



老人血糖無因突然猛爆性高起是中風先兆

簡鸞瑤

劉桂蘭中醫診所

摘要

腦中風是全球第二大死因及第三大致殘原因，其健康負擔在全球人口高齡化趨勢下日益加劇。儘管中西醫界對於中風後的照護已有眾多因應方案，但若能提早識別中風前兆並給予及時、適當的治療，來避免中風發生或減輕其造成的損傷，將對人類健康有莫大助益。

腦中風並非一蹴而就的突發事件，而是一個由潛在風險累積、生理功能逐步失衡的漸進式病程。中醫觀察老人中風前兆，表現為肝陽上亢、肝風內動等證候，正是生理長期根本腎虛，導致內分泌與交感神經應激失衡的具體表現，治療必須標本兼顧，絕不能「見亢抑亢」，否則恐對老人虛損的生理條件造成虛虛之害。

本文將腦中風發生前夕所導致的急性高血糖與急性高血壓的病理機轉與中醫觀點結合，依老人正氣強弱不同，分別提出辨治核心模型，並以病案探討動態治療策略，精準干預前兆病程，整體提升中風的防治成效。

關鍵字：腦中風前兆、急性高血糖、急性高血壓、老人醫學、應激反應、暫時性腦缺血發作（TIA）、中風預防

前言

老人中風前兆是在「易感病理體質」條件下，身體受急性誘發因素激惹而導致各種生理與病理變化，使其面臨中風高風險的一種狀態與漸進病程。

中風的發生並非毫無預警，身體會透過各種前兆（Stroke Prodrome）發出重要警訊。中風前兆表現為急性高血糖或急性高血壓^[1]，或情緒神識異於平常，或短暫、輕微或不典型的神經功能障礙症狀，即使於數分鐘至數小時後自行緩解了，仍是預示潛藏未來全面中風的風險。

暫時性腦缺血發作（Transient Ischemic Attack, TIA）原因很多，若導因心腦血管病變，即是典型的中風前兆，其症狀與中風類似，如肢體無力或麻木、言語或溝通障礙、視力模糊或減退、平衡與協調性變差、意識或認知功能異於平常、突發性頭痛等，特點是症狀為短暫性和可逆性。值得警惕的是，TIA 是大約 15% 缺



血性中風之前奏，且 TIA 發生後數小時到數天內中風風險最高，7 天內可能近半會發生後續中風。其後的 90 天內更是中風高風險期，這段「時間窗」對於早期診斷、積極干預防治全面中風至關重要〔2-5〕。

非糖尿病或高血壓患者，或平時血糖、血壓控制良好者，一旦急性應激（如感染、炎症、心血管事件，或腦部微小病變…）下，出現大幅度血糖、血壓升高時，大多是預警須小心即將中風〔6-8〕。對於中風前兆出現的急性高血糖、急性高血壓，現代醫學通常以直接抑制血糖、血壓為主要治療，但臨床發現血糖、血壓仍控制不佳，甚至加速胰島細胞萎縮退化，或導致血管痙攣難緩而有腦出血風險。此乃單純抑制性治療，無法根本解決老人應激反應或內分泌紊亂的本質問題所致。

中風事件是由量變到質變的長期累積與階段性惡化之結果，若單純由「未中風」與「已中風」二元區分顯得粗糙，中風前兆同樣也是一段連續、動態的狀態與病程，除長期總結「急性中風發生」逆向推衍的臨床觀察外，更須綜合考量血糖、血壓等生理數據，慢性共病、應激因素、急性生理與病理變化，並以中醫證候進行歸納。於中風前兆干預治療，即是實踐中醫「未病防治、既病防變」的預防醫學理念，強調在危險因子干擾、血管病變進展的早期，通過結合辨證與辨病思路，調控陰陽氣血失衡與臟腑逆亂的累積，從而有效預防或減輕後續的全面中風，降低日後巨大的健康負擔。

病因病理

老人中風前兆是在「易感的病理體質」條件下，身體受急性誘發因素激惹而導致各種生理與病理變化，使其面臨中風高風險的一種狀態與漸進病程。

一、老人的「易感病理體質」

1. 血管老化：血管彈性自然下降，血管壁增厚、僵硬，對血壓波動的緩衝能力變差。
2. 內皮功能減退：血管內皮細胞功能退化，調節血管張力、抗凝血、抗炎症的能力下降。
3. 生理與應激反應的特點：老年人普遍處於「慢性高皮質醇狀態」，HPA 軸（Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis）的負回饋敏感性受損低下，導致應激反應的調節和煞車能力出現失衡，且從壓力刺激中恢復能力亦差，甚至急性應激的危害更甚〔9-11〕。
4. 多重共病症：老年人常合併多種慢性病（如糖尿病、高血壓、心血管疾病、失智症等），這些疾病之間相互作用，加劇血管病變和生理紊亂。



