

中西醫結合治療重症肌無力病例

陳明和* 黃靖文 洪培修 謝緯穎
嘉義基督教醫院 中醫部

摘要

這位 58 歲女性病患，於 95 年時因為疲勞，肌肉無力，雙眼皮下垂，複視，吞嚥困難等症狀而到嘉義基督教醫院神經科就診，電腦斷層檢查發現為胸腺瘤，確診為重症肌無力。95/08 於台大醫院手術切除胸腺瘤，並且接受放射線治療 28 次。96/11 因全身的手足腰膝無力，甚至無法站立及行走等症狀來嘉義基督教醫院中醫部尋求治療。

重症肌無力在西醫為慢性自體免疫疾病，重症肌無力的特點是肌肉無力，此病常常伴隨胸腺腫瘤、甲狀腺毒症、類風濕性關節炎、紅斑性狼瘡。中醫將重症肌無力歸入"臉廢"、"視歧"及"痿證"的範疇。本病例基本上的病機，是脾虛氣陷，肝腎陰虛火旺為本；脾虛濕滯中焦，經脈氣血瘀滯為標。患者在西醫治療下，服用乙醯膽鹼分解酶抑制劑的療效不佳，且病情出現全身肌肉明顯軟弱無力，配合使用中醫治療，以柴葛解肌湯解肌清熱，合六味地黃丸滋補肝腎，加活血通絡中藥，發現明顯使其全身無力獲得改善，大大提高重症肌無力患者的生活品質。

關鍵詞：重症肌無力，柴葛解肌湯，六味地黃丸。

前言

重症肌無力為以骨骼肌衰弱造成肌肉無力與極易疲勞為特徵，並且會反覆緩解再發之神經肌肉疾病，主要的原因是神經無法有效的把其訊號傳至肌肉所引起，亦即因為骨骼肌運動終板之神經肌肉傳導缺陷所造成。重症肌無力係因為針對接受器蛋白質的自體免疫作用而使乙醯膽鹼接受器嚴重減少，所以對抗接受器之 IgG 抗體可見於 85% 重症肌無力病人的血清。但是乙醯膽鹼接受器抗體力價與臨床上骨骼肌衰弱程度並無良好對應

關係，表示有抗體外因素誘導 T-cell 攻擊接受器。另一方面，約有 75% 的重症肌無力病人有胸腺異常，其中的 15% 患有胸腺腫瘤且多為年老男性，其餘則是年輕女性的胸腺增生⁽¹⁾。

重症肌無力會影響到許多不同的肌肉，愈常用肌肉愈受嚴重侵犯，例如控制眼球運動的肌肉，控制臉上表情、咀嚼、說話、吞嚥的肌肉以及四肢的肌肉。有百分之九十的病人，眼睛週遭的肌肉會受影響，於是出現眼皮下垂及複視的現象，這些病人往往會先求助於眼科醫師。此外，重症肌無力還會影響其他肌肉，例如吞嚥困難、講話小聲或出

*通訊作者：陳明和 嘉義基督教醫院 中醫部

住址：嘉義市忠孝路 539 號

電話：05-2765041 轉 6100

E-mail: 02158@cych.org.tw

現鼻音、下巴往下掉、四肢無力等，最可怕是呼吸肌肉的無力，嚴重者會呼吸衰竭，甚至可導致窒息死亡。

根據國外的報告，重症肌無力的罹病率大約每十萬人口中有五人，而根據台大醫院調查的資料，罹病率大約每十萬人口中有八人。發病年齡在東西方民族有很大的差別，中國與日本的重症肌無力症發病年齡的分布較相似，在年齡小於十歲者占很大比例，而在白種人卻很少見，另外白種人在年紀大於60歲有另一高峰，在中國的肌無力症病人發病年齡與性別有關係，其中小於40歲發病者女性病人較多，而發病年齡大於40歲則變成男性病人較多。

臨床上診斷除了病患出現肌肉無力、眼皮下垂或倦怠等症狀外，還包括：(1)電生理診斷測試的重複神經刺激測試(repetitive nerve stimulation)。正常人測試時，肌肉反應活動電位不會隨著刺激速率有改變，但重症肌無力症患者肌肉誘發電位會有逐漸衰退的現象，電位將會快速下降2~3Hz左右，當給予抗乙醯膽胺酶藥物edrophonium後再測試，電位的下降將消失。(2)抗乙醯膽鹼接受器抗體測試(anti-Ach Receptor antibody)，全身型的重症肌無力症患者約80~90%可測得到抗乙醯膽鹼接受器抗體，但在眼型的無力症患者只有近50%患者呈陽性反應⁽²⁾。

中醫將重症肌無力歸入"臉廢"及"痿證"的範疇。中醫認為本病是內傷虛損，脾腎兩虛及元陽虧虛所致。脾為後天之本及氣血生化之源，主肌肉、四肢，脾虛則氣血生化不足，肌肉筋脈失於濡養而出現手足無力或眼瞼下垂等症狀。腎為先天之本，溫養臟腑組織，氣化水液須靠脾精的供養；若元陽不足，肝腎虧損甚至精髓空虛，氣血不能正常灌注十二經脈，筋骨失養久病而漸成痿證⁽³⁾。另一方面，本病具有"久病多瘀"，瘀血阻滯脈絡則四肢肌肉失其濡養，故見四肢無力肌膚色暗斑易瘀血等血瘀證候⁽⁴⁾。

病例報告

病患基本資料：

姓名：陳** 性別：女 年齡：58
初診：97/6/30 病歷號：1019** 職業：農
問診：98/11/25 身高：167 cm 體重：75 kg
主訴：全身無力，手足無力，腰膝無力，甚則無法站立及行走，病史約4年多。

現病史：

95/04因為複視，吞嚥困難，僅能吃流質食物，甚者喝水從鼻孔流出，頸項酸痛甚則俯仰不力，言語不利有如口中含食物，喘甚，手足無力，雙眼皮下垂等症狀，於嘉基神經科就診，CT檢查發現胸腺瘤數顆（約2-3cm），但病人因害怕而未做手術治療。

但因症狀不斷加重，95/07於嘉基神經科檢查確診為重症肌無力，95/08於台大手術切除胸腺瘤，並且接受放射線治療28次。患者在服用乙醯膽鹼分解酶抑制劑的療效不佳且病情出現全身肌肉明顯軟弱無力狀況下，遂於96/11/02來中醫部求診，主訴：大腿及手腕酸痛，四肢麻痛無力感，大腿易瘀血，面赤潮熱，身熱煩躁，口苦咽乾，咽中有痰，診其舌尖紅舌根苔厚，脈象：細澀，BP:146/112 mmHg。患者經中醫藥配合治療約一年，全身肌肉軟弱無力獲得明顯改善。

