中醫住院病房教學紀錄表

教學病例

指導醫師: 張正杰主任

住院醫師: 李以莜醫師

日期：105 年 03 月 28 日

姓名: 許 xx	**性別：女**	**年齡：81**
現居住地：	**職業：**	**婚姻：**
病例號碼：	**初診日期：105/03/19**	

一、主訴：腦損傷後雙腳無力 2 周

二、現在病史：

這位 81 歲女性本身有高血壓、糖尿病、乳癌、大腸癌、骨盆腔骨折等病史。病患於 105/03/04 路上跌倒，起初意識仍清醒，但雙腳膝蓋及左手大片烏青，且有持續頭痛及噁心嘔吐的情形故送至民生醫院作診查。腦部電腦斷層檢查發現右側 F-P-T area 有硬腦膜下血腫(SDH)且右側顳側區有出血情形，轉至本院急診作進一步處理。於急診區再次安排腦部電腦斷層，顯示右腦顳側區出血有惡化的情況，建議緊急手術處理。

病患隨即於 105/03/04 接受顱骨切除術及血腫移除，術後入住加護病房嚴密監控腦壓及相關併發症發生。105/03/09 病患接受肱骨骨折及脫位的手術處理。轉至普通病房後出現發燒的情形，懷疑是泌尿道感染，故加口服 Cotrimoxazole 治療。105/03/19 至中醫病房做進一步治療及評估。

病人入院後，雙腳及左手無力，右側頭部傷口有淡黃色滲液，左腰背左手瘀青，接受中藥藥物及針刺治療(一日兩次)並行，3/19~3/20 使用龍膽瀉肝湯合溫膽湯加連翹雞血藤一日三次。3/21~3/23 使用仙方活命飲加減湯劑。3/23 夜間病人多次腹瀉於是改用科中香砂六君子湯加減。

三、過去病史/個人史/家族史/旅遊史

過去病史:

1.Hypertension
2.Type 2 diabetes mellitus
3.Coronary artery disease
4.Colon cancer s/p
5.Breat cancer s/p
6.Pelvic fracture history

抽菸/飲酒/吃檳榔:皆無
家族史:無相關家族病史
藥物過敏史:無
旅遊史:近三個月內無旅遊史

四、中醫四診

（一）望診：

精神狀態:無異狀
體格：中等,體重 49.9Kg
面色：面色少華
皮膚：***右側頭顱術後傷口，黃色分泌物。**
***左手及左側腰背處瘀青**
毛髮：無異狀
指甲：無異狀
眼睛：眼球不黃、眼瞼粉紅無蒼白
口唇：無異狀
舌診：舌紅苔少
*使用鼻胃管，灌藥或水

（二）聞診：

嗅氣味：無異狀
聽聲音：講話聲音較低微，稍沙啞

（三）問診：

全身： 寒熱正常 汗出正常
情志： 情緒穩定
睡眠： 眠可
頭頸： 無頭暈頭痛，無眼睛乾澀
胸部： 無胸悶，無心悸
腹部： 無腹脹，無腹痛
飲食： 食慾正常、食量正常，飲水偶易嗆咳
二便： **大便軟一日一行，3/24 腹瀉多次；使用尿片，可自解但有解不乾淨的感覺。**
腰背： **左手及左側腰背處瘀青**
四肢： **左手及雙腳無力**

（四）切診：

觸診： 四肢溫暖，腹無脹滿

脈診： 沉細

五、現代醫學理學檢查/實驗室檢查/影像暨特殊檢查

T:36.8 /℃ P:91 /min R:18 /min BP:121/68 mmHg

血液

	1050317	1050321
WBC:1000/uL	4.8	**13.7 H**
RBC:million/uL		**3.38 L**
Hemoglobin:g/dL	**10.7 L**	**10.6 L**
Hematocrit:%	**32.4 L**	**31.4 L**
MCV:fL		92.9
MCH:pg/Cell		31.4
MCHC:gHb/dL		33.8
RDW-SD:fL		66.8 H
Platelets:1000/uL		301
RDW-CV:%		20.0 H
ESR:mm/hr	29	
Segment:%	68.4	87.5 H
Lymphocyte:%	21.0	7.3 L
Monocyte:%	5.4	3.1
Eosinophil:%	4.8	2.0
Basophil:%	0.4	0.1

生化

	1050317	1050321
Glucose(AC):mg/dL		107
Hb-A1c:%		6.0
Estimated AG:mg/dL		126
Na:mEq/L	136	
K:mEq/L	4.0	
CRP:mg/L	**10.8 H**	**25.0 H**

105/03/20 檢驗(鏡檢,血清)

