



膽管炎之中醫治療初探

曾宣靜¹、邱文俊¹、李政育²

¹天梁堂中醫診所

²育生中醫診所

摘要

本文主要論述中醫治療膽管炎之觀點和經驗，並引用西醫最新研究成果，提供中西醫結合的治療視角。

文章首先介紹膽管炎的四種重要分型：急性膽管炎（Acute Cholangitis）、復發性化膿性膽管炎（Recurrent Cholangitis）、原發性硬化性膽管炎（Primary Sclerosing Cholangitis, PSC）和原發性膽汁性膽管炎（Primary Biliary Cholangitis, PBC）之病因、症狀和西醫治療方法。隨後詳述中醫治療膽管炎之思路，強調整體觀念和分期治療的重要性，並列舉了中醫治療膽管炎常用之藥物和方劑，最後以兩個臨床病案為例，說明中醫如何根據病患具體情況進行辨證論治，並取得良好的治療效果。

關鍵字： 膽管炎、急性膽管炎、復發性化膿性膽管炎、原發性硬化性膽管炎、原發性膽汁性膽管炎、肝纖維化、肝硬化、黃疸、陽黃、陰黃

壹、前言

膽管炎通常為膽管系統淤阻所導致的發炎引起之臨床症狀，可能是急性或慢性的。

膽管為膽汁從肝臟流向十二指腸之通道。膽管系統分佈在整個肝臟內外，從肝內微膽管開始，逐漸匯流成小膽管、左右肝內膽管，再穿出肝外，合為外部的總肝管，與膽囊管交會後，合為總膽管，經由壺腹連接十二指腸。膽汁藉由膽管從肝臟和膽囊輸送到小腸，幫助人體消化、吸收脂肪及清理肝臟廢物，若膽管發生阻塞，膽汁鬱積，造成繼發性感染，除影響消化功能外，膽汁回流到肝臟，亦可能導致肝損傷，甚至造成肝硬化等嚴重問題。

本文嘗試整理歸納西醫目前對於膽管炎之研究與治療方法，並分析中醫對於膽管炎之認識與治療思路，以期臨床上，能預防膽管炎於發生之前，或避免膽管炎之不良後遺。



貳、西醫對於膽管炎之論述

一、膽管炎之分類及原因

依照膽管炎之發生原因，大致可分為四類，依次為急性膽管炎、復發性化膿性膽管炎、原發性硬化性膽管炎及原發性膽汁性膽管炎，以下分別敘述其病因病機。

(一) 急性膽管炎：

急性膽管炎是由於膽道淤滯、感染而引起的以發燒、黃疸、腹痛為特徵的臨床症候群〔1〕。

急性膽管炎之膽道淤滯原因，最常見的原因是膽道結石（28%至70%）、良性膽道狹窄（5%至28%）和惡性腫瘤（10%至57%），內視鏡逆行性胰膽管攝影術後也可能發生急性膽管炎（0.5%至1.7%）〔1〕。

急性膽管炎主要由膽道阻塞患者的細菌感染引起。這些生物體通常從十二指腸上升；來自門靜脈的血行播散較為罕見。細菌之所以能從十二指腸逆行膽管至肝，通常是由於膽汁鬱積，導致膽汁的持續沖洗作用、抑菌活性等作用減弱，或因防止細菌進入膽道的機制包括奧狄（Oddi）括約肌遭到破壞。

此外，膽道阻塞會升高膽內壓並導致膽管通透性增加，使細菌和毒素從門靜脈循環移位到膽道中。壓力升高也有利於細菌從膽汁遷移到體循環中，增加菌血症與敗血症的風險〔1〕。

(二) 復發性化膿性膽管炎：

復發性化膿性膽管炎是一種以膽內色素結石形成為特徵的疾病，導致膽管狹窄和膽道梗阻，並伴隨膽管炎反覆發作。其膽管明顯異常，特徵是肝外和肝內膽管擴張，肝內膽管局部狹窄，膽管壁纖維化，有發炎細胞浸潤〔2〕。

結石形成和膽道異常的發病機轉尚不完全清楚，可能的機轉如下：

1. 寄生蟲感染：

復發性化膿性膽管炎的地理聚集顯示膽道寄生蟲病（主要是肝吸蟲 [liver flukes] 和蛔蟲）與其發病機制有關。主要感染的三種寄生蟲為中華肝吸蟲（*Clonorchis sinensis*）、泰國肝吸蟲（*Opisthorchis species*）和牛羊肝吸蟲（*Fasciola hepatica*）。蛔蟲也與此有關。這些微生物可造成上皮損傷和膽道阻塞〔2〕。

