

中西醫結合治療因急救後缺氧性腦病變之麻痺性腸阻塞病例報告

金來萍¹、周彥瑤¹、楊登凱¹、張晉賢^{1,2,*}

¹ 行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院中醫部，新北市，台灣

² 長庚科技大學化妝品應用學系，桃園，台灣

本病例報告為一位 71 歲急救後缺氧性腦病變的男性病患，意識木僵，生活無法自理，長期由養護機構照顧。因突發嘔吐及嚴重腹脹，且腹部 X 光顯示大量腸氣滯留，懷疑為麻痺性腸阻塞而住院。經本院胃腸肝膽科半個月支持性治療後，雖鼻胃管灌食恢復正常，反抽無殘留，但腹脹仍甚，腹部 X 光追蹤後仍提示為麻痺性腸阻塞，故會診中醫針灸科。經中西醫結合治療半個月後，病人順利出院。此病例我們將探討麻痺性腸阻塞中醫病因、病機與治則。整理運用針刺、電針、艾灸、穴位注射、中藥內服、灌腸或穴位外敷等各種中醫治療方式，並討論中西醫合治的優勢。此中醫結合西醫保守治療的經驗，可作為中西醫合作縮短腸阻塞病患等待排氣的時間、減少病患住院天數以及提升療效之參考。

關鍵字：腸阻塞、中西醫結合、腹脹

104 年 10 月 28 日受理

105 年 1 月 25 日接受刊載

105 年 12 月 1 日線上出版

* 聯絡人：張晉賢，財團法人恩主公醫院中醫部，23741 新北市三峽區中山路 198 號，電話：02-26723456 分機 3605，傳真：02-26730545，電子郵件信箱：01399@km.eck.org.tw

一、前言

腸阻塞 (intestinal obstruction) 是因機械性或非機械性因素破壞小腸及結腸的運動蠕動波，導致食物和分泌物瀦留腸道無法順利通過腸道，常見於腹部手術後患者 [1]。根據統計，術後產生腸沾黏造成腸阻塞患者約占 75%，術後兩週內因腸阻塞而再住院發生率為 5~25%，而這些患者中 10-50% 需要手術治療介入 [2]。除了先前的腹部手術，造成腸阻塞的其他原因包括腸壁實質病變，例如憩室炎，腸道腫瘤及局限性腸炎；和腸道管腔阻塞，如膽石性腸阻塞及腸套疊。除了上述因機械性因素造成的腸阻塞之外，還有因非機械性之因素造成的腸阻塞，麻痺性腸阻塞 (paralytic ileus)，或稱無動力性腸阻塞 (adynamic ileus) 或假性腸阻塞 (Intestinal pseudo-obstruction) [3]。

根據台灣衛生福利部 2013 年多重死因分析統計表 [4] 中，雖腸阻塞為原死因佔率僅 0.2%，但腸阻塞常與其他原死因相併出現，如敗血症與腸阻塞提及死因數比為 60.6%；心臟疾病及高血壓性疾病與腸阻塞提及死因數比為 21.2%；肺炎與腸阻塞提及死因數比為 19.4%；腎炎、腎病症候群及腎病變與腸阻塞提及死因數比為 13.3%。目前西醫治療麻痺性腸阻塞，主要給予觀察與支持性療法 [5]，包含飲食攝取限制，選擇性的置入鼻胃管做胃腸減壓，靜脈注射輸液，營養補充及矯正電解質不平衡，疼痛控制或給予促進腸胃蠕動的藥物等。本文藉由一急救後缺氧性腦病變之麻痺性腸阻塞病案，探討中醫結合西醫保守治療的優勢。並回顧整理運用針刺、電針、艾灸、穴位注射、中藥內服、灌腸或穴位外敷等各種中醫治療方式的臨床療效與可能機轉。

二、病歷闡述

1. 個人基本資料

姓名：沈○○
 病歷號碼：57**260
 年齡：71 歲
 性別：男性
 婚姻：已婚
 居住地：新北市三峽區○○養護中心
 初診日期：2014 年 6 月 18 日
 照會科別：本院胃腸肝膽科

2. 主訴

腹脹甚 15 日

3. 現病史

這位 71 歲男性病患自 2009 年 3 月於亞東醫院診斷為急救後缺氧性腦病變 (Hypoxia encephalopathy after CPR)，意識木僵，生活無法自理，長期由養護機構照顧。家屬告知以往病患鼻胃管灌食可，反抽無殘留，腹無脹，大便日 1 至 2 行，每晚服用軟便劑 (表一)，質軟散無水瀉。

15 日前 (2014 年 6 月 4 日) 病患出現嘔吐一次，量約 25 cc，腹脹甚，因觸摸下腹部較硬而送來急診治療。當時腹部 X 光 (KUB) 顯示大量腸氣滯留 (excessive bowel gas retention)，懷疑為麻痺性腸阻塞。6 月 5 日本院胃腸肝膽科收治一般病房治療，經給予靜脈注射輸液、大量促進腸胃蠕動藥物及抗生素治療後 (表一)，鼻胃管灌食恢復正常，反抽無殘留，但腹脹仍甚，故會診中醫針灸科。

表一 西藥使用 (06.04~06.18)

