

病例報告

中西醫結合治療吸入性肺炎合併膿胸病例報告

葉祐安^{1, #}、張馨慧^{1, #}、謝翠玉¹、林宏任^{1, *}

¹ 中國醫藥大學附設醫院中醫部，臺中，臺灣

本病例報告為一位 51 歲食道癌放化療後持續咳嗽有白痰的男性病患，化療後三天，因突發咯血，胸部 X 光顯示右下肺浸潤增加與胸膜積液（RLL increased infiltration and right pleural effusion），懷疑右下肺葉肺炎伴隨咳血而住院。經本院血液腫瘤科抗生素治療 26 天後，胸腔超音波顯示右肺積膿（right empyema）並放置引流管（pig-tail），由於患者自住院後整日咳嗽有黃白痰已 34 天，夜咳甚，影響睡眠，故會診中醫內科合併治療。經中西醫結合治療 56 天後，病人順利出院。我們將討論此病例肺積膿之中醫病因、病機及理法方藥。由於化學及放射治療損傷肺胃之氣陰，黏膜受損形成氣管食道瘻管，故口腔菌伺機感染肺部，痰熱壅肺，形成肺癰。中醫診斷為，熱毒壅肺、痰熱化膿、氣陰兩傷。治則為清熱解毒、化痰排膿、益氣養陰。使用方藥為黃芩、桑白皮、生大黃通腑清熱、瀉肺止咳；桔梗實、冬瓜子、浙貝母、桔梗、生甘草化痰散結排膿；黃耆補氣托膿、沙參養陰清肺。並探討中西醫結合的優勢，中醫介入的時機，為舒緩病人的不適，幫助病人清熱消癰排膿，縮短治療時間的參考經驗。

關鍵字：肺積膿、中西醫結合、咳嗽

前言

肺旁胸膜積液（parapneumonic pleural effusion）和胸膜積膿（pleural empyema）可能是複雜的肺炎、支氣管擴張，和肺膿瘍（lung abscess）造成的。病理生理學上，它們的進程會從急性滲出期（exudate）到纖維膿性期（fibrinopurulent）、積膿相（empyema phase），再到慢性期（organizing）。其中有很多的分類，範圍從簡單分類（簡單、複雜、積膿

階段）到複雜分類（美國學院和胸腔醫師分類），以及應用分類（Light et al. 1995 分類）。不論何種分類都認為胸旁積液應該進行胸腔穿刺。影像如 CT 或尤其是超音波，可以幫助診斷、評估，和治療。這些治療依賴肺旁積液的分類，強調快速評估和介入的重要性。目前西醫治療包括抗生素、管胸廓造口術（tube thoracostomy）、影像引導小孔導管引流積膿或積液 [1]、纖維蛋白溶解劑，如果沒有改善，還可使用胸腔內視鏡或視頻胸腔鏡

* 通訊作者：林宏任，中國醫藥大學附設醫院中醫部，地址：404 台中市北區美德街 166 號，電話：04-22052121 分機 4563，傳真：04-22365144，Email：hjlin4103@gmail.com

#：共同第一作者。

手術 [2-4]。本病患早期在胸部 X 光檢查及血液細菌培養懷疑肺炎時，即使用抗生素治療；之後藉由胸腔超音波診斷出膿胸，並在超音波引導下放置引流管，且針對不同菌種，持續使用抗生素。在引流八天後，由於咳嗽伴隨黃白痰不止，中醫在此時介入治療。

根據台灣衛福部 104 年肺炎的死亡人數為 10761 人 [5]，而超過 40% 的細菌性肺炎患者和 60% 的肺炎球菌性肺炎患者發生肺旁胸膜積液，嚴重時，產生胸膜積膿。任何類型的肺炎（例如細菌，病毒，非典型）可與肺旁胸膜積液相關。然而，肺旁胸膜積液的相對發生率隨微生物體而變化。病毒性肺炎和黴漿菌肺炎在 20% 的患者中引起小範圍的胸膜積液。對於胸膜積液，細菌性肺炎佔了

70%。越來越多的胸腔積液是先前手術的併發症，佔 30% 的病例。創傷也可能由於胸膜腔的感染而複雜化。在沒有創傷或手術的情況下，感染性微生物可以從血液或其他器官擴散到胸膜腔中 [6]。本病患則為懷疑氣管食道瘻管併發嚴重肺炎，血液培養出口腔鏈球菌（*Streptococcus oralis*），肺部引流培養出緩和鏈球菌（*Streptococcus mitis*），胸膜液培養出白色念珠菌（*Candida albicans*）。中醫治療未成膿者當瀉實，已成膿者當開結 [7]，慢性期則治以活血化瘀。

病例闡述

1. 基本資料：如表一

表一 個人基本資料

姓名：林○○	病歷號碼：317942xx	年齡：51
性別：男	職業：鐵工廠工人	急診日期：105 年 6 月 30 日
婚姻：已婚	居住地：台中市太平區	住院日期：105 年 7 月 02 日
身高：173cm	體重：77Kg；BMI：25.73	會診日期：105 年 8 月 03 日

2. 主訴

持續咳嗽伴黃白痰影響睡眠已 34 日

3. 現病史

51 歲男性，鐵工廠工人，環境有粉塵，慢性咳嗽有痰 10 年以上，105 年 5 月 24 日經上消化道內視鏡（Esophagogastroduodenoscopy, EGD）組織切片診斷為食道癌（鱗狀上皮細胞癌）；內視鏡超音波（Endoscopic Ultrasound, EUS）顯示腫瘤位於食道中胸段及下段（25cm 及 27-37 cm 處）伴隨區域性淋巴結侵犯，超音波分期為 uT3N2。臨床分

期為 cT3N3M0。6 月 13 日因吞嚥困難接受空腸造口術進行餵食，植入人工血管（Port A）並分別於 6 月 20 日及 6 月 27 日接受同步化學與放射治療（concomitant chemo-radiotherapy, CCRT）後咳嗽加重。6 月 30 日凌晨 2 點咳血兩次及 4 點咳血一次至急診，但於急診只觀察到褐色痰並開始發燒（37.9℃～38℃），血液檢查白血球增多（WBC:22000），胸部 X 光顯示右下肺浸潤增加與肺積液（RLL increased infiltration and right pleural effusion），懷疑右下肺葉肺炎伴隨咳血，故

