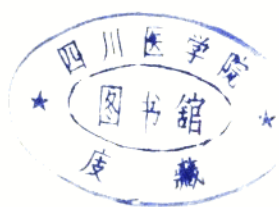


讲座资料

胆囊炎胆石症的诊治



3.9677

272

61

中华医学会上海分会编

1974年6月

目 录

- 一、中西医结合治疗胆囊炎胆石症 上海中医研究所(1)
- 二、中西医结合治疗胆道感染 50 例报告 上海第一医学院中山医院(8)
- 三、中西医结合治疗急性胆囊炎胆石症 37 例
..... 上海中医学院附属曙光医院(11)
- 四、中西医结合治疗胆囊炎胆石症 80 例小结 上海铁路局中心医院(14)
- 五、中药排除胆道内残余结石 2 例汇报 上海市宝山县人民医院(18)
- 六、胆道内引流手术的比较 上海市杨浦区中心医院(20)
- 七、肝胆管结石症的手术治疗 上海长海医院(23)
- 八、胆总管十二指肠吻合术 158 例的观察 上海市第一人民医院(26)
- 九、胆管残余结石的诊断与治疗 上海长征医院(31)
- 十、奥狄氏括约肌成形术 上海第一医学院中山医院(35)
- 十一、总胆管十二指肠吻合活瓣成形术 上海市金山县人民医院(39)
- 十二、肝叶切除术治疗肝内胆管结石的体会
..... 上海第二医学院附属新华医院(43)
- 十三、胆结石的形成 上海第一医学院华山医院(47)

中西医结合治疗胆囊炎胆石症

上海中医研究所外科

我国广大医务人员遵照毛主席关于“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，坚持走中西医结合的道路。自1958年大跃进以来，特别是通过无产阶级文化大革命，狠批了刘少奇、林彪所散布的“民族虚无主义”和“顶峰论”，在中西医结合防治常见病、多发病方面作出了新的贡献。有关胆囊炎、胆石症的中西医结合治疗工作，有了较大的进展，扩大了非手术治疗的范围，降低了手术率，提高了治愈率，深受广大工农兵病员的欢迎。

现将我所中西医结合治疗胆囊炎、胆石症积累的一些经验和认识，分述如下：

祖国医学有关胆囊炎、胆石症的认识

一、祖国医学藏象、经络学说中对胆囊的认识：

早在我国第一部文字学专著《说文解字》中就指出，胆是“连肝之府”。唐·张守节在《史记正义》中也指出：“胆在肝之短叶间……盛清汁……”，初步叙述了胆囊的解剖部位和生理作用。

有关胆囊功能的认识，《灵枢·本输篇》中首先指出，“胆者，中精之府”。晋代《甲乙经》中继称“胆者清净之府”。后代诸家认为：“胆主藏精汁，故为中精之府”。《灵枢集注》并指出，“他腑之所受者，皆至浊之物，而唯胆则受五脏之精汁也。”《灵枢注证发微》初步叙述了胆囊中所贮藏的胆汁是和胃、大肠、小肠中所感受之食物和膀胱中所贮有的尿液是有区别的，并简要地叙明了胆汁的生成是依靠五脏的协同作用，就是依靠五脏的正常生理活动而生成的。同时，《灵枢·本输篇》中还指出：“肝合胆”，《脉诀》中进一步指出：“肝之余气，溢入于胆而成精”。清楚地表明在晋代（公元2~3世纪）我们祖先已经认识到胆汁的分泌和肝脏的功能具有密切的关系。

关于胆囊的排泄功能，古人将胆囊归属于六腑的范畴，所谓“府”是“传化物而不藏”的意思。《素问·五藏别论》就是说六府的特点都是主排泄的。但同时，又将胆囊另外归属于“奇恒之府”的范围，认为具有“亦藏”，“亦泻”的特点，初步描述胆囊既有贮藏胆汁的作用，也有排泄胆汁的作用的双重特性。

同时，古人还根据肝胆的功能，将它们比喻为树木的“条达”样子，所谓“木曰条达”，就是说肝胆的性能是需要保持疏泄而舒达的，也就是说肝脏和胆囊必须维持排泄功能的通畅，才能算是正常，否则就会发生种种病变。祖国医学认为胆的机能“以通降下行为顺”，任何影响胆的“通降下行”时即能发病。

此后，祖国医学还认为胆囊不但与肝脏有密切关系，而且还与其他内脏和体表也有不可分割的作用联系，而这种联系则是依靠经络来完成的，有关和胆囊有直接联系的经络，举述如下：

1. 足少阳胆经：“起于目锐眦……入耳中，贯膈，络肝属胆。”

2. 足厥阴肝经：“挟胃、属肝、络胆”。

3. 足少阳之经别：“入季肋之间，循胸里，属胆，散之，上肝，贯心，上挟咽……系目系。”

根据这种经络联系特点，胆囊除了与肝脏的关系外，还和肠胃消化道，心脏以及体表的胁

肋,咽喉,耳,目等也有生理、病理关系。

二、祖国医学中有关胆囊炎、胆石症的类似记载:

