

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2018.02.04

胆石症中西医结合诊疗共识意见(2017 年)

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

关键词:胆石症;中西医结合;诊疗

中图分类号:R575.7

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2018)02-0132-07

胆石症(cholelithiasis)是临床的常见病和多发病,本《胆石症中西医结合诊疗共识意见》是在中国中西医结合学会指导下,由梁健教授主持并成立了胆石症中西医结合诊疗工作小组,在 2010 年版的基础上进行修改和补充,本共识意见充分讨论并结合国内外现有诊治指南和中医的诊疗特点,依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,对胆石症中西医结合诊疗形成的主要观点进行总结,组织国内中西医结合专家对这一系列问题按照国际通行的 Delphi 法征询意见,完成胆石症中西医结合诊疗共识意见制定工作。

1 概念

胆石症是指胆道系统,包括胆囊和胆管内发生结石的疾病。其成分由胆固醇、胆红素、钙盐及混合型结石等所组成。其临床表现取决于胆结石的部位、是否造成胆道梗阻和感染等因素。流行病学调查显示,本病在成年人中的发病率为 10%~15%,女性明显多于男性,男女比例约为 1:2.5,好发于 40~60 岁人群,随着人口的老齡化、饮食结构的改变,其发病率还在逐年上升^[1-2]。

2 西医诊断

2.1 临床表现

患者的临床表现取决于结石的部位与大小,尤其与是否造成梗阻和感染关系密切,如无梗阻或嵌顿者,大多无临床症状,或仅有轻度上腹或右上腹不适、隐痛、嗝气、腹胀、大便不畅或便溏等症状,或由胆囊结石引起慢性胆囊炎临床症状;一旦发生梗阻,容易诱发胆道感染,急性胆囊炎、胆源性胰腺炎、急性化脓性胆管炎,表现为上腹疼痛、恶心呕吐、纳差、黄疸、发热寒战、脉速,重者可出现休克^[3]。饮酒、饱餐或油腻食物、受凉和劳累是常见的诱因。

2.2 临床分类

按结石发生部位不同,可分为胆囊结石、肝外胆管结石和肝内胆管结石。按结石化学成分可分为胆固醇结石、胆红素结石和混合性结石;按病情的急缓,分为发作期和缓解期(包括无症状的胆石症)。

有一部分胆道结石的患者临床上无任何症状,影像学检查才发现,称为无症状胆石症。

2.3 相关检查

腹部超声检查诊断胆结石的特异性和敏感性高,应作为首选常规检查^[4]。超声内镜(EUS)对胆总管结石的敏感性和特异性高,腹部超声阴性的胆总管末端结石可以选用 EUS 诊断结石准确率高,尤其在诊断胆管微结石方面,阳性率高于 CT、磁共振胰胆管成像(MRCP)^[5]。腹部 CT 诊断价值较大,可显示胆囊、胆管内结石的大小和位置、胆管有无扩张,有助于和其他疾病的鉴别诊断和指导临床治疗^[6];内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)是诊断胆总管结石的“金标准”,有资料显示其对于胆总管结石诊断的敏感性和特异性分别为 99% 和 97%^[7];MRCP 为非侵入性检查,能清晰显示胆囊壁、胆总管、肝内胆管的形态和结石的位置和大小^[8],在单纯诊断方面具有和 ERCP 同样的敏感性和特异性。ERCP 与 EUS、MRCP 相比其优点在于同时可以提供治疗的选择。在血液检查方面,胆结石导致感染容易引起白细胞增高,导致梗阻会引起转氨酶、碱性磷酸酶或胆红素的增高,可根据其感染和梗阻的程度,决定治疗方案。

2.4 诊断

2.4.1 诊断思路 对怀疑有胆石症的患者,应明确有无胆石症;确定胆石症发生部位和大小及常见的并发症及胆石症的分期;推断胆石症发生的可能病因,判断临床病理类型。

(一)明确有无胆石症

对怀疑有胆石症的患者临床上应进行影像学检查,影像学检查方法包括腹部超声、CT、MRCP、EUS 以及 ERCP 等,其中最常用的影像学方法是腹部超声。超声检查对胆囊结石诊断的灵敏度、特异度和准确率均较高,仍是临床检查的常规和首选。CT 对胆囊肿阳性结石诊断敏感较好,可以观察到胆囊内密度大小不一的结石影,同时可以观察到胆囊壁的增厚或钙化,胆囊结石检出率约 70%。通过螺旋 CT 扫描可以区分结石的不同形状、密度等,并通过分析推测胆囊结石的主要组成成分,为其临床治

