

中西医结合治疗泌尿系感染临床观察

张秋霞

(广州中医药大学第一附属医院 广东广州 510405)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗泌尿系感染的临床疗效。方法:采用中药配合西药治疗泌尿系感染 85 例。结果:痊愈 37 例,显效 29 例,好转 14 例,无效 5 例,总有效率达 94.1%。结论:中西医结合治疗泌尿系感染价格低廉,复发率低,临床疗效高。

关键词:泌尿系感染;中西医结合疗法;八正散;知柏地黄汤;抗生素

中图分类号:R 691.3

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)05-0021-02

泌尿系感染是临床上的常见病,在内科性疾病中仅次于上感而居第二位,尤以女性发病率高。临床以尿急、尿频、尿痛、小腹坠痛及排尿不爽等表现为主,属中医学的“淋证”范畴。单纯抗生素治疗虽能收到一定疗效,但复发率和再感染率很高,治疗棘手,疗效差,反复发作常年不愈易导致肾功能衰竭,加用中药治疗不仅提高疗效,而且症状消除疗效显著。笔者于 2004 年 5 月~2007 年 4 月观察 85 例病人,采用中西医结合方法治疗收到良好效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 临床病例 85 例均来源于我院门诊。其中女 57 例,男 28 例,女性多见于男性,以 30~55 岁为多见。年龄 16~72 岁,平均年龄 42.5 岁;病程 <3d 者 42 例,4~7d 者 27 例,8~15d 者 14 例,1 个月以上者 2 例;初次发病 55 例,复发或重新感染 30 例。中医分型:下焦湿热型 64 例,阴虚湿热型 21 例。主要临床表现有:急性期发热,寒战伴尿频、尿急、尿痛及肉眼血尿,下肢痛及腰酸疼痛,周身不适,肾区有叩痛。

1.2 诊断标准 根据 1985 年第二届全国肾脏病学术会议确立的泌尿系感染的诊断标准:(1)清洁中段尿(要求尿液在膀胱内停留了 4~6h 以上)细菌定量培养,菌落计数 $\geq 10^5$ /mL;(2)清洁离心中段尿沉渣显微镜下白细胞 ≥ 10 个/高倍视野,或有尿路感染症状者。同时 B 超检查排除泌尿系肿瘤、结石者,尿常规检查排除淋病。中医分型按卫生部中药新药临床研究指导原则中医辨证标准,分为下焦湿热型与阴虚湿热型。

1.3 治疗方法 85 例病人均采用中西医结合治疗,以中药为主。下焦湿热型:选用八正散加减,方用生地 6g,木通 9g,栀子 9g,滑石 12g,车前子 9g,柴胡 15g,竹叶 9g,瞿麦 9g,甘草 6g 等。阴虚湿热型:选用知柏地黄汤加减,方用知母 9g,黄柏 9g,生地 12g,丹皮 9g,山药 12g,茯苓 9g,泽泻 9g,金银花 18g,续断 12g,旱莲草 6g 等。每日 1 剂,重煎分两次口服。部分病情较重者(体温 39℃ 以上,白细胞及中性粒细胞均明显增高),短期内加用头孢菌素类或喹诺酮类口服或静脉滴注治疗。均 3d 为 1 个疗程,2 个疗程后进行疗效统计。对病程 1

基础疗法的基础上运用胰岛素泵联合具有益气养阴、化癥通络之自拟方调糖汤进行中西医结合强化治疗。该疗法既能使血糖尽快控制达标,又能从治病求本出发,通过益气养阴、化癥通络有效调节机体的代谢紊乱,使糖代谢归于平衡。临床观察结果表明中西医结合强化治疗 T2DM 其疗效明显优于单纯胰岛素泵强化治疗,观察组能明显降低低血糖发生率,有效提高血糖控制的稳定性,显著改善患者症状,两组在有效率上具有显著差异性。T2DM 的发病是多种因素的综合作用所致,采取中西医结合强化治疗综合性防治为最佳策略。

个月以上者治愈后仍服 1 周巩固治疗,以防复发。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参考卫生部颁发的中药新药临床研究指导原则的治疗泌尿系感染的疗效判定标准。痊愈:临床症状、体征全部消失,尿常规检查连续 2 次阴性,尿菌培养为阴性。显效:经治疗后,症状大部分消失,尿常规转阴,尿细菌培养阴性。好转:经治疗后,症状部分消失或减轻,尿常规较治疗前有好转,尿培养有时为阳性。无效:经治疗后,症状及尿常规检查与治疗前相比改善不明显,尿细菌培养仍为阳性。

