中醫藥治癒中風後精神障礙病例一則

Chinese medicine treatment of post-stroke mental disorder: a case report

吳 瑋 胡冬遠 康宇辰 *HU Dongyuan, KANG Yuchen*

（香港大學中醫藥學院）

[摘要] 急性腦出血導致精神障礙通常是在多次卒中後迅速發生的，偶可由單次大量腦出血所致，以意識障礙、遺忘綜合征、精神病性症狀、抑鬱或神經症樣障礙為主要表現。隨着病情進展，若出現軀體合併症、精神創傷、急劇環境變化，各種症狀會呈階梯式加重，晚期即成為全面性癡呆，將給患者本人及家屬和社會帶來極大痛苦和沉重負擔。目前治療手段是控制高血壓、高血脂、糖尿病等腦血管病危險因素，防止再次腦出血發作，而糾正及治癒精神障礙的病例則很少。

本病例通過運用中醫整體觀念、辨證論治的核心理論，經過三個月治療，取得了令人滿意的效果，謹供同道借鑒參考。

[關鍵詞] 中風；精神障礙；中醫辨證治療

香港平均每年有約25,000人中風，平均每日有68人之多，近年因為中風每年奪去約3,000名香港人的生命[1,2]。中風也是導致成年人殘障的主要原因之一，中風可導致患者出現癱瘓、失去知覺、語言障礙、記憶力與思考能力受損等後遺症狀。中風最可怕之處可能不是引致死亡，而是造成永久性嚴重傷殘，給患者、照顧者及社會帶來巨大的負擔。

香港特別行政區政府在2021年10月29日的新聞公報中指出，「經診斷患有中風的人數由2009至2010年度的37,800人上升至2018至2019年度的57,500人，升幅達52%。在2020年，中風是本港第四大常見死因，有3,164宗登記死亡個案，按每十萬名人口計的粗死亡率為42.3」[3]。另有調查結果顯示中風後6個月內有約30.4%的病人會出現精神障礙[4]。

中華中醫藥學會2021年發佈的《神志病中西醫結合臨床診療——中風後精神障礙指南》（下簡稱「《指南》」）中指出：目前國內外缺乏中風後精神障礙中西醫結合診療的標準和指南，中醫藥治療中風後精神障礙的研究在國際上缺乏影響力，缺乏統一性和認可度[5]。

鑒於國內外對中風後導致精神障礙的中醫藥治療報導如鳳毛麟角，筆者將近期治療的案例簡報於此，與同道分享，不當之處，請同道指正。

1 病案介紹

患者：女，78歲。2021年12月1日初診。

現病史：患者於2021年6月29日首次出現一系列認讀障礙及記憶力減弱等症，行西醫腦部CT掃描未發現明顯病灶。上述病症亦於數日內恢復正常，故離院回家。7月16日患者於早餐時突發不適及失語，急診西醫行腦部CT掃描顯示左腦皮質層2.5x1.8cm血塊，伴腦水腫。當下患者喪失意識及言語能力，發作腦癇。經西醫治療後出血停止，水腫漸退，患者亦逐漸恢復意識、記憶及言語能力，幾近正常。後進行康復治療，原定8月19日出院。然而出院前日患者突然手部抽搐，無法順利對答，腦部CT掃描顯示3x1cm大小的新血塊。患者當下尚可對答，但活動、語言及理解能力大幅減弱，伴有情緒紊亂，需要穿著限制服並進行綁手。後續行多次腦部CT掃描、腦電波、核磁共振（MRI）、正電子掃描（PET）等檢查，未發現其他異常，於9月12日出院。西醫診斷為「左腦皮層靜脈出血意外中風引致腦血管病性癡呆、狂躁」並評定患者為「一級傷殘」，處方華法林（Warfarin）、抗膽固醇藥（Zocor）、抗痙藥（Phenytoin，Clobazam）及安眠藥物（Zopiclone）。

2021年9月12日出院回家休養，門診治療。始至11月期間，其臨床病症繼續明顯衰退，語言、記憶、理解能力喪失等症狀發展迅速，無法書寫，亦忘記名字，逐漸失去生活自理能力，夜晚不寐，胡言亂語，神情恍惚，

