

柴胡清胆汤治疗急性重症胆管炎行内镜下胆管内引流术后患者的临床疗效观察

罗鹏¹ 孙健² 赵巍³

¹天津市东丽区东丽医院急危重症医学科, 300300; ²天津市东丽区华明社区卫生服务中心内科, 300300;

³天津市南开医院重症医学科, 300100

通信作者: 赵巍, Email: zwys2012@163.com

【摘要】目的 观察内镜下胆管内引流(ENBD)治疗急性重症胆管炎(ACST)术后应用柴胡清胆汤的临床疗效。**方法** 选择2016年10月至2017年10月天津市东丽区东丽医院和天津市南开医院收治的132例采用ENBD治疗的ACST患者,根据是否接受中药治疗分为对照组(42例)及柴胡清胆汤组(90例)。两组患者均采取ENBD治疗;对照组术后给予常规抗炎治疗;柴胡清胆汤组在常规抗炎治疗基础上给予柴胡清胆汤加减(组成:柴胡18g、茵陈30g、黄芪20g、赤芍20g、黄芩15g、郁金15g、虎杖15g、紫花地丁30g、红藤30g、连翘20g、佛手15g),每日1剂分2次服用,10d为1个疗程。治疗后观察两组患者手术成功率、术后腹痛缓解时间、体温恢复正常时间、肝功能、并发症发生情况和住院时间的差异。**结果** 柴胡清胆汤组手术成功率高于对照组[97.78%(88/90)比95.24%(40/42)],但差异无统计学意义($P>0.05$)。柴胡清胆汤组术后腹痛缓解时间明显短于对照组($d: 6.1 \pm 1.1$ 比 7.4 ± 1.5 , $P<0.05$),术后体温恢复正常时间较对照组缩短($d: 2.1 \pm 0.4$ 比 2.2 ± 0.6 , $P>0.05$)。随着时间延长,两组治疗后体温、白细胞计数(WBC)、直接胆红素(DBil)、丙氨酸转氨酶(ALT)、天冬氨酸转氨酶(AST)均逐渐降低,治疗后10d达到最低水平,且柴胡清胆汤组治疗后上述指标均明显低于对照组[体温($^{\circ}\text{C}$): 36.44 ± 0.24 比 37.04 ± 0.39 , WBC($\times 10^9/\text{L}$): 7.03 ± 1.23 比 8.92 ± 2.11 , DBil($\mu\text{mol/L}$): 12.03 ± 4.53 比 20.32 ± 6.12 , ALT(U/L): 31.23 ± 4.23 比 68.92 ± 6.19 , AST(U/L): 34.03 ± 11.23 比 78.92 ± 22.19 ,均 $P<0.05$];两组治疗后总胆红素(TBil)均较治疗前降低,且观察组治疗后5d明显低于对照组($\mu\text{mol/L}$: 61.59 ± 11.64 比 82.33 ± 12.05 , $P<0.05$)。柴胡清胆汤组并发症发生率明显低于对照组[3.33%(3/90)比28.57%(12/42), $P<0.05$],住院时间较对照组明显缩短($d: 11.4 \pm 2.2$ 比 18.2 ± 3.4 , $P<0.05$)。**结论** 对于ACST患者,ENBD术后联合柴胡清胆汤治疗能减少并发症发生率,缩短腹痛缓解时间,加速肝功能恢复。

【关键词】 中西医结合疗法; 急性重症胆管炎; 胆管内引流; 柴胡清胆汤

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2019.02.009

Clinical observation of Chaihu Qingdan decoction in treating acute severe cholangitis after endoscopic biliary drainage Luo Peng¹, Sun Jian², Zhao Wei³

¹Department of Emergency and Critical Care Medicine, Dongli District Hospital of Tianjin, Tianjin 300300, China;

²Department of Cardiology, Huaming Community Health Service Center, Dongli District, Tianjin 300300, China;

³Department of Critical Care Medicine, Nankai District Hospital of Tianjin, Tianjin 300100, China

