

## 病例報告

# 中醫藥改善肝腫瘤破裂合併白蛋白過低造成加護病房嚴重腹瀉之中醫病例報告

林佳葦<sup>1</sup>、呂建儒<sup>2,\*</sup>、侯毓昌<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> 衛生福利部桃園醫院中醫科，桃園，臺灣

<sup>2</sup> 衛生福利部桃園醫院腎臟內科，桃園，臺灣

本病例報告一位 78 歲女性因肝腫瘤破裂引起之低血容性休克，進行動脈血管栓塞治療及洗腎後，出現嚴重腹瀉合併腹脹及水腫情形，懷疑為白蛋白過低所引起之腹瀉，使用相關西藥治療效果有限，中醫藥於加護病房期間介入，以溫陽祛寒、健脾益氣為主，後隨患者中醫證型變化隨證加減治療，中西醫結合成功出院的案例。過去並無中醫藥介入白蛋白過低引起腹瀉之治療相關研究，藉此個案分享加護病房中醫藥介入對於相關症狀之療效參考。

**關鍵字：**中醫藥、加護病房、腹瀉、白蛋白過低

## 前言

腹瀉是指二十四小時內解便軟散或水瀉超過三次（含）以上 [1]，此現象反應出排泄物的含水量增加，通常意味著腸道的水分吸收或是分泌失常，而造成此情況有許多原因：急性腹瀉大多與細菌或是病毒相關，持續性或是慢性腹瀉則與大腸激躁症、發炎性腸炎、吸收不良症或是慢性感染有關，其中，白蛋白過低也是引起腹瀉的原因之一。

本病例報告一位 78 歲女性因肝腫瘤破裂引起之低血容性休克，進行動脈血管栓塞治

療及洗腎後，出現嚴重腹瀉合併腹脹及水腫情形，相關檢查無特殊發現，抽血檢查發現白蛋白過低，懷疑為白蛋白過低所引起之腹瀉，使用相關西藥治療未見明顯改善，會診中醫後治療成功出院的案例。

## 病例闡述

### 1. 基本資料

姓名：吳余○○

性別：女

年齡：78 歲

\* 通訊作者：1. 侯毓昌，衛生福利部桃園醫院中醫科，桃園市桃園區中山路 1492 號，電話：03- 369-9721 轉 1241，傳真：03-3174270，Email：houyc0115@gmail.com；2. 呂建儒，衛生福利部桃園醫院腎臟內科，桃園市桃園區中山路 1492 號，電話：03- 369-9721 轉 8503，Email：huz@mail.tygh.gov.tw

身高：146.0cm

體重：55.8kg

職業：退休

病歷號：2309XXXX

會診日期：108年8月7日

資料來源：病歷記錄 / 加護病房同仁 / 患者

## 2. 主訴

嚴重腹瀉合併腹脹水腫已五日

## 3. 現病史：

78歲女性具高血壓、第二型糖尿病、心臟病病史，於診所固定追蹤治療。108/07/27因腹痛及噁心嘔吐至本院急診就診。實驗室檢查發現白血球（ $22.45 \times 10^3/\mu\text{L}$ ）及血清中乳酸升高（11.9mmol/L），腹部電腦斷層掃描顯示肝臟左葉出現異常病灶區大小約4.29公分，收入肝膽腸胃科病房，預計進行進一步檢查。

07/28入院當日上完廁所突發昏厥，血壓降低（收縮壓：50mmHg/舒張壓無法測量）且血氧無法測量。抽血檢查發現急性腎損傷（Cre：1.05 mg/dL → 2.19 mg/dL），代謝性酸中毒（pH：6.965, HCO<sub>3</sub>：9.9），同時出現乳酸升高（11.9 mmol/L → 21.8 mmol/L）及尿少情形（入院後8小時<100ml）。基於上述原因轉至內科加護病房照護。

轉入加護病房同日因低血壓及喘的情況，給予氣管內管插管及放置中央靜脈導管（central venous pressure, CVP）以便給予升壓劑；因懷疑腹內感染給予經驗性抗生素：第三代頭孢子素（Ceftriaxone）及 Metronidazole。重新評估電腦斷層後發現腹水及肝臟腫塊，故抽取腹水樣本檢查有血液反應且顏色深紅，緊急進行抽血檢查並測定腫瘤標記，顯示血紅素濃度下降（Hb：8.4 gm/dl → 6.3 gm/dl）、凝血功能異常（PT：16.0 sec；INR：

1.6 sec），因此給予輸血治療並觀察排便情形。07/29患者解血樣便，懷疑肝臟腫瘤破裂（S2, S3），立即進行動脈血管栓塞治療術（transcatheter arterial embolism, TAE）止血。因急性腎損傷情形惡化（Cre: 2.19 mg/dL → 2.42mg/dL）合併無尿情形，於同日置放雙腔導管（Double lumen），進行連續性腎臟替代療法（Continuous venovenous hemofiltration, CVVH），開始治療後，腎功能情況改善（Cre: 2.42 mg/dL → 1.62mg/dl），故於08/01更換為間歇性血液透析治療（Intermittent Hemodialysis, IHD），改為每周二四六洗腎。

患者於08/03突然開始腹瀉，量多稀水且氣味重，合併腹部脹滿且腸音較慢，於08/05抽血檢查發現白蛋白偏低（2.2mg/dL），其餘檢查無特殊發現，懷疑為白蛋白引起之腹瀉，故於同日開始給予白蛋白輸注（25% 50ml）治療，共給予三日（08/05-08/07），每次一瓶。因患者腹瀉嚴重導致肛門周圍浸潤，於08/06放置肛管。

