

胆系感染 513 例远期疗效分析

武汉医学院第二附属医院 林菊生* 林云华** 官纯寿**

指导 李鸣真** 叶望云** 潘恪如***

胆系感染是一种复发率较高的疾病,患者每苦于反复发作而多次住院,甚或诉诸手术,而手术的效果亦不十分满意。国外报道手术死亡率为1.1~6.1%⁽¹⁾。关于手术复发率,国内有高达40%的报道⁽²⁾。可见,如何提高本病的远期疗效,是一个有待研究的课题。本文拟对本组用中西医结合治疗的513例胆系感染追踪观察的结果进行分析,以探讨与本病远期疗效有关的因素,并就如何提高远期疗效,降低复发率问题,提出粗浅的看法。

资 料 来 源

自1963年1月至1979年12月,收治住院临床诊断为胆系感染而资料完整者共719例。主要依据病史、症状、体征、一般化验检查,并经超声波或十二指肠引流胆汁培养、胆系造影等特殊检查,或经手术证实而确诊。随访方法主要通过通信,结合专科门诊复查。随访期最短2年,最长18年。由于十几年来地址更改、人事变迁等原因,随访取得联系的仅513例,随访率为71.3%。513例中随访2~5年者89例,6~10年者267例,11~18年者157例。

资 料 分 析

一、远期疗效

1. 远期疗效标准:(1)良好:出院后从未复发,无后遗症,工作生活正常;(2)尚好:出院后偶有发作(一年内不超过2次),症状轻微,能坚持正常工作;(3)不好:出院后经常发作,影响工作与生活,甚至再次住院或手术。

2. 随访结果:513例中,获良好者337例(65.7%),尚好者51例(9.9%),二者共占75.6%;不好者125例(24.4%),其中死于本病者2例(0.4%)。

二、远期疗效与中医不同治则的关系

本组病例多为选择病例,即毒热型需急诊手术者,多由外科收治;湿热型热盛者常用中药加抗菌素治疗,必要时手术;一般湿热型及瘀滞型则单用中药治疗。由于单用中药、中药加抗菌素和手术三种疗法是针对不同病情的病例而设,所以它们的远期疗效无可比性。单用中药组病情相同,具可比性,共285例,分清法、下法、清下合用三种不同治则予以施治。表1示,清下合用治则疗效最好,与单纯清法、下法治则比较,疗效有显著性提高($\chi^2=11.74$, $P<0.01$; $\chi^2=6.88$, $P<0.05$)。

表 1 远期疗效与不同中医治则的关系

治 则	总例数	良 好 例数(%)	尚 好 例数(%)	不 好 例数(%)
清 法	40	20(50.0)	5(12.5)	15(37.5)
下 法	44	25(56.8)	3(6.8)	16(36.4)
清下合用	201	153(76.1)	9(4.5)	39(19.4)
合 计	285	198(69.5)	17(6.0)	70(24.5)

三、远期疗效与不同诊断的关系

表2示,不同病因的胆系感染疗效不尽相同,以胆道蛔虫并感染疗效最高,与结石性胆系感染相比有显著性差异($\chi^2=16.48$, $P<0.001$);单纯性胆系感染疗效也高于结石性胆系感染($\chi^2=6.59$, $P<0.05$)。

* 中医科研究生; ** 中医科; *** 外科

表 2 远期疗效与不同诊断的关系

诊 断	总例数	良 好 例数(%)	尚 好 例数(%)	不 好 例数(%)
单纯性胆系感染	257	169(65.8)	25(9.7)	63(24.5)
胆道蛔虫并感染	158	117(74.1)	16(10.1)	25(15.8)
结石性胆系感染	98	51(52.0)	10(10.2)	37(37.8)
合 计	513	337(65.7)	51(9.9)	125(24.4)

四、远期疗效与出院时状况的关系

表 3 示, 出院时状况好, 其远期疗效也好, 出院时无效者, 远期疗效极差。经统计学处理, 其远期疗效临床痊愈出院者非常明显高于好转与无效出院者($\chi^2=120.56$, $P<0.001$; $\chi^2=38.08$, $P<0.001$); 好转出院者亦高于无效出院者($\chi^2=11.20$, $P<0.01$)。

