

中西醫結合早期治療腦外傷重度昏迷病例報告

鄭凱文^{1,2}、黃健財²、張源驛³、侯毓昌^{2,*}

¹馮曄中醫診所，桃園，台灣

²衛生福利部桃園醫院中醫科，桃園，台灣

³衛生福利部桃園醫院神經外科，桃園，台灣

(103年3月3日受理，103年6月11日接受刊載)

本病例報告為一位24歲女性患者，因機車車禍導致神智嚴重昏迷，昏迷指數一度僅3分，屬重度昏迷，於傷後第四天會診中醫，開始中西醫結合治療，患者約於接受21天後成功拔管，轉出加護病房並持續改善，並於創傷後期開始加入頭皮針治療，取得良好的療效，此早期中醫藥物搭配針灸合併治療介入的經驗，可作為中西醫合作縮短腦創傷患者重度昏迷時間、減少病患住院天數以及提升療效之參考。

關鍵字：創傷性腦傷、意識昏迷、中西醫結合

前 言

創傷性腦傷 (Traumatic brain injury, TBI) 泛指頭部受到外力直接或間接之傷害而導致腦組織或腦神經受到不同程度的損傷。頭部外傷最主要的原因包括車禍、跌倒、遭人攻擊，及在工作場所、家中和運動時受傷，交通意外引起的頭部外傷在年輕人最常見，交通意外雖然只占頭部外傷的25%，但通常會造成較嚴重的傷害；有60%因頭部外傷死亡的病人是由交通意外引起，其中一半是在抵達醫院前就已死亡¹。根據民國101年台灣衛生福利部統計中，事故傷害仍高居十大死因第六位²；創傷性腦傷常導致局部性傷害如皮質挫傷及撕裂傷、顱內血腫、顱骨骨折、硬腦膜下出血、天幕疝脫和廣泛性傷害如廣泛性軸突傷害 (Diffuse axonal injury, DAI)、大腦腫脹 (Cerebral

swelling) 和大腦缺血 (Cerebral ischemia) 等；除撞擊本身造成的傷害外，還可能因進行中神經傷害、血腫、腦部腫脹、缺血或感染所造成的繼發性傷害；許多嚴重腦外傷倖存者多存有明顯的肢體殘疾和其他神經功能損傷、意識障礙等後遺症，造成了相當程度的社會經濟負擔，以美國2000年資料為例，創傷性腦傷 (TBI) 對社會經濟的影響衝擊預估約造成9.2億美元的終生醫療花費及51.2億美元的生產力損失³。

本病例為一24歲女性患者因車禍撞擊導致神識昏迷，昏迷指數一度僅3分，屬重度昏迷，於傷後第四天會診中醫，開始中西醫結合治療。腦創傷初期，透過中藥針對痰瘀阻滯頭竅、氣機逆亂、神明失養之病因病機，投予活血化瘀、祛痰開竅等藥物治療，本患者約於接受中西醫合併治療21天後成功拔管，持續改善轉至一般病房治

* 聯絡人：侯毓昌，衛生福利部桃園醫院中醫科，桃園市桃園區中山路1492號桃園醫院中醫科，電話：03-3699721分機1241，傳真：03-3174270，電子郵件信箱：houyc0115@gmail.com

療，並於一般病房期間開始加入頭皮針治療，針藥相互配合，後續將意識狀態回復至 GCS 15 分等級。此病患經中醫藥早期介入治療，並於後期配合頭皮針加強，於住院治療近兩個月後順利出院。

病例闡述

I、個人基本資料：

姓名：蔡○○ 性別：女 病歷號碼：2000**26
 年齡：24 歲 身高：160 公分 體重：47 公斤
 婚姻：未婚 會診日期：102/03/08

II、主訴：意識不清已四日

III、現病史：

此 24 歲女性患者有蕁麻疹之過去病史，於 102/03/4 下午車禍撞擊，致頭部外傷與意識喪失而被送至本院急診。到院時昏迷指數 (GCS) 為 E1V1M1、pupil size：R/L 4.0 mm/4.0 mm with light reflex，SpO₂=92%、BP=137/73 mmHg，予與氣管內管插管處置，理學檢查發現於臉部、頭皮有多處撕裂傷口，另有右下肢體變形，腦部電腦斷層顯示蜘蛛膜下腔出血 (SAH, Subarachnoid hemorrhage) 及大腦腫脹 (Brain swelling)，X 光檢查顯示右側脛骨腓骨 (R't tibia and fibula fracture)