因患者排便稀水合併腹脹、腸音較慢之症狀未改善，08/07主治醫師會診中醫以協助病人腹瀉及腹脹之情形。

## 4. 過去病史：

高血壓（未服藥）、第二型糖尿病（108/06/28 HbA1c：6.8）（NovoRapid 6U TIDAC、Levemir 10U HS）、心臟病（未服藥）

## 5. 家族史：無相關家族病史

## 6. 個人史：

6.1 飲食：葷食

6.2 菸酒檳榔史：無抽菸、喝酒、嚼檳榔的習慣

6.3 藥物、食物、過敏史：無

## 7. 中醫四診

**7.1. 望診：**

- 7.1.1 神色：虛弱  
 7.1.2 體格：中等偏胖  
 7.1.3 舌診：氣管內管插管，無法觀察  
 7.1.4 唇色：淡紅  
 7.1.5 甲色：淡紅  
 7.1.6 眼瞼：淡紅  
 7.1.7 管路：氣管內管 SIMV mode (FiO<sub>2</sub> 40%)。鼻胃管。靜脈注射管路於左足。動脈導管 (Arterial Line) 置於左手橈側。

**7.2. 聞診：**

無特殊氣味，氣管內管置入

**7.3. 問診：**

- 7.3.1 寒熱：無怕冷怕熱  
 7.3.2 汗：無自汗盜汗  
 7.3.3 頭：無頭暈頭痛  
 7.3.4 眼耳鼻喉口咽：口乾咽痛、氣管內管置入、痰白黏稠不難抽  
 7.3.5 胸腹：無胸悶胸痛，上腹偏左側偶壓

痛，腹部較脹

- 7.3.6 腰背：無腰背痠痛  
 7.3.7 四肢：四肢較無力，上肢水腫 (2+)  
 7.3.8 飲食：消化可，反抽無，管灌 1000kcal  
 7.3.9 二便：尿管置入，小便色 (600ml) 淡黃，大便肛管置入，量多稀水，偶腥臭，每日量約 1000g  
 7.3.10 睡眠：眠尚可  
 7.3.11 情志精神：精神稍差。

**7.4. 切診：**

- 7.4.1 左脈：因動脈導管脈不可得  
 7.4.2 右脈：脈位偏沉，脈形稍細，脈勢偏弱

**8. 現代醫學身體檢查**

- 8.1. GCS：E<sub>3-4</sub>V<sub>E</sub>M<sub>4-5</sub>  
 8.2. 雙側呼吸音輕微囉音  
 8.3. 心音正常、Normal active bowel sound，但偏慢  
 8.4. 腹部 Muscle guarding (-)

**9. 實驗室檢查：見表一**

表一 實驗室檢查資料

108/08/05		
檢驗項目	檢驗數值	正常值參考區間
Albumin (g/dL)	2.2	3.2-4.8
108/08/07		
檢驗項目	檢驗數值	正常值參考區間
WBC (10 <sup>3</sup> /uL)	23.09	4.00-10.80
RBC (10 <sup>6</sup> /uL)	2.96	4.50-6.00
CRP (hs) (mg/dl)	5.516	<0.5
Na (mmol/L)	151	132-146
K (mmol/L)	2.8	3.5-5.5
BUN (mg/dL)	57	9-23
Creatinine (mg/dL)	1.14	0.7-1.3

108/09/16		
檢驗項目	檢驗數值	正常值參考區間
Albumin (g/dL)	3.1	3.2-4.8
WBC ( $10^3/uL$ )	13.95	4.00-10.80
RBC ( $10^6/uL$ )	3.63	4.50-6.00
Na (mmol/L)	136	132-146
K (mmol/L)	3.9	3.5-5.5
BUN (mg/dL)	12	9-23
Creatinine (mg/dL)	0.3	0.7-1.3



圖一 1080727 電腦斷層(急診)

Impression:

1. Suggestive of HCC in S3 of liver with rupture causing mild to moderate hemoperitoneum.
2. No obvious ischemia change or inflammation of intestine.
3. Stomach fullness with large amount of food residue.

