

肾舒颗粒治疗泌尿系感染临床观察

吴小芬, 潘锋君, 陈挺

丽水市中心医院, 浙江 丽水 323000

[摘要] 目的: 观察肾舒颗粒治疗泌尿系感染的临床疗效。方法: 将 184 例泌尿系感染的住院患者, 按照随机、单盲、对照方法分为 2 组, 其中对照组 86 例, 观察组 98 例, 对照组给予抗感染治疗, 观察组在对照组基础上加用肾舒颗粒, 观察比较 2 组临床疗效及不良反应情况。结果: 观察组痊愈率为 84.7%, 高于对照组 74.4% ($P < 0.05$)。2 组治疗前后尿频、尿急、尿痛等临床症状积分组内比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组治疗后尿频及尿急症状积分比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组尿频、尿急、尿痛改善时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。2 组治疗后尿白细胞镜检以及尿细菌定量培养均较治疗前好转 ($P < 0.01$), 观察组尿细菌定量培养与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 抗感染联合肾舒颗粒治疗泌尿系感染临床疗效显著, 可明显改善临床症状, 提高病菌清除率, 安全可靠。

[关键词] 泌尿系感染; 肾舒颗粒; 中西医结合疗法; 抗感染治疗

[中图分类号] R691.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0108-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.052

泌尿系感染是常见病、多发病, 临床治疗主要用抗感染药物, 虽有一定疗效, 但长期使用易导致细菌耐药, 往往效果不稳定, 除胃肠道反应外, 抗生素还影响肝、肾功能。故降低尿路感染的复发率, 选用安全、有效的药物至关重要^[1]。笔者采用抗感染联合中成药肾舒颗粒治疗泌尿系感染, 取得良好效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 符合 1985 年第二届全国肾脏病会议通过的标准: 正规清洁中段尿(保证尿液在膀胱存留 4~6 h 以上)细菌定量培养 $\geq 10^5/\text{mL}$; 参考离心中段尿沉渣镜检白细胞数 > 10 个/HP, 或有明显尿路刺激症状; 行膀胱穿刺尿培养阳性, 可以确诊。排除孕妇、哺乳妇女及有严重的肝、肾功能损害、意识模糊、有精神病、对青霉素类、头孢菌素类和氟喹诺酮类药物过敏的患者。所有患者试验 24 h 内未给予任何抗生素治疗。

1.2 一般资料 纳入 2012 年 1 月—2013 年 12 月泌尿系感染住院患者 184 例, 男 29 例, 女 155 例, 均有不同程度的尿频、尿急、尿痛症状, 小腹膀胱区压痛。将患者按照随机、单盲、对照方法分为 2 组, 对照组 86 例, 男 10 例, 女 76 例; 年龄 20~52 岁, 平均 (40 ± 11.5) 岁; 慢性尿路感染急性发作 25 例, 急性复杂性尿路感染 61 例。观察组 98 例, 男 19 例, 女 79 例; 年龄 21~54 岁, 平均 (40 ± 12.8) 岁; 慢性尿路感染急性发作 34 例, 急性复杂性尿路感染 64 例。2 组病例的性

别、年龄、病程及病情等经统计学处理, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 根据患者病情及细菌培养选用一种抗生素如左氧氟沙星等口服或静脉滴注治疗, 并嘱患者多喝水, 以去除梗阻因素。

2.2 观察组 在对照组基础上加用肾舒颗粒(厦门中药厂生产), 每次 10 g, 每天 3 次, 口服, 7 天为 1 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察给药前后 2 组患者尿频、尿急、尿痛症状的改善时间。比较给药前后尿常规、尿白细胞镜检及尿细菌定量培养的变化情况。参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]制定症状、体征评分标准。分别以 0、1、2、3 分进行表示。尿频, 0 分: 正常; 1 分: 每天 7~10 次; 2 分: 每天 11~15 次; 3 分: 每天 15 次以上。尿急, 0 分: 无; 1 分: 轻微; 2 分: 轻微影响工作和休息; 3 分: 影响工作和休息。尿痛, 0 分: 无; 1 分: 尿道口轻微疼痛; 2 分: 尿道口疼痛, 但可忍受; 3 分: 尿道口疼痛, 难以忍受。

3.2 统计学方法 计数资料以率表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组间比较采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 痊愈: 临床症状、体征全部消失, 血、尿常规正常, 病原菌清除; 好转: 病情明显好转, 但上述 4 项中

[收稿日期] 2014-12-15

[作者简介] 吴小芬 (1981-), 女, 主治医师, 研究方向: 泌尿外科。

有1项不正常；无效：用药后病情好转，但上述4项中有2项不正常；无效：用药3天后，病情无明显改善，甚至加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组有效率为96.9%，对照组有效率为91.9%；观察组痊愈率为84.7%，高于对照组的74.4% ($P < 0.05$)。

