

- [13] 刘静. 宣肺泻热汤内服外敷对肺炎咳嗽患儿中医证候及炎症反应的影响[J]. 光明中医, 2022, 37(21): 3861-3864.
- [14] 李国力, 孙慧娟, 陶旭光, 等. 黄连解毒汤调控 aPOE<sup>-/-</sup> 小鼠血脂及低密度脂蛋白亚组分水平的研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(6): 706-710.
- [15] 张贝贝, 曾梦楠, 王亚玺, 等. 基于“顺病位逆病势”的麻黄升浮药性和葶苈子沉降药性潜在靶点研究[J]. 中医杂志, 2023, 64(3): 303-310.
- [16] 缪静, 周鑫, 毛威, 等. 丹莪片抗动脉粥样硬化模型小鼠主动脉平滑肌细胞增殖的机制研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(7): 811-816.
- [17] 王璇. 中医药在肿瘤免疫治疗中的研究进展[J]. 光明中医, 2022, 37(7): 1314-1316.

(编辑: 李佳丽 收稿日期: 2023-05-09)

## 自拟利胆经验方治疗慢性胆囊炎临床观察\*

谢波<sup>1</sup> 黄海<sup>2</sup> 孙晓生<sup>3△</sup>

**摘要:**目的 观察孙晓生教授自拟利胆 1 号方治疗慢性胆囊炎的临床疗效和安全性。方法 选取 108 例慢性胆囊炎患者为研究对象, 利用随机数字表法分为 2 组, 各 54 例。对照组采取常规西医治疗, 观察组加用自拟利胆 1 号方治疗, 4 周后对比 2 组临床疗效。结果 治疗前 2 组患者的中医症状积分、肝胆功能指标、免疫指标、炎性细胞因子相比, 组间差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 治疗 4 周后均较治疗前改善且观察组改善效果优于对照组( $P < 0.05$ ); 观察组不良反应发生率与对照组相比, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 自拟利胆 1 号方对慢性胆囊炎有效, 不良反应发生率低, 使用前景广阔。

**关键词:** 胆胀; 慢性胆囊炎; 自拟利胆 1 号方; 肝胆功能; 孙晓生

doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2024.02.004 文章编号: 1003-8914(2024)-02-0222-05

### Gallbladder-relieving Empirical Recipe in Treating Chronic Cholecystitis

XIE Bo<sup>1</sup> HUANG Hai<sup>2</sup> SUN Xiaosheng<sup>3△</sup>

(1. Department of Teaching, The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China; 2. The Second Clinical College, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China; 3. Department of Preventive Treatment of Disease, The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China)

**Abstract:** Objective To observe the clinical efficacy and safety of Professor Sun Xiaosheng's self-made Lidan No. 1 prescription in the treatment of chronic cholecystitis. Methods A total of 108 patients with chronic cholecystitis were selected as the research objects, and were divided into two groups by random number table method, with 54 cases in each group. The control group was treated with conventional Western medicine, and the observation group was treated with self-made Lidan No. 1 Recipe. After 4 weeks, the difference in clinical efficacy between the two groups was compared. Results Before treatment, there was no significant difference in TCM syndrome score, liver and bile function index, immune index and inflammatory cytokine between 2 groups ( $P > 0.05$ ). After 4 weeks of treatment, the indexes of 2 groups were improved compared with before treatment, and the improvement effect of observation group was better than that of control group ( $P < 0.05$ ). The incidence of nausea/vomiting, rash and diarrhea/abdominal pain in the observation group, which were not significantly different from in the control group ( $P > 0.05$ ). Conclusion The self-made Lidan No. 1 recipe helps to further improve the clinical efficacy of patients with chronic cholecystitis. The incidence of adverse reactions is low, and it has broad prospects for promotion and use.

