



# 從不可癒到可癒： 中醫在腦性麻痺治療中的挑戰與突破

曾宣靜<sup>1</sup>、邱文俊<sup>1</sup>、湯其暉<sup>2</sup>、李政育<sup>3</sup>

<sup>1</sup>天梁堂中醫診所

<sup>2</sup>三軍總醫院神經外科部

<sup>3</sup>育生中醫診所

## 摘要

本文以腦性麻痺（Cerebral Palsy, CP）為核心議題，探討中醫如何突破傳統「不可癒」的認知，提出「腦神經可修復」的治療觀點。首先，文章概述西醫對腦性麻痺的定義、病因、臨床特徵、診斷與治療現況，指出其治療多以功能維持與症狀管理為主。接著，從中醫經典理論出發，將腦性麻痺歸納於「五軟」、「五硬」、「五遲」、「解顛」、「轆轤轉睛」、「龜背」等範疇，認為病機涉及腎、脾、肝三臟虧虛，形成「虛、瘀、痰」的病理關係。

在此理論基礎上，李政育醫師提出「培本、通絡、利竅、重鎮」四大治療綱領，目標在於神經修復與功能重建，而非單純的症狀控制。文中列舉三則臨床案例，展示從早期嬰兒到長期重症患者的治療過程與顯著成效，印證中醫在腦性麻痺治療上的臨床可行性。文末總結臨床實踐中的關鍵思考，包括早期介入、重視脾胃功能、劑量掌握、兼症處理與整合照護安全規範，展現中醫在現代醫療體系中可發揮的突破性角色。

**關鍵詞：**腦性麻痺、Cerebral Palsy、中醫治療、神經修復、李政育醫師、五軟、五硬、五遲、解顛、轆轤轉睛、龜背、中西醫結合、早期介入

## 一、前言

腦性麻痺（Cerebral Palsy, CP）是一種源自於胎兒或嬰幼兒期腦部發育受損所導致的神經系統疾病，其典型症狀包括運動障礙、肌張力異常、姿勢控制不良等。西醫普遍認為此類損傷屬於結構性、難以逆轉的病變，因此多將腦性麻痺視為「永久且非進行性」、「不可治癒」的終身疾病，治療主要著重於物理治療、肌肉鬆弛劑、矯形手術等，旨在改善症狀、維持功能，而對腦部損傷本身較少直接的修復策略〔1〕。



然而，中醫對人體與疾病的認知，秉持著一種動態、整體的觀念。在面對腦性麻痺這一棘手難題時，並未囿於「不可癒」的想法。從中醫「腦為髓之海」、「腎主骨生髓」、「脾為後天之本」等經典理論出發，結合對現代神經科學的理解，提出了「修復腦神經」的治療方略。

本文旨在系統性地探討中醫在腦性麻痺治療領域的挑戰與突破。透過剖析西醫的治療框架，並與傳統中醫的經典理論及李政育醫師所開創的現代中西醫匯通神經學治療思路進行對比，嘗試為腦性麻痺的治療提供有別於症狀管理的途徑，構建一套具理論基礎與臨床驗證的方法，其目標為神經修復與功能重建，冀希將腦性麻痺的治療論述，從「不可癒」的過去，推向「可癒」的未來。

## 二、腦性麻痺西醫相關簡述

為探討中醫治療腦性麻痺的獨特視角與突破，首先從現代醫學對此症的認知進行概述。西醫以其實證科學方法，為腦性麻痺的定義、病因、診斷與治療建立了標準框架，這是理解此疾病的基礎，更是後續進行中西醫對比分析的重要參照。

### （一）定義

腦性麻痺被定義為「一組因發育中胎兒或嬰兒大腦的非進行性紊亂所導致的，影響個體運動、姿勢和平衡的永久性障礙群」<sup>[2]</sup>。此障礙源於發育中的胎兒或嬰兒腦部受到非進行性的損傷或異常。關鍵詞「非進行性」意指最初的腦部損傷本身不會惡化，但其臨床表現會隨著兒童的成長發育而改變，「永久性」則點出了當前主流醫學認為此腦部損傷是不可逆的觀點。

