

病例報告

肺膿瘍合併呼吸衰竭之中西醫會診病例報告

許堯欽¹、楊煦星²、王瑜婷¹、李佳蓉¹、吳孟霖^{1,*}

¹ 奇美醫學中心中醫部，臺南，臺灣

² 奇美醫學中心加護醫學部，臺南，臺灣

本病例為 71 歲的女性會診病患，十日前因呼吸喘促、胸悶，而經急診收入住院，診斷為肺炎引發肺部膿瘍、敗血性休克併發急性呼吸衰竭，加護病房照護評估暫時難以脫離呼吸器。胸腔外科評估因病人年紀偏高、體力不佳，且有食道疝氣病史，故不建議手術，持續以抗生素等藥物治療。但肺部膿瘍仍未改善。而後會診中醫，初診時病人意識尚清，面黃暗無華，身倦乏力，咳痰無力，需抽痰，痰色黃白量多；飲食需以鼻胃管灌食，舌象因接呼吸器，故無法配合觀察。左脈沉無力，右脈濡滑數按之無力寸弱。辨病為肺癰，辨證為肺脾腎氣虛，兼有痰熱蘊肺。治以溫補脾肺腎陽氣，佐以清氣化痰之藥。服藥三帖後，患者神態明顯進步，再服四帖順利脫離呼吸器，又三日後，患者轉入普通病房，可在攙扶下下床站立步行，病情持續進步，而後追蹤胸部 X 光亦顯示肺積水情況改善，肺膿瘍區塊縮小。此病例為中西聯合診治療肺膿瘍之成功案例，提供給臨床醫師辨證論治的參考。

關鍵字：肺膿瘍、肺癰、肺脾腎氣虛、痰熱蘊肺、呼吸衰竭

前言

所謂的肺膿瘍乃指在肺實質中發炎反應及壞死組織所圍繞成大於一公分以上之空腔，若不進行治療，其終極表現就是整個肺葉（lobe）或節段（segment）之壞死，即為肺壞疽（pulmonary gangrene）。對於肺膿瘍，西醫目前常規的處理方式是：(1) 一般治療：對症處理；(2) 抗生素治療；(3) 痰液引流；(4) 外科治療。

預後方面，西醫治療的結果會受病人本身相關疾病因素的影響。由細菌感染造成的典型原發性肺膿瘍，經抗生素治療之治癒率可達 90-95%；但免疫功能不全或是支氣管阻塞的病人其致死率高達 75%[1]。其他如貧血（血色素 < 10.0 g/dL）、肺膿瘍範圍較大者（膿腔直徑 > 6 cm）、年齡較大、好氧菌所致之肺膿瘍（包括綠膿桿菌、金黃色葡萄球菌、克雷伯氏肺炎菌，致死率分別是 83%、50%、44%），預後都相當不好 [2]。

* 通訊作者：吳孟霖，奇美醫學中心中醫部，地址：710 臺南市永康區中華路 901 號，電話：06-2812811 分機 53784，傳真：06-6222547#4556，E-mail: morning2003@gmail.com

以下舉一筆者於臨床上所遇，感染克雷伯氏肺炎菌，西醫診斷為慢性肺炎引發肺部膿瘍、敗血性休克併發急性呼吸衰竭，年紀偏高（71 歲）且貧血（會診時血色素 7.0 g/dL）之案例報告如下。

病例闡述

1. 基本資料

姓名：田 O O 性別：女
身高：156 公分 年齡：71 歲
職業：無，已退休 婚姻：已婚
住院日期：104 年 9 月 07 日
會診日期：104 年 9 月 17 日
身高：156 公分
體重：78 公斤
病歷號：22497*** BMI: 32.05 kg/m²

2. 主訴

呼吸喘促、胸悶已十餘日。

3. 現病史

此 71 歲女性，主訴呼吸喘促、胸悶。十日前經急診收住院，診斷為慢性肺炎引發肺部膿瘍、敗血性休克併發急性呼吸衰竭。目前於加護病房照護，評估暫時難以脫離呼吸器。肺部膿瘍問題，胸腔外科評估因病人年紀偏高、體力不佳，且有食道疝氣病史，故不建議開刀清除，因此病人持續以抗生素等藥物治療。經十日治療後，仍無法脫離呼吸器，且肺部膿瘍未見改善，因此家屬要求會診中醫。中醫會診初次，患者意識尚清，但身倦乏力，面黃暗無華，咳痰無力，需抽痰，痰色黃白量多。飲食需以鼻胃管灌食，消化尚可，反抽淨。

4. 過去病史

4.1. 患者有高血壓心臟病及心衰竭（class

II）的病史已多年，外院規律服藥控制中。

4.2. 左側小腦橋腦角（CP angle）神經瘤，在 92 年 1 月 9 日經手術治療後，100 年 11 月再經電腦刀（CyberKnife）放射線治療。

4.3. 104 年 3 月期間常覺胸悶、消化不好，因此食慾不佳、食量變小，地區醫院在胸部電腦斷層及 X 光發現左上肺葉有腫塊（4.6x2.3x3.5cm）及食道疝氣（hiatal hernia），因而轉診治本院胸腔外科進一步檢查，患者當時無咳嗽、呼吸困難、噁心嘔吐及任何上呼吸道症狀。僅在胸骨區域有間歇性的胸悶出現，且伴隨左手麻木感。肺組織切片為良性病兆。胸部 X 光發現左肺葉浸潤，懷疑正在發炎過程。另外顯示伴有心臟肥大，縱膈腔擴大、主動脈弓扭轉及鈣化等。胸悶、胸緊感的症狀在服用心臟科及氫離子幫浦阻斷劑（PPI）的藥物後得到緩解。

4.4. 104 年 2 月左右，下背疼痛明顯，牽引至足部，經檢查為腰椎壓迫性骨折，於 104 年 3 月 30 日手術（Kyphoplasty）。

4.5. 高尿酸血症（雙足大趾皆有痛風石），痛風反覆發作已多年。

4.6. 惡性腫瘤（-）；糖尿病（-）；肺結核病史（-）。

5. 家族及個人史

5.1. 家族史：nil.