二、急性誘發因素／應激源

此即中醫探討誘發疾病的三因學說範疇（區分內因、外因、不內外因），可概括區分內外環境兩部分：

1. 內在環境

劇烈情緒波動、急性疼痛、急性感染／炎症等；
過勞、睡眠障礙、藥物性；
亞臨床或暫時性腦部事件（如 TIA 或無症狀性腦微出血）。

2. 外部環境

寒流或天氣溫差變化，激活交感神經，增加代謝應激，影響血糖穩定，導致血管收縮、血壓升高。

三、應激性高血糖、高血壓病理機轉^[9,10]

1. 內生性荷爾蒙作用：應激時，皮質醇、腎上腺素、正腎上腺素、昇糖素等荷爾蒙分泌增加促進糖質新生、肝糖分解、脂肪溶解，加重胰島素阻抗，應激性高血壓與上述荷爾蒙作用亦相關，尤以兒茶酚胺的強力血管收縮作用為甚。
2. 細胞激素作用：發炎反應釋放細胞激素（如 TNF- α 、IL-1、IL-6）過多，糖質新生及肝糖分解增加。
3. 胰島素阻抗：增加刺激肝臟糖質新生、肝糖分解增加，共同加劇高血糖狀態。
4. 藥物因素：類固醇、升壓劑、葡萄糖輸液、非類固醇消炎止痛藥、部分抗憂鬱藥物等的使用，皆可加重高血糖與高血壓。

四、中醫觀察

1. HPA 軸慢性反應鈍化與 SNS（Sympathetic Nervous System）快速反應失衡^[11]，屬中醫腎虛導致肝陽上亢、肝風內動的疾病範疇。
2. 此乃老人生理長期不足，導致內分泌與交感神經應激失衡的具體表現。
3. 正氣強弱個體差異大，但基本皆有不同程度的「本虛標實」。
4. 正氣虛衰是根本，表現為陰虛、陽虛、氣虛、血虛，多見肝腎陰虛、氣血兩虛等。
5. 各種的氣血虧虛、臟腑失調，加上情緒失調、勞累過度，逐漸氣滯血瘀、陰陽失衡，此時若有應激事件出現，猶如「壓倒駱駝的最後一根稻草」，瞬間引領老人躋身中風高風險之列。
6. 「因虛致實」則表現不同程度的熱亢、痰飲與血瘀臨床證候。
7. 治療必須標本兼顧並考慮個體差異性，否則將對老人虛損殆盡的生理條件雪上加霜。



中醫診斷依據

在中風前兆中，除血糖、血壓測量值以外，其他難以量化評估。但如同「山雨欲來風滿樓」一般，中風前兆亦有許多線索可供診斷依據：

一、血糖、血壓

中風發生前一～二週，出現血糖、血壓起伏或飆升，西藥難降。合併有肢麻無力、胸悶氣短、眩暈耳鳴，甚則劇烈頭痛、頸部僵硬、面紅、煩躁等症狀。

二、神識、行動

1. 陰虛陽亢：午後低熱、睡眠不安、露神、躁動，欲言但不清楚。
2. 肝風內動：全身緊束不舒、震顫、行路俯衝等。
3. 氣血兩虛、腎陰陽俱虛：反應慢鈍、抑鬱少言、肢麻踉蹌。

三、脈象

1. 脈弦弱、弦緊、弦滑：偏陰虛陽亢、肝風內動。
2. 脈沉／微／細弱、重按無根：偏氣血兩虛、腎陰陽俱虛。

四、舌象

1. 舌瘦薄暗紅或紅絳，舌面少苔甚則無苔：偏陰虛陽亢、肝風內動。
2. 舌淡暗嫩，甚則偏歪：偏氣血兩虛、腎陰陽俱虛。
3. 合併舌上瘀斑、下絡瘀深：瘀血阻絡。
4. 合併或厚或薄之膩苔：痰飲壅滯。

