

單純疱疹病毒腦炎後期病例報告

謝淑鳳¹、楊中賢^{2,3}、李嘉菱²

¹ 中國醫藥大學附設醫院中醫婦科

² 中國醫藥大學附設醫院中醫內科

³ 中國醫藥大學學士後中醫學系

(97 年 08 月 18 日受理，97 年 10 月 21 日接受刊載)

54歲女性病患，於96/8/28發生口齒不清、發燒及全身虛弱。96/8/31下午，家人發現病患口角歪斜、左上肢無力，故送至本院急診。96/9/1收入神經科加護病房治療，仍發燒至39℃，意識惡化，頸部僵硬，呼吸微喘（27次/分鐘），經檢查後診斷為單純疱疹病毒腦炎，治療期間持續高燒至96/9/21。

96/10/03轉入一般病房，10/04會診中醫，希望能處理病患意識不佳、痰多的問題。診察發現：病患意識呈嗜睡狀態，痰白稠量多，偶咳嗽，咽中有痰音；體溫37.8℃，以鼻胃管灌食牛奶，餐前反抽有餘量；小便味臊色深黃；舌質嫩，舌色淡紅，舌苔白膩邊少苔；脈短滑，右寸左尺不足。

病患不分晝夜，時時欲睡，呼之能醒，醒後神智尚清，不久又入睡，故病名診斷為神識昏蒙；且病患先有發燒、全身虛弱及說話不清楚的狀況，之後出現流涎、口角歪斜、肢體無力，迅速進展至神昏、呼吸困難的狀態，病程變化快速，再加上發病時間點，整體表現與溫病伏暑發病的特性相類似，故證型為伏暑後期、包絡痰熱未淨、清竅失寧、氣陰已傷。治法以豁痰開竅為主，佐宣肺運脾以化濕清熱，兼護氣陰。

中醫介入是在伏暑後期所遺留之神志障礙，經過三個星期的治療，病人的痰量減少，清醒時間也漸漸延長。

關鍵詞：單純疱疹病毒腦炎、中醫、溫病、伏暑、神識昏蒙

前 言

單純疱疹病毒腦炎常以快速進展的發燒、頭痛、抽搐、局部神經學症狀以及意識改變為臨床特徵。單純疱疹病毒腦炎有很高的致死率，不經治療死亡率可逼近70%，存活者亦留下嚴重的神經學缺陷。即使在正確診治之下，仍有20~30%死亡率¹，長期追蹤這些經過治療的病人，發現多數

病人仍有神經學缺陷，其中以命名困難、和學習能力變差最為常見²。

單純疱疹病毒腦炎早期（高熱期），表現高熱、汗出、頭痛、嘔吐、舌紅、苔黃、脈數，相當溫病毒熱在氣；高峰期（高熱伴意識障礙），表現為高熱、抽搐、意識障礙、舌質紅絳，脈滑數，相當溫病毒熱陷入營血；恢復期（熱退後期），表現為體溫恢復正常，意識轉清，或留有

不同程度的神經症狀，如反應遲鈍，注意力渙散，自汗、神疲乏力，舌淡紅，脈細無力，相當溫病氣陰兩傷³。因此，單純疱疹病毒腦炎的臨床表現和治療可以從溫病學角度來思考。

我們提出一個單純疱疹病毒性腦炎後期運用中醫輔助治療的病例，供大家參考。

病例報告

病患基本資料

姓名：林○○ 性別：女 年齡：54歲
病歷號碼：314***
婚姻：已婚 身高：155cm 體重：67kg
職業：在大陸經營工廠
會診日期：2007/10/04

主訴(家屬會診目的)

病患意識昏糊已月餘，伴有痰白稠量多無法咳出。

現病史

這一位54歲女性病患，罹患糖尿病超過15年，在中國大陸經營工廠，在台中家中多為獨自居住。

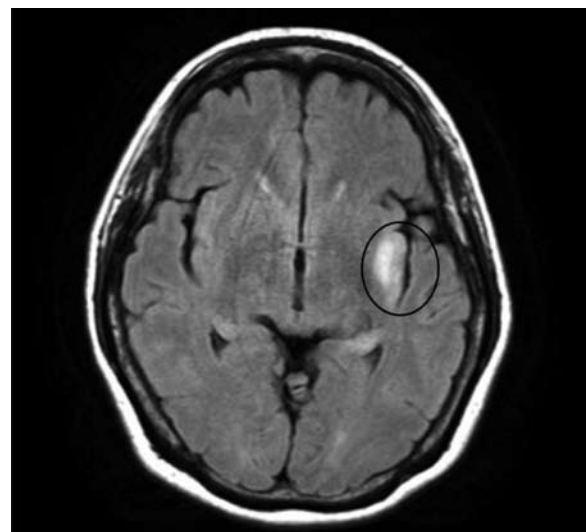
住院前三天，其母與其弟到患者家中發現她講話不清楚且有發燒及虛弱的表現。因此在96/8/30帶她到診所就診。96/8/31下午，其弟發現患者口歪向左側、右側嘴角流涎，左上肢無力，故請救護車將她送至本院急診室。

