



腦水腫中醫治療探討

林久乃

康乃馨中醫診所

摘要

幾乎大部分腦部疾病都會產生急性或慢性腦水腫，同時也是造成腦部疾病死亡主要原因。縱使沒有死亡也容易形成腦部細胞或神經損傷後遺症，甚至形成植物人。中醫治療腦水腫在急性期可以輔助西醫降顱內壓，在緩慢期可以修復腦細胞和腦神經，改善供血，平衡腦脊髓液，並清除代謝廢物，加速病人清醒，更是中醫可以發揮的空間。

關鍵詞：腦水腫、腦細胞水腫、顱內壓增高、中醫治療

定義

腦水腫（cerebral edema）即腦細胞水腫，是腦組織的細胞內或細胞外的水分增多，導致腦容積增大的病理現象〔5〕。

腦水腫屬腦實質積水，是造成腦部疾病死亡主要原因。與腦（室）積水（水症）（hydrocephalus）不同，腦（室）積水是指腦脊髓液在腦室內產生過多，或是循環途徑受障礙、無法有效吸收，是屬於腦脊髓液系統問題。

發病原因〔5〕

1、顱腦損傷

各類顱腦損傷，直接或間接地造成腦挫裂傷，或顱骨凹陷骨折，並發顱內血腫。一般傷後半小時就出現腦水腫，6小時後出現腦水腫症狀，2-3天達到腦水腫高峰。

2、顱內佔位性病變

包括腫瘤，膿腫，血腫，肉芽腫，囊腫，腦寄生蟲等。

3、顱內炎症

腦炎、腦膜炎、腦室炎、腦膿腫及敗血症所致顱內彌漫性炎症。



4、腦血管病變

腦栓塞，腦出血，腦動脈瘤或動靜脈畸形破裂出血，蛛網膜下腔出血、腦室內出血。

5、腦缺氧

癲癇持續狀態，胸部創傷、不同原因所致的呼吸困難或窒息、心臟驟停、長時間低血壓、休克、高原性缺氧、一氧化碳中毒及其他肺源性腦病，使腦處於缺氧狀態，均會伴隨腦水腫。

6、外源性或內源性中毒

鉛中毒或藥物或其他原因引起的全身性中毒。

7、腦代謝障礙

全身性的或局限性的腦代謝障礙，如肝性腦病、肺性腦病、腎性腦病、水電解質平衡紊亂、高血糖性腦病。

8、腦的放射性損害

包括電磁損傷作用如微波、紅外線、X射線， γ 射線， β 射線、快中子等。

9、化療藥物損傷

有些化療藥物可以通過血腦屏障或直接注射化療藥，造成腦細胞或血管損傷，引起腦水腫。

10、手術或腦腫瘤栓塞後遺

11、免疫疾病誘發急性腦水腫

免疫疾病可引發全身性發炎反應，導致腦部血管發炎腫脹。

常見腦水腫分類^[6]

1、血管源性腦水腫

當毛細血管內皮細胞受損，血腦屏障發生障礙，血管通透性增加，血液中的液體大量滲入細胞外間隙，引起腦水腫。此型常見於腦腫瘤、出血、創傷或炎症時。

2、細胞毒性腦水腫

此類微血管通透性不增高。急性缺氧時，ATP生成減少，依賴ATP供能的鈉泵活動減弱， Na^+ 不能向細胞外主動轉運，水分進入細胞內以恢復平衡，造成過



量的 Na⁺ 和水在細胞內積聚而致腦水腫。常見於中毒、腦缺血與缺氧等。

臨床表現

腦損傷後，如症狀逐漸惡化，應多考慮腦水腫所致。若原發病係非神經系統疾病，則此時常出現神經系統症狀，特別是顱內壓增高的症狀和意識障礙時，要考慮腦水腫。主要臨床表現是顱內壓增高。顱內壓增高又常與原發病的表現相交錯，但往往比原發病的症狀更嚴重。

