

重症肌無力合併眼瞼下垂案例報告

薛敦品¹、朱建福¹、黃升騰^{1,2,*}

¹長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院，高雄，台灣

²長庚大學中醫學系，桃園，台灣

(101年05月23日受理，101年07月10日接受刊載)

背景：重症肌無力的患者若未具有乙醯膽鹼接受器抗體通常被認為血清陰性型之重症肌無力。患者因西藥副作用所產生的不適而尋求中醫藥的協助。**臨床表現及治療結果：**一位57歲女性因於一個半月前同事突然發現她右側眼皮下垂而至西醫神經肌肉科就診，經檢驗及檢查後診斷為血清陰性型重症肌無力。但患者服用西藥 (pyridostigmine) 後出現頭暈、口乾、汗出等副作用，因此尋求中醫治療。經過以補中益氣湯為主方加減治療後，患者眼瞼下垂開始逐漸改善。在效不更方的情況下，每次依患者之臨床症狀略作加減治療。在經過五個星期治療後，患者眼瞼已無明顯下垂，在誘發試驗下 (provocation test)，患者眼瞼雙眼均未出現下垂現象。**結論：**重症肌無力一症患者可能因服西藥的副作用轉而尋求中醫藥的幫助。在中醫辨證施治的思路下，並配合現代醫學對疾病的認識，對患者臨床疾病改善可以有良好的療效。中醫藥在輔助醫學及臨床症狀治療上，值得深入研究及發展。

關鍵字：重症肌無力症、中醫藥、補中益氣湯

前 言

重症肌無力 (Myasthenia gravis) 是由於免疫系統自我攻擊骨骼肌神經突觸所引起的一種疾病，多數 (約80%) 病人的體內可能具有乙醯膽鹼接受器抗體 (acetylcholine receptor (AChR) antibodies)，因此而造成全身性無力的症狀。不過，有少數 (約10~20%) 的病人不具有此類抗體，反而是肌膜表面的肌肉專一性酪氨酸酶抗體 (muscle-specific receptor tyrosine kinase, MuSK)，而引起重症肌無力病的症狀¹。因此，未具有AChR antibodies的病人通常被歸類為血清免疫陰性型的重症肌無力症 (seronegative myasthenia

gravis)。本篇病例報導一位眼瞼下垂的女病患，在經過西醫檢查後診斷為重症肌無力症，但服用西藥後產生頭暈、口乾、易汗等副作用，因此轉而尋求中醫治療，經治療後獲得了良好的改善。

病案闡述

1、病歷

一位57歲女性，過去無系統性疾病病史。因於一個半月前同事突然發現她右側眼皮下垂而至西醫神經肌肉科就診。就診時右眼瞼下垂遮蔽半隻眼，伴有疲倦、眼睛微腫及提物較無力的症狀。眼瞼下垂會因壓力大或是睡不飽而加重。此

*聯絡人：黃升騰，長庚紀念醫院高雄分院中醫科系，83342 高雄市鳥松區大埤路 123 號，電話：07-7317123 分機 2333、2334，傳真：07-7317123 分機 2335，電子郵件信箱：shenteng@adm.cgmh.org.tw

外，並無複視、無法吞嚥、發音困難、臉皮下垂或是肢體無力現象。患者原於門診工作，但於今年5月轉調公務煩忙之護佐一職，期間常感覺睡不飽、壓力大，但無失眠的現象。於今年9月症狀發生後服用西藥Pyridostigmine治療，但服用後覺得明顯頭暈不舒，甚致伴有睡醒後汗流浹背、口乾欲飲以致夜尿頻繁的現象。由於上述症狀因而前來中醫門診求診。

II、過去病史、個人史及家族史

過去病史：患者無高血壓、糖尿病或其他重大疾病。但2年前診斷氣喘，服西藥治療常感疲倦，因此停用西藥，現自行服用粉光參，偶季節變化誘發噴嚏、流鼻水等症。8年前因眩暈至耳鼻喉科診斷為膽脂瘤接受2次手術治療，之後未曾復發。

