



頸椎與枕骨大孔的神經病變所引起眩暈 之探討

程維德

程維德中醫診所

摘要

眩暈只是臨床上的一種症狀，有時是主要症狀、有時是次要症狀，各種原因都可以引起，本文探討主要集中在頸椎第三椎以上，經枕骨大孔至小天幕下的後顱窩，包含裡面的骨骼、肌肉、韌帶、脊髓、血管、小腦、延腦、橋腦、中腦等，及裡面的神經元、纖維等等各種組織的病變，導致引起眩暈及各種症狀，在本文中都有詳細敘述，從病例中不管是病毒性、創傷性或術後的截癱或高顱內壓等，用中西聯合治療，或中醫獨自治療等都有很好的效果。但最重要是如何正確診斷及用藥，所以這方面西醫的影像及實驗室檢查對中醫的辨證幫助就很大，而不再是只有症狀、舌象及脈象。也許有些醫師可以在脈象上診斷出腫瘤，但是良性、惡性或轉移的腫瘤就很難精確，腫瘤的位置大小更難知悉。如果是佔位的結核、膿瘍、寄生蟲更難區別；也許有些中醫師能依脈、依症開立藥物，或許也能對患者有所幫助，但大多數很可能是耽誤病情，然後讓中醫師在不斷挫折中得到一些教訓，這更容易讓中醫師誤入醫療糾紛的陷阱。因此藉助現代醫學影像及實驗室檢查是必要的，中西結合可以更明確知道眩暈的根源，然後再對症診斷、辨證用藥，是否應藉助西醫的手術及藥物等？重要是可以讓患者在有限的支出得到更精準的治療及更好的療效。

關鍵詞：頭暈、眩暈、平衡失調、截癱、育生學派

壹、前言

頸椎與枕骨大孔的神經病變，經常是久遠未癒的眩暈來源，因為會引起眩暈的機制複雜，主要涉及神經、血管和骨骼結構之間的相互作用，且頸椎在枕骨大孔與枕骨相接合，承接所有顱骨及內部大腦、小腦及腦幹的重量及壓力，尤其是腦幹中的延腦、橋腦出現病變時。這些涉及神經、血管、骨骼結構之間相互作用，包括延腦的感染、發炎、水腫、血腫、硬化、腫瘤、萎縮、空洞；枕骨大孔與頸一到三椎的內部脊髓神經細胞或纖維的先天分化發育問題、感染、發炎、水腫、



血腫、硬化、腫瘤、萎縮、空洞等等…。或繼發性傷害如創傷、手術、放射、化療、藥物等等治療都會引起血管發炎、神經組織的發炎、水腫或神經脫髓鞘等等，進而引發頭暈、眩暈、平衡失調或暈厥等等。

貳、正文

頭暈一般在內科上依據患者的病史通常可以分成四類：**眩暈、平衡失調、先兆暈厥或頭暈**。眩暈主要是錯誤的運動感覺，周圍環境有旋轉感覺或移動感；平衡失調是失去平衡感或搖晃；先兆暈厥是好像要失去意識或昏厥的感覺；頭暈是症狀模糊，可能感覺與環境脫節^[1]。本篇眩暈同時包含以上四種，主要是聚焦在頸椎與枕骨大孔的神經病變所造成的頭暈，可能是血管，也可能是神經，或是骨骼先天發育不良所致，或因為藥物治療、化學治療或放射治療所導致的。其它眩暈有一系列的文章討論，包含情志引起眩暈，本文只是一系列中的一篇。

高位頸椎中第一椎是寰椎，寰椎主要是承接整個大腦的重量最主要結構，而第二椎樞椎有一突起椎體在寰椎中，是固定及讓寰椎在裡面旋轉。顱骨在枕骨有一大孔稱為枕骨大孔，與寰椎相接，其中的骨髓、延腦在此相接合，延腦上有橋腦，後是小腦所在後顱窩；橋腦上緣前面是顱骨底部，上接中腦，與橋腦、延腦同屬腦幹，都在小腦天幕下，與大腦分屬不同的空間(見右圖一)^[2]。

所以小腦天幕下至枕骨大孔的空間，就是小腦、腦幹及下接枕骨大孔的寰椎內的脊髓，這些都屬在一個有限的空間。其內主要是神經細胞、神經纖維、血管、骨骼及固定支持的韌帶等等。也包含顱神經 CN III ~CN XII 及周邊神經的神經根，還有自主神經等等。很重要還有二條椎動脈供給高位頸椎、脊髓、小腦、橋腦、丘腦、及枕葉等等的血液，供給這些組織的血氧、血糖及營養。小腦天幕上下二個空間是在一個密閉的，所以膨脹的空間是很有限的，這也是很多問題產生的原因。椎動脈自鎖骨下動脈發出，然後上升穿過頸椎第六椎至第一椎(C6~C1)外側的橫突孔，自寰椎橫突孔穿出，繞經寰椎側塊後方的椎動脈溝，轉向上方穿過枕骨下三角，進入頸椎孔中，穿過硬腦膜及蜘蛛網膜後，會經由枕骨大孔進入顱腔。在腦橋下緣兩側椎動脈匯合成基底動脈，其分支供應高位頸椎脊髓，入腦、腦幹、

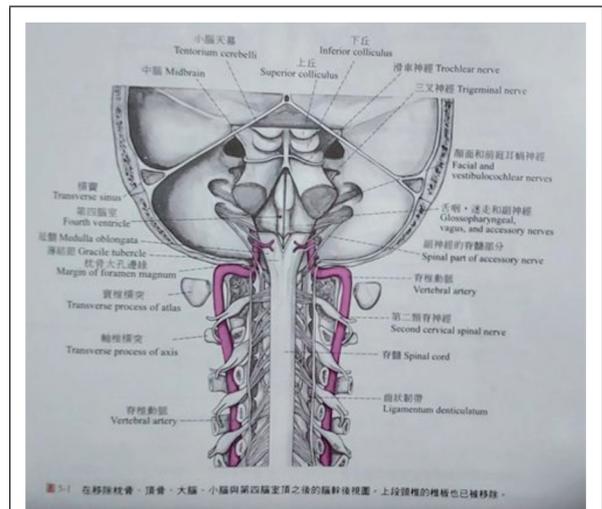


圖1、大腦、小腦、腦幹及高位脊髓後視圖。

翻拍自臨床神經解剖學P191。



小腦、丘腦、枕葉及內耳等部位的血液^{〔3〕}。因此血液供給是否足夠？血液是否有外在的感染？血管是否發炎？神經是否感染？頸椎及顱骨是否創傷？是否受到藥物傷害或輻射的傷害？等等問題所造成症狀幾乎都會有眩暈，但不一定是急迫處理的主要症狀。因此我將這些問題及治療做一個歸納，雖然解剖位置可以分成三段，枕骨大孔以下的高位頸椎段，指脊椎從第1至第4椎。其次是枕骨大孔至小腦天幕下，最後是天幕上的大腦對枕骨大孔神經的影響。這些在臨床上都是息息相關的，雖分成三段，但都是屬中樞神經，也包含脊髓（運動神經下降徑、感覺神經上升徑、自主神經）及周邊神經根等等，這些除周邊神經外其它都屬於上運動神經元（中樞神經），輕者眩暈、頭暈、頭痛、平衡差、暈厥等等症狀。嚴重時會造成癱瘓，包含四肢癱、偏癱、截癱（PARALYSIS）、單肢癱等等，其病因繁多可約略分為創傷性、佔位性、感染性、自體免疫、缺血性、遺傳或細胞異常分化性、繼發性傷害等等，下列依中西結合神經醫學中「育生學派」探討其病因、病機、治則及所用方劑簡略敘述^{〔2-4〕}：

1、**創傷性**：包含車禍、地震、槍砲彈藥、刀劍棍棒器械等等因外力因素造成顱腦及脊椎、脊髓的創傷、壓迫、骨折等等，如韌帶斷裂、椎體移位、脫臼、骨折、增生等壓迫脊髓或神經根或脊神經或血管等等。椎間盤脫垂、凸出也同樣會壓迫脊髓或神經根，造成脊髓神經，或脊椎的甩鞭效應血管及組織的頸椎高位損傷。或手術的後遺症，及輕微壓擠脊髓，或腦震盪等等。這些中樞神經的創傷不論急性期、慢性期或後遺症等，或多或少都有頭暈、眩暈、失平衡的症狀，但此時不一定是最重要的症狀，也有可能只是次要的症狀。下列是中西結合神經醫學中「育生學派」對創傷性的辨證論治法^{〔3,5-7〕}：

1.1 **急性期**：屬於中醫的癆熱症，輕者用藥物治療，嚴重者以神經外科的緊急手術為主（見圖2），而中醫配合則以活血化癥、清熱解毒、利水消腫、緩急止痛為治則，目的是要降腦壓、消腦水腫、抗痙攣（癲癇）。若無顱內壓升高時以育生乳沒四物湯合育生免疫過亢方、育生通經方加方為主，來活血化癥、清熱解毒、利水消腫。有顱內壓升高時會造成水柱式嘔吐者，以育生大柴苓湯（大柴胡湯+四苓）加方為主，加重四苓的利水藥物，佐以活血化癥、消腫止痛的乳沒四物湯或通經方等，及清熱解毒的免疫過亢方或黃連解毒湯或芩連柏等等。若手術剛結束後可飲水時，此時先用補中益氣湯加木香、延胡索、黃芩、丹參等先服3-5帖，後改用上述方劑。注意顱內壓高時要維持大便一日7-8次，正常時最好也有3-4次，以大黃遞加為優先。劑量到8錢時仍大便不順暢再加入芒硝，主要是疏通陽明腑氣，放鬆橫膈膜上下的壓力，讓三焦氣機運行通暢無阻。

