

功能恢复。

以上为各种单一疗法的机理,联合应用多种疗法既可最大限度地保留各自疗法的特点和长处,可相互弥补不足,相得益彰,共同阻断腰椎间盘突出症的炎症压迫—水肿渗出粘连—加重压迫恶性循环,从而取得较满意的疗效。本研究综合采用牵引、推拿、运动疗法、理疗、药物脱水等方法,结果治愈85例,有效9例,总有效率为88.7%,从中可以看出,采用多种方法综合治疗腰椎间盘突出症在临床可获得满意疗效。

[参考文献]

[1] 吴在德,吴肇汉.外科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:849-854.

- [2] 靳安民,姚伟涛,张辉.腰椎间盘突出症术后疗效不佳的原因分析及对策[J].中华骨科杂志,2003,23(11):657-660.
- [3] 张晓,顾柏林,王勇飞.中药加牵引理疗治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J].中国康复理论与实践,2006,12(2):156-157.
- [4] 邱贵兴.骨科学新进展[M].北京:中华医学电子音像出版社,2006:106-114.
- [5] 陈普庆,蒲尚喜.综合治疗腰椎间盘突出症112例疗效观察[J].贵阳中医学院学报,2007,29(5):29-30.
- [6] 王福根,高谦,毕胜,等.腰椎间盘突出症临床治疗机制探讨[J].中国临床康复,2003,7(8):1320.

(责任编辑:马力)

消炎利胆止痛汤加减治疗慢性胆囊炎 45 例临床观察

李晓芳,姜阳群,王珍

衢州市中医医院肝胆外科,浙江 衢州 324000

[摘要] 目的:观察消炎利胆止痛汤加减对慢性胆囊炎的临床疗效。方法:将慢性胆囊炎患者88例随机分为2组,治疗组45例,采用消炎利胆止痛汤加减治疗;对照组43例,采用消炎利胆片治疗。2组疗程均为6周。观察治疗前后主要症状、体征,B超检测治疗前后胆囊情况。结果:临床疗效总有效率治疗组95.56%,对照组74.42%,治疗组优于对照组,2组比较,差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。治疗后2组腹痛、腹胀、恶心呕吐及嗝气反酸评分均较治疗前下降($P < 0.01$),治疗组各主要临床症状评分均低于对照组,差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。胆囊B超疗效总有效率治疗组93.33%,对照组74.42%,治疗组优于对照组,2组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论:消炎利胆止痛汤加减治疗慢性胆囊炎临床疗效佳。

[关键词] 慢性胆囊炎;消炎利胆止痛汤;消炎利胆片

[中图分类号] R657.4*1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 05-0084-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.033

慢性胆囊炎是消化系统常见病,主要是由于各种因素导致的胆囊慢性炎症刺激而致,发病可为隐匿性,也可由急性、亚急性胆囊炎慢性迁延而来^[1],常表现为反复右上腹隐痛,餐后腹胀、嗝气,急性发作时可有剧烈的右上腹痛,有时可向右肩部放射,并伴

有恶心、呕吐以及体温升高。本科采用自拟消炎利胆止痛汤加减治疗慢性胆囊炎取得良好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入2012年1月~2013年5月本

[收稿日期] 2014-01-02

[作者简介] 李晓芳(1979-),女,主管护师,主要从事肝胆外科、胸外科的护理。

科确诊为慢性胆囊炎的患者 88 例, 随机分为 2 组。治疗组 45 例, 男 27 例, 女 18 例; 年龄 20~70 岁, 平均(59±6)岁; 病程 8 月~5.5 年, 平均(35.5±12.5)月。对照组 43 例, 男 19 例, 女 24 例; 年龄 18~69 岁, 平均(41±5)岁; 病程 6 月~6 年, 平均(31.5±13.5)月。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无显著性意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《实用内科学》^[2]制定: 持续右上腹部钝痛、隐痛或其他不适感, 可伴右肩部放射痛; 伴恶心、反酸、腹胀、厌油等不适症状; 病程反复发作, 急性发作与缓解迁延期交替出现; 胆囊点压痛或墨菲征阳性; B 超示: 胆囊增大, 轮廓模糊, 胆囊壁毛糙增厚, 内容物透声性降低等变化。具有第 1 项, 加上 2~4 项中任 1 项即可确诊。

1.3 纳入标准 符合临床症状及 B 超诊断为慢性胆囊炎; 年龄 18~70 岁; 患者同意参加研究。

1.4 排除标准 急性单纯性胆囊炎, 急性化脓性胆囊炎, 急性坏疽性胆囊炎, 急性梗阻性化脓性胆囊炎, 胆囊穿孔并发弥漫性腹膜炎者需要手术治疗者; 妊娠或哺乳期妇女; 合并心、脑、肝、肾、内分泌及血液系统等严重原发病及精神病患者、肿瘤患者; 过敏体质者或不接受口服中药者。

