

# 中西醫結合治療肝硬化肝癌併嚴重性黃疸之 病例報告

林彩蕙<sup>1</sup> 高尚德<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> 中國醫藥大學附設醫院中醫部

<sup>2</sup> 中國醫藥大學 中國醫學研究所

台中，台灣

( 97 年 3 月 25 日受理，97 年 7 月 25 日接受刊載 )

這是一位六十二歲男性患者，於1996年始知罹患C型肝炎、於2001年診斷出肝硬化合併肝癌，分別於2002年及2005年接受過經肝動脈化學栓塞及右上腹放射線治療，於2006年4月1日因上消化道出血住院治療。因黃疸指數持續竄高達22.36mg/dl，身目發黃明顯，於2006年4月7日會診中醫，會診前尚有發燒、腹痛、解黑便情形。會診時患者之症候為嗜睡、身目發黃甚、口乾甚、眠差、納減、腹脹，舌紅絳，苔白厚少津，脈弦滑有力，中醫診斷為黃疸、癥積，證屬肝膽濕熱蘊毒，陰虛血熱，瘀熱互結，給予茵陳蒿湯合涼血化瘀軟堅藥物加減以清熱利濕解毒、涼血化瘀、滋陰軟堅，經過三十多天治療，黃疸指數由22.36mg/dl逐漸下降至6.2mg/dl，症狀獲得改善，患者於5月17日出院繼續門診追蹤治療。

**關鍵詞：**黃疸、C型肝炎、肝硬化、肝癌、茵陳蒿湯

## 前 言

根據行政院衛生署2006年統計，惡性腫瘤佔台灣十大死因第一名，而慢性肝病及肝硬化雖佔十大死因第七名，肝癌在不分性別癌症死因是第二名，在男性肝癌是第一名<sup>1</sup>，顯示肝病影響健康甚鉅。而台灣肝細胞癌患者中，C型肝炎病毒感染約佔33%<sup>2</sup>；台灣約有2~4%人口罹患C型肝炎<sup>3,4</sup>，相較於B型肝炎病毒，C型肝炎病毒目前尚未有良好疫苗問世，凸顯出C型肝炎對國人健康的威脅。C型肝炎病毒會引起肝炎的急性或慢性發作，如果是急性發作，通常是自限性的（self-limited），很少引起肝衰竭，但約有80%的患者

走向慢性感染，隨之而來是許多年的病程緩慢進展，約20%產生肝硬化，而每年約有1~4%肝癌發生於肝硬化患者<sup>5,6</sup>。目前，現代醫學利用干擾素單一或加抗病毒藥物Ribavirin合併治療，其療效不一，與病毒基因型（genotype）、治療前病毒濃度、肝纖維化狀況等有關；在肝硬化失代償初期階段，亦有使用生長因子（growth factors）等療法<sup>5,6</sup>，一旦進入肝硬化失代償期產生併發症，五年存活率下降至約50%或以下，肝臟移植是唯一有效治療方式，然而移植後再感染C型肝炎病毒機率仍很高<sup>5,7-9</sup>。本肝硬化肝癌黃疸病例經由西醫會診中醫，中西醫在臨床上共同照顧病人，中醫以扶正氣、清濕熱、利膽、涼血、滋陰、散結

聯絡人：高尚德，404 台中市北區育德路 2 號 中國醫藥大學附設醫院 中醫部，電話：04-22052121-1065，電子郵件：stkao@mail.cmu.edu.tw

軟堅等方法，治療併發症，使患者無論在症狀或生活品質上獲得較好的改善。

## 病例報告

楊先生，六十二歲理髮師，於1996年始知罹患C型肝炎、於2001年診斷出肝硬化合併肝癌，分別於2002年及2005年接受過經肝動脈化學栓塞法（transcatheter arterial chemoembolization, TACE）及右上腹放射線治療（radiotherapy）（圖1）。過去曾喝酒、嚼檳榔二十多年，已戒十年，抽菸四十多年，已戒二個月。平素喜自服草藥，如落地生根、石壁黃、欖仁葉等。患者於診斷出C型肝炎後，一直於本院及一般診所追蹤。

