長庚紀念醫院中醫 ___內__ 科跟診病例報告表 □門診□住診

R 報告繳交截止期限：次月 15 日					
R→V.S 日期	R 填寫 20168/23	V.S 追蹤修訂→R	V.S 填寫	R 修改→V.S 日期	R 填寫

日期：2016 年 5 月 2 日

姓名	楊 X X	病歷號碼		性別	□男 □女	出生日期	23 年 00 月 00日

說明：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，請於次月 30 日前繳交報告及成績。**

格式化: 縮排: 左: 0 cm, 凸出: 3.14 字元

一、 基本資料

姓名: 楊 X X

性別: 男

年齡: 81

婚姻:

職業:

入院日期: 2016/3/17

On service 日期: 2016/5/2

二、 主訴

心跳加快至 100 初已 2 日

三、 現病史

這位 81 歲的男性患者有高血壓病史，於 2015/03/27 早上被發現跌坐在地，患者當時可以服從指令，但無法言語，並伴隨右側肢體無力及右上瞼下垂。後送至急診，GCS:E3V2M5、pupil:2+/2+，當時電腦斷層，發現為 acute left thalamic ICH (20 mL) with rupture into ventricle，安排手術移除腦內出血，住院期間曾出現不明原因的發燒，給予 Cefazolin 和 Ceftriaxone 後得到控制；另發現有低血鈉和高血鉀的情形，調整用藥及添加 NaCl 後逐漸回穩，2015/4/7 起意識逐漸恢復。

其後反覆在復健科病房與中醫病房住院治療。後轉至護理之家照顧，期間曾因左陰囊蜂窩性組織炎，與疑似泌尿道感染和肺炎發生，於 2016/1/27-2/4 和 2016/2/12-2/18 期間入住感染科病房接受抗生素治療。

因右側肢體仍無力，解便不順，常用灌腸，咳嗽，痰白稠，躁動，靠安眠藥入睡，半夜仍會醒來等問題入住中醫病房，接受中藥和復健治療。

入院後病患時常便秘、腹脹不舒且影響睡眠，便秘需定時灌腸，除西藥使用外，以金絲萬應膏按摩腹部減緩不適，且用科中麻子仁丸等。曾經在 3/28 被發現尿管中血尿，科中加八正散豬苓湯蒲黃及仙鶴草治療後血尿情形好轉，上述中藥停止。病患入院後喉中痰多持續，痰色偶黃稠、偶綠、偶白黏，且夜咳重，嚴重時影響睡眠，調整科中如麻杏甘石湯、三子養親湯等緩解之。

本表由訓員記錄，經指導醫師簽名確認後，於教學結束後併同教學紀錄表於次月20日前送交醫教會存查。

近二日心跳突然由 80-90 上升至 100-110，呼吸血壓正常，無發燒畏寒。病患精神如常，痰仍多白黏，尿液色較深但清澈。腹脹情形較緩解。目前使用科中:[GM/TID] 兒科杏蘇散 1 麻杏石甘湯 0.8 紫菀 0.4 香砂六君子湯 1 白朮 0.5 紫蘇子 0.4 萊服子 0.4 溫膽湯 1 厚朴 0.3 魚腥草 0.3 栝蔞實 0.3

四、 過去病史

1. Left thalamic intracerebral hemorrhage rupturing into ventricles complicated with hydrocephalus, onset on 2015/3/27, status post right external ventricular drain placement on 3/27 and removal on 4/7. Sequala of right hemiplegia, dysphagia, aphasia and cognition impairment
2. Hypertension
3. Type II diabete mellitus (2015/4/25 HbA1c: 6.5) under diet control
4. Suspect depression

五、 個人史

藥物過敏史:無
飲食習慣:葷食
過敏:無
抽菸:無 喝酒:無
運動:無固定運動
生活環境:都市
資料來源:看護
**西藥現狀用藥:

