



## 失憶症 (Amnesia) 的中醫治療案例

程維德<sup>1</sup>、李政育<sup>2</sup>、廖炎智<sup>3</sup>、  
朱大同<sup>4</sup>、湯其暉<sup>4</sup>、劉偉修<sup>4</sup>

<sup>1</sup>程維德中醫診所

<sup>2</sup>育生中醫診所

<sup>3</sup>三軍總醫院核子醫學部

<sup>4</sup>三軍總醫院神經外科部

### 摘要

失憶是腦部受傷損害或機能減退的一個指標，它可以發生在各種年齡，只要有腦部損傷或退化就可能會出現，尤其是海馬迴及附近組織損傷，因為這些地方對血氧的供應特別敏感，低血氧就會造成神經細胞的凋亡。因此中醫在治療首先就是提高腦部的供血量，增加腦部的血液循環，改善大腦的代謝為標的。所以用補氣、補血、補陽、補腎等藥物來增加腦部供血，改善大腦局部的循環，提高血氧及血糖供給等。用苦寒清熱藥物來抑制腦部血管及神經元的發炎，代謝細胞堆積的廢物，修護受傷的神經元，並抑制補陽藥物劑量過大所產生燥熱的副作用。再配合活血化瘀的藥物來改善血管、細胞、神經元間的代謝及修護組織。也會用利水化濕的藥物來改善細胞間的水分瀦留及增加代謝。

**關鍵詞：**失憶症、海馬迴、健忘

### 本文

#### 一、定義

失憶這個兩個字可以單獨來看是一個症狀，也可以當作一個疾病—「失憶症」來討論，從字面來看是就是喪失記憶的意思，就是記憶不見了，這是一種大腦記憶混亂的表現，從腦部的記憶結構來看可以是局部性的，也可以是全面性的。這好像電腦的硬碟一樣，它可以壞掉一部分的檔案，也可以全部都當掉。我們就把失憶當作疾病來討論，英文是 Amnesia，又稱失憶症候群 (amnesic syndrome)<sup>(1)</sup>。失憶症其實是大腦中負責記憶的內側顳葉、間腦和海馬迴產生的問題，尤其是海馬迴，故海馬迴損傷或退化時就會產相關記憶的問題，因為海馬迴是主要負責短期、長期及空間的記憶，失智症最先喪失就是海馬迴中的短期記憶，當然人體老



化時最先退化的也是海馬迴的短期記憶〔2〕。

失憶症在中醫稱為“健忘”或“健忘症”，在《內經》、《傷寒論》中稱之為“善忘”或“喜忘”之名。《靈樞·本神篇》中提到腎，盛怒而不止則傷志，志傷則喜忘其前言，腰脊不可以俛仰屈伸…〔3〕。《傷寒論》陽明證，其人喜忘者，必有畜血〔4〕。而清代汪昂在《本草備要》辛夷條下金正希「人之憶性，皆在腦中」之說〔5〕。同代王清任在《醫林改錯》明確指出「靈機記性，不在心在腦。小兒無記性者，腦髓未滿，高年無記性者 腦髓漸空」之說〔6〕，所以不論是善忘或喜忘中醫認為都是心主神明的問題，當然此時的心即是大腦的作用，明確講是腦主神明。傳統以心、脾、腎三臟與失憶症的關係最大。本文主要用失憶或失憶症或健忘症來代替上述這些名詞。

## 二、病因及病理

### （一）西醫

失憶症主要由於是海馬迴的問題，故在成因上可分為器質性及功能性的原因，器質性上的原因如大腦創傷、腦震盪、腦部腫瘤、腦梗塞、腦出血、腦栓塞、腦囊蟲、結核病，病毒或細菌或微生物造成腦炎或腦膜炎，藥物或毒品等等引起的，造成腦部海馬迴實質的損傷，之後產生的記憶局部或全面性的喪失。根據時間久暫又可區分為暫時性及永久性的傷害，暫時性失憶症的時間可能從數秒鐘到數日之久；而永久性失憶症的時間自事件開始記憶便喪失而不再恢復。