項目	單位	結果值
Color		Yellow
Turbidity		Cloudy
SP.Gravity		1.011
pH		7.0
Leukocyte	cell/uL	1+ H
Nitrite	mg/dL	Negative
Protein	mg/dL	Negative
Glucose	mg/dL	Negative
Ketone	mg/dL	Negative
Urobilinogen	EU/dL	0.1
Bilirubin	mg/dL	Negative
Blood	cell/uL	Trace

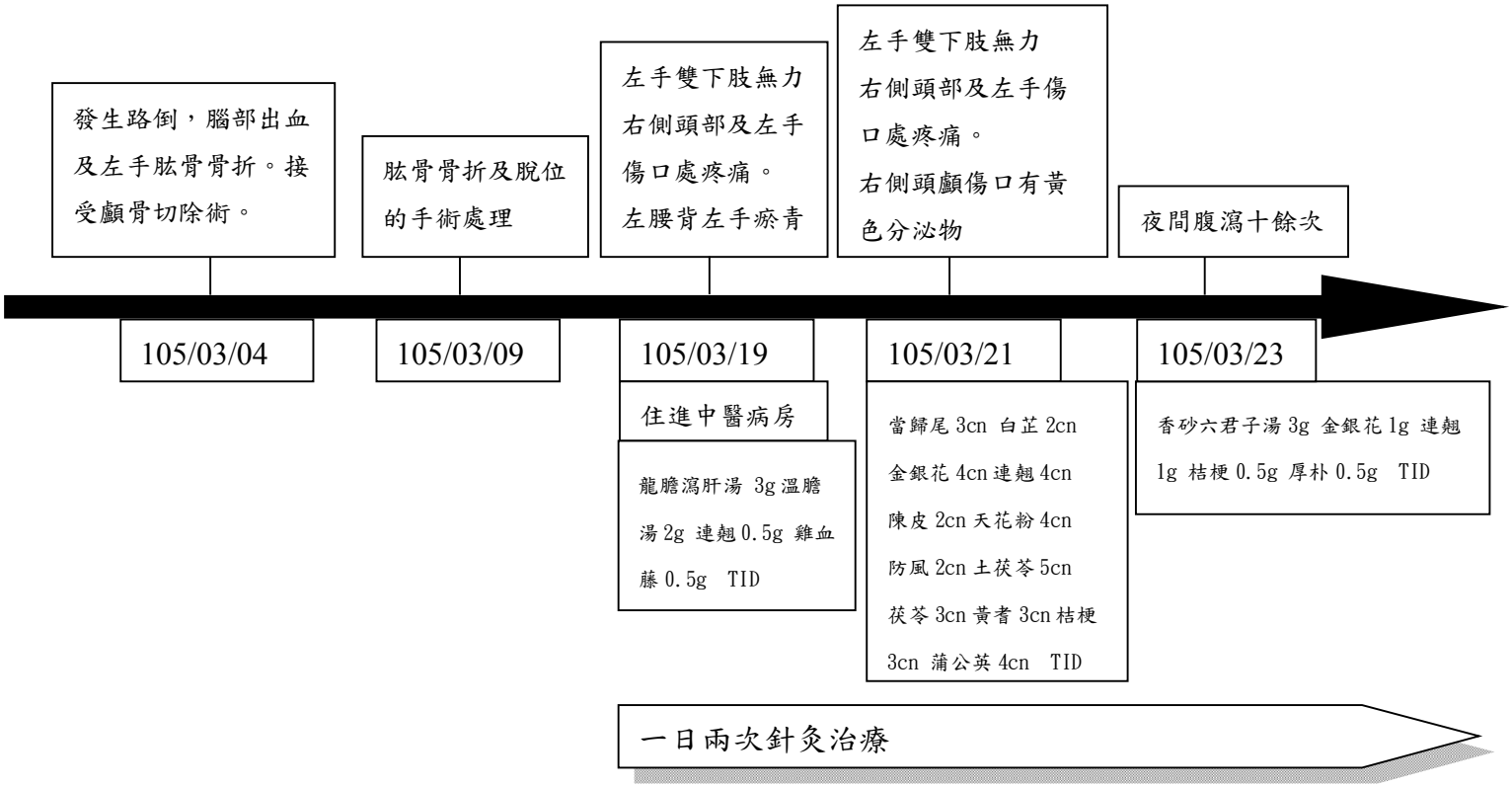
六、整體回顧

這位 81 歲女性本身有高血壓、糖尿病、乳癌、大腸癌、骨盆腔骨折等病史。病患於 105/03/04 路上跌倒，起初意識仍清醒，但雙腳膝蓋及左手大片烏青，且有持續頭痛及噁心嘔吐的情形故送至民生醫院作診查。腦部電腦斷層檢查發現右側 F-P-T area 有硬腦膜下血腫(SDH)且右側顳側區有出血情形，轉至本院急診作進一步處理。於急診區再次安排腦部電腦斷層，顯示右腦顳側區出血有惡化的情況，建議緊急手術處理。

