

止淋饮佐治妊娠期急性肾盂肾炎临床观察

任台洪, 陈莹

宁波市鄞州区集士港中心卫生院, 浙江 宁波 315171

[摘要] 目的: 观察止淋饮佐治妊娠期急性肾盂肾炎的疗效及不良反应。方法: 将 78 例妊娠期急性肾盂肾炎患者随机分成 2 组, 对照组 39 例静脉滴注头孢噻肟钠注射液及甲硝唑注射液, 观察组 39 例在对照组的基础上加服止淋饮, 疗程均为 4 周。结果: 总有效率观察组为 92.31%, 对照组为 74.36%, 2 组总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。观察组平均热退时间 (3.08 ± 0.24) 天, 对照组平均热退时间 (4.22 ± 0.27) 天, 观察组短于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组患者治疗过程中均未出现明显的药物不良反应, 也未出现早产、流产现象, 疗程结束后复查肝肾功能未见异常。结论: 止淋饮佐治妊娠期急性肾盂肾炎疗效确切, 无明显不良反应。

[关键词] 妊娠; 急性肾盂肾炎; 头孢噻肟; 甲硝唑; 中西医结合疗法

[中图分类号] R692.7; R714.25 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 01-0070-02

由于妊娠期间存在的一些特殊因素, 使孕妇更易罹患急性肾盂肾炎。虽然临床上大多数患者仅表现为无症状性菌尿症, 但也有相当部分患者表现为高热、腰痛等症性肾盂肾炎, 此类患者起病急、病情重, 须立即住院治疗。笔者近年对收治的 39 例妊娠期急性症状性肾盂肾炎患者采用中西医结合的方法予以治疗, 取得了较为满意的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 78 例患者均为 2009 年 3 月~2013 年 2 月本院收治的妊娠期急性肾盂肾炎患者, 将患者随机分成 2 组。对照组 39 例, 初产妇 30 例, 经产妇 9 例; 平均年龄 (26.9 ± 3.5) 岁; 发病孕周期 13~36 周, 孕中期 27 例, 孕晚期 12 例; 孕前有尿路感染史者 7 例, 有泌尿系结石者 5 例。观察组 39 例, 初产妇 29 例, 经产妇 10 例; 平均年龄 (27.3 ± 3.9) 岁; 发病孕周期 13~35 周, 孕中期 25 例, 孕晚期 14 例; 孕前有尿路感染史者 10 例, 有泌尿系结石者 4 例。2 组基本情况经统计学处理, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择 所有患者均有突然寒战、发热、

腰痛及尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状, 并存在肾区叩击痛。尿常规检查异常, 白细胞 ≥ 10 个/HP, 大部分患者中段尿培养细菌数 $\geq 10^5$ /mL, 仅少数患者因留尿送检前使用过抗生素而造成培养阴性。

2 治疗方法

2.1 对照组 卧床休息, 多饮开水, 适当补液, 促进排尿, 留血液、尿液送检以作细菌培养及药敏试验。常规应用抗生素, 前 3 天经验用药, 予以头孢噻肟钠注射液, 每次 3 g, 每天 2 次; 甲硝唑注射液, 每次 0.5 g, 每天 2 次, 稀释后静脉滴注。3 天后如细菌培养阳性, 则按药敏试验结果调整药物的种类和剂量。

2.2 观察组 在对照组基础上加服止淋饮加减, 水煎分 2 次服。处方: 大青叶、黄芩、茯苓、滑石、淡竹叶、桑寄生、车前子各 10 g, 金钱草、连翘、芦根各 15 g, 焦栀子、甘草各 6 g。若脾胃虚弱, 可加山药 15 g, 白术 10 g; 尿血者, 则加大蓟、小蓟各 10 g; 肝肾亏虚者, 加菟丝子、续断各 10 g。

疗程 4 周。

[收稿日期] 2013-06-29

[作者简介] 任台洪 (1973-), 女, 副主任医师, 主要从事临床妇产科研究。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组热退时间、不良反应等，并比较2组临床疗效。