2014.06.04 住院前腸胃自備用藥	
Dulcolax tab(5 mg/tab)	4# HS (PO)
2014.06.17 曾給予一日抗生素治療	
Cefazolin 1 gm/vial	Q8H (IVF)
2014.06.18 會診當日腸胃相關用藥	
Dulcolax tab(5 mg/tab)- 自備	4# HS (PO)
Lactul syrup	40 ml QID (PO)
Kascoal(40 mg/tab)	2# QID (PO)
KCl(20 mEq in NS 500 ml)	2 bott QD (IVF)

6 月 18 日刻診時，病患意識木僵，面色望之紅潤，皮膚細薄，但無脫屑，且有光澤；有鼻胃管及尿布，四肢僵硬，下肢肌肉萎縮冰冷。嘴巴易無自主張開，偶有無意識發聲，稍有口氣。鼻胃管灌食可、反抽無殘留。腹脹甚，按之軟，肚臍無突出，量測腹圍約 98cm，腸鳴音一分鐘少於 3 次 (hypoactive bowel sound)，扣之為鼓聲。大便日 1 至 2 行，水便為主。小便可 (使用尿布)，眠可，無日夜顛倒。舌質老色暗紅，剝苔，右脈沉澀，左手僵硬蜷曲脈難尋。

4. 過去病史

4.1. 2009 年 3 月於亞東醫院因腸胃道出血

導致休克，經急救後呈缺氧性腦病變 (Hypoxia encephalopathy)，至今已有 5 年臥床史。

4.2. 2010 年 7 月 3 日至 2010 年 11 月 13 日期間，因雙側下肢、薦骨周圍及右側頭皮多次出現壓瘡導致的組織壞死，而接受數次壞死組織切除術 (necrectomy) 及骨組織切除術 (ostectomy)。

4.3. 2010 年 9 月 3 日由於臍窩壓瘡導致雙側膝蓋出現嚴重的屈曲攣縮而接受肌筋膜切開放鬆手術，故四肢呈現僵硬萎縮變形。

4.4. 2014 年 5 月 1 日至 5 月 8 日，因肺炎住院。

4.5. 高血壓無藥物控制。

5. 個人史

5.1. 藥物過敏史：Penicillin。

5.2. 營養狀態：可，身體質量指數 (BMI)=23.6 kg/m²。

5.3. 住院前居住養護之家，主要照顧者：照顧員及兒子。

6. 家族史：無特殊家族病史。

7. 理學檢查

7.1. 身高：156 cm，體重：59.7 kg，身體質量指數 (BMI)：23.6 kg/m²。

7.2. VITAL SIGNS:

7.2.1. BT=36.0°C, BP=174/81 mmHg, HR=112/min

7.2.2. RR=22/min, SPO₂:97%

7.2.3. Consciousness: stupor, GCS:E4V2M4

7.2.4. CHEST: clear breathing sound

7.2.5. HEART: Regular heart beat, no audible murmur

7.2.6. ABDOMEN:

7.2.6.1. Central obesity

7.2.6.2. No operative wound or scar, no superficial vein engorgement

7.2.6.3. Bowel sound: hypoactive

7.2.6.4. Distended

7.2.6.5. Tympanic sound

7.2.6.6. No shifting dullness, no fluid wave

7.2.7. Extremities: no edema, no skin defect, limitation of ROM

8. 檢驗與檢查

8.1. 實驗室檢查 (表二)

8.2. 影像學檢查 (圖一)

	0605	0609	0618	單位
WBC	8200			/uL
Neutro	52.3			%
Lym	29.6			%
Mono	10.7			%
Eosin	6.5			%
Baso	0.9			%
Hb	14.7			g/dL
Platelet	181000			/uL
NRBC	0.2			/100WBC
BUN	10		10	mg/dL
Glucose	126			mg/dL
Creatinine	0.7		0.8	mg/dL
Amylase	50			IU/L
Na	125	138	139	mEq/L
K	4.2		3.2	mEq/L
GOT	17			IU/L
CRP	1.5			mg/dL

9. 中醫四診

9.1. 【望診】 (圖二) :

9.1.1. 望神：GCS:E4V2M4，意識木僵

9.1.2. 望面色：面色紅潤

9.1.3. 望皮膚：皮膚細薄，但無脫屑，且有光澤

9.1.4. 望形態：

9.1.4.1. 腹大四肢細長如蛙狀

9.1.4.2. 有鼻胃管及尿布

9.1.4.3. 四肢僵硬，左手攣縮最甚

9.1.5. 舌診：嘴巴無自主張開，舌質老色暗紅，剝苔

9.2. 【聞診】 :

9.2.1. 聲音：無反應

9.2.2. 味道：稍有口氣



9.3. 【問診】 : (家屬代述)

9.3.1. 鼻胃管灌食可、反抽無殘留

9.3.2. 服用西藥後，大便日 1 至 2 行，水便為主

9.3.3. 無四肢水腫

9.3.4. 小便可 (使用尿布)

2014.06.05 KUB 檢查報告	2014.06.17 KUB 檢查報告
	
<p>1. Excessive bowel gas retention is noted. 2. Ileus is considered, s/p NG tube insertion with adequate position.</p>	<p>1. Air distended small bowel and colon, consider paralytic ileus. 2. Noextraluminal air.</p>

圖一 影像學檢查 (06.05~06.17)

