

彩阶 B 超对胆系疾病辨证的研究

祝德军 王伟明 谷万里

内容提要 目的:探讨现代医学影像检测方法与胆系疾病中医辨证的关系。方法:用彩阶 B 超检查了 216 例胆系疾病患者,并做脂餐试验。结果:肝胆湿热型 84 例(38.89%),胆囊径较大,张力较高,胆汁透声差;肝郁脾虚型 39 例(18.06%),胆囊横径小,张力差,细长形,收缩率低;瘀血停着型 13 例(6.02%),胆囊体积偏小,囊壁明显增厚或不规整,收缩率多明显降低;肝气郁结型 71 例(32.87%)与肝阴不足型 9 例(4.17%),介于肝胆热型与肝郁脾虚型之间,尚未发现明显的特征,主要靠临床鉴别。结论:本研究使“望诊”深入到机体内部,可为胆系疾病的辨证提供客观依据。

关键词 彩阶 B 超 胆系疾病 辨证

Study of Color Scale B-Ultrasonography in Syndrome Differentiation of Biliary Tract Diseases ZHU De-jun, WANG Wei-ming, GU Wan-li *Affiliated Hospital of Shandong Traditional Chinese Medical University, Jinan (250011)*

Objective: To evaluate the relationship between modern medical detective method of imaging and Syndrome Differentiation of TCM. **Methods:** Two hundred and sixteen biliary tract diseases patients were observed with color scale B-ultrasonography and fat meal tests. **Results:** Eighty-four cases (38.89%) of damp-heat type in the Liver-gallbladder among the 216 patients had widened gallbladder, higher tension and weak bile echo-penetration through, 39 cases (18.06%) of type of Liver-Qi stagnation and Spleen deficiency had small transection, hypotension, slender type and low contraction rate, 13 cases (6.02%) of Blood-stasis type had small gallbladder volume and the contraction rate decrease significantly. There were 71 cases (32.87%) of Liver-Qi stagnation type and 9 cases (4.17%) of Liver Yin-Deficiency type, whose characters of the gallbladder were not prominent, so the identification of these cases depended largely on clinical differentiation. **Conclusions:** This study will facilitate the further extending the principle of inspection in the specific organs which may provide us with the objective basis for the differentiation of biliary tract diseases.

Key words color scale B-ultrasonography, biliary tract diseases, Syndrome Differentiation

为探讨现代医学影像检测方法与胆系疾病中医辨证的关系,我们用 B 超对胆系疾病的辨证作了多年探索和研究。现将彩阶 B 超检查胆系疾病 216 例的结果报告如下。

临床资料

患者组:胆系疾病患者 216 例,来源于本院门诊及住院患者。其中胆系炎症 185 例,胆石症 31 例,兼患胃肠病者 51 例(不包括急性化脓性胆囊炎、急性胆管炎及阻塞性黄疸患者),均符合《诊断学大辞典》中的诊断标准⁽¹⁾。男 79 例,女 137 例;年龄 20~78 岁,29 岁以下者 34 例,30~39 岁者 60 例,40~49 岁者 59 例,50~59 岁

者 45 例,>60 岁者 18 例。对照组:52 名健康人,来源于门诊的健康查体者,年龄 26~63 岁,平均 42 岁。216 例患者分为五型:肝胆湿热型、肝气郁结型、瘀血停着型、肝阴不足型,均按高校教材《中医内科学》⁽²⁾胁痛之四型临床表现为诊断标准,肝郁脾虚型的表现为:胁痛隐隐,以胀痛为主,或仅有胀坠感觉,腹胀纳少,嗝气痞闷,大便溏薄,倦怠乏力,休息稍轻,劳累或生气加重,舌淡胖或有齿痕,苔薄白,脉细弦或沉细⁽³⁾。

