



中醫治療急性左側視丘小血管性腦梗塞 合併偏身感覺異常病例報告

何秀琴¹、張成富²、朱大同³

¹何合安中醫診所

²臺北市立聯合醫院忠孝院區神經外科

³三軍總醫院神經外科部

中文摘要

目的：

觀察中醫治療急性左側視丘小血管性腦梗塞合併偏身感覺異常的療效。

臨床病例：

病患為 66 歲女性，過去病史包括：高血壓，橋本氏甲狀腺炎所致甲狀腺功能低下，三叉神經痛，顱內出血等。

病患於 2016/08/22 午睡醒來，發現她的右上臂有種麻木的異樣感覺。2016/08/24 早上，發現麻木感擴展到整個右半側軀幹。於是病例前往台北×民總醫院急診。當時病例行動自如，無意識混亂，日常生活未受影響。入院時，病人 T/P/R：35.2/65/18，血壓 147/77。腦部磁共振造影顯示：左側視丘急性腦梗塞約 0.6 公分，其他檢查如脊椎 X 光、電腦斷層（CT），穿顱超音波，均未有脊髓壓迫或血管狹窄等異常發現，神經學檢查發現病例的右側肢體、顏面及軀幹都有感覺缺失，肌力正常，深部肌腱反射正常。病例被收住院，接受支持性治療。入院診斷為：小血管病變引起的左側視丘急性梗塞，合併有一側感覺異常。

2016/08/31 出院。出院後，病例仍有麻木的異樣感，頭暈，步態不穩，動作笨拙，應對反應變慢，說話不流暢，記憶力減退，於 2016/09/06 尋求中醫治療。治療方藥為修正補陽還五湯、半下天麻白朮散合方加味，全部藥材皆由何合安中醫診所提供，依臨床病患服用方式調理，口服，每日一劑，每二周複診一次，以觀察臨床症狀改變。

結果：

1. 治療前：

神識清楚。右側肢體，面部及軀幹有麻木的異樣感，頭暈，步態不穩，應對



反應慢，說話不流暢，記憶力減退，面部表情淡漠。

2. 治療後：

- (1) 二週：步伐穩定，語言清晰，反應較快，臉部表情生動愉悅。
- (2) 四週：右側肢體，面部及軀幹的麻木異樣感，頭暈，步態不穩，應對反應慢，說話不流暢，記憶力減退，均顯著改善。
神色清明、喜悅，應答流暢，行走穩定。
- (3) 六週：所有症狀恢復正常，銷假上班。

結論：

臨床觀察發現：修正育生補陽還五湯、半下天麻白朮散合方加味，具息風燥濕化痰，益氣活血祛瘀，溫經通絡等作用。病例規律服用該方藥後，其肢體，面部及軀幹的麻木異樣感等主要臨床症狀完全改善，但其治療作用機轉為何，值得更深入的研究和探討。

關鍵詞： 中醫治療、視丘急性腦梗塞、偏身感覺異常、小血管疾病、修正補陽還五湯、半下天麻白朮散

前言

病例入院診斷為：小血管病變引起的左側視丘急性梗塞，合併有一側感覺異常（Acute infarction over left thalamus, with hemiparesthesia, etiology favor small vessel disease）。有臨床症狀和體徵的小血管病變引起的左側視丘急性梗塞，屬於中醫學“中風”、“半身不遂”、“但臂不遂”等範疇。張仲景的《金匱要略》，根據病邪侵犯人體經絡血氣的深淺，將腦中風分為中經絡和中臟腑。邪在於絡，肌膚不仁；邪在於經，即重不勝；邪入於腑，即不識人；邪入於臟，舌即難言、口吐涎。淺則病經絡，深則病臟腑，以及中經絡兼中臟腑。口眼喎斜，肌膚不仁，邪在絡也；左右不遂，筋骨不用，邪在經也；昏不識人，便尿阻隔，邪在腑也；神昏不語，唇緩涎出，邪在臟。由上述得知，中絡的主要臨床表現是以感覺障礙的感覺低下（hypesthesia），甚至感覺喪失（anesthesia）為主，以現代醫學而言，中絡證型是基底核或視丘小病變區輕度臨床神經徵狀之腦中風。

腦部深處的穿通小動脈非常多，其特點為深部、細小、末梢，出現血管病變後，容易阻塞，發生小血管腦梗塞的發病率非常高，約佔腦梗塞的 20% ~ 30%。多發性的小血管性腦梗塞日久，會造成病人出現漸進性的智能與大腦神經功能的減退，甚至導致腦血管性癡呆與假性延髓麻痺。



