



论著 | 老中医经验 | 学术探讨 | 临床报道 | 中药与方剂 | 学院专栏 | 综述 | 短篇报道 | 成药研究
消息 | 首医大中医药学院专栏 | 针灸经络 | 实验研究 | 燕京医史 | 中药房管理 | 临床中医学 | 中药制备 | 临床用药
中成药与单味中药研究 | 中药炮制与鉴别 | 临床中药学

北京中医
<http://bjtcm.itcmedu.com>



标准刊号：ISSN1000-4599 CN11-2558/R

• 本刊介绍 • 在线投稿 • 在线征订 >> 进入 北京中医药教育在线

会员登陆区

用户名：

密码：

忘记密码

免费注册

内容检索

请输入标题

请输入作者名

以往期刊查询

选择查询年份

选择查询期刊

精品推荐

◆ 系统性红斑狼疮辨证论治
探讨

2003年第6期 — 临床报道

利胆舒肝汤治疗急性胆囊炎48例疗效观察

作者：胡莹 点击次数：549次

【关键词】急性胆囊炎；辨证论治；利胆舒肝法

【作者简介】作者单位：102401，北京市房山区良乡医院中医科

急性胆囊炎是临床的常见病和多发病，具有发病急、易复发、缠绵难愈等特点，非手术治疗是临床常见的治疗方法。本人在临床实践中运用自拟利胆舒肝汤为主方治疗急性胆囊炎收到较好效果。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部病例均为我院从1997年1月—2003年3月门诊、急诊和部分住院病人。分为治疗组和对照组。治疗组48例，其中男15例，女33例；年龄最大64岁，最小27岁；病程最长3周，最短8h。对照组24例，其中男10例，女14例；年龄最大59岁，最小26岁；病程最长4周，最短5h。经统计学处理，两组资料无显著差异， $P>0.05$ ，具有可比性。

1.2 诊断标准

参照《内科疾病诊断标准》[1]中的西医诊断标准；《中医内科疾病诊疗常规》[2]《小临床中医诊治手册》[3]中的中医诊断标准、辨证分型标准。将符合急性胆囊炎诊断患者纳入观察病例。

1.3 排除病例标准

(1)经检查证实为急性重症坏疽性胆囊炎、急性梗阻性化脓性胆管炎、胆囊穿孔腹膜炎、胆囊息肉、胆囊肿瘤、胆囊结石及有手术体征者。(2)年龄在18岁以下或65岁以上、妊娠或哺乳期妇女。(3)合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病以及精神病患者。(4)未按规定服药、无法判定疗效或资料不全者。

所有病例治疗前全部检查体温、血常规、血清谷丙转氨酶、血清胆红素、腹部B超。治疗后复查上述各项。

1.4 辨证分型

治疗组48例中，表现为右上腹痛者44例，厌食及恶心呕吐者28例，恶寒发热者21例，有黄疸8例。辨证分型：肝郁气滞型28例，湿热内蕴型17例，脓毒炽盛3例。对照组肝郁气滞型11例，湿热内蕴型8例，脓毒炽盛型5例。

2 治疗方法

2.1 治疗组

用自拟方利胆舒肝汤(柴胡15g，黄芩15g，大黄后下10g，枳壳10g，栀子10g，清半夏10g，生甘草6g，生姜10g)为基本方。加减：肝郁气滞加陈皮10g，川楝子10g，郁金10g，香附10g；湿热内蕴加茵陈15g，泽兰10g，云苓15g，金钱草30g；脓毒炽盛型加败酱草20g，蒲公英15g，玄明粉7g，桃仁10g。每日2剂，每剂水煎2次，合计至800ml，每服200ml，每日4次空腹温服。观察期间停用一切治疗胆囊炎、胆结石的中西药物。

2.2 对照组

消炎利胆片1次6片，1日3次(广东省汕头制药厂生产)。

两组病例治疗期间保持少情舒畅，忌恼怒，饮食宜清淡，忌食辛辣生冷油腻。2周为1个疗程，2

个疗程后复查体温、血常规、血清谷丙转氨酶、血清胆红素、腹部B超。治疗前后观察临床症状、体征等。填写观察记录。

3 疗效标准与治疗结果

3.1 疗效标准

参考《中医内科疾病诊疗常规》[2]。治愈：症状消失，体温正常，血清总胆红素恢复到正常范围，腹部B超复查胆囊正常。好转：症状减轻，一般情况改善，血清总胆红素降低，但仍高于正常值，腹部B超胆囊缩小。无效：经上述治疗症状体征、腹部B超无改善或加重，改用其他疗法。

3.2 治疗结果

见表1—4。

表1两组治疗结果比较 (例, %)

分组	例数	治愈	好转	无效	总有效率
治疗组	48	26(54.2)	17(35.4)	5(10.4)	89.6
对照组	24	10(41.7)	8(33.3)	6(25)	75

与对照组比较, $p < 0.01$

表2 各证型治疗结果 (例, %)

