



一個 10 歲兒童因幼兒時期輕度腦損傷後 癲癇症的中醫治療

程維德¹、湯其暉²、李政育³、廖炎智⁴

¹程維德中醫診所

²三軍總醫院神經外科部

³育生中醫診所

⁴中國鍼灸學會

摘要

幼兒期時曾摔倒，頭部撞地造成輕度腦創傷，是局部性癲癇發作的主要病因，所以小孩的局部癲癇多因大腦輕度創傷造成的疤痕所引起。這對中西結合育生學派來講，這就是陽虛有瘀、瘀阻腦絡。陽虛故無法修護腦部受傷區域的神經元，及其細胞間連結的樹突與軸突的網路，形成腦部瘀阻，其細胞間網路運行不順暢，故用育生補陽還五湯來大補氣血陽氣、活血化瘀通絡。因此中醫在癲癇發生和癲癇症辨證論治時，一定要詳細詢問其病史，這也許就可以推理而歸到癲癇新分類前面的五個病因，而減少原因不明時的辨證，這個推理病因就可以影響其後面中醫的八綱辨證了。

關鍵詞： 癲癇發生、癲癇症、輕度腦創傷、癲癇的中醫治療、育生補陽還五湯、育生學派

壹、前言

癲癇對於一個神經內科醫師來講是經常會遇到的中樞神經疾病，而中醫師碰到並沒有那樣的頻繁，因為癲癇發生大部分都直接到醫院，甚至是醫學中心的急診或是在神經內科的門診。一般會尋求中醫師的治療大部分是吃了抗癲癇藥物仍會經常癲癇發作，或藥物吃太多，或副作用太大難以忍受，影響工作或學習的狀態。還有一部分人是因為癲癇藥物不知道要吃到多少年，想藉著中醫師的處方用藥能徹底地將癲癇治癒，而不用續服抗癲癇藥物，最好連服用中藥治療的時間也不必太長，癲癇症就可以痊癒，不再有癲癇發作。

在國際抗癲癇聯盟（ILAE）和國際癲癇協會（IBE）「癲癇發作」和「癲癇」定義的共識是——「癲癇發作」是由於腦內異常、過度或同步的神經元活動引起的



短暫性徵兆或症狀。而「癲癇」是一種腦部疾病，其特徵是存在持續的癲癇發作傾向，並伴隨神經生物學、認知、心理和社會後果，且癲癇的定義要求至少發生一次「癲癇發作」^[1]。簡單的說，在大腦內有一群神經元，不受正常約束而集體過度放電，讓運動信號不受正常的控制，而產生各種症狀，這就是「癲癇發作」，英文稱爲 **seizure**。而一次以上或反覆性癲癇發作時，稱爲「癲癇」，英文稱爲 **Epilepsy**。臨床首先根據癲癇發作 (**seizure**) 類型分類可分爲局部性發作、全身性發作和不明原因發作。下一步再診斷癲癇類型 (**epilepsy**)，包括局部癲癇、全身性癲癇、全身性和局部混合性癲癇以及未知癲癇組。第三步是做出特定綜合徵的診斷，即癲癇綜合徵 (**epilepsy syndrome**)，有些翻譯爲癲癇症候群或癲癇症。這個新分類結合了每個階段的病因，並且強調在診斷的每個步驟都需要考慮病因，因爲它通常具有重要的治療意義。病因被分成六個亞組 (結構、遺傳、感染、代謝、免疫、未知)，選擇這些亞組是因爲它們具有潛在的治療意義^[2]。其實這些病因不但對西醫很重要，對中醫更是重要，因爲病因完全可以左右中醫辨證論治的方向，並且也可以指導用藥的選擇。

下面這個病例是由問診病史得知，患者是於幼兒期時輕度腦創傷，之後第三天就癲癇發作送醫急診，診斷爲癲癇發作，展開小朋友癲癇症的服藥人生。

貳、病例 (報告)

張 XX、♀ 10 歲、生日：2006/01/10。病歷號碼：XXX12。

初診日期：2016/10/12

病史：

1. 1.5 歲撞到靜止汽車後，摔倒頭部撞地後第三天開始癲癇發作及頭痛。(反覆追問病史找出可能的病因是撞到車引起的頭痛)。
2. 新竹台大分院治療中除癲達 (TRILEPTAL) 300 mg 1.5 PC/qd，優閒 (KEPPRA) 500 mg 1 PC/bid。
3. 體重 35 公斤，住新竹縣。53 歲阿嬤帶來看診，阿嬤帶大的。

