智總人口佔全國總人口比逐年成長（台灣失智症協會，2021），政府及民間都應及早做好準備。

失智症相關政策之所以應該成為國家優先考量的議題，除了因為患者人口逐年急速攀升，此外，在台灣進入高齡化社會後，老年人失能及生活無法獨立的主要原因之一即是失智症，此將構成國家、社會、醫療照護體系、家屬與病人自身沉重的經濟負擔。據推估，2015 年台灣地區失智症醫療成本高達約 2,097 億新台幣（衛福部長照專區，2021a），金額十分可觀，因此成為社會與國家的重要議題。

台灣政府面對失智症的挑戰，在政策制定方面，與失智症最直接相關的是「失智症防治照護政策綱領」，於在 2013 年開始推動，俗稱「1.0」版（執行期間 2014 年-2016 年），爾後於 2017 年 12 月公布「失智症防治照護政策綱領 2.0」（執行期間 2018 年-2025 年），目標是要營造一個失智友善的台灣，也就是讓失智症患者生活在一個有尊嚴、

能自主、有生活品質的終老環境。在「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0」中，提出了兩個主張：(一) 照顧失智症患者需要特殊的專業，與照顧失能者有很大不同；(二) 政府有必要持續推動更全面、更深入的失智症防治及照護政策。以此為基礎，「2.0」版本中有幾項重點工作，包含 (一) 擴大失智照顧服務計畫：目的是為了讓失智者及家庭照顧者能於診斷後獲得足夠資訊、自主選擇所需服務並盡可能地留在原來熟悉的社區中，因此將失智共同照護中心、失智社區服務據點，推廣到全國各鄉鎮；(二) 提高失智症確診比率：目的是要盡可能讓所有失智者都能得到診斷且接受合宜的治療，進而減少失智症患者被汙名化的可能；(三) 推廣失智友善社會運動：也就是透過更多大眾教育活動、媒體傳播，宣導失智症的正確認知 (衛福部長照區，2021)。從政府推動的這些計畫中，我們可以看到未來失智症的照護趨勢，在醫療空間環境方面，是以留置原地、原社區為重要目標，在治療方案方面，則是提升診斷能量使其接受「合宜」的治療，從這兩個層面來看，重建失智症患者的日常生活成為重要的照護方向，而中醫與阿育吠陀所提出的治療、預防與保健等多元方法，強調自然養生、身心靈平衡的重要，讓失智症患者在居家或社區的空間環境中，可輕鬆地將中醫與阿育吠陀的多元療法整合到日常生活，養生操、按摩、茶飲食療、回春術草藥、瑜珈、冥想等.....。當我們在思考「2.0」版

本中所提到失智症的「合宜」治療選項中，應該將視野拓展到現代西方醫學以外的其他自然醫學領域，方能讓失智症患者在自然、慣常、自在的生活環境中，獲得最佳化的治療照護方案，而唯有讓失智症患者的治療照護過程自然化，對於失智症患者的污名方可減少，失智友善的台灣才有可能。



5.2 傳統醫學對於知能障礙預防保健之優點

在過去農業時代，民眾生活步調依循春耕、夏耘、秋收、冬藏，因此壓力較小，但是現代人的生活節奏緊湊，生活環境也有空調，加上各種應酬造成營養過剩，進而產生所謂的代謝症候群，嚴重影響健康。中醫強調上工治未病，黃帝內經中提到養生原則包括：1.四時調攝 2.起居保健 3.精神調養 4.動則不衰。

人體不僅本身是一個有機統一的整體，而且人體與自然界也存在著對立統一的整體關係。人存在於自然界中，是自然界的產物，吸收著自然界的籍華，人體的一切生命活動都受著自然界運動變化的影響。如《素問·六節藏象論》說：「天食人以五氣，地食人以五味。氣和而生，津液相成，神乃自生。」不論四時變化，晝夜晨昏，還是日月運行，地理環境都與人體的生理病理密切相關。人在認識自然、適應自然和改造自然的過程中不可能跳離自然界的範圍，因為「人與天地相應也」（《靈樞-邪客》）。

中醫與阿育吠陀的防治觀點頗為契合，中醫主張「未病先防、未老先養」，著重養生保健措施，防衰和防病於未然，而阿育吠陀則認為在疾病尚未發作之前，藉由改善體內的微循環，促進身體新陳代謝，便能促進身體健康，兩者都不迴避身體老化的現實，在認清身體老化

