

思路与方法

中医辨治胆囊切除术后综合征的思路与方法

李 军

江苏省无锡市新区硕放医院消化科, 无锡市新区硕放镇墙宅路 19号, 214142

关键词] 胆囊切除术后综合征; 中医病机; 中医疗法

伴随胆囊切除手术的普遍开展, 胆囊切除术后综合征 (PCS) 发病率亦明显上升。据文献报道, 本病的发生率约为 25%~50%, 术后发病时间短者数月, 长者数十年以上。本病形成因素繁杂, 病因诊断尚存在一定难度, 而中医药在肝胆、脾胃病诊疗方面有着丰富的经验, 我们遵循中医辨证论治法则, 结合本病的形成特点, 采用中药内服、中西医结合治疗、针刺、饮食调控和心理疏导等综合疗法, 取得了较好的疗效。现就 PCS 的形成原因及临床特点、中医病因病机、治疗方法及优势探讨如下。

1 PCS 的形成及临床特点

PCS 系胆囊切除术后, 持续存在或反复发作的, 类似术前症状的临床症候群。其中绝大部分与胆系病变有关。约有 2%~8% 的患者可因症状持续而需要积极治疗。

1.1 PCS 形成的常见因素

(1) 术前误诊而一直未被发现和治疗的疾病, 如 Oddi 括约肌原发性器质性狭窄、食管裂孔疝、胃或十二指肠溃疡、慢性胰腺炎等。(2) 术中胆管损伤引起术后胆管狭窄; 术中残余肝外或肝内胆管结石; 术中胆囊管遗留过长, 继发感染后形成有炎症的“小胆囊”等。(3) 术后胆盐代谢异常、胆道及胃肠道功能紊乱 (可因内分泌、精神、饮食等因素诱发); 术后再发结石、感染、Oddi 括约肌功能紊乱 (括约肌痉挛、神经肌肉失调和括约肌纤维狭窄) 与胆管狭窄、胆汁淤滞互为因果, 形成恶性循环; 术后胆囊管切断残端神经瘤形成; 术后蛔虫逆行进入胆道; 术后胆汁逆流入胰管, 引起胰腺炎等。

1.2 PCS 的临床特点

类似于胆囊炎、胆石症的症状。主要表现为: (1) 右上腹或右上腹疼痛不适, 常呈隐痛或钝痛, 可连及肩背, 部分因胆管痉挛而呈绞痛发作; (2) 可伴有腹胀、恶心呕吐、嗝气、反酸、食欲不振等功能性消化不良症状;

(3) 重者可出现寒战发热、黄疸, 甚者谵妄、昏迷。

2 PCS 的中医病因病机

根据“胆囊切除术后综合征”右侧胁肋疼痛、心下痞闷胀满、呕吐积食、目睛黄染等临床表现, 可将本病归属于“胁痛”、“痞满”、“反胃”、“黄疸”等范畴^[1]。

中医认为, 胆汁为“肝之余气”, 其化生和排泄有赖于肝疏泄功能的调控, 实际属于“肝主疏泄”的一个方面, 胆囊切除后势必引起胆汁储存、排泄失常, 而致肝失疏泄, 这是理解本病从肝论治的关键。本病的临床症状中必有泻时腹痛肠鸣, 泻后痛止或胁痛或胃脘胀痛、灼痛, 嗝气等, 属于肝或肝病及胃的病理表现。胆囊切除术后早期 (以 2 个月内多见), 因术后正气虚弱, 脾胃大伤, 运化失常, 气滞于中, 湿阻于内, 亦可影响肝气疏泄, 即“土壅侮木”。术后远期 (以 6 个月后多见), 由肝失疏泄, 阻于胁络, 肝气横逆, 犯胃克脾, 影响脾胃运化, 即“木旺乘土”; 或肝郁日久化热, 邪热犯胃; 或湿热中阻, 升降失常, 胆汁不循常道而外溢, 甚者形成湿热夹毒征象; 或因手术、邪浊、燥热耗伤肝阴。

在病证方面, 本病有虚有实, 而以实证为多见。实证以气滞、湿热为主, 且以气滞为先。虚证多属阴血亏损, 肝失所养。此外, 实证日久, 化热伤阴, 亦可出现虚实并见证候。

