

蒲银汤治疗急、慢性肾盂肾炎 70 例临床观察

周燕丽

(江西省九江医专附属医院 九江 332000)

关键词 肾盂肾炎 蒲银汤 六味地黄丸 临床观察

中图分类号 R 692.7

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)04-0048-02

1 一般资料

本组共 70 例患者,门诊病例 22 例,住院病例 48;男性 17 例,女性 53 例;年龄最大者 70 岁,最小者 20 岁;已婚 64 例,未婚者 6 例;病史最短者 2d,最长者达 10 余年;首次感染者 45 例,病程最短者 7d,最长者 94d。70 例病人有明显的尿频、尿急、尿痛症状或伴有发热、腰痛。尿常规有蛋白尿,白细胞在高倍镜视野中≥8 个,红细胞多少不定,中段尿培养部分病人有致病菌生长,部分病例可有白细胞计数增高。

2 治疗方法

以蒲银花汤治疗:蒲公英 30g,金银花 15g,五倍子 10g,白术 10g,木通 6g,车前子 10g,泽泻 10g,六一散 10g。尿痛短涩者,加瞿麦、萆薢,车前子剂量加大;少腹或尿胀痛者,加乌药、枳壳、玄胡;血尿者,加小蓟、白茅根、丹皮、蒲黄;尿液浑浊者,加萆薢、苡米;年老体弱,小腹下坠欲尿或尿不自禁者,加黄芪、党参、升麻;舌红少津者,加生地、知母、芦根;尿频而无急痛者,加桑螵蛸、益智仁。在急性期,每日 2 剂,待症状控制后改为每日 1 剂,每剂煎 2 次,分 2 次服完;每日 2 剂者,

分 4~6 次服完。病程长达 1 个月以上者,待症状消失后,用六味地黄丸善后调养。

3 疗效观察

急性者 4 例,临床症状消失,尿常规检查连续 3 次以上无异常或中段尿培养无致病菌生长者为痊愈,计 41 例;临床症状消失,尿常规检查蛋白微量,白细胞在高倍镜视野中 3~10 个为好转,计 4 例。慢性肾盂肾炎 25 例,治愈 19 例,好转 4 例,无效 2 例。

4 体会

急、慢性肾盂肾炎以尿频、尿急、尿痛或伴有寒战、高热、腰痛为主。在中医中属于“淋证”和“腰痛”范畴。《丹溪心法》说:“淋有五,皆属乎热”。故笔者认为淋证的主要病因是热毒蕴结在下焦,膀胱气化受阻,因而自拟蒲银汤以清热解毒为主。蒲公英除清热解毒之外,兼能利水通淋,泻下焦湿热为主药,与银花配伍加强清热解毒作用;辅以车前子、木通、六一散、泽泻利水通淋;五倍子清热解毒并化浊(《本草纲目》曰:“其寒,能散热解毒者,其性收,能除(下转第 77 页)”)。

1.4 统计学方法 数据以($\bar{X} \pm s$)表示,采用 t 检验。

2 结果

所有病例,在治疗后第 3、7、15、21d 查血尿素氮、肌酐、尿常规、尿比重、尿钠,记录每天的尿量,治疗组有 51 例 15d 内血 Bun、Scr 及尿量恢复正常,肾衰指数<2,治愈率达 91.7%,3 例 21d 内恢复正常。对照组 30 例 15d 内上述指标恢复正常,治愈率 75%,6 例 21d 内恢复正常。2 组血 Bun、Scr、Ccr 恢复治疗组较对照组缩短,2 组比较有统计学差异($P<0.05$)。结果见表 1。

表 1 2 组尿量及肾功能改善比较($\bar{X} \pm s$)

组别	尿量/mL	Bun/mmol·L ⁻¹	Scr/ μ mol·L ⁻¹	Ccr/mL·min ⁻¹
治疗前	340 $\pm$ 60	18.4 $\pm$ 8	576 $\pm$ 60	28 $\pm$ 3
治疗组治疗后 7d	1 300 $\pm$ 40*	15.2 $\pm$ 1*	347 $\pm$ 02*	50 $\pm$ *
治疗后 15d	1 600 $\pm$ 50*	6.2 $\pm$ 8*	76 $\pm$ 3*	80 $\pm$ *
治疗前	350 $\pm$ 80	18.9 $\pm$ 5	620 $\pm$ 80	30 $\pm$ 5
对照组治疗后 7d	1 150 $\pm$ 10	19.7 $\pm$ 8	520 $\pm$ 10	33 $\pm$
治疗后 15d	2 650 $\pm$ 50	10.5 $\pm$ 7	92 $\pm$ 9	50 $\pm$ 0

