

◇临床护理◇

泼尼松与吗替麦考酚酯治疗系膜增生性 IgA 肾小球肾炎患者的综合干预护理分析

祖二梅^a, 闫桂霞^b, 刘新华^a

(新疆医科大学第一附属医院, a 肾病科, b 感染性疾病中心感染科, 新疆 乌鲁木齐 830054)

摘要:目的 研究泼尼松与吗替麦考酚酯(Mycophenolate Mofetil, MMF)治疗系膜增生性 IgA 肾小球肾炎患者的护理干预价值。方法 从2014年11月至2016年11月,接受治疗的86例被确诊患有系膜增生性 IgA 肾小球肾炎的患者作为研究对象。采用随机数字表法分成观察组(43例)和对照组(43例)。对照组采用泼尼松与吗替麦考酚酯治疗并加以常规护理;观察组在对照组的基础上增加综合干预护理,治疗12个月后,观察并比较两组护理干预的疗效、生理指标、血管内皮生长因子(VEGF)、基质金属蛋白酶-9(MMP-9)、耐药性、不良反应、复发率及视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)。结果 治疗后观察组完全缓解占比37.21%(16例/43例)、总有效率97.67%(42例/43例),显著高于对照组16.28%(7例/43例)、86.05%(37例/43例),差异有统计学意义($\chi^2=4.807, 3.888; P<0.05$);治疗前各项生理指标比较差异无统计学意义,治疗后各项生理指标均有显著改善,且观察组改善幅度较对照组差异有统计学意义($t=6.417, 7.227, 9.760, 5.595, 12.125, 6.399, 2.907$; 均 $P<0.05$);治疗前两组差异无统计学意义,治疗后血清 VEGF 和 MMP-9 水平均显著下降,且观察组较对照组下降更明显,差异有统计学意义($t=7.954, 8.004$; 均 $P<0.001$);两组患者在在护理前 SAS 评分比较差异无统计学意义,护理后观察组 SAS 评分显著低于对照组,差异有统计学意义($t=14.102, P<0.001$);两组患者在治疗期间均有不良反应产生,总不良反应发生率两组差异无统计学意义($\chi^2=0.551, P>0.05$)。结论 泼尼松与 MMF 对系膜增生性 IgA 肾小球肾炎患者治疗同时并加以综合性的护理措施,不仅有效提高了治疗效率、改善了患者各项生理指标,降低了血清 VEGF 和 MMP-9 水平,同时还有效减轻了患者的焦虑心理,且安全可靠,值得临床借鉴。

关键词:肾小球肾炎,膜增生性;肾小球肾炎,IGA;泼尼松;吗替麦考酚酯;临床护理研究**doi:**10.3969/j.issn.1009-6469.2018.06.049

Comprehensive intervention nursing of prednisone and mycophenolate mofetil in the treatment of patients with mesangial proliferative IgA glomerulonephritis

ZU Ermei^a, YAN Guixia^b, LIU Xinhua^a

(a. Department of Nephrology, b. Infectious Diseases Center Infection Department, The First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi, Xinjiang 830054, China)

