

# 中西醫照護幫助患者脫離呼吸器—病例報告

陳稼洺<sup>1</sup>、李佳穎<sup>1</sup>、許博期<sup>1</sup>、羅綸謙<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup>彰化基督教醫院中醫部，彰化，台灣

<sup>2</sup>彰化師範大學統計資訊研究所，彰化，台灣

(101 年 9 月 18 日受理，101 年 12 月 5 日接受刊載)

這位 58 歲的男性患者，於 2012-02-07 因呼吸喘促，全身無力及發燒至 40°C 度等症狀，入院診斷為急性呼吸衰竭、吸入性肺炎，經插管住進內科加護病房接受治療。住院一星期後，因腹脹、消化差及血紅素持續降低，懷疑上消化道出血，經進一步檢查後，診斷為胃腺癌，於 2012-02-20 進行胃及空腸切除，並開始使用 Gastrostomy-Jejunostomy feeding tube (G-J feeding tube)。入院一個月後，患者因生命徵象逐漸穩定，轉入呼吸照護中心持續治療，於 2012-03-12 會診中醫，盼協助脫離呼吸器。經中醫會診後，證型診斷為脾肺氣虛，治則以補脾益肺、補土生金益氣為主，方藥則以補中益氣湯加減，經 2 個多星期的中藥治療後，患者症狀獲得明顯改善且脫離呼吸器並順利出院。

**關鍵字：**急性呼吸衰竭、呼吸器、脾肺氣虛、補中益氣湯、中醫

## 前 言

根據衛生署全民健保統計資料顯示，因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者的住院醫療費用申報件數，從 2004 年的 27,585 件倍數成長至 2010 年的 76,000 件，健保申報件數成長將近 3 倍<sup>1</sup>。換句話說，長期呼吸器依賴病患會造成醫療資源與成本增加，且就整體醫療照顧上，也會增加病患與家屬心理與經濟的負擔。臨床上，影響呼吸器依賴病患脫離呼吸器的變化甚多，其中常伴隨各種併發症，而導致延長使用呼吸器的時間，甚至脫離呼吸器失敗併重複插管。根據研究顯示呼吸器脫離的失敗率為 26-42% (平均 31.2%)，反覆插管率 13%，死亡率約 27%<sup>2</sup>。呼吸衰竭的患者需要使

用呼吸器，使用呼吸器的目的是在於維持氧合及通氣的功能，經除去呼吸衰竭的原因之後，即可考慮脫離呼吸器<sup>3</sup>。由上可知，因呼吸衰竭而使用呼吸器的申報件數是日趨益增，但目前在台灣臨床醫療上，中、西醫整合治療呼吸衰竭的醫案報導並不多，更無中藥或針灸介入呼吸衰竭療效分析的研究被發表出來，顯見中醫在這方面上還有很多可以努力的地方。

中醫在治療呼吸衰竭有其一套完整理論，尤其在呼吸衰竭的緩解期，誠如學者提出在呼吸衰竭的疾病發展過程中，顧護胃氣思想具有一定的理論架構，在治療的過程，中醫調理脾胃、顧護胃氣亦具有其臨床意義<sup>4</sup>。中、西醫結合是目前醫療趨勢，在醫院醫療體系中，因呼吸衰竭而會

---

\* 聯絡人：羅綸謙，彰化基督教醫院中醫部，500 彰化市南校街 135 號，電話：04-7238595 分機 1035，傳真：04-7228289，電子郵件信箱：149353@cch.org.tw

診中醫勢必也會持續增加，因此，對此疾病深入的探討與認識，在臨床治療上，及早評估病人整體問題，並提供適當的中醫醫療照護，則更有助於呼吸器依賴患者成功脫離呼吸器，這不僅能減輕患者的身心靈痛苦及家屬後續所必須承受的壓力，也可降低全民健保的負擔。本病例為吸入性肺炎合併急性呼吸衰竭的患者，在中西醫合作的治療下，不僅緩解患者在呼吸訓練期間的不適症狀，也幫助患者順利脫離呼吸器，得以順利出院。

## I、基本資料：

### (I) 個人基本資料

姓名：王○○  
病例號碼：1210\*\*\*\*  
性別：男  
年齡：58 歲  
婚姻：已婚  
身高：172 cm  
體重：60 kg  
BMI：20.2 kg/m<sup>2</sup>  
籍貫：台灣  
現居住地：南投縣草屯鎮  
職業：農夫  
會診日期：2012-03-12

### (II) 主訴

呼吸喘促已 1 個月。

### (III) 現病史

患者於 2012 年一月底開始出現咳嗽、痰多及輕度發燒等症狀，約一星期後出現自覺頭暈、胸悶欲嘔、呼吸不順及身體疲倦的症狀，但並未積極治療。2012-02-07 因為呼吸困難、咳嗽用力、咳嗽有痰等症而送至彰化基督教醫院急診室，在急診室時，患者意識不甚清楚，發燒高達 40 度且伴隨惡寒，理學檢查：兩側肺葉皆有鑼音，胸腔 X 光顯示兩側肺葉浸潤（右側較嚴重，見圖一），

