·急难重症诊治·

肝内残余结石的中西医结合诊治

辽宁省中医研究院　贺瑞麟

肝内残余结石是指位于肝总管、肝门区以上的胆管残留有结石者。由于位置关系及常合并肝胆管狭窄等因素，是胆道外科诊治中常见的难题。以往绝大多数患者需要再次手术，不仅技术有困难，且病死率也高、效果不够满意。近年来中西医结合取得了一些比单一方法较为满意的疗效。现介绍如下。

一、我国肝内残余结石的特点及形成原因

我国胆石症与西方国家的胆石症有很大不同。其特点是：（1）肝内外胆管结石多见，约占50%以上，其中一半以上为肝内结石，可分布左右肝管，尤以左肝管常见。（2）胆色素性混合结石为多，常呈多发、泥沙样细小结石；块状者则易与胆管粘着、难以排出，造成反复发作感染。（3）既往有反复胆道感染病史，过程极似胆道蛔虫症。（4）反复发作的化脓性胆管炎多为肝胆管结石和肝胆管狭窄的主要原因。因此，肝内广泛性结石伴以肝胆管炎性狭窄，是手术难于取尽或导致遗留而发生肝内残留结石的主因。

根据 1983 年资料统计 9692 例胆石手术病例，形成残石者 4005 例，占 41%，肝内残石可高达 76%以上[1]。较过去残石发生率 10% 左右有明显增高。究其原因有：（1）对肝内结石病变严重性认识不足，术中只满足于取出胆总管结石，而忽略狭窄上方的结石。（2）由于急症手术时病情危重，难以对肝门区以上胆管作全面探查，术后导致结石遗留；在择期术中也可因结石位置高、并有肝内胆管狭窄而不可避免形成残留结石。（3）术式选择不合理，方案不周密，如需要探查胆总管而未探查者，或胆囊颈处理不当，或胆管狭窄因素未解决，或内引流方式选择不当，或胆总管末端“盲袋”处理不理想等，均为造成残石和胆石再形成的重要原因。（4）设备条件差，对病情掌握不确切，忽视术中造影、胆道测压及术后近期胆道逆行造影等，对胆道镜作为辅助诊断方法推广应用也不够。实践证明：手术台上各种辅助诊断方法，对预防结石遗留起重要作用。（5）长期以来临床应用一般器械如胆石钳、刮匙和扩张器等，如在术中盲目操作，可因器械沿结石旁绕过，误将结石遗留于胆总管末端，亦可将结石推向肝内胆管，以致过后下降至胆总管而为结石残留的另一原因。至于结石位于右前、后降支、尾叶支更难用目前的器械探取。

二、提高肝内残余结石诊断的正确性

依靠病史、手术史及体征检查，一般可做出诊断。然而对于某些症状、体征不典型者，常使诊断发生困难。过去大多数病例是在手术中确定诊断。近年来由于影像医学发展，除通过手术外，根据不同病情可采取经皮肝穿胆道造影(PTC)、胆道镜检查、术后逆行造影等方法来确定诊断，目前采用的某些直接胆系造影法，是将造影剂通过各种途径直接注入胆管内，故肝内外胆管均可显影，即能做出较确切诊断。

从中西医结合治疗的角度，笔者认为要提高诊断的准确性，应重视以下几个方面：（1）因 80% 以上炎性肝胆管狭窄患者合并有肝内胆管结石，故术中怀疑有肝内结石者，需通过术中造影、胆道镜检查搞清胆管狭窄部位、范围、程度，以确定其治疗方案。（2）对于术中发现结石位置高、广泛分布，可望不可及者，可将多根细塑料管尽量置于结石上方，以便术后进一步检查治疗。（3）术后怀疑有残留结石者，带“T”字管时可通过胆管逆行造影，胆道镜检查等；不带T管者可应用 B 超、PTC 等检查，确定结石部位、大小、数量、形状等，以便有针对性进行治疗。（4）通过胆系造影等检查，进一步明确肝胆功能情况及病理生理变化程度。（5）凡手术取出及排出的结石，均需做定性及化学分析，以确定结石性质及成分。

