

中醫藥對「肝性腦病」証治之研究

遼寧中醫學院

碩士研究生：羅仕榮

指導教授：馬曉燕

指導教授：李政育

誠德中醫診所院長（高雄市）

摘要

肝性腦病（Hepatic Encephalopathy, HE）又稱為肝昏迷,是由多種病因所致的肝功能障礙及嚴重的肝衰竭,引起腦部中樞神經代謝紊亂的複雜神經癥候群。肝性腦病可呈急性、慢性或進行性的發作。

肝性腦病有**心智狀態的障礙**,其表現為不同程度的意識障礙,從初期幾乎察覺不到的神志及行為異常、個性改變、嗜睡,很快進入精神異常、木僵、意識障礙,末期是重度昏迷以至死亡。

肝性腦病常伴有**神經功能的障礙**,其特殊的撲翼樣震顫、眼顫和下肢病理反射過強、踝陣攣、抽搐、運動失調、半身輕癱、構音困難、及特徵性的腦電圖改變,這是由於神經肌肉系統與中樞神經系統不正常的神經傳遞所造成的。

其**病理是急性肝性腦病**除 38%~50%有腦水腫外、腦部無明顯的病理形態改變。**慢性肝性腦病**可見大腦皮質、基底核、小腦、腦幹都會出現神經元缺損及神經膠原病變。它的特點是出現星狀細胞及不規則、變大的神經核。肝臟大腦退化會造成不同的症狀及徵候。失智症會與構音困難及運動失調一起出現。

• 當出現以下四個主要因素時,應考慮肝性腦病的診斷：

(1) 急性或慢性肝細胞性疾病和廣泛的門-體側枝分流(可能是自發性的,如繼發於門靜脈高壓症;也可通過手術如門腔靜脈吻合術而建立)。

(2) 認知能力及精神紊亂,可表現為健忘和精神錯亂,直至發展為意識性模糊和昏迷。

(3) 交替發生的各種神經系統體徵,包括撲翼樣震顫、木僵、反射亢進、足底伸肌徵,及罕見的癲癇症狀。

(4) 腦電圖上可出現特徵性(但非特異性)的對稱性、高電壓的三相慢波(每秒 2-5 個)。

導致肝性腦病的確切發病原因尚不清楚。目前認為,主要是腸道與體內產生的

毒性物質單獨或協同作用的結果。有以下幾種學說：氨中毒學說、假性神經化學遞質學說、氨基酸代謝失調學說、 γ -氨基丁酸（GABA）假說、氨硫醇和短鏈脂肪酸的協同作用說，分別從不同的角度來解釋肝性腦病形成的機制。

肝性腦病中醫藥的治療上，分為**實熱急性症與虛寒慢性症**二種。**實熱急性肝性腦病**，臨床上只要（T）Bilirubin、SGOT、SGPT能下降，Ammonia也就跟著下降，即可快速緩解，肝性腦病的症狀就會清醒。**虛寒慢性肝性腦病**，常反覆遷延發生，在I、II期中醫的治療效果良好，III、IV期療效較差，但有耐心長期以治寒濕兼陽虛，與虛瘀阻的方劑配合，亦可緩解病情，延年輕身。

根據肝性腦病的臨床表現，本病屬於中醫學中，“神昏”、“昏憤”、“昏蒙”、“譫妄”、“暴不知人”、“癲狂”等病証范畴。

※關鍵字詞：木僵、撲翼樣震顫、反射亢進、足底伸肌徵

一.肝性腦病的臨床症狀

（一）肝性腦病的臨床症狀與體徵

1.心智狀態的障礙

最早出現是個性改變，如原屬活潑開朗、講話高亢、愛表現其才華的個性，却突然表現心情抑鬱、沈默寡言、情緒低沈；原屬個性內向、孤僻不合人群、沈默少言，却突然表現個性開朗、欣快激動、熱情洋溢、多言高亢、愛表現及活動力強等興奮的表現，甚至出現狂躁現象。

其次是行為改變，如多健忘、衣冠不整、亂放東西却找不到東西、隨地便溺或尋衣摸床、撮空理線等毫無意義的動作，甚至出現其他怪僻和幼稚行為，或有幻想、思維紊亂、騷動、狂躁等，酷似精神分裂症。

2.意識障礙

早期有進行性精神萎靡、神志恍惚、講話緩慢、口齒不清，睡眠改變，如白天睡覺，晚上失眠，病人智能改變，定向力和理解力減退，時間、空間、人物的概念混亂，書寫錯誤，不能完成簡單的運算及智力活動。對周圍事物表現淡漠、答語遲鈍、答非所問、記憶力減退、不識親疏，並逐漸由木僵狀態進入嗜睡、終至昏迷。

3.神經功能的障礙

患者常取物不準、握物不牢、步履不穩和其他運動失調，如舞蹈樣動作、共濟失調。其特殊的撲翼樣震顫、眼顫和下肢病理反射過強、踝陣攣、抽搐、運動失調、半身輕癱、構音困難、及特徵性的腦電圖改變。