個人史：抽煙(-)；喝酒(-)；葷食。

過去病史：重症肌無力併胸腺瘤(Myasthenia gravis with Thymoma)經台大手術併放射性治療(S/P OP+R/T AT NTUH)；第二型糖尿病(Type 2 DM)、B型肝炎(Hepatitis B)；第四、五腰椎滑脫(L4/5 Spondylolisthesis)；老年性白內障(Nuclear sclerosis senile cataract)；良性高血壓心臟病(Benign hypertensive heart disease)併輕度至中度僧帽瓣逆流(Mild to moderate MR)、輕度三尖瓣及主動脈瓣逆流(mild TR, AR)；糜爛性胃炎(Erosive gastritis)、Gastric Ulcers(胃潰瘍)；中度脂肪肝(Moderate fatty liver)。

胎產史：43歲停經，G4P4A0，皆自然生產。

家族病史：B型肝炎帶原。但無重症肌無力或胸腺瘤家族病史。

影像學檢查：

95/7/20 胸部電腦斷層：(如圖.1 所示)

1.疑似非侵襲性胸腺瘤(Thymoma, more likely to be non-invasive)

2.右甲狀腺結節腫大(Right thyroid goiter)

98/05/21 腹部超音波：中度脂肪肝(Moderate fatty liver)

98/04/21 上消化道內視鏡檢查(胃鏡)：糜爛性胃炎(Erosive gastritis)，Gastric Ulcers(胃潰瘍)

98/04/13 超音波心臟圖(M-Mode)包括單面、雙面：

-Hypertrophic Wall：心室中膈肥厚(Hypertrophic interventricular septum).

-Valvular Pathology：輕度至中度僧帽瓣逆流(Mitral valve revealed regurgitation in mild to moderate severity)，輕度三尖瓣逆流(Tricuspid valve revealed regurgitation in mild severity)。

97/01/03 針極肌電圖檢查(EMG; electromyography);部位: Hand;運動神經傳導速度測定(上肢). F Wave 上肢.Conclusion: 1.雙側腕部遠端正中神經病變(Bilateral distal median neuropathies at wrist level). 2 雙側肘部尺神經病變(Bilateral ulnar neuropathies around elbow). 3.左側第五腰椎/第一薦椎輻射狀神經病變 (Left L5/S1 radiculopathies)。

95/07/04 針極肌電圖檢查 EMG Hand . 運動神經傳導速度測定(上肢). 及肌電圖檢查 EMG Leg . -運動神經傳導速度測定(下肢). Conclusion: 1. NCV(神經傳導速度試驗)/EMG(肌電圖) study 顯示有瀰漫性-去神經病變(revealed diffuse denervation change)，高度疑似為運動神經元疾病(Motor neuron disease was highly suspected.) 2. 雙側第五腰椎/第一薦椎輻射狀神經病變(Bilateral L5/S1 radiculopathies)。

理學檢查：

TPR：體溫：36.3C；血壓：113/74mmHg；心跳：73/min；呼吸速率：16/min。

意識清楚(Consciousness: clear) E4V5M6；身高: 167cm，體重:75kg。

HEENT：正常(supple neck and normal eyes, ears, nose, and throat)

無頸靜脈擴大(No jugular vein engorgement)，無淋巴病變(no lymphadenopathy)，無可觸摸到的甲狀腺腫(No palpable thyroid)

Eyes：眼白無黃疸(sclera:non-icteric)，結膜蒼白(conjunctiva: pale)，有眼睛反射(Light reflex: +/+)

Chest：胸部有對稱性起伏(symmetric expansion)，無喘鳴音(wheezing)；呼吸音:rale，左下肺葉呼吸音減弱(LLC decreased)

Heart：心律不整(Arrhythmia)，第二級收縮期雜音(systolic murmur Gr2/6)

Abdomen：腹部柔軟有正常腸音(soft with normoactive B.S.)，無壓痛及鼓脹(without tenderness, distension)

Extremities：四肢活動無受限，無下肢水腫(freely movable without pitting edema)。

西醫神經科治療：

98/09/30 Pyridostigmin 60mg tab(Mestinon) 1 粒 TID PO；Prednisolone 5mg tab 2 粒 QD PO；Deanxit tab 1 粒 QD PO；Rivotril 2mg tab 0.25 粒 HS PO；E-Cal 950mg(Jia-cal) 1 粒 HS PO；

98/08/05 Pyridostigmin 60mg tab(Mestinon) 1 粒 TID PO；Prednisolone 5mg tab 2 粒 QD PO；Rivotril 2mg tab 0.25 粒 HS PO；E-Cal 950mg(Jia-cal) 1 粒 HS PO。

98/07/08 Pyridostigmin 60mg tab(Mestinon) 1 粒 TID PO；Prednisolone 5mg tab 2 粒 QD PO；Rivotril 2mg tab 0.25 粒 HS PO；E-Cal 950mg(Jia-cal) 1 粒 HS PO。

實驗室檢查：如表 1 所示。

表 1. 病患的血清生化值：

	2006/ 06/12	2007/ 12/19	2008/ 01/25	2008/ 04/21	2008/ 07/30	2008/ 09/12	2009/ 01/15	2009/ 04/15	2009/ 07/01	2009/ 07/02	2009/ 11/11	2009/ 12/21	Normal Range
Acetylcho- line receptor Ab*	H 34.04												0~0.02 nmol/L
GOT	25	H 73			H48	H82	H62	H103	29		34		8~38 U/L
GPT		H 169		H 204	H 84	H 91	H 115	H 268	H 53		H 67	H 113	4~44 U/L
Albumin			4										3.5-5. g/dl
ALK-P								175			60		66~ 240 U/L
CPK	H 233					H 407			136				26~ 174 IU/L
CPK-MB (mass)						13.1		H 6.4	4.9				0.1-63 ng/ml
Troponin-I						0.035			0.012				0~0.5 ng/ml
BUN (Blood)			15.9	11.5		16.6	16.9		12.2				8-23 mg/dl
Creatinine (Blood)			0.9	0.8		0.8	0.8		0.9		0.9	0.8	0.7-1.5 mg/dl
Glucose AC (Blood)										H171	114	112	65~ 115 mg/dl
HbA1c										H13.2		5.1	4~6 %

96/10/01

WBC 3.69K/ul($3.5 \sim 9.9 \times 10^3$ /ul), RBC 4.38×10^6 /dl($4.2 \sim 5.4 \times 10^6$ /ul), Hb 14.7g/dl(12~16 g/dl) ,
platelet 136K/ul($130 \sim 400 \times 10^3$ /ul),

96/12/19 Anti HBe: REACTIVE(0.047 S/CO) ; HBeAg: NONREACTIVE(0.18)

98/12/21 Cholesterol 164 mg/dl(140~200 mg/dl), Triglyceride(Blood) 66 mg/dl(40~150 mg/dl)

