[8] 侯丽君,赵晓峰. WHO 生存质量简表评价脑卒中患者信度及效度研究[J/CD]. 中华针灸电子杂志,2013,2(1):5-8.

[9] 李淑丽. 抑郁症患者自杀行为的防范与护理[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2012,15(9):141-142.

[10] 朱水华,孔令军,彭晶. 青少年抑郁症患者家庭功能及家庭治疗与干预研究[J]. 中国医学创新,2014,11(27):118-120.

[11] Saleh ES, Gomaa Z, Jamal RA. Psychosocial burden on informal caregivers of patients with bipolar mood disorders [J]. Middle East Current Psychiatry, 2013, 20(4): 216-222.

[12] 邹小芳,于书慧,刘青,等. 应用聚焦解决模式对合并焦虑、抑郁的慢性阻塞性肺疾病患者进行延续护理的效果[J]. 解放军护理杂志,2014,31(8):11-14.

(收稿日期:2017-01-18　修回日期:2017-03-26)

·临床探讨·

加味小柴胡汤对慢性肾小球肾炎患者肾功能、尿蛋白、免疫功能的影响

苟中富[1],王建新[1],刘思美[1],张金平[1],张　庆[2]
(四川省巴中市中医院:1. 肾内科;2. 检验科　636000)

摘　要:目的　探讨以和解少阳法为主要治法组成的加味小柴胡汤对慢性肾小球肾炎患者肾功能、尿蛋白、免疫功能的影响。**方法**　选取该院 2013 年 12 月至 2015 年 12 月肾内科收治的慢性肾小球肾炎患者 120 例,采用随机数字表法分为对照组与观察组,每组各 60 例。对照组患者予降压、纠正电解质紊乱、酸碱平衡、低盐优质蛋白饮食等常规基础治疗,观察组在对照组治疗的基础上联合服用加味小柴胡汤,比较两组 24 h 尿蛋白定量,肾功能指标:尿素氮(BUN)、肌酐(SCr)、肾小球滤过率(GFR),以及 IgA 与 IgG 水平。**结果**　治疗后,观察组 24 h 尿蛋白定量明显下降,与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前两组患者 BUN、SCr、GFR 差异无统计学意义,治疗后两组患者 SCr、GFR 差异无统计学意义($P>0.05$),BUN 较治疗前有所下降,且观察组 BUN 更低,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前两组患者 IgA 与 IgG 水平差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后两组患者 IgA 与 IgG 均较治疗前有所上升,且观察组 IgA 与 IgG 水平更高,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论**　加味小柴胡汤可以降低慢性肾小球肾炎患者 24 h 尿蛋白定量,保护肾功能,提高免疫功能。

关键词:加味小柴胡汤;　慢性肾小球肾炎;　肾功能;　尿蛋白;　免疫功能
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.044　**文献标志码:**A　**文章编号:**1672-9455(2017)16-2448-03

慢性肾小球肾炎是以蛋白尿、血尿、高血压、水肿为基本临床表现,起病方式各不相同,病情迁延,病变缓慢进展,可有不同程度的肾功能减退,最终将发展为慢性肾衰竭的一组肾小球疾病。慢性肾小球肾炎的治疗以防止或延缓肾功能进行性恶化,改善或缓解临床症状及防治严重合并症为主要目的。目前现代医学治疗慢性肾小球肾炎的药物大多使用血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体拮抗剂类药物,部分患者选用免疫抑制剂、肾上腺皮质激素,但远期疗效欠佳。慢性肾小球肾炎属中医"水肿"、"虚劳"等病范畴,中医现已普遍认为本病属本虚标实,本虚主要责之脾肺肾,但与肾虚关系最密切;标实为外感、水湿、湿热、淤血等。脏腑虚损,湿热瘀阻,三焦气机不畅,决渎失职是慢性肾小球肾炎发病的主要病理机制。基于慢性肾小球肾炎本虚标实,病情迁延的病理特点,只有虚实兼顾,标本同治,才能取得良好的疗效[1]。加味小柴胡汤可助正达邪、疏导三焦气机,使气机调畅以达到扶正祛邪的目的[2]。本研究旨在探讨以和解少阳法为主的加味小柴胡汤对慢性肾小球肾炎患者肾功能、尿蛋白、免疫功能的影响,现报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取本院 2013 年 12 月至 2015 年 12 月肾内科收治的慢性肾小球肾炎患者 120 例,男 63 例,女 57 例;年龄 16～72 岁,平均(47.59±6.52)岁;病程 6～22 个月;其中膜性肾病 17 例,系膜毛细血管性肾炎 28 例,系膜增生肾炎 48 例,局灶性肾炎 16 例,增生硬化性肾炎 11 例。采用随机数字表法分为对照组与观察组,每组各 60 例。两组患者性别、年龄、病程、病理类型等一般资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2　诊断标准