望神、面色及皮膚望	舌	
		

圖二 望診

9.3.5. 眠可，無日夜顛倒

9.4. 【切診】：

9.4.1. 脈診：右脈沉澀，左手僵硬蜷曲脈難尋

9.4.2. 觸診：下肢肌肉萎縮冰冷

9.5. 【腹診】：

9.5.1. 腹脹甚，按之軟，肚臍無突出（圖三）

9.5.2. 腹圍：以肚臍為中心環繞身體一圈量測，約 98 cm

10. 時序圖（圖四）

11. 診斷

11.1. 【西醫診斷】

11.1.1. Paralytic ileus

11.1.2. Hypoxia encephalopathy after CPR

11.2. 【中醫診斷】

11.2.1. 病名：腸癆

11.2.2. 辨證：中氣不足，腑氣不運，糟粕內停

12. 臟腑病機四要素分析

12.1. 病因：

12.1.1. 不內外因：年老體虛，又病後久臥傷氣，中氣不足則腑氣推動無力

12.1.2. 誘發：六淫外邪或飲食不節















12.2. 病位：

12.2.1. 解剖病位：胃，十二指腸，小腸，大腸，直腸及肛門

12.2.2. 臟腑病位：胃，脾，大腸，小腸

12.3. 病性：

12.3.1. 主證：71 歲男性病患自 5 年前於亞東醫院診斷為急救後缺氧性腦病變 (Hypoxia encephalopathy after CPR)，意識木僵，生活無法自理，長期由養護機構照顧。14 日

治療日期	正面	側面	肚臍周圍皮膚近照	腹圍
6.18				98 cm
6.19				99 cm
6.20				99 cm
6.27				95 cm
6.30	缺			93 cm

圖三 治療追蹤照片集

前因腹脹懷疑腸阻塞住院，經西藥治療後，刻診時鼻胃管灌食可，反抽無殘留，大便日1至2行，水便為主，腹脹仍甚，按之軟，肚臍無突出，腹圍約98 cm，腸鳴音一分鐘少於3次 (Hypoactive bowel sound)，扣之為鼓聲。四肢僵硬，下肢肌肉萎縮冰冷。舌質老色暗紅，剝苔，右脈沉澀。

12.3.2. 次證：病患面色望之紅潤，皮膚細薄，但無脫屑，且有光澤；有鼻胃管及尿布。嘴巴易無自主張開，偶有無意識發聲，稍有口氣。小便可（使用尿布），眠可，無日

夜顛倒。

12.4. 病勢：

此為一急救後缺氧性腦病變之麻痺性腸阻塞之病例。該71歲男性病患，5年前一次休克後急救，導致缺氧性腦病變，目前意識木僵，由養護機構長期照護，主要照護者為養護機構照護員及兒子。《靈樞·營衛生會第十八》中提到：「老者之氣血衰，其肌肉枯，氣道澀」[6]。該患者已年過七十，且臥病在床多年，《素問·宣明五氣篇第二十三》謂：「五勞所傷：久視傷血，久臥傷氣，久坐傷肉，



圖四 時序圖

久立傷骨，久行傷筋，是謂五勞所傷」[7]。初步可以推測其年老體虛，久臥傷氣。氣虛則寸口脈鼓動無力，脈沉。住院前病患無腹脹，服軟便劑，大便日 1~2 行，質軟散無水瀉。呼應上述年老氣虛，因其中氣不足，腑氣推動困難，每晚需服用較高劑量軟便劑，方可解便。病患望診下肢肌肉萎縮冰冷，《靈樞·經脈第十》中：「胃足陽明之脈，……屬胃，絡脾。……其支者，起於胃口，下循腹裡，下至氣街中而合，以下髀關，抵伏兔，下膝臑中，下循脛外廉，下足跗，入中指內間。其支者，下廉三寸而別，下入中指外間。其支者，別附上，入大指間，出其端。」[6]可提示該病患因多次手術造成四肢呈現僵硬變形，足陽明胃經所過之處肌肉萎軟不用。除此之外，病患望其面色紅潤，皮膚光澤無脫屑，身體質量指數為 23.6，為一般標準身材，雖久臥氣虛，但在細心的照護下，營養狀態尚可。

會診前 15 日病患於養護機構出現嘔吐，腹脹甚，下腹部觸診較硬，因而被送入急診治療，《濟生方》：「且人之臟腑，皆因觸冒以成疾病，惟脾胃最易受觸。蓋日用飲食，稍或過多，停滯難化，或吐或嘔，或泄或痢。」[8]推測病患因年老體虛，中氣不足，易被六淫外邪或飲食不節所影響而使腑氣不運發為嘔吐。於本院胃腸肝膽科住院 14 日後，接受飲食限制，置入鼻胃管做胃腸減

壓，靜脈注射輸液矯正電解質不平衡，給予大量促進腸胃蠕動的藥物及抗生素治療後，鼻胃管灌食恢復正常，反抽無殘留，但腹脹仍甚，按之軟，肚臍無突出，hypoactive bowel sound，扣之為鼓聲。大便日 1~2 行，水便為主。從嘔吐無再發及飲食可，提示在西醫治療下症狀已緩解，但其中氣已傷，腑氣難以推送，故腹脹仍甚。病患小便可，眠可，無日夜顛倒，推測應無他臟病。總結此病為本虛標實證，中氣不足為本，六淫外邪或飲食不節為誘發因素，腑氣不運，糟粕內停為實，經西醫住院治療兩周後，目前中氣已傷，腑氣推動無力。

