

# 胆囊切除术后综合征的中医认识和治疗进展

孙飞, 彭海燕

## ■背景资料

胆囊炎、胆石症是临床常见病, 胆囊切除术是治疗胆囊疾病的常用治法之一, 但是有部分行胆囊切除的患者几个月后或很短的时间内又出现与胆囊疾病有关的临床证候群, 临床上统称为“胆囊切除术后综合征”。胆囊切除术后综合征的临床表现较为复杂, 包括非特异性的消化系统症状: 如上腹部闷胀不适、腹痛、肩背部疼痛不适、消化不良、食欲减退、恶心或伴呕吐、嗝气、大便次数增多等, 还包括特异性胆道症状: 如右上腹剧痛、胆绞痛、发热、黄疸等。

孙飞, 彭海燕, 南京中医药大学第一临床医学院中医内科学教研室 江苏省南京市 210029

作者贡献分布: 彭海燕负责论文整体构思、中英文摘要及结论撰写, 并负责补充与修改; 孙飞负责文献检索与摘录。

通讯作者: 彭海燕, 副教授, 210029, 江苏省南京市, 南京中医药大学第一临床医学院中医内科学教研室. phy7073@163.com

收稿日期: 2010-02-05 修回日期: 2010-04-29

接受日期: 2010-05-10 在线出版日期: 2010-06-08

## Advances in understanding and treatment of postcholecystectomy syndrome by Chinese medicine

Fei Sun, Hai-Yan Peng

Fei Sun, Hai-Yan Peng, Department of Chinese Internal Medicine, the First Clinical College of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Associate Professor Hai-Yan Peng, Department of Chinese Internal Medicine, the First Clinical College of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029, Jiangsu Province, China. phy7073@163.com

Received: 2010-02-05 Revised: 2010-04-29

Accepted: 2010-05-10 Published online: 2010-06-08

## Abstract

The purpose of this paper is to review the etiology, pathogenesis, syndrome differentiation and treatment of postcholecystectomy syndrome by Chinese medicine (CM). According to CM theory, the basic pathological mechanism of postcholecystectomy syndrome is the failure of liver and gallbladder in keeping smooth flow of Qi and of spleen and stomach in transportation and transformation, and the retention of dampness-heat. The commonest clinical syndromes are liver Qi depression, spleen deficiency, dampness-heat, etc. The most frequently used therapeutic methods are regulating Qi movement, eliminating dampness, dissolving phlegm, purging Fu-organ and harmonizing liver and spleen.

Key Words: Postcholecystectomy syndrome; Chinese medicine; Syndrome differentiation treatment

Sun F, Peng HY. Advances in understanding and treatment of postcholecystectomy syndrome by Chinese medicine. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2010; 18(16): 1694-1700

## ■同行评议者

秦建民, 副教授, 上海中医药大学附属普陀医院肝胆外科

## 摘要

本文综述了中医学对胆囊切除术后综合征(postcholecystectomy syndrome, PCS)的病因病机认识、辨证分型及治法方药, 中医学认为PCS发病的基本机制为肝胆失于疏泄、脾胃失于运化、湿热留滞, 临床常见肝郁、脾虚、湿热等证, 治法以理气、利湿、化痰、通腑、调养肝脾为主。

关键词: 胆囊切除术后综合征; 中医药; 证治

孙飞, 彭海燕. 胆囊切除术后综合征的中医认识和治疗进展. 世界华人消化杂志 2010; 18(16): 1694-1700

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/18/1694.asp>

## 0 引言

胆囊切除术后综合征(postcholecystectomy syndrome, PCS)是指手术切除胆囊后原有的症状没有消失, 或在此基础上又有新的症状发生的症候群, 包括轻度非特异性的消化系统症状, 如上腹部闷胀不适、腹痛、肩背部疼痛不适、消化不良、食欲减退、恶心或伴呕吐、嗝气、大便次数增多等和特异性胆道症状, 如右上腹剧痛、胆绞痛、发热、黄疸等<sup>[1]</sup>. 本病成因较复杂, 病因诊断尚存在一定难度, 单纯的对症治疗疗效不佳, 而中医药对于本病有着独到的认识和丰富的治疗经验, 按照中医理论进行辨证论治, 灵活加减用药, 临床疗效显著。

## 1 病因病机认识

《灵枢·本输》曰: “肝合胆, 胆者中精之腑”; 《难经》曰: “胆在肝之短叶间, 重三两二铢, 盛精汁三合”, 并称胆为“清净之府”; 《脉经》曰: “肝之余气, 泄于胆, 聚而成精”. 中医学认为, 肝为脏在里, 胆为腑在表, 二者在生理功能上同主疏泄, 肝化生和排泄胆汁, 胆贮存胆汁, 共同促进消化吸收功能. 然而胆既是六腑之一, 又属奇恒之腑, 如《类经·藏象类》说: “然胆居六腑之一, 独其藏而不泻, 与他腑之传化者为异”. 胆既不直接接受水谷, 也不直接传化糟粕, 而是贮藏胆汁, 促进脾胃的消化吸收. 《素

问·六节藏象论》曰:“藏象何如?……凡十一藏,取决于胆也”,虽然此说颇有争论,但多数医家认为是肝与胆相合,共同完成着重要的生理功能。《素问·灵兰秘典论》说:“肝者,将军之官,谋虑出焉。胆者,中正之官,决断出焉”;《类经·藏象类》说:“胆附于肝,相为表里,肝气虽强,非胆不断,肝胆相济,勇敢乃成”;《医参》说:“气以胆壮,邪不可干,故曰十一脏取决于胆也”。只有肝胆疏泄正常,中焦枢纽畅通,正气才能健旺,抵御外邪。胆主决断与肝主谋虑实际上反映了人体正气的盛衰,只有正气强盛,内气充实的人,才能主决断而有果敢行为。

