

• 临床论著 •

中医和中西医结合 治疗尿路感染 196 例疗效分析

南京铁道医学院附属医院中医内科

窦国祥 戴长林 叶 萍 张孝初 顾乾麟 乐锦茂 查 龙 李冠贤 胡菱倩

内容提要 本文报告尿路感染 196 例, 其中急性期 133 例, 慢性期 63 例。临床治愈率分别为 82.71%、61.90%, 二者有显著性差异 ($P < 0.05$)。应用中医辨证治疗 140 例, 验方治疗 21 例, 中西医结合治疗 35 例, 临床治愈率分别为 74.29%, 85.71%, 100.00%, 中西医结合治疗效果最好。

1978~1983 年间, 我们以中医和中西医结合诊治尿路感染 196 例, 疗效较好, 报告如下。

临 床 资 料

一、一般情况: 本组 196 例中男 10 例、女 186 例。年龄: 14~19 岁 7 例, 20~29 岁 43 例, 30~39 岁 70 例, 40~49 岁 48 例, 50 岁以上 28 例。最大年龄 72 岁, 最小年龄 14 岁。

二、诊断依据: (1) 尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状; (2) 清洁中段尿培养菌落数 $> 10^5$ /ml; (3) 清洁中段尿镜检白细胞数 > 5 /Hp, 或尿常规检查白细胞数 > 10 /Hp。若患者具备 (1)(2) 或 (1)(3) 或 (2) 或 (3) 时则确立诊断。

三、症状和体征: 腰痛 176 例 (89.80%), 尿频 163 例 (83.16%), 尿急 152 例 (77.55%), 尿痛 156 例 (79.59%), 肾区叩痛 125 例 (63.78%), 乏力 60 例 (30.61%), 发热 59 例 (30.10%), 食欲减退 26 例 (13.27%), 水肿 50 例 (25.51%), 尿少 35 例 (17.86%), 头昏 33 例 (16.84%), 恶心或呕吐 29 例 (14.80%), 肉眼血尿 29 例 (14.80%)。

四、尿培养: 治前 172 例作过尿培养, 大肠杆菌与副大肠杆菌 121 例 (70.35%), 葡萄球菌 36 例 (20.93%), 其它菌种 15 例 (8.72%)。

五、临床分期: 急性期 133 例 (67.86%)。慢性期 63 例 (32.14%)。

六、中医分型: 急性期 133 例中包括湿热型 115 例 (86.47%), 少阳郁热型 13 例 (9.77%), 三焦湿困型 5 例 (3.76%)。慢性期 63 例中包括肾阴不足型 40 例 (63.49%), 脾肾气虚 10 例 (15.87%), 气阴两虚 13 例 (20.64%)。

治 疗 方 法

一、中医治疗 (161 例)

(一) 辨证治疗 (140 例): 1. 急性期: 包括急性尿路感染和慢性尿路感染急性发作。临床上以骤然发作的尿路刺激症状、腰痛或者恶寒、发热为特征。舌苔偏黄, 舌质偏红, 脉偏数。见血尿或脓尿, 尿培养有细菌生长。均为正邪俱实之湿热证, 以清热利湿、解毒通淋, 急治其标为主法。常见证型如下。

(1) 膀胱湿热型: 有典型的尿路刺激症状, 舌苔薄黄或黄腻, 脉象濡数。宜清利膀胱湿热, 以八正散加减配伍抗菌中药: 木通 5g 车前草、扁蓄各 15g 瞿麦、山栀、侧柏叶、滑石各 10g 大黄 6g 甘草 2g 大青叶 30g 四季青 (*Ilex chinensis Sims*) 15g。血尿明显者加小蓟 15g 生地 10g 白茅根 30g; 伴恶寒、发热者加柴胡 6g 黄芩 10g。

(2) 少阳郁热型: 除尿路刺激症状, 常伴

寒热往来、心烦作呕、口苦咽干、头昏目眩、不思饮食诸症，舌苔薄白或薄黄，脉象弦数。治宜和解少阳，利湿通淋。以柴芩汤加减配伍抗菌中药：柴胡、黄芩、银花、半夏各 10g 蒲公英、大青叶各 30g 甘草 3g 木通 5g 车前草 15g。