主訴：

1. 前額及頭頂痛甚，近一年痛甚。
2. 經常會有注意力不集中，過動傾向，經常會莫名生氣，無法專心學習。

舌脈及二便：舌淡紅、點刺舌、苔薄白。左弱數。右弦數。二便可、便硬。

治則：益氣活血通絡

病名：頭痛、癲癇、腦震盪後遺症

處方 1：育生補陽還五湯 4.5 克、川芎 4 克、黃芩 2 克、黃柏 2 克、茯苓 1 克、半



夏 1 克、大黃 0.2 克、辛夷 0.5 克。每日 4 包共 14 天。早晚飯前或飯後吃、各吃一包。

處方 2：育生補陽還五湯 6 克、四逆湯 1.5 克、肉桂 1.5 克、人參粉 3 克、川七粉 3 克。每日 4 包共 14 天，早晚飯前或飯後各吃一包。

每日同時吃處方 1 及處方 2，各 1 包，2 包一起吃。

註：12 月底電訪指出

1. 吃完一回藥物後改善許多，注意力、過動、莫名生氣、無法專心學習等等症狀都無，已經正常了，課業及人際關係都提升了許多。
2. 頭痛症狀改善非常多，對比以前差很多，少許輕微頭痛她覺得可以忍受。
3. 服藥期間癲癇無發作。課業忙碌甚，因為之前很多功課都沒跟上，所以待有時間再回診。

2020/03/06

病史：

1. 上次服藥後緩解許多，但仍稍會頭痛，起床痛稍增一些，可忍受，都在左側，右側已不痛。
2. 除癲達、悠閒已經停半年（108 年 9 月初停藥）。

主訴：頭痛、整日痛、起床比較痛，約半小時後較舒緩，已經 4 年。近半年甚，左側甚。腰痛。

舌脈及二便：舌淡紅、點刺舌、苔薄白。左濡數、右弦數。便秘 4-5 日一次，便硬，小便可。

治則：益氣活血通絡

病名：持續性半邊頭痛、腦震盪後遺症

處方 1：育生補陽還五湯 7 克、川芎 4 克、黃芩 2 克、大黃 0.5 克。每日 2 包共 14 天、早晚飯前服。

處方 2：育生補陽還五湯 7 克、川芎 4 克、黃芩 2 克、大黃 0.5 克。每日 2 包共 14 天、早晚飯前服。

2020/10/09

主訴：咽痛、全身痠痛、頭痛。疲倦無力，稍咳、無痰，口乾，已經 3 天。

舌脈及二便：舌淡紅、苔薄白。左濡數、右弦數。便秘 4-5 日一次、便硬、小便可。

治則：發汗解表，清熱除煩

病名：急性鼻咽炎

處方：大青龍湯 8 克、黃芩 3 克、川芎 3.5 克、大黃 0.5 克。每日 4 包共 7 天、三餐飯後睡前服。



2020/10/16

主訴：感冒已愈，但仍稍頭痛，頭暈姿勢性較嚴重。

舌脈及二便：舌淡白、點刺舌、微黃苔。左數、右數。便秘 2-3 日一次、便硬、小便可。

治則：益氣活血通絡

病名：頭痛、持續性半邊頭痛

處方：育生補陽還五湯 5 克、川芎 5 克、黃芩 2 克、大黃 1 克、麻黃 0.5 克、乾薑 0.3 克、附子（焙）0.2 克。每日 2 包共 14 天、早晚飯前服。

