



胸椎 6、7 節非創傷性截癱之中醫治療

林運芸¹、湯其暎²、李政育³

¹天梁堂中醫診所

²三軍總醫院神經外科部

³育生中醫診所

摘要

李政育中醫師對中樞神經疾病致中風、癱瘓或腫瘤皆有世界性發明，並擁有專利，是脊椎脊髓神經損傷與腦幹細胞再生的發明人，其成就於民國八十六年曾被「科學」雜誌列為當年度十大科學成就之一。

在李政育醫師五十年的臨床中，對於心臟性脊椎脊髓神經損傷治療有幾個案例，本篇將分享其中三個醫案，包含一位是陳老先生在吐了半臉盆的濃黏痰後隔日即可正常下肢行動；一位是家醫科吳醫師，曾在能慢慢走路時，太興奮過度走路，導致全身脫力，無力上車；以及葉先生係感染腦炎，脊髓炎昏迷一日，醒來即發胸椎 6-7 節以下全癱。另外一例因其治愈後即遠赴北韓營商，忘其姓名；一例係肺外結核致胸椎 4-8 節完全性截癱，目前只治療到可手握扶把作屈伸膝動作，已無感覺障礙，尚未能步行，所以後兩例不列入本文中。

胸椎 6-7 節截癱與心臟的關係目前尚未明瞭其機轉，但與心臟對胸椎血管神經灌流的過度或不足相關，目前神經與心臟醫學界尚未有相關報導，本文可供將做心導管與內置支架治療的風險評估資訊，並讓已形成心臟性胸椎 6-7 節截癱的病患與醫師知道此病中醫藥可醫治，不要光留在醫院復健部。

關鍵詞： 心導管治療誘發胸椎 6-7 節截癱、免疫性脊椎脊髓炎性胸椎 6-7 節截癱、李政育中醫師、截癱一號方、截癱二號方、截癱三號方、中醫藥治療截癱

前言

依據 2021-2024 年的全球負擔研究顯示，全球約有 1,500 萬人正承受脊髓損傷之苦。其中，「頸部以下水平 (Below-neck-level)」的損傷佔約一半，總數約 722 萬人^[1]。脊髓損傷 (Spinal Cord Injury, SCI) 是一種嚴重的中樞神經系統損傷，常導致損傷平面以下的神經功能永久性喪失。在非創傷性脊髓損傷 (Non-traumatic



Spinal Cord Injury, NTSCI) 患者中，胸椎損傷所佔的比例約為 58.8%^{〔2〕}。國際脊髓損傷神經分類標準目前全球醫學界通用由美國脊髓損傷協會 (American Spinal Injury Association, ASIA) 制定的 AIS 分級 (ASIA Impairment Scale)，根據肛門部位是否有感覺或運動殘留，來判斷損傷是否為完全性。完全性損傷 (AIS-A) 預後較差，神經功能恢復率極低，多數患者在一年後仍維持原有的神經缺損，僅有少數 (約 7-14%) 可提升一個 AIS 分級，但恢復至有功能性下肢運動能力者極少^{〔3-6〕}。不完全性損傷 (AIS B-D) 預後較好，AIS B 患者約有 50-60% 可提升分級，AIS C-D 患者則有 70-85% 可恢復部分運動功能，甚至部分可恢復行走能力^{〔3,4,6〕}。

胸椎第 6、第 7 節平面位於胸椎中部，此處的損傷通常會導致受傷者胸部以下的神經傳導中斷^{〔7〕}，臨床可能表現為雙下肢截癱 (Paraplegia)，並伴隨軀幹平衡失調、大小便功能障礙以及潛在的自主神經反射異常 (Autonomic Dysreflexia)。

本文在探討三名胸椎 6、7 節截癱患者，在中西醫結合介入後的臨床表現與神經功能恢復歷程，以期為臨床治療提供參考。

臨床病例

病例 1—心導管性截癱 (胸椎 6、7 節)、頑痰怪飲性截癱

陳先生，民國 1 年 10 月出生，病歷號碼：76XXXXXX66

初診日期：民國 76 年 09 月 27 日

病情：民國 76 年 6 月因冠心病於光田醫院「進行氣球擴張術」即發虛中，能言，自覺木舌，足無力，走路頭暈足傾。施打同位素後即發虛中，已一個月以上。能吃 2-3 碗飯。腎咳。腹直肌較硬，壓之彈力中等。大便一天一次，尿無攝護腺肥大。

脈象：弦數澀弱浮大 舌心肺區瘀紅無苔

處方：1. 溫針二足三里、二太衝

2. 黃耆 20、當歸尾 3、川芎 3、赤芍 3、地龍 3、乾薑 3、附子 3、天麻 3、茯苓 4、玉桂 3、生甘草 3、桃仁 3、紅花 1、黃芩 2 (單位：錢 = 3.75 克)、紅棗 5 枚。七帖