5.2. 個人史：無抽菸，無喝酒，無嚼食檳榔。
飲食習慣：葷食。

過敏史：無藥物或食物過敏經驗。

6. 中醫四診

6.1. 望診：

初診時嗜睡，叫喚無反應，鎮靜藥物使用中。（據主要照護人員描述，當鎮靜藥物未使用時，叫喚可清醒，昏迷指數 GCS: E4VeM6）

面色黃暗無華；體胖；無法配合觀舌，呼吸器使用中（9/7急診入院時即使用）。

6.2. 聞診：

插管使用呼吸器，無法辨別語音。無特殊氣味。

呼吸器使用模式：PSP mode，SpO2:93-99%。

6.3. 問診：

6.3.1. 本次發病過程及症狀：

104-09-07 下午時覺胸悶、呼吸困難，到診所服藥後未緩解，後轉至本院急診。在此之前患者並沒有發燒，也沒有上呼吸道症狀，如咳嗽、打噴嚏、流鼻水、鼻塞等，但是提到最近尿量似乎有減少的現象，且雙下肢水腫（3+），經胸部電腦斷層排除主動脈剝離，但左上肺葉疑似有肺炎引起之肺膿瘍形成。

6.3.2. 104-09-17 會診當日：

胸部 X 光及電腦斷層顯示其左側肺膿瘍情形有擴大且右側肺部有肋膜積水。脫離呼吸器參數：MIP/MEP:-24/+30，RSI:193.4，cuff leak (+)，表示目前尚無法呼吸訓練及拔除氣管內管。

6.3.3. 其它問診：

胸腹：咳嗽痰多，需借助抽痰，痰量多黃白微稠（加護病房一班 8 小時需抽痰 5-6 次）。

睡眠：夜眠躁動不安，需服鎮靜安眠藥。（Xanax 1# Q8H, Mesyrel 1# HS,

Etumine 1#HS）

飲食：使用鼻胃管，每餐可全量（237mL）營養品灌食，反抽淨。半年多前因食道疝氣，導致食慾不佳，食量變小，自覺消化變差。

二便：大便日一行，軟糊；小便經尿管，色淡黃清澈。

6.4. 切診：

左脈沉無力，右脈濡滑數按之無力寸弱。腹部按壓柔軟，叩診有鼓音。

7. 實驗室檢查

7.1. 過往檢驗數據：

(104-03-24) Uric acid：7.6mg/dL

(104-03-24) CA-125：10.6U/mL；CA-199：7.8U/ML；SCC antigen：0.5ng/mL；CEA：3.0ng/mL

(104-03-24) Lung function test：small airway obstruction（FEV1/FVC：60%）

(104-03-26) 左上肺組織切片：Interstitial fibrosis, inflammatory cell infiltration. No granuloma or tumor is seen. No microorganism is identified.

7.2. 此次住院檢驗數據：

(104-09-07) 尿液細菌培養：Klebsiella pneumonia。

(104-09-08) 心臟超音波：Thick basal septum with dilated LA, adequate LVP, aortic valve calcification with subvalvular and valvular stenosis。

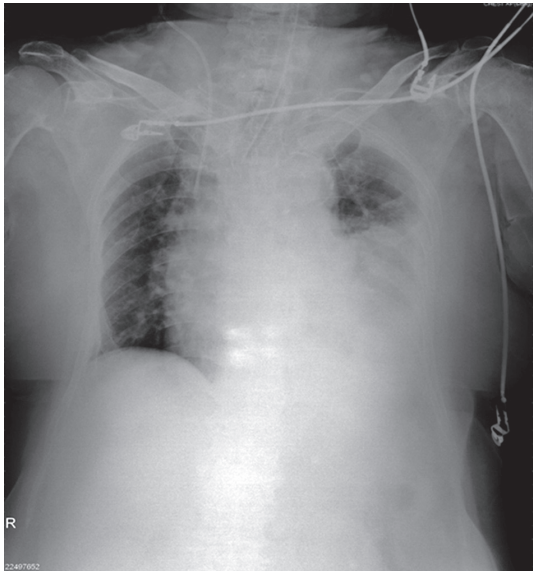
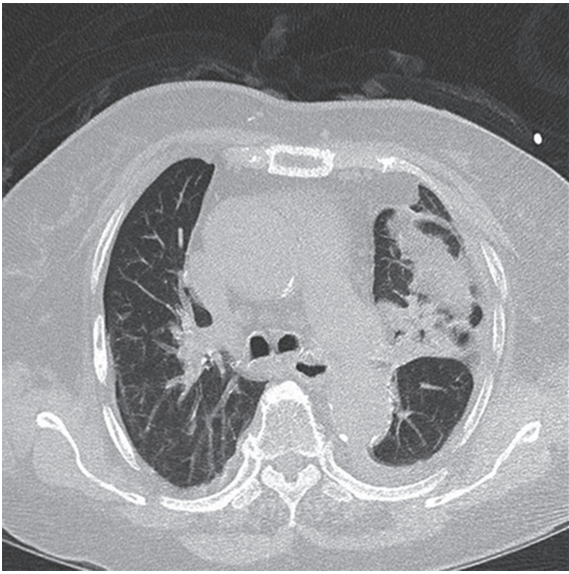
(104-09-08) 經食道心臟超音波：Systolic anterior motion of anterior mitral leaflet and left ventricular outflow tract obstruction。

