

中西医结合治疗慢性肾炎疗效及配合护理干预对患者肾功能的影响

何少娟, 茹卫琴

绍兴市中心医院内科, 浙江 绍兴 312030

[摘要] 目的: 探讨中西医结合治疗慢性肾炎疗效及配合护理干预对患者肾功能的影响。方法: 将 120 例慢性肾炎患者根据随机分组法分为观察组和对照组各 60 例。对照组采用阿魏酸哌嗪片口服治疗, 观察组在对照组治疗方案的基础上结合黄葵胶囊治疗。2 组患者均于入院后给予护理干预, 2 组疗程均为 8 周。比较分析 2 组临床疗效、24 h 尿蛋白定量和血浆白蛋白水平、肾功能水平及不良反应。结果: 总有效率观察组 96.67%, 高于对照组 86.67%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组 24 h 尿蛋白定量治疗后比治疗前减少, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 而血浆白蛋白治疗后较治疗前增加, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组 24 h 尿蛋白定量治疗后低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 而血浆白蛋白治疗后高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组尿素氮 (BUN) 和血肌酐 (Cr) 治疗后均较治疗前减少, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组 BUN 和 Cr 治疗后低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗期间 2 组均未见明显不良反应。结论: 中西医结合治疗同时配合护理干预慢性肾炎患者疗效显著, 可改善患者肾功能, 且无明显不良反应, 临床应用安全可靠, 具有重要研究价值。

[关键词] 慢性肾炎; 中西医结合疗法; 护理干预; 肾功能; 24 h 尿蛋白定量; 血浆白蛋白

[中图分类号] R692.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0241-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.092

慢性肾炎是因各种原因致使的一组原发于双侧肾小球的局灶性或者弥漫性病变^[1]。该病临床表现主要为血尿、蛋白尿以及水肿等, 其临床特点主要为病程长, 呈慢性进行性加重, 并且随着疾病的发展, 会造成慢性肾功能损害, 为致使终末期肾衰竭的主要原因, 从而使患者身心健康受到严重影响^[2~3]。目前, 对于该病的治疗尚无明确的方法。因此, 临床上采取及时有效的治疗方法和护理干预尤为重要。近年来, 研究报道显示, 中西医结合治疗慢性肾炎患者取得了良好的临床效果^[4~5]。本研究旨在分析中西医结合治疗慢性肾炎疗效及配合护理干预对患者肾功能的影响, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2013 年 2 月—2015 年 2 月期间本院收治的 120 例慢性肾炎患者。诊断均符合《中医病证诊断疗效标准》^[6]中的相关标准。男 46 例, 女 74 例; 年龄 30~70 岁, 平均年龄(43.28 ± 6.57)岁; 病程 3 月~9 年, 平均(4.62 ± 1.14)年; 根

据随机分组法将其分为 2 组各 60 例, 2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 2 组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	男/女(例)	平均年龄(岁)	平均病程(年)
观察组	60	24/36	42.79 ± 6.23	4.56 ± 1.09
对照组	60	22/38	43.85 ± 6.92	4.70 ± 1.18
χ^2/t 值		0.1410	0.8818	0.6751
P		> 0.05	> 0.05	> 0.05

1.2 纳入标准 符合诊断标准者; 24 h 尿蛋白定量 < 3.5 g; 血肌酐(Cr) $< 133.0 \mu\text{mol/L}$; 均经医院伦理委员会批准者; 签署知情同意书者。

1.3 排除标准 不符合上述纳入标准者; 合并有肝脏、心血管或者造血系统等严重疾病者; 对研究所用药物过敏者; 妊娠或者哺乳期妇女。

2 干预方法

2.1 对照组 采用阿魏酸哌嗪片(厂家: 康普药业股份有限公司; 国药准字: H430217601; 规格: 每片

[收稿日期] 2015-12-15

[作者简介] 何少娟 (1965-), 女, 主管护师, 研究方向: 中西医结合康复护理观察慢性肾炎。

50 mg; 批号: 141201), 每次 3 片, 每天 3 次。

2.2 观察组 在对照组治疗方案的基础上结合黄葵胶囊(厂家: 江苏苏中药业集团股份有限公司; 国药准字: Z19990040; 规格: 每粒 0.5 g, 30 粒, 批号: 140302), 每次 5 粒, 每天 3 次。

