

針灸合併穴位貼敷治療顱內出血術後 慢性心臟衰竭急性發作病例報告

李冠東¹、盧政男^{1,2,*}

¹長庚紀念醫院高雄分院中醫科系，高雄，台灣

²長庚大學中醫系，桃園，台灣

(99年08月20日受理，99年10月06日接受刊載)

這位85歲病人有高血壓、糖尿病與冠狀動脈疾病(one vessel disease)的過去病史，因98/9/4跌倒發生延遲性顱內出血(delayed ICH)施行緊急鑽孔開顱術(Emergent burr hole craniotomy)。而後因為發生肺部感染，導致出現呼吸困難，脈搏變快115/分，兩側肺下葉出現有濕囉音，昏迷指數(GCS score)下降E3V3M6，嗜睡狀，下肢肌力降到2-3分，氧氣飽和度只有91.6%、心肌性肌酸磷酸激酶(CK-MB)和心肌旋轉蛋白(Troponin-I)正常，胸部的X光片顯示雙下肺葉感染，心臟肥大，肺動脈怒張和肺部有積水等現象，白血球數量和發炎指標CRP分別為11800和167，肝功能指數AST和ALT分別上升至1211和676，發生急性肝炎。此外術後雙手出現不自主的顫抖，疑似癲癇發作。

此病例於10/11開始會診中醫針灸科治療，經過中醫四診的總合後，辨證為心陽不足，腎陽虛衰，瘀阻絡脈，肺失宣肅，陰液不足，虛風內動，治則為醒腦開竅、補益心腎陽氣、活血化瘀、兼宣降肺氣及濡養陰液以平肝息風。故中醫治療的部份採取針灸及肉桂穴位貼敷湧泉的方試，在中西合併治療約20日後，病人的心跳節律、呼吸型態、血壓、血糖的控制逐漸恢復正常，尿液的排出量亦增加，惟意識狀態未能完全恢復，推測與病人先前反復的感染、高血糖、及血塊壓迫缺氧等原因造成大腦皮質受損，但西醫的處置合併針灸及穴位貼敷對其心衰、感染和血糖的情況確有一定的助益。故針灸、穴位貼敷可能為改善及穩定急性心臟衰竭西醫治療的輔助性療法。

關鍵字：心臟衰竭、輔助療法、針灸、穴位貼敷

前 言

現代醫學對慢性心臟衰竭(chronic heart failure, CHF)的治療觀念發生了巨大改變，治療目標不再僅僅是暫時性改善症狀，更重要的是防止和延緩心室結構的惡化，提高生活質量，延長患者壽命。交感神經、血管加壓素-2、醛固酮系統

等神經內分泌的長期、慢性啟動促進心肌重構，加重心肌損傷和心臟功能的惡化。毛地黃類藥物短期使用雖能改善血流動力學，但長期使用並不延長患者壽命，反而會使死亡率增加。血管加壓素轉化酶抑制劑和β-受體阻滯劑已成為慢性心臟衰竭治療的首選藥物。β-受體阻滯劑已不再是慢性心臟衰竭的禁忌藥，長期使用可增強心室功

*聯絡人：盧政男，高雄長庚醫院中醫針傷科，833 高雄縣鳥松鄉大埤路 123 號，電話：07-7317123 分機 2334，傳真：07-7317123 分機 2335，電子郵件信箱：lu4336@adm.cgmh.org.tw

能，提高患者的生活質量，降低心衰患者死亡率。中醫臨床短期使用溫陽益氣藥治療慢性心臟衰竭雖然可改善症狀，但因這類藥物能興奮交感神經，長期使用可能會有不利影響¹。此病例主要是靠針灸加上穴位貼敷和西醫的處置來改善及穩定慢性心臟衰竭的急性發作，為中西醫合併治療心衰提供新的途徑。

