



從一個病例來探討中醫治療慢性硬腦膜下血腫之臨床療效

程維德

程維德中醫診所

摘要

從這個案例的治療過程中我歸納幾個重點：

1. 我用育生補陽還五湯、及育生五苓散（腎炎方）的合方加味來治療治療慢性硬腦膜下血腫是非常有效，且無副作用，更無後遺症。就這個疾病而言第一時間中醫就可以介入，而且效果也非常好。在此證明中醫能夠勝任危急重症的治療。
2. 慢性硬腦膜下血腫在西醫若未到大腦佔位效應出來時，通常是回家觀察，也無藥物處理。若之後有顱內壓升高的症狀時再緊急到醫院處理，當然最好能回到原醫院或醫學中心，因為可能需要緊急的手術治療。但這對於獨居老人，或兒女上班無人照顧的老人，或有失智症的老人是有相當的危險性。如果患者一開始就有中醫介入，臨床上應該不可能走到需要手術地步，故中醫處理此疾病是非常有效的。

關鍵詞：慢性硬腦膜下血腫、育生補陽還五湯、補陽還五湯、育生五苓散。

前言

慢性硬腦膜下血腫 (CHRONIC SUBDURAL HAEMATOMA, CSDH) 就是硬腦膜下與蛛網膜間的慢性出血造成，創傷是最可能的原因，主要發生在嬰兒與老人，但其他年齡層仍時有所聞，主要是意外的傷害。嬰兒主要是搖晃過度、拋接或掉落等傷害所造成。由於嬰兒血管較細微，故瞬間拋接的加速度與減速度剪力造成血管的損傷；搖晃通常都是無數次快速地搖晃，導致血管與神經軸突的破壞斷裂，形成無形的腦部出血及高顱內壓狀態；所以不一定會有頭部的直接碰撞。原因是腦部的表淺靜脈連結著腦部和硬腦膜，在搖晃或拋接或摔落的同時造成撕裂而引發硬腦膜下出血。老人是指年紀 60 歲以上的族群，大部分都是跌倒、或碰撞等創傷造成的。老年人因動作遲緩、或行動不便等原因，所以容易跌倒或碰撞，且輕微的外傷就可引起硬腦膜下出血。因為年紀愈大血管組織修護能力越差，腦部組織萎縮愈嚴重，加上慢性病如高血壓、糖尿病、高血脂，及服用一些抗凝血藥物



等等因素，更容易造成顱內橋靜脈或皮質小靜脈因為突然加速或減速的相對運動時，很容易就撕裂或斷裂而出血。加上老人顱內壓本來就較低，若是出血量小時不易止血，容易形成慢性硬腦膜下血腫。青少年到壯年也時常可以見到慢性硬腦膜下血腫，最主要原因是事故外傷造成的，工作上摔落或汽機車事故為這個年齡主要的原因。從衛生福利部所發布的105年死亡結果統計分析中^[1]，可以發現1~24歲事故傷害排第一名，25~44歲在第二名，1歲以下及45~64歲都排在第四名等，因此可以發現創傷是死亡主要的原因，這其中當然是以腦部創傷為主因。所以急性硬腦膜下出血，或慢性硬腦膜下血腫都是經常發生的，平時門診也要很小心，尤其是老年人。

一、症狀

硬腦膜下出血以前依受傷後出現出血的時間分成三種：七十二小時內為急性，三天後至三星期為亞急性，三星期以後為慢性硬腦膜下出血。但其臨床意義不大，所以現在只區分為二種：二週以內為急性，二週以上為慢性^[2]，本篇病例主要是第二種慢性硬腦膜下血腫，這種出血是延遲性的，症狀是多樣性的，時間長短不一，短的可能二、三週就發病，長的可能是三個月或半年。

慢性硬腦膜下血腫的臨床症狀主要表現為失智、意識狀態惡化、偶而會出現起伏，顱內壓升高的症狀及徵候，偶會出現局部神經學徵候，特別是肢體無力，可能是病灶對側或同側…等。這些症狀主要與血腫的位置、顱內壓的增高有密切的關係，如慢性顱內壓升高的神經功能障礙及精神症狀，多數病者有頭疼、頭暈，噁心或嘔吐，眼乳頭水腫、視野模糊、瞳孔對光線反應不敏感，心跳變慢，性格變化、健忘、嗜睡、無言或言語不清楚等意識狀態的改變。甚至有偏癱及共濟失調或步行困難的現象，偶有癲癇發作。所以慢性硬腦膜下血腫症狀非常多樣性，很容易造成醫者的誤判，如有的病人僅以失憶及行動遲緩來表現，很像老年失智症；有的以肢體單側逐漸乏力，很像是腦瘤的症狀；有的表現步履不穩、平衡差、頭暈、走路偏向一側，很像小腦或腦幹中風；有的人頭痛後就昏迷，很像急性腦中風。

二、診斷^[2]

- 1、硬腦膜下血腫最佳的診斷是做電腦斷層（CT）掃描檢查，即可迅速而正確的診斷。現在醫院在急診時遇到腦部創傷或中風患者在第一時間就會做的電腦斷層，這是保護患者也保護醫師。
- 2、若硬腦膜下出血量不大，已經出院後，經過數週甚至數月，患者才出現上述這



些神經精神症狀，或顱內壓升高的症狀時，第一時間 醫生或家屬就應該懷疑是慢性硬腦膜下血腫造成的。

3、必要時可再做靜脈顯影劑注射的電腦斷層 CT、或磁共振影 MRI 等。

三、鑑別診斷^[3]

- 1、大腦半球佔位病變：除血腫外其他尚有腦腫瘤、腦膿腫及肉芽腫等佔位病變，均易與慢性硬膜下血腫發生混淆。區別主要在於無頭部外傷史及較為明顯的局限性神經功能缺損體徵。確診亦需借助於 CT、MRI 或腦血管造影。
- 2、正常腦壓水腦症 NPH：與慢性硬膜下血腫相似，均有智力下降及或精神障礙等失智症狀。但是正常腦壓水腦症還會有步伐不穩，尿失禁的症狀等等，是此症的三大症狀。
- 3、腦萎縮：無顱內壓增高表現，且影像學檢查都有腦室擴大、腦池加寬及腦實質萎縮為其特徵。失智症狀會隨著腦萎縮的嚴重而愈來愈明顯。

四、相關危險因子^[2]

- 1、大腦萎縮：因為大腦萎縮內部空間變大，會造成顱內橋靜脈或皮質小靜脈因為加或減速相對運動時的位移量變大，更容易撕裂或斷裂而出血。
- 2、腦脊髓液 CSF 壓力偏低：CSF 壓力偏低時也會造成顱內壓偏低，當慢性硬腦膜下出血時會因為大腦內部的壓力偏低而無法自行止血，尤其是在老人。
- 3、酒精濫用：酗酒者會造成營養不良，尤其是維他命 B 群，甚至影響大腦的神經遞質，酒精造成的症狀又與慢性硬腦膜下血腫類似，加上如果在醉酒狀態更不容易判斷。
- 4、凝血異常：老人因為高血脂的慢性病、心血管支架或血管狹窄等因素，而長期的服用如阿斯匹靈 aspirin、華法林 warfarin，拜瑞妥 Rivaroxaban…等藥物，當硬腦膜下出血時便會因凝血因素造成出血量較大的問題。

