

〔文章编号〕 1007-0893(2022)05-0047-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.05.014

茵陈蒿汤联合腹腔镜胆囊切除术 治疗急性结石性胆囊炎的疗效

张心雨 庞志红 张 玉

(南阳市第一人民医院, 河南 南阳 473002)

〔摘要〕 目的: 研究茵陈蒿汤加减联合腹腔镜胆囊切除术(LC)对急性结石性胆囊炎(AGC)患者的疗效。方法: 选择南阳市第一人民医院2017年5月至2019年5月期间收治的80例AGC患者, 随机分为观察组与对照组, 各40例。对照组采用LC术及术后对症支持治疗, 观察组在对照组基础上术后联合茵陈蒿汤治疗, 比较两组患者干预后疗效、C反应蛋白(CRP)和白细胞介素-6(IL-6)水平变化、术后恢复及不良反应发生情况。结果: 观察组患者治疗总有效率为92.50%, 高于对照组的72.50%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组患者的CRP、IL-6均有不同程度的降低, 且观察组的CRP、IL-6低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者的术后排气用时、应用抗菌药物时间、住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者不良反应发生率为2.50%, 低于对照组的17.50%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 茵陈蒿汤对AGC行LC患者整体疗效较好。

〔关键词〕 急性结石性胆囊炎; 腹腔镜胆囊切除术; 茵陈蒿汤

〔中图分类号〕 R 575.6¹ 〔文献标识码〕 B

急性结石性胆囊炎(acute gallstone cholecystitis, AGC)属胆囊常见良性疾病, 腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)结合腹腔镜剥离并取出胆囊, 较传统开腹手术造损小, 切口预后好、不良反应小, 是临床近年来首选治疗术式^[1]。LC效果显著, 全麻手术术后因切口损伤常并发炎症应激反应, 进而降低患者疼痛耐受力, 故合理术后治疗对改善术后恢复质量极为重要。中药起效温和、副作用小, 与西医结合可能对改善术后不良反应、提高整体疗效有重要意义。AGC因结石嵌顿常伴梗阻性黄疸、疼痛, 属中医“胁痛”“黄疸”范畴, 病因病机为肝郁气滞、湿热难下、胆汁淤积, 故治疗应以疏肝理气、清热利湿、利胆祛黄为主^[2]。茵陈蒿汤源自《伤寒杂病论》, 可清热利湿、退黄护肝, 现广泛应用于各种肝胆系统疾病, 但鲜有研究评价茵陈蒿汤对AGC行LC术患者术后疗效影响, 本研究将围绕这一重点展开讨论, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择南阳市第一人民医院2017年5月至2019年5月期间收治的80例AGC患者, 随机分为观察组与对照组, 各40例。观察组男27例, 女13例; 年龄26~72岁,

平均年龄(48.79 ± 11.36)岁; 病程3~18 h, 平均病程(10.68 ± 3.26) h; 伴巩膜黄染2例; 胆囊可扪及9例。对照组男25例, 女15例; 年龄25~71岁, 平均年龄(48.23 ± 11.86)岁; 病程2~18 h, 平均病程(10.33 ± 3.41) h; 伴巩膜黄染1例; 胆囊可扪及10例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断 符合《肝胆病中西医诊疗学》^[3]中急性结石性胆囊炎诊断标准。临床症状: 典型症状为急性右上腹疼痛, 呈持续性闷痛且阵发性加剧胆绞痛表现, 常合并恶心呕吐、便秘和感染性发热等症状。

1.2.2 中医诊断 参考《中医病证诊断疗效标准》^[4]中肝胆湿热型证型, 主症必有, 次症1~2项, 舌脉辅助。主症: 胁肋疼痛、恶心欲呕; 次症: 胃脘胀满、身目发黄、烦躁易怒、头重身困; 舌脉: 舌质红, 舌苔厚腻微黄, 脉濡数或濡缓。

1.3 病例选择

1.3.1 纳入标准 (1) 确诊为AGC且需要行LC患者^[5]; (2) 身体质量指数 $< 28.0 \text{ kg} \cdot \text{m}^{-2}$; (3) 对本研究知情同意。

