

癲癇病的五運六氣病理分析與中醫調理：古典理論、現代證據與臨床整合報告

執行摘要

癲癇 (epilepsy) 是以反覆癲癇發作傾向為核心的慢性腦部疾病，現代醫學所處理的是神經元網絡異常過度、同步放電及其結構性、遺傳性、感染性、代謝性、免疫性或未知原因；中醫的「癇病 / 癲癇 / 驚癇」與現代 epilepsy 並非一一對應，因此古籍中的「癇、瘥、厥、暑癇」必須按歷史語境解讀，不能全部直接等同現代癲癇。[1]

本報告的核心判斷是：五運六氣可以作為中醫辨證中「時間—氣候—體質—病邪」的上層框架，但目前沒有足夠證據證明某一歲運、司天、在泉或出生干支可獨立造成、預測或診斷癲癇。《素問》把風、熱、濕、火、燥、寒與木火土金水、三陰三陽、五臟聯繫起來，並以太過、不及、司天、在泉說明疾病的時令偏向；這是一套前現代的宏觀相關模型，而不是已被神經生理學驗證的 epileptogenesis 因果模型。[2]

就中醫內部邏輯而言，癲癇最有解釋力的核心病理不是單一「某運某氣」，而是風、痰、火、痰與正虛相互轉化：厥陰風木偏盛可映射「肝風內動」；少陰君火 / 少陽相火偏盛可映射「火熱動風、痰火擾神」；太陰濕土偏盛或土運不及可映射「脾失健運、濕聚成痰」；寒水太過可間接困遏脾陽、助濕生痰，而水運不及 / 腎陰不足則可按「水不涵木」形成虛風。這種映射是**中醫理論推演**，不是現代病理學已證實的器官或神經傳導機制。[3]

直接研究「五運六氣—癲癇」的現代證據仍極少。2025 年《廣州中醫藥大學學報》一項以 UK Biobank 22 個社區、8,389 名癲癇患者進行的分析，報告發病在干支、歲運、司天在泉及主氣分布上有統計差異；但公開摘要只顯示病例內部的頻數、構成比與卡方檢驗，未提供足以確認因果關係的資料，也未從摘要中看到非癲癇對照、實測氣象暴露及多重比較控制，因此目前最多可視為**假說生成型關聯證據**。[4]

對「中藥 / 針灸作為癲癇輔助治療」的證據則比五運六氣本身多，但質量不穩定。2023 年針灸輔助西藥 meta-analysis 納入 17 個 RCT、1,389 人，報告發作頻率及整體療效等指標有利於針灸，但作者將總體證據評為低至中等，且全部 RCT 來自中國、盲法與分配隱藏不足。[5] 2024 年兒童中藥加針灸 meta-analysis 納入 10 試驗、882 人，治療失敗 RR 0.30，但 EEG 異常並未顯著改善；研究者將主要療效與不良事件證據評為中等、EEG 證據極低，並指出隨機化、盲法、短期追蹤及終點定義不一致等問題。[6] 相對而言，Cochrane 2014 年納入 17 個 RCT、1,538 人後認為針灸對癲癇的有效性及安全性仍不確定。[7]

因此，臨床上最合理的定位是：先完成神經科診斷及抗癲癇發作藥物 (ASM) 治療，再把中醫辨證、生活調理及必要時的針藥作為輔助策略；不能依五運六氣推算停藥、換藥或

延誤手術評估。 NICE 指引仍以正規癲癇診斷、ASM 選擇及專科管理為核心，並主張可能時採單藥治療；自行突然停藥可能造成發作失控。[8]

證據結論：五運六氣對癲癇的直接臨床證據為**極低**；中藥或針灸作為 ASM 輔助治療約為**低至中等確定性、依人群與終點而異**；沒有可靠證據支持以五運六氣取代 EEG、MRI、癲癇分類或標準抗發作治療。[9]

五運六氣理論的來源與疾病觀

《黃帝內經》的基本框架

現存《黃帝內經·素問》的運氣相關大論以五行、五運、六氣、三陰三陽、太過不及、司天與在泉等概念，把自然界氣候節律與人體生理病理聯繫起來。《天元紀大論》明言天之風、熱、濕、燥、寒與地之木、火、土、金、水相配，又提出五行之治各有「太過不及」；這構成五運六氣病因病機推演的核心。[10]

《五運行大論》給出了歲運與天干、六氣與地支的基本配置：**甲己土、乙庚金、丙辛水、丁壬木、戊癸火**；**子午少陰、丑未太陰、寅申少陽、卯酉陽明、辰戌太陽、巳亥厥陰**。[11]《至真要大論》進一步把六氣概括為「厥陰—風、少陰—熱、太陰—濕、少陽—火、陽明—燥、太陽—寒」，並要求治病同時考慮六化、五臟與盛衰。[12]

運氣要素	傳統含義	與癲癇辨證可能相關之處
木運 / 厥陰風木	生發、風、肝系統	最直接對應肝風內動、抽搐、眩暈、筋脈拘急；屬理論對應，不是「木運造成癲癇」。[13]
火運 / 少陰君火、少陽相火	熱、火、心 / 心包、少陽	火熱可耗津、生痰、動風；可構成「痰火擾神」「熱極生風」。[14]
土運 / 太陰濕土	濕、脾胃、運化	太陰濕盛或脾土虛弱，可按中醫理論形成「濕聚成痰→風痰閉阻」。[15]
水運 / 太陽寒水	寒、藏、腎系統	寒濕可困脾助痰；水不足則按「水不涵木」推演為肝陽 / 虛風偏動。後者主要是後世中醫病機整合，直接運氣證據不足。[13]
金運 / 陽明燥金	燥、肺、大腸	與癲癇關係相對間接；燥熱傷津後可能加重陰虛或痰熱，但不宜把燥金作癲癇主要病機。[13]

