

中西医结合百病治疗丛书

中西医结合治疗

胆道疾病

ZHONG XI YI

JIEHEBAIBINGZHILIAO

CONG SHU

王 晋 主 编

面

山西高校联合出版社



中西医结合治疗胆道疾病

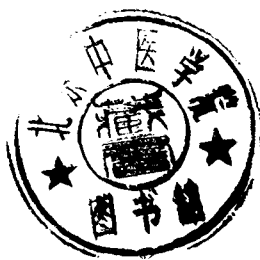
主 编 王 晋

副 主 编 张秋万 史忠瑞 施怀生

编写人员 (按姓氏笔画为序)

王 晋 王瑞霞 史忠瑞 李生进

余 津 张秋万 施怀生 徐建华



山西高校联合出版社

1214377

(晋)新登字8号

中西医结合治疗胆道疾病

王 晋 主编

•

山西高校联合出版社出版 (太原南内环街31号)
山西省新华书店发行 山西省万荣县国营印刷厂印刷

•

开本: 787×1092mm 1/32 印张: 5.5625 字数: 120千字
1992年8月第1版 1992年8月山西第1次印刷
印数: 1—4500册

•

ISBN7-81032-226-5

R·7 定价: 3.50元

《中西医结合百病治疗丛书》编委会

主 编 张珍玉

副主编 张俊龙 王仰宗 施怀生

编 委 (以姓氏笔画为序)

马丽君 王 晋 王仰宗 王庸晋

牛景月 孙方军 肖 飞 杜乃强

杨文斌 赵继升 张珍玉 张俊龙

施怀生 钱秋海 潘青海 翟怀智

任重道远 前景广阔

总 序

建立在不同的历史文化背景基础之上的中西两种医学体系，在经历了各自数千年的历史演变之后，随着新技术革命浪潮的到来，不仅各自都置身于一种新的历史氛围之中，而且相互之间发生了激烈的碰撞，孕育了一种新的医学范式——中西结合医学。这一崭新的医学模式的出现，立即显示出了强大的生命力，呈现了光辉灿烂的发展前景。它不仅使具有数千年辉煌成就的中医药学借助强大的科学技术得以再度崛起的设想成为可能，而且使由于人类疾病谱的改变和自身固有的方法论缺陷等原因正面临严重困惑的西方医学看到了新的曙光，使得整个医学科学领域日益活跃起来，成为新的历史时期医学科学发展的一个重要标志。

中西医结合是一个新的命题，是内容十分宏富、领域非常广泛、工作相当艰巨的浩繁的系统工程。它广泛涉及到两种医学体系所赖以发生发展的历史条件及文化背景的研究，

学术范式、认识论基础等总体特征的研究，基础理论的相容与特异性研究，诊治方法及其疗效的相关性研究等各个方面，最终实现从现象的罗列对比深入到成因分析，从特性的探讨深入到共性的发现，从定性或定量的单向研究深入到定性与定量相结合的研究，从而寻找到二者共同具有的价值尺度，实现高度的、完美的统一。在上述诸多的研究范畴中，目前最现实的、最有可能的、事实上做的工作最多的，当推临床范围的中西医结合。无论中西两种医学在理论上差异多大，但二者可同时适用于同一个个体的同一种疾病，这一点是至关重要的。正因有这一重要相同点的存在，二者可互为参照系，进而以新的标准和尺度进行比较，提供各自反思乃至统一结合的标准，进而为理论的沟通提供充足的依据。

作为一种新的医学范式，中西医结合出现的历史并不很长，它还是一门非常年轻而且不十分成熟的学科，专门队伍也比较少。但是多少年来，广大的中医、西医和中西医结合工作者，团结协作，孜孜以求，在中西医结合的临床研究领域做了大量的工作，取得了可喜的进展，一批又一批的中西医结合专门人才脱颖而出，一批又一批的中西医结合科研成果相继问世，使生机勃勃的中西医结合事业进入了一个全新的发展时期。尤其在冠心病、高血压病、肾炎、乙型肝炎、胃炎、贫血、类风湿性关节炎、脑血管病、糖尿病、胆石症等常见病和疑难病的治疗方面，创造了许多行之有效的办法和手段，积累了丰富的经验，大大提高了临床疗效。人们已逐渐发现，中西医结合具有其它方法所无法比拟的优越性和先进性，它的发展潜力是难以估量的。中西医结合任重道远，前景广阔。

为了系统总结和回顾我国中西医结合临床研究的成就和经验，促进四十多年中西医结合研究的成果尽快推广和普及，我们组织编写了这套《中西医结合百病治疗丛书》，献给广大医务工作者。

