

# 健脾益肾清热利湿方辅助治疗急性肾盂肾炎的疗效观察

杨 蕾

(南京中医药大学附属南京市中西医结合医院,江苏 南京 210014)

**〔摘要〕** **目的** 观察健脾益肾清热利湿方辅助治疗急性肾盂肾炎的临床疗效。**方法** 将 52 例急性肾盂肾炎患者随机分为治疗组和对照组各 26 例。对照组给予抗生素治疗,治疗组在对照组的基础上给予健脾益肾清热利湿方辅助治疗,两组疗程均为 2 周。观察两组治疗前后主要临床症状、体征的变化。**结果** 在疗效方面,治疗组总有效率为 96.2%,对照组总有效率为 80.8%,治疗组疗效优于对照组 ( $P<0.05$ );在发热、腰痛、尿路刺激征消除时间方面治疗组明显快于对照组 ( $P<0.01$ )。**结论** 健脾益肾清热利湿方辅助治疗急性肾盂肾炎效果显著,可明显改善患者的临床症状,并可缩短临床症状的消除时间,能提高治疗的有效率。

**〔关键词〕** 急性肾盂肾炎;健脾益肾清热利湿方;临床疗效;黄芪;杜仲;车前草

**〔中图分类号〕** R256.5;R692.7

**〔文献标识码〕** B

**〔文章编号〕** doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2016.12.014

## Effects of Jianpi Yishen Qingre Lishi Decoction on Adjuvative Therapy of Acute Pyelonephritis

YANG Lei

(Nanjing Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu 210014, China)

**〔Abstract〕 Objective** To investigate the curative effect of Jianpi Qingre Lishi Decoction on adjuvative therapy of acute pyelonephritis. **Methods** The 52 cases of acute pyelonephritis were selected and randomly divided into treatment group and control group, 26 cases in each group. The control group was given using antibiotic therapy, the treatment group was given Jianpi Qingre Lishi Decoction as a adjuvative therapy on the basis of control group, the course was for 2 weeks. The changes of clinical symptoms and signs were observed before and after treatment in two groups. **Results** The total effective rate in treatment group was 96.2%, the control group was 80.8%, the total effective rate of treatment group was significantly higher than that in control group ( $P<0.05$ ). The erasing time of fever, lumbago and urinary tract irritation in treatment group was significantly shorter than those in control ( $P<0.01$ ). **Conclusion** The Jianpi Yishen Lishi Decoction as a adjuvative therapy shows a significant effect on acute pyelonephritis. It could obviously improve the clinical symptoms of patients, shorten the elimination time of clinical symptoms, and increase the total effective rate.

**〔Keywords〕** acute pyelonephritis; Jianpi Yishen Lishi Decoction; clinical efficacy; *Astragalus membranaceus*; *Eucommia ulmoides*; plantain

急性肾盂肾炎是肾内科常见病之一,由致病菌直接引起的肾盂、肾盏和肾实质的炎症。临床表现主要为发热、尿频、尿急、尿痛以及腰背疼痛等。在中医学中属于“淋证”“腰痛”的范畴,大多为湿热蕴结于膀胱所致。本病若能及时规范化治疗,一般可以痊愈。若未采取积极正确的治疗措施,则有可能发展为慢性肾盂肾炎,最终有可能导致肾功能衰竭<sup>[1-2]</sup>。因此,在急性期的治疗显得尤为重要。目前西医在治疗上仍然以使用抗生素为主。近年来许多临床研究表明联合中医药可明显提高治疗效果,并可明显

改善患者的临床症状和体征。因此笔者运用健脾益肾清热利湿方辅助治疗本病取得了较为满意的疗效,现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

52 例患者均为本院 2013 年 8 月至 2015 年 5 月门诊和住院患者,按随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组 26 例:男 5 例,女 21 例;年龄 22~84 岁,平均(50.26±18.46)岁;病程 1~6 d,平均(2.88±

**〔收稿日期〕** 2016-08-02

**〔作者简介〕** 杨 蕾,女,主治中医师,主要从事肾内科疾病临床研究,E-mail:yanglei1981311@163.com。

1.47)d。对照组 26 例:男 4 例,女 22 例;年龄 24~83 岁,平均(49.31±16.38)岁;病程 1~5 d,平均(2.77±1.36)d。两组患者性别、年龄、病程、病情等一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 病例选择标准

1.2.1 西医诊断标准 参照普通高等教育“十二五”国家级规划教材《内科学》(第 8 版)<sup>[3]</sup>制定。(1)急性起病,尿路刺激症状阳性,可有或无尿频、尿急、尿痛,常有腰痛,肋脊角压痛或(和)叩痛;(2)全身感染症状如寒战、发热、头痛、恶心、呕吐等;(3)血常规检查:白细胞总数和中性粒细胞增高;(4)尿常规检查:可有白细胞尿、血尿、蛋白尿、尿沉渣镜检白细胞 $>5$ 个/HP;(5)尿细菌培养:中段清洁尿细菌培养 $\geq 10^5$ /mL 或耻骨上膀胱穿刺尿细菌定性培养有细菌生长,即为真性菌尿。

