



正常腦壓水腦症之中醫治療思路及治療案例

王國峰¹、李政育²

¹惟康中醫診所

²育生中醫診所

摘要

正常腦壓水腦症好發於 60 歲以上的老年群族，會出現失智症、步態不穩、尿失禁典型三個症狀。其分類上是交通性水腦症中一種特殊的類型，目前被認為可能為腦脊髓液動力學異常。以中醫觀點，其疾病的病理特點為痰飲為病兼血虛血瘀，病患多好發於老年人，體質證候多為脾腎陽虛，故治則上以滲濕化痰合併補氣養血溫陽。目前西醫以腦室腹腔引流術治療，然而有些病患經醫師評估後，不建議進行手術。利用中醫治法可以幫助患者改善症狀。

關鍵詞：中醫、正常腦壓水腦症、失智症、痰飲、補氣養血溫陽

前言

腦脊髓液 (Cerebrospinal Fluid, CSF) 主要是由側腦室及第三、四腦室的脈絡叢 (choroid plexus) 所分泌，每天分泌量約 500ml^[1]。腦脊髓液的組成與血漿相似，正常是呈清澈如水狀^[2]，其對腦與脊髓的主要功能為支持與保護、營養及移除代謝廢物^[3]。

CSF 自側腦室從室間孔往下流到第三腦室且通過大腦導水管流到第四腦室，接著由 Luschka 和 Magendie 孔流到蜘蛛膜下腔 (subarachnoid space)、硬腦膜竇形成的蜘蛛膜絨毛 (arachnoid villus)，最終吸收到上矢狀靜脈竇 (superior sagittal venous sinus) 內^[1,4]。

當 CSF 分泌過多或黏性增加、流動變慢或受阻、吸收失去平衡而造成腦室動態性變大，稱之為水腦症 (hydrocephalus)^[1]。腦脊髓液鬱積 (CSF congestion) 可能使顱內壓升高 (increased intracranial pressure, IICP)，急性的 CSF 回流異常，會使腦壓急速升高，擠壓血管而影響大腦灌注^[2]；在青年型／成人型的慢性的 CSF 回流異常，典型的三個臨床表現為失智症 (dementia)、步態不穩 (gait disturbance)、尿失禁 (urinary incontinence)，即便腦壓正常，即正常腦壓水腦症 (Normal pressure hydrocephalus, NPH)，上述三個症狀仍可能會出現^[1]。



正常腦壓水腦症相較於其他導致老人失智的原因，如阿茲海默症 (Alzheimer disease, AD)，是很罕見的。不同研究中發現，NPH 的每年每百萬人發生率在 2-20 人之間。有致病因的 NPH (secondary NPH) 可發生在所有年齡族群；相對地，沒有致病因的 NPH (idiopathic NPH, iNPH) 的發生率隨年齡增長而增加，且通常發生在超過 60 歲的群族。隨著年紀增長，發生率也增高。發生率在男女之間沒有差別〔5〕。

水腦症的分類及原因

可區分為阻塞性水腦症 (obstructive hydrocephalus) 及交通性水腦症 (communicating hydrocephalus)，前者為腦室間 CSF 的流通管道受阻，後者為腦室系統外的 CSF 流通受阻而腦室間仍連通。阻塞性水腦症可能因先天或後天大腦導水管狹窄、腦室內血腫、腫瘤等造成，交通性水腦症可能因 CSF 吸收受阻、黏性增加或分泌太多引起〔1〕。正常腦壓水腦症是交通性水腦中特殊的一型〔6〕。

病理效應

CSF 流通阻塞或吸收不良，造成腦室擴大 (ventriculomegaly)，進而 CSF 從室管膜內壁滲透到腦室旁的白質內，進一步造成顱內壓升高、白質受傷，有些 CSF 被腦室旁的血管吸收〔1〕。

臨床症狀／徵候

可以分嬰幼兒及青年或成人型的水腦症，依急性發作或逐漸發作，臨床表現也有所不同。嬰幼兒的水腦症急性發作，會出現躁擾、意識不清且嘔吐的症狀。因骨縫尚未密合，所以頭圍變大、前囟門變緊、頭皮變薄且靜脈擴大。因為腦室擴大而壓縮腦實質，中腦四疊體也受到壓迫，故呈現落日眼 (sunset eyes)。逐漸發作則會出現智能不足、發育障礙〔1〕。

