中醫參與長期照顧之病例報告

姓名	余００	病歷號碼		性別	■男　□女	出生日期	21 年 0 月 00 日

說明：1. 病歷記載需包含病患的鑑別診斷、病歷書寫、理學檢查、診斷、檢查及用藥等內容。
2. 指導醫師需注意被指導者看診的溝通技巧與醫病關係之建立的教學指導，指導後需於每一病歷上簽名。

一、 基本資料

姓名：余００
性別：男
年齡：83 歲
病歷號碼：
初診日期：105 年 03 月 30 日
問診日期：105 年 10 月 19 日
戶籍地址：

二、 主訴

咳喘半年

三、 現病史

這位 83 歲男性，過去有高血壓和心律不整等慢性病史，於民國 104 年 9 月因神智不清，送往長庚急診及神經內科病房診治，診斷為右側 MCA 的缺血性腦栓塞，經過急性治療，病情相對穩定後，轉至桃園長庚護理之家接受長期慢性照顧。家屬反映患者咳喘約半年，痰白質稀，夜間明顯或天冷加重，一年內曾經發生吸入性肺炎送往急診，於西醫病房接受抗生素治療。此外，患者因腦傷後行動不便，長期活床，左側肢體無力，右側肢體僵硬痙攣，吞嚥不利，目前以鼻胃管灌食，大便偏軟，睡眠尚可，右小腿處有一個 3*3 公分癒合不良的慢性傷口，此傷口目前無明顯的紅腫熱痛情形。

四、 過去病史

1. Recurrent ischemic infarction over right middle cerebral artery territory onset on 2015/09/01 with left hemiplegia under bedridden status
2. Recurrent aspiration pneumonia
3. Hypertension
4. Atrial fibrillation, CHA2DS2-VASc: 5

五、 個人史

飲食習慣：葷食
運動習慣：無
抽煙史：無
喝酒史：無
檳榔史：無

六、 家族史/旅遊史

無相關家族史和旅遊史。

七、 中醫四診

望：神智不清，目光無神，體態偏瘦，舌淡紅，萎軟，弄舌，苔白，絡脈平。

聞：語言不暢，喉間痰音明顯，眠時打呼。

問： 1.寒熱：身涼。

2.流汗：汗平。

3.頭面：面部零星紅疹。

4.口味：吞嚥不暢，偶出現被自身口水嗆咳情形，管灌牛奶。

5.胸脇：咳喘半年，痰白質稀，偶轉黏稠微黃，咳痰不暢，每日抽痰 3-5 次，天冷或夜間喘咳明顯，一年內曾經發生吸入性肺炎接受抗生素治療。

6.脘腹：消化尚可，鼻胃管反抽時無未消化的食物，無明顯腹脹。

7.腰背肢體：左側肢體無力，右側肢體僵硬；右小腿處有一個 3*3 公分的慢性傷口，目前無明顯的紅腫熱痛情形。

8.二便：大便偏軟，1-2 日一解；小便可自解，無須導尿管。

9.睡眠：睡眠尚可。

切：脈診：二脈軟弱，右脈稍浮。

觸診：身體四肢末梢冰涼感。

八、 現代醫學身體(理學)診察/實驗室檢查/影像暨特殊檢查

BT:35.7C Pulse:76BPM R:20/min BP:110/66mmHg BH:165cm BW:56.5Kg

VITAL SIGN: STABLE

GENERAL APPEARANCE: SMOOTH

HEENT: NP

CHEST: BS CRACKLE, RHB

ABD: SOFT

EXT:RIGHT LOWER LIMB WITH DEEP AND CLEAR WOUND

E4V2M4

Swallowing: on N-G

Muscle power:

