



## 血管性失智症之中醫治療探討

簡鸞瑤<sup>1</sup>、鄭淑鎂<sup>2</sup>、李政育<sup>3</sup>

<sup>1</sup>劉桂蘭中醫診所

<sup>2</sup>培真中醫診所

<sup>3</sup>育生中醫診所

### 摘要

血管性失智症 (vascular dementia, VaD) 為與腦血管因素相關的癡呆之統稱。患者出現記憶或智能減退，且經神經病學檢查，存在與卒中表現一致的局灶性神經體徵，或經腦影像學檢查，證實其癡呆與腦血管疾病 (CVD) 存在相關性。

老年失智症最常見者，為退化性之阿茲海默症 (AD)，血管性失智症盛行率雖不若 AD，但生存期遠低於 AD 及其他類型失智症，且高齡化社會的當今，VaD 發病率勢必逐漸上升，其臨床現象與治療方案，值得臨床醫師深入研究、反覆熟悉。

血管性失智症隸屬於中醫的「癡呆」、「呆病」、「健忘」、「善忘」等範疇，由中醫臟象探討可知，VaD 之病因病機皆與五臟相關，而統整於心 (腦)。臨床表現為個人遺傳素秉的基礎上，結合老年、久病、七情內傷、飲食勞倦、感染等因素而逐漸形成，大致可歸納為「虛、痰、風、瘀」四種病理性矛盾，以虛為本，或夾痰濁、或夾風熱、或夾血瘀，故 VaD 治療大法為：補虛清熱、除痰化瘀。

血管性失智症的預防與治療同等重要，一方面需積極治療導致腦血管損傷的疾病，一方面需於腦卒中發病之初，儘早以完善的純中醫或中西合療方案治療，盡可能降低腦神經與血管之損傷程度，而癡呆已然進行中者，中藥亦可修復腦損傷，恢復肢體功能與智力，臨床經驗可知，越早期介入治療預後越好。

**關鍵詞：**Long COVID、腦霧、慢性創傷性腦病、阿茲海默症

### 前言

血管性失智症 (vascular dementia, VaD) 為與腦血管因素相關的癡呆之統稱。患者出現記憶或智能減退，且經神經病學檢查，存在與卒中表現一致的局灶性神經體徵 (偏癱、感覺缺失、偏盲、Babinski Sign 等)，或經腦影像學檢查，證實其癡呆與腦血管疾病 (CVD) 存在相關性。



除局灶性神經體徵與影像學檢查外，單純從臨床症狀來看，主要為記憶、認知功能缺損，兼症為語言、運動、視空間能力等障礙，以及人格、行為、情感等異常（性格改變、情緒不穩、易激惹）。病程表現，發病前期可見頭痛、眩暈、肢體麻木、睡眠障礙、耳鳴；疾病進展期，可見記憶輕度受損、注意力不集中、情緒變化；疾病形成期，可見神經精神症狀、癡呆〔1〕。

老年失智症最常見者，為退化性之阿茲海默症（AD），佔60~80%，血管性失智症僅佔15~20%，列居第二，但因容易合併感染、跌倒與再度中風，病程如階梯式惡化，使其生存期遠低於阿茲海默症及其他類型失智症。欲鑑別AD與VaD，除了以CT、MRI檢查是否存在CVD病灶外，還可透過Hachinski量表評估缺血程度，當總分 $\leq 4$ 為AD，若總分 $\geq 7$ ，則為血管性癡呆〔2〕。

統計存活之腦中風患者中，每年約有5%的患者後遺認知功能障礙，五年後罹患失智症機率高達約25%。由於老人血管彈性較差、血管內膜較肥厚狹窄，故於高齡化社會的當今，導因於慢性腦循環系統的微小血管栓塞的老化癡呆〔3〕，在未來只會呈現不減反增現象，因此VaD臨床症象與治療方案，值得臨床醫師深入研究、反覆熟悉。

## 現代醫學病因病理探討

血管性失智為與腦血管因素相關的癡呆之統稱，主要導因於各種血管性的病理改變，造成腦部參與認知功能關鍵部位的細胞與神經元缺失與萎縮，如基底神經節、白質、丘腦、海馬迴等重要腦區，最終導致VaD，本病是唯一能透過控制或治療其致病因素，進而預防的失智症。現代醫學對VaD病因病理探討如下〔1〕：

### 一、腦血管疾病

腦血管疾病分為出血性、低灌注性與其他：

#### 1. 出血性

各種腦內外出血，腦實質或蜘蛛網膜下腔出血等，可直接造成腦血管與神經之損傷病變，常見於腦血管瘤破裂、Moyamoya病、顱腦外傷、腦震盪、手術後遺與藥物性所致。有時腦出血之佔位壓迫，亦可導致腦缺血、阻塞腦脊液循環通路，而間接造成腦損傷。

近年引起輿論高度關注的美式足球員、退伍軍人，於老年時容易罹患「慢性創傷性腦病」，亦可歸入此類之下。因為顱腦外傷、震耳槍砲之震盪效應，使腦細胞間隙或微細血管破裂，滲出細胞外液或脊髓液過多，形成顱內血腫，影響腦血管神經恆常功能受損，而導致慢性血管性失智症，陸續出現癡呆、偏癱、失語、



癲癇、焦慮不安甚至自殺等後遺症。

## 2. 低灌注性（缺血缺氧）

所有會造成腦血管梗塞，或盜血、腦血管萎縮、腦血管痙攣，或長期血壓過低導致腦灌注不良之疾病，皆可直接或間接影響腦內血管供血不足，而致腦組織缺血性、低灌注性、缺氧性及缺糖性的改變，最終使大腦功能全面衰退。可再細分三種<sup>[3]</sup>：

- a. 腦部缺血性栓塞：各種皮質或皮質下部位的梗塞，如多發性腦梗、分水嶺腦梗、腔隙性腦梗、腦關鍵部位梗死，因缺血使得神經元缺失、腦局部萎縮。

慢性腦循環系統的微小血管栓塞，是導致老化癡呆的主因，腦部在 CT 或 MRI 影像上呈現直徑 <1.5 公分的小洞，稱為「小洞性梗塞」(lacunar infarcts)，代表末梢小血管阻塞而導致的小中風，就像電腦硬碟出現壞軌一樣，初期影響運動或感覺功能不明顯，若累積過多將影響資料讀取，而逐漸出現認知功能障礙。

- b. 缺血缺氧性腦病：頸動脈與椎基底動脈兩大系統的病變、威利氏環之狹窄、閉塞，長期動脈硬化或高血壓導致血管本身的病變（如梗塞、或血管內壁剝離或出血、發炎等），或顱外大血管及心臟的病變（如心肌梗塞、栓塞、心衰竭或其他原因），使得腦關鍵部位細胞長期缺血、缺氧，神經元逐漸壞死、凋亡。
- c. 白質病變性腦病：Binswanger 病、遺傳性腦動脈病 CADASIL。由 CT 和 MRI 可見腔隙和神經膠質增生、脫髓鞘，腦血流逐漸減慢導致基底神經節與白質之損傷病變。

## 3. 其他

有許多原因形成的腦病，亦可造成繼發性出血或缺血之腦細胞與神經病變，最終導致 VaD，如：感染性（非特異性血管炎，或結核菌、梅毒、真菌、寄生蟲感染）、免疫性、代謝性（如甲狀腺性）<sup>[4]</sup>、繼發性（挫傷、藥物、腫瘤、手術、一氧化碳中毒）等。其中值得關注者，感染 COVID-19 導致之「腦霧」可能成爲未來常見疾病，此乃因輕微的全腦性感染，後遺影響智力或認知功能障礙。

## 二、危險因素

影響腦血管疾病之危險因素如下：

1. 年長。
2. 久病：高血脂、高血壓、心臟病、糖尿病、中風史、繼發性腦病。
3. 其他：肥胖、吸菸、酗酒、久坐、濫用口服避孕藥等。



## 失智症之中醫古籍記載

中醫古籍有許多篇章皆提及失智症相關的臨床表現與證候，其中篇名與病名類似者有「癡呆」、「呆病」、「健忘」、「善忘」等。

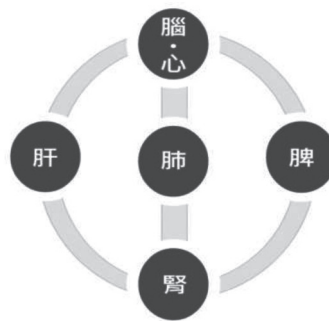
《靈樞·大惑論》：「人之善忘者，何氣使然？岐伯曰：上氣不足，下氣有餘，腸胃實而心肺虛，虛則營衛留下，久之不以時上，故善忘也。」