2. 細菌感染：

復發性化膿性膽管炎患者出現的色素結石可能是由細菌葡萄糖醛酸酶的作用引起的，這些酶在膽管中從葡萄糖醛酸膽紅素產生未結合的膽紅素，當未結合膽紅素與鈣複合時，會形成不溶性膽紅素鈣結石。一旦結石形成，它們可能會引發



持續性阻塞的循環，造成瘀滯和反覆感染，並導致額外的結石形成。細菌進入的來源尚不清楚，一些研究顯示源自下腸的門靜脈源，另一些則認為，細菌是因寄生蟲感染造成的損傷而進入膽管系統〔2〕。

3. 淤滯：

一般研究認為，淤滯、狹窄和反覆感染是導致復發性化膿性膽管炎的發生原因。狹窄的形成通常是因發炎和癒合反覆發作繼發形成的。然而，膽道狹窄的形成也可能導致結石產生和反覆感染〔2〕。

（三）原發性硬化性膽管炎：

原發性硬化性膽管炎是肝臟和膽管的慢性膽汁淤積性疾病，通常會持續性進展，可導致末期肝病。此疾病的特徵是肝內和肝外膽管進行性發炎、纖維化和狹窄。

原發性硬化性膽管炎的病因尚不清楚，可能與多種機制相關：

1. 潰瘍性結腸炎

原發性硬化性膽管炎之患者常伴有潰瘍性結腸炎，兩者間的密切相關，顯示其中的自體免疫問題。

2. 細菌感染

細菌慢性或反覆進入門靜脈循環可能引起肝臟和膽管的發炎反應。結腸細菌或慢性病毒感染異常產生有毒的膽汁酸，膽汁酸累積也可能導致肝損傷。

3. 膽管可能發生缺血性損傷。

4. 異常免疫反應：

免疫介導的膽管損傷很可能是導致原發性硬化性膽管炎的主要機制，然而，引發異常免疫反應的臨床表現的機制尚不清楚。

5. 環境暴露：

可能與患者的飲食模式、吸菸、泌尿道感染史及食物準備方法相關。

6. 遺傳因素：

原發性硬化性膽管炎患者的一級親屬，罹患原發性硬化性膽管炎和潰瘍性結腸炎的風險增加，因此支持這些疾病具遺傳傾向，但遺傳傾向的基礎尚不清楚。

綜上所述，原發性硬化性膽管炎可能是一種多因素疾病，在具有遺傳傾向的個體暴露於適當的環境刺激時發生〔3〕。

（四）原發性膽汁性膽管炎：

原發性膽汁性膽管炎的特徵是 T 淋巴細胞介導對膽管上皮細胞持續攻擊，導



致上皮細胞逐漸被破壞，造成膽汁淤積，隨著發炎反應和纖維化的進程，可能發展至肝硬化、肝衰竭。除了 T 淋巴細胞介導的小膽管破壞之外，肝臟中潛在有毒物質（如分泌到膽汁中的膽汁酸）濃度增加可能會導致肝細胞繼發性損傷〔5,6〕。

目前認為原發性膽汁性膽管炎可能由基因遺傳、環境因素共同造成。特定人類白血球抗原（human leukocyte antigen, HLA）基因座的表現可能增加原發性膽汁性膽管炎的遺傳風險，同時降低自體免疫的耐受性，引發致病的免疫反應。環境因素則包括外生性物質的暴露和感染，曾有研究指出泌尿道感染病史、抽菸、使用賀爾蒙替代療法等會顯著提升罹病率。環境因素可能會在遺傳易感個體中引發針對膽管上皮的自身免疫反應〔6〕。

二、膽管炎之臨床症狀

（一）急性膽管炎：

急性膽管炎的典型表現是發燒、腹痛和黃疸（夏科氏三聯徵），儘管只有 50%-75% 的急性膽管炎患者同時出現這三項表現。其中最常見的症狀是發燒和腹痛，大約 80% 的患者會出現這種症狀。60% 至 70% 的患者會出現黃疸。