(3) 三焦湿困：除膀胱刺激症状，伴身重疼痛，口干不欲饮，胸闷不饥，腰痛，苔白腻或黄腻。脉濡数。治宜宣利三焦，清化湿热，以三仁汤加减：杏仁、半夏、薏仁、滑石各 10g 竹叶、蔻仁、厚朴各 5g 通草 3g。若湿重舌苔白腻、胸闷呕恶者加藿香、佩兰各 10g 苍术 6g；若热重，舌苔黄腻，口渴尿黄者加黄芩、黄柏、苦参各 10g 竹叶 5g 生石膏 30~60g；尿道涩痛明显者加车前草、白茅根各 30g 琥珀 3g(吞服)。

另有两种常见证型，一是怀孕尿淋，应注意安胎和胃，利尿通淋，若尿血或阴道流血，则宜凉血止血。常用黄芩、白术、续断、大小蓟、荠菜花 [*Capsella bursa-pastoris* (L) Medic] 之类。二是平素脾胃虚弱、或因久用抗菌西药引起胃部疼痛、食欲减退，治宜兼顾健脾和胃，加用陈皮、砂仁、淮山药，厚朴等。

2. 慢性期：病程 6 个月以上，有较轻的膀胱刺激症状，时作时止的腰疼痛，易感疲乏，常有低热，小便涩滞，尿后余沥。常因劳倦、房事、或患感冒后急性发作。大多属“劳淋”、“气淋”的虚症。正衰邪恋，虚中夹实，宜扶正祛邪、标本同治。常见证型如下。

(1) 肾阴不足：腰疼痛，头昏耳鸣，精神疲乏，尿频，尿有余沥，或低热口干，夜寐不宁，甚至盗汗、梦遗或月经不调。舌质红，舌苔少，脉细。治宜养阴清热，以知柏地黄汤为主方：知母、黄柏、山萸肉、淮山药、茯苓、丹皮各 10g 泽泻、熟地各 5~10g。腰痛明显者加续断、狗脊、杜仲、延胡各 10g 低热、盗汗者加青蒿 5~10g 银柴胡 10g 鳖甲 20~30g。

(2) 脾肾气虚：腹胀纳呆，腰痛绵绵，尿频而清长或夜尿多，尿后余沥不尽，尿液检查

往往脓细胞不多，而以下腹坠胀为著。脉细或沉，舌质淡胖，舌苔薄白。治宜健脾补肾，常用补中益气汤或菟丝子汤加减：黄芪、党参、白术各 10~15g 茯苓、山药、菟丝子、陈皮各 10g 升麻、柴胡各 5g 炙草 3g。面色苍白、肢冷怯寒、舌质淡胖者可加制附片 10g 肉桂 3~5g(上肉桂粉用量 1g 左右) 巴戟天 10g。

(3) 气阴两虚：在急性期症状缓解后，病程缠绵，反复发作，尿路刺激症状不著，只觉腰疼胀，小便黄浊涩滞，尿意不尽，小腹微胀，同时可伴倦怠乏力，少气懒言或低热口干，舌红苔薄，脉虚细或弦细。宜益气养阴，以加减保真汤主治：党参、黄芪、白术各 10~15g 甘草 3g 生地、知母、黄柏、熟地、续断各 10g 茯苓、车前子各 5~10g 当归 10~15g 枳壳 5g。若发热加柴胡、地骨皮各 10g；口燥咽干加天冬、麦冬各 10g；寐差多汗加五味子、酸枣仁各 10g；纳呆便溏加莲肉、焦三仙。少数病例我们曾用培土补肾煎加减治疗：黄芪、党参、白术各 10~15g 陈皮、当归、菟丝、杜仲、枸杞子各 10g 地黄、麦冬各 10g。

(二) 验方治疗(21例)：入院后先输液三天，包括 5% 葡萄糖盐水、0.9% 生理盐水、复方林格氏液各 500ml。配合服虎车合剂：虎杖、大青叶各 30g 车前草、仙鹤草、白花蛇舌草各 20g 白芍 15g 黄芪 10g。每日服 1~2 剂。孕妇加黄芩、白术、当归各 10g，减虎杖；脾胃虚弱加陈皮、白术、茯苓、姜半夏各 10g；肾阴不足加知柏地黄丸，每次服 9g，日服 2~3 次；脾肾两虚加肾气丸或补中益气丸，每次 6~9g，日服 3 次。

(三) 坐浴方：凡尿路感染发作较频，与性生活关系较密切，或内服中西药疗效欠佳时，可加用坐浴法内外合治。方药：苦参、土牛膝 (*Achyranthes aspera* L) 各 15g 土茯苓 (*Smilax glabra* Roxb) 30g 黄柏、蛇床子各 10g 枯矾 6g。每日一剂，坐浴两次。先熏蒸会阴部，然后坐浴，有一次放在睡前。