1.2 **慢性期或穩定期**：以活血化癥、利水消腫、緩急止痛、通利九竅、填精生



髓、大補氣血及心腎陰陽等為治則。以育生十全大補湯、育生補陽還五湯、育生知柏地黃湯等合育生乳沒四物或通經方等加方。方中加入蒼朮、茯苓、澤瀉、乾薑、附子、肉桂、天麻、人參、川七、鹿茸等，或加入有活血通絡、通竅通絡走竄的蟲類藥物如地龍、水蛭、蟲蟲等等。方中也一定要重用顧護脾胃的藥物如白朮、蒼朮、陳皮、半夏、木香、砂仁、神麴、萊菔子、麥芽、山楂等等，因為大劑量的活血藥物會刺激腸胃黏膜；或補腎藥物及大劑量時藥物濃度高且會比較泥滯，因此顧護脾胃不但可以保護胃腸的黏膜，更可以促進藥物的吸收。

1.3 頸椎高位創傷急性期過後：術後但輕者肢體無力、感覺異常，頭暈、眩暈、失平衡；嚴重者癱瘓，可能為單癱、偏癱、四肢癱、截癱等等，甚至連二便都受影響，尤其在高位頸椎創傷（只 C4 以上），在枕骨大孔的頸一～三椎骨折，可能都必須緊急插管維持呼吸，通常會有部分或完全的四肢癱瘓或截癱。其實會造成截癱不只是顱頸、脊髓的創傷，下列佔位性病變，不管是腫瘤、結核、寄生蟲、膿瘍、感染發炎、或細胞分化突變或繼發性損傷等等也都造成四肢癱瘓或截癱。除了自體免疫性造成的癱瘓，要先治療自體免疫疾病所產生的攻擊，治療趨於正常後才開始治療截癱。否則大補氣血，大補陽氣後可能形成更嚴重的自體免疫攻擊，這點醫者要非常小心。所以可以將截癱（含四肢癱瘓）分成急性期與慢性期治療〔4,5,7〕：

1.3.1 截癱急性期（3 天內至 7 天內）：截癱發生的急性期階段，包括尚無西醫介入治療，以及經過神經外科手術脊椎固定等處置。治療原則為清熱解毒、活血化瘀、通經活絡。截癱急性期階段，若能積極讓中醫介入治療，則可大大縮短療程。截癱治療依上述分型處方有所不同：

1.3.1.1 病毒引起：用**大青龍湯合併黃連解毒湯**，加上乳香、沒藥、牛膝、地龍、杜仲、銀花、青蒿等。

1.3.1.2 創傷造成：用**乳沒四物湯**加桃仁、紅花、黃芩、麻黃、地龍、牛膝、杜仲等。

1.3.1.3 細胞分化突變所致：以脊髓梗塞症為例，可以**大柴胡湯合併補陽還五湯**，再加乳香、沒藥、牛膝、地龍、生杜仲、麻黃等。

1.3.1.4 繼發性原因引起的缺血性截癱：因手術等，可以**補陽還五湯**，加大黃、朴硝、麻黃、牛膝、地龍等。

1.3.2 截癱慢性期：可分近急性期與長期慢性期。前者通常指已經過了急性期，可延長到半年或一年；近急性期後則屬長期慢性期，兩期均屬氣虛、血虛、陽虛、寒瘀等證，所差別在於**近急性期**，**神經肌肉尚未萎**



縮，神經熱仍持續發生，肌陣攣依然亢進，此為神經系統不放棄地勉強奮鬥，無奈因醫者屢施以抑制；最後進入長期**慢性期**，神經肌肉均見**萎縮**。在慢性期的截癱治療依中醫辨證論治，分別以補表陽、氣血兩虛兼陽虛、腎陽虛、活血化瘀、通竅等法來治療，慢性期在臨床也要考慮久病入腎，病程進入腎陽虛兼寒瘀階段。故分型如下：

1.3.2.1 **表陽虛兼寒瘀證**，使用地龍散加方，即截癱一號方。

1.3.2.2 **氣血兩虛、陽虛兼寒瘀證**，使用十全大補湯加方，即截癱二號方。

1.3.2.3 **腎陽虛兼寒瘀證**，使用右歸飲加方，即截癱三號方。

1.3.2.4 **慢性期**也可用簡易區別截癱方的使用，**損傷在胸椎 12 椎以上，處以截癱二號方。損傷在胸椎 12 椎以下，處以截癱三號方。**治療一段長時間，療效無法進展時，可將二方互換使用。若使用一段長時間，療效又無法再進展，**改為補陽還五湯，或乳沒四物湯加方，並再加入薑、附、桂。**

1.3.2.5 **類固醇**：截癱一旦使用類固醇治療，**無論是否經過手術，都會進入「陽虛」階段**，所使用的藥物與未使用類固醇者完全不同；類固醇雖可抑制神經的發炎水腫，但也會影響神經傳導，使神經更不易自行修復，所以在使用中藥治療時必須作調整。故在截癱慢性期的治療用方，必須以大補陽氣活血化瘀，來溫化寒瘀、通經活絡為治療原則。

2、**佔位性傷害**：可分成**腫瘤性、出血性或膿瘍、結核、寄生蟲等等的佔位**，凡佔位皆會升高顱內壓，高顱內壓會造成顱內各種腦疝，壓迫大腦、小腦及腦幹等組織，會有嘔心、水柱式嘔吐、頭痛、眩暈等症狀（見圖 2、圖 3）。輕者用藥物治療，嚴重者以神經外科的緊急手術為主；而中醫配合則以活血化瘀、清熱解毒、利水消腫、緩急止痛為治則，目的是要降腦壓、消腦水腫、抗痙攣（癱瘓）。**腫瘤性佔位可能是原發性或繼發性的惡性腫瘤；原發性腫瘤**如膠質細胞瘤、星狀細胞瘤、寡樹突神經膠瘤、室管膜瘤、神經膠質母細胞瘤、腦膜瘤、胚細胞瘤等等。而**繼發性腫瘤**可能是肺癌、乳癌、肝癌等等身體各器官轉移來的；**良性腫瘤**如血管細胞瘤、室管膜囊腫、蜘蛛膜囊腫、類上皮囊腫、類肉瘤病、神經鞘（纖維）瘤、許旺氏瘤等等。**出血性佔位**就是顱內大腦、小腦的血管破裂所導致，一般稱為出血性中風，可能是高血壓、血管瘤、動靜脈畸形、藥物、創傷、腫瘤、凝血疾病、血管炎等等都會造成血管破裂出血等等，一樣會導致高顱內壓的上述症狀。**膿瘍佔位**位置有大腦、小腦及脊髓位置不同，主



要是細菌感染引起，**感染來源主要源自於中耳與鼻竇**，還有從血液或傷口（受傷或手術入路），及免疫不全的病人如黴菌感染等。**結核佔位**主要是結核桿菌感染，大部分都在肺部，可能轉移或直接跑到中樞神經，在大腦、小腦、脊髓或骨骼等等，在未開發國家較常見，其結核檢查（DPP）結果通常是陽性。**寄生蟲佔位**大部分從生食、生飲及傷口進入人體，最後跑到中樞神經，通常在磁共振造影可以見到寄生蟲的影像。在「育生學派」的中醫辨證論治如下〔3,5,6,7〕：

2.1 腫瘤性佔位：大部分都是局部神經症狀、或意外、或健檢時發現，而且大部位的腫瘤都有一定的大小，因此會產生局部神經症狀，或眩暈或單一肢體無力，或講話異常或性格突變，或癲癇發作，或視野缺損或失去平衡，共濟失調等等問題。尤其是成人第一次發作癲癇或視野缺損現時，一定要做大腦影像檢查。無論是急性、惡性、末期都需要中西結合的治療，在育生學派的思考認為所有腫瘤未經治療都是大熱症，而且是大癆熱症。若有高顱內壓形成腦疝，而壓迫擠壓腦幹，導致枕骨大孔小腦扁桃體疝時，導致嘔心、水柱式嘔吐時，輕者用藥物治療，嚴重者以神經外科的緊急手術為主；中醫治則以活血化瘀、清熱解毒、利尿消腫、緩急止痛為主，**目的是要降腦壓、消腦水腫、抗痙攣（癲癇）**。其急性期中西醫同治，也同於上述創傷急性期用法。若在後顱窩的小腦受到壓迫時，會導致小腦扁桃體脫出枕骨大孔而形成扁桃體疝，會有眩暈甚的症狀時，亦可以育生半夏天麻白朮湯合育生乳沒四物湯或通經方加方為主。腫瘤之治療，在化療、放療的初期，須防治肝腎心及血管內膜之灼傷，若病患的造血功能良好，用育生小柴胡湯合育生聖愈湯加方；若造血功能不良，用育生小柴胡湯合育生聖愈湯再加入乾薑、附子、肉桂、人參、川七、或再加鹿茸等。因此惡性腫瘤在化放療時，中藥介入治療的三階段應用如下〔5-7〕：

