中醫病房教學紀錄表

教學病例

指導醫師: 劉俊廷

住院醫師: 邱柏瑄

日期： 105 年 6 月 16 日

姓名:蔡 xx **性別：女** **年齡：38**

現居住地： **職業：** **婚姻：**

病例號碼：

一、主訴： 105.5.29 因車禍腦損傷，懷孕 33 週

二、現在病史：

患者為 38 歲女性，懷孕 33 週，105 年 5 月 29 因車禍，造成嚴重顱損傷(Brain CT showed left F-T-P acute SDH with mass effect and obvious midline deviation.)，接受顱骨切開術並使用顱內壓監測器。手術後呈現意識不清，四肢無力的狀態，右側較佳(right MP 4/4)，左側較差(left MP 2/2)，生命徵象穩定。105 年 6 月 16 日，轉至中醫病房，現用鼻胃管灌食，大小便可自解，包尿布，昏迷指數 E3V2M5，無發熱惡寒，無自汗，白天嗜睡，夜晚失眠，有時半夜躁動，便祕，陰道分泌物多，色黃白黏。

三、過去病史/個人史/家族史(婦科胎產經帶、兒科胎產經帶)

A.個人史：
飲食習慣：葷食
過敏：無特殊藥物及食物過敏史
抽菸：無
喝酒：無
檳榔：無
職業：無
B.過去病史：
NA
C.家族史：No obtained family history
旅遊史:旅遊地區=台灣;旅遊國家=南部;

四、中醫四診

＊望診：

整體: GCS E3V2M5 左側開顱術移除頭蓋骨

形體：中等

姿態：無異狀

面色：較暗黃，面部表情神差

皮膚：無異狀

毛髮：無異狀

口唇：無異狀

舌診：舌淡紅苔白

＊聞診：

嗅氣味：無異狀

聽聲音：較低微

＊問診(家屬)：

全身：無發熱惡寒，無自汗，NG feeding。

情志：無易緊張、無易怒、無易煩躁

睡眠：白天嗜睡，夜晚失眠

頭項五官：左側開顱術移除頭蓋骨

胸部：無異常

腹部：懷孕 33 周

二便：便祕

腰背：無異常

四肢：無異常

＊切診：

脈診：脈象左浮右弦

觸診：無異常

五、現代醫學身體診察/實驗室檢查/影像暨特殊檢查

Coma Scale: E3V2M5

Pupil: 3+/3+

Muscle power:

R upper: 4 L upper: 2 ?

L lower: 4 L lower: 2

Babinski sign: plantar extension / plantar flexion

實驗室檢查:

檢驗(生化):

項　目	單　位	結果值	日期	項　目	單　位	結果值	日期
Na	mEq/L	139	0613	K	mEq/L	3.8	0613
ALT/GPT	U/L	97	0613				
AST/GOT	U/L	53	0613	Creatinine	mg/dL	0.34	0613
CRP	mg/L	37.54	0613	T3	ng/dL	124.13	0603
Free-T4	ng/dL	0.93	0603	TSH	uIU/mL	1.482	0603
Creatinine	mg/dL	0.38	0603				
CRP	mg/L	47.7	0603	Calcium	mg/dL	8.7	0603
BUN (B)	mg/dL	6	0603	Na	mEq/L	138	0603
K	mEq/L	3.7	0603	Temperature	℃	37	0602
pH		7.489	0602	pCO2	mmHg	31.6	0602
pO2	mmHg	120.0	0602	HCO3	mmol/L	23.5	0602
TCO2	mmol/L	24.5	0602	ABE	mmol/L	1.0	0602
SBE	mmol/L	0.1	0602	SBC	mmol/L	25.4	0602
SAT	%	98.6	0602	Temperature	℃	37	0601
pH		7.493	0601	pCO2	mmHg	30.4	0601
pO2	mmHg	164.6	0601	HCO3	mmol/L	22.8	0601
TCO2	mmol/L	23.7	0601	ABE	mmol/L	0.6	0601
SBE	mmol/L	-0.5	0601	SBC	mmol/L	25.0	0601