疗方案的确定提供依据^[9]。MRI对胆囊结石和胆道系统结石诊断的准确率较CT检查更高,但MRI检查所需的费用较高,检查耗时较长,并且对患者的配合度要求较高,存在多项禁忌证等,因此临床广泛应用存在一定的局限性,但MRI可以降低漏诊率和误诊率的发生。对于胆管结石的常用诊断方法还有经皮肝穿刺胆道造影PTC、经内镜逆行性胰胆管造影术ERCP、术中及术后经T管造影,其他还有核素显像、ERCP及手术术中或术后胆道镜等。但各种检查方法均有一定的局限性,需合理应用并结合临床实际情况。

(二)明确胆石症的发生部位和大小以及常见的并发症

根据解剖部位可分为胆囊结石、肝外胆管结石和肝内胆管结石。根据腹部超声、CT、MRI的结果,可以判断结石的位置和大小。胆囊结石常见为胆囊颈部和底部,肝外胆管结石常见胆总管结石、壶腹部结石。胆石症常见的并发症:胆囊结石最常见的并发症是严重程度不同的急性胆囊炎,包括坏疽性、气肿性胆囊炎,胆囊周围脓肿和穿孔等。慢性结石性胆囊炎也是胆囊结石常见的并发症。胆石症的并发症还有急性胰腺炎、肝脓肿、胆管炎、上行性肝炎、门静脉炎、Mirizzi综合征和胆囊癌等。胆源性急性胰腺炎是胆石症常见的比较重的并发症,可出现上腹部持续性疼痛、恶心呕吐、血淀粉酶升高和胰腺的影像学形态改变等急性胰腺炎的表现。Mirizzi综合征多指由于胆囊颈部或胆囊管结石嵌顿和(或)其他良性病变压迫或炎症波及引起肝总管或胆总管不同程度梗阻,导致胆管炎、梗阻性黄疸为特征的一系列的症候群,它是胆石症的一种并发症,而不是一个独立的疾病^[10-11]。

胆总管结石的常见并发症为不同程度的胆管炎和胆管的细菌感染。若引起胆管完全梗阻,患者表现弛张性高热、肝细胞损害和胆汁淤滞等一系列中毒表现,即为急性梗阻性化脓性胆管炎(AOSC)。若就诊较晚或未予及时有效解除梗阻,感染进一步加剧,则会导致重症急性梗阻性化脓性胆管炎(ACST);而肝内胆管梗阻的ACST腹痛较轻,梗阻部位越高越不明显甚至无痛。一侧肝内胆管梗阻,健侧胆管可代偿性排胆而不出现黄疸,腹部多无明显压痛及腹膜刺激征,容易误诊或对其的严重性认识不足,未采取积极有效的措施而延误治疗时机^[12]。其次,为胆石性胰腺炎、肝脓肿、胆道出血及胆源性肝硬化等。文献报道国内时可见因胆石压迫引起胆管黏膜溃疡、坏死及出血;而在西方国家胆总管结石患者罕有胆道出血^[13]。此外,胆总管结石

引起长期反复发作胆管炎及黄疸者可进一步发展成胆汁性肝硬化。壶腹部结石的并发症与胆总管相似。

(三)明确胆石症分期

一般胆石症分为2期,即发作期和缓解期。发作期:右上腹或剑突下持续性隐痛、胀痛、阵发性剧痛,向右肩背放射,伴有恶心、呕吐、腹胀、食欲不振等症状,进食会加重,严重时可见寒战、高热、黄疸。血常规:白细胞计数和中性细胞计数增高。血生化:血清碱性磷酸酶或 γ -谷氨酰转肽酶可升高,丙氨酸氨基转氨酶(ALT)升高,梗阻明显时血清胆红素亦较高,以直接胆红素为主,尿胆红素阳性。缓解期:疼痛不明显,或时发时止,可伴有嗝气、反酸、腹胀、食欲不振等消化不良症状。血常规和肝功能多无明显改变。部分患者完全没有临床症状。

(四)胆石症的常见病因

胆囊结石可由代谢因素、胆道感染、胆汁pH值过低及维生素A缺乏等因素造成。原发性胆管结石可能与胆道感染、胆管狭窄、胆道寄生虫感染(尤其蛔虫感染)有关,近年由于饮食卫生及营养水平的不断提高,寄生虫感染所致的胆石症有所减少;亦可继发于胆囊结石系某些原因胆囊结石下移至胆总管,称为继发性胆管结石。

(五)胆石症的临床病理类型

胆石症的类型按其所含成分可分为3类:胆固醇结石、胆色素性结石、混合性结石。在国内,混合性色素泥沙样结石远多于胆固醇性结石。通过影像学等检查可明确诊断,如X线平片、ERCP和腹部CT等检查。

