

补肾排毒汤灌肠治疗慢性肾病3~4期气阴两虚证疗效与护理体会

陈海青, 徐媛媛, 袁朵, 沈蓉

恩泽医疗中心集团恩泽医院, 浙江 台州 318000

[摘要] 目的: 观察补肾排毒汤灌肠及护理干预治疗慢性肾病3~4期气阴两虚证的临床疗效。方法: 将90例慢性肾病3~4期患者参照随机数字表法平均分为2组; 2组均采用常规控制血压, 改善血脂, 低盐、低脂及优质蛋白饮食以及利尿、纠正贫血等对症治疗对照组采取血必净注射液静脉滴注, 每天2次, 病情严重者每天3~4次, 常规护理干预。治疗组在对照组治疗及护理方案的基础上应用补肾排毒汤灌肠及饮食护理干预; 分析2组治疗后临床疗效; 比较2组24h尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮水平及中医症状评分。结果: 总有效率治疗组77.78%, 对照组53.33%, 治疗组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后24h尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮水平均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗组治疗后面色无华、少气乏力、手足心热、腰痛和浮肿评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 在常规治疗和护理干预基础上, 中药灌肠及护理干预治疗气阴两虚证慢性肾病3~4期可降低24h尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮水平, 改善中医症状, 提高临床疗效, 值得临床应用。

[关键词] 慢性肾病; 气阴两虚证; 中药灌肠; 24h尿蛋白定量; 血肌酐; 尿素氮; 中医症状评分

[中图分类号] R692 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0262-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.099

慢性肾病是临床常见病, 调查显示, 截止2011年我国慢性肾病病例数高达1.2亿^[1]; 该病的主要临床表现有大量蛋白尿、水肿、低蛋白血症、高脂血症等, 常易并发感染、肾衰竭、血栓及心力衰竭等, 近年慢性肾病的发病率逐年升高, 给患者及其家庭造成严重影响^[2]。中医药治疗慢性肾病取得一定进展, 尤其应用中药灌肠疗法对慢性肾病3~5期非透析患者已被证实疗效确切^[3]。本研究根据慢性肾病3~4期气阴两虚证的病机特点, 在常规西医治疗及护理基础上给予补肾排毒汤灌肠及饮食护理干预措施; 补肾排毒汤为《小儿药证直诀》六味地黄丸加味而定, 具有益气养阴、活血排毒之功效; 笔者观察了该疗法联合护理措施的疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

1.1.1 慢性肾病诊断标准 参照《慢性肾脏病及透析的临床实践指南》^[4]制定标准; ①存在肾损害或肾功能下降, 且持续时间 ≥ 3 月; ②肾小球滤过率 < 60

$\text{mL}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2) \geq 3$ 月, 伴有或不伴有肾脏损伤。本组研究选择肾小球滤过率30~59 mL/min和15~29 mL/min的慢性肾病3~4期患者。

1.1.2 气阴两虚证诊断标准 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]制定标准; 主症: 面色无华, 少气乏力, 或易感冒, 午后低热, 或手足心热, 腰痛或浮肿。次症: 口干咽燥, 咽痛; 舌脉: 舌质红, 少苔, 脉细或弱。

1.2 纳入标准 ①符合慢性肾病诊断标准者; ②符合气阴两虚证诊断标准者; ③年龄30~60岁; ④慢性肾病3~4期者; ⑤最近未服用中药治疗者; ⑥所有自愿加入, 且签署同意书者。

1.3 排除标准 ①伴有心脑血管、肝、造血系统等严重功能障碍者; ②孕妇或哺乳期妇女; ③对灌肠过敏者; ④合并恶性肿瘤及精神病者; ⑤其他原因引起的继发性慢性肾病患者。