五、治療^[2,3]

- 1、腦部創傷後急性硬腦膜下出血，顱內壓增高未到需要手術時，可先用內科治療，限水、注射甘露醇 mannitol 及利尿劑如來適泄 furosemide 等來降低顱內壓。
- 2、目前對慢性硬腦膜下血腫一旦出現顱內壓增高症狀，即應施行手術治療。首選的方法是鑽孔引流，在適當的位置鑽 1 孔或 2 孔來引流及清洗，療效確實預後



多較良好。

- 3、開顱清除術：適用於包膜較肥厚或已有鈣化的慢性硬膜下血腫，血腫已經鈣化很難用鑽孔引流乾淨，只好開顱取出血腫。

六、臨床病例

姓名：程××。男性，80歲0月，26年×月XX日生。

地址：新北市板橋區。

病歷號碼：0×××9

日期：105/12/17

過去病史：輕度失智約4年，糖尿病、高血壓、痛風約二十幾年，攝護腺腫大約十幾年，心臟肥大、冠狀動脈狹窄做過氣球擴張術，裝有支架2支，二年左右心衰竭住院三次，腦中風等。

73年：48歲時摔車頭部重創，長庚腦部創傷手術，復原後動作、講話及意識都正常，唯有思考反應較慢。

99年：開始健忘、短期記憶差的現象，複雜事情無法理解。

102年12月：開始有日夜顛倒、時間會錯亂的現象（逐漸有失智現象）。

104/10/01：第一次發生迷路。

103~104年：三次心臟衰竭林口長庚急診，一次比一次嚴重，第三次住心臟科加護病房，使用插管及呼吸機，歷經7天出院。每次心臟衰竭後都會讓大腦的失智症狀變嚴重。

105/05/14：腦栓塞（判斷是腔隙性腦梗死即小洞中風），中醫治療一個月後完全恢復中風前狀態。

現病史：白日嗜睡，有早晚不分的現象，個性變比較固執。右膝較無力不能走遠，認知不清改善，短期記憶力變差，思考緩慢。血壓128/70mmHg、Hr=76、體重77公斤，大便可一日2~3次，小便頻數改善、夜間改善較多。舌淡紅、胖大齒痕、微黃苔。

105/12/14：回診長庚醫院心臟科張其任醫師，服用 Bisoprolol (concor) 康肯 5mg/tab、1PC/QD（自停，因為舒張壓經常低於60mmHg），Losartan potassium (Cozaar) 可悅您 50mg/tab、0.5PC/QD（自停，因為舒張壓經常低於60mmHg），Rosuvastatin (Crestor) 冠脂妥 10mg/tab、1PC/QD（自停），Furosemide 通舒錠 40mg/tab、1.5PC/QD，Allopurinol 威寧疼錠 100mg/tab、1pc/QD，



Rivaroxaban 拜瑞妥 15mg/tab、1PC/QD，Metformin 克糖錠 500mg/tab、1PC/QD。在早飯後服（一共 4.5 粒藥物），共 3 個月份。

主 訴：本週血壓正常，心跳約在 75~90 次，呼吸已經不急促，走路也不喘促。但疲倦無力，胸腔積液改善許多（10/29 喝一罐舒跑後導致胸水又起）。

脈 象：左：虛。右：數。

治 則：益氣活血、通絡利濕。

病 名：心臟衰竭（I509）*。

副 病：老年性腦退化，他處未歸類者（G311）*。

處 方：北耆 21.0 錢、當歸 4.0 錢、赤芍 4.0 錢、川芎 4.0 錢、丹參 8.0 錢、天麻 4.0 錢、茯苓 10.0 錢、澤瀉 8.0 錢、銀杏葉 4.0 錢、肉桂 4.0 錢、附子（先煎）10.0 錢、乾薑 10.0 錢、黃柏 5.0 錢、大黃（另煎）8.0 錢、葶藶子（另包）8.0 錢、石膏 8.0 錢、防己 4.0 錢、檀香 3.0 錢、降真香 3.0 錢。4 包 7 天。三餐飯前睡前，予川七、人參、琥珀藥粉攪拌後服。

說 明：患者在 10/29 傍晚喝一罐大瓶易開罐舒跑（約 350cc）後，心跳馬上升高約在 130~150 次之間，血壓正常，呼吸急促而短，行走稍喘，呼吸不到空氣，疑似胸水（胸腔積液）又起導致心臟衰竭，當時給十棗湯及水藥後改善。這次藥物主要是治療患者的心臟衰竭、胸水及失智的問題。人參、川七、琥珀藥粉有時未與水藥同開是因為藥粉是用瓶裝，有時患者並未準時及定量的服用。

日期：105/12/31

主 訴：血壓心跳正常，心跳約在 75~90 次，今天血壓 132/76mmHg、Hr=82。疲倦無力改善。

現病史：白日仍嗜睡，本週無早晚不分的現象。但個性變比較固執，短期記憶變差的現象稍改善，本周無剛吃完飯後又要吃飯的現象。認知不清改善，短期記憶力變差，思考緩慢。右膝較無力不能走遠，體重 74 公斤，大便可一日 2~3 次，小便頻數改善。舌淡紅、胖大齒痕、微黃苔。西藥依舊如上述。

脈 象：左：虛。右：數。

治 則：益氣活血、通絡利濕。

病 名：心臟衰竭（I509）*。

副 病：老年性腦退化，他處未歸類者（G311）*。

處方 1：真武湯 7.0 克、乾薑 3.0 克、葶藶子 1.50 克、防己 1.0 克、黃柏 2.0 克、麻黃 0.5 克。3 包 14 天。三餐飯前。



處方 2：川七粉 9.0 克、人參粉 9.0 克、琥珀 2.0 克。4 包 10 天。三餐飯前睡前，予之前藥水攪拌後服。

日期：106/01/14

主 訴：本週血壓心跳正常，心跳約在 75~90 次，今天血壓 134/74mmHg、Hr=80。疲倦無力改善。

現病史：白日仍嗜睡，本週無早晚不分的現象。個性變比較固執，短期記憶變差的現象稍改善，本週無剛吃完飯後又要吃飯的現象。認知不清改善，短期記憶力變差，思考緩慢。右膝較無力不能走遠，體重 74 公斤，大便可一日 2~3 次，小便頻數改善。舌淡紅、胖大齒痕、微黃苔。西藥依舊如上述。

脈 象：左：虛。右：數。

治 則：益氣活血、通絡利濕。

病 名：心臟衰竭 (I509)*。

副 病：老年性腦退化，他處未歸類者 (G311)*。

處 方：真武湯 7.0 克、乾薑 2.50 克、葶藶子 1.0 克、防己 1.0 克、黃柏 2.0 克、麻黃 0.50 克、天麻 1.0 克。3 包 21 天。三餐飯前睡前。

