

• 论著 •

中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成的疗效观察

蔡霞英¹, 毕研贞¹, 林敏¹, 肖玲²

(1. 福建医科大学附属闽东医院, 福建 宁德 355000; 2. 三明市第二医院, 福建 永安 366000)

【摘要】 目的 观察中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成(DVT)的疗效。**方法** 采用前瞻性研究方法, 将福建医科大学附属闽东医院收治的 40 例 DVT 患者按随机数字表法分为对照组和治疗组, 每组 20 例。两组均给予常规治疗, 对照组在常规治疗基础上给予低分子肝素钙 3.075 kU 皮下注射及口服华法林钠等治疗, 重叠使用 3 d 后停用低分子肝素钙; 治疗组在常规治疗基础上给予自拟活血通脉方(桃仁 15 g, 赤芍 15 g, 金银花 15 g, 泽泻 12 g, 薏苡仁 30 g, 车前子 9 g, 鸡血藤 12 g, 玄参 9 g, 木瓜 12 g, 牛膝 12 g)随证加减, 并用将军散(生大黄粉 250 g, 芒硝 200 g, 面粉 100 g, 食醋 500 g, 拌成糊状)外敷患处, 每日 1 次, 30 d 为 1 个疗程, 共 2 个疗程。观察治疗前后患肢平面周径、视觉模拟量表(VAS)评分、血管再通情况、临床疗效和不良反应发生情况。**结果** 治疗组总有效率明显高于对照组[90.0% (18/20) 比 70.0% (14/20), $P < 0.05$]。两组治疗后患肢周径均较治疗前明显减小, 且以治疗组变化更显著[大腿(cm): 46.21 ± 4.80 比 53.18 ± 4.45 , 小腿(cm): 32.57 ± 4.26 比 36.21 ± 5.01 , 均 $P < 0.05$]; 两组治疗后 1 个月 VAS 评分即明显降低, 治疗 2 个月后达谷值, 且以治疗组降低更显著(分: 2.24 ± 0.58 比 3.36 ± 0.61 , $P < 0.01$), 治疗组治疗后血管再通率较对照组明显升高[85.0% (17/20) 比 70.0% (14/20), $P < 0.05$]。**结论** 中西医结合治疗 DVT 明显优于单纯西医治疗。

【关键词】 下肢深静脉血栓形成; 活血通脉; 中西医结合疗法

An observation on efficacy of combined traditional Chinese and western medicine for treatment of patients with deep venous thrombosis in lower extremity Cai Xiaying, Bi Yanzhen, Lin Min, Xiao Ling. *Mindong

