

中西医结合治疗急性梗阻性化脓性胆管炎 211 例临床分析

无锡市第三人民医院 马荣康 汪朋梅 杨伯岩 何立璋 俞宪民

内容提要 本文总结了该院 10 年来中西医结合治疗急性梗阻性化脓性胆管炎 211 例的经验, 非手术、手术组的死亡率分别为 4.54%、3.96%。其中 44 例进行急诊经皮肝穿刺胆管造影术, 成功率为 90.9%, 8 例同时作置管外引流术, 均于 6 小时内纠正休克。讨论中对图像诊断的分类方法以及非手术与手术治疗适应症的选择和时机提出了作者的看法。

急性梗阻性化脓性胆管炎 (Acute Obstructive Suppurative Cholangitis 以下简称 AOSC) 的病死率各地报道差别颇大, 约在 10~30% 之间。由于近代胆道诊断——治疗学的发展, 以及中医药研究的深入, 中西医结合治疗本病引起了大家的关注。现将我院 1973 年~1983 年 4 月收治 211 例报道如下。

临床资料

本组男性 50 例, 女性 161 例。年龄 13~89 岁。除 2 例无黄疸外, 都有上腹部或剑突下痛, 寒战高热, 黄疸。67 例 (32.7%) 伴休克, 33 例 (15.7%) 伴神昏, 2 例 (0.9%) 伴胆道大出血。211 例中 141 例有胆道感染史, 64 例既往作过胆囊或胆道手术。实验室检查白细胞数 >2 万 82 例, >3 万 16 例, 最高达 8 万, 余在 1.5 万~2 万间; 半数以上 GPT >100 u。在 101 例手术病人中 95 例作胆汁培养, 80 例 (84.2%) 阳性, 其中 58 例为大肠杆菌、12 例为副大肠杆菌, 其次为绿脓、产气、肺炎、粪产碱杆菌。

1981 年以来 44 例作急诊经皮肝穿胆道造影 (以下简称 PTC), 3 例失败, 其中 1 例系胆管不扩张, 2 例因病重在 1 次穿刺命中失败后放弃。成功的 41 例中造影显示肝外胆管梗阻 34 例, 其中胆管完全及不完全梗阻各 17 例; 肝内外复合梗阻 6 例, 其中肝外胆管完全梗阻伴肝内胆管不完全梗阻 2 例, 肝内外胆管均为不完全梗阻 4 例; 肝内胆管梗阻 1 例, 为左肝管

完全梗阻。4 例在休克时采外周静脉血作噬的阿米巴样细胞溶解试验均呈阳性反应。

治法与结果

一、治疗方法: 抗休克除扩容、纠酸、选择应用血管活性药物和糖皮质激素、强心、利尿药外, 用生脉散静脉滴注协助“稳压”, 有血瘀证者用复方丹参注射液。

2. 抗胆道感染中全部病人内服茵陈蒿汤合大柴胡汤、五味消毒饮。热毒炽盛加服人工牛黄, 每服 1.5g, 每日 1~2 次, 共 51 例; 邪入营血加服犀 (广) 角地黄汤共 24 例; 热邪内闭神昏加服紫雪丹或安宫牛黄丸共 27 例。127 例应用氯霉素或庆大霉素, 78 例用氨基苄青霉素, 4 例用丁脍卡那霉素, 2 例用先锋霉素。

3. 1979~1980 年间曾在急性期行“总攻”排石共 13 例, 7 例排出导致梗阻的结石后病情迅速稳定, 但在休克及神昏时不强行“总攻”。

4. 急诊作经皮肝穿胆道置管引流共 8 例, 属肝外胆管完全梗阻 5 例, 不完全梗阻 3 例, 配合药物治疗, 休克均于 6 小时内纠正。其中 6 例在引流后病情稳定后作择期手术, 1 例症状体征消失后未肯手术出院, 1 例在休克纠正后晚间导管脱落, 再度休克, 前后 5 小时, 因未及时手术而死亡。

5. 手术治疗共 101 例 (47.86%), 经 5~8 小时准备, 做急诊手术 22 例 (10.4%), 无一例死亡。治疗后感染一度控制, 于住院期间再次发