3-4/1

3-4/1

Barbinski sign: -/+

2016/04/02

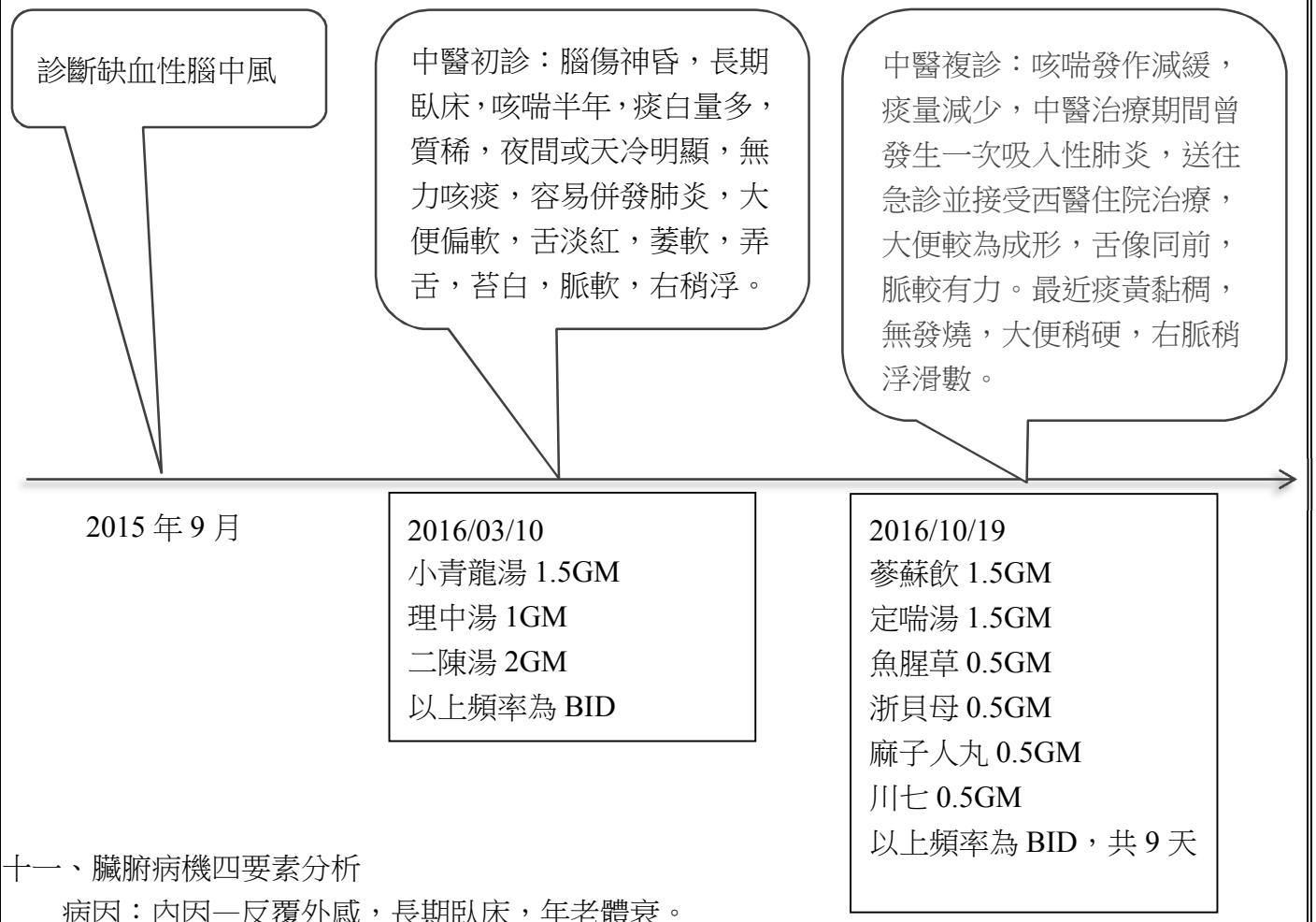
WBC	7.2	1000/uL	M3.9-10.6 F3.5-11
Hemoglobin	15.4	g/dL	M13.5-17.5 F12-16
Creatinine	0.82	mg/dL	M:0.64~1.27,F:0.44~1.03
Na(Sodium)	138	mEq/L	134-148
K(Potassium)	4.1	mEq/L	3.6-5.0
ALT/GPT	20	U/L	≦36
Albumin	3.54	g/dL	3.5-5.5

2015/07/22 Radiography of Chest A-P View(Supine)
Normal heart size
Mild tortuousity of thoracic aorta and calcified aortic knob
Reticular infiltration at both lungs
Small patchy density(ies) at BLL fields
Degenerative change of the spine
Compression fracture or decreased height of vertebral body at multiple levels
Nasogastric tube in place

九、 整體回顧

這位 83 歲男性，過去有高血壓和心律不整等慢性病史，於民國 104 年 9 月因神智不清，送往長庚急診及神經內科病房診治，診斷為右側 MCA 的缺血性腦栓塞，經過急性治療，病情相對穩定後，轉至桃園長庚護理之家接受長期慢性照顧。患者主訴咳喘約半年，痰白質稀，夜間明顯或天冷加重，咳痰功能不佳，每日抽痰 3-5 次，偶痰色黃較黏稠，一年內曾經發生吸入性肺炎送往急診，於西醫病房接受抗生素治療。此外，患者因腦傷後行動不便，長期臥床，左側肢體無力，右側肢體僵硬痙攣，吞嚥不利，偶被自身口水嗆到，目前以鼻胃管灌食，大便偏軟，眠可，右小腿處有一個慢性傷口，目前無明顯的紅腫熱痛情形。舌萎軟，弄舌，苔白，二脈軟弱，右脈稍浮，末梢肢體冰涼。