日期：106/01/15

主 訴：1/14 摔倒頭部外傷，亞東急診縫合傷口，前方左側有硬腦膜下出血。

現病史：1/14 下午散步正面摔倒，路人打的電話，消防隊將他送亞東醫院急診，額頭傷口 3.5cm*0.5cm 約縫 8 針，左門牙 2 顆一顆偏移，一顆牙根翻出 90 度，牙醫推回固定，連上唇約縫 5~7 針，電腦斷層 CT 顯示前方左側的少量硬膜下血腫，量不多但可住院觀察（住院三天後出院），神經學檢查及肌力都正常，血壓血糖稍偏高，不知如何摔倒，沒有當時受傷的記憶，受傷後也搞不清楚狀況。大便可一日 2~3 次、小便頻數改善。舌淡紅、胖大齒痕、微黃苔。

脈 象：左：虛。右：數

治 則：益氣活血、通絡利濕。

病 名：心臟衰竭 (I509)*。

副 病：老年性腦退化，他處未歸類者 (G311)*。

處 方：北耆 15.0 錢、當歸 4.0 錢、赤芍 4.0 錢、川芎 4.0 錢、丹參 5.0 錢、銀杏葉 4.0 錢、天麻 5.0 錢、蒼朮（炒）4.0 錢、茯苓 10.0 錢、澤瀉 10.0 錢、肉桂 4.0 錢、附子（先煎）8.0 錢、乾薑 8.0 錢、黃芩 8.0 錢、黃柏 6.0 錢、大黃（另煎）8.0 錢、骨碎補 8.0 錢、葶藶子（另包）8.0 錢、防己 4.0



錢、芒硝（沖服）3.0 錢。4 包 7 天。三餐飯前睡前。予川七、人參、琥珀藥粉攪拌後服。

說明：1/14 是週六，當天下午要回家約 5 點時突然接到家中兒子來電說：「警察上門通知阿公摔倒在亞東醫院急診，意識不清楚，警察是根據皮夾找上門通知的。」隨後我趕到亞東醫院急診時看到他滿臉血跡，醫生已經做止血處理，回答後等待進一步的醫療，父親搞不清楚是如何受傷，有無被推撞，可能是驚嚇過度，突然失智症狀便嚴重，回答大部分是答非所問。7 點左右照完電腦斷層 CT，8 點到牙科口腔內縫合，上門牙推回固定兩顆推回並用鋼絲固定（一個左中央門齒翻轉 90 度，牙根在外，醫生雖然推回去卻說這一顆牙應該是保不住；另一顆左外側門齒偏移應該是可以保住。）晚上 10 點急診醫師做過外傷縫合後說：「有慢性硬腦膜下出血（見下圖 1/14 的電腦斷層 CT 影像），建議住院觀察。因為他有吃抗凝血藥物，及年紀比較大，並問我們意願。」我與父親商量後決定讓他住院，至少在照顧上比較單純。隨後趕回診所開了處方第二天一早煎藥。住院三天醫師處方原來每天吃的西藥減去 Rivaroxaban 拜瑞妥，加入抗生素，止痛藥等，中藥我們私下給，原來中藥水藥及參七粉當晚睡前及第二天早上仍續服，中午改服新煎的水藥及參七粉。

思考：原本方藥是以育生補陽還五湯、育生五苓散（腎炎方）的合方為主^[4,5]，補氣補血補陽、利濕化痰通絡、活血化瘀通便為主。發生硬腦膜下出血後其治療思維依然不變，故新方尚未煎煮完成舊方仍可先暫用。新的方劑主要是降低黃耆補氣的劑量，及減少乾附補陽的劑量以減少再出血憂慮。增加蒼朮、茯苓、澤瀉等補脾燥濕、淡滲利濕等藥物的劑量，以促進出血的再吸收，預防顱內壓的升高。方中去石膏加大劑量的黃芩、黃柏，大劑量的苦寒藥物清熱消炎，防止傷口發炎或感染，並可燥濕利尿。加入芒硝配合大黃以通腑軟堅瀉熱，預防顱內壓升高。加入骨碎補補腎以固齒，希望能將二顆門齒能保住。大劑量蒼朮、茯苓、澤瀉、葶藶子、防己利水清熱、健脾燥濕，讓血腫回滲，預防顱內壓升高；葶藶子及防己是原來用來治療慢性胸腔積液及心包腔積液。川七、人參、當歸、川芎、丹參、赤芍、銀杏葉等活血止血、化瘀通絡，讓腦細胞及微血管修護及回滲離經之血。而當歸、赤芍、川芎、黃耆、丹參、銀杏葉是修正後的補陽還五湯，即育生補陽還五湯，本來就是用來治療中風及其後遺症，修正補陽還五湯加強活血化瘀、止血通絡的功用，減低黃耆劑量以適合中高年齡的患者，避免大劑量久服黃耆造成患者瀰漫性血管內凝血 DIC 問題而出血不止。



日期：106/01/23

主訴：1/14 摔傷前方左側有硬腦膜下出血，短期記憶因本次意外後有更差的現象。

現病史：亞東住院 2 天後出院，今天神外及口腔外科拆線，恢復良好。早晚各散步一次，右膝較無力不能走遠，心跳約在 75~90。白日仍嗜睡，本週無早晚不分的現象，個性變比較固執，認知不清改善，思考緩慢。血壓 136/76mmHg、Hr=82、體重 76 公斤，大便可一日 2~3 次，小便頻數改善。舌淡紅、胖大齒痕、微黃苔。

