

肝、胆管结石病的中西医结合 “总攻”排石治疗

贺瑞麟 邱瑞昌 陈荣殿

(遵义医学院急腹症研究组)

摘 要

本文总结我院 1971—1972 年间,应用中西医结合“总攻”疗法治疗肝、胆管结石病 59 例,提出了“总攻”排石疗法的适应症,初步探讨了“总攻”疗法的规律及作用原理,最后提出“总攻”治疗方案及存在的问题。

胆石病是常见急腹症之一,根据我国和其他亚洲地区的报道,肝、胆管结石尤为多见^[1-2]。本病一般采用手术疗法,但还存在术后残余结石^[3-4],结石复发需要再次手术,以及术后合并症和死亡率高问题。因此,探索更为安全有效的治疗方法具有现实意义。

1958 年以来,我们遵照毛主席关于“中国医药学是一个伟大的宝库,应当努力发掘,加以提高”的教导,在大搞中西医结合治疗急腹症的群众运动中,在我国古代医书中用中药治疗“结胸发黄症”的启示下^[5],采用以中药“排石汤”为主的方法治疗了肝、胆管结石 195 例,使多数患者通过非手术疗法取得了临床痊愈,有 49% 的患者出现了排石^[6-7],但还存在疗程长,部分病例没有排石等问题。本着“古为今用,洋为中用”,“推陈出新”的方针,参照西医中利用胆盐、硫酸镁等药物治疗胆石病的保守疗法,我们采用了以“排石汤”为主,配合某些对胆道运动机能肯定影响的西药,用于部分肝、胆管结石病例,这种方法当前我们称之为“总攻”疗法。初步结果表明,约有 70% 以上的病人,可不行手术而取得临床效果,有 61% 可排出结石,其中排尽者达 25% 左右,而且排石时间大大缩短。

现将我院 1971—1972 年间应用“总攻”疗法的 59 例肝、胆管结石病例的临床结果总结如下。

一、临 床 资 料

1. 一般情况

59 例中,男 30 例,女 29 例。年龄最小者 16 岁,最大者 66 岁,40 岁以上者 24 例。病程最短者 20 天,最长者 30 年。5 年以上者 27 例,多数有反复发作病史。

在有明确记载的 49 例中,单纯总胆管结石 30 例,总胆管结石合并胆囊结石 8 例,合并肝内结石(其中一例合并胆道蛔虫病)者 11 例。

入院时处于缓解期(气郁型)者 36 例,急性发作期(湿热型)者 21 例,化脓性梗阻性胆管炎

(脓毒型) 2 例。

2. 诊断根据

以临床症状为主,全部病例均有右上腹反复发作绞痛的历史,在急性发作期有不同程度的右上腹压痛、反跳痛和局部肌肉紧张等体征。入院时有发热者 17 例,肝脏肿大者 20 例,胆囊肿大者 7 例,有不同程度黄疸者 21 例。以往有各种胆道手术史者 23 例,术后残余结石带引流管者 5 例。治疗前作胆系造影者 48 例,其中胆道内肯定有结石者 34 例。有 2 例是根据“总攻”后排出的结石,结合临床病史而确定诊断的。12 例的诊断是在改手术治疗中证实的。

3. 治疗对象

根据以往的临床实践,我们曾将中西医结合非手术治疗胆石病的适应症归结为如下几项^[4]。

(1) 无严重梗阻(结石嵌顿或胆管狭窄)的较小结石(直径 1 厘米左右)或泥砂样肝、胆管结石。

(2) 症状较轻,无严重并发症的较大结石。

(3) 肝内广泛小结石,手术难以治愈者。

(4) 手术前后用药,可排出泥砂样或小块结石,有利于手术进行及防止复发。

在现阶段,凡符合上述情况的肝、胆管结石均施以“总攻”治疗。

二、治 疗 方 法

可概括为发作期及缓解期两类:一般缓解期患者入院后即给“排石汤”5 号(金钱草_{一两}、木香_{三钱}、枳壳_{三钱}、黄芩_{三钱}、川楝子_{三钱}、大黄_{二钱})每日一剂,分两次服用。发作期患者则除给“排石汤”6 号(虎杖或三棱针_{一两}、木香_{五钱}、枳壳_{五钱}、大黄_{五钱}、金钱草或茵陈_{一两}、栀子_{四钱}、元胡_{五钱})口服外,如感染梗阻严重,酌情加用抗菌素,以及根据病情辨证加减用药,有脱水者需纠正水、电解质紊乱。上述两类患者在确定诊断后,即可组织“总攻”^[8],方案如表 1。