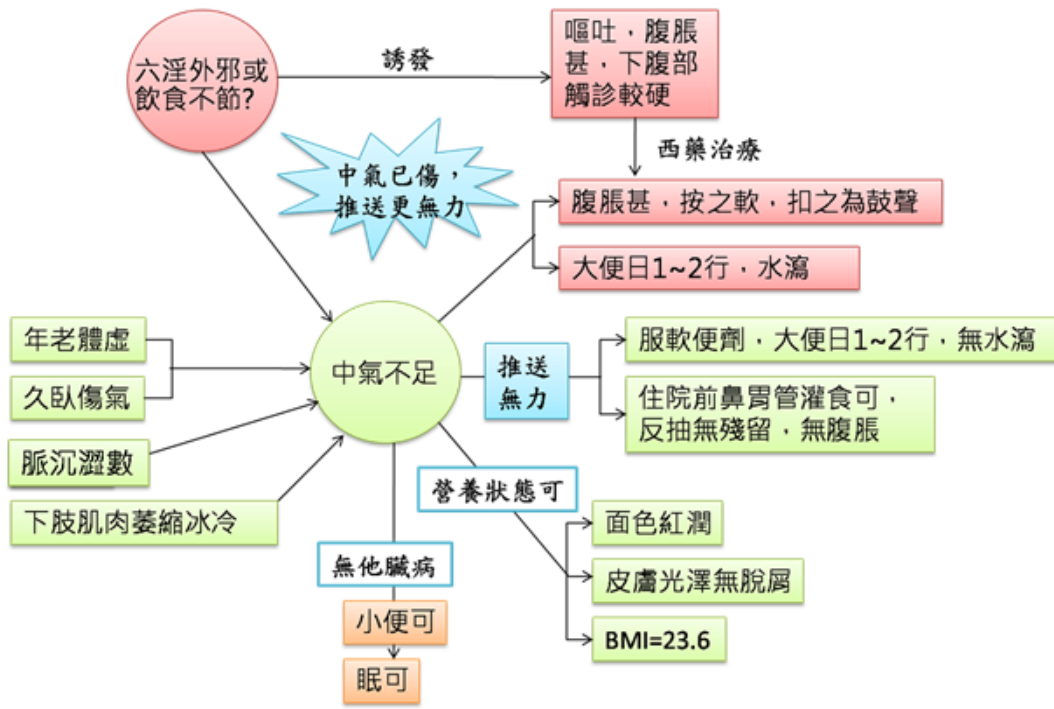
【治則】：行氣通腑，使腑氣運化糟粕

【治療方針】：2014 年 6 月 18 日(三)會診當日針刺治療：雙側足三里(ST36)，共兩針，給予徒手強刺激約 5 分鐘(平補平瀉)後取針不留針。

其針下感覺空澀難行，治療後診脈，右手沉澀脈轉為洪脈。

【說明】：此病患為腑氣不運，足三里為足陽明胃經合土穴，足陽明脈氣匯合之處，可益氣化之源，以運化腑氣，且陽明經為多氣多血之經，藉由強刺激引動氣血。但由於患者久臥氣虛，恐峻補太過以致滯塞，故以平補平瀉手法以期達到運化腑氣之功。

13. 病因病機圖 (圖五)



圖五 病因病機圖

14. 治療經過 (表三、圖三)

6月19日(四)，隔日追蹤會診，腸鳴音增加，一分鐘超過30次(hyperactive bowel sound)，續前日針刺治療，雙側足三里(ST36)，徒手強刺激5分鐘(平補平瀉)後取針不留針。此次治療後一小時出現矢氣2次，但夜間腹脹又起。右脈滑稍有力。

6月20日(五)，續追蹤會診，腸鳴音目前正常(normoactive bowel sound)，家屬代述病患目前白天無腹脹，且偶有矢氣出，但夜間腹脹仍，續前日針刺治療，雙側足三里(ST36)，徒手強刺激5分鐘(平補平瀉)後取針不留針，預計6月23日評估患者病情狀況。

6月23日(一)，腸鳴音正常(normoactive bowel sound)，右脈洪滑有力，前兩日無針刺治療，6月22日鎮日腹脹甚，經評估後給予針刺治療雙側足三里(ST36)及上巨虛(ST37)，共四針，徒手強刺激約5分鐘後再留針5分鐘。

6月24日(二)，腸鳴音增加(hyperactive bowel sound)，中午矢氣2次，但夜間腹脹又起。給予針刺治療雙側足三里(ST36)、上巨虛(ST37)及下巨虛(ST39)，共六針，徒手強刺激約5分鐘後再留針5分鐘。

6月25日(三)，腸鳴音快(hyperactive bowel sound)，矢氣1次，此次棄徒手治療，改以每隔一日電針刺激治療，雙側足三里(ST36)、上巨虛(ST37)共4針，疏密波，頻

率4 hz，10分鐘後取針。

6月26日(四)，追蹤病患狀況，腸鳴音快(hyperactive bowel sound)，腹已軟，脹氣減，大便一日2行，大便偏水，隔日續治療。

6月27日(五)，腸鳴音正常(normoactive bowel sound)，大便一日2行，大便偏泥。腹圍自一開始98 cm減至95 cm，持續給予雙側足三里(ST36)、上巨虛(ST37)共4針，每隔一日電針刺激，疏密波，頻率4 hz，10分鐘後取針。

6月28日(六)，腸鳴音正常(normoactive bowel sound)，大便一日3行，大便偏泥，6月30日將評估是否符合出院狀況。

6月30日(一)，腸鳴音快(hyperactive bowel sound)，腹脹近無，腹軟，扣之鼓音減，肚臍周圍皮膚壓力鬆弛，腹圍93 cm，大便一日4行且量增，經胃腸肝膽科醫師評估，病患可於隔日出院。持續給予雙側足三里(ST36)、上巨虛(ST37)共4針，電針刺激，疏密波，頻率4 hz，10分鐘後取針。

