

组降低 TBiL 疗效优于西药组 ($P < 0.01$)。

表 1 两组患者不同时间点 ALT、AST、TBiL 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	ALT(U/L)	AST(U/L)	TBiL($\mu\text{mol/L}$)
中药组	治疗前	58	252.0 $\pm$ 50.2	176.0 $\pm$ 23.6	33.5 $\pm$ 14.2
	治疗后 4 周	58	185.0 $\pm$ 35.3	121.0 $\pm$ 22.5	23.5 $\pm$ 9.8
	治疗后 8 周	58	83.0 $\pm$ 14.3	67.5 $\pm$ 15.7	19.6 $\pm$ 3.9
西药组	治疗前	42	248.0 $\pm$ 47.4	165.0 $\pm$ 20.3	31.7 $\pm$ 12.7
	治疗后 4 周	42	183.0 $\pm$ 36.5	117.0 $\pm$ 21.6	24.2 $\pm$ 8.2
	治疗后 8 周	42	89.0 $\pm$ 15.2	76.3 $\pm$ 13.2	22.5 $\pm$ 3.2*

注:与西药组同一时间点比较, * $P < 0.01$

3.4 两组患者治疗后主要症状消除率比较

表 2 示, 治疗 6 月后两组主要临床症状如乏力、纳差、肝区不适、尿黄、恶心厌油等均有不同程度消失, 中药组消除主要症状的作用优于西药组 ($P < 0.01$)。

表 2 两组患者治疗后主要症状消除率比较 [例(%)]

组别	例数	乏力	纳差	肝区不适	尿黄	恶心厌油
中药组	58	52(89.7)	48(82.8)	50(86.2)	53(91.4)	51(87.9)
西药组	42	26(60.1)	23(54.8)	22(52.4)	27(64.3)	23(54.8)

3.5 不良反应

中药组在治疗过程中未发生不良反应, 西药组有 6 例出现头晕、头痛、恶心等, 停药后经对症处理缓解。

4 讨论

慢性乙型肝炎 ALT 反复升高, 病情不断进展, 易发展为肝硬化。ALT 是肝细胞损害的敏感标志。ALT 升高在一定程度上反映肝细胞损害和坏死的程度。ALT 异常可能与湿邪有关^[2]。中医认为慢性乙型肝炎多湿热内蕴, 肝气郁滞, 易致脾虚, 脾失

运化, 湿聚痰凝, 日久发热, 易伤肝阴。转氨酶升高, 主要病理变化责之于湿热疫毒留恋。因此用清热利湿健脾法治疗慢性乙型肝炎肝功能异常者, 以期取得较好效果。茵柴护肝汤方中茵陈味苦微寒, 入脾胃肝胆经, 能清热利湿退黄; 柴胡入肝胆经, 疏肝利胆、清解少阳郁热; 白术、茯苓、车前子健脾利湿, 白花蛇舌草、垂盆草清热解毒, 护肝降酶; 焦三仙健脾益胃; 五味子味酸甘, 性温, 入肺、心、肾经, 补肺滋肾, 益气生津, 酸入肝, 补肝之阴, 使肝木得以濡养。全方共奏清热利湿、健脾疏肝之功效。

本观察结果显示, 总体疗效中药组优于西药组 ($P < 0.05$)。中药组消除主要症状如乏力、纳差、肝区不适、尿黄、恶心厌油等的作用优于西药组 ($P < 0.01$)。对肝功能指标改善, 治疗后 8 周降低胆红素疗效中药组优于西药组 ($P < 0.01$), 在治疗后 4、8 周, 中药组降酶效果与西药组相当 ($P > 0.05$)。说明中药组与西药组有相当的降低转氨酶作用, 但无不良反应和停药后转氨酶反弹现象。茵柴护肝汤组有改善临床症状、较好地恢复肝功能的作用, 说明清热利湿健脾法治疗慢性乙型肝炎肝功能异常患者有较好的临床应用前景。

参考文献

- [1] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会, 中华医学会肝病学分会. 病毒性肝炎防治方案 (试行) [J]. 中华肝脏病杂志, 2000, 8(6): 324-329.
- [2] 蔡行平. 乙肝谷丙转氨酶升高从湿辨治 37 例 [J]. 右江医学杂志, 2001, 29(2): 150.

(收稿日期: 2011-07-26; 修回日期: 2011-10-08)

[编辑: 邓 媛]

大柴胡汤配合平衡针治疗急性胆囊炎 35 例

钟 芳 芬

南宁市横县人民医院中医科, 广西壮族自治区南宁市横州镇教育路 141 号, 530300

通讯方式: weihuagirl@163.com, 13764179671

[关键词] 大柴胡汤; 平衡针; 急性胆囊炎

急性胆囊炎 (含慢性胆囊炎急性发作) 为临床常见多发的急症, 临床常采用西药治疗。为了探讨纯中医药治疗急性胆囊炎的疗效, 笔者采用大柴胡汤配合平衡针治疗本病, 现将结果总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