2 组患者均于入院治疗采取护理干预。具体干预方法包括: ①常规护理干预: 护理人员应在患者入院后确保患者病房内清洁, 保持湿度和温度, 创造良好的环境, 同时指导患者采取正确的平卧位姿势, 减轻痛苦; ②心理干预: 由于慢性肾炎病程长, 并且呈慢性进行性加重, 患者容易出现焦虑、恐惧等不良心理因素。护理人员应主动与患者进行交流, 建立良好的护患关系; 耐心向患者讲解疾病相关知识, 让其掌握疾病治疗及护理中的注意事项, 增加战胜疾病的信心, 从而积极主动地配合治疗; ③饮食干预: 护理人员应嘱咐患者多进食高维生素、低脂、低磷以及优质蛋白等易消化的饮食, 患者应按照病情定优质蛋白摄入量, 对于肾功能正常而尿蛋白较多者则给予每天 1~1.5 g/kg, 对于肾功能损害严重时限制患者摄入量为每天 0.6~0.8 g/kg; ④出院指导: 护理人员应在患者出院后嘱咐患者注意起居规律、合理休息、劳逸结合, 同时加强饮食调养, 并且按照病情进行适当锻炼; 鼓励患者保持积极乐观的情绪; 要求患者坚持长期规范治疗, 定期复查; 日常生活注意保暖。

2 组总疗程均为 8 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察 2 组治疗后临床疗效; ②观察 2 组患者 24 h 尿蛋白定量和血浆白蛋白水平治疗前后变化; ③观察 2 组患者肾功能指标治疗前后变化, 包括尿素氮(BUN)和 Cr; ④观察 2 组患者治疗期间不良反应。

3.2 统计学方法 应用 SPSS22.0 统计学软件分析处理, 对数据中二者间(组间、组内)计量资料采用 t 检验, 以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 对数据中二者间(组间、组内)计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]标准进行判定。临床治愈: 患者经治疗后临床症状、体征消失, 并且实验室相关指标检测正常; 显效: 患者经治疗后临床症状、体征明显改善, 并且实验室相关指标检测正常或者基本正常; 有效:

患者经治疗后临床症状、体征有所改善, 并且实验室相关指标检测有所改善; 无效: 患者经治疗后临床症状、体征实验室相关指标较治疗前无改善, 甚至加重。总有效率=(临床治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$

4.2 2 组临床疗效比较 见表 2。总有效率观察组高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组临床疗效比较

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	60	24(40.00)	20(33.33)	14(23.33)	2(3.33)	96.67
对照组	60	19(31.67)	18(30.00)	15(25.00)	8(13.33)	86.67
χ^2 值						3.9273
P						< 0.05

4.3 2 组 24 h 尿蛋白定量和血浆白蛋白水平变化比较 见表 3。2 组 24 h 尿蛋白定量和血浆白蛋白水平治疗前比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 2 组 24 h 尿蛋白定量治疗后较治疗前减少, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 而血浆白蛋白治疗后较治疗前增加, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组 24 h 尿蛋白定量治疗后低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 而血浆白蛋白治疗后高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组 24 h 尿蛋白定量和血浆白蛋白水平变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	24 h 尿蛋白定量(g/L)		血浆白蛋白(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	2.35 $\pm$ 0.48	0.42 $\pm$ 0.12 ^①	25.53 $\pm$ 4.28	39.14 $\pm$ 3.25 ^①
对照组	60	2.40 $\pm$ 0.52	0.85 $\pm$ 0.23 ^①	26.04 $\pm$ 4.56	36.03 $\pm$ 3.49 ^①
t 值		0.5473	12.8392	0.6317	5.0514
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$

4.4 2 组肾功能水平变化情况比较 见表 4。2 组 BUN 和 Cr 治疗前比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 2 组 BUN 和 Cr 治疗后均较治疗前减少, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组 BUN 和 Cr 治疗后低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4.5 不良反应 治疗期间 2 组均未见明显不良反应。