脈象：左：虛。右：數

治則：益氣活血、通絡利濕。

病名：心臟衰竭 (I509)*。

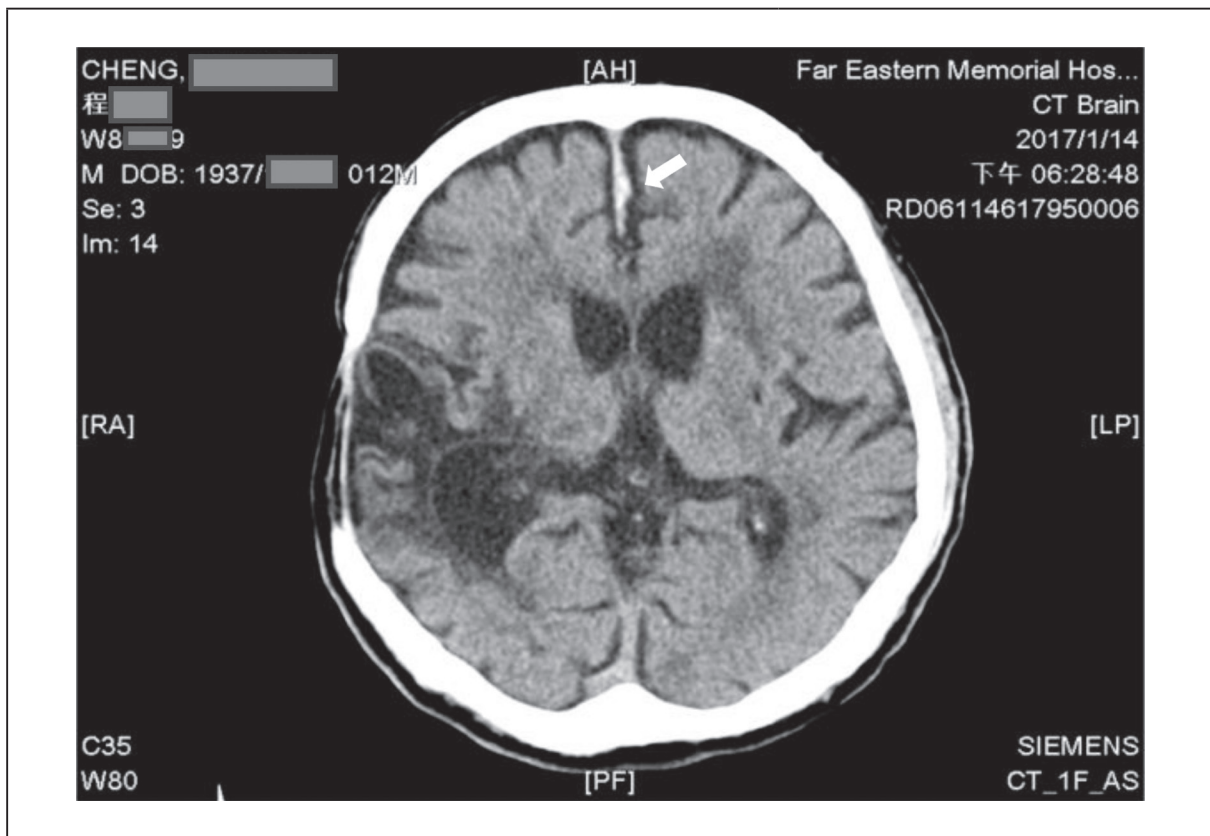
副病：創傷性硬腦膜下出血，未伴有意識喪失之後續照護 (S065X0D)。

處方 1：北耆 20.0 錢、當歸 4.0 錢、赤芍 4.0 錢、川芎 4.0 錢、丹參 6.0 錢、銀杏葉 6.0 錢、天麻 6.0 錢、蒼朮 (炒) 4.0 錢、茯苓 8.0 錢、澤瀉 8.0 錢、肉桂 4.0 錢、附子 (先煎) 8.0 錢、乾薑 8.0 錢、黃芩 8.0 錢、大黃 (另煎) 8.0 錢、骨碎補 8.0 錢、葶藶子 (另包) 8.0 錢、防己 4.0 錢、芒硝 (沖服) 3.0 錢、麻黃 1.0 錢。4 包 7 天。三餐飯前睡前。

處方 2：川七粉 9.0 克、人參粉 9.0 克、琥珀 2.0 克。4 包 10 天。三餐飯前睡前，予之前藥水攪拌後服。

說明：北耆 15 錢加到 20 錢，銀杏葉 4 錢加到 6 錢，天麻 5 錢加到 6 錢，丹參 5 錢加到 6 錢。蒼朮 4 錢減至 3 錢，茯苓澤瀉皆從 10 錢減為 8 錢，黃柏 6 錢減至 4 錢，黃芩 8 錢減至 4 錢。加入石膏、麻黃。

思考：急性期已過了，苦寒清熱藥物減輕；利水藥物稍減輕。慢慢轉為原來治療慢性心臟衰竭及失智的藥物。



亞東紀念醫院
電腦斷層掃描報告

已驗章
#-RD06114617950006

院所代號	1131010011	病歷號碼	W8 [redacted]	檢查單號	RD06114617950006
病患姓名	[redacted]	身份證號	P10 [redacted]	醫囑醫師	蔡志銘
性別	M	年齡	79	報告日期	2017-01-16 12:20:00
病人來源	急診	床號		就診日期	2017-01-14 17:32:00
報告醫師	賴威任	放射師	洪思穎	開單科別	一般外科

Exam description 檢查名稱:
CT without contrast *Expto*

檢查日期:
2017-01-14

Findings 檢查發現:
Noncontrast CT of brain revealed:
> S/p right frontotemporal craniectomy.
> Small amount of subdural hematoma at left aspect of anterior falx should be considered.
> Subcutaneous hematoma at right frontal region.
> Old insult with encephalomalacia at right temporo-parietal lobe.
> Small low density lesion at left basal ganglion and external capsule, lacunar infarction was suggested.
> Low attenuation of periventricular white matter, small vessel subcortical arteriosclerotic encephalopathy was suggested.
> Calcified plaque along cavernous and supraclinoid segments of the bilateral internal carotid arteries, and along intracranial portion of vertebral arteries.
> Generalized enlargement of cortical sulci and ventricles, compatible with brain atrophy.
> No obvious midline shifting.
> No skull fracture is seen.
> No remarkable findings of brain stem and sellar region.
> No remarkable finding of bilateral orbits.
> No remarkable finding of mastoid antrum, and visible paranasal sinuses.

Impression 影像臆斷:
> Small amount of subdural hematoma at left aspect of anterior falx should be considered.
> Old insult with encephalomalacia at right temporo-parietal lobe.
> Lacunar infarctions, Subcortical arteriosclerotic encephalopathy.

文件記錄時間: 2017-01-14 18:48:00
文件修改時間: 2017-01-16 12:20:00

2017-01-14 17:32
Impression 影像臆斷：
Small amount of subdural hematoma at left aspect of anterior falx should be considered. 應考慮在前方左側的少量硬腦膜下血腫。(白箭頭所指)
old insult with encephalomalacia at right temporo-parietal lobe. 舊傷與右顳頂葉腦軟化。
Lacunar infarctions (LACI). 腔隙性梗死。
Subcortical arteriosclerotic encephalopathy (SAE). 皮質下動脈硬化性腦病。
2017-01-14 18:48:00



日期：106/02/10

主訴：1/14 摔傷前方左側有硬腦膜下出血，短期記憶因本次意外後有更差的現象。

現病史：今日亞東回診，神經外科安排下週照 CT，口腔外科安排二週後拆固定金屬片，牙床稍有膿泡，囑咐清潔及刷牙。短期記憶有更差的現象，認知不清改善。早晚各散步一次，心跳約在 75~90。白日仍嗜睡，本周無早晚不分的現象。個性變比較固執，思考緩慢。右膝較無力不能走遠，血壓 136/76mmHg、Hr=82，體重 76.5 公斤。大便可一日 2-3 次，小便頻數改善。舌淡紅、胖大齒痕、微黃苔。

