

中药灌肠联合耳穴埋豆对慢性肾衰竭患者肾功能及免疫功能的影响

王娟 雷权

(平煤神马集团总医院, 河南 平顶山 467000)

[摘要] 目的: 探讨中药灌肠联合耳穴埋豆对慢性肾衰竭(CRF)患者肾功能及免疫功能的影响。方法: 选取平煤神马集团总医院 2021 年 3 月至 2023 年 3 月收治的 81 例 CRF 患者, 按随机数字表法分为对照组 41 例、观察组 40 例。对照组患者予常规干预, 观察组患者基于常规干预予中药灌肠联合耳穴埋豆干预, 均干预 15 d, 比较两组患者肾功能指标[血肌酐(Scr)、血尿素氮(BUN)、内生肌酐清除率(Ccr)]、肾动脉血流参数[肾主动脉血流阻力(RI)与血流速度(Vs)]、免疫功能指标(T淋巴细胞亚群 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$)及生活质量。结果: 干预 15 d 后, 观察组患者 Scr、BUN 均低于对照组, Ccr 高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 干预 15 d 后, 观察组患者 RI 低于对照组, Vs 快于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 干预 15 d 后, 观察组患者静脉血 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 高于对照组, $CD8^+$ 低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 干预 15 d 后, 观察组患者生活质量评分高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: CRF 患者接受中药灌肠联合耳穴埋豆干预可改善肾功能、肾动脉血流, 增强免疫功能, 提高生活质量。

[关键词] 慢性肾衰竭; 中药灌肠; 耳穴埋豆

[中图分类号] R 692 **[文献标识码]** B

慢性肾衰竭(chronic renal failure, CRF)作为各类慢性肾脏病终末表现, 患者肾功能进行性减退, 会导致机体代谢产物潴留, 引起内环境失衡, 若不及时干预, 会发展为尿毒症, 威胁患者生命安全^[1]。目前, CRF 尚无治愈方案, 多采取综合干预, 以延缓肾功能衰竭, 缓解临床症状, 其中西医多予纠正代谢紊乱、控制原发病、保护肾功能等对症干预, 加之进行饮食、用药指导等, 以遏制疾病进展^[2]。但西医常规干预无法从根本上缓解 CRF, 整体干预效果不达理想预期。近年来, 中医外治法用于 CRF 取得较好干预效果。中药灌肠作为常用中医疗法, 其将中药汤剂直接灌入肠道, 利用肠黏膜吸收, 发挥药效, 且可减少对其他脏腑刺激^[3]。研究指出, 耳

穴与经络、脏腑存在密切联系, 利用药豆刺激相应耳穴, 可促使经络传导信息, 调节脏腑功能^[4]。但目前有关中药灌肠、耳穴埋豆联合用于 CRF 干预相关研究较少, 尤其是对患者肾功能与免疫功能的影响。鉴于此, 本研究旨在探讨中药灌肠联合耳穴埋豆对 CRF 患者肾功能及免疫功能的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取平煤神马集团总医院 2021 年 3 月至 2023 年 3 月收治的 81 例 CRF 患者, 按随机数字表法分为对照组 41 例、观察组 40 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别/n(%)		年龄 $\bar{x} \pm s$, 岁	病程 $\bar{x} \pm s$, 年	肾功能分期/n(%)			原发病/n(%)			
		男性	女性			I期	II期	III期	肾小球疾病	糖尿病肾病	高血压肾病	其他
对照组	41	26(63.41)	15(36.59)	55.36 ± 4.51	2.13 ± 0.52	6(14.63)	19(46.34)	16(39.02)	17(41.46)	12(29.27)	8(19.51)	4(9.76)
观察组	40	24(60.00)	16(40.00)	55.71 ± 4.50	2.19 ± 0.50	5(12.50)	20(50.00)	15(37.50)	18(45.00)	11(27.50)	7(17.50)	4(10.00)

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准

(1) 符合 CRF 相关诊断标准^[5];

(2) 肾功能分期于 I~III 期; (3) 年龄 18~80 岁;

(4) 意识清晰, 生命体征平稳; (5) 知情同意本研究。

1.2.2 排除标准

(1) 合并严重并发症; (2) 合

并其他脏器器质性病变; (3) 合并消化系统疾病;

[收稿日期] 2023-06-28

[基金项目] 中国平煤神马能源化工集团有限责任公司科研项目(41040220221130911E)

