

探討天人炁功 輔助藥物治療帕金森症過程之調理作用

呂志成¹（緒翰）

劉通敏²、李晉同³、蔡光松⁴

黃萬薰⁵、葉又華⁵、張秀雲⁵、章儷華⁵、林椿櫻⁴

摘要

帕金森氏症是神經退化的疾病，西元 1817 年，因詹姆士帕金森大夫對此運動障礙做了詳細的描述，後人就以其名來命名此疾病。主要有四種症狀：(1)震顫 (2)僵硬 (3)運動遲緩 (4)步態不穩。而其病因是位於中腦的黑質退化所致。1953 年，嘗試立體定位手術，包括神經燒灼術等。直到於 1960 年代的初期，臨床治療帕金森氏症的又回歸到以服用左多巴胺藥物為主流的內科處理方式。但病人往往於服用藥物後的五到十年內，使用的藥量愈來愈重，甚至產生新的症狀與藥物耐受不良等問題。這也是中西醫治療神經系統退化性疾病普遍面臨的困境。

因此，尋求另類傳統醫療協助已成為臨床治療的重要輔助，雖然目前對於傳統炁療的作用機轉仍不甚明朗，但過去臨床應用與文獻回顧發現傳統炁療可有效改善糖尿病等慢性退化性神經疾病經驗，提供可接受的另類療法。特別是以天人炁功調理模式可以明顯改善病人相關神經症狀的個案，提供醫學科學研究的前題。更重要的是推廣天人炁功調理另類療法預期可以使臨床病人能受惠，進而可以減少傳統醫療健保負擔等優勢。因此，我們推論以天人炁功可以作為治療神經系統退化性疾病如帕金森氏症病可行的輔助方法與選擇，同時可以減少治療帕金森氏症病的醫療與社會成本。

本計劃將透過人體實驗設計，以經過神經內科醫師確定診斷為中度帕金森氏症病人(年紀在 40-75 歲之間)，並確認患者與家屬可以認同與接受天人炁功輔助治療方式，並能配合相關注意事項以確保操作品質與流程的順暢為主要研究對象。病患進入實驗

¹ 三軍總醫院麻醉部副教授、天人炁功院研究部科學研究組組長

² 劉通敏：天帝教天人炁功院院長

³ 李晉同：天帝教天人炁功院副院長

⁴ 蔡光松、林椿櫻：天人炁功院訓練部副主任

⁵ 黃萬薰、葉又華、張秀雲、章儷華：天人炁功院研究部助理研究員

同意接受炁功輔助治療之病患持續接受中西醫治療與追蹤流程。病患將分隨機分為兩組，病患在接受帕金森氏症功能量表之基礎評量後，病患完成療程後八週再度以帕金森氏症功能量表進行評量記錄。計劃結果將以交叉成對比較方式分析天人炁功輔助治療方式改善帕金森氏症病人之情緒心理、日常活動能力、運動功能、藥物使用量與相關副作用的改善程度。本研究計劃擬以一年時間執行本計劃，天人炁功輔助中西醫的治療方式，藉此炁功輔助治療效果進而改善相關身心症狀，以提昇帕金森氏症病患日常生活品質為目標。

關鍵詞：炁功、帕金森氏症、帕金森氏症功能量表、整合醫學

說明：本人體試驗專案研究，由天人炁功院與三軍總院合作。

- 一、專案主持人：三總麻醉部 呂志成（緒翰）副教授
（炁功院研究部科學研究組組長）
- 二、專案顧問：劉通敏（正炁）
- 三、炁功組：李晉同（光勁）、蔡光松（緒神）
- 四、醫護組：黃万薰（鏡悅）、葉又華（靜佑）、張秀雲（月定）
與章儷華（華何）研究部助理研究員
- 五、企劃組：林椿櫻（鏡絲）

探討天人炁功 輔助藥物治療帕金森症過程之調理作用

呂志成（緒翰）

第一期三軍總醫院執行
『探討天人炁功輔助藥物治療帕金森症過程之調理作用』
人體實驗計劃進度報告書

壹、人體實驗計劃進度報告

一、研究背景：

帕金森氏症是神經退化的疾病，西元 1817 年，因詹姆士帕金森大夫對此運動障礙做了詳細的描述，後人就以其名來命名此疾病^{1,2}。主要有四種症狀：(1)震顫 (2)僵硬 (3)運動遲緩 (4)步態不穩。而其病因是位於中腦的黑質退化所致³⁻⁵。1953 年，嘗試立體定位手術，包括神經燒灼術等⁶⁻⁸。直到於 1960 年代的初期，臨床治療帕金森氏症的又回歸到以服用左多巴胺藥物為主流的內科處理方式⁹⁻¹¹。但病人往往於服用藥物後的五到十年內，使用的藥量愈來愈重，甚至產生新的症狀與藥物耐受不良等問題。這也是中西醫治療神經系統退化性疾病普遍面臨的困境^{12,13}。

