



# 出生時多重腦損傷後腦畸形導致發展障礙、失語、癲狂、自閉之10歲幼童，以中醫治療發展腦神經認知行為、執行功能及語言能力 病例報告

黃詩硯<sup>1</sup>、李政育<sup>2</sup>、廖炎智<sup>3</sup>

<sup>1</sup>明醫青田中醫診所

<sup>2</sup>育生中醫診所

<sup>3</sup>中國鍼灸學會

## 摘要

**背景：**出生時多重腦損傷及先天性腦畸形可導致嚴重的神經發展障礙。臨床上常使用多重藥物（polypharmacy）控制癲癇及狂躁行為，但這些藥物常帶來嚴重的鎮靜及認知副作用，形成「處方瀑布」與高「藥物負擔指數」（The Drug Burden Index, DBI），反而抑制了患者的發展潛力。

**病例報告：**患者為10歲男性，因早產及腦室內出血，導致交通性腦水腫、腦軟化症、胼胝體發育不全及左側額、顳葉白質流失。初診時表現為重度認知障礙、失語、暴衝（雙腳綁沙袋約束）、暴力自殘（需雙手綁束）、無法自理，並依賴四種中樞神經藥物，經計算其DBI高達1.43。中醫辨證屬「血瘀」、「水蓄、痰瘀」及「肝風內動」。

**治療過程：**治療分為多階段。初期（2023.11）以柴胡加龍骨牡蠣湯與抵當湯加減，平肝潛陽、化瘀利水。患者情緒迅速穩定，並於三個月內成功停用三種精神科西藥。中期（2024.2）轉為活血生新、補氣化痰。第三階段（2024.7）轉以育生半夏天麻白朮散合抵當湯加減，健脾化痰、益腎填精。

**結果：**經中醫治療，患者暴衝、自殘行為改善（移除雙腳綁束），語言能力從無字彙進步至可表達完整句子，可與母親溝通，並可自行排便。兒童執行功能量表（CHEXI）顯示，工作記憶與計劃力恢復至常模範圍。治療中觀察到關鍵轉變：癲癇發作從意識喪失轉變為「局部意識清晰發作」（Focal Aware Seizure），患者在發作時能保持清醒並進行語言溝通。

**結論：**本病例顯示，中醫藥透過活血化瘀、利水化痰、平肝潛陽、健脾補腎等治則，不僅能改善腦損傷所致之嚴重神經功能障礙，更能有效處理醫源性的高藥物鎮靜負荷，從而釋放患者的認知潛能，促進神經功能重組。



**關鍵字：** 出血性腦損傷、周腦室白質軟化症、胼胝體發育不全、腦部畸形小兒發育遲緩中醫治療、癲癇、自閉症、失語症

## 前言

兒童早期的嚴重腦損傷，如周腦室白質軟化症（Periventricular Leukomalacia，PVL）和腦室內出血，常導致腦組織的永久性傷害，進而引發一系列神經功能障礙，包括認知障礙、運動功能障礙及智力發展受限<sup>〔1〕</sup>。胼胝體發育不全（Agenesis of Corpus Callosum，AgCC）則與神經發育遲緩、癲癇、高階語言社交功能障礙相關<sup>〔2〕</sup>。本病例患者同時具備交通性腦水腫、腦軟化症、左側額葉與顳葉白質體積丟失，以及胼胝體發育不全，導致其臨床表現極為複雜且嚴重，包含失語症（對應左側腦區受損）、執行功能障礙（對應額葉損傷）及語言理解困難（對應顳葉損傷）<sup>〔3〕</sup>。儘管長期接受西醫治療及早期療育，其暴力、狂躁、自閉等症狀仍難以控制，亦無法成長智力。

臨床上，對於伴隨的癲癇、狂躁、自閉等行為，西醫常使用多重中樞神經藥物（抗癲癇藥、抗精神病藥、鎮定劑）進行症狀控制。然而，這種多重用藥（Polypharmacy）策略極易產生副作用疊加，導致嚴重的「鎮靜負荷」（Sedative Load）<sup>〔4〕</sup>，反而抑制了患者的認知功能與發展潛力。