检测方法

患者先由消化内科医生按临床表现进行辨证分型,作好记录,然后作 B 超检查。

上午空腹进行 B 超检查,使用日本 Aloka 公司的 SSD-630 型线阵实时超声诊断仪,配接徐州安迪泰公

司 BBX-1001A 型彩色显示器。记录声像图和彩色七段编码图特征之后,再做脂餐试验⁽⁴⁾,记录胆囊收缩率。

患者中有 21 例作十二指肠引流,79 例作了钡餐透视,196 例作了肝功能检验。

统计学方法 用 t 检验。

结 果

1 B 超声像图及彩色七段编码图特征 肝胆湿热型(湿热型):84 例占 38.89%,胆囊面积平均 $6.01\text{cm} \times 2.85\text{cm}$,张力较高,壁毛糙或增厚,胆汁透声差,内有弥漫性光点或沉积性回声。胆囊区压痛明显。七段编码图上胆囊轮廓尚清晰,胆汁区与后方的色量级之差一般在 2 级以内。

肝气郁结型(气郁型):71 例占 32.87%,胆囊面积平均 $5.72\text{cm} \times 2.48\text{cm}$,张力正常,壁略毛糙,胆汁透声略差或基本正常,胆区有压痛。七段编码图上胆囊轮廓清晰,胆汁区与其后方的色量级之差约为 3 级。

肝郁脾虚型(脾虚型):39 例占 18.06%,胆囊面积平均 $5.55\text{cm} \times 2.00\text{cm}$,张力较低,壁略毛糙,胆汁透声略差或正常,胆区有压痛。七段编码图上胆囊轮廓清晰,胆汁区与其后方色量级之差约为 3 级。

瘀血停着型(血瘀型):13 例占 6.02%,胆囊面积平均 $5.13\text{cm} \times 2.17\text{cm}$,张力正常,囊壁明显增厚或不匀,明显毛糙或不规整,胆汁透声略差,胆区压痛。七段编码图上囊壁模糊不清,难以辨认,胆汁区与后方的色量级之差为 2~3 级。

肝阴不足型(阴虚型):9 例占 4.17%,胆囊面积平

均 $5.60\text{cm} \times 2.37\text{cm}$,张力正常,壁略毛糙,胆汁透声略差或基本正常,胆区有压痛。七段编码图上胆囊轮廓清晰,胆汁区与其后的色量级之差约为 3 级。

对照组 52 人,胆囊面积平均 $5.38\text{cm} \times 2.28\text{cm}$,张力正常,囊壁光滑,胆汁透声好,无压痛。七段编码图上囊壁清晰规整,胆汁区与后方色量级之差约为 4 级。

2 胆囊横径与纵径之比的比较 见附表。横径与纵径之比同胆囊张力大小密切相关。肝胆湿热型横径较大, $\geq 2.6\text{cm}$ 者 67 例(占 79.76%),横径与纵径之比为 $1:2.13 \pm 0.22$,多在 1:2.3 以下(66 例,占 78.57%);肝气郁结型横径与纵径之比为 $1:2.31 \pm 0.21$;肝郁脾虚型横径较小, $\leq 2.1\text{cm}$ 者 34 例,占本型的 87.18%,横径与纵径之比为 $1:2.78 \pm 0.34$,有 34 例在 1:2.6 以上;瘀血停着型横径与纵径之比为 $1:2.38 \pm 0.23$;肝阴不足型横径与纵径之比为 $1:2.36 \pm 0.12$ 。肝胆湿热型横径与纵径之比最小,这是它张力高,横径大的结果。肝郁脾虚型横径与纵径之比最大,那是它张力低,横径小的结果。

3 胆囊收缩率的比较 见附表。肝胆湿热型脂餐试验胆囊收缩率约半数患者低于正常,肝气郁结型胆囊收缩率多数正常,肝郁脾虚型胆囊收缩率多数明显降低,瘀血停着型收缩率多明显降低,平均为 $(41.84 \pm 9.08)\%$;肝阴不足型胆囊收缩率多接近正常,平均为 $(50.47 \pm 1.50)\%$;对照组胆囊收缩率正常,平均为 $(60.31 \pm 8.33)\%$ 。肝郁脾虚型与瘀血停着型的胆囊收缩率都显著低于其他各型,但二者间无显著差异,因为它们的主要区别在于胆囊壁损害的程度和横径与纵径比的大小。