分型	例数	治愈	好转	无效	总有效率
肝郁气滞型	28	20(71.4)	5(17.9)	2(7.1)	89.3
湿热内蕴型	17	8(47.0)	8(47.05)	1(5.9)	94.1
脓毒炽盛型	3	0	1(33.3)	2(66.7)	33.3

表3 对两组白细胞计数及分类的影响($\bar{x} \pm s$)

组别		例数	白细胞($\times 10^9/L$)	中性粒细胞(%)
治疗组	治疗前	48	13.24 \pm 3.11	71.34 \pm 11.12
	治疗后	48	7.8 \pm 2.11	62.11 \pm 13.72
对照组	治疗前	24	12.02 \pm 3.04	70.94 \pm 9.67
	治疗后	24	7.9 \pm 2.84	65.83 \pm 13.25

两组治疗后相比, $P < 0.01$

3.2.1 两组治疗前后体温、症状、体征比较：体温下降到正常范围，治疗组最快5h，最慢36h，平均24h；对照组最快12h，最慢72h，平均35h。右上腹痛缓解，治疗组最快1.5h，最慢7h，平均4h；对照组最快5h，最慢23h，平均14h。恶心呕吐缓解，治疗组最快2h，最慢12h，平均5h；对照组最快4.5h，最慢24h，平均12h。大便干结缓解，治疗组最快1h，最慢7h，平均3h；对照组最快5h，最慢24h；平均17h。其它症状如胆囊区压疼、背疼腹胀、厌油腻、口苦治疗组都比对照组缓解的快， $P < 0.01$ 。

3.2.2 两组B超检查结果比较：治疗组48例，经口服利胆舒肝汤治疗后恢复正常21例，明显改善15例，改善10例，无改善2例；对照组24例，恢复正常4例，明显改善6例，改善10例，无改善4例。经分析两组相比，差异有显著性， $P < 0.01$ 。

4 体会

急性胆囊炎属于中医胁痛、黄疸、胆胀、呕吐等疾病范畴。肝胆相表里，居胁下，其经脉布两胁，故胁痛多见于肝胆疾患，肝喜条达而恶抑郁，胆为中精之腑，“泻而不藏”，“以通为用”，“以降为顺”。其病理特点为“不通而痛”。多因肝郁气滞、饮食不节等因素致肝胆湿热内结，腑气不通所致，以实、热症为多见。方中柴胡入肝胆经，清热利胆，舒肝解郁，为行气滞、疏利肝胆之良

品，为君药；黄芩、栀子清利肝胆湿热，为臣药；大黄泻下阳明热结，利胆退黄，枳壳、川楝子理气止痛，郁金行气解郁、清热利胆，香附为血中气药，通行十二经脉之气，为气病之总司，能调理气机、舒肝解郁、行气止痛，陈皮行气健脾、燥湿和中，半夏、生姜降逆止呕为佐药；甘草调和诸药，为使药。全方共奏清热利胆、舒肝理气、降逆止呕之功效。现代药理研究证明，表里双解之柴胡，清利湿热之黄芩和通腑泻下之大黄中药提取物具有抗炎、利胆作用[4]。本方能改善急性胆囊炎所致的右上腹疼痛、胆囊区压痛、背痛腹胀、发热口苦、恶心呕吐、大便干结等症状与体征，对舌脉也有改善，其作用与消炎利胆片一致。利胆舒肝汤能降低急性胆囊炎患者的白细胞总数及中性粒细胞分类，以降低白细胞总数较明显。能降低谷丙转氨酶、血清胆红素的数值。能使体温短时间下降，疼痛、恶心呕吐、大便干结短时间缓解。治疗组腹部B超的恢复也较对照组改善明显。本方加减治疗肝郁气滞型、湿热内蕴型急性胆囊炎收到满意效果，而对脓毒炽盛型治疗效果不佳；对肝、肾功能及心功能无影响，除1例病人发生腹泻外，无明显的毒副作用。

表4 对两组谷丙转氨酶、血清胆红素的影响(X±S)

组别		例数	ALT (u/L)	TBIL (umol/L)	DBIL (umol/L)	IBIL (umol/L)
治疗组	治疗前	48	67±24	18.21±6.43	6.71±1.12	18.43±1.22
	治疗后	48	45±13	17.11±5.32	5.94±1.56	15.11±1.46
对照组	治疗前	24	70±21	19.24±6.54	7.24±1.58	19.11±1.67
	治疗后	24	54±15	18.47±5.96	5.87±1.74	16.24±1.94

两组治疗后相比, P<0.01

(收稿日期: 2003-08-01)

【参考文献】

- 1戴瑞鸿. 内科疾病诊断标准. 上海科技教育出版社, 1991. 257.
- 2朱文锋. 中医内科疾病诊疗常规. 长沙: 湖南科学技术出版社 1999. 411-413.
- 3杜钰生, 张庚扬. 临床中医诊治手册. 天津科技翻译出版公司 1999. 487-490.
- 4黄泰康. 常用中药成份与药理手册. 北京: 中国医药科技出版社 1994. 226-1574.

>>进入讨论