### （二）病因

腦性麻痺的病因可從三個層面來理解：環境因素、遺傳因素，以及兩者交互作用的多因性機轉。

#### 1. 環境因素：「後天」損傷的主要來源

臨床統計顯示，約九成以上的腦性麻痺個案可追溯到圍產期（孕 28 週至出生後一週），其中又以缺氧和早產最具代表性：

- （1）圍產期缺氧／缺血性腦病（hypoxic-ischemic encephalopathy, HIE）：胎兒或新生兒因臍帶受壓、胎盤功能不全、難產等原因，短時間內缺氧，導致腦白質或基底核不可逆損傷。
- （2）早產與子宮內生長受限（intrauterine growth restriction, IUGR）：早產兒腦血管脆弱、髓鞘形成尚未完成，極易在感染、低血壓或高氧治療時出現顱



內出血與缺血再灌注傷害。另外，生長受限嬰兒的腦結構會改變，對功能產生影響，例如灰質體積受限，這會限制氧氣輸送到前腦和小腦，阻礙其發育。

- (3) 母體感染，特別是絨毛膜羊膜炎：子宮內炎症因子可直接損傷胎兒腦組織，或誘發早產。
- (4) 多胞胎妊娠、未破水即使用早產抗生素、代謝性酸中毒等因素，皆會增加早產或缺氧風險。
- (5) 出生後頭部外傷、腦膜炎／腦炎：雖僅占全部個案的約 8%，但在臨床仍是不容忽視的致病途徑。

值得注意的是，缺氧真正發生在「分娩過程」的急性事件實際上少於 10%；大多數損傷已在分娩前就已累積<sup>[3]</sup>。

## 2. 遺傳因素：「先天」易感性的日漸浮現

過去被視為純環境疾病的腦性麻痺，隨著大規模基因定序技術的應用，已證實有近三分之一的患者可找到明確的遺傳異常：

- (1) 單一核苷酸變異 (single-nucleotide variant, SNV)：約占全部病例的 25%，多集中在神經發育、突觸功能或肌張力調控基因。
- (2) 拷貝數變異 (copy number variation, CNV)：約占 5%，為染色體片段重複或缺失，可能同時影響多個基因網絡。
- (3) 多基因風險與寡基因模式：多個中低效應基因疊加，或兩三個高風險基因協同致病，正透過全基因體關聯研究與功能研究逐步揭開。
- (4) 粒線體 DNA 變異或含量下降：影響細胞能量代謝，尤在高能量需求的運動神經元中顯得關鍵。

目前綜合 SNV 與 CNV 的基因診斷率約 28-31%。這些先天變異可以直接造成神經網路發育缺陷，也可能透過增加早產、胎盤功能不全或凝血異常等「間接」提高環境傷害的機會<sup>[3]</sup>。

## 3. 多因性與基因、環境交互作用：「先天不足，後天失調」

雖有高達 80% 的病例，在病歷回顧中，被標示為「特發性」，但現在多被視為基因易感性，與圍產期危險事件加乘的結果。舉例而言：

- (1) 一位帶有凝血功能變異的胎兒，遇上母體感染或胎盤灌注差，可更易形成腦部微血栓，放大缺氧傷害。
- (2) 一個突觸發育基因突變的新生兒，即使缺氧時間較短，也可能因突觸修復能力較差而留下明顯後遺症。

這種「先天」、「後天」疊加模式，正好呼應中醫所說「先天稟賦不足、後天失調更易致病」的理念，也解釋了腦性麻痺臨床表現的高度異質性：同樣的腦損



傷負荷，因體質差異而衍生出不同程度的智力障礙、癲癇、語言、視覺或社交功能缺陷<sup>[3]</sup>。

### (三) 臨床特徵

腦性麻痺的臨床表現多樣，主要依據其核心的運動障礙模式進行分類：

#### 1. 主要運動分型：

- (1) 痙攣型 (Spastic CP)：最常見的類型，約佔 70-80%，源於大腦皮質運動區的損傷。其特徵為肌肉張力增高 (Hypertonia)、牽張反射亢進，常表現為肢體僵硬、關節活動受限，以及典型的「剪刀腳」步態。根據受影響的肢體範圍，可再細分為單癱、偏癱、雙癱及四肢癱。
- (2) 徐動型 (Dyskinetic CP)：約佔 15-20%，源於基底核的損傷。其特徵為不自主、無目的、持續變化的運動，包括扭曲緩慢的「肌張力不全」(Dystonia) 和快速不規則的「舞蹈手足徐動」(Choreoathetosis)。患兒的肌肉張力會在高張與低張之間不穩定地波動。
- (3) 共濟失調型 (Ataxic CP)：最為罕見，約佔 1-6%，源於小腦的損傷。主要表現為平衡感差、動作協調困難、步態不穩，常伴隨意向性震顫<sup>[4]</sup>。

