

• 案例分析 •

运用茵陈蒿汤联合大柴胡汤治疗远端胆管占位
合并梗阻性黄疸医案 1 例*连晓娟¹, 王涤凡¹, 张志新^{2△}

(1. 山西中医药大学, 山西 太原 030000; 2. 山西省中医院普外科, 山西 太原 030000)

[摘要] 回顾性分析 1 例运用茵陈蒿汤联合大柴胡汤辨证加减治疗远端胆管占位合并梗阻性黄疸引起的皮肤黄染、消化不良及乏力等全身症状。运用茵陈蒿汤联合大柴胡汤体现了中医治疗黄疸之阳黄以“和解少阳、内泻热结、清湿利腑”为基本治则; 疾病中后期在原方基础上加上鸡内金、焦三仙、白术等健脾行气之品, 兼顾肝脾两脏, 注重“肝病调脾、固护脾胃”; 疾病全程关注“胆腑不和”之证, 以“和法”贯穿始终, 最终取得了良好疗效。

[关键词] 茵陈蒿汤; 大柴胡汤; 和法; 肝病调脾; 胆管占位; 梗阻性黄疸; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.10.039

中图分类号: R575; R2

文章编号: 1009-5519(2024)10-1798-03

文献标识码: B

梗阻性黄疸是由于各种原因导致的胆道狭窄或阻塞, 若不及时处理, 可导致胆汁无法进入肠道中, 从而导致巩膜或皮肤黄染、肝功能异常、电解质紊乱、消化不良、凝血功能障碍等, 严重影响患者的生活质量。目前, 可通过介入技术手段对肿瘤等导致的梗阻性黄疸进行姑息性引流治疗。经皮肝穿刺胆道引流术与内镜逆行性胰胆管造影 2 种引流方式较为常用^[1]。但以上途径存在损伤肝实质和胰胆管、出血、术后支架移位、胆道感染的风险^[2]。

梗阻性黄疸属于中医“黄疸”的范畴, 祖国医学在治疗本病上具有显著优势, 本文回顾性分析 1 例应用茵陈蒿汤联合大柴胡汤治疗远端胆管占位合并梗阻性黄疸的典型医案。经治疗 1 月余, 患者皮肤感染、消化不良及乏力等全身症状显著改善, 取得了良好临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 80 岁, 2022 年 11 月 2 日开始出现皮肤及双目发黄, 伴小便赤黄、大便颜色变浅, 并伴纳差、右上腹胀痛, 就诊于当地医院, 行腹部 CT 检查诊断为胆总管占位, 予保肝药物治疗(具体药物、剂量不详), 症状稍缓解后出院。患者出院后病情反复, 症状加重, 为求中医治疗, 于 2022 年 12 月 12 日至山西省中医院普外科门诊就诊。患者主诉“身目发黄伴纳差, 右上腹胀痛 1 月余”首次来诊。查体: 精神一般, 皮肤及双目发黄, 黄色鲜明, 后背皮肤瘙痒, 伴纳差、右上腹胀痛, 进食后尤甚, 口渴欲饮, 眠差, 小便赤黄, 大便秘结, 2~3 d 一行, 舌暗红, 苔黄厚腻, 脉弦滑。既往无肝炎病史, 无血吸虫病、嗜酒史。辅助检查, 肝功能: 谷丙转氨酶 (ALT) 317.3 U/L, 谷草转氨酶 (AST) 95.2 U/L, 总胆红素 (T-BiL) 35.0 μmol/L, 直

接胆红素 (D-BiL) 21.2 μmol/L。磁共振胰胆管成像 (MRCP): 胆总管胰上段局限性肝内外胆管明显增厚, 肝门区、腹膜后小淋巴结, 考虑胆管癌。西医诊断: 阻塞性黄疸胆总管占位。中医诊断: 黄疸, 阳黄重于湿。治以和解少阳、内泻热结、清湿利腑为法, 中药方剂予茵陈蒿汤联合大柴胡汤加减, 具体方药: 北柴胡 20 g, 黄芩片 12 g, 白芍 12 g, 麸炒枳实 15 g, 法半夏 12 g, 大黄 6 g (后下), 生姜 6 g, 大枣 6 g, 茵陈 30 g, 栀子 20 g, 金钱草 30 g, 蒲公英 15 g, 茯苓 15 g, 泽泻 15 g, 党参片 30 g, 煅龙骨 20 g (先煎), 炒酸枣仁 30 g, 熊胆粉 3 g (冲服)。水煎服, 共服 7 剂。

