

- [6] Van Oudenhove L, Vandenherghe J, Geemrts B, et al. Relationship between anxiety and gastric sensorimotor function in functional dyspepsia [J]. Psychosomatic Medicine, 2007, 69(5): 455-463.
- [7] Ohara S, Kawano T, Kusano M, et al. Survey on the prevalence of GERD and FD based on the Montreal definition and the Rome III criteria among patients presenting with epigastric symptoms in Japan [J]. J Gastroenterol, 2011, 46(5): 603-611.
- [8] Mnikes H, van der Voort IR, Wollenberg B, et al. Gastric perception thresholds are low and sensory neuropeptide levels high in helicobacter pylori-positive functional dyspepsia[J]. Digestion, 2005, 71(8): 111-123.
- [9] Bouin M, Lupien F, Riberdy-Poitras M, et al. Tolerance to gastric distension in patients with functional dyspepsia: modulation by a cholinergic and nitregeric method[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2006, 18(2): 63-68.
- [10] 陈称心, 赵宇. 双歧杆菌三联活菌胶囊联合莫沙必利治疗慢性功能性便秘疗效分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2014, 34(7): 899-890.
- [11] 孙玉凤. 中医药治疗功能性消化不良的进展[J]. 河北中医, 2008, 30(6): 667-900.
- [12] 梁汝坚, 梁若玲, 张继平. 四磨汤口服液治疗功能性消化不良 45 例[J]. 实用医学杂志, 2008, 24(6): 1051-1052.

(责任编辑: 吴凌)

疏泄肝胆方治疗湿热瘀阻型胆囊切除术后综合征疗效评价

朱佳杰^{1,2}, 董莉莉¹, 董晓宇², 刘珊², 陶夏平¹

1. 中国中医科学院广安门医院消化内科, 北京 100053; 2. 北京中医药大学, 北京 100029

[摘要] 目的: 观察疏泄肝胆方治疗湿热瘀阻型胆囊切除术后综合征 (PCS) 的临床疗效。方法: 选择湿热瘀阻型 PCS 患者 30 例, 均以疏泄肝胆方加减治疗, 分别观察不同疗程的临床疗效及患者胁肋疼痛、纳差、腹胀、嗝气、恶心呕吐、大便稀溏等症状的改善情况。结果: 治疗 1、2、4 周总有效率分别为 50.00%、96.67% 和 96.67%, 治疗 2、4 周总有效率与治疗 1 周比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。痊愈率、显效率治疗 4 周时分别为 36.67%、53.33%, 治疗 2 周时分别为 10.00%、20.00%, 两个时间段比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗 4 周后, 患者胁肋疼痛、纳差、腹胀、嗝气、恶心呕吐、大便稀溏等症状均得到显著改善; 除腹胀外, 上述各症状有效率较治疗 1 周时升高显著 ($P < 0.05$)。结论: 疏泄肝胆方治疗湿热瘀阻型 PCS 的临床疗效确定, 且适当延长疗程可提高疗效。

[关键词] 胆囊切除术后综合征; 湿热瘀阻型; 疏泄肝胆方

[中图分类号] R442.8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0085-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.033

胆囊切除术后综合征 (PCS) 是指因胆囊良性病变而手术切除后数周到数年, 原有的症状不消失, 或又出现新的症状的一组临床症候群。其主要表现为上腹部或右上腹疼痛不适、可波及右侧肩背部、腹胀、消

化不良、食欲减退、恶心呕吐、嗝气、腹泻或便秘等, 甚至可见右上腹剧烈疼痛、伴发热、黄疸、肝功能异常等。随着腹腔镜胆囊切除术的广泛开展, PCS 患者越来越多。近年来, 笔者应用疏泄肝胆方治疗湿

[收稿日期] 2015-12-15

[作者简介] 朱佳杰 (1989-), 男, 在读博士, 研究方向: 中西医结合肝胆病学。

[通讯作者] 陶夏平, E-mail: taoxiaping@163.com。

热瘀阻型 PCS, 收到较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2009 年 7 月—2014 年 3 月间中国中医科学院广安门医院脾胃科门诊患者 30 例。男 7 例, 女 23 例; 年龄 27~75 岁, 平均(56.10±12.49)岁; 胆囊缺如史 1 月~23 年, 平均(7.18±6.18)年; 胁肋疼痛 30 例, 纳差 18 例, 腹胀 21 例, 暖气 14 例, 恶心呕吐 19 例, 大便稀溏 12 例。