病患隨即於 105/03/04 接受顱骨切除術及血腫移除，術後入住加護病房嚴密監控腦壓及相關併發症發生。105/03/09 病患接受肱骨骨折及脫位的手術處理。轉至普通病房後出現發燒的情形，懷疑是泌尿道感染，故加口服 Cotrimoxazole 治療。105/03/19 至中醫病房做進一步治療及評估。

病人入院後，雙腳及左手無力，右側頭部傷口有淡黃色滲液，左腰背左手瘀青，接受中藥藥物及針刺治療(一日兩次)並行，3/19~3/20 使用龍膽瀉肝湯合溫膽湯加連翹雞血藤一日三次。3/21~3/23 使用仙方活命飲加減湯劑。3/23 夜間病人多次腹瀉於是改用科中香砂六君子湯加減。病人望舌診舌紅苔少，脈沉細。飲食可，但飲水偶易嗆咳，使用鼻胃管灌藥或水。

七、時序圖



八、理法病機分析

病因：頭部外傷氣機不暢、瘀血阻絡

病位：

西醫解剖:頭部

中醫臟腑:心、肝、腎、脾

病性：

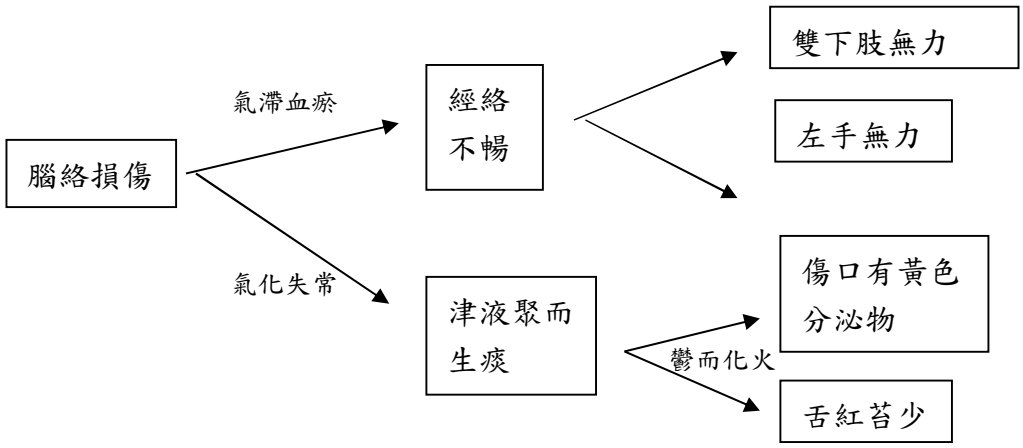
主症徵：腦損傷後雙腳及左手無力，右側頭部傷口有淡黃色滲液，左腰背左手瘀青

次症徵：便軟腹瀉數次

病勢：

病人於 105/03/04 發生路倒後，當時就因為腦外傷造成了腦絡受損，氣滯血瘀。顱腦外傷後再加上手術，腦絡損傷，氣血逆亂，絡脈瘀阻，瘀滯腦絡，氣血虧損，氣虛血行不暢，血瘀內成，氣滯血瘀，臟腑經絡受損，肌肉不仁，肢體力量減，屬中經絡。術後正氣虧虛，氣化失常，津液運行輸布失常，導致津液聚而生痰，鬱而化火。

病因病機圖：



九、診斷：

西醫病名：Acute severe traumatic brain injury with right acute SDH and right temporal acute contusion hematoma

中醫病名：腦外傷

中醫證型：經絡瘀阻，痰火上擾

十、治則：行氣活血，清熱化痰，祛瘀通絡

十一、方藥/方針：

方藥

105/03/19

科學中藥:

龍膽瀉肝湯 3g　溫膽湯　2g

連翹　0.5g　雞血藤 0.5g　TID 2D

105/03/21

飲片煎劑:

當歸尾 3cn　白芷　2cn　金銀花 4cn　連翹　4cn

陳皮　2cn　天花粉　4cn　防風　2cn　土茯苓　5cn

茯苓　3cn　黃耆　3cn　桔梗　3cn　蒲公英　4cn　TID 3D

105/03/24
科學中藥:
香砂六君子湯 3g
金銀花 1g　連翹 1g　桔梗 0.5g　厚朴 0.5g　TID 4D

方針　留針 30 分，一日兩次
腹部:中脘，關元，天樞，
手部:臂臑，外關，養老，曲池，合谷
腳部:陽陵泉，足三里，絕骨，三陰交，太衝

十二、方藥/方針分析：

3/19 方用**龍膽瀉肝湯**和**溫膽湯**加減，可以清熱行氣化痰，連翹清熱消癰，雞血藤疏經通絡。3/21 改用飲片**仙方活命飲**加減，可清熱解毒、消腫潰堅、活血止痛，為瘡瘍之聖藥、外科之首方。金銀花、連翹、蒲公英、土茯苓清熱解毒，清散癰腫；當歸活血散瘀、消腫止痛；防風、白芷、疏散外邪、使熱毒從外透解。陳皮行滯以消腫；天花粉清熱散結；甘草清熱解毒、和中調和諸藥；茯苓利水滲濕；黃耆補氣托瘡生肌；桔梗引諸藥上行。諸藥合用，則熱毒清而血瘀去，氣血通而腫痛消，則瘡瘍自癒。3/24 因寒濕之氣入體，下利不止，故用香砂六君子健脾理氣燥濕，厚朴加強行氣燥濕；保留金銀花、連翹清熱解毒，桔梗載藥上行。

針灸方面腹部**中脘**、**關元**、**天樞**，補益腎氣，以及健利脾胃，調整病患臟腑經絡、四肢百骸。手部的**臂臑**可疏臂，治療上肢無力；**外關**疏風、清熱、利脅；**養老**舒筋；**曲池**疏邪熱，利關節，祛風濕，調氣血；**合谷**疏散風邪，開關通竅。足部穴位**陽陵泉**疏泄肝膽、清利濕熱、舒筋健膝；**足三里**調理脾胃，和腸消滯，清熱化濕，降逆利氣，扶正培元；**絕骨**泄膽火、清髓熱、舒筋脈；**三陰交**補脾土，助運化，通氣滯，祛經絡風濕；**太衝**平肝熄風、清熱利膽。

十三、病例追蹤：

105/03/25 之後，腹瀉逐漸改善。
105/03/28 病患至整形外科門診追蹤頭部傷口，因為傷口癒合較差，有淡黃色滲液，故建議用 sulfasil 加 purilon gel 更換傷口一日 2 次。
目前病患生命徵象穩定，睡眠可，飲食可，飲水偶易嗆咳，可流利對答。經治療後軀幹瘀血逐漸消退且傷口疼痛也有降低。活動漸佳，已可做抬起臀部的動作，惟左手仍無力。大便軟一日一行，小便可自解但有解不乾淨的感覺，現使用尿片。舌紅苔少，脈沉細。

十四、討論

中醫藥干預治療顱腦損傷的研究概況

前言

顱腦損傷的發病率在各種類型的創傷中居於首位，或僅次於四肢骨折，占全身各部位損傷的 9%～21%，是嚴重危及人類健康的疾患之一，致死率、致殘率均較高，給社會經濟帶來了巨大損失，同時也給家庭帶來無情的傷痛。

在社會環境、生活方式、人口流動、個人素質、交通工具等多種因素的綜合作用下，當今社會顱腦損傷患者亦呈增多趨勢。目前臨床治療顱腦損傷常用的手段主要有呼吸迴圈支持、開顱術、高壓氧、低溫冬眠，配合脫水降顱壓、止血、抗感染、神經營養藥物等。

但實踐告訴我們，在顱腦損傷的治療過程中，亦不乏難以控制的顱內高壓、感染、肝腎損害及無法逆轉的神經功能缺損、精神障礙等，輕則表現為氣候相關性頭昏頭痛，重則表現為持續植物狀態。雖然現代醫學手段的應用顯著提高了顱腦損傷病人的救治率，但單純依靠西醫治療手段，病程往往較長，同時因有創性操作、部分藥物的長期持續應用，給臨床帶來相關併發症。

顱腦損傷歸屬于中醫的“頭痛”“頭部內傷”“骨折”等範疇。近年來，在中醫藥治療顱腦損傷方面積累了很多成功的經驗。國內外眾多研究證實中醫藥對本病的治療，具有縮短病程、減少併發症、不良反應少以及價格低廉的優勢。現代藥理研究已表明，不少中草藥具有止血、抗菌、化痰、利尿消腫、降低顱內壓、調節植物神經功能、促進神經元功能恢復等作用，如仙鶴草、黃連、半夏、茯苓、大黃、桑葉、鹿角膠等。而且從整體辨證施治上可改善患者常伴有的頭暈頭痛、偏癱失語、發熱痰多、水腫便秘、失眠等症狀，說明中醫中藥治療本病前景廣闊，有很大的潛力可挖。現搜集、整理近 10 年來國內外關於顱腦損傷恢復期中醫藥干預的文獻資料，總結經驗如下。