失憶症主要原因大概有下列幾種〔1〕：

1. **腦部創傷**：如車禍或腦外傷所造成失憶症，患者可能不記得車禍之前或之後的事情，經過數分鐘或數小時後漸漸清醒，可能可以慢慢恢復，或完全不記得，甚至海馬迴嚴重創傷，連以後新的記憶也辦法形成了。
2. **腦部感染及後遺症**：感染及後遺症越嚴重，傷害到海馬迴及相關大腦皮質必定會影響到記憶及認知，至於影響記憶時間的長短是依照感染的嚴重程度及位置而有所差異的。
3. **中風**：不論是出血性或梗塞性，視其發生位置及嚴重程度造成的傷害，只要影響到海馬迴及附近組織就會造成失憶，可能是暫時性或永久性的失憶。
4. **癲癇**：發作時間輕者數秒的閃神，較嚴重可能有數分鐘或數十分鐘的失憶。而且癲癇發作越頻繁，大腦傷害越大，記憶的喪失可能就越多、越嚴重，甚至不可挽回。
5. **酒醉**：幾乎所有酒醉的人都會忘記當時發生的事情，包含自己說的話或做的事，所以長輩常常告誡說酒醉會誤大事。



6. **安眠或鎮靜藥物**：如苯二氮平類（Benzodiazepines, BZD）安眠鎮定的藥物也會造成暫時性的失憶，如睡眠中夢遊，把冰箱的剩飯、剩菜吃完，或做一頓飯，或出去買東西然後再回來繼續睡眠，醒後患者自己卻一無所知。
7. **麻醉**：當全身麻醉也會造成手術期間記憶空白，視其藥物種類及劑量失憶的時間長短會有不同。
8. **失智症**：最常看到是失智症的症狀是記憶喪失，這是海馬迴及大腦皮質的退化引起的，初期是海馬迴先退化，短期記憶喪失，剛說完話就不記得，瓦斯忘了關，水龍頭用完也忘了關，無法學習新的知識，操作新的東西，不熟悉的環境可能會迷路。再來就是中期或長期記憶慢慢喪失，連熟悉的事物也會記不起來，無法從事原本熟練的工作，甚至連在社區或家中附近也會迷路，嚴重者家中有也會走錯房間，兒女或老伴都不認識。雖然老化記憶也會衰退，但通常經過提醒也會想起來，或事物的聯想也會慢慢記起來。
9. **驚嚇過度或過度緊張**：不是因為大腦實質傷害造成的，海馬迴並沒有受損害，有點像是神經休克一般，通長時間數秒到數小時不等，有時車禍或大地震後也會發生。
10. **低血壓**：尤其是長期低血壓的患者，常常會發現記憶力衰退，高齡的低血壓會造成腦部血液的灌注壓不足，長期的不足更容易造成失智的症狀，尤其海馬迴是非常依靠充足血液供應的區域。
11. **低血糖**：如血糖過低就會造成昏倒，經常低血糖容易讓大腦皮質及海馬迴細胞營養不足而退化，尤其是海馬迴，所以會慢性造成記憶的衰退，導致失智的發生。臨床上曾發現一些高齡糖尿病患者，因為餐前吃完控制血糖的藥物後未立即進食，空腹太久血糖過低而發生暈倒，發現後被救醒連自己發生的事情都不記得。
12. **催眠後遺忘症**：患者失去被催眠時的記憶，如同酒醉後至醒時的記憶空白。麻醉的過程也是一樣。
13. **其它**：如一氧化碳或一氧化氮中毒等等也都會造成大腦皮質及海馬迴的神經元得不到血氧供應而凋亡，導致失憶症狀，甚至死亡。