患者在行胆囊切除术时心理压力加大、精神紧张,导致脏腑之气机逆乱,因而不能行使其正常功能。胆囊切除术后患者正气虚弱,肝胆络损,血瘀气滞,肝胆疏泄失常,胆汁不能正常贮存与排泄,因而导致诸多病症。《灵枢·五邪篇》曰:“邪在肝,则两胁中痛”;《胀论》曰:“胆胀者,胁下痛胀,口中苦,善太息”,描述了临床上肝胆病变常见症状为胁痛、胁胀、暖气、口苦等,而脾胃与肝胆同居中焦,在病理情况下常发生传变;《灵枢·经脉篇》曰:“肝足厥阴之脉……循股阴,入毛中,过阴器,抵小腹,挟胃,属肝,络胆”;《灵枢·病传篇》曰:“病先发于肝,三日而之脾,五日而之胃”;《素问·至真要大论》曰:“少阳之胜,热客于胃,烦心心痛,目赤欲呕,呕酸善饥,耳痛溺赤,善惊澹妄,暴热消烁”。肝胆疏泄失职,胆汁排泄不畅,不能促进脾胃运化功能,以致脾胃运化不健,患者常见纳差腹胀,大便不调,甚至恶心呕吐。若肝气郁结日久则易化热,邪热犯胃,又可致胃脘灼热嘈杂,泛吐酸水,口干口苦等症。《素问·平人氣象论》曰:“溺黄赤,安卧者,黄疸;……目黄者,曰黄疸”,若湿热中阻,升降失常,胆汁不循常道而外溢,则形成尿黄目赤、全身发黄之黄疸。气郁之火或为湿热之邪,加之手术中失血,总易导致阴血耗伤,肝胆属木,体阴用阳,阴虚失养,失其柔顺之性,又易致火旺,扰动心神,因而可见心烦、易惊。

总之,胆的主要生理功能为贮存胆汁,与肝相为表里,同主疏泄,根据PCS的临床特征,本病病因以情志、饮食因素为主,其主要病位在中焦肝胆脾胃,常表现为肝郁脾虚,木土失和,肝胆疏泄失职,脾胃运化不健,病理性质有虚有实,而以实证居多,实证以气滞、血瘀、湿热为主,虚证多属脾气虚弱、肝阴不足,临床常见虚实

夹杂证候。

## 2 辨证分型

李军<sup>[2]</sup>将本病分为肝郁脾虚、肝气郁结、肝胃郁热、肝胆湿热、肝阴不足5个证型,肝郁脾虚证症见不思饮食,稍进油腻即排稀便,大便次数增多,肠鸣,腹胀腹痛,泻后痛止,舌淡苔薄,脉弦缓;肝气郁结症见胁肋胀痛,走窜不定,胸闷气短,饮食减少,暖气,女子经前乳胀、少腹坠胀,舌淡、苔薄、脉弦;肝胃郁热证症见胃脘灼痛,餐后更甚,暖气泛酸,口干口苦,舌红、苔黄,脉弦数;肝胆湿热证,症见胁痛口苦,胸闷纳呆,上腹饱胀,恶心呕吐,或厌油,目赤或目黄、身黄、小便黄,大便秘结,舌质红、苔黄腻,脉弦滑数;肝阴不足证症见胁肋隐痛,绵绵不休,遇劳加重,或见灼痛,嘈杂泛酸,口干咽燥,头晕目眩,舌红少苔,脉细弦数。王晓燕等<sup>[3]</sup>将本病分为肝胆湿热、气滞血瘀、肝气犯胃、肝气郁结、热结阳明5个证型,肝胆湿热证患者常见术后复发或残余结石、伴见感染、出现黄疸者,气滞血瘀证患者常于术后出现类似胆绞痛发作的症状,肝气犯胃证患者术前多合并有胆汁反流性胃炎或胆源性胰腺炎,影响食物消化吸收出现腹痛腹胀、返酸暖气或恶心呕吐,肝气郁结证患者术后肝郁不舒、情志不遂出现胁痛、暖气、头晕目眩、心烦易怒及失眠诸症而无胆道器质性病变,热结阳明证患者术后见右上腹胀痛、恶心、纳差、低热及肝下实质性包块。李志宏<sup>[4]</sup>搜集了300例PCS患者的临床资料,辨证分为气滞型105例,多见于胆总管炎性狭窄患者,症见胁肋胀痛或窜痛,胸脘胀满,得矢气则胀减,善叹息,纳呆或呃逆暖气,心烦易怒,舌淡苔白,脉弦;湿热型89例,多见于肝内胆管结石,胆总管探查取石, T型管引流,胆囊造瘘术及残余结石者,症见胁肋疼痛,呕恶,口苦,纳呆,便干或稀,头重身重,胸闷或伴有黄疸,尿黄,舌苔白腻或黄腻,脉濡数;脾虚型70例,多见于胆囊术后体质差,食欲不振及消化不良者,症见精神倦怠,乏力,纳差,便溏次多或胃脘胀满不舒,完谷不化,舌苔白,脉弱;阴虚型36例,多见于素体阴虚者,症见胁痛隐隐,口干,便干,尿黄少,五心烦热,头晕失眠,舌质红无苔,脉细数。刘传珍<sup>[5]</sup>根据其多年临床经验,将PCS患者分为6型:肝胆湿热型、肝郁气滞型、脾虚胃弱型、寒凝阳衰型、胆扰心神型和血瘀气滞型。肝胆湿热型症见胁肋疼痛,脘腹痞满,口苦尿赤,食少纳呆,肢体困重,舌苔黄厚,脉弦滑数;肝郁气滞型症见

## ■研究前沿

结石形成、Oddi括约肌功能障碍是现代医学对PCS研究的热点,同时也为中医药治疗本病提供了新的思路。中医药治疗PCS目前仍存在着没有统一的诊断和证型量化指标、疗效判断标准不一等问题,今后有待加强宏观辨证与微观辨病治疗PCS的研究,进一步探讨其论治规律。

# 创新盘点

中医药对于PCS病因病机的认识充分体现了中医对于肝、胆、脾、胃、中焦脏象学的理论特色,也贯穿着阴阳五行学说的应用,无论在胆囊手术前与后均有良好的治疗作用,并且强调手术后原先造成结石、息肉生成的病变基础依然存在,如气滞、湿热等,而手术又造成了络损血瘀、脏腑受伤,因此在手术后应及时调治,防治并发症。