有关胆囊炎和胆石症的类似记载,首见于《内经·灵枢》、《经脉篇》有:“胆足少阳之脉,……是动则病口苦,心胁痛,”的记载,《胀论篇》中也有:“胆胀者,胁下痛胀,口中苦,善太息”的记述,均指明胆府有病可以引起肋肋部类似胆囊疾病的腹痛症状。《灵枢·邪气脏腑病形篇》:“胆病者,……呕宿汁……其寒热者”,则是对胆囊疾病伴发肠胃症状与寒颤发热的类症记载。《灵枢·论疾诊尺篇》中记载的,“寒热身痛,面色微黄”的黄疸症中可能就包括了胆囊炎,胆石症的寒颤发热、腹痛、黄疸等主要症状。

汉代文献《伤寒论》和《金匱要略》中对胆囊炎及胆石症的类似症状已有记载。如:“太阳病不解,转入少阳者,胁下鞭满,干呕不能食,往来寒热”的小柴胡症,“伤寒十余日,热结在里,后往来寒热”,“呕吐不止,心下急”,少阳与阳明合病的大柴胡症(伤寒论),以及“诸黄腹痛而呕”的小柴胡症(金匱)等,都可能包括了胆囊炎、胆石症在内。

后代医家对胆囊炎、胆石症的认识有了发展,文献记载的内容也有所充实,例如:元·李杲《东垣十书》中对《伤寒论》小柴胡症补充为:“胸胁痛,口苦舌干,往来寒热而呕,多怒,四肢满闷,淋洩便难。”包括了除黄疸以外的胆囊炎、胆石症的症状。宋代许叔微《伤寒论》中对结胸症的叙述有“从心至脐不可近”的记载。明代李挺《医学入门》中对“结胸发黄”作了补充,说了“心胸满鞭,按之痛不可近”,描绘了胆囊炎、胆石症时胆囊区触痛及肌紧张的体征。

此外,《素问·奇病论》中将口苦称为“胆瘴”。宋代《圣惠方》中载有“胆黄症”,揭示了黄疸和胆腑的关系。

至于脉象,是从少阳病和结胸发黄等症状来认识,文献中多记载为弦、紧(少阳病)、数(结胸)、洪、滑(发黄)等象。舌苔方面,邪在太阳则苔薄白,邪入少阳则苔微黄,热入作结胸则苔滑腻,湿热发黄则苔见黄,热盛伤津则苔见燥,热极津枯则舌质红绛,舌面如镜。

三、祖国医学对胆囊炎、胆石症病因、病机的认识:

祖国医学中对疾病的发生和发展均认为是一个邪正斗争的过程,《素问·遗刺法论》中指出:“正气内存,邪不可干犯”,《灵枢·百病始生篇》中又说:“风寒热,不得虚,邪不能独伤”,就是说凡是各种致病因素的侵犯和形成,首先必然是机体内部环境的改变,中医概称为“正虚”。《灵枢·小针解篇》中所说的:“正邪共会”,就是指的邪正斗争,而所谓:“邪循正气之所出入”,也就是说邪气必因正气的盛衰而出入消长。

致病因素侵犯的机转,《灵枢·口问》中指出:“夫百病之始生也,皆生于风雨寒暑,阴阳喜怒,饮食居处,大惊卒恐,则血气分离,阴阳破败,经络厥绝,脉道不通,阴阳相逆,卫气稽留,经脉虚空,血气不次,乃失其常。”就是说,凡是致病因素的侵犯而发生疾病的过程,或是风雨寒暑等气温变化而感受的外邪因素,或是喜、怒、惊、恐等精神刺激,或是饮食不节(过食油腻)等内在因素,外邪乘人正气不足侵犯人体时,则首先引起机体中血和气,阴和阳的失调,继之以经络中气血运行的失常,脉道的壅阻不通,营气和卫气的相互逆乱,营气失去“以本身生”的营养作用,卫气停留而失去外卫的作用,结果经脉空虚,血气不足等,各种疾病由此产生。从总的方面叙述了机体发生疾病的原因和机转。前述《灵枢·经脉篇》中胆经的是动病和《灵枢·邪气脏腑病形篇》中的胆腑病都不能例外,《伤寒论》中“六经病”的发病也是如此。此外,祖国医学还认为饮食不洁,可感染生虫。机体生虫后引起肠胃虚弱,运化失职,生湿生热,导致气血运行失常,故也是致病因素之一。《灵枢·胀论篇》中对臌胀病的发生原理,认为是:“厥气不下,营卫

留止”而成。所谓厥气不下，可以认为是由于一切导致疾病的因素，干扰而阻止了气血的正常运行。因此营卫之气就会留住而郁结产生脏腑的胀病，宋代陈言《三因极一病证方论》中也指出：“脏气不行，郁而生涎，随气积聚，坚大如块”，这都是对脏腑发生肿胀的认识。

至于寒热往来、胁痛、黄疸、恶心呕吐等胆囊炎、胆石症类症的发病机转可以从《伤寒论》及后代医学的著述中联系起来理解。

寒热往来——明陶华《全生集》中解释为：“阴阳相胜，邪正分争”之故，并指出：“若阳不足，阴邪出表与争，故阴胜而为寒；若阴不足，阳邪入里与争，故阳胜而为热。”“邪在半里半表则寒热相半，乍往乍来而间作也”，这就是所谓“少阳病”的特征。所谓“表里”，如果从三阳经的关系来理解，即“身后为太阳为阳中之阳，阳分也，身前为阳明，阳明为阳中之阴，阴分也，阳为在表（太阳），阴为在里（阳明）”，“太阳阳明之间，少阳居身之半表里”（东垣十书）。如果从营卫的关系来理解，“营行脉中”为里，“卫行脉外”为表，“邪在营卫之间，谓之半表里”（东垣十书）。如果从脏腑经络的关系来理解，则脏腑为里，经络为表，介乎经脏之间，谓之半表里。从这种表里的概念来理解，胆囊炎、胆石症的寒颤发热，可以认为是邪在少阳经和胆腑之间，邪正出入相争的结果。

