

小腦萎縮症中西醫配合治療病例報告

陳嘉允¹、陳瑩陵¹、邱重閔¹、蔣依吾²、劉青山³、羅綸謙^{1,4,*}

¹彰化基督教醫院中醫部，彰化，台灣

²國立中山大學資訊工程學系，高雄，台灣

³彰化基督教醫院神經醫學部，彰化，台灣

⁴國立彰化師範大學統計資訊研究所，彰化，台灣

(100年11月25日受理，101年02月15日接受刊載)

這位患者為五十四歲男性，於2002年時因突發下肢無力、走路不穩至醫院檢查，患者家族病史中有小腦萎縮症 (Spinocerebellar ataxia)，且MRI亦顯示有小腦萎縮的情形，確診為小腦萎縮症後開始接受西方醫學及另類醫學治療。患者症狀隨著時間而逐漸變化，走路不穩情形加重至需使用拐杖或輪椅，同時也漸漸出現飲水易噎咳、容易被口水噎到，並且有手抖、持物不穩等情形。患者於2007年於國外接受中藥及針灸治療，症狀雖然稍有改善，如飲水易噎咳等症狀較穩定，但下肢無力及手抖等未見明顯改善，且肢體活動不協調，因此於2009年六月至彰化基督教醫院中醫部就診，臨床診斷為痿證，證屬氣血虧虛，肝腎陰虛風動，夾有血瘀。治則以補養肝腎、補益氣血為主，佐以平肝息風活血祛瘀，中藥處方以一貫煎及補陽還五湯加減，臨床上再搭配針灸及穴位推拿等治療方式，增強補益肝腎、強筋壯骨功能。經過一個月密集治療，患者臨床症狀大有改善，手足麻痺減輕，腰痠痛減輕、肢體協調度進步。因小腦萎縮症在中醫臨床上仍屬少見疾病，因此提供作為中西醫結合全人治療小腦萎縮症之有效案例。

關鍵字：小腦萎縮症、痿證、中醫、病例報告

前 言

小腦萎縮症 (Spinocerebellar Atrophy)，又稱為脊髓小腦萎縮症或脊髓小腦失調症 (Spinocerebellar ataxia, SCA)，因表現與脊髓及小腦功能失調的症狀相似，在我國衛生署官方名稱又稱為「脊髓小腦共濟失調症」，本病為一種涉及基因異常的遺傳疾病，小腦萎縮症的病因目前已知多為染色體異常，且有家族遺傳傾向。目前已知病因為染色體上核苷酸CAG異常大量重複，因而在蛋白質中會出現長鏈的麩胺酸 (Glutamine)，進

而使細胞衰亡，依染色體重複的部位又可細分不同型的小腦萎縮症，小腦萎縮症第三型為台灣人佔大多數。本病的表現症狀因小腦萎縮、小腦功能不良所引起的緩慢漸進性共濟失調，而有口齒不清、吞嚥困難、寫字字體不清晰、手部細緻運動不良及步態不穩等運動控制相關症狀。在西醫治療方面目前以復健治療及支持性療法症狀控制為主，藥物部份僅有因維生素E或Q10輔酶缺乏所引起共濟失調症狀，可以藉補充缺乏之物質而使症狀獲得改善。小腦萎縮症在中醫的觀點屬於“痿症”、“骨搖”範圍，因中醫臨床上較不易

*聯絡人：羅綸謙，彰化基督教醫院中醫部，500彰化市南校街135號，電話：04-7238595分機4026，電子郵件信箱：126478@cch.org.tw

遇到此類患者，我們整理一名合併中醫中藥、針灸、推拿及西醫復健全人綜合治療的患者，在經過一個月的治療後，雙手手麻、飲水易噎咳、腰痠痛等症狀有明顯改善，並追蹤整理一個月中醫症狀變化，中藥用藥及針灸推拿記錄，提供作為中醫同道臨床治療小腦萎縮症之參考。

