

因是将饮食疗法、EAA、中药、理疗等进行合理的组合,相互间起到协同或互补作用。

本组材料表明:“四联疗法”不仅早期 CRF 患者适用,除个别终末期患者实难配合治疗外,各期患者均

可采用,且方法简便,易于普及。除静滴 EAA 过快(>30 滴/min)部分患者稍觉恶心或口服“健肾灵”超量而致腹泻次数过多外,无其他副作用。

下肢深静脉血栓形成患者体外血栓试验 与中医辨证分型的关系(摘要)

山东中医学院附属医院外科 金星 陈柏楠* 尚德俊

中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成已取得显著成绩。为了探求本病中医辨证分型的客观指标,我们采用反应血液凝固性的体外血栓试验对77例本病患者进行检测,分析如下。

临床资料 健康人组35人,男25人,女10人;平均31岁。经查未发现心、脑、肝、肾等疾病。患者组77例,男49例,女28例;根据1984年中国中西医结合研究会周围血管病专业委员会制定的诊断标准,诊为下肢深静脉血栓形成;年龄22~79岁,平均38岁;病程24小时~20年,平均1年。其中35例经中西医结合系统治疗,门诊治疗18例,住院17例。

辨证分型与治疗方法 (1)湿热下注型:为发病早期,肢体肿胀,疼痛,伴发热,舌质红、苔白腻,脉滑数。应清热利湿,消肿止痛,内服四妙勇安汤加味或茵陈赤豆汤加减。(2)血瘀湿阻型:深静脉炎症消退,下肢肿胀,浅静脉或皮肤毛细血管扩张,舌质红绛或有瘀斑,脉弦。应活血化瘀、利湿通络,内服活血通脉饮加味。(3)脾气亏虚型:为疾病后期,下肢静脉机能不全,患肢沉胀,体倦乏力,朝轻暮重,久立则下肢肿胀加重,舌质淡、苔薄白,脉沉细。应益气健脾、利湿活血,内服温阳健脾汤。内服中药均每日1剂,30天为1疗程,同时用低分子右旋糖酐500ml加丹参注射液20ml静脉滴注,每日1次,15天为1疗程。

检测方法:用改良 Chandler 法,用国产 XSNR I 型血栓仪等,检测每组体外血栓各值。

结果 健康人组与患者组体外血栓各值($M \pm SD$)血栓长度(mm)及湿、干重(mg),健康组依次为 12.06 ± 1.44 、 47.29 ± 4.82 、 10.17 ± 1.23 ;患者组为 35.99 ± 5.29 、 95.97 ± 9.91 、 30.38 ± 9.00 。经t检验患者组各值均非常显著地高于健康人组($P < 0.001$)。

中医辨证分型体外血栓各值结果如附表所示。

中西医结合治疗前后体外血栓各值:治疗前分别

附表 中西辨证分型与体外血栓值的关系 ($M \pm SD$)

中医分型	例数	长度(mm)	湿重(mg)	干重(mg)
湿热下注	36	$40.22 \pm 7.33\Delta$	$101.78 \pm 14.22\Delta^*$	$32.65 \pm 3.75\Delta^*$
血瘀湿阻	30	$29.00 \pm 7.21\Delta$	$85.33 \pm 13.60\Delta$	$27.80 \pm 4.95\Delta$
脾气亏虚	11	37.60 ± 12.32	$74.67 \pm 13.81^*$	$23.24 \pm 7.11^*$

*与血瘀湿阻型比, $P < 0.05$; Δ 与脾气亏虚型比, $P < 0.001$

为 38.60 ± 8.55 、 90.32 ± 13.24 、 31.11 ± 4.59 ;治疗后为 19.35 ± 3.61 、 60.44 ± 8.25 、 17.69 ± 3.38 。经t检验示治疗前后差异有显著性意义($P < 0.01$)。

讨论 下肢深静脉血栓形成发病后,患者血液仍处于高凝状态,患者组血栓各值高于健康人组,可能是由于体内促高凝因素依然存在,而这种持续存在的血液高凝状态无疑会加重病情,及时地控制血液高凝对临床治疗有重要意义。

本病属于血瘀症。其血液高凝程度也存在显著差异。本试验发现,下肢深静脉血栓形成早期(发病14天以内)患者体外血栓各值明显高,血液呈高凝状态,临床上出现肢体肿胀、疼痛等血栓性深静脉炎表现,属于中医湿热下注型,此型血栓各值明显地高于其它型,估计与发病早期血液高凝及静脉炎有关,表明中医辨证的湿热与血液高凝有密切关系,临床上可利用本试验检测血液凝固性变化,作为中医辨证分型的客观依据和判定疗效的参考。

另外,血液高凝并不是发病后才出现,对高龄、术后、分娩、有血栓病史、肿瘤等易发生本病者,应结合体外血栓检测等,应用活血化瘀药,早期治疗,预防发病。本组治疗35例患者,临床总有效率为94.29%,但治疗后体外血栓各正常值仅为38.71%,表明血液高凝仍然存在,应长期治疗观察,防止复发,促使血栓早日机化吸收。