本病例報告詳述一名 10 歲重度腦損傷幼童，在中醫介入前，其臨床表現極為嚴重，且處於高藥物鎮靜負荷狀態。本研究旨在探討中醫藥如何透過辨證論治，不僅改善其腦損傷相關症狀，並成功逆轉醫源性藥物負擔，促進患者神經功能重組的詳細過程。

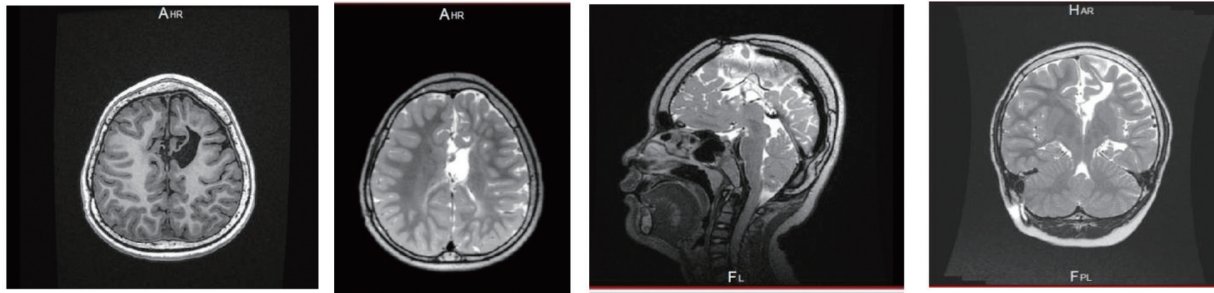
## 病例報告

### 一、患者病史與西醫診斷

患者為 10 歲男性，體重 30 公斤，2023.11.14 初診。患者因母親孕期患有子癇前症和子癇，於 36+5 週剖腹產。出生 10 天時因腦室內出血，接受腦部手術及腦室腹腔分流術（Ventriculoperitoneal Shunt，VP Shunt）。後因 VP 分流術功能障礙，經歷多次修復手術。

**西醫診斷：** 交通性腦水腫、自閉症、腦先天性畸形、非難治之癲癇。

**腦部影像（圖一）：** 腦室造口術後狀態；腦軟化症；左外側腦室周圍囊性改變，額葉和顳葉白質體積丟失；胼胝體發育不全；左側海馬體相對較小。



圖一、2021.3.9 腦部磁共振造影

### 腦部磁共振造影報告：

1. 右額腦室造口術後的狀態。雙側側腦室和裂隙狀第三腦室不對稱。
2. 腦軟化症伴左外側腦室周圍囊性改變，額葉和顳葉白質體積丟失，表現為孔性腦囊腫，可能是由於先前的腦損傷。
3. 胼胝體發育不全。
4. 懷疑第三腦室底部有 6mm 囊性病變或間隙。
5. 4~5mm 的松果體囊腫。
6. 左側海馬體相對較小，無明顯異常信號。

### 二、初診狀態與藥物負擔分析

患者來診時，症狀極為嚴重，表現如下：

情緒 / 行為：不斷於走廊奔跑、撞桌椅、大聲吼叫。雙手臂用特製肩背架固定綁束，因自四歲起即有嚴重自殘現象，母親述其「很殘暴、會往死裡打」。

自閉症取向：重複關門、關燈動作，無法溝通，無情感反應。

認知 / 執行功能：癡呆，重度認知障礙，無法生活自理，不知大小便，無法自己吃飯，無法依指令做事。

語言：失語，不會講話，聽不懂話。

癲癇：一年發作 1~2 次。

其他：依賴鎮定劑入睡。

脈象：緊。

初診時西藥與「處方瀑布」，患者長期服用四種中樞神經藥物：

1. Oxcarbazepine (6% 口服懸液)：早晚 1.5cc (抗癲癇)。
2. Risperidone (1mg)：一日兩次 (抗精神病)。
3. Clonazepam (0.5MG)：早 1/4 錠，夜 1/2 錠 (鎮定 / 抗癲癇)。
4. Biperiden HCl (2MG)：一日兩次 (抗膽鹼)。