和左側骨盆骨折 (L't pelvic fracture)。

後患者轉入本院外科加護病房接受進一步檢查與治療，昏迷指數 (GCS)：E2VtM4。後經神經外科醫師評估，於追蹤之腦部電腦斷層並無特別出血擴大、中線偏移、意識狀態惡化等症狀而續行保守性療法；患者期間曾因創傷後失血 (Hb=8.5) 曾分別於 3/05、3/06 輸血 pRBC 各 2U，並於 3/08 接受骨科手術對右下肢骨折行 ORIF 固定術，此次因患者意識不清，於同日 (3/08) 術後會診中醫科，尋求中西醫結合治療。

IV、個人史：

飲食習慣：葷食；抽菸 (-) 喝酒 (-) 嚼檳榔 (-)
 過敏史：醫美抗痘藥、海鮮、花生

V、過去病史：蕁麻疹

VI、家族病史：無高血壓及糖尿病或其他重大疾病的家族史

VII、主要理學及實驗室檢查：

(I) 生命徵象：

體溫：36.6°C

脈搏速率：72 次 / 分

呼吸頻率：16 次 / 分

血壓 BP：150/59 mmHg

(II) 實驗室數據：(表一)

(III) 影像學檢查：

表一 血液檢查

日期	WBC(10 ³ /μl)	Hb (g/dl)	HCT (%)	PLT(10 ³ /μl)
3/4	*17.60	11.6	35.1	303
3/5	*16.15	*8.5	*25.5	185
3/6	*13.15	*8.6	*25.7	*126
3/7	*12.31	*11.5	*33.0	*118
3/8	*11.80	*11.3	*32.4	159

*：異常數值

1. 腦部電腦斷層 (Brain CT) 檢查：

(1) 102/03/04 頭部電腦斷層：

- A. 蛛網膜下腔出血 (SAH)
- B. 雙側腦水腫 (Swelling over both hemispheres) (圖一)

(2) 102/03/07 頭部電腦斷層：

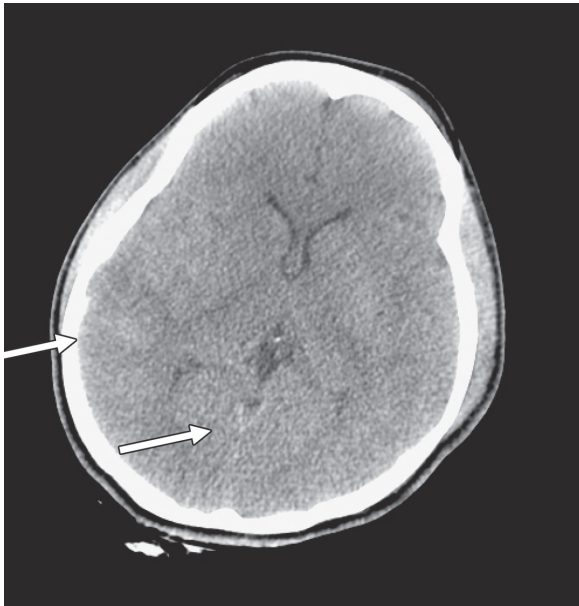
- A. 右側額頂葉區蛛網膜下腔出血 (right SAH, frontoparietal region)
- B. 右側枕葉內部 (Medial portion of right

occipital lobe) 血腫伴隨周圍水腫 (hematoma with perifocal edema) (圖二)