2023/09/20

主訴：

1. 頭痛、整個頭痛、頭頂較痛、抽痛、睡醒時覺痛，已經半年。（癲癇藥物停了四年）

2. 上腹痛、胃中嘈雜、餓時痛、食不下，已經半年了。

舌脈及二便：舌淡紅、苔薄白。左細數、右數。二便可。

治則：調和肝脾、燥濕化痰

病名：頭痛、胃潰瘍未伴有出血或穿孔

處方：半夏天麻白朮湯 8 克、川芎 3 克、黃連 1.5 克、麻黃 0.5 克。每日 3 包共 7 天、三餐飯前一包服。

2023/10/17

主訴：

1. 昨天晚上開始較嚴重頭痛、整個頭痛、頭頂較痛、抽痛。

2. 上腹痛、胃中嘈雜、餓時痛、食不下等改善。

舌脈及二便：舌淡紅、苔薄白。左數、右弦數。二便可。

治則：調和肝脾、疏肝解鬱

病名：慢性胃潰瘍未伴有出血或穿孔、頭痛

處方：半夏瀉心湯 7 克、四逆散 3 克、川芎 3 克。每日 4 包共 14 天，三餐飯前睡前服。

2023/11/04

主訴：

1. 嚴重頭痛、整個頭痛、頭頂較痛、抽痛等都改善，睡醒時覺痛改善。

2. 上腹痛改善、胃中嘈雜、餓時痛改善。

舌脈及二便：舌淡紅、苔薄白。左數、右弦數。二便可。



治則：調和肝脾、疏肝解鬱

病名：慢性胃潰瘍未伴有出血或穿孔、頭痛

處方：半夏瀉心湯 7 克、四逆散 3 克、川芎 3 克。每日 4 包共 14 天。三餐飯前睡前服。

2023/11/10 (自費)

主訴：三天前放學走路回家途中突然雙小腿肚痛，痛甚無力，痛到路上哭，暈倒時撞傷，惡寒，疲倦，肩頸痠痛，懷疑感染 COV-19。

舌脈及二便：舌淡紅、苔薄白。左數、右弦數。二便可。

治則：調和肝脾

病名：嚴重特殊傳染性肺炎

處方：抗疫方 2 包。每日 2 包共 7 天。早晚飯前服。

註：媽媽開車載她與阿嬤來，她的症狀在西醫治療後仍很嚴重。

2024/08/26

主訴：

1. 左上頭痛、抽痛、稍惡寒、肩頸痠痛、疲倦、已經一週。
2. 上腹痛、胃中嘈雜、餓時痛、打嗝多，已經三個月。

舌脈及二便：舌淡紅、苔薄白。左弦細數、右細澀數。二便可。

治則：調和肝脾、清熱解表

病名：慢性胃潰瘍未伴有出血或穿孔、急性鼻咽炎（感冒）

處方：半夏瀉心湯 7 克、麻杏甘石湯 3 克、柴胡 0.5 克、枳實 0.5 克、黃連 0.5 克、芍藥 0.5 克。每日 4 包共 14 天、三餐飯前睡前服。

2025/05/14

主訴：

1. 左上頭痛、抽痛、隨血管跳動痛，稍惡寒、身痠痛、左腳大腿肌肉痛，疲倦無力。
2. 胃中嘈雜，已經一週。

舌脈及二便：舌淡紅、點刺舌、苔薄黃。左弦數、右弦細數、寸上偏外澀。二便可。

治則：調和肝脾，清熱解表

病名：頭痛、慢性胃潰瘍未伴有出血或穿孔、嚴重特殊傳染性肺炎

處方 1：半夏瀉心湯 4.9 克、麻杏甘石湯 3 克、黃芩 3 克、柴胡 0.5 克、枳實 0.5 克、黃連 0.5 克、芍藥 0.5 克、附子（焙）0.1 克。每日 4 包共 14 天、服



