



## 脫髓鞘神經炎的中醫辨證論治

林寶華

林寶華中醫診所

### 大綱

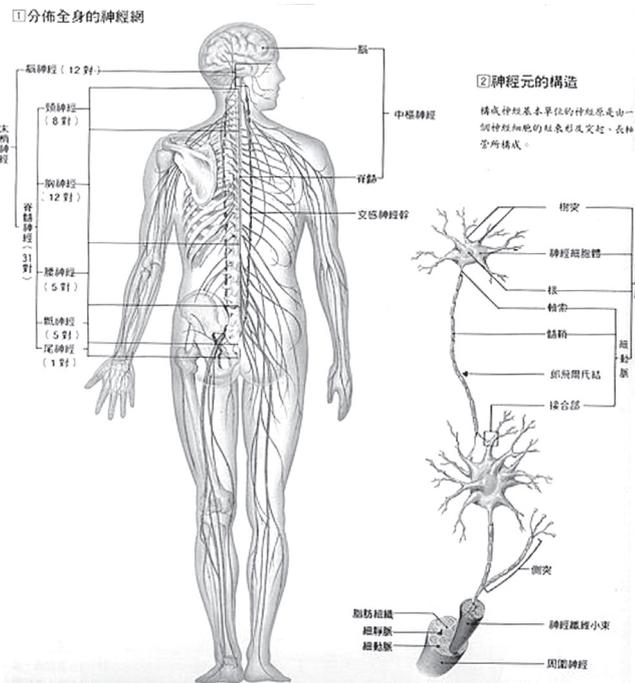
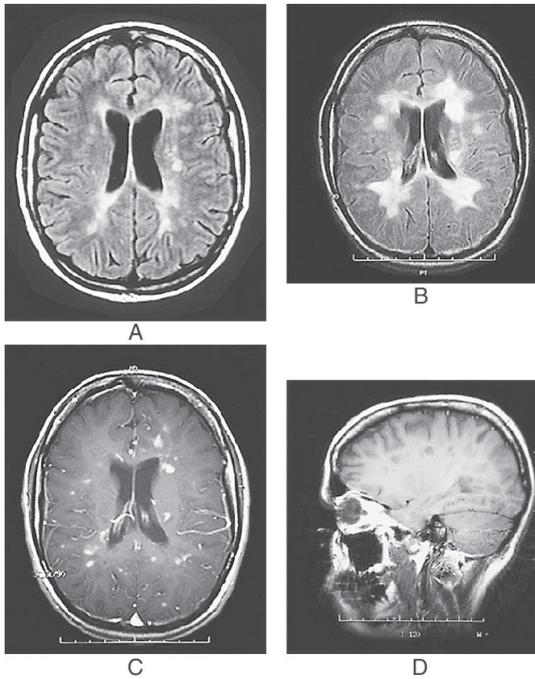
- 一、脫髓鞘神經炎簡介  
(附錄：脫髓鞘神經炎常發作在日常生活中)
- 二、脫髓鞘神經炎分類
  - 1. 多發性硬化
  - 2. 格林-巴雷症候群
    - (1) 急性
    - (2) 慢性。
- 三、西醫療法
- 四、中醫相關文獻
- 五、中醫治痿症的簡易辨證論治
- 六、中西醫結合治療神經疾病專家李政育醫師的痿症療法

### 一、脫髓鞘神經炎簡介

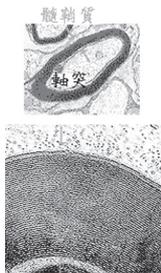
1. 脫髓鞘疾病是中樞神經系統，以廣泛原發性脫髓鞘為主的疾病，病因不明確，療效差；有進行性、不可逆性的運動、感覺障礙。由 CT 或 MRI 可確認其病灶。本病並非直接由病毒所致，在患者的中樞神經組織中不能檢出病毒。
2. 原發性脫髓鞘：是指髓鞘脫失但軸索相對完好，乃由於少突膠質細胞（Oligodendrocytes，主要功能是提供支援的軸突和生產髓鞘絕緣軸突。）受損，影響髓鞘形成 或由於免疫或毒性因素損害髓鞘所致。
3. 繼發性脫髓鞘：常繼發於軸突變性（如 Waller 變性）、感染、缺氧和代謝障礙，以及先天性代謝障礙（如白質營養不良）、病毒感染（如進行性多灶性白質腦病）；某些少見疾病（如腦橋中央白質溶解），亦可出現脫髓鞘病變。
4. 脫髓鞘疾病分類方式多，包括急性播散性腦脊髓炎（感染後，疫苗接種後，特發性）、急性壞死出血性白質腦炎、多發性硬化症、大腦下白質廣泛硬化症（Schilder 病）、同心圓硬化型（Baló 病）、視神經脊髓炎（Devic 病）、脫髓鞘伴全身性疾病、腦橋中央白質溶解、原發性胼胝體壞死、進行性多灶性白質腦病，



和經典型 Charcot 關節病（又稱神經性關節炎、無痛性關節病。是指脊髓空洞症、脊髓癆、半身不遂、截癱和周圍神經損傷等神經系統的疾病，有時引起關節軟骨及骨質的廣泛破壞）。

