

大腸癌併發轉移肝腫瘤病例報告

鄭振鴻 張恆鴻* 劉政德+ 游志勤# 莊雅惠#

台北市立中醫醫院中醫內科主任 *台北市立中醫醫院院長

+台北市立和平醫院腸胃內科主治醫師

#台北市立中醫醫院住院醫師

前言

台北市立中醫醫院舉辦第一次市立醫院院際中醫臨床討論會。題目是一個中西醫結合治療，針對大腸癌併發轉移性肝腫瘤的病例。病人因腫瘤阻塞膽汁排泄，以致黃疸、腹水嚴重，雖經過西醫以經皮穿肝膽道攝影及引流術治療，黃疸指數及腹水未見改善。

依病人意願，由中西醫結合診治，以西醫的支持療法，配合中醫的利膽祛黃、行氣活血、健脾利濕的方法治療，病情大有改善，終於能在過年前出院，闔家快樂渡過春節。

姓名：陳某

職業：無

性別：女性

住院日期：87.1.3

生日：民國 11 年 2 月

中醫會診日期：87.1.15

主訴

全身發黃已十餘日。

現病史

病人因心悸、小便黃赤、全身皮膚及鞏膜發黃，至和平醫院急診求治，經診斷為黃疸、腹水及 PSVT (陣發性上心室心搏過速) 而住院治療。病人於 87.1.3 住院，經腹部超音波檢查，診斷疑似：

大腸癌併發轉移性肝腫瘤

肝左葉阻塞性黃疸

肝內膽管擴張

87.1.5 接受上腹部電腦斷層掃描，確定在肝右葉有一直徑 7 公分大之腫瘤及肝門區淋巴腺腫大並壓迫總膽管。其後因阻塞性黃疸嚴重，在 87.1.7 及 87.1.12 日接受 PTCD (經皮穿肝膽道攝影及引流術) 治療。87.1.15 病人因上腹部疼痛厲害，黃疸、倦怠無力、食慾不佳、嘔吐，要求輔以中醫治療。

過去病史

二年前因下腸胃道出血，經住院檢查為大腸癌，在 84 年 10 月入院接受手術治療，因腸胃道不適而接受中醫門診治療。無糖尿病、高血壓、肝疾病等病史。

四診

望診：體瘦、面色萎黃、晦滯、爪甲乾枯、肌膚甲錯、口唇暗、腹水。

舌診：舌質老而有瘀點、舌痿軟、色淡紅、苔黃厚膩、舌下絡脈怒張。

聞診：身有特異病味、氣短懶言。

問診：倦怠身重、身痛、體重 2 週內減輕 1 公斤，不易入睡、淺眠多夢、口乾口渴不欲飲、心悸少氣、脅痛、納呆、呃逆、腹脹痛拒按、小便茶色不利、腰酸、膝無力、四肢瘦削水腫。

G₄P₃SA₁AA₀ 初經：15y/o

停經：48y/o

脈診：兩手俱沈而無力

理學檢查

生命徵象：BP 120/70mmHg, PR 80 次/min,

BT：37.5°C。

意識清楚，瞳孔光反應正常。

全身黃疸，鞏膜黃。

實驗室檢查數據

尿液：

	1/3	1/13
UBG(尿膽色素原)	4 mg/dl	4 mg/dl
BIL(膽紅素)	6 mg/dl	6 mg/dl

血液檢查：

	1/3	1/15
RBC(紅血球)	4.13×10 ⁶ /ul	3.56×10 ⁶ /ul
PLT(血小板)	128×10 ³ /ul	145×10 ³ /ul
Hb(血紅素)	13.2 g/dl	11.2 g/dl
	1/19	1/22
RBC(紅血球)	3.50×10 ⁶ /ul	3.69×10 ⁶ /ul
PLT(血小板)	128×10 ³ /ul	151×10 ³ /ul
Hb(血紅素)	11.3 g/dl	11.8 g/dl

血清生化：

	1/3	1/5	1/10	1/15	1/20	1/23
AST(GOT)	54	55	41	138	89	109
ALT(GPT)	38	27	17	35	27	33
ALP	-	412	380	222	255	275
D-BIL	-	13.4	18.2	11.9	8.6	9.7
T-BIL	-	19.5	25.5	16.3	12.0	13.5
ALB	-	3.0	2.7	3.1	2.6	2.7
A/G	-	0.7	0.7	0.6	0.7	0.6
r-GT	-	178	-	68	67	-
LDH	706	-	-	-	-	-