Hospital Affiliated to Fujian Medical University, Ningde 355000, Fujian, China

Corresponding author: Bi Yanzhen, Email: Biyanzhen2004@aliyun.com

【Abstract】 Objective To investigate the clinical efficacy of combined traditional Chinese and western medicine for treatment of patients with deep venous thrombosis (DVT) in lower extremity. **Methods** A retrospective study was conducted. Forty patients with DVT admitted into Mindong Hospital Affiliated to Fujian Medical University were randomly divided into control and treatment groups, 20 cases in each group. Conventional therapy was given in both groups. The patients in control group were hypodermically injected with low molecular heparin 3.075 kU, and orally took warfarin sodium; the former injection was terminated on the 3rd day, and afterwards warfarin was solely administered. On the basis of the treatment in the control group, the patients in treatment group were additionally treated with Huoxue Tongmai decoction (ingredients: peach kernel 15 g, red paeonia 15 g, honeysuckle flower 15 g, rhizoma alismatis 12 g, semen coicis 30 g, semen plantaginis 9 g, suberect spatholobus stem 12 g, radix scrophulariae 9 g, pawpaw 12 g, radix achyranthis bidentatae 12 g), the formula could be modified in accordance with patients' symptoms and signs, and Jiangjun powder was applied at the lesion externally (ingredients of the powder: rhubarb 250 g, mirabilite 200 g, flour 100 g, vinegar 500 g were mixed to form a smooth paste), once a day, 30 days constituting a therapeutic course and totally 2 courses being taken. The perimeter of the affected limb, visual analogy score (VAS), revascularization rate, curative effect and adverse reaction were observed before and after treatment and compared between the two groups. **Results** The total effective rate in treatment group was higher than that in control group [90.0% (18/20) vs. 70.0% (14/20), $P < 0.05$]. After treatment, the perimeter of the affected limb in both groups was significantly smaller than that before treatment, the decrease in treatment group being more marked [the upper leg (cm): 46.21 ± 4.80 vs. 53.18 ± 4.45 , the lower leg (cm): 32.57 ± 4.26 vs. 36.21 ± 5.01 , both $P < 0.05$]. The VAS scores were significantly decreased in both groups after treatment for 1 month, they reached the valley values after treatment for 2 months, the degree of descent being more significant in the treatment group (2.24 ± 0.58 vs. 3.36 ± 0.61 , $P < 0.01$). The revascularization rate of the treatment group after treatment was higher than that of the control group [85.0% (17/20) vs. 70.0% (14/20), $P < 0.05$]. **Conclusion** The combined treatment of traditional Chinese and western medicine was obviously superior to the sole western medicine for treatment of patients with DVT.

【Key words】 Deep venous thrombosis in lower extremity; Huoxue Tongmai; Combined treatment of traditional Chinese and western medicine

下肢深静脉血栓形成(DVT)是周围血管疾病中的一种常见病,多见于术后、产后、外伤、心血管疾

病、肿瘤等疾病。DVT可采用手术、介入治疗等方法,但因手术窗口期、手术取栓或放置过滤器易再发血栓、介入器材费用高以及基层医疗条件受限等问题,难以达到预期疗效。中医药治疗 DVT 在消除肢体水肿、血管再通、侧支循环建立、防止复发以及改善

后遗症等方面具有明显的优势。本科采用中西医结合方法治疗 DVT 取得满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:采用前瞻性研究方法,选择 2011 年 8 月至 2013 年 8 月本科收治的 DVT 患者 40 例,年龄 28~75 岁,平均 54.9 岁;术后 14 例,产后 3 例,外伤 5 例,合并肿瘤(分别为胰腺癌、胃癌、前列腺癌,均为住院后检查发现)3 例,偏瘫长期卧床 5 例,伴房颤 1 例,伴下肢静脉曲张 2 例,不明原因 7 例;病程 3~102 d,平均 15.3 d。40 例患者均表现为下肢肿痛、压之凹陷不明显、皮肤张力增高、皮肤温度稍高、皮肤颜色稍红,患者股三角区压痛或 Homan 征阳性;诊断参照《中西医结合周围血管病学》中 DVT 的诊断标准^[1]制定,均经彩色多普勒超声确诊,其中左下肢 26 例,右下肢 12 例,双下肢 2 例;中央型 20 例,周围型 15 例,混合型 5 例。将患者按随机数字表法分为两组,每组 20 例。

排除标准:有抗凝药物过敏史;近期手术及术后 3 d 内;凝血功能障碍性疾病如血小板减少性紫癜,伴严重心、脑、肝、肾等重要器官疾病史;有活动性出血性胃溃疡、脑出血等出血性疾病;先兆流产或妊娠期;开放性损伤患者;精神障碍及无法配合者。

两组患者性别、年龄、病程比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),两组资料均衡,有可比性。

本研究符合医学伦理学标准,并经医院伦理委员会批准,取得患者或家属知情同意。

1.2 治疗方法:急性期要绝对卧床休息,抬高患肢(高于心脏约 30° 左右),静脉滴注(静滴)七叶皂苷钠以消肿、减轻静脉压,有助于预防后遗症,保持大便通畅。2 周后逐渐增加活动量,严禁按摩挤压患肢,避免静脉血栓脱落导致肺栓塞危及患者生命,待水肿消退后可配合穿医用弹力袜,预防 DVT 综合征。

