

病例報告

針藥並用治療腺病毒腦膜腦炎後之四肢無力

李俊廷^{1, #}、沈哲民^{1, #, *}、洪裕強^{1, 2}、胡文龍^{1, 2, 3, 4}、盧政男^{1, 2}

¹ 高雄長庚紀念醫院中醫科系，高雄，臺灣

² 長庚大學中醫學系，桃園，臺灣

³ 高雄醫學大學醫學院，高雄，臺灣

⁴ 輔英科技大學護理學院，高雄，臺灣

本病例報告為一6歲女童，於民國106年5月15日開始，出現發燒、腹脹等症狀，經過高雄市博仁醫院治療5天仍未改善。後來患者出現活動力降低、四肢無力且反覆發燒送至高雄醫學大學附設中和紀念醫院檢查（高醫）診斷為腺病毒感染引起之腦膜腦炎。經過一個月的住院治療後出院，但患者仍有四肢無力需依靠家屬協助推輪椅，因此於民國106年6月20日至本院中醫門診就診，經中醫辨證論治後，我們臆斷為痿證，其證型為肺有餘熱、心脾兩虛及濕熱內蘊。我們採用中藥與針灸的治療，治則為清熱潤肺、補益心脾及清利濕熱。經過了一週的治療後患者即可自行行走；兩週後可以奔跑。本文首先發現中藥與針灸治療可以做為腺病毒腦膜腦炎後四肢無力的治療選擇之一。

關鍵字：中醫、針灸、中藥、腺病毒腦膜腦炎、四肢無力

前言

腺病毒是一個分佈於全球且全年皆有可能發生感染。研究指出在嬰兒與幼兒的發燒中，有5-10%是由於腺病毒感染所引起的[1]。其感染主要是靠飛沫傳染、糞口傳染或是接觸到受腺病毒感染的汙染物。由於腺病毒為非套膜的病毒，因此它們對於清除油脂型的清潔劑有抗性，但是對於熱、甲醛及漂白水則無。除上述的傳染途徑外，腺病毒也可透

過經由母親產道時垂直感染新生兒，更有文獻報導指出，有新生兒就是因為出生時受到母親產道的腺病毒感染而造成腺病毒感染性肺炎的死亡案例[2-4]。另外，有證據顯示曾經有接受過肝臟移植的患者，由於捐贈者曾經感染過腺病毒，因此導致接受者也受到感染[5]。腺病毒感染的臨床症狀會隨著年紀與免疫系統的強弱有著顯著的關聯性，常見的臨床症狀包含了呼吸道的症狀[6-14]、眼睛的症狀[15]、腸胃道的症狀[16-19]、泌尿生

* 通訊作者：沈哲民，高雄長庚紀念醫院中醫科系，地址：83342 高雄市鳥松區大埤路123號，電話：07-7317123 分機2334；傳真：07-7317123 分機2335，Email: r12042@adm.cgmh.org.tw

#：共同第一作者。

殖道症狀 [20-24]、神經系統症狀 [25]、心肌炎 [26, 27] 及關節炎 [28, 29] 等等。而根據文獻指出，腺病毒造成的神經學症狀極為罕見 [30]，而目前針對這類患者的治療大多以支持性療法為主，除非是在免疫不全的患者身上才會考慮抗病毒藥物 [31-33]。而本文將分享利用中藥與針灸改善腺病毒腦膜腦炎所造成之四肢無力的罕見病例。

病例闡述

1. 基本資料

姓名：涂○○

性別：女

年齡：6 歲

職業：學生（幼稚園大班）

初診日期：106 年 6 月 20 日

2. 主訴

四肢無力自 106 年 5 月 19 日開始。

3. 現病史

這是一位 6 歲的小女孩，106 年 5 月 15 日發燒伴隨腹脹高雄市博仁醫院開立退燒藥與消脹氣的藥物，症狀反覆 5 天。106 年 5 月 19 日由於患者活動力下降、四肢無力且反覆發燒，再到外面診所就醫，診所醫師建議轉至大醫院做進一步檢查，於是家屬將患者帶至高雄醫學大學附設中和紀念醫院（高醫）就醫，經脊髓穿刺後發現為腺病毒感染所致的腦膜腦炎而收治住院觀察治療。

住院時有出疹、便秘、口乾、納差等症狀，曾於 106 年 6 月 12 日 -106 年 6 月 18 日自行服用友人中醫師所開立之中藥煎劑大黃 5 分、炙甘草 3 錢、砂仁 3 錢、黃芩 5 錢、天花粉 3 錢、白芷 3 錢，服藥後排便可，燒較退，膚疹減，於 106 年 6 月 18 日出院。

但由於四肢無力、站立不穩及無法行走，需坐輪椅，皮膚疹略有且伴隨有尿布濕疹。眠差易醒，偶爾在疲倦時會有健忘的狀況。納稍差，飲水多，二便可。基於以上症狀因此來到本院中醫門診就診。