血液檢驗數據，如表一所示。

表一 血液檢驗數據

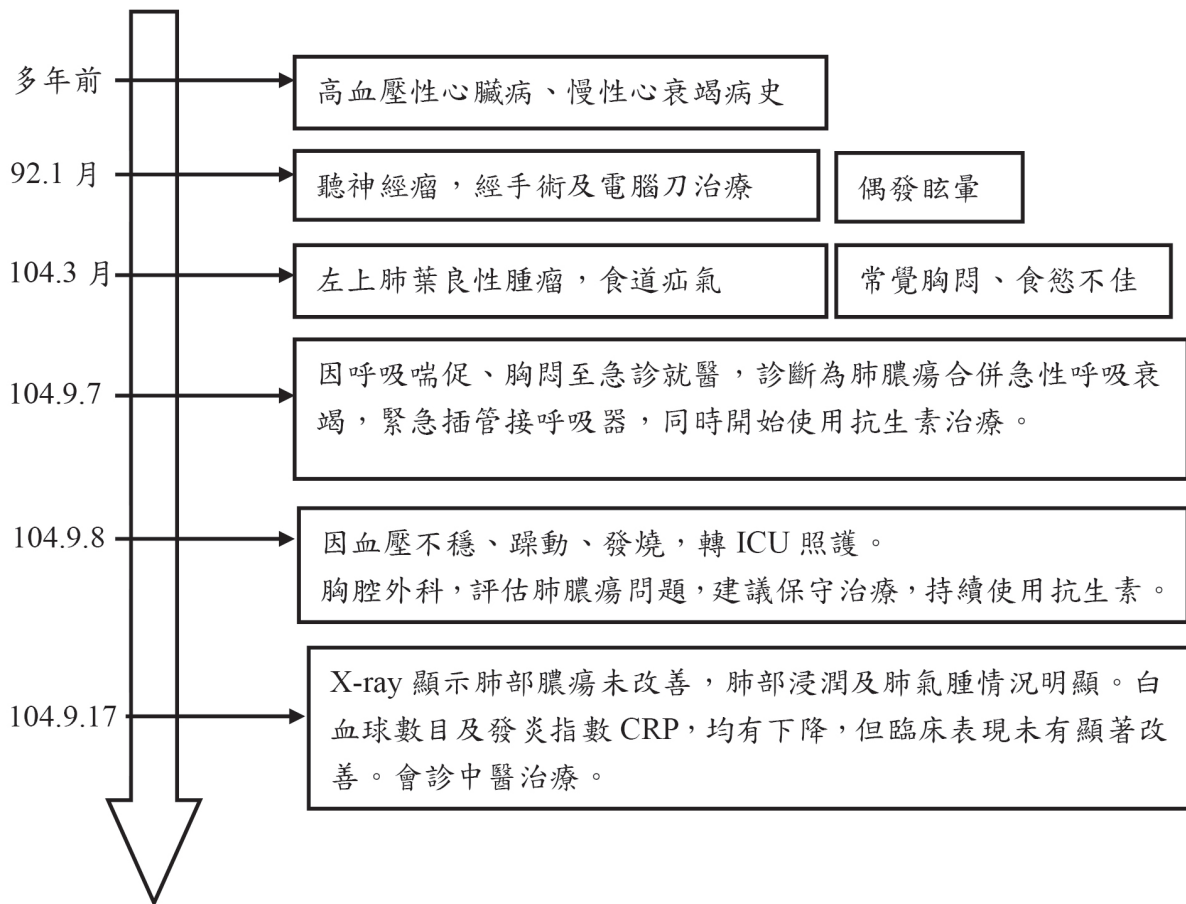
項目 / 日期	104/03/23	09/07	09/10	09/14	09/17
RBC (/uL)	3.49×10^6	3.93×10^6			
Hb (g/dL)	9.9	10.5	7.2	7.0	7.0
Platelet (/uL)	422×10^3	548×10^3	289×10^3	355×10^3	415×10^3
CRP (mg/L)	31.3	156.4	253.7	97.7	51.6
WBC (uL)	9900	36500	25900	15400	13300
Neutrophils band (%)	1.0	0	0	0	0
Segmented (%)	68.1	77.1	89.5	88.6	91.4
Lymphocytes (%)	19.2	7.6	1.9	7.6	5.7
Monocytes (%)	9.5	14.3	7.6	1.9	2.9
Eosinophils (%)	2.5	0	0	0.9	0
Basophils (%)	0.7	0	0	0	0
其他血液檢驗	(104-09-08) BUN: 13mg/dL , Creatinine: 0.64mg/dL ; Na: 128.1mmol/L , K: 3.88mmol/L ; AST: 12U/L , ALT: 11U/L , albumin: 2.7g/dL 。				

(104-09-08) 影像學檢查：（圖一）

	
(104-09-08) 胸部 X 光片：左肺葉浸潤，懷疑是發炎過程、分房性肺積水或腫瘤；右肺氣腫。另外顯示伴有心臟肥大，縱膈腔擴大、主動脈弓扭轉及鈣化等。	(104-09-08) 胸部電腦斷層：左上肺葉肺炎伴隨膿瘍形成。

圖一 入院時影像學檢查

8. 時序圖（圖二）



圖二 時序圖

9. 理法病機分析

此患者面黃暗無華、體胖、食慾不佳且食量小，伴隨腹脹、大便溏軟、扣診腹部有鼓音，乃脾氣虧虛，運化失職。呼吸衰竭暫時無法脫離呼吸器，且合併敗血症，除血液檢查 CRP 及 WBC 皆偏高之外，尿液中亦培養出細菌，再者，肺部電腦斷層亦顯示左上肺葉有膿瘍形成，加上患者臨床表現除氣喘、呼吸衰竭外，咳嗽痰色黃白量多，脈見滑數，為發炎成癰，痰熱壅肺，導致肺失宣肅。下肢水腫且尿量減少，顯

