

# 《医宗金鉴》五淋散治疗急性尿路感染的临床观察※

● 段传皓 王 红 李云飞

**摘 要** 目的:观察《医宗金鉴》五淋散治疗急性尿路感染的临床疗效。方法:选取门诊就诊的 120 例急性尿路感染患者,随机分为治疗组 60 例、对照组 60 例,治疗组给予中药五淋散加减治疗,对照组给予磷霉素氨丁三醇散 3g Qd 治疗,两组疗程均为 3d,比较两组的临床疗效、中医症候积分及不良反应发生率等。结果:治疗组总有效率 96.7%,对照组总有效率 93.3%,临床疗效差异无统计学意义( $P>0.05$ );两组治疗前后的中医症候积分对比差异均有显著性意义( $P<0.01$ ),两组治疗后的中医症候积分相比较无统计学意义( $P>0.05$ );不良反应发生率差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论:五淋散治疗急性尿路感染疗效确切,且可避免使用抗生素。

**关键词** 五淋散 急性尿路感染 疗效观察

尿路感染(Urinary Tract Infection)又称泌尿系统感染,是肾脏、输尿管、膀胱和尿道等泌尿系统各个部位受到感染的总称<sup>[1]</sup>。目前对于磷霉素氨丁三醇散治疗泌尿系统疾患的临床研究相对成熟,因此本研究用其作为对照,临床运用《医宗金鉴》之五淋散加减治疗急性尿路感染。现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2014 年-2015 年我院门诊就诊的 120 例急性尿路感染患者,随机分为治疗组 60 例、对照组各 60 例。其中治疗组男 31 例、女 29 例,对照组男 33 例、女 27 例;治疗组年龄 18~65 岁,对照组年龄 20~64 岁;治疗组病程 1~7 天,对照组病程 1~7 天。两组患者的性别、年龄、病程比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 急性尿路感染的诊断标准参照《吴阶平泌尿外科学》<sup>[2]</sup>制定:起病较急,出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状,或有下腹触痛、肾区叩

痛,伴有发热或不伴有发热,并具有下列情况之一:尿 Rt:男性白细胞 $\geq 5$  个/HP,女性 $\geq 10$  个/HP,兼或男、女红细胞 $\geq 5$  个/HP;临床已诊断为尿路感染者,或抗菌治疗有效而认定的尿路感染。具备上两项可以确诊。

**1.2.2 中医诊断标准** 根据 2002 年卫生部编写的《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>以及《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>关于“淋证”的相关内容制定:主症:尿频、尿急,有热涩刺痛感,尿色深红;次症:舌红,苔白腻或黄腻,脉滑数。诊断:凡具备主症 2 项或 2 项以上,次症 1 项以上即可诊断。

**1.3 纳入标准** ①符合西医诊断标准;②符合中医诊断标准;③不需要配合其它药物或疗法;④年龄为 18~65 岁;⑤同意纳入研究者。

**1.4 排除标准** ①不符合诊断标准及纳入标准者;②妊娠及哺乳期妇女;③合并心、肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重原发性疾病,以及肿瘤或精神病患者;④本次发病已使用其它药物治疗者;⑤对本品已知成分过敏、过敏体质及对多种药物过敏者。

**1.5 治疗方法** ①治疗组患者均采用中药五淋散治疗。药用:当归 12g,赤芍 15g,萆薢 12g,黄芩 12g,川木通 6g,炒栀子 9g,车前子 15g,竹叶 9g,滑石 15g,冬葵子 15g,炙甘草 9g,茯苓 15g。加减:血尿重者加

※基金项目 北京中医药薪火传承“3+3”工程建设项目(No. 2012-JC-02)

• 作者单位 北京市海淀区中医医院(100086)

大、小蓟各 6g;小便涩痛甚者加白花蛇舌草 15g,石韦 15g,土茯苓 15g;腰酸者加入女贞子 15g,旱莲草 15g;心烦者加百合 15g;梦多者加牡丹皮 12g,丹参 15g;平素胃寒者加生姜 12g。水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次服用,疗程为 3 天。②对照组患者采用磷霉素氨丁三醇散(商品名:復安欣,东北制药总厂,国药准字:H10930155)3g Qd 治疗,疗程为 3 天。