附表 患者组不同中医证型胆囊横径、纵径之比及收缩率的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	横径(cm)	纵径(cm)	横径/纵径	胆囊收缩率(%)
患者					
肝胆湿热	84	2.85 ± 0.35	6.01 ± 0.35	$2.13 \pm 0.22^{* \Delta}$	$49.45 \pm 4.08^{* \Delta}$
肝气郁结	71	2.48 ± 0.27	5.72 ± 0.24	$2.31 \pm 0.22^{*}$	$53.01 \pm 4.37^{*}$
肝郁脾虚	39	2.00 ± 0.19	5.55 ± 0.55	$2.78 \pm 0.34^{\Delta}$	$38.75 \pm 6.04^{\Delta}$
瘀血停着	13	2.17 ± 0.22	5.13 ± 0.52	$2.38 \pm 0.23^{*}$	$41.84 \pm 9.08^{\Delta}$
肝阴不足	9	2.37 ± 0.11	5.60 ± 0.13	$2.36 \pm 0.12^{*}$	$50.47 \pm 1.50^{* \Delta}$
对照	52	2.28 ± 0.26	5.38 ± 0.28	2.36 ± 0.21	60.31 ± 8.33

注:与本组肝郁脾虚型比较, $^{*}P<0.01$;与对照组比较, $^{\Delta}P<0.01$

讨 论

辨证论治是中医学的基本特点。任何检查方法若仅能诊断出病名而有助于“证”的判断,则对中医临床治疗的参考价值很小。只有为“辨证”提供客观指征的检查方法,对中医才具有较大的学术意义和应用价值。

肝胆湿热型的特点是:胆囊张力较高,胆汁透声性

差。这主要是由于胆汁内炎性渗出较多所致,是炎症较重的表现。

肝郁脾虚型的特点是:胆囊横径小,张力差,细长形,收缩率低。而多数患者的胆囊壁并无明显损害。中医学认为,胆汁为肝之余气,肝气条达,胆汁才能正常分泌与排泄,助脾胃以化物。胆囊横径小、张力低是胆汁充盈不足的表现,导致脾虚。脾主肌肉,脾虚胆囊

平滑肌收缩力减弱,故收缩率降低。

瘀血停着型的特点是:胆囊体积偏小,囊壁明显增厚或不规整,胆囊收缩率多数明显降低。在七段编码图上胆囊壁显示不清晰,甚至不能辨认。这主要是囊壁损害较重的结果。由于胆囊壁的损害,弹性降低,不能很好的伸展,故体积偏小。胆囊壁因与周围组织粘连,被牵扯而形态不规整,囊壁弹性差及(或)与周围粘连而使收缩率明显下降。

肝气郁结型与肝阴不足型的胆囊声像图,介于肝胆湿热型与肝郁脾虚型之间,没有明显的特征。凡不符合前三型者,就属此两型,主要依靠临床以鉴别。胆囊声像图与胆系疾病的中医证型密切相关,最根本的特点是:肝胆湿热型以胆汁改变最明显;瘀血停着型以囊壁损害最严重;肝郁脾虚型以收缩率低最突出;肝气郁结型、肝阴不足型尚无显著特征,需靠临床加以区

分。B超使“望诊”深入机体内部,同传统的四诊结合,定使胆系疾病的“辨证”更客观、更准确、更规范、更统一和更现代化,可为探讨中医脏象的实质提供线索,为中西医结合积累资料。

参 考 文 献

1. 杨志寅. 诊断学大辞典. 第 1 版. 北京: 华夏出版社, 1993: 978.
2. 张伯臾. 中医内科学. 第 1 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 180—181.
3. 周次清, 丁书文. 中医临床实践与进展. 第 1 版. 海口: 南海出版公司, 1994: 99.
4. 曹海根, 王金锐. 实用腹部超声诊断学. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 212—214.