個人史及家族史：無抽煙、喝酒、或對藥物及食物的過敏病史，也無家族病史。

III、中醫四診

望診：體格中等，意識清楚，面色淡白，右側眼瞼下垂約3mm，眼球轉動無偏斜，舌淡紅苔薄白有津。

聞診：無特殊氣味，語音流利，音調細而高。

問診：

全身：疲倦，壓力大，無惡寒怕冷，無自汗出。服西藥後夜汗多。

頭項：右眼瞼下垂，服西藥後出現頭暈，但無複視、無吞嚥困難、無發音困難或半邊無力。

胸腹：無胸悶心悸。

飲食：茹素10年，納可，服西藥後口乾欲飲。

二便：大便日1~2行，質軟便稀。小便平。服西藥飲水多，夜尿2~3行。

睡眠：無失眠。服西藥後夜尿頻眠差。半夜易流汗而醒來。

經帶胎產：52歲停經，服西藥（Tibolone

2.5mg QD）後潮熱失眠改善，現1~2天服用一次。G0P0。

切診：右脈沉細，左脈沉細。

IV、理學檢查

血壓：118/68 mmHg，脈搏：80BPM。身高160 cm，體重48 kg。

下眼瞼：無蒼白；鞏膜：無黃疸。

呼吸音：兩側聲音乾淨；心音：頻率規則。

腹部：柔軟，無壓痛；四肢：活動自如，無凹陷性水腫。

神經學檢查：意識狀態清楚，Glasgow Coma Scale: E4V5M6。

誘發試驗（Provocation）：陽性。

右眼6 mm（試驗前）變成4 mm（試驗後）；左眼：8 mm（試驗前）變成8 mm（試驗後）。

V、實驗室檢查

生化檢查：2011/9/27資料

Creatinine: 0.61 (0.44~1.03 女性)

ALT/GPT: 11 (0-40)

Free-T4: 1.24 (0.89~1.76)

TSH: 3.64 (0.35 - 5.50)

Cortisol: 3.87 (AM7-9: 4.3-22.4; PM3-5: 3.1-16.7)

Glucose (PC): 103 (70-120)

免疫學檢查：2011/9/27資料

RF: <10.6 (< 15)

ANA: 1:40 (Negative)

A-MICRO: Negative 1:100 (Negative)

Anti-THYG: Negative 1:100 (Negative)

AchR-AB: <0.2 (Negative)

VI、影像學檢查

(I) CT of Chest (日期：2011/09/27)

<摘要>無發現胸腺瘤 (thymoma)

(II) NERVE CONDUCTION VELOCITY UPPER LIMBS; REPETITIVE STIMULATION; SNCV, HAND; SYMPATHETIC SKIN RESPONSE; R-R INTERVAL VARIATION STUDY (日期：2011/09/28)

<摘要>所有檢查包含上肢神經傳導試驗、交感神經皮膚反應檢查 (Sympathetic Skin Response, SSR)、R波間距試驗 (R-R Interval)、及重覆電刺激測試 (repetitive nerve stimulation study)，皆未發現異常。

VII、時序圖 (見圖一)