• **撲翼樣震顫**是肝性腦病患者最具特徵性的神經體徵。當患者處於持續自主體位，其肢體、頭部以及軀幹發生的一種無節律的、非對稱性的下墜及抖動。

展示該體徵的最好方法,是讓病人伸出雙臂、固定前臂、雙臂平伸、手指分開時,見到雙手向外側偏斜,掌指關節與腕關節有快速的、不規則的撲翼抖動。嚴重時口角、肘和手,甚至四肢均可抖動。隨著病變的進展,可出現腱反射亢進,肌張力增高,頸部阻力加大及踝陣攣等錐體束徵。

由於誘發撲翼樣震顫,需要讓肌肉持續處於自主收縮狀態。故撲翼樣震顫出現在昏迷前期,進入昏迷後,各種反射遲鈍或消失,就不會表現該體徵。撲翼樣震顫並非肝性腦病的特異體徵,也可見於其他類型的代謝性腦病病人。

4.特殊氣味-肝臭

肝性腦病患者,因肝實質受到損害,不能分解由腸道產生的甲基硫醇、乙基硫醇及二甲基硫化物等中間產物,血和腦中的硫醇濃度明顯增加,誘發肝性腦病。在肝昏迷患者口鼻呼出的氣體中,可嗅到類似大蒜、爛蘋果的氣味,謂之“肝臭”,可能是甲基硫醇和二甲基硫化物之揮發氣體。

(二) 節 肝性腦病的臨床分型

1.急性肝性腦病

本病又稱為急性肝昏迷,為急性肝功能衰竭所引起,主要見於猛爆性肝炎及重症肝炎患者。急性肝性腦病的腦部,常無明顯的解剖異常,但 38%~50%有肉眼或組織學上的腦水腫,伴有或不伴有腦疝,可能是本症的繼發性改變。

在腦水腫早期,若進行迅速有效的治療,可使病人迅速蘇醒,使肝功能恢復,從而延長存活時間,並降低死亡率。若延誤治療或誤治,患者常出現躁動、興奮、譫忘等精神、神經症狀,病人會迅速出現昏迷、數日內死亡。

2.慢性肝性腦病

本病又稱為慢性肝昏迷或慢性復發性肝性腦病。主要見于肝臟硬化,特別是門-體靜脈分流患者。其特點是可反復多次發作,頭幾次預後較好;慢性肝性腦病患者,可有腦部病理變化,大腦和小腦灰質,以及皮質下組織的原漿性星形細胞肥大和增多;

病程較長者的,大腦皮質變薄,神經元及神經纖維消失,皮質深部可有片狀壞死,小腦和基底節也可累及。腦神經細胞破壞程度越多,越是不可逆性,呈現肝昏迷越深,甚至死亡。

(三) 肝性腦病的臨床分期

為了觀察腦病的動態變化,有利于早期診斷和及時處理。神經精神性異常表現,可從輕微的精神症狀到深昏迷。對肝性腦病進行分期和分類,有助於追蹤病程及評估治療效果。哈里森內科學與實用急症處理手冊,二書之症狀描述與臨床分期不太相同。其臨床分期:

(一) 哈里森內科學 15 版 P2169 表 299-4 肝性腦病的臨床分期

分期	精神狀態	撲翼樣震顫	腦電圖
I 期	欣快或抑鬱,輕度精神錯亂,言語不清,睡眠紊亂。	+/-	三相波
II 期	倦怠,中度精神錯亂。	+	三相波
III 期	顯著精神錯亂,語無倫次,嗜睡,但可喚醒。	+	三相波
IV 期	昏迷,最初對劇烈刺激有反應,隨後無反應。	-	δ 波

(二) 實用急症處理手冊 P533

I 期	表現為輕度的性格改變、輕微的震顫、吐字不清和睡眠節律的紊亂。
II 期	病人出現嗜睡、行為異常和大小便失禁、容易診斷。
III 期	病人終日昏睡、語無倫次、並有顯著的意識模糊。
IV 期	病人昏迷,對疼痛刺激反應輕微或無反應,可見有去大腦僵直狀態。

(四) 肝性腦病的生化檢查與特殊檢查

一.目前常用實驗室檢查診斷可參考資料

- (1) Ammonia (NH₃), BUN, Creatinine
- (2) D/T.Bilirubin, SGOT (AST), SGPT (ALT), ALK-P-T
- (3) Total protein, Albumin, Globulin, A/G,
- (4) AFP, γ -GT, Ferritin, CEA.
- (5) HB, Plt, PT, PATT, Na, K, ATP, RBC, WBC
- (6) BCAA/AAA, 腹水分析.血液細菌培養.