示下焦水道不利，乃因腎不制水，上凌心肺則見呼吸喘促、肋膜積水。

10. 理法病機分析（圖三）

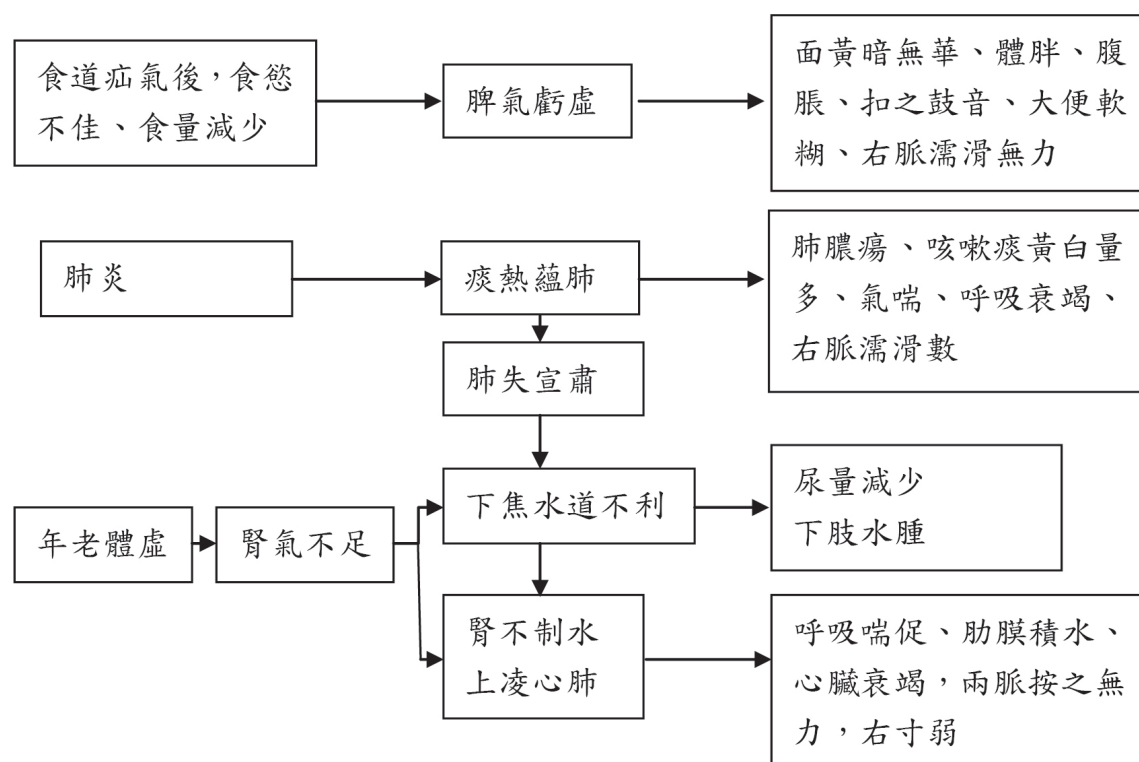
11. 診斷

11.1. 中醫診斷：辨病：肺癰；辨證：肺脾腎氣虛、痰熱蘊肺。

11.2. 西醫診斷：肺膿瘍合併呼吸衰竭。

12. 治則

12.1. 西醫用藥：（表二）



圖三 病因病機圖

表二 西醫用藥簡表

藥名	劑量	用量	頻次	備註
Carvedilol	6.25mg	1#PO	BID	心血管用藥
Perinodopril	4mg	0.5#PO	QD	心血管用藥
Nicorandil	5mg	1#PO	BID	血管擴張劑
Metoclopramide	9.08mg/2mL	IVP	Q12H	促腸胃蠕動劑
Dimethicone	40mg	2#PO	QID	抗脹氣劑
Acetylcysteine	200mg/3g	3#PO	BID	化痰劑
Acetaminophen	500mg	1#PO	Q8H	止痛劑
Tramadol	50mg	1#PO	Q8H	止痛劑
Tazocin	2.25mg/V	2V/IVF	Q6H	抗生素
Alprazolam	0.5mg	1#PO	Q8H	鎮靜安眠劑
Clotiapine	40mg	1#PO	HS	鎮靜安眠劑
Trazodone	50mg	1#PO	HS	鎮靜安眠劑
Prednisolone	5mg	2#PO	BID	類固醇

12.2. 中醫用藥原則：先健脾益氣、清肺化痰，後溫腎納氣。

13. 方藥

黨參四錢 炒白朮四錢 白茯苓三錢
 焙附子三錢 陳皮二錢 薑半夏二錢
 麥門冬三錢 天花粉三錢 杏仁二錢
 前胡二錢 蘆根三錢 炙甘草一錢
 日三服，共三帖。

藥材浸置十分鐘後，文火煎煮，頭尾共煎取 400mL，每日一帖均分三次服用。

14. 方藥分析

以六君子湯加減為主，參、苓、朮、草、即四君子湯為補氣之要方，能振奮胃腸機能加強吸收；陳皮、半夏即二陳湯，用以燥濕化痰、並去胃腸內停水，兩方合用，共奏理氣和中化痰之功。焙附子加強逐寒燥濕、溫助腎陽；杏仁、前胡宣肅肺氣；蘆根乃取其氣味甘寒，能清宣肺熱、治肺癰，增強清熱排膿之效；枳實根，甘寒，能清熱生津，解毒排膿。

15. 追蹤診療紀錄（表三）

15.1. 生化檢查數據及胸部 X 光片變化：

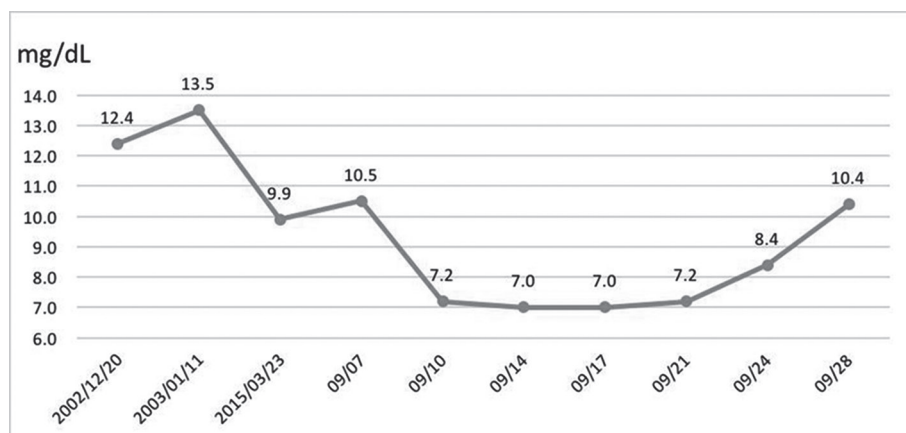
表三 追蹤診療紀錄

看診日期	病 歷	處 方（單位：錢）
104-09-17 初診	因呼吸困難、敗血性休克住院。胸部 CT：lung abscess。意識清 GCS：E4VeM6，面黃暗。痰黃白稠量多，咳嗽無力。飲食鼻胃管灌，消化平。大便日一行，小便經尿管色淡黃。 夜眠躁動不安，需服鎮靜安眠藥。無法觀舌。 左脈沉無力，右脈濡滑數按之無力寸弱。 BP:141-183/98-117mmHg 9/17，WBC:13300/uL，Hb:7.0mg/dL。 (9/14-9/17) SpO₂:93-95% 呼吸器參數：09/17 PSP mode，SpO₂:93-99%。 MIP/MEP:-24/+30，RSI:193.4，cuff leak (+)，表示目前尚無法呼吸訓練及拔除氣管內管。 註：一般而言，脫離呼吸器之參數條件，RSBI<105，70 歲以上 RSBI<130	黨參 4 炒白朮 4 白茯苓 3 炙甘草 1 廣陳皮 2 薑半夏 2 焙附子 3 杏仁 2 前胡 2 麥門冬 3 蘆根 3 天花粉 3 TID*3
104-09-21	神進。痰黃白量中。 今日開始呼吸訓練一小時。 大便使用 lactulose，解少量糞石，多量糊便。 飲食鼻胃管灌，消化佳。小便經尿管色淡黃。夜眠躁動減。無法觀舌。 左脈沉略數，右脈沉滑，寸不足。 9/21，WBC：16300/uL，Hb：7.2mg/dL。 （西醫評估：生命跡象穩定，但難以脫離呼吸器）	黨參 4 炒白朮 4 白茯苓 3 炙甘草 1 廣陳皮 2 薑半夏 2 焙附子 3 杏仁 2 前胡 2 麥門冬 3 蘆根 3 天花粉 3 砂仁 1.5 沉香（研粉）0.3 TID*2

