

DOI: 10.12209/CAIM202506170009

· 中西医结合临床案例 ·

中药保留灌肠联合中药口服降肌酐的个案报告

刘雅婷, 张振宇

(北京市健宫医院 肾脏内科, 北京, 100054)

摘要: 本文报告1例57岁女性慢性肾衰竭(脾肾气虚、湿浊瘀阻证)患者的护理过程。患者血肌酐升高6年余,加重伴泡沫尿3个月入院,入院后采用中药保留灌肠(降逆泄浊、益气活血、通腑利湿)联合中药口服及西药对症治疗。护理重点包括灌肠操作规范(体位、药液温度及保留时间把控)、口服用药指导、饮食调护及情志疏导等。经6 d干预,患者症状改善,血肌酐显著下降,体现中西医结合护理在慢性肾衰竭治疗中的临床应用价值。

关键词: 慢性肾衰竭; 血肌酐; 中药保留灌肠; 中药口服; 中西医结合护理

Case Report on Combined Therapy of Herbal Retention Enema and Oral Chinese Herbal Medicine for Serum Creatinine Reduction

LIU Yating, ZHANG Zhenyu

(Department of Nephrology, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This paper presents the nursing management of a 57-year-old female patient with chronic renal failure (CRF) of spleen-kidney qi deficiency with dampness-turbidity and blood stasis pattern. The patient was admitted with elevated serum creatinine for over 6 years, aggravated by foamy urine for 3 months. The treatment protocol integrated herbal retention enema (aimed at descending turbidity, replenishing qi, activating blood circulation, and promoting diuresis) with oral Chinese herbal medicine and Western symptomatic therapy. Key nursing interventions included standardized enema administration (posture, medicinal liquid temperature, and retention time control), oral medication guidance, dietary modification, and emotional support. After 6 days of intervention, the patient exhibited symptom relief and significant reduction in serum creatinine, demonstrating the clinical value of integrated Chinese-Western nursing in CRF management.

KEY WORDS: chronic renal failure; serum creatinine; herbal retention enema; oral Chinese herbal medicine; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

慢性肾衰竭(Chronic renal failure, CRF)作为多种慢性肾脏疾病进展的终末阶段,以血肌酐持续升高、肾脏排泄及内分泌功能渐进性减退为典型特征,严重影响患者的日常生活质量。近年来,基于“肠—肾轴”理论的中西医结合疗法逐渐成为CRF治疗的研究热点,该理论认为肠道微生态失衡与肾脏损伤存在双向调控机制,通过肠道途径排泄毒素、调节脾肾气血运行,可延缓肾衰进程^[1]。中药保留灌肠联合口服疗法即以此为核心,一方面通过口服益气养阴、活血泄浊的中药汤剂(如参芪地黄汤加减)改善脾肾亏虚的基础病机,另一方面借助灌肠方(如含牡蛎、土茯苓、大黄

等药物)的通腑泄浊作用,促进肌酐、尿素氮等代谢废物经肠道排出,形成“上下同治”的治疗格局^[2]。

本文通过分析1例57岁女性CRF患者的诊疗过程,探讨中药联合疗法在降低血肌酐、改善临床症状中的实际疗效,同时总结中西医结合护理在辨证评估、用药管理及并发症预防中的实践要点,旨在给临床治疗提供个性化方案参考,进一步验证在“肠—肾轴”理论指导下中西医协同干预CRF的可行性,为拓展慢性肾脏病的非透析治疗积累实证经验。

收稿日期:2025-06-17

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

1 病例资料

1.1 一般情况

患者女,57岁,退休人员,主诉发现血肌酐升高6年余,加重伴泡沫尿3个月。现病史:2018年因胆囊结石发现血肌酐升高($113.6 \mu\text{mol/L}$),未系统治疗;2019年因双下肢水肿诊断为慢性肾炎,予中药治疗后症状好转,患者自行停药;近4年血肌酐波动在 $210 \sim 230 \mu\text{mol/L}$,2024年01月升至 $267.4 \mu\text{mol/L}$,予西药及中药汤剂口服,好转后自行停药。2024年06月患者复查血肌酐升至 $329.6 \mu\text{mol/L}$,同时伴泡沫尿,于我院住院行中药保留灌肠+中药口服联合西医治疗后,血肌酐降至 $282.8 \mu\text{mol/L}$ 出院,出院后未规律服用药物。2024年08月患者于我院门诊复查血肌酐,再次升至 $329.6 \mu\text{mol/L}$ 同时伴泡沫尿加重,尿中泡沫可持续30 min不消散,尿常规示尿蛋白(++)、周身乏力疲倦、便秘,为行进一步中西医结合治疗收入院。既往史:2型糖尿病20余年,高血压10余年(最高 $180/100 \text{ mm Hg}$),高脂血症、高尿酸血症4年余,肿瘤标记物升高3年,甲状腺左叶结节、右侧股骨颈病变3月余,胆囊切除、取环等手术史。家族史:未提及特殊家族病史。个人史:无特殊不良生活习惯。