二.電生理儀器檢查

(一) 腦電圖(腦波)檢查 腦電圖的改變與病人意識狀態有關

(二) 視覺誘發電位(VEPS) VEPS 較一般腦電圖,更能精確的反映大腦的電活動,可用於檢出症狀出現之前的肝性腦病。

(五) 肝性腦病的診斷鑒別

- 1.肝性腦病與 Wernicke-Korsakoff (偉尼克氏,科爾薩克夫氏症候群) 鑒別診斷:
- 2.肝性腦病與缺氧性腦病之鑒別診斷:
- 3.肝性腦病與低血糖腦病、高血糖腦病的鑒別診斷:

二. 肝性腦病的病因病機

(一) 中醫對「肝性腦病」的病因病機

中醫學古籍中,並無「肝炎」、「肝昏迷」、「肝性腦病」的名詞。從古籍文獻中所述的如:“神昏”、“昏憤”、“昏蒙”、“譫妄”、“暴不知人”等神志方面的病變,涉及到了肝性腦病的內容。

肝性腦病是多種類形肝疾病的最終結果,<巢氏諸病源候論·卷十二·腦黃候>云:“熱邪在骨髓,而腦為髓海,故熱氣從骨髓流入於腦,則身體發黃,頭腦痛眉疼,名為腦黃候。”其義為熱邪病毒發展到腦部時,身體有肝病發黃疸外,並有腦細胞的傷害的症狀,如頭腦痛、眉痛。

甲.外因:感受六淫風、寒、暑、濕、燥、火之邪,尤其是濕熱疫毒之邪,正虛邪盛,濕熱內結;邪熱熾盛,則內犯心營,導致肝病及心,擾亂神明而繼發腦病。濕熱燻蒸會有「急黃」、「急疫黃」、「瘟黃」、「傷寒發黃」、「時疫發黃」、「天行病急黃」之古籍記載的病症出現,此部份為西方醫學所謂的**病毒性肝炎、傳染性肝炎、流行性肝炎**。

乙.內因:因內傷七情喜、怒、憂、思、悲、驚、恐等情志有關的疾病,相當於西方醫學精神科、心理科、腦神經內科之疾病。中醫認為過怒傷肝,憂思傷脾,驚亦傷肝,致使肝氣鬱結,氣鬱化火,導致肝的疏泄失常,加上濕熱之邪內鬱,引發為肝病如:**心因性肝炎、瘀血性肝炎、鬱血性肝炎、自體免疫過亢性肝炎**等。

丙.不內外因:因飲食不潔、過食肥甘厚膩、長期飲醇酒無度、長期飢飽失常,過食生冷(如帶菌或蟲的淡水生魚片、三分熟牛肉含有寄生蟲)、勞倦太過、房室不節、縱慾過度,導致脾胃損傷,運化失職,濕濁內生,鬱而化熱。濕熱熏蒸,致使膽汁不循常道,外溢肌膚發為黃疸,如:現今之**酒精性肝炎、酒精性肝硬化、慢性肝炎、肝硬化腹水**等症。

丁.因藥物性之傷害:在魏晉南北朝至唐代,士大夫至皇帝流行服食「寒食散」又名「五石散」,以**丹砂、雄黃、雲母、石英、鐘乳**之礦石類藥物,煉製成丹,晉哀帝及魏主明帝,服丹求長生,藥發災異屢見,頗以為憂,而性與之忤,翌年即崩。年僅二十五及三十二。<巢氏諸病源候論·卷六·解散發黃候>云:“飲酒內熱因服石,石勢又熱,熱搏脾胃,脾胃主土,其色黃而候於肌肉,積熱蘊結,蒸發於肌膚,故成黃疸也。”酒熱加上寒食散亦是熱藥,熱搏於脾胃,積熱蘊結,蒸發於肌膚,成為疸,求長生必久服傷及肝、腦,故行為異常,個性改變,終末昏迷致死。這些礦石類藥物含汞、鉛、砷、鎘...等重金屬,對腦神經細胞造成傷害,成為腦病。

現今之西藥如:對乙醯氨基酚(Acetaminophen)、異烟肼(isoniazid)、氯丙嗪

(chlorpromazine)、麻醉劑氟烷、口服避孕藥及工業毒素(四氯化碳、三氯乙烯、黃磷)、放射檢驗之顯影劑、干擾素、拉美芙錠(肝安能)...等都有肝的毒性。

戊.外力碰撞傷：外力撞擊造成肝的損傷,古代時如摔馬、跌傷、戰爭時刀傷、箭傷等,現代車禍撞擊直接造成肝的傷害頻繁發生。另外目前西方醫學對**肝惡性腫瘤用酒精或醋酸,進行經皮穿肝內醋酸血管栓塞或直接腫瘤酒精注射法或經皮穿燒灼法、化學抗癌針療法,均會引起猛爆性肝炎、肝瘀腫、急性肝性腦病。**其他治療肝腫瘤的化學治療藥如：**抗癌針**自血管打入,易造成肝細胞損傷造成肝功能異常,這些傷害與直接用外力對肝臟的傷害一樣。