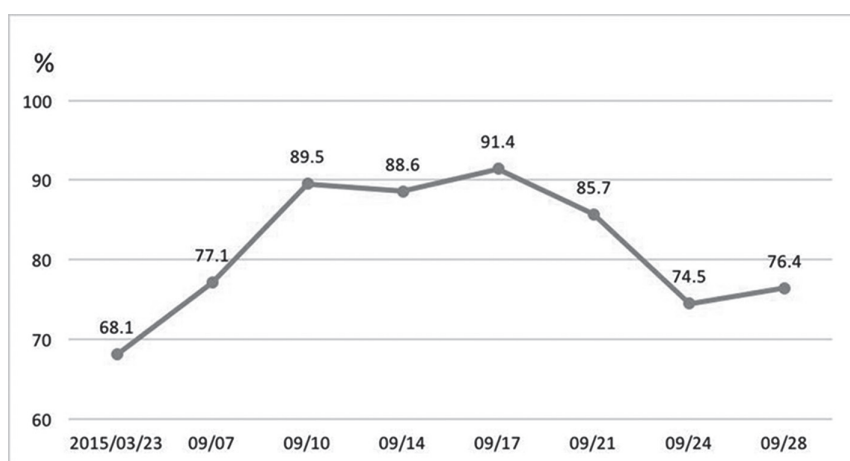
看診日期	病 歷	處 方 (單位：錢)
104-09-23	脫離呼吸器參數進步，醫囑再觀察一日，評估拔管時機。痰黃白量中。 呼吸器參數：09/24 MIP/MEP：+40/-72，RSI：102.4，cuff leak (2+)。 大便日二行，已無糞石，質色黃軟糊便。 飲食鼻胃管灌，消化佳。小便尿管色淡黃。夜眠躁動減。無法觀舌。脈濡滑尺弱。 BP：134-168/90-114mmHg 9/21，WBC：16300/uL，Hb：7.2mg/dL。 (9/18-9/24) SpO₂：95-100%	黨參 4 炒白朮 4 白茯苓 3 炙甘草 1 廣陳皮 2 薑半夏 2 焙附子 3 杏仁 2 前胡 2 麥門冬 3 蘆根 3 天花粉 3 砂仁 1.5 沉香 (研粉) 0.3 乾薑 1 肉桂 (研粉) 0.5 TID*2
104-09-25	昨日已拔呼吸器，今早已移除氣管內管，T-piece 28%，狀況平穩，四小時後，改以 room-air，呼吸狀況穩定。 Chest X-ray：肺膿瘍區塊減。 飲食鼻胃管灌，消化佳。大便日三行黃軟糊便。小便經尿管色淡黃。夜躁動減。 舌色淡紅苔白，右脈弦數，左脈沉滑數。 意識清 GCS：E4V5M6。 TPR：36.7/86/27 BP：151/102 mmHg 9/24，WBC：10900/uL，Hb：8.4mg/dL。 09/25 醫囑 9/28 後續評估轉普通病房。	黨參 4 炒白朮 4 白茯苓 3 炙甘草 1 廣陳皮 2 薑半夏 2 焙附子 3 杏仁 2 前胡 2 麥門冬 3 蘆根 3 天花粉 3 砂仁 1.5 沉香 (研粉) 0.3 乾薑 1 肉桂 (研粉) 0.5 TID*3
104-09-28	今日轉入普通病房。可在 bedside 寫字畫畫，可對答流利，痰白微稠量少，大便昨日未解。小便尿管色淡黃。昨日眠差多夢，難入眠。偶胸悶。已拔呼吸器。 Chest X-ray：肺膿瘍區塊縮小。飲食鼻胃管灌，消化佳。中藥可由口服用。 舌色淡紅苔白，右脈弦數，左脈沉滑數。 意識清 GCS：E4V5M6。 BP：132-165/88-115mmHg 9/28，WBC：12100/uL，Hb：10.4 mg/dL。 (9/25-9/28) SpO₂：95-99%	黨參 4 炒白朮 4 白茯苓 3 炙甘草 1 廣陳皮 2 薑半夏 2 焙附子 3 杏仁 2 前胡 2 麥門冬 3 蘆根 3 天花粉 3 砂仁 1.5 沉香 (研粉) 0.3 乾薑 1 肉桂 (研粉) 0.5 熟地黃 5 TID*2

15.1.1 血色素：由急診住院時 10.5mg/dL；中醫介入前 7.0mg/dL；中醫介入後逐步上升，十天後已回升至 10.4mg/dL。血色素升高，血液攜氧能力提升，

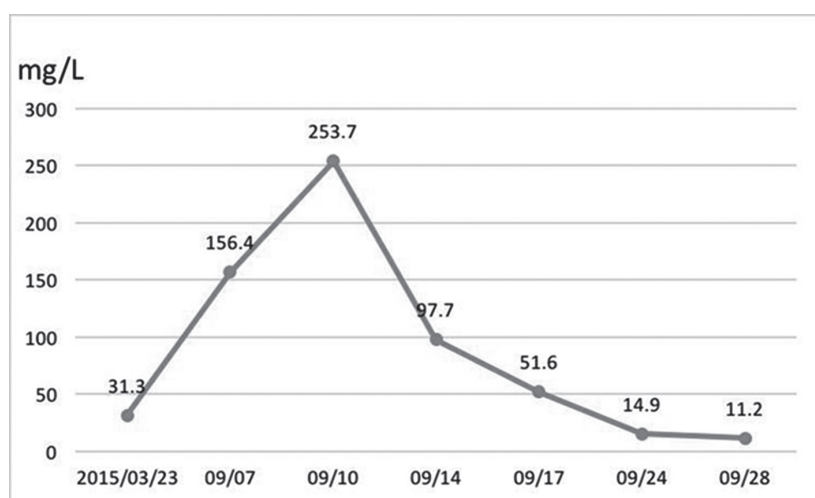
能減少貧血相關症狀產生，如頭暈、臉色蒼白，身體無力、倦怠、甚至氣喘等。且血色素之回升暗示病人之預後較佳。（如圖四）