VIII、中醫臟腑病機四要素

(I) 病因：脾氣虧虛，險廢不用

(II) 病位：脾。解剖位置：眼瞼。

(III) 病性：

主證：右側眼皮下垂，疲倦、眼睛微腫，提物較無力。舌淡紅苔薄白有津，脈沉細。

次證：服西藥頭暈甚，夜間盜汗，口乾欲飲，夜尿而失眠。

(IV) 病勢：

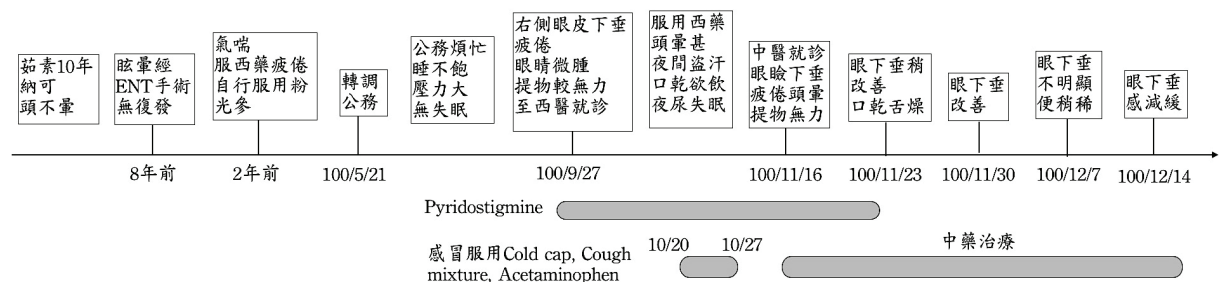
患者出現右側上眼瞼下垂的症狀，經檢查血清反應陰性，亦無胸腺腫瘤，依臨床診斷為重症肌無力 (MG)。其為一種神經肌肉突觸 (neuromuscular junction, NMJ) 病變，主要因乙醯膽鹼抗體、細胞

免疫以及補體而致的自身免疫性疾病，具有骨骼肌呈周期性肌無力、疲勞等特點。中醫歷代文獻中並無重症肌無力病名的記載。根據其主要症狀歸屬於痿證、險廢、睪目等範疇²。

患者茹素十年，期間並無疲倦無力等症狀。但因於今年5月轉任職務，工作煩忙，壓力增加，睡眠不足。人一身之氣血運行，有賴脾胃運化精微以潤養全身。工作增加，氣血相對不足，加之夜不得安寐，脾氣日漸虧虛。脾氣虧虛，精微不運，運化失司，肌肉筋脈失養而成痿。正如《素問·痿論》²篇認為：「陽明者，五臟六腑之海，主潤宗筋，宗筋主束骨而利機關也，陽明虛，則宗筋縱弛，帶脈不引，故足痿不用也。」

《內經·大惑論》³述：「五臟六腑之精氣，皆上注於目而為之精，精散則視歧，視歧見兩物。」巢氏《諸病源候論》³言：「目是五臟血氣之精華，若血氣虛，其皮緩縱，垂復於目則不能開，此呼睪目。」此外，依五輪學說，眼瞼為土輪、肉輪，屬脾胃，司開合。脾主運化、升清，主四肢肌肉運動。脾氣虛則可致眼瞼下垂，終致險廢而不用。

患者由於素體脾氣虛弱，曾於2年前氣喘發作求診西醫，服用藥物後而身感疲倦；此次因眼瞼下垂服用西藥後，可能導致脾氣虧虛，脾虛清陽不升，故頭暈；津液耗傷，陰無以載陽而夜寐汗出；氣虛津虧，津不上承而口乾渴欲飲甚。患者脾氣虧虛，重傷津液故脈沉細。脾為後天之本，若脾虛日久可傷及腎而致腎氣虧損。總之，