中醫四診：

【望】：雙眼皮下垂，體格略胖，面色潮紅，身熱煩躁，指甲淡白，皮膚乾燥，斑多色暗，唇色偏暗，舌質尖紅，舌根苔厚，舌邊夾暗瘀，目白睛微淡黃。

【聞】：稍微口臭，講話聲音沙啞明顯。

【問】：1.怕冷自汗盜汗，動易汗出，四肢冰冷，頸項酸痛緊，疲倦欲睡，口乾甚喜飲，而飲不解渴，口苦咽乾，喉中有痰梗感，食冰冷易咳，吞咽困難、飲水噎咳。大腿及手腕酸痛，四肢麻痛無力感，大腿易瘀血。

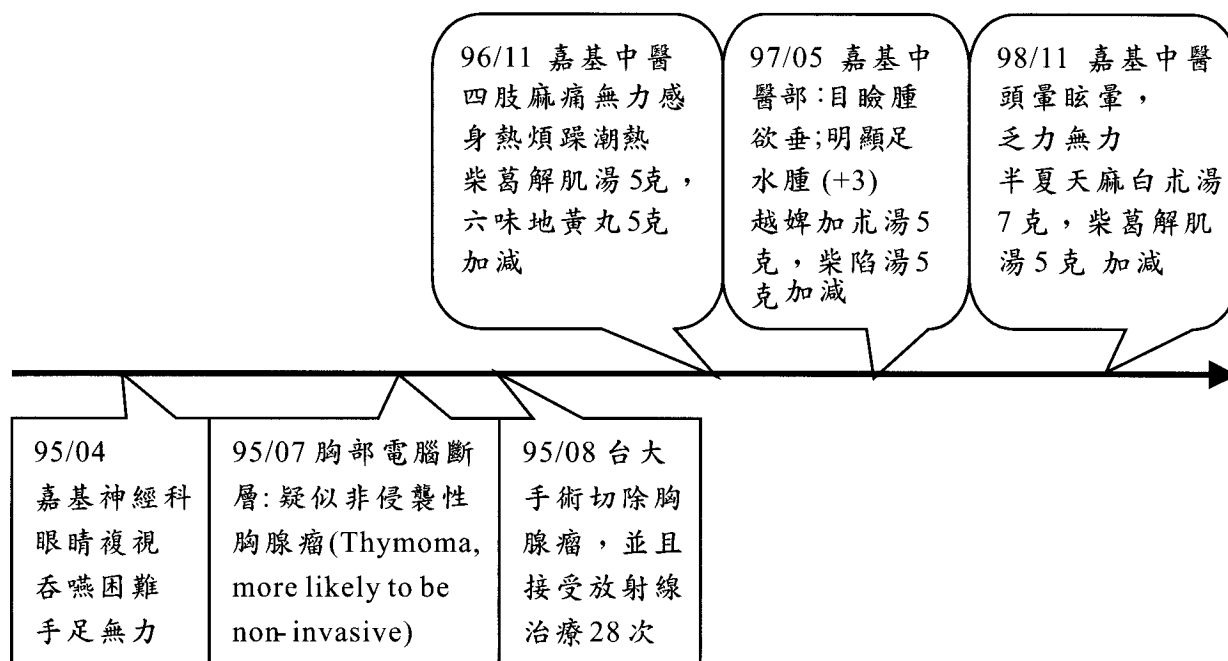
2.頭暈眩昏黑抽痛，複視目癢目乾澀，

視力模糊，血糖高時尤甚。

- 3.耳鳴（低頻）耳癢，喘，心悸，胸痛，易怒憂慮健忘，淺眠易醒。
- 4.食納可，泛酸噯氣打嗝，食後易胃堵，偶左脅痛發作則痛甚，胸腺瘤術後易外感而咳喘甚，需注射西藥方止喘。
- 5.飢則手抖無力麻木，全身手足腰膝無力，甚則無法站立及行走，經服抗膽鹼脂酶藥(Mestinon)後緩解，但是仍然感覺全身肌肉明顯軟弱無力。
- 6.大便正常，小便些許泡沫腥臭味。
- 7.胎產史：G4P4A0，43歲停經，帶下色白量多質稍黏稠，無異味。

【切】：脈細澀。

時序圖：



臟腑病機四要素分析：

病因—本病例以脾虛氣陷，濕熱浸淫成萎證，導致眼皮下垂，複視，病久損及肝腎，致全身四肢麻痛無力。

病位—藏象：脾胃、心、肝、腎。解剖位置：骨骼肌、神經。

病性—

主證：全身四肢麻痛無力，雙眼皮下垂，複視，吞咽困難、飲水噎咳，大腿

及手腕酸痛，大腿易瘀血，面色潮熱，身熱煩躁，口苦咽乾，唇色偏暗，舌質尖紅，舌根苔厚，脈細澀，舌邊夾暗瘀，疲倦欲睡，淺眠易醒，大便正常。

次證：(1)腰膝無力，甚則無法站立及行走，耳鳴、耳癢，指甲淡白；(2)怕冷，自汗盜汗，動易汗出，喘，心悸；(3)易怒，左脅痛，目癢，目乾澀，

視力模糊，頸項酸痛緊，頭暈眩，昏黑，頭抽痛；(4) 憂慮，健忘，泛酸，噯氣，打嗝，食後易胃堵，四肢冰冷，食冰冷易咳，喉中有痰梗感；(5) 飢則手抖無力，口乾喜飲，飲不解渴，小便些許泡沫、有腥臭味。

病勢一

本病例為多器官疾病，依臟腑病機理論屬多病因多病位病機複雜的病案。患者除重症肌無力併胸腺瘤外，素有糖尿病，B 型肝炎，高血壓心臟病併僧帽瓣、三尖瓣及主動脈瓣逆流，糜爛性胃炎、胃潰瘍。重症肌無力病位主要在脾，脾主四肢肌肉，脾在體為肉，開竅於口，眼瞼於肉輪亦屬脾，患者初診時，證見(1)眼皮下垂、複視，全身疲倦，吞嚥困難、飲水噎咳，四肢麻痛無力感，大腿及手腕酸痛，大腿易瘀血，舌邊夾暗瘀，疲倦欲睡，淺眠易醒，此與脾虛氣陷、陰火亢盛，導致經脈氣血瘀滯有關。脈細澀主要顯示病勢的發展，機體氣血能量不足，經脈瘀滯不暢。(2)另一方面，患者又證見高血壓(BP:146/112 mmHg)，面色潮熱，身熱煩躁，口苦咽乾，舌質尖紅，此似乎與更年期高血壓及停經後證候群有關。更年期高血壓多屬陰虛陽亢證型，本病例高血壓已發展為高血壓心臟病，其病勢已由陰虛陽亢演變成氣陰兩虛，故患者脈象表現為細澀，但症狀表現尚有(肝腎)陰虛(心)火旺之徵，故證見面色潮熱，身熱煩躁，口苦咽乾，舌質尖紅。(3)患者舌根苔厚，顯示脾胃運化不良，脾虛濕滯中焦，已影響氣血生化來源，其原因與長期服用苦寒西藥損傷脾胃有密切關係，此亦可能為引起重症肌無力的病因之一。

