

• 经验交流 •

“推按运经仪”综合治疗胆石症 106 例临床分析

浙江嘉兴市第二医院外科(浙江 314000) 郑庆泉 王家驹

胆石症手术效果不很满意,术后胆道残余结石达 14%~76.6%^①。1989 年 1 月至 9 月间,我们用“推按运经仪”综合治疗胆石症及胆道蛔虫症 106 例,效果良好,报道如下。

临床资料

一、诊断依据:有典型胆绞痛或黄疸、发热史;上腹压痛、肝区叩痛或莫非氏征阳性;B 超 2 次以上摄片、胆道造影或手术证实为胆石症及胆道蛔虫症总胆管蛔虫。

二、临床资料:205 例患者随机分为治疗组与对照组。治疗组 106 例,男 37 例,女 69 例,年龄 17~72 岁。其中肝内胆管结石 14 例,总胆管结石 20 例,胆道蛔虫症伴总胆管蛔虫 21 例,胆囊结石 51 例(单发 5 例、多发 38 例、充满 8 例)。黄疸者 47 例,夏柯氏征 35 例,重症胆管炎病史者 7 例。一次胆道手术 20 例,二次胆道手术者 8 例,四次胆道手术者 1 例,带 T 管一年者 2 例。对照组 99 例,男 29 例,女 70 例,年龄 25~76 岁。肝内胆管结石 15 例,总胆管结石 15 例,胆道蛔虫症伴胆总管蛔虫 16 例,胆囊结石 58 例(单发 4 例多发 40 例充满 9 例)。

治疗方法

一、治疗组:以“推按运经仪”总攻排石综合治疗。

1. B 超监测:先了解胆囊、胆管的位置、机能状态,结石所在部位、数量、性质、大小。治疗过程中同时作为胆结石的动态观察,有利确定排石体位及特定穴位的选用。

2. “推按运经仪”的应用:空腹。上机前根据患者虚、实、寒、热辨证来定药物的剂量。按时服 33% 硫酸镁 30~60ml, 5 分钟后服 0.5% 稀盐酸 30~40ml, 食高脂餐, 15 分钟后运用“推按运经仪”的电极板对置于特定穴位上治疗 25~30 分钟。开始三次进行程序治疗,取胆经肩井—期门或章门—阳陵泉。以后改用两电极板按肝、胆结石所在管道的走向,取章门、日月、期门、肝俞、胆俞、脾俞行震荡或用其手柄电极循经推按。每周 3 次,10 次为一疗程。在治疗中出现“排石现象”时,增加至每日 2~3 次(即“急攻”)。

3. 配合中西药物治疗:肝内胆管结石者或有症状者,下机后服用中药排石汤(柴胡、黄芩、郁金、木香、茵陈、生军、杭芍、枳实、元胡、金钱草等各 10~40g 酌情辨证加减,以达增效。急性炎症或有排石现象时,配合西药抗炎补液。

冠心病、高血压、糖尿病、孕妇为禁忌症。

二、对照组:B 超监测,跟踪动态观察。西药抗炎利胆,急诊时补液,服用中药排石汤(方剂同上),五天后进高脂餐。

结 果

一、疗效判断标准:(1)结石排净(痊愈):症状体征消失,正常饮食。B 超动态观察摄片 2 次或胆道造影证实结石或蛔虫体排净。(2)排石显效:症状体征消失,经 B 超或胆道造影 3/4 结石排出者。(3)排石有效:症状体征消失, B 超或胆道造影有部份结石排出,粪便排出结石者。(4)无效:症状体征消失,经 2 个疗程未有排石者。以上粪便淘出结石,经化验成份为胆固醇或胆色素。

二、结果:治疗组 14 例肝内胆管结石排石 12 例(85.7%),排净 5 例(35.7%);20 例总胆管结石排石 18 例(90%),排净 15 例(75%);21 例胆总管蛔虫体排出排净 18 例(85.7%);51 例胆囊结石排石 45 例,占 88.2%(多发型 37 例、充满型 8 例)。21 例小于 1 cm 结石排净 15 例。

对照组:肝内胆管结石排石 13 例,15 例总胆管结石排石 10 例,16 例胆总管蛔虫体排出 3 例,53 例胆囊结石排石 19 例(多发型 18 例、充满型 1 例)。34 例 1 cm 以下结石无 1 例排净。疗效分析对比见附表。

附表 两组疗效对比分析 [例(%)]

分组	例数	排净痊愈	排石显效	排石有效	排石无效
治疗	106	53(50)	30(28.3)	10(9.4)	13(12.4)
对照	99	0	9(9.1)	36(36.4)	54(54.5)

