

中西医结合

胆胰疾病诊疗学

陈进春 姜磊 主编



人民卫生出版社 国家“十一五”重点图书出版项目
WORLD JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY 2006 全国百种重点图书出版单位

卷之四

四

中西医结合胆胰疾病诊疗学

ZhongXiYi JieHe DanYi JiBing ZhenLiaoXue

陈进春 姜杰 主编



厦门大学出版社

XIAMEN UNIVERSITY PRESS

国家一级出版社
全国百佳图书出版单位

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合胆胰疾病诊疗学/陈进春,姜杰主编. —厦门:厦门大学出版社,2011. 11

ISBN 978-7-5615-4053-4

I. ①中… II. ①陈…②姜… III. ①胆道疾病-中西医结合疗法②胰腺疾病-中西医结合疗法
IV. ①R575.6②R576

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 201456 号

厦门大学出版社出版发行

(地址:厦门市软件园二期望海路 39 号 邮编:361008)

<http://www.xmupress.com>

xmup@public.xm.fj.cn

厦门市金凯龙印刷有限公司印刷

2011 年 12 月第 1 版 2011 年 12 月第 1 次印刷

开本:787×1092 1/16 印张:14.5 插页:2

字数:350 千字 印数:1~3100 册

定价:35.00 元

本书如有印装质量问题请直接寄承印厂调换

编著者(以章次为序)

姜 杰	主任医师、教授
耿国军	主任医师、教授
杜凤藻	主任医师
徐 霖	主治医师、硕士
蔡 虹	副主任医师、硕士
张 倩	住院医师
卢艺朴	住院医师
黄庆强	主治医师
陈 敏	住院医师、硕士
张 卫	副主任医师、博士
林志东	主治医师
张锦松	住院医师
王跃全	主任医师、硕士
陈锦程	副主任医师
万文蓉	主任医师、副教授
金冠羽	主治医师、硕士
阮清发	副主任医师、硕士
吴小伟	主治医师
陈进春	主任医师、教授
邱明山	主治医师、硕士
索 标	主任医师
宋 学	主任医师、副教授
陈一斌	副主任医师
叶清景	主治医师
陈两洲	副主任医师
许正锦	主治医师、硕士
许丽桂	副主任护师
刘桂萍	副主任护师
吴碧玉	副主任护师

序一

进入 21 世纪,随着人们的生活方式和疾病谱的变化,人类健康面临严重的威胁。胆胰疾病发病率亦明显升高。由于胆道系统疾病和胰腺疾病的病因病理复杂,虽然现代医学对胆胰疾病的诊断与治疗水平不断提高,但仍然不能完全满足人们健康和医疗保健的需要,发挥中医学整体观念和辨证论治的优势,综合治疗成为临床诊治胆胰疾病的有效途径。

中医学对胆胰疾病有详细的记载和丰富的经验。如何把现代医学与中医学有机地结合起来,丰富我国胆胰疾病诊疗的内涵,优势互补,取长补短,提高胆胰疾病的疗效,建立具有中国特色的胆胰疾病诊疗科学,是该领域医务工作者面临的一个重要课题。由福建中医药大学附属厦门市中医院陈进春教授和姜杰教授主编、全国 20 余位在胆胰疾病领域有一定造诣的学者参与编写的《中西医结合胆胰疾病诊疗学》一书,详细地阐述了胆胰疾病的中西医治疗原则和方法,辨病与辨证治疗,将中西医治疗有机地结合起来,充分发挥中西医结合的优势,为胆胰疾病的治疗提供了一定的基础。相信该书的出版,对我国中西医结合事业的发展有一定的推动作用,对临床中、西医医生也有一定的帮助。我还希望有更多临床第一线的医务工作者刻苦钻研、善于思考、大胆实践、不断总结经验,为完善我国具有中国特色的医药卫生体系,为民众健康作出更大的贡献。