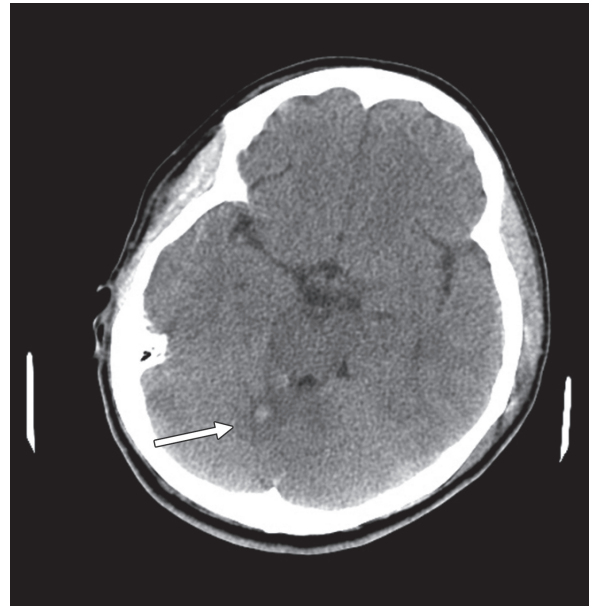
(3) 102/03/07 骨盆腔電腦斷層：

- A. 左側髂骨翼內部 (medial portion of left iliac wing)、左側薦骨翼 (left sacral ala) 線狀撕除性骨折 (linear avulsed fracture)
- B. 左側恥骨 (left pubic bone) 骨折

2. X-ray 檢查：



圖一 102/03/04 頭部電腦斷層 (brain CT)



圖二 102/03/07 頭部電腦斷層 (brain CT)

102/03/04 右下肢 X 光：右側脛腓骨骨折 (right tibia and fibula fracture)

VIII、會診前症狀變化時序圖：(圖三)

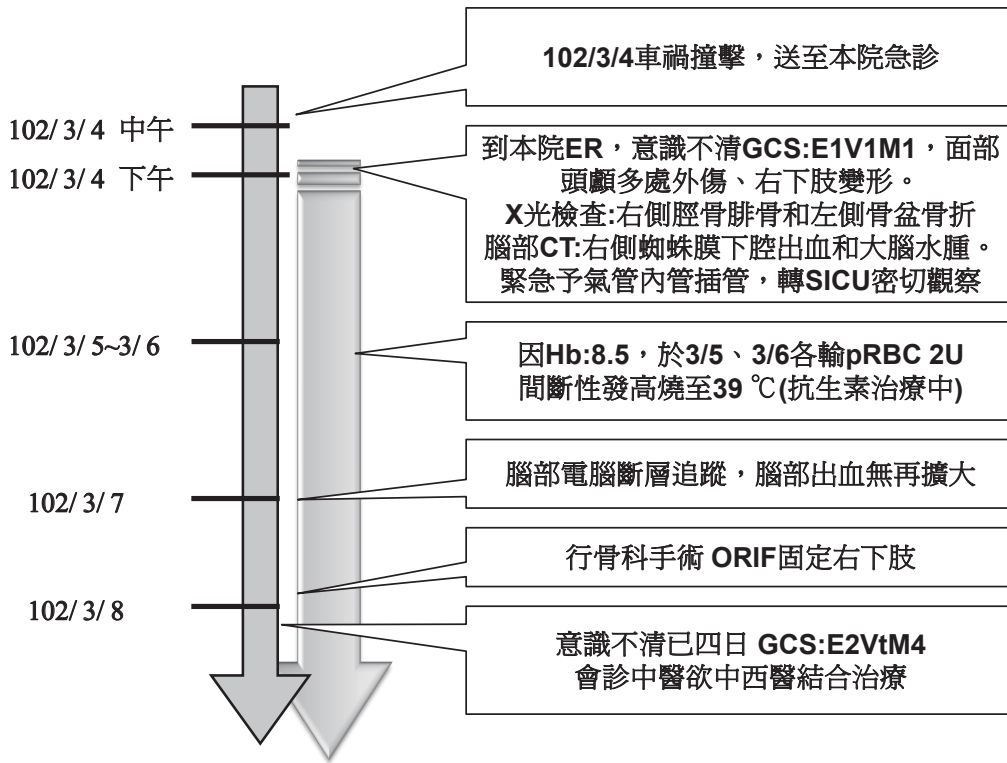
IX、中醫四診：

- (I) 望診：意識不清，面色略白，體格中等偏瘦，氣管插管中。因患者意識不清插管，尚無法配合舌診，從管旁觀察舌質略紅。四肢保護性約束中。
- (II) 聞診：昏迷無法言語、無異常氣味。
- (III) 問診：昏迷中無法取得。GCS：E2VtM4 (pupil size: 3.0/3.0, +/+)；從西