臨床病例

病患為 66 歲女性，過去病史包括：高血壓，橋本氏甲狀腺炎所致甲狀腺功能低下，三叉神經痛，顱內出血等。

病患於 2016/08/22 午睡醒來，發現她的右上臂有種麻木的異樣感覺，當時她以為是睡覺時壓迫導致，輕度按壓麻木感更劇。2016/08/23 早上，病例發現麻木感延伸到右掌和中間三指。

2016/08/24 早上，發現麻木感擴展到整個右半側軀幹。於是病例前往台北×民總醫院急診。當時病例行動自如，無意識混亂，日常生活未受影響。入院時，病人 T/P/R：35.2/65/18，血壓 147/77。腦部磁共振造影顯示：左側視丘急性腦梗塞約 0.6 公分，其他檢查如脊椎 X 光、電腦斷層 (CT)，穿顱超音波，均未有脊髓壓迫或血管狹窄等異常發現，神經學檢查發現病例的右側肢體、顏面及軀幹都有感覺缺失，肌力正常，深部肌腱反射正常。病例入院診斷為：小血管病變引起的左側視丘急性梗塞，合併有一側感覺異常。

2016/08/31 出院。出院後，病例仍有麻木的異樣感，頭暈，步態不穩，動作笨拙，應對反應變慢，說話不流暢，記憶力減退，於 2016/09/06 尋求中醫治療。

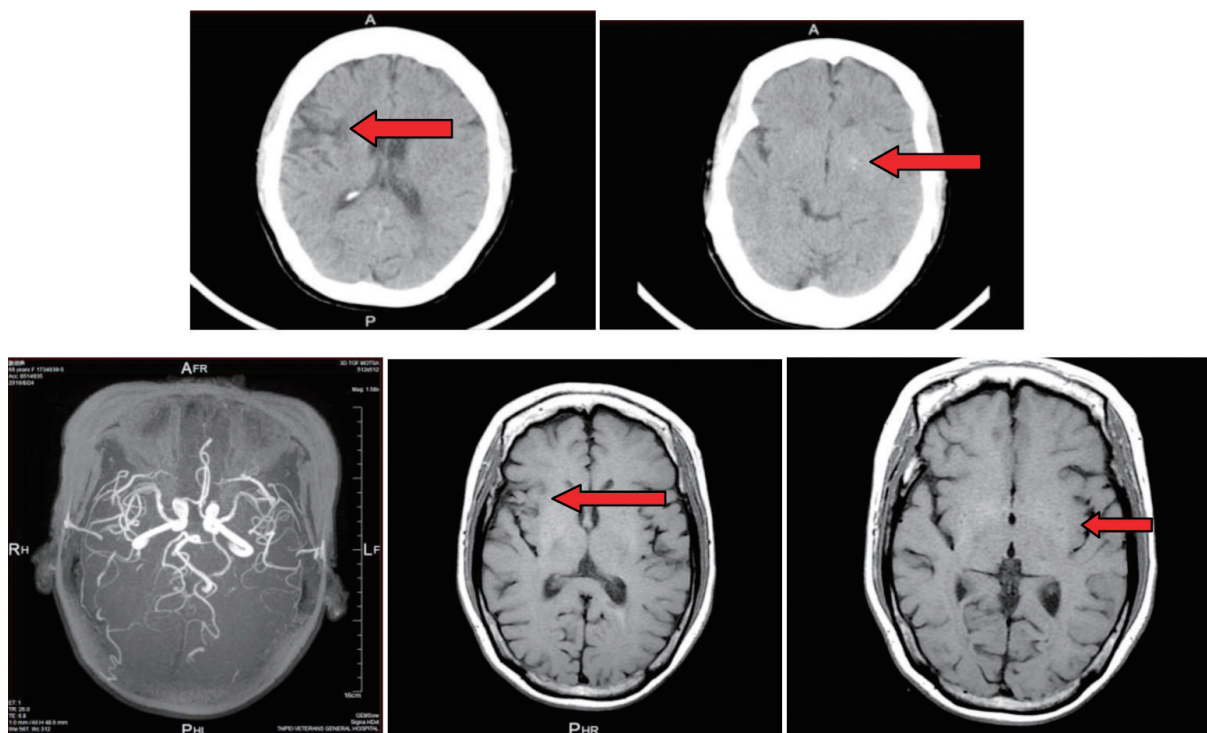


圖 1. 2016/08/24 腦部影像學顯示：左側視丘急性腦梗塞約 0.6 公分



西醫治療摘要：台北×民總醫院（保守治療）

入院診斷（Admission Diagnosis）（2016/08/24）

Acute infarction over left thalamus, with hemiparesis, etiology favor small vessel disease