7月2日(二)，病患出院，建議出院後回診中醫門診持續治療。

7月3日始(三)，出院後隔天，開始接受每周中醫門診針灸治療兩次，詢問家屬離院後病患腹圍皆約88~89 cm，腹脹無再發，大便日2行，質軟散。

三、討論

表三 治療追蹤表格

治療日期	針刺治療	症狀及評估	腸鳴音	腹圍
6.18	雙側足三里 (ST36) 共兩針，給予徒手強刺激約 5 分鐘後取針不留針	腹脹甚。治療後右手沉澀脈轉為洪脈	hypoactive	98 cm
6.19		治療後一小時出現矢氣 2 次，但夜間腹脹又起。右脈滑稍有力	hyperactive	99 cm
6.20		夜間仍腹脹甚。6/23(一)將再次評估患者病情狀況	normoactive	99 cm
6.23	雙側足三里 (ST36) 及上巨虛 (ST37)，共四針給予徒手強刺激約 5 分鐘後再留針 5 分鐘	6.22 脹氣甚	normoactive	100 cm
6.24	雙側足三里 (ST36)、上巨虛 (ST37) 及下巨虛 (ST39)，共六針給予徒手強刺激約 5 分鐘後再留針 5 分鐘	中午矢氣 2 次，但夜間腹脹又起。 6/25(三)將再次評估狀況	hyperactive	99 cm
6.25	雙側足三里 (ST36)、上巨虛 (ST37) 共 4 針，給予電針刺激，疏密波，頻率 4 hz，10 分鐘後取針	矢氣一次	hyperactive	99 cm
6.26	無	腹軟，脹氣減，大便一日 2 行，大便偏水	hyperactive	缺
6.27	雙側足三里 (ST36)、上巨虛 (ST37) 共 4 針，給予電針刺激，疏密波，頻率 4hz，10 分鐘後取針	大便一日 2 行，大便偏泥。 6/30(一)將再次評估狀況	normoactive	95 cm
6.28	無	大便一日 3 行，大便偏泥	缺	缺
6.30	雙側足三里 (ST36)、上巨虛 (ST37) 共 4 針，給予電針刺激，疏密波，頻率 4hz，10 分鐘後取針	腹脹近無，腹軟，扣之鼓音減，肚臍周圍皮膚壓力鬆弛，大便一日 4 行且量增	hyperactive	93 cm
7.01	出院	建議出院後一個禮拜回診中醫門診持續治療		

麻痺性腸阻塞所造成的原因相當繁雜，目前可能已知與交感腎上腺系統 (the sympathoadrenal system) 產生的激素有關 [5]，當腹膜損傷後可能會影響其釋放，麻痺性腸阻塞其嚴重性和持續時間取決於腹膜損傷嚴重度及類型 [2]。除了腹部手術後，腹膜後血腫、脊椎骨折、腸缺血 (intestinal ischemia) 或嚴重腎盂腎炎等易導致嚴重的麻痺性腸阻塞；而胸部疾病，例如下葉肺炎，肋骨骨折和心肌梗塞等，亦經常產生麻痺性腸阻塞；部分特殊藥物 [5]，如抗乙醯膽鹼或鈣離子阻斷劑等；體內電解質紊亂，尤其是低血鉀皆有可能導致發病。

臨床上，麻痺性腸阻塞診斷依據 [9] 應包含：(1) 多數患者有腹部手術史及長期臥床史；(2) 腹痛、腹脹、噁心、嘔吐，肛門停止排氣、排便，尤其以腹脹為主 [5,10]；(3) 腹軟，腹部壓痛陽性，腸鳴音減弱或消失；(4) 腹部 X 光表現為小腸、大腸廣泛性擴張，若臨床症狀及腹部 X 光皆無法判別為機械性腸阻塞或麻痺性腸阻塞時，則進一步選擇具高敏感度及特異性的腹部電腦斷層 [11,12]，其為最準確的診斷工具，準確率可高達 95% [13]；(5) 排除腹腔內其他疾病 [14]。

目前西醫治療麻痺性腸阻塞，主要給予觀察與支持性療法 [5]，如飲食攝取限制，選

擇性的置入鼻胃管做胃腸減壓，靜脈注射輸液，營養補充及矯正電解質不平衡，疼痛控制或給予促進腸胃蠕動的藥物等。在保守治療的情況下，病患情況無任何改善，則建議48到72小時之內持續追蹤該病患之影像學檢查[13]。

麻痺性腸阻塞應屬中醫「腸痹」的範疇[15]。《素問·痺論篇第四十三》：「腸痹者，數飲而出不得，中氣喘急，時發飧瀉。」[7]，張介賓為此篇注：「腸痹者，兼大小腸而言。腸間病痹則下焦之氣不化。故雖數飲而水不得出，水不出則本末俱病，故中氣喘爭，蓋其清濁不分，故時發飧瀉。」[16] 現代中醫學家視本病為本虛標實之證，對病因論述頗多[17-18]，不外乎為氣虛血虛，氣滯血瘀，寒熱內結，飲食所傷，外感六淫，內傷七情，勞逸過度，跌撲閃挫，蟲積濕滯。使腑氣不運，糟粕內停而發病。因此在治療時因本著虛實兼治的治療原則[14]。