醫病歷紀錄中得知，近二日持續有間斷性發燒至 38.5、38.9°C 各一次，今無發高燒。痰量多、質略黏稠色黃白，外夾血絲，大便近二日均未解，昨晚 (3/7) 予塞劑後有解便、質較軟糊色黃，小便插尿管中，色深黃量多。

- (IV) 切診：左右脈細稍滑；muscle power：右上肢 2、左上肢 4、右下肢 X (骨折)、左下肢 4。

X、病機四大要素：



圖三 會診前症狀變化時序圖

(I) 病因：不內外因：車禍、頭部受到撞擊。
氣機逆亂、氣血運行失常、血絡受損。

(II) 病位：腦、心。

(III) 病性：

1. 主證：車禍後意識不清，腦水腫，舌質略紅，左右脈細稍滑。
2. 次證：持續有間斷性發燒至 38.9°C，痰多質稠並夾暗紅血絲，二日未解便需用塞劑、尿深黃。

(IV) 病勢：

本患者之意識不清昏迷主要為車禍意外導致創傷性腦損傷，除腦部受到撞擊致使血絡受損外，更導致整體氣機紊亂升降失常而神昏，心腦清竅受損傷後，血行脈外、瘀血閉阻腦竅；《素問·脈要精微論》：「頭者精明之府」，腦神明頓失所養致使氣血運行

失常、津液不行而致痰濁内生、痰瘀內阻上擾清竅；又痰濁血瘀經久鬱滯易於化熱，灼液煉痰而加重經絡阻滯氣血不行之病機，並使昏迷加重。

XI、病因病機圖：（圖四）

XII、診斷：

(I) 西醫診斷：

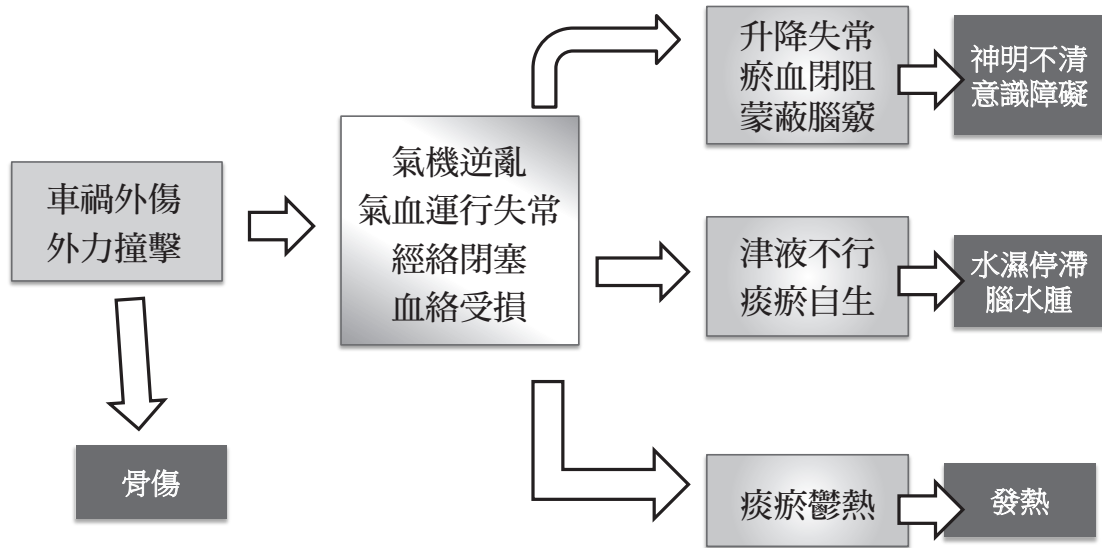
1. Head injury with subarachnoid hemorrhage and brain swelling
2. Right tibia and fibula fracture S/P ORIF
3. Left pelvic fracture

(II) 中醫診斷：神昏，外傷性腦出血。辨證：痰瘀阻滯、閉阻腦竅。

XIII、治則：活血化瘀、祛痰開竅。

XIV、會診處方：

石菖蒲二錢、鬱金二錢、陳皮三錢、法半夏一錢半、桃仁一錢半、紅花一錢、川芎



圖四 病因病機圖

一錢、木香一錢、青皮一錢、（酒）大黃一錢半、冰片六分（分早晚沖服）。將前十味藥材飲片同置於自動煎藥壺中，加水 500 ml 蓋過藥材後，自動煎煮約兩小時，取出藥汁