從古代「天人相應」到現代可檢驗假說

五運六氣真正值得現代研究之處，不在把天干地支當作確定性預言，而在於把其拆解為可測量變量：氣溫、濕度、氣壓、日照、季節、感染流行、睡眠改變以及個體體質 / 既有腦病變，再檢驗它們是否影響發作風險。這種轉譯保留了「時—氣—人」思想，同時避免把

傳統分類本身當作已證實的生物學機制。現有 8,389 人五運六氣研究雖提供關聯線索，但仍不足以完成這種因果驗證。[4]

值得注意的是，《備急千金要方》已有「風癇」及「胸中有痰」的論述，甚至記載久病者「遇天陰節變便發動」；這是非常早期的氣候—發作觀察，但它屬古代經驗記錄，不能視為現代流行病學證據。[16]

五運六氣框架下的癲癇病理模型

最合理的整合模型

把五運六氣直接等同現代癲癇病因容易過度解讀。比較嚴謹的模型應分成三層：

第一層是現代疾病基礎。癲癇可以源於結構、遺傳、感染、代謝、免疫或不明原因，臨床必須先判斷發作是否確屬癲癇以及其發作型態；EEG、腦影像及病史在適當患者中是重要診斷工具。[17]

第二層是中醫內在易感基礎。可概括為肝、脾、心 / 心包、腎之功能失調，形成風、痰、火、瘀或陰精不足；古代經絡語言如足厥陰肝經、足太陰脾經、足少陰腎經、手厥陰心包經以及督脈「入腦」等，只能理解為中醫功能網絡，並不等於現代神經解剖的傳導束、腦葉或癲癇網絡。[13]

第三層才是運氣 / 時令修飾因子。某些氣候與時令條件可以按傳統理論偏向助風、助火、助濕、傷陰或困陽，再與既存體質疊加；因此合理的表述是「增加某證候形成的理論傾向」，而不是「某年一定發癲癇」。[18]

主要可推演證型及機制

運氣背景 與證型	臟腑 / 經絡 框架	主要病理鏈	典型辨證線索	理論可信度
厥陰風木 偏盛 → 肝 風內動 / 風痰閉阻	肝—足厥 陰、膽—足 少陽，兼脾 胃、督脈	木風偏盛或肝失 調達 → 風動；脾 濕生痰 → 痰隨風 升 → 蒙蔽清竅、 抽搐	發作前眩暈、胸 悶、痰多；抽 搐、口吐涎沫； 苔白膩、脈弦滑	中醫內部一致性較強； 現代運氣因果證據極 低。[19]
少陰 / 少 陽火盛 → 痰火擾神	心 / 心包、 肝膽，兼脾 胃	火熱煎津 → 痰 熱；火擾神明、 熱盛動風 → 發作 易劇	易怒、失眠、口 苦咽乾、便秘、 痰黏；舌紅、苔 黃膩、脈弦滑數	傳統病機合理；無證據 證明「火運」本身可預 測發作。[20]
暑熱入營 → 熱極生 風	心包、肝	熱邪入營 → 耗傷 津液 → 肝風內 動、痙厥	高熱、神昏、手 足抽搐、舌絳等	《溫病條辨》直接描 述，但更接近急性熱病 性痙厥，而非一般慢性

運氣背景 與證型	臟腑 / 經絡 框架	主要病理鏈	典型辨證線索	理論可信度
				epilepsy。[21]
太陰濕土 偏盛 / 土 運不及 → 脾虛痰濕	脾—足太 陰、胃—足 陽明	脾運不足 → 水濕 不化 → 痰濁內生 → 痰阻清竅；遇 風則風痰相搏	面色少華、倦 怠、納差、胸 悶、痰多；舌淡 胖、白膩、脈滑 弱	常見中醫基礎證候；直 接針對癲癇的高質量驗 證不足。[15]
水不足 → 肝腎陰 虛、虛風 內動	腎—足少 陰、肝—足 厥陰	腎陰 / 精不足 → 肝木失養 → 陽失 潛藏、虛風內動	久病、發作後疲 乏、腰膝酸軟、 耳鳴、潮熱 / 盜 汗、舌紅少苔、 脈細弦	屬中醫後期 / 本虛模 型；與癲癇直接 RCT 證 據很弱。[22]
痰瘀阻竅 / 腦絡瘀 阻	心腦、肝 脾，兼督脈	久病入絡、頭部 損傷等 → 瘀血； 痰瘀互結 → 清竅 不利、風動反覆	固定頭痛、面色 晦暗、舌暗或瘀 斑、脈澀；可兼 痰象	有少量現代臨床研究， 但證據主要為小型研 究。[23]

這裡尤其要區分「風」和現代癲癇性放電：中醫「風」是一種用來描述動搖、抽搐、善行數變的病機概念；它不是腦電圖上的 epileptiform discharge。「痰蒙清竅」也不能理解為腦內存在可影像化的黏液，而是中醫對意識、認知、痰濕體質及發作表現的功能性分類。這種概念邊界是把傳統醫學與現代神經科整合時最重要的防誤讀原則。[24]

《溫病條辨》的特殊意義

《溫病條辨》記載「小兒暑溫，身熱，卒然瘳厥，名曰暑癇」，並解釋為「火極而內風生」；成人則說「熱初入營，肝風內動」，建議在清營法中加入鉤藤、丹皮、羚羊角。這是火熱—傷津—肝風—瘳厥病機鏈最清楚的古典例子之一。[21]