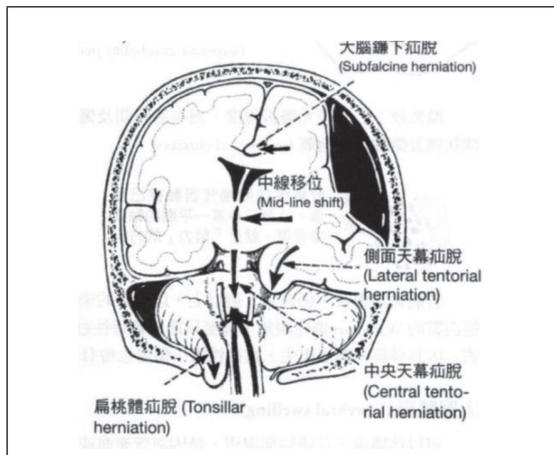


圖2、腦疝位置圖解。
翻拍自圖解神經醫學與神經外科學 P219。

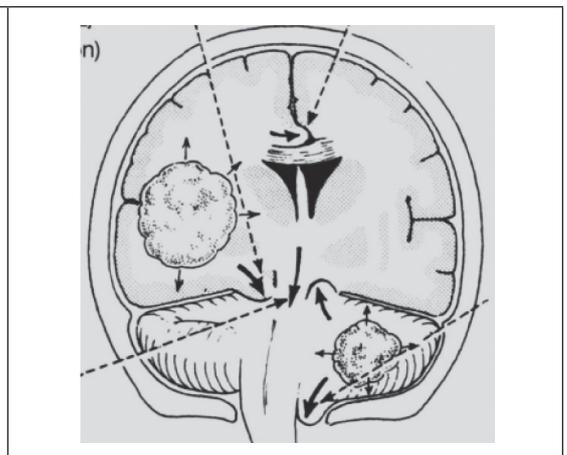


圖3、顱內腫瘤導致腦疝位置圖解。
翻拍自圖解神經醫學與神經外科學 P81。



- 2.1.1 育生小柴胡湯合育生聖愈湯+川七、用丹參、北耆、赤芍。
- 2.1.2 育生小柴胡湯合育生聖愈湯或育生+全大補湯+人參、川七、鹿茸、乾薑、附子、肉桂、黃柏或黃芩。
- 2.1.3 育生+全大補或育生右歸飲+人參、川七、鹿茸、乾薑、附子、肉桂、黃柏或黃芩。
- 2.1.4 在原發性膠質母細胞瘤（GBM）時或其他中樞神經惡性腫瘤時不要忘了要加入大劑量的活血藥物，如通經方、川七、乳香、沒藥、丹參、續斷、骨碎補、生杜仲、懷牛膝等等。
- 2.1.5 若術後服用中藥一日三次或二次時，可以攻補兼施，亦可早上偏補以補氣血陰陽合活血化癥爲主，晚上偏攻以活血化癥、清熱消腫爲主的服用法。
- 2.1.6 若因腫瘤化放療產生癱瘓或截癱，不論是完全或不完全截癱都比照上述截癱治療，但一定要注意該腫瘤標記及影像，苦寒藥物一定要加重，避免腫瘤復發或擴大。要用大補陽的乾薑、附子、肉桂時，須少量自 0.5 錢或 1 錢開始，先用附子、次用肉桂、後用乾薑。
- 2.2 出血性佔位：包含腦與脊髓的血管出血，大多是血管本身的問題，如動脈瘤、靜脈瘤、動靜脈畸形（AVM）、煙霧病（Moyamoya disease MMD）等等。其它如高血壓、藥物、創傷、腫瘤、凝血疾病、血管炎等等都會造成血管破裂出血。一樣會導致高顱內壓的各種腦疝問題，急性期仍需神經外科介入，術後及穩定期治療同上述創傷性〔3,5,7〕。
- 2.3 膿瘍佔位：腦膿瘍主要原因是感染，細菌性佔絕大部分，尤其在免疫不全，或年紀較大的患者會比較常見，一般會有感染症狀及局部神經受壓迫症狀。感染症狀如發燒、惡寒、頭痛、喘、咳、頸項僵直徵等等。還有因爲膿瘍佔位壓迫局部神經的症狀及顱內各種腦疝，嚴重者嘔心、水柱式嘔吐、頭劇痛、意識模糊等等。治療同上述創傷佔位或腫瘤佔位，可用柴芩湯加黃芩、黃連、黃柏、青蒿、知母、地骨皮、麻黃；若高燒，將黃芩、黃連、黃柏、青蒿加重〔3,5,7〕。
- 2.4 結核佔位：結核菌初期腦轉移造成腦膜炎、腦膿瘍均屬少陽熱；結核菌感染時會有結核熱的症狀，如肺、骨髓、輸卵管、輸尿管、輸精管的結核菌轉移到脊椎，甚至腦部，都表現爲少陽熱。此時，中醫用養陰退熱加通經活絡，通經活絡用地龍、牛膝、杜仲、續斷、骨碎補；養陰用元參、桔梗、青蒿、知母、地骨皮、黃柏、天冬、麥冬、生地、秦艽等等。少陽熱時初



期治療，用育生小柴胡湯加青蒿、知母、地骨皮；後期可用八仙長壽湯加青蒿、知母、地骨皮，或知柏地黃湯加青蒿、地骨皮、柴胡、銀柴胡、天門冬、麥冬…等。無法取效時則改為左歸飲，或上述方劑加龜板膠、鹿角膠。若引起結核性腦膜炎，治療重點在眩暈及引流後的辨證。眩暈者，以育生半夏天麻白朮湯加青蒿、知母、地骨皮；引流後，仍高熱者，以育生溫膽湯加青蒿、知母、地骨皮〔3,5,7〕。

2.5 寄生蟲佔位：大部分的感染途徑是生食或飲用生水，或戲水從鼻腔進入腦組織，尤其是生食肉類、魚類；或傷口污染或接觸感染動物的糞便等等。寄生蟲如原蟲類中的弓漿（形）蟲、福氏耐格里阿米巴原蟲、旋毛蟲、encephalitis 鎌狀瘧原蟲；其它如豬肉條蟲、都會導致腦病，有頭痛、頭暈、發燒、淋巴結腫大、倦怠、衰弱、意識不清、抽搐、昏迷及部神經徵候等等症狀。寄生蟲腦病初期感染發病是太陽、陽明的表風熱，用育生葛根湯+黃芩、青蒿、知母、地骨皮、丹皮、黃連、黃柏，重用黃芩，並加入驅蟲藥物烏梅丸、保安萬靈丹、使君子、檳榔、苦楝皮、百部、蕪荑、鶴蝨、雷丸、雄黃等等，擇一、二種藥物重用。或瘧原蟲所致的腦病時，將主方改成育生小柴胡湯、常山飲、截瘧七寶飲等為主方，加青蒿、知母、地骨皮、牡丹皮、柴胡、常山、黃芩、黃連、黃柏等等，加重青蒿或常山劑量；若有高顱內壓症狀時比照上述腫瘤或創傷，一樣以降腦壓、消腦水腫、抗痙攣（癲癇）為治則，此時主方同上述柴芩湯為主再加入同上述抗瘧藥物常山、青蒿、柴胡等，可以中西合併治療，嚴重時需神經外科手術移去寄生蟲或引起的膿瘍，後期則以治療損傷的神經症狀為主，以育生補陽還五湯加乾薑、附子、肉桂、人參、川七、鹿茸、天麻、黃芩的加方為主。若眩暈嚴重合育生半夏天麻白朮湯〔3,5,7,8〕。

3、感染性：引起腦部感染、導致腦部發炎主要分成四類，細菌、病毒、微生物、真菌類等。感染途徑有鼻腔、中耳、傷口、血液等等。常見腦部發炎如腦膜炎、脊膜炎、腦炎、腦脊髓炎、脊髓灰質炎、寄生蟲腦病、膿瘍、結核性腦病、病毒性腦病、梅毒性腦病等等。這些感染及治療同上述膿瘍佔位、結核佔位、寄生蟲佔位等〔3,5,7,8〕。

3.1 神經性梅毒性引起的腦病是梅毒螺旋體，可由性行為及母子垂直感染，傳染到腦或脊髓，診斷用血液檢查，細菌、微生物、真菌、寄生蟲的治療主要是抗生素，梅毒螺旋體也是。中醫用育生龍膽瀉肝湯、育生黃連解毒湯、免疫過亢方或當歸龍薈丸等等，加黃芩、黃連、黃柏、保安萬靈丹或雄黃之加方；平時用土茯苓、萆薢煮後當水喝。