除發燒、腹痛和黃疸外，嚴重急性膽管炎患者也可能出現低血壓和精神狀態改變（雷諾五聯徵）。

急性膽管炎患者也可能出現菌血症併發症，包括肝膿瘍、敗血症、多重器官系統功能障礙和休克。

（二）復發性化膿性膽管炎：

患者通常表現為反覆發作的膽管炎，體檢時，可能有上腹和右上腹壓痛和肝腫大、黃疸等，其特徵亦為夏科氏三聯徵。在一項針對 41 名患者的研究中，最常見的症狀是膽管炎（44%）、無明顯膽管炎的腹痛（32%）和胰臟炎（17%）。

許多患者有反覆出現症狀的病史，但並未就醫，反覆發作可導致膽管和肝實質進行性損傷，進而導致肝膿瘍或肝硬化的形成。

有些患者可能有更嚴重的表現並伴隨各種併發症，如遠端部位的敗血症、肺膿瘍和腦膿瘍等。其他潛在的併發症包括：充滿膿液阻塞的膽管破裂進入腹膜或在胃腸道或腹壁形成瘻管，心包膜或血管結構也可能發生瘻管等〔2〕。

（三）原發性硬化性膽管炎：

約半數的患者在診斷時沒有症狀，甚至有些患者已處於晚期階段仍無症狀。通常在發炎性腸道疾病患者的肝臟檢查時發現異常。

在有症狀的患者中，疲勞和搔癢的狀況很常見。

也可能出現發燒、發冷、盜汗和右上腹疼痛，這些病徵可能代表膽道阻塞引



起的陣發性細菌性膽管炎。在發作期間，肝臟血液檢查可能會惡化，而持續性黃疸通常反映了晚期階段。

患者的磁共振膽管造影會發現包括多灶性、短的環形狹窄，與正常或輕度擴張的節段交替出現，使膽管呈現「串珠狀」外觀^[4]。

（四）原發性膽汁性膽管炎：

大約 50% 至 60% 的原發性膽汁性膽管炎患者在診斷時無症狀，常是由於肝臟血液檢查異常而被發現。有症狀的患者中，最常見的是疲勞和搔癢，約二分之一患者抱怨疲勞，三分之一抱怨搔癢。

其次，患者經常被診斷出患有其他自體免疫疾病，包括乾燥症和自體免疫甲狀腺疾病。大約 40% 的患者會出現肌肉骨骼不適，通常由發炎性關節病變引起（有研究估計 70%）。

此外，可能會因相關併發症（如肝硬化）而出現徵兆和症狀外觀^[5]。

三、膽管炎之西醫診斷：

關於膽管炎之西醫之診斷方法分述如下：

（一）血液檢查

1. 發炎症候群：白血球、CRP、ESR 等。
2. 肝功能檢查：總膽紅素、AST、ALT、ALP 和 γ -GT 等。
 - （1）急性膽管炎：
 - A. 總膽紅素 $\geq 34 \mu\text{mol/L}$ 。
 - B. AST、ALT、ALP 和 γ -GT 等^[7]。
 - （2）原發性肝硬化膽管炎：
 - A. ALP、 γ -GT 顯著升高，ALT 升高較少。
 - B. 膽紅素初期通常在正常範圍內，但晚期，會較高^[4]。
 - （3）原發性膽汁性膽管炎：
 - A. ALP 的顯著上升最為典型，起因於肝內膽汁滯留。
 - B. γ -GT 也有上升的情形，AST、ALT 則是正常或略為上升。
 - C. 膽紅素初期可能正常，隨著病程發展會上升^[5]。
3. 免疫檢查：ANCA、ANA、ASMA、AMA、抗內皮細胞抗體和抗心磷脂抗體等。
 - （1）原發性肝硬化膽管炎：

大多數患者血清中存在自體抗體，最常見為 ANCA 自體抗體。但也可發現其他自體抗體，包括 ANA、ASMA、抗內皮細胞抗體和抗心磷脂抗體等，但它們在 PSC 中缺乏特異性，不能用於診斷^[4]。



(2) 原發性膽汁性膽管炎：

血清 AMA 或其他特異抗體陽性^[5]。

(二) 影像檢查

從影像敏感度低至高之排列為：

1. 超音波檢查：非侵入性，價格相對便宜，可初步評估膽管擴張和結石。
2. 電腦斷層 (CT)：提供更詳細的膽道系統影像，可顯示膽管擴張、狹窄、壁增厚、肝膿腫等病變。
3. 磁振造影胰膽管攝影 (MRCP)：非侵入性，無輻射，可清晰顯示膽道系統，但無法進行治療性介入。
4. 內視鏡逆行性胰膽管攝影 (ERCP)：可直接觀察膽管，並進行治療性介入，如取石、引流。
5. 經皮肝穿刺膽管攝影 (PTC)：適於 ERCP 無法進行的患者，但具侵入性，風險較高。

