

中西医结合治疗糖尿病合并泌尿系感染临床研究

刘燕燕

东阳市红十字会医院, 浙江 东阳 322100

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗糖尿病合并泌尿系感染的临床效果。方法: 选择 116 例糖尿病合并泌尿系感染下焦湿热证患者为研究对象, 随机分为对照组和治疗组各 58 例。对照组给予乳酸左氧氟沙星注射液治疗, 治疗组在对照组西药治疗的基础上给予当归芍药散化裁而成的中药汤剂内服治疗, 2 组均以 7 天为 1 疗程, 连续治疗 2 疗程。观察 2 组治疗前后症状、体征的变化及相关生化指标的变化情况。结果: 对照组总有效率为 74.1%, 治疗组总有效率为 91.4%, 治疗组总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组空腹血糖 (FPG)、血肌酐 (SCr)、尿 β_2 微球蛋白 (β_2 -MG)、尿素氮 (BUN) 水平比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组的血糖及相关生化指标均较治疗前有所改善 ($P < 0.05$), 治疗组的改善情况优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗能有效改善患者的临床症状、体征, 降低血糖, 利于相关生化指标的改善, 是治疗糖尿病合并泌尿系感染的有效方案。

[关键词] 糖尿病; 泌尿系感染; 中西医结合疗法; 下焦湿热; 当归芍药散; 乳酸左氧氟沙星注射液

[中图分类号] R587.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2015) 05-0131-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.062

泌尿系感染是糖尿病患者临床常见的感染性并发症之一, 患者多以高血糖合并有尿急、尿频、尿痛等为主要特点, 多见于女性。该病多因长期血糖控制不良诱发, 且随着患者年龄的增加、糖尿病病程的延长, 泌尿系感染的发病率呈现逐渐增高的趋势^[1]。有研究统计显示, 泌尿系感染约占糖尿病患者并发症感染发病总数的第 2 位^[2]。现代医学多在降血糖的基础上给予抗生素联合治疗, 然而, 此种对症治疗长期效果欠佳, 甚则引发肾功能受损等病证^[3]。因此, 持久有效、副作用少的诊治方案成为临床研究探讨的重要方向。笔者在多年临床工作中, 注重中西医结合法对糖尿病合并泌尿系感染的论治, 取长补短, 标本兼治。本研究以当归芍药散化裁而成的中药汤剂内服联合乳酸左氧氟沙星注射液治疗糖尿病合并泌尿系感染患者, 效果满意, 现报道如下。

1 临床资料

选择 2012 年 2 月—2014 年 4 月就诊于本院的 116 例糖尿病合并泌尿系感染患者为研究对象, 均签署知情同意书, 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]辨证为下焦湿热证。患者症见: 突然尿频尿急, 尿道灼热刺痛, 尿色黄赤, 少腹胀痛, 或伴腰痛, 恶心呕吐, 舌质红、苔黄腻或白腻, 脉弦数或滑数。排除: 资料不全影响疗效判断者; 过敏体质或对本研究用药过敏者; 并发症严重致中途退出者; 治疗期间依从性差的患者; 存在严重心、肝、肾等器质性病变患者; 尿路肿瘤、畸形

等严重病变者。将患者按照随机数字表法分为对照组和治疗组。对照组 58 例, 男 21 例, 女 37 例; 年龄 35~72 岁, 平均(57.3±4.5)岁; 糖尿病病程 3 月~6 年, 平均(1.8±0.7)年; 泌尿系感染病程 1~10 月, 平均(3.3±0.6)月。治疗组 58 例, 男 24 例, 女 34 例; 年龄 37~75 岁, 平均(58.2±3.8)岁; 糖尿病病程 5 月~8 年, 平均(1.6±0.9)年; 泌尿系感染病程 1.5~12 月, 平均(3.6±0.3)月。2 组性别、年龄、病程等数据经 SPSS17.0 统计学处理, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 2 组之间有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予乳酸左氧氟沙星注射液(陕西宏府怡悦制药有限公司)0.2 g, 加入 0.9% 氯化钠注射液 250 mL 中静脉滴注治疗, 每天 2 次, 7 天为 1 疗程, 连续治疗 2 疗程。

2.2 治疗组 在对照组西药治疗的基础上给予当归芍药散化裁而成的中药汤剂内服治疗, 方药组成如下: 白芍、茯苓、薏苡仁各 30 g, 当归、炒白术、泽泻、猪苓、白花蛇舌草、白茅根各 15 g, 川芎、连翘各 10 g, 陈皮 8 g, 甘草 6 g。随症加减, 热甚则加入金银花 15 g, 蒲公英 10 g, 黄柏 12 g; 小便不利甚者加入车前子、萹蓄各 15 g; 气虚甚者加入炒党参 15 g, 黄芪 20 g, 升麻 8 g; 瘀血甚者加入川牛膝 15 g。每天 1 剂, 水煎后去渣取汁 250 mL, 分早晚 2 次内服, 7 天为 1 疗程, 连续治疗 2 疗程。