1.2 体格检查

中医查体:望诊:神色稍焦虑,面色红润,精神良好,形体正常,舌淡白,苔薄白微腻,舌下络脉曲张呈紫黑色,管径约2 mm,延长至舌系带两侧;闻诊:语声清,无异常气味;问诊:乏力疲倦,泡沫尿,便秘,入睡困难、睡后易醒;切诊:脉沉细,约70次/min。西医查体:体温(T) 36.3°C ,脉搏(P)74次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP) $114/73 \text{ mm Hg}$;双肺听诊呼吸音清,未闻及干湿性啰音,心前区无隆起、无凹陷,心尖搏动范围正常,无弥散,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性,无心包摩擦音;全腹软,无压痛、反跳痛及肌紧张,腹部无包块、振水音及移动性浊音;肝脾肋下未及,肝区无叩痛,肾区无叩击痛,肠鸣音正常,5次/min;双下肢无指凹性水肿,肌张力正常,肌力正常,生理反射正常,病理反射未引出。入院检查:肾功能:尿素 17.19 mmol/L ,肌酐 $241.2 \mu\text{mol/L}$,尿酸 $298 \mu\text{mol/L}$,钾 4.11 mmol/L ,钠 143.1 mmol/L ;尿常规:尿蛋白++,估算肾小球滤过率(eGFR) $19.6 \text{ mL/min}\cdot 1.73\text{m}^2$ 。

1.3 诊断

中医诊断:慢性肾衰(脾肾气虚,湿浊瘀阻证)。辨证依据:患者中年女性,先天禀赋不足,既往劳倦内伤,加之病久反复发作,而致脾肾亏虚,脾虚中气下陷,肾虚固摄无权,则精微脂液下流,从小便而出,故见泡沫尿;脾主运化,脾虚运化失职,水谷精微不化,不能濡养四肢周身,加之肾阳不足,不能主骨生髓,筋骨肌肉失于温煦,则见乏力疲倦;脾虚气血生化乏源,浊阴不降,肾虚精气不足,肠道失养,津亏肠燥,加之气化不行,无以推动,则见便秘;结合舌淡白,苔薄白微腻,舌下络脉曲张,脉沉细,俱为脾肾气虚,湿浊瘀阻之证,本病病位在脾肾,病邪以湿浊瘀阻为主,总属本虚标实之证。西医诊断:慢性肾衰竭(2024-06-03:CKD5期;2024-08-21:CKD4期),2型糖尿病,高血压病3级(极高危),高脂血症,高尿酸血症等并发症。

1.4 治疗干预

患者入院后予I级护理,糖尿病低盐低脂优质蛋白饮食,肾病饮食,监测血压、血糖变化。中医治以益气养阴、滋肾健脾,活血泄浊为原则,予以肾衰宁片(1.89 g),3次/d,以通腑泄浊、健脾益气及活血化瘀,配合氯化钠注射液(150 mL)+肾康注射液(60 mL),1次/d,以降逆泄浊、益气活血及通腑利湿。方药以“参芪地黄汤”加减口服,具体处方包括人参 10 g 、黄芪 50 g 、地黄 15 g 、茯苓 20 g 、山药 15 g 、酒萸肉 9 g 、泽泻 10 g 、丹参 20 g 、酒大黄 9 g 、杜仲 20 g 、续断片 20 g 、当归 15 g 、麸炒枳实 15 g 、醋乳香 5 g 、醋没药 5 g 、制巴戟天 15 g 、盐蒺藜 10 g 、麸炒苍术 10 g 、白术 30 g 及酒苁蓉 30 g 。方中重用黄芪配伍人参以大补元气改善患者气虚,酒萸肉与地黄同用可大补肾阴,养血润肠,山药性平味甘益气养阴,平补肺脾肾三脏,加茯苓健脾渗湿、宁心安神,泽泻淡渗利湿泄浊,苍术健脾燥湿;白术甘温健脾,助脾运湿;巴戟天补肾阳、强筋骨,白蒺藜滋补肝肾兼散风邪逐瘀;丹参可活血祛瘀养血,配伍乳香活血化瘀、疏通经络,没药散血祛瘀;酒大黄逐瘀通经、荡涤肠腑、推陈致新以改善便秘;配杜仲补肾阳、益精气,续断甘温助阳、补肝肾;当归养血活血。全方中攻补兼施、寒温并用,共奏益气养阴,滋肾健脾,活血泄浊之功。以降逆泄浊、益气活血、通腑利湿中药保留灌肠治疗,促进肠道毒性物质排出^[3],具体方药包括牡蛎 60 g 、土茯苓 50 g 、大黄 15 g 、荆芥炭 30 g 、

