



危重症的推伐之手 ~ 談中醫對應激反應的因應對策

王國峰¹、湯其暉²、鄭淑鎂³

¹老德燕中醫診所

²國防醫學院三軍總醫院神經外科部

³培真中醫診所

摘要

應激反應包括生理反應、心理反應、神經-內分泌-免疫網絡等，與許多生理、心理疾病相關，如感染、急性高血壓/高血糖/眩暈、手術、創傷、焦慮、憂鬱…等。應激反應是動態的，為抵禦疾病或適應環境及壓力所產生的邪正相爭。中醫治療須考慮應激源、邪正相爭狀態、病理、病位、病性、病程、病勢、病理產物，以及病患體質、年紀、過去病史。中醫治療的特色在於宏觀調控陰陽、氣機，使身體回到陰平陽秘、氣機不逆亂的身心平衡狀態。

關鍵詞：應激反應、交感神經興奮、皮質醇、邪正相爭、疏肝、補腎

前言

各種緊張性刺激物（壓力源或應激源）引起的非特異性反應，稱為應激反應，包括生理及心理反應。生理反應表現出交感神經興奮、腎上腺素（Epinephrine）/正腎上腺素（Norepinephrine）、皮質醇（Cortisol）分泌增加、血糖及血壓升高、心跳及呼吸加速等；心理反應涵蓋情緒反應與自我防禦、應對反應…等。

一般適應症候群（General adaptation syndrome, GAS）為心理學家 Hans Selye 描述個體面對突發壓力時，會產生非特異性的生理反應。它不是一種可以診斷出來的健康狀況，而是身體在承受壓力時自動經歷的過程。壓力適應分為三個階段：警覺期（Alarm）、抵抗期（Resistance）、疲憊期（Exhaustion）〔1〕。

常見的壓力源

一、自然環境

寒冬、暑夏、天氣忽冷忽熱或驟變、噪音、颱風、地震…等。



二、社會心理性

工作或課業或家庭或經濟壓力、失業、離婚、家人生病或突逝、人際關際、COVID-19 疫情…等，導致緊張、焦慮、激動、興奮、發怒、恐懼、驚嚇…等。

三、生理 / 病理性

生理性包括飢餓、低血糖、過度運動；病理性包括呼吸道、腸胃道、泌尿道等感染、發炎、過敏、創傷急性期（如：頭部創傷）、中風、疼痛、腫瘤…等。

四、醫源性

麻醉、手術、疫苗接種、化療、標靶、放療、免疫療法…等。

應激反應

一、生理反應

個體面對壓力時，會產生非特異性的生理反應，且會經歷三個階段的壓力適應，即「一般適應症候群」。

（一）警覺期

個體突然暴露於有害、攻擊或生命威脅等壓力所產生的生理反應。

1. 快速反應：自律神經系統（Autonomic nervous system, ANS）

(1) 負責處理恐懼、喚醒和情緒刺激的杏仁核（Amygdala）會向下視丘發送壓力訊號，下視丘隨後活化交感神經及交感神經 - 腎上腺髓質系統（Sympathetic-Adrenal-Medullary system, SAM）→大量分泌腎上腺素、正腎上腺素^[2]。

(2) 腎上腺素、正腎上腺素的作用

> 短時間內啟動身體資源，產生「戰鬥或逃跑」反應。

> 使心臟收縮力上升、心跳加速、呼吸變快、出汗增加、血糖及血壓上升、肌肉張力增加、瞳孔擴張、耗氧增加、血凝增加等。

(3) 副交感神經或迷走神經分支通常活動減少^[3]。

2. 後援調整：下視丘 - 腦下垂體 - 腎上腺皮質軸（Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis, HPA axis）

(1) 刺激 HPA 軸：下視丘分泌促腎上腺皮質激素釋放激素（Corticotropin-releasing hormone, CRH）→刺激腦下垂體分泌促腎上腺皮質激素（Adrenocorticotrophic hormone, ACTH）→刺激腎上腺皮質分泌皮質醇。皮質醇負迴饋抑制下視丘、腦下垂體的分泌。



(2) 皮質醇的主要作用〔2〕

- > 在於補充身體因交感神經作用、腎上腺髓質激素飆升而耗盡的能量。
- > 正常的皮質醇濃度有晝夜節律，白天濃度高，讓身體可應付工作與生活；晚上濃度降低，讓身體可進入睡眠狀態。
- > 影響糖、蛋白質、脂肪、電解質代謝；影響其他內分泌及消化系統；抗發炎、抑制免疫；造成骨質流失。

(二) 抗拒期

1. 在最初壓力衝擊後，身體嘗試自我修復的階段。
2. 個體持續處於抗壓狀態，心率、呼吸、血壓等維持在高水平，此時具有相當大的抗拒力與適應力。若壓力持續或出現新壓力源，適應力則會降低。
3. 抗拒期可能易怒、易感挫折、注意力不集中。
4. 長期壓力得不到解決會進入第三階段的疲憊期。

(三) 疲憊期

1. 若壓力仍長時間持續或高強度，個體則因資源耗盡，處於精疲力盡、機能耗弱狀態，喪失適應能力。
2. 免疫系統下降，處於容易感染等虛弱狀態。
3. 壓力耐受力下降，出現焦慮、憂鬱等。

二、心理反應

壓力引起的心理反應包括：焦慮、害怕、恐慌、憂鬱、悲傷、憤怒、激動、慮病等。

三、認知反應〔3〕

(一) 對壓力情境的評估

1. 初次評估：面對可能具威脅的情境時，第一步為評估情境是具壓力、正向、中性或無關的。
2. 再次評估：若情境具壓力，則評估可能的因應策略，並選擇最有效的策略。
壓力→評估→最初調適的壓力→再評估→再次因應→再評估→直到壓力解除。

(二) 思考障礙

當壓力超過負荷時，思考過程出現變化，如：無法專心、邏輯性思考有困難、記憶力及判斷力衰退、思考僵化、解決問題及下決定的效率變差。



四、行為結果^[3]

吸菸、毒品、酒精濫用、咖啡因攝取、睡眠障礙。

五、神經 - 內分泌 - 免疫網絡 (Neuro-Endocrine-Immune Network, NEI Network)

(一) 神經與內分泌

1. 神經對內分泌的影響：透過神經內分泌激素與神經傳遞物質影響內分泌腺體^[3]。
壓力狀態下，自律神經系統活化 SAM 軸，刺激腎上腺髓質分泌腎上腺素、正腎上腺素等激素；或透過自律神經節，刺激或抑制內分泌腺體細胞分泌激素^[4]。
2. 內分泌對神經的影響：透過內分泌激素影響神經。
內分泌器官（如甲狀腺、腎上腺、性腺、胰腺、胸腺等）分泌激素，負迴饋抑制下視丘分泌腦下腺控制激素。

(二) 神經與免疫

1. 神經對免疫的影響：透過自律神經影響免疫器官及免疫細胞。
 - (1) 交感神經
 - > 壓力過大、思慮多，交感神經亢奮使得顆粒球（包括嗜中性球、嗜酸性球、嗜鹼性球三類）激增，以致產生化膿性炎症或組織發炎，如口瘡、舌瘡、胃潰瘍等^[5]。
 - (2) 副交感神經
 - > 副交感神經活化則扮演相反的角色，可抑制發炎，如迷走神經的刺激能抑制細胞激素的產生且減緩類風濕性關節炎的疾病嚴重度^[6]。
 - > 發炎反射：病原體、缺血和其他形式的損傷會導致免疫細胞釋放細胞激素，並被傳入迷走神經感知。這些訊息被傳遞到孤束核 (Nucleus tractus solitarius, NTS)，隨後傳遞到背部運動核 (Dorsal motor nucleus, DMN)，從而激活傳出迷走神經（稱為膽鹼能抗發炎路徑）。傳出迷走神經活動透過位於巨噬細胞和其他免疫細胞上的 $\alpha 7$ 菸鹼乙醯膽鹼受體 ($\alpha 7nAChR$) 抑制細胞激素的產生^[7]。
2. 免疫對神經的影響：透過細胞激素影響神經。
如：微膠細胞產生的 IL-1 β 可以透過增加在富含促腎上腺皮質激素釋放激素 (CRH) 神經元和促性腺激素釋放激素 (GnRH) 神經元特定腦區域中的正腎上腺素，來啟動 HPA 軸並抑制下視丘 - 垂體 - 性腺軸 (Hypothalamic-pituitary-gonadal axis, HPG axis)^[8]。



