

揞针疗法联合自拟导热清泌汤治疗急性单纯性下尿路感染的临床观察

聂 颖 刘学伟[△] 李向阳 刘慧杰 赵学英 吕 梅
(河北省华北石油管理局总医院,河北 任丘 062552)

中图分类号:R691.3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2021)03-0521-03
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2021.03.041

【摘要】 目的 探讨采用揞针疗法联合自拟导热清泌汤治疗急性下尿路感染的临床疗效。**方法** 将86例急性下尿路感染患者分为观察组与对照组各43例,对照组给予基础的抗感染药物治疗,观察组除对照组治疗外给予揞针疗法联合自拟导热清泌汤进行治疗,共治疗10 d。**结果** 在中医证候评分与尿液相关生化指标的比较上,两组与治疗前相比均有不同程度的降低($P<0.05$ 或 $P<0.01$),且观察组的降低程度更为明显($P<0.05$);在临床疗效的比较上,观察组总有效率和痊愈率均高于对照组($P<0.05$);在临床主要症状恢复时间的比较上,观察组均短于对照组($P<0.05$)。**结论** 采用揞针疗法联合自拟导热清泌汤治疗急性下尿路感染的临床疗效显著。

【关键词】 下尿路感染 揞针 自拟导热清泌汤

急性尿路感染作为一种较为高发的社区感染性疾病,发病率约为0.91%左右,以女性最为多见,且占到社区感染类型的第2位,主要是由于细菌、真菌、病毒等多种病原菌侵袭泌尿系统而发病^[1]。而急性下尿路感染作为其中最为常见类型,主要是以膀胱炎(约为95%左右)最为多见,患者一般是以膀胱刺激征、尿路症状、全身性症状等表现为主^[2]。对于急性下尿路感染的临床治疗,一般以抗菌类药物为主,虽然其疗效值得肯定,但受耐药菌株、抗生素滥用、肝肾蓄积中毒等问题的影响,致使许多患者出现经久不愈、反复发作、合并多种并发症等情况,甚或出现肾功能衰竭的危险^[3]。中医药对于各类感染性疾病的治疗有着悠久的历史,且疗效确切,近年来发现中医特色疗法对感染能够起到一定程度的效果^[4-5]。基于以上多种原因,本项研究以针药结合的方式治疗急性下尿路感染,并与常规临床治疗方案进行比较,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

1)诊断标准:(1)符合《实用内科学》^[6]对于急性下尿路感染的诊断标准(存在膀胱刺激征,中段尿细菌计数 $>1\,000$ 个/mL,中段尿白细胞计数 >10 个/HP)。(2)符合《中医内科学》^[7]对热淋的诊断标准。主症:小便频数短涩,灼热刺痛,舌红苔黄腻,脉滑数;次症:兼见恶寒发热,心烦口苦,腰部疼痛拒按,大便秘结等。2)纳入标准:符合中西医诊断标准;病程 <72 h;年龄 ≥ 18 岁;近3 d内未服用抗真菌类药物或抗生素药;患者神志清楚,能配合完成本研究,且签署知情同意书,经

本院伦理委员会审核通过。3)排除标准:(1)存在尿路结石、尿路畸形、肿瘤等疾病;(2)存在全身性感染;(3)处于妊娠或哺乳期;(4)存在认知、意识、精神等状态异常;(5)存在心、肝、肾等脏器功能不全;(6)对于本次研究相关药物过敏。

1.2 临床资料

选取2018年1月至2019年7月于本院就诊的急性下尿路感染患者86例,按随机数字表法分为观察组与对照组各43例,两组病例在一般情况比较上,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 两组临床资料比较

组别	n	男/女(n)	年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	病程(h, $\bar{x}\pm s$)	初发(n)	复发(n)
观察组	43	5/38	36.72 $\pm$ 9.55	33.61 $\pm$ 12.07	23	20
对照组	43	4/39	37.31 $\pm$ 10.24	34.42 $\pm$ 11.61	25	18