Corresponding author: Zhao Wei, Email: zwys2012@163.com

【Abstract】Objective To observe the clinical effect of using Chaihu Qingdan decoction in the treatment of acute severe cholangitis (ACST) after endoscopic biliary drainage (ENBD). **Methods** One hundred and thirty two patients with ACST with ENBD admitted to Dongli District Hospital of Tianjin from October 2016 to October 2017, they were divided into a control group (42 cases) and a Chaihu Qingdan decoction group (90 cases) according to whether the patients accepted traditional Chinese medicine (TCM) treatment or not. The patients in the control group and the Chaihu Qingdan decoction group (combined group) were all treated with ENBD; the control group received routine anti-inflammatory treatment; the combined group, on the basis of conventional anti-inflammatory treatment, additionally was treated with Chaihu Qingdan decoction (composition: bupleurum chinense 18 g, capillary artemisia 30 g, astragalus root 20 g, radix paeoniae rubra 20 g, radix scutellariae 15 g, radix scutellariae 15 g, polygoni 15 g, rhododendron bungeanum 30 g, red cane 30 g, forsythia 20 g, bergamot 15 g), 1 dose per day, 2 times daily, 10 days constituting a therapeutic course. After treatment, the difference of operation success rate, abdominal pain relief time, postoperative body temperature return to normal time, liver function, the incidence of postoperative complications, hospitalization time were observed. **Results** The success rate of operation in the combined group was higher than that in the control group [97.78% (88/90) vs. 95.24% (40/42)], but the difference was not statistically significant ($P > 0.05$); the relief time of abdominal pain in the combined group was significantly shorter than that of the control group (days: 6.1 ± 1.1 vs. 7.4 ± 1.5 , $P < 0.05$), and the postoperative body temperature return to normal time in combined group was obviously shorter than that in the control group (days: 2.1 ± 0.4 vs. 2.2 ± 0.6 , $P > 0.05$). With the prolongation of treatment, the levels of body temperature, white blood cell count (WBC), direct bilirubin (DBil), alanine aminotransferase (ALT) and aspartate transaminase (AST) were decreased gradually in both groups, reaching the lowest levels on 10 days after treatment, and the above indexes in the combined group were significantly lower than those in the control group [body temperature ($^{\circ}\text{C}$): 36.44 ± 0.24 vs. 37.04 ± 0.39 , WBC ($\times 10^9/\text{L}$): 7.03 ± 1.23 vs. 8.92 ± 2.11 , DBil ($\mu\text{mol/L}$): 12.03 ± 4.53 vs. 20.32 ± 6.12 , ALT (U/L): 31.23 ± 4.23 vs. 68.92 ± 6.19 , AST (U/L): 34.03 ± 11.23 vs. 78.92 ± 22.19 , all $P < 0.05$]; after treatment,

the total bilirubin (TBil) in both groups was lower than that before treatment, and the combined group was significantly lower than that in the control group after treatment ($\mu\text{mol/L}$: 61.59 ± 11.64 vs. 82.33 ± 12.05 , $P < 0.05$); the incidence of complications in the combined group was significantly lower than that in the control group [3.33% (3/90) vs. 28.57% (12/42), $P < 0.05$], and the hospitalization time was shorter in the combined group than that in the control group (days: 11.4 ± 2.2 vs. 18.2 ± 3.4 , $P < 0.05$). **Conclusion** For patients with severe biliary tract inflammation, ENBD combined with Chaihu Qingdan decoction can reduce postoperative complications, reduce abdominal pain relief time, and accelerate liver function recovery.