(二) 中醫古籍文獻中有關「肝性腦病」的記載：

1.無黃疸型肝炎與「肝性腦病」有關之文獻記載：

在臨床上,常有無黃疸性肝炎,其證象眼睛、皮膚不發黃疸,精神沈鬱、胸膈滿悶、上腹部時作隱痛、小便色黃,一般病變均屬輕度、中度,此等病症多為濕濁阻遏中焦、肝鬱氣滯、脾胃不和等症。於「傷寒雜病論」有關於肝疾病引起腦病及意識的描述：譫語、嗜臥、默默不欲飲食、心煩、如見鬼狀、如狂、發狂、狂言及驚、躁不得臥、煩驚、驚狂、狂走見鬼、手足躁擾、循衣摸床、神昏瘖厥、謔言妄語…等,記載肝病對腦神經的傷害。有關描述腦病之古籍文獻記載如下：

1.熱爭引起「狂言及驚」的肝熱病

(素問·熱論篇)云：“肝熱病者,小便先黃,腹痛、多臥、身熱；熱爭則狂言及驚,脇滿痛,手足躁,不得安臥”。

2.(傷寒雜病論)

<1>邪在陰「譫語如見鬼狀」之腦病

242條：“婦人傷寒發熱,經水適來,晝日明了,暮則譫語,如見鬼狀者,此為熱入血室,無犯胃氣及上二焦必自愈。”

<2>瘀熱內結,心為所擾「如狂」之腦病

89條：“太陽病不解,熱結膀胱,其人如狂,血自下,下者愈。其外不解者,尚未可攻,當先解其外。外解已,但少腹急結者,乃可攻之,宜桃核承氣湯。”

<3>太陽隨經瘀熱結於下焦榮分「發狂」之腦病

90條：“太陽病六七日,表證仍在,脈微而沈,反不結胸,其人發狂者。以熱在下焦,少腹當硬滿;而小便自利者,下血乃愈。所以然者,以太陽隨經瘀熱在裏故也。宜下之以抵當湯。”

<4>誤下發熱「狂走見鬼」之腦病

444條：“脈濡而弱,弱反在關,濡反在巔,浮反在上,數反在下。…胸下為急喘,汗出而不得呼吸,呼吸之中痛在於脇,振寒相搏,形如瘡狀,醫反下之,故令脈數發熱,狂走見鬼,心下為痞,小便淋漓,少腹甚硬,小便則尿血”。

以上文獻所載之無黃疸型肝炎,雖無眼睛、皮膚發黃,察其證象與一般肝炎同,

以濕濁阻脾腸、脾胃不和為多,肝氣鬱滯亦會有影響腦神經的症狀。

2.有黃疸型肝炎與「肝性腦病」有關係的中醫文獻

在中醫文獻中幾乎都記載有黃疸的肝炎,如急黃、疸黃、瘟黃、陽黃、陰黃、時疫發黃、急疫黃、天行病急黃等黃疸的古病名。黃疸是以目黃、身黃、小便黃為主症的一種病証,其中以目睛黃染尤為本病的重要特徵。可涉及西醫學中肝細胞性黃疸、阻塞性黃疸和溶血性黃疸。以下提出古籍文獻有關黃疸的記載：

有關“急黃”及“瘟黃”與「肝性腦病」有關係的文獻記載：

“急黃”與“瘟黃”異名同類皆由瘟疫毒邪所致,若濕熱蘊積化毒,疫毒熾盛,充斥三焦,深入營血,內陷心包,可見卒然發黃、神昏譫妄、痲厥、出血等危重症,稱為「急黃症」。臨床特點為來勢凶猛,發病急驟,預後不良。

1.<巢氏諸病源候論·卷十二·急黃候>云：“脾胃有熱，穀氣鬱蒸，因為熱毒所加，故卒然發黃，心滿氣喘，命在頃刻，故云「急黃」也。有得病即身體面目發黃者，有初不知是黃，死後乃身面黃者，其候得病，但發熱心戰者，是「急黃」也。”

2.<聖濟總錄>亦云：“病人心腹之悶，煩躁，身熱五日之間，便發狂走，體如金色，起臥不安，此是「急黃。」”

3.清·沈金鰲<沈氏尊生書·黃疸篇>云：“天行疫癘以致發黃者，俗稱之「瘟黃」，殺人最急。”

4.<醫宗金鑑>亦云：“天行疫癘發黃，名曰「瘟黃」，死人最暴也。”

以上是“急黃”、“瘟黃”的描述。「急黃」是現代西方醫學之急性重症肝炎和亞急性肝炎,急性發作可成為猛爆性肝炎。若失治誤治,對腦細胞傷害嚴重,會有肝昏迷、肝性腦病的症狀發生,致死率很高,故云：“急黃”、“瘟黃”，“殺人最急”、“死人最暴”。

(三) 西方醫學對引發「肝性腦病」的病因及病機

1.引起「肝性腦病」的病因

肝性腦病的發生與肝功能衰竭有密切的關係。依臨床統計,肝性腦病多數由慢性肝病引起,有各型肝硬化(包括酒精性肝硬化、肝炎後肝硬化、心源性肝硬化、血吸蟲病性肝硬化、慢性藥物性肝病);少部份由重症病毒性肝炎(包括A、B、C、D、E型肝炎)、重症中毒性肝炎和藥物性肝炎引起;較少見的病因有原發性肝癌、急性妊娠期脂肪肝、嚴重胆道感染等。