病例報告

I、主訴：

呼吸困難及下肢水腫已 10 天。

II、現病史：

這位 85 歲病人有高血壓、糖尿病與冠狀動脈疾病的過去病史，於 98/9/4 發生跌倒，當時並無昏厥、頭暈、頭痛、肢體偏癱的情形，但病患於 98/9/6 出現語言不利和意識不清，因茲被送至高雄長庚急診，經過電腦斷層檢查後發現有延遲性顱內出血（delayed intracranial hemorrhage, delayed ICH），故被施行緊急鑽孔開顱術（emergent burr hole craniotomy）。而後在住院期間發生肺部感染，出現呼吸淺快，脈搏 115 次/分，兩側肺下葉出現有濕囉音，呈現嗜睡狀態，而當時之昏迷指數（Glasgow Coma Scale, GCS score）迅速下降至 E3V3M6，下肢肌力降到 2-3 分，氧氣飽和度 91.6%、心肌性肌酸磷激酶（creatine kinase-MB, CK-MB）和心肌旋轉蛋白（Troponin-I）正常（CK-MB 及 Troponin-I 是依據歐洲及美國心臟學會建議，用來診斷心肌梗塞的指標），胸部 X 光顯示雙下肺葉感染，心臟肥大，肺動脈怒張和肺部有積水等現象，白血球數量和發炎指標之 C-反應蛋白（C-reactive protein, CRP）分別為 11800 和 167，肝功能指數麩草酮醯轉胺酶（AST）和麩丙酮醯轉胺酶（ALT）上升至 1211 和 676；此外，術後雙手出現不自主的顫抖，疑似有癲癇發

作，故西醫給予抗癲癇藥物帝拔癲（depakine）處理此狀況。由於上述的情況，此病例於 10/11 會診中醫針灸科，以期能幫助病患意識的恢復、肺部發炎和心臟衰竭的控制。

III、過去病史：

高血壓、糖尿病與冠狀動脈疾病，已控制多年但未知其藥物為何，但家屬述其平常的血壓和血糖控制穩定。

IV、個人史：

無抽煙、無喝酒、無過敏史

V、家族史：

母，高血壓

VI、實驗室檢查：

		98/09/07	98/09/28	98/10/05	98/10/13	98/10/27
WBC	1000/ μ L	9.2	11.8	15.5	7.4	7.6
RBC	MILION/ μ L	3.30	3.36	3.94	3.23	2.97
HGB	g/dL	9.2	9.4	10.8	9.0	8.6
HCT	%	28.5	29.6	36.0	29.8	27.6
PLATELET	1000/ μ L	265	403	198	192	218
SEGMENT	%	72.1	91.0	83.7	83.0	66.0
BAND	%				1.0	2.0
LYMPHOCYTE	%	20.4	5.9	6.7	9.0	19.0
MONOCYTE	%	6.1	2.8	7.1	5.0	11.0
EOSINOPHIL	%	0.9	0.1	2.4	0.0	2.0
BASOPHIL	%	0.5	0.2	0.1	0.0	0.0
META-MYELO	%				1.0	
MYELOCYTE	%				1.0	

VII、影像學檢查：





(I)無顯影的電腦段斷層報告：

1. 左前額、顳頂及小腦部份有硬腦膜下血腫
2. 腦萎縮與可能與年齡相關

(II)胸部 X 光報告：

1. 心臟擴大及肺血管怒張，升主動脈變寬

VIII、中醫四診：

- (I)望：神智不清、抬肩呼吸、呼吸淺快、雙手有時抽動、腹脹、下肢水腫；舌像無法觀察
- (II)聞：語言不清、語音低微、答非所問
- (III)問：患者因跌倒後意識不清入院，開完刀後呼吸困難、小便不利、兼有肺部及泌尿道的感染、肝功能異常、雙手顫抖；便秘
- (IV)切：脈細數，尺脈無力；四肢冰冷；腹脹

IX、臟腑病機四要素分析：

- (I)病因：腦部外傷，瘀阻脈絡；心腎陽虛，肺失宣肅；陰虛陽亢，虛風內動
- (II)病位：腦、心、肺、肝、腎
- (III)病性：(主症)腦部外傷，意識不清、冠狀動脈瘀阻、心臟擴大、肺部感染、呼吸淺快、高血壓、小便量少、下肢水腫、雙手顫抖、手足冰冷