对于某些诊断困难的病例，多可采用下述检查方法：（1）PTC 检查：由于 PTC 多在胆管狭窄上方显影，注入造影剂充分，还可将导管插到狭窄部位以下造影，如一侧肝管不显影时，还可双侧同时穿刺造影。故能清楚地显示肝内外整个胆道系统，精确地了解狭窄的部位、程度，病变累及范围及胆系的改变情况，弄清病变性质，提高确诊率。（2）胆道镜检查：纤维胆道镜能直视胆道内部情况，由于前端镜管细(CHF4B为 5 mm)，可深达Ⅲ～Ⅳ级胆管，甚至可窥见Ⅴ级胆管，能观察到胆石部位、形状、颜色、大小及数目，并可见到肝胆管粘膜的充血、水肿、糜烂及狭窄程度，也可区分血块、气泡、息肉及蛔虫，与结石鉴别，做出较正确诊断。（3）B 超检查：应用范围广、安全简便，对碘过敏及急重残石患者可作为首选检查。此法对肝胆管结石检查，常不受肠内气体干扰。但对狭窄病变诊断率不高。

上述方法虽能对残石做出较正确判断，但由于对检查方法的熟练程度和影像判断水平，亦可导致误诊。临床上必须对掌握的资料进行综合分析，方能正确的作出诊断。

三、发扬中西医之长，辨证论治，提高疗效

中药治疗肝内残余结石，比较常用的是根据结石的发作期与静止期分别进行辨证治疗。

1.气郁型：为肝胆气结、疏泄失常，横逆脾胃运化失司。可见胁脘隐痛、闷痛，牵引肩背、口苦咽干、食少腹胀，大便干结，一般不发热、无黄疸，苔薄白或微黄，舌微红，脉平或弦紧。治以大柴胡汤加减，药用柴胡、黄芩、木香、枳壳、香附、郁金、大黄等。

2.湿热型：为肝胆气滞血瘀、郁久化热，或热积不散，并与脾湿交蒸，湿热蕴结。可见胁脘绞痛、拒按，发热或往来寒热，口苦咽干，恶心呕吐，不思饮食，有时可见面黄身黄，大便秘结，尿少色黄，舌红，苔黄腻，脉弦、滑、数。此期为治疗之关键，因势利导治疗得当，可使邪退而病愈。治疗以清热解毒、通理攻下为重点，常用大承气汤、大陷胸汤、大柴胡汤化裁加减，药用柴胡、黄芩、茵陈、木香、枳壳、栀子、芒硝、大黄等。

3.毒热期：为气郁血瘀、郁久化热，热积不散、毒热化火、火毒扩散，湿热期治疗不当，邪毒内陷，即可进入毒热期。可见胁脘痛甚，痛引肩背，持续不解、腹肌强直，肝大拒按，伴有高热寒战，全身黄染，口干唇燥，面目红赤，大便结，小便黄，甚至神昏谵语，皮肤瘀斑，鼻衄齿衄，或四肢厥冷，舌绛赤、苔黑，脉弱欲绝。治以清营解毒汤加减，佐以回阳救逆之方。药用犀角、生地黄、丹皮、玄参，黄连、茵陈、双花、连翘、大黄、芒硝。神昏加安宫牛黄丸、脉细弱加人参、黄芪、附子等。

4.肝内残余结石静止期多出现脾胃失调、肝阴不足的症象，如上腹隐痛、胀满，食入则甚，胃纳不消，嗳气便秘，头目眩晕等，可服用复方金钱草膏、利胆片，或金钱草煎水代茶饮等[2]。

中西医结合治疗肝内残余结石，各地均有不同经验，据报道采用中西医结合方法治疗151例，76.8%痊愈，60.4%排出结石，排净者占三分之一，仅17%手术[3]，应该继续推广应用。但对于某些疑难病例，需不断总结经验，包括弄清病情，控制炎症、摸索排石和溶石规律、发掘各种有效方法及探索残石综合疗法的最佳方案等。残石治疗中的手术方案及术式的改进、包括胆道器械的改进，也是当前研究较为迫切的任务。目前中西医结石治疗本病的关键，在于恰当地选择治疗适应症，有机地相互配合应用中药、"总攻"排石、溶石、套石、液压射流振荡以及手术等方法。

