

- DM patients[J]. *Diabetes Metab Rev*, 1988, 4(5): 453–483.
- [5] 杨霓芝, 刘旭生. 糖尿病肾病诊断、辨证分型及疗效评定标准(试行方案)[J]. *上海中医药杂志*, 2007, 41(7): 7–8.
- [6] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [7] Catherwood MA, Powell LA, Anderson P, et al. Glucose-induced oxidative stress in mesangial cells[J]. *Kidney Int*, 2002, 61(2): 599–608.
- [8] Tahara A, Tsukada J, Tomura Y, et al. Effects of high glucose on AVP-induced hyperplasia, hypertrophy, and type IV collagen synthesis in cultured rat mesangial cells[J]. *Endocr Res*, 2012, 37(4): 216–227.
- [9] Schrijvers Bieke F, De Vriese An S, Flyvbjerg Allan. From hyperglycemia to diabetic kidney disease: the role of metabolic, hemodynamic, intracellular factors and growth factors/cytokines[J]. *Endocrine Reviews*, 2004, 25(6): 971–1010.
- [10] 杜正驰, 赵妍. 血清 TGF- β 1, IV 型胶原, 层粘连蛋白与糖尿病肾病的关系[J]. *黑龙江医药*, 2013, 26(3): 402–406.
- [11] 蒋赛, 彭晓珊, 黄志华, 等. 黄芪多糖和三七总皂苷配伍对糖尿病大鼠肾组织 IV 型胶原及层粘连蛋白表达的影响[J]. *湖南中医药大学学报*, 2015, 35(12): 18–22.
- [12] 吕离虹, 许惠琴, 吕兴. 生地对高糖致人肾小球系膜细胞增殖、氧化应激及细胞外基质的影响[J]. *南京中医药大学学报*, 2015, 31(6): 551–554.
- [13] 戈娜, 李顺民, 孙惠力, 等. 地龙对糖尿病肾病大鼠肾脏保护作用的研究[J]. *上海中医药杂志*, 2010, 44(6): 103–105.
- (责任编辑: 吴凌)

中西医结合治疗急性肾盂肾炎膀胱湿热证临床观察

齐作战, 杨锋, 金志

南阳曙光中西医结合医院内科, 河南 南阳 473000

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗急性肾盂肾炎膀胱湿热证的疗效及对患者免疫功能的影响。方法: 将 104 例膀胱湿热型急性肾盂肾炎患者随机分为观察组和对照组各 52 例。对照组口服头孢氨苄片、诺氟沙星胶囊、碳酸氢钠片治疗, 观察组在对照组用药基础上予泻热散瘀通淋汤治疗。2 组给予 2 周治疗。比较 2 组中医证候评分和临床疗效, 检测 2 组治疗前后的血清 IgA、IgG、IgM 水平。结果: 治疗后, 2 组尿频、尿痛、小便急迫及腰膝酸痛评分均较治疗前减少 ($P < 0.01$); 观察组上述证候评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。总有效率观察组为 98.08%, 对照组为 84.62%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组血清 IgA、IgG 和 IgM 水平均较治疗前增加 ($P < 0.01$), 观察组 IgA、IgG 和 IgM 水平均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 中西医结合治疗膀胱湿热型急性肾盂肾炎患者疗效显著, 可有效改善临床症状, 提高患者的免疫功能。

[关键词] 急性肾盂肾炎; 膀胱湿热证; 中西医结合疗法; 泻热散瘀通淋汤; 中医证候评分; 免疫功能

[中图分类号] R692.7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2017) 12-0061-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.12.021

Clinical Observation of Integrated Chinese and Western Medicine Therapy for Acute Pyelonephritis with Bladder Damp-Heat Syndrome

QI Zuozhan, YANG Feng, JIN Zhi

Abstract: Objective: To observe the curative effect of integrated Chinese and western medicine therapy for acute

[收稿日期] 2017-08-06

[作者简介] 齐作战 (1969-), 男, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合内科、儿科。

pyelonephritis with bladder damp-heat syndrome and its effect on immunologic function of patients. **Methods:** Divided 104 cases of patients with acute pyelonephritis with bladder damp-heat syndrome into the observation group and the control group randomly, 52 cases in each group. Both groups received cefalexin tablets, norfloxacin capsules and sodium bicarbonate tablets for treatment, while the observation group additionally received Xiere Sanyu Tonglin tang. Both groups received treatment for two weeks. Chinese medicine syndrome scores and the clinical effect of the two groups were compared. Levels of serum IgA, IgG and IgM of the two groups before and after treatment were detected. **Results:** After treatment, scores of frequent micturition, urodynia, urgency of urination, and pain in waist and knee of both groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.01$); the above syndrome scores of the observation group were all lower than those of the control group, differences being significant ($P < 0.01$). The total effective rate was 98.08% in the observation group and was 84.62% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). Levels of serum IgA, IgG and IgM in both groups were increased than those before treatment ($P < 0.01$), and levels of serum IgA, IgG and IgM in the observation group were all higher than those in the control group, differences being significant ($P < 0.01$). **Conclusion:** Integrated Chinese and western medicine therapy for acute pyelonephritis with bladder damp-heat syndrome has significant curative effect, which can effectively improve clinical symptoms and immunologic function of patients.

