



中醫危重症的治療探討

鄭淑鎂

培真中醫診所

前言

危重症病人住院期間，甚至進入加護中心的病因繁多，由於疾病本身的病性與病勢、身體產生的反應、病人的體質狀態、治療的副作用、後續產生的併發症…等，會使危重症的治療更陷入深重膠著。臨陣的治療經驗體會，深入了解中醫藥對重症治療的基本原則及優勢，積極的參與介入治療，運用中醫藥辨證論治，且隨時掌握檢驗數據，觀察病人臨床體徵，可充分發揮辨證、辨病、辨病理三者合參之優點，多能有效治療原發疾病，及時挽救生命，積極降低併發症，矯治醫源性損傷，增補西醫學的不足，減少後遺且加速復原。

一、充分了解原發疾病的病性與病勢

危重症病人住院期間，甚至在加護中心的病因繁多，但大致可歸納為：發炎症、創傷性、中毒性、佔位性、缺氧性、缺血性…等。其中發炎症疾病包括各種急性感染、腫瘤、免疫性疾病、動脈瘤破裂、過敏反應、燒燙傷、藥物灼傷、輻射灼傷…等。急性感染如各種腦炎、肺炎、心肌炎、猛爆性肝炎、急性腎炎、敗血症等；腫瘤性發熱或癌幹細胞誘導快速增殖期都是發炎症反應，腫瘤熱屬少陽熱或陰虛發熱，癌症快速增殖期且於病人體力不虛狀態屬瘀熱症；免疫性疾病如紅斑性狼瘡、多發性硬化症、貝希氏腦病在急性發作期，尚無長期大量類固醇或免疫抑制劑或中醫苦寒藥治療階段皆屬熱症；腦動脈瘤破裂、主動脈剝離初期大量血液外溢，會引起發炎症反應，治療時需視病人的生命徵象，判斷是屬瘀熱或氣虛血瘀或脫症階段；急性過敏反應初期屬大熱症合併水蓄；藥物性灼傷如抗生素導致皮膚及黏膜急性發炎症，或抗癲癇藥導致史蒂文生—強生（Stevens-Johnson）症候群，是嚴重且危急的發炎症反應，化療藥經皮穿注射造成內臟瘀腫是屬瘀熱合併水蓄；放射線灼傷如電腦刀導致顱內壓升高屬痰熱，如放射線導致脈管炎或皮膚潰瘍或內臟灼傷或骨折，屬氣血兩虛合併發炎症或氣陰兩虛之骨蒸熱；創傷性初期除了如出血、骨折、內臟破裂外，亦會合併急性發炎症反應，若頭部創傷，應優先止血、降腦壓、預防癲癇；佔位性如腦膿瘍、腦出血、腫瘤壓迫、創傷後血塊擠壓、或各種腔室積液，需視病情進展程度治療，或配合外科手術減壓；低血壓及低血



氧性如氣喘、心肺衰竭、肺栓塞、貧血、妊娠毒血症、低血壓、一氧化碳中毒…等，屬氣虛血虛或陽虛，體虛或老人或大面積手術後易併發感染及低血壓、低血氧。

各種疾病需考慮併發顱內高壓、感染、應激性胃潰瘍、敗血症、代謝紊亂、電解質紊亂、多器官衰竭。危重病人易併發器官低灌注，低血壓低血氧表示體內器官血液及氧氣低灌注，會使腦部、心臟、肺臟、肝臟、腎臟、胃腸等器官損傷，症狀可能很輕微，也可能導致器官衰竭，甚至會嚴重致命；當收縮壓持續低於90mmHg 或平均動脈壓小於60mmHg 是為低血壓，動脈血氧飽和度低於92% 是為低血氧。誘發低血壓低血氧病變的原因，可能是感染、發炎、麻醉劑、止痛劑、心臟衰竭、低血糖、腎上腺功能不足、過敏性休克、敗血症、藥物毒性、電解質或酸鹼不平衡等因素；病理可分為氧氣及血液的過度消耗和供應不足二大類；其中感染、發炎、過敏性休克、敗血症等因素屬於過度消耗，麻醉劑、止痛劑、心臟衰竭、低血糖、急性腎上腺功能不足等因素屬於供應不足。^[1,2]

二、積極預防併發症

(一) 中樞神經系統併發症

1. 譫妄、癲癇、昏迷

譫妄是急性腦衰竭的警示，但須排除藥物性。譫妄前驅症狀為不安、煩躁、焦慮、睡眠障礙，之後漸發意識減低、癲癇、異常行為或幻覺、腦水腫、電解質紊亂、木僵、昏迷、甚至死亡。譫妄原因包括：感染、藥物戒斷、急性代謝障礙（如酸鹼中毒、電解質異常、肝腎衰竭）、創傷（如中暑、術後、灼傷）、中樞神經性（如腦膿瘍、腦出血、癲癇、中風、腦腫瘤、氣管炎、腦水腫）、缺氧性（如貧血、低血壓、一氧化碳中毒、心肺衰竭）、營養不良（如缺乏B12、菸鹼酸）、內分泌病（如高低血糖、腎上腺亢進或低下）、急性血管疾病（如高血壓腦病、休克）、藥物性、毒素（如殺蟲劑、溶劑）、重金屬傷害（如汞、鋁、錳）等。

