

中西医结合非手术治疗急性重症胆管炎

154 例临床观察

成都市龙泉区第一人民医院外科 肖蜀鲁 钟学琴 李阳森 唐智伟 陈安平

自1974~1985年,用中西医结合非手术法治疗急性重症胆管炎(ACST)154例,疗效较好,现报告如下。

临床资料

一、一般资料:154例中,男56例,女98例,年龄8~83岁,平均45.5岁。病程9小时~16天,既往有右上腹痛、黄疸、发热史者112例,有胆道手术史者43例。

二、临床表现:右上腹持续性疼痛者154例;发热140例;黄疸122例;胆囊或肝肿大112例;右上腹压痛或肌紧张、反跳痛132例;休克者99例(收缩压均 $<70\text{mmHg}$ 、脉搏 >100 次/分)。

三、诊断依据:按1983年全国肝胆管结石会议标准(中华外科杂志 1983; 21(6):373)。中医辨证分型均属脓毒型(据1975年中西医结合治疗急腹症会议标准)。

治疗方法

一、西医治疗:(1)抗休克及纠正酸中毒:快速静脉滴注(静滴,下同)林格氏液或生理盐水与5%葡萄糖、低分子右旋糖酐等液体,补足有效循环血量。同时用5%碳酸氢钠纠正酸中毒,对血压仍 $<90\text{mmHg}$ 者,酌情静滴多巴胺或生脉散。(2)抗感染:首选氨苄青霉素8~12g、氯霉素1.5g分次静滴,肌肉注射庆大霉素8万u,每日2次,继后据血、胆汁培养及药敏试验,选用2或3种抗生素静滴。(3)对血容量补足后仍少尿或无尿的患者酌情选用,静脉推注速尿每次20mg,地塞米松40~80mg,大剂量维生素C、K、B等分次静滴,保护肝肾功能。

二、中药治疗:中药用本院排石4号方(中西医结合杂志 1987; 7(8):502),石膏、银花各60g,知母24g,大青叶、大黄(后下)、金钱草各30g,赤芍、丹皮、川楝子、厚朴各15g,枳壳12g,黄疸重者加茵陈30g,栀子15g;热重者加连翘及紫雪丹;恶心、呕吐者加半夏、竹茹各15g,生姜3片;出血者加炒茜草15g,炒蒲黄10g。水煎为450ml,每次口服或鼻饲

150ml, 1日3次。

三、排石总攻疗法:凡病程短、病情稳定、无胆道机械性狭窄者,在严密观察病情下,进行如下总攻措施:上午7:00,皮下注射吗啡5mg,口服排石汤200ml;8:30,皮下注射吗啡5mg;9:10,口服33%硫酸镁60ml;9:20,进食猪油煎鸡蛋2个;9:30,电针胆俞(正极)、梁门(负极),留针30分,吸入亚硝酸异戊酯1支。每日一次,4天为1疗程。如胆道梗阻较完全有明显胆绞痛时,在总攻方案中去吗啡,即改为小攻,仍每日一次。

治疗结果

一、治愈标准:(1)急性胆管炎主要梗阻因素解除,临床排便证实有排石或排虫;(2)临床症状体征恢复正常2周以上;(3)B超或胆道造影证实结石或蛔虫排出。

二、治疗效果:154例中,治愈138例,治愈率为89.6%,死亡16例,病死率为10.4%。治愈中排石107例,排虫29例,排便检查无阳性发现者2例。排出肝胆管最大结石 $4 \times 3.9 \times 3.5\text{cm}$,胆囊最大结石 $2 \times 1.6 \times 1.2\text{cm}$ 。有休克的99例,排石者64例,排石率为64.6%,无休克的55例,排石者43例,排石率为78.2%。

讨论

一、ACST属中医脓毒型,治以下法为主,标本兼治,采用清热解毒,凉血散血;通里攻下,利胆排石;扶正养阴,回阳救逆法。排石汤经动物试验证明,能增加胆汁流量的25倍,抗菌消炎利胆作用强,能使胆囊收缩,奥狄氏括约肌开放,对解除梗阻性瘀胆,控制胆道感染见效较快。同时还能促使细菌和毒素尽早排出体外,减少毒素吸收,恢复肠道功能。在排石汤治疗的基础上再采用总攻措施,促进结石等排出胆道,因此取得良好的疗效。

二、提高ACST的治愈率和排石率,关键是对患者要早期防治休克,选择好适应症,及时进行总攻治疗。