**Key words:** gallbladder distention; chronic cholecystitis; self-made Lidan No. 1 recipe; liver and gallbladder function; Sun Xiaosheng

胆囊炎属于目前临床中十分常见的消化系统疾病之一, 依据起病缓急可分为急性胆囊炎以及慢性胆囊炎两大类<sup>[1]</sup>。慢性胆囊炎为胆囊持续、反复发作的炎

症反应所致, 以胆囊萎缩、囊壁增厚为主要病理表现, 超过 90% 的患者存在胆囊结石且随着病程时间的延长, 胆囊功能以及生存质量均随之下降<sup>[2]</sup>。以往临床针对慢性胆囊炎的治疗多以西医为主, 短期疗效理想但远期效果欠佳, 停药后存在着较高的复发风险<sup>[3]</sup>。孙晓生教授为广州中医药大学二级教授, 博士生及博士后导师, 全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 广东省名中医师承项目指导老师, 重点学科学术带头人, 享受国务院政府特殊津贴。学术思

\* 基金项目: 国家中医药管理局孙晓生全国名老中医药专家传承工作室建设项目(No. 国中医药人教函[2022]75 号)

作者单位: 1. 广州中医药大学第一附属医院教学处(广东 广州 510405); 2. 广州中医药大学第二临床医学院(广东 广州 510405); 3. 广州中医药大学第一附属医院治未病科(广东 广州 510405)

△通信作者: E-mail: 18022214688@126.com

想上师承梁剑波教授,临床经验丰富,尤擅治消化道疾病、代谢与内分泌等疾病。孙晓生教授认为慢性胆囊炎的发生与肝的疏泄功能障碍、胆腑气机通降有关,宜采取疏理肝胆、和降通腑的治疗原则<sup>[4]</sup>。自拟利胆 1 号方为自拟利胆 1 号方为孙晓生教授根据慢性胆囊炎中医病机,结合典籍经典方剂与临床经验,最终总结而成,在临床治疗中取得了较好的效果,现为该方剂的推广使用积累临床经验,对此展开对照研究,内容如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取广东省肇庆市中医院内科病区 2020 年 7 月—2022 年 8 月收治的 108 例慢性胆囊炎患者为研究对象,利用随机数字表法分为 2 组,各 54 例。对照组中男 38 例、女 16 例;年龄 38~64 岁,平均(54.68±5.59)岁;病程最短 3 个月,最长 3.5 年;胆囊结石:有 48 例、无 6 例;胆囊壁厚度 2.6~4.6 mm,平均(3.60±1.00)mm。观察组中男 35 例、女 19 例;年龄 36~66 岁,平均(54.74±5.63)岁;病程最短 5 个月,最长 3.5 年;胆囊结石:有 50 例、无 4 例;胆囊壁厚度 2.4~4.5 mm,平均(3.57±1.03)mm。2 组患者的一般资料相比,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),有可比性。

**1.2 纳入标准** ①西医的诊断符合《中国慢性胆囊炎、胆囊结石内科诊疗共识意见(2018 年)》<sup>[5]</sup>、中医诊断符合《胆囊炎中医诊疗专家共识意见(2017)》<sup>[6]</sup>且辨证分型为肝胆湿热型;②认知功能良好,能够配合临床治疗;③无肝肾肾功能衰竭;④如实知晓该研究内容且自愿参与。

**1.3 排除标准** ①复治的慢性胆囊炎患者;②具有手术指征者;③正处于妊娠期或哺乳期患者;④研究开始前 1 个月内接受过抗炎、利胆等治疗者;⑤合并其他胆囊疾病或消化系统疾病者;⑥新型冠状病毒检测阳性者。

**1.4 方法** 2 组均连续治疗 4 周。对照组采取常规西医治疗,方案如下:复方阿嗝米特肠溶片(扬州一洋制药有限公司,国药准字 H20000232)口服,2 片/

次,3 次/d。甲硝唑片(上海黄海制药有限责任公司,国药准字 H31021492)口服,0.6 g/次,3 次/d。观察组加用孙晓生教授自拟利胆 1 号方治疗,组方:柴胡、黄芩、茯苓各 20 g,茵陈、栀子、蒲公英、大黄、枳壳、郁金、竹茹、薏苡仁各 15 g,红花、地龙、川楝子、白芍、姜半夏、木香、虎杖、金钱草、丹参、生姜各 10 g,炙甘草 6 g。水煎成剂并取汁 500 ml,分早晚各 1 次温服。

