

中西医结合治疗急性梗阻性化脓性 胆管炎 32 例临床观察

湖南医学院第二附属医院中西医结合治疗胆石症协作组

黄仲初 余仲符 庄赞根 熊光仲

急性梗阻性化脓性胆管炎是肝胆系严重病症之一。本病发病急、来势猛，死亡率高，国内死亡率平均达 17.2%⁽¹⁾。多年来，一些兄弟医院曾用中西医结合方法治疗本病，取得较好疗效，死亡率仅 8.2%⁽²⁾，甚至全部治愈⁽³⁾。我院 1976 年 8 月至 1979 年 5 月，以中西医结合治疗本病 32 例，现总结如下。

临床资料

一、一般资料：本组 32 例中，男性 14 例，女性 18 例；年龄 25~75 岁，其中 45 岁以下 18 例，以青壮年为最多。

二、诊断依据：有反复发作之胆道感染或胆道结石手术史。此次发病急剧，有心窝部或右上腹痛，出现不同程度休克，伴有高热、寒战，或精神症状等严重中毒表现。白细胞计数绝大多数在 1.5~2 万/立方毫米以上，最高达 6.1 万/立方毫米，中性粒细胞都在 80~90%。

三、治疗方法：主要措施为抗休克、抗感染和使用本院药厂自制之茵陈胆道汤汤剂或针剂。其中包括补液、纠正水与电解质紊乱，同时选用 2~3 种抗菌素及肾上腺皮质激素等。升压药首选本院药厂自制之枳实针剂。

茵陈胆道汤组方为：栀子、柴胡、黄芩、木香、枳壳、大黄、金钱草各 15 克，茵陈 30 克。针剂制法已报道⁽⁴⁾，剂量为 1 毫升/公斤，成人每次 40~60 毫升，用 5~10% 葡萄糖液或生理盐水按 8 毫升/公斤容积稀释，以一般速度静脉滴注，一日二次。口服汤剂制法：取上方 5 倍量的药物，洗净，切碎，置蒸气夹层锅内，煎煮两次，合并两次滤液，浓缩成 1000

毫升，加入适量苯甲酸钠、尼泊金、糖精钠，静置 4 小时，吸取上清液，装入 500 毫升瓶中，压盖后，流动蒸气灭菌 30 分钟即得。用量每次 50 毫升，日服两次。视患者有无呕吐分别选用针剂或汤剂。

治疗过程中需密切观察。如病情平稳，配合“总攻”疗法。总攻程序为：上午 8 点 30 分口服茵陈胆道汤 200 毫升，或将茵陈胆道针剂 40~60 毫升加于 5% 或 10% 葡萄糖溶液 500 毫升中静脉滴注，约 1 小时左右滴完；9 点 30 分吃脂餐（胆囊已切除者免用）；9 点 45 分肌注阿托品 0.5 毫克，或口服 33% 硫酸镁 40 毫升；10 点配以电极板，取日月、期门两穴，电针 30~60 分钟。若病情恶化，或好转后又反复发作则中转手术。

四、治疗结果：本组 32 例中，手术 14 例（43.7%），死亡 2 例，1 例死于并发胆道出血，另 1 例死于肝、肾功能衰竭；非手术治疗 18 例（56.3%），死亡 1 例，死于肾功能衰竭。本组除死亡 3 例外，其余 29 例临床症状、体征消失，血象、血小板数目恢复正常，肝功能、黄疸指数恢复正常，治愈出院。

非手术治愈的 17 例中，排石者 5 例，1 例排出一粒 3.2×3×3 立方厘米的巨大结石，1 例排出黄豆、绿豆大小结石多达 400 余粒。

手术 14 例中，属急症中转手术 9 例，择期中转手术 5 例。中转手术原因为休克难以纠正者 4 例；病情恶化，高热不退，黄疸加深，血象升高，血小板持续减少，胆囊持续胀大或不缩小，有腹膜炎征象者 5 例；病情好转，症状体征一度消失，但不久又反复发作 5 例。14

例术中病理检查发现胆总管有较大结石嵌顿 2 例,肝胆管结石并蛔虫、肝脓肿破裂 1 例,胆囊结石重度感染、胆道出血 1 例,胆囊结石伴化脓 2 例,胆总管泥沙样结石并蛔虫 2 例,胆总管及肝胆管结石 1 例,胆总管有较大结石 1 例,胆总管结石并胆汁性肝硬化、脾肿大 2 例,肝胆管狭窄并结石 2 例。