1.2.2 中医诊断标准 参照普通高等教育“十一五”国家级规划教材《中医内科学》(第 2 版)制定<sup>[4]</sup>。(1)小便频数,灼热刺痛;(2)恶寒发热,腰痛拒按,或有呕恶,或有少腹胀痛等;(3)舌红,苔黄腻,脉滑数。

1.2.3 纳入标准 符合急性肾盂肾炎疾病的中西医诊断标准;多次接受中医利尿通淋等常法治疗和(或)西医抗菌素治疗,未得到痊愈,仍每年反复发作 2 次以上者。

1.2.4 排除标准 慢性肾盂肾炎急性发作期患者;肾脏 B 超检查有结石、畸形及积液者;有尿路梗阻、畸形而发病者;男性前列腺 B 超检查有增生者及有尿潴留者;合并糖尿病、心血管及肝肾、造血系统疾病、自身免疫疾病及精神病者;营养不良患者。

## 1.3 治疗方法

两组患者均予头孢类或喹诺酮类抗生素进行抗感染治疗。对照组仅予抗生素治疗,治疗组在使用抗生素的基础上加用健脾益肾清热利湿方(生黄芪 20 g,炒白术 15 g,茯苓 15 g,白扁豆 15 g,陈皮 6 g,山药 15 g,薏苡仁 15 g,炙甘草 3 g,杜仲 10 g,怀牛膝 10 g,车前草 15 g,菖蒲 10 g,瞿麦 10 g)水煎服,每日 1 剂,分 2 次口服。辨证加减:湿热明显者加草薢、黄柏;阴虚者加玄参、麦冬;有血尿者加大小蓟、赤芍。两组患者疗程均为 2 周。

## 1.4 观察指标

观察两组患者治疗前后发热、腰痛、尿路刺激征等临床症状的变化情况。治疗前后均行尿常规、血常规、尿细菌学检查。

## 1.5 疗效评定标准<sup>[5]</sup>

治愈:症状、体征消失,血、尿常规检查均正常;有效:症状、体征明显减轻,血、尿常规明显改善;无效:症状、体征改善不明显,血、尿常规均无变化。

## 1.6 统计学方法

运用 SPSS 19.0 统计软件包进行统计分析,计量资料采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验,等级资料比较采用秩和检验。计量资料均用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组疗效比较

治疗组总有效率为 96.2%,对照组为 80.8%。两组比较差异有统计学意义( $P<0.01$ ),治疗组疗效优于对照组,见表 1。

表 1 两组疗效比较 [例(%)]

组别	$n$	治愈	有效	无效	总有效率
治疗组	26	18(69.2)	7(26.9)	1(3.8)	25(96.2)
对照组	26	11(42.3)	10(38.5)	5(19.2)	21(80.8)
$\chi^2$ 值		0.2105	2.2069	12.0333	12.0333
$P$ 值		$>0.05$	$>0.05$	$<0.01$	$<0.01$

### 2.2 两组患者临床症状消失时间比较

两组患者治疗后临床症状均有明显改善,且治疗后两组患者症状消除时间比较,差异具有统计学意义( $P<0.01$ ),提示两组均可改善急性肾盂肾炎患者的症状体征,且治疗组在发热、腰痛、尿路刺激征消除时间方面快于对照组,见表 2。

表 2 两组症状体征消失时间比较 ( $\bar{x}\pm s, d$ )

组别	$n$	发热	腰痛	尿路刺激征
治疗组	26	2.73±1.11	5.85±1.99	4.96±2.18
对照组	26	4.08±1.35	8.50±3.33	8.16±3.50
$t$ 值		3.9386	3.4832	3.9571
$P$ 值		$<0.01$	$<0.01$	$<0.01$

### 2.3 不良反应

两组患者在治疗期间均未出现严重不良反应。

## 3 讨论

急性肾盂肾炎主要是由细菌致病,上行感染及血行感染是常见的感染途径。其中上行感染是最常见的感染途径,女性由于尿道短、月经以及妊娠等因素使得上行感染的机会明显增加,而以育龄期妇女最为高发。男性主要以前列腺增生和前列腺炎为常

见病因。致病菌多为革兰阴性杆菌为主, 大约占70%以上, 其中以大肠杆菌最为常见, 其次为变形杆菌、克雷伯杆菌、产气杆菌及绿脓杆菌等<sup>[6-8]</sup>。血行感染也是临床较为多见的感染途径。在身体免疫力低下时, 体内任何部位的感染病灶都可能通过血流导致细菌入侵肾脏, 其病变多为双侧性, 致病菌多为革兰阳性球菌<sup>[9-10]</sup>。