1.2.1　西医诊断标准　参照叶任高主编《内科学》第 5 版慢性肾小球肾炎诊断标准。

1.2.2　中医证候标准　参照《伤寒论》"少阳篇"拟定:(1)患者见口苦、咽干、目眩,或心烦喜呕、胸胁苦满、往来寒热、不欲饮食 7 症中的 1 症;(2)舌淡红,苔薄白,脉弦;(3)近 2 个月有外感病史。

1.3　纳入和排除标准

1.3.1　纳入标准　(1)临床资料完整,能按时服药;(2)志愿参加本研究并签署知情同意书。

1.3.2　排除标准　(1)妊娠、哺乳期女性;(2)合并精神病患者;(3)合并严重心脑血管疾病、急慢性肝脏疾病、造血系统疾病者。

1.4　方法　对照组患者予降压、纠正电解质紊乱、酸碱平衡、低盐优质蛋白饮食等常规基础治疗,观察组在对照组治疗的基础上联合服用加味小柴胡汤,药物组成如下:柴胡 20 g,党参 30 g,黄芩 15 g,半夏 15 g,大枣 3 枚,生姜 3 片,炙甘草 10 g,黄芪 30 g,黄精 30 g,淫羊藿 30 g。兼血淤者加虎杖 15 g,桃仁 15 g;湿热甚者加薏苡仁 30 g,石韦 20 g;兼水肿者加车前子 20 g,茯苓 30 g;兼热毒者加白花蛇舌草 30 g,蒲公英 30 g。每剂水煎至 600 mL,每日 3 次,每次 200 mL,饭后温服。2 d 一剂,2 个月为 1 个疗程,1 个疗程后统计疗效。

1.5　观察指标　(1)治疗前、后 24 h 尿蛋白定量,肾功能指标:尿素氮(BUN)、肌酐(SCr)、肾小球滤过率(GFR)。(2)免疫功能评估。在治疗前 1 d、治疗结束后采用免疫法检测 IgA 与 IgG 水平。

1.6　统计学处理　采用 SPSS 22.0 软件进行数据统计分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,以 $P<$

0.05 为差异有统计学意义。

2　结　　果

2.1　两组患者治疗前、后 24 h 尿蛋白定量比较　见表 1。观察组患者治疗后 24 h 尿蛋白定量明显下降，与对照组和治疗前比较差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表 1　两组患者治疗前、后 24 h 尿蛋白定量比较（$\bar{x}\pm s$，g/d）

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	60	1.83±0.76	1.32±0.64
对照组	60	1.87±0.69	1.78±0.71

2.2　两组患者治疗前、后肾功能比较　见表 2。治疗前两组患者 BUN、SCr、GFR 差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后两组患者 SCr、GFR 差异无统计学意义，但 BUN 较治疗前有所下降，且观察组 BUN 更低，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表 2　两组患者治疗前、后肾功能比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	时间	SCr（μmol/L）	BUN（mmol/L）	GFR（mL/min）
对照组	60	治疗前	110.4±21.2	6.88±1.42	67.99±0.23
		治疗后	116.4±18.4	6.32±2.02	71.84±0.17
观察组	60	治疗前	110.6±22.5	6.94±1.52	69.03±0.23
		治疗后	117.1±17.2	5.43±1.97	72.57±0.15

2.3　两组患者免疫功能比较　见表 3。两组患者治疗前 IgA 与 IgG 水平差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后两组患者 IgA 与 IgG 水平均较治疗前有所上升，且观察组 IgA 与 IgG 水平更高，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表 3　两组患者免疫功能比较（$\bar{x}\pm s$，g/L）