二診：民國 76 年 10 月 04 日

病情：放棄拐杖自己走，但膝無力，易後退前傾、頭暈。

脈象：弦澀數 舌瘀紅心肺

處方：1. 如初診處方，改黃耆 30、乾薑 5、附子 5、黃芩 3 (錢)、去草棗，加雞子黃。七帖



2. 灸筒一副（用於溫灸）
3. 溫針二足三里、二太衝

三診：民國 76 年 10 月 18 日

病情：不用扶杖走則易足傾，頭易眩暈，如將傾倒。

脈象：弦澀細數實，右大孔滑實澀 舌心瘀

- 處方：**1. 半夏 3、天麻 8、生白朮 3、茯苓 3、蒼朮 3、澤瀉 3、陳皮 3、神麴 3、麥芽 3、乾薑 5、附子 5、當歸 2、黃耆 30、吳茱萸 3、黃柏 3、玉桂 3（錢），加雞子黃。十四帖
2. 三七粉 3（錢）分成三包 / 天
 3. 育生丸一粒 / 天，睡前服用
 4. 針二足三里、二太衝、二鶴頂

四診：民國 76 年 11 月 04 日

病情：頭很暈，走路須扶牆壁，左手仍無力。

- 處方：**1. 如三診方再加赤芍 6、丹參 6（錢）。七帖
2. 三七粉 3（錢）分成三包 / 天
 3. 育生丸一粒 / 天，睡前服用
 4. 針二足三里、二太衝、二鶴頂

五診：民國 76 年 11 月 12 日

病情：頭眩，足無力，咳有痰。

- 處方：**1. 如三診方改天麻 12、吳茱萸 5（錢）。七帖
2. 三七粉 3（錢）分成三包 / 天
 3. 育生丸一粒 / 天，睡前服用
 4. 針二足三里、二太衝、二鶴頂

六診：民國 76 年 11 月 22 日

病情：頭眩甚，曾割傷左手臂又跌入水溝，易跛傾，左肩痛（動時）。在沙鹿光田醫院做檢查，曾昏睡休克，大流冷汗，經 4 天左右才醒，再過 7 天亦速翻身，講話亦不能，轉三民醫院 10 多天才好些，但眩暈到今。

- 處方：**1. 天麻 15、全蠍 3、白僵蠶 4、代赭石 8、赤芍 6、當歸尾 3、蜈蚣 3、黃耆 25、仙楂 3、牛膝 5、茯苓 4、生牡蠣 8（錢）。七帖
2. 磁石粉 3（錢）包成三包，送藥下
 3. 育生丸 2 粒 / 天，睡前服用



七 - 八診：民國 76 年 11 月 27 日、12 月 06 日

病情：11/27 頭眩好些，但足仍軟易跌，左中指彎痛，左肩痛。12/06 頭較不眩，足較有力，能多走，但仍軟，指、肩仍痛。

處方：如六診方 共十四帖

九診：民國 76 年 12 月 13 日

病情：左手疼，膝腰痠，足無力將傾。

處方：1. 熟地 8、山茱萸 4、淮山 4、菟絲子 6、茯苓 3、枸杞 3、杜仲 3、乾薑 5、附子 5、玉桂 3、當歸尾 3、牛膝 3、黃耆 20、天麻 10、全蠍 3、吳茱萸 3、黃柏 2.5（錢）。七帖

2. 育生丸 1 粒 / 天，睡前服用

3. 活絡丹 8 粒 / 次，一天三次

十、十一診：民國 76 年 12 月 20 日、12 月 26 日

病情：12/20 仍無力，頭眩，需人扶否則偏跛行。12/26 腳仍痠，但較好。

處方：1. 如九診方。十四帖

2. 育生丸 1 粒 / 天，睡前服用

3. 活絡丹 10 粒 / 次，一天三次

4. 鹿茸粉 10（錢），平均分配於十四帖藥服用

十二診：民國 77 年 01 月 09 日

病情：約 5 天前曾吐黏痰半面盆（下午 5-6 點到半夜 3 點），瀉 15 次以上，著地即吊眼以人參一兩熬湯，於吐的間隙分多次含嚥，次日起床即可自走爬上農村耕耘機，即飲食走路正常。原本胃胸膈常脹堵，今則不會，食一碗，但零食吃極多，水果反少吃，不口乾、不想吐，右頭抽痛，眩暈且頭重，但不偏跛行，不需扶，起床需找個姿勢，足較無力，記憶與觀察正常，精神講話正常，左肩痠腰痠。

處方：半夏 3、天麻 8、生白朮 3、茯苓 3、蒼朮 3、陳皮 3、神麴 3、麥芽 3、乾薑 3、附子 3、當歸 3、黃耆 15、黃柏 3、澤瀉 3、人參 3、杜仲 3（錢）。七帖