2.4.2 诊断标准

(一)胆囊结石

临床诊断胆石症引起的急性胆囊炎,其诊断标准为:①出现右上腹疼痛、呕吐、黄疸、发热等表现;②查体Murphy征阳性,可有右上腹肿块、压痛的局部炎症表现;③辅助检查:血液C反应蛋白水平升高和白细胞数增多等全身炎症表现;超声、CT、MRI提示有阳性结石的征象。当局部炎症表现和全身炎症表现各有一项阳性时,则有较大的可能性为急性胆囊炎,如果影像学也符合上述标准,则可确诊急性胆囊炎^[14]。

(二)肝内胆管结石

主要以影像学证据为主,上腹部疼痛、压痛和黄疸等症状和体征都不明显。①上腹部疼痛:通常不典型,散在于肝内胆管的较小结石通常不引起症状或仅表现为右上腹和胸背部的持续性胀痛或钝痛。一般不发生绞痛;②黄疸:一般的肝内胆管结石不出

现黄疸,只有当左、右叶的胆管均被结石阻塞时才出现黄疸,此时多数可伴有胆绞痛或较剧烈的疼痛。③上腹部压痛:体检时常可触及肿大的肝脏并有压痛,少数可有肝区叩击痛。④影像学超声、CT、MRI提示肝内结石征象。

(三)肝外胆管结石

(1)胆总管结石:①上腹部或右上腹部疼痛或绞痛,可放射至右肩背部,重者可伴有冷汗面色苍白、恶心与呕吐等症状;②寒战与高热:因并发胆道细菌感染而引起寒战与高热,体温可达40℃;③黄疸:一般在上腹绞痛、寒战高热后的12~24h即可出现黄疸。发生黄疸的机制多是因结石嵌顿于壶腹部不能松动,胆总管梗阻所致。

(2)壶腹部结石:①反复发作的胆道炎症:右上腹疼痛,厌进油腻食物,食欲不振,上腹胀闷等症状。②胆道梗阻症状:目黄,严重者身黄,皮肤瘙痒,尿色深,大便色淡;③反复发作的胰腺炎症状:腹痛拒按,恶心呕吐,纳少腹胀,脂肪泻等。④感染症状:伴感染者可有恶寒、发热、心率加快等症状。

3 中医辨证治疗^[15-16]

(1)肝郁气滞证

主症:①右胁胀痛,可牵扯至肩背部疼痛不适;②食欲不振;③遇怒加重。

次症:①胸闷暖气或伴恶心;②口苦咽干;③大便不爽。

舌脉象:舌淡红,苔薄白,脉弦涩。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,症状不明显者,参考舌脉象和理化检查。

(2)肝胆湿热证

主症:①右肋或上腹部疼痛拒按,多向右肩部放射;②小便黄赤;③便溏或便秘;④恶寒发热;⑤身目发黄。

次症:①口苦口黏口干;②腹胀纳差;③全身困重乏力;④恶心想吐。

舌脉象:舌红苔黄腻,脉弦滑数。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,症状不明显者,参考舌脉象和理化检查。

(3)肝阴不足证

主症:①右肋隐痛或略有灼热感;②午后低热,或五心烦热;③双目干涩。

次症:①口燥咽干;②少寐多梦;③急躁易怒;④头晕目眩。

舌脉象:舌红或有裂纹或见光剥苔,脉弦细数或沉细数。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,症状不明显者,参考舌脉象和理化检查。

(4)瘀血阻滞证

主症:①右胁部刺痛,痛有定处拒按;②入夜痛甚。

次症:①口苦口干;②胸闷纳呆;③大便干结;④面色晦黯。

舌脉象:舌质紫黯,或舌边有瘀斑、瘀点,脉弦涩或沉细。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,症状不明显者,参考舌脉象和理化检查。

(5)热毒内蕴证

主症:①寒战高热;②右肋及脘腹疼痛拒按;③重度黄疸;④尿短赤;⑤大便秘结。

次症:①神昏谵语,呼吸急促;②声音低微,表情淡漠;③四肢厥冷。

舌脉象:舌质绛红或紫,舌质干燥,苔腻或灰黑无苔,脉洪数或弦数。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,症状不明显者,参考舌脉象和理化检查。

徐景藩教授认为胆石症主要可分为肝胆湿热、肝郁气滞、肝郁脾虚、肝胃不和、寒热错杂、胆心同病等证型^[17]。路广晁总结自身临床经验,认为胆石症主要可以分为肝气郁滞、肝胆湿热、肝阴不足、脾胃虚热等4个证型^[18]。刘名扬等^[19]通过对近年文献进行总结,发现此病主要分为肝郁脾虚、肝胆郁热、湿阻脾胃、肝阴不足等证型。