中国中医科学院研究生院院长

中华中医药学会副会长

中国中西医结合学会副会长

2011 年 3 月 7 日



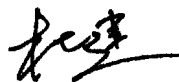
序二

福建中医药大学附属厦门市中医院牵头编著的《中西医结合胆胰疾病诊疗学》，由国内 20 多位在该领域有一定造诣的中西医结合的专家和临床医师共同编写。该书充分体现了他们的集体智慧。

中西医结合治疗胆胰疾病已经历了半个多世纪，在临床上闯出了新的治疗道路，诸如总攻排胆石、大黄治急性胰腺炎等，取得了非常好的疗效，发表了许多论文，但把胆胰疾病的中西医结合诊疗方法进行系统总结、编著成书者尚不多见。在当今医学科学不断发展、不断创新的时代，人们迫切希望在治疗时能把“病”与“证”、“微观”与“宏观”结合起来，充分发挥中西医的优势，从而达到提高诊疗效果的目的。本书阐述了中西医结合防治胆胰疾病的优势，必将给予同道及后学者诸多启迪，给病人带来福音。

在付梓之际，厦门市中医院陈进春院长特寄来书稿，邀我写序。有感于中医学的博大精深、西医的迅猛发展，中西医结合优势互补，我希望有更多的中西医结合专著出版，从而推动中西医结合事业的发展。故乐而为序。

原福建中医学院(现更名为福建中医药大学)院长



2011 年 3 月 21 日

目录

第一章 概述	(1)
第一节 解剖生理概要	(1)
一、胆道系统	(1)
二、胰腺的解剖生理	(5)
第二节 特殊检查	(6)
一、超声检查	(6)
二、放射学检查	(7)
三、核素扫描检查	(9)
四、胆道镜检查	(9)
五、十二指肠引流	(9)
第三节 胆道胰腺疾病诊疗的新进展	(9)
第四节 中医学对胆道胰腺的解剖生理认识	(12)
一、中医学对胆道的解剖生理认识	(12)
二、中医学对胰腺的解剖生理认识概要	(14)
参考文献	(19)
第二章 胆石病	(21)
一、概述	(21)
二、病因病理	(22)
三、临床表现	(30)
四、实验室检查	(31)
五、诊断及鉴别诊断	(33)
六、中医辨证要点	(35)
七、治疗	(35)
参考文献	(48)
附：保胆取石术	(49)
一、引言	(49)
二、胆囊切除的弊端	(49)
三、保胆的优点	(49)
四、胆囊收缩率的测定方法	(50)
五、保胆的手术适应症和禁忌症	(50)
六、保胆的手术方法	(50)
七、保胆后结石复发的预防	(51)
八、保胆存在的问题	(51)
参考文献	(51)

第三章 急性胆囊炎	(53)
第一节 急性结石性胆囊炎	(53)
一、病因	(53)
二、病理	(53)
三、临床表现	(54)
四、实验室检查	(54)
五、并发症	(55)
六、诊断及鉴别诊断	(56)
七、治疗	(57)
第二节 急性非结石性胆囊炎	(57)
一、病因	(58)
二、病理	(59)
三、临床表现与诊断	(59)
四、治疗	(60)
五、急性胆囊炎传统医学病因病机	(60)
六、中医辨证要点	(60)
七、中医治疗	(61)
参考文献	(62)
第四章 慢性胆囊炎	(64)
一、概述	(64)
二、病因病理	(64)
三、临床表现	(65)
四、实验室检查	(65)
五、诊断及鉴别诊断	(65)
六、治疗	(66)
参考文献	(67)
第五章 急性梗阻性化脓性胆管炎	(69)
一、概述	(69)
二、病因病理	(69)
三、临床表现	(70)
四、实验室及其他检查	(71)
五、诊断	(71)
六、鉴别诊断	(72)
七、治疗	(73)
参考文献	(75)
第六章 原发性硬化性胆管炎	(76)
一、概述	(76)
二、病因病理	(76)
三、临床表现	(79)