2.引起「肝性腦病」的發病機制

但發病機制中最重要的因素包括嚴重的肝細胞功能障礙、肝硬化併發側支循環或施行門-體靜脈分流手術後,大部份門靜脈血流在肝內和肝外繞過肝臟分流到體循環中,結果造成由腸道吸收的各種毒素不能在肝臟解毒,並導致中樞神經系

統（CNS）代謝紊亂，這是引發肝性腦病的重要因素。**慢性肝性腦病**的大腦皮質、基底核、小腦、腦幹都會出現神經元缺損及神經膠原病變。它的特點是出現星狀細胞及不規則、變大的神經核。

三.肝性腦病的中醫治療

（一）肝性腦病的中醫治療原則

1.早期發現、早期治療 任何疾病都應該早期發現、早期治療，把疾病在開始發作階段就給予正確的治療好，防止病情的深入，避免病勢漫延，就可杜絕嚴重後果。肝性腦病若能早期發現、早期治療，病變較輕、療效快、療程短、治癒率高。若遷延失治或誤治，進入腦病的第三期或第四期，腦神經傷害已嚴重，臨床治癒率就會降低，預後不良。

2.中西醫結合治療 肝性腦病的治療，中醫與西醫各有其優點。

（1）診斷方面，運用中醫的四診及辨病、辨證的方法，也要運用西醫的實驗室生化檢查、物理檢查、特殊檢查及其診斷分類。

（2）治療方面，要注意治療肝性腦病、抗肝損傷，也要注意調節臟腑陰、陽、氣、血，及機體內部的抗病功能。

（3）處方用藥方面，須做到所用藥物既符合中醫辨證論治的原則，亦要符合西醫理論要求。

（4）在治療判定方面，要注意症狀、體癥的消失和舌苔、脈象的轉化，也要注意體力的恢復程度和實驗室生化檢查、特殊檢查的結果。中西醫結合治療，可達到相輔相成，相得益彰，提高療效的目的。

（二）肝性腦病的中醫藥治療方法

在李政育老師的指導下，運用「大補陽理論」、「少陽熱理論」及「中西醫給合理論」之理念來治療肝性腦病，有卓越的療效。喚醒昏迷的患者，治癒其肝病及腦病、降低了其致死率。

一.大補陽理論： 針對當今台灣西醫治療，大量使用類固醇、抗生素、免疫抑制劑，化學療法、放射療法及手術等藥物與治療方法，雖然立即產生效果，但也造成人體免疫系統功能下降、內分泌系統紊亂、造血系統低下及電解質失衡等諸多副作用。

這些副作用的產生即是中醫所說的陽虛證、氣虛兼陽虛證、氣血兩虛兼陽虛證、寒濕及寒瘀等。運用傳統補陽或使用溫性、熱性的藥物及方劑，來喚醒患者被抑制的五臟六腑功能，提升經絡氣血中的正氣、陽氣，產生良好的療效。

• **大補陽法常用藥物：**附子（天雄）、乾薑、黃耆、人參、川七、肉桂、鹿茸、麻黃、桂枝、細辛、吳茱萸、大黃等。

• **大補陽法常用方劑**：麻黃湯、桂枝湯、葛根湯、大青龍湯、四逆湯、真武湯、桂枝人參湯、十全大補湯、濟生腎氣丸、右歸飲、歸耆建中湯、五苓散（腎炎方）、香砂六君子湯、補中益氣湯、理中湯、苓桂朮甘湯、半夏天麻白朮湯、當歸四逆湯、截癱一號方、截癱二號方、截癱三號方……等。

二少陽熱理論：少陽熱理論是針對西醫在「發熱症」治療瓶頸的一種有效方法。

少陽熱是西醫退燒藥退不下來的發熱症，西藥退燒藥可退太陽熱、陽明熱，但是對少陽熱效果不大。中醫傳統的陰虛發熱包括**自覺熱、潮熱、骨蒸熱**等，符合少陽熱的特點，可以用少陽熱的方法來治療；若病變部位在半表半裏，雖無發熱，治療亦從少陽熱論治。

少陽熱以發燒為最重要的指標，其熱證的特點為：**日晡發熱，白天不發熱，黃昏開始疲勞倦怠及發熱，半夜溫度最高、清晨熱退身涼，出汗躄頸而出。**

• **少陽熱臨床治療常用藥物**：有柴胡、黃芩、知母、石膏、青蒿、地骨皮、丹皮、玄參等。

• **常用方劑**：有小柴胡湯、大柴胡湯、柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾薑湯、柴苓湯、加味逍遙散、麥門冬湯、溫膽湯、知柏地黃丸、八仙長壽丸、秦艽扶羸湯、秦艽鱉甲散、百合固金湯、健瓠湯、柴胡加龍骨牡蠣湯、地骨皮飲、當歸六黃湯等。