本次住院前六天，開始有上腹脹悶痛，痛處不定，逐漸加劇，不因進寒熱食物、姿勢改變加重或緩解，重壓或服西藥一時緩解又發，未伴隨牽延痛、頭痛、發熱、惡寒、噁心嘔吐或便秘腹瀉等症狀。住院前三天，開始間歇發熱

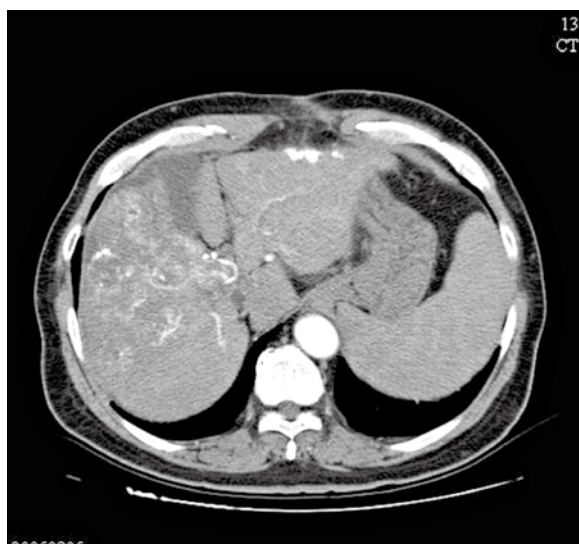


圖1 2006年3月6日腹部電腦斷層顯示：肝細胞癌做過經肝動脈化學栓塞，多處復發肝細胞癌併右側肝門靜脈、主要肝門靜脈幹及上腸繫膜靜脈血栓；肝硬化合併脾腫大及門靜脈高壓。

（40℃）、微畏寒、納減、噁心感，當時大便成形色褐。住院前一天，解黑稀便二至三行，全身無力，白睛、面部、全身逐漸發黃，並伴隨膚癢、腹水、茶色尿；無頭重、身重，無明顯加重或緩解因子。2006年4月1日至本院急診，檢查顯示CRP=10.48mg/dl, GOT/GPT=140/75IU/L, Bil-T/ Bil-D=18.33/ 12.07mg/dl, albumin=2.5g/dl, ammonia=167 N-ug/dl, Alk.P-tase=145 IU/L,  $\gamma$ -GT=80 IU/L，診斷為肝硬化、肝癌併上消化道出血住院，給予輸液、抗生素、制酸劑等治療。4月4日上消化道內視鏡診察，發現十二指腸潰瘍出血已止，並有食道靜脈瘤，時大便已轉色黃，當日血液培養檢驗出*E.coli*，抗生素持續使用。並於4月7日起加入利尿劑控制腹水。因黃疸持續加重達22.36mg/dl而會診中醫。

4月7日會診當時生命徵象穩定。血液與生化檢查呈現如表1。

### 中醫四診:

【望】：嗜睡，喚之能應答，體格中等，身黃，白睛黃，偏黯，胸前蜘蛛痣，手掌紅斑，腹脹大；舌紅絳，苔白厚，少津。

【聞】：語聲正常，無特殊氣味。

【問】：無怕冷怕熱，口乾甚，不易汗出；眠差，半夜精神佳；上腹悶痛，納減，腹脹，現無嘔吐或泛酸；大便一日2-6行，黃軟但臭，使用軟便劑及lactulose；小便色深，量可；體重近2週增加約5Kg，為77.8Kg；無頭痛、胸悶、或腰痠。

【切】：右脈滑，左脈弦滑有力；四肢溫暖。

診斷：

西醫：

表 1 住院期間血液生化檢查數據變化

項目	日期	4/1	4/3	4/7	4/10	4/14	4/17	5/3	5/8	5/11	5/17
<b>GOT</b> (IU/L)		140	133	109	119	83	95		127	132	
<b>GPT</b> (IU/L)		75	55	27	22	12	21		66	72	
<b>Total Bilirubin</b> (mg/dl)		<b>18.33</b>	<b>21.63</b>	<b>22.36</b>	<b>20.45</b>	<b>13.55</b>	<b>11.80</b>	<b>8.41</b>	<b>6.80</b>	<b>6.20</b>	
<b>Direct Bilirubin</b> (mg/dl)		12.07	11.25	13.27	12.04	7.62	6.65	4.48	3.54	3.12	
<b>Albumin</b> (g/dl)		2.5					1.9	2.1	2.1		
<b>B.U.N.</b> (mg/dl)		37	30				72	33	26	26	
<b>Creatinine</b> (mg/dl)		1.6	1.2				5.6	2.1	1.8	2.0	
<b>prothrombin time, PT</b> (secs)		19.05	16.44								15.8
<b>INR</b>		1.63	1.41								1.36
<b>Ammonia</b> (N-ug/dl)		167		143	108	115					