作行中转手术 9 例 (4.26%)，死亡 4 例。病情稳定后作择期手术 70 例 (33.18%)，无死亡。手术见 91 例系结石引起胆道梗阻，10 例非结石引起，其中 4 例见胆管内脓性胆汁，用胆道探子触进入十二指肠，肝内胆管亦无异常；4 例系蛔虫或蛔骸；1 例系残余胆囊管及纤维性肿块压迫胆总管；1 例系乳头腺癌。手术方式一般作胆管切开取石或虫并予引流，如胆囊存在具有病复者同时切除。胆总管正端缩窄作胆总管十二指肠吻合者 5 例，作奥狄氏括约肌切开成形者 6 例，作胆总管切断近端胆管与空肠 Y 型吻合者 2 例，作肝左叶切除胆总管空肠 Y 型吻合者 3 例，作肝左外叶切除肝内外胆管空肠 Y 型吻合者 1 例，作左肝管切开狭窄段内支撑及引流者 1 例。

二、治疗结果：出院时症状体征完全消失为治愈，尚有 1~2 项轻度病状体征者为好转。本组治愈 188 例 (89.09%)，好转 11 例 (5.21%)，住院死亡 9 例，连同 3 例病情恶化自动出院共 12 例，总病死率为 5.69%。中西医结合非手术组 110 例，住院死亡 5 例 (4.54%)，恶化出院 1 例 (0.91%)，两者占总病死率的 2.84%；中西医结合手术组 101 例，住院死亡 4 例 (3.96%)，恶化出院 2 例 (1.98%)，两者占总病死率的 2.84%。

讨 论

一、AOSC 病理改变的认识：AOSC 是由于肝内、外胆管梗阻导致排胆障碍，积滞的胆汁因细菌繁殖发生胆道感染，胆管内压急剧升高使胆汁排泄径路发生逆流，破坏了正常胆血屏障，如胆汁成分逸入 Disse 氏腔和肝实质内可形成多数脓肿，如胆管—静脉反流可造成胆源性败血症或内毒素血症，出现休克、神昏、出血倾向以及多系统、多脏器的机能紊乱。然而由于胆管梗阻程度、梗阻部位、引起梗阻的原因以及胆结石大小、形态、数目不同等因素，往往造成病理改变的程度不一，这些就构成 Charcot 三联症、Ryenold 五联症等不同的临床表现。

二、急诊经皮肝穿胆道诊治 AOSC 的价值：在临床上单凭症状与体征来诊断，仍不能满足术前对 AOSC 的病理了解，为此我们自 1981 年以来采用急诊经皮肝穿胆道技术，以造影图像来诊断，以置管引流来治疗，为中西医结合诊治本病提供了有利的条件。急诊穿刺胆管命中后，由于胆管高压常极易抽到胆汁，可以肉眼观察其性质，作细菌培养、涂片及生化检查，在胆管减压后进行造影或引流，本组 4⁴ 例未因此而产生感染扩散及其他并发症。根据造影结果将 AOSC 按胆管梗阻的部位和程度区分为 8 类：(1) 肝外胆管完全梗阻。(2) 肝外胆管不完全梗阻。(3) 肝内胆管完全梗阻。(4) 肝内胆管不完全梗阻。(5) 肝内胆管完全梗阻，肝外胆管不完全梗阻。(6) 肝内胆管不完全梗阻，肝外胆管完全梗阻。(7) 肝内胆管完全梗阻，肝外胆管完全梗阻。(8) 肝内胆管不完全梗阻，肝外胆管不完全梗阻性化脓性胆管炎。除能确定定位诊断外，还可帮助胆管梗阻的定性诊断¹⁾，本组除结石引起梗阻外，还有结石伴蛔虫 3 例，单纯左肝管蛔虫 2 例，左肝管良性狭窄 1 例，胆总管下端良性及恶性肿瘤引起狭窄各 1 例，经手术均证实诊断符合。除以上可作为诊断外，还可在急诊时作经皮肝穿胆道置管引流减压术。本组成功的 41 例中：17 例肝外胆管完全梗阻；其中 8 例作急诊手术；5 例作经皮肝穿胆道置管引流，仅 4 例在严密观察下行非手术治疗，这 9 例中有 7 例于病情转稳定后作了择期手术。而 17 例肝外胆管不完全梗阻中，除 3 例作急诊经皮肝穿胆道置管引流外，余 14 例均行非手术治疗，都争取在病情转稳定后作择期手术，其他型类的不完全性肝内、外复合梗阻中，均有效地在中西医结合非手术治疗控制后行择期手术。故认为在 AOSC 时可争取作急诊经皮肝穿胆道技术，如示胆管不完全梗阻时，结合临床可用非手术疗法，反之则作经皮肝穿胆管置管引流或作急诊手术减压，此时行非手术治疗时宜慎重。由于此项技术操作简易、胆系显影成功率高且影象清晰，并发症并不比平常进行时高，为此亦可使用于胆道重症感染