2022 年 12 月 19 日二诊, 患者精神可, 可见双目及皮肤黄染明显改善, 后背皮肤瘙痒、纳差及口干较前好转, 二便调, 眠一般, 舌红, 苔黄腻, 脉弦滑。嘱继服上方, 服用 10 剂后复诊。患者服用 7 剂后可见双目及皮肤黄染逐渐消失, 服用 10 剂后自觉纳、眠逐渐正常, 仍有口干、后背皮肤瘙痒。遵医嘱于 2022 年 12 月 31 日在当地医院复查肝功能, 显示转氨酶及血清胆红素下降至正常区间。

2023 年 1 月 6 日, 患者病情复发, 以“双目及皮肤黄染, 伴腹胀、纳差 1 周”为主诉第 3 次就诊。患者双目及皮肤黄染, 色晦暗, 胁肋胀痛持续发作, 影响睡眠, 纳差明显, 不欲饮食, 伴后背皮肤瘙痒, 口干, 眠差, 小便黄赤, 大便次数增多, 每天 2~3 次, 舌红, 边有齿痕, 苔黄腻, 脉弦滑。考虑到病程日久, 肝木克土, 纳差不欲饮食, 且入睡困难, 予北柴胡 10 g, 清半夏 10 g, 黄芩片 10 g, 麸炒枳实 10 g, 炒白芍 15 g, 牡丹皮 30 g, 焦栀子 6 g, 郁金 30 g, 片姜黄 30 g, 金钱草 30 g, 炒鸡内金 30 g, 三棱 10 g, 莪术 30 g, 蜈蚣 4 条, 夏枯草 30 g, 浙贝母 30 g, 焦神曲 12 g, 焦山楂 12 g,

* 基金项目: 山西省科技厅基础研究面上项目(202203021221292)。

△ 通信作者, E-mail: yellow1812@163.com。

焦麦芽 12 g, 白术 15 g, 醋延胡索 15 g, 石菖蒲 20 g, 制远志 20 g, 熊胆粉 3 g(冲服)。水煎服, 共服 15 剂。服药后 1 周, 患者精神、食欲渐佳, 皮肤及巩膜黄染渐消, 大便成形, 小便调。2023 年 2 月 7 日复查 MRCP: 胆总管胰上段占位与 2022 年 12 月 12 日比较无显著变化。并于 2023 年 6 月 14 日在当地医院复查肝功能: ALT 43.8 U/L, AST 49.0 U/L, T-BiL 46.4 $\mu\text{mol/L}$, D-BiL 19.7 $\mu\text{mol/L}$ 。截至 2024 年 1 月 16 日, 患者症状控制良好, 现仍处于密切随访中。

2 讨论

本案采用中医辨证施治, 具体方法如下。

2.1 辨病、辨证及病因病机认识 患者以“目黄、身黄、小便黄”为主诉, 属中医学“黄疸”范畴。黄疸病首重阴阳辨证, 以黄色的鲜明或晦暗和舌脉为辨证要点^[3]。本例患者皮色灿灿如橘, 舌苔黄厚腻, 脉弦滑, 为典型阳黄之象。除目黄、身黄、小便黄外, 病情发作时伴明显口渴欲饮、大便秘结、小便黄赤等阳盛之象, 《王孟英医学全书》^[4]言:“以热胜者黄而明, 以湿胜者黄而晦。”进一步辨证为阳黄, 热重于湿, 病位在肝胆, 涉及心、脾、胃、肠等脏腑。系因既往饮食不节, 脾胃受损致湿热壅阻, 蕴蒸于内, 日久形成湿热癥积, 瘀阻胆道, 影响肝气的疏泄和胆气的通降。肝气郁结, 胆腑不通则痛; 湿热蕴蒸则口干; 肝郁脾虚致纳差、胃脘部不适; 湿热下注膀胱故小便赤黄, 湿热瘀结肠腑致大便秘结; 热扰心神则入睡困难; 湿热交蒸, 胆汁外溢, 浸淫肌肤, 发为黄疸。