1.4 一般资料 90例慢性肾病3~4期(原发病均为慢性肾小球肾炎)患者均为恩泽医疗中心集团恩泽医

[收稿日期] 2015-12-20

[作者简介] 陈海青 (1981-), 女, 主管护师, 研究方向: 中药灌肠的护理观察。

[通讯作者] 沈蓉, E-mail: shenr@enzemed.com。

院 2012 年 7 月—2014 年 2 月收治的病例, 参照随机数字表法平均分为 2 组各 45 例; 对照组男 27 例, 女 18 例; 年龄 37~58 岁, 平均(45.71±5.96)岁; 病程 1.1~2.1 年, 平均(1.67±0.25)年; 初诊 24 h 尿蛋白 3.9~18.5 g, 平均(8.69±1.15)g; 血清白蛋白 17.7~32.1 g/L, 平均(25.92±3.93)g/L。治疗组男 26 例, 女 19 例; 年龄 36~59 岁, 平均(45.33±5.80)岁; 病程 1.2~2.3 年, 平均(1.71±0.22)年; 初诊 24 h 尿蛋白 3.8~18.2 g, 平均(8.72±1.12)g; 血清白蛋白 17.5~32.3 g/L, 平均(26.05±3.96)g/L。2 组性别、年龄、病程及病情等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 2 组均采取常规控制血压, 改善血脂, 低盐、低脂及优质蛋白饮食以及利尿、纠正贫血等对症治疗。

2.2 对照组 采取血必净注射液(天津红日药业股份有限公司, 国药准字 Z20040033)100 mL, 静脉滴注, 用生理盐水 100 mL 稀释, 于 30~40 min 完成, 每天 2 次, 病情严重者每天 3~4 次。给予护理干预: 密切观察病情变化, 监测患者生命体征包括血压、体质量等, 记录液体出入量等。

2.3 治疗组 在对照组治疗及护理方案的基础上应用补肾排毒汤灌肠及护理干预。(1)补肾排毒汤灌肠: 采用补肾排毒汤, 处方: 熟地黄 15 g, 山茱萸、山药、黄芪、六月雪各 12 g, 牡丹皮、茯苓、泽泻、人参、丹参、大黄、蒲公英、牡蛎各 10 g, 当归、益母草各 9 g; 上述药物加水 400 mL, 浸泡 30 min 左右, 浓煎约 150 mL, 进行保留灌肠; 中药灌肠护理: 灌肠前, 向患者解释操作过程及目的, 消除其紧张心理, 并取得配合, 嘱患者排空二便, 在每晚临睡前进行; 灌肠中, 患者取左侧卧位, 垫高臀部约 10 cm, 顺势插管约 25 cm, 灌液温度为 37℃~38℃, 灌液滴速 30~40 滴/min, 以患者舒适及无便意为宜, 动作轻松, 避免引起患者不适; 灌肠后, 嘱患者维持膝胸卧位约 2 h, 每天 1 次, 连续治疗 10 天为 1 疗程, 休息 5 天继续下一疗程。(2)护理干预: ①饮食护理: 饮食原则为低脂肪、不刺激、易消化的食物, 食入充足的碳水化合物, 严禁食用咸菜、辛辣、腌制等食物, 做到饮食规律。②心理护理: 了解患者心理障碍, 针对性耐心交流、开导, 帮助其消除

焦虑、悲观情绪; 介绍以往成功病例, 鼓励其保持乐观心态, 提高机体抗病能力, 利于疾病康复。③并发症护理: 该病患者常伴有双下肢水肿等症状, 应将双下肢抬高 30°~45°, 利于血液循环, 减轻水肿, 指导患者行适当肢体活动, 以防肢体血管发生血栓; 同时用温水擦洗皮肤, 以防感染; 阴囊水肿者, 用滑石粉涂于阴囊和大腿近阴囊周围。④健康宣教: 将本病程期间注意事项告知患者, 让患者做好自我体征监测、预防感染等, 同时对患者家属进行健康宣教, 配合患者早期康复。

2 组均给予 12 月治疗。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①2 组 24 h 尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮水平测定: 应用雅培 c8000 生化分析仪于治疗前后检测; ②2 组中医症状评分: 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]慢性肾病症状分级量表进行, 评价指标: 面色无华、少气乏力、手足心热、腰痛及浮肿 5 项, 均按无(0 分)、轻度(2 分)、中度(4 分)和重度(6 分)4 级症状分级记分。

3.2 统计学方法 本组数据采取 SPSS17.0 统计软件包分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 比较采用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]标准评定。显效: 临床症状体征积分减少 $\geq 60\%$, 血肌酐降低 $\geq 20\%$; 有效: 临床症状体征积分减少 $\geq 30\%$, 血肌酐 $\geq 10\%$; 稳定: 临床症状体征积分 $< 30\%$, 血肌酐无增加, 或降低 $< 10\%$; 无效: 临床症状体征无改善, 甚或加重, 血肌酐增加。总有效率 = (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 1。总有效率治疗组 77.78%, 对照组 53.33%, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	稳定	无效	总有效率(%)
对照组	45	12	12	11	10	53.33
治疗组	45	19	16	8	2	77.78 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组 24 h 尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮水平比