1.2.1 对照组:皮下注射低分子肝素钙(速碧林),每次 3.075 kU,12 h 1 次;2 d 后加服华法林钠,重叠使用 3 d 后停用低分子肝素钙。禁食猪肝等食物防止影响药效,并注意观察患者有无皮下出血等情况。用药期间定期复查国际标准化比值(INR),调整华法林钠的用量使 INR 控制在 2~3,防止出现继发出血等不良反应。

1.2.2 治疗组:在综合治疗基础上加用中医内外兼治法治疗。

1.2.2.1 内治法:给予自拟活血通脉方(组成:桃仁 15 g,赤芍 15 g,金银花 15 g,泽泻 12 g,薏苡仁 30 g,车前子 9 g,鸡血藤 12 g,玄参 9 g,木瓜 12 g,牛膝

12 g)。随证加减:脾虚加黄芪 12 g,党参 12 g;瘀血重加地龙 12 g,水蛭 12 g;湿重加苍术 12 g,泽兰 12 g;痛甚加延胡索 12 g,香附 12 g;便秘加酒制大黄 6 g,水煎约 150 mL;每日分 2 次服用。

1.2.2.2 外治法:使用将军散^[2]外敷患处(生大黄粉 250 g,芒硝 200 g,面粉 100 g,食醋 500 g,药拌成糊状涂于患处),每日 1 次。

两组均以 30 d 为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标:① 两组临床疗效;② 观察治疗前后患肢水肿变化(以膝关节胫骨内侧髌为中心,膝上 20 cm 处测量大腿周径,膝下 15 cm 处测量小腿周径);③ 使用疼痛视觉模拟量表(VAS)^[3]观察患者下肢压痛变化;④ 复查多普勒超声观察患者血流再通情况;⑤ 观察不良反应,如胃肠道反应,皮下出血、鼻腔出血、眼眶出血及药物过敏等发生情况。

1.4 疗效评定标准^[4]:① 临床治愈:患肢无明显肿胀疼痛,平面周长同健侧相比周径差小于 2 cm,患肢超声显示深静脉血流通畅;② 显效:患肢肿胀疼痛较治疗前明显好转,平面周长同健侧相比周径差不大于 3 cm,患肢超声显示深静脉血流部分通畅;③ 无效:患肢肿胀疼痛较治疗前无明显好转,平面周长同健侧相比周径差大于 3 cm,患肢超声显示深静脉无血流或仅有少许血流信号。

1.5 统计学分析:使用 SPSS 13.0 统计软件处理数据,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用配对 t 检验及重复测量方差分析;临床疗效比较用 Wilcoxon 秩和检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较(表 1):治疗组总有效率较对照组明显增加($P<0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较

组别	例数 (例)	临床疗效[例(%)]			总有效率 [% (例)]
		临床治愈	显效	无效	
对照组	20	5 (25.0)	9 (45.0)	6 (30.0)	70.0 (14)
治疗组	20	8 (40.0)	10 (50.0)	2 (10.0)	90.0 (18) ^a

注:与对照组比较,^a $P<0.05$

2.2 两组治疗前后患肢平面周径比较(表 2):两组治疗后患肢平面周径均较治疗前缩小,且以治疗组缩小更为显著(均 $P<0.05$)。

2.3 两组治疗前后患者 VAS 评分比较(表 3):两组患者治疗前 VAS 评分比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$);治疗 1 个月后 VAS 评分逐渐降低,且以治疗组降低更显著($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表 2 两组 DVT 患者治疗前后患肢平面周径比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数 (例)	患肢平面周径 (cm)	
			大腿	小腿
对照组	治疗前	20	57.04 ± 4.16	41.29 ± 4.29
	治疗后	20	53.18 ± 4.45 ^a	36.21 ± 5.01 ^a
治疗组	治疗前	20	57.12 ± 4.32	41.90 ± 4.54
	治疗后	20	46.21 ± 4.80 ^{ab}	32.57 ± 4.26 ^{ab}