- 3.2 腦部感染四類除病毒類外，其餘三種可以用血液檢驗出來，病毒類有些已經有抗病毒試劑可以篩檢，如 SARS-COV-2 及 A 流感、B 流感等等，其它病毒不一定有。但如其它三類的血液檢驗及腦脊髓液（CSF）檢驗沒有感染，而影像顯示腦部發炎，這時候病毒性感染發炎的機率就非常高。病毒性腦病西醫除了抗病毒藥物外，其它都只是支持療法，等待免疫系統戰勝病毒。
- 3.3 中醫對感染發炎性腦病基本上分急性期、穩定期及修護期；急性期時是太陽、陽明表風熱或三焦實熱，用育生葛根湯合育生黃連解毒湯或免疫過亢方加銀花、大青葉、土茯苓、青蒿、知母、地骨皮等等之加方，方中加重黃芩、黃連、黃柏。若有水痘、疱疹病毒、梅毒時則再加雄黃或保安萬靈丹；若為原蟲、或寄生蟲則加驅蟲藥物；若結核感染則加柴胡、青蒿、常山等截瘧藥物；不管在那一期都要用大黃保持大便通暢，一日 3 次以上，尤其在急性期。
- 3.4 進入腦病的穩定期是餘熱未盡期，用育生小柴胡湯、育生地骨皮飲、育生補陽還五湯、育生聖愈湯、育生黃耆五物湯等等，加青蒿、知母、地骨皮、黃芩等；頭暈甚加天麻，癲癇加天麻、鈎藤、三蟲（全蠍、蜈蚣、白僵蠶）；若高熱已除或過用類固醇及抗生素，而表現真寒假熱時在方中加入乾薑、附子、肉桂；若引流過度有陰虛現象，加入麥冬、天門冬、生地黃、玄參、沙參等；若腎功能不全，尿素氮（BUN）、肌酸酐（Cr）過高時，加入丁豎朽、忍冬藤，或乾薑、附子、肉桂、鹿茸等。若血中蛋白偏低時，育生小柴胡湯合五苓散，形成柴苓湯，再加入補陽還五湯，或用育生腎炎方加方。上述四類感染需要時時注意患者可能會因為免疫力下降，而再次細菌感染形成菌血症，之後導致敗血症。通常敗血症低血壓是在感染後 12~16 小時內發生，高齡患者尤其要注意不要忽略低燒，因為患者平常耳溫可能在 35 度以下。
- 3.5 在修護期是感染性腦病後期或後遺症時，此時可能仍有神經功能的缺損，這時候是機體無力修護損傷神經，在中醫主要是陽虛兼有血瘀或痰濕，陽虛有脾胃陽虛、腎陽虛，可能也會兼有腎陰虛。因此可用育生補陽還五湯、育生十全大補湯、育生右歸飲等，加乾薑、附子、肉桂、黃芩、人參、川七、鹿茸、青蒿、知母、地骨皮等加方。若胃口差、脾胃吸收不量者合育生香砂六君子湯或參苓白朮散等。若眩暈嚴重合育生半夏天麻白朮湯。若腎陰虛低熱時可合育生知柏地黃湯。

4、自體免疫性^[3,5,7]：引起中樞神經腦部與及脊髓的自體免疫攻擊的疾病，主



要是引起神經脫髓鞘及血管炎，疾病如多發性硬化症（MS）、視神經脊髓炎（Devic 病）、急性播散性腦脊髓炎（ADEM）、同心圓性硬化（Balo 病）、亞急性硬化性全腦炎（SSP）、進行性多灶性白質腦病（PM）、系統性紅斑性狼瘡（SLE）、僵直性脊椎炎（AS）、類風濕（RA）、血管炎等等自體免疫攻擊造成神經脫髓鞘或血管發炎、阻塞、狹窄，產生中樞神經的各種症狀，如視力障礙、眼肌麻痺、眼球運動障礙、複視、眼球震顫、共濟失調，頭暈、眩暈、構音不清，感覺異常、麻木，記憶障礙、抑鬱、焦慮、脾氣暴躁，或淡漠、嗜睡、反應遲鈍，甚則癲癇，尿失禁、尿瀦留，便秘或排便困難，肢體無力，嚴重者癱瘓，可能為單癱、偏癱、四肢癱、截癱等，尤其自體免疫攻擊在頸椎第一~三椎時更容易導致癱瘓或截癱。所以自體免疫性腦病症狀多元，頭暈、眩暈只是其中一部分症狀。自體免疫疾病與惡性腫瘤未治療之前，稱為「本態」，**育生學派認為都是都是大熱症**。自體免疫疾病在血液檢查及影像上都會出現異常，尤其在腦部及脊髓的磁振造影（MRI）影像上，可以找到腦部及脊髓局部被攻擊發炎處，**實驗室的血液檢查及腦脊髓液（CSF）可以找到「抗 XX 抗體」**，不同的免疫疾病有不同的「抗 XX 抗體」。治療可分為急性期及慢性期如下：

4.1 急性發作時期是太陽、陽明表風熱或三焦實熱，感染是重要的誘發因素，尤其是病毒感染。因此以育生大青龍湯、育生葛根湯、免疫過亢方或育生黃連解毒湯加青蒿、知母、地骨皮為主的加方，方中重用黃芩、黃連、黃柏等等清熱解毒藥物。

4.2 在慢性期仍續用急性期的方劑，但可以慢慢遞減類固醇及免疫抑制劑，但要經常監測血檢對應「抗 XX 抗體」及 C 反應蛋白（CRP）、紅血球沉降速度（ESR）的數值，若有高過標準值時要特別小心自體免疫攻擊變嚴重，因此要加重清熱解毒藥物的劑量，如黃芩、黃連、黃柏。過用類固醇或免疫抑制劑或清熱解毒藥物過用時，可在原方中再加入少量的乾薑、附子、肉桂等，但乾薑、附子、肉桂應用在免疫疾病要非常小心，尤其是乾薑會讓**免疫攻擊變強**，故自體免疫疾病血檢數值未恢復正常時要特別注意。若患者有截癱症狀，在慢性期時可比照上述截癱治療，但仍隨時要注意是否會引起自體免疫攻擊，方中的苦寒藥物劑量要加重；並可加入**補肝腎陰虛**的藥物，如山茱萸、何首烏、生地黃、天門冬等，能讓免疫系統回歸正常；亦可加入**疏肝藥物**如柴胡、白芍、川楝子、香附、青皮等以緩和患者情緒。這樣可讓免疫系統可以處在比較陰陽平衡的狀態。

5、**缺血性**^[3,5,7]：缺血性病變主要是顱內血管或脊髓血管的**梗塞或栓塞性**，梗塞是指血管因粥狀硬化導致血管動脈狹窄或阻塞；而栓塞指的是其他器官中的栓子流到椎動脈、基底動脈導致血管狹窄或阻塞。在枕骨大孔內主要是二條椎動



脈、匯合成基底動脈及一條前脊椎動脈及二條後脊椎動脈，前後脊椎動脈來自二條椎動脈，而椎動脈不但是高位脊椎血液供應，也供應後下小腦動脈、迷路動脈（內耳），匯合成基底動脈還供應前下小腦動脈、內聽動脈、橋腦動脈、上小腦動脈及後大腦動脈，進入威利氏環，在透過後交通動脈與內頸動脈匯合，構成完整的威利氏環。枕骨大孔到整個後顱窩，椎動脈不論是**梗塞或栓塞造成血管狹窄或阻塞**，最突出症狀應該是頭痛、頭暈、眩暈，甚至暈厥，這可能是暫時性腦缺血（TIA），或梗塞性腦中風，或栓塞性腦中風。症狀可有旋轉感、搖擺感、不穩感、浮動感、失平衡、失定位感、昏沉感等。其它如後頭痛、頸椎痛、嘔心、嘔吐、耳鳴、聽力下降、記憶減退、共濟失調等等。經常發生於姿勢改變如回頭轉頸、起床臥床、過度屈伸頸部或旋轉過度等等，頭頸體位改變後突然發生；有時因高位頸椎按摩過度、或整脊，或洗頭仰躺頸部彎曲時間過久，症狀有瞬間出現或持續數秒，也有長達整天或數日，嚴重者甚至癱瘓，但多數持續時間較短，發作頻率不一等等。所以**椎動脈供血不良、高位頸椎及枕骨大孔中的神經病變**，是導致眩暈最重要原因之一。這時中醫治療眩暈嚴重以育生半夏天麻白朮湯為主，加乾薑、附子、肉桂、黃芩、人參、川七、鹿茸等，加重天麻，薑附桂總量超過一兩時黃芩至少要3~4錢，以抑制薑附桂燥熱之性。若梗塞或栓塞嚴重時用育生補陽還五湯為主，加方同上，頭痛嚴重可加吳茱萸。在慢性期時以育生補陽還五湯加方為主；不進步時合育生十全大補湯加方，再不進步時合右歸飲加方。若脾胃差吸收不良可加焦三仙（炒山楂、炒神麩、炒麥芽）；或陳皮、半夏、木香、砂仁等；或合育生香砂六君子湯等加方。

6、**遺傳或細胞異常分化性**：主要是囊腫、原發性腫瘤、契阿利氏畸形（Chiari malformation）、丹沃二式症候群（Dandy-Walker syndrome）、脊髓空洞症等等皆是細胞異常分化或發育不良所導致的〔3,5,7〕：

6.1 **囊腫**：可能是蜘蛛膜囊腫或腦室膠體囊腫，或小腦膿瘍、結核，或細胞分化不良產生腫瘤等等，會影響產生高顱內壓，壓擠小腦扁桃體從枕骨大孔疝出。這些治法同上述腦的感染發炎、膿瘍、結核及腫瘤佔位治法，神經外科手術後，中醫仍可對患者有很大的幫助，或引流過度時用上述育生半夏天麻白朮湯或育生溫膽湯加方治療。