组别		时间	IgA	IgG
观察组	60	治疗前	0.35±0.12	4.92±1.48
		治疗后	0.68±0.28	7.10±1.02
对照组	60	治疗前	0.23±0.32	4.68±1.59
		治疗后	0.44±0.36	6.49±1.15

3　讨　　论

慢性肾小球肾炎具有发病率高、病程长、易反复的特点。慢性肾小球肾炎的治疗以防止或延缓肾功能的进行性损害、改善或缓解临床症状、防治严重并发症为目的[3-4]。现代医学多采用饮食疗法、控制血压、抗凝、抗血小板聚集及防治能引起肾损害的危险因素等对症治疗，部分患者根据病理类型可选用激素、免疫抑制剂[5-7]。中医认为慢性肾小球肾炎属本虚标实，本虚主要责之脾肺肾，但与肾虚关系最密切；标实为外感、水湿、湿热、淤血等。脏腑虚损，湿热瘀阻，三焦气机不畅，决渎失职是慢性肾小球肾炎发病的主要病理机制。肝胆同主疏泄，以调达全身气机，三焦气化通利，脏腑功能正常，则“水精四布，五经并行”；三焦气化不利，津液不化，停滞于体内，浊液不能外排，则化为水饮、痰湿、湿热、淤血等病理产物。因此，少阳三焦在慢性肾小球肾炎的中医发病机制中起到十分重要的作用，故慢性肾小球肾炎可从少阳论治。

小柴胡汤出自张仲景《伤寒论》少阳病篇，主治少阳半表半里之症，有疏肝利胆、健脾和胃、调畅气机、和解少阳之功。针对慢性肾小球肾炎的发病机制，小柴胡汤寒热并用，攻补兼施，可助正达邪、疏利三焦气机，使正气旺、气机畅，以达到扶正祛邪的目的。小柴胡汤中柴胡、黄芩和解少阳、调畅气机，一散一清，清透并用，外解半表之邪，内清半里之热；半夏、黄芩、生姜辛开苦降，既有助于少阳火邪的清除，又有助于健脾和胃、疏畅气机。半夏、生姜、柴胡疏肝运脾、和胃降逆；党参、炙甘草、大枣健脾益气、扶正祛邪。小柴胡汤既体现和解少阳狭义的“和法”，又体现疏畅气机、导利三焦、扶正祛邪等广义的“和法”。现代药理研究证实，小柴胡汤可激活巨噬细胞的功能，增强人体特异性及非特异性免疫反应，是一种生物反应的调节剂[8]。方中柴胡为君药，具有较强的抗炎杀菌作用，又解热止痛[9]；黄芩清热解毒，具有明显的抗炎、降压、镇静、杀菌作用[10]；党参补气健脾，具有增强免疫力、降压、扩血管、改善微循环等作用[11]；半夏燥湿化痰，具有抗炎作用[12]；生姜解表和胃，具有抗炎、杀菌作用[13]；黄芪具有益气固表、增强免疫力、降低尿蛋白、利尿降压的作用；黄精气阴双补，肺脾肾兼顾，有增强免疫功能、抗衰老、抗疲劳等作用；淫羊藿补肾固精，具有增强机体免疫力、抗缺氧、抗衰老，清除自由基等作用。因此，加味小柴胡汤不仅可以抑制炎症，而且能够很好地调节免疫力，降低尿蛋白，保护肾功能。

本研究结果显示，治疗后观察组患者 24 h 尿蛋白定量明显下降，与对照组比较差异有统计学意义（$P<0.05$）；治疗前两组患者 BUN、SCr、GFR 差异无统计学意义，治疗后两组患者 SCr、GFR 差异无统计学意义，但 BUN 较治疗前有所下降，且观察组 BUN 更低；两组患者治疗前 IgA 与 IgG 差异无统计学意义，治疗后两组患者 IgA 与 IgG 水平均较治疗前有所上升，且观察组 IgA 与 IgG 水平更高。说明加味小柴胡汤可以降低慢性肾小球肾炎患者 24 h 尿蛋白定量，保护肾功能，提高免疫功能。

参考文献

[1]　丁世永，郑平东，何立群，等. 小柴胡汤改善慢性肾小球肾炎患者炎症及减轻蛋白尿的作用研究[J]. 中国中西医结合杂志，2013，33(1)：21-26.