病例報告

I、個人基本資料

姓名：吳○○

性別：男

年齡：54歲

職業：牧師

婚姻狀況：已婚

病歷號碼：2641XXXX

中醫就診日期：2009年06月29日

II、主訴

逐漸發生走路不穩、持物不穩約7年。

III、現病史

此位54歲男性患者，主訴逐漸發生走路不穩、持物不穩約7年。患者於2002年，於歐洲的地鐵下樓梯時，突然發生走路不穩，需扶把手才可站穩的情形。患者的母親及姐姐均患有小腦萎縮症，且皆於五十歲左右發病，當時他至神經內科檢查，MRI顯示為小腦萎縮如七十歲年齡的影像。之後患者走路不穩的情形逐漸嚴重，從使用拐杖、漸至下肢無力偶需坐輪椅行動，且時有腰痠無力的感覺。2005年時，症狀加劇最為明顯，主要症狀有飲水易噎咳及容易被口水噎到，發生咳嗽連續不止，因病情嚴重影響平日工作，於2006年申請退休。此時下肢無力症狀漸加重，且伴見手抖、持物不穩，有時會因拿不穩而摔破杯子，同時因無法順利控制發聲肌肉、致說話聲

音忽大忽小等，另外患者個性較要求完美，情緒激動焦躁時，聲音會無法控制地大聲。患者於2002-2006年期間，在歐洲同時接受西醫及各式另類輔助治療，包括語言治療、水療、刮痧等，然而症狀仍持續進展，於2006年西醫告知患者此病目前無有效藥物可治療。2007年，患者在歐洲開始接受內服中藥及針灸治療，飲水易噎咳及說話聲音忽大忽小的症狀較為穩定。目前由於肢體活動不協調、雙手震顫、腰痠痛，因此於2009/06/29至本院的中醫門診就診，希望能合併中醫治療。

IV、過去病史

骨質疏鬆症，已診斷約七年。

V、個人史

無特殊個人史，飲食葷食，無藥物或食物過敏史，無飲酒、抽菸及嚼檳榔等習慣，無固定運動。

VI、家族史

母親及姐姐患有小腦萎縮症，於五十歲左右發病。

VII、影像學檢查報告（圖一）

Brain MRI (2009/06/29)

Significant cerebellar atrophic change with prominent cerebellar folia sulci and relative widening of the posterior fossa CSF spaces. the brain stem still show normal size and configuration.

VIII、中醫四診

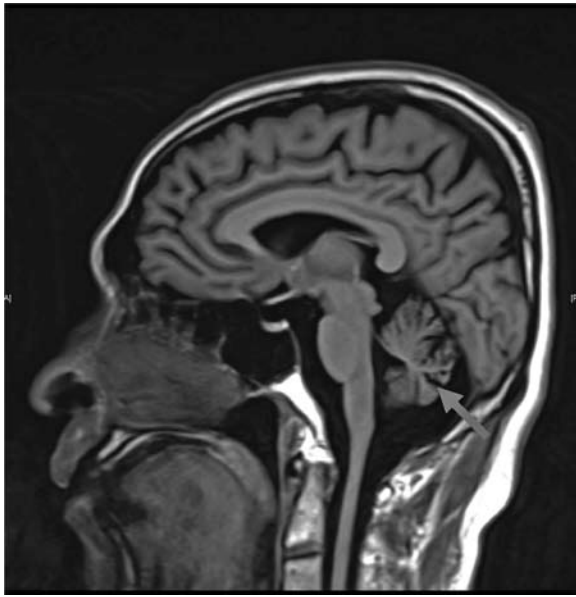
生命徵象：BP:125/72mmHg HR:75次/min

BT: 36.5°C

RR:20次/min

望：體形消瘦、面色萎黃不華，口唇色暗。

舌形中等，舌質淡紅、裂紋、齒痕，舌苔中



圖一 Brain MRI 20090630
 箭頭處可明顯看出小腦萎縮，小腦葉狀部
 溝紋較明顯且後窩之腦脊髓液腔室變寬



圖二 舌面照片：舌形中等，舌質淡紅、裂紋、
 齒痕，舌苔中根苔厚，津液正常。



圖三 舌下絡脈照片：箭頭處顯示舌下絡脈怒張

根苔厚，津液正常，舌下絡脈怒張。(圖二、圖三)

問：呼吸平順，說話短氣，音調平，無特殊氣味。

問：

- (I) 平日惡風、怕冷、情緒易怒，較易緊張。
 - (II) 睡眠平常、發病前右前額及眉稜骨處易頭痛。
 - (III) 頭昏項強、肩頸僵硬覺有硬塊。
 - (IV) 發病前食慾不佳、食少即飽，於國外治療後目前食慾較正常、但疲倦時仍易症狀加重。
 - (V) 平日易口渴，飲水可解渴。
 - (VI) 大便一日一行、發病時質偏軟散，於國外治療後目前質較正常，小便量平、但咳嗽時偶失禁。
 - (VII) 易腰痠、四肢麻木、四肢運動時震顫。
 - (VIII) 平日睡眠可、偶易作夢。
 - (IX) 近幾日咽痛、前額及巔頂頭痛、較怕風，無咳嗽。
- 切：左脈、寸細澀、關弦細、尺沉細。
 右脈、寸澀、關滑、尺沉乏力。