四、实验室及其他检查	(79)
五、诊断	(81)
六、鉴别诊断	(83)
七、治疗	(83)
参考文献	(86)
第七章 胆道寄生虫病	(88)
第一节 胆道蛔虫病	(88)
一、概述	(88)
二、病因病理	(88)
三、临床表现	(89)
四、实验室检查	(89)
五、诊断	(90)
六、鉴别诊断	(91)
七、治疗	(92)
第二节 胆道华支睾吸虫病	(94)
一、概述	(94)
二、病因病理	(95)
三、临床表现	(95)
四、实验室及其他检查	(95)
五、诊断及鉴别诊断	(96)
六、治疗	(97)
第三节 胆道包虫病	(98)
第四节 胆道姜片虫病	(98)
第五节 胆道肝片吸虫病	(99)
第六节 胆道贾第鞭毛虫病	(99)
参考文献	(99)
第八章 胆道系统损伤	(100)
一、概述	(100)
二、病因病理	(100)
三、临床表现	(102)
四、实验室检查	(103)
五、诊断	(103)
六、鉴别诊断	(104)
七、治疗	(105)
参考文献	(108)
第九章 胆道运动功能障碍性疾病	(110)
第一节 胆囊运动功能障碍	(110)
一、病因病理	(110)
二、分类及其特点	(111)

三、临床表现	(112)
四、诊断	(112)
五、鉴别诊断	(113)
六、治疗	(114)
第二节 胆囊管运动功能障碍	(115)
一、中医病因病机	(115)
二、中医辨证要点	(116)
三、治疗	(117)
第三节 Oddi 括约肌运动功能障碍	(118)
一、流行病学	(119)
二、病因及发病机制	(119)
三、病理生理	(120)
四、传统医学病因病机	(120)
五、临床表现与分型	(121)
六、诊断	(122)
七、辨证要点	(125)
八、鉴别诊断	(125)
九、治疗原则	(127)
参考文献	(130)
第十章 急性胰腺炎	(132)
一、概述	(132)
二、病因病理	(132)
三、临床表现	(135)
四、实验室及其他检查	(136)
五、影像学检查	(136)
六、诊断	(137)
七、治疗	(139)
参考文献	(143)
第十一章 慢性胰腺炎	(144)
一、概述	(144)
二、病因病理	(144)
三、临床表现	(145)
四、实验室及其他检查	(146)
五、影像学表现	(146)
六、诊断	(147)
七、鉴别诊断	(148)
八、治疗	(148)
参考文献	(150)

第十二章 胰腺外伤	(151)
一、概述	(151)
二、病因	(151)
三、病理	(151)
四、临床表现	(152)
五、影像学检查	(153)
六、诊断和鉴别诊断	(153)
七、治疗	(155)
八、并发症	(156)
参考文献.....	(157)
第十三章 胰腺内分泌肿瘤	(159)
第一节 胰岛素瘤	(160)
一、概述	(160)
二、病因病理	(160)
三、临床表现	(160)
四、实验室及其他检查	(160)
五、诊断	(161)
六、鉴别诊断	(161)
七、治疗	(161)
第二节 促胃液素瘤	(162)
一、概述	(162)
二、病因病理	(162)
三、临床表现	(162)
四、实验室及其他检查	(162)
五、诊断	(163)
六、鉴别诊断	(163)
七、治疗	(163)
第三节 高血糖素瘤	(164)
一、概述	(164)
二、病因病理	(164)
三、临床症状	(164)
四、实验室及其他检查	(165)
五、诊断	(165)
六、鉴别诊断	(165)
七、治疗	(165)
第四节 胰致腹泻瘤	(166)
一、概述	(166)
二、病因病理	(166)
三、临床症状	(166)