[GI]Lactulose syrup 60ml/bot	10ML	BID
LANSOPRAZOLE 30mg/cap(Lansoprazole,中化)	1PC	QD
Conslife(Sennoside10mg+ Bisacodyl 2mg+ etc.)/tab	2PC	HS
DIMETHICONE SUSP. 10ML	TID	
[Psy]Sertraline HCl 20mg/ml, 60ml/bot	1ML	QD
[Chest]Acetylcysteine 600mg/effervescent tab	1PC	BID
Levocetirizine 5mg/tab	1PC	HS
[Insomnia]Quetiapine 25mg/f.c tab	1PC	HS

六、 家族史

八名子女(5 個兒子，3 個女兒)，無高血壓、糖尿病，或中風相關病史

七、 診察：

<一>中醫四診
望: 體格中等，面色潤稍黑，神倦
口唇淡暗，舌淡紅質裂，舌苔白膩
聞:可台語溝通，言語不清，無特殊氣味

問:

全身:身倦，皮膚乾燥易過敏

情志:易怒

睡眠:偶爾差，服安眠藥入睡後清晨 2-3 點醒來一次

頭項:視力模糊(青光眼)

胸部:無不適

腹部:鼻胃管灌食，腹脹近 2 日緩解

二便:大便常需灌腸，質軟，小便用尿管，尿色較深但清澈

腰背:無不適

四肢:右側肢體無力，MP:RU/RL/LU/LL:2/0/5/5

切:浮滑數

<二>理學檢查

(1) 整體狀況(General appearance): Fair

(2) 意識狀況(Mental state): E4V4-5M6

(3) 生命徵象(Vital signs)：

T:36.9 /℃ P:111 /min R:20 /min BP:120/74 mmHg

(4) 血液灌流情況(Perfusion): well

(5) HEENT: sclera: not icteric; conjunctiva: not pale

Neck: supple, no lymphadenopathy

Chest: bilaterally coarse breathing sound, no obvious crackle

HERT: rapid regular heart beat

Abdomen: no tenderness, mild distend, tympanic, normoactive bowel sound

Extremity: no pitting edema

八、 實驗室檢查及特殊檢查：無

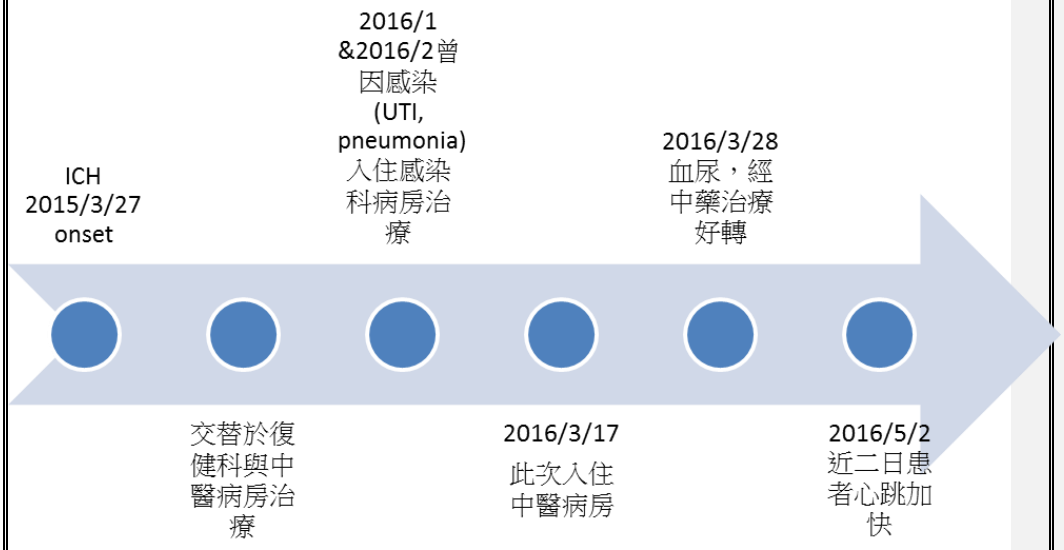
九、 整體回顧:

這位 81 歲病患是中風後遺症期的病人，onset on 2015/3/27，現反覆在復健科病房與中醫病房住院治療。有反覆泌尿道感染及肺炎病史。目前臥床，右側肢體無力，使用鼻胃管餵食及尿管。說話可表達但不流利。

入院後病患時常便秘、腹脹不舒且影響睡眠，便秘需定時灌腸，除西藥使用外，以金絲萬應膏按摩腹部減緩不適，且用科中麻子仁丸等。曾經在 3/28 被發現尿管中血尿，科中加八正散豬苓湯蒲黃及仙鶴草治療後血尿情形好轉，上述中藥停止。病患入院後喉中痰多持續，痰色偶黃稠、偶綠、偶白黏，且夜咳重，嚴重時影響睡眠，調整科中如麻杏甘石湯、三子養親湯等緩解之。

近二日心跳突然由 80-90 上升至 100-110，呼吸血壓正常，無發燒畏寒。病患精神如常，痰仍多白黏，尿液色較深但清澈。腹脹情形較緩解。體格中等，面色潤稍黑，神倦，口唇淡暗，舌淡紅質裂，舌苔白膩。脈浮滑數。

十、時序圖



十一、理法方藥分析

1. 臟腑病機四大要素：

病因：外因—外邪入侵；內因—肺脾腎氣虛

病位：肺脾腎

病性：

主證: 這位 81 歲病患是中風後遺症期的病人，onset on 2015/3/27，有反覆泌尿道感染及肺炎病史。近二日心跳突然由 80-90 上升至 100-110，呼吸血壓正常，無發燒畏寒。病患精神如常。病患入院後喉中痰多持續，痰色偶黃稠、偶綠、偶白黏，且夜咳重，嚴重時影響睡眠，近 2 日痰仍多白黏。曾經在 3/28 被發現尿管中血尿，科中八正散與豬苓湯治療一個月後血尿情形好轉，近日尿液色深但清澈。身倦，皮膚乾燥易過敏。面色潤稍黑，神倦，口唇淡暗，舌淡紅質裂，舌苔白膩。脈浮滑數。

次證: 入院後病患時常便秘、腹脹不舒且影響睡眠，便秘需定時灌腸，除西藥使用外，以金絲萬應膏按摩腹部減緩不適

病勢：

81 歲病患，年老腎氣較為虛衰。中風至今已一年多。長期臥床，右側肢體無力，本身有著氣虛及易氣滯的情況。病患有反覆泌尿道及肺炎感染病史，顯示患者本身有肺氣虛及腎氣虛的情況。在一個多月前有血尿情形，主方用八正散與豬苓湯，以清下焦濕熱及滋陰為主，約服用一個月後無血尿且清澈，患者反覆泌尿道感染，由下焦濕熱，病久熱傷陰而有陰傷而虛實夾雜情形。

患者易腹脹，大便須灌腸，可推測患者脾氣虛且易氣滯，故腸胃蠕動差，大便難出。脾氣虛水液代謝差，濕或聚下焦，故患者易有下焦濕熱之泌尿道感染；或聚為痰，故患者長期有痰多情況，且有苔膩，脈滑，身倦等症狀。肺氣虛則肺氣不宣，結合脾虛咳痰多，且肺衛不固，易受外邪侵襲，則易有感染情況，如痰偶有膿黃、黃綠色，且皮膚也易受外邪影響過敏。此次患者心跳加快 2 日，無發熱惡寒，痰色白反較前陣子的綠痰好，肺音正常，無明顯肺部感染症狀；尿管尿液顏色稍深但清澈，病患無下腹脹痛不舒等現象。推測受熱邪客表使脈較平常浮且數，無發熱惡寒症狀可能是因患者本身氣虛，正邪交爭尚不明顯。