1、腦損害症狀

局限性腦水腫多發生在局部腦挫裂傷灶或腦瘤等占位病變及血管病變的周圍。常見的症狀為癲癇與癱瘓症狀加重，波及語言中樞引起失語。

2、顱內壓增高症狀

正常顱內壓（ICP）應小於 10-15mmHg，顱內壓升高的定義為 ICP > 20mmHg，且時間持續 5 分鐘以上。頭痛、嘔吐、視神經水腫，被稱為高顱內壓三大症。

- （一）頭痛。急性顱內壓增高者突然出現頭痛，慢性者頭痛緩慢發展。多為跳痛、脹痛或爆裂樣痛，用力、咳嗽、噴嚏、排便可使頭痛加重。
- （二）嘔吐。常呈噴射狀，多伴隨劇烈頭痛。
- （三）視神經乳頭水腫。在急性高顱內壓時，也可能不發生視乳突水腫。
- （四）心跳及呼吸變慢，血壓上升。
- （五）意識及精神障礙。早期出現表情淡漠、反應遲鈍、煩躁、不安、易怒，動作思維遲緩，病情發展嚴重時，則出現意識障礙、嗜睡，最後昏迷。
- （六）其他：癲癇發作、眩暈、耳鳴、一側或兩側外展神經麻痺、肢體麻痺或癱瘓、痙攣等。嬰幼兒則見骨縫分離、頭顱增大。
- （七）腦疝：當顱內壓極度增高時，腦組織便向壓力小的地方移位而形成腦疝。到後期腦幹因受擠壓嚴重損害，轉變成呼吸衰竭，體溫降低，瞳孔散大，光反射消失，血壓下降、脈搏細弱，最後呼吸停止〔3〕。

腦水腫引起神經系統損害的臨床表現不同，在中醫學屬於不同病証：

如高顱內壓症狀可屬於“暴仆”、“直視”、“中臟”、“頭痛”、“眩暈”、“癲癇”等。腦血管損傷症狀可者則屬於“中風”、“偏癱”、“卒中”、“瘖瘖”、“四肢不用”〔2〕。



中醫療法^{〔1〕}

1、通便降壓法

中醫使用大黃、桃仁、卜硝、柴胡、半夏，一邊通便通腸，一邊放鬆橫膈膜，一邊消除腦神經代謝廢物。方劑：大柴胡湯、大小承氣湯、桃核承氣湯。

2、清熱解毒法

用於腦細胞發炎、感染、神經傳導介質過於黏膩、抑制腫瘤再生擴大、抑制腦部或內臟內分泌過亢、改善心腦血管粥狀硬化、血管上皮細胞異常增生、及大腦皮層活動阻滯。

方劑：黃連解毒湯、免疫過亢方[*1]。

3、重鎮降壓法

屬於肝陽上亢陽越證型用之。病人腦壓高屬實證，無便秘，也無胸肋滿脹痞，但臉色紅通通，肌肉結實，有本態性高血壓，平時言聲大息吸聲粗，脾氣暴躁、頭脹大、目脹瞪凸、音粗、大汗、痰音曳鋸、全身腫脹，接近發狂等表現。或腦壓高合併高血糖或甲亢或其他腦及內分泌過亢。

方劑：建瓴湯（修正）[*3]、柴胡龍骨牡蠣湯。

4、活血化瘀涼血法

用於腦神經細胞挫傷，或腦血管栓塞、溢血，或血管瘤破裂，或血栓沈積，腦細胞間質增生，玻璃樣沈澱、硬化、萎縮，腫瘤化放療後之纖維變性，手術燒灼後粘連結痂。中藥具有雙向性，不僅可以止血，亦可化瘀血。

方劑：乳沒四物湯、通經方[*6]、血府逐瘀湯。

5、化痰飲法

清除大腦不正常水分或分泌物，稀釋高濃度的乙稀膽鹼、太黏稠 CSF，清除細菌或病毒或其分泌之毒素與代謝廢物。這些不正常的物質皆有可能阻塞 CSF 的滲出與回收功能，也可能阻斷抑制神經軸突的傳導功能，也可能阻斷大腦皮質細胞活動及細胞電解質滲透功能。

