

综述 · 经验交流

胆道蛔虫病的简易诊断法和非手术疗法

山东省立医院内科 陶 仲 为

蛔虫病是常见的肠寄生虫病,由于蛔虫的特性,能造成肠梗塞、穿孔,胆道蛔虫病以及胆管、胆囊、肝脏、胰腺等部位的继发感染,其中尤以胆道蛔虫为常见,其危害性及普遍性均值得重视。

一、诊断方面

我院放射科连世海医师创用十二指肠钡餐造影来诊断胆道蛔虫病,对诊断很有贡献。我们在这一诊断方法的基础上,进一步研究了胆道蛔虫病的临床体征及症状,制订了简易诊断法,便于广大农村应用。现介绍如下:

(一) 病史:突然起病,阵发性上腹绞痛,呕吐或吐虫,有的病例以前有过类似发作。

(二) 体征:发作时,疼痛难忍,呻吟,辗转不安,疼痛部位多在正中上腹部(剑突下),有轻度肌紧张及压痛;在发作间歇期,压痛可基本上消失,腹肌变软。无全身症状。

(三) 化验:大便或吐物有蛔虫卵,白血球计数稍高。

以上三点中,前二者为主要依据。这种简易诊断法经与十二指肠钡餐造影检查进行一年多的对照,绝大多数结果是一致的,并且简易诊断法除简便外,尚较放射科检查有以下优点:

(一) 虫体完全进入胆道时,十二指肠钡造影即不能显示,但简易法仍可诊断。如病例梁文珍(病历号320540)临床诊断为胆道蛔虫,但放射科检查未见十二指肠内有蛔虫,后因病人症状体征很典型,临床仍坚持诊断,再行十二指肠钡造影复查,发现虫体仅留在十二指肠内较细的一小段,大部进入胆道。

(二) 虫体成团拥挤于十二指肠内,钡剂不能顺利通过而造成造影困难时,临床仍能诊断。有少数病例放射科仅报告为十二指肠蛔虫,但以十二指肠蛔虫很难解释病人剧痛的症状。

诊断胆道蛔虫时应注意的几点

(一) 病前历史:胆道蛔虫病常在腹瀉、酒后及山

道年驱虫后(由于山道年在麻痹虫体前,先有一段激惹时期,致虫激动而易鑽入胆道)发生;有的病人在吃大量凉食后发生,推测蛔虫可能捨凉求暖而进入胆道,冬季发病率高,或因寒冷所致。

(二) 疼痛程度:疼痛和蛔虫死活有关,虫体活动剧烈,疼痛也重;虫体死后,痛即缓解。疼痛轻重和虫体多少并不一致,虫体多时可相互挤压,活动度必然减小;相反,一条蛔虫有时可引起剧烈疼痛。当虫体鑽入括约肌乳头时疼痛较重,但进入胆道后可暂缓解。以上均为手术中观察到的实际材料。因此,本病的疼痛为阵发性,其发作或间歇,是由于虫体活动的情况决定的。

(三) “单纯胆道蛔虫病”诊断的确定:应该注意压痛部位,瑞(Ray)及尼(Neill)二氏在局麻下开腹刺激胆道,观察到内脏痛点在剑突下;我们的观察也是如此。因此,我们认为:右上腹明显压痛、肌紧张、或有黄疸时,应该认为已有胆囊、胆管、肝脏的继发感染;有黄疸者尚应考虑胆石的可能性。“单纯胆道蛔虫病”的诊断,仅根据上述简易诊断法的三点即可,不包括胆囊胆管的继发感染,因二者治疗不同。

(四) 胆石症和蛔虫病的关系:在临床上常可看到胆石和蛔虫并存,胆石的核心可由虫卵形成。蛔虫引起的胆石症,多发生于胆管内;由于胆囊瓣弯曲,蛔虫进入胆囊的机会较少(9:1)。另一方面,有胆石症的病人,由于胆石存在,括约肌易于松弛,如病人同时有小肠蛔虫,也易进入胆道,因此,胆石病人有肠蛔虫者应及早予以驱虫。

