维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg, 2007, Vol. 16, No. 3

灌肠治疗慢性肾功能不全32例疗效观察

Treatment of chronic renal insufficiency by coloclyster in 32 cases

王艳秋 （佳木斯市中心医院二部肾内科，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 肾功能衰竭；生大黄；灌肠
[中图分类号] R692.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)03-0188-02

慢性肾功能不全患者，在进入终末期尿毒症以前，可以采用非透析方法改善临床症状，延缓肾功能衰竭的进度。本文选用2006年2月至10月住院的32例慢性肾功能不全患者，采用以大黄为主的中药保留灌肠，观察其疗效，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共32例患者，其中男15例，女17例，平均年龄45.4岁。原发病：慢性肾小球肾炎18例，高血压病2例，糖尿病肾病7例，慢性肾盂肾炎4例，梗阻性肾病1例。根据治疗前血尿素氮、血肌酐测定指标进行肾功能分期[1]，其中氮质血症期2例，尿毒症早期10例，尿毒症晚期8例。

1.2 治疗方法

中药处方：生大黄30 g，煅牡蛎30 g，仙灵脾30 g，生黄芪30 g。加水煎至150 ml，冷却至37 ℃灌肠，保留1～2 h，每日一次，4周一疗程，并根据肾功能受损程度给予低盐、优质低蛋白饮食，纠正水电解质紊乱及酸碱失衡，降压利尿等治疗。

2 疗效观察

2.1 临床症状

氮质血症期患者治疗后恶心、呕吐症状改善达97%，尿毒症早期病人改善达91%，终末期尿毒症病人改善18%。

2.2 肾功能

氮质血症期及尿毒症早期患者治疗前后血尿素氮、血肌酐差异显著，终末期尿毒症患者治疗前后血尿素氮、血肌酐的差异无显著性（见表1）。

表1 治疗前后血尿素氮、血肌酐变化（$\bar{x} \pm s$）

	氮质血症期		尿毒症早期		尿毒症终末期	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
Bun(mmol/l)	16.28±2.12	10.32±2.30*	27.46±5.73	21.51±6.33*	44.35±6.62	932.56±201.62
Cr(umol/l)	336.81±26.81	231.56±25.72*	526.29±82.61	492.69±92.16*	43.18±6.70	910.45±236.28#

*：与治疗前比较，$P<0.01$；#：与治疗前比较，$P>0.05$

2.3 副作用

中药灌肠后66%的患者出现不同程度的腹胀、腹痛，但均能耐受，肛周脓肿及严重痔疮者不宜进行中药灌肠治疗。

3 讨论

近年来随着医学科学发展，包括血液净化和肾移植在内的替代治疗，已使慢性肾功能衰竭病人的生存期明显延长，但由于费用昂贵及肾源匮乏等原因，使得上述治疗目前在国内尚不能普及[2]。因此，如何通过非透析治疗延长病人的生存期已成为国内学者共同关注的焦点。中草药治疗慢性肾功能衰竭，尤其是延缓慢性肾衰竭的研究已取得一定的进展[3,4]。慢性肾衰患者由于体内毒素蓄积，常出现恶心呕吐、食欲不振等胃肠道症状，多数不乐意接受传统的口服给药方法。中药灌肠改变了给药途径，使药集中在肠道，通过泻下降浊达到清除毒素的目的。大黄具有抑制肾小球系膜细胞和其他炎性细胞增殖，减轻肾小球高代谢，其导泻作用使氮质排泄，改善脂质代谢和蛋白质代谢，改善肾小球滤过率，所以几乎所有处方都离不开大黄[5]。大黄复方灌肠的机制则是多方面的，包括平衡微量元素含量，调整免疫功能，纠正内分泌功能和胃肠功能紊乱，防止出血倾向，降低血浆中中分子物质浓度，升高血清过氧化物歧化酶及改善贫血和血液流变学异常等[1]。大黄复方制剂进入结肠后，部分被肠道吸收，部分可在肠道内直接发挥作用而导泻，使血尿素氮下降，且有实验证明其有攻补作用，不仅能导泻，且具有补益功能，能使血清白蛋白增高，配牡蛎软肾散结，内含丰富的碳酸钙，可促使肠道内钙质摄入，提高肠道渗透压，加快尿毒症毒素的排泄。牡蛎与大黄合用还能减少大黄的副作用[6]。本文显示这一方法对氮质血症和尿毒症早期疗效肯定，对停药后血尿素氮、血肌酐又升高者，可再进行灌肠治疗。

[收稿日期] 2007-02-26 [修回日期] 2007-04-05

[参考文献]

[1] 张振中. 慢性肾炎中西医防治[M]. 北京：中国中医药出版社，1997. 76.
[2] 王海燕. 肾脏病学[M]. 第2版. 北京：人民卫生出版社，1996. 1445.