所以造成失憶症的主要病理是海馬迴及附近組織受到器質性的傷害後，造成海馬迴等細胞的凋亡、萎縮及退化。其次是供應海馬迴的血管受到傷害而影響供應的血流量，血管可能因為壓迫、痙攣、發炎、水腫、粥狀硬化等等原因造成血管的管徑狹窄，導致血流量的不足，使供給的血氧及血糖量的減少也會造成海馬迴細胞的慢性凋亡，而導致記憶的衰退。連心臟衰竭也可能造成腦部血液供給量不足，也容易造成記憶的衰退。當然海馬迴的理論也在今年5月一篇自然雜誌的論文得到證實，文中認為海馬迴對空間和情景記憶至關重要，此區對缺氧非常敏



感，阿茲海默症早期就是海馬迴受損，此區的血氧水平可以解釋為什麼記憶力減退是阿茲海默症早期的症狀。所以增加海馬迴的血流量可能能夠真正有效地防止記憶損傷的發生，並預防阿茲海默症的形成〔2〕。

## （二）中醫

中醫講心主神明，記憶似乎主要跟心有關係，但其實五臟與腦部息息相關，故五臟各有所藏，肝藏魂、心藏神、脾藏意、肺藏魄、腎藏志。所以五臟在大腦各有其主及地圖，雖然傳統認為以心、脾、腎三臟關係最大，但個人認為五臟皆有失憶症，五臟皆有腦病，都會影響到大腦記憶。敘述如下：

1. **心**：心主血更無問題，凡心衰竭、心血管的問題都會造成心臟供血量的穩定，及血壓的高低，都會直接影響腦部，尤其海馬迴對血液的供應及血氧是最敏感的。
2. **肺**：肺主氣，在呼吸窘迫症時，或一氧化碳中毒、或一氧化氮中毒時都會產生血氧過低的現象，低血氧也會使海馬迴產生損傷，海馬迴的神經元會凋亡，形成失憶症狀。又如 COVID-19 患者在隔離時可能會因為血氧慢慢降低而猝死，在這肺臟瀰漫性的發炎，影響到肺部血氧的交換，及二氧化碳濃度過高，慢慢大腦血氧不足的過程中影響到海馬迴的短期記憶而忘了呼救，所以後來在隔離中必須備有血氧濃度計來定時回報血氧濃度，這又是肺臟與失憶的關聯。另外在 COVID-19 感染重症康復後，不但有肺部纖維化的問題，也有一些神經症狀的問題，尤其是在記憶及思考的問題更常見，主要是感染到腦部的後遺，及肺部纖維化後血氧供給量可能會比較不足的問題，這些都會導致患者有失憶的困擾〔7〕。或是因各種慢性肺部疾病伴發呼吸功能衰竭、導致低血氧症和高碳酸血症而出現的各種神經精神症狀。其臨床特徵為原有的呼吸衰竭症狀加重並出現神經精神症狀如神志恍惚、嗜睡或譫妄、四肢抽搐甚至昏迷等。臨床表現主要為頭痛、頭暈、記憶力減退、易興奮、多語或少語、失眠等腦皮層功減退症狀以及意識障礙與精神異常，這些都是肺性腦病〔8〕，都有失憶症狀的問題。
3. **肝**：肝主疏泄，在急性肝衰竭或嚴重肝硬化時產生肝性腦病時，肝臟對蛋白質的分解代謝產生問題，血液中的氨含量升高就會影響大腦，產生失憶健忘的症狀，所以肝臟也會影響到失憶的症狀。
4. **腎**：腎主藏精、主骨髓通腦，腎臟是將身體廢物排出的主要器官，尤其是蛋白質的廢物尿素氮，尿素氮是人體蛋白質代謝的產物，由肝臟合成，再由腎臟將其過濾到尿中而排出體外。當腎臟受損或腎功能障礙時，此項排除功能可能因此降低或完全喪失，導致過多的尿素氮累積在血液中，出現濃度上升的情形，血中尿素氮的濃度太高造成尿毒性腦病，又稱為腎性腦