因此，尋求另類傳統醫療協助已成為臨床治療的重要輔助，雖然目前對於傳統炁療的作用機轉仍不甚明朗，但過去臨床應用與文獻回顧發現傳統炁療可有效改善糖尿病等慢性退化性神經疾病經驗，提供可接受的另類療法^{14,15}。特別是以天人炁功調理模式可以明顯改善病人相關神經症狀的個案，提供醫學科學研究的前題。更重要的是推廣天人炁功調理另類療法預期可以使臨床病人能受惠，進而可以減少傳統醫療健保負擔等優勢。因此，我們推論以天人炁功可以作為治療神經系統退化性疾病如帕金森氏症病可行的輔助方法與選擇，同時可以減少治療帕金森氏症病的醫療與社會成本。

二、研究假說：

帕金森症病患在連續接受天人炁功兩個月調理後，可明顯改善帕金森症狀。

三、研究目的：

評估天人炁功改善帕金森症臨床症狀之程度，作為改善帕金森症病人日常生活品質、情緒與運動功能等症狀之調理模式。同時探討在天人炁功自主神經心血管與腦波反應之影響。

四、研究方法：

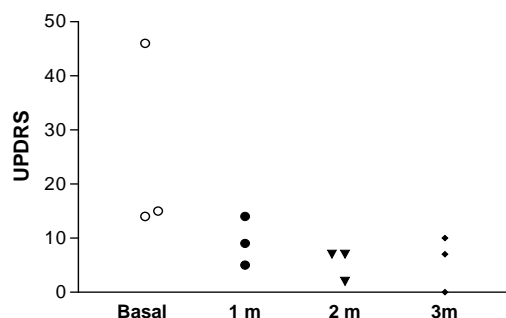
以天人炁功輔助輕、中度帕金森氏症病人，兩個月後評估天人炁調理前後帕金森氏症狀評分之定量變化。並配合心血管循環生理參數與腦波測量分析，以確認天人炁功對腦波與生理反應的影響程度。另一方面對照病患在接受天人炁功調理過程中親和過程之身心靈調理整改變記錄，分析此量化改變程度與天人炁調理後帕金森氏症狀改善之相關性。

五、研究初步結果

(一) 研究結果一：

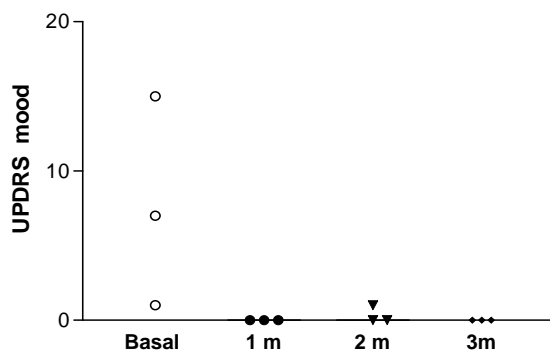
顯示三位受試者帕金森臨床症狀嚴重度之整體量化評分(UPDRS)隨時間改變之結果比較。(見圖一) 圖一說明在天人炁功調理前、後一個月、兩個月與三個月後，整體 UPDRS total (UPDRS)之相對改變。從三位受試者發現 UPDRS 有明顯減少趨勢。再進一步次分為 UPDRS 分項，分別以情緒 (mood)、活動力(activity)、運動 (motor)與藥物併發症 (complication) 四分項分數之變化 (見圖二、三、四)，亦顯示有不等程度改變趨勢，以分別說明帕金森症病人在天人炁功調理前後有不等程度之臨床作用。

(圖一)



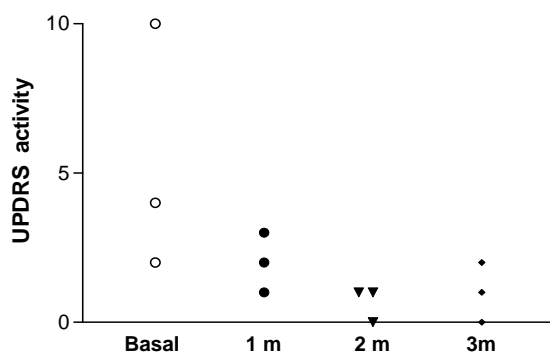
圖一、天人炁功調理前 basal (○)、後一個月 1m (●)、兩個月 2m (▼) 與三個月後 3m (◆)，三位帕金森氏症受試病人整體 UPDRS (UPDRS total) 評分量化值之變化情形。

(圖二)