圖四 血色素變化



圖五 白血球分類計數—segment 變化



圖六 C 反應蛋白 (CRP) 變化

15.1.2. Segment：由急診住院時 77.1%；中醫介入前 91.4%；中醫介入後逐步下降，十天後已降至 76.4%。表示感染情況控制穩定。（如圖五）

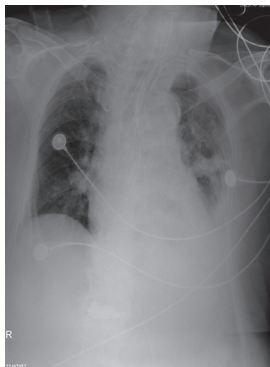
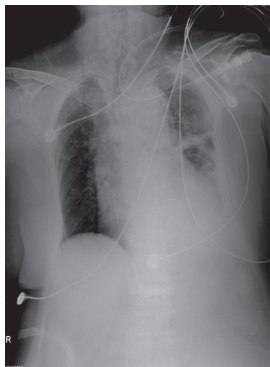
15.1.3. CRP：由急診住院時 156.4mg/L；中醫介入前 51.6mg/L；中醫介入後持續下降，十天後已降至 11.2mg/L。表示發炎或感染的情況控制穩定。（如

圖六）

15. 2. 胸部 X 光片：（圖七）

15.2.1. 中醫介入前（9/16）：肺部浸潤及肺氣腫情形更加明顯。

15.2.2. 中醫介入治療後（9/21，9/24，9/28）：肺積水情況改善，肺膿瘍區塊縮小。

9/16	9/21	9/24	9/28
			
9/16 Patchy consolidations in the bilateral lungs , probably due to pneumonia. Left complicated parapneumonic effusion or empyema. 9/21 Cardiomegaly with pulmonary edema pattern with bil. pleural effusion. Especial L't. Left side middle lung focal atelectasis. Visible L-spine s/p bone cement injection.			

圖七 治療前後胸部 X 光片變化

討論

一、西醫診療肺膿瘍 [3]

所謂的肺膿瘍乃指在肺實質中發炎反應及壞死組織所圍繞成大於一公分以上之空腔。對於肺膿瘍，西醫目前常規的處理應是：

(1) 一般治療：對症處理；(2) 抗生素治療；(3) 痰液引流；(4) 外科治療。

若病人有下列情況者，其預後較差：(1) 肺膿腫膿腔較大，特別是膿腔直徑大於 6 cm 者；(2) 以相鄰肺段內多發性小膿腫為特徵的壞死性肺炎；(3) 年齡較大、免疫功能受損和

衰弱者；(4) 伴有支氣管阻塞性的肺膿腫；(5) 需氧菌（包括金黃色葡萄球菌和革蘭陰性桿菌）所致的肺膿腫；(6) 治療耽誤，尤其是有症狀時間超過 6 周者。此外，西醫治療的結果會受病人本身相關疾病因素的影響。例如細菌感染造成的典型原發性肺膿瘍，經抗生素治療之治癒率可達 90-95%，但免疫功能不全或是支氣管阻塞的病人其致死率高達 75%。貧血（血色素 < 10.0 g/dL）、肺膿瘍範圍較大者（膿腔直徑 > 6 cm）、年齡較大、好氧菌所致之肺膿瘍（包括綠膿桿菌、金黃色葡萄球菌、克雷伯氏肺炎菌，致死率分別是 83%、50%、44%），預後都相當不好。

本案例因年紀偏高，心肺功能已不穩定，伴有心衰竭及氣喘病史，且曾因聽神經瘤及腰部壓迫性骨折而開刀，機體氣血損傷、正氣耗損在所難免，抵抗力大幅降低也造成治療上的困難。此外感染克雷伯氏肺炎菌，肺炎引發肺部膿瘍、敗血性休克併發急性呼吸衰竭，年紀偏高（71 歲）且貧血（會診時血色素 7.0 g/dL），因食道疝氣病史致使外科手術執行困難，且抗生素治療效果欠佳等，皆影響病人預後及治療之困難程度。

二、肺膿瘍近似中醫所曰「肺癰」：

肺癰是肺葉生瘡，形成膿瘍的一種病症，是由於化膿性細菌感染引起肺組織的化膿性病變，類似於西醫肺膿瘍、肺壞疽、化膿性肺炎等疾患。臨床上可見發熱振寒、咳嗽、胸痛、氣急，甚則咳喘不得平臥，吐出腥臭膿性粘痰，或咳吐膿血等 [4]。

本病起病急驟，以高熱、咳嗽和咯吐大量膿臭痰為主要症狀。中醫所稱之「肺癰」一詞首載於《金匱要略》。「若口中辟辟燥，咳即胸中隱隱痛，脈反滑數，此為肺癰，咳唾膿血」[5]，書中並提出葶藶大棗瀉肺湯、

桔梗湯為治療肺癰咯吐膿痰諸症 [6]。《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上氣病脈證治》：「咳而胸滿，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」[7]。《金匱》認為病起於風熱傷肺，成癰機理在於熱壅血瘀，未成膿時治以瀉肺去壅，用葶藶大棗瀉肺湯；已成膿者，治以排膿解毒，用桔梗湯。

《諸病源候論》進一步認為風寒傷肺化熱亦可成癰，強調正虛是發病的重要內因。

《千金要方》創用葶藶湯以清熱排膿、活血消癰，為後世治療肺癰的要方；《醫門法律》謂：「肺癰由五臟蘊崇之火，與胃中停蓄之熱，上乘乎肺，肺受火熱熏灼，即血為之凝，血凝即痰為之裹，遂成小癰。」病因多起自風熱病邪阻鬱於肺，蘊結而成；或因嗜酒或嗜食煎炸辛熱厚味，燥熱傷肺所致。且認為「肺癰屬在有形之血，血結宜驟攻」。

《外台祕要》列肺癰方凡九首，寓有清熱解毒、活血消癰、瀉肺排膿、益氣托毒、補肺養陰諸法；《醫學綱目》更認為飲食不節亦為病因之一；《本草經疏》提出治療有六忌八宜：「忌斂澀、補氣、升、燥熱、酸、鹹，宜清熱、消痰、降火、解毒、散結、甘寒、苦寒、辛寒」。《外科正宗》在治則上提出：「初起宜解散風邪，繼而降火抑陰，而後平肺排膿，終用補肺健脾。」依病之演變分期論治 [8]。病情變化一般分為三期：表證期：主要表現為惡寒發熱、出汗、咳嗽胸痛、脈浮數等症；釀膿期：主要表現為咳逆胸滿、胸痛、時時振寒、脈象滑數等症；潰膿期：主要表現為咳吐膿血腥臭 [9]。