〈Underlying disease〉

1. Hypertension
2. Hashimoto's thyroiditis in hypothyroidism
3. Trigeminal neuralgia
4. History of ICH at right fronto-temporal（MK89）
5. Colonic polyps s/p resection

出院診斷（Discharge Diagnosis）（2016/08/31）

1. Acute infarction over left thalamus, with hemiparesis, etiology favor small vessel disease, NIHSS: 1 at admission, mRS: 0 at admission

2. Hyperlipidemia, Lipitor used

〈Underlying disease〉

- Hypertension
- Hashimoto's thyroiditis in hypothyroidism
- Trigeminal neuralgia
- History of ICH at right fronto-temporal（MK89）
- Colonic polyps s/p resection

中醫治療摘要：

2016/09/06

右側肢體，顏面及軀幹有麻木的異樣感，頭暈，步態不穩，應對反應慢，說話不流暢，記憶力減退，神識清楚，面部表情淡漠

治則：益氣、活血、逐瘀，淡滲利濕，通腑泄下。

處方：補陽還五湯、半夏天麻白朮散合方

人參 3.0、田七 3.0、乾薑 3.0、制附子 5.0、肉桂 3.0、黃芩 3.0、大黃 1.0

2016/09/29

右側肢體、面部及軀幹麻木異樣感減，頭暈，步態不穩，應對反應慢，說話不流暢，記憶力減退，均顯著改善神色清明、喜悅，應答流暢，行走穩定。

處方：再續上方



分析討論

病例入院診斷為：小血管病變引起的左側視丘急性梗塞，合併有一側感覺異常（Acute infarction over left thalamus, with hemiparesis, etiology favor small vessel disease）。入院時，病人 T/P/R：35.2/65/18，血壓 147/77。腦部磁共振造影顯示：左側視丘急性腦梗塞約 0.6 公分，其他檢查如脊椎 X 光、電腦斷層（CT）、穿顱超音波均未有脊髓壓迫或血管狹窄等異常發現，神經學檢查發現病例的右側肢體、顏面及軀幹都有感覺缺失，肌力正常，深部肌腱反射正常。病例臨床特徵除了右側肢體，面部及軀幹有麻木的異樣感外，並無語言、認知、視覺功能異常及其它神經症狀和表徵。病例具多年高血壓病史，影像學發現左側視丘有小血管病變引起的急性梗塞，由其臨床特徵和實驗室檢查的結果，均符合小洞梗塞（Lacunar infarction）的診斷〔1,3〕。

小洞梗塞（Lacunar Stroke，LACI）的病理變化

根據 1960 年，Fisher 等人結合臨床表徵及病理所見，使用「小洞性中風」描述一些單純運動性偏癱（pure motor hemiparesis）、單純感覺性中風（pure sensory stroke）、感覺 / 運動中風（sensori-motor stroke）、共濟失調性輕偏癱（上 / 下肢）（ataxic hemiparesis）、與構音困難及笨拙手症候群（dysarthria and clumsy hand）等不甚嚴重且預後尚佳的中風。

小洞梗塞是因深部穿通支動脈（penetrating arteries）的阻塞。其典型的病理變化：可見到梗塞區內，有由結締組織構成的分隔帶（trabeculae），裡面常可發現含脂質或鐵血色素（hemosiderin）沉積的大吞噬細胞，梗塞區外圍則由纖維膠質（fibroglial material）所包圍。

傳統上小洞性梗塞可以大到直徑 15mm，甚至 20mm。也有人將直徑 10mm 以上者，稱為“giant lacune”，但後來的研究顯示這類梗塞大多是中大腦動脈，甚至是內頸動脈阻塞所造成，在血管病變和致病機轉上均不同於典型的小洞梗塞。根據 Fisher 的病理研究，大部分的小洞性梗塞直徑小於 5mm，通常位於豆狀核（lenticular，37%）、橋腦（pons，16%）、視丘（thalamus，14%）、尾狀核（caudate，10%）、內囊（internal capsule，10%）〔1-4〕。