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCTM All Rights Reserved

喜怒不定，無目的地大喊大叫、遊走、夢囈，掙扎反抗，極不合作，打人罵人，撕爛物件，大小便失禁，神情紊亂，不聽別人指導，生活完全不能自理。職業治療師因患者不明、不聽指令而認為無法對患者進行治療，拒絕接診。聯繫有關院舍也認為患者過分狂躁，不能控制和管理，不予接受。西醫主診醫生認為情況很不理想，康復的可能性很不樂觀，預言患者將越發退化，家屬必須做好思想準備。患者家屬曾諮詢一位知名腦外科專家的意見，他認為公立醫院的措施已足夠，他再也沒有別的手段和方法可施，唯有對患者定期複查，以順其自然來決定後果。

在照顧患者的過程中，患者丈夫和子女全家人身心交瘁，體力嚴重透支，甚而小女兒因此忍痛辭工，專心護理老母親。患者家人多方求助無門，情急無助下，前來香港大學中醫藥學院專科門診求診。

2021年12月1日初診：患者配偶代述其近三月生活不能自理，煩躁發火，不識人，時而罵人打人，納可，二便可。

檢查：當下見患者難以安靜，就診期間不停走動，手心熱。舌紅質潤，少苔，脈沉弦。

根據現病史及四診，參考西醫診斷，中醫診斷為躁狂及癡呆，證屬心肝火盛，治當平肝瀉心，重鎮安神。

處方：淡竹葉10g，炒白芍20g，生梔子10g，生龍骨20g，生牡蠣20g，水牛角10g，珍珠母10g，製遠志10g，牡丹皮10g，生地黃20g，百合10g，石菖蒲10g，連翹10g，黃連5g，浮小麥20g，茯神10g，煅磁石15g，蓮子心5g。14劑（以顆粒劑形式換算成對應劑量，下同），每天2次，每次1包。囑服藥期間忌辛辣、肥膩、煎炸食物，禁冷飲。

2021年12月14日二診：患者配偶代述患者較服藥前安靜，日夜顛倒情況改善，躁動遊走亦減少，納寐可，二便常。

檢查：患者已可正確對答，可自行走動3-5米。

刻下：仍時有呼叫、不配合，甚至反抗、脫衣不避人情況，手熱。體溫、心率和血壓正常。

主症改善，故沿用前方思路，增加重鎮安神藥物用量，去炒白芍、水牛角和蓮子心。

處方：淡竹葉10g，生梔子10g，生龍骨30g，生牡蠣30g，珍珠母20g，製遠志10g，石菖蒲10g，黃連5g，浮小麥30g，茯神10g，煅磁石30g，琥珀5g，炒酸棗仁20g。顆粒劑14劑。服法、禁忌同前。

2021年12月29日三診：患者本人已可準確回答醫師提出的問題，例如個人飲食睡眠情況等。安靜無躁動。納可，睡眠時好時差，大便日2-3次，第一次大便正常，第二、三次質偏稀，小便頻。

患者及家屬對治療進展均非常高興。醫師遂將諸藥減量，加生地、玄參、西洋參、山藥、阿膠及鹿角膠，以加強滋陰補益，鞏固療效。

處方：淡竹葉5g，生梔子5g，生龍骨15g，生牡蠣15g，珍珠母10g，製遠志10g，石菖蒲10g，黃連5g，茯神10g，煅磁石15g，琥珀3g，炒酸棗仁15g，阿膠2g，鹿角膠2g，生地黃15g，玄參10g，西洋參3g，山藥10g。顆粒劑14劑。

因患者凝血指數低，入住西醫院三日，期間停服中藥。

2022年1月27日四診：因住院期間伙食較差，體重減輕6磅，氣色差，囑患者家屬現可食用牛羊肉、水魚以增加體重。家屬述說患者言語中常提及死去故人，時有幻覺。刻下患者頭腦清醒，精神正常，對答準確無誤，數次與醫師握手以示感謝。納眠可，時有不寐，二便常。

處方：生龍骨15g，生牡蠣15g，製遠志10g，石菖蒲10g，茯神10g，煅磁石20g，琥珀2g，炒酸棗仁10g，山藥10g，製何首烏10g，炙黃芪15g，牛膝12g，炒白芍15g，紫石英5g，玄參15g，天冬9g，菊花10g，赭石15g。顆粒劑10劑。

2022年2月8日五診：諸證減。囑病人可用桑葚、桂圓、蓮子、松子、胡桃、玫瑰花、豬心、羊心等，靈芝3~6克，煮水日服2次，或服用靈芝孢子粉，每日2~3次，每次1~1.5克，或使用枸杞子、冬蟲夏草4~5隻，雞（或瘦肉）1斤，煮湯飲。