十、 時序圖



十一、臟腑病機四要素分析

病因：內因—反覆外感，長期臥床，年老體衰。

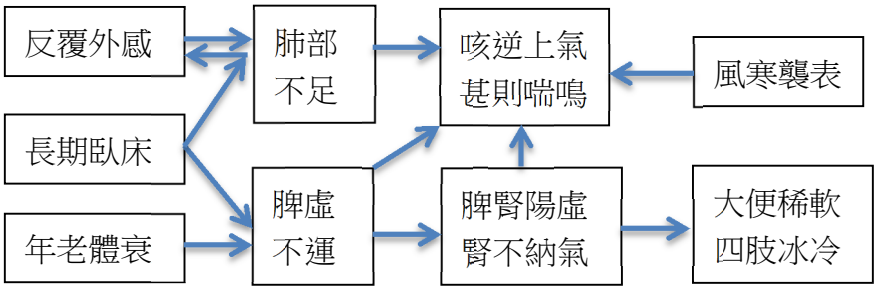
病位：肺、脾、腎。

病性：主證：腦傷神昏，長期臥床，咳喘半年，痰白量多，質稀，夜間或天冷明顯，無力咳痰，容易併發肺炎，舌淡紅，萎軟，弄舌，苔白，脈軟，右稍浮。

次證：大便稀軟，右下肢慢性傷口。

病勢：這位 83 歲男性由於發生缺血性中風，長期臥床，加上年老體衰、反覆外感，導致肺脾氣虛，脾為生痰之源，痰白量多，脾虛運化無權，大便稀軟，脾主四肢肌肉，脾虛則四肢瘦削，傷口癒合不良；肺為貯痰之器，咳嗽日久不愈，肺衛不足，容易反覆外感，若外邪襲表，則咳嗽頻作。肺脾不足，久必及腎，腎虛無以納氣，咳嗽喘鳴並見。

十二、病因病機分析圖



十三、診斷

西醫病名：慢性支氣管炎，缺血性腦中風 。

中醫證型：肺脾氣虛，風寒襲肺，兼有腎不納氣。

十四、治則

補土生金，辛溫散寒，化痰除飲，佐以補腎平喘。

理中湯 1GM

二陳湯 2GM

小青龍湯 1.5GM

以上頻率為 BID

十五、理法方藥分析

理：

咳嗽是指肺氣上逆作聲，咯吐痰液而言。咳，有聲無痰；嗽，有痰無聲。臨床上一般為痰聲併見，很難截然分開，但有時可資鑒別病理性質，以明確其重點。例如：乾咳為肺氣不清一多屬燥邪、氣火。痰嗽：為脾家有濕一多因痰濕內蘊。**本患者為痰嗽，為脾虛生痰，肺氣不開所致。**

《素問・咳論》指出："肺之令人咳，何也？岐伯對曰：五臟六腑皆令人咳，非獨肺也。"說明咳嗽一證雖屬肺病，但五臟六腑功能失調，都能引起咳嗽，並且表現不同特徵，為辯證奠定了理論基礎。

《儒門事親・嗽分六氣毋拘以寒說》指出，風、寒、暑、濕、燥、火六氣皆令人咳，非獨寒邪。補充了《素問・咳論》僅以"寒"邪為外感致病之因的不足。

《景岳全書・咳嗽篇》指出："咳嗽一證，竊見諸家立論太繁，皆不得其要，多數後人臨證，莫知所從，所以治難得效。以余觀之，則咳嗽之要，止惟二證。何為二證？一曰外感，一曰內傷，而盡之矣。夫外感之欬，必由皮毛而入，蓋皮毛為肺之合，而凡外邪襲之，則必先入於肺，久而不癒，則必自肺而傳於五臟也。內傷之嗽，必起於陰分，蓋肺屬燥金，為水之母，陰損於下，則陽孤於上，水涸金枯，肺苦於燥，肺燥則癢，癢則欬不能已也。總之欬證雖多，亦無非此二者而已。但於二者之中，當辨陰陽，當分虛實耳。"執簡馭繁地把咳嗽分成外感與內傷兩大類。論述了外感與內傷咳嗽的病理過程，