6.2 **契阿利氏畸形（Chiari malformation）**：這是先天異常的小腦發育，延腦與脊髓交接處發育畸形，小腦扁桃體（tonsil）位於枕骨大孔的下方，會壓擠腦脊髓液在脊髓內外的循環，有症狀患者會有脊髓積水、脊髓空洞症、及水腦症（10%）等等，但也可能不會有症狀，這是第一型。第二型比第一型更嚴重，部分小腦蚓部、延腦、及第四腦室深入頸骨大孔內，常常達到



頸部中段。較下面的腦神經被拉扯，頸神經根走向仍水平，或向上走。不但有第一型的問題，還有脊椎裂、頸椎融合、水腦症（85%）、導水管狹窄、後顱窩變小、基底動脈被壓迫、小腦幕及小腦鐮發育太小、後顱陷窩。其它還有心臟血管、胃腸道及泌尿生殖道異常（10%）。通常只有第一型及輕度第二型可以存活到成人期。因此在嚴重時以神經外科手術為優先，術後中醫可以介入。所以在第一型及輕症第二型時中醫應該從小就介入，當作先天不足用育生香砂六君子湯、育生十全大補湯或育生右歸飲等等加方，加乾薑、附子、肉桂、黃芩、人參、川七、鹿茸、天麻、骨碎補、杜仲等；眩暈嚴重用育生半夏天麻白朮湯。若在嬰幼兒或兒童期就開始治療應該會有相當了療效，因為小孩還在生長發育的階段，中醫介入後會啟動分化生長不良的細胞恢復正常的生長及運作。若成人才介入，一般需要神外的手術來矯正先天的缺陷，術後用育生補中益氣湯或育生十全大補湯和育生右歸飲等加方，藥物同上述。

6.3 丹沃二氏症候群（Dandy-Walker syndrome）：是一種罕見的先天性腦畸形，但是，罕見中較常出現的異常症候群，如連接小腦半球的蚓部未完全形成，側腦室第三腦室擴大，第四腦室有囊腫且擴大，與 Luschka 孔和 Magendie 孔有關，約有 65% 有其它的發育異常。受此症影響胎兒大多數在出生後第一年內出現水腦症，表現為頭部變大、嘔吐、過度嗜睡、煩躁、眼睛向下傾斜和癲癇發作。這種先天異常需要神經外科手術引流，切除囊腫且腦室造口，讓腦脊髓液儘量流通，但治療前就有顯著神經缺損者，效果仍差。這時需要中醫的介入，術後用育生補中益氣湯加延胡索、木香、黃芩的加方。之後當作先天不足用育生香砂六君子湯、育生十全大補湯或育生右歸飲等等加方，加乾薑、附子、肉桂、黃芩、人參、川七、鹿茸、天麻、骨碎補、杜仲等；眩暈嚴重用育生半夏天麻白朮湯。借助中藥啟動嬰幼兒生長機能，恢復其正常的發育。

7、繼發性傷害：如外科手術、放射線照射後遺、化療針劑或標靶藥物的神經傷害，主動脈、椎動脈剝離引發脊髓神經灌注不良，或心臟手術引起脊髓神經缺氧性癱瘓、生產前後造成腦性麻痺等等。化放療造成的傷害包含血管內皮細胞及神經細胞或髓鞘的傷害。繼發性的傷害都會引發劇烈眩暈、頭暈、失平衡等，包括肢體平衡失調或喪失，甚者形成不完全或完全癱瘓，如四肢癱瘓或截癱。這些治療都依照前述的截癱治療，不另外贅述。另外如果是化放療導致眩暈、頭暈、平衡差未至截癱階段，可以比照上述腫瘤在化放療三個階段治療。



參、病例

病例 1 (李政育醫師)^[4]：病毒性截癱 / 失平衡、眩暈

病歷號碼：6×××2

潘××、81/08 出生(約 15 歲)、男性、學生。居住基隆市。

初診：96/01/02

病史：三年前胸椎 9~12 癱瘓，無感覺與運動功能(經常失平衡跌倒)。署立基隆醫院治療，病因未明懷疑與病毒感染有關。

主訴：現在膝以上較有力，膝以下無力，左腿無力甚，可用支架站起，脊椎側凸型，右內二趾無知覺，左弱些，餘無。

四診：大便一、二天一行，自解，知大便出，可控制大小便但仍不正常。尿知出。睡得好。現在有服中藥做復健，滿臉膿痂疹。

診斷：病毒性截癱 (L2)

處方：(單位：錢)

R1：人參 3、川七 3、玉桂 1。

R2：截癱二號方、乾薑 2。15 帖。

97/11/10：R 如 97/03/19 日方。15 帖。

附：電訪都已正常，服藥期間也會數次較嚴重的眩暈，病歷過長已省略，每次持續服藥後皆有改善。共吃 630 帖，約 1 年 11 個月左右。

病例 2 (李政育醫師)^[4]：創傷性截癱 / 眩暈

病歷號碼：7×××6

邱××、45/11/02 出生(約 60 歲)、女性、家管。居住台北市南港區。

初診：106/04/18

病史：105/09/07 車禍 (C4、C5)，12/14 在家頸以下不完全截癱，12/28 開刀→張成富醫師 (忠孝醫院診斷)，腎腫瘤三年前手術，腎在、腦動脈瘤。106/04/18，口服 Pitator (必抑脂膜衣錠) 2 mg*1 QD，Kolax (肌力康)*1 HIS (藥物血中濃度監測系統)，Ateol (壓平樂膠衣錠) 100 mg*1 QD，Trough (波谷值)*2 HIS，Xanax (贊安諾錠)*0.5*BID，Methycobal (彌可保膠囊、甲鈷胺明、活性 B12) 500 mg*1 TID，Zolow (樂比克膜衣錠、安眠藥) 7.5 mg*1 HIS，Bokey (Aspirin 伯基) 100 mg*1 QD，Apresoline (阿普利素寧錠) 10 mg*2 QID，Nifedipine (冠達悅歐樂錠) 30 mg*1 BID，Edarbi (易得平錠) 40 mg*1 BID，Neurotin (gabapentin 鎮頑癲) 300 mg*1 BID Hs (睡前)，Humalog (Insulin、優泌樂注射劑) Mix50、14u TID/AC。



主訴：今左手轉可抬齊耳，右手只能齊胸，臥足可自抬，屈膝約90度，二踝以下不能自抬，遺尿，大便前知，尿出知，大便3天、浣腸劑、有服軟便劑。

診斷：創傷性截癱、部分截癱、頸椎部分截癱（C4-C5）。

處方：（單位：錢）

R1：人參3、川七3、玉桂1。

R2：截癱二號方（麻黃2）、乾薑2、附子2、地龍8。七帖代煎。

107/6/27：手足動作皆正常，但膝乏力而已，煮茶…皆正常（把藥當茶煮，因為患者吃藥吃到膩了）。

R1：如106/4/18日方加生牡蠣8、蒼朮4。14帖代煎。

R2：針內外犢鼻、陰陽靈泉、太衝、地五會

6/27時張成富醫師予Arcoxia（萬克適錠）60mg*1、Kentaminxi（B1.B6.B12 Complex 開恩達命膠囊）、Through*1 methycobal（彌可保膠囊、甲鈷胺明、活性B12）、Lyria（利瑞卡膠囊）75mg*1*2。glu（AC）120↔100。

註：共吃140帖，估計吃完藥約1年2.5~3個月左右，手足動作及二便都恢復正常。服藥期間也會數次較嚴重的眩暈，病歷過長已省略，每次持續服藥後皆有改善。這病例為高位頸椎受傷，故較容易影響小腦平衡及本體感，所以會有頭暈及眩暈、失平衡發生。因為截癱患者持續時間較長，有時頭暈患者會自己習慣，覺得這就是受傷或術後或後遺症的症狀，除非嚴重的眩暈才會告訴醫師。

病例3：腦震盪 / 平衡失調

陳XX ♀ 78歲。病歷號碼：XXX67

初診日期：108/02/26

病史：106年公車摔倒右胸肋骨骨折，之後到省桃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，走路緩慢，平衡差，打生化雷射後已無肺積水。108年前仍在做清潔工作，107/10/10振興血檢HB=11.9、K=3.5。打循環針（打銀杏葉素）。107/8/13林口長庚額葉及島葉萎縮、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：左手指僵硬、握拳時疼痛，左肩及雙腳踝會酸痛；腦部退化嚴重，走路緩慢，平衡差、經常摔倒，脾氣變差，短期記憶力差。100減7連減5次都對，會一直往外跑、會迷路，現在白天睡覺不想動，不想外出，有點憂鬱，無法工作。二便可。舌淡白、微黃苔。左：虛數無力。右：細數。

治則：大補氣血，活血通絡。



病名：腦梗塞後遺症、腦震盪後症候群、血管性失智症。

處方 1：補陽還五湯 8 克、四逆湯 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，分 20 包，視排便狀況吃。