此處方存在典型的「處方瀑布」(Prescribing Cascade)<sup>[5]</sup>。患者因服用



Risperidone 出現錐體外症狀（病歷記載為「服藥後眼睛上吊」），醫師隨後開立 Biperiden HCl 來治療此副作用。然而，Biperiden HCl 本身具有強烈抗膽鹼作用，會進一步加重認知障礙和鎮靜。

藥物負擔指數（DBI）量化：

$$\text{DBI 公式為 } \text{DBI} = \sum \frac{D}{\delta + D} \quad (D=\text{實際日劑量}, \delta=\text{最低建議日劑量})$$

為量化此處方的鎮靜負荷，我們使用藥物負擔指數（DBI）<sup>〔6〕</sup> 進行計算。患者的 DBI 總分高達 1.43 在臨床研究中，DBI 大於等於 1 即被視為高風險負擔<sup>〔3〕</sup>。此高鎮靜負荷極可能導致或加劇患者的「癡呆」、「認知障礙」和「呆滯」症狀。

| 藥物            | 分類（A/S）       | 實際每日劑量（D） | 標準最低劑量（ $\delta$ ） | DBI 分數（ $D/(\delta + D)$ ） |
|---------------|---------------|-----------|--------------------|----------------------------|
| Risperidone   | 抗膽鹼 / 鎮靜（A/S） | 2 mg      | 1 mg               | 0.67                       |
| Clonazepam    | 鎮靜（S）         | 0.375 mg  | 0.5 mg             | 0.43                       |
| Biperiden HCl | 抗膽鹼（A）        | 2 mg      | 4 mg               | 0.33                       |
| Oxcarbazepine | 未計入 DBI 清單    | 180 mg    | NA                 | NA                         |
| 總和（Total DBI） |               |           |                    | 1.43                       |

