

## 综 述

## 中西医结合治疗胆石症的进展与展望

辽宁省中医研究院急腹症研究室 贺 瑞 麟

中西医结合治疗胆石症,是近年来进展较迅速的一个课题。通过20余年不断的临床实践及实验研究,已取得了可喜的进展<sup>(1)</sup>,积累了丰富的经验,但也提出了一些值得重视和应进一步研究的问题。

1975年以来各地不断报道用中西医结合的方法,治疗胆石症病例约25,000余例,非手术治疗病例达75%以上,非手术治愈好转率为90%左右,总死亡率在1.85%。兹就近年来进展较大的几个问题综述如下。

## 关于诊断方面的进展

近年来通过放射科、同位素科以及内外科的共同努力,在诊断技术上取得了明显的进展。首先在常用诊断方法上的改进与提高,如口服及静脉胆道造影前,应用中药舒肝利胆以及保肝治疗,可提高肝胆汁中碘的浓度,使显影率提高10~12%<sup>(2)</sup>。另外,对常规口服或静脉造影失败的病例,采用双剂量、口服与静脉联合应用以及静脉滴注法,都不同程度地提高了显影率。有人报告静脉胆道造影出现延迟显影和排空延迟往往提示肝胆管内有梗阻因素存在。对于虽然显影,但胆道仍有病变的病例,应用此法进一步作出判断有一定价值,值得进一步观察<sup>(2)</sup>。改进的螺旋型胆囊置管,效果好,安全易行,为梗阻性黄疸、胆囊管阻塞等病例的造影提供了一个新的途径,值得认真推广应用<sup>(3)</sup>。近年来胆道直接造影及影像医学诊断有了比较迅速的发展,使一些比较复杂的病例,得以显示清晰和完整的胆道影像,有助于得到正确的诊断,为克服中西医结合治疗上的某些盲目性(包括手术与非手术)和提高治疗效果有所帮助。

经皮肝穿刺胆管造影术(PTC)和经皮肝穿刺胆道外引流(PTCD)已在一些医院开始应用,对梗阻性黄疸病例确定梗阻部位,判断梗阻性质,有很大帮助。据上海第二医学院报道,胆管扩张的病入的成功率达96.55%,胆管不扩张者成功率为60%。

内窥镜逆行胰胆管造影(ERCP)在国内已成为比较常用的诊断方法,具有成功率高,并发症少等优点。据河北、天津、北京、沈阳等10余个单位的报道,成功率为70~96%<sup>(4)</sup>。纤维胆道镜的直视检查,在北京、遵义、天津等单位得到开展。它能在术中和经T管窦道直接观察肝胆管系统的病理变化,除可诊断胆道有无结石、蛔虫及狭窄因素外,还能直接看到过去难以确诊的胆道炎、括约肌炎和狭窄程度等,为术中及术后的治疗提供有力的依据<sup>(5)</sup>。应用<sup>131</sup>碘玫瑰红和<sup>99m</sup>Tc-HIDA扫描法,可获得满意的胆系图像,对了解胆囊功能、大小、有无结石以及胆管有无梗阻等效果良好,且方法简单、安全,无副作用<sup>(6)</sup>。B型超声检查是一种较新的诊断技术,对确定胆管有无扩张,以及判断梗阻部位和原因均有帮助。据河南、北京报道,准确率达94%,鉴别黄疸的准确性达96.4%。此检查法具有对病人无损伤,可重复检查,简便易行,不受病情限制等优点,因此可得到临床上广泛应用<sup>(7)</sup>。天津南开医院应用上述各种检查方法,按病情变化的需要,相互配合应用,对218例胆道病人进行联合检查,总的正确诊断率达95%<sup>(8)</sup>。

此外,清华大学与天津南开医院等单位应用电子计算机,对胆道感染胆石症、化脓性胆管炎等进行回顾性试验,符合率达96.1%<sup>(9)</sup>。它如低张十二指肠造影、选择性血管造影、电子计算机体层扫描(CT)等也在逐渐开展。但由于胆道系统本身在解剖和病理方面的复杂性,以及和肝脏、胰腺有着密切的关系,在诊断上仍存在一定困难。