方劑：熱痰：溫膽湯。寒痰、寒飲：半夏白朮天麻湯。

6、淡滲利濕法

此法適用腦壓高或不高，但屬陰證：胸腹軟無力，按壓無反應；或腹水、胸肋膜、心包囊積水或全身水腫，大便通順，小便不利。

方劑：五苓散加方、（育生）腎炎方[*4]、真武湯。



7、補氣補血補陽補腎法

腦神經細胞及神經脫髓鞘之修復、再生，改善腦缺血、缺氧、腦部供血、心衰竭，或使用大量類固醇後造成的細胞萎縮、壞死、澱粉樣沉澱、硬化。

方劑：補陽還五湯（修正）[*2]、十全大補湯、半夏白朮天麻湯、右歸飲、腎氣丸。

8、辛涼芳香通竅法

在腦神經病變中之各方，酌加通竅醒腦藥物，以達到清醒之目的。最常用的如安宮牛黃丸、清心牛黃丸、紫雪丹、麻黃、細辛。

中醫治療腦水腫對策

- 1、降顱內壓 --- 大柴胡湯、大柴苓湯、建瓴湯+五苓散、或五苓散加方。
- 2、溶除各種出血或血栓、血腫、消腫瘤 --- 活血化瘀涼血生心血：分寒瘀、瘀熱。
- 3、改善大腦組織發炎、感染、消腫瘤 --- 清熱解毒。
- 4、改善大腦組織缺氧、缺血 --- 補氣、補血、補陽。
- 5、平衡腦細胞內外積水 --- 淡滲利濕。
- 6、溶解腦神經代謝廢物 --- 化痰飲法，分熱痰、寒痰、寒飲。
- 7、抗痙攣 --- 天麻、三蟲。

中醫治療分期

急性期 --- 高顱內壓期。

緩慢期 --- 1. 顱內高壓已減緩。 2. 顱內壓不高，但病情不再進步。

高顱內壓可分 2 型^[4]