(三) 糞便檢查：檢查是否有寄生蟲感染。

(四) 肝臟切片：通常不作為診斷膽管炎的首選，以血液與影像檢查為優先^[4,5]。

四、膽管炎之西醫治療

膽管炎的西醫治療策略，主要在於膽道引流、減壓及抗菌治療，以下分別不同類型之膽管炎說明之。

(一) 急性膽管炎：

1. 抗菌治療：抗生素治療。
2. 膽道減壓：
 - (1) 內視鏡手術：2018 年東京指引建議對中度和重度膽管炎進行緊急膽道引流。僅在對抗生素沒有反應的情況下，對輕度急性膽管炎中進行膽汁引流。
 - A. 內視鏡逆行性胰膽管攝影 (ERCP)
 - 膽道減壓的黃金標準。
 - 以膽道括約肌切開術、膽道支架置入術或鼻膽管置入術治療阻塞。
 - 好處是同時進行括約肌切開術和取石術。
 - 可成功治療 90% 以上的膽管炎病例。
 - 併發症發生率約 5%，死亡率僅 1%。
 - B. 內視鏡鼻膽引流術 (ENBD)



- 與膽管支架置入相比，這種做法的頻率較低。因它會讓患者感到不舒服，如果患者神智不清或神智不清，則可能會脫落。
- 優點包括更有效地排出濃膿或膿性膽汁，如果膽管堵塞則進行清潔，膽汁易於培養，並且避免了括約肌切開術^[7]。

（二）復發性化膿性膽管炎：

1. 急性期治療：

- （1）抗生素治療。
- （2）膽道引流：透過 ERCP、PTC 或手術等方式，建立膽道引流，減輕膽道壓力，促進感染消退。
- （3）支持治療：補液、糾正電解質紊亂等^[3]。

2. 長期治療：

（1）藥物治療：

熊去氧膽酸（ursodeoxycholic acid, UDCA）：可能有助於溶解膽固醇結石，減少結石復發。

（2）清除結石：

- A. 內視鏡治療：ERCP 下取石、碎石。
- B. 經皮治療：PTC 下取石、碎石。
- C. 手術治療：膽道切開取石、膽囊切除等。
- D. 膽道鏡治療：對於複雜的結石，可進行膽道鏡下取石。

（3）膽道重建：

- A. 肝切除：對於局限性病變，可考慮切除病變肝葉。
- B. 膽腸吻合術：建立膽汁引流通路，減少感染風險^[3]。

（三）原發性硬化性膽管炎：

1. 抗菌治療：抗生素治療。

2. 膽道減壓：

（1）藥物：

- A. 熊去氧膽酸：為第一線治療藥物，有助於溶解膽固醇結石，減少結石復發。
- B. 纖維酸衍生物（Fibrates）：改善 ALP 和降低膽汁毒性。
- C. 奧貝膽酸（Obeticholic Acid, OCA）：降低膽汁酸合成，增加膽汁酸排泄。

（2）內視鏡治療：

- A. 與臨床惡化相關的良性顯性狹窄，例如黃疸、搔癢或膽管炎惡化，美國



胃腸內視鏡學會和美國胃腸病學會推薦採用球囊擴張進行 ERCP，並對球囊擴張難治的狹窄保留支架置入術。

- B. 不常規建議對狹窄進行內視鏡支架置入術。對於與阻塞或膽管炎相關的膽道狹窄，應先嘗試球囊擴張術。
- C. 嚴重的顯性狹窄，可以考慮短期支架置入術。但如果放置了支架，則應在放置後 4 週內取出。

(3) 肝臟移植：

- A. 肝臟移植 (LT) 是目前唯一的確定性治療方法。
- B. LT 適應症與其他肝病病因相似，包括失代償性肝硬化伴隨門脈高壓併發症。
- C. 肝臟移植後的結果非常好，患者和移植物的 1 年存活率分別超過 95% 和 93% [8]。