《辨證錄·呆病門》：「大約其始也，起於肝氣之鬱，其終也，由胃氣之衰。肝鬱則木克土，而痰不能化，胃衰則土不能制水而痰不能消，於是痰積於胸中，盤踞於心外，使神明不清，而成呆病矣。」

《景岳全書·癡狂痴呆》：「痴呆證，凡平素無痰，而或以鬱結，或以不遂，或以思慮，或以疑貳，或以驚恐，而漸致痴呆，言辭顛倒，舉動不經，或多汗，或善愁，其證則千奇萬怪，無所不至，脈必或弦或數，或大或小，變易不常，此其逆氣在心或肝膽二經，氣有不清而然。…然此證有可愈者，有不可愈者，亦在乎胃氣元氣之強弱，待時而復，非可急也。凡此諸證，若以大驚猝恐，一時偶傷心膽，而致失神昏亂者。」

《石室秘錄·呆病》：「呆病如痴，而默默不言也，如飢而悠悠如失也，…實亦胸腹之中，無非痰氣。故治呆無奇法，治痰即治呆也。」

## 中醫臟象與血管性癡呆病因病機探討



以下分從中醫的「心、肝、脾、肺、腎」臟象，探討血管性癡呆的病因與病機<sup>[5]</sup>：

### 一、心與腦

#### 〈心主血脈〉

泛指心臟的器質性功能而言，有賴心氣及心血間的互相協調，以維持正常運作。



屬性	功能	與其他臟腑相關性
心氣屬陽	上下宣通 推動全身陽氣	肺主氣、肺朝百脈：主血液中的氧與二氧化碳之氣體交換 脾陽之氣：主心肌及瓣膜的收縮與升提力 腎陽之氣：與肝（神經調控）、脾（主肌肉）協同影響心臟節律
心血屬陰	充填百脈、血液充盈 脈道暢通（血管條件）	肝藏血：貯藏與調節血液 脾統血：統攝血液，使血液循經運行 腎藏精：精生血，精血同源，心腎皆為重要內分泌器官

心主血脈之生理可從以下三面向考慮：

1. 心氣：負責血氧供應、心肌與心臟瓣膜功能、心臟節律。若心陽虛、心腎陽虛、脾腎陽虛，則易形成心搏無力、心律不整、心房撲動、慢性心衰。
2. 心血：負責造血、供血、血管舒縮之相關調控。若心血不足或耗損過多，如：貧血、挫傷或疾病造成出血或溶血。
3. 脈道：即指血管。若血管條件不良，亦將影響心主血脈的功能，如：血管慢性發炎、感染（如：Long COVID / 腦霧）或挫傷後遺（美式足球員 / 慢性創傷性腦病）、血管內皮損傷、血液黏稠度高、粥狀動脈硬化、血管彈性差、血管沾連狹窄、血管內水分過多…等，均可影響廢物無法代謝、末梢血管發炎與氧化壓力等，導致腦灌注低、缺氧以及形成血栓。

若心主血脈之功能異常，氣血化生無源，血虛則腦灌注不足、缺氧缺血，或氣虛無力推動血行，瘀滯不行則形成血栓，常見於腦灌注壓低（供血供氧不足）、低血壓、TIA、缺血性中風等癡呆失智之患者。

### 〈心主神明、心腎相交〉

心藏神、主神明，泛指心與精神意識、思維活動之相關性，偏向「腦」與「腦神經」的功能範疇。心主神明之生理與病理分析如下：

1. 心（腦）主神志，透過身體之感官接觸外在的訊息，並經由學習、思考、記憶，匯整後而產生意、志的生命活動及表現。心所主之血氣，為神志活動基礎，心氣足則神識清明，足以勝任上述統整任務。
2. 若心氣太過、心火熾盛，則表現過度亢奮、心煩失眠、心悸怔忡、喜笑狂躁…，類同於多巴胺、腎上腺素分泌過多，或交感神經過亢狀態之「躁症」。若心氣虛則神滯遲鈍，心血虛則神明失用，即腦細胞與神經得不到充足的供血供氧，將逐漸積累損傷病變，最終逐漸發展為癡呆。然長期心氣太過，亦會導致腦細胞過度發炎耗損，最終亦可能進展至退化癡呆。





3. 手少陰心，足少陰腎。病至少陰，身體抗病機能衰退，心腎陰陽氣血俱虛，可見脈微細、精神倦懶、需要經常閉目休息，卻因腎氣不能上達以吸引心陽下潛，是以雖閉目休息不能成寐，而為但欲寐之狀（張錫純《醫學衷中參西錄》）。心火上炎而無腎水制約則陽亢成災、出現躁症；腎水獨潛而無心火溫濡則陰盛致病、出現鬱症。臨床多見於失智症晚期，表現為偏躁症、偏鬱症或躁鬱互現。

## 二、肺與腦

### 〈肺朝百脈，主宣發肅降〉

中醫的「肺」主一身之氣，可幫助心臟推動血液。全身血液百脈流經於肺，以呼吸交換身體內外清濁之氣，再透過肺氣之宣發肅降，將帶氧的血液，通過百脈，輸布全身，生理表現於擴張血管、推動供血供氧。若出現肺心症，將影響血氧呼吸、導致腦缺氧。

### 〈肺主通調水道，與大腸相表裏〉

1. 肺為水之上源，通調水道，大腸亦協同參與，推動和調節全身津液的輸佈與排泄。
2. 各種原因（急性感染、呼吸道感染、頭部挫傷、出血性中風…）產生之急性腦壓升高、腦水腫，而導致昏迷、發熱、腫脹、腹脹、便秘…等痰涎壅盛於腦肺諸症象，治療應透過宣肺利水+疏肝通腑瀉熱，儘速恢復肺之宣發肅降功能，可將腦神經血管受損程度降至最低。如：大柴胡湯加黃連、黃柏、麻黃、茯苓、澤瀉、大黃等，此類情況必用大黃，令每日大便瀉下 3~5 次，甚至 7~8 次，常可收立竿見影之效。

## 三、脾與腦

### 〈脾為後天之本、生痰之源〉

當脾胃化源充足，元氣充沛，滋養於腦，則神志清晰，精力充沛，思維敏捷。反之，因脾為生痰之源，脾失健運，則水液代謝障礙，聚而生痰；又脾為後天之本，乃氣血生化之源，氣虛無力推動血行，則瘀滯不行，氣主煦之，脾陽不足，痰瘀阻竅，則神機失用。

### 〈五穀之津液，和合而為膏者，內滲入于骨空，補益腦髓〉

王清任《醫林改錯》提到：「靈機記性在腦者，因飲食生氣血，長肌肉，精汁之清者，化而為髓，由脊髓上行入腦，名曰腦髓」。說明了腦組織的發育與功能表



現，除先天腎中精氣外，後天水穀精氣亦同助化生與濡養。人體清陽之氣升於腦，津液之澤榮於腦，都靠脾的升清作用。

#### 〈脾藏意、主思慮〉

大腦經學習、接受外界訊息，形成記憶且儲存，是為意識。並且根據所知及認識，從而積累的長期記憶，產生進一步思考決策。

### 四、肝與腦

#### 〈肝藏血，主疏泄〉

1. 肝為貯藏血液和調節血量的控制中樞，且具有疏通、調達、升發的功能，負責疏理全身氣、血、津液之流通與宣泄，主要表現在調暢氣機、調節精神情志、促進消化吸收上。
2. 若長期七情內傷、精神情志相激，肝鬱氣滯、肝木克土，土衰不能制水，則痰不能消，甚者肝鬱化火，陰虛陽亢，則內風旋動，而痰夾風陽上擾，上蒙清竅。
3. 肝鬱、血瘀、痰濁互結，則令血流不充、脈道阻塞、神機失用而成癡呆。

#### 〈肝藏魂，隨神往來謂之魂〉

意指肝與各類情緒反應相關，類同於間腦（視丘、下視丘）之功能，掌管情緒、動機、記憶…等知覺，對於食慾、情慾、憤怒、焦慮、好惡…等，有立即性、侵略性、防禦性等不同反應，亦與交感神經有密切關聯。

### 五、腎與腦

#### 〈腎藏精、精生髓，腦為髓海〉

1. 腎中真陰真陽之氣醞釀化合，緣督脈上升而貫注於腦之髓海。腎精盈則髓化之源足，髓海充足則精神奕、意識明、思維敏、記憶強、言語清、情志定、精細動作無障礙。
2. 氣主煦之，腎陽不足，痰瘀阻竅，則神機失用；腎精虧虛，無以充盈腦髓，髓海漸空，腦消髓減，神明失用遂成癡呆。

