

中 西 医 结 合 治 疗
急 腹 症 近 年 来 进 展

福 建 省 人 民 医 院

赵 竟 成

中西医结合治疗急腹症近年来进展

省人民医院 赵竟成

一、1977年以来的主要进展

1975年10月在天津召开的中西医结合治疗急腹症经验交流会，是一次成功的会议，在这次会议上总结交流了各地的经验，组织了全国的协作，制订了1976——1980年研究规划，推动了急腹症前进，但由于“四人帮”的干扰和破坏，会议形成文件未能及时转发，会议精神的传达贯彻也受到了阻挠，尽管如此，许多参加会议的同志，在各级党委的支持下，排除“四人帮”的干扰，程度不同地贯彻了会议精神，在不同的范围内组织了协作，开展了研究工作，粉碎“四人帮”以后，（77年）各地在普及提高上都有了较快的进展。

自1977年春季以来，先后召开了12次规模不等的专题经验交流座谈会，这些会议是：1977年4月在安徽省合肥召开的胆道专题会议，1977年7月在广州召开的溃疡病穿孔专题会议，1977年9月在山东潍坊召开的急腹症X线诊断会议，10月在贵州遵义召开的尿石会议，11月在武汉召开理论研究会，11月在扬州召开上消化道出血会议，77年12月在长沙召开肠梗阻会，1978年2月在郑州召开兰尾炎会议，在桂林召开的胆病会议，在哈尔滨召开的胰腺炎会议。1979年9—10月在大连召开第二次胆系疾病会议，在青岛召开胆系病理论会议。这些专题会议交流的经验表明，中西医结合治疗急腹症在诊、治、护理、药等五个方面都有了程度不同的进

展。这些专题会议反映了中西医结合不断发展的大好形势，反映了各地区党政领导对中西医结合工作的大力支持，也反映了中西医结合治疗急腹症的队伍日益壮大，中西医结合的研究工作正向纵深发展。

1981年11月8日—12日在北京召开的中国中西医结合研究会成立大会及经验交流会，陈慕华付总理重申了中西医结合是创造新医药学的必由之路，这鼓舞了士气，坚定了信心，必将中西医结合推进一步。

在人民日报、解放军日报、人民画报及中国建设等重要报刊上几次报导了中西医结合治疗急腹症的成就。

急腹症通讯自1972年创办以来是半官方刊物，而现在已改中西医结合杂志出版。

由几个单位集体编写的新急腹症学已出版，1981年6月又出版了天津市中西医结合急腹症研究所编写的“急腹症方药新解”，并将编写中西医结合丛书。

中西医结合医疗急腹症作为一个对外的科研项目，不断与国外医学界进行交流，除每年各地多次接待外宾参观外，1977年在三个国际学术会议上发表了论文：在墨西哥召开了传统医学会议，在日本召开的国际外科学会第27届会议，在印度召开的国际儿科会议，受到了国外医学界人士的重视。

二、中西医结合治疗急性兰尾炎的进展

（一）概况：

郑州会议收到学术论文120余篇，其中有两药物与实验研究的文章4篇，其余均为临床经验总结，资料共总结各类型兰尾炎15733

例，其中急性兰尾炎合并局限性腹膜炎1889例，各并弥漫性腹膜炎1237例，兰尾脓肿1479例。总的非手术率为69.9%，死亡病例只要极个别的。

1、关于辨证分型问题：

南开医院：瘀滞型、蕴热型、脓肿型。

遵义医学院：瘀滞型、成脓型、毒溃型、脓肿型。

也有些单位提出新的分型。

2、关于手术与非手术疗法的选择指证：

目前普遍认为单纯性兰尾炎，较轻的化脓性兰尾炎，兰尾周围脓肿，急性兰尾炎并局限性腹膜炎及兰尾穿孔并弥漫性腹膜炎而无中毒性休克者，均可采用或试行中西医结合非手术疗法。

