

痰热清注射液治疗急性胆囊炎疗效及对血清核因子-κb 的影响

胡明泽(重庆市合川区中西医结合医院内科 401520)

【摘要】 目的 观察痰热清注射液对于肝胆湿热型急性胆囊炎的治疗效果并探讨其作用机制。**方法** 将 54 例肝胆湿热型急性胆囊炎患者,随机分为治疗组和对照组各 27 例。治疗组采用痰热清注射液静脉滴注联合西药治疗,对照组单纯采用西药治疗,比较治疗后两组治疗效果,采用酶联免疫吸附法(ELISA)检测两组治疗前后血清中核因子-κb(NF-κb)水平的变化并进行比较。**结果** 治疗组与对照组总有效率分别为 90.6%、88.4%,差异无统计学意义($P>0.05$);两组血清 NF-κb 水平治疗后较治疗前明显降低,比较差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗后治疗组 NF-κb 明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 痰热清注射液对急性胆囊炎有良好的临床疗效,值得临床进一步推广。

【关键词】 急性胆囊炎; 肝胆湿热型; 核因子-κb; 痰热清注射液
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.24.032 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)24-3461-02

急性胆囊炎是临床常见的急腹症之一,主要由胆囊结石、细菌感染、化学刺激等因素造成^[1]。近年来,随着人类饮食习惯的改变及高龄化,急性胆囊炎的发病率逐年增高,主要的临床表现包括:突发右上腹持续性疼痛,可伴有恶心、呕吐;发冷、发热、食欲不振、腹胀;黄疸;墨菲征阳性等。核因子-κb(NF-κb)是一种重要的基因转录调控因子,参与多种细胞因子、黏附分子、血管活性因子生成的调节,在炎症反应中起着重要作用。本研究采用痰热清注射液治疗肝胆湿热型胆囊炎在临床上取得了较好的疗效,并对其作用机制进行了探讨,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 6 月至 2013 年 6 月在本院门诊及病房接受治疗,符合肝胆湿热型胆囊炎中西医结合纳入标准的患者共 54 例,按接诊的时间顺序随机分为治疗组和对照组各 27 例。治疗组 27 例,男 15 例,女 12 例,年龄 17~64 岁,平均(39.00±6.78)岁;病程 1~7 d,平均(2.13±1.58)d;其中合并胆结石者 12 例,脂肪肝者 9 例。对照组 27 例,男 14 例,女 13 例,年龄 21~62 岁,平均(32.40±5.34)岁;病程 1~7 d,平均(2.52±1.24)d;其中合并胆结石 13 例,脂肪肝者 14 例,不孕者 12 例。两组年龄、病程及并发症的差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准^[2] (1)突发右上腹持续性疼痛或阵发性剧烈疼痛,疼痛向右侧肩背部放射;(2)恶心、呕吐、食欲不振、腹胀、寒战、发热;(3)血液中白细胞升高;(4)墨菲征阳性,胆囊处有压痛或可触及肿大的胆囊;(5)进食油腻或劳累过度则上述症状加重。上述 5 条中符合 3 条,并排除其他共同症状性疾病:重症胰腺炎、急性肝炎等。

1.2.2 中医诊断标准^[3] (1)右上腹出现压痛或持续性疼痛,并向右侧肩背部放射;(2)大便干结、小便发黄;(3)恶心、呕吐、口苦口渴;(4)舌红,苔黄腻,脉弦滑;(5)部分患者可触及肿大的胆囊。

1.3 纳入标准 (1)符合上述中西医诊断标准者;(2)签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)有明确外科手术指征者;(2)合并重症并发症如重症胰腺炎、胆管梗阻、胆管化脓、穿孔者;(3)患有心脑血管、肝肾及造血系统等严重疾病者;(4)精神病患者;(5)

有临床用药禁忌者及对本药物过敏者。

1.5 治疗方法^[4] 治疗组:左氧氟沙星注射液 0.3 g 静脉滴注,2 次/日;替硝唑注射液 0.8 g 静脉滴注,1 次/日;痰热清注射液 30 mL 加注于 250 mL 5%葡萄糖中,静脉滴注,1 次/日。对照组:左氧氟沙星注射液 0.3 g 静脉滴注,2 次/日;替硝唑注射液 0.8 g 静脉滴注,1 次/日。两组均连用 7 d。