期,这有助于在急诊时选择手术或非手术的治疗指征;有助于减少手术时的盲目性和选择合理的手术方式。

三、中西医结合治疗 AOSC 的几个方面:一部分病人可通过非手术治疗主要是根据中医以通为用的治则,常用清法、泻法、据余仲符⁽²⁾实验研究及临床大宗病例证实,对治疗早,括约肌尚未纤维化造成狭窄者有增加胆汁流量、松弛括约肌起到胆管十二指肠内引流作用。此外对一部分极重病例,涉及多脏器功能病变时,用中医凉血散血法则治疗,可改善微循环及凝血机制;生脉散有稳定血压作用,尤其当内生性血管活性物质短缺时,可改善心功能和增加心脏输出量。

在以往的经验教训中使我们认识到,在治疗本病时,过急地手术而忽视必要的术前准备,并不是降低死亡率的唯一方法⁽³⁾,但过份强调非手术治疗而延误时机,同样可以增加死亡率。中西医结合治疗是两法并用或结合使用,扬长避短,以冀找出一条提高本病治愈率的合理途径。

参 考 文 献

1. 马荣康,等.细针经皮肝穿刺胆道造影与手术病理对比.铁道医学1983; 11(1):6.
2. 余仲符,等.实验性胆道感染及茵陈胆道汤对化脓性胆管炎的作用观察.中华医学杂志1981; 61(1):21.
3. Dow RW. Acute obstructive suppurative cholangitis. Ann Surg 1969; 169:22.

中西医结合治疗急性出血性坏死性肠炎 1 例报告

湖北省天门县皂市卫生院 程松山

我院1981年共收治两例急性出血性坏死性肠炎,采用中西医结合治疗痊愈出院,现举 1 例报告如下。

病历摘要 艾××,男,48岁,社员,住院号:4109。腹痛、腹泻、伴呕吐发热一天,于1981年11月2日入院。病者于11月1日半夜突然发病,满腹剧痛,腹泻血水样大便,且伴呕吐食物残渣及清水数次。在当地医疗站注射黄连素、阿托品等药物治疗无效,且腹痛加剧,腹胀如鼓,连续解血水样大便数次,腹痛腹胀难忍,急送我院住院治疗。

检查:体温 38.5℃,脉搏 100 次/分,呼吸 22 次/分,血压 0 mmHg。神志清楚,面色苍白,口唇发绀,呼吸急促。胸呈桶状,未闻及干湿性罗音,心率 100 次/分,心律齐,无杂音,心音低钝。腹胀如鼓,满腹压痛,肝右肋缘下 4 cm,质软。肠鸣音存在,余正常。大便镜检:红细胞++,脓细胞少许。小便常规:(-)。血常规:血红蛋白 12g,白细胞 11,800、中性 70%,淋巴细胞 30%。诊断:急性出血性坏死性肠炎。

治疗经过 11月2日,以抗休克、纠正水电平衡为主,同时以红霉素、氯霉素等抗生素药物联合应用,24小时补液 4,500ml,收缩期血压始终在 60~70mmHg 之间,病人神志恍惚。11月5日,病人出现板状腹,大便不通,呕吐频繁,辗转不安,病势渐重。此时临床所

见,具有痞、满、实三证,单用西药,收效不显,故并用中药治疗,以小承气汤加减:大黄 10g(后下) 川朴 12g 枳壳 10g 白头翁 15g 白芍 15g 广木香 12g 甘草 6g 山楂、陈皮、神曲各 12g 连夜煎服一剂,第二天清晨大便已解,量多而恶臭,腹胀大减,呕吐停止,血压恢复至 100/70mmHg,后又大便二次,仍为血水样,再进中药一剂(大黄同煎),11月7日,腹胀消失,可进少量饮食。于11月9日体温恢复正常,精神好转,大便正常,可以下床活动。后经调理住院 41天,痊愈出院。