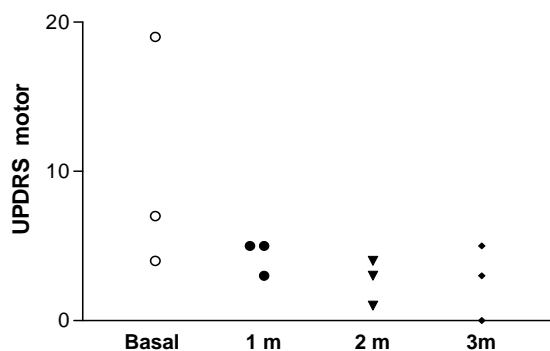
圖二、天人炁功調理前 basal (○)、後一個月 1m (●)、兩個月 2m (▼) 與三個月後 3m (◆)，三位帕金森氏症受試病人 UPDRS 情緒評分 (UPDRS mood) 評分量化值之變化情形。

(圖三)



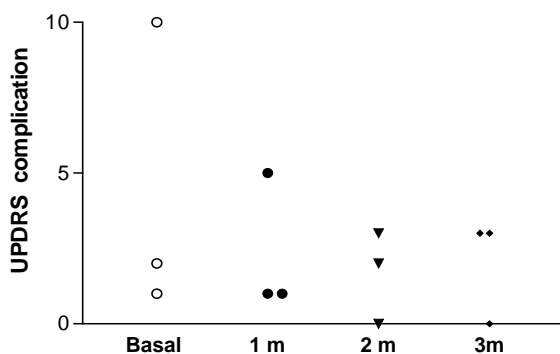
圖三、天人炁功調理前 basal (○)、後一個月 1m (●)、兩個月 2m (▼) 與三個月後 3m (◆)，三位帕金森氏症受試病人 UPDRS 活動能力 (UPDRS activity) 評分量化值之變化情形。

(圖四)



圖四、天人炁功調理前 basal (○)、後一個月 1m (●)、兩個月 2m (▼) 與三個月後 3m (◆)，三位帕金森氏症受試病人 UPDRS 運動功能 (UPDRS motor) 評分量化值之變化情形。

(圖五)

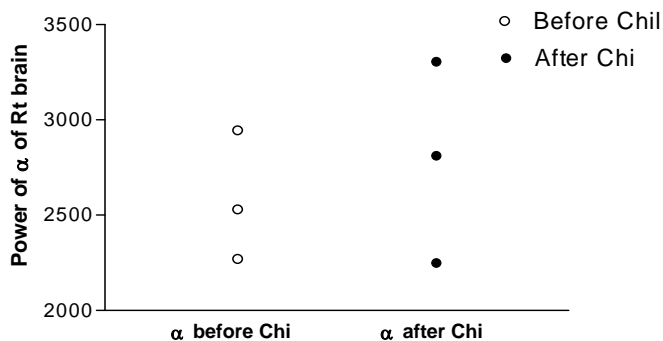


圖五、天人炁功調理前 basal (○)、後一個月 1m (●)、兩個月 2m (▼) 與三個月後 3m (◆)，三位帕金森氏症受試病人 UPDRS 藥物併發症狀 (UPDRS complication) 評分量化值之變化情形。

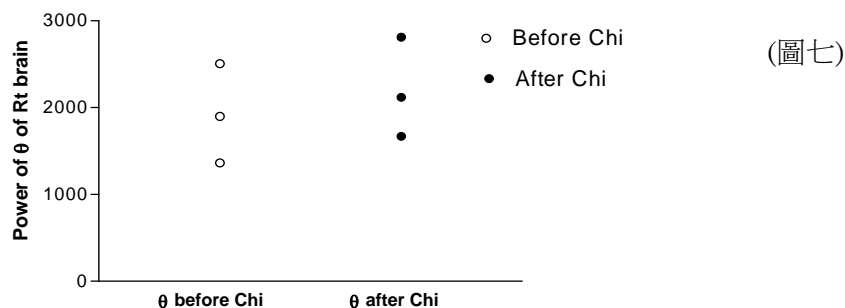
(二) 研究結果二：

1、腦波急性測量之資料分析: 以右腦記錄為例，在三位受試者接受天人炁功調理單次調理(三十分鐘)前後之腦波測量比較發現，天人炁功單次調理後，其中第一位與第二位受試者右腦之 θ 與 σ 記錄功率明顯增加。例如: 第一位右腦 θ (2505→2812)與 σ (959→966)；第二位右腦 θ (1364→1668)與 σ (764→979)第三位右腦 θ (1899→2118)與 σ (877→1117)。其中第三位受試者右腦之 α (2340→3306) 記錄功率明顯增加。(見圖六、七、八)