2.2 治疗结果 痊愈 37 例,显效 29 例,好转 14 例,无效 5 例,总有效率达 94.1%。

3 典型病例

3.1 病例 1 某女,57 岁,尿频、尿急、尿痛反复发作约 2 个月,曾多次门诊治疗,病情时好时坏,于 2005 年 7 月 12 日因上述症状来我院就诊。查体:T 37.2℃,脉沉缓,舌质淡红有齿印,苔薄白而黄,左肾区叩击痛。尿检:红细胞(++),白细胞满视野,脓细胞成堆;血常规正常;中段尿培养报告为大肠杆菌生长。诊断:泌尿系感染。中医证属:阴虚湿热型,予口服知柏地黄汤加减,第 4 天临床症状及体征消失,尿常规正常,继续巩固治疗 1 周后,连续 3 次中段尿培养转阴,治愈出院,至今未发。

3.2 病例 2 某男,28 岁,以畏寒发热、尿频、尿急、尿痛、腰痛 4d 于 2006 年 2 月 13 日就诊。查体:T 39.2℃,脉浮数,舌质红,苔薄白而燥,右肾区叩击痛。尿镜检:蛋白(+),红细胞(++),白细胞无计数;血常规:白细胞 15×10^9 /L,中性 87%,淋巴细胞 13%;当日中段尿培养报告有白色葡萄球菌生长。诊断:泌尿系感染。中医证属:下焦湿热型,予口服八正散加减,并加服氧氟沙星,次日热退,第 3 天症状及体征消失,血、尿常规正常,1 周内连续 3 次尿培养转阴,治愈。

4 讨论

目前,泌尿系感染在临床较为常见,近年来由于抗生素应用泛滥,患者多数在外自行治疗,往往难治难愈,应用中医而中医药由于其治疗作用上多靶位、多层次,体现了综合治疗的优势,值得临床推广。

参考文献

[1]王永炎,李明富.中医内科学[M].第 6 版.上海:上海科学技术出版社,1997.301-302
[2]陈大舜,董克礼.2 型糖尿病中医(中西医结合)证治研究[J].中医药学刊,2005,23(4):581-585
[3]杨洁,何威.论脾气虚弱在 2 型糖尿病发病中的作用[J].福建中医药,2005,36(6):60

(收稿日期:2008-05-04)

持续高容量血液滤过治疗多器官功能障碍综合征 24 例临床分析

柳鹏 耿全海

(黑龙江省双鸭山煤炭总医院 双鸭山 155100)

摘要:目的:探讨高容量血液滤过(HVHF)对多器官功能障碍综合征患者的生命体征、实验室指标、患者生存率的影响。方法:对 24 例多器官功能不全综合征患者均行 HVHF 治疗,检测治疗前后心率(HR)、呼吸(R)、收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、平均动脉压(MAP)、血氧饱和度(SPO₂)、尿素氮(BUN)、肌酐(Cr)、二氧化碳结合力(CO₂CP)及离子水平,并进行评分检查。结果:HVHF 能有效改善 MODS 患者生命体征,清除水分及肌酐、尿素氮等溶质。结论:HVHF 可以改善 MODS 病人呼吸和循环功能,并能有效缓解病情,提高危重症病人生存率。

关键词:高容量血液滤过;多器官功能障碍综合征;疗效分析

中图分类号:R 278

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)05-0022-02

多器官功能障碍综合征(MODS)是危重患者死亡的重要原因之一,目前临床上还缺乏有效的治疗手段。近年来,由于认识到全身炎症反应综合征(SIRS)是导致 MODS 的本质原因,针对 SIRS 用连续性肾脏替代治疗(CRRT)的方法清除炎症介质,已成为当前 MODS 防治研究的重点。但目前认为应用标准的连续性静脉血液滤过(CVVH)的治疗方式(置换液 1~2L/h),在改善心肺功能的同时,对炎症介质的清除并不明确^[1-3]。而近几年兴起的高容量血液滤过(HVHF)是在标准 CRRT 的基础上发展起来的,即通过增加置换液输入量进一步提高对大中分子溶质的对流清除。