（一）實熱證（表裡三焦實熱）

熱 象：高熱不退。

面 色：瘀紅、瘀紫；或鮮紅而腫起；眼圓睜而外凸怒張，舌外吐紅降不收，唇厚淤黑，頸動脈怒張跳動，或牙關緊閉，口噤不食。

神 識：神昏意濁，眼朦朧，或躁擾。

痰 液：痰涎壅盛或黏膩難出；或涎多易出，痰膿腥臭。

脈 象：弦緊數，或急實而洪大。

汗液、尿液、引流液：混濁狀或味濃臭；或有血水或膿液；或汗出如油；或大汗出。



胸 腹：胸脅滿脹硬或腹滿實痛有力如覆盤；或胸肋滿，腹不硬不痛，但呼吸喘急。

呼 吸：呼吸喘急如金曳鋸。

二 便：二便閉塞；或大便通暢但尿閉；或腹瀉或尿失禁。

肌張力：張力大，或筋攣，肌肉結實。

方 劑：大柴胡湯、大柴苓湯、建瓴湯+五苓散+大黃。

（二）虛寒證（屬於水蓄膀胱或水眩悸）

熱 象：無發熱或體溫下降。

面 色：面色慘白無華。

神 識：神智昏糊；或遲緩，眼無神，牙鬆。

痰 液：痰涎清澈；或痰量減少。

肌張力：弛緩。

汗液、尿液、引流液：清稀如水，無臭味，冷汗或無汗。

胸 腹：胸腹軟無力，按壓無反應；或腹水、胸肋膜、心包囊積水；或全身水腫。

二 便：二便常；或大便閉；或大便秘結質，排便無力；或小便閉；或尿失禁。

脈 象：弦細弱；沉細弱。

方 劑：腎炎方（育生）、真武湯、五苓散加減、半夏天麻白朮湯。

腦水腫高顱內壓期屬虛寒證，在中醫治則為利濕，強心、補氣、補血、補陽、補脾腎。

腦水腫急性期（高顱內壓期）屬實熱證治療法（圖一）

第一階段：無類固醇、甘露醇之類，表裡三焦實熱型 → 可用大柴苓湯或建瓴湯+五苓散+大黃。

第二階段：已經使用類固醇、甘露醇之類或無類固醇、甘露醇之類，但實熱象逐漸減少，可參考下面3種用法：

a. 不放心 → 先用大柴苓湯、或建瓴湯+五苓散+大黃。