2. 理：

西醫：

敗血症(sepsis)

- 1992 年定義

有病原微生物感染證據，且具有以下兩項或兩項以上者：

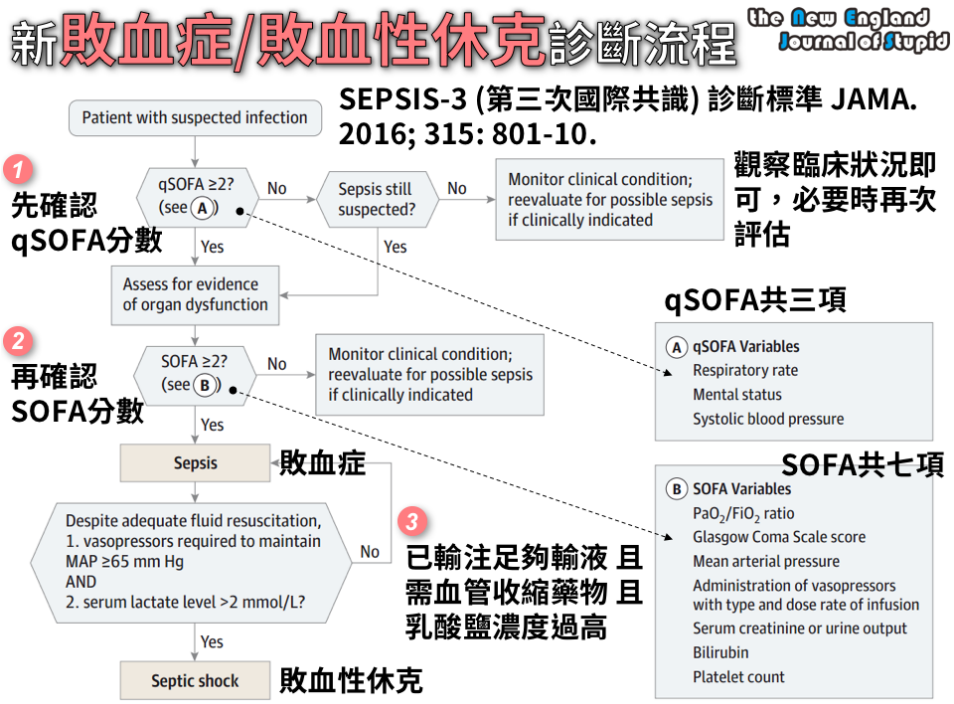
體溫>38 度或<36 度

心率>90 次/分

呼吸>20 次/分或 CO2 分壓<4.3 kPa(32mmHg)

白血球計數>12×10⁹/L 或<4×10⁹/L 或不成熟中性粒細胞>10%

- 2016 年新定義(from NEJS)



A: RR>22; SBP<=100; Mental status 改變

B:

Variables	SOFA score				
	0	1	2	3	4
Respiratory PaO_2/FiO_2, mmHg	>400	≤400	≤300	≤200*	≤100*
Coagulation platelets×$10^3/\mu l$†	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
Liver bilirubin, mg/dl†	<1.2	1.2~1.9	2.0~5.9	6.0~11.9	>12.0
Cardiovascular hypotension	No hypotension	MAP‖ <70 mmHg	Dop¶≤5 or Dob** (any dose)†	Dop>5, Epi††≤0.1, or Norepi††≤0.1†	Dop>15, Epi>0.1, or Norepi>0.1†
Central nervous system GCS§§ scale	15	13~14	10~12	6~9	<6
Renal creatinine, mg/dl or urine output, ml/dl§	<1.2	1.2~1.9	2.0~3.4	3.4~4.9 or <500	>5.0 or <200