蒲公英 30 g 及附片 10 g。上述灌肠方药加水 500 mL, 浸泡 30 min, 煎煮至 200 mL, 过滤后待温使用。经治疗后, 患者症状及化验指标较前好转, 于 2024 年 08 月 27 日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 便秘程度评估

患者入院时便秘日久, 大便干涩难解, 采用便秘程度评分表 (Constipation Scoring System, CCS) 评估患者便秘严重程度, 量表总分共 30 分, 0~10 分为轻度便秘, 11~20 分为中度便秘, 21~30 分为重度便秘。该患者 CCS 评分为 16 分, 属中度便秘, 需药物干预治疗。

2.1.2 睡眠质量评估

患者入院后睡眠时间短、质量差, 采用匹兹堡睡眠质量指数量表 (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) 评估患者睡眠质量, 量表总分为 21 分, 0~5 分表示睡眠质量好, 6~10 分表示睡眠质量尚好, 11~15 分表示睡眠质量一般, 16~21 分表示睡眠质量较差。患者 PSQI 评分为 16 分, 属睡眠较差。

2.1.3 焦虑程度评估

患者入院时神情焦虑, 入院后情绪低落、注意力不集中, 对治疗保持消极态度, 采用汉密尔顿焦虑量表 (Hamilton Anxiety Scale, HAMA) 评定患者焦虑程度, 评分如小于 7 分, 没有焦虑; 超过 7 分, 可能有焦虑; 超过 14 分, 肯定有焦虑; 超过 21 分, 肯定有明显焦虑; 总分超过 29 分, 可能为严重焦虑。该患者 HAMA 评分为 15 分, 属于有焦虑。

2.2 护理诊断

便秘与饮食习惯、液体摄入量以及运动情况有关; 睡眠型态紊乱与心理状态、睡眠环境改变、高龄有关; 焦虑与病程长、基础疾病较多及知识缺乏有关; 湿浊内蕴与脾肾运化失常有关, 表现为舌苔腻、尿浊; 气血亏虚与久病耗伤有关, 表现为乏力疲倦、脉沉细。

2.3 护理计划

通过饮食指导、适当运动、严格监测用药及预防并发症的综合护理措施, 降低血肌酐水平, 改善患者乏力、泡沫尿、便秘及失眠等临床症状, 预防电解质紊乱、心功能不全等并发症的发生。通过中药保留灌肠“通腑”, 促进肠毒排泄 (降肌酐), 口服中药“健脾肾”, 增强脏腑功能 (减少毒素生成),

二者协同实现“上下同治”, 从而提高患者生活质量, 增强患者对治疗的信心和依从性。

2.4 护理措施

2.4.1 饮食调护

严格执行饮食计划, 根据患者体重和病情, 计算每日所需的蛋白质为 39.2 g、热量 1200 Kcal, 可换算为“1 个鸡蛋+250 mL 牛奶+50 g 瘦肉”分 3 餐摄入, 限制香蕉、橙子、菠萝及土豆等高钾水果, 禁食咸菜、腊肉、罐头等腌制食品; 针对脾肾亏虚, 推荐山药莲子粥 (健脾)、黑豆核桃汤 (补肾); 针对湿浊瘀阻忌食肥肉、甜腻食物, 可食冬瓜汤 (利湿)、木耳 (活血) 等。