青年或成人型的水腦症急性發作時，會出現 IICP 的徵候及症狀，如頭痛、嘔吐、視乳突水腫 (眼球後方的淋巴流動受阻)、意識障礙 (腦血流灌注下降)、心跳變慢、動脈壓升高 (腦幹受到壓迫)、斜視 (外旋神經受到壓迫)、瞳孔放大且無光反射 (動眼神經受到壓迫)、頸部僵直 (neck stiffness)、頭部歪斜等〔1,2〕。逐漸發作常跟病患先前曾受傷、腦膜炎或蜘蛛膜下腔出血 (subarachnoid hemorrhage, SAH) 有關。不論腦壓升高或正常，仍會出現失智症、步態不穩及尿失禁的症狀〔1〕。



正常腦壓水腦症的臨床表現及分類

正常腦壓水腦症會出現失智症、步態不穩、尿失禁的典型三個狀症（clinical triad），同時發生水腦症且 CSF 壓力正常^{〔1〕}。失智症的表現可能為記憶力衰退、時間及空間定向力變差、計算能力變差等認知功能障礙。步態不穩的表現可能是寬底式步態（wide-based gait），或起步困難，好像腳被黏在地上般的磁力步態（magnetic gait），步距小、步行緩慢、曳行、轉身困難等。

由於腦室擴大往周邊組織壓迫，導致臨床三個症狀的出現。壓迫到額葉（可能與大腦血流減少有關）而導致失智症；壓迫到中央葉旁的膀胱、腸道控制中心而導致尿失禁，嚴重者還可能大便失禁；壓迫到繞經腦室部分的下肢纖維而導致步態不穩^{〔1〕}。

正常腦壓水腦症可區分為 secondary NPH 及沒有致病因的 NPH（iNPH）。前者可能為 SAH 或腦膜炎或創傷或放射線引起，但上述情況也可能引起腦壓升高性水腦症，須加以鑑別；後者佔了 NPH 的 50%，原因不明^{〔1〕}。

病因與病理生理

iNPH 其發病機制尚不明確，目前被認為是腦脊髓液動力學異常（abnormal CSF dynamics）而逐漸造成腦室擴大。腦室擴大造成周邊組織壓力增加，阻礙大腦的灌注導致低灌注（hypoperfusion）及缺氧（hypoxia），引發一連串的腦損傷，包括代謝紊亂（disturbance of metabolism）、星狀膠質細胞增生（astrogliosis）、神經發炎（neuroinflammation）、腦血屏障破壞（BBB disruption）。此外，可能由於腦脊液停滯和其他危險因素引起膠淋巴系統受損（glymphatic impairment）。上述因素最終導致白質和灰質病變，是 iNPH 臨床表現的病理基礎^{〔7〕}。

診斷及鑑別診斷

正常腦壓水腦症的診斷是依據臨床症狀及電腦斷層（CT）/核磁共振（MRI）腦室擴大的證據。除了腦室擴大，亦可發現腦室周邊存在透明度（periventricular lucency, PVL）^{〔1〕}。正常腦壓水腦症在影像還有幾個特徵：1. 側腦室顛角（temporal horns of lateral ventricle）的寬度大於 6mm。2. Evan's 指數（Evan's index, EI）> 0.3。3. 胼胝體角度（callosal angle）呈銳角。4. 蛛網膜下腔不成比例擴大的腦積水（Disproportionately Enlarged Subarachnoid-space Hydrocephalus, DESH）^{〔8〕}。

NPH 有認知功能障礙的表現，因此需與其他類型的失智症鑑別，如阿茲海默症（Alzheimer's disease, AD）、額葉顛葉失智（Frontotemporal dementia）、伴有巴



金森氏症的失智 (Parkinson's disease dementia, PDD) 等^[9]。影像上腦室看起來變大，需與補空性水腦症 (Hydrocephalus ex vacuo) 鑑別，其實際上是腦萎縮，如阿茲海默症。腦萎縮的病人以 CSF 分流 (CSF shunting) 治療，效果不佳，然而，有一定比例的 NPH 患者在分流術後，症狀改善不少^[1]。因此 NPH 需與腦萎縮鑑別，以找出有失智表現但仍有可逆機會的 NPH 病患加以治療。

此外，NPH 有步態不穩的症狀，需與其他有步態障礙的疾病鑑別，如巴金森氏症 (Parkinson's disease) 的僵硬步態、走路小碎步。

確定診斷檢查 (confirmatory test) 及治療

根據臨床症狀以及腦室擴大等影像學上的證據，我們只能懷疑病人患有正常腦壓水腦症。真正確診要測量腦壓，而最直接的方式是釋放 CSF，觀察步態是否改善。

進一步檢查是用來判別哪些病患適合手術。最可靠的指標是：1. 24 小時持續腦室內壓力監測 (ICP monitoring) 中，beta 波佔比大於 5%。2. 腰椎 CSF 引流 (Lumbar drain trial)，每天 200mL，持續 3-5 天，臨床症狀會改善，最先改善的是步態^[1]。