1.6 观察指标 (1)治疗前后患者右上腹疼痛感、发热、恶心、呕吐等临床症状缓解状况。(2)治疗前治疗后血清 NF-κb 水平。(3)治疗前后血常规。

1.7 疗效标准 参照《中医临床病证诊断疗效标准》中相关标准制订^[5]。临床痊愈:治疗后临床症状及体征基本消失,血象正常;显效:治疗后白细胞减少、中性粒细胞比例降低、右上腹疼痛感基本消失,无发热、寒战、恶心、呕吐、食欲不振,症状改善,墨菲征阴性;有效:治疗后右上腹疼痛有所缓解,仍有发热、恶心、呕吐、食欲不振等症状,墨菲征阳性,可触及肿大的胆囊;无效:症状体征无缓解、实验室检查白细胞未降低。

1.8 统计学处理 运用 SPSS18.0 软件进行数据统计分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。以 $\alpha=0.05$ 为检测水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后临床疗效比较 治疗组 27 例中,临床痊愈 7 例,显效 10 例,有效 8 例,无效 2 例,总有效率 90.6%;对照组 27 例中,痊愈 5 例,显效 9 例,有效 8 例,无效 3 例,总有效率 88.4%。两组总有效率比较差异无统计学意义($P>0.05$),两组治愈率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	<i>n</i>	治愈 (<i>n</i>)	显效 (<i>n</i>)	有效 (<i>n</i>)	无效 (<i>n</i>)	总有效率 (%)
治疗组	27	5	9	8	3	88.4
对照组	27	7	10	8	2	90.6

注:与对照组比较, $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后血清 NF-κb 水平比较 治疗后两组血清 NF-κb 均明显降低,与治疗前比较差异均有统计学意义($P<0.05$)组间比较,治疗组与对照组血清 NF-κb 下降水平比

较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 血清 NF-κb 值比较(A 值, $\bar{x}\pm s$)			
组别	时间	n	血清 NF-κb 水平
治疗组	治疗前	27	0.523±0.034
	治疗后	27	0.237±0.029
对照组	治疗前	27	0.518±0.041
	治疗后	27	0.357±0.036

注:与本组治疗前比较, $P<0.05$;与对照组比较, $P<0.05$ 。

3 讨 论

急性胆囊炎是临床常见急腹症之一,近年来发病率随着人类饮食习惯的改变逐年增高,西医认为胆结石梗阻及感染时本病发病的两大主要因素;治疗上以抗菌药物及外科手术为主。中医中本病归属于“胁痛”“黄疸”范畴,认为本病的发生多责之于气滞、湿热、胆石、淤血而致肝失疏泄、胆失通降、脾胃运化失调^[6]。治疗上以“通”为原则,具体治法上包括疏肝理气、清热利湿、利胆排石、活血化瘀等。临床上,本病的肝胆湿热型发病率较高,治疗上以清热利湿、通利胆腑为主,本研究采用痰热清注射液与常规西药治疗相结合,治疗组与对照组相比,治疗组的治愈率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,治疗组血清 NF-κb 下降水平高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。痰热清注射液组方中,以黄芩为君药,其性苦寒,泻火解毒,清热燥湿,熊胆粉,山羊角为臣药,其性苦寒并善入肝经功于清热解毒,银花连翘为佐使,二药一可清热解毒二又善于消肿散结,散瘀止痛。全方相配,清热燥湿可解中焦之湿热,消肿散结,散瘀止痛,可除气血湿热之邪互结,能有效地缓解症状^[7]。NF-κb 是细胞中一个重要的转录因子,在炎症反应、免疫应答、应激反应、细胞凋亡及病毒复制等的调节中其主导作用,它可作用于多种靶基因,这些靶基因包括细胞膜受体、

膜黏附分子、急性期蛋白、生长因子、转录因子的编码基因^[8]。据相关研究表明,在急性胆囊炎炎症反应期,血清 NF-κb 呈现高水平表达状态,治疗后患者体内的血清 NF-κb 较之前明显降低,治疗后治疗组血清 NF-κb 下降水平较对照组高,差异有统计学意义($P<0.05$)。因此,痰热清注射液可有效地治疗肝胆湿热型急性胆囊炎,其作用机制可能与降低了血清 NF-κb 水平,从而抑制了炎症反应、减轻组织损伤、调节细胞因子失衡、维护机体内环境的稳定有关。痰热清注射液对于肝胆湿热型胆囊炎治疗效果稳定,值得临床推广。

参考文献

[1] 董承远, 黄梅, 陈秀敏. 急性胆囊炎患者感染的危险因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(18): 4561-4562.

