

肺炎合併呼吸衰竭病例報告

蔡文廷、黃雅慧、阮膺旭、許維宏、楊東壁

慈濟醫院大林分院

摘要

患者為 76 歲女性，因高血壓中風住院後發生肺炎合併呼吸衰竭，於西醫加護病房靠呼吸器維生，使用多種抗生素治療，但發燒仍然持續未退，因此家人要求會診中醫。傳統醫學對本病提供了積極的治療作用，因此提供同道參考與指教。呼吸衰竭，屬於中醫「氣脫」的範疇，其病因病機有邪熱壅盛，熱陷心包、內閉外脫，肺胃陰虛、肝腎陰虛氣脫等情況。本病例由於熱邪肺胃陰傷，痰熱壅滯，三焦氣機不利，導致呼吸衰竭，以和解少陽為主，清熱解毒、補氣養陰生津法論治，中西醫共同照護，達到病人康護出院之目的。

關鍵詞：肺炎合併呼吸衰竭、氣脫、高血壓
中風

前言

《內經》《素問·大奇論篇》：“肺之壅，

喘而兩肱滿。”喘息、鼻張、肩息均是指肺氣氣機壅滯，臨床表現呼吸困難，從輕到重而病位主要在肺。《靈樞·本神篇》：“肺氣虛…，實則喘喝，胸盈仰息”，均指外感致喘，屬於邪實之證。《素問·玉機真臟論》說：“秋脈…不及則令人喘”。肺炎合併呼吸衰竭，見於溫病熱邪入里，肺胃氣分高熱，津氣大傷氣脫，現代醫學施以呼吸器維生，開創了繼續在中醫「辨證論治」的基礎上，與西醫「辨病」相結合的契機，在胸腔科加護病房的照護下，依據理法方藥施以中藥的治療，最後達到恢復自我呼吸，順利出院的目的地。

臨床表現

持續高熱，喘息、鼻張、肩息臨床從輕到重呼吸困難的表現，程度不甚病勢較緩，以喘息為主要症象，邪盛正衰最後則呼吸衰竭，由舌紅或絳、苔少或無甚至光滑如鏡，脈數知發熱深淺與時間，判斷熱邪導致肺胃陰傷，氣管插管抽痰黃白稀稠、量多寡辨痰熱壅肺進展，本病易於診斷但治療棘手。若

通訊作者：蔡文廷醫師

通訊地址：622 嘉義縣大林鎮民生路 2 號

E-mail: wilson@mail2000.com.tw

電話：(05) 2648000 轉 5547

接受日期：2005. 4. 8

脈細無力等陽虛陰液大傷諸象，則邪盛正衰，病危預後甚差；若脈弦數有力，雖有陰液津傷諸象，則邪盛正氣不衰，有賴現代醫學呼吸器的使用，為危重病人締造了一線生機。(1,8)

病因病機

(一)風寒多為重感風寒，邪襲於肺，肺衛為邪所傷，外則鬱閉皮毛，內則壅遏肺氣，若表寒未解，內已化熱，或肺中素有蘊熱，寒邪外束，熱不得泄，則熱為寒鬱，肺失宣降，氣逆而喘，氣津兩傷甚則氣脫。

(二)風熱熱邪犯於肺，肺氣壅實，肺失宣肅或邪熱內盛，蒸液為痰，痰熱蘊出，清肅失司，肺氣上逆，發為喘促，邪熱盛可逆傳心包，熱陷心包內閉外脫，或順傳陽明，肺胃氣津兩傷氣脫，甚則肝腎陰虛氣脫。(2,3)

病例報告

(一)基本資料

姓名：蕭張×，性別：女性，年齡：76歲，職業：家庭主婦，婚姻：已婚，病歷號碼：202445092，身高：154公分，體重：57公斤。

初診：93/10/08，會診：93/11/11

(二)主訴：

發燒合併呼吸困難已數天。

(三)個人史：

高血壓、中風病史。無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣。

(四)過去病史：

1. 高血壓，西藥規則控制已數年。
2. 2004/09 發生右側中大腦動脈支梗塞 (MCA infarction)，合併左側肢體無力。
3. 全膝關節置換術(s/p TKR)約已十年。
4. 白內障手術於 1997 年。
5. 無過敏史。

(五)現病史：

93/09/08 在彰基住院接受治療，9/20 因吸入性肺炎合併呼吸衰竭，轉入加護病房接受插管及呼吸器治療。9/10-9/25 使用第二線抗生素 Unasyn，9/26 胸部肺 X 光片上，無明顯肺炎現象，尿液檢查有些微菌尿情形，作中心靜脈血 (CVP) 細菌培養有 *Pseudomonas aeruginosa* and *Klebsiella pneumoniae*，改用 cefazolin。10/03 成功拔管。