〔收稿日期〕 2021-12-13

〔作者简介〕 张心雨, 女, 主治医师, 主要研究方向是肝胆胰脾疾病。

1.3.2 排除标准 (1) 伴凝血功能异常; (2) 伴严重器质性疾病; (3) 对研究用药过敏; (4) 伴胆总管结石及胆管癌; (5) 既往3个月有抗菌药物应用史; (6) 伴门脉高压; (7) 既往有胆道系统手术史者。

1.4 方法

1.4.1 对照组 患者入院后给予常规术前准备, 并给予抗炎等对症治疗。抗炎药物选用吡哌美辛栓(湖北东信药业有限公司, 国药准字H42021462), 该药物通过直肠给药, 取塑料指套一只套在食指上, 取出栓剂后持栓剂下端轻轻塞入肛门约2 cm处, 0.1 g·次⁻¹, 1次·d⁻¹, 每日剂量不宜超过0.2 g, 治疗2 d。在72 h内进行LC, 全麻后采用三孔法进行操作, 首先建立二氧化碳(15 mmHg)气腹, 脐上2.0 cm切口放置腹腔镜, 探查腹腔内有无粘连(钝性分离)、胆囊有无张力等。随后钝性分离胆囊三角, 对于胆囊被掩盖难以剥离处利用抓钳按压并推压胆囊体使胆囊三角充分暴露, 结扎并离断胆囊各管道, 切除胆囊并取出。对创面局部止血并留置引流管, 术后48 h后拔出, 术后予以抗炎治疗, 抗炎药物及使用方案同术前, 治疗3 d, 改善水电解质紊乱等对症支持治疗, 治疗7 d。

1.4.2 观察组 在对照组基础上于术后24 h后予以茵陈蒿汤加减。组方: 茵陈35 g, 栀子、赤芍各15 g, 柴胡、白芍、生大黄、川芎、甘草各10 g, 1剂·d⁻¹, 水煎服, 取汁400 mL, 200 mL·次⁻¹, 分早晚服用, 治疗7 d。

1.5 评价标准

(1) 临床疗效判定参照相关标准^[6]。痊愈: B超检查胆囊各项指标均正常, 不适症状消失; 显效: B超检查胆囊各项指标均明显改善, 不适症状基本消失; 有效: B超检查显示胆囊各项指标部分改善, 不适症状部分消失; 无效: B超检查、不适症状均无明显改善。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数×100%。(2) 炎症反应, 于干预前后采集患者空腹血离心后通过酶联免疫吸附法检测C反应蛋白(C-reaction protein, CRP)和白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)水平。(3) 术后恢复情况及不良反应, 观察并记录两组患者术后排气用时、应用抗菌药物时间以及住院时间; 胆道动力障碍、胆汁淤、胆道损伤等不良反应发生情况。

1.6 统计学方法

采用SPSS 18.0软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用t检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为92.50%, 高于对照组的72.50%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。

表1 两组患者治疗总有效率比较 (n=40, 例)

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效/n(%)
对照组	10	15	4	11	29(72.50)
观察组	12	16	9	3	37(92.50) ^a

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后炎症反应指标比较

治疗后两组患者的CRP、IL-6均有不同程度的降低, 且观察组的CRP、IL-6低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表2。

表2 两组患者治疗前后炎症反应指标比较 (n=40, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP/mg·L ⁻¹	IL-6/ng·L ⁻¹
对照组	治疗前	70.03 ± 10.50	12.31 ± 2.15
	治疗后	40.07 ± 8.47 ^b	8.14 ± 1.60 ^b
观察组	治疗前	70.25 ± 10.38	12.18 ± 2.12
	治疗后	29.73 ± 6.11 ^{bc}	4.52 ± 1.14 ^{bc}

注: CRP—C反应蛋白; IL-6—白细胞介素-6。与同组治疗前比较, ^b $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^c $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者术后恢复情况比较

观察组患者的术后排气用时、应用抗菌药物时间、住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表3。

表3 两组患者术后恢复情况比较 (n=40, $\bar{x} \pm s, d$)