### 三、中醫辨證與治則、治療過程與病程

**辨證分析：**腦實質性損傷為「血瘀症」；交通性水腦症為「水蓄、痰瘀」；癲癇、狂躁屬「肝風內動、肝陽上亢」；服用精神藥日久致身熱、煩躁、便秘，屬「穀道不利，熱亢」；病為幼童，屬「先天稟賦不足」。

**總治則：**活血化瘀、利水化痰、平肝潛陽、健脾補腎。

#### 第一階段：鎮靜安神，西藥減量（2023.11~2024.1）

**治則：**化瘀、行氣、利濕、化痰飲（減低腦壓）；平肝潛陽、重鎮安神（減量西藥）。

**方藥：**柴胡加龍骨牡蠣湯、抵當湯加減。主要組成：（單位：錢）

化瘀：水蛭 0.5~1、虻蟲 0.3、桃仁 3、大黃 0.3。

行氣疏肝緩急：柴胡 3、黃芩 3~8、赤芍 3、甘草 5、桂枝 5、紅棗 8、陳皮 5。

重鎮安神：龍骨 8、牡蠣 8、代赭石 8。

利濕：茯苓 5~8、澤瀉 5、白朮 3。

清心腎熱：黃柏 5、黃連 1。



### 西藥停藥進程：

2023.11.21：停用 Clonazepam、停用軟便塞劑、Risperidone 減半。

2023.11.28：Biperiden HCl 減半、Ubidecarenone 減量。

2023.12.19：Risperidone 減為 1/4。

2024.2.6：停用 Risperidone、Biperiden HCl、Ubidecarenone。

### 症狀進展（至 2024.1）：

情緒：暴躁吼叫減輕，情緒較活潑，學校老師反饋不會躁動。

認知：腦袋靈光，有自我意識，癡呆感減輕，可坐馬桶解便。

執行功能：可自己吃飯、做事，呆滯感減少。

自殘：依舊會自殘。

自閉症：仍有重複關門、關燈動作。

### 第二階段：活血生新，啟動修復（2024.2~2024.6）

治則：化瘀行氣、利濕化痰飲（持續降腦壓）；重鎮安神、清熱；活血生新、補氣、補陽，啟動側枝循環。

方藥：抵當湯合方加減。主要組成：（單位：錢）

化瘀：水蛭 0.5、虻蟲 0.3、桃仁 3、大黃 0.3。

行氣化痰：陳皮 3、砂仁 3。

通利水道：澤瀉 3、蒼朮 3、茯苓 5。

活血生新 / 補氣：當歸尾 3、赤芍 3、川芎 3、丹參 3、黃耆 8、銀杏葉 5。

加減：亢奮躁動時加黃連 1、黃柏 5~8；成長補腎加杜仲 4~8、何首烏 4~8。

### 症狀進展（至 2024.6）：

情緒：在校情緒平穩。

認知：可明確表達自己意思，2024.5.21 可以自己去排便。

執行功能：可以做到交代事項。

語言：2024.2.6 行為穩定，想講話。2024.2.27 理解功能漸恢復，可表達單字。

2024.4.2 認知進步，講話多且用詞較精確。

自殘：無自殘現象。

自閉症：可溝通，有情感連結。

### 醫源性癲癇發作（2024.6~2024.7）：

2024.6.11 患者躁動明顯、亢奮。西醫腦波檢查仍有異常放電。2024.6.18 西醫將 Oxcarbazepine 從口服懸液 0.6cc BID（約 72mg BID）突然更改為 300MG 錠劑 1# BID（600mg/day），劑量激增四倍以上，並加回 Clonazepam。2024.7.8 患者出現癲癇大發作 2 次，發作後呆滯、吼叫、不安感重。此次發作高度疑似醫源性事件。Oxcarbazepine 的仿單<sup>[7]</sup>嚴格要求緩慢增加，此種激進的劑量調整違反規範，



易導致藥物中毒<sup>〔8〕</sup>。研究顯示，奧卡西平（Oxcarbazepine）可加重青少年特發性全身性癲癇（juvenile myoclonic epilepsy）的肌陣攣性癲癇發作和失神性癲癇發作<sup>〔9〕</sup>。2024.7.15 西醫回診表示：這次發作是在睡前平時時間，西醫稱為肌肉癲癇，改服藥除癲達藥液，Oxcarbazepine 6% ORAL SUSPENSION 3.5cc。

中醫應對治則轉為疏肝理氣、重鎮安神、清熱。2024.6.11 柴胡加龍骨牡蠣湯、抵當湯，黃柏 8、生杜仲 8、懷牛膝 4、何首烏 8、代赭石 4。2024.7.8：方用抵當湯、育生建瓴湯加減。（單位：錢）

### 跳躍式進步：

在此次癲癇發作及中藥調整（抵當湯、育生建瓴湯加減）後，患者出現首次「跳躍式進步」。2024.7.15：患者主動表示「不用沙包了，他不會再暴衝」。媽媽解開自其 3 歲開始困綁的腳沙袋，患者未再暴衝。2024.7.22：可以牽手 2 小時不用背架，手部張力減輕，無自殘。

### 第三階段：健脾化痰，益腎填精（2024.7~2025.5）

治則：化痰飲、健脾胃、補腎。中醫認為水濕痰飲易擾亂神明，導致癡呆、癲症；健脾可運化水液，益腎精可促進發育。

方藥：育生半夏天麻白朮散加減與抵當湯。主要組成：（單位：錢）

化瘀：水蛭 0.5、虻蟲 0.3、桃仁 3、大黃 0.3。

通利水道：澤瀉 3、蒼朮 3、茯苓 5。

健脾化痰飲：半夏 3、天麻 5、神麴 3、川芎 2、陳皮 3、麥芽 3、黃耆 8。

成長補腎：杜仲 4~8、何首烏 4~8。

### 西藥停藥：

2024.8.9 患者因服用 Clonazepam 導致張力增加、呆滯、發燒、嘔吐，於 2024.8.19 全停西藥。2024.10.28 腦波雖仍異常放電，但無癲癇發作。