（三）肝性腦病的治療案例

【病歷一】 子宮頸癌轉移肝癌腹水化療併發肝性腦病、肝腎綜合癥

姓名：陳小姐 病歷號碼：081504502 年齡：50

出生：44年8月15日 就診日期：民國94年9月13日

病情：民國88年6月因陰道異常出血，在高雄榮總檢查為子宮頸癌，即作手術切除並作化學治療，期間陸續來診所治療調養，一切良好。94年6月至越南旅遊回來，發現食慾不振、腹脹、腹水常嘔吐、在高雄榮總住院診斷為轉移性肝癌、腹水，即作化學治療，打第2次化療針後即嗜睡、雖可叫醒，問話須思考才回答，且答非所問、常記不清楚服侍的親人，2天後進入昏迷，受嫂嫂之託出診，認定為轉移性肝癌腹水併發肝性腦病、肝腎綜合癥。

(T) Bilirubin5.6 SGOT125 SGPT186 PT.15/秒 BUN36 Creatinine2.5

處方：柴苓湯加減

1.柴胡6 黃芩3 半夏5 茯苓12 豬苓3 澤瀉12 桂枝3 元胡3 木香3 丹參5 生甘草5 天雄2 乾薑2 肉桂2 酒浸大黃0.5 老生薑5 紅棗5個 丁豎朽8 忍冬藤8

2.人參粉3 川七3 以十碗水，煎1小時，成三碗（分三次服）調入人參粉、川七粉，冷服。 三帖（單位：錢）

二診：94年9月16日（嫂嫂之來電告知病況）

服三帖藥後人已清醒、腹水減少、但臍下會痛，回答均正常，可認出所有人，但很累，頭暈，大便一次。

處方：同9月13日方加大黃為1.5、乾薑3、附子3、白芍3、內金5 三帖

煎服同上

三診：94年9月19日（嫂嫂之來電告知病況）

服二診3帖藥後、腹水減少很多,仍有下腹痛,精神狀況較好、應答正常、記憶力恢復,腦病情形可算恢復,大便一天2次。

處方：同9月16日方加大黃為2、再加白芍5 三帖。

追蹤：9月20日嫂嫂來電告知其腹痛不適、嘔吐住院作檢查。並說服藥後嘔吐、有排斥服中藥。故暫停服中藥沒有繼續治療,真遺憾。但服完六帖藥腹水減少、腦病改善,言語、記憶力正常,可見處方正確有效。之後在高雄榮總進行腹部腸貼粘手術,目前住院中並考慮出院後,來門診服中藥。

【病例二】肝便化腹水及肝癌、化療後併發肝性腦病

姓名：蔡先生 病例號碼：042851 年齡：43

出生：51年4月28日 就診日期：94年6月16日

病情：該患者從事養賽鴿比賽,交友複雜,有酗酒情形,常有腹脹氣,陸續來門診治療94年5月13日又因腹脹大就診時,余診斷認為肝硬化腹水,建議去大醫院作深入檢查,經義大醫院檢查結果為肝硬化及肝癌2個5.5×6cm、3.5×4.5cm,並作化學治療,人很虛弱,在打化療針2次後,陷入昏迷,94年6月16日其夫人來電請余出診,經余診斷為肝硬化腹水、肝癌化療後併發肝性腦病。

處方：柴苓湯加減

1.柴胡6 黃芩3 半夏5 丹參5 茯苓8 豬苓3 澤瀉8 元胡3 蒼朮3 木香3 桂枝3 生甘草5 老生薑5 紅棗5個 乾薑2 天雄2 肉桂2 丁豎朽10 忍冬藤10 酒浸大黃1 三帖（單位：錢）

2.人參粉3 川七粉3 以十碗水,煎1小時成3碗,三次調入人參、川七粉,冷服。

二診：94年6月19日（其夫人來電告知病況）

病情：服完三帖後,人已清醒,問答正確,但虛弱、嗜睡、沒食慾、大便2次。右脇下會痛,腹水減少。

處方：香砂六君子湯加減

1.木香3 砂仁3 丹參5 炒白朮3 茯苓12 甘草5 陳皮4 半夏5 澤瀉12 蒼朮3 元胡3 乾薑2 天雄2 肉桂2 丁豎朽10 忍冬藤10 黃芩3 大黃1.5 三帖

2.人參粉3 川七粉3 以十碗水煎1小時剩3碗分三次人參粉、川七粉、沖服。

三診：94年6月22日,其夫人帶患者親自門診。訴說其腹痛、腹脹、食慾差、嘔吐、面色黎黑、眼眶陷下、非常倦怠。義大醫院之建議,因無法治癒其肝病,希望患者能住進高雄長庚醫院,等待作肝臟移植,患者詢問我的看法,余回答可以先去長庚住院等待換肝手術,期間中藥不要中斷。

處方：同6月19日方加當歸尾3 川芎3 赤芍藥3 生梔子3 去蒼朮 丁豎朽 忍

冬藤，生甘草改為 2 五帖

追踪：服後精神狀況穩定，腹水有減輕，但腹痛仍不適，住進高雄長庚醫院後，改服其長庚所開之藥中藥並作治療，並沒有作肝移植，後因腹痛打嗎啡針，並抽腹水、引發腹膜炎，WBC 高至 2 萬發熱，於 94 年 7 月 30 日肝腎衰竭去逝。該病患者於 6 月 16 日打第 2 次化療針而導致肝昏迷肝性腦病，服初診方有效清醒。

