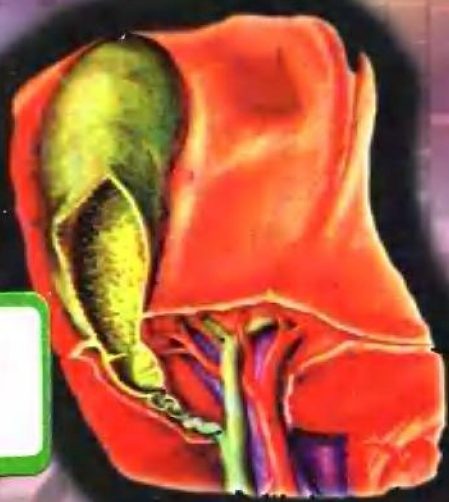


专科专病独特
秘方绝招丛书

胆囊炎胆石症

独特秘方绝招

中国民间中医医药研究开发协会 编
中药外治专业委员会



登记证号:(京)075号

图书在版编目(CIP)数据

胆囊炎胆石症独特秘方绝招/张钢纲总编;杨磊等编.-北京:中国医药科技出版社,1996.3

(专科专病独特秘方绝招丛书)

ISBN 7-5067-1413-2

I.胆… II.①张… ②杨… III.①胆囊炎-中医疗法-秘方②胆石症-中医疗法-秘方③胆囊炎-西医疗法-经验④胆石症-西医疗法-经验 IV.R575.6

中国版本图书馆CIP数据核字(96)第02423号

*

中国医药科技出版社 出版
(北京海淀区文慧园北路甲22号)

(邮政编码 100088)

北京通县鑫欣印刷厂 印刷

全国各地新华书店 经销

*

开本 787×1092mm 1/32 印张 7 $\frac{1}{8}$

字数 154千字 印数 1—8000

1996年5月第1版 1996年5月第1次印刷

定价:9.00元

总 编	张钢纲		
副总编	杨 磊		
主 编	郭云协	李汝敏	
副主编	党中勤	王孝福	李富汉
编 委	郭云协	李汝敏	党中勤
	王孝福	李富汉	李根林
	庞玉勤	程辽平	李朵因

目 录

概述.....	(1)
一、现代医学认识.....	(1)
(一) 胆囊炎.....	(1)
(二) 胆石病.....	(3)
二、祖国医学认识.....	(4)
西医诊疗常规.....	(6)
一、诊断要点.....	(6)
(一) 急性胆囊炎.....	(6)
(二) 慢性胆囊炎.....	(8)
(三) 胆系结石.....	(10)
(四) 相关的实验室检查.....	(16)
二、鉴别诊断.....	(17)
三、治疗方法.....	(19)
(一) 急性胆囊炎.....	(19)
(二) 慢性胆囊炎.....	(20)
(三) 胆系结石.....	(20)
中医辨证论治.....	(22)
一、肝郁气滞型.....	(22)
二、肝胆湿热型.....	(23)
三、肝阴不足型.....	(25)
四、血瘀型.....	(26)

五、阳虚型·····	(27)
六、食积停滞型·····	(28)
七、毒热炽盛型·····	(28)
名医临床治验·····	(31)
一、胆囊炎·····	(31)
(一) 潘澄濂临床经验·····	(31)
(二) 谭日强医话·····	(32)
(三) 董建华临床经验·····	(33)
(四) 赵绍琴临床经验·····	(35)
(五) 魏长春临床经验·····	(35)
(六) 朱鸿鸣临床经验·····	(36)
(七) 鲜光亚临床经验·····	(36)
(八) 徐景藩临床经验·····	(37)
(九) 李鸣真临床经验·····	(38)
(十) 涂荣华医案·····	(38)
(十一) 王益民医案·····	(39)
二、胆石病·····	(41)
(一) 张珍玉临床经验·····	(41)
(二) 李克勤临床经验·····	(42)
(三) 邵念方临床经验·····	(42)
(四) 王孝福临床经验·····	(43)
(五) 沈元良验案·····	(45)
(六) 涂荣华验案·····	(46)
(七) 俞尚德临床经验·····	(47)
(八) 黄增峰临床经验·····	(48)
(九) 盛循卿临床经验·····	(49)

