中国中西医结合杂志1992年第12卷第6期

胆道镜结合中药治疗肝内残余结石60例临床分析

浙江省椒江市人民医院外一科(浙江 317700) 祁生俊 王森及 张日初

肝内胆管结石经手术治疗，由于各种原因而残留结石。国外报道胆管残余结石占0.4～2%，国内残余结石发生率为20～40%之间。以往多采用手术多次取石或改进手术方法畅通引流等治疗，给患者增加许多痛苦，仍然达不到满意效果。我们采用纤维胆道镜与中药相结合治疗肝内胆管残余结石60例，取得良好效果，现报道如下。

临床资料

从1986～1990年5年内共进行胆道结石手术432例，手术中发现肝内结石142例，采用各种手术方法取石以后，经术中或术后胆道镜检查及T管胆道造影确诊肝内胆管残余结石60例，占42.2%。其中女41例，男19例，年龄最大者71岁，最小者25岁。其中右肝管内嵌顿柱状结石10例，左右肝管泥沙样结石26例，右II级胆管结石并有狭窄环者4例，化脓性胆管炎伴左右肝内结石8例，左肝内III级以上胆管结石12例。对以上60例肝内残余结石患者，全部采用本法进行治疗。

治疗方法

手术后早期仍然用输液、抗生素治疗。刀口拆线后开始服中药，1个月为1疗程。手术后1个月进行胆道镜检查取石，1次取不尽者每隔1月取石1次，取石期间连续服中药，直至达到理想效果。

胆道镜检查取石：应用Olympus CHF-P20型纤维胆道镜，全部病例经T管窦道进入胆管检查取石，主要用取石网套取，也可在胆道镜诱导下高张力注入生理盐水冲洗，使有的结石松动，再用胆道镜取石网套取。不松动或过大的结石待服中药变小、变光滑后可多次套取。

中药治疗：60例患者均服中药，至取尽结石为止。每日1剂，分2次口服。无黄疸及发热、疼痛等感染症者，方用：金钱草15～20g，鸡内金、郁金、柴胡、条芩、赤芍、穿山甲各10g，元胡6～10g，大黄6～10g。结合症状，辨证加减。胆管炎明显伴有黄疸者，以消炎利胆为主，方用：茵陈15～20g，地丁15g，大黄6～10g，枳壳、元胡、木香、枳实各10g。对于肝功能异常者适当应用保肝药，以便尽快恢复肝功能，增加胆汁而促进黄疸消退，利于排石。

结果

疗效标准：(1)痊愈：①经胆道镜检查或胆道逆行造影检查，结石全部消失，上下胆道通畅，II、III级胆管内膜光滑，胆汁清亮无脓絮。②疼痛、右上腹不适、黄疸、发热等症状消失，拔除T型管后无不适症状。(2)基本痊愈：除在胆道镜检查中III级胆管有结石少量外，其余项目同上。

结果：连续服中药后，36例1次取尽结石，12例2次取尽结石，10例3次取尽结石，2例分别取石5次和6次，仍有少部分结石未取出。取出最大结石1.5×1.0×0.8cm，最多达30块。全部病例胆管内膜光滑、胆汁颜色正常无混浊。治疗时间最短者1个月，最长者6个月。痊愈58例，占96.6%；基本治愈2例，占3.4%。

讨论

肝内结石一般均为胆色素结石或胆色素钙结石，发生部位广。采用目前的各种手术方法仍有一部分难以取尽，利用内引流或其它方法亦难解决残余结石。我们用外引流窦道，以纤维胆道镜结合中药治疗，可取出大部分病例的残余结石，对取出困难者，也能直视到胆管内变化，以便进一步用中药治疗。过去认为胆总管远端不通畅是形成结石或排除残石困难的主要原因，但我们对其中20例患者进行胆道镜检查，发现并非如此。12例患者Oddi's括约肌收缩功能良好，开口部呈肛管齿环样，每分钟舒缩6～8次，虽有胆总管扩张，但经中药治疗一定时间，肝内残石减少，无残石贮留于胆总管内。其它8例胆总管明显扩张，Oddi's括约肌失弛缓状态，开口大于1cm，却有残石飘浮或沉积于其间，必须用胆道镜取出或推入十二指肠。也有部分病例服中药后肝内结石虽松动，但狭窄环存在而不能排出，必须由胆道镜取出或碎石，否则只能靠复杂的再次手术来解决。因此，对胆道有器质性变化者的残石，利用胆道镜配合中药治疗，有其特殊疗效。对于用其它方法治疗困难的较大嵌顿结石和泥沙样结石，我们采用本法分别治疗8例和20例，也收到良好疗效。