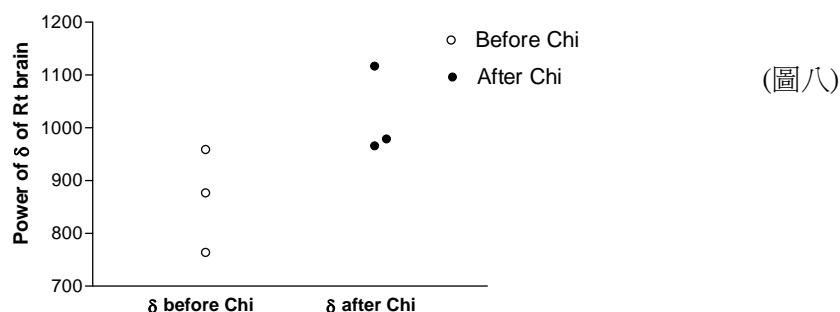
(圖六)



圖六、三位受試者接受天人炁功調理單次調理(三十分鐘)前後之 α 腦波測量功率比較，第三位受試者右腦之 α 呈現增加；第一位與第二位右腦之 α 呈現減少趨勢。

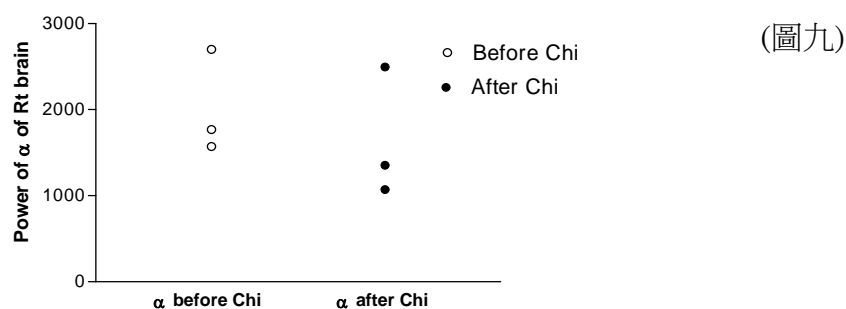


圖七、三位受試者接受天人炁功調理單次調理(三十分鐘)前後之腦波測量比較發現，天人炁功單次調理後，受試者右腦之 θ 記錄功率明顯增加。



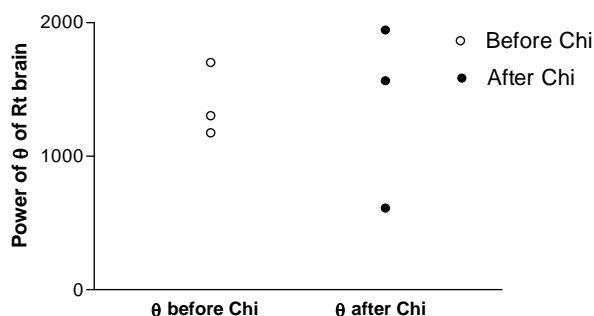
圖八、三位受試者接受天人炁功調理單次調理(三十分鐘)前後之腦波測量比較發現，天人炁功單次調理後，三位受試者右腦之 δ 記錄功率明顯增加。

2、慢性腦波測量之資料分析: 以三位受試者進入人體實驗前之腦波基礎評量為基礎測量，分別與實驗兩個月實驗前之腦波評量相比較；比較天人炁功調理兩個月後對於病人腦波表現之影響程度。經兩個月腦波測量與基礎測量比較發現，其中第一位右腦之 α (1768→2497)明顯增加。第二位(1571→1071)與第三位 (2702→1354)右腦 α 則減少。其中第二位右腦之 θ (1304→613)明顯減少。第一位(1702→1945)與第三位 (1175→1562)右腦 θ 則增加。其中第二位右腦之 δ (673→371)明顯減少。第一位右腦之 δ (817→1324)與第三位 (528→844)。(見圖九、十、十一)



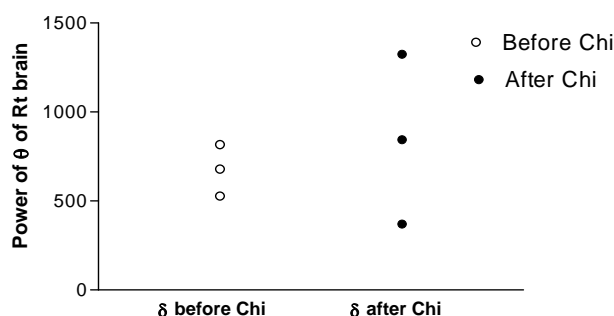
圖九、三位受試者接受慢性天人炁功調理（兩個月前後）之 α 腦波測量功率比較，第一位右腦之 α 明顯增加。第二位與第三位右腦 α 則減少。