### 症狀進展（至 2025.3）：

情緒：穩定，喜歡聽音樂。

認知：恍神漸少，可表達要去大小便。

執行功能：吃完飯會聽媽媽話收碗去水槽。

自殘：2024.9.2 未戴手部背架一星期，沒有捶打自己。

語言：2024.11.8 可講有意義的話，如：「媽媽我肚子餓」。可聽懂、思考並回答問題。

自閉症：有情感反應，可與人說話，但仍有刻板動作。

### 再次發作大癲癇（2025.3.14）：

此次「癲癇時意識清楚」，能快速說出「痛不要動」。此次發作後，媽媽發現

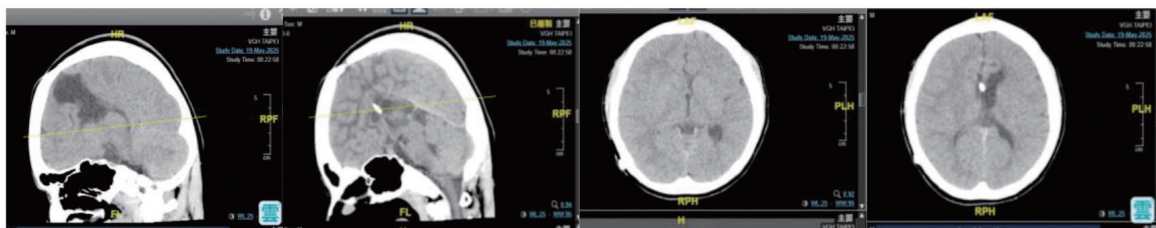


語言進步更多，回答問題更精確，排便改善。2025.4.11：可清楚表達情緒，能執行複雜指令（找出衛生紙給媽媽）。可抑制刻板動作（關燈），出現同理心。同時間小孩成長快速，食慾大增並且暴風長高。

### 腦部導水管鬆脫導致腦壓升高，VP 分流術與術後修復（2025.5~2025.11）：

2025.4.25 開始嘔吐於北部教學醫院住院。此期間開始停服中藥。2025.5.27 右眼睜不開，左眼往內看。注射類固醇。出院診斷為腸胃炎。

2025.5.19 電腦斷層如下：



2025.5.29 出院後癲癇放電數秒，失神性癲癇，跟之前意識清楚的癲癇不同。

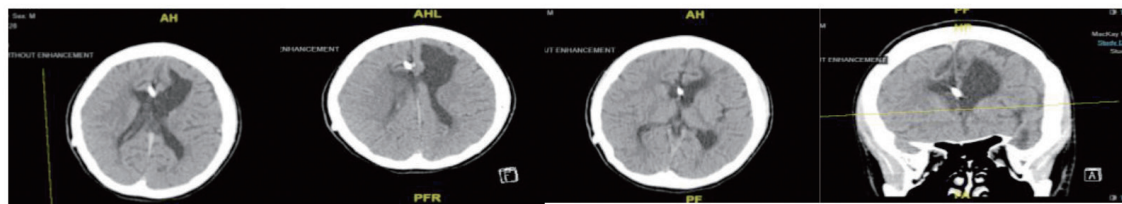
2025.6.8 發作癲癇強直數秒。

2025.6.11 母親來電，小孩出現角弓反張、強直。回復疑似腦脊髓液回流不良（顱內高壓）。請病患緊急至醫院急診。

2025.6.13 馬偕醫院病歷：

入院時理學檢查發現：GCS E4V4M5，言語不清，右側眼瞼下垂。

電腦斷層如下：



### 特殊檢查：

睡眠腦電圖（EEG）（2025.6.16）：結果在正常範圍內，臨床相關性：無皮質功能障礙證據。

視覺性誘發電位（VEP）（2025.6.17）：雙側 P100 潛伏期延長，提示雙側視皮質通路功能障礙。

聽覺性誘發電位（AEP）（2025.6.17）：雙耳 I 波潛伏期延長；左側 I-V 波潛伏期延長，提示左側輕至中度週邊及中樞性聽力障礙，右側輕度週邊性聽力障礙。

患者因交通性腦積水於 2025.6.17 接受 VP 分流術置換術。術後狀態(2025.7)：術後出現腦部功能嚴重倒退。無法講話（僅咿咿喔喔）、不能溝通、情緒不穩、躁動、不睡、一眼眼瞼下垂。西醫表示因為之前腦壓升高造成語言、視力皆受損。