胁痛——中医认为“胁者，肝胆之区也”（明吴昆《医方考》），并认为“胁痛之病，本属肝胆二经”（明·张介宾《景岳全书》），概括地说明胁痛是肝脏、胆腑、足厥阴、足少阳发生疾病时的共有症状，至于疼痛的发生，明龚信在《古今医鉴》中指出：“痛则不通”，认为疼痛的发生都是由于脏腑经络中的气机和血运不畅通的缘故。特别是肝脏，胆腑和足厥阴少阳二经性喜条达，如脏气、经气郁结不行，就会产生胁痛。如果邪在胆腑及足少阳经，阻塞了胆气的疏泄和足少阳经气的运行，当然也会发生胁痛的症状。这就是《内经》中足少阳胆经“是动病”和“胆胀”、“胆病”时都有胁痛症状的原理。

鞭硬拒按——金·成无己认为是：“邪气入里，与阳相结而成”，即《素问·举痛论》中所指出的：“寒气（可包括一切外邪）客于经脉（或脏腑）之中，与炅气（阳气、卫气）相薄，则脉满（可包括脏腑之胀满肿大），满则痛都不可按。”如病势发展，“脉既满大，血气后乱”（唐·王冰）则痛甚而不可按。这与现代医学对炎症的发生和发展的认识有类似之处。

黄疸——祖国医学文献中对黄疸发生的认识一般均认为是湿热郁蒸所致，故有“黄疸之证，皆湿热所成”（明·孙文胤《丹台玉案》）之论。对伤寒结胸发黄的证候一般也认为是“瘀热在里”（金·张元素），唯明代张景岳指出胆黄症是由“胆液泄”而致，也就是胆气郁结，胆汁排泄受阻，溢泄而成黄疸。这种认识和胆囊炎、胆石症引起黄疸的发病机转颇相类似。

恶心、呕吐等消化道症状——前引文献提示古人对胆腑疾病伴发恶心、呕吐等消化道症状已早认识，《灵枢·四时气篇》中指出：“邪在胆，逆在胃，胆液泄则口苦，胃气逆则呕苦”，并认为“胃气逆”是“胆逆”的结果，就是所谓“胆邪横逆，乘侮胃府”，而胆、胃之联系则是由于胆络络肝，肝脉挟胃之故。

综上所述，结合近人的观点，可以认为胆囊炎和胆石症的发病，是由于七情所伤、气郁不舒或起居失宜，外邪侵袭或饮食不节，嗜食油腻或虫体淤积生湿生热，以致邪入胆腑，气血不和，胆气失于疏泄，郁而成病，邪在足少阳经府之间，则为寒颤发热；若胆府之气阻塞不通则为疼痛，胆汁溢泄，则病黄疸，胆邪横逆，则病呃逆。

而整个胆囊炎、胆石症的发生发展以及最后转归的过程则都是邪正相争的过程，如果正气胜邪则病向愈，如果邪气胜正则病进展。病进的表现，除了以上症状的加重外，如果邪气伤正，元阳耗伤，则可由阳入阴，转入少阴症而出现脉微、出汗、肢冷、神昏等逆症，类似“胆道休克”，

如果邪郁化热,热腐成脓则类似“化脓性胆囊炎”或“胆囊积脓”,邪气循足少阳之别,逆传心包,侵犯“神明之府”则可出现神昏谵语等险症,类似“肝肾综合症”或“肝性昏迷”。

急性胆道感染的中西医结合治疗

一、临床资料分析

我所自 1973 年 1 月至 10 月采用以中草药为主中西医结合治疗急性胆道感染 50 例。

急性单纯性胆囊炎	3 例
早期化脓性胆囊炎	22 例
急性胆囊炎合并局限性腹膜炎	20 例
急性梗阻性胆管炎	2 例
急性胆囊炎合并中毒性休克	2 例
胆道术后残余结石继发感染	1 例
总 计	50 例

性别: 男性 10 例,女性 40 例,为 1:4。

年龄: 最小 14 岁,最大 82 岁。其中 50 岁以上有 28 例,占 56%。

入院时体征:

右 上 腹 或/及 剑 突 下		胆 囊 肿 大	巩 膜 黄 染
触痛、反跳痛	肌 紧 张		
50 例	47 例	14 例	5 例

5 例巩膜黄染者: 2 例黄疸指数 20 单位,3 例大于 50 单位。

胆红质: 1 例 0.84 毫克%,1 例 2.5 毫克%,2 例 4.78 毫克%;1 例 9.28 毫克%。

入院时体温:

正 常 者	7 例
37.3~37.9℃	7 例
38~38.9℃	17 例
39.2~39.9℃	16 例
>40℃	3 例

入院时白细胞计数及分类:

白 细 胞 计 数

<10000	7 例
10000~15000	26 例
16000~18500	13 例
23000~25000	3 例
36000	1 例

中性白细胞计数

<79%	8 例
80~89%	26 例
>90%	16 例

二、临床分类

我们根据现代医学的临床病象和祖国医学的辨证施治原则相结合,分为以下类型:

1. 急性单纯性胆囊炎、胆石症:

右上腹部呈持续性疼痛伴阵发性加剧,痛向右肩背部放射。右上腹胆囊区有轻度或中度局限性触痛,无肌紧张或仅有轻度肌紧张,体温在 38°C 以下,舌苔薄腻,脉弦紧微数,白细胞计数多在 $10,000/\text{立方毫米}$ 以内。

2. 早期化脓性胆囊炎、胆石症:

除具备典型腹痛病史外,右上腹胆囊区有中度或重度触痛,轻度或中度肌紧张,轻度或中度反跳痛,有时可扪及肿大之胆囊,巩膜无黄染或仅有轻微黄染,体温在 38°C 左右,舌苔薄黄腻,脉弦滑数,白细胞计数多在 $10,000\sim 15,000/\text{立方毫米}$ 之间。

3. 急性胆囊炎合并局限性腹膜炎:

晚期(严重)化脓性胆囊炎及坏疽性胆囊炎,在临床上难以鉴别,因此,统称为急性胆囊炎合并局限性腹膜炎。

其临床表现为腹痛剧烈,体温、白细胞计数均明显升高,脉弦滑数或洪数,苔多黄腻,腹膜炎体征明显,但范围不超过上腹部两个象限,无扩散趋势。梗阻性胆囊炎及胆囊积脓时,可触及肿大之胆囊。周围肠襻及大网膜粘连包裹胆囊时,可扪及边界不清之肿块。合并胆总管结石及化脓性胆管炎时可见巩膜及皮肤黄染。

4. 胆囊穿孔合并弥漫性腹膜炎:

腹痛自右上腹而扩散至全腹。腹膜炎体征遍及全腹或超出两个象限并有扩散趋势。伴高热、腹胀、恶心呕吐,便秘或溏泄,尿少而赤,二眼凹陷,口干舌燥,苔黄糙,脉滑数或细数,严重者伴有中毒性休克,呈现精神萎靡,肢冷自汗,脉沉细等征。

5. 急性梗阻性胆管炎及急性梗阻性化脓性胆管炎:

急性梗阻性胆管炎指胆总管和肝内胆管在急性梗阻的基础上继发感染,临床具有上腹部疼痛、寒颤发热、黄疸和恶心呕吐等症状;急性梗阻性化脓性胆管炎,除具有上述临床病象外,同时伴有中毒性休克。

三、手术疗法与非手术疗法适应症之选择

1. 适宜于非手术疗法:

- (1) 急性单纯性胆囊炎;
- (2) 早期化脓性胆囊炎;
- (3) 无胆管狭窄的泥沙样总胆管结石;
- (4) 术后残存结石。

2. 在严密视察下进行非手术疗法,但病情继续恶化应及时改为手术治疗:

- (1) 急性胆囊炎合并局限性腹膜炎;
- (2) 急性胆囊炎合并胰腺炎;
- (3) 胆道蛔虫引起的急性胆囊炎及胆管炎。

3. 适宜于手术疗法者:

- (1) 急性胆囊炎合并中毒性休克;
- (2) 急性胆囊炎合并急性化脓性梗阻性胆管炎;
- (3) 胆囊穿孔;

(4) 反复发作之胆囊炎(不论结石性或非结石性经非手术治疗不能治愈者);

(5) 胆囊积液(经中西医结合治疗无明显好转,甚至有恶化趋势者)。

四、中西医结合非手术疗法

根据祖国医学六腑以通为用的理论,采取通里攻下、清热利胆的治则,应用以中草药锦红新片、元明粉、四季青钠盐或柴胡注射液为主的中西医结合治疗方法。

1. 中草药疗法:

(1) 急性单纯性胆囊炎、胆石症:

锦红新片(每14片中含生大黄五分、红藤二两、蒲公英一两),每日三次,每次5片。

元明粉三钱冲服,每日一次。

(2) 早期化脓性胆囊炎、胆石症:

锦红新片,每日三次,每次5片。

元明粉三钱冲服,每日二至三次。

四季青钠盐20毫升(每毫升含四季青600毫克)加入5%葡萄糖溶液中静脉滴注,或柴胡注射液2毫升,肌肉注射,一日二次。

(3) 急性胆囊炎合并局限性腹膜炎、急性梗阻性胆管炎:

锦红新片,每日三次,每次5片。

元明粉三钱冲服,每日二至三次。

四季青钠盐20~30毫升加入5%葡萄糖溶液1000毫升中静脉滴注,或柴胡注射液2毫升,肌肉注射,一日二次至三次。

2. 其它疗法:

(1) 饮食:对恶心、呕吐明显者禁食1至2天并由静脉补充液体,纠正水、电解质失衡。一般病例可给予低脂流汁或半流汁。

(2) 胃肠减压:一般不用。

(3) 解痉镇痛:

(甲) 针刺疗法:胆囊穴(阳陵泉下一寸)、足三里或太冲,通电15~20分钟,一日二次至三次。

(乙) 小剂量穴位注射:颅痛定60毫克,阿托品1.0毫克,1%普鲁卡因16毫升,以上三药配成20毫升,每次在二侧胆囊穴各注入1毫升。

(4) 体位:除单纯性胆囊炎外,一般应取半卧位。

(5) 抗菌素:一般不用。本组有8例均因临床病象严重等原因,短期加用抗菌素。

五、疗效分析

	主诉腹痛消失	触痛消失	肌紧张消失	反跳痛消失	肿大胆囊恢复正常	体温正常	白细胞正常	巩膜黄染消退	黄疸指数恢复正常
时间(平均)天	3.7	8.3	3.8	3.7	11.6*	5.3	4.4	7.1**	8.6