本丛书共分10个分册，选择介绍了临床发病率高、现代医学缺乏特效治疗手段，而中西医结合疗效较好的10种(类)疾病。介绍的重点是中西医结合临床治疗。在材料的搜集、整理和取舍时，努力做到了不拘学派，广集博征，全面反映四十多年来中西医结合临床研究的新成果、新疗法、新方药、新进展，同时还适当介绍了编著者的见解和经验，是一部理论与实践并重而突出实践的新型读物。

需要指出的是，迄今为止，关于中西医结合的方法，国内外尚无公认一致的模式可资鉴借，更由于编著者涉猎资料范围和水平所限，丛书中缺点和错误之处一定不少，恳请读者教正。

张珍玉

1992年6月于济南

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 概述.....	(1)
第二节 胆道系统解剖生理概要.....	(3)
第三节 胆道疾病的诊断方法.....	(6)
第四节 胆道疾病常见症状及其鉴别.....	(13)
第五节 胆道疾病的常用治法.....	(19)
附：中西医结合治疗胆道疾病诊疗标准.....	(24)
第二章 胆石病	(31)
第一节 病因病理.....	(31)
第二节 临床诊断.....	(36)
第三节 治疗.....	(47)
第四节 预防.....	(65)
第三章 急性胆囊炎	(68)
第一节 病因病理.....	(68)
第二节 临床诊断.....	(72)
第三节 治疗.....	(79)
第四节 预防.....	(97)
第四章 慢性胆囊炎	(101)
第一节 病因病理.....	(101)
第二节 临床诊断.....	(103)

第三节	治疗·····	(108)
第四节	预防·····	(123)
第五章	急性梗阻性化脓性胆管炎·····	(126)
第一节	病因病理·····	(126)
第二节	临床诊断·····	(128)
第三节	治疗·····	(131)
第四节	预防·····	(140)
第六章	胆道蛔虫病·····	(142)
第一节	病因病理·····	(143)
第二节	临床诊断·····	(147)
第三节	治疗·····	(153)
第四节	预防·····	(166)

第一章 绪 论

第一节 概 述

胆道疾病，包括胆石症、急慢性胆囊炎、急性化脓性梗阻性胆管炎和胆道蛔虫症等多种疾病，临床发病率高，起病急骤，病势严重，大多属于急腹症范畴，西医一贯以手术治疗为主要手段。

中医学对胆道疾病的认识也已经有了悠久的历史。《灵枢·胀论》指出：“胆胀者，胁下痛”，这是迄今为止关于胆囊炎的最早记载，而在《灵枢·厥论》中则载有“肠中有虫瘕及蛟虻……心肠痛，恹作痛肿聚，往来上下行，痛有休止，腹热喜渴……是蛟虻也，”对胆道蛔虫症进行了十分详细的记载。汉代张仲景创制的乌梅丸，至今仍是临床上治疗胆道蛔虫症的有效方剂。西方医学家最早是在1765年尸解中发现了首例胆道蛔虫的，比中医晚了一千六七百年。

与其它急腹症一样，长期以来，多数胆道疾病一旦确诊，就被列为手术对象。我国从五十年代开始，便组织了中西医结合非手术治疗包括胆道疾病在内的急腹症的研究，至今已进行了近四十年，取得了令人瞩目的成绩，创造了总攻疗法、中药溶石排石法、针刺排石法、中西药混合排石法、安蛔排蛔法等多种行之有效的办法，大大提高了临床疗效，

降低了手术率，打破了过去必须手术的传统观念，而且在中西医结合理论上也取得了许多突破性进展。

中西医结合治疗胆道疾病的优点，首先在于最大限度地减少了手术治疗，减轻了患者的痛苦和经济负担，同时，用中医药为主进行整体治疗，充分发挥了人体自身的抗病康复能力，避免了炎症性粘连等后遗症的发生。此外，中医讲究治病求本，通过治疗，不仅解除了症状，治疗了现症，而且复发率也大大降低，这也是其它任何疗法所难以比拟的。

中西医结合治疗胆道疾病的历史还很短，有许多问题还没有得到根本的解决。本书所总结的，是三十多年来全国各地广泛使用确有疗效的代表方法和作者临床运用的经验体会，相信经过广大中医、西医、中西医结合工作者的不懈努力，中西医结合治疗胆道疾病的经验和方法将日臻完善，真正形成具有中国特色、具有现代化水平的新的胆道疾病治疗学。