2.4.2 中药口服

指导患者正确服药及灌肠操作, 向患者详细讲解服药时间、方法、剂量及注意事项, 确保治疗的顺利进行。中药口服以“参芪地黄汤”加减, 具体处方包括人参 10 g、黄芪 50 g、地黄 15 g、茯苓 20 g、山药 15 g、酒萸肉 9 g、泽泻 10 g、丹参 20 g、酒大黄 9 g、杜仲 20 g、续断片 20 g、当归 15 g、麸炒枳实 15 g、醋乳香 5 g、醋没药 5 g、制巴戟天 15 g、盐蒺藜 10 g、麸炒苍术 10 g、白术 30 g 及酒苁蓉 30 g, 上述药物冷水浸泡 30 min 后煎煮为 100 mL, 2 次/d, 饭后半小时温服。

2.4.3 中药保留灌肠

中药保留灌肠治疗, 具体操作如下^[4]: 协助患者取左侧卧位, 垫中单于臀下, 置垫枕以抬高臀部 10 cm, 双腿屈膝, 暴露肛门。床旁用水温计测量药液温度 (39.5℃), 液面距离肛门不超过 30 cm, 用石蜡油润滑肛管前端, 排液, 暴露肛门, 插肛管时可嘱患者张口呼吸以使肛门松弛, 便于肛管顺利插入。插入 10~15 cm 缓慢滴入药液, 滴注时间 15~20 min。滴入过程中随时观察询问患者耐受情况, 如有不适或便意, 及时调节滴入速度, 必要时终止滴入, 中药灌肠药量不宜超过 200 mL。药液滴完夹紧并拔除肛管, 协助患者擦干肛周皮肤, 用纱布轻揉肛门处, 协助取舒适卧位, 每 15 min 更换体位 (左侧→平卧→右侧), 确保药液保留 ≥1 h, 记录实际保留时间为 70 min。治疗 1 次/d, 共治疗 6 d。注意事项: 肛门、直肠、结肠术后, 大便失禁, 孕妇急腹症和下消化道出血的患者禁用; 当患者出现脉搏细速、面色苍白、出冷汗、剧烈腹痛、心慌等, 应立即停止灌肠并报告医生; 灌肠液温度应在床旁使用水温计测量。

2.4.4 艾灸及穴位贴敷

予患者中医特色护理,通过艾灸关元、气海穴(1次/d,15 min/次)以温补脾肾;穴位贴敷(大黄、芒硝各30 g研末,醋调敷天枢、神阙穴)辅助通腑泄浊。

2.4.5 生活护理

发放慢性肾衰疾病知识宣传卡片,定期开展慢性肾衰疾病相关知识讲座,让患者更加了解疾病知识。可练习八段锦,八段锦是中国古代著名的导引之术,是我国历史文化瑰宝,在阴阳、经络、脏腑等中医学理论的指导下,八段锦在祛病保健、康复治疗等方面发挥重要作用^[5],选择“调理脾胃须单举”“双手攀足固肾腰”两式,每日晨起练习,10 min/次,强调动作缓慢,以“形动气行”改善脾肾功能,缓解“乏力、腰膝酸软”等临床症状。同时监测患者24 h出入量及血糖、血压变化。

2.4.6 情志护理

患者因长期患病,入院后出现焦虑、失眠等不良情绪,影响治疗效果和康复,在巡视病房时积极与患者沟通,了解其心理状态,予心理疏导和支持。患者焦虑属肝郁,播放角调式音乐《春江花月夜》,2次/d,20 min/次,配合穴位按摩太冲穴(疏肝解郁),帮助患者树立战胜疾病的信心,积极配合治疗^[6]。

2.4.7 并预防发症

监测生命体征及实验室指标,如血肌酐、尿素氮、电解质、血糖及血压等,及时发现异常并处理。密切观察患者病情变化,如是否出现水肿、呼吸困难及心悸等症状,警惕电解质紊乱、心功能不全等并发症的发生。