表 3 远期疗效与出院时状况的关系

出院时疗效	总例数	良 好 例数(%)	尚 好 例数(%)	不 好 例数(%)
痊 愈	384	302(78.6)	13(3.4)	69(18.0)
好 转	118	35(29.6)	37(31.4)	46(39.0)
无 效	11	0(0.0)	1(9.1)	10(90.9)
合 计	513	337(65.7)	51(9.9)	125(24.4)

五、远期疗效与巩固治疗的关系

根据临床经验, 在患者出院后的 2 年内, 给予巩固治疗甚为重要。我们的方法是, 给以抗炎片(蒲公英, 厚朴, 大黄)或茵虎黄片(茵陈, 虎杖, 大黄), 配合利胆化瘀片(茵陈, 金钱草, 郁金, 莪术, 红花, 乌梅, 大黄)或利胆和胃片(茵陈, 郁金, 白术, 陈皮, 焦山楂, 大黄)等口服, 并定期复查。表 4 示, 行巩固治疗者较未行巩固治疗者远期疗效要好($\chi^2=11.45$, $P<0.01$)。

表 4 远期疗效与巩固治疗的关系

出院 2 年内措施	总例数	良 好 例数(%)	尚 好 例数(%)	不 好 例数(%)
巩 固 治 疗	283	204(72.1)	23(8.1)	56(19.8)
未巩固治疗	230	133(57.8)	28(12.2)	69(30.0)
合 计	513	337(65.7)	51(9.9)	125(24.4)

讨 论

目前, 对治疗胆系感染远期疗效的报道不多, 且存在不同看法。有人认为在清除病灶、保持胆汁引流通畅、防止复发方面, 以手术治疗为好。中西医结合治疗若能在防止复发方面有较好效果, 则将进一步显示出它在胆系感染治疗上的优越性。下面就本组随访结果, 加以初步讨论。

一、关于清下合用问题

祖国医学对类似胆系感染的证治有丰富的记载。《灵枢·胀论》曰:“胆胀者, 胁下痛胀, 口中苦, 善太息”。《伤寒论》中的结胸, 可见心下部坚硬、胀痛、拒按, 气短, 往来寒热等症候, 主张用大陷胸汤或大柴胡汤治疗, 此二方即寓有清下法合用之意。凡情志不遂、饮食不节、中焦湿热、虫积等均可导致肝胆气滞、湿热壅阻, 使肝脏疏泄和胆腑通降功能失权。盖胆为中清之腑, 以通为用, 不通则痛故症见胆区剧痛; 湿热熏蒸, 胆汁逆溢肌肤故发黄; 气血郁结, 热积不散, 热腐成脓, 而成脓毒或毒热。这些观点与现代医学对本病的认识有某些共同之处。胆系感染急性发作期多表现为热证, 故清法为治疗本病之大法, 据报道, 清热药对感染有多方面的作用^(3,4)。本病常用清法方有抗炎 6 号(金银花, 蒲公英, 大青叶, 鱼腥草)或茵栀黄(茵陈, 栀子, 黄芩)注射液等。实验证明, 抗炎 6 号注射液能体外抑菌, 体内抗感染、抗炎、拮抗内毒素和提高机体免疫功能^(5~8), 这些对控制感染能起积极的作用。

此外, 胆系感染常有淤胆或胆道梗阻, 并常伴发便秘, 因此下法亦常应用。我院常用下法方有茵陈大、小承气汤, 茵黄汤(茵陈, 大黄), 巴豆胶囊等。实验证明, 不少下药除能通便、减少毒素吸收、恢复肠道功能外, 尚能促进胆汁的分泌, 缓解奥狄氏括约肌的痉挛, 有利于胆道小结石的排出和胆道梗阻的解除, 其中以大黄的作用最强, 也最全面⁽⁹⁾。清法、下法治疗胆系感染的作用可以肯定, 然而二法

单独应用均有不足之处。如仅用清法,虽能解肝胆经之无形热邪,控制感染,但六腑之有形实邪未祛,梗阻未除,则无形之热,必然复生;如仅用下法,虽能荡涤实邪,有利于解除胆道梗阻,但清热、控制感染之力仍嫌不足。若二法合用,则经、腑兼顾,结、热并治,疗效益彰,即既能控制感染,又有利于解除梗阻。