【病例三】肝硬化腹水、併發肝性腦病

姓名：莊先生 病例號碼：05124101 年齡：53

出生：41 年 5 月 12 日 就診日期：93 年 10 月 15 日

病情：該患者為 B 肝帶原，公務員，服務工務局建管課，經常有建商招待應酬喝酒，曾於 86 年 6 月因腹脹腹水，經檢查為肝硬化，一直接受中西醫治療。於 **93 年 10 月 15 日**因太勞累引發慢性肝炎急性發作住院，SGOT 1210、SGPT 1400 (T) Bilirubin 12.5，其家人請余到院出診，診斷為肝硬化合併發作急性肝炎。

處方：大柴胡湯加減

柴胡 6 黃芩 3 半夏 5 生甘草 2 酒浸大黃 0.5 枳殼 3 赤芍藥 3 虎杖 3 生梔子 3 大青葉 5 丹參 5 板藍根 5 生薑 5 紅棗 5 個 三帖。

以 8 碗水煎 1 小時為剩 3 碗分三次服。(單位：錢)

二診：93 年 10 月 18 日

病情：腹脹、無食慾、大便二次，SGOT 935 SGPT 1055 Bilirubin 11.8

處方：如 10 月 15 日方加大黃為 1 大青葉 8 板藍根 8 梔子 5 黃連 3 三帖

三診：93 年 10 月 22 日

病情：食慾差、大便一日三次、SGOT 380 SGPT 435 Bilirubin 10.5

處方：同 10 月 2 日方加內金 5 萊菔子 3 七帖。

四診：93 年 10 月 20 日

病情：食慾有進步、大便一天 2 次、SGOT 120 SGPT230 Bilirubin6.8

處方：同 10 月 22 日方加酒浸大黃為 1.5 七帖。

五診：93 年 10 月 27 日

病情：食慾有改善，但仍有腹水，腳有水腫、刷牙會流血、SGOT 56 SGPT128 Bilirubin6.3

處方：柴苓湯加減

1.柴胡 6 黃芩 3 茯苓 8 豬苓 3 澤瀉 8 蒼朮 3 元胡 3 木香 3 桂枝 3 丹參 5 半夏 5 生甘草 5 老生薑 5 紅棗 5 個 大青葉 8 板藍根 8 酒浸大黃 2 赤芍藥 3 七帖 (單位：錢)。

2.人參粉 2 川七粉 2、沖服，十碗水煎 1 小時分三次服。

六診：93 年 11 月 4 日

病情：腹水減輕、腳仍水腫、刷牙流血、大便 3 次、SGOT 46 SGPT63 Bilirubin5.6

處方：同 10 月 27 日方 人參粉 3 川七粉 3 沖服 七帖。

七診：93 年 11 月 11 日

病情：腹水減輕、腳水腫減輕、刷牙流血、大便 3 次、SGOT 36 SGPT 48
Bilirubin 5.2

處方：香砂六君子湯加減

1.丹參 3 炒白朮 3 茯苓 8 生甘草 3 木香 3 砂仁 3 陳皮 3 半夏 6 赤芍藥 3
澤瀉 8 當歸 2 川芎 3 大青葉 6 板藍根 6 虎杖 3 大黃 1.5 紅棗 6 個 生薑
5 七帖 (單位：錢)。

2.人參粉 3 川七粉 3 沖服十碗水煎成 3 碗分三次服,並囑多吃營養。

八診：93 年 11 月 20 日

病情：仍有腹水、腳仍微腫....SGOT 33 SGPT 45 Bilirubin 3.6

處方：去大青葉、板藍根、虎杖、加柴胡 5 黃芩 3 茵陳 6 七帖。

九診：93 年 11 月 28 日

病情：仍有腹水腹脹、腳水腫輕微、SGOT、SGPT 正常 Bilirubin 2.3

處方：同 11 月 20 日方 七帖並囑以後以健保科學中藥保養。

• 治療痊癒後,恢復上班,因為工作關係須外出工地檢查,太勞累於 94 年 5 月 18 日
又因腹脹、發熱、嘔吐鮮血住院,於第 3 次吐血後、昏迷不知人,其家屬請余出診,
診斷為肝硬化,腹水及食道靜脈曲張破裂出血導致肝性腦病昏迷。

處方：參附龍牡湯加減

人參粉 3 川七粉 3 附子(天雄)2 乾薑 2 肉桂 2 生龍骨 8 生牡蠣 8 黃
芩 3 柴胡 6 茯苓 6 澤瀉 6 白芨 4 半夏 5 元胡 3 生甘草 2 老生薑 5 紅
棗 5 個 大黃 1 三帖 (單位：錢)

以上水六碗煎成 2 碗半。人參粉、川七粉沖服,一天內用服完,鼻飼。

二診：民國 94 年 5 月 26 日 (家屬告知取藥)