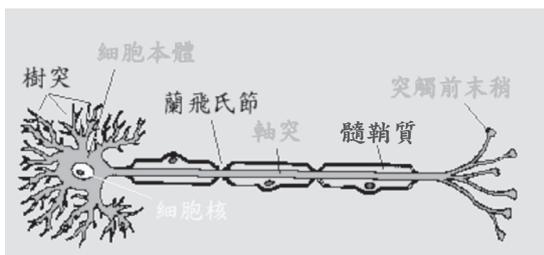


### 神經纖維的髓鞘質 (myelin)

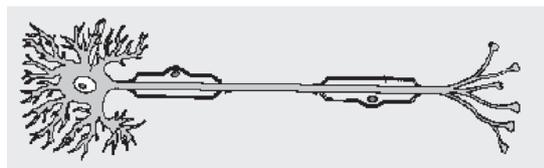


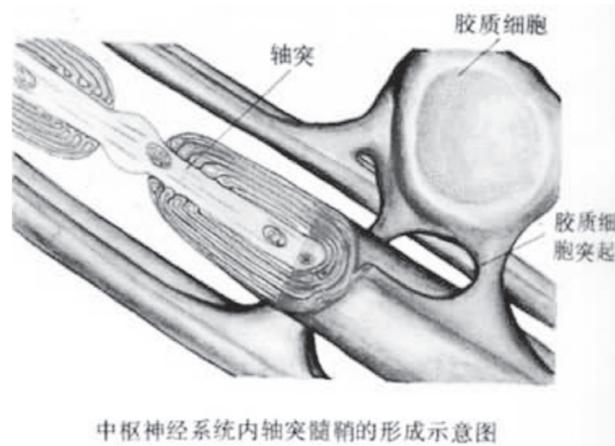
神經纖維的外層包裹著一層名為「髓鞘質」(myelin) 的物質，它像電線的塑膠皮，具有隔離絕緣的功能，讓不同的神經傳導路徑的訊號不會相互干擾，同時可加速我們神經訊號的傳導。當髓鞘質被破壞後，神經的訊息傳遞就會變慢甚至停止。

### 正常的細胞



### 被多發性硬化症影響的細胞





## 二、脫髓鞘神經炎分類

### (一) 多發性硬化

#### 1. 多發性硬化淺說

- (1) 多發性硬化 (Multiple Sclerosis, MS) 是一種緩慢進展的中樞神經系統疾病，其特徵為大腦與脊髓內，播散的脫髓鞘性斑塊，造成多發的，多樣的神經症狀和體徵，常有反復的緩解和復發。
- (2) "Sclerosis" 這個字來自於希臘文的 skleros 意指「硬化」。在多發性硬化症，髓鞘質脫失的區域，在組織修復的過程中，沿著軸突 (axon) 產生疤痕組織 (plaque) 而變硬；中樞神經系統可能同時有多處的神經，出現髓鞘質脫失受損；新的硬塊也可能出現，所以稱作多發性 (Multiple)。
- (3) 自體免疫反應 (autoimmune response) 的意思，是個體的免疫系統攻擊自己的組織。多發性硬化症 (MS) 被認為是一種自體免疫疾病，免疫系統攻擊腦中包圍神經細胞的髓鞘質以及脊髓。
- (4) 在發炎反應減緩後，身體是有可能將受損的髓鞘質進行修復的，這個過程叫做「髓鞘質再生現象」(remyelination)。

#### 2. 病因學和發病率

- (1) 病因不明，懷疑為免疫學異常、潛伏性病毒（可能是人疱疹病毒或逆轉錄病毒）的感染、遺傳因素、環境因素、氣候因素（溫帶地區較熱帶地區高）。
- (2) 多發性硬化症在溫帶地區的發生率為二千分之一，熱帶國家則為一萬分之一。發病年齡一般為 20~40 歲，女性罹患多發性硬化症的機率是男性的二~三倍；美國多發性硬化症協會估計，美國約有 25~35 萬人罹患多發性硬化症。



### 3. 病理學

- (1) 在中樞神經系統內有播散的脫髓鞘斑塊，伴少突膠質細胞的破壞，和血管周圍的炎症。
- (2) 病理變化主要發生在白質內，好發部位有脊髓的側柱與後柱（特別在頸段與胸段），視神經與腦室旁區域。中腦、橋腦與小腦內的傳導束也可被累及，大腦與脊髓的灰質也有可能受到影響。
- (3) 神經元的細胞體與軸索通常完好，在後期，軸索也可能破壞。
- (4) 在脫髓鞘斑塊內與斑塊周圍，可發現髓磷脂的脂質與蛋白質成分都有化學性改變。