参考文献

- [1] 王海燕,郑法雷,刘玉春,等.原发性肾小球疾病分型与诊断及治疗标准专题座谈会纪要[J].中华内科杂志,1993,32(2):131-134.
- [2] PRAKASH A, JARVIS B. Leflunomide: a review of its use in active rheumatoid arthritis[J]. Drugs, 1999, 58(6): 1137-1164.
- [3] 王成,娄探奇,唐骅,等.来氟米特治疗难治性肾病综合征60例临床研究[J].中国实用内科杂志,2005,25(12):1096-1098.
- [4] JADAD AR, MOORE RA, CARROLL D, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? [J]. Control Clin Trials, 1996, 17(1): 1-12.
- [5] 张涛,贺利成,叶良君.来氟米特合并小剂量激素治疗难治性肾病综合征疗效观察[J].海南医学院学报,2011,17(7):929-930,933.
- [6] 吴艳波.来氟米特治疗难治性肾病综合征临床效果分析[J].中国现代药物应用,2013,7(20):111-112.
- [7] 刘俊兰.来氟米特联合激素治疗难治性肾病综合征的疗效和安全性[J].现代诊断与治疗,2013,24(18):4085.
- [8] 潘习彰.来氟米特联合泼尼松治疗难治性肾病综合征分析[J].华夏医学,2009,22(6):1016-1017.
- [9] 李国富,刘婷,包蓓艳.来氟米特与环磷酰胺治疗膜性肾病的疗效比较[J].中国中西医结合肾病杂志,2011,12(10):872-874.
- [10] 刘成新,白定华.来氟米特与环磷酰胺治疗难治性肾病综合征的疗效比较[J].中国实用医学杂志,2007,2(14):97-99.
- [11] 黄乙江,黄卫华,宁军.来氟米特与环磷酰胺治疗难治性肾病综合征的疗效比较[J].右江医学,2010,38(2):146-147.
- [12] 曹为.来氟米特治疗难治性肾病综合征28例疗效观察[J].中外医学研究,2014,12(13):134-135.
- [13] 赵东,周清华.来氟米特治疗难治性肾病综合征52例临床观察[J].现代医药卫生,2008,24(22):3352-3353.
- [14] 廖益飞,吴凌慧,张小如.来氟米特治疗难治性肾病综合征的研究[J].现代中西医结合杂志,2005,14(13):1682-1683.
- [15] 郑绍莹,王祺.来氟米特的药理作用及其临床应用[J].安徽医药,2009,13(11):1406-1408.
- [16] 吴红燕,孙业恒. Meta 分析方法在循证药学中的作用[J].安徽医药,2007(2):102-104.

(收稿日期:2016-11-10,修回日期:2018-03-07)

Abstract: Objective To study the nursing intervention effect of Prednisone and Mycophenolate mofetil (MMF) in the treatment of patients with mesangial proliferative IgA glomerulonephritis. **Methods** Eighty-six patients, who were diagnosed with mesangial proliferative IgA glomerulonephritis from November 2014 to November 2016 in The First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, were included in the study. They were randomly assigned into observation group (43 cases) and control group (43 cases) according to the random digital table method. The control group was treated with Prednisone and Mycophenolate mofetil therapy plus routine nursing; the observation group, on the basis of the therapy in the control group, was given comprehensive nursing intervention. After 12 months of treatment, the effect of nursing intervention physiological index, vascular endothelial growth factor (VEGF), matrix metalloproteinase -9 (MMP-9), drug resistance and adverse reaction and recurrence rate, visual analogue scale (VAS) score were compared between the two groups. **Results** After the treatment, the complete remission accounted for 37.21% (16 cases/43 cases), the total effectiveness accounted for 97.67% (42 cases/43 cases) in the observation group, which were significantly higher than the control group 16.28% (7 cases/43 cases), 86.05% (37 cases/43 cases); the differences were statistically significant ($\chi^2 = 4.807, 3.888; P < 0.05$). Physiological indexes had no statistical differences before treatment, and all physiological indexes after treatment were significantly improved, and the improvement rate in the observation group was statistically significant compared with the control group ($t = 6.417, 7.227, 9.760, 5.595, 12.125, 6.399, 2.907$; all $P < 0.05$). There was no significant difference in serum VEGF and MMP-9 of the two groups before treatment; serum VEGF and MMP-9 after treatment were significantly decreased, and the reduction in the observation group was more significantly than the control group; the difference was statistically significant ($t = 7.954, 8.004, P < 0.001$). the SAS score before nursing had no statistical difference between the two groups, but the SAS score after nursing in the observation group was significantly lower than the control group; the difference was statistically significant ($t = 14.102, P < 0.001$). Adverse reactions occurred during the treatment in the two groups, and the occurrence rate of the total adverse reactions was not statistically significant ($\chi^2 = 0.551, P > 0.05$). **Conclusions** Combined with comprehensive nursing measures, Prednisone and MMF in the treatment of patients with mesangial proliferative IgA glomerulonephritis and omnibus nursing measures not only effectively improve the treatment efficiency, improve the physiological index of patients, reduce the serum VEGF and MMP-9 levels, but also effectively reduce the patient's anxiety, and it is safe and reliable, worthy of clinical reference.