#### 〈腎藏志，為作強之官、伎巧出焉〉

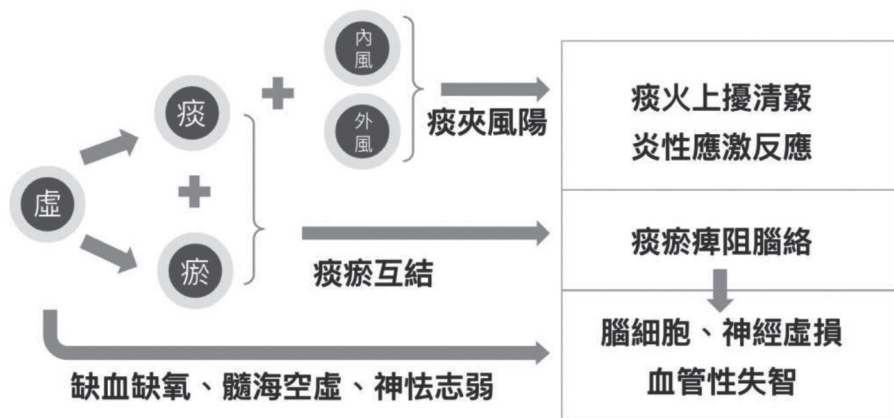
志者，意志也，類同於海馬迴將短期記憶（意），變成長期記憶之後，透過額葉的認知功能，表現在個人的專注度、情緒管理、人格特質、品性行為、判斷與社交能力…等方面。



## 癡呆之病理性矛盾

由上段討論可知，血管性癡呆之病因病機皆與五臟相關，而統整於心（腦）。觀察變化多端的臨床表現，為個人遺傳素秉的基礎上，結合老年、久病、七情內傷、飲食勞倦、感染等因素而逐漸形成，主要為「虛、痰、風、瘀」四種病理性矛盾，以虛為本，或夾痰濁、或夾風熱、或夾血瘀，再以不同比例表現在臨床各種常見證候（下段），故整體治療大法為：補虛清熱、除痰化瘀。對治病理性矛盾，除緩解症狀，也可避免成為癡呆進展的續發性病因。

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 脾失健運           <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 不能運化水穀精微</li> <li>→ 水液代謝障礙</li> <li>→ 聚而生痰</li> </ul> </li> <li>■ 肝鬱乘脾           <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 胃衰不能治水</li> <li>→ 痰飲不消</li> </ul> </li> <li>■ 脾腎陽虛           <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 痰濁內生</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 肝鬱傷陰           <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 陰虛陽亢化熱</li> <li>→ 內風旋動</li> </ul> </li> <li>■ 外邪侵擾 (外風、感染、挫傷)           <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 炎性應激反應</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 氣虛           <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 無力推動血行</li> <li>→ 血流速慢</li> <li>→ 瘀阻腦絡</li> </ul> </li> <li>■ 痰夾風陽上擾清竅</li> <li>■ 痰瘀互結痺阻腦絡</li> </ul>
--	---	--



### 【虛】

- 補腎藥：熟地黃、何首烏、山茱萸、杜仲、鹿茸，或六味地黃丸、腎氣丸、左歸丸、右歸丸等加減方。
- 補養氣血：北耆、當歸、熟地黃、人參，或十全大補湯加減方。
- 健運脾胃：砂仁、陳皮、白朮、蒼朮、茯苓。

### 【痰】

- 化痰藥：薑半夏、陳皮、竹茹、白芥子、萊菔子、紫蘇子。

### 【濕】

- 利濕藥：茯苓、澤瀉、蒲公英、車前子。





### 【風】

- 內風 / 穩定情緒：甘草、龍眼乾、紅棗、糖。
- 外風 / 祛風解表：柴胡、葛根、麻黃、桂枝、羌活、荊芥。
- 疏肝藥：柴胡、白芍、大棗。
- 重鎮藥：懷牛膝、代赭石、龍骨、牡蠣、建瓴湯。
- 補腎藥：熟地黃、何首烏、山茱萸、炒杜仲、菟絲子。
- 引火歸元：少量玉桂子、附子。

### 【瘀】

- 化瘀藥：丹參、骨碎補、沒藥、川芎、桃仁，或四物湯（用赤芍、生地）。
- 理氣藥：陳皮、砂仁、枳實、枳殼、厚朴。

### 【寒】

- 溫陽藥：乾薑、附子、玉桂子、吳茱萸、花椒。

### 【熱】

- 清熱藥：黃芩、黃連、黃柏、連翹、蒲公英、牡丹皮（涼血熱）。
- 養陰藥：青蒿、知母、地骨皮、天冬、麥冬。

## 中醫及早介入治療可預防癡呆後遺

在許多疾病的急慢性期，如腦挫傷、腦震盪、感染…等，有中醫藥及早介入治療，可避免或減少腦血管與神經的損傷範圍，預防日後癡呆後遺。據統計，存活之腦中風患者中，每年約有 5% 的患者後遺認知功能障礙，5 年後罹患失智症機率高達約 25%<sup>[1]</sup>，可見預防癡呆相較於失智已然成形之治療，似乎急迫性更過之而有餘，其中最具影響力的為以下兩種病理性矛盾<sup>[6]</sup>，若無妥善處理，幾乎是不可避免將於日後演變為癡呆：

### 一、高顱內壓性

#### 1. 現象與病機

急性腦損傷期間，因出血、發炎、佔位性原因，導致腦脊髓液回流不良，臨床多屬實熱症表現：頭面與身體僵緊硬腫攣縮，兩手握固，血管怒凸，或便秘，或尿閉，大汗或汗出如油，味穢重濁，膚赤面赤，血壓升高，血氧降低，呼吸淺快，牙關緊合，口噤不食、脈弦緊急實洪大。

#### 2. 治則

以降腦壓、止血、預防癲癇，為主要治療目的。

宣肺疏肝 + 清熱化痰 + 利濕通腑



### 3. 處方

- 育生大柴胡湯+五苓散
- 柴胡 4~6 錢、桂枝 5 錢、黃芩 5~10 錢、黃連 3~8 錢、黃柏 5~10 錢、半夏 5 錢、白朮 / 蒼朮 3 錢、茯苓 5~8 錢、澤瀉 5~8 錢、丹參 5、大黃 3 錢
- 躁擾，加大棗 5~8 枚、元胡 3 錢、木香 3 錢
- 腦挫傷有瘀塊，加乳香 3 錢、沒藥 3 錢，加重丹參劑量
- 加麻黃，宣肺並刺激腦神經傳導恢復
- 症狀緩解後或年老心衰者，加黃耆、人參，有利推動心腦腎的供血供氧，改善神識紊亂、心腎衰弱，但急性期補氣藥不可過量（至多 10 錢），以免腦部尚處閉塞狀態，灌流量過大可能導致續發性中風。

### 4. 用藥思路

- 以育生大柴胡湯為主方，和解邪正相爭所致腦神經血管之諸多紊亂。
- 大劑清熱、利濕、通腑，令出血液化、回滲、並降低腦細胞炎性，可快速降腦壓、清除腦部瘀塊及腦水腫、抑制免疫過亢、緩解交感神經過度反應〔7〕，瘀腫退則神識及神經壓迫得以緩解。
- 柴胡、白芍緩解交感神經，半夏放鬆橫膈膜，大黃通腑減輕腹腔壓力，清熱藥改善發炎所導致痰濕聚集，化痰化痰利濕藥清除病理代謝廢物，以上共同作用，可開啓枕骨大孔的血管及神經通路，令腦脊髓液回流順暢，幫助止血、降腦壓，預防腦血管與神經的續發性損傷。

## 二、代謝廢物阻礙性

出血型腦中風、動脈瘤破裂、腦挫傷、腦震盪等，經急性處理後，生命徵象已轉穩，卻仍神識昏蒙不醒者，表示在腦神經與血管損傷過程，積累許多代謝廢物，使上皮細胞通透性降低、細胞內外液對流差，阻礙了神經傳導〔6,8〕。