(三) 內分泌與免疫

1. 內分泌對免疫的影響：透過激素影響免疫器官及免疫^[9]
 - (1) 先天免疫和適應性免疫均受皮質醇調節。
 - (2) 皮質醇抗發炎作用涉及白血球功能的改變、減少細胞激素的產生和促發炎訊號通路及基因的抑制。
 - (3) 雌激素也可以透過與雌激素受體 (Estrogen receptors, ER) 結合來發揮抗發炎作用，從而抑制由 $\text{NF-}\kappa\text{B}$ 驅動的多種細胞激素表現。
2. 免疫對內分泌的影響：透過免疫媒介影響內分泌腺體^[10]
 - (1) 嚴重疾病或壓力期間，細胞激素 (如：IL-6、TNF- α 、IL-1 β 、IFN- γ 和 TGF- β 2) 的分泌會抑制 1 型肝脫碘酶 (hepatic deiodinase type 1) 的活性，抑制肝臟內甲狀腺素 T4 向 T3 的轉化。細胞激素還抑制甲狀腺內的激素合成、TRH 釋放和腦下垂體 TSH 分泌。
 - (2) 1 型糖尿病在 95% 以上的病例中是免疫介導的，過程涉及免疫細胞的激活，特別是 T 細胞，它們識別胰腺 β 細胞中的自身抗原並啟動免疫反應。
 - (3) 慢性低度發炎通常與肥胖有關，會導致免疫細胞活化並釋放細胞激素，干擾胰島素的正常功能並促進胰島素阻抗。

與應激反應相關的病症

當壓力減少或消失時，對大多數人而言，身體功能會恢復正常。長期而嚴重的生活壓力，直接或間接導致生理或心理疾病。

一、生理性

(一) 一般生理性病變^[11,12]

呼吸	胸悶吸短、過度換氣、氣喘、支氣管痙攣等。
心臟血管	心悸、高血壓等。
消化	消化性潰瘍、發炎性腸道疾病、心因性腹瀉、便秘、脹氣、腸躁等。
泌尿	頻尿、夜尿、尿急、小便解不淨感、小便困難、尿失禁等。
骨骼肌肉	項背肌肉緊繃、抽筋、關節炎等。
神經	失眠、頭痛、眩暈、記憶障礙等。

(二) 老人應激^[13,14]

1. 年齡越增長，與壓力相關疾病的發生率急劇增加，包括代謝、心血管、精神、認知、神經退化性疾病。



2. 在基礎條件和壓力反應下的 HPA 軸功能，皆隨著老化過程而退化。
3. 老年人平均每日皮質醇的濃度普遍增加，但正常晝夜節律模式並沒有明顯變化。
 - (1) 隨著年齡增長，由於 HPA 軸的敏感性受損，皮質醇的負回饋減少。
 - (2) 可能與海馬體負回饋減少有關，而海馬體負回饋減少與糖皮質激素受體（Glucocorticoid receptor, GR）濃度降低有關。
 - (3) 皮質醇濃度升高和 HPA 軸的敏感度降低，通常與認知狀態較差、退化性和血管性失智、憂鬱和焦慮有關。
4. 皮質醇長期處於高濃度也會影響老年人的正常壓力反應，導致從壓力刺激中恢復的能力受損。
5. 老年人腎上腺髓質分泌和釋放的腎上腺素較低，無論是在休息時還是在壓力期間。
6. 老年的虛弱與對壓力刺激的脆弱性增加有關：
 - (1) 對內在和外在環境壓力源維持受控、正常反應的能力下降。
 - (2) 維持生理和行為穩定的能力下降。

（三）壓力性高血糖（Stress hyperglycemia）

1. 常見於住院的急重症病患，因身體承受突發壓力，如創傷、骨折、感染、發炎、手術、精神壓力、寒流來襲…等。老年人、慢性腎衰、敗血症、中風、心肌梗塞等急重症患者，壓力性高血糖表現更顯著〔15,16〕。
2. 壓力性高血糖患者比患有糖尿病的患者，面臨更高的不良後果風險。
3. 定義：
 - (1) 一般指不患有糖尿病的患者血糖超過 180mg/dl，在疾病緩解後血糖恢復正常〔17〕。
 - (2) 糖尿病患者也會有壓力性高血糖，原有的血糖控制會惡化〔18〕。
4. 致病機轉〔19〕：
 - (1) 反調節激素（Counterregulatory hormone）

皮質醇	促進糖質新生（gluconeogenesis）
腎上腺素	促進糖質新生、促進肝糖分解（glycogenolysis）、促進脂肪溶解（lipolysis）
正腎上腺素	促進糖質新生、促進脂肪溶解
昇糖素	促進糖質新生、促進肝糖分解
生長激素	促進糖質新生、促進肝糖分解、促進脂肪溶解

- (2) 胰島素阻抗（Insulin resistance）與胰島素的分泌減少〔15〕
 - > 脂肪分解造成游離脂肪酸（free fatty acid, FFA）增加，因而阻斷胰島素的



PI3K 路線訊息的傳遞，致使肝臟、骨骼肌對葡萄糖的回收率降低，減少葡萄糖的利用率，血糖的恆定難以維持。

> 腎上腺素分泌增加，並經由 cAMP 和蛋白質激酶 A (protein kinase A) 而抑制胰島素分泌和阻斷胰島素作用，此作用如同 FFA；亦間接增加胰島素接受器受質 (insulin receptor substrates, IRSs) 上的絲氨酸 (serine) 磷酸化，進而阻礙了正常的胰島素訊息傳遞。

(3) 細胞激素，如 IL-1, IL-6, TNF- α ，可引起胰島素抵抗並抑制胰島素分泌。

(4) 住院期間的治療，如升壓劑、類固醇、葡萄糖溶液、腸道或周邊營養的使用，可能加重高血糖狀態。

5. 高血糖毒性^[15]：

(1) 增加的葡萄糖蓄積在 β 細胞、肝臟、肌肉和脂肪組織就造成了葡萄糖毒性。

(2) 造成發炎，細胞激素如 TNF α 、IL-6 的濃度會增加許多。

(3) 血小板容易凝集，可能影響血栓的形成。

(4) 心血管疾病的患者，可能因血糖過高引起心臟血管的側枝循環血流減少，而引起嚴重的缺血及細胞損傷。

(5) 感染機會增加，包括白血球功能異常、吞噬功能降低，甚至免疫球蛋白亦可能因糖化而失去原有的作用。

(四) 急性高血壓^[20]

1. 高血壓危象 (Hypertensive crisis) 包括了兩個類別

高血壓緊急狀況 (Hypertension Urgency)	定義為收縮壓 >180mmHg 或舒張壓 >120mmHg，但沒有合併器官損傷的徵象，可能伴隨輕微頭痛、胸痛等症狀。
高血壓急症 (Hypertension Emergency)	顯著血壓上升並合併有急性、進行性的目標器官受損。

2. 高血壓危象除了發生在慢性高血壓的病人，在正常血壓的族群也是有可能發生的。

3. 處置方面，兩者對於血壓控制方式有所不同，因此區別此兩種狀況是重要的。

4. 成因：病患本身具有慢性高血壓、腎臟血管系統相關疾病 / 腎實質病變、內分泌相關疾病、交感神經過度活化、中樞神經異常或損傷、懷孕時發生子癲前症或子癲症、燙傷或手術後疼痛壓力或麻醉併發症、藥物...等。

(五) 應激性眩暈^[21]

1. 老年或體虛者，在壓力下產生急性眩暈。

2. 可能伴隨高血壓、高血糖、離子紊亂、暈厥、癲癇等。



二、心理性

(一) 焦慮症〔22,23〕

1. 廣泛性焦慮症 (Generalized anxiety disorder)

- (1) 對許多事件或活動 (如工作或學校表現) 有過度的焦慮和擔憂, 症狀持續至少 6 個月。
- (2) 緊張、心情不安、易倦、注意力不集中、易怒、肌肉緊繃、睡眠障礙 (失眠或夜驚)、預期性焦慮, 可能伴隨憂鬱、強迫性思想、失自我感等。
- (3) 生理症狀: 因交感神經興奮與骨骼肌緊張造成消化、呼吸、心血管、生殖、泌尿、神經、肌肉等心身症狀。