[作者简介] 王娟, 女, 主管护师, 主要研究方向是中西医结合护理。

(4) 精神障碍; (5) 合并感染性疾病; (6) 合并肿瘤;
(7) 合并自身免疫性疾病; (8) 耳廓皮肤破溃或合并耳道疾病; (9) 交流障碍。

1.3 方法

两组患者均依据 CRF 诊疗指南^[5] 予常规治疗, 包括纠正贫血、控制感染、利尿、降压、降糖等。

1.3.1 对照组 予常规干预, 指导患者低盐、优质蛋白饮食, 避免生冷、辛辣刺激性食物, 限制水摄入量; 遵医嘱进行用药指导, 告知患者合理用药重要性, 避免使用肾毒性药物, 并积极控制原发病; 嘱患者保持充足休息, 做好皮肤管理, 避免褥疮等; 加强与患者交流, 评估其心理状况, 尽量消除负面情绪等。干预周期为 15 d。

1.3.2 观察组 基于常规干预, 予中药灌肠联合耳穴埋豆干预。(1) 中药灌肠: 取大黄、煅牡蛎各 30 g, 白花蛇舌草、赤芍、蒲公英、红花各 15 g, 将上述药材加入清水中煎煮 30 min, 用纱布过滤药渣, 取药液 200 ~ 250 mL, 于患者饭后 3 h 进行保留灌肠, 灌肠药液温度于 39 ~ 42 °C; 灌肠操作: 嘱患者排空大小便, 行侧卧位, 对肛门周围充分消毒, 灌肠袋置于高出臀部 40 ~ 60 cm 的架子中, 对肛管进行排气后插入到患者肛门内部, 插入深度以 15 ~ 20 cm 为宜, 叮嘱患者尽量保持静止状态, 药液注入后保留 60 min, 1 次 · d⁻¹。(2) 耳穴埋豆: 指导患者行坐位, 取耳肾穴、大肠穴、脾穴, 常规清洁耳廓皮肤后, 用探棒探查各穴敏感点, 做好标记, 取王不留行籽放于 0.6 cm × 0.6 cm 胶布中心, 贴于各穴敏感点, 用拇指与食指指腹按压王不留行籽, 以患者自觉酸胀、痛、有发热感为得气; 指导患者自行按压, 各穴按压 3 min · 次⁻¹, 3 ~ 5 次 · d⁻¹, 间隔 3 d 更换 1 次耳贴, 每次单耳贴压干预, 双耳交替干预。干预周期均为 15 d。

1.4 观察指标

(1) 肾功能指标: 干预前、干预 15 d 后, 两组患者均采集空腹肘静脉血 4 mL, 使用全自动生化分析仪 (南京贝登医疗股份有限公司, 型号: BS-350S) 测定肌酐 (serum creatinine, Scr)、血尿素氮 (blood urea nitrogen, BUN) 水平, 计算内生肌酐清除率 (creatinine clearance rate, Ccr), [Ccr = (140 - 年龄) × 体质量 / (Scr × 0.818), 女性 Ccr × 0.85]。(2) 肾动脉血流参数: 干预前、干预 15 d, 两组患者均行彩色多普勒超声检查, 测定肾动脉血流阻力指数 (resistance index, RI) 与血流速度 (blood velocity, Vs)。(3) 免疫功能指标: 干预前、干预 15 d, 两组患者均采集空腹肘静脉血 4 mL, 使用流式细胞仪 (深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司, 型号: BriCyte E6) 测定 T 淋巴细胞亚群 CD4⁺、CD8⁺ 水平, 计算 CD4⁺/CD8⁺ 比值。(4) 生活质量: 干预前、干预 15 d 后, 两组患者均使用肾病相关生活质量量表^[6]

评价, 量表涵盖社交、症状与不适、睡眠等 11 项, 共 44 个条目, 总分值 100 分, 分值越高则生活质量越高。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后肾功能指标比较

干预 15 d 后, 两组患者 Scr、BUN 均降低, Ccr 升高, 且观察组 Scr、BUN 均低于对照组, Ccr 高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者干预前后肾功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	Scr/ $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	BUN/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	Ccr/ $\text{mL} \cdot \text{min}^{-1}$
对照组	41	干预前	322.13 ± 31.25	20.45 ± 5.62	28.41 ± 6.10
		干预 15 d 后	271.45 ± 23.21 ^a	16.24 ± 4.12 ^a	34.21 ± 7.54 ^a
观察组	40	干预前	323.25 ± 31.26	20.79 ± 5.13	28.64 ± 6.35
		干预 15 d 后	240.12 ± 22.54 ^{ab}	11.25 ± 3.25 ^{ab}	39.66 ± 8.10 ^{ab}