處方：生龍骨10g，生牡蠣10g，製遠志10g，石菖蒲10g，茯神10g，煅磁石20g，琥珀2g，山藥15g，製何首烏10g，炙黃芪20g，炒白芍15g，玄參15g，益智仁10g，桑寄生15g，人參15g。顆粒劑28劑。

香港中醫學會 版權所有 Copyright HKCTM All Rights Reserved

2022年4月7日六診：病人情況穩定，睡眠時有早醒。

處方：龍骨15g，牡蠣15g，製遠志15g，石菖蒲10g，茯神20g，煅磁石20g，琥珀2g，山藥15g，製何首烏10g，炙黃芪20g，炒白芍15g，玄參15g，益智仁10g，桑寄生15g，人參15g。顆粒劑28劑。

病人從狂躁到逐漸穩定、安靜。從失憶、語無倫次、神情恍惚到漸漸清醒，思維意識漸漸清晰、明理、與人合作和正常交流。從生活紊亂、完全不能自理到逐步恢復各方面的自理能力和正常飲食規律。從不能獨立行走到體力明顯進步，可在室內行走自如及室外活動能力日漸增強。現在開始認知事物，進行書寫和數字等方面的訓練。

後隨診，病人於2022年6月10日，各項檢查指標包括凝血功能、膽固醇、肝、腎及肺功能均在正常範圍內，評估精神狀態、言語對答、日常生活能力等已居於正常穩定水準。囑患者可根據出現的症狀用「牛黃清心丸」補益心氣、安神定志；用「至寶三鞭丸」填精補髓、復其本源。

2 討論

根據《指南》中的術語和定義，中風後精神障礙 （Mental disorder after stroke）為「一種由於腦卒中引發神志異常的神志疾病。臨床以腦卒中後出現感覺、知覺、記憶及思維等異常為主要特徵。主要表現為情緒低落、情感脆弱、焦慮緊張、悲觀、失眠、食欲改變、精力減退、思維遲鈍、日常生活能力減退等，同時伴隨軀體多系統的不適，甚至還有自殺行為等。相當於西醫的「急性腦血管病所致精神障礙」等範疇[5]。本病案患者發病年齡、病因及病情進展過程之症狀完全符合「急性腦出血導致精神障礙」的診斷。目前臨床上對於這種病多為對症治療，效果欠佳，並且由於精神類藥物對中風後患者的副作用則更需謹慎使用[6]。中醫並沒有明確提出中風後精神障礙的病名，但根據其特點可歸屬於「鬱證」、「癲狂」等中醫「腦病」範疇。

「腦病」的治療應從何處入手？中醫基礎理論認為人的神志活動以心為主導，分屬於五臟。腦為元神之府，隸屬於五臟，其生理病理與五臟休戚與共、密切相關。中醫藏象學說認為人的心腦相通，張錫純在《醫學衷中參西錄 · 癇痙癲狂門》中提出「心腦息息相通，其神明自湛然長醒」。心主神明，腦為元神之府；心主血，血足則腦髓充盈，故心與腦相通，腦病可從心論治。腦與肝亦密切相聯，肝腦相維。肝主疏泄，又主藏血，氣機調暢，氣血調和，則腦清神明。若疏泄失常，「血之與氣並走於上而為大厥」；若肝失藏血，則腦亦失養[7]。

根據中醫藏象學說，心腦同治、肝腦相維等理論，本病例之病位考慮從心、從肝論治最為準確合適。「心者，君主之官也，神明出焉」。心神受擾為本，神機逆亂，故患者出現一派神志錯亂之象。而在標應責之於肝。肝木上升太過，氣機逆亂，擾亂心神，神情恍惚。肺藏魄，主治節，肝木太過反侮肺金，各種感知和運動能力失控。肝主魂，亦主疏泄，肝氣亢逆，疏泄失職，故魂魄失守，喜怒不定，夜晚不寐。再查患者初診時的其他表現，正應了《素問· 陰陽脈解篇》中黃帝與岐伯的對話——「帝曰：善。病甚則棄衣而走，登高而歌，或至不食數日，踰垣上屋，所上之處，皆非其素所能也，病反能者何也？岐伯曰：四支者，諸陽之本也，陽盛則四支實，實則能登高也。帝曰：其棄衣而走者，何也？岐伯曰：熱盛於身，故棄衣欲走也。帝曰：其妄言罵詈不避親疏而歌者，何也？岐伯曰：陽盛則使人妄言罵詈不避親疏。」結合上述分析，躁狂之病機在肝陽上亢。張壽頤在《中風斠詮》中論述道：「凡猝倒昏瞀，痰氣上壅之中風，皆由肝火自旺，化風煽動，激其氣血，並走於上，直沖犯腦，震擾神經……唯以潛降為主，鎮定氣血上沖之熱，使神經不受震激」。「急則治其標」，故以平肝瀉心，重鎮安神為首要治法。待患者逐步恢復神志，可以簡單對答，躁狂減輕後，「緩則治其本」，及時調整思路，針對癡呆等功能退化性表現，增加填精還神，平肝益腎用藥的比重。腦為髓之海，腎主髓，故平肝同時兼顧益腎。