(五) 注意不要误将消化性溃疡病诊断为本病:我们会遇2例溃疡病误诊断为胆道蛔虫。如果能仔细询问病史或可避免误诊。病例1,陈希旺(住院号70821),有溃疡病历史,大便潜血(++),蛔虫卵(+),入院后病人上腹痛加重,辗转不安,但腹肌尚柔软,后疑为胆道蛔虫,十二指肠钡造影也见有虫体进入胆道,因此按胆道蛔虫病应用“蛔厥汤”等治疗,无效,再透视仍为胆道蛔虫乃进行外科手术。术中检查是十二指肠后壁溃疡穿孔,胆道並無蛔虫。病例2,姜毅(住院号69981),症

狀类似胆道蛔虫,十二指腸透視(+),經蛔厥湯治疗,終未全癒,乃再次作十二指腸鋇造影,发现为十二指腸潰瘍。这2例說明,胆道蛔虫病应更仔細的和十二指腸潰瘍鑑別。

(六) 胆道蛔虫病和胰腺炎的关系:胰腺炎的原因之一,是由胆道蛔虫所引起。但本院所遇到的76例胆道蛔虫,無胰腺炎的臨床症狀,仅有3例疑为胰腺炎,測定粉酶各为16,16,32單位(溫氏法,正常8~64單位),結果仍为單純性胆道蛔虫病。

二、治疗方面

在党的总路綫的光輝照耀下,在中医政策的指导下,我院先后創用了以中藥蛔厥湯为主的治疗法及以高频电为主的治疗法。

(一) 以蛔厥湯为主的治疗:于1958年冬季开始应用,曾治疗40余例,又分三种方法。这些病例均經臨床十二指腸造影检查最后确诊。現分述于下:

1. 蛔厥湯:

檳榔一两 牽牛子三錢 烏梅三錢 木香二錢
沉香一錢 藿香三錢 台烏藥三錢 茵陈八錢 玉金三錢 半夏三錢 干姜五分 大黃五錢

用法:水煎200毫升,分早晚二次服。

此方共用33例,4例無效,余均治癒。治癒标准为症狀及体征消失,多数病例並經十二指腸鋇造影复查已無胆道蛔虫征。38例中,多数病人用蛔厥湯1~4付,約1/3病例用5付以上。应用中的經驗是:对單純胆道蛔虫病可堅持用到5付以上,每天1付終能治癒。一般均在3~4付得到治癒。4例無效者中,仅有1例用到6付,其余均少于3付,可能是用藥不够。所有病例尙未見明显的副作用。許多病人用后不久即入睡,这可能是由于患者用藥前因疼痛不得休息,用藥后痛止而感舒適,易于安睡。此藥缺点有二:(1)胆道蛔虫病一般均有惡心、嘔吐,服藥后常易吐出。因此應讓病人慢慢喝,以不吐出为原則;(2)驅虫效果並不滿意;仅有少数病人排出蛔虫。

蛔厥湯的作用:本方是由驅虫(檳榔、牽牛子、烏梅),利胆(茵陈),鎮痛,解痙(半夏、干姜、木香、藿香、台烏藥等)及下瀉(檳榔、大黃)等藥物組成,其优点有:(1)不使蛔虫发生似服山道年后的激惹現象;(2)因有利胆作用,能使胆管及胆道內蛔虫排出;(3)鎮痛解痙的作用也有助于虫体的排出;(4)胆道蛔虫有胆石形成者,茵陈、玉金尙有消除作用,且能抑制輕度感染。对感染的病例,我們除应用蛔厥湯外,尙加用抗菌素。病例白明若(住院号 70236),有胆道蛔虫的病史和典型症狀,發燒39°C,右上腹压痛明显,肌膜黃疸,尿胆紅質阳性,十二指腸造影有胆道蛔虫征,诊断为“胆道蛔虫合併上行感染”。服用蛔厥湯5付(每天1付),十二指腸