凡有梗阻因素的各类型兰尾炎，坏疽性兰尾炎，有坏死穿孔趋势或合并腹膜炎而腹腔积液较多或出现中毒症状者，慢性兰尾炎以及炎症较重的后位兰尾炎均以手术治疗为宜。

3、关于治疗的中药方剂：

治疗急性兰尾炎的有效方剂甚多，但多半是由大黄牡丹皮汤，薤白附子败酱散或清肠饮等基本方化裁而来。

新药物剂型的应用是目前的一个特点：锦红新片、辣蓼丸、兔杖浓缩液。

外敷药治疗急性兰尾炎：兰尾膏药、洪宝丹。

对肠痛的辨证论治方面：提出着重一个“通”字，注意一个“润”字，抓住一个“瘀”字，掌握一个“变”字。

4、“下法”在急性兰尾炎的应用：

“下法”在治疗急性兰尾炎中有突出的重要作用，抓住头三天的

腑气通利，是提高疗效，缩短疗程，减少反复的重要措施。

5、复发问题：

目前复发率一般在15—30%之间，但也有高达47、25%，关于降低复发率的措施，多数单位认为临床症状完全消失后，仍要坚持服用中药。

(二) 兰尾炎合并腹膜炎：

不少单位肯定了它的疗效，如会议报告的3126例中非手术率为75、1%，其中局限性腹膜炎的非手术率为76%，弥漫性腹膜炎为73、2%，一般认为并发症比手术治疗组少。

下述情况需及时手术：

- (1) 有梗阻或坏死因素的急性兰尾炎并局限性腹膜炎。
 - (2) 穿孔并弥漫性腹膜炎有休克前驱症状或休克者。
 - (3) 开发重型肠麻痹、腹胀严重、转移性浊音明显、腹腔积液易抽出者。
 - (4) 体虚伴其它重要脏器急慢性疾患者。
 - (5) 妊娠或13岁以下急性兰尾炎并腹膜炎者。
- 对于中转手术问题，要慎重对待。

(三) 兰尾脓肿

兰尾脓肿一般占各型兰尾炎的4—10%，绝大多数报告认为中西医结合治疗的效果好，疗程短，不同于单纯的西医疗法，目前国内一般均在80%90%之间，中转手术率在3—10%，内服、外敷中草药是治疗兰尾炎脓肿的主要措施，治疗法则是清热解毒、通里攻下、活血化瘀等法辨证论治，主方为大黄牡丹皮汤，薏苡附子败酱散。

(四) 特殊类型兰尾炎：

这是近几年刚开展的一个项目，据西安医学院统计，特殊类型阑尾炎占各型阑尾炎总数的12.9%，北京儿童医院报告71—76年间收治650例小儿阑尾炎，其中约三分之一经非手术治疗。

非手术治疗适应症：单纯性、早期轻型化脓性、坏疽性、阑尾脓肿及穿孔并弥漫性腹膜炎经72小时后病情稳定者。

手术治疗适应症：重型化脓性、早期坏疽不稳定的腹膜炎以及梗阻性阑尾炎。

老年人阑尾炎：大约60—70%的病例可以通过非手术治疗。老年人阑尾炎容易误诊，穿孔率可高达40%，因而要提高警惕。

妊娠期阑尾炎：有少量成功报导，尚要不断探索经验。

三、中西医结合治疗粘连性肠梗阻、肠扭转的进展

1977年12月在长沙召开中西医结合治疗粘连性肠梗阻、肠扭转经验交流会，收到资料83篇，报导了肠梗阻12023例，中西医结合攻下成功率为65.23%。

（一）粘连性肠梗阻：

1、发病率：一般占肠梗阻的50%以上。

2、诊断与辨证：

必需判明有无绞窄及有无难复性因素的存在。

目前的分类分为痞结型、瘀结型、疽结型，不能全面反映中医辨证的特点，对于辨证用药方面也不能起指导作用。

3、治疗进展：

各地治疗方法多种多样，疗效也不断提高，有效的中药及方剂日益增多，中药型剂使用较多，主要有散剂、糖颗粒、酏剂等，但总治

治法仍以寒下法为主，代表方多数是大承气汤类加减化裁而成。

4、中转手术问题：

中转手术一般占10—20%。

中转手术时机的选择：是当前治疗本病的难点，应根据神态、腹痛、腹胀、肠鸣、脉象、体温、血象、血压、移动性浊音、腹空穿孔等情况综合分析、判定。

实验研究：

内容是关于病理、药理、免疫、诊断和治疗方面的研究，活血化瘀有降低粘连发生率及减轻粘连程度的作用。

四、中西医结合治疗溃疡病急性穿孔的进展

77年6月广州召开的全国中西医结合治疗溃疡病穿孔会议上，报告病例达9415例，中西医结合非手术治疗5921例（62.88%），手术治疗3494例（37.1%），包括中转手术630例（6.69%），全组死亡率1.3%（国外手术治疗死亡率3.5—5.5%），并发症0.37%。