Keywords: Acute pyelonephritis; Bladder damp-heat syndrome; Integrated Chinese and western medicine therapy; Xiere Sanyu Tonglin tang; Chinese medicine syndrome score; Immunologic function

急性肾盂肾炎在临床较为常见,起病急,以发热、腰痛、尿频、尿急、尿痛、肾区叩痛,伴有头痛、恶寒发热等为临床症状。若得到及时有效的治疗,一般预后较好;若在急性感染期治疗不彻底,可演变为慢性肾盂肾炎,少数患者也可出现肾周脓肿、肾乳头坏死以及败血症,最终导致慢性肾功能衰竭。目前临床治疗该病以抗感染为主,单纯使用西药干预效果有限。近年研究发现,中医治疗急性肾盂肾炎可根据患者的不同证候辨证施治,在改善症状体征、提高疗效等方面发挥了积极作用^[1-2]。本研究对膀胱湿热型急性肾盂肾炎患者在常规西药基础上采用泻热散瘀通淋汤辨证治疗,并观察患者免疫功能的改变,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 104 例急性肾盂肾炎患者均为本院 2014 年 2 月—2016 年 8 月收治的病例,依据随机数字表法分为观察组和对照组各 52 例。观察组男 20 例,女 32 例;年龄 25~59 岁,平均(43.76±6.18)岁;病程 12~44 h,平均(22.93±3.94)h;尿蛋白阳性 12 例,白细胞管型 9 例。对照组男 19 例,女 33 例;年龄 26~58 岁,平均(43.40±6.12)岁;病程 13~45 h,平均(23.11±3.97)h;尿蛋白阳性 13 例,白细胞管型 10 例。2 组临床资料经统计学分析,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 根据《肾脏病学》^[3]制定急性肾盂肾炎诊断标准:①临床表现为发热(体温超过 38℃),腰部肾区胀痛、尿急、尿频、尿痛。②尿常规检查提示有红细胞、白细胞、尿蛋白。③无肾囊肿和肾功能损害。④尿检培养致病菌 $\geq 10^5$ 个/mL。

1.3 膀胱湿热证辨证标准 参照《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分》^[4]标准拟定。主症:尿频尿急,灼热涩痛,尿

色黄或赤,腰痛拒按,发热便秘,胸闷脘痞,身重纳呆,或恶风发热,头痛咽痛,舌苔黄腻,脉象濡数或滑数。

1.4 纳入标准 ①符合急性肾盂肾炎诊断标准;②辨证属膀胱湿热证;③年龄 20~60 岁;④尿细菌培养均为阳性;⑤知情且签署同意书者。

1.5 排除标准 ①妊娠期或哺乳期妇女;②患精神疾病者;③肾功能衰竭者;④伴尿路梗阻、畸形者;⑤全身感染者。

2 治疗方法

2.1 对照组 头孢氨苄片(哈药集团制药总厂),每次口服 250~500 mg,每天 4 次;诺氟沙星胶囊(吉林省东盟制药有限公司),每次口服 400 mg,每天 2 次;碳酸氢钠片(上海玉瑞生物科技药业有限公司),每次口服 1~2 片,每天 3 次。

2.2 观察组 在对照组基础上予泻热散瘀通淋汤,处方:萹蓄、茯苓、连翘各 20 g,金银花 13 g,车前子、石韦、滑石、大黄、怀牛膝、金钱草各 10 g,每天 1 剂,水煎,早晚各服 200 mL。

2 组给予 2 周治疗。期间注意卧床休息,多饮水,维持每天尿量在 1 500 mL 以上。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①2 组中医证候评分:按程度轻重对尿频、尿痛、小便急迫及腰膝酸痛进行评分,4 分(重度)、2 分(中度)、1 分(轻度)和 0 分(无)。②2 组血清 IgA、IgG、IgM 水平:治疗前、治疗 2 周后于晨起空腹抽取患者外周血,室温离心后取血清,保存于 -20℃ 冰箱,用免疫散射比浊法测定。

3.2 统计学方法 使用 SPSS18.0 统计软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[4] 临床治愈: 症状体征完全消失, 尿菌阴性, 尿常规检查3次结果提示正常。显效: 症状体征基本消失, 尿菌阴性, 尿常规检查提示基本正常。有效: 症状体征有所好转, 尿常规结果较治疗前显著改善, 尿培养偶有(+). 无效: 症状体征和尿检结果改善不显著, 尿菌检查(+).