此外，從中醫四診，患者複雜的症狀表現，多與脾胃心肝腎有關。其腰膝無力，甚則無法站立及行走，耳鳴耳癢，指甲淡白，

乃脾虛日久損及肝腎所致。自汗盜汗，動易汗出，喘，心悸，乃心氣陰兩虛所致。易怒，左脅痛，頸項酸痛緊，目癢，目乾澀，視力模糊，頭暈眩，昏黑，頭抽痛等證候，推論與肝鬱血不榮養肝目與筋，或血虛引起肝風上擾清竅有關。憂慮，健忘，泛酸，噯氣，打嗝，食後易胃堵，四肢冰冷，食冰冷易咳，喉中有痰梗感，皆與脾胃虛滯，脾虛為生痰之源有關。其中飢則手抖無力，口乾喜飲，飲不解渴，與中消燥熱有關。總之，本病例重症肌無力的主要病機，以脾虛氣陷，肝腎陰虛火旺為本，脾虛濕滯中焦，經脈氣血瘀滯為標。

西醫診斷：Myasthenia gravis with thymoma S/P thymectomy (2006-08)

中醫診斷：痿證。

中醫證型：本虛：脾虛氣陷，肝腎陰虛火旺。

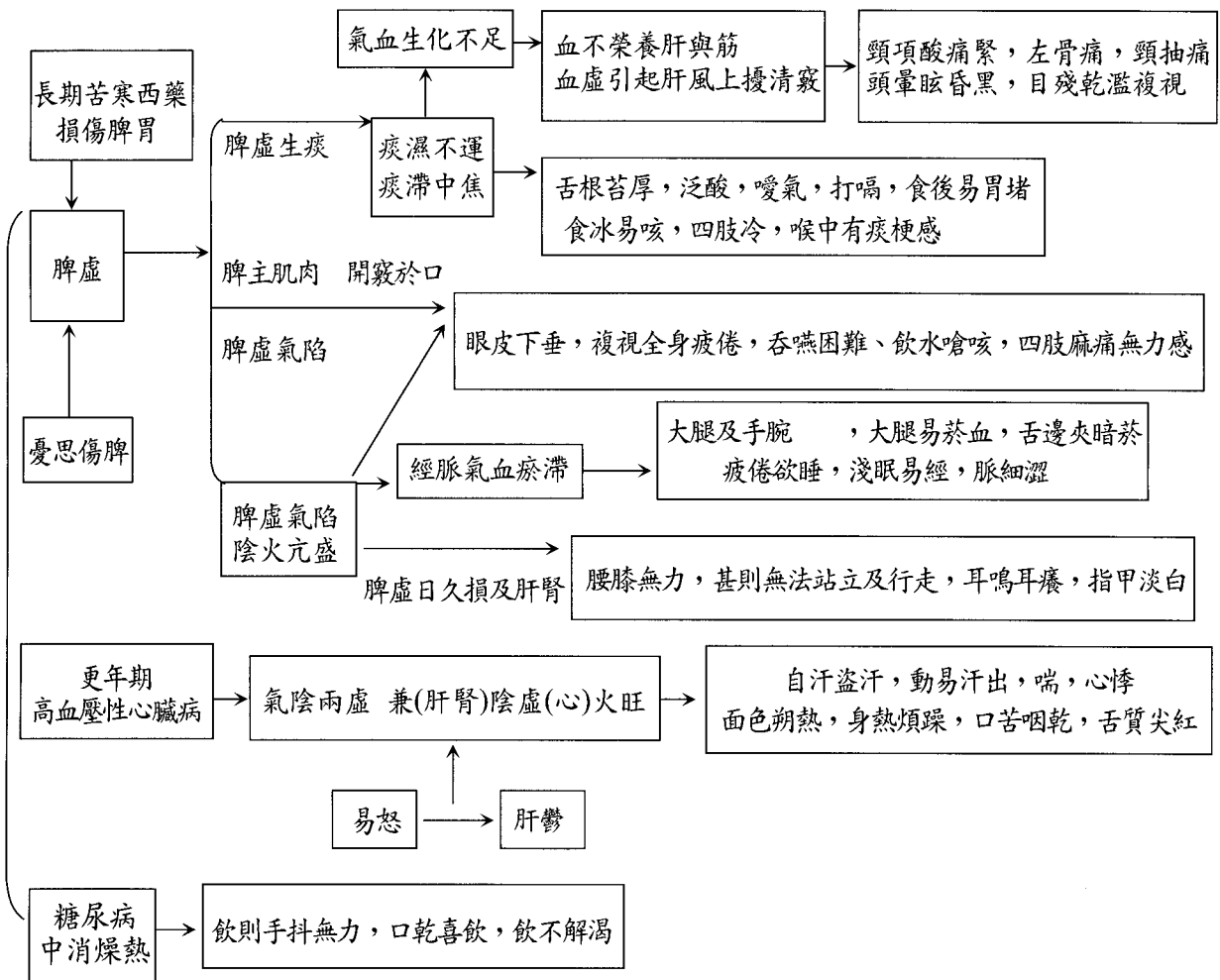
標實：脾虛濕滯中焦，經脈氣血瘀滯。

治則：解肌清熱，滋養肝腎，兼以活血通絡。

處方：柴葛解肌湯 5 克，六味地黃丸 5 克，故紙花 1 克，蒼朮 1 克，牛膝 1 克 雞血藤 1 克 Tid*7 天。

說明：本病例病機複雜，虛實夾雜，以脾虛氣陷、肝腎陰虛為本，但不能忽視重症肌無力所表現眼皮下垂、複視，全身疲倦，吞嚥困難、飲水噎咳，四肢麻痛無力感，與脾虛氣陷、陰火亢盛所導致經脈氣血瘀滯有關，當陰火亢盛為主要標證，依李東垣治法，必先以瀉陰火為主，故本病例取柴葛解肌湯(柴胡、葛根、甘草、黃芩、羌活、白芷、芍藥、桔梗、石膏、生薑、大棗)解肌清熱，實際上以瀉陰火，升發陽明清氣為主，配合六味地黃丸滋養肝腎。並以雞血藤、牛膝、故紙花等來活血通絡。