2. 中風

中風因素須考慮發炎，低血糖、低血壓、低血氧、代謝廢物干擾、甲狀腺功能低下、腎上腺功能不足、尿毒、低血鈉、感染（如敗血症、胰臟炎、肺炎）等，手術中可能發生栓塞性中風及出血性中風。

3. 顱內壓升高

腦部或身體有嚴重的發炎性、缺血性、缺氧性疾病，或腦部有佔位性擠壓（如腦膿瘍、腦腫瘤、出血性中風），都可能導致顱內壓升高，顱內壓升高最常見的臨床症狀是頭痛、噁心、噴射性嘔吐及眩暈，若控制不良，可繼發腦疝、腦溶解、神經損傷、甚至死亡。



(二) 心臟血管系統併發症

1. 心律不整

誘發心律不整的因素有發炎、交感神經興奮、低血壓、低血氧、血中二氧化碳濃度過高、藥物作用、感染、大劑兒茶酚胺、電解質紊亂（如低鉀、高鉀、高鈣、低鎂）、酸鹼不平衡等。

2. 心肌缺血及梗塞

危重症病人或手術後可能併發心肌缺血或梗塞。症狀表現為典型胸痛、焦慮不安伴心率異常、突發肺水腫。若有麻醉劑或止痛劑的使用，心肌缺血或梗塞常沒有症狀，須觀察是否低血壓、貧血、心搏過速、顫抖、胸痛、缺氧、心律不整、或心電圖的變化。

(三) 肺部併發症

1. 換氣不足

全身麻醉、肌肉鬆弛劑、嗎啡類止痛藥、疼痛、虛弱、胸腔積液、橫膈肌功能缺損、原有神經肌肉的疾病、或進行會影響橫膈的手術，都可能導致換氣不足。

2. 肺塌陷

呼吸道黏滯、神經肌肉無力，肺底部可能發生肺泡塌陷。病人在無感染的情形下，會有低熱、呼吸快、心搏加速等情形。肺泡塌陷會增加病人肺部感染的機會。

3. 肺炎

感染、肺擴張不全、排不出去的痰、胸部運動減少（如疼痛、腹脹、仰臥姿勢）、吸入胃容物、或無法咳嗽和清除分泌物等因素，會使細菌進入肺部，肺炎機率增加。

4. 肺水腫

肺水腫是危重病人或手術後常見的併發症，產生的病理是肺微血管通透性增加，體液滲漏進入肺間質和肺泡。肺水腫的治療應區分心因性或非心因性。

5. 肺栓塞

肺栓塞為深層靜脈血栓，是院內死亡的重要原因；骨折病人可能發生脂肪栓塞。

6. 急性呼吸窘迫症候群

氣喘、術後、肺炎、吸入性肺炎、大量輸血、胰臟炎、肺栓塞、敗血症、藥物過量等原因，易併發急性呼吸窘迫症候群。

(四) 腎臟併發症



1. 急性腎衰竭

急性腎衰竭可分成腎前氮質血症、腎臟本身、腎後氮質血症三類。危重症病人的急性腎衰竭常見於器官低灌流性或腎毒性藥所致；灌注不足之急性腎衰竭屬於腎前氮質血症，因腎小球血流不足，導致腎小球過濾困難，腎小球及腎小管急性壞死，腎臟不能製造尿液，新陳代謝障礙，有毒物質不能排出。腎毒性藥物方面，抗生素、升壓劑、利尿劑、止痛藥等會加重腎衰竭。若血中 Creatine 濃度每天增加 0.5mg/100cc，或尿素氮每天增 10mg/100cc，且每天排尿量少於 400cc，如此持續一周，即面臨急性腎衰竭。

(五) 肝臟併發症

1. 低蛋白血症

血液灌流不足，肝臟不能合成蛋白質，血中白蛋白下降，臨床表現腹水、腹脹、食慾不振、虛弱、少尿。

2. 急性肝衰竭

嚴重低蛋白血症，導致廢物不能代謝，肝細胞損傷，甚至肝小葉中心壞死，最後肝衰竭。臨床上的徵兆，血液中 GOT、GPT、 γ -GT 上升，血中白蛋白下降，黃疸指數升高。

(六) 消化系統併發症

1. 壓力性胃潰瘍、出血

酸中毒、缺血、缺氧導致胃及十二指腸黏膜細胞受損，發生糜爛性潰瘍，甚至上消化道出血。但須考慮服用消炎藥、抗生素、類固醇等藥物因素。

2. 腸阻塞及絞痛

血液量灌流不足，無動力的腸阻塞及腸絞痛。

(七) 併發感染

多部位創傷、癌病、年長、器官移植、脾切除、貧血、免疫缺陷者，易併發感染。感染範圍包括腦及脊髓感染、呼吸道感染、泌尿道感染、內毒素、吸入性肺炎、管腔感染、菌血症、敗血症、院內感染、傷口感染。

1. 敗血症

病人有感染證據，體溫高於 38 度或低於 36 度，心跳每分鐘超過 90 下，白血球超過 12000 或低於 4000 或超過 10% 非成熟型態，符合上述兩種以上的種種嚴重臨床損傷，所引發的全身性炎症反應，臨床上敗血症最常見，但全身性炎症亦可