然而，現代臨床上高熱伴首次抽搐、腦炎、代謝異常、急性症狀性發作或癲癇持續狀態都需要立即依現代醫學評估；不能因為古籍稱「暑癇」便先在家以清營湯、紫雪丹等處理。[25]

古典文獻與現代研究的證據綜合

古籍能證明甚麼，以及不能證明甚麼

《黃帝內經》提供的是五運六氣的理論來源，可以證明古代醫家如何把風熱濕燥寒、五行、三陰三陽與疾病相連，但不能證明某個干支或歲運對現代診斷的癲癇具有因果效應。[2]

《備急千金要方》則直接保存了「風癇」「驚癇」「胸中有痰」及節氣變化誘發的描述，例如白羊蘚湯條明確說「小兒風癇，胸中有痰」；同書也含水銀、雄黃、鉛丹、蜣螂、蛇蛻等今日不宜照搬的歷史性藥物，這正說明古籍是病機與醫學史資料，而不是可以原樣複製的現代安全處方集。[\[26\]](#)

《溫病條辨》提供熱盛動風／肝風內動的清楚病機，但主要處理溫熱病過程中的急性痙厥，因此對一般慢性癲癇的外推性有限。[\[21\]](#)

代表性現代研究

下表中的「證據評級」是本報告依研究設計、樣本量、偏倚、直接性與結果一致性所做的工作性判斷，不是正式 **GRADE** 再評級。

研究	設計 / 樣本	主要結果	主要限制	本報告判斷
周逸倩等，2025，《廣州中醫藥大學學報》	UK Biobank 22 社區癲癇患者 8,389 例 ；按五運六氣因素作頻數、構成比及卡方分析	天干、地支、歲運、司天在泉、主氣分布報告有差異，均 $P<0.05$ ；己、亥年較多，丙、卯年較少	摘要未顯示非癲癇對照、實測氣象暴露及多重比較處理；病例內分布不能建立因果	極低：直接運氣證據，假說生成。 [4]
孙江燕等，2021，《中醫雜誌》	題名報告 34 例隨機對照試驗 ；痰氣鬱滯證耐藥性局灶性癲癇，原 ASM 基礎上柴貝止癇湯 vs 對照 / 安慰處理，3 個月	治療第 2、3 月 50% responder rate 較高；未發現與柴貝止癇湯添加治療相關不良事件	樣本很小、短期、證型高度選擇，難泛化	低。 [27]
任麗等，2024，《上海針灸雜誌》	RCT 80 名兒童，40/40 ；對照左乙拉西坦，治療組另加針刺 + 「癲癇促效方」，3 個月	報告總有效率 97.5% vs 80.0%；治療後月發作次數 1.19 ± 0.36 vs 2.24 ± 0.53 ；EEG 改善率 95% vs 75%；不良事件差異未顯著	單篇、小樣本；盲法 / 分配隱藏有限；多項終點及「總有效率」易產生偏倚，缺乏長期復發資料	低。 [28]
Xue 等，2023，Frontiers in Neuroscience	17 RCT、1,389 人 ；針灸 + 西藥 vs 西藥	有效率 OR 4.28；發作頻率 SMD -3.29 ；QOL 指標報告改善	17 項均來自中國；部分隨機、盲法、分	低至中等，偏低解讀。 [5]

研究	設計 / 樣本	主要結果	主要限制	本報告判斷
			配隱藏不足； 穴位及操作高度異質；作者明確稱證據低至中等	
Cheuk & Wong, Cochrane 2014	17 RCT、1,538 人	針灸 + 中藥對 ≥50% 發作減少未顯示明確效果；針灸 + 丙戊酸對無發作 / 控制亦無明顯優勢	試驗少、異質性高、高偏倚風險	低 / 不確定 ；是重要的負面平衡證據。 [7]
2024 PLOS ONE 兒童 meta-analysis	10 RCT、882 人 ； 中藥 + 針灸	治療失敗 RR 0.30；不良事件 RR 0.27；但治療後 EEG 異常 RR 0.82, 95% CI 0.60–1.11, 無統計顯著	隨機化、盲法、分配隱藏不足；追蹤短；主要療效終點由作者重新組合	作者評主要療效 / AE 中等，EEG 極低 ；仍需保守解讀。 [29]
Zhao 等, 2022, Frontiers in Pharmacology	20 研究、1,830 名 難治性癲癇患者； 中藥 + ASM	報告月發作頻率及 EEG 指標較佳，不良事件 RR 0.45	多數試驗方法學品質差、高或不確定偏倚	低 。 [30]
Sun 等, 2023, Frontiers in Pharmacology	23 RCT、1,901 名 卒中後癲癇患者	口服中藥 + 常規治療的 75% responder RR 1.46；總 responder RR 1.29；部分不良事件較少	只適用卒中後癲癇；作者指出臨床資料品質不佳、異質性與發表偏倚	低至中等 且僅限特定人群。 [31]

綜合這些結果，最值得警惕的是「統計顯著 ≠ 高可信度」。許多中國小型 RCT 的效果量很大，但同時存在盲法困難、分配隱藏不足、短追蹤、研究者自訂「有效率」、發表偏倚及不同方藥 / 穴位混合等問題。新版 meta-analysis 因納入更多中國研究而呈現較積極結果，並不真正消除 2014 Cochrane 所指出的核心偏倚問題。[\[32\]](#)