十三診：民國 77 年 01 月 17 日

病情：腰薦椎處起坐困難，站起不能，走路不用扶，但走不遠，左手痠痛，較無力，小便次數少。

脈象：浮大濡澀無力 舌脾中間散舌苔

處方：1. 葛根 8、麻黃 1、桂枝 8、赤芍 8、乾薑 2、附子 2、當歸尾 3、黃耆 20、



丹參 6、地龍 4、甘草 2、杜仲 3、天麻 6、牛膝 2、黃芩 2（錢）、紅棗 2 枚。七帖

2. 川七粉 1、丹參粉 3、赤芍粉 2、人參粉 1（錢）分成三包 / 天
3. 溫針二足三里、二陽陵泉、薦椎痛點

十四診：民國 77 年 01 月 28 日

病情：左肩仍痛，便不易出，頭仍眩，但足較有力。

處方：1. 如十三診方改葛根 4、麻黃 3、玉桂（代桂枝）3、黃耆 25（錢）。七帖
2. 川七粉 1、丹參粉 3、赤芍粉 2、人參粉 1（錢）分成三包 / 天
3. 溫針二足三里、二陽陵泉、薦椎痛點

十五診：民國 77 年 02 月 06 日

病情：左肩仍痛，頭仍眩，足可自走近距離不用扶，自上卡車座位自如，飲食飯或粥一碗，果點零嘴。

處方：1. 如十三診方改黃芩 2.5（錢）。七帖
2. 川七粉 1、丹參粉 3、赤芍粉 2、人參粉 1（錢）分成三包 / 天
3. 溫針二足三里、二陽陵泉、薦椎痛點

十六診：民國 77 年 04 月 22 日

病情：右眼上方自頭維以下僵硬，講話正常，走路很穩。

脈象：代緩澀弦

處方：1. 灸筒一副
2. 科中每包：黃耆 3g、玉桂 0.3g、川七 0.5g、天麻 0.5g、黃柏 0.3g，每天四包共七天
3. 其中七包加入育生丸小半粒，睡前服用

病例 2—繼發性脊椎脊髓神經損傷（胸椎 6、7 節）、冠心病心導管內置支架誘發脊椎脊髓神經癱瘓

吳先生，民國 53 年 06 月出生，病歷號碼：114XXXXXXXX88

初診日期：民國 114 年 05 月 28 日

病情：2008 年頸椎 4-7 星狀膠原星狀細胞瘤，在北榮做減壓手術，術後手有力，但胸以下感覺變遲鈍。114 年 2 月漸覺上樓梯無力，114 年 4 月 22 日置入 2 支心臟支架後即胸椎 6、7 節以下癱瘓，振興醫院開立 Aspirin、Plavix（保栓通），下肢無力需坐輪椅，回北榮做 MRI 見原腫瘤無變化，但水腫壓迫脊髓，4 月 29 號住院打類固醇一周，目前復健中。長期浣腸。



診斷：繼發性骨萎、原發性星狀膠質細胞瘤、繼發性脊椎脊髓神經損傷（胸椎 6、7 節）

處方：1. 育生截癱二號方加乾薑 2、附子 2、黃芩 8、骨碎補 8、麻黃 1、酒浸大黃 0.5（錢）。七帖
2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天
3. 無大便，三天不解才服→桃仁承氣湯抵當湯各 2g 共三包，服用一包後 4 小時內未解便則續服一包

二診：民國 114 年 06 月 04 日

脈診：緩長澀代

處方：1. 如初診方再加乾薑 1、附子 1、黃芩 5、骨碎補 8、麻黃 1（錢）。七帖
2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天
3. 針自風池、夾脊到委中、承筋、承山、崑崙

三診：民國 114 年 06 月 11 日

病情：自覺漸有進步。

診斷：再灌注性截癱、心導管性截癱

處方：1. 如初診方再加乾薑 1、附子 1、黃芩 10、骨碎補 10、麻黃 1（錢）。七帖
2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天
3. 針自風池、夾脊到委中、承筋、承山、崑崙

四診：民國 114 年 06 月 18 日

病情：胸椎 11 節有束緊感，大便天天，軟。

脈象：浮弦澀數代皮毛

處方：1. 如初診方再加乾薑 1、附子 1、麻黃 1、黃耆 10、澤瀉 5（錢）。七帖
2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天
3. 溫針自風池、夾脊到委中、承筋、承山、崑崙

五診：民國 114 年 06 月 25 日

病情：麻到臍以下，坐正常、扶椅子自站起，好睡。

處方：1. 如初診方再加乾薑 1、附子 1、麻黃 1.5、黃耆 15、澤瀉 5（錢）。七帖
2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天