10/08 轉入本院繼續治療，住院期間繼續使用抗生素及支氣管擴張劑，10/16 因呼吸急促，意識變差，合併呼吸性酸中毒，再度緊急插管送入呼吸加護病房，住院期間因呼吸有囉音及痰音，會診心臟科作心臟超音波檢查結果：dilated LA。2. moderate MR, mild TR and PR。3. trace pericardial effusion。

10/17 胸部肺 X 光片上，顯示肺兩外側中央和右上葉侵潤現象，10/18 出現兩側下肢壓陷性水腫和頸靜脈充盈現象，建議使用利尿劑及血漿，10/14 Amikin 200mg iv q12h 加 Fortum 2g iv q8h 使用到 10/20。

10/18 持續高燒，尿液細菌培養檢查結果：proteus Vulgaris。

10/21 使用 Unasyn 3g iv q6h 至 10/25。

10/25 病人問題總結：1. Pneumonia with respiratory failure。2. FUO R/O UTI。3. anemia。4. Hypernatremia and hypokalemia。5. Old CVA。10/26 持續仍有發燒情形，增加使用 cravit 5# qd 至 11/01，11/02 使用 Timentin 3.2g iv q6h，11/05 使用 Diflucan 150 mg po qd 至 11/16，prednisolone。11/11 因使用抗生素後，高燒仍不退，家屬要求會診中醫。

實驗室數據：

10/08：WBC:7440，Hb:11.4，Na:135，K:4.85，BUN/Cr:17/0.7，Glucose:100。

10/19：WBC:11060，Hb:9.3，BUN:43。

10/25：WBC:12190，Hb:8.5。11/04：Na:146.6，BUN:30。11/14：TSH 22.68 uIU/mL，Free T4 0.58ng/dl (Hypothyroidism)，加 Eltraxin 西藥：Augmentin 1.2g iv q8h，Norvasc 1# qd，Atrovent +bricanyl、Nootropril 1# po tid。

(六)中醫四診(呼吸加護病房中診察)：

望診：體型中等，眼神呆滯，兩眼無神，面色白，唇紅乾微裂。點滴輸液治療中，手腕有約束帶，固定在床邊護架欄。舌質紅絳，光面少苔，舌有裂痕。

聞診：對聲音無明顯反應，氣管插管接呼吸器，被動呼吸及鼻胃管灌食，抽痰色黃稍黏稠量不多，易抽出。

問診(護士)：往來寒熱，大便不暢，腹滿稍脹，偶需灌腸，燥動不安，鼻胃管灌食納可，插尿管尿袋出來尿量比進入水份量稍少。

切診：脈弦滑、數。

(七)中醫診斷：

1. 熱竭氣陰兩脫
2. 肝陽上亢中風

西醫診斷：

1. 肺炎合併呼吸衰竭。
2. 不明熱。
3. 高血壓。
4. 腦血管栓塞。

(八)中醫治法：

和解少陽，清熱解毒、消痰開結，治須清透併用，補散兼施，既要透散半表半裡之邪，清泄少陽兼太陽陽明之邪熱，同時防止熱邪持續傷陰耗氣，至病邪深入(營)血分，並需時時顧護胃氣，補益正氣，養陰涼血生津以收功。

辨證論治

(一)六經辨證：少陽位居半表半裡，病邪雖已離太陽之表，尚未入里與陽明有形實邪相結，少陽寒熱往來特點，不同於太陽病惡寒發熱；也不同於陽明病之但熱不寒，邪不在衛表，邪不在表則不可發汗；病非里實，更不可攻下。況且病情危急，主要以和解少陽最穩當。

(二)三焦辨證：病位雖起於上焦，但有形痰熱阻滯心下，膽熱擾心，躁擾不安，不可施用吐法，中焦因已插胃管，故無胃氣上逆可見，腹脹滿但無燥屎為脾氣虛，不可攻下而宜用清熱和解去邪、補氣養陰生津法。

(三)衛氣營血證：衛分氣分辨舌苔，營分血分辨舌質，熱邪已入氣分導致臟腑功能失調，並以開始損傷血中津液，入營猶可透熱轉氣，何況其仍未離肺胃氣分，為氣營兩傷，治以清熱涼血、氣營兩清法。^(2,5)

