

微创保胆取石术后加服中药预防胆石复发 54 例

★ 张元 周异群 陈宝国 游小菊 江友 韦宇峰 张学来 冯驰 (江西中医学院附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:评价选择性保胆取石术后中药内服预防胆囊结石复发临床应用价值。方法:通过小切口开腹或腹腔镜,切开胆囊底,应用纤维胆道镜进行取石,保留功能良好的胆囊,术后 5 天续服中药 1~2 个月,预防胆囊结石复发。结果:54 例保胆取石均获成功,无严重并发症,3~5 天痊愈出院。随诊 1~10 个月,症状消失或减轻者占 93%,复查 B 超胆囊壁变薄者占 74%,除 1 例提示胆泥形成,其它未见结石复发。结论:保胆取石结合中药内服治疗胆囊结石,具有创伤小、安全性高、并发症少、结石复发率低等优点,有临床推广前景。

关键词:保胆取石术;胆囊结石;中药

中图分类号:R 256.43 **文献标识码:**B

我院微创外科自 2005 年 5 月~2006 年 3 月选择 54 例胆囊功能良好的胆囊结石患者,应用纤维胆道镜行小切口或腹腔镜下保胆取石术,术后配合中药内服,预防胆囊结石复发。效果满意,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 54 例,男 24 例,女 30 例;年龄 16~66 岁,平均 40.11 岁;病史 1 个月~10 年;其中单发结石 22 例,多发结石 32 例。

1.2 病例入选和排除标准 符合卫生部 1993 年制定的《中药新药治疗胆石症的临床研究指导原则》中关于胆囊结石的诊断标准:(1)胆囊 B 超显示胆囊结石随体位移动,囊壁厚度 ≤ 0.4 cm;脂肪餐后胆囊收缩 $\geq 30\%$ 。(2)口服胆囊造影 X 光片显示胆囊浓缩功能存在(胆囊显影),收缩功能试验证实胆囊存在收缩功能(脂肪餐后胆囊收缩 $\geq 30\%$)。(3)无严重心肺功能障碍、肝功能异常及凝血机制障碍,非结核病活动期,无胆总管结石、胆总管梗阻及急性胆囊炎,无上腹部手术史。

2 治疗方法

2.1 小切口组 共 42 例。适应于体型较瘦,胆囊底部投影在第 10 后肋以下者。全身麻醉,根据术前口服胆囊造影的胆囊体表点,于右肋缘下切一小口(2.0~3.0 cm),逐层切开皮肤、皮下组织及前鞘,撑开肌层,进腹后提起胆囊底,穿刺证实后切开囊壁,切口长约 0.5 cm,插入胆道镜吸尽胆汁,用生理盐水(每 500 mL 加庆大霉素 16 万 U)反复冲洗胆囊腔,找到结石,用取石网篮或碎石吸附器取出所有

结石、胆泥及絮状物,反复检查确认无残石遗留,见胆囊管开口有胆汁呈雾状喷出,则表示胆囊管通畅,关闭胆囊底切口,用 0/3 可吸收线作粘膜及肌肉全层连续缝合,浆膜层用 1 号丝线间断加固缝合,免置胆囊造瘘管,逐层关腹,皮下缝合,创口贴粘皮肤切口。

2.2 腹腔镜组 共 12 例。适应于体型较胖或胆囊底部投影在第 10 后肋以上者。全身麻醉,采用腹腔镜胆囊切除术的标准四戳孔,暴露胆囊底,在预切线处电凝浆膜下止血,切开胆囊壁,切口长约 0.5 cm,吸净溢出的胆汁,通过剑突下套管置入胆道镜,用生理盐水(每 500 mL 加庆大霉素 16 万 U)冲洗胆囊腔至流出液清亮,找到结石,用取石网篮或碎石吸附器取出所有结石、胆泥及絮状物,反复检查确认无残石遗留,见胆囊管开口有胆汁呈雾状喷出,则表示胆囊管通畅,用 0/3 可吸收线作粘膜及肌肉全层间断缝合,免置胆囊造瘘管,放置腹腔引流管 1 根于胆囊切口处,完成手术。缝合戳孔,创口贴粘皮肤切口。

术后 6 小时患者可下床活动并进食流质,第二天可予半流饮食,常规应用抗生素防治感染。术后第 5 天开始服用中药。辨证分为肝郁脾虚型和阳虚湿热型。肝郁脾虚型患者表现为右胁部胀痛,食欲不振,大便偏溏,舌质淡红、苔薄白,脉弦缓。治宜疏肝健脾,方用柴芍六君子汤加减:柴胡 10 g,白芍 12 g,党参 15 g,白术 10 g,茯苓 10 g,木香 6 g,砂仁 6 g,金钱草 15 g,郁金 10 g,甘草 6 g。水煎服,每日 1 剂,连服 15 天,至临床症状消失则停药。阳虚湿热

型患者表现为形寒怕冷,右胁部或上腹部胀痛,口苦口粘,大便干结或溏泻,舌质红、苔黄腻,脉弦滑数。治宜温肝养肝,清利湿热。方用吴茱萸汤合大柴胡汤加减:吴茱萸 6 g,柴胡 10 g,黄芩 10 g,太子参 15 g,法半夏 10 g,枳壳 10 g,大黄 6 g,白芍 10 g,金钱草 15 g,茵陈 15 g,甘草 6 g。水煎服,每日 1 剂,连服 7~10 剂,或服至症状消失,苔退变薄而停药。