（一）溃疡病穿孔的手术和非手术的适应症：

治疗成功的关键在于正确掌握适应症和中转手术指征。

目前较一致认为溃疡病穿孔的手术和非手术适应症可分三类：

（1）适合非手术治疗：

- 1、一般情况较好，重要脏器无严重病变；
- 2、年龄轻、病史短、症状轻、无频发；
- 3、单纯性空腹穿孔；
- 4、无腹胀、无转移浊音。

符合上述条件进行中西医结合非手术治疗其治疗率可达90%以上。

(2) 需在严密观察下积极采取非手术治疗，无效则中转手术。

1、血压偏低或脉率增快，经补液或针刺可改善者。

2、年龄较老，或有重要脏器病变，但全身情况尚好，无明显腹胀和腹腔大量积液者：

3、饱食后穿孔，但穿孔后吐出，或无明显腹胀和腹腔大量积液者：

4、腹腔渗液较多，但渗液不甚混浊。

(3) 需紧急手术者：

1、有中毒性休克：

2、有明显腹胀、腹腔大量渗液或渗液混浊：

3、合并幽门梗阻、大出血及复杂性穿孔或可疑恶变：

4、穿孔后经中西医结合非手术治疗无效者。

经过多年的实践，不少单位取得较丰富的经验，非手术治疗范围适当地扩大，对一些适应症也要进行辩证分析，按病人具体情况制定适当措施，其中主要有以下几个具体问题：

(1) 饱食穿孔：

饱食穿孔一般指餐后2小时内穿孔，近年来一些单位实践证明，饱食穿孔如有大量呕吐或经良好胃肠减压、或穿孔小、直径在0.5厘米以下为食物所堵塞、或进软食胃无食物残留，腹腔渗液不多，感染轻者，亦可进行非手术治疗。如北京宣武医院、北京工农兵医院、上海第一医学院附属中山医院、天津南开医院、沈阳医学院附属第一医院、解放军205医院等单位，非手术治疗共691例中，饱食穿

孔210例(30%)，治疗189例(90%)。但如穿孔大，进流质饮食，胃有食物残留者，常渗液多，感染重，则应手术治疗。

(2) 腹胀与渗液:

腹胀可由于腹腔渗液多和肠管扩张引起。许多单位对腹腔渗液的因素进行了详细观察和研究，腹腔渗液在300毫升以上者，常可叩出转移性浊音，伴有休克、腹胀、肠鸣减弱或消失。移动浊音阳性者，腹腔渗液一般较多。穿孔大亦与渗液量有关，如锦州医学院分析手术病例，穿孔直径在0.5厘米以下，腹腔平均渗液量为186.6毫升；穿孔直径为0.5—1.0厘米，平均渗液量为398.4毫升；穿孔直径在1.0厘米以上，平均渗液量为1361.1毫升，故穿孔大则渗液多。但亦与饮食的质量和穿孔有无被堵塞有关，一般食流质多，穿孔大而通畅者，渗液量多；食流质少，穿孔大但被食物的堵塞则渗液可减少。此外，腹膜受炎症刺激亦可使渗出液增加。

腹腔穿刺一次抽出液体多少可作为判断腹腔的渗液量。如天津南开医院认为腹腔穿刺易抽出2毫升以上的液量为腹腔渗液多，不能抽出2毫升的为渗液少。但要除去针头堵塞、腹腔局部粘连、穿孔部位不准确等因素。穿孔时病人可取半卧式侧卧位，于浊音区作穿刺。和移动浊音不明显，直肠检查盆腔有饱满感者，必要时可作直肠陷窝穿刺以确诊。

南开医院强调对腹腔穿刺要从质和量两方面判断：质谈清亮无味为感染不重，质粘稠有味为已有化脓。对量少质清者可行非手术疗法，量多质清者在严密观察下结合穿孔刺抽液行非手术治疗；量少质浊应手术或严密观察以非手术治疗，量多质浊作手术治疗。

如腹胀而无移动浊音，肠管有明显扩张者，可作直肠灌药排便或

减压，观察能否减轻腹胀而决定是否需中转手术。

(3) 年龄：

过去认为高龄病人应首选手术治疗，近来用非手术治疗的经验增多。如天津河东医院60岁以上25例中非手术治愈10例(40%)，天津南开医院60岁以上非手术率36.6%，北京宣武医院非手术治疗154例中61岁以上27例(17.3%)；北京工农兵医院非手术治愈94例中，70岁以上者6例；上海第一医学院附属中山医院非手术治疗72例，60岁以上11例，仅1例改手术；上海第二医学院附属第三人民医院60岁以上非手术23例，治疗19例(82.6%)；广州中山医学院第二附属医院60岁以上12例，非手术治疗10例。由此可见以上各单位60岁以上81例中，治愈63例(77%)。因此，单纯年龄大并不是非手术的禁忌症，对年老体质尚好，一般情况平稳，症状较轻，符合其他适应症者亦可密切观察下进行非手术治疗。