1. Jaundice, liver cirrhosis, HCV related, Child C
2. Duodenal ulcer bleeding
3. Hepatic cell carcinoma, recurrence

**中醫：**

病名：黃疸，癥積

證型：肝膽濕熱蘊毒，陰虛血熱，瘀熱互結，氣血虧虛

治法：清熱解毒利濕、涼血化瘀、滋陰軟堅，佐益氣補血

**處方用藥：**

綿茵陳8錢 生大黃0.7錢（後下） 枳實6錢  
柴胡3錢 川棟子4錢 鬱金3錢 生地5錢 牡丹皮4錢 赤芍5錢 桃仁3錢 鱉甲5錢 地鱉蟲3錢 黃耆5錢 當歸1.5錢 萊菔子3錢 山楂3錢  
~煮成300CC，分三次服用

**中醫診療經過：**

2006.04.11：嗜睡及上腹痛已無，舌脈如前。減枳實至2錢、大黃至0.2錢，加黃耆至1兩。

處方：綿茵陳8錢 生大黃0.2錢 枳實2錢 柴胡3錢 川棟子4錢 鬱金3錢 生地5錢 牡丹皮4錢 赤芍5錢 桃仁3錢 鱉甲5錢 地鱉蟲3錢 黃耆10錢 當歸1.5錢 萊菔子3錢 山楂3錢

2006.04.14：口乾甚，唇乾，舌乾紅裂紋少苔，脈弦滑。

處方：綿茵陳8錢 生大黃0.2錢 秦艽4錢 枳實2錢 柴胡3錢 川棟子3錢 鬱金3錢 生地5錢 牡丹皮4錢 石斛3錢 赤芍3錢 鱉甲5錢 地鱉蟲3錢 黃耆10錢 當歸1.5錢 萊菔子3錢 山楂3錢 黃連3錢 葛根3錢 木香2錢

2006.04.17：身黃減，口乾減，舌乾紅絳苔薄少津，脈弦滑。減黃耆至5錢。

2006.04.19：食慾漸增，納進，唇乾，舌紅苔黃膩，脈弦滑。增枳實、秦艽各至5錢，加白豆蔻、紫蘇梗、甘草、防風。

處方：綿茵陳8錢 生大黃0.2錢 秦艽5錢 枳實5錢 川棟子3錢 鬱金3錢 生地5錢 牡丹皮5錢 赤芍5錢 桃仁2錢 鱉甲5錢 地鱉蟲3錢 黃耆5錢 防風1.5錢 萊菔子3錢 黃連3錢 白豆蔻2錢 紫蘇梗1.5錢 生甘草1錢

2006.04.24：自覺全身乏力，體重減至66.6Kg，舌紅絳青紫。宗前方。

2006.04.26：舌紅減。增大黃至0.4錢，減黃連1.5錢，加羌活、吉林參鬚。

處方：綿茵陳8錢 生大黃0.4錢 秦艽5錢 枳殼3錢 柴胡2錢 鬱金5錢 生地4錢 丹皮4錢 桃仁2錢 鱉甲5錢 丹參4錢 吉林參鬚4錢 羌活1.5錢 防風1.5錢 紫蘇梗1.5錢 紅棗2錢 佛手3錢

2006.05.03：體重近2日增1.3Kg，舌紅減，口乾減，脈弦滑。去佛手，各減生地、丹皮1錢、丹參1錢，加車前子5錢。

處方：綿茵陳8錢 生大黃0.4錢 秦艽5錢 枳殼3錢 柴胡2錢 鬱金5錢 生地3錢 丹皮3錢 赤芍5錢 丹參3錢 桃仁2錢 鱉甲5錢 吉林參鬚4錢 羌活1.5錢 防風

