

• 病例讨论 •

非复杂性再发性下尿路感染病案

占永立* 赵 琛整理

中国中医科学院广安门医院肾病科,北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号,100053)

* 通讯作者:zhanyongli88@sina.com, (010)88001415

[关键词] 再发性尿路感染;中医药疗法;病案

1 病历摘要

患者,女,73岁。主因“尿频、尿急、尿痛反复发作6年余,加重3天”,2010年7月5日以“尿路感染急性发作”收入住院。患者6年前无明显诱因出现尿频、尿急、尿痛,伴口干、口苦,小腹坠痛,我院门诊查尿常规:尿蛋白(PRO)(-)、隐血(ERY)150/ μ l、白细胞(LEU)500/ μ l。诊断为急性下尿路感染,每次口服诺氟沙星片0.2g,每日3次,1周后症状消失。以后每因劳累、受凉等因素导致尿路感染反复发作,每年发作约5~7次,曾多次行尿培养,可见多种致病菌,如:大肠杆菌、大肠埃希菌等。每次发作后经中西医结合治疗,临床症状缓解。3天前患者因劳累后再次出现尿频、尿急、尿痛等症状,门诊查尿常规:PRO(-)、LEU 500个/ μ l、RBC 1~2个/HP,遂收入住院。入院时症见:尿频、尿急、尿痛,尿时灼热感,小便色深如浓茶色,小腹坠痛,口干、口苦,口黏腻,纳差,大便偏干,舌质暗红、苔黄厚腻,脉细滑。既往有高血压病史30余年,冠状动脉粥样硬化性心脏病病史10余年,现口服厄贝沙坦等治疗,病情平稳。查体:体温36.9℃,血压130/82mmHg。一般情况可,心肺正常,腹部正常,双肾区叩击痛(-),双下肢不肿。实验室检查:①血常规:血红蛋白126g/L、白细胞 9.96×10^9 /L、红细胞 4.72×10^{12} /L、血小板 226×10^9 /L、中性粒细胞0.531、淋巴细胞0.388。②尿常规:PRO(-)、ERY 150个/ μ l、LEU 500个/ μ l。③尿培养加药敏:大肠埃希菌,对氨苄西林/舒巴坦等敏感。④血生化:血糖6.09mmol/L,血肌酐 105μ mol/L,白蛋白36.8g/L,球蛋白42.4g/L,C-反应蛋白156.60mg/L。腹部B超:肝、胆、脾、胰、双肾未见异常。泌尿系统B超:未发现梗阻、畸形、积水等异常。入院诊断:西医诊断:慢性尿路感染急性发作;中医诊断:淋证(湿热弥

漫三焦)。中医治法:宣化三焦,利湿通淋。处方以三仁汤加减:豆蔻9g,杏仁12g,薏苡仁18g,厚朴6g,法半夏9g,通草3g,滑石20g,淡竹叶6g,篇蓄12g,石韦12g,(熟)大黄9g,甘草6g。并予哌拉西林他唑巴坦钠3.375g,静脉滴注,每日2次。10天后尿频、尿急、尿痛等症状基本消失。为预防尿路感染再次复发,并明确下一步治疗方案,于2010年7月16日进行病例讨论。

2 病例讨论

住院医师包某:该患者尿路感染病史6年以上,3天前因劳累后复发,西医可诊断为慢性尿路感染急性发作。中医诊断为劳淋,目前其尿频、尿急、尿痛等急性症状明显缓解,主要表现为腰酸痛,乏力,口干、口苦,小腹坠胀,尿时灼热感,舌质偏暗红、苔稍黄腻,脉细滑略数。中医辨证属气阴两虚,余热未清。中医治宜益气养阴、清热利湿。处方以知柏地黄汤加减。以上诊断与治疗是否合理,能否达到预防疾病反复发作的效果,请上级医师指导。

主治医师韩某:该患者临床以尿频、尿急、尿痛为主症,病情反复发作6年以上,无尿路功能或解剖上的异常,且多次尿常规检查均无尿蛋白(可除外上尿路感染),因此,确切诊断应为非复杂性再发性下尿路感染。中医治疗方面,患者除尿频、尿急、尿痛等尿道刺激症状外,伴有小腹坠胀等气滞表现,因此,处方中建议加入疏肝理气活血之品如柴胡、乌药等。

副主任医师王某:再(复)发性尿路感染临床常见两种情况,一是许多患者伴有结石、畸形或其他梗阻等复杂因素存在,此类患者只有通过外科等手段尽可能去除这些复杂因素,才能防止感染复发;二是也有相当一部分患者,特别中老年患者,从影像学检查并无尿路梗阻等复杂因素,其泌尿系统结构完全正常,但长期反复发作尿路感染,给患者带来极大的痛苦。具体到该患者,中医诊断属劳淋的范畴,其本

为肾气阴两虚且偏重于肾阴虚;标为湿热内蕴于下焦,伴有肝气郁滞。中医治宜滋阴清热利湿为主、佐以理气活血。方中清利湿热之力略显不足,可加入清利湿热之品如瞿麦、萆薢等,同时可以配合西医抑菌疗法。