3.2 统计学方法 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验，率的比较采用 χ^2 检验。应用SPSS15.3统计软件进行统计分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考相关文献^[1]自拟。治愈：1周内临床症状消失，尿菌阴性，至疗程结束未复发；好转：1周内发热和局部症状明显减轻，尿菌数较前减少或阴性，4周内所有症状、体征消失；无效：1周内临床表现无改善或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组为92.31%，对照组为74.36%，2组总有效率比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	<i>n</i>	治愈	好转	无效	总有效率(%)
观察组	39	26	10	3	92.31 ^①
对照组	39	17	12	10	74.36

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.3 2组热退时间比较 观察组平均热退时间 (3.08 ± 0.24) 天，对照组平均热退时间 (4.22 ± 0.27) 天，观察组短于对照组，差异有显著性意义($t = 2.256, P < 0.05$)。

4.4 不良反应 2组患者治疗过程中均未出现明显的药物不良反应，也未出现早产、流产现象，疗程结束后复查肝肾功能未见异常。

5 讨论

妊娠期间由于多种因素的叠加，如雌激素增多使上尿路的肌层增厚，孕激素增多使输尿管平滑肌蠕动减弱，增大的子宫因压迫输尿管或推移膀胱，造成排尿不畅，以及妊娠期尿液中营养物质增多，有利于细菌生长繁殖，这些因素均给尿路的感染及扩散创造了客观的条件。同时，由于孕妇的特殊性，有些药物并不适宜应用。因此，使妊娠期急性肾盂肾炎的治疗变得相当棘手，以致部分患者因得不到彻底治疗而演变成慢性肾盂肾炎。中医学将肾盂肾炎归属于淋证范畴，将妊娠期急性肾盂肾炎称为子淋，认为其发病总因于热，热灼膀胱，以致膀胱气化失司，水道不利，

故治疗宜清热利湿，润燥通淋为主^[2]。鉴于上述原因，笔者近年来对妊娠期急性肾盂肾炎患者采用中西医结合的方式进行治疗，以解决单纯西医用药之不足。

大量的细菌培养结果证实，引发该病的主要致病菌为大肠埃希菌，其次为厌氧菌，因此，本研究在患者细菌培养结果出来之前将头孢噻肟钠联合甲硝唑治疗作为首选用药。这是因为此两药联合后的抗菌谱广，能覆盖绝大多数革兰氏阴性菌和厌氧菌，且抗菌力强。同时不良反应少，按照美国FDA妊娠期用药的A、B、C、D、X五类标准来区分，头孢噻肟和甲硝唑均属B类^[3]，即动物研究中无危险性，但人类研究资料不充分，或对动物有毒性，但人类研究无危险性。因此能相对安全地用于妊娠期妇女，尤其是中晚期妊娠者。

本研究采用自拟中药汤剂止淋饮，方中大青叶、连翘清热解毒，疏散风热，金钱草、车前子、芦根、滑石、茯苓清热泻火利湿，缓解湿热之邪侵入膀胱之尿频、尿急、尿痛，焦栀子、淡竹叶泻火除烦，凉血解毒，甘草调和诸药，黄芩、桑寄生还具安胎之功效，可谓一举两得。同时根据病情需要，或湿热证候有所缓和后，加入山药、白术等健脾养胃，可缓解苦寒之品大伤脾胃，且有防治本病作用。尿血者，还应加入大蓟、小蓟清利止血；肝肾亏虚者，则加入菟丝子、续断等，不仅有助于滋补肝肾，且能较好地固胎防流产。如此诸药相伍，清补同施、标本兼顾，邪去而不伤正，病退而不动胎。本研究结果证实，在中西医结合治疗下，观察组的疗效优于对照组，平均热退时间也短于对照组，提示中西医结合治疗妊娠期急性肾盂肾炎是一条不错的途径。

[参考文献]

- [1] 徐花女, 梁钰龙. 妊娠合并急性肾盂肾炎 93 例临床分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(20): 2513.
- [2] 夏桂成. 中医临床妇科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 460.
- [3] 夏国俊. 抗菌药物临床应用指导原则[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 151.

(责任编辑: 骆欢欢)