脈象：左：虛。右：數。

治則：益氣活血、通絡利濕。

病名：心臟衰竭 (I509)*。

副病：創傷性硬腦膜下出血，未伴有意識喪失之後續照護 (S065X0D)。

處方 1：北耆 20.0 錢、當歸 4.0 錢、赤芍 4.0 錢、銀杏葉 4.0 錢、川芎 4.0 錢、天麻 6.0 錢、蒼朮 (炒) 3.0 錢、丹參 8.0 錢、茯苓 8.0 錢、澤瀉 8.0 錢、附子 (先煎) 10.0 錢、乾薑 8.0 錢、大黃 (另煎) 8.0 錢、骨碎補 8.0 錢、葶藶子 (另包) 8.0 錢、石膏 6.0 錢、黃芩 4.0 錢、黃柏 4.0 錢、防己 3.0 錢、麻黃 2.0 錢。4 包 7 天。三餐飯前睡前。

處方 2：川七粉 9.0 克、人蔘粉 9.0 克、琥珀 2.0 克。4 包 10 天。三餐飯前睡前，予之前藥水攪拌後服。

日期：106/02/11

主訴：1/14 摔傷前方左側有硬腦膜下出血，短期記憶因本次意外後有更差的現象。

現病史：短期記憶有更差的現象，認知不清改善。早晚各散步一次，心跳約在 75~90。白日仍嗜睡，本週無早晚不分的現象。個性變比較固執，思考緩慢。右膝較無力不能走遠，血壓 136/76mmHg、Hr=82，體重 76.5 公斤，大便可一日 2~3 次，小便頻數改善。舌淡紅、胖大齒痕、微黃苔。

脈象：左：虛。右：數。

治則：益氣活血、通絡利濕。

病名：心臟衰竭 (I509)*。

副病：創傷性硬腦膜下出血，未伴有意識喪失之後續照護 (S065X0D)。

處方：真武湯 6.0 克、乳香 2.0 克、沒藥 2.0 克、黃柏 2.0 克、乾薑 1.0 克、葶藶子 1.0 克、防己 1.0 克、麻黃 0.50 克。3 包 14 天。三餐飯前睡前。



日期：106/02/25

主 訴：2/17 回診亞東神外硬腦膜下出血已完全吸收，昨天 2/24 亞東口腔外科拆固定金屬片，短期記憶因本次意外後有更差的現象。

現病史：此次腦部創傷後有短期記憶有更差的現象，週五上課後請教三總神經外科湯主任，主任看過 CT 後認為右大腦稍有水腦現象，腦迴溝明顯，顯示大腦退化的嚴重。短期記憶有更差的現象，認知不清改善。個性變比較固執，思考緩慢，白日仍嗜睡，本週無早晚不分的現象。早晚各散步一次，血壓正常，心跳約在 75~90。右膝較無力不能走遠，體重 77 公斤。大便可一日 2~3 次，小便頻數改善。舌淡紅、胖大齒痕、微黃苔。

脈 象：左：虛。右：數

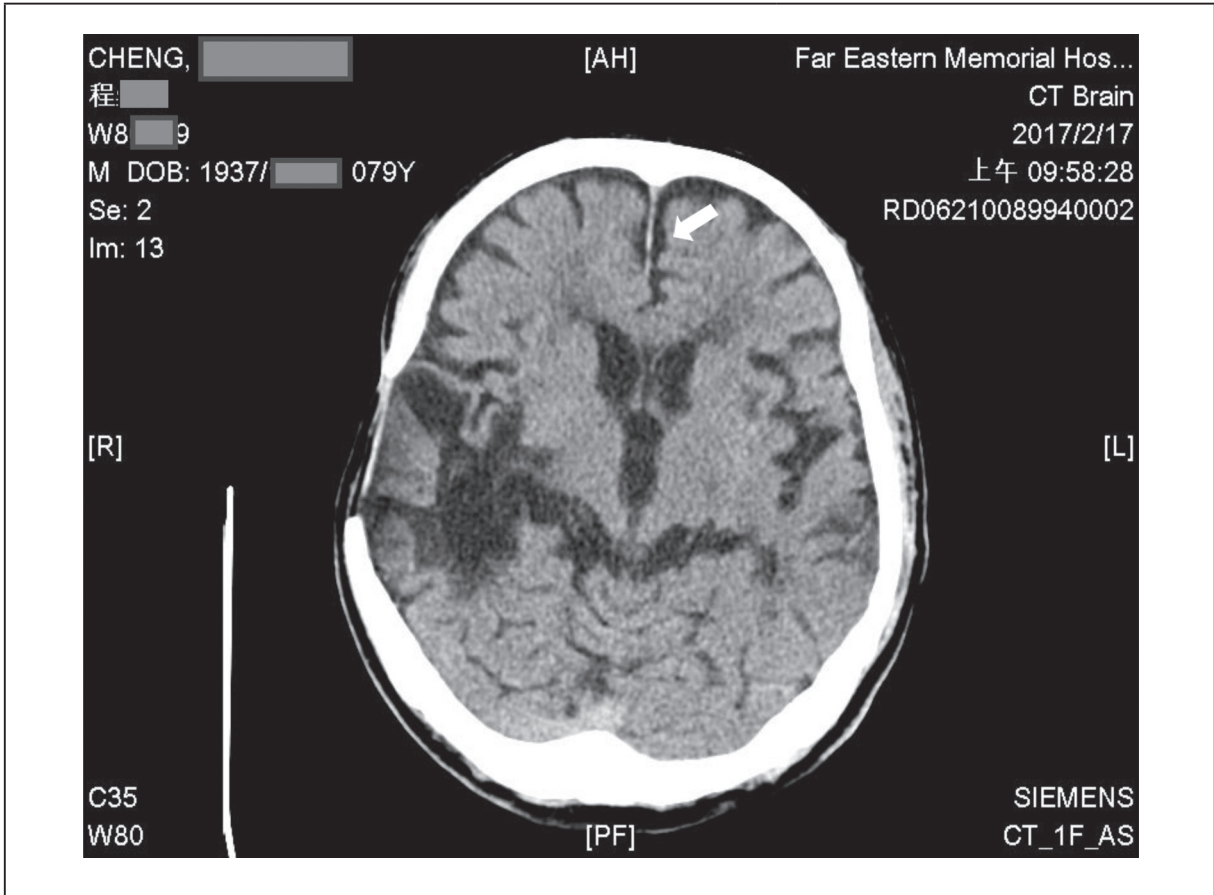
治 則：益氣活血、通絡利濕。

病 名：心臟衰竭 (I509)*。

副 病：神經系統退化疾病 (G319)*。

處方 1：真武湯 7.0 克、黃柏 2.0 克、乾薑 1.0 克、葶藶子 1.0 克、防己 1.0 克、延胡索 1.0 克、麻黃 1.0 克。2 包 14 天。早晚飯前服。

處方 2：川七粉 9.0 克、人參粉 9.0 克、琥珀 2.0 克。4 包 10 天。三餐飯前睡前，予之前藥水攪拌後服。



亞東紀念醫院
電腦斷層掃描報告

已發章

序: RD06210089940002

院所代號	1131010011	病歷號碼	W8 [REDACTED]	檢查單號	RD06210089940002
病患姓名	程 [REDACTED]	身份證號	P101 [REDACTED]	醫囑醫師	林哲光
性別	M	年齡	79	報告日期	2017-03-12 22:07:00
病人來源	門診	床號		就診日期	2017-02-10 12:04:00
報告醫師	賴彥君	放射師	曾健禎	開單科別	神經外科

Exam description 檢查名稱:
CT Brain

檢查日期:
2017-02-17

Findings 檢查發現:
CT of the brain without intravenous administration of contrast medium was performed and revealed:
 * Post craniectomy of the right temporal and parietal regions.
 * Brain tissue loss with encephalomalacia in the right temporal and parietal lobes.
 * Multiple small hypodense foci in the bilateral basal ganglia.
 * Hypodense areas are noted in the periventricular white matter of bilateral cerebral hemispheres, in favor of small vessel arteriosclerotic brain change.
 * Ventricular dilatation and widening of cortical sulci & both Sylvian fissures are noted, in favor of atrophic change of brain parenchyma.
 * No CT evidence of intracranial hemorrhage or midline shifting is noted in this study.