六 - 十診：民國 114 年 07 月 02 日 - 07 月 30 日

病情：7/2 已感覺到鼠蹊部。7/16 拿四腳杖自走進來。7/23 其夫人說患者在 7/14 曾過度走路後脫力無法上車。7/30 近日覺骨盆較有力氣。

脈診：浮澀微數大



診斷：繼發性截癱

處方：1. 如初診方再加黃耆 15、麻黃 1、乾薑 1、附子 1、澤瀉 5（錢），去骨碎補共三十五帖

2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天

十一、十二診：民國 114 年 08 月 06 日、08 月 13 日

病情：8/6 拿助行器提起不著地，可走 6 分鐘，放杖仍走不穩。8/13 平衡仍差些。

處方：1. 如初診方去黃芩 3、骨碎補 8，再加澤瀉 5、黃耆 15、乾薑 1、附子 1（錢）共十四帖

2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天

3. 溫針自風池、夾脊到委中、承筋、承山、崑崙多加尺神經與腓神經

十三 - 十六診：民國 114 年 08 月 20 日 - 09 月 10 日

病情：8/20 足底麻已十餘年，108 年開刀後即發，本體感亦差，外三指動作差。

8/27 左外二指掌足掌仍麻，脛無水腫。9/3 可不扶杖自走，只膝有較用不上力感。9/10 又無坐輪椅自提助行器走進來。

處方：1. 如初診方去黃芩 3、骨碎補 8，再加澤瀉 5、黃耆 20、乾薑 2、附子 2（錢）共二十八帖

2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天

3. 針自風池、夾脊到委中、承筋、承山加二後溪、中渚、外關、背勞宮、懸鐘、崑崙、太衝、地五會

十七診：民國 114 年 09 月 17 日

病情：膝已幾乎可全打直走。

診斷：繼發性截癱

處方：1. 育生截癱二號方加乾薑 5、附子 5、黃芩 3、酒浸大黃 0.5、麻黃 1、黃耆 25（錢）。七帖

2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1.5（錢）分成三包 / 天

3. 溫針自風池、夾脊到委中、承筋、承山加二後溪、中渚、外關、背勞宮、懸鐘、崑崙、太衝、地五會

十八診：民國 114 年 10 月 01 日

病情：走個 15 分鐘就會「間歇性跛行」，休息後緩解，半夜左小腿易「不安腿」。

診斷：間歇性跛行、不安腿症候群

處方：1. 如十七診方七帖

2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1.5（錢）分成三包 / 天

3. 針自風池、夾脊到委中、承筋、承山加二後溪、中渚、外關、背勞宮、懸鐘、崑崙、太衝、地五會



十九診：民國 114 年 10 月 08 日

病情：可不拄杖自己坐站起並立即走路，走 500m 足會不易抬起之感。自覺已好 80-90%。

脈象：浮弦澀長有代

處方：1. 如十七診方十四帖

2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1.5（錢）分成三包 / 天
3. 囑多穿

二十診：民國 114 年 10 月 29 日

病情：復健之後易有小腿肚脹，右脛足有水腫指壓痕。氣溫攝氏 21-25 度穿短褲來診。

脈象：右寸口有水腫指壓痕

診斷：間歇性跛行

處方：1. 育生截癱三號方，再加乾薑 5、附子 5、黃芩 1、酒浸大黃 0.5、麻黃 1、黃耆 25、加鹽 1（錢）。七帖

2. 人參粉 3、川七粉、玉桂粉 1.5（錢）分成三包 / 天

3. 針自風池、夾脊到委中、承筋、承山加二後溪、中渚、外關、背勞宮、懸鐘、崑崙、太衝、地五會

4. 囑請保暖

二十一 - 二十五診：民國 114 年 11 月 12 日 - 12 月 24 日

病情：11/12 無水腫、無口乾，放手可走 1000m。11/26 知運動後身倦痠。12/3 多走小腿肚仍脹，可做滿標準的向後轉動作。12/17 單次可走 1 公里。12/24 可順利做向後轉全圈，動作快。

脈象：浮弦澀芤長代 皮毛右關

處方：1. 如二十診方共三十五帖

2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1.5（錢）分成三包 / 天

3. 二十三診後溫針自風池、夾脊到委中、承筋、承山、懸鐘、崑崙、太衝、地五會加溫針頭

病例 3—自體免疫性腦炎及腦脊髓炎導致截癱（胸椎 6、7 節）、疑似免疫性心臟性脊椎脊髓神經性截癱

葉先生，民國 82 年 10 月出生，病歷號碼：111XXXXXXXX23

初診日期：民國 111 年 05 月 14 日

病情：110/12/10 起發燒 5 天，12/20 意識昏亂及持續癲癇發作住進三軍總醫院 ICU



病房。於 ICU 住院期間使用抗癲癇藥、類固醇、行血漿置換術 12 次、靜脈注射人類免疫球蛋白治療，111/1/22 進行氣管插管並使用呼吸器。1/25 恢復意識後頸以下截癱，後於呼吸照護中心（Respiratory Care Center, RCC）接受呼吸器脫離訓練。2/18 可脫離呼吸器且上肢已恢復運動，胸椎 6、7 節以下全癱，轉至普通病房於 111/3/19 出院。目前胸椎 6、7 節以下全癱，尿偶知。大便自解。足掌微水腫。