的必然性後，人們就必須透過鍛鍊身心靈才能獲得養生保健的效果，病達到預防疾病的目的。阿育吠陀主張透過飲食、運動、冥想、藥物強化身心健康。

中醫的養生理論特別強調天人相應，也就是人與自然環境之間的協調關係，阿育吠陀也相信世界與天地萬物的自然能力，人可從中獲得正向的能量。至於現代醫學，它通常著重疾病本身，有別於此，中醫與阿育吠陀兩者則都是以人體健康為核心，強調維持身體健康和預防疾病。

傳統醫學注重規律的生活作息，《黃帝內經》子午流注是世界上最早的時辰養生，記載十二經絡運行規則，每天最晚一定要在晚上十一點上床睡覺，因為子時是血氣流住於膽，行足少陽膽經，天地磁場最強的時刻，膽經引導人體陽氣下降，人體將進入修復、休養時刻，熬夜會引發失眠、頭痛、憂愁易思等神經症狀，膽經經絡提供大腦的主要能量，夜間若無法獲得良好休息，體內大部分的血液則無法集中到肝臟，使大腦也無法正常分泌重要的內分泌激素，例如褪黑激素、生長激素、可體松等。因此，愈晚睡，睡眠品質則愈差，身體自我修復的能力愈低，愈會發生衰老與記憶力的衰退，養成規律作息很重要。在阿育吠陀學理中則將一天的時間分為 6 個時段，每一個時段有 5 個

大自然的能量所支配著，這5個能量分為：空、風、火、水、土。如果每天能夠遵循阿育吠陀的時鐘，按照大自然的節奏生活，在對的時間吃飯、運動、工作和睡覺，那麼你就能夠預防疾病，維持身心的最佳健康狀態。

瑜伽也是印度文化對人類健康的一個美好貢獻，近年來在西方和世界各地越來越受到歡迎。瑜伽是一種古老的身心練習，已被用作增強健康和解決各種健康問題的補充健康方法，瑜伽有助於將血液帶到腦部，瑜伽姿勢像是倒立體位（肩倒立式、頭倒立式、犁式、駱駝式等），對認知功能產生有益影響，特別是對注意力和語言記憶，通過改善睡眠、情緒和神經連接來影響認知功能。每天修習能增進體力與靈活度，更是一種靈性運動，有助於減輕壓力、產生平靜與幸福感，增加正念與身體覺察力。中醫傳統養生運動像是八段錦、太極拳，不僅可以顯著改善認知功能，調節海馬體和前扣帶皮層的區域波動和灰質體積，還可適度降低生理跌倒風險，傳統中醫藥及艾灸，在MCI的管理中越來越受歡迎。

中醫將失智症視為「瘀」，也就是腦部產生沈積，而泡溫泉或藥浴的行氣作用則有助於腦部循環（李可，2017）。阿育吠陀也有增強記憶的方法，依據阿育吠陀原理，記憶會被記錄在大腦內部的神經細

胞感光片當中，屬於水能特質，記憶藉由風能，在適當的時間活化並被回想起來，而大部分記憶發生問題，是由於水能停滯，若加上風能惡化，恍惚的特性，因此想要增強記憶力，就需要掌控好風能跟水能，另外，風能銳利、具穿透性是記性好的支柱。增強記憶的食物例如有胡蘿蔔，富含胡蘿蔔素，會強化火能，喚回清晰記憶，增強造血功能，幫助提升記憶。用婆羅米藥油擦揉按摩腳底與頭皮，刺激肌膚下的大腦神經接受器，將訊息傳達到腦細胞，進而活化記憶，也可加上運用鼻孔交替調息的方法幫助大腦循環。

中醫順應四時自然而生存的觀點也表現在臨床治療與養生預防等面向。就治療而言，《黃帝內經·素問》提到，「用寒遠寒，用涼遠涼，用溫遠溫，用熱遠熱，食宜同法」，指的是使用什麼樣屬性的藥物，就應避開該屬性的主令時氣，例如，使用熱性藥物應避開火熱主令之時，因此中醫的診斷、治療、飲食、保健、與照護方法，特別強調因人、因時、因地制宜，配合大自然的運行。

就失智症患者而言，如前文所述，中醫觀點多視之為「瘀」症，也就是發生在腦部的沈積，中醫治療失智，多以益腎養心補脾為主，例如使用孔聖枕中丹、天王補心丹、歸脾湯、益氣聰明湯、龜鹿二仙膠、定志丸、補陽還五湯、二陳合血府逐瘀湯等。

