

耳穴压豆联合中药保留灌肠在慢性肾衰竭非透析期患者中医内科护理中的疗效观察

王青梅 陈 芳*

鄢西县中医医院 湖北 十堰 442600

摘要: 选取2023年1月—2024年1月我院中医内科80例CRF非透析期患者, 随机分对照组(常规西医护理)与观察组(常规护理+耳穴压豆+中药保留灌肠)各40例。观察发现, 护理4周后, 观察组Scr、BUN低于对照组, eGFR高于对照组; 各项症状评分、生活质量各维度评分优于对照组, 护理满意度95.0%高于对照组77.5%。表明耳穴压豆联合中药保留灌肠用于CRF非透析期患者中医内科护理, 可改善肾功能、缓解症状、提升生活质量与满意度。

关键词: 慢性肾衰竭; 非透析期; 耳穴压豆; 中药保留灌肠; 中医内科护理

引言: 慢性肾衰竭(CRF)是肾脏疾病的终末期表现, 非透析期患者病情持续进展, 严重影响生活质量。西医常规护理虽能一定程度上控制病情, 但在改善患者肾功能、缓解临床症状及提升生活质量方面存在局限。中医护理以整体观念和辨证论治为特色, 耳穴压豆与中药保留灌肠是中医特色护理技术。本研究旨在观察耳穴压豆联合中药保留灌肠在CRF非透析期患者中医内科护理中的疗效, 为临床护理提供新思路与依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月—2024年1月我院中医内科收治的80例CRF非透析期患者为研究对象。纳入标准: ①符合《慢性肾脏病筛查诊断及防治指南(2022年版)》中CRF诊断标准, CKD3-4期($eGFR 15-60 mL/min \cdot 1.73m^2$), 未透析; ②中医“脾肾气虚、湿浊瘀阻”证型, 主症乏力等; ③年龄35-70岁, 病程 ≥ 6 个月; ④知情同意。排除标准: ①合并急性肾衰竭等严重心脑血管疾病; ②肠道疾病; ③耳部皮肤问题; ④对中药成分过敏; ⑤认知障碍。用随机数字表法将患者分对照组与观察组, 各40例。两组在性别、年龄、病程、CKD分期方面比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性^[1]。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组: 常规西医护理

第一作者: 王青梅(1979.09), 女, 汉族, 湖北十堰人, 本科, 鄢西县中医医院, 主管护师, 主要研究方向: 内科护理与护理管理。

通讯作者: 陈芳(1987.10), 女, 汉族, 湖北十堰人, 本科, 鄢西县中医医院, 主管护师, 主要研究方向: 护理管理

①病情监测: 每日监测患者血压、血糖、体温, 每周检测肾功能(Scr、BUN、eGFR)、电解质(血钾、血磷), 及时发现异常并报告医师; ②饮食护理: 指导患者低盐($< 3g/d$)、低蛋白($0.6-0.8g/kg \cdot d$)、低钾饮食, 避免高磷食物(如动物内脏、坚果), 增加膳食纤维摄入(如芹菜、燕麦); ③用药护理: 遵医嘱给予降压药(如缬沙坦)、降糖药(如二甲双胍)、纠正贫血药(如促红细胞生成素), 指导患者按时服药, 观察药物不良反应; ④症状护理: 腹胀者给予腹部按摩(顺时针, 每次15分钟), 便秘者使用乳果糖口服液, 皮肤瘙痒者给予保湿乳液涂抹。

1.2.2 观察组: 常规西医护理+耳穴压豆+中药保留灌肠

在对照组基础上, 增加以下中医护理措施, 均由经过中医药护理培训的内科护士操作:

(1) 耳穴压豆护理①辨证选穴: 根据“脾肾气虚、湿浊瘀阻”证型, 选取肾、脾、膀胱、三焦、内分泌、神门、皮质下耳穴; ②操作方法: 护理前清洁患者耳部皮肤, 用75%乙醇消毒; 选用质硬而光滑的王不留行籽或莱菔籽等丸状物粘附在0.7x0.7cm大小的胶布中央, 用止血钳或镊子夹住贴敷于选好耳穴的部位上, 并给予适当按压(揉), 使患者有热、麻、胀、痛感觉, 即“得气”。每日自行按压3-5次, 每次按压1-3分钟, 双耳交替进行, 每3天更换1次, 连续护理4周; ③注意事项: 按压时避免用力过猛导致皮肤破损, 观察耳部皮肤情况, 若出现红肿、瘙痒, 暂停操作并涂抹炉甘石洗剂^[2]。

(2) 中药保留灌肠护理①中药配方: 基于“通腑泄浊、健脾益肾”原则, 配方为大黄15g、煅牡蛎30g、蒲公英20g、丹参15g、黄芪20g、茯苓15g; ②药液制