(圖十)



圖十、三位受試者接受慢性天人炁功調理（兩個月前後）之 θ 腦波測量功率比較，中第二位右腦之 θ 明顯增加。第一位右腦之 θ 與第三位明顯減少。

(圖十一)



圖十一、三位受試者接受慢性天人炁功調理（兩個月前後）之 δ 腦波測量功率比較，中第二位右腦之 δ 明顯減少。第一位右腦之 δ 與第三位明顯增加。

3、病人接受天人炁功前後血管循環生理參數測量分析包括血壓、心跳、心輸出血量與週邊血管阻力等參數等作為心血管循環狀態變化之評量記錄。下階段計劃將增加皮膚血流改變、病人唾液壓力荷爾蒙指數(amylase 與 cortisol level)變化量作為病人神經壓力狀態改變之評量參考，以確認天人炁功在安定病人身心狀態之減壓效果。

(三) 分析天人炁功親合卡統計資料：

三位受試者接受天人炁功調理平均次數為二十四次。病患配合天人炁功事後親和功課使用黃表、求廿字甘露水、省儉、廿字禮拜法、甩手則作為五門功課之定量總評分。本研究企圖將天人炁功調理過程中，施行與接受天人炁功調理者之間親

和(事前與事後親和)作用加以定量。此定量結果將配合受試者 UPDRS、生理參數與腦波等變化進行相關迴歸分析比較。初步發現第三位接受天人炁功調理者之五門功課定量之總評分與天人炁功調理平均次數最高，此帕金森氏症病患之 UPDRS 改善相對最為顯著。

六、實驗執行所面臨之問題分析與第二階段實驗執行計劃

(一) 研究人力與地點：

第一階段醫護研究工作團隊人力的問題，已經由緒翰、鏡悅、月定取得三總麻醉部四樓四零五會議室，做為第二階段實驗研究場地。原三總麻醉部四樓四零二會議室，則備為其他炁功服務之場地。如此一來將有利於推動未來天人炁功調理人體實驗之研究工作，不僅可以強化對受驗者需要隱私尊重的滿足，亦能夠增加親和時間運用，對於鍼心之效果可再進一步提升。

(二) 研究時間：

由第一階段的實際操作經驗所得，擬將天人炁功調理時間調整為每週一、四晚上七點至九點半，為期二個月，腦波測量記錄時段由原先前後兩段記錄，更改為前、中(天人炁功調理十五分中)後三段記錄。

(三) 研究方法：

由三總帕金森氏症主治醫生宋大夫遴選二組受驗者，一組前二個月先進行炁療調理，第二組則俟第一組調理後，第三個月再開始啟動天人炁功調理，四個月完成後，比較二組受驗者的狀況。調理的方法分期前與期後兩次，於受驗開始第一週一與週四做期前測量，一個月後再做一次測量；二個月受驗期結束的最後一週之週一與週四做期後測量。第二組則於第二個月後進行受試，受試程序同第一組。天人炁功調理時的腦波測量記錄時段，由原先前後兩段記錄，更改為前、中(天人炁功調理十五分中)後三段記錄。(詳見以下流程圖)

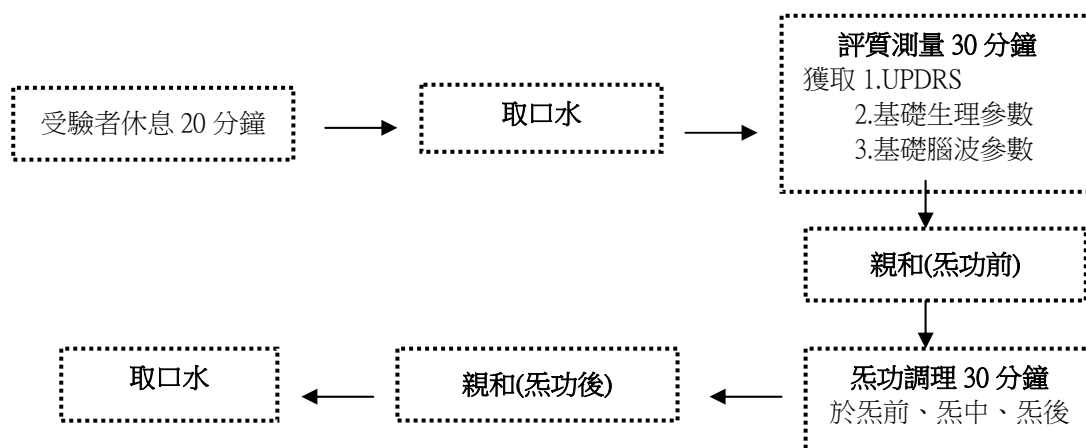
【期前/期後記錄】

時 間：週一(第二階段開始的第一週進行)