表 1 胆石“总攻”方案*(共 2.5 小时)

时 间	措 施
8:30	“排石汤”6 号或“总攻”辨证方 200 毫升 口服
9:30	吗啡 5 毫克,皮下注射
10:10	亚硝酸异戊酯一支,吸入
10:15	33%硫酸镁 40 毫升,口服
10:20	0.5%稀盐酸 30 毫升,口服
10:25	脂餐(油煎鸡蛋 2, 3 个)
10:30	电针 右胆俞(阴极) 日月,或梁门,太冲(阳极) 半小时

* 带有引流管的残余结石患者,在服“排石汤”及注射吗啡期间,先夹闭引流管使胆压升高,当吸入亚硝酸异戊酯,服用硫酸镁、稀盐酸后,电针开始前或同时,让病人取坐位,开放胆管引流管。在严格无菌操作下,向胆管引流管内先注入 1% Xylocaine 5—10 毫升,继再注入石蜡油 10—20 毫升,然后用温无菌生理盐水大量冲洗胆管,以利排石。胆囊已切除的患者,免用脂餐。

“总攻”治疗共需二个半小时。“总攻”次数及间隔则应根据病人的体质,以及“总攻”后的反应决定。一般体质强、反应轻的可隔日“总攻”一次,每周行 2—3 次。体质弱、

反应重的,间隔时间就需加长,如每周进行一次,在间歇期给予健脾和胃之剂,或采用攻补兼施的措施。本组病例行“总攻”治疗总次数最少一次,最多 16 次,平均 5 次。

三、治 疗 效 果

59 例肝、胆管结石患者经“总攻”治疗后,除一例死于中毒性休克(死亡率 1.6%)外,均临

床治愈出院。其中有 15 例在治疗过程改行手术,手术率为 25.4%。本组有 53 例通过筛洗粪便检查胆石,发现有排石者 30 例。另有 6 例仅由 X 线检查结石影消失。排石率为 61%。有 15 例结石排尽(内有三例造影显示总胆管结石消失,胆囊结石减少),全组阴转率为 25.4%。以往应用“排石汤”一般需要 6—7 天后才开始排石,而应用“总攻”排石的 30 例中,当天有排石者 14 例,攻后次日出现排石者 10 例,大多数病例(25/30 例)“总攻”1—2 次即开始排石。这对于判断“总攻”治疗是否收效和决定疗程的长短有一定参考价值。对 6 例结石排尽的患者随诊一年到两年多,除一例偶有上腹部轻度不适外,其余均无症状,恢复了正常劳动。排出的结石有 23 例作了鉴定,证实成分为以胆固醇为主的 2 例,含胆色素者 15 例,混合结石 6 例。排出结石最大者为 $2.8 \times 1.7 \times 1.4$ 厘米,最多者达 187 颗。

典 型 病 例

例 1: 黄××,女,33 岁,住院号 12632,因右上腹闷胀痛伴黄疸,反复发作 10 个月,于 1971 年 4 月 12 日入院。查巩膜黄染、脉弦,舌苔黄腻。白细胞 6900,中性 46%。肝大肋下 3 厘米,胆道静静脉法造影示总胆管下端有 1.5 厘米直径结石(图 1)。入院后经中药“排石汤”加减方治疗,于第 7 天症状发作,因势利导行“总攻”疗法,“总攻”中突感腹痛消失,全身乏力,次日由大便查到 $2.8 \times 1.7 \times 1.4$ 厘米胆石一枚(图 2)。再次胆道造影,结石影消失(图 3)。第九天痊愈出院,恢复正常工作。

例 2: 陈××,女,25 岁,住院号 18042,右上腹剧痛,伴发冷发热,黄疸 20 天,于 1971 年 11 月 5 日入院。体温 39°C ,脉搏 96 次/分,急性病容,脱水明显。右上腹压痛,轻度肌肉紧张,白细胞 19200,中性 91%,黄疸指数 18 单位。入院后给予补液、抗菌素及口服“排石汤”6 号,服药后上腹疼痛加剧,在严密观察下进行“总攻”疗法,次日排出结石一块 $1.5 \times 1.2 \times 1.2$ 厘米,症状有好转。第三天再行“总攻”疗法,于当天下午又排出胆石多块,最大者 $2 \times 1.7 \times 1.7$ 厘米(图 4),排石后症状消失,黄疸逐渐消退。出院后随诊一年余,无症状发作,胆道造影阴性,恢复正常劳动。