## 关于中西医结合治疗的进展

## 一、中西医结合“总攻”排石疗法继续取得进展

在中药“排石汤”的治疗基础上,根据机体排胆机能的特点,以及有关药物和治疗措施对泌胆、排胆活动的作用规律,有机的组合起来形成的各种综合疗法(“总攻”疗法),近年来在临床上已得到广泛的应用,并不断取得效果。据辽宁、福建、湖南、广东、山东、贵州等地62个单位应用“总攻”疗法治疗4235例病人,排石率一般在60%左右,排净率为30%左右,死亡181例,死亡率为4.73%。遵义医学院还对部分病

人经过 1~6 年的随访观察, 有 69% 的病人症状消失, 恢复了正常工作<sup>(10)</sup>。“总攻”排石病例的选择是提高疗效的重要环节。各地报道排石率高低相差较大, 低者 26%, 高者达 90% 以上, 这多与诊断的准确性、适应症的选择及总攻时机的掌握有密切关系。福建省人民医院观察在“总攻”未排石病例中, 误诊者占 14%<sup>(11)</sup>。由此可见, 总攻排石率与诊断的准确性很有关系。而且对结石性胆道病, 在“总攻”治疗前亦须弄清结石部位、数量、大小、形状以及肝胆系统的机能状态, 以便选择适宜的方案。据遵义医学院、福建省人民医院“总攻”未排石改手术的 100 例的分析, 因胆管下端狭窄、结石粘连、嵌顿等因素 56 例, 结石过大 10 例, 结石过多 8 例, 胆管内无结石 12 例, 其他 14 例。因此较确切的判断上述情况, 是选择排石疗法或手术疗法的重要依据, 了解并掌握这些情况就能减少一定程度的盲目性和提高疗效。

胆石症发作是结石由“静”而“动”的过程。在结石不断移动中可有二种可能性: 一是结石下移至括约肌, 刺激括约肌产生痉挛现象, 时间过久则产生炎症水肿, 使结石嵌顿, 造成梗阻; 一是正值结石移至括约肌而发生痉挛时, 通过理气药、清热利胆药、硫酸镁等起到解除痉挛、消除炎症、恢复括约肌蠕动样推进作用, 加之大量利胆, 则可使结石排入肠道。从报道资料来看, 急性发作期(湿热型)较静止期(气郁型)“总攻”排石效果高出 20~40% 左右。青岛市立医院治疗 200 例, 湿热型排石率 90.5%。因此根据病情, 掌握时机, 应用相应的“总攻”方案是取效的另一重要环节。另外当急性发作期引起结石嵌顿时, 出现排石困难, 可恰当的改善下端炎症水肿, 创造有利于排石通道后再进行“总攻”治疗, 往往亦可取得良好效果。

胆石症发作伴有急性胰腺炎的病例, 可说明两个问题。一是炎症影响胆总管下端壶腹部, 使胆胰管共同通路受阻, 此时应抓住时机, 进一步消除炎症, 改善通路; 二是结石多数下移至括约肌开口部, 此时如能根据病情、因势利导实行“总攻”排石, 常可取得排石效果。Acosta 和 Kell 观察胆石性胰腺炎病例, 在症状消退时大多数病例可在粪便中查到小结石, 分别为 34/36 例和 38/45 例<sup>(12)</sup>。说明此时结石已处于括约肌开口部, 当炎症消退, 症状减轻时, 小结石大多可以通过括约肌而排出。国内有些单位已同样观察到类似情况。遵义医学院结合临床观察, 提出结石性胰腺炎发作期是“总攻”排石的良好适应症。

中西医结合治疗胆石症必须着眼于三个环节, 首

先是控制感染和解除症状, 其次要彻底清除胆系内的结石, 最后要消除胆系所遗留的病理生理改变以达到彻底治愈。因此在临床治疗过程中, 选择各种治疗方案时, 既要考虑不断提高排石率, 又要多争取结石排净; 既要看到近期疗效, 又要观察远期效果。在中西药物的选择、各种治疗措施的应用、手术与非手术的决定等方面, 也必须根据病情变化辨证施治, 如此才能取得良好的治疗效果。

## 二、胆道残余结石的处理

胆道术后残余结石是手术治疗中存在的 一个严重问题。其发生率一般在 10% 左右。但近年来胆道术后残余结石的发生率有增高趋势, 并影响着胆石症的治疗效果。据兰氏等 1955 年报告术后残余结石发生率为 10%, 肖氏 1978 年报告为 40%, 北京医学院附属第一医院 1979 年报告则为 76.6%。胆道残余结石的处理比较困难, 再手术不仅在操作技术上比较复杂, 而且增加并发症和死亡率, 有些肝内广泛结石, 即使一再手术, 亦难彻底清除。因此目前国内不少单位积极开展各种非手术方法治疗残余结石, 已取得较好的效果。