(十) 陆芷青治疗胆心综合征经验·····	(50)
中药特效秘方·····	(52)
一、中成药·····	(52)
二、秘验方·····	(54)
(一) 急性胆囊炎及胆道感染·····	(54)
(二) 慢性胆囊炎、胆绞痛·····	(55)
(三) 胆石病·····	(59)
针灸拔罐特技·····	(69)
一、针法·····	(69)
(一) 体针·····	(69)
(二) 耳针·····	(75)
(三) 水针·····	(91)
二、灸法·····	(92)
三、埋线疗法·····	(93)
四、磁疗与其它·····	(95)
药物外治奇术·····	(98)
气功推拿绝招·····	(104)
一、慢性胆囊炎·····	(104)
二、肝胆管结石·····	(106)
三、胆石病·····	(107)
四、胆绞痛·····	(114)
巧用食疗妙法·····	(118)
一、药茶·····	(118)
二、药酒·····	(119)
三、药粥·····	(120)
四、膏滋·····	(124)

五、鱼肉禽蛋·····	(125)
六、其它·····	(129)
预防及调护·····	(131)
一、预防·····	(131)
(一) 调节情志·····	(131)
(二) 调节饮食·····	(131)
(三) 讲究卫生, 预防蛔虫病·····	(132)
二、调护·····	(134)
(一) 观察病情·····	(134)
(二) 饮食调养·····	(136)
(三) 保健调养·····	(138)
(四) “总攻”疗法中的护理要点·····	(138)
(五) 中医辨证分型护理·····	(141)
临床荟萃·····	(142)
诊断及疗效判断标准·····	(183)
一、胆囊炎·····	(183)
(一) 诊断标准·····	(183)
(二) 疗效判断标准·····	(184)
二、胆石症·····	(185)
(一) 诊断标准·····	(185)
(二) 疗效判断标准·····	(186)
常用药物·····	(188)
一、常用西药·····	(188)
(一) 牛胆酸钠·····	(188)
(二) 胆维他·····	(188)
(三) 消胆胺·····	(189)

(四) 硫酸镁·····	(189)
(五) 柳氮酚·····	(189)
(六) 苯丙醇·····	(190)
(七) 去氢胆酸·····	(190)
(八) 环己巴豆酸·····	(190)
(九) 鹅去氧胆酸·····	(191)
(十) 利胆素·····	(191)
(十一) 舒胆灵·····	(191)
(十二) 丙谷胺·····	(192)
(十三) 熊去氧胆酸·····	(192)
(十四) 苯巴比妥·····	(192)
(十五) 亮菌甲素·····	(193)
(十六) 西那林·····	(193)
(十七) 羟苯乙酮·····	(194)
(十八) 三乙丁酮·····	(194)
(十九) 羟甲烟酸·····	(194)
二、常用中药·····	(195)
(一) 理气药·····	(195)
(二) 理血药·····	(199)
(三) 清热药·····	(204)
(四) 利湿药·····	(208)
(五) 补益药·····	(210)
(六) 消导剂·····	(213)
(七) 攻下剂·····	(214)
(八) 其它药物·····	(215)

概 述

一、现代医学认识

(一) 胆囊炎

胆囊炎是指发生于胆囊部位的急慢性炎症，可分为急性胆囊炎和慢性胆囊炎。急性胆囊炎是指胆囊的急性化脓性炎症，临床有明显的症状和体征如发热、右上腹痛和压痛、恶心呕吐等；而慢性胆囊炎则指胆囊的慢性迁延性炎症，有反复发作的临床特点。慢性胆囊炎多于急性胆囊炎。

