

火针治疗 1 次,效不更方,继续予以原方中药 7 剂内服。

三诊:诸症好转,下肢浅静脉曲张明显几乎消失,但局部火针部位留有色素沉着,发凉、怕冷基本消失,原方减温经活血药对,继续予以升补宗气以巩固疗效,并嘱患者长期穿医用二级弹力袜。

3 小结

下肢静脉曲张及其并发症是周围血管科常见病、多发病,张建强教授治疗运用中西医结合疗法治疗该病具有丰富临床经验,提出宗气虚陷为发病之本,水湿、血瘀是静脉回流障碍的关键环节,发展了宗气理论内涵及应用,以升陷汤为基础方,加入利水去湿、活血化瘀中药,创立了升补宗气汤,作为经验方、专病专方,达到提纲挈领的高度。强调局部与整体辨证、内治与外治结合,根据寒热之不同,精选了温经通脉、清热通络药,作为权变之用,对下肢静脉曲张及其并发症如静脉炎、淤积性皮炎、湿疹、溃疡等,具有较好的疗效,值得进一步研究及挖掘。

参考文献

- [1] 中华医学会外科学分会血管外科学组,中国医师协会血管外科医师分会,中国医疗保健国际促进会血管外科分会,等.中国慢性静脉疾病诊断与治疗指南[J].中华医学杂志,2019,99(39):3047-3061.
- [2] 张岩,朱国献,唐晓琴,等.下肢静脉曲张伴溃疡患者的病因分析和疗效观察[J].血管与腔内血管外科杂志,2022,8(1):35-38.
- [3] 商之涵,卢岳青,刘文飞,等.下肢静脉曲张危险因素的研究进展[J].医学综述,2019,25(1):93-97.
- [4] 张积思,徐江雁.“肺朝百脉”理论研究评析[J].中华中医药杂志,2020,35(11):5367-5369.
- [5] 王青,杨映映,刘彦汶,等.诸寒湿郁、久治不愈,皆属于瘀:全小林教授对寒湿郁久致瘀病机探讨[J].吉林中医药,2018,38(4):400.
- [6] 董国祥.进一步提高我国下肢静脉瓣膜功能不全的治疗水平[J].中华普通外科学文献,2008,2(5):340-342.
- [7] 贺普仁.贺氏针灸三通法[M].济南:山东科学技术出版社,1998:116-117.
- [8] 张建强,许志会,李军,等.升补宗气五脏同调法治疗下肢慢性静脉功能不全疗效观察[J].新中医,2015,47(11):94-96.

(编辑:李佳丽 收稿日期:2023-05-04)

郝万山教授治疗胆管结石验案

翟琼琳 郝万山^{*}

摘要:胆管结石是指肝内外胆管内有结石形成,是最常见的胆道系统疾病。现代医学尚无特效疗法,郝万山教授治疗此病有丰富的临床经验。疾病平稳期,以舒肝利胆、健脾和胃、化石消积为主要治则;在梗阻性胆管炎急性发作时,因势利导,推陈致新,利胆排石。如出现严重腹泄则舒肝利胆,健脾温中,如合并严重感染诸如出现肝脓肿,则清热解毒,舒肝利胆,凉血行瘀;或利胆化石,排脓消肿,补中托里。治疗多例均有佳效,此文仅举 1 例典型医案,以示郝老师治疗思路和用药经验。

关键词:胆管结石;利胆排石;化石消积;郝万山

doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2024.05.011 文章编号:1003-8914(2024)-05-0870-04

胆管结石并发急性梗阻性胆管炎、肝脓肿、胃肠功能紊乱等,在临床很常见,尤其是急性梗阻性胆管炎和肝脓肿,在疾病发作时患者痛苦难耐,病情危重,甚至有发生感染中毒性休克而导致死亡的风险。郝万山教授是北京中医药大学教授、主任医师、博士研究生导师、首都国医名师、国家级名老中医,从事中医教学和临床半个多世纪,在治疗肝胆脾胃疾病方面积累了丰富的经验。文章所举医案,即是郝教授治疗的 1 例肝