### 1. 症狀與病機

- 神識昏蒙，或言語行動反應遲緩，或痰涎壅盛、痰液粘稠。
- 痰瘀等代謝廢物阻礙神經傳導，或因缺氧缺血使神經修復能力差。

### 2. 治則

清除代謝廢物+修復腦神經=化痰瘀+補氣養血

### 3. 處方

- 育生補陽還五湯+溫膽湯
- 川芎 3~5 錢、丹參 6~8 錢、北耆 10~15 錢、當歸 5 錢、銀杏葉 8~10 錢、陳皮



8 錢、砂仁 4~8 錢、茯苓 4 錢、枳實 5 錢

- 氣虛甚者，加人參 3~5 錢
- 此時期病人易因腸麻痺不蠕動而致便秘，加入大黃，既通便又可溶解神經代謝廢物與玻璃樣沉澱（服消炎、消腦水腫等類固醇西藥，作用於細胞壁上所形成）。
- 血中蛋白過低，需加重補脾胃藥物劑量，飲食可四神當飯吃。
- 若舌暗紅瘀、脈弦數，表示瘀滯化熱，要注意搭配足量的清熱化瘀藥物。

#### 4. 用藥思路

- 以「育生補陽還五湯+溫膽湯」之精神隨證加減，透過補氣養血加上化痰瘀法，同時兼顧腦神經修復與代謝廢物稀釋與排除，常可使病患快速清醒<sup>[7]</sup>，加快神經修復速度，此乃攸關腦神經細胞殘存功能的多寡，等同為癡呆失智「治未病」。
- 川芎化瘀又可引藥入腦，銀杏葉、茯苓回滲淋巴黏液與痰飲。
- 黃耆可有效促進腦血管蠕動收縮，與當歸合用大補氣血，但需搭配足夠的清熱與淡滲利濕藥物，以避免腦的灌注壓突然大增而出現繼發性出血。王清任的「補陽還五湯」黃耆用至四兩，乃因清朝時代國民平均壽命較低，治療案例多是血管彈性良好的年輕人，而現今犯病者多是中高齡長者，血管彈性已差，且血管內膜肥厚狹窄者比率偏多，故黃耆 15 錢足矣<sup>[3]</sup>。

### 癡呆之臨床證候與常用處方

常見癡呆之臨床證候與常用處方，詳細討論如下：

#### 一、氣虛血瘀

##### 1. 症象

記憶力衰退，失眠健忘，失語或語塞，肢體麻木或疼痛如刺。舌淡暗，苔薄白，有瘀斑或舌下絡瘀，脈細澀。可能出現於 TIA 之後，病患表現於「正常」與「失智」之間游移不定，即 MCI（輕度知能障礙）。

##### 2. 治則

益氣養血、通絡化瘀

##### 3. 處方

- 育生補陽還五湯或聖愈湯
- 川芎、當歸、赤芍、北耆、丹參、銀杏葉、桃仁



#### 4. 用藥思路

- 氣虛無力推動血行，血流推動力弱、腦的灌注壓不足，終至腦細胞缺血缺氧、腦細胞與神經纖維軟化而壞死，或腦血管栓塞、痙攣等腦絡瘀阻，此乃因虛致實之候。
- 以補陽還五湯、聖愈湯之精神隨證加減，主要以補養氣血為主，增加腦灌注壓，酌加活血化瘀、涼血、溶血、破血、或生新血藥物，如丹皮、赤芍、牛膝、碎補、丹參，以增生微細血管側支循環。

### 二、陰虛陽亢

#### 1. 症象

健忘多疑，亢奮難眠，口乾咽燥，面熱潮紅，頭暈耳鳴，肢體筋脈拘急，多言氣急，大便硬或秘，小便短赤，舌紅瘦薄，脈弦數或滑濇。常見於腦神經與血管損傷急性期、或損傷面積擴大階段，若未妥善處理，恐致癡呆快速進展。

#### 2. 治則

重鎮安神+補腎疏肝

#### 3. 處方

- 育生建瓚湯（代赭石 8 錢、懷牛膝 5 錢、生龍骨 5 錢、生牡蠣 5 錢、生地黄 5 錢、山藥 5 錢、赤芍 5 錢、柏子仁 4 錢、甘草 5 錢、磁石 3 錢）
- 補腎疏肝：生杜仲、何首烏、骨碎補、柴胡、白芍

#### 4. 用藥思路

以建瓚湯之重鎮安神降逆精神隨證加減，必要時短暫使用，可穩定大腦中樞的調控能力，避免亢極而衍生更多問題，但仍需隨證加上補腎或疏肝等藥物。

### 三、肝鬱氣滯

#### 1. 症象

抑鬱易怒，胸脇或少腹悶脹竄痛，咽喉梅核氣，舌暗紅或紅，苔薄白或薄黃，脈弦或弦數。素秉體質或長期壓力與勞倦過度所致，為癡呆各病程之加重因素。

#### 2. 治則

疏肝解鬱+補腎

#### 3. 處方

- 加味道遙散，柴胡、白芍、紅棗



- 補腎：杜仲、何首烏

#### 4. 用藥思路

疏肝理氣加上補腎藥物，水能涵木，腎不虛則肝不橫逆，可避免進一步氣滯血瘀，或肝鬱化火而成內風旋動上擾腦竅。

### 四、餘熱未清

#### 1. 症象

神識昏蒙，頭暈耳鳴，舌紅，苔薄黃，脈數。常見於損傷或感染急性期過後，諸證緩解，但仍存在阻礙修復速度的瘀熱等代謝廢物，致昏迷、反覆感染、低熱，但正氣不虛者，此屬餘熱未清階段。

#### 2. 治則

和解表裏＋清熱化瘀

#### 3. 處方

- 小柴胡湯，有表證者，用柴胡桂枝湯
- 清熱化瘀：黃芩、黃連、黃柏、青蒿、知母、地骨皮、丹參、骨碎補

#### 4. 用藥思路

- 以小柴胡湯和解表裏，穩定大腦調控中樞，清熱化瘀藥物處理未盡清除之瘀熱。
- 如感染 COVID-19 導致之「腦霧」，乃輕微的腦性感染後遺，病患的意識、思考、言語、記憶、觸覺、行動、行為反應，不如患病前敏銳與俐落，此為餘熱未清表現，必須加以處理，以免日後形成不可逆的功能障礙<sup>[9]</sup>；又如，缺血缺氧性腦病，也將因腦細胞通透性差，而形成炎性物質，所以在治療過程中，皆須酌加清熱藥物。

### 五、氣虛痰熱

#### 1. 症象

神識昏蒙，頭暈耳鳴，舌淡紅，苔薄白或薄黃，脈細數。常見於損傷急性期過後，諸證緩解，但仍存在阻礙修復速度的瘀熱等代謝廢物，且正氣偏虛、免疫無力啟動應激者。

#### 2. 治則

補氣化瘀＋清熱化痰





### 3. 處方

育生補陽還五湯加溫膽湯+清熱藥

### 4. 用藥思路（詳前段「代謝廢物阻礙性」）

## 六、脾虛夾痰

### 1. 症象

MCI、神疲乏力、納穀不香、頭暈目眩，自汗、肢冷、面白、消瘦，舌淡苔薄白或白膩、舌胖邊齒痕，脈細小弱。常見於年老久病，脾氣漸衰，或飲食不節、或思慮傷脾，脾失健運、聚而生痰，通常已發展進入腦萎縮退化階段。

### 2. 治則

燥濕化痰，平肝熄風

### 3. 處方

育生半夏白朮天麻湯+黃耆、杜仲

### 4. 用藥思路

- 以半夏燥濕化痰、降逆止嘔，白朮、茯苓、陳皮等健運脾胃，天麻平肝息風、止頭眩。
- 以治療太陰痰厥之半夏白朮天麻湯精神隨證加減，考慮可能腦消髓減、往常壓性腦水腫性癡呆發展。
- 年老與久病必虛，故再加上黃耆、炒杜仲，共奏補腎健脾、益髓化痰之效。

## 七、血枯腎虛

### 1. 症象

憂鬱低潮、面色晦暗、體瘦健忘，舌淡暗苔嫩或少，脈沈細澀。常見於先天素秉腎精虧虛者，無以充盈腦髓、髓海漸空。

### 2. 治則

柔肝滋腎

### 3. 處方

- 育生血枯方（當歸、何首烏、菟絲子、沙苑蒺藜、蒼朮、刺蒺藜）
- 滋腎：杜仲、何首烏、女貞子



#### 4. 用藥思路

初病陰虛，日久陽亦無以爲生，陰陽兩虛，故以補腎陰腎陽加柔肝藥物，填精益髓、滋補肝腎。

### 八、脾腎陽虛

#### 1. 症象

表情呆滯、沈默寡言、食少納呆、肢體功能活動低下、全身虛弱表現，舌胖大邊齒痕，苔嫩，脈沈細弱。常見於老年久病或素秉脾腎陽虛之癡呆者。

#### 2. 治則

大補腎陽+補氣養血化瘀

#### 3. 處方

右歸飲、腎氣丸+育生補陽還五湯

#### 4. 用藥思路

- 以大補腎陽脾陽藥物，補腎健脾、益氣生精，根本治療腦細胞再生能力低下的問題，溫陽藥物可擴張腎血流。
- 久病必虛、久病必瘀，故再加上益氣補血藥物，加強腦循環、擴張血管、改善腦血管彈性，協同補腎藥入腦，共促腦組織及神經細胞的再生與修復。

