

胆囊结石总攻新方案的疗效观察

黎 庶 何植满

胆囊结石症是临床上常见病和多发病。笔者在传统中西医结合排石总攻疗法的基础上,总结出一种新的排石总攻疗法,取得良好效果,现报告如下。

临 床 资 料

364 例患者经 B 超诊断为胆囊结石,其中单发结石 234 例,多发结石或泥沙样结石 130 例,最大结石直径均 $<1\text{ cm}$ 。随机分为两个治疗组。原法治疗组 123 例,男性 43 例,女性 80 例;年龄 38~68 岁,平均 50 ± 8 岁;新法治疗组 241 例,男性 78 例,女性 163 例;年龄 47~69 岁,平均 50 ± 6 岁。

治 疗 方 法

原法治疗组采用中西医结合传统排石总攻疗法,即总攻前 1 周始用消炎利胆片 4 片,每日 3 次口服至疗程结束;总攻:8:30 用排石汤(枳壳 9 g 木香 15 g 虎杖 30 g 金钱草 30 g 黄芩 9 g 大黄 15 g(后下),随症加减)1 剂煎服;9:30 用吗啡 5 mg 皮下注射;10:10 阿托品 1 mg 皮下注射或亚硝酸异戊酯 1 mg 吸入,或心痛定 10 mg 舌下含服,或 654-2 50~100 mg 加入 5% 葡萄糖 500 ml 静脉滴注(60 滴/min);10:15 用 33% 硫酸镁 40 ml 口服;10:30 脂餐(油煎鸡蛋 2 个)。新法组用中西医结合新排石总攻疗法,即总攻前 1 周始用丙谷胺 1 g,每日 2 次口服至疗程结束;总攻:8:30 用排石汤(用药剂量同上)1 剂煎服;9:30 用吗啡 5 mg,皮下注射;10:10 用氨茶碱 0.125 g 加 5% 葡萄糖 40 ml 稀释后缓慢静脉注射;10:15 用 33% 硫酸镁 40 ml 口服;10:30 脂餐(油煎鸡蛋 2 个)。两组均隔 2 日总攻排石 1 次,共 4 次。

结 果

1 疗效标准 每次总攻后,大便筛洗观察排石效果,4 次总攻后,B 超复查结石情况。显效:症状消失,B 超不再发现结石;有效:症状好转,粪便中有石排出,B 超复查结石数减少或体积缩小;无效:症状及 B 超复查结石无改变。

2 结果 原法治疗组显效率、有效率、无效率、总有效率分别是 56.10%(69/123 例)、26.02%(32/

123 例)、17.89%(22/123 例)和 82.11%。新法治疗组分别为 68.72%(167/243 例)、25.93%(63/243 例)、5.35%(13/243 例)和 94.65%。经 U 检验, U 为 3.83, $P < 0.01$;两种排石方法总有效率有显著性差异。两种总攻疗法应用过程中,均有数例患者出现程度不同的腹痛,经对症处理后缓解。其中新法有 1 例患者在总攻第 2 次后出现剧烈腹痛、发热,随后出现黄疸而停止总攻治疗,后经逆行胰胆管造影(ERCP)检查证实,结石嵌顿于总胆管,经手术取石病愈。其余病例均顺利完成 4 次总攻治疗。

讨 论

胆囊结石症在正常人群中的发病率为 8.2%,且与年龄差呈正比例增加,60 岁以上女性胆石发生率为 30.5%^①。非手术疗法在胆囊结石的治疗中占非常重要的地位,尤其是中西医结合排石总攻疗法,国内多数报道取得良好的排石效果^②。但在传统总攻疗法中,阿托品对胆道的扩张作用较弱,且过量会产生昏迷及呼吸抑制,许多抗胆碱所产生的副作用患者难以耐受^③。而氨茶碱扩张胆管作用强,稀释后缓慢静脉滴注作用安全。结合服用丙谷胺可使胆汁中的胆固醇、钙离子和游离胆红素浓度下降,可以改善排石条件^④。

在总攻疗法排石过程中,不少患者会出现不同程度的腹痛,甚至结石嵌顿,因此总攻疗法虽然是一种安全有效的排石方法,但施行时最好能在外科医生的支持下开展。但氨茶碱和丙谷胺相结合用于总攻疗法,国内尚属首次,对胆管结石、肝内胆管结石的排石效果还有待于进一步的临床观察,以期作为一种安全有效的排石方法,供临床选用。

(袁振梁教授参加了部分工作,谨谢)

参 考 文 献

1. 张玉善. 胆囊结石及胆囊炎的影像学诊断. 新医学 1994; 25(5): 231.
2. 程 高. 胆囊结石的排石疗法. 新医学 1994; 25(5): 233.
3. 中山大学《药理学》编写组. 药理学, 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1989: 129—131.
4. 张 捷, 潘琼琦. 口服丙谷胺治疗胆石症和胆管蛔虫残留 147 例疗效观察. 临床肝胆病杂志 1991; 7(2): 99.

(收稿: 1994—10—21 修回: 1995—01—01)