病，大部分是急性或慢性腎衰竭造成的。尿毒症性腦病是神經系統中最常見的危殆，患者早期表現為疲勞、乏力、頭痛、頭暈、理解力和記憶力減退等，進一步發展出現煩躁不安、肌肉顫動、幻覺等，嚴重者還會出現嗜睡、昏迷<sup>〔8〕</sup>。所以失憶也是初期腎性腦病症狀之一。

5. **脾**：脾統血、脾主意，中醫的脾指的是脾臟與刺灸心法書中所畫的胰臟，脾臟是體內最大的淋巴器官，主要功能為儲存免疫細胞、濾血以及儲血，在緊急時也可供應所藏的血液，所以脾臟與消化道及大腦的免疫系統有密切關係，透過自主神經及內分泌，聯絡大腦神經與免疫系統<sup>〔9〕</sup>。而胰臟本身有外分泌及內分泌功能，外分泌主要是消化酶，而內分泌主要以控制血糖升降的胰島素及升糖素，而血糖的高低與胰島素、胰島素阻抗、糖尿病有密切關係，而糖尿病與失智症更是關係密切，阿茲海默失智症初期就是短期記憶喪失為主，稍重連圖像記憶也開始喪失而迷路。美國美國布朗大學（Brown University）神經病理學家蘇珊娜·德拉蒙特和傑克萬茲（Jack Wands）教授，在實驗室裡發現阻斷大鼠大腦裡的胰島素路徑，干擾大腦對胰島素的反應，結果發現大鼠喪失學習能力和記憶力，開始呈現和某些類似阿茲海默症的症狀。他們通過檢查正常及晚期阿茲海默症死後的病例，比較了健康的人和阿茲海默症患者腦中胰島素和受體的含量，發現學習及記憶有關的神經區域裡，如海馬迴的區域，健康的人胰島素平均含量比阿茲海默症患者推估高了四倍，胰島素受體高了 10 倍，證明晚期阿茲海默症與大腦中胰島素和 IGF-1（胰島素樣生長因子 -1）多肽和受體基因水平的顯著降低有關，因此於 2008 年提出將阿茲海默症是「第三型糖尿病」。因為大腦內的胰島素阻抗，被證實是阿茲海默症的特徵之一<sup>〔10〕</sup>。從海馬迴及大腦皮質的觀點，低血糖造成神經細胞缺血糖，因而細胞失去活化能力後凋亡、萎縮，簡單說是神經細胞餓死了，當然記憶就喪失了。但同樣高濃度的血糖供應也會造成細胞抗拒血糖而產生胰島素阻抗的問題，高血糖容易堆積脂肪造成血管狹窄，也容易造成發炎，同樣也能損傷海馬迴的神經元，同樣造成失憶症狀，這就說明脾與大腦及記憶的關係。由以上所述五臟皆有腦病，五臟皆能造失憶。

至於功能性主要是心理的問題，即所謂的「癡症」，又稱為「歇斯底里」，通常在創傷後、精神刺激，或壓力過大時心理問題，如大地震或戰爭或被嚴重虐待後等等所造成，導致症狀中會有表現失憶的現象，稱為解離性失憶症，即心因性失憶症<sup>〔1〕</sup>。但本文並不討論這些心理的問題。

根據失憶症的時間過程可區分為兩種<sup>〔11〕</sup>：

1. **順行性**：是由於腦損傷後而無法創造新的記憶，而事件發生前的長期記憶仍然完好無損。腦損傷可由長期酗酒、嚴重營養不良、中風、頭部外傷、



腦炎、手術、腦血管事件、缺氧或其他創傷的影響引起。與這種情況相關的兩個大腦區域是內側顳葉和內側間腦，簡單說就是海馬迴及附近區域。由於神經元丟失，無法用藥物方法治療順行性遺忘症。