1.5錢 紫蘇梗1.5錢 紅棗2錢 車前子5錢

2006.05.09：體重減，身無不適，足腫減，舌紅減，脈濡略弦。

2006.05.10：因黃疸指數降至6.8mg/dl，但夜精神佳，眠差，各減茵陳、鬱金、秦艽、車前子各2錢，吉林參鬚改成吉林參。

處方(一)：綿茵陳6錢 生大黃0.4錢 秦艽3錢 枳殼3錢 鬱金3錢 生地3錢 牡丹皮3錢 赤芍5錢 桃紅2錢 鱉甲5錢 丹參3錢 吉林參4錢 黃耆4錢 當歸2錢 羌活1.5錢 防風1.5錢 紅棗2錢 車前子3錢

處方(二)：酸棗仁湯2克、黃連解毒湯1克、珍珠母粉0.6克、懷牛膝0.3克，科學中藥睡前半小時服用。

2006.05.11：服藥粉後，睡眠改善，但口乾甚，口中有異物感，舌紅少津，手心熱，去懷牛膝，加生地0.5克；吉林參改回吉林參鬚。追蹤黃疸指數已降至6.2mg/dl。

2006.05.15：口乾改善，舌紅減，手心熱減。

2006.05.17：出院，出院時精神佳、口不甚乾、膚黃減、食慾正常、納可、腹脹微，門診繼續追蹤治療(表2)。

表 2 會診期間患者症狀與體徵變化

	4/7	4/10	4/13	4/16	4/19	4/22	4/25	4/28	5/1
神識		清楚							
白睛黃									
膚黃				減輕					
舌紅苔厚			苔轉少					舌紅減	
口乾				減少					
納差					改善				
腹痛	減輕	無							
腹脹				減輕					
睡眠									
體重(Kg)	77.8		73.8		70.9			64.7	65.6

### 理法方藥分析：

此患者會診時黃疸非常明顯，膽紅素數值高達20mg/dl以上、黃疸來得很快很急，屬急黃。會診當時已無發熱、解黑便，其便黃軟臭，舌紅絳苔白厚而乾，脈滑，屬於濕熱，熱重於濕。C型肝炎多年、肝硬化、肝癌，從濕熱而至「瘀結」（氣機阻滯，瘀血內停，結於脅下），故其黃色澤偏黯；並有唇黯，胸前蜘蛛痣，手掌紅斑等瘀象。肝炎多年，濕熱為重，熱燄肝陰，終致陰虛，陰虛生內熱，故見其口乾甚，夜重，半夜精神益佳，舌紅絳或舌紅質裂。慢性肝炎後期或肝硬化發作黃疸，視為蘊熱毒深，其色則偏黯晦。其人膚癢，腹悶痛腹脹，舌紅絳乾苔白厚，脈滑象明顯，辨為實證。事實上，患者病久，已發展到肝硬化肝癌階段，多是本虛標實，肝硬化時其病理生理表現為脾大虛，氣血受損，當標實除去，往往本虛就會浮現。

茵陳蒿湯利膽效果好，綿茵陳合秦艽是朱良春治療黃疸經驗方，此時秦艽用來利膽。柴胡入肝，疏肝清肝熱、與枳實、川棟子、鬱金舒肝理氣止痛，治療上腹痛、脅肋痛。黃耆、當歸調氣血，扶正並提升白蛋白。

病人舌紅絳、瘀重，以生地、丹皮、赤芍清營涼血。肝硬化雖屬於「癥積」，然其血小板下降，須慎用活血化瘀藥；當歸、桃仁、紅花、地鱉蟲、蟪蟲、水蛭等養血活血破瘀，鱉甲可滋陰軟堅。肝硬化初期可輕用活血化瘀，但後期則須加強軟堅散結。萊菔子、山楂以化瘀消食；大黃則取其通下、化瘀、利膽。

病人口乾甚，夜眠差，陰虛內熱盛，使用生地、丹皮以養陰清熱，病人濕熱重，使用養陰藥要小心，避免滋膩，故常兼用理氣藥輔佐。用吉林鬚配生地補氣滋陰，口乾改善。舌紅絳一般陰虛重，使用苦寒藥要注意，避免苦寒傷陰。