脈象：脈浮濇弱緩代。

處方：1. 育生截癱二號方七帖

2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天

註：服藥期間：5/17 始發燒，手足反射多，吸短，心搏較速，囑正常，請續服藥。5/19 半夜耳溫攝氏 39.5 度，足反射更加多。

二診：民國 111 年 05 月 21 日

病情：足底足背皆已有觸覺，微刺足底有反射。不能連續多言，多言易吸短。

處方：1. 如初診方再加麻黃 1、乾薑 2、附子 2、玉桂子 5（錢）。七帖

2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天

3. 溫針二鶴頂、足三里、太衝、地五會

三 - 四診：民國 111 年 05 月 28 日、06 月 04 日

病情：5/28 大便知，尿偶知，大便粗。下半身自汗，已無發冷發熱。6/4 反射有越來越多，但偶姿勢性低血壓而昏倒，眼上吊。

處方：1. 如初診方再加麻黃 1、乾薑 2、附子 2、玉桂子 5、酒浸大黃 0.5（錢）。共十四帖

2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天

3. 溫針二鶴頂、足三里、太衝、地五會（後續治療亦配合溫針）

五診：民國 111 年 06 月 11 日

病情：右足知踩地，左足尚未有，腹用力或咳二膝會不禁自拱。大便日 1 行。近日本週可快速臥起。

處方：1. 如初診方再加麻黃 1、乾薑 2、附子 2、玉桂子 5、山茱萸 8、黃耆 5、酒浸大黃 0.5（錢）。七帖

2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天

3. 溫針二鶴頂、足三里、太衝、地五會

六 - 七診：民國 111 年 06 月 18 日、06 月 25 日

病情：6/18 足掌、足的觸覺全恢復，仰臥可見足自動（依意志）。6/25 坐輪椅可見二足五趾自動。右乳頭上約 1cm 有 1 約 1cmx0.5 cm 的肌纖維痛。



- 處方：**1. 如初診方再加麻黃 1、乾薑 3、附子 3、玉桂子 5、山茱萸 8、黃耆 5、酒浸大黃 0.5（錢）共十四帖
2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天
3. 溫針二鶴頂、足三里、太衝、地五會

八診：民國 111 年 07 月 02 日

病情：右五趾可依意念動，左足亦可，但慢且小步。食有喉梗、咳、噁心感。大便微硬。本週少姿勢性低血壓。

- 處方：**1. 如初診方加麻黃 2、乾薑 4、附子 4、玉桂子 5、山茱萸 8、黃耆 5、酒浸大黃 0.5（錢）。七帖
2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天
3. 溫針二鶴頂、足三里、太衝、地五會

九 - 十診：民國 111 年 07 月 09 日、07 月 16 日

病情：7/9 在床正仰臥可依意念而動雙足，平面翻轉下肢與動五趾。

- 處方：**1. 如初診方再加麻黃 2、乾薑 5、附子 5、玉桂子 5、山茱萸 8、黃耆 5、酒浸大黃 0.5（錢）共十四帖
2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天
3. 溫針二鶴頂、足三里、太衝、地五會

十一 - 二十七診：民國 111 年 07 月 23 日 - 11 月 12 日

病情：7/23 自覺左肌較少，溫度亦較低。左手臂肩以下易如蟻行。7/30 左耳到喉間，半夜易痛，夜臥乾咳。坐可自動踝與趾。10/29 左足昨天有如蟻行，夜臥右足不禁自抬。左腹肌力用，左膝不禁自動。站床、彎腰，膝足知在用力。右膽經夜臥自汗，原腹用力，二足易大汗，今只右。曾四天大便硬不易出，仍微翻身眩暈。晚飯後肚用力，醞釀大便。

- 處方：**1. 如初診方再加麻黃 1-2、乾薑 5、附子 5、玉桂子 5、山茱萸 8、黃耆 5、酒浸大黃 1（錢）。
眩暈加天麻 4-5（錢），去山茱萸；大便難則再加酒浸大黃 0.5（錢）。
共一一九帖
2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天
3. 溫針二鶴頂、足三里、太衝、地五會，7/23 溫針加左外關、手三里、合谷、中渚、背勞宮。7/30 針加左耳門、左翳風、左尺澤、三陰交。

二十八 - 三十五診：民國 111 年 11 月 19 日 - 112 年 01 月 07 日

病情：11/19 夜起床剎那頭暈約 1 分鐘，不禁抖足多。11/25 可作向心端蹣跚。12/10 開始自買「字」助行器，右側踩地不能踏實。12/17 晨起左較溫暖，但



掉襪無知。右足較有力，動佳。晨起較冷。夜不易入眠。12/24 桌子復健時易吸短，過度換氣，而力軟。

處方：1. 如初診方再加天麻 4、麻黃 3、乾薑 5、附子 5、玉桂子 5、黃耆 5、酒浸大黃 1.5（錢）共七十帖

2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天

註：合計服約二百帖，可使用助行器輔助走路。

三十六 - 四十七診：民國 112 年 01 月 28 日 - 06 月 17 日

病情：3/4 可扶牆或几案邊走，尚不能全放手。3/18 雙手需扶人手可自走，無垂足，久站些足底有麻感。快速起坐與臥起仍偶暈。多言易吸短。4/15 可坐抬併齊腿，蹠足掌作內外擴張運動。上臂肱肩有毛囊癬子。左足掌外一半有黏黏感。夜臥盜汗，拿二支登山杖行走。6/2 可自輪椅坐著站起與抬頭挺胸走路，步幅約 60cm，一分鐘約可走 50 步。