於 7 月 2 日住院接受抗生素治療。7 月 5 日接受胸腔穿刺診斷 (diagnostic thoracentesis) 肺部非惡性腫瘤，7 月 8 日血液培養出口腔鏈球菌 (*Streptococcus oralis*)，懷疑與氣管食道瘻管 (Tracheoesophageal fistula) 或食道胸瘻管 (Esophageal pleural fistula) 有關，故告知患者勿經口飲食，抗生素治療期間仍反覆發燒。7 月 26 日胸腔超音波顯示右肺積膿 (right empyema) 故放置引流管 (pig-tail)，7 月 27 日後發燒已無。

由於患者自住院後整日咳嗽有痰已 34 天，夜咳甚，影響睡眠，故於 8 月 3 日會診中醫合併治療。

4. 個人史：

4.1 飲食嗜好：葷食，三餐飲食不規律、無特殊偏食。

4.2 抽菸 1 天 0.5 包超過 20 年 (已戒菸 2 個月)，喝烈酒 (高粱) 一週一瓶 10 年 (已戒酒 2 個月)，無嚼檳榔習慣。

4.3 運動：無規律運動習慣。

4.4 過敏史：無食物或藥物過敏史。

4.5 工作：鐵工廠工人，環境接觸粉塵。

4.6 接觸史與群聚史：家人及同事無人發燒或咳嗽。

5. 過去病史：

5.1 慢性咳嗽有痰 10 年以上。

5.2 高血壓：服西藥半年，控制中。

5.3 糖尿病：未控制。

6. 家族史：父親胰臟癌過世。

7. 中醫四診：

7.1 望診：

7.1.1 意識清楚，GCS：E4M6V5，倦怠神疲，體格中等

7.1.2 目光有神，面色暗沉，口唇色淡黯質乾。

7.1.3 舌質嫩，黯紅偏紫，舌尖瘀斑，微齒痕。

苔中根黃白膩，邊尖無苔。(圖一)

7.1.4 全身現存管路及放置日期(表二)

7.1.5 膿胸引流記錄(表三，圖二)



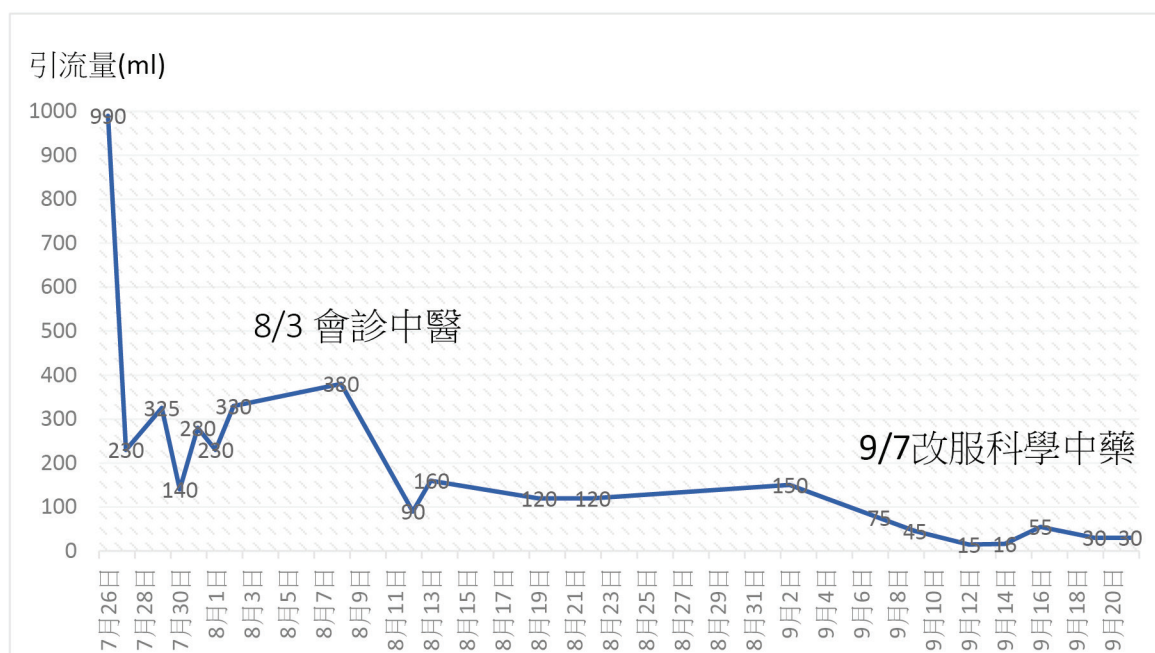
圖一 舌診

表二 全身現存管路及放置日期

空腸造口 (jejunostomy)、人工血管 (chemoport)	1050613 ~
鼻導管 (Nasal cannula)	1050630 ~

表三 膿胸引流記錄

日期	7/26	7/27	7/29	7/30	7/31	8/01	8/02
引流量 ml	990	230	325	140	280	230	330 (黃綠膿樣)



圖二 膿胸引流流量（單位：ml）

7.2 聞診：

7.2.1 語音低微沙啞（自述自住院兩週後，聲音沙啞）。

7.2.2 胸部聽診右下肺濕囉音。

7.2.3 氣味：無特殊氣味。痰無腥臭味。

7.3 問診：

全身：疲倦，怕熱，睡冰枕較舒。情志：自診斷患有食道癌後情緒低落。睡眠：夜咳導致眠差。頭項：頭後及頸後熱需躺冰枕。五官：鼻微流清涕；口乾；咽乾。胸部：咳痰黃綠轉黃白量多無力咳出、咳則右胸痛，咳甚則喘，食道癌需用鼻道管（Nasal cannula）灌食。腹部：咳後噁逆感。飲食：空腸造口灌食每次 230 ~ 250ml 共 6 次，每

日熱量 2100kcal。二便：大便自幼便軟。自 105 年 8 月 2 日起因咳則右胸痛，服 morphine 後大便二日一行，服 sennoside 可解，自空腸造口餵食後便皆軟糊。小便量可，色淡黃。四肢：自 105 年 7 月 2 日起雙手無名指及小指麻至手腕。四肢活動無異常，四肢溫、肌肉微消瘦。