2.2 以辨证论治为基础的治疗法则 黄家从湿得之, 本例患者纳差、苔腻, 脾虚湿滞明显, 更兼口渴欲饮、大便秘结、小便黄赤等阳盛之象, 辨证为阳黄, 热重于湿, 故治疗以清热利湿、和解少阳、内泻热结为主。茵陈蒿汤为治疗黄疸阳热重于湿之名方, 经临床大量实践证实疗效显著; 而大柴胡汤为治疗少阳阳明合病之方, 本案胁肋胀痛、腹满纳差之柴胡证在, 也有里实热结之症, 宜以大柴胡汤和解少阳, 内泻热结。方随法立, 治疗以茵陈蒿汤联合大柴胡汤为主。

方中茵陈蒿为君药, 苦寒降泄, 长于清利肝胆湿热, 为治黄疸要药。栀子泄热降火, 清利三焦湿热, 合茵陈可使湿热从小便而去, 为臣药; 邪在少阳, 经气不利, 郁而化热, 胆火上炎, 而致胁肋胀痛, 方中柴胡入肝胆经, 性味苦平, 善于泄透少阳之邪, 并能疏泄气机之郁滞, 使少阳之邪得以疏散, 配合苦寒之黄芩, 以加强清泄少阳热邪之力。热寓湿中, 湿处热外, 徒清其热, 湿蕴不化; 徒祛其湿, 里热愈炽, 故清热祛湿, 两者兼顾, 为肝胆湿热证治疗的基本法则。因此, 治疗上清热与祛湿兼顾, 湿祛则热孤, 热清则湿化。

本例患者皮肤黄色鲜明, 伴明显口渴欲饮、大便秘结、小便黄赤等阳盛之象, 佐以金钱草、蒲公英、栀子、大黄清泄热邪, 更加泽泻、茯苓, 共奏渗水利湿之力, 使湿去则脾之湿困得解, 少阳枢机得利, 湿热无从瘀滞。诸药攻邪, 恐耗伤营血, 白芍既养阴柔肝防疏

泄太过, 又缓急止痛, 以缓解胁肋不适。因胆热犯胃, 胃失和降, 热结肠道, 肠腑传导失司, 故腹满纳差、大便秘结, 方中佐以半夏、生姜和胃降逆止呕, 大黄合枳实通腑降浊, 通利大便; 大黄伍茵陈亦加强泄热逐瘀之力, 使湿热、瘀滞从大便而去。另外, 考虑患者年老, 加上邪气攻伐耗伤正气, 故佐以党参加强扶正祛邪之力。

全方以辨证论治为基础, 调节脏腑阴阳, 扶正达邪, 用药主次分明。结合患者皮肤黄色鲜明、口渴欲饮、大便秘结、小便黄赤、舌暗红、苔黄厚腻、脉弦滑之症状/体征, 辨证为肝胆湿热之证, 故治疗以茵陈蒿、栀子、柴胡、茯苓、泽泻、白芍等清热利湿、调和肝胆为主, 强调恢复少阳枢纽之功能, 透散少阳之邪, 通调三焦气机, 去除致病之因。进一步考虑患者兼症及年龄等, 予半夏、生姜、大黄、枳实、茯苓、泽泻等通调二便, 使湿热、瘀滞等主要病理产物从大、小便分消。全方审证施治, 少阳枢机得利, 湿热有道得出, 故本例患者首诊用药后全身皮肤及巩膜黄染、胁肋胀痛、腹满纳差、小便赤黄、乏力等症状消失。

