



中西醫合療對重症肌無力 (myasthenia gravis, MG) 之經驗探討

鍾世芳¹、李政育²

¹ 世芳中醫診所、² 育生中醫診所

壹、前言

本文將以本人臨床治療重症肌無力 (myasthenia gravis, MG) 的病案作分析與討論。這些病案因為有中醫的治療，病患才能順利完成西醫的療程，而西醫的治療是極必要、極重要的處治。但若無我們中醫藥背後的支持，僅單純用西醫的治療，病患的生活品質也不會太好；同樣的，若單純用我中醫治療，病患的症狀是無法迅速改善。因此如何善用西醫的醫療資源，反而是我們中醫必須清楚了解，並轉介病患去適當的求診西醫，這樣的處置才能突破現在的醫療瓶頸。

僅希望藉由提出 2、3 個臨床病例報告，請各位同道賜予指教，指正我在醫療上的可能疏漏。也期盼自己在中醫的臨床應用中能更精準用藥，而提供給病人更完善的治療。

關鍵詞：重症肌無力、中醫治療、中醫危重症

貳、概述

胸腺是人體重要的免疫器官，與重症肌無力 (myasthenia gravis, MG) 的發病有密切關係。據報導，重症肌無力患者約有 76%~80% 伴有胸腺增生，有 10%~15% 伴有胸腺瘤。

重症肌無力 (myasthenia gravis, MG) 是神經肌肉接頭處突觸後膜上的乙醯膽鹼受體 (AChR) 減少、變性、敏感性降低，而致神經—肌肉接頭傳遞功能障礙的自身免疫性疾病。臨床表現極易疲乏無力，活動後加重，常見受累的眼肌、咀嚼肌、面肌、咽喉肌、肋間肌、四肢肌等活動後極易疲勞。約半數病例眼外肌首先受累，造成眼外肌麻痺、無力而眼瞼下垂、複視、斜視等，為本病最常見的首發症狀，且以眼瞼下垂最為多見，重者吞嚥無力或吞嚥、呼吸困難等。MG 的臨床表現特點是朝輕暮重，休息後減輕的骨骼肌無力，或服用抗膽鹼酯酶 (AChE) 藥物治療後症狀暫時減輕或消失。



臨床表現：肌無力多由眼外肌受累開始，其次易受累的是面肌和咽喉肌，肢體和頸肌受累也較常見。肢體肌無力多與眼肌和咽喉肌無力合併存在，單獨發生肢體肌無力者很罕見。重症患者呼吸肌受累則發生肌無力危象。

MG 可發生在任何年齡，但以 10～40 歲為最多見，中國和日本，14 歲以下兒童的發病率遠高於歐美國家，約佔總數的 15%～20% 左右；女性多於男性，男女之比約 1：2～1：3；發病率為 0.5/10 萬～5/10 萬。

根據重症肌無力的臨床表現，可屬於中醫學的不同病證，如眼瞼無力或下垂屬中醫學中“瞼廢”或“瞼垂”；複視則屬“視歧”；吞嚥困難、飲水發噎、言語無力、發音不清等則屬“啞痺”；抬頭無力則屬“頭傾”；肢體“痿弱無力以運動”則屬“痿病”；因呼吸肌無力出現呼吸困難，甚至發生肌無力危象者則屬“痿病”的“大氣下陷證”等。

參、病因病理

一、發病原因

1. 遺傳因素：

日本曾報導家族性 MG 發生率為 4.5%；中國張冥等報導 MG 患者，以發病年齡、誘發因素、臨床類型、伴發病、免疫學特點、疾病轉歸等，說明 MG 發病與遺傳因素有關。

2. 胸腺異常：

臨床觀察約有 80% 的 MG 患者有胸腺異常，其中有 60%～70% 為胸腺增生，10%～15% 患胸腺瘤。MG 患者胸腺切除後常能使 70% 以上的患者症狀得到緩解。胸腺細胞膜表面存在類似於肌肉乙醯膽鹼受體 (AChR) 的“乙醯膽鹼受體 (AChR) 樣蛋白質”支持異常胸腺是使 MG 患者自身組織致敏的起始部位。

