

朱良春治疗胆管细胞癌并发胆汁瘀积性黄疸医案 2 则

何峰, 朱婉华, 张侠福

南通良春中医医院, 江苏 南通 226009

[关键词] 瘀积性黄疸; 消癥散结; 利胆退黄; 顾护脾胃; 名医经验; 朱良春

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2016) 10-0186-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.079

胆汁瘀积性黄疸分为肝内性和肝外性,前者见于肝内泥沙样结石、癌栓、原发性胆汁性肝硬化等,后者见于胆总管结石、狭窄、肿瘤等,是肝癌、胰腺癌常见的并发症。西医主要采用外科手术引流及放置支架缓解黄疸,内科保守治疗效果不佳,对于部分失去手术及放置支架机会者,临床苦无良方。朱良春教授为南通市中医院主任中医师、教授,全国名老中医学术经验继承工作指导老师,首届国医大师,南京中医药大学终身教授、博士研究生导师。朱教授从医已逾 80 载,他因擅长运用虫类药物治疗风湿、肿瘤等疾病,有“虫类药学家”之称,其治学严谨,勤于实践,师古不泥,锐意创新,建树颇多,是一位理论联系实际的中医临床家。现介绍其治疗胆管细胞癌并发胆汁瘀积性黄疸经验如下,以飨读者。

1 病案举例

例 1: 周某,女,61 岁,2014 年 8 月 30 日初诊。患者于 20 天前无明显诱因出现右上腹隐痛伴身目黄染,查上腹部 CT: 肝门区梗阻,胆管细胞癌。肝功能: 总胆红素: 103 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素: 64.4 $\mu\text{mol/L}$, 间接胆红素: 38.6 $\mu\text{mol/L}$, 谷丙转氨酶: 638 U/L, 谷草转氨酶: 484 U/L, 碱性磷酸酶: 314 U/L, 总胆汁酸: 335.3 $\mu\text{mol/L}$, 癌胚抗原(CEA): 5.7 ng/mL, 糖类抗原 CA199(CA199) > 1200 U/L, 诊断为肝门胆管细胞癌。考虑患者已失去手术可能,且行局部介入治疗引流效果欠佳,遂求中医药治疗。现症见身目黄染,四肢畏寒怕冷,倦怠乏力,右肋下隐痛不适,上腹胀满不适,食欲不振,夜寐不佳,小便量少呈深黄色,大便发白呈陶土样,质稀,每天 1~2 次,舌淡紫、苔黄腻,脉沉细。查肝功能: 总蛋白: 59.2 g/L, 白蛋白: 33.9 g/L, 直接胆红素: 231.8 $\mu\text{mol/L}$, 总胆红素: 249.7 $\mu\text{mol/L}$, 谷丙转氨酶: 62.5 U/L, 谷草转氨酶: 59.2 U/L, 碱性磷酸酶: 237.9 U/L, 谷氨酰氨基转移酶: 318.1 U/L, 前白蛋白: 80 mg/L, 总胆汁酸: 14.12 $\mu\text{mol/L}$ 。中医诊断: 黄疸(阴黄), 西医诊断: 肝门胆管细胞癌。

中医辨证: 中阳不振,寒湿阻滞,气滞血瘀,肝胆失于疏泄。治以健脾化湿、清热解毒、化瘀散结,以扶正消癥方合大柴胡汤加减。处方: 龙葵、黄芪、白花蛇舌草、茵陈、半枝莲、蒲公英、金钱草各 30 g, 莪术、石见穿各 20 g, 徐长卿 15 g, 守宫、僵蚕各 12 g, 炮穿山甲 10 g, 蜈蚣、甘草各 6 g。3 剂,每天 1 剂,水煎服。

2014 年 9 月 2 日二诊: 患者右肋下疼痛缓解,小便量稍增多,但仍色黄如浓茶,身目黄染依旧,大便已实,仍为白色陶土便。原方加海金沙 30 g, 郁金、生白芍各 20 g, 柴胡、厚朴各 8 g, 当归、赤芍各 10 g, 芒硝(分冲)6 g, 枳实、枳壳、生大黄(后下)各 5 g。6 剂,每天 1 剂,水煎服。