動脈病變和致病機轉

一個小洞梗塞是由一條穿通支動脈（perforating artery）阻塞所造成。這些穿通支動脈包括：由中大腦動脈和前大腦動脈發出的豆狀核紋狀體動脈（lenticulostriate



artery)，由後交通支和後大腦動脈發出的視丘穿通動脈（thalamoperforating artery）、和由基底動脈發出的橋腦穿通動脈（pontine perforating artery）。小洞梗塞主要發生在這些深部穿通支動脈的灌流區，如基底核、內囊、放射冠（corona radiata）、視丘和橋腦。這些穿通支動脈缺乏側枝循環，可視為一種終端動脈（end artery）。據統計，基底核與內囊附近的許多小洞梗塞，是由於管徑 $200 \sim 400 \mu$ 之穿通動脈阻塞所致，其所產生的梗塞大約是 $2 \sim 3 \text{ mm}^3$ ，臨床上可能沒有症狀。

穿通動脈阻塞，最常見的病理變化是「脂質玻璃樣變性」（lipohyalinosis）。這是一種含脂質的小動脈壁變性，由於脂質的沈積以及蛋白質的玻璃樣變性（hyalinization），使得動脈壁變厚並喪失壁層間的界線。這種病變常侵犯管徑 200μ 以下之動脈，造成直徑 $3 \sim 7 \text{ mm}$ 之小洞梗塞。造成此種小動脈病變的最重要原因是長期的高血壓。Fisher 在屍體解剖例中，有高達 97% 的病人有高血壓。

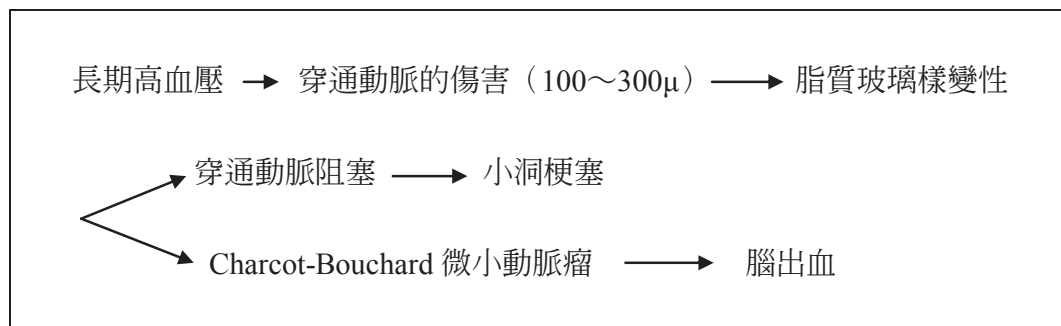


圖 2：長期高血壓導致小洞梗塞與腦出血之機轉。資料來源：當代神經學 P212

另一常見的動脈病變是「微小粥樣動脈瘤」（microatheroma）。病變為富含脂肪之小小粥樣瘤，主要侵犯管徑 $300 \sim 500 \mu$ 之穿通動脈，此種小動脈的粥樣變化和長期高血壓相關。有些學者認為沒有高血壓的血管粥樣硬化，主要發生在顱外大動脈。由於微小粥狀樣動脈瘤造成的梗塞較大，故有症狀的小洞梗塞，可能是由此種動脈病變所造成，而脂質玻璃樣變性則是許多無症狀的小洞梗塞的原因。許多學者都認為脂質玻璃樣變性和 Charcot-Bouchard 微小動脈瘤的產生有關，而 Charcot-Bouchard 微小動脈瘤，是引起高血壓性腦出血的重要因子。由此可知，小洞梗塞和腦出血，都是長期高血壓造成的後果。

Fisher 也發現有些小洞梗塞的病人的穿通支動脈是正常的，因此推論：有些小洞梗塞可能是栓塞（embolism）所造成，而栓子的來源可以是心臟或前端大動脈的粥樣斑塊^[1,3]。

臨床特徵^[1,3]

小洞梗塞的臨床表現有兩大共同特徵：



1. 小洞梗塞的病變區很小，故不會導致頭痛、嘔吐、意識障礙、一側偏盲（hemianopsia）、和眼球共軛偏斜（conjugate deviation）等大血管阻塞才可能產生的症狀。
2. 小洞梗塞好發於大腦深部和橋腦，故很少發生高級皮質功能障礙，如失語症（aphasia）、失識症（agnosia）、一側忽略（unilateral neglect）等。

除此兩大共同特徵外，小洞梗塞的臨床症狀乃由其病照灶位置而定。1960 年代，Fisher 定出四個主要的臨床症候群，稱作小洞症候群（lacunar syndrome），分別代表不同位置的小洞梗塞。

