

关于胆石症排石疗法的几点看法和体会

辽宁省中医研究院急腹症研究室 贺 瑞 麟

中药排石疗法治疗胆石症,已在不少地区得到了较广泛的应用,并取得了较好的效果。但由于对本病辨证论治的规律、适应症选择、诊断标准等探索不够,因而疗效不一。据报道排石率高低相差较大,低者26%,高者达90%以上,痊愈与病死率也有差别。因此有必要对影响疗效的有关因素,作进一步的探讨,以便提高治疗效果。

一、中药及总攻疗法的治疗效果与辨病和辨证有密切关系

从中西医结合角度来看,准确的诊断应包括弄清本病的病因、病位及病理生理改变。一般说典型的胆石症较易诊断,但约有20%左右病例,常误诊为其他上腹部疾病,应予鉴别。尤其是胆道系统的其他疾病,如急性胆囊炎、急性化脓性胆管炎等,与结石性胆囊炎、胆管炎有许多共同之处,容易相混淆,故尤应加以鉴别。另外,对结石性胆系疾病,在治疗前必需通过各种检查(如胆系造影、ERCP、PTC、B超等)弄清结石的部位、数量、大小、形状以及肝胆管系统的机能状态,以便选择适宜的治疗方案,提高疗效。

正确掌握和运用中医辨证,才能较好地提高胆石症治疗效果。本病辨证一般分为肝郁气滞、肝胆湿热、胆系结塞三型,三者可互为因果,互相转化。治疗应以理气活血、清热燥湿、通结攻下为大法。在做好手术准备的条件下,应抓住胆石阻塞胆管造成不通的主要矛盾,正确运用中西药物解除梗阻,排出结石。治疗时应抓住重点,凡气滞血瘀突出者,以理气活血为主;湿热明显者,以清热燥湿为主。而对气滞血瘀者还需细辨气滞与血瘀孰重孰轻,气滞偏重者当重用理气药,以促进胆道调节功能的

恢复,有利于排石;血瘀偏重者当重用活血化瘀药,可改善胆系通道,有利于结石排出。湿热明显者亦应细查热与湿孰重孰轻,热重于湿者宜重用清热解毒、通里攻下之品;湿重于热者宜重用清热燥湿之剂。对虚寒型患者,则应投以“虚者助之使通,寒者温之使通”之剂,不宜多服苦寒药物。总攻治疗期间应根据患者实际情况,确定当攻当补或攻补兼施,并应兼顾脾胃,不令攻伐太过。

二、认真分析影响结石排出的因素,以选择恰当的适应症

经中药排石疗法治疗后,结石未能排出,而改用手术者,应认真分析其未能排石的原因,以便进一步明确排石疗法的适应症,这对提高疗效甚为重要。我们通过对100例改用手术治疗患者的分析,发现下列最常造成排石障碍的因素:

1. 胆总管下端狭窄。绝大多数胆总管下端狭窄的患者是由于胆总管反复感染以及结石不断嵌顿所造成的。其特点为病期长(一般均在5年以上,最长可达30年)、多有长期胆道感染史(且每年有反复发作史,每次发作均出现上腹部较明显的炎性体征)、发作后症状消退缓慢。

2. 结石与管壁粘连。此类患者约占15%左右,结石多位于胆总管下端、括约肌起始部(即胆总管由宽变窄的生理狭窄部),常造成管壁充血、水肿、溃烂,反复发作后形成粘连甚至机化,手术时用手指都很难剥出,故中药及总攻治疗实难奏效。其特点为有明显的胆管炎症及梗阻性黄疸、体温较高、剑突下常有明显压痛、手术时胆汁常呈脓性。

3. 胆管系统有明显的炎症变化。部分病例

虽无括约肌狭窄及过大结石存在,但结石排出仍感困难。在手术时发现此类患者胆汁多呈脓性、粘稠、流动性较差,加之胆管壁炎性病变严重,故胆汁流动不畅,胆管及括约肌蠕动障碍,影响结石排出。其特点是多呈急性胆管炎的症状与体征,发病急、症状重、尤以右上腹局部体征更为突出。

4. 结石过大。从现有的资料来看,排出的最大结石约5厘米,一般多在3厘米左右。胆总管末端正常口径虽仅有2毫米左右,但可能存在着较大的舒张潜力,因此只要掌握治疗适应症,不但小的结石较易排出,就是大的结石,在全身和局部情况良好的条件下,经过有效的中西医结合治疗,充分调动机体抗病能力,亦有可能克邪排石。但排出此类较大结石的究属少数,因此一般结石大于3厘米,并伴有胆管炎症者,还应考虑手术治疗。