讨 论 病人腹痛、腹胀、腹泻血水样大便,发热,血压“0”,低血压达 3 天,虽经输液、升压、纠酸等药物治疗,血压仍不能恢复正常,且大便不通,症状加重,是为热毒炽甚,郁积壅结而现阳明腑证,导致小肠失职,气机不畅,热伤肠络,毒入营血,出现一系列中毒症候。中药取大黄以攻积热,川朴理气去满,枳壳消痞散结,兼施白头翁以清热解毒,并倚其平肝之力以防热甚动风之变。助用消导之品以化滞,使病人转危为安。当然,此型病人,应用西药抗休克,纠正水、电解质及酸碱平衡,也极为重要。所以,笔者认为对这样的病人,应用中西医结合治疗,对提高其治愈率,大有裨益。

Acute Obstructive Suppurative Cholangitis 211 Cases Treated with TCM-WM

Ma Ronggeng (马荣赓), et al

The Third People's Hospital of Wuxi, Wuxi

Two hundred and eleven cases of acute obstructive suppurative cholangitis (AOSC) were admitted to our hospital during the period of 1973 to April 1983. All cases had Charcot's syndrome, 32.7% in shock, 15.7% in coma, 0.9% with biliary bleeding.

Forty one cases were diagnosed with percutaneous transhepatic cholangiography (PTC), thirty four cases were found to have extrahepatic duct obstruction, six cases with combined intra-extrahepatic duct obstruction, and one case with intrahepatic duct obstruction. Eight cases were treated with PTCD. The patients were treated first with chinese herbal decoction. One hundred and ten cases were treated according to the basic theories of traditional Chinese medicine without surgical intervention with 5 deaths, non-operative mortality being 4.5%. One hundred and one patients had undergone surgical operation, with a postoperative mortality of 3.96% (4 deaths). Whenever complete obstruction of the biliary duct is found in a AOSC patient through PTC, surgical operation should be done at once

(Original article on page 402)

Effect of Carthamus Tinctorius Co Injection on the Changes of Blood

Rheology Produced by Surgical Operation

Cui Naiqiang (崔乃强), Zhao Liangen (赵连根), Wu Xianzhong (吴咸中)

Institute of Acute Abdomen, Tianjin

The effects of abdominal surgical operation on plasma viscosity (PV), fibrinogen, ESR and RBC electrophoretic mobility (RBC EPM) were studied on 20 cases who had undergone gastrectomy, enterectomy, cholecystectomy and appendectomy from May 1981 to May 1982.

From rheology point of view, postoperative state is a pathological process characterized by the increase of PV and fibrinogen, decrease of RBC EPM and acceleration of ESR. The peak value of these changes, as reported by most of investigators, was on the 3rd postoperative day.

The patients treated with Carthamus Tinctorius Co Injection (CTCI) showed significant improvement on these indicators. As we reported previously, administration with CTCI might be beneficial to improving microcirculation and might prevent those changes which may cause some complications with heart, brain and peripheral vasculature.

(Original article on page 405)

A Follow-up of 130 Cases of Old Extremity Diaphyseal Fractures with

Deformity Treated with Close Reduction

Mai Shaoqing (麦少卿), Zhang Daosheng (章道胜)

TCM Hospital of Longxi Prefecture, Zhangzhou

The old extremity fractures with deformity formerly were treated with open reduction and internal fixation, and often brought on complications. Since 1974, we began to treat such cases according to Chinese traditional medical theories by changing old fractures into new fractures and avoiding open reduction in most of the cases. 130 cases have been followed up 1-7 years, chiefly fibrillar union or partial bony union, including 9 fractures of surgical neck of humerus, 37 supra condylar fractures of humerus, 17 fractures of both ulnar and radial bones, 20 Colles' fractures, 36 diaphyseal fractures of femur, 11 fractures of both tibia and fibula. Close reduction was performed under anesthesia according to TCM principle, consisting of manual refracture, close reduction, and external immobilization, herb treatment, and functional exercises. Follow-up results were as follows: excellent in 80 cases (61.6%), good in 41 cases (31.5%), and poor in 9 cases (6.9%). Cases with poor result or complications were analysed. We conclude that the following four points merit attention: (1) Since manual refracture in the key point, care must be exercised to choose the right cases and proper manipulation. (2) If it is difficult to employ close reduction and external immobilization, open reduction and internal fixation should be used instead to avoid complication. (3) Functional fixation is sometimes preferred to anatomical fixation as the former also gets the similar curative effect. (4) Herb treatment and functional exercises help increase the curative effect.

(Original article on page 408)