心下痞满,脘胁胀痛,口苦暖气,肠鸣漉漉,纳谷呆滞,舌淡红,苔薄黄,脉弦;脾虚胃弱型症见右上腹或上腹部胀痛或隐痛,腹胀纳呆,逐渐消瘦,神疲倦怠,面色萎黄,舌淡苔薄白微腻,脉弦缓;寒凝阳衰型症见少气懒言,巩膜、皮肤色黄黯晦,眼神呆滞,饮食不思,口干不欲饮,腹胀膨隆,明显消瘦,低热,畏寒喜暖,下肢水肿,大便溏薄或溏而难解,尿色深黄,尿少,舌淡无华,脉沉细无力或沉弦细弱;胆扰心神型症见懊恼不宁,头晕目眩,胸满胁痛,心悸不宁,口苦泛酸,心烦易怒,舌红苔白,脉弦数;血瘀气滞型症见肤色黯晦,皮肤瘙痒,右上腹刺痛,纳呆恶心,消瘦,倦怠乏力,饱闷腹胀,便溏尿少,脉弦细。栗喜然<sup>[6]</sup>将本病分为气郁湿热、气滞挟湿、气滞血瘀、气郁阴虚4型,气郁湿热型主症为:右上腹胀痛或绞痛,间歇发热,口苦,咽干,呕恶,大便干或溏,苔黄腻,脉弦滑。气滞挟湿型主症为:右上腹隐痛,胸闷不舒,口苦,呕恶,小便微黄,苔薄白,脉弦滑。气滞血瘀型主症为:右肋刺痛,胸闷不舒,面色晦暗,口苦,舌紫暗或有瘀斑,脉弦涩。气郁阴虚型主症为:右上腹疼痛不适,纳差,口干,大便少而干结,舌红苔少,脉弦细。

总体上,PCS在临床常见证型以实证为多,病程较长者常多见虚实夹杂证,各型之间可以相互转化兼夹,如气滞证可兼湿热、血瘀,热邪炽盛可伤阴,阴虚又易致火旺,肝胆气胜可乘犯脾胃,而脾胃虚弱、运化不及又能导致土壅侮木,临证当详辨各证型之间的内在联系,以便在治疗时能掌握好标本主次。

## 3 治法方药

3.1 辨证施治 李军<sup>[2]</sup>对肝郁脾虚证治以抑肝扶脾,方选《景岳全书》二术煎,肝气郁结证治以疏肝理气,方选柴胡疏肝散,肝胃郁热证治以疏肝泄热和胃,方选化肝煎合左金丸,肝胆湿热证治以清肝利湿,方选龙胆泄肝汤,肝阴不足证治以养阴柔肝,方选择一贯煎。李志宏<sup>[4]</sup>对气滞型PCS治以疏肝理气止痛,方用柴胡疏肝散加味,药用柴胡、陈皮各10 g,白芍、枳壳、佛手各15 g,香附、郁金、延胡索各12 g,甘草5 g。伴胆管炎症加黄芩12 g,金钱草30 g,虎杖15 g。湿热型治以清热利湿为主,方用大柴胡汤加味,药用柴胡、大黄(后下)、枳实、半夏、厚朴、藿香各10 g,黄芩、白芍各12 g,金钱草、茵陈各10 g,结石未尽者加郁金、鸡内金各10 g,黄疸加虎杖15 g、黄柏10 g,湿重加薏苡仁30 g。脾虚型治以健脾和胃,方用香砂六君子汤加味,药用:木

香、砂仁各6 g,党参15 g,白术、茯苓、陈皮、半夏各10 g,炒山药20 g,炙黄芪30 g,大枣3枚,生姜、炙甘草各5 g;伴消化不良者合保和丸同服,肝郁脾虚者加柴芍六君子汤加味。阴虚型治以滋阴养肝为主,方用一贯煎加味,药用:生地30 g,沙参、麦冬、当归、枸杞、川楝子、延胡索各12 g,枣仁15 g,山楂20 g。栗喜然<sup>[6]</sup>对气郁湿热型治以疏肝理气,清热利湿,方药如下:金钱草15 g,金铃子10 g,柴胡10 g,黄芩10 g,木香10 g,沉香6 g(后下),龙胆草15 g,蒲公英15 g。气滞挟湿型治以疏肝理气,化湿利胆,方药如下:柴胡10 g,白芍10 g,佛手15 g,白豆蔻6 g(后下),白术10 g,苡仁15 g,茵陈15 g,金钱草15 g,郁金10 g。气滞血瘀型治以理气化瘀,清肝利胆,方药如下:柴胡10 g,黄芩10 g,丹参10 g,郁金10 g,金钱草10 g,赤芍10 g,延胡索10 g,姜黄10 g,大黄10 g,三七8 g。气郁阴虚型治以理气疏肝,养阴利胆,方药如下:金铃子10 g,沙参15 g,白芍10 g,佛手10 g,女贞子10 g,旱莲草10 g,茵陈10 g,郁金10 g。3.2 专方治疗 在PCS的治疗中,许多医家针对某种特殊证型,采用专方治疗,取得了显著的疗效。如以疏利肝胆为主的方剂:段晓刚等<sup>[7]</sup>用柴胡疏肝散加减:柴胡10 g,陈皮10 g,白芍15 g,枳壳8 g,香附10 g,炙甘草6 g,郁金10 g,川芎10 g。右上腹胀痛者加青皮10 g,延胡索10 g;纳差者可加姜半夏10 g,竹茹10 g,麦芽15 g;口干口苦烦躁易怒,舌红苔黄者加栀子10 g;丹皮10 g,黄芩10 g,大黄12 g;倦怠乏力便溏者加党参12 g,炒白术10 g,山药18 g,茯苓10 g。治疗胆囊切除术后综合征42例,结果治愈33例,好转7例,无效2例,总有效率95.24%。王天平<sup>[8]</sup>用柴胡舒肝散加味:柴胡10 g,枳实15 g,白芍30 g,甘草6 g,川芎15 g,香附12 g,香橼12 g,佛手12 g,丹参20 g,旋覆花9 g,代赭石10 g,延胡索12 g,金钱草15 g,总有效率达93.3%。张华斋等<sup>[9]</sup>采用疏肝化滞汤:鸡内金15 g、茯苓12 g、枳壳10 g、蓬莪术6 g、白芍12 g、苍术12 g、焦三仙12 g、川楝子15 g,急性发作期用汤剂治疗,缓解期用散剂治疗。孙建飞等<sup>[10]</sup>用六郁汤加减:苍术8 g,香附10 g,川芎10 g,栀子10 g,陈皮12 g,半夏10 g,茯苓15 g,砂仁8 g,甘草5 g,生姜3片。张兵<sup>[11]</sup>运用清胆汤治疗:柴胡、黄芩、金银花、连翘、蒲公英、丹参、生姜、半夏、枳实、大黄、大枣、甘草。刘宝山<sup>[12]</sup>自拟疏肝利胆汤治疗:柴胡10 g,白芍10 g,枳实10 g,茵陈10 g,郁金10 g,川楝子5 g,甘草6 g。随症加减:胁痛重者加元胡10 g;胁肋掣痛、心急