[2]　张向荣，王云龙. 慢性肾小球肾炎应用中药疗法的临床研究[J]. 中医临床研究，2014，6(6)：70-71.

[3]　兰乐健，彭健韫，廖益飞，等. 缬沙坦治疗慢性肾小球肾炎合并高血压患者的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志，2014，30(2)：112-114.

[4]　桑大华. 前列地尔注射液联合注射用阿魏酸钠治疗老年慢性肾小球肾炎患者的疗效[J]. 中国老年学杂志，2015，35(22)：6580-6581.

[5]　王红月，顾春梅，陈燕，等. 来氟米特联合中小剂量泼尼松治疗老年慢性肾小球肾炎的疗效观察[J]. 中国老年学杂志，2010，30(18)：2576-2578.

[6]　梁辑. 缬沙坦分散片与前列地尔注射液联合治疗慢性肾小球肾炎的疗效观察[J]. 海南医学，2015，32(12)：1813-1814.

[7]　张立杰. 小柴胡汤改善慢性肾小球肾炎患者症状及减轻蛋白尿的作用疗效分析[J]. 医学信息，2013，27(17)：526.

[8]　张志芳. 用黄芪注射液联合小柴胡汤治疗慢性肾小球肾炎的效果分析[J]. 当代医药论丛，2014，12(20)：19-20.

[9]　韩玉昆，郭鹏丽，王卫东，等. 小柴胡汤加减治疗慢性肾小球肾炎蛋白尿的临床研究[J]. 光明中医，2012，27(12)：2464-2465.

[10]　李宝军，刘志强. 黄芩的药理分析及临床应用探讨[J]. 当

代医学,2015,22(6):127.
[11] 王洁,邓长泉,石磊,等.党参的现代研究进展[J].中国医药指南,2011,9(31):279-281.
[12] 龚道锋,王甫成,纪东汉,等.中药半夏化学成分及其药理、毒理活性研究进展[J].长江大学学报(自科版),2015,12(18):77-79.
[13] 王姝,梁翠茵.生姜药理作用的研究进展[J].卫生职业教育,2014,32(22):148-150.

(收稿日期:2017-01-26 修回日期:2017-03-29)

·临床探讨·

循证护理在冠心病合并 2 型糖尿病患者介入治疗围术期的应用

王海珠,黄婵娟,邢燕姬,庄丽玲,莫占端
(海南省海口市人民医院健康管理体检部 570208)

摘 要:目的 探索循证护理在冠心病合并 2 型糖尿病患者介入治疗围术期的应用价值。**方法** 将 2015 年 1 月至 2016 年 1 月于该院心血管内科住院并行介入治疗术的 100 例冠心病合并 2 型糖尿病患者作为研究对象,根据其入院先后顺序进行编号后将单、双号分成两组,其中单号为对照组,采取常规护理,双号为观察组,采取循证护理,分析两组临床治疗效果。**结果** 观察组患者治疗后空腹血糖[(6.41±0.54)mmol/L]、糖化血红蛋白[(5.58±0.44)%]、收缩压[(121.83±5.23)mm Hg]、舒张压[(75.33±3.02)mm Hg]、左室射血分数[(54.65±4.32)%]、心脏指数[(3.49±0.40)L/(min·m²)]均较治疗前和对照组明显改善(减少或增加),差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者不良心血管事件发生率为 10.00%,并发症发生率为 8.00%,均较对照组明显降低,血糖达标率为 72.00%,患者对护理工作的满意率为 98.00%,均较对照组明显提高,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者治疗后抑郁自评量表评分(41.46±4.65)分,焦虑自评量表评分(39.55±3.74)分,均较对照组明显减少,而生活质量综合评分为(76.54±5.44)分,较对照组明显增加,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 循证护理在冠心病合并 2 型糖尿病患者介入治疗中发挥积极作用,能明显提高临床疗效,控制并发症发生,改善患者心理状态和生活质量,可为临床借鉴和应用。

关键词:循证护理; 冠心病; 2 型糖尿病; 介入治疗; 围术期
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.045 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)16-2450-03