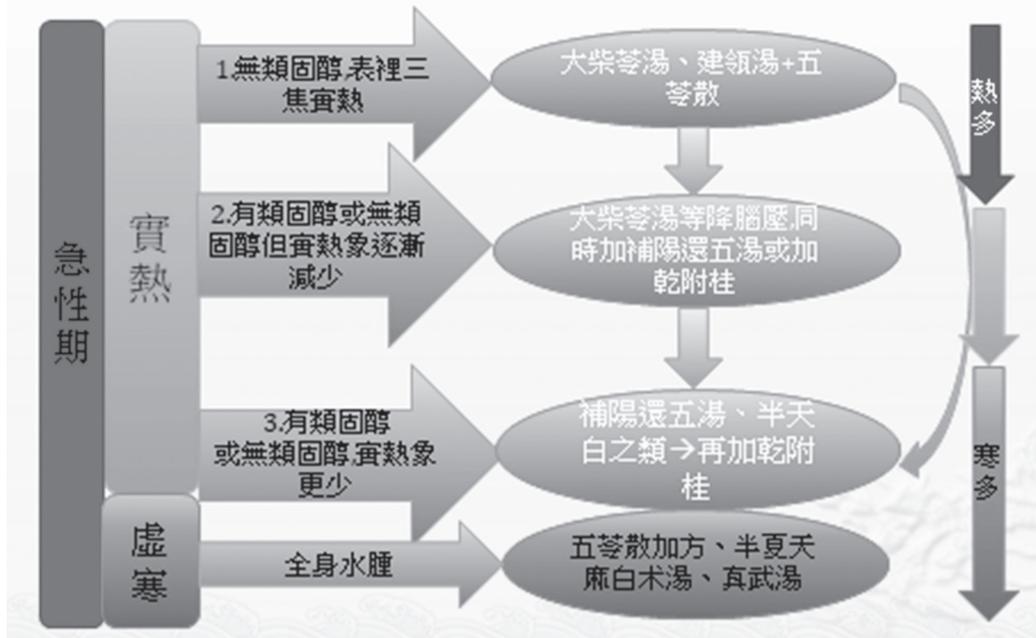
b. 大或小柴苓湯+黃耆或補陽還五湯（聖愈湯）之類，再逐漸加入乾附桂。

c. 大或小柴苓湯+乾附桂耆。

第三階段：已經使用類固醇、甘露醇之類或無類固醇、甘露醇之類，實熱象更少 → 直接補陽還五湯、半天白之類，再逐漸加入乾附桂^{〔1〕}。

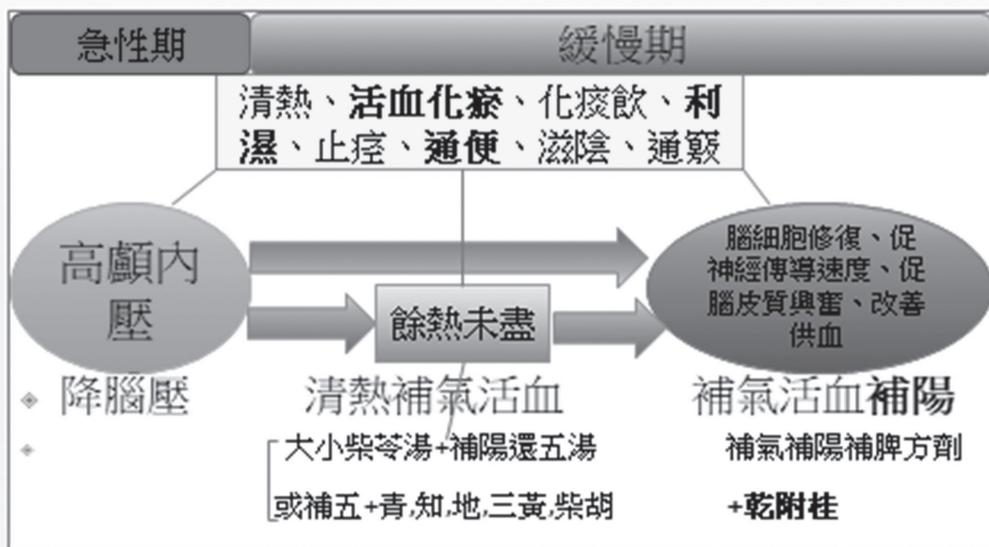


高顱內壓期治療模式



圖一

腦水腫治療模式



圖二



中醫在緩慢期治療法

可以考慮下列幾個方向：

- 1、原方加入附子、乾薑、玉桂（由1錢開始慢慢快速度加到5-8錢）、黃耆（由1兩開始慢慢快速度，約2周左右加到2兩，維持2兩）。
- 2、感染、發炎或發炎指數高、發燒、開刀後（屬氣虛餘熱未盡）：可用A, B二法。
 - A. 大或小柴芩湯或柴胡桂枝湯或地骨皮飲[*5] + 補陽還五湯（修正）（或聖愈湯或黃耆）。
 - B. 補陽還五湯（修正） + 青蒿、知母、地骨皮、柴胡、丹皮、黃芩。
餘熱清除後，再慢慢快速度加入附子、乾薑、玉桂。
- 3、增加腦循環（屬氣虛血瘀）--- 補陽還五湯（修正）+ -。
- 4、腸胃吸收不良、低血中蛋白（屬脾氣虛）--- 香砂六君湯+ -。
- 5、腦細胞萎縮（腎氣虛，腎陽虛）--- 右歸飲+ -。
- 6、腦脊髓液循環不良或神經傳導介質不足（屬寒飲）--- 半夏天麻白朮湯+ -。
- 7、痰邪阻滯或神經傳導介質過於黏稠（屬熱痰）--- 溫膽湯+ -。
- 8、血腫、出血、腫瘤（屬瘀血凝滯）--- 乳沒四物湯+ -。
- 9、氣血虛弱 --- 十全大補湯+ -、補中益氣+ -。
- 10、有水蓄 --- 腎炎方（育生）、腎氣丸、真武湯 或加重四苓。