再以包藥機分包為 150 ml 容量之真空包，隨包另附冰片三分之細末包供沖服；溫服，一日二次。

XV、會診治療過程：（表二）

表二 會診後病程變化

日期	症狀描述與變化	內服藥處方	針灸處方
3/12	GCS：E2VtM4 睜眼時間較增、多呆滯無神，數次血糖值較低（約 70-80） 3/9 曾燒至 37.9 度，後間斷發低熱約 37 度，便 1-2 日 1 行	前方去青皮，加黃耆一兩半、赤芍三錢	無
3/15	GCS：E2VtM4 前日曾燒至 37.9 度一次，餘無發高燒，低血糖次數減	前方加重黃耆至二兩	無
3/19	GCS：E2VtM4 偶眼皮可自張，眼神呆滯較減，近二日下肢躁動增，便 1-2 日 1 行，拔除尿管	守前方	無
3/22	GCS：E4VtM5 眼神呆滯續減，雙側下肢躁動持續，頭亦偶發躁動，血糖值穩定，大便約 1 日 1 行	守前方	無

表二 會診後病程變化（續）

日期	症狀描述與變化	內服藥處方	針灸處方
3/26	GCS：E4VtM5 雙側下肢躁動持續，頭偶發，近日呼吸拔管測試較前佳，預計持續呼吸訓練並評估拔管	守前方	無
3/29	GCS：E4V1M5 3/27 拔管成功，今日轉一般病房，睜眼時間續增、呆滯續減，頭部上下肢持續躁動，呼吸喘促較前幾日無，痰黃白夾雜、量略減，無發燒，便約 1-2 日 1 行	前方加黨參三錢、白朮三錢	無
4/1	GCS：E4V1M5	續前方	增週一至週五每日針灸一次，穴位：百會、四神聰
4/3	GCS：E4V1M5 可聽從指示睜閉眼，可勉強伸出 1/3 舌，色淡紅。頭及雙側上下肢躁動持續，近 4 日腹瀉，衛教看護牛奶灌食減速後腹瀉症緩。	前方去大黃，加天麻三錢	週一至週五針灸穴位：百會、四神聰、神庭、本神
4/9	GCS：E4V2-3M6 近可坐輪椅推至病房外，每次約可維持 30 min-1hr，頭部及上下肢持續躁動，腹瀉已無，便近約 1 日 1 行	前方加續斷三錢、補骨脂二錢，石菖蒲、鬱金加重至三錢，黃耆減至一兩	週一至週五針灸穴位：百會、四神聰、神庭、本神
4/12	GCS：E4V4-5M6 會診復健科，開始床邊訓練復健，可簡單對答，4/11 起移除 NG 管，暫無吞嚥不利	守前方	週一至週五針灸穴位：百會、四神聰、神庭、本神
4/16	GCS：E4V5M6 舌淡紅、苔薄（染），語音低弱續進步，近日較嗜睡，多閉目休息，短期記憶力差，覺頭腦空虛感	守前方	週一至週五針灸穴位：百會、四神聰、神庭、本神
4/19	GCS：E4V5M6 舌淡紅略紅、苔薄染，短期記憶力仍較差，溝通詞句表達續進步	前方去白朮，加生地黃三錢	週一至週五針灸穴位：百會、四神聰、神庭、本神
4/23	GCS：E4V5M6 三日前發全身性蕁麻疹四次，服西藥處理，4/22 後無再復發。右肩上舉疼痛，診斷外傷性五十肩，右手偶麻甚	守前方	週一至週五針灸穴位：百會、四神聰、神庭、本神
4/26	GCS：E4V5M6 蕁麻疹無再復發，右肩痠痛仍反覆，右手腕麻感甚，今日出院擬轉他院續復健治療	守前方	週一至週五針灸穴位：百會、四神聰、神庭、本神