病患到本院急診時，生命徵象為血壓174/89mmHg，體溫39℃，脈搏83次/min，呼吸穩定。病人呈現嗜睡狀態，E4V5M6，左側中樞性顏面神經麻痺，發音不清楚，僅能回答單字，她否認最近有流鼻涕、頭痛、尿痛（但病人一直回答不會）。肌力左4+；右4，Barbinski sign

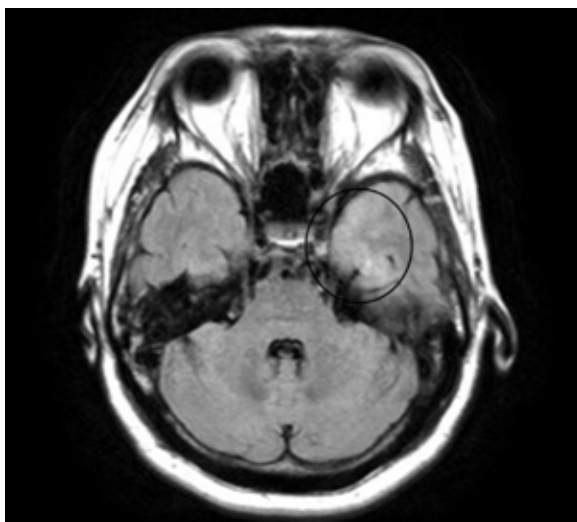
左側extension，因病患無法完全配合故無法進行其他更詳細神經學檢查。胸部X光檢查發現左側有肋膜積液，聽診有囉音；腦部電腦斷層發現左側島腦皮質低密度區疑為梗塞，但與上述神經學症狀不符。由於懷疑腦幹梗塞型中風合併肺炎，她被收入腦中風及神經科加護病房以抗生素Augmentin, 抗血小板藥Aspirin進行治療，此時昏迷指數Glasgow Coma Scale (GCS) 分數為E4V5M6。

96/9/1因病患仍發燒39℃，且意識惡化E1V1M1、頸部僵硬、呼吸微喘（27次/min），故懷疑腦膜炎與腦炎可能性，而進行保護性氣管插管、脊椎穿刺檢查腦脊髓液〔Cerebrospinal fluid (CSF)〕中有紅血球(RBC)：50/ul, 白血球(WBC)：20/ul, Glucose: 235 mg/dl, serum glucose: 368 mg/dl, Protein: 62.7 mg/dl) 與腦部核磁共振檢查（左側顳葉內側及左側島腦皮質有高訊號反應，疑似中樞神經系統感染）（圖一、二）。根據檢查結果開始使用acyclovir+ steroid。96/9/4：HSV (Herpes simplex virus) polymerase chain reaction (PCR):(+)

住院期間病患長時間高燒至9/21日，之後



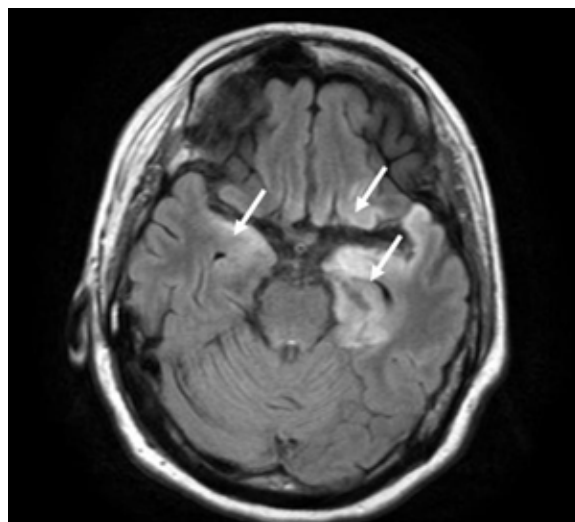
圖一 9/1 Brain MRI左側島腦有明顯高訊號反應 (high signal)