5. 泥状结石。除大结石排出困难外,尚有少数泥砂样伴有感染者,排石亦困难。此类结石尤如黄泥样填满整个胆管,粘着于管壁难以流动。临床上该类病例,有的仅有心窝部胀痛,伴发烧及寒战,可突然出现休克,难以抢救;有的可出现剧烈绞痛、黄疸严重,伴有高烧寒战,呈典型梗阻症状。由于这类结石难以排出,故常需手术治疗。

6. 胆囊结石。胆囊结石能否排出,决定于结石大小、形状及胆囊、胆管功能状态。根据笔者的经验,结石在0.5厘米以下、胆囊及胆管无明显炎症者,中药及总攻疗法常可取效,一般排石率约为10%左右。目前我国胆囊结石发生率有增高趋势,且多为胆固醇性,常为单个或多个大结石,排石困难,故多需手术治疗。

另外排出的胆结石,除经肉眼观察外,必须经过定性分析及其他科学方法鉴定。除典型的结石经肉眼即可初步确定外,一般说肉眼观察很难确定由便中筛洗出的石头是胆结石。

三、排石治疗的时机选择

掌握排石治疗的时机,对提高疗效甚为重要。在适应症范围内,症状发作期(湿热型)

与缓解期(气郁型)均可采用中药及总攻疗法,尤其是对湿热型的治疗,可起到因势利导、促进结石排出的作用。从目前的资料看,总攻排石的效果,在急性发作期较静止期高出20~40%。故有些单位对临床诊断为气郁型的病例,先通过高脂餐诱发症状发作,使气郁型转化为湿热型,再进行排石治疗,往往可取得较好的效果。

急性期引起结石嵌顿,出现排石困难时,要辨证用药,不可反复猛攻,否则必克伐太过,适得其反。此期可应用清热利湿、活血化瘀之品,改善胆总管下端括约肌的炎性水肿,待创造了有利于排石的通道后,再进行排石治疗,常可取效。胆石发作伴有急性胰腺炎时,往往说明结石已进入括约肌口处,影响胆胰共同通路。此时如能根据全身及局部情况,因势利导实行排石治疗,常可取得较好的排石效果,因此不少单位提出:结石性胰腺炎发作期,是中药、总攻排石治疗的良好时期。

目前需要提出注意的一个问题是,在排石治疗过程中,若某些病例疼痛始终不缓解,以致出现局部及全身变化时,必须及时考虑改变治疗方案。

四、中转手术的指征问题

近年来各地报道的排石疗法中转手术率差别很大,从5.5~40%,这与治疗方案的选择以及中转手术指征的掌握有一定关系。因此,探讨中转手术的指征问题,既可避免不必要的手术探查或延误手术时机,又能提高治疗效果。根据我们的经验,中转手术指征应是:

1. 排石治疗无效,症状加重者。此类患者多会出现下述症状:(1)上腹部持续性闷、胀、痛,或阵发性加剧;(2)出现寒热,以寒战为主;(3)黄疸重新出现,且持续加重;(4)脉搏、体温(达40℃以上)逐渐上升。如在排石治疗过程中出现了上述征象,必须高度警惕,及时中转手术治疗。对于上述症状还应辩证地、动态地进行观察,既要看到病变不利的一面,又要看到向有利方向转化的一面。如出现脉搏加快、血压下降、腹痛突然消失,则可能说明结

石已排出；而脉搏、血压变化不大，腹痛由阵发性转变为持续性，则可能会出现排石障碍，甚至发生休克。所以，必须具有高度的责任心，严密观察病情，全面分析症状变化，既要掌握病情及时中转手术，以免贻误病人，又要权衡利弊，正确判断，避免不必要的手术，给病人带来痛苦。

2. 急性发作伴中毒性休克。在胆石症治疗中，合并休克者约占10~20%。产生的主要原因是在结石梗阻的基础上合并感染，引起急性梗阻性化脓性胆管炎和肝内继发感染。

如果同时并有胰腺管梗阻，就会加重休克。此类病例，在积极应用排石及总攻疗法6~12小时后，病情仍不见好转或继续恶化，需要立即中转手术。

3. 胆囊坏疽及胆系穿孔。治疗中胆囊发生坏疽的主要原因是：结石嵌顿于囊颈或胆管梗阻、炎性扩散所致，病变恶化可引起穿孔。虽然发生率较低，但穿孔后可造成严重的后果。因此，在中药、总攻治疗中若出现腹膜刺激征并伴有脉搏及血象变化时，应及时考虑中转手术治疗。