### 病案探討

#### 〈案 1〉氣虛血瘀型／糖尿病性腦病、中風後遺幻聽<sup>〔10〕</sup>

女性，39 歲。發現糖尿病半年，未服任何中西藥後中風、幻聽。

#### 第一階段（108.01.02~01.23）

共濟失調、反應遲鈍、頭脹痛、耳鳴、自覺有靈魂干擾。

#### 處方：水煎藥

育生補陽還五湯（川芎 4 錢、當歸 4 錢、赤芍 4 錢、丹參 4 錢、黃耆 20 錢、銀杏葉 4 錢）

紅棗 10~5 枚、龍眼乾 8~4 錢、生牡蠣 8 錢、知母 8 錢、桑白皮 8 錢、黃連 8 錢、玉桂子 2~3 錢、附子 2 錢（1 帖 / 天）+人參、川七 2g\*3 +育生丸 \*1

醫囑：保暖、測量 glu(AC)。

#### 治療思路：



考慮中風後遺加上可使腦病惡化的血糖震盪 ( $\text{glu(AC)} = 78\sim 112$ )，故以補陽還五湯為主方，餘依四診八綱辨證寒熱虛實以調整藥物劑量：重劑清熱安神、少量補氣補陽。紅棗、龍眼乾、牡蠣、育生丸共湊安神鎮定情緒之功，知母養陰退熱、桑白皮降肝醣可治大渴不止，黃連清理胰島細胞發炎之中焦熱，微量玉桂子、附子可促進腎臟分泌胰島素生成前素，人參、川七補氣化瘀。

### 第二階段 ( 108.02.16~03.15 )

頭脹痛改善、幻聽少仍有、說話清晰、反應快、笑自然。

#### 處方：水煎藥

育生補陽還五湯 (川芎 4 錢、當歸 4 錢、赤芍 4 錢、丹參 4 錢、黃耆 20 錢、銀杏葉 4 錢)

紅棗 5 枚、龍眼乾 5 錢、生牡蠣 8 錢、知母 5 錢、桑白皮 5 錢、黃連 5 錢、玉桂子 5 錢、附子 5 錢 (1 帖 / 天)

人參、川七 2g\*3，育生丸 \*1

醫囑：多運動、吃粗纖維。

#### 治療思路：

血糖震盪趨緩 ( $\text{glu(AC)} = 115\sim 119$ )，仍以補陽還五湯為主方續治中風後遺，紅棗、龍眼乾、知母、桑白皮、黃連減量，玉桂子、附子加量。

### 第三階段 ( 108.04.10~06.01 )

幻聽仍、嗜食。

#### 處方：水煎藥

育生溫膽湯 (半夏 4 錢、陳皮 4 錢、茯苓 4 錢、生草 4 錢、枳實 3 錢、竹茹 3 枚、黃芩 3 錢、紅棗 4 枚)

萊菔子 8 錢、生牡蠣 8 錢、桑白皮 5~10 錢、丹參 5 錢、麻黃 1.5 錢、赤芍 0~5 錢、丹皮 0~5 錢 (1 帖 / 天)

川七、乳香 2g\*3，育生丸 \*1

醫囑：多運動、吃粗纖維。

#### 治療思路：

血糖再次出現震盪 ( $\text{glu(AC)} = 92\sim 115$ ) 而且出現消穀善飢的嗜食症，提示中風後遺調治已完成初步任務，需減去補氣補陽藥物，改變為治療糖尿病代謝障礙、清除病理產物之方向，故以溫膽湯為主方，丹參、赤芍、丹皮、川七、乳香活血化瘀，生牡蠣重鎮安神與萊菔子皆可幫助調整消化道內分泌與排除代謝廢物，少量麻黃通竅醒腦發表。



#### 第四階段（108.06.01~08.03）

情緒穩不再躁怒，幻聽減輕，自主表達順。

##### 處方：水煎藥

育生溫膽湯（半夏 4 錢、陳皮 4 錢、茯苓 4 錢、生草 4 錢、枳實 3 錢、竹茹 3 枚、黃芩 3 錢、紅棗 4 枚）

萊菔子 8~0 錢、生牡蠣 8 錢、丹參 5 錢、麻黃 1.5 錢、赤芍 5 錢、丹皮 5 錢、生龍骨 0~8 錢、代赭石 0~6 錢（1 帖 / 天）

川七、乳香 2~2.5g\*3，育生丸 \*1

##### 治療思路：

情志穩定並可正確回答  $100-7=93$ 、 $93-7=86$ ，可見先前階段治療價值在於攔截腦病的發生。本階段再加入生龍骨、代赭石與生牡蠣取法建瓴湯重鎮安神降逆之意，繼續預防、治療陽亢型腦病的進展。此時病患也開始抱怨藥不好吃，表示神經系統的感知靈敏度也逐漸回復中。

#### 〈案 2〉陰虛陽亢型／頸動脈狹窄、低血糖性腦病<sup>[10]</sup>

女性，72 歲。發現糖尿病近三年，一年多前左頸動脈內置支架，三個月來睡前注射胰島素 20U，每七天自費注射一次 300U 的 LANTUS。

#### 第一階段（105.09.13~106.05.23）

癡呆、表情茫然、與言無反應，眩暈、足乏力走路不穩需攙扶、生活需家人協助，不知尋食。

##### 處方：水煎藥

育生建瓴湯（赤芍 5 錢、柏子仁 4 錢、淮山 5 錢、牛七 5 錢、生地 5 錢、生龍骨 5 錢、生牡蠣 5 錢、代赭石 8 錢、磁石 3~0 錢）+黃連 8~13~18 錢、桑白皮 8~13~18 錢、川芎 4 錢、麻黃 2 錢、天麻 8~4~0 錢、丹參 4 錢、碎補 4 錢、仙查 4 錢、生杜仲 0~3~4 錢（1 帖 / 天）

人參、川七 2g\*3，育生丸 0~1\*1（1 帖 / 1~2 天）

醫囑：胰島素請逐步戒停、多穿保暖、訓練走路。

##### 治療思路：

大腦需靠葡萄糖供應能量，尤其是高齡者應容許較高血糖，否則極易形成低血糖性失智。該患  $glu(AC) = 70\sim 90$  過低，故叮嚀盡快減少注射胰島素，而且嚴禁忌口，特別注意補充足夠的蛋、肝、魚、肉、四神、堅果類、糙米、薏仁、黃豆等。腦部控糖中樞已然紊亂之時，需先以重鎮安神降逆的建瓴湯為主方，加上治療高血糖、改善腦部循環、通竅醒腦、清理病理產物等藥物，以四診八綱辨證增減藥物的劑量。



## 第二階段 (106.06.10~106.11.21)

溇便，100-7 = 83，足脛水腫，靜默少言。

### 處方：水煎藥

育生建瓴湯（赤芍 5 錢、柏子仁 4 錢、淮山 5 錢、牛七 5 錢、生地 5 錢、生龍骨 5 錢、生牡蠣 5 錢、代赭石 8 錢、磁石 3 錢）+ 黃連 23 錢、桑白皮 23 錢、川芎 4 錢、麻黃 2 錢、天麻 8~4 錢、丹參 4~13 錢、碎補 4 錢、仙查 4 錢、鹽 1.5~2.5~3 錢、茯苓 0~5 錢、澤瀉 0~5 錢、白果 0~8 錢（1 帖 / 1~2 天）

人參、川七 1g\*3，育生丸 1~3\*1

醫囑：glu(AC) < 120 時注 1.5U、走路運動多穿，加強營養、加鹽。

### 治療思路：

胰島素逐步減量至 2U 的過程中，glu(AC) = 140~170 尚未出現大反彈，但足脛水腫、靜默少言提示可能有低血糖性腦萎縮、低血鈉或血中低蛋白，故將第一階段處方去掉杜仲（避免與建瓴湯同降血壓過低），加上茯苓、澤瀉、鹽巴、白果，服藥後  $\text{Na}^+ = 137$  正常（之前未抽驗）。