备：由医院中药房统一煎煮，每剂加水500mL，煎煮至150mL，冷却至38-40℃（接近肠道温度，减少刺激），装入无菌灌肠袋；③操作方法：患者取左侧卧位，屈膝屈髋，臀部抬高10cm；润滑肛管（型号14-16号），缓慢插入肛门15-20cm，打开灌肠袋开关，调节流速（60-80滴/分钟），药液滴完后，再滴入5mL温开水冲洗肛管；拔出肛管后，指导患者保持左侧卧位30分钟，再改为平卧位30分钟，尽量延长药液在肠道内保留时间（≥2小时），每日1次（睡前进行，避免影响日间活动），连续护理4周；④注意事项：灌肠前嘱患者排空大小便，灌肠过程中观察患者反应，若出现腹痛、腹胀，暂停操作，待症状缓解后继续；若药液保留时间＜30分钟，次日适当调整中药浓度（如减少大黄用量）^[3]。

1.3 观察指标

①肾功能相关指标：于护理前及护理4周后，抽取患者5mL空腹静脉血，运用全自动生化分析仪对Scr、BUN进行检测，同时依据CKD-EPI公式算出eGFR；②临床症状量化评分：依据《中药新药临床研究指导原则（2002年）》，针对乏力、腹胀、便秘、皮肤瘙痒这4项症状开展评分，每项症状评分范围为0-4分（0分代表无症状；1分表示症状轻微，不影响日常生活；2分意味着症状为中度，对部分生活产生影响；3分表明症状明显，影响大部分生活；4分则表示症状严重，致使无法正常生活），总分为0-16分，分数越低表明症状越轻；③生活质量评估评分：运用SF-36健康调查量表，从生理功能、躯体疼痛、社会功能、精神健康这4个维度进行评估，每个维度评分范围是0-100分，分数越高代表生活质量越佳；④护理满意度评分：采用医院自行制定的满意度量表（Cronbach's α = 0.85），该量表分为非常满意、满意、一般、不满意4个等级，满意度计算公式为：（非常满意例数+满意例数）/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0软件进行数据分析。计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组内比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以[n（%）]表示，比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义^[4]。

2 结果

2.1 两组患者护理前后肾功能指标比较

护理前，两组患者Scr、BUN、eGFR比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；护理4周后，两组Scr、BUN均较护理前降低，eGFR较护理前升高，且观察组Scr、BUN低于对照组，eGFR高于对照组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 两组患者护理前后肾功能指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	时间	Scr ($\mu\text{mol/L}$)	BUN (mmol/L)	eGFR ($\text{mL}/\text{min} \cdot 1.73\text{m}^2$)
对照组	40	护理前	912.6±105.4	23.1±4.3	14.8±2.9
		护理后	896.5±102.3	22.6±4.1	15.2±2.8
观察组	40	护理前	908.3±103.7	22.8±4.2	15.1±3.0
		护理后	785.2±95.6	18.2±3.5	18.5±3.2

2.2 两组患者护理前后临床症状评分比较

护理前，两组患者乏力、腹胀、便秘、皮肤瘙痒症状评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；护理4周后，两组各项症状评分均较护理前降低，且观察组各项症状评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 两组患者护理前后临床症状评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	时间	乏力	腹胀	便秘	皮肤瘙痒
对照组	40	护理前	3.1±0.7	2.9±0.6	2.7±0.5	2.8±0.6
		护理后	2.5±0.6	2.3±0.5	2.1±0.4	2.2±0.5
观察组	40	护理前	3.0±0.6	2.8±0.7	2.6±0.6	2.7±0.7
		护理后	1.2±0.4	1.1±0.3	0.9±0.2	1.0±0.3

2.3 两组患者护理前后生活质量评分比较

护理前，两组患者SF-36量表各维度评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；护理4周后，两组各维度评分均较护理前升高，且观察组各维度评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 两组患者护理前后生活质量评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	时间	生理功能	躯体疼痛	社会功能	精神健康
对照组	40	护理前	48.5±7.3	41.2±6.5	46.8±7.1	44.5±6.7
		护理后	52.1±7.6	45.3±6.8	50.2±7.3	48.3±6.9
观察组	40	护理前	49.2±7.5	42.5±6.7	47.5±7.2	45.2±6.8
		护理后	65.3±8.2	58.6±7.5	62.4±8.1	60.5±7.8

2.4 两组患者护理满意度比较

观察组护理满意度为95.0%，高于对照组的77.5%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表4。

表4 两组患者护理满意度比较[n（%）]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	满意度
对照组	40	12（30.0）	19（47.5）	7（17.5）	2（5.0）	31（77.5）
观察组	40	25（62.5）	13（32.5）	2（5.0）	0（0.0）	38（95.0）