10. 影像暨特殊檢查：腹部電腦斷層（見圖一）

11. 時序圖：見圖二

12. 辨證分析

12.1. 病因：

不內外因：肝腫瘤破裂引起低血容性休克

12.2. 病位：

臟腑病位：脾胃

解剖病位：消化道

12.3. 病性：

主證：排便量多，約 1000g/日，形質稀水，氣味重，色深，腹部脹滿合併腸音較慢，上腹偶壓痛，因氣管內管置入舌診不可得，因動脈導管故左脈不可得，右脈沉細弱

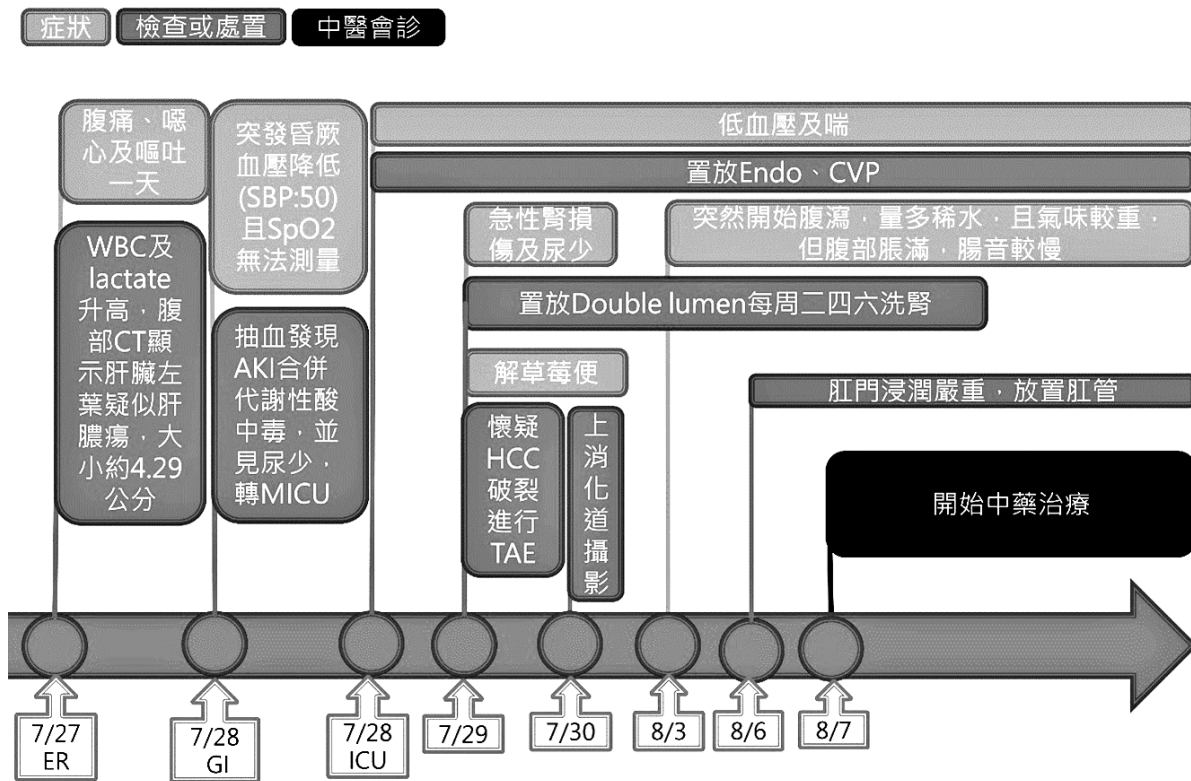
次證：神色虛弱，上肢水腫，四肢無力。

12.4. 病勢

患者本身因肝腫瘤破裂引起之低血容性休克，因出血造成體內其他器官血液灌流不足，造成臟腑無血液濡養則功能失司，損及中焦脾胃的情形。

另外因患者改成使用管灌飲食，同時根據住院管灌病患營養狀況及胃腸併發症對營養攝取量之影響研究中提及：「灌食後出現腸胃併發症一般認為可能的原因是，灌食配方選擇不適、灌食濃度、藥物的副作用、灌食方式不當、灌食污染、灌食速度、腸胃吸收障礙、營養不良（低白蛋白血症）等因素的影響。」[2]。因此，飲食習慣的改變也會加重對於中焦脾胃的影響。

於此同時，患者亦使用抗生素進行治療，過去研究指出抗生素的使用會對腸道黏膜及



圖二 時序圖

腸道菌落造成影響，進而產生腹瀉情形，而中醫角度則認為抗生素較為苦寒容易損傷陽氣，同時也會影響脾胃功能 [3]，對於患者的腹瀉問題可能為導致其加重的原因之一。

低白蛋白血症通常發生於年老或是營養不良的患者，同時，在嚴重疾患像是敗血性休克或是失代償性肝硬化的患者亦可能會出現 [4]。黃聰龍等曾蒐集低白蛋白患者同時受管灌餵食者共 130 位進行分析，結果發現白蛋白過低（低於 2mg/dL）的管灌餵食患者在腹瀉發生率較正常白蛋白者更高 [5]。因此不論為因為果，白蛋白過低都是可能造成或加重腹瀉的原因。

上述因素都是患者可能出現嚴重腹瀉的原因。在《諸病源候論·五臟六腑病諸候篇》中記載：「脾氣不足，則四肢不用、後泄、食不化、嘔逆、腹脹腸鳴，是為脾氣之虛

也。」[6]；另外，《景岳全書·泄瀉》中提出：「脾弱者，因虛所以易瀉，因瀉所以愈虛。蓋關門不固，則氣隨瀉去，氣去則陽衰。陳衰則寒從中生。」[7]；同時，中醫基礎理論中亦論述：「脾主運化，主升清，主肌肉四肢」[8]。綜合而言，此患者脾運化失常，脾虛損及中焦腸胃造成脾陽虛，出現便溏、水腫情形；升降失調則腹脹；脾主肌肉四肢，陽虛不足脾胃虛寒，肌肉不得溫煦則四肢無力脈沉細。