胆管结石并发急性梗阻性胆管炎、肝脓肿、胃肠功能紊乱的典型病例,现总结以飨读者。

1 典型医案

龚某某,男,63 岁,湖北人。2011 年 6 月 27 日于北京中医药大学国医堂初诊。主诉:反复高热、上腹痛 10 年余。现病史:10 多年来,经常出现剑突下翻江倒海般疼痛,并伴有寒战高热。起初医院当作胃病治疗,2003 年夏再次发作时,确诊为胆道结石,随后做了胆囊摘除术。术后主刀医生说,胆总管和肝内胆管都有很多结石,根本不能取干净,恐怕今后一直需要带引流袋。其后又多次接受了体外碎石术、内镜取石术。随

作者单位:北京中医药大学国医堂(北京 100029)

通信方式:E-mail:haows1838@sina.com

^{*}指导老师

之带来的是急性梗阻性胆管炎,高烧不断、疼痛依旧,肝功能损伤、肝内胆管堵塞、黄疸、肝硬化。曾接受过 3 次 ERCP(内窥镜逆行性胆管胰管造影术),另外还有一次因胆管堵塞严重无法完成 ERCP 检查。在省内多家医院就诊,多数医生认为只有换肝,进行肝移植才可能解决问题。但其家属没有放弃,遂来北京就诊。患者消瘦,疲乏无力,走路艰难,两目轻度黄染。近 1 年来每月都会有一次寒战高热、上腹疼痛发作,随后出现不同程度黄疸。每次发作则需住院抗炎治疗,热退腹痛缓解后出院,下月再重复这一过程。平时经常上腹隐痛,后背酸沉,食欲不振,暖气呃逆,大便稀溏。舌红,苔白厚而腻,脉弦滑略数。西医诊断:胆管结石(胆总管结石、肝内胆管多发性结石),胆道感染,肝硬化,胆囊切除术后。中医辨证:肝胆湿热,痰瘀互阻。治法:梗阻性胆管炎急性发作时:清热利胆,化痰通腑,推荡排石。梗阻性胆管炎缓解期:舒肝利胆和胃健脾。处方①:急性发作时服用方:北柴胡 20 g,黄芩 10 g,麸炒枳实 10 g,赤芍、白芍各 15 g,大叶金钱草 30 g,海金沙 10 g,郁金 12 g,鸡内金 10 g,制延胡索 15 g,绵茵陈 20 g,虎杖 15 g,生大黄(后下) 10 g,芒硝粉(分冲) 10 g,炙甘草 6 g。2 剂。每剂水煮 2 次,将药液混合后分 2 次服用,有急性梗阻性胆管炎发作征兆即开始服此方,每 4 h 服 1 次(夜间可适当延长服药的间隔时间)连续服药至热退,即停药。处方②:急性梗阻性胆管炎缓解期用方:北柴胡 10 g,黄芩 10 g,陈皮 10 g,茯苓 20 g,麸炒薏苡仁 20 g,麸炒白术 10 g,炮姜 10 g,党参 10 g,山药 15 g,郁金 10 g,香橼 10 g,炙甘草 6 g。5 剂。每剂药水煮 2 次,将 2 次药液混合后分 2 次服用,每日 1 剂,早晚饭后半小时左右各服 1 次。服 5 d,停 2 d。效可再服。

2011 年 11 月 14 日二诊:患者陈述 6 月虽来京看过病,但由于长达 9 年坎坷而又痛苦的求医路,加之听信了“这种病老祖宗也没办法”的说法,对服用中药治疗并没有信心,回去后没有服药,急性发作时仍去医院住院对症治疗。直到 8 月下旬又一次发作,上腹剧烈疼痛并有恶心、呕吐。体温 40 ℃,躺在床上,盖两床棉被仍寒战。急忙中,服下了“急性发作时”的用方。仅仅服了 1 剂药,体温就正常了,腹痛缓解,黄疸随后很快消退,这次没有住院治疗。其后服用处方②调理 2 周。舌脉同前,辨证同上,急性发作时仍用方①,缓解期则改用舒肝利胆、健脾和胃、化石消积之法,用处