(重要脏器有病变：

对于有重要脏器严重病变者，以往多认为以手术治疗为宜，近年来，采用非手术治疗亦有成功经验。如上海第二医学院附属第三人民医院在严密观察下，7例并有严重脏器病变者获得治愈，沈阳医学院附属第一医院有11例获得治愈，广东四会人民医院有3例获得治愈。一般以穿孔小、渗液多、症状较轻者在严密观察下采用非手术治疗。如穿孔大、渗液多，一般情况差或合并内脏病变时病情严重者，则及早进行手术为宜。

(5) 病史与症状：

上海市急腹症协作组规定：病史不畏指胃溃疡不超过三年，十二

指胃溃疡不超过10年。近年来对适应症的掌握大致如下：

对病史长、症状明显或久治无效者，多主张手术治疗。

对病史短、症状轻、发作不频者，或估计仅能作修补者，则多作非手术治疗。

对病史长、久治无效、穿孔在6小时以内，情况稳定者，则首选胃次全切除术。

(1) 再穿孔：

天津市急腹症协作组统计，溃疡病穿孔非手术治愈后，有5%可发生再穿孔。北京工农兵医院再穿孔3例均用非手术治愈。沈阳医学院附属第一医院再穿孔4例，非手术治愈3例。天津南开医院再穿孔8例，非手术治愈3例。他们体会，二年以内再穿孔病例一般系溃疡没有愈合或是有复合性溃疡，主张手术治疗为主，二年以上者可按病情进行分手术治疗。

(二) 急性期治疗：

(1) 针刺治疗：

全国治疗本病的针刺穴位已逐步统一，以简便有效为主，常用穴位为足三里，此外有中脘、天枢等。有些单位仅用一对足三里则可取效，针刺时间间隔多为4—6小时1次，每日3—4次，每次30—60分钟，针感越明显，疗效也越好，适应症选择适当者，针1—2次后症状多可减轻。如经1—2次电针后，症状及体征都无明显好转，表明病情严重应及时中转手术。

治疗24—48小时后，症状减轻，出现肠鸣，则可停止针刺。

针刺作用原理：全国各单位已进行大量的实验研究，证实有止痛，增强胃肠蠕动功能，使胃内容物进入小肠，减少向腹腔渗出，促进大

网膜向病灶转移加强粘连和复盖，提高机体特异性和非特异性免疫作用，调节胃肠道血循环及功能障碍，增加白细胞吞噬细菌能力，使胃液量、胃酸、胃旦白酶的分泌减少等。

国外研究证实针刺可使神经末梢释放止痛镇静物质，抑制痛觉。

肇庆地区第一人民医院单纯用电针治疗16例，有14例治愈，完全不用抗菌素和中药。

湛江农垦第二医院以电极板代替针刺和电针，置于穴位上，绝大部分病人全程不用抗菌素，不用止痛剂，治疗42例，治愈40例，其中转手术1例，无效1例，好转1例。

(2) 中药应用：

一般中药于第二期开始应用，并逐步开展剂型改革，如用冲服剂、药片等，以精简治疗，亦取得满意效果。

近年来有些单位于第一期入院后即开始口服或胃管注入中药糊剂或煎剂，如扬州市人民医院用乌菱糊剂，洛阳市第二医院用白菱糊，湖北广济县人民医院用攻胃一号、攻胃二号，北京市第六医院用甘遂泻硝散等。在专题讨论中指出：对一期内服或从胃管内注入中药应慎重，要进行实验研究，防止加重感染。

湖北广济县人民医院、河南省人民医院第一期用复方大柴胡汤灌肠。

有些单位用中药注射，如湖北中医学院用清胆液，上海第一医学院附属中山医院用四季专注射液，上海第四人民医院用大蒜针剂或鹿衔草针剂等。

五、中西医结合疗胆系疾病的进展

1979年10月12—18日在大连市召开全国中西医结合治疗胆系疾病第三次经验交流会，这次会议共收到学术论文236篇，治疗病例25036例，根据资料可以归纳如下几个方面：