本法的优点是：利用中药的舒肝利胆、消炎解痉及溶石作用，使胆汁明显增加，胆管炎症消退，粘附于管壁之结石和脓絮脱落。在胆道镜下观察：嵌顿的结石原来表面粗糙，服药后表面光滑，变小下移，易于取出。泥沙样结石均伴有感染，经1～2个疗程治疗，胆汁从混浊变清亮，胆管内膜变光滑，结石排入下段，治疗时间最长者2个月，比起单纯引流法中常规胆管引流3个月以上，明显缩短了治疗时间。本法疗效高、疗程短，减少了患者长时间引流和再手术之痛苦，是临床上一种比较有效的治疗方法。

108例血瘀证患者的血凝动力学观察

青海西宁市第二医院(西宁 810000) 王敬武 王应昌 李 竣

我院在上海医科大学直接指导下，于1989年4月～1990年11月对108例血瘀证患者进行了血凝动力学研究。

研究对象 对照组为110例正常健康人，其中男性67例，女性43例，年龄最大为55岁，最小为21岁，平均年龄为35.61岁。血瘀证组共108例，其中男性75例，女性33例，最大年龄为67岁，最小为19岁，平均为42.71岁。全部病例均符合第二届全国活血化瘀研究学术会议修订"血瘀证诊断标准"〔中西医结合杂志1987；7(3)：129〕。治疗分两组，20例血瘀证患者服用鸡血藤胶囊，每囊0.3g，每次服3～4囊，14天为1个疗程；12例血瘀证患者服生甘草胶囊，剂量、疗程同上。服上述两药时，患者停服其它药物。

方 法 采用血凝动力仪器（MG-176)测定超凝血酶时间Q-TT及超凝血酶原时间Q-PT。取贫血小板血浆(PPP)0.1ml，加凝血酶0.2ml，预温2min，做Q-TT，每份标本做2次以上取平均值。同上方法改加凝血活酶和0.01M氯化钙的混合试剂0.2ml，做Q-PT。所用试剂凝血酶、凝血活酶均为上海医科大学华山医院检验科制。Q-TT,Q-PT计算公式：

$$Q=\frac{Vmax(最大凝固性)}{Tvmax(s)}\times\%$$

Q表示超凝指数，Vmax表示单位最大值，Tvmax表示时间最大值(s)。

结 果 血瘀证组与对照组的Q-TT、Q-PT比较，两者差别有显著性意义（$P<0.05$），见表1，提示血瘀证患者超凝指数增高。

血瘀证组不同性别患者比较，Q-TT差别无明显意义；而Q-PT女性高于男性，两者差别有显著性意义($P<0.05$)，见表2。对照组不同性别比较Q-TT、Q-PT差别均无显著意义($P>0.05$)见表2。

表1 血瘀证组与对照组Q-TT、Q-PT的比较 ($\bar{x}\pm S$，下同)

组 别	例数	Q-TT	P值	Q-PT	P值
血瘀证	108	1.08±0.61	<0.05	1.40±0.67	<0.05
对 照	110	0.93±0.49		1.19±0.82	

表2 不同性别之间Q-TT、Q-PT的比较

组 别	性别	例数	Q-TT	P值	Q-PT	P值
血瘀证	男	75	1.03±0.63	>0.05	1.30±0.64	>0.05
	女	33	1.17±0.57		1.58±0.68	
对 照	男	67	0.91±0.48	>0.05	1.13±0.62	<0.05
	女	43	0.95±0.48		1.29±1.01	

12例内服生甘草胶囊和20例鸡血藤胶囊治疗后的Q-TT、Q-PT与45例血瘀证患者治疗前比较，结果表明差别均有非常显著性意义($P<0.01$)，见表3。治疗后两组超凝指数明显降低。

表3 血瘀证组治疗前与两组治疗后比较

组 别	例数	Q-TT	P值	Q-PT	P值
治疗前	45	1.54±0.55		1.84±0.44	
生甘草	12	0.72±0.57	<0.01	0.74±0.57	<0.01
鸡血藤	20	0.70±0.57	<0.01	0.75±0.62	<0.01

讨 论 血凝动力学是纤维蛋白原到纤维蛋白聚合作用所显示的动态图象。据报道，血瘀证患者舌质发紫者全血粘度增加，红细胞及血小板电泳率下降、纤维蛋白原增加。因此，纤维蛋白原增加可能是血凝动力学的超凝指数增高的主要因素。鸡血藤为传统活血化瘀药物，生甘草为补气药物。但《别录》认为甘草可"通经脉，利血气"。生甘草使血瘀证患者超凝指数降低，说明生甘草可能抑制凝血酶使纤维蛋白原转变为纤维蛋白的这一过程发生障碍或抑制血液中其它凝血因子，有待研究。本研究结果为生甘草治疗血瘀证及其它血栓性疾病提供了理论依据。此外，血凝动力学对研究血瘀证有重要作用，特别是血凝动力图(TKG)的两项指标灵敏性高，有一定特异性，所得数据准确，可作为诊断血瘀证又一个可靠客观指标。