(四) 原發性膽汁性膽管炎：

- 1. 抗菌治療：抗生素治療。
- 2. 膽道減壓：

(1) 藥物：

- A. 熊去氧膽酸：為第一線治療藥物。可促進囊泡的胞吐作用與運輸通道的移動，達到膽汁分泌的效果，降低膽道發炎反應。保護細胞，抵抗細胞凋亡。亦有文獻指出具有免疫調節的功能。可用於病程的任何時期，可以改善肝臟生化數據、降低 IgM、降低 AMA 效價、延後組織學上的惡化、提升不須肝臟移植仍存活的機率。
- B. 奧貝膽酸：治療反應不佳時的合併治療。也可用在 UDCA 不耐受性病患，作為單一治療。可促進膽酸的排出，同時降低膽酸的合成。

(2) 肝臟移植：

- A. 若病患產生失代償性肝硬化、患者末期肝病分數大於等於 15、總膽紅素大於 6 mg/dl、梅約風險指數大於 7.8 或頑固性的搔癢症狀，皆可考慮進行肝臟移植。
- B. 肝移植後第五年存活率為 80-85% [6]。

參、中醫治療膽管炎之思路探討

一、整體性治療：

中醫治療膽管炎考量的不僅是疾病當下的症狀，亦會衡量患者體質狀況及疾病未來的可能變化。



此外，由解剖位置可知，膽管居於消化系統重要的交通地位，與肝、胰、膽囊、十二指腸相連結，《素問·靈蘭秘典論》：「膽者，中正之官，決斷出焉。」及《素問·六節藏象論》：「凡十一藏取決於膽也。」皆提示了膽和膽管的關鍵地位，治療時，與膽管相關連的臟腑狀況，如肝、胰、腸、脾胃等也會一併考量。

二、分期治療

以李政育醫師引領之育生學派，對於膽管炎之分期治療分述如下：

（一）急性期：

膽管炎急性期多是瘀熱症，黃疸狀況不一定發生，若出現黃疸，與中醫所謂之「陽黃」類近，以大劑清熱化瘀藥物為主，酌加疏肝、理氣或化痰飲藥物，再視病人體質，如年老者可能再加補氣、補腎或健脾等扶正藥物，年壯者，可先以攻邪為主，緩解後再扶正。

急性期亦可能見到外感症狀，此時外感症狀有可能是因外感引起，亦有可能非外感引起，需詳細判斷。若因外感引起，可用小柴胡湯，或是酌加柴胡、桂枝、葛根等祛外邪藥物，若非因外感引起，只是類外感症候，則無須使用去外邪藥物，僅需清熱化瘀、疏肝理氣等即可。

急性期大黃之使用極為重要，大黃可協助溶血栓、利膽、通便、抑制大腸粘膜的對廢物吸收，並消脂（膽固醇與中性脂肪），原則上維持一天解3至7次大便，若大便多次，請患者多喝稀飯湯，避免脫水〔9〕。

（二）緩解期：

膽管炎緩解期時病勢不凶，但遷延或反覆，黃疸病狀也不一定發生，若引發黃疸，症見黃疸色澤較為晦暗、倦怠、納呆等症狀，此與中醫所謂之「陰黃」較為相類。此時，病勢已緩，清熱解毒藥物不可大量連續使用，因苦寒之劑容易損傷脾胃，除疏肝、緩肝外，須注意調養脾胃與氣血，陽虛者，還需加上補陽藥物如附子、乾薑、玉桂子之類。膽之疏泄功能與脾胃消化、氣機升降密切相關，緩解期更須注意脾胃之調補。

此外，需預防肝纖維化、肝硬化，或已肝纖維化、肝硬化者，皆可考慮予以當歸、何首烏、菟絲子、丹參等藥物，柔肝化瘀，協助肝與膽管代謝微細阻塞，改善肝膽循環。

若有膽結石，可用疏肝理氣、化瘀、健脾等藥物，加上大量當歸，可用到8錢，促進肝臟各腺體分泌膽汁或消化液，以滋潤萎縮的分泌腺，並促進蠕動功能，加速排出結石〔11〕。

若有肝癌、膽管癌或壺腹癌等腫瘤壓迫膽管，造成膽管阻塞、膽汁滯留等問



題，則需優先處理腫瘤問題。中醫治肝膽腫瘤之方法，詳參李政育醫師《常見肝病中醫療法》^[9]、李政育醫師、鄭淑鎰醫師《中西醫結合治癌新法》^[12]。

三、實驗室診斷數據治療思路

(一) 高 AST、ALT、ALP：

急性期：大劑量清熱解毒藥加疏肝理氣，若數值仍將不下來，一直往上攀升可先改善肝血，柔肝法以聖愈湯、七寶美髯丹、育生血枯方加清熱解毒藥，活血而涼血，如尚不降則於方劑中加入乾薑、附子、玉桂，即改用「溫瀉」法。

