胆石症非手术疗法研究进展

辽宁省中医研究院(沈阳 110031) 贺瑞麟

近年来由于诊治手段的不断改进与提高，胆石症治疗也有了新的进展。除传统的手术治疗外，各种非手术疗法在国内外逐渐被重视而得到发展。在我国胆石症的中西医结合非手术疗法，从 50 年代起以排石治疗为主，结合我国胆石症的特点，按照中医"以通为用"之理，运用中西药物相互配合，形成具有特色的治疗方法与方案，为非手术疗法奠定了治疗基础。自 70 年代起采用口服鹅去氧胆酸治疗胆囊结石成功和经"T"管灌注溶石的开展，以及 80 年代采用体外震波碎石(ESWL)治疗胆结石取得疗效，更使非手术疗法增添了新的内容，扩大了适应症，从而大大地提高了治疗范围与治疗效果。

一、非手术治疗方法不断增加

目前国内外采用的非手术治疗方法不下 10 余种，但主要集中运用在排石疗法，排溶结合；碎石疗法，碎溶结合，碎排结合；溶石疗法以及利用各种器械的相互配合的取石疗法。从近年来的发展变化可以看出，由过去的单一方法，逐渐向多方法的联合应用方向发展[1]。

1. 内窥镜括约肌切开术(EST)配合中西药物排石，自 1974 年应用 EST 以来胆管结石的手术率已明显减少，EST 配合中西药物排石治疗已在天津南开医院、上海第二医科大学等单位开展，已成为提高排石率的良好方法。PTBD(经皮经肝引流)配合溶石疗法，可使需急诊手术的胆道病患者转变为择期治疗，且通过溶石药物的应用，有可能避免手术而治愈。

2. 北京积水潭医院运用〈推按运经仪〉结合总攻排石疗法，治疗 600 例胆系结石患者，取得 17.3% 排净率和 92.3%排石有效率[2]。

3. ESWL 可使部分胆囊及胆管结石破碎，但排出困难，配合口服中药及溶石药物以及其他排石措施，可大大提高疗效。0.5 年后的结石消失率达 30% 以上[3]。

4. 胆镜下液电碎石(EHL)取石术，在国外已开展。Yoshimoto 治疗胆囊胆管结石 40 例，在经皮经肝窥镜下液电破碎，除 1 例外，结石均被破碎，再通过内窥镜取石治疗[4]。胆镜的入路也是多途径的，而且成功率极高。对于配合中医药溶石，也有极好的效果。它的入路有 PTBD 扩张后；PTGBD(经皮经肝胆囊引流术)；胆囊造瘘后；经胆道 T 管瘘道；经胆肠吻口术皮下空肠盲端等。

5. 由于穿刺置管技术的发展，经胆囊穿刺置管，采用高效溶石剂如甲基叔丁醚、乙基叔丁醚使胆囊结石取得溶石效果，已逐渐开展。上海第二医科大学附属医院，首先治疗 2 例获得成功。最近又采用碎溶结合治疗 11 例，亦获得成功。

由于借助某些仪器的非损伤性技术，在安全性、可靠性、简便易行上有了长足的发展，也为以中医药为主的非手术疗法打下治疗基础，扩大了适应症范围而愈来愈被人们所接受。

二、非手术治疗适应症逐渐扩大

随着经验的不断积累，在临床实践中，运用非手术治疗的胆石症病例，逐渐在增多。近年来在一些单位，除可手术可不手术的病例，大部分不手术而取效外，有些认为必须手术者如肝胆管某些类型的狭窄，以及炎性造成的粘连等，亦可采用非手术取效。因而非手术治疗的适应症在扩大、发展，从而改变了一向认为某些胆石症必须手术治疗的传统观点。

目前非手术治疗的适应症有以下发展：

1. 肝胆管结石　此类病例除适合排石者外，采用穿刺置管溶石、取石或 ESWL 碎石后排石、溶石以及括约肌切开排石，均可收到良好效果。结石大小最好为 1～3 cm，一般以单个及少数结石为好，对于下端括约肌有炎症者，必须事先采用中西药物给予处理与纠正。

2. 肝内结石　肝内胆管广泛小结石是手术治疗较困难的区域，排石疗法对肝内结石可取得良好效果。除此之外，推按运经仪配合总攻排石、PTBD 后的溶石疗法等均有效果。

3. 胆囊结石　胆囊结石治疗适应症近年来有些发展。ESWL 对胆囊结石的破碎率可达 91.3%[3]。碎石后运用推按仪、总攻排石法可提高排石率，无炎症的单个结石(属胆固醇结石)置管溶石是治疗上有发展前途的一种手段。

4. 术后残余或复发结石　术后残余及复发结石，再手术有技术上的困难及一定的危险性。带有 T 管的病例，运用中药利胆排石，借助内镜取石、溶石以及 EHL 可收到极好的效果；无 T 管者可采用总攻排石、推按运经仪等方法均有效果。上述方法的有机