7.4 切診：

7.4.1 脈診：右寸浮滑數，左脈滑無力

7.4.2 理學檢查：下肢無水腫，腹不脹，軀幹、手足溫。

8. 實驗室檢查及特殊檢查

微生物培養與抗生素使用（表四）

9. 整體回顧：

表四 微生物培養與抗生素使用

105/8/1 胸膜液培養出白色念珠菌（Candida albicans）

在初步報告顯示有黴菌感染時已使用抗黴菌藥 Fluconazole (7/27-)

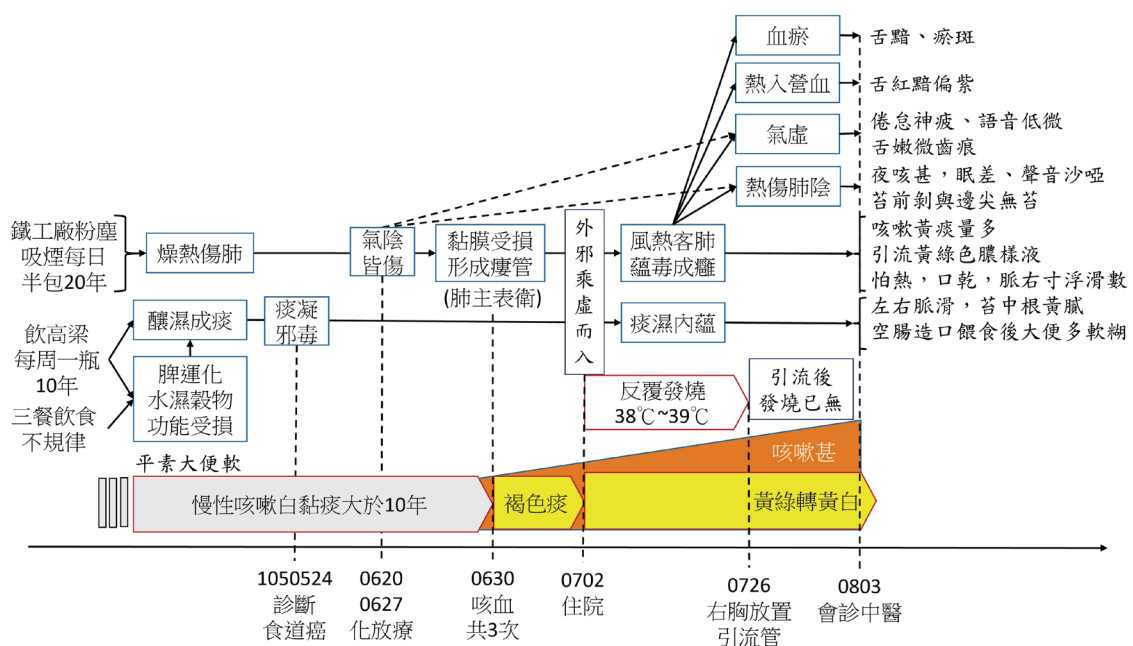
51 歲男性，鐵工廠工人，環境多粉塵，抽煙日 0.5 包超過 20 年，慢性咳嗽有痰 10 年以上，一周飲一瓶高粱酒 10 年，105 年 5 月 24 日診斷為食道癌（組織切片：鱗狀上皮細胞癌），臨床分期 cT3N3M0。6 月 13 日接受空腸造口術進行餵食，6 月 20 日及 6 月 27 日接受同步放射與化學治療（concomitant chemo-radio-therapy, CCRT）後咳嗽加重，此次因 6 月 30 日咳血至急診就醫，於急診只觀察到褐色痰，並開始發燒（37.9℃~38℃），血液檢查白血球增多（WBC:22000），胸部 X 光顯示右下肺浸潤增加與肺積液（RLL increased infiltration and right pleural effusion），懷疑右下肺炎伴隨咳血，故於 7 月 2 日住院接受抗生素治療。7 月 5 日胸腔穿刺診斷（diagnostic thoracentesis）非惡性腫瘤，7 月 8 日血液培養出口腔鏈球菌（Streptococcus oralis），懷疑與氣管食道瘻管（Tracheoesophageal fistula）或食道胸瘻管（Esophageal pleural fistula）有關，

故告知患者勿經口飲食，抗生素治療期間仍反覆發燒。7 月 26 日胸腔超音波顯示右肺積膿（right empyema）並放置引流管（pig-tail），7 月 27 日後發燒已無，由於患者自住院後整日咳嗽有痰已 34 天，夜咳甚，影響睡眠，故於 8 月 3 日會診中醫合併治療。同日診察，咳痰由黃綠轉黃白量多、咳則右胸痛，咳後噁逆感，痰無腥臭味，咳甚則喘使用 Nasal cannula，右胸引流管引出黃綠色膿樣液，前一日（8 月 2 日）總量 330 cc，聽診右下肺濕囉音，倦怠神疲，面色暗，唇色淡黯，語音低微沙啞，怕熱，睡冰枕較舒，口乾，因胸痛使用 morphine 後大便二日一行，服 sennoside 可解，自從空腸造口餵食牛奶後大便皆軟糊，小便量可。舌質嫩，黯紅偏紫，舌尖瘀斑，苔中根黃白膩，邊尖無苔。右寸浮滑數，左脈滑無力。

10. 時序圖：

10.1 會診前時序（表七）

10.2 時序圖與病因病機圖（圖三）



圖三 時序圖與病因病機圖

11. 理法方藥分析：

11.1 臟腑病機四大要素

【病因】：工作環境粉塵、煙、酒為燥熱之物，皆令肺傷，三餐飲食不規律，脾運化水濕穀物功能受損，易釀濕成痰。當化學及放射治療之熱毒損傷肺胃之氣陰，食道黏膜受損形成瘻管，口腔菌伺機感染肺部，濕熱之邪入侵、痰熱壅肺、形成肺癰。

【病位】：肺、脾

【病性】：

主證：咳嗽黃痰量多，引流管引出黃綠色膿樣液，怕熱，口乾，夜咳甚，眠差，聲音沙啞。倦怠神疲、語音低微。脈右寸浮滑數，左脈滑無力，接受空腸造口餵食牛奶後大便多軟糊。舌嫩微齒痕，舌紅黯偏紫，苔中根黃膩邊尖無苔、瘀斑。