2. 功能分級：臨床上廣泛使用「粗大動作功能分類系統」(Gross Motor Function Classification System, GMFCS) 將患兒的運動能力分為五個等級，從第一級 (能行走自如，僅有速度、平衡和協調性的限制) 到第五級 (在所有環境中都需要輪椅運送，自我活動能力極度受限)，此分級系統有助於設定治療目標及預測功能預後<sup>[4]</sup>。

3. 伴隨障礙：腦性麻痺的影響遠不止於運動系統，常伴隨多種共病症，增加了照護的複雜性。

- (1) 慢性疼痛：約 50%-75% 的患者，長期或間歇性疼痛。
- (2) 智力障礙：約 50%。
- (3) 言語障礙：約 40-60%，無法發聲或難以表達。
- (4) 膀胱控制問題：約 30%-60%。
- (5) 視力障礙：約 30%-50%。
- (6) 癲癇發作：約 25%-45%。
- (7) 行走障礙：約 25%-40%。
- (8) 髖關節脫位或半脫位：約 30%。
- (9) 睡眠障礙：約 20%。
- (10) 流口水：約 20%。
- (11) 聽力受損：10%-20%。



(12) 胃造口管依賴：約 7%<sup>[4]</sup>。

以上症狀反映了早期大腦損傷對整體神經發育的影響，臨床評估時需同時關注運動功能與共病管理，才能為患者與家屬制定符合需求的整合療程。

#### (四) 西醫診斷

腦性麻痺的診斷主要依賴臨床評估，是一個排除性診斷的過程，需要結合詳細的病史詢問與連續的體格及神經學檢查，以確認患兒存在非進行性的運動發育遲緩或姿勢異常。

其中，神經影像學檢查，特別是腦部磁振造影 (MRI)，扮演了重要的角色。MRI 能夠清晰地呈現腦部結構，在 85-90% 的腦性麻痺患兒中，可以發現明確的腦部異常，如腦室周圍白質軟化 (periventricular leukomalacia, PVL)、腦皮質發育畸形、腦中風後遺症，或基底核損傷等。MRI 不僅有助於確定病因、判斷損傷的時間點，更是排除其他進行性神經系統疾病 (如腦瘤、代謝性腦病) 的關鍵工具。然而，值得注意的是，仍有 10-15% 的臨床確診患兒，其腦部 MRI 影像可能正常或無特殊發現<sup>[5]</sup>。

#### (五) 西醫治療目的

基於腦損傷「永久性」的定義，西醫治療的目標圍繞著「功能最大化」與「併發症管理」的核心原則展開，包括：

1. **功能最大化**：透過各種干預，幫助患兒在其潛能範圍內達到最佳的運動功能。
2. **預防繼發性問題**：積極預防和處理關節攣縮、骨骼畸形 (如髖關節脫位、脊柱側彎)、疼痛等問題。
3. **改善生活品質**：處理疼痛、睡眠、溝通、情緒等共病症，提升患兒與家庭的整體福祉。
4. **促進社會參與**：幫助患兒融入學校和社會，培養獨立生活的能力<sup>[6]</sup>。

#### (六) 西醫治療方法

西醫採取多專科團隊合作的模式，整合多種療法為，患兒制定個人化的治療方案：

1. **復健治療**：物理治療與職能治療是所有治療的基礎，強調目標導向訓練、肌力強化訓練、任務導向練習等，以改善患兒的粗大與精細動作功能，及日常生活自理能力。
2. **藥物治療**：主要用於處理痙攣。局部注射 A 型肉毒桿菌素 (Botox) 可有效降低特定肌肉群的張力；口服抗痙攣藥物 (如 Baclofen) 適用於全身性痙