1.6 观察指标 观察急性尿路感染临床疗效、中医症候积分及不良反应发生率。

1.7 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>制定:①治愈:症状、体征全部消失,异常尿 Rt 全部恢复正常;②显效:症状、体征基本消失,异常尿 Rt 基本恢复正常;③有效:症状体征有所好转,但不够明显,异常尿 Rt 有一定程度改善;④无效:症状、

体征无明显改善或者加重。

1.8 中医症候积分评分标准 参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>制定,根据以下主症制定积分:尿频、尿急,有热涩刺痛感,尿色深红,脉滑数。无:记 0 分;轻:记 1 分;中:记 2 分;重:记 3 分。

1.9 统计学方法 临床资料采用 SAS8.2 软件进行统计分析。计数资料采用  $\chi^2$  检验;符合正态分布的计量资料采用  $t$  检验,自身前后对照采用配对  $t$  检验,假设检验统一使用双侧检验。 $P < 0.05$  为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 两组患者经过临床治疗后,临床疗效差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较(n·%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	60	34	12	9	5	96.7
对照组	60	28	14	11	7	93.3

2.2 中医症候积分比较 两组患者治疗后的中医症候积分同治疗前比较差异均有非常显著性意义( $P < 0.01$ );两组治疗后比较差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组治疗前后中医症候积分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	60	10.55 ± 1.59	2.95 ± 3.59*
对照组	60	10.20 ± 1.60	3.60 ± 4.23*

注:与治疗前比较,\* $P < 0.01$ 。

2.3 不良反应发生率 治疗组患者出现 2 例腹泻,1 例软便,不良反应发生率为 5%;对照组患者出现 3 例腹泻,1 例软便,1 例恶心,不良反应发生率为 8.33%。两组不良反应发生率对比无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组不良反应发生率比较(n·%)

组别	例数	腹泻	软便	皮疹	恶心	过敏反应	总发生率
治疗组	60	2	1	0	0	0	5.00
对照组	60	3	1	0	1	0	8.33

3 讨论

在感染性疾病中,尿路感染发病率仅次于呼吸道感染,尤其多见于女性。在美国,每年因尿路感染而去医院就诊的门诊患者超过 700 万,住院患者大约 100 万<sup>[5]</sup>。在我国,尿路感染约占院内感染的 20.8% ~ 31.7%<sup>[6-7]</sup>。抗生素的使用使感染性疾病得到了有效的控制,尿路感染亦不例外,但随之细菌耐药性问题日益成为中国乃至全世界的关注焦点,

细菌对抗生素的耐药性已由单类耐药逐渐发展为多重耐药,并且这些曾经主要出现在医院内的耐药细菌正在以不同的方式向社区扩散<sup>[8-12]</sup>。滥用抗生素可以引发严重后果,如增加感染死亡率、增加医药费用负担、延长住院时间等,而我国是世界上滥用抗生素问题最严重的国家之一<sup>[13]</sup>。因此,临床减少应用抗生素的使用次数,对于国家乃至全世界的整体素质提高,具有不可低估的现实意义。

中国传统医学把尿路感染归结于“淋证”范畴。

“淋”之名称,始见于《黄帝内经》,《素问·六元正纪大论篇》称本病为“淋”“淋瀝”。汉·张仲景在《金匱要略·五脏风寒积聚病》一书中称其为“淋秘”,并指出其病机归为“热在下焦”。《丹溪心法·淋》强调淋证主要由热邪所致:“淋有五,皆属乎热。”明代《景岳全书·淋浊》认为“淋之初病,则无不由乎热剧。”急性尿路感染当属“淋证”初病范畴。因此,湿热下注、膀胱气化失司、开阖失权是其主要病机。故治疗上法当清热凉血,利湿通淋。五淋散方中炒梔子、黄芩、竹叶清热泻火;萆薢子、木通、滑石、茯苓、车前子、冬葵子渗利湿热而通淋;赤芍、甘草缓急止痛;当归滋阴养血,以防清热药多用伤阴。全方共奏清热利湿、泻火通淋之效。

本研究发现治疗组和对照组在针对急性尿路感染疾病上,临床疗效、改善症状、不良反应方面的差异无显著性意义。五淋散治疗急性尿路感染疗效确切,更重要的是可避免使用抗生素,减少细菌耐药性产生的可能性。

## 参考文献

- [1]胡楠,潘国凤. 克淋通胶囊治疗泌尿系感染的疗效观察[J]. 中华中医药学刊,2014,32(8):2045-2048.
- [2]吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社,2004: 551-560.