處方：1. 如初診方加天麻 4、麻黃 2-3、乾薑 5、附子 5、玉桂子 5、黃耆 5、酒浸大黃 1（錢）共一百四十帖。（帖 / 日）

2. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天

註：合計服約三百帖，可扶牆或几案、需扶人走路。合計服約三百四十帖，可持登山杖行走。合計服約四百帖，可自輪椅起身行走，一分鐘可走 50 步。

四十八 - 五十四診：民國 112 年 07 月 01 日 - 10 月 13 日

病情：7/28 白天自尿，夜臥不知有尿，不扶正常走，日常生理無事，夜臥少汗了。8/12 可不扶杖自走 10 分鐘左右，左足掌易硬。

處方：1. 如初診方再加天麻 3、麻黃根 6、乾薑 5、附子 5、玉桂子 5、酒浸大黃 0.5（錢）共一一二帖

2. 睡前加雞子黃。

3. 人參粉 3、川七粉 3、玉桂粉 1（錢）分成三包 / 天

討論

支架置放術（Percutaneous Coronary Intervention, PCI）的神經系統併發症主要以腦中風（發生率約 0.22% - 0.56%）為主^{〔8〕}，而造成脊髓損傷（SCI）的發生率低到無法形成獨立的統計百分比，通常與其他極端罕見併發症併入 < 0.01% 的範疇，且截癱並未被列入大型研究或臨床指引中的常見不良事件。而自體免疫性腦炎亦是罕見重症，導致腦炎的自體免疫抗體，也可能導致脊椎脊髓炎等其他神經病變^{〔9〕}。



一、截癱的定義與分類〔10〕

頸椎以下截癱是指下肢以及下半身完全或部分癱瘓。截癱患者的雙上肢功能是完全正常的，主要是胸段脊椎脊髓至腰椎第一節以上脊椎脊髓的損害引起下肢的運動與感覺功能甚者自主神經功能出現問題。依據受傷節段與程度可分類為，胸椎第2節以上損傷的高位截癱、胸椎第3節以下損傷的低位截癱，若損傷橫斷面下之運動、感覺及自主神經功能完全喪失稱之為完全截癱（ASIA A 分級）；仍保留部分功能的則為不完全截癱（ASIA B、C、D 分級）〔11〕。

中醫古籍中並無現代醫學「截癱」的精確病名，在古籍中多描述為雙下肢痿軟無力、功能喪失、半身不遂，通常將其歸類在「痿證」、「中風」或「痺症」等範疇內。《黃帝內經·素問·痿論》：「五臟因肺熱葉焦，發為痿躄。」這是中醫論述下肢癱瘓最經典的文獻。「癱瘓」一詞在唐宋以後逐漸普及，《外台秘要·卷十四》：「癱瘓又名癱瘓風，指手足不隨、腰腳無力等肢體痿弱不用的病證。」用以泛指手足不能隨意運動。

二、非創傷性截癱的病因〔9,10〕

非創傷性截癱發生的原因主要可概括為四大類：

- （一）**感染性截癱**：如感冒病毒感染、結核性脊髓神經炎或膿瘍、梅毒、小兒麻痺等等。
- （二）**脊髓神經細胞分化過程異常突變性截癱**：如脊髓神經纖維瘤、脊髓神經空洞與萎縮、脊髓梗塞症、脊髓血管瘤及動靜脈瘤破裂、運動神經元疾病、脊髓管腔狹窄症等等。
- （三）**繼發性截癱**：如心臟手術引起脊髓神經缺氧性截癱、主動脈剝離引發脊髓神經灌注不良的缺氧性截癱、手術或放射線照射後遺、抗癌或其他化學針劑的神經傷害、惡性腫瘤轉移等等。
- （四）**自體免疫性**：如自體免疫性腦炎、泛視神經脊髓炎（NMOSD）、急性瀰漫性腦脊髓炎（ADEM）、多發性硬化症等。

三、截癱中醫治療思路〔10,12〕

（一）急性期

截癱發生的急性期階段，通常是指發生後的一周內，且無西醫介入治療，以及經過神經外科手術脊椎固定等處置的情況下。此期間，若能積極由中醫介入治療，根據不同的病因處方用藥，則可大幅縮短療程。

治療原則：活血化瘀、清熱解毒、通經活絡、通竅。

針對病毒性造成的，處方上可以大青龍湯合併黃連解毒湯，再加上乳香、沒



藥、牛膝、地龍、杜仲、銀花、青蒿之類；面對細胞分化突變性的截癱，舉脊髓梗塞症來說，則可用大柴胡湯合併補陽還五湯，加乳香、沒藥、牛膝、地龍、生杜仲、麻黃等治療；若是屬於繼發性的，以腦、心手術引起缺血性截癱為例，可以補陽還五湯加酒浸大黃、卜硝、麻黃、牛膝、地龍……等；而遇到免疫型，多屬少陽熱、血熱範疇，可用小柴胡湯或育生免疫過亢方，加宣肺發表藥物如麻黃、桂枝，或柴胡、防風等藥。

