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)要求一定要探查到胆囊管开口处，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．胆囊切除术后的远期副作用[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。

江西中医药 http://www.ajutcm.com