* 11例平均11.6天恢复正常,3例出院时仍可扪及转入院时缩小之胆囊。

** 其中1例急性梗阻性胆管炎服用锦红新片及元明粉后每天大便5至10次,三天后排出1.5×1.5×1厘米结石一粒,1×0.3×0.3厘米的三粒及大量泥沙样结石,此后体温下降,巩膜黄染消退,体征改善,治愈出院。

本组50例病人中治愈46例,占92%,好转4例,占8%。

急性胆道感染疗效标准

治愈——症状、体征消失,体温及化验检查正常。

好转——症状消失,化验正常,但仍有轻度体征者。

无效——症状及体征不缓解。

六、体 会

1. 根据祖国医学辨证施治的原则和现代医学的临床病象相结合的分类方法,中医西医比较易学、易懂、便于掌握。

2. 中医治病采用辨证求因,审因论治的方法。胆为六腑之一,以通降下行为顺,凡情志不畅,寒温不适、饮食不节(或不洁)等均可导致肝胆气滞,湿热壅阻,影响了胆腑的通降疏泄机能,使胆汁排泄不畅,不通则痛;湿热熏蒸,胆汁逆溢肌肤发黄;气血凝滞,热积不散则化为脓。

辨证施治是抓住本病的主要症状为发病急骤,右上腹有持续性疼痛和触痛,拒按,而手术所见急性胆囊炎的病理变化都是充血、水肿,甚至化脓坏死。依据中医辨证认为大凡发病急骤,手不可按,痛无休止者都属实、热、阳症,从胆囊病变来看,充血色红为火象、热象,肿胀为气血壅滞不通,易于化脓为热胜肉腐所致。

3. 剂型改革后使用简便,既利于战备,又便于在我国广大农村、山区推广使用。

中西医结合治疗胆道感染 50 例报告

上海第一医学院中山医院外科急腹症组

两年来我们采用中西医结合治疗胆囊炎胆石症,取得了良好的效果,现将有总结的 50 例报告如下:

在胆道感染的病员中常同时存在胆石症。尤其在胆道泥沙样结石较多,因此急性胆管炎也较多。过去应用的非手术治疗主要是禁食、补液及抗菌素,虽也有一定疗效,但效果较差,疗程也较长。

祖国医学对胆囊炎、胆石症认为主要是气血郁积胆腑,湿热瘀结中焦,影响胆的“中清”和“通降”,是属热症、实证,因此治则主要是舒肝,理气、止痛,清利肝胆湿热。

中西医两法治疗的特点,是止痛消炎,利胆和全身支持疗法,提高机体抗病能力。采用耳针疗法、中药四季青静脉滴注、补液等,有时也加用抗菌素治疗胆道感染。

一、治疗分型

1. 急性胆囊炎胆管炎。常有腹痛、发热、黄疸、畏寒、呕吐、中上腹或右上腹有压痛、肌卫,有时扪及肿大的胆囊,白细胞及分类增高,尿三胆阳性。首先以中西医结合非手术治疗为主,感染控制后,经过造影再决定手术与否。

2. 急性化脓性胆管炎伴中毒性休克。除上述症状体征外,有高热(39°C 以上),寒颤,黄疸较深,血压下降至 70 毫米汞柱以下,此类病例则以手术治疗为主,术后再用中西医结合治疗。在休克早期尚可试用中西医结合非手术治疗。

二、治疗方法

1. 耳针:取穴肝、胆、交感、神门,右侧为主。通电针仪强刺激 30 分钟,每日二次。

2. 中药:我们采用煎剂胆道感染方或胆道感染冲剂每日一帖或冲剂二包,重症加倍。

舒肝理气止痛:柴胡 枳壳 木香 陈皮 元胡

清利肝胆湿热:黄芩 茵陈 银花 虎杖 金钱草 山枝 黄连 大黄 芒硝

有时加服 25%硫酸镁 10 毫升,每日三次。

3. 对恶心呕吐明显,不能进服中药的患者应用中药四季青静脉滴注,每天 30~40 毫升加于 5%葡萄糖 1000 毫升内。(四季青注射液 4 克生药/2 毫升,本院中药制剂室自制)。

4. 全身支持疗法:静脉补液,纠正水和电解质酸碱失衡。一般不禁食,不用胃肠减压,可进食少脂流汁或半流质。

5. 西药抗菌素:一般均可不用,如上述治疗无效,或炎症较重者可加用。

6. 手术适应症:

(1) 中西医结合非手术治疗无效,胆道感染不能控制而有发展趋势者,或在治疗期间反复发作。

(2) 急性化脓性胆管炎伴中毒性休克。手术前准备阶段可试用中西医结合疗法。

(3) 过去已造影证实胆囊或胆管内有较大结石者。

三、临床资料

1. 一般资料: 50 例中男 15 例, 女 35 例; 20~40 岁 10 例, 40~60 岁 24 例, 60 岁以上 16 例。

诊断: 急性胆囊炎 23 例, 急性胆管炎 27 例(急性胆管炎伴有休克者 6 例)。

2. 症状: 腹痛 50 例, 呕吐 27 例, 发热 50 例($37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$ 17 例, $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ 18 例, $39^{\circ}\sim 40^{\circ}\text{C}$ 7 例, 40°C 以上 8 例), 寒颤 11 例。