中醫治療思路

總合以上論述，依照老人正氣強弱不同，可歸納二類治療模型與策略，供各位先進臨證參用，在核心模型的主軸下，再加入病理產物、應激來源不同等對治辨證〔9,10,12-15〕：

一、核心模型一：補腎疏肝清熱

1. 適用對象：偏肝腎陰虛、虛實夾雜，或合併腫瘤、免疫性疾病的老人。
2. 應激表現以陰虛陽亢、肝陽上亢、交感神經過亢等「標實」狀態為主。
3. 辨治思路
 - 補腎填精，增加內分泌軸線的應激儲備。



- 疏肝緩肝，協助補腎藥緩解內分泌、交感神經的過度亢進。
 - 清熱降解應激反應導致的急性發炎狀態（如高血糖、高血壓、感染等）。
 - 正氣偏弱，火性仍炎上，加少量附子 1~1.5 錢、玉桂子 1.5~3 錢，引火歸元。
4. 處方：熟地 / 何首烏 5 錢、炒杜仲 8 錢、黃耆 8~20 錢、柴胡 4 錢、白芍 4 錢、黃芩 5 錢、黃連 1.5~3 錢、黃柏 5 錢、陳皮 5 錢、砂仁 5 錢。

二、核心模型二：大補腎陰腎陽

1. 適用對象：腎陽虛、久病耗損之老人（如合併心衰、腎衰者）^[9,10,12-15]。
2. 應激表現以「本虛」狀態為主兼有肝陽上亢者。
3. 辨治思路
 - 補腎溫陽，固本培元，穩定腎上腺與交感神經，提升身體調節能力。
 - 黃耆、附子、玉桂子大劑重用，加強補腎效果。
 - 此時清熱藥主要用以平衡藥性，令溫補不致化燥即可。
4. 處方：熟地 5 錢、何首烏 8~10 錢、山茱萸 4 錢、炒杜仲 8~10 錢、黃耆 15~20 錢、附子 3 錢、玉桂子 5 錢、黃芩 4 錢、黃柏 4 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢。

三、老人中風前兆常見應激源與對治

1. 過勞、天氣驟變等誘發：側重補腎、補氣扶正以穩定老人生理條件、增強身體的應對能力。
2. 急性感染（尿道炎、肺炎等）誘發：優先處理「感染」和「發炎狀態」當下的主要標實，如：核心模型一+柴胡桂枝湯精神
 - 柴胡、白芍、桂枝和解表裏。
 - 清熱藥（黃芩、黃連、龍膽草）緩解炎症與應激性高血糖。
 - 利濕藥（茯苓、澤瀉、蒲公英）代謝痰濕水飲等病理產物。
 - 補氣藥（黃耆、人參）截斷反覆感染。
 - 此時引火歸元或溫陽虛斟酌：以桂枝易玉桂子；暫時不用附子，避免助熱傷陰；欲加強氣管粘膜抗體，或便溏，可加入少量乾薑（1 錢）。待痰飲熱瘀清除後，再考慮加入桂附。
3. 宛若華爾茲進退交互的用藥藝術：
 - 附子、玉桂子之進退：在需要加強溫陽固本、穩定血糖血壓時用之為「進」。但其辛熱之性易影響睡眠，若患者眠差躁動，則需減量或暫不用為「退」。
 - 黃耆之進退：黃耆補氣有助於維護老人基本生理條件，但對神經反應敏感者，劑量不能過多（≤10 錢），以防化燥。
 - 解套「進退兩難」困境，只須跳脫「一方到底」思維，效法華爾茲舞步，採用「一進一退」或「進二退一」的策略，進退交互間動態微調藥物的劑量，逐步



引導回歸陰陽平衡。

病案探討

一、案一：老人腫瘤穩定後出現中風前兆

1. 女性，92-96 歲，高齡，有腦瘤及肺癌病史，但經中醫調理後穩定。
2. 病程觀察
 - 大癆大熱階段：終日狂躁不眠，經重鎮平肝與清熱化癥治療後轉為平和。
 - 腫瘤緩解階段：出現嗜睡、下肢乏力等氣虛症狀，以補腎疏肝與清熱化癥調治。
 - 腫瘤休眠階段：因高齡體衰、應激（天冷）出現反覆踉蹌、血壓血糖飆升，脈象弦細緊等中風前兆，改以「核心模型一」補腎疏肝並重用黃耆、附桂，在動態調整中維持穩定。
3. 印證：即使是無慢性高血糖、高血壓病史的老人，在複雜的病理體質（如腫瘤）與應激下，仍可導致急性高血糖、高血壓。而中醫透過補腎扶正、引火歸元等方式，能有效穩定其生理狀態，避免發生中風。