併發於創傷、燒傷、胰臟炎。

2. 嚴重敗血症

敗血症併發器官功能障礙、灌流不足、低血壓。臨床表現為少尿、急性意識障礙、寒顫、呼吸過快、呼吸困難、噁心嘔吐、低血壓、瘀斑或瘀點。

實驗室診斷有白血球過高或過低、血小板降低、高血糖或低血糖、低血氧、HB ↓、CR ↑、BUN ↑、AST ↑、ALT ↑、T/D-Bil ↑、ALB ↓。

3. 敗血性休克

終末器官功能障礙或損害，表現低氧血、血漿乳酸升高、少尿、急性意識障礙、低血壓（可能用升壓劑）…等，且合併休克狀態。

(八) 電解質及新陳代謝異常併發症

危重病人常併發電解質及新陳代謝異常，導致病情更為嚴重及加速死亡。

1. 電解質異常

危重病人常見電解質異常有鉀離子、鈉離子、鈣離子、磷酸鹽、鎂離子。離子濃度改變主要影響心臟血管系統、神經肌肉系統以及腸胃系統。臨床表現常見心律不整、肌肉無力、反射降低、意識障礙、激動、木僵、抽搐、昏迷、噁心、嘔吐、腹痛、腹瀉、便秘。

2. 新陳代謝異常

危重病人新陳代謝異常併發症，主要有急性腎上腺功能不全、高血糖症候群、甲狀腺風暴、黏液水腫昏迷。急性腎上腺功能不全的高危險群包括：愛滋病、瀰漫性肺結核、敗血症、急性抗凝療法、冠狀動脈繞道手術後病人、類固醇戒斷期未滿一年病人；臨床表現有全身無力、噁心嘔吐、腹痛、姿勢性低血壓、低血鈉、高血鉀、低血糖、酸中毒以及腎前氮質血症。高血糖症候群、甲狀腺風暴、黏液水腫昏迷可能是原發性病癥，可能是併發症。

(九) 其他

1. 貧血

感染、免疫疾病、失血過多、或生成不足、或創傷、或手術後遺、或使用抗凝血藥物，導致紅血球或全血降低。

2. 營養不良

壓力性潰瘍、腸缺血導致細胞萎縮、消化功能降低、胃腸蠕動降低、麻醉或嗎啡止痛影響、肝合成蛋白能力降低、抗生素使用、化放療後遺、疾病本身營養



損耗增加、管灌食品，都會導致營養不良併發症。

3. 肌肉骨骼酸痛

肌肉及骨骼內血液灌流不佳，引起的臨床症狀是：肌肉疼痛、關節疼痛、骨頭酸痛。

4. 休克

休克有四種主要類型：A. 心因性休克 B. 低血容性休克 C. 分佈異常性休克 D. 阻塞性休克。低血壓低血氧之休克屬心因性休克，主要是心臟功能不全，心輸出量下降，全身血管阻力升高。出血、嘔吐、腹瀉或第三區流失液，屬低血容性休克，表現為低心輸出量，全身血管阻力升高。敗血性休克、過敏性休克、急性腎上腺功能不全及神經性休克，屬分佈異常性休克，心輸出量正常或增加，全身血管阻力降低。阻塞性休克如心包填塞、肺栓塞，表現是低心輸出量，全身血管阻力升高。

休克是器官低血壓合併低灌流，會導致器官功能失常、內在性發炎、多器官衰竭、甚至死亡。器官的低灌流徵兆是神智狀態改變、乏尿或乳酸中毒。

5. 瀰漫性血管內凝血 — DIC

瀰漫性血管內凝血是危重症最普遍且最危險的疾病，可因許多基礎疾病所導致，其病理是纖維蛋白沉積和纖維蛋白溶解同時進行，造成高凝及易出血傾向。當病人併發瀰漫性血管內凝血，即表示生命已至末期。

6. 多器官衰竭

病人持續 24 小時以上，有二個或二個以上器官系統衰竭。如急性呼吸窘迫症候群須考慮肺臟衰竭；平均動脈壓 $\leq 49\text{mmHg}$ ，心率 ≤ 54 次 / 分，須考慮心臟衰竭；尿量 $\leq 500\text{ml}/24\text{h}$ ，BUN $\geq 100\text{ml}$ ，Creatine ≥ 3.5 ，須考慮腎臟衰竭；WBC ≤ 1000 ，血小板 ≤ 2 萬，須考慮造血系統衰竭；Glasgow 未鎮靜時評分 ≤ 6 分，須考慮神經系統衰竭；血清膽紅素 ≥ 6 ，或凝血酶原時間在沒有抗凝血治療下比正常值 ≥ 4 秒，須考慮肝臟衰竭。〔2-5〕

三、身體對疾病產生的反應

(一) 疾病本身因素

發炎產生高代謝，疾病本身的耗氧需求上升，疼痛虛弱造成沒有效率的換氣，進食減少，腸道細胞的萎縮退化，分解代謝增加，西藥副作用，面對疾病的心身壓力，以上會加重病情惡化。



(二) 組織灌流不足

發炎後期或缺血缺氧性疾病，皆會進展至器官低灌流。組織細胞灌流不足，使細胞產生能量機制之粒線體氧化發電和糖解路徑等損傷，導致代謝降低及電解質紊亂，細胞內外的能量、酶、廢物無法交換、釋出；大量的鈣離子進入細胞內，改變蛋白質與脂質，引起全身性血管痙攣；微血管通透性增加，細胞內外水腫浸潤萎縮或纖維化，二氧化碳排出困難；最後細胞 ATP 耗盡，導致細胞死亡，此為不可逆轉之缺血缺氧性傷害。