當時診斷為吸入性肺炎合併急性呼吸衰竭，並因血壓低、呼吸衰竭而插管住進彰化基督教醫院內科加護病房診治。住院中接受輸液、抗生素治療，但因腹脹、食欲不振，而懷疑上消化道出血，於 2012-02-14 進行上消化道鏡檢查，發現一個約 3.5cm 的潰瘍及穿孔，懷疑是胃癌，並於同日進行電腦斷層掃描檢查，隔天病理報告診斷為胃腺癌。2012-02-20 進行胃及空腸切除，左側腹部開始使用 G-J feeding tube。入院治療一個月後，因患者生命徵象逐漸穩定，故由內科加護病房轉入呼吸照護中心持續治療。在治療過程中，因考慮有長期依賴呼吸器的可能性，西醫曾建議施行氣切手術，但家屬一直拒絕，後於 2012-03-12 會診中醫，盼協助脫離呼吸器。中醫會診當日，患者意識稍清楚，精神倦怠，偶可點頭回應，左耳重聽，使用氣管內管，左腹部放置 G-J feeding tube，排出液色黃紅有雜質，胸腔 X 光顯示兩側肺葉浸潤（右側仍較嚴重，見圖二）。

### (IV) 過去病史

1. L4-L5 腰椎椎板手術史于 2009 年
2. 小腦橋腦角腫瘤手術史于 2000 年

### (V) 個人史

婚姻：離婚  
抽煙：無  
喝酒：無  
過敏：無  
工作情形：農夫  
飲食習慣：葷食  
運動：無固定運動

### (VI) 家族史

無特殊家族病史

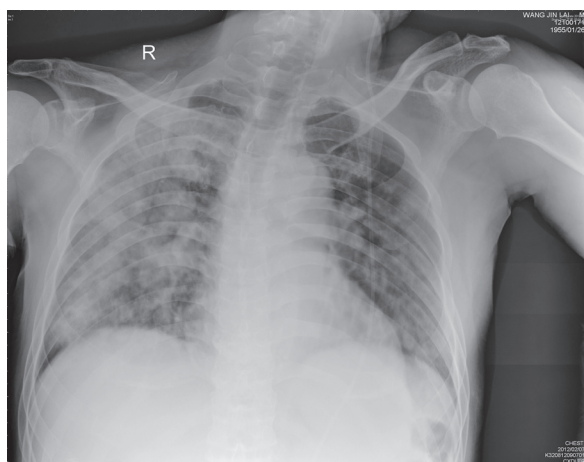
### (VII) 基本生命徵象（2012-03-12）

體溫：37.8℃，心跳：114 次/min，呼吸：25 次/min，血壓：118/58mmHg

### (VIII) 實驗室數據（2012-03-12），餘見表一。

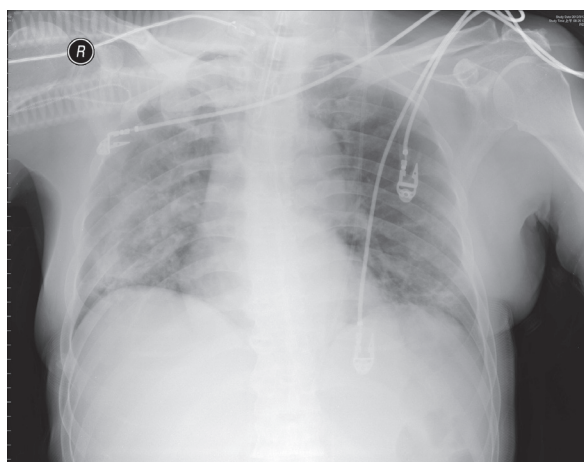
WBC:  $6.2 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、Na: 130 mmol/L、Hb: 9.5 g/dL、Hct: 27.3 %、Albumin: 2.1 g/dl