（二）急性後期與慢性期

在急性期剛過的半年到一年裡屬於急性後期，神經肌肉尚未萎縮，神經熱仍會持續發生，肌肉陣攣亢進，這是神經系統努力奮鬥的表現，此時不宜用藥過度抑制。若待神經肌肉均見萎縮則進入慢性期，需進一步考慮久病入腎，病程進入腎陽虛兼寒瘀階段。進入慢性期階段多屬於氣虛、血虛、陽虛、寒瘀證，治療以補表陽、補氣血、溫腎陽、活血化瘀、通竅等法。

另外值得注意的是，類固醇雖可抑制神經的發炎水腫，但同時也會產生細胞玻璃樣沉澱影響神經傳導，使其更不易自行修復，截癱的治療一旦使用類固醇治療以中醫的角度來看就是進入陽虛階段，所以在截癱慢性期的治療用方中須兼以大補陽、溫化寒瘀方式治療。可分為以下三型：

1. 表陽虛兼寒瘀證，使用育生截癱一號方，即《醫宗金鑑·正骨心法》地龍散加方。
2. 氣血兩虛、陽虛兼寒瘀證，使用育生截癱二號方，即《太平惠民和劑局方》十全大補湯加方。
3. 腎陽虛兼寒瘀證，使用育生截癱三號方，即育生右歸飲加方。

育生截癱二、三方的使用可簡易區別為：損傷在胸椎第 12 節以上，先處以育生截癱二號方；損傷在胸椎第 12 節以下，先處以育生截癱三號方。治療一段長時間，療效無法進展時，可將二方互換使用。若再使用一段長時間，療效又無法再進展，則可改為補陽還五湯或育生乳沒四物湯加方，並必須再加入乾薑、附子、肉桂。

- 註：
- 截癱一號方：玉桂、黃柏、地龍、當歸、桃仁、生草、乾薑各 3、麻黃 2、杜仲 4、紅花 1.5、附子、牛膝、威靈仙各 5（錢）
 - 截癱二號方：丹參、炒白朮、茯苓、生草、當歸、生地、川芎、赤芍、黃耆、玉桂、地龍、牛膝、黃芩、乾薑各 3、麻黃 2、酒浸大黃 0.5、附子 5（錢）
 - 截癱三號方：生地、山茱萸、淮山、茯苓、菟絲子各 4、枸杞、牛膝、杜仲、地龍、玉桂、乾薑、黃柏各 3、當歸、麻黃各 2、附子 5、酒浸大黃 0.5（錢）



三、「暝眩反應」與神經修復的徵兆〔12,13〕

在治療過程中，患者出現了一種暫時性看似「病情加重」或出現新症狀的現象（如發燒、腹瀉、皮疹、疲倦、疼痛加劇等），但隨後病情迅速好轉、精神往往也會變好、體力恢復，這種過程就稱為「暝眩反應」。其強烈程度與病程時間長短及使用類固醇、化、放療療程劑量有關，尤其對於萎縮或壞死組織、細胞、神經、血管之治療。截癱的治療在運用大補陽法的過程中，亦可能發生暝眩反應，以下為幾個常見的情況：

（一）發燒與發冷

1. 每 3-4 周會有 1-2 天畏寒、發燒。
2. 大約每 2.5-3 個月，會發生一次發燒、畏寒，劇者會 1 小時發冷、1 小時發熱，維持兩周自動消失，最劇烈的會燒到攝氏 42 度。

（二）反射與痙攣

1. 控制不住的筋攣是一種神經仍有傳導的反射。
2. 隨著發燒與畏寒的週期發生，反射會增強。
3. 當不再反射或反射減弱，就應該加強復健與訓練遠心端的行動與力量。

（三）知覺

由本來全身無知覺，慢慢感覺重，之後接觸床板部分會有如火灼傷感，接下來會有酸感、痛感，知覺慢慢恢復，先是裡層知覺，再來是表層知覺，最後才恢復動作。

（四）束緊感

1. 束緊感由喉頭往乳房到背部環繞一圈，往橫膈膜的高度出現束緊感，接著往下到肚臍循著帶脈繞一圈，兩鼠蹊部到臀部一圈，知覺全部恢復。
2. 束緊感隨著發燒、畏寒的週期發生，除非已經完全恢復正常，否則仍會循環式發生，直到痊癒。

（五）排尿

1. 從全無知覺到有想尿感，漸漸會有欲射精感，之後知道尿出來的快感，慢慢就可自如的控制排尿。
2. 急性期過後才服用中藥，或陳舊性截癱病患，初服藥時皆會有男性突然尿閉現象，此時應配合導尿，等反射與束緊感減輕後再去掉導尿管。

（六）大便

1. 從全無知覺到如有物梗感、灼燙感，慢慢會能感知到排便，會有大便出來的快感，之後就可自如的控制排便。



2. 急性期過後才服用中藥，或陳舊性截癱病患，初服藥時會有大便秘結突然不能自解，需通導。

(七) 吞嚥

1. 頸椎病變患者吞嚥如梗、吞不下，到能吞如梗阻，漸漸可吞自如而有欲梗感，控制自如的梗，慢慢恢復到完全無梗的知覺，吞嚥自如。
2. 頸椎病變急性期過後才服中藥，或陳舊性頸椎截癱病患，改服中藥後，會隨反射與發燒、畏寒的週期性反應而反復發生，直到痊癒。