第二节 胆道系统解剖生理概要

胆道系统分为胆囊和胆管两部分。它们发生的疾病，主要有急、慢性炎症，结石和胆道蛔虫病。这些疾病常同时存在，有时互为因果，所以如此与其解剖生理有关。

一、肝外胆道系统解剖

(一)胆管系统

肝内胆管汇合成左右肝管。左肝管长约1.5cm，右肝管长约1cm，两者直径均为0.3cm。左、右肝管在肝门汇合成

肝总管，长约3~4cm，直径约0.5cm，肝总管与胆囊管汇合成胆总管，长约7~8cm，直径约0.6~0.8cm，其上段在肝十二指肠韧带的右缘，在门静脉的右前方，肝动脉的右方行走，经十二指肠后方于胰腺头部后面的胆总管沟内，斜形进入十二指肠第二段的后内侧，多数于此处与胰管汇合成膨大的胆总管口壶腹（Vater氏壶腹），共同开口于十二指肠乳头进入肠腔，该处有胆总管口括约肌（Oddi氏括约肌），可控制胆汁、胰腺液的排出。因出口口径太小，故结石常被嵌顿于此。

（二）胆囊

胆囊位于肝脏下面胆囊窝内，接近前腹壁，相当于体表的右锁骨中线与第9肋软骨交叉处。胆囊外观呈梨状，其容积30~50毫升，分颈、体、底3部分。胆囊颈在胆囊窝最深面，常呈弯曲状与胆管相连；胆囊管长约3cm，直径约0.3cm，向左后下行与胆总管汇合。胆囊管内有螺旋状粘膜皱襞，有调节胆汁进出的作用。胆囊管及其开口变异较多，手术时需特别注意。

（三）胆囊动、静脉和神经

胆囊动脉为肝右动脉的分支，有时也来自肝左动脉、肝总动脉和胃、十二指肠动脉，变异很多，手术时需仔细处理，以免误伤。胆囊上可见有多条静脉，直接通过胆囊窝引流入肝内门静脉。

胆囊和胆管的神经来自迷走神经和交感神经，通过腹腔神经丛沿胆囊动脉行走。

二、胆道系统的生理功能

(一) 胆汁分泌及其主要成分

正常成人肝细胞每日分泌胆汁 600~1000 毫升。刺激迷走神经可使分泌增加；兴奋交感神经，可使胆汁流量减少。此外，十二指肠粘膜接触胃酸后释放出的促胰胆液素 (Secretin) 以及蛋白质分解产物和脂肪酸，均可增进胆汁分泌。

胆盐、磷脂、胆固醇是胆汁的三种主要成分。

正常胆汁呈黄绿色，是由于双葡萄糖醛酸胆红素的存在，后者属可溶性胆红素。当胆道有了感染，大肠杆菌产生 β ——葡萄糖醛酸酶，可水解此可溶性胆红素，使成为游离胆红素并与钙离子结合而沉淀出胆红素钙，这是肝内、外胆管结石形成的重要基础。因此在炎症情况下，常产生含胆红素为主的混合结石和泥沙样结石。有人应用一种 β ——葡萄糖醛酸抑制剂，如葡萄糖二酸-1.4-内脂，能使双葡萄糖醛酸胆红素不致水解，从而防止胆红素结石形成。

(二) 胆囊和胆管的生理

胆囊通过吸收、分泌和运动等功能而起浓缩、储存和排出胆汁的作用。

1. 浓缩和储存胆汁：胆囊粘膜有很强的吸收水分和电解质的功能。淡黄色的胆汁在胆囊内被浓缩10倍后而呈棕黄色。在正常情况下，胆囊的迅速吸收功能可缓冲胆道压力的上升。肝脏分泌胆汁每日平均800毫升，绝大部分经胆囊浓缩后储存于胆囊内，只有少量胆汁直接流入十二指肠。

2. 胆囊分泌粘液：每日约20毫升，以保护胆囊粘膜。

此粘液就是胆囊积水时的“白胆汁”，是因胆总管阻塞之后，胆红素被吸收，而粘液积存所致。

3. 排出胆汁：正常消化时，胆囊收缩运动5~30分钟，可产生囊内压达30厘米水柱，同时胆总管口括约肌松弛，促使胆汁进入肠内。当炎症或其它原因引起胆囊及胆总管口括约肌运动功能失调时，胆汁的流通将发生障碍，可促进胆汁中固体内容的沉淀，如上述胆固醇结晶、胆红素钙或其他炎症性产物或异物如蛔虫卵等，并成为胆石形成的因素。

胆囊的排空乃借助于内分泌和神经的作用。胆囊主要受缩胆囊素（Cholecystokinin）的影响，缩胆囊素为食物、特别是脂肪进入十二指肠之后刺激肠粘膜所释放，蛋白质的刺激作用较弱，而碳水化合物则几乎无此作用。进脂肪餐之后半小时，胆囊可排空；酸性食物进入十二指肠，也有强烈的刺激作用。缩胆囊素可使胆总管下段、胆总管口括约肌以及十二指肠肌同时舒张。此外，刺激交感神经可抑制胆囊运动，并使胆总管口括约肌收缩；而刺激迷走神经可使胆囊收缩，括约肌松弛。