二、中西医结合治疗(35例)

其中虎车合剂加西药抗生素 7 例, 中医辨证治疗加西药抗生素 28 例。一般均属难治的病例。本组病例大多选用庆大霉素, 少数用 SMZ-TMP 或 STS 疗法 (每次口服 SMZ1g, TMP0.2g, 碳酸氢钠 1g, 每天 2 次, 14 天为一疗程)。绿脓杆菌感染时, 应用羧苄青霉素 (每日 6~8g, 肌肉注射或静脉滴注), 同时配合服用抗绿脓杆菌的中药: 虎杖、地榆、紫花地丁各 30g 黄芩、黄柏、连翘各 10g。

疗效分析

一、疗效评定标准 1. 临床治愈: 症状体征消失, 尿常规正常, 尿培养阴性。

2. 好转: 症状体征基本消失, 或明显减轻, 尿常规正常或好转, 尿培养阴性或仍有少量细菌生长。

3. 无效: 症状体征、尿常规虽有改善, 但尿培养有细菌生长或菌数增加。

二、疗效分析 1. 总的疗效: 196 例中临床治愈 149 例占 76.02%; 好转 42 例占 21.43%; 无效 5 例占 2.55%, 有效率 97.45%。

2. 急性期疗效: 133 例中临床治愈 110 例 (82.71%), 好转 22 例 (16.54%), 无效 1 例 (0.75%), 有效率 99.25%。

3. 慢性期疗效: 63 例中临床治愈 39 例 (61.90%), 好转 20 例 (31.75%), 无效 4 例 (6.35%), 有效率 93.65%。

经统计学处理, 急性期与慢性期的临床治愈率相比, 二者有显著性差异 ($P < 0.05$)。而急性期与慢性期的有效率相比, 二者无显著性差异。

4. 中医辨证治疗组疗效: 140 例中临床治愈 104 例 (74.29%), 好转 31 例 (22.14%), 无效 5 例 (3.57%), 有效率 96.43%。

5. 验方治疗组疗效: 21 例中临床治愈 18 例 (85.71%), 好转 3 例 (14.29%), 有效率 100%。

6. 中西医结合组疗效: 35 例中临床治愈 35 例 (100.00%)。

经统计学处理, 中西医结合治疗组和中医辨证治疗组相比, 二者的临床治愈率有显著性

差异 ($P < 0.05$)。中西医结合治疗组和验方治疗组相比, 二者的临床治愈率无显著性差异。中医辨证治疗组与验方治疗组相比, 二者临床治愈率无显著性差异。

7. 症状和体征疗效分析: 按治疗后好转例数与治疗前原有症状和体征例数相比, 作为有效率。腰痛 55.68% (98/176), 尿频 79.75% (130/163), 尿痛 81.41% (127/156), 尿急 82.24% (125/152), 肾区叩痛 69.60% (87/125), 乏力 81.67% (40/60), 发热 96.61% (57/59), 食欲减退 69.23% (18/26), 水肿 74.00% (37/50), 尿少 97.14% (34/35), 头昏 75.76% (25/33), 恶心或呕吐 72.41% (21/29), 肉眼血尿 96.55% (28/29)。其中以利尿、消除血尿、退热等方面疗效明显。

讨论

一、急性期治疗: 根据“急则治标”原则, 要求尽快改善临床症状, 同时, 控制及消灭尿路内细菌。辨证用药加抗菌中药或西药, 确可增强疗效。闰桂华曾报告, 对有抗菌作用的鲜药用植物, 加热煮沸 10 分钟后, 抗菌作用减弱或消失⁽¹⁾。受此启示, 本组病例煎取中药时要求抗菌中药后下, 水量多, 药汁淡, 以药代茶, 饮次不拘。先后在服药 7 天与 12 天作尿培养, 结果阴性者, 结束急性期治疗。若尿培养还有少量细菌生长, 再服药 5~7 天, 尿培养复查后定下一步治疗方案。

二、慢性期治疗: 根据“缓则治本”、“扶正祛邪”原则, 要求在增强机体免疫功能的基础上, 改善症状, 控制和消灭细菌。辨证用药加免疫增强型中药十分重要。经常选用的有黄芪、党参、地黄、杞子、首乌、菟丝子、白术、当归、茯苓、黄精、白花蛇舌草、仙茅、肉桂、玄参、麦冬、天冬、白芍等。对某些免疫功能低下, 久用抗生素无效的患者, 在服用免疫增强型中药后, 免疫球蛋白 (IgG、IgA 等) 和补体 (C_3 和 CH_{50}) 值升高, 尿培养转为阴性。熊本悦明等报告, 尿内免疫球蛋白具有抗细菌抗原的抗体, 分泌型 IgA 还具有阻止细菌粘附