### 4. 症狀和體徵

- (1) 最常見的發病症狀為感覺異常：在一個或幾個肢體、軀幹或一側的面部、腿或手的無力或笨拙。
- (2) 視覺障礙：如單眼的部分性失明，與眼球活動時的疼痛（球後視神經炎），視物模糊或暗點；早期症狀如眼肌癱瘓造成的複視。
- (3) 一個或多個肢體的短暫無力，輕微的步態障礙，肢體的輕度僵硬與異常的易疲乏。
- (4) 膀胱控制困難。
- (5) 眩暈。
- (6) 精神狀態和情緒障礙：精神淡漠、判斷力缺失、注意力不集中、情緒易波動。某些病人有欣快表現，或反應性抑鬱症。突然的哭泣或發笑（假性延髓癱瘓的症狀），顯示控制情緒的皮層、延髓通路已受累；在疾病後期可發生嚴重的精神障礙躁狂、癡呆、吟詩狀言語。
- (7) 顱神經障礙：
  - (a) 視神經部分性萎縮，伴視訊光碟顱側蒼白、視野改變（中心暗點或視野全面性縮小）。
  - (b) 短暫的眼肌癱瘓，伴複視（由於腦幹內聯接第 3,4,6 顱神經核的傳導束被累及）。
  - (c) 視乳頭水腫伴視力障礙，瞳孔的直接對光反應也減弱。
  - (d) 眼球震顫是一個常見症狀，可能是由於小腦或前庭核受損所引起。
- (8) 偶而有單側的面部麻木或疼痛（類似三叉神經痛），以及半側面肌癱瘓或痙攣。
- (9) 運動：
  - (a) 腱反射（如膝反射、踝反射）常亢進；常出現巴賓斯基徵（Babinskisign，脊髓失去大腦皮質運動區的控制時，出現一種特殊的脊髓反



射：當用鈍物劃其足底，大拇趾背曲，四趾向外似扇形展開。）與膝踝陣攣。

(b) 小腦病變引起的意向性震顫常見。

(10) 共濟失調：

(a) 搖晃、不規則、顫抖，可出現靜止性震顫。

(b) 肌肉無力與強直可由錐體束的損害造成，產生僵硬、不穩的步態。

(c) 強直加上小腦性共濟失調，可使病人寸步難行。

(d) 大腦的病變可引起偏癱。

(e) 疾病後期可出現感覺刺激（例如床被的接觸）引起的痛性屈肌痙攣反應。

(11) 視神經脊髓炎：

(a) 可發生視神經炎，有時為雙側性，伴頸段或胸段脊髓內的脫髓鞘病變，臨床表現為失明與兩下肢截癱。

(b) 眼球震顫、意向性震顫、與吟詩狀言語是晚期病例中常見的小腦體徵。

(12) 感覺神經：可發生感覺異常、麻木與感覺遲鈍，例如痛覺和溫度覺的減退，振動覺和位置覺的障礙；往往局限於手部或腿部。

(13) 自主神經：

(a) 脊髓受累時，常見尿急、排尿不暢、部分性尿瀦留、或輕度尿失禁與便秘。

(b) 男性可引起陽痿，女性可出現生殖器官感覺消失。

(c) 晚期可發生大小便失禁。

## 5. 檢查與鑑別診斷

(1) 醫師可用磁共振造影、腰椎穿刺以及誘發電位紀錄來進行某些檢驗。

(2) 多灶性運動神經病（multifocal motor neuropathy, MMN）是近年來被發現，一種少見的脫髓鞘性周圍神經疾病。其臨床表現為進行性非對稱性肢體無力，以遠端受累為主；電生理特徵：是在運動神經上存在持續性多灶性傳導阻滯（conduction block, CB），而感覺神經沒有或只有很輕的受累。

(3) 多灶性運動神經病不同於慢性炎症性脫髓鞘性多發性神經病（CIDP），也和運動神經元病不同。

(4) 血清肌酸磷酸激酶（Creatinephosphokinase, CPK；今稱肌酸激酶，Creatinekinase, CK）的活性常輕度或中度升高，而常規的血液和生化檢查通常在正常範圍。



- (5) 約 2/3 患者的腦脊液 (cerebrospinal fluid, CSF) 檢查結果正常, 1/3 患者的腦脊液蛋白含量, 可輕度增高 (一般低於 80 mg/dl, 偶爾可達 100mg/dl); 這一點可幫助鑒別 MMN 和 CIDP, CIDP 時 CSF 蛋白常明顯升高。

## (二) 格林-巴雷綜合徵

格林-巴雷綜合徵(Guillain-Barre Syndrome, GBS) 是神經系統自身免疫性疾病, 根據起病形式和病程, 可分為

急性型 (Acute Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy, AIDP)、  
慢性復發型 (Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy, CIDP) 和  
慢性進行型 (Chronic Progressive Demyelinating Polyneuropathy, CPDP)。

### 1. 急性格林 - 巴雷綜合徵, 又稱急性感染性脫髓鞘性多發性神經根神經病 (AIDP)

- (1) 半數以上病人在發病前常有感染史, 如喉痛、鼻塞、發熱、腹瀉、嘔吐等, 也可有帶狀皰疹、流感、水痘、腮腺炎、和病毒性肝炎等, 在 1-2 週內達高峰。80% 以上病人先出現雙下肢無力, 癱瘓逐漸上升加重。
- (2) 少數嚴重者出現四肢癱瘓、呼吸麻痹而危及生命。
- (3) 多數在 2~4 週開始恢復, 約 1/3 病人有後遺症狀, 如雙下肢或雙上肢無力, 或四肢無力, 或肌肉萎縮、肌肉酸痛, 足下垂; 部分病人遺留有面癱, 或吞嚥困難、構音障礙、嗆咳和咳痰不能; 或有大小便瀰留或失禁。
- (4) 患肢有主觀感覺異常, 如麻木、蟻走感、針刺感和燒灼感; 檢查可見四肢遠端 " 手套 - 短襪 " 型感覺減退或缺失。