1 临床资料

1.1 一般资料 24 例急危重患者均为本院 2006 年 11 月~2007 年 9 月收治的多脏器功能衰竭综合症患者,男 19 例,

医结合系统全面治疗实为必要。泌尿系感染可发生于各种年龄,以生育年龄的女性最多,起病急骤,以畏寒发热、腰痛、尿频、尿急、尿痛、尿道灼热或排尿困难及口渴等症常见。

4.1 发病情况与性别关系 本组女性患者占 67.0%,分析其发病原因是女性尿道短而且直,尿道开口与肛门临近,生育年龄的女性与尿道创伤、不洁性生活等污染机会较多有直接关系。成年女性阴道上皮受雌激素作用而含糖原,后者被乳酸杆菌分解产生乳酸,所以阴道 pH 呈酸性,能帮助杀菌,而绝经期前后妇女因雌激素水平低,阴道上皮缺乏糖原时易发生感染,并常累及泌尿道。男性患者感染大多因泌尿道结石梗阻所致,结石可损伤尿道黏膜导致出血、感染,在有梗阻时更易发生感染^[4]。

4.2 中医治疗 本病属中医学“淋证”、“癃闭”、“虚劳腰痛”等范畴。《诸病源候论·淋病诸候》指出淋证的病位在肾与膀胱,其病因病机为“诸淋者,由肾虚而膀胱热故也。”“肾虚则小便数,膀胱热则水下涩。数而且涩,则淋漓不宣,故谓之淋。”《丹溪心法·淋》指出“淋有五,皆属于热。”符医家认为淋病的发生,皆因湿热内盛,下注膀胱,膀胱失约,气化不利,则溲时涩痛,淋漓不爽,甚或癃闭不通。治疗应清热泻火,利湿通淋^[5]。传统清实热通淋方剂中以八正散加减常用,补肾阴清虚热方剂以知柏地黄汤加减较为常用。

4.3 西医治疗 引起尿路感染的细菌很多,最常见的是革兰氏阴性杆菌,尤其是大肠杆菌^[6]。近年来感染的细菌学特征发

女 5 例,年龄 36~73 岁;均行 HVHF 治疗,治疗前后采用急性生理与慢性健康状况评分(APACHE-II 评分)、治疗干预计分系统(TISS)及 MODS 评分;按照 1995 年 Marshall 评分标准评分,如果 2 个或 2 个以上脏器各自评分≥1 分,即可诊断为 MODS。纳入标准:(1)年龄 18 岁以上;(2)符合 MODS 的诊断标准;(3)第 1 次行 HVHF 治疗。

1.2 方法 采用 Seldinger 技术行股静脉置管建立血管通路,导管选用 Arrow 双腔管,使用贝朗公司的 Diapact CRRT 治疗机,HPS15 血滤器,置换液为南京军区总医院配方,采用连续性静脉血液滤过,前稀释法输入,置换液速度 3~4L/h,每天 8~24h,24h 总置换液量大于 60L。血流量 225~300mL/min,超滤量 0~900mL/h,采用低分子肝素抗凝,剂量为 5 000U,每 4~6 小时 1 次。CRRT 过程中持续心电监护,每小时记录心

生了一些变化,尽管革兰氏阴性杆菌仍为主要致病菌,但比例逐渐下降,革兰氏阳性球菌比例在逐渐上升。其原因主要是院内感染率的持续上升,加之抗生素的广泛应用使致病谱发生变化^[4-6]。氧氟沙星为喹诺酮类药,主要作用于革兰氏阴性菌,对以革兰氏阴性菌感染为主的尿路感染尤其是初治病例仍为首选药。对反复感染者以及用喹诺酮或其他抗生素效果不佳者,则改用头孢呋辛钠,头孢呋辛钠为二代头孢菌素,对革兰氏阳性菌的抗菌作用与第一代头孢作用相似,对革兰氏阴性菌的抗菌作用较第一代头孢菌素优越,抗菌谱广且耐酶性能强,口服吸收好,适宜复治病例及对喹诺酮或其他抗生素耐药的难治性尿路感染。除合理选用抗生素种类外,足够的疗程也是治疗的关键,给予足够的疗程是治疗病情迁延、复治病例的关键。

参考文献

[1]戴英.中西医结合治疗泌尿系感染 58 例临床分析[J].中华临床医药,2004,5(8):49-50
[2]康宁,王明琴,李岩.泌尿系感染的中西医结合治疗[J].中国临床医药研究杂志,2006,12(16):65-66
[3]林善琰.当代肾脏病学[M].上海:上海科学技术教育出版社,2001.520
[4]刘建,刘新波.350 例尿路感染患者尿培养细菌谱及药敏试验分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2000,3(11):1 159
[5]金其庄,王梅,王海燕.泌尿系感染的新特点[J].医师进修杂志,2003,26(2):54-55

(收稿日期:2008-02-02)