圖一 時序圖

患者由於脾胃虧虛，中氣下陷，筋肉失養而致眼胞下垂、疲倦無力。

IX、病因病機示意圖（見圖二）

X、診斷

(I) 西醫診斷

1. Ptosis of eyelid, unspecified
2. Myasthenia gravis

(II) 中醫診斷

瞼廢，睏目；
證型：脾氣虧虛，清陽下陷

XI、治則及處方

治則：健脾益氣，升陽舉陷

處方：

補中益氣湯3.0 GM；葛根0.5 GM；黃耆1.0 GM；黃精0.5 GM；桔梗0.5 GM

上方為單次量，TID × 7天

XII、治療經過及結果

患者因右側上眼瞼下垂，至西醫肌肉神經科就診檢查。經血清、肌電圖、及電腦斷層

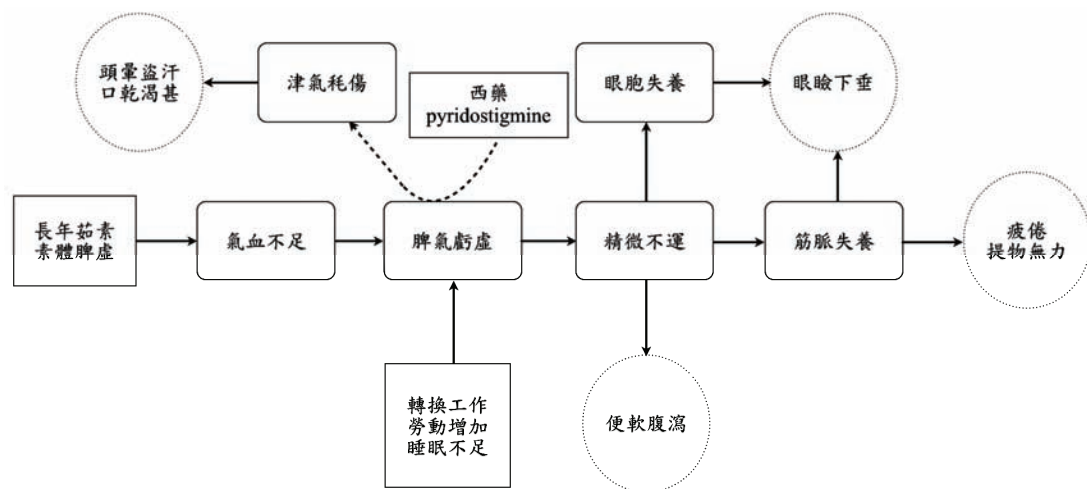
影像未發現因次發性而引起重症肌無力。由臨床表現診斷為眼型重症肌無力。在服用西藥（Pyridostigmine）後眼瞼下垂症狀雖有改善，但併發頭暈、夜間盜汗、口乾飲水多、及夜尿而以致失眠等症狀，因此前來中醫就診。

患者就診時症狀表現出眼瞼下垂、頭暈、疲倦及脈沉等現象，中醫辨證為脾氣虧虛，清陽下陷，眼胞失養。因此以補中益氣湯為主方，以益氣升陽舉陷，調補脾胃；並加重黃耆以助補氣升陽之力，並兼可固表止汗；配伍黃精一可補氣安五臟，加強補中益氣的作用，二可滋陰而潤燥。加入葛根、桔梗入脾胃經、肺經，載藥上行，以達補氣升提的作用。

經服用中藥治療後，患者眼瞼下垂開始逐漸改善。頭暈、夜晚汗出及口舌乾燥等症狀也獲得進步，因此患者在約一週後逐漸停用西藥。中藥在不更改原方的情況下，並依患者之次症加減治療。在經過五個星期治療後，患者眼瞼已無明顯下垂，在誘發試驗下（provocation test），患者眼瞼雙眼均未表現下垂現象。見治療經過表（表一）

討 論

重症肌無力大部分是由於對抗乙醯膽鹼接



圖二 病因病機示意圖

表一 治療經過及相關用藥

日期	症狀	治療及處置
100/9/27	近日被其他人告知右上眼瞼下垂	Pyridostigmine bromide 60mg/tab 1# TID × 3days
100/9/29	服藥後感覺頭暈	Pyridostigmine bromide 60mg/tab 0.5# PRN, TID × 14days
100/10/13	右眼瞼下垂由壓力引發，對藥物反應良好 => 雖然沒有胸腺瘤，沒有胸腺問題，重覆刺激試驗 (Repetitive Stimulation) : (-) => 診斷眼型重症肌無力 (ocular MG)	Pyridostigmine bromide 60mg/tab 1# TID × 28days
100/10/20	有一些上呼吸道感染症狀：流鼻水，鼻塞，無發燒	Cold cap (Acetaminophen 300mg+Phenylephrine) 1# TID × 3days Cough mixture soln 5ml PRN × 28days 2 Bottles Acetaminophen 500mg/tab 1# PRN × 28days
100/11/16	中醫初診：右眼瞼下垂張不開，診斷為重症肌無力，伴有噁心、嘔吐、頭暈、腹瀉。脈沉細，舌淡紅苔薄白有津。	補中益氣湯 3.0 GM；葛根 0.5 GM；黃耆 1.0 GM；黃精 0.5 GM；桔梗 0.5 GM；TID × 7 days
100/11/23	眼下垂稍改善，無噁心嘔吐，偶爾仍會頭暈，夜晚汗出仍，口乾舌燥。脈沉細，舌淡紅苔薄白。	補中益氣湯 3.5 GM；葛根 0.5 GM；黃耆 1.0 GM；枸杞 0.5 GM；桔梗 0.5 GM；TID × 7 days
100/11/30	眼下垂改善，頭暈減緩，無夜晚汗出，口乾減。脈沉，舌淡紅苔薄白。	補中益氣湯 3.5 GM；葛根 0.5 GM；黃耆 1.0 GM；白朮 0.5 GM；桔梗 0.5 GM；TID × 7 days
100/12/07	眼下垂不明顯，頭暈改善，便稍稀溏。脈沉緩，舌淡紅苔薄白。	補中益氣湯 3.0 GM；葛根 0.5 GM；黃耆 1.0 GM；山藥 0.5 GM；白朮 0.5 GM；桔梗 0.5 GM；TID × 7 days
100/12/14	眼下垂減緩，矢氣多，便軟。脈沉緩，舌淡紅苔薄白。	補中益氣湯 3.0 GM；葛根 0.5 GM；紫蘇葉 0.5 GM；黃耆 1.0 GM；枳殼 0.5 GM；桔梗 0.5 GM；TID × 7 days

