

· 农村园地 ·

胆石症排石治疗中的几个问题

讲座

辽宁省中医研究院急腹症研究室 贺瑞麟

中药排石疗法治疗胆石症，在不少地区与单位得到了较广泛的开展，但疗效不一。据各地报道排石率高低相差较大，低者26%，高者达90%以上，痊愈与病死率也有差别，其原因与诊断的准确性、适应症的选择以及治疗时机的掌握有密切关系。为进一步提高防治效果，现就以下几个问题进行讨论，供开展此项治疗工作的基层单位参考。

一、中药、总攻治疗效果与诊断的准确性有密切关系

以右上腹绞痛、发冷、发烧及黄疸的典型症状，诊断胆石症则较易。但约有20%左右病例常误诊为其他上腹部疾病，需进行鉴别。常需鉴别的疾病有胆道蛔虫症，急性胰腺炎，急性胃炎，胃十二指肠溃疡穿孔，肝胆管、胰头部肿瘤等。另外，既使为胆道系疾病，但并无结石，治疗后无排石效果，应以鉴别。如急性化脓性胆管炎，急性胆囊炎等。在临床上可有发烧、腹痛、呕吐、血象增高，右上腹压痛等，与结石性胆囊炎、胆管炎有许多共同点，故易相混淆。鉴别点在于临床炎症明显而无伴随梗阻征象时，再加上化验及超声、造影等检查所见，需考虑为非结石性。除此而外，对结石性胆系疾病，在治疗前必需通过各种检查（如造影、PTC、B超等）弄清结石的部位、数量、大小、形状以及肝胆管系统的机能状态，以便选择适宜的治疗方案，这是提高效果的重要环节。据各地报道，应用中药、总攻疗法未排石而改手术发现与下述诊断因素有关，因胆管下端狭窄，结石粘连，嵌顿者占56%，结石过大者10%，结石过多者8%，胆道内无结石者占12%，其他原因14%。因此，较确切的判断上述情况是选择排石疗法或手术疗法以及取得治疗效果的重要依据。

二、从未排石原因的探讨看适应症的选择

经中药及总攻治疗后，中转手术的病例，分析未能排石的原因，以便进一步探讨排石疗法的适应症选择，对疗效的提高甚为重要。最常造成排石障碍的因素有以下原因：

1. 胆总管下端狭窄：胆总管下端狭窄绝大多数是因炎症反复感染及结石不断嵌顿所造成的。由于长期的结石嵌顿，造成局部炎症，水肿及纤维化，最后使括约肌功能受损害，进而形成环状纤维瘢痕性狭

窄，丧失扩张能力。这类病例病期长，一般均在5年以上，最长可达30年。多有长期胆道感染史，且有每年反复发作史，而每次发作均出现上腹部较明显的炎性体征。并且每次发作后症状消退较为缓慢。因此，病程长，反复发作史，梗阻症状明显而持续不易消退为特点。在选择这类病例时，常须与当次发作后，结石嵌顿引起一时性括约肌水肿相鉴别。但由于客观指标不明确，鉴别诊断较困难，一般说在病情允许的情况下，先应用中药及局部治疗消除括约肌炎症及水肿，待局部体征改善后再行排石治疗。

2. 结石与胆管壁粘连：据我们治疗的35例中，经手术证实有胆石与管壁粘连者7例，占中转手术病例的20%，此类结石多位于胆总管下端，括约肌的起始部，即胆总管由宽变窄的生理狭窄部，因此结石常在此处嵌顿。由于炎症常使管壁充血、水肿，甚至溃烂，反复发作后形成粘连甚至机化。手术时用手指均难以剥出，故中药及总攻治疗，实难奏效。本病临床特点为胆管炎症明显，体温较高，梗阻黄疸明显，心窝区常有明显压痛，手术时胆汁常呈脓性。

3. 胆管系统明显炎症变化：在部分病例中，虽然无括约肌狭窄以及过大结石存在，但结石排出仍困难。在手术时发现此类病例胆汁往往呈脓性、粘稠、流动性较差，加上胆管壁炎性病变严重，故胆汁流动不畅，胆管及括约肌蠕动障碍，影响结石排出。此类病例多呈现急性胆管炎症的症状与体征。发病急，症状重，特别右上腹局部体征较为明显。

4. 结石过大：多大的结石难于排出，目前尚无肯定标准。一般说，直径1cm的结石，有通过舒张的括约肌自行排出的可能。因此，过去我们曾提出：肝胆管结石，直径1cm左右为排石适应症。但据报道的资料来看，排出的最大结石有5cm，一般多在3cm，可见总胆管末端在正常情况下，口径虽仅2mm左右，但可有较大的舒张潜力，因此掌握治疗适应症时，则小结石较易排出，大结石只要全身和局部情况良好，经过有效的中西医结合治疗，充分调动机体抗病能力，可以克邪排石；但排出此类较大结石，究属少数，一般说，大于3cm结石，并伴有胆管明显炎症者，排石较困难，应考虑手术治疗。

5. 泥状结石：除大结石排出困难外，尚有少数

泥砂石伴有感染者,排石亦困难。此类结石尤与黄泥样可填满整个胆管,粘着于壁上难以流动。临床上该类病例,有的仅有心窝部胀痛、伴发烧及寒战,可突然出现休克,难以抢救;有的可出现剧烈绞痛,黄疸严重、伴有寒战高烧,呈典型梗阻症状。由于这类结石难以排出,故常需手术治疗。