2. **逆行性**：是無法回憶起失憶症發作前的記憶。能夠在事件發生後記住新的記憶。逆行通常是由頭部外傷或大腦除海馬迴以外的部分損傷引起的。海馬迴負責編碼新的記憶。情景記憶比語義記憶更容易受到影響。損傷通常由頭部外傷、腦血管意外、中風、腫瘤、缺氧、腦炎或慢性酒精中毒引起等等。

### 三、診斷

失憶在臨床上很少當作一個病，而只是當作一個症狀，或一種疾病的許多症狀之一。以阿茲海默症來講，認知缺陷是失智的主要特徵，而記憶是其突出症狀，不管在短期、中期、長期都是如此。但還有失語、失算、失用、失認等，並導致患者社交、生活或職業功能上的缺損。也會有人格的障礙，如性情的改變，對人冷淡、冷漠、對親人默不關心、情緒不穩、易暴怒、無故打罵等。其精神上也會有障礙，如被害妄想、幻聽多見，甚至幻視等。或有被竊妄想、自大妄想、幻視和鍾情妄想。情緒上也發生障礙，以抑鬱及焦慮較常見。運動上的障礙如失智中期，表現過度活動及不安、無目的在室內來回走動、或半夜起床到處亂摸、開關門、搬東西等。在後期嚴重時，本能活動喪失、隨地大小便失禁……等等〔8〕。所以失憶症狀的嚴重程度雖然可以分輕、中、重症三級，其實跟失智症分級是同樣的，所以並無特別的區分出來，其他疾病亦然，所以失憶症臨床上都被當作一個單一的症狀，而不是疾病。臨床的診斷及檢查都依附在各種疾病之中，疾病治癒而無器質性的損害時，大部分都能恢復正常的記憶，只是完全與否，故診斷會因其疾病分類而有所差別。可區分：

- (一) **實驗室檢查**：常規檢查外並無法直接檢查記憶問題，但依據不同的原因做相關的檢查即可
- (二) **影像檢查**：CT 電腦斷層、MRI 磁振造影、SPECT 單光子攝影、PET 正子攝影、超音波……等等，依不同的原因做相關的檢查，可以檢查大腦細部的問題，量測大腦各部的面積體積，包含血流量或葡萄糖量，及各種神經傳遞物質的受體等等，尤其是負責記憶的海馬迴〔8〕。
- (三) **量表**：一般臨床並無針對失憶的量表，但在失智症中的簡易智能檢查（Mini-Mental State Examination, MMSE）其中也有針對記憶項目的檢查〔11〕。



#### 四、中醫辨證及治療

中醫傳統上將失憶、健忘，歸在心、脾、腎三臟，因心藏神，主神明，腎藏精，通於腦，脾主意與思，故心脾氣血不足、腎精虧虛及心腎不交等證，俱可導致健忘，治以養心安神，補益脾腎為主。但考慮到痰與瘀對健忘失憶的影響，因為痰與瘀都是臟腑氣血運行失衡的產物，卻會反過來影響的臟腑氣血的運行順暢與否，故除了心、脾、腎三臟之外，痰、瘀辨證對失憶、健忘也是很重要的。

但對失憶一症，臨床上還是要根據疾病的種類來治療，如腦部創傷或中風時，先區分急性期或慢性期，急性期的失憶症狀通常不是主要的治療考慮，一定先留人治病，通常在慢性期或後遺症的時候才會考慮到。如患者出院復健時或已經一段時間後才抱怨記憶的問題。一般人在抱怨記憶大部分是在記性比較差的時候，通常跟年齡的老去有關係。目前在中醫內科學中將失憶歸在健忘一節，文中「健忘是記憶力衰退的一種表現，對往事容易忘記；嚴重者，言談不知首尾，事過轉瞬即忘。」這是單純對記憶的論述，依文中將健忘做下列的辨證<sup>[12]</sup>：

