

大柴胡汤加减治疗肿瘤梗阻性黄疸

曲骞¹, 吴煜^{2*}

(1. 北京中医药大学研究生院, 北京市朝阳区北三环东路 11 号, 100029; 2. 中国中医科学院西苑医院)

摘要 肿瘤梗阻性黄疸是胰腺癌、肝癌等多种中晚期肿瘤患者常见的严重并发症, 病因病机多以湿热内蕴、湿热瘀互结、脾虚夹湿为主。临床中我们运用大柴胡汤涤荡湿热, 疏肝健脾, 利胆退黄急治其标; 同时肿瘤梗阻性黄疸属病后继续发黄, 癥积日久应针对肿瘤痰湿、瘀、毒缓治病本, 并随证加减用药, 达到标本兼顾。

关键词 恶性肿瘤; 梗阻性黄疸; 大柴胡汤

肿瘤梗阻性黄疸是由胰腺癌、胆囊癌、肝癌、壶腹周围癌等恶性肿瘤的浸润、压迫导致的肝内外胆道梗阻, 临床以高胆红素血症、皮肤巩膜黄染为主要表现的一组疾病^[1]。肿瘤外生压迫胆道狭窄为主要原因, 病情一般较重, 病死率极高^[2]。其起病隐匿, 发展迅速, 确诊时多数已经进入肿瘤中晚期阶段, 有手术机会的患者不到 20%^[3]。对于无法手术切除原发肿瘤的梗阻性黄疸患者, 常进行包括手术胆道引流或介入胆道引流等姑息性治疗^[4]。对于失去手术及姑息性治疗机会的患者, 内科保守治疗效果不佳, 临床治疗十分棘手。

1 中医学对黄疸的认识

黄疸古称“黄瘁”, 其病名出于《黄帝内经》, 《素问·平人氣象论》曰“溺黄赤, 安卧者, 黄疸, ……目黄者曰黄疸”。张仲景在《伤寒杂病论》中以“发黄”名黄疸, 以身黄、目黄、面黄、小便不利或难、腹微满、不能食而胁下满痛等描述发黄的症状特点, 并进一步把黄疸分为五种^[5]。对其病机认识多以湿热内蕴、湿热瘀互结、脾虚夹湿为主, 如《伤寒论》云“两阳熏灼, 其身必黄, ……此为瘀热在里, 身必发黄”; 《金匮要略》曰“黄家所得, 从湿得之”。治疗以祛邪、健脾为要, 采用利尿、泻下等方式以祛邪外出^[6]。

肿瘤梗阻性黄疸属病后继发黄, 多是由于癥瘕积聚久积于肝胆, 损肝伤脾, 以致脾虚运化不利

而寒湿内生, 聚湿则生痰; 肝脾不和, 气血生化乏源, 气虚血行无帅而致瘀; 痰湿瘀毒郁久化热, 致使肝胆不能疏泄, 胆汁不循常道而外溢, 面目及周身发黄。因此, 在肿瘤相关性黄疸治疗上既要疏肝健脾、通腑泻热、利胆退黄, 又要兼顾痰湿、瘀、毒。

2 中医治疗黄疸的用药

黄疸治疗以退黄保肝为急务, 《金匱要略·黄疸病脉证并治第十五》指出“一身尽发热而黄, 肚热, 热在里, 当下之”, 指出黄疸多有阳明腑实热证, 宜选择下法。“诸黄, 腹痛而呕者, 宜柴胡汤”则指出黄疸多为少阳枢机不利, 可选用柴胡汤类方剂以疏肝健脾, 和解少阳。且胆为“中清之腑”, 故选择柴胡汤类方剂中泻下剂大柴胡汤以疏肝健脾, 和解少阳, 通腑清热, 利湿退黄。大柴胡汤出自张仲景的《伤寒杂病论》, 由小柴胡汤方化裁而来, 亦包含小承气汤方义, 由柴胡、黄芩、芍药、半夏、枳实、大黄、大枣、生姜组成。从诸多条文总结可以看出, 其主治“呕不止, 心下急, 郁郁微烦”; “热结在里, 往来寒热”; “发热, 汗出, 心中痞硬, 呕吐下利”, “心下满痛”等^[7]。其临床主要有腹痛、发热、呕吐等急腹症表现, 且有热结在内, 病情较小柴胡汤证更重, 故重用生姜止呕降逆, 枳实、大黄通腑泻热, 利胆退黄。其中枳实、芍药又组成枳实芍药散, “主痼瘕”, 为临床治疗腹痛的常用方剂^[8], 临床上加用甘草调和诸药, 则方中又包含四逆散之意, 可加强疏肝健脾, 和解少阳。