3. 感染因素：

通常認為 MG 患者血清中，乙醯膽鹼受體抗體 (AChR-Ab) 主要與乙醯膽鹼受體 AChR α 亞單位上的主要免疫原區結合。經觀察單有胸腺乙醯膽鹼受體 AChR α 亞單位表達並不足以致敏胸腺內 T 細胞，只有當病毒感染等一些感染因素刺激 T 細胞時，才有可能刺激胸腺局部干擾素 γ (IFN- γ) 生成增加，上調胸腺乙醯膽鹼受體 AChR α 亞單位表達，致使胸腺內 T 細胞變成對乙醯膽鹼受體 (AChR) 抗原決定基特異的 T 細胞誘發 MG。

二、發病機制



自 1960 年 Simpson 和 Nastuk 等從理論上闡明 MG 的自身免疫發病機制以來，通過學者們的一系列研究，其發病機制涉及細胞免疫、細胞因子、補體作用及遺傳因素等多方面導致神經—肌肉接頭（NMJ）處傳遞障礙的自身免疫性疾病。

三、MG 危象

MG 患者突然發生呼吸肌無力，呼吸極度困難，不能維持換氣功能。MG 危象被定義為呼吸衰竭而必須機械輔助呼吸，是嚴重威脅患者生命的併發症，如不及時搶救將危及患者生命。MG 危象發生率占 MG 患者總數的 5～20%，胸腺瘤發生危象率高，為 11～16%；71% 的患者是在發病後頭 3 年發生危象。

《危象促發因素》

1. **感染**：是最常見的誘發因素，注意控制感染。
2. **醫源性因素**：主要是激素加量或減量過快，或停用激素過快等誘發危象，對激素加量或減量都應個體化。
3. **胸腺瘤手術**：可發生危象，故對準備做胸腺瘤切除手術的患者，在術前後應將患者調整到最佳狀態。
4. **其他**：如外傷、勞累、精神刺激等也是促發肌無力危象的重要原因，均應加以避免。

《危象的分類》

臨床根據危象發生的原因分為三種危象。

1. 肌無力危象：

是最常見的危象，約占 MG 危象的 95%，肌無力危象是 MG 患者病程中病情嚴重進展的表現。

誘發因素：最常見的是感染，特別是呼吸道感染，其他如過勞、情緒激動、外傷、手術、分娩、月經期，或抗膽鹼酯酶藥物劑量不足、漏服、停藥，或服用神經—肌肉阻滯劑、過量鎮靜劑、呼吸抑制劑等均可誘發。

臨床表現：呼吸及全身肌肉無力進行性加重，很快出現四肢癱，患者呼吸困難，不能飲水、咳痰，患者煩躁不安、出汗和震顫、瞳孔擴大及腹脹等。

2. 膽鹼能危象：

約占 MG 危象的 4%，多見於患者對抗膽鹼酯酶藥物療效不明顯，加大抗膽鹼酯酶藥物用量，長期服用大劑量抗膽鹼酯酶藥物者。



臨床表現：除肌無力表現外，尚有膽鹼能中毒症狀，如噁心、嘔吐、腹痛、腹瀉、大小便失禁、面色蒼白、出汗、唾液增多、瞳孔縮小、肌束震顫、心動過緩、腸鳴音亢進等。搶救不及時將危及患者生命，如抗膽鹼酯酶藥物過量，M- 膽鹼系效應為心搏驟停；N- 膽鹼系效應為呼吸肌麻痺，呼吸、心跳停止。

3. 反拗危象：

又名無反應性危象，約占肌無力危象的 1%，主要見於 MG 嚴重全身型患者，或在胸腺手術後，或感染、電解質紊亂等有關因素誘發，依酚氯胺（騰喜龍）試驗無反應，與抗膽鹼酯酶藥物劑量無關，可能是對抗膽鹼酯酶藥物失敏感所致〔1〕。

肆、病案介紹

《病案一》

李○○，男，已婚，身分證字號 L121XXXXX，出生年月日：52.01.16.