圖二 9/1 Brain MRI左側顳葉高訊號反應

體溫始降至38°C（圖三）。期間血液、痰液、尿液培養均為陰性，僅痰液抹片顯示格蘭氏陽性球菌，懷疑多重抗藥性金黃色葡萄球菌 (Multiple-resistant *Staphylococcus aureus*) 感染，故用Linezolid治療。由於血色素 (Hb) 由9/6的11.4gm/dl下降至9/11的8.7gm/dl，疑有出血可能，故進行大便檢查，發現大便潛血反應3+，而進行上消化內視鏡檢查，檢查結果：表淺性胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍。

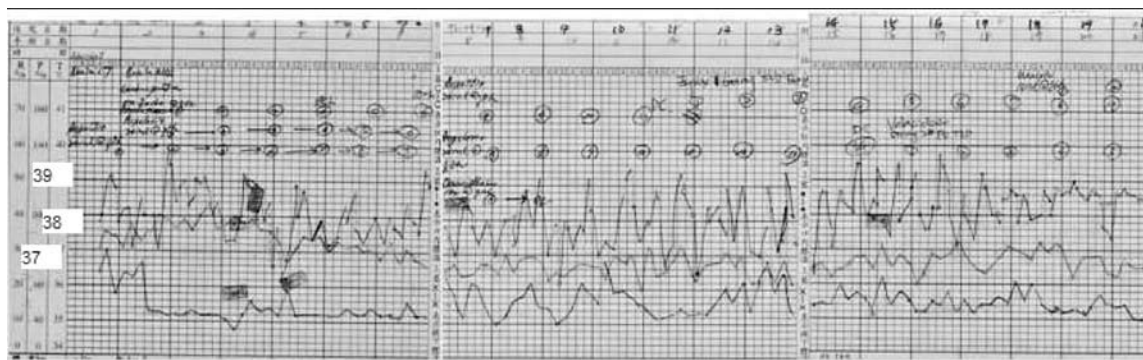
96/9/18 追蹤MRI（圖四），發現腦炎範圍已波及兩側顳葉及島腦與左額葉。96/9/18 因大便下血而安排大腸鏡檢查。檢查發現橫結腸憩室、降結腸憩室與直腸潰瘍合併近期出血。96/9/19 腦



圖四 9/18 Brain MRI可見兩側顳葉與左側額葉有高訊號

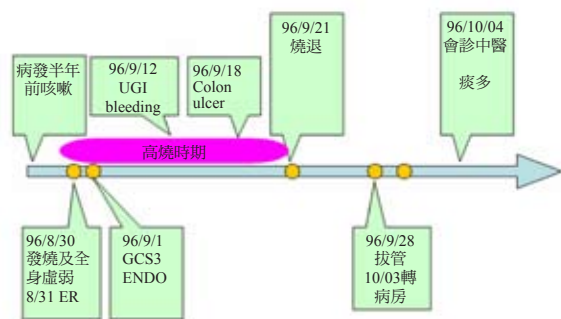
脊髓液檢查發現 WBC：63/ul；RBC：121/ul；protein：138.9 mg/dl；glucose：63 mg/dl；serum glucose：111 mg/dl；可知其發燒仍與腦炎有關。

96/9/28 成功拔管。10/03轉入一般病房。10/04會診中醫。當日病人呈現嗜睡狀態，痰白稠量多（抽痰），偶爾咳嗽，呼吸時咽中有痰音。體溫37.8°C，以鼻胃管灌食牛奶，消化稍差，餐前反抽有餘量。四肢肌肉軟，肌力約3-4分。大便今日4次，先成形後轉稀不臭。小便深黃臊。（圖五）



圖三 病人從8/31到9/28的體溫變化。(最上方曲線)

病程整理



圖五 病程整理

過去病史

第二型糖尿病>15年，胰島素控制已逾5年

基本生命徵象 (97/10/04)

血壓: 125/68mmHg; 心跳: 68次/min; 體溫: 37.8°C; 呼吸速率: 22次/min

理學及實驗室檢查 (97/10/04)

昏迷指數: E4V1M6

頭部檢查

- I. 頭部: 無疤痕，無外傷跡象。
- II. 眼: 結膜淡紅色無充血，鞏膜色白無黃疸。
- III. 耳: 外觀正常，無分泌物。
- IV. 鼻: 有鼻胃管。
- V. 口咽: 舌無歪斜無吐弄。