基金项目: 北京市科技计划(D161100005116002)

* 通讯作者: wy713@vip.sina.com, (010) 62835438

利胆退黄只治其标，癥瘕积聚方为病本，应同时针对肿瘤痰湿、瘀、毒合理加减用药，选用制南星、姜半夏、土贝母、土茯苓、浙贝母等药物以化痰散结；加三棱、莪术、姜黄、郁金、土鳖虫、丹参等化瘀软坚，消癥止痛，但肿瘤合并黄疸患者肝脏功能较差，有出血风险，此时使用破血消癥药物应中病即止，不可久用。根据患者正气情况合理使用半枝莲、半边莲、白花蛇舌草、山慈姑等清热解毒抗肿瘤药物，不可一味攻邪。

同时黄疸伴皮肤瘙痒者，加苦参、白鲜皮、地肤子、土茯苓祛风燥湿止痒；伴恶心呕吐者，重用生姜、竹茹等调和脾胃；腹痛、胁痛较甚者，加金铃子散、香附、威灵仙、石见穿、川芎等理气活血通络止痛；脘腹胀满痞闷者，加苍术、白术、厚朴、陈皮、豆蔻等化浊醒脾，燥湿宽中；小便不利、腹水者，加车前草、五加皮、龙葵等。

3 典型病例

患者，男，45 岁，2016 年 5 月 15 日初诊。患者因腹痛、皮肤黄染就诊于当地医院，2016 年 5 月 7 日 CT 提示：肝右叶下段占位 6.5 cm × 5.3 cm，伴肝硬化、脾大、少量腹水，考虑肝癌。乙型肝炎病史 30 余年。血生化示：丙氨酸氨基转移酶 (ALT)：261 IU/L，天冬氨酸氨基转移酶 (AST)：587 IU/L，总胆红素 (TBIL)：294.7 μmol/L，直接胆红素 (DBIL)：208.7 μmol/L。刻下症见：右胁隐痛，腹胀，纳差，乏力，全身皮肤、巩膜黄染，大便秘结且色浅，小便量少浓茶色，眠差，舌质紫暗、苔黄厚腻，脉弦细。诊断为肝癌继发梗阻性黄疸，四诊合参辨证为肝郁气滞、痰瘀互结。给予大柴胡汤加减，处方：北柴胡 10 g，白芍 15 g，枳壳 10 g，炙甘草 6 g，威灵仙 15 g，土鳖虫 10 g，半边莲 30 g，伸筋草 15 g，女贞子 10 g，郁金 10 g，姜黄 10 g，莪术 10 g，酒大黄 6 g，金钱草 15 g，车前草 15 g，桑寄生 10 g。共 14 剂，每日 1 剂，水煎服，饭后 30 min 温服。

2016 年 6 月 17 日二诊：6 月 15 日血生化示：ALT：138 IU/L，AST：237 IU/L，TBIL：162.7 μmol/L，DBIL：114.5 μmol/L。患者黄疸症状较前减轻，右胁时有隐痛，饮食较前好转，全身皮肤、巩膜仍黄染，便干好转，小便量可，色黄，颜色较前变浅，眠可，舌质紫暗、苔厚腻，脉弦细。效不更方，继续守方加减，去女贞子改用生地黄 15 g 以养阴生津。