除了以藥方治療外，日常照護時以促進腦部血液循環為重點。一提到促進血液循環，或許會聯想到運動，的確，曾有研究指出每周兩次有氧運動，罹患失智症風險則減少一半，但必須是運動強度達中度以上的有氧運動（吳珮均，2018）。以高齡失智症患者而言，高齡者在中度以上的有氧運動，一來受限於高齡者肌力不足，二來中醫認為秋冬要養陰，必須適度休養儲存能量，不能過度消耗體力，所以運動不宜過多，反而中醫方面的外治法、穴道按摩、藥浴和補氣食療茶飲，對高齡者更是促進氣血循環的合適選項（陳柏谷，2019）。有關高齡者的照護展望，將在下一節繼續說明。

與中醫相似，阿育吠陀的醫學觀點同樣也是強調身體與自然之間的平衡，例如，阿育吠陀的增強腦力回春術，強調在飲食中經常補充牛奶和酥油或搭配服用草藥，有助於促進智力、集中力和記憶力，藉由飲食內容與型態的改變，食用自然的食物類型，失智症患者以日常模式即可達成健康的促進。又例如，阿育吠陀的草藥智力恢復劑，主要的四種益智草：積雪草、光果甘草、寬筋藤和旋花，也都有增強認知並改善記憶的功能。而阿育吠陀的額頭藥油淨化療法 Shirodhara，也是透過推油按摩的方式，使身心靈放鬆，進而調節睡眠、情緒和認知等功能。

5.3 高齡照護之建議

2015 發表於 The Lancet 期刊上的老年醫學研究 (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment, FINGER) 指出，認知功能障礙預防性介入措施著重於藉由生活型態的改變，每個人都可以量身打造出合適可行的方案來預防。與傳統中醫及阿育吠陀所提倡的觀念一致，改變生活方式、飲食習慣和利用運動、冥想、瑜伽等方法來幫助病人調整回平衡狀態。

現代醫療科技發達，平均餘命延長，高齡者在居家或機構單位大多可以受到良好的醫療照護，但是缺乏與自然環境的互動，近年來荷蘭失智農場所提供的綠色照護，一公頃的農場中，除了團體家屋、農地，還有動物區、體適能區、兒童遊戲區、池塘、溫室花房、戶外蔬果種植區，高齡者可以自由走動與動植物互動，以人為本的照顧理念，重視失智者整體的幸福感、發揮愛與關懷，藉由農場提供不同的大自然生態，引導心境平和的同時，也催化了人與人之間友善的連結，讓失智長者每天都能正常地過生活、自然的深呼吸，與大地共生息。Green care farms 概念有別於傳統居家照護（室內），這些活動主要是正常的日常生活活動，不以活動介入方式進行，而是被整合到日常生活環境中。

中醫順應四時而自然生存的觀點，也就是所謂的「天人相應」，與上述現代西方醫學近年來發展出的照護趨勢有一致的理念，兩者皆強調人重新與自然環境產生連結對於疾病照護與促進健康的重要性。中醫的天人相應學說起源於《黃帝內經》，在《黃帝內經·素問》中記載：「天覆地載，萬物悉備，莫貴於人，人以天地之氣生，四時之法成」，認為萬物的生成源與生命活動受到自然界運行規律的影響，人和自然界是相應而生的，五臟容易在其所主的特定時令節氣受寒得病，像是秋季肺易受邪、春季肝易受邪、夏季心易受邪、以及冬季腎易受邪，換言之，中醫主張身體在四季不同時節時，將容易感染不同的疾病。這些醫學理論觀點，顯示出中醫注重人和自然界的相應，是中醫體系學說的重要根本。

中醫外治法方面，可使用「藥枕」：取細軟熟艾 1 千克，用布包做成艾枕，或是「安神醒腦香包」：川芎、檀香、藿香、艾葉、桂枝、小茴香、(琥珀) 各 15 克，有助預防失智、感冒、頸椎病及面神經麻痺等。失智症與睡眠的關係特別密切，像是白天精神不濟、夜間睡眠不足或是睡眠過多，皆會增加認知障礙的發生風險(林以璿，2020)；而相較於年輕人，中年人或高齡者發生睡眠障礙的機率更為頻繁，高齡者由於視叉上核的老化、內源性褪黑激素分泌的減少、以及外在時間指標的變弱、減少(例如住在機構內的高齡者戶外活動不夠而缺乏