## 第三階段 (107.01.18~107.04.18)

會寫念老公名，100-7 = 67，夜尿 3~5 次，足脛腫，講話突停，但可快速回答生日，完全停注胰島素。HbA1C = 8.5。

### 處方：水煎藥

育生建瓴湯（赤芍 5 錢、柏子仁 4 錢、淮山 5 錢、牛七 5 錢、生地 5 錢、生龍骨 5 錢、生牡蠣 5 錢、代赭石 8 錢、磁石 3 錢）+ 黃連 20 錢、知母 13 錢、川芎 4 錢、麻黃 2 錢、天麻 4 錢、丹參 13 錢、碎補 8 錢、仙查 4 錢、鹽 3 錢、白果 8 錢（1 帖 / 1~2 天）

人參、川七 1g\*3，育生丸 1~3\*1

醫囑：將精神藥物皆減半，七天後改服 1/4。

### 治療思路：

可快速回答生日但其餘腦萎縮症狀依然，似乎腦部損傷有稍縱即逝的恢復現象，此時病患丈夫才老實告知已經服用多種精神藥物達四年之久（包括三種抗組織胺、抗癲癇藥等），應藥物性失智所導致思想、意識與動作不易改善。中藥處方不若西藥一味的抑制特性，而是在安定腦神經修復間，兼顧活血化癥通竅、控制血糖（HbA1C = 8.5 對七十餘歲長者而言尚可接受）。

## 第四階段 (107.04.28~05.23)

反應較快、言語較大聲，100-7 = 30，glu(AC) = 270、glu(PC) = 379，已經願意外出走路、知藥苦。





### 處方：水煎藥

育生建瓴湯（赤芍 5 錢、柏子仁 4 錢、淮山 5 錢、牛七 5 錢、生地 5 錢、生龍骨 5 錢、生牡蠣 5 錢、代赭石 8 錢、磁石 3 錢）+ 黃連 25 錢、桑白皮 15 錢、知母 25 錢、天麻 4 錢、丹參 8 錢、鹽 3 錢、大黃 1~0.5 錢、生石膏 8 錢、茯苓 0~4 錢、澤瀉 0~4 錢（1 帖 / 1~2 天）

人參、川七 3g\*3，育生丸 1\*1

### 治療思路：

血糖雖高起，完全無注射胰島素的狀況下只要加重黃連、桑白皮、知母、生石膏就可平穩控制，加上精神神經藥物減量後，眩暈減少，反應動作皆逐漸進步，藥物性便秘也減，故後期大黃減量。

### 第五階段（107.06.16~ 至今）

足脛下三分之二水腫，微咳有痰，嗜睡神倦，抱怨藥苦，言語表達佳、反應敏捷。

### 處方：水煎藥

育生溫膽湯（半夏 4 錢、陳皮 4 錢、茯苓 4 錢、生草 4 錢、枳實 3 錢、竹茹 3 枚、黃芩 3 錢、紅棗 4 枚）

麻黃 3 錢、杏仁 4 錢、知母 25 錢、澤瀉 8 錢、茯苓 4 錢、地骨皮 4 錢、黃連 20 錢、桑白皮 15 錢、仙楂 4 錢、鹽 3 錢、青蒿 4 錢（本方與第四階段處方交互使用，1 帖 / 1~2 天）

人參、川七 3g\*3，育生丸 1\*1

### 治療思路：

知藥苦表示味覺神經受精神神經藥物的抑制已完全緩解，反應快、對話主動且表達清楚，即其神經傳導與腦部循環受抑制亦快速進步中。精神神經用藥剛戒停時，短時間內會有生理時鐘紊亂或淺眠，乃正常現象，育生溫膽湯於咳嗽、痰熱現象明顯時用之，一方面也可調整情緒令其安神、放鬆。

### 後記：

該患原來的癡呆木然表情已不復見，取代的是老婦人慈祥智慧笑容，自己願意外出走路 30 分鐘、納佳。門診中也主動敘述最近活動之事，表示短期記憶之失智漸恢復，惟數字障礙仍在（ $100-7 = 30$ ），血糖控制良好， $glu(AC) = 200\sim 230$ 。

### 〈案 3〉餘熱未清型／腦腫瘤手術後中風、腦室阻塞、昏迷<sup>[6]</sup>

男性，48 歲。顱咽管腫瘤 3.5cm = 12 個月前手術。

術後一周發生中風，併發左腦栓塞+蜘蛛腦膜出血，漸進昏迷，反應差，水腫，失語（左腦損），視野損（腫瘤因素），二便失禁（腦室水腫），四個腦室皆腫



大 = 9cm / 癲癇頻發。反覆感染發燒入院 / 高熱癲癇，頸以下軟癱 / 右側顯。

### 初診（距中風已一年）

鼻飼，自主呼吸，深度昏睡，無反應，持續低熱，頭面腫脹，下肢水腫，吞嚥困難，大便日3行，垂體功能低下，張力強，胃納可，舌偏乾紅，苔白，脈弦弱。

#### 處方：水煎藥

丹參 10 錢、沒藥 4 錢、黃芩 4 錢、黃連 3 錢、黃柏 4 錢、柴胡 4 錢、白芍 3 錢、麻黃 1.5 錢、茯苓 8 錢、澤瀉 8 錢、陳皮 5 錢、砂仁 5 錢、黃耆 15 錢（劑 / 日）

註：以上處方 26 日共服 14 劑

#### 治療思路：

初診以清熱化瘀藥物抑制腫瘤增生，並清除中風後腦部的離經瘀血及代謝廢物，改善餘熱未清。以柴胡、白芍和解表裡，改善交感興奮，預防血管再次痙攣。茯苓、澤瀉改善腦室水腫及身體水濕。黃耆合併和解藥，改善反覆感染及神經損傷。麻黃通竅醒腦，且協助發表。

### 二診（服完 14 劑後）

感冒低熱，清醒，會笑，能握手互動，可配合張口捲舌，想挺背，眼神靈活，看美女（診所護士）會害羞，服藥後排大量黏汗，面無浮腫，身體水氣大消。

#### 處方：水煎藥

丹參 10 錢、沒藥 4 錢、黃芩 4 錢、黃連 3 錢、黃柏 4 錢、柴胡 4 錢、桂枝 5 錢、麻黃 1 錢、茯苓 8 錢、澤瀉 8 錢、陳皮 5 錢、砂仁 5 錢、黃耆 15 錢、乾薑 1 錢、附子 1 錢，7 劑（劑 / 日）

#### 治療思路：

維持原方，加桂枝及少量薑附，為呼吸道增加血氧及抗體，協助解表抗感染。

### 三診（共服完 21 劑後）

能揮手再見，持叉吃蘋果，反應進步，持續咳嗽，仍低熱。

#### 處方：水煎藥

丹參 8 錢、沒藥 4 錢、黃芩 4 錢、黃連 3 錢、黃柏 4 錢、柴胡 4 錢、桂枝 5 錢、麻黃 1 錢、茯苓 4 錢、澤瀉 4 錢、陳皮 5 錢、砂仁 5 錢、黃耆 15 錢、乾薑 1.5 錢、附子 1.5 錢，7 劑（劑 / 日）

#### 治療思路：

身體水氣消半，故減少茯苓、澤瀉。仍有輕微感染及低熱，維持原方，增加薑附劑量，希望能擴張氣管深層，清除潛藏的黏痰及細菌、病毒。

#### 後記：

病人家屬求好心切，常要求依網路處方給藥，未依其意配合，之後自行停藥。



治療期間僅服 21 劑水煎藥，從昏迷至清醒，軟癱至可持叉吃蘋果、想挺背，反應差至可與人互動、害羞，頭面腫脹至水氣大消…，種種症象與體徵皆顯示，腦神經與血管損傷獲得抑制與修復，若堅持持續治療，必然可繼續減低未來形成癡呆的機率。