緩解期：滋肝腎藥加香砂六君子湯或聖愈湯，加清熱解毒藥。

(二) 高 T.Bilirubin/D.Bilirubin：

加清熱 + 通腑 + 溫陽。

(三) 高 γ -GT：

1. 清熱解毒 + 疏肝利膽。
2. 若效果漸差，以養肝血 + 補脾 + 清熱 + 溫陽。

(四) 高 Ammonia

1. 陽黃：小柴胡湯，黃芩、黃連、黃柏、大黃。
2. 陰黃：柴苓湯 + 黃耆、人參、黃芩、黃連、黃柏、乾薑、附子、玉桂子、大黃。
3. 有些須以養陰藥滋腸之陰虛，有些須以養血藥潤腸，同時加入清熱解毒藥及乾薑、附子、玉桂子^[10]。

四、相關藥物、方劑舉例

(一) 清熱解毒：發炎、感染，具熱象時。

黃芩、黃連、黃柏、龍膽草、梔子、蒲公英等。

(二) 利膽：

1. 使膽汁流量增加而利膽：大黃、茵陳、金錢草、梔子、木香、枳殼、龍膽草等。
2. 降低奧狄括約肌而利膽：大黃、茵陳、金錢草、梔子、木香、枳殼、黃芩、鬱金、川棟子、青皮、半夏、大青葉等。

(三) 疏肝：促進膽囊收縮，並疏通肝臟及膽管等膽汁疏通，如小柴胡湯、大柴胡湯等，加上少量大黃、元胡索、木香等。



- (四) 緩肝：甘麥大棗湯、甘草、大棗、龍眼乾、糖。
- (五) 柔肝：可改善肝膽循環，預防反覆發炎後之肝與膽管纖維化，幫助再生修復，如當歸、何首烏、菟絲子等。
- (六) 活血：促進肝膽循環，增加肝臟本體對細胞供血、供氧效能，強化新陳代謝機能，如丹參、赤芍、當歸、川七等。
- (七) 健脾：強化腸道蠕動、吸收功能，亦強化腸肝循環，如可用香砂六君子湯、參苓白朮散或歸耆建中湯，或加茯苓、白朮等。
- (八) 消導：刺激肝臟與腸胃分泌消化酵素及各種酶，以促進並強化對於脂肪的分解與代謝功能，如山楂、雞內金等。
- (九) 理氣：枳實、厚朴、陳皮、砂仁等〔11〕。

肆、病案討論

以下列舉兩個李政育醫師之病案作為分析、討論之對象。

〈病案一〉

男性，41年次。97年9月11日曾喝酒昏迷而傷到腦，做過高壓氧。今肢體動作、言語皆正常，但較木訥。

初診：102/08/10（以下藥物單位：錢）

主訴：近日發燒，連二次，8/8發燒，日晡發熱，盜汗。

檢驗：協和醫院 8/5 檢查

AST/ALT=85/274、T-Bil=1.6、HBsAg(-)、Anti-HCV(-)。

影像檢查：膽結石、膽管結石。

診斷：膽管炎、肝炎、少陽熱。

處方：7帖。

R1：小柴胡湯（柴胡6、黃芩3、半夏5、丹參5、生草5、生薑5、紅棗5枚）
+當歸8、元胡4、木香4、黃芩8、黃柏5、山楂4。

R2：育生丸1粒。

02診：102/08/17

主訴：上週有一次日晡發熱（腋溫 37.5），大便質軟 1天 1行。



檢驗：AST/ALT=96/301、T-Bil=0.66。

處方：7帖。

R1：小柴胡湯+當歸 8、元胡 4、木香 4、黃芩 15、黃柏 5、山楂 4。

R2：育生丸 1 粒。

05 診：102/09/03

主訴：已無日晡發熱、無盜汗、大便質軟一天一行。

足脛水腫，按之不易起。無胃痛。

處方：7帖。

R1：育生柴苓湯（柴胡 6、茯苓 3、黃芩 3、豬苓 3、澤瀉 3、蒼朮 3、元胡 3、木香 3、桂枝 3、丹參 5、半夏 5、生草 5、生薑 5、紅棗 5 枚）+當歸 3、元胡 3、木香 3、黃芩 20、黃柏 5、山楂 4、鹽 2。