IX、時序圖 (圖四)

其發病時間長短、何時診斷、接受治療、以及相關症狀發展以時序圖說明。

X、診斷

(I) 西醫診斷

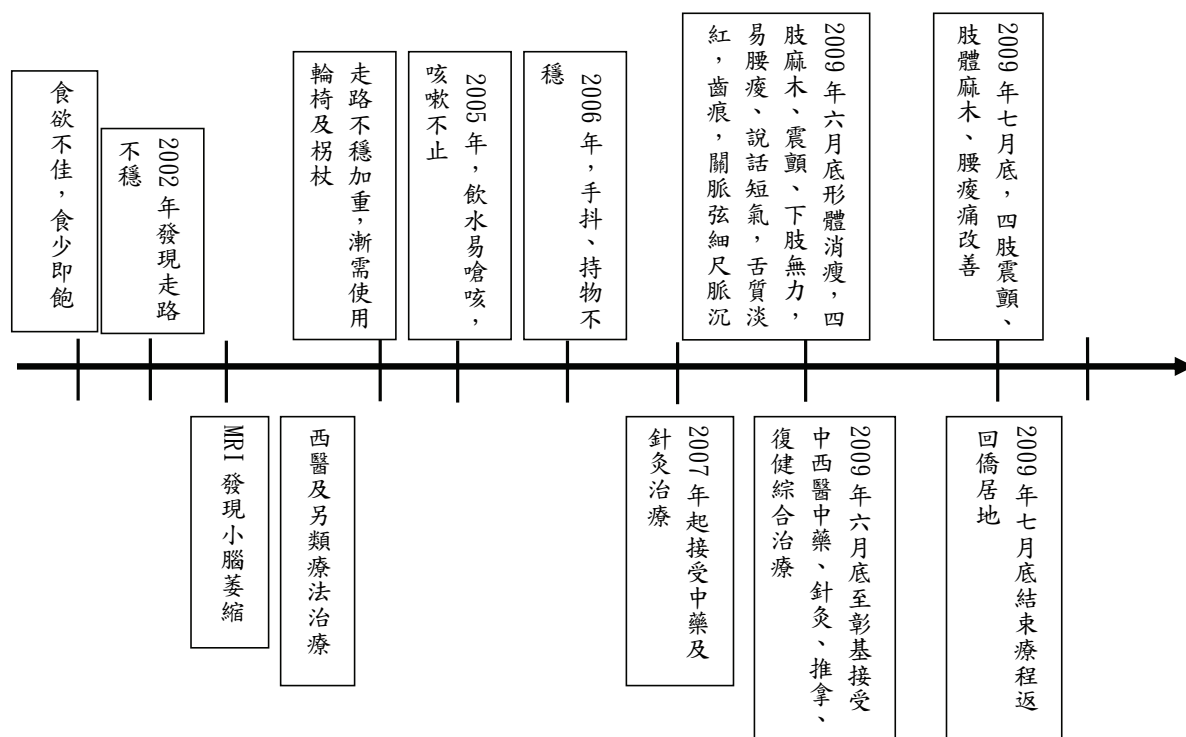
1. Spinocerebellar ataxia
2. Upper respiratory tract infection

(II) 中醫診斷

痿證

本證：氣血虧虛，肝腎陰虛風動，夾有血瘀

標證：外感風熱



圖四 時序圖

XI、中醫辨證分析

病因：先天稟賦不足腎精虧虛、脾氣虛 → 氣血虧虛、肝腎陰虛風動。

病位：中醫定位在臟腑肝、腎。解剖定位：小腦，四肢肌肉。

病性：

1. 主證為走路步態不穩、持物無力、雙手麻木震顫、飲水易噎咳。

2. 次證為易腰痠、疲倦時症狀加重、口乾渴、舌質裂紋、齒痕，舌苔中根苔厚，舌下絡脈怒張。左脈關部弦細、尺沉細，右脈寸澀關部滑尺沉乏力。

病勢：本病患主訴為逐漸走路不穩、持物不穩約七年，走路步態不穩可分虛實，虛證多與脾腎虧虛或肝腎虧虛不能濡養筋肉，實證則與氣鬱痰阻、痰濕阻絡有關¹，細問患者覺食慾不佳、食少即飽，疲倦時症狀加重的情形，且大便偏軟，此為脾氣虛之徵候²。之後診斷為小腦萎縮症，