**1.5 观察指标** 选取中医症状积分(胸胁胀痛、心下痞满、纳差)、肝胆功能指标(谷氨酸氨基转移酶、门冬氨酸氨基转移酶、总胆红素、总胆汁酸、总胆固醇)、免疫指标(免疫球蛋白 M、免疫球蛋白 A、免疫球蛋白 G)、炎性细胞因子(肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、超敏 C 反应蛋白、白细胞介素-6)、不良反应(恶心/呕吐、皮疹、腹泻/腹痛)发生率为观察指标。中医症状积分、肝胆功能指标、免疫指标、炎性细胞因子分别于治疗前、治疗 4 周后测定。不良反应发生率于治疗 4 周后统计。

**1.6 疗效判定标准** ①参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>中的慢性胆囊炎症状分级量表,其评价内容主要包括右上腹疼痛、右上腹触诊压痛、上腹部胀满感、大便性状及次数等方面,以 0、2、4、6 分表示上述症状的严重程度,即无症状、轻度、中度和重度;分值越高代表着症状越严重。②肝胆功能、免疫指标、炎性细胞因子:采集空腹静脉血 3 ml,以 3000 r/min 离心 10 min 后收集上清液,利用迈瑞医疗生产的 BS-360E 全自动生化分析仪测定。

**1.7 统计学方法** 采用 SPSS 27.0 统计软件处理数据,计量资料采用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较利用独立  $t$  检验,组内比较利用配对  $t$  检验;计数资料采用率(%)表示,比较利用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2 组患者中医症状积分比较** 治疗后,2 组患者中医症状积分均降低, $P<0.05$ ;且观察组患者低于比对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 2 组患者中医症状积分比较

(分, $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	胸胁胀痛		心下痞满		纳差	
		治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后
观察组	54	4.58±0.42	1.34±0.17 <sup>1)2)</sup>	4.34±0.16	1.25±0.15 <sup>1)2)</sup>	4.74±0.26	1.41±0.19 <sup>1)2)</sup>
对照组	54	4.60±0.45	2.51±0.14 <sup>1)</sup>	4.40±0.19	2.37±0.13 <sup>1)</sup>	4.79±0.33	2.57±0.17 <sup>1)</sup>

注:与治疗前比较,<sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>2)</sup> $P<0.05$ 。

**2.2 2 组患者肝胆功能指标比较** 治疗后,2 组患者血清谷氨酸氨基转移酶、门冬氨酸氨基转移酶、总胆红

素、总胆汁酸及总胆固醇指标均较前下降, $P<0.05$ ;且观察组低于对照组, $P<0.05$ 。提示,治疗后肝功能

及胆汁排泄功能均有所好转,观察组好转程度优于对照组。见表 2。

**2.3 2 组患者免疫指标比较** 经治疗,2 组患者血清免疫球蛋白 M、免疫球蛋白 A 和免疫球蛋白 G 指标均有所改善, $P < 0.05$ ;且观察组指标改善更为显著, $P < 0.05$ 。提示胆囊炎症病变或感染情况较前好转,观察

组改善程度优于对照组。见表 3。

**2.4 2 组患者炎性细胞因子比较** 治疗后,2 组患者血清肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、超敏 C 反应蛋白及白细胞介素-6 指标均较前下降, $P < 0.05$ ;观察组炎性细胞因子下降更为显著, $P < 0.05$ 。提示炎症反应或胆囊感染情况得以控制,且观察组优于对照组。见表 4。

表 2 2 组患者肝胆功能指标比较 (例,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	谷氨酸氨基转移酶/(U/L)		门冬氨酸氨基转移酶/(U/L)		总胆红素/( $\mu\text{mol/L}$ )	
		治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后
观察组	54	84.33 $\pm$ 3.67	27.85 $\pm$ 2.21 <sup>1)2)</sup>	64.27 $\pm$ 3.53	29.86 $\pm$ 2.24 <sup>1)2)</sup>	30.17 $\pm$ 2.13	18.74 $\pm$ 1.36 <sup>1)2)</sup>
对照组	54	84.40 $\pm$ 3.59	34.39 $\pm$ 2.30 <sup>1)</sup>	64.37 $\pm$ 3.62	32.31 $\pm$ 2.19 <sup>1)</sup>	30.15 $\pm$ 2.17	21.29 $\pm$ 1.41 <sup>1)</sup>