三、老中醫治療肺膿瘍之經驗

印會河老中醫在肺痿和肺癰的治療中，他的經驗認為，臨床中只要主症為：「咳喘吐

白沫，伴口燥咽乾者」，不論其疾病的診斷屬於肺炎、氣管炎、支氣管哮喘，還是肺氣腫、肺心病、肺結核及肺癌等均可率先使用清燥救肺湯治療，其效非凡。凡外感熱病，只要主症為「咳喘吐膿血伴痰腥者」，或痰臭，或呼吸、咳嗽引胸作痛以及胸痛不能偏一側睡等，均可率先使用《千金》葶苈湯加味治療，如膿多腥臭則加桔梗、生甘草以助排膿與解毒；胸痛加赤芍、丹參、鬱金等以助活血與止痛；發熱明顯者，則加魚腥草或再加用生石膏以清熱解毒，一般都能收到不錯效果。膿盡以後，依照《濟生》桔梗湯加用黃耆、百合等，或改用滋陰補腎之六味地黃丸類方[10]。

上海葉景華老中醫治療肺癰，臨床上分為兩個階段，第一為肺膿瘍發展階段，表現為邪毒熱盛，膿痰壅滯，以發熱咳嗽、胸痛、痰臭，白血球升高，自擬複方魚桔湯（魚腥草、銀花、鮮蘆根、苡仁、冬瓜仁、桔梗、黃芩、黃連、桃仁、象貝、生甘草），以解肺部蘊結之熱毒。第二階段為肺膿瘍後期，邪卻膿潰，正氣虛弱，臨床表現為低熱，咳嗽痰少或無臭痰，胸痛減輕，治療用上述複方魚桔湯加黃耆、合歡皮、太子參、北沙參，以促進正氣恢復[11]。

北京名老中醫李國勤辨治肺癰主張「祛瘀通絡消肺癰，扶正祛邪貫始終」，將活血化瘀通絡法應用於肺癰。他認為肺癰的發展演變無外邪正的消長。辨治肺癰必據其邪正盛衰的程度，決定遣方用藥中扶正、祛邪的強度。肺癰初起，祛邪當先，扶正宜慎，適當配伍益氣扶正之品，可扶助正氣驅邪外出，勿貿然過用扶正，以防留寇；癰膿已成或膿成已潰，祛邪為主，有膿必排，宜大劑清熱解毒、消癰排膿之品，佐以扶正，可重用黃

耆之類益氣托毒排膿；恢復期邪去正虛或正虛邪戀，熱退身涼，膿痰轉清，反遺體倦乏力、自汗、盜汗、口乾引飲等。氣陰兩虛之候，宜重扶正，佐以祛邪，重用益氣養陰之品，共復已衰之正氣、已虧之陰津、已損之肺體。與此同時，針對血瘀，李老注重活血祛瘀通絡，根據患者脈證，辨別血瘀輕重，血瘀輕證藥用川芎、鬱金、丹參、桃仁、紅花等行氣活血祛瘀之品，血瘀重證則予三稜、莪朮、穿山甲等破血消癥之藥，對於肺癰之氣血凝滯、肺絡瘀阻，尤善用地龍、全蠍、蜈蚣等蟲類藥物通肺絡、散邪毒、化痰瘀[12]。

四、本案例所使用之中藥對肺膿瘍的現代醫學研究

現代醫學研究指出，對免疫低下之實驗小鼠而言，四君子湯可藉由提昇 helper T cells 與 suppressor T cells 的比率，進而增強自體免疫力，而對正常免疫功能的健康小鼠，則無促進或抑制免疫作用之效果[13]。

天花粉對腹水型肝癌、子宮頸癌細胞（如 Hela cells）有抑制作用。天花粉蛋白有免疫調節之作用，以及抗微生物作用（天花粉煎劑在體外對溶血性鏈球菌、肺炎雙球菌、白喉桿菌、傷寒桿菌、綠膿桿菌、痢疾桿菌、變形桿菌及金黃色葡萄球菌等，有一定的抑制作用；同時對腺病毒、B 型肝炎病毒、HIV 病毒亦具有明顯的抑制作用）[14,15]。

蘆根長於生津止渴，其化學成分中具多種免疫活性的多聚糖類化合物，並含有多聚醇、甜菜鹼、薏苡素、天門冬醯胺及黃酮類化合物苜蓿素等。其藥理作用能解熱、鎮靜、止痛、降血壓、降血糖、抗氧化及雌性激素樣作用，對 β -溶血鏈球菌有抑制作用，所含薏苡素對骨骼肌有抑制作用，苜蓿素對腸

管有鬆弛作用，多糖類能促進腺體分泌，而能增加唾液、胃液及腸液。[16]。

五、本案例證治之心得與體會

本病人之肺膿瘍初期以抗生素治療無效，未能順利控制，且因年老體弱合併敗血性休克，無法以胸腔外科手術處置，故轉求助於中醫治療。辨證為脾肺腎氣虛，痰熱壅肺，治則以，溫補脾肺腎陽氣，清氣化痰。而二診時，神態明顯進步；一周後，脫離呼吸器。原本西醫評估「生命跡象穩定，但難以脫離呼吸器」，在中醫藥介入後，正氣逐漸來復，邪實驅之可期！果不其然，三日後，患者順利轉入普通病房，可在攙扶下下床步行站立，在床邊寫字畫畫，且說話對答流利。

脾胃居於中州以灌四旁，為後天之本，氣血生化之源，對於人體的生命活動關係甚大，正所謂：「升降出入，無器不有。」因此，升降出入是臨床急危重症病機的關鍵，中軸不運，升降則失常，氣血陰陽逆亂，故臨證所見之急重證候，正如名老中醫蒲輔周所述：「關乎胃者，必以胃治，不關胃者，亦當時刻不忘胃氣這個根本。俾後天資其生源，中氣斡旋得復，頑疾始有轉機」。根據《內經》：「有胃氣者生，無胃氣者死」的理論觀點，效法東垣，在治療的過程中注意顧護患者的胃氣，注重後天之本。總之，在急重患者臨床治療的過程當中，脾胃功能是否良好往往是決定疾病轉歸與預後的關鍵所在。