从文献报道看,多数医家认为胆石症最常见的证型为肝郁气滞、肝胆湿热、肝阴不足、瘀血阻滞、热毒内蕴等5个证型。胆石症的病位肝、胆,涉及脾脏。病理因素与痰、湿、瘀、热密切相关,各因素相兼杂存,各种病机相互影响,互为因果。虽然不同阶段证候主次不同,但病因主要为情志失调、寒温不适、饮食不节或虫积等因素,从而导致胆失疏泄,胆之中清不降,湿郁化热,湿热久蕴,胆液久瘀不畅,煎熬胆汁,聚而为石。

肝郁气滞型:张雪松^[20]总结自身临床经验认为,胆石症主要分为肝郁气滞、肝胆湿热2型,且相互转化。周福生认为胆石症主要可分为气郁型、瘀滞型、湿热型3型,但总以肝胆瘀滞为主^[21]。

肝胆湿热型:张德元^[22]认为胆石症的形成:一是内伤七情,忧郁、忿怒首先伤肝,以致肝胆失于疏泄;二是内伤饮食,暴饮暴食及偏嗜膏粱厚味而致湿滞蕴阻;三为直接感染湿热邪毒,充斥肝胆。蒋爱民等^[23]提出胆石症的基本病机为湿热内蕴,气机郁结,胆失通降。董素琴等^[24]认为胆石症的病因病机:一是肝气郁结,情志抑郁,或肝失条达,疏泄不利,气机阻滞,胆汁疏泄失常,日久而成砂石;二是肝

胆湿热,饮食不节,酿生湿热,以致湿热之邪蕴结于肝胆,久煎成石。

肝阴不足型:朱培庭教授对胆石症辨证论治经验进行总结后发现,肝阴不足型患者占55.47%,且随着年龄增长,肝阴不足型所占比例有上升趋势^[25]。顾晔斌等^[26]通过回顾性分析发现肝内胆管结石以肝阴不足为主。朱振铎教授认为肝阴不足是胆石症的病理基础^[27]。

瘀血阻滞型:王和天等^[28]认为本病主要病机为痰湿、气滞、湿热或热毒、淤血、阴虚、阳虚等。《症因脉治·胁痛论》:“内伤胁痛之因……或死血停滞胁肋……皆成胁肋之痛矣。”

热毒炽盛型:《诸病源候论·急黄候》:“脾胃有热,谷气郁蒸,因为热毒所加,故卒然发黄……”。

4 治疗

4.1 西医疗治

4.1.1 胆囊结石^[29] 治疗原则是缓解症状、减少复发,消除炎症反应,消除结石,避免并发症的发生。

急性发作期:主要由胆石嵌顿于胆囊颈,引发胆囊感染而导致平滑肌痉挛。治疗以缓解症状、消除炎症反应为主。①解痉止痛:临床常用阿托品、山莨菪碱(654-2)或间苯三酚肌注或静脉注射,同时可与异丙嗪、哌替啶肌注增强镇痛效果,一般禁用吗啡(因吗啡可能促使Oddi括约肌痉挛进而增加胆管内压力加重胆绞痛);②抗感染治疗:常选用广谱抗生素,尤其对革兰阴性杆菌敏感的抗生素,如可选用哌拉西林/他唑巴坦、头孢哌酮/舒巴坦治疗、阿莫西林、左氧氟沙星,同时针对厌氧菌使用甲硝唑类具有较好效果。胆道结石梗阻或嵌顿可引起急性化脓性胆管炎,出现脓毒血症或败血症,在加强抗生素的情况下,必要时可使用激素治疗,以减轻炎症反应,增强机体应激能力;③缓解胆源性消化不良症状:可用胰酶类药物,提高消化道内胰酶的浓度从而改善腹胀症状和营养水平。

缓解期(包括无症状胆石症):主要是控制饮食,限制摄入脂肪、胆固醇过多的食物;或口服溶石药物等内科保守治疗,密切观察和随诊。溶解胆固醇结石的药物有:鹅去氧胆酸(CDCA),剂量为每日12~15 mg/kg,不良反应有腹泻与肝细胞损伤,以ALT升高为主。熊去氧胆酸(UDCA),除了具有鹅去氧胆酸的溶石作用,还可以抑制小肠吸收胆固醇,降低胆汁中胆固醇的分泌,而且不良反应较鹅去氧胆酸少。每日剂量为8~10 mg/kg,疗程12~24个月,成功溶石后继续治疗6个月。若治疗后,胆石的体积未见减小者,应停止治疗。此外,还可以促进胆汁分泌和排出,药物可用胆酸钠片和去氧胆酸片。溶