腦室 - 腹腔引流術 (ventriculo-peritoneal shunting, VP shunting) 為標準療法。Secondary NPH 的病人，如 SAH，50-70% 治療後會改善。iNPH 只有 30% 引流術後會改善^[1]。

中醫治則與方藥

一、腦脊髓液的中醫觀點

腦脊髓液的生成、循環、吸收與功能，可以中醫的「氣血津液學說」來理解。《靈樞·決氣》：「腠理發泄，汗出溱溱，是謂津。…穀入氣滿，淖澤注於骨，骨屬屈伸，泄澤，補益腦髓，皮膚潤澤，是謂液」。腦脊髓液屬於津液中的「液」。

《素問·經脈別論》：「飲入於胃，游溢精氣，上輸於脾，脾氣散精，上歸於肺，通調水道，下輸膀胱，水精四佈，五經並行」。《素問·逆調論》：「腎者水臟，主津液」。津液來源為飲食物，有形而主靜屬陰，其生成、輸布與排泄需賴氣的推動和氣化，主要涉及脾、肺、腎三臟：脾主運化水穀水濕、主散精；肺主宣發肅降、通調水道；腎主腎中精氣的蒸騰氣化^[10]。脾、肺、腎的升降出入，推動津液在體內的運行輸布。而肝主疏泄，具調暢全身氣、血、津液，促使其順利運行於周身。脾的運化也有賴肝的疏泄作用。

腦脊髓液最後由蛛網膜顆粒再吸收進入靜脈竇，是津液滲入血脈，與營氣變



化而赤爲血，成爲血液部份組成的一個過程。腦脊髓液對腦有支持與保護、營養及移除代謝廢物的功能，與腦密不可分。而腦與腎的關係特別密切，因爲腎主藏精、主骨生髓，《靈樞·海論》：「腦爲髓之海」。

二、病因病機

正常腦壓水腦症是腦脊髓液循環障礙的結果，屬中醫痰飲爲病、濕證^{〔11〕}的範疇。津液的輸布代謝障礙、津液停聚，首責之於脾失健運。脾氣虛或進一步損及脾陽，則氣的推動無力，運化水濕無權，則引起津液停聚，形成水濕痰飲等病理產物。脾的運化有賴肝的疏泄作用，若肝木剋脾土而致脾失健運，則津液的運行受阻而津停成痰飲。

《素問·上古天真論》：「女子…；七七，任脈虛，太衝脈衰少，天癸竭，地道不通，故形壞而無子也。丈夫…；七八，肝氣衰，筋不能動，天癸竭，精少，腎藏衰，形體皆極；八八，則齒髮去。」正常腦壓水腦症好發於60歲以上的老年人，其腎精虧虛，可致髓虛無以充腦，腦髓空虛，則神衰而智力減退、動作緩慢、反應遲鈍等。腎精虧虛，進一步形成腎陽虛損，則腎的蒸騰氣化無力，導致津液代謝障礙而滯留。腎爲先天之本、脾爲後天之本，兩者相互影響：腎陽虛損無以溫煦脾陽導致脾陽虛，形成脾腎陽虛之證；而脾陽虛進一步累及於腎，亦形成脾腎陽虛。

因腦脊髓液鬱積造成腦室擴大，腦室擴大造成周邊腦組織壓力增加，導致腦血流低灌注，使腦細胞失於濡養，在中醫屬血虛證。血行受阻而緩慢、流通不利，甚至形成血瘀證。因腦血流灌注不足使得腦缺氧引發腦細胞損傷，導致神經細胞代謝廢物紊亂、神經膠細胞增生、神經發炎分泌發炎物質等，屬中醫的飲痰或痰熱挾瘀。

三、中醫治療策略與方藥

中西醫結合下的中醫治療策略，可考慮三個層面，一是疾病的主要矛盾與病理產物，二是病患的體質證候，三是個體的邪正相爭。治療正常腦壓性水腦症時，中醫治療策略應以疾病爲主、體質證候爲輔。正常腦壓性水腦症的疾病證型爲痰飲、血虛、血瘀，而此病好發於60歲以上的年長者，證候常見腎精虧虛、脾腎陽虛、氣血兩虛等，同時也要注意是否兼肝鬱。年長者多半有一些慢性病，如腫瘤、腫瘤化放療後遺、糖尿病、高血壓等內分泌或代謝疾病，需考慮到個體的邪正相爭，比如是否處於腫瘤本態的瘀熱證，或化放療期間的氣血兩虛、餘熱未盡階段^{〔12〕}，或內分泌激素過多或低下，或交感神經的亢奮或無力反應等^{〔13〕}。