急性肾盂肾炎的病理表现主要为肾脏水肿, 体积增大, 肾盂肾盏黏膜充血水肿, 可见散在小出血点, 中性粒细胞浸润。严重时表面有脓性分泌物, 黏膜下可有大小不等的黄色或黄白色脓肿。肾小管管腔内有脓性分泌物, 肾小管上皮细胞肿胀、坏死、脱落。肾间质内有白细胞浸润和脓肿形成, 严重时可有广泛出血, 较大的炎症病灶愈合后可留有瘢痕<sup>[11-12]</sup>。肾小球一般无形态学改变。西医在治疗上以抗感染为主, 主要是选择敏感抗生素。但目前由于抗生素的广泛使用, 出现了一些耐药菌株, 使得治疗效果不佳。因此本研究拟在使用敏感抗生素的基础上加用中药汤剂进行治疗, 以期取得理想的疗效。

急性肾盂肾炎在中医学中没有具体的病名, 我国古代文献中无急性肾盂肾炎相对应的病名记载, 但根据发病机制、临床表现, 可归属于“淋证”“腰痛”等范畴。其病因一般多为外感湿热, 饮食不节, 情志失调, 禀赋不足等。病位在膀胱, 而与肾有着密切关系。巢元方《诸病源候论·诸淋病候》中记载: “诸淋者, 由肾虚而膀胱热故也。”肾主水, 司开合, 其经络膀胱, 两者互为表里, 凡膀胱, 小溲之病均当责之于肾。肾为先天之本, 内寓真阴真阳, 为人一身元气之根本; 而脾为后天之本, 气血生化之源, 脾肾两脏互根互用, 相互依赖, 相互影响。当脾肾亏虚, 正气不足时, 外邪则易入侵, 从而发病, 因此脾肾亏虚为病机之本。湿热则是本病病机之标, 《丹溪心法》中曾曰: “淋有五, 皆属乎热。”《景岳全书》又云: “淋之初病, 则无不由于热剧, 无容辨矣。”由此可见热结下焦是病机的重要方面, 但仅有热邪则难成淋证。湿邪是另一个重要因素, “湿性趋下”、“下焦之病多湿”、“无湿不成淋”, 湿与热结, 下注膀胱则发为本病。因此, 根据本病的病机, 临床上以健脾益肾清热利湿为大法, 制定了相应的方药进行治疗。方中生

黄芪为君药, 有补气健脾、利尿消肿之功, 为补中益气之要药; 白术、山药、白扁豆、杜仲为臣药, 以助健脾益肾之功; 茯苓、薏苡仁、车前草、萹蓄、瞿麦、陈皮、炙甘草为佐药, 可清热利湿, 行气和中; 怀牛膝为使药, 可补益肝肾, 利水通淋, 引火下行。本方扶正重在健脾益肾, 通畅气机, 促进气血运行; 祛邪重在清热利湿, 使得热祛湿除, 病势得控。诸药合用共奏健脾益肾清热利湿之功。

本研究表明健脾益肾清热利湿方对于辅助治疗急性肾盂肾炎效果显著, 可明显改善患者发热、腰痛及尿路刺激征等临床症状, 可缩短临床症状的消除时间, 并能提高治疗的有效率, 为急性肾盂肾炎的治疗提供了一个新的途径, 值得临床借鉴。

#### 参考文献:

- [1] 黄美春, 胡岗, 陈钦, 等. 急性肾盂肾炎并发急性肾损伤 14 例临床分析[J]. 中华全科医学, 2014, 12(6): 914-916.
- [2] Allameh Z, Karimi A, Rafiei Tabatabaei S, et al. Effect of N-Acetylcysteine on Inflammation Biomarkers in Pediatric Acute Pyelonephritis: a Randomized Controlled Trial [J]. Iran J Kidney Dis, 2015, 9(6): 454-462.
- [3] 葛均波, 徐永健. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 496-502.
- [4] 周仲英. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 339-347.
- [5] 邸述. 健脾益肾方配合灸法治疗慢性肾盂肾炎脾肾两虚型的临床研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2006: 23-28.
- [6] 王海燕. 肾脏病临床概览[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2013: 232-238.
- [7] 王浩郁. 中西医结合治疗慢性肾小球肾炎 38 例疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 38(03): 77-79.
- [8] Kamei J, Nishimatsu H, Nakagawa T, et al. Risk factors for septic shock in acute obstructive pyelonephritis requiring emergency drainage of the upper urinary tract [J]. Int Urol Nephrol, 2014, 46(3): 493-497.
- [9] 苏启生, 苏丽芬. 加减千金苇茎汤配合西药治疗急性肾盂肾炎 32 例[J]. 云南中医中药杂志, 2011, 32(7): 44-45.
- [10] 潘卫平, 潘慧仙, 朱筱丹. 孕妇急性肾盂肾炎病原菌特点及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(01): 73-75.
- [11] 王金, 金讯波. 急性肾盂肾炎的诊治[J]. 中国临床医生, 2010, 38(1): 9-11.
- [12] Dong HS, Kim EJ, Kim SJ, et al. Delta Neutrophil Index as a Marker for Differential Diagnosis between Acute Graft Pyelonephritis and Acute Graft Rejection [J]. Plos One, 2014, 10(8): 1225-1234.

(本文编辑 马薇)