急性胆囊炎的发生与下列因素有关：①结石或寄生虫梗阻于胆囊管；②细菌或寄生虫感染；③神经精神因素（切除迷走神经，恐惧、紧张等）；④激素因素；⑤胆囊缺血（如胆囊蒂扭转）以及创伤、烧伤、手术等。国内文献报告急性胆囊炎大多由细菌感染引起。

急性胆囊炎的发病过程可以概括为：①胆囊管梗阻；②胆汁中的胆固醇饱和导致化学刺激和胆囊发炎；③粘液大量分泌；④胆囊的淋巴管和静脉回流受阻引起胆囊壁水肿；⑤危及动脉血供引起胆囊壁的斑片状坏死和坏疽。

急性胆囊炎的典型临床症状如右上腹疼痛、压痛、恶心呕吐、畏寒寒战发热等。剧疼或绞痛多见于梗阻型病人，多发生于饱餐特别是进高脂食物后和夜间，如结石嵌顿松动滑

脱，梗阻解除，疼痛可立即减轻消失；一般性右上腹疼痛见于非梗阻病人，但随着胆囊炎症进展，可逐渐增重，如炎症造成胆囊管梗阻，疼痛也可十分剧烈。轻型（卡他型）病人常有畏寒和低热，重型病例（急性化脓坏疽型）可有寒战和高热。极重症病人可出现休克。

急性胆囊炎依据典型的临床症状和体征，结合辅助检查，如B超、胆囊造影等诊断并不困难。

慢性胆囊炎的发病与结石刺激（结石性胆囊炎）、细菌或病毒感染（细菌或病毒性胆囊炎）、化学因素（化学性胆囊炎）、寄生虫感染（寄生虫性胆囊炎）等因素关系密切。急性胆囊炎迁延不愈也可转化为慢性胆囊炎。不同类型的慢性胆囊炎其病理变化各有其特殊性，但其共同的病理特点为：①胆囊纤维组织增生；②囊壁增厚；③胆囊因疤痕组织收缩而致胆囊腔变窄和萎缩；④胆囊与周围组织粘连并发幽门梗阻和肠梗阻等。若炎症侵犯胆囊管造成梗阻，胆囊亦可胀大，并可使囊壁变薄。镜下所见：胆囊壁组织呈弥漫性过度增生，可见淋巴细胞、浆细胞和中性粒细胞浸润。

慢性胆囊炎的临床表现较复杂，不少病例长期以“胃病”诊治，疗效欠佳，笔者认为特征性的临床症状和体征为：①右肩胛角区疼痛、痠困；②进食高脂食物加重；③病程长，有急性发作和缓解相交替特点。

一些阳性压痛点可帮助进行初步诊断：①胆囊压痛点：右腹直肌外缘与肋弓交叉点；②胸椎压痛点：8~10胸椎旁；③右膈神经压痛点：在颈部右侧胸锁乳突肌两下脚之间。

慢性胆囊炎的最终诊断尚须结合一些辅助检查才能确诊，B型超声不失为安全、有效、方便的诊断方法，但有时有

假阳性结果出现，应结合临床综合考虑。

（二）胆石病

胆石病是指发生于胆道、胆囊内的结石以及由此所引起的临床症状和体征而言。据我国各省市普查结果，其发病率常在 2.4~16.8% 之间，占普外住院人数的 10.05%，住院病人死亡率为 2.05%。因此，说本病是常见病、多发病并不夸张。