小洞症候群和小洞梗塞並不完全一樣。

※ 小洞症候群可見於不同的病理原因，如腦出血、硬腦膜下血腫、腦腫瘤、多發性硬化等，某些皮質梗塞也可能產生如小洞症候群的症狀。

※ 小洞梗塞則指位於腦部深處的小梗塞，其臨床症狀必是小洞症候群之一。

表 1. 常見小洞性中風

	臨床表現	病變位置
單純運動性偏癱	顏面，手，腳之肌力減失	內囊，橋腦底部
單純感覺性中風	顏面，肢體與軀幹之麻木	視丘
感覺 / 運動中風	肢體與軀幹之偏癱與偏麻	視丘 / 內囊
共濟失調性輕偏癱	輕度偏癱與同側運動失調	內囊，橋腦底部
構音困難及笨拙手	顏面，舌肌無力；手動作笨拙	橋腦底部背側

資料來源：張楊全—神經科案例教材，P3。

病例臨床表徵為進展性的麻木異樣感，沒有運動、共濟失調及顱神經異常等問題。病例神經學檢查發現：右側肢體顏面及軀幹都有感覺缺失，肌力正常，深部肌腱反射正常。就診當時病例行動自如，無神識混亂，日常生活未受影響，吻合小洞梗塞（腔隙性中風 Lacunar stroke）的單純感覺型中風（pure sensory stroke）。

單純感覺型中風（pure sensory stroke）

單純感覺型中風之臨床特點是半側面部、手、腳、軀幹感覺缺失而無肢體無力、偏盲或失語等症狀，病灶在視丘。

感覺皮質由中大腦動脈、前大腦動脈灌注。腦部的深穿通支小動脈阻塞時，會造成腦組織小範圍的梗塞，導致相應灌注區腦組織缺血、壞死、液化，吞噬細



胞會將該處組織清除而形成小腔隙，稱為 Laucunar。顯微鏡下，病灶是由失去組織的空腔組成。依據梗塞在腦組織的位置，可能無明顯的臨床症狀或僅有輕微注意力不集中、記憶力下降，輕度頭痛、頭昏、眩暈、反應遲鈍等症狀。若出現明顯的、急性神經學徵候，稱為小洞性中風（Laucunar stroke）。

一般認為小洞性中風是屬於腦血管疾病中的小血管疾病（small vessel disease）。其好發位置與高血壓性腦出血的好發出血位置相同。病變好發於豆狀核的殼核、視丘、尾核、內囊、放射冠、橋腦和小腦之白質。

長期高血壓可累及供應基底核、大腦半球白質及腦幹的深穿通枝動脈和細小動脈，產生動脈硬化。小動脈因動脈硬化，發生血管管壁的微粥狀樣瘤，致細小動脈管腔狹窄阻塞，形成小洞性腦梗塞；深穿通小動脈因高血壓慢性衝擊，管壁產生脂質透明變性（lipohyalinosis），造成血管管壁肥厚，使血管管腔狹窄而阻塞。其結果為產生單一或多個小洞性的梗塞^{〔1,3〕}。

小洞性中風與病變範圍較小的大血管疾病之腦梗塞的鑑別^{〔1,3〕}

1. 大部分小洞性腦梗塞，發生在年紀大罹患高血壓的病人。中大腦動脈阻塞但具有良好側枝循環的較年輕病人，其好發豆狀核紋狀體梗塞，而非小洞性中風。
2. 小洞性中風很少會出現大腦皮質性徵候，如視野缺損、偏盲、失語症、失識症、失用症、忽略症等。
3. 意識清醒而且顏面、手、腳皆有肌力減失或麻木的中風病人，很少是皮質性中風。
4. 包括軀幹的手腳偏麻者，其病變位置多在視丘或腦幹部位。

感覺的控管，來自肢體及軀幹的本體感覺（包括振動、關節位置、關節運動及觸覺）訊息經脊髓後腳進入腦幹形成內側繫帶（medial lemniscus）。體表感覺（包括冷熱、痛覺及部份觸覺）則經過脊髓視丘徑進入腦幹，在橋腦附近併入內側繫帶。內側繫帶再向上傳遞進入視丘，經內囊後肢（posterior limb of internal capsule），抵達頂葉的感覺皮質。

整個感覺皮質有中大腦動脈（middle cerebral artery, MCA）及前大腦動脈（anterior cerebral artery, ACA）分別灌流。單一中大腦動脈或前大腦動脈阻塞，不會造成整片感覺皮質的梗塞；內頸動脈的阻塞有可能同時造成 MCA、ACA 的問題而引起整片感覺皮質的病變，此種情況應會有更多更重要的神經學表現，如意識轉差、嗜睡、偏癱及智能減失等症狀。