[收稿日期] 2015-01-08

[作者简介] 刘燕燕 (1976-), 女, 主治医师, 研究方向: 泌尿系统疾病的诊治。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组治疗前后症状、体征的变化及相关生化指标空腹血糖(FPG)、血肌酐(SCr)、尿β₂微球蛋白(β₂-MG)、尿素氮(BUN)的变化情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计学软件对数据进行分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,进行t检验;计数资料采用χ²检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]进行评价。痊愈:临床症状、体征消失,尿常规检查2次恢复正常,尿菌阴性,并于第2、6周复查尿菌1次,均为阴性,为近期治愈。显效:患者症状、体征消失或基本消失,尿常规正常或接近正常,尿菌阴性。有效:临床症状、体征减轻,尿常规显著改善,尿培养偶有阳性。无效:症状及尿检改善不明显,尿菌定量检查仍呈阳性,或于第2、6周复查时尿菌为阳性,且为同一菌种。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。对照组总有效率为74.1%,治疗组总有效率为91.4%,治疗组总有效率高于对照组,差异有统计学意义(χ²=6.042, P<0.05)。

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	58	18	15	10	15	74.1
治疗组	58	31	13	9	5	91.4 ^①

与对照组比较,①P<0.05

4.3 2组治疗前后血糖与生化指标比较 见表2。治疗前,2组FPG、SCr、β₂-MG、BUN水平比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。治疗后,2组的血糖及相关生化指标均较治疗前有所改善(P<0.05),治疗组的改善情况优于对照组(P<0.05)。

组别	n	时间	FPG(nmol/L)	SCr(μmol/L)	BUN(nmol/L)	β ₂ -MG(mg/L)
对照组	58	治疗前	9.39±3.20	115.31±38.25	12.42±3.63	33.75±4.26
		治疗后	7.52±2.24 ^①	126.37±43.66 ^①	8.32±2.15 ^①	14.77±3.25 ^①
治疗组	58	治疗前	9.35±3.26	116.24±40.52	11.76±3.52	34.06±4.31
		治疗后	6.21±2.07 ^②	139.23±52.04 ^②	6.24±1.22 ^②	9.04±2.14 ^②

与治疗前比较,①P<0.05;与对照组治疗后比较,②P<0.05

5 讨论

糖尿病合并泌尿系感染属于中医学劳淋的范畴,是糖尿病患者临床常见的并发症之一。现代医学多采用抗生素对症治疗为主,如本研究所用的乳酸左氧氟沙星注射液,是临床常用的抗菌、抗感染药物。然而,若单纯长期运用抗菌药物,不仅会增加机体致病菌的耐药性,还会导致患者机体菌群失调,极易引发多重感染。故笔者在临床研究中,非常重视中医药在疾病

诊治中的重要作用。笔者认为,中药治疗具有治病求本、作用广泛、副作用少、无耐药性等优点。故本次研究笔者以中西医结合论治,取长补短,以达标本兼治之效。

笔者认为,糖尿病合并泌尿系感染由气血失调,湿热郁滞下焦所致。患者糖尿病病程长,久则累及脾肾,若感受湿热之邪或情志不舒等致肝气郁滞,均可引起湿热之邪蕴结膀胱,致膀胱气化不利,水道不利,产生尿急、尿频、尿痛等泌尿系感染之证。结合该病机特点,笔者临床善于以当归芍药散化裁组方,方中当归主入血分,具有养血活血之功,有行气消瘀从而利水之功;白芍功可柔肝体、养肝阴,养血柔肝;茯苓健脾胃之气,又可燥湿利水,有扶正祛邪之功;炒白术健脾补中,又可化湿利水;泽泻功善泻热渗湿,有逐膀胱、三焦水停之效;川芎功可活血行血,有行气活血之效,利于水道通利;陈皮功善健脾行气;白茅根、猪苓具有通利小便,泻热结、消水肿之效,为治淋之要药;连翘、白花蛇舌草功可清热解毒、利水除湿、消肿散结,有抗菌消炎之功;薏苡仁具有健脾之功,又有渗湿之效,可谓扶正而祛邪也;甘草调和诸药。本方多药合用,共奏疏肝健脾、化瘀通络、行气利水之效。需要关注的是,就现代医学诊治而言,糖尿病患者若确诊为泌尿系感染,首先应该进行病原菌检测及药敏试验,以便有针对性地选用抗致病菌药物,切忌盲目滥用抗生素,防止机体菌群失调,引发双重感染^[5]。

本次研究可以总结出,当归芍药散化裁而成的中药方功可疏肝健脾、化瘀通络、行气利水,其组方严谨,谨守病机,联合乳酸左氧氟沙星注射液治疗能有效改善患者的临床症状、体征,降低血糖,利于相关生化指标的改善,是中西医结合治疗糖尿病合并泌尿系感染的有效方案,效果满意,值得临床深入研究。

[参考文献]

[1] 任舒,姚斌,伊广旭. 2型糖尿病患者泌尿系感染的病原菌分布及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(17): 4308-4309, 4335.
 [2] 吕颖. 糖尿病合并尿路感染的临床特点观察[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(13): 2727-2728.
 [3] 朱俊,刘翔,郑谦. 2型糖尿病患者合并尿路感染的临床特点及病原菌耐药性分析[J]. 海南医学, 2014, 25(7): 817-818.
 [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第1辑[S]. 1993: 145-147.
 [5] 史胜端,赵建刚. 糖尿病与非糖尿病合并泌尿系感染患者的临床特点及预后转归分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(28): 3113-3114.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)