頸部: 轉動正常，頸靜脈無怒張，無淋巴腫大。

胸部: 輕度爆裂狀水泡音 (crackle)，無囉音 (rales)，無哮鳴。心跳規律無心雜音。

腹部: 無反彈痛，無壓痛，腹肌肉張力正常，無可觸及之腫塊。

四肢: 無骨或關節變形，無陷下性水腫，關節活範圍無受限。

JOMAC認知功能評估 (judgment, orientation, memory, attention, calculation): 因病患無言語表達故無法進行評估。

中醫四診 (97/10/04)

【望】:

- I. 體格: 略胖; body mass index(BMI)=27.9
- II. 神: 神疲
- III. 面色: 不華
- IV. 頭與毛髮: 無異狀
- V. 目: 無黃疸
- VI. 鼻: 鼻胃管留存
- VII. 口唇: 唇色紅
- VIII. 舌: 舌質嫩，舌色淡紅，舌苔白膩邊少苔; 舌下絡脈: 病人無法配合檢查
- IX. 指甲、皮膚: 正常
- X. 四肢: 動態較遲緩

【聞】: 聞氣味: 無異常。

聲音: 病患沒有言語表達 (多搖頭或點頭)

【問】: 經由詢問看護人員獲得

- I. 全身- 無不適
- II. 睡眠- 多寐，喚之可醒，醒後可配合動作，反應慢，隨即入眠
- III. 頭項- 咽痛 (疑因氣管內管造成)
- IV. 胸部- 咳嗽聲低，痰白稠量多無力咳出 (根據家屬描述，病患半年多前感冒後即遺留咳嗽症狀)
- V. 腸胃道- 鼻胃管灌食，反抽有餘量
- VI. 二便- 大便今日4-5行，先成形後稀，量多不臭; 小便黃臊
- VII. 腰背- 無不適

【切】:

- I. 脈短滑，右寸左尺不足
- II. 四肢肌肉軟

整體回顧

這位54歲女性病患，獨居於台中。8/28家人發現她言語不利且有發燒及虛弱表現，8/31下午發生口角歪斜、左上肢無力，故送至本院急診。9/1仍發燒39°C，意識惡化E1V1M1，頸部僵硬，呼吸微喘（27/min），檢查後診斷HSV腦炎。雖經治療但住院期間長時間高燒至9/21日，10/03轉入一般病房。

10/04會診中醫。病人呈現嗜睡狀態，痰白稠量多，偶咳，呼吸時咽中有痰音。體溫37.8°C，以鼻胃管灌食牛奶，消化差，餐前反抽有餘量，大便今日4-5行，先成形後稀，量多不臭，小便深黃臊，四肢肌肉軟，肌力約3-4分。舌質嫩，舌色淡紅，舌苔白膩邊少苔。脈短滑，右寸左尺不足。

中西醫診斷

西醫：HSV encephalitis

中醫：神識昏蒙，證屬伏暑後期，包絡痰熱未淨，清竅失寧，氣陰已傷

西醫治療

Insulin；Biogen 1# QID；

Valaciclovir (500 mg) 2# TID

中醫治則

標本同治

中醫治法

豁痰開竅為主，佐宣肺運脾以化濕清熱，兼護氣陰。

病患包絡痰熱未淨、清竅失寧，故神識昏蒙，其痰熱為邪實，然病程遷延已久恐正氣耗傷，故治療時不能只顧祛邪之標實而更傷氣陰之本虛，使病情遷延難癒。

治法則採取豁痰開竅為主，佐宣肺運脾以

化濕清熱，兼護氣陰。脾為生痰之源，患者消化差，便軟溏不臭，四肢肉軟，顯示其脾氣虛，無力運化水濕，故用藥應注意運脾化濕以截痰源。長期咳嗽，呼吸衰竭，右寸脈不足，水之上源無法通調水道，濕亦無去路，開上利下、提壺揭蓋之法應當運用。暑熱易傷氣陰，病人神疲，左尺不足，舌嫩邊少苔已有氣陰不足之徵，治痰濕之標實不應傷氣陰之本虛。苔膩、尿黃臊，濕鬱化熱之象已現，故用淡滲清熱之法以防傷氣陰。

醫師處方

石菖蒲三錢，鬱金二錢，杏仁二錢，女貞子三錢，麥冬三錢，山茱萸三錢，炒白朮二錢，天麻三錢，滑石六錢，生甘草二錢。

石菖蒲，開竅豁痰；鬱金，入心及包絡兼入肺經，舒氣解鬱，兩藥配伍，具有豁痰行氣開竅之功，為本處方主要藥物。杏仁，宣肺降氣行痰，合滑石、生甘草(六一散)淡滲利濕清熱，宣上利下以清暑利濕。炒白朮運脾化濕以截痰源。麥冬，清心潤肺，瀉熱消痰，山茱萸與女貞子護肝腎之陰，並用天麻以保護神經（現代藥理研究）⁴。