注:与治疗前比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>2)</sup> $P < 0.05$ 。

续表 2 2 组患者肝胆功能指标比较 ( $\mu\text{mol/L}$ ,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	总胆汁酸		总胆固醇	
		治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后
观察组	54	8.14 $\pm$ 1.05	6.79 $\pm$ 1.01 <sup>1)2)</sup>	7.47 $\pm$ 1.03	5.49 $\pm$ 1.01 <sup>1)2)</sup>
对照组	54	8.17 $\pm$ 1.09	7.30 $\pm$ 1.04 <sup>1)</sup>	7.50 $\pm$ 1.06	6.38 $\pm$ 1.02 <sup>1)</sup>

注:与治疗前比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>2)</sup> $P < 0.05$ 。

表 3 2 组患者免疫指标比较 (g/L,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	免疫球蛋白 M		免疫球蛋白 A		免疫球蛋白 G	
		治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后
观察组	54	1.49 $\pm$ 0.11	0.57 $\pm$ 0.09 <sup>1)2)</sup>	2.64 $\pm$ 0.16	0.99 $\pm$ 0.12 <sup>1)2)</sup>	1.34 $\pm$ 0.17	0.42 $\pm$ 0.11 <sup>1)2)</sup>
对照组	54	1.52 $\pm$ 0.10	0.99 $\pm$ 0.12 <sup>1)</sup>	2.67 $\pm$ 0.18	1.45 $\pm$ 0.18 <sup>1)</sup>	1.37 $\pm$ 0.15	0.89 $\pm$ 0.14 <sup>1)</sup>

注:与治疗前比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>2)</sup> $P < 0.05$ 。

表 4 2 组患者炎性细胞因子比较 (例,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	肿瘤坏死因子- $\alpha$ /( $\mu\text{g/L}$ )		超敏 C 反应蛋白/(mg/L)		白细胞介素-6/(ng/L)	
		治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后
观察组	54	5.77 $\pm$ 0.33	0.89 $\pm$ 0.21 <sup>1)2)</sup>	35.24 $\pm$ 2.36	12.54 $\pm$ 1.16 <sup>1)2)</sup>	55.87 $\pm$ 3.43	32.08 $\pm$ 2.92 <sup>1)2)</sup>
对照组	54	5.80 $\pm$ 0.37	1.11 $\pm$ 0.15 <sup>1)</sup>	35.27 $\pm$ 2.33	17.09 $\pm$ 1.21 <sup>1)</sup>	55.90 $\pm$ 3.47	37.54 $\pm$ 2.87 <sup>1)</sup>

注:与治疗前比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>2)</sup> $P < 0.05$ 。

**2.5 2 组患者不良反应发生率比较** 2 组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义。见表 5。

表 5 2 组患者不良反应发生率比较 (例,%)

组别	例数	恶心/呕吐	皮疹	腹泻/腹痛
观察组	54	5(9.26) <sup>1)</sup>	3(5.56) <sup>1)</sup>	4(7.41) <sup>1)</sup>
对照组	54	4(7.41)	3(5.56)	3(5.56)

注:与对照组比较,<sup>1)</sup> $P > 0.05$ 。

### 3 讨论

慢性胆囊炎为急性胆囊炎、亚急性胆囊炎反复发作或胆囊结石长期存在所致的病症类型,患者普遍存在不同程度的胆囊功能异常且伴有多种不适症状,给

其正常工作生活均带来严重不利影响,生存质量较低<sup>[8,9]</sup>。中国是全球范围内胆囊疾病高发国家之一,且步入老龄化社会后,老年群体因机体器官功能处于不断衰退状态而成为慢性病的主要发病人群,这势必会导致慢性胆囊炎发病率呈现进一步上升态势,使其成为一个不可回避的公共卫生问题。

