

临床报道

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2014.04.020

柴胡疏肝散加减联合茵三硫胶囊
治疗慢性胆囊炎 30 例聂山文^{1*}, 路小燕²

(1. 河南省中医院, 郑州市东风路 6 号, 450002; 2. 天津中医药大学附属武清中医院)

摘要 目的 观察柴胡疏肝散加减联合茵三硫胶囊治疗慢性胆囊炎的临床疗效。方法 将 60 例慢性胆囊炎患者随机分为试验组及对照组各 30 例。对照组给予单纯茵三硫胶囊治疗, 每次 25 mg, 每日 3 次。试验组在对照组基础上给予柴胡疏肝散随症加减, 每日 1 剂。两组疗程均为 1 个月。治疗前后观察胸胁胀痛、心下痞满、纳差进行中医症状评分; 彩超检测胆囊壁的厚度、毛躁及胆汁透声变化, 判定影像学及综合疗效。结果 试验组影像学、综合疗效总有效率分别为 96.67%、93.33%, 对照组分别为 76.67%、73.33%, 试验组影像学、综合疗效均明显优于对照组 ($P < 0.05$)。两组患者治疗后中医症状积分均明显下降 ($P < 0.05$); 治疗后试验组中医症状积分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 柴胡疏肝散加减联合茵三硫胶囊治疗慢性胆囊炎可明显改善临床症状, 疗效确切。

关键词 柴胡疏肝散; 慢性胆囊炎; 茵三硫胶囊

近年来, 随着人们生活水平的提高, 慢性胆囊炎的发病率呈增高趋势, 且西药治疗本病的疗效欠佳^[1]。我们在临床中采用柴胡疏肝散联合茵三硫胶囊治疗慢性胆囊炎 30 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集 2009 年 9 月至 2011 年 2 月在河南省中医院门诊就诊的慢性胆囊炎患者 60 例, 采用随机数字表分为试验组和对照组各 30 例。试验组男 14 例, 女 16 例; 年龄 18 ~ 65 岁, 平均 (42.23 ± 8.61) 岁; 病程 1 个月 ~ 2 年, 平均 (12.12 ± 3.14) 个月。对照组男 13 例, 女 17 例; 年龄 18 ~ 65 岁, 平均 (42.30 ± 7.03) 岁; 病程 1.5 个月 ~ 2.1 年, 平均 (13.76 ± 2.78) 个月。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 西医诊断及中医辨证标准

西医诊断标准参照《实用内科学》^[2]制定: ①间断或持续的右上腹钝痛或不适感; ②有消化不良症状, 如反酸、烧心、腹胀、嗝气等, 进食油腻后症状加重; ③有急性发作及缓解交替的特点; ④胆

囊区有轻压痛和 (或) 叩击痛; ⑤彩超示胆囊壁毛糙、壁增厚或伴胆囊结石; ⑥胆囊造影示胆囊缩小, 胆囊收缩不良, 或胆囊显影淡薄, 或可见胆囊结石。具备⑤或⑥中之一, 加①~④中 2 项者可诊断。

中医辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中肝胆气郁证拟定: 右胸胁部胀痛不适, 脘腹痞闷, 每因情志变化症状随之增减, 伴纳差, 暖气频作, 舌苔薄白, 脉弦。

1.3 入选标准

符合上述诊断及辨证标准者; 年龄 18 ~ 65 岁; 签署知情同意者。

1.4 排除标准

急性单纯性、化脓性及梗阻性胆囊炎; 妊娠或哺乳期妇女; 过敏体质或对相关药物过敏者; 合并心、脑、肝、肾及造血系统的严重原发病者; 精神病患者。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组口服茵三硫胶囊 (成都国嘉联合制药有限公司, 国药准字 H20041947, 25 mg/粒), 每次 25 mg, 每日 3 次。

试验组在对照组基础上给予柴胡疏肝散随症加减, 组成: 陈皮 (醋炒) 10 g, 南柴胡 10 g, 川芎

* 通讯作者: nsw111@sohu.com, 13937183583

10 g, 枳壳 10 g, 白芍 15 g, 炙甘草 10 g, 香附 10 g。恶心呕吐者加清半夏 9 g、生姜 6 g、竹茹 10 g; 纳差者加鸡内金 15 g、山楂 15 g、麦芽 15 g; 胁痛者加川楝子 9 g、延胡索 10 g。每日 1 剂, 早晚分服。两组均治疗 1 个月。