#### 〈案 4〉痰蒙腦竅型／思覺失調、妄想幻覺<sup>[5]</sup>

19 歲女姓。思覺失調症，憂鬱，被害妄想，幻聽幻覺，對自己所做之事無記憶。

失眠，便秘。舌絳紅，脈弦滑數。

##### 處方一：水煎藥

黃芩 8 錢、黃連 5 錢、黃柏 8 錢、陳皮 8 錢、半夏 5 錢、厚朴 5 錢、蘇子 5 錢、大棗 15 枚、龍眼肉 10 錢、大黃 1 錢

註：服 16 帖後改善，之後症發方回診。

復發。復不眠，喜笑，幻聽，眼神呆滯，注意力不集中，不能從學校回家。

##### 處方二：科學中藥

甘麥大棗湯 7g、半夏 1.5g、厚朴 1.5g、黃芩 1.5g、黃連 1g、黃柏 1.5g、大黃 0.5g  
3x7

斷續服藥，皆有效果。

##### 治療思路：

- 由四診觀察證候，本案乃痰、熱蒙閉腦竅控制思覺之中樞，甚則陽亢癡呆。故先予水藥，以大劑清熱化痰飲藥物，黃芩、黃連、黃柏、陳皮、半夏、厚朴、蘇子，清除阻礙腦神經傳導的發炎物質與代謝廢物，並以大棗、龍眼肉之甘緩兼安神，大黃通腑、半夏鬆解橫隔膜痙攣，腹壓降、腦神經亦隨之安定，故能於服完 16 帖後即諸症改善。
- 復發回診，改以科學藥粉治療，治療主方為甘麥大棗湯合併半夏厚朴湯之加減，雖劑量不若水藥，又斷續服藥，但仍有一定療效。由此可見依證候遣方用藥之重要性。

#### 〈案 5〉腎精虧虛型／反應遲鈍、餘熱未清<sup>[5]</sup>

48 歲男性。大夜班計程車司機。平素血壓控制不良，111/3/4 出血性中風，北醫 ICU 檢查：3~10cm 血塊，無手術。

##### 初診（111.04.06）

反應遲鈍，說話勉強斷續，左半側乏力，左手麻，右手寫字控制差，易噎到。



大便日 1，易倦、易醒。舌淡暗，下瘀，脈弦弱。

**處方：水煎藥**

柴胡 4 錢、白芍 3 錢、黃芩 4 錢、黃柏 4 錢、丹參 8 錢、陳皮 5 錢、砂仁 4 錢、黃耆 15 錢、何首烏 5 錢、炒杜仲 8 錢、茯苓 4 錢，7 帖

**二診（111.04.13）症狀皆有進步。**

**處方：水煎藥**

柴胡 4 錢、白芍 3 錢、黃芩 5 錢、丹參 8 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢、黃耆 15 錢、何首烏 5 錢、炒杜仲 8 錢、沒藥 4 錢，7 帖

**三診（111.04.20）進步多。**

**處方：水煎藥**

柴胡 4 錢、白芍 3 錢、黃芩 5 錢、丹參 10 錢、陳皮 5 錢、砂仁 5 錢、黃耆 15 錢、何首烏 5 錢、炒杜仲 8 錢、沒藥 4 錢，7 帖

**四診（111.04.27）持續進步。**

**處方：水煎藥**

黃柏 5 錢、丹參 8 錢、陳皮 5 錢、砂仁 5 錢、黃耆 15 錢、何首烏 5 錢、炒杜仲 8 錢、山茱萸 4 錢、骨碎補 8 錢，7 帖

**五診（111.05.11）眠難，夜尿 2，輕暈。**

**處方：水煎藥**

黃柏 5 錢、黃連 1.5 錢、陳皮 5 錢、砂仁 5 錢、黃耆 10 錢、何首烏 8 錢、炒杜仲 8 錢、山茱萸 4 錢、柴胡 4 錢、白芍 4 錢、川芎 5 錢、附子 1 錢、玉桂子 1.5 錢，14 帖

**治療思路：**

- 出血性中風初期，身體啟動邪正相爭，故先以柴胡、白芍協助穩定交感神經的應激反應，避免亢害相隨，並以清熱藥黃芩、黃柏緩解腦組織炎性，以淡滲利濕的茯苓回收炎性滲出液，避免水腫壓迫損傷。故可快速改善中風後遺、反應遲鈍等症狀。
- 而出血性中風的病因，表面看似單純因血壓控制不良而導致的腦血管疾病，根本乃是長期熬夜勞損而形成之腎虛瘀阻，此為典型的「因虛致實」案例，故補氣、補腎加上化瘀的治則，應貫穿整個治療過程，始能標本兼顧。
- 惟化瘀藥物使用劑量需留意，特別是出血性腦病，化瘀藥不可重用、久用，以免造成繼發性出血。本案初診時丹參用 8 錢，隨症狀逐漸改善，續增至 10 錢，並且連兩次回診再加上沒藥 4 錢，症狀改善後，隨即沒藥捨去、丹參減量，改



以補腎堅筋骨兼化瘀的骨碎補代之，並加山茱萸，協同炒杜仲、何首烏以加強補腎斂氣。

- 五診出現眠難，表示修復至此階段開始化燥，以黃連清熱、黃耆減去 5 錢，加上少量桂、附引火歸元，並以柴胡、白芍穩定交感神經，川芎引藥入腦又可緩解頭暈。

### 〈案 6〉氣虛血瘀 + 腎精虧虛型 / 動脈硬化、TIA<sup>[5]</sup>

66 歲男性。病史：粥狀動脈硬化。失眠，需助眠劑。

109.07.25

午間後腦暈痛甚，行路偏斜 / 東倒西歪，至夜 9 點方緩解，症半月。

記憶嚴重衰退，反應遲鈍，舌質暗紅 / 舌下瘀，脈弱芤。

**處方：水煎藥**

柴胡 4 錢、葛根 4 錢、羌活 3 錢、黃芩 5 錢、黃連 3 錢、白芍 4 錢、黃耆 20 錢、川芎 5 錢、丹參 5 錢、陳皮 5 錢、砂仁 5 錢

註：服 7 帖後，中午頭暈痛縮減為 1 小時。

110.07.16

暈厥，7/13 CT = 血管無異常。攝護腺腫大 / 尿急難出。

**處方：水煎藥**

黃耆 20 錢、丹參 5 錢、川芎 4 錢、黃芩 4 錢、黃柏 4 錢、陳皮 5 錢、砂仁 5 錢、何首烏 5 錢、炒杜仲 8 錢、山茱萸 4 錢、柴胡 4 錢、白芍 3 錢、茯苓 4 錢，30 帖

110.08.21 時眠難，暈，低潮

**處方：水煎藥**

黃耆 20 錢、丹參 5 錢、黃連 3 錢、黃柏 4 錢、陳皮 5 錢、砂仁 5 錢、何首烏 5 錢、炒杜仲 8 錢、柴胡 4 錢、白芍 3 錢、大棗 12 枚

**治療思路：**

- 由四診觀察本案症狀，皆因氣虛無力推動血行，致腦部供血供氧不足，加重動脈硬化程度，故初診以柴胡、白芍緩解血管痙攣，以葛根、羌活循背脊升清陽，加川芎引經入腦，重劑黃耆大補元氣、丹參化瘀兼補血，然舌質暗紅下瘀，暗蘊氣虛瘀滯與血管損傷之血熱炎性，故仍須加上黃芩、黃連、黃柏之清熱藥物。
- 且該患已屆男性更年期後期，腎氣亦虛，故於二診之後，加上何首烏、杜仲、山茱萸等補腎藥物、增加腦灌注壓，從根本論治。
- 神經血管的損傷乃日積月累、緩慢進行，有如溫水煮青蛙，即使像本案已現記憶嚴重衰退、反應遲鈍症狀了，血管 CT 結果仍維持正常，若等到血液或影像檢





查出現異常，再來循診療規範進行治療，往往已推進更多不可逆的腦損，而錯失早期治療良機了。中醫藥則可依據四診、八綱等辨證兼辨病，於各階段靈活、快速介入治療。

### 〈案7〉脾腎陽虛＋感染型／反覆感染性腦病、神識昏蒙<sup>〔5〕</sup>

84歲男性。病史：結核菌感染、肌少症、間質性肺炎。

急性肺炎，發熱，咳喘甚，胸腔積液，神識昏蒙，鼻飼，尿管，木僵，肌少，右半側癱軟，低血鈉，低血鉀，低蛋白血症，甲狀腺低下，二便不知。

#### 處方：水煎藥

柴胡4錢、桂枝5錢、白芍3錢、麻黃3錢、黃芩8錢、黃連5錢、連翹8錢、乾薑5錢、附子5錢、陳皮8錢、砂仁8錢、黃耆20錢、丹參5錢、茯苓8錢、澤瀉5錢、人參5錢（帖）