(IV)病勢：

1. 由腦部外傷、冠狀動脈瘀阻可知有瘀阻脈絡。
2. 其次由慢性心衰，手足冰冷，可推知心陽虛衰。又加之肺部感染，肺失宣發肅降，兼之尺脈微弱，腎不納氣，產生抬肩呼吸、呼吸淺快。
3. 心、肺失職，水之上源通調不利，兼腎陽虛衰，腎氣不足，故小便量少，下肢水腫。
4. 因脈細數，推知陰液不足，水不涵木，故肝陽易亢，化火生風，虛風內動，故出現雙手顫抖。
5. 由於本例病人是由於跌倒導致顱內出血術後，意識不清，無法表達，中醫的診斷主要依靠心跳、血壓、體溫、活動力、意識、二便、脈象、舌象等。因病患腦部電腦斷層有發現血塊，且心臟有一條冠狀動脈有阻塞情形，故認為有瘀象。呼吸淺快、脈細數無力，心臟擴大，說明心氣不足，再加上有手足冰冷，推知心陽虛衰。又由肺部感染，使肺失宣發肅降，再從尺脈微弱，知腎不納氣，故產生抬肩呼吸、呼吸淺快。臨床所見尿量少，下肢水腫，因腎功能正常，推論是與心、肺失職有關。且因腦部手術後有雙手抽搐的情形，配合脈細數可推論與術後陰血不足、肝失濡養，虛風內動有關。

X、病因病機圖：

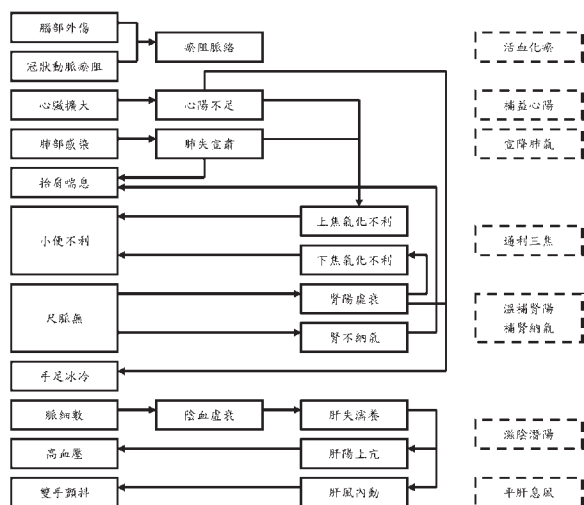
(見下頁)

XI、診斷：

(I)【西醫診斷】

1. 意識不清，由於慢性硬膜下出血〔Fluctuation of consciousness, probably related to chronic subdural hematoma (mild to moderate diffuse cortical dysfunction, with focal emphasis at left hemisphere)〕

病因病機圖



2. 充血性心臟衰竭伴隨左心室功能異常，肺部積水，可能與缺血性心臟病有關 (Congestive heart failure with impaired left ventricular performance and pulmonary edema, favor ischemic heart disease related)
3. 糖尿病 (diabetes mellitus)
4. 高血壓 (hypertension)

(II) 【中醫診斷】

1. 中醫病名：腦外傷、心衰
2. 中醫證型：心陽不足，腎陽虛衰，瘀阻絡脈，肺失宣肅，陰液不足，虛風內動

XII、治則及方針：

(I)治則：醒腦開竅、補益心腎陽氣、活血化癥、兼宣降肺氣及濡養陰液以平肝息風

(II)取穴：智三針（前髮際正中直上 0.5 寸及兩側當神庭穴和頭維穴連線的內 2/3 與外 1/3 交點處）、四神針（百會穴前、後、左、右各旁開 1.5 寸）、尺澤、內關、合谷、膻中、血海、陽陵泉、足三里、陰陵泉、三陰交、復溜、太谿、太衝、湧泉²。每次選擇 8-10 穴，留針 30 分，每日 1 次，每 3 分鐘捻針 1 次。