2. 畏懼症 (Phobia)

畏懼症的症狀與廣泛性焦慮症的症狀一樣, 只是出現的時機不同而已, 亦可能併有不同程度的憂鬱與失去自我感。

特定畏懼症 (Specific Phobia)	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定對象或情境, 幾乎都會引起立即且明顯的恐懼或焦慮, 如飛行、高度、動物、接受注射、見血。
社交畏懼症 (Social Phobia)	<ul style="list-style-type: none"> ● 暴露在一種或多種可能被他人觀察、批評或檢視的社交情境, 幾乎總是引發明顯的恐懼或焦慮。 ● 如社交活動 (如交談)、被觀察 (如吃飯或喝飲料)、及在別人面前表現 (如演講、表演)。
特定場所畏懼症 (Agoraphobia)	<ul style="list-style-type: none"> ● 當離開家裡、在人群裡或在無法輕易離開的場合、空曠空間、社交場合, 會感到焦慮或逃避這些場所。 ● 如搭乘公共交通工具 (如公車、飛機)、在開放空間 (如停車場、橋樑)、在密閉空間 (如電影院、商店)、排隊或在人群中、獨自在家以外的地方。

3. 恐慌症 (Panic disorder)

- (1) 非預期性 (即不是對已知的畏懼刺激出現反應) 的突然一股強烈的恐懼或不適。
- (2) 在幾分鐘內達到高峰, 出現比廣泛性焦慮症更強烈的生理症狀, 如:
 - > 心悸、心臟怦怦直跳、或心跳加快。
 - > 流汗、潮紅、發抖或顫慄。
 - > 呼吸短促或透不過氣 (窒息感)、哽塞感。
 - > 胸部疼痛或不適、噁心或腹部不適。
 - > 頭暈或眩暈、步伐不穩、頭昏、或快要暈倒。
 - > 冷顫或發熱、感覺異常 (麻木或刺痛)。
 - > 失現實感或失自我感、害怕失去控制或快要瘋了、擔心重大病症發生、害怕即將死亡。



(二) 憂鬱症 (Depression) [22,23]

1. 核心徵象是情緒低落、悲觀想法、缺乏興趣及活力、遲緩、注意力不集中及自尊低下。
2. 可分為輕度、中度或重度，單次發作或復發。
3. 可能的生物性症狀為失眠或嗜睡、食慾不振或吃太多、體重減少或增加、便秘、缺乏性慾及閉經（女性）、情緒的每日變化、疲倦、反覆想到死亡…等。
4. 其他精神症狀：焦慮、畏懼、強迫、失自我感、轉化、激動。

中醫治療思路

從病因病機探討

一、肝失疏泄

(一) 肝主疏泄

有關壓力調節、交感/副交感神經協調、精神情志、睡眠、腸胃消化、汗液、內分泌恆定、免疫調節…等，屬肝主疏泄範疇^[24]。

(二) 若壓力無解除或無法適應壓力→交感神經過度興奮、皮質醇水平偏高

可能導致以下的反應與症狀：

1. 自律神經失調，產生心悸、胸悶、氣短、頭暈、頭痛、肩頸痠緊、腸胃道不適、冒汗、手腳發抖或麻木、失眠…等。
2. 代謝、內分泌、免疫紊亂，如血糖偏高、肪脂重分佈、甲狀腺亢進或低下、性荷爾蒙異常、月經失調、抑制免疫及發炎、免疫辨識異常…等。
3. 可能引起焦慮、害怕、恐慌、憂鬱、悲傷、憤怒、慮病等心理反應。

(三) 中醫對應激反應所致肝失疏泄的因應對策

1. 以疏肝為主要治則，緩解交感神經興奮、調節失衡的荷爾蒙（包括皮質醇、腎上腺素、正腎上腺素等）。
2. 若正氣不虛，以疏肝為主，酌加清熱潛陽，如柴胡、白芍、黃連、黃柏，黃連清熱劑量可較少，如1~1.5錢，黃柏潛陽劑量須較多，如5~8錢；若正氣虛，以疏肝+潛陽+補腎補氣（+引火歸元），如柴胡、白芍、黃柏、熟地、炒杜仲、少量黃耆、少量附子、玉桂子。
3. 若心煩不寧、焦躁不安、無法放鬆，甚至伴隨悲傷、憂鬱，則為「臟躁」，可加



大棗、龍眼乾緩肝，考慮加少量附子、玉桂子。

二、熱亢

(一) 交感神經興奮、腎上腺荷爾蒙分泌過多會引發熱亢

導致心率加速、血壓上升、血糖上升、分解旺盛、出汗增加、興奮、激動、失眠、甲狀腺亢進…等為熱亢的表現。

(二) 熱亢須區分虛實

1. 實熱證：肝鬱氣滯化火，表現身熱心煩、易怒、情緒激動、面目紅赤、頭暈、頭痛、眠難、口乾，脈弦緊數或弦滑數，舌紅、苔薄白或薄黃。
2. 虛熱證：陰虛陽亢、肝陽上亢、或上盛下虛，症象表現如實熱證，但體虛倦怠、脈弦細數或弦弱數或沉弦數，舌瘦薄嫩紅或瘦薄暗紅、苔薄白或薄黃。陰虛陽亢若進一步惡化，可演變成肝風內動。
3. 肝鬱化火→肝陽上亢→肝風內動，必傷陰耗血，進而導致肝血虛、肝腎陰虛，最後陰損及陽，導致肝腎陰陽兩虛〔24〕。

(三) 中醫對應激反應導致熱亢的因應對策

1. 若為實熱證，則以疏肝+清熱養陰，如黃芩、黃連、黃柏、青蒿、地骨皮，處方皆須大劑。或以重鎮平肝+清熱潛陽，用黃連、黃柏（重用）。可加大棗緩肝。
2. 若為虛熱證，則以疏肝+滋腎陰，或以平肝+補腎+清熱潛陽。用清中、下焦熱的黃連、黃柏清熱潛陽，同時加入滋腎陰，如地黃、何首烏、杜仲，或再加入少量桂附引火歸元。
3. 透過降低熱證，修復腺體損傷，達到恢復神經正常調節，調節交感神經—腎上腺髓質、調整血糖、改善代謝紊亂。

三、腎虛

(一) 腎主藏精〔24〕

1. 腎中精氣為機體生命活動之本，為生長發育及一切功能活動的物質基礎。
2. 將精氣藏於腎，促進腎中精氣充盈，不致虧虛，以維持精氣能充分發揮其生理效果。
3. 腎的生理涵概生殖、泌尿、內分泌、神經、腦下垂體、腎上腺、腦髓、骨骼、情志…等。
4. 腎氣盛，則陰陽平衡，再生修復力強，適應環境能力佳。



5. 腎不虛，肝氣就不橫逆（水能涵木），意即腎上腺皮質功能充足，則交感神經就無須過度啟動。

（二）腎主志

1. 《靈樞·本神》：「腎藏精，精舍志」，腎精生髓，上充於腦，髓海滿盈，則精神充沛，志的思維意識活動亦正常。
2. 志者，專意而不移，腎氣盛則意志堅，較能克服及適應壓力。

（三）腎虛陽亢、肝風內動

面對急性壓力，或長期處於慢性壓力下突然來了新的壓力，或老人 HPA 軸調控不佳，導致皮質醇過度分泌、交感神經過度興奮，可能誘發：

1. 壓力性（急性）高血糖、應激性（急性）高血壓、應激性（急性）眩暈、頭痛…等。
2. 腦血管痙攣，造成暫時性腦缺血（Transient ischemic attack, TIA）或缺血性腦中風。

（四）中醫對老人應激反應導致肝風內動的因應對策

1. 在大補腎陰腎陽的基礎上，+疏肝緩肝+清熱潛陽，才會有幫助。
 - (1) 若正氣偏虛，加少量附子 1~1.5 錢、玉桂子 1.5~3 錢引火歸元。
 - (2) 若正氣更虛，則加附子 3 錢、玉桂子 5 錢大補腎陽，可能還要加上人參 3~5 錢。
2. 見火休治火、見亢休抑亢，不宜以重鎮平肝（如建瓴湯）施治，以免「虛虛之害」。