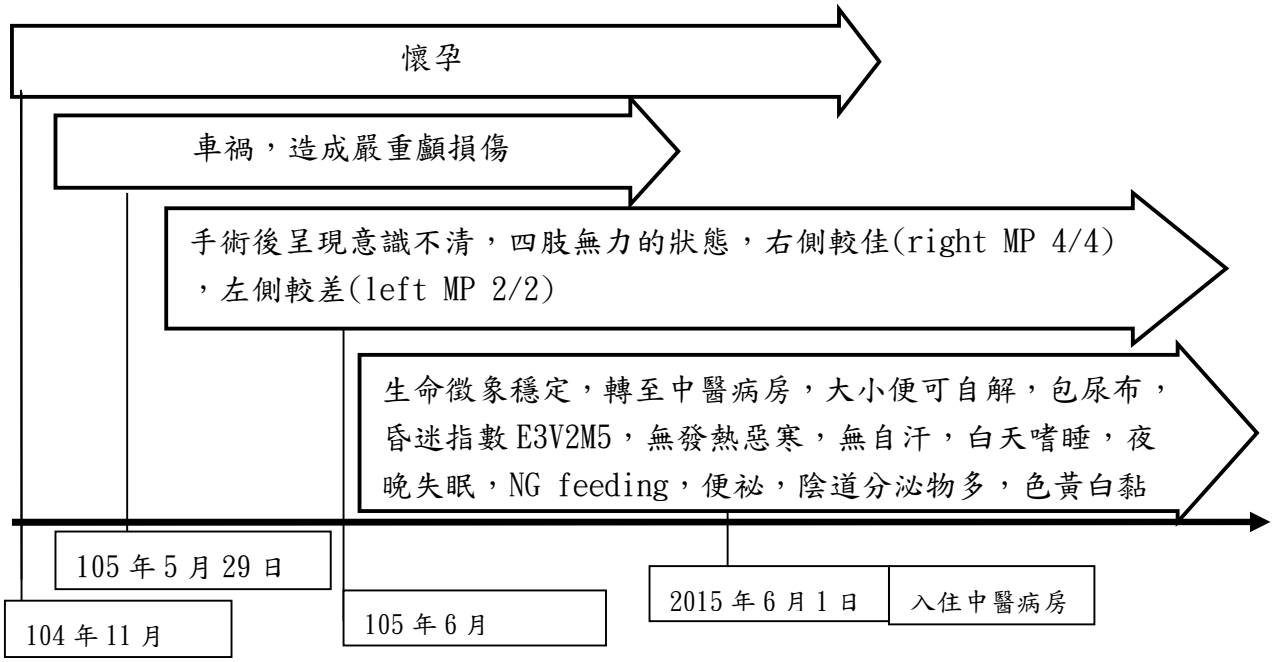
產科超音波:

Singleton pregnancy
Presentation of fetus: breech
Placenta: Posterior wall, grade I
Amniotic fluid: normal amount
Estimated gestational age by sonography: 31W 1D
Estimated fetal weight by sonography: 1792gm
Impression: Pregnancy at 32 weeks

六、整體回顧

患者為 38 歲女性，懷孕 33 週，105 年 5 月 29 因車禍，造成嚴重顱損傷(Brain CT showed left F-T-P acute SDH with mass effect and obvious midline deviation.)，接受顱骨切開術並使用顱內壓監測器。手術後呈現意識不清，四肢無力的狀態，右側較佳(right MP 4/4)，左側較差(left MP 2/2)，生命徵象穩定。轉至中醫病房後，大小便可自解，包尿布，昏迷指數 E3V2M5，無發熱惡寒，無自汗，白天嗜睡，夜晚失眠，NG feeding，便祕，陰道分泌物多，色黃白黏，經過針灸以及藥物治療，四肢力量改善，胎兒狀況穩定，續治療。

七、時序圖



八、辨證分析(病因、病勢、病位、病機的推演)