病情：服第二帖完人已清醒,問話回答緩慢、很虛弱、嗜睡、黑色黎黑、腹脹有
腹水、Bilirubin 18、SGOT 356、SGPT 438、Albumin 3.2、HB 7.5

處方：同 5 月 18 日方加大黃為 1 錢三帖,煎服法同上。

三診：民國 94 年 5 月 29 日 (家屬來取藥)

病情：精神較好,仍虛弱,已能吃涼質東西,問答清楚,腹脹有腹水,有咳嗽,發熱。

處方：柴芩湯加減

1.柴胡 6 黃芩 3 茯苓 8 豬苓 3 澤瀉 8 蒼朮 3 元胡 3 木香 3 桂枝 3 丹參
5 半夏 5 生甘草 3 生薑 5 紅棗 5 個 天雄 2 乾薑 2 肉桂 2 三帖(單位：
錢)

2.人參粉 3 川七粉 3 以水 10 碗煎 1 小時,為 3 碗分三次服。

追踪：該患者又因吐血併發肺炎進入 ICU 病房,於 94 年 5 月 31 日,因肺炎引發肝
腎衰竭去逝。此病例因肝硬化併發急性肝炎導致肝性腦病,以中藥治療有
效病例,尤其在 94 年 5 月 18 日之肝昏迷、肝性腦病,服中藥後清醒。遺憾
的是因併發肺炎而死亡。

四. 結論

肝性腦病在臨床上屬於嚴重急的重症,是由多種病因所導致的肝功能障礙及嚴重的肝衰竭,併發腦部中樞神經系統代謝紊亂的複雜癥候群。有**心智狀態的障礙**,並伴有**神經功能的障礙**,其特殊的撲翼樣震顫和下肢病理反射,踝陣攣、抽搐及特徵性腦電圖改變,是由於中樞神經系統與神經肌肉系統不正常的神經傳遞所造成。**病因**是由於感受濕熱疫毒之邪或飲食不節、嗜酒無度、或染蟲、疫癘、火毒有關。**病機**為病情遷延日久,濕濁蒙蔽、濕熱蘊蒸及熱毒熾甚,致使肝臟陰虛陽亢、肝風內動,最終為氣陰兩竭,陰陽俱虛。多數屬於虛實夾雜、本虛標實。肝性腦病的臨床辨証,應掌握標本虛實。

臨床治療時,**實熱性急性肝性腦病**,以清熱解毒、淡滲利濕、活血化瘀、大補陽之藥為主,只要 SGOT、SGPT 能下降,通常就快速緩解肝性腦病的症狀;**虛寒性慢性肝性腦病**,如肝硬化、肝腎綜合癥、肝癌所導致之腦病、一旦發生皆易反覆發作,緩解機會較少,只有在反覆中不斷惡化。其治療原則以補脾腎、補中益元氣、氣血兩補、大補肝腎之陽為主。

西方醫學的文獻報導,肝性腦病的預後較差,其病死率可達 65%~85%。但採用中醫藥治療的文獻報導顯然有效率高達 66%~88%,死亡率顯然較低。如:

(1) 解放軍 207 醫院傳染科金鍾翼等於 1995 年採用活性炭 5g 加生大黃粉 5g 治療肝性腦病治療組 18 例,結果顯效 13 例 (72.2%)、有效 1 例 (5.6%)、無效 4 例 (22%) 總有效率 77.8%。

(2) 浙江杭州第四人民醫院施維群等於 1996 年,以參三七口服液 3g、紅參口服液 3g 及生大黃 20g、蚤休 15g、青黛 15g、枳實 12g 煎劑灌腸,採用中西醫結合救治重症肝炎肝昏迷 13 例,結果 9 例甦醒 (69%),存活 7 例 (53.8%)。

(3) 四川劉建國 1994 年採用生大黃粉 10g、大黃炭粉 10g 加食醋、溫水各 50ml 調勻口服或鼻飼治療 51 例肝昏迷,結果痊癒 32 例,有效 13 例,無效 6 例,總有效率為 88.2%。

(4) 上海徐匯區中心醫院中醫科於 1993 年曾應用中草藥大黃 6-12g、枳實 9g、鬱金 9g、丹皮 9g、厚朴 6g、黃連 6g、茵陳 30g、元參 15-24g、連翹 24g、赤芍 15g、丹參 15g、生地 15g 水煎口服或鼻飼治療肝昏迷 21 例,結果有效 14 例 (66%),無效 7 例 (33%)。

由上述肝性腦病以中醫治療有效率、存活率顯然優於西醫的治療。由此可見中醫藥在治療肝性腦病及其他重症如腦神經疾病、腫瘤、腎臟病、心血管疾病...等。有很大的發展空間,尤其以**李政育老師**提出的「大補陽理論」與「少陽熱理論」及「中西醫結合理論」能融滙貫通。運用在臨床治療疾病,必能提升疾病的有效率、存活率、治癒率。這是中醫藥的展望,是病患的福祉。

謝謝 請多指教