2014 年 9 月 8 日三诊: 患者诉服药后前 3 天大便质稀,每天 3 次左右,但大便颜色逐渐转黄,身目黄染较前减轻,腹胀缓解,但仍感乏力、纳差,舌淡、苔薄黄微腻,脉沉细。查肝功能: 总蛋白: 65.0 g/L, 白蛋白: 37.8 g/L, 直接胆红素: 191.6 $\mu\text{mol/L}$, 总胆红素: 228.9 $\mu\text{mol/L}$, 谷丙转氨酶: 58.9 U/L, 谷草转氨酶: 63.4 U/L, 碱性磷酸酶: 215.7 U/L, 谷氨酰氨基转移酶: 300.7 U/L, 前白蛋白: 101 mg/L, 总胆汁酸: 6.17 $\mu\text{mol/L}$ 。患者黄疸较前消退,但其素体脾阳虚衰,不可过于通利,遂上方加苍术 10 g, 沉香曲 20 g, 生薏苡仁、熟薏苡仁各 45 g, 7 剂,每天 1 剂,水煎服。

2014 年 9 月 15 日四诊: 患者黄疸较前又有所消退,乏力减轻,胃纳渐馨,小便量正常,色稍黄,大便质软、色黄,每天 1 次,舌淡、苔薄微腻,脉细。查肝功能: 总蛋白: 59.5 g/L, 白蛋白: 32.1 g/L, 前白蛋白: 96 mg/L, 总胆红素: 80.8 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素: 53.9 $\mu\text{mol/L}$, 谷丙转氨酶: 44.4 U/L, 谷草转氨酶: 58.0 U/L, 碱性磷酸酶: 176.8 U/L, 总胆汁酸: 10.72 $\mu\text{mol/L}$ 。患者病情已较平稳,予原方 30 剂继续服。后随访患者病情稳定,黄疸持续消退。

例 2: 张某,女,60 岁,2014 年 10 月 28 日初诊。患者

[收稿日期] 2016-05-08

[作者简介] 何峰(1983-),男,主治医师,研究方向: 中医肿瘤、风湿病。

2014年8月出现腹胀腹痛,查肝功能:总胆红素:185 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素:67.66 $\mu\text{mol/L}$,谷丙转氨酶:277 U/L,谷草转氨酶:195 U/L。2014年10月16日至上海中山医院查核磁共振示:肝内胆管肿瘤,肝内多发转移灶,门脉主干受累,小网膜及腹膜后淋巴结肿大,肝内胆管梗阻,肝内胆管扩张,后行经皮肝穿刺胆道引流术,术后患者黄疸无明显消退,外接胆汁引流袋每天引流约40~50 mL。2014年10月23日在南通市肿瘤医院住院查MRI示:肝门部胆管癌伴以上肝内胆管扩张,门脉主干受侵,肝脏多发转移,上腹腔及后腹膜淋巴结转移;胆囊炎症,右侧胸腔积液,上腹腔少量积液。予护肝退黄、抗炎及补充白蛋白等对症治疗,病情无改善,黄疸持续不退。现症见精神极度萎靡,消瘦,身目重度黄染,乏力,纳差,稍食即感腹胀,夜寐欠佳,小便色黄,大便呈陶土样,舌淡紫、苔薄白腻,脉细弦。查肝功能:总蛋白:52.4 g/L,白蛋白:29.1 g/L,直接胆红素:234.3 $\mu\text{mol/L}$,总胆红素:269.1 $\mu\text{mol/L}$,谷丙转氨酶:31.2 U/L,碱性磷酸酶:264.0 U/L,谷氨酰胺基转氨酶:92.2 U/L,前白蛋白:64 mg/L,总胆汁酸:16.73 $\mu\text{mol/L}$ 。中医诊断:黄疸(阴黄),西医诊断:肝内胆管细胞癌。中医辨证:气滞血瘀,中焦不运,肝胆失于疏泄,治以活血化瘀、消癥散结、清热解毒、利胆退黄,以扶正消癥方合大柴胡汤加减。处方:龙葵、黄芪、白花蛇舌草、金钱草、茵陈、蒲公英、垂盆草、地耳草、珠儿参、楮实子各30 g,守宫、僵蚕各12 g,莪术、郁金各20 g,赤芍、白芍各15 g,当归、炮穿山甲、生大黄(后下)、五味子、枳实、枳壳、蟋蟀各10 g,蜈蚣8 g,羚羊角粉(吞服)1.2 g。7剂,每天1剂,水煎服。

2014年10月30日二诊:患者乏力好转,面部及巩膜黄染有所消退,胆汁引流量每天约为100 mL,小便较前增多,大便质稀,每天2~3次,仍为白色陶土样,舌淡紫、苔薄白腻,脉细。查肝功能:总蛋白:58.5 g/L,白蛋白:30.9 g/L,直接胆红素:217.7 $\mu\text{mol/L}$,总胆红素:255.6 $\mu\text{mol/L}$,碱性磷酸酶:207.8 U/L,谷氨酰胺基转氨酶:66.8 U/L,前白蛋白:72 mg/L,总胆汁酸:15.18 $\mu\text{mol/L}$ 。患者症状减轻,仍守前方,取3剂继服。