### 2. 慢性格林 - 巴雷綜合徵, 又名慢性感染性脫髓鞘性多發性神經根神經病 (CIDP)

- (1) CIDP 的病程緩慢, 易復發, 症狀以肌無力和感覺障礙為主。肌無力症狀常是對稱性的, 主要表現肩、上臂和大腿無力, 也可合併前臂、小腿、手和足的無力; 肢體無力常較軀幹無力更為常見。
- (2) 下肢無力常表現為行走蹣跚, 易踩空, 不能持久站立, 上下樓梯費力和起坐困難。上肢無力包括用鑰匙開鎖、握筆、解鈕扣、梳頭有困難。
- (3) 肌肉大多有萎縮, 自四肢遠端肌肉萎縮無力, 進行性向近端發展, 甚至累及胸背部、頸部肌群, 造成全身肌肉萎縮; 嚴重者呼吸肌萎縮而呼吸困難, 病人會因呼吸衰竭、心力衰竭而危及生命。



### (三) 急性播散性腦脊髓炎

1. 急性播散性腦脊髓炎可見於病毒感染後，如麻疹、風疹、水痘等；或疫苗接種後，如牛痘疫苗、狂犬病疫苗等；笑容表現症狀為發熱、嘔吐、嗜睡、昏迷；一般在病毒感染後2~4天，或疫苗接種後10~13天發病。
2. 病變的特點：為靜脈周圍脫髓鞘伴有炎性水腫，和以淋巴細胞和巨噬細胞為主的炎性細胞浸潤。本病的脫髓鞘進展迅速，軸突一般不受影響，病變呈多發性，傷及腦和脊髓各處，特別是白質深層和腦橋腹側。軟腦膜中可有少量淋巴細胞、巨噬細胞浸潤。
3. 本病髓鞘的損傷與髓鞘鹼性蛋白所致的自身免疫反應有關，在患者的中樞神經組織中不能檢出病毒。

### (四) 急性壞死出血性白質腦炎

1. 本病是罕見、發展迅速、凶險的疾病，常是敗血性休克、過敏反應（哮喘等）的嚴重併發症。
2. 病變的特點：是腦腫脹伴白質點狀出血，鏡下特點為小血管（小動脈 小靜脈）局灶性壞死，伴周圍球形出血；血管周圍脫髓鞘伴中性粒細胞、淋巴細胞、巨噬細胞浸潤；有腦水腫和軟腦膜炎。
3. 與急性播散性腦脊髓炎之區別，在於本病的壞死較廣泛，急性炎性細胞浸潤以及血管周圍出血較明顯。
4. 病變在大腦半球和腦幹較多見。

## 三、西醫療法

- (一) 目前治療此病的方法可分為兩類，第一類就是支持性療法，包括呼吸的輔助及自律神經失調的控制。第二類就是醫藥療法，包括血漿置換及免疫球蛋白的注射。這些療法可以加速恢復的速度，約有七成的患者可以完全恢復，其餘患者則可能留下一些後遺症，而在穩定後再惡化的比例則小於一成。
- (二) 類固醇藥物：雖然類固醇可以縮短症狀持續的時間，但是它們並不能治癒MS。常用的類固醇藥物有：methylprednisolone，prednisone和腎上腺皮質素（adrenocorticotrophic hormone）。
- (三) 幹擾素（Interferon）：可以抑制發炎反應，也可以作為抗病毒藥物。
- (四) Glatiramer Acetate：這是構成髓鞘質的一種成分。病人服用這種藥物，免疫系統會轉而攻擊它，而不攻擊體內原有的髓鞘質，使病狀可以緩解。
- (五) 免疫抑制劑（Immunosuppressants）：阻斷或是抑制免疫系統，可減



少身體繼續攻擊自體的髓鞘質。免疫抑制藥物包括：methotrexate，cyclophosphamide，cyclosporine，以及 mitoxantrone。