2.5 护理评价

08月21日,患者因血肌酐升高,泡沫尿、便秘、失眠及周身乏力疲倦入院,PSQI评分为16分,HAMA评分为15分,CCS评分为16分。经治疗和护理后,患者排便次数和排便质量均有所提高,CCS评分为8分;患者夜间睡眠由4~5 h的间断入睡增加至6~8 h,入睡安稳,PSQI评分为12分;患者焦虑情况明显缓解,HAMA评分为12分。出院时患者血肌酐降至204.8 μmol/L,尿素氮12.88 mmol/L,尿酸254 μmol/L,eGFR升至23.1 mL/min 1.73m²,尿蛋白降至(+),泡沫尿减少至10 min消散,电解质、血糖及血压等指标基本控制在正常范围内,肾功能得到一定程度的改善。患者周身乏力、疲倦症状明显改善,舌淡白,苔薄白,舌下络脉曲张减轻,管径约1 mm。

3 结果和随访

患者住院治疗6 d后,血肌酐水平从329.6 μmol/L显著降至204.8 μmol/L,乏力、泡沫尿、便秘等临床症状明显缓解,生活质量明显改善,可恢复正常生活水平,嘱其出院后按时服药,定期门诊复查。出院1周后患者至门诊调整中药,周身乏力、泡沫尿及便秘症状改善良好,未见明显加重,心理状态保持良好。

4 讨论

慢性肾衰竭是指肾单位持续受损导致肾脏功能长期受损,进而导致代谢产物和毒物积聚、水电解质平衡紊乱、酸碱平衡失调以及多个系统受损的一种病变^[7]。该疾病的发病原因通常混合多种因素,主要发生于慢性肾脏疾病进展到晚期阶段,表现为肾功能的完全丧失和肾单位的严重受损^[8]。尿酸(Uric Acid, UA)、血肌酐(Serum Creatinine, Scr)、尿素氮(Urea Nitrogen, BUN)是反映肾功能的常见指标,当肾功能障碍时会引起该类指标代谢异常,且肾功能损伤越严重,UA、Scr、BUN水平变化越明显^[9-10]。目前,透析是慢性肾衰竭患者主要的临床治疗手段,规范的透析治疗可有效延缓疾病进展^[11]。

该病在我国古籍中无相应的病名,依据其临床症状可将其归纳为“水肿”“虚劳”及“肾风”等范畴内。大多数医家认为肾虚是本病发生的根本原因,而湿气和瘀血则是病理产物和致病因素^[12]。随着时间的推移,湿气可能会转化为热邪,从而导致其他症状的出现。也有部分学者指出,本病的病机主要在于脾肾虚损,脾肾虚弱是病发的根本原因^[13]。因此,本病属于虚实夹杂,本虚标实之证,本虚为脾肾亏虚,标实多为湿、浊、瘀、毒。

中医学认为肾与大小肠关系密切。肠肾同居人体下焦,与排泄水液糟粕密切相关。脾为后天之本,肾为先天之本,两者通过“先天滋养后天、后天充养先天”的机制紧密相连。因此肠与肾、脾与肾、肠与脾之间具有密不可分的联系,是“肠—肾轴”中医理论的重要组成部分。肠道功能紊乱,五脏之浊气聚集,必会导致浊毒停滞。“六腑以通为用”“五脏以藏为本”,为治疗慢性肾衰竭提供了理论依据。有研究发现,慢性肾病动物模型中肠道益生菌丰度的降低,伴随着病原菌丰度的增加,导致肠道菌群失衡,直接破坏肠道屏障功能,导致细

菌易位和肠道源性尿毒症毒素在血液中蓄积,从而激活肾脏炎症、氧化应激和纤维化途径。而肠道菌群和致病菌的平衡有益于肠道屏障的完整性和正常的肾脏功能,因此当发生肾脏疾病或肠道内菌群失调时,会破坏这种平衡且多种病理反应使肾功能及菌群共生关系进一步恶化^[14-15]。而基于“肠—肾轴”及肠道菌群理论,中医药肠道途径是目前中医治疗慢性肾衰竭最主要外治手段^[4]。

本病例以“肠—肾轴”理论为指导,采用中药灌肠联合中药口服治疗慢性肾衰竭患者,其中,中药口服以“参芪地黄汤”加减为主,人参、黄芪等药物益气养阴、滋肾健脾,调节机体免疫;中药保留灌肠则借助牡蛎、土茯苓等药物,通过肠道排泄肌酐等代谢废物,减轻肾脏负担,二者协同调控CRF进展^[16]。同时,西医通过控制血糖(糖化血红蛋白5.7%)、血压(140/90 mm Hg)减少肾损伤,中医通过大黄、牡蛎灌肠排毒(替代部分肾脏功能),参芪地黄汤健脾补肾,改善代谢,二者协同降低eGFR下降速度,实现中西医在病因控制、症状改善层面的优势互补,有效降低血肌酐水平,验证中西医结合疗法的临床疗效。