鋇造影复查,已無胆道蛔虫征。在用蛔厥湯的同时,曾合併青霉素肌注,經12天完全治癒。

从中医观点来認識蛔厥湯的作用是:“虫得酸則伏(烏梅),得苦則安(大黃),虻因寒而动(干姜),其中半夏、藿香能止嘔。沉香、木香、藿香、台烏藥、玉金等均屬肝經藥,能治肝郁;木香、沉香、台烏藥又为行气藥,中医認為“痛則不通”,故用舒肝行气藥,在于“不通則通之”,疾苦乃解除。我們根据以上理論創制了蛔厥湯,經临床应用,疗效甚好,值得推广。据淄博矿务局中心医院及臨清市医院采用本方(蛔厥湯)的报导,也都認為有效。

2. 蛔厥湯加麝香:有2例病人应用蛔厥湯后疼痛減輕,但以后又痛,乃加用麝香五厘,收到了意外的良效,1例在服藥后1小时排出蛔虫十余条,1例在3小时后排出40余条。因此,麝香似有加强蛔厥湯作用的能力。

3. 麝香:单独用麝香者3例,也都治癒。麝香能行气开窍,有杀虫、止腹痛的疗效。我們考慮到麝香既可能墮胎,在胆道內或可墮虫?而大胆試用的。

(二) 以高频电为主的治疗:我們在1956年冬天开展了以高频电疗法为主的治疗,共治疗34例,治疗后症狀及体征均已消失,其中19例未繼續复診。按以往經驗,症狀及体征消失,再行十二指腸鋇造影,絕大多数为陰性(蛔虫脫出胆道)治疗前后曾进行十二指腸鋇造影检查,結果:治疗前共检查23例,均为阳性;治疗后共检查15例,其中阳性2例,陰性13例。

34例中,14例有繼发感染,經同时应用抗菌素(青霉素或加鏈霉素),並在疼痛发作时应用阿托品等止痛解痙藥物,疗后給予驅蛔虫藥(山道年或枸橼酸嘔嗶嗪)而得到比較徹底的治疗。

高频电治疗的方法:应用短波或超短波电疗机,以兩極对置于右上腹部,热剂量为短波(180—200毫安/400平方厘米×2)或超短波(90—100毫安/400平方厘米×2),热剂量应随机器不同,以产生較好的温热为宜。每次20分鐘,每天一次,一般以六次为一疗程。但病人常在第三次治疗后因症狀消失而自动停止,造成复查困难。在有繼发感染者,我們常用超短波微温剂量,可以兼治急性感染。在治疗过程中,一般均在第二次治疗后疼痛基本消失,平均应用次数4.03次,症狀基本上消失为2.43次。

高频电疗治疗胆道蛔虫的作用机制:由于高频电每秒钟交变数百万至数亿次,使組織內产生位移电流而致热,热的作用可以改善內臟組織的体液循环,位于电場間的肝胆系統分泌增多,促进胆汁分泌,有助于蛔虫从胆道脫出;同时高频电的高速率交变,作用在神經末梢可产生抑制,因此临床上常用来作为止痛解痙的理疗方法,对胆道蛔虫患者除能解除胆道痙攣,

胆道蛔虫病的中医疗法

朱世鈞

胆道蛔虫病常有剧烈腹痛,或胆道感染、肝脓肿等严重并发症,对病人的危害性很大(尤其是儿童)。过去一般均以手术取虫为常规,近来逐渐采用中西医综合支持疗法,已获得很大成绩。我院根据大连医学院介绍的应用中药“胆道驱蛔汤”的经验,曾治疗胆道蛔虫病12例,又用针刺治疗8例,疗效满意。现将初步经验介绍如下,供参考并请指正。

一、临床症状及诊断依据

1. 剑突下突然发生阵发性绞痛或钻痛,发作时辗转不安、呻吟不止、出汗,间歇期则疼痛消失或稍有疼痛。疼痛有时向右肩或左肩部放射。
2. 疼痛发作时,腹壁柔软,压痛在剑突下或稍右方较显著。
3. 有蛔虫病史或发作时吐虫。
4. 发病年龄多为儿童及青年。