实践证明,二法合用具有协同作用,在提高远期疗效方面明显优于单用清法或下法者。我院所用清下合用方有肝胆宁(茵陈,柴胡,郁金,青木香,生大黄,猪胆汁)、茵虎黄片、抗炎片等。临床上亦常将前述清、下法药剂综合应用,效果良好

二、关于不同诊断的远期疗效

本组病例结石性胆系感染复发率最高,单纯性胆系感染和胆道蛔虫并发胆系感染较低,这是基于它们各自不同的病理基础之故。胆道蛔虫并发感染时,进入胆道的蛔虫作为一种机械性刺激,引起胆管痉挛,可致胆流不畅;同时蛔虫往往带入大量肠道细菌而引起胆道感染。一般情况下,炎症呈急性病变,但程度较轻,如能及时通下、清利、驱蛔,感染可较快控制,损伤可完全修复,较少复发。单纯性胆系感染多有胆汁淤滞的病理基础,淤胆时胆汁理化改变可刺激胆道粘膜,可致无菌性炎症,使其抵抗力降低,利于细菌入侵,慢性炎症反复发作后,纤维组织增生肥厚,有时导致局部管道狭窄,从而形成易于复发的病理基础,故其复发率略高于蛔虫所致胆道感染,但无显著性差异。结石性胆系感染病变更为复杂,除胆汁淤滞和感染因素外,还有胆红素或胆固醇代谢方面的异常,而且感染与结石又可互为因果,常易导致复发。所以从提高远期疗效、减少复发来看,对于因胆道狭窄,结石过大、过多,不易排出或不易排净者,经中西医结合非手术治疗仍反复发作的结石性胆系感染患者,仍以手术治疗为好。至于手术时机,则尽量以择期手术为宜,因诊断明确,在术前准备比较充分的条件下,手术可较彻底,也较安全,可减

少复发。

三、关于出院后巩固治疗在预防复发中的意义

一般而言,疾病的临床痊愈常先于病理痊愈。胆系感染控制之后,胆道功能是否已恢复正常,胆汁引流是否通畅,对于出院后是否易于复发具有决定性影响。本组资料表明,临床痊愈出院病例,其远期疗效明显优于好转出院者,而此两组又都非常明显优于无效出院者。因此为提高远期疗效,住院期间的治疗应力求彻底;出院之前对一些特别检查最好能复查一次,以了解胆道炎症和功能的恢复情况,以及结石的有无。鉴于本组80%胆系感染病例复发时间在出院后2年之内,故出院后2年内的巩固治疗甚为重要。本组资料表明,以清热、利胆、化瘀、和胃方药巩固治疗的病例,其远期疗效明显优于未行巩固治疗者。

四、关于避免诱发因素的问题

本组病例复发的诱因,有因于饮食不节,有因于寒温不适、情绪波动、劳累等,其中以饮食不节者为多,占74.4%。饮食失节克伤脾胃,进而生湿、生热、生痰,阻碍气机,特别是多食甘膩厚味,令人内热,容易引起本病复发。已知高脂饮食进入消化道可刺激小肠上部粘膜产生胆囊收缩素,后者被吸收入血循环,作用于胆囊壁使之收缩,若胆囊管或奥狄氏括约肌在病理情况下,来不及松弛或有梗阻,则胆汁排出障碍,为导致本病复发的原因之一。有的资料谓情绪因素可引起胆汁排出障碍。中医认为人的情志变化会影响肝的气机调畅,进而影响胆汁的疏泄,这可能与植物神经功能紊乱有关。植物神经功能紊乱有两种情况:(1)支配胆道的副交感神经的反射性刺激产生压力过高型,胆道括约肌剧烈收缩,而胆囊收缩较弱,不能克服括约肌的阻碍;(2)交感神经的反射性刺激和迷走神经的抑制可发生压力过低型,胆囊弛缓,压力降低,使胆汁不能排出^[9]。此外,受凉、疲劳均可使机体免疫功能降低,而促使慢性胆系感染急性发作。因此除避免高脂饮食之外,注意情绪稳定,寒温