【Key words】 Integrated Chinese and western medicine; Acute severe cholangitis; Endoscopic biliary drainage; Chaihu Qingdan decoction
DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2019.02.009

急性重症胆管炎 (ACST) 又称为急性梗阻性化脓性胆管炎 (AOSC), 是胆道感染中的危重症, 约占胆道疾病的 10% ~ 20%, 多因细菌感染或胆道梗阻所致^[1]。ACST 中医学属“胁痛”“黄疸”等范畴, 病机为肝失疏泄、湿热蕴结, 治疗应以清热利湿、缓急止痛为原则。柴胡清胆汤可有效改善胆道血液循环, 减轻胆道压力, 帮助胆汁排空, 加快胃肠蠕动及肠道功能恢复^[2-3]。本研究从中西医结合角度出发, 观察内镜下胆管内引流 (ENBD) 术后配合柴胡清胆汤治疗 ACST 的临床疗效, 为 ACST 提供一种更为安全有效的治疗方法。

1 资料与方法

1.1 研究对象的选择: 选择 2016 年 10 月至 2017 年 10 月天津市东丽区东丽医院和天津市南开医院收治的 132 例采用 ENBD 治疗的 ACST 患者。

1.1.1 诊断标准: ACST 诊断参照 2006 年东京指南标准^[4], 患者有典型 Charcot 三联征 (腹痛、黄疸、寒战高热), 可明确诊断为 ACST。

1.1.2 纳入标准: 患者均为 ACST, 所有患者除有明显 Charcot 三联征外, 还具备下列条件中的两项或两项以上: ① 存在意识障碍; ② 脉搏 > 120 次 /min; ③ 白细胞计数 (WBC) > $10 \times 10^9/L$; ④ 血培养阳性; ⑤ 体温 > 39℃。

1.1.3 排除标准: ① 有 ENBD 禁忌证; ② 门静脉高压; ③ 十二指肠乳头旁巨大憩室; ④ 凝血功能障碍, 有出血倾向; ⑤ 重度食管静脉曲张。

1.1.4 伦理学: 本研究符合医学伦理学标准, 并经医院医学伦理委员会批准 (审批号: 20160801), 所有检测和治疗方法取得患者家属知情同意, 并签署知情同意书。

1.2 研究分组及一般资料: 将 132 例患者按是否

接受中药治疗分为对照组 (42 例) 及柴胡清胆汤组 (90 例)。两组患者性别、年龄、主要症状、病因、最高体温及血小板计数 (PLT) 等基本资料比较差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$; 表 1), 说明两组资料均衡, 有可比性。

1.3 手术治疗及术后给药方法: 两组患者均采取 ENBD 治疗。术中仔细观察患者十二指肠乳头, 如有结石嵌顿, 需切开插管, 并通过内镜行胆胰管造影。如标准插管失败, 需要先经内镜将乳头括约肌预切开, 随后再行插管造影, 待插管成功后将造影剂通过造影管缓慢注入, 进一步探查胆管炎的病因。所有患者术后禁食 24 h, 监测生命体征, 观察腹部体征、引流管内引流出胆汁的量和性状, 如无异常可进食流质饮食或软食。术后 3、12 及 24 h 检测患者血清淀粉酶, 同时给予常规止血、抗炎、抗胰酶等对症治疗。柴胡清胆汤组术后在常规治疗基础上给予柴胡清胆汤 (方药组成: 柴胡 18 g、茵陈 30 g、黄芪 20 g、赤芍 20 g、黄芩 15 g、郁金 15 g、虎杖 15 g、紫花地丁 30 g、红藤 30 g、连翘 20 g、佛手 15 g), 水煎服, 每日 1 剂分 2 次服用, 10 d 为 1 个疗程。