三餐飯前睡前。

處方 2：抗疫方 2 包。每日 2 包共 7 天、早晚飯前併藥粉服。

註：主訴中左腳大腿肌肉痛的症狀懷疑是感染 COV-19 或流感。

2025/06/07

主訴：

1. 近日心下灼熱、胃中嘈雜。
2. 經來小腹痛、會痛到月經結束，已經數年。

舌脈及二便：舌淡紅、點刺舌、苔薄黃。左細數、右弦細數、寸上偏外澀。二便可、便硬。

治則：調和肝脾

病名：痛經症、慢性胃潰瘍未伴有出血或穿孔

處方：半夏瀉心湯 6.4 克、四逆散 3 克、延胡索 2 克、黃芩 1 克、麻黃 0.6 克。每日 4 包共 14 天、三餐飯前睡前服。

參、討論

此病患是經人介紹來診，患者從小都在西醫治療，從癲癇發作後都一直在台大新竹分院治療，來診時仍有吃 2 種癲癇用藥——除癲達 (TRILEPTAL)、優閒 (KEPPRA)，來診時主要是近一年前額及頭頂痛甚，及平常注意力無法不集中，無法專心學習，且過動傾向明顯，還經常會莫名生氣。所以學校學習成績並不好，隨著國小中年級課程加重越來越跟不上。小朋友都由阿嬤帶大，來看診也是阿嬤帶來，小孩對課業及學校算是認真，但顯然力不從心，雖然很用功加上阿嬤的督促，課業卻越來越跟不上，**明顯是幼兒時輕度腦創傷 (TBI) 帶來的影響，及癲癇藥物的副作用**。近一年頭痛甚、注意力無法集中及過動表現等，可能是隨著小孩成長後藥物劑量不足或是抗藥性的關係。根據阿嬤的敘述當初在 1.5 歲的幼兒期，曾摔倒頭部撞地造成輕度腦創傷 (即腦震盪)，是局部性癲癇發作的主要病因，所以小孩是局部癲癇，這些症狀都是局部癲癇症候群的表現，主要病因還是大腦輕度創傷造成的疤痕所引起。這些對中醫是同樣的重要，影響到中醫辨證論治的方向。這對中西結合育生學派來講^[3]，這就是陽虛有瘀、瘀阻腦絡，陽虛故無法修護腦部受傷區域的神經元，及其細胞間連結的樹突與軸突的網路，因此形成腦部瘀阻，所以其細胞間網路運行不順暢，故用育生補陽還五湯來大補氣血陽氣、活血化瘀通絡。因為考慮其家境負擔，小孩年齡及體重，故用雙倍成人劑量的濃縮藥粉取代飲片。意想不到的是小孩服用 2 週後效果是非常明顯，超乎患者及家屬的期待，症狀只剩起床後約半小時的輕微頭痛，相比從前小孩認為可以接受，狀



態也很好，加上急於課業的追趕，故在電訪上回答說：「待有時間再回診」。

再回診（2020/03/06）時已經隔了約3年半了，小孩已經是讀國中二年級的青少年了，癲癇用藥除癲達、優閒已經停了半年（神經內科醫師所停的），所以原本剩下輕微的頭痛症狀變嚴重，都在左側，已經影響到她的課業，於是阿嬤又帶她回診，我的診斷方向依舊，主方不變但劑量調整而已，又給了2週的濃縮藥粉。結果回診是7個月後（2020/10/09）的外感，症狀中仍有頭痛及全身痠痛，給藥一週後回診（2020/10/16），感冒已愈。但頭仍稍痛，與感冒之前的症狀類似，應該是之前輕微腦創傷的修護仍未完全，於是在給2週成人劑量的濃縮藥粉，考慮家境負擔所以這次劑量並未加倍，因為症狀已經。再回診（2023/09/20）時已經是接近三年了，是高中二年級的學生了，這次是因為頭痛及胃潰瘍就診的，胃痛時頭痛更明顯，整個頭都痛，但頭頂較痛，而且是已經半年了，這小孩有夠能忍的，每次頭痛甚都還能忍受半年之久，到底是家境關係，還是從小癲癇所試煉出來的，實在令人佩服但不值得學習。這次頭頂痛應該與課業壓力有關，頭頂在中醫辨證屬於肝氣的範圍，所以應該是肝氣犯胃，還有原本的瘀阻腦絡尚未痊癒，加重其頭痛。故用半下瀉心湯加川芎、黃連來調和肝脾、補脾燥濕、益氣活血。改善後一個月又痛起（2023/10/17），故加強調和肝脾、疏肝解鬱，故原方中加入四逆散來疏肝解鬱，給濃縮藥粉2週。2023/11/04又回診諸症改善又給2週濃縮藥粉。服藥數日後，在放學走路回家途中突然發生雙小腿肚痛，痛甚無力，痛到路上哭泣，暈倒時撞傷，惡寒，疲倦，肩頸痠痛。先在西醫就診，2天仍未改善，媽媽開車直接來診所，阿嬤扶她進診間，依臨床經驗將可疑的因素不斷消去，於是診斷時我高度懷疑是染疫，即是被傳染COV-19後的症狀，開了7天的抗疫方給她^[4]，現場就請她先吃一包，等待近一小時後就改善了，和阿嬤就搭媽媽的車回去了。因為她的症狀比較奇特，沒有一般呼吸道或腸胃道的症狀，加上已經是高中生了，從小這麼能忍痛的小孩，竟然痛到哭且暈倒在地上實在很難想像，由於健保時間的關係及症狀嚴重且奇怪，就直接用飲片成方的水藥湯包一抗疫方，並建議將水藥湯包7日分都喝完，以免有其它長新冠的後遺症。再回診已經是9個月後（2024/08/26），因為胃潰瘍症狀復發已經3個月，又逢外感頭痛、惡寒，故主以調和肝脾、清熱解表，共14日的濃縮藥粉。今年（2025/05/14）回診時左上頭痛、抽痛、隨血管跳動痛，稍惡寒、身痠痛、左腳大腿肌肉痛，疲倦無力。胃中嘈雜已經一週了。這次外感又有左頭抽痛及左大腿肌肉痛，懷疑又是染疫或流感，加上胃潰瘍又復發，故就上次原方濃縮藥粉服用2週，配合抗疫方每日2包供7日份。之後在2025/06/07回診是經痛及胃潰瘍，未見頭痛在復發。其實在2020/03/06回診已知，初診（2016/10/12）服藥2週仍同時間隔服用癲癇西藥，三年未復發所以醫師將其癲癇藥物遞減戒停，原本頭痛症狀變嚴重，小孩忍受半年後回診，又治療2週後輕度腦創傷的後遺症—頭痛症狀幾乎就痊癒。只有在外感後仍會表現，



