

# 加味甘遂承气汤治疗急性胆囊炎 120 例临床观察

张强, 方艳琳, 张艺 指导: 张凡鲜

郴州市中医医院 ICU, 湖南 郴州 423000

**[摘要]** 目的: 观察加味甘遂承气汤治疗急性胆囊炎的临床疗效。方法: 将 120 例急性胆囊炎患者随机分为治疗组和对照组各 60 例。治疗组予加味甘遂承气汤治疗, 对照组予西药头孢哌酮钠舒巴坦及替硝唑治疗。治疗 7 天后观察 2 组临床疗效、临床症状缓解时间及不良反应发生情况。结果: 总有效率治疗组为 91.67%, 对照组为 76.67%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后治疗组发热、右上腹痛、恶心呕吐缓解时间均显著短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。2 组患者均未见不良反应。结论: 加味甘遂承气汤治疗急性胆囊炎疗效显著, 可缩短临床症状缓解时间, 且无明显不良反应。

**[关键词]** 急性胆囊炎; 加味甘遂承气汤; 中医疗法

**[中图分类号]** R575.6<sup>\*1</sup>

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0092-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.042

急性胆囊炎是消化科的一种常见病, 多发病。其来势凶猛, 以持续性剧烈腹痛, 恶心呕吐、发热为主要体征; 体格检查可现右上腹触痛明显, 腹肌触之偏硬; 实验室检查则见白细胞计数显著增高, B 超检查大多(约占 95%)可见胆囊结石。本病发病快, 若不能及时采取有效治疗措施, 可引起胆囊坏死、穿孔等严重的并发症, 甚至可危及生命。湖南省郴州市中医医院张凡鲜主任中医师从事中医急症临床 40 余年, 积累了丰富的经验。笔者根据其临床经验, 运用加味甘遂承气汤治疗急性胆囊炎, 收到良好疗效, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择 2001 年 8 月—2013 年 12 月在本院接受治疗且病历完整的急性胆囊炎患者共 120 例。按照随机数字表法随机分为 2 组各 60 例。治疗组男 25 例, 女 35 例; 年龄 21~74 岁, 平均(38.15±11.95)岁; 其中慢性胆囊炎急性发作者 17 例, 胆石症继发胆囊炎患者者 31 例; 单纯性胆囊炎患者 12 例。对照组男 26 例, 女 34 例; 年龄 20~75 岁, 平均(28.50±12.10)岁; 其中慢性胆囊炎急性发作者 18 例, 胆石症继发胆囊炎患者 31 例, 单纯性胆囊炎患者 11 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 西医诊断标准参照《实用内科学》<sup>[1]</sup>中急性胆囊炎相关内容制定: 典型症状为剑突下腹痛持续 3 h 以上, 疼痛部位渐转移至右上腹, 并局限性触痛明显, 常伴有呕吐、低到中度发热; 体查时可发现 Murphy 征阳性; 30%~40%的患者可触及包块, 15%的患者可现黄疸; 实验室检

查白细胞增高; B 超检查可显示胆囊增大, 胆囊壁增厚, 出现毛糙, 部分患者可见胆石光团或声影; X 线腹部平片检查可见增大的胆囊阴影; 部分可见结石。中医辨证标准参照《中医内科学》<sup>[2]</sup>胁痛症中饮食所伤证、外感湿热证。

**1.3 纳入标准** 符合上述诊断标准及辨证标准者; 年龄 20~75 岁; 经相关伦理委员会批准通过; 签署知情同意书。

**1.4 排除标准** 不符合前述诊断标准及纳入标准者; 合并心、脑血管, 肝、肾、消化道及造血系统等严重原发疾病、原发性免疫缺陷疾病者; 精神类疾病者。

## 2 治疗方法

2 组均予卧床休息, 禁食(服药除外), 胃肠减压, 补液, 纠正水、电解质, 并平衡水电解质代谢。

**2.1 治疗组** 口服加味甘遂承气汤。处方: 甘遂 5~10 g, 大黄(酒洗)60 g, 枳实(炙)40 g, 制厚朴 125 g, 芒硝 60g。每天 1 剂, 加水 2000 mL, 先煮枳实、厚朴, 取 1000 mL, 去滓, 内大黄, 更煮, 取 400 mL, 去滓, 纳甘遂、芒硝, 小火煎一二沸。分 2~3 次服。加減: 恶寒发热重者加入人工牛黄 3~5 g(分 2 次兑服)、熊胆粉 2 g(分 2 次兑服); 黄疸者加茵陈蒿 90 g, 栀子 14 g, 金钱草 100 g。以上三味, 加水 2200 mL, 先煮茵陈, 取 1000 mL, 纳二味, 煮取 600 mL, 去滓, 分 3 次服。若服中药泻下较甚, 可提前减少甘遂和芒硝的剂量, 或可停用。