病因病機圖：



追蹤診療記錄：

96/11/02 主訴：大腿及手腕酸痛，四肢麻痛無力感，大腿易瘀血，面色潮熱，身熱煩躁，口苦咽乾，咽中有痰，診其舌尖紅舌根苔厚，脈象：細澀。BP:146/112。處方：柴葛解肌湯 5 克，六味地黃丸 5 克，故紙花 1 克，蒼朮 1 克，牛膝 1 克 雞血藤 1 克 TID*7。追蹤：上方為基本方，隨症加減，續服半年後其四肢麻痛無力感明顯改善。

97/05/05 主訴：大腿手腕酸痛，四肢麻痛 大腿瘀血，目瞼腫欲垂，咽中有痰口苦咽乾，胸塞感，趾痛，食後腸鳴胃嘈雜，咳嗽痰黃喉嚨痛，身潮熱，手足抽筋攣急；自覺面目明顯水腫。診其舌紅舌根苔厚，脈細澀，足水腫(pitting edema +3)，面浮腫色紅赤，BP: 112/77。處方：越婢加朮湯 5 克，柴陷湯 5

克，貝母 1 克，蒲公英 1 克，木瓜 1 克 TID*7。追蹤：上方為基本方隨症加減，續服半月後其面目水腫明顯改善。

97/06/09 主訴：除上症狀之外，抱怨咳嗽痰黃咽中有痰而多，胃嘈雜及四肢無力加重；診其：舌紅舌根苔厚，脈滑，足水腫(+/-)，面浮腫色紅赤。處方：柴陷湯 4 克，柴葛解肌湯 4 克，溫膽湯 6 克，貝母 1 克，蒲公英 1 克 TID*20。

97/12/24 主訴：除上症狀之外，抱怨胸痞塞痛，大腿手腕及四肢緊縮麻大腿瘀血加重，腰背酸痛放射性麻痛傳至小腿外側；診其：舌紅舌根苔厚，脈細澀，足水腫(+/-)明顯改善，面色紅赤。實驗室檢查：CPKmb: 13；心臟超音波：MR;TR;AR(心臟的二尖瓣三尖瓣及主動脈瓣有回流情形)。處方：柴陷湯 4 克，疏經活血湯 6 克，溫膽湯 6 克，雞血藤 1 克，

骨碎補 1 克 TID*20。追蹤：上方為基本方隨症加減，續服三個月後其腰背酸痛放射性麻痛明顯改善。

98/11/25 主訴：大腿手腕痠硬痛，四肢緊縮麻大股瘀血，目瞼腫欲垂；胃嘈雜胃脘痛，胸痞塞胸痛，口乾灼熱，手足抽筋劇烈，四肢攣急，喘而氣怯，小便茶褐，頭暈眩暈，嗜睡，乏力無力(M.G.; Hypoglycemia);小便不禁。診其：舌紅舌根苔厚，脈細澀，面色紅赤，潮熱多汗；實驗室檢查：CPKmb:13 — > 6.4; Glucose(AC):548 — > 171 — > 92。處方：半夏天麻白朮湯 7 克，柴葛解肌湯 5 克，木瓜 1 克，牡蠣 1 克，蔓荊子 1 克 TID*20。

討 論

這位 58 歲女性病患因全身的手足腰膝無力，甚則無法站立及行走等症狀來中醫部求診。目前現代西醫治療包括藥物治療及胸腺的手術，使用的藥物有乙醯膽鹼分解酶抑制劑(pyridostigmine、Neostigmine)、免疫抑制劑(類固醇)、免疫球蛋白等。當乙醯膽鹼分解酶抑制劑的療效不佳且病情出現明顯軟弱無力時，則以 prednisone 60~100mg 配合免疫抑制劑 azathioprine 2~3mg/kg 來積極治療。胸腺因為被認為與引發不正常的免疫反應有關，所以切除胸腺可使某些 85%病人症狀得到改善。當症狀轉劇或呼吸功能不足時，就必須使用血漿置換術及呼吸輔助裝置⁽²⁾。

重症肌無力的危機為肌肉無力現象惡化至威脅生命，包括橫膈膜及肋間肌無力造成呼吸衰竭。治療方式必須住進加護中心並由有經驗的醫師治療。治療方針包括呼吸照料、感染控制、水分及電解質的失衡治療。最好的暫停抗乙醯膽胺藥物，最常見引起危機狀態為反覆性感染，尤其病患正在使用呼吸機且因使用免疫製劑造成免疫功能失調時，更要積極控制其感染情況，原則是懷疑感染就要提早積極使用抗生素，另外呼吸機的協助及呼吸功能維持和物理治療都是應有的治療計劃。適時的使用血漿置換術或靜脈注射免疫球蛋白對病情恢復有幫助⁽⁵⁾⁽⁶⁾。

根據台大醫院 112 位胸腺切除的重症肌無力症病人資料，其胸腺病理結果有 56 位為胸腺增殖，30 位為胸腺腫瘤，26 位為萎縮性胸腺。平均發病年齡在胸腺增殖組與胸腺萎縮組年齡大部分在 26 歲左右，而胸腺腫瘤組則大於 40 歲。在自體抗體與胸腺關係中，胸腺增殖與胸腺腫瘤組皆有很高的效價，表示胸腺異常者其體內的自體免疫反應較強，神經肌肉交接處的破壞也較厲害。在胸腺切除之後病人血清中的乙醯膽鹼受器抗體下降，臨床的症狀有 80%得到改善，顯示胸腺對於此病的免疫致病機轉占有重要角色。

抗膽鹼酯酶藥物及皮質類固醇為治療重症肌無力症的常用藥物，臨床上常常將兩者合用，但弊端是患者復發率高，不良反應多。河南林艷翠以中西醫結合治療重症肌無力 22 例並進行臨床分析，在抗膽鹼酯酶藥物及皮質類固醇為治療基礎的對照組，治療組同時增加中藥治療。在脾腎氣陰兩虛型治以補脾益腎滋陰益氣，方用補中益氣丸和六味地黃丸；脾腎陽虛治以溫補脾腎以助真陽，方用補中益氣丸和滋腎育胎丸。同時根據兼證進行加減，兼血瘀者加用通絡活血藥物，如雞血藤、紅花、地龍等；陽虛甚者加桂枝、細辛等。結果顯示中藥治療組痊癒率明顯高於對照組⁽⁷⁾。

湖南歐陽泉認為重症肌無力(MG)的病理關鍵是脾陽不振、中氣不足清氣不升、肌肉失養升舉無力，故治宜調補脾胃、升陽益氣，方用補中益氣湯。此方中黃耆、當歸、黨參甘溫益氣養血，白朮、茯苓、甘草健脾和中，升麻、柴胡升舉清陽，熟地、菟絲子溫腎健脾，共奏益氣升托之功⁽⁸⁾。另有學者潘鄧記認為 MG 發病與自然殺手細胞(NK)活性下降有關，而黃耆增強 NK 細胞活性，黨參、升麻對胸腺和 T 淋巴細胞的免疫功能均有調節作用，促使淋巴細胞轉化率增強和活性花環形成；麻黃對神經肌肉接頭的傳遞功能有促進作用，有益於 MG 的恢復⁽⁹⁾。