因此（2020/10/16）外感愈後頭仍稍痛，又續服用 2 週的濃縮藥粉後，頭痛症狀已全無。此時可以說小時候因輕度腦創傷所造成的傷害，如癲癇症及頭痛應該都告一個段落，腦部已經完全恢復正常了。直到 2.5 年後（2023/09/20）又因胃潰瘍後頭痛症狀又起，斷續治療三回，至 2023/11/10 染疫時已無頭痛。隔年 2024/08/26 胃潰瘍時也沒有頭痛了，但外感時仍可能會有頭痛的症狀，因為感冒、流感或染疫的症狀本來就可能會有頭痛症狀。如今年 2025/05/14 外感時，如依照其特異的症狀可能還是染疫（COV-19），依舊濃縮藥粉配合抗疫方服用，6 月回診只有輕微的胃潰瘍及經痛症，並無頭痛症狀。

目前國際抗癲癇聯盟（ILAE）癲癇分類已更新，新的分類強調**每個階段及每個步驟**的病因，因為它通常具有重要的治療意義。病因被分成六個亞組，有結構性、遺傳性、感染性、代謝性、免疫性、未知性等〔2〕，我就以中醫的觀點來討論這六個病因對中醫診斷治療的影響：

1. **結構性病因**：指大腦結構在神經學影像上的異常，所以有**遺傳性及後天性**，或兩者兼有，**遺傳性**如皮質發育畸形、海馬硬化症等。**後天性結構性病因**包括缺氧、缺血性腦病變、創傷、感染和中風〔2〕。

1-1. **腦創傷病因**：腦部創傷佔幼兒或青少年癲癇發作的一部分，此部分在中醫認為是比較好治療的，比較可能能夠完全康復的，康復後中藥都可以戒停的，不再依賴藥物的控制。

1-1-1. **急性期腦創傷病因**：此時或有癲癇發作、或預防癲癇發作，這個時期在中西結合育生學派中都屬於癆熱症，輕者用藥物治療，嚴重者以神經外科的緊急手術為主。主以活血化癆、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（癲癇發作）。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，用來活血化癆、清熱解毒、利水消腫。有顱內壓升高時會造成水柱式嘔吐者，以育生大柴芩湯（大柴胡湯合五苓散）加方為主，加重四芩的利水藥物，佐以活血化癆、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〔5〕，都可以來預防或減少癲癇發作，及後遺癲癇發生的症狀。

1-1-2. **慢性期腦創傷病因**：在此期或穩定期症狀相對穩定，若有癲癇發生或預防癲癇發生或癲癇症時，在中西結合育生學派認為是陽虛有癆之症，陽虛神經元無力修護、再生。故主以活血化癆、利水消腫、緩急止痛、通利九竅、填精生髓、大補氣血及腎精陰陽等為治則。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〔5〕。此一病例即是幼兒期輕度腦創傷所引起，雖然時間久遠，育生學派的辨證是陽虛有癆、癆阻腦絡，所以主以大補氣血