治療疾病的痰飲、血虛、血瘀證，治則爲滲濕化痰、補氣養血、化瘀，可以使用的藥物如：陳皮、半夏、蒼朮、白朮、茯苓、澤瀉、黃耆、當歸、丹參、川



芎、赤芍、銀杏葉、人參、川七等。針對體質證候的腎精虧虛、脾腎陽虛、氣血兩虛、肝氣鬱結等證，治則為補腎填精、溫補腎陽、溫中健脾、補氣養血、疏肝理氣等。補腎藥可用熟地、生地、何首烏、山茱萸、杜仲等；溫陽藥可用乾薑、附子、玉桂子；補氣養血藥可用黃耆、當歸、人參等，健脾理氣消滯藥可用蒼朮、白朮、神麩、麥芽、陳皮、砂仁等；疏肝理氣藥可用柴胡、白芍。同時考慮個體的邪正相爭，需視病患的狀況以上述的治則做加減，為患病量身訂做處以最適合的方藥。

臨床病案

病案一：疑似正常腦壓水腦症兼直腸癌四期

85 歲男性，直腸癌 Stage IV 肝轉移（標靶合併化療 [Panitumumab, Irinotecan, 5-FU]，第一個 cycle 110/9/13-111/5/6 累計 14 次，於台北馬偕醫院治療）、高血壓、BPH、貧血、褥瘡病史。BW/BH：45kg/152cm。茹素。郵局高階主管退休。藥物史：Tamsulosin 1# QD, Desmopressin 1# QD。

第一階段 111/5/30-7/6

【初診】111/5/30

主訴肢體無力已 2 週、行動緩慢。5/15 在家中洗澡遲遲未出來，女兒進去浴室發現父親癱坐在浴室且蓮蓬頭水直沖，送馬偕 ER。5/18 神經內科門診，brain CT showed suspicion of NPH or hydrocephalus。5/20 SARS-CoV-2 Ag 快篩陽性。

中醫四診：行緩，使用助行器，2 位女兒攙扶進門診。神疲，腰無力挺直、頭垂似折，脖子僵硬無力抬起，大椎處膚硬隆起。左手顫抖。上下床及翻身不利。不能答出家中地址及星期幾， $100-7=93$ ，再減 7 無回答，能答出是身邊是 2 位女兒。小便頻 / 每 2 小時 1 次，在客廳小便、尿失禁，包尿布。大便細短，納差食少，眠差約 2 小時夜尿 1 次。舌淡紅，鏡面舌，脈弦細弱。

〈處方〉科學中藥：黃耆 2、當歸 1.5、川芎 1.5、赤芍 1、乾薑 1、附子 1、黃芩 2、懷牛膝 1、骨碎補 1、陳皮 1、麻黃 1（單位：克），7 天 TID。

〈針灸〉風池、天柱、手足三里、合谷、太衝（仰俯臥）。

【二診】111/6/1：請家屬詢問神經內科醫師，是否可放置引流管。

111/6/1 血檢：Hb(g/dL): 7.7 (13-18), Ht(%): 23.3 (40-54), PLT(10^3 /ul): 399 (140-450), WBC(10^3 /ul): 10.3 (4-10), Lym(%): 13.5 (20-40), Eosin(%): 2.2 (0-5), Baso(%): 0.4 (0-1)。



〈處方〉水煎劑：半夏 2、陳皮 2、蒼朮 3、茯苓 5、澤瀉 5、天麻 1.5、黃耆 7、當歸 1、乾薑 3、附子 2、玉桂子 3、黃柏 5（單位：錢）。8 帖（劑 / 日）
【以下水煎劑單位皆同】。

〈針灸〉風池、天柱、手足三里、合谷、太衝（坐姿）

【三診】111/6/8：步態不穩、尿失禁、失智，食少且不快，下肢水腫、膚黧黑。大便細短少，1-2 日 1 行，腹脹滿。脈弦細弱。女兒言神經內科醫師表示其父年紀大又有腫瘤病史，不建議腦室引流。家屬欲中醫積極治療。

〈處方〉水煎劑：半夏 2、陳皮 2、蒼朮 2、茯苓 5、澤瀉 5、黃耆 10、當歸 1.3、乾薑 3、附子 3、黃芩 5、黃柏 5、大黃 0.5、麻黃 2、山楂 3、甘草 5。7 帖（劑 / 日）。