闡明了辯證當以陰陽虛實為綱。這種辯證分類原則，至今仍為臨床所遵循。**本患者平素為內傷咳嗽，脾虛水津運化無權，脾為生痰之源，肺為貯痰之器，加上稍有外感，肺氣鬱閉，則痰嗽明顯。**

中醫認為咳嗽的病變主臟在肺，與肝脾腎有關；病理特點為邪犯於肺，肺夫宣肅，肺氣上逆。肺主氣，司呼吸，上連氣道喉嚨，開竅於鼻，外合皮毛，為五臟六腑之華蓋，其氣貫百脈而通他臟。由於肺體清虛，不耐寒熱，故稱嬌臟，易受內外之邪侵襲而為病，病則"宣肅"失司，肺臟為了改變這種病理現象，祛邪外達，以致肺氣上逆沖激聲門而為咳嗽。咳嗽是人體驅邪外出的自然反射和保護機體現象，此邪氣可為外感的風寒暑濕燥火或是體內的病理產物如痰濕火瘀。外感咳嗽如遷延失治，邪傷肺氣，更易反覆感邪，而致咳嗽屢作，肺氣益傷，逐漸轉為內傷咳嗽。內傷咳嗽，肺臟有病，衛外不強，容易因感受外邪而誘發或加重，特別在天氣轉冷時，尤為明顯。久則從實轉虛，肺臟虛弱，氣陰耗傷。

肝與肺的關係：既有經絡內在的絡屬關係，如:"肝脈布兩脅上注於肺"，又有五行相剋的內在聯繫，金能制木，若肝鬱化火，木火偏旺，或金不制木，木反侮金，則氣火上逆犯肺為咳。

脾與肺的關係：脾為肺之母。在經絡方面"手太陰肺經起於中焦，下絡大腸，還循胃口……。。如脾運不健，痰濁內生，上漬犯肺，則肺失肅降，上逆為咳。

腎與肺的關係：從主氣功能來說"肺為氣之本，腎為氣之根"，肺主呼氣，腎主納氣。此外，金能生水，為母子關係。久咳肺虛，金不生水，肺病及腎，腎虛氣逆犯肺，為咳、為喘。

綜上所述，該患者由於年老體衰，長期臥床，脾失健運，聚溼釀痰，上貯於肺，肺氣不宣，咳嗽頻發，若久延不癒可致脾肺氣虛，甚則病延及腎，由咳致喘。內傷咳嗽，肺臟有病，衛外不強，容易因感受外邪而誘發或加重，特別在天氣轉冷時，尤為明顯。

中醫的辯證要點，首先區分外感與內傷：外感咳嗽多為新病，起病急，病程短，常伴肺衛表證，屬於邪實；內傷咳嗽久病或反覆發作，起病緩，身無表證，多見虛賓夾雜，本虛標實，應分清標本緩急主次。**該病患屬於久病和反覆發作為主的內傷咳嗽為主，最近有風寒襲表，為虛賓夾雜，本虛標實情形。**

其次需鑑別咳嗽的時間、節律、性質、聲音，以及加重的有關因素，咳而急劇、聲重，咳嗽時作，白天多於夜間，或咽癢則咳者，多為外感風寒或風熱引起。咳聲嘶啞，凡病勢急而病程短者，為外感風寒或風熱、燥熱；凡病勢緩而病程長者為陰虛或氣虛。咳聲粗濁者多為風熱或痰熱傷津所致。咳而聲低氣怯者屬虛；洪亮有力者屬實。早晨咳嗽陣發加劇，咳嗽連聲重濁，痰出咳減者，多為痰濕或痰熱咳嗽。午後、黃昏咳嗽加重，或夜間時有單聲咳嗽，咳嗽輕微短促者，多屬肺燥陰虛。**夜臥咳嗽較劇，持續不已，少氣或伴氣喘者，為久咳致喘的虛寒證。**飲食肥甘、生冷加重者多屬痰濕。情志鬱怒加重者因於氣火。**勞累、受涼後加重者多為痰濕、虛寒。**最後要注意痰的色、質、量、味咳而少痰的多屬燥熱、氣火、陰虛；**痰多的常屬濕痰、痰熱、虛寒；痰白而稀薄的屬寒；**痰白而稠厚易出的屬濕；痰黃而稠者屬熱；痰白質黏者屬陰虛、燥熱;痰白清稀透明呈泡沫樣的屬虛、屬寒；咯吐血痰，多為肺熱或陰虛；有熱腥味或腥臭氣的為痰熱；味甜者屬痰濕；味鹹者屬腎虛。**本患者屬於夜臥咳嗽較劇，痰白量多，持續不已，少氣或伴氣喘者，勞累、受涼後加重，為脾虛不運，寒痰阻肺，兼有腎虛。**