用 仲 景 方 治 疗 肺 炎 4 例

浙江省余姚县中医医院 赵炯恒主治 沈企华整理

例1：谢××，女，31岁，农民，1983年4月9日初诊。恶寒发热三天，体温39.6℃，咳喘有汗，左胸痛，口渴，喉中痰鸣咯出不爽，舌红苔薄黄，脉浮数。血白细胞26100/立方毫米。X线胸透诊断为左下肺炎。此乃温邪夹痰蕴肺，肺失宣降，治以辛凉宣肺，泄热化痰。麻杏石甘汤加味：生麻黄5克，杏仁10克，生石膏50克（先煎），甘草3克，银花20克，连翘15克，炒黄芩10克，薄荷3克（后下），炒姜皮15克。日服二剂。二日后身热胸痛均减，仍有咳喘痰鸣，口渴，舌红脉滑数。前方生麻黄改炙麻黄，去薄荷加象贝。三剂，热净胸痛止，喘平，咳嗽痰鸣亦减，口渴如故。上方去银花、连翘、黄芩，加芦根、北沙参。又进三剂，唯口干稍咳。X线胸透：左肺炎性病变已完全吸收。拟沙参麦冬汤加芦根以调理。

例2：胡××，男，22岁，农民，1983年6月8日初诊：身热四日，体温39℃，心烦口渴，咳喘呕恶，胸痛，腹胀便秘，五日不解，舌红苔焦黄，脉滑实有力。X线胸透诊断为右下肺炎。证属邪热入里，郁于胸膈，结于肠道。治以透邪泄热，通腑攻下。栀子豉汤合大承气汤加味：炒山栀10克，淡豆豉10克，生大黄10克（后下），元明粉10克（冲），炒枳实3克，川朴5克，炒竹茹10克，姜半夏10克，芦根30克，二剂。药后泻下臭秽粪矢三次，热减（体温38.2℃），腹胀消，拟前方去大承气汤加银花、连翘、桑白皮。三剂后，热退，咳喘减，胸痛止，呕恶除。原方去竹茹、半夏，加北沙参、川石斛。又四剂热清喘平，尚觉口干，轻咳。X线胸透：右下肺炎吸收。

再拟滋养肺胃之品善后。

例3：孙××，女，67岁，农民，1983年4月7日初诊。高热三天，体温39.4℃，汗多不解，渴喜冷饮，烦躁面赤，咳喘胸痛，舌红苔黄，脉洪大。血白细胞16800/立方毫米。X线胸透：右肺下野有团块状阴影。此为肺胃热盛，治以清热生津、止咳平喘。白虎汤加味：生石膏50克（先煎），知母10克，甘草5克，梗米一撮，芦根30克，银花10克，连翘10克，桑白皮10克，杏仁10克。共进六剂，热退诸症减，唯口渴咽干。原方石膏量减半，又服四剂喘平。X线胸透：右肺病变已完全吸收。再予养阴生津之剂调理肺胃。

例4：胡×，男，5岁，1984年6月7日初诊。寒战发热二天，汗出热不退（体温39℃），口渴，咳喘气粗，腹中阵痛，腹泻日行六七次，舌红苔黄微腻，脉滑数。血白细胞14700/立方毫米。X线胸透：右侧肺炎。此系温邪内陷，肺胃炽热，协热下利之证。治拟解表清里，苦寒坚阴，葛根芩连汤加味：葛根10克，川连5克，黄芩5克，甘草3克，炙麻黄3克，连翘6克，忍冬藤15克，鸭跖草15克。服三剂诸症减，前方去麻黄加白芍10克。又三剂热退，腹泻止。再拟葛根芩连汤加杏仁、苏子、桑白皮、北沙参。三剂咳止喘平，唯口渴喜饮。X线胸透：右肺炎已吸收。予沙参麦冬汤加味善后。

按：上四例均属温病之风温，化热快，来势急，传变速，易伤津耗气。临症精细辨析，选经方治疗，可获如鼓应桴之效。