不論是新或舊定義，患者尚未達到敗血症之診斷，且感染來源未明，也還無特殊感染症狀如發燒痰黃尿濁，在西醫處置上是先觀察。若有感染症狀才會開始做相關檢查檢驗。除了感染外，也要考慮心臟方面的問題，先做心電圖排除異常。也可以考慮內分泌方面的原因。

中醫

衛氣營血辨証：清代葉桂(1667-1746AD)，在《內經》的理論指導下， 總結前人及自己的經驗而創立的一種辨証方法。是中醫溫病的診斷及治療指導。溫病指由熱邪，或寒濕等陰邪化熱，所引起的一類外感疾病，以急性發熱表現為主。病邪從口鼻而入，循序漸進開始衛、氣、營、血四個層次傳變。

衛分証 ： 病變涉及肺臟、衛氣(外在抵抗力)，及體表皮毛部位。是外感熱病的最初階段。

氣分証 ： 病變多影響胸膈、肺、腸、脾、胃、膽等臟腑組織。氣分屬內在抵抗力，受擾亂會引起裏熱証。這階段表現出陽氣未衰，邪氣盛極的激烈情況。

營分証 ： 病邪已傳入營分，營分為血中之氣，主要損害心臟及心包。

血分証 ： 病變更甚，已傳入血中，引致熱盛及智神擾亂。肝、腎臟通常已耗損。由於溫病複雜多變，衛、氣、營、血四個階段並非截然分開。一般臨床症狀可能互相兼併。

- **若此為病人是感受外邪，其病症應該在衛分，正虛還未能與邪氣相搏產生惡寒發熱情況，但脈浮數。患者本虛，一旦傳變入裡，可能將極為迅速由氣份分營份分入血分。**

敗血症中醫觀點

敗血症多由於熱毒熾盛、溫邪、濕邪等所引起。屬於溫病、溫毒、癰疽、疔瘡走黃等病的範疇。大都是起病急驟。有發冷發熱，寒顫繼以高熱，伴脈數等症的急性熱病。

其典型症候。在”疔瘡走黃”、”疽毒內陷” 等病證中可見到描述：

✧ 《外科正宗》論疔瘡走黃:“其形雖小, 其惡甚大, 再加艾灸. 火益其勢, 逼毒, 內攻反為倒陷。 走黃之症作矣。既作之後，頭目耳項俱能發腫，形如屍

胖。七惡頓作。治雖有法，有百中難保一二”。《外科大成》論疔瘡：“遲則走黃，變異莫測”。這些描述與金黃葡萄球菌敗血症和敗血症的遷徙病灶有相似之處。

✧ 《瘍科心得集》說：“外症雖有一定之形，而毒氣之流行亦無定位，故毒入於心則昏迷，入於肝則痙厥，入於脾則腹脹痛，人於肺則喘嗽，入於腎則目暗手足冷。”

✧ 在其它醫籍如《溫病條辨》中有“ 大熱大渴”、“面目俱赤”、“舌賽肢厥”、“腹滿”、 “舌燥黃”、“ 口燥咽乾，舌苔乾黑” 等敗血症諸症的記述。

根據邪正鬥爭情況，在臨床上分為走黃、內陷(包括大陷、乾陷、虛陷）兩型。凡因疔毒走散入血內攻臟腑而引起的全身性危險症候，稱為走黃；凡生瘡瘍，正不勝邪，毒不外泄，反陷入裡，客於營血，內傳臟腑而引起的全身性危險症候，稱內陷。

1. 疔瘡“走黃”:相當現代醫學所稱的“ 敗血症”(sepsis)。其病原主要為鏈球菌及葡萄球菌，原發的化膿病灶侵入血中，細菌繼續繁殖而產生毒素，嚴重者，甚至出現全身中毒症狀終至死亡。