配合治疗，可明显降低再手术率，从而减轻患者的负担。

5. 肝胆管炎性狭窄　过去认为此类病例均需手术治疗，但目前选择性采用内窥镜气囊扩张术治疗，有一定效果。Daniel 报道 25 例，成功率为 88%[5]，合并症少，且无死亡。故对某些炎性假性狭窄病例，此法有可能代替手术治疗。

6. 手术疗法配合治疗　某些需要手术的病例，手术较复杂，难于一次成功，则手术可为术后排石治疗创造条件。某些病例术后配合取、溶、排等各种方法治疗，可取得比单用手术较为满意的效果。

7. 手术前后的辅助治疗　中药、推按运经仪以及震荡疗法可起到舒肝利胆作用，术前排出泥砂或小块结石，或促使高位结石下移，有利于手术进行；术后继续排除残余结石、碎石，可防止复发。

8. ESWL 碎石疗法适应症的改进　适应症的选择是碎石疗法成功的重要环节[3, 6, 7]。(1)症状型胆囊结石。(2)胆囊结石大小在 2 cm 左右，不超过 3 cm。(3)以单个结石为主，不超过 3 颗结石。(4)胆囊阴性结石，胆囊功能良好者。(5)肝胆管结石无狭窄因素者。(6)无局部及全身其他禁忌症者。

三、治疗效果有所提高

治疗效果的不断提高除与适应症的选择、方法得当、措施的落实有关外，尚须在治疗中不断掌握与探讨其规律性。近年来在这些方面积累了不少经验，从而疗效有所提高。

了解机体对各种治疗措施能否收到效果的客观规律，有赖于掌握机体在治疗中所出现的一系列反应和分析促进与阻碍取效的有关因素。这无论在临床实践或理论认识上均极为必要。

1. 排石规律的探讨

我们曾观察到，在排出稍大的块状结石过程中，多先发生胆绞痛，随之可出现发热、黄疸，过后突然腹痛消失、热退、消黄的现象，称之为“排石反应”。同时也看到，胆石症发作是结石由“静”变“动”的过程，在发作期可因势利导采用理气、清热、利胆、解痉的治疗，往往可收到较静止期高出 20～40%的治疗效果。因此对静止期患者可通过诱导症状发作再进行治疗，可取得良好效果[8]。

2. 碎石后排石规律的探讨

碎石后的排石首先要具备以下条件：胆囊收缩能力；胆囊管与胆管的通过能力；碎石的直径大小。

由于液电震波既可以破碎结石，也可造成胆系的一时性损伤，影响胆系功能，碎石后的主要治疗应积极恢复局部造成的病理改变。Newman 观察 ESWL 治疗后 48 h，剖验发现胆囊及其周围组织均有轻度亚急性损伤，而在 41～46 天时，这种损伤已经消退[9]。因此我们主张碎石后常规服用消炎利胆渗湿的中药，消除水肿，调节胆道功能，在 2 周内不进行总攻排石治疗。待炎症消退后再采用各种排石措施，往往可收到更为良好的效果。据 Whalen 的统计，ESWL 治疗后，1 个月排石为 20%，而 12～18 个月的结石消失率为 80%[10]。常用中药方剂为柴胡、郁金、龙胆草、黄芩、茯苓、泽泻、木香、枳壳、桃仁等。

3. 影响碎石疗效的有关因素

找出阻碍理想效果的因素，加以改进，是不断提高治疗效果的重要环节。

(1)首先应了解全身及局部情况，排除全身重要脏器的病变，改善局部与全身炎症引起的病理改变，使胆囊、胆囊管、胆总管等功能得以改善并保持通畅。

(2)碎石过程中，应根据患者的反应情况，调整好电压，震波次数以及重复冲击的应用，最终使结石达到粉碎状态，不超过 0.2 cm 为佳，又不使局部及全身造成过份损伤，是取效的关键环节。

(3)碎石后排石、溶石疗法的选择至关重要，药物溶石多选择用于胆固醇结石，或近期治疗中。目前排石方法常选择为中药治疗、总攻治疗、推按运经仪及磁场疗法，以及它们之间的相互配合，同时括约肌切开及 T 管取、溶石等也是常用手段。这些方法的应用，在时间选择及有机配合上需进一步摸索经验。

4. 为进一步提高疗效，目前逐渐趋向各种方法的有机配合，形成最佳治疗方案，常优于单一方法的治疗。例如我们按治疗肝内残余结石的中西医结合最佳治疗方案治疗的 156 例肝内残余结石，有效率达 91%，再手术率仅为 9%[11]。

总之，以排石、溶石、碎石为主要方法的胆石症非手术疗法，虽然取得了可喜的进展，但毕竟时间短，经验不足，治疗措施与方法仍不够完善，有不少值得进一步攻关的难题。相信，今后做为胆石症的一种治疗方法，非手术疗法通过不断深入探索研究，必将迎来它的鼎盛时期。