因此，截至 2026 年，尚無高確定性證據證明某個五運六氣分型配合特定方藥，能降低癲癇患者長期無發作率、SUDEP、住院、癲癇持續狀態或停 ASM 成功率。目前較積極的證據集中於短期發作頻率、複合「有效率」、生活品質及部分 EEG 指標，而且結果不完全一致。[\[33\]](#)

中醫辨證論治與調理方案

以下劑量只作專業臨床討論的成人湯劑參考範圍或原研究／古方劑量，不是個人處方。使用者未指定年齡、體重、妊娠狀態、肝腎功能、癲癇類型或現用 ASM，因此兒童、老人、孕婦、肝腎病患者絕不可按表自行換算服用。尤其全蠍、蜈蚣、膽南星、半夏、朱砂、礦物藥及含保育動物來源藥材均需專業評估。古方中含水銀、朱砂、雄黃、鉛丹者更不應原樣自用。[26]

常見證型的方藥與針灸

證型	辨證要點	方藥方向與劑量參考	針灸／經絡策略	調理重點
風痰閉阻	發作前眩暈、胸悶、乏力、痰多；發時突然倒地、抽搐、涎沫；舌淡或正常、苔白膩，脈弦滑	經典核心為定癇丸思路：化痰熄風、開竅安神。現代教材式加減例可見：法半夏 9g、膽南星 6g、橘紅 9g、茯苓 15g、白術 15g、黨參 30g、天麻 15g、遠志 6g、石菖蒲 9g；某些方案另用全蠍 9g、蜈蚣 3 條，但毒性／過敏與質控問題使其只宜專科中醫師決定。[34]	豐隆 ST40、太沖 LR3、風池 GB20、百會 DU20 / 神庭 DU24、內關 PC6，可按痰重加足三里 ST36；發作當下不針刺。針刺療效證據低至中等且方案高度異質。[5]	規律作息；避免睡眠不足與大量飲酒等已知可增加發作風險的因素。[35]
痰火擾神	心煩易怒、口苦、失眠、痰黏難咯、便秘、小便黃；舌紅、苔黃膩，脈弦滑數	傳統常用龍膽瀉肝湯合滌痰湯思路；臨床精簡加減可在龍膽草約 3–6g、黃芩 6–9g、梔子 6–9g、法半夏 6–9g、膽南星 3–6g、竹茹 6–9g、茯苓 / 茯神 9–15g、石菖蒲 3–6g 等範圍辨證調整。這不是有高質量 epilepsy RCT 支持的固定配方。方證方向見現代中醫內科資料。[36]	太沖 LR3、行間 LR2、豐隆 ST40、內關 PC6、神門 HT7、百會 DU20；火熱明顯時一般不以溫灸為主。針灸應由合資格醫療人員完成。[5]	避免把「清火」理解為停 ASM；記錄睡眠、壓力、月經、酒精、感染及發作日誌，比單按歲運判斷更有臨床價值。標準治療仍以癲癇專科管理為主。[37]
熱盛動風／肝風內動實熱型	高熱、煩躁、神昏、抽搐、舌紅絳乾、脈弦數	《溫病條辨》採清營法並加鉤藤、丹皮、羚羊角；後世羚羊角鉤藤湯原方參考量為羚羊角片 4.5g、桑葉 6g、川貝 12g、鮮生地 15g、鉤藤 9g、菊花 9g、茯神木 9g、	急性高熱痙攣／持續發作時，不以門診針灸優先，而應先依癲癇急救流程處理。穩定期若仍有肝陽／風象，再	重點是查明感染、代謝或其他急性原因，不應先自行服清熱熄風藥而延誤急診。[40]

證型	辨證要點	方藥方向與劑量參考	針灸 / 經絡策略	調理重點
		白芍 9g、甘草約 2.4g、竹茹 15g。但此方證屬急性熱盛動風，不是慢性癲癇的家庭急救處方；羚羊角亦涉及野生動物保育與現代替代問題。[38]	由專業人員選太沖、風池、百會等。[39]	
肝腎陰虛、虛風內動	病久、發作間歇期精神疲乏、頭暈耳鳴、腰膝酸軟、口乾 / 盜汗；舌紅少苔、脈細弦	可參考鎮肝熄風湯思路；傳統成人量記載約懷牛膝 30g、生赭石 30g、生龍骨 15g、生牡蠣 15g、生龜板 15g、生白芍 15g、玄參 15g、天冬 15g、川楝子 6g、生麥芽 6g、茵陳 6g、甘草 4.5g。該方原本並非專為 epilepsy 建立，故不可因「肝風」二字直接套方。[41]	太溪 KI3、三陰交 SP6、太沖 LR3、足三里 ST36、百會 DU20，可取「滋水涵木、調肝腎」的傳統思路；沒有高質量研究證明此特定穴組能提高長期無發作率。[7]	保證睡眠及藥物依從性優先；不宜以「補腎」為理由服來歷不明的動物藥、重金屬製劑。[42]
陰液大傷、虛風蠕動	主要見於溫病後期的神倦、手足蠕動 / 癱瘓、舌絳少苔、脈虛弱，與一般慢性癲癇證型並不完全相同	《溫病條辨》大定風珠歷量：白芍 18g、阿膠 9g、龜板 12g、乾地黃 18g、麻仁 6g、五味子 6g、牡蠣 12g、麥冬 18g、炙甘草 12g、雞子黃 2 枚、鱉甲 12g。此處列出是為忠實呈現古方，不是建議慢性癲癇患者照方服用。[43]	穩定期可採陰經補法思路，如太溪 KI3、三陰交 SP6、足三里 ST36；研究證據不足以確認此證型—穴位配對。[7]	若患者因急性重病後出現新發抽搐，應先排除腦炎、電解質或代謝問題等現代急症，而不是直接判為「虛風」。[44]
痰瘀阻竅 / 瘀阻腦絡	發作反覆，兼固定刺痛、頭部外傷 / 卒中史、面色晦暗、舌暗或瘀斑；常兼	2024 兒童 RCT 的「癲癇促效方」研究方案為牡蠣 30g、龍齒 25g、丹參 15g、雞血藤 15g、鬱金 12g、桃仁 10g、苦杏仁 10g、膽南星 6g、法半夏 6g、白礬 3g，每日一劑煎至 300mL、分 2 次；這是該研究的方案，不等同推薦劑	同一 RCT 使用人迎 ST9、天柱 BL10、風府 DU16，留針 30 分鐘、每 5 分鐘操作一次，每週 6 次、2 週一療程、療程間隔 1 週，總療程 3 月；ST9 鄰近頸動脈，	丹參、桃仁等活血藥若患者同時使用抗凝 / 抗血小板藥物，應由醫師與藥師逐項核對；整張方亦需考慮肝腎功能、過敏及其他共病。該 RCT 本