5 讨论

慢性肾炎通常指一种以血尿、高血压、水肿以及蛋白尿等症状迁延不愈在 1 年以上或者伴有肾功能减退的原发性肾小球疾病。该病由于病理类型及病期

表 4 2 组肾功能水平变化情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	BUN(mmol/L)		Cr(μ mol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	6.19 $\pm$ 0.59	4.21 $\pm$ 0.38 ^①	173.94 $\pm$ 25.48	86.74 $\pm$ 14.25 ^①
对照组	60	6.12 $\pm$ 0.62	4.69 $\pm$ 0.52 ^①	178.49 $\pm$ 31.25	98.42 $\pm$ 13.55 ^①
t 值		0.6335	5.7729	0.8741	4.6010
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$

不同, 其临床表现也不尽相同; 该病病因、发病机制以及病理类型各不相同, 但免疫炎症均为该病起始因素^[9]。目前, 临床上对慢性肾炎患者西医主要采用综合治疗措施, 如控制蛋白尿、低盐饮食、血管紧张素受体拮抗剂、低盐饮食以及血管紧张素转换酶等, 但其疗效不十分理想^[9]。研究显示, 近年来, 中医药在改善慢性肾炎患者症状、体征方面取得了良好的临床效果, 且临床应用安全可靠^[10]。

中医学认为, 慢性肾炎属尿血、水肿、疲劳、腰痛等范畴。中医学理论认为, 湿热是致使慢性肾炎出现蛋白尿最重要的因素。该病属本虚标实、虚实夹杂之证, 其病机错综复杂, 其中血瘀、热毒、湿热为该病三大病理因素。而由于湿热易于热毒兼杂为患, 湿热久留, 阻络致瘀, 从而使得病情反复难愈, 迁延缠绵。因此, 临床上应以解热祛湿、消除水肿为主。黄葵胶囊主要成分包括黄蜀葵花, 具有清利湿热、解毒消肿功效。现代药理研究表明, 黄葵胶囊具有明显的抗炎、利尿、消肿等作用, 同时还具有调节机体免疫功能, 从而减轻肾损伤作用。本文研究结果表明, 中西医结合治疗同时配合护理干预取得了明显的临床疗效, 且可明显降低患者 24 h 尿蛋白定量水平, 提高

血浆白蛋白水平, 降低水平, 故而提示中西医结合治疗同时配合护理干预可改善患者肾功能。

综上所述, 中西医结合治疗同时配合护理干预慢性肾炎患者疗效良好, 可改善患者肾功能, 且无明显不良反应, 临床应用安全可靠, 具有重要研究价值。

[参考文献]

- [1] 朱铁锤. 慢性肾炎蛋白尿 60 例临床观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2012, 11(18): 1470-1471.
- [2] 全红. 黄芪健中汤加减治疗慢性肾炎的疗效分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2012, 11(10): 797-798.
- [3] 段晓虹, 董竞成, 何立群, 等. 补肾活血方对慢性肾炎肾虚血瘀证患者蛋白尿、尿 IL-6、TGF- β 1 及 MCP-1 的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(6): 765-768.
- [4] 佟艳丽, 苏秀文. 中西医结合治疗慢性肾炎 44 例[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(24): 5564-5565.
- [5] 杜文霞. 中西医结合治疗慢性肾炎 32 例[J]. 河南中医, 2012, 32(7): 894-895.
- [6] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [7] 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: 68-73.
- [8] 汤伟. 缬沙坦联合金水宝治疗慢性肾炎蛋白尿临床研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2012, 36(3): 287-289.
- [9] 张丛梅. 厄贝沙坦联合肾炎康复片治疗慢性肾炎蛋白尿疗效观察[J]. 吉林医学, 2012, 33(6): 1218.
- [10] 刘晓玲. 中西医结合治疗慢性肾炎水肿 56 例[J]. 河南中医, 2014, 34(7): 1383-1384.

(责任编辑: 刘淑婷)