方③。处方③:北柴胡 10 g,黄芩 10 g,虎杖 15 g,陈皮 10 g,麸炒薏苡仁 20 g,郁金 10 g,海金沙 10 g,金钱草 15 g,鸡内金 10 g,炮姜 10 g,麸炒白术 10 g,党参 10 g,生山楂 10 g,香橼 10 g,麸炒枳壳 10 g,炙甘草 6 g。水煎服,每日 1 剂。早晚饭后半小时各服 1 次。连服 3 d 停 2 d,再服 3 d,停 2 d。直至平时的上腹隐痛,后背酸沉,食欲不振,暖气呃逆,大便稀溏等症状减轻或消失,则可停药。

2012 年 3 月 31 日三诊:患者 4 个多月来,按求服药后,平时的症状逐渐减轻甚至消失,急性发作间隔时间由 1 月 1 次变为 2 月 1 次,发作时寒战高热,上腹痛的程度明显减轻,一直没有住院治疗。但近 1 周,后背发凉,全身发冷,大便特别稀溏,每次大便时排出很多气体,使大便溅满便池,剑突下持续刺痛连及后背痛,肋骨下也隐隐作痛,没有食欲,无饥饿感,每餐食量很少。精神倦怠,两膝酸软,通过网络远程求诊。舌象照片显示,舌淡红,苔白略厚。辨证:木郁土寒,痰瘀互阻。治法:舒木培土,化痰行瘀。处方④:北柴胡 10 g,金钱草 15 g,郁金 10 g,香附 10 g,麸炒白术 15 g,党参 15 g,陈皮 12 g,干姜 10 g,法半夏 9 g,茯苓 20 g,山药 20 g,防风 10 g,炒白芍 20 g,麸炒薏苡仁 20 g,炙甘草 6 g。每日 1 剂,连服 5 d,停药 2 d,效可继服。大便基本正常则停药。

5 月 1 日四诊:服用处方④ 20 剂,剑突下疼痛大减,背心发凉和全身发冷的症状消失,食欲改善,饮食已经正常,精神恢复许多,只是大便仍不成形。效不更方,继续间断用处方④。

2014 年 7 月 22 日五诊:2 年来健康状况和体力良好,体质量增加,可参加老年人的一般活动。虽然 2012 年和 2013 年夏季,各有过 1 次寒战高热、上腹痛急性发作,但皆用处方①服 1 剂即缓解,随后用处方②或处方③调理 2~3 周则恢复正常。5 d 前,事发突然,大便像流水一样,每日 10 余遍,吃饭喝水都可以引发腹泻。家人紧急送往当地医院 4 d 治疗腹泻仍没有好转。通过网络求诊。舌象照片显示,舌淡红,苔白厚。辨证:木旺乘土。治法:舒肝利胆,健脾温中。处方⑤:香橼 10 g,郁金 10 g,陈皮 10 g,金钱草 20 g,防风 10 g,藁本 10 g,党参 12 g,炒白芍 20 g,桂枝 10 g,茯苓 20 g,麸炒白术 20 g,炮姜 10 g,炙甘草 6 g。3 剂。