【病勢】：

患者工作環境粉塵及吸煙 20 年，飲高粱烈酒 10 年，皆令肺傷，如明代樓英《醫學綱目》載「肺癰者，由食啖辛熱炙燂，或酣飲熱酒，燥熱傷肺所致」。又三餐飲食不規律，脾運化水濕穀物功能受損，易釀濕成痰，故早已慢性咳嗽有白痰 10 年以上。

在食道癌接受同步化學及放射治療時，熱毒壅肺，造成肺胃之氣陰損傷，食道黏膜受損及在食道與氣管或肺間形成瘻管，故口腔之寄生細菌（外邪）伺機進入肺部造成感染，濕熱之邪入侵，熱鬱久釀濕成痰，痰熱化膿，形成肺癰。因咳嗽黃痰合併發燒，西醫診斷為肺炎合併膿胸，雖持續抗生素治療且自引流後發燒已無，但引流至今仍每日引出約 200-300ml 黃綠色膿樣液，仍咳嗽黃痰量多，咳則右胸痛，咳甚則喘用鼻道管（nasal cannula）。怕熱，口乾，右寸脈浮滑數，屬熱毒壅肺，治以清熱解毒排膿為主。然而其

夜咳甚，眠差，聲音沙啞，舌苔為邊尖無苔，顯示熱已傷肺陰。舌紅黯偏紫，代表熱有入營血分之勢。倦怠神疲、舌嫩微齒痕，語音低微，為氣虛表現。舌黯、瘀斑則兼有血瘀。脾為生痰之源，肺為貯痰之器，患者痰多，左右脈滑，苔中根黃膩，接受空腸造口餵食牛奶後大便多軟糊，代表痰濕內蘊。

故整體為熱毒壅肺、痰熱化膿、氣陰兩虛。

11.2 理（診斷）

11.2.1 中醫診斷：肺癰。熱毒壅肺、痰熱化膿、氣陰兩虛。

11.2.2 西醫診斷：肺炎（Pneumonia）合併膿胸（Empyema）

11.3 法（治則）：

清熱解毒化痰排膿，益氣養陰。

11.4 方藥：

方用黃芩 3 錢、桑白皮 3 錢、生大黃 5 分通腑清熱瀉肺、止咳平喘；栝蒌實 3 錢、冬瓜子 3 錢、浙貝母 3 錢、桔梗 3 錢、生甘草 2 錢、化痰散結排膿；黃耆 8 錢補氣托膿、沙參 5 錢養陰清肺。

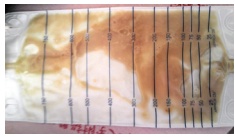
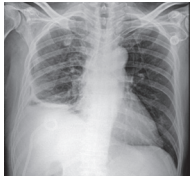
11.5 追蹤診療記錄：如表五。

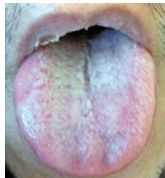
討論

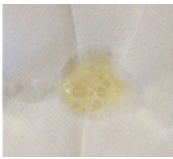
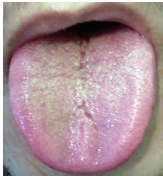
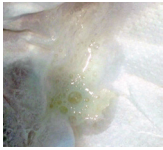
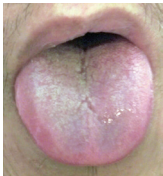
一、膿胸

膿胸於西醫的定義為胸膜腔（pleural space）內蓄膿（pus），具有 6% 至 24% 的高死亡率 [8-11]。膿胸的發生率及死亡率有增加的趨勢，可是原因尚不清楚 [12-13]。大部分膿胸來自於社區或醫院獲得性肺炎，但有一部分來自醫源性（如手術感染）或非肺炎造成。病人臨床的症狀包括發燒、胸痛、咳膿痰，血液檢查有白血球增生。胸部 X 光

表五 會診追蹤診療紀錄

8/1	胸膜液培養出白色念珠菌（Candida albicans） 在初步報告顯示有黴菌感染時已使用抗黴菌藥 Fluconazole(7/27-)		
8/3 會 診 中 醫	主訴	咳嗽黃痰量多，引流管引出黃綠色膿樣液，怕熱，口乾，夜咳甚，眠差，接受空腸造口餵食牛奶後大便多軟糊。	
	徵候	7/25-8/3 每天引流 200~300 cc. 倦怠神疲、聲音沙啞、語音低微 舌嫩微齒痕，舌紅黯偏紫，苔中根黃膩邊尖無苔、瘀斑。 脈右寸浮滑數，左脈滑無力	
	診斷	熱毒壅肺、痰熱化膿、氣陰兩虛	
	處方	黃芩 3 錢、桑白皮 3 錢、生大黃 5 分通腑清熱瀉肺、止咳平喘；枯蕒實 3 錢、冬瓜子 3 錢、浙貝母 3 錢、桔梗 3 錢、生甘草 2 錢、化痰散結排膿；黃耆 8 錢補氣托膿、沙參 5 錢養陰清肺	
8/8 會 診 第 6 日	主訴	痰難咳出、痰多色黃白微稠、泡沫多。	
	徵候	引流量：380cc。顏色質地如右圖。 舌黯紅偏紫，根裂紋，苔中根黃膩 脈右寸浮滑，較無力；左關尺弦滑數無力	
	其它	胸部 X 光： (1) 兩側肺輕微浸潤 (2) 右下肺積液及不透明度減 (3) 局部小範圍氣胸	
	思路	標：痰熱漸化寒飲。本：虛。 加強益氣養陰。加桂枝、生薑溫動，芍藥斂陰	
	處方	黃芩 3 錢、生大黃 5 分、魚腥草 4 錢、桔梗 3 錢、生甘草 2 錢、枯蕒實 3 錢、浙貝母 3 錢、冬瓜子 3 錢、黃耆 1 兩、黨參 4 錢、沙參 5 錢、生地黃 3 錢、麥冬 4 錢、桂枝 2 錢、生薑 1 錢、白芍 2 錢	
8/12 會 診 第 10 日	主訴	口乾、口苦，糊便 2 日。痰多色黃微稠，泡沫多。	
	徵候	引流量：90cc 舌淡紅，根裂，苔中根 脈右寸浮滑數、左關滑頂指 實驗室檢查：WBC:15200、Hb：9.4	
	思路	思路：口乾口苦，左關滑頂指，肝經濕熱 加柴胡疏肝，龍膽草清肝經濕熱，當歸防傷陰血	
	處方	黃芩 3 錢、生大黃 5 分、魚腥草 4 錢、生甘草 2 錢；桔梗、枯蕒實、浙貝母、冬瓜子各 3 錢；黃耆 1 兩、黨參 4 錢、沙參 5 錢、麥冬 4 錢、生地黃 3 錢、桂枝 2 錢、生薑 1 錢、白芍 2 錢、柴胡 2 錢、龍膽草 1 錢、當歸 1.5 錢	