劉亞軍歸納重症肌無力的中醫證型，探討中醫辨證與西醫 Osserman 分型的關係，結果 Osserman I 眼肌型 20 例中以脾氣虛弱證型

多見(14/20)，而IIa 輕度全身型 17 例中以肝腎不足證(7/17)及脾腎兩虛證(6/17)多見，IIb 中度全身型 12 例中以脾腎兩虛證多見(8/12)，而III 重度激進型、IV 遲發重症型、V 肌萎縮型共 7 例均為脾腎兩虛證；中醫辨證治療的臨床療效以脾氣虛弱證為佳。結論是單純脾氣虛證病情相對較輕，受累的肌群較少，以眼外肌受累較多見，中內臨床療效較好。脾腎兩虛證病情較重，可見於多組肌群受累，多累及延髓及呼吸肌；肝腎不足證以眼外肌和四肢肌群受累多見；此二證型的臨床療效較前者略差。脾氣虛弱者予補中益氣湯加減，肝腎不足者予生脈飲合左歸丸加減，脾腎兩虛者予四君子湯合右歸丸加減⁽¹⁰⁾。

河北以嶺醫院蘇衛東對本病的探討，認為可以從脾胃論治、從肝論治、從奇經論治。並指出重症肌無力的臨床表現主要是骨骼肌的易疲勞性和肌無力，故應屬於痰證中的筋疾。《素問·生氣通天論》曰“陽氣者，精則養神，柔則養筋。”故臨床治療本病，應以補肝氣、溫肝陽為主進行治療。葉天士在《臨證指南醫案》中認為“肝腎損傷，八脈無氣”、“肝腎下病，必連及奇經八脈。”可見肝的病變可以影響奇經八脈。肝與奇經生理上相互依存，病理上是相互影響的。對於奇經治法，臨床務必辨別奇經之虛實，或投以“苦辛與芳香”，或施以“辛甘溫補”。因此主張肝氣虛用《證治準繩》載滑伯仁的補肝散治療，藥物組成黃耆、山茱萸、羊肝、白朮、山藥、枸杞子、大棗、甘草。肝陽虛用自擬溫肝湯治療，藥物組成吳茱萸、黃耆、附子、枸杞子、桑寄生、續斷、生麥芽⁽¹¹⁾。

對於頑固性重症肌無力 MG 患病多年，一般使用激素、溴吡斯的明等藥物治療均無療效的患者，王殿華等認為其屬於陽虛至極，經寒絡滯，需重劑溫陽之劑，選用加味麻黃附子細辛湯治療頑固性 MG 患者共 31 例，收到了較好的臨床療效⁽¹²⁾。

在針刺治療眼肌型重症肌無力的臨床研究方面，黃景璿取百會、陽白透魚腰、攢竹、四白、太陽、絲竹空為主穴，足三里、三陰

交、跗陽、交信等為配穴，主穴取患側，配穴取雙側，隨證加減。常規針刺後以上穴位均每 10 min 行針 1 次，每次留針 30 min，每日針刺 1 次，10 次為 1 個療程，1 個療程結束後休息 3 天再行下個療程的治療，一般需治療 2~4 個療程。治療眼肌型重症肌無力 28 例，痊癒 8 例顯效 12 例，有效 6 例，無效 2 例⁽¹³⁾。趙武能等以針刺理脾健胃為治則，取足太陰脾經血海、陰陵泉、三陰交及足陽明胃經足三里穴，取手陽明大腸經手三里、合谷穴，另取足少陽膽經光明穴。採用徐疾補瀉法，每日 1 次治療 3 個月為 1 個療程。治療期間一般不加用藥物，患者肌無力症狀較重、影響吞嚥與呼吸者可加服溴吡斯的明，治療 56 例患者總有效率 96.4 %⁽¹⁴⁾。嚴寶珠等治療重症肌無力眼肌型，以眼瞼下垂附近睛穴為主穴，眼周較遠處的睛穴為配穴，取攢竹、絲竹空、陽白、百會、膻中、足三里、合谷諸穴。然後接通電針儀留針 30 min，每日 1 次，10 次為 1 個療程，治療 80 例，痊癒 77 例，總有效率 97 %⁽¹⁵⁾。

在中藥治療重症肌無力的基礎研究方面，李衍濱探討溫腎活血、益氣升清的益筋方對實驗性自身免疫性重症肌無力小鼠的治療機理。實驗方法採用重症肌無力患者的血清被動免疫小鼠，建立實驗性自身免疫性重症肌無力模型。分組後分別給予益筋方(熟附子、人參、黃耆、當歸、山萸肉、白朮、升麻、莢朮等)、強的松灌胃 21 天後處死動物採血。利用流式細胞技術以 T 細胞及其亞群、IL-22 為指標，觀察益筋方、強的松對實驗性重症肌無力小鼠細胞免疫和細胞因數的影響。結果：西藥強的松、中藥益筋方均能升高 CD3⁺，降低 CD4⁺/CD8⁺ 比值；並且降低 IL-22。結論：中藥益筋方能通過影響 T 細胞及其亞群、細胞因數，調控細胞免疫和體液免疫而治療重症肌無力⁽¹⁶⁾。

大陸學者張誠在中醫對重症肌無力病因病機探討並加以分型治療：(1)衛外不固，風客瞼膚：臨床上可採用益氣聰明湯、玉屏風散等治療。(2)肝腎精虧，精脫視歧：採用杞菊地黃湯加減治療。(3)脾虛濕滯，濕邪留滯

於臟腑經絡：治療當採用藿朴夏苓湯、三仁湯等。(4)痰濕困脾：可採用附子理中湯、苓桂朮甘湯等加減治療。(5)脾腎陽虛，溫運失常：治療當以腎氣丸為主方化裁。(6)氣陰兩虛，清陽不升：臨床可用左歸丸加減治療。(7)瘀血阻滯，經脈不通：治療當用補陽還五湯加減⁽³⁾。