顱腦損傷之理

《內經》云：“若有所墮墜，惡血留內。”縱觀歷代文獻，幾乎所有醫家都認為**血瘀**是顱腦損傷的基本病機。如晉代葛洪《肘後方》、唐代孫思邈《備急千金要方》、明代汪機的《外科理例》、陳實功的《外科正宗》、清代祁坤的《外科大成》、許克昌的《外科證治全書》等均在“跌撲損傷”部分有非常相似的記載。清代錢文彥的《傷科補要》列專篇詳細論述“高墜下傷”“顛頂骨傷”“囟門骨傷”等均不離血瘀這個核心。

當代學者從臨床證候學角度對顱腦損傷病機歸納總結，楊萬章等在現代神經外科搶救的基礎上，以中醫辨證論治為指導，將顱腦損傷分為九型：急性期包括元氣敗脫、痰濕蒙神型；痰熱蒙竅、腑氣不通型；瘀血阻滯、痰交阻型；濕熱內

蘊、痰阻水停型；氣虛血瘀、濕濁蒙竅型。恢復期包括痰瘀互結、絡脈不通型；痰濕阻竅、清陽不升型；肝腎虧虛、陰虛風動型；氣虛血瘀、脾腎虧虛型。

王曉燕將顱腦損傷分為六型：瘀阻腦絡、髓海不足、痰濁阻滯、肝陽亢盛、心神失養、氣血虧損。韋相蘭等認為顱腦損傷後病機包括：腦氣不通、瘀血內阻、痰熱蒙竅、痰瘀蒙竅、熱結腑實、元神暴脫、氣虛血瘀、腎精不足。黃建龍等虛實分型論治，認為實證有腦氣不通證、瘀停清竅證、痰瘀蒙竅證、痰熱蒙竅證、痰瘀蒙竅兼熱結腑實證；虛證有元神外脫證、心脾兩虛證、腎精不足證。閻羽臨等研究認為血瘀是重型顱腦損傷的病理基礎。趙曉平等將顱腦損傷病機變化分為：痰瘀蒙竅、痰熱蒙竅、元神暴脫、痰瘀阻滯、瘀阻腦絡、氣血虧虛。江濤等總結王永炎院士提出腦外傷後綜合症以瘀血夾風上擾腦神為主要病機。黃長軍等認為顱腦損傷的病機為氣機逆亂，瘀血、痰濕阻滯經絡。王樹山將顱腦損傷分為氣滯血瘀、氣血兩虛、心腎不交、痰濁蒙竅、肝鬱氣滯五型。陳錦緞等認為瘀血不去，則出血不止，新血不生，是顱腦損傷的重要病機。

顱腦損傷之方與法

針對重度顱腦損傷，王沖等應用安宮牛黃丸鼻飼以清熱解毒、鎮驚開竅。宋曉光等予大承氣湯加減以活血化瘀，清熱滋陰。高廣偉等重用大黃治療顱腦損傷，認為大黃降低顱內壓，減輕腦水腫。林柯漢應用複方丹參製劑治療顱腦損傷，認為有效率較單純西醫組高。張天益等應用複方麝香注射液聯合補陽還五湯治療重型顱腦損傷，明顯縮短傷者的昏迷時間，降低傷殘及病死率。于永平等自擬腦積水 1 號正本清源，扶正祛邪，通過調整體內的代謝狀況，激發自身的抗病能力，治療創傷性硬膜下積液。豐廣魁等自擬益神啟竅方扶正祛邪，扶正以益氣養血、補益精髓；祛邪以化痰祛瘀，開竅醒神治療顱腦損傷後持續植物狀態。

王曉燕等針對顱腦損傷分型論證、對症施治，總結經驗認為創傷性顱內積血及創傷性蛛網膜下腔出血治宜化瘀、豁痰；重型腦損傷高熱昏迷運用安宮牛黃丸治療有效。韋相蘭等總結發現清熱化痰、通絡化痰、通腑化瘀導痰、益氣回陽固脫、益氣活血、補腎益智等法應用於顱腦損傷治療有效。丁紅生等總結發現顱腦損傷治療的有效方劑有：安宮牛黃丸、復元活血湯、補陽還五湯、通竅活血湯、桃核承氣湯、桃紅四物湯。沈沖認為補陽還五湯能擴張動脈血管，改善微循環，提高組織的耐氧能力，抑制血液凝固，抗血栓形成及預防血栓再發，促進出血和滲出物的吸收，促進組織的修復和再生，促進腦內源性神經幹細胞的生長，與神經功能恢復呈正相關。

韋相蘭等總結發現顱腦損傷治療的有效方劑有：柴胡細辛湯、地參香仁湯、黃連溫膽湯、通絡化痰湯、景岳河車丸。中成藥有：黃耆注射液、參附注射液。楊富等用蘇合香丸、安宮牛黃丸、至寶丹、神犀丸、紫雪丹開竅；活血止血藥、養血止血藥活血化瘀：將玉樞丹、豬苓湯、五皮飲、胃苓湯、利水藥、清熱利濕