症狀：惡寒戰慄，體溫驟升，噁心嘔吐，呼吸短促，頭痛澹語，知覺障礙，舌苔乾燥，口唇致裂，口渴尤甚，嗜眠昏睡，唇口青黑，或貧血，或發黃疸(此即中醫所稱走黃的主要症象)。或伴大便下利，每混血液。旋即體溫下降、身冷、脈搏促數，轉向死亡。

2.疽的內陷：相當於現在所稱的“ 膿毒血症”(pyemia)，又稱轉移性化膿性全身感染。病原為葡萄球菌、鏈球菌等，皆能從原發病灶(即疽的瘡口）發生， 轉移于諸臟器，細菌自膿灶竄入血中或淋巴。如細菌不多，毒性不強(中醫所謂火毒不盛)，則自然消滅。若細菌數多，毒性強(火毒盛），正氣虛弱(正不勝邪)，則轉移到其他臟器。

症狀：全身症狀與敗血症相似，惡寒發熱；繼見劇烈惡寒，體溫升高。伴見全身不適，食欲減退，噁心嘔吐，舌苔乾燥，煩渴發汗，四肢疼痛，頭痛劇烈，精神朦朧，或發譫語。這就是中醫所謂的七惡之證。及至末期，則見下痢，此乃化膿病灶及粘膜所排出的毒素，轉移腸道而引起的腸炎。中醫所謂外瘍後期，見便泄者不治，即指此而言。

膿毒血症又會出現轉移性膿瘍于諸臟器，膿毒血症又會出現轉移性膿瘍于諸臟器，見症尤為複雜。如轉移至肺，則發肺炎或肺膿瘍，症見呼吸促迫，咯痰混有膿血，亦有因肺部被細菌栓塞，則起咳嗽不爽，胸痛，痰中有血絲。轉移至肝或腎，則起多發性肝或腎膿腫等等。此時局部瘡面外觀，每現膿汁及分泌物反為減少，肉芽弛緩蒼白，這就是中醫所指的內陷中之“ 虛陷” 。

辨證施治：本病主要病理變化為火毒熾盛，治療當以清火涼血解毒為主。傷陰者應予養陰；正虛邪陷者，則須扶正托毒。

✧ 涼血清熱解毒：適用於全身性化膿性感染的早期，以及走黃、火陷之症。方用五味消毒飲、黃連解毒湯、犀角地黃湯加減

✧ 瀉火涼血解毒：適用于火毒熾盛，寒戰壯熱，口渴飲冷，煩躁不安。方用清瘟敗毒飲加減。

✧ 補養氣血，托毒透邪：適用於敗血症中期及幹陷，症見氣血兩虛，正不勝邪者。方用托裡消毒散加減。

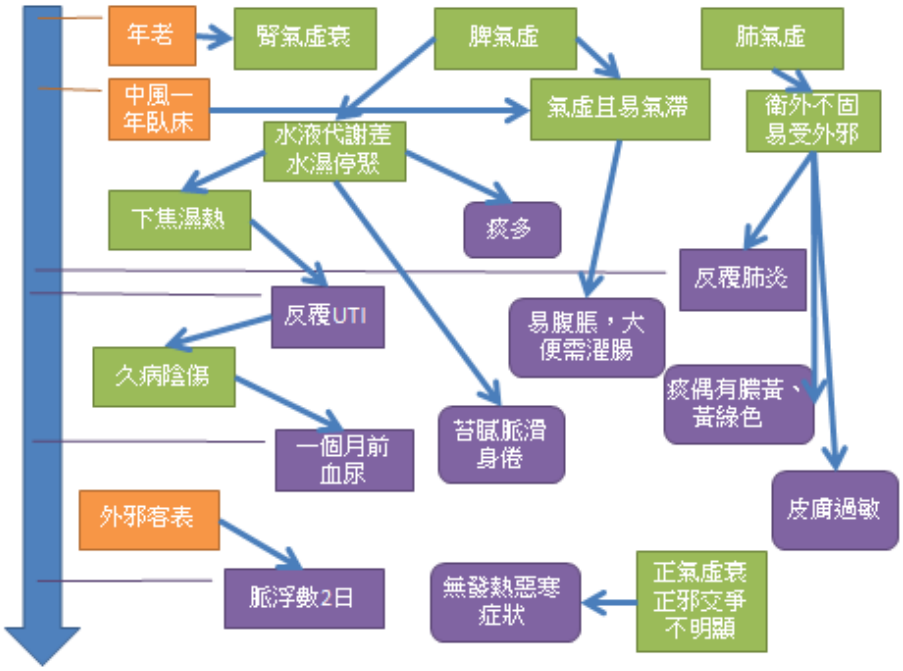
✧ 養陰生津、清火解毒：適用于陰虛內熱，多見於平素陰虛或病程遷延的患者。方用清營湯加減。