日照)，容易影響高齡者日夜節奏的正常維持，進而導致睡眠品質低下（邱銘章，2005）。中醫的「藥枕」可以提供高齡者透過睡眠改善睡眠，進而改善失智症患者的病情，也就是將療程直接整合帶入生活，而非以治療活動介入原本熟悉的生活模式。

而養生操與穴道按摩也是傳統中醫日常保健的重要方式。養生操方面，唐代孫思邈著名的「養生十三法」，又稱「耳聰目明」法，其中與腦部有關的有「髮常梳」、「齒常扣」、「耳常鼓」等養生法。

穴道按摩方面，一般而言，與失智症養生保健有關的按摩，多是以頭部穴位為主，如四神聰、穴百會穴、本神穴、神庭穴，能提升腦部功能。臉部的穴位，如印堂、人中、上廉泉等穴道，有助提振精神。四肢穴道，如三陰交、足三里、血海、豐隆、神門，亦可促進活動能力。耳穴，如神門、心點、皮質下穴位，有助增強短期記憶力。耳垂、耳窩、耳廓的按摩，有補腎溫陽之效，可活化腦力，此與孫思邈「養生十三法」中的「耳常鼓」也可相通。有些研究指出，聽力退化，也可能是導致失智的原因，2011年 JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery 的研究，發現相較於聽力正常的族群，輕度到重度聽力障礙的高齡者有 2 到 5 倍的風險發生失智的情形 (Lin et al., 2011)，可見，耳朵與聽力方面的預防保健，亦攸關高齡失智症患者的病情，可減緩

認知功能的退化，因此，中醫在耳朵方面所提出的養生觀點，對於高齡失智症患者生活品質的改善，值得重視。

此外，茶飲方面，可使用補腦活血益氣茶：黨參、天麻、甘草、丹參。此外，還有寧心安神茶：大棗、小麥、茯苓、遠志、甘草，以及抗憂解鬱茶：紅棗、浮小麥、黃耆、麥芽、麥門冬、五味子、女貞子、菟絲子、甘草。在這些治療失智症的茶飲中，甘草、小麥與大棗是核心成分，因為在《素問·靈蘭秘典論》中有提到：「心病者，宜食麥、羊肉、杏、薤。」主藥小麥具有補益心氣、安定心神的功能，加上甘草、大棗能益氣和中，以此來達到養心病穩定大腦情緒，能間接調整失智相關之症狀（趙品諭，2020）。

過去，在高齡失智症患者的治療與照護環節中，時常缺乏讓高齡失智症患者與自然環境產生互動的機會，以及缺乏提供高齡失智症患者自由正常生活的可能性，然而在失智症無法完全治癒的前提下，重新與自然環境產生連結對於失智症患者的疾病照護與促進健康，有其重要性。而上述中醫與阿育吠陀以天人相應、順應自然的理論所發展出的治療照護與飲食保健的方法，則可以輕易地融入到日常生活中，例如茶飲、藥枕、按摩等，甚至是藥浴、泡溫泉、良好的睡眠品質，這些其實就是日常生活中的飲食、睡眠、簡易活動等例行事項，提供

高齡失智症患者能以普通日常且自然養生的方式，自由選擇、輕易實踐，像是秋冬季節高齡者要養陰儲存能量，溫泉、藥浴和補氣食療即是更適合高齡者失智症患者的多元方案。



第六章 結論

本文藉由中醫典籍文獻中有關輕度知能障礙預防的記載，探究傳統中醫對輕度知能障礙的醫學觀點，進而將中醫觀點與西醫及阿育吠陀進行初步的對照比較，以了解現代人在面對失智症的威脅時，有哪些可供預防或治療的寶貴對策。中醫從虛證、瘀證等的辨證下手，現代中醫根據常見的三種體質，即陽虛、陰虛、與氣鬱，加以對症下藥，脾腎陽虛者，治宜溫腎補脾，祛痰化瘀；肝腎陰虛者，治宜滋補肝腎，活血祛痰；至於肝鬱氣滯者，治宜舒肝理氣，活血祛痰。而西醫從病理學則是認為與腦神經細胞的退化或異常有關，治療策略也就各有不同。