胆总管口括约肌是控制胆汁的阀门。在空腹时括约肌收缩，以保持胆总管内压力在30厘米水柱左右，约相当于胆囊的最高排胆汁压，使胆汁得以储存于胆囊内。进食之后，括约肌松弛，胆总管内压力可下降至10厘米水柱。当胆总管内压力上升超过36厘米水柱时，则可抑制肝胆汁的分泌。

胆囊切除后，胆总管呈代偿性扩张，以取代胆囊的功能，病人可无特殊症状。如果胆管代偿功能失调，则可出现类似胆绞痛和不适感。

第三节 胆道疾病的诊断方法

一、询问病史

病史是诊断胆道疾病的重要依据之一，在胆道疾病的鉴别诊断上往往比其它方面更为重要，但是，由于胆道疾病患者病情和痛苦较重，而且多需紧急处理，所以病史询问与其它急腹症一样，要抓住重点有针对性地进行，而且要不遗漏重要内容。要达到这个目的必须亲自多次实践，加强有关各种急腹症临床表现的学习，并按照下述原则进行。

(一) 详细询问对诊断有关键性意义的症状

胆道疾病的主要症状有：腹痛、发热和黄疸，因此，我们询问病史时要抓住这三个主要症状。

1. 腹痛：对于腹痛的病史必须详细询问，包括发病时情况、腹痛的部位、性质、程度以及与其它症状的相互关系。

(1) 发病时的情况：例如发病的诱因，症状出现的轻重缓急，药物对症状的影响等。如吃脂肪丰富的食物后出现右上腹痛，则应考虑急性胆囊炎及胆石症；儿童有排蛔或吐蛔病史，又于服驱蛔药后突然发生上腹痛则以胆道蛔虫症的可能性为大。

(2) 腹痛的部位：胆道疾病的腹痛部位多发生在右上腹，而且常伴有肩胛下疼痛，这是由于两个部位的神经供应来源于同一脊髓段所致，这种疼痛称作牵涉痛。

(3) 腹痛的性质：一般胆道疾病均为阵发性绞痛，此为平滑肌痉挛性收缩或蠕动所致，发生突然，逐渐加重在短

时间内可达高峰，持续一定时间后可自行缓解，间隔一定时间又反复发作。如胆道蛔虫症所引起的胆总管口括约肌（Oddi氏括约肌）痉挛就表现为这种阵发性绞痛。这种绞痛很剧烈，病人常辗转不安，屈身弯腰，喜以手顶住疼痛部位。

2. 发热：70%的病人继急性腹痛发作后出现畏寒发热，病变在胆囊时出现迟而轻，且常只有发热而无畏寒。病变在胆管时，由于大量细菌和毒素很快上行扩散，进入肝内血管，迅速出现寒战，继而高热，体温多在38~40℃之间。

3. 黄疸：黄疸发生在约30%的病人。通常为结石和炎症造成胆管梗阻所致。

（二）有针对性地询问过去病史

许多急腹症与患者过去的疾病有因果的联系，对这些过去病史有所了解，对于诊断胆道疾病是有帮助的。

（三）女性病人应重视月经史的询问

女性盆腔内生殖器官有些疾病可以引起腹痛等急腹症的症状，这些疾病多与月经周期和性质有一定的联系，所以要重视月经史的询问，以免误诊。

二、体格检查

（一）全身检查

全身检查对胆道疾病患者十分必要，因为病情严重的胆道疾病（如急性梗阻性化脓性胆管炎）可以引起低血容量性或感染性休克、脱水和电解质紊乱、肝肾功能不全，如未及早发现，及时处理，可发生危险。所有胆道疾病患者都应测量体温、脉搏、血压，对心肺进行听诊，尤其注意巩膜、皮

肤有无黄染。

(二) 腹部检查

腹部检查要仔细认真，往往需要反复进行检查，以便对疾病的部位与性质作出准确的判断。腹部检查要按视、触、叩、听的顺序进行。腹部检查要点见表1。

表1 腹部检查要点

诊别	方 法	检 查 的 重 点
视诊	病人平卧腹部要充分显露	腹部外形，有无静脉曲张，有无肠形及蠕动波，有无呼吸运动受限制
触诊	先表浅触诊，后深部触诊	腹肌紧张度、压痛、反跳痛，有无肿块，肝、脾、肾、胆囊的触诊
叩诊	先平卧位，后两侧卧位	肝浊音界范围，有无移动性浊音，肝、肾区叩击痛
听诊	在脐上下左右听诊	肠鸣音强弱，有无高调音

在胆道疾病中下列体征具有重要诊断意义：

1. 压痛、反跳痛、腹肌紧张：是壁层腹膜受到炎性刺激的表现。

2. 莫菲氏征 (Murphy)：用左手掌放在病人的右肋缘部，将左拇指放在腹直肌外缘与肋弓交界处 (胆囊点)。