3 讨论

3.1 耳穴压豆联合中药保留灌肠改善CRF非透析期患者肾功能的机制

CRF非透析期核心病机为“脾肾亏虚、湿浊内阻、瘀血阻滞”，肾功能恶化与代谢废物蓄积、肾脏缺血缺氧紧密相关。本研究中，观察组采用耳穴压豆联合中药保留灌肠改善肾功能，有双重作用机制；耳穴压豆方面，耳穴与脏腑有经络反射联系，肾穴调节肾脏功能促滤过，脾穴健脾改善肾间质水肿，膀胱穴促尿液排泄，内分泌穴调节激素改善肾性高血压^[5]。“得气”感经神经-体液调节，降低RAAS活性，减轻肾脏缺血损伤，提升eGFR，降低Scr、BUN。中药保留灌肠上，配方中大黄促肠道蠕动、抑尿素酶活性，煅牡蛎吸附毒素排出，蒲公英减轻肠道炎症，丹参改善肾微循环，黄芪、茯苓健脾益肾，肠道给药减轻肾脏负担，经“肠道-肾脏轴”调节改善代谢，保护肾功能。

3.2 耳穴压豆联合中药保留灌肠缓解临床症状的效果分析

CRF非透析期患者的乏力、腹胀、便秘、皮肤瘙痒等症状，多由“湿浊瘀阻、气血不足”导致——乏力源于脾肾气虚，气血生化不足；腹胀、便秘源于湿浊阻滞肠道，气机不畅；皮肤瘙痒源于浊毒内蕴，泛溢肌肤。本研究结果显示，观察组护理后各项症状评分显著低于对照组，表明联合护理对症状缓解效果显著：

耳穴压豆通过刺激脾、肾穴健脾益肾，改善气血亏虚，缓解乏力；刺激三焦、神门穴调节气机，改善腹胀；刺激皮质下穴镇静安神，减轻皮肤瘙痒感^[6]。中药保留灌肠则通过通腑泄浊，清除肠道内积聚的湿浊毒素，缓解腹胀、便秘；同时，丹参、黄芪等药物改善气血循环，减少毒素对皮肤的刺激，缓解瘙痒。二者协同作用，从“内清外调”两方面改善症状，提升患者舒适度。

3.3 耳穴压豆联合中药保留灌肠对生活质量的影响

生活质量下降是CRF非透析期患者的主要困扰，与肾功能恶化、症状折磨、心理压力密切相关。本研究中，观察组护理后SF-36量表各维度评分显著高于对照组，护理满意度达95.0%，原因在于：一方面，肾功能改善与症状缓解，直接减少患者身体不适，提升生理功能与躯体疼痛耐受度；另一方面，中医护理操作简便、安全性高（无明显不良反应），患者易于接受，减少对疾病的焦虑感，从而改善社会功能与精神健康^[7]。另外，护理过

程中护士与患者的频繁互动（如指导耳穴按压、灌肠后随访），增强了患者的被关注度，进一步提升护理满意度。

3.4 临床建议

临床应用中，需注意以下事项：①耳穴压豆前需评估患者耳部皮肤状态，避免皮肤破损者使用；②中药保留灌肠需严格控制药液温度与流速，避免肠道刺激；③护理过程中密切观察患者反应，出现不适及时调整方案；④加强患者健康教育，指导患者掌握耳穴按压方法，出院后可自行操作，延续护理效果。

结束语

本研究表明，耳穴压豆联合中药保留灌肠应用于CRF非透析期患者中医内科护理，在改善肾功能、缓解临床症状、提升生活质量及护理满意度方面效果显著。这为中医特色护理技术在慢性肾衰竭领域的应用提供了有力证据。临床应用时，需注意操作规范与患者个体差异，加强健康教育。未来可进一步扩大样本量、延长观察时间，深入探究其作用机制，推动中医护理技术在慢性肾脏病护理中的广泛应用。

参考文献

- [1]时蔡林,张微.肾衰宁胶囊联合高位结肠透析治疗2~3期慢性肾病的临床研究[J].上海医药,2021,42(03):30-32.
- [2]李倩,郝丽,周革霞,等.改良式结肠透析联合中药保留灌肠治疗慢性肾衰竭的临床研究[J].河北中医,2020,42(09):1337-1340+1384.
- [3]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):2-3.
- [4]严红兰,庄智芳.中药灌肠治疗慢性肾衰竭[J].健康必读,2020,0(6):182-183.
- [5]王艳芬,马琴,王顺.肾康注射液联合穴位敷贴治疗慢性肾功能衰竭疗效及作用机制[J].陕西中医,2023,44(5):595-599.
- [6]黄寻知,王旦.参芪化浊饮加减联合西药治疗慢性肾衰竭的疗效及对肾功能的影响[J].检验医学与临床,2023,20(8):1167-1170.
- [7]王方茹,孟保玲,刘飞扬.耳穴埋豆联合穴位贴敷及五行音乐疗法在慢性肾衰竭失眠患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(15):73-76.