因其有腹脹、納差，濕熱交阻，葛根配黃連，取葛根芩連湯之意；木香配黃連為香連丸；

白豆蔻、紫蘇梗、防風為芳香化濕，輕用升舉清陽，幫助調節中焦運化；中焦運化順暢，有助黃疸清除。

## 討 論

Child-Pugh classification用來評估肝病嚴重程度，其使用五個指標來觀察：腹水、膽紅素、白蛋白、前凝血時間與肝腦病變，每項指標依狀態或數值各定1，2，3分，將病人各項分數合計，得分在5至6分為grade A，是代償良好，得分在7至9分為grade B，是明顯功能損傷，得分在10至15分為grade C，是失代償期；計算此病人各項指標總合為12，其肝功能已是處於失代償狀態。肝硬化失代償（decompensation）最常見的症狀是腹水，然後緊接著有靜脈瘤出血、肝腦病變及黃疸，而黃疸幾乎是慢性C型肝炎患者肝病廣泛進展（advanced liver disease）的指標<sup>8</sup>；此病人黃疸指數突然升高、居高不下，必須考慮是何種原因造成或加重。其C-reactive protein升高，直接膽紅素增加明顯，但間接膽紅素亦有增加，轉胺酶數值稍微增加，Alk.P-tase、 $\gamma$ -GT升高，血液培養有*E.coli*，但未作超音波檢查，依其病史，感染與上消化道出血等壓力都有可能加重肝細胞功能的負擔，使患者在肝硬化失代償時期突然發生黃疸。若去除誘發因素，黃疸指數應會下降，然而抗生素已使用一週，黃疸指數仍繼續升高；此外，當上消化道出血停止時，黃疸指數仍增加；而中藥的介入是否有幫助，是我們討論的核心。

肝硬化是纖維化逐漸發展與肝血管微結構再組織化（reorganization of the vascular microarchitecture）的病理結果。乃肝細胞損傷壞死後，庫佛氏細胞（Kupffer cells）及其他發炎細胞等透過不同細胞激素活化肝星狀細胞（Hepatic Stellate Cells, HSC），轉換成肌纖維母細胞（myofibroblasts）表現型，使膠原蛋白（type I,

III) 及其他結締組織或細胞外基質 (Extracellular matrix, ECM) 的基底膜成分分泌大量增加與改變形成纖維隔膜 (fibrous septae)；持續的膠原蛋白堆積與血管新生造成分流，阻礙血管內皮細胞與肝細胞間的物質交換，殘餘正常肝細胞再生結節出現破壞肝骨架與膽道系統，至此時期已不可逆。不僅破壞肝臟正常功能，還改變正常肝血流狀態，門脈壓增高<sup>10</sup>。近年來針對抗纖維化，大陸與台灣地區投入相當多的研究，使用複方方劑有小柴胡湯、鱉甲煎丸、複方鱉甲軟肝片<sup>11</sup>、複方丹參飲等，單方有黃耆、丹參、五味子等。在本次治療中，我們使用桃仁、赤芍、地鱉蟲、鱉甲，其中鱉甲為鱉甲煎丸重要組成，出自《金匱要略》瘡病脈證：「此結為癥瘕，名曰瘡母，急治之，宜鱉甲煎丸」，用於抗纖維化已累積大量研究：動物實驗方面能使血清肝纖維化指標如透明質酸 (Hyaluronic Acid)、Ⅲ型前膠原 (pro-collagen III) 及層黏蛋白 (Laminin) 下降，或降低門脈阻力，或使肝內膠原纖維降解增加，或直接抑制沉積等；臨床研究方面亦有相似成果。<sup>12</sup>

黃疸一症，於《黃帝內經》中即有豐富描述，至東漢張仲景《傷寒論》在太陽病、陽明病、太陰病等篇論及發黃。《金匱要略》從內傷探求更有「黃疸病脈證並治」專篇討論黃疸，篇章中詳述各類黃疸病因病狀，認識到黃疸膠著愈久，病況愈深，預後愈不良。自羅天益在《衛生寶鑑》中分出陰黃、陽黃兩大類後，或濕從熱化，或濕從寒化。