(一) 中药“总攻”排石: 对于术后不带管或带“T”管的残石病人, 在肝胆管无狭窄因素存在的情况下可首先应用。据遵义医学院报道 62 例残余结石患者治疗后有 45 例排石<sup>(13)</sup>, 说明本法对部分术后残余结石病人是一种有效疗法, 有可能避免再次手术的痛苦和危险。

(二) 灌流溶石: 药液溶石是多年来探索的方法。有些单位应用胆汁酸盐、肝素、偏磷酸钠、双氧水等进行溶解胆色素性结石, 取得了不同程度的效果, 实验证明, 复合药液较单一药物更有明显溶石效果。遵义医学院配制的 2% 复方胆酸钠溶石剂, 经国内 13 个单位 129 例的临床验证, 结石全溶者占 58.3%, 部分溶化或崩解者占 20.5%<sup>(13)</sup>。遵义医学院从陈皮中提取橘油, 实验结果表明, 橘油具有强大的溶解胆固醇结石的能力<sup>(14)</sup>, 但有一定的刺激性, 而经过改进的橘油乳剂, 疗效好, 无刺激性, 已在临床上应用, 并取得较满意的效果。目前溶石疗法尚须不断总结, 改进方剂, 缩短疗程, 更好地提高治疗效果。

(三) 器械取石: 国内有二种方法, 一是在 X 线透视下, 通过 T 管窦道用取石网或特制的取石钳取石; 另一是用纤维胆道镜在直视下取石。北京、遵义、天津等地开展较好, 据北京医学院附属第一医院报道, 用胆道镜取石 60 例, 成功率为 93%, 其中 43 例为肝内结石, 伴胆道狭窄者 13 例。因而恰当的运用胆道镜实为治疗残石的良好方法<sup>(15)</sup>。

(四) 液压射流振荡: 重庆大学和第三军医大学共同研制的液压射流振荡仪, 是根据胆道流变学, 利用射流、弹性波传导的原理, 通过冲洗液往返冲刷胆道, 致使胆道管扩张和收缩, 使结石下降而排出, 特别对于泥砂样结石更为有效。据第三军医大学报道, 应用此仪器治疗残余结石 21 例, 其中 18 例排石, 11 例完全排净; 但肝胆管内炎症及狭窄者效果不好<sup>(18)</sup>。

(五) 综合疗法: 由于不同方法各有其优缺点和适应症, 对病情复杂的病例, 用单一的方法往往很难取得满意效果, 因而, 不少单位采用综合治疗方法。各单位的方案不尽相同, 大致为: 术后 T 管造影发现残余结石, 待病情稳定后, 适于“总攻”排石者, 可先行“总攻”疗法; 残余结石在肝胆管内已留置塑料管者, 可先行灌注溶石; 泥砂结石广泛而位置较高者, 经“总攻”、取石等均感困难者可用射流振荡治疗; 结石较大, “总攻”、溶石无效者, 在术后 4~6 周可行胆道镜套取结石; 溶石或取石形成的小碎结石, 可再行“总攻”排石<sup>(17)</sup>。

总之, 残余结石的中西医结合治疗, 有一定的效果, 特别是对低位肝胆管结石多可取得成功; 高位肝内多发细小结石伴有炎症狭窄者治疗比较困难。

### 三、胆石症手术治疗

手术治疗是中西医结合治疗胆石症的重要手段之一。为更好的提高手术效果, 根据病情制定出手术治疗原则以及明确各种手术方法的选用指征, 是非常必要的。从中西医结合角度看, 手术适应范围是: 多数胆囊结石以及由此引起的各种胆囊病变; 胆管系统存在机械性因素如狭窄、结石嵌顿、炎症粘连等以及伴有较严重的局部及全身病变; 通过手术可创造有利于非手术治疗的条件等。手术的目的是尽可能清除结石, 解除梗阻因素以及由此引起的肝内感染、萎缩及破坏。如不能达到此目的则应采取措施建立通畅的通路, 使感染得以充分引流, 有利于非手术疗法的进行。为达到通畅引流, 多数单位主张在行胆肠吻合时要求做到: 吻合口够大, 通畅无阻; 减少造成逆行感染的各种因素; 处理好吻合口以下的“盲袋”。由此提倡在胆管有狭窄因素时, 将狭窄部位以及邻近肝胆管、胆总管广泛切开, 进行胆管空肠 Y 型吻合, 并注意防止肠内容物返流至胆道内<sup>(18~20)</sup>; 但有人认为肝内胆管狭窄原位整形可以保存肝外胆道的生理功能<sup>(21)</sup>。在无胆管狭窄的情况下, 多主张采用胆管空肠或十二指肠吻合术或 Oddi's 括约肌切开成形术。如果结石局限于肝的一侧(往往是左侧肝), 尤其是合并肝内胆管多发性狭窄、扩张或出血、萎缩等, 以一侧肝