8/19 會 診 第 17 日	主訴	持續咳嗽，咳則胸痛	
	徵候	引流量：120cc。 臉色黯，唇乾，痰棕色。舌紅黯，苔中根黃白膩。 脈右寸浮滑數，關滑頂指；脈左寸浮，關尺弦滑數	
	思路	改托裏消毒飲化裁，益氣養血、排膿解毒，治癰疽者氣血俱虛，腫不能潰、潰不能斂。	
	處方	黃耆 1 兩、黨參 3 錢、當歸 2 錢、白芍 3 錢、生地黃 4 錢、麥門冬 4 錢、生甘草 2 錢； 皂角刺、白芷、桔梗、浙貝母、枳實、天花粉、金銀花各 3 錢、黃芩 4 錢、厚朴 3 錢	
8/22 會 診 第 20 日	主訴	口苦仍，咽癢、夜咳、淡黃痰沫。	
	徵候	身熱（37.7℃）引流量：120cc。 舌偏紅黯，根裂、苔中根黃白膩 脈右寸浮滑數，關頂指弦滑數； 脈左寸中取滑數、關滑數、尺滑數有力	
	其它	8 月 20 日痰液培養：副血鏈球菌（ <i>Streptococcus parasanguinis</i> ）- 齒表菌種、奈瑟氏菌（ <i>Neisseria spp</i> ）- 口腔常在菌、溶血嗜血桿菌（ <i>Haemophilus haemolyticus</i> ）- 口咽部正常或常在菌叢、核梭桿菌（ <i>Fusobacterium nucleatum</i> ）- 牙菌斑常見菌。 抗生素使用：Teicoplanin、Tazocin、Ceftriaxone	
	思路	加魚腥草加強清熱解毒消癰排膿、玄參滋陰涼血利咽、牡丹皮清營血分熱。	
	處方	黃耆 1.5 兩、黨參 4 錢、當歸 2 錢、白芍 3 錢、生地黃 4 錢、麥門冬 4 錢、生甘草 2 錢、 玄參 3 錢；皂角刺、白芷、桔梗、浙貝母、枳實、天花粉、金銀花各 3 錢、黃芩 4 錢、厚朴 3 錢、魚腥草 5 錢、牡丹皮 3 錢	
9/7 會 診 第 36 日	主訴	因狀況較穩定，患者希望改科學中藥治療。 咳嗽仍，頻率減，但需連續用力咳痰出、痰白黏有沫。	
	徵候	引流量：75cc 舌淡紅黯，根裂、苔中根黃白膩邊尖無苔 脈數。右寸浮按澀，寸關間頂指；左弦滑，關尺頂指	
	處方	托裏消毒飲 7g、散腫潰堅湯 5g、魚腥草 1.5g、冬瓜子 1.5g、枳實 1.5g、黃耆 1.5g、 黨參 1.5g	
9/12 會 診 第 41 日	主訴	咳增、痰稠黃白皆有夾沫，怕熱。	
	徵候	引流量：15cc 舌略紅，中裂、苔中根黃白膩邊尖無苔。 脈數。右關擴滑頂指按弱、左關尺沉滑	
	思路	加桔梗、連翹、天花粉加強排膿	
	處方	托裏消毒飲 5g、散腫潰堅湯 4g；黃耆、黨參、生地各 1.5g；冬瓜子、枳實各 1.5g； 桔梗、連翹、天花粉各 1g	

9/14 會 診 第 43 日	主訴	咳甚不適，身熱（37.3℃），大便2日1次。痰白較不黏多泡。	
	徵候	引流量：16cc 舌偏紅苔膩中裂邊少 脈數。右寸關浮擴；左浮細數，寸關間促，關尺按滑	
	思路	患者咳甚不適，可能宣肺排膿之力太過，肺內癰膿除了從氣管咳出，亦從引流管，故先去桔梗、天花粉。又見身熱、大便不暢，舌脈見熱象，故加知母、石膏、大黃清熱。	
	處方	托裏消毒飲 5g、散腫潰堅湯 4g、黃耆 1.5g、黨參 1.5g、生地 1.5g、冬瓜子 1.5g、栝蒌實 1.5g、連翹 1g、知母 1g、石膏 1g、大黃 0.3g	
9/16 會 診 第 45 日	主訴	咳仍，痰綠偏稠。口乾仍，身熱仍（37.2℃），昨至今早未大便	
	徵候	引流量：55cc。 舌淡紅隱紫中裂苔膩邊少 脈數。右關擴浮按空、左浮細澀關尺按滑	
	思路	用知母、石膏仍身熱不退，改以清虛熱用藥，青蒿、地骨皮。	
	處方	托裏消毒飲 5g、散腫潰堅湯 4g、黃耆 1g、黨參 1.5g、生地 1.5g、冬瓜子 1.5g、栝蒌實 1.5g、連翹 1g、魚腥草 1g、貝母 1g、黃芩 1g、青蒿 1g、地骨皮 1g、大黃 0.5g	
9/19 會 診 第 48 日	主訴	口乾苦、痰偏白稀多泡、腹絞動；大便日一行	
	徵候	引流量：30cc 舌淡紅黯前中裂苔微黃膩邊少，少津。 脈數右關滑頂指；左關尺滑	
	思路	加牡丹皮合地骨皮治陰虛發熱。加枳實改善腸蠕動。	
	處方	托裏消毒飲 4g、散腫潰堅湯 4g、黃耆 1g、黨參 1g、生地 1.5g、冬瓜子 1.5g、栝蒌實 1g、連翹 1g、魚腥草 1g、貝母 1g、黃芩 1g、地骨皮 1g、牡丹皮 1.5g、枳實 1.5g、大黃 0.5g	