(三) 手術麻醉

麻醉劑、嗎啡類藥劑會抑制腦幹的呼吸中樞，產生不同程度的低血壓、心跳過慢、呼吸抑制，手術後的噁心、嘔吐、頭痛、眩暈、焦慮、瞻妄、呼吸困難，甚至癲癇，皆可能是麻醉劑的作用後遺。

(四) 交感神經系統活化

疾病本身所帶來的壓力反應，使交感神經活化，刺激腎上腺系統，引起全身性過度興奮，在亢奮期，體溫、血糖、乳酸、血脂、類固醇等異常增高，導致心搏過速及心臟負荷增加，之後進入急速衰減，再加上低血氧及水份、電解質的不平衡，更容易造成心肌缺血，加重全身性灌流不足。

(五) 應激反應的續發性傷害

細胞發生缺血、缺氧等病變時，使谷氨酸、凝血酶、血漿蛋白、血小板、白血球、介白質、干擾素、前列腺素等過度釋放，交感神經—腎上腺髓質系統的過度興奮，致體溫、血糖、乳酸、血脂、類固醇等異常增高，血液流變學、血小板黏附與聚集功能異常，以上細胞損傷後之應激反應，造成嚴重程度不同的續發性傷害。

(六) 再灌流的傷害

血液重新灌流，自由基含量增加，特別是活性氧物種，其部份還原氧分子自由基，具有劇毒，會傷害油脂、蛋白質、核酸，並誘導細胞膜和其他細胞組成的傷害。

(七) 代謝廢物的阻滯

發炎性或低血壓、低血氧，會誘導興奮性谷氨酸、凝血酶、血漿蛋白、血小板、



白血球、介白質、干擾素、前列腺素、血糖、乳酸、血脂、類固醇等過度釋放或異常增高，血小板黏附與聚集功能異常，這些病理性代謝廢物，會阻滯並干擾組織器官的修復。〔2-5〕

（八）藥物副作用

如麻醉劑可產生不同程度的低血壓、心跳過慢、及呼吸抑制，手術後的噁心、嘔吐、頭痛、眩暈、焦慮、瞻妄、呼吸困難，甚至癲癇；麻醉劑也有相當的肝毒性及腎毒性。

止痛劑、肌肉鬆弛劑的副作用與麻醉劑相似，只是程度及劑量差異；且止痛劑可能使橫隔肌功能缺損、掩蓋心肌缺血之胸痛，加重低灌流的病情，增加感染機會。

根據各種利尿劑的作用機轉不同，會造成各種電解質及酸鹼平衡的障礙，神經、肌肉、心肺、胃腸、腎臟等各系統功能的紊亂損傷，加重影響低灌流。

抗生素有肝腎的毒性，可能造成藥物性肝炎、腎炎；降低腸道對營養的吸收；可能產生程度不一的過敏，嚴重者導致休克；對皮膚、黏膜、血管內皮等上皮細胞有相當刺激，輕者口糜、皮膚紅疹，重者全身發炎水腫，如史蒂文生—強生（Stevens-Johnson）症候群等。

非類固醇消炎藥（NSAID）可能升高 AST、ALT、BUN、Creatine，加重虛弱、胃炎、水腫類固醇，可能加重肝炎、腎炎、抑制感染徵兆；遞減固醇時，病人腎上腺因藥物反饋受抑，及交感神經壓力作用後衰竭，可能導致病人術後 1-2 周，急速誘發低血壓低血氧的各種併發症。

升壓劑如 Dopamine、Norepinephrine（Levophed），會加重血管痙攣、組織缺血，亦有頭痛、嘔吐、心悸、高血壓、高血糖、尿液滯流、升高 BUN 及 Creatine。升壓劑的遞減期，亦須注意交感神經壓力作用後衰竭之急性低灌流產生。

疾病的壓力應激會使血糖升高，或原有糖尿病者血糖控制不良，胰島素的治療過當，會有疲倦、低體溫、噁心、瞻妄、麻木、痙攣、喪失知覺等低血糖徵象；胰島素亦可能有血管水腫之過敏反應。〔6〕

四、觀察與診斷

（一）西醫實驗數據診斷

1. 生命徵象：體溫、血壓、血氧、心搏、尿量。
2. 尿液檢查



3. 血液學檢查

RBC、Hb、WBC、WBC DC、PLT、APTT、PT

4. 生化檢查

AST、ALT、LDH、 γ -GT、T-protein、Albumin、T/D-Bilirubin、Amylase、Lipase、TG、CHO、ac glu、Ammonia、HbA1c