"总攻"疗法治疗残石关键是适应症选择和创造有利于排石通路的良好条件。有些病例结石虽较多，但经积极消除胆道炎症，特别是下端括约肌水肿、充血得到改善，使下端胆道通畅，则总攻效果就好。另外，术后经T管造影证实的残余结石，可充分了解结石部位、大小、数量以及胆道功能情况，对选择总攻适应症可创造有利条件，减少治疗的盲目性。对某些胆道病史长、发作频、每次发作时炎症明显的病例，或治疗前经造影或内窥镜检查有肝胆管及括约肌真性狭窄者，则不适宜总攻治疗。

溶石疗法目前主要应用于带T管的肝胆管残余结石。常用2%复方胆酸钠溶液及10%复方桔油乳剂，对胆色素、胆固醇混合结石有较好溶石效果。对肝内局限性难以排出的残石，可通过T管或术中置入的塑料管每次3～6小时缓慢滴入150ml左右溶液，10次为一疗程，每疗程结束后行胆道逆行造影观察疗效。在溶石治疗中，在弄清结石性质的基础上，一应注意溶液与结石有效的接触，二应注意增加药液与结石接触的时间。在具体治疗中应注意：（1）经造影结石在肝内上方时，患者需将臀部抬高，结石在左肝管需患者左侧卧位、在右肝管要右侧卧位，以使药液充分达到结石部位，（2）手术时发现结石在肝总管以上又难以取净时，可预先将塑料管分别置入左右肝内胆管，管端须超过结石。（3）术后造影结石位于肝胆管上方时，亦可拔除T管改用塑料管，可在X光下导向，经窦道置入结石上方。（4）对肝内结石，有条件者可应用气囊导管置入左右肝管开口处，气囊充气后滴入药液。

对于某些溶石效果不满意，或对药物反应较重而不适于溶石治疗者，如系多量泥砂小结石，可用液压射流振荡治疗；如系直径2cm以下的多发结石且不伴炎症现象者，可采用套石方法。液压射流振荡治疗是通过体外相当于用注射器冲洗效应的装置，它可改变胆道内液体层流，人工地使胆管扩张和收缩，特别具有使肝内泥沙状结石排出作用，治疗中为避免引起急性胆管炎，可取低半坐位治疗，亦可加入溶石液，起到溶、排石的良好效果。纤维光束胆道镜套取残石，是国内新开展的技术项目，它的应用既可预防结石遗留胆道发生残石，又可积极治疗残余结石，实为有效方法。此种方法多适用于胆总管及肝管结石，目前在取得经验的基础上，正向肝内Ⅱ～Ⅲ级肝管发展，对假性胆管狭窄病例，可达到扩张取石的目的。

手术疗法是治疗某些肝内残余结石的必要手段，目的在于创造术中取净结石和术后使残留或复发结石经治疗后顺利排入肠道的条件。因此，一般多主张行肝胆管空肠Y型吻合术，且吻合口要够大，以便结石顺利排出并能得到充分引流。