7 月 30 日六诊:患者网络反馈处方⑤只服了 1 剂,腹泻由原来的每天 10 余次,减少到 3 次,服 3 剂后

大便基本正常了。嘱上方再服 3 剂巩固疗效,如无不
适就可以停药。

2015 年 5 月 28 日七诊:近 1 年来病情稳定,梗阻
性胆管炎没有急性发作。3 d 前突然又出现了高热不
退,肝区疼痛,用处方①连续服 2 d 无效,住院 CT 检查
发现肝左叶出现 100 × 60 mm 肝脓肿,即从当地医院
转入武汉大学中南医院。在医院进行输液抗炎治疗。
网络求诊,要求配合中药治疗。舌象照片显示,舌绛
红,苔黄厚而腻。辨证:毒热蕴结肝胆。治法:肝脓肿
高热时清热解毒,舒肝利胆,凉血行瘀。肝脓肿不发热
或低热时舒肝清热,利胆化石,排脓消肿,补中托里。
处方⑥:肝脓肿发热时用:北柴胡 20 g,黄芩 15 g,蒲公
英 30 g,紫花地丁 15 g,金银花(后下) 20 g,连翘 15 g,
陈皮 15 g,茯苓 20 g,牡丹皮 15 g,赤芍 15 g,莪术 10 g,
三棱 10 g,麸炒白术 15 g,甘草 10 g。3 剂。诸药泡
30 min(金银花不泡),第 1 遍水开后小火煮 20 min 下
金银花,再煮 8 min,倒出药液;第 2 遍水开后小火煮
10 min,倒出药液。2 次药液混合后分 3 次服,每 4 h
服 1 次,1 d 内服完 3 次。如有效果,可以继续服用,服
至高热退即可停药。处方⑦:肝脓肿不发热或低热时
用:北柴胡 10 g,黄芩 10 g,蒲公英 20 g,紫花地丁
12 g,金钱草 30 g,郁金 15 g,皂角刺 10 g,天花粉 15 g,
陈皮 10 g,茯苓 20 g,黄芪 20 g,麸炒白术 15 g,甘草
10 g。7 剂,水煎服,每日 1 剂。效可再服。

2016 年 4 月 14 日八诊:网络就诊。经过引流术、
抗炎和服用处方⑥ 2 周后高热已退,停用方⑥。但低
热又持续了 3 周,肝脓肿在影像中依然存在,肝区隐
痛,于是间断服用处方⑦。又用了将近 9 个月的时间,
肝脓肿终于在影像中完全消失了。

2023 年 5 月 6 日网络随访。2016 年夏季以来,健
康状况基本良好,生活自理。虽然 MRI 检查报告提
示:肝内胆管多发结石并相应胆管扩张,有时还会出现
上腹隐痛,食欲差,大便溏,但间断服用处方③则可改
善症状,没有出现急性梗阻性胆管炎典型发作的症
状,也没有出现过肝脓肿的复发。

按语:对肝内胆管结石并发急性梗阻性胆管炎、
肝脓肿和胃肠功能紊乱,郝老师根据病症的不用阶
段和不同临床表现,采用了不同的治法和方药,这是
《伤寒论》中“观其脉证,知犯何逆,随证治之”原则
的具体应用。在此病的急性发作期,以攻邪为主,急
则治其标;在该病的缓解期或间歇期,以护正调正为

主,缓则治其本。如此标本兼顾,正邪兼治,最终获
得较好的疗效。

2 讨论

胆石症在中国人群中的发病特点多为肝胆管结
石,胆色素结石,多发结石,并伴有胆系感染。手术治
疗虽有一定效果,但也有很大困难。如高位多发性肝
胆管结石以及术后残余及复发性结石,手术往往难以
奏效。因此,目前以中医中药、针灸等形成的中西医结
合方法治疗该病,既符合中国的病情特点,又是取长补
短的治疗方法,并为广大患者所欢迎^[1]。

肝内胆管结石、胆总管结石和胆囊结石常常合并
发生,本案患者即是如此,虽然胆囊已经摘除,也用
过体外碎石、内窥镜取石等手术,但肝内胆管和胆总
管多发结石难以清除。结石阻塞胆管引起胆汁淤积,
继发细菌感染而反复导致急性梗阻性胆管炎。发作时
表现为典型的夏科氏(Charcot)三联征:一是上腹部
剧烈疼痛或绞痛,可以放射至肩背部,疼痛程度难以
忍受;二是寒战、高热,体温可达 40℃;三是胆汁淤
积性黄疸,多发生在腹痛、发热后不久,出现皮肤巩
膜黄染、小便黄,严重者出现粪色变浅或陶土色,梗
阻缓解后,黄疸可以消退或减轻。经过一段时间又可
急性发作。病程既久,则出现胆汁性肝硬化、门静
脉高压症等。