6. 胆囊结石:胆囊结石能否排出,决定于结石大小、形状及胆囊、胆管功能状态。据过去经验,结石在0.5cm以下,胆囊及胆管无明显炎症者,中药及总攻疗法常可取得效果,一般排石约10%左右。目前我国胆囊结石发生率有增高趋势,且多为胆固醇性,常为单个大结石或多个结石,排石困难,故多需手术治疗。

三、排石治疗的时机选择

掌握排石治疗时机,对提高疗效甚为重要。在适应症范围内,症状发作期与缓解期均可采用中药及总攻治疗,而症状发作期进行治疗,可起到因势利导的作用,有助于结石排出。胆石症发作是结石由“静”变“动”的过程,在结石不断移动中,有两种可能性,一是结石下移至括约肌,刺激产生痉挛现象,如未能得到恰当治疗,时间过久产生局部炎症水肿,使结石嵌顿造成梗阻;一是正值结石移至括约肌而发生痉挛时,掌握好时机通过理气、清热、利胆药及硫酸镁等起到解除痉挛,消除炎症,并大量利胆,加强胆管括约肌蠕动样推进作用,则可使结石顺利排出。从报道资料来看,急性发作期(湿热型)较静止期(气郁型),总攻排石效果高出20~40%左右。有些单位对临床诊断为气郁型(缓解期)病例,先通过高脂餐诱发,导致症状发作,使气郁型转化为湿热型,再进行排石治疗,往往可取得良好效果。

当急性期引起结石嵌顿,出现排石困难时,要辨证用药,不可反复猛攻,否则必克伐太过,适得其反。此时可应用利湿消炎、活血化瘀药,改善下端括约肌炎症水肿,待创造有利于排石通道后,再进行排石治疗,常可取效。胆石发作伴有急性胰腺炎时,往往说明结石已进入括约肌口处,影响胆胰共同通路。此时如能根据全身及局部情况,因势利导实行排石治疗,常可取得排石效果,因此目前不少单位提出,结石性胰腺炎发作期,是中药、总攻排石治疗的良好时机。但是,需要值得提出注意的问题,在排石治疗过程中,有的病例疼痛始终不缓解,以致出现局部及全身变化时,必须及时考虑改变治疗方案。

四、中转手术指征问题

中西医结合非手术治疗胆石症,可使90%左右的

病人取得临床好转和治愈。在适应症范围内肝总管排石率为60%左右。由于反复发作,括约肌纤维化,结石嵌顿等因素而无法排石者需手术治疗,一般总手术率为25%左右。近年来各地中转手术率报道不一,为5.5~40%,这与治疗方案选择及中转手术指征掌握有一定关系。因此探讨中转手术指征,非但可避免不必要的手术探查或延误手术时机,并能提高治疗效果。根据经验,中转手术指征应是:

1. 经中西医结合积极治疗无效或反见加重者:

(1)上腹部持续性闷胀痛为主或阵发加剧;(2)出现寒热而以寒颤为主;(3)黄疸重新出现且持续加重;(4)脉搏体温逐渐上升,达40℃以上。

与此同时,对于上述症状的判断,应辨证地、动态地进行观察,既看到病变的不利一面,又要看到向有利方向转化的一面,如出现脉搏加快,血压下降,而腹痛突然消失,则可能说明结石已排出,而脉搏、血压变化不大,腹痛由阵发变为持续,不见缓解,则可能会出现排石障碍,甚至发生休克。因此,当中药及总攻治疗过程引起上腹疼痛可能是好的现象,但疼痛持续不解,则需考虑可能引起急性嵌顿梗阻,疼痛的突然缓解,则可能系排石现象。所以,必须具有高度的责任心,严密观察病情,全面分析症状变化,既要掌握病情及时中转手术,以免贻误病人;又要正确判断,避免不必要的手术,给病人带来痛苦。

2. 急性发作伴中毒性休克:在胆石症治疗中,合并休克者约占10~20%。产生的主要原因是在结石梗阻的基础上合并感染,引起急性梗阻性化脓性胆管炎和肝内继发感染。如果同时并有胰腺管梗阻时,更会加重休克。此类病人主要是感染中毒所引起的血容量不足,以及缺氧代谢所导致的代谢性酸中毒。治疗应积极抗感染同时解除梗阻。在有些病例经过认真抗休克治疗后,症状好转并排出了结石,福建省人民医院报道21例合并休克者,14例排石,而毋须手术。但此类病例,在积极应用中西医结合治疗,经6~12小时后,病情不见好转仍继续恶化者,可能存在排石障碍因素,需立即中转手术。

3. 胆囊坏疽及胆系穿孔:在治疗中胆囊发生坏死,主要是结石嵌顿于囊颈或胆管梗阻、炎性扩散引起。病变恶化可引起穿孔。胆囊穿孔发生率约为2~5%,胆管穿孔约占1%左右。穿孔后可造成严重的胆汁性腹膜炎,中毒性休克。腹膜炎体征的动态变化是诊断的主要指标,腹膜刺激征加重和扩大多提示穿孔。当出现腹膜刺激征逐渐伴有脉搏及血象变化时,应即考虑中转手术治疗。