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

在临床上急性中毒较多,引起急性肾功能衰竭者为数也不少,尤其以吞服鱼胆、蛇胆及蜂毒、农药与某些有毒中药(如草乌、雷公藤、蜈蚣)、毒蛇咬伤等多见。引起肾损害的主要原因有:(1)过量服用或服用不当,所含毒素导致肾小管损伤;(2)是毒素导致肾小管损伤及坏死,临床表现为急性肾功能衰竭;(3)服用中药导致全身过敏反应,而引起急

性过敏性间质性肾炎^[1]。目前对急性肾功能衰竭治疗主要有去除病因,充足营养支持治疗,及纠正内环境紊乱,预防并发症。在药物治疗上主要有利尿剂多巴胺、激素,生长因子、细胞因子、心钠素等^[2]。本治疗组在常规西药处理的基础上,加用参麦注射液和中药灌肠制剂,参麦注射液成份为人参、麦冬。有报道该注射液对兔缺血再灌注肾损伤有预防作用^[3],对造影剂所致的大鼠急性肾功能损害有保护作用^[4]。而中药灌肠剂清毒液中生大黄、制附子,两药相配温补脾肾,化瘀降浊;黄芪补气、健脾助运;益母草活血化瘀、利水消肿;生牡蛎益阴潜阳、镇静,可制附子温燥之性;枳实行气散结,消痞除满。诸药制剂灌肠后大便次数增加,尿量增多,促使毒素的排泄。故治疗组加用上述两制剂,在毒素排泄、肾功能恢复疗效上明显优于单纯西药对照组,缩短了治疗时间,提高了治愈率,值得临床推广使用。

参考文献

[1]郭兆安.中草药性肾损害[J].中国中西医结合杂志,1998,18(1):55
[2]陈孝文,刘华锋.急性肾衰竭药物治疗[J].中国中西医结合肾病杂志,2003,4(7):373~374
[3]余喜凤,李莉华,冯志强,等.参麦注射液对兔缺血再灌注肾损伤的预防作用研究[J].泸州医学院学报,2000,23(6):343~345
[4]Duan SB,Luo JA,Lui RH.Protection of shenmai injection on rats with contrast medium-associated acute renal failure[J]. CJIM.1998,4(5):290~292

(收稿日期: 2004 -03-10)

微创穿刺粉碎清除术治疗颅内血肿的观察与护理

申娟 张秀红

(山东省济宁市中区人民医院 济宁 272105)

关键词 颅内血肿 微创穿刺粉碎清除术 护理

中图分类号 R 473.74

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)04-0077-01

颅内血肿是多发常见病,病情重,死残率高,采用颅内血肿微创穿刺粉碎清除术及时清除颅内血肿,可使相当一部分病人获得挽救,而及时有效的护理能进一步提高治疗效果,促进术后康复。

1 术前准备

1.1 密切观察病人神志、瞳孔、意识状态 入院后迅速测血压,如血压过高,及时通知大夫,应将血压降至 160/90mmHg,以防止血肿穿刺后继续出血,影响手术效果。当病人呼吸急促,呼吸道不畅时,及时吸痰,保持呼吸道通畅,如病人尿潴留或尿失禁,要放置导尿管,以防止排尿不畅,病人烦躁而引起颅内血压增高。