在护理层面,通过中医辨证明确脾肾亏虚、湿浊瘀阻证型,结合西医指标监测制定饮食管理、用药观察及情志疏导等综合护理方案,并强化患者的健康教育,提升其疾病管理能力与治疗依从性,为症状缓解与指标优化奠定基础。临床护理中还需注意灌肠保留时间 ≥ 1 h是疗效关键,若 < 30 min需调整灌肠速度(从80滴/min降至60滴/min);口服药需监测大黄所致腹泻(每日不超过3次),避免伤脾。此外,本研究作为单一个案存在一定的局限性,中药联合疗法在慢性肾衰竭患者中降肌酐效果及长期影响,仍需大样本、多中心临床研究进一步验证,以明确其适用范围及最佳治疗方案。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 陈云杰,雷蕾,熊维建,等. 基于肠-肾轴理论慢性肾脏病3~5期的中西医研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2023, 39(6): 210-214.
CHEN Y J, LEI L, XIONG W J, et al. Research progress of traditional Chinese and western medicine on chronic kidney disease from stage 3 to stage 5 based on intestinal-renal axis theory [J]. Hunan J Tradit Chin Med, 2023, 39(6): 210-214. (in Chinese)
- [2] 燕玉军. 温肾培元降毒汤结合中药灌肠治疗慢性肾功能衰竭临床观察[J]. 光明中医, 2022, 37(6): 1019-1022.
YAN Y J. Clinical observation on Wenshen Peiyuan Jiangdu decoction combined with Chinese medicine enema in the treatment of chronic renal failure [J]. Guangming J Chin Med, 2022, 37(6): 1019-1022. (in Chinese)
- [3] 陈香美,倪兆慧,刘玉宁,等. 慢性肾衰竭中西医结合诊疗指南[J]. 河北中医, 2016, 38(2): 313-317.
CHEN X M, NI Z H, LIU Y N, et al. Guide to diagnosis and treatment of chronic renal failure with integrated traditional Chinese and western medicine [J]. Hebei J Tradit Chin Med, 2016, 38(2): 313-317. (in Chinese)
- [4] 王语鑫,王柏森,王圣治. 中医外治法治疗慢性肾衰竭的研究进展及展望[J/OL]. 实用中医内科杂志, 2025: 1-9. (2025-03-20). <https://kns.cnki.net/KCMS/detail/detail.aspx?filename=SYZY20250314001&dbname=CJFD&dbcode=CJFQ>. WANG Y X, WANG B S, WANG S Z. Research progress and prospects of traditional Chinese medicine external treatment in the treatment of chronic renal failure [J/OL]. J. Pract. Tradit. Chin. Intern. Med., 2025: 1-9. (2025-03-20). <https://kns.cnki.net/KCMS/detail/detail.aspx?filename=SYZY20250314001&dbname=CJFD&dbcode=CJFQ>. (in Chinese)
- [5] 李延婷,付静思,姜泉,等. 养生气功八段锦的源流和中医理论探析[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(4): 831-835.
LI Y T, FU J S, JIANG Q, et al. Origin and traditional Chinese medicine theory of Baduanjin [J]. World J Integr Tradit West Med, 2022, 17(4): 831-835. (in Chinese)
- [6] 徐宏,于长颖,薛秀丽. 情志护理的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2011(23): 2841-2842.
XU H, YU C Y, XUE X L. Research progress of emotional nursing [J]. Chin J Mod Nurs, 2011(23): 2841-2842. (in Chinese)
- [7] 仲雅,李亚娟,齐小玲,等. 血液透析联合血液灌流对慢性肾衰竭患者临床疗效、肾功能及血清炎症因子的影响[J]. 解放军医药杂志, 2020, 32(12): 77-80.