證型	辨證要點	方藥方向與劑量參考	針灸 / 經絡策略	調理重點
	痰象	量，更不能直接外推到所有兒童或成人。[45]	絕不可自行針刺。[45]	身規模僅 80 人。[46]

對古方「定癇丸」尤其需要現代化處理

傳統定癇丸體系可含朱砂等鎮心安神藥；古代其他驚癇方甚至直接含水銀、雄黃、鉛丹。[47] 朱砂為硫化汞類礦物，雖與可溶性汞鹽的吸收與毒代動力學不同，但長期或不當用藥仍有肝、腎及汞暴露風險，因此不應因「古方」二字假定安全，更不宜自行長期服用含朱砂 / 水銀 / 雄黃的癲癇成藥。[48]

現代臨床較合理的做法，是保留「熄風、化痰、開竅」的組方結構，再依患者證候及安全性以天麻、法半夏、茯苓、膽南星、石菖蒲、遠志等重新組方，而非機械複製含重金屬的歷史處方；但即使如此，也沒有證據支持患者自行把這些藥替代 ASM。[49]

針灸的實務定位

目前沒有獲得高確定性驗證的「癲癇標準穴位套餐」。近年 RCT/meta-analysis 常見督脈、頭面部、內關、足三里、豐隆、太沖等穴，但穴位、電針參數、留針時間與療程差異很大，這本身就是系統性回顧所指出的異質性來源。[5]

因此比較合理的專業方案是：**發作間歇期**按證型取少數核心穴，記錄每 28 天發作頻率及不良事件，以 8–12 週作初步療效評估；不要在抽搐發作進行時針刺，不要讓家屬自行針刺人迎、風府等高風險部位。這一方案是基於安全與可測量性的臨床整合原則，而非已被某項大型 RCT 證明的唯一最佳 protocol。現有針灸研究整體仍屬低至中等質量。[50]

艾灸、推拿、飲食與生活方式

艾灸若用於脾腎陽虛、寒濕明顯者，可由專業人員考慮足三里、關元、氣海、脾俞、腎俞等傳統溫補思路；但目前沒有足夠高質量 RCT 證明這能降低 epilepsy 的長期發作率，因此不能列為核心抗發作療法。火熱、陰虛熱盛證亦不宜機械使用溫灸。對正在意識不清或抽搐的患者更不應使用明火灸，以免燒傷。

推拿比較適合定位為改善肌肉緊張、睡眠及生活品質的輔助措施，而不是「止癇急救」；發作中應避免強行按壓、拉扯四肢或頸部。現有針灸 / 中醫 meta-analysis 並未提供足以證明推拿具有獨立抗發作效果的高確定性證據。[51]