5. 腎功能檢查

BUN、Creatinine、BUA、eGFR

6. 電解質

Na^{+2} 、 K^{+} 、 Ca^{+2} 、 Mg^{+2}

7. 免疫性

ESR、CRP、ANA、C3、C4，其餘依各種免疫性疾病之相關檢驗。

8. 其他診斷方法

X光、電腦斷層、MR、超音波、PET、腦電圖…。

(二) 中醫之觀察與診斷

1. 基本體徵診斷

中醫傳統五色五官五部、基本體徵，藉由觀察面色、皮膚、神識、肌肉、表情、痰液…，可探知並診斷疾病的深淺虛實，如：

- 神經學檢查，可知神經功能缺損的程度及預後。
- 觀察咳嗽狀態，可探知橫膈肌功能、痰液的深淺、病人心肺狀態。
- 觀察痰液，濃稠黏膩或水狀清稀或乾咳無痰，可探知肺部排痰能力、代謝廢物的多寡、感染主要來自肺部，或其他部位。並提供中醫虛實寒熱辨證的參考。
- 觀察引流液是清澈或濃稠度高或仍有血水或參雜膿液，可探知屬寒症或熱症或感染。
- 觀察小便的色澤與尿量，解尿時的暢滯，除可探知虛實寒熱外，亦可推斷是否發炎，器官低灌流，肝、腎損傷，麻醉及止痛劑的過當，藥物過敏等。
- 觀察腹部，如腹部舒緩，大便正常，表示腸蠕動正常，營養吸收及代謝廢物可順利進行；若腹部澎滿、脹大、硬痛、便秘，表示腸蠕動麻痺，部分平滑肌痙攣，幽門痙攣和氣體、糞便的停滯，代謝廢物的阻滯並干擾神經，且增加肝、腎毒性及內因性感染機率。
- 觀察水腫狀態，是否有下肢水腫，或面腫，或全身硬腫，或寸口動脈按壓有陷痕，是否伴隨喘悸，是否有腹水，缺盆是否浮腫等，可知病位及內臟的損傷程度。



- 觀察面色膚色，是明亮紅潤，或面赤目赤，或暗沉晦滯，體膚是冷或溫或熱，可探知病情的寒熱虛實。
- 參考中醫脈象的主症主病。但須注意，在危重病期時，麻醉藥、嗎啡類止痛藥、類固醇、胰島素、甲狀腺素、升壓劑等，會造成脈動的假象。如類固醇、升壓劑會使瀕臨休克的病人脈動仍長大有力；顱內壓升高，將形成腦疝危症，其脈動可能沉遲有力；低血鈉可能脈動數或遲。故須與其他症象合參，避免思慮不周，影響判斷與治療。

2. 寒熱虛實的判斷

- **神識**：常見癲癇、抽搐、幻聽、幻視，若躁擾易怒、言聲粗大、妄見鬼神、高叫漫罵屬實；神識昏蒙、靜默呆滯屬虛。
- **熱象**：高熱不退或面紅赤但熱不高屬實；寒熱往來或黃昏後發熱屬氣陰兩虛；逆冷屬虛。
- **色象**：膚赤面赤或面膚紅腫或面膚瘀紫甚則紫黑屬實；面色蒼白甚至浮腫屬虛。
- **汗象**：大汗或汗出如油，味穢重濁屬實；冷汗或無汗，味淡或無味屬虛。
- **呼吸氣息**：喘急氣粗，呼吸音大屬實；呼吸短促但乏力屬虛。
- **肌肉**：僵緊硬腫屬實；鬆軟無彈性屬虛。
- **痰液**：痰涎壅盛，痰液粘稠，味腥臭腐敗屬實；痰稀且多，無臭味屬虛。
- **牙關**：牙關緊合，口噤不食，口臭屬實；牙關鬆軟無力，無口臭屬虛。
- **目睛**：避光，目不易閉，眼瞼痙攣，眼腫，目赤多眵，或閉眼硬緊屬實；閉目或定睛，清淚屬虛。
- **唇及舌**：唇厚瘀黑，或舌絳外吐，甚者舌卷焦黑屬實；唇白或暗紫，舌體胖大鬆軟屬虛。
- **胸腹症狀**：胸肋滿脹，連臍腹皆硬，腹如覆盤且大實痛屬實；腹鬆軟，但可能喘急夾飲（腹水，胸肋膜積水，心包積水）屬虛。
- **二便**：二便皆閉，或便秘，或尿閉，但尿味腥臭色黃屬實；腹瀉、尿失禁、尿清無臭味，少尿甚至無尿屬虛。
- **脈動**：脈弦緊急實洪大，或沈實遲大屬實；細弱遲結代屬虛。
- **肢體**：肢體不遂，或偏癱。兩手握固，全身拘急僵硬，張力急且強屬實；肌肉軟而無力，張力弱且鬆屬虛。
- **引流液**：濃稠度高，或仍有血水，或參雜膿液屬實；清澈屬虛。
- **淋巴液**：黏稠味穢腥臭屬實；清澈稀濕無味屬虛。