较 见表2。治疗后,2组患者24h尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮水平均下降,差异均有统计学意义($P < 0.01$);治疗组治疗后24h尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮水平低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表2 2组24h尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	24h尿蛋白定量(g)	血肌酐($\mu\text{mol/L}$)	尿素氮(mmol/L)
对照组	治疗前	6.03±0.82	141.75±15.28	10.55±1.27
	治疗后	2.81±0.43 ^①	115.08±12.05 ^①	8.49±0.96 ^①
治疗组	治疗前	6.05±0.86	143.12±15.43	10.62±1.32
	治疗后	1.15±0.15 ^②	99.72±10.86 ^②	6.15±0.76 ^②

与本组治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

4.4 2组中医症状评分比较 见表3。治疗后,2组患者面色无华、少气乏力、手足心热、腰痛和浮肿评分比治疗前均下降,差异均有统计学意义($P < 0.01$);治疗组治疗后面色无华、少气乏力、手足心热、腰痛和浮肿评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表3 2组中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	面色无华	少气乏力	手足心热	腰痛	浮肿
对照组	治疗前	4.77±0.58	4.61±0.52	4.59±0.50	4.71±0.51	4.65±0.49
	治疗后	2.39±0.28 ^①	2.23±0.26 ^①	2.21±0.25 ^①	2.17±0.25 ^①	2.15±0.23 ^①
治疗组	治疗前	4.81±0.57	4.58±0.55	4.56±0.49	4.68±0.54	4.68±0.51
	治疗后	1.43±0.18 ^②	1.32±0.15 ^②	1.28±0.16 ^②	1.22±0.14 ^②	1.30±0.16 ^②

与治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

5 讨论

在中医学慢性肾病相当于癃闭、肾风、水肿、肾劳等病范畴,以“虚、湿、瘀”为其主要病理表现,脾肾气阴两虚为其主要病机。脾虚则水谷精微物质输布失职,引起气血生化不足;肾虚则固摄失职,导致精微下泄而产生蛋白尿及低蛋白血症等症状;同时脾虚水湿运化失调,肾虚蒸化失职,导致水湿内停、湿热蕴结下焦、损害肾阴;《沈氏尊生书》记载:“气运于血,血随气以周流,气凝血亦凝矣,气凝在何处,血凝亦在何处。”脾、肾气虚运化失职,使体内形成血瘀,而瘀血可进一步影响津液输布,使水肿加剧,阻滞气机形成浊邪^⑥;因此,临床治疗慢性肾病3~4期气阴两虚证患者须以益气滋阴、祛瘀化湿及泄浊排毒为法则。

根据上述治疗法则,笔者在常规西药基础上采取

补肾排毒汤灌肠治疗,方中熟地黄滋阴补肾、填精益髓;山茱萸补养肝肾;山药补益脾阴;泽泻利湿而泄肾浊,并能减熟地黄之滋腻;茯苓淡渗脾湿,并助山药之健运,与泽泻共泻肾浊,助真阴得复其位;牡丹皮清泄虚热,并制山萸肉之温涩;人参、黄芪健脾益气;当归、丹参、益母草活血补血;大黄、蒲公英、牡蛎、六月雪活血清利、泄浊排毒;采取上述药物灌肠疗法,使荡涤肠道,增大药液与肠道的作用面积,利于肠道排出更多毒素^⑦。

临床实践发现,对慢性肾病患者应用科学护理干预措施可明显改善临床症状,促进疾病康复^⑧。本研究在治疗组慢性肾病患者中应用饮食护理等干预措施,收效明显。慢性肾病患者肾功能受损,引起低蛋白血症,降低渗透压,导致高脂血症,诱发冠心病等发生;故患者应低脂肪饮食。大多数慢性肾病患者预后较差,需长期治疗,给患者的精神造成极大伤害,易产生悲观、恐惧心理,影响临床治疗效果;故护理人员应及时与患者交流、开导,在生活上给予关心、照顾等,使其消除悲观情绪,利于机体免疫力提高。慢性肾病常伴有严重并发症,如水肿、皮肤感染等,采取相应护理方法及时干预,既避免了并发症发展可能危及生命,也可促进疾病康复。目前,鉴于慢性肾病患者获取该病相关知识的渠道较少,一定程度上造成了患者的依从性较差,而将本病疗程期间注意事项告知患者及其家属,能有效弥补以上不足,增强了护患间的信任,也利于疾病早期康复。