#### (IX) 影像學檢查



圖一 胸腔 X 光（急診室，2012-02-07）

胸腔 X 光顯示右側及左下葉局部浸潤現象



圖二 胸腔 X 光【呼吸照護中心（中醫治療前），2012-03-12】

胸腔 X 光顯示右側及左下葉局部浸潤現象，於前次比較並無明顯改善

#### (X) 中醫四診（2012-03-12）

##### 【望診】

神志：意識稍清醒。

整體：身型略瘦（BMI=20.2）、面色萎黃不華、皮膚乾燥、爪甲稍淡白、唇色淡紅略乾。

舌象：舌質淡紅、苔糙色白、少津、舌下絡脈因置入呼吸器故未見。

右耳黃色分泌物、質微稠、量平。

##### 【聞診】

無法說話、無特殊氣味

##### 【問診】

全身：無惡寒，偶間歇性低燒（ $37-38^{\circ}\text{C}$ ），容易疲倦，微汗出。

頭項：無頭痛，無耳鳴，無口乾，左耳重聽。

胸部：咳嗽，痰稍多，痰色白質微稠，自覺胸悶不暢，症狀發作並無晝夜或坐臥差別，無心悸或胸痛。

腹部：納平，無腹脹或絞痛，無打嗝或噯氣，腹部無明顯壓痛。

睡眠：眠平，無多夢。

腰背四肢：無下肢水腫，四肢無明顯寒熱。

二便：住院期間大便 1~2 日一行，大便質軟。小便平，色淡黃，無灼熱澀痛，無泡沫狀或血尿。

##### 【切診】

右脈寸關虛軟、重按無力，左脈細數。

觸診：腹部柔軟，無脹氣。

#### (XI) 時序圖（圖三）

其發病時間長短、何時診斷、接受治療、以及相關症狀發展以時序圖（圖三）說明。

#### (XII) 診斷

##### 1. 西醫診斷

急性呼吸衰竭、吸入性肺炎、敗血性休克

##### 2. 中醫診斷

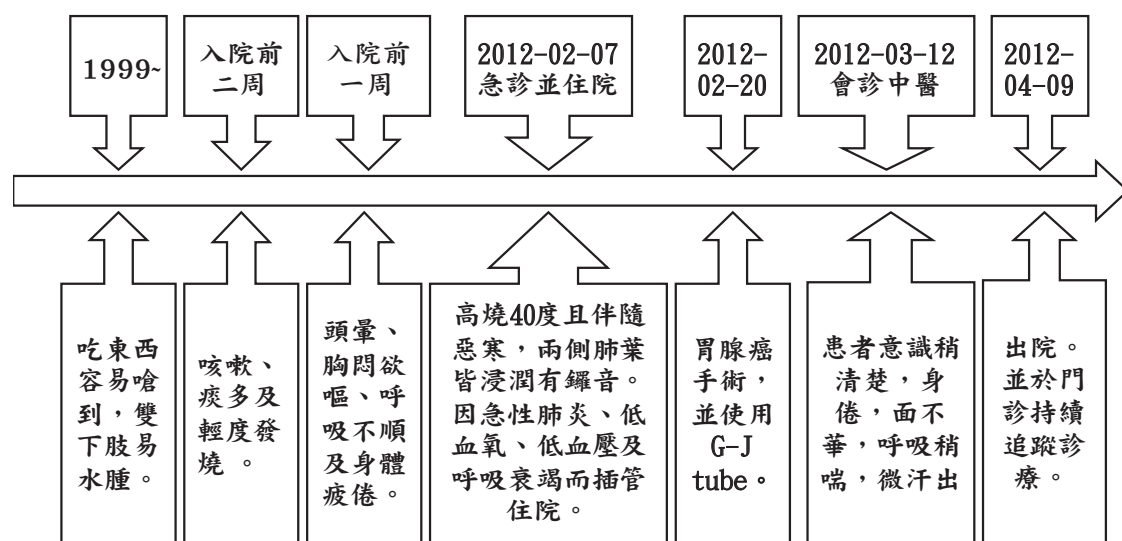
病名：喘證

證型：脾肺氣虛。

## II、治療之方法與過程：

### (I) 治則

補脾益肺、補土生金益氣



圖三 時序圖

## (II) 中醫理法方藥分析

### 【理】

患者於入院前兩周前開始出現咳嗽、痰多及輕度發燒等症狀，一周前出現自覺頭暈、胸悶欲嘔、呼吸不順及身體疲倦的情形，後因全身無力被送至急診室，症見呼吸困難、發燒達 40 度且伴隨惡寒，兩側肺葉浸潤（右側較嚴重、見圖一）。分析此患者從症狀出現開始到急診室的時間約兩個星期，尚屬不久，由八綱之外感或內傷分析，可知是因感受外邪，外邪由表或呼吸道而入，侵入肺系所導致的一系列症狀。在《靈樞·五邪篇》提到：“邪在肺，則病皮膚痛、寒熱、上氣喘、汗出、喘動肩背”，而《醫貫》也指出：“吸入則滿，呼之則虛。一呼一吸，本之有源，無有窮也，乃清濁之交運，人身之橐籥。”若病邪致使氣機不暢、肺氣壅塞，則呼吸功能失調而出現咳嗽、氣喘、呼吸不利等症狀。患者入院接受西醫治療後，上述外感症狀緩解，在中醫會診時見患者生命徵象穩定，無明顯發熱惡寒、無全身骨節痠痛之表證，亦無脈浮緊或浮緩等脈象，推論表

邪大致已去。

《雜病廣要·喘》：“肺為氣之主，而脾則肺之母也，脾肺有虧則氣化不足，不足則短促而喘。”會診時，患者使用呼吸器，左腹部接 G-J feeding tube，症狀表現為胸悶不暢，呼吸不利，呼吸型態稍喘促，身易疲倦，微汗出，頭暈，間歇性低燒，脈右寸及關虛軟、沉取無力等症狀，由中醫病因病機分析之，肺氣虛則宗氣不足，因而氣少不足以息、動則耗氣，故見胸悶不暢、呼吸不利；肺氣虛則肅降無權，氣機上逆則咳喘；肺氣虛，全身功能活動減弱，頭面供氧不足，故見頭暈、神情疲倦；肺虛衛外不固，故見汗出，故此患者初步診斷為肺氣虛<sup>5</sup>。

《內經·經脈別論》云：「飲入於胃，遊溢精氣，上輸於脾，脾氣散精，上歸於肺，通調水道，下輸膀胱，水精四布，五經並行，合於四時，五臟陰陽揆度以為常也。」又根據患者及家屬描述，患者從腦部開完刀後，身體體能變差，平常工作忙，容易身倦勞累，講話聲音低微，飲食量少，身型偏瘦，四肢肌肉痿軟及大便質軟等症狀