例 3: 陈××,男,41 岁,右上腹痛,高热,黄疸一天入院。入院后经中西医结合治疗症状缓解,黄疸消退,并开始“总攻”治疗。于第 5 次“总攻”后发生上腹部闷胀痛,并发冷发热,又出现黄疸。但认为可能系排石过程。疼痛持续不缓解,待脉搏有变化时,已发生中毒性休克。急诊手术发现一大结石嵌顿于胆管下端,其上塞满大量粘性泥砂样结石,引起急性梗阻性化脓性胆管炎,经抢救无效死亡。

四、讨 论

1. 关于“总攻”疗法适应症

(1) 结石大小问题。Rains 指出,直径小于 1 厘米的结石,有通过舒张的括约肌自行排石的可能^[2]。本组病例,排出的最大结石达 $2.8 \times 1.7 \times 1.4$ 厘米。可见总胆管末端在正常情况下,口径虽仅 2 毫米左右,但可有较大的舒张潜力^[9],不但能排出直径小于 1 厘米的结石,也有可能排出较大的结石。如本文典型病例 1,因上腹闷胀痛阵发加重,间断出现黄疸 10 个月,经 X 线造影证实胆总管下端有 1.5 厘米大小结石影。在治疗中有人认为黄疸重,病期久,结石过大,需手术治疗。但我们认为,患者年轻,信心强,局部炎症不重,可以经过充分调动病人机



图 1 典型病例 1 胆道静脉法造影示总胆管下端有 1.5 厘米结石

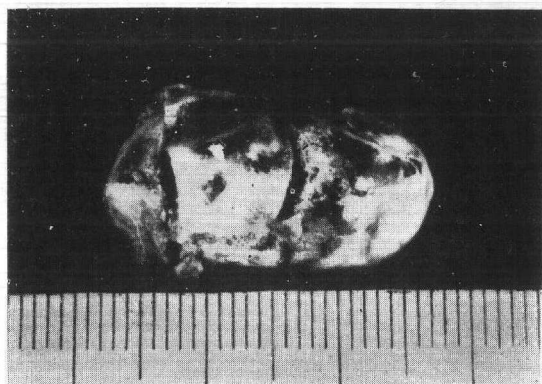


图 2 典型病例 1 经“总攻”后排出的胆结石

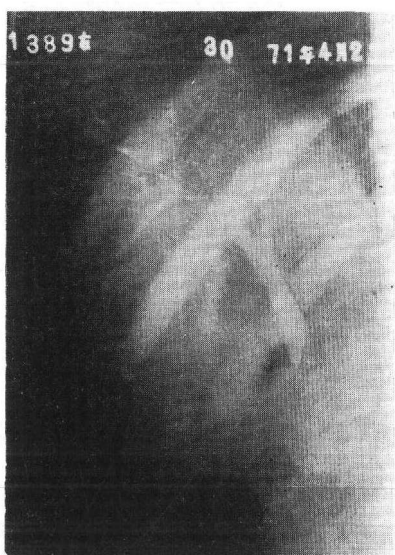


图 3 典型病例 1 “总攻”治疗后,胆道造影示结石影消失

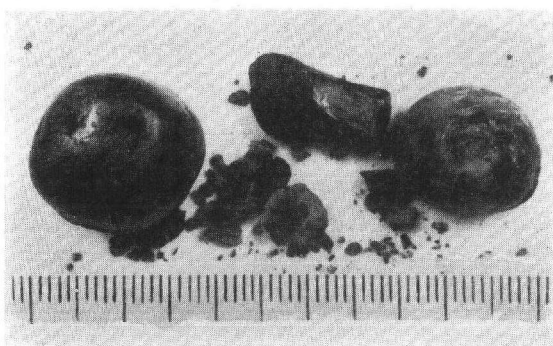


图 4 典型病例 2 经“总攻”后排出的胆结石

体抗病能力,扶正以祛邪,达到治愈的目的。结果用中西医结合进行“总攻”治疗,终于将结石排出,痊愈出院。通过此例使我们认识到,结石的大小是相对的,小结石较易排出,大结石只要全身和局部情况良好,经过中西医结合治疗,充分调动机体抗病能力,也可以克邪排石。

(2) 肝内结石问题。肝内结石,特别是肝内广泛性结石,手术治疗有一定困难。本组总胆管结石合并肝内结石 11 例中,采用“总攻”疗法,取得 7 例排石效果,其中 2 例结石已排尽,为肝内结石提供了较为有效的方法。