1.4 观察指标: 详细询问患者病史, 认真查体, 并仔细填写观察表, 同时观察用药安全性及临床疗效。

1.4.1 安全性指标: ① 一般体检项目; ② 患者治疗前后血、便、尿常规; ③ 心电图监护; ④ 术后不良反应发生情况。

1.4.2 临床疗效指标: ① 两组治疗前后临床症状和体征、体温、WBC、肝功能的变化; ② 两组术后并发症发生率和住院时间。

1.5 疗效判定标准: 显效为患者症状、体征全部消失, 黄疸明显好转, 血压、体温及 WBC 恢复正常; 好转为患者症状、体征大部分均已消失, 黄疸有所改

表 1 不同治疗方法两组 ACST 患者基本资料比较

| 组别 | 例数 (例) | 性别 (例) | | 年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$) | 主要症状 (例) | | | 病因 (例) | | | 最高体温 ($^{\circ}\text{C}$, $\bar{x} \pm s$) | PLT ($\times 10^9/L$, $\bar{x} \pm s$) |
|--------|-----------|--------|----|-----------------------------|----------|----|----|--------|-------|---------|--|--|
| | | 男性 | 女性 | | 腹痛 | 发热 | 黄疸 | 胆管结石 | 胆管炎狭窄 | 乳头部结石嵌顿 | | |
| 对照组 | 42 | 22 | 20 | 64.8 ± 2.7 | 28 | 20 | 19 | 22 | 13 | 7 | 39.05 ± 0.18 | 130.56 ± 31.42 |
| 柴胡清胆汤组 | 90 | 60 | 30 | 65.4 ± 2.4 | 55 | 31 | 25 | 45 | 32 | 13 | 39.24 ± 0.36 | 132.56 ± 36.56 |

善,血压恢复正常或略低,体温和WBC稍高于正常;无效为患者症状、体征无明显变化,甚至出现病情恶化或死亡。

1.6 统计学方法:使用SPSS 17.5统计软件分析数据,符合正态分布的计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用*t*检验,多组间比较采用方差分析。计数资料以例(率)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同治疗方法两组ACST患者手术成功率比较:柴胡清胆汤组手术成功率高于对照组[97.78%(88/90)比95.24%(40/42)],但两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 不同治疗方法两组ACST患者术后体温恢复正常及腹痛缓解时间比较(表2):本研究共有51例患者体温升高 $> 38^\circ\text{C}$,两组治疗后体温均逐渐降到正常,治愈率为100%;对照组体温恢复正常时间与柴胡清胆汤组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究共有83例患者出现腹痛,柴胡清胆汤组治疗后腹痛缓解时间明显短于对照组(均 $P < 0.05$)。

表2 不同治疗方法两组ACST患者术后体温恢复正常及腹痛缓解时间比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 体温恢复正常时间(d) | 腹痛缓解时间(d) |
|------------|----------------|----------------|
| 对照组 | 2.2 ± 0.6 (20) | 7.4 ± 1.5 (28) |
| 柴胡清胆汤组 | 2.1 ± 0.4 (31) | 6.1 ± 1.1 (55) |
| <i>t</i> 值 | 1.036 | 3.564 |
| <i>P</i> 值 | 0.254 | 0.031 |

注:括号内为病例数

2.3 不同治疗方法两组ACST患者治疗前后体温变化比较(表3):两组术后发热患者治疗前体温比

表3 不同治疗方法两组ACST患者治疗前后体温、WBC变化比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数(例) | 体温($^\circ\text{C}$) | | | | WBC($\times 10^9/\text{L}$) | | | |
|------------|-------|------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | | 治疗前 | 治疗后4d | 治疗后7d | 治疗后10d | 治疗前 | 治疗后4d | 治疗后7d | 治疗后10d |
| 对照组 | 20 | 38.62 ± 1.21 | 38.41 ± 1.08 | 37.64 ± 1.02 ^a | 37.04 ± 0.39 ^a | 15.14 ± 2.15 | 13.52 ± 2.26 ^a | 10.78 ± 2.54 ^a | 8.92 ± 2.11 ^a |
| 柴胡清胆汤组 | 31 | 38.67 ± 1.28 | 37.66 ± 1.05 ^{ab} | 36.72 ± 0.76 ^{ab} | 36.44 ± 0.24 ^{ab} | 15.23 ± 2.31 | 12.61 ± 2.06 ^{ab} | 9.42 ± 2.29 ^{ab} | 7.03 ± 1.23 ^{ab} |
| <i>t</i> 值 | | 1.687 | 2.345 | 2.451 | 2.548 | 0.064 | 3.421 | 3.958 | 9.378 |
| <i>P</i> 值 | | 0.351 | 0.042 | 0.042 | 0.041 | 0.801 | 0.022 | 0.021 | 0.008 |