服用西藥：

| 醫令名稱<br>(商品名)      | 成分(學名)        | 劑量              | 頻率            | 主要作用                     |
|--------------------|---------------|-----------------|---------------|--------------------------|
| KEPPRA*<br>(優閒膜衣錠) | Levetiracetam | 500mg<br>(1#)   | 每日兩次<br>(BID) | 抗癲癇藥物，用於輔助治療癲癇發作。        |
| Trilepta<br>(除癲達)  | Oxcarbazepine | 300mg<br>(1.5#) | 每日兩次<br>(BID) | 抗癲癇藥物與情緒穩定藥物，用於治療癲癇局部發作。 |

中醫應對 (2025.7~11)：

治則改為降腦壓，消腦水腫，先以育生大柴苓湯加減及四物湯，活血化瘀生新。後以抵當湯、白僵蠶、育生大柴苓湯加減預防癲癇發作。截至 2025.11，患者功能再次恢復。恢復講話應答、恢復執行功能、可聽話溝通、雙眼正常睜開。2025.7.2 出院時視物對焦尚無法準確，尤其無法彎腰找到鞋子。而 2025.11 時視力對焦已恢復。

四、治療結果

臨床症狀總結 (2023.11 vs 2025.11)

| 領域      | 初診 (2023.11)           | 治療後 (2025.11)                         |
|---------|------------------------|---------------------------------------|
| 情緒 / 行爲 | 暴衝、暴力、自殘、狂躁。<br>需手腳綁束。 | 情緒穩定，無沙包捆綁，不會暴衝，暴力自殘改善。手仍需綁束，緊張時會打自己。 |
| 語言      | 失語，無法溝通。               | 可聽懂、思考、並回答完整句子。                       |
| 執行功能    | 癡呆，無法自理，不知大小便。         | 可自行排便，執行指令（收碗、拿衛生紙）。                  |
| 自閉症     | 刻板動作，無情感反應。            | 刻板動作減少，有同理心，可溝通。                      |

客觀評估：兒童執行功能量表 (CHEXI)

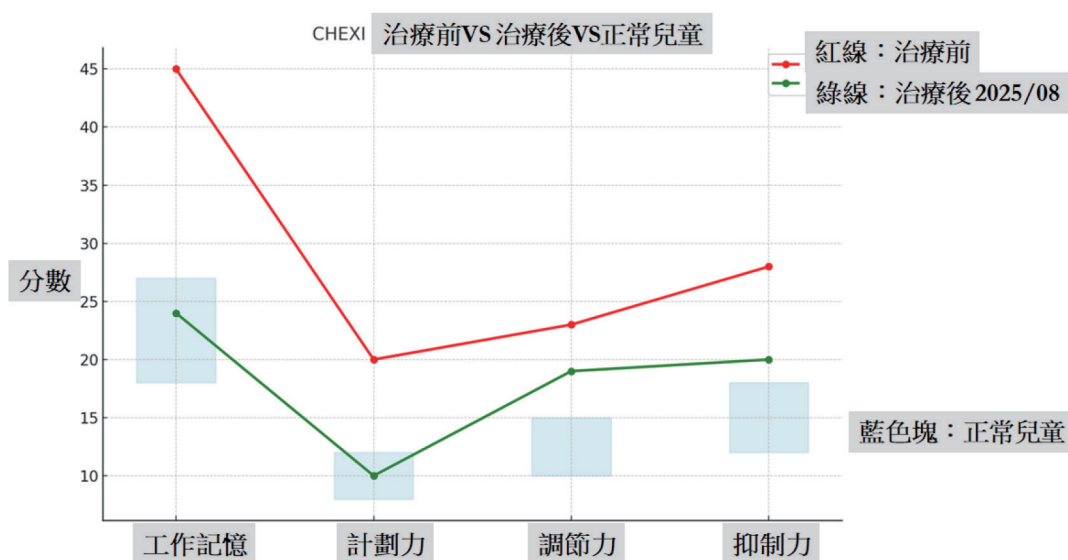
治療前後使用 CHEXI 評估患者的執行功能（分數越高 = 困難越多）。

| 分量表    | 治療前分數 | 治療後分數 | 典型兒童常模區間 | 結果解讀       |
|--------|-------|-------|----------|------------|
| 工作記憶   | 45    | 24    | 18~27    | 明顯改善，已進入常模 |
| 計劃力    | 20    | 10    | 8~12     | 改善，進入常模    |
| 調節力    | 23    | 19    | 10~15    | 有進步，但仍偏高   |
| 抑制力    | 28    | 20    | 12~18    | 改善，但仍略高於常模 |
| 工作記憶總分 | 65    | 34    | 26~39    | 由嚴重偏高降至常模  |
| 抑制力總分  | 51    | 39    | 22~33    | 有改善，但仍高於常模 |



