

笔 谈

对胆道残余结石的综合治疗研究

贺瑞麟副教授(辽宁省中医研究院):

胆道残余结石是指手术中遗留或术中难以全部取净的胆石。至于术后再形成的复发结石,是否包括在残余结石中,意见不一致,但目前在治疗原则上,两者基本一致。

胆道残余结石是胆石病治疗中的一个难题。以往该病绝大多数需再次手术,而再手术不仅技术有困难,且死亡率也高,效果往往不能令人满意。鉴于临床上残余结石的发生率有逐渐增高的趋势(据对1983年胆道残余结石会议所提供的9692例胆石手术病例统计,残石发生率为41%),并直接影响着胆石病的治疗效果,因此有必要认真找出残石发生率增高的各种因素,并提出切实可行的预防及治疗措施。

考虑我国胆石病特点,可以认为肝内泥砂样结石,特别是伴有肝内胆管炎性狭窄的泥砂样结石,手术难以取净而导致遗留,是术后残余结石发生的主要原因。但是,对病情认识不足而未能认真细致进行检查,急症手术时难以对胆道内做全面探查,忽视术中造影、测压及胆道镜等辅助方法的应用,术式选择不合理,手术方案不周密以及胆道器械陈旧等等,也是造成残余结石发生率增加的因素。因此,重视上述诸方面因素并加以改进,就有可能在短期内使残余结石发生率降低至理想水平。

中医中药治疗胆道残余结石,各地均有丰富经验,应该继续推广应用。为了提高疗效,要不断地总结中医中药治疗残石的经验,包括控制炎症、摸索排石和溶石规律,发掘各种有效方法,以及探索残石综合疗法的最佳方案等。残石治疗中的手术方案及术式的改

进,包括胆道器械的改进,也是当前较为迫切的任务。

胆道蛔虫合并感染与肝内结石有密切关系。降低肝胆管结石的发生率,并减少胆道反复感染所致的胆管狭窄,对预防胆道残石发生有重要意义。治疗前后长期地间断服用舒肝利胆中药,对消除胆道痉挛及控制炎症有一定作用,有助于促进小结石的排出,对巩固治疗效果、减少残石复发实有裨益。

王丽华副主任医师(湖南省人民医院):

对残余结石的治疗,应严格掌握适应证。根据病情选择不同的有效治疗方法。

总攻排石是综合治疗胆石病的主要方法。凡是带T管或未带T管的胆道残余结石小于1厘米,或肝胆管泥砂状残余结石,以及肝内外胆管无器质性病变和狭窄的残石,均可先给予总攻排石治疗。对并发严重胆道感染患者,应先选用抗菌素,纠正水、电解质与酸碱平衡,然后选择有利时机进行总攻或小总攻,常可以收到较好的疗效。带胆道T管的残石可选用溶石、振荡、纤维胆道镜等治疗方法。溶石疗法用于手术后病人一般情况好、无肝肾功能损害、胆管炎症被控制、无肝内外胆管狭窄者。有人认为溶石与电子胆道振荡仪同时治疗胆道残余结石效果更好。胆道纤维镜在术中使用可发现遗留结石并能取出结石,对残余结石的治疗有重要作用。胆道纤维镜亦可用于术后经逆行造影发现有结石或胆道蛔虫,又无胆道感染与肝胆管狭窄者。对T管窦道细小的可预先扩张窦道后再使用窥镜。

经上述非手术疗法治疗,效果不满意,肝内胆管有广泛性结石或有胆管狭窄的病人,应选择手术治疗。可根据不同病情,作肝部分切除、狭窄胆管的整形与

(接上页)

参 考 文 献

- (1) 施玉华等:上海中医药杂志(2):6,1980。
- (2) 施玉华等:右归丸对小白鼠氢考模型的作用——肝细胞亚微结构的变化。内部资料,1982。
- (3) 施玉华等:中医杂志,24(5):62,1983。
- (4) 张颖等:中医杂志24(4):71,1983。
- (5) 黄长恩:解剖学报6(3):209,1963。
- (6) 黄长恩:解剖学报7(4):374,1964。

- (7) Wiener J, et al: J. Cell. Biol. 37:47, 1968.
- (8) Ghadially FN: Mitochondria, In "Ultrastructural Pathology of the Cell" 1st ed, Butter Worths, London and Boston, 1975.
- (9) Litwack G, et al: Endocrinology 80:774, 1967.
- (10) Kimberly DV, et al: J. Cell. Biol. 37:63, 1968.
- (11) 朱建昭等:“气血注射液”对氢化可的松所致大鼠肝损伤保护作用的研究——线粒体超微结构与耗氧量的关系。待发表资料,1984。
- (12) Oura H, et al: Chem. Pharm. Bull. 19(8):1598, 1971.