（三）臨床症狀及參考指標的警示



中醫藥參與治療應注意的基本指標：

- 應注意體溫、血壓、血氧、心搏速度、血糖、意識、尿量、血液常規檢查、生化檢查、電解質等基本指標所代表的警示。
- 低體溫、低血壓、低血氧濃度、低血糖、低血色素、低蛋白血症、低血鈉，都會導致器官低灌流的併發症。
- 體溫升高或降低可能是感染、或藥物誘發。
- 血壓高會加重心、腦及內臟低灌流。
- 呼吸加快或心跳加速可能是乳酸中毒或發炎感染。
- 譫妄、癲癇、意識改變，或術後延遲甦醒，表示中樞神經損傷。
- 頭痛、眩暈、噴射性嘔吐，表示顱內壓升高。
- 心律不整或心搏過速或胸痛，表示心臟損傷。
- 神智狀態改變、乏尿或乳酸中毒，表示器官低灌流，也可能面臨休克。
- 血小板持續降低，是早期感染的指標。
- WBC 升高，表示內毒素或外源性感染。
- 老年或虛弱病人，感染期常無發熱，當 WBC > 12000 或 < 4000，可能已併發感染。
- AST、ALT 急速升高，表示急性肝炎或藥物性肝炎。
- AST、ALT 輕度升高，但 ALB 降低，r-GT、膽紅素 (bilirubin) 持續升高，須預防肝衰竭。
- BUN、Creatine 持續升高，須預防腎衰竭。
- 若 BUN 升高至 90，須囑咐預防性單次洗腎。
- 鉀、鈉、鈣、鎂、磷等電解質失衡，會有心血管、神經肌肉、胃腸道的急性症狀，容易和其他併發症的症狀混淆，亦可能致命。
- 譫妄是急性腦衰竭的警訊，治療延遲，會漸發木僵、昏迷、抽搐，甚至死亡。
- 器官低灌流，影響的範圍為：心肌缺血、腦水腫、肝衰竭、腎衰竭、胃潰瘍、腸缺血、脫疽。^[7]

五、中醫治療思路

(一) 中醫危重症的治療原則

- (1) 治療或控制既有疾病
- (2) 治療發炎反應
- (3) 加強組織灌流
- (4) 預防感染



- (5) 預防交感神經活化後遺及續發性傷害
- (6) 清除代謝廢物
- (7) 降低西藥副作用
- (8) 預防高顱內壓
- (9) 注意電解質或代謝失衡
- (10) 顧護胃氣
- (11) 加強營養
- (12) 啓動生機，預防心身症

(二) 中醫藥治療方法的應用

1. 清熱解毒

清熱解毒藥有消炎、抗菌、解熱、利膽、利尿、止血及鎮靜作用，有瀉下作用，防止大腸吸收毒素，為廣效的抗菌藥，可減少耗氧，平息續發性的傷害，抑制免疫性及過敏性發炎狀態，降低應激性血糖升高，預防內因性或外源性感染；亦能治療危重症的各種合併症，如：高膽固醇、高中性脂肪、高尿酸血症、高 AST/ALT、高血糖、高血壓、細胞及血管發炎、感染、熱性出血、化放療藥物之灼傷、腦與內分泌過度亢進、血管及上皮細胞異常增生，能削弱組織胺利尿、促膽汁及胰液之分泌。

若為器官低灌流併發症，雖然多見氣虛、血虛、陽虛諸症，但在大隊補氣血補陽藥中，仍須考慮使用抗生素、利尿劑的傷陰體徵，或交感神經—腎上腺髓質系統興奮、應激性高血糖、胃潰瘍出血等真寒假熱，或預防補氣補陽藥之化燥，或預防感染等諸多因素，而酌參清熱解毒藥以制衡。

2. 活血化瘀

活血化瘀可改善組織細胞缺氧、缺血，谷氨酸、凝血酶、血漿蛋白、血小板、白血球、神經節糖苷、介白質、干擾素、前列腺素等過度釋放，交感神經—腎上腺髓質系統的過度興奮，致體溫、血糖、乳酸、血脂、類固醇等異常增高，血液流變學、血小板黏附與聚集功能異常，纖維蛋白沉積和纖維蛋白溶解造成高凝及易出血傾向。

臨床上低灌流性併發症，亦多見血瘀症象，應激性血糖升高、胃潰瘍或出血、腹滿便秘，是血熱的表現。縱使一派虛寒，治療上亦須考慮可能化燥化熱。

活血化瘀可清除代謝廢物、改善血液黏稠度、降低續發性傷害、改善萎縮及纖維化、增加細胞供氧供血機會。

應用活血化瘀藥治療，最好選用活血化瘀，兼涼血止血藥物，因為此類病人雖屬血瘀症，但多血小板耗損，凝血功能不佳。



3. 通腑

危重症病人，須注意腹徵及排便狀況。若是發炎性，多為實熱性便秘，若是術後或器官低灌流，多屬氣虛血虛或陽虛性便秘；各種原因引起的高顱內壓，亦多會發生便秘；若腹部硬滿大實痛，腹如覆盤且推按有阻力，屬實熱症，以清熱解毒藥合併大黃、芒硝通腑瀉熱，若腹軟體虛無力，以補氣溫陽合併大黃治療。危重症病人的便秘，乃神經傳導阻滯，或腸道蠕動麻痺，或平滑肌、幽門、橫隔膜、肝漿膜痙攣緊張。治療時需合參全身及腹部狀況，亦須考慮交感神經興奮抑制，可在主症處方上加入柴胡、白芍、枳實、厚朴等。

使用通腑藥可通便，排除代謝廢物，降低腦壓、血壓，降低 Ammonia 對腦的傷害，解除幽門、橫隔膜、肝漿膜痙攣，降低內毒素的自發性感染。故治療危重症病人，縱然西醫已使用軟便劑，仍須考慮給與輕劑量之通腑瀉熱藥。