註：療程共 4 回。主訴中左手指僵硬、握拳時疼痛、左肩及雙腳踝會酸痛，疼痛都已緩解。走路緩慢、平衡差，都已恢復正常。脾氣變差改善許多，短期記憶力差恢復未受傷前。已無憂鬱。已經不會迷路。作息恢復正常，已經回去工作了（貧苦家庭雖高齡仍在工作）。都是孫女在照顧及帶來看病（阿嬤帶大的）。

病例 4 (李政育醫師)^[6]：小腦髓母細胞瘤 (WHO IV) 術後化放療併發糖尿病 / 眩暈

林 XX 女士 34 歲、已婚。病歷號碼：10206066XXX、居住：中國福建省福清市。

病史：因反覆頭痛、頭暈伴嘔吐二個月，加重 2 週。於 2013/04/08 入院（南京軍區福州總醫院），檢查發現小腦蚓部佔位、髓母細胞瘤、腦積水，於 2013/04/10 全麻下行“開顱第四腦室腫瘤切除術”，切片為促纖維增生型髓母細胞（WHO IV 級），目前全腦及脊椎脊髓放療中，7 月初將結束。6 月 29 日初診，開始吃帝盟多（TMZ）。6/29 目前臉色轉黑，反應正常。抗體：Ki-67=30%、NSE+++、GFAP++、S-100+++、SYN+++。陽性抗體類型：P53、CK7、CD99、CK20、Villin、Olig-2、CgA、CD45。

處方 1：乳沒四物湯 + 黃芩 8-20、黃連 5、黃柏 5+ 茯苓 5、澤瀉 5、天麻 8-12、麻黃 2-2.5+（人參 3、天雄 5、玉桂子 5）（2016/01/13 開始 + 黃連 5-18、桑白皮 5-10）。

處方 2：2016/03/23 改建瓠湯（去甘草）+ 黃連 20、桑白皮 15、大黃 1.5、生石膏 8、仙楂 4。

處方 3：保安萬靈丹 8*3*7。育生丸 1 顆 *7。

處方 4：針刺穴位：大椎及手足三陽井放血。針風池、天柱、手三里、足三里、合谷、太衝、三陰交、陰谷、陰陵泉。

追蹤：至 2018/06/27，血糖完全正常、腫瘤已完全緩解，化放療併發症已完全被充分糾正。仍持續服中藥及針灸治療中



病例 5 (鄭淑鎂醫師)^[6]：顱咽管腫瘤 (Craniopharyngioma) / 眩暈

病史：女性 36 歲。顱咽管腫瘤侵犯腦下垂體後葉及下視丘，尿崩症西藥控制，因腫瘤與正常組織融合粘連，西醫不能手術或放療，轉求中醫治療。失眠安眠劑多年，劑量增加仍終夜難眠，藥物性夢遊，大便 3 日 1 行，

主述：燥渴，頭脹痛甚，頻吐眩暈，目睛脹痛，面浮腫，行偏斜，頸以下乏力，焦躁易怒，語意不清，血壓高，血糖高，舌質暗紅瘀，脈弦緊。

處方：黃芩 8-10、黃連 5-8、黃柏 8、大黃 3-6、懷牛膝 8、代赭石 8、白芍 5、乳香 4、沒藥 4、丹參 10-20、陳皮 8、半夏 4、茯苓 4-8、澤瀉 4-8、水蛭丸 3g、地蠶丸 3g。

追蹤：連續治療三個月後，諸症改善，經 MRI 檢查腫瘤變小，與正常組織分離，台大原預做三次電腦刀，放療期間仍續服中藥，僅做一次便效果極佳，告知無須再做。前後共服中藥六個月。

病例 6 (韓國梁珠勞醫師)^[8]：自體免疫疾病 / 眩暈

梁媽媽，57 歲。

病史：2012/06/10 突然眩暈發作，左眼瞼下垂（當時誤以為單純倦怠）。6/13 發生運動失調，先服以葛根湯+黃芩、黃連，並送醫住院觀察，CT、MRI、血液等檢查無異常，無腫瘤因而住院觀察。6/14 仍眩暈，眼睛兩側無法轉動，兩側眼瞼下垂；左下肢腱反射消失，CK=694 (30-180)、CK-MB=9 (0-5)、glucose=239、血壓 230/120。

處方：改用免疫過亢方+石膏 2 兩、黃耆 3 錢、桑白皮 1 兩、天麻 1 兩。

註：服藥後一小時眼瞼可稍動作，一天後眼睛開始流出一些像膿液的分泌物，且流出後眼睛可睜開，眼瞼下垂改善，處方黃耆逐日加重至 1 兩。6/17 出院。(梁醫師當時緊急與李政育老師聯絡，老師研判應該是自體免疫性疾病急性發作(可能是肌無力症)，建議先用葛根湯+芩、連，之後再以免疫過亢方加方為主治療，重用天麻改善腦部供血來治療眩暈，重用石膏、桑白皮治療高血糖)

病例 7：懷疑接種 (BNT) 新冠肺炎疫苗引起，同病毒性感染引起 / 眩暈、失平衡

日期：111/12/12。病歷號碼：XXX32、姓名：賴 XX、♀ 18 歲。

病史：從小服用「專司達」。發病時先暈甚，吸不氣喘，第三天開始疲倦，認知不受影響，吃藥後有好轉。110/11/14 上課中突然發病，越來越嚴重。110/11/24 亞東住院三天檢查都正常，繼續在雙和做過睡眠檢查正常。後來轉到台北馬偕神經科，今年 2 月吃開始吃憂必晴，2 週後開始好轉仍暈，可



以走路，走遠或累時仍暈甚，來診媽媽扶著。

主訴：頭暈嚴重，坐躺都一樣，移動後會加重暈眩感，動作越來越慢，幾乎無法運動及上體育課，移動靠同學架著；二便可。

舌脈象：左：細數。右：細數。舌淡紅、點刺舌、苔薄黃。

查詢：VPN 紀載患者已於 110/09/22、110/12/17、111/06/03 接種（BNT）新冠肺炎疫苗。**110/09/22 打疫苗**，記得是打疫苗後隔一個多月發病，在學校上課時發病。**懷疑應該是 BNT 疫苗引起，等同新冠治療。**

治則：清熱解表。

病名：頭暈及目眩。

處方：麻杏甘石湯 3 克、真武湯 0.2 克、黃芩 6 克、葶藶子 1.0 克、白芷 1.0、辛夷 1.0。分 4 包 7 天。三餐飯後睡前。

預後：服藥一週後未回診，月底電訪媽媽說已經完全恢復，藥物非常有效，服藥第二、三天就恢復大半，盛讚中醫非常有效，但因為課業繁忙，準備學測中，無法騰出時間回診。

病例 8（鄭淑鎂醫師）^[9]：顱腦、頸椎創傷性、高顱內壓 / 眩暈

病史：女性，34 歲。

主訴：車禍，頭部頸椎及胸背的挫傷，顱內壓升高，頸項綜合徵。頭面瘀腫，頭暈，頭痛，噁心嘔吐，頸周紅腫熱痛 / 項圈固定，胸背腫痛，虛弱乏力，咽腫痛，吞嚥困難，便秘。舌偏紅，脈弦滑數。

初診：101/8/1

處方：柴胡 4、白芍 3、半夏 4、黃芩 8、黃連 5、丹參 8、沒藥 4、延胡索 4、桃仁 5、麻黃 1.5、陳皮 8、砂仁 4、大黃 1、茯苓 4、澤瀉 4。7 帖（帖 / 日）。

二診：101/8/10 輕咽痛，仍多處痛，頭暈，嘔吐，大便日 2 行。

處方：半夏 4、陳皮 8、砂仁 4、茯苓 4、天麻 5、黃芩 5、黃連 4、丹參 8、沒藥 4、川芎 4、桃仁 4、麻黃 1.5、黃耆 10。7 帖（帖 / 日）。

三診：101/8/18 頭痛改善，頭周紅腫痛改善，仍暈吐 / 頻率減，多處痛，耳鳴，乏力。

處方：半夏 4、陳皮 8、砂仁 4、茯苓 4、天麻 5、黃芩 5、丹參 8、沒藥 4、川芎 4、桃仁 4、黃耆 20。7 帖（帖 / 日）。

四診：101/8/25 復頸周灼熱感。暈吐改善，體痛減，體力進步。

處方：半夏 4、陳皮 8、砂仁 4、茯苓 4、黃芩 8、黃連 3、丹參 8、沒藥 4、川芎 4、桃仁 4、黃耆 20。7 帖（帖 / 日）。

五診：101/9/12 頸周灼熱感改善，諸症改善，改濃縮藥粉接續調理。

處方：桂枝湯 9 g、黃耆 2 g、黃芩 1.5 g、葛根 1.5 g。3 包 x 7 日。



病例 9 (鄭淑鎂醫師)^[9]: 頸動脈與椎動脈粥狀硬化 / 供血不足 / 頭暈、失平衡

病史：66 歲。粥狀動脈硬化。失眠 / 助眠劑。

主訴：109/7/25 自午間起發眩暈，後腦暈痛甚，行路偏斜 / 東倒西歪，至晚間 9 點方緩解，手足知覺差且無力，諸症已經半個月。夏季暑熱，溫差不適。舌質暗紅 / 舌下瘀，