烦躁、舌红苔黄者,加丹皮6 g、炒栀子6 g;胁痛、肠鸣腹泻者,去枳实,加白术10 g、茯苓10 g;厌食、腹胀、恶心者,加陈皮10 g、半夏6 g,临床总有效率为84.62%。

以调和肝脾为法的方剂如:鲁礼科等<sup>[13]</sup>用逍遥散加减:柴胡、白芍、当归、茯苓、白术。上腹饱胀、疼痛者加延胡索、山楂、田三七、赤芍、香附、厚朴、青皮;食欲不振、消化不良者加神曲、山楂、陈皮、麦芽、鸡内金、连翘;心烦易怒者加黄芩、枳实、百合、郁金、青皮、枣仁、五味子。治疗组总有效率为91.7%。熊翔<sup>[14]</sup>自拟疏肝健脾汤:柴胡9 g,陈皮10 g,炒枳壳9 g,乌药9 g,木香6 g,炒白术10 g,茯苓12 g,砂仁6 g,姜半夏9 g,干姜10 g,茵陈10 g,焦三仙各15 g。腹胀较重者加青皮10 g;肠鸣、泄泻明显者加防风9 g,桂枝10 g,茯苓增至15 g。治疗胆囊切除术后胃肠道功能紊乱56例,有效率为100%。吴菊生等<sup>[15]</sup>自拟疏肝利胆健脾方:党参15 g,大叶金钱草20-30 g,广郁金20 g,鸡内金15 g,炒白术10 g,茯苓10 g,柴胡12 g,香橼皮6 g,海金沙(包煎)20 g,虎杖10 g,炙甘草6 g。辨证加减:肝郁气滞型加佛手10 g、川楝子10 g;肝胆湿热型加茵陈15 g、黄芩10 g、金银花10 g;肝胆不利、气滞血瘀型加香附10 g、木香10 g、八月札10 g、当归10 g、丹参10 g;肝肾阴虚型加枸杞子10 g、女贞子10 g、旱莲草10 g;痛甚者加延胡索15-20 g。方盛泉等<sup>[16]</sup>自拟疏肝利胆和胃方治疗:半夏、柴胡、太子参、枳实、佛手、白蔻仁、黄芩、黄连、吴茱萸、大枣、生姜、茵陈、川楝子、延胡索,随症加减:肝胃不和者予原方;肝胆湿热者加龙胆草、佩兰;脾胃虚弱者去黄芩,加炒山药、白术;瘀血内停者加丹参、五灵脂;肝阴不足者加白芍药,结果治愈21例,有效19例,无效5例,总有效率为88.89%。张练等<sup>[17]</sup>以健脾利胆方治疗:黄芪、党参、山药、茯苓、炒扁豆、莲子肉、乌梅、焦山楂各20 g,柴胡、白术、鸡内金各10 g,砂仁、罂粟壳、甘草各6 g,并随症加减。何军明等<sup>[18]</sup>以平胃散加味治疗腹腔镜胆囊切除术后腹泻患者:苍术、厚朴、陈皮、甘草、生姜、大枣、茵陈、茯苓、泽泻,总有效率为96.67%。耿少民<sup>[19]</sup>以半夏泻心汤治疗:半夏、干姜、黄芩、黄连、党参、大枣、甘草,观察腹胀、上腹烧灼、纳差、右上腹隐痛、腹泻这五个指标改善情况,结果治疗组总有效率明显优于对照组,提示半夏泻心汤治疗PCS具有泻心消痞、补中扶正、调和寒热之功效。宋金凯<sup>[20]</sup>以柴胡桂枝干姜汤加减治疗胆

囊术后泄泻患者:柴胡10 g,黄芩10 g,炙甘草3 g,桂枝5 g,干姜5 g,生鸡内金10 g,炒白术12 g,生山药12 g,气郁者加青皮、香附、佛手;食滞加炙鸡内金、麦芽、神曲、枳壳;胃气上逆加茯苓、法半夏,治疗54例,总有效率为85.2%。梁凤凌<sup>[21]</sup>以藿朴夏苓汤加减治疗:藿香10 g,厚朴10 g,半夏10 g,茯苓30 g,猪苓10 g,杏仁10 g,白豆蔻10 g,薏苡仁30 g,淡豆豉10 g,泽泻10 g,甘草6 g。体虚者加党参30 g;口苦、苔黄腻者加黄芩15 g,紫苏梗10 g;腹胀加白术15 g,木香10 g,陈皮10 g;腹痛加白芍30 g,丹参15 g;便秘加生地30 g,枳实10 g,便溏加葛根30 g,防风10 g;口干少尿者去杏仁、白豆蔻、淡豆豉、猪苓、泽泻。