本例患者二诊时症状已大幅改善, 且精神尚可, 但入睡困难, 舌红, 苔黄腻, 脉弦滑, 仍有湿热之象, 故继守上方, 务使邪去。三诊见患者双目及皮肤黄染, 黄色晦暗, 胁肋胀痛持续发作, 纳差明显, 不欲饮食, 伴后背皮肤瘙痒、口干、眠差、小便黄赤、大便次数增多、舌红、边有齿痕、苔黄腻、脉弦滑。此次病情复发, 考虑脏腑失和, 肝脾失调, 以致病情反复。因此, 及时调整策略, 在大柴胡汤的基础上重视调补脾胃, 加上鸡内金、焦三仙、白术等健脾行气之品, 调补肝脾两脏。三诊用药体现了“肝病健脾、固护脾胃”及“和法”之“和其不和”的胆系疾病中医治疗思想^[5]。

2.3 以“和解少阳、内泻热结、清湿利腑”为基本治则 肝气郁滞则经气不利, 致胸胁疼痛; 郁之日久, 则或郁而化火, 或横逆克土, 致胃气失和, 故疏肝理气、和解少阳是当务之急, 故当以“和解少阳、内泻热结、清湿利腑”为基本治则。柴胡味辛、苦, 气微寒, 芳香疏泄, 入肝胆经, 具有和解少阳、解热泻火、推陈致新之功, 且其性轻清而升散, 正合乎肝木条达之性, 善开木郁, 是主治胁肋胀痛的核心药物之一^[6]。芍药酸收, 也在方中发挥不可代替的作用。一是固护肝阴, 与柴胡形成一开一合之势, 不致疏泄太过; 二是缓急止痛, 缓解胁肋胀痛不适; 三是合枳实疏调肝气。黄芩配伍柴胡清泄少阳郁热, 牡丹皮、片姜黄也配伍柴胡增强行气活血之力。郁金主归肝经, 味辛, 能行能散, 调达肝气以助脾胃运化, 行气消胀^[7]。熊胆粉具有凉肝血、泻肝火、清热解毒等功效^[8]。现代医学也证实熊胆粉中熊去氧胆酸可改善胆汁淤积性疾病的肝功能, 临床广泛用于治疗各种肝胆疾病^[9]。

2.4 疾病后期注重“肝病调脾、固护脾胃” 五脏六腑相生相克, 阴阳相调, 互相转化, 辨其病位不需拘于一脏一腑, 须根据病势发展兼顾而调。本例患者三诊

时黄疸的黄色晦暗并非特指阴黄,而是湿重于热、湿热瘀阻的阳黄证,此为郁而不出,脾色衰败。《王孟英医学全书》^[4]言:“熏黄与橘子黄,同是湿热,彼以热胜者黄而明,此以湿胜者黄而晦。”随着病程进展,本案由实证逐渐转为虚实夹杂,患者不仅有肝胆湿热表现,而且出现肝木克脾,致脾气虚弱、湿热内盛的表现。《素问·经脉别论》言:“食气入胃,散精于肝。”指明肝脏精气的贮存需通过脾胃的营运和转输。肝病“实脾”是治疗肝病的一个重要治则,“治未病者,见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,肝病“实脾”谓之上工之举。本例患者皮肤黄染、胁部疼痛、口苦、纳差、乏力、大便次数增多、舌苔黄腻之症,所用清肝疏胆、清化湿热之品,多有苦寒之性,易伤及脾胃。白术具有补气健脾之功,故本方用以固护脾胃后天之本,且白术燥湿利水,运脾兼以渗湿,正合脾为太阴之脏,恶湿喜燥之性。方中焦三仙合力助脾运化,脾气得以舒伸,则升清降浊有序,气机得以畅通,故虽未补脾而脾气自健。鸡内金为鸡之脾胃也,也是健运脾胃之要品,脾胃健壮,则气血化生有源、水液运化得通、益于运化药力以消病邪^[10]。

2.5 “和法”贯穿始终 “和法”贯穿本案治疗始终。身目发黄、胁痛、纳差、乏力,二便色质改变、寤寐失调是胆系疾病发生、发展过程中气血阴阳病机变化引起的各种“不和”。胆腑不和,湿热蕴结,则用金钱草、夏枯草疏肝利胆、清热利湿。气血不调,瘀滞于内,乃用善破血中瘀滞,活血止痛之三棱、莪术、蜈蚣、醋延胡索。方中轻用枳实、大黄行气泄热通腑,去除肠胃湿热。睡眠不佳、寤寐失调,实为湿热痰浊扰心所致。石菖蒲醒脾安神、制远志安神益智共同改善入睡困难^[11]。诸药合用,以“和”为期,不仅和解少阳、内泄湿热,而且调和阴阳、气血,逐瘀驱邪,共奏“和合”之曲。