另外，我們取用肉桂加米酒貼敷在雙足湧泉

穴上，一則溫補腎陽，引火歸原，一則療下焦虛寒，以增尿液排出，此外也因肉桂加米酒貼敷是直接經皮吸收，避免被胃酸破壞，亦避免肝臟首度代謝，更能溫補心腎陽氣。

XIII、治療經過及結果：

自 10/11 開始中醫針灸治療，10/12 血壓升高至 172/70 mmHg，故西醫減少心臟收縮劑多巴酚丁胺 (dobutamine) 使用量。10/15 由於意識不清，做了腦部電腦斷層顯示慢性硬腦膜下出血，腦波顯示廣泛性大腦皮質功能不良，及出現異常呼吸型態 Chyene-stoke respiratory pattern [此異常呼吸型態之一，是指患者之呼吸速率與潮氣容積 (tidal volume) 由呼吸暫停狀態，逐漸增快加深，再逐漸變慢而淺，呼吸暫停的時間可持 5-30 秒，這種呼吸型態交替發生，週而復始，其致病機轉乃呼吸中樞對二氧化碳反應異常引起，常見於腦部中樞病變]，尿液細菌培養發現有白色念珠菌，除西醫給與抗黴菌藥外，中醫治療由於患者有反覆的感染低燒，且小便量少，加重心臟的負擔，針灸加強補肺益氣之穴刺，另以肉桂粉加米酒貼敷足心引火下行。至 10/17 血壓下降至 138/60，10/26 呼吸型態恢復正常，10/28 發燒消退。

體整治療經過，患者在中西合併治療約 20 日後，排尿增加、肺部積水改善、呼吸平順、心跳規律、脈搏有力、血壓正常、雙手顫抖無、血糖穩定。惟意識狀態仍處於意識模糊或嗜睡，估計是因為感染、高血糖、高血壓、及血塊壓迫缺氧等原因造成大腦皮質受損，使致其意識狀態沒無法回復完全清晰，但西醫的處置合併針灸及肉桂貼敷對其心衰、感染和血糖的情況確有一定的助益。

XIV、時序圖：

(見下頁)

時序圖

- 過去病史：高血壓、糖尿病與冠狀動脈疾病
- 98/09/04 跌倒
- 98/09/06 出現語言不利和意識不清
- 98/09/17 施行緊急鑽孔開顱術
- 98/09/23 出現語言不利，腦部電腦斷層顯示：左額 - 顳 - 頂葉 硬腦膜下出血
- 98/09/25 施行顱骨鑽孔引流
- 98/09/28 出現呼吸淺快，脈搏變快 115 次 / 分，兩側肺下葉出現有濕囉音，昏迷指數為 E3V3M6，嗜睡狀，下肢肌力下降到 2-3 分，血氧濃度為 91.6%，心肌性肌酸磷激酶（CK-MB）和心肌旋轉蛋白（Troponin-I）正常，胸部的 X 光片顯示雙下肺葉感染，心臟肥大，肺動脈怒張和肺部有積水等現象，白血球數量和發炎指標（CRP）分別為 11800 和 167，疑似有肺炎給予萬古霉素（Vancomycin）1g IVF q12h 和 Ceftazidime 2g IVF q8h，此外，肝功能指數 AST 和 ALT 為 593 和 265
- 98/09/29 肝功能指數 AST 和 ALT 分別上升至 1211 和 676，改呋喃苯胺酸（lasix）成 2 amp q12h，再給予西利馬林（silymarin）2# po bid，胸部 X 光片顯示心臟擴大，升主動脈變寬，其餘和前類似
- 98/09/30 患者出現呼吸短氣，端坐呼吸、胸悶；心肌性肌酸磷激酶（CK-MB）和心肌旋轉蛋白（Troponin-I）分別為 3.3 和 1.77，心電圖顯示心臟前壁及下壁出現 Q wave，疑似急性心肌梗塞，給予阿斯匹靈（aspirin）治療
- 98/10/07 出現雙手不自主的顫抖，疑似癲癇，給予帝拔癲（depakine）
- 98/10/10 慢性心臟衰竭加重，出現呼吸困難，使用呼吸輔助肌，給予多巴酚丁胺（dobutamine）（3-10 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ ）
- 98/10/11 昏迷指數降至 E1V1M4，有腹部脹滿，尿量減少，便秘等現象；開始針灸治療，治療以 1. 增加水分排出，以減少心臟負擔 2. 增進心肺功能 3. 醒腦開竅 選穴：智三針、四神針、尺澤、內關、合谷、膻中、血海、陽陵泉、足三里、陰陵泉、三陰交、復溜、太谿、太衝、湧泉。每次選擇 8-10 穴，留針 30 分，每日 1 次，每 3 分鐘捻針 1 次
- 98/10/12 血壓升高至 172/70 mmHg，減少多巴酚丁胺（dobutamine）使用量
- 98/10/15 由於意識不清，電腦斷層顯示：慢性硬腦膜下出血；腦波顯示廣泛性大腦皮質功能不良。患者出現異常呼吸型態 Cheyne-stoke respiratory pattern，尿液細菌培養發現有白色念珠菌，除西醫給與抗黴菌藥外，由於反覆的感染低燒，且小便量少，加重心臟的負擔，針灸加強補肺益氣之穴刺，另以肉桂粉加米酒貼敷足心引火下行
- 98/10/17 血壓下降至 138/60 mmHg
- 98/10/26 呼吸型態恢復正常，呼吸次數 13-15 次 / 分，脈搏 70-80 次 / 分
- 98/10/28 低燒已無，體溫 36.8 度 C
- 98/11/01 因自 10/24 起水分排出量每日均超過 2000-2990cc，停止給予利尿劑，心臟功能穩定，呼吸平順