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组同期比较,^b $P < 0.05$

表4 不同治疗方法两组ACST患者血清TBil、DBil水平比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数(例) | TBil($\mu\text{mol/L}$) | | DBil($\mu\text{mol/L}$) | | | |
|------------|-------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | 治疗前 | 治疗后5d | 治疗前 | 治疗后4d | 治疗后7d | 治疗后10d |
| 对照组 | 42 | 158.24 ± 39.23 | 82.33 ± 12.05 ^a | 35.14 ± 6.15 | 33.52 ± 8.26 | 24.78 ± 6.64 ^a | 20.32 ± 6.12 ^a |
| 柴胡清胆汤组 | 90 | 161.15 ± 36.35 | 61.59 ± 11.64 ^{ab} | 35.23 ± 6.31 | 27.61 ± 7.06 ^{ab} | 20.13 ± 5.28 ^{ab} | 12.03 ± 4.53 ^{ab} |
| <i>t</i> 值 | | 1.235 | 6.498 | 1.241 | 2.414 | 3.989 | 8.379 |
| <i>P</i> 值 | | 0.266 | 0.011 | 0.231 | 0.035 | 0.020 | 0.013 |

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组同期比较,^b $P < 0.05$

较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$);两组治疗后体温均较治疗前降低,且柴胡清胆汤组体温明显低于对照组(均 $P < 0.05$)。

2.4 不同治疗方法两组ACST患者治疗前后WBC比较(表3):两组治疗前WBC比较差异无统计学意义($P > 0.05$);两组治疗后WBC均较治疗前降低,且加用柴胡清胆汤组WBC明显低于对照组($P < 0.05$)。

2.5 不同治疗方法两组ACST患者总胆红素(TBil)、直接胆红素(DBil)水平比较(表4):两组患者治疗后血清TBil水平均降至正常参考值范围,但术后5d柴胡清胆汤组血清TBil明显低于对照组($P < 0.05$)。随时间延长,两组治疗后DBil均较治疗前降低,柴胡清胆汤组于治疗后4d、对照组于治疗后7d与治疗前比较出现统计学差异,且柴胡清胆汤组治疗后各时间点DBil水平均明显低于对照组(均 $P < 0.05$)。说明柴胡清胆汤治疗后患者血清TBil、DBil水平下降速度快,黄疸消退快。

2.6 不同治疗方法两组ACST患者治疗前后丙氨酸转氨酶(ALT)、天冬氨酸转氨酶(AST)水平比较(表5):两组治疗前ALT、AST水平比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$);两组治疗后ALT、AST均较治疗前降低,且柴胡清胆汤组明显低于对照组(均 $P < 0.05$)。

2.7 不同治疗方法两组ACST患者并发症发生率比较(表6):治疗过程中柴胡清胆汤组并发症发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。

2.8 不同治疗方法两组ACST患者住院时间比较:对照组患者住院时间较柴胡清胆汤组明显延长($d: 18.2 \pm 3.4$ 比 $11.4 \pm 2.2, P < 0.05$)。

表 5 不同治疗方法两组 ACST 患者治疗前后 ALT、AST 变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 (例) | ALT(U/L) | | | | AST(U/L) | | | |
|--------|-----------|----------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 4 d | 治疗后 7 d | 治疗后 10 d | 治疗前 | 治疗后 4 d | 治疗后 7 d | 治疗后 10 d |
| 对照组 | 42 | 194.31 ± 22.18 | 136.34 ± 29.29 ^a | 110.78 ± 21.61 ^a | 68.92 ± 6.19 ^a | 204.58 ± 32.48 | 166.52 ± 52.26 ^a | 99.72 ± 22.58 ^a | 78.92 ± 22.19 ^a |
| 柴胡清胆汤组 | 90 | 196.29 ± 24.33 | 102.32 ± 22.06 ^{ab} | 79.37 ± 21.59 ^{ab} | 31.23 ± 4.23 ^{ab} | 205.33 ± 42.51 | 132.61 ± 42.06 ^{ab} | 67.42 ± 22.22 ^{ab} | 34.03 ± 11.23 ^{ab} |
| t 值 | | 1.654 | 3.459 | 5.325 | 8.278 | 1.414 | 2.427 | 3.121 | 8.148 |
| P 值 | | 0.287 | 0.022 | 0.019 | 0.012 | 0.256 | 0.032 | 0.026 | 0.014 |

