清肝利胆汤加减辅助西药治疗急性胆囊炎肝胆湿热证临床研究

胡运庭，王浩，徐雨薇，王剑

衢州市中医医院肝胆外科，浙江 衢州 324000

［摘要］**目的：**观察清肝利胆汤加减辅助西药治疗急性胆囊炎肝胆湿热证的临床疗效。**方法：**采用随机数字表法将96例急性胆囊炎肝胆热证患者分为试验组、对照组各48例。对照组接受常规西药治疗，试验组在对照组基础上加用清肝利胆汤加减治疗，2组均连续治疗7 d。比较2组临床疗效、临床症状消失时间及治疗前后中医证候积分、炎症指标[白细胞计数（WBC）、C-反应蛋白（CRP）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）]水平。**结果：**试验组总有效率91.67%，高于对照组75.00%（$P<0.05$）；发热、右上腹痛、腹部压痛、胃肠道症状消失时间均短于对照组（$P<0.05$）。2组治疗后中医证候积分、WBC、CRP、TNF-α水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且试验组治疗后中医证候积分、炎症指标水平均低于对照组（$P<0.05$）。**结论：**清肝利胆汤加减辅助西药治疗急性胆囊炎肝胆湿热证效果显著，能够加快患者恢复，减轻炎症反应。

［关键词］急性胆囊炎；肝胆湿热证；清肝利胆汤；炎症反应

［中图分类号］R657.41 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2024）05-0086-04

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2024.05.017

Clinical Study on Modified Qinggan Lidan Decoction Assisting Western Medicine for Acute Cholecystitis with Liver-Gallbladder Damp-Heat Syndrome

HU Yunting, WANG Hao, XU Yuwei, WANG Jian

Department of Hepatobiliary Surgery, Quzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Quzhou Zhejiang 324000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of modified Qinggan Lidan Decoction assisting western medicine on acute cholecystitis with liver-gallbladder damp-heat syndrome. **Methods:** A total of 96 cases of patients with acute cholecystitis with liver-gallbladder damp-heat syndrome were divided into the trial group and the control group according to the random number table method, with 48 cases in each group. The control group was treated with routine western medicine, and the trial group was additionally treated with modified Qinggan Lidan Decoction based on the treatment of the control group. Both groups were treated for 7 days. Traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores and the levels of inflammation indexes [white blood cell count (WBC), C-reactive protein (CRP), and tumor necrosis factor-α (TNF-α)] before and after treatment, as well as the clinical effects and the time for elminating the clinical symptoms were compared between the two groups. **Results:** The total effective rate was 91.67% in the trial group, higher than that of 75.00% in the control group ($P<0.05$). The disappearance time of fever, right upper abdominal pain, abdominal tenderness and gastrointestinal symptoms was shorter than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, TCM syndrome scores and the levels of WBC, CRP and TNF-α in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and TCM syndrome scores and inflammation indexes in the trial group were lower than those in the control

［收稿日期］2023-10-18
［修回日期］2023-12-20
［基金项目］衢州市科技攻关指导性项目（2023ZD018）
［作者简介］胡运庭（1986-），男，主治医师，E-mail：13757033589@163.com。

group ($P<0.05$). **Conclusion**: Modified Qinggan Lidan Decoction assisting western medicine for acute cholecystitis with liver-gallbladder damp-heat syndrome has a significant effect, which can accelerate the recovery and reduce inflammatory responses.

Keywords: Acute cholecystitis; Liver-gallbladder damp-heat syndrome; Qinggan Lidan Decoction; Inflammatory responses

急性胆囊炎是临床常见的急性消化道疾病，以右上腹疼痛、恶心、呕吐为主要临床表现[1]。临床对于符合保守治疗指征的患者，首选利胆、消炎、止痛、解痉等药物治疗，大多患者经过规范治疗后能够取得积极效果，但也存在不良反应多、耐药性增加、部分患者疗效差等局限性[2-3]。中医将急性胆囊炎归属于黄疸、胁痛范畴，其中肝胆湿热证为临床常见证型，病机为肝失疏泄、胆汁淤积、湿热蕴结，以疏肝利胆、清热利湿为治疗原则。清肝利胆汤有清泻肝胆实火、清利湿热的功效。本研究观察清肝利胆汤加减辅助西药治疗肝胆湿热型急性胆囊炎的临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合文献[4]中急性胆囊炎诊断标准。存在右上腹痛、压痛、Murphy征阳性；全身炎症表现：发热及白细胞计数(WBC)、C-反应蛋白(CRP)升高；影像学检查提示胆囊增大、胆囊壁增厚、结石、积液存在。