（五）預防

1. 長期勞倦、熬夜、失眠、年長或體虛者，腎氣虛衰，易有上述肝風內動的症象。
2. 施以補腎藥，使腎上腺皮質調節正常及儲備充足，可預防過度應激、預防進入一般適應症候群的疲憊期。

四、邪正相爭^[24]

（一）邪氣

1. 狹義：外感致病因素，如細菌、病毒等微生物、環境物質、六淫（風寒暑濕燥火）。
2. 廣義：除了外感以外，還包括其他內外致病因素，如七情、自體免疫疾病、外傷（如頭部創傷）、腫瘤、藥物、放射線…等致病因素。



(二) 正氣

1. 人體抵禦邪氣侵襲，適應生活環境及壓力，以及維持正常生理運作的能力。
2. 「正氣存內，邪不可干」。

(三) 邪正相爭

1. 當內外之邪作用時，身體以「邪正相爭」因應，邪氣對身體的病理損傷、身體嘗試祛除邪氣及修復的各種方式，皆透過神經 - 內分泌 - 免疫網絡進行應付與調整。
2. 除了考慮外感因素誘發以外，尚考慮伏邪（如肝炎病毒、EBV、帶狀疱疹、HIV…伺機感染）、免疫疾病、感染後餘熱未盡、骨髓及淋巴系統躁動、內分泌失調、自律神經失調、腫瘤…等，所導致的身體抗衡或失衡過程。
3. 邪正相爭的五種狀態（見圖一）

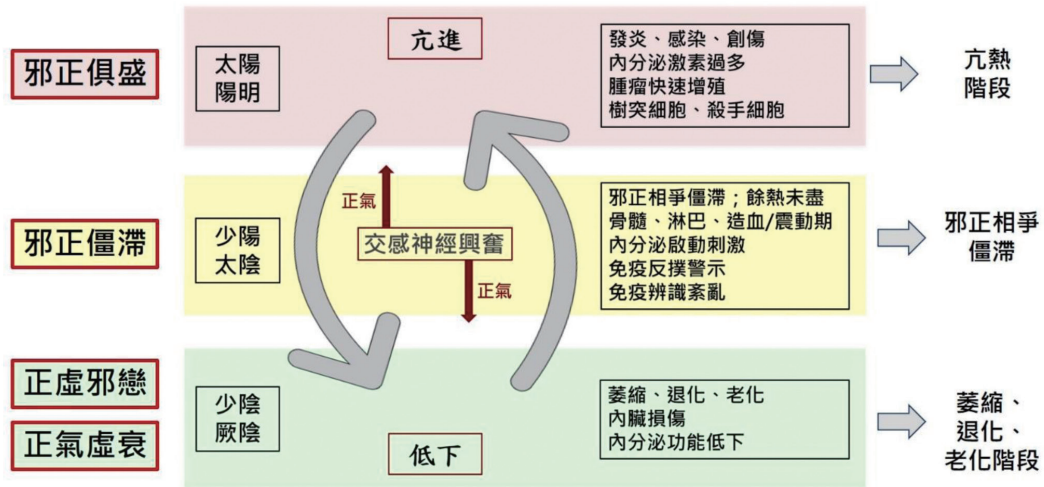
狀態	說 明	治 則
邪正俱盛	<ul style="list-style-type: none"> • 抗邪反應激烈。 • 在傷寒病多見於太陽、陽明階段。 • 在溫病多見於衛分、氣分階段。 • 在內傷雜病多見於疾病之初、中期。 • 多表現為實熱證。 	<ul style="list-style-type: none"> • 著重祛邪，邪去則正安
邪正僵滯	<ul style="list-style-type: none"> • 邪正勢均力敵，僵滯不下。 • 邪氣稽留於一定部位，不能深入傳交，正氣亦不能完全祛邪外出。 • 多表現半表半裏。 	<ul style="list-style-type: none"> • 和解法 • 扶正祛邪同施
正盛邪衰	<ul style="list-style-type: none"> • 陰陽自和。 • 病勢由裏出表、由陰出陽、由深出淺。 	<ul style="list-style-type: none"> • 陰陽、氣血自和而自癒
正虛邪戀	<ul style="list-style-type: none"> • 正氣無力祛邪盡出，邪氣亦缺乏傳變、擴展之勢的遷延狀態。 • 多見於疾病晚期。 	<ul style="list-style-type: none"> • 扶正為主 • 兼以祛邪
正氣虛衰	<ul style="list-style-type: none"> • 抗邪無力。 • 可能無邪氣、或邪弱、或邪盛。 • 若邪盛，則邪氣可迅速由表入裏、由陽入陰而傳變，甚至出現直中、逆傳等嚴重病勢，快速導致五臟交虧、元氣衰憊的局勢。 	<ul style="list-style-type: none"> • 著重扶正，正強則邪衰

(四) 應激反應

乃身體神經 - 內分泌 - 免疫網絡，為抵禦疾病或適應環境及壓力所產生的邪正



相爭，有亢熱、邪正相爭僵滯、萎縮 / 退化 / 老化等不同表現（見圖一）。



節錄自：中西醫結合新辨證論治學·鄭淑琪、簡麗瑤、陳俐蓉·2023.3

圖一、邪正相爭的狀態及應激反應的表現

依壓力源探討

一、解除病因及病理產物的因應對策

- 老人或本虛體弱者的應激反應，以補腎補氣 + 疏肝 + 清熱為基本治則。
- 須視壓力源以解除引起應激之病因，以及清除病理產物。
 - > 如感染引發，須 + 解表 / 解肌，並加重補氣及清熱藥。
 - > 如創傷性腦損傷造成顱內出血、高顱內壓，須 + 化瘀 + 化痰利濕 + 通腑。

二、常見壓力源的因應對策

(一) 天氣變化

1. 寒流：補腎溫陽 + 補氣 + 疏肝。
2. 暑熱：疏肝解肌 + 清熱 + 補氣 + 健脾。

(二) 情緒性

1. 情緒激動、興奮、發怒：疏肝 + 清熱，或平肝 + 清熱潛陽。
2. 恐懼、驚嚇：補腎 + 疏肝。

(三) 感染性

1. 邪正俱盛：解表 / 解肌 + 疏肝 + 清熱。
2. 邪正僵滯或正虛邪戀或餘熱未盡：解表 / 解肌 + 疏肝 + 清熱養陰 + 補氣養血 + 補腎。



3. 正虛邪盛（應激無力）：解表 + 清熱 + 補氣養血 + 補腎溫陽，應著重扶正，正強則邪衰。

（四）注射疫苗

1. 病機：

- (1) 透過注射疫苗可使人體產生人工主動免疫，使宿主獲得免疫力。
- (2) 疫苗啟動免疫的過程，也是一種邪正相爭。
- (3) 以 COVID-19 疫苗為例，除了刺激免疫系統產生專一的細胞 / 體液免疫，也可能引起發燒、惡寒、關節痛、肌肉痠痛、疲倦、噁心等症狀，也可能引起持續發燒或嚴重過敏反應（如呼吸困難、氣喘、眩暈、心跳加速、全身紅疹）等不適症狀〔25,26〕。

2. 主要治則：

- (1) 預防注射疫苗後副作用，如同感染性的治則，和解表裡 + 清熱或疏肝解肌 + 清熱，但都須加入補腎藥，如熟地黃、炒杜仲。
- (2) 若小孩或老人正氣虛：上述治則 + 補腎補氣。

（五）手術麻醉

1. 病機：

手術麻醉干擾神經，可能應激過度造成神經亢奮，屬陽亢、陽越；也可能使神經傳導低下無力應激，屬大氣下陷。

2. 主要治則：

- (1) 應激過度：重鎮平肝 + 清熱潛陽，如建瓴湯加黃連、黃柏。
- (2) 無力應激：補氣升提 + 養血健脾，如補中益氣湯。

（六）腦血管性〔21〕

< 出血性腦中風急性期 >

1. 病機：

- (1) 病理為出血佔位及受損腦細胞壞死、發炎、水腫，腦中大量病理產物及代謝廢物阻滯，合併高顱內壓、高血糖、高血壓、交感神經興奮、腎上腺亢進，同時有進行性的續發性腦損傷及其他併發症。