二、案二：中風病史合併腎衰老人中風前兆

1. 女性，74 歲，有多重慢性病史：腦動脈瘤破裂術後、慢性腎衰、免疫性濕疹、糖尿病、高血壓，曾二度於寒流來襲時發生缺血性中風。
2. 病程觀察
 - 由患者病史，可知除久病入腎外，還合併有嚴重的心腦腎與血管損傷。屬腎陰腎陽兩虛。
 - 這次於冬日寒流復血糖、血壓飆升，伴隨莫名躁煩等中風前兆。
 - 以「核心模型二」大補腎陰腎陽來固本培元，搭配清熱潛陽，得以力挽頹勢。
3. 印證：針對有慢性病史且正氣虛衰的老人，急性應激可顯著加劇其原有的生理失衡。中醫治療須謹記「見亢休抑亢」，應從根本上提升身體的應激調節能力。在此基礎上加上少量清熱潛陽化癥，處置因虛致實的熱亢之時，才不致產生虛虛之害。

結論

腦中風前兆的辨識與防治，是高齡化社會下的一項重大挑戰。由病因病理可知，急性高血糖與急性高血壓是中風前夕的關鍵生理警訊，其背後是老年人應激系統「HPA 慢性反應鈍化，導致 SNS 快速反應失衡」的動態結果，對應中醫理論



乃「腎虛」導致「肝陽上亢」、「肝風內動」之具體表現，應從根本上提升身體的應激調節能力，萬不可「見亢抑亢」、「見火治火」。

透過中醫對老年人「易感病理體質」的精準辨識，以及針對不同證候採用的「補腎疏肝清熱」或「大補肝腎陰陽」等核心治療模型，我們得以在腦中風的萌芽階段進行有效干預。特別是透過「華爾茲」般進退有序的用藥藝術，精細調控疏肝解表、補氣溫陽、清熱化瘀利濕等藥物的劑量與使用時機，引領患者身心回歸陰陽平衡、氣血調和的狀態，終能不用降糖、降壓的手段，而血糖、血壓自然穩定，同時也攔截一次中風的不幸事件。

參考文獻

1. 李政育，中西並治糖尿病臨床心法。台北市，元氣齋出版社，2019年。
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2022: Summary of Results. New York, 2022.
3. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization: Global stroke fact sheet 2025. *Int J Stroke*. 2025;20(2):132-144.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study. Seattle, WA: IHME, 2024.
5. World Health Organization. Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
6. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. 2021 guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2021;52(7):e364-e467.
7. Rodriguez-Colon SM, Mo J, Duan Y, et al. Metabolic syndrome clusters and the risk of incident stroke: The atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Stroke*. 2009;40(1):200-205.
8. Chen W, Pan Y, Jing J, et al. Recurrent stroke in minor ischemic stroke or transient ischemic attack with metabolic syndrome and/or diabetes mellitus. *J Am Heart Assoc*. 2017;6:e005446.
9. 鄭淑鎂，糖尿病中醫診治新思維。中西結合神經醫學雜誌，2016年12月，第9卷第1期，P76-83。
10. 鄭淑鎂，老人應激性高血糖。中西結合神經醫學雜誌，2021年12月，第14卷第1期，P41-47。
11. Tranchitella T. Creating Balance: Norepinephrine, Epinephrine, Cortisol, and the



Stress Response. ZRT Laboratory, 2022.

12. 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，2024年11月。
13. 簡鸞瑤、鄭淑鎂、邵東梅、李政育、廖炎智，當糖尿病遇上失智症—糖尿病腦病的中醫證病合辨治療探討。中西結合神經醫學雜誌，2020年12月，第13卷第1期，P16-36。
14. 簡鸞瑤，中醫治療免疫性腦炎併發高血糖性腦病之病案探討。世界中醫藥學會聯合會糖尿病專委會第二十一屆學術年會，中國海口，2024年9月。
15. 簡鸞瑤，高血糖性腦病之中醫治療策略。The 14th Annual Conference of Neurotalk，愛爾蘭都柏林，2024年10月。

通訊作者：簡鸞瑤

聯絡地址：台北市中正區忠孝東路一段35號2樓

聯絡電話：02-33224323

E-mail：cyo0922@gmail.com

受理日期：2025年11月3日；接受日期：2025年11月6日