而阿育吠陀有類似中醫的辨證論治思維，將阿茲海默症依 Vata、Pitta、Kapha 三體素進行分類，各類證型有不同的發病原因、典型發病特徵、適合的食物、草藥、與治療方式，例如風型阿茲海默症，主要是記憶力下降，可藉由回春術提高的抵抗力和免疫力，含有全穀物、新鮮的農產品、堅果、酥油、椰子或芝麻油是首選。火型阿茲海默症典型症狀是發炎，可運用阿育吠陀恢復活力療法以及使用涼爽的草藥和精油，草藥方面，可利用強效抗炎的薑黃。此外，還有 Krimi 型阿茲海默症，發病原因可能是暴露於生物毒素或寄生蟲病原體，飲食方

面，以清涼、清淡和濕潤食物的飲食為主，多食具有螯合和解毒特性的食物，亦可利用阿育吠陀的 Panchakarma 療法，具有排毒、淨化和回春功效。

中醫與阿育吠陀的防治觀點頗為契合，中醫主張「未病先防、未老先養」，著重養生保健措施，防衰和防病於未然，而阿育吠陀則認為在疾病尚未發作之前，藉由改善體內的微循環，促進身體新陳代謝，便能促進身體健康，兩者都不迴避身體老化的現實，在認清身體老化的必然性後，人們就必須透過鍛鍊身心靈才能獲得養生保健的效果，病達到預防疾病的目的。

此外，中醫與阿育吠陀都發展出許多非化學藥物的治療方式，例如中醫的養生功法、食療等，阿育吠陀的草藥、瑜珈、靜坐冥想等，與近來現代人逐漸崇尚的自然醫學療法，遙相呼應。中醫的養生理論特別強調天人相應，也就是人與自然環境之間的協調關係，阿育吠陀也相信世界與天地萬物的自然能力，人可從中獲得正向的能量。至於現代醫學，它通常著重疾病本身，有別於此，中醫與阿育吠陀兩者則都是以人體健康為核心，強調維持身體健康和預防疾病。

綜合前述，當前台灣社會在面對人口急遽老化的挑戰下，老年人失能及生活無法獨立的主要原因之一即是失智症，此將構成國家、社

會、醫療照護體系、家屬與病人自身沉重的經濟負擔，預防及延緩失智症之發生，實刻不容緩，失智症相關政策應該成為國家優先考量的議題。台灣政府在失智症的政策制定方面，從 2013 年才開始推動，在「失智症防治照護政策綱領 2.0」中，營造一個失智友善的台灣乃是重要目標，讓失智症患者的終老生活具有尊嚴、自主、與品質。從政府所推動的失智防治照護計畫，可以看到未來失智症照護的幾個重要趨勢，一是以留置原地、原社區為重要目標，二是提升診斷能量使其接受「合宜」的治療，從醫療空間環境與治療方案這兩個層面來看，日常生活的重建，成為失智症患者重要的照護方向。

而本研究所著重的中醫與阿育吠陀醫學體系，期所提出的治療、預防與保健等多元方法，強調自然養生、身心靈平衡的重要，即是適合讓失智症患者在居家或社區的空間環境中，可輕鬆利用。中醫與阿育吠陀的多元療法，養生操、按摩、茶飲食療、回春術草藥、瑜珈、冥想等……，無須笨重器械或醫療精密儀器，因此能輕易地整合到日常生活。此外，長照計畫 2.0 中，已將五十歲以上的失智者納入服務對象，失智症患者的照護被列為最優先的項目，這些措施都是朝向「在地老化」這項重要的目標，長照 2.0 強化了失智症照顧量能，對於失智症患者的照護展現「在地老化」、「多元」、「連續」、「整合式」的特色。

因此，傳統中醫、阿育吠陀、自然療法等，這些訴諸身心靈協調所提出的防治失智的方式，諸如食療、瑜珈、養生功、針灸等，應值得繼續投注更多的研究能量，政府有關單位也應積極地推動預防失智症的多元策略，及早預防與篩檢出輕度知能障礙患者，健康老化安享天年。