R2：育生丸 1 粒。

R3：針三陰交、陰陵泉、血海、太衝。

06 診：102/09/18

主訴：9/9 膽結石痛、9/12 做膽道鏡後發總膽紅素過高。

檢驗：T-Bil=5.9。

處方：7帖。

R1：育生柴苓湯+當歸 3、元胡 3、木香 3、黃芩 20、黃柏 5、山楂 4、鹽 2、酒大黃 0.5。

R2：育生丸 1 粒。

07 診：102/10/01

檢驗：AST/ALT=53/104、T-Bil=1、 γ -GT=268。

處方：7帖。

R1：育生柴苓湯+當歸 3、元胡 3、木香 3、黃芩 20、黃柏 5、山楂 4、鹽 2、酒大黃 0.5。

R2：育生丸 1 粒。

10 診：102/11/12

檢驗：AST/ALT=33/48、T-Bil=0.9。

處方：7帖。

R1：育生柴苓湯+當歸 3、元胡 3、木香 3、黃芩 20、黃柏 5、山楂 4、鹽 2、酒大黃 0.5。

R2：育生丸 1 粒。



討論：

病患初診之時，依其發燒、日晡發熱、盜汗等症狀，判斷為感染性少陽熱，予以育生小柴胡湯加減方。5診時，已無發燒、發熱盜汗等症狀，但足脛水腫，故改予以育生柴苓湯加減方。6診時因膽結石痛，做膽道鏡後，引發總膽紅素過高，予以5診時之處方，加上大黃0.5錢，因T-Bil過高，酒大黃須開劑量大到每天有7-8次大便，排便後，腹腔壓力、門脈壓力一減輕，膽汁會大量分泌，肝就不會膽汁鬱積而腫大，肝內微細膽管就會溶通而連帶T-Bil、AST、ALT較容易快速下降。

此後持續用方，無再改方，T-Bil、AST、ALT等肝指數皆日趨正常。

〈病案二〉

男性，49年次，立陶宛人。HbA1C=6.5，糖尿病胰島素長短效注射一天共46u。

初診：106/10/05（以下藥物單位：錢）

主訴：肝指數偏高。

檢驗：T-Bil=88（5-21）、D-Bil=65（2-5.1）、AST=120（5-34）、ALT=69（10-49）、 γ -GT=1239（<173）。

診斷：膽管炎、肝內膽管炎、微細肝內膽管炎。

處方：15帖。

R1：育生柴苓湯+黃芩8、黃連8、黃柏8、梔子5、酒大黃1、桑白皮8。

R2：川七1錢*3溶入。

R3：育生丸1粒。

02診：106/10/18

檢驗：T-Bil=30（5-21）、D-Bil=22（2-5.1）、AST=103（5-34）、ALT=109（10-49）、 γ -GT=586（<173）。

處方：15帖。

R1：育生柴苓湯+黃芩8、黃連13、黃柏8、梔子5、酒大黃1、桑白皮13、人參3。

R2：川七1錢*3溶入。

R3：育生丸1粒。

03診：106/11/11

檢驗：T-Bil=28.2（5-21）、D-Bil=18.7（2-5.1）、AST=51（5-34）、ALT=61（10-49）、 γ -GT=476（<173）。



處方：15 帖。

R1：育生柴苓湯 + 黃芩 8、黃連 18、黃柏 8、梔子 5、酒大黃 1、桑白皮 18、人參 3。

R2：川七 1 錢 *3 溶入。

R3：育生丸 1 粒。

04 診：106/11/30

檢驗：HbA1C=5.85、T-Bil=54.8 (5-21)、D-Bil=43.4 (2-5.1)、AST=432 (5-34)、ALT=268 (10-49)、 γ -GT=333 (<173)。

處方：15 帖。

R1：育生血枯方 (蒼朮 4、刺蒺藜 4、當歸 8、何首烏 8、菟絲子 8、沙苑蒺藜 8) + 黃連 10、桑白皮 18、五味子 8、丹參 8、酒大黃 1.5、麻黃 3、連翹 3。

R2：川七 3 錢、人參 3 錢 *3 溶入。

R3：育生丸 1 粒。

05 診：106/12/29

檢驗：HbA1C=5.24、T-Bil=117.3 (5-21)、D-Bil=85.6 (2-5.1)、AST=152 (5-34)、ALT=70 (10-49)、 γ -GT=207 (<173)。

處方：15 帖。

R1：育生血枯方 + 黃連 10、桑白皮 18、五味子 8、丹參 8、酒大黃 1.5、麻黃 3、連翹 3、山茱萸 4、附子 5、玉桂子 5、酒大黃 0.5、梔子 5。