各种内引流术,但胆肠吻合口要大,术中要彻底清除肝胆管结石。

徐长生副教授(上海中医学院附属龙华医院):

胆石病的中医辨证,可根据结石的发作期与静止期分别进行辨证。胆道残余结石也不例外。

气血瘀滞、不通则痛,贯穿于发作期残石的整个发展过程。胆道残余结石发作期的临床辨证主要应根据病邪化热程度来加以区分,一般可划分为蕴热、湿热、热毒(脓毒)三个不同阶段。蕴热期可见胁肋隐痛、闷胀或窜痛,并可牵引肩背,口苦咽干,食少腹胀,大便失调(多干结),无热或低热,无黄疸,苔薄白或微黄,舌微红,脉平或弦紧。湿热期可见胁肋绞痛、拒按,或可触及包块,发热或往来寒热,口苦咽干,恶心呕吐,不思饮食,有时可见颜面及全身黄染,便秘溲赤,舌红,苔黄腻,脉弦滑或滑数;素体阴亏者进入湿热期后,热邪易燥化,出现发热不退、口干、舌光红而干、脉细数等邪恋阴伤征象,临床上应及早警惕,否则会进一步耗伤气阴,延长病程。湿热期是治疗的关键,治疗得当可使邪退而病愈,治疗不当则毒邪鸱张而进入热毒期。热毒(脓毒)期可见胁肋痛重,痛引肩背,持续不解,腹肌强直、拒按或有包块,伴高热,口干唇燥,面目红赤或全身深黄,大便燥急,小便黄赤,甚则神昏谵语,皮肤瘀斑,鼻衄齿衄,或四肢厥冷,脉微欲绝,苔黄干、灰黑或无苔,舌红绛或紫有瘀斑。

胆道残余结石静止期的辨证可分气郁与肝阴不足二型。气郁型证见右、中上腹时有隐隐胀痛,食入则甚,胃纳不香,嗳气便秘,症状发作多与情绪有关,口不干,舌质与舌苔变化不大,脉平或弦。肝阴不足型见胁下胀满或隐痛,头目眩晕,口干苦欲饮,纳差,食入作胀,大便干结,舌尖红刺,或有裂纹,或见光剥,脉细弦。

李世忠副主任医师(中医研究院西苑医院):

我们应用中医药治疗胆道残余结石和复发结石的经验是:

一、辨证论治:分四型论治。

1. 气滞型予大柴胡汤加减。处方:柴胡 10 克,郁金 15 克,香附 10 克,木香 10 克,枳壳 15 克,黄芩 15 克,生大黄 10 克(后下),芒硝 10 克,四川大叶金钱草 30~60 克。恶心呕吐加姜半夏、竹茹,胁痛重加川楝子、元胡;嗳气泛酸加旋复花、焦三仙、代赭石;体壮便秘加重大黄用量。

2. 湿热型予三黄排石汤加减。处方:黄连 10 克,黄芩 15 克,生大黄 15 克(后下),山栀 15 克,四川

大叶金钱草 60 克,茵陈 30 克,郁金 15 克,木香 10 克,枳壳 15 克,芒硝 15 克(冲)。热重加银花、连翘、蒲公英;湿重加龙胆草、车前子;口渴加天花粉、芦根。

3. 毒热型予清营解毒汤加减。处方:犀角 2 克(或水牛角 15 克),生地 30 克,丹皮 15 克,玄参 15 克,黄连 10 克,银花 30 克,连翘 15 克,茵陈 30 克,四川大叶金钱草 60 克。大便干结加生大黄 10 克,芒硝 10 克(冲);神昏加安宫牛黄丸;脉细无力或神志淡漠加人参、黄芪。