13. 病因病機圖：見圖三

14. 診斷：

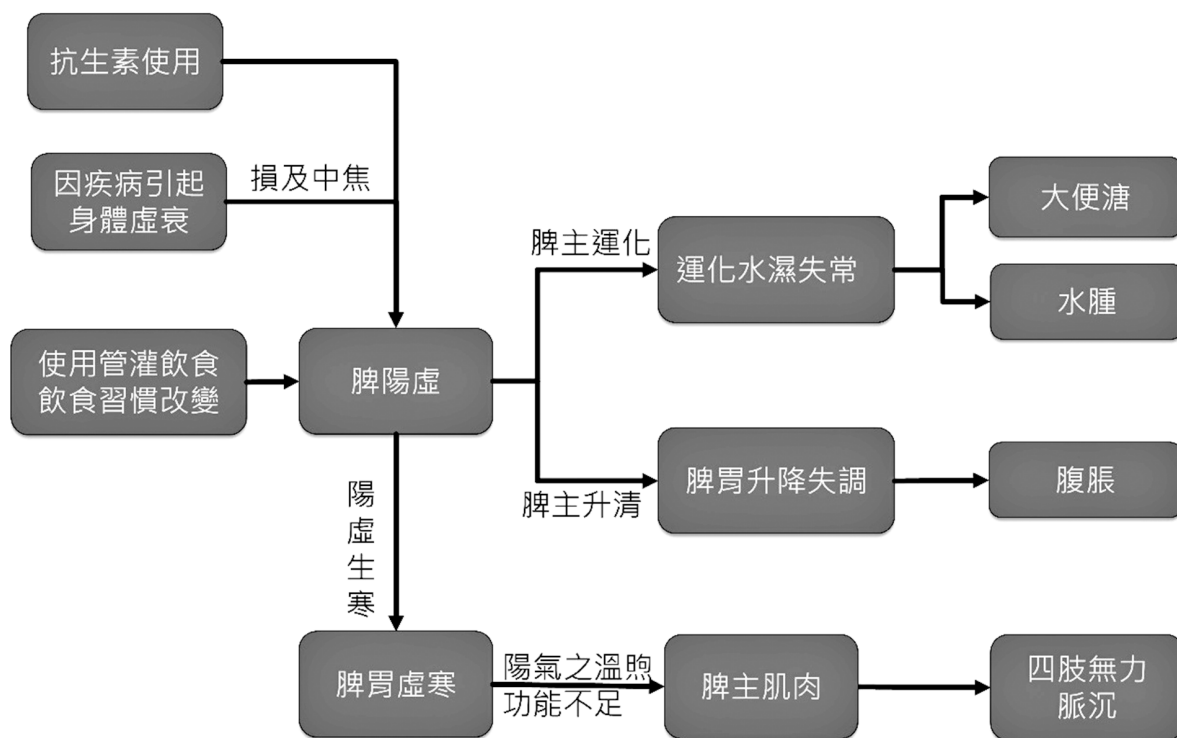
14.1. 中醫診斷

辨病：泄瀉

辨證：脾陽受損、脾胃虛寒

14.2. 西醫診斷：白蛋白過低腹瀉

15. 治則：溫陽祛寒，健脾益氣



圖三 病因病機圖

## 16. 處方：附子理中湯加減

炮附子 3 錢、人參 3 錢、白朮 3 錢、炙甘草 3 錢、乾薑 1.5 錢、訶子 3 錢、補骨脂 3 錢、吳茱萸 3 錢

以上諸藥濃煎 50ml，隔水加熱後經鼻胃管管灌溫服，每六小時服用一次

## 17. 方藥分析

此方使用溫中祛寒、健脾益氣的附子理中湯搭配收澀止瀉的訶子、補骨脂和吳茱萸。附子理中湯為理中丸加附子，溫中效果更勝理中丸，其中乾薑性味辛熱，具溫中祛寒扶陽之功；人參能補脾胃之氣，三藥加強溫煦脾陽；白朮燥濕健脾；炙甘草甘溫益氣補中，期以補脾、補中以復脾陽；附子辛熱有回陽

救逆散寒的效果；根據附子理中湯在陽虛型小鼠模型研究中證實，使用附子理中湯的小鼠可以改善陽虛症狀的病理因子，進而改善陽虛情形 [9]。訶子酸澀，具收斂澀腸止瀉的功能，根據現代藥理研究，訶子對於腹瀉具有抑制的作用 [10]，其成分中含大量鞣質，具有良好的止瀉作用 [11]；補骨脂辛溫暖脾止瀉；吳茱萸辛熱，溫中助陽止瀉，現代藥理研究顯示，吳茱萸中吳茱萸烯具有芳香健胃效果，而吳茱萸苦素具有苦味健胃作用，兩者均能強化腸胃消化機能 [11]。諸藥搭配一方面從標症著手以止瀉為治療目標，同時也重於溫中助陽、散寒補中治療本症，達到標本兼治的療效。

表二 會診追蹤紀錄

日期	病況進展（大便計量單位：g 克）	處方加減
108 年 8 月 16 日 會診後第 9 天	給藥後當日夜間排便量與前日相比減少（1290 → 530）。解便稀水情況稍改善，移除肛管。因檢查白蛋白依舊偏低，故再給予白蛋白輸注（25% 50ml），共給予五日，每次一瓶。後續解便量漸減，且腥臭味改善，但排便不成形、腹脹情形依舊於 8/16 改變加減方。	附子理中湯合四神丸加減 五味子 3 克，肉豆蔻 3 克，芡實 3 克，補骨脂 3 克 Q6H 人參 3 錢，白朮 5 錢，炙甘草 3 錢，附子 3 錢，乾薑 3 錢 吳茱萸 3 錢，訶子 3 錢，補骨脂 3 錢，大腹皮 1.5 錢，車錢子 5 錢，茯苓 3 錢 100ml BID* 三天
	臨床思路	
	患者腹瀉雖有改善但與正常情況相比依舊稀水且量多，故增加溫補脾腎，澀腸止瀉之四神丸，但因本院無肉豆蔻及芡實飲片，故使用科學中藥。因稀水情況依舊，腥臭味減，增加白朮、茯苓、車前子加強祛溼利尿的作用。因腹脹關係，增加大腹皮。	
108 年 8 月 20 日 會診後第 13 天	轉至呼吸照護病房，進行呼吸訓練，痰黃白量多，偶有痰塊，不難抽，NG 進食 1100 卡 / 天，更換配方為元素飲食。大便質糊，稀水減。脈稍弱。 08/19 追蹤白蛋白依舊偏低（2.1mg/dL），故再給予白蛋白輸注（25% 50ml），共給予七日，每次一瓶。（排便量：780） （白蛋白：2.3mg/dL）	參苓白朮散合真武湯 人參 3 錢 白扁豆 3 錢 茯苓 3 錢 白朮 5 錢 甘草 2 錢 炙甘草 2 錢 山藥 3 錢 蓮子 2 錢 薏苡仁 3 錢 桔梗 2 錢 砂仁 2 錢 大棗 2 錢 白芍 3 錢 乾薑 5 錢 炮附子 3 錢 50ml Q6H* 三天

