

· 报道 ·

开泄复方治疗急性胆囊炎肝胆湿热证 42 例

魏道祥* (徐州医学院教务处, 江苏 徐州 221004)

摘要:目的 探讨开泄复方治疗急性胆囊炎肝胆湿热证的临床疗效。方法 将 68 例急性胆囊炎肝胆湿热证患者随机分为 2 组。治疗组 42 例, 以开泄复方治疗。对照组 26 例, 采用西医常规治疗。治疗前后均进行症状体征、实验室和超声检查等检测。结果 2 组临床疗效比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组治疗后症状体征消失、实验室、超声检查恢复时间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 开泄复方功效优于西药治疗, 完全可用于急性胆囊炎肝胆湿热证的治疗。

关键词:急性胆囊炎; 肝胆湿热证; 开泄复方; 急症

中图分类号: R256.4 文献标志码: A 文章编号: 1672-0482(2011)04-0378-03

Effects of Kaixie Compound Decoction on Curing 42 Acute Cholecystitis Cases with Liver-Gallbladder Dampness-heat Syndrome in Acute Cholecystitis

WEI Dao-xiang* (Dean's Office, Xuzhou Medical College, Xuzhou, 221004, China)

ABSTRACT: OBJECTIVE To explore clinical therapeutic effect of Kaixie Compound Decoction on curing liver-gallbladder dampness-heat syndrome in acute cholecystitis. **METHODS** 68 patients with liver-gallbladder dampness-heat syndrome in acute cholecystitis were randomly divided into two groups. 42 cases in the treatment group were administrated by Kaixie Compound Decoction. 26 cases in the control group were taken routine Western medical therapy. The examinations like symptomatic signs, laboratory tests, ultrasonography were performed before and after treatment. **RESULTS** There was statistical significance ($P < 0.05$) when comparing the therapeutic effects of two groups. After treatment, the two groups showed differences in the time points of complete subsidence of symptomatic signs, recovery confirmed by laboratory results and ultrasonography with statistical significance ($P < 0.05$). **CONCLUSION** Kaixie Compound Decoction with better effects than Western treatment is completely applicable to treat liver-gallbladder dampness-heat syndrome in acute cholecystitis.

KEY WORDS: acute cholecystitis; liver-gallbladder dampness-heat syndrome; Kaixie Compound Decoction; emergency

急性胆囊炎是胆囊发生的急性化学性和(或)细菌性炎症。本病属于中医学胁痛等病证范畴。笔者根据“异病同治”的规律, 以开泄法配伍苦泄法并与西药制剂相对照, 进行了治疗急性胆囊炎肝胆湿热证的疗效观察, 现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

1.1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]和《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[2]拟定。①诱因: 食用油膩食物; ②症状: 突发右上

腹持续性剧烈疼痛伴阵发性加重, 可向右肩背部放射, 常有恶心、呕吐、发热, 既往可有类似发作史; ③体征: 右上腹压痛, 肌紧张, Murphy 征阳性, 有时可扪及具触痛的肿大胆囊, 少数可见黄疸; ④血液检验: 白细胞及中性细胞计数增高, 血清黄疸指数和胆红素可能增高, 部分有肝功能改变; ⑤B 超检查: 胆囊肿大, 壁增厚或毛糙、模糊, 囊内有浮动光点。

中医诊断标准参照《中医内科学》^[3]中有关胁痛的辨证拟定。胁痛较著, 灼热胀痛拒按, 急躁易怒, 胸闷口苦, 恶心呕吐, 厌食油膩, 或兼身热恶

收稿日期: 2010-12-20; 修稿日期: 2011-01-28

基金项目: 江苏省中医药局科研项目(HL07118)

作者简介: 魏道祥(1970-), 男, 江苏徐州人, 徐州医学院主治中医师。* 通信作者: jsxzwdx@163.com

寒,身目黄疸,小便黄赤,舌质红,苔黄腻,脉弦滑数。证属:湿热蕴结,肝胆失疏。

1.1.2 纳入标准

符合急性胆囊炎诊断和中医辨证且知情同意的患者。

1.1.3 排除标准

①经检查证实为急性坏疽性胆囊炎、急性梗阻性化脓性胆管炎、胆囊穿孔腹膜炎者;②经检查证实有胆结石者;③年龄在 18 岁以下或 65 岁以上者,妊娠或哺乳期妇女,对本药过敏者;④合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,精神病患者;⑤不符合纳入标准,未按规定用药、无法判断疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断者。