參考文獻

一、中文文獻

(一) 專書

王清任 (2011)。王清任與醫林改錯。天津科學技術出版社。

台灣失智症協會 (2008)。失智症完全手冊：台灣失智症協會專家智慧集結。健康世界。

台灣老年學暨老年醫學會 (2012)。老年病症候群。合記圖書出版社。

伊佳奇 (2014)。趁你還記得：醫生無法教的失智症非藥物療法及有效照護方案，侍親 12 年心得筆記兼顧生活品質與孝道。時報出版。

吳德朗 (1993)。哈里遜內科學 (十二版)。麥格羅希爾出版社。

呂玉嬋 (2020)。老的藝術：高齡醫學權威的身心抗老祕方。天下文化。

李可 (2017)。李可老中醫急危重症疑難病經驗專輯。大展出版社。

李政育 (2001)。中西醫結合中醫腦神經治療學。啟業書局。

林昭庚主編 (2004)。中西醫病名對照大辭典。台北：國立中國醫藥研究所。

南京中醫藥大學 (2020)。黃帝內經。文光圖書。

孫怡、陽任民、韓景獻 (2011)。實用中西醫結合神經病學(二版)。

人民衛生出版社。

孫思邈、宋齊軒 (2014)。圖解養生調理：必讀千金方。華威國際。

秦秀蘭 (2012)。認知老化的理論與實務。揚智文化。

馬光亞 (2006)。臨床辨證與經驗實錄。知音出版。

章文春 (2013)。中醫學。人民軍醫出版社。

許中華 (2021)。君臣佐使：妙用中醫，整合醫療新視野。天下生活。

許淑媛 (2018)。終結失智-啟動身體自癒力告別阿茲海默症。台中：

一中心有限公司。

許朝添 (2002)。病理學(二版)。台北：藝軒圖書出版社。

陳烜之 (2007)。認知心理學。五南圖書。

傅中玲、陳正生、歐陽文貞等人 (2005)。失智症照護。台北：華都文

化。

曾峰毅 (2008)。圖解神經醫學及神經外科學。合記圖書出版社。

楊雪松 (1997)。實用急症處理手冊。麥格羅希爾出版社。

樂國安 (2011)。認知心理學。南開大學出版社。

蔡東龍 (1998)。圖解病理學(四版)。合記圖書出版社。

衛生福利部 (2017)。失智症診療手冊。台灣失智症協會。

鄭守曹 (2002)。中醫學。文光圖書。

鄭昭明 (2004)。認知心理學：理論與應用 (二版)。桂冠圖書股份有限公司。

戰麗彬 (2012)。中醫學。軍事科學出版社。

藤田知璋、加藤美知子 (2004)。標準音樂療法入門。台北：五南。

蘇純閏 (2001)。哈里遜內科學手冊 (十三版)。合記圖書出版社。

(二) 期刊論文

王靜修 (2005)。阿茲海默症之中醫診治。傳統醫學雜誌，16期，頁 107-113。

何望生、楊文明、李娟、李慶利 (2010)。血管性認知功能障礙中醫藥研究進展。中醫藥臨床雜誌，22(11)，頁 947-950。

李鴻銘、徐子軒 (2018)。中醫養生和季節食療。中華自然醫學研究，1(2)，頁 31-40。

林秀華、楊志敏、老膺榮 (2008)。輕度認知功能障礙患者的中醫體質特點。中華中醫藥學刊，26(10)，頁 2237-2238。

林寶華 (2016)。失智症西醫論說與中醫清熱化痰補陽虛療效案例。中西結合神經醫學雜誌，9(1)，頁 13-35。

邱銘章 (2005)。神經疾患之睡眠障礙。台灣醫學，9(3)，頁 354-360。

梁家欣、程蘊菁、陳人豪 (2014)。失智症之重點回顧。內科學誌，

25(3)，頁 151-157。

陳旺全 (2012)。失智症中醫療法。台北市中醫醫學雜誌，27(1)，頁 35-39。

傅中玲 (2008)。台灣失智症現況。台灣老年醫學暨老年學雜誌，3 (3)，頁 169-181。

程維德、吳哲豪、廖炎智、李政育 (2015)。探討育生補陽還五湯加方用於治療巴金森氏病的療效研究。中國鍼灸學雜誌，3(1)，頁 18-46。

黃植懋、黃緒文、洪蘭、曾志朗 (2014)。健康老年的心智：認知神經科學的觀點。中華心理學刊，56 (3)，頁 313-334。

楊淵韓、李明濱、劉景寬 (2009)。極早期阿茲海默氏失智症之篩檢。台灣醫界，52 (9)，頁 8-10。

董曉婷、陳桂敏 (2006)。音樂療法於失智老人之應用。長期照護雜誌，10(3)，頁 296-306。

劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮 (2000)。台灣失智症的流行病學。應用心理研究，7，頁 157-169。