陽氣、活血化癥通絡，故用育生補陽還五湯合四逆湯加方來治療，其治療效果效若桴鼓。

- 1-2. **中風病因**：其實中風是導致癲癇發作和癲癇症的原因之一，缺血性中風包含腦梗塞及腦栓塞，而出血性中風，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，術後及穩定期都有可能癲癇發作的可能^[5]，在中西結合育生學派認為不管是出血性中風或缺血性中風，只要注意其顱內壓穩定即可辨證論治，治法同上述腦創傷性就可避免癲癇發生。
- 1-3. **缺氧性及缺血性病**因：腦細胞的養分主要是靠血氧及血糖供給，供給血氧和血糖主要是依靠血管的血液輸送，而缺氧主要是休克造成，休克很大的原因是心臟停止後無血液供給時發生的，如先天心臟問題、心肌梗塞、心衰竭、中暑併發症、藥物過量、電解質異常、毒物等。還有懷孕及生產時的各種原因都有可能導致胎兒的缺氧缺血，不只造成腦性麻痺的嬰幼兒，甚至還會有癲癇發生和癲癇症。另外有一些是呼吸的問題，如吸入過量氣體中毒如一氧化碳、二氧化碳、濃煙、毒氣等等造成腦部實質神經元等皮質損傷，這些可能因為火災、工廠的意外或自殺不成者等等都有可能造成缺氧性病，當神經元損傷後就有可能導致癲癇發生及之後的癲癇症，其治療方法比照腦創傷慢性期的病因^[5]。如果是產前期、圍生期、產後期的新生兒或嬰幼兒時期發生缺氧性及缺血性腦損傷時，導致皮質損傷、皮質發育畸形、海馬硬化症等等，造成癲癇發生、腦性麻痺和癲癇症時，在中西結合育生學派認為治療一定要提早，越早用中醫的治療方法，其療效就越好，臨床上的效果比做任何早療都好，治療方法即上述比照腦創傷慢性期病因的用藥。
- 1-4. **腫瘤病因**：腫瘤在腦中形成不論是先天性神經細胞發育異常，或是原發性膠質瘤，或繼發性身體其他器官腫瘤轉移至腦部等，不論良性及惡性都會發生發炎及佔位，凡佔位就或壓迫鄰近神經元，一定程度就會慢慢升高顱內壓，產生症狀大部分是局部神經受壓迫的症狀，因此經常在意外事故、或健檢時發現。若意外事故發生或癲癇發生時，大部位的腫瘤都已經有一定的大小，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**成人第一次癲癇發作或視野缺損現時**，一定要做大腦影像檢查。因為當顱內壓升高時會造成顱內各種腦疝，壓迫大腦、小腦及腦幹等組織，會有局部神經的症狀，如偏盲、癲癇發生、肢體無力、或幻聽、



幻覺等，甚者嘔心、水柱式嘔吐、頭痛、眩暈等症狀。而中西結合育生學派認為腫瘤無論是急性、惡性、或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，而且是大瘀熱症。除了良性腫瘤且體積小、成長緩慢、不壓迫神經組織外，大部分的腫瘤能手術者最好就手術。育生學派對腦腫瘤主以活血化瘀、苦寒清熱、利水消腫、緩急止痛為治則來配合西醫，目的還是要抑制腫瘤復發轉移、抗痙攣（癲癇發生）、降腦壓、腦水腫。方用大劑量的活血化瘀、苦寒清熱的方劑，如育生乳沒四物湯、通經方、四苓湯合育生免疫過亢方等加方，方中重用黃芩、黃連、黃柏、乳香、沒藥、丹參、續斷、骨碎補、生杜仲、懷牛膝、川七、蒼朮、茯苓、豬苓、澤瀉等等藥物^[5,6]。

2. **遺傳性病因**：一般認為可能有基因的關係，但有癲癇的基因不一定就會發病，如有遺傳病因並不排除環境因素的影響。環境因素是導致癲癇症的重要因素，這一點已被廣泛接受；例如，許多癲癇患者在睡眠不足、壓力和疾病的情況下更容易癲癇發作^[2]。在中西結合育生學派認為遺傳性或先天性都是先天的不足，治療還是比照腦創傷的慢性期，重要要大補氣血陽氣、大補腎氣陰陽、填精生髓、活血化瘀。以育生十全大補湯、育生補陽還五湯等合育生腎氣湯、育生右歸飲、通經方等加方。
3. **感染性病因**：頭部外傷、中樞神經系統感染和腫瘤可能發生在任何年齡，並可能導致癲癇發生和癲癇症。**中樞神經系統感染是癲癇的主要危險因子**^[7]。因此各種病毒、細菌、真菌和寄生蟲感染中樞神經系統後都可能造成癲癇發作或癲癇症。病毒、細菌會造成腦膜炎或腦炎等，發病時就會有癲癇發作，病後後遺症仍可能有癲癇發作。能引起腦部感染、導致腦部發炎可分成四類，細菌、病毒、寄生蟲、真菌類等。感染途徑有鼻腔、中耳、傷口、血液等等。常見腦部感染發炎如腦膜炎、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。這些感染中**細菌會引起膿瘍佔位，結核菌會引起結核佔位，寄生蟲會引起寄生蟲佔位**，如同腫瘤一般的佔位效應，導致癲癇發生、癲癇症及其他神經症狀，甚至引起高顱內壓壓擠腦組織形成腦疝^[3,8,9]。不同的感染所引起的癲癇發生及癲癇症的治療是不同，敘述如下：
 - 3-1. **梅毒性病因**：引起的癲癇發生及癲癇症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。而細菌、微生物、真菌、寄生蟲的治療主要是抗生素，梅毒螺旋體也是。育生學派用育生龍膽瀉肝湯、育生黃連解毒湯、免疫過亢方或當歸龍薈丸等等，加重黃芩、黃連、黃柏、保安萬靈丹或雄黃之加方；平時用土茯苓、萆薢煮水當茶喝^[3,8,9]。
 - 3-2. **病毒性病因**：當癲癇發生及癲癇症時，腦部感染四類中除病毒類外，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）檢驗沒有感染時，而影像顯示腦部發炎，這時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。中西結合育生學派對**感染性發炎性腦病**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；若結核感染時則加柴胡、青蒿、常山等截瘡藥物。進入**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，癲癇發生時加天麻、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。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，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〔3,8,9〕。