1.3 治疗方法

1)对照组:参照《抗菌药物临床应用指导原则》^[8],给予静脉滴注盐酸左氧氟沙星注射液(扬子江药业集团有限公司,国药准字H19990324),将其稀释于0.9%氯化钠注射液500 mL内,最低剂量为每日0.4 g,最高剂量为每日0.6 g,分2次进行滴注,间隔12 h,滴注时间不少于3 h,连续进行5 d的治疗。然后改为口服左氧氟沙星片[第一三共制药(北京)有限公司,国药准字H20000655],每次0.1 g,每日3次。并嘱清淡饮食,忌食辛辣、烟酒,多饮水排尿,注意局部卫生。2)观察组:在对照组的基础上,给予揞针疗法联合自拟导热清泌汤。(1)揞针疗法:取穴中极、气海、关元、水道、双侧三阴交、双侧脾俞、双侧肾俞,取0.2 mm $\times$ 1.2 mm的揞针

[△]通信作者(电子邮箱:342583751@qq.com)

(清铃株式会社提供),留针72 h,每日按压贴敷穴位不少于15次,每次10 min,每治疗3 d休息1 d,连续完成3次治疗。(2)自拟导热清泌汤组成:木通15 g,车前子15 g,滑石20 g,黄连15 g,栀子10 g,茯苓15 g,白术15 g,芡实10 g,党参15 g,甘草10 g,大黄6 g。每日煎煮1剂,水煎浓缩300 mL,早晚各服150 mL。两组患者均治疗10 d,且在治疗前后进行随访。

1.4 观察指标及疗效评定

1.4.1 中医证候评分^[9] 主要症状包括尿频、尿痛、恶心呕吐、发热、腰痛,每种症状按照其病情严重程度分成4个等级,无症状,计0分;轻度症状,计2分;中度症状,计4分;重度症状,计6分。

1.4.2 尿液相关生化指标 其中包括中段尿白细胞计数与中段尿细菌计数(BACT)。

1.4.3 疗效标准^[8] 痊愈:临床症状及体征完全消失,不同时间段连续2次尿培养均为阴性,且相关实验室检查指标均恢复正常。显效:临床症状及体征明显改善,不同时间段连续2次尿培养均趋近于正常值范围,但相关实验室检查指标部分完全恢复。有效:临床症状及体征有所改善,但尿培养检查显示偶有阳性结果,且相关实验室检查指标有所改善,但并未恢复至正常值范围。无效:临床症状及体征无明显变化,甚或加重,尿培养均为阳性。

1.4.4 临床主要症状恢复时间 其中包括膀胱刺激征消失时间(尿频、尿急、尿痛等)、尿路症状消失时间(耻骨区痛、脓尿、血尿等)、全身性症状消失时间(发热、头痛、恶心呕吐等)。

1.4.5 不良反应 包括消化道症状、局部施术部位过敏反应。

1.5 统计学处理

应用SPSS22.0统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示。采用 t 检验或 χ^2 检验比较两组患者的情况。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候评分比较

见表2。与治疗前相比,对照组各项评分均有一定程度的降低($P < 0.05$),而观察组各项评分降低更为显著($P < 0.01$);且观察组的降低程度明显优于对照组

表2 两组中医证候评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	尿频	尿痛	恶心呕吐	发热	腰痛
观察组 ($n=43$)	治疗前	3.91±1.15	3.95±1.21	3.28±1.23	3.35±1.34	3.15±1.69
	治疗后	0.37±0.06 ^{△△}	0.41±0.09 ^{△△}	0.31±0.11 ^{△△}	0.38±0.05 ^{△△}	0.27±0.12 ^{△△}
对照组 ($n=43$)	治疗前	3.89±1.21	3.93±1.18	3.16±1.26	3.42±1.41	3.06±1.64
	治疗后	1.55±0.54 [*]	1.72±0.61 [*]	1.33±0.59 [*]	1.45±0.33 [*]	1.25±0.73 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$,^{**} $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。下同

($P < 0.05$)。

2.2 两组尿液相关生化指标比较

见表3。与治疗前相比,对照组的白细胞计数与中段尿细菌计数水平均有一定程度的降低($P < 0.05$),而观察组的白细胞计数与中段尿细菌计数水平均有显著的降低($P < 0.01$);且观察组的降低程度更为明显($P < 0.05$)。