切除术效果较好。

术前、术后应用中药舒肝利胆, 可起到肝内由上而下的“内冲洗”作用, 从而使残留肝内胆石松动、下移并利于排出; 同时药物尚有解除括约肌痉挛及控制炎症的作用, 有利于结石排出并防止结石再次形成<sup>(22)</sup>。这种中西医结合的手术与非手术疗法, 对胆道结石疗效的提高以及复发的预防将会取得较好的效果。

## 问题与展望

### 一、不断提高诊断水平, 减少治疗盲目性

我国胆石症的一个特点是原发性胆管结石, 特别是肝胆管结石的发病率较高, 因而诊断与治疗中都具有其特殊性。在治疗前能否全面地做出判断, 是否适合非手术疗法, 能否有把握的估计非手术疗法的效果(包括能否排石), 是目前胆石症治疗中亟待解决的重要问题。要解决这方面问题, 今后应从以下两个方面着手。首先通过不断改进的诊断方法和利用先进的诊断技术, 对每个胆石病例在治疗前尽可能做出较正确的诊断, 包括判断是结石性或非结石性胆道疾病, 以及结石的部位、大小、数量、肝功能状态和局部病变情况等, 这对于恰当选择适应症, 提高疗效甚为重要。其次是治疗过程中认真总结经验, 寻找规律, 在一般规律中找出偶然现象, 加以综合分析, 如在不排石病例中找出阻碍排石的原因, 从排石病例中找出促进排石的因素等等, 无疑具有极为积极意义。通过认真的研究和不断的实践, 一定会逐渐克服治疗中的盲目性并提高疗效。

### 二、积极防治胆道残余结石及复发结石

根据我国胆石症特点, 可以认为肝内泥砂样结石, 尤以伴有肝内胆管炎性狭窄, 可使手术难予取尽或导致遗留, 是残余结石发生的主因。除此之外, 尚与下列因素亦有密切关系, 如能认真改进, 残余石的发生率必能大大下降。

(一) 术中探查不过细、取石不认真, 是近年来残余结石率不断升高的原因之一。因此手术病例要做到全面考虑, 细致探查, 并充分利用手术台上 X 线造影及胆道镜等, 是减少残余结石发生的重要方法。遵义医学院术中应用胆道镜使 23% 病人避免了残余结石的发生<sup>(6)</sup>。

(二) 由于病情关系急诊手术也易导致残余结石发生。如能认真应用中西医结合治疗, 使急诊手术变为择期手术, 可使残余结石率明显降低。

(三) 不恰当的手术方式, 如造成下端盲袋及易致胆汁滞留的术式, 则常发生残余复发结石。因此多采

用胆管空肠对端 Y 型吻合术或胆总管下端括约肌切开成形术,可使下降的结石易于进入肠道内。除选择合适的手术方式外,胆道器械的改进,也是亟待解决的问题。

由于肝胆管结石发病率高,术后残余结石的发生亦相应增高,因此不仅着重于治疗残余结石,更重要的是降低肝胆管结石的发病率,以及减少反复胆道感染所致的胆道狭窄。这些又与胆道蛔虫病有密切关系,因此开展对肠蛔虫病的预防和治疗以防止或减少胆道蛔虫病,对降低肝胆管结石的发病率及术后残余结石的形成,都有着极其重要的意义。