3. 体征: 黄疸 25 例, 中上腹或右上腹压痛 50 例, 肌紧张 35 例, 扪及肿大胆囊 11 例, 血压下降到 70 毫米汞柱以下 6 例。

4. 化验: 白细胞计数正常 7 例, $1\sim 1.5$ 万/立方毫米 14 例, $1.5\sim 2.0$ 万/立方毫米 8 例, 2 万以上 5 例, 不详 16 例。

5. 治疗方法: 中药加针刺 25 例, 中药 + 针刺 + 四季青 18 例, 中药 7 例, 其中加用抗菌素 11 例。

6. 疗效: 有效 47 例占 94%, 无效(改为手术)3 例占 6%。有效的 47 例中 5 例胆道感染控制后施行手术。

症状明显改善时间, 平均 4.78 天, 腹部压痛消失平均 6.52 天, 白细胞恢复正常值平均 4.1 天。体温恢复正常平均 4 天。住院时间平均 17.5 天。

7. 8 例手术的原因: 感染控制后造影有较大结石, 手术发现胆囊结石 1 例; 胆总管或肝管结石 3 例; 胆道感染不能控制而手术者发现胆囊结石 1 例; 胆总管结石嵌顿 2 例; 腹痛反复发作手术发现无结石 1 例。

【典型病例】钱××, 女, 82 岁, 住院号 103012, 于 1972 年 7 月 26 日因上腹绞痛急症入院。高热($38\sim 39.6^{\circ}\text{C}$), 畏寒 10 天, 至本院急诊室时, 血压 70/50 毫米汞柱, 已呈休克状态。脉率 128 次/分, 神志模糊, 体温 40.3°C , 应用右旋糖酐 500 毫升后, 血压稍上升至 80/50 毫米汞柱, 脉率 125 次/分。巩膜明显黄染, 中上腹、右上腹明显压痛, 肌紧张, 未扪及胆囊。心律不齐, 有房颤, 白细胞计数 20200/立方毫米, 中性 90%。诊断: 急性化脓性胆管炎伴中毒性休克。考虑患者年老, 病情较重, 又伴心房颤动, 手术危险甚大, 给予中西医结合治疗。应用耳针肝、胆、交感, 留针 1 小时, 每日二次, 并喂服中药胆道感染方。同时给予抗休克治疗: 静脉滴注右旋糖酐, 异丙基肾上腺素, 多巴胺, 西地兰, 纠正水和电解质紊乱。青霉素、链霉素肌注 12 小时后体温即下降至正常, 血压稳定。2 天后自觉症状明显改善, 神志清楚, 3 天后腹部压痛已基本消失, 黄疸明显减退, 8 天后已能起床活动, 19 天全愈出院, 出院后 8 个多月来经常服中药排石汤, 情况良好, 能参加家务劳动, 未再复发, 静脉胆道造影正常。

四、体会

1. 本组 50 例急性胆道感染, 经中西医结合非手术疗法, 取得了良好的效果, 有效率达 94%, 无 1 例死亡。减少了工农兵患者的痛苦, 更减少了急性胆道感染手术期间的手术危险性和并发症。尤其对胆道手术后反复发胆道感染的病员, 经用中西医结合疗法控制胆道感染后能进一步查明胆道情况, 进行有效的措施。

2. 本组有 6 例急性化脓性胆管炎伴中毒性休克, 经中西医结合治疗后全愈出院。尤其对一些年老伴有严重器质性病变的患者, 手术疗法死亡率高, 本人或家属又拒绝手术者, 应用中西医结合疗法, 可以避免手术。

3. 针刺耳廓肝、胆、交感、神门, 对止痛效果甚好。我们发现经针刺后患者均感不同程度的上腹疼痛缓解, 呕吐消失, 上腹压痛、肌卫范围缩小甚至消失, 尤以对耳廓肝胆穴有触痛点者

疗效更明显。

4. 中药应用中,生大黄、芒硝用量要大,我们的病例中凡是有几次腹泻以后,痛即明显减轻,体温直线下降,似乎起到一定的内引流作用。

胆道感染患者大部分均有恶心、呕吐,中药味苦均较难吃。我们应用针刺内关或服药前后舌根部滴注姜汁或姜酊,取得了一定效果。中药改为冲剂后,呕吐反应减少。另外,给病人喂中药时必须耐心,有时需要一匙一匙地喂服。

5. 应用中西医结合治疗胆道感染,对胆道结石有一定排石作用,尤以对泥沙样结石。本组中有一部分病员服药同时筛洗大便,发现有结石排出,其中最大一粒达 $1\times 1\times 1.5$ 立方厘米。结石排出后症状即基本缓解。

中西医结合治疗 急性胆囊炎胆石症 37 例

上海中医学院附属曙光医院外科急腹症小组

我院外科急腹症小组,一年来中西医结合治疗急性胆囊炎胆石症 37 例,取得较好疗效,现小结如下:

临床资料

本组采用中西医结合疗法,治疗胆囊炎胆石症急性发作 37 例。其中女性患者 31 例,男性患者 6 例;年龄以壮年和老年患者较多,51 岁以上 24 例,占总数三分之一以上,最大年龄为 74 岁。

本组病例入院时均有不同程度右上腹或中上腹疼痛或闷胀痛,伴畏寒发热,不少病例还有便秘及恶心呕吐。体检时右上腹或中上腹均有明显局限性压痛,部份病例还具有肌紧张,反跳痛,或在右上腹可扪及肿大的胆囊,其中 7 例具有明显的黄疸,黄疸指数在 20 单位以上,最高达 100 单位。