105 年 11 月 23 日

現 病 史：形壯，兩目眶旁暗帶有暗褐斑、唇色淡，動則流汗極多，聲音沙啞，左胸抽刺痛，腿膝痠軟無力，睡眠正常，大便不成形或溏 1 天 1、2 行量不多。BP118/81，心律 93/分，舌紅苔白，脈弦細。

主 訴：在 103 年 3 月間，在北榮心臟外科摘除多顆胸腺瘤，其中最大 1 顆 10x10x4cm，手術時間約耗用 5～6 小時，術後無法自主呼吸，加護病房住 4 天，檢體報告診斷為轉移性胸腺瘤。術後至 105 年 4 月一直在馬偕醫院追蹤檢查，胸部狀況正常。104 年 11 月 16 日新光醫院檢驗，AchRAb（乙醯膽鹼受體抗體）17.25。105 年 8 月馬偕醫院 CT 檢查發現，心臟旁邊有 1 顆胸腺瘤 3cm，左乳下胸腺瘤約 0.7cm。

建議他積極用中藥，並積極尋找西醫放射腫瘤科配合放射治療。

過去病史：挫傷後坐骨神經病變已 6、7 年，1、2 個月針灸治療 1 次。105 年 6～8 月右眼黃斑部病變在北榮針劑治療 2 次。

〈一診〉 105 年 11 月 23 日

【純中藥抑制腫瘤第一處方（7 劑）】

黨參 4 錢，丹參 5 錢，赤芍 5 錢，川芎 3 錢，柴胡 3 錢，半夏 4 錢，蒼朮 4 錢，茯苓 1 兩，續斷 2 兩，骨碎補 10 錢，桑寄生 1 兩，懷牛七 1 兩，黑棗 10 枚。



爲何用藥：消腫瘤，抑制腫瘤增大，維持神經細胞的傳導功能。

用藥好處：中藥用以改善病患體質，促使體內抑癌細胞與致癌細胞維持抗衡。

用藥目的：盡可能減緩腫瘤漫延的觸角，阻斷腫瘤胚幹細胞再複製。

用藥思路：蒼朮 4 錢，茯苓 1 兩：清理代謝廢物、滲出液。

續斷 2 兩，骨碎補錢 1 兩：破血消瘀化腫瘤，抑制、打斷腫瘤蛋白質的連結。

懷牛七 1 兩：竄經絡直達病所，抑制腫瘤。

黨參 4 錢，丹參 5 錢，黑棗 10 枚：補氣、養血，調整體質，強化抗癌體質。

<二診> 105 年 11 月 30 日

稍有倦容，唇色淡，聲音沙啞，睡眠差，動則流汗極多，若倦怠時左胸抽痛，喉嚨有痰，腿膝痠軟無力，BP123/84，心律 86/分，舌紅苔白。如廁前臍腹絞痛，大便溏 1 天 3、4 行。

【純中藥抑制腫瘤第二處方（7 劑）】

白朮 4 錢，麻黃 1 錢半，肉桂子 2 錢，黨參 4 錢，丹參 5 錢，赤芍 5 錢，川芎 3 錢，柴胡 3 錢，半夏 4 錢，蒼朮 4 錢，茯苓 1 兩，續斷 3 兩，骨碎補 10 錢，懷牛七 1 兩，黑棗 10 枚。

用藥目的：消腫瘤，抑制腫瘤增大，維持神經細胞的傳導功能。

<三診~六診> 105 年 12 月 7 日~ 106 年 2 月 15 日

唇色淡，聲音沙啞稍減，眠差，動則流汗多，時而左胸抽痛，喉嚨有痰，腿膝痠軟無力。

BP127/86，心律 86/分，舌暗紅苔白，大便 1 天 2、3 行。

【純中藥抑制腫瘤第 3~6 診處方（共服 21 劑）】

固定用藥：白朮 4 錢，麻黃 1 錢半，黨參 4 錢，丹參 5 錢，赤芍 5 錢，川芎 3 錢，柴胡 3 錢，半夏 4~5 錢，蒼朮 4~10 錢，茯苓 1 兩，續斷 2 兩，骨碎補 10 錢，懷牛七 1 兩，黑棗 10 枚。

期間隨症用藥加減：北黃耆 3 錢，當歸 1 錢，白芷 4 錢，防風 4 錢，升麻 3 錢，竹如 3 錢，陳皮 4 錢，吳茱萸 5 錢，王不留行 5 錢，紫蘇 4 錢，厚朴 4 錢，牡丹皮 5~10 錢，桂枝 5 錢，肉桂子 2 錢，…