1.臟腑病機四大要素

病因：血溢脈外，瘀阻經絡

病位：肝、脾、腎

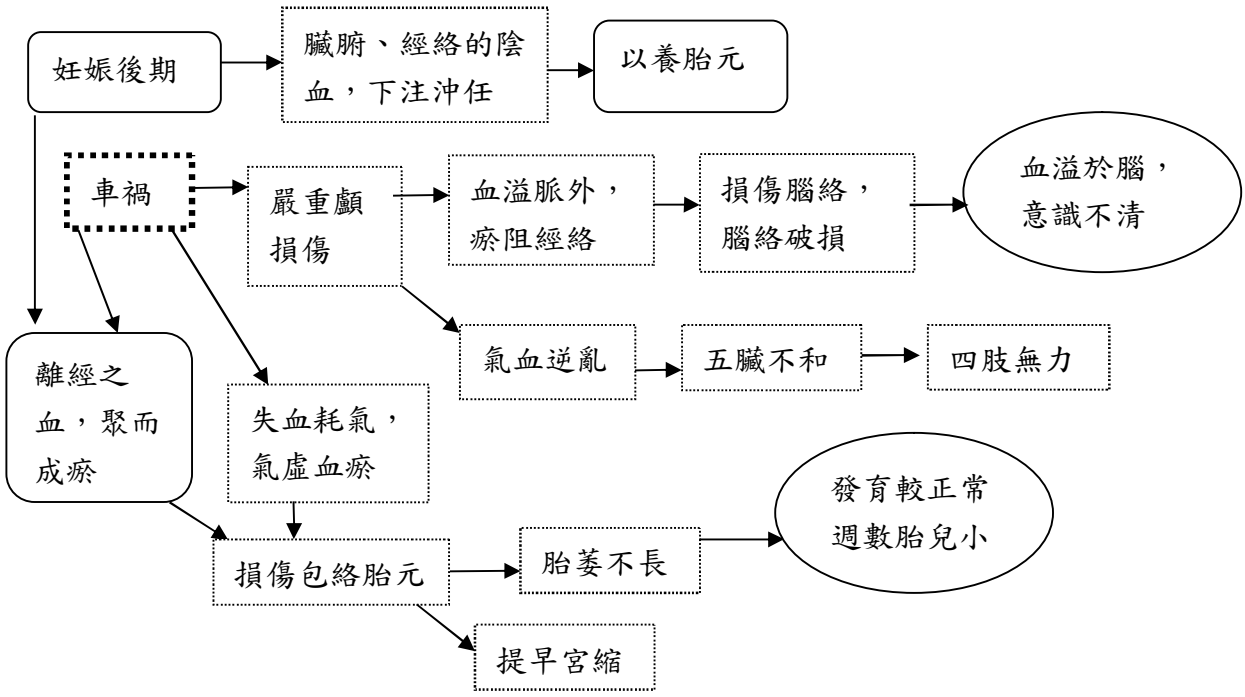
病性：＊主證：意識不清，四肢無力

＊次證：便祕，陰道分泌物多，色黃白黏

病勢：

患者為 38 歲女性，懷孕 33 週，妊娠後期，臟腑、經絡的陰血，下注沖任，以養胎元，105 年 5 月 29 因車禍，造成嚴重顱損傷，血溢脈外，瘀阻經絡，損傷腦絡，腦絡破損，血溢於腦，意識不清，氣血逆亂，五臟不和，四肢無力的狀態；離經之血，聚而成瘀，或失血耗氣，氣虛血瘀，均有可能損傷包絡胎元，導致胎萎不長，發育較正常週數胎兒小，

病因病機圖



九、診斷：

西醫病名：

.acute traumatic brain injury with left acute contusion hematoma and left subdural hemorrhage, s/p craniectomy + ICP monitor

.pregnancy at 33 weeks of gestation, EDC:2016/8/8

.right temporal skull base fracture

.history of left lung contusion

.normocytic anemia

.hepatic impairment

.constipation

.candida vaginitis

中醫病名：氣滯血瘀、血溢脈外、瘀阻脈絡、妊娠後期

中醫證型：經絡瘀阻、脾腎同病

十、治法:

中醫處置：疏通經絡養胎為主要方式治療。

西醫處置：

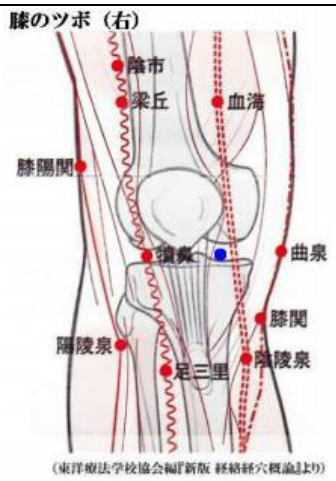
On Fetal Monitor (BID for 30min)

Check Fetal Heart Beat (Q8h and prn except pt sleep)

Folic acid 5mg/tab 1PC QD

Silymarin 150mg/cap　　1PC　　BID

十一、處置(方藥/方針/方術)：

穴位	位置	功效	
內關	前臂掌側，腕橫紋上 2 寸，掌長肌腱與橈側腕屈肌腱之間，當曲澤與大陵的連線上。	寧心、安神、和胃、寬胸、降逆、止嘔。	
陽陵泉	足大指內次指之端也	蘇厥，清胃熱。	
足三裡	小腿前外側，外膝眼（犢鼻）下 3 寸，脛骨前緣外一橫指（中指）處，當脛骨前肌中。	調理脾胃，和腸消滯，清熱化濕，降逆利氣，扶正培元。	
耳神門	降壓點與盆腔穴連線中下 1/3 交界處	神經、心血管、消化系統疾患。可診斷神經衰弱及疼痛性疾病，是止痛要穴	

十二、論治分析：

方針：

針刺足三裡、陽陵泉、內關、耳神門。

方藥：

<中醫用藥>壽胎丸加減

藥品名稱	劑量	用法	飯前後	途徑	數量
黃耆	5CN	BID	PC	PO	2 日
炒白朮	5CN	BID	PC	PO	2 日
寄生	2CN	BID	PC	PO	2 日
續斷	2CN	BID	PC	PO	2 日
阿膠	2CN	BID	PC	PO	2 日
菟絲子	2CN	BID	PC	PO	2 日
黃芩	2CN	BID	PC	PO	2 日
山藥	3CN	BID	PC	PO	2 日

十三、病例追蹤：(追蹤診療紀錄)

患者為 38 歲女性，懷孕 33 週，105 年 5 月 29 因車禍，造成嚴重顱損傷(Brain CT showed left F-T-P acute SDH with mass effect and obvious midline deviation.)，接受顱骨切開術並使用顱內壓監測器。手術後呈現意識不清，四肢無力的狀態，右側較佳(right MP 4/4)，左側較差(left MP 2/2)，生命徵象穩定。轉至中醫病房後，大小便可自解，包尿布，昏迷指數 E3V2M5，無發熱惡寒，無自汗，白天嗜睡，夜晚失眠，NG feeding，便祕，陰道分泌物

多，色黃白黏，經過針灸以及藥物治療，四肢力量改善，胎兒狀況穩定，因 6 月 21 日晚上開始出現每 10 分鐘間格的規則宮縮，轉婦產科繼續照顧治療。6 月 29 日，因為宮縮持續加強，安胎藥劑量增加已經無法抑制宮縮，因此排定當日剖腹手術產出胎兒。

十四、討論：

本病例為 38 歲妊娠女性，在現代醫學角度上，屬於高齡產婦，並且又在 32 周妊娠時遭遇巨大撞擊，造成嚴重顱損傷，經過開顱手術後，媽媽意識不清，四肢無力，經婦產科產檢，寶寶的生命跡象穩定，但無法確認經過巨大壓力以及麻醉之後對於胎兒的發展有何影響，且媽媽無法表達，屬於高風險妊娠，一般腦傷病人的活血化瘀法標準處理模式無法應用在本病人身上，因此在媽媽生命徵象尚且穩定的狀況下，以顧護胎元為主，配合針灸，調整全身氣機，幫忙肢體功能以及意識的恢復，並且每天監測胎兒心跳以及媽媽宮縮情形。中醫住院一周期間，針灸對於肢體力量以及意識有顯著幫忙，入院時左側肌力較差，MP 約 2，有時可進步到 MP4，並且可以聽口令配合抓握，有時夜間躁動以及不穩定的宮縮，用壽胎丸加減來補腎安胎，照護一周後因為出現穩定宮縮轉由婦產科接手繼續安胎照護，並且排定剖腹產時間。