临床分型

一、急胆型:相当于急性胆囊炎胆石症,或胆道结石继发感染。临床可见右上腹或中上腹部持续性疼痛、拒按、高热、寒颤,也可伴有黄疸、口苦、口渴、咽干、恶心呕吐、大便秘结、小便黄赤等症。体检可见舌质红、苔黄腻,脉弦滑或滑数。按其临床特点本型为肝胆热盛,湿热蕴结。白细胞多明显增高,黄疸指数、血胆红素、尿胆红素均有增高。本组属本型者计 34 例。

二、慢胆型:相当于慢性胆囊炎胆石症,或急性胆囊炎胆石症缓解阶段。临床可见右上腹多有间歇性隐钝痛,有时可牵扯右肩背部不舒,或有低热,或正常。多有食欲不佳,轻度恶心、口苦、苔薄白或微黄,脉多弦。此为肝胆气滞,胆腑气机失司。本组 37 例经治疗后,急性症状缓解或好转后,按慢性胆囊炎处理,巩固治疗效果。

三、中毒型:相当于梗阻性、化脓性胆管炎,临床可见右上腹持续性剧痛,上腹饱满,腹壁紧张,有明显压痛及反跳痛。高热、寒颤,呼吸急促,语声低微,血压下降,心率脉搏增快。巩膜及皮肤多可见黄疸,小便黄赤,大便秘结,舌红绛、苔黄燥或有芒刺,脉多滑数或沉细。此型主要为湿热化火,脓毒蕴结之象。属此型者 3 例。

在治疗原则上急胆型以清热理湿,辅以理气,方用急胆方;慢胆型以疏肝理气,方用慢胆方;中毒型以清热解毒,方用急胆方,加用抗菌素及升压药物。

治疗方药

一、中药处方:

急胆方:茵陈五钱 柴胡五钱 延胡索三钱 生大黄五钱(后下) 金银花一两
淡黄芩一两 山枝一两 硝矾丸二钱(分二次吞服)

慢胆方:茵陈五钱 柴胡三钱 延胡索五钱 川楝子五钱 广木香二钱 枳壳三钱
生大黄三钱 硝矾丸二钱(分二次吞服)

加减法:大便秘结加润肠片五分,或用元明粉三钱冲。如有恶心呕吐加用姜半夏、姜竹

茹、旋复花、代赭石,或用生姜一块擦舌苔中部,可达速效。

二、静脉注射用药:

鹿含草注射液

作用:清热解毒,对高热口渴患者具有退热消炎作用。

用法:5%葡萄糖溶液 500 毫升中,加入鹿含草注射液 15~30 毫升,成人每天剂量为 60~80 毫升。

三、肌肉注射用药:

徐长卿注射液

作用:解痉止痛、清热解毒消炎。

用法:一次量可 2~6 毫升,可反复使用不成瘾,无副作用。

四、针灸:

取穴:1. 足三里、胆囊穴、太冲、公孙

2. 胆囊穴、梁门、鸠尾、合谷、太冲

手法:强刺激或电针,留针 30 分钟。

五、抗菌素:对危重病例必要时加用抗菌素治疗。

注:硝矾丸:本院药房自制,由元明粉及白矾等量研末和匀成丸。

润肠片:本院药房自制,由生大黄制成。

鹿含草注射液:本院药房自制。

徐长卿注射液:本院药房自制。

疗效观察

本组 37 例疗效观察,按治疗后在 5 天以内症状、体征完全消失,体温恢复正常者谓之“显效”;经治后超过 6 天以上,症状、体征明显改善,体温恢复正常者谓之“有效”;如经治疗 10 天以上,症状、体征无明显改善,或有恶化而中途改用手术治疗者称之“无效”。本组 37 例经治后,显效 24 例,有效 13 例。现将 37 例治疗后腹痛和压痛消失、体温恢复正常天数,列表于下:

病 例 数 经 治 天 数	症 象	腹痛和压痛消失者	体温恢复正常者
2 天内		14	14
3~5 天		14	10
6~10 天		9	13
10 天以上或中途改用手术治疗		—	—
共	计	37	37

5 例再入院手术治疗的探讨

本组 37 例中,经中西医结合非手术治疗后,均获好转而出院,其中 5 例出院后因复发再次入院,1 例系病员坚决要求手术治疗,4 例均有反复多次发作史,其中 2 例伴有中毒性休克,最后也均采用手术治疗。

术中所见:2 例胆囊内有巨大结石,直径超过 3 厘米;2 例胆总管增粗,内有直径 2 厘米与管壁粘连的结石一粒和直径 1.2 厘米结石四粒;另 1 例术中未见结石,病理报告为慢性炎症。

从以上手术所见,我们体会到凡是反复发作的胆囊炎胆石症,大多数有药物难以解除的病灶存在,采用手术治疗是适宜的。

体 会

一、通过临床实践,体会到中西医结合非手术治疗胆囊炎胆石症对缓解症状和体征具有明显疗效。它对年老体弱、全身情况差的患者,更为适用。

本组有3例中毒性休克,7例有黄疸,均采用这种疗法获得好转。但其治疗规律还有待于进一步摸索。

二、在临床观察中,体会到恶心呕吐的改善与腹痛的缓解和体温、血象的恢复有着一定的联系。我们发现有些病例呕吐恶心频繁,往往临床病情转重,经治疗后恶心呕吐解除,病情即有好转趋势。