分析，患者素已有脾氣虛之證<sup>6</sup>。脾氣虛衰，故見嗜睡神疲、懶言、脈弱無力；中氣不足，脾弱運遲，故見眠差困倦；脾胃虛弱，氣血來源不足，故見納差、四肢肌肉痿軟；脾虛健運無權，精微不化，氣虛則血亦虛，故見面色不華、神疲氣怯。從舌脈來分析，右脈寸關虛軟，右關候脾胃，重按沉取無力表明其脾胃虛衰；右寸主肺，舌質淡，苔糙色白，少津，為肺氣虛，肺氣虛則不能敷布津液，津液無法上輸於舌，故見舌燥少津。綜上所論，患者本有脾肺氣虛弱，後因外邪導致呼吸衰竭之標證，住院之後，外感症狀經西醫西藥處理後，表證已去，再經胃腺癌手術後，使用 G-J feeding tube 後，致使脾胃受損及肺而加重肺氣虛損。

患者於本次住院確診胃腺癌，開始使用 G-J feeding tube，無法由正常的飲食管道受納水穀，食物與藥物皆藉由 G-J feeding tube 直接從 jejunum 吸收消化，且灌食皆為低溫之物，寒主收引、凝

滯，易傷陽氣，使氣血運行不暢，更加重脾胃運化失職。再則，缺少胃主受納，腐熟水穀的過程，也容易造成營養吸收的不足，土為金母，脾氣虛弱，生化之源不足，水穀精微不足以奉養肺金，肺氣隨之而虛，終致肺氣虛症狀，再加上患者本有脾氣虛衰，脾胃受損之後，更加重其病況。因此，脾失健運，水濕內停，痰濁内生，上逆犯肺，肺失宣降，出現咳嗽、痰稍多、痰色白質微稠、呼吸困難等症，使得患者無法順利脫離呼吸器。在辨證之後，以補中益氣湯加減論治，經 2 個多星期的服藥後，患者順利脫離呼吸器，後並順利出院，持續於門診追蹤。（病因病機圖，見圖四）