1.2 一般资料

观察病例均来自于我院专病门诊患者,共 68 例,随机分为 2 组。治疗组 42 例,男 11 例,女 31 例,平均年龄(38.98±8.29)岁,平均病程(9.48±6.57)h。40 例(占 95.24%)患者系慢性炎症因急性发病而就诊。对照组 26 例,男 6 例,女 20 例,平均年龄(40.50±5.72)岁,平均病程(9.44±7.46)h。24 例(占 92.31%)患者系慢性炎症因急性发病而就诊。经统计学处理,2 组病例性别、年龄、病程、发病情况等均无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组采用中药汤剂治疗。基本方:薤白 25 g,栝蒌 25 g,黄芩 15 g,金铃子散(冲)15 g,茵陈 12 g,栀子 12 g,枳实 12 g,郁金 12 g,制半夏 10 g,生大黄(后下)5 g。加减:热重于湿者重用茵陈,酌加连翘、蒲公英、黄连;神烦、胁痛如灼者酌入龙胆草、薄荷、丹皮、芍药;湿重于热者酌添苍术、厚朴、泽泻、茯苓;瘀血明显者酌加茜草、旋覆花、桃仁、归尾;脘痞呕恶者第 1 天服药前每次吞服玉枢丹 1.5 g。方法:水煎剂,每天 2 剂,水煎 4 次,分 4 次服,每次 200 mL,服用 3 d;后易为每天 1 剂,水煎 2 次,分 2 次服,续服 4 d。

对照组应用氨苄青霉素 4.0 g 溶入生理盐水 500 mL 中静脉点滴,每日 2 次;硫酸阿米卡星 0.4 g 静脉点滴,每日 2 次;甲硝唑 0.5 g 静脉点滴,每日 2 次;疗程 7 d。

2 组患者治疗期间令其卧床休息,禁食或进

少量流质;营养支持及纠正水电解质紊乱和酸碱失衡;必要时以 654-2 10 mg 肌肉注射解痉止痛;禁服其它药物、禁用其它疗法。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 疗效性观测

治疗前后均进行:①体温、胁痛、恶心呕吐、黄疸、大便等变化;②腹部体征、胆俞穴压痛;③白细胞计数、血清胆红素检测;④B 型超声波检查;⑤舌象、脉象等观测。

2.2.2 安全性观测

每日 2 次观察症状、体征及体温、白细胞计数变化;每 2 日复查 B 超观察胆囊影像变化;若症状体征加剧,体温、白细胞计数升高,有胆囊穿孔趋向者则立即转手术治疗。

2.3 统计学方法

计数资料用 χ^2 检验;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示;组间显著性差异以 t 检验处理。

3 结果

3.1 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]和《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[2]制定。痊愈:症状、体征消失,体温、白细胞计数、血清总胆红素、间接胆红素、B 超影像恢复正常。显效:症状、体征消失,体温、白细胞计数、血清总胆红素、间接胆红素基本恢复正常,B 超影像明显改善。有效:症状、体征基本消失,体温、白细胞计数、血清总胆红素、间接胆红素基本恢复正常,B 超影像有改善。无效:治疗 48 h 内,症状、体征及体温、白细胞计数、血清总胆红素、间接胆红素、B 超影像均无改善或恶化。

3.2 治疗结果

3.2.1 临床疗效

结果见表 1。治疗组治愈 38 例,显效 4 例;对照组治愈 17 例,显效 9 例。2 组均无转手术病例。治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	治愈率/%
治疗组	42	38	4	0	0	90.48*
对照组	26	17	9	0	0	65.38

注:2 组治愈率比较, $\chi^2 = 5.02$,* $P < 0.05$ 。

3.2.2 2 组治疗后临床症状体征消失时间比较

2 组治疗后发热、恶心呕吐、胁痛消失时间比较,治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。结果见

表 2。

表 2 2 组治疗后临床症状、体征消失时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	发热	恶心呕吐	胁痛
治疗组	42	2.68±0.63*	1.33±0.54*	1.24±0.46*
对照组	26	3.06±0.50	2.03±0.28	2.06±0.59