危險因子

— 目前認為小洞性腦梗塞相關的已知的危險因子，與其他類型梗塞相近。



- 年齡、性別、高血壓、糖尿病、缺血性心臟病、暫時性缺血性發作、吸煙等，為主要已知危險因子。
- 小洞性腦梗塞與心因性栓子，或頸動脈狹窄無直接因果關係，但與高血脂或高血容可能有正相關。

病因^[1,3]

（一）類纖維性改變

受到高血壓的慢性衝擊，血管壁產生脂質玻璃樣變性，更進一步轉化成類纖維性壞死（fibrinoid necrosis），致使紅血球、血清、蛋白質等物質侵入血管壁，血管壁因而肥厚，進而使血管內狹載而阻塞。

（二）脂質玻璃樣變性

多見於慢性非惡性高血壓患者，直徑小於 200 μm 的穿通動脈，腔隙病灶中可發現動脈脂質玻璃樣變性。

（三）小動脈粥樣硬化

見於慢性高血壓患者，直徑為 100 ~ 400 μm 的穿透性微小動脈血管，發生血管管壁的微粥狀樣血管瘤，導致微動脈內腔狹窄阻塞。

（四）栓塞（embolism）或動脈炎

有些小洞梗塞的病人的穿通動脈是正常的，因此推論：有些小洞梗塞可能所造成。栓子的來源可以是心臟或前端大動脈的粥樣斑塊。常見於慢性高血壓患者。

臨床症狀^[1,3]

臨床症狀與病灶的大小和部位有關。大多數小洞性腦梗塞病人預後良好，在發病早期即能得到確切診斷和適當的治療，多數在 2 周內可完全恢復；部分病人可遺留輕度的運動或感覺障礙。

（一）單純運動性半身偏癱（pure motor hemiparesis）

約佔 57%

對側臉、上肢、下肢同等無力，且構音困難。

病灶：位於放射冠、內囊後肢、被殼、橋腦、延髓等。

血管：豆狀核紋狀體動脈。



（二）單純感覺性中風（pure sensory stroke）

約佔 7%

對側臉及肢體麻木異樣感，病患有受到牽拉、發冷、發熱、針刺、疼痛、腫脹、變大、變小或沉重感。

檢查可見一側肢體、身軀感覺減退或消失，但感覺檢查。

感覺障礙偶可見越過中線影響雙側鼻、舌、陰莖、肛門等。

病灶：位於視丘外側核。

血管：視丘膝狀體動脈。

（三）感覺 / 運動性中風（sensori-motor stroke）

約佔 20%

多以偏身感覺障礙表現，繼而出現輕偏癱。

病灶：位於丘腦後腹側核並累及內囊後肢。

（四）構音困難及手笨拙症候群（dysarthria and clumsy hand）

約佔 6%

患者嚴重構音不全，吞咽困難，一側中樞性面舌癱，該側手輕度無力，伴有動作緩慢笨拙（尤以精細動作如書寫更為困難），指鼻試驗異常，步態不穩，腱反射亢進和病理反射陽性。也可能有同側共濟失調。

病灶：位於橋腦背（dorsal pons）。

血管：基底動脈的穿透分支。

（五）共濟失調性輕偏癱（上 / 下肢）（ataxic hemiparesis）

約佔 10%

表現為病變對側的純運動性輕度偏癱與同側運動失調，以下肢為重，也可有構音不全和眼震。

病灶：位於內囊或橋腦底部。

血管：基底動脈穿透分支。

檢查— CT、MRI

MRI 比 CT 更能檢查出小洞性腦梗塞。

若確定是小洞性腦梗塞，則頸動脈、心臟等血源性檢查就不是非常必要。

預後

— 預後良好。



- 應控制血壓及使用 aspirin，預防中風復發。
- 多發性小洞梗塞會造成拖行步態、假性延髓麻痺及皮下失智症。

預防、治療^[1,3,4]

- 支持性療法
 - 抗凝血劑 (anticoagulant)
 - 血栓溶劑 (thrombolytic)
 - 抗血小板劑 (antiplatelet)
- 小洞梗塞的發病原因，主要與高血壓、動脈粥樣硬化、高血脂、高血糖、血液高凝狀態等有關，應對此類疾病及時且積極治療。
- 日常的生活中應注意：飲食保健、戒煙、少飲酒、適度運動、規律生活，保持樂觀的生活態度，定期檢查心臟、血管、血脂等，並對異常情況及時合理治療。