法：補土生金，化痰除飲，辛溫散寒，佐以補腎平喘。

方藥：

急則至其標，故以理中湯和二陳湯補益脾肺，溫化寒痰的基礎上，加上辛溫發散的小青龍湯除去外寒，待病況穩定時，可酌加少量納氣平喘的補腎藥物，如八味地黃丸或是蘇子降氣湯等，以期緩治其本。**理中湯**功效為溫中祛寒，益氣健脾。主治中焦虛寒證。自利不渴、腹痛嘔吐、舌淡苔白或灰黑而滑，脈沈而細。胸痹，或病後吐涎沫，陽虛失血，小兒慢驚等屬中焦陽虛，寒邪內侵者。本方是治療中焦虛寒的代表方，在《金匱要略》云治胸痹證名人參湯。方中乾薑辛熱，溫脾胃而祛寒邪；人參大補元氣，健脾助運；白朮健脾燥濕；炙甘草補氣和中，調和諸藥。上藥合用，溫中以祛裡寒，補氣而健脾胃，使升降得復則運化復常，故諸症自癒。**二陳湯**功效為燥濕和痰，順氣和中，治一切痰飲為病，或嘔吐噁心，或頭眩心悸，或中脘不快，或發為寒熱，或因食生冷，脾胃不和。本方係治由於胃內停水

而引起嘔吐、噁心的方劑。亦可用於痰飲引起的各種疾病。方中以半夏燥濕利痰為君；茯苓行水消痰為佐；陳皮順氣下痰為臣；甘草健脾和中為使；生薑化食開痰。方名二陳者為方中半夏、陳皮須用陳久者佳，愈陳愈佳，故名二陳湯。二陳湯加味方劑甚多、皆以本方為基礎方再加味。**小青龍湯**功效為解表蠲飲，止咳平喘，主治風寒客表、水飲內停、惡寒發熱、無汗、咳嗽、喘息、痰多而稀、苔潤滑、不渴飲、脈浮緊者。治痰飲咳喘或身體疼重，肢面浮腫者。此為表實內飲之治方。方中用麻黃、桂枝、發汗解表；細辛、乾薑、半夏、以溫散在裏之水飲，芍藥、五味子、予以收斂、散中有收，可防肺氣耗散太過之弊。**本患者以理中湯補土生金，溫養脾肺，以二陳湯溫化痰飲，佐以小青龍湯散寒除溼，寒痰為主，加細辛、乾薑如小青龍湯；溼痰為主，加蒼朮、厚朴如理中湯。**

十六、病例追蹤

患者於民國 105 年 3 月 30 日開始中醫治療，同年的 10 月 19 日進行中醫評估，這段期間，咳嗽痰喘症狀穩定，天冷偶發，痰白量減，大便較成形。患者曾發生一次灌食後出現嗆咳，咳喘明顯，發燒，診斷吸入性肺炎，於西醫病房接受抗生素治療。

十七、討論

- 如果長照機構的住民或患者不願意口服中藥，可以考慮中醫外治法或穴位按摩幫助改善便秘：
  中醫外治法：大部分的需要長期照顧的住民為年老、臥長、神智不清、皮膚相對敏感脆弱，故在中醫外治法的應用上，一定要考量藥餅的刺激性不宜過強、穴膚的時間不宜過長、盡量避免皮膚出現嚴重的紅腫熱痛等過敏反應。
  1. 取穴分 2 組。第一組取天突、大椎、肺俞(雙)；第二組取人迎(雙)、中府(雙)。
  兩組穴交替貼用，每次貼 4 塊膏藥，三天換貼一次，療程 10 天。
  2. 藥物(氣管炎 1 號膏)
  莞花、皂角、細辛、肉桂、麻黃、大黃、木鱉子各 24 克，甘遂、川烏、蓖麻子、白芥子各 30 克，鵝不食草 15 克，川椒 9 克，巴豆 3 克。
  研究顯示：穴敷治療對於止咳、祛痰有明顯效果，對止喘效果不夠理想。

十八、參考文獻資料

1. 中醫內科學・知音出版社
2. http://yibian.hopto.org/