此病屬於遺傳性疾病，與腎相關³，先天不足，致使腎精提早出現虧虛，腎精不足則見下肢痿弱無力、腰脊痠軟²，同時患者也較一般男性出現骨質疏鬆症的年紀為早⁴，亦佐證患者先天不足，腎精虧虛。後天脾氣得腎氣資助得以生發運化，若腎虛則亦會導致後天脾氣虛弱、運化失調，因此初步認為患者起病時屬於腎精虧虛，脾氣不足。

患者發病後從使用拐杖至需坐輪椅活動，且手足肌肉逐漸萎縮。《素問·五臟生成論》言“足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能攝”⁵，顯示四肢及身體各部位正常生理活動與氣血充盈濡養密切相關。《醫學正傳·痿論》云“脾傷則四肢不能為用而諸痿作矣……，陽明實則宗筋潤，能束骨而利關節矣。”⁶脾為氣血生化之源，若長期脾虛失運，則氣血虧虛不足以濡養四肢肌肉。患者於2007年開始接受內服中藥及針灸治療後較穩定，但仍漸出現手抖、持物不穩、手足易麻木，從患者初起症狀以脾氣虛及腎精虧虛為主，

隨著病情進展，脾虛水穀精微無以化生為血，則致肝血虧虛，血不養筋，筋脈失養拘急而出現持物不穩、手足麻木等症狀。此外肝腎同源，腎精虧虛久肝陰亦不足，腎精虧虛而有腰痠、下肢無力等症狀，肝陰虛風動則有易口乾渴、四肢震顫等現象。

由望診可見患者外觀體形消瘦，面色不華，為氣血虧虛之表現，患者舌診見口唇色暗，舌下絡脈怒張均屬於血瘀，齒痕及裂紋為氣虛及陰虛之表現。患者說話時語音短氣乏力，為氣虛之候。在問診方面也有易惡風、怕冷，此為氣虛衛外不固。從脈診分析左右寸脈均有澀脈，《脈學闡微》：“澀脈多見於情志不遂、氣機不暢、陰血耗

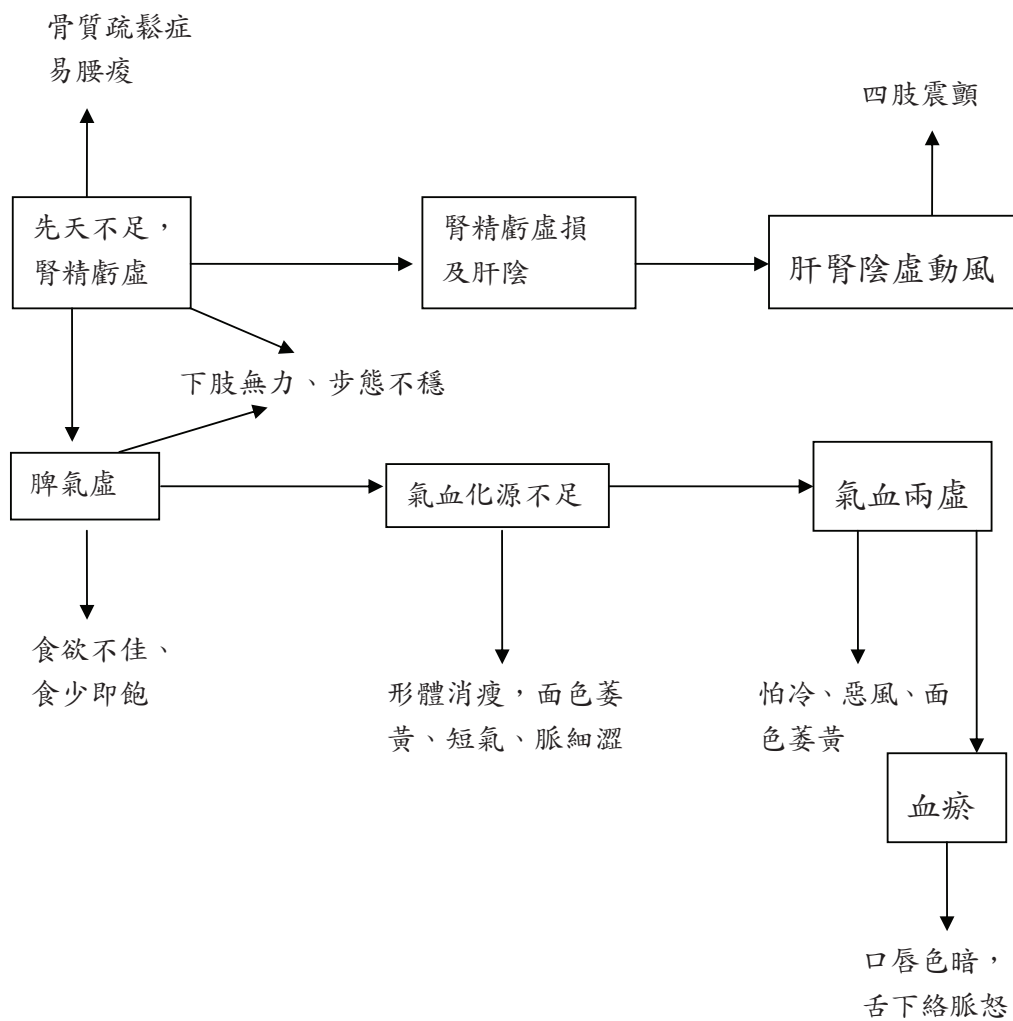
傷、血無以充”⁷，而左關為弦細脈，屬於陰虛之脈，且左關脈候肝，可佐證患者肝陰虛。尺脈為沉細脈乏力，為腎氣不足或腎精虧虛之脈。此外患者亦提及最近有咽痛、頭痛、較怕風之情形，此為新發之外感風熱症狀。