(一) 关于诊断方面的进展：

有关胆系疾病的临床诊断，多数单位采取辨病与辨证分型方法，对于“胆系感染”的诊断，不少代表认为过去笼统，大连医学院建议在辨病上尽力作到具体，把五个方面（病性、病位、病变、病因、病期）结合起来考虑。对于一些感染的重症命名繁杂不一，根据多数单位的情况，倾向于急性梗阻性化脓性胆管炎（AOSC）的命名为妥，其诊断依根应以“痛、热、黄、胀”四症为准。

对于放射线检查，四川医学院对AOSC病例在急性期采用十二指肠低张造影，取得了重要价值的X线特征。遵义医学院利用改进后的胆系置管进行空气或碘剂逆行造影取了百分之百的显影率，并可以迅速确诊。开滦煤矿医院采用双剂量双重造影弥补了显影的不足。上海第一医学院发现了静胆道造影的延迟显影排空现象。大连医学院将静脉胆道造影改为静脉点滴法造影，使显影率提高到85.9%这些改进，对于胆道疾病的诊断具有一定的意义。

第一次会议后两年半的时间内，引进应用了一些新技术，有效地提高了诊断质量。对于梗阻性黄疸的诊断，中国医科大学应用CTS—5型超声诊断仪取得了87.5%的符合率，北医三院采用A型超声诊断仪取得符合率86%。南通医学院和上海第一医学院应用核医学碘¹³¹玫瑰红及99m锝—HIDA扫描和闪烁照相。上海第二医三院、北京医学院和河南省人民医院分别总结了胆道超声断层显象和B型超声扫描等方面的新经验，将胆系疾病的诊断、鉴别诊断拍入

了新的发展阶段。河北、安徽等九个省中的医疗单位应用了纤维光束胃镜、胆道镜和十二指肠镜，进行了650例的胰胆管逆行造影，有效地提高了诊断水平，其中天津市南开医院，在100例的检查中取得了96%的成功率。

引进技术的应用值得重视，并应逐步扩大其应用范围，发挥更大的作用。但目前情况而言，还应重视病史、体检和常规化验等方面资料的综合分析。解放军181医院介绍了“运用胆汁分析诊断胆道泥沙样结石的体会”和开滦煤矿医院所倡用的重视“足少阳胆经临床症状诊断”的建议，具有更为普遍的意义，引起与会者的重视。

（二）关于中西医结合辨证的概况：

二十余年的反复实验一再的告诉我们：防治胆系疾病，欲取得较好的病效，就必须加强了提高中西医结合辨证论治水平。祖国医学认为，肝胆相表里、胆为“中清之腑”、“主疏泻”，以通降下行为顺、以郁结滞塞为病。其病机变化则为肝气郁滞、结聚不通，肝胆湿热及热深厥深气血败乱几个阶段。其治疗必须抓住“郁”、“结”、“热”、“痰”、“厥”五证的“相兼并见”、“因果转化”的辨证规律，依据“攻补消消”、“扶正祛邪”或“祛邪扶正”等法则而审选方药，便可以相得益彰使疗效得到逐步提高。

（1）急性梗阻性化脓性胆管炎（AOSC）：这是国际上治疗胆病的一个难题，也是75年全国天津会议后逐步受到重视的新课题，因而成了本次会议的重点，一共收到本病的论文21篇，治疗例数为1285例，死亡160例，平均为12.4%，根据论文内容可以分成两组病例。

1、中西医结合辨证论治组：死亡率在3.2%到14.8%之

间，平均为 8.5% （ $87/1014$ ）。如河北中医学院和青岛市立医院的非手术死亡率分别为 2.2% （ $2/89$ ）和 3.8% （ $3/79$ ）。

2、单纯西医组：死亡率为 26.9% ，有的高达 34.8% 。其中有两篇文章提到未用西医保守疗法死亡率分别为 46.1% 和 75.0% （ $9/12$ ）。

另外，大连铁路医院等5个单位对415例死亡病例进行分析，其中四川医学院指出：三种疗法唯有中西医结合部分死亡率最低，只占 5.3% 。综合上述情况，可以看出中西医结合的优越性，但也存在分歧。其焦点仍然反映在要不要“尽早手术”这个问题上，对于这个问题需要在今后实践中，加以观察和总结提高。