1.2 皮肤准备 剃除手术视野范围的头发,并且脱脂,清洗干净,用 2%碘酒消毒皮肤,再用 75%酒精脱碘,然后用无菌治疗巾包裹。

2 术中护理

2.1 护理人员协助病人躺在床上,用约束带将病人固定在安全位置上,如病人躁动可遵医嘱给予镇静剂。监测血压变化,保持吸氧管通畅,并作好护理记录。

2.2 操作时严格无菌操作,严密观察病人神志、瞳孔、血压、呼吸、脉搏、体温的变化,回病房搬动病人时要把血肿引流管夹闭,以防止颅压过大波动,并且防止引流管脱出。

3 术后观察与护理

3.1 生命体征与血压监测 对颅内血肿穿刺术后患者甚为重要,因为高血压和高颅内压可形成恶性循环,直接影响其手术治疗效果。如血压过高,及时通知大夫,根据情况采取必要的处理措施,脉搏如出现缓脉、洪脉,应考虑是否有颅内压增高可能,如脉搏细速,可考虑是否有循环衰竭所致。观察呼吸频率、节律、深浅度变化,如桥脑、中脑受损可出现中枢过度呼吸,呼吸频率增快。

3.2 意识状态 意识反映大脑皮质的脑干网状结构的机能状态,所以意识的改变往往能提示患者病情变化,意识观察时要判断嗜睡、昏迷。可根据拉斯哥昏迷评分法进行评估。

3.3 瞳孔 据患者瞳孔的大小、形状、光反应的变化,判断病情变化,是否有脑疝,为及时正确有效的治疗提供依据。

3.4 肢体 肢体运动与瘫痪部位、程度及恢复情况都与血肿的部位、消除情况及脑细胞受损情况有关,所以要观察肢体是否是进行性加重还是好转。

3.5 引流液 严格观察引流液量、颜色,并作好记录,保持引流管通畅,引流袋每 3d 更换 1 次,更换时要严格无菌操作,如需搬动病人,应先固定好穿刺针,暂时夹闭引流管再搬动病人,防止逆行感染和引流管脱落,穿刺针敷料要保持干燥无污染,一般每日更换 1 次,也可在穿刺部位皮肤口滴少许酒精,以预防污染。

3.6 中枢性高热 中枢性高热患者躯干体温高,四肢体温低,汗液分泌少或无汗,主要靠物理降温,采用头部冰枕,酒精擦浴、冰帽、冰毯等。必要时采用“亚冬眠”及冬眠疗法,其目的在于阻止高热对脑细胞及机体其他脏器的进一步损伤。

3.7 并发症 肺炎的发生率与死亡率居于首位,保持呼吸道通畅,是预防肺炎,保证脑组织供氧,使脑组织细胞迅速恢复的关键,一般护理方法:(1)每 2h 翻身 1 次,通过更换体位,使痰液顺利排出,还能预防褥疮的发生,每次翻身时注意拍背,震动痰液顺利排出,及进吸痰,保持呼吸道通畅。(2)清醒病人鼓励咳嗽,把痰咳出。(3)昏迷病人舌后坠可放入通气道,如果有痰液要及时彻底吸痰,短期昏迷病人痰液粘稠不易吸出时,可放入气管插管,有利于气管内滴药、雾化吸入;长期昏迷病人痰液不易吸出时应做气管切开,切开后应保持病房清洁,定期紫外线消毒,保持一定的湿度。

3.8 消化道出血 是脑出血最常见的并发症之一,如果不能及时治疗控制,可造成病人的死亡,护理人员应严密观察:(1)及时给病人进食,昏迷病人下胃管,通过鼻饲给病人饮食,禁食刺激性食物及生冷硬食物。(2)患者入院后遵医嘱给予相应的预防消化道出血的药物。(3)观察病人的大便颜色、性质,如发现有柏油样大便或有异常血,及时送验并通知大夫,监测生命体征的变化。

总之,严密细致的病情观察,及时有效的护理,能提高治疗效果,促进患者康复。

(收稿日期: 2004-02-10)

(上接第 48 页)泄痢湿热。”);白术健脾,防苦寒之品败胃。全方具有清热解毒、利湿通淋的作用。辨证时除确认热毒蕴结在下焦,湿热下注之外,还应审察人体正气之盛衰。若体虚邪实者,治当扶正祛邪,祛邪务必尽,以利于康复并防止复发。本方苦寒清热解毒药物剂量偏大,如果治疗时间长,可能

伤及脾胃,故加入黄芪、党参、茯苓、升麻等补气、益肾扶正之品,以维护胃气使之标本兼顾。同时要嘱其自我调节,慎饮食,薄滋味,多饮水,清洁外阴,才能事半功倍,以冀根治。

(收稿日期: 2004-02-23)