- 3-3. **結核佔位病因**：結核菌初期腦轉移造成腦膜炎、腦膿瘍、癲癇發生及癲癇症時均屬少陽熱；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，都表現為少陽熱。此時，**育生學派用養陰退熱加通經活絡**，用地龍、牛膝、杜仲、續斷、骨碎補；若要養陰，則用元參、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；後期可用八仙長壽丸加青蒿、知母、地骨皮，或知柏地黃湯加青蒿、地



骨皮、柴胡、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〔3,8,9〕。

- 3-4. **寄生蟲佔位病因**：大部分的寄生蟲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、鎌狀瘧原蟲；其他如豬肉條蟲、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、癲癇發生、昏迷及部神經徵候等等症狀。**寄生蟲腦病初期感染發病育生學派辨證為太陽、陽明表風熱**，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（癲癇發生）為治則，此時主方用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〔3,8,9〕。
4. **代謝性病因**：代謝性病因是指明確的代謝缺陷，伴隨全身性表現或生化變化，例如卟啉症、尿毒症、胺基酸疾病或吡哆醇依賴性癲癇。在許多情況下，代謝性癲癇會伴隨遺傳缺陷。絕大多數代謝性癲癇可能具有遺傳基礎，但有些可能是後天獲得的，例如腦葉酸缺乏症。確定癲癇的具體代謝性病因至關重要，因為這對特定療法和潛在預防智力障礙至關重要〔2〕。在代謝性病因明確時應該中西醫合療，該補充就補充，中西結合育生學派認為這是先天的不足，應比照腦創傷慢性期治法即可。但如尿毒症即是腎性腦病，若是**腎炎性造成腦病、癲癇發生，還在發炎期應是太陽、陽明表風熱、三焦實熱、濕熱下注為主**，用育生大青龍湯、或育生葛根湯合免疫過亢方加蒼朮、茯苓、豬苓、澤瀉等加方為主，雙解表裡、清熱利濕等。若腎病尿毒已經進入萎縮期時，用育生五苓散腎炎方、或育生腎氣湯、育生左歸飲等，大補腎氣陰陽、利水填精益髓等〔3〕。
5. **免疫性病因**：免疫性癲癇的概念是它直接由自體免疫疾病引起，而癲癇發作是該疾病的核心症狀。免疫病因可以概念化為存在自體免疫介導的中樞神經系統發炎的證據〔2〕。因此自體免疫性癲癇發生或癲癇症時要有二個認識，一是大家



熟知的**系統性紅斑狼瘡 (SLE)**，系統性紅斑狼瘡在精神神經症狀之一便是癲癇發作^[10]。另一是大家比較少接觸的**腦部神經元表面蛋白自體抗體相關疾病**，這些自身抗體包括富含亮氨酸的膠質瘤失活受體-1 (LGII)、接觸蛋白相關蛋白樣受體2 (CASPR2)、N-甲基-D-天冬氨酸受體 (NMDAR)、 γ -氨基丁酸受體-B (GABA B R)、甘氨酸受體 α -氨基-3-羥基-5-甲基-4-異噁唑丙酸受體 (AMPA R) 等。這些患者常常會不明原因地出現癲癇發作、緊張性精神分裂症或自閉症症狀，或記憶和認知功能障礙，**攜帶此類抗體的患者可能昏迷數月或出現腦病，但透過安寧照護和免疫療法可以完全康復**^[11]。對於這些免疫性癲癇症中西結合育生學派認為**大部分的自體免疫疾病與癌症在西醫未介入治療時都是大熱症**，這種原始狀的態稱為「本態」，系統性紅斑狼瘡也是一樣，西醫用了類固醇、免疫抑制劑、單株抗體、生物製劑來治療時，基本還是先以大熱症為主，也許兼有陽虛、血虛、陰虛或寒等。所以其它這些神經元表面蛋白自體抗體相關疾病育生學派治療也是一樣的。主要用免疫過亢方加方為主，加川七、天麻、石膏、茯苓、澤瀉，方中黃芩、黃連、黃柏、石膏皆須重用，腦壓高時合育生柴苓湯或四苓^[12]。