柴葛解肌湯方出<傷寒六書>中，其組成含柴胡、葛根、甘草、黃芩、羌活、白芷、芍藥、桔梗、石膏、生薑、大棗。其主要功用在於「解肌清熱」。傳統用以治療感冒風寒，鬱而發熱，惡寒漸輕，身熱身重，無汗頭痛，目疼鼻乾，心煩不眠，眼眶痛，脈浮微洪。柴葛解肌湯方中的羌活解太陽不盡之邪，葛根、白芷解陽明之邪，而柴胡解少陽初入之邪；臣藥的黃芩、石膏能清熱，而桔梗能宣肺解鬱；佐藥的芍藥、甘草能和營瀉熱；而使藥的生薑、大棗可調和營衛。實驗研究顯示，以 65 隻紐西蘭白兔為實驗對象，觀察經口餵食柴葛解肌湯對家兔白細胞致熱原 (LP) 性發熱效應及腦脊液 cAMP 含量的影響。實驗結果顯示，柴葛解肌湯不僅抑制白細胞致熱原(LP)引起的發熱反應，而且明顯降低家兔白細胞致熱原(LP)引起的腦脊液 cAMP 含量增多⁽¹⁷⁾。另外，通過對部分患者甲皺微循環、血液流變學各項指標等治療前後觀察，顯示本方藥具有改善微循環、降低血液黏滯性、增加血流量等作用⁽¹⁸⁾。臨床上，柴葛解肌湯主要報告有治療病毒感染性發熱、治療急性化膿性扁桃體炎、治療病毒感染性發熱等對多種熱症皆有好療效^(19,20,21)。

吉林省宋水清認為重症肌無力屬中醫的痿證虛病範疇。肝藏血主筋，腎藏精生髓，津生於胃，散佈於肺，所以此病與肝、脾、腎、肺的關係密切。脾胃虛弱，濕熱內生，侵淫經脈，使營衛受陷，久則氣血運行不利，氣滯血瘀，筋脈肌肉失去濡養而弛縱不收而成痿證。故運用補腎健脾、宣肺化痰、軟堅散結、活血化瘀的治療方法會取得非常好的療效。臨床醫案應用六味地黃丸加減每天 5 次鼻飼治療，方藥：枸杞子、何首烏、野菊花、枇杷葉、茯苓、白朮、半枝蓮、黃耆、

山藥、白花蛇舌草、當歸、山茱萸、杜仲、百合、龜板、黃精、三七、天冬、北沙參、龍骨、龍眼肉、五味子、西洋參、木靈芝，治療 5 天後病情稍有好轉，能夠吞咽少量流食，四肢能夠做小幅度平移活動。繼續服藥 10 劑，患者能夠自主呼吸，咳嗽有力，吞咽食物順利，能夠下床自主活動⁽²²⁾。

大陸學者方鑒等以弗氏完全佐劑誘發關節炎大鼠為模型，觀察六味地黃湯對佐劑性關節炎大鼠細胞免疫、體液免疫功能的作用，並與環磷酰胺和環胞素 A 進行比較。結果顯示，六味地黃湯口服給藥對佐劑性關節炎大鼠的關節腫脹具有明顯的抑制作用，並表現出一定的量效關係；對其免疫功能紊亂也具有治療作用，可使其低下的淋巴細胞增殖水平恢復正常。表明六味地黃湯對佐劑性關節炎大鼠的治療作用與免疫抑制劑環磷酰胺與環胞素 A 不同，其作用不是通過免疫抑制而是通過調節免疫平衡來實現的⁽²³⁾。如此的佐證也為六味地黃丸治療重症肌無力，提供其可能機轉。

這位 58 歲女性病患因為全身手足腰膝無力，甚則無法久站及行走而到嘉基中醫部求診。患者除重症肌無力併胸腺瘤外，素有糖尿病，B 型肝炎，高血壓心臟病併僧帽瓣、三尖瓣及主動脈瓣逆流，糜爛性胃炎、胃潰瘍等，為多器官疾病而屬多病因、多病位、病機複雜的個案。依臟腑病機四要素分析，本重症肌無力的主要病機，以脾虛氣陷，肝腎陰虛火旺為本，脾虛濕滯中焦，經脈氣血瘀滯為標。治則初診以解肌清熱，滋養肝腎，方用柴葛解肌湯解肌清熱，實際上是瀉陰火，升發陽明清氣。依李東垣脾虛陰火的治病模式，典型脾虛氣陷，陰火亢盛者，立補中益氣湯健脾益氣、升提舉陷，乃甘溫除熱法，當陰火過於亢盛者，有用苦寒瀉陰火法、或甘溫與苦寒並用，或甘寒與苦寒並用，其升發脾陽或陽明清氣，則以升提風藥治之。重症肌無力屬中醫「痿證」的範疇，內經有痿證獨取陽明，乃濕熱成痿之治法，陽明主宗筋，脾主四肢肌肉，故脾胃虛溼熱不化，久則傷及肝腎。本病例重症肌無力的臨床表現，屬

脾虛氣陷，陰火過於亢盛，導致經脈氣血瘀滯，故四肢麻痛無力。東垣所謂陰火乃濕熱，由脾虛氣陷所引起。故本病例方用柴葛解肌湯，取石膏黃芩芍藥瀉陰火，乃甘寒與苦寒並用，葛根解肌生陽明清氣，柴胡羌活白芷取風藥勝濕除熱。由於患者重症肌無力，病勢已至全身手足腰膝無力，甚則無法久站及行走，此痿證已傷及肝腎，故合以六味地黃湯，隨症加減，續服半年後，其四肢麻痛無力感明顯改善。此重症肌無力病患中醫治療有兩年之久，病機複雜，症狀繁多。追蹤診療，或加木瓜柔肝緩筋，或加疏經活血湯處理血瘀及肌肉酸痛的問題，其全身無力明顯獲得改善，提高了重症肌無力患者的生活品質。