(八) 各種如繩束感，大約三至四週的連續服藥後，可以減輕。

(九) 不禁自勃起，可偶爾做愛，但會延遲射精或不射精、射精困難，女性無快感，但治療效果到知覺到腰椎時，就恢復有做愛高潮感覺。

結論

冠心病氣球擴張術或支架放置術後引發的截癱，在醫學文獻中，僅有少數記載了冠狀動脈介入治療後發生脊髓梗死與下肢輕癱的個案報告情形〔14-17〕。自體免疫性腦脊髓炎導致的癱瘓亦為罕見重症。

脊髓神經損傷凡已經無法自我修護與損傷後無法再生，在中醫的角度來看就是屬於氣虛、血虛、陽虛、腎陽虛的範疇，治療透過大補氣血、大補陽、通經活絡兼化瘀的原則來恢復被損傷的神經。一般來說中醫在發病後越早介入，效果越好、恢復所需時間也越短，但實際上也會因病患年齡、受傷程度與患者面對暝眩反應是否有信心與恆心持續服用而有所差異。

透過以上病例可看出截癱在中醫介入治療下展現出獨特優勢，能藉由改善脊髓微環境，誘導神經幹細胞再生與自我修復改善神經功能，並顯著提升患者的生活品質與功能獨立性。

參考文獻

1. Kim M, Jeong W, Jang S, Park JH, Bae Y, Lee SW. Spinal Cord Injury Epidemiology and Causes: A worldwide analysis with 2050 projections. Healthcare (Basel). 2025; 13(20):2552.
2. Mackiewicz-Milewska M, Cisowska-Adamiak M, Głowacka-Mrotek I, Mackiewicz-Nartowicz H. Traumatic vs. non-traumatic spinal cord injury-epidemiology, complications, and neurological status during rehabilitation. J Clin Med. 2025; 14(15):5209.



3. Wilson JR, Jaja BNR, Kwon BK, et al. Natural history, predictors of outcome, and effects of treatment in thoracic spinal cord injury: a multi-center cohort study from The North American Clinical Trials Network. *J Neurotrauma*. 2018; 35(21):2554-2560.
4. Harrop JS, Naroji S, Maltenfort MG. Neurologic improvement after thoracic, thoracolumbar, and lumbar spinal cord (conus medullaris) injuries. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011; 36(1):21-25.
5. Zariffa J, Kramer JLK, Fawcett JW, et al. Characterization of neurological recovery following traumatic sensorimotor complete thoracic spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2011; 49(3):463-71.
6. McDonald JW, Sadowsky C. Spinal-cord injury. *Lancet*. 2002; 359(9304):417-25.
7. World Health Organization. Spinal Cord Injury.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
8. Gaudino M, Andreotti F, Kimura T. Current concepts in coronary artery revascularisation. *Lancet*. 2023; 401(10388):1611-1628.
9. 王國峰、楊依玲、湯其嘏、李政育：自體免疫性腦炎及腦脊髓炎導致截癱（Paraplegia）之中醫治療病例報告。中國鍼灸學雜誌，2024 年；11 卷 1 期，35-51。
10. 程維德、李政育、曾宣靜，施志隆：創傷性的截癱與指癱。中西結合神經醫學雜誌，2018 年；11 卷 1 期，92-120。
11. Rupp R, Biering-Sørensen F, Burns SP, et al. International standards for neurological classification of spinal cord injury: revised 2019. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2021; 27(2):1-22.
12. 李政育著，古丹譯：中醫腦神經治療學。台北市，啓業書局，2001 年；112-119，121-137。
13. 陳淑芬：臺灣醫家李政育學術思想及臨床診療經驗整理研究。傳統醫學雜誌，2005 年；16 卷 2 期，129-211。
14. Werner N, Zahn R, Zeymer U. Stroke in patients undergoing coronary angiography and percutaneous coronary intervention: incidence, predictors, outcome and therapeutic options. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2012; 10(10):1297-1305.
15. Kaya A, Yıldız Z, Nurkalem Z. Spinal cord infarction as a complication of percutaneous coronary intervention. *Spinal Cord*. 2014; 52 Suppl 2:S5-S7.
16. Ahn JH, Park JR, Koh JS, et al. Paraparesis after primary percutaneous coronary intervention for ST-segment elevation myocardial infarction: combined uncommon



complications of acute aortic syndrome in a patient. Intern Med. 2015; 54(17):2191-2195.

17. Ussia GP, Marasini M, Pongiglione G. Paraplegia following percutaneous balloon angioplasty of aortic coarctation: a case report. Catheter Cardiovasc Interv. 2001; 54(4):510-513.

通訊作者：李政育

聯絡地址：台北市大安區羅斯福路三段 261 號 4 樓

聯絡電話：02-23670436

E-mail：chenyr.lee@msa.hinet.net

受理日期：2026 年 4 月 30 日；接受日期：2026 年 5 月 23 日