以通降化瘀为法的方剂如:高丹枫<sup>[22]</sup>自拟利胆排石汤:金钱草30-50 g,郁金20 g,鸡内金25 g,海金沙30 g(包煎),虎杖根25 g,黄连6 g,生大黄6-10 g,生黄芪25 g,党参10 g,炒枳壳10 g,青皮、陈皮各10 g,赤芍、白芍各10 g,川牛膝20 g,茯苓12 g。肝郁气滞型加柴胡、川楝子、佛手各10 g;肝胆湿热型加茵陈蒿15 g,黄芩、金银花各10 g;肝胆不和、气滞血瘀型加香附、木香、当归、丹参各10 g;肝肾阴虚型加枸杞、女贞子、旱莲草各10 g;痛甚加延胡索10 g。4 wk为1疗程,2个疗程后评定疗效,治疗40例,总有效率85%。郭吕等<sup>[23]</sup>自拟通腑理肠饮:生大黄15 g,芒硝10 g,厚朴10 g,莱菔子10 g,炒枳壳10 g,桃仁10 g,淡黄芩10 g,山楂10 g,火麻仁10 g,大腹皮10 g,法半夏10 g。通过临床观察对照显示,接受腹腔镜胆囊切除术的患者在围手术期用通腑理肠饮能促进其胃肠功能的恢复。郑长才<sup>[24]</sup>以大柴胡汤加减治疗:柴胡10 g,黄芩9 g,半夏10 g,大黄6 g,枳实20 g,元胡20 g,焦三仙各15 g,白芍20 g,炙甘草6 g。痛甚者加生蒲黄10 g,并重用元胡至40 g,呃逆、泛酸者加黄连6 g,炒吴茱萸10 g,口干苦、心烦者加丹皮10 g,栀子10 g,竹叶10 g,肠鸣、泄泻者加补骨脂15 g,肉豆蔻15 g,便秘者加火麻仁10 g,郁李仁10 g,每日1剂,水煎2次,早晚分服。余胜利<sup>[25]</sup>用膈下逐瘀汤治疗:当归、赤芍、川芎、桃仁、丹皮、五灵脂各10 g,红花6 g,香附、乌药、延胡索、枳壳各10 g,甘草6 g。肠鸣腹泻加白术、茯苓各15 g,米仁30 g;便秘加制大黄25 g,青皮10 g,莱菔子20 g;厌食、厌油腻加炒山楂、炒二芽各30 g;恶心呕吐加半夏、竹茹各10 g,陈皮6 g;心烦口苦加黄连6 g,黄芩15 g,焦山栀10 g;不寐多梦加酸枣仁20 g,夜交藤、龙骨各30 g;心神不宁加炙甘草10 g,淮小麦30 g,大枣10枚。许正国等<sup>[26]</sup>用疏肝祛瘀

#### ■应用要点

PCS成因较复杂,病因诊断尚存在一定难度,单纯的对症治疗疗效不佳,而中医药对于本病有着独到的认识和丰富的治疗经验,按照中医理论认识PCS的病因病机,并进行辨证论治,灵活加减用药,能取得显著的临床疗效。

# ■名词解释

胆囊切除术后综合征:是指手术切除胆囊后原有的症状没有消失,或在此基础上又有新的症状发生的证候群。

排石汤:柴胡10 g、枳实10 g、枳壳10 g、大黄12 g、当归10 g、桃仁6 g、红花6 g、生地黄12 g、茵陈15 g、垂盆草30 g、白芍15 g、赤芍15 g、连翘10 g、金银花10 g、金钱草30 g、海金沙15 g、郁金12 g、甘草6 g,总有效率为92.3%。邵寄民等<sup>[27]</sup>自拟清胆镇逆汤:黄连、柴胡各5 g,吴茱萸、制大黄、血竭各3 g,黄芩、半夏、旋复花、木香、枳壳、白术各10 g,白芍、赤芍、茵陈、白及各15 g,代赭石30 g。湿盛加苍术、厚朴;热盛加龙胆草、蒲公英;阴虚加石斛、麦冬;气虚加党参、黄芪;痛甚加五灵脂、延胡索。

3.3 口服配合外治 在PCS的治疗中,一些医家不仅采用中药口服制剂,还同时运用了针灸、灌肠、外敷等外治方法,取得了更好的疗效。栗喜然<sup>[6]</sup>在口服中药同时配合针灸,分别取穴胆俞、阳陵泉、期门、太冲、丘墟、足三里等针刺或电针,以疏通经络气血。王其德等<sup>[28]</sup>用针刺配合耳穴贴压,让患者取俯卧位,皮肤常规消毒,取膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞,进针40 mm深,三焦俞、肾俞进针65 mm深。针刺时针尖与皮肤呈45°斜对脊柱,快速进针,采用提插捻转法,酸胀得气后,留针30 min。每日针刺1次,10 d为一疗程,休息3-5 d再进行第2疗程,耳压法操作为将耳郭皮肤常规消毒,用王不留行籽贴压于肝、胆、胰、脾、胃、十二指肠、大肠、小肠、神门、交感等耳穴上,两耳交替贴压。每周2次,20 d为一疗程。嘱患者每日按压耳穴数次,至耳郭发热稍感疼痛为止,约3-5 min。胡晓生等<sup>[29]</sup>以口服中药配合针灸治疗,中药以疏肝理气、化瘀止痛、和胃降浊为主:柴胡15 g,黄芩12 g,赤芍、白芍各15 g,延胡10 g,大黄10 g,丹皮15 g,当归10 g,姜黄9 g,三七9 g。针灸取穴日月(右)、阳陵泉、丘墟、肝俞(右)、胆俞(右)、期门、膈俞、中脘。随证加减:发热、黄疸、咽干口苦者,加茵陈20 g,栀子15 g,胆草15 g,针刺加曲池、支沟;腹胀满不适、大便不通,加炒莱菔子30 g,厚朴10 g,车前子15 g,生大黄20 g(后下),针刺加用足三里、大肠俞、小肠俞;恶心呕吐明显者,加竹茹10 g,半夏10 g,陈皮10 g,针刺可加用内关、公孙、足三里;泛酸灼热者,加左金丸10 g,仙鹤草10 g,针刺加用天突、膈俞、内关。李万鹏<sup>[30]</sup>运用口服中药配合针灸治疗,中药以疏肝利胆汤加减:柴胡10 g、郁金10 g、炒白芍15 g、枳壳10 g、黄芩10 g、丹参15 g、桃仁10 g、元胡10 g、片姜黄10 g、鸡内金10 g、大黄5 g。腹部胀满者加厚朴30 g、大腹皮15 g;大