(收稿: 1996-08-25 修回: 1997-01-12)

· 病例报告 ·

龙胆草中毒致神经系统损害 1 例

赵志祥 李延龙 闫淑华

病历简介 患者, 男性, 40 岁, 病案号 2860。因服中药后呕吐、腹泻伴四肢瘫痪 2h, 于 1996 年 7 月 20 日入院。该患者因头晕, 乏力, 耳鸣自服龙胆草、枸杞子(各 150g)水煎浓缩液 200ml, 服药 0.5h 后突然腹痛、恶心伴频繁呕吐, 腹泻水样便, 继而出现高热, 神志不清, 二便失禁, 手足萎软, 大汗, 四肢凉, 经洗胃处置后收入院。查体: $T 39^{\circ}\text{C}$, $P 98$ 次/min, $R 20$ 次/min, $BP 12/9\text{kPa}$, 急性痛苦面容, 神志不清, 呈浅昏迷状态, 全身浅表淋巴结无肿大, 双瞳孔等大等圆, 光反射存在, 颈软, 心肺(一), 腹膨隆, 叩诊鼓音, 四肢呈弛缓性瘫痪, 双上肢肌力 II 级, 双下肢 0 级, 肱二、三头肌反射, 膝腱反射消失。周围血象: $WBC 14.1 \times 10^9/L$, $RBC 4.3 \times 10^{12}/L$; 大便常规: 黄色稀便, 镜下未见异常; 血清 K^+ 3.6mmol/L , Na^+ 128mmol/L , Cl^- 80mmol/L , Ca^{2+} 2.3mmol/L ; 肝功能正常、胆碱脂酶(CHE) 1860u/L 。腹透肠管广泛性充气扩张及宽大液平面, 肝脾 B 超、腰椎穿刺、头颅 CT 均未见异常, 诊断: 龙胆草中毒并神经系统损害(格林巴利型), 中毒性肠麻痹, 经持续吸氧, 每日补液 2500ml, 其中 5% 葡萄糖 500ml、ATP 40mg、辅酶 A 100u、肌苷 0.4g; 林格氏液 500ml、氯化钾 2.0g、维生

素 C 3.0g、维生素 B_6 0.2g; 5% 葡萄糖 250ml, 清开灵(山西太行制药厂, 批号 960515) 40ml, 胞二磷胆碱 0.5g, 每日 1 次静脉滴注, 维生素 B_1 100mg, 维生素 B_{12} $1000\mu\text{g}$, 每日肌肉注射 1 次, 间断利尿, 对症治疗 34 天, 患者神清语明, 无发热、腹胀及腹泻, 双上肢肌力 III 级, 双下肢肌力 II 级, 好转出院。

体 会 龙胆草为龙胆科植物龙胆的根及根茎。味苦, 性寒, 入肝胆经, 泻肝胆实火, 除下焦湿热, 常规量 9~15g, 水煎口服, 无明显的副作用。本品含龙胆苦甙, 龙胆宁碱, 大剂量可抑制胃肠蠕动, 使肠处于麻痹状态, 高级神经中枢受到抑制, 出现四肢瘫痪。大剂量胆草中毒实属罕见, 本例中毒临床表现复杂, 除具有起病急、病情重, 病程长等一般中毒表现外, 尚有以下几个特点: (1) 神经系统受累明显, 且不易在短时间内恢复, 可能终身存在不同程度的肢体功能障碍; (2) 消化系统功能障碍突出, 主要表现在肠蠕动功能高度抑制, 出现中毒性肠麻痹。龙胆草中毒的机理尚不清楚, 是否与大量生物碱阻碍了神经递质的释放或降低了相关受体的敏感性, 使神经系统的兴奋性降低有直接或间接关系, 有待进一步研究。

(收稿: 1997-03-24 修回: 1997-05-12)