讨 论

一、本组非手术治疗与通常的西医非手术治疗,在基本治疗措施上没有太多差别,如都需要补液和使用抗菌素等。所不同之处在于本组配用中药茵陈胆道汤(针),适时加用“总攻”疗法,而临床疗效较好,中转手术率和死亡率较低。回顾我院 1958~1978 年间以手术为主治疗本病 300 例,其中手术 275 例(91.7%),死亡 54 例(19.6%);非手术治疗 25 例(8.3%),死亡 16 例(64%)。总死亡率为 23.3%,而本组 32 例,死亡率仅为 9.4%。其主要原因,可能与使用茵陈胆道汤(针)有关。我们观察到茵陈胆道汤有下列作用:增加胆汁流量,而胆汁内固形物、胆酸盐和胆红质增加不显著^[5];降低奥狄氏括约肌张力^[4]。此外,临床 X 线电影实验观察亦表明,茵陈胆道汤(针)具有使奥狄氏括约肌收缩间隙时间缩短、开放时间延长以及开放直径增大等作用^[6]。

上述实验和临床观察提示,茵陈胆道汤(针)在治疗急性梗阻性化脓性胆管炎过程中,可能起到胆总管十二指肠内引流作用,有利于胆道内的细菌、炎性产物、结石和脓性胆汁的排出,降低胆管内压力,因而有可能预防或减少细菌及其毒素向肝内胆管上行扩散和继续进入血流的机会,从而减少毒血症、败血症产生的机会,或减轻其中毒程度,使中毒性休克较易控制。

二、胆道感染通常以大肠杆菌居多。据本院检验科对 172 例胆道感染患者胆汁培养记录,在阳性结果中,大肠杆菌占 58.5%,葡萄球菌及绿脓杆菌各占 10.1%。茵陈胆道汤抑菌试验表明,对大肠杆菌、金黄色葡萄球菌和绿脓

杆菌均有明显的抑制作用。尽管如此,我们从本病发病急、来势猛、细菌毒力大等特点出发,仍适当配合使用抗菌素,以期更快更好的控制感染。本组除 2 例单纯使用茵陈胆道汤(针)外,其余 30 例均在使用茵陈胆道汤的同时,选用 2~3 种抗菌素。临床疗效表明这样做是有好处的。

三、从本组中转手术原因和术中病理检查发现,在中西医结合治疗急性梗阻性化脓性胆管炎过程中,如合并休克,经中西医结合非手术治疗不易纠正,或病情恶化,或出现腹膜炎时,应警惕胆道可能有难于用非手术疗法解除的梗阻因素或病灶存在,应及时考虑中转手术,以免贻误病机。否则休克时间过长、中毒程度过重,那时即令手术,亦难以得到满意疗效。另一方面,如经中西医结合非手术治疗后,临床症状好转或消失,但不久又复发;或黄疸持续不完全消退或合并胆汁性肝硬化、脾肿大;或经 X 线片证实有胆管结石存在等,对此类患者,仍可以继续治疗一段时间,给以适当调理和培补,使其能在较好条件下行择期手术,以期比较彻底地解决胆道梗阻因素和处理病灶。本组由急症经非手术治疗变为择期手术者 5 例,其中 2 例因胆道梗阻时间过长并发胆汁性肝硬化、脾功能亢进,经积极调理培补后,对胆道梗阻作了比较彻底的手术;同时切除脾脏,解决了脾功能亢进问题。2 例均在术后月余痊愈出院。如当时即行急症手术,则患者恐只能作简单的引流,其他问题须再次手术才能解决。由此可见,中西医结合治疗本病不但不排除手术,相反,在上述情况下中转急症手术或变急症为择期手术都有必要。中西医结合非手术治疗和手术治疗的关系是辩证的、统一的,是相辅相成的,应根据病情变化选择使用,过分强调手术或贻误手术时机都不能收到良好疗效。

参 考 文 献

- (1) 中华外科杂志编辑室:中华医学会第九届全国外科学术会议专题学术总结(中西医结合外科)。中华外科杂志 17:8, 1979。
- (2) 旅大市第二人民医院外科急腹症研究组:中西医结合治

- 疗急性梗阻性化脓性胆管炎。新医学杂志(6):19, 1976。
- (3) 青岛台西医院急腹症研究小组:中西医结合治疗急性梗阻性化脓性胆管炎22例。新医学杂志(6):22,1976。
- (4) 湖南医学院第二附属医院中西医结合治疗胆石症协作组等:茵陈胆道汤及肝、胆管结石“总攻”疗法有关药物的