1.2 PCS 诊断标准 参考《消化内科疾病诊断标准》^[1]拟定。①有因胆囊良性病变而进行胆囊切除病史; ②有反复发作的胆绞痛样疼痛、上腹部胀满、消化不良等症状, 甚至伴黄疸、发热等; ③肝功能检查可有胆红素和转氨酶升高; ④B 超、CT 检查有胆管轻度扩张, ERCP、PCT 检查可发现胆管压力增高。具备 3 项及以上(其中①、②必备), 即可诊断。

1.3 PCS 湿热瘀阻证诊断标准 参考《实用中医消化病学》^[2]拟定。主证: ①胁肋掣痛; ②痛有定处、拒按; ③身目发黄, 色泽鲜明。次证: ①舌暗紫有瘀斑, 脉沉涩, 或苔黄腻, 脉弦滑数; ②口苦尿黄; ③腹胀纳呆; ④恶心呕吐; ⑤手术史。证型确定: 具备主证 1 项, 兼具次证 3 项以上(其中①必备)。

1.4 纳入标准 ①年龄 18~75 岁, 有胆囊切除术史; ②符合西医 PCS 的诊断标准; ③符合中医 PCS 湿热瘀阻证诊断标准。

1.5 排除标准 ①胆系外疾病, 如胃十二指肠溃疡、胰腺炎、肠易激综合征、肋间神经痛等; ②严重的心脑血管、肺、肝、肾、造血系统疾病及恶性肿瘤患者; ③有其他消化道手术病史、妊娠或哺乳期妇女、精神病患者; ④对已知药物存在过敏者及过敏体质者; ⑤怀疑或确有酒精、药物滥用者; ⑥符合纳入标准, 但无法判断疗效或因资料不全等影响疗效判断者。

2 治疗方法

予疏泄肝胆方治疗。处方: 醋柴胡、川楝子各 6 g, 香附、金钱草、海金沙(包)、白术各 15 g, 枳壳、延胡索、赤芍各 10 g。加减: 疼痛明显者, 改延胡索 15 g 以加强活血止痛; 恶心呕吐者, 加竹茹 10 g 以降逆止呕; 转氨酶增高者, 加田基黄 15 g 以保肝降酶; 脘腹胀满, 湿浊中阻者, 加苍术 10 g、黄连 6 g 以健脾燥湿; 感染发热者, 加金银花 15 g 以清热解毒。每天 1 剂, 水煎服, 每天 3 次, 餐后半小

时温服, 每次 200 mL。并嘱患者注意生活调摄: 忌辛辣刺激、肥甘厚腻之品, 规律作息, 适当运动。疗程为 4 周。

3 观察项目与统计学方法

3.1 症状积分评价 参考《胃肠疾病中医证候评分表》^[3]、《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]中相关标准对胁肋疼痛、纳差、腹胀、暖气、恶心呕吐、大便稀溏等症状进行积分评定, 按无、轻、中、重分别计 0~3 分, 分别于治疗 0、1、2 及 4 周评定 1 次。

3.2 统计学方法 使用 SPSS19.0 统计软件, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 *t* 检验; 计数资料采用 χ^2 检验; 不符合正态分布数据用非参数检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效标准 参考《胃肠疾病中医证候评分表》^[3]、《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]拟定。临床痊愈: 症状或体征消失或基本消失, 症状积分减少 $\geq 95\%$; 显效: 症状或体征明显改善, 症状积分减少 $\geq 70\%$; 有效: 症状或体征均有好转, 症状积分减少 $\geq 30\%$; 无效: 症状或体征均无明显改善, 甚或加重, 症状积分减少 $< 30\%$ 。计算公式(尼莫地平法)=[(治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分] $\times 100\%$ 。

4.2 主要症状疗效标准^[3~4] 临床痊愈: 疗程结束后, 症状消失; 显效: 疗程结束后, 症状分级减少 2 级; 有效: 疗程结束后, 症状分级减少 1 级; 无效: 达不到上述标准。

4.3 不同疗程临床疗效比较 见表 1。治疗 1、2、4 周总有效率分别为 50.00%、96.67% 和 96.67%, 治疗 2、4 周总有效率与治疗 1 周比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。痊愈率、显效率治疗 4 周时分别为 36.67%、53.33%, 治疗 2 周时分别为 10.00%、20.00%, 两个时间段比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

疗程	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗 1 周	30	0	0	15	15	50.00
治疗 2 周	30	3	6	20	1	96.67 ^①
治疗 4 周	30	11 ^②	16 ^②	2	1	96.67 ^①