3 PCS 的辨证论治

根据中医辨证原则, 本病可分为 5 个基本证型。治疗上应以肝为中心, 以疏肝为要, 根据不同病证特点, 或抑或清或柔, 同时兼顾脾胃。

3.1 肝郁脾虚证

手术后肝失疏泄, 木旺乘土与脾胃虚弱, 土壅侮木两种病理特点并存, 导致肝脾不和。症见不思饮食, 稍进油腻即排稀便, 大便次数增多, 肠鸣, 腹胀腹痛, 泻后痛止, 舌淡苔薄, 脉弦缓, 治以抑肝扶脾, 方选《景岳全书》二术煎。

3.2 肝气郁结证

肝气失于条达, 疏泄不利, 阻于胁络, 亦可横逆犯

胃,症见胁肋胀痛,走窜不定,胸闷气短,饮食减少,暖气,女子经前乳胀、少腹坠胀,舌淡、苔薄,脉弦,治以疏肝理气,方选柴胡疏肝散。

3 3 肝胃郁热证

肝气郁结,日久化热,邪热犯胃,症见胃脘灼痛,餐后更甚,暖气泛酸,口干口苦,舌红、苔黄,脉弦数,治以疏肝泄热和胃,方选化肝煎合金左金丸。

3 4 肝胆湿热证

胆病易形成湿热,胆失疏泄,肝络失和,继而湿热中阻,升降失常,甚者湿热交蒸,胆汁不循常道而外溢,症见胁痛口苦,胸闷纳呆,上腹饱胀,恶心呕吐,或厌油,目赤或目黄、身黄、小便黄,大便秘结,舌质红、苔黄腻,脉弦滑数,治以清肝利湿,方选龙胆泻肝汤。

3 5 肝阴不足证

肝郁日久化热,耗伤肝阴,症见胁肋隐痛,绵绵不休,遇劳加重,或见灼痛,嘈杂泛酸,口干咽燥,头晕目眩,舌红少苔,脉细弦数,治以养阴柔肝,方选一贯煎。

临床辨证用药应注意:凡影响胆汁及胆腑生理形态、功能,均可形成湿(热),此病理特点常参见于各类证型,故临床应据证加用清热、行气化湿药;因火热可煎熬津液而成痰,故胆病又多兼痰,出现目眩耳聋,胸满胁痛,惊悸不宁等征象,据证加用清化痰热药;对于术后留瘀者,可选用五灵脂、延胡索通利血络,合用香附气血兼行;对残余或再发结石等因素合并胆道感染出现右上腹剧痛、绞痛,发热,舌绛,苔燥等热毒征象者,应重用清热解毒药,如金银花、紫花地丁;术后出现脂肪泻者,常选用善消油腻肉食之山楂;术后蛔虫窜入胆管所致上腹绞痛,先用乌梅汤安蛔,继则除蛔;术后胁痛伴有头痛,辨证属肝火上炎,可加用栀子、夏枯草清泻肝火;黄疸明显者,可重用赤芍,合用茵陈蒿、栀子;消化道痉挛绞痛者,加用芍药甘草汤,以酸制动,以甘缓急。另外,还可采用针刺治疗:选穴阳陵泉、中脘、丘墟、太冲、胆俞等。实验研究证实,针刺阳陵泉、丘墟等穴,可以收缩胆管,促进胆汁分泌,松弛 Oddi括约肌。饮食调控:宜多吃早芹菜、洋葱、萝卜等食物,可以利胆、降胆固醇和防止结石形成;忌烟酒、咖啡及油腻食物。心理疏导:保持乐观精神状态,有利于胆管松弛,防止胆汁淤滞,提高抗病能力。

4 PCS的辨病论治

根据现代医学对 PCS的认识及中药的现代药理学研究成果来辨病治疗可以提高临床疗效。如厚朴、石菖蒲等药可弛缓肠道蠕动,用治脂肪吸收不良之肠蠕动增强;枳实(壳)、槟榔等药可增加胃肠蠕动,用治胃肠运动功能障碍之胃排空延长,肠胃反流增加,又可促