用藥目的：消腫瘤，抑制腫瘤增大，維持神經細胞的傳導功能。

<七診> 106 年 2 月 15 日~ 106 年 5 月 24 日



106年5月初馬偕醫院CT檢查，心臟旁胸腺瘤2cm，左乳下胸腺瘤約0.7cm。聲音低沉，眠差，動則流汗多，時而左胸抽痛，喉嚨有痰，腿膝痠軟無力，左大腿、小腿痠痛。BP129/76，心律95/分，舌暗紅苔白，偶而臍腹絞痛，大便溏1天2、3、4行。

106年5月26日檢驗，AchRAb（乙醯膽鹼受體抗體）5.63。

建議他繼續用中藥，積極尋找西醫放射腫瘤科配合放射治療。

他想繼續積極用中藥3個月，再尋找西醫放射腫瘤科再配合放射治療。

【純中藥抑制腫瘤第3～6診處方（共服63劑）】

固定用藥：白朮4錢，麻黃1錢半，黨蔘4～5錢，丹參5錢，赤芍5錢，川芎3錢，柴胡3錢，半夏4錢，蒼朮4錢，茯苓1兩，續斷2兩，骨碎補10錢，懷牛七1兩，黑棗10枚。

隨症用藥加減：北黃耆3錢，當歸1錢，白芷4錢，防風4錢，升麻3錢，竹茹3錢，陳皮4錢，吳茱萸5錢，王不留行5錢，紫蘇4錢，厚朴4錢，牡丹皮5～10錢，桂枝5錢，肉桂子1～3錢，威靈仙6錢，百部1兩，玄參4錢，牡蠣5錢，浙貝1兩，附子1錢，炒杜仲4錢…

用藥目的：消腫瘤，抑制腫瘤增大，維持神經細胞的傳導功能。

〈三十二～四十診〉 106年5月31日～106年7月19日

已計畫並執行，106年6月初至7月25在三軍總醫院放療30次。

106年6月29日PET檢查，心臟旁胸腺瘤及左乳下胸腺瘤縮小，但右耳咽部有活動細胞。

面暗，聲音低沉，眠差，少氣體倦，動則流汗多。

BP124/85，心律84/分，舌暗紅苔白，臍腹悶痛、絞痛，大便1天2、3行。

【中藥配合西醫放療第32～40診處方（共服24劑）】

固定用藥：炒白朮4錢，桂枝5錢，黃芩1兩，丹參5錢，赤芍5錢，川芎3錢，柴胡3～5錢，黃柏5錢，蒼朮4錢，茯苓1兩，澤瀉5錢，白芷4錢，黃連3錢，黑棗7枚。

期間隨症用藥加減：生地3錢，續斷2兩，牡蠣10錢，浙貝，葶藶子，青蒿，地骨皮，牡丹皮，知母，丁豎朽，忍冬藤，銀杏葉，當歸，玄參…

用藥目的：配合放療，減低正常細胞被灼傷，消腫瘤，維持神經細胞的傳導功能。

用藥思路：丹參5錢，玄參3錢，黑棗7枚：補血，強化自我修復功能。

丹參5錢：活血化瘀、生心血。



黑棗 7 枚：矯味。

牡蠣 1 兩，浙貝 1 兩，玄參 3 錢：軟堅散結。

炒白朮 4 錢，蒼朮 4 錢，茯苓 1 兩，澤瀉 5 錢：清理代謝廢物、滲出液，改善漉便。

黃芩 1 兩，黃柏 5 錢，黃連 3 錢：修正異常細胞，抑制腫瘤幹細胞新生。

<四十一診~六十二診> 106 年 7 月 26 日~ 107 年 6 月 5 日

面白，聲音微微沙啞，動則流汗極多，容易體倦乏力。

BP116/82，心律 89/分，舌暗紅苔白，大便溏 1 天 2、3 行。

106 年 9 月 4 日在三軍總醫院 CT 檢查，腫瘤已消失。107 年 4 月 CT 檢查正常。

107 年 6 月三軍總醫院 X 光檢查正常。

107 年 1 月 8 日檢驗，AchRAb（乙醯膽鹼受體抗體）3.39。

【放療後，中藥處方】若只開七劑，應無隨症用藥加減

固定用藥：炒白朮 4 錢，乾薑 1 錢，桂枝 5 錢，黨參 4 錢，丹參 5 錢，赤芍 5 錢，川芎 3 錢，柴胡 3 錢，半夏 4 錢，蒼朮 4 錢，茯苓 1 兩，續斷 2 兩，骨碎補 1 兩，懷牛七 1 兩，黑棗 5 枚。