组别	n	例(%)		
		痊愈	好转	无效
对照组	86	64(74.4)	15(17.4)	7(8.1)
观察组	98	83(84.7) ^①	12(12.2)	3(3.1)

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后症状、体征改善情况比较 见表2。2组治疗前后尿频、尿急、尿痛等临床症状积分组内比较，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)；2组治疗后尿频及尿急症状积分比较，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

组别	n	时间	分		
			尿频	尿急	尿痛
对照组	86	治疗前	2.97 ± 0.53	2.92 ± 0.74	2.83 ± 6.31
		治疗后	1.92 ± 0.72 ^①	1.71 ± 0.98 ^①	1.13 ± 4.21 ^①
观察组	98	治疗前	3.12 ± 0.67	2.98 ± 0.82	2.76 ± 5.41
		治疗后	1.12 ± 0.46 ^②	1.05 ± 0.61 ^②	0.92 ± 4.51 ^①

与本组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.4 2组症状改善时间比较 见表3。观察组尿频、尿急、尿痛改善时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。

组别	n	天		
		尿频	尿急	尿痛
对照组	86	1.21 ± 0.31	1.18 ± 0.51	1.31 ± 0.29
观察组	98	0.81 ± 0.43 ^①	0.86 ± 0.24 ^①	0.79 ± 0.51 ^①

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.5 2组实验室结果比较 见表4。2组治疗后尿白细胞镜检以及尿细菌定量培养均较治疗前好转 ($P < 0.01$)，观察组尿细菌定量培养与对照组比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

组别	n	尿白细胞镜检(个/高倍视野)				尿细菌定量培养(ml)	
		治疗前		治疗后		治疗前	治疗后
对照组	86	22 ± 5	4 ± 2 ^①	161364 ± 359	91 ± 7 ^①		
观察组	98	23 ± 6	3 ± 2 ^①	156342 ± 361	40 ± 8 ^②		

与本组治疗前比较，^① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.6 2组不良反应比较 2组均于治疗前后行血、尿常规及肝肾功能检查，未见明显异常。

5 讨论

泌尿系感染是一种常见病，临床表现为尿频、尿急、尿痛等，多发于女性(与女性的生理结构特点有关)，特别是育龄的已婚女性，最为常见，约30%妇女在一生中发生过1次以上的尿路感染^[3]。引起尿路感染最常见的致病菌是革兰氏阴性杆菌，其中以大肠杆菌最为常见，一般尿路感染的致病菌多为1种，可有2种细菌混合感染^[4]。抗感染药物是治疗尿路感染的主要药物，在选用抗生素时，在无尿细菌培养结果和药敏试验结果之前，应选用对革兰氏阴性菌有效的抗生素^[5]。但抗感染药物的广泛应用会诱导细菌耐药，对常规用药或抗菌谱窄的抗生素不敏感，使其单独治疗感染性疾病的疗效受影响甚至治疗失败，且易导致菌群紊乱，而抗菌药物起效快、疗程短，虽尿常规可暂时转为正常，但此时细菌仍然可能存在于泌尿系统中，成为尿路感染复发的根源，反复的尿路感染易造成尿路的器质性损害，带来严重后果。

中医学认为，泌尿系统感染性疾病属于实热淋证的范畴，乃受湿热秽浊之邪，蕴结于下焦肾与膀胱，导致下焦气化失司所致。《诸病源候论·淋病诸候》指出：“肾虚则小便数，膀胱热则水下涩，数而且涩，则淋漓不宣。”在治疗上当以清热解毒、利尿通淋、止血为主。本研究使用的肾舒颗粒主要成分为大青叶、白花蛇舌草，配以瞿麦、萹蓄、海金沙藤、淡竹叶、黄柏等，具有较好的清热解毒、利尿通淋之功。现代药理研究表明，大青叶有广谱抗菌、抗病毒作用，对多种细菌株有抑制作用，并可增强白细胞的吞噬能力^[6]。白花蛇舌草可刺激单核巨噬细胞增生、增强吞噬细胞活力等^[7]。抗感染药物配合肾舒颗粒，可弥补抗菌药物的不足，达到标本兼治的效果。

本研究结果显示，抗菌药物与肾舒颗粒合用的总有效率为96.9%，高于单纯应用抗菌药物的总有效率91.9%，观察组的痊愈率高于对照组 ($P < 0.05$)；且尿频、尿急、尿痛症状缓解时间缩短；实验室检查结果提示观察组尿细菌定量培养结果优于对照组 ($P < 0.05$)；观察组在用药后的血、尿常规及肝肾功能均无异常改变，说明该药无严重毒副作用，安全性较好。由此可见，抗感染药物联合肾舒颗粒治疗泌尿系感染，增强了西药的抗感染的作用，又降低了抗感染药物之弊，取长补短，扶正固本，标本兼治，起到有效地清除致病菌、改善临床症状的作用。