注：与本组治疗前比较，^aP<0.05；与对照组同期比较，^bP<0.05

表 6 不同治疗方法两组 ACST 患者并发症发生情况比较

| 组别 | 例数 (例) | 并发症(例) | | | | 并发症发生率 [% (例)] |
|--------|-----------|--------|----|------|----|----------------------|
| | | 胆瘘 | 出血 | 套管阻塞 | 脱管 | |
| 对照组 | 42 | 3 | 2 | 4 | 3 | 28.57(12) |
| 柴胡清胆汤组 | 90 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3.33(3) ^a |

注：与对照组比较，^aP<0.05

3 讨论

ACST 是胆道系统因细菌感染所导致的急性炎症，多伴有胆道梗阻，若梗阻不能及时解除，可造成 AOSC，进而可发展为脓毒症，患者会出现意识模糊，甚至休克，严重者可导致死亡。ACST 多继发于胆管结石、胆道蛔虫病、胆管狭窄及胆管肿瘤等疾病，使患者胆管阻塞，胆汁淤积，从而继发了细菌感染^[1]。

中医学并无 ACST 这一概念，但按照 ACST 的临床症状和体征，可以将此病归属于中医学“腹痛”“胁痛”“黄疸”范畴。从中医学角度讲，ACST 主要发病原因为患者正气亏虚，加之邪感邪毒，寒湿、湿热内侵；或饮食失调、情志不畅、结石阻塞；或病后瘀血阻滞而导致肝胆和脾胃功能失调，脾虚化热，湿热瘀毒日久蕴蒸，使肝失疏泄，胆液不循常道，外溢肌肤而致身黄、目黄；湿热瘀邪日盛，郁结不散，日久化火而导致口渴、尿赤等症状。ACST 以热证、实证多见，肝胆郁滞、脾胃不和导致器官功能失调为 ACST 的主要病机，正气亏虚、脾气虚弱，加之湿热邪毒入侵，机体排毒无力，瘀血阻滞、邪毒内侵进而导致 ACST。

目前现代医学对于 ACST 的治疗方法主要有抗感染、手术、ENBD^[5]。近年来随着内镜介入技术的迅猛发展，很多胆道梗阻患者能在内镜下完成取石及胆汁引流，对于年龄大、心肺功能差、不能耐受常规手术风险的患者来讲，ENBD 手术风险小，比普通手术更为简便有效^[6-7]。而中西医结合治疗能明显提高临床疗效^[8-9]。

我们对 132 例 ACST 患者都采取了 ENBD 治疗，两组手术成功率比较差异无统计学意义。两组共有 4 例手术不成功病例，3 例因胆管狭窄，1 例因手术

中出现了急性呼吸窘迫综合征(ARDS)导致手术失败。有研究表明，ENBD 治疗效果令人满意，但内镜手术后患者并发症发生率高，体温下降慢，肝功能恢复慢，住院时间长^[10]。我们依据 ACST 的特点和中医病因病机，认为 ACST 中以胆郁蕴热、瘀毒内滞类型最为常见。为帮助患者术后尽快恢复，降低并发症，术后在常规治疗基础上配合柴胡清胆汤治疗，取得了良好疗效，这与江传宏^[11]的研究结果一致。