石药物只对胆固醇结石有效,且停药后容易复发,5年内复发率为50%^[30-31]。

手术治疗:对于症状反复发作或腹部超声显示胆囊壁显著增厚(>0.4 mm)或胆囊明显萎缩者,应行手术切除胆囊以根治。近来多推行保胆取石术,有效减少胆囊切除综合征,减少因胆囊切除引起的胆管损伤的发生率,术后胆囊结石虽然有一定的复发率(7%~9%),但由于保胆和损伤少,仍是很有前景的治疗方法。对于无症状性胆囊结石,是否手术应以结石大小为判断标准,结石直径>2 cm者,应当手术以防癌变。手术方式可根据病情选择开腹或腹腔镜下胆囊切除术。

4.1.2 肝外胆管结石^[32-33] 急性发作期:首先抗菌和解痉止痛仍是常规的治疗方法,近年来由于ERCP手术的逐渐推广应用,以及该手术临床疗效显著,ERCP已经是胆总管结石理想和首选治疗方法。不适合ERCP或ERCP术失败者,可以考虑十二指肠乳头切开取石术(EST)、腹腔镜胆总管切开取石术(LCBD)、腹腔镜胆囊切除术+胆管切开取石术+T管引流术等方法。对于腹腔镜胆总管切开取石术后,至少2~3周后行T管造影,如无残留结石拔除T管;如仍有结石6周后行胆道镜取石。

缓解期应控制饮食,避免油腻食物、富含胆固醇的食物,植物油有利胆作用,提倡使用植物油。应密切观察和随访。

4.1.3 肝内胆管结石^[34] 治疗原则是解除梗阻,取净结石,通畅引流,尽可能地保护肝脏功能。胆管切开取石是肝内胆管结石最基本的手术方法,可配合胆道镜、激光碎石等方法尽可能取净结石,必要时可行胆肠吻合。现今,按照规则性右前、右后段的肝段或亚肝段解剖学范围切除肝组织的肝切除术,已广泛应用于典型肝内胆管结石合并肝胆管狭窄或肝组织纤维化萎缩的病例。早期肝胆管病变局限,症状较轻,采用腹腔镜肝切除术是清除肝内胆管结石的最确切有效的方法,该法复发率低,且术中出血少、术后痛苦少。对肝内胆管结石分布于全肝各处,造成肝衰竭,或因反复胆道感染等原因造成选择性肝段(叶)瘤灶切除无法进行者,可选择肝移植治疗。肝内胆管结石引起的急性梗阻化脓性胆管炎的病例,应首选急诊经皮肝穿,胆汁引流(PTBD),术中尽可能保留有功能的肝组织,术后行胆道镜检查取石。体外震波碎石价格贵,有一定并发症,胆管内结石可试用。

4.2 中医药治疗

一般认为胆囊功能好、胆总管下端无狭窄的肝外和肝内胆管结石以及胆道术后残留结石均可用中

药排石或溶石,胆石以直径不超过 10 mm 为宜,结合 EST 排石效果更佳。

4.2.1 中医辨证治疗

(1)肝郁气滞证

治则:疏肝理气,利胆排石。

方药:柴胡疏肝散(《景岳全书》卷五十六)加减(柴胡、白芍、枳壳、香附、川芎、陈皮、金钱草、炙甘草)。加减:伴有口干苦,失眠,苔黄,脉弦数,气郁化火,痰火扰心者加丹皮、栀子、黄连;伴胸胁苦满疼痛,叹息,肝气郁结较重者,可加川楝子,香附。

(2)肝胆湿热证

治则:清热祛湿,利胆排石。

方药:大柴胡汤(《伤寒论·太阳病篇》)加减(柴胡、黄芩、厚朴、枳实、金钱草、茯苓、茵陈、郁金、大黄、甘草)。加减:热毒炽盛,黄疸鲜明者加龙胆草、栀子;腹胀甚,大便秘结者,大黄用至 20~30 g,并加芒硝、莱菔子;小便赤涩不利者加淡竹叶。

(3)肝阴不足证

治则:滋阴清热,利胆排石。

方药:一贯煎(《续名医类案》卷十八)加减(生地、沙参、麦冬、阿胶、赤芍、白芍、枸杞子、川楝子、鸡内金、丹参、枳壳)。加减:咽干、口燥、舌红少津者加天花粉、玄参;阴虚火旺者加知母、黄柏;低热者加青蒿、地骨皮。

(4)瘀血阻滞证

治则:疏肝利胆,活血化瘀。

方药:膈下逐瘀汤(《医林改错》卷上)加减(灵脂(炒)、当归、川芎、桃仁、(研泥)丹皮、赤芍、乌药、玄胡索、甘草、香附、红花、枳壳)。加减:瘀血较重者,可加三棱、莪术、虻虫活血破瘀;疼痛明显者,加乳香、没药、丹参活血止痛。