4. 過去病史

4.1. 開刀史：過去無開刀史

4.2. 無高血壓、心臟病、糖尿病、肝炎、腎病等系統性疾病

5. 個人史

5.1. 藥物或食物過敏：無已知藥物或食物過敏。

5.2. 飲食習慣：葷

5.3. 抽菸：無

5.4. 喝酒：無

5.5. 檳榔：無

6. 家族史

無高血壓、糖尿病、心臟病、癌症等家族史。

7. 實驗室數據

有麻煩患者家屬提供相關資料，但患者家屬未提供。

8. 中醫四診

8.1. 【望】

8.1.1. 整體：坐輪椅。

8.1.2. 體格：身材可，身高 120 公分，體重 21 公斤（BMI=14.5）。

8.1.3. 神色：神情較疲倦，面色白。

8.1.4. 皮膚：無異狀。

8.1.5. 毛髮：毛髮黑。

8.1.6. 指甲：無乾枯或龜裂。

8.1.7. 口唇：唇色淡紅，無口瘡。

8.1.8. 舌診：舌紅扁瘦無苔，舌下絡脈無怒張。

8.1.9. 二陰：未觀察。

8.1.10. 排出物：未觀察。

8.2. 【聞】

8.2.1. 氣味：口腔無腥臭味，無果酸味。

8.2.2. 聲音：音量低微，不愛講話。

8.3. 【問】

8.3.1. 全身：容易疲倦且疲倦時易健忘。

8.3.2. 睡眠：眠差易醒。

8.3.3. 情志：無易緊張，無易怒，無易煩躁，無課業壓力。

8.3.4. 頭項：無不舒服感。

8.3.5. 五官：飲水多，無目乾澀、無目癢、無耳鳴咽痛等。

8.3.6. 胸部：無胸悶，無心悸，無脅肋疼痛。

8.3.7. 腹部：無腹脹，無腹痛，腹無拒按，無腸鳴，無胃痛，納稍差。

8.3.8. 二便：便秘 3-4 日一行質硬難解，服中藥煎劑改善 (大黃 5 分、炙甘草 3 錢、砂仁 3 錢、黃芩 5 錢、天花粉 3 錢、白芷 3 錢)。

8.3.9. 腰背臀部：脊柱活動正常，無腰痠背痛，臀部有尿布疹。

8.3.10. 四肢：上下肢皆無力，無法自行行走需坐輪椅，手上有些許紅疹。

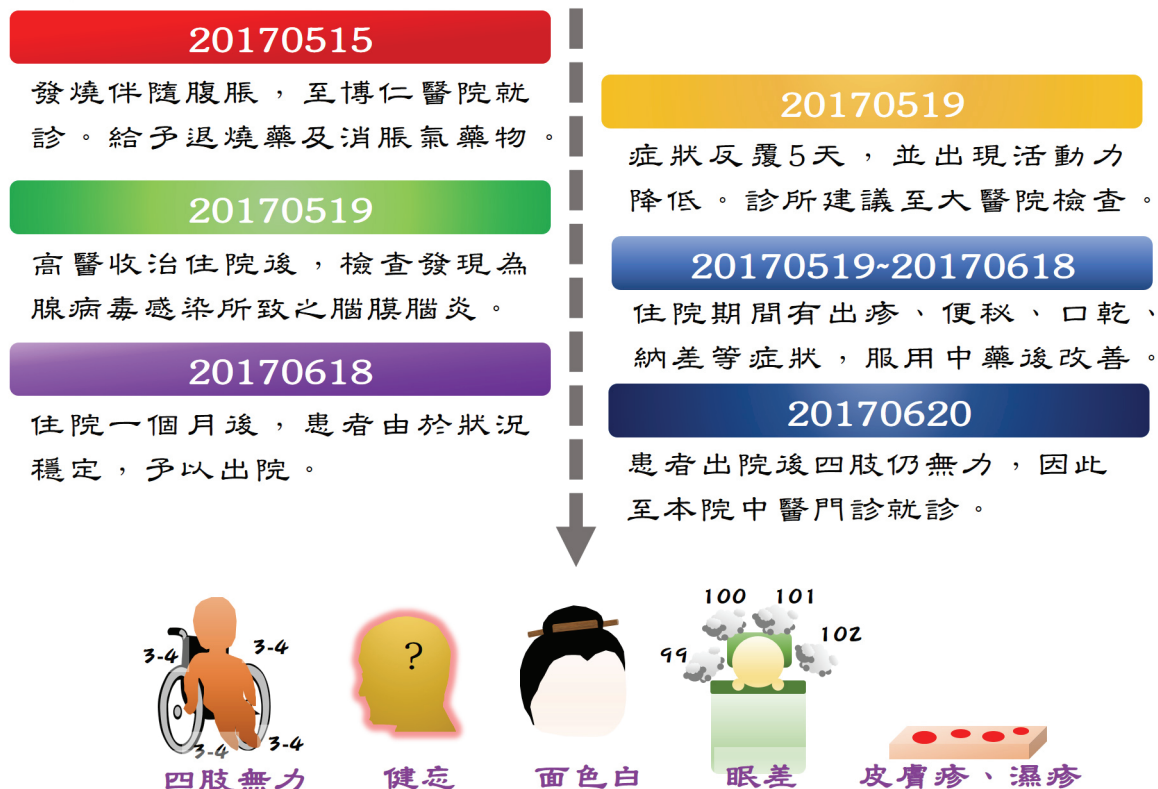
8.4. 【切】

8.4.1. 觸診：四肢溫，腹部柔軟無脹滿，肌力：右上肢 / 左上肢 / 右下肢 / 左下肢 = 3-4 / 3-4 / 3-4 / 3-4。

8.4.2. 脈診：脈沉細數。

9. 時序圖：如圖一。

時序圖



圖一 症狀時序圖

10. 病因病機分析

【病因】：

外因：外感後造成的肺有餘熱、心脾兩虛與濕熱內蘊。

【病位】：

解剖病位：腦。

臟腑辨證：肺、心、脾。

【病性】：

主證：腺病毒腦膜腦炎後四肢無力。納稍差。眠差易醒。疲倦時易健忘。面色白。脈沉細數。舌紅扁瘦無苔。

次證：皮膚疹，濕疹，便秘。

【病勢】：

10.1. 病患為一6歲兒童，由於一開始發燒且伴隨有腹脹，至博仁醫院就醫後並未獲得改善。5天後，患者發燒反覆且開始出現活動力降低及四肢無力，經高醫檢查後發現為腺病毒感染之腦膜腦炎。我們推測患者這一連串的症狀可以歸咎於外邪首先犯肺因此有外感發燒反覆的狀況，而子盜母氣，使得脾胃運化功能失司所以造成腹脹；而心肺同屬上焦，肺遺熱於心因此出現心神不寧、偶健忘及眠差易醒。

在《素問·痿論》：『肺熱葉焦，則皮毛虛弱急薄，著則生痿躄也』，說明瞭四肢無力可能來自於肺熱葉焦所造成的痿痺。而脾主四肢肌肉，因此脾胃功能受到影響則會加重四肢無力。

10.2. 經過西醫穩定患者生命徵象後，患者仍有四肢無力、皮膚疹且伴隨有尿布濕疹，偶爾在疲倦時易健忘及面色白。我們認為這與大病後肺熱的狀況還未完全恢復、脾胃功能受到影響且

心血不足也有關。

10.3. 肺主一身之氣，當肺的功能因為感染還沒完全恢復，氣不足則容易造成疲倦。此外，肺主皮毛，如果肺有熱可能會出現皮膚有紅疹狀況，並且肺熱生痿躄亦會引起四肢無力。

10.4. 脾主運化、胃主受納，若脾胃功能受損會影響到氣血生化之源，使得心血不足。此外，脾又與水濕運化有關，脾胃受損使得水液無法正常輸佈，導致在皮膚上面有紅疹、濕疹產生，而在腸道的津液不足導致便秘。脾主四肢肌肉，在《內經·素問太陰陽明篇》提到：「四肢皆稟氣於胃，而不得至經，必因於脾，乃得稟也。今脾病不能為胃行其津液，四肢不得稟水穀氣，氣日以衰。脈道不利，筋骨肌肉，皆無氣以生，故不用焉。」，因此四肢無力會因脾胃功能失司而加劇。

10.5. 心主神明，其華在面，當心血不足則會造成健忘及面色白，且心血不足亦會造成虛熱使得眠差、皮膚疹與濕疹加劇。而《諸病源候論·虛勞病諸候·大病後不得眠候》提到「大病之後，臟腑尚虛，榮衛未和，故生於冷熱。陰氣虛，衛氣獨行於陽，不入於陰，故不得眠。」大病之後的眠差是因為臟腑陰仍虛。