雖患者發病時之病因為脾氣虛兼腎精虧虛，但接受治療之後，目前病因已演變為氣血虧虛、肝腎陰虛風動為主，並夾有血瘀。本病例病因病機歸納於圖五。

XII、治則與處方思維

西醫處置：復健治療。

中醫治則：補養肝腎、補益氣血為主，佐



圖五 病因病機圖

以平肝息風、活血祛瘀，同時處理外感風熱之標證，搭配針灸及穴位推拿。

中藥處方：方用一貫煎合補陽還五湯加減

黃耆五錢 丹參三錢 黨參三錢 赤芍二錢 川芎錢半 白芍三錢 當歸三錢 川棟子二錢 枸杞三錢 麥冬三錢 鉤藤三錢 白芷二錢 藁本二錢 柴胡二錢 地龍二錢 炙甘草錢半 銀花三錢 連翹三錢 黃芩三錢 熟地三錢 一日分三次服用。

針灸穴位：百會、上星、合谷、關元、陽陵泉、太衝、太谿、復溜電針治療兩日一次。

穴位推拿：肺俞、心俞、脾俞、肝俞、腎俞、大腸俞、合谷、曲池、外關、陽陵泉、足三里、太溪、復溜、太衝兩日一次。

一貫煎中以熟地易生地增強滋養肝腎之效，輔以麥門冬、枸杞子增強滋陰之力，當歸養血、川棟子疏肝理氣達到滋養肝腎的功效。補陽還五湯中用黃耆，以補氣升陽為主，氣旺則血行，輔以川芎、赤芍活血化瘀，當歸活血通絡，與配黃耆伍達到補氣升生血的功效，地龍通經活絡，扶以黃耆則走竄之力加強，能週行全身而去瘀、通經活絡。佐以黨參補益中氣，丹參活血去瘀，鉤藤平肝熄風，白芍緩急柔肝，白芷、藁本疏散頭面風熱，銀花、連翹疏散風熱，柴胡、黃芩疏肝清肝熱，炙甘草調和諸藥。諸藥相合達到補益肝腎、補氣活血去瘀之效。

XIII、追蹤與診療

患者在一個月的中醫綜合治療的過程中，主要以下肢無力、四肢震顫等症狀為主。剛開始接受治療時下肢無力及手抖情形明顯，治療期間處置方向均以補養肝腎、補益氣血為主，於症狀改變時曾加減補腎之品如補骨脂、巴戟天。經過治療手抖、手足麻、腰痠痛、步態不穩等症狀獲得明顯改善，且四肢協調性改善、吃飯時間縮短、生活品質改善，因返回僑居地故僅接受一個月的治療。