討 論

創傷性腦傷 (Traumatic brain injury, TBI) 為靜止或運動中之頭部受到外力之傷害導致腦組織或腦神經受到不同程度的損傷。常見原因有摩托車意外事件、墜落、直接暴力撞擊頭部等原因。根據針對台灣地區外傷性顱內出血之研究，於 27,585 例外傷性顱內出血患者中，發生原因以車禍最多 (67.6%)，其中又以機車車禍為最大比例 (69.6%)。而根據 Glasgow Coma Scale 評定指標，顱內出血患者中有 27.1% 屬重度傷害 (GCS 8 分以下)，重型顱腦損傷的死亡率平均更達到 39-51%，而不同程度的神經功能損害及意識障礙，易產生各種併發症，更增加致殘率和死亡率，提高治療難度⁴。研究顯示，在撞擊之初並沒有死亡，但昏迷超過 6 小時的病人，約有 40% 會在六個月內死亡；其餘存活的病人恢復程度與受傷嚴重度有關¹；所遺留的殘障現象包括心理上（智力受損、記憶及行為方面的問題）及生理上（半身麻痺及失語症），改善的時間可長達數年之久；重型顱腦損傷患者除了在早期療程之直接醫療支出明顯較一般醫療高出許多外，在長期影響上亦顯示隨著腦創傷嚴重程度和急性期照護時間的增加，造成後續直接（包含治療與復健）或間接照護的醫療支出加重，並帶來了明顯的社會經濟負擔^{5,6}。

本患者於初次經中醫相關辨證評估後，於第一次用藥中即加入冰片之使用。冰片亦稱梅片，味辛苦、性微寒。香竄善走，功能散鬱火、通諸竅；兼能清心醒腦，常用於中風卒倒而發生神志昏迷、痰熱迷心等症，常和麝香配伍應用，如安宮牛黃丸、至寶丹等；不宜入煎劑，孕婦慎服^{7,8}。在中醫心腦同治學說中，認為神明之體藏於腦、神明之用發於心，心與腦互為體用，共主神明。而民初醫家張錫純亦於其《醫學衷中參西錄·治顛狂方》云：「人之神明，原在心與腦兩處，腦中為元神、心中為識神」；此外，心與腦兩者同

屬血管性疾病，唐容川《中西匯通醫經精義》：「臟腑經脈皆會於腦，源液出入，豈無其路」指出心與腦之間有絡脈直接連屬，依心腦同治學說而言，若其病位在於心腦之絡脈，其損傷的病理改變亦屬一致，故可同步相兼治療，而其中之關鍵則為中藥的引經作用。冰片通諸竅、散鬱火，為心經引經藥，而心經「其支者，從心系、上挾咽，系目系」，目系即眼後與腦相連的組織，可推知冰片是心腦同治的橋樑；又冰片「獨行則勢弱、佐使則有功」故歷代醫家多以之為佐使之藥用之。現代研究亦指出：(1) 冰片可提高人體對藥物如丹參素、三七皂苷的血藥濃度、與麝香合用可提高人參抗氧化酶活性。(2) 冰片脂溶性強，能快速通過血腦屏障，提高藥物於腦中的濃度，能減少缺血性腦水腫、外傷性腦水腫的程度，起到引藥入腦的作用，常作為腦部病變引經藥；(3) 冰片可使川芎嗪迅速入腦組織、延長於腦內停留時間⁹。此近代相關藥理研究結果，配合本病例報告中之使用經驗，可提供冰片於創傷性腦傷患者之使用參考。

本病例於加護病房照護期間，黃耆之劑量重用至二兩，配合桃仁、紅花、赤芍、川芎等活血化瘀藥使用，採用扶正化瘀法；清代醫家王清任創補陽還五湯，方中重用生黃耆四兩，大補元氣，使氣旺血行，瘀去絡通，主治半身不遂，近代藥理作用分析本方具有改善腦組織水與納代謝而對抗腦缺血再灌注損傷、明顯減輕急性腦水腫時氧自由基連鎖反應對血腦屏障與腦細胞的損害等作用，故臨床上常應用於缺血性中風、出血性中風和腦血管意外後遺症¹⁰；近期相關研究對於不同劑量的黃耆使用於腦中風大鼠模型上觀察到以大劑量 (120 g 及 60 g) 黃耆組方之補陽還五湯使用，除了對於動物模型之腦血液流變學指標和抗血小板凝集有幫助外，更對於大鼠梗塞後視下區的神經幹細胞增殖和神經功能恢復有明顯促進功能存在¹¹；而本病例中黃耆重用二兩且長達約三周以