追蹤診療紀錄

96/10/05：

望：神疲，舌淡紅嫩苔膩邊少苔，E3-4V1M5。

聞：無言語，呼吸聲重。

問：嗜睡，痰白稠減、量多減，稍咳，NG反抽餘30 ml，水瀉七次酸臭，尿黃濁臊。

切：脈滑短右寸不足，無水腫。

理：便溏增加，左尺不足已無，去女貞與山茱萸之滋膩礙脾；便較酸臭且鼻胃管反抽仍有食物表示食積已成，故加陳皮、萊菔子理氣消食化痰。

處方：石菖蒲三錢，鬱金二錢，杏仁二錢，麥冬三錢，萊菔子二錢，廣陳皮二錢，炒白朮二錢，天麻三錢，滑石六錢，生甘草二錢。

96/10/08：

望：神疲，舌淡紅嫩苔膩邊少苔 E4V1M5。

聞：無言語，呼吸聲重。

問：嗜睡，痰白稀量多，口涎多，昨夜咳甚稍喘，NG 反抽無餘量，大便黃成形偏硬，尿黃濁臊已無。

切：脈軟滑。

理：脈變軟，氣虛之徵增，加黃耆、荷葉與升麻以益氣升陽，清空除濕以提神；痰轉稀量多，反出現濕痰之象，尿黃濁臊已無表示熱退故去滑石、甘草加薑半夏以燥濕化痰；口涎多用益智仁暖腎收斂痰涎。

處方：石菖蒲三錢，鬱金二錢，黃耆三錢，麥冬三錢，天麻三錢，萊菔子二錢，廣陳皮二錢，薑半夏二錢，瓜蒌實三錢，荷葉三錢，益智仁三錢，升麻二錢。

96/10/10：清醒時間延長，可發三個音，能坐起配合動作。

96/10/11：開始配合復健治療。

96/10/15：

四診：嗜睡減，清醒時間更長，痰量減，無流涎，可握筆寫自己名字及身分證字號，二便平，可以扶輪椅走路。舌淡紅嫩苔厚膩，脈軟滑。

理：苔轉厚膩，濕熱又作，前方去麥冬、半夏、益智仁，加滑石、連翹、貝母、黃芩、茵陳、通草，擬為甘露消毒丹之義。

處方：石菖蒲三錢，鬱金二錢，黃耆三錢，天麻三錢，萊菔子三錢，廣陳皮二錢，瓜蒌實三錢，荷葉三錢，升麻二錢、滑石

六錢、連翹三錢、貝母三錢、黃芩二錢、茵陳三錢、通草二錢。

96/10/18

望：舌淡紅嫩苔白膩厚腐有津。

理：舌津較多，熱消但濕仍勝，故前方去黃芩、通草之寒，加藿香、佩蘭與蘇梗等芳香化濕之品。

處方：石菖蒲三錢，鬱金二錢，黃耆三錢，天麻三錢，萊菔子三錢，廣陳皮二錢，瓜蒌實三錢，荷葉三錢，升麻二錢、滑石六錢、連翹三錢、貝母三錢、茵陳三錢、藿香三錢、佩蘭三錢、蘇梗三錢。

96/10/22

望：精神較佳，反應較佳，舌淡紅嫩苔白膩厚腐。

問：口乾口苦，嗜睡減，清醒時間較長，可識人，痰少，可握筆寫字。昨日大便少量如羊屎（前日無），發燒，尿檢有泌尿道感染。

切：脈右軟左滑短。

理：泌尿道感染，濕熱又作，便秘，去佩蘭與蘇梗加白茅根、篇蓄、石葦、龍膽草與大黃以除下焦濕熱；去黃耆之溫補改為太子參益氣而不礙濕熱。

處方：石菖蒲三錢，鬱金二錢，黃芩二錢，滑石六錢、連翹三錢、貝母三錢、茵陳三錢、藿香二錢、白茅根三錢、甘草一錢、大黃八分後下、篇蓄三錢、石葦三錢、太子參三錢，龍膽草三錢。