日期	病況進展（大便計量單位：g 克）	處方加減
	臨床思路	
	因漸漸由急性腹瀉轉為慢性腹瀉，久病及腎，開始酌加與腎陽相關之方劑，因此選用主治腎陽衰微、脾失健運之真武湯搭配益氣健脾、和胃滲濕之參苓白朮散進行治療。	
108年8月30日 會診後第23天	突發大便稀水，味道腥臭。舌診淡紅苔白。右脈滑稍數，左脈滑。 08/26 追蹤白蛋白依舊偏低（2.3mg/dL），故再給予白蛋白輸注（25% 50ml），共給予七日，每次一瓶。 （排便量：570 → 540 → 830 → 540 → 610 → 590 → 730） （08/22 → 08/26 白蛋白：2.1 → 2.3mg/dL）	參苓白朮散合葛芩連 人參 3 錢 白扁豆 3 錢 茯苓 3 錢 白朮 3 錢 甘草 2 錢 炙甘草 2 錢 山藥 3 錢 蓮子 2 錢 薏苡仁 3 錢 桔梗 2 錢 砂仁 2 錢 大棗 2 錢 白芍 3 錢 葛根 3 錢 黃芩 3 錢 黃連 2 錢 陳皮 2 錢 半夏 2 錢 50ml Q6H* 四天
	臨床思路	
	因排便味重、脈稍數等熱象表現，去附子、乾薑，白朮減量，加葛根、黃芩、黃連	
108年9月12日 會診後第36天	整體排便趨勢減低，稀水情況改善，翻身滲便情形緩解，但仍偶發生，於09/10成功移除呼吸器。腹脹情況稍減，患者自述解便前腹部疼痛，解便後改善。白蛋白數值改善。 （09/02 → 09/09 白蛋白：2.5 → 2.6mg/dL）	參苓白朮散合芍甘湯 人參 3 錢 白扁豆 3 錢 茯苓 3 錢 白朮 3 錢 白芍 3 錢 炙甘草 3 錢 山藥 3 錢 薏苡仁 3 錢 砂仁 2 錢 大棗 2 錢 葛根 3 錢 陳皮 2 錢 升麻 2 錢 柴胡 2 錢 75ml Q6H* 四天
	臨床思路	
	因患者表示有解便前腹痛之情形，使用芍甘湯鎮攣止痛，並加重升麻及柴胡用量加強升提之效果。	
108年9月16日 會診後第40天	大便成形，質可，量可，飲食正常，精神佳，故終止會診。當日白蛋白數值 3.1mg/dL。	

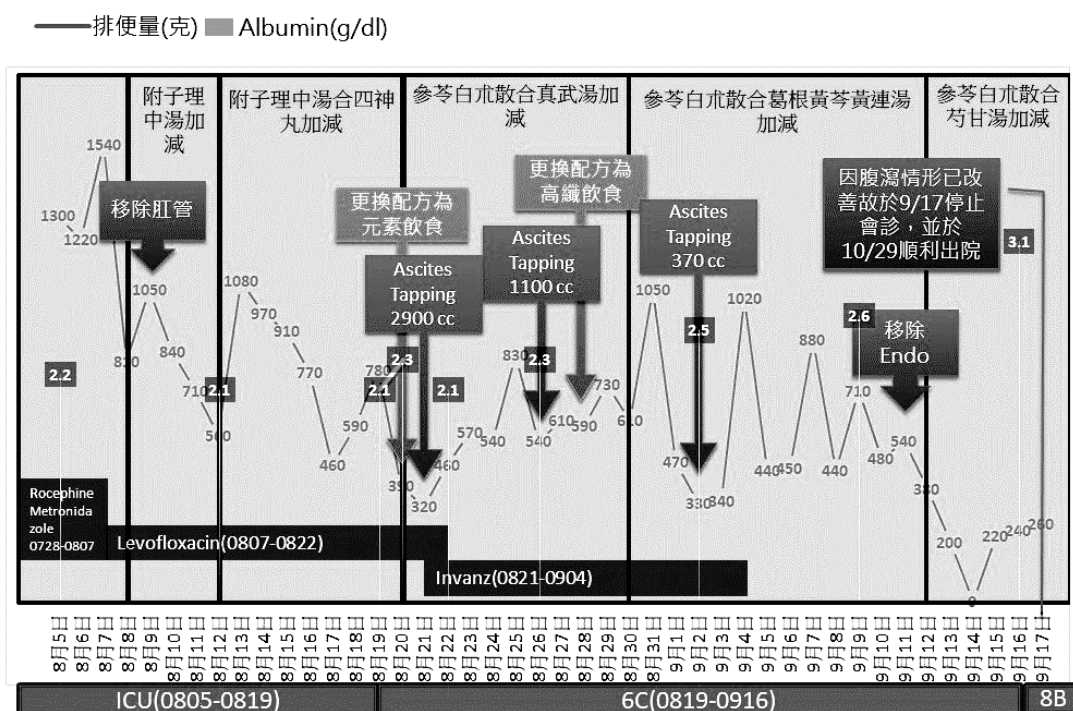
## 18. 會診治療追蹤紀錄：見表二與圖四

### 討論

根據世界胃腸病學組織全球指引，腹瀉主要以三個種類進行分析，急性腹瀉、血便及持續性（慢性）腹瀉 [12]。急性腹瀉指發生於十四天內之腹瀉。常見的原因是感染所

造成，包含病毒、細菌及原生生物（protozoa）[13]。一般而言，較嚴重的腹瀉大多是由細菌所造成。根據 Dryden MS 等人於 1996 年的研究針對 173 例嚴重性腹瀉進行調查研究，發現細菌感染占總數的 87% [14]。而原生生物則是相對較少的情況。而持續性腹瀉則介於十四天到三十日之間，除上述急性感染原因造成的腹瀉之外，其他原因造成的腹瀉較易





圖四 會診追蹤

成為持續性或慢性腹瀉的表現。慢性腹瀉則是大於三十天，其成因與急性腹瀉相比則相對繁多，其中最常見的是大腸激躁症、發炎性腸炎、吸收不良症候群（乳糜瀉、乳糖不耐症等）及慢性感染（大多發生於免疫異常的患者）等。進行慢性腹瀉鑑別診斷時，根據美國家庭醫師期刊之建議，可以將原因分為三大類，首先分辨不同型態的腹瀉：水瀉、脂肪瀉和發炎性或滲出性腹瀉，水瀉可再細分為分泌性、滲透性和功能性；脂肪瀉則可分為吸收不良症及消化不良 [15]。在辨別不同原因造成的腹瀉，飲食、生活接觸及用藥史等都必須進行詢問，同時也需對解便的型態、臨床伴隨症狀以及相關實驗室檢查進行全面的蒐集，才能正確的找到腹瀉的原因。