本案在治疗胆系疾病的过程中以辨证为基石,以“和法”为总纲,调和阴阳、气血和脏腑,最终达到治疗的目的,显著改善症状。患者初以全身皮肤黄色鲜明、胁肋胀痛、腹满、大便秘结、小便赤黄、舌苔黄腻、脉弦滑等肝胆失和、湿热蕴积、阴阳失衡的表现为主,辨证为“肝胆不和、湿热蕴积”,且从整体来看,证型以邪实正不虚为主。法随证立,由证得法,其治法以疏肝利胆、清利湿热、调和肝胆为主,对症予以利胆退黄、行气止痛之治法,用药以攻为主,以动为帅,调畅气机、分消湿热,照顾全面而有主次。后期患者病情反复,皮肤黄色晦暗,伴纳呆、乏力等脾虚湿困之证,故遵从“肝病调脾、固护脾胃”的思想,治疗上注重固护脾胃,在疏肝利胆、清热利湿、化痰散结诸法中加入健脾和胃之品,并注重“和其不和”,使人体正气尽快恢复,以达到“扶正祛邪”之效。

综上所述,纵观本案治疗之法,首辨阴阳,证为阳

黄,湿热蕴结,热重于湿,故清热利湿为主;次辨脏腑,病在肝胆,注重固护脾胃;更以“和法”贯穿其中,和寒热、和脏腑、和气血,最终达到扶正达邪之目的,充分体现了中医治疗黄疸的显著优势。本案治疗黄疸之阳黄的诊疗思路,总体以“和解少阳、内泻热结、清湿利腑”为基本治则,疾病后期注重“肝病调脾、固护脾胃”,并将“和法”贯穿始终,最终取得了良好疗效。通过特举以上运用茵陈蒿汤联合大柴胡汤治疗远端胆管占位合并梗阻性黄疸的经典案例,探讨了中医治疗肝胆系疾病的治疗思路,为现代医学治疗该疾病提供了新方法。

参考文献

- [1] 张睿,武希润,丁鹏. ERCP 与 PTCD 治疗恶性梗阻性黄疸的疗效与安全性对比的 Meta 分析[J]. 胃肠病学和肝病杂志,2023,32(2):202-211.
- [2] 雷东酿,娄琳滢,江哲宇,等. 经皮肝穿刺胆道引流术前预防性使用抗生素对术后胆道感染的影响[J]. 介入放射学杂志,2022,31(9):879-882.
- [3] (元)窦材. 扁鹊心书[M]. 北京:中国中医药出版社,2015:54-55.
- [4] 盛增秀. 王孟英医学全书[M]. 2 版. 北京:中国中医药出版社,2015:44-45.
- [5] 王新龙. 基于数据挖掘技术总结王晞星教授对胆系恶性肿瘤的治疗经验[D]. 太原:山西省中医药研究院,2019.
- [6] 周步高,刘馥春,刘妙华,等. 论柴胡、芍药在柴胡疏肝散中的核心地位[J]. 中国中医基础医学杂志,2020,26(1):101-102.
- [7] 王畅,董晓薇,徐建云. 裘吉生巧用郁金临床特色探析[J]. 中国中医基础医学杂志,2018,24(2):243-244.
- [8] 韩莹,孙晖,邱丽萍,等. 熊胆药用特殊价值及其药效物质基础研究[J]. 中医药信息,2020,37(1):12-18.
- [9] 陈旺,刘格歌. 植物性原料合成熊去氧胆酸的研究进展[J]. 中国药物化学杂志,2023,33(1):49-58.
- [10] 李旺,张淑萍. 张锡纯运用鸡内金经验浅析[J]. 陕西中医,2006,27(1):99.
- [11] 翁倩倩,赵佳琛,张悦,等. 经典名方中石菖蒲药材的考证[J]. 中国中药杂志,2019,44(23):5256-5261.

(收稿日期:2023-07-27 修回日期:2024-01-17)