隨症用藥加減：生地 3 錢，牡蠣 10 錢，浙貝，葶藶子，青蒿，地骨，牡丹皮，知母，威靈仙，澤蘭，銀杏葉，當歸，玄參，茜草。

用藥目的：修正異常細胞，抑制腫瘤幹細胞新生，抑制腫瘤，維持神經細胞的傳導功能。

<六十三診> 107 年 8 月 29 日~ 9 月 7 日

沮喪的臉訴說，心臟旁又冒出胸腺瘤。

聲音沙啞，左胸悶痛不舒，項背緊繃，腿膝痠軟無力，喉嚨有痰，煩悶，眠淺。

BP113/69，心律 84/分，舌暗紅苔白，大便溏 1 天 2、3 行。

107 年 8 月 15 日在三軍總醫院 CT 檢查，心臟旁冒胸腺瘤 3cm。

牡蠣 10 錢，浙貝 10 錢，牡丹皮 10 錢，澤瀉 5 錢，白朮 4 錢，黃芩 5 錢，當歸 1 錢，丹參 5 錢，赤芍 5 錢，川芎 3 錢，知母 5 錢，山楂 3 錢，茯苓 1 兩，續斷 3 兩，骨碎補 1 兩，黃柏 1 兩，黑棗 5 枚。

第二處方用藥：第一處方再加烏梅 3 錢，蒼朮 4 錢。

用藥目的：抑制腫瘤新生。

<六十五診> 107 年 9 月 12 日



聲音低沉，左胸悶痛不舒，項背緊繃灼熱，腿膝痠軟無力，喉嚨有痰，煩悶，眠淺。

BP125/83，心律 82/分，舌暗紅苔白，大便溏 1天 2、3 行。

107年9月11日在耕莘三醫院 PET 檢查，心臟旁胸腺瘤 9cm，左下橫膈膜 5～6cm，左腋下 1cm。

治療計畫：9月20日開始，心臟部分作直線加速 30 次，左下橫膈膜作電腦刀 6 次。

【復發後第三處方（7 劑）】

牡蠣 10 錢，浙貝 10 錢，牡丹皮 10 錢，澤瀉 5 錢，白朮 4 錢，黃芩 5 錢，當歸 1 錢，丹參 5 錢，赤芍 5 錢，川芎 3 錢，知母 5 錢，山楂 3 錢，蒼朮 4 錢，茯苓 1 兩，續斷 30 兩，骨碎補 10 錢，黃柏 1 兩，黑棗 5 枚。

<六十六診> 107年9月19日

聲音低沉，左胸悶痛不舒，項背更緊繃灼熱，腿膝痠軟無力，喉嚨有痰，煩悶，納少，眠淺。

BP125/83，心律 82/分，舌暗紅苔白，大便溏 1天 2、3 行。

107年9月11日在耕莘三醫院 PET 檢查，心臟旁胸腺瘤 9cm，左下橫膈膜 5～6cm，左腋下 1cm。

治療計畫：9月20日開始，心臟部分作直線加速 30 次，左腋下橫膈膜作電腦刀 6 次。

【準備放療、復發後第四處方（7 劑）】

葶藶子 1 兩，烏梅 3 錢，牡丹皮 10 錢，澤瀉 5 錢，白朮 4 錢，黃芩 1 兩 5 錢，木香 3 錢，丹參 5 錢，赤芍 5 錢，川芎 3 錢，知母 5 錢，山楂 3 錢，蒼朮 4 錢，茯苓 1 兩半，骨碎補 10 錢，黃柏 2 兩，紅棗 10 枚。