討 論

中醫對慢性心臟衰竭病因病機及辨證分型的認識中醫古籍中並無慢性心臟衰竭的病證名稱。慢性心臟衰竭的臨床表現主要為心慌、胸悶、氣短、肢體浮腫等，因此慢性心臟衰竭應屬中醫「驚悸」、「怔忡」、「水腫」、「喘症」、「水飲」等範疇³。關於慢性心臟衰竭的病機雖有較多論述，但目前大多數認為，此病的發生主要是心臟本身病變或其他臟器病變累及於心，使心之氣陰不足或陽氣受損，無力鼓動血脈，導致血脈瘀阻；而痰、水、瘀等病理變化又進一步損及心之陰陽，從而形成惡性循環。所涉及臟器以心為主，還與腎、脾、肺、肝有關²。慢性心臟衰竭屬本虛標實或虛實夾雜之證。本虛為心腎陽虛衰，還涉及陰傷；標實主要是血瘀、痰飲、水濕為患。本虛與標實之間相互作用，相互影響，互為因果。故標本俱病、虛實夾雜是其病理特點²。故治療需以心為重，兼顧其他臟腑，且該病虛實夾雜，治療時需標本兼顧。心衰以陽氣虧虛為本，瘀血、水濕為標，治療宜益氣溫陽、活血利水，其中益氣溫陽是治療心衰的基本原則，應貫穿於治療的全部過程，而活血、利水僅為治標之法²。

此病人在顱內出血術後，急性心臟衰竭，排尿量減少，合併感染和血糖控制不良等問題，經過中醫四診的總合後，辨證為心陽不足，腎陽虛衰，瘀阻絡脈，肺失宣肅，陰液不足，虛風內動，因茲治則為醒腦開竅、補益心腎陽氣、活血化瘀、兼宣降肺氣及濡養陰液以平肝息風。故我們採取針灸及肉桂穴位貼敷湧泉的治療模式，成功的輔助西醫療法，讓病人的心肺功能增進、血壓和感染得以明顯的得到控制。

本病例為西醫照會針灸科之病人，沒有用中藥煎劑治療，避免了中西藥在急救急性心臟衰竭時，潛在的中西藥交互作用等問題。針灸取穴乃

根據辨證分析後決定，原則上以心為主，腦、肺、肝、腎為次。故針灸選穴以心包經內關為主，配尺澤、膻中、合谷；血瘀脈絡，取血海；水腫（心腎陽虛），取陰陵泉、三陰交、復溜、太谿；血虛生風，取三陰交、陽陵泉、太衝、湧泉；意識不清，取智三針、四神針。再加上外用肉桂粉加米酒固定貼敷在雙足湧泉穴上幫助此病患，根據學者張薛光研究載漢唐古方所使用肉桂的時機，發現肉桂可治療的胸痹、卒心痛等，可相當於現代醫學臨床上的變異性心絞痛、慢性心臟衰竭、支氣管哮喘、心源性哮喘等⁴。此外，依據肉桂的現代藥理研究，其有：1. 強心：桂皮醛能增強心臟收縮力，增加心率。2. 桂皮醛等能擴張外周血管，增加冠脈和腦血流量，使血壓下降。3. 改善心肌血液供應。4. 肉桂醛和桂皮煎劑及桂皮的醇、醚浸液多種致病性真菌有明顯的抑制和殺滅作用。桂皮油對革蘭陽性菌也有抑制作用。5. 增加體內葡萄糖的吸收及肝糖的合成，及增加胰島素受體的磷酸化，來控制糖尿病。6. 肉桂提取物、桂皮醛在體內外對的大鼠血小板聚集均有抑制作用。肉桂水煎劑及水溶性甲醇部分在體外還能延長大鼠血漿複鈣時間，而有抗凝血作用^{5,6}。因病人有泌尿道真菌感染，血糖控制不良，中樞體溫上升、四肢冰冷，兼有小便量少、下肢水腫的情形，故用肉桂加米酒貼敷在雙足湧泉穴上，一則溫補腎陽，引火歸元，改善及保護心肌功能，二可增進血糖之維持，三能療下焦虛寒，以增尿液排出，另可改善泌尿道的真菌感染。