處方診察記錄

小柴胡湯合小陷胸湯加減清熱解毒、補氣養陰生津。

煎藥：11/12-11/18

白朮 4 錢、玉竹 3 錢、姜半夏 3 錢、炙甘草 2 錢、板藍根 3 錢、枳殼 3 錢、北柴胡 3 錢、栝蒌仁 3 錢、白茯苓 5 錢、黃芩 3 錢、黃精 3 錢、棗紅 2 錢、豬苓 3 錢、黨參 5 錢。

痰白稠，不易抽出，鼻胃管灌服中藥後腹脹仍，發燒熱勢已減退、舌質紅，脈弦滑數。WBC:9900，Hb:10.4，BUN:25，K:4.84。

11/18-11/22

太子參 5 錢、白朮 3 錢、姜半夏 3 錢、生地黃 3 錢、赤芍 3 錢、枳實 3 錢、北柴胡 2 錢、栝蒌實 3 錢、白茯苓 4 錢、黃芩 2 錢、黃精 3 錢、當歸 3 錢、蒲公英 3 錢、豬苓 4 錢、黨參 5 錢。

灌服中藥後，高燒明顯退下，降至 37C 以下，腹脹減，舌質紅，脈弦滑稍數，小便量可。

11/24-11/26

太子參 6 錢、白朮 3 錢、姜半夏 3 錢、生地黃 3 錢、赤芍 3 錢、枳實 3 錢、北柴胡 2 錢、栝蒌實 3 錢、白茯苓 4 錢、黃芩 2 錢、黃精 3 錢、當歸 3 錢、蒲公英 3 錢、豬苓 4 錢、黨參 6 錢。

出現低中發燒，次數一日約 1~2 次，痰稍多，意識較清楚，對聲音已有反應，自我呼吸加強，呼吸器調整至輔助模式，

於 11/25 成功拔管。

11/26-11/30

太子參 6 錢、白朮 3 錢、姜半夏 3 錢、生地黃 3 錢、赤芍 3 錢、枳實 3 錢、北柴胡 2 錢、栝蒌實 3 錢、白茯苓 4 錢、黃芩 2 錢、黃精 3 錢、當歸 3 錢、蒲公英 3 錢、豬苓 4 錢、黨參 6 錢。

拔管後呼吸仍顯費力，RR:28/min，偶有血尿發生，排便不順，輕微發燒，舌質紅，脈弦滑。

12/01-12/03

五味子 2 錢、太子參 6 錢、白朮 3 錢、白茅根 4 錢、姜半夏 3 錢、生地黃 3 錢、枳實 3 錢、桂枝 1.5 錢、北柴胡 2 錢、栝蒌實 3 錢、白茯苓 4 錢、麥門冬 3 錢、黃芩 2 錢、川黃連 3 錢、黃精 3 錢、當歸 3 錢、豬苓 4 錢、澤瀉 3 錢、黨參 6 錢。

呼吸仍費力，痰仍多痰白，稍喘，舌質紅，脈弦有滑象。

12/03-12/08

五味子 3 錢、太子參 6 錢、白朮 3 錢、白茅根 4 錢、姜半夏 3 錢、枳實 3 錢、桂枝 1 錢、北柴胡 2 錢、栝蒌實 3 錢、白茯苓 3 錢、麥門冬 3 錢、黃耆 4 錢、川黃連 2 錢、黃精 3 錢、當歸 3 錢、豬苓 3 錢、黨參 5 錢。

仍喘，痰稍多，舌質稍紅，脈弦滑。

12/08-12/10

五味子 3 錢、太子參 5 錢、白朮 3 錢、白茅根 3 錢、姜半夏 3 錢、枳殼 3 錢、桂枝 1.5 錢、北柴胡 2.5 錢、栝蒌實 3 錢、白茯苓 3 錢、麥門冬 3 錢、黃耆 4 錢、川黃連 2.5 錢、黃精 4 錢、當歸 3 錢、豬苓 3

錢、黨參 5 錢。

呼吸較平順稍喘，痰已減，舌質稍紅，脈弦滑。出院帶藥。

討論及臨床心得

女性老年患者，因高血壓中風住院後，發生肺炎合併呼吸衰竭，治療中使用多種抗生素，但發燒仍然持續未退，病情危重家人要求會診中醫。醫院中時常面對這種挑戰。首先必須審慎與對：依據『金匱要略』：夫病痼疾，加以卒病，當先治其卒病，後乃治其痼疾也。會診治療方針，當先以治其熱邪為先、中風在後，病屬少陽合併太陽表邪，入里化熱痰熱結于胸膈，先予小柴胡合小陷胸湯加減，等症狀逐漸改善，加強補氣養陰，故最後能成功拔管，正確辨證論治是中醫診治不二法門。