- 实验研究。中华医学杂志(12):759, 1977。
- (5) 湖南医学院第二附属医院中西医结合治疗胆石症协作组等:实验性胆道感染及茵陈胆道汤对急性化脓性胆管炎的作用观察。内部资料, 1978。
- (6) 余仲符等:茵陈胆道汤对胆总管奥狄括约肌运动影响的X线电影动态观察。中医杂志21(11):37, 1980。

透穴埋线法治疗胃下垂45例

湖南医学院益阳分院针灸科 蔡志明

1975年6月以来,我们用透穴埋置羊肠线法治疗胃下垂,收到满意效果,现将经随访和X线胃肠钡餐复查的45例介绍如下。

一、一般资料

本组45例,男19例,女26例;年龄15~69岁,其中25~34岁16例,占35.5%;职业以农村社员为多;病程2个月~20年,其中2~4年者占55.6%。临床症状有消瘦、胃纳差、嗝气、腹胀(进食后加重)、中上腹部有不规则疼痛等。X线胃肠钡餐立位检查:胃小弯角切迹在髂嵴联线以下;胃大弯弧最低点在髂嵴联线下6.5~7.5厘米(I度)者7例,7.6~10厘米(II度)者29例,大于10厘米(III度)者9例。

二、治疗方法

1. 埋线用具:(1)羊肠线:用0~2号羊肠线,首次用0号双股肠线,以后逐渐加大号码;(2)透穴新针:取18号不锈钢牙钩线,长20厘米,一端在0.5厘米处锤平,钻一小孔(引肠线用)并磨锐为针尖,另一端用铜丝包缠为针柄;(3)埋线新针:由上海医用缝合针厂出产。以上器材均按常规消毒。

2. 腹部透穴埋线法:患者平卧露腹。先用甲紫药水标定穴位,取穴提胃穴(在中脘穴旁开4寸处,左右各一)和关元穴。皮肤常规消毒后,各穴分别注入2%普鲁卡因1毫升。在无菌操作下,先用埋线新针,在穴位处各扎一针眼,然后进行透穴埋线。用透穴新针以25~30度角从右侧提胃穴透向关元穴,原针眼出针,引出肠线,不剪断;又从左提胃穴透向关元穴原针眼出针,引出肠线,不剪断;再从右侧提胃穴透向左侧提胃穴,原针眼出针,引出肠线。最后似荷包形将两线头稍拉紧,平皮剪断。各针眼处用酒精消毒,用豆大无菌棉球敷盖针眼,方形胶布固定。

3. 下肢透穴埋线法:取穴足三里、上巨虚。令患者平卧,标定穴位,局部消毒和麻醉同前。先将0号

羊肠线在无菌操作下剪至6~7厘米,钳夹两断端成一圆圈后,正中套入埋线新针送线钩内,左手持钳拉紧肠线,右手持针,以35~45度角从上巨虚穴进针,透向足三里穴,待针达2/3长时,松钳,继续进针至足三里,再进针0.5厘米,将针退出,针眼按上法处理。一侧埋线后,按同法进行另一侧。

4. 治疗次数和时间:胃下垂I度者一般治疗1次即可,II度者需2~3次,III度者需3~4次以上。每次埋线间隔时间视病情和肠线吸收情况灵活掌握,一般为25~30天。

三、治疗效果

1. 治疗标准:临床症状和体征消失,胃小弯最低点已回升到髂嵴联线以上,胃张力、蠕动均恢复正常为治愈;临床症状明显改善,胃小弯最低点有所回升为显效;临床症状虽有所减轻,但胃小弯最低点无变化为无效。

2. 治疗结果:本组45例中,I度7例中治愈6例,无效1例;II度29例中治愈20例,显效9例;III度9例中治愈2例,显效7例。治愈和显效率为98%,其中I度者大部分经埋线1次治愈;II度治愈者最少1次,最多3~4次;III度治愈者最少2次,最多6次。II、III度患者经2~4次治愈者占77%。治愈的28例随访1~2年,仅1例复发。

四、治疗体会

据临床观察,肠线埋入体内后约25~35天可完全吸收,病人除埋线的第3~4天局部出现反应性炎性反应,不需特殊处理外,腹部有向上抽动感,这种反应可能为胃周围韧带紧张性增加的表现。如经一次治疗效果不明显时,宜间隔一定时间待肠线吸收后,继续施行埋线数次,不可中途中断。治疗开始获效后,脾胃功能改善,饮食增进时,切勿暴饮暴食,以免损伤脾胃,降低疗效,延长疗程。