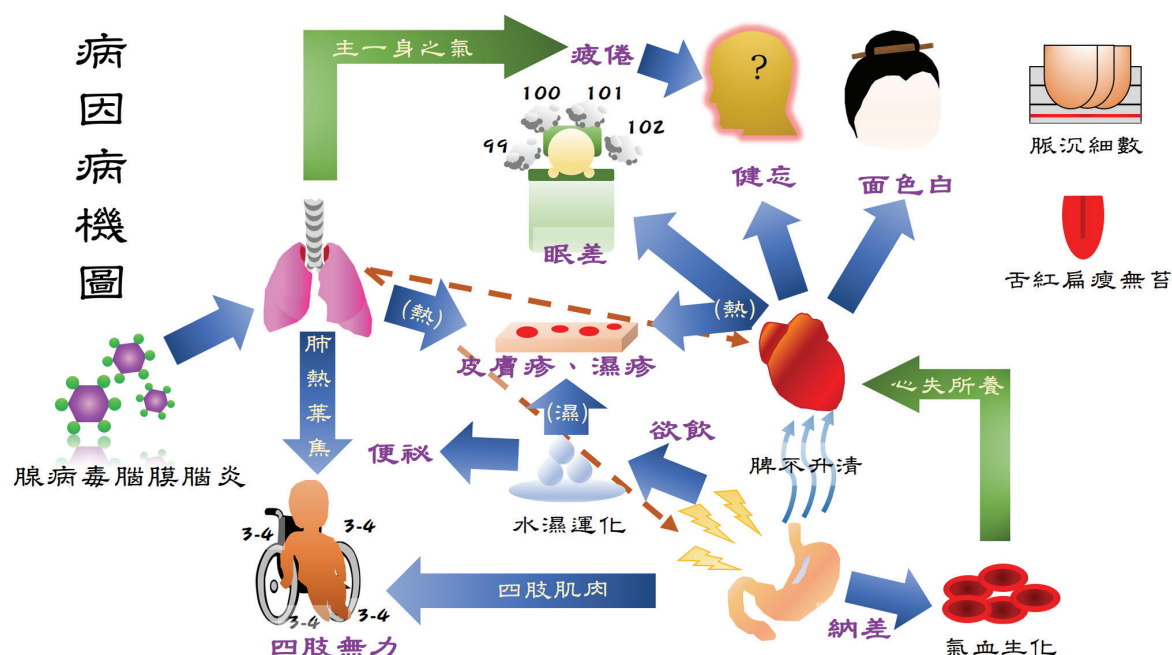
11. 病因病機分析圖：如圖二。

12. 診斷

西醫：腺病毒腦膜腦炎；四肢無力。

中醫：痿證。

證型：肺有餘熱、心脾兩虛、濕熱內蘊。



圖二 病因病機圖

13. 治則

清熱潤肺、補益心脾、清利濕熱。

14. 處方

【方藥】

振顏湯合棄杖湯與三妙散化裁加減

黨參 2 錢、黃耆 5 錢、蒼朮 2 錢、當歸 2 錢、懷牛膝 3 錢、紫菀 2 錢、黃柏 2 錢、雞血藤 3 錢、茯苓 3 錢、秦艽 2 錢、甘草 2 錢、荷葉 2 錢、升麻 1 錢、砂仁 1 錢；BID x 7day

【方針】

百會、神庭、足運感區、合谷（雙側）、曲池（雙側）、外關（雙側）、足三里（雙側）、絕骨（雙側）、太谿（雙側）、太衝（雙側）、薄氏腹針引氣歸元（中脘、下脘、氣海、關元）、腹四關（雙滑肉門及雙外陵）。

14.1. 本患者的方藥部分主要是採用振顏湯合棄杖湯及三妙散加減化裁而成。振顏湯出自於《醫學衷中參西錄》其組成為人

參、黃耆、白朮、當歸、牛膝、乳香、沒藥、威靈仙、知母、乾薑。根據原文記載：『方中用黃耆以補大氣，白朮以健脾胃，當歸、乳香、沒藥以流通血脈，靈仙以祛風消痰，恐其性偏走泄，而以人參之氣血兼補者佐之，乾薑以開氣血之痺，知母以解乾薑、人參之熱，則藥性和平，可久服而無弊。若其痿專在於腿，可但用牛膝以引之下行。』而在本患者我們取振顏湯方中之黃耆補氣並將人參改為黨參輔助其補氣之功，將白朮改為蒼朮加強其祛濕之功，懷牛膝引藥下行強筋骨，並搭配棄杖湯中的黃柏則有三妙散的架構於其中，當歸補血通脈。

而棄杖湯為大陸醫師李鳳翔於 2007 年在中醫雜誌所發表的痿證治療經驗之自擬方，其組成為仙靈脾、蒼朮、黃柏、薏苡仁、天

門冬、紫菀、龜甲、黃耆 [34]。方中用仙靈脾為主藥，久服可以起痿療癱，又有『棄杖草』之名，配甘寒之薏苡仁，可以利濕熱，健脾胃。而唐代醫師甄權云：『得蒼朮、黃柏以治痿躄』[34]。蒼朮苦溫燥濕，以治筋骨軟弱；黃柏苦寒，瀉火堅陰 [34]。天冬滋潤肺腎，令人肌體滑澤，紫菀之體潤質軟，能潤肌膚，填骨髓 [34]。而在《神農本草經》：『紫菀，味苦，濕。主咳逆上氣，胸中寒熱結氣，去蟲毒，痿躄，安五臟。生山谷。』此外，《藥品化義》所言：『因其體潤，善能滋腎，蓋腎主二便，以此潤大便燥結，利小便短赤，開發陰陽，大有神功。』而張步桃醫師也時常使用紫菀來治療便秘，因為該藥是入肺經的藥物，肺又與大腸相表裡，所以許多排便不順的人，可用入肺經的藥物提升療效，亦有清熱解毒之功 [35]。龜甲鹹甘而寒，益腎強骨。重用黃耆，大補元氣 [34]。諸藥併用，元氣充足，血脈通暢，精津濡潤，則四肢得養，經絡可通，肌肉生長，筋骨得養而能作強 [34]。而在本患者，體內濕熱較盛且無腎陽虛的症候，因此我們將棄杖湯中屬於溫熱補腎陽的仙靈脾去除，以符合患者當時狀況，雖然去掉了主藥，但仍體現該方的精神。我們取棄杖湯之黃耆補氣，蒼朮燥濕健脾治療筋骨痿軟，黃柏瀉火，紫菀體潤填骨治痿躄。此外，我們也加了升麻與荷葉加強升清健脾之功，並與蒼朮搭配即為清震湯；而張步桃醫師也常使用本方來治療腦水腫或腦壓高的患者，他認為荷葉有化瘀、升麻有解毒、蒼朮有滲濕的功效，諸藥並用可以有效改善組織液滲出過多的水腦症 [36]。加了茯苓，加強對患者祛溼安神的功效，並與黨參、蒼朮與甘草有四君子湯的架構於其中。加入了砂仁，加強其溫中祛溼的功效，