1. **腎精虧虛**：恍惚健忘，精神呆滯，毛髮早白，枯脆易脫，齒浮動搖，骨軟痿弱，步履艱難，舌淡苔白，脈虛。用腎氣丸來加減。
2. **心腎不交**：常常善忘，虛煩不眠，心悸怔忡，頭暈耳鳴，腰痠腿軟，多夢遺精，潮熱盜汗，夜間尿多，舌紅苔少，脈細數。用交泰丸加減。
3. **心脾兩虛**：面色白，健忘怔忡，多夢少寐，氣短神怯，食少倦怠，腹脹便溏，婦女月經不調，苔白質淡，脈細弱。用歸脾湯加減。
4. **痰濁擾心**：健忘嗜臥，神志恍惚，頭暈目眩，心悸失眠，胸悶不舒，喉中痰鳴，漉漉有聲，苔白膩，脈弦滑。用溫膽湯加減。
5. **瘀血攻心**：突然健忘，舌強語蹇，但欲漱水而不欲咽，腹滿而痛，疼痛拒按，面唇爪甲青紫，小便清長，大便色黑，脈結代。用血府逐瘀湯、抵當湯、桃核承氣湯加減。

#### 五、病例

**病例 1**：陳 XX、♀ 78 歲、病歷號碼：XXX67。初診日期：108/02/26。

**病史**：

1. 106 年搭公車摔倒右胸肋骨骨折，之後到署立桃園醫院住院 2 個月，再轉振興治療，心血管做過繞道手術，瓣膜置換及多次肺積水，手術後腦部退化嚴重（摔倒頭部雖無明顯外傷，頭部有激烈甩動，故懷疑可能有腦震盪），走路緩慢，平衡差，打過生化雷射後就不再發生肺積水。
2. 2 年前仍在做清潔工作（搭公車摔倒之前），107/10/10 振興醫院血檢 HB=11.9、K=3.5。打循環針（銀杏葉素）但無效果。



3. 107/08/13 林口長庚神經科影像檢查，額葉及島葉萎縮、Rt 額葉微小的老腔隙梗塞。一個中間橋腦老腔隙梗塞。Lt 小腦細小的老腔隙梗塞。

**主訴：**

1. 左手指僵硬、握拳時疼痛、左肩及雙腳踝會酸痛。
2. 腦部退化嚴重，走路緩慢，平衡差，走路經常撞到東西及摔倒，脾氣變差，短期記憶力差，100 減 7 連減 5 次都對，之前會一直往外跑，經常迷路。
3. 現在白天睡覺不想動，不想外出，有點憂鬱，無法工作。

**舌脈二便：**舌淡白、微黃苔。左虛數無力、右細數。二便可。

**診斷結果：**陽虛血瘀、腦絡阻塞、氣血虛弱、清陽不升。

**治則：**補陽補氣補血、活血化瘀通絡止痛。

**病名：**癡呆、腦震盪後症候群、腦梗塞後遺症、血管性失智症

**處方 1：**補陽還五湯 8 克、四逆湯（桂）2 克、黃芩 3 克、薑黃 2 克。3 包 7 天，三餐飯前一包。

**處方 2：**北耆 16-20 錢、當歸 4 錢、赤芍 4 錢、川芎 4 錢、銀杏葉 4 錢、丹參 4 錢、茯苓 5-4 錢、澤瀉 5-3 錢、肉桂 4 錢、乾薑 4 錢、附子 4 錢、天麻 5-6 錢、黃芩 5-6 錢、延胡索 5-4 錢、蒼朮 3 錢、（大黃 1-1.5 錢）。2 包 7 天，早晚飯前。

**處方 3：**川七粉 5 克、人參粉 5 克、2 包 7 天，早晚飯前。

**處方 4：**調胃承氣湯 20 克，20 包 1 天，不排便時吃。

**回診：**療程共 4 回，除第一回孫女帶來外，第二回到第四回是孫女或孫女的男友代替取藥，故第二回及之後無處方 1 之健保給付的濃縮藥粉。患者平常都是孫女在照顧，孫女與阿嬤感情非常好，因為孫女是阿嬤從小帶大的。

1. 左手指僵硬，握拳時疼痛，左肩及雙腳踝會酸痛等等都已緩解。
2. 走路緩慢、平衡差，都已恢復正常。
3. 脾氣變差改善許多，短期記憶力差恢復未受傷前。已無憂鬱。
4. 已經不會迷路。
5. 作息恢復正常，已經回去工作了（仍是做清潔工作）。