顯示肋膜積水的現象，經由胸壁穿刺吸取肋膜液，由外觀，生化檢查，酸鹼值測定，格蘭氏染色以及細菌培養，除了確定診斷外，也可掌握膿胸病程，採取正確有效的治療方法。膿胸的進展分三個階段：急性滲出期（exudative）、纖維膿性期（fibrinopurulent）與慢性期（organizing）。三個分期的差異主要在纖維組織的結構化程度，隨著分期演進，包覆感染性滲出液的纖維質會變得越來越緊實。在滲出性（exudative）階段，原則上以抗生素治療合併肋膜積液引流。纖維膿性期（fibrinopurulent）階段的特點是積液的黏稠度增加，肋膜增厚，造成積液腔室化，此時對抗生素治療合併引流的效果可能有限，所以治療可需要胸腔鏡輔助肺膜剝離術。進入慢性期（organizing）階段為肺纖維化，纖維增生形成多處空腔積膿，甚至會壓迫正常肺組織，造成肺部塌陷，影響呼吸功能[14-16]。

二、肺癰[17-18]

中醫並無膿胸的病名，多歸屬在肺癰的範疇，臨床常見發熱、咳嗽、胸痛、氣急、咯吐腥臭膿痰等症狀。

1. 病因

肺癰的病因，總以熱邪薰蒸肺葉而致血敗肉腐成癰，或由外感，或由內生，或內外合邪。

1.1 外邪化熱

《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上氣病脈證治第七》指出：「風中於衛，呼氣不入，熱過於營，吸而不出。風傷皮毛，熱傷血脈…」指出肺癰為外感風熱邪毒所引起。後世諸家多沿用此論，如清代林珮琴《類證治裁·肺痿肺癰》：「肺癰者，咽乾吐膿，因風熱客肺，蘊毒成癰」。明末清初張璐《張氏醫通·肺癰》言「肺癰者，由感受風寒，

未經發越，停留胸中，蘊發為熱」。

1.2 內熱壅盛

清代陳實功《外科正宗·肺癰論》言「夫肺癰者，金受火刑之症也」。清代喻嘉言《醫門法律·卷之六·肺癰肺痿門》載「肺癰由五臟蘊崇之火，與胃中停蓄之熱，上乘乎肺，肺受火熱薰灼，即血為之凝，血凝即痰為之裹，遂成小癰。所結之形日長」。

1.3 酒食積熱

明代樓英《醫學綱目》載「肺癰者，由食啖辛熱炙燂，或酣飲熱酒，燥熱傷肺所致，治之宜早」。金代張從正《儒門事親·卷七·內傷形·肺癰一百九》記述舞水富家二子過食紫櫻，幼者（年十一）發肺癰，長者（年十三）發肺痿，相繼而死。戴人歎曰「古人有詩：爽口物多終作疾……失教縱欲，遂至於是」。清代李用粹《證治匯補》謂「酒毒留於肺者，緣肺為清虛之藏，酒多則損其清虛之體，由是稠痰濁火，蒸灼其間……肺癰潰爛」。明確敘述酒毒損肺成癰之緣由。

1.4 內熱復感

清代《醫宗金鑑·卷六十七·內癰部·肺癰》載「肺癰肺熱復傷風，肺藏生癰隱胸痛」。

1.5 正虛熱乘

隋代巢元方《諸病源候論·卷三十三·肺癰候》載「肺癰者，由風寒傷於肺，其氣結聚所成也……其氣虛者，寒乘虛傷肺，寒搏于血，蘊結成癰；熱又加之，積熱不散，血敗為膿」。明代龔廷賢《壽氏保元·己集六卷·肺癰》亦言「蓋因調理失宜，勞傷血氣，風寒得以乘之，寒生熱，風亦生熱，壅積不散，遂成肺癰」。清代陳士鐸《辨證錄》謂「蓋肺之所以生癰者，因肺火不散也，然肺火來，因肺氣虛也，肺虛而火留於肺，火

盛而後結為癰」。

2. 病機

2.1 寒凝

《靈樞》：「寒邪客於經絡之中，則血泣，血泣則不通，不通則衛氣歸之，不得反復，故癰腫」。

2.2 氣結

《諸病源候論·卷三十三·肺癰候》載「肺癰者，由風寒傷於肺，其氣結聚所成也」。明代龔廷賢《壽氏保元》謂「夫肺癰者，由寒熱之氣，內舍於肺，其氣結聚之所成也」。

2.3 痰熱

明末清初張璐《張氏醫通》載「或挾濕熱痰涎垢膩，蒸淫肺竅，皆能致此」。清代喻嘉言《醫門法律》載「肺受火熱熏灼，即血為之凝，血凝即痰為之裹，遂成小癰」。

2.4 瘀阻

《柳選四家醫案》言「肺癰之病，皆因邪瘀阻於肺絡，久蘊生熱，蒸化成膿。」《未刻本葉氏醫案》亦載「邪阻肺痹，痰腥，漸延肺癰。」

3. 分期與論治

《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上氣病脈證治第七》指出：「寸口脈微而數，微則為風，數則為熱…風中於衛…熱過於營…風傷皮毛，熱傷血脈，風舍於肺，其人則咳，口乾喘滿，咽燥不渴，多唾濁沫，時時振寒，熱之所過，血為之凝滯，蓄結癰膿，吐如米粥」。肺癰是肺生癰膿的病變，可將其病理分成三期，即表證期、釀膿期和潰膿期，以咳嗽、胸痛、吐膿痰腥臭等為主症。《金匱要略》中治療肺癰的處方包括：葶藶大棗瀉肺湯、桔梗湯、外臺桔梗白散、千金葦莖湯、