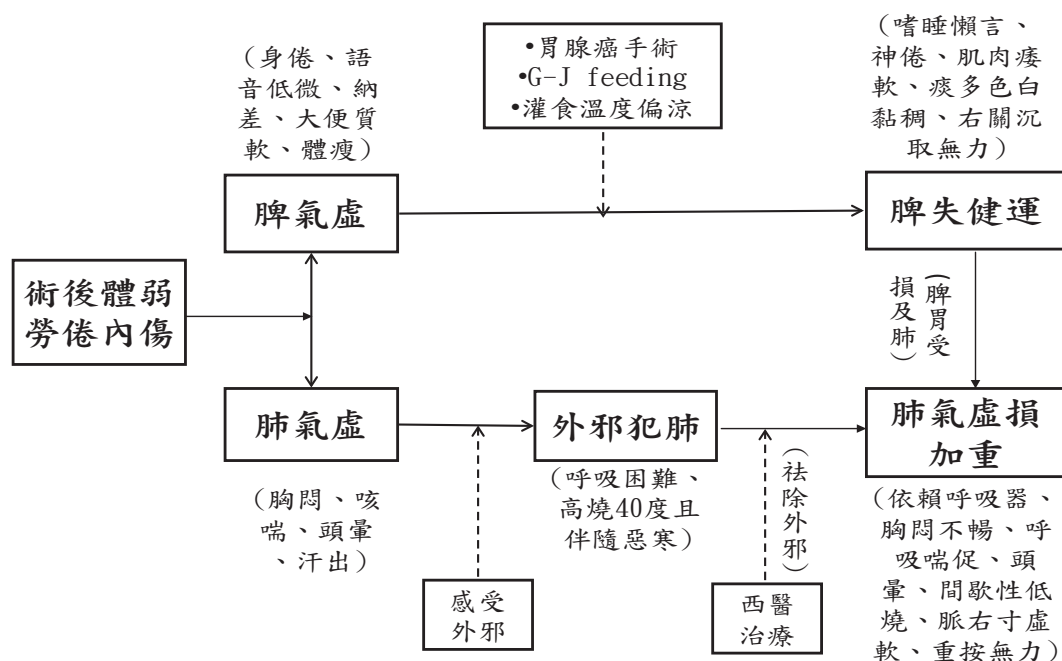
#### 【法】

患者為一脾肺氣虛，現已無明顯外邪的症狀，故以補益脾胃、補土生金益氣為治療方向。

#### 【方、藥】

補中益氣湯加減（第一劑\*）

黃耆 3 錢、炙甘草 2.5 錢、黨參 1.5 錢、當歸

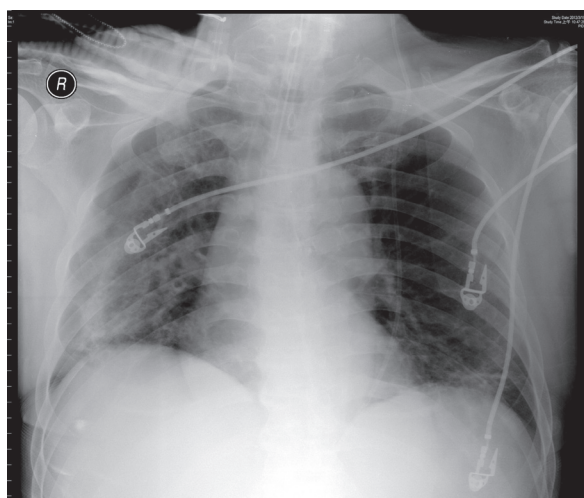


圖四 病因病機圖

1 錢、陳皮 1.5 錢、升麻 1.5、柴胡 1.5 錢、炒白朮 1.5 錢

錢、生薑 2 錢、大棗 2 錢、大腹皮 2 錢、茯苓 2 (III) 追蹤治療歷程

|            | 症狀                                                                     | 舌            | 脈               | 處方                              |
|------------|------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|---------------------------------|
| 2012-03-12 | 胸悶不暢，呼吸不利，呼吸稍喘促，容易疲倦，微汗出，無惡寒，體溫：37.3℃                                  | 舌質淡紅、苔糙色白、少津 | 右脈寸關虛軟、重按無力，左脈細 | 第一劑*                            |
| 2012-03-14 | 大便日一行，色黃糊量多，體溫：37.1℃，HR：102 次/min                                      | 同上，津平        | 同上              | 上方中炒白朮增至 2 錢、加西洋參 2 錢、扁豆 2 錢    |
| 2012-03-15 | 痰仍黃白稠粘，體溫：37.2℃，HR：103 次/min，大便日一行、質軟                                  | 同上，苔薄白       | 右脈較有力           | 上方減大腹皮，加五味子 1.5 錢、砂仁 2 錢、黃芩 3 錢 |
| 2012-03-16 | 燒退，痰黃白稠減，量平，G-J tube 色黃質較清，大便日一行、質軟，Try CPAP 4hr，體溫：36.6℃，HR：100 次/min | 同上           | 左脈細滑，右脈重按較有力    | 上方加知母 2 錢                       |
| 2012-03-19 | 三日未解便，體溫：36.7℃，HR：101 次/min。右耳分泌物改善。                                   | 同上，苔白帶黃，津少   | 同上              | 上方加大黃 3 分                       |
| 2012-03-21 | 痰黃白稠量中，大便日一行，體溫：36.9℃，HR：98 次/min                                      | 同上           | 右脈軟略滑，左脈弦細      | 上方去扁豆，黃芩改成 5 錢、知母 4 錢、大黃 5 分    |
| 2012-03-23 | 燒退，痰黃白稠量中，大便日一行，體溫：36.7℃，HR：92 次/min                                   | 同上，苔薄白，津平    | 右脈弦滑減，左脈弦細      | 守上方，續服。                         |
| 2012-03-26 | 預計近日拔管，大便日一行，體溫：37.0℃，HR：88 次/min                                      | 同上           | 右脈弦滑減，左脈細       | 上方去砂仁、知母、當歸，加白芍 3 錢、鬱金 3 錢      |
| 2012-03-30 | 拔管，解便 3 行，Venturi Mask Flow 9L/min，聽力進步，體溫：36.6℃，HR：86 次/min           | 同上           | 同上              | 上方去大黃，加枳殼 3 錢                   |



圖五 胸腔 X 光【呼吸照護中心（開始中醫治療後），2012-03-26】

胸腔 X 光顯示右下葉及左下葉局部浸潤現象，相較之前（2012-03-12）有明顯改善。

#### (IV) 治療小結

患者於 2012 年一月底因感受外邪，開始出現肺系之外感症狀，經入院接受西醫治療後，表邪之症已去，故應著重於脾肺氣虛之證，補脾益肺可選補中益氣湯，肺與脾的密切關係，主要表現在氣的生成和水液的輸布代謝兩個方面：脾氣益

肺，肺氣助脾。機體氣的生成，主要依賴於肺的呼吸功能和脾的運化功能，肺所吸入的清氣和脾胃所運化的水穀精氣，是組成氣的主要物質基礎，因此，肺的呼吸功能和脾的運化功能是否健旺，與氣的盛衰密切相關。正如《醫貫》中提到：“脾胃處於中州，為四臟之主氣者，中焦無形之氣，所以蒸腐水穀，升降出入，乃先天之氣，又為脾胃之主，後天脾土，非得先天之氣不行。是方蓋為此氣因勞，而下陷於腎肝，清氣不升，濁氣不降。故用升麻使由右腋而上，用柴胡使由左腋而上，非借參耆之功，則升提無力，是方所以補益後天中之先天也。”患者經過 2 個多星期的中藥治療後，於 2012-03-30 順利拔管，拔管後呼吸狀況恢復良好，在 2012-04-02 轉入普通病房，症狀持續恢復良好，並守上方隨證略加減，於 2012-04-09 順利出院，後持續於門診追蹤治療。

## 討 論

### 1、現代醫學對呼吸衰竭的觀點

呼吸衰竭是各種原因引起的肺通氣或換氣功

表一 實驗室數據

|                         | 2012-02-07 | 2012-02-14 | 2012-03-06 | 2012-03-09 | 2012-03-21 |
|-------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| PaO <sub>2</sub> mmHg   | 33.7       | 111.0      | 112.5      | 104.1      | 98.5       |
| PCO <sub>2</sub> mmHg   | 33.1       | 27.9       | 27.2       | 34.9       | 39.3       |
| PH                      | 7.549      | 7.442      | 7.493      | 7.439      | 7.438      |
| HCO <sub>3</sub> mmol/L | 29.1       | 19.2       | 21.1       | 23.9       | 24.4       |
| WBC 10 <sup>3</sup> /μL | 12.3       |            | 9.2        |            | 6.0        |
| Hb g/dl                 | 9.9        |            | 9.5        |            | 11.6       |
| Albumin mg/dl           | 1.3        |            | 1.7        |            | 3.1        |