6. **病因不明**：病因不明是指癲癇病因尚不清楚。目前仍有許多癲癇患者的病因不明。對於這類患者，除了基本的電臨床症狀學（例如額葉癲癇）外，無法做出具體的診斷^[2]。另外病因不明可能只是現階段未發現，或是因為醫療機構的設備或資源不足所引起，所以歸類在此。此類依中醫的辨證論治，但一定要詳細詢問其病史，這也許就可以推理而歸到前面五個病因，這個推理的病因就可以影響其後面中醫的辨證。當病史無法參考時就依據中醫的四診八綱來辨證論治。

育生參考方劑^[3]（以下省略育生二字。劑量單位：錢）

1. 四逆湯：乾薑 3、附子 3、甘草 5。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 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。
8. 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。
9. 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。
 10. 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。
 11. 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
 12. 香砂六君子：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。
 13. 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。
 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 [13]。
 16. 通經方：續斷 8、骨碎補 8、淮牛膝 8、茜草 8、蒼朮 4、甘草 5。
 17. 補陽還五湯：當歸 4、赤芍 4、川芎 4、北耆 20、丹參 4、銀杏葉 4。
 18. 黃連解毒湯：黃芩 3、黃連 3、黃柏 3、梔子 3、蒼朮 4、甘草 5。
 19. 聖愈湯：當歸 3、赤芍 3、川芎 3、生地 3、蒼朮 3、丹參 5、北耆 10。
 20. 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。
 21. 截瘧七寶飲：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 [13]。
 22. 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。
 23. 抗疫方^[4]：麻黃 1.5、杏仁 3、葛根 5、清蒿 5、甘草 5、桔梗 5、玄參 5、石膏 10、黃芩 10、葶藶子 10、黃連 4、黃柏 4、蒼朮 2、桂枝 2、白芷 2、附子 1.5。

參考文獻

1. Fisher RS, Boas WvE, Blume W, et al. Epileptic Seizures and Epilepsy: Definitions Proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005 Apr;46(4):470-472.
2. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology.



- Epilepsia. 2017 Apr;58(4):512-521.
3. 李政育著，古丹譯，中醫腦神經治療學。台北市，啓業書局，2001年；7-8, 13-14, 45-46, 121-137。
 4. 程維德、曾宣靜、李政育、廖炎智，育生中醫學派對 COVID-19 綜合症、疫苗副作用及後遺症的治療思考。中西結合神經醫學雜誌，2022年12月；第15卷第1期：68-94。
 5. 程維德，頸椎與枕骨大孔的神經病變所引起眩暈之探討。中西結合神經醫學雜誌，2024年12月；第17卷第1期：116-138。
 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：15-38。
 7. Vezzani A, Fujinami RS, White HS, et al. Infections, inflammation and epilepsy. *Acta Neuropathol.* 2016 Feb;131(2):211-234.
 8. Kenneth W. Lindsay, Ian Bone, Geraint Fuller 著，顏君霖譯，圖解神經醫學及神經外科學第六版（*Neurology and Neurosurgery Illustrated, 6/e*）。新北市，合記出版社股份有限公司，2012年；356-361, 370-379, 420-424, 490-531。
 9. 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。
 10. Cha S, Ahn GY, Kim K, Lee HS, Bae SC, Bang SY. Unveiling the clinical and genetic impact of neuropsychiatric involvement in systemic lupus erythematosus. *RMD Open.* 2025 Oct;11(4):e006033.
 11. Stanciu GD, Bild V, Ababei DC, et al. Relevance of Surface Neuronal Protein Autoantibodies as Biomarkers in Seizure-Associated Disorders. *Int J Mol Sci.* 2019 Sep;20(18):4529.
 12. 李政育、林寶華、蘇英福、羅仕榮、林揚南、葉慶釧，常見免疫系統、結締組織、關節炎的中西醫結合療法初探。傳統醫學雜誌，2005年4月；16期：114-125。
 13. 汪昂原著，禹侯重編，醫方集解。台北市，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：2025年10月14日；接受日期：2025年11月6日