討 論

I、現代醫學對於小腦萎縮症的觀點

小腦萎縮症 (spinocerebellar atrophy)，又被稱為脊髓小腦失調症 (spinocerebellar ataxia, SCA) 屬於神經系統退化疾病中遺傳性運動失調的一個種類，主要以小腦的退化及萎縮為主，小腦掌管的功能包含整體動作的協調，肌肉張力的調節，以及身體姿勢、步伐與平衡的控制。目前對於小腦萎縮症的分類可依照基因突變的部位分成30型⁸，另外依照Harding臨床分類可以區分為三大類⁹。

目前已知此SCA1,2,3,6,7及17型因染色體上核苷酸CAG異常大量重複，而在蛋白質中表現長鏈的麩胺酸 (glutamine) 導致細胞衰亡¹⁰，依照CAG重複的部位又可細分為不同型的小腦萎縮症，本病多發生於中年，伴有漸進性的神經功能失能，甚至在10-20年內有神經元喪失之情形。

目前診斷SCA除了以症狀區別之外，如患者有家族病史，也可以利用基因診斷小腦萎縮症的分型，台灣目前主要篩檢SCA1、SCA2、SCA3、SCA6、SCA7等型。對於本疾病仍無明確有效的治療方式，只能利用藥物減緩症狀惡化程度，國外曾有病歷報告曾使用Zolpidem暫時減緩SCA type 2患者症狀，但仍需要大規模的研究試驗¹¹。

II、小腦萎縮症的中醫文獻探討

小腦萎縮症臨床表現為自下肢開始的步態不穩，漸至四肢震顫等症狀。從中醫學的角度來看，屬於“痿痺”、“骨搖”³等範圍。在《靈樞·根結篇》中提到，“骨搖者，節緩而不收，所謂骨搖者，搖故也”，與小腦萎縮症之運動不能自持、動搖不定、晃動而不安等症狀相似。而小腦萎縮症屬於遺傳性疾病，即先天稟賦不足，病因病機方面本於先天腎精虧虛，因腎藏精、主骨、生髓、通腦。《素問·逆調論》云：“腎不生則髓

不能滿。”腎虛則精虧不足以濡養腦髓及筋骨，筋骨失榮則會出現手足無力、步態不穩甚至肌肉萎縮等痿痹的症候。在《儒門事親》中提到“髓結足癱”正是此意，患者之發病年齡不定，有幼年即發病者，亦有成年之後才發病，究其因多與腎虛相關¹²。腎藏先天之精、先天元陽元陰，腎虛涉及腦髓、肝、脾等臟腑。腦主宰一身之元神，肝主身之筋，筋脈失養則筋急而攣，脾主身之肌，脾虛則肉痿，肝脾腎等臟腑空虛則痙攣、震顫、萎縮逐漸表現、漸至並見。因腎藏精、肝藏血，精血可以互相轉化，先天腎精虧虛，久則不能滋養肝陰，陰血虧虛則需風內動而生諸證。³但整體而言，總以腎虛、腦髓失養為疾病之本，故治療時多以補腎益腦、填精生髓、補益肝脾為主，兼以息風通絡。

現代對小腦萎縮症的探討有醫家觀察到，本病患者除了典型症狀如步態不穩，肢體無力，構音失調外，在中醫的基礎上還可以見到患者有舌象上的異常，如多見有絳舌、紫舌，舌邊尖有瘀斑瘀點或是舌下絡脈怒張曲張，而在女性患者身上還可見到痛經、經閉等月經不調症狀，除了本質的肝腎虛損或脾腎虧虛外，還有血瘀證的表現，因此治療以補中益氣、活血化瘀為治療方式。¹³另外也有醫家提出小腦萎縮症的發生為陽氣虛衰、瘀血及水濕內停，瘀水互結閉阻腦絡，腦失所養；其它尚有認為久病氣虛、肝腎不足、心神失養、腦髓不充，或年老腎衰，不能生精充髓，髓海空虛，腦竅失養¹⁴。綜合來說均認為本病有分虛實兩部份，虛者為先天腎氣不足或後天脾虛生化之源不足失養，氣血虧虛不能濡養腦髓，實者多因痰濕，血瘀痹阻腦絡，損傷腦髓而致病。