本病例中所闡述的71歲男性病患5年前因腸胃道出血導致休克，經急救後呈缺氧性腦病變(hypoxia encephalopathy)，意識木僵，具長期臥床病史，本即為麻痺性腸阻塞的好發族群。以往無腹脹，且服用較高劑量軟便劑後，大便日1~2行，質軟散無水瀉方可解便。雖因年老氣虛，中氣不足，但在西藥的作用下，腑氣尚可運送糟粕，故無腹脹且大便可。會診前15日病患因某種誘發因素影響腑氣而出現嘔吐，腹脹甚，下腹部觸診較硬等腸阻塞的症狀，送入急診治療。

急診收治當日，病患因(1)長期臥床史；(2)嘔吐、腹脹甚、無排氣及排便；(3)腸鳴音減弱；(4)腹部X光顯示大量腸氣滯留(excessive bowel gas retention)；(5)除腹腔內其他疾病。合理懷疑為麻痺性腸阻塞，由本院胃腸肝膽科收治一般病房治療。如上所述，本病例經給予支持性療法14天，包含接受飲食限制，置入鼻胃管做胃腸減壓，靜脈注射輸液矯正電解質不平衡，給予大量促進腸胃蠕動的藥物及抗生素治療後。雖鼻胃管灌食恢復正常，反抽無殘留，大便日1至2行，水便為主。但腹脹仍甚，無排氣，腸鳴音減弱，以腹部X光追蹤該病患狀況，仍顯示小腸及大腸有廣泛性擴張(air distended small bowel and colon)，仍符合麻痺性腸阻塞診斷標準，故會診中醫針灸科協助治療。

總結此病為本虛標實證，其本為中氣不足，雖在西醫治療下症狀已緩解，但中氣已傷，腑氣推動無力，故腹脹仍甚，腸鳴音減弱。中氣不足為本，六淫外邪或飲食不節為誘發因素，腑氣不運，糟粕內停為實，是為

腸痹。《素問·痺論篇第四十三》：「帝曰：『以針治之奈何？』岐伯曰：『五藏有俞，六府有合，循脈之分，各有所發，各隨其過則病瘳也。』」[7]。治療以益氣補中，使腑氣運化糟粕。選用雙側足三里(ST36)，足三里屬足陽明胃經合土穴，具有益氣補中、疏通腑氣及行氣消滯的作用。

治療第一日針下感覺空澀難行，故給予徒手強刺激期引動氣血。《素問·五藏別論篇第十一》：「帝曰：『氣口何以獨為五臟主？』岐伯曰：『胃者，水穀之海、六府之大源也。五味入口，藏於胃，以養五藏氣，氣口亦太陰也。是以五藏六府之氣味，皆出於胃，變見於氣口。』」[7]。是故針後氣血引動，寸口脈因而開始鼓動，右手沉澀脈即轉為洪脈，腸鳴音增加。經六次針刺治療後，腹脹近無，腹軟，扣之鼓音減，肚臍周圍皮膚壓力鬆弛，大便一日4行且量增，腹圍共減6公分，西醫建議出院追蹤。

臨床研究發現，針刺足三里可藉由影響幽門括約肌收縮的強度和頻率來調節胃腸的運動[19-20]。2015年動物臨床實驗中，已證實以43℃和45℃溫度模仿艾灸溫度刺激足三里穴位，可明顯提升小鼠胃動力(gastric motility)[21]。除此之外，臨床隨機人體試驗發現，給予足三里穴位注射neostigmine藥物，有效預防及緩解腹部術後病患出現的腸阻塞症狀[22-24]，其效果顯著。本病例在治療上選擇了單純的穴位針刺治療因非機械性之因素造成的麻痺性腸阻塞，但臨床上亦常使用承氣湯系列或木香檳榔丸加減治療機械性與非機械性因素的腸阻塞[14-15, 17-18, 25-37]。應用不同的藥物製劑，包含中藥內服、灌腸及穴位外敷以達到病患減輕腹脹及促進腸蠕動的目的。

整理各家臨床報導後，最常使用的藥物即為大承氣湯的組成：大黃、枳實、厚朴、芒硝。大黃長於攻實滌下，現代藥理研究認為大黃含大黃酚、大黃素及番瀉苷等成分，作用部位主要在大腸，能增加腸蠕動抑制腸內水分吸收，促進排便[38]；枳實消痞破結，揮發油含黃酮苷，可使胃腸收縮節律增加；厚朴行氣消積，含厚朴鹼，於動物實驗結果發現可雙向調節腸道收縮活動；芒硝潤燥軟堅，主要成分是硫酸鈉，為鹽類瀉藥，不易被腸壁吸收，存留腸內成為高滲溶液，阻止腸內水分吸收，使腸內容積增大，引起機械刺激，促進腸蠕動而排下稀便[39]。這幾味藥共奏瀉熱蕩積，推陳致新之效，使塞者能通，閉者能暢，穢氣能除[40]。

除此之外，當中藥與針刺治療共同搭配

治療時，效果尤甚，根據中藥灌腸、外敷、針刺治療腸阻塞的臨床療效觀察中 [32]，病患隨機分為三組：(A) 單純西醫治療組、(B) 西醫與雙側足三里電針治療組及 (C) 西醫、電針與主成分大黃之中藥製劑灌腸及外敷治療組。結果 A 組與 C 組在腹痛消失時間、肛門排便排氣時間、鼻胃管引流量皆有顯著差異；C 組與 B 組除了腹痛消失時間無顯著差異外，肛門排便排氣時間及鼻胃管引流量亦皆有顯著差異。於 2015 年發表的臨床隨機人體試驗 [40]，結合主成分為柴胡、枳實、木香、陳皮、清半夏、蒲公英、山楂(炒焦)、焦檳榔等的中成藥—達立通顆粒(dalitong granule)，搭配足三里電針刺激療法治療功能性消化不良(functional dyspepsia)患者。發現能增加血清內胃動素(plasma motilin)及胃蠕動的頻率(electrogastrographic frequencies)，促進胃排空，減輕消化不良的症狀。