[参考文献]

- [1] 朱锦萍, 姜明华, 席荣华, 等. 尿舒宁汤预防控制医院内泌尿系感染260例[J]. 中国中医药科技, 2011, 18(2): 162-163.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [3] Gesser RM, McCarroll K, Teppler H, et al. Efficacy of ertapenem in the treatment of serious infections caused

- by Enterobacteriaceae : analysis of pooled clinical trial data[J]. J Antimicrob Chemother, 2003, 51(5): 1253-1260.
- [4] Naber KG. Levofloxacin in the treatment of urinary tract infections and prostatitis [J]. J Chemother, 2004, 16(2): 18-21.
- [5] Mohsin R, Siddiqui KM. Recurrent urinary tract infections in females [J]. J Pak Med Assoc, 2010, 60(1): 55-59.
- [6] 武彦文, 高文远, 肖小河. 大青叶的研究进展[J]. 中草药, 2006, 37(5): 793-795.
- [7] 王宇翎, 张艳, 方明, 等. 白花蛇舌草总黄酮的抗炎及抗菌作用[J]. 中国药理学通报, 2005, 21(3): 348-350.
- (责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

温阳补肾祛瘀法治疗肝硬化腹水临床观察

神和正, 李海燕

临沂市中医医院肝病科, 山东 临沂 276002

[摘要] 目的: 观察温阳补肾祛瘀法治疗脾肾阳虚型肝硬化腹水的临床疗效与安全性。方法: 60 例肝硬化腹水患者, 随机分为 2 组各 30 例, 对照组常规保肝、利尿及补充白蛋白, 纠正、预防电解质紊乱等治疗; 试验组在对照组治疗基础上给予温阳补肾祛瘀汤治疗, 疗程均为 1 月。结果: 临床主要症状积分 2 组治疗前后比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$); 治疗后 2 组症状积分比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。2 组治疗后体重、尿量、腹围比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。腹水疗效总有效率试验组 90.0%, 对照组 66.7%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗前后各项肝功能指标比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$), 2 组治疗后总胆红素 (TBil)、谷丙转氨酶 (ALT) 比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。症候疗效总有效率试验组 90.0%, 对照组 76.7%, 经秩和检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 温阳补肾祛瘀法治疗肝硬化腹水对消除腹水、改善肝肾功能、延缓病情进展、提高生活质量方面具有确切疗效。

[关键词] 肝硬化腹水; 温阳补肾祛瘀; 临床观察

[中图分类号] R575.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0110-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.053

肝硬化腹水是肝硬化失代偿的主要表现之一, 严重影响患者劳动能力和生活质量^[1], 是肝硬化由代偿期转为失代偿期的一个重要标志。中医学在辨证论治的基础上, 以西医常规保肝降酶、利尿, 补充白蛋白等治疗的基础上配合温阳补肾化瘀的中药口服, 收到较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2012 年 3 月—2014 年 3 月本院住院患者。共 60 例, 随机分为 2 组各 30 例。试验组男 18 例, 女 12 例; 年龄 29~68 岁, 平均(53.97±9.76)岁; 平均病程(52.8±19.2)月; 病毒性肝炎肝硬化 20 例, 酒精性肝硬化 6 例, 其他类型肝硬化 4 例; Child-pugh 分级 B 级 18 例, C 级 12 例。对照组 30 例, 男 17 例, 女 13 例; 年龄 28~65

岁, 平均(52.20±8.66)岁; 平均病程(51.9±17.9)月; 病毒性肝炎肝硬化 21 例, 酒精性肝硬化 6 例, 其他类型肝硬化 3 例; Child-pugh 分级 B 级 20 例, C 级 10 例。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 ①西医诊断标准: 参照《病毒性肝炎防治指南》^[1]。②中医诊断标准: 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2] 中水臌的诊断标准。③中医证候标准: 参照《肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见(2011.海南)》^[3]脾肾阳虚标准。主症: 腹大胀满, 形似蛙腹, 早轻暮重; 面色萎黄, 怯寒肢冷; 舌淡胖、或有齿痕、苔薄白润。次症: 腕闷纳呆, 食少便溏, 肢冷喜暖, 下肢水肿; 小便短少不利; 脉沉弦。具备主症中 2 项, 次症 2 项, 即可诊断。

[收稿日期] 2014-10-20

[作者简介] 神和正 (1977-), 男, 主治中医师, 研究方向: 肝病。

[通讯作者] 李海燕, E-mail: shen120@yeah.net。