茵陳蒿湯是張仲景《傷寒論》重要的治黃方劑，歷來茵陳蒿湯證病機被認為是「濕熱蘊結 (熱重於濕)，土壅木鬱，肝失疏泄」<sup>13</sup>。現代研究發現其有促進膽紅素代謝、解熱、抗菌抗病毒、抗肝損傷、抑制肝細胞凋亡、抑制肝星狀細胞活化及膠原合成等作用。在促進膽紅素代謝方面，以動物實驗為主者，主要在清除膽紅素、顯

著增加膽汁流量；以臨床研究為主者，有較佳的退黃率，但多以肝炎黃疸或阻塞性黃疸病人為對象<sup>13,14</sup>。至於是否有助於晚期肝硬化黃疸治療雖無充分證據，但有部分研究指出，茵陳蒿湯可抑制肝星狀細胞的活化及膠原合成，或許是可預防肝硬化、抗纖維化的方法，在保肝中使肝細胞正常功能得以發揮。而已形成錯綜交叉結合的膠原蛋白纖維則須靠「化癥軟堅」的方式。

「涼血化癥」用在治療血熱、血癥相搏、癥熱互結證，被認為具有涼血止血、活血化癥、清熱益陰等作用。在肝膽疾病治療方面，曾被運用在病毒性肝炎高膽紅素血症、膽汁鬱積型肝炎、慢性重型病毒性肝炎等，具有良好的退黃和降低轉氨酶作用。現代藥理研究則發現其有抑制肝細胞凋亡、促進肝細胞再生、改善肝腎功能、改善微循環、調節免疫等效果<sup>15</sup>。

方中重用生黃耆至一兩，強調補「虛」，生用固表，炙用補中，生用往往能補衛氣固表。現代藥理常著眼在免疫調節；然而與肝相關的文獻中，則在於「抗肝損傷 (保肝)」、「抗肝纖維化」，並能增加總蛋白、白蛋白，有抗氧化作用、能促進自由基清除、抑制脂質過氧化、防止肝細胞壞死；抗纖維化方面則多與活血化癥藥配合以達效果<sup>16</sup>。許多文獻表示其劑量與欲作用的方向不同<sup>17</sup>。據我們臨床觀察，重用黃耆似乎可以增加患者對氨代謝產物—阿摩尼亞 (ammonia) 的耐受性，縱使氨數值已升高至異常程度，其精神意識較一般情況還佳。另外，其與當歸組成「當歸補血湯」，補氣生血效果佳。

有趣的是，西醫自4月7日開始使用利尿劑處理肝硬化腹水，爾後膽紅素有下降趨勢，儘管影響因素尚有中藥部分，但其中是否有「退黃」效果呢？在西醫藥理學及文獻中並無此項作用，但從中醫角度，《傷寒論》《金匱要略》所提示的「小便不利，身必發黃」、「若小便自利者，不能發黃」、「當利其小便」，與利尿劑之間，雖

不盡相同，但似有幫助，可以提供西醫利尿劑的進一步研究。

## 結 論

62歲男性C型肝炎合併肝硬化肝癌患者，分別於2002年與2005年接受肝動脈化學栓塞與右上腹放射線治療，2006年4月1日因上消化道出血住院，並出現明顯黃疸，全膽紅素達22.36mg/dl而會診中醫，經給予茵陳蒿湯合涼血化瘀軟堅藥治療，黃疸明顯消退，症狀減輕出院。C型肝炎發展至肝硬化肝癌階段，變症頻傳，病情複雜，若能善用傳統中醫藥與現代研究優勢結合西醫治療，對患者的症狀改善與生活品質提昇有莫大幫助。