2 治疗方法

一般治疗: 均对 2 组患者进行心理护理、健康教育及饮食指导。

2.1 治疗组 给予消炎利胆止痛汤, 药物组成: 柴胡、白芍、枳壳、川芎各 12 g, 黄芩、郁金、人参、陈皮各 10 g, 砂仁(后下)、炙甘草各 6 g, 生麦芽、丹参、海金沙各 15 g。胸胁胀痛加厚朴、枳实、旋复花各 15 g; 形寒肢冷加桂枝 10 g; 胃中灼热、反酸加石膏、煅龙骨(先煎)、煅牡蛎(先煎)各 30 g, 呕吐属寒者加姜半夏 15 g, 热者加竹茹 15 g; 疼痛较重者加延胡索、川楝子各 15 g; 纳差者加焦三仙各 15 g; 便秘加大黄(后下)6~10 g; 黄疸者加茵陈、虎杖各 15 g; 结石者加金钱草 20 g; 病程较久、体虚者加党参 15 g, 黄芪 20 g。每天 1 剂, 水煎, 分 2 次饭后温服。

2.2 对照组 消炎利胆片(广东罗浮山国药股份有限公司), 每次 6 片, 每天 3 次, 饭后 15 min 温水送服。

2 组均以 1 周为 1 疗程, 连续治疗 6 疗程。2 组服药期间均禁烟酒及肥甘厚腻之品。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 主要症状评分^[3], 右上腹疼痛, 2 分为轻度腹痛; 4 分为中度腹痛, 尚可忍受, 不影响日常生活; 6 分为重度腹痛, 疼痛难忍, 严重后果影响到日常生活。腹胀: 2 分为轻度腹胀, 自觉腹部胀满不适, 腹部稍膨隆; 4 分为中度腹胀, 腹部胀满不适感明显, 腹部膨隆, 尚可忍受; 6 分为重度腹胀, 腹部胀满不适, 腹部明显膨隆, 难以忍受。恶心呕吐: 2 分为轻度, 偶尔恶心不适, 无呕吐, 每天≤2 次; 4 分为中度, 恶心呕吐时发, 呕吐物为胃内容物, 每天 3~5 次; 6 分为重度, 恶心呕吐, 每天发作 5 次以上。嗝气反酸: 2 分为症状轻微, 不影响日常生活; 4 分为症状较重, 影响日常生活, 但尚可忍受; 6 分为症状重, 已严重影响日常生活, 难以忍受。B 超监测胆囊大小、胆囊壁光滑度、厚度、胆汁淤积程度、双边征等影像学改变。

3.2 统计学方法 数据分析采用 SPSS17.0 统计软件, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]制定: 治愈: 临床症状消失, 复查 B 超示胆囊壁光滑, 边缘清晰, 胆囊壁厚度 < 3 mm; 显效: 腹痛、腹胀、反酸等不适症状基本缓解, 复查腹部 B 超示胆囊壁较前明显改善; 好转: 临床症状及体征稍有好转, 但复查 B 超未见明显改善; 无效: 临床症状、体征及 B 超均未见明显好转。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。临床疗效总有效率治疗组 95.56%, 对照组 74.42%, 治疗组优于对照组, 2 组比较, 差异有非常显著性意义($P<0.01$)。

表 1 2 组临床疗效比较

| 组别 | n | 治愈 | 显效 | 好转 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|----|---------|
| 对照组 | 43 | 5 | 13 | 14 | 11 | 74.42 |
| 治疗组 | 45 | 10 | 15 | 18 | 2 | 95.56 |

与对照组比较, ① $P<0.01$

4.3 2 组治疗前后主要临床症状评分比较 见表 2。治疗后 2 组腹痛、腹胀、恶心呕吐及嗝气反酸评分均治疗前下降($P<0.01$), 治疗组各主要临床症状评分均低于对照组, 差异均有非常显著性意义($P<0.01$)。

4.4 2 组胆囊 B 超疗效比较 见表 3。胆囊 B 超疗效

总有效率治疗组 93.33%，对照组 74.42%，治疗组优于对照组，2组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后主要临床症状评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

| 组别 | n | 时间 | 腹痛 | 腹胀 | 恶心呕吐 | 暖气反酸 |
|-----|----|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 对照组 | 43 | 治疗前 | 3.13±0.45 | 3.21±0.43 | 3.18±0.35 | 3.04±0.56 |
| | | 治疗后 | 1.05±0.34 | 0.95±0.56 | 1.15±0.51 | 0.88±0.56 |
| 治疗组 | 45 | 治疗前 | 3.25±0.38 | 3.17±0.34 | 3.14±0.40 | 2.97±0.65 |
| | | 治疗后 | 0.43±0.22 | 0.41±0.29 | 0.39±0.28 | 0.43±0.35 |