中醫學論述^[1,5]

漢代張仲景《金匱要略·中風歷節病脈證併治》：“夫風之爲病，當半身不遂，或但臂不遂者，此爲痺；脈微而數，中風使然”。並曰“邪在於絡，肌膚不仁；邪在於經，即重不勝；邪入於腑，即不識人；邪入於臟，舌即難言，口吐涎”。始將半身不遂與不識人連繫爲一病，名“中風”，並創中經絡、中臟腑辨證分類法，對判斷病位深淺及病情輕重有其臨床意義。中經絡者通常無神智障礙。有臨床症狀和體徵的小洞性腦梗塞，屬於中醫學“中風”、“半身不遂”、“但臂不遂”等範疇。其主要病因病機概述如下：

病因、病機

1. 陰虛風動

年老體衰，腎氣虧虛；勞倦傷腎，腎精虧損，水不涵木，肝腎陰虛，陰不制陽，亢而化，風陽上越，風中腦絡，即發中風。

2. 風痰瘀阻

素體肥胖，痰濕內盛；或過食肥甘醇酒致脾胃受傷，運化失調，水濕運化失司致痰濕內生；若煩勞過度，致使陽氣升張，引動風陽，內風旋動夾痰，風痰上擾，阻滯腦絡，即發中風。

3. 氣虛血瘀

年老體弱，或久病氣虛，或喜靜不喜動，或久臥傷氣，或憂思傷皮，正氣不



足，氣虛不運，血行不暢，瘀滯腦絡，腦神失養，則眩暈，肢體麻木；一旦血瘀阻腦絡，氣血不通，而發中風。

治療

辨證論治

1. 陰虛風動

證候：頭暈，肢體麻木，步態不穩，或偏癱，心煩易怒，口苦咽乾，舌紅或黯紅少津，苔少或無苔，脈弦細數。

治則：滋陰潛陽，鎮肝息風。

方藥：鎮肝熄風湯加減。

2. 風痰瘀阻

證候：頭暈目眩，肢體麻木，或感覺減退，偏癱，舌強語謇，氣短納差，胸脇痞悶，痰涎外溢，舌質黯或有瘀點、瘀斑，苔白膩，脈弦而滑。

治則：息風化痰，活血通絡。

方藥：溫膽湯加味。

3. 氣虛血瘀

證候：耳鳴腦鳴，偏癱，偏身麻木，言語謇澀，手足腫脹，面色萎黃氣短乏力，自汗出，舌質黯淡，舌苔薄白，脈細澀。

治則：益氣活血，祛瘀通絡。

方藥：補陽還五湯加減。

針刺療法

1. 主穴：水溝或百會、內關、極泉、尺澤、委中、三陰交、足三里…。

2. 配穴：上肢不遂者，配曲池、手三里、合谷…。

下肢不遂者，配環跳、陽陵泉、陰陵泉、風市…。

言語不利者，金津、玉液點刺放血…。

吞嚥障礙者，配風池、完骨、天柱…。

臨床病例中醫治療思路

病例入院診斷為：小血管病變引起的左側視丘急性梗塞。腦部磁共振影顯示：左側視丘急性腦梗塞約 0.6 公分。小洞梗塞是因深部穿通支動脈（penetrating arteries）的阻塞。穿通動脈阻塞，最常見的病理變化是脂質玻璃樣變性和微小粥樣動脈瘤；有些小洞梗塞的病人的穿通動脈是正常的，可能是栓塞（embolism）



所造成。而栓子的來源可以是心臟或前端大動脈的粥樣斑塊。這些病理改變，最重要原因是長期的高血壓造成的後果。

中醫學指出，長期的高血壓造成的小血管病變使得血液運行遲緩，血行不暢為血鬱，血液瘀結停滯成積為血瘀，血行滯緩或凝結體內的病理結果為瘀血，故體內的離經之血，或阻滯於經脈、臟腑內，運行不暢之血，均屬之。

瘀血的形成，可因氣虛、氣滯、血寒、血熱、情志等內傷因素，導致氣血功能失調而形成；或由外傷或內出血等因素，直接形成瘀血。瘀血形成後，影響全身或局部的血液循行，可能產生疼痛、出血，或使經脈瘀塞而發展為癥積。血行脈中，人體各臟腑組織都可能瘀血為患。病例具高血壓、高血脂等病史，雖常規服藥控制，但先後發生自發性腦出血、腦梗塞。長期高血壓導致腦深部的微小動脈發生閉塞，引起腦組織缺血性病變，形成小洞性（腔隙性）腦梗塞。