且與黃柏、甘草合為封髓丹；雞血藤養血活血並舒筋活絡；秦艽祛風溼，舒筋絡，流利關節，為風藥中之潤劑。

三妙散為二妙散（蒼朮與黃柏）加牛膝所組成，主要是作為清熱燥濕之用。在振顏湯合棄杖湯的合方中有三妙散的架構於其中。由於這個患者在我們辨證論治後有濕熱內蘊的證型於其中，因此恰好為三妙散的適應症。

14.2. 頭部穴位：百會穴為督脈的穴位，其主要的功效可以熄風醒腦，升陽固脫。我們利用此穴升提本患者的陽氣，令陽氣可以上達頭面改善疲倦健忘感。神庭穴為督脈的穴位，其主要功效可以寧神醒腦，降逆平喘。在這邊我們使用此穴主要是取其寧神醒腦之功，改善患者眠差易醒。足運感區為大陸焦順發醫師所創的焦式頭皮針之穴位，可以改善對側下肢無力的症狀。

14.3. 上肢穴位：合谷穴為手陽明大腸經之原穴，功效為清熱解毒，明目聰耳。在本患者不但符合『治痿獨取陽明』的治療精神，此外，大腸經也為肺經之表裡經，因此對於患者肺有餘熱的治療也可以有一定的功效。此外，合谷與太衝的搭配又為開四關，可以開關通竅；配足陽明胃經的足三里穴可以加強和胃之功，改善納差問題。而外關穴為手少陽三焦經之穴位，其功效為調暢氣機，解表清熱，聰耳明目，另外亦為手少陽之絡脈，別走心主厥陰脈。因此使用此穴可以通經活絡，調暢氣機，而此穴的清熱之功可以加強清瀉患者體內的熱，而此穴絡厥陰心經，因此亦可以改善心經有熱的症狀。曲池穴為手陽明大腸經之

穴位，其功效為散風止癢，清熱消腫，在本患者使用該穴主要是可以利關節、調氣血並且有清熱之功。

- 14.4. 下肢穴位：**足三里穴為足陽明胃經的穴位，其功效為和胃健脾，通腑化痰，升降氣機，本穴用於此患者可用來調理脾胃，並且符合『治痿獨取陽明』的治療精神，搭配合谷穴可以加強和胃的功效，改善納差問題。絕骨穴為足少陽膽經之穴位，其功效為平熄肝風，疏肝益腎，並且為八大會穴之一，主治一切髓病，本患者使用此穴主要是舒筋活絡，補髓生血之功，改善本患者的血虛。太谿穴為足少陰腎經穴位，其主要功效為益腎納氣，補土生金，亦有清熱之功，用於此患者主要是取其清熱降火之功，而李東垣曾云：『成痿者，以導濕熱，引胃氣出行陽道，不令濕土剋腎水，其穴在太谿』。而太衝穴為足厥陰肝經的穴位，其主要功效為平肝熄風，健脾化濕。在本患者使用本穴主要是取其健脾

化濕之功，此外，由於肝主筋，故亦為治療痿證時重要的經絡之一。太衝穴與合谷穴搭配為開四關，可以開關通竅。

- 14.5. 腹部穴位：**引氣歸元為大陸醫師薄智雲所創立之薄氏腹針的用法，即中脘、下脘、氣海及關元四穴，同屬任脈。中脘與下脘屬胃脘，有理中焦、調升降的作用；氣海為氣之海，關元有培腎固本的作用。因此，這四穴有以後天養先天之意。而腹四關亦為薄氏腹針的用法，即雙外陵穴與雙滑肉門穴，同屬足陽明胃經。滑肉門可用於治療上肢與軀幹上段的疾病；外陵穴可用於治療下肢與軀幹下段的疾病，四穴並用可以調通氣血及舒理氣血使之上輸下達至肢體末梢，可引臟腑之氣通達全身 [37]。

- 14.6. 電針**上肢合谷、曲池，下肢足三里、太衝，加強刺激。選用疏密波，1.2Hz，12-18V，在病患可接受的強度內進行。

15. 追蹤治療經過

- 15.1. 回診之症狀、處方與穴位：**如圖三。



圖三 -1 經過一週治療後可以自行行走

圖三 -2 經過二週治療後可以奔跑

圖三 -3 經過五週治療後可以滑直排輪

圖三 追蹤治療經過

回診日期	症 狀	治療處方	針灸穴位
1060623	四肢無力已改善，已能走路仍不穩，偶疲倦健忘；舌紅苔白膩、脈細略數 肌力：右上肢 / 左上肢 / 右下肢 / 左下肢 =4-5/ 4-5/ 4-5/ 4-5	-	同上
1060627	四肢無力續改善，紅疹已退，走路已穩，疲倦健忘感改善，手心溫度略高；舌紅苔白膩、脈細略數如（圖三 -1） 肌力：右上肢 / 左上肢 / 右下肢 / 左下肢 =5/ 5/ 5/ 5	原方 + 羌活 1 錢；7 天	同上
1060704	已可以跑；舌紅苔白膩、脈細略數如（圖三 -2） 肌力：右上肢 / 左上肢 / 右下肢 / 左下肢 =5/ 5/ 5/ 5	-	同上
1060725	已可以滑直排輪；舌紅苔白膩、脈洪略數如（圖三 -3） 肌力：右上肢 / 左上肢 / 右下肢 / 左下肢 =5/ 5/ 5/ 5	改為科學中藥 TID x 14 天 蒼朮、黃柏、牛膝、升麻、荷葉、紫菀、澤瀉、茯苓各 0.5 克；仙鶴草 1 克	同上

15.2. 根據我們的病因病機分析，經過藥物與針灸處置，患者於 106 年 06 月 23 日回診時四肢無力改善，已可以行走但不穩，疲倦健忘狀況仍有，舌紅苔白膩、脈細略數，藥物續服並給予針灸治療。而 106 年 06 月 27 日回診時諸症改善，走路已穩，舌紅苔白膩、脈細略數，於是在前方中加入 1 錢羌活增強祛風濕、通利關節之功，而針灸部分則以同樣穴位治療之。

於 106 年 7 月 4 日回診時，家屬表示患者已可以跑步，舌紅苔白膩、脈細略數，藥物續服並給予針灸治療加強療效。

106 年 7 月 25 日回診時，患者已可以溜直排輪，由於當時氣候濕熱，觀其患者舌象

舌紅苔白膩、脈象略洪數，故以科學中藥三妙散合清震湯加減化裁治之，針灸治療穴位依舊。

106 年 8 月 28 以電話追蹤患者狀況，家屬表示患者狀況皆改善痊癒。

討論

腺病毒感染後所造成的後遺症，最常被討論的是腺病毒感染後的肺炎，有許多文獻都指出腺病毒感染的肺炎在中醫的治療下效果很好 [38-41]。其中著名的大陸醫家蒲輔周對於腺病毒感染所引起的肺炎治療很有經驗，他認為腺病毒肺炎屬於『外感熱病』的