注:2 组比较, * $P < 0.05$ 。

3.2.3 2 组治疗后实验室、超声检查恢复时间比较

结果见表 3。2 组治疗后白细胞计数、胆红素、B 超胆囊检查恢复时间比较, 治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗后相关检测指标恢复时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	恢复时间		
		白细胞计数	胆红素	B 超胆囊
治疗组	42	4.47±0.35*	4.49±0.39*	5.32±0.63*
对照组	26	5.66±0.41	5.71±0.55	6.38±0.42

注:2 组比较, * $P < 0.05$ 。

4 讨论

《景岳全书·胁痛》：“胁痛之病，本属肝胆二经，以二经之脉，皆循肋故也。”^[4]本组患者多有胁痛宿疾，追溯其原多为湿热、气滞为患。近因嗜食肥甘厚腻或嗜酒，致脾胃损伤，运化失职，湿郁化热，湿热熏蒸，气机壅滞，肝胆失疏而成。临证以痛、热、呕，苔黄腻，脉弦滑数为主候。

此湿热蕴结、气机阻滞，胁肋灼热胀痛拒按、胸脘痞闷、恶心呕吐，发热，舌红苔黄腻，脉弦滑数之证候。已较叶氏所云“舌白不燥、或黄白相兼、或灰白不渴”^[5]之症进展，明示湿中蕴热而湿犹滞。切不可拘泥“慎不可乱投苦泄”之戒，而应在开肺祛湿的基础上加用苦泄力量较强之品。因热势渐著，津液易伤，故不可漫投温燥化湿，而应开宣肺气，气行则湿化，湿去则热孤，且理气之品应轻苦微辛而不易伤津；又因湿邪尚在，断不可因热易伤津而妄用滋阴助湿之品。

开泄法是通过开宣肺气、宣通气滞、化湿泄浊、予邪出路的一种治法。栝蒌薤白半夏汤可视为开泄法的代表方。栝蒌甘寒滑利、宽胸降气、消痰开结，可荡涤胸中郁热垢腻。薤白温通滑利、通阳散结、辛开行滞、苦泄痰浊，使上、中、下的寒滞得以消、下、除。二药相配，辛开为用，寓泄其中，

竭尽开泄宣痹之能事。半夏辛滑祛痰、散结降逆，主在祛痰积之痹滞。诸药合用，具展气宣痹、通阳泄浊之功，以治痰湿闭阻、胸脘失展之证。

茵陈苦微寒，入脾胃肝胆，善清利脾胃肝胆湿热退黄。栀子苦寒入三焦，清热燥湿，泻肝胆，利三焦，使湿热从小便而出。大黄苦寒，涤荡肠胃实热以通腑气，使湿热从大便而去。三药合用，则苦燥脾胃肝胆之湿，寒凉脾胃肝胆之热，且能泻肝胆，决三焦，通腑气，使湿热从二便分消。金铃子清热行气，泄气分之热而止痛。延胡索“能行血中气滞，气中血滞”，以增强金铃子止痛之效。两药相配，其效益彰。黄芩苦寒，燥湿清热，泻火解毒，能清胆热、燥脾湿、利州都；与栀子合用，相得益彰。枳实辛散苦泄，破气滞，消痰湿，最宜于积滞内停、气机阻滞的痞满胀痛诸证；合大黄，消滞利湿、泄热通便；配栝蒌、薤白，通阳散结、祛痰下气。郁金辛开苦降，清扬善窜，能行滞气、散肝郁、降逆气、泄壅滞。用之行气解郁、和血止痛。

诸药合用，使湿祛热清，气畅络和，肝胆疏利，痛、呕、热诸证随之而解。

胁痛多见于西医的肝胆系统疾病。如属胆道疾患者，宜添通腑泄浊之法。腑气以通为顺，通腑药物有利胆消炎，排泄毒素，促进消化等作用，有利于胆囊炎病情的缓解。

本观察表明，开泄复方具有清热利湿、调气和络、疏肝泄胆的功用，疗效优于西药常规治疗，完全可用于急性胆囊炎肝胆湿热证的治疗。此为急性胆囊炎肝胆湿热证的治疗提供了新思路、新方法。

参考文献：

- [1] 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 卫生部出版社, 1993: 134-137.
- [2] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[S]. 2 版. 北京: 人民军医出版社, 1998: 364.
- [3] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2 版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2003: 289-296.
- [4] 张介宾. 景岳全书: 上册[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1959: 447.
- [5] 叶天士. 温热论[M]. 北京: 中国古籍出版社, 1993: 27.

(编辑: 周建英)