安胎八法運用舉隅

胎動不安是發生在妊娠期間的一種危急重證，也是婦科難治病證之一。其以腹痛、陰道出血為主症，嚴重者可影響胎兒的正常發育，甚至引起流產。因此，治療的正確與否，與母子平安，胎兒的生長，有極密切的關係。筆者根據“治病與安胎並舉”的原則，結合臨床實踐，歸納為安胎八法，分述如下:

1,補腎安胎法

腎為先天之本，胞脈系於腎，胎孕的牢固依賴腎臟的封藏。所以腎的功能正常，則胎元牢固，故補腎安胎為臨床常用法則。本法適用於陰道出血伴腰酸腹墜，頭暈耳鳴，小便頻或失禁，舌淡苔白，脈沉弱等症。故治療旨在補腎益精，強腰以系胎。方用壽胎丸為主加減。常用藥物: 菟絲子、阿膠、桑寄生、續斷、杜仲、枸杞子等。

2 養血安胎法

《醫部全錄·婦科》曰:“有妊之人經水所以斷者，壅之養胎……若血盡則人斃也。”可見，胎兒的生長，全賴母血的滋養。若沖任脈虛，胎元失去血液的供養，最終必導致妊娠的終止。故滋養氣血，固護胎元，為安胎要法。氣血虛弱，胎動不安，臨床可見陰道流血量少，色鮮紅，質稀薄，小腹下墜，並伴有神疲倦怠，面色白光白，心悸氣短，舌質淡，苔薄白，脈細滑無力。方用胎元飲。全方黨參、白術、甘草益氣健脾生血；白芍、熟地黃、阿膠滋陰養血；杜仲強腰安胎；陳皮理氣和中。全方以補益脾氣為主，意在使脾健血生而胎元得以滋養。正如《邯鄲遺稿》中曰:“胎莖之系於脾，猶鐘之系于梁也，若柱不因，梁必撓。”

3 行氣安胎法

陳自良曰:“婦人以血為主，惟氣順則血和，胎安。”所謂不順: 一因妊娠隨著月份的增加，胎兒逐漸長大，常壓迫其他器官，導致氣機的功能障礙。二由孕婦情志不遂，使氣機不順，故安胎必注重順氣，使氣順則胎安，胎安則病除。本證常見妊娠期腹痛，兩脅脹滿，噯氣吞酸，煩躁易怒，苔薄膩，脈弦滑等。常選用逍遙散加減，藥用當歸、白芍、茯苓、白術、甘草、蘇梗等以行氣安胎。

4 清熱安胎法

朱丹溪認為 “胎前當清熱為主”。張仲景亦提出把“黃芩、白術作為安胎要藥”，無不體現出祖國醫學的“胎前宜涼”的妊娠病治療原則。因為妊娠期氣血聚以養胎,體內陰血相應衰少,陰血虛衰，內熱由然而生，胎動不安之症隨時可發。所以，清熱安胎法，長期以來有效的指導婦科臨床。如出現妊娠期陰道下血，量時多時少，色鮮紅，甚至淋漓不斷，胎動不安，伴五心煩熱，口乾咽燥等症。可用本法治之，臨床可選用保陰煎清熱滋陰，養血安胎。常用藥物有生地黃、熟地黃、黃芩、黃柏、續斷、山藥、茯苓、白術等。