西医指出,慢性胆囊炎的发生与细菌感染存在着密切的关联性,同时胆固醇代谢障碍可使胆囊组织持续受到不良刺激而出现增生肥厚现象,病情具有反复发作、久治不愈的特点<sup>[10]</sup>。以往临床针对该病的治疗包括合理膳食、纠正不良生活习惯、利胆、解痉镇痛、促

消化、抗感染等,当治疗效果欠佳时可采取外科手术治疗<sup>[11]</sup>。然而,外科手术对患者机体带来的创伤较大,术后恢复时间长,在一定程度上加重了家庭经济负担。西医保守治疗仅能治标、不能治本,在停药后容易再次复发,使其长期疗效难以得到有效保障,越发难以满足治疗所需。

近些年中医迎来了复兴的有利时机,其所秉承的整体观念、辨证施治思想和原则引起了全球医学界的高度重视,在临床工作中亦取得了较为瞩目的成果。在胆囊疾病治疗工作中,中医可以充分发挥多层次、多靶点的优势,与西医治疗优势互补,通过协同作用进一步提高其临床疗效<sup>[12]</sup>。孙晓生教授认为慢性胆囊炎归属于中医“胆胀、胁痛”范畴,其病位在胆,且与肝、胃存在着密切的关联性<sup>[13]</sup>。胆汁为“肝之余气”,在人体内的代谢严重依赖肝脏的“疏泄”功能<sup>[14]</sup>。当忧思过度、暴躁易怒、湿热内蕴等因素相互作用时将会导致瘀血阻络并影响肝脏正常的“疏泄”功能,胆腑气机通降失常而致病。尽管慢性胆囊炎的证型众多,包括肝胃气滞型、肝胃郁热型、肝胆湿热型、肝阴不足型,但以上证型的病因病机相一致,故在治疗上均是以疏理肝胆、和降通腑为基本原则。本研究在梳理慢性胆囊炎患者资料后发现,肝胆湿热型为其主要证型,此类患者在日常生活中亦较为常见,故选取该证型患者作为研究对象能够为广东省乃至全国地区的临床治疗提供帮助。结果发现,与单纯接受西医治疗的对照组相比,以孙晓生教授自拟的利胆 1 号方治疗的观察组中医症状积分(胸胁胀痛、心下痞满、纳差)、肝胆功能指标(谷氨酸氨基转移酶、门冬氨酸氨基转移酶、总胆红素、总胆汁酸、总胆固醇)、免疫指标(免疫球蛋白 M、免疫球蛋白 A、免疫球蛋白 G)、炎性细胞因子(肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、超敏 C 反应蛋白、白细胞介素-6)均处于更低水平,表明自拟利胆 1 号方的应用进一步提高了慢性胆囊炎患者的临床疗效。2 组患者恶心/呕吐发生率、皮疹发生率、腹泻/腹痛发生率的不良反应比较,差异不具有统计学意义,表明自拟利胆 1 号方具有较高的安全性。总结原因如下:本研究所用的自拟利胆 1 号方由柴胡、黄芩、茵陈、栀子、虎杖、蒲公英、金钱草、大黄、红花、地龙、枳壳、郁金、川楝子、白芍、姜半夏、木香、生姜、竹茹、丹参、茯苓、炙甘草、薏苡仁组成,其中柴胡、川楝子、枳壳等具有疏肝理气的功效,对于恢复和促进肝脏疏泄功能提供了有力保障;白芍具有养血活血之功效;大黄则能够通腑利胆;虎杖、金钱草、郁金、茵陈等亦能够疏肝利胆、清热排石,无论是慢性胆囊炎患者是否为胆囊结石所致,均可发挥出良好的治疗功效。除此之外,柴胡与黄芩联合应用还可以起到