参 考 文 献

1. 张圣道，等. 胆石症非手术疗法的现状及前景. 实用外科杂志　1991；11(1)：2.
2. 马必生. 推按运经仪在胆石排石治疗中的作用. 实用外科

杂志 1990; 10 : 278.
3. 王炳生, 等. 体外震波碎石治疗胆结石 109 例报告. 中华外科杂志 1989; 27(11) : 664.
4. Yoshimoto H. et al. Choledochoscopic electrohydraulic lithotripsy and lithotomy for stones the common bile duct, intrahepatic ducts and gallbladder. Ann Surg 1989; 210(5) : 576.
5. Daniel JG, et al.Endoscopic therapy for benign bile duct strictures. Gastrointestinal Endoscopy 1989; 35(5) : 367.
6. Sachman M, et al. Shock-waves lithotripy of gallbladder stones. N Engl J Med 1988; 318 : 393.
7. Heberer G, et al. A retrospective analysis of 3 year's experience of an interdisciplinary approach to gallstone disease induding shock-waves.Ann Surg 1988; 208 : 274.
8. 贺瑞麟. 中西医结合治疗胆石症的进展与展望. 中医杂志 1983; 24 : 71.
9. Newman RC, et al. Extracorporeal shock-ware lithotripsy in viro canine results of blast path treatment of human gallstones. J Surg Res 1988; 44(5) : 578.
10. Whalen E. Second interdisci plinary symposium on biliary lithotripsy. AJR 1989; 153 : 229.
11. 贺瑞麟. 中西医结合治疗肝内残余结石. 实用外科杂志 1990; 12 : 646.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

利胆灵引伸于治疗急性黄疸型肝炎

四川省什邡县中医院(四川 618400)　　吴定刚

利胆灵新方刊于 1989 年《中西医结合杂志》第 9 卷第 3 期, 由治疗湿热黄疸的基本方茵陈蒿汤化裁而来, 该方由茵陈 30 g　丹参 20 g　大黄 10 g　甘草 10 g 组成, 对梗阻性黄疸有较好的消黄保肝作用。裴德恺等对茵陈蒿汤的利胆效应进行的实验研究证明, 大黄与茵陈配伍可增加胆汁流量, 但大黄、茵陈分别与栀子合用时, 表现为抑制胆汁流量的效应, 故减去茵陈蒿汤中的栀子, 加上一个典型的活血化瘀药丹参, 以利于改善肝脏功能及可望提高利胆效应。

从黄疸型肝炎急性期的病理机制看, 黄疸属肝细胞性, 因肝功能损害, 肝脏摄取和排泌胆红素的功能减弱, 故胆红素滞留于血液; 又肝细胞肿胀, 汇管区细胞浸润和水肿等因素, 使胆汁排泄受阻, 加之胆管上皮通透性增加, 胆汁漏出, 以致胆栓形成, 故兼有不同程度的阻塞性黄疸。从治疗目的看, 提高疏肝利胆、清热利湿的效应, 积极改善肝细胞的血循环状态, 减轻胆栓的形成, 减轻阻塞的程度, 缩短肝脏功能恢复正常的时间, 利胆灵的作用与这个治疗目的很相吻合, 完全可以引伸于治疗急性黄疸型肝炎。

最近, 笔者在临床治疗 6 例黄疸型肝炎中, 均以利胆灵为主方, 伍以疏肝利湿、清热解毒、消导化食之品, 6 例患者急性发病时, 肝功能检查黄疸指数均在 20 u 左右, 谷丙转氨酶均在 200 u 以上, 麝浊、锌浊均高于正常标准。经应用该方治疗, 服药到 15 剂左右时, 黄疸明显消退, 胃肠道症状及疲乏状态基本消失, 肝功能复查, 6 例患者各项指标均恢复正常。与以往常规应用茵陈蒿汤为基本方治疗黄疸型肝炎的临床疗效比较, 肝功能恢复正常和临床症状基本消失的时间提前了 10～15 天。

在利胆灵新方中, 伍有甘草 10 g, 在中医治疗湿热病中, 属于常规忌用之品。因历来医家认为甘草味甘有腻湿中满之弊, 不利于利湿退黄。笔者认为, 这只是一般的传统认识。利胆灵的研究报告伍用甘草之意在于健脾益气, 调合诸药。将利胆灵引伸于治疗黄疸型肝炎配伍甘草仍然是合理的, 从急性发作期的症状来看, 典型的胃肠道症状均为不同程度的黄疸和肝功能损伤所致, 引起食纳呆滞、脾胃胀满、恶油厌食, 以甘草健脾益气, 并调合诸多苦寒清肝利胆之品, 以顾护胃气, 也不无道理; 从甘草的临床药理研究看, 甘草有明显的肾上腺皮质激素样作用, 并有降低血胆红素增加排泄尿胆红素的作用。这些作用对于治疗黄疸型肝炎有利, 故笔者应用时伍甘草 10 g, 从效果看, 并无腻湿中满之弊。

· 本刊启事 ·

自 1994 年起, 本刊对来稿的回执处理将有所变动。凡投至我刊的稿件, 若在 3 个月内未收到回执, 可另投他刊。