便不通者加炒莱菔子30 g、生大黄5 g;黄疸、口苦者加茵陈15 g、龙胆草10 g;纳差食少者加炒麦芽20 g、焦山楂15 g;恶心、呕吐者加制半夏10 g、竹茹15 g;全身乏力者加党参10 g、黄芪15 g;发热者柴胡加至30 g。针灸取穴:期门、内关、中脘、肝俞(右)、胆俞(右)、足三里、日月(右)、膈俞,手法为:期门、肝俞、胆俞、日月用泻法,内关、中脘、足三里、膈俞用补法,每日1次,每次30 min。李志英等<sup>[31]</sup>在给予患者一般常规治疗的同时加中药大承气汤保留灌肠:大黄15 g,炒莱菔子25 g,桃仁、赤芍、当归各10 g,厚朴、枳实、丹参各12 g,芒硝20 g,结果显示患者术后胃肠功能恢复情况明显优于对照组。刘乔平等<sup>[32]</sup>采用中药内服外敷治疗胆囊切除术后胆道动力障碍,内服自拟方如下:柴胡、木香、川厚朴、砂仁、苍术、白芍各15 g,炒枳壳、郁金、蒲公英各20 g,川黄连、制大黄、五灵脂、陈皮各10 g,蒲黄12 g(纱布包煎),生甘草6 g。加水适量浸泡30 min,煮沸15-20 min,滤渣取汁约150 mL,加入沉香末1.5 g混匀待温度适中时服下,每日3次,10 d为一疗程,服药期间忌食油腻、生冷食物。外治方用金叶子、桂花矮陀、掉毛草、基拉木兰、茵陈蒿各50 g,四块瓦、生藤、白芷、香薷各30 g,大树跌打60 g,大树1号40 g,穿破石80 g,对皮肤容易过敏者加紫草30 g。煎煮器具须容积稍大并是广口为佳,用一大块棉纱布将上述药物包裹并结扎好,置入煎煮器具内加水适量浸泡30 min,煮沸20 min,待温度适中时以柔软、吸水性好的毛巾(或其他棉织物)蘸足药液,做手术切口周围局部皮肤湿热敷,每次约30 min,每日3次,10 d为一疗程。结果显示,全组总有效率为100%。

3.4 中西医结合治疗 有些患者在手术后出现了较急较重的并发症,此时常应中西医结合治疗。尹本如等<sup>[33]</sup>采用中西医结合治疗胆道术后奥狄括约肌狭窄,治疗方法为术中用胆道探子轻柔、逐渐用力加压撑开,用纤维胆道镜检查,反复冲洗胆道、扩张胆道使附着的脓絮剥离,并用甲硝唑溶液冲洗胆道,术后12-18 h及早拔出胃管,嘱患者进食,及早恢复胃肠及胆道的功能,并予33%硫酸镁溶液口服,中药方药如下:柴胡15 g,黄芩15 g,黄连15 g,茵陈30 g,虎杖15 g,连翘30 g,蒲公英20 g,龙胆草15 g,厚朴15 g,郁金15 g,大黄6 g(后下)。上方煎汁200 mL,分2-3次口服或胃管内注入。观察显示,疗效明显优于单纯的括约肌成形术或胆肠吻合术。赵斌等<sup>[34]</sup>采用

中西医结合治疗胆囊切除术后黄疸,西医一般治疗为保肝、抗感染,合理使用肾上腺皮质激素,增强抗炎减轻炎性水肿,重症使用黏膜保护剂,防止应激性溃疡发生,另有5例患者配合手术治疗,中医采用辨证施治:阳黄、湿热并重型方用茵陈四苓汤加减:茵陈30 g,茯苓15 g,白术15 g,泽泻15 g,猪苓15 g,大黄10 g,枳实10 g,金钱草30 g,海金沙30 g,甘草6 g;急黄、热毒炽盛型方用茵陈蒿合黄连解毒汤加减以清热解毒:茵陈30 g,山栀15 g,大黄10 g,黄连10 g,黄芩15 g,金钱草30 g,枳实15 g,甘草6 g,水煎服,每日1剂。手术患者于术后第1天开始服药,水煎服,每日1剂。周德亮等<sup>[35]</sup>运用中西医结合治疗腹腔镜胆囊切除术后综合征,根据患者症状轻重,给予抗感染、解痉、对症处理等西医治疗,并予患者口服自拟清胆汤:柴胡、黄芩、枳实、姜半夏、白芍、连翘、金银花、蒲公英、大黄(后下)、芒硝(冲服),伴胆总管小结石者加郁金、金钱草、海金沙,伴黄疸者加茵陈、栀子,结果治疗组总有效率为93%。陈伟<sup>[36]</sup>将148例老年胆囊切除术后患者分成2组,治疗组87例,对照组61例,两组患者均采用西医常规治疗:维持水、电解质平衡,补充维生素,合理应用抗生素等,出现肠麻痹后,治疗组同时采用中药经直肠滴入治疗:枳实9 g、大黄10 g、槟榔15 g、旋复花10 g、半夏6 g、木香9 g、苍术10 g、大腹皮10 g、甘草6 g,结果治疗组的总有效率为97.7%,明显优于对照组。魏友松等<sup>[37]</sup>采用预防感染和支持疗法为基础治疗,并在此基础上给予自拟中药行气活血方治疗:生大黄、川朴、枳壳各12 g,赤芍20 g,水蛭6 g,丹皮、延胡索各20 g,甘草10 g,随证加减灌肠,观察对手术产生应激性胰岛素抵抗的影响,结果显示干预组在控制血糖等指标方面优于对照组。