柴胡清胆汤中柴胡疏肝解郁，解表退热，且可升举阳气。现代药理学研究表明，茵陈有利胆、解热消炎作用，可促进胆汁分泌，增加胆汁酸及胆红素排出量；还可以降低体温，有良好的退热作用^[12]。茵陈、红藤、连翘、虎杖、柴胡、紫花地丁、赤芍均有抗病原微生物的作用，因此术后应用柴胡清胆汤患者体温下降快。本研究两组患者治疗前 WBC 比较差异无统计学意义，但柴胡清胆汤组治疗后 WBC 较对照组明显降低，术后体温恢复正常时间和腹痛缓解时间也均较对照组缩短，但两组体温恢复正常时间比较差异无统计学意义，这与患者术后体质虚弱、中药服用少、药效发挥差异有关。而柴胡清胆汤组 WBC 明显低于对照组，这与柴胡清胆汤中药物的抗病原微生物及抗炎作用是分不开的，药物抗炎效果好，患者体内 WBC 下降快，术后腹腔粘连恢复快，因此腹痛症状得到了有效缓解。

现代药理学研究表明，柴胡清胆汤中很多味中药都有保肝护肝作用，如茵陈可降低胆红素水平，减轻肝损伤程度，改善肝脏分泌胆汁酸功能，对肝脏起到有效的保护作用^[12]。在这些保肝护肝中药作用下，患者术后肝功能恢复和转氨酶下降速度加快。本研究的两组患者治疗前 TBil、DBil、ALT、AST 比较差异无统计学意义，但治疗后柴胡清胆汤组患者血清 TBil、DBil、ALT、AST 水平均明显低于对照组。这可能是柴胡清胆汤保肝护肝的作用机制。

柴胡清胆汤有清热解毒、疏肝利胆、利湿退黄、活血化瘀止痛的功效，有良好的抗炎、抗病原微生物、解热镇痛、保肝护肝作用。在这些药效综合作

用下,患者病情恢复快,并发症发生率低。本研究显示,柴胡清胆汤组治疗后仅有 3 例患者出现并发症,并发症发生率明显低于对照组(12 例);而且柴胡清胆汤组住院时间明显短于对照组。

综上所述,ACST 患者 ENBD 术后配合柴胡清胆汤治疗可减少术后并发症的发生率,缩短腹痛缓解时间,促进肝功能恢复。

参考文献

- [1] 李廷坚,郭予涛,侯光.急性重症胆管炎手术时机和死亡原因的探讨[J].中国医师杂志,2004,6(5):600-601. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1008-1372.2004.05.010.
- [2] 柳勇强.中西医结合治疗急性胆囊炎临床观察[J].中国中医急症,2015,24(10):1834-1835. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.10.051.
- [3] 王鹏利,王建华,张家壖,等.大柴胡汤联合 PTCD 治疗老年急性重症胆管炎临床观察[J].陕西中医,2016,37(10):1338-1339. DOI: 10.3969/j.issn.1000-7369.2016.10.033.
- [4] Wada K, Takada T, Kawarada Y, et al. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis: Tokyo guidelines [J]. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2007, 14 (1): 52-58. DOI: 10.1007/s00534-006-1156-7.
- [5] 孙国荣,钟明安,郑亚新,等.老年人的急性胆管炎的治疗方式选择[J].腹部外科,2009,22(5):281-282. DOI: 10.3969/j.issn.1003-5591.2009.05.011.
- [6] 江堤,张莉,苏剑东,等.急诊 ERCP 治疗老年人急性化脓性

胆管炎 48 例临床分析 [J]. 中国医药指南, 2012, 10 (18): 455-456. DOI: 10.3969/j.issn.1671-8194.2012.18.353.

Jiang D, Zhang L, Su JD, et al. Analysis of 48 cases of emergency ERCP in elderly patients with acute suppurative cholangitis [J]. Guide China Med, 2012, 10 (18): 455-456. DOI: 10.3969/j.issn.1671-8194.2012.18.353.