四、实验室及其他检查	(167)
五、诊断	(167)
六、鉴别诊断	(167)
七、治疗	(167)
第五节 生长抑素瘤	(168)
一、概述	(168)
二、病因病理	(168)
三、临床表现	(168)
四、实验室及其他检查	(168)
五、诊断	(169)
六、鉴别诊断	(169)
七、治疗	(169)
第六节 胰多肽瘤	(170)
一、概述	(170)
二、病因病理	(170)
三、临床表现	(170)
四、实验室及其他检查	(170)
五、诊断	(170)
六、鉴别诊断	(170)
七、治疗	(170)
第七节 胰腺类癌	(171)
一、概述	(171)
二、病因病理	(171)
三、临床表现	(171)
四、实验室及其他检查	(171)
五、诊断	(172)
六、鉴别诊断	(172)
七、治疗	(172)
参考文献	(172)
第十四章 胆胰肿瘤	(174)
第一节 胆道肿瘤	(174)
一、胆囊息肉样病变	(174)
二、胆囊癌	(176)
三、胆管良性肿瘤	(181)
四、胆管癌	(182)
第二节 胰腺肿瘤	(185)
一、胰腺癌	(186)
二、胰腺囊性肿瘤	(197)
三、壶腹部癌	(198)
参考文献	(200)

第十五章 胆胰疾病的预防和护理	(202)
第一节 胆系疾病的预防和护理	(202)
一、胆系感染、胆石症的“4 级预防”	(202)
二、护理评估	(203)
三、护理措施	(204)
四、健康教育	(209)
第二节 胰腺疾病的预防与护理	(209)
一、预防	(209)
二、护理评估	(210)
三、护理措施	(211)
四、辨证施护	(214)
五、健康教育	(216)
参考文献	(216)

第一章 概述

第一节 解剖生理概要

一、胆道系统

胆道系统包括肝内、肝外胆管,胆囊及 Oddi 括约肌等部分。它起于毛细胆管,终末端与胰管汇合,开口于十二指肠乳头,外有 Oddi 括约肌围绕。

(一)解剖

1. 肝内胆管

起自毛细胆管,继而汇集成小叶间胆管,肝段、肝叶胆管及肝内部分的左右肝管。肝内胆管和肝内肝动脉、门静脉及其各级分支的分布和走行大体一致,三者同为一结缔组织——鞘(Glisson 鞘)所包裹。左、右肝管为一级支,左内叶、左外叶、右前叶、右后叶胆管为二级支,各肝段胆管为三级支。

2. 肝外胆道(图 1-1)

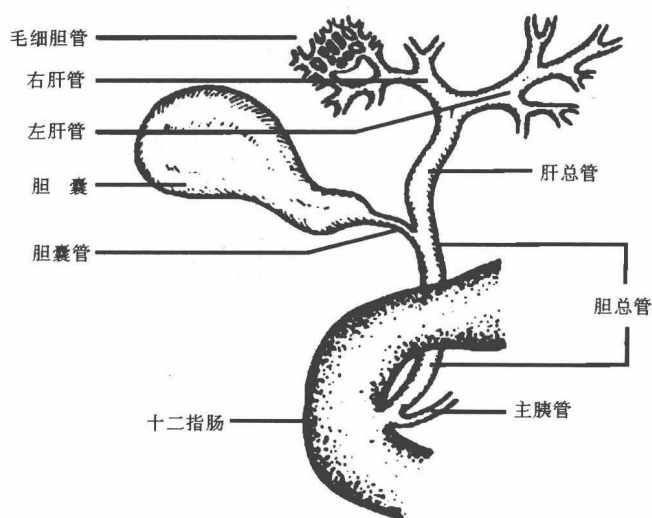


图 1-1 肝内、肝外胆道系统

(1)左、右肝管和肝总管:左、右肝管出肝后于肝门部汇合形成肝总管。左肝管较为细长,长约 2.5~4 cm,与肝总管间形成 90°的夹角;右肝管较粗短,长约 1~3 cm,与肝总管间形成约 150°的夹角。在肝门处,肝管、门静脉、肝动脉三者关系密切,一般是左、右肝管在