[2] 陈孝平, 汪建平. 外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 31.

[3] 李金菊. 急性胆囊炎中医治疗综述[J]. 辽宁中医药大学学报, 2007, 9(2): 52-54.

[4] 张声生, 李乾构, 赵文霞. 胆囊炎中医诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(11): 1461-1465.

[5] 王净, 龙俊杰. 中医临床症证诊断疗效标准[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993: 364-367

[6] 赵卫兵, 郑丽, 车慧. 中西医结合治疗急性胆囊炎 32 例临床分析[J]. 中国临床医生, 2014, 42(2): 70-71.

[7] 张志华, 郑光, 郭洪涛. 痰热清注射液临床应用文献分析[J]. 中成药, 2011, 36(1): 52-55.

[8] 向静, 王宁, 阿布力克木·吐尔地. 核因子-κb 信号通路的研究进展[J]. 新疆医科大学学报, 2011, 34(1): 15-17.

(收稿日期: 2014-03-25 修回日期: 2014-07-19)

(上接第 3460 页)

有效降低其体内胆红素水平、减轻溶血、防止胆红素脑病的发生,减轻患儿器官功能损害,但应严格掌握指征,并重视对换血导致患儿机体内环境的变化。

参考文献

[1] Kaushansky K, Lichtman MA, Beutler E, et al. Williams Hematology[M]. 8th edition. New York: McGraw-Hill Book Company, 2010: 985.

[2] 叶应妩, 王毓三, 申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版, 南京: 东南大学出版社, 2006: 246-270.

[3] 马曙轩, 田军, 薛晖, 等. 新生儿换血治疗 49 例分析[J]. 临床血液学杂志, 2010, 23(10): 588.

[4] 中华医学会儿科学会新生儿学组. 新生儿黄疸干预推荐方案[J]. 中华儿科杂志, 2001, 16(8): 501-502.

[5] 娄白敏, 庞桂芝, 张趁利, 等. 新生儿溶血病临床换血的选择与疗效[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(10): 1594-1595.

[6] 中华医学会儿科学分会新生儿学组, 中国新生儿胆红素脑病研究协作组. 中国新生儿胆红素脑病的多中心流行病学调查研究[J]. 中华儿科杂志, 2012, 50(5): 331-335.

[7] (美)考杉斯基, 主编. 威廉姆斯血液学[M]. 陈竺, 陈赛娟主译. 8 版, 北京: 人民卫生出版社, 2011: 751.

[8] 范丽霞, 周俊, 吴涛. 152 名新生儿重高胆红素血症换血治

疗临床疗效观察[J]. 中国输血杂志, 2010, 23(9): 700-701.

[9] 高瑾, 赵玫, 宝凌云, 等. 108 例外周动静脉同步换血法治疗新生儿高胆红素血症临床分析[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(20): 2713-2715.

[10] 曾丰, 张铭华. 母婴 Rh(c) 抗原不合引起新生儿溶血病 1 例[J]. 临床血液学杂志, 2009, 22(6): 336-337.

[11] 王红洲, 叶萍, 贺锐. 经外周动静脉同步换血对高胆红素血症新生儿血液内环境的影响[J]. 国际检验医学杂志, 2013, 34(5): 617-619.

[12] Steiner LA, Bizzarro MJ, Ehrenkranz RA, et al. A decline in the frequency of exchange transfusions and its effect on exchange related mortality and morbidity[J]. Pediatrics, 2007, 120(1): 27-32.

[13] 宋燕燕, 赵小鹏, 李坚, 等. 换血疗法治疗不同胎龄新生儿高胆红素血症的临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2007, 22(5): 588-589.

[14] 龙丽华, 李禄全, 余加林, 等. 双管同步换血治疗新生儿高胆红素血症对机体内环境的影响[J]. 遵义医学院学报, 2010, 33(1): 33-35.

(收稿日期: 2014-05-21 修回日期: 2014-08-12)