變；對於重度全身性痙攣，可採用鞘內巴氯芬幫浦（intrathecal baclofen pump, ITB）持續給藥。

3. **外科手術**：包括骨科手術（如肌腱延長術、截骨矯正術）以處理已形成的關節攣縮和骨骼畸形；以及神經外科手術，如選擇性脊神經後根切斷術（selective dorsal rhizotomy, SDR），透過切斷部分感覺神經根以永久性降低下肢的痙攣狀態〔7〕。
4. **細胞再生治療**：目前，腦性麻痺的細胞再生治療主要指幹細胞治療，包括間質幹細胞（mesenchymal stem cells, MSC）、臍帶血單核細胞（umbilical cord blood mononuclear cells, UCB-MNC）、骨髓單核細胞（bone marrow mononuclear cells, BM-MNC）、神經幹細胞（neural stem cells, NSC）等多種細胞來源。臨床研究顯示，這些細胞治療在改善運動功能、減少殘障方面具有潛力，但療效尚不一致，且尚未成為標準治療〔8-10〕。

### 三、傳統中醫對於腦性麻痺的認識

在中醫典籍中無「腦性麻痺」這一病名，而是透過辨證體系，將其症狀群歸納於「五軟」、「五硬」、「五遲」、「解顱」、「轆轤轉睛」、「龜背」等範疇之內〔11〕。

#### （一）古典病名對應

1. **五軟**：古籍記載為「頭軟、項軟、四肢軟、肌肉軟、口軟」此描述精準地對應了腦性麻痺中的肌張力低下型（Hypotonic CP）或各類型腦性麻痺在嬰兒早期的鬆軟表現，如頭頸無力、四肢癱軟、吸吮咀嚼無力等。
2. **五硬**：古籍描述為「小兒仰頭、哽氣、手足心堅、口緊、肉硬也」。這生動地描繪了痙攣型腦性麻痺（Spastic CP）的核心特徵，如頸項強直、四肢僵硬、關節活動受限、牙關緊閉等高張力狀態。
3. **五遲**：指「立遲、行遲、發遲、齒遲、語遲」。這涵蓋了腦性麻痺患兒普遍存在的全面性發育遲緩，不僅包括運動里程碑（站立、行走）的延遲，也包括了生長發育（頭髮、牙齒）和高級神經功能（語言）的落後。
4. **解顱**：為「頭大骨縫不合」的現象。這反映腦性麻痺患兒因「腎主骨生髓，腦為髓海」等功能失調，導致的腦部發育障礙。不僅表現頭顱外形的異常，也涵蓋頸無力固定支撐頭顱、全身性生長機能低下等問題，臨床常見面色晄白、形體瘦弱、目多白睛等先天不足之症。
5. **轆轤轉睛**：為「眼珠旋轉不定」或「瞳孔擴大不收」的現象。這涵蓋了腦性麻痺患兒常見的眼部功能障礙，其病機多源於「肝經風邪壅盛」，不僅包括了眼肌控制失調導致的眼球運動異常，也包括了風邪入腦引起的視覺神



經功能損害。

6. **龜背**：為「偻僂曲折，背高如龜」的脊柱變形現象。涵蓋腦性麻痺患兒常見的嚴重脊柱畸形（如脊柱後凸或側彎），其病機常因患兒骨氣未充時「太早學坐」，導致「風客脊膂」（外邪侵入虛弱的脊背），造成脊柱變形、軀幹控制不良及肌張力失衡等情形，往往為腦性麻痺病程中姿勢異常固定化的後期表現〔12,13〕。

## （二）核心病因病機

中醫認為，腦性麻痺的病理核心在於腦髓失養，而其根源則涉及先天與後天多個臟腑功能的失調。

### 1. 病位在腦，關乎腎、脾、肝：

- （1）腎為先天之本，主骨生髓，通於腦：腎精是構成腦髓的物質基礎。若父母體虛、孕期失養或早產導致先天稟賦不足，則腎精虧虛，無法充養「髓海」（即腦），此為發病的根本原因。
- （2）脾為後天之本，主運化，乃氣血生化之源：脾胃功能健旺，方能將飲食物轉化為精微氣血，以濡養全身，上奉於腦。若後天餵養不當或疾病所傷，脾胃虛弱，則氣血生化無源，腦失所養。
- （3）肝主筋，藏血：全身的筋膜、肌腱功能有賴於肝血的濡養。肝血不足，則筋脈弛緩（對應「五軟」）；若虛風內動或氣血瘀滯，筋脈拘急，則可見肢體僵硬攣縮（對應「五硬」）〔11〕。