#### 四、中醫相關文獻

1. 《素問·痿論》將痿分爲皮痿、脈痿、筋痿、肉痿、骨痿等不同類型。《素問·生氣通天論》述“因於濕，首如裹。濕熱不攘，大筋軟短，小筋弛長，軟短爲拘，弛長爲痿。”
2. 張從正（字子和，號戴人，1156-1228年）的《儒門事親》提出“由於腎水不能勝心火，心火上灼肺金，金受火制，六葉皆焦，皮毛虛弱急薄，著則生痿也。”
3. 清朝馮兆張的《馮氏錦囊》認爲“痿證由於氣血不足，受病在不能充固者也，當純從不足治。”
4. 元朝朱丹溪的《丹溪心法》提出痿證有濕熱、痰濕、氣虛、血虛、瘀血五種證候。
5. 肺熱傷津：感受溫熱之邪，灼傷肺金，肺氣失於清肅，則見身熱、咳嗽。熱壅於肺，氣機失暢，不能宣發敷布津液，以潤澤五臟，五臟精氣不足，筋脈失於濡養，而發爲痿證。
6. 濕熱阻絡：久居濕地或涉水冒雨，感受濕邪不去，鬱久化熱，阻滯經脈；久則氣血不利，筋脈肌肉失養，成爲痿證；濕熱內蘊，困阻脾胃，亦可成爲痿證。
7. 寒濕下注：素體陽虛，當風露宿；或汗後淋雨，以致寒濕之邪侵犯肌表，阻遏經脈。氣血爲寒濕痹阻，以至筋骨、肌肉痿弱無力。
8. 脾胃虛弱：素體脾虛，或濕邪去後，脾胃損傷。脾爲氣血生化之源，脾失健運，無以榮養筋脈肌肉，故見肢軟無力，肌肉消瘦，漸至痿廢不用。
9. 肝腎虧虛：素體稟賦不足，或年老腎氣衰，或久病傷肝腎，以致肝腎陰虧，筋脈失養，則成痿證。

#### 五、中醫治痿症的簡易辨證論治（摘自李政育老師教學講義）

1. 痿症初期常是熱症，會發燒、身重痛，治以葛根湯、陽旦湯、大青龍湯、或葛根芩連湯。
2. 再進入脈痿、肌痿，會進入氣虛階段。
3. 若表症已除，但熱仍不退，屬少陽熱；治以小柴胡加青蒿、知母、地骨皮，黃芩加重；或黃連解毒加青蒿、知母、地骨皮；或地骨皮飲加黃芩、黃連、黃柏。



4. 骨膜發炎急性期，全身軟癱，是濕熱。
5. 骨髓炎急性期，發燒，局部發熱，不會無力；可用黃芩、黃連、黃柏加青蒿、知母、地骨皮，腳部加牛膝。也可用二妙、三妙，以黃柏為君，加青蒿、知母、地骨皮、丹皮、梔子；引入骨髓藥物，宜加牛膝、生杜仲。患處腫甚，要消除代謝廢物，加入蒼朮、茯苓、澤瀉。
6. 肌無力、肌肉營養失調證、中樞神經痿，應補氣血、大補腎陽。
7. 肝豆狀核變性病（hepatolenticular degeneration，亦稱威爾森氏症Wilson's Disease），可用二妙、三妙。
8. 運動神經元疾病需大補腎陽加補氣，選用補中益氣湯、十全大補、右歸加人參、黃耆、乾薑、附子、玉桂等。
9. 神經傳導障礙：屬濕熱痿，用二妙、三妙、四妙散。
10. 神經鞘膜、神經傳導出了問題所導致的痿：地龍散。
11. 胸腺痿：痰飲、氣虛、無名腫毒(有頑痰怪飲、癩熱)，用溫膽湯、控涎丹（甘遂、紫大戟、白芥子）、小金丹、礞石滾痰丸、或保安萬靈丹。
12. 神經痿若以地龍散、二妙、三妙、四妙，療效不大，可用知柏地黃。證屬陽虛，用右歸、腎氣丸，或補中益氣加乾薑、附子、肉桂、黃芩。

## 六、中西醫結合治療神經疾病專家李政育醫師的痿症療法

### (一) 外感痿

1. 由細菌、病毒、微生物感染脊髓或腦部所造成的痿，如感冒、注射流感疫苗、注射肉毒桿菌引起的痿；及其代謝廢物或所分泌酵素、毒素對神經的幹擾所造成的痿都包括在內。
2. 急性期多屬熱症，患部摸起來熱燙，或發燒、咳嗽、身重痛、萎軟無力。若發病便求中醫治療，未經西醫處置，可用大青龍湯、葛根湯加黃芩、葛根湯加芩連柏、陽旦湯（桂枝湯+芩）、小柴胡湯加青蒿知母地骨皮、或竹葉石膏湯等加減。
3. 腰腳重而難舉：此為餘熱未盡，但短期內仍屬濕熱；屬腎經、膀胱經或胃經的濕熱。腎經、膀胱經的濕熱可用二妙散、三妙散或加味二妙散來治療。加味二妙散方中有絲瓜絡，對預防病毒感染引起的腰腳無力有幫助；除了絲瓜絡，冬瓜瓢（當種子用的老冬瓜）也可用，乾了的老西瓜也有用。
4. 陰虛痿 (1) 屬餘熱未清的痿。結核菌古今皆有，因結核菌大量繁殖，代謝廢物的傷害，證型屬陰虛痿；細菌引起的痿，在後期亦偏向陰虛。(2) 陰虛痿的治療可用六味地黃湯、八仙長壽丸，百合地黃湯、秦艽鱉甲散、秦艽扶