表3 两组尿液相关生化指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	白细胞计数(个/HP)	中段尿细菌计数(个/mL)
观察组 ($n=43$)	治疗前	20.68±3.72	1 673.44±252.42
	治疗后	3.58±1.06 ^{**△}	573.62±55.94 ^{**△}
对照组 ($n=43$)	治疗前	21.15±3.93	1 703.16±273.51
	治疗后	8.26±1.46 [*]	913.28±92.53 [*]

2.3 两组临床疗效比较

见表4。与对照组相比,观察组总有效率较高($P < 0.05$);在痊愈情况方面,观察组的提高程度更为明显($P < 0.01$)。

表4 两组临床疗效比较[$n(\%)$]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	43	27(62.79) ^{△△}	9(20.93)	5(11.63)	2(4.65)	41(95.35) [△]
对照组	43	13(30.23)	12(27.91)	8(18.60)	10(23.26)	33(76.74)

注:与对照组比较,[△] $P < 0.05$,^{△△} $P < 0.01$ 。下同。

2.4 两组临床症状恢复时间比较

见表5。仅统计两组痊愈与显效病例时,与对照组相比,观察组各类症状的恢复时间均明显缩短($P < 0.05$)。

表5 两组临床症状恢复时间比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	膀胱刺激征	尿路症状	全身性症状
观察组	36	3.83±0.81 [△]	3.14±0.78 [△]	2.82±0.62 [△]
对照组	25	5.25±1.42	4.45±1.07	3.94±0.78

2.5 两组不良反应的比较

观察组出现1例针刺局部皮肤过敏情况(2.33%),经停针后3 d局部皮疹消失,且在局部继续进行撤针治疗时未再出现,对照组未出现局部皮肤过敏情况(0.00%),两组不良反应发生率的比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

急性下尿路感染病因多是由于在机体处于免疫功能紊乱时,尿路直接受到病原菌感染而发病,而在多种致病菌中,又以革兰氏阴性菌感染最为多见,因此目前对于急性下尿路感染治疗是以抗感染治疗为主^[10]。左氧氟沙星作为一种广谱抗菌药,一则可以通过抑制病

原菌DNA旋转酶的活性来阻止其DNA的合成与复制,二则可以通过抑制病原菌RNA与蛋白质的合成,以促进白细胞对病原菌的吞噬功能,因此其抗菌效果肯定,但随着临床的广泛应用,导致单纯应用抗菌药治疗急性下尿路感染的临床疗效有限^[11]。根据急性下尿路感染的症状特点,本病可归于中医的“淋证”,其病位主要涉及膀胱与肾,其基本病机为膀胱气化不利为主,而在其急性发作期时,其病因主要是由于外感湿热、饮食不节、劳伤久病等情况影响,导致湿热蕴结下焦、膀胱气化不利而发为本病,同时在其多种分型中,又以热淋与急性下尿路感染的描述最为接近,因此其治法应以清热、利湿、通淋为主^[7]。

揠针疗法作为一种将传统针刺疗法与现代技术相结合的新型皮内针类型,不仅能够达到传统针刺疗法的疏通经络、沟通上下、调整气机的作用以达治疗目的,又能够通过长时间的埋针作用,以延长穴位的刺激时间,以便发挥其针刺的持续性,从而增强其疗效^[12]。而在穴位的选择上,主要以循经于局部的经络和腧穴为主,再根据患者的具体情况进行相应的穴位增减,其中主要以中极、气海、关元、水道、三阴交、脾俞、肾俞为关键。其中中极穴为膀胱经之募穴,能够达到疏利膀胱之气机的目的。关元穴与气海穴皆为强壮人体的要穴,可起到推动气运之效。水道穴是通利水道之要穴,可起到利水化湿之效。三阴交为足三阴经交会之穴,既能够起到清利膀胱、活血化瘀之效,又能够调理脾肾二经之经气。而脾俞穴与肾俞穴合用,以起到健脾利水之效。诸穴既有局部配合,又有远近配合,相辅相成,共奏交通内外、理气通络之效,以此来治疗膀胱气化不利所致的尿频、尿急、尿痛等症状^[13]。