注: Scr — 肌酐; BUN — 血尿素氮; Ccr — 内生肌酐清除率。

与同组干预前比较, ^a*P* < 0.05; 与对照组干预 15 d 后比较, ^b*P* < 0.05。

2.2 两组患者干预前后肾动脉血流指标比较

干预 15 d 后, 两组患者 RI 均降低, Vs 均增加, 且观察组 RI 低于对照组, Vs 快于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者干预前后肾动脉血流指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	RI	Vs/ $\text{cm} \cdot \text{s}^{-1}$
对照组	41	干预前	0.82 ± 0.15	38.49 ± 4.12
		干预 15 d 后	0.62 ± 0.13 ^c	42.25 ± 5.10 ^c
观察组	40	干预前	0.84 ± 0.13	38.96 ± 4.11
		干预 15 d 后	0.54 ± 0.10 ^{cd}	45.67 ± 5.69 ^{cd}

注: RI — 阻力指数; Vs — 血流速度。

与同组干预前比较, ^c*P* < 0.05; 与对照组干预 15 d 后比较, ^d*P* < 0.05。

2.3 两组患者干预前后免疫功能指标比较

干预 15 d 后, 两组患者静脉血 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 升高, CD8⁺ 降低, 且观察组 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 高于对照组, CD8⁺ 低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者干预前后免疫功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组	41	干预前	29.44 ± 3.65	34.10 ± 3.86	0.87 ± 0.16
		干预 15 d 后	33.52 ± 4.22 ^e	27.41 ± 3.13 ^e	1.22 ± 0.26 ^e
观察组	40	干预前	29.41 ± 3.61	34.18 ± 3.96	0.86 ± 0.18
		干预 15 d 后	37.45 ± 4.15 ^{ef}	25.13 ± 2.66 ^{ef}	1.41 ± 0.29 ^{ef}

注: 与同组干预前比较, ^e*P* < 0.05; 与对照组干预 15 d 后比较, ^f*P* < 0.05。

2.4 两组患者干预前后生活质量比较

干预 15 d 后, 两组患者生活质量评分均升高, 且观察组生活质量评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者干预前后生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前	干预 15 d 后
对照组	41	52.13 ± 6.35	61.58 ± 8.49 ^a
观察组	40	52.39 ± 6.33	72.13 ± 8.65 ^{ab}

注: 与同组干预前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组干预 15 d 后比较, ^b $P < 0.05$ 。

3 讨论

CRF 作为常见慢性肾脏病, 其是由肾小球疾病、糖尿病肾病等多种慢性肾脏病持续进展而来, 容易累及消化、神经等全身多系统, 降低患者生活质量。相关研究表明, CRF 早期予有效干预, 可延缓疾病进展, 减轻患者身心负担^[7]。目前, CRF 的西医干预方案主要以对症治疗为主, 并实施饮食、生活、用药指导等护理干预, 以减轻临床症状, 改善肾脏功能, 但常规方案干预效果有限。

中医将 CRF 归置“癃闭”“水肿”等范畴, 认为其主要病机在于脾肾亏虚、湿浊瘀毒壅塞, 脾失健运, 肾运化失调, 致使水湿化浊, 浊腐瘀毒阻滞, 从而影响津血化生, 日久可累及脏腑, 而干预原则在于祛瘀泻浊、通络化瘀、补益脾肾等^[8]。中药灌肠作为中医干预胃肠疾病常用疗法, 其将药物直接灌入肠道, 经肠黏膜吸收、渗透作用, 可使药效直达病所, 增强干预效果^[9]。同时, 相比口服给药, 中药灌肠可避免药液成分受肝脏首过效应及消化液破坏, 且药液可对肠黏膜产生刺激作用, 提高毛细血管通透性, 从而促使毒素排出。吴水等^[10]研究指出, 中药灌肠用于 CRF 患者干预, 可减少炎症因子生成, 提高肾功能。但中药灌肠单独应用, 药液刺激肠道壁会引发排便反应, 缩短药液保留时间, 从而影响疗效。《灵枢·素问》曰: “耳为宗脉之所聚”。耳穴与全身脏腑、经络相连通, 刺激耳穴, 可激发经络信息传导, 增强脏腑功能, 促使经络疏通^[11]。同时, 现代医学研究认为, 耳穴刺激的神经过冲中枢投射区与支配内脏的神经纤维投射区相同, 利用药豆刺激相应耳穴, 可起到支配内脏运动作用^[12]。