进 Oddi括约肌的协调运动;柴胡、虎杖、缬草可松弛 Oddi括约肌痉挛,用治胆道运动功能障碍;金钱草、海金沙、郁金、鸡内金等药能促进胆汁分泌,改变胆汁成分,具有利胆、溶石、排石功效,用治术后残余、再发结石;理气开郁药,如川楝子、青皮、陈皮,能降低 Oddi括约肌紧张度,减少胃酸分泌,使胰腺分泌减少,解除胰管梗阻,增加胆汁分泌^[2];大黄能阻断胰酶激活,并具抗菌消炎作用,合用芒硝攻下通里药,能增加肠蠕动,改善肠道功能,消除肠麻痹和郁滞状态,用治术后胆汁逆流入胰管,激活胰蛋白酶所引起的胰腺炎。当然,辨病用药不是单纯的中药西用,而应使其药性与宏观辨证的要求尽可能达到吻合。有悖于整体宏观辨证的辨病用药应少用或不用^[3]。

5 PCS诊疗难点与中医药优势

现代医学对 PCS的治疗目的为消除病因、通畅胆道和控制感染。然而,PCS本身是一个模糊诊断名称,其形成因素繁杂,涉及病种多样,如仅对 Oddi括约肌功能障碍的明确诊断,需采用 Oddi括约肌测压术(SOM)、逆行胰胆管造影(ERCP)等技术,而此技术目前在一般基层医院尚无法开展,从而造成病因诊断上的困难。病因的不确定势必直接影响 PCS的疗效。治疗上常采用抗胆碱能药物、硝酸甘油或钙离子拮抗剂及促胆囊排空药物松弛 Oddi括约肌等,但作用往往较短暂。采用再次手术治疗,创伤较大,年老体弱者难以承受,且术后易引起组织粘连、纤维增生,又引起新的管道狭窄,残余结石仍难以彻底消除或仍有再发可能。

中医药治疗 PCS具有一定的优势,尤其是引入了强调整体调节的辨证论治、结合中药现代药理辨病论治等治疗思路,可望进一步提高其临床疗效。中医辨治本病从整体出发,在现代医学认为繁杂的病因病理变化中,抓住胆囊切除术后诸多病证皆是由肝胆失调所引起这个关键,达到“执简驭繁”的目的。另外,运用中药现代药理研究结论来辨病治疗本病,以及根据内镜、B超、X线等进行微观辨证,可以弥补宏观辨证的不足,在 Oddi括约肌功能障碍、再发结石、感染等多个环节发挥整体调节、祛除病因和改善症状的作用。即使在某些难治病例,如 Oddi括约肌纤维狭窄者行内镜下乳头肌切开术(EST),反复发作的较大肝内胆管结石、胆总管结石(>1cm)者行内镜下机械碎石后,配合服用中药,对防治术后胰腺炎及排石方面,也能起到很好的辅助治疗作用。

结石形成、Oddi括约肌功能障碍是现代医学对 PCS研究的热点,同时也为中医药治疗本病提供了新

(下转第104页)

气分,功能柔肝和营,制肝气之横逆,不使木邪犯脾^[4]。

《本草纲目》载:芍药“泻肝,安脾、肺,收胃气,……理中气,治脾虚中满^[5]”。桂芍相配,一阴一阳,一开一阖,相反相成,外感内伤皆可用之,其柔肝和脾,调和气血,调整阴阳之功甚佳,是桂枝汤及其类方的主要配伍。

二药多以三两为常用量,但以用药目的调整药量比例。等量用者(不论常量或小量)主调和营卫;重用桂枝则主平冲降逆,重用芍药则主缓急止痛。^[6]

5 桂枝与人参

桂枝温中通阳,与人参合用,使补气温阳作用增强。《伤寒论》、《金匮要略》共见15方。二药相配,既可入于脾胃,鼓舞中阳以温中散寒,又能振奋中阳、调和营卫以助解肌祛表邪。如桂枝加芍药生姜各一两人参三两三新加汤、桂枝人参汤。《医宗金鉴》说:“桂枝得人参,大气周流,气血足而百骸理;人参得桂枝,通行内外,补营阴而益卫阳。”^[7]此药对配伍总以补气温阳为主功,且补而不滞。二者用量大多相等。若中虚明显,人参用量可大于桂枝,如木防己汤证及木防己去石膏加茯苓芒硝汤证,病得之数十日,又经吐下,中气虚自不待言,故桂枝用二两,人参用四两;如需解表或通阳,桂枝用量可加大,如桂枝人参汤、炙甘草汤、黄连汤等。