1.2 辨证标准 符合《胆囊炎中医诊疗专家共识意见(2017)》[5]中肝胆湿热证辨证标准。胁肋胀痛，面目俱黄，寒战高热，胸闷纳呆，口苦口干，恶心反胃，大便干结，小便黄赤，舌红苔黄腻，脉弦或弦滑、弦数。

1.3 纳入标准 符合诊断、辨证标准；年龄≥18岁；生命体征平稳，无严重脏腑器质性病变或其他严重并发症；肝功能正常；符合保守治疗指征；患者自愿参与本研究，均签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并胆囊穿孔及严重胆道感染、胆道梗阻；有恶性肿瘤或过敏体质；有慢性胃炎、食管炎、消化道溃疡等其他消化道疾病；有精神系统疾病。

1.5 一般资料 选择2022年1月—2023年5月在衢州市中医医院接受治疗的96例急性胆囊炎肝胆湿热证患者作为研究对象，按照随机数字表法分为试验组、对照组各48例。对照组男29例，女19例；年龄24～60岁，平均(43.75±9.96)岁；体质量指数(BMI)20～32，平均24.58±3.25；病程3～22 h，平均(13.30±3.86)h。试验组男27例，女21例；年龄26～58岁，平均(44.10±9.34)岁；BMI 19～33，平均24.74±3.49；病程4～19 h，平均(12.95±3.61)h。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究通过衢州市中医医院医学伦理委员会审查批准(2023-08-225)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予利胆、止痛解痉、抗感染等常规西药治疗。具体治疗药物如下：硫酸镁钠钾口服用浓溶液(Beaufour Ipsen Industrie，国药准字HJ20220094)10 mL，每天3次；盐酸消旋山莨菪碱注射液(杭州民生药业股份有限公司，国药准字H33021707)10 mL静脉滴注，每天2次；左氧氟沙星氧化钠注射液(浙江医药股份有限公司新昌制药厂，国药准字H20213510)静脉滴注，每次0.2 g，每天2次；奥硝唑注射液(成都市海通药业有限公司，国药准字H20223837)静脉滴注，每次0.5 g，每天2次。连续治疗7 d。

2.2 试验组 在对照组基础上加用清肝利胆汤加减治疗。处方：柴胡20 g，黄芩18 g，白芍、黄连、大黄、茵陈、龙胆草、枳实、郁金、青蒿各15 g，败酱草、赤芍各12 g，生甘草6 g。腹胀明显者加厚朴15 g；黄疸重者加金钱草9 g，茵陈6 g；胁痛甚者加延胡索9 g；大便不通者加虎杖6 g；小便不利者加通草6 g，泽泻9 g。每天1剂，加水煎煮至200 mL，分早晚2次服用，连续治疗7 d。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候积分。参照文献[6]对2组治疗前后寒战高热、胁肋胀痛、面目俱黄、胸闷

纳呆、口苦口干等中医证候进行评分，根据症状的无、轻度、中度、重度严重程度分别计0、2、4、6分，得分越高表明症状越严重。②临床症状消失时间。记录2组发热、右上腹痛、腹部压痛、胃肠道症状消失所需时间。③炎症指标。抽取患者外周空腹静脉血3 mL，采用全自动血液分析仪检测2组治疗前后WBC水平，采用酶联免疫吸附法测定2组治疗前后血清CRP、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)水平。

3.2　统计学方法　采用SPSS22.0统计学软件进行数据分析。计数资料采用百分比(%)表示，组间比较采用χ^2检验；计量资料采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验，组内比较采用配对样本t检验。以$P<0.05$为差异有统计学意义。

4　疗效标准与治疗结果

4.1　疗效标准　参照文献[6]拟定。治愈：腹痛、压痛、发热等临床症状和体征消失，影像学显示胆囊正常，中医证候积分减少≥95%；显效：腹痛、压痛、发热等临床症状和体征显著改善，影像学显示胆囊壁变光滑，70%≤中医证候积分减少＜95%；好转：腹痛、压痛、发热等临床症状和体征有所改善，影像学显示胆囊壁仍毛躁，但有所好转，30%≤中医证候积分减少＜70%；无效：腹痛、压痛、发热等症状无变化甚至加重，影像学显示胆囊无好转，中医证候积分减少＜30%。总有效率=(治愈+显效+好转)例数/总例数×100%。