羸湯、當歸六黃湯、小柴胡湯等，皆可加青蒿、知母、地骨皮。

## (二) 胸腺痿

1. 可分三類 (1) 胸腺腫大，是痰飲痿。(2) 胸腺萎縮是氣虛痿。(3) 胸腺的發炎、痿縮、腫大或腫瘤引起的痿，偏向乙醯膽鹼 (Acetylcholine, Ach) 功能障礙的問題。
2. 腫瘤痿屬頑痰怪飲：(1) 病人不願外科手術切除，可用乳沒四物湯+芩連柏+朮苓瀉，或礞石滾痰丸。(2) 胸腺痿急性發作，發燒、身重痛、咳喘、全身痿軟無力、心悸，為表風熱，可用溫膽湯、二陳湯、橘皮竹茹丸、小半夏湯+黃芩、小柴胡湯、柴苓湯、或竹葉石膏湯加減進行治療；若熱證嚴重，則加重芩連柏劑量。因胸腺在肋膜及縱膈腔，宜加少量麻黃及葶藶子、防己。(3) 病人曾經西醫類固醇、幹擾素等治療，仍可能為熱證或假寒真熱，可用溫膽湯加減。(4) 胸腺腫大經手術切除或大量使用類固醇，證屬寒飲者，可用半夏天麻白朮湯，加重黃耆劑量；或用補中益氣湯、聖愈湯、補陽還五湯，加黃芩；初期治療若用薑附桂，宜少量。
3. 胸腺痿之萎縮型者，屬氣虛。治療方劑如補中益氣湯、歸耆建中湯、十全大補湯、補陽還五湯及聖愈湯等。病情嚴重，逐漸加重乾薑、附子、肉桂、並加黃芩及人參、川七。

## (三) 神經痿

### 1. 分類：

神經痿分為中樞神經痿與周邊神經痿，周邊神經痿不易發展為全身性的痿。

### 2. 中樞神經痿：

- (1) 腦神經或脊椎的脊髓神經，因發炎、麻痺、梗塞、水腫壓迫、出血壓迫、或腫瘤壓迫，若發生脫髓鞘，可能會造成全身性的痿。
- (2) 發生在腦幹以上，痿證會對稱發生；如多發性硬化症、貝希氏症腦病(Behcet's syndrome，白塞氏症)，或SLE腦病 (Systemic Lupus Erythematosus，全身性紅斑狼瘡)。
- (3) 發生在頸椎以下，除非是環狀的壓迫或梗塞，不然不容易導致對稱性全身性肢體的痿；一般是壓迫那一側，則造成同側的痿證。
- (4) 中樞神經痿的治療，急性期若為外感型，比照外感治療；若為創傷型，可用乳沒四物+朮苓瀉+麻黃、地龍（若不用乳沒四物，可用二妙、三妙）+牛膝、杜仲。治療多日後，加乾薑附子，若乾薑附子劑量已用到5錢-7錢，仍進步有限，則改為截癱2號、3號方。



### 3. 周邊神經痿：

- (1) 病人患周邊神經痿，通常已經由西醫處置，求診於中醫時多是陽虛氣虛證。處方如補中益氣湯、歸耆建中湯、十全大補湯、補陽還五湯、桂枝黃耆五物湯等。
- (2) 周邊神經痿少數是發炎型，由神經肌肉疾病引起，如肌肉營養失調證、肌無力、皮膚炎、丹毒、或骨髓炎病久所誘發的痿。
- (3) 因外傷挫傷、週末夜晚麻痺症候群（上臂處橈神經損傷：右側前臂外旋、手腕及手指伸展等肌力變弱、手背及前臂背側對於痛覺和觸覺的感覺變差、右側肱橈肌腱反射變差。）的神經壓迫、神經水腫所引起的痿，初發期可能屬熱性痿，給藥如聖愈湯加方，或乳沒四物湯加芩連柏、麻黃、地龍、黃耆。若用過類固醇無效，則屬陽虛兼氣虛痿，當以補中益氣湯或歸耆建中湯+薑附桂；失治時間久，神經會硬化、阻塞。

### 4. 腦水腫者：

要注意治療高腦壓，腦腫瘤者要依病人先前治療而辯證治療；腦膜炎屬熱證，可用柴苓湯+芩連柏，有癲癇抽搐則加天麻、全蠍、蜈蚣、僵蠶，並要維持大便一日2-3次。

### 5. 小腦萎縮的痿、運動神經元疾病：

亦屬中樞痿，大部份屬氣虛痿。週期性麻痺，為電解質不平衡的痿，不足者為氣虛，高鉀屬濕熱。

### 6. 脈管炎導致肌肉痿：

- (1) 初期屬瘀熱，以乳沒四物湯、或地骨皮飲+芩連柏，或芩連四物湯、或柴胡茯苓丸（桂枝茯苓丸方中將桂枝改為柴胡）。
- (2) 病久，屬血管萎縮、狹窄、粥狀硬化或類澱粉沉澱，是氣虛、血虛、陽虛痿，則以補陽還五湯或聖愈湯。
- (3) 若以乳沒四物湯治療，須加入黃耆及薑附桂芩、川七、地龍。