- [3]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:156.
- [4]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:42.
- [5]Schaeffer AJ, Schaeffer EM. Infections of the urinary tract. In: Campbell - Walsh Urology. 9th Ed. AJ Wein, ed [J]. Philadelphia: PA: W. B. Saunders Company,2007:223-303.
- [6]Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs[J]. Am J Med,2002,113(Suppl 1A):5S-13S.
- [7]Pinner RW, Teuth SM, Berkelman RL, et al. Trends in infectious disease mortality in the US[J]. JAMA,1996,275:189-193.
- [8]吕媛,李耘,郑波. 国内外细菌耐药监测研究介绍[J]. 中国临床药理学杂志,2011,27(4):311-317.
- [9]Otter J A. Superbug: the fatal menace of MRSA[J]. Lancet Infect Dis,2010,10(8):519-520.
- [10]江海燕,朱庆平,钱万强,等. 如何应对“超级细菌” - 我国细菌耐药现状分析及建议[J]. 科技导报,2012,30(2):11.
- [11]Otter J A, French G L. Molecular epidemiology of community - associated meticillin - resistant Staphylococcus aureus in Europe[J]. Lancet Infect Dis,2010,10(4):227-239.
- [12]王辉,刘亚丽,陈民钧,等. 2009-2010 年中国六城市成人社区获得性呼吸道感染病原菌耐药性监测[J]. 中华结核和呼吸杂志,2012,35(2):113-119.
- [13]冯晶晶,王小万,靖瑞峰. 控制抗生素滥用的国际经验及启示[J]. 中国抗生素杂志,2014,39(1):14-18.

(上接第 63 页)

闷依然明显,舌质淡,苔薄白,脉沉弦。上方加柴胡 12g, 龙骨 30g。7 剂。每日 1 剂,每日 2 次,水煎服。

三诊:恶风、怕冷症状较前明显好转,汗出亦减少,情绪较稳定,纳眠可,二便可,舌质淡红,苔薄白,脉象平和。处方在原方基础上加入麻黄根 30g 以加强止汗,车前子 15g。30 剂。每日 1 剂,每日 2 次,水煎服。

四诊:上述症状基本好转。继用上方 7 剂。

药后痊愈。随访 1 年,未复发。

按 汗证是中医临床上较为

常见但却十分棘手的病证,其以营卫为要,正所谓“阳加于阴谓之汗”,汗之源在于营阴,又由卫气司其开阖,营卫之不和则汗出无常也。是故于汗证之辨治着眼于营卫二字。该患者以汗出、恶风为主要表现,乃因盛夏季节以温针、拔火罐等火攻法,令腠理开泄,营卫不和,卫气不能温煦肌腠,固摄营阴,故治以桂枝汤加附子调和营卫,温通阳气。7 剂之后,患者汗出症状有所好转,但性情急躁、易怒、心中烦闷等症仍然明显,此乃肝气郁滞之象,因肝主疏泄,可调畅津液之输布,肝失疏泄则津液输布失常,循肌腠而出,

故亦可致汗征。治当疏肝理气,故在上方基础上加用柴胡、龙骨。三诊时患者症状较前明显好转,加入麻黄根以加强止汗;“肾为水之下源”与水液代谢密切相关,故加车前子利水止汗,稍加调整而获痊愈。

## 参考文献

- [1]吕斌,常克,王海俊,等. 调和营卫法治疗过敏性鼻炎 60 例疗效观察[J]. 山西中医,2011,27(3):10-11.
- [2]冯小兰,曾宪玉. 从“郁乃瘕”辨治瘕痞[J]. 新中医,2014,42(12):240-241.
- [3]胡零三,梁灿德,张建国,等. 许学猛教授治疗痛风性关节炎经验总结[J]. 广西中医药大学,2014,37(1):59-60.