### 2. 「虛、瘀、痰」的病理鏈：

- （1）虛為本：腎、脾、肝三臟的虧虛是腦性麻痺最根本的病理基礎。此「虛」證導致氣、血、精、髓等生命基本物質的生成不足與功能減退。
- （2）瘀為標：「氣為血之帥」，氣虛則無力推動血液運行，導致血行遲緩不暢，久而成「瘀」。瘀血阻滯腦絡，使腦竅不通，神明失養，加重了腦功能的損害。
- （3）痰為標：脾虛則運化水濕的功能失常，水濕停聚，凝聚成「痰」。痰濁隨氣上擾，蒙蔽清竅，阻礙經絡氣血運行，不僅會加重運動與智力障礙，更可成為引發癲癇等併發症的直接原因〔11〕。

綜上所述，中醫認為腦性麻痺的病機是一個由「虛」致「實」（瘀、痰）的複雜過程。「虛」是根本，是腦髓失養的內在原因；「瘀」和「痰」則是繼發的病理產物，它們反過來又會加重腦絡的閉阻，形成惡性循環。這一深刻的病機認識，為中醫「培本」與「祛邪」相結合的治療方法奠定了理論基礎。



## 四、李政育醫師對於腦性麻痺的治療思路

在傳統中醫理論的基礎上，李政育醫師結合數十年臨床經驗與對現代神經醫學的深刻理解，發展出一套獨特且系統化的腦性麻痺治療思路。此思路不僅繼承了中醫的整體觀，更針對現代腦性麻痺患兒的複雜病況進行了創新與突破。

### （一）對傳統方劑的批判性繼承

李醫師首先指出，清代《醫宗金鑑》等典籍中記載的「補腎地黃丸」、「扶元散」等傳統方劑，在今日臨床上僅適用於輕症患者。其核心論點在於「患者群體的轉變」：古代醫療條件下，缺乏保溫箱、鼻胃管等維生設備，重症腦性麻痺患兒幾乎無法存活。因此，古方所針對的是那些能夠自然存活下來的、病情相對較輕的個案。而現代醫學的進步，使得大量在古代無法存活的重症、極重症患兒得以延續生命，其病理狀態的複雜與嚴重程度，已遠非傳統方劑所能輕易應對。故此，現代中醫治療腦性麻痺，必須在繼承古人智慧的基礎上，進行修正與強化<sup>[12]</sup>。

### （二）核心治療目標：從「管理」到「修復」

李醫師的治療思路改變了「接受永久性損傷」的觀念，將治療目標明確設定為追求「結構性與功能性的雙重修復」。其核心目標是透過中藥的藥理作用，達到促進腦循環、修復受損腦細胞、甚至促進腦幹細胞再生。這一思路的轉變，是從根本上挑戰腦性麻痺「不可癒」標籤的理論基石。

### （三）四大治療總綱：「培本、通絡、利竅、重鎮」

此四大原則構成了李醫師治療腦部疾病的總體戰略框架，環環相扣，共同作用於腦性麻痺的核心病機。

1. **培本（滋養根本）**：針對「虛」的根本病機，以補益腎、脾為主，滋養先天之精與後天之氣血，為腦髓的修復提供充足的物質基礎。
2. **通絡（疏通經絡）**：針對「瘀」的病理狀態，運用活血化瘀藥物，改善腦部微循環，打通被瘀血阻滯的腦絡，確保「培本」所生的氣血精微能順利上達腦竅。
3. **利竅（開通腦竅）**：針對「痰」的病理產物，使用化痰、芳香開竅的藥物，清除蒙蔽腦竅的痰濁，以恢復神識清明，改善認知與感覺功能。
4. **重鎮（重鎮安神）**：針對因陰虛陽亢或痰熱擾心所致的「風」動（表現為痙攣、抽搦、躁動不安），使用質地沉重的礦石、介殼類藥物，以鎮靜安神、平肝潛陽、熄風止癇。