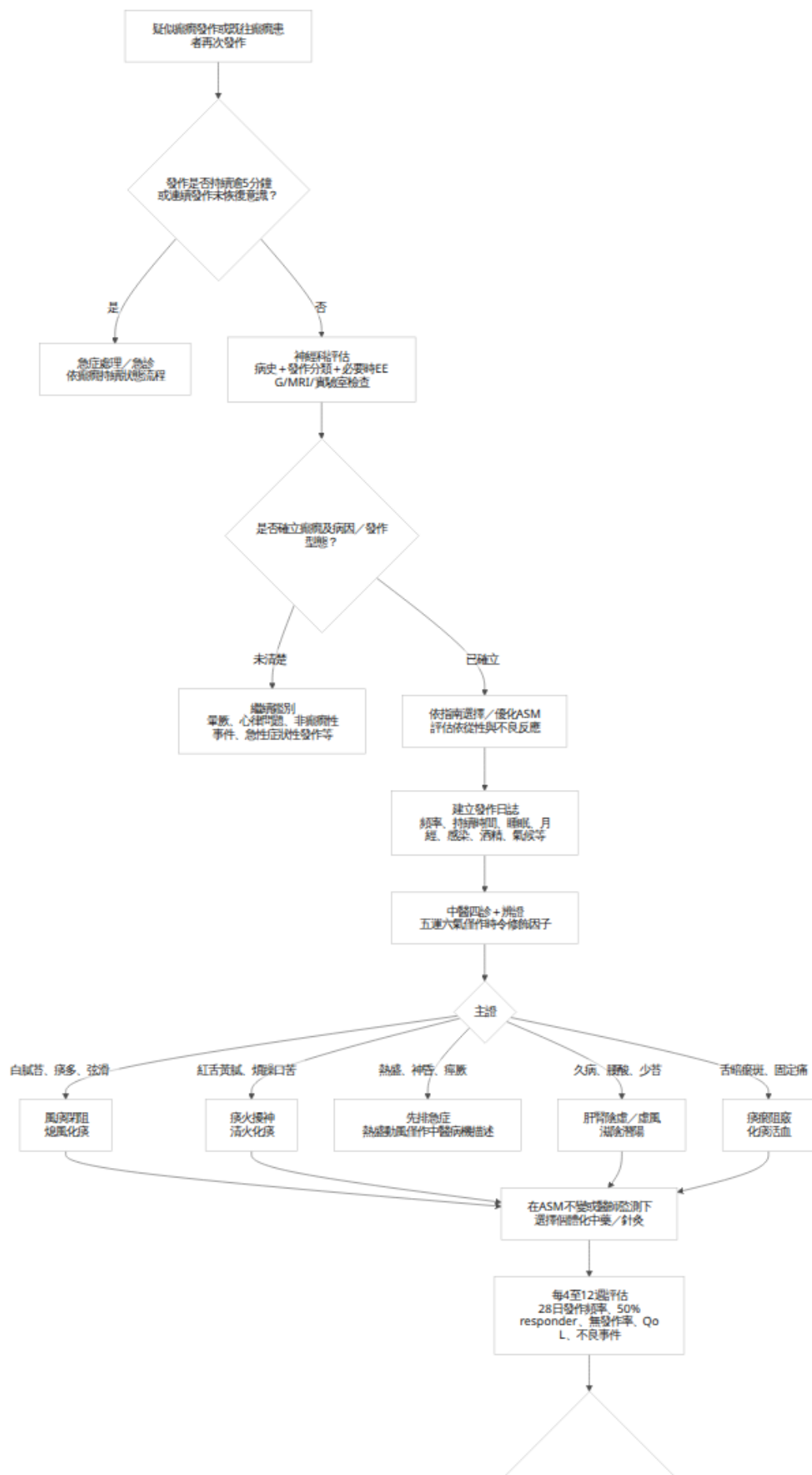
飲食與生活方式最有證據價值的並不是某種「木年食酸、火年食苦」式固定食療，而是保持規律睡眠、規律服藥、避免過量酒精及確認個人發作誘因；睡眠不足、飲酒等可增加部分患者的發作風險。[35] 五運六氣可用來提醒患者注意季節變化，但目前沒有證據支持僅憑當年運氣調整飲食便可預防癲癇發作。[4]

診療流程、安全性與藥物交互作用

建議的診斷到治療流程

標準癲癇評估與 ASM 管理應放在流程最前端；只有患者已穩定並完成發作分類後，才有條件判斷中醫證候。NICE 等指南仍以抗發作藥物及必要時的專科治療為標準管理核心。

[52]



發作持續約 **5 分鐘以上**，或反覆發作而中間意識未恢復，應按癲癇持續狀態 / 長時間發作處理，而不是等待中藥或針灸起效。NICE 的急症指引以苯二氮草類等標準急救方案處理持續發作。[39]

一般發作急救包括保護頭部、移開危險物、待安全時側臥、鬆開頸部衣物並計時；**不要把手指、筷子、湯匙、藥丸或液體塞入口中，也不要強行壓住抽搐肢體。**[53]

中藥與抗發作藥物的交互作用

中藥與 ASM 的安全性不能只靠「天然」判斷。對 carbamazepine 的系統性 herb-drug interaction 回顧曾找到多種草藥 / 食品交互作用，絕大部分屬藥物動力學性質；由於 carbamazepine 本身具有複雜的 CYP 代謝與自我誘導作用，因此新增複方中藥時應特別謹慎。[54]

中藥 / 成分	主要問題	臨床處理
天麻 Gastrodia elata	大鼠藥動學研究顯示可減弱 carbamazepine 自我誘導並增加其血中暴露；這是前臨床訊號，尚不能直接定量套用人體。[55]	與 carbamazepine 同用者，尤其出現複視、眩暈、共濟失調、嗜睡等時應告知神經科及中藥醫師；必要時監測藥物濃度。
銀杏 / 白果製品	有病例報告顯示 Ginkgo biloba 可誘發癲癇發作，ginkgotoxin 與降低發作閾值相關；對癲癇患者不應把銀杏當一般「健腦補充品」。[56]	原則上避免自行使用，尤其白果種子 / 來源不明製劑。
朱砂 / 含汞古方	含硫化汞；不恰當或長期使用有腎、肝及汞暴露風險。[48]	不宜自行長期服用；不要直接複製古代驚癇、安神方。
膽南星、半夏	古方常見，但原生藥具刺激 / 毒性，臨床應使用合規炮製品；癲癇患者尤其不宜自行買生藥試服。	僅使用有品質控制的炮製飲片，並由中醫師處方。
全蠍、蜈蚣	傳統用於熄風止癇，但藥材質控、過敏及毒性問題使其治療窗較一般食品性藥材窄。定癇類方案確有使用傳統。[34]	不能自行加量；兒童、孕婦、多重用藥及肝腎疾病者尤其慎用。
複方中藥 + 多種 ASM	交互作用可能同時涉及 CYP、P-gp、蛋白結合及中樞鎮靜；臨床研究通常不足以排除罕見交互作用。[57]	最理想由神經科、中醫師、藥師共享完整藥單；一次只改變一項輔助治療，方便追蹤因果。

一個值得注意的矛盾是：部分實驗研究試圖以中藥抑制 P-glycoprotein 來增加抗發作藥在腦內濃度，從「改善耐藥」角度看似有利；但從臨床藥理看，同一現象也意味著**藥物暴露與毒性可能改變**。因此「增強西藥效果」不能自動等於安全，仍需要人體藥動學研究。[58]

