

· 农村园地 ·

讲座

胆道蛔虫病的诊断与治疗

辽宁省中医研究院急腹症研究室 贺瑞麟

胆道蛔虫病是肠蛔虫病的常见并发症之一，在农村尤较多见，它不仅给患者带来剧烈的痛苦，而且可能引起一些严重并发症，如果诊断不确切，治疗不及时，可造成严重后果。目前对胆道蛔虫病的治疗效果，尚不够满意，究其原因主要是二方面：其一是诊断的确切性问题，其二是治疗的彻底性问题。我们认为要提高治疗效果首先就要诊断明确，除确定该病系由蛔虫进入胆道而引起发病外，还必须搞清蛔虫进入胆道系统的部位、数量、活动状态及有无并发症等问题。在治疗方面，不仅要着眼于解除患者当时的痛苦，同时更要重视彻底驱出胆道内的蛔虫，并要从长远考虑，预防胆石病等并发症问题。

一、关于诊断与鉴别诊断 根据典型病史、症状与体征，胆道蛔虫病的诊断并不困难，临床正确诊断率可达95%以上。

本病有时须与上腹部其他急腹症相鉴别，如胃痉挛、急性胃炎、胃及十二指肠球部溃疡、胰腺炎、胆石病、胆道功能紊乱等。临床上胆道蛔虫病与胆石病合并存在者占7.5~20%，鉴别也较困难。胆石病与胆囊炎的疼痛有胆绞痛而无钻顶感觉，胆囊区有明显压痛及腹肌紧张，常伴有寒战、高热及黄疸，二者的鉴别要点见附表。

附表 胆道蛔虫病与胆总管结石病鉴别要点

	胆道蛔虫病	胆总管结石病
年 龄	<30岁较多	>30岁较多
既 往 史	多有肠道蛔虫史	有长期胃部不适、消化不良症状
疼 痛 特 点	阵发性钻顶样绞痛有间歇期	阵发性或持续性绞痛
寒 战、发 热	一般无，伴合并症时出现	发病后出现较早
黄 疸	很少见到	较常见
压痛、肌紧张	腹软，剑突下有深压痛	右上腹压痛，肌紧张较明显

为了更准确地选择治疗方法，提高疗效，在确定胆道蛔虫病的基础上应进一步作出病理情况的判断。

1. 蛔虫进入部位的判断：蛔虫可因“脏寒”、“胃热”、“寒热错杂”、“饮食不节”等原因，造成机体内在环境的改变，由下肠道窜至上肠道。当蛔虫处于十

二指肠括约肌口时，由于钻顶肠壁，即可出现阵发性痉挛样上腹痛，伴有恶心、呕吐，时有吐虫，此为十二指肠蛔虫病；当蛔虫进入胆道而嵌顿在胆总管口括约肌时，阵发性绞痛最剧烈，甚至呈持续性绞痛，病人常出现坐卧不安、手脚发凉，出冷汗等症状；当蛔虫完全进入胆道后，疼痛明显减轻，但可因蛔虫的活动，引起阵发性绞痛，或较剧烈，时发时止；少部分蛔虫可进入肝内胆管，常引起持续性上腹部及后背区胀痛及绞痛，并伴寒战、发热，如果蛔虫冲破胆管及肝脏，可进入腹腔造成急性腹膜炎症状；蛔虫进入胆囊内，可引起胆囊区剧烈绞痛、胆囊胀大伴有炎症现象等。

2. 蛔虫数量多少的判断：钻入胆道的蛔虫数目多少不等，绝大多数病例只有1条，一般不超过10条，但可有30~50条，最多者达百余条。一条蛔虫钻入胆道引起的腹痛常为典型的阵发性绞痛；多条蛔虫引起的腹痛为持续性胀痛，阵发性疼痛较轻，胆道感染症状与体征明显，多有寒战及高热，有时可出现轻度黄疸，上腹部压痛范围较广泛，可伴有腹肌紧张。

3. 蛔虫死活的判断：蛔虫在胆道内可以继续存活一段时间，长者可达一个月以上，故胆道蛔虫病在急性发作期阶段，多为活蛔虫所引起。随着蛔虫停留时间的延长，活动力可逐渐减弱，但发作期症状可延长。蛔虫死后，阵发性腹痛可以完全消失而代之以钝痛或胀闷感，有时伴发烧。也可以无明显症状与体征。

4. 有无并发症发生：主要观察是否有胆道感染、肝脓肿、胰腺炎、胆道出血等临床表现。

5. 胆道蛔虫结局的判断：钻入胆道的蛔虫，其最后结局可有以下三种情况：(1)蛔虫从胆道退出或被排出；(2)蛔虫在胆管内存留；(3)以蛔虫残体为核心形成结石。

二、关于治疗 近年来，采用中西医结合治疗胆道蛔虫病，已取得良好效果，非手术疗法已成为本病的主要疗法。目前仅有少数病人因非手术治疗无效或已发生严重并发症，方考虑手术治疗。

非手术疗法目前需要强调的是辨证选法，辨证用方。治疗原则是制蛔去痛，排虫驱虫，根据病情变化，配合利胆清热，通里攻下等。具体治疗方法如下。

1. 制蛔去痛:

对于蛔虫处于十二指肠内以及蛔虫嵌于括约肌口者效果较明显。

(1) 针刺治疗: 体针常用穴有阿是穴、鸠尾穴、阳陵泉、胆俞、胆囊穴、中脘等; 或迎香透四白, 中脘透梁门。用泻法, 留针 30 分钟, 或电针 30 分钟, 连续波, 强度以能忍受为度, 每日 2~3 次。