四、結論

綜合以上的討論，我們認為無論是機械性或非機械性因素的腸阻塞，運用針刺、電針、艾灸、穴位注射、中藥內服、灌腸或穴位外敷皆可有效改善腹脹及腸鳴音減弱的症狀。本篇有別於以往其他各家臨床病例報導，不僅敘述病患臨床症狀與腸鳴音，更結合相對客觀的腹圍量測法及大量追蹤治療照片集，讓病患整體情況更加具體。在整理腸阻塞的中醫治療相關期刊時，發現台灣相關期刊內容貧乏，僅少數幾篇運用針刺治療之臨床病例報告，中藥藥物運用經驗極少，相形之下中國大陸對於腸阻塞的臨床報導多如過江之鯽，實足可惜。腸阻塞的形成病因相當繁雜，當單純的西醫支持性療法效果不彰時，應可考慮會診中醫治療，而本病例在治療上選擇了單純的穴位針刺治療，針刺治療相對中藥治療而言，西醫普遍接受度較高，因此建議可先從針刺治療著手。穴位藥物注射礙於國內法規限制，但仍可選擇其他多樣的中醫治療。無論選用傳統的中藥內服、針刺或艾灸治療，或中藥穴位敷貼及中藥灌腸治療，皆能實現中西醫結合治療的優勢，可有效緩解患者不適，縮短病患住院的天數，減少醫療資源耗用，以達到中西醫相輔相成的目的。

誌謝

感謝恩主公醫院胃腸肝膽科黃樹人醫師針對此病例給予專業建議，恩主公醫院中醫部住院醫師林姿婷、個案管理師陳妍伎在會

診治療期間幫忙協助病例記錄，及好友吳佳玟醫師針對文章格式提供寶貴的意見，特此致謝。

參考文獻

1. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. "The biological basis of modern surgical practice" in *Textbook of Surgery*, 17th Ed., Elsevier Saunders, pp. 1323-1342, 2004.
2. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17th Ed., McGraw-Hill Medical Publishing Division, pp. 2153-2155, 2008.
3. Frager DH, Baer JW, Rothpearl A, Bossart PA. Distinction between postoperative ileus and mechanical small-bowel obstruction: value of CT compared with clinical and other radiographic findings. *AJR Am. J. Roentgenol.*, 164:891-894, 1995.
4. 衛生福利部：民國 102 年死因統計年報，102 年多重死亡統計結果分析，2015/04/02 更新。(http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2688).
5. Miedema BW, Johnson JO. Methods for decreasing postoperative gut dysmotility. *Lancet Oncol.*, 4:365-372, 2003.
6. 楊維傑，黃帝內經靈樞譯解，志遠書局，台北，pp. 110-197，1999。
7. 楊維傑，黃帝內經素問譯解，志遠書局，台北，pp. 102-333，1999。
8. (宋)嚴用和，重訂嚴氏濟生方，人民衛生出版社，p. 694，1980。
9. 李乃卿，中西醫結合外科學，中國中醫藥出版社，pp. 538-547，2005。
10. Stewart RM, Page CP, Brender J, Schwesinger W, Eisenhut D. The incidence and risk of early postoperative small bowel obstruction. A cohort study. *Am. J. Surg.*, 154:643-647, 1987.
11. Suri S, Gupta S, Sudhakar PJ, Venkataramu NK, Sood B, Wig JD. Comparative evaluation of plain films, ultrasound and CT in the diagnosis of intestinal obstruction. *Acta Radiol.*, 40:422-428, 1999.
12. Frager D, Medwid SW, Baer JW, Mollinelli B, Friedman M. CT of small-bowel obstruction: value in establishing the diagnosis and determining the degree and cause. *AJR Am. J. Roentgenol.*, 162:37-41, 1994.
13. Megibow AJ, Balthazar EJ, Cho KC, Medwid SW, Birnbaum BA, Noz ME. Bowel