臨床應用建議與研究缺口

臨床上如何合理使用五運六氣

最穩健的做法不是先查患者出生年份，而是採取「標準診斷→固定基線→中醫辨證→運氣作修飾→前瞻追蹤」的次序。五運六氣最多用來提出例如「今年／本季風、濕、火偏盛時，這名患者既有風痰或痰火證是否真的加劇」的假說，再以發作日誌驗證；若個人資料並不支持，就不應硬套歲運。這種方法較符合《內經》所強調的盛衰、五臟、六化整體判斷，也避免把干支當成宿命式預測。[\[18\]](#)

臨床療效應優先記錄**每 28 天發作次數、≥50% responder rate、完全無發作率、發作持續時間、救援藥使用、生活品質及不良事件**，而不是只報「顯效／有效／無效」。現有中醫研究的一個重大問題正是療效定義不統一；2024 年 meta-analysis 甚至必須重新建立複合「治療失敗」終點才能合併研究。[\[59\]](#)

對耐藥性癲癇，尤其已嘗試合理 ASM 方案仍控制不佳者，應優先回到癲癇中心評估病因、手術或其他專科治療資格，而不是不斷疊加中藥。中國 2024 年中西醫結合診療方案亦明確指出，若為可定位致癇灶的難治性癲癇等情況，可考慮手術治療。[\[60\]](#)

最需要回答的研究問題

目前最大的缺口不是再做一批「某方＋西藥總有效率 95%」的小型試驗，而是建立可以真正檢驗五運六氣的研究設計。直接的五運六氣癲癇研究目前只有很初步的關聯訊號，因此尚無法確認「木運之年、風象之年、寒濕年份」是否在控制年齡、出生年代、地區、季節、溫濕度、感染、睡眠與藥物依從性後仍有獨立效應。[\[4\]](#)

較有價值的下一代研究應採多中心前瞻性 cohort，把五運六氣預先轉換為可重現的演算法，同時收集逐日氣象暴露、穿戴式睡眠資料、ASM 血中濃度與電子發作日誌；分析計畫需預註冊並控制多重比較。五運六氣分型若要成為有效 biomarker，還必須證明它能在既有臨床變量之外提供**增量預測價值**，而不只是事後找到 $P < 0.05$ 的干支組別。這是根據現有 8,389 人研究方法所暴露出的問題而提出的研究設計推論。[\[4\]](#)

方藥研究則應使用明確的癲癇分類與 ILAE 型終點、足夠長的基線期及至少 6–12 個月追蹤；隨機化、分配隱藏、評估者盲法及獨立不良事件監測都需要改善。現有 meta-analysis 反覆指出短追蹤、盲法不足、終點不一致、樣本量小及研究地域過度集中等問題。[\[32\]](#)

中藥—ASM 藥動學也是明顯空白。像天麻—carbamazepine 已有動物交互作用訊號，但缺乏足夠人體研究；若將來證實中藥會改變 CYP、P-gp 或 ASM 腦內濃度，這既可能解釋部分「增效」，也可能帶來劑量相關毒性。[\[61\]](#)

推薦優先閱讀的一手與高價值來源

優先度	文獻	最適合回答的問題
-----	----	----------

優先度	文獻	最適合回答的問題
核心古典原典	《黃帝內經·素問·天元紀大論》	五行、風熱濕燥寒、太過不及的原始理論。[10]
核心古典原典	《黃帝內經·素問·五運行大論》	天干配五運、地支配六氣、司天在泉基礎。[11]
核心古典原典	《黃帝內經·素問·至真要大論》	「厥陰風、少陰熱、太陰濕、少陽火、陽明燥、太陽寒」及六氣病機。[12]
癇病古典原典	《備急千金要方》風癇 / 驚癇相關篇	「風癇」「胸中有痰」及節變誘發的古代臨床觀察；同時可看到古方安全性為何不能原樣照搬。[16]
溫病原典	《溫病條辨》暑癇條	熱極生風、肝風內動的經典病機及其與急性熱病痙厥的關係。[21]
直接五運六氣研究	周逸倩等，2025，8,389 例	目前少數直接把五運六氣與癲癇大樣本資料連結的研究；應當作探索性證據讀。[4]
中文原始 RCT	孫江燕等，2021，柴貝止癇湯	痰氣鬱滯證耐藥性局灶性癲癇的小型隨機試驗。[62]
中文原始 RCT	任麗等，2024，針刺 + 癲癇促效方	可查到具體方量、穴位及兒童試驗數據，但樣本小、外推性有限。[63]
重要平衡性系統回顧	Cochrane 2014, Acupuncture for epilepsy	對早期針灸 RCT 的保守結論，是避免只閱讀陽性中國研究的重要來源。[7]
較新系統回顧	Xue et al., 2023; PLOS ONE 2024	顯示近年資料較積極，但同時清楚揭示盲法、終點與研究品質問題。[64]

整體臨床結論是：五運六氣最適合被理解為中醫的**時間性辨證框架**，而不是癲癇病因檢測工具。對個體患者而言，「風痰閉阻、痰火擾神、熱盛動風、肝腎陰虛、痰瘀阻竅」比單純問「今年是甚麼運」更具有臨床辨證價值；運氣只能用來修飾、不能凌駕於四診與神經科診斷。現代中藥及針灸研究提示一定的輔助治療潛力，但尚不足以取代 ASM 或專科治療，而直接支持「依五運六氣選方即可改善癲癇預後」的可靠證據目前仍然缺乏。[65]