結 論

此案例在西醫常規的處置之後加上針灸合併肉桂穴位貼敷的使用，讓其病情得到改善。由此我們得知慢性心臟衰竭的急性發作期合併針灸、穴敷治療，似乎有輔助西藥的作用，本病案顯示不但有可能提高病人心肌搏動力、水液的代謝排

除、且可能幫助血壓、血糖的穩定，提供另一種中西醫整合療法的思維與方法。

參考文獻

1. 陳長勳、高建平、吳琦、郭娟、顧偉梁，慢性心力衰竭治療進展及中醫藥有效防治方法的思考，中西醫結合學報，8:10-14，2010。
2. 沈會、李柳驥，心力衰竭，人民軍醫出版社，北京，pp. 188-191，2008。
3. 賈偉琳，慢性心衰急性發作的中醫藥治療，黑龍江中醫藥，1:15，2010。
4. 張薛光，《醫心方》肉桂藥証研究（二），第十五屆全國藥學史本草學術研討會論文，2009。
5. 方琴，肉桂的研究進展，中藥新藥與臨床藥理，18:249-252，2007。
6. 胥新元、彭豔梅、彭源貴、梁逸曾、龔範，肉桂揮發油降血糖的實驗研究，中國中醫藥資訊雜誌，8:26，2001。

CHRONIC HEART DISEASE IN ACUTE STAGE AFTER BRAIN INJURY STATUS POST OPERATION : A CASE REPORT OF WESTERN MEDICINE COMBINED WITH CHINESE MEDICAL DIAGNOSIS AND TREATMENT

Kuan-Tung Lee¹, Cheng-Nan Lu^{1,2,*}

¹*Division of Acupuncture and Chinese Traumatology, Department of TCM, Chang Gung Memorial Hospital–Kaohsiung Medical Center, Kaohsiung, Taiwan*

²*College of Medicine, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan*

(Received 20th August 2010, accepted 06th October 2010)

A 85-year-old woman experienced chronic heart disease in acute stage after brain injury status post emergent burr hole craniotomy. Due to combined with pneumonia, the patient suffered from unconsciousness and dyspnea. Besides, oliguria, hypertension, abnormal of liver function and tremor of hand are also noted. The chest X-ray revealed Cardiomegaly, widening of ascending aorta & rounding of left heart border compatible with HCVD. Owing to aggravation of clinical progress, the consultation of Chinese acupuncture was made for further investigation.

Based on the Chinese medical differential diagnosis, we confirmed that she had deficiency of heart-yang, deficiency of kidney-yang, stasis of blood, impaired diffusion and depurative descending of lung qi, insufficiency of yin-fluid and liver wind stirring. Therefore, western drug combined with acupuncture and cinnamon point-patch on Yongquan (KI 1) treatment was given. After twenty days, the respiratory pattern and heart function improved. And blood pressure, urine output, and blood sugar are also stabilized. Therefore, acupuncture and cinnamon point-patch might be the complementary therapy of chronic heart disease in acute stage.

Key words: chronic heart failure, complementary therapy, acupuncture, cinnamon point-patch

* **Correspondence to:** Cheng-Nan Lu, Division of Acupuncture and Chinese Traumatology, Department of TCM, Chang Gung Memorial Hospital–Kaohsiung Medical Center, No.123, Dapi Rd., Niasong Township, Kaohsiung County 833, Taiwan, Tel: +886-7-7317123 ext. 2334, Fax: 07-7317123 ext. 2335, E-mail: lu4336@adm.cgmh.org.tw