### 結果分析：

治療後，患者的記憶與規劃能力進步顯著。情緒調控與衝動控制雖有改善，但仍偏高，表示日常生活中可能仍會出現容易衝動、情緒不易收斂的狀況。如下圖示：



### 討論

本病例展示了中醫多靶點、多階段的辨證論治策略，在處理複雜腦損傷上的獨特性。

#### 一、化瘀與利水為基礎

患者的交通性腦水腫與腦軟化症，在中醫屬「血瘀」與「水蓄、痰瘀」。初期使用抵當湯（水蛭、虻蟲、桃仁）等破血逐瘀藥物，並配合通利水道（茯苓、澤瀉、白朮），其核心目的在於改善腦部微循環、降低顱內壓，這可能是穩定腦部狀態、為神經修復提供基礎的關鍵。

#### 二、平肝潛陽以治「狂」

患者初診時的狂躁、暴力、自殘行為，中醫辨證為「肝風內動、肝陽上亢」。使用柴胡加龍骨牡蠣湯及代赭石等重鎮安神藥物，適時使用清熱法，黃連、黃柏、黃芩、梔子可依其不同之藥理特性，除去血液中的發炎反應，精神疾病與腦部發炎反應有關，中藥平抑了肝陽，使患者情緒穩定。因此可減量精神用藥，使患者戒停西藥而不復發癲狂。



### 三、啟動側枝循環，使腦細胞修復生新，健脾化痰以啟「神」

隨著病程推進，治療重心轉向「痰飲爲病」。中醫認為「痰迷心竅」是導致癡呆、神智不清的主因。第三階段使用育生半夏天麻白朮散，旨在健脾以杜絕生痰之源，化痰濕以開清竅。患者在語言、認知、執行功能上的顯著進步，特別是 CHEXI 量表中工作記憶的顯著改善，印證了此治則的有效性。

### 四、逆轉高 DBI 鎮靜負荷的臨床意義

本案初診時患者 DBI 高達 1.43，其「癡呆、無法溝通、呆滯」的症狀，很可能被高鎮靜負荷所掩蓋或加劇。中醫第一階段使用以柴胡加龍骨牡蠣湯與抵當湯加減，平肝潛陽、重鎮安神，控制了「肝風內動」的狂躁症狀，從而創造了安全停藥的條件。在 3 個月內停用三種精神科西藥，是患者後續認知與語言功能得以「解鎖」的關鍵第一步。

### 五、癲癇發作類型轉變所揭示的神經重組

本案治療中觀察到一個關鍵的神經學轉變：患者的癲癇發作從過去（或藥物誘發）的意識喪失大發作，轉變爲 2025.3 的「局部意識清晰發作」（Focal Onset Aware Seizure）。

根據國際抗癲癇聯盟（ILAE）的分類，「失神性癲癇」（Absence Seizure）的核心是意識喪失；而「局部意識清晰發作」則是指放電僅限於局部腦區，患者意識完全清晰<sup>[10]</sup>。患者在癲癇發作的壓力下，仍能保持清醒並執行高階語言功能（「痛不要動」），這強烈表明：

1. 癲癇的廣泛性受抑：癲癇放電不再擴散至全腦，導致意識喪失。
2. 核心功能增強：患者的語言和意識網絡，在中醫治療下（特別是健脾化痰、益腎填精）得到了顯著強化，使其功能分區化更明確，足以抵抗癲癇放電的干擾。

### 六、中醫治療體會與術後恢復的應對

治療期間經歷癲癇發作，患者發作前均有徵兆，大約 1~2 周前開始亢奮、喜笑、喋喋不休、不睡覺。中藥須改爲柴胡龍骨牡蠣湯，疏肝理氣，清熱藥如黃連、黃柏加重，或使用育生建瓴湯重鎮安神藥加重，或加僵蠶。如此可幫患者渡過可能出現的大發作。