4. 化痰利濕

發炎期誘導淋巴液過度增生，或腦部、心臟、肺部、肝臟、腎臟等臟器的低灌流，必會造成不同程度的體液或黏液滯流。淡滲利濕藥是發炎期或術後或低灌流期必用的藥物。

及時清除體液廢物，可改善鬱血、細胞栓塞或血栓、淋巴液、氣管及食道黏液及濃痰、神經傳導介質的異常增生、免疫細胞撲殺腫瘤或病毒的代謝產物、化放療各階段的病理性廢物、調節電解質的平衡，解除內臟及各細胞功能處於受抑制且呆滯的狀態，加速細胞獲得修復，減少細胞凋亡，對減輕後遺症有極大助益。

5. 補氣血、補腎陽

補氣血、補腎陽藥物：

- 可改善組織器官的低灌流，啟動全身細胞產生能量。
- 可增強骨髓幹細胞造血，增強心肺帶氧的能力，增加腎血流及 EPO 的製造，對腦、肝、胃腸等器官的功能的改善。
- 可修復腦和組織器官的細胞及阻止細胞凋亡，並增強免疫。
- 可解除麻醉、止痛劑對中樞神經及心肺功能的抑制。
- 補氣血、補腎陽藥物的提早使用，可預防交感神經活化後衰竭，及既有腎上腺、甲狀腺功能低下病人術後產生急速功能不全。
- 當西藥有使用類固醇、升壓劑、止痛劑，須考慮提早使用補氣血、補腎陽藥物，預防體內因人工藥劑的反饋作用，導致急速潰乏或衰竭。

6. 滋陰降火

滋陰降火藥主要應用在凡屬陰虛或骨蒸勞熱，或津液耗損、陰虛內熱動火之疾病，如內分泌過亢、異常興奮、高血壓、高血鈣、高血糖、高泌乳激素血症、



高甲狀腺素、煩躁、口乾舌燥、不能鎮靜、不能入眠等症、化放療灼傷、抗生素控制不良之低熱…等。

7. 重鎮平肝

危重症病人不論是原發或併發顱內壓增高、血壓高、血糖高、甲狀腺亢進、高泌乳素血症、腫瘤性內分泌過亢、腫瘤異位激素分泌異常旺盛、腦神經亢奮之狂躁、不能鎮靜、嚴重睡眠障礙…等，以重鎮平肝法治療。

8. 解表及通竅

解表及通竅，是通過改善腦及身體各種調節能力，解除經脈、循環、神經、免疫、各種屏障的抑制狀態，喚醒自身的抗病能力，順利將病毒、細菌、代謝廢物排出體外，且能增加藥物的療效。在通竅的運用上，臨床常用麻黃、細辛、吳茱萸、銀杏葉、甚至蟲類藥通竅，麻黃強心、發汗、利尿、通十二經脈，透過腦部解除呼吸、發汗、體溫、心腎的功能受到抑制；銀杏葉治療感染所致或黏液性的淋巴腫、象皮腫是必用的通竅藥。

六、病案舉例

(一) 急性頸椎挫傷

女，48歲，頸椎退化病史

急性跌挫後發生頸項綜合徵，經西醫診斷建議手術，病人執意服中藥。

【症狀】 頸以下癱軟乏力，步履遲緩，頸周暨耳後腫熱，面紅熱，咽痛，吞嚥困難，耳鳴，耳痛，頭痛，頭暈，嘔吐，體麻肢麻，心悸，心搏速，焦躁，易怒，口乾舌燥、便秘，舌質紅，脈弦數。

【診斷】 太陽陽明合病之實熱症

【治療】

急性期： 葛根湯加方

葛根 8、麻黃 3、桂枝 5、赤芍 5、甘草 4、生薑 3 片、大棗 8 枚、黃芩 10、黃連 5、陳皮 5、半夏 5、茯苓 8、澤瀉 8、沒藥 5、桃仁 5、大黃 1、川七 3（單位：錢）

緩解期： 依症狀以半夏白朮天麻散、柴胡桂枝湯、補陽還五湯、聖愈湯、十全大補湯，加減運用，如：神經性水腫加茯苓、澤瀉，焦躁不眠加柴胡、甘草、大棗，發熱加清熱藥，淤痛加活血化瘀藥，注意開脾胃、通便，手足麻逆冷或虛倦加乾薑、附子、肉桂。

(二) 紅斑性狼瘡急性發作



女，35 歲，少年曾罹患 SLE，近十多年無恙，生育 2 子。

因感冒發熱症狀，急診注射克流感後，誘發中樞神經性 SLE。

【症狀】 ICU，昏迷，呼吸器，鼻飼，腦壓高，血壓高，高熱不退，全身性水腫，四肢瘀紫，腹脹硬，二便秘，脈沉實數。

【診斷】 表裡三焦實熱症

【治療】

急性期： 大柴胡湯加方

柴胡 6、枳實 5、赤芍 5、甘草 4、生薑 3、大棗 5、大黃 3、黃芩 8、黃連 5、黃柏 8、茯苓 8、澤瀉 8、桃仁 5、川芎 3（單位：錢）

中 期： 意識清醒，正常進食、呼吸及交談，但胸椎以下癱軟無知覺，下肢水腫，二便秘。

診斷： 氣虛陽虛合併水濕停聚；治以大補腎陽，利濕化痰。

處方： 補陽還五湯加方

黃耆 20、當歸 4、赤芍 4、川芎 3、丹參 4、桃仁 4、乾薑 5、附子 5、玉桂 5、黃芩 5、茯苓 8、澤瀉 8、麻黃 1.5、陳皮 5、大黃 3（單位：錢）