3.5 其他 张志明等<sup>[38]</sup>运用中蒙医结合治疗,中医以疏肝利胆、行气活血、清利湿热为大法,予方药柴胡15 g、枳壳10 g、木香10 g、当归10 g、赤白芍各10 g、虎杖10 g、金钱草10 g、白术10 g、茯苓10 g、鸡内金10 g、甘草10 g。随症加减:以疼痛为主者加元胡、川楝子;压痛明显者加川芎、丹参;泛酸呕吐者加竹茹、代赭石、生姜;大便秘结者加大黄;脾胃虚弱者去金钱草加党参、山药;纳差腹胀者加麦芽、谷芽;肝内结石者加生鸡内金、威灵仙;瘀血阻滞者加桃仁、红花。蒙医治疗:患者服中药汤剂7例后开始服蒙药成药,早晨空腹服浩道敦10

丸,中午服如希3 g,晚上服苏斯7味散3 g,用敖露盖13味丸3 g做引子送服。以10 d为1疗程,经过1疗程治疗后,治愈39例(62.90%),好转18例(29.03%),无效5例(8.06%),总有效率95.16%。腹腔镜手术为胆囊切除术中的一种,腹腔镜手术时CO<sub>2</sub>气腹对患者红细胞免疫功能会造成不同程度的损害,可能会导致腹腔炎症的扩散,不利于患者的早期康复。龚昭等<sup>[39]</sup>观察了黄芪注射液对行腹腔镜胆囊切除术患者红细胞免疫功能的影响,他们将即将行胆囊切除术90例患者分成3组,每组30例:黄芪注射液+腹腔镜手术组(A组),腹腔镜手术组(B组),非手术治疗组(C组)。A组:腹腔镜手术前3 d开始采用黄芪注射液20 mL加生理盐水500 mL,每天1次静脉滴注,共7 d;B组:腹腔镜手术组,围手术期内给予500 mL生理盐水静脉滴注,不行中药治疗;C组:非手术治疗组(阴性对照组),结果术后第1天,A、B两组的RRCR(红细胞C3b受体花结率)、RRICR(红细胞免疫复合物花结率)及RTRR(肿瘤红细胞花结率)值与C组比较,差异有显著性( $P<0.05$ )。后第4天,A、B两组上述指标与本组术后第1天比较,差异有显著性,两组之间比较差异亦有显著性( $P<0.05$ )。

#### 4 结论

中医药治疗PCS有着广泛的适应证和独特的优势,由于从整体出发,注意到患者在手术前后病变上的一致性与动态变化,能从根本上调整机体阴阳、气血、脏腑功能的平衡,根据不同的临床证候,采用辨证论治,因而疗效更全面持久。我们在临床上发现关于本病部分患者存在一些错误的认识:如认为一旦发现胆囊结石或胆囊息肉就施行手术治疗,既不用考虑是否为手术适应证、亦常常忽视了手术禁忌证;又如认为胆囊切除后所有的问题都已解决,不仅不需要治疗,而且在饮食选择及习惯上亦不需要任何禁忌了,造成手术后病症很快复发甚至加重;还有一些术后患者出现了食后饱胀、大便不调等症状,一味要求进行胃肠道的相关检查,或自服调节胃肠功能的药物,忽略了与胆囊切除手术有关的生理病理变化,以致失治误治。中医药对于PCS病因病机的认识充分体现了中医对于肝、胆、脾、胃、中焦脏象学的理论特色,也贯穿着阴阳五行学说的应用,无论在胆囊手术前与后均有良好的治疗作用,并且强调手术后原先造成结石、息肉生成的病变基础依然存在,

#### 同行评价

本文从中医学角度阐述PCS辨证分型、施治,具有一定的临床应用价值,内容详实,条理清晰。



如气滞、湿热等,而手术又造成了络损血瘀、脏腑受伤,因此在手术后应及时调治,防治并发症。现代高科技的诊查手段扩大与加深了中医四诊的外延与内涵,根据血生化检验、消化系内镜、B超、X线等进行微观辨病,可以弥补宏观辨证的不足。结石形成、Oddi括约肌功能障碍是现代医学对PCS研究的热点,同时也为中医药治疗本病提供了新的思路。现代药理研究成果为中医药治疗本病提供了有价值的参考,如研究显示中药大黄能增加胆汁中胆汁酸及胆红素含量,使Oddi括约肌扩张,胆囊收缩,重用大黄可疏通毛细胆管内胆汁的淤积而增加胆管舒缩功能,降低黏稠度,增加胆流,舒张Oddi括约肌。中药大黄、川朴、陈皮具有恢复胃肠动力,增加胆汁酸随肠道内容物排出量。中药大黄、黄芩、蒲公英等对消除Oddi括约肌水肿,促进炎症吸收有很大作用<sup>[33]</sup>。另有实验研究证实,针刺阳陵泉、丘墟等穴,可以收缩胆管,促进胆汁分泌,松弛Oddi括约肌<sup>[2]</sup>。大量的临床资料已经证实,中医药防治PCS疗效显著,其作用机制与促进胆囊收缩、胆汁分泌,消除局部炎症与水肿等有关。但是我们也注意到,中医药治疗PCS也存在着有待解决的问题,如没有统一的诊断和证型量化指标,疗效判断标准不一,今后应尽快解决好这些问题,加强宏观辨证与微观辨病相结合诊治PCS的研究,进一步探讨其诊治规律,采取综合治疗方法,以期提高治疗PCS的临床疗效,这将使中医药治疗PCS取得突破性进展。