能嚴重障礙，以至不能進行有效的氣體交換，導致缺氧或二氧化碳瀦留，從而引起一系列生理功能和代謝功能紊亂的臨床綜合症。呼吸衰竭使用呼吸器的主要目的之一，就是要使病患盡快恢復自發性呼吸，若使用呼吸器的時間越長就越不易脫離，不僅容易延長病患住院天數，更容易造成各種併發症<sup>7</sup>，因此，早日協助病患脫離呼吸器是很重要的一項議題。下列疾患常會發生呼吸衰竭而使用呼吸器：1. 肺炎、2. 氣喘、3. 心臟衰竭、4. 慢性阻塞性肺疾病、5. 昏迷、6. 中風、7. 全身麻醉手術等。但或由於呼吸衰竭的原因無法去除（如頸椎受傷或運動神經元病變等），或是住院過程中產生併發症（如院內感染、胃腸道出血及氣胸等）使得呼吸器無法脫離，這些患者所衍生的個人損失、家庭經濟、醫療資源及社會成本問題，不容小覷<sup>8</sup>。

而一般西醫脫離呼吸器的原則，是病人使用呼吸器 21 天，仍繼續使用呼吸器且  $\text{FiO}_2 < 40\%$ ，生命徵象穩定，血液動力學穩定，在下列模式：1. 脫離呼吸器壓力支持模式。2.  $\text{PaO}_2$ ：90-100%，抽血指數正常，感染已獲得控制。3. 呼吸器脫離指標：RSBI  $< 105$ ，即可開始嘗試脫離呼吸器。相對的，當病人使用呼吸器超過 21 天時，若無上述條件，就可能需要考慮呼吸器長期使用的相關問題。造成病人長期使用呼吸器的原因非常多，主要分成三大類：1. 心肺疾病，例如慢性鬱血性心衰竭、慢性阻塞性肺疾病。2. 內科或外科導致多重器官衰竭。3. 神經肌肉疾病，包括小兒麻痺症候群、脊髓損傷、肌肉萎縮症等，神經肌肉疾病多屬於漸進性疾病或造成不可逆性的傷害，病程進展至末期通常引起呼吸衰竭，病患無法自己呼吸時，就都要仰賴呼吸器<sup>9</sup>。而使用呼吸器超過 30 天者為長期使用呼吸器，不僅病患身分可轉成重大傷病，也因呼吸器脫離的困難度增高，醫療費用隨著增加。所以，如何儘早幫助呼吸器

依賴患者脫離呼吸器，將是臨床醫療團隊必須重視的議題。

## II、呼吸衰竭的中醫文獻探討

呼吸衰竭隨基礎疾病的不同和病程的進展，其臨床表現多種多樣，可見咳嗽，胸部膨滿，憋悶如塞，喘息上氣，煩躁心悸，面色晦暗，或唇甲紫疳，脘腹脹滿，肢體浮腫，且病程纏綿，時輕時重，經久難愈，嚴重者可出現神昏，瘧厥，出血，喘脫等危重徵候。在中醫學上可歸屬於“喘證”、“肺脹”、“喘脫”、“咳嗽”、“痰飲”、“厥脫”等範疇。

根據中醫文獻及理論，認為呼吸衰竭之病變首先在肺，繼而影響脾腎，後期病及於心。病理因素主要為痰濁、水飲與血瘀互為影響，但一般早期以痰濁為主，漸而痰瘀並見，終致痰濁、血瘀、水飲錯雜為患。其中急性呼吸衰竭臨床表現主要是低氧血症所致的呼吸困難和多器官功能障礙，其表現類似“肺氣衰”<sup>10</sup>，如《靈樞、五閱五使》：「故肺病者，喘息鼻張。」；《素問、五邪》篇說：「邪在肺，則病皮膚痛，寒熱，上氣喘，汗出，喘動肩背。」內經已指出呼吸困難的症狀，即咳、喘、胸肺部膨滿。明、王肯堂在《証治準繩、雜病》也提出「喘者，促促氣急，喝喝息數，張口抬肩，搖身擗肚。」明確描述呼吸喘的症狀。

呼吸衰竭的病因病機屬本虛標實之證。本虛是指肺、腎、心、脾、肝虛損，為產生本病最主要原因，而感受外邪為主要誘因，痰濁壅肺、血瘀水阻為產生變證的主要根源。病在肺，繼而影響肝、脾及腎，後期病及於心；痰瘀互阻、虛實互換的病理惡性循環，最終傷及陰陽氣血，累及五臟。急性發作時偏於邪實，必須分辨痰濁、水飲、血瘀之偏盛，其病變主要在肺；緩解時偏於本虛，須區分肺脾腎虧虛、宗氣下陷或陰陽兩虛之證型。縱覽古代中醫大家對本病的本虛標實之