于粘膜细胞的功能(2,3)。说明机体的免疫能力与尿路感染的发病确实有关。

三、中西医结合治疗效果好：本组采用中西医结合治疗的均为难治性病例。通过药敏投用西药，针对性强；加用中药“扶正”，增强抵抗力，使药物能起到最大限度的作用。对绿脓杆菌感染、特别是术后尿路感染者、或糖尿病、肿瘤病人并发尿路感染者，均宜中西医结合治疗。

四、巩固疗效、预防复发的措施：1. 服药：任选4种具有抗菌作用的中药或西药，如三金片(金钱草、海金沙、鸡内金)、四季青片、知柏地黄丸、痢特灵、消炎灵、复方新诺明等，每种药服1周，每天睡前、排尿后服1次常规量。第五周起再轮流服，一般服6个月，对发作频繁者，可服8~12个月。

2. 多饮水：每天饮水不少于1,500ml，饮绿茶水也可。

3. 注意卫生习惯。易患尿路感染病人的尿道周围上皮细胞的细菌粘附数显著高于对照组(4)。外阴部的清洁很重要。

4. 及时治疗与发病有关的疾病：如妇女的盆腔炎、滴虫性阴道炎；尿路结石引起的尿滞留；前列腺肥大等。

5. 增强机体免疫功能：适当进行体育活动，服用补气、健脾、补肾、补血等中药，或注射“人血丙种球蛋白”、“胎盘球蛋白”等。

参 考 文 献

1. 周桂华，等。369种鲜药用植物的抗菌作用筛选。药学通报1960；2:57。
2. 熊本悦明，他。尿路感染と免疫。腎と透析 1978；5(2):11。
3. Мамедова Я А, ир. Сывороточные иммуноглобулины и бактериальная сенсibilизация при пиелонефрите у детей. Урол и Нефрол 1977；4:17。
4. 洪中立。易患尿路感染女孩尿道周围上皮细胞的细菌粘附。医学文摘(泌尿系疾病专辑) 1978；12:49。

中西医结合治疗小儿病毒性口炎的体会

江苏徐州医学院附属医院 苏慧雯

1983~1984年，我们用银翘散加减，辅助西药治疗小儿病毒性口炎8例，疗效满意，报道如下。

临床资料 8例中男3例，女5例。年龄为5个月~5岁之间。疱疹性咽峡炎6例；疱疹性口炎2例。主要症状：持续发热2~3天，烦躁，拒食或流涎，吞咽不利，口腔咽部软腭散在淡黄色小米粒样疱疹。1例扁桃体上亦有破溃的疱疹。舌质淡红，苔薄白，指纹紫色达风关，脉浮数。白细胞总数及分类在正常范围者2例，白细胞总数4,100~4,600，淋巴细胞44~50%，中性粒细胞36~54%者4例，余2例未查。6例就诊前曾用庆大霉素、复方磺胺甲基异噁唑，2例用过青霉素，均无效。

治疗方法及结果 方剂组成：银花、连翘、桔梗、诃子、蝉衣、甘草、牛蒡子各3~6g，山豆根1.5~3g，板蓝根15~20g，蚤休6~12g。呕吐加竹茹6g；烦躁、口渴、舌边尖红加黄连1.5~3g、地骨皮、生地各3~8g。每日一剂，煎二次，约200ml，分4次口服。西药辅助治疗：复合维生素B 1片，日3次；

维生素C 0.1，日3次；疼痛较甚者用2%普鲁卡因适量涂口腔。

结果：8例全部治愈。服中药1剂退热者5例，2剂退热者3例，一般3剂口腔炎症全部消失。

典型病例 徐×，男，11月。持续发热(38~39.5°C)3~4天伴拒食，哭闹不安，流涎。曾用庆大霉素、复方磺胺甲基异噁唑无效。查体：软腭及扁桃体上散在疱疹，扁桃体上疱疹破溃呈淡黄色溃疡。舌淡红，指纹达风关。白细胞总数4,100，中性粒细胞56%，淋巴细胞44%。局部涂2%普鲁卡因，口服复合维生素B及银翘散加减3剂，每日一剂，煎2次，分3~4次服。服1剂后即退热，患儿安静入睡，次日即能进食，吞咽顺利，精神好转，服3剂后咽部疱疹及溃疡全部消失，局部仅见充血。继服2剂后痊愈。