鄧辛、曲安康、施慧娟 (2009)。益智通竅湯治療腦梗塞後認知功能障礙 36 例。陝西中醫，30(6)，頁 697-697。

盧熾羽 (2016)。心理園藝治療師團體對糖尿病患者心理健康的效益

與應用。中華民國糖尿病衛教學會會訊，12(2)，19-25。

(三) 網路資源

台灣失智症協會 (2021)。台灣失智症人口推估。2021 年 6 月 30

日。取自：<http://www.tada2002.org.tw/about/isntdementia>

黃錦章 (2018)。老人失智症。2021 年 6 月 28 日。取自：

https://www.tyh.com.tw/b_news_s.php?new_id=1429

陳達夫 (2020)。輕度知能障礙(*Mild Cognitive Impairment*)。2021 年

7 月 10 日。取自：

<https://www.ntuh.gov.tw/neur/Fpage.action?fid=4209>

台灣失智症協會 (2020)。失智人口逾 29 萬，防疫不忘防失智。

2021 年 7 月 21 日。取自：

<http://www.tada2002.org.tw/messages/content?id=1083>

台北榮民總醫院 (2015)。動腦護腦，輕度認知障礙不失智。2022

年 1 月 19 日。取自：

<https://www.vghtpe.gov.tw/News!one.action?nid=383>

行政院主計總處 (2011)。國情統計通報。2022 年 1 月 19 日。取

自：<https://www.stat.gov.tw/public/Data/132162358VPAVQ8D.pdf>

陳柏谷 (2019)。中醫失智症治療與衛教。2022 年 1 月 19 日。取

自：<http://web.csh.org.tw/web/222010/?p=2991>

衛生福利部國民健康署 (2020)。失智症預防。2022 年 1 月 20 日。

取自：

<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1253&pid=7163>

衛福部長照專區 (2021b)。111 年度失智照護服務計畫。2022 年 1

月 20 日。取自：<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4758-64638-201.html>

盧盈辰、林佩姿、林育昱 (2016)。失智症的精神相關症狀與治療。

藥學雜誌電子報，32(1)。2022 年 1 月 20 日。取自：

<https://jtp.taiwan-pharma.org.tw/126/019.html>

行政院新聞傳播處 (2021)。長照 2.0，照顧的長路上更安心。2022

年 1 月 20 日。取自：

<https://www.ey.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/dd4675bb->

[b78d-4bd8-8be5-e3d6a6558d8d](https://www.ey.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/dd4675bb-b78d-4bd8-8be5-e3d6a6558d8d)

衛福部長照專區 (2021a)。民眾版失智症防治照護政策綱領暨行動

方案 2.0。2022 年 1 月 20 日。取自：

<https://www.mohw.gov.tw/dl-65822-72e148a6-d18e-4248-a4e7->

[43472e02353d.html](https://www.mohw.gov.tw/dl-65822-72e148a6-d18e-4248-a4e7-43472e02353d.html)

二、英文文獻

- Ashida, S. (2000). The Effect of Reminiscence Music Therapy Sessions on Changes in Depressive Symptoms in Elderly Persons with Dementia. *Journal of Music Therapy*, 37, 170-182.
- Banth, S. and Talwar, C. (2012). Anasakti, the Hindu Ideal, and its Relationship to Well-Being & Orientations to Happiness. *Journal of Religion and Health*, 51(3): 934-946.
- Burns, A., & Iliffe, S. (2009). *Alzheimer's disease*. BMJ 338, b158.
- Clare, L., Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14, 385-40.
- Corbo, R. M., & Scacchi, R. (1999). Apolipoprotein E (APOE) allele distribution in the world. Is APOE* 4 a 'thrifty' allele?. *Annals of human genetics*, 63(4), 301-310.
- Dale E. Bredesen, Rammohan V. Rao. (2017). Ayurvedic Profiling of Alzheimer's Disease. *ALTERNATIVE THERAPIES*, 23(3), 46-50.
- Ebihara, T. (2021). Medical aromatherapy in geriatric syndrome. *Geriatrics Gerontology*, 21(5), 377-385
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich,