<六十七診> 107年9月26日～10月11日

正在執行放療中，聲音低沉，時而左胸悶痛不舒，作 2 次電腦刀項背更緊繃感及舒緩，腿膝痠軟無力，喉嚨有痰，煩悶，納少，眠淺。

BP125/83，心律 82/分，舌暗紅苔白，大便溏 1天 2、3、4 行。

107年9月11日在耕莘三醫院 PET 檢查，心臟旁胸腺瘤 9cm，左下橫膈膜 5～6cm，左腋下 1cm。

治療計畫：9月20日開始，心臟部分作直線加速 30 次。

9月20日～9月28日，左下橫膈膜作電腦刀 6 次已完成。



【中藥配合放療第 68 ~ 70 診處方（共服 24 劑）】

固定用藥：地骨皮 5 錢，牡丹皮 1 兩，青蒿 1 兩，葶藶子兩，炒白朮 4 錢，木香 4 錢，烏梅 3 錢，龍膽草 4 錢，黃芩 1 兩半，丹參 5 錢，赤芍 5 錢，柴胡 5 錢，黃柏 2 兩，蒼朮 4 錢，茯苓 1 兩，澤瀉 5 錢，知母 1 兩，紅棗 10 枚。

隨症用藥加減：續斷 15 錢，骨碎補 10 錢，大黃 1 錢……

用藥目的：配合放療，減低正常細胞被灼傷，消腫瘤，維持神經細胞的傳導功能。

用藥思路：丹參 5 錢，赤芍 5 錢，紅棗 10 枚：補血，強化自我修復功能。

丹參 5 錢：活血化瘀、生心血。

紅棗 10 枚：矯味。

牡蠣 1 兩，浙貝 1 兩：軟堅散結。

炒白朮 4 錢，蒼朮 4 錢，茯苓 1 兩半，澤瀉 5 錢：清理代謝廢物、滲出液，改善溼便。

黃芩 1 兩半，黃柏 2 兩，龍膽草 4 錢：修正異常細胞，抑制腫瘤幹細胞新生。

《病案二》

陳○○，女，已婚，身分證字號 A22XX，出生年月日：42.10.28.

現病史：形胖，面色暗帶有少許黃褐斑、唇色淡，聲音沙啞，吞嚥時咽喉緊繃，手抓取物件易掉落，頸項緊繃，抬頭時更繃緊。

BP131/87，心律 76/分，舌暗紅苔少，脈沉細，大便 1 天 1 行，小便正常。

102 年 4 月服用大力丸。101 年 3 月 26 日在仁愛醫院摘除胸腺瘤。

中醫診斷：氣滯血瘀，虛中夾實，虛證居多。

<一診> 103 年 4 月 7 日

【胸腺瘤術後第一階段處方】

當歸 1 錢，生地 2 錢，赤芍 5 錢，川芎 7 錢，白芷 4 錢，葛根 1 兩 5 錢，茯苓 1 兩，雞血陳 1 兩半，北黃耆 1 兩半，麻黃 2 錢，附子 1 錢，乾薑 1 錢。

用藥目的：修復神經，促使神經肌肉功能正常。

二到四診如上方，第一階段處方共服 28 劑。

<五診> 103 年 8 月 12 日



現病史：形胖，面色暗帶有少許黃褐斑、唇色淡，聲音沙啞，吞嚥功能稍好，手抓取改善，抬頭時項背繃緊。

BP132/85，心律 76/分，舌暗紅苔少，脈沉細，大便 1 天 1 行，小便正常。

8 月 2 日發現糖化血色素 8.4，飯前血糖 119。

103 年 7 月底無服大力丸，服用類固醇 2 顆。

102 年 4 月服用大力丸。101 年 3 月 26 日在仁愛醫院摘除胸腺瘤。

中醫診斷：氣滯血瘀，虛中夾實，虛證居多。

【胸腺瘤術後第二階段處方】

當歸 1 錢，生地 2 錢，赤芍 5 錢，川芎 7 錢，白芷 4 錢，葛根 1 兩 5 錢，桑白皮 2 兩，牡丹皮 1 兩，北黃耆 5 錢，麻黃 2 錢，續斷 1 兩半，骨碎補 1 兩，乾薑 1 錢。