[1][17][24][40][44] 癲癇

https://www.who.int/zh/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy?utm_source=chatgpt.com

[2][3][10][13] 黃帝內經·素問第六十六·天元紀大論·無壓力閱讀版·再探針灸大成網站

<https://acupun.site/huangdineijing/suwen66.html>

[4] [9] [65] 基于五运六气理论探讨 8389 例癫痫患者发病规律 - 中国生物医学文献服务系统

<https://www.sinomed.ac.cn/article.do?ui=2025511712>

[5] [32] [50] [64] Frontiers | Effectiveness of acupuncture as auxiliary combined with Western medicine for epilepsy: a systematic review and meta-analysis

<https://www.frontiersin.org/journals/neuroscience/articles/10.3389/fnins.2023.1203231/full>

[6] [29] [59] Efficacy and safety of herbal medicine combined with acupuncture in pediatric epilepsy treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials | PLOS One

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0303201>

[7] [33] [51] 針灸治療癲癇 | Cochrane

https://www.cochrane.org/zh-hant/evidence/CD005062_acupuncture-epilepsy

[8] Epilepsies in children, young people and adults | Guidance

https://www.nice.org.uk/guidance/ng217/chapter/4-Principles-of-treatment-safety-monitoring-and-withdrawal?utm_source=chatgpt.com

[11] 五運行大論六十七__黃帝內經素問吳注_繁体字版原文全文-東里書齋

<https://www.donglishuzhai.net/chapter/8775.html>

[12] [14] [15] [18] [19] [20] www.quanxue.cn

https://www.quanxue.cn/ct_zhongyi/suwen/suwen75.html

[16] [26] 備急千金要方

<https://jicheng.tw/tcm/book/%E5%82%99%E6%80%A5%E5%8D%83%E9%87%91%E8%A6%81%E6%96%B9/index.html>

[21] [38] 溫病條辨

<https://jicheng.tw/tcm/book/%E6%BA%AB%E7%97%85%E6%A2%9D%E8%BE%A8/index.html>

[22] [43] 平息内风剂 大定风珠《温病条辨》 - 中医中药网

https://www.zyqjg.com/article-1843-1.html?utm_source=chatgpt.com

[23] [28] [45] [46] [63] acumoxj.com

<https://www.acumoxj.com/uploads/20240821/fcb18763538050ad0a6effdafd196ed8.pdf>

[25] [39] Epilepsies in children, young people and adults | Guidance

https://www.nice.org.uk/guidance/ng217/chapter/7-Treating-status-epilepticus-repeated-or-cluster-seizures-and-prolonged-seizures?utm_source=chatgpt.com

[27] [62] 柴贝止痫汤联合抗痫药物治疗痰气郁滞证耐药性癫痫伴意识 ...

https://dianda.cqvip.com/Qikan/Article/Detail?id=7104751344&utm_source=chatgpt.com

[30] Chinese Herbal Medicine Combined With Antiepileptic ...

https://www.frontiersin.org/journals/pharmacology/articles/10.3389/fphar.2022.917099/full?utm_source=chatgpt.com

[31] Frontiers | Efficacy and safety of Chinese herbal medicine in post-stroke epilepsy: a systematic review and meta-analysis

<https://www.frontiersin.org/journals/pharmacology/articles/10.3389/fphar.2023.1286093/full>

[34] [49] 癫痫的中医诊断与治疗

https://ccdas.pmphai.com/appguide/toPcDetail?id=1915582761658220545&knowledgeLibPrefix=guide&sessionId=&utm_source=chatgpt.com

[35] 癫痫发作- 症状与病因- 妙佑医疗国际

https://www.mayoclinic.org/zh-hans/diseases-conditions/seizure/symptoms-causes/syc-20365711?utm_source=chatgpt.com

[36] [47] 癫痫中医治疗（《中医内科学》第七节痫病）

https://www.haodf.com/neirong/wenzhang/8107479887.html?utm_source=chatgpt.com

[37] [52] Epilepsies in children, young people and adults | Guidance

https://www.nice.org.uk/guidance/ng217/chapter/5-Treating-epileptic-seizures-in-children-young-people-and-adults?utm_source=chatgpt.com

[41] 中藥方劑圖像數據庫- 記錄頁面

https://sys01.lib.hkbu.edu.hk/cmed/cmfid/detail.php?id=F00135&utm_source=chatgpt.com

[42] [48] Pharmacology, Toxicology, and Rational Application of ... - PMC

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9532072/?utm_source=chatgpt.com

[53] 强直阵挛性发作（癫痫大发作） - 诊断与治疗- 妙佑医疗国际

https://www.mayoclinic.org/zh-hans/diseases-conditions/grand-mal-seizure/diagnosis-treatment/drc-20364165?utm_source=chatgpt.com

[54] Interaction of Carbamazepine with Herbs, Dietary ... - PMC - NIH

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3760091/?utm_source=chatgpt.com

[55] [61] Herb-drug interaction of gastrodiae rhizoma on ...

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32526641/?utm_source=chatgpt.com

[56] Ginkgo biloba precipitating epileptic seizures

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11742783/?utm_source=chatgpt.com

[57] Interaction of carbamazepine with herbs, dietary ...

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24023584/?utm_source=chatgpt.com

[58] 基于痰气郁滞病机中医药干预难治性癫痫 MDR1/P-gp 表达的 ...

https://www.iikx.com/fund/1/ba11d824b57614f749c28847d06507e5.html?utm_source=chatgpt.com

[60] 癫痫的中西医结合诊疗方案

https://www.bjtcn.net/zh/article/doi/10.16025/j.1674-1307.2024.03.002/?utm_source=chatgpt.com