前,肝左、右动脉居中,门静脉左、右主干在后;左、右肝管的汇合点位置最高,门静脉左、右主干的分叉点稍低,肝左、右动脉的分叉点最低。

肝总管直径为 0.4~0.6 cm,长约 3 cm,其下端与胆囊管汇合形成胆总管。有时肝总管前方有肝固有动脉发出的肝右动脉或胆囊动脉越过;有时除左、右肝管外,还有副肝管(6%~10%),胆道手术时应予注意。

(2)胆总管:肝总管与胆囊管汇合形成胆总管。胆总管长 7~9 cm,直径 0.4~0.8 cm。若直径超过 1 cm,应视为病理情况。根据其行程和毗邻关系,胆总管分为四段:①十二指肠上段:始于肝总管与胆囊汇合处,止于十二指肠上缘。此段经网膜孔前方,肝十二指肠韧带右缘下行,肝动脉位于其左侧,门静脉位于两者后方。胆总管探查、取石、引流及胆肠内引流手术在此段进行。②十二指肠后段:行经十二指肠第一段后方。其后方为下腔静脉,左侧有门静脉和胃十二指肠动脉。③胰腺段:在胰头后方的胆管沟内或实质内下行。④十二指肠壁内段:胰腺段胆总管下行至十二指肠降部中段后,斜行进入肠管后内侧壁,长 1.5~2.0 cm。80%~90%人的胆总管与主胰管在肠壁内汇合形成一共同通道,并膨大形成胆胰壶腹,亦称乏特(Vater)壶腹。壶腹周围有括约肌(称 Oddi 括约肌),使十二指肠黏膜隆起形成皱襞。壶腹末端通常开口于十二指肠降部下 1/3 或中 1/3 处的十二指肠大乳头。另有 15%~20%的胆总管与主胰管分别开口于十二指肠。Oddi 括约肌主要包括胆管括约肌、胰管括约肌和壶腹括约肌,它具有控制和调节胆总管和胰管的排放,以及防止十二指肠内容物反流的重要作用(图 1-2)。

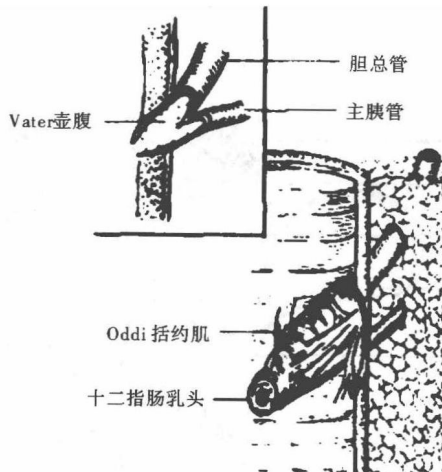


图 1-2 胆总管下段胰管汇合处

(3)胆囊:为囊性器官,呈梨形,位于肝脏脏面的胆囊窝内。长 5~8 cm,宽 3~5 cm,容积 40~60 mL。胆囊分为底、体、颈三部,底部圆钝,为盲端,向左上方延伸形成体部,体部向前上弯曲变窄形成胆囊颈,三者间无明显界线。颈上部呈囊性扩大,称 Hartmann 袋,胆囊结石常滞留于此。

(4)胆囊管:由胆囊颈延伸而成,长 2~3 cm,直径约 0.3 cm。胆囊起始部内壁黏膜形成螺旋状皱襞,称 Heister 瓣。胆囊管大多呈锐角汇入肝总管右侧壁,但常有变异,可经肝总

管前方或后方至其左侧壁或后方与之呈锐角汇合,或与肝总管平行至十二指肠第一段后方与之汇合,或与右肝管汇合等。胆囊管也可很短或缺如。了解以上变异,对手术中防止胆管损伤有重要意义。