4.2　2组临床疗效比较　见表1。试验组总有效率91.67%，高于对照组75.00%($P<0.05$)。

4.3　2组临床症状消失时间比较　见表2。试验组发热、右上腹痛、腹部压痛、胃肠道症状消失时间较对照组缩短($P<0.05$)。

表1　2组临床疗效比较　例(%)

组　别	例数	治愈	显效	好转	无效	总有效
试验组	48	22(45.83)	13(27.08)	9(18.75)	4(8.33)	44(91.67)①
对照组	48	15(31.25)	12(25.00)	9(18.75)	12(25.00)	36(75.00)

注：①与对照组比较，$P<0.05$

表2　2组临床症状消失时间比较($\bar{x}\pm s$)　d

组　别	例数	发热	右上腹痛	腹部压痛	胃肠道症状
试验组	48	2.46±0.62①	3.86±0.53①	4.11±0.87①	5.85±1.16①
对照组	48	3.09±0.57	4.27±0.62	4.78±1.05	6.64±1.30

注：①与对照组比较，$P<0.05$

4.4　2组治疗前后炎症指标比较　见表3。2组治疗前WBC、CRP、TNF-α水平比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。2组治疗后WBC、CRP、TNF-α水平均较治疗前降低($P<0.05$)，且试验组治疗后各项炎症指标水平低于对照组($P<0.05$)。

表3　2组治疗前后炎症指标比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	时　间	例数	WBC(×10⁹/L)	CRP(mg/L)	TNF-α(ng/L)
试验组	治疗前	48	16.37±3.10	26.74±6.65	45.44±8.61
	治疗后	48	8.83±1.96①②	9.62±2.50①②	14.68±3.16①②
对照组	治疗前	48	16.20±2.98	27.04±5.83	45.89±9.05
	治疗后	48	10.35±2.41①	13.59±2.73①	19.77±4.02①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.5　2组治疗前后中医证候积分比较　见表4。2组治疗前寒战高热、胁肋胀痛、面目俱黄、胸闷纳呆、口苦口干中医证候积分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。2组治疗后寒战高热、胁肋胀痛、面目俱黄、胸闷纳呆、口苦口干中医证候积分较治疗前降低($P<0.05$)，且试验组治疗后中医证候积分低于对照组($P<0.05$)。

表4　2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	时　间	例数	寒战高热	胁肋胀痛	面目俱黄	胸闷纳呆	口苦口干
试验组	治疗前	48	4.43±0.73	4.39±0.56	4.41±0.34	4.25±0.61	4.10±0.71
	治疗后	48	1.64±0.39①②	1.30±0.34①②	1.17±0.29①②	1.46±0.32①②	1.53±0.46①②
对照组	治疗前	48	4.37±0.66	4.41±0.47	4.38±0.40	4.30±0.57	4.16±0.65
	治疗后	48	2.08±0.52①	1.90±0.38①	1.75±0.35①	2.11±0.46①	2.03±0.59①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

5　讨论

中医将急性胆囊炎归属于黄疸、胁痛范畴，肝失疏泄，则胆腑下行功能失调，胆汁郁滞，发而为病。临床以肝胆湿热证多见，治疗应以疏肝利胆、清热利湿为主。清肝利胆汤为医院自拟方剂，由龙胆泻肝汤化裁而来，方中柴胡疏泄肝胆，白芍柔肝

止痛、敛阴养血，黄芩清热泻火、燥湿解毒，枳实破气消积、泻热降浊，共为君药。黄连、茵陈清热利湿、利胆退黄，大黄善攻下泻热，兼逐瘀解毒、利湿退黄，郁金清心解郁、利胆退黄，共为臣药；青蒿清透少阳邪热、泄肝胆热，龙胆草清利肝胆湿热，败酱草清热解毒、排脓消痈，赤芍清热凉血，共为佐药；生甘草为使药，调和诸药。药物配伍，共同发挥疏肝利胆、清热燥湿、化瘀止痛的作用。本研究结果显示，试验组总有效率高于对照组，中医证候（寒战高热、胁肋胀痛、面目俱黄、胸闷纳呆、口苦口干）积分低于对照组，提示清肝利胆汤加减辅助治疗急性胆囊炎效果显著，能够有效减轻患者临床症状。