组别	术后排气用时	应用抗菌药物时间	住院时间
对照组	5.06 ± 1.25	6.42 ± 1.21	9.52 ± 1.89
观察组	3.24 ± 1.07 ^d	4.79 ± 0.72 ^d	6.12 ± 1.41 ^d

注: 与对照组比较, ^d $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者术后不良反应比较

观察组患者不良反应发生率为2.50%, 低于对照组的17.50%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表4。

表4 两组患者术后不良反应比较 (n=40, 例)

组别	胆道淤	便秘	胆道损伤	总发生/n(%)
对照组	1	4	2	7(17.50)
观察组	0	0	1	1(2.50) ^e

注: 与对照组比较, ^e $P < 0.05$ 。

3 讨论

AGC是肝胆外科常见的一种急性炎症性胆囊疾病, 肥胖、妊娠次数多和饮食不规律者为其好发人群^[7]。AGC主要由胆囊结石引起, 胆囊结石可嵌顿于胆囊管和胆囊颈中, 使胆汁排出受阻造成胆囊中胆汁淤滞, 从而并发细菌感染导致胆囊发生急性炎症, 同时胆管内存在胰液或胃液等也可诱发AGC。AGC发病率与民族、饮食和地域等因素有关, 在经济发达地区发病率明显升高, 且随着近年来人们生活水平不断提高, AGC发病率也呈

逐年上升趋势。AGC 典型症状为右上腹疼痛、恶心呕吐、寒战高热和黄疸。在 AGC 早期患者仅表现为右腹胀痛,随着病情发展逐渐出现阵发性绞痛,在饱食和摄入油腻食物后疼痛更加明显。右上腹疼痛可向右侧肩部放射,并伴随厌食和便秘等症状,若疼痛呈阵发性加剧,患者常表现为发热而无寒战症状^[8]。AGC 治疗主要有保守治疗、药物治疗、手术治疗和中医治疗等方式,保守治疗即对症支持治疗,并对患者进行抗炎治疗;药物治疗采用非甾体抗炎药吲哚美辛;手术治疗是 AGC 最主要的治疗方式,在明确诊断后无论病程长短均尽早手术,且发病 72 h 内是最佳手术时机。

AGC 手术治疗以 LC 为常用术式,切口小、术中出血较少、手术用时短,但全麻术后常伴麻醉后应激反应、疼痛等不适。AGC 属中医肝胆湿热型证型,以胁痛为主症,恶心呕吐、口干发热、小便黄为次症,脉弦滑,舌红苔黄。中医治疗以清热利湿、疏肝理气为主^[9]。茵陈蒿汤加减由茵陈、栀子、赤芍、柴胡、白芍、生大黄、川芎、甘草组成。其中茵陈味苦性微寒,主要由挥发油、对羟基苯乙酮和 6,7-二甲氧基香豆素等物质组成,具有清热利湿、利尿解热平喘、降血压、降血脂、抗凝血、增加胆酸和胆红素排出作用;栀子主要含栀子黄素和藏红花素等有效成分,具有清热降火和除湿热作用^[10];赤芍味苦性微寒,具有祛瘀止痛、凉血消肿和退热除烦作用;柴胡味苦性微寒,主要含柴胡皂苷、甾醇、挥发油、脂肪酸、黄酮和香豆素等有效成分,具有疏肝解郁、解热抗炎和增强免疫力作用^[11];白芍味苦性温,具有益肾健脾、祛风除湿、活血散瘀和解毒镇痉作用;生大黄味苦性温,具有祛瘀止血、清热泻火、凉血解毒作用,同时可松弛胆括约肌、疏通淤积胆汁和改善肝功能^[12];川芎味苦性温,主要含四甲基吡嗪、黑麦草碱、藁本内酯、川芎萜内酯、3-亚丁基苯酞、丁基苯酞、香草醛和亚油酸等有效成分,具有活血止痛、行气开郁作用;甘草味甘性温,具有止咳祛痰、清热解毒、益气健脾作用^[13]。诸药组成可有效抗炎祛湿、清热护肝、祛黄止痛。