現代醫家亦有以氣血虧虛，致髓海失養為病的觀點，使用大量黃耆或使用補陽還五湯治療，取其大補氣血、益氣生血、血化精、精生髓之功用。^{15,16}

III、中醫藥綜合診治在小腦萎縮症治療所扮演的角色

中醫治療方面目前有中藥治療、針灸治療以及推拿治療。中藥部份可由臟腑虛實分別以補腎、補脾、益精填髓等方式補養虧虛之臟腑，如使用熟地、山茱萸、鹿角膠等補腎填精、調補奇經治療，語言不清者加石菖蒲、鬱金，心悸、氣短者加生脈散合酸棗仁¹⁷，或是以濟生腎氣丸加減，用溫腎補脾的方式進行治療脾腎兩虛的患者¹⁸。對而肝腎虧損、陰虛風動之患者，可選用熟地黃、山茱萸、龜板、鱉甲、牡蠣、知母、麥門冬、白芍、枸杞子、杜仲等資腎填精、柔肝熄風，¹²而實證如痰濕，瘀血則因虛實夾雜，可使用益氣健腦、活血化瘀等方法治療，臨床上可於補益虛損之外，加入全蠍、蜈蚣等化瘀去風。¹⁹

針灸可依部位症狀分別選取不同穴位，如頭部之百會穴、上肢使用上廉、曲池、肩髃、合谷、外關、後谿，下肢環跳、陽陵泉、絕骨、解溪、太衝、太溪、懸鐘、三陰交等穴上下和左右交互取穴進行針刺，其原理多與本病之患者病因與肝、脾、腎三臟及督脈虛損有關²⁰。其他研究指出因枕下旁線為小腦在頭皮的投影位置，顛後線為前庭神經在頭皮的投影位置，利用此兩部位頭針搭配體針風池穴治療小腦萎縮症相對於僅使用體針有較明顯的療效。²¹

推拿在小腦萎縮症的相關治療文獻較少，但有醫家使用百會、攢竹、風府、印堂、大椎、人迎、期門、章門、氣海、肝俞、腎俞、合谷、足三里等穴位，以推、滾、拿、按等手法處置，因本病辨證主要為肝、脾、腎及督脈氣虧損引起，因此藉由穴位推拿、達到補益肝腎、生髓健腦之功、而有明顯療效。^{22,23}

結 論

小腦萎縮症在目前西方醫學仍屬於無法明確

有效治療方式的疾病，且僅有部分患者可以利用藥物暫時控制症狀，但隨著病程的演進，患者生活上可能需依靠他人協助，生活品質無法如常人一般，而藉由中醫中藥的辨證論治、補益虛損的臟腑以及針灸推拿疏通氣血等綜合治療，延緩疾病進程，改善生活品質。本病患在中醫中藥及針灸、穴位推拿以及西醫復健的全人治療模式下，雖在短時間內未能看到治癒疾病的曙光，但在臨床症狀如寫字手抖、手足麻木、飲水易嗆咳、腰痠痛等獲得明顯改善，且自行進食速度也較快、提升生活品質，故整理治療經過及臨床思路作為中醫同道治療小腦萎縮症臨床參考。