胆囊三角(Calot 三角)是由胆囊管、肝总管和肝脏下缘构成的三角区,胆囊动脉、肝右动脉、副右肝管在此区穿过,是胆道手术极易发生误伤的区域。胆囊淋巴结位于胆囊管与肝总管相汇处夹角的上方,可作为手术寻找胆囊动脉和胆管的重要标志。

胆总管的血液供应主要来自胃十二指肠动脉、肝总动脉和肝右动脉,这些动脉的分支在胆总管相互吻合成丛状。胆囊动脉正常时源自肝右动脉(约占 85%),少数可能起自肝固有动脉,或肝左动脉,或胃十二指肠动脉。胆囊静脉和肝外胆道静脉直接汇入门静脉。

胆囊的淋巴引流入胆囊淋巴结和肝淋巴结,并与肝组织内的淋巴管吻合。肝外胆管的淋巴引流入位于肝总管和胆总管后方的淋巴结。

胆道系统分布着丰富的神经纤维,主要来自腹腔丛发出的迷走神经和交感神经。进行胆囊切除手术时,如过度牵拉胆囊致迷走神经受激惹,可诱发胆心反射;严重者可产生胆心综合征,甚至发生心跳骤停,需高度重视。

肝外胆管壁由三层组织组成:①黏膜层:含杯状细胞和其他含黏液的细胞,显示胆管有分泌功能;②平滑肌和弹力纤维层:受刺激时肌纤维可痉挛性收缩引起绞痛;③浆膜层:由结缔组织组成,含神经纤维和血管分支。

胆囊壁由三层组织组成:①黏膜层:由柱状细胞组成,具吸收作用;底部含小管泡状腺体,可分泌黏液。胆囊内的众多黏膜皱襞,能增加浓缩胆汁的能力。②肌层:内层呈纵行,外层呈环行,夹以弹力纤维。③外膜层:由结缔组织及肝包膜延续而来的浆膜形成。

(二)生理

胆道系统具有分泌、贮存、浓缩与输送胆汁的功能,对胆汁排放入十二指肠起着重要的调节作用。

1. 胆汁的生成、分泌和代谢

(1)胆汁的分泌、成分和功能:成人的肝细胞、胆管细胞每日分泌胆汁 600~1 000 mL。肝细胞分泌的胆汁约占胆汁分泌量的 3/4,胆管细胞分泌的胆汁约占 1/4。胆汁中 97% 是水,其他成分主要有胆汁酸与胆盐、胆固醇、磷脂酰胆碱(卵磷脂)、胆色素、脂肪酸、氨基酸、酶类、无机盐、刺激因子等。

胆汁呈中性或弱碱性,其主要生理功能是:①乳化脂肪:胆盐随胆汁进入肠道后与食物中的脂肪结合使之形成能溶于水的脂肪微粒而被肠黏膜吸收,刺激胰脂肪酶的分泌并使其被激活,水解脂类,促使脂肪、胆固醇和脂溶性维生素 A、D、E、K 的吸收;②胆盐有抑制肠内致病菌生长繁殖和内毒素形成的作用;③刺激肠蠕动;④中和胃酸。

(2)胆汁分泌的调节:胆汁分泌受神经内分泌的调节。迷走神经兴奋,胆汁分泌增加;交感神经兴奋,胆汁分泌减少。促胰液素、胃泌素、胰高糖素、肠血管活性肽等可促进胆汁分泌;生长抑素、胰多肽等则抑制胆汁分泌。胆汁分泌还受药物和食物的影响。最强的促进胆汁分泌的是促胰液素。胃酸、脂肪和蛋白质的分解产物由胃进入十二指肠后,刺激十二指肠黏膜分泌促胰素和促胆囊收缩素(CCK),两者均可引起胆囊平滑肌收缩、Oddi 括约肌松弛,