96/10/24：出院。

97/01：追蹤病患已可流利的說話，能識人，可以算術。但短期記憶力減退，無法工作。

討 論

I 病人有睡眠時間長，喚之可醒，醒後可配合動作，但反應慢又隨即入眠的神志問題。神志失常，亦即如今所說的意識障礙。根據《中國傳統精神病理學》中醫的神志失常可分為神昏、神志喪失和精神錯亂三大類。

“神昏”是指神志昏沉、迷妄，亦即現代所說的意識清晰度下降，自我意識和對外界客觀世界的感知障礙。又可分為嗜睡、昏睡、昏迷、暈厥。“神志喪失”又稱神氣渙散，是指整個生命活動的衰竭、渙散，是一類危急之象。“精神錯亂”即神志昏亂，指意識障礙中表現為思維和言語錯亂、缺乏聯繫、動作和行為失常，包括中醫癲、狂、癇等證⁵。故這位病患表現屬於神昏，與西醫醫學名詞drowsy相近。

II 神昏又細分

(I) 嗜睡：不論晝夜，時時欲睡，呼之能醒，醒後神志尚清，不久又欲寐的病態⁵。

(II) 昏睡：不論晝夜，處於昏沉而神識欠清的睡眠狀態，呼之或推之能睜眼，神識卻似清非清，對答遲鈍，旋即又昏昏而睡⁵。

(III) 昏迷：昏睡不醒，呼之推之無反應⁵。

(IV) 暈厥：一時性、突發性的神志昏迷，意識障礙⁵。

故這位病人初診時可歸為神昏中之昏睡，隨著治療後轉為嗜睡一證。

III 嗜睡一症，主要病因有三：一為濕盛，痰濕內困，表現以體質肥滿，胸悶納少，身體懶動，苔白膩脈濡為多。二為脾虛，中氣不足，脾運失司，故表現為食後困倦多寐。三為病後或高齡之人，陽氣虛弱而嗜睡，多有神疲食少，畏寒肢冷。⁶這位病患雖是病後但無陽氣虛之情形，亦非僅於食後嗜睡，綜合其舌脈與症狀表現知其為痰濕內困。其痰

濕與熱相合而成痰濁，『濁邪害清』，濁邪指濕濁邪氣；清指輕清的陽氣上通於頭面的孔竅，如耳、目、口、鼻等。濕為重濁的邪氣，與熱邪相結合，濕熱蘊積而上蒸，輕清的陽氣被阻遏，以致孔竅壅塞，出現神識昏蒙、耳聾、鼻塞等症狀⁶。

IV 在這位病患病程中先有發燒、全身虛弱及說話不清楚的症狀，之後出現流涎、口角歪斜、肢體無力，迅速進展至神昏、呼吸困難。高熱期>21天。熱盛期間上下消化道都有出血情形。對照《溫病學》中的暑溫三大特點：1. 發病時間在夏至後處暑前。《內經·熱論篇》曰：「凡病傷寒而成溫者，先夏至日者為病溫，後夏至日者為病暑。」。2.起病衛分過程短暫或無。以壯熱、煩渴、汗出、脈洪大等陽明氣分熱盛為主要表現。3.傳變急速、多變，易邪陷心營而出現神昏、斑疹。又因暑易傷氣耗津，故本病易出現津氣兩傷或欲脫，閉竅動風⁶。病人病情表現均符合暑溫特點，確有暑熱之邪，但發病時間在民國96年8月28日，當年處暑日為國曆8月23日，為處暑之後發病已不符暑溫診斷，依《重定廣溫熱論》「發於處暑之後者，名曰伏暑」故認定病患為「伏暑」致病。伏暑的病因是暑邪，夏月感受暑邪，鬱伏於體內，未即時發病，至秋或冬月，由當令時邪觸動誘發而成，臨床證候為有暑邪致病特點的急性熱病⁷。

V 暑熱之邪，有耗氣傷津之特性。此病人會診中醫時，高熱已退，屬於溫病後期。溫病後期常遺留一些病證：神志遲鈍或癡呆、失語、四肢癱瘓等。其原因不外氣陰耗傷、瘀熱或痰熱內阻、風痰入絡等。⁸