Keywords: Glomerulonephritis; Membranoproliferative; Glomerulonephritis, IGA; Prednisone; Mycophenolate mofetil; Clinical nursing research

系膜增生性 IgA 肾小球肾炎是原发性肾病中较为常见的一种疾病,通常是由肾小球系膜细胞出现增生及系膜基质发生不同程度的增多而引起同时伴有 IgA 沉积特征的慢性肾炎^[1]。导致肾病发生的原因众多,以环境污染及不良生活习惯见多,究其根本原因是肾脏出现纤维化,致使肾功能受损。临床表现有尿量减少、尿蛋白、水肿及血尿等^[2]。与其相关的因素可能包括免疫、代谢、遗传及感染等。国内外惯用的治疗方案是采用糖皮质激素进行治疗^[3-4]。本研究采用泼尼松与吗替麦考酚酯(Mycophenolate Mofetil, MMF)联合治疗并配合综合护理干预对此类疾病取得一定效果,现做如下报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从 2014 年 11 月至 2016 年 11 月,新疆医科大学第一附属医院肾病科收治的 86 例被确诊患有系膜增生性 IgA 肾小球肾炎患者,以随机数字表法分成观察组(43 例)和对照组(43 例)。本研究经新疆医科大学第一附属医院医学伦理委员会审核并批准。入选标准:①所有患者均符合《肾脏病学》中对系膜增生性 IgA 肾小球肾炎的诊断标准;②接受治疗前半年内无糖皮质激素或免疫抑制

剂使用;③无严重心及肝等疾病者;④所有患者或其近亲属均知情并自愿参与研究,均签字确认。排除标准:①IgA 肾病属继发性患者;②患者有糖尿病及恶性肿瘤;③哺乳及妊娠期孕妇;④精神异常患者;⑤其他不符合入选标准的患者。

1.2 研究方法 治疗中两组均采用泼尼松(河北瑞森药业有限公司)口服常规治疗,用药方法:0.5 mg · kg⁻¹ · d⁻¹,用药 4 周后剂量减少,每周 5 ~ 10 mg;MMF(华北制药股份有限公司,药品批号 20120315,每片剂量为 500 mg)治疗,1 次/天,3 片/次;用药 6 个月后剂量减少,1 次/天,2 片/次;用药 12 个月后剂量再次减少,1 次/天,1 片/次。

对照组给予常规护理:健康宣传、用药指导及给予生活建议等。

观察组在对照组的基础上给予综合干预护理,主要内容包含:①合理用药指导,嘱咐患者按时按量服药,告知按时服药的重要性、必要性及擅自停药可能带来的危害,若出现用药后不良反应需及时向医护人员反馈并采取对应处理措施,确保患者用药的依从性,同时建立良好的医患关系,遇事及时交流与沟通;②多元化健康宣导,依据患者的受教育程度及疾病状况,对健康知识加以宣讲,使患者

对疾病的发生、发展、治疗及可能出现的并发症等有充分的了解,同时告知患者及其家属健康的生活方式,特别是针对患者本人,比如治疗期间的饮食、忌生冷、减少酸性食物的摄入、选择优质蛋白等注意事项,家属在治疗期间做好相应的配合工作,建议患者改掉不良生活习惯,安排合理的睡眠时间及适当的有氧运动等;③给予患者综合护理心理干预及人文社会关怀,充分了解患者的心理状态,并给予开导,与其交流,缓解患者的焦虑心理,帮助患者对治疗产生信心,对不良情绪和坏的生活习惯加以干预;为患者创造温馨、舒适的病房环境及人文环境,提高患者对治疗的积极性;告知患者家属、朋友及同事该疾病的注意事项,同时详细说明家庭、社会的支持和鼓励对患者康复的重要性;④预防感染护理,由于患者在治疗过程中,免疫力相对低下,易引发感染及坠积性肺炎,首先,密切监测其血常规检查结果及体温变化,控制感染的源头,其次,注意个人卫生,禁止患者抓挠瘙痒皮肤,预防感染的发生,依据患者的健康状况,给予营养的补充,增强其抵抗力与免疫能力;⑤出院护理指导,建立微信交流平台,为患者提出的疑问给予科学的解答,使其保持良好的心情,定期做复查。其中肾组织在光镜下显示损伤程度判断方法:轻度为增生系膜区较小,且毛细血管腔的系膜细胞数目<3个;中度为增生系膜区增大,且毛细血管腔受压,而系膜细胞数目为3~5个;重度为系膜在弥散性增生的基础上呈现出团块聚集,且毛细血管结构被破坏,而系膜细胞数目>5个。