解热、抗炎的功效;白芍与甘草配伍使用可以缓急止痛,消除患者机体存在的不适症状;姜半夏与生姜配伍使用能够和胃降逆、化解呕逆;黄芩、栀子、虎杖、金钱草等配伍使用可以进一步强化利湿效果。以上诸药合用可以充分发挥出疏理肝胆、和降通腑的作用。现代研究亦表明,柴胡包含有多种化学物质,其中柴胡皂苷含量较高且具有抗炎、调节胆固醇、逆转肝纤维化、利胆等多种功效。黄芩则能够降低全身及局部脏器组织的毛细血管通透性,并且发挥出良好的抗菌作用。枳实可以充分促进胆囊的舒缩,提高奥狄氏括约肌张力,为胆囊功能的恢复提供保障。姜半夏则能够作用于呕吐中枢,抑制呕吐信号的传导。总而言之,研究使用的自拟利胆 1 号方具有标本兼治之功效,配合西医治疗可以充分发挥出协同作用,实现进一步提升疗效的目的。这也是观察组患者中医症状积分、肝胆功能指标、免疫指标、炎性细胞因子改善效果较对照组更佳的原因之所在。因此,在今后肝胆湿热型慢性胆囊炎治疗工作中可以推广使用自拟利胆 1 号方,以为患者提供更为优质的医疗服务。

综上所述,自拟利胆 1 号方有助于进一步提高慢性胆囊炎患者临床疗效,其不良反应发生率低,具有广阔的推广使用前景。

#### 参考文献

- [1] 吕复君,丁丹丹,刘江伟,等. 新疆地区不同民族胆囊炎的流行病学调查[J]. 检验医学与临床,2019,16(9):1191-1195.
- [2] 王武,李佐耀,蒋寅海. 金茵利胆汤治疗慢性胆囊炎的疗效观察[J]. 中国中医药科技,2020,27(6):960-961.
- [3] 郭海军,郭秀霞,王本贤. 疏肝清胆汤联合熊去氧胆酸片治疗肝胆湿热型慢性胆囊炎临床研究[J]. 新中医,2020,52(5):77-80.
- [4] 李璐,王占阳,谢晶日. 慢性萎缩性胃炎合并胆囊疾病辨证论治[J]. 长春中医药大学学报,2021,37(2):286-289.
- [5] 中华消化杂志编辑委员会,中华医学会消化病学分会肝胆疾病协作组. 中国慢性胆囊炎、胆囊结石内科诊疗共识意见(2018年)[J]. 临床肝胆病杂志,2019,35(6):1231-1236.
- [6] 中华中医药学会脾胃病分会. 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.
- [7] 郑筱蓓. 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,2002:282-285.
- [8] 周洋,谢晶日. 虚实相参辨治慢性胆囊炎经验探析[J]. 环球中医药,2021,14(3):492-494.
- [9] 吕武士. 柴金汤加减治疗慢性胆囊炎肝胆湿热证临床疗效观察[J]. 河南中医,2021,41(4):576-580.
- [10] BUTTI AK, YADAV SK, VERMA A, et al. Chronic calculus cholecystitis: Is histopathology essential post-cholecystectomy? [J]. Indian J Cancer,2020,57(1):89-92.
- [11] PILLENAHALI MAHESHWARAPPA R, MENDA Y, GRAHAM MM, et al. Association of gallbladder hyperkinesia with acalculous chronic cholecystitis: A case-control study [J]. Surgery, 2020, 168(5):800-808.

- [12] 冯文林,周信有治疗消化系统疾病[J]. 长春中医药大学学报, 2020,36(6):1134-1136.
- [13] 时昭红,任顺平,唐旭东,等. 消化系统常见病急性慢性胆囊炎、胆石症中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志,2020,

35(2):793-800.

- [14] 王晨宇,张永. 从中医脏腑辨证角度探讨慢性胆囊炎的诊治[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(6):210-212.