$P < 0.05$

讨 论

一、“推按运经仪”的排石效应:该机是国内首创

的一种新型电子医疗仪,它能产生一种渗透力极强的程控脉冲波,通过刺激穴位及强化推按,作用于肝胆。随结石所在管道的走向震荡、挤压、排石。B超监测下观察到:每送进一个脉冲,胆囊即受一次挤压和震荡,结石随之跳跃、翻滚,使堆积成团的结石渐呈梯形排列,游向胆囊颈部。调整电极方向和输出强度使呈节律性的频频刺激,胆汁的冲击力不断作用于胆囊管,使之逐步扩张,打开排石通道。胆汁的急速大量分泌,可提高胆道压力达到“增水行舟”的作用。上机前给利胆强的硫酸镁、稀盐酸和高脂餐。稀盐酸作用于胃窦部,使胃泌素分泌增加,它在血循环中直接作用于肝细胞,增加胆汁分泌,同时刺激十二指肠粘膜,使激胆素和胰泌素增加。此外,电脉冲对特定穴位的循经刺激具有疏泄肝胆、消炎利胆的作用。本组有72%患者,在上机10~20分钟时,B超监视下见胆总管内径由0.4cm扩张至1.1或1.4cm,说明此时胆汁分泌达到高潮,是推按排石的最佳时机。有胆囊功能者3~5次治疗即可排石。胆总管蛔虫的排虫效果甚佳,最快者为1次。“推按运经仪”对肝脏节律性的按压、震荡,使肝内胆管及胆汁产生同步效应。大胆管平滑肌刺激收缩,使肝内结石松动、下移。T管引流的胆汁由稠、混、臭变澄清金黄色伴大量胆泥沉淀。由于疏肝利胆与肝脏震荡改善了肝血流量,短期内肝功能明显好转,其疗效均比单纯中西药治疗优越。

二、排石现象和急攻:治疗时患者出现上腹闷胀疼痛,部分病例有黄疸。B超提示胆囊明显增大,总胆管从1.5cm扩张到2.2cm,肝内胆管呈树枝状扩张。说明结石由“静”到“动”。此时强化推按,可大大提高结石排出率。急攻时刺激频率由快到慢,强度由小到大。胆汁震荡冲击的力度渐进性增强,利用压力梯度的改变推挤结石,减低括约肌的紧张度,扩张它达到排石目的。此时应积极补液、抗炎、加服中药,防止

胆汁淤积过久造成胆管炎症、管腔狭小。

三、中断治疗及中转手术:在治疗中,反复出现绞痛、发热或黄疸应考虑到胆囊管、肝胆管或奥狄氏括约肌存在器质性狭窄的可能,使其松弛及扩张受限,结石不易通过,此时B超可提示胆道壁增厚、毛糙,胆汁透声差,应中断治疗。本组有2例。如在改变体位和电流强度、频率时未见改善症状,并出现黄疸加深、体温升高、脉快、上腹肌紧张,应中转手术。

四、影响排石的因素:(1)结石大小与胆石种类:胆囊结石以胆固醇结石为多见。胆囊管内径正常是0.3cm,经扩张最大直径可达1cm。本组1cm以上的胆囊结石难以排出。肝内结石及胆道残余结石以胆色素为主,即使是2.5cm也能震荡解体后排出。(2)胆囊与胆管的功能:胆囊的收缩功能与胆管的扩张功能良好与否,直接影响排石成效。胆囊功能好,排石现象出现早。胆囊切除者,排石疗程将明显增加。(3)结石在炎症性胆囊壁附着:位于哈特门氏袋中的结石尤易发生,本组2例在B超下推按挤压时,结石始终不移动,影响排石效果。(4)胆囊管和奥狄氏括约肌的狭窄:炎症性狭窄的病例,通过“推按运经仪”的综合治疗,肝内胆管结石可以排净。但对器质性病变的狭窄无效。(5)治疗时间:本疗法需空腹进行,治疗时间长。结石过多或充满型所需疗程更长,是部分患者不能坚持治疗的因素。

(本文由本院B超室协助,谨谢)

参 考 文 献

1. 刘国礼,等. 中西医结合治疗胆道手术后残余结石. 中华外科杂志 1980; 18(4):269.
2. 吴佳起,等. 推按运经仪治疗胆囊结石410例临床研究. 中西医结合杂志 1989; 9(3):141.

• 简 讯 •

△全国第四届中西医结合诊治胆道疾病学术交流会,于1990年11月1~5日在湖南省大庸市召开。全国24个省、市、自治区的170名代表出席了会议。会议收到论文184篇,大会交流44篇。代表们就基础实验研究,中西医结合排石、溶石、碎石疗法,胆道手术方式的改进及胆道感染的中西医结合治疗等专题进行了广泛深入的讨论,一致认为自上届会议以来,中西医结合诊治胆道疾病的工作有了较大进展。

(庄赞根 马必生)

△由中国中西医结合研究会桂林市分会举办的部分省、市、自治区中西医结合内科特色诊疗经验交流会于1990年11月4日至9日在桂林召开。来自23个省、市、自治区的154名代表参加了会议,大会收到论文240篇,大会交流22篇。与会者就心血管疾病、高血压、脑血栓、消化性溃疡、乙型肝炎、肾脏疾病、特发性浮肿等内科常见病的诊疗特色及基础与临床研究进行了广泛交流。

(杨方源)