(2) 食醋疗法: 取食醋 2 两加入花椒少许, 加热煮开后除掉花椒顿服。

(3) 拔火罐: 在剑突下压痛区拔火罐 30 分钟, 有止痛排虫作用。

(4) 椒油疗法: 成人 50ml, 每日三次; 8~15 岁者 20ml, 每日三次; 3~7 岁者 15ml, 每日三次。用法, 将椒油加温至 40~45°C 口服。

椒油制法: 生豆油 1 斤, 花椒皮 1 两。将生豆油放入锅中烧开, 加入花椒皮, 缓慢搅拌, 待花椒变焦脆, 呈棕黑色并有很浓的椒油味出现时 (花椒皮不能炭化), 去花椒皮即可。

(5) 中药治疗: 应根据病人不同情况辨证选方。如病人疼痛剧烈, 绞痛频繁, 宜先安蛔止痛, 用乌梅汤加减: 乌梅 15g 苦楝子 15g 使君子 15g 槟榔 12g 川椒 6g 细辛 3g 干姜 6g 大黄 9g (后下), 加水 500ml, 煎成 200ml, 两次分服, 每日一剂。

(6) 制蛔止痛药: 根据病情可适当应用。阿斯匹林, 每次 0.5g, 每日三次, 口服首次量 1g, 连服三日。亚硝酸异戊酯, 打破安瓿后间断吸入。杜冷丁 50mg、阿托品 0.5mg 皮下注射。

2. 利胆排虫:

对于蛔虫已钻入胆道, 并形成病理变化者有效。

(1) 胆道排蛔汤: 木香 15g 金钱草或茵陈 30g 郁金 9g 苦楝皮 15g 槟榔 9g 枳壳 9g 乌梅 12g 黄芩 9g 使君子 15g 大黄 9g (后下) 加水 500ml, 煎成 200ml, 分两次服, 每日一剂。

(2) 33% 硫酸镁: 10ml 口服, 每日 2~3 次, 如与胆道排蛔汤间隔服用, 则效果更好。

(3) 胆蛔宁: 大黄 0.5g 木香 0.5g 阿斯匹林 1.5g 苯巴比妥 0.12g 精制敌百虫 0.17g, 共研细末。成人每日一剂, 小儿 4~6 岁者每日 1/3 剂。

(4) 电兴奋: 剧烈疼痛时, 可起到制蛔止痛作用, 在此基础上可使药物发挥利胆排虫的功能。

应用方法: 正电极置剑突下偏右, 负电极置脊柱右侧第 11~12 肋区或右胆俞, 强感应, 大输出, 直流电 30 毫安, 逐渐增至 60 毫安左右, 通电 30 秒, 连续 3~4 次。

(5) 按摩疗法: 有止痛排虫作用。以右手拇指紧贴于右季肋下 (胆囊区), 沿肋缘下推压到剑突下, 然后沿腹白线向下推压一寸许, 连续按摩 7~8 次。多适用于儿童, 因腹肌软, 效果较好。

胆道蛔虫退出时间, 一般多在 7~10 天左右, 约有 3 的病人在临床症状消失后, 蛔虫仍残留于胆道内。因此, 治疗不应以症状消失为满足, 而应在临床症状消失后, 继续服用利胆排虫的中西药物 4~5 天左右, 以期彻底排出死活蛔虫, 杜绝结石形成等后患。

3. 驱除肠道蛔虫:

(1) 针刺驱虫, 多适用于少年。穴位取足三里、鸠尾、中脘、大横、阳陵泉等, 泻法, 强刺激, 留针 30 分钟, 可反复应用。

(2) 氧气驱虫, 由胃管缓缓注入氧气, 成人 1,500~3,000ml, 小儿按每岁 100~150ml 计算。最多不超过 500ml。注氧后, 随即灌入 33% 硫酸镁 30ml, 有利于排虫。

(3) 中药驱虫, 可用驱蛔汤, 胆道驱蛔汤等。

(4) 西药驱虫药。

4. 手术疗法:

对少数部分病例, 经非手术治疗无效或已发生严重的局部或全身并发症者, 可考虑手术治疗。具体手术指征如下:

(1) 胆道蛔虫病并发急性梗阻性化脓性胆管炎, 或考虑有胆管穿孔者;

(2) 胆囊蛔虫伴有严重化脓性胆囊炎, 坏死性胆囊炎, 或怀疑有胆囊穿孔者;

(3) 蛔虫性肝脓肿已经形成者;

(4) 胆道大出血反复发作, 经非手术疗法无效者;

(5) 并发急性出血性坏死性胰腺炎者。

手术方法: 手术的目的在于切开胆总管探查、取虫并彻底引流。凡胆道感染明显、胆管增粗、管壁增厚、胆管内有脓液或有结石者, 应常规安放 T 型管引流。胆囊炎症较轻, 通常不必切除。如胆囊坏死或有结石, 在病人情况许可时应行切除, 否则只作胆囊造瘘术。对蛔虫性肝脓肿应行切开引流术。胆道出血应常规探查、引流胆总管, 并尽力确定出血部位。若试验阻断肝固有动脉止血有效, 则可进行结扎, 同时亦应结扎胃右动脉以阻断与肝固有动脉间的侧枝循环。

总之, 对于胆道蛔虫病的治疗, 更重要的是在于预防肠蛔虫病, 使广大群众了解蛔虫病的危害以及掌握其预防方法实有必要。在农村对粪便进行无害化处理, 是预防肠蛔虫病、从而防止胆道蛔虫病的最根本的方法。