- K., Chertkow, H. (2006). Mild cognitive impairment. *The Lancet*, 367(9518), 1262-1270.
- Gold, C. A., Budson, A. E. (2008). Memory loss in Alzheimer's disease: implications for development of therapeutics. *Expert Rev. Neurother*, 8(12), 1879-91.
- Griffiths, T. D., Lad, M., Kumar, S., Holmes, E., McMurray, B., Maguire, E. A., ... & Sedley, W. (2020). *How can hearing loss cause dementia?*. *Neuron*.
- Henderson, A. S., & Jorm, A. F. (2000). Definition of epidemiology of dementia: A review. *Dementia*, 2, 1-33.
- Hutson, C., Orrell, M., Dugmore, O., & Spector, A. (2014). Sonas: a pilot study investigating the effectiveness of an intervention for people with moderate to severe dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 29(8), 696-703.
- Isaacson, R. (2013). *The limbic system*: Springer Science & Business Media.
- Jellinger, K. A. (2004). Head injury and dementia. *Current opinion in neurology*, 17(6), 719-723.
- Koho Miyoshi (2009). What is 'early onset dementia'? *Psychogeriatrics*. 9, 67-72.

- Leech, R., & Sharp, D. J. (2014). The role of the posterior cingulate cortex in cognition and disease. *Brain*, *137*(1), 12-32.
- Lin FR, Metter EJ, O'Brien RJ, et al. (2011). Hearing loss and incident dementia. *Arch Neurol*, *68*, 214-20.
- Lynch, C. (2020). World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia, a global survey: Public health: Engaging people in ADRD research. *Alzheimer's & Dementia*, *16*, e038255.
- Nishteswar, K. (2014). Depleting medicinal plant resources: A threat for survival of Ayurveda. *Ayu*, *35*(4), 349-350.
- Ohnishi, T., Matsuda, H., Tabira, T., Asada, T., & Uno, M. (2001). Changes in brain morphology in Alzheimer disease and normal aging: is Alzheimer disease an exaggerated aging process? *American Journal of Neuroradiology*, *22*(9), 1680-1685.
- Pannese, E. (2011). Morphological changes in nerve cells during normal aging. *Brain Structure and Function*, *216*(2), 85-89.
- Petersen, R. C., & Negash, S. (2008). Mild cognitive impairment: an overview. *CNS spectrums*, *13*(1), 45-53.
- Relf, D. (1981). Dynamics of horticultural therapy. *Rehabilitation Literature*, *42* (5/6), 147-150.
- Ritchie, K., & Kildea, D. (1995). Is senile dementia" age-related" or"

ageing-related"?—evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest old. *The Lancet*, 346(8980), 931-934.

Salzman, C. D., & Fusi, S. (2010). Emotion, cognition, and mental state representation in amygdala and prefrontal cortex. *Annual review of neuroscience*, 33, 173-202.

Sharma, S. (1983). *The System of Ayurveda*. Neeraj Publishing House.

Simson, S. P., and Straus, M. C. (2003). *Horticulture as Therapy: Principles and practice*. NY: The Haworth Press.

Sun, Y., Lee, H.-J., Yang, S.-C., Chen, T.-F., Lin, K.-N., Lin, C.-C., . . . Chiu, M.-J. (2014). A nationwide survey of mild cognitive impairment and dementia, including very mild dementia, in Taiwan. *PloS one*, 9(6), e100303.

Tiwari, R. S., & Tripathi, J. S. (2013). A critical appraisal of dementia with special reference to Smritibuddhihrass. *Ayu*, 34(3), 235-242.

Tsung-Jung Ho, Li-Ing Ho, et al., (2014). Tai Chi intervention increases progenitor CD34(+) cells in young adults. *Cell Transplant*, 23(4-5), 613-20.

Watanabe, K., Torikawa, S., Shiota, K., Matsui, H., Shigenobu, K., & Ikeda, M. (2003). A study on the effects of music therapy for patients with

dementia. *Seishin Igaku(Clinical Psychaitry)*, 45(1), 49-54.

Yip, A. G., Brayne, C., & Matthews, F. E. (2006). Risk factors for incident dementia in England and Wales: The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. A population-based nested case–control study. *Age and ageing*, 35(2), 154-160.

Yoshiyama, K., Arita, H., & Suzuki, J. (2015). The effect of aroma hand massage therapy for people with dementia. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(12), 759-765.

Zainol, M.K., Abd-Hamid, A., Yusof, S. and Muse, R. (2003) Antioxidant activity and total phenolic compounds of leaf, root and petiole of four accessions of *Centella asiatica* (L) Urban. *Food Chemistry*, 81(4), 575-581.

Zeidman, P., & Maguire, E. A. (2016). Anterior hippocampus: the anatomy of perception, imagination and episodic memory. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(3), 173-182.