範疇，但不可以把腺病毒肺炎僅限於溫病，亦有歸屬於傷寒之類，這是由於小兒為稚陰稚陽之體，由於『稚陰』，故易見陰傷陽亢而成熟證；又由於『稚陽』，故有可能見到陽氣虛衰而成的寒證[41]。而根據蒲輔周醫師的經驗，他發現腺病毒肺炎初期多實證，一般而言以7日區分，7日以前治以逐邪為主；7日以後正氣漸虛，或正虛邪實，或正虛邪衰，總言之虛實可能互見，此時的治療方法應以扶正祛邪或攻補兼施的方式治療[41]。而在肺炎的後期，如血分有熱可用涼血藥治之、傷陰則宜潤之、和胃可用大棗、穀芽、麥芽與荷葉之類的藥物[41]。

而腺病毒感染後造成的腦膜腦炎在西醫的觀點中主要往往都是以支持性療法為主，除非在免疫力缺損的人才會考慮使用抗病毒藥物治療[31-33]。而在中醫方面，古人並無腺病毒腦膜腦炎的觀念且我們並未找到對於腺病毒腦膜腦炎後所造成的四肢無力的案例或是研究報告。但本患者首次來診的狀況為四肢無力，在中醫是屬於『痿證』的範疇。而痿證指的是筋骨痿軟、肌肉消瘦及不能隨意移動等等的疾患，而現代醫學所說的多發性神經炎、脊髓空洞症、運動神經元病及中

樞神經感染後表現為癱軟的後遺症皆屬於此範疇[42-45]。在《素問·痿論》提及『肺熱葉焦』是本病的主因，由於肺燥使得精氣無法輸佈於五臟因而成痿；並提出『治痿獨取陽明』及『各補其榮而通其俞，調其虛實，和其逆順，筋脈骨肉，各以其時受月，則病已矣』的治療原則[42, 43, 45]。而《素問·生氣通天論》『因於濕，首如裹，濕熱不攘，大筋短，小筋弛長。短為拘，弛長為痿』說明濕熱也是造成痿證的原因之一[42]。而《太素·五臟痿》『足太陰、少陰、厥陰三陰筋，及足陽明筋，皆聚陰器，故曰宗筋』；又《類經》『宗筋者，前陰所聚之筋也。為諸筋之會，凡腰脊溪谷之筋，皆屬於此，故主束骨而利機關也』；《靈樞·脈經》『足太陽經…是主筋所生病』。因此說明除了陽明經之外，足三陰（肝脾腎）與足太陽經亦與痿證有關[43]。因此，目前治療痿證的方法大多依照這些理論來加以治療[34, 42, 45]。如（表一）

患者經過中醫的辨證後，我們認為此患者的證型肺有餘熱、心脾兩虛及濕熱內蘊，治法以清熱潤肺、補益心脾及清利濕熱為主。我們的處方為振顏湯合棄杖湯及三妙散加減化裁而成，我們取振顏湯方中之黃耆補氣並

表一 痿證常見證型與參考方藥、方針

證 型	參考方藥或方針	文 獻
肺熱津傷，筋失濡潤	方劑：清燥救肺湯或沙參麥冬湯加減 方針：手太陰經穴	[42, 45]
濕熱浸淫，氣血不運	方劑：加味二妙散加減 方針：陽明經穴	[42, 45]
脾胃虧虛，精微不運	方劑：參苓白朮散或補中益氣湯加減 方針：背俞穴及足陽明經穴	[34, 42, 45]
肝腎虧損，髓枯筋痿	方劑：虎潛丸加減 方針：背俞及足少陰經穴	[34, 42, 45]

將人參改為黨參輔助其補氣之功，將白朮改為蒼朮加強其祛濕之功，懷牛膝引藥下行強筋骨，並搭配棄杖湯中的黃柏則有三妙散的架構於其中，當歸補血通脈。取棄杖湯之黃耆補氣，蒼朮燥濕健脾治療筋骨痠軟，黃柏瀉火，紫菀體潤填骨治痿躄。此外，並增加了升麻與荷葉加強升清健脾之功。加了茯苓，加強對患者祛溼安神的功效，並與黨參、蒼朮與甘草有四君子湯的架構於其中。加入了砂仁，加強其溫中祛溼的功效，且與黃柏、甘草合為封髓丹；雞血藤養血活血並舒筋活絡；秦艽祛風溼，舒筋絡，流利關節，為風藥中之潤劑。振顏湯是出自於《醫學衷中參西錄》，雖然說目前並無臨床的實證研究報告，但在原書記載本方是用來治療痿廢的方子，值得一提的是，經過文獻的搜尋，我們發現有另外兩個方名相似的自擬方因此在這裡提出供讀者參考。張錫純所創之振顏湯的組成為：『人參、黃耆、白朮、當歸、牛膝、乳香、沒藥、威靈仙、知母、乾薑。』方中用黃耆以補大氣，白朮以健脾胃，當歸、乳香、沒藥以流通血脈，威靈仙以祛風消痰，恐其性偏走泄，而以人參之氣血兼補者佐之，乾薑以開氣血之痺，知母以解乾薑、人參之熱，則藥性和平，可久服而無弊。若其痿專在於腿，可但用牛膝以引之下行。全方共用補氣健脾、活血祛風；溫陽奮志振顏湯組成為：『桂枝、巴戟天、烏藥、淫羊藿、柴胡、白蒺藜、川芎、白芍、香附、鬱金、丹參、生龍骨、生牡蠣、合歡皮、炒酸棗仁。』方中以巴戟天、淫羊藿、烏藥、桂枝溫腎助陽，暖肝通脈，奮志振顏，柴胡、白蒺藜、香附、鬱金疏肝解鬱、理氣暢脾、順肝氣條達之性，白芍、川芎、丹參等養血行氣、活血化瘀，生龍牡、合歡皮、炒酸棗仁養心定