- [7] 张宁,赵云峰,麻树人,等.内镜治疗 97 例急性重症胆管炎疗效分析 [J]. 中国实用内科杂志, 2007, 27 (11): 870-871. DOI: 10.3969/j.issn.1005-2194.2007.11.021.

Zhang N, Zhao YF, Ma SR, et al. Analysis of endoscopic treatment of 97 cases of acute severe cholangitis [J]. Chin J Pract Int Med, 2007, 27 (11): 870-871. DOI: 10.3969/j.issn.1005-2194.2007.11.021.

- [8] 庄尚明,赵多娥,邓君.中西医结合治疗急性重症胆管炎 25 例疗效观察 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 1999, 6 (6): 272. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.1999.06.021.

Zhuang SM, Zhao DE, Deng J. Clinical observation on 25 cases of acute severe cholangitis treated with integrated traditional Chinese and western medicine [J]. Chin J TCM WM Crit Care, 1999, 6 (6): 272. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.1999.06.021.

- [9] 尹佳欢,王利,吴磊.急性重症胆管炎 54 例外科治疗体会 [J]. 临床误诊误治, 2015, 28 (3): 64-67. DOI: 10.3969/j.issn.1002-3429.2015.03.024.

Yin JH, Wang L, Wu L. Surgical treatment of 54 patients with severe acute cholangitis (SAC) [J]. Clin Misdiagn Misther, 2015, 28 (3): 64-67. DOI: 10.3969/j.issn.1002-3429.2015.03.024.

- [10] 王高生,甘磊磊.老年重症胆管炎外科手术 51 例诊疗体会 [J]. 中国临床保健杂志, 2012, 15 (6): 624-625. DOI: 10.3969/j.issn.1672-6790.2012.06.025.

Wang GS, Gan LL. Diagnosis and treatment of severe cholangitis in 51 elderly patients [J]. Chin J Clin Healthcare, 2012, 15 (6): 624-625. DOI: 10.3969/j.issn.1672-6790.2012.06.025.

- [11] 江传宏.辨证分型施治配合西医治疗急性重症胆管炎 211 例报告 [J]. 中医药临床杂志, 1999, 11 (5): 314-316.

Jiang CH. A report of 211 cases of acute severe cholangitis treated by syndrome differentiation combined with western medicine [J]. Clin J Tradit Chin Med, 1999, 11 (5): 314-316.

- [12] 康庆伟,阎姝.茵陈蒿汤的药理作用及临床应用进展 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2013, 19 (4): 473-475. DOI: 10.3969/j.issn.1007-6948.2013.04.051.

Kang QW, Yan S. Progress in pharmacological action and clinical application of wormwood wormwood decoction [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2013, 19 (4): 473-475. DOI: 10.3969/j.issn.1007-6948.2013.04.051.

(收稿日期: 2019-01-31)

• 学术活动预告 •

第十一届江浙沪中西医结合高峰论坛

第十一届江浙沪中西医结合高峰论坛以“传承创新、协作共赢”为主题,进一步推动中西医结合学科的发展为己任,加强江浙沪地区中西医结合学科的交流合作,促进区域学术繁荣。定于 2019 年 6 月 15—16 日在上海中医药大学附属曙光医院举办第十一届江浙沪中西医结合高峰论坛。

第十一届江浙沪中西医结合高峰论坛展示江浙沪中西医结合呼吸系统疾病诊治领域的学术水平,交流过去一年中的研究成果,促进基础科研和临床诊疗的发展。论坛邀请国内外知名专家做专题讲座,并将进行优秀论文的评选、展示和交流,现将有关事项通知如下。

一、主办单位:江苏省中西医结合学会
浙江省中西医结合学会
上海市中西医结合学会

二、承办单位:上海市中西医结合学会呼吸病专业委员会
江苏省中西医结合学会呼吸病专业委员会
浙江省中西医结合学会呼吸病专业委员会
上海中医药大学附属曙光医院

三、会议时间:2019 年 6 月 15—16 日

四、会议地点:上海中医药大学附属曙光医院东院(上海市浦东新区张江张衡路 528 号)