✧ 加減法：火毒攻心表現神昏譫語，加服安宮牛黃丸或紫雪丹；火毒攻肺症見咳嗽氣急，加川貝母、桑白皮。咳血加鮮茅根、鮮沙參，伴痰鳴加竹瀝汁；火毒攻肝(膽）症見抽搐目直視，加羚羊角粉、生決明、鉤藤。伴黃疸加茵陳、黃柏；火毒攻脾(胃）伴見腹脹便秘加大黃、枳實。伴口舌糜爛，舌光無苔，加鮮石斛、麥冬。有便血、嘔血，加槐花炭、側柏炭；火毒入腎症見尿少，尿閉，浮腫，加竹葉、車前子、燈心一束。伴有尿血加大、小蓟、生龜板。

〈中醫治療敗血症近況〉山東中醫學學報 1983 年 第 7 卷 第二期

〈毒血症、敗血症、膿毒血症 的中醫辨證論治〉 江蘇中醫 1962 年 06 期

3. 病因病機圖



4. 診斷

（1） 中醫診斷：風熱客表

中風後遺症，肺脾腎氣虛

（2） 西醫診斷：Tachycardia, suspect infection of unknown focus

Left thalamic intracerebral hemorrhage rupturing into ventricles complicated with hydrocephalus, onset on 2015/3/27. Sequala of right hemiplegia, dysphagia, aphasia

and cognition impairment

5. 法（治則）：

祛風清熱，宣肺利小便，健脾行氣化痰。

6. 方藥

指導醫師處方

[GM/TID] 兒科杏蘇散 1 麻杏石甘湯 0.8 紫菀 0.4 香砂六君子湯 1 白朮 0.5 紫蘇子 0.4 萊服子 0.4 溫膽湯 1 厚朴 0.3 魚腥草 0.3 栝蔞實 0.3

[外用]金絲萬應膏按摩腹部

受訓醫師處方

[GM/QID] 銀翹散 2.5 麻杏石甘湯 0.5 香砂六君子湯 1 溫膽湯 1 車前子 0.5

銀翹散祛風熱，麻杏甘石湯宣肺清熱，香砂六君健脾行氣，溫膽湯行氣化痰濕，車前子瀉肺利小便。

病人有突發的心跳快，沒有心臟及內分泌病史，先懷疑是感染，又其有反覆 UTI 及 URI 病史，祛風熱外先考慮肺氣宣降及通利小便，另因患者本身脾虛痰濕症狀明顯，另加香砂六君子湯及溫膽湯行氣化痰。

十二、住院治療經過

5/3 因病患未發燒、無感染症狀，有便祕腹脹打嗝，加麻子仁丸，且預約心臟科門診。5/4 因考慮麻黃副作用可能加快心跳，停用麻杏甘石湯。心跳持續 100-110。5/5 下午病患 2 點發燒至 38.1 度，心跳 127，喘 30/分。Fever survey WBC14.5/L; seg 89; CRP 67.4 上升，稍微 pyurea，CXR：lung marking 增加，懷疑 UTI/Pneumonia，需要施打抗生素，考慮自費問題，故轉送急診治療。後尿液培養當天就長出 E.coli >100000，入西醫病房抗生素治療。