(3) 术后残余及复发结石问题。 本组病例对手术后残余及复发结石,采用“总攻”疗法,取得了较为满意的效果。23 例残余及复发结石患者,用中西医结合“总攻”疗法,取得 18 例排石效果,排石率 64.2%,结石排尽者 7 例。这说明,本疗法对部分术后残余及复发结石病例,是一种有效疗法,有可能避免再次手术的痛苦和危险。

(4) 未排石及改用手术的病例。 本组 59 例中 23 例“总攻”未见排石,12 例改用手术治疗,原因为“总攻”后症状反见加重的 7 例;查便无结石,X 线造影无变化者 4 例;病人坚持要进行手术者 1 例。有排石改手术者 3 例,

表 2 改手术发现*

术 中 发 现	未排石	排石
胆囊塞满结石+总胆管结石		1
胆石与胆管壁粘连	2	
胆石+总胆管下段狭窄	3	1
大结石下段嵌顿	4	
结石并化脓性胆管炎	2	1
胆囊萎缩,肝硬化,总胆管瘢痕粘连及结石	2	
胆道蛔虫合并肝、胆管大量泥砂	1	
总胆管粗未见结石	1	

* 有三例同时有二种发现。

其中 2 例因症状未见缓解,一例出现脉搏和血压改变而改用了手术。如表 2 所示,术中发现胆道内具有梗阻因素者 10 例。

在未排石的 23 例中,11 例未进行手术,其中 X 线造影示总胆管下段或吻合口狭窄 4 例;总胆管中段梗阻一例;体虚结石过大一例及总胆管内为多数结石塞满者一例;另一例攻后症状突然消失,

患者自述排出三个结石,但医务人员未见到;另三例原因不详。

由上述资料可见,“总攻”治疗无效者其中多数存在着机械性梗阻因素,这在确定适应症时应予以重视。

通过手术病例我们看到,炎症粘连、瘢痕狭窄、结石嵌顿等是造成结石不能排出的主要原因,而这类病人大多数有病程长、反复炎症发作及黄疸持续不退等临床表现。虽有时也可能排出少量砂样结石,但此时局部病变已上升为矛盾的主要方面,需要在增强机体抗病能力的同时,配合手术治疗才具有积极意义。

从手术发现与未排石病例的分析看来,“总攻”效果不佳的病例,多属于手术适应症范围。因此,观察“总攻”是否取得效果,对于及早明确手术适应症,划清手术与非手术界限很有助益。

2. 关于“总攻”后排石规律

掌握“总攻”后排石规律,对提高疗效甚为重要。我们认为,在适应症范围内,症状发作期或缓解期均可采用“总攻”治疗,而症状发作期“总攻”可起到因势利导的作用,有助于结石排出。发作时间长,局部炎症重者,必须消除炎症,使下端水肿消减,然后“总攻”为宜。对病程较短、炎症不重的急性期病人,要在严密观察下实行“总攻”。缓解期“总攻”可使结石由静而动。当有右上腹部疼痛发作时,多为开始排石的征象,更须严密观察,积极治疗。

从本组病例可见,排出块状结石者多有排石反应,而排泥砂样结石时往往无大反应。但估计结石是否已排出,仅有腹痛发作还不够,必须有一个过程,就是“总攻”后发生胆绞痛,随之可能出现发热,脉速,甚至黄疸。过后突然腹痛消失,热度下降,黄疸消退,对此我们称之为“排石现象”,这时应注意收集大便,仔细查找胆石,本组 4 例排出较大块状结石,均出现典型的排石现象。但有的病例,疼痛始终不缓解甚至加剧,以致出现全身情况变化时,必须及时决定手术治疗。本组死亡病例,就是严重教训。当“总攻”后发生上腹闷胀痛,只考虑了可能系排石,而疼痛持续不见缓解,同时出现寒热,黄疸,待脉搏发生变化时,已发生中毒性休克,经抢救无效

而死亡。本组“总攻”无效,症状加重的 7 例中有梗阻性化脓性胆管炎者 3 例,其手术前均有以下特点:(1)上腹部持续性闷胀痛为主或阵发加剧;(2)出现寒热,而以寒颤为主;(3)黄疸重新出现且持续加重。因此,在“总攻”过程出现上述征象,必须高度警惕,及时决定手术治疗。但本组另一例,于“总攻”后出现典型的“排石现象”,腹痛突然缓解而脉搏变快,并有血压下降趋势,乃施行手术,结果术中除总胆管增粗,少许脓性胆汁外,未见结石,次日便中发现结石一枚。由此可见,血压、脉搏的变化,在“总攻”时固然重要,但更重要的是掌握上腹疼痛的规律性。当“总攻”后,引起上腹疼痛可能是好现象,但疼痛持续不解,则需考虑可能引起急性嵌顿梗阻。如疼痛突然缓解,则可能系排石现象。胆绞痛这一主要症状的突然缓解,说明梗阻解除。全身情况接着见好,更是这一判断的佐证。因此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,及时手术,以免贻误病人;又要正确判断,避免不必要的手术,给病人造成痛苦。