腹瀉在加護病房並不罕見，根據 Patricia 等人在 2006 的研究統計出加護病房患者腹瀉的危險因素，包含腸胃道管灌、抗生素、體

溫過高或過低、感染、營養不良、白蛋白過低、敗血症候群、多重器官衰竭、開放性餵食器及過去有使用靜脈營養治療等共十一項 [16]。此次患者造成腹瀉風險中的相關議題主要腸胃道管灌相關、抗生素使用及白蛋白過低等三項因素。針對腸道餵食引起之腹瀉相關研究指出其與配方組成、給予餵食方式及放置位置有關 [17]。配方方面，若是成分中含有大量碳水化合物、脂肪及高滲透性食物較容易造成腹瀉的發生 [18]。依腸胃道管灌方式不同，相較於單純使用地心引力滴灌式給予，使用幫浦定量給予則有較低的腹瀉發生率 [19]。而抗生素最常見則是困難梭狀桿菌（*Clostridioides difficile*）的感染誘發腹瀉，佔抗生素相關腹瀉中 15%~20%，通常是因為患者腸道菌叢被破壞，同時接觸到困難梭狀桿菌，再加上患者本身免疫力降低所致 [20]。

除了多個研究分析及文獻回顧中提到白

蛋白過低為腹瀉的危險因子 [16]，在重症加護醫學期刊中也明確點出白蛋白過低導致腹瀉的原因 [21]，臨床上白蛋白過低的成因包括因食慾減退造成的營養素或蛋白質攝取不足、腎功能惡化、疾病以及急性或慢性發炎等都可能嚴重影響血中白蛋白的濃度 [22]。一般而言，在患者遭遇敗血症、感染、創傷或是大型術後一周內，白蛋白數值約會下降 1-1.5mg/dL，主要原因與流失及製造功能失常有關 [23]。另外，在部分病況較為複雜的患者，如肝硬化患者本身肝細胞生成受阻，其經微血管漏出率則會增加；而糖尿病的患者其白蛋白合成率下降，同時，經微血管漏出率也會增加 [5]。此次患者疾病及相關介入治療較為複雜，同時也有多項因素共同影響，進而造成西醫治療上的困難。

腹瀉在中醫稱為「泄瀉」，在《內經素問·陰陽應象大論》中提到：「濕勝則濡瀉。」 [24] 認為「濕」是主要造成泄瀉的原因，一般而言，泄瀉主要病位歸屬於脾胃，如同《景岳全書·泄瀉》所述：「泄瀉之本，無不由於脾胃。」 [7]，脾胃功能在此疾病中佔有舉足輕重之地位，主要的原因與脾喜燥惡濕的特性有關。因此在治療上主要以處理脾胃為濕邪所傷為主，古代中醫並沒有遇到所謂腸胃道管灌、抗生素等等現代醫學介入問題，自然也沒有相關古籍記載可供參考，必須依據其臨床表現進行分型，再回歸中醫辨證論治本質來治療。

中醫針對與本患者相關加護病房腹瀉風險中的可能原因，如抗生素相關、腸胃道管灌相關及白蛋白過低，曾有部分相關研究及論述。針對因使用抗生素所引起腹瀉之情形，在 2019 年張艷敏蒐集天津市第四中心醫院中醫科 46 位抗生素引起腹瀉且辨證為脾腎陽虛

類型者，使用附子理中湯加減作為治療，結果發現比起單純使用西藥常規治療者在腹瀉情形表現有較明顯的改善 [25]。而針對腸胃道管灌患者，2018 年余方宇也曾發表相關研究，發現腸內營養性腹瀉常見的表現為精神萎靡、畏寒、脈沉細等等，在中醫辨證上屬於陽虛表現，虛不受納導致後續腹脹、腹瀉反覆交替出現，比較附子理中湯對於腸胃道管灌患者的腹瀉次數及血清前白蛋白數值的影響；結果發現使用第三天後使用附子理中湯的治療組腹瀉次數降低及血清前白蛋白提升，與未使用附子理中湯的對照組相比即具有統計學差異 [26]。

另外，白蛋白是一個營養指標，不論是白蛋白過低引起腹瀉造成營養流失而加重白蛋白低下情形，抑或是因營養流失造成白蛋白低下進而誘發腹瀉都是嚴重的惡性循環。以西醫治療而言，主要是找出白蛋白低下原因、補充白蛋白，維持滲透壓停止腹瀉的方式進行治療。在中醫部分，過去研究與白蛋白低下相關論文極少，2010 年吳玉清針對肝硬化引起白蛋白過低造成的相關併發症進行中醫治療研究，該研究以慢性肝炎患者合併有白蛋白過低的 30 例患者發生如腹脹、及腹水等症狀使用參苓白朮散作為治療，依據兼證進行加減，以腹脹及腹水作為主要觀察評估項目，結果發現在治癒率及復發率都較單純使用西藥組表現優異 [27]。