所有患者均为南宁市横县人民医院中医科

2010 年 8 月至 2011 年 6 月门诊和住院病例, 将 70 例符合纳入标准的患者随机分 2 组。治疗组 35 例, 男 25 例, 女 10 例; 年龄 20~76 岁; 其中合并肝吸虫病者 21 例, 合并胆石症者 5 例。对照组 35 例, 男 30 例, 女 5 例; 年龄 30~60 岁, 其中合并肝吸虫病者 18 例, 合并胆石症者 7 例, 两组性别、年龄比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 西医诊断标准

参照《急性胆道系统感染的诊断和治疗指南(2011)》诊断标准^[1]。①症状和体征:右上腹疼痛(可向右肩背部放射),墨菲征阳性、右上腹包块/压痛/肌紧张/反跳痛。②全身反应:发热,C 反应蛋白升高($\geq 30\text{mg/L}$),白细胞升高。③影像学检查:超声、MRI、CT 检查发现胆囊增大,胆囊壁增厚,胆囊颈部结石嵌顿、胆囊周围积液等表现。确诊急性胆囊炎:①症状和体征及全身反应中至少各有 1 项为阳性;②影像学证据可确诊疑似急性胆囊炎。

1.3 中医证候诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]。主症:右胁灼热疼痛,或绞痛或胀痛或钝痛或剧痛。兼次症:疼痛放射至右肩胛,脘腹不适,恶心,呕吐,口干,大便不畅,或见黄疸或见发热。舌象:舌质红,苔黄。脉象:脉弦滑。

1.4 纳入及排除标准

将符合西医诊断标准及中医证候诊断标准者纳入研究。排除标准:①有严重的并发症:如重症胰腺炎、胆道化脓、梗阻、穿孔等。②妊娠期、哺乳期妇女。③过敏体质及对多种药物过敏者。④合并肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重原发病及精神病患者。

2 治疗方法

2.1 治疗组

中药治疗以清热利湿通腑,予大柴胡汤加减,基本方药组成:柴胡 45g,大黄 15g,黄芩 10g,法半夏 10g,赤芍 30g,枳实 10g,郁金 10g,乌梅 10g,厚朴 10g,甘草 15g。加减:身热明显,加金银花 15g,蒲公英 30g,石膏 50g;胁痛明显,加延胡索 10g,川楝子 10g;黄疸明显,加茵陈 30g,栀子 20g;湿重于热,加佩兰 10g,每日 1 剂,水煎至 300ml,分早、晚服。平衡针针刺:主穴选左侧腹痛穴(腓骨小头前下方凹陷处)、头痛穴(足背第 1、2 跖骨间凹陷中点);发热者,配腕痛穴(足背踝关节横纹中央旁开 1 寸);恶心、呕吐者,配胃痛穴(口角下 1 寸及下颌正中中线旁开 2 寸处)。针刺选用长 25~40mm 一次性无菌不锈钢毫针,常规皮肤消毒,以上穴位采取一步到位针刺手法,局部出现酸、麻、胀为主,获得针感后立即出针,不留针。每天 1 次,7 天为 1 个疗程。

2.2 对照组

应用左氧氟沙星氯化钠注射液 0.6g(100ml)静脉滴注,并静脉滴注生理盐水 100ml+山莨菪碱注射液 10mg,每天 1 次,7 天为 1 个疗程。

两组均治疗 1 个疗程,治疗期间宜进清淡饮食,忌食油腻辛辣之品及饮酒。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中有关标准拟定。痊愈:临床症状及体征消失,血常规、B 超检查均正常。好转:临床症状消失,查体腹部轻压痛,B 超检查仍提示炎症。无效:临床症状及体征均无明显改善。

3.2 两组临床疗效比较

表 1 示,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效
治疗组	35	10(28.6)	23(65.7)	2(5.7)	33(94.3)
对照组	35	4(11.4)	22(62.9)	9(25.7)	26(74.3)

3.3 不良反应

治疗组未见有明显不良反应。对照组有 2 例 50 岁以上的男性患者应用山莨菪碱注射液后出现面红、排尿困难。

4 讨论

大柴胡汤出自《伤寒论》,“伤寒发热,汗出不解,心中痞硬,呕吐而下利者,大柴胡汤主之。”方中柴胡疏肝理气解郁,配合黄芩和解清热,可清少阳郁热,大黄通腑泄热,枳实、郁金、乌梅、厚朴疏肝利胆行气,赤芍、甘草缓急止痛。临床上凡表现为往来寒热、胸胁苦满、心中痞硬、心下满痛等属气机不利、气血凝聚不通者,均可使用大柴胡汤治疗。

平衡针治疗腹痛,就是通过针刺神经,将信息反馈给大脑高级指挥系统,实施对失衡能量的再分配平衡,针对功能性疾病引起腹痛效果较好。平衡针灸学有左右上下交叉原则。急性胆囊炎以右上腹部疼痛为主,主穴左侧腹痛穴的解剖部位有腓总神经及其分支腓浅神经、腓深神经经过。强刺激该部位神经通过神经系统的调控能够迅速缓解右上腹部疼痛。平衡针刺针刺时间短、起效快、安全,并且应用平衡针避免了抗胆碱药的副作用。

参考文献

- [1]中华医学会外科学分会胆外科学组.急性胆道系统感染的诊断和治疗指南(2011)[J].中华消化外科杂志,2011,10(1):9-13.
- [2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:281-285.

(收稿日期:2011-10-17;修回日期:2011-11-07)

[编辑:黄健]