5 暖宮安胎法

本法適用于陽虛宮寒，胎動不安。症見妊娠期間，小腹冷痛，陰道下血，形寒肢冷，納少便溏，脈沉細等。此多為體弱之婦，脾腎陽虛，或正虛複感寒邪，以致陰寒內盛，胞胎不安。臨床治療以溫陽散寒，安和胎氣為主，多選用膠艾湯合四物東加減。方中以阿膠、艾葉為主藥，此能養血暖宮塞流以安胎；用四物湯養血；用芍藥、甘草緩急止痛。諸藥合用，使陰寒得散，氣血流暢，則胎元因此而安。陽虛宮寒甚者則可加小茴香、附子等藥。

6 利濕安胎法

濕邪致病，易阻礙氣機，而胎貴在血充以養，氣順而安，因此，因濕阻氣機，致胎動不安者，不乏其例。其濕之來源，多因脾虛，不能運濕，使濕阻於中，從而繼發腹下墜，腰腹痛，陰道流血，嘔吐清涎，不欲飲食，苔滑，脈濡等症。故治宜健脾利濕安胎。臨床可酌情選用白術散加減治之。

7 固攝安胎法

跌僕閃挫、勞力過度，為引起胎動不安的常見因素之一，為此“仵觸傷僕，而動不安”，臨床常以腹痛、出血量較多為主症，此種情況，常應固攝沖任，益氣養血為先，因“沖為血海，任主胞胎”，血虛胎無以養，氣虛胎無以載。出血過多，無以固攝，必致流產。治宜固沖任，益氣血。常選聖愈湯合壽胎丸化裁，臨床效果較好。

8 祛瘀安胎法

本法是較特殊的一種安胎方法。祛瘀本為妊娠時慎用之法，但在某種複雜的病變中，又不得不採用。如常見的妊娠合併子宮肌瘤、妊娠合併闌尾炎等，其胎動不安，多因母病引起，如母病不去，胎不能安。是以治病與安胎並舉，醫聖張仲景所論“桂枝茯苓丸證”，就是佐證，其方主治“妊娠宿有癥瘕”。癥不去，則胎不安，故有桂枝、茯苓、桃仁、丹皮，制以成丸，使瘀血去，新血生，達到消癥化瘀而不傷胎的目的。臨床根據病情還可選用大黃牡丹湯，使用本法,只要辨證準確，治療效果甚佳，此所謂“有故無殞，亦無殞也”。

9 結論

上述安胎之法種種，但臨床往往相互參合，是為活法。而在種種治法中，余體會最深的有 2 點：①安胎當重補益,胎兒的正常發育，乃臟腑、氣血的共同作用，如脾生血，腎藏精，肝疏洩氣血等。氣血充盈，胎得以固。臨床如出現胎元不固之候，多由氣血不充，臟腑功能損傷所致，即使是外邪入侵，也是在體虛體弱的情況下造成的。故胎動不安之證，多以調補為主，然因脾為後天，腎為先天，如脾腎虛弱胎無所附，墜胎難免，所以臨床又以調補脾腎為先，補腎為固胎元之本，培脾乃益血之源，本固血充，則胎可安。②安胎須辨病因：在妊娠期間，合併內科和外科疾病時，須辨清病因，常見的妊娠合併泌尿系感染、闌尾炎、子宮肌瘤、水腫等

。在臨床上須仔細辨別病因，以治病為主，病去則胎安。總之，遵循審因論治的原則，不可濫用傷胎之品，以免影響胎元，在不影響治病原則下，適當加入養胎護胎之品,以資兼顧，則更為妥善。

十五、參考文獻資料：

1. 刘慧玲. "*安胎八法运用举隅*." 甘肃中医 19.9 (2006): 30-31.
2. *方劑學*. 人民衛生出版社, 1995.
3. *中醫內科學*. 合記圖書出版社, 2008.

十六、指導醫師評論：

中醫傳統就有安胎的治法，此病案是中醫病房第一個安胎的案例，邱醫師透過此案例的照護，可學習壽胎丸和針灸等安胎的穴位，另外保產無憂散也是懷孕後期常用的安胎方劑，建議邱醫師可比較兩者的差異。