上的使用經驗且無明顯不良反應作用產生，或許可提供重用黃耆改善急性腦水腫損害於實際臨床療效上之參考。

本患者約於中藥治療第 21 天左右因狀況穩定轉出加護病房至一般病房，於此時間點，另加上頭皮針的針刺治療使用，選用穴位部分則以百會、四神聰、本神和神庭穴為主，方義：(1) 百會：頭為諸陽之會，本穴為督脈、足太陽之會，手足三陽、足厥陰俱會於此，故名百會。《針灸大成》：「主頭風中風，言語蹇澀，口噤不開，偏風半身不遂…」；(2) 四神聰：神聰四穴，在百會四面，各相去一寸，主治中風、半身不遂、眩暈、偏正頭痛、精神疾患等，臨床常用於腦中風治療¹²；(3) 神庭、本神：此三穴即為靳三針之智三針¹³，此三穴均位於前額，腦為元神之府，主要功能為主宰神志、思維、記憶和情感，本組三穴均位於大腦額葉表面的頭皮層，而大腦額葉為情感智力所

在，故選用此組穴位加速神智之恢復。

本病例與表三所述五篇相關創傷性腦損傷之病例報告相比，幾乎都屬於機車車禍意外導致，當中二篇病例和本患者情況一樣皆曾重度昏迷（GCS<8）；然而前此五篇病例中醫介入之時間點均為西醫已經穩定患者狀況後才合併中西醫治療，本篇病例之經驗應可提供中西醫雙方於外傷性腦出血早期介入合併治療達到良好癒後之參考¹⁴⁻¹⁸。

在本患者接受 20 次針刺治療後搭配復健，確實有一定程度的療效存在，而針灸治療介入的時間點，與前述陳文秀等人¹⁴中西醫結合治療重型顱腦損傷的病例報告中，有著相同都配合西醫復健治療的時間點才介入，或許將來此類病例治療可在急性期先以中藥介入，待患者狀況可行復健後，針灸才加入治療以達最佳效果，此種治療配合方式值得於重型顱腦損傷的病例做進一步研

表三 創傷性腦損傷病例報告比較

作者	主題	主訴	中醫介入時間點	處置	效果
陳文秀、劉祈辰、郭哲彰，2007 [14]	中西醫結合治療重型顱腦損傷	半昏迷狀態已三週	GCS=7 創傷後 20 天會診中醫	溫膽湯合天麻鉤藤飲加減 + 針灸	1 個月至 GCS 15 分
陳萍和，2010 [15]	腦外傷綜合症	面癱、瞻妄	GCS=14 傷後 25 天至門診	補陽還五湯加減 + 針灸（百會 + 顱 + 面癱）	1 個半月症緩
曾映蓉、洪裕強、胡文龍，2012 [16]	創傷性腦損傷意識障礙	意識障礙，偏癱	GCS=9 創傷後 21 天會診中醫	針灸（水溝 + 十二井穴）	針 5 次後至 GCS15 分
黃珏穎、陳貞如、鄭棋安、陳榮洲，2012 [17]	頭部重度外傷意識昏迷中西結合治療甦醒病例	意識昏迷	GCS=7 創傷後 20 天會診中醫	溫膽湯加金線蓮加減 + 針灸（靈龜八法）	3 天成功拔管 17 天出院
黃明正、李育臣，2013 [18]	創傷性腦傷後遺症	頭暈、肢體無力酸痛	GCS=15 傷後 8 天會診中醫	針灸（百會 + 體針）	3 次治療後症緩

究。

結 論

本報告為一位 24 歲女性患者因車禍撞擊導致嚴重神智昏迷（昏迷指數一度僅 3 分），在治療早期中西醫即合作介入治療之經驗，可作為中西醫合作縮短腦創傷患者重度昏迷時間、減少病患住院天數以及提升療效之參考。