（2）胆道蛔虫：

这是引起胆系感染和形成肝胆管结石的重要因素。收到16篇论文，治疗6058例病人，死亡8例（占 0.1% ）。中西医结合非手术有效率为 95.3% ，而手术率仅占 4.7% 。代表们一致认为中西医结合20余年，使手术与非手术的比率发生了倒转性变化，充分显示了中西医结合的无比优越性。陕西中医学院诊治本病1153例，无手术、无死亡。鞍钢铁西医院采用氧气中药攻下法取得了较高的疗效。但遵义医学院和湖北医学院指出，在肯定非手术疗效时，不能忽视手术指征的掌握，仍有 4% 左右的病例，必须采用手术。而随着新的治疗万法的出现和引进技术的应用，非手术的范围还将逐步扩大，如用十二指肠光束纤维镜钳出胆道蛔虫6例，就说明了这一问题。

（3）胆道系统结石病：

这是导致胆系感染的另一个重要因素，有关这方面的论文82篇，

累积病例 15166 例，其中死亡率 11.0% 左右。多数单位采用中西医结合“总攻”、“中药”、“电针电极板”或“硫酸镁”排石疗法，继续收到较为满意的效果。其治疗措施较第一次会议有所补充。解放军 372 医院和重庆大学，分别采用射流振荡仪和液体弹性振荡仪治疗胆石病取得了一定的效果。清华大学和南开医院共同应用电子计算机进行辨证论治取得了令人鼓舞的效果。

解放军第三军医大学等四个单位进行了胆道大出血的总结，在 32 例中死亡 5 例，占 15.6%，中国医科大学对半数死亡情况加以分析后，改用中药虎杖等药物综合治疗，取得了全部生存的效果。

会议针对术后残余结石的发生率在国内似有增高的趋势，进行了讨论，遵义医学院提出仅“尽可能在术前搞清诊断，而不是手术探查确定诊断”、“在治疗上尽可能避免急诊手术”和“在术中全面细致或 X 线造影”等三个方面加以努力而降低术后残余结石的发生率的建议，引起了代表们的注意。

（三）关于基础实验研究的进展：

会议收到实验研究资料 26 篇，内容涉及病因、病理等多方面。遵义医学院成功的从鲜陈皮中提取“桔油”、经 SP—2305 型气相色谱仪分析，桔油中 90% 以上的右旋柠檬烯具有较强的溶解胆固醇结石的作用。大连医学院、旅大市沙河口区医院和沈阳部队学校联合进行动物实验，观察到清胆汤具有显著的利胆，松弛奥狄氏括约肌、增强肠蠕动和改善血运的效应。江西吉安县医院观察到鸡内金对植入兔胆管的胆固醇结石具促溶减重作用。南通医学院通过血清酶谱分析发现不同病种的酶活力升高频率也有不同的规律，还从“T”管引流的胆汁观察到行气活血汤对 AKP、YGT 和 AD 酶活性具显著的抑

制作用，而对LDH活性无抑制作用。中国医大根据几种胆汁的β-葡萄糖苷酶活性测定及电子显微镜检查胆石提出了防治胆色素结石形成的措施。解放军210医院和大连铁路医院对人胆石进行了“X线衍射”原子吸收方法、电弧——放射光谱定性、激光径同分布”取得了值得重视的成果。

对于胆石的成因，青岛市立医院无选择的解剖了413例胆石，发现其核心84%是蛔虫。湖北中医学院观察到本地区胆石与寄生虫有密切关系者占71%。由此可见，彻底治疗肠道寄生虫和胆道蛔虫病，对预防胆石病具有重要意义。

（四）关于溶石的临床观察：

第一次会议上进行交流的国产鹅脱氧胆酸溶石经验，本次会议未见报道。这次会议收到了遵义医学院、江西医学院、中国医大、上海、青岛、广州等11个单位，共报告了93例溶石资料，全溶45例（48.4%），大部分化或崩解28例（30.1%）故有效率为78.5%。多采用2% S、D、E、5%偏砷酸钠、2%依地酸二钠、复方猪胆汁酸等多元注剂。主要是经“T”管滴流溶解肝胆管胆色素残余结石。中国医大观察10例，5例全溶，4例结石缩小崩解。上海中医学院应用复方猪胆酸使5例结石消失。江西医学院滴注2% S、D、E治疗6例，不但结石溶解，而且肿大的肝脾缩小、黄疸消退、肝功改善，是肝内胆管结石被溶的佐证。上海二医二院观察长期服用磁化水21例，其中部分病例结石影消失。

对于滴灌溶石，目前尚存在着疗程长、个别病例反痒较大的问题有待研究改进。