VI 伏暑是由暑熱病邪或暑濕病邪鬱伏發於秋冬季節的急性熱病。以發病急驟、病情深重、病勢纏綿為特徵。其發病主要有兩種類別：

1. 感受暑濕病邪鬱伏氣分而發，其病變以暑濕內鬱氣分為重心，其臨床表現為身熱、心煩、口渴、脘痞、苔膩；辨證時要注意分辨暑與濕之孰多孰少，以及病機轉歸。2. 若為暑熱病邪鬱伏營分而發，其病變以暑熱內舍營分為重心，其臨床表現為舌赤少苔，傳變迅速，故要注意是否有入血動血，閉竅動風，傷津耗氣等病機變化。伏邪由當令時邪外感引動而發，故兩種類型初起均有表證可察，初起或為衛氣同病，或為衛營同病。不論是暑濕內鬱氣分，還是暑熱內舍營分，均可在病邪驟退之後而有正氣耗傷，甚至導致陽氣外脫，或氣陰兩脫。另初起即衛營同病者，表解之後易見熱鬱營分，可表現為心營熱盛下移小腸證；營熱進而深入血分，多見熱瘀交結、內閉包絡，或瘀熱蘊結下焦⁹。
- VII 辨舌是溫病辨證的重要依據，吳鞠通曰：「溫病診舌為要」。暑病最易耗傷陰液，故留意病患舌津之多寡是辨別是否耗傷陰液的重要依據，舌潤澤的是津液未傷，乾燥的為津液已傷。如葉天士《溫熱論》所說：「黃苔不甚厚而滑者，熱未傷津，猶可清熱透表，若雖薄而乾者，邪雖去而津受傷也，苦重之藥當禁，宜甘寒輕劑可也」，成詞松等總結《溫熱論》論述舌苔潤燥至少有兩個目的：一是強調津液對溫病辨證論治的重要性，二是反證「溫邪」的性質及其「火鬱病機」¹⁰。病患10月18日舌轉有津，溫邪退、熱消但濕仍盛，故轉用藿香、佩蘭與蘇梗等芳化透表之品。
- VIII 病患因長期咳嗽，右寸脈不足，水之上源無法通調水道，故仿薛生白《濕熱病篇》第十條：「濕熱證，初起發熱，汗出胸痞，口渴舌白，濕伏中焦，宜藿梗、薏仁、杏仁、枳殼、桔梗、郁金、蒼朮、厚朴、草果、半夏、乾菖蒲、佩蘭葉、六一散等味。」，用苦溫之杏仁，開宣肺氣，氣化則濕化，配合六一散淡滲利濕，宣上利下、升降氣機使水道通調以清暑利濕。¹¹
- IX 舌「嫩」是舌質紋理細緻，體胖嬌嫩，或舌邊印有齒痕，多屬虛證或虛寒證，《辨舌指南》指出「舌質浮胖兼嬌嫩，不拘苔色…病多屬虛」。此病人舌質嫩，雖見舌色淡紅舌苔白膩，仍應注意虛中夾實之象。
- X 家屬主訴為病人痰白稠，量多。痰飲是體內水液代謝失常所形成的病理產物，由外感六淫、飲食或七情所傷，使肺、脾、腎及三焦氣化功能失常，水液代謝障礙，以致水津停滯而成¹²。考慮病人長期咳嗽，呼吸衰竭，加上右寸不足之脈，知有肺氣不通。病人消化不良，便易稀溏日四五行，可知脾主運化功能失常。病人無明顯腎虛徵象，僅脈象有左尺之不足，為了探討腎虛與暑溫是否有特殊關連性，我們在中國期刊網以「暑溫」、「腎虛」搜尋，並沒有找到兩者強烈相關性。換個角度想，腎藏精，主骨生髓，通於腦。是否提示在腦炎後期應該酌加補腎藥物？在中國期刊網搜尋「腦炎」、「腎虛」，發現徐榮謙、劉弼臣在治療小兒病毒性腦炎後遺症38例時運用菖蒲、鬱金、熟地、茯苓、山藥、牡丹皮、丹參、山萸肉、澤瀉、黃耆、牛膝、當歸、赤芍、地龍、兔腦等20餘味藥物。劉弼臣教授認為治療的根本在於補腎健腦益智¹³。而歐周則認為日本腦炎後遺症，纏綿難愈，痰、瘀、虛為其病理關鍵，久病及腎，後期多見腎虛有瘀，虛實相兼，治之之法當以豁痰、化瘀、扶正為要¹⁴。雖非單純性疱疹病毒腦炎，但其理論仍值得參考。