维普资讯 http://www.cqvip.com

[3] 孙淑玲,申桂玲,张春燕. 中药肾疏通敷脐治疗尿毒症的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志,1997,17(7):433.
[4] 寇秋爱. 仙草冲剂治疗慢性肾功能衰竭的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志,2000,20(2):141-142.
[5] 陈香美. 现代慢性肾衰竭治疗学[M]. 北京:人民军医出版社,2001. 275-280.
[6] 李文彩,王宇玲,熊佩华. 祛湿化瘀汤加中药灌肠治疗CRF300例[J]. 辽宁中医杂志,1997,24(3):115.

(编辑:蒋登金)

静脉化疗时出现药物外渗的认识及防治

吴 霞,杜 敏,刘建华,郑 颖,干 霞 (成都军区总医院肿瘤诊治中心,四川 成都 610083)

[关键词] 恶性肿瘤;化疗;静脉
[中图分类号] R73 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)03-0189-01

静脉化疗是治疗恶性肿瘤的重要手段,但若发生药物渗漏,轻者引起局部肿胀、疼痛和炎症,重者引起组织坏死,甚至肢体功能障碍,导致生活质量下降。不仅给患者增加痛苦,而且耽误患者的进一步治疗。因此,了解静脉化疗过程中药物渗漏发生的原因、机制及处理方法十分重要。

1 药物外渗的原因

化疗药物输注过程中漏出或渗浸到皮下组织称为化疗药物的外渗。其原因主要有:①药物因素 药物的pH值、渗透压、药物浓度、药物对细胞代谢功能的影响;②血管因素 血管脆性增加、血管栓塞、腋窝淋巴结清扫术后、肿瘤压迫、上腔静脉压迫征等引起上游血管阻力增加;③操作因素 穿刺技术的不熟练,多次穿刺、选择血管不当、针头固定不牢、拔针后按压针眼不准确;④其它因素 淋巴水肿、输液量大、病人不合作而穿破血管、针头滑脱、病人血小板数量少、静脉注射部位弯曲等。

2 药物外渗引起局部反应的机理

外渗药物如蒽环类渗出后与周围组织细胞的DNA结合,引起细胞的变性坏死、抑制炎性细胞的生成、成纤维细胞受损,所以炎症愈合缓慢。

3 药物外渗的处理程序

化疗过程中发生药物外渗时,应根据情况采取相应的处理措施。外周静脉外渗处理程序:①如果患者诉输注部位疼痛,应立即停止输液。②根据需要原位保留针头。③在严格无菌操作下接一注射器进行多方向穿刺作强力抽吸,尽量吸出局部外渗的残液。④通知医生,指导进一步处理。⑤使用稀释剂或相应的解毒剂。⑥冰敷或热敷,抬高肢体或注射部位48 h,患者应注意休息。⑦毒性反应严重时,请外科会诊是否有外科指征。⑧避免外渗部位受压。⑨记录外渗液量、输注部位、药物浓度、患者症状及累及范围。

中心静脉(CVC)外渗处理程序:①一旦患者感觉CVC部位有不适、疼痛、烧灼感、肿胀、或输液速度发生变化,应立即停止输液。②如果是皮下埋泵,应评价针头的位置是否合适。③尽可能回抽渗出液。④给予适当的稀释剂或解毒剂。⑤同外周静脉输注引起的外渗处理程序⑥~⑨步骤。⑥必要时摄正侧位胸片,确定渗液的原因及范围,并请外科会诊。

4 化疗药物外渗的预防

目前尚无针对化疗药物的特效解毒剂,因此关键在于预防。其措施主要包括:①有计划合理选择使用血管,应根据药物特性、化疗周期有计划的使用血管,建立系统的静脉使用计划,保护大静脉。对发疱性、刺激性强的化疗药物不宜选手足背小血管;对常规采血和非化疗药物的注射选用小静脉。②提高专业技术水平,熟练穿刺技术,力求一针见血;穿刺成功后正确固定针头,避免滑脱和刺破血管壁;拔针后准确按压针眼2~5 min。③合理使用药物,掌握正确给药的方法、浓度和输入速度。④加强患者配合,发疱剂滴注时,应告诉患者减少活动,如有异常感觉,及时报告[1-2]。

在化疗过程中,关键在于预防药物外渗的发生,如不幸出现药物外渗,应正确及时地给予相应处理,减少外渗药物造成的损害,减轻患者的痛苦。

[参考文献]

[1] 张世琼,夏 梅. 护理程序在肺癌化疗患者中的应用体会[J]. 局解手术学杂志,2006,15(1):64.
[2] 张雪松,李春红,崔艳宏. TACE术后化疗药物外渗1例护理体会[J]. 局解手术学杂志,2004,13(5):358.

(编辑:兰阳军)

[收稿日期] 2007-01-04 [修回日期] 2007-03-01