理論的價值最終需由臨床實踐來驗證。以下三個不同年齡、不同病況的案例，



展示李醫師如何運用其系統化的治療思路，將腦性麻痺從「不可癒」的困境中，引向功能顯著改善乃至趨於正常的「可癒」之境。

## 五、李政育醫師治療腦性麻痺的病案舉例

### (一) 病例一：2 個月男孩（診斷：五軟症、腦性麻痺）

1. **初診（103/10/21）**：患兒為 2 個月大男性，因前置胎盤剖腹產，出生體重僅 2340 克，伴有喉頭軟化症並已接受兩次雷射手術。就診時症狀為以鼻胃管餵奶時呼吸急促，體重 5.4 公斤，全身軟弱無力。中醫診斷為「五軟症」，屬典型的氣血精髓極度虧虛。
2. **治療思路與處方**：此為純虛無實之證，以補養氣血、填精益髓為核心。
3. **處方**：十全大補湯 1.5g、人參 0.2g、川七 0.2g、鹿茸 0.2g、仙楂 0.1g，每日三次。
4. **治療進程與效果**：
  - (1) 2 週後（103/11/05）：精神、食慾改善，足部較有力，手部動作增多，頸部已可自行抬起。
  - (2) 近 3 個月後（104/01/10）：頸部已能挺直，眼神固定有力，吸吮奶嘴有力，扶著腋下可自行站直雙膝。體重增至 7 公斤。處方中十全大補湯劑量增至 1.8g。
  - (3) 近 4 個月後（104/02/07）：拔除鼻胃管，可自行經口進食，奶量增加，頭部可隨目光靈活轉動，體重 8.6 公斤。
  - (4) 近 5 個月後（104/03/14）：已會翻身，並開始學習爬行，手部握力正常。
  - (5) 近 8 個月後（104/06/13）：醫師評估所有功能已完全恢復正常。
5. **案例分析**：此病案展示了在嬰兒期極早期介入，針對單純的「虛證」根本，以大劑量補益氣血精髓的方藥，能夠迅速扭轉病程，實現神經功能的完全追趕與康復，是「早期治療、早期痊癒」的典範。

### (二) 病例二：6 歲女孩（診斷：五軟症、腦性麻痺）

1. **初診（95/7/7）**：患兒為 6 歲女性，有 25 週臍帶萎縮、35 週出生體重僅 1480 克的病史。就診時症狀複雜：眼神呆滯、手部動作不靈活、語言遲緩、雙眼內斜視、右足踮腳尖、剪刀腳、步態拖曳、坐姿垂頭、不自主流涎。體重 15 公斤，大便如羊屎。
2. **治療思路與處方**：此案病程已久，呈現出氣血虧虛為本，兼有陽虛、血瘀、脾胃運化失常的複雜病機。治療上結合了氣血兩補、活血、化瘀、補腎，並兼顧脾胃等方法。



3. **初診處方：**育生十全大補湯（黃芩 2 錢、丹參 3 錢、蒼朮 3 錢、茯苓 3 錢、生草 3 錢、當歸 3 錢、川芎 3 錢、赤芍 3 錢、生地 3 錢、干姜 3 錢、附子 3 錢、玉桂子 5 錢、黃耆 1 兩）加黃耆 1 兩、乾薑 3 錢、附子 3 錢、黃芩 2 錢、內金 5 錢、淮山藥 8 錢，並另服人參 3 錢、川七 4 錢的藥粉。
4. **治療進程與效果：**
  - (1) 3 週後（95/07/26）：眼神轉動能固定，頸部較有力，不再垂頭，可放手站立數秒，剪刀步已消失。針對大便硬結，原方加大黃 0.5 錢、仙楂 4 錢。
  - (2) 長期追蹤（99-101 年）：步態持續改善，不穿矯正鞋已可走兩三步，剪刀交叉步態已無。處方在原補益基礎上，加入麻黃等藥物以進一步通絡，並持續調整大黃劑量以保證大便通暢。
5. **案例分析：**此案說明對於年齡較大、病程較長的患兒，治療是一個長期且動態調整的過程。在堅持「培本」的基礎上，必須隨時處理新出現的症狀（如便秘），並適時加入「通絡」藥物，以在穩固根本的同時，不斷促進功能的改善。