〈針灸〉風池、天柱、手足三里、合谷、太衝、百會、足運感區、三陰交、陰陵泉（坐姿）。自三診起，以上穴位施治，3 次 / 週。

【四~七診】111/6/13-7/6

以三診處方加減。

四診 111/6/13：精神較佳，大便仍細短少。加重大黃至 1 錢。7 帖。

五診 111/6/22：頭垂似折、脖子僵硬無力抬起、大椎處膚硬隆起仍，坐著針灸時頭部側歪。尿失禁改善，紙尿布有小便情況較少見。能自行如廁大小便，但站著小便常尿到馬桶外。6/17 日起，膚癢搔抓。重用茯苓、澤瀉各 10 錢，加重大黃至 2 錢、麻黃至 3 錢。7 帖。

六診 111/6/29：針灸時較坐得挺，不再頭垂似折，抬頭自如，大椎處膚軟。左下肢膚癢減，搔抓破皮復原佳。大便 1-2 日 1 行，較不成型，色深咖啡。茯苓、澤瀉減至各 6 錢，薑、附減至各 2 錢，大黃減至 1.5 錢配伍火麻仁 1.5 錢。加生地 3 錢、山茱萸 4 錢、炒杜仲 3 錢。7 帖。

七診 111/7/6：行穩，精神較佳、嗜睡減。下肢膚乾皮屑。黃耆加至 12 錢，以何首烏 4 錢易六診生地 3 錢，去薑、附。7 帖。

以上七診，水煎劑合計服 43 劑（劑 / 日），行穩去柺杖、尿失禁改善、記憶仍差、精神較佳、脖子活動靈活。

第二階段 111/7/13-10/19

【八診】111/7/13：起身穩，神佳。舌淡紅、中瘀，舌中苔薄白，脈細瀟弱。下肢膚癢搔抓破皮滲液。

〈處方〉水煎劑：陳皮 4、蒼朮 4、茯苓 5、澤瀉 5、黃耆 10、川芎 4、丹參 4、黃芩 5、黃柏 5、大黃 1.5、山楂 4、何首烏 4、山茱萸 4、炒杜仲 3、刺蒺藜 4。7 帖（劑 / 日）。



〈針灸〉風池、天柱、手足三里、合谷、太衝、百會、足運感區、三陰交、陰陵泉、曲池、內關、血海（坐姿）。自八診起，以上穴位施治，2-3次/週。視膚癢情況，斟酌放血大椎上中下、三陽指/趾井。

【九~二十診】111/7/20-10/19

以八診處方加減。

九診 111/7/20：神佳、納稍差，膚癢減。7帖。

十診 111/7/27：雙上肢陰面膚紅癢斑塊，陽面毛孔粗糙脫屑，白天癢甚。7帖。

十一診 111/8/3：已不需用紙尿布。全身膚癢多處搔抓破皮，左前臂及手掌硬腫，左手膚紅熱癢減，上肢外側脫屑減。女兒言化療期間亦膚癢，但沒現在那麼嚴重。7帖。

十二診 111/8/10：全身膚癢加重，雙手心及身體多處搔抓滲血，左手及雙下肢水腫、左手寸口腫，無喘咳。8/9 台北馬偕醫院皮膚科就診，血檢 WBC:10.5, Eosin:41，門診注射針劑類固醇，開立類固醇、抗組織胺口服藥，及外用藥膏。7帖。

十三診 111/8/17：嘔酸、左下腹脹。腹診：左下腹鼓音、無肝腫大、無脾腫大。8/11 皮膚切片病理報告：There is a moderate to dense perivascular lymphocytic infiltration with many eosinophils in upper dermis. 7帖。

十四診 111/8/24：膚熱乾燥脫屑癢減無腫，手心膚破皮已癒。褥瘡善。8/18 血檢 CEA(ng/mL):3.56 (≤ 3) (111/5/4 CEA:2.17), Lym.:9.5, WBC:9.73, Neutro:83.8, Eosin:3.2, Na(mEq/L):135 (136-146), Albumin(g/dL):4 (3.5-5.7)。7帖。血鈉偏低，囑不要吃得太清淡，多攝取鹽份。

十五診 111/8/31：左手膚紅腫較消，不易流汗。7帖。

十六診 111/9/5：雙耳及右手背搔抓破皮，9/2 馬偕皮膚科加開 Cyclosporine 100mg / 天。7帖。

十七診 111/9/21：多處膚癢搔抓破皮流血。9/20 WBC:12.74, Eosin:16.5, Na:136。9/8 CT: Mild left asymmetric wall thickening at the rectum is noted. No obvious liver metastatic nodule is seen。無肺積水或胸腔積液。7帖。