影像報告
Impression 影像臆斷:
No evidence of intracranial hemorrhage or midline shifting is noted. For more informations, please see the descriptions above.

文件記錄時間: 2017-03-12 22:07:00 文件修改時間: 2017-03-12 22:07:00

2017-02-10 12:04

Impression 影像臆斷：
 No evidence of intracranial hemorrhage or midline shifting is noted. (原白箭頭所指) 證據指出沒有顱內出血或中線移位。
 For more informations, please see the descriptions above.
 有關詳細信息，請參閱上述說明。



日期：106/02/27

主訴：短期記憶差、認知不清、大腦退化的嚴重。

現病史：此次腦部創傷後有短期記憶有更差的現象，認知不清改善。個性變比較固執，思考緩慢，白日仍嗜睡，本週無早晚不分的現象。早晚各散步一次，血壓正常，心跳約在 75~90。右膝較無力不能走遠，體重 78 公斤。大便可一日 2~3 次，小便頻數改善。舌淡紅、胖大齒痕、微黃苔。

脈象：左：虛。右：數。

治則：益氣活血、通絡利濕。

病名：心臟衰竭 (I509)*。

副病：神經系統退化疾病 (G319)*。

處方：北耆 20.0 錢、當歸 4.0 錢、赤芍 4.0 錢、銀杏葉 4.0 錢、川芎 4.0 錢、天麻 6.0 錢、蒼朮 (炒) 3.0 錢、丹參 10.0 錢、茯苓 8.0 錢、澤瀉 8.0 錢、附子 (先煎) 10.0 錢、乾薑 8.0 錢、大黃 (另煎) 9.0 錢、骨碎補 8.0 錢、葶藶子 (另包) 8.0 錢、石膏 6.0 錢、黃柏 4.0 錢、防己 3.0 錢、麻黃 3.0 錢。4 包 7 天。三餐飯前睡前服。

說明：其實 2/10 之後的藥物幾乎都恢復以治療慢性心臟衰竭及失智為主。1/14 的影像臆斷中 Lacunar infarctions (LACI) 腔隙性梗死 (小洞中風) 應該是 105/5/14 腦栓塞的舊跡，這是我自己的臆測。

七、治療思維與討論

慢性硬腦膜下血腫常常被忽略，其原因可能是症狀多樣性、發作時間不一，及腦部受傷當時外部創傷的嚴重程度等有關。如果外部創傷不嚴重，或僅僅是日常生活中頭部不小心碰到了門窗、跌倒撞到頭部、或緊急煞車、或車禍的「甩鞭效應」，這時縱然送到急診也可能將輕傷處治療包紮，連腦部電腦斷層 CT 都不一定會做，當然這也不能怪急診醫師，因為醫師做了費用可能會被核刪掉。但也可能患者覺得無大礙，建議去醫院做電腦斷層 CT 檢查都會覺得多此一舉；當然也可能到醫院休息後覺得無礙就自行離去。其次是慢性硬腦膜下血腫發生顱內壓升高的時間不一，可能在數週後，也可能是 3 個月或半年後，有時連傷者都忘記了。因此如果腦部外傷不嚴重，經常會被患者所輕忽，這種情形在老人是最嚴重的，尤其是有失智的老人有時很難問出何時受傷，因為短期記憶差是失智症初期的主要表現之一。另外慢性硬腦膜下血腫在顱內壓升高的症狀是多樣性的，尤其是老人或是兼有失智的老人。若是嬰兒是因為無法正確表達出自身的感受，所以需要父母或照顧人的細心發現。而老人若兼有失智，自己可能無法完整表達，或自己



也忘記、或者家人可能會習以為常而忽略掉，因為慢性硬腦膜下血腫腦壓升高時也可能是性格改變，或靜默不語或健忘等等症狀，和失智的症狀重疊，因此很容易混淆不清，而喪失了第一時間去就醫，尤其是獨居老人就更危險了。有的老人因為失智的關係，發生碰撞卻無法正確的描述，有了慢性硬腦膜下血腫卻不知其危險性。有的老人表現一側肢體漸漸無力，很像長腦瘤的症狀。有的老人是表現步履不穩、頭暈失衡，很像小腦或腦幹中風；有的老人頭痛後昏迷，症狀卻很像急性腦出血；有的老人僅以失憶，行動遲緩表現，很像老人原來的退化。有的老人卻是只有頭痛，越來越痛，被當作是偏頭痛醫。有些老人表現煩躁不安、易怒失眠，很像是神經衰弱或精神疾病等等。

患者是筆者的父親，整個醫療過程有全程參與，因此我能清楚的交代整個過程，患者本身有糖尿病、高血脂、高血壓、失智、慢性心臟衰竭（2.5個月前發作一次）、7個月前發生過腦梗塞（1/14的電腦斷層上的影像臆測上有腔隙性梗死的發現），加上心血管裝有支架，所以平時有服用西藥的抗凝血劑，因此患者情況比較複雜。患者在103年初發生慢性心臟衰竭後開始服用中藥飲片至今，平常我用育生補陽還五湯、育生五苓散（腎炎方）的合方加味來治療，以前文章有闡述過^[5]，病情尚稱穩定且慢慢有所進步，因此自己一手撐著拐杖，另一隻手撐著雨傘有當拐杖，自己到處走，走的速度也不慢，又不喜歡有人陪伴。當天自己一個人自行到外頭小攤販吃點心，所以沒有家人陪伴，摔倒時是正面門齒及額頭碰撞，我們曾懷疑是被碰撞後重心不穩摔倒的，否則撐著兩根拐杖又怎麼會是正面碰撞呢？摔倒地方也無監視器，救護車是路人叫的，警察確定他的身分後通知家人，查問他自己也搞不清楚，就當作是一個失智摔倒的老人罷。