本案例中醫治療以健脾益肺補腎為主，清肺化痰排膿為輔，目的在扶正以祛邪，其結果可見血色素漸而升高、血液攜氧能力提昇，感染發炎指數的穩定下降，痰量日趨減少、痰色質由黃白稠轉白微稠，影像學顯示中醫介入後肺積水及肺膿瘍區塊縮小。正氣來復一則可提昇患者之免疫能力、強化抗生

素之抗菌作用，一則因脾腎陽氣推動，溫助化痰，加以蘆根、天花粉等藥物來清熱排膿。因此，我們在救治如本病例所屬之難治疾病患者時，在臨床診治過程中，應時刻勿忘顧護後天之本，常可事半功倍，提高患者搶救成功率、改善患者的預後。

結論

本病例為 71 歲的女性，因呼吸喘促、胸悶，而經急診收入住院，診斷為肺炎引發肺部膿瘍、敗血性休克併發急性呼吸衰竭，加護病房照護評估暫時難以脫離呼吸器。胸腔外科評估因病人年紀偏高、體力不佳，且有食道疝氣病史，故不建議手術，持續以抗生素等藥物治療，然而肺部膿瘍仍未改善，而後會診中醫。治以溫補脾肺腎陽氣，佐以清氣化痰之藥。服藥三帖後，患者神態明顯進步，再服四帖順利脫離呼吸器，又三日後，患者轉入普通病房，可在攙扶下下床站立步行，病情持續進步，而後追蹤胸部 X 光亦顯示肺積水情況改善，肺膿瘍區塊縮小。

此病例為中西聯合診治肺膿瘍之成功案例，在急重患者臨床治療的過程當中，脾腎功能是否良好往往是決定疾病轉歸與預後的關鍵所在。因此，救治急重症患者的過程中應勿忘顧護後天之本，常可事半功倍，提高治療成功率。以此肺膿瘍合併呼吸衰竭之治療成功病例，提供給臨床醫師作為辨證論治的參考。

參考文獻

1. Pohlson EC, McNamara JJ and Char C, etc. Lung abscess: a changing pattern of the disease. *Am J*

- Surg.*, 150:97-101, 1985.
2. Hirshberg B, Sklair-Levi M and Nir-Paz R, etc. Factors predicting mortality of patients with lung abscess. *Chest.*, 115:746-750, 1999.
 3. 謝文斌、林志泉，成人細菌性肺膿瘍，當代醫學，271:35-41, 1996。
 4. 中醫名詞術語大辭典，啟業書局，台北，1978。
 5. 賴俊宇、伍建光，《金匱要略》對肺癰病因的認識，江西中醫藥，42:15-16, 2011。
 6. 王琛琛、齊文升，經方治療肺膿腫經驗淺析，中國中醫急症，23:991-992, 2014。
 7. (漢)張仲景，金匱要略，志遠書局，台北，pp. 112-140, 1991。
 8. 陳榮洲主編，中醫內科證治學・肺癰，弘祥出版社，台中，pp. 85-90, 2007。
 9. 肺癰的診斷依據、證候分類、療效評定，中華人民共和國中醫藥行業標準，中醫內科病證診斷療效標準，(ZY/T001.1-94)，1994。
 10. 劉英麗，印會河教授論治肺痿與肺癰的經驗探究，中國民間療法，24:9-10, 2014。
 11. 王莉珍，葉景華治療肺膿腫經驗，遼寧中醫雜誌，21:302-303, 1994。
 12. 國鈺妍、侶慶帥、亢秀紅、芮婷、李輝、李國勤，李國勤治療肺膿腫經驗，中醫雜誌，55:795-797, 2014。
 13. 梁文俐、楊玲玲，四君子湯及參苓白朮散之免疫調節研究，台灣科學，50:1-15, 1997。
 14. 國家中醫藥管理局主編，中華本草—第五冊—栝蒌根，上海科學技術出版社，上海，pp. 587, 1999。
 15. 劉金娜、溫春秀、劉銘、賈東升、楊太新、謝曉亮，瓜蒌的化學成分和藥理活性研究進展，中藥材，36:843-848, 2013。
 16. 國家中醫藥管理局主編，中華本草—第八冊—蘆根，上海科學技術出版社，上海，pp. 390, 1999。

Case Report

Lung Abscess with Respiratory Failure was Treated by Combination of Western and Traditional Chinese Medicine: A Case Report

Yao-Chin Hsu ¹, Hsi-Hsing Yang ², Yu-Ting Wang ¹, Chia-Jung Lee ¹,
Meng-Lin Wu ^{1,*}

¹ *Department of Chinese Medicine, Chi-Mei Medical Center, Tainan, Taiwan*

² *Department of Intensive Care Medicine, Chi Mei Medical Center, Tainan, Taiwan*

This 71-year-old female came to ER with complaint of shortness of breath and chest tightness. After evaluation, the patient was admitted with diagnosis of pneumonia induced lung abscess, sepsis shock and acute lung failure. Due to the age, general weakness and the history of esophagus hernia surgery, chest surgeon recommended antibiotics therapy instead of operation. However, the situation wasn't improved therefore they consulted Chinese Medicine. At the first evaluation, the patient was in unclear conscious, yellow and lusterless facial complexion, tongue inspection was not performed due to the respirator, in addition to general weakness, difficult expectoration with a large amount of yellowish sputum, formula milk diet with nasal-gastric tube. Pulse examination: left pulse—sunken-weak and right pulse—rapid, slippery. Under the diagnosis of lung-spleen-kidney qi vacuity with phlegm-heat of lung, we prescribed Chinese medicine for supplementing qi, clearing and dispelling heat-phlegm. after three days, the inspection was more spirited, then we added yang-warming medicine for four more days and the patient successfully weaned off the respirator. Three days later, she was transferred into general ward. Following up the chest X-ray, the pulmonary edema was significantly decreased, also the range of lung abscess. This is a case successfully treated with both western and Chinese medicine, in the hope to provide some opinions for clinical doctors.

Key words: Lung abscess, Lung-spleen-kidney qi vacuity, Respiratory failure, Phlegm-heat of lung

*Correspondence author: Meng-Lin Wu, Department of Chinese Medicine, Chi-Mei Medical Center, No.901, Zhonghua Rd., Yongkang Dist., Tainan City 710, Taiwan, Tel: +886-6-2812811 ext.53784, E-mail: morning2003@gmail.com

Received 26th December 2016, accepted 20th March 2017