- (2) 腦出血導致高顱內壓所造成的壓力性腸胃道潰瘍，稱庫欣氏潰瘍（Cushing ulcer）。

機轉：高顱內壓→迷走神經核受到刺激而活化→釋放 Ach，刺激胃壁細胞的 M3 受體→活化 H⁺/K⁺ -ATPase →胃泌素（Gastrin）分泌增加→刺激胃酸分泌而侵蝕胃壁。



2. 主要治則：

- (1) 處方須能改善當前症象，預防續發性腦損傷，達到降低腦壓、消腦水腫、減少耗氧、移除病理產物及代謝廢物、增加腦部血氧供應、糾正自主神經功能。
- (2) 以疏肝 + 清熱 + 化瘀 + 化痰 + 利濕 + 通腑為主要治則。
 - > 如大柴胡湯 + 黃連、黃柏、丹參、沒藥、茯苓、澤瀉、大黃。
 - > 氣虛血瘀者，加黃耆、當歸，補氣養血。
 - > 老年腎虛者，加補腎及補氣養血藥。

< 缺血性腦中風急性期 >

1. 標本兼治：

- (1) 須同時考慮發病前的體質狀態及發病後的損傷狀態。
- (2) 發病前的體質狀態
 - > 可能是粥狀動脈硬化、高血壓、高血脂、血管老化…。
 - > 證型可能是氣血兩虛、肝腎陰虛、氣滯血瘀、腎虛陽亢、痰濕瘀熱等狀態。
- (3) 發病後的損傷狀態
 - > 可能表現表裏三焦實熱、肝陽上亢、肝風內動、氣虛血瘀、痰濁壅塞、腎虛肝鬱等證象。
 - > 常合併腦壓高、交感神經亢進、代謝廢物阻滯等腦部急性損傷表現。

2. 主要治則：

- (1) 處方須改善急性損傷狀態，降腦壓、消腦水腫、抑制梗塞後腦細胞的發炎、緩解交感神經亢進、溶除血栓、改善腦血管循環、消除病理產物及代謝廢物。
- (2) 以疏肝 + 清熱 + 化瘀 + 化痰 + 利濕 + 通腑為基本治則，依臨床表現及發病前體質狀態做變化。
 - > 表裏三焦實熱者，基本治則之處方皆須大劑。
 - > 肝腎陰虛→肝陽上亢→肝風內動者，補氣養血 + 補腎 + 基本治則。
 - > 氣滯血瘀者，基本治則，加重化瘀藥。
 - > 氣虛血瘀者，補氣養血為主 + 基本治則。

(七) 創傷性

1. 病機：

- (1) 包括身體任何部位的挫傷、骨折、頭部創傷…等。
- (2) 嚴重的創傷除了引起發炎、水腫、出血外，也造成交感神經亢進、腎上腺分泌增加，導致急性高血壓、高血糖…等亢進症象。



2. 主要治則：

- (1) 急性期應緩解創傷造成的發炎、水腫、出血、神經 / 內分泌亢進。
- (2) 以大劑清熱 + 化瘀 + 利濕為主。
- (3) 仍須視正氣強弱，適時加入補氣養血及補腎藥，可避免創傷後的應激損傷，或續發性感染。

依階段性探討

「一般適應症候群」的三個階段：

一、警覺期

- SAM 軸活化，快速且大量分泌腎上腺素、正腎上腺素。
- HPA 軸啟動，皮質醇分泌增加。
- 治則：疏肝緩肝 + 補腎 + 清熱，緩解交感神經興奮，使皮質醇分泌維持正常的晝夜節律。

二、抗拒期

- 皮質醇會繼續分泌，使個體可以維持抗壓與適應。
- 體虛、勞倦、老年人，在此階段可能應激過度，使得皮質醇、腎上腺髓質激素過度分泌，出現壓力性高血糖、急性高血壓、應激性眩暈、暫時性腦缺血或腦中風等。
- 長期壓力得不到解決，可能進入疲憊期。
- 治則：補腎補氣 + 疏肝（緩肝） + 清熱，使皮質醇、腎上腺髓質激素可以正常調節，預防個體虛衰而進入疲憊期。
 - > 若應激反應過度，表現虛亢同現，須加少量桂附引火歸元；若更虛則大補腎陰腎陽。

三、疲憊期

- 正氣虛衰、身體耗竭、機能衰弱，各種功能低下，包括腎上腺功能低下、交感神經無力啟動，喪失適應能力。
- 免疫低下或紊亂，容易感染或免疫辨識異常。
- 情志容易焦慮、憂鬱。
- 治則：大補腎陰腎陽 + 補氣養血 + 清熱藥反制。



常見病症探討

一、生理性病症的因應對策

(一) 一般生理性病症

1. 病機：

多由交感神經過度興奮及肌肉緊繃所引起，出現呼吸、心臟血管、消化、泌尿、失眠等功能異常。

2. 主要治則：以補腎 + 疏肝 + 清熱為主，緩解交感神經過度興奮。

(1) 心悸、胸悶、氣短：補腎 + 疏肝。

(2) 梅核氣（喉中炙癢）：疏肝理氣、或行氣化痰，如半夏厚朴湯。加入補腎藥效果更佳。

(3) 痞脹、腸躁、胃食道逆流、大便不暢：疏肝 + 健脾 + 補腎（引火歸元）。

> 若中年後、或過度勞累、或眠不足、或眠難的情況下，特別容易出現上述症狀，為腎虛。

> 須在補腎的基礎上，加疏肝健脾理氣才會有著力點，如：何首烏、炒杜仲、黃耆、柴胡、白芍、陳皮、砂仁，再加少量桂附引火歸元。

(4) 睡眠障礙：難入睡或淺眠易醒多夢，則視其陰陽盛衰、虛亢的程度來調理陰陽、瀉實補虛。

> 偏實證：以重鎮平肝 + 清熱 + 緩肝，或疏肝緩肝 + 清熱為主。

> 偏虛證：以疏肝緩肝 + 清熱 + 滋腎陰為主。

(二) 老人應激

1. 病機：

(1) 隨年紀增長，HPA 軸調控力弱、敏感性受損、皮質醇負回饋減少，導致老年人皮質醇的濃度普遍增加，為腎虛陽亢。

(2) 老人適應外界刺激的能力變差，容易應激過度，包括交感神經過度興奮及皮質醇濃度增加，表現陰虛陽亢或肝風內動的症象，如壓力性高血糖、急性高血壓、大眩暈、暫時性腦缺血、中風…等。

2. 主要治則：

(1) 雖應激過度，但見火休治火、見亢休抑亢，應回歸老人以腎虛論治。

(2) 以大補腎陰腎陽 + 補氣 + 疏肝 + 清熱，或補腎補氣 + 疏肝 + 清熱 + 引火歸元。

(3) 腎氣足則肝不橫逆，可有效且快速穩定內分泌軸線、緩解交感神經興奮。



(三) 壓力性高血糖^[16]

1. 病機：

- (1) 身體受到極大壓力，會引起壓力性高血糖，常見於需住院治療的病患。
- (2) 老年人或慢性腎衰、心衰等體虛者，壓力性高血糖表現更顯著。
- (3) 老年人下視丘及自律神經、HPA 軸調控力弱，進而產生腎虛陽亢、或腎陰陽兩虛夾肝鬱化火之症象。

2. 主要治則：以補腎 + 疏肝 + 清熱 + 化瘀為主，視病患當下氣虛或血虛予以扶正，腎不虛則肝不橫逆，可有效且快速穩定內分泌軸線、降低細胞激素引起的發炎，進而降低血糖，增進療效。

- (1) 正氣尚可：黃耆少量（8~10 錢）。
- (2) 正氣偏弱：黃耆加重（15 錢），再加少量桂附引火歸元。
- (3) 正氣更虛：加人參 3~5 錢，加重桂附劑量。
- (4) 高血糖會增加血中細胞激素（血熱）、加重發炎，清熱藥比例應加重，同時預防補腎補氣藥化燥。
 - > 劑量依熱象或參考血糖數值或補氣溫陽藥的多寡而訂。
 - > 如黃芩 5 錢、黃連 1.5~3 錢、黃柏 5 錢。
- (5) 高血糖會導致血液黏稠度變高、血小板容易凝集（血瘀），若見舌下絡脈瘀象明顯者，化瘀藥劑量比例應加重。