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 表 3 两组 DVT 患者治疗前后 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	VAS 评分 (分)		
		治疗前	治疗 1 个月	治疗 2 个月
对照组	20	6.29 ± 1.08	4.58 ± 0.82	3.36 ± 0.61
治疗组	20	6.38 ± 1.02	3.37 ± 0.75 ^a	2.24 ± 0.58 ^b

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$

2.4 两组血管再通情况比较(表 4):治疗组血管再通率较对照组明显升高($P < 0.05$)。

表 4 两组 DVT 患者血管再通情况比较

组别	例数 (例)	血管再通情况 (例)			再通率 [% (例)]
		完全再通	部分再通	未通	
对照组	20	3	11	6	70.0 (14)
治疗组	20	7	10	3	85.0 (17) ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

2.5 不良反应:主要表现在胃肠道刺激及将军散对皮肤过敏方面。其中,1 例患者在配合使用保护胃黏膜的药物后不良反应消失,可继续使用;1 例患者停用将军散,继续配合中药内治法,皮肤过敏自行痊愈。

3 讨论

DVT 可引起下肢肿胀疼痛,严重者可导致肺栓塞或截肢,甚至危及生命^[5]。DVT 的病理生理学基础主要有静脉壁损伤、静脉血流淤滞和血流高凝状态三大因素^[6],若治疗不及时,延误病情易出现血栓机化致下肢静脉回流障碍、下肢静脉瓣膜受损甚至侵犯淋巴系统,形成 DVT 综合征后如下肢水肿、下肢浅表静脉曲张、皮炎、色素沉着、皮肤纤维化,最终形成难以愈合的慢性瘀血性溃疡伤口,伤口感染可导致截肢而影响生活质量,故早期积极有效的治疗有助于提高治愈率,减少致残率。临床上,在 DVT 早期,规范运用抗凝、祛聚、水化药物,效果较好,但有其局限性^[7-9]。

中医学认为 DVT 属于“股肿”范畴,主要是由气血运行不畅,瘀血阻于脉络,阻滞不通,营血回流受阻,水津外溢,聚而为湿,流注下肢所致,临床上可

见有发热征象,多因瘀血阻脉、郁而发热,故治疗应以活血通脉、清热消肿为总的治疗原则。目前活血化瘀中药已广泛应用于血栓性疾病的临床治疗,对改善局部微循环有显著疗效^[10]。本科自拟的活血通脉方中以桃仁、赤芍、金银花为君药,共奏活血化瘀、清热凉血之功效;泽泻、薏苡仁、车前子为臣药,共奏利水渗湿消肿之功效;鸡血藤、玄参为佐药,共奏活血行血、泻火解毒之功效;木瓜、牛膝为使药,共奏活血舒筋、引药下行之功效;全方共奏活血化瘀、通脉、利湿消肿止痛、清热凉血解毒之功效,促进瘀血消散,血脉通畅,水肿自消。颜永刚等^[11]证实桃仁有抗血栓、抗炎等作用;石雕和彭延古^[12]认为,赤芍具有较好的抗血栓作用,其机制可能与能抑制血小板聚集、降低血黏度和血纤维蛋白原浓度、延长凝血酶原时间密切相关;刘丹丹等^[13]研究证实,金银花的药效特点是具有抗炎、解热、抗血小板聚集等作用;杨丽^[14]研究发现,鸡血藤有抗血小板聚集、抗动脉粥样硬化、降低血管阻力等作用;泽泻、薏苡仁、车前子具有利尿消肿、减轻静脉压等作用;金银花、玄参具有消除血管炎症、退热等作用。纵观全方,具有祛聚、溶栓、抗血小板聚集、消肿减轻静脉压、促进侧支循环建立等功能,可防止出现 DVT 综合征。中药内服配合将军散外敷,方中大黄、芒硝具有活血通脉、消炎消肿、改善肢体血液循环、促进静脉血液回流、促进侧支循环建立的作用,有利于血栓溶解、消除下肢水肿;食醋为赋形剂,具有促进药物透皮吸收之功效,三者合用能起到协同作用。