本研究结果显示,干预后观察组疗效明显高于对照组,CRP、IL-6 水平上明显低于对照组 ($P < 0.05$),这提示茵陈蒿汤可提高 LC 手术疗效,有效抑制炎症,这与王剑等^[14]研究结果相似,可能原因是 LC 全麻后炎症应激反应较大,切口感染疼痛引起不适加重,而茵陈蒿汤加减中赤芍富含赤芍总苷,可有效抑制炎症因子释放进而发挥抗炎功效,有效减少切口感染和疼痛、降低炎症反应、提高疗效。此外,茵陈、栀子可有效祛湿改善结石引起的梗阻性黄疸,对提高疗效有积极意义。干预后观察组术后排气用时、应用抗菌药物时间以及住院时

间显著低于对照组 ($P < 0.05$);整体不良反应发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$),这提示联合疗法有助于加快术后恢复进程,减少术后不良反应,这与叶卓敏等^[15]研究结果相似,可能原因是全麻常伴胃肠蠕动减弱;切口感染会影响抗菌药物应用时长,而茵陈蒿汤中大黄有泻下功效,可改善肠道蠕动;柴胡可改善气滞进而缩短术后排气用时;赤芍有效抗炎止痛,故患者可缩短术后恢复进程、减少便秘等不良发应。

综上,茵陈蒿汤联合 LC 术对 AGC 患者提高疗效、调节炎症反应、促进恢复及降低不良发应有重要作用。

[参考文献]

- (1) 荀林娟,施雁,宋瑞梅,等.快速康复外科护理对高龄腹腔镜胆囊切除术患者手术应激及术后恢复的影响(J).中华护理杂志,2018,53(11):1343-1346.
- (2) 魏文平,张宗明,宋蒙蒙,等.老年 AGC59 例腹腔镜手术治疗经验(J).实用医学杂志,2017,33(7):1188-1190.
- (3) 王伯祥.肝胆病中西医诊疗学(M).北京:中国中医药出版社,2000:45-46.
- (4) 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准(S).北京:中国中医药出版社,2017.
- (5) 徐涛.大柴胡汤配合手术治疗 AGC34 例疗效观察(J).云南中医中药杂志,2017,38(6):58-59.
- (6) 杨振林,姚春和,傅金坤,等.柴胡疏肝散加味联合熊去氧胆酸治疗 AGC 患者的疗效观察(J).广西医科大学学报,2017,34(1):77-79.
- (7) 李利阳.急性结石性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术 46 例临床分析(J).河南外科学杂志,2018,24(1):120-121.
- (8) 顾越雷,杨孙虎,樊强,等.老年人急性结石性胆囊炎行急诊与延期腹腔镜胆囊切除术的疗效分析(J).腹腔镜外科杂志,2018,23(3):217-220.
- (9) 陈平安,董立朋,黎璐璐.疏肝利胆汤对急性胆囊炎患者腹腔镜术后应激反应及全身炎症反应的影响(J).贵州医药,2019,43(8):1261-1264.
- (10) 王永成,毛幸福.茵陈栀子大黄汤口服治疗糖尿病性便秘的临床疗效(J).中国肛肠病杂志,2018,38(5):42-43.
- (11) 金笑笑.新制柴连汤治疗外障眼病验案三则(J).浙江中医杂志,2018,53(11):850.
- (12) 苟宇.重用生大黄和芒硝治疗急性胰腺炎的疗效观察(J).中国中西医结合急救杂志,2016,23(5):475-478.
- (13) 吕妍.柴胡疏肝散治疗杂病验案 4 则(J).天津中医药,2020,37(9):1053-1056.
- (14) 王剑,王浩,陈春燕.疏肝利胆汤联合腹腔镜胆囊切除术治疗 AGC 的疗效及对血清 IL-6 和 TNF- α 水平的影响(J).中华中医药学刊,2019,37(5):1178-1181.
- (15) 叶卓敏,吴绍飞.中药联合腹腔镜胆囊切除术治疗 AGC 临床观察(J).中国中医急症,2015,24(12):2204-2205.