### 7. 傷寒論方劑治療：

可選用陽旦湯+朮苓瀉，或葛根湯+芩連+朮苓瀉，或大青龍湯+朮苓瀉+芩。

## (四) 免疫系統的痿

1. 免疫疾病如貝希氏症、紅斑性狼瘡、皮膚炎、修格連氏症（Sjogren's syndrome，乾燥症）等，有的會導致神經脫髓鞘，代謝廢物阻斷神經傳



導，自體免疫疾病而成痿；可為局部痿，也可能是全身性的痿。

2. 用過類固醇、MTX（Methotrexate, 抗癌、治乾癬、類風濕性關節炎，做為免疫調節劑使用）、幹擾素(Interferon)、抗癌藥後，證屬陽虛；治以補陽法，解除陽虛。
3. 沒用類固醇等，多屬熱證。可依症狀選用乳沒四物湯＋芩連柏＋茯苓、蒼朮、澤瀉；或乳沒四物湯＋青蒿、知母、地骨皮；或黃連解毒湯＋朮芩瀉。

### (五) 肌肉痿（神經肌肉疾病）

1. 病因通常分為自體免疫攻擊和肌肉酵素不足。
2. 自體免疫攻擊佔大多數，如皮肌炎，屬熱證，可用黃連解毒加青蒿、知母、地骨皮；或再加葛根、地龍、生石膏。
3. 肌肉酵素不足，屬胃經濕熱。
  - (1) 一般可用葛根芩連湯＋朮芩瀉＋蒿知骨；或清胃散＋朮芩瀉＋蒿知骨；或黃連解毒湯＋朮芩瀉。嚴重者，以控涎丹、小金丹。
  - (2) 久病屬胃氣虛或陽虛，可用補中益氣湯、歸耆建中湯或十全大補湯，俱加乾薑附子肉桂黃芩。
  - (3) 引藥入胃經，以白朮、葛根效果較好。

### (六) 藥物痿

1. 抗癌藥或鈷 60 照射所引起的痿：有短時間即引起痿，也有長時間副作用引起痿。可用小柴胡湯加聖愈湯，若造血不足，再加乾薑、附子、人參、川七；效果仍差，可改為十全、右歸丸或香砂六君子湯，都加乾薑、附子、肉桂、黃芩、黃耆、人參、川七，或再加鹿茸。
2. 抗生素造成的痿：
  - (1) 如 Neomycin（紐奧黴素，屬神經肌肉阻斷劑）引起聽神經痿，也會導致脊髓神經痿，可用知柏地黃湯加方。
  - (2) 脊椎脊髓神經痿可發生在腦或肢體；發生在腦部會劇烈眩暈，可用溫膽湯、半夏天麻白朮散加吳茱萸，加重天麻。

### (七) 繼發性的痿

1. 手術後併發的痿：如冠狀動脈繞道手術或主動脈剝離手術後，併發下半身痿軟無力，可用補陽還五湯加減治療。
2. 脊椎脊髓神經缺氧缺血引起的痿：腰腳重而難舉，負重如帶五千錢；有水腫，可用補陽還五湯加朮芩瀉、葶藶子、防己、地龍、麻黃。



### (八) 環境毒素的痿

1. 重金屬中毒會成痿，如砒霜、白信、白降丹、雄黃。可用黃連解毒湯＋麻黃、朮芩瀉；綠豆粉調水探吐（綠豆與砒霜結合，非吃綠豆解毒），口服石膏粉，或濃煎石膏水冷服。
2. 加油站、化學工廠工作者、地下停車廠、電子公司第一線作業者，容易重金屬中毒，產生癌症及神經痿、老化、癡呆、痿軟無力。治療須加醒腦，如麻黃附子細辛湯＋人參。便秘加大黃；小便不出加黃柏、朮芩瀉；口臭加黃柏；濕熱加蓮鬚、車前子、茵陳。

### (九) 脊椎的脊髓神經痿

1. 脊椎的脊髓神經痿有創傷性、神經壓迫、和外感如細菌、病毒、微生物、藥物性等。其中最難醫者是腰椎側索神經硬化證。
2. 病人已經大量類固醇或免疫抑制劑治療，則進入截癱方或補陽還五湯，加薑附桂苓、麻黃、地龍、人參、川七，目的為增加脊椎側索的供血。
3. 與坐骨神經痛類似，有可能是管腔狹窄壓迫，或肌肉痙攣，也可能局部缺血缺氧引起的痙攣，是陽虛；若是水腫引起局部發炎，是濕熱。
4. 坐骨窩神經腫大，多屬陽虛中有熱與濕，補陽藥可令骨樣增生回收；骨樣增生，中間是空鬆的，所以要補陽。
5. 脊椎側彎是發育不良，需補陽，是肌肉痙攣非肌肉痿縮。

誌謝：感謝李政育老師費心指導。（2011年11月完稿）



## 附錄：脫髓鞘神經炎常發作在日常生活中

### A. 急性脫髓鞘性神經炎

楊智超醫師 臺大醫院神經部

<http://www.ntuh.gov.tw/neur/%E8%A1%9B%E6%95%99%E8%B3%87%E6%96%99/DocLib1/%E5%91%A8%E9%82%8A%E7%A5%9E%E7%B6%93%E7%97%85%E8%AE%8A/%E6%80%A5%E6%80%A7%E8%84%AB%E9%AB%93%E9%9E%98%E6%80%A7%E7%A5%9E%E7%B6%93.aspx>