发热、腹痛、恶心、呕吐是急性胆囊炎的主要临床症状，也是造成患者病痛的主要原因。本研究结果显示，试验组临床症状消失时间均较对照组缩短，提示清肝利胆汤加减辅助治疗能够加快患者恢复，减轻临床症状。现代药理学研究表明，柴胡具有良好的解热镇痛、抗炎、抗菌的作用，可减轻发热、疼痛症状；同时柴胡可降低胆固醇，加速肝细胞再生和磷脂及胆酸分泌，促进胆汁分泌、减轻肝损伤，进一步减轻腹痛[7-8]；黄芩、茵陈可调控胆固醇代谢，减少肝细胞内胆固醇瘀滞，促进胆汁排泄[9-10]。

急性胆囊炎是一种炎症性疾病，急性期伴有严重的炎症反应，以 WBC、CRP、TNF-α 等炎症指标异常升高为临床表现[11]。本研究发现试验组 WBC、CRP、TNF-α 水平均低于对照组，表明清肝利胆汤辅助治疗能够有效减轻患者炎症反应。研究发现黄芩有较广的抗菌谱，对球菌、杆菌均有抑制作用，其水煎剂有抗炎、免疫促进作用，可通过抑制胆囊内细胞感染和提升机体免疫力发挥抗炎作用[12]；茵陈、青蒿、大黄有显著的抗炎、抗菌作用，可抑制 TNF-α、白细胞介素-6 等炎症因子的表达而减轻炎症反应[13-15]；柴胡中的有效成分皂苷类能够减少 CRP、TNF-α 等炎症因子的释放，发挥抗炎功效[16]。

综上所述，清肝利胆汤加减辅助西药治疗急性胆囊炎肝胆湿热证，能够提高临床疗效，加快患者恢复，减轻炎症反应。

［参考文献］

[1] 曹鹏辉，牛浪，高峰，等. 急性胆囊炎的治疗进展[J]. 临床医学进展，2020，2(4)：607-613.
[2] 张静喆，余奎. 急、慢性胆囊炎的中西医结合治疗进展[J]. 临床肝胆病杂志，2017，33(5)：838-842.
[3] 吕迎春，蔡翠珠，马贞. 四逆散合复方茵陈蒿汤加减治疗老年慢性胆固醇结石性胆囊炎急性发作（肝胆湿热证）的临床观察[J]. 中国中医急症，2022，31(3)：503-506.
[4] 中华医学会外科学分会胆道外科学组，董家鸿，王坚，等. 急性胆道系统感染的诊断和治疗指南（2011版）[J]. 中华消化外科杂志，2011，4(1)：9-13.
[5] 张声生，赵文霞. 胆囊炎中医诊疗专家共识意见（2017）[J]. 中国中西医结合消化杂志，2017，25(4)：241-246.
[6] 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，2002：112.
[7] 徐涛. 大柴胡汤配合手术治疗急性结石性胆囊炎34例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志，2017，38(6)：58-59.
[8] 周春巧，文君，陈宇. 龙胆泻肝汤的药理作用及其临床应用研究进展[J]. 临床合理用药杂志，2018，11(33)：180-181.
[9] 刘玉萍，邱小玉，刘烨，等. 茵陈的药理作用研究进展[J]. 中草药，2019，50(9)：2235-2241.
[10] 姚雪，吴国真，赵宏伟，等. 黄芩中化学成分及药理作用研究进展[J]. 辽宁中医杂志，2020，47(7)：215-220.
[11] 顾超兰，谢微杳，陈晓燕，等. 柴胡利胆颗粒治疗急性胆囊炎的临床观察[J]. 中国中医急症，2021，30(12)：2176-2179.
[12] 郑勇凤，王佳婧，傅超美，等. 黄芩的化学成分与药理作用研究进展[J]. 中成药，2016，38(1)：141-147.
[13] 王齐兵，易芳，彭绪东，等. 生大黄保留灌肠对重症急性胰腺炎患者炎症因子的影响[J]. 中国中医急症，2016，25(3)：517-519.
[14] 解举民，黄雨田，倪浩，等. 青蒿素及其衍生物抗炎作用研究进展[J]. 中医药学报，2023，51(2)：97-102.
[15] 何静怡，舒腾云，苏丽花，等. 茵陈蒿的化学成分及其药理活性研究[J]. 云南中医药大学学报，2023，46(1)：64-70.
[16] 沙塔尔·帕塔尔，热依汗古丽·买买提. 中药柴胡的药理研究和临床应用[J]. 临床医药文献电子杂志，2019，6(65)：158.

（责任编辑：冯天保，沈崇坤）