十八診 111/9/28：手臂膚微癢，無搔抓流血，無下肢水腫。9/23 皮膚科 Cyclosporine 劑量減為 50mg / 天。7帖。

十九診 111/10/12：膚癢粗糙皮屑明顯，後髮際及薦尾部抓破皮，項背膚熱。皮膚科藥服畢已 3 天。7帖。

二十診 111/10/19：咳嗽清涕已 2 天，乾咳無夜咳。膚癢脫皮但無搔抓流血。皮膚科藥服畢已 10 天。10/17 WBC:10.17, Eosin:5.5, Na:135, CEA:8.97, CA-199:



18.3。囑加強鹽份攝取。7帖。

以上八至二十診，水煎劑合計服 91 劑（劑 / 日），行穩身不僵硬、神佳納佳、不需包尿布，但記憶仍差，皮膚情況由全身膚癢粗糙多處搔抓流血轉搔癢脫皮，類固醇及免疫抑制劑進入戒斷期。第二階段治療期間，膚癢紅熱搔抓流血則用黃連 3、黃芩 5-8、黃柏 3-5、青蒿 4-6、知母 4、地骨皮 4-6、赤芍 4、丹皮 4-8、刺蒺藜 3-4、防風 3、麻黃 2/ 麻黃根 2-4、玉桂子 2、石膏 6，黃耆減量（10 → 6 → 4）；皮膚粗糙則用當歸 2、首烏 4；嘔酸則去山楂，加萊菔子 3；腫瘤指數升高則用續斷 4 或骨碎補 5、丹參 5、沒藥 2。（以上單位：錢）

病案二：正常腦壓性水腦

60 歲關女士，嘉義基督教醫院檢查出水腦症。

【初診】111/8/6

主訴走路浮浮，開車易偏一側，易健忘。因足麻，奇美醫院腰開刀，會仍酸。

〈處方〉水煎劑：育生半夏天麻白朮散加山茱萸 8、乾薑 2、附子 2、黃耆 10、杜仲 4（單位：錢）。14 帖（劑 / 日）。粉劑：人參、川七各 3 克 x3，14 天。
丸劑：育生丸 1 粒，14 天。

【二診】111/8/20

自言右上顎口糜，實無，心身症具。

〈處方〉如初診方，加糖 8 錢、黃芩 3 錢。14 帖（劑 / 日）。

病案三：正常腦壓性水腦、尿失禁、膀胱炎

81 歲蘇先生。藥物史：口服 URODINE 100mg 1# TID, PANADOL 500mg 1# TID, ALINAMIN-F 1# QD, BETHANECHOL 25mg 1# BID, TAMSULOSIN 0.2mg 1# QD, CIPROFLOXACIN 250mg 2# BID。

【初診】110/8/20

主訴約四個月開始動作慢，言慢且會頓個幾秒才言，反應慢，且發「嗯」聲，嗜臥、乏力。8/17 極明顯尿失禁（在花蓮）。

〈處方〉水煎劑：育生半夏天麻白朮散加山茱萸 8、乾薑 2、附子 2、黃耆 10、紅棗 4、黃柏 4（單位：錢）。7 帖（劑 / 日）。粉劑：人參、川七各 2 克 x3（飯前），7 天。囑西藥先配合服。

【二診】110/9/2

頭腦轉清楚，可敘述清楚，但有老人喜言通病。



〈處方〉如初診方 7 帖（劑 / 日），加人參、川七各 1 克 x3，7 天。

【三～四診】110/9/16-9/25

〈處方〉如初診方加黃耆 5 錢。7 帖（劑 / 日）。加人參、川七各 1 克 x3，7 天。

討論與結論

（病案一）治療思路

第一階段（111/5/30-7/6）

85 歲男性，正常腦壓水腦症，以滲濕化痰、補氣養血溫陽、健脾、清熱、通腑、補腎為治則。其治療思路為減少腦脊髓液鬱積、降腦壓、清除代謝廢物及病理產物、促進腦血流灌注，但因病患患有直腸癌四期肝轉移且剛結束標靶合併化療不久，故同時需加重清熱藥反佐以防溫陽藥化火傷陰。五診（6/22）頸項僵直、頭部偏斜的症狀未改善，故重用茯苓、澤瀉各 10 錢加強利水力道以降腦壓，同時加重麻黃至 3 錢以醒腦開竅。6/17 日起，出現膚癢症狀，為化燥之徵，故六診減薑附至 2 錢。7 診去薑附，下肢膚乾皮屑，為血枯，加入首烏。