診斷

中醫：溼熱中阻夾瘀，脾腎氣虛。

西醫：大腸癌併發轉移肝腫瘤。

西醫治療

因總膽管被淋巴腺壓迫而致阻塞，膽汁無法排泄，所以用 PTCD 引流出膽汁為主。繼以支持療法，如點滴注射及維他命之補充。

理法方藥之探討

理：

納呆呃逆、口乾口苦、腹脹痛或拒按、小便不利、茶色，知為濕熱中阻、肝胃失調、疏泄不利、濕鬱化熱、濕熱鬱蒸、膽熱液溢而發黃疸。

面色晦滯乾枯、肌膚甲錯、口乾不欲飲、舌有瘀點、唇暗、舌下絡脈怒張，可知其內有瘀阻。

面色萎黃、倦怠身重、少氣心悸、腰酸膝無力、四肢瘦削水腫，乃因脾腎氣虛、水濕不化而發水腫。

法：

利膽祛黃、行氣活血、健脾化濕利水。

方：

茵陳蒿湯：清熱利濕、利膽退黃，用於濕熱內結的炎症黃疸。

豬苓湯：利水清熱養陰，為陽明濕熱發黃。

芍藥甘草湯：和裡緩急止痛，能潤燥養陰、柔肝緩急，可治因痙攣引起的疼痛。

香砂六君子湯：益氣健脾、養胃化痰，

屬脾氣虛之症的改善。

藥：

黃水茄：清熱利濕，消瘀止痛。

杜仲：補肝腎，強筋骨。

板藍根：清熱解毒涼血。

山楂：消食健胃，活血化瘀。

川楝子：行氣止痛，適用於胸脅及腹部疼痛；因其性偏於苦寒，故用於熱痛較適合。

治則

利膽祛黃，健脾化濕。

87.1.15.處方：

茵陳蒿湯 6g、豬苓湯 4g、芍藥甘草湯 4g、黃水茄 2g、杜仲 1g，4×3/pc。

複診：

日期：87.1.19

病況改善，黃疸已逐漸消退，下肢已無水腫，舌赤無苔中有瘀斑，脈浮數；濕熱已退，應主以繼續祛濕除黃、健脾理氣。

方：茵陳蒿湯 6g、豬苓湯 4g、香砂六君子湯 4g、川楝子 1g、板藍根 1g、山楂 1g、黃水茄 1g，4×3/pc。

日期：87.1.21

黃疸現象減退，納呆，腹微脹氣疼痛，口苦，但口中和，黃疸已退。舌質紅嫩，小便量少，大便通，腹水減退，下肢水腫也改善。脈結代。精神較以前改善，仍倦怠乏力。

方：同上方。

日期：87.1.23

胃脘脹痛，大小便可，大便微帶血絲。全身黃，口不苦。脈浮弦，食慾不佳，精神較前改善。病人要求回家過農曆年。

方：同上方。

討論

賴醫師問：

是否經切片確診為大腸癌轉移？患者排便情形如何？患者血瘀現象明顯，是否應當加重活血化瘀藥或用行氣消瘀法？

鄭醫師答：

淋巴結聚集總膽管附近，造成阻塞，因此認為由大腸癌轉移而來，若為原發性肝癌則應當分佈在肝臟周圍。患者初期大便不通，故以茵陳蒿湯為主方。對癌症患者，應先增強抵抗力，宜扶正祛邪，故不宜先用消瘀法。方中白芍退黃療效佳，利疸兼化瘀，且患者口乾，故不採辛燥行氣藥，考慮先對證下藥，以改善生活品質為主。

呂醫師問：

處方中單味藥數量多，故異種蛋白(Isoprotein)含量高，如此是否會加重肝功能負荷？患者出現 PSVT 及結代脈，是否曾考慮加以治療？

鄭醫師答：

因為肝功能 ALT 與 AST 未超過正常值五倍以上，因此生化代謝可正常運作，對藥物不會加重負荷，何況為利濕祛黃的藥物，對肝臟有幫助。PSVT 為上心室心動過速，非心室早期收縮，可因其他誘因暫時引發，

並非主要見症，西醫已有處理，中醫仍以利疸退黃為主。

程醫師問：

若以治療瘀症為主，其用藥及治法當如何？

賴醫師答：

以三棱、莪朮、地鱉蟲破血去瘀；龍骨、牡蠣軟堅散結；此外加重理氣攻下，使排便順暢，減少腹壓，避免壓迫心臟，減少 PSVT 的產生。另外大陸尚有以大黃灌腸的報告，療效亦佳。