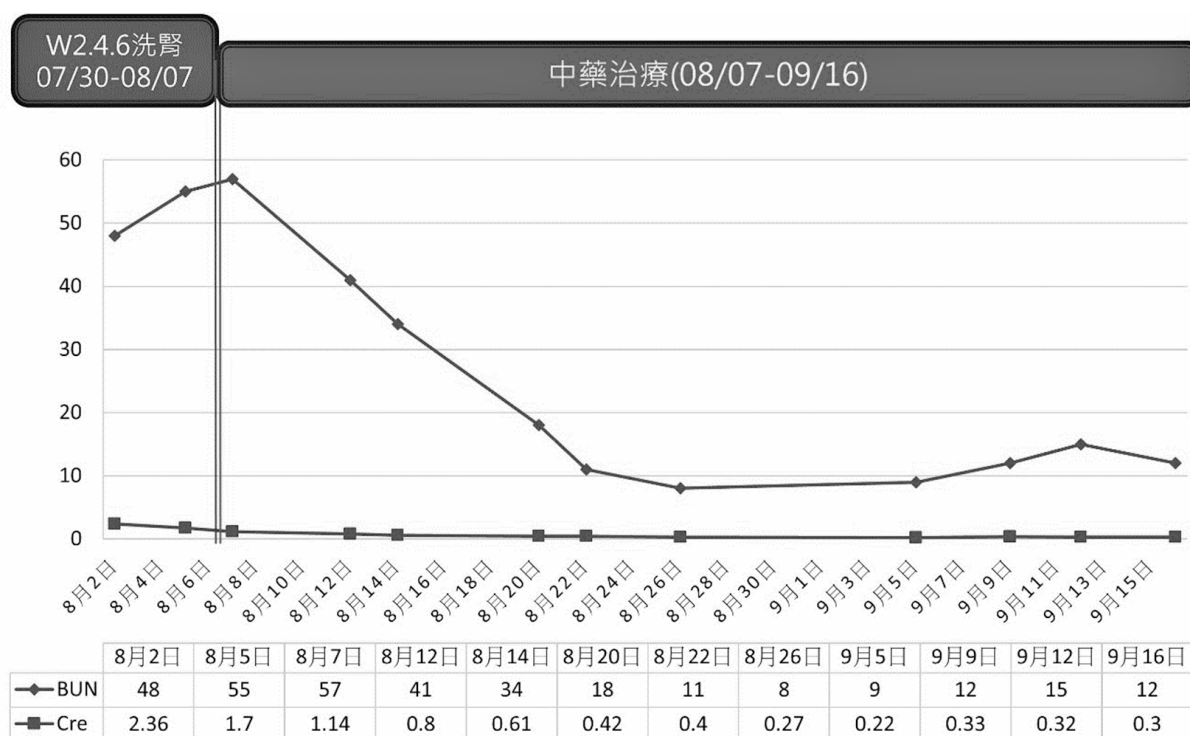
在急性期，應先將腹瀉情形緩解，降低可能因營養流失所加重的白蛋白低下，接著再改善患者消化吸收功能，增加營養吸收、促進白蛋白生成，才能完全解決因白蛋白低下因素所引起的腹瀉問題。患者前期在臨床表現上出現許多寒象，故在使用方藥上優先考慮溫性藥物，同時考量其病因病機，使用

附子理中湯合併使用收澀止瀉藥物如訶子等，在待腹瀉情形緩解，開始重建脾胃為主的的方向，再加上溫下焦之功能，故使用參苓白朮散合併真武湯進行治療。也實踐中醫在階段性治療中「辨證論治」的特色。

針對中醫早期介入加護病房治療，Wang 等人在 2017 年探討中藥介入預防敗血症所引起相關急性腸胃道症狀的研究，蒐集 2013 年 3 月至 2014 年 11 月間共 296 位患者，其中 150 位接受常規西醫治療，146 位患者則搭配中醫進行治療，針對不同患者之症狀表現給予不同藥物，並進行相關實驗室數據、疾病嚴重程度評估量表的收集及評估；最終結果發現，中醫介入對於急性腸胃道症狀出現機率較單純使用西藥治療者大幅降低，同時也發現，其對於加護病房患者的平均住院日數、死亡率及呼吸器脫離率都具有較佳的影

響 [28]。

最後則是關於在重症患者身上使用中藥的安全疑慮探討，根據台北榮總 2014 年針對非馬兜鈴酸類藥物與慢性腎病患者的死亡率相關性研究發現，病人不論是在被診斷為慢性腎病前或後開始接受非馬兜鈴酸類中藥治療對於患者的死亡率有較良好的預後表現 [29]。而高雄醫學大學附設醫院也進行對於慢性腎病患者服用中藥與進入末期腎病的相關性研究，結果發現使用中藥的患者反而能夠減緩進入末期腎病的時程 [30]。綜上所述，使用合法且由合格中醫師開立之中藥，對於患者的腎功能並不會造成負面的影響。如本患者在中醫藥介入前曾因腎功能障礙短暫洗腎，然患者在中醫藥使用後，其腎功能並未受到影響，同時，也逐漸恢復正常腎功能數值。（見圖五）



圖五 會診期間病人腎功能數值變化

## 結論

本患者因肝腫瘤破裂引起之低血容性休克，進行動脈血管栓塞治療及洗腎後，懷疑為白蛋白過低所致而出現大量腹瀉合併腹脹及水腫情形。經中醫於加護病房期間早期介入，以溫陽祛寒、益氣健脾為主，後隨患者中醫證型變化，成功改善腹瀉情形順利拔管後終止中醫會診。在會診過程，我們發現中藥的介入使用，可降低白蛋白過低所引起之腹瀉且安全性並無疑慮，本會診病例處理之經驗希望能提供加護病房類似病人之治療參考。

## 參考文獻

1. Shane AL, Mody RK, Crump JA, et.al. 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. *Clin. Infect. Dis.*, 2017;65(12):e45-e80.
2. 黃素華、陳珮蓉等，住院管灌病患營養狀況及胃腸併發症對營養攝取量之影響。台灣醫學。2005；9(4)：18-23。
3. 袁玲，抗生素相關性腹瀉中醫證候分布研究。中外醫學研究。2019；17(19)：154-155。
4. Gatta A, Verardo A, Bolognesi M. Hypoalbuminemia. *Intern. Emerg. Med.*, 2012; 7 (Suppl 3): S193-199.
5. Hwang TL, Lue MC, Nee YJ, Jan YY, Chen MF. The incidence of diarrhea in patients with hypoalbuminemia due to acute or chronic malnutrition during enteral feeding. *Am. J. Gastroenterol.*, 1994; 89(3):376-378.
6. 巢元方，諸病源候論，遼寧科學技術出版社，中國，pp. 81，1997。
7. 何清湖，中華醫書集成：綜合類第 32 卷，中醫古籍出版社，中國，pp. 300，1999。
8. 印會河、張作訥，中醫基礎理論，知音出版社，台北，pp. 75，2003。
9. 唐漢慶，脾陽虛模型小鼠產熱障礙機制及附子理中湯的干預作用，海南醫學院學報，2016；16(3)；285-288。
10. 張嘉麟，由傳統功效與現代藥理淺談中藥訶子，明通醫藥，2010；407；19-21。
11. 張賢哲等，中醫中藥學，中國長庚中藥小組，台灣，pp. 173、441，2013。
12. M. Farthing, et al. Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines, 2012, Available at: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/acute-diarrhea/acute-diarrhea-english>. Accessed: 12.02.2021
13. Musher DM, Musher BL. Contagious acute gastrointestinal infections. *N. Engl. J. Med.*, 2004; 351(23): 2417-2427.
14. Dryden MS, Gabb RJ, Wright SK. Empirical treatment of severe acute community-acquired gastroenteritis with ciprofloxacin. *Clin. Infect. Dis.*, 1996; 22(6):1019-1025.
15. Juckett G, Trivedi R. Evaluation of chronic diarrhea. *Am. Fam. Physician.*, 2011; 84(10):1119-1126.
16. Wiesen P, Van Gossum A, Preiser JC. Diarrhoea in the critically ill. *Curr. Opin. Crit. Care*, 2006; 12(2):149-154.
17. Montejo JC, Grau T, Acosta J, et al. Multicenter, prospective, randomized, single-blind study comparing the efficacy and gastrointestinal