用藥目的：修復神經，促使神經肌肉功能正常。

《病案三》

游○○，男，未婚，身分字號 A120XXXXX，出生年月日：70.09.05。

<一診> 99 年 3 月 8 日

現病史：中等身形，面色白，睡眠不寧、多夢，聲音沙啞，說話音模糊不清，氣上不來，全身沉重無力。右耳後腦旁抽痛，右後腦杓悶痛，右腿痠痛無力，起身、行動乏力。

BP104/66，心律 104/分，舌紫暗紅苔黃薄，略有齒痕，脈濡細數，大便 1 天 1 行。

96 年漸漸發現說話不清晰。97 年 1、2 月求診三總、北榮皆確診為重症肌無力。

診斷：氣虛血瘀，虛實夾雜，虛證為多。

治則：補氣補血，活血通瘀。

用藥目的：調節神經。

【中醫處方】

(一)科學中藥 7 天如下：

三痹湯 10g，右歸丸 3g，黃耆五物湯 8g，地龍 2g，知母 1g，半夏 0.5g，人參粉 3g，鹿茸 2g。

(二)水煎藥 7 劑如下：



北黃耆 3 兩，黨參 1 兩，當歸尾 4 錢，生地 3 錢，赤芍 4 錢，川芎 4 錢，紫蘇 4 錢，半夏 4 錢，黃芩 6 錢，茯苓 1 兩，竹如 6 錢，牛蒡子 4 錢。沖服川七 3g、人參粉 3g。

<二診~> 98 年 4 月 7 日

現病史；神疲肢倦氣短乏力，面色白，睡眠不寧、多夢，聲音沙啞，說話稍清晰。右耳後腦旁抽痛，右後腦杓悶痛，右腿痠痛無力，尿解不淨，大便 1 天 1 行。

BP87/62，心律 81/分，舌紫暗紅苔黃薄，略有齒痕，脈濡細。

中醫處方 7 劑如下：

升麻 3 錢，柴胡 2 錢，陳皮 3 錢，北黃耆 3 兩，黨參 1 兩，當歸尾 4 錢，知母 3 錢，枳殼 3 錢，川芎 4 錢，紫蘇 4 錢，半夏 4 錢，黃芩 6 錢，茯苓 1 兩，竹如 6 錢，山楂 3 錢。

104 年 9 月 18 日~ 10 月 2 日

住院北榮作標靶化療，用 500 單位分 4 次或 1000 單位分 2 次，交替用藥（基因檢測重症肌無力屬 NUSK 型）。

標靶化療前，大力丸原本由 2 顆增到 4 顆。標靶化療後至今，大力丸用 3 顆。

中醫處方如下：

升麻 3 錢，柴胡 2 錢，陳皮 3 錢，川芎 3 錢，葛根 1 兩，菟絲子 1 兩，知母 3 錢，北黃耆 3 兩，黨參 1 兩，當歸尾 4 錢，枳殼 3 錢，川芎 4 錢，紫蘇 4 錢，半夏 4 錢，黃芩 6 錢，茯苓 1 兩，竹如 6 錢，山楂 3 錢，紅棗 5 枚。

伍、結論

- 一、中醫藥對疾病的療效，已被大多數民眾廣泛接受與肯定。在台灣醫界的立足空間也越來越大，這是我們中醫前輩幾十年來努力的成果。
- 二、中、西醫的治病目標是一致的。在本人長久臨床實際治療中觀察，中、西醫治療是可以緊密聯結，而達到更完善的治療，這將是病患的福音。
- 三、中醫藥複方，是依據「君、臣、佐、使」的原則調配而成。是結合藥與藥之間的特性相輔相成的劑型，這和大多數西藥單方使用，完全不同。尤其中醫的湯藥對於各種疾病的病體比較容易產生直接作用而達到治療效果。
- 四、現代中醫對於疾病的治療，應該善用西醫的儀器確診，同時採用中醫理論與方法。最後形成“西醫疾病診斷與中醫辨證論治”再決定中醫最理想的治療



方法。

五、一般而言，在臨床上需要外科手術的疾病或是放療、化療（已知有精確療效），我們中醫師應該鼓勵病患接受西醫治療，在西醫的治療中再配合中藥，是給病患最迅速有效的治療方法。

參考文獻

1. 孫怡、楊任民主編，實用中西醫結合神經病學，北京：人民衛生出版社，2011，6月第2版3·P613～625.

通訊作者：鍾世芳

聯絡地址：台北市信義區逸仙路26巷5號1樓

聯絡電話：02-87898506

E-mail：shh8189@gmail.com

受理日期：2018年11月21日；接受日期：2018年12月10日