西药配合中药内服外用,内外兼治,既能治病求本,又能使药物直达病所;而且中药治疗具有双向调节作用,既能活血又能止血,且操作简便安全,药品价廉易得;又能缩短治疗时间,亦不增加出血等不良反应。本临床实践证实,中西医结合治疗 DVT 明显优于单纯西医治疗,这与刘增君^[15]阐述的观点基本相符,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 尚德俊,王嘉桔,张柏根. 中西医结合周围血管疾病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:495-543.
- [2] 郑光儒. 中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成 54 例[J]. 福建中医药,2011,42(6):33-34.
- [3] 王昆,谢广茹. 临床癌症疼痛治疗学[M]. 北京:人民军医出版社,2003:56-59.
- [4] 池明宇. 中西医结合血栓病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:443-444.
- [5] 刘增君,赵允,贾丽涛,等. 下肢骨折术后并发深静脉血栓形成的预防和急救[J]. 中国危重病急救医学,2011,23(4):235.
- [6] 盛颂颂. 下肢深静脉血栓形成的诊断和治疗进展[J]. 上海医药,2013,34(2):37-39.
- [7] 何菊,李俊海,黄梅,等. 抗凝治疗骨折术后下肢深静脉血栓形

- 成 58 例早期疗效分析[J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18 (7): 434-435.
- [8] 夏锡仪, 谭玉林, 孙亚伟, 等. 低分子肝素预防外科术后患者的肺栓塞[J]. 中国危重病急救医学, 2011, 23 (11): 661-664.
- [9] 邓为民, 侯雨生, 杨景明, 等. 下腔静脉滤器植入联合导管溶栓治疗下肢深静脉血栓形成 55 例分析[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21 (2): 134-135.
- [10] 朱巧, 刘春娜, 于维娜. 血府逐瘀汤加味治疗冠状动脉支架植入术后心绞痛的临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17 (5): 298-301.
- [11] 颜永刚, 雷国莲, 刘静, 等. 中药桃仁的研究概况[J]. 时珍国医国药, 2011, 22 (9): 2262-2264.
- [12] 石雕, 彭延古. 抗血栓中药的研究现状[J]. 湖南中医药大学学报, 2011, 31 (9): 75-78.
- [13] 刘丹丹, 王培智, 苗明三. 金银花药效特点分析[J]. 中医学报, 2013, 28 (10): 1514-1516.
- [14] 杨丽. 当归、鸡血藤、丹参、红花补血与活血之探讨[J]. 中国中医急症, 2010, 19 (9): 1566-1567.
- [15] 刘增君. 下肢骨折术后深静脉血栓防治的研究进展[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18 (4): 251-252.
- (收稿日期: 2014-06-19)
(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

急诊护理风险及其应对措施

李红峰, 彦文娟

(宁夏回族自治区人民医院, 宁夏 银川 750021)

急诊是危重病患者短期内大量集中的地方, 需要急诊医护人员对危重患者实施抢救, 因此, 对急诊护士来说, 从事急诊护理存在着相当大的风险, 因此, 有必要通过提高护士的职业水平来防范风险的发生。