- complications of early jejunal feeding with early gastric feeding in critically ill patients. *Crit. Care Med.*, 2002; 30(4):796-800.
18. Whelan K, Judd PA, Preedy VR, Taylor MA. Enteral feeding: the effect on faecal output, the faecal microflora and SCFA concentrations. *Proc. Nutr. Soc.*, 2004; 63(1):105-113.
19. Shang E, Geiger N, Sturm JW, Post S. Pump-assisted versus gravity-controlled enteral nutrition in long-term percutaneous endoscopic gastrostomy patients: a prospective controlled trial. *J. Parenter. Enter. Nutr.*, 2003; 27(3): 216-219.
20. Johnson S, Gerding DN. Clostridium difficile-associated diarrhea. *Clin. Infect. Dis.*, 1998; 26(5):1027-1034.
21. Ringel AF, Jameson GL, Foster ES. Diarrhea in the intensive care patient. *Crit Care Clin.*, 1995; 11(2):465-477.
22. Herrmann FR, Safran C, Levkoff SE, Minaker KL. Serum albumin level on admission as a predictor of death, length of stay, and readmission. *Arch. Intern. Med.*, 1992; 152(1):125-130.
23. Moshage HJ, Janssen JA, Franssen JH, Hafkenscheid JC, Yap SH. Study of the molecular mechanism of decreased liver synthesis of albumin in inflammation. *J. Clin. Invest.*, 1987; 79(6):1635-1641.
24. 程士德，內經，知音出版社，台北，pp. 45-47，2004。
25. 張艷敏、龐建中，附子理中湯加減治療抗生素相關性腹瀉脾腎陽虛証的療效觀察。醫學信息。2019；32(5)：162-164。
26. 余方宇、黃丹紅、程盈盈、徐穎鶴，附子理中湯治療腸內營養性腹瀉 53 例觀察。浙江中醫雜誌。2018；53(5)：343。
27. 吳玉清，參苓白朮散加減治療肝硬化低蛋白血症 30 例。實用中醫藥雜誌。2010；26(10)：687。
28. Wang Y, Zhang Y, Jiang R. Early traditional Chinese medicine bundle therapy for the prevention of sepsis acute gastrointestinal injury in elderly patients with severe sepsis. *Sci. Rep.*, 2017; 7:46015.
29. Hsieh CF, Huang SL, Chen CL, Chen WT, Chang HC, Yang CC. Non-aristolochic acid prescribed Chinese herbal medicines and the risk of mortality in patients with chronic kidney disease: results from a population-based follow-up study. *BMJ Open*, 2014; 4(2):e004033.
30. Lin MY, Chiu YW, Chang JS, et al. Association of prescribed Chinese herbal medicine use with risk of end-stage renal disease in patients with chronic kidney disease. *Kidney Int.*, 2015; 88(6):1365-1373.

## Case Report

# Traditional Chinese Medicine improved Severe Diarrhea due to Hypoalbuminemia in Intensive Care Unit after Liver Tumor Rupture— A case report

Chia-Wei Lin<sup>1</sup>, Chien-Lu Lu<sup>2,\*</sup>, Yu-Chang Hou<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup>*Department of Chinese Medicine, Taoyuan General Hospital, Ministry of Health and Welfare, Taoyuan, Taiwan*

<sup>2</sup>*Department of Nephrology, Taoyuan General Hospital, Ministry of Health and Welfare, Taoyuan, Taiwan*

A 78-year-old woman experienced hypovolemic shock due to a ruptured liver tumor. After receiving transcatheter arterial embolism(TAE) and continuous renal replacement therapy(CCRT), she started to have server diarrhea and edema. In response, she initially received western medicine treatment under the impression of hypoalbuminemia though without any immediate signs of improvement. Subsequently, traditional Chinese medicine(TCM) treatment of warming yang for dispelling cold and invigorating spleen and replenishing qi was prescribed during her stay in intensive unit; continual adjustments were made depending on observed responses to treatment. Afterwards, most of her symptoms subsided and she was discharged after integrated Chinese and western medicine treatment. There wasn't any research in the past about treating diarrhea due to hypoalbuminemia with traditional Chinese medicine therapy. This case report aims to document the efficacy of the aforementioned methods of treating related symptoms in the intensive care unit.

**Key words:** Traditional Chinese medicine, intensive care unit, diarrhea, hypoalbuminemia

---

\*Correspondence author: 1. Yu-Chang Hou, Department of Chinese Medicine, Taoyuan General Hospital, Ministry of Health and Welfare, No. 1492, Zhongshan Rd., Taoyuan Dist., Taoyuan City 330, Taiwan, Tel: +886-3-3699721 ext. 1241, Fax: +886-3-3174270, Email: houyc0115@gmail.com; 2. Chien-Lu Lu, Department of Nephrology, Taoyuan General Hospital, Ministry of Health and Welfare, No. 1492, Zhongshan Rd., Taoyuan Dist., Taoyuan City 330, Taiwan, Tel: +886-3-3699721 ext. 8503, Email: huz@mail.tygh.gov.tw