藥、化痰濕治療等應用於顱腦損傷急性期，將血府逐瘀湯或柴胡細辛湯加減、四物湯、補中益氣湯、八珍湯加減、杞菊地黃丸應用於顱腦損傷恢復期。

陳翔自擬祛瘀開竅醒腦湯祛瘀活血，開竅醒腦，升清降濁治療顱腦損傷有效。張秋菊等通過大鼠顱腦損傷模型實驗自擬通腑健腦液治療顱腦損傷有效。馬群力治療顱腦損傷後植物生存，用血府逐瘀湯合溫膽湯加減，以祛瘀化痰開竅，佐擬人參扶正。後玉屏風散、千金葦莖湯、生脈飲、鎮肝熄風湯等辨證加減以益氣養陰、扶正祛邪、活血祛瘀、化痰開竅。閆宏建等用補陽還五湯益氣補血、活血祛瘀、熄風通絡，治療顱腦損傷重症患者後遺症。黃建龍自擬地參香仁湯益氣滋陰養血、行氣活血治療外傷性頭痛。趙運江、閆麗等應用半夏白朮天麻湯化痰祛瘀通絡，治療顱腦外傷綜合征。陳永斌應用補陽還五湯活血化瘀、開竅醒腦，治療重型顱腦外傷。張明偉等應用通竅活血湯養血、活血、通竅，治療顱腦損傷。

梁少華等自擬祛瘀開竅湯，取藥當歸、桃仁、紅花、丹參、赤芍、黃耆、地龍、石菖蒲、鬱金、枳殼、茯苓、澤瀉，活血化瘀，開竅醒神，治療顱腦損傷有效。王馨亭應用竹葉石膏湯鎮沖降逆，止嘔安神，治療顱腦損傷頑固性呃逆。劉增韜等應用丹參注射液、醒腦靜注射液聯合活血化瘀醒腦湯劑，治療重型顱腦損傷，能降低顱腦損傷的死亡率。方鑠英總結發現桃紅四物湯、補陽還五湯、通腑化瘀醒腦湯、將軍醒神湯配合通腑泄熱藥物，治療顱腦損傷有效。丁紅生總結發現現代學者多採用復元活血湯、補陽還五湯、通竅活血湯、桃核承氣湯、桃紅四物湯、安宮牛黃丸等治療顱腦損傷有效。

黃長軍等認為丹參注射液、刺五加注射液、參麥注射液治療顱腦損傷致腦心綜合症，能標本兼治，改善預後。張洪清等認為八珍湯使脈絡充盈、血通氣調，治療顱腦損傷有效。王樹山分型論治顱腦損傷，予補陽還五湯、補中益氣湯、歸脾湯、大補元煎、蠲飲六神湯、柴胡疏肝散合通竅活血湯等。

顱腦損傷之藥

丁紅生等總結發現，全蠍、蜈蚣、膽南星、川芎等治療顱腦損傷後癲癇有效。楊富等總結經驗認為針對頭痛、抽搐者，採用平肝熄風法，用天麻鉤藤飲加減；頭痛加重時，加蔓荊子、白芷、藁本或柴胡、細辛；頭暈者，加石決明或苓桂朮甘湯；夜寐不安者，或加酸棗仁、合歡皮、琥珀，或用養血安神丸；嘔吐重者，加橘皮、竹茹、丁香、柿蒂。陳翔總結經驗認為琥珀、地龍、桃仁、川芎、當歸、石菖蒲、生大黃、生黃耆、人工麝香治療顱腦損傷有效。

閆宏建等選用黃耆、川芎、白芍、當歸、桃仁、紅花、地龍、白僵蠶治療顱腦損傷後遺症。黃建龍治療顱腦外傷性頭痛選用生地黃、黨參、丹參、香附、木香、川芎、酸棗仁、柏子仁、五味子、茯苓、桔梗、遠志、柴胡、知母、牡丹皮、當歸、夜交藤。趙運江、閆麗等選用半夏、白朮、天麻、陳皮、茯苓、甘草、膽南星、白附子、桃仁、土鼈蟲治療顱腦外傷綜合症。朱劍功研究發現，黃耆能調節免疫功能，對顱腦損傷起保護作用。

何武研究發現，活血化瘀藥能改善腦組織能量代謝，提高腦細胞對缺氧的耐受性，減輕腦水腫；有鈣離子拮抗劑樣作用、抗興奮性氨基酸毒性作用；能加快腦組織損傷修復及改善腦神經功能作用。陳永斌應用黃耆、當歸、桃仁、紅花、川芎、赤芍、丹參、石菖蒲、膽南星、茯苓、牛膝、地龍治療重度顱腦損傷。王馨亭應用淡竹葉、石膏、花粉、半夏、麥冬、黨參、炙甘草、蔓荊子、節菖蒲、代赭石、琥珀粉治療顱腦損傷後頑固性呃逆。閻羽臨等早期應用桃仁、丹參、地龍、琥珀、三七治療急性重度顱腦損傷。