## 參考文獻

1. 行政院衛生署，衛生統計，死因統計，95年。
2. Yu MW, Chen CJ. Hepatitis B and C viruses in the development of hepatocellular carcinoma. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.*, 17: 71-91, 1994.
3. 高嘉宏、陳定信，C型肝炎在台灣，中華公共衛生雜誌，17: 191-197，1998。
4. 賴世偉、黃金財、李佳雯，健檢民眾B型及C型肝炎盛行率之描述性分析：以某醫學中心為例，*Mid-Taiwan Journal of Medicine*，9: 64-69, 2004。
5. Feldman: *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, 8th ed, pp. 1697-1700, 2006.
6. Werling K., Tulassay Z. New trend in treatment in patients with chronic hepatitis C. *Orvosi. Hetilap.*, 147: 637-41, 2006.
7. Barrera JM, Bruguera M, Ercilla MG, et al. Persistent hepatitis C viremia after acute self-limiting posttransfusion hepatitis C. *Hepatology*, 21: 639-644, 1995.
8. Fattovich G, Giustina G, Degos F, et al. Morbidity and mortality in compensated cirrhosis type C: A retrospective follow-up study of 384 patients. *Gastroenterology*, 112: 463-472, 1997.
9. Planas R, Balleste B, Alvarez MA et al. Natural history of decompensated hepatitis C virus-related cirrhosis. A study of 200 patients. *J. Hepatol.*, 40: 823-830, 2004.
10. Vinay Kumar, Abul K. Abbas, Nelson Fausto. Robbins and Cotran: *Pathologic Basis of Disease*, 7th ed. Saunders, pp.833, 2005
11. 龔啟明、肖家誠、周霞秋，複方鱉甲軟肝片治療50例肝纖維化的臨床研究，*臨床肝膽病雜誌*，22: 196-198, 2006。
12. 張秋英、張再康、金淑琴，鱉甲煎丸的現代臨床應用和實驗研究進展，*河北中醫藥學報*，21: 35-37, 2006。
13. 慕永平、劉平、王磊，茵陳蒿湯的發展及現代研究，*中國實驗方劑學*，12: 67-71, 2006。
14. 陳廷玉、盧春風、滬清云等，茵陳蒿湯對實驗性肝纖維化大鼠肝細胞的保護作用及超微結構觀察，*黑龍江醫藥科學*，27: 11-12, 2004。
15. 李衛娜，涼血化瘀中藥的臨床應用與藥效機制研究，*天津中醫藥*，24: 172-174, 2007。
16. 呂志平、劉曉燕、馬俊萍，黃耆抗纖維化研究進展，*陝西中醫*，24: 652-654, 2003。
17. 王淑華、王紅霞，淺析黃耆不同劑量的藥理作用，*浙江中醫雜誌*，6: 260-261, 2002。

# SEVERE JAUNDICE DUE TO LIVER CIRRHOSIS AND HEPATOCELLULAR CARCINOMA TREATED WITH COMBINATION OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE AND WESTERN MEDICINE - A CASE REPORT

Tsai-Hui Lin<sup>1</sup>, Shung-Te Kao<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>*Department of Chinese Medicine, China Medical University Hospital*

<sup>2</sup>*Institute of Chinese Medical Science, China Medical University*

*Taichung, Taiwan*

*( Received 25<sup>th</sup> March 2008, accepted 25<sup>th</sup> July 2008 )*

A 62 year-old man was diagnosed as having hepatitis C virus-related liver cirrhosis in Child stage C and hepatocellular carcinoma in 2001, and was treated with transcatheter arterial chemoembolization (TACE) in 2002 and radiotherapy in 2005. He was admitted to our hospital due to duodenal bleeding on April 1, 2006. Six days later, we were consulted for the traditional Chinese medicine treatment on April 7, 2006. The patient presented with fever, abdominal pain and tarry stool before consultation, and a one-week history of worsening jaundice and complained of dry mouth, insomnia, poor appetite, and abdominal fullness. Physical examination revealed a lethargic individual with icteric sclera, yellowish discoloration of skin and ascites. The tongue diagnosis showed red-crimson and a white-thick dry fur. The pulse diagnosis revealed a powerful string-slippery pulse. The jaundice with tympanites, and pattern of liver-gallbladder dampness-heat, yin deficiency with blood heat, and blood stasis were diagnosed. The serum total bilirubin level was 22.36 mg/dl. The patient was administered a modified formula of "Yin-Chen-Hao-Tang" to clear heat, eliminate dampness, cool the blood and resolve stasis, nourish yin, soften hardness and dissipate binds. After 30-days of treatment, the symptoms of jaundice, dry mouth, insomnia, appetite loss, and abdominal discomfort improved. Moreover, the total bilirubin concentration had declined to 6.2 mg/dl. The patient was discharged on May 17, 2006 and followed up in out-patient department.

**Key words:** jaundice, hepatitis C virus, liver cirrhosis, hepatocellular carcinoma, Yin-Chen-Hao-Tang.