1.3 观察指标 两组患者分别在治疗前及治疗12个月后对总蛋白、三酰甘油、总胆固醇、血肌酐、血清VEGF及MMP-9等指标进行2次常规检测。血清VEGF及MMP-9采用ELISA法检测,试剂盒购自于上海百蕊生物科技有限公司,检测步骤按照说明书严格执行。对比两组耐药性及不良反应与复发率。根据焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)对患者负面焦虑心理判断^[4]:SAS共包括20个小项目,每个项目分值在1~4分。总分50分是

分界值。轻度焦虑:50≤SAS≤59;中度焦虑:60≤SAS≤69;重度焦虑:SAS≥70。

1.4 疗效评价 依据《肾脏病学》中对系膜增生性IgA肾小球肾炎治疗后的临床疗效标准^[5]:完全缓解:肾脏功能恢复到正常水平,检测到尿蛋白呈阴性,每24小时定量尿蛋白<0.2g,白蛋白与总蛋白在血液中趋于正常或达正常水平;显著缓解:肾脏功能恢复接近正常,尿蛋白显著减轻,每24小时定量尿蛋白<1.0g,白蛋白与总蛋白在血液中显著改善;部分缓解:肾脏功能恢复有好转,白蛋白与总蛋白在血液中有部分改善,尿蛋白有部分减轻,每24小时定量尿蛋白<3.0g;无效:肾脏功能无改善,尿蛋白及白蛋白与总蛋白在血液中无改善。总有效=完全缓解+显著缓解+部分缓解。

1.5 统计学方法 本文数据的处理均用SPSS 21.0软件进行,对计数资料实施 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,计算Z值。而计量资料实施两组独立样本的t检验。检验水准为 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组一般资料的比较 对照组:男28例,女15例;年龄范围22~75岁,年龄(44.87±9.23)岁;病程范围2~9年,病程(3.27±2.16)年;肾组织在光镜下显示损伤程度:25例轻度,14例中度,4例重度。观察组:男27例,女16例;年龄范围21~74岁,年龄(44.36±9.41)岁;病程范围1~8年,病程(3.31±2.24)年;26例轻度,12例中度,5例重度。两组患者在性别、年龄及病程与病情等方面相比,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

2.2 两组患者治疗后临床疗效对比 治疗后观察组完全缓解占比37.21%(16例/43例),总有效97.67%(42例/43例)显著高于对照组16.28%(7例/43例),86.05%(37例/43例),差异有统计学意义(均 $P<0.05$)。见表2。

2.3 两组患者治疗前后各生理指标比较 治疗前各项生理指标比较差异无统计学意义,治疗后各项生理指标均有显著改善,且观察组改善幅度较对照组差异有统计学意义(均 $P<0.05$)。见表3。

表1 两组一般资料的比较

组别	例数	性别/例		年龄/(岁, $\bar{x}\pm s$)	病程/(年, $\bar{x}\pm s$)	光镜显示损伤程度/例		
		男	女			轻度	中度	重度
对照组	43	28	15	44.87±9.23	3.27±2.16	25	14	4
观察组	43	27	16	44.36±9.41	3.31±2.24	26	12	5
$t(\chi^2)[Z]$ 值	-	(0.050)		0.254	0.084	[2.128]		
P值	-	0.822		0.800	0.933	0.106		

表 2 两组患者治疗后临床疗效对比/例(%)

组别	例数	完全缓解	显著缓解	部分缓解	无效	总有效
对照组	43	7(16.28)	15(34.88)	15(34.88)	6(13.95)	37(86.05)
观察组	43	16(37.21)	18(41.86)	8(18.60)	1(2.33)	42(97.67) ^a

注:两组比较,^a $\chi^2=3.888,P=0.049$

表 3 两组患者治疗前后生理指标比较/ $\bar{x}\pm s$

组别	例数	24 h 尿量/mL	24 h 尿蛋白/g	白蛋白/ g·L ⁻¹	总蛋白/ g·L ⁻¹	血肌酐/ μmol·L ⁻¹	总胆固/ mmol·L ⁻¹	三酰甘油/ mmol·L ⁻¹
对照组	43							
治疗前		1 080.28±272.31	4.02±1.47	18.98±4.69	47.32±8.57	166.39±36.17	6.48±1.14	2.29±0.83
治疗后		1 365.24±287.18	3.32±0.69	21.92±4.61	58.48±9.12	116.58±9.96	5.89±0.76	1.97±0.57
观察组	43							
治疗前		1 075.46±265.87	4.11±1.56	19.27±4.55	46.52±8.94	164.27±34.31	6.53±1.02	2.31±0.75
治疗后		1 812.57±355.66	2.26±0.67	30.23±3.15	69.63±9.36	143.55±10.66	4.77±0.86	1.58±0.67
t 值		6.417	7.227	9.760	5.595	12.125	6.399	2.907
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.005