小洞性腦梗塞為缺血性腦梗塞。梗塞後，無論原因為何，越早治療，腦細胞的存活機會就越大，若時間拖延，除了原來腦缺血的原因和狀態會持續、甚至惡化，更導致缺血性永久傷害，神經功能無法恢復。

病例在症狀發生後二週就診。病例主訴：麻木的異樣感，頭暈，步態不穩，動作笨拙，應對反應變慢，說話不流暢，記憶力減退，故而尋求中醫治療。病例雖常規服藥控制高血壓、高血脂，但先後發生自發性腦出血、腦梗塞。治療處方為修正補陽還五湯、半夏天麻白朮散合方加味。

修正補陽還五湯，益氣活血祛瘀通絡，促進神經組織損傷修復。病例病情雖暫呈穩定，但瘀血造成腦細胞損傷仍存在。病人神識昏蒙、言語不清、動作遲緩、對周圍情況反應冷淡，屬痰迷心竅，治療以化痰為主。痰濁、痰濕，黏滯難去，使得氣機阻礙不暢而血瘀不去。半夏天麻白朮散加味，息風燥濕化痰，改善心、腦血流，溫經通脈。半夏天麻白朮散與補陽還五湯合方，益氣、活血、祛瘀、溫經、通絡，改善微循環、血液黏稠度等血液動力學。二方合用，更具提高神經細胞的存活力，對抗缺血性傷害，促進修復。病例規律服藥六週，症狀完全改善。

腦部深處的穿通小動脈非常多，因此腔隙性阻塞也多數都是多發性的；腦部深處的穿通小動脈的特點，深部、細小、末梢，所以在血管病變的狀態下，容易阻塞，發生小動性腦梗塞的發病率非常高，約佔腦梗塞的 20% ~ 30%。多發性的小洞性腦梗塞日久，將造成病人出現漸進性的智能與大腦神經功能的減退，甚至導致腦血管性癡呆與假性延髓麻痺。

中醫學指出，小洞性腦梗塞，主要的病因病機為：陰虛風動，風痰瘀阻，氣虛血瘀。故症狀改善恢復後，中醫治療應以平肝潛陽，益氣活血化瘀，清熱化痰佐以通腑瀉下方藥，改善其因風、熱、痰、虛、瘀、亢，與情志鬱結交互作用，防氣虛、氣鬱，發展為氣滯血瘀，繼而導致腦絡血瘀，腦失氣血濡養，終至腦功能不可逆的靈機呆頓，神機失統，而致陰陽離決，誘發顛、狂、癇。



結論

臨床觀察發現：小洞性腦梗塞穩定期，中醫治療方劑為半夏天麻白朮散與補陽還五湯合方，病人規律服藥後，症狀完全改善，有效的提高病人的生活品質。

誌謝

謹以此文獻給我們敬愛的神經醫學老師李政育教授、林欣榮教授、蔣永孝教授、馬辛一教授、張成富教授，謹在此致以由衷的感謝。

參考文獻

1. 謝慶良，腦中風之中醫證型就主流醫學觀點之研究（全程總報告）。中醫藥年報，2011 年，第 29 期第 2 冊，P247-266。
2. 陳獻宗編著，當代神經學。橘井文化，2003 年 2 月，P210-214。
3. Kenneth W Lindsay, Ian Bone, Geraint Fuller 著，顏君霖譯，圖解神經醫學及神經外科學（第五版）。合記圖書出版社，2012 年 11 月，P257。
4. 張楊全著，神經科案例教材。合記圖書出版社，2005 年 1 月，P1-5。
5. 孫怡、楊任民、韓景獻主編，實用中西醫結合神經病學（第二版）。人民衛生出版社，2011 年 6 月，P404-409。
6. 何秀琴，中醫藥對出血性腦損傷穩定期腦溶解的臨床治療研究。遼寧中醫藥大學碩士論文，2007 年 6 月。
7. 何秀琴，中藥對大鼠腦缺血治療及誘導週邊血幹細胞增生的實驗研究。遼寧中醫藥大學博士論文，2010 年 6 月。
8. 李政育著，中西醫結合中醫腦神經治療學。啓業書局，2001 年 6 月，P9-10，P19-20。

通訊作者：何秀琴

聯絡地址：新北市三重區忠孝路一段 35 號 4 樓之 1

聯絡電話：02-29816188

E-mail：he-hsiu-chin@hotmail.com

受理日期：2021 年 11 月 2 日；接受日期：2021 年 11 月 18 日