辨证论治氟骨症 30 例临床观察

西安医学院第二附属医院中医科 葛正华 乔成林 刘素蓉

1979~1980 年我科收治了来自陕西、山西、新疆等省市自治区的氟骨症患者 30 例,取得了一定效果,今报道如下:

临床资料

一、一般情况

30 例中,男 14 例,女 16 例。年龄最小 17 岁,最大 58 岁,平均 38 岁,其中 40 岁以上 14 例,占 46.7%。临床主要病象为骨、关节及肌肉疼痛 28 例(93.3%),骨关节僵硬 24 例(80%),肌肉痉挛 26 例(86.7%),氟斑牙 26 例(86.7%),抬头、旋颈、后仰、直腰、转身、下蹲等功能障碍 22 例(73.3%),脊柱弯曲、驼背、佝偻、腿畸形等 18 例(60%)。临床根据病情判定,属 I°者 8 例,II°者 7 例,III°者 15 例。后者 15 例(50%)完全丧失劳动力。

二、实验室检查

30 例均作血、尿、粪常规及心电图、肝功能、肾功能检查。血红细胞低于 350 万/立方毫米、血红蛋白低于 10 克%者 9 例;心电图有左室高电压者 2 例;血非蛋白氮高于正常者 3 例(60~72 毫克%);尿、粪及肝功能检查 30 例均正常。23 例作血沉检查,6 例为 21~54 毫米/小时。13 例作抗“O”检查,2 例分别为 800 和 1250 单位。6 例作类风湿因子检查,结

果均阴性。13 例作治疗前后晨尿氟含量测定,治疗前晨尿氟含量均高于正常值(0.5~1.5 毫克%),其范围为 3.2~37 毫克%,平均 10.41 毫克%。1 例作心电图检查,表现为上肢肌电图未见明显异常,下肢神经传导速度明显下降,但未见有病理性电位,两下肢肌收缩幅度下降,且有多相电位,考虑以肌肉损害为重。17 例作骨髓细胞学分类,8 例呈增生性骨髓。11 例作甲状腺吸¹³¹碘试验,3 例功能低下。19 例作血清铁、铜、锌、钙、镁测定,其中 17 例血清锌低于正常值(91.62±11.15 微克%),最低者 40 微克%。测定尿磷含量 8 例,6 例低于正常值(0.7~1.5 克/24 小时),最低者 0.2 克/24 小时。尿 17-羟、尿 17-酮测定 15 例,11 例尿-17 羟低于正常值,最低者为 1.13 毫克/24 小时;9 例尿-17 酮低于正常值,最低者为 3 毫克/24 小时。

30 例作了 X 线多部位(脊柱、骨盆、尺桡、胫腓骨及胸部)摄片检查,按放射学氟骨症分类,属疏松型 8 例,硬化型 9 例,混合型 13 例。6 例另作颅骨摄片,5 例显示氟骨症改变。2 例截瘫病人作椎管造影,未发现阻塞现象。

辨证施治

氟骨症的临床表现较为复杂,我们依据中

适度,勿令过劳,在预防复发方面都是必要的。

参 考 文 献

- (1) Tetsuo Maki MD: Ann Surg 175:155, 1972.
- (2) 肖楚:中西医结合治疗急腹症通讯(1):36, 1976.
- (3) 天津市中西医结合急腹症研究所:中西医结合治疗急腹症通讯(4):46, 1975.
- (4) 湖北中医学院附属医院:中西医结合治疗急腹症通讯(4):103, 1975.

- (5) 武汉医学院第二附属医院中西医结合治疗急腹症小组等:武汉医学院学报(6):7, 1977.
- (6) 林菊生等:中药抗炎 6 号注射液对大肠杆菌内毒素 DIC 生物效应拮抗作用的实验研究。内部资料。
- (7) 薛昭华等:中药抗炎 6 号注射液抗感染作用机理的实验研究(一) 对非特异性免疫应答功能的影响。内部资料。
- (8) 薛昭华等:中药抗炎 6 号注射液抗感染作用机理实验研究(二) 对特异性体液免疫应答功能的影响。内部资料。
- (9) J.E 阿里丕林:病理生理学。335 页,人民卫生出版社,1956.