1月14日下午摔倒後被救護車送到亞東醫院急診處，當天確診有硬腦膜下出血，即轉至神經內科的普通病房，醫生有用電腦斷層CT跟我解釋硬腦膜下稍有出血，約在左額葉的縱裂上，因為有服用抗凝血劑所以我們決定住院觀察。當天早上及中午都有吃水藥及藥粉，晚上沒吃，睡前我仍請家人帶二包藥水及藥粉來，睡前及明天早上仍服用，隨即我趕回診所將父親的水藥稍作修改，隨即返家已經是凌晨1點，交代家人早上回診所煮藥，中午送到醫院來，中午之後就用新煮的藥水。新煎的藥與舊的大同小異，只是減少北耆補氣藥的量及乾薑、附子補陽藥的劑量；加入蒼朮以加強燥濕健脾；加大澤瀉量增強其利濕之力；減去理氣活血的降真香及檀香及甘寒的石膏。至於人參、川七的量依舊。三天後無異狀就出院。一個月後回診電腦斷層CT的影像也證明出血地方都已經完全回滲了。其實我在患者7天水藥吃完後的1月23日水藥部分就幾乎恢復之前的用藥劑量了，簡單的說就是急性期已過。也許有些人會問我住院有必要嗎？其實只是為了好照顧而已，其時中醫在此時就可以照顧得很好。只是因為一個輕度失智的老人受傷及驚嚇時會讓他的失智變嚴重，住院可以不讓他到處亂跑而親屬容易照顧而已。



《難經·四十七難》也指出〔6〕：「人面獨能耐寒者，何也？然：人頭者，諸陽之會也，諸陰脈皆至頸胸中而還，獨諸陽脈皆上至於頭耳，故令面耐寒也」。故言：「頭為諸陽之會，腦為髓海。」因此頭部不管是大腦或小腦或腦幹發生器質上的問題，如出血、或栓塞、或血管瘤破裂、或腦部創傷等等，當急性期已過時，不管患者之前身體多麼強壯，臨床上機體一定會轉為陽虛或氣虛，然後氣不生血又會導致血虛。又因為腦器質性損傷一定會有血瘀，伴隨著可能有氣滯、痰飲及水濕，故腦部疾病多見「陽虛血瘀兼有濕」，所以清朝大醫王清任創立補陽還五湯，專門治療腦中風或腦部其他問題造成的偏癱或癱瘓，湯名之意義顯而明之，大補機體一半的陽氣，還五成的陽氣給自身。自大醫發明之後，此方一直是治療大腦內部器質性損傷的基本方劑之一，並確立「陽虛血瘀」是大腦病變的基礎辨證。我喜用此方是經李政育醫師調整的補陽還五湯，為區別原方稱為「育生補陽還五湯」，方中調整黃耆劑量從四兩降低為二兩，以適合現在高齡化的社會，古人所謂「人生七十古來稀」，現在由於營養充足、醫療進步，國民平均壽命早已超過七十，女性已經到達八十二歲之高齡〔1〕，其實超過九十的高齡在診間也不少見。所以減黃耆之半主要是針對高齡的族群，久用恐有出血之慮，若是三、五十歲的青壯年族群不妨大膽用之。方中也加強活血藥物的劑量，從一錢調整到四錢，並加入銀杏葉已加強其微血管循環之通暢。

方中合李醫師的「育生五苓散（腎炎方）」，主要是因為患者過去心衰竭時有下肢水腫、胸腔積液及心包腔積液時所應用，病情較急時我會先用十棗湯（以前在NYHA分類III（中度）時會使用；現在約在NYHA分類II（輕度）時就會預先使用）〔7〕；病情較緩和時或十棗湯使用後我便會用此方。李醫師將原方五苓散用玉桂代替桂枝，白朮改蒼朮以加強其燥濕的功能；並加上補陽氣的乾薑、附子，並用黃柏來防止乾、附、桂的燥熱；用當歸補血湯中的當歸、黃耆來補氣生血。故此方又稱為「腎炎方」，是專門治療慢性腎炎不可多得的方劑。方中並加入麻黃、葶藶子、防己主要是因為心衰竭時心肺鬱血、肺水腫、胸腔及心包膜的積液，加強上焦心肺的利濕、滲濕之作用。加入不可缺的大黃以通便利膈、降腦壓。方中人參、附子是參附湯，黃耆、肉桂、赤芍、乾薑是黃耆五物湯的變方，兩方都是治療急性腦缺氧、腦梗塞的預防及治療腦梗塞有效的方劑，此參考李醫師的文章〔8〕。

合方之中還加入了川七、大黃、芒硝，川七是活血止血不可多得的良藥，未加入水煮藥中而與人參沖服，是因為這樣的臨床效果比較好。而大黃、芒硝是因為患者便秘，便秘在腦病的患者是很常見到的，而且大劑量的補氣、補陽及利水燥濕之藥物，也會導致患者的便秘，故臨床上我會先用大黃，大黃不但可以促進大腸蠕動，並可降低腹腔壓力，腹腔壓力一降胸腔的壓力及顱內壓也比較不容易



升高，當大黃加到五錢或八錢以上時還不大便時就可加入芒硝來幫助大黃瀉下之力。

我們常用「防病如防賊」這一句話來形容照顧老人家，當老人家狀況變好時反而是照顧者最容易有疏漏，所以狀況可能就會發生，有時還真的是防不勝防，此次的硬腦膜下出血與之前中風、心衰竭都有同樣的感嘆。其時中醫在此症慢性硬腦膜下出血不論是急性或慢性中醫都可以介入，尤其在慢性硬腦膜下血腫中醫介入可以預防形成高顱內壓的進程，並可以順利將血腫吸收消融歸於無形，而無再發作之慮。

因此中醫到了現代更需要進化，不但方劑要因應現代人的飲食習慣、環境變遷、氣候冷熱、經緯度高低、區域高度不同及宗教信仰等修改調整。更要將經典模糊的地帶輔以現代醫學的微觀，如生理學、病理學、影像、血檢等來弄清楚古人模糊的地帶，把「不知其所以然」的區域搞清楚，之後再回到中醫的辨證論治，這樣便能在複雜多變的疾病中迎刃而解。從《黃帝內經》及《傷寒論》中可了解古人最先使用是「辨病」論治，《傷寒論》中先將六經病的脈證明確區分，《金匱》更是如此，之後才在條文中在闡明「辨證」論治的八綱手段，最後才在方中加減使用了「辨症」論治的精神。因此在急症出現時第一時間就要辨病之所在，急者治其標故此時手段、方法不分中西，用放血、針灸、中藥、鹽糖等，或患者有隨身急用西藥都可以先用，「留人治病」是此時最大的原則。醫學本來就不分中西，好的東西拿來用就是你自己的醫學，中醫在以前本就是匯集各方醫學而成，不論是西方醫學、南方或北方，在中原融合之後就是現在看到的中醫，發展過程還是不斷的在融合。因此可以看到清末名醫張錫純就是最好的例子，他著作的《衷中參西錄》中有許多中西藥合用的方劑，如著名的阿斯匹林配合石膏湯使用等。因此實驗診斷中的血檢、影像、核醫檢查都可以用來彌補中醫診斷辨證之不足，這時的血檢、影像及核醫檢查就是中醫診斷辨證的工具之一，也是中醫望診的擴大，理想的狀態應該是「藥有中西之分，醫無中西之界」，只是醫師用的醫學語言不同而已。但更理想的境界應該是連藥都無分中西，你用中醫辨證思考時西藥亦中藥，若你用西醫模式時中藥亦西藥，因此最大的關鍵是您的態度。所以中醫不但可以治療慢性疾病，更可以治療急症、危急重症，只是我們中醫師都比較習慣門診的慢步調。此時應該鼓勵中醫師儘量往大病、重病及危急重症治療的方向前進，一定要有中西結合的思考，否則您如何與醫院的西醫師溝通。實驗診斷及影像一定要了解，西藥作用及副作用也要有一定程度知曉，這樣面對這些疾病才能得心應手，用一句李醫師常講的話與中醫師共勉勵——不參與危急重症的醫師不是夠格的醫師。