上面每個方劑酌加黃耆、乾薑、附子、玉桂、茯苓、澤瀉、大黃、川七、丹參、人參。

中藥加減法（急性期、緩慢期均可加）

感染發炎、高熱、發炎指數高、免疫指數高：加黃連解毒湯、大青葉、銀花、連翹或免疫過亢方（育生）。少陽熱加青蒿、知母、地骨皮、柴胡、黃芩。有表證加解表藥。

挫傷、出血、血栓、血腫：加乳香、沒藥、赤芍、川芎、丹參、川七、丹皮。

大便閉：加大黃（用到3-5次/日，8-10次/日亦無妨）。

眩暈、頭痛、抽蓄、癲癇、震顫、痙攣：加天麻、三蟲、吳茱萸。

抑制腫瘤（瘀熱症）：加乳沒四物湯 + 芩連柏。

水腫、小便閉：加四苓。

呼吸障礙：加麻黃、玉桂、地龍、牛膝。

痰黃黏稠：溫膽湯（育生）、萊服子。

水狀痰：射干麻黃湯、小青龍湯、紫苑、款冬、白果、細辛。



電解質異常：

高鈉：使排便增加或淡滲利濕 → 五淋散、八正散、車前子、澤瀉。

高鉀、高磷：石膏、龍骨、牡蠣、石決明、海螵蛸、浮石、使排便增加。

低鈉：補充鹽。

昏迷、譫語、譫妄、意識障礙：加安宮牛黃丸、清心牛黃丸、麻黃、石菖蒲。

血糖高：加黃連、桑白皮、生石膏、知母。

血糖低：加紅棗、甘草、人參、糖。

血壓低：補氣補血補陽、山茱萸（增加腦部灌注壓）。

陰虛：加生地、麥冬、沙參、元參、西洋參。

BUN、Creatinine 高起：加忍冬藤、丁豎朽、蒲公英、附子、乾薑、玉桂、大黃、茯苓、澤瀉。

D-DIMER, CK-MB, TROPONIN-1 上升，AP、APTT 時間延長，FIBRINOGEN, PLT 減少：屬血瘀、血熱：丹皮、梔子、赤芍、地骨皮、溫清飲、地骨皮飲。

常用中藥現代藥理^[1]

大黃 --- 通腸利便、利膽與溶除腦與脊髓神經細胞各種代謝廢物，放鬆橫膈膜，促進腸蠕動，減輕門脈壓力，消除血管上皮細胞異常增生。

黃耆 --- 擴張血管、緩解血管筋攣、改善大腦側枝循環、強心利尿。

丹參、當歸、赤芍、川芎 --- 可預防治療血管內膜灼傷、結疤、變形、栓塞、壞死、狹窄。

人參 --- 防止腦細胞腦神經快速老化萎縮、神經纖維硬化、增加蛋白合成。

玉桂 --- 增加血流量、增加蛋白合成。

中醫治療注意事項

- 1、在一裝上鼻胃管能灌水分即可馬上給予中藥，若等到病情穩定後才開始服藥，腦細胞往往經過水腫、硬化、萎縮，神經傳導亦被代謝廢物阻斷，恢復速度就會極為緩慢。
- 2、一旦注射過類固醇、甘露醇、甘油，便容易形成陽虛兼寒瘀或寒飲兼寒瘀證，真寒假熱之象，故顱內高壓一經穩定改善後，須儘快加入人參、黃耆、乾薑、附子、玉桂等補氣補陽藥。或改補陽還五湯、半天白、右歸飲、十全大補等補腎陽或氣血兩補，預防因為類固醇造成的腦細胞萎縮、壞死、澱粉樣沉澱，同時改善腦細胞損傷、改善供血。
- 3、須維持大便通利，急性期實熱期（腦壓高），需加大黃用到 3-5 次 / 日，一日



- 8-10 次亦無妨，緩慢期也要保持每日 2-3 次大便。
- 4、所有治腦方劑中，如有黃耆皆須自一兩慢慢加到二兩即可。
 - 5、任何證型腦水腫，皆須考慮酌加活血化瘀之品，如丹蔘、川七、桃仁、乳沒。
 - 6、興奮神經且善竄中藥可以適時加入如人蔘、川七、麻黃、玉桂、細辛、地龍。
 - 7、有蔘的話，人蔘與丹蔘同用。人蔘不管顱內壓高低皆可使用。
 - 8、乾薑、附子、玉桂總量一兩，需加三黃（擇一）3 錢，中和其熱性，預防補陽藥之亢熱或誘發腦血管大量充血，或腦血管瘤動靜脈畸形處破裂。
 - 9、骨髓增生性疾病，如真性紅血球過多症、真性血小板過多症也會造成腦栓塞、腦出血而形成腦水腫，屬血熱、瘀熱，縱使造成腦細胞、腦神經損害，也不可加黃耆、乾薑、附子、玉桂、人蔘、黃耆、川七。

病例

病史：77 歲女性。101/4/19 昏厥後頭挫傷。右側癱，頭大痛，嘔吐，視糊，神識昏蒙臺大檢查為出血性中風、顱內血腫，欲做鑽顱手術。病人不願意，至 5/9 再檢瘀血仍無吸收。

101/5/12 初診：

右側肢體無力，臥床，頭痛不能稍轉側，嘔吐，意識混亂，煩躁，嗜睡，面瘀紅浮腫，腹脹滿，數日不大便，舌紅苔厚，脈弦數。實驗室檢查：BUN=22，Cr=1.45，e-GFR=37。過去病史：痛風。