處方：柴胡 4、葛根 4、羌活 3、黃芩 5、黃連 3、白芍 4、黃耆 20、川芎 5、丹參 5、陳皮 5、砂仁 5。7 帖 (帖 / 日)。

註：服 7 帖後，中午頭暈痛 1 小時，之後無再接續治療。(相信未回診是症狀已經相當輕微，不再困擾，否則一定會再服藥數周。突發一定與外感相關，故用柴胡、葛根、羌活，解三陽之表)

病例 10 (鄭淑鎂醫師)^[9]: 子宮內膜異位症在基底動脈、椎動脈 / 眩暈

病史：女性，32 歲。每逢月經期間或經前發病。以下諸症已經多年，諸治效不佳。檢查正常。眩暈、頭痛 (後頭及左風池穴明顯)、噁心、嘔吐。視力模糊甚至全黑、閃光、複視。發音困難，吞嚥梗阻感，心悸，冷汗，虛弱乏力。無法保持直立姿勢，會輕微晃動、傾倒，閉眼時更明顯。體瘦無華，焦慮性格。經量偏少，經期正常。眠難易醒，大便不暢。舌質淡暗紅、舌下瘀，脈弦細緊。

處方：熟地黃 5vv 當歸 4、川芎 8、柴胡 4、白芍 4、大棗 10、黃連 1.5、黃柏 5、附子 3、玉桂子 5、黃耆 15、陳皮 5、砂仁 4 錢。(帖 / 日)。

註：後頭及風池不痛後，川芎改 4 錢。持續調養三個月 (102 帖) 諸症改善後，改 2 日 1 帖，續調 1 月後停藥。(此症可能是子宮內膜異位在椎動脈與基底動脈，月經來前至經期間因荷爾蒙升高，停附在血管壁內外異位內膜腫脹而導致血管狹窄，及壓迫神經，產生後顱窩中腦幹及小腦諸症狀，川芎重用是醫師高明之處)。

病例 11 (鄭淑鎂醫師)^[9]: 高顱內壓性、出血性中風 / 眩暈

病史：77 歲女性。痛風。101/4/19 昏厥後頭挫。檢查有出血性中風、顱內血腫，預鑽顱手術清除。右側偏癱，大眩暈，頭大痛，嘔吐，視糊，神識昏蒙。至 101/5/9 複檢 = 瘀血仍無吸收。

主訴：右側肢體無力，臥床，頭痛不能稍轉側，眩暈甚、嘔吐，意識混亂。煩躁，嗜睡，面瘀紅浮腫，腹脹滿，數日不大便，舌紅苔黃厚，脈弦數。BUN=22，Cr=1.45，eGFR=37。

初診：101/5/12



處方：柴胡 5、黃芩 8、赤芍 5、半夏 4、枳實 5、生薑 3、大棗 5、麻黃 1.5、乳香 3、沒藥 3、桃仁 4、澤瀉 8、茯苓 8、生大黃 1。4 帖（帖 / 日）。

二診：101/5/16 神清可自述，頭痛減，轉頭輕盈，食增，便溏。

註：接續調理。病人共服 105 帖，無創傷後遺症，身體輕盈，反應思考敏捷，出入皆自行開車，常四處旅遊。（此是大柴胡湯加方，主要是降腦壓、消腦水腫、活血化瘀抗痙攣。加上茯苓、澤瀉即柴苓湯之義）。

病例 12（鄭淑鎂醫師）^[9]：頸神經壓迫、高膽固醇血症 / 頭暈

病史：男性 62 歲。高膽固醇血症，腎結石 / 反覆碎石。搬運工作多年 / 搬貨時低頭力頂。MRI 檢查有頸神經壓迫，TG=371（家族性）

主訴：近 1 月終日項強痛，起臥頭暈，頭重痛，不能轉側，後頭及項肩緊悶痠、脹痛，熱浴後或至郊外稍緩解。大便日 2 行。舌質淡暗紅、舌下瘀，脈弦緊。

處方：麻黃 1.5、桂枝 5、葛根 4、天麻 5、黃耆 15、川芎 4、丹參 5、骨碎補 8、杜仲 8、黃芩 4、陳皮 8。（帖 / 日）。

註：以上處方，接續調理 9 周（共 63 帖），諸症改善後停服。（這應該不只有神經根壓迫，可能是家族性高脂血症造成頸動脈與椎動脈有粥狀硬化，而導致血管狹窄，因工作姿勢及重量的壓迫，致使供血不足所導致眩暈頭痛，MRI 檢查時應同時做 MRA 的頸動脈及椎動脈血流檢查）。

肆、討論

在頸椎與枕骨大孔的神經病變中引起眩暈機制很複雜，非常多途徑會影響到神經、血管、骨髓、骨骼及組織，而引起人體的感覺神經、運動神經及自主神經的異常，及造成大腦、小腦、腦幹、脊髓等神經細胞供血不足，導致中樞神經的營養、血氧及血糖不足，尤其是後顱窩中枕骨大孔是神經及椎動脈出入的主要路徑，幾乎影響到從這裡出入的血管及神經，都會有眩暈或頭暈或平衡上的問題，嚴重者甚至暈厥。上述病例中，有引用李政育醫師、鄭淑鎂醫師、韓國梁珠勞醫師及筆者的病例。

12 個病例中有創傷性截癱及恢復過程中的頭暈、眩暈及失平衡，主要是高位頸椎創傷引起的，如病例 2；或病毒性截癱及恢復過程中引起的頭暈、眩暈及失平衡，如病例 1；或因腫瘤術後化放療等引起的眩暈，如病例 4；或腫瘤性引起高顱內壓的眩暈、嘔吐，如病例 5；或因反覆創傷造成腦震盪的眩暈，如病例 3；或自體免疫急性發作引起的眩暈，如病例 6；或疫苗注射後引起眩暈甚及失平衡，如病



例 7；或因**顱腦及頸椎創傷性**引起高顱內壓的眩暈、嘔吐，如病例 8；或因**椎動脈粥狀硬化及外感**共同作用下引起眩暈，如病例 9；或**出血性中風**引起高顱內壓時的眩暈、嘔吐，如病例 11；或因**頸神經壓迫及高血脂下的椎動脈粥狀動脈硬化狹窄**所引起的頭暈、眩暈，如病例 12；還有因**子宮內膜異位在椎動脈及基底動脈**，**經前及經期間引起血管狹窄**，血流不足而造成小腦、腦幹缺血，引起的眩暈、頭痛、嘔吐等，如病例 10。

伍、結論

眩暈只是臨床上的一種症狀，有時是主要症狀、有時是次要症狀，各種原因都可以引起，本文探討主要集中在頸椎第三椎以上，經枕骨大孔至小天幕下的後顱窩，包含裡面的骨骼、肌肉、韌帶、脊髓、血管、小腦、延腦、橋腦、中腦等，及裡面的神經元、纖維等等各種組織的病變，導致引起眩暈及各種症狀，在本文中都已经詳細敘述過，從病例中不管是病毒性、創傷性或術後的截癱或高顱內壓等，用中西聯合治療，或中醫獨自治療等都有很好的效果。但最重要是如何正確診斷及用藥，所以這方面西醫的影像及實驗室檢查對中醫的辨證幫助就很大，而不再是只有症狀、舌象及脈象。也許有些醫師可以在脈象上診斷出腫瘤，但是良性、惡性或轉移的腫瘤就很難精確，腫瘤的位置大小更難知悉。如果是佔位的結核、膿瘍、寄生蟲更難區別；也許有些中醫師能依脈、依症開立藥物，或許也能對患者有所幫助，但大多數很可能是耽誤病情，然後讓中醫師在不斷挫折中得到一些教訓，這更容易讓中醫師誤入醫療糾紛的陷阱。因此藉助現代醫學影像及實驗室檢查是必要的，中西結合可以更明確知道眩暈的根源，後再對症診斷、辨證用藥，是否應藉助西醫的手術及藥物等？重要是可以讓患者在有限的支出得到更精準的治療及更好的療效。

中西結合醫學中的「育生學派」特別重視這一塊，我們覺得需要藉助影像及實驗室診斷就轉介西醫，西醫的老師覺得術後沒有好的藥物或手段能幫忙患者，同樣也會轉介患者給中醫治療，中醫西醫各有所長、各有所短，所以中西結合可以提供更好的精準醫學。在上述病例集中在頸椎與枕骨大孔病變所導致的眩暈，如顱內壓升高會有頭痛、頭暈、嘔心、嘔吐等症狀，加上病史病因大略就可以診斷出來，靠的是現代醫學的生理學及病理學，而不是傳統中醫的診斷，如果再加上影像，就沒有誤診的可能，且可精準的大劑量用藥，達到非常好的預定效果。或依靠患者眩暈、麻痺、疼痛、無力的症狀來判斷神經根壓迫，這都需要對神經醫學中的解剖學及病理學有一定的了解。如椎動脈血管的粥狀硬化或子宮內膜異位導致血管狹窄，後顱窩供血不足的眩暈，用神經醫學來診斷是比較精確且容易的。如自體免疫、腫瘤及化放療傷害等等的治則用藥，更是從神經元及血管的生