程醫師答：

1 月 19 日患者黃疸已退，舌赤無苔，表示濕熱已退；此時是否該停止利濕清熱，否則陰虛是否會加重？

鄭醫師答：

因黃疸及水腫退而未盡，且加香砂六君子湯健運脾胃，使中焦運轉而津液生，不會加重陰虛的現象。

盧醫師問：

是否考慮大腸癌術後引起腸粘連而造成腹痛拒按？

鄭醫師答：

若有粘連，應以理氣活血祛瘀之木香檳榔丸為主方，但檢查後確定無腸粘連，亦非下腹痛，辨證認為其為虛實夾雜之上腹痛。

賴醫師問：

二年來一直接受中醫治療，是否其間已有肝癌之可能？治療中胃腸道症狀若未改善，是否應當注意肝癌之可能？

鄭醫師答：

84年術後已做整體篩檢，查無癌腫，才讓其出院。期間曾建議患者做胃鏡及肝功能檢查，但病人拒絕，故無法確實診斷。

程醫師問：

本病患最初之 Albumin 為 3.0 但已有相當程度之 Ascites，請問劉醫師，如此是否意味著有腫瘤壓迫淋巴管或門靜脈的現象？

劉醫師答：

本病患 Albumin > 2.5 即產生嚴重腹水，是因肝腫瘤引起 Cancer Ascites 及淋巴阻塞造成滲透液增生，所以引起腹水。

結論

張醫師：

本病病名為肝癥，症名為臃脹，證屬濕熱瘀阻、脾虛肝鬱、氣陰兩虛。鄭主任攻補兼施，運用得宜，治療很成功。各人的用藥習慣不同，只要能奏效，沒有必用之方。個人的習慣依初診的情況而言，可能時會先以中滿分消丸為主方，佐以金鈴子散，理氣止痛，酌加澤蘭行水活血；因本患者體虛，若欲加三棱、莪朮等破血藥，則應配合補氣以扶正。

PTCD 即屬一種減少膽汁瘀阻、祛除濕熱的治法，雖能祛實邪，多少也會傷正，故術後則呈現舌紅嫩無苔之陰虛現象，此時宜酌用女貞子、蘆根等不滋膩之藥護陰，在此用豬苓湯清熱滋陰，亦是恰當。

大黃行於氣分又入於血分，但功下逐瘀力

猛，僅可暫用，否則需加補氣藥以扶正，以免攻伐太過。

白芍性味苦酸寒收澀，故濕熱瘀積者一般慎用；有關用白芍降低黃疸指數的報告，個人尚未見到，或許是利用其解痙效果，有助於膽道痙攣的緩解，以減輕膽汁瘀積。考：大陸潮州國醫徐玉臣自 1991 年 1 月至 1993 年 3 月期間，以甘芍湯治療瘀積型肝炎 16 例之臨證中，說明了生甘草具有清熱解毒之功。現代藥理研究證明，甘草有類似腎上腺皮質激素樣作用，對肝膽系統系統具有增強肝解毒能力，阻止脂肪在肝內蓄積，防止肝臟受損，並能抑制肝臟纖維組織增生，促進纖維組織重吸收；其中甘草甜素能促進實驗動物之膽汁分泌，並能降低膽紅素。近賢關幼波提出：“黃疸病病在血脈，治黃須從治血著手”，並強調“治黃必治血，血行黃易卻”。甘芍湯重用生甘草雖有清熱解毒之功，但無涼血活血之效，故配用赤芍涼血活血，以消血分實熱。

《本草綱目》謂：“赤芍藥散邪，能行血中滯。”現代藥理證明，赤芍能使平滑肌張力下降，加速膽汁分泌，具有利膽作用。

劉醫師：

本病例係屬總膽管被腫瘤壓迫而致阻塞不通，膽汁鬱滯而發黃疸。西醫治則不外二法：一為外科手術切除阻塞之腫瘤，二為內科 palliative 之 PTCD 膽汁引流，本病例係採後者(PTCD)，輔以中醫利濕滲水、除濕解熱，攻補兼施；得以使病人之自覺症狀減輕，神情較為清爽。中西醫相輔相成，給予病患

多一層治療之提昇。

參考文獻

中國醫藥學院附設醫院中醫部，中西醫聯合病例討論 - 肝病專輯。

韓經寰、李鳳閣，中西醫結合治療肝病的研究。

徐玉臣，甘芍湯治療瘀積型肝炎 16 例，浙江中醫雜誌 1991；26(9):395。

王綿之、許濟群主編，方劑學，知音出版社。

顏正華主編，中藥學，知音出版社。

Harrison's PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE。

(編者按：本文為台北市立醫療院所院際整合第一次中醫臨床學術研討會之研討文)