主任医师饶某:该患者的中西医诊断虽然并不复杂,但如何防止尿路感染反复发作是临床较为棘手的问题。老年人肾精已亏,元气不足,抗病能力减弱,因此,再(复)发性尿路感染常见。因为长期使用抗生素患者容易产生耐药或副作用较多,所以中医药在预防淋证反复发作方面可能具有一定的优势。中医学认为,淋证的病机不单纯为热,也有中气不足、下元亏虚等,与病程长短、治疗是否合理等有关。正如《景岳全书》所言:“淋之初病则无不由乎热剧,无容辨矣,但有久服寒凉而不愈者,故必以脉以证,而察其为寒为热为虚。”淋证,特别是劳淋,其病位虽然主要在肾,但与心脾不足密切相关。病机多为本虚标实,以心脾肾亏虚为本,湿热及瘀血为标。劳淋临床上常分为以下3型进行辨证论治:①心劳:症见小便滞涩,尿时余沥不尽,伴心悸、气短,口干舌燥,手足心热,舌尖红,脉细数等。治宜益气滋阴养心,清热解毒利湿。处方常以清心莲子饮加减。②肾劳:症见小便频数,尿时灼热,腰膝酸痛,五心烦热,舌红少苔,脉细数等。治宜滋阴清热利湿。处方多以知柏地黄汤加减。③脾劳:症见小便急迫,尿时不爽,伴小腹坠胀,纳少腹胀,倦怠乏力,大便溏薄,舌淡苔白,脉细弱。治宜健脾升阳利湿。处方常以补中益气汤加减。此外,还有寒淋(处方常用金匱肾气汤加减)及气淋(处方常以柴胡疏肝散加减)等。该患者属劳淋(肾劳)范畴,治疗宜滋阴清热、利湿通淋,处方以知柏地黄汤加减较为合理。

主任医师占某:按照中医治未病的原则,尿路感染不仅发作期需要治疗,缓解期也需要治疗。发作期与缓解期属于本病的不同阶段,发作期临床以清利湿热为主,缓解期则强调补益脾肾。经过长期的临床实践,我们形成了中医治疗尿路感染的较为系统的辨证论治体系,现简述如下。

疾病发作期:包括急性尿路感染和慢性尿路感染急性发作,临床上以尿频、尿急、尿痛,尿液浑浊,腰痛,或发热恶寒,偶见血尿为特征,舌质红、苔黄腻,脉滑数。主要分为以下3型:①膀胱湿热证。为

湿热毒邪,蕴结膀胱,气化失司,水道不利所致。治宜清热解毒,利湿通淋。处方常以八正散加减。②肝胆郁热证。为湿热侵犯肝胆,少阳枢机不利所致。治宜清泻肝胆湿热。处方常以龙胆泻肝汤加减。③三焦湿热证。为湿热之邪,侵犯三焦,湿热阻滞,气化不利所致。治宜宣利三焦,清化湿热。处方常以三仁汤加减。

疾病缓解期:急性症状已缓解,病程在6个月以上,排尿不适不甚明显,自觉腰痛、疲乏无力,常因劳累或感冒等诱发尿路感染急性发作,主要分为以下4型。①脾肾气虚证:为素体脾肾不足,或久病正气亏虚,湿瘀内生所致。治宜健脾补肾,通淋祛瘀。处方常用补中益气汤合四物汤加减。②肝肾阴虚证:为湿热久蕴下焦,热盛伤阴,湿盛壅遏,致化源不足,肝肾阴虚。治宜滋阴清热利湿。处方常以知柏地黄汤加减。③气阴两虚证:为湿热久羁,或清利太过,暗耗气阴,致气阴两虚,余邪留恋所致。治宜益气养阴,佐以清热利湿。处方常以生芪地黄汤加减。④湿热余邪:为余邪未尽,湿热停留,阻滞下焦,气化不利所致。治宜清热化湿解郁,处方常以丹栀逍遥散加减。该患者在疾病发作期属湿热弥漫三焦,治宜宣化三焦、清热利湿,处方宜三仁汤加减;目前已进入缓解期,中医辨证属肝肾阴虚、湿热内蕴。治宜滋补肝肾,佐以清利湿热。处方可以知柏地黄汤加减。此外,患者舌质暗红,与久病入络、湿瘀互阻、气滞血瘀等原因而形成的瘀血证有关,因此,中医处方中可加入桃仁、红花等活血化瘀之品。

3 后记

经讨论后确立主要治疗方案如下:①中医治法:滋补肝肾,清热利湿,活血化瘀。处方以知柏地黄汤加减:知母 12g,黄柏 12g,生地黄 12g,熟地黄 12g,牡丹皮 12g,茯苓 9g,泽泻 9g,山药 12g,山茱萸 12g,乌药 12g,车前草 20g,萆薢 20g,桃仁 12g,红花 9g,川牛膝 12g,甘草 6g)。②小剂量抗生素抑菌疗法3个月(第1、2、3个月分别于每晚睡前口服阿莫西林 0.25g、头孢克洛 0.25g、头孢呋辛 0.25g)。患者2010年7月18日出院,随访半年尿路感染未再复发,现仍门诊随诊观察。

(收稿日期:2011-02-22;修回日期:2011-05-03)

[编辑:洪 涛]