**病例 2：**程李 XX、♀ 81 歲。病歷號碼：XXX29。初診日期：107/12/19。

**病史：**

1. 107/12/01 摔倒左股骨頸骨折，內湖三軍總醫院骨科開刀置換人工股骨頭，住院期間不願吃中藥，12/08 下午出院。
2. 107 年 9-11 月在家暈倒三次，無力自行起來，家人回家發現扶起，無明顯外傷，





應是未進食血糖過低（家中電鍋裡有準備飯菜）或憂鬱引起的（老伴過世未滿一年，小孩上班時無人陪伴）。

**主訴：**

1. 無法自行照顧及自己進食，無計算力，短期記憶力幾乎沒有，下巴顫抖。
2. 憂鬱，老伴過世已過一年後感覺沒有求生意志，自己覺得活著沒有目的（從年輕開始就經常坐著打瞌睡，近幾個月因此而摔倒）。
3. 出院後三總評估失智嚴重（個管師來電長照追蹤三次）。

**舌脈二便：**舌淡紅、微黃苔。左弦數。右弦數。二便可。

**診斷結果：**陽虛血瘀、腦絡阻塞、氣血虛弱、清陽不升。

**治則：**補陽補氣補血、活血化瘀通絡止痛。

**病名：**股骨頸骨折、腦震盪後症候群、癡呆、老年性腦退化、失智症

**處方 1：**北耆 20 錢、天麻 6 錢、淮山藥 6 錢、當歸 4 錢、赤芍 4 錢、茯苓 4 錢、柴胡 4 錢、陳皮 8 錢、生地 3 錢、炒蒼朮 3 錢、骨碎補 8 錢、生杜仲 8 錢、懷牛膝 8 錢、肉桂 3 錢、乾薑 5 錢、附子（先煎 1 小時）5 錢、黃芩 8 錢、大黃 1.5 錢。3 包 7 天、三餐飯前一包。（實際每天只吃早晚二次）

**處方 2：**人參粉 12 克、川七粉 12 克。2 包 7 天。三餐飯前一包。（實際每天只吃早晚二次）

**回診：**

1. 療程至 109/01/18，已經吃了約 13 個月，除處方 1 略有加減、劑量稍有調整，其餘不變。每天維持早晚吃二次。有時方中稍有調整，如稍水腫加澤瀉 4 錢；尿禁不住時加山茱萸 4 錢；有些潮熱加女貞子 4 錢；腹瀉加砂仁 4 錢；補腎加熟地黃 4 錢去生地黃等等。因為吃全素會另外補充百 X 可營養補充品，每日 2 瓶，混合藥物一起吃，藥物感覺比較不苦而好吃（一直都很怕苦的味道）。
2. 農曆年（109/01/24-29）後，已能自行在家，自我照顧，自行進食。
3. 之前同兒子走路 2 公里上班（週一到週六，一日約 4 公里）。過完年後不願意去。跑步機快走 4~9 公里。每天吃藥改 1 次或二~三天吃 1 次，停吃處方 3 育生丸。
4. 短期記憶恢復大部分，已有基礎的計算能力，能自行去傳統市場買菜，一週去二或三次，視買的東西種類去三個傳統市場，偶爾去另一間超市買自己喜歡吃的罐頭或醬菜，自己可以燒飯、煮菜等等。也可以準備整桌的午餐或晚餐。
5. 會做家事，手洗自己衣服，使用新洗衣機脫水，拖地、清理廚房、油煙機等。自己會看第四台，轉到愛看的節目。
6. 下巴已無震顫。