四、逐渐完善有机结合的治疗方案

根据我们和各地的实践经验，现提出如下治疗方案，供大家在临床治疗中不断加以完善。

1. 不带T管的残余结石，通过造影证实为多发小结石（1 cm左右）或肝内广泛性结石，以中药或总攻治疗为主。

2. 带T管的肝内残余结石，符合上述条件者，可先行总攻治疗。

3. 术中已置塑料管或术后再置塑料管的肝内残石，可先行溶石治疗，无效或结石变小，可行总攻或套石治疗。

4. 残余结石广泛分布于肝内胆管，并呈泥沙样结石者，可进行液压射流振荡治疗。

5. 带T管残石，大小在1～2 cm左右、胆道无真性狭窄因素者，可手术后4周左右行胆道镜取石。

6. 带T管残石，大于2 cm以上，可先行溶石治疗。亦可待结石变小，或崩解后进行总攻治疗。

7. 术后残余结石伴有肝胆管真性狭窄先行手术取石，解除狭窄，充分内引流，再行总攻或溶石及取石治疗。

8. 各种方法治疗后，常规服用"舒肝利胆排石"中药，如柴胡、黄芩、木香、枳壳、郁金、胆草、大黄等，以使排出小结石及预防新生结石。

参 考 文 献

1. 贺瑞麟。努力提高胆道残余结石的防治水平。中级医刊1984；3：42。
2. 李世忠，等。对胆道残余结石的综合治疗研究。中医杂志1984；25(5)：76。
3. 贺瑞麟，等。Combined treditional chinese and western medicinein in reidual Extra and intrahepatic choledocholithiasis Journd of TCM 1983；3(4)：283—288。

"百部膏"治愈沿经络分布线状扁平苔藓1例

陕西省宜君县棋盘医院　陈维民

病例介绍　患者杨××，男，22岁，农民，未婚。1974年4月26日就诊。主诉：一月前发现从右足大趾丛毛际上行起一线状皮癣，沿下肢上行，经腹部过胸胁达右臂中指端。时有痛痒，搔破渗液渗血。患者素体瘦弱，伴有纳差神疲，四肢无力，腰痛胫痠，劳累后颜面轻度浮肿。近月来晚不能食，食则腹胀，夜寐不安。大便溏，日一、二次。面色晦黄，舌质红，苔黄稍腻，脉弦细。

皮肤所见：从右大趾丛毛际，呈棕褐色皮肤约0.5cm宽，为线状形沿足跗上廉，去内踝上踝，交出太阴之后，上腘内廉，循股入阴毛中；又从脐部沿任脉上至鸠尾穴，斜上右胸胁，循右臂内后廉，下至通里穴处，又斜入手厥阴经，经掌内达中指端。另支由足太阴脾经的公孙穴，沿经上行至三阴交穴，汇入于足厥阴经线上，再由足少阴经的照海穴，沿交信穴上行，也归汇于足厥阴经线上。从右大趾丛毛际至入阴毛段，皮肤粗糙变厚呈苔藓样变，膝以下皮肤角化、干裂明显。右大敦穴处可见圆形（如贰分钱币大）溃疡面，不断渗出清液，无腥臭味，稍痛痒，约一月左右自行愈合。脐至右臂通里穴段，皮肤呈棕褐色斑点状，指压不退色，间存健康皮肤，微有痒痛。右劳宫穴处，约有0.8cm长形裂口，有少量渗液渗血，劳动后有痒痛。

治疗经过　本病例发现后，经与本省有关研究单位联系，派专科医生前来会诊。检查后确诊为"沿经络分布线状形扁平苔藓"。于1974年8月下旬将患者接省某单位研究治疗。据患者叙述曾用针刺及西药（具体药物不详）治疗。至1975年元月将患者现症治愈送回。身体健康恢复良好。

1975年4月，患者旧病复发又来门诊。查其皮肤，仍为线状扁平苔藓，沿经分布与初发无异，皮肤病变较前为轻，痒痛较初为重，皮损色褐如初，右上臂线状苔藓皮面有裂口渗液。其它脏器功能正常，精神饮食尚佳。按病多在春季发作（两次均在4月），循肝经络线上行，皮肤变厚呈苔藓样变，有痒痛，搔破渗液，脉象弦细。朔其因为脾虚饮食不节，使体内蕴湿，再复感风邪，则风湿相搏，禀春阳之气而升发于皮肤。治宜散风、除湿、止痒。方选《医学心悟》"百部膏"化裁制膏外用。药用百部、白藓皮、大枫子、血竭、当归、木鳖子、狼毒各9 g，黄柏12g，雄黄5 g，研为细末，用凡士林调成20%软膏，每日涂擦一次。在用药期间，嘱忌肥甘厚味与辛香炙煿等食物。视其内脏功能正常未加用口服药。用本膏涂擦一个多月而愈。跟踪随访至今未复发。