注:两组治疗前比较,均 $P>0.05$;两组组内治疗前后比较,均 $P<0.05$

表 4 两组治疗前后血清 VEGF 和 MMP-9 水平的比较/(ng·L⁻¹, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	VEGF		MMP-9	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	173.69±29.05	94.38±18.47	136.69±24.65	79.46±15.81
观察组	43	174.72±28.61	64.38±16.45	135.83±26.33	54.76±12.63
t 值		0.166	7.954	0.156	8.004
P 值		0.869	<0.001	0.876	<0.001

表 6 两组患者治疗期间不良反应对比/例(%)

组别	例数	肺部感染	贫血	消化道溃疡	消化不良	总不良反应
对照组	43	1(2.33)	0(0.00)	1(2.33)	1(2.33)	3(6.98)
观察组	43	0(0.00)	2(4.65)	1(2.33)	2(4.65)	5(11.63)
χ^2 值		1.012	2.048	0.000	0.345	0.551
P 值		0.314	0.152	1.000	0.557	0.458

2.4 治疗前后两组患者血清 VEGF 和 MMP-9 水平的比较 治疗前两组差异无统计学意义,治疗后血清 VEGF 和 MMP-9 水平均显著下降,且观察组较对照组下降更明显,差异有统计学意义(均 $P<0.05$)。见表 4。

2.5 两组患者护理前后 SAS 评分对比 两组患者在护理前 SAS 评分比较差异无统计学意义,护理后观察组 SAS 评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者护理前后 SAS 评分对比/(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	护理前	护理后
对照组	43	54.79±4.09	52.75±3.81
观察组	43	54.82±4.27	42.16±3.12
t 值		0.033	14.102
P 值		0.974	<0.001

2.6 两组患者治疗期间不良反应对比 两组患者在治疗期间均有不良反应产生,两组总不良反应发

生率差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。见表 6。

3 讨论

系膜增生性 IgA 肾小球肾炎在临床较为常见,其发病率高且迅速,若不加以及时有效的治疗措施,易致使病情恶化,甚至肾衰竭。由于具体致病机制不够明确,目前临床治疗采用对症治疗措施,尚且没有统一的医治标准^[6]。国内外治疗该病采用较多的为免疫抑制剂,且不良反应多、易复发,为此寻找更加行之有效的治疗及护理干预措施对治疗系膜增生性 IgA 肾小球肾炎具有重要的临床价值。

本研究观察 MMF 联合泼尼松对系膜增生性 IgA 肾小球肾炎患者治疗中的不同护理措施所产生的效果,结果发现,治疗后观察组完全缓解占比 37.21%,总有效率 97.67%,显著高于对照组 16.28%,86.05% ($\chi^2 = 4.807, 3.888; P = 0.028, 0.049$),符合刘维苗等^[7]报道。这表明治疗后综合干预护理对系膜增生性 IgA 肾小球肾炎患者疗效显著。这是因为综合干预护理大大提高了患者对用药的依从性,主动配合治疗,再加之科学合理的饮食与适当的有氧运动,综合提高了疗效。