研究指出, CRF 患者机体内滞留的内毒素可促使交感神经兴奋, 增强肾素-血管紧张素活性, 导致肾脏血管收缩, 从而引起肾血流减少, 加重肾脏损伤^[13]。本研究结果显示, 观察组患者 Scr、BUN、RI 较对照组低, Ccr、Vs 较对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明 CRF 患者采用中药灌肠联合耳穴埋豆干预可改善肾功能, 增加肾动脉血流。分析原因在于, 中药灌肠方剂中,

大黄可凉血解毒、泻热, 煅牡蛎可收敛固涩, 白花蛇舌草可解热利尿, 赤芍可清热凉血化瘀, 蒲公英可清热解毒, 红花可活血通经、散瘀止痛, 诸药共奏祛瘀泻浊、活血化瘀作用, 从而解除 CRF 患者体内湿浊瘀毒壅塞, 改善肾功能^[14]。同时, 联合耳穴埋豆干预, 刺激脾穴可补脾、升清阳, 刺激肾穴可补益肾阳, 改善脾肾亏虚, 刺激大肠穴可减弱大肠传导功能, 增强副交感神经兴奋性, 延缓胃肠排空, 从而延长药液保留时间, 增强疗效, 更好地改善肾功能、肾动脉血流。

CRF 患者机体代谢紊乱、血红蛋白减少, 会引起营养不良, 降低 T 淋巴细胞功能, 从而影响机体抵抗力, 增强感染风险。CD4⁺、CD8⁺ 作为 T 淋巴细胞主要亚群, 其水平异常提示机体免疫损伤。本研究结果显示, 干预后, 观察组患者静脉血 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平较对照组高, CD8⁺ 水平较对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明 CRF 患者采用中药灌肠联合耳穴埋豆干预可改善免疫功能。分析原因在于, 药理研究指出, 中药灌肠方剂中大黄活性成分挥发油、氨基酸等, 可调节胃肠功能、增强免疫、保护肾脏; 白花蛇舌草可抗菌、调节免疫^[15]。同时, 耳穴埋豆联合干预可增强脏腑功能, 调节全身气机, 从而可从根本上增强机体免疫功能。此外, 干预后, 观察组生活质量评分较对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明中药灌肠联合耳穴埋豆干预可提升 CRF 患者生活质量。分析原因在于, 患者干预后肾功能改善、肠道内毒素排出, 可缓解临床症状, 减轻躯体不适感, 且耳穴埋豆具有助眠作用, 可改善患者睡眠情况, 从而提高生活质量。

综上所述, CRF 患者采用中药灌肠联合耳穴埋豆干预可改善肾功能、肾动脉血流, 增强免疫功能, 提高生活质量。

[参考文献]

- [1] OLSEN E, GALEN G. Chronic Renal Failure-Causes, Clinical Findings, Treatments and Prognosis [J]. Vet Clin North Am Equine Pract, 2022, 38 (1): 25-46.
- [2] 雍晨, 黄国顺, 葛宏伟, 等. 中医药调节肠道菌群代谢产物氧化三甲胺干预慢性肾脏病及其并发症的研究进展 [J]. 中国中药杂志, 2023, 48 (2): 321-328.
- [3] 陈晓燕, 赵翠萍, 任军华, 等. 慢性肾脏病 (3b-5 期) 非透析患者择时中药保留灌肠的临床研究 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2022, 23 (7): 628-631.
- [4] 姜梅贤, 杨粤峰, 荆阳. 中医情志护理配合灸法及耳穴埋豆疗法对慢性心力衰竭合并抑郁症患者心功能及生活质量的影响研究 [J]. 四川中医, 2022, 40 (8): 197-199.
- [5] 中华中医药学会. 慢性肾衰竭诊疗指南 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9 (9): 132-133.
- [6] 潘林蓉, 刘爽, 蒋更如. 慢性肾脏病患者生活质量评估方

法与影响因素的研究现状 [J]. 中国血液净化, 2020, 19 (1): 49-51, 55.

[7] EYENI D T, LOUMINGOU R, GASSONGO G C, et al. Chronic renal failure in the brazzaville university hospital center: Epidemiological, clinical and evolutionary aspects [J]. Saudi J Kidney Dis Transpl, 2021, 32 (5): 1450-1455.