病機已為共識。目前比較一致的看法是屬本虛標實之證，其病變在肺，繼則影響脾腎肝，後期病及於心<sup>11</sup>。

從臟腑論述呼吸衰竭緩解期，脾胃為後天之本，氣血生化之源是人體抗禦外邪的重要屏障，在治療學和預防學上都有重要意義，肺與脾的密切關係，主要表現在氣的生成和水液的輸布代謝兩個方面：脾氣益肺，肺氣助脾<sup>12</sup>。故《素問·五臟生成篇》："諸氣者皆屬於肺"；《靈樞·營衛生會篇》："人受氣於穀，穀入於胃，以傳於肺，五臟六腑，皆以受氣。"肺的清氣與脾的穀氣注於心脈以行於五臟六腑，成為臟腑功能活動的物質基礎。故肺、脾兩臟同為後天之氣的源泉，生理上具有互相協同、互相資生的作用，在病理上互相影響。若肺臟有病，不僅清氣吸入不足，穀氣的輸布亦受影響，此為"子病及母"，久之導致肺脾俱虧；或因脾的生化功能衰弱，生化之源不足，肺金失其滋養，亦致肺脾氣虛，此為"土不生金"。其病理變化主要反映在清氣與穀氣的不足方面，故表現為面色不華、神疲乏力、食少納差等症狀。

### III、中醫藥在呼吸衰竭的治療

中醫在治療方面，有很多關於治療"喘證"、"喘脫"的記載，而隨著現代醫學的演進，但在呼吸器的使用，如插管、氣切等都是在古籍文獻中所未見的治療方式，因此對於使用呼吸器後，在患者身上所造成的反應與影響是值得深入探討的。在治療方面，根據資料指出呼吸衰竭急性發作期可以分成三個階段來探討，首先是開始呼吸器治療的1~3天，因患者缺氧、二氧化碳瀦留、電解質紊亂而容易合併肺性腦病，此時證多屬痰蒙清竅，可治以滌痰湯加減；第二是使用呼吸器治療的4~7天，因氣道開放導致患者呼吸自然防禦力下降，再因類固醇、抗生素使用，易產生呼

吸器相關性肺炎，此時證型多屬痰熱壅肺，治以麻杏石甘湯加減；最後是使用呼吸器治療一週後，經治療後痰熱漸去，證型由實轉虛，多表現為氣陰兩虛、肺脾氣虛，分別以生脈散及補中益氣湯加減<sup>13,14</sup>。

另外根據學者提出，在呼吸衰竭中，顧護胃氣的思想可以貫穿疾病全過程。在診治多例呼吸衰竭患者，如慢性阻塞性肺疾病急性加重期、重症肺炎、術後併發肺部感染等，在抗感染、化痰、平喘及呼吸支持、營養支持等基礎上，一方面祛邪安正，或清熱、散寒、化痰、活血等，以保存胃氣；另一方面健脾和胃以扶正，常用四君子湯、補中益氣湯等加減，或酌加理氣、消食之品顧胃氣。對化痰、抗感染、調節胃腸道功能、早期脫離呼吸器等方面均有一定的促進作用。但應當注意的是，雖呼吸衰竭患者痰熱為患多見，但不可寒涼太過，如清熱化痰藥過於寒涼則易苦寒敗胃，甚至有一部分患者雖然出現有痰熱證，亦或為痰濕痰濁鬱久化熱，當慎用寒涼之品<sup>15</sup>。

張仲景在六經辨治中，始終貫穿著顧護脾胃的思想，把保胃氣作為治療六經病的基本法則。後世醫家有調："安穀則昌，絕穀則亡"、"有胃氣則生，無胃氣則死"，就是秉承《傷寒論》保胃氣思想並結合臨床經驗的總結。因此培補、祛邪是顧護胃氣的主要治則，具體方法如健脾和胃、理氣解鬱、燥濕清熱、活血祛瘀等，在具體方法中還應注意順應脾胃的特性，如脾主升，喜燥惡濕，胃主降，喜潤惡燥等<sup>16</sup>。

若經治療而脫離呼吸器後的治療原則為培土生金法及補肺納腎法為準則<sup>17</sup>，此期扶正固本是主要治療原則，兼清餘邪是防止或減輕再次急性發作的關鍵。培土生金主要在於使患者增加飲食，從而改善營養不良，減輕或消除呼吸肌群的疲勞；補肺納腎法是在於提高患者免疫力，減少急性感染，兩者皆是避免或減輕病情反覆發作<sup>18</sup>。故在

治療上，著重在固本，健脾益氣，以增強脾肺功能，可減少患者脫離呼吸器的時間，因此，對於呼吸衰竭的這類疾病<sup>19</sup>，中醫的及早介入將可大幅增加脫離呼吸器及移除氣管內管的機率，甚至降低氣切手術的施行率。

## 結 論

呼吸器依賴患者脫離呼吸器是現代醫學重視的一個課題，中醫在面對呼吸衰竭治療上，也有一完整思維模式，而中藥對呼吸衰竭的治療在一些階段，一些環節具有一定的優勢點，尤其是在緩解期欲脫離呼吸器的患者，從中醫觀點來看，介入輔助的成功之鑰，即增強心肺功能、促進營養狀況、維持氣道通暢、減少痰液、以及給予心理支持與鼓勵。因此，在中西醫團隊合作的治療下，將可大幅增加脫離呼吸器及移除氣管內管的機率，更可幫助患者免於氣切。故提供作為中西醫結合治療呼吸衰竭的一有效臨床案例。