### （三）病例三：4 歲女孩（診斷：繼發性五軟症、腦性麻痺）

1. **初診（112/8/31）：**患兒為 4 歲女性，因熱痙攣後一年內惡化至全癱，長期接受類固醇治療。就診時四肢肌力近乎為 0，需鼻胃管餵食，無視覺反應。
2. **治療歷程與辨證轉變：**
  - (1) 第一、二階段（扶正祛邪，逐步減西藥）：初期以育生十全大補湯加減為主，運用氣血兩補，旨在「培本」，重建身體正氣，為停用類固醇創造條件。隨著眼神、頸部活動、溝通能力的改善，逐步減少西藥，並於 113 年 7 月 5 日成功完全停用類固醇。
  - (2) 第三階段（出現癲癇，轉向化痰熄風）：停用類固醇後，患兒在一次感冒後出現癲癇。此時病機發生重大轉變：由單純的「虛證」轉為「痰風內動」的虛實夾雜證。治療思路隨之轉變，停用補益為主的十全大補湯，改用育生半夏天麻白朮散，並加入白僵蠶、蜈蚣、全蠍等熄風止痙之品。
  - (3) 第四階段（癲癇加重，轉向活血通絡）：儘管調整處方，患兒仍發生癲癇大作。此時考慮到病久入絡，深層的「瘀」可能是導致腦部異常放電的關鍵。治療思路再次深化，改用以補氣活血化瘀為核心的育生血枯方，加桃仁、天麻等，旨在改善腦部最細微的血液循環，從根本上改變腦部病理環境。
5. **案例分析：**此病案的治療過程演繹了中醫「隨證治之」的靈活性。治療策略從最初的「培本補虛」，到中期的「化痰熄風」，再到後期的「活血通絡」，每一步都緊扣病機的轉變。它揭示了腦性麻痺的病理是動態演變的，治療絕不能固守一方一法，而必須根據臨床表現的變化，精準地調整治則與方藥。



## 六、中醫治療腦性麻痺的臨床觀察與思考

綜合李政育醫師的臨床實踐與理論體系，可總結出以下在腦性麻痺中醫治療中的關鍵臨床要點與思考，這些細節往往是決定治療成敗的關鍵。

### （一）早期介入與脾胃為本

1. 早期治療的重要性：中醫兒科理論強調小兒「臟腑嬌嫩，形氣未充」但「生機蓬勃，發育迅速」的生理特點。這意味著小兒病理變化迅速，但也具有極強的恢復潛力。因此，「越早治療越好」是腦性麻痺治療的鐵律，在腦部與身體發育的黃金時期介入，往往能取得事半功倍的效果。
2. 脾胃功能的中心地位：李醫師特別強調「嬰幼兒與老人相同，只要胃口開，營養能吸收，身體自可慢慢康復」。脾胃為後天之本，氣血生化之源。對於長期服藥、身體虛弱的患兒，脾胃的運化功能是吸收藥物與營養、支持身體修復的根本保障。若出現胃納不開，必須優先處理，如在方中加入山楂、內金、蒼朮等開胃健脾之品，甚至暫時轉為以參苓白朮散、香砂六君子湯等健脾方劑為主，待脾胃功能恢復再繼續攻補。

### （二）用藥劑量的精準掌握

小兒用藥，劑量是關鍵。李醫師提出了一套基於體重的換算原則，以成人 40 公斤為基準，例如 20 公斤的患兒劑量為成人之半。對於一些藥力峻猛的藥物，更有嚴格的劑量上限，以確保安全：

1. 人參或西洋參：10 公斤以下患兒，每日 1-2 克；20-40 公斤者，每日一錢半至三錢；40 公斤以上者，不超過三錢。
2. 鹿茸：所有患兒，每日最多不得超過一錢半。
3. 乾薑、附子：此類大熱之品，如總量達一兩，需配伍黃芩或黃柏三錢以中和其熱性，防止傷陰動火。

### （三）兼症的辨證處理

腦性麻痺常伴隨多種症狀，靈活處理兼症是提高療效、改善生活品質的重要環節。

1. **抽搐、癲癇**：此為「風」動之象，可在主方基礎上加入熄風止癇的蟲類藥，如全蠍、蜈蚣、白僵蠶，以及平肝熄風的天麻、鉤藤等。
2. **神經性發熱**：腦部病變患者常見一種特殊的發熱模式：午後起熱，半夜最高，清晨寅卯時出大汗而熱退。此屬陰虛內熱的「骨蒸勞熱」，治宜養陰清熱，可在方中加入青蒿、知母、地骨皮、丹皮等藥物。



3. **痰涎與流涎**：痰多者，可加款冬花、五味子、白果等化痰斂肺；若為黃黏痰，多屬感染，可加陳皮、半夏、黃芩清熱化痰。對於單純的流涎，李醫師認為不必過於在意，此乃脾虛氣陷、固攝無力的表現，待「五軟」之本證改善，脾氣得復，流涎自會停止〔12〕。