志、醒腦安神。全方共用助陽解鬱、疏肝理氣、奮志振顏、安神醒腦之功，用於中風後抑鬱症有不錯的療效 [46, 47]；益氣活血振顏湯乃張錫純『振顏湯』的加減方其組成為：『生黃耆、當歸、炒白朮、制乳香、制沒藥、川牛膝、乾地龍、赤芍、川芎、西秦艽、雞血藤、桂枝。』前六味藥與振顏湯相同，方中生黃耆大補元氣，當歸活血補血，白朮健脾胃，乳香、沒藥、牛膝、赤芍、川芎活血化瘀，秦艽祛風逐痺，雞血藤、桂枝、乾地龍養血和營通絡。全方共用益氣活血、疏經活絡，研究指出用於缺血性腦中風偏癱有不錯的療效 [48]；而棄杖湯是出自於大陸醫家李鳳翔自擬治療痿證的經驗方，但可惜的是也並無較詳細的臨床研究報告。筆者曾在腦中風伴隨肢體痿軟無力的患者身上使用過此二方的合方收到不錯的臨床療效。而在本案中，由於患者的病因病機與症狀與這兩個方的適應症相近因此也選用這兩個方子的加減來治療此患者也收到不錯的療效。並搭配體針、腹針與頭皮針，在 1 週的治療後患者就有明顯的進步，從原先需要坐輪椅的情況進步到可以不需要家人的攙扶即可行走（106 年 6 月 27 日）；治療第二週後即可奔跑（106 年 7 月 4 日）；而再次回診時已經可以溜直排輪（106 年 7 月 25 日）。而在痿症的治療上『治痿獨取陽明』是大家最耳熟能詳的治療方式之一，而在臨床上確實也是有其療效，李專等人利用陽明經的穴位治療了 60 個被歸類在痿證病名的患者，其中臂神經叢損傷 19 例、弛緩型腦性癱瘓 24 例與脊髓炎後遺症 17 例。臂神經叢損傷的取穴為：肩髃、臂臑、曲池、手三里、合谷；弛緩型腦性癱瘓上肢取肩髃、臂臑、曲池、手三里、合谷、下肢取穴為：髀關、伏兔、梁丘、足三里、上巨

虛、條口、下巨虛、解谿；脊髓炎後遺症則取下肢穴位：髀關、伏兔、梁丘、足三里、上巨虛、條口、下巨虛、解谿。而治療方式每天1次，10次一個療程，每3個療程休息10天，針灸3個月後觀察療效。結果發現三種疾病以上述的穴位治療皆有效果（總有效率，臂神經叢損傷：弛緩型腦性癱瘓：脊髓炎後遺症=78.9%：91.7%：94.1%），但又以中樞型神經損傷的效果較好（弛緩型腦性癱瘓與脊髓炎後遺症）[49]。雖然說傳統的中醫學認為『治痿獨取陽明』，但有許多醫家認為治痿不能只單取陽明，因為痿證可能涵蓋了很多的病因病機，因隨證加減穴位，如大陸醫家李延芳教授提出了“多經多穴法”治療痿證，其學說是認為當病情在初起，病位在淺時，可以單獨使用陽明經穴來治療，一旦日久，病位已深，就應該針刺病情涉及的經脈，並且搭配陰陽表裡的經脈來選穴以達『從陰引陽，從陽引陰』的效果，如以足少陽經的環跳、陽陵泉搭配足厥陰的膝關、太衝；足陽明經的解谿、髀關配足太陰經的三陰交、陰陵泉等[50]。而秦亮甫教授則認為『主取督脈，以治四肢』及『頭部八針，通絡醒腦』。取督脈是因為，因為督脈為督領經脈之海，能夠溝通陰陽，總攝諸經，而取穴上多取百會、大椎、陶道、身柱、中樞、脊中、命門、腰陽關、十七椎等穴；取頭部八針則是因為痿證的發病機制中，腎精不足，腦髓失養則是其內因所在，在取穴上為百會、印堂、雙風池、雙率谷、雙頭臨泣。其餘則臨證加減上肢麻痺不用則加肩髃、曲池、外關、中渚、合谷等穴；如下肢痿弱無力加伏兔、膝眼、足三里、三陰交、丘墟、太衝等穴[51]。而可以發現上述的醫家對於痿症的治療各有各的經驗與獨到之處，而我們在選

穴上包含了頭皮針的百會、神庭、足運感區，體針的合谷（雙側）、曲池（雙側）、外關（雙側）、足三里（雙側）、絕骨（雙側）、太谿（雙側）、太衝（雙側）與薄氏腹針引氣歸元（中脘、下脘、氣海、關元）、腹四關（雙滑肉門及雙外陵）。我們運用的穴位與上面醫家的經驗有不同之處，如多運用了焦氏頭皮針的足運感區與薄氏腹針的引氣歸元與腹四關，看起來也是有一定的療效可供讀者參考使用。薄氏腹針為一種近代發展出來的全息療法，根據薄氏腹針理論，人體在腹部的全息影像似一隻伏在前腹壁上的神龜。其頸部從雙側商曲穴處伸出，其頭部伏於中脘穴上下，尾部從雙側氣旁穴處向下延伸、終於關元穴附近，其前肢分別由滑肉門穴引出，在上風濕點屈曲（滑肉門外5分、上5分），止於上風濕外點（滑肉門外1寸），其後肢由外陵穴向外伸展、止於下風濕下點（臍下2寸、旁開3寸）[52]。根據針刺的深淺，分為天、地、人部，淺刺調筋骨、中刺調經脈、深刺則調臟腑[37]。近年來也有許多文獻證實薄氏腹針有其臨床療效，舉例如下：陳于陽治療肩周炎利用深刺中脘、下脘、氣海、關元，淺刺患側商曲、滑肉門，以上穴位留針30分鐘，每天1次，每10次一個療程，治療1個療程後評估65位患者的療效，其有效率高達92.31%[53]。肖煒等人則利用薄氏腹針治療類風濕性關節炎，取穴為中脘、下脘、氣海、關元、上風濕點（滑肉門外5分、上5分）、上風濕外點（滑肉門外1寸）、下風濕點（氣海旁2.5寸）、下風濕下點（臍下2寸、旁開3寸），以上穴位留針30分鐘，隔日一次，4周1療程，治療一個療程後評估30位患者的療效，其有效率高達83.33%[54]。而杜健民等人則利用薄氏腹針治療神經根型

頸椎病，其取穴為中脘、下脘、氣海、關元，並在中脘與下脘之間平均在針刺 5 針，上述穴位留針 30 分鐘，每日 1 次連續治療 6 次，6 次 1 療程，共 3 療程後觀察療效，在 48 位患者的研究中發現有效率達到 82.14% [55]。而值得一提的是棄杖湯中的『紫苑』，在《神農本草經》有記載該藥物有治療痿證的功效，而在《藥品化義》則記載該藥物有治療便秘的功效，且張步桃醫師也常用此藥物治療便秘。而在本案例中，此患者的痿證與便秘的症狀也的確受到緩解，因此這樣的使用經驗可以提供給讀者作為處方用藥的參考。本篇的不足之處是由於此類患者數量太少，並無相關文獻提供腺病毒腦膜腦炎所產生的神經學症狀一般需要多少時間復原或是否可以完全恢復，但因患者在未就診前與第三天回診時症狀有明顯且大幅度的改善，我們認為這應該是中醫介入所產生的治療效果。

結論

本文為報導有關利用針灸與中藥治療腺病毒感染腦膜腦炎後之四肢無力的案例。患者經由我們辨證論治、標本同治的方法，獲得快速的改善，說明針灸與中藥的並用治療可做為腺病毒腦膜腦炎後之四肢無力提供一個治療的選擇。