三、凡是反复发作的患者,治疗较为困难,其腹痛的缓解或消失的日期以及体温恢复的日期,均比初次发作或少发作的患者要迟。证明有难以解除的病灶存在。因此我们对这类病例主张采用手术治疗。

四、手术适应症:

1. 急性胆囊炎考虑有胆囊坏疽、穿孔或胆囊内积脓者;
2. 急性化脓性梗阻性胆管炎,或中毒性休克,经中西医结合治疗后6~12小时血压脉搏无好转,全身情况不改善者;
3. 反复发作胆囊炎胆石症,或曾作过胆道造影,显示结石较大,或胆管有狭窄者。

中西医结合治疗胆囊炎胆石症 80 例小结

上海铁路局中心医院

伟大领袖毛主席教导我们：“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高”。我院学习了遵义医学院、天津南开医院等单位的先进经验，自 1971 年 7 月至 1973 年 6 月使用中西医结合非手术治疗胆囊炎胆石症患者共 80 例，取得初步成效。

80 例患者中，女性 42 人，男性 38 人，最小年龄 30 岁，最大年龄 80 岁，以 41~60 岁发病率较高(占 61%)。在病种方面胆囊炎胆石症患者 53 例，胆道术后综合症 17 例，胆道感染 10 例。这些病人原来每年要反复发作多次，经治疗后，极大多数患者取得了明显好转。

中 医 药 疗 法

一、适应症

1. 急性单纯性胆囊炎；
2. 急性化脓性胆囊炎及胆管炎的早期。但病情如恶化则应及时改为手术治疗；
3. 肝、胆管结石；
4. 胆囊结石；
5. 手术后胆道残余结石；
6. 手术前后用药，以帮助排出泥沙样或小块结石，使胆道引流通畅，有利于恢复肝功能，预防复发。

二、中药内服治疗：以舒肝理气、清热利胆、祛瘀排石为基本疗法。

1. 胆囊一号方：

方义：舒肝理气，缓急止痛。

方药：柴胡 黄芩 半夏 赤芍 枳壳 川楝子 玉金 香附 延胡 木香 生军

主治：急性单纯性胆囊炎及某些慢性胆囊炎。

2. 胆囊二号方：

方义：舒肝理气，清热利湿。

方药：柴胡 黄芩 半夏 茵陈 银花 车前子 山枝 木通 延胡 木香 生军
龙胆草

主治：急性化脓性胆囊炎、急性化脓性胆管炎、总胆管结石症。

3. 胆囊三号方：

方义：清热行气，利胆排石。

方药：金钱草 茵陈 玉金 枳壳 木香 生军

主治：胆道结石，可用于发作期，也宜长期服用。

4. 胆囊四号方：

方义：舒肝理气，活血祛瘀。

方药：当归 赤芍 川芎 桃仁 红花 玉金 柴胡 黄芩 枳壳 延胡 香附 乌药
 主治：反复发作的胆囊炎胆石症，舌质晦暗不华、瘀血阻滞者。

三、中药外敷治疗

对胆囊积液、急性胆囊炎伴胆囊肿大、压痛明显、腹肌紧张的患者，在内服中药同时，加用中药(大蒜、芒硝捣成泥)外敷右上腹压痛区，可更快地使胆囊缩小，疼痛减轻，感染控制。

四、针刺治疗：作为中药治疗之辅助。

取穴方法：疼痛：针胆俞、胆囊穴、中脘、梁门、内关。

呕吐：针内关、上脘。

发热：针曲池、合谷。

耳针：交感、神门、胆、肝。

五、其他辅助治疗

1. 饮食：一般不禁食，给予流汁或半流汁低脂饮食，高热、呕吐严重者禁食，并由静脉补液，纠正水与电解质紊乱。

2. 胃肠减压：一般不用。腹胀明显，诊断不清，怀疑有溃疡病穿孔者酌情应用。

3. 解痉止痛剂：绞痛剧烈，可给予针刺或阿托品、吗啡阿托品等药物皮下或穴位注射(足三里、胆囊穴)。

4. 抗菌素：一般不用，感染、梗阻严重者可加用。

六、疗效

病人经中西医结合治疗后普遍反映发作次数减少，发作程度减轻，或大便中排出结石。经随访一年有效率达 90%。

80 例病人治疗效果

疗效分类	病 例 数	有 效 率 (%)
临 床 显 效	46 (6~12个月未复发者37人) (12~18个月未复发者9人)	90
临 床 有 效	26	
无 效	8	

经治疗后，检查 20 人粪便排石情况，排块状结石 2 人；排泥沙样结石 18 人。

注：疗效标准

临床显效：症状体征消失，化验正常，恢复正常工作。

临床有效：经治疗后，发作次数减少，发作症状减轻。

无 效：服中药期间，发作程度稍减轻，但以后仍经常反复发作。

【病例介绍】

来××，男 56 岁，住院号：102525。

诊断：胆道残余结石。

1960 年 10 月诊断胆囊炎胆石症，在某医院行胆囊切除，总胆管切开取石。术后半年复发，经常上腹隐痛，1971 年 10 月起加剧，反复发作高热，黄疸，右上腹绞痛，呕吐，经某医院治疗病情不见好转。转入本院时，黄疸明显，绞痛剧烈，发热有时高达 40℃。口服中药至第七天时，腹痛加剧，经讨论决定手术。于当天晚上(手术前)患者自大便中排出约 5×2.5×2.5