致 謝

感謝行政院衛生署中醫藥委員會提供研究計畫經費，計畫編號 CCMP99-CMA-7。

參考文獻

1. 蔡光強、王世晞：基礎病理學，藝軒圖書出版社，台灣 1992; 907-908。
2. Tierney LM, Mcphee SJ, Papadakis MA: Current Medical Diagnosis & Treatment, McGraw-Hill Companies, USA 1998; 968-970。
3. 張誠、陳金亮、胡軍勇：中醫對重症肌無力病因病機的探討，光明中醫，大陸 2000; 15(91):12-14。
4. 蘇衛東、楊曉黎：重症肌無力中醫臨床思考，時珍國醫國藥，大陸 2006; 17(1): 120-121。
5. 洪珮珊：照顧一位重症肌無力患者之護理經驗，護理雜誌，台灣 2005; 52(5):91-97。
6. 邱浩彰、葉建宏：重症肌無力危象的加護照顧，中華民國重症醫學雜誌，台灣 2001; 3 (2) :174-183。
7. 林艷翠：中西醫結合治療重症肌無力 22 例臨床分析，光明中醫雜誌，大陸 2009; 24 (11):2163-2164。
8. 歐陽泉：中西藥結合治療重症肌無力 30 例，中醫中藥雜誌，大陸 2007; 18; 23。
9. 潘鄧記、楊明山、蔡玉祥：中西醫結合治療重症肌無力臨床觀察，中國中西醫結合雜誌，大陸 2001; 21(1):64-65。
10. 劉亞軍、滿運軍、王佳、王春生：重症肌無力中醫辨證與西醫分型及療效探討，北京中醫藥，大陸 2009; 28(3):206-208。
11. 蘇衛東：重症肌無力中醫臨床辨治再思考，新中醫，大陸 2009; 41(2):109。
12. 王殿華、陳金亮：加味麻黃附子細辛湯治療頑固性重症肌無力 31 例，上海中醫藥雜誌，大陸 2008; 42(7):3。
13. 黃景璿：針刺治療眼肌型重症肌無力 28 例，黑龍江中醫藥，大陸 2005; 15(5):49。
14. 趙武能、廖運新、董東海：針刺對重症肌無力患者血漿雌二醇和睾酮的影響，中華臨床醫師雜誌，大陸 2007; 1(3):46-48。
15. 嚴寶珠、馬朝陽、熊修安：電針治療眼瞼下垂 80 例，現代中西醫結合雜誌，大陸 2007; 16(27):4011。
16. 李衍濱、李春紅：益筋方對實驗性重症肌無力小鼠 T 細胞及 IL-22 的影響，中華全科醫學，大陸 2009; 7(3):226-228。
17. 蔡群、李弘、鄧志堅：柴葛解肌湯對家兔白細胞致熱原性發熱效應及腦脊液 cAMP 含量的影響，中國病理生理雜誌，大陸 1990; 6(6):429。
18. 陳慧敏、陳文傑：柴葛解肌湯加味治療血液病的臨床研究，實用中西醫結合雜誌，大陸 1990; 3(2):105。
19. 侯建民、靳秀明、李麗英：新柴葛解肌湯治療高熱症 42 例，河北中醫，大陸 1991; 13(6):24。
20. 袁肇湘：柴葛解肌湯加減治療急性化膿性扁桃體炎 48 例，福建中醫藥，大陸 1999; 30(4):47。
21. 張舒冠：柴葛解肌湯加減治療病毒感染性發熱 56 例，浙江中醫雜誌，大陸 1994; 29 (3):110。
22. 宋水清、高福興：六味地黃丸加減治療重症肌無力 1 例，吉林中醫藥雜誌，大陸 2007; 27(9):49。
23. 方鑒、張永祥、茹祥斌：六味地黃湯對佐

劑性關節炎大鼠免疫功能的影响，中藥藥

理與臨床，大陸 2001;17(1):3。

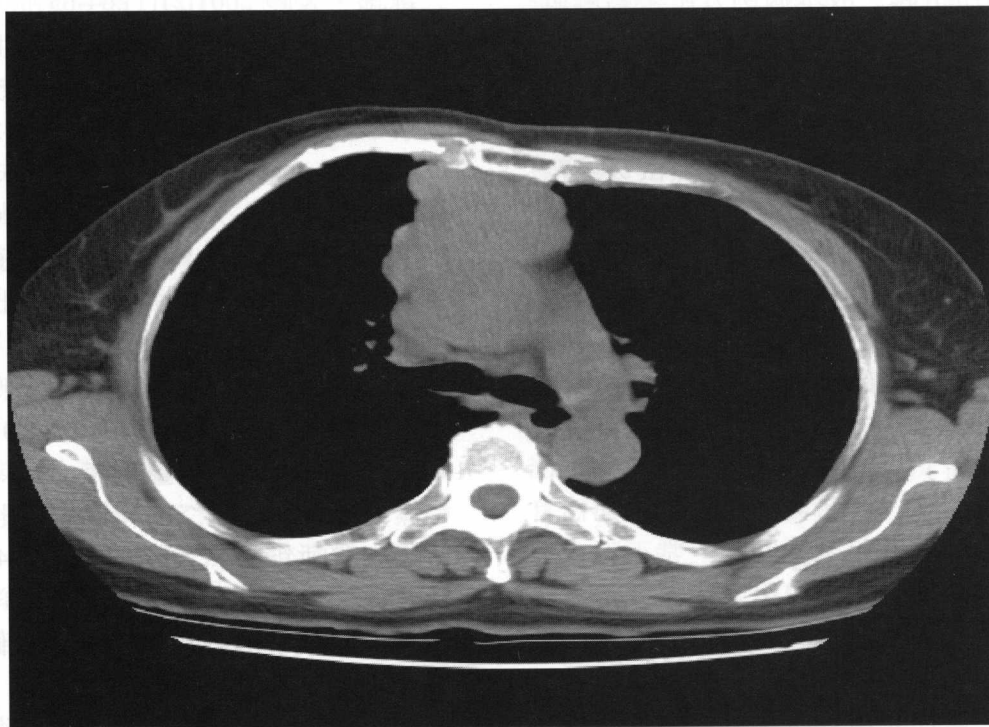


圖 1. 電腦斷層影像顯示在胸骨後方及心臟主動脈弓前方有胸腺瘤

Treatment of Myasthenia Gravis with the Integration of Chinese and Western Medicine: A Case Report

Ming- Ho Chen,* Ching-Wen Huang, Pei-Hsiu Hung,
Wei-Ying Hsieh

Department of Chinese Medicine, Chiayi Christian Hospital, Chiayi, Taiwan

Abstract

This 58 year-old female patient suffered from fatigue, muscular weakness, diplopia, ptosis and swallowing difficulty since 2006. Then she visited the doctor of neurological department, and thymoma was found in the CT scan. Then she received surgical operation and 28 times of radiation therapy at NTUH. Due to the general malaise, limb weakness, diplopia, disability of long standing, she visited our Chinese medicine department and asked for further treatment on November in 2007.

Myasthenia gravis is a chronic acquired autoimmune disease, and its character is the fluctuating weakness of voluntary muscles. Sometimes it is associated with thymic tumor, thyrotoxicosis, rheumatoid arthritis and lupus erythematosus. According Chinese medical theories, this chronic myasthenia gravis is belonging to the area of ptosis, diplopia, muscle weakness and atrophy. Basically, the pathomechanisms of the present case are the spleen qi vacuity and fall, effulgent yin vacuity fire of the liver and kidney, as well as the spleen vacuity and damp stagnation in the middle burner, the qi and blood stasis in the channels.

The case under received Western medical treatment, the anticholinesterase drugs do not significantly improve the symptom of muscle weakness for myasthenia gravis, but integrated treatment of Chinese medicine with chai-ge jie-ji tan resolved muscle and cleared heat, liu-wei di-huang wan enriched yin and supplemented the liver and kidney, and adding medicinal of blood quickening and freeing network vessel. The treatment of Chinese medicine provide symptomatic benefit and highly increase the quality of life.

Key words: Myasthenia Gravis, Chai-ge Jie-ji Tan, Liu-wei Di-huang Wan.

*Corresponding author: Ming-Ho Chen

Department of Chinese Medicine, Chiayi Christian Hospital

Tel: 05-2765041 ext 6100

E-mail: 02158@cych.org.tw