2016 年 7 月 5 日三诊，7 月 4 日血生化示：ALT：26.2 IU/L，AST：94.6 IU/L，TBIL：54.3 μmol/L，DBIL：45.4 μmol/L。患者肝功能基本稳定，黄疸指标进一步好转，胁肋部隐痛基本消失，皮肤及巩膜黄染减轻，二便可，眠可，舌质紫暗、苔厚腻，脉弦。但患者近期出现牙龈出血，遂去莪术改用香附 10 g，去炙甘草加用天花粉 15 g，去桑寄生加用土茯苓 10 g 以清热解毒，化痰散结。

2016 年 8 月 20 日四诊，8 月 7 日腹部增强 CT 示：肝右叶下段占位 6.5 cm × 6.2 cm × 5.5 cm。血生化示：ALT：16.6 IU/L，AST：54.8 IU/L，TBIL：51 μmol/L，DBIL：26 μmol/L。患者黄疸基本减退，肝脏病灶基本稳定，精神状态及饮食情况进一步好转，继续守方去天花粉加用茯苓 30 g 健脾益气、淡渗利湿，配合金龙胶囊（每粒 0.25 g，北京建生药业有限公司，国药准字 Z10980041），每次 2 粒，每日 3 次，加强抗肿瘤治疗，至 2016 年 10 月患者仍定期随诊治疗。

按语：该患者为肝脏肿瘤引起的梗阻性黄疸，辨证为肝脾不和、痰湿瘀毒互结。病程中患者胆汁排泄不畅，导致肝功能的进一步破坏，肿瘤本身也会对肝脏的功能有所影响，故利胆退黄、保肝降酶是当务之急，因此治疗选用大柴胡汤调和肝脾、通腑泻热、清热化湿、利胆退黄。

该患者兼有乙型肝炎病史数十年，癥积日久，痰湿、瘀、毒交结，初诊时黄疸症状较重，身目俱黄，腹痛、腹胀，且胁肋部隐痛，大便秘结，结合舌脉，此时患者肝脾不调，一派气血瘀滞之象。治疗应疏肝利湿退黄同时化瘀软坚散结，攻补兼施。因此急用大柴胡汤利胆退黄，加土鳖虫、莪术、姜黄、郁金等破血消癥散结药，但患者肝脏基础功能较差，有出血风险。二诊后出现牙龈出血症状，此时使用活血化瘀药物应慎重，换用相对和缓的理气活血药香附，同时配伍少量半边莲清热解毒抗肿瘤，且乙癸同源，癥积日久及肾，因此加女贞子、桑寄生等滋补肝肾。且患者二便不畅兼见腹水，车前草、大黄通利二便，使邪有出路。

综上所述，退黄为急务但合并肿瘤时应辨别标本缓急。用大柴胡汤涤荡湿热，利胆退黄治其标，但癥瘕积聚为病因之本，方药显效后应逐步加用散结消癥之品。脾为后天之本，精血化生之源，佐以健脾和胃药物斡旋中焦收尾，则精血化生有源，元气内生方能驱邪有力。

(下转第 808 页)

宋人心思治,思想因而自觉向自晚唐开始逐渐复兴的注重道德纲常的儒家靠拢,这种上下呼应的关系导致了宋一代的儒风盛行。

儒家本就有重食的传统,如《论语·乡党》记载,孔子“食不厌精,脍不厌细。食饐而洁,鱼馁而肉败不食;色恶不食;臭恶不食;失饪不食;不时不食,割不正不食;不得其酱不食。肉虽多,不使胜食气。唯酒无量,不及乱,沽酒市脯不食。不撤姜食,不多食”^[1]。对食物的要求可谓既精且严,故而从道教服食系统中脱化而来的食治并不会随着道教的衰落而逐渐消失。