结果显示,治疗组患者总有效率77.78%,优于对照组53.33%,差异有统计学意义($P < 0.05$);24h尿蛋白定量、血肌酐及尿素氮水平是反映慢性肾病患者肾功能损害程度的重要指标,也常用于慢性肾病中晚期患者的临床诊断^⑨;笔者检测了2组患者治疗前后24h尿蛋白定量、血肌酐及尿素氮水平的变化,结果显示:治疗后,治疗组患者24h尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮水平低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。中医药依据辨证施治进行处方给药,其治疗效果直接体现为患者证候的变化;故本研究观察了两组治疗前后患者中医症状情况,结果发现:治疗后,治疗组患者面色无华、少气乏力、手足心热、腰痛和浮肿评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

综上所述,补肾排毒汤灌肠联合西药治疗慢性肾

病3~4期气阴两虚证,从西医体征指标和中医症状改善方面均起到较好疗效,值得临床应用。

[参考文献]

- [1] Zhang L, Wang F, Wang L, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey[J]. Lancet, 2012, 379(9818): 815-822.
- [2] 单岩, 马安娜, 苗金红, 等. 120例中老年慢性肾病患者生活质量调查及其影响因素分析[J]. 广东医学, 2010, 31(20): 2669-2671.
- [3] 胡顺金, 杨友丽, 汪飞, 等. 大黄泄浊颗粒保留灌肠对非透析慢性肾病湿热证患者血清结缔组织生长因子及肝细胞生长因子的影响[J]. 安徽中医药大学学报, 2015, 34(3): 16-19.
- [4] 王海燕, 王梅. 慢性肾脏病及透析的临床实践指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1275.
- [5] 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: 163-167.
- [6] 李涛, 周锦. 周锦教授谈慢性肾病的辨治要点[J]. 中医药导报, 2011, 17(5): 8-10.
- [7] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 196-198.
- [8] 李飞. 人文关怀在慢性肾病患者优质护理服务中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2014, 33(9): 2305-2307.
- [9] 夏运成, 彭灿辉, 周志芳, 等. 唾液尿素、肌酐、尿酸水平在慢性肾病患者中的临床意义[J]. 中南大学学报: 医学版, 2012, 37(11): 1171-1176.

(责任编辑: 刘淑婷)

龙胆草汤湿敷对儿童急性湿疹的护理效果

查小明

海宁市人民医院小儿科, 浙江 海宁 314400

[摘要] 目的: 观察龙胆草汤湿敷对儿童急性湿疹的护理效果。方法: 将96例急性湿疹随机分为对照组和治疗组, 各48例。2组均给予基础护理措施; 对照组: 渗出明显采取3%硼酸溶液湿敷, 湿出减少后采用炉甘石洗剂和糠酸莫米松乳膏外擦; 治疗组, 渗出明显者采用龙胆草汤湿敷, 渗出减少后同对照组。疗程均为2周。采用视觉模拟评分(VAS)评价治疗前后瘙痒和睡眠影响程度; 进行治疗前后皮损程度采用湿疹面积及严重程度指数(EASI)评分; 记录瘙痒和渗出减轻时间。结果: 总有效率治疗组95.83%, 对照组81.25%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后2组瘙痒、睡眠、EASI评分均较治疗前显著下降, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 治疗后治疗组瘙痒、睡眠、EASI评分低于对照组, 与对照组治疗后比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗组瘙痒和渗出减轻时间均短于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 龙胆草汤湿敷对有明显渗出的儿童急性湿疹患者, 能明显减轻瘙痒和缩短渗出时间, 减轻皮损, 改善睡眠, 提高临床疗效。

[关键词] 儿童急性湿疹; 湿敷; 龙胆草汤; 护理

[中图分类号] R758.23 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0265-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.100

儿童急性湿疹为儿科、皮肤科门诊常见病之一, 主要表现为红斑、丘疹、水疱、渗出等, 并伴剧烈瘙痒, 若失治、误治易演变成慢性甚至迁延不愈, 严重影响了患儿的生活质量和生长发育^[1]。本病属于中医

湿毒疮范畴, 乃因风、湿、热蕴结, 充于腠理, 浸淫肌肤所致。局部治疗是湿疹主要手段, 外治湿疹中医的优势和特色, 可避免儿童内服中药依从性差的缺陷, 提高患者的治疗依从性。笔者对儿童急性湿疹以

[收稿日期] 2015-10-21

[作者简介] 查小明 (1964-), 女, 主管护师, 研究方向: 中西医护理研究。