2014年11月3日三诊:患者精神转佳,胃纳渐馨,腹胀亦减轻,小便量约1500 mL每天,胆汁引流量明显增多,维持在400 mL左右,大便质稀,每天2~3次,但颜色转黄,舌淡边有齿痕、苔薄白微腻,脉细小弦。查肝功能:总蛋白:59.1 g/L,白蛋白:30.1 g/L,直接胆红素:151.7 $\mu\text{mol/L}$,总胆红素:199.7 $\mu\text{mol/L}$,谷丙转氨酶:48.1 U/L,谷草转氨酶:58.5 U/L,碱性磷酸酶:179.7 U/L,谷氨酰胺基转氨酶:100 U/L,前白蛋白:75 mg/L,总胆汁酸:14.18 $\mu\text{mol/L}$ 。患者病情好转,黄疸消退,大便稀溏虽有利于黄疸排泄,惟久泻脾虚更甚,原方加炒白术30g,以善其后。3剂,每天1剂。

2014年11月6日四诊:患者诉诸症已去其七八,精神

佳,胃纳已如常人,腹胀已缓解,二便正常。舌淡、苔薄白微腻,脉细。予原方30剂继服。

2014年12月6日五诊:患者诉病情基本缓解,复查肝功能:总蛋白:61.1 g/L,白蛋白:31.1 g/L,直接胆红素:51.7 $\mu\text{mol/L}$,总胆红素:99.7 $\mu\text{mol/L}$,谷丙转氨酶、谷草转氨酶已恢复正常。守原方继服。后随访半年,患者坚持服药,病情稳定,黄疸消退。

2 治疗特点

2.1 消癥散结治其本 治病求本,此2例患者黄疸均由癌肿压迫所致,故散结消瘤、减轻压迫当贯穿治疗全过程,朱教授临床治疗肿瘤常用以下三法:①清泄热毒:凡见局部肿块红肿热痛,口干,大便干结,舌质红、苔黄或糙,脉弦数等热象,当清泄热毒,常用药为白花蛇舌草、半枝莲、地龙、山慈菇、生大黄等。如伴见脘腹胀满,呕吐,纳呆,乃兼夹湿浊之象,可加藿香、厚朴、郁金、姜半夏、佩兰等芳香化湿之品。若发热剧,烦躁不安,或有神昏谵语、甚至有出血倾向,舌质红绛,脉弦数或洪数,属血热证者,应加犀角、羚羊角、鲜生地、黄芩、牡丹皮、赤芍、鲜石斛等凉血清热养阴之品。②化痰散结消癥:痰是多数肿瘤的致病因素,朱丹溪曰“凡人身上、中、下有块者多是痰”,《类证治裁》“结核经年,不红不肿,坚而难移,久而肿痛者为痰核,多生耳、项、肘、腋等处”,因此涤痰散结是治疗肿瘤的常用方法,常用药物为天南星、生半夏、川贝母、紫背天葵、白芥子、守宫、僵蚕等。朱教授认为,凡痰核之症,非生半夏不为功,生者虽有有毒,但煎煮后生者已熟,毒性大减,可加生姜三片先煎0.5 h。③化瘀软坚:肿瘤呈“瘀积癥瘕证”者,皆可化瘀软坚,常用药物有三棱、莪术、水蛭、穿山甲、土鳖虫、丹参、桃仁、赤芍等,可使肿瘤变软、缩小,减轻疼痛,改善症状,控制癌肿发展。此2例患者治疗过程中均使用白花蛇舌草、僵蚕、炮穿山甲、蜈蚣、守宫等消癥散结药物。朱教授把三种方法溶为一炉,拟定治疗肿瘤的基本方为扶正消癥方:龙葵、白花蛇舌草、生黄芪、莪术、守宫、僵蚕、白毛藤、半枝莲、甘草。

2.2 利胆退黄治其标 肝内肿瘤压迫导致胆汁排泄不畅,产生黄疸,而黄疸持续加深会导致肝功能的进一步破坏,肿瘤本身亦对肝脏的功能有所影响,故利胆退黄、保肝降酶是当务之急,病例中使用大柴胡汤加减和解少阳枢机,清化湿热。《伤寒论》曰:“伤寒,发热,汗出不解,心下痞硬,呕吐而下利者,大柴胡汤主之。”其“心下痞硬”为少阳枢机不利,湿热内结、气机壅滞之征,“呕吐而下利者”乃少阳胆火,乘袭阳明胃肠之象,胃气上逆发为呕吐,大肠传导失司则下利。朱教授认为大柴胡汤具有清胆和胃、消痞降逆之功,清而不凝,降而不伐,临床应于肝胆病效果颇佳。此2例患者方药中含承气汤类药物,六腑以通为用,西医研究胆红素的代谢有“肠肝循环”这个途径,故通腹泻下后胆红素的排出加快,减少肠道的再吸收,有利于黄疸的消退。