理學、病理學上作研判診斷，得出是實熱、血瘀、痰濕、氣虛、陽虛等等，做出清熱解毒、活血化瘀、利濕化痰、補氣、補陽等等對證的治則，因此病例上用藥精準、效如桴鼓。如高中生上課中突發的嚴重眩暈，從健保的 VPN 查詢，注射 BNT 的新冠疫苗後一個多月發病，所以懷疑是新冠疫苗引起的，治療應等同長新冠；所以中醫師一樣必須對 COVID-19 要有一定的了解，對其長新冠及疫苗的副作用也要有認識，因此很快就治癒。至於自體免疫疾病（應是肌無力症）急性發作的眩暈診斷，醫師更需要對免疫疾病急性發作及西醫介入後的檢查、治療及藥物詳細了解，自體免疫攻擊如何影響小腦、眼睛、肌肉、神經、血管、骨骼等等，及中醫在急性期及後續的治療，快速的治癒且不留後遺。如頸椎創傷因病毒或創傷後截癱，這更是李醫師的重大醫學成就，建立在對中樞神經的生理學、病理學、解剖學及治療學上有詳細的了解，並對現代醫學不足之處有補救的方法，創立三個截癱方來治療因為創傷、感染、血管因素等等造成的脊髓癱瘓，讓患者恢復正常的人生。更建立了中西結合神經醫學中的「育生學派」，教授同道、教育後學及提攜後進的中醫師水平。因此育生學派在多年耕耘，也讓許多的中醫師對現在醫學的生理學、病理學、解剖學、診斷學、治療學及使用的藥物等等有相當的了解及認識，同時也讓西醫師對中醫治療有一定的認識，中西醫結合肯定能讓患者得到更大的利益，並能節約更多的醫療資源。

陸、育生參考方劑^[6,7]（以下省略育生二字。劑量單位：錢）

1. 十全大補方：丹參 3、茯苓 3、蒼朮 3、生草 3、當歸 3、川芎 3、生地 3、赤芍 3、北耆 10、玉桂子 5、乾薑 3、附子 3、黃芩 2。
2. 小柴胡湯：柴胡 6、黃芩 3、半夏 5、丹參 5、生草 5、生薑 5、大棗 5。
3. 大柴胡湯：柴胡 6、黃芩 3、半夏 3、枳實 4、赤芍 4、大黃 1、生薑 4、大棗 5。
4. 大青龍湯：麻黃 2、玉桂子 3、杏仁 4、生草 3、石膏 10、生薑 3、大棗 5、蒼朮 4。
5. 半夏天麻白朮散：半夏 3、天麻 5、生白朮 3、麥芽 3、神麴 3、蒼朮 3、生草、澤瀉 3、茯苓 3、陳皮 3、黃柏 3、乾薑 3、附子 5、當歸 2、北耆 10。
6. 右歸飲：當歸 2、茯苓 2、枸杞子 3、黃柏 3、乾薑 3、山茱萸 4、生地 4、蒼朮 4、山藥 4、杜仲 4、菟絲子 4、玉桂子 5、附子 5、懷牛膝 5。
7. 地骨皮飲：當歸 3、川芎 3、赤芍 3、生地 3、牡丹皮 3、地骨皮 3、蒼朮 4、生草 3、黃芩 3。
8. 乳沒四物湯：乳香 3、沒藥 3、當歸 3、川芎 3、生地 3、赤芍 3、桃仁 3、紅花 1.5、蒼朮 3、甘草 3。
9. 免疫過亢方：黃芩 5、黃連 5、黃柏 5、蒼朮 5、甘草 5、清蒿 5、知母 5、地骨



- 皮 5。
10. 知柏地黃湯：知母 4、黃柏 3、生地 8、山茱 4、淮山 4、茯苓 4、丹皮 4、澤瀉 4、牛七 4、蒼朮 4、甘草 3
 11. 香砂六君子湯：木香 3、砂仁 3、丹參 3、茯苓 3、炒白朮 3、生草 3、半夏 4、陳皮 4。
 12. 建瓴湯：代赭石 8、牛膝 5、赤芍 5、生地 5、牡蠣 5、龍骨 5、柏子仁 4、淮山 5、磁石 3。
 13. 保安萬靈丹：蒼朮、全蠍、石斛、天麻、當歸、甘草、川芎、羌活、荊芥、防風、麻黃、細辛、川烏、草烏、何首烏、雄黃。
 14. 柴苓湯：柴胡 6、黃芩 3、半夏 5、丹參 5、生草 5、生薑 5、大棗 5、茯苓 3、豬苓 3、澤瀉 3、蒼朮 3、桂枝 3、木香 3、延胡 3。
 15. 常山飲：常山酒炒二錢、煨草果、檳榔、知母、貝母各 1、烏梅 2、薑 3、棗 1、半酒半水煎^[10]。
 16. 參苓白朮散：人參 2、茯苓 5、白朮 5、扁豆 5、薏苡仁 5、山藥 5、陳皮 3、砂仁 2、桔梗 2、甘草 1、蓮子 5^[10]。
 17. 通經方：續斷 8、骨碎補 8、淮牛膝 8、茜草 8、蒼朮 4、甘草 5。
 18. 補中益氣湯：當歸 2、升麻 3、柴胡 3、蒼朮 3、陳皮 3、丹參 3、生草 3、北耆 10。
 19. 補陽還五湯：當歸 4、赤芍 4、川芎 4、北耆 20、丹參 4、銀杏葉 4。
 20. 黃連解毒湯：黃芩 3、黃連 3、黃柏 3、梔子 3、蒼朮 4、甘草 5。
 21. 黃耆五物湯：黃耆 10、桂枝 5、赤芍 5、生薑 5、大棗 5。
 22. 聖愈湯：當歸 3、赤芍 3、川芎 3、生地 3、蒼朮 3、丹參 5、北耆 10。
 23. 腎炎方：茯苓 5、豬苓 5、澤瀉 5、蒼朮 5、玉桂子 5、乾薑 3、附子 3、黃柏 3、當歸 2、北耆 10。
 24. 截瘡七寶飲：常山酒炒、煨草果、檳榔、青皮、厚朴、陳皮、甘草，等分用酒水各一鍾煎^[10]。
 25. 截癰 1 號方（地龍散加方）：麻黃 2、生草 3、桃仁 3、紅花 1.5、黃柏 3、靈仙 5、地龍 3、當歸 3、玉桂 3、乾薑 3、附子 5、牛七 5、杜仲 4、蒼朮 4。
 26. 截癰 2 號方（十全大補湯加方）：炒朮 3、茯苓 3、生草 3、當歸 3、川芎 3、赤芍 3、生地 3、黃耆 3、玉桂 3、丹參 2、麻黃 2、地龍 3、牛七 3、黃芩 3、大黃 0.5、乾薑 3、附子 5。
 27. 截癰 3 號方（右歸飲加減 + 牛膝、杜仲）：生地 4、山茱 4、淮山 4、茯苓 2、菟絲子 4、枸杞子 3、當歸 2、杜仲 3、玉桂 3、乾薑 3、附子 5 錢、牛七 3、麻黃 2、地龍 3、黃柏 3、大黃 0.5。
 28. 龍膽瀉肝湯：龍膽草 3、澤瀉 4、黃芩 3、梔子 3、當歸 3、生草 5、生地 3、木



通 3、柴胡 3、車前子 3、蒼朮 4。

參考文獻

1. Post RE, Dickerson LM. Dizziness: a diagnostic approach. *Am Fam Physician*. 2010 Aug 15;82(4):361-8, 369.
2. Richard S. Snell 著，劉亮廷譯，臨床神經解剖學（Clinical Neuroanatomy for Medical Students, 5/e）。藝軒圖書出版社，2003 年，50-68, 112-124, 141-171。
3. Kenneth W. Lindsay; Ian Bone; Geraint Fuller 著，顏君霖譯，圖解神經醫學及神經外科學（Neurology and Neurosurgery Illustrated, 6/e）。合記圖書出版社，2012 年，251-256, 356-361, 370-379, 420-424, 490-531。
4. 程維德、李政育、曾宣靜、施志隆，中創傷性的截癱與指癱。中西結合神經醫學雜誌，2018 年，第 11 卷第 1 期，97-100, 108-110。
5. 陳淑芬，臺灣醫家李政育學術思想及臨床診療經驗整理研究。傳統醫學雜誌，2005 年 10 月，第 16 卷第 2 期，129-211。
6. 程維德、李政育、曾宣靜，從癌症生物學的十大特徵來看育生乳沒四物湯加方治療多形性膠質母細胞瘤（GBM）。中西結合神經醫學雜誌，2019 年 12 月，第 12 卷第 1 期，3-6, 13-15, 17-18。
7. 李政育著，古丹譯，中醫腦神經治療學。啓業書局，2001 年，25-30, 33-48, 64-67, 84-99, 121-137。
8. 王政結，米勒費雪症候群（Miller Fisher syndrome）中醫治療。中西結合神經醫學雜誌，2012 年，第 6 卷第 1 期，22-23。
9. 鄭淑鎂，中西結合中醫常見神經科疾病診治心法。宏道文化事業有限公司，2024 年 3 月，168-171, 174-175, 330。
10. 汪昂原著，禹侯重編，醫方集解。志遠書局，1997 年 10 月，431-433。

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：2024 年 10 月 25 日；接受日期：2024 年 10 月 29 日