受器 acetylcholine receptor (AChR) 抗體所引起的，約佔患者的80%左右。但是在少部分的病人(約10~20%)身上並未發現此種抗體，在這群病人身上，取而代之的反而可能是對抗於肌膜表面的肌肉專一性酪氨酸酶 (muscle-specific receptor tyrosine kinase, MuSK) 抗體¹。以前將未具有乙醯膽鹼接受器抗體的病人 不論是否有 MuSK 抗體 稱為血清陰性型重症肌無力，現在則是指同時不具有 AChR 及 MuSK 抗體的患者，約佔重症肌無力患者的6~12%⁴。此外，T淋巴球也被認為是一個引起重症肌無力的原因。雖然在病理解剖上並不會發現 T 淋巴球的蹤跡，但由於它們仍會

與乙醯膽鹼接受器結合而引起 B 細胞的反應產生抗體。

在乙醯膽鹼接受器抗體陽性的病人身上，可見到約有60%~70%的胸腺增生及10%~12%的胸腺瘤⁵。這樣的患者在接受手術切除後，重症肌無力的情況通常會改善。因此，胸腺亦被推估可能是造成此種免疫反應的原兇⁶。

在臨床上，重症肌無力分為眼型及全身型。眼型重症肌無力只侷限於提上眼瞼肌、眼輪匝肌或動眼肌；全身型重症肌無力則除了影響眼肌外，嚴重者四肢、呼吸及延髓都會受到影響。

本案例患者求診西醫時，經過誘發測試後眼

瞼下垂加重，患者接受血清學檢查後未發現血清抗體陽性反應，並經過神經電刺激及胸腺電腦斷層掃描，均未有異常發現。臨床上，雖在檢驗及檢查均無特異性發現，仍認為是重症肌無力症的情況下，經服用pyridostigmine藥物而症狀改善，因此患者被診斷為眼型重症肌無力症。

患者服用治療重症肌無力藥物Pyridostigmine而產生了一系列的副作用。Pyridostigmine為膽鹼酯酶抑制劑(cholinesterase inhibitors)，它可藉由抑制乙醯膽鹼的水解，而增加膽鹼接受器附近乙醯膽鹼的濃度。然而，由於此類藥物抗膽鹼的作用，因此可能誘發皮膚（如發汗）、腸胃道（如腹瀉、噁心嘔吐等）、神經功能（如乏力）或肌肉（如抽筋、震顫）等副作用⁷。雖然尚未有大型試驗來確定此藥物的效度，但在許多案例報告中，它仍是治療重症肌無力症狀的第一線藥物(Grade 2B)⁸。患者在使用此藥物治療後眼瞼下垂雖有改善，但卻出現流汗、頭暈，及口乾等副作用，甚而無法忍受的情況下，而至中醫門診求診。