**2.2 对照组** 给予头孢哌酮钠舒巴坦(哈药集团制药总厂), 6

**[收稿日期]** 2015-04-27

**[作者简介]** 张强 (1972-), 男, 副主任医师, 主要从事中医急诊的临床工作。

g, 替硝唑氯化钠注射液(四川科伦药业), 0.4 g, 均静脉滴注, 每天 1 次。

2 组疗程均为 7 天。

### 3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 观察 2 组患者治疗临床主要症状如体温、腹痛、恶心呕吐等环缓解情况; 各项生物物理检查的变化情况; 安全性观察: 主要是肝肾功能的变化的情况。

3.2 统计学方法 应用 SPSS19.0 统计软件, 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 采用  $t$  检验; 计数资料采用百分率(%)表示, 采用  $\chi^2$  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)》<sup>[9]</sup>拟订。治愈: 诸症消失, B 超显示胆囊影像正常、血、尿、粪便及生化检查诸症均在正常范围; 显效: 主要症状体征消失, B 超检查影像基本正常, 血、尿、粪便及诸生化检查均在正常范围; 有效: 临床症状、体征大为改善, 血象在正常范围内, B 超检查其胆囊影像改善; 无效: 临床症状、体征及 B 超检查胆囊影像、血、尿、小便、粪常规检查无改善, 甚至有加重的迹象。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 91.67%, 对照组为 76.67%, 2 组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	60	32(53.33)	20(33.33)	3(5.0)	5(8.33)	55(91.67)
对照组	60	19(31.67)	17(28.33)	10(16.67)	14(23.33)	46(76.67)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组临床症状缓解时间比较 见表 2。治疗后治疗组发热、右上腹痛、恶心呕吐缓解时间均显著短于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 2 组临床症状缓解时间比较( $\bar{x} \pm s$ ) d

组别	n	发热	疼痛	恶心呕吐
治疗组	60	1.29 ± 0.59	1.54 ± 0.51	2.10 ± 0.83
对照组	60	3.15 ± 0.79	5.37 ± 1.48	6.29 ± 2.07

4.4 不良反应 2 组患者治疗过程中均未发生明显不良反应。

### 5 讨论

急性胆囊炎的发病特点是发病急, 早期出现中上腹部、右上腹部疼痛逐步转移至右肋缘下的胆囊区。常于饱餐或高脂肪酸饱食后突然发作, 也有夜间突然发作者, 原因多为在仰卧时胆囊结石易滑入胆囊管形成嵌顿之故。疼痛常呈持续性、膨胀性或绞痛性, 可向右肩和右肩胛下区放射。患者中 2/3 可有典型胆绞痛的既往史。老年人因其对疼痛的敏感性降低, 可无剧烈腹痛, 甚至可无腹痛的症状。这一点特别要引起医者重视, 以免酿成误诊。

本病在正常人群中发病率为 50%~70%, 女性患者比男性患者多 1.5~2 倍, 多见于中年、肥胖者。85%~95% 的急性胆囊炎发生于胆结石患者。因胆结石至胆管不通畅、胆汁排泄受阻, 肠道内细菌通过肝肠循环流至肝脏, 延及胆囊产生感染而发病。多年的临床实践表明, 多数急性胆囊炎患者经保守治疗可治愈或缓解, 但也有少数患者治疗无明显效果。若经治疗患者高热持续不退或伴寒战、右上腹压痛、反跳痛反加重, 黄疸加重, 提示其有胆囊穿孔、坏死的发生。此时医者应高度警惕, 必要时中转手术。

急性胆囊炎在中医学中属胆瘕、胁痛、黄疸、腹痛之范畴。“胆”在中医学属六腑之一, 六腑以通为用。“痛则不通”“通则不痛”。因此对本病的治疗以大承气汤为主, 以疏通其不通之“腑”, 以达到“釜底抽薪、急下存阴”之目的。大承气汤方中以大黄为君, 大黄苦寒, 长于泻下攻积, 但其软坚散结之力欠佳; 故配之以芒硝减寒泻热, 软坚润燥通便; 再配厚朴苦温下气、除满消胀; 枳实苦辛破结, 导滞消痞; 枳朴两药行气导滞, 消痞除满, 助大黄、芒硝推荡积滞, 攻下热结。方中加用甘遂加强大承气汤的泻下作用。甘遂作为通腑泄热的代表药, 具有较强的通里攻下、泄水逐饮的作用, 可直接增强肠蠕动, 吸收腹腔水分自肠道排出, 降低腹内压, 有助于缓解胆囊炎症所致的压力, 对消除其炎症亦有良好的效果。

田再善等<sup>[4]</sup>研究表明, 大承气汤具有促进肝组织血流量和肝胆汁流率增加的作用。沈长虹等<sup>[6]</sup>研究表明, 大承气汤在肠源性内毒素血症病理形成过程中能明显抑制磷脂酶 A2(PLA2)、超氧化物歧化酶(SOD)活性的升高, 有益于减轻组织的损害, 又可阻止 SOD 活力的下降, 从而增强对过量产生的氧自由基的清除能力。胡萍等<sup>[9]</sup>研究表明, 大承气汤对大肠杆菌和变形杆菌感染的小鼠均有良好的保护作用。以上表明大承气汤不仅能够改善微循环, 恢复组织细胞的正常代谢和血液供应, 而且能够清除肠道内毒素、腐败物质及肠道内的氧自由基, 有利于微环境稳定。