(5)热毒内蕴证

治则:清热解毒,泻火通腑。

方药:大承气汤合茵陈蒿汤(《伤寒论》)加减(大黄、芒硝、厚朴、枳实、茵陈蒿、栀子、蒲公英、金钱草、虎杖、郁金、青皮、陈皮)。加减:黄疸明显者加茵陈蒿、金钱草用至 30~60 g;神昏谵语者,信用大黄。

4.2.2 中成药治疗^[35]

(1)胆宁片:功效:疏肝利胆清热。组成:大黄、虎杖、青皮、陈皮、郁金、山楂、白茅根。用法:2~3 粒/次,3~4 次/d。适于肝胆湿热证。

(2)胆石利通片:功效:理气散结,利胆排石。组成:硝石(制)、白矾、郁金、三菱、猪胆膏、金钱草、陈皮、乳香(制)、没药(制)、大黄、甘草。用法:6 片/次,3 次/d。适于肝郁气滞或瘀血阻滞证。

(3)利胆排石片:功效:清热利湿,利胆排石。组

成:金钱草、茵陈、黄芩、木香、郁金、大黄、槟榔、枳实(麸炒)、芒硝、厚朴(姜炙)。用法:6~10 片/次,2 次/d。适于肝胆湿热证。

(4)利胆石颗粒:功效:疏肝利胆,和胃健脾。组成:茵陈、郁金、枳壳、山楂、麦芽、川楝子、莱菔子、香附、紫苏梗、法半夏、青皮、陈皮、神曲、皂荚、稻芽等 15 味。用法:1 袋/次,2 次/d。适于肝郁气滞证。

(5)胆舒胶囊:功效:疏肝理气,利胆。组成:薄荷素油。用法:4 粒/次,3 次/d。适于各型胆石症。

4.3 中医特色疗法

包括针刺疗法;穴位贴敷疗法;穴位注射疗法;按压;灸法;穴位埋线等。

针刺疗法:体针取穴常选阳陵泉、丘墟、支沟、胆囊穴、日月、期门、胆俞、足三里等。肝郁气滞者加行间、太冲,用泻法;瘀血阻滞者加膈俞、血海、地机、阿是穴,用泻法;肝胆湿热者加中脘、三阴交,用泻法;肝阴不足者加肝俞、肾俞,用补法。用毫针刺,随证补泻。耳针常取胆(胰)、肝、小三焦、脾、十二指肠、胃、肾、交感、神门、肠、耳迷根等。也有以王不留行籽贴压耳穴。

穴位注射法:选右上腹压痛点、日月、期门、胆囊、阳陵泉,用山莨菪碱注射液,1~2 穴/次,5 mg/穴。

4.4 中西医结合治疗要点

4.4.1 饮食调理 据临床观察,胆石症临床发作与饮食不慎有很大的关系,常见于油腻饮食或饱餐后诱发,因此饮食调控很重要。饮食治疗原则:①限制脂肪类食物的摄入。由于胆石症的形成与体内胆固醇过高密切相关,因此不要过多的摄入脂肪和胆固醇含量高的食物,例如肥肉、动物内脏、蛋黄、鱼子酱等。②饮食规律,重视早餐:胆石症的形成与胆汁的分泌排泄有密切相关,储存在胆囊中的胆汁如果得不到及时排泄会诱导结石形成,尤其是肝脏整夜的分泌后,没有早餐饮食的刺激排泄,不利于预防控制胆石症。③避免酒等刺激食物和过饱的饮食。味道浓烈的食物会刺激胆道的运动,容易诱发胆石症的发作,例如酒、煎、炸食物等。过饱饮食会刺激奥迪括约肌的运动,加重胆、胰的工作量,诱发胆石症的发作。④多吃一些利胆和富含维生素 A 的食物。例如菠菜、青笋、南瓜、莲藕、番茄、胡萝卜等,维生素 A 丰富,又有一定的利胆溶石作用。

4.4.2 中西医结合治疗 ①对结石比较小的(直径<10 mm)患者,包括肝内胆管结石和肝外胆管结石,都可以考虑中医辨证论治治疗,行疏肝解郁,利胆排石,并结合具有溶石作用的西药,如鹅去氧胆酸等,控制胆石症的症状与发展。②对于已经手术取

石的患者,为了避免结石的再发,中医辨证论治干预十分重要,可以通过中医辨证论治治疗,改变患者的内在环境和体质,预防结石的再发生。③对于部分胆石症,年纪较大,或不愿意手术者,可以通过中医辨证论治的方法控制胆石症的发作,与胆结石和平共处。除了药物的干预治疗,饮食的调理,情绪的畅通,心情的愉悦也很重要。