診斷：實熱證兼血瘀

RX：柴胡 5、黃芩 8、半夏 4、枳實 5、赤芍 5、生薑 3、大棗 5、生大黃 1、乳香 3、沒藥 3、桃仁 4、澤瀉 8、茯苓 8、麻黃 1.5（單位：錢）4 帖
（大柴胡湯+活血化瘀+淡滲利濕+通竅）

二診：101/5/16

神清可自述，頭痛減，轉頭輕盈，食增，便溏口乾，視糊，手腳麻，無力，倦怠，脈弦弱數。

RX：同一診方，去大黃。5 帖。

三診：101/5/21

RX：同二診方，黃芩改為 5 錢。7 帖。



四 - 八診：101/5/28-7/11

體力不佳，雙手麻，時暈，血壓升高，上樓喘。

RX： 乳香 3、沒藥 3、桃仁 4、赤芍 3、澤瀉 8、蒼朮 8、柴胡 5、黃芩 4、半夏 4、枳實 5、生薑 3、麻黃 1.5、黃耆 15。自初診起共服 56 帖。
(大柴胡湯+耆+活血化瘀+淡滲利濕+通竅)

九診：101/7/25

頭痛大減，視物清楚，血壓改善，體力可。7/20 MR 血塊已全吸收。

RX： 黃耆 20、沒藥 3、當歸 3、川芎 3、天麻 5、黃芩 5、半夏 4、蒼朮 4、熟地 5、枳實 5、大棗 5。7 帖。
(補陽還五湯加減)

誌謝

感謝鄭淑鎂醫師提供病例。

方劑

- [*1] 免疫過亢方：黃連 4、黃芩 4、黃柏 4、青蒿 4、知母 4、地骨皮 4、甘草 4、蒼朮 4。
- [*2] 補陽還五湯（修正）：北耆 20、當歸 4、赤芍 4、川芎 4、丹參 4、銀杏葉 4、蒼朮 4。
- [*3] 建瓴湯（修正）：生赭石 8、懷牛膝 5、生龍骨 5、生牡蠣 5、生地黄 5、山藥 5、赤芍 5、柏子仁 4、甘草 5、磁石 3。
- [*4] 育生五苓散（腎炎方）：當歸 2、黃耆 10、黃柏 3、茯苓 5、豬苓 5、澤瀉 5、蒼朮 5、玉桂子 5、乾薑 3、附子 3。
- [*5] 地骨皮飲（修正）：地骨皮 5、黃芩 3、丹皮 5、川芎 3、當歸 3、赤芍 3、生地 3、蒼朮 4、甘草 3。
- [*6] 通經方：牛七 8、續斷 8、骨碎補 8、茜草 8、甘草 5、蒼朮 4。
(單位：錢)

參考文獻

- [1]. 李政育：中醫腦神經治療學。啓業書局。2001.06。
- [2]. 孫怡、楊任民、韓景獻：實用中西醫結合神經病學（第二版），人民衛生出版



社 2000.05。

- [3]. 鄭淑鎂：腦水腫的中西醫結合治療探討。2018.03。
https://www.peijen.com/news_view.php?no=33%20&%20。
- [4]. 李政育、鄭淑鎂：危急重症難治之病中醫治則與臨床例舉。養沛文化館。
2017.11, P44-63。
- [5]. 華人百科：腦水腫
<https://www.itsfun.com.tw/%E8%85%A6%E6%B0%B4%E8%85%AB/wiki-6910806>。
- [6]. 醫學百科：腦水腫
<http://cht.a-hospital.com/w/%E7%97%85%E7%90%86%E7%94%9F%E7%90%86%E5%AD%A6/%E8%84%91%E6%B0%B4%E8%82%BF>。

通訊作者：林久乃

聯絡地址：新北市中和區南華路 18 號

聯絡電話：02-22421052

E-mail：libracy@gmail.com

受理日期：2020 年 10 月 30 日；接受日期：2020 年 11 月 18 日