本案例的患者前來初診時，筆者曾提出分三步診治方案，並對病情發展做出了預測——首階段鎮肝熄風，先令病人安靜下來，預計2~4周；其後填精還神，平肝益腎，預計8周，基本穩定；半年內可逐步恢復正常。《指南》中指出，在中醫治療原則「初期多為實證，治以平肝息風，化痰祛瘀，通腑泄熱，醒神開竅；後期以虛證為主，治以補益心脾，滋陰養血，活血化瘀」[5]，與本例之治則治法可互為佐證。回顧整個醫治過程，患者2021年12月因求助其他各種方法無效前來初次就診，間中因再次入院稍有反復，至2022年4月第6次來診已經基本恢復

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKPCMP All Rights Reserved

平穩，符合最初的預判，並達到「治癒」標準。患者及家屬亦對病情的康復感到非常滿意，甚至數次發來表揚信於診所，以表達感恩感謝之情。診療過程中可見此病的病機病勢發展，以及治則治法的相應轉變均有學術及臨床意義，遂記錄之，供同道參考。

參考文獻

[1] Huang R, Liu J, Wan T K, et al. Stroke mortality prediction based on ensemble learning and the combination of structured and textual data[J]. Computers in Biology and Medicine, 2023, 155: 106176.

[2] 香港特別行政區衛生署. 生命統計數字 [DB/OL]. [2025-01-07]. https://www.chp.gov.hk/tc/static/24025.html

[3] 香港特別行政區新聞公報. 響應「世界中風關注日」由認識中風症狀及健康生活做起[EB/OL]. (2021-10-29) [2024-12-22]. https://www.info.gov.hk/gia/general/202110/29/P2021102800301.htm

[4] Damsbo A G, Kraglund K L, Buttenschøn H N, et al. Predictors for wellbeing and characteristics of mental health after stroke[J]. Journal of affective disorders, 2020, 264: 358-364.

[5] 中華中醫藥學會. 神志病中西醫結合臨床診療指南-中風後精神障礙 [S/OL]. (2021-07-21) [2024-12-23]. https://www.cacm.org.cn/2021/07/21/14402/

[6] Kneebone I I, Lincoln N B. Psychological problems after stroke and their management: state of knowledge[J]. Neuroscience and Medicine, 2012, 3(1): 83-89.

[7] 張登本,方亞利.《黃帝內經》論「腦病」[J].陝西中醫藥大學學報,2022,45(01):10-14.DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2022.01.003.

Abstract: Acute cerebral hemorrhage leading to mental disorders usually occurs rapidly after multiple strokes, occasionally caused by a single massive cerebral hemorrhage. The main manifestations include consciousness disorders, amnestic syndrome, psychotic symptoms, depression, or neurosis-like disorders. As the condition progresses, if there are physical complications, psychological trauma or rapid environmental changes, various symptoms will escalate in a stepwise manner, eventually leading to comprehensive dementia in the late stage, causing immense pain and burden to the patient, their family, and society. Currently, the treatment involves controlling risk factors such as hypertension, hyperlipidemia, diabetes, and other cerebral vascular diseases to prevent recurrent cerebral hemorrhages. Cases of correcting and curing mental disorders are rare. This case achieved satisfactory results after three months of treatment using the holistic concepts and core theories of traditional Chinese medicine and the principle of syndrome differentiation. It is provided for reference for fellow Chinese medicine practitioners.

Keywords: Stroke, Mental disorder, Chinese medicine syndrome differentiation

（編委：董爽審校2025.04.10）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCMP All Right Reserved