參考文獻

- 顏君霖譯，圖解神經醫學及神經外科學第五版，台灣愛思唯爾，台北，pp. 218-240，2012。
- 衛生福利部：民國 101 年死因統計年報，101 年死因統計結果分析，2013/07/16 更新 (<http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/DisplayStatisticFile.aspx?d=13718&s=1>)。
- Hemphill JC, Phan N. Traumatic brain injury: Epidemiology, classification, and pathophysiology. In: UpToDate, Basow DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012 (last updated: April 13th, 2013).
- 林家瑋、蔡宛真、邱文達、林天仁、江培業、林乾閔、陳俊甫、甘宜弘、蔡行瀚、蔡卓城，台灣地區外傷性顱內出血之研究，中華民國急救加護醫學會雜誌，15:20-28，2004。
- Leibson CL, Brown AW, Hall Long K, Ransom JE, Mandrekar J, Osler TM, Malec JF. Medical care costs associated with traumatic brain injury over the full spectrum of disease: a controlled population-based study. *J. Neurotrauma*, 29:2038-2049, 2012.
- Ponsford JL, Spitz G, Cromarty F, Gifford D, Attwood D. Costs of care after traumatic brain injury. *J. Neurotrauma*, 30:1498-1505, 2013.
- 焦樹德，用藥心得十講，人民衛生出版社，北京，pp. 274-275，1999。
- 凌一揆，中藥學，知音出版社，台北，pp. 263-264，2011。
- 季帥、張軍平、呂仕超、楊萃，基於心腦同治學說探討冰片的臨床運用，中醫雜誌，2:114-117，2013。
- 彭主榮、謝慶良，方劑學，中國醫藥大學、長庚大學合作出版，台中，pp. 336-338，2005。
- 俞天虹、儲利勝、劉志婷、曲鐵兵、李琳，不同黃耆劑量的補陽還五湯對大鼠腦缺血後神經幹細胞增殖的影響，中國實驗方劑學雜誌，19:182-185，2013。
- 林昭庚，新編彩圖針灸學，知音出版社，台北，pp. 465-466、475-476，2010。
- 柴鐵劬，靳三針臨症配穴法，人民衛生出版社，北京，p. 5，2009。
- 陳文秀、劉祈辰、郭哲彰，中西醫結合治療重型顱腦損傷病例報告，台灣中醫科學雜誌，2:64-76，2007。
- 陳萍和，腦外傷綜合症中醫治療病歷報告，台灣中醫臨床醫學雜誌，3:174-179，2010。
- 曾映蓉、洪裕強、胡文龍，創傷性腦損傷術後意識障礙的針刺療法—病例報告，中醫藥雜誌，1:83-91，2012。
- 黃珽穎、陳貞如、鄭棋安、陳榮洲，頭部重度外傷意識昏迷中西結合治療甦醒病例報告，中西整合醫學雜誌，2:33-46，2012。
- 黃明正、李育臣，中西醫治療創傷性腦傷後遺症之病例報告，中華針灸醫學會雜誌，1:7-16，2013。

Early Intervention with Integrated Chinese and Western Medicine in Severe Traumatic Brain Injury—A Case Report

Kai-Wen Cheng^{1,2}, Chien-Tsai Huang², Yuan-Yi Chang³, Yu-Chang Hou^{2,*}

¹*Feng-Ye Chinese Medicine Clinics, Taoyuan, Taiwan*

²*Department of Chinese Medicine, Taoyuan General Hospital, Ministry of Health and Welfare, Taoyuan, Taiwan*

³*Department of Neurosurgery, Taoyuan General Hospital, Ministry of Health and Welfare, Taoyuan, Taiwan*

(Received 3th March 2014, accepted 11th June 2014)

This 24 years old female suffered motorcycle traffic accident and led to loss of consciousness due to severe traumatic brain injury. In ER, the Glasgow coma scale was E1V1M1 then she was admitted to our SICU for further management. At the 4th day of admission, the Chinese Medicine was consulted and then the Chinese herbal treatment was started. After 21 days of integrated treatment, the patient was successfully extubation and transferred to general ward care. The scalp acupuncture was combined for later treatment and also got well recover. It provides us a strong experience of early intervention with integrated Chinese and Western medicine for severe traumatic brain injury.

Key words: Traumatic brain injury, loss of consciousness, integrated Chinese and Western medicine

***Correspondence to:** Yu-Chang Hou, Department of Chinese Medicine, Taoyuan General Hospital, Ministry of Health and Welfare, No. 1492, Chung-Shan Rd., Taoyuan Dist., Taoyuan City, Taiwan, Tel: +886-3-3699721 ext. 1241, Fax: +886-3-3174270, E-mail: houyc0115@gmail.com