## 5 参考文献

- Rasić S, Kulenović I, Haracić A, Catović A. Left ventricular hypertrophy and risk factors for its development in uraemic patients. *Bosn J Basic Med Sci* 2004; 4: 34-40
- 李军. 中医辨治胆囊切除术后综合症的思路与方法. *中医杂志* 2007; 48: 1033
- 王晓燕, 王允生. 胆囊切除术后综合症的辨证论治进展. *中国中医急症* 2005; 14: 1111-1112
- 李志宏. 辨证治疗胆囊切除术后综合征300例. *实用中医药杂志* 2007; 23: 506
- 刘传珍. 胆囊术后综合征辨证6法. *河北中医* 2007; 29: 516
- 栗喜然. 中西医结合治疗胆囊切除术后综合征52例. *实用中西医结合临床* 2008; 8: 28
- 段晓刚, 李敏, 黄俊刚, 赵克勤, 杨鹏, 申红伟. 柴胡疏肝散加减治疗胆囊切除术后综合征42例. *现代中医药* 2008; 28: 47
- 王天平. 柴胡舒肝散加味治疗胆囊切除术后胆样疼痛30例. *中医研究* 2007; 20: 19-20
- 张华斋, 刘红, 臧岩. 疏肝化滞汤治疗胆囊切除术后综合征. *包头医学院学报* 2003; 19: 236-237
- 孙建飞, 雷霆, 魏海梁, 陈志国. 六郁汤加减治疗胆囊切除术后综合征55例. *现代中医药* 2009; 29: 42-43
- 张兵. 清胆汤治疗单纯胆囊切除术后综合征42例. *河北中医* 2004; 26: 910
- 刘宝山. 自拟疏肝利胆汤治疗胆囊切除术后综合征疗效观察. *北京中医药* 2009; 28: 550-551
- 鲁礼科, 李准. 逍遥散加减治疗电视腹腔镜下胆囊切除术后综合征24例. *湖南中医杂志* 2005; 21: 51
- 熊翔. 自拟疏肝健脾汤治疗胆囊切除术后胃肠道功能紊乱56例. *中医临床杂志* 2008; 20: 608
- 吴菊生, 王小平, 王珊珊, 张宇. 疏肝利胆健脾方治疗老年人腹腔镜胆囊切除术后综合征疗效观察. *上海中医药杂志* 2006; 40: 33-34
- 方盛泉, 朱生梁, 倪红梅. 疏肝利胆和胃法治疗胆囊切除术后胆道动力障碍45例. *上海中医药杂志* 2005; 39: 22-23
- 张练, 李志强. 健脾利胆方配方颗粒治疗胆囊切除术后腹泻60例疗效观察. *中国中医药信息杂志* 2003; 10: 59
- 何军明, 钟小生, 陈志强. 平胃散加味治疗腹腔镜胆囊切除术后腹泻30例疗效观察. *新中医* 2007; 39: 22
- 耿少民. 胆囊摘除术后应用半夏泻心汤50例. *陕西中医* 2008; 29: 1144-1145
- 宋金凯. 柴胡桂枝干姜汤加减治疗胆囊术后泄泻54例. *江苏中医药* 2004; 25: 23
- 梁凤凌. 藿朴夏苓汤治疗胆囊切除术后综合征45例. *中医杂志* 2009; 50: 531
- 高丹枫. 利胆排石汤治疗胆石术后结石40例临床观察. *中医杂志* 2004; 45: 597
- 郭吕, 顾喜明. 中药对腹腔镜胆囊切除患者胃肠功能恢复的影响. *辽宁中医杂志* 2007; 34: 1729-1730
- 郑长才. 大柴胡汤加减治疗胆囊切除术后综合征疗效观察. *中医药临床杂志* 2009; 21: 302
- 余胜利. 膈下逐瘀汤治疗胆囊切除术后综合征30例. *浙江中西医结合杂志* 2007; 17: 351-352
- 许正国, 刘加升, 张立光, 杜尚峰. 疏肝祛瘀排石汤治疗胆囊切除术后综合征的临床观察. *中国现代医生* 2008; 46: 32-33
- 邵寄民, 邵新宇. 清胆镇逆汤治疗胆囊切除术后胆汁返流性胃炎30例. *辽宁中医杂志* 2003; 30: 987
- 王其德, 王俊锦, 王玲. 针刺配耳穴贴压治疗胆囊结石切除术后复发症168例. *中国针灸杂志* 2005; 25: 210
- 胡晓生, 陈秋霞, 莫伟明, 寇莉, 严正. 中医药治疗腹腔镜胆囊切除术后综合征36例. *时珍国医国药* 2003; 14: 556
- 李万鹏. 疏肝利胆汤配合针灸治疗胆囊切除术后综合征40例. *实用医技杂志* 2005; 12: 3129-3130
- 李志英, 李青. 大承气汤对胆囊切除术后胃肠功能恢复的临床观察. *陕西中医* 2006; 26: 60-61
- 刘乔平, 何玉宁. 中药内服外敷治疗胆囊切除术后胆道动力障碍23例观察. *实用中医药杂志* 2001; 17: 3-4
- 尹本如, 闵锐, 方敏. 中西医结合治疗胆道术后奥狄括约肌狭窄13例. *中国中西医结合外科杂志* 2002; 8: 44
- 赵斌, 刘远, 梁佳勋. 中西医结合治疗胆囊切除术后黄疸18例报告. *中国中西医结合外科杂志* 2002; 8: 354-355
- 周德亮, 廖恒祥, 徐继宗. 中西医结合治疗腹腔镜胆囊切除术后综合征的临床观察. *湖北中医杂志* 2007; 29: 24
- 陈伟. 中药经直肠滴入治疗老年腹腔镜胆囊切除术后肠麻痹的疗效观察. *中国中西医结合杂志* 2007; 27: 86-87
- 魏友松, 高峰, 朱永康. 行气活血方灌肠干预胆囊切除术后应激性胰岛素抵抗的临床观察. *辽宁中医杂志* 2006; 33: 1422
- 张志明, 孔翠英. 中蒙医结合治疗胆囊切除术后综合征62例临床观察. *中国民族医药杂志* 2006; 13: 25-26
- 龚昭, 周程, 胡思安, 阮剑. 黄芪注射液对行腹腔镜胆囊切除术后患者红细胞免疫功能的影响. *中国中西医结合杂志* 2006; 26: 568