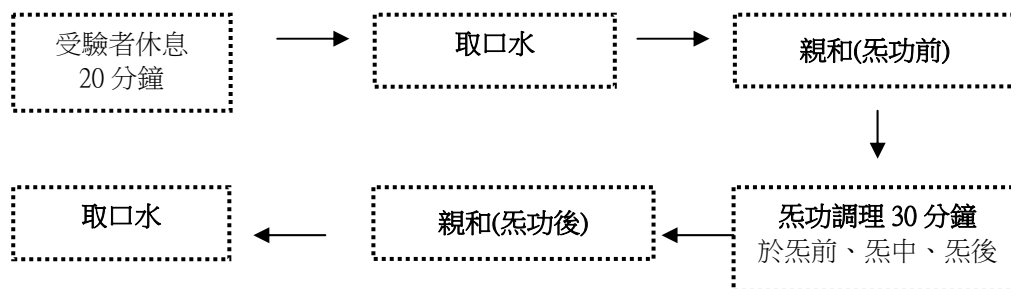
記錄人：三總神內科宋醫生主持

目 的：取得 UPDRS&基礎生理參數&腦波參數三項資料

原 則：不停藥



時 間：週四(第二階段開始的第一週進行)
記錄人：天人炁功小組
目 的：取得急性資料，以了解炁功作用。



(四) 炁功見習計畫：

規劃第二階段研究時間以每週一、四晚上七點至九點半，除以帕金森氏症之人體實驗研究為主軸。待執行運轉順暢且人力充足時，考慮提供三總院內病患之天人炁功服務，作為同奮見習炁功調理與親和之實務訓練機會，擬呈報無形護持應化，以臻建立天人炁功研究、訓練與服務三合一平台之理想。

(五) 改善人體研究實驗動線：

炁功組人員與見習組人員其區域與動線擬做區隔與識別，並由炁功院專人負責引導及統合，形成專業的氛圍，提升炁功服務之品質與水平。

(六) 完整人員組織與分工：

增加醫護組需可動員人力，同時增補與培訓親和組支援之人力，以期能達到關懷受驗對象的居家生活步調與每日功課的實踐程度，俾能確實導入炁功調理的指導方針。

貳、炁功團隊推動人體研究實驗之執行方針與未來規劃

一、場地的規劃

- (一) 開放空間應做妥善的任務區域與動線配置
- (二) 親和區域的區隔或設計(更能達到鍼心的效果)
- (三) 場地的整理及接待與資料整理(安排有心奉獻的同奮全程參與學習)

二、炁功團隊的運作

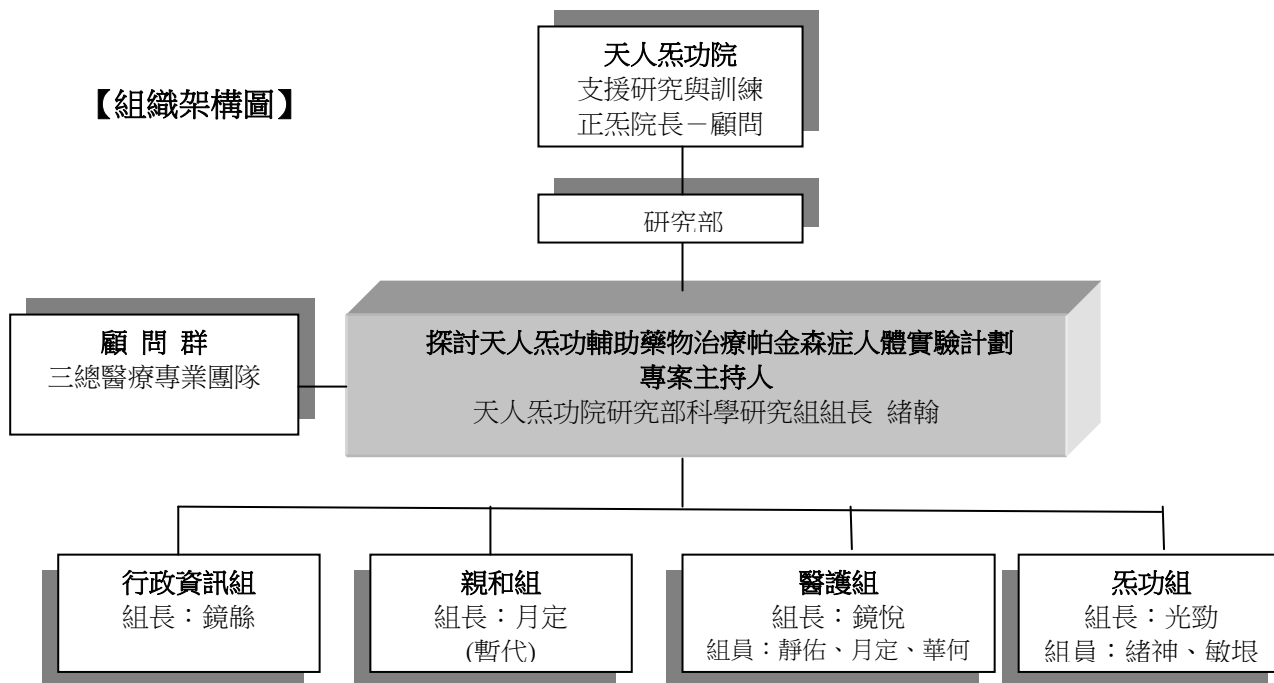
- (一) 專人負責求診者在宅的親和關懷與聯繫：
將成立組織親和組成員，參與人體試驗專案的見習，輔以教育訓練說明課程來建制一定水平的親和團隊，同時使用一對一或一對二的專責親和方式，以建立統籌聯絡窗口。
- (二) 炁功組成員以人體試驗為主要任務，其他之求診服務應與人體試驗區隔：
第二階段人體試驗場地安排在 405 教室，以帕金森氏症求診為主，其他症狀之求診者，另作時間安排施治或是安排 402 教室區隔之。
- (三) 教院、堂的炁功見習，將由天人炁功院依教區專案承辦人訂出見習作業細則，與安排規劃，並由專人輔導以符合實際作業的進行。各教院、堂擬在人體試驗實務中見習者，應由炁功中心向炁院提出申請，再予以安排實務見習時間。