- obstruction: evaluation with CT. *Radiology*, 180:313-318, 1991.
14. 曹衛正，中西醫結合診治老年人麻痺性腸梗阻 83 例體會，現代醫藥衛生，28:3813-3814，2012。
 15. 吳印昌、吳博、李正，行氣消痞湯配合萊菔子散外敷治療功能性腸梗阻 30 例，內蒙古中醫藥雜誌，13:77-78，2010。
 16. (明)張介賓，類經，人民衛生出版社，1980。
 17. 周冉，益通湯治療普外術後綜合症，四川中醫，23:77，2005。
 18. 王剛、姜錫斌，腹部處後胃腸功能減弱的中醫藥防治概況，山東中醫雜誌，20:186-188，2001。
 19. 劉輝、趙鴻、易受鄉，近十年來針刺足陽明胃經對胃腸功能影響的研究，中國中醫藥雜誌，6:19-21，1999。
 20. 李錦鳴、崔紅云、許向明，膽囊切除術後針刺促進腸功能恢復的對比觀察，中國針灸，18:410，1999。
 21. Su YS, Xin JJ, Yang ZK, He W, Shi H, Wang XY, Hu L, Zhu B. Effects of different local moxibustion-like stimuli at Zusanli (ST36) and Zhongwan (CV12) on gastric motility and its underlying receptor mechanism. *Evid. Based Complement. Alternat. Med.*, 2015:486963, 2015.
 22. Wang M, Gao YH, Xu J, Chi Y, Wei XB, Lewitj G, Liu JP. Zusanli (ST36) acupoint injection for preventing postoperative ileus: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Complement. Ther. Med.*, 23:469-483, 2015.
 23. 俞建法，新斯的明足三里穴位注射腹部手術後應用，浙江中醫學院學報，26:6，2002。
 24. 蔡偉祥、王海、葉和軍、庄偉，新斯的明足三里穴位注射對外科術後腸脹氣的療效分析，實用中西醫結合臨床，10:48，2010。
 25. 張宇、何清源、蔣敦厚等，複方大承氣湯治療腹部術後早期炎性腸梗阻分析，陝西中醫，28:53-54，2007。
 26. 齊偉，大承氣湯臨床應用與藥理作用，中國中醫藥資訊，3:328-329，2001。
 27. 王幼黎、王建華、陶飛，通里攻下法在腹部外科應用的研究進展，陝西中醫學院學報，23:51-53，2000。
 28. 葉國強、郭朝暉、劉銳，中西醫結合治療腹部手術後早期炎性腸梗阻的療效觀察，中國保健營養，7:535-536，2013
 29. 馬曉莉、曹松云、王淼、范煒、韓波、張新穎，大蒜硝黃膏穴位貼敷治療腸梗阻的藥理作用研究，中成藥，34:564-566，2012。
 30. 吳健，中醫外治療法輔助治療術後粘連性腸梗阻 18 例，中醫外治雜誌，17:14-15，2008。
 31. 徐榮栓，中西藥結合四聯療法治療黏連性腸梗阻 21 例，中國中醫藥現代遠程教育，8:164-165，2010。
 32. 李惠東、洪陽春、黃玫，中藥灌腸、外敷、針刺治療黏連性腸梗阻臨床療效觀察，廣州中醫藥大學學報，24:282-285，2007。
 33. 任柯、葛宏升，中藥灌腸、針刺治療黏連性腸梗阻 58 例臨床觀察，內蒙古中醫藥，18:99-101，2013。
 34. 宇明慧、吳飛雪、許曉洲，中藥灌腸加雙側足三里穴位注射治療惡性腸梗阻臨床研究，安徽中醫學院學報，32:50-53，2013。
 35. 任列鈺、徐國榮、陳爾單，中藥灌腸和針灸治療黏連性腸梗阻 64 例，浙江中醫雜誌，44:808，2009。
 36. 趙俊萍，中藥聯合針灸治療腸梗阻的臨床效果觀察，醫學信息，27:17，2014。
 37. 張書荷、李志軍，麻痺性腸梗阻的中西醫結合四聯療法，中國中西醫結合急救雜誌，11:367-368，2009。
 38. 宋秀琴、時兢、謝衛星，大黃對危重病患者胃腸功能障礙的治療作用，中國中西醫結合及舊雜誌，10:289，2003。
 39. 吳咸中、崔乃強、何清宇，通裏攻下法在腹部外科疾病中的應用與基礎研究，醫學研究通訊，33:25-26，2004。
 40. Zhang CX, Guo LK. Dalitong granule combined with electroacupuncture in the treatment of functional dyspepsia: A randomized controlled trial. *Chin. J. Integr. Med.*, 21:743-750, 2015.

Intervention with Integrated Chinese and Western Medicine in Paralytic Ileus: A Case Report

Lai-Ping King¹, Yen-Jung Chou¹, Deng-Kai Yang¹, Chin-Hsien Chang^{1,2,*}

¹*Department of Traditional Chinese Medicine, En Chu Kong Hospital, New Taipei City, Taiwan*

²*Department of Cosmetic Science, Chang Gung University of Science and Technology, Taoyuan, Taiwan*

This is a 71-year-old male patient with hypoxic brain injury after giving resuscitate. Because of stupor consciousness, he needed long-term care by the conservation organization. He was hospitalized due to sudden vomiting, severe abdominal distension and suspected paralytic ileus. After admission, he received two weeks of supportive therapy including medicine and nasogastric tube insertions. His intake was normal without vomiting, however, he was still very bloating. Therefore, a consultation with the Traditional Chinese Medicine (TCM) Acupuncture physician was requested by his family. The patient was discharged after Integrated Chinese and Western medicine. In this case report, the cause, mechanism and principle of treatment of paralytic ileus from the TCM perspective were discussed. Various kinds of Chinese medicinal treatments for ileus including acupuncture, electro-acupuncture, moxibustion, acupoint injection, and Chinese herbs were reviewed. The experience could be the reference treatment of the combination of Modern Medicine and TCM for ileus.

Key words: Ileus, integrated Chinese and Western medicine, abdominal fullness

Received 28 October 2015

Accepted 25 January 2016

Available online 1 December 2016

***Correspondence:** Chin-Hsien Chang, Department of Traditional Chinese Medicine, En Chu Kong Hospital, No.198, Zhongshan Rd., Sanxia Dist., New Taipei City 23741, Taiwan, R.O.C., Tel: +886-2-26723456 ext. 3605, Fax: +886-2-26730545, E-mail: 01399@km.eck.org.tw