參考文獻

1. Fox, J.P., Hall, C.E., Cooney, M.K. The Seattle Virus Watch. VII. Observations of adenovirus infections. *Am J Epidemiol*, 1977; 105 (4):362-386.
2. Montone, K.T., Furth, E.E., Pietra, G.G., Gupta, P.K., Neonatal adenovirus infection: a case report with in situ hybridization confirmation of ascending intrauterine infection. *Diagn Cytopathol*, 1995; 12(4): 341-344.
3. Pinto, A., Beck, R., Jadavji, T. Fatal neonatal pneumonia caused by adenovirus type 35. Report of one case and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med*, 1992; 116(1): 95-99.
4. Osamura, T., Mizuta, R., Yoshioka, H., Fushiki, S. Isolation of adenovirus type 11 from the brain of a neonate with pneumonia and encephalitis. *Eur J Pediatr*, 1993; 152 (6): 496-499.
5. Koneru, B., Atchison, R., Jaffe, R., Cassavilla, A., Van Thiel, D.H., Starzl, T.E. Serological studies of adenoviral hepatitis following pediatric liver transplantation. *Transplant Proc*, 1990; 22 (4): 1547-1548.
6. Edwards, K.M., Thompson, J., Paolini, J., Wright, P.F. Adenovirus infections in young children. *Pediatrics*, 1985; 76 (3), 420-424.
7. Pacini, D.L., Collier, A.M., Henderson, F.W. Adenovirus infections and respiratory illnesses in children in group day care. *J Infect Dis*, 1987; 156(6): 920-927.
8. Sarkkinen, H., Ruuskanen, O., Meurman, O., Puhakka, H., Virolainen, E., Eskola, J. Identification of respiratory virus antigens in middle ear fluids of children with acute otitis media. *J Infect Dis*, 1985; 151, (3), 444-448.
9. Jain S, Williams DJ, Arnold SR, Ampofo K, Bramley AM, Reed C, Stockmann C, Anderson EJ, Grijalva CG, Self WH, et al. Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. children. *N Engl J Med*, 2015; 372(9): 835-845.
10. Edmond, K., Scott, S., Korczak, V., Ward, C., Sanderson, C., Theodoratou, E., Clark, A., Griffiths,

- U., Rudan, I., Campbell, H. Long term sequelae from childhood pneumonia; systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2012; 7(2): e31239.
11. Dingle, J.H., Langmuir, A.D. Epidemiology of acute, respiratory disease in military recruits. *Am Rev Respir Dis*, 1968; 97(6): Suppl:1-65.
 12. Centers for Disease, C. Prevention, Acute respiratory disease associated with adenovirus serotype 14--four states, 2006-2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2007; 56(45), 1181-1184.
 13. Vento, T.J., Prakash, V., Murray, C.K., Brosch, L.C., Tchandja, J.B., Cogburn, C., Yun, H.C. Pneumonia in military trainees: a comparison study based on adenovirus serotype 14 infection. *J Infect Dis*, 2011; 203(10): 1388-1395.
 14. Louie, J.K., Kajon, A.E., Holodniy, M., Guardia-LaBar, L., Lee, B., Petru, A.M., Hacker, J.K., Schnurr, D.P. Severe pneumonia due to adenovirus serotype 14: a new respiratory threat? *Clin Infect Dis*, 2008; 46(3): 421-425.
 15. Foy, H.M., Cooney, M.K., Hatlen, J.B. Adenovirus type 3 epidemic associated with intermittent chlorination of a swimming pool. *Arch Environ Health*, 1968; 17(5): 795-802.
 16. Uhnnoo, I., Wadell, G., Svensson, L., Johansson, M.E. Importance of enteric adenoviruses 40 and 41 in acute gastroenteritis in infants and young children. *J Clin Microbiol*, 1984; 20(3): 365-372.
 17. Van, R., Wun, C.C., O'Ryan, M.L., Matson, D.O., Jackson, L., Pickering, L.K. Outbreaks of human enteric adenovirus types 40 and 41 in Houston day care centers. *J Pediatr*, 1992; 120(4 Pt 1): 516-521.
 18. South, M.A., Dolen, J., Beach, D.K., Mirkovic, R.R. Fatal adenovirus hepatic necrosis in severe combined immune deficiency. *Pediatr Infect Dis*, 1982; 1(6): 416-419.
 19. Ronan, B.A., Agrwal, N., Carey, E.J., De Petris, G., Kusne, S., Seville, M.T., Blair, J.E., Vikram, H.R. Fulminant hepatitis due to human adenovirus. *Infection*, 2014; 42(1): 105-111.
 20. Mufson, M.A., Belshe, R.B. A review of adenoviruses in the etiology of acute hemorrhagic cystitis. *J Urol*, 1976; 115(2): 191-194.
 21. Harnett, G.B., Phillips, P.A., Gollow, M.M. Association of genital adenovirus infection with urethritis in men. *Med J Aust*, 1984; 141(6): 337-338.
 22. Swenson, P.D., Lowens, M.S., Celum, C.L., Hierholzer, J.C. Adenovirus types 2, 8, and 37 associated with genital infections in patients attending a sexually transmitted disease clinic. *J Clin Microbiol*, 1995; 33(10): 2728-2731.
 23. Ito, M., Hirabayashi, N., Uno, Y., Nakayama, A., Asai, J. Necrotizing tubulointerstitial nephritis associated with adenovirus infection. *Hum Pathol*, 1991; 22 (12): 1225-1231.
 24. Akiyama, H., Kurosu, T., Sakashita, C., Inoue, T., Mori, S., Ohashi, K., Tanikawa, S., Sakamaki, H., Onozawa, Y., Chen, Q., Zheng, H., Kitamura, T. Adenovirus is a key pathogen in hemorrhagic cystitis associated with bone marrow transplantation. *Clin Infect Dis*, 2001; 32 (9): 1325-1330.
 25. Frange P, Peffault de Latour R, Arnaud C, Boddaert N, Oualha M, Avettand-Fenoel V, et al. Adenoviral infection presenting as an isolated central nervous system disease without detectable viremia in two children after stem cell transplantation. *J Clin Microbiol*, 2011; 49 (6): 2361-2364.
 26. Bowles, N.E., Ni, J., Kearney, D.L., Pauschinger,