与治疗 1 周比较, ① $P < 0.05$; 与治疗 2 周比较, ② $P < 0.05$

4.4 不同疗程各症状疗效比较 见表2。治疗4周后,患者胁肋疼痛、纳差、腹胀、暖气、恶心呕吐、大便稀溏等症状均得到显著改善;除腹胀外,上述各症状有效率较治疗1周时升高显著,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 不同疗程各症状疗效比较 例(%)

症状	治疗前	治疗1周	治疗2周	治疗4周
胁肋疼痛	30	15(50.00)	27(90.00)	30(100) ^①
纳差	18	11(38.89)	14(77.78)	17(94.44) ^①
腹胀	21	13(61.90)	16(76.19)	18(85.71)
暖气	14	8(57.14)	12(85.71)	13(92.86) ^①
恶心呕吐	19	13(68.42)	17(89.47)	18(94.74) ^①
大便稀溏	12	2(16.67)	8(66.67)	10(83.33) ^①

与治疗1周比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

中医学并无胆囊切除术后综合征这一病名,但根据本病胁肋疼痛、胀满、腹泻等特点,可将本病归为胁痛、胆胀、泄泻等范畴,认为其起病多系湿热、情志、饮食、劳倦等引起。且由于当代人们饮食结构和生活方式的改变,湿热病邪的因素占主导地位。肥甘厚味碍脾而滋生湿热,湿热之邪蕴于局部,阻碍气机,致肝胆气结,疏泄失司;而少阳失疏,则木不疏土,致脾运不健,更添湿热;胆囊切除后,胆汁不得正常排泄,蕴于体内,则清净之液化为糟粕,酿湿生热,皆为PCS湿热之由来。湿热之邪一旦产生,或蕴于脾胃,致运化无权、升降失调;或熏蒸肝胆,阻滞气机、疏泄失常;或弥漫三焦,蒙上而肺失宣降、气机失调,侵下则湿热下注于肠、膀胱、肾。若湿热久蕴,或可热化伤阴,或可寒化伤阳;或因阴血亏虚,气失所附而消损,而成气阴两伤之证;亦可影响脏腑功能及气血津液代谢而生痰浊、瘀血。此外,PCS患者虽手术切除胆囊,但认为胆腑的功能仍旧存在。六腑以通为用,而湿热之邪蕴于局部,阻滞气机,则胆腑郁滞,横逆胃土,致胃气不降,形成胆胃同病而见胁痛、脘闷、呃逆暖气、泛酸、烧心等。再

者,胆腑郁滞,气机不利,木郁化火,而出现胆火扰心之胁痛胸闷,心烦心悸,亦可因胆囊切除使胆气亏虚,木不生火,母病及子而成心慌不安,心悸怔忡之心虚胆怯证。故其病机演变十分复杂。

疏泄肝胆方,系根据湿热瘀阻肝胆而设。方中柴胡、香附、枳壳、川楝子入肝经,疏泄肝胆;金钱草、海金沙,清热利湿,兼能利胆消石;香附、赤芍、延胡索功能理气活血,是中医学“气血相关”理论的具体体现;川楝子、延胡索即金铃子散,功能理气活血,具有较强的止痛效果;白术健运脾胃,乃仲景“肝病实脾”理论的应用。诸药合用,共奏疏利肝胆、清热祛湿之功,切合本病病机,故临床疗效甚佳。

治疗结果表明,患者在4周的疗程内总有效率持续提升,4周后总有效率达96.67%;且胁肋疼痛、纳差、暖气、恶心呕吐、大便偏稀5种症状有效率较治疗1周有明显提高。在治疗1周后腹胀有效率即达61.90%,说明本方短期治疗对腹胀即具有显著疗效;且随着疗程的延长,在治疗4周末升至85.71%,但未显示出统计学差异;若进一步延长治疗时间,可能将显示出统计学差异。

综上所述,中医药以脏腑生理功能为中心,宏观把握病机特点,审机论治,运用疏泄肝胆方,对湿热瘀阻型PCS治疗有一定的优势,具有良好的临床应用前景。

[参考文献]

- [1] 韩占波,王国平,董建璐. 消化内科疾病诊断标准[M]. 北京:科学技术文献出版社,2009:408.
- [2] 李乾钧,周学文,单兆伟. 实用中医消化病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:802.
- [3] 危北海,陈治水,张万岱. 胃肠疾病中医证候评分表[J]. 世界华人消化杂志,2004,12(11):2701-2703.
- [4] 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,2002:372-373.

(责任编辑:冯天保)