4. 血瘀型予膈下逐瘀汤加减。处方:柴胡 10 克,桃仁 12 克,红花 10 克,三棱 10 克,莪术 10 克,川芎 12 克,川楝子 10 克,元胡 10 克,当归 15 克,赤芍 12 克,丹参 15 克,郁金 15 克,茵陈 20 克,四川大叶金钱草 30 克。肝脾肿大加炙鳖甲;神疲乏力去三棱、莪术,加党参、黄芪。

二、单验方:一般应用于胆道残余结石、复发结石的静止期和术后预防胆石再发。

1. 复方金钱草膏:四川大叶金钱草,茵陈,芦根,蒲公英,乌梅,柴胡,白芍,丹皮,郁金,木香,香附,陈皮。水煎,去渣,浓缩,加适量蜂蜜熬成膏。

2. 利胆片:柴胡,郁金,姜黄,白芍,黄芩,龙胆草,山栀,生大黄,元胡,木香,茵陈,四川金钱草,猪胆汁。制成片剂。

3. 代茶饮:四川大叶金钱草,茵陈,芦根,玉米须。以上四味酌情选用 1~4 味,每味 15~30 克,每天水煎代茶饮。

三、综合疗法:采用中药与针刺互相配合以及总攻排石疗法。针刺主穴为日月、期门、治胆穴;配穴为足三里、中脘。治胆穴在阳陵泉下约 2 厘米处,对胆石病有止痛和促进排石的作用。

靳明甫教授(湖北中医学院附院):

胆道残余结石并发重症胆道感染或急性梗阻性化脓性胆管炎是临床上十分棘手的疾病。因为该类病人已进行过一次以上的手术,再次手术十分困难,而病人又处于高热寒战、黄疸、腹痛和休克状态,十分危急。

我们对该类疾病的处理原则是全力进行非手术综合治疗,以期于控制急性感染后进行完善的检查,必要时再进行手术治疗。由于本病的分型多属毒热或脓毒型,故临床治疗需消、下两法并用。如出现热深厥深的危笃见证,除急则治其标外,尚须注意扶正救逆这一方面。我院所用清胆汤,经剂型改革制成静脉注射液,大大提高了疗效,适用于病情危急或不耐口服中药者,有效率为 80% 左右。动物实验表明该药具有

清热解暑、利胆通下及扶正救逆的效能。

近些年来,国内外有采用先进技术(如经皮肝穿刺胆道引流术,简称EBD等)的报道,可降低死亡率,值得重视。但属以下情况时还须考虑手术治疗:(1)反复发作,胆道梗阻难于解除者;(2)残余结石并有胆管狭窄者;(3)肝内结石并有肝萎缩者。

郑显理副主任医师(天津市中西医结合急腹症研究所、天津市南开医院):

治疗胆道残余结石的方法和药物甚多,但不外排、溶、取、爆四个字。各种方法各有特长,要结合病情,选择最佳的治疗方法,才能收到满意的治疗效果。因此我们提倡综合疗法,不是以某种方法取代另一种方法,而是以某种方法为主或以某几种方法先后实施。

一般说来,以中药、针灸或中西医结合总攻疗法排石,方法简单,患者痛苦小,易于接受,应为首选。但要求的条件是必须没有胆管的狭窄、结石一般小于1厘米为宜。我院对胆总管下端狭窄的结石,采用纤维十二指肠镜括约肌切开术,术后再配合中药利胆排石,多可获得成功。

溶石疗法主要用于T型管的患者。目前多用西药溶石剂,而中药溶石剂甚少。除遵义医学院报道橘油有溶石作用外,尚未发现其它有效药物。

取石疗法收到的效果也十分明显。常用者为振荡疗法、纤维胆道镜取石以及手术疗法。振荡疗法特别适用于泥沙样结石,有时发现结石粉碎后逐渐排出。在有条件的单位,纤维胆道镜的取石率可达90%以上。手术疗法可用于非手术治疗失败的病例,伴有肝叶萎缩的肝内胆管结石行肝叶切除术,效果也较好。但在某些情况下,术后还要配合非手术治疗。