## 參考文獻

1. 重大傷病住院醫療費用申報狀況，行政院衛生署中央健康保險局 93 年全民健康保險統計 [http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/Attach\\_5938\\_1\\_93-T69.XLS](http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/Attach_5938_1_93-T69.XLS) 及 99 年全民健康保險統計 [http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/20305\\_1\\_99-T87.xls](http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/20305_1_99-T87.xls)
2. 賴怡樺、施富金，成功脫離呼吸器之影響因素與護理，榮總護理，26:382-387，2009。
3. Nevins ML, Epstein SK. Weaning from prolonged mechanical ventilation. *Clin. Ches. Med.*, 22:13-33, 2001.
4. 溫敏勇、鐘相根，顧胃氣思想在呼吸衰竭治療中的應用探討，時珍國醫國藥，22:2981-2982，2011。
5. 姚乃禮、朱建貴、高榮林，中醫証候鑒別診斷學，人民衛生出版社，北京，pp. 338-340，2002。
6. 姚乃禮、朱建貴、高榮林，中醫証候鑒別診斷學，人民衛生出版社，北京，pp. 315-318，2002。
7. 李俊德、陳寶貝、林碧華，長期使用呼吸器，呼吸治療，2:21-26，2003。
8. Gregory T, Cranshaw J. Weaning from mechanical ventilation. *Clin. Med.*, 6:116-117, 2006.
9. 行政院衛生署中央健康保險局：需長期使用呼吸器病人手冊，[http://www.nhi.gov.tw/mformation/hotnews/file/Attach\\_124\\_需長期使用呼吸器病人手冊.pdf](http://www.nhi.gov.tw/mformation/hotnews/file/Attach_124_需長期使用呼吸器病人手冊.pdf)。
10. 何德平、林琳、奧蕾，中醫藥對慢阻肺呼吸衰竭機械通氣患者作用的臨床研究，新中醫，38:42-43，2006。
11. 張伯臾、董建華、周仲瑛，中醫內科學，知音出版社，台北市，pp. 108-111，2002。
12. 李陽、李芳、閔祝帆、林忠慧，從脾胃學說論治呼吸系統疾病，中醫藥臨床雜誌，20:567-568，2008。
13. 韓雲、林嫩釗、林琳，中醫藥在機械通氣治療慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭中的運用思路，中醫雜誌，46:226-229，2005。
14. 楊育書、田莒昌、陳建仲，慢性呼吸衰竭脫離呼吸器的中醫會診病例報告，台灣中醫臨床醫學雜誌，16:32-41，2010。
15. 孫維峰、梁靜，《傷寒論》的保胃氣思想及其臨床意義初探，貴陽中醫學院學報，30:3-5，2008。
16. 溫敏勇、楊柳柳、周燕妮，顧胃氣思想在呼吸衰竭診治中的應用，山東中醫雜誌，30:466-467，2011。

17. 馬光亞，呼吸系病治療經驗談，臨床辨證與經驗實錄，知音出版社，台北，pp. 162-164，2006。
18. 方統念、趙靜，淺談扶陽法在呼吸衰竭治療中的應用，中國中醫急症，16:954-958，2007。
19. 蓋素嫻，中西醫結合治療慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭臨床觀察，中國誤診學雜誌，10:2835-2836，2010。

# Successfully Weaning in Respiratory Failure Patient by Integration of Traditional and Western Medicine: A Case Report

Jia-Ming Chen<sup>1</sup>, Chia-Ying Lee<sup>1</sup>, Po-Chi Hsu<sup>1</sup>, Lun-Chien Lo<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup>*Department of Chinese Medicine, Changhua Christian Hospital, Changhua, Taiwan*

<sup>2</sup>*Graduate Institute of Statistical and Informational Science, National Changhua University of Education, Changhua, Taiwan*

*( Received 18<sup>th</sup> September 2012, accepted 5<sup>th</sup> December 2012 )*

This 58-year-old male patient presented with shortness of breath, general weakness and fever up to 40°C before admission. Respiratory failure and aspiration pneumonia was diagnosed. Then, intubation was performed with endotracheal tube and the patient was transferred to MICU. A week later, upper gastrointestinal bleeding was suspected with the clinical symptoms of abdominal distention, poor digestion and reduced hemoglobin. Gastric adenocarcinoma was diagnosed after further examination. After one month of hospitalization, his vital sign was stable and was transferred to respiratory care center.

Traditional Chinese medicine (TCM) was consulted on 2012-03-12. The diagnosis was Lung and Spleen Qi deficiency and herbal remedies such as Bu Zhong Yi Qi Tang was prescribed throughout the whole treatment period. After TCM treatment for two weeks, the clinical symptoms of patient were much relieved during respiratory training course and had more opportunity for weaning. Finally, he was weaned from successfully and recovered very well. Therefore, we would like to share this experience with the Chinese Medicine practitioners who are interested in this specific condition.

**Key words:** Acute respiratory failure, aspiration pneumonia, traditional Chinese medicine, Lung and Spleen Qi deficient, Bu Zhong Yi Qi Tang

---

\*Correspondence to: Lun-Chien Lo, Department of Chinese medicine, Changhua Christian Hospital, No. 135, Nanxiao St., Changhua City, Changhua County 500, Taiwan, Tel: +886-4-7238595 ext. 1035, Fax: +886-4-7228289, E-mail: 149353@cch.org.tw