表六 金匱要略治療肺癰處方

皂莢丸	皂莢八兩，刮去皮，用酥炙。右一味，末之，蜜丸梧子大，以棗膏和湯服三丸，日三夜一服。	欬逆上氣，時時唾濁，但坐不得服，皂莢丸主之。
葶藶大棗瀉肺湯	葶藶，炙令黃色，搗丸如彈丸大；大棗十二枚。右先以水三升，煮棗取二升，去棗，內葶藶，煮取一升，頓服。	肺癰，喘不得臥，葶藶大棗瀉肺湯主之。肺癰胸滿脹，一身面目浮腫，鼻塞清涕出，不聞香臭酸辛，欬逆上氣，喘鳴迫塞，葶藶大棗瀉肺湯主之。
桔梗湯	桔梗一兩，甘草二兩。右二味，以水三升，煮取一升，分溫再服，則吐膿血色。	欬而胸滿，振脈寒，數，咽乾不渴，時出濁唾腥臭，久久吐膿如米粥者，為肺癰，桔梗湯主之。
外臺桔梗白散	桔梗、貝母各三分；巴豆一分，去皮，熬，研如脂。右三味，為散，強人飲服半錢匕，羸者減之。病在膈上者吐膿血，膈下者瀉出；若下多不止，飲冷水一杯。	治欬而胸滿，振寒，脈數，咽乾不渴，時出濁唾腥臭，久久吐膿如米粥者，為肺癰。
千金葦莖湯	葦莖二升，薏苡仁半升，桃仁五十枚，瓜瓣半升。右四味，以水一斗，先煮葦莖得五升，去滓，內諸藥，煮取二升，服一升，再服，當吐如膿。	治欬有微熱煩滿，胸中甲錯，是為肺癰。

皂莢丸等（表六）。

《類証治裁卷之二·肺痿肺癰論治》認為，治療肺癰在「初起肺受風寒，用小青龍湯解之；喘不得臥，胸脹者，葶藶大棗瀉肺湯瀉之；肺氣不化，水道不利者，葶藶湯疏利之，葶藶湯大疏肺氣，使濕濁悉從溺孔去；咳逆上氣，時時唾濁者，皂莢丸滌之，皂莢丸蕩滌痰濁，無堅不入；咳膿腥穢者，桔梗湯開提之；咳而短氣，參耆補肺湯調之；體倦食少脾虛者，參朮補脾湯養之…二症潰後，宜補脾肺，滋腎水，不宜專攻其瘡。」由此可知，治療肺癰當依據患者各時期的表現，表證未解則先解表；實熱痰飲則宜攻實、瀉熱、滌痰、逐飲；倘若出現氣虛陰虧，則宜搭配補氣養陰藥物化裁。如《景岳全書》馬益卿曰：「肺癰治法要略，先以小青龍湯一貼以解其風寒邪氣，然後以葶藶大棗瀉肺湯，桔梗湯，葶藶湯隨證用之以取膿，以治腫瘍之例也；終以內補黃耆湯（黃耆炙、麥冬、人參，熟地，茯苓，甘草炙，白芍，當歸，川芎，遠志，官桂）以補裏之陰氣，此治潰瘍之例也。」

在攻實、瀉熱、滌痰、逐飲的治療過程中，若患者已兼見氣虛陰虧，則使用藥物之藥性不可過於剛猛，避免損及正氣。

葶藶大棗瀉肺湯雖可直瀉肺癰及痰飲，如醫宗金鑑註：「直瀉肺水也。」《張氏醫通》曰：「支飲留結。氣塞胸中，故不得息。葶藶破結和飲，大棗通肺和中，以其氣壅則液聚，液聚則熱結，所以與肺癰同治也。」但是《本草經疏》曰：「葶藶，至苦極寒，有瀉無補。」又曰：「走而不守，不利於脾胃虛弱及真陰不足之人。」，故可知雖然本

方瀉肺行水力量強，如沈明宗曰：「為峻攻支飲在肺之方也。」然而為實症病人使用，非強壯之人則少用。皂莢具強烈排癰作用，《本草衍義補遺》曰：「皂角刺治癰疽已潰，能引至潰處甚驗。」《藥性解》：「主癰疽，其未潰者能發散，其已潰者能排膿。」然而其性味辛溫小毒，《本經逢原》云：「氣虛者，慎勿誤用」，《得配本草》曰：「陰虛痰盛，熱極生風者，禁用。」故若兼見氣虛陰虧則較不宜使用。

結論

綜合以上討論，我們認為本案病人一開始因食道癌放化療造成氣管食道瘻管，放化療在中醫屬於熱毒，最易耗氣傷陰，食道屬胃，黏膜屬陰，放化療後，造成肺胃（氣管與食道）之氣陰損傷。食道黏膜因傷於陰絡而咳血（105/6/30）後感染造成肺炎、肺浸潤，與胸膜積液（105/7/5），此乃濕熱之邪入侵。而後熱鬱久釀濕成痰，形成右肺積膿（105/7/26），故在中醫介入時（106/8/3），已為潰膿期、痰熱期，熱毒壅肺、痰熱化膿、氣陰兩虛。治宜清熱解毒化痰排膿，益氣養陰。使用方藥為黃芩、桑白皮、生大黃通腑清熱、瀉肺止咳；用《金匱要略》桔梗湯之桔梗、甘草，與《千金》葶藶湯中的冬瓜子宣肺祛痰、排膿消癰。再加上栝蒌實、浙貝母、化痰散結；黃耆補氣托膿、沙參養陰清肺。會診第17天時使用托裏消毒飲化裁，在引流的階段，幫助排膿解毒；會診第20天時因再度發燒、夜咳，使用牡丹皮清熱涼血，玄參滋陰涼血；第36天病情較穩定後，處方

散腫潰堅湯，組成含三稜、莪朮活血化瘀，處理病人肺癰慢性期的瘀證。且依據散腫潰堅湯之用藥（黃芩、黃連、黃柏、知母、龍膽草、昆布、連翹、三稜、莪朮、當歸尾、白芍、柴胡、升麻、葛根、栝蒌根、桔梗、甘草）分解即為熱毒、痰瘀，故臨床常用於熱毒、痰瘀所致之癌瘤病患，而非只用於癰癤或瘡之皮膚見證。