2.2 观察指标及方法

两组治疗前后进行中医症状评分^[4], 包括胸胁胀痛、心下痞满、纳差。治疗前后采用彩色多普勒超声诊断仪进行影像学(彩超)检查(ACUSON 128XP/10C), 观察胆囊壁的厚度、毛燥及胆汁透声情况变化。治疗后评价临床疗效。

2.3 疗效判定标准

影像学疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]拟定。痊愈: 胆囊、胆管壁厚、毛燥及胆汁透声 3 项恢复正常; 显效: 2 项或 2 项以上影像学改善; 有效: 1 项或 1 项以上影像学改善; 无效: 3 项均无改善。

综合疗效判定标准^[6]: 痊愈: 中医症状积分减少 90% ~ 100%, 影像学表现正常; 显效: 中医症状积分减少 70% ~ 89%, 影像学检查符合显效的诊断标准; 有效: 中医症状积分减少 30% ~ 69%, 影像学检查符合有效的诊断标准; 无效: 中医症状积分减少 < 30%, 影像学检查均无明显改善。

3 结果

3.1 两组患者影像学疗效比较

表 1 示, 试验组影像学疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者影像学疗效比较 例 (%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
试验组	30	13(43.33)	13(43.33)	3(10.00)	1(3.33)	29(96.67)
对照组	30	8(26.67)	10(33.33)	5(16.67)	7(23.33)	23(76.67)

3.2 两组患者综合疗效比较

表 2 示, 试验组综合疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者综合疗效比较 例 (%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
试验组	30	12(40.00)	14(46.66)	2(6.67)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	7(23.33)	13(43.33)	2(6.67)	8(26.67)	22(73.33)

3.3 两组患者治疗前后中医症状积分比较

表 3 示, 两组患者治疗后中医症状积分均较治疗前明显下降, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后试验组症状积分明显低于对照组, 差异有统

计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 两组患者治疗前后中医症状积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	胸胁胀痛	心下痞满	纳差
试验组	治疗前	30	4.2 ± 1.1	4.3 ± 1.0	3.5 ± 1.0
	治疗后	30	0.9 ± 0.3 ^{*△}	0.8 ± 0.2 ^{*△}	0.8 ± 0.3 ^{*△}
对照组	治疗前	30	4.2 ± 1.9	4.3 ± 1.4	3.6 ± 1.1
	治疗后	30	1.4 ± 0.6 [*]	1.5 ± 0.5 [*]	1.3 ± 0.5 [*]

注: 与本组治疗前比较, $* P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

4 讨论

慢性胆囊炎属于中医“胆胀”、“胁痛”范畴, 病位在胆, 与肝、脾关系密切。胆汁为“肝之余气”, 其化生和排泄有赖于肝疏泄功能的调控, “肝主疏泄”的一个方面, 这是理解本病从肝论治的关键^[7]。

柴胡疏肝散出自《医学统旨》, 为疏肝理气之代表方剂, 方用四逆散去枳实, 加陈皮、枳壳、川芎、香附。柴胡疏肝利胆解郁, 枳壳下气宽中, 消痞除胀, 两药相合, 一升一降, 运转枢机; 香附、川芎行气解郁止痛; 陈皮辛温, 辛行温通, 加强香附、川芎的行气止痛作用; 甘草合白芍缓急止痛^[8], 诸药合用, 共奏疏肝利胆、行气活血、和胃降逆之功。茵三硫可增强肝细胞活力, 促进胆汁分泌^[9], 还有调节胃肠道 M 受体和 β_2 受体的作用以及拟胆碱作用, 从而能催涎、抗口干、促进胃肠道蠕动, 迅速缓解中上腹闷胀、嗝气等临床症状。

参考文献

- [1] 周胜红. 针刺配合大柴胡汤加减治疗慢性胆囊炎 30 例 [J]. 中医杂志, 2007, 48(10): 910.
- [2] 陈灏珠, 林果为. 实用内科学 [M]. 13 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 2152-2153.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 10.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 282-285.
- [5] 李军. 中医辨治胆囊切除术后综合征的思路与方法 [J]. 中医杂志, 2007, 48(11): 1033-1034, 1044.
- [6] 隋华章, 萧峰, 王建立. 柴胡疏肝散合四神丸加减治疗溃疡性结肠炎合并抑郁症 40 例 [J]. 中医杂志, 2011, 52(7): 599-600.
- [7] 刘春晖, 林巧平, 祁智, 等. 热熔挤出技术制备茵三硫固体分散体 [J]. 华西药学杂志, 2013, 28(1): 16-19.

(收稿日期: 2013-09-13; 修回日期: 2013-12-12)

编辑: 王利芬