中後期： 促類固醇停用階段

診斷： 氣陰兩虛，或免疫過亢；治以補氣血加養陰退熱

處方： 聖愈湯加方

黃耆 15、丹參 4、生地黃 5、當歸 4、赤芍 4、川芎 3、黃芩 5、黃柏 5、青蒿 5、地骨皮 5、附子 1.5、玉桂 3、陳皮 4、砂仁 4（單位：錢）

後 期： 類固醇停用約半年後

診斷： 免疫過亢

處方： 免疫過亢方；加味逍遙散

（三）腦動脈瘤破裂術後持續昏迷

男，56 歲，腦動脈瘤破裂，術後 6 個月

【症狀】 仍持續昏迷，呼吸病房，鼻飼，導尿，呼吸器，反覆感染，咳痰困難，白黏稠痰，血氧 90-92%，光反射 (+)，痛反應 (+)，面僵體僵，黃昏後低熱，左半身癱，腹壓有阻力，大便秘，軟便劑，脈弦數帶芤。

【診斷】 氣虛餘熱未盡

【治療】 補陽還五湯加方



黃耆 15、丹參 5、川芎 3、當歸 3、桃仁 4、沒藥 4、麻黃 3、半夏 4、甘草 4、陳皮 5、黃芩 8、黃連 3、青蒿 8、乾薑 1、附子 1 柴胡 4、白芍 4、大黃 1（單位：錢）

感染改善後改方

黃耆 20、丹參 5、川芎 3、當歸 3、沒藥 4、麻黃 1.5、半夏 4、甘草 3、陳皮 5、黃芩 5、黃連 1.5、黃柏 5、乾薑 3、附子 3、熟地黃 5、玉桂子 5、人參 3、大黃 1（單位：錢）

服藥 3 個月後，可神清 6H，扶起可坐，可以紙筆簡單溝通。

（四）洗腎後併發低血壓、低血氧、高顱內壓、腸阻塞

女，52 歲，透析後血壓降至 60/40，

【**症狀**】反覆短暫性昏迷，面浮腫，喜悲，妄見鬼神，頭大痛，眩暈，嘔吐，神滯，喘息吸短，近無脈，腹大痛，便秘，止痛及軟便無效。

【**診斷**】氣虛陽虛合併臟躁痰濕

【**治療**】補陽還五湯加方

黃耆 20、丹參 5、川芎 3、當歸 3、桃仁 4、乾薑 5、附子 5、肉桂 3、黃芩 4、茯苓 8、澤瀉 8、半夏 4、枳實 4、厚朴 4、大棗 10、芒硝 3、大黃 1、人參 5（單位：錢）

（五）抗生素急性過敏性休克

女，65 歲，因膝腿挫傷髓骨骨折，傷口瘀腫出血，注射抗生素

【**症狀**】立即性昏迷，ICU，呼吸器，鼻飼，四肢脫疽，高熱，面赤，痰稠，體僵，瘀腫，尿少，便秘，腹滿實硬。WBC ↑、ESR ↑、GLU ↑、CRP ↑

【**診斷**】太陽少陽合病之大實熱症

【**治療**】大柴胡湯加方

柴胡 6、黃芩 8、枳實 5、赤芍 5、半夏 4、甘草 3、大棗 4、大黃 3、黃連 8、黃柏 8、茯苓 8、澤瀉 8、厚朴 5（單位：錢）

病人昏迷當日立即灌服中藥，快速清醒，接續治療，無殘留後遺症。

（六）化療後併發心衰、腎衰、低蛋白血症、低血鈉症

男，68 歲，縱隔腔生殖細胞癌

【**症狀**】化療後昏厥，醒後吸短喘急，胸腔積液，全身水腫，脫疽，四肢



抽痛甚，面晦無華，腹脹大不能進食，神經性逆嘔，尿少，便溏，脈細弱，低血壓，低血氧，WBC=2500 Hb=9.5 ALB=1.9 BUN=35 Cr=2.8 Na=126

【診斷】脾腎陽虛，痰濕停聚

【治療】香砂六君子湯加方

陳皮 8、半夏 4、砂仁 4、白朮 5、甘草 4、茯苓 8、澤瀉 8、麻黃 3、肉桂 3、乾薑 5、附子 5、黃芩 5、葶藶子 8、人參 5、川七 3 /加 6g 鹽服（單位：錢）

參考文獻

1. 鄭淑鎂：大柴胡湯證與急性高顱內壓之症象比較研究，遼寧中醫藥大學碩士論文，2007。
2. 鄭淑鎂：中醫對術後誘發低血壓低血氧併發症治療，中西結合神經醫學雜誌，2008 年。
3. 林世崇主編：基礎重症醫學，藝軒圖書公司，台北，2000，99-145。
4. 楊雪松等譯：實用急症處理手冊，合記出版社，台北，115-278。
5. 許淑霞等編：手術期照護、麻醉、疼痛控制及重症照護，合記出版社，2004，8-77。
6. 陳長安編著：常用藥物治療手冊，2008，5-798，1220-1380。
7. 黃嘉文編譯：各科門診醫學評估、診斷、檢查與治療，合記出版社，台北，2003，11-20。

通訊作者：鄭淑鎂

聯絡地址：新北市中和區新生街 220 巷 5 號

電話：02-22256618

E-mail: mg6618@hotmail.com