3. 同時治療引發高血糖之病因及併發症，一併清除痰飲、水濕、血瘀…等病理產物。

- (1) 感染誘發：+解表，如桂枝、麻黃，加重清熱。
- (2) 創傷誘發：+化瘀 + 利濕，如丹參、沒藥、茯苓，加重清熱。
- (3) 手術誘發：加重補氣養血，如黃耆（20 錢）、人參（3~5 錢）、當歸 4 錢，同時加重清熱。
- (4) 兼有低熱不退：+清熱養陰，如青蒿、知母、地骨皮。

[註：上述(1)~(4)之狀態，常表現熱亢邪盛，應加重清熱或清熱養陰。]

- (5) 合併心衰：加重補氣養血化瘀，如黃耆（15~20 錢）、人參（1.5~3~5 錢）、當歸、丹參，並加利濕藥，如茯苓、澤瀉、葶藶子、防己。

(6) 合併慢性腎衰：

- > 應激反應時，可能腎血管痙攣，血中 BUN/CR 皆升高。
- > 離子紊亂，血鉀升高。
- > 補氣溫陽藥只能少量，以免閉塞。
- > 如黃耆可用到 15 錢，但人參、桂附劑量必須減下來。



(四) 急性高血壓^[16]

1. 病機：

- (1) 各種原因導致急速血壓升高、血管平滑肌收縮，服降壓藥仍不降之急性高血壓，須考慮因虛致實，忌大肆溫補、或強力瀉降。
- (2) 可能表現：肝腎陰虛、或肝腎陰陽兩虛，以致陰虛陽亢、肝風內動。

2. 主要治則：

- (1) 標本同治，須補腎顧本、疏肝緩肝，緩解交感神經、內分泌過亢。
- (2) 大補腎陰腎陽 + 疏肝緩肝 + 清熱。
- (3) 若高血壓合併高血鉀，桂附不得重用，以免腎血管痙攣，宜補腎 + 疏肝緩肝 + 清熱 + 引火歸元。

(五) 應激性眩暈^[21]

- 老年或體虛者，在壓力下產生急性眩暈症狀，可能伴隨急性高血壓、高血糖。
- 主要治則：大補腎陰腎陽 + 疏肝緩肝 + 清熱。

二、心理性病症的治則

(一) 焦慮症（包括廣泛性焦慮、畏懼症、恐慌症）

1. 健脾疏肝、緩肝

- (1) 焦慮、過度擔憂屬「思」的範疇，「思則氣結」，「思則心有所存，神有所歸，正氣留而不行，故氣結矣」。
 - > 「思傷脾」，思慮過度傷神損脾，脾壅木鬱以致肝脾不和，表現胸脇滿痛、納差、腹脹或痛、便溏、口苦咽乾、心煩或精神抑鬱。
 - > 肝氣鬱結，進一步可能肝鬱化火、肝火上炎，則表現眩暈頭痛、煩躁易怒、眠淺多夢、口乾口苦、舌紅、脈弦數等。
 - > 若肝腎陰虧於下，陽張於上，以致肝陽上亢，則出現頭暈目眩、頭脹痛、煩躁、燥熱、徹夜難眠、易倦、面紅熱、舌瘦薄紅絳、脈弦細數等陰虛陽亢症象。
 - > 肝氣犯胃則出現腸胃不適，如心下痞痛、泛酸、呃逆、噯氣。
 - > 或氣滯痰凝、痰氣互結阻於咽喉，導致喉中如有炙轡之「梅核氣」。
 - > 若思慮、焦慮過度，以致心煩不寧、急躁不安、無法放鬆，甚至伴隨悲傷、憂鬱，則為「臟躁」。
- (2) 焦慮症之諸多生理症狀是因交感神經興奮與骨骼肌緊張引起，以疏肝緩肝 + 清熱潛陽來緩解交感神經興奮與肌肉之緊繃。
 - > 交感神經興奮會帶來熱亢，故在疏肝緩肝的基礎上，視其熱象加清熱藥。



- 若偏腎虛陽亢，宜用黃柏清熱潛陽。
- 若偏實熱，宜用黃芩、黃連、黃柏。
- (3) 視臨床表現屬肝脾不和、或肝鬱氣滯、或肝鬱化火、或肝陽上亢、或痰氣互結或臟躁，施予健脾疏肝、或疏肝理氣、或清肝瀉火、或滋腎平肝潛陽、或散鬱化痰、或緩急安躁之方藥。
 - > 方如逍遙散、加味逍遙散、柴胡疏肝湯、柴胡清肝湯、建瓴湯或知柏地黃湯加懷牛膝、半夏厚朴湯、溫膽湯、甘麥大棗湯等。
 - > 單味藥以陳皮、砂仁、柴胡、白芍爲用。
 - 若胸肋腹痛可選用枳實、青皮、川棟子、元胡、木香。
 - 若肝鬱夾瘀可用川芎行氣化瘀開鬱。
 - 若泛酸明顯可用萊菔子降氣化痰。

2. 補腎

- (1) 害怕、恐懼屬「恐」的範疇，「恐則氣下」，「恐則精卻，卻則上焦閉，閉則氣還，還則下焦脹，故不行矣」。
 - > 「恐傷腎」，長期恐懼過度或突然意外驚恐，皆能使腎氣不固、氣泄而下，表現二便失禁、下肢乏力不能動彈或萎軟無力、滑精等，乃恐則氣下。
- (2) 恐懼、恐慌發作時，交感神經過度興奮（應激過度），以補腎 + 疏肝緩肝治療。
 - > 研究顯示，恐慌與正腎上腺素與 5-HT 系統調控的異常有關^[22]，疏肝可緩解交感神經興奮，緩肝可增加腦中 serotonin。
- (3) 視臨床表現屬腎陰虛、腎陽虛給予方藥。
 - > 若陰虛陽亢，恐懼但躁擾不好睡，可用知柏地黃湯加減。
 - > 若恐傷腎嚴重，長期處於過度恐懼，以致精神不濟、足寒肢冷、納差食少、性慾低落、沒有動力、足不出戶、長期賴在床上、遇事則恐、甚至悲傷憂鬱者，爲腎陽虛，可用桂附八味或右歸之類。
 - > 單味藥以地黃、何首烏、杜仲等補腎藥爲主。
 - 若陰虛陽亢，可用補腎 + 平肝法，如補腎藥 + 黃柏、懷牛膝、白芍，亢甚者可用重鎮平肝法，如生龍骨、生牡蠣、代赭石、黃連、黃柏、白芍、何首烏、杜仲等，或再加少量溫陽藥如玉桂子、附子引火歸元。
 - 若心神不寧、焦躁不安，可加大棗。
 - 若腎陽虛，可加乾薑、附子、玉桂子。

3. 整體治則以健脾 + 疏肝緩肝 + 補腎，視其陰陽、虛實而予化裁。

- (1) 若偏腎虛陽亢，則滋腎陰中加平肝降逆、清熱潛陽或重鎮安神之藥，或加少量桂附引火歸元。



(2) 若焦躁不安、心神不寧、不易放鬆、甚至伴隨悲傷、憂鬱，則加重疏肝緩肝。

(二) 憂鬱症

1. 補氣

(1) 憂鬱、悲傷屬「悲」的範疇，「悲則氣消」，「悲則心系急，肺布葉舉，而上焦不通，榮衛不散，熱氣在中，故氣消矣」。

> 「憂傷肺」，指過度悲憂使氣消耗，由於肺主一身之氣，所以悲憂易傷於肺，使肺氣耗傷，意志消沉，症見情緒低落、疲倦乏力、少氣、缺乏活力等氣虛表現。

> 肺為氣之主，腎為氣之根，若憂鬱、悲傷日久，也會傷及腎氣，即「久病入腎」。

2. 補腎溫陽

(1) 憂鬱症患者對日常生活中原有的興趣缺缺、缺乏動力、運動遲滯、言語緩慢甚至懶言、面目恍白無神、精神不振、絕望、自卑、喜獨自封閉、喜臥、不喜外出與他人互動，表現為一派陽虛之象。