### 三、降低胆石症的死亡率

国内胆石症的总死亡率一般在 1~4%左右,但重者死亡率可达 20%以上,伴有各种并发症者死亡率更高。据大连、遵义统计,因急性梗阻性化脓性胆管炎(AOSC)而死亡者,占胆道疾病死亡中的 60%。因此,提高与改进 AOSC 的诊治效果是降低胆道疾病死亡率的紧迫问题之一。该病多因结石、蛔虫引起,约占 80%。四川医学院对 160 例该病患者应用中西医结合非手术疗法治疗,可使 70%以上病例由急诊变为择期手术病人<sup>(23)</sup>,其中有些可不经手术而治愈,因此降低了急症手术率,而死亡率降为 5%,实为降低胆道病死亡率的可行途径。如何掌握其非手术治疗和手术治疗的最有利时机,有待积极研究解决。

### 四、加强胆石症的临床实验研究

在中西医结合治疗胆石症取得了肯定疗效的基础上,不少单位对中药和针刺的疗效及其作用机理进行了大量的研究。这对于改进治疗方法,提高临床治疗效果有着十分重要的意义。如利用胆囊超声断层、胆道录象,以及测定胆总管内压、肝胆汁流量等,观察各种药物和措施对人胆道运动功能和胆汁分泌功能的影响,对改进目前应用的“总攻”方案的内容和针刺取穴及手法的取舍应用,使治疗更加合理与完善有一定指导作用;通过对胆石基质及显微结构的研究、对正常胆汁及影响胆汁成分因素的研究,以探讨结石形成的有关因素,并提出更为有效的溶石方法;以及通过对动物喂饲致石饮食,制成胆结石模型,进一步探讨结石成因,并提出预防结石发生的有效方法等,都具有重要的现实意义。至于中药的利胆作用是直接的还是间接通过胃肠道激素的释放而起作用?同时在胆道梗阻、胆道内压力已明显升高时,是否还有利胆作用等,都需通过模拟胆道梗阻的实验模型,以期获得更切合临床实际的解释。

总之,中西医结合治疗胆石症的研究有着极其丰

富的内容,无论在临床或实验研究方面,都还有大量没有解决的课题,今后必须认真地、科学地、不断积累和总结经验,逐步地建立起更为完善的中西医结合治疗胆石症的新方法。

## 参 考 文 献

- (1) 天津南开医院、遵义医学院著:新急腹症学。人民卫生出版社,1978。
- (2) 蒋筱强等:胆道 X 线。内部资料,1980。
- (3) 关凤林等:中华外科杂志 18(4):367,1980。
- (4) 鲁焕章等:中华外科杂志(7):395,1981。
- (5) 贺瑞麟等:贵州医药(3):13,1982。
- (6) 林克健等:中华外科杂志(4):311,1980。
- (7) 张宝善等:中华外科杂志(4):314,1980。
- (8) 鲁焕章等:第二次全国急腹症会议资料,1982。
- (9) 黄冯玲等:中医杂志(1):18,1980。
- (10) 贺瑞麟等:中华外科杂志(3):135,1977。
- (11) 赵竟成:中医杂志(1):31,1980。
- (12) Acosta, JM: New Eng J Med 290:484, 1974。
- (13) 裴德恺:中华外科杂志(2):142,1980。
- (14) 周群等:贵州医药(2):12,1981。
- (15) 张宝善等:中华外科杂志(6):352,1982。
- (16) 蔡忠军等:中华外科杂志(4):300,1980。
- (17) 胡素玲:医学研究通讯(6):11,1982。
- (18) 曾宪九:中华外科杂志 16(5):259,1978。
- (19) 黄志强:中华外科杂志(9):716,1961。
- (20) 王训頌:中华外科杂志(1):41,1981。
- (21) 冉瑞图:中华外科杂志 18(4):291,1980。
- (22) 贺瑞麟等:中华外科杂志(2):103,1965。
- (23) 蒋俊明等:中医杂志(1):23,1981。

## 本刊“问题解答”栏征稿

本栏专供已学过中医并初搞各科临床的青年中医、西学中读者作为自修、辅导时参考。欢迎投稿!

具体要求如下:

(1) 请将拟撰的题目列出一览表,同时试写一二个选题答文一并寄来,经挑选后,再通知作者撰写。

(2) 要注意避免与过去已报道的问答内容或教科书、辅导读物、工具书等完全重复。

(3) 选题的面要广,但每个选题内容要越小越具体越好。对上述读者在临床或自修学习中医等方面,确能指导治学方法,解决一些共同性的难点为宜。

(4) 答文要简明扼要,深入浅出。每题以 400~800 字为宜。答文用稿纸单面写,每行 23 字,字迹要清楚,标点或引号均占一字。文末署作者姓名。

选题单及答文请自留底稿,无论选用与否,均不退还。