7. 已無憂鬱，會自行出去找朋友聊天、說笑。但又恢復以前晚睡、睡少，坐著打瞌睡的習慣。
8. 不識字但已經恢復以前自己看數字，自己撥打電話給朋友或親友聊天。

## 六、結論

失憶在臨床上幾乎都是一種疾病的各種症狀之一，很少獨立當作一種病在治療，它是腦部受傷損害的一個指標，各種年齡都可能發生，只要腦部損傷或退化就可能會出現，尤其是海馬迴及附近組織損傷，因為這些地方對血氧的供應特別敏感，低血氧就會造成神經細胞的凋亡〔2〕。因此中醫在治療第一步就是提高腦部的供血量，增加腦部的血液循環，改善大腦的代謝為標的。所以用補氣、補血、補陽、補腎等藥物來增加腦部供血、供氧、供糖等。用苦寒清熱藥物來抑制腦部血管及神經元的發炎，代謝細胞堆積的廢物，修護受傷的神經元。並抑制補陽藥物劑量過大所產生燥熱的副作用。再配合活血化瘀的藥物來改善血管、細胞、神經元間的代謝及修護組織。也會用利水化濕的藥物來改善細胞間的水分滯留及增加代謝。配合患者足量的運動，也包含腦部的益智運動，如麻將、橋牌、圍棋、電玩等等，中醫的治療、營養、復健及運動多方整合，雖然不是針對失憶單一症狀治療，但整個人體及大腦恢復正常了，達到不治而治的目的。

## 謝誌

在學習如何中西結合神經醫學的歲月中，非常感謝李老師傾囊相授，還有三總廖炎智老師、張成富老師及三總醫師們，尤其神經外科的諸位醫師，謝謝各位老師的教導！感恩！

## 參考文獻

1. K. Lee Lerner and Brenda Wilmoth Lerner. Amnesia. The Gale Encyclopedia of Science, 4th ed. Vol. 1. Detroit: Gale, 2008; 182-184.
2. K. Shaw, L. Bell, K. Boyd, et al. Neurovascular coupling and oxygenation are decreased in hippocampus compared to neocortex because of microvascular differences. Nature Communications 2021; 12:3190.
3. 黃帝內經•靈樞。文光圖書有限公司，1999年，P113-143。
4. 張仲景，傷寒論。力得出版社，1996年，P216-217。
5. 汪昂，彩色本草備要。立得出版社，1995年，P462-465。
6. 王清任，醫林改錯。天津科學技術出版社，1999年，P14-16。



7. Kumari P, Rothan HA, Natekar JP, et al. Neuroinvasion and Encephalitis Following Intranasal Inoculation of SARS-CoV-2 in K18-hACE2 Mice. *Viruses* 2021; 13(1):132.
8. 孫怡、楊任民、韓景獻主編，實用中西醫結合神經病學（第2版）。人民衛生出版社，2011年，P946-949，P968-970，P800-805。
9. John W. Hole, Jr., Kare A. Koos 著，胡明一、陳懿慧、謝慧瑛、孫穆乾編譯，人體解剖學（第二版）。藝軒圖書出版社，2002年，P511-518。
10. Suzanne M. de la Monte, Jack R. Wands. Alzheimer's disease is type 3 diabetes-evidence reviewed. *J Diabetes Sci Technol.* 2008; 2(6):1101-1113.
11. Kenneth W Lindsay, Ian Bone, Geraint Fuller 著，曾峰毅譯，圖解神經醫學及神經外科學（第四版）。台灣愛思唯爾有限公司，2012年，P118-119，P126-127。
12. 張伯與、董建華、周仲英等主編，中醫內科學。知音出版社，1997年，P216-226。

通訊作者：程維德

聯絡地址：新北市板橋區實踐路 117 號

聯絡電話：02-29598113

E-mail：chengweide@kimo.com

受理日期：2021 年 11 月 11 日；接受日期：2021 年 11 月 23 日