#### （四）整合照護與安全注意事項

李醫師的治療方式不僅僅是開具中藥處方，更是一套涵蓋了現代醫學背景下的綜合管理方案，其中對安全性的強調尤為突出。

1. **西藥的戒斷**：強調在配合中藥治療的過程中，西藥（特別是抗癲癇藥、類固醇）必須緩慢減量，絕不可驟然停用，否則極易引發腦水腫、顱內出血等嚴重反彈現象。若減量過程中出現症狀反覆，可暫時維持當前劑量，不必退回原劑量。
2. **飲食與餵養**：食物以軟滑易吞嚥為原則。其中最重要的一項安全警示是：凡置入鼻胃管的患兒，絕對禁止從口中餵食任何東西，包括水。即便患兒看似已有吞嚥能力，也必須待鼻胃管拔除後方可嘗試經口進食，以嚴格杜絕因嗆咳導致的吸入性肺炎與缺氧，後者可能引發二次腦損傷，使治療前功盡棄。
3. **家庭推拿按摩**：鼓勵家長為患兒進行日常推拿，如沿督脈、膀胱經拍打，按揉關節肌肉等。但同時提出嚴厲的禁忌：絕對禁止按壓或揉捏頸部兩側的頸動脈區域。因腦性麻痺患兒多頸部無力，此處的過度按壓極易導致腦部缺血、缺氧甚至血栓形成。正確的做法是以手掌托住後腦與頸部交接處，給予支撐〔12〕。

這些細緻入微的臨床指導，特別是針對鼻胃管餵食和頸部按摩的禁忌，體現一種融合現代醫學安全意識的整合醫學思維。這說明成功的中醫治療不僅僅依賴於方藥的精準，更建立在一套系統、現代化的綜合照護規範之上，確保治療過程的安全與高效。這種將傳統療法與現代照護標準對接的實踐，也是中醫在當代取得突破的關鍵所在。

#### 參考文獻

1. Vitrikas K, Dalton H, Breish D. Cerebral palsy: An overview. *Am Fam Physician*. 2020;101(4):213-220.
2. Paul S, Nahar A, Bhagawati M, Kunwar AJ. A review on recent advances of cerebral palsy. *Oxid Med Cell Longev*. 2022;2022:2622310.
3. Sandran NG, Badawi N, Gecz J, van Eyk CL. Cerebral palsy as a childhood-onset



- neurological disorder caused by both genetic and environmental factors. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2024;29(2-3):101551.
4. Barkoudah E, Aravamuthan B. Cerebral palsy: Classification and clinical features. *UpToDate*, Jul 1, 2025.
  5. Barkoudah E, Aravamuthan B. Cerebral palsy: Evaluation and diagnosis. *UpToDate*, Jul 1, 2025.
  6. Barkoudah E, Aravamuthan B. Cerebral palsy: Overview of management and prognosis. *UpToDate*, Jul 15, 2025.
  7. Barkoudah E, Whitaker A. Cerebral palsy: Treatment of spasticity, dystonia, and associated orthopedic issues. *UpToDate*, Nov 17, 2023.
  8. Akat A, Karaöz E. A Systematic Review of Cell Therapy Modalities and Outcomes in Cerebral Palsy. *Mol Cell Biochem.* 2025;480(2):891-922.
  9. Jensen A. Cerebral Palsy - Brain Repair With Stem Cells. *J Perinat Med.* 2023;51(6):737-751.
  10. Kułak-Bejda A, Kułak P, Bejda G, Krajewska-Kułak E, Kułak W. Stem Cells Therapy in Cerebral Palsy: A Systematic Review. *Brain Dev.* 2016;38(8):699-705.
  11. 孫怡、楊任民、韓景獻：實用中西醫結合神經病學（第2版）。北京市，人民衛生出版社，2011。
  12. 李政育：中西醫結合中醫腦神經治療學。台北市，啓業書局，2001。
  13. 李政育：中西醫匯通的理論與實務（第一集）。台北市，啓業書局，2003。

通訊作者：李政育

聯絡地址：台北市大安區羅斯福路三段 261 號 4 樓

聯絡電話：02-23670436

E-mail：amatasings@gmail.com

受理日期：2025 年 11 月 4 日；接受日期：2025 年 11 月 8 日