出院后半年内每月随诊 1 次,半年后每 6 个月随诊 1 次。随诊内容包括病情陈述和复查 B 超或口服胆囊造影。

3 治疗结果

全部病例均取石成功,无胆漏、出血、腹腔感染等并发症发生,切口感染 1 例为小切口组,该患者有糖尿病,体型较胖,肋缘下切口较大(开展腹腔镜下保胆取石术之前)。腹腔镜组除 1 例引流的淡黄色液体较多(100~200 mL/24h),在术后第 5 天拔除引流管外,其它病例引流液少(<20 mL/24h)均在术后第 2 天拔除引流管。术后 B 超显示取净率为 100%,3~5 天均痊愈出院。

随诊:随诊率 100%,随诊 1~10 个月,胆绞痛消失率为 100%,右肋下胆囊区闷胀不适感减轻或消失者占 93%,饮食改善者占 89%。B 超复查显示胆囊壁比术前变薄者占 74%,胆囊收缩功能比术前更佳者占 48%,除 1 例提示胆泥形成(经再次内服中药治疗 1 个月胆泥排除),其它未见结石复发。

4 讨论

胆囊切除术后副作用较多,如消化不良,腹胀腹泻;胆汁反流性胃炎,食道炎;胆管损伤导致胆管狭窄,反复胆道感染;胆囊切除术后综合征^[1],常直接影响到病人的生活质量,甚至危及病人的生命。另外,胆囊切除后胆道的胆酸及去氧胆酸浓度升高,这些物质具有促癌因子的特性,导致结肠癌的发病率升高^[1]。因此,我们认为胆囊结石的治疗应针对不同情况实施个体化治疗方案,关键是从临床上区分功能性及非功能性胆囊结石病,对于口服胆囊造影

及 B 超提示胆囊功能存在,具有储存、浓缩、排出胆汁功能的胆囊,应该施行保胆取石治疗;而对于胆囊功能丧失,胆囊萎缩者则手术切除。

微创保胆内镜取石术是采用微创的手段建立取石通道,利用纤维胆道镜取除结石,由于采用纤维胆道镜取石,镜头端可随意弯曲改变方向,在胆囊粘连、分隔及畸形的情况下仍能到达胆囊管口,从而消除了盲区,避免了结石残留。为了取石干净彻底,我们取石时:不用钳子夹,避免结石破碎,漏掉碎屑;只用取石网篮套取;(2)要求一定要探查胆囊管开口处,并有胆汁喷出;(3)如发现胆囊粘膜表面有胆泥,还可以用胆道镜细胞刷刷洗胆囊壁,加用生理盐水冲刷吸净;(4)可吸收线一期缝合胆囊切口,避免丝线结的成石作用。

胆囊结石的形成主要与胆汁成分改变和胆囊收缩功能障碍有关,因此,保留胆囊将存在一定的结石复发率。中医药在预防结石复发方面具有优势。现代研究也证明中药及针灸可通过增强胆汁分泌及胆囊收缩运动,调节肝细胞的代谢以改变胆汁成分及减轻胆囊壁的炎症而防止结石的形成。本组病例均在术后 5 天左右根据患者的临床表现和体质,辨证服用疏肝利胆,清利湿热,温肝健脾,中药治疗,可以进一步祛邪扶正,调理气机,消除胆囊局部慢性炎症,促使胆囊功能恢复。定期复查 B 超结果提示 74% 的病人胆囊壁变薄,胆囊收缩功能较前有一定程度改善者占 48%。

我们认为微创保胆内镜取石术最大限度的保留了有功能胆囊,维护了机体消化系统的完整性和内环境的恒定性。只要严格控制适应证,术中取石彻底,术后积极配合中药治疗,将进一步降低结石复发率,使该法治疗胆囊结石更趋合理、更有效。

参考文献

- [1]袁联之. 胆囊切除术后远期副作用[J]. 现代手术学杂志, 1998,3(3):227

(收稿日期:2006-04-29)

《江西中医药》征订启事

《江西中医药》创刊于 1951 年,是新中国创办最早的中医药杂志,也是第一批进入中文核心期刊的中国医药类核心期刊,并被多家知名权威检索期刊及数据库确定为固定信息源。五十多年来,《江西中医药》发表了数以万计的优秀论文,一大批中医药学者就是从这里走向成功、走向成名的。21 世纪,《江西中医药》迎来了更大的发展机遇,2002 年评为华东地区优秀期刊、江西省优秀期刊,2004 年评为全国高校优秀期刊。2003 年成功改为月刊,赢得了更多读者的青睐。本着“面向临床,面向基层,坚持传统,注重实用”的办刊思路,我们进一步充实内容,调整栏目,使文章更具可读性、实用性、信息性,以满足读者的需要。

《江西中医药》(ISSN 0411-9584,CN 36-1095/R)为月刊,国内外公开发行。国内邮发代号为 44-5,国外代号为 BM1012。每期定价:4.80 元。