三、炁功調理施行過程之檢討與改進要點

- (一) 第一階段求診者的施治與親和整體銜接不夠完整，求診者在宅回應主動性不夠，第二階段將補強與應該建立求診者的家屬共同關心及參與配合，會在第二階段開始由專案主持人於求診者在簽署同意書時，請主治醫師要求家屬一起配合，如此可以增進親力條件與找出更符合條件的求診對象。再則，於本屆天人實學發表會後，天人炁功院到各教院辦理推廣說明會，同時主動在老人社福團體裡面找出更多符合條件需要幫助的個案，以圓滿本研究的目標。
- (二) 醫護組與炁功組的任務需要明確定位，醫護組人員不要兼任炁功調理與親和之角色但需溫馨關懷求診者，炁功調理的整體性才能展現，炁功組的服務品質與調理水平，在有形方面要向人體試驗專案主持人(緒翰組長)負責。
- (三) 炁功親和原理主要方向:除了施治者是優良導體之外，求診者也需具備優良接收體之條件，兩誠相感之熱準而能產生最大的天人親和力量，因此如何引導求診者成為最佳接收體，乃成效之關鍵。做好炁功調理事前親和的診心與事後親和之自我功課的輔導，再落實親和小組的關懷聯繫及互動(如能再配合醫護組扮演的專業品質更有助於求診者對本試驗研究的信心與認同)。炁療組與親和組兩組的密

切配合與運作之下，定可臻天人炁功最佳調理之功。

(四) 第二階段之組織規劃與各組職掌任務如下：



【任務職掌】

醫護組任務

確定求診者試驗的日期、報到時間、炁功服務場地、基礎評量的時間、通知聯繫炁功組相關時程與事宜(互相有對口)。

炁功組任務

施治實務調理與診心親和，填記親和診心定量數據與心得，掌握求診者的身心狀態，如有需要加強調整之處需告知醫護組及親和組。

親和組任務

求診者在宅的親和關懷與互動聯繫，並能與炁功組、醫護組隨時呼應。

行政資訊組任務

彙整各項的定量數據與總結報告，專案的會議記錄等。

(五) 炁功調理與親和的過程需注意：

- 1、針對有信仰的求診者親和，以「愛其所同、敬其所異」的基本原則對應，無信仰的求診者，以三折卡內的「科學原理」親和解說人天的關係，不能以天帝教是最高、最殊勝的單向方式表示信仰觀念。施治者如有宗教交流的經驗會有助於切題親和，同時建議各施治者平時多少涉獵各宗教的教義理論，以幫助親和時與求診

者在宗教經驗上面的親和分享，施治者可在宗哲社所編的宗教學術講座專輯窺知一二，將有助於妥善對應信仰上的觀點。

- 2、炁功調理期間不做引進皈依師，如求診者有因緣主動提出皈依師，需在當地教院已有適當的輔導同奮方能引渡。
- 3、施治者對求診者不談調理時的個人感應或是感覺，容易造成求診者的內心潛意識或是自我暗示的情形發生障礙，可以使用讓求診者自己說出調理感受或是感應的方式，施治者再做適當的親和解析並帶引在宅功課建議。