中醫歷代文獻中無重症肌無力這個病名的記載，對其症狀也沒有完備而系統的描述。後世醫家根據這些症狀將本病歸屬於瞼廢、歧視、痿症等範疇²。重症肌無力症表現出肢體無力的現象，在病因病機上，依據《素問·太陰陽明論篇》⁹：「脾病而四肢不用，何也？岐伯曰：四肢皆稟氣於胃，而不得至經，必因於脾乃得稟也，今脾病不能為胃行其津液，四肢不得稟水穀氣，氣日以衰，脈道不利，筋骨肌肉皆無以生，故不用焉。」認為本病與脾胃虛弱相關。而巢元方《諸病源候論·目病諸侯》²中提到「目，是腑臟血氣之精華，肝之外候，然則五臟六腑之血氣，皆上榮受於目也。若血氣虛，則膚腠開而受風，風客於瞼膚之間，所以其皮緩縱，垂覆受於目，則不能開，世呼為睪目，亦名侵風。」與MG常見的眼瞼下垂症狀相似。在《聖濟總錄·卷第一百一十》²中亦談到「論曰眼瞼垂緩者，以血

氣不足，膚腠開疏，風邪客於瞼膚，其皮垂緩，下覆睛輪。故俗呼為睪目，又曰侵風，丸之則垂復愈下，眼閉難開。」雖然眼瞼下垂不完全即為重症肌無力症，但可見古人認為眼瞼下垂之症，與氣血不足、邪風侵襲有關。

隨著病情的發展，重症肌無力可出現呼吸困難等危象。張錫純《醫學衷中參西錄》¹⁰指出「胸中大氣下陷，氣短不足以息。或努力呼吸，有似乎喘，或氣息將停，危在頃刻。」中醫認為本病久病可由脾臟虛損而累及腎，出現腎氣不足，脾腎氣虛之證。此時可因氣虛或陽虛而兼挾痰濁、瘀血等，並可因情志所傷、飲食失宜或勞倦過度以致肝血虧虛，血不養筋等複雜病機¹¹。

本病患者在經過西醫治療後雖有改善，但因副作用無法忍受，故求診中醫。求診時仍眼瞼下垂，並會因勞累而發。合併有頭暈、自汗出、疲倦等現象，在中醫辨證上屬脾氣虧虛一證，並在西藥的作用下，表現出口乾渴甚、眠差等津氣耗傷的情況。因此治療上仍以《素問·痿論篇》中「治痿者獨取陽明」之論點，採用升發脾胃大補脾胃為主。患者在使用中藥治療後便停止服用西藥，並在經過五個星期的治療後，眼瞼下垂的症狀獲得明顯改善，經誘發試驗亦未表現出下垂的症狀。

中醫治療重症肌無力的診治思路仍以健脾益氣貫穿始終。在一研究中¹²，將重症肌無力依Osserman分型改良，分為I型眼肌型、II a型輕度全身型、II b型中度全身型、III型重度激進型、IV型遲發重症型及V型肌萎縮型等6型。在此六型之中，再區分脾氣虛弱、肝腎不足及脾腎兩虛各型的案例數。結果顯示，I型眼肌型（只影響到眼肌）以脾氣虛弱此證型較為多；而IIa、IIb型則三證兼有之；較嚴重的IV、V型則以脾腎兩虛證為主。而各型MG患者除均有典型的重症肌無力症狀外，脾氣虛弱型20例中依次以少氣懶言（17/20）、食少便溏（13/20）、

脈細弱(15/20)出現的次數最高;肝腎不足型10例中,以腰膝酸軟(8/10)、複視眼花目澀(8/10)、舌紅少苔(9/10)、脈細數(7/10)出現頻率最高;脾腎兩虛型26例中以腰痛酸重(22/26)、咀嚼困難(13/26)、舌胖淡苔白水滑(17/26)、脈沈細(21/26)出現的頻最高。

重症肌無力症以脾胃為本,可兼及肝腎。在治療上可從脾胃、脾腎、肝或肝腎來論治。患者表現可能從初期脾胃虧虛、脾腎虧虛而至脾腎陽虛、肝腎虧耗,終致大氣下陷、陰陽離決。但也可能一開始即表現脾腎虧虛、脾腎陽虛或肝腎虧耗之症。各型之間可因病情變化而轉變,但治療上仍不離脾、肝、腎等三臟。