5 疗效评定标准

胆石症的疗效评价标准包括:症状、体征、影像学改变、实验室检查、中医证候疗效评价以及生活质量等方面。目前,临床试验采用的疗效评价标准多样化,使得临床试验之间无法进行有效、合理的比较,无法体现出胆石症中药治疗的疗效。因此,在临床试验中应注意统一疗效评价标准,且应细化疗效评价标准。建议以影像学改变评价为主,实验室检查、结合中医证候、单项中医症状和生存质量等评价为辅。具体如下:

5.1 影像学腹部 B 超、腹部 CT 和 MRCP 疗效评价标准

①痊愈:肝脏、肝内胆管、肝外胆管、胆囊、胆总管结石消失,形态恢复正常;②显效:胆总管、肝内胆管、肝外胆管等扩张较前减轻,结石体积(直径)缩小 $>5\text{ mm}$,或结石数目减少 $>1/3$;③有效:结石体积(直径)缩小 $<5\text{ mm}$,或结石数目减少 $<1/3$;④无效:结石无消融变化,甚或出现嵌顿、感染、穿孔等并发症。

5.2 中医证候疗效评价

疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。所有症状都分为无、轻、中、重四级,在主证分别记 0、2、4、6 分,在次证则分别记 0、1、2、3 分。临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:主要症状、体征明显改善,70% \leq 疗效指数 $<95\%$;有效:主要症状、体征明显好转,30% \leq 疗效指数 $<70\%$;无效:主要症状,体征无明显改善,甚或加重,疗效指数 $<30\%$ 。

项目负责人:李军祥、陈 諝

共识意见执笔人:梁 健

参与本共识意见专家如下(按姓氏笔画排名):

王长洪、王充志、王志坤、王彦刚、王家华、甘 淳、卢雨蓓、叶 蔚、田旭东、吕永慧、吕冠华、吕 宾、朱雄雄、危北海、刘成海、刘惠武、严红梅、劳绍贤、李天望、李军祥、李 岩、李道本、杨永和、杨春波、杨胜兰、杨家耀、肖 冰、时昭红、吴云林、吴仕文、何晓晖、沈 洪、沈 薇、张万岱、张荣华、张 清、陈文剑、陈 江、陈 延、陈治水、陈 諝、周 正、

周正华、周 韬、赵洪川、胡 玲、柯 晓、姚希贤、姚树坤、徐克成、唐 伟、唐旭东、唐志鹏、唐艳萍、黄晓燕、梁 健、梁 雪、琚 坚、董明国、智发朝、曾 浩、谢晶日、窦永起、廖志峰、翟兴红、潘 锋、魏 玮、魏品康

参考文献

- [1] Stinton L M, Shaffer E A. Epidemiology of gallbladder disease: Cholelithiasis and Cancer[J]. Gut Liver, 2012, 6(2):172-187.
- [2] 杨真真,刘大毛,肖卫东,等.胆囊结石患病率的性别差异分析[J].现代中西医结合杂志,2014,23(18):1981-1983.
- [3] 王若梅,周海燕,陈小华.老年急性胆道感染非手术治疗的临床分析[J].中华医院感染学杂志,2015,25(3):641-643.
- [4] 郎轶群,宗新宇.不同部位胆结石患者实验室指标与影像学结果的对比分析[J].中国普通外科杂志,2015,24(2):242-246.
- [5] 贾芳,徐有青.内镜超声诊断胆总管微结石 23 例临床分析[J].中国实用内科杂志,2014,34(6):613-615.
- [6] 胡国辉.多层螺旋 CT 胆道成像对胆道病变的诊断价值分析[J].数理医药学杂志,2015,28(2):176-177.
- [7] 陈淑娜,丁世华,刘新民. B 超、MRCP、ERCP 诊断胆总管结石的对比分析[J].热带医学杂志,2011,11(7):793-795.
- [8] 顾松红,雷海燕,朱文钟,等.MRCP 和 ERCP 对老年病人胆道结石诊断的对比分析[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2012,10(5):48-50.
- [9] 张军军.螺旋 CT 平扫在胆囊结石成分判断中的应用价值评析[J].中国实用医药,2016,11(11):63-64.
- [10] Akute O O, Alegbeleye B J, Afolabi A O. Mirizzi syndrome: report of a case and the challenge of management in our environment[J]. Afr J Med Med Sci, 2013, 42(1):107-110.
- [11] Bassi M, Muratori R, Larocca A, et al. Gallbladder endoscopic drainage plus extracorporeal shock wave lithotripsy for Mirizzi syndrome type I complicated by acute cholecystitis[J]. Dig Liver Dis, 2014, 46(10):961-962.
- [12] 马进,李智涛.重症急性梗阻性化脓性肝胆管炎的临床特点[J].中华肝胆外科杂志,2004,10(2):89-90.
- [13] 刘天锡,方登华,关斌颖,等.胆道出血的原因诊断与治疗[J].肝胆外科杂志,2014,22(4):286-289.
- [14] Baron T H, Grimm I S, Swanstrom L L. Interventional Approaches to Gallbladder Disease[J]. N Engl J Med, 2015, 373(4):357-365.
- [15] 罗云坚,余绍源.消化科专病中医临床诊治[M].北京:人民卫生出版社,2000:401-433.
- [16] 危北海,张万岱,陈治水.中西医结合消化病学[M].