[8] 彭电, 黄娟, 丑安, 等. 中药治疗慢性肾脏病的研究进展 [J]. 中医药导报, 2022, 28 (3): 135-142.

[9] 陈岳尧, 黎海翔, 符妹丽. 尿毒清颗粒保留灌肠辅助西医基础疗法治疗慢性肾衰竭临床疗效及对患者肾功能、氧化应激、免疫功能的影响 [J]. 湖北中医药大学学报, 2022, 24 (4): 33-36.

[10] 吴水, 臧秀娟, 王珂, 等. 结肠透析联合中药保留灌肠治疗早中期慢性肾衰竭患者的疗效观察 [J]. 贵州医药, 2022, 46 (7): 1120-1121.

[11] 陈明九, 陈国庆, 周晓伟, 等. 腧穴敏化灸联合耳穴埋豆治疗眩晕临床疗效及对糖脂代谢的影响 [J]. 针灸临床杂志, 2022, 38 (10): 21-25.

[12] 王芳, 王英. 中药灌肠联合耳穴埋豆对慢性肾脏病伴恶心呕吐患者症状、肾功能和生活质量的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31 (15): 2159-2162.

[13] 何旭丽, 徐军建. 芪归益气活血汤治疗慢性肾衰竭气虚血瘀证疗效及对患者肾血流的影响 [J]. 陕西中医, 2021, 42 (1): 51-53, 60.

[14] 马春成, 伍劲华, 李叶枚. 真武汤联合中药灌肠对慢性肾衰竭的疗效及免疫功能、肾脏血流的影响 [J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17 (1): 165-169, 174.

[15] 冯银平, 苗小楼, 张云鹤, 等. 大黄地上部分化学成分与药理作用研究进展 [J]. 中国中医药信息杂志, 2022, 29 (3): 151-156.

[文章编号] 1007-0893(2023)16-0046-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.16.014

黄熙理治疗崩漏的经验

张婉婷¹ 黄熙理^{2*}

(1. 漳州市芗城区芝山街道社区卫生服务中心, 福建 漳州 363000; 2. 福建中医药大学附属漳州中医院, 福建 漳州 363000)

[摘要] 临床治疗崩漏, 多见迁延不愈者, 常因辨证难寻病机规律所致。黄熙理主任认为, 该病虚、热、瘀三者夹杂, 势有急缓, 肾有亏损, 提出了“补虚不可碍脾, 清热不可伤阴, 止血不可留瘀”等基本思考方向。以此经验指导遣方用药, 每获奇效。笔者跟师多年, 择笔记之缀要归纳, 引据传统典籍之论述, 并附临床典型医案二则。

[关键词] 崩漏; 名医经验; 月经病; 黄熙理

[中图分类号] R 249 **[文献标识码]** B

崩漏者, 中医传统病名, 乃妇人经血非其时而下。暴下不止者谓之崩, 淋漓不尽者谓之漏。前者下血不绝, 病势多有凶险, 后者迁延日久, 病情复杂多变, 同属临床疑难病症。现代医学将该病归为异常子宫出血范畴, 涉及子宫内膜病变、下丘脑-垂体-卵巢轴紊乱、凝血功能障碍等^[1], 治法多以止血、激素、刮宫、切除手术为主。中医治疗该病多效果显著, 且并发症少, 具有一定的优势。

黄熙理, 福建中医药大学附属漳州中医院主任医师、教授、硕士研究生导师、全国名老中医药专家学术经验

指导老师, 福建省名中医, 从事中医妇科临床工作 40 余年, 对诸多妇科疑难杂症有独到的见解和丰富的经验。黄师常言, 中医之临证, 首当摆脱现代思维模式之羁绊, 谨遵典籍论述为纲目, 细辨阴阳之偏颇, 病证之所在, 方能法从心出, 随证加减。笔者蒙师多年教诲, 受益匪浅, 兹就崩漏之随师笔记及验案缀要整理。

1 病机与治法

黄师尝言, 崩漏之病机: 脾虚无以摄, 肾亏无以藏, 肝气失于疏泻, 冲任不固, 胞宫藏泻失度, 加之继发瘀

[收稿日期] 2023-06-26

[作者简介] 张婉婷, 女, 主治医师, 主要研究方向是月经不调。

[*通信作者] 黄熙理 (E-mail: zwtdot@163.com; Tel: 13328330562)