肝胆管内多大的结石可以排出?目前尚无肯定
标准,普遍认为,一般横径在 1 cm 左右的结石,有
通过舒张的 Oddi 括约肌自行排出的可能。因此,过
去曾以肝胆管结石横径 1 cm 左右为排石的适应证。
郝老师的经验也认为,肝胆管结石,只要最大的结
石横径在 1 cm 以下,运用中药排石的成功率高而且
是比较安全的。关于胆管结石的治疗,贺瑞麟^[2]提
出的“总攻排石疗法”,是中西医结合非手术治疗胆
道结石的方案,主要分为 3 个步骤,首先是使胆汁
排出增加,其次在此基础上应用药物将胆总管下端
Oddi 括约肌收缩,使胆汁暂时潴留,胆囊肿大,胆
压增加,在患者能忍受的情况下(一般 40 min),最
后用利胆药物、电针等开放括约肌,收缩胆囊,大
量利胆,在胆管压力突降,胆汁大量排出的过程中,
使胆管内结石一举攻下,或加速排出。实践证明,
总攻疗法在一定程度上提高了胆石症的排石率,
在当代广泛应用,且大多能获得较满意的疗效。但
总攻疗法用到诸如吗啡、亚硝酸异戊酯、硫酸
镁、稀盐酸一类西药,需要住院进行治疗监护,不
便于门诊和家庭普遍应用。另外在总攻疗法的过程
中会诱

发胆绞痛,有的患者对疾病本身的疼痛可以接受,对治疗过程中药物引发的疼痛却拒绝接受。郝有山等^[3]通过临床观察发现,胆总管结石在寒战高热、胆绞痛、黄疸三症并见急性的发作期,用攻下排石法治疗,成功率较高,但在症状缓解期,若连续使用此法,不仅达不到排石效果,反易伤损中气,戕伐正气,使患者体质下降。因此在通常情况下,如果条件不具备,郝万山老师并不主张主动总攻排石,而是用舒肝利胆、健脾和胃、化石消积之法,用药基本在徐锦山^[4]虎杖四金汤的基础上加减,其中柴胡、黄芩、虎杖舒肝清胆,四金(金钱草、郁金、海金沙、鸡内金)合山楂化石消积,橘枳姜汤和胃,四君、理中健脾温中,这就是方③的组方思路。而梗阻性胆管炎急性发作时,结石阻塞胆道,胆汁淤积,胆管压力骤增,则为排石创造了最为有利的时机。此时采用清热利胆,化瘀通腑(通胆腑),推荡排石的方法,则有因势利导,推陈致新之妙。这就像河中的一块石块,平时贴在河堤岸边,并不容易被水冲走,现在堵在河道中央,水流被其阻断,河道水压增加,只要再加一点冲击力,这些石头就可能被超大压力的水流冲走。此时老师的用方是在攻下排石汤^[3]的基础上加减而来,用柴胡、黄芩、枳实、赤芍、白芍、大黄、芒硝粉舒肝清胆,通腑(胆腑)泻实,这实际是大柴胡汤的加减。用四金配延胡索化石排石,行瘀定痛。用茵陈、虎杖清热利湿。这就是处方①的组方思路。在服用处方1的过程中,如上腹痛剧烈难忍,可以配合针刺(或电针)肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、阳陵泉、胆囊穴等,缓急止痛,当然也有运用耳针来缓解疼痛的。当上腹部剧烈疼痛突然缓解,变为满腹隐痛,随后腹痛逐渐缓解,常常提示梗阻胆道的结石已经通过 Oddi 括约肌排入十二指肠^[5],可嘱患者将随后 1~3 d 内,甚至 1~4 d 内的大便排入便盆内,用水淘洗,大多可以淘洗到排出的颗粒状结石。郝老师曾治多人,服用方①后,在前 3 d 的大便中淘洗到绿豆、黄豆大小的多枚结石,曾有人在第 4 天的粪便中,居然淘洗出一枚长 1.8 cm,横径 1 cm 的圆柱状结石,外周被粪便中的纤维包裹着。因为结石越大,可能由于重力的作用,在肠道的滞留时间就越长,排出所需的时间就会越久。