本病例為食道癌 - 氣管食道瘻管造成吸入性肺炎合併膿胸，故病史較複雜，病程較久，在中西醫結合治療之下，達到縮短住院天數，緩和病人症狀的目的。

參考文獻

1. Keeling AN, Leong S, Logan PM, Lee MJ. Empyema and Effusion: Outcome of Image-Guided Small-Bore Catheter Drainage. *Cardiovasc Intervent Radiol.*, 2008; 31:135-141.
2. Chen KC, Chen HY, Lin JW et al., Acute thoracic empyema: Clinical characteristics and outcome analysis of video-assisted thoracoscopic surgery. *J Formos Med Assoc.*, 2014; 113(4):210-218.
3. Tenconi S, Waller DA. Empyema Thoracis. *Surgery*, 2014; 32(5):236-241.
4. Blasi F, Dimopoulos G. Textbook of Respiratory and Critical Care Infections, Chapter 16 Parapneumonic Pleural Effusions, First Edition. Jaypee Brothers Medical Publishers, New Delhi, pp. 242-257, 2015.
5. 衛生福利部，民國 104 年死因結果摘要表。取自 <https://www.mohw.gov.tw/dl-17918-23844849-419a-4d71-a403-206f4d88429e.html>，引用 2016/11/27。
6. Limsukon A, MD; Chief Editor: Kamangar N, MD, Parapneumonic Pleural Effusions and Empyema Thoracis, Medscape Drugs & Diseases Pulmonology, Available at:<https://emedicine.medscape.com/article/298485-overview>. Accessed September 15, 2016.
7. 唐容川，血證論，晶冠出版有限公司，台灣，pp. 90-91，2014。
8. Davies CW, Kearney SE, Gleeson FV, Davies RJ. Predictors of outcome and long term survival in patients with pleural infection. *Am J Respir Crit Care Med.*, 1999; 160: 1682-1687.
9. Ferguson AD, Prescott RJ, Selkon JB, Watson D, Swinburn CR. Empyema subcommittee of the Research Committee of the British Thoracic Society. The clinical course and management of thoracic empyema. *Q J Med.*, 1996; 89:285-289.
10. Mandal AK, Thadepalli H, Mandal AK, Chettipally U. Outcome of primary empyema thoracic: therapeutic and microbiological aspects. *Ann Thorac Surg.*, 1998; 66(5):1782-1786.
11. Ashbaugh DG. Empyema thoracis. Factors influencing morbidity and mortality. *Chest.* 1991; 99(5):1162-1165.
12. Finley C, Clifton J, Fitzgerald JM, Yee J. Empyema: an increasing concern in Canada. *Can Respir J.*, 2008; 15(2):85-89.
13. Bender JM, Ampofo K, Sheng X, Pavia AT, Cannon-Albright L, Byington C. Parapneumonic Empyema Death during Past Centaury, Utah. *Emerg Infect Dis.*, 2009; 15(1):44-48.
14. 奇美醫療財團法人奇美醫院胸腔外科，常見

- 臨床疾病與衛教資訊 - 膿胸。取自 <http://www.chimeithoracicsurgery.com/>，引用 2016/11/27。
15. 三軍總醫院外科部胸腔外科，疾病課程 - 核心課程 - 肋膜積液。取自 <https://wwwv.tsgh.ndmctsgh.edu.tw/unit/10041/14481>，引用 2016/11/27。
16. 曾彥強，認識膿胸。高雄榮總屏東分院醫訊。2014；48：8-9。
17. 姜德友、閻闖、曲敬來，肺癰證治源流考。中國中醫急症。2016；25(3)：411-413。
18. 李克光，金匱要略精注讀本，知音出版社，台北，pp. 105-122，2002。

Case Report

Intervention with Integrated Chinese and Western Medicine in Aspiration Pneumonia with Empyema: A Case Report

Yu-An Yeh ^{1, #}, Hsin-Huei Chan ^{1, #}, Tsui-Yu Hsieh ¹, Hung-Jen Lin ^{1, *}

¹ *Department of Traditional Chinese Medicine, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan*

This was a 51-year-old male who had esophageal cancer presented with persistent productive cough and white sputum after receiving radiotherapy and chemotherapy. Three days after his latest chemotherapy, he was brought to the emergency department of this hospital for evaluation due to sudden hemoptysis. In the emergency department, chest radiography revealed increased RLL infiltration and right pleural effusion. The patient was admitted with empirical antibiotics therapy, and right lower lobe pneumonia with hemoptysis was suspected. After 26 days of antibiotic therapy in the hematology and oncology ward, right empyema was found by thoracic ultrasonography and a pig-tail was placed. However, his cough with profound yellow and white sputum was not improved for another 2 weeks, and the refractory cough became irritable during sleep. Therefore, a consultation with physicians of Traditional Chinese Medicine (TCM) was arranged. With 56 days of integrated traditional Chinese and Western medicine treatment, the patient was discharged in well condition.

In this case report, the possible cause, pathological mechanism and principle for treatment of empyema from the TCM perspective were made. The damage of lining mucus that chemo- and radio- therapies brought to Qi, Yin of lung and stomach was proved by the tracheoesophageal fistula observed under thoracic ultrasonography. Through this pathological structure, oral bacteria flora became an opportunistic infection source in the respiratory tract. Pulmonary welling-abscesses were formed following the refractory phlegm-heat congesting in the lung, and the Chinese medical diagnosis was heat-toxin congesting lung with phlegm-heat and pus formation, which finally caused the dual vacuity of Qi and Yin. The therapeutic principles of TCM were to clear heat and to detoxify, with phlegm resolving and pus eliminating in order to boost Qi and nourish

***Correspondence author:** Hung-Jen Lin, Department of Traditional Chinese Medicine, China Medical University Hospital, No. 166, Meide St., North Dist., Taichung City 404, Taiwan, Tel: +886-4-22052121#4563, Fax: +886-4-22365144, Email: hjlin4103@gmail.com

#: These authors contributed equally to this work.

Received 14th March 2017, accepted 14th November 2018

Yin. The rationales beneath the prescriptions were including: Hwang Chyi, Sang Bai Pi, Sheng Di Huang to move the bowels, clear inner heat, clear and drain the heat in lung, and relieve cough; Gua Lou Shi, Dong Gua Zi, Zhe Bei Mu, Jie Geng, Sheng Gan Tsao to help phlegm resolving, binds dispersing, and pus eliminating; Hwang Chyi for Qi supplement and pus exuding; and Sha Shen to nourish Yin and clear the lung.

Further, the advantages of integrated traditional Chinese and Western medicine and the timing of Chinese medicine intervention were discussed. Hopefully, this case report could be example when the combination of modern medicine and TCM is concerned to relieve discomfort, clear inner heat, eliminate abscesses, and shorten patients' hospital courses.

Key words: empyema, integrated traditional Chinese and Western medicine, cough