经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术是冠心病的新型治疗手段,疗效明确,创伤小,可快速缓解其临床症状[1]。糖尿病会引起高胰岛素血症、脂代谢紊乱等,促进动脉硬化发展,因此,冠心病合并 2 型糖尿病患者血管病变更为复杂,程度加重,会出现血管重度狭窄、完全闭塞或多支病变等,增加手术难度和风险,对临床治疗和护理均提出了更高的要求[2]。随着近些年循证医学的不断推广,临床护理模式也逐渐转向循证护理[3]。本研究重点探索循证护理在冠心病合并 2 型糖尿病患者 PCI 中的应用价值,以期为临床应用提供借鉴和参考,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2015 年 1 月至 2016 年 1 月于本院心血管内科住院并行 PCI 术的 100 例冠心病合并 2 型糖尿病患者作为研究对象,均经冠状动脉造影检查确诊。均排除严重脏器功能不全者;血流动力学障碍者;持续性心房颤动者;精神障碍者;手术禁忌证者等。研究内容经医院伦理委员会批准并跟踪实施,患者均知情并自愿签署治疗协议。根据患者入院先后顺序进行编号后将单、双号分成两组,单号者 50 例为对照组,男 27 例,女 23 例;年龄 43~78 岁,平均(63.93±4.22)岁;糖尿病病史 4~21 年,平均(8.43±1.10)年;包括心肌梗死型 15 例,心绞痛型 24 例和无症状型 11 例;冠状动脉单支狭窄 30 例,双支狭窄 15 例,3 支及以上狭窄 5 例。双号者 50 例为观察组,男 29 例,女 21 例;年龄 45~79 岁,平均(64.57±4.73)岁;糖尿病病史 3~20 年,平均(8.01±0.93)年;冠心病包括心肌梗死型 18 例,心绞痛型 22 例和无症状型 10 例;冠状动脉单支狭窄 28 例,双支狭窄 16 例,3 支及以上狭窄 6 例。经分析两组临床资料均衡,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法 患者均经股动脉穿刺行 PCI 术,对照组患者采取常规护理,观察组患者采取循证护理,循证护理方法如下。

1.2.1 提出问题 根据临床经验,提出需要解决的问题,包括如何缓解患者术前不良情绪,做好术前准备,减少糖尿病对手术的风险,预防术中可能出现的突发情况及术后并发症等。

1.2.2 寻找循证支持 根据上述问题,查阅相关领域的文献资料并进行筛选、整理、提取,摘取有效信息,以制订手术护理计划。

1.2.3 实施护理干预 (1)心理护理:根据患者易产生恐惧、紧张、焦虑等负性情绪的特点,应加强对其采取心理干预,通过沟通、交流,了解患者心理状态,且交谈时注意语气,并耐心、细致地解答患者疑虑,以达到缓解其负性情绪,树立康复信心的目的,确保手术治疗顺利进行。(2)病情监测:定期测定患者血压,并监测心电图变化,观察血压波动情况,发现异常及时汇报并协助处理。2 h 测量一次血糖,监测血糖变化,发现应激性高血糖需立即注射胰岛素降血糖;多数患者因禁食、禁饮时间过长易出现低血糖,因此,应尽量缩短患者禁食、禁饮时间,并给予富含营养的流质饮食,且禁食前暂停注射胰岛素或减少用药剂量。(3)用药准备:因糖尿病患者血管病变复杂,易导致术中出现心绞痛、血压升高、心律失常、烦躁不安、恶心、呕吐等不良反应,因此,护理人员应将常用急救或抗过敏等药物准备齐全,并分类放置,以便术中使用。(4)饮食干预:饮食宜清淡、低脂、低盐、高维生素食物为主,注意少量多餐、定时定量,以营养均衡、丰富多样为原则,既要控制血糖水平,又要保证能量供给,根据患者具体情况制订饮食方案。(5)并发症预防:术肢术后制动 12~16 h,期间按摩下肢以促进血液循环,防止血栓形成,使用弹力绷带加压包扎,观察穿刺部位动脉搏动情况及创口有无渗血或血肿。对于患者可能发生的深静脉血栓、造影剂肾病、感染、高血压、心律失常、尿潴留等并发症应做好相应护理,避免其发生而影响患者术后康复。(6)出院指导:患者出院