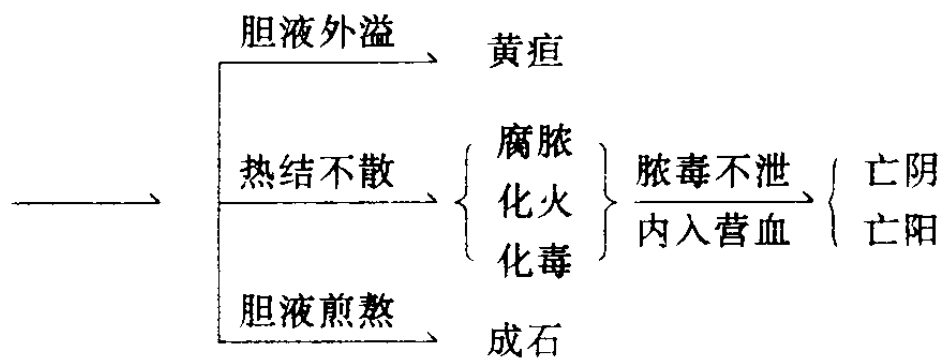
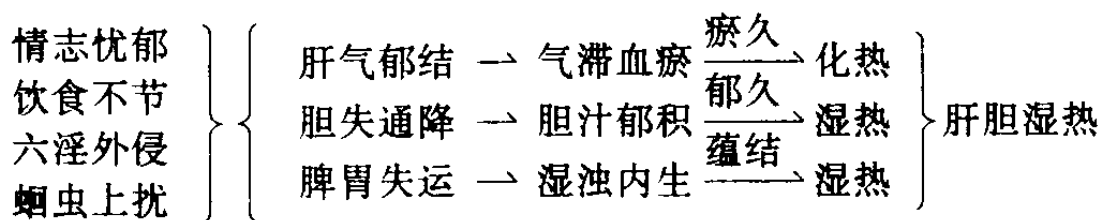
按照结石的部位大致可分为胆囊结石、肝胆管结石（肝内胆管结石）和胆总管结石。胆石按其成份可分为胆固醇结石、胆色素结石、混合型结石、赤色结石，前两者占结石的 95% 以上。过去认为国人的胆石以胆色素结石、肝胆管结石多见，近年资料表明胆囊胆固醇结石发病有逐年上升趋势，尤其是大中城市。这可能与生活水平提高、饮食结构变化有关。

已知胆石病的成因与胆汁郁积、胆道感染、胆固醇代谢失调及寄生虫等有关。对于结石形成的机制近年国内外学者探讨较多，一般认为胆固醇结石的形成必须具备三个条件：①胆汁胆固醇过饱和；②胆汁中成核因子的活性异常导致成核缺陷；③胆囊运动过缓使胆固醇结晶在胆囊中留滞足够长时间而聚集成石。胆色素结石形成机制则包括胆汁酸含量减少、胆红素钙沉淀的生成、糖蛋白的作用等。限于篇幅这里不再评述。

胆石病的临床表现与胆石部位、胆道情况有关，可参照有关章节，需要指出的是随着诊断手段的提高（特别是 B 型超声的应用），无症状（静石）的结石病人增多，对其治疗临床医师认识颇不一致，笔者观点，对这类病人也应积极治疗，据临床观察所谓“无症状”只是相对的，在一定条件下（如高脂、高蛋白食物等）结石总会由静到动，出现临床症状。

二、祖国医学认识

祖国医学认为胆囊炎、胆石病的主要病因，多由情志不调、饮食不节、感受外邪、虫积以及地理水土等因素导致肝胆疏泄失职、胆汁郁积而成。肝胆疏泄失职日久又可影响脾（胃）的运化功能，木横走土，外降失司而表现为胁腹胀满、食欲不振、暖气吞酸、嘈杂呕吐、大便不调等证；脾胃运化失司，湿阻化热，湿热中阻，熏蒸肝胆而致胆液外泄而发黄疸。因此胆囊炎、胆石病的基本病变中心是肝、胆、脾、胃四脏，基本病机可以归纳如下：



急性胆囊炎和胆石病活动期有典型的临床症状和体征，如痛、呕、吐、黄四大证，大致可以包括在中医的“胁痛”、“胆胀”、“黄疸”、“癖黄”、“结胸发黄”等门类中，近年研究常分为气郁型、湿热型和脓毒型进行辨证论治。常用大柴胡汤、黄连解毒汤等化裁治疗。