3. 关于“总攻”排石原理

中西医结合的“总攻”疗法,是在舒肝利胆的基础上,采用“以通为用”的治疗原则。主要措施可分为三个步骤。首先是以中药使胆汁排出增加,其次在此基础上应用药物将胆管下端括约肌收缩,使胆汁暂时滞留,胆囊胀大,胆压增加。在病人能忍受的情况下(一般 40 分钟),最后利用药物、电针等开放括约肌,收缩胆囊,大量利胆,在胆管压力突降,胆汁大量排出的过程中,使胆管内结石一举攻下或加速排出。

实验证明,中药“排石汤”有使胆汁流量明显增加和一定程度舒张括约肌的作用。而当与硫酸镁联合应用时,其作用似有进一步加强。按“总攻”疗法所做的自身试验和动物实验则可见到,在“排石汤”利胆作用的基础上,运用吗啡使奥狄氏括约肌一时性收缩,胆汁可更多地潴存于胆囊内,而后通过亚硝酸异戊酯、硫酸镁、稀盐酸、脂餐的联合作用,就可以在一定的时间内,促使肝胆系统产生有力的排胆和收缩活动。

Toouli 等最近指出,在胆囊收缩素,促胰激素等的作用下,可以引起胆囊收缩,总胆管蠕动和乳头部奥狄氏括约肌的喷乳样活动。而稀盐酸和脂餐则是引起机体分泌胆囊收缩素和促胰激素的有力因素^[10-11]。

国外屡有胆石“自然消失”的报道,但其发生率仅约 1%^[12]。由此可以设想:由于综合地利用了中西药物的不同作用,加以协调地配合,加强了肝、胆系统的排胆与运动机能,促进了机体内在的排石反应,从而起到了由静变动和因势利导的排石效应,收到了较好的临床排石效果。

4. 存在的几个问题

中西医结合“总攻”排石疗法,虽然开阔了非手术疗法的途径,但目前适应症范围尚存在一定的局限性。对胆囊结石及胆道有机械性障碍因素的病例效果较差,对某些患者进行因势利导的“总攻”还必须做好充分的手术准备。另外现行的“总攻”疗法涉及的项目较多,有些患者的反应较大,在舒张奥狄氏括约肌这一环节上还不够理想,以及有些临床观察还不够细致,有关作用原理的研究还仅仅开始等。这些均有待进一步通过实践加以提高和解决。

参 考 文 献

- [1] 黄宝骝主编,外科学,1964,人民卫生出版社,702 页。
- [2] Rains, A. J. H., Gallstones—Causes and Treatment. 1964, William Heinemann, London.
- [3] Way, L. W. et al., Management of choledocholithiasis, *Ann. Surg.*, 176 (1972), 3, 347.

- [4] 陈荣殿等, 中药“排石汤”治疗胆石症的初步临床效果, 中华外科杂志增刊 1964, 74.
- [5] 张仲景, 伤寒论 1956, 重庆市人民出版社.
- [6] 贺瑞麟等, 中药“排石汤”对肝内结石的疗效观察, 中华外科杂志 **13** (1965), 2, 103.
- [7] 遵义医学院急腹症研究组, 中西医结合治疗胆石症, 新医学 **1** (1972), 17.
- [8] 遵义医学院, 中西医结合治疗急腹症, 1972, 人民卫生出版社.
- [9] Palmer, E. D., Clinical Gastroenterology, 2nd, ed., 1963, 571, Hober Medical Division, New York.
- [10] Toouli, J. et al., Actions of Cholecystokinin/Pancreozymin, Secretin and Gastrin on Extrahepatic Biliary Tract Motility in Vitro, *Ann. Surg.*, **175** (1972), 3, 439.
- [11] Berry, H. & Flower, R. J., The Assay of Endogenous Cholecystokinin and Factors Influencing its Release in the Dog and Cat, *Gastroenterology*, **63** (1971), 3, 409.
- [12] 龟田治南, 右田徹, 胆石の自然消失について, 最新医学, **27** (1972), 6, 1113.