引流管鬆脫導致腦壓升高，在 VP 分流術置換術後，雖然腦壓經手術後已恢復，但患者功能嚴重倒退時，中藥使用育生大柴苓湯加減降腦壓，加上活血化瘀、清除腦部代謝廢物方式治療。患者在持續中藥治療後恢復語言、認知、執行功能，顯示中醫藥在穩定腦脊髓液代謝、促進術後神經功能恢復方面具有強大的韌性。患者到目前爲止仍持續中醫治療，語言應答持續進步中。



## 結論

本病例報告詳細展示了一名重度腦損傷幼童，在中醫藥的介入下，其發展障礙、失語、癲狂及自閉症狀獲得顯著且可量化（CHEXI）的改善。中醫透過化痰、利水、平肝、健脾、補腎的多階段治療策略，不僅成功幫助患者脫離高達 1.43 的醫源性「藥物負擔指數」（DBI），並觀察到患者癲癇發作類型向「局部意識清晰」的良性轉變。此案例為中醫藥治療複雜性腦損傷、處理多重藥物副作用、促進神經功能重組提供了有價值的臨床實證。

## 方劑組成（單位：錢）

1. 育生建瓴湯：牛膝、赤芍、生地、生牡蠣、生龍骨、山藥、生草各 5；柏子仁 4；代赭石粉 8；磁石粉 3。
2. 育生半夏天麻白朮散：半夏 3、天麻 5、蒼朮 3、生白朮 3、茯苓 3、澤瀉 3、陳皮 3、神曲 3、麥芽 3、乾薑 3、黃柏 3、附子 5、當歸 2、黃耆 10。
3. 育生柴苓湯：茯苓 3、黃芩 3、豬苓 3、澤瀉 3、蒼朮 3、元胡 3、木香 3、桂枝 3、丹參 5、半夏 5、生草 5、生薑 5、紅棗 5 枚、柴胡 6；大黃。

## 致謝

感謝育生中醫診所李政育老師，與中國鍼灸學會廖炎智老師指導。

感謝中醫傷寒論啟蒙老師，經典中醫診所鄭宏足老師。

## 參考文獻

1. 杜家宏、謝志明、梁恆：周腦室白質軟化症之磁振造影表現－病例報告。中華放射線技術學雜誌，2010 年，34 卷 2 期，90-94。
2. Brown WS, Paul LK. The Neuropsychological syndrome of agenesis of the corpus callosum. J Int Neuropsychol Soc. 2019; 25(3):324-330.
3. 邱新惠：失語症和認知能力的探討。台灣聽力語言學會雜誌，2016 年，35 期，49-59。
4. Wouters H, van der Meer H, Taxis K. Quantification of anticholinergic and sedative drug load with the Drug Burden Index: a review of outcomes and methodological quality of studies. Eur J Clin Pharmacol. 2016; 73(3):257-266.



5. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ*. 1997; 315(7115):1096-1099.
6. Hilmer SN, Mager DE, Simonsick EM, et al. A drug burden index to define the functional burden of medications in older people. *Arch Intern Med*. 2007; 167(8):781-787.
7. Novartis Pharmaceuticals Corporation. TRILEPTAL (oxcarbazepine) Tablet and Oral Suspension U.S. Prescribing Information. U.S. Food and Drug Administration (FDA). 2017. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2017/021014s036lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/021014s036lbl.pdf)
8. Perucca E, Gram L, Avanzini G, Dulac O. Antiepileptic drugs as a cause of worsening seizures. *Epilepsia*. 1998; 39(1):5-17.
9. Gelisse P, Genton P, Kuate C, Pesenti A, Baldy-Moulinier M, Crespel A. Worsening of seizures by oxcarbazepine in juvenile idiopathic generalized epilepsies. *Epilepsia*. 2004; 45(10):1282-1286.
10. Fisher RS, Cross JH, D'Souza C, et, al. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia*. 2017; 58(4):531-542.

通訊作者：黃詩硯

聯絡地址：桃園市中壢區中山路 52 號

聯絡電話：03-4250191

E-mail：allisonhuang73@gmail.com

受理日期：2026 年 5 月 8 日；接受日期：2026 年 5 月 13 日