- 北京:人民卫生出版社,2003:1030-1042.
- [17] 叶柏,陈静,徐景藩治疗胆囊炎、胆石症六法[J].江苏中医药,2014(8):11-13.
- [18] 吴成胜,路广晁治疗胆石症经验[J].山东中医杂志,2005,24(1):48-50.
- [19] 刘名扬,于庆生,梁久银,等.胆石症从肝论治评述[J].安徽中医药大学学报,2016,35(1):93-96.
- [20] 张雪松.胆石症辨证施治的临床体会[J].黑龙江医学,2003,27(10):762-762.
- [21] 于丰彦,周小军,周福生教授治疗胆石症经验介绍[J].新中医,2008,40(9):20-20.
- [22] 张德元.胆病辨治浅析[J].陕西中医,2011,32(1):125-126.
- [23] 蒋爱民,蒋鑫泉.自拟五金利胆排石汤治疗湿热型胆石症临床观察[J].辽宁中医杂志,2008,35(1):91-92.
- [24] 董素琴,孙景利.胆石症的中医辨证施护[J].光明中医,2012,27(12):2548-2549.
- [25] 李炯.朱培庭教授治疗肝阴不足型胆石病经验[J].四川中医,2015(5):1-3.
- [26] 顾晔斌,余奎,张静喆.胆石病证候分布特点及其相关因素分析[J].中国中医基础医学杂志,2012,(2):137-138.
- [27] 赵立群.朱振铎教授从肝调治老年胆石症[J].中华中医药学刊,2005,23(8):1372-1374.
- [28] 王和天,刘殿池,赵荣莱.胆石症的中医病因病机[J].世界华人消化杂志,2001,9(9):1031-1033.
- [29] 肖冰,青青,智发朝.胆石症的药物治疗[J].现代消化及介入诊疗,2010,15(6):358-362.
- [30] Rabenstein T, Radespiel-Tröger M, Höpfner L, et al. Ten years experience with piezoelectric extracorporeal shockwave lithotripsy of gallbladder stones. [J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2005, 17(6):629-639.
- [31] Guarino M P, Cocca S, Altomare A, et al. Ursodeoxycholic acid therapy in gallbladder disease, a story not yet completed. [J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(31):5029-5034.
- [32] 高君,丁雪梅,孙文兵.胆总管结石的现代治疗[J].中国临床医生,2012,40(1):19-23.
- [33] 田正凤,申素芳,陈洪,等.ERCP治疗胆总管结石的临床分析[J].中外医疗,2010,29(14):18-18.
- [34] 尹新民.腹腔镜肝切除治疗肝内胆管结石[J].肝胆外科杂志,2016,24(2):81-83.
- [35] 宋民宪,郭维佳.新编国家中成药[M].北京:人民卫生出版社,2002:112,467-468,757.

医学论文英文摘要中作者署名与作者单位的书写规范

英文摘要是一篇可以离开论文而独立存在的短文,常被收录进数据库及文摘杂志,英文摘要与论文一样,应在其题名下方“列出全部著者姓名及其工作单位”。这是体现著者文责自负和拥有著作权的标志。如果只列出前3人,就等于剥夺了其著者的署名权,这是违反《著作权法》有关规定的。

作者姓名的写法:GB7714-87规定,个人著者采用姓在前、名在后的著录形式。中国作者姓名按汉语拼音拼写。不同工作单位的作者姓名的右上角标以1、2、3等角码与下所注工作单位相对应。

作者的工作单位:作者的工作单位书写应遵照英美医学论文中小单位在前、大单位在后的习惯,在我国医学期刊中大多采用这种格式,在大学(University)的2级单位的书写上,有人建议学院和系应用 College of …, School of …, Faculty of …, Department of … 来表示;三级单位的教研室用 Section of …, Unit of … 来表示。但大多数医学期刊在表达2级和3级单位时,均用 Deptment of … 表示。除实词的首字母大写外,其余均小写。第一作者单位名称后写出所在省市名和邮政编码[工作单位所在地除直辖市、省会城市外还应冠以省名,省名与市(县)名之间用逗号“,”隔开],并在邮政编码后写出国名“China”。单位名称与省市名之间以及邮政编码与国名之间间隔以逗号“,”;其他作者只需标注工作单位。