以上合計服水煎藥 43 劑，行穩去柺杖、尿失禁改善、記憶仍差、精神較佳、脖子活動靈活，但出現膚乾癢脫屑搔抓破皮的症狀。

第二階段（111/7/13-10/19）

因化燥膚癢紅熱搔抓流血及直腸癌四期病史，治則上仍守著滲濕化痰、補氣養血、健脾、通腑，但去溫陽藥、減補氣藥，加重清熱養陰、化瘀涼血及解表。八診（7/13）起，皮膚症狀日益嚴重。8/9 血檢 WBC:10.5, Eosin:41，十二診（8/10）時皮膚症狀達高峰，雙手心及身體多處搔抓滲血，左手及雙下肢水腫、左手寸口腫。雙手心癢流血、身體多處搔抓滲血，屬五心煩熱、血熱，重用丹皮 8 錢佐刺蒺藜 3 錢。在抗組織胺、類固醇、免疫抑制劑的合併治療下，皮膚症狀改善，但仍處免疫過亢期，故清熱解毒、清熱陰養藥如黃芩、黃連、黃柏、青蒿、知母、地骨皮需重用，加上解表藥如防風，或用玉桂子、麻黃 / 麻黃根（因病患夜眠易醒且有攝護腺肥大病史，後來改用麻黃根）、石膏的大青龍湯精神。病患自 10/10 類固醇等藥服畢後，無再前往皮膚科就診，處方仍守大劑清熱養陰藥（青蒿 6 錢、地骨皮 6 錢、黃柏 3-5 錢、黃芩 5-8 錢），密切觀察有無戒停類固醇後的反彈之徵。

化燥膚癢紅熱搔抓流血可能跟幾個因素有關：一為標靶藥的副作用，二為第一階段的溫陽藥劑量過重。病患曾以標靶藥物 Panitumumab 治療，家屬提及標靶合併化療期間，有膚癢乾燥的症狀。經追溯健保雲端資料，111/5/3



的血檢 WBC:6.9, Eosin:14.6, 嗜伊紅性球偏高, 5/6-9 住院治療期間及出院帶藥, 醫師開立外用類固醇洗劑、泡沫液, 及口服抗組織胺藥物等。Vectibix (panitumumab) 仿單說明發生率 $\geq 20\%$ 的極常見的不良反應, 包括皮膚與皮下組織疾患(皮疹(45%)、痤瘡性皮膚炎(39%)、搔癢(35%)、紅斑(30%)、皮膚乾燥(22%))^[14]。由此推斷, 病患由體虛、無力化燥的萎縮退化期, 在中藥介入後正氣來復, 逐漸走向亢進、發炎、化燥的病程^[13], 誘發標靶藥的副作用。雖然滲濕化痰、補氣養血溫陽、健脾補腎為正常腦壓水腦症的基本治則, 但在此病患身上, 補陽藥如乾薑、附子可以考慮不用, 或是初期用 1 錢即可, 見正氣來復或熱象出現時就要立即捨去。腫瘤本身屬瘀熱證, 標靶/化放療結束後通常仍處邪正相爭、寒熱虛實夾雜的階段, 溫陽藥的使用需非常謹慎。

(病案二、三) 治療思路

以育生半夏天麻白朮散加乾薑、附子、黃耆、人參、川七外, 再加大劑山茱萸以增加大腦血流的灌注。張錫純在《醫學衷中參西錄》山茱萸肉解提到:「其味酸性溫, 大能收斂元氣, 振作精神, 固澀滑脫。因得木氣最厚, 收澀之中兼具條暢之性, 故又通利九竅, 流通血脈, …, 斂正氣而不斂邪氣, 與他酸斂之藥不同」^[15]。中藥藥理研究顯示, 山茱萸有強心作用, 增加心肌收縮性和心輸出量, 提高心臟工作效率。此外, 也有抗血小板聚集的作用^[16]。

腦積水的中醫治療考慮三種病況, 一是未到裝腦室引流管的重症, 可以用育生半夏天麻白朮散, 或育生補陽還五湯加五苓散, 或育生右歸飲加五苓散, 三方皆應加入乾薑、附子、玉桂、人參、川七、鹿茸, 薑附桂總量為一兩, 應加入三錢的黃芩或黃柏。二是已須裝腦室引流管, 但病患或家屬不想裝, 若腦壓高, 以大柴胡湯加五苓散, 再加黃耆及前法; 若腦壓未高, 以育生半夏天麻白朮散加重黃耆及前法。三是已裝畢腦室引流管之術後病患, 以五苓散加乾薑、附子、黃耆、鹿茸、人參、川七、銀杏葉的方法, 或以育生補陽還五湯與育生右歸飲^[17]。西醫裝置引流系統後若療效不佳, 中醫藥確能發揮治療效果^[18]。