随着中医药研究的深入进行,中药汤剂在感染类疾病中的应用越发普遍,临床疗效亦被诸多学者所认可^[14]。自拟导热清泌汤以木通为君药,其性寒而味苦,上可清心泻火,下可通利湿热,将一身之湿热归于引导于下,与小便同出,同时亦有研究发现,木通之内所含有化学成分(木通皂苷、酚醇苷、木脂素等)具有明显的利尿与抗菌的作用,对革兰氏阳性菌、革兰氏阴性菌、伤寒杆菌等多种致病菌均表现出较强的抑制作用,其中又以链球菌与葡萄球菌最为敏感^[15];滑石粉与车前子为臣药,共同增强君药清热化湿、利水通淋之力;佐以黄连、栀子、茯苓、白术、芡实、党参,其中黄连与栀子可泻中下焦之火毒,茯苓与白术健脾利湿,芡实与党参可起到健脾止泻、益气生津之效,以防诸药峻下之力过强而伤及气阴;最后以甘草与大黄为使,前者可调和药性、缓急止痛,后者可导热下行,引湿热由二便而出。诸药相合共奏清热泻火、利水通淋、理气健脾之功,以此来治疗湿热下注所致的发热、血尿、恶心呕吐等症状^[16]。

综上所述,对照组所采用的单一抗菌治疗方式,能有效改善急性下尿路感染患者的临床症状及各项相关生化指标,但采用针药结合方式治疗本病,不论是从中医证候评分与尿液相关生化指标的方面,还是从临床疗效与临床症状恢复时间的方面,改善程度更显著,提示针药结合的中医特色疗法在治疗急性下尿路感染时,疗效更为确切,值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 刘皓,谢建兴,徐钊斯. 中西医结合治疗急性单纯性细菌性下尿路感染临床研究[J]. 中医学报, 2017, 32(12): 2489-2492.
- [2] 朱雯雯,余洋,彭芝萍. 银花泌炎灵联合左氧氟沙星治疗急性单纯下尿路感染疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(31): 3517-3519.
- [3] 孔琳,杨永超,陈新政,等. 黄连解毒汤联合八正散治疗尿路感染的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2019, 19(9): 1112-1117.
- [4] 郑鑫,陈熠,邓跃毅. 肾舒颗粒联合抗生素类药物治疗尿路感染Meta分析[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(8): 2036-2042.
- [5] 于国泳,谢雁鸣,高宁,等. 《中医药单用/联合抗生素治疗单纯性下尿路感染临床实践指南》临床应用评价研究[J]. 中国中药杂志, 2018, 43(24): 4746-4752.
- [6] 林果为,王吉耀,葛均波. 实用内科学[M]. 15版. 北京:人民卫生出版社, 2017: 1347-1362.
- [7] 张伯礼,吴勉华. 中医内科学[M]. 4版. 北京:中国中医药出版社, 2016: 463-472.
- [8] 《抗菌药物临床试验技术指导原则》写作组. 《抗菌药物临床试验技术指导原则》修订工作组. 抗菌药物临床应用指导原则(2015年版)[J]. 中国临床药理学杂志, 2014, 30(9): 844-856.
- [9] 中华人民共和国卫生部. 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: 232-235.
- [10] 罗鹰,桂学文,苏钢锋,等. 三种非发热性下尿路感染患者病原菌分布及耐药性分析[J]. 中国预防医学杂志, 2019, 20(5): 426-429.
- [11] 郭伟,郭翔,朱澜澜,等. 口服药物治疗女性单纯性下尿路感染有效性和安全性的网状Meta分析[J]. 中国循证医学杂志, 2019, 19(9): 1051-1062.
- [12] 马艳春,王丽,韩宇博,等. 针灸治疗尿路感染的研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(2): 80.
- [13] 梁繁荣,王华. 针灸学[M]. 4版. 北京:中国中医药出版社, 2016: 134-152.
- [14] 于国泳,田哲菁,孙玥,等. 中医药防治泌尿道感染优势与证据研究综述[J]. 中国中药杂志, 2017, 42(8): 1439-1448.
- [15] 张怀阳. 木通、关木通、川木通的应用鉴别[J]. 中医临床研究, 2019, 11(4): 13-15.
- [16] 钟赣生. 中药学[M]. 4版. 北京:中国中医药出版社, 2016: 124-193.

(收稿日期 2020-06-08)