R2：川七 3 錢、人參 3 錢 *3 溶入。

R3：育生丸 1 粒。

06 診：107/01/19

檢驗：T-Bil=83.7 (5-21)、D-Bil=65.9 (25.1)、AST=105 (5-34)、ALT=57 (10-49)、 γ -GT=204 (<173)

處方：30 帖

R1：與 5 診同方，再加鹽 1 錢。

討論：

病患為立陶宛人，居處遠方，為避免症狀突發，改方不及，故予以育生柴苓湯，加重苦寒退熱，提早預防腹水、血中蛋白偏低等問題。

2 診、3 診時 T-Bil、D-Bil、AST、ALT、 γ -GT 等肝指數皆有下降，為改善血糖問題，加重黃連、桑白皮。

4 診時，T-Bil、D-Bil、AST、ALT 忽再升高，改予以育生血枯方，增加肝膽



之灌流量，代謝微細阻塞，幫助肝膽細胞新生。

5 診時肝指數漸降，但 T-Bil、D-Bil 仍不斷升高，故再加入山茱萸、附子、玉桂子，補腎補陽之藥物，以持續增加肝膽灌流量，幫助廢物代謝，亦加入梔子，加重大黃，因梔子、大黃亦為降 T-Bil、D-Bil 重要藥物。於後，繼續用方，無再改方，肝膽指數持續下降。

伍、結論：

西醫對於膽管炎有著詳細之分型研究，在症狀、病因上有長期細膩的觀察，於治療上亦有抗菌、膽道減壓、肝臟移植等方法，其不斷設法為膽管炎開闢更好的治療途徑。

中醫治療膽管炎強調根據患者個體差異、疾病分期和臨床表現等因素，制定個別化的治療方案。此外，中醫治療注重整體觀念，不僅針對膽管本身的病變，同時兼顧肝、脾、胃等相關臟腑的功能，以及氣血津液的平衡，以達到標本兼治的效果。其於不同分期時，亦有豐富的藥物和方劑，可根據患者的具體情況靈活運用。本文分享的兩個病案，即展現了中醫治療膽管炎的臨床療效，以及中醫如何根據患者的病情變化調整用藥，取得最佳治療效果。

希冀藉由本文之分析，提供中西醫結合治療膽管炎之視角。同時了解西醫對於膽管炎之研究及治療方法，與中醫整體調理之思路與辨證論治方法，於臨床時，結合各自所長，避其所短，如此更可提高治療效果，改善患者預後。

參考文獻

1. Afdhal NH. Acute cholangitis: Clinical manifestations, diagnosis, and management. Uptodate, Apr 29, 2024.
2. Lee H, Kowdley KV. Recurrent pyogenic cholangitis. UpToDate, Mar 6, 2023.
3. Kowdley KV. Primary sclerosing cholangitis: Epidemiology and pathogenesis, UpToDate, Jul 31, 2023.
4. Kowdley KV. Primary sclerosing cholangitis in adults: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate, Oct 23, 2023.
5. Poupon R. Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of primary biliary cholangitis. Uptodate, Mar 15, 2023.
6. 李文雅、蘇建維：原發性膽汁性膽管炎之臨床表徵、治療與預後。臨床醫學，2020/5，第 85 卷第 5 期，頁 286-291。
7. An Z, Braseth AL, Sahar N. Acute Cholangitis: Causes, Diagnosis, and Management.



Gastroenterol Clin North Am. 2021 Jun;50(2):403-414.

8. Wheless WH, Russo MW. Treatment of Primary Sclerosing Cholangitis Including Transplantation. Clin Liver Dis. 2024 Feb;28(1):171-182.
9. 李政育：常見肝病中醫療法。啓業書局，2005。
10. 鄭淑鎂、簡鸞瑤、陳俐蓉：中西醫結合新辨證論治學。弘道文化事業有限公司，2023。
11. 李政育、黃詩硯、王雨薇等：中西結合共治肝膽病（下）。元氣齋出版社，2023。
12. 李政育、鄭淑鎂：中西醫結合治癌新法。元氣齋出版社，2016。

通訊作者：李政育

聯絡地址：台北市大安區羅斯福路三段 261 號 4 樓

聯絡電話：02-23670436

E-mail：amatasings@gmail.com

受理日期：2024 年 10 月 27 日；接受日期：2024 年 11 月 9 日