致 謝

感謝行政院衛生署中醫藥委員會計畫CCMP-97-CMA-12、CCMP-97-CMB-05、CCMP-97-CMC-01與CCMP-97-CMD-02經費贊助。

參考文獻

1. Richard Baringer J, MD. Herpes Simplex Infections of the Nervous System. *Neurol. Clin.*, 26: 657-674, 2008.
2. Makela JP, Salmelin R, Hokkanen L, Launes J, Hari R. Neuromagnetic sequelae of herpes simplex encephalitis; *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.*, 106: 251-258, 1998.
3. 許振民、李曉慧，中西醫結合治療急性單純疱疹病毒性腦炎10例，實用醫技雜誌，13：1558，2006。
4. Hsieh C, Chen C, Tang N, Chuang C, Hsieh C, Chiang S, Lin J, Hsu S. *Gastrodia elata* BL mediates the suppression of nNOS and microglia activation to protect against neuronal damage in kainic acid-treated rats. *Am. J. Chin. Med.*, 33: 599-611, 2005.
5. 何裕民、匡調元，中國傳統精神病理學，上海科學普及出版社，上海，pp. 112-118，1995。
6. 馬建中、何東燦、邱年永編著，中醫內科學，正中書局，台北，p. 351，1986。
7. 中醫名詞術語大辭典，啓業書局，台北，p. 86，1996。
8. 孟澍江、王樂旬，溫病學，知音出版社，台北，pp.96-110，p.130，2002。
9. 彭勝權主編，溫病學，人民衛生出版社，北京，pp. 215-222，2001。
10. 成詞松、諸毅暉、趙鶯，《溫熱論》舌診探要，四川中醫，24:34-35，2006。
11. 張義敏、張思超，《濕熱病篇》治濕四法探析，浙江中醫藥大學學報，32:302-303，2008。
12. 黃泰康總編，陶漢華等主編，中醫病因病機學，中國醫藥科技出版社，北京，pp. 200-204，2002。
13. 徐榮謙、劉弼臣，中藥健腦散治療小兒病毒性腦炎後遺症38例，北京中醫藥大學學報，17：54，1994。
14. 歐周、歐洪濤，分型證治乙腦後遺症78例小結，湖南中醫藥導報，1：3，1995。

CASE REPORT OF A PATIENT WITH HERPES SIMPLE VIRUS ENCEPHALITIS SEQUELAE

Shu-Feng Hsieh¹, Chung-Hsien Yang^{2,3}, Chia-Ling Li²

¹*Department of Chinese Gynecology, China Medical University Hospital*

²*Department of Chinese Internal Medicine, China Medical University Hospital Taichung, Taiwan*

³*School of Post-baccalaureate Chinese Medicine, China Medical University*

(Received 18th August 2008, accepted 21th October 2008)

This patient was a 54-year-old woman. Her family found her with slurred speech, fever, and general weakness on 96/8/28. She was taken to our emergence department and was admitted to Stroke and Neurology Intensive Care Unit due to sudden onset deviated mouth and weakness of left upper limb on 96/8/31. High fever up to 39°C, progressing consciousness disturbance (GCS E1V1M1), neck stiffness, and shortness of breath were noticed on 96/9/1. After series of examinations, herpes simple virus(HSV) encephalitis was highly suspected. Although acyclovir was given, the fever persisted until 96/9/21.

The patient was transferred to general ward on 96/10/03. Her family asked for consulting Chinese internal medicine doctor for disturbed consciousness with a large amount of sputum. At that time, the patient was drowsy, and she sometimes coughed up stick sputum with phlegm rale in throat. Her body temperature was 37.8°C. She was fed through nasogastric tube but digestive function was poor. The muscle of four limbs was soft (muscle power about 3-4 degree). Her urine was deep yellow in color with foul smell. Her tongue was pink and tender-soft with white slimy fur. Her pulse was short-slippery but weaker at right cun and left chi.

The patient was drowsy in day and night. Her consciousness was clear after awaken but she fell asleep soon again. The diagnosis was disturbed consciousness. The initial symptoms were fever, weakness, and slurred speech. Then drawling, deviated mouth, and limb weakness occurred. Just four days later, the symptoms progressed to unconsciousness and dyspnea. Because of the rapid progress and the onset of the disease both corresponded to the characteristics of latent summerheat, the patterns were sequelae of latent summerheat, residual pericardial phlegm-heat affecting the clear orifices, and damage to qi and yin. Our major therapeutic methods were sweeping phlegm and opening orifices. Assistant treatments were diffusing the lung and invigorating the spleen to clear dampness-heat, and protecting qi and yin.

While Chinese internal medicine doctor was consulted, the problem was focus on the neurologic sequelae of the latent summer-heat. After giving Chinese medication for three week, the amount of sputum decreased and the duration of awareness was prolonged.

Key words: Herpes Simple Virus Encephalitis, Chinese medicine, warm disease, latent summerheat, disturbed consciousness