6 桂枝与附子

《伤寒论》、《金匮要略》有9方用之。桂枝、附子皆能温中,同用能增强温通经脉、散寒止痛作用,桂枝尚能祛表邪。对中阳不足,风寒湿滞留者,仲景多用之。《神农本草经疏》:“附子得生干姜、桂枝,主伤寒直中阴经,温中散寒而能出汗^[8]”。中阳振奋,经脉通畅,阳气通达四旁,则诸邪自除。如桂枝附子汤、甘草附子汤、桂枝芍药知母汤等均有此意。用于风寒湿痹阻肌腠之证,附子每投二至三枚,桂枝用量也偏重,多为四两;其它情况附子常用一枚,桂枝常用一两或三两。

7 桂枝与姜(生姜、干姜)

桂枝、干姜同用者,《伤寒论》、《金匮要略》共见11方。桂枝、干姜皆温中,二药同用,有温补中焦而散寒的作用。常用于脾胃阳气受损而有寒(饮)之证。如柴胡桂枝干姜汤、小青龙汤、小青龙加石膏汤、黄连汤、麻黄升

麻汤、桂枝人参汤等等。桂枝用量与干姜相等或大于干姜,只有乌梅丸、风引汤中干姜的用量大于桂枝。桂枝、生姜的配伍《伤寒论》、《金匮要略》共见36方。二药均为辛温之品,皆能温中,具有解表作用。治疗风寒表证,一则解肌祛邪,一则鼓舞中阳以振奋卫阳,加强机体的抗邪能力。桂枝汤及其诸多类方中几乎都有此配伍。此外,桂枝温经通阳,生姜驱寒散饮,除湿蠲饮方中也常用此二药,如茯苓甘草汤、桂枝生姜枳实汤、茯苓泽泻汤。二药用量大多相等,常用三两。欲增通阳宣散之效,则生姜用量加大,如桂枝加芍药生姜各一两人参三两三新加汤中生姜用四两,当归四逆加吴茱萸生姜汤中生姜用半斤,黄芪桂枝五物汤中生姜用六两等。

8 桂枝与黄芪

这一配伍在《金匮要略》中见5方。桂枝温中,黄芪益气,二者相配能温补脾胃,资生气血,通阳行痹,鼓舞卫阳。如黄芪建中汤用此配伍,可温中益气助阳,治营卫气血俱不足、气虚偏甚的虚劳;黄芪桂枝五物汤有此配伍,可补中固营卫,治气血不足,血行不畅之血痹。桂枝温中通经,得益气之黄芪则动力倍增;黄芪走表逐湿,得温通之桂枝则其效更强。

益气温中,黄芪用量稍小,如黄芪建中汤黄芪一两半,桂枝三两;走表祛湿,芪、桂相等,或黄芪用量大于桂枝,如黄芪桂枝五物汤、防己茯苓汤,芪、桂均用三两,芪芍桂酒汤黄芪用至五两,桂枝为三两。

参考文献

- [1]清燧王季接.绛雪园古方选注.上海:上海科学技术出版社,1982:2
- [2]叶进.《金匮》利尿类方剂研究.上海中医药杂志.1997,(4):6~7
- [3]清燧沈怡.金匮要略心典.北京:中国中医药出版社,1992:101
- [4]田代华.实用中医对药方.北京:人民卫生出版社,2000:48
- [5]明燧李时珍.本草纲目.北京:人民卫生出版社,1982:850
- [6]张笑平,李尽孝.张仲景并用桂芍的规律探讨.辽宁中医杂志,1983,(8):10~12
- [7]清燧吴谦.医宗金鉴.北京:人民卫生出版社,1977:63
- [8]任春荣.缪希雍医学全书神农本草经疏.北京:中国中医药出版社,1999:179

收稿日期:2006-09-25

(上接第1034页)

的思路。今后应加强辨证与辨病、宏观辨证与微观辨证治疗PCS的研究,进一步探讨其论治规律,采取综合治疗方法,以期提高PCS的临床疗效。同时,应积极探索中药现代药理研究,筛选出更有效的溶石、排石及治疗Odd括约肌功能障碍的方药和针刺方法,特别是加强对结石体质人群预防结石形成的药物、饮食研究。

参考文献

- [1]陶春祥.怎样辨治胆囊切除术后综合征.中医杂志,2005,46(8):633
- [2]陈熠.陈苏生治疗胆石症经验.河北中医,1993,15(1):25
- [3]李军.胃脘痛现代中医治疗思路与方法.中医杂志,2003,44(2):145

收稿日期:2006-03-02