儒家素以“不语怪力乱神”著称。在不少记载里,孔子对于神话传说都作了历史化的解释,如《太平御览·卷七》引《尸子》曰“子贡问孔子曰‘古者黄帝四面,信乎?’孔子曰‘黄帝取合乎己者四人,使治四方,不计而耦,不约而成,此之谓四面也。’”又如《韩非子·外储左》记载:“鲁哀公问于孔子曰‘吾闻古者有夔一足,其果信有一足乎?’孔子对曰‘不也,夔非一足也。夔者忿戾恶心,人多不说喜也。虽然,其所以得免于人害者,以其信也。人皆曰:独此一,足矣。夔非一足也,一而足也。’”都是把神话重构为有教化意义的历史。当然这些未必是孔子亲述,也可能是后世儒者将神话敷衍成说以垂教。但儒家“不语怪力乱神”之精神由此可见一斑。故而食治中的服食色彩随着晚唐的儒学复兴和宋朝的儒风大盛而慢慢退去,食治系统因而更加纯粹完善。

综上所述,食治乃是从道教服食系统中逐渐分

离脱化而来的一套治疗体系。在初唐时期,食治就基本与服金餐玉、烧丹炼汞的外丹划清了界限,但由于其与辟谷之间存在许多重合之处,故而这个时期的食治依然掺杂了许多辟谷修行的成分。盛唐时期,因外丹的兴盛,使食治系统一度不被重视,而随着宋代平民社会的逐渐形成与儒学的复兴,使得食治彻底从服食系统中脱离,正式成了中医学中一条重要分支。

参考文献

- [1] 钱伯文,孟仲法,陆海明,等. 中医食疗学 [M]. 上海:上海科学技术出版社,1987:4.
- [2] 张璐. 千金方衍义 [M]. 北京:中国中医药出版社,1995.
- [3] 李景荣,苏礼,任娟莉,等. 备急千金要方校释 [M]. 北京:人民卫生出版社,1998.
- [4] 盖建民. 道教医学 [M]. 北京:宗教文化出版社,2001:37.
- [5] 潘启明. 周易参同契解读 [M]. 北京:光明日报出版社,2005:154.
- [6] 王明. 抱朴子内篇校释 [M]. 北京:中华书局,1996:71.
- [7] 王明. 千金翼方论译 [M]. 北京:学苑出版社,1995:863.
- [8] 沈睿文. 安禄山服散考 [M]. 上海:上海古籍出版社,2015:244.
- [9] 刘俊文. 日本学者研究中国史论著选译 [M]. 北京:中华书局,1992.
- [10] 王夫之. 宋论 [M]. 北京:中华书局,2008:1.
- [11] 朱熹. 四书章句集注 [M]. 北京:中华书局,2011:119-120.

(收稿日期:2016-10-27;修回日期:2016-11-15)

编辑:黄 健

(上接第 801 页)

参考文献

- [1] 徐川,施海彬,刘圣,等. 肝门部胆管癌致梗阻性黄疸介入引流治疗的预后分析 [J]. 介入放射学杂志,2012,21(9):752-755.
- [2] DANG YZ, HUANG SG, LU WL, et al. Curative effect of stereotactic body radiotherapy on hepatic hilar carcinoma [J]. Mol Clin Oncol, 2014, 2(6):1135-1138.
- [3] RYAN DP, HONG TS, BARDEESY N. Pancreatic adenocarcinoma [J]. N Engl J Med, 2014, 371(11):1039-1049.
- [4] WANG C, XU Y, LU X. Should preoperative biliary drainage be routinely performed for obstructive jaundice

with resectable tumor? [J]. Hepatobiliary Surg Nutr, 2013, 2(5):266-271.

- [5] 马素平,赵文霞,郝尧坤,等. 黄疸病名演变 [J]. 河南中医,2015,35(8):1823-1825.
- [6] 陈秋源,钟小生,谭志健. 梗阻性黄疸的中西医治疗进展 [J]. 现代中西医结合杂志,2016,25(2):221-225.
- [7] 郭晓东. 大柴胡汤方证分析及治疗消化道恶性肿瘤的思路与体会 [J]. 环球中医药,2016,33(6):881-883.
- [8] 方令. 张仲景柴胡剂药证方证探讨 [J]. 南京:南京中医药大学,2013:31-32.

(收稿日期:2016-11-08;修回日期:2017-01-03)

编辑:叶 晨