1 常见的急诊护理风险分类

1.1 护理技术风险: ① 当一个危重患者到达急诊科时, 通常由护士进行接诊和分诊, 并及时通知抢救医生, 如果护士不熟悉分诊流程, 就会耽误抢救, 并使整个抢救过程处于被动地位, 失去患者信任。② 急诊室的抢救仪器和药物应准备充足并处在随时都能使用的状态下。急诊抢救时发现问题, 则会导致抢救进程受限, 甚至会延误患者最佳抢救时机。③ 急诊护士应对常用的急救技术相当熟悉并能有效操作。如果急诊护士对急救技术操作不够熟练, 当遇到抢救患者时, 就出现抢救动作缓慢, 因而影响了整个抢救环节, 甚至会导致患者死亡。如果急救护士知识匮乏, 对急诊的常见病和多发病不熟悉, 当遇到抢救患者时, 就会出现对患者的危险程度评估不足, 无法进行有效的抢救处置, 直接了患者的抢救成功率及影响医疗工作质量。④ 此外, 部分护士对三查八对不重视, 对护理记录不重视, 有可能在遇到抢救危重患者时出现差错, 还可能对患者造成医疗伤害, 导致不必要的医疗纠纷出现。

1.2 护士职业风险: 护理职业本身就是一个高风险的职业, 急诊护士更是如此。当急诊科的患者因需要进行紧急抢救时, 护理操作时间往往是在第一时间就要完成, 而且取血、插管、穿刺等抢救操作要快于临床化验检测结果报告的速度。如果接诊的是有传染性疾病的患者, 有创操作如果误伤自己, 则有可能造成自身感染。急诊科的患者通常病情危重, 需及时抢救, 此时家属的情绪通常很激动。如果出现护患之间沟通不当, 会导致患者和患者家属对医院的制度不理解, 甚至对医生和护士产生敌意, 造成医疗纠纷, 有时甚至演变成暴力事件。

2 急诊护理风险的应对措施

2.1 增强急诊医护人员护理风险的防范意识: 急诊科护士

长要经常组织护士学习《医疗事故处理条例》、《医疗纠纷防范及对策》等法律法规, 可以通过一些实际案例来进行法律法规的普及, 增强护士的法律意识, 急诊护理应将风险程度控制在萌芽状态。

2.2 制定有效的规章制度, 强化急救流程, 使急诊护理操作规范化流程化: 急诊科要制定严格的管理规章制度, 如急诊护理的交接班制度、急诊查对制度、急诊操作流程等, 并做到专人管理、专人检查。对急诊科可能存在的护理风险要制定相应的应对措施, 并及时修订。要加强医护的配合, 以提高危重患者的抢救效果。

2.3 保证抢救物品到位, 严格执行更新查对制度: 急诊科护士长和主管护士要保证急救的器械和药品完好齐全, 在遇到危重患者抢救时能及时使用。因此, 要做到专人负责并在每日早晚进行交接班时检查所有的仪器及药品, 以保证急诊患者抢救时不出现差错。

2.4 定期培训, 提高急诊护士应对突发事件的能力: 医院护理部要制定急诊科各级护士的培训考核计划, 并将培训与考核相结合。医院要有计划地对急诊护士开展各种急救技术的培训, 要求急诊护士必须熟练掌握正确的洗胃术、心肺复苏术、穿刺术、气管插管术等急救抢救技术, 并熟练使用各种抢救仪器, 才能在遇到危重患者急救时不忙乱, 避免医疗差错的出现。

2.5 加强护患沟通, 提高护理服务质量: 要教育护士做到以患者为中心, 遇到患者和家属询问病情时, 要耐心地向患者和家属介绍病情和诊疗方案等。对我们这样的少数民族地区, 当遇到少数民族患者时, 应尽量用方言与患者沟通。在就诊的高峰期, 要做好分诊和分流的工作。

2.6 充分了解护士的职业风险, 注意自身防护: 护士在急诊患者的抢救过程中, 无论患者是否有传染病, 都要严格执行无菌操作, 注意自我防护。当遇到有暴力倾向的患者时, 护士要及时向上级领导汇报, 并妥善处理, 有效地化解矛盾, 以防止冲突的出现。

(收稿日期: 2014-05-20)

(本文编辑: 李银平)