吳先生是一名泥水匠，大約十天前他就注意到爬梯子時比較吃力，抹牆壁時手勁也差了一點。在接下來的幾天中，他不但覺得很疲倦，而且肢體無力的情況也愈來愈厲害。此時他也注意到手腳有些麻木的感覺。吳先生認為自己可能得了感冒，於是自己去買了一些感冒藥來吃。然而情況並沒有好轉，他不僅走路愈來愈困難，甚至連要起身下床都有問題。他太太覺得事態嚴重，於是找了同事把他送到了急診。神經科醫師會診時發現，吳先生有明顯肌力減退及肌腱反射消失的現象，於是讓他住院了。吳先生在經過一些檢查後，終於有了答案。原來他患的是「急性脫髓鞘性神經炎」。這種在幾天之內就讓人癱掉的病，在臺灣一年到頭都有病例出現，所以神經科醫師自然會有警覺性。由於在疾病惡化的過程中，可能出現自律神經功能失調或是呼吸衰竭的現象，甚至進而喪命，所以住院密切觀察及治療是十分重要的。

「急性脫髓鞘性神經炎」又稱為「基安—巴瑞症候群」（按：即格林—巴雷症候群），臨床上的表現主要以急性或亞急性的肌肉無力為主，某些患者也會出現手腳感覺異常的現象。肌肉無力的範圍除了四肢之外，有時候臉部、吞嚥及呼吸的肌肉也會受到影響，發病後有一半的病人在兩星期內會進展到病情的頂點，而九成的病人會在四星期內達到最嚴重的程度。除了肌肉無力之外，約六成的病人會出現自律神經失調的現象，像心律不整、血壓過高或過低、心跳太快或太慢、解尿困難、流汗減少等等。

這個病的致病機制有許多的研究，目前的理論認為這是一種免疫反應引起的。在病理學的研究發現，患者的周邊神經及神經根處處現了發炎的現象，並且破壞了我們神經上一種叫髓鞘的物質。髓鞘對神經的遺導是十分重要的，髓鞘破壞後會讓神經的傳導產生問題，影響了神經的功能，進而導致許多臨床上的症狀。

至於引起這種免疫反應的「原兇」是什麼呢？有許多的病毒及細菌都是嫌疑犯。約有三分之二的患者注意到在發病前的一到六周中，曾經有上呼吸道感染或類似感冒的症狀。會不會因為我們的免疫系統為了抵禦外侮，卻讓無辜的神經遭殃呢？這種理論是認為病原體上的部分抗原可能和我們神經上的某些成分相當類似，當一些免疫細胞對付這些病菌時，卻錯把我們自己的



神經當敵人了，例如一種叫「彎麴菌」的細菌，的確與我們神經上的某些成分相當類似。

目前治療此病的方法可分為兩類，第一類就是支持性療法，包括呼吸的輔助及自律神經失調的控制。第二類就是醫藥療法，包括血漿置換及免疫球蛋白的注射。這些療法可以加速恢復的速度，約有七成的患者可以完全恢復，其餘患者則可能留下一些後遺症，而在穩定後再惡化的比例則小於一成。

## B. 急性脫髓鞘性神經炎

澄清醫院神經內科主治醫師 高慧如醫師

<http://www.ohayoo.com.tw/> 急性脫髓鞘性神經炎 .htm

年紀較長者有時走起路來較吃力或有麻木感，一般多認為是血液循環或筋骨問題，但日前接獲一病例，發現患者的四肢麻痺無力，乃因感染「急性脫髓鞘性神經炎」，一開始以為可能只是小感冒，未加以理會，但是因為人體免疫系統「錯亂」誤將神經當成病菌來攻擊而引起此一症狀。有位近七十歲的男性到醫院來求診，自述一週前有咳嗽、流鼻水等症狀，且四天前開始覺得走起路來非常吃力，雙腳末梢也是感覺麻麻的很不舒服，之前這位患者自己猜測是脊椎壓迫神經，而在一般診所接受治療，但是肢體無力的情況愈來愈嚴重，甚至連走路都需要他人幫忙，腳的末梢也愈來愈麻，連手末梢也有相同的感覺。經過詳細檢查後發現這位患者罹患「急性脫髓鞘性神經炎」，屬於一種週邊神經病變，因為體內免疫系統出了問題，而由自體產生抗體攻擊自己的神經，破壞神經上的髓鞘，使得神經傳導出現問題，才會出現四肢麻痺的症狀。患者先前可能已遭到上呼吸道感染，而出現類似感冒的症狀。由於病毒或細菌的部分抗原和人體神經上的某些成分相當類似，因此當人體免疫系統要對付這些細菌時，而錯把自身的神經當成病菌去攻擊。此病的表現症狀通常為急性或亞急性的肌肉無力，除了手腳會感覺異常之外，有時連臉部、吞嚥及呼吸的肌肉也會受到影響。症狀嚴重時需靠呼吸器幫忙，因此得此症者最好是住院密切觀察與治療才不會危及生命安全。本院為患者施行血漿置換術治療此症，如同洗腎一樣，透過血漿析離雙重過濾機，將血液當中不該有的抗體濾掉，再把血球連同正常的血漿輸回體內，以達到良好的治療效果。