4.2 2组治疗前后中医证候评分比较 见表1。治疗后, 2组尿频、尿痛、小便急迫及腰膝酸痛评分均较治疗前减少($P < 0.01$)。观察组上述证候评分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表1 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s, n=52$) 分

组别	时间	尿频	尿痛	小便急迫	腰膝酸痛
对照组	治疗前	3.05±0.39	3.03±0.37	3.11±0.36	3.06±0.36
	治疗后	0.95±0.15 ^①	0.98±0.16 ^①	0.96±0.13 ^①	0.92±0.15 ^①
观察组	治疗前	3.09±0.38	3.08±0.36	3.14±0.35	3.03±0.35
	治疗后	0.40±0.06 ^{①②}	0.41±0.06 ^{①②}	0.38±0.05 ^{①②}	0.35±0.06 ^{①②}

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

4.3 2组临床疗效比较 见表2。总有效率观察组为98.08%, 对照组为84.62%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较 例

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	52	17	16	11	8	84.62
观察组	52	25	21	5	1	98.08 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后血清IgA、IgG和IgM水平比较 见表3。治疗后, 2组血清IgA、IgG和IgM水平均较治疗前增加($P < 0.01$)。观察组IgA、IgG和IgM水平均高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表3 2组治疗前后血清IgA、IgG和IgM

水平比较($\bar{x} \pm s, n=10$) g/L

组别	时间	IgA	IgG	IgM
对照组	治疗前	1.34±0.17	10.35±1.22	1.31±0.16
	治疗后	1.77±0.19 ^①	12.27±1.51 ^①	1.75±0.21 ^①
观察组	治疗前	1.37±0.16	10.31±1.20	1.28±0.15
	治疗后	2.41±0.26 ^{①②}	14.39±1.65 ^{①②}	2.49±0.27 ^{①②}

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

5 讨论

急性肾盂肾炎归属于中医学淋证、肾热痛等范畴, 病位在肾和膀胱, 与肺、脾胃关系密切。湿热蕴结于下焦, 膀胱气化

不利为其主要病机。《景岳全书·淋浊》记载: “淋之初病, 则无不由乎热剧, 无容辨矣”。外感湿热邪毒, 蕴结肾与膀胱, 气化不能, 气血运行障碍会引起血瘀, 最终湿、热、瘀内结膀胱而致此病。张景岳提出“凡热者宜清, 涩者宜利”, 故治疗本病应以清热解毒、利湿通淋及化瘀止痛为治则^[9]。

泻热散瘀通淋汤由治疗热淋的常用方八正散化裁而成, 方中滑石善滑利窍道、清热渗湿、利水通淋, 《药品化义》谓之“体滑主利窍, 味淡主渗热”; 石韦为清热利水通淋之常用品; 萹蓄清利膀胱湿热, 有利小便、去淋浊、通癃闭之专长; 车前子清肺利膀胱; 大黄荡涤邪热, 引热下行, 并能使湿热从大便而去; 茯苓健脾以运化水湿; 金银花、连翘辛凉轻宣, 透泄散邪, 清热解毒; 金钱草清热利湿, 消肿解毒; 怀牛膝活血通经, 祛瘀止痛。全方有泻热解毒、散瘀通淋止痛之效。

本研究表明, 肾盂肾炎的直接病因为细菌感染, 肾内存在菌体抗原, 这种病理性的抗原持续出现可引起肾脏局部的炎症细胞浸润和免疫反应^[6]。本研究表明, 2组患者治疗后, 血清的IgA、IgG和IgM水平均较治疗前升高, 观察组3项指标水平均高于对照组, 提示中西医结合疗法可改善患者的免疫功能。

综上所述, 在常规西药治疗基础上加用泻热散瘀通淋汤可明显改善膀胱湿热型急性肾盂肾炎患者的临床症状和提高临床疗效, 提高患者的免疫功能。鉴于本研究纳入的样本量较少, 其确切作用有待于进一步验证。

综上所述, 在常规西药治疗基础上加用泻热散瘀通淋汤可明显改善膀胱湿热型急性肾盂肾炎患者的临床症状和提高临床疗效, 提高患者的免疫功能。鉴于本研究纳入的样本量较少, 其确切作用有待于进一步验证。

[参考文献]

- [1] 朱中骥, 周兵. 痰热清注射液为主治疗急性肾盂肾炎 50例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(8): 46-47.
- [2] 刘彦利, 闫瑞梅. 八正散加味联合左氧氟沙星治疗急性肾盂肾炎的临床研究[J]. 中国民间疗法, 2015, 23(10): 65-66.
- [3] 王海燕. 肾脏病学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1265.
- [4] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 141-143.
- [5] 安玲, 胡文博. 泻热散瘀通淋汤治疗膀胱湿热型急性肾盂肾炎的疗效观察[J]. 中药材, 2016, 39(1): 203-205.
- [6] 吕冬宁, 陶志虎, 史伟. 黄芪注射液对慢性肾盂肾炎病人免疫应答干预作用的研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2014, 15(11): 976-977.

(责任编辑: 吴凌)