慢性胆囊炎由于病情缠绵、反复发作，常致虚实夹杂、气

血同病，调治较为困难。所谓虚实夹杂是指本病既有肝气郁结、湿热交阻及有脾虚气弱甚至气阴两虚的情况；气血同病气郁日久，瘀血入络，顽疼难愈，时作时止。其分型各家颇不一致，归纳起来不外乎肝气郁结、肝郁脾虚、气郁湿阻、气滞血瘀及肝阴不足几种类型较为常见。常用的方子如逍遥散、柴平煎、血府逐瘀汤、一贯煎等。

我国自 70 年代开展胆道疾病，特别是胆石病的研究以来，在总攻排石，灌注和口服溶石等方面都取得了重大突破，确立了疏肝利胆、通里攻下等治则，虽然减少了手术率、死亡率和并发症，但仍存在着结石排净率低，易复发等缺点。通过近几年的探索，中医中药防治胆道疾病在策略、方法、治则等方面出现了一些新的变化，一是认识到本病是一个由静到动、动静结合的漫长过程，在策略上由过去的峻攻、总攻转向渐化、缓溶、排溶并举，二是治疗方法趋于多样化，以综合治疗为主。如耳压、磁疗、仪器、外治等都是近年新兴的治疗方法，各种方法有机结合而成的新兴疗法则更多；三是对本病病机有了新的认识，在治疗法则上也有新的突破，如认识到胆石的形成除了肝胆湿热外，痰结为石、阳虚寒凝为石、瘀久成石也是不可忽视的病理。在治则上由过去的“清、疏、攻”注意到了寒热并投、消补并施、升降结合等法则的运用，创立了不少行之有效的“新方”。

西医诊疗常规

一、诊断要点

(一) 急性胆囊炎

【临床表现】

急性胆囊炎系由细菌感染、浓缩的胆汁或反流入胆囊的胰液的化学刺激所引起的胆囊炎性疾病，以发热、右上腹痛及压痛、呕吐、白细胞增高等为常见临床表现。

1. 疼痛

(1) 右上腹剧痛或绞痛：多为结石或寄生虫嵌顿梗阻胆囊管或胆囊颈部所致的急性胆囊炎。疼痛常突然发作，呈剧烈绞痛状。多发生在饱餐特别是进食高脂食物后，或夜间。夜间易发是因患者睡眠时仰卧，结石易滑入胆囊管形成嵌顿。如结石在嵌顿部松动滑脱、梗阻解除、疼痛可立即减轻或消失，这是结石梗阻疼痛的特点。

(2) 右上腹一般性疼痛：见于胆囊管非梗阻性急性胆囊炎，右上腹疼痛一般不剧烈，多为持续性胀痛。随着胆囊炎的进展，疼痛亦可加重。如炎症造成的粘膜肿胀引起胆囊管梗阻时，则疼痛亦可十分剧烈。

(3) 疼痛呈放射性：最常见的放射部位是右肩部和右肩胛下角等处，乃系胆囊炎症刺激右膈神经末梢和腹壁周围神

经所致。

2. 恶心、呕吐 是常见的症状，如恶心、呕吐严重可造成虚脱和水电解质紊乱，多见于结石或蛔虫梗阻胆囊管时。

3. 畏寒、寒战、发热 轻型病例常有畏寒和低热；重型病例（急性化脓坏疽型者）则可有寒战和高热，体温可达 39°C 以上，并可出现谵妄等精神症状。

4. 黄疸 较少见。如有黄疸一般程度较轻，如黄疸严重，则表示伴有总胆管或肝胆管结石性梗阻或胆管炎。

5. 腹部体征 视诊可见右上腹胆囊区膨隆或丰满，腹式呼吸运动受限；触诊右上腹有肌紧张或压痛，莫菲氏征阳性、反跳痛明显。有时可扪及肿大的胆囊或包块（包块系网膜和附近肠壁被病变侵及发炎所致）。

6. 血压 常偏低，甚至可发生感染性休克，此种情况尤易见于化脓坏疽型胆囊炎。

7. 其它 尚可有精神萎靡、纳差和便秘等。

【辅助检查】

急性胆囊炎的诊断一般不难作出，但如临床表现不典型，尚需作以下检查：

1. 血象 急性胆囊炎时，白细胞总数轻度增高（通常在 $12.0 \sim 15.0 \times 10^9/\text{L}$ ），分类中性粒细胞增多。如白细胞总数超过 $20.0 \times 10^9/\text{L}$ ，并有显著的核左移和中毒性颗粒，则可能是发生胆囊坏死或穿孔等并发症。