体 会 小儿病毒性口炎中医辨证属外感风热，邪袭肺卫，治以疏散风热，祛邪利咽，用银翘散加减治疗，疗程短，效果好，无副作用。

Abstract of Original Articles

196 Cases of Urinary Tract Infection Treated With TCM and WM Combined

Dou Guoxiang (窦国祥), et al

TCM Department, Affiliated Hospital of Nanjing Railway Medical College, Nanjing

In this paper, 196 cases of urinary tract infections (133 acute cases and 63 chronic cases) were reported. The clinical cure rates of them were 82.71% and 61.90% respectively ($P < 0.05$). 140 cases were treated in accordance with the principle of overall differentiation of symptoms and signs, 21 cases were treated with proved efficacious recipes and 35 cases were treated with combined traditional Chinese and western medicine. Their curative rates were 74.29%, 85.71% and 100% respectively. Thus the combined method had the best therapeutic effect.

Following to the principle "to treat the acute symptoms first in emergency cases, when these being relieved, to treat its fundamental causes", at the acute stage, apart from rendering treatment according to an overall differentiation of symptoms and signs, antibacterial Chinese herbs were added. For the chronic cases, the therapeutic principle of "strengthening the patient's resistance and dispelling invading pathogenic factors" was followed, the patient was treated with emphasis on symptomatic differentiation. Chinese herbs as immunological potentiators were used in addition. And for the refractory cases, traditional Chinese medicine and western medicine were applied simultaneously.

(Original article on page 526)

Analysis of Therapeutic Effect of 1,148 Cases of Bacillary Dysentery Treated with *Pyrrosia Sheareri*

Zhao Yunhua (赵云华)

163 Hospital, PLA, Changsha

1,148 patients with bacillary dysentery were admitted to our hospital for treatment from April 1970 to December 1983. The patients were divided into 2 groups: group A, 909 cases treated with *Pyrrosia sheareri* (Bak) Ching (PSC); group B, 239 cases treated with PSC and TMP; group C, 192 cases treated with Furaxone and TMP, serving as control. The cure rates of the three groups were 93.2%, 95.4% and 94.2% respectively, without statistically significant difference ($P > 0.05$). About the average number of days required for restoring normal bowel movements was less in group A and group B than in group C ($P < 0.01$). The number of days required for restoring normal findings in stool tests was less in group B than in group A or group C ($0.01 < P < 0.05$). The number of days required for negative finding of stool culture was less in group B than in group A ($P < 0.01$). Sigmoidoscopic studies showed no difference between these groups. Our experiment showed that PSC inhibited growth of bacillus dysenteriae in vitro. Clinically PSC developed no side effect. It may be concluded that PSC is a good Chinese herbal medicine for bacillary dysentery.

(Original article on page 530)

Thirteen Cases of Multiple Pyogenic Hepatic Abscess Treated with TCM and WM Combined

Huang Ziping (黄自平)

The First Surgical Department of the General Hospital of Wuhan Command, PLA

In this paper, 13 cases of multiple pyogenic hepatic abscess treated with TCM and WM combined are reported. Most of the cases of this series did not improve or even worsened after long-term administration of antibiotics or antibiotics plus surgical drainage, but when Chinese medicinal herbs were added in their regimen, they were cured. According to traditional Chinese medicine, the disease can be classified into 3 types: flaming up of toxic heat and stagnation of vital energy and blood; accumulation of toxic heat in the liver and deficiency of both vital energy and blood; and extreme stagnation of toxic heat and rotten tissues changing into carbuncle. Chai Hu Jie Du Tang (柴胡解毒汤, Bupleurum root detoxication decoction) was used as principal prescription, with necessary additions or reductions required by the different types of syndrome given above. Generally, the patients' temperature began to fall and their conditions started to improve in about a week or so after treatment with the decoction or the decoction plus antibiotics. 10-15 days later, their temperature became normal. A surgical drainage should be performed if the patient's temperature did not drop and serious systemic toxicity persisted and no reduction of hepatic abscess was observed after a week's treatment. After the operation, they should be treated continuously with the decoction or the decoction plus antibiotics till complete recovery. All the 13 cases were cured. The cure rate was high as compared with those reported home and abroad, which indicates that treating multiple pyogenic abscess with TCM and WM combined is an effective method.

(Original article on page 534)