(2) 「腎主藏志」，志者誌也，指記憶力。憂鬱症也可能出現注意力差及記憶變差，特別常見於老年憂鬱的假性失智。

(3) 治療以補腎溫陽為主，來提振一身的陽氣、精神。

> 方如桂附八味丸、右歸丸、右歸飲、半夏天麻白朮湯、附子湯、真武湯等。

> 單味藥以熟地（何首烏）、山茱萸、炒杜仲、玉桂子、附子、乾薑為用，補腎藥中加黃耆可協助補腎。

> 若兼脾虛，見納差、痞脹、溏便，甚至脾虛痰濕內阻，虛風上擾，致「足太陰痰厥頭痛」而發眩暈、頭痛，可用半夏天麻白朮湯 + 炒杜仲。或補腎藥中加陳皮、砂仁、二朮、茯苓、半夏，眩暈甚則加天麻。

> 若脾腎陽虛水泛，見納差、營養不良、肢體浮腫，可在補腎藥中加二朮、茯苓、澤瀉、乾薑、附子、玉桂子，溫陽利水。

> 若心煩不寧、急躁不安、無法放鬆、悲傷憂鬱欲絕，可用右歸飲，或半夏天麻白朮湯加炒杜仲，再加大棗、甘草、龍眼乾、糖來緩肝。

3. 健脾、疏肝緩肝

憂鬱症患者亦可能有焦慮、恐懼、睡眠障礙的表現，則治參見焦慮症之健脾疏肝、緩肝之內容。

4. 整體治則以補腎（補氣）溫陽 + 健脾 + 疏肝緩肝，視其憂鬱、悲傷、情緒低落、焦慮、失眠之程度給予化裁。



- (1) 當嚴重低落連生活失去動力、喪失生命意志時，可大補腎陰腎陽，方如右歸飲、腎氣丸。
- (2) 若只是輕度憂鬱、但較為焦慮、心神不寧，以補腎 + 疏肝緩肝為主，如熟地、炒杜仲、黃耆、柴胡、白芍、大棗。或以半夏厚朴湯合甘麥大棗湯。
- (3) 當病情緩解，湯藥仍需服一段時間，較能鞏固療效，以預防復發。

病案討論

案 1 老人應激性高血糖

74 歲女性。104/109 年 = 缺血性中風。108 年 = 腦血管瘤破裂 ICU。

慢性腎衰 1/2 期，免疫性膚炎，高血壓，糖尿病，濕疹。

平日血糖 AC-glu=145-160 mg/dL，無服西藥。

112/1/13 AC-glu=231 mg/dL，囑預防中風，須配服西藥。

< 處方 > 水煎藥

黃芩 4、黃連 3、黃柏 4、陳皮 5、砂仁 5、何首烏 10、炒杜仲 10、黃耆 15、附子 3、玉桂子 5 (單位：錢)。

註：

112/1/18 來電 = 服西藥後即停用中藥。

> Ac-glu=303 mg/dL / SBP=200 mmHg 西藥不降，嗜睡，記憶差。囑快服前方 (日 = 1.5 帖)

112/1/20 Ac-glu=180 mg/dL 反應善。

112/1/28 Ac-glu=157-184 mg/dL。同 1/13 方 = 10 帖 (日 = 1.5 帖)

< 治療思路 >

病患患有糖尿病，在中藥治療下，血糖平日維持在 Ac-glu=145-160 mg/dL。112/1/13 時值寒流來襲，老人應激反應過度，血糖急速升高，故以大補腎陰腎陽 + 補氣穩定腎上腺軸線功能，以清熱抑制高血糖的熱象，囑配服西藥。然而，病患服西藥後自停中藥，1/18 血糖更高、血壓亦高，服西藥不降、意識狀態改變，為肝風內動症象，故囑加重服藥劑量。

切忌看到血糖高、血壓高就以重鎮平肝加清熱治療，應探究背後病機，以免虛虛之害。

案 2 天冷高血壓

55 歲男性。48 歲曾腦血管痙攣，51 歲膽囊炎術除。服西藥血壓不降，BP=150/95



mmHg。

項強，頭暈目眩，後項抽痛，頸肌纖維硬。目熱面赤晦暗，易倦，晨胃脹顯 / 晚間善。

體胖，眠淺易醒，納便常。內痔，濕疹反覆。

舌胖大暗紅下瘀，脈弦緊。

< 處方 > 水煎藥

熟地 5、山茱萸 4、炒杜仲 8、玉桂子 1.5、黃柏 8、陳皮 8、砂仁 4、黃耆 10、丹參 8、大棗 8（單位：錢）。

註：以上處方服 5 周（共 35 帖）後，諸症皆有改善，血壓 130/85 mmHg。

天冷血壓高，心搏快

< 處方 > 水煎藥

何首烏 5、炒杜仲 8、柴胡 4、白芍 3、大棗 5、黃芩 4、黃柏 4、川芎 4、丹參 4、黃耆 10（單位：錢）。

註：以上處方服 14 帖後，復遇寒流，血壓穩定。

< 治療思路 >

病患平素血壓高，頭暈、目眩、目熱面赤晦暗、眠淺易醒、舌胖大暗紅下瘀、脈弦緊，為腎虛陽亢兼肝鬱挾瘀症象，以補腎（引火歸元）+ 潛陽 + 緩肝 + 化瘀施治後，血壓平穩。然而，遇天冷則高壓復高、心搏快，為應激性高血壓之表現，故以補腎 + 疏肝緩肝 + 清熱 + 化瘀施治，復遇寒流血壓穩定。

案 3 老人肺性腦病 / 感染性應激

93 歲男性。

（112/11/28 肺炎喘咳 ICU=2 日→113/1/16 出院）

（113/1/18 復肺炎喘咳入院→113/1/30 出院）。住院期間曾腸阻塞禁食。

檢 113/1/23 Hb=8.8 g/dL Cr=1.1mg/dL WBC=10.6x10³/uL

初診 113/2/3

鼻胃管 + 尿管，癱坐輪椅，只能管灌牛奶。大便 / 須浣腸。

喘咳甚，痰多，意識差，血氧低 / 戴氧氣，面浮腫，全身水氣。

稍微進食（粥品）→即喘咳甚→血氧 90% →目直上→發癲癇。

唇紫暗 / 舌瘦薄淡紫，脈弦細弱。

< 處方 > 水煎藥

麻黃 1.5、桂枝 5、黃芩 4、黃連 1.5、連翹 4、陳皮 8、砂仁 5、半夏 4、乾薑 1.5、附子 1.5、黃耆 20、炒杜仲 8、茯苓 5、大黃 1（單位：錢）。2 帖



註：囑湯藥濃縮成 320cc/ 分八次灌服（包括加入 5 次牛奶內），注意反抽消化狀況。

二診 113/2/5

痰大減，體力進步，納增，想吃東西，二便可 / 塞劑，眠淺 / 助眠劑。

< 處方 > 水煎藥

同初診方 2 帖。

註：今晨家人餵粥 = 再三告誡。

三診 113/2/7

今日復 = 痰多 + 嗜睡。

< 處方 > 水煎藥

麻黃 1.5、桂枝 5、黃芩 4、黃連 1.5、連翹 4、陳皮 8、砂仁 8、川芎 4、乾薑 1.5、附子 1.5、黃耆 20、炒杜仲 8、茯苓 5、大黃 1（單位：錢）。9 帖

四診 113/2/16

血氧正常 / 3 日無須戴氧氣，大便日 2 行。體力好，無痰音，多言 / 但常答非所問。

< 處方 > 水煎藥

柴胡 4、桂枝 5、黃芩 4、黃連 1.5、連翹 4、陳皮 8、砂仁 8、川芎 4、丹參 4、乾薑 1.5、附子 1.5、黃耆 15、何首烏 5、炒杜仲 8（單位：錢）。7 帖