(六) 有形與無形的對應：

人體試驗的階段性結論以二個月呈報一次進度成果報告為原則。

(七) 人體試驗之外的炁功求診服務，需先進行場地規劃、時間預約與人力調配支援等，在以不干擾研究進行為原則與人力資源足夠條件下，擇以原第一階段之場地三總麻醉部四樓 402 會議室使用。服務時間比照配合第二階段之實驗研究時間。

(八) 實驗工作人員之訓練：

所有參與協助之人員均需在實驗啟動前進行教育訓練，以熟稔實驗過程之細節與工作範圍及方式，訓練模式依各組所訂之實際教育訓練計畫執行。

(九) 推介增補專案人員：

除炁功院教職委員之外，於適當時機擇請教內傳教班/傳道班/神培班或資深行人、理人精進之同奮共同參與。各組擬定人員之基本條件，並向上述之各單位及教院延攬之。

(十) 訓練教材：

本實驗核心團隊，研究部以醫療組/行政資訊組，訓練部以炁功組/親和組分別擬定教育訓練教材，訓練與輔導上述參與成員的專業能力。教材內容依各組實務現況所需自行訂定之。

參、結論

藉由此次在三軍總醫院推動之『探討天人炁功輔助藥物治療帕金森症過程之調理作用』人體試驗計畫，建立天人炁功研究、訓練與服務之三合一平台與理想。據此平台的實現，期望將帶動未來以醫學科學的角度來探討天人炁功調理原理與臨床作用，將可使天人炁功以科學、國際化面貌呈現。無形孫思邈醫聖希望在人間建立『天人炁功服務訓練中心』，期以本試驗專案之整體結果做為基礎，以達成日後無形天醫院對應人間的炁療救劫教化弘揚 上帝宇宙真道之中心。

參考文獻

1. Hayek J: [Treatment of Parkinson's disease with the combination drug L-carbidopa/L-dopa. Report on a 2 years study]. *Schweiz Med Wochenschr* 1977; 107: 474-9
2. Zahodne LB, Fernandez HH: Pathophysiology and treatment of psychosis in Parkinson's disease: a review. *Drugs Aging* 2008; 25: 665-82
3. Voon V, Pessiglione M, Brezing C, Gallea C, Fernandez HH, Dolan RJ, Hallett M: Mechanisms underlying dopamine-mediated reward bias in compulsive behaviors. *Neuron*; 65: 135-42
4. Erb E: Improving speech in Parkinson's disease. *Am J Nurs* 1973; 73: 1910-1
5. Youdim MB: Biochemical characterization of the active site of brain monoamine oxidase. *Monogr Neural Sci* 1980; 7: 176-92
6. Lindvall O, Bjorklund A: Transplantation strategies in the treatment of Parkinson's disease: experimental basis and clinical trials. *Acta Neurol Scand Suppl* 1989; 126: 197-210
7. Emerich DF, Winn SR, Christenson L, Palmatier MA, Gentile FT, Sanberg PR: A novel approach to neural transplantation in Parkinson's disease: use of polymer-encapsulated cell therapy. *Neurosci Biobehav Rev* 1992; 16: 437-47
8. Gagnon C, Bedard PJ, Di Paolo T: Grafts in the treatment of Parkinson's disease: animal models. *Rev Neurosci* 1993; 4: 17-40
9. Caraceni T, Musicco M: Levodopa or dopamine agonists, or deprenyl as initial treatment for Parkinson's disease. A randomized multicenter study. *Parkinsonism Relat Disord* 2001; 7: 107-114
10. Nyholm D, Aquilonius SM: Levodopa infusion therapy in Parkinson disease: state of the art in 2004. *Clin Neuropharmacol* 2004; 27: 245-56
11. Lees AJ: L-dopa treatment and Parkinson's disease. *Q J Med* 1986; 59: 535-47
12. Wood LD: Clinical review and treatment of select adverse effects of dopamine receptor agonists in Parkinson's disease. *Drugs Aging*; 27: 295-310
13. Larsen JP, Dupont E, Tandberg E: Clinical diagnosis of Parkinson's disease. Proposal of diagnostic subgroups classified at different levels of confidence. *Acta Neurol Scand* 1994; 89: 242-51
14. An alternative medicine treatment for Parkinson's disease: results of a multicenter clinical trial. HP-200 in Parkinson's Disease Study Group. *J Altern Complement Med* 1995; 1: 249-55
15. Schmitz-Hubsch T, Pyfer D, Kielwein K, Fimmers R, Klockgether T, Wullner U: Qigong exercise for the symptoms of Parkinson's disease: a randomized, controlled pilot study. *Mov Disord* 2006; 21: 543-8