2.3 时时注意顾护脾胃 《素问》曰：“脾胃者，仓廩之官，五味出焉”，历代医家皆谓脾胃为后天之本，并将脾胃功能的恢复作为疾病转归的判断依据，凡病者“得胃气者生，失胃气者亡”，故疾病的治疗过程中，应时时注意顾护胃气。药物亦依赖脾胃的消化、吸收，脾胃不健，运化不良，疗效亦降低。肿瘤晚期患者多胃气虚弱，峻补难以起效，甚至导致患者腹胀加重，朱教授喜用党参、炒白术、苍术、薏苡仁等平稳补之，中焦得运，一身之气血得以疏通，诸病预后则佳。

2.4 辨病与辨证贯穿治疗的全过程 胆管细胞癌属于中医的黄疸、积聚、胁痛范畴，病机为气滞血瘀、湿热内蕴，病久者脾肾阳虚。朱教授治疗肿瘤遵循辨证与辨病相结合的原则，肿瘤总病机为脏腑失和，气机阻滞，瘀血内结，故以消瘤散结治

其本。此2例患者初诊辨证均有少阳枢机不利、湿热内结的症状，使用大柴胡汤涤荡湿热、利胆退黄，明辨标本缓急，用方大胆，但中病即止，方药显效后加健脾和胃药物斡旋中焦收尾，选方用药恰如雪中送炭，谓之审证求机治其本。

[参考文献]

- [1] 朱良春. 朱良春医集[M]. 长沙: 中南大学出版社, 2007.
- [2] 朱春林. 传世方药大柴胡汤[M]. 北京: 化学工业出版社, 2011.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

◆ 文献研究 ◆

高尿酸血症中医药治疗概述

项洁琼¹, 陈仁慈¹, 陈洪宇²

1. 浙江中医药大学第三临床医学院, 浙江 杭州 310053

2. 浙江中医药大学附属广兴医院肾内科, 浙江 杭州 310007

[关键词] 高尿酸血症; 痛风病; 中医疗法; 文献研究

[中图分类号] R589.7 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 10-0188-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.080

在正常嘌呤饮食状态下, 非同日两次空腹血尿酸水平男性高于 420 μmol/L, 女性高于 360 μmol/L, 即称为高尿酸血症(HUA)。这是由于体内尿酸合成增加或排出减少, 而导致的血尿酸浓度升高。随着生活质量的提高和饮食结构的改变, 高尿酸血症的患病率日趋上升。目前, 用于降尿酸的西药并不多, 代表药物有别嘌醇、苯溴马隆、丙磺舒等, 但由于副作用或经济条件等的限制, 其治疗高尿酸血症的运用并不十分理想。诸多文献表明, 中医中药在防治高尿酸血症方面具有一定优势。又因中药副作用小, 疗效稳定, 经济负担轻, 在临床上运用较为广泛。作者从中医中药理论及现代药理研究等方面对临床常用于治疗高尿酸血症的中草药进行探讨, 以期对中医药治

疗高尿酸血症以及在临床上更好地发挥疗效有所帮助。

1 古代中医认识

高尿酸血症可归属于中医学痛风、痹证、白虎历节、脾痺等范畴, 而各医家对此的论述众多, 观点不一。有关痹证的论述最早见于《内经》, 论述了痹证的病因、病机、证候分类及演变。朱丹溪《格致余论》列痛风专篇, 云: “痛风者, 大率因血受热已自沸腾, 其后或涉水或立湿地……寒凉外搏, 热血得寒, 汗浊凝滞, 所以作痛, 夜则痛甚, 行于阳也。”《医学准绳六要》曰: “痛风, 即内经痛痹。”而《景岳全书》则认为痛风即“今人所谓痛风也”。《张氏医通》言: “痛风一证, 《灵枢》谓之贼风, 《素问》谓之痹, 《金匮》曰历节, 后也

[收稿日期] 2016-05-10

[作者简介] 项洁琼 (1991-), 女, 在读研究生, 研究方向: 中西医结合治疗肾脏病研究。

[通讯作者] 陈洪宇, E-mail: hzchenhy@126.com。