五診 113/2/23

無痰 1 周，步行器行穩且快 / 神佳 / 眠可，睡前會胡語。

餵食（米漿 / 油條 / 蚵煎） = 囑須軟爛食物。

< 處方 > 水煎藥

柴胡 4、桂枝 5、黃芩 4、連翹 4、陳皮 8、砂仁 5、川芎 4、乾薑 1、附子 1、黃耆 15、何首烏 8、炒杜仲 8、大棗 8（單位：錢）。7 帖

< 治療思路 >

病患反覆肺炎住院且高齡、血紅素偏低、慢性腎衰、血氧偏低等虛衰現象，處於正虛邪戀狀態。初診考慮引邪出表、扶正、清除病理產物，治則為解表 + 清熱 + 補腎補氣溫陽 + 化痰利濕 + 通腑。麻黃解表、宣肺平喘外，亦通行十二經脈，促進神經傳導，可通竅醒腦，改善意識。無使用柴、芍，乃因此時正虛，無力應激，以補腎補氣扶正為主。腎不虛，肝就不橫逆，補腎藥亦能預防正氣來復時應激反應過度。



四診血氧正常、體力佳、無痰音、大便日2行，故去麻黃、大黃，減黃耆。加入柴胡、加重補腎藥，預防正氣來復時的應激反應。

案4 特定畏懼症 / 恐則氣下

54歲女性。焦慮恐懼、心悸氣短，服 Duxetine 30mg 1# QD 5年，減藥失敗2次。過往遭家人對待的負面經驗、話語、畫面（虎咬人），在早上起床後浮現則溏便 / 冬天好發，溏便後人虛、腳沒力。

眠佳，納常，冬天口乾。

舌暗紅，苔薄白，下瘀深，脈細。

初診 113/1/24

<處方> 科學藥粉

六味地黃丸 8、柴胡 1、白芍 1、大棗 1.5、黃柏 1、附子 0.5、乾薑 0.5（單位：克）。3x7日

註：給予處方外，同時指導病患改變其對恐懼話語、畫面固有的扭曲想法（認知治療）。

二診 113/1/31

服前方口乾，恐則溏便。

<處方> 科學藥粉

六味地黃丸 8、柴胡 1、大棗 1.5、黃柏 1、川芎 1.5、陳皮 1、砂仁 1（單位：克）。3x3日

三診 113/2/21

外感 / 服西藥。早上起床恐懼、足無力，痞脹。

<處方> 科學藥粉

何首烏 2、杜仲 2、黃耆 1.5、柴胡 1、白芍 1、大棗 1.5、黃柏 1、川芎 1.5、蒼朮 1（單位：克）。3x3日

四診 113/2/24

緊張則便溏、人虛無力，但無恐懼。溏便後則緊張緩解。無口乾。舌下瘀 = 減。

<處方> 科學藥粉

何首烏 2、杜仲 2.5、黃耆 2、柴胡 1、大棗 1.5、黃柏 1.5、川芎 1.5、蒼朮 1.5、乾薑 0.5（單位：克）。3x4日



五診 113/2/28

緊張恐懼改善，已無溏便，人不虛。整天痞脹。

<處方> 科學藥粉

何首烏 1.5、杜仲 2、黃耆 2、柴胡 1、白芍 1、黃柏 1.5、川芎 1.5、蒼朮 1、陳皮 2、乾薑 0.5（單位：克）：3x7 日

六診 113/3/6

無發緊張恐懼，痞脹減。

<處方> 科學藥粉

何首烏 1.5、杜仲 2、黃耆 2、柴胡 1、白芍 1、黃柏 1.5、川芎 1.5、陳皮 2、砂仁 1、乾薑 0.5（單位：克）。3x7 日

<治療思路>

病患焦慮恐懼、心悸，初診以補腎+疏肝緩肝+少量溫陽，選用乾薑、附子溫中止瀉，緩解其恐則氣下（溏便/人虛/腳無力）之臨床表現。但服藥後口乾，二診去薑附，加陳皮、砂仁，改以補腎+疏肝緩肝+健脾施治。三診考慮到六味地黃丸中熟地較為滋膩，改以單味藥何首烏、杜仲補腎。治則以補腎補氣+疏肝緩肝+健脾，在補腎的基礎上加強補氣，可加強補腎功效。四診起無口乾，復加少量乾薑。

參考文獻

1. Stress Outcomes/Response To Stressors.
<https://jackwestin.com/resources/mcat-content/stress/stress-outcomes-response-to-stressors>
2. Physiology, Cortisol.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538239>
3. 應激反應。
<https://www.iloencyclopaedia.org/zh-TW/part-v-77965/psychosocial-and-organizational-factors/stress-reactions>
4. Eric P. Widmaier, Hershel Raff, Kevin T. Strang 著，潘震澤譯，人體生理學：身體功能的作用機制（四版）。臺北市，麥格羅希爾，2013：322。
5. 安保徹著，夏淑怡譯，免疫革命（一版）。臺北市，麥田出版社，2004：35, 55。
6. Koopman FA, Chavan SS, Miljko S, et al. Vagus nerve stimulation inhibits cytokine



- production and attenuates disease severity in rheumatoid arthritis. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2016 Jul 19;113(29):8284-9.
7. Johnston GR, Webster NR. Cytokines and the immunomodulatory function of the vagus nerve. *Br J Anaesth*. 2009 Apr;102(4):453-62.
 8. Zefferino R, Di Gioia S, Conese M. Molecular links between endocrine, nervous and immune system during chronic stress. *Brain Behav*. 2021 Feb;11(2):e01960.
 9. Garcia-Reyero N. The clandestine organs of the endocrine system. *Gen Comp Endocrinol*. 2018 Feb 1;257:264-271.
 10. Yavropoulou MP, Sfrikakis PP, Chrousos GP. Immune System Effects on the Endocrine System. [Updated 2023 Nov 8]. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al., editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-.
 11. What Is General Adaptation Syndrome (GAS)?
<https://www.verywellhealth.com/general-adaptation-syndrome-overview-5198270>
 12. 施癸瑜、李明濱、李世代、郭聖達，壓力與健康：生理病理反應。北市醫學雜誌，2004：1(1)：17-24。
 13. Goncharova N, Bowden D, Johnson E. Editorial: The HPA axis and aging: individual features, age-related pathology. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023 Jun 2;14:1222033.
 14. Yiallouris A, Tsioutis C, Agapidaki E, Zafeiri M, Agouridis AP, Ntourakis D, Johnson EO. Adrenal Aging and Its Implications on Stress Responsiveness in Humans. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2019 Feb 7;10:54.
 15. 黃怡萍，重症患者血糖控制的重要性。防癆雜誌，2009年夏季號，29-31。
 16. 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，2022：244, 289-292。
 17. Vedantam D, Poman DS, Motwani L, Asif N, Patel A, Anne KK. Stress-Induced Hyperglycemia: Consequences and Management. *Cureus*. 2022 Jul 10;14(7):e26714.
 18. Dungan KM, Braithwaite SS, Preiser JC. Stress hyperglycaemia. *Lancet*. 2009 May 23;373(9677):1798-807.
 19. 傅彬貴、李博仁，急重症患者及敗血症患者之血糖控制——一個持續爭論的議題。內科學誌，2011：22：121-132。
 20. 許芸禎、許秀卿、陳志道，高血壓危象的臨床評估與治療。家庭醫學與基層醫療，2016：31卷6期，172-177。
 21. 鄭淑鎂，中醫常見神經科疾病診治心法書。新北市，宏道文化事業有限公司，2024：17, 34, 154, 161。



22. Michael Gelder, Richard Mayou, Jhon Geddes 原著，陳俊欽等編譯，精神醫學第一版。臺北市，藝軒圖書出版社，2001：141-161, 170-174。
23. American Psychiatric Association 原著，臺灣精神醫學會譯，DSM-5[®] 精神疾診斷準則手冊（初版）。新北市，合記圖書出版社，2014：93-99, 115-123。
24. 鄭淑鎂、簡鸞瑤、陳俐蓉，中西醫結合新辨證論治學。新北市，宏道文化事業有限公司，2023：67-71, 355, 358, 391。
25. 衛生福利部疾病管制署 -COVID-19 疫苗原理。
<https://www.cdc.gov.tw/Category/QAPage/0mRrri9JyeXhLq393QUakw>
26. 衛生福利部疾病管制署 - 疫苗簡介。
<https://www.cdc.gov.tw/Category/MPage/epjWGimoqASwhAN8X-5Nlw>

通訊作者：王國峰

聯絡地址：新北市板橋區文化路一段 30 號

聯絡電話：02-89681313

E-mail：kfwang20@gmail.com

受理日期：2024 年 10 月 7 日；接受日期：2024 年 10 月 29 日