參考文獻

1. 姚乃禮、朱建貴、高榮林，中醫症狀鑒別診斷學，人民衛生出版社，北京，pp. 261-262，2000。
2. 姚乃禮、朱建貴、高榮林，中醫証候鑒別診斷學，人民衛生出版社，北京，pp. 315-318，2002。
3. 趙靜、王訓、胡紀源、程楠，中醫藥治療遺傳性共濟失調研究進展，中醫藥臨床雜誌，8:749-750，2010。
4. Siddiqui NA, Shetty KR, Duthie EH Jr. Osteoporosis in older men: discovering when and how to treat it. *Geriatrics*, 54:20-22, 27-28, 30 passim, 1999.
5. 孟景春、王新華，南京中醫學院：黃帝內經素問譯釋，上海科技出版社，上海，pp. 95-96，2009。
6. 虞搏，醫學正傳，人民衛生出版社，北京，pp. 218-219，1965。
7. 邢錫波，脈學闡微，河北科學技術出版社：河北省新華書店，河北，pp. 59-60，1985。
8. Teive HA. Spinocerebellar ataxias. *Arq. Neuro-psiquiatr.*, 67:1133-1142, 2009.
9. Harding AE. Clinical features and classification of inherited ataxias. *Adv. Neurol.*, 61:1-14, 1993.
10. Trottier Y, Lutz Y, Stevanin G, Imbert G, Devys D, Cancel G. Polyglutamine expansion as a pathological epitope in Huntington's disease and four dominant cerebellar ataxias. *Nature*, 378:403-406, 1995.
11. Clauss R, Mike S, Wally N. Transient improvement of spinocerebellar ataxia with zolpidem. *N. Engl. J. Med.*, 351:511-512, 2004.
12. 王偉民、趙彥青、趙瑩雪，王松齡主任醫師治療遺傳性共濟失調經驗介紹，新中醫，5:113-114，2010。
13. 朱運齋，小腦性共濟失調辨證施治，實用中醫內科雜誌，3:20-21，1998。
14. 楊連合，中醫治療腦萎縮近況，遼寧中醫雜誌，3:141-142，1996。
15. 盧明、張文青，大劑量黃芪注射液治療橄欖-橋腦-小腦萎縮，湖北中醫雜誌，2:16，2000。
16. 陳青，4例小腦萎縮患者中醫辨治體會，實用中西醫結合臨床，6:47-48，2004。
17. 陳金亮、王殿華、李永利，補腎填精調補奇經治療脊髓型遺傳性共濟失調25例，四川中醫，6:45-46，2005。
18. 李如奎，溫腎補脾法為主治療20例小腦共濟失調的臨床分析，上海中醫藥雜誌，2:14-16，1993。
19. 賀裕元、熊光明、王小江、李吉敏，溫陽化痰祛風法治小腦型共濟失調症11例臨床觀察，新中醫，8:23-24，1990。
20. 陳維渝，針刺治療小腦共濟失調，中國針灸，1:46，2000。
21. 肖震心，頭針結合體針治療小腦性共濟失調療效觀察，針灸臨床雜誌，12:12-13，2010。

22. 王道全，推拿治療腦萎縮一例，江蘇中醫藥，1:23，1993。
23. 錢鴻鈞，推拿治療小腦共濟失調癥1例報道，新疆中醫藥，2:25-26，1999。

SPINOCEREBELLAR ATAXIA TREATED WITH COMBINATION OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE AND WESTERN MEDICINE – A CASE REPORT

Chia-Yun Chen¹, Yin-Lin Chen¹, Chung-Min Chiu¹, John Y. Chiang²,
Chin-San Liu³, Lun-Chien Lo^{1,4,*}

¹*Department of Chinese Medicine, Changhua Christian Hospital, Changhua, Taiwan*

²*Department of Computer Science and Engineering, National Sun Yat-Sen University, Kaoshiung, Taiwan*

³*Department of Neurology, Changhua Christian Hospital, Changhua, Taiwan*

⁴*Graduate Institute of Statistics and Information Science,
National Changhua University of Education, Changhua, Taiwan*

(Received 25th November 2011, accepted 15th February 2012)

This 54-year-old male patient was sent to hospital due to sudden lower limb weakness in 2002. The MRI showed signs of cerebellar atrophy. The patient, with a family history of SCA, was subsequently diagnosed as spinocerebellar ataxia (SCA). The patient started to receive the treatments of both Western medicine and alternative medicine simultaneously. However, the symptoms gradually deteriorated over time to the state that crutches and wheelchair were needed. Also, coughing while drinking, choking accompanied by saliva-swallowing, hand-trembling and holding instability were observed. The patient received Traditional Chinese herbal medicine and acupuncture in 2007. Although coughing and choking were improved slightly, there was no obvious progress on lower limb weakness and hand tremor. Starting from 2009, the patient began to receive the treatment from Department of Chinese Medicine, Changhua Christian hospital. The illness was diagnosed as “Wilting disease” with insufficiency of qi and blood, liver-kidney yin deficiency with stirring wind and blood stasis. Based on the diagnosis, methods target on nourishing qi, replenishing blood, and enriching liver and kidney yin were prescribed. Yi-guan decoction (一貫煎) and bu-yang-huan-wu decoction (補陽還五湯) were used to treat the patient. Besides, acupuncture and manipulation on acu-point were also employed to revitalize liver and kidney. After intensive therapy for a month, significant improvements in hands and feet numbness, back pain and limbs coordination were observed. This promising result demonstrates the feasibility and power of combining traditional Chinese Medicine and Western medicine in the treatment of SCA patients.

Key words: Spinocerebellar ataxia, wilting disease, traditional Chinese medicine, case report

*Correspondence to: Lun-Chien Lo, Department of Chinese medicine, Changhua Christian Hospital, No. 135, Nanxiao St., Changhua City, Changhua County 500, Taiwan, Tel: +886-4-7238595 ext. 4026, E-mail: 126478@cch.org.tw