八、結論

從這個案例的治療過程中我歸納幾個重點：

1. 我用育生補陽還五湯及育生五苓散（腎炎方）的合方加味，來治療治療慢性硬腦膜下血腫是非常有效，且無副作用，更無後遺症。就這個疾病而言第一時間中醫就可以介入，而且效果也非常好。在此證明中醫能夠勝任危急重症的治療。
2. 慢性硬腦膜下血腫在西醫若未到大腦佔位效應出來時，通常是回家觀察，也無藥物處理。若之後有顱內壓升高的症狀時再緊急到醫院處理，當然最好能回到原醫院或醫學中心，因為可能需要緊急的手術治療。但這對於獨居老人，或兒女上班無人照顧的老人，或有失智症的老人是有相當的危想性。如果患者一開始就有中醫介入，臨床上應該不可能走到需要手術地步，故中醫處理此疾病是非常有效的。
3. 中醫師應該把現代醫學許多好的東西納進來，除了熟讀中醫的經典外，也要了解西醫的生理學、病理學、解剖學、藥物學，還有血檢、影像包含核醫的影像也應該納入中醫的辨證及療效評估。另外也應該納入西醫常用格拉斯哥昏迷指數 Glasgow Coma Scale, GCS（包括眼睛張開狀況、語言及運動反應）及瞳孔大小、對光反應、四肢反應及生命體徵等〔2〕，這些急診診斷用神經學狀態臨床評估的神經學觀測專用表。這樣中西醫才能有確實的溝通平台，才能中西結合治療，中醫繼續進化才能在主流醫學中仍屹立不搖。

九、參考方劑〔4〕

- 1、育生補陽還五湯：當歸 4、赤芍 4、川芎 4、北耆 20、丹參 4、銀杏葉 4。
- 2、育生五苓散（腎炎方）：茯苓 5、豬苓 5、澤瀉 5、蒼朮 5、玉桂 5、乾薑 3、附子 3、黃柏 3、當歸 2、北耆 10。
- 3、參附湯：人參 4、附子 3。
- 4、黃耆五物湯：黃耆 10、桂枝 5、白芍 5、生薑 5、大棗 5。

謝誌

這個病例治療過程非常順利，預後也很好。自己進入中西結合神經醫學會已經數年，不間斷地接受課程洗禮，感謝李老師、廖老師與諸位中西醫老師的盡心教導，在此誠摯謹致上最高的敬意。我們中西結合醫學會的課程是值得中醫師認真參與研習的。課程如下：

- i. 三總 405 教室課程：每週五課程，以李政育老師為主的中西結合課程，及三總神經科醫師及核醫的廖老師為輔的課程。讓我在中西醫結合這一塊領



域受益良多。

- ii. 善導寺課程：週日下午課程，現在以張成富老師是神經外科的權威，負責在善導寺的課程，教導圖解神經醫學及神經外科學大部分的課程，深入淺出豐富講解讓我們真正深入去探討最難懂的神經學及其疾病機轉。
- iii. 新領域：這是新的週日晚上課程，主要在中西醫的臨床應用，主要有學識豐富的西醫老師，及中西結合多年中醫師的臨床經驗。
- iv. 育生中醫診所：每週四中午，李老師親自回答學生臨床的問題。

參考文獻

- [1]. 105 年死因統計結果分析，行政院衛生福利部統計處 . <https://www.mohw.gov.tw/sp-GS-1.html?Query=%E5%8D%81%E5%A4%A7%E6%AD%BB%E5%9B%A0>
- [2]. Kenneth W.Lindsay · Ian Bone 合著，曾峰毅譯，圖解神經醫學及神經外科學，合計圖書出版社，2008 年：29-31, 216-238.
- [3]. 出自 A+ 醫學百科「硬腦膜下血腫」條目 <http://cht.a-hospital.com/w/%E7%A1%AC%E8%84%91%E8%86%9C%E4%B8%8B%E8%A1%80%E8%82%BF>
- [4]. 李政育著，古丹譯，中醫腦神經治療學，啓業書局，2001 年：54-59,121-138.
- [5]. 程維德著，中醫治療急性腦梗塞案例之臨床療效，中國鍼灸學雜誌第四卷 · 第一期，2016 年：76-92.
- [6]. 秦越人著，黃三元編，難經本義新編新義，八德教育文化版社，1995 年：124-125.
- [7]. Corey Foster, Neville F., Mistry, Parvin F. Peddi, Shivak Sharma 著，鍾一瑋等等翻譯，華盛頓內科學手冊，合計出版社，2012 年：155-158.
- [8]. 李政育，甘宜弘，張成富，林欣榮，邱文達著，中藥對腦缺氧預防與治療效果，台灣醫學，Formosan J Med 2003;7:836-844.

通訊作者：程維德

聯絡地址：新北市板橋區實踐路 117 號

聯絡電話：02-29598113

E-mail：chengweide@kimo.com

受理日期：106 年 11 月 4 日；接受日期：106 年 12 月 10 日



From a case to explore the clinical efficacy of traditional Chinese medicine treatment of chronic subdural hematoma cases

Cheng Wei-De

Cheng Wei-De Chinese Medical Clinic

Abstract

From the treatment of this case I summarized a few key points:

1. I use the YuSheng Buyanghuanwutang and YuSHeng Wuling San (nephritis side) to treat the treatment of chronic subdural hematoma is very effective, and no side effects, but no sequelae. For the first time in this disease, Chinese medicine can intervene, and the effect is very good. Here to prove that Chinese medicine can handle critical critical care treatment.
2. Chronic subdural hematoma in the Western medicine if not to the brain space effect, it is usually home to observe, there is no drug treatment. If there are symptoms of increased intracranial pressure and then emergency treatment to the hospital, of course, best to return to the original hospital or medical center, because of the need for urgent surgical treatment. If the patient has Chinese medicine intervention at the outset, clinical practice should not be able to go to the point of requiring surgery, so Chinese medicine is very effective in treating this disease.

Keywords: Chronic subdural hematoma, CSDH, YuSheng Buyanghuanwutang, Buyanghuanwutang, YuSHeng Wuling San, Wuling San