(编辑:李佳丽 收稿日期:2023-02-27)

# 黄连温胆汤治疗脾胃湿热型 Hp 阳性浅表性胃炎 Meta 分析

陈炜萍 徐兴龙 于斌

**摘要:**目的 系统评价黄连温胆汤治疗脾胃湿热型 Hp 阳性浅表性胃炎的疗效。方法 检索查阅 CNKI、CBM、中华医学期刊全文数据库、VIP、WanFangData、PubMed 等数据库建库至 2021 年 6 月有关黄连温胆汤治疗脾胃湿热型 Hp 阳性浅表性胃炎的相关文献,筛选符合纳入标准的文献研究资料,选择用改良后的 Jadad 评分量表进行质量评分,并以 Review Manager 5.4 软件进行 Meta 分析。结果 经筛选最终纳入中文 RCT 研究文献 15 篇共 1204 例患者。与常规西药治疗比较,单用或加用黄连温胆汤治疗脾胃湿热型 Hp 阳性浅表性胃炎,在总有效率、Hp 根除率、胃镜下胃黏膜情况改善等方面具有一定优势,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 黄连温胆汤能够明显提高脾胃湿热型 Hp 阳性浅表性胃炎治疗的疗效,优于单纯应用西药,可提高临床有效率、Hp 的根除率及胃镜下胃黏膜改善率。

**关键词:**胃脘痛;Hp 阳性浅表性胃炎;黄连温胆汤;脾胃湿热

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.02.005 文章编号:1003-8914(2024)-02-0226-05

浅表性胃炎这一消化内科常见疾患的首要致病因素是幽门螺旋杆菌(Hp)。Hp 阳性浅表性胃炎,中医可以诊断辨证为“胃脘痛、胃络痛、嘈杂、胃痞、胃胀”等病证。近些年研究发现,Hp 阳性相关胃炎中脾胃湿热证的证型最常见<sup>[1,2]</sup>。常规西药治疗 Hp 阳性浅表性胃炎以抗 Hp 药物治疗为主,疗效确切,但存在药物耐药多、复发率高、不良作用大,病患耐受差等弊端。而中医在改善症状、辨证论治上独具特色,可改善症状、使胃镜下黏膜改变可观,并可提高 Hp 根除率,且毒副作用小。脾胃疾病湿热证惯用方剂之一即黄连温胆汤。此研究筛检国内外公开发表的有关黄连温胆汤治疗脾胃湿热型 Hp 阳性浅表性胃炎相关的随机对照研究(RCT)文献进行 Meta 数据分析来评估疗效,旨在为该病证临床中医药有效合理治疗提供较为可靠的循证医学依据。

## 1 资料与方法

**1.1 检索策略** 有关黄连温胆汤治疗脾胃湿热型 Hp 阳性浅表性胃炎的文献资料是通过选用主题词联合篇名、自由词等方式进行计算机直接检索和文献追溯的方法,对中国知网(CNKI)、中国生物医学文献数据库(CBM)、中华医学期刊全文数据库、维普中文科技

期刊数据库(VIP)、万方数据知识服务平台(WanFangData)、PubMed 等多个文献数据库进行搜集检索。时间范围为建库至 2021 年 6 月,搜索中文词为“黄连温胆汤”“脾胃湿热型”“Hp”“幽门螺旋杆菌”及“浅表性胃炎”;英文词为“Huanglianwendantang”“Helicobacter pylori”“Spleen stomach damp heat type”“Hp”“Superficial gastritis”。

**1.2 纳入标准** ①选取 RCT 研究,包括采用非盲法或盲法;②符合 Hp 阳性浅表性胃炎西医诊断标准,诊断标准参照《中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)》<sup>[3]</sup>;③符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[4]</sup>中脾胃湿热证中医证候的辨证诊断标准;④观察组的主要干预措施是运用黄连温胆汤加减治疗;⑤对照组的干预措施是纯粹西药治疗,包括抗 Hp 单药、抗 Hp 三联疗法或抗 Hp 四联疗法;⑥结局指标包括总有效率、Hp 根除率、胃镜下胃黏膜改善情况。

**1.3 剔除标准** ①非临床研究文献,如动物实验、经验总结、系统评价等;②无对照组的单纯描述性研究文献;③存在研究设计严重缺陷、质量差,统计方法错误,欠缺原始数据,结局效应尚不明确的文章;④总样本量少于 50 例的文献;⑤使用其他西药或中药或中医特色疗法而影响治疗效果判断的文献;⑥无法查到原文、全文的文献;⑦案例来源相同,或重复发表的文献。

作者单位:靖江市中医院脾胃病科(江苏 靖江 214500)

通信方式:E-mail:282122099@qq.com