- ZHONG Y, LI Y J, QI X L, et al. Effect of hemodialysis combined with hemoperfusion on clinical efficacy, renal function and inflammatory factors in patients with chronic renal failure [J]. *Med Pharm J Chin People's Liberation Army*, 2020, 32(12): 77-80. (in Chinese)
- [8] WANG L, FAN R Y, GENG F N, et al. Protective effect of crude polysaccharide from Pao-TianXiong derived from monkshood, against chronic renal failure in mice [J]. *Trop J Pharm Res*, 2021, 18(6): 1235-1243.
- [9] 周梅, 汤义兵, 曹雷, 等. 老年慢性肾小球肾炎病人血清 Ficolin-3 水平与肾功能损害程度及预后的关系 [J]. *实用老年医学*, 2023, 37(1): 26-30.
- ZHOU M, TANG Y B, CAO L, et al. Relationship of serum Ficolin-3 level with degree of renal function damage and prognosis in elderly patients with chronic glomerulonephritis [J]. *Pract Geriatr*, 2023, 37(1): 26-30. (in Chinese)
- [10] 蒋宏伟, 杜浩昌, 杜渊. 黄葵胶囊联合复方 α 酮酸片治疗慢性肾衰竭的疗效及对 Scr、BUN 水平影响 [J]. *中华中医药学刊*, 2021, 39(9): 244-248.
- JIANG H W, DU H C, DU Y. Effect of Huangkui capsule combined with compound α -ketoacid tablets in treatment of chronic renal failure and its influence on levels of scr and BUN [J]. *Chin Arch Tradit Chin Med*, 2021, 39(9): 244-248. (in Chinese)
- [11] 解盼盼, 费佳. 穴位贴敷联合耳穴压豆治疗慢性肾衰竭患者水肿的临床疗效观察 [J]. *罕少疾病杂志*, 2025, 32(6): 106-109.
- XIE P P, FEI J. Clinical effect of acupoint application combined with ear point pressing bean in treating edema in patients with chronic renal failure [J]. *J Rare Uncommon Dis*, 2025, 32(6): 106-109. (in Chinese)
- [12] 汪娟, 金莉, 张世同, 等. 中药灌肠结合西沙必利治疗对慢性肾衰竭(脾肾阳虚兼湿浊中阻证)维持性血液透析患者胃肠道症状、营养参数的干预效果 [J]. *中国中西医结合肾病杂志*, 2023, 24(9): 822-825.
- WANG J, JIN L, ZHANG S T, et al. The intervention effect of traditional Chinese medicine enema combined with cisapride on gastrointestinal symptoms and nutritional parameters in patients with chronic renal failure (with spleen-kidney yang deficiency and dampness-stagnation-obstruction syndrome) undergoing maintenance hemodialysis [J]. *Chin J Integr Tradit West Nephrol*, 2023, 24(9): 822-825. (in Chinese)
- [13] 陈文俊, 王静, 何春云, 等. 中西医结合治疗慢性糖尿病肾病水肿 30 例临床观察 [J]. *中国民族民间医药*, 2022, 31(20): 113-115.
- CHEN W J, WANG J, HE C Y, et al. Clinical observation of 30 cases of chronic diabetic nephropathy treated by integrated traditional Chinese and western medicine [J]. *Chin J Ethnomed Ethnopharmacy*, 2022, 31(20): 113-115. (in Chinese)
- [14] 吴莉, 舒青龙, 刘玉琼, 等. 黄芪多糖和炙黄芪多糖调节大鼠肠道菌群组成与多样性的比较研究 [J]. *中药药理与临床*, 2021, 37(4): 40-47.
- WU L, SHU Q L, LIU Y Q, et al. Comparative study of astragalus polysaccharides and honey-processed astragalus polysaccharides on composition and diversity of gut microbiota in rats [J]. *Pharmacol Clin Chin Mater Med*, 2021, 37(4): 40-47. (in Chinese)
- [15] 范文玉, 李莲花. 中药靶向调节肠-肾轴治疗糖尿病肾病的研究现状 [J]. *中医临床研究*, 2025, 17(17): 96-103.
- FAN W Y, LI L H. The research status of treating diabetic nephropathy with Chinese medicines by targeting the gut-kidney axis [J]. *Clin J Chin Med*, 2025, 17(17): 96-103. (in Chinese)
- [16] 皮鹰, 钟阳红, 章小稳, 等. 中药口服联合灌肠治疗慢性肾衰竭 34 例 [J]. *江西中医药*, 2012, 43(6): 19-20.
- PI Y, ZHONG Y H, ZHANG X W, et al. Oral administration of traditional Chinese medicine combined with enema treatment for 34 cases of chronic renal failure [J]. *Jiangxi J Tradit Chin Med*, 2012, 43(6): 19-20. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。