王曉敏等針對創傷性顱腦損傷後認知障礙，選藥丹參、川芎、葛根、水蛭、地龍、黃耆、黃精、西洋參、益智仁、石菖蒲、遠志、鬱金，以擴張血管、改善微循環，治療顱腦損傷有效。張顯柏等自擬將軍醒神湯，取藥大黃、麝香、當歸、川芎、赤芍、生地、桃仁、紅花、益母草、澤蘭、穿山甲等行氣活血、逐瘀、化痰通絡、開竅醒腦，治療急性重型顱腦損傷有效。江濤等自擬腦正清顆粒，取藥赤芍、川芎、天麻、酸棗仁、白芷、鉤藤、蒺藜、延胡索、珍珠母、當歸、刺五加、合歡皮以平抑肝陽，活血化瘀，祛風止痛，養心安神，治療腦外傷後綜合症有效。

閆登魁取藥全蠍、僵蠶、蜈蚣、天麻、鉤藤、當歸、川芎、膽南星、甘草，祛瘀豁痰熄風，治療腦外傷後癲癇有效。張光榮應用三黃瀉心湯，取藥黃連、大黃、黃芩清熱瀉火，攻下降氣，祛瘀行血通過抑制炎症反應，達到腦保護的作用。黃建龍等自擬通腑化瘀導痰湯，取藥大黃、枳實、厚樸、芒硝、川芎、桃仁、紅花、三七、丹參、黃芩、山梔、石菖蒲、法夏、橘紅、雲苓、膽星、竹茹，活血化瘀、化痰開竅、通腑泄熱、開竅醒腦，治療顱腦損傷有效。胡煒自擬通絡化痰湯，取藥水蛭、澤瀉、葛根、生薏仁、陳皮、茯苓、石菖蒲、天竺黃、藿香、生蒲黃、僵蠶，能對顱腦損傷的二次損傷起保護作用。

鄧勇軍自擬通竅化瘀湯，取藥麝香、丹參、當歸、川芎、赤芍、生地黃、茯苓、桃仁、紅花、乳香、沒藥、三棱、莪朮、鉤藤、夜交藤、珍珠母、甘草，開竅醒神、消瘀止痛，能促進部分外傷性顱內血腫的提早吸收，在消除和緩解腦外傷後的部分臨床症狀方面具有肯定的療效。何旭鋒等取藥麝香、桃仁、紅花、赤芍、川芎、生薑、大棗、生大黃、黃耆，活血化瘀，醒腦開竅，增加腦部血液灌注，保護腦組織。王冰擬血府逐瘀湯加減，取藥柴胡、枳殼、赤芍、生甘草、桃仁、紅花、當歸、生地黃、川芎、牛膝、乾地龍、桔梗，活血化瘀、疏肝解鬱、平肝熄風，治療外傷後難治性癲癇。

唐海燕等選用黃耆、黨參、當歸、熟地、白芍、川芎、鬱金、石菖蒲、白朮、茯苓，補氣養血、活血通絡、豁痰開竅，配合針灸治療顱腦損傷後遺症，取得良好的療效。董岩等發現，大黃能活血化瘀、逐水消腫，加速受損腦組織血腫吸收，改善腦水腫，降低顱內壓，減輕血腫及高顱壓對下丘腦垂體的影響，調節下丘腦垂體甲狀腺軸，使其功能恢復，減少顱腦損傷後繼發性損害。

針刺治療顱腦損傷

方鑠英總結發現針刺（主穴：水溝、內關、百會、湧泉、十宣、三陰交。配穴：足三里、委中、合谷、廉泉）治療顱腦損傷具有醒腦開竅的作用。冷元春取穴四神聰、頭維、率谷、外關、風池、合谷、三陰交、曲池、列缺、昆侖、百會、足三里行常規針刺，能明顯提高腦外傷後綜合症的療效。

王樹山應用針刺治療顱腦損傷，取穴百會、風池、啞門、十宣、湧泉、人中。言語不清、吞咽困難者加上廉泉、通里；聽覺障礙加聽宮、聽會；煩躁失眠加內關、神門、太衝；眼瞼下垂加陽白、合谷；口角喎斜加地倉；上肢癱瘓加曲池、外關、合谷；下肢癱瘓加環跳、陽陵泉、足三里、昆侖。連建中等應用針刺治療顱腦損傷，取頭部穴：前頂、後頂、上星、顳前線、顳後線、頂顳前斜線、頂顳後斜線、枕上正中線、枕上旁線、維道、天樞、扶突、中脘、氣海。言語障礙者加金津、玉液、廉泉；面癱者加陽白、四白、頰車。