十三、討論

中醫病房中多是如中風後遺症臥床氣虛的病人。正氣不足，易感外邪，尤其在天氣氣氣候變化之際，即使他們只待在病房裡，也常此起彼落地有感染發生。且許多人不能言語或不能清楚表達主觀的情況，所以只能客觀地觀察其表現。有很多病人初始症狀僅有心跳加快至 100 以上，或比平時提高 10-20，這情況可能持續 1-3 天才會忽然出現高燒寒顫，可能伴隨了呼吸喘促、意識改變、血壓降低、尿量減少等全身性的情況。如同前述期刊中描述敗血症很類似溫病傳變變化，且病人正氣虛弱所以在外邪侵犯肺衛甚至氣分時有可能不會出現正邪交爭情況。我的想法是當這種數脈數病人很高的可能是感染卻還找不到起源處時，或許可以先加辛涼祛風解表或清氣份熱的中藥阻止病程進展。

這位病人因脈是浮滑數，熱邪應該較偏表衛，所以我的處方用銀翹散辛涼散表，且銀翹散屬上焦肺衛用藥，而這位病人可能會有泌尿道感染的問題，所以加了車前子上清肺熱下利尿滲濕通淋。

十四、六大核心內容實施成果：

1. 病人照護 (patient care)

建立「以病人為中心」的思維模式，蒐集正確且必要的醫療診斷資訊，再利用精確的臨床判斷，擬定預防、診斷與治療性處置的選擇，充分告知病人，並能完整執行相關的診治程式。

2. 醫學知識 (medical knowledge)

以開放且有辨證力的方式搜尋新知，能嚴謹評估並區分證據力，擷取有效實用的知識並於臨床上應用之。

3. 從工作中學習及成長 (practice-based learning and improvement)

利用經驗做出最有利於患者的判斷，但在此過程中還必須不斷地自我反省與提升思維能力，並在態度與能力上反覆作自我挑戰。

4. 人際關係及溝通技巧(interpersonal and communication skills)

需溝通的不只是醫病，還有醫療團隊間與社會的第三者，特別的是在台灣不只要能用心聆聽，更要學會閱讀人性。

5. 專業素養(professionalism)

人文、倫理、待人處世、敏感度與同理心都是重要的素養，先成功做人，再學當醫師。

6. 制度下之臨床工作(system-based practice)

人文、倫理、待人處世、敏感度與同理心都是重要的素養，先成功做人，再學當醫師。

記錄學員：黃冠慈

十五、指導醫師講評

- 病房主治醫師 高定一醫師：

正如我們每天在查房教學時所討論的，這類長期臥床患者常見泌尿道或呼吸道感染的反覆發作，而正氣偏虛的患者亦可能雖有感染卻未必測得高燒，所以臨床上這類患者若見心搏加速甚至只是精神明顯較倦怠或食慾突然減退，都必須注意是否有感染的可能性並探尋感染的可源頭。黃醫師學習認真，每日細心追蹤患者症情變化並及時回報討論且及時完成適切處置，得鼓勵。

- 當月主跟醫師 江昆壕醫師：

病人年齡大且疑似感染，但是沒有發燒，代表免疫功能不足，治療思路除了考慮溫病學說以外，亦要注意考慮六經辨證中的少陰病，治療過程須注意病人生命徵象是否穩定、體液代謝是否正常。

- 陳俊良醫師：

當病人突然持續有心跳加快的情形時，應注意其有無感染情況。視情況做 fever survey，予抗生素治療。

- 楊賢鴻醫師：本案心跳突發，因此懷疑敗血症，然而臨床卻無實證支持敗血症，應考慮藥中有麻黃，是否因中藥麻黃引起心跳過數宜謹慎考量。

指導醫師：