综上, 加味甘遂承气汤通过泻下通腑、清肝利胆, 消除胆囊炎炎症, 而达到治疗急性胆囊炎之目的, 且临床应用未见明显不良反应, 值得进一步研究推广。

### 【参考文献】

- [1] 陈灏珠, 林果为, 王吉耀. 实用内科学[M]. 14 版. 北京: 人民出版社, 2013: 2067.
- [2] 吴勉华, 王新月. 内科学[M]. 9 版. 北京: 中国中医出版社, 2012: 244.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药出版社, 2002: 273.
- [4] 田再善, 李东华, 沈长虹, 等. 大承气汤对介导肝脏、胆汁、血浆灭活内毒素血症的实验研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 1997, 3(1): 15.

- [5] 沈长虹, 田再善, 李东华. 大承气汤对肠源性内毒素血症大鼠组织 PLA2, SOD 活性变化的影响[J]. 中西医结合外科杂志, 1996, 2(6): 463.
- [6] 胡萍, 白凤菊, 李东升, 等. 大承气汤及大黄治疗小鼠细菌性腹膜炎[J]. 中西医结合外科杂志, 2000, 20(1): 53.
- (责任编辑: 冯天保)

## 升补宗气五脏同调法治疗下肢慢性静脉功能不全疗效观察

张建强, 许志会, 李军, 左红举

石家庄市中医院脉管科, 河北 石家庄 050051

**[摘要]** 目的: 观察升补宗气、五脏同调法治疗下肢慢性静脉功能不全的临床疗效。方法: 将 252 例患者随机分为 2 组各 126 例, 治疗组以升陷汤加减方治疗, 对照组予威利坦(马栗种子提取物)治疗, 疗程为 60 天。结果: 用药后 15、30、60 天, 2 组沉重感、疼痛、小腿痠痛、腿部肿胀等症状评分均较治疗前降低, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。2 组间各时间节点症状评分比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。用药后 15、30、60 天, 2 组后腓肠肌周径均较治疗前明显减小 ( $P < 0.05$ ); 2 组间各时间点比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 升补宗气、五脏同调法治疗下肢慢性静脉功能不全, 其疗效与威利坦相当, 是中医药治疗本病的有效方法之一。

**[关键词]** 静脉功能不全; 升补宗气法; 升陷汤加减方

**[中图分类号]** R543.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0094-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.043

下肢慢性静脉功能不全(CVI)是一组以浅静脉曲张、静脉性跛行、肢体水肿、胀痛、皮肤湿疹、脂质硬化及溃疡等为主要表现的一种血管外科常见疾病。病因主要有下肢静脉血流异常所导致的静脉高压以及静脉压升高后导致静脉系统出现的炎症级联反应。本病发病率较高, 约占全部下肢静脉疾病的 70%, 人群患病率高达 27%, 其中并发皮肤溃疡约 1.5%<sup>[1]</sup>。根据调查, 我国此病的发生率约为 8%<sup>[2]</sup>, 且有逐年上升趋势。中医药以上述发病机制为靶点, 在缓解症状和体征、改善微循环方面具有重要作用。临床中, 笔者观察了升补宗气、五脏同调法治疗 CVI 的临床疗效, 结果报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例均为 2012 年 3 月—2014 年 10 月本组共 252 例(341 条肢体), 男 137 例, 女 115 例; 年龄 43~74 岁, 中位年龄 62 岁; 左侧 182 条, 右侧 159 条。临床表现为浅静脉曲张 186 例, 小腿胀痛 175 例, 肿胀 252 例, 足靴区色素沉着 78 例, 小腿痠痛 109 例。所有患者按治疗顺

序随机分为治疗组 126 例(175 条肢体), 对照组 126 例(166 条肢体)。均行下肢静脉彩超检查, 提示深静脉通畅。2 组性别、年龄、发病情况等方面比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参考《周围静脉疾病学》中慢性下肢静脉(曲张)功能不全诊断标准: 下肢沉重感、夜间腓肠肌痠痛、疼痛、下肢肿胀和色素沉着及溃疡形成等; 彩超多普勒、静脉造影等各种检查证明有 CVI。

**1.3 排除标准** 孕妇及哺乳期妇女; 心肺肾及血液系统严重疾病者或者合并有致水肿性疾病, 影响 CVI 水肿评价者; 精神异常, 不能配合或不便于随访者; 治疗期间使用其他改善静脉机能药物和其他抗水肿者; 下肢静脉手术史、大隐静脉剥脱术后及 3 月内行近端静脉硬化治疗者; 须立刻外科治疗或硬化治疗的 CVI 患者; 伴有动脉闭塞性疾病及肿瘤; 急性血栓性静脉炎者; 下肢有活动性溃疡未愈合或其他严重情况需要外科处理者; 严重高血压者。

**[收稿日期]** 2015-05-17

**[作者简介]** 张建强 (1964-), 男, 主任中医师, 主要从事周围血管疾病的中西医结合治疗。