胆管结石常常会引发胃肠功能紊乱,出现食欲不振、恶心呕吐、腹痛腹泻等。如出现食欲不振、恶心呕吐,郝老师在舒肝利胆、行瘀化石的基础上配用二陈汤、温胆汤、橘枳姜汤和胃行气降逆。出现腹泻,则配

用理中汤、痛泻要方、苓桂术甘汤,甚至四神丸等,培土健脾,温中止泻,方⑤即是这一组方思路。

肝内胆管结石合并肝脓肿时,一定要中西医结合治疗。本医案患者出现肝脓肿后,高热不退,肝区疼痛,服用方①无效,舌绛红,苔黄厚而腻,辨证为毒热蕴结肝胆。在运用西医抗炎治疗、引流术的同时,中药则用清热解毒,凉血行瘀,舒肝利胆之法,用蒲公英、紫花地丁、金银花、连翘、黄芩清热解毒;用牡丹皮、赤芍、莪术、三棱凉血行瘀、消积止痛;用柴胡舒利肝胆。因肝胆病必然会影响脾胃,故用陈皮、茯苓、白术、甘草和胃健脾,固护后天。这就是老师治疗肝脓肿高热时所用处方⑥的组方思路。

但彻底消除肝脓肿并非一朝一夕之功,在低热或者不发热时,脓肿病灶依然存在,此时则用舒肝清热,利胆化石,排脓消肿,补中托里之法。老师仿蒋鑫泉^[6]的内消托毒法用柴胡、黄芩、蒲公英、紫花地丁舒肝清热;用金钱草、郁金利胆化石;用皂角刺、天花粉排脓消肿;用陈皮、茯苓、黄芪、麸炒白术、甘草,补中托里。此即方⑦的组方思路。

3 结语

胆管结石,从中医辨证的角度看,病位涉肝胆脾胃,病情则有郁、积、寒、热、痰、湿、瘀、毒的不同,症状变化多端,所以临床当遵照张仲景“观其脉证,知犯何逆,随证治之”的原则,随证灵活用方。本案患者在胆囊摘除后,胆总管和肝内胆管多发结石,反复出现急性梗阻性胆管炎,发生过严重腹泻和肝脓肿等并发症,经历了 5 年的随证治疗,虽然经检查胆管结石还没有排净,但近 7 年来能够保持正常的生活质量和精力体力,除偶有上腹隐痛外,没有出现过大大发作,郝老师的治疗思路和用药经验,值得参考。

参考文献

- [1] 江扬清. 中西医结合内科研究[M]. 北京: 北京出版社, 1997: 309.
- [2] 贺瑞麟. 胆石病排石疗法的进展[J]. 实用外科杂志, 1991, 11(1): 22-23.
- [3] 郝有山, 巨斌. 综合疗法治疗胆石症 112 例[J]. 山西中医, 1993, (9): 12-13.
- [4] 徐锦山. 虎杖四金汤治疗胆道结石症[J]. 四川中医, 1990, 8(11): 28.
- [5] 郝万山. 伤寒论理论与临证[M]. 台北: 台湾中医临床医学会, 2009: 320.
- [6] 蒋鑫泉. 内消托毒法配合穿刺抽脓治疗肝脓肿: 附 43 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 1990, 6(4): 5.