雖然病名是正常腦壓水腦症, 但也要留意腦壓是否增高, 臨床留意 ICP sign, 如頭痛、噁心、嘔吐、昏迷、頸項僵直及頭部側歪, 及早加重降腦壓、利水的藥物。中醫治療正常腦壓水腦症, 在於辨證基礎上, 減少腦脊髓液鬱積、降腦壓、增加腦血流灌注、清除代謝廢物及病理產物、促進神經修復。治療時, 先釐清病患是否需要裝腦室引流管, 若已到需要裝腦室引流管的嚴重程度, 但家屬不想裝或西醫不建議裝(考量手術風險或評估裝了幫助不大), 中醫可以接手突破。中醫治療正常腦壓水腦的優勢, 在於可以立即介入, 避免手術風險, 以幫助患者改善病情、恢復生活自理, 及減少家屬照顧上的負擔。



處方組成

- * 育生半夏天麻白朮散：半夏、生白朮、蒼朮、茯苓、澤瀉、陳皮、神麩、麥芽、乾薑、黃柏各 3 錢、天麻、附子各 5 錢、當歸 2 錢、黃耆 1 兩。
- * 育生補陽還五湯：黃耆 2 兩、當歸、川芎、赤芍、丹參、銀杏葉各 4 錢。
- * 育生右歸飲：當歸、茯苓各 2 錢、枸杞子、乾薑、黃柏各 3 錢、生地、山茱萸、淮山、菟絲子、蒼朮、杜仲各 4 錢、附子、玉桂子、懷牛膝各 5 錢。

參考文獻

1. Kenneth W Lindsay, Ian Bone, Geraint Fuller 原著，顏君霖譯，圖解神經醫學及神經外學（第五版）。臺北市，台灣愛思唯爾，2012 年，P81-83，P130-132，P374-376。
2. Stenfan Silbernagl, Florian Lang 原著，顏薇軒譯，最新彩色圖解病理生理學手冊（初版）。新北市，合記圖書出版社，2020 年，P382-384。
3. Spector R, Robert Snodgrass S, Johanson CE. A balanced view of the cerebrospinal fluid composition and functions: Focus on adult humans. *Exp Neurol.* 2015; 273:57-68.
4. Claudia Krebs, Joanne Weinberg, Elizabeth Akesson 原著，楊韻如、李琪宏譯，最新彩色圖解神經科學初版。新北市，合記圖書出版社，2016 年，P39。
5. Neill R Graff-Radford. Normal pressure hydrocephalus. UpToDate.
<https://www.uptodate.com/contents/normal-pressure-hydrocephalus>
6. Gaillard F, Chieng R. Hydrocephalus. Reference article, Radiopaedia.org.
<https://radiopaedia.org/articles/19487>
7. Wang Z, Zhang Y, Hu F, Ding J, Wang X. Pathogenesis and pathophysiology of idiopathic normal pressure hydrocephalus. *CNS Neurosci Ther.* 2020; 26(12):1230-1240.
8. Singh G, Murphy A. Normal pressure hydrocephalus. Reference article, Radiopaedia.org.
<https://radiopaedia.org/articles/6306>
9. Kiefer M, Unterberg A. The differential diagnosis and treatment of normal-pressure hydrocephalus. *Dtsch Arztebl Int.* 2012; 109(1-2):15-25.
10. 印會河、張伯訥主編，中醫基礎理論。臺北市，知音出版社，1993 年 10 月，P172。



11. 何秀琴，水腦症 (Hydrocephalus) 中醫治療探討。中西結合神經醫學雜誌，第 10 卷第 1 期，2017 年 12 月，P1-15。
12. 李政育、鄭淑鎂，中西醫結合治癌新法。新北市，元氣齋出版社，2015 年 12 月，P58-65。
13. 鄭淑鎂、簡鸞瑤，中醫常見內分泌疾病診治心法。新北市，宏道文化事業有限公司，2022 年 3 月，P79-81。
14. 維必施 注射劑 Vectibix® solution for infusion 仿單。
<http://www.ktgh.com.tw/Public/tbDrug/201711101615577055.pdf>
15. 張錫純原著，王吉勻等整編，醫學衷中參西錄（精華本）。石家庄，河北科學技術出版社，2007 年 1 月，P18-19。
16. 彭成主編，中藥藥理學（第五版）。北京，中國中醫藥出版社，2021 年 6 月，P355。
17. 李政育，中西醫結合中醫腦神經治療學（初版）。臺北市，啓業書局，2001 年 6 月，P84-85。
18. 邵東梅、林慶恆，「常壓性水腦症」引流術後之中醫治療醫案。中國鍼灸學雜誌，第 8 卷第 1 期，2020 年 12 月，P84-88。

通訊作者：王國峰

聯絡地址：新北市三重區長榮路 8 號

聯絡電話：02-29768556

E-mail：kfwang20@gmail.com

受理日期：2022 年 10 月 26 日；接受日期：2022 年 11 月 21 日