- M., Schultheiss, H.P., McCarthy, R., Hare, J., Bricker, J.T., Bowles, K.R., Towbin, J.A. Detection of viruses in myocardial tissues by polymerase chain reaction. evidence of adenovirus as a common cause of myocarditis in children and adults. *J Am Coll Cardiol*, 2003; 42(3): 466-472.
27. Martin, A.B., Webber, S., Fricker, F.J., Jaffe, R., Demmler, G., Kearney, D., Zhang, Y.H., Bodurtha, J., Gelb, B., Ni, J., et al. Acute myocarditis. Rapid diagnosis by PCR in children. *Circulation*, 1994; 90(1): 330-339.
28. Rahal, J.J., Millian, S.J., Noriega, E.R. Cocksackievirus and adenovirus infection. Association with acute febrile and juvenile rheumatoid arthritis. *JAMA*, 1976; 235(23): 2496-2501.
29. Fraser, K.J., Claris, B.J., Muir, K.D., Fraser, J.R., Jack, I. A persistent adenovirus type 1 infection in synovial tissue from an immunodeficient patient with chronic, rheumatoid-like polyarthritis. *Arthritis Rheum*, 1985; 28(4): 455-458.
30. Reyes-Andrade, J., Sanchez-Cespedes, J., Olbrich, P., Falcon, L., Sanchez-Ganforina, I., Tebruegge, M., Perez-Romero, P., Neth, O. Meningoencephalitis due to adenovirus in a healthy infant mimicking severe bacterial sepsis. *Pediatr Infect Dis J*, 2014; 33(4): 416-419.
31. Lindemans, C.A., Leen, A.M., Boelens, J.J. How I treat adenovirus in hematopoietic stem cell transplant recipients. *Blood*, 2010; 116(25): 5476-5485.
32. Neofytos, D., Ojha, A., Mookerjee, B., Wagner, J., Filicko, J., Ferber, A., Dessain, S., Grosso, D., Brunner, J., Flomenberg, N., Flomenberg, P. Treatment of adenovirus disease in stem cell transplant recipients with cidofovir. *Biol Blood Marrow Transplant*, 2007; 13(1): 74-81.
33. Tebruegge, M., Curtis, N. Adenovirus infection in the immunocompromised host. *Adv Exp Med Biol*, 2010; 659: 153-174.
34. 李鴻濤、張明銳。李鳳翔痿證治療經驗。中醫雜誌。2007；48(12)：1073。
35. 張步桃。張步桃開藥方。遠流出版社，台北，pp. 72，2002。
36. 張步桃，張步桃談植物養生，遠流出版社，台北，pp. 197，2009。
37. 李小溪、宋遠斌、廖曉明、黃泳。薄氏腹針規範化處方解析。亞太傳統醫藥。2008；4(7)：84-85。2008。
38. 王霞、譚勇、何祥光。辨證分型論治小兒腺病毒肺炎 43 例報告。中醫藥臨床雜誌。2004；16(5)：411-412。
39. 劉弼臣。對中醫防治傳染性非典型肺炎的探討。中醫兒科雜誌。2006；2(3)：18-20。
40. 汪受傳。中醫藥治療小兒病毒性肺炎的研究。南京中醫藥大學學報。2009；25(5)：338-341。
41. 王浩。蒲輔周治療腺病毒肺炎經驗總結。中國中醫藥信息雜誌。2010；17(12)：89-90。
42. 孟宏、圖姪。針藥治療痿證的近況。中醫藥信息。2001；18(5)：49-52。
43. 趙夢雲、張汗、胡玲香。胡玲香萎症治療經驗總結。四川中醫。2013；31(4)：3-5。
44. 王忠祥。調理脾胃在痿證治療中的作用探析。中國保健營養。2013；1：8。
45. 王雅潔。中醫藥治療痿證的臨床總結。現代養生。2015；6：221。
46. 董子強、宋風琴。溫陽奮志振頹湯治療中風後抑鬱患者消化不良症的臨床研究。河南中醫。2007；27(2)：28-29。
47. 董子強。溫陽奮志振頹湯治療中風後抑鬱症 40

- 例臨床研究。河南中醫。2004；24(7)：29-30。
48. 李勇。益氣活血振顏湯治療缺血性中風偏癱 57 例。浙江中醫雜誌。2002；9：384。
49. 李專、馮如、趙星星。"治痿獨取陽明"針灸治療痿證 60 例療效觀察。現代醫藥衛生。2013；29(7)：1088-1089。
50. 齊建興。"多經多穴法"在痿證針灸治療中的價值 - 李延芳教授臨證精粹。疑難病雜誌。2011；10(11)：868-869。
51. 劉艷艷、李璟、秦亮甫。秦亮甫教授針藥結合治療痿證經驗總結。第八屆上海國際針灸臨床與科研學術研討會論文集。2012：175-178。
52. 薄智雲，腹針療法，中國科學技術出版社，北京，1999。
53. 陳于陽，薄氏腹針治療 65 例肩周炎臨床療效觀察。四川中醫。2010；28(3)：116-117。
54. 肖煒、王春雷、黃泳、吳玉華。薄氏腹針治療類風濕性關節炎 30 例。中醫外治雜誌。2008；17(4)：38-39。
55. 杜健民、王升旭、黃泳。薄氏腹針治療神經根型頸椎病 48 例臨床觀察。頸腰痛雜誌。2007；28(6)：531-532。

Case Report

The Therapeutic Effect of Chinese Medicine Combined with Acupuncture on Quadriplegia after Meningoencephalitis Caused by Adenovirus – A Case Report

Chun-Ting Lee ^{1, #}, Jer-Ming Sheen ^{1, #, *}, Yu-Chiang Hung ^{1, 2}, Wen-Long Hu ^{1, 2, 3, 4},
Cheng-Nan Lu ^{1, 2}

¹ Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital Chinese Medicine Department, Kaohsiung, Taiwan

² School of Traditional Chinese Medicine, Chang Gung University, Tao-Yuan, Taiwan

³ Kaohsiung Medical University College of Medicine, Kaohsiung, Taiwan

⁴ Fooyin University College of Nursing, Kaohsiung, Taiwan

This was a 6-year-old girl patient who suffered from fever and abdominal distension on May 15th, 2017 and went to POJEN General Hospital for medication but in vain. On May 20th, 2017, the girl still had fever with activity reduced and paraplegia and she was brought to Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital for further management. After survey, the girl was diagnosed with meningoencephalitis caused by adenovirus and she was hospitalized for 1 month. Because of her stable condition, she was discharged from Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital but still with paraplegia and needed a wheelchair for moving. She visited our Chinese Medicine Department for help on June 20th, 2017. The diagnosis of flaccidity syndrome (痿證) was impressed and the syndrome type in Traditional Chinese Medicine (TCM) were incomplete abatement of heat in lung (肺有餘熱), heart and spleen deficiency (心脾兩虛) and retention of damp-heat in the body (濕熱內蘊). Then we used Chinese medicine combined with acupuncture to clean the abatement of heat in lung, nourish heart and spleen and clean the damp-heat in the body. After 1-week treatment, the girl could walk and she could run in 2-week treatment. In this case report, we first showed that acupuncture combined with Chinese Medicine could become a therapeutic option for paraplegia after meningoencephalitis caused by adenovirus.

Key words: Traditional Chinese Medicine, acupuncture, Chinese Medicine, meningoencephalitis caused by adenovirus, paraplegia

*Correspondence author: Jer-Ming Sheen, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital Chinese Medicine Department, No. 123, DAPI Rd. Niasong Dist, Kaohsiung City 83342 Taiwan, Tel: +886-2-27317123 ext.2334 ; FAX: +886-2-27317123 ext.2335, Email: r12042@adm.cgmh.org.tw

#: These authors Contributed equally to this work.

Received 17th January 2018, accepted 6th August 2018