本研究还发现,治疗前各项生理指标比较差异无统计学意义,治疗后各项生理指标均有显著改善,且观察组改善幅度较对照组的差异有统计学意义,与王妍炜^[8]的报道相一致。这表明综合干预护理能显著改善患者治疗后各项生理指标,这是由于综合干预护理有助于患者树立了对治疗的自信,戒掉部分不良生活习惯,同时减少了对酸性食物的摄入,择取优质蛋白,帮助患者改善了治疗中的各项生理指标^[9]。另外,本研究得出,治疗前两组差异无统计学意义,治疗后血清 VEGF 和 MMP-9 水平均显著下降,且观察组较对照组下降更明显,这表明治疗后综合干预护理能显著改善患者治疗后血清 VEGF 和 MMP-9 水平。这与患者按时服药与均衡的营养密切相关^[10]。此外,研究还得出,两组患者在护理前 SAS 评分比较差异无统计学意义,护理后观察组 SAS 评分显著低于对照组,这表明治疗后综合干预护理可以显著改善患者焦虑心理。良好的医患关系和及时的医患沟通帮助患者化解了在治疗中遇到的各种问题,从而建立良好的心态积极面对疾病^[11-12]。同时良好的心理护理可以帮助患者减少焦虑,更加有利于治疗的实施。由于该病的治疗周期较长,使得个性化护理在临床显得更加重要^[13]。最后本研究还发现,两组总不良反应发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。这说明两种治疗措

施均会产生不良反应,经对不良反应患者用药的剂量的调整,不良反应均自然消除。这是因为微信等交流平台的建立,能及时反映治疗中遇到的问题,及时调整用药剂量及用药时间,消除患者由于不了解与反映不及时,带给患者延误治疗造成的伤害^[14-15]。

综上所述,泼尼松与 MMF 在系膜增生性 IgA 肾小球肾炎患者治疗中加以综合性的护理措施^[16-17],不仅有效提高了治疗效率、改善了患者各项生理指标,降低了血清 VEGF 和 MMP-9 水平,同时还有效降低了患者的焦虑心理,且安全可靠,值得临床借鉴。

参考文献

- [1] 张致丽. 36 例急性肾小球肾炎患儿的护理体会[J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(3): 196-197.
- [2] 周桂莲. 62 例小儿急性肾小球肾炎的临床观察和护理[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 15(2): 80-81.
- [3] 郑伟. 中西医结合治疗过敏性紫癜性肾炎的临床疗效及护理研究[J]. 河北中医, 2016, 38(8): 1247-1250.
- [4] 徐睿, 王刚. 2 例抗肾小球基底膜病患者的护理[J]. 现代临床护理, 2017, 16(1): 26-29.
- [5] 王美蓉, 於军兰. 肾炎康胶囊治疗糖尿病肾病疗效观察及护理[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(3): 709-710.
- [6] 沈晓虹, 王利军. 心理痛苦温度计在慢性肾小球肾炎患者中的效果[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(10): 158-159.
- [7] 刘维苗, 罗雅丹, 李红, 等. 综合护理在慢性肾小球肾炎护理中的应用[J]. 医学信息, 2017, 30(4): 188-190.
- [8] 王妍炜. 紫癜性肾炎患儿医院感染相关因素分析及护理[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(11): 2660-2661.
- [9] 刘雪梅, 冯雪燕, 宋爱民, 等. 系统性红斑狼疮合并肾炎患者肾穿刺活检术的围术期护理[J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(3): 46-47, 59.
- [10] 李晓彦. 紫癜性肾炎患儿的中西医护理[J]. 护理研究, 2012, 26(12): 1114-1115.
- [11] 曹桂红. 过敏性紫癜性肾炎发病因素相关性研究及护理对策[J]. 中华全科医学, 2015, 13(1): 126-128.
- [12] 黎芳. 护理干预对老年肾内科患者安全护理的影响分析[J]. 河北医药, 2013, 35(9): 1430-1431.
- [13] 孙菊芳, 赵瑾. 1 例重症感染性心内膜炎合并新月体肾炎患者行瓣膜置换术的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(27): 53-54.
- [14] 顾胜英, 张爱青. 儿童紫癜性肾炎的临床特点和护理对策[J]. 中国临床研究, 2013, 26(5): 512-513.
- [15] 李玉峰, 云蕾, 周丽江, 等. 静脉滴注丙种球蛋白治疗儿童过敏性紫癜不良反应观察及预防性护理[J]. 重庆医学, 2017, 46(3): 425-426.
- [16] 王其玉. 综合护理对尿毒症患者血液透析期间合并心衰的预防效果评价[J]. 安徽医药, 2013, 17(3): 524-526.
- [17] 曹家月. 持续护理对于腹膜透析治疗肾病综合征合并急性肾损伤患者的临床观察[J]. 安徽医药, 2014, 18(7): 1392-1394.

(收稿日期: 2017-07-07, 修回日期: 2018-04-12)