关于胆石爆破疗法,报道极少,尚待研究。

赵竟成副主任医师(福建省人民医院):

应用中医药为主治疗胆道残余结石,已相继推广到全国各地,在临床实践中取得了良好效果。

我院以中药“排石汤”和电针为主的综合疗法治疗胆道残余结石199例,排石101例,排石率50.7%。为了科学评价这种疗法的效果,我们对50例胆道残石病患者进行自然排石的对照观察,在不给排石治疗的情况下,有6例病员排出结石,胆系自然排石率12%,经统计学处理, $P<0.001$,差异非常显著。说明综合疗法治疗胆道残余结石的排石效果良好。

在实践中观察到,电针时病员胆总管区有随电波刺激而收缩的感觉。因此我们认为胆道的阵发性收缩为促使胆道排石的重要因素之一。胆囊收缩有助于胆压升高,能迫使结石通过奥狄氏括约肌进入肠管。但

失去功能的炎性胆囊,非但不能有强烈收缩,增加胆压,反而在胆汁增加时起到缓冲作用;同时残余结石病员在手术时均已排除胆总管下端狭窄因素。因此,切除胆囊后的残余结石排石率较未切除胆囊的胆石病排石率为高(本院统计胆石病的排石率为43.4%)。

至于残石治疗的远期疗效尚缺乏统一标准,这方面工作今后也需加强。

裴德凯副教授(大连医学院):

胆道残余结石的实验研究虽报道不多,但大致可归纳为三类工作:

一是围绕排石疗法,对一些方剂的药理作用、药效规律及其机理所进行的研究与探讨,诸如观察方剂及单味药物对胆汁分泌、胆道运动以及胆汁成分的影响等等。这类工作大多是以正常动物为对象。然而在病理情况下,尤其是对肝、胆管内有广泛残余结石的机体,这些药物是否体现同样的药效,尚少确切的论证。有些工作虽然采取X线造影及电视录像,在病人身上进行了动态观察,但多数仅观察了药物或其它措施对胆道括约肌及十二指肠或对胆囊运动的影响,尚未有排石活动的实况报道。

二是通过动物及体外实验探索中西药物或其它措施的防石意义。初步发现有些中西药物可以明显地减少致石性食饵对胆石的诱发率,或具有防止植入胆石、异物等诱发新石形成的作用,或能减少胆石成分在试管内的沉淀与结聚。尽管这类工作在国内还刚开始,但应该认为这是防治胆道残余结石实验研究中值得重视的苗头。

三是有关残余结石的溶石研究。本项研究大都采取从体外溶石着手,通过动物实验而后过渡到临床。近年来国内有不少单位进行了多方面的研究,但多数限于对国内1977年提出的复方胆汁酸钠溶石效果或对国外一些配方的验证。与中药稍有联系的,可能是复方橘油乳剂的溶石工作,目前这一研究的主要内容是研制质量统一的药剂,积累病例,肯定药效与摸索规律,而有关溶石机理的研究,尚待进一步开展。

总的看来,这一课题的实验研究还处于起步阶段。由于理想的实验模型尚难建立,一些工作的针对性及其意义,值得商榷,加上中药的临床应用尚少前瞻性的分析对比,作为药效探讨的信息也就不够确切,因此需要临床与实验室人员共同努力,以开创新的局面。

王训颀教授(青岛市立医院):

对于胆道残余结石,我认为应从以下几个方面加强研究:

一、首先在诊断手段方面,要在现有的基础上进

一步研究与改进,寻求更为简便可靠的方法,以便确定诊断,及时治疗。内窥镜逆行性胆管造影及B型超声扫描等检查方法,的确能够显示胆道内残留结石的部位、大小与数量,以及胆管是否扩张等。但这些设备目前尚不普及,同时单纯依靠这些特殊检查有时也会发生错误。因此,在诊断中应该仔细分析病情与症状,参考特殊检查结果,综合分析,所得结论可能是比较正确的。