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.01$

表3 2组胆囊B超疗效比较 例

| 组别 | n | 临床治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|------|----|----|----|---------|
| 对照组 | 43 | 6 | 13 | 13 | 11 | 74.42 |
| 治疗组 | 45 | 11 | 20 | 11 | 3 | 93.33 |

与对照组比较，① $P < 0.05$

5 讨论

慢性胆囊炎中医学未见相应病名，根据其临床症状，属中医学胁痛、胆胀范畴，也有学者将其归为痞病范畴^[9]。有学者认为其病因病机为或因七情所伤，或因饮食不节，而致肝胆郁结，气机不畅，腑气不通，气血凝滞而发病，或因致肝气郁结，木郁克土，脾失健运，水湿内停，湿蕴化热，湿热蕴于肝胆而发病，也可因久病入络，脉络痹阻，或气郁日久伤阴化火，煎津灼液，耗气伤阴，血凝脉络，阻于经络^[6-7]。本病病位在胆，与肝、脾、胃有关，治以疏肝利胆、清热除湿、通腑泄浊为法^[9]。根据其病因病机，本科自拟消炎利胆止痛汤，方中以柴胡为君药，疏肝理气，现代药理研究发现柴胡中所含柴胡皂苷可抗炎、保肝、利胆^[9]。臣以郁金，共奏疏肝解郁之功。白芍为臣柔肝养阴，缓急止痛，有学者认为，柴胡、白芍配伍，二药一散一收，可清肝解郁，利胆止痛，升阳敛阴^[10]，陈皮理气化痰、黄芩清三焦之湿热、海金沙清热利湿、砂仁化湿泄浊，四药合用可清热除湿。丹参活血化瘀，祛除血中之凝滞，川芎为血中之气药，助丹参活血化瘀。麦芽化食消积、枳壳理气消积，二药共同消除中焦积滞，畅通腑气，患者久病体弱，少予人参益气补虚。炙甘草既可调和诸药，又可补益和中。纵观全方，以理气为主，佐以驱邪泄浊、缓急止痛，兼以补虚，补泻兼施，升降兼顾，药切病机，故临床疗效满意。结合本次研究结果，治疗组疗效优于对照组，分析原因为：汤药较片剂吸收快，药效起

作用更快。且汤药辨证加加减选药，体现中医辨证施治，选药更合理，而片剂则一药多治，不能辨证辨人施治。现代抗菌消炎药多存在耐药及易反复的缺点^[11]，而中药汤剂由于辨证、辨病、辨人给药，无此弊端。

治疗本病还应注意患者治疗中的护理工作，具体应做到：此类患者多存在焦虑、烦躁、抑郁、紧张等不良情绪，护理上应注意对患者进行心理疏导，对患者及家属进行健康教育，指导患者正确看待本病，鼓励患者树立战胜疾病的信心，取得患者及家属的信任，使家属能够做好患者的自我护理工作。应关心体贴患者，注意观察患者的病情变化，并详细记录患者的生命体征，若患者出现发烧、呕吐、腹痛、便秘等症状，立即报告医生，并协同医生做好处理工作。

指导患者饮食宜忌，慢性胆囊炎患者应选择低脂、低胆固醇、优质蛋白清淡饮食，发作期饮食还应少渣易消化，平日做到少食多餐，忌食辣椒、羊肉等辛辣燥热之物。中药宜饭后 15 min 温服。

[参考文献]

- 1] 郭森林. 疏肝行气活血汤治疗慢性胆囊炎 58 例疗效观察[J]. 新中医, 2012, 44(5): 16-17.
- 2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 2043-2047.
- 3] 漆生权, 刘红桃, 杨少军. 加味小柴胡汤治疗慢性胆囊炎临床观察[J]. 新中医, 2011, 43(5): 48-49.
- 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.
- 5] 曹正柳, 谢庆斌. 痞之辨惑论[J]. 新中医, 2011, 43(11): 124-125.
- 6] 杨学军. 三金柴胡汤治疗慢性胆囊炎 45 例临床观察[J]. 中医药导报, 2009, 15(6): 29-30.
- 7] 司书凯. 柴胡疏肝散治疗慢性胆囊炎 45 例[J]. 四川中医, 2005, 23(11): 62.
- 8] 陈良金, 周继刚, 张继红. 疏肝利胆通腑法治疗慢性胆囊炎 45 例疗效观察[J]. 新中医, 2011, 43(5): 47-48.
- 9] 杨芳. 疏肝利胆、通络止痛法治疗慢性胆囊炎临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(22): 25-26.
- 10] 廉永红. 周福生教授治疗慢性胆囊炎经验介绍[J]. 新中医, 2012, 44(2): 140-141.
- 11] 阴建军. 穴位贴敷治疗慢性胆囊炎急性发作 200 例疗效观察[J]. 新中医, 2010, 42(11): 97-98.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)