結 論

重症肌無力一症患者可能因服藥的副作用而無法繼續接受治療。在中醫辨證施治的思路下,並配合現代醫學對疾病的認識,對患者臨床疾病改善可以有良好的療效。中醫藥在輔助醫學及臨床症狀治療上,值得深入研究及發展。

誌 謝

本文由衛生署中醫藥委員會CCMP99-CMA-09計畫支持,特此感謝。

參考文獻

- Hoch W, McConville J, Helms S, Newsom-Davis J, Melms A, Vincent A. Auto-antibodies to the receptor tyrosine kinase MuSK in patients with myasthenia gravis without acetylcholine receptor antibodies. *Nat. Med.*, 7:365-368, 2001.
- 林昭庚主編,中西醫病名對照大辭典,人民衛生出版社,北京,pp. 784-787, 2002。
- 石衛東,中醫辨證治療重症肌無力20例,光明中醫,23:1484, 2008。
- Chan KH, Lachance DH, Harper CM, Lennon VA. Frequency of seronegativity in adult-acquired generalized myasthenia gravis. *Muscle Nerve*, 36:651-658, 2007.
- Drachman DB. Myasthenia gravis. *N. Engl. J. Med.*, 330:1797-1810, 1994.
- Vincent A. Unravelling the pathogenesis of myasthenia gravis. *Nat. Rev. Immunol.*, 2:797-804, 2002.
- Grogan WA. Treatment of myasthenia gravis with pyridostigmine. *Arch. Neurol.*, 44:995-996, 1987.
- Benatar M, Kaminski HJ, Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Evidence report: the medical treatment of ocular myasthenia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 68:2144-2149, 2007.
- 楊維傑,黃帝內經素問譯解,志遠書局,台北,pp. 246, 1999。
- 張志慧,陳金亮,胡軍勇,重症肌無力危象中醫病因病機探討,遼寧中醫雜誌,33:1268-1269, 2006。
- 王元元、韓艾,重症肌無力的中醫臨床治療概述,遼寧中醫藥大學學報,10:61-63, 2008。
- 劉亞軍、滿運軍、王佳、王春生,重症肌無力中醫辨證與西醫分型及療效探討,北京中醫藥,28:206-208, 2009。

A CASE REPORT OF MYASTHENIA GRAVIS WITH DROPPING EYELID

Tun-Pin Hsueh¹, Chien-Fu Chu¹, Sheng-Tan Huang^{1,2,*}

¹*Department of Chinese Medicine of Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital,
Medical Center, Kaohsiung, Taiwan*

²*School of Traditional Chinese Medicine, Chang Gung University College of Medicine, Taoyuan, Taiwan*

(Received 23th May 2012, accepted 10th July 2012)

Objective: The patients with myasthenia gravis (MG) who do not have acetylcholine receptor (AChR) antibodies are considered as seronegative type. There are some side effects associated with the treatment who could not tolerate for the patients with MG. This report presented a patient with seronegative finding looking for Chinese medical treatment due to serious side effect of western medical treatment.

Clinical feature, Intervention and outcome: A 57-year-old female went to neurologic clinic due to right eyelid dropping one and half months ago. She was diagnosed seronegative myasthenia gravis after examination and inspection. However, the patient suffered from dizziness, dry mouth, and sweating after medication with pyridostigmine. She looked for Chinese medical treatment with Bo-jung-i-kki-Tang for five weeks. Gradually, she improved eyelid dropping with the negative finding of provocation test later.

Conclusion: In this report, we demonstrated that the patient with myasthenia gravis improved under Chinese medical treatment based on the theory of Traditional Chinese Medicine (TCM) along with modern medical technology. Long-term follow-up and further experimental studies could be helpful to realize the efficacy of TCM for myasthenia gravis.

Key words: Myasthenia gravis, traditional Chinese medicine, Bo-Jung-I-Kki-Tang

***Correspondence to:** Sheng-Teng Huang, Division of Internal Chinese Medicine, Department of TCM, Chang Gung Memorial Hospital, Kaohsiung Medical Center, No.123, Dapi Rd., Niasong Township, Kaohsiung City 833, Taiwan, Tel: +886-7-7317123 ext. 2333, 2334, Fax: +886-7-7317123 ext. 2335, E-mail: shenteng@adm.cgmh.org.tw