#### 治療思路：

- 感染急性期，以柴胡、桂枝解表，以麻黃通竅，以黃芩、黃連、連翹清熱為首要，然本案素有慢性肺炎病史加上年老虛甚，故黃耆用至二兩，人參、乾薑與附子各5錢，守護根本、留人治病，再加丹參化瘀，協同黃耆共湊養血益氣之功，以茯苓、澤瀉清除腦神經與血管之代謝廢物，爭取修復條件。
- 本案因急性肺炎、感染入腦，神智清醒後併發失智症、反覆咳喘、耳聾、肌少症、萎軟乏力，此時需大劑、頻服治療，方可截斷再次感染，前3日／每日3帖，3小時灌藥1次，後7日（神智清醒，熱退後）／每日2帖，4~6小時灌藥1次，之後2個月／每日1.5帖，1日分3次灌藥，經二年持續中藥調理後，漸長肉，神情反應記憶進步，咳喘亦改善。

### 〈案8〉自體免疫＋萎縮退化型／小腦萎縮、情志紊亂、智力退化<sup>〔5〕</sup>

38歲男性。病史：氣喘20年，鼻竇炎史，口腔白斑，平日易口糜。

2年前凌晨，在台大醫院陪伴妻子待產之際，於病房門口突然無預警性暈厥。

台大醫院診斷為免疫性小腦炎、小腦萎縮症。

初發病時身體無發熱，免疫科血液檢查皆正常。

#### 初診（104.10.12）

言語困難，吟詩狀顫音，助行器，行動極緩慢困難，手顫抖甚，表情僵硬甚至變形，吞嚥分解動作，喜悲難控制，指鼻試驗困難，交替動作困難，Babinski 徵陽性，跟-膝-脛試驗困難。意識可但退化至3~5歲，入眠難，無低熱，頭暈頭痛頭脹，視物模糊，發病後血糖升高，目前 glu(AC) = 160，HbA1c = 7.5 服降血糖西藥。大便2日1行，舌瘦紅，脈弦弱。



**處方：水煎藥**

熟地黃 5 錢、山茱萸 4 錢、玉桂子 5 錢、附子 3 錢、黃柏 5 錢、川芎 3 錢、陳皮 5 錢、砂仁 4 錢、黃耆 20 錢，14 劑（劑 / 日）

**二診（104.10.30）**

體溫正常，天冷易咳喘，易倦，較好眠

**處方：水煎藥**

同初診處方，加乾薑 1.5 錢，14 劑（劑 / 日）

**三～五診（104.11.13～12.11）：維持二診處方**

三診：指鼻試驗及交替動作改善 / 可對焦，手不抖，有力。共服 28 劑

四診：可夾麵，血糖改善  $\text{glu(AC)} = 125$ 。共服 42 劑

五診：起身行走較穩，顫音改善，吞嚥進步，但不咬即吞。共服 56 劑

**六診（104.12.26）**

口糜顯、復眠難、 $\text{glu(AC)} = 165$ （共服 70 劑）

**處方：水煎藥**

熟地黃 5 錢、當歸 3 錢、川芎 3 錢、陳皮 5 錢、砂仁 4 錢、黃耆 15 錢、黃芩 5 錢、黃柏 5 錢、骨碎補 4 錢、炒杜仲 4 錢、柴胡 4 錢、白芍 3 錢，14 劑（劑 / 日）

**七診（105.01.08）**

口糜及睡眠改善。雙手持筴匙不抖，腿無力。（已服 84 劑）

**處方：水煎藥**

熟地黃 5 錢、山茱萸 4 錢、陳皮 5 錢、砂仁 4 錢、黃耆 15 錢、黃柏 5 錢、黃連 1.5 錢、懷牛膝 5、骨碎補 5、炒杜仲 8 錢，14 劑（劑 / 日）

**八診～十診（105.01.23～03.14）：維持七診處方**

九診：步行較穩，晚間說話較清楚。共服 112 劑

十診：去助行器， $\text{glu(AC)} = 120$ 。共服 126 劑

**十一至二十診（105.03.28～08.01）**

反覆口腔潰瘍、盜汗、膚癢。以七診處方加黃連 1.5 錢（共 3 錢）、青蒿 4 錢

以上二十診，合計服 280 劑，可去杖行動正常自理，無顫音，吞嚥正常。口糜、盜汗、咳喘、血糖及口腔白斑改善，停用降血糖西藥。

**治療思路：**

- 免疫性小腦萎縮症，病程歷經二年，初期西醫必以大劑量類固醇治療，依症象判斷係進入腦細胞萎縮退化階段，故以大補腎陽、大補氣血治療，因病人有糖



尿病及易口糜，故不用乾薑，但天冷發氣喘，復加乾薑 1.5 錢。

- 合計服 70 劑後，發口糜、眠難、血糖復升高，此際處方須轉彎，以預防免疫反撲。故捨去玉桂子、附子、山茱萸，減少北耆劑量（原先 20 錢，減量為 15 錢），加重清熱藥，並加入柴胡、白芍，合計服 84 帖後，口糜及睡眠改善，續以補氣血加補腎養陰治療，但期間遇反覆口糜、盜汗、膚癢時，需加青蒿、加重黃連…，如此反覆修復、抑制、再修復、再抑制，便可逐漸改善免疫性體質，小腦萎縮退化性癡呆速度亦將受到攔阻。

註：本案未進展至免疫反撲後的陰虛陽亢階段，若是免疫反撲，則須快速改以育生免疫過亢方、或知柏地黃湯、或育生建瓴湯加重清熱藥治療。

## 結論

VaD 是目前唯一能以控制其危險因素而加以預防的失智症，相較於其他各種類型癡呆，VaD 應考慮的層面更為寬廣深入，一方面要促進受損的腦神經血管之修復能力，一方面需預防再次的腦栓塞或腦出血，故熟悉 VaD 的治療思路，對於其他各種類型癡呆的中醫治療亦能信手捻來。

由於老人血管彈性較差、血管內膜較肥厚狹窄，故於高齡化社會的當今，導因於慢性腦循環系統的微小血管栓塞的老化癡呆<sup>[3]</sup>，在未來只會呈現不減反增現象，中醫及時介入治療，可降低病人的損傷程度，若等到西醫處置緩解後再服中藥，腦神經及內臟恐已出現難以緩解，甚至不可逆的損傷。因此 VaD 臨床症狀與治療方案，值得臨床醫師深入研究。急性期必須及早介入治療，可避免高顱內壓與病理代謝廢物，增加日後複雜難治的程度，緩解期以辨證與辨病診斷治療，對治造成癡呆的虛、痰、風、瘀，以及寒、熱、虛、實等病理性矛盾，對於進行中或未來發病高危險族群之血管性癡呆病患，皆可提供最妥善的健康照護！

## 參考文獻

1. 台灣失智症協會編，認識失智症／關於失智症。台灣失智症協會，2022 年 4 月。  
<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>
2. 邱銘章，失智症診斷治療的教戰守則。台北市醫師公會會刊，第 50 卷第 7 期，2006 年，P9-11。
3. 李政育，中風的中醫治療專題演講。台北市立聯合醫院中醫門診中心，2022 年 4 月。
4. 簡鸞瑤、李政育、廖炎智，探討自體免疫性甲狀腺疾病導致腦萎縮之中醫治



- 療。中西結合神經醫學雜誌，第 10 卷第 1 期，2017 年 12 月，P102-122。
5. 鄭淑鎂，中西醫結合之純中醫治療系列講座講義。社團法人新北市中醫師公會，2022 年 7-11 月。
  6. 鄭淑鎂、簡鸞瑤，中醫常見內分泌疾病診治心法（第一版）。宏道文化事業有限公司，2022 年 3 月。
  7. 李政育、鄭淑鎂，危急重症·難治之病中西醫結合之中醫治則與臨床例舉（第一版）。養沛文化館，2017 年 11 月。
  8. 程維德、李政育、廖炎智，從父親的「迷路」行爲（getting lost, GL）來探討失智症的中醫療效。中西結合神經醫學雜誌，第 11 卷第 1 期，2018 年 12 月，P5-29。
  9. 曾宣靜、黃才旺、李政育、朱大同、湯其暉、劉偉修，COVID-19 加護病房瀕死個案的李政育中醫師介入治療報告。中西結合神經醫學雜誌，第 14 卷第 1 期，2021 年 12 月，P115-121。
  10. 簡鸞瑤、鄭淑鎂、李政育、廖炎智，當糖尿病遇上失智症 - 糖尿病腦病的中醫證病合辨治療探討。中西結合神經醫學雜誌，第 13 卷第 1 期，2020 年 12 月，P16-36。

通訊作者：簡鸞瑤

聯絡地址：台北市中正區忠孝東路一段 35 號 2 樓

聯絡電話：02-33224323

E-mail：cyo0922@gmail.com

受理日期：2022 年 10 月 20 日；接受日期：2022 年 11 月 7 日