處方首選仲景名方—小柴胡湯，少陽兼太陽病仲景有云『傷寒中風，有柴胡證，但見一證便是，不必悉具。』傷寒論柴胡主證：『傷寒五六日，中風，往來寒熱，胸脅苦滿，默默不欲飲食，心煩，喜嘔、或胸中煩而不嘔，或渴，或腹中痛，或脅下痞硬，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微熱，或欬者，小柴胡湯主之。』少陽兼陽明病：『陽明病發潮熱，大便溏，小便自可，胸脅滿不去者，與小柴胡湯。』少陽不和兼陽明不調：『陽明病，脅下硬滿，不大便而嘔，舌上白胎者，可與小柴胡湯。上焦得通，津液得下，胃氣因和，身濺然汗出而解。』小柴胡湯病機不外熱犯少陽，氣機不暢，三焦氣阻。治療原則扶正去邪兼顧，一方面清散泄熱，一方

面和中益氣，最終正氣戰勝邪氣，病情向愈。

由於本方半夏、生薑配柴胡、黃芩，寒熱互施、辛散苦泄，柴胡解郁、黃芩清熱和半夏辛散疏通氣郁、生薑化痰和胃降逆，調暢氣機；黨參、大棗、甘草，補脾益氣助正氣以去邪，合乎病危的特殊性。再選主治痰熱結胸、胸脅心下悶痛的名方--小陷胸湯加減，以寬胸下氣，加黃精補氣生津、白朮健脾益氣、茯苓健脾滲濕等強化消化及免疫功能，取豬苓增強免疫清濕熱，用玉竹養陰生津，枳殼化痰行氣消積，最後板藍根清熱涼血解毒，取其抗病毒作用，既清熱解毒暢達氣機、又健脾養陰生津來收功。

（投稿日期：2005 年 4 月 1 日）

參考資料

1. 張伯臾、董建華、周仲瑛：中醫內科學，知音出版社，台北，1997：108-120。
2. 何新慧、翟慕東：傷寒經緯，上海中醫藥大學出版社，大陸，1999：38，78。
3. 楊進、萬海同、劉國強：溫病學，人民衛生出版社，大陸，2003：85-86，118，122-123。
4. 陳潮祖：中醫治法與方劑，人民衛生出版社，大陸，2002：657-671。
5. 劉聖、陳禮明：清熱中藥現代藥理與臨床，安徽科技出版社，大陸，1999：6-11，40-46，178-181。
6. 季宇彬：中藥活血化瘀有效成分與應用，黑龍江科技出版社，大陸，1994：38-43，236-239，399-401。

7. 駱和生、羅鼎輝、王培訓、李杰芬、攀台生：免疫中藥學，協和及北京醫科大學聯合出版社，大陸，1999：167-172，192-5，295，84-85。
8. 謝博生、高德治、李竹雄、廖運範、郭壽雄、柯麗鏞、余政經：哈里孫內科學，杏文出版社，台北，1996：1372-1373。

Pneumonia Leading to Respiratory Failure A Case Report

Wen-Ting Liao, Ya-Hui Huang, Ying-Xu Ruan, Wei-Hong Xu, Dong-Bi Yang
Buddhist Dalin Tzu Chi General Hospital

Abstract

A 76 year old woman was admitted to the hospital suffering from hypertension and a stroke. Shortly after entering the hospital she developed pneumonia which led to respiratory failure. She was put on respiratory support and received numerous antibiotics, but because her fever persisted, her family sought help from a Chinese medicine doctor.

Traditional Chinese medicine has provided positive results in regard to this disease, providing those who have pursued this field of study with numerous reference materials and guidance. Respiratory failure belongs to the category Chinese medicine refers to as “qi desertion”. The etiology and pathomechanisms are that of exuberant congestion of heat evil, heat sinking into the pericardium, internal block with external collapse, lung and stomach yin vacuity, liver and kidney yin vacuity, and qi desertion.

This case history is an example of heat evil causing lung and stomach yin vacuity, phlegm heat congestion and stagnation, and inhibition of the triple burner leading to respiratory failure. Treatment aims primarily at harmonizing the lesser yang while also clearing heat and resolving toxins, supplementing qi, nourishing yin and engendering fluids.

Treatment and care were given by both Western and Chinese methods until the patient left the hospital fully recovered.

Key words: pneumonia leading to respiratory failure; qi desertion; hypertension; stroke