結 語

顱腦損傷歸屬於中醫的“頭痛”“頭部內傷”“骨折”等範疇，病由跌撲損傷，無論胖瘦老幼，其症皆一，輕則頭痛、嘔惡、眩暈、萎廢、七竅流血，重則抽搐、喘脫、昏不識人，兼發熱、痰飲、呃逆、便秘、水腫諸症。

病位在腦，與心、肺、肝、脾、腎關係密切。病理因素以血瘀貫穿始終，兼見氣機紊亂、津液代謝障礙等，經雲“若有所墮墜，惡血留內”是也。瘀血壓迫致大腦神經元細胞功能障礙，繼發一系列病理反應，由於中樞神經元細胞調亡後不可再生，因此顱腦損傷後神經修復一直是神經科和康復醫學研究的重點和難點。

中醫學理論認為“離經之血便是瘀血”，而現代醫學證明：腦血液迴圈障礙是顱腦損傷病情發展的主要病理學基礎之一。顱腦損傷後，受損腦組織缺血、缺氧，二氧化碳分壓升高，乳酸積蓄，局部血漿滲透壓升高，從而使紅細胞黏稠度增加，同時由於兒茶酚胺及自由基大量產生，又促使血小板凝集，進一步加重血黏度，加重腦迴圈障礙導致的頭痛。

活血化瘀藥可改善微迴圈，增加血流量，降低毛細血管通透性，減少血管滲出，減輕腫脹；還有抗炎、減輕炎症反應的作用，調節代謝，加速病損癒合，促使增生病變的轉化和吸收；並可改善腦迴圈，糾正腦缺氧，促進神經功能恢復。

總結近 10 年來中醫藥治療在顱腦外傷治療中的作用，可以發現：

①血瘀證貫穿顱腦損傷始終，而**化瘀法**是顱腦損傷臨床實踐過程中的主要治法；

②應用現代醫學常規手段救治顱腦損傷的同時，針對常見併發症，如持續昏迷、發熱、頑固性呃逆、便秘、肢體異動、偏癱、咯痰、水腫、氣候相關性頭痛等，通過中醫藥手段辨證分型，運用中藥及針灸治療，能降低死亡率，控制併發症，改善預後，提高生活品質；

③大部分顱腦損傷急性期病例往西醫院救治，在很大程度上限制了中醫藥在顱腦損傷病例中的應用。而中醫院所診治病例，中醫藥亦多應用於顱腦損傷恢復期階段；

④顱腦損傷多屬急、危、重症，急性期仍多予現代醫學手段干預，中醫藥參與治療過程少，病例報導偏少。少數早期中醫藥參與多是運用中成藥（如醒腦靜、清開靈、痰熱清等），缺乏對急性期症狀、證型、治法、病情演變規律的總結，經驗尚欠缺。

中醫源於實踐，是千百年來勞動人民捍衛健康的經驗總結，是最具說服力的學問，然而目前對中醫治療疾病的研究缺乏古文獻的經驗實踐，缺乏新時代臨床經驗的總結，多偏向於動物模型的研究，應用細胞信號傳導、分子影像學（代謝組學、基因組學、蛋白質組學）等前沿指標等，有違中醫天人相應、整體觀念的本質。中醫治療顱腦損傷仍需以“整體觀念、辨證論治”為中心，以“病因、病機、病證結合、中西醫結合”為基本點，早期干預、病證結合、辨證施治、分期論治，可以提高顱腦損傷救治的成功率，提高患者的生活品質，而中醫研究亦需深入挖掘古文獻中的中醫研究方法，古法新用，總結經驗，源於實踐，用於實踐。

十五、參考資料：

1. 文明, 田绪蓓, 李道昌& 楊先清(2015)。中醫藥干預治療顱腦損傷的研究概況。中醫臨床研究，7(17)，142-145。
2. 沈文智(2015)。醫砭。2016 年 03 月 28 日，取自 http://yibian.idv.tw/

十六、指導醫師評論：

1. 主訴多用口語,少用醫學術語,可改成跌倒後頭部受傷。
2. 問診除了十問,可增加 LQQOPERA 的原則蒐集相關病情。
3. 理學檢查可增加神經學相關的理學檢查,以及下肢無力 muscle power 的程度。
4. 病機圖中腦絡損傷前可增加跌仆損傷不內外因；舌紅苔少與津液據而生痰矛盾,建議從氣化失常另外拉出氣鬱化火的病機。
5. 如果患者有同時接受西醫治療,可稍微提及患者西醫治療的方式或藥物。