2. 放射线检查

（1）腹平片：具有诊断意义的阳性发现是：①胆囊区结石；②胆囊阴影扩大；③胆囊壁钙化斑；④胆囊腔内气体和液平（见于产气杆菌感染者）。

(2) 胆囊造影：①口服法胆囊一般不显影；②静脉注射法：应用 60% 的泛影钠与等量 50% 葡萄糖溶液混合后，快速静脉点滴。如胆囊呈圆弧状或环形显影，对急性胆囊炎则有诊断意义。

3. 放射性核素检查 静脉注射¹³¹四碘四氯萤光素或^{99m}锝后 90 分钟内，倘胆囊区无放射性物质，则表示有胆囊管梗阻，可考虑是急性胆囊炎。

4. B 超检查 初期单纯性胆囊炎超声显示胆囊稍大，囊壁轻度增厚，缺乏诊断性特征，在形成化脓性胆囊炎后声象图特征较明显，主要如下：①胆囊肿大，轮廓线模糊，外壁线不规则；②胆囊壁弥漫增厚，呈强回声带，其间出现间断或连续的弱回声带，形成胆囊壁的“双边影”表现。此征系浆膜下水肿、出血和炎性细胞浸润所致，对提示急性胆囊炎较有价值。有的甚至可出现双层多层弱回声带；③胆囊内充盈着稀疏或密集的细小或粗大回声斑点，无声影，不形成沉积带，为胆囊蓄脓的表现。但在胆囊炎初期或恢复期，可以出现移动性、沉积性回声团或回声带；④多伴有胆囊结石，往往嵌顿于胆囊颈管部；⑤急性胆囊炎发生穿孔时，可显示胆囊壁的局部膨出或缺损，以及胆囊周围的局限性积液。⑥胆囊收缩功能差或是丧失；⑦探头通过胆囊表面区域时有明显的触痛反应，或是将探头深压腹壁以接近胆囊底部，此时嘱病人深吸气，患者感觉触痛加剧并突然屏气不动，即是超声的莫菲氏征阳性，具有确诊意义。

(二) 慢性胆囊炎

【临床表现】

慢性胆囊炎为胆囊疾病中最常见的。病情呈慢性迁延性

经过，临床上有反复急性发作等特点。

1. 症状

(1) 持续性右上腹钝痛或不适感。

(2) 有恶心、嗝气、反酸、腹胀和胃部灼热等消化不良症状。

(3) 右肩胛区疼痛或放射性疼痛。

(4) 进食高脂或油腻食物后症状加重。

(5) 病程长，病情经过有急性发作和缓解相交替的特点。

急性发作时与急性胆囊炎症状相同，缓解期有时可无任何症状。

2. 体征

(1) 胆囊区可有轻度压痛和叩击痛，但无反跳痛。

(2) 胆汁淤积病例可扪到胀大的胆囊。

(3) 急性发作时右上腹可有肌紧张。

(4) 体温正常或有低热。

(5) 偶可出现黄疸。

(6) 病毒性胆囊炎时可有肝脾肿大。

【辅助检查】

1. 十二指肠引流 如胆囊胆汁中粘液增多，白细胞成堆，细菌培养或寄生虫检查阳性，对诊断帮助很大。需强调指出：①胆汁中有大量白细胞（特别是被胆汁染黄的白细胞），对诊断价值尤大，说明胆囊有炎症存在，有时比细胞培养阳性还要重要，因为后者有感染可能；②如多次引流胆汁作细菌培养，某种致病菌持续阳性即可肯定诊断；③如引流不能获得胆囊胆汁，说明胆囊收缩功能不好，或胆囊管有梗阻，是慢性胆囊炎的间接征象。