二、中药方剂及针刺穴位

1. 胆道驱蛔汤的组成:檳榔一两 苦楝皮五钱 使君肉五钱 枳壳二钱 广木香三钱 加水煎服。
2. 针刺穴位:主穴:巨阙、内关两侧、足三里;配穴:合谷、侠谿、中脘。

三、治疗方法

1. 胆道驱蛔汤:成人每日服1~2剂,分2~4次服,小儿酌情减少,不併用其它药物。但有胆道感染等合併症者,即輔以青霉素或链霉素治疗。孕妇一般忌服。
2. 针刺方法:主穴均采用强刺激,至患者产生强烈的感应后,留针不动,间隔10~15分钟捻转一次,半小时或一小时后出针。儿童不合作者,经强刺激后痛止,即不必留针,疼痛复发时,可按上法再刺。
针刺必须使患者感到极度酸胀。在巨阙的感应可下达臍孔,在内关的感应可达腕关节及手部;在足三里的感应可达足趾。一般经针刺巨阙后痛即止;如针

巨阙(6分至1寸)、内关(3~5分)、足三里(双侧,1~1.5寸)痛仍不止,则可同时针刺合谷、侠谿、中脘。

四、临床治疗效果

1. 服胆道驱蛔汤的12例中,症状体征消失而痊愈者11例,仅1例心窝部尚有轻微压痛及上腹部不适,但较服药前显著减轻。
服药日数与腹痛消失的关系:本组病例大部分服药3~6剂后,症状即消失或显著减轻。经初步观察,无任何副作用及其它不适。
2. 针刺的疗效:8例中,治疗一日症状消失者3例,二日消失者2例,三日消失者2例,四日消失者1例。针刺次数一般1~2次即愈,多者达7次,平均为3次左右。

五、典型病例报告

例1 罗××,男,31岁。主诉:心窝部阵发性疼痛已3天,並呕出蛔虫2条,曾在某医院治疗无效。近日来,自觉畏寒、发热。诊断为胆道蛔虫併发胆道感染。体格检查:体温38.8°C,无黄疸,上腹肌紧张。心窝部压痛,並向右侧肩部放射。大便检查蛔虫卵阳性,给予胆道驱蛔汤,加用青霉素。前两天无显著变化,第三天症状减轻,体温降至36.8°C,大便中排出蛔虫15条。粪检蛔虫卵阴性,住院10天痊愈出院。

例2 黄××,男,12岁,上腹部阵发性剧痛已5天,疼痛发作时,烦躁不安,辗转床侧,出汗,无恶心、呕吐,有蛔虫病史。体检:腹软,右季肋下及心窝部明显压痛,並有时向右肩部放射。诊断为胆道蛔虫病。既往身体健康,有疟疾及痢疾病史。大便蛔虫卵阳性。治疗经过:给予硫酸阿托品0.25毫克皮下注射,内服颠茄合剂,上腹部持续热敷。因仅能止痛一小时許,經针刺巨阙、内关(双侧)、足三里,腹痛即止,但仍有发作,每次发作,再针刺上穴,共7次,腹痛及右季肋部疼痛消失。住院两周,痊愈出院。

讨 论

手术治疗本病,目的在于取出已进入胆道内的蛔虫,我們认为,蛔虫在胆总管不产生症状时,可以不用手术治疗,中医中药及针刺疗法即有明显效果,且無論在镇痛作用和症状消失的时间上都比它法为优,符合多快好省的原则,在农村和基层卫生医疗单位可以推广。

疼痛外,更重要的是对虫体还有麻痹作用。因此高频电可松弛胆道痉挛,使蛔虫麻痹,加上胆汁分泌增多,就可使蛔虫从胆道中脱出,高频电疗的缺点有二:(1)需要有一定的设备;(2)驱出蛔虫的病例極

少,蛔虫从胆道或十二指肠脱出,並未排出体外,需再用驱虫剂,否則易于再发。如能有大面积的电极装置,使整个腹部都受到高频电的作用,推测效果可以更为满意。