二、在治疗方法方面,种类繁多,不能满足或停留在“苗头”上,要提高排石率,积极筛选溶石中药或合成药物,应组织专题组“攻关”。

三、迫切需要研究排石失败的原因。对排石失败的病例,及时采取有效措施,如应用纤维内窥镜技术或手术方法解决。避免仅仅满足于急性症状的缓解,反复拖延,以致胆管内炎症反复发作,胆石继续有更多的积累,肝内胆管可能也堆积结石,造成以后治疗的更大困难。

四、手术中采取措施,预防或减少残余结石的机会,也是重要的研究课题。术中胆道造影使残余结石率降到10%以下,术中胆道镜的应用又使残石率降为

2~5%,再加上提高手术技巧,发生残石时,通过窦道取石可解决绝大部分术后残余结石问题。胆道镜本身的改造很有必要,取石钳、取石网及冲洗剂等也应不断改进创新。实践证明,临床医师与工程技术人员合作是治疗成功的条件,要求医学工程对胆道外科不断有所贡献。

五、关于内引流问题,观点不同,争论较多。由于十二指肠经常有强烈的逆蠕动,奥狄氏括约肌切开术或成形术的主要缺点是吻合口不够大且有返流。胆总管十二指肠侧侧吻合有明显返流症状者占20%左右。“定向引流”Rouxen-Y吻合法显然较为优越,但还应改进,要求从病理生理和流体力学领域中进一步研究,使之更加完善。

六、理论研究也十分重要。胆道残石以胆色素结石为多见。我国以蛔虫为核心而形成的胆管结石占70~84%,然而它的形成,以及原发性肝内胆管结石的发病机理都还不十分清楚。

我相信,中西医结合研究胆道残余结石,有利于我国腹部外科的发展。

(郑显理整理)

厚朴温中汤加味治愈胃扭转1例

黑龙江省祖国医药研究所 高振茂 关 葳

××,男性,48岁,干部,病历号08452。3日前因饮酒过量,后食冷饭即感腹部疼痛,剧烈呕吐,吐出物黄绿色,遂腹胀如鼓,上腹尤著。经诊治无效,故来我所就诊。有胃十二指肠溃疡史十余年。X线钡餐造影诊断为胃扭转。患者要求中药治疗。

初诊(1983年6月18日):症见呕逆,脘腹胀满疼痛,不欲食,烦躁不安,大便秘结,小溲深黄,舌红苔黄略腻,脉弦滑有力。停食留饮互结,故上腹部胀满疼痛,不欲食;热郁于里,心烦不安,便结溲黄;油气上逆则呕逆恶心。舌脉均现实热内结气滞不行之证,治以行气导滞通腑泻热。

处方:川朴30克,枳实15克,大黄10克,党参10克。4剂,水煎服。

二诊:服4剂后排便3次,先是粪块,后为稀便,自觉腹胀稍缓,但仍恶心呕吐,舌淡苔腻,脉弦滑。前方减大黄加木香,砂仁温中和胃降浊,继服4剂。

三诊:恶心呕吐明显好转,腹胀时减,得温稍舒,但午后及入夜胀甚,不能进食,便溏,舌质淡,脉弦

缓。患者素体虚弱,今虽便通热去,但胀仍未减,且午后及入夜胀甚,舌脉均示病已转为阴寒内盛湿阻中焦之证,故治当温中行气化湿为要。

处方:厚朴25克,陈皮15克,甘草10克,茯苓20克,干姜5克,草薢15克,木香10克,滑石15克,砂仁10克,枳壳15克。水煎服。

四诊:病人连服10剂,肠鸣漉漉,矢气转多,腹胀明显好转,进食不呕,活动自如,唯乏力汗出、胃中不适,后以香砂六君子汤4剂,诸证告愈。钡餐造影示:胃体恢复正常位置。

按:祖国医学虽无“胃扭转”的记载,但此病确与脾胃功能失调有关,本案病初呈现一派“痛而闭”症状,即腹部胀满疼痛而大便不通,热郁于里气滞重于积滞之证,首选《金匱》厚朴三物汤通腑泻热行气导滞,仅服4剂,热去便通;继之该患者腹胀疼痛每于午后及入夜尤著,且腹胀时轻时重。夜为阴时,下午为阳中之阴,阴得阴助故也。《金匱》云:“腹满,时减复如故,此为寒,当与温药。”故改投厚朴温中汤加味,疗效满意。