

中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成 206 例临床观察

金星 秦红松 尚德俊

内容提要 目的：研究下肢深静脉血栓形成中西医结合治疗机理。方法：采用中西医结合疗法，并利用体外血栓形成方法，对 206 例下肢深静脉血栓形成患者进行治疗与检测分析。结果：(1) 患者组的体外血栓各值明显地高于健康组 ($P < 0.001$)；(2) 中医辨证分型不同，其体外血栓各值之间存在显著差异 ($P < 0.01 \sim 0.001$)；(3) 中西医结合治疗后，体外血栓各值明显改善 ($P < 0.05 \sim 0.001$)。结论：(1) 患者即使在发病后血液仍常处于高凝状态；(2) 体外血栓检测结果的变化与本病的病情改变呈正相关。(2) 体外血栓各值的变化亦可作为中医辨证分型的客观指标。(3) 中西医结合治疗后，临床病情改善的同时，体外血栓各值亦明显降低，从而较客观地证实了中西医结合疗法对本病的确切疗效。

关键词 深静脉血栓形成 体外血栓形成检测 中西医结合治疗

Clinical Observation on 206 Cases with Lower Limb Deep Venous Thrombosis Treated by Integrated Traditional Chinese and Western Medicine JIN Xing, QIN Hong-song, SHANG De-jun *Affiliated Hospital of Shandong University of TCM, Jinan (250011)*

Objective: To study the pathogenetic mechanism of lower limb deep venous thrombosis (DVT). **Methods:** Thrombosis test in vitro of 206 cases with lower limb DVT was measured. All of them were treated by integrated traditional Chinese and Western medicine (TCM-WM). **Results:** The indexes of thrombosis test in vitro of patients were much higher than those of normal subjects ($P < 0.001$). The relevant indexes were different in types distribution according to differentiation of symptoms and signs ($P < 0.01 \sim 0.001$) and between before and after treatment ($P < 0.001$). It showed that hypercoagulability of blood occurred even if after the occurrence of DVT. Changes of indexes might be objective parameters for Syndrome Differentiation in TCM. The indexes became lower when state of illness was improving. **Conclusion:** The therapy of TCM-WM has good efficacy for DVT.

Key words Deep venous thrombosis, thrombosis test in vitro, treatment by integrated traditional Chinese and Western medicine

下肢深静脉血栓形成 (deep venous thrombosis, DVT) 是常见的周围血管疾病，其血液常处于高凝、高粘、高聚状态^{〔1〕}，对本病的治疗十分不利。为了进一步研究本病的中西医结合治疗规律，我们自 1986~1995 年采用体外血栓形成——这一公认的准确反映血液凝固性的检测方法^{〔2〕}，对我院 206 例下肢深静脉血栓形成患者进行了中西医结合临床治疗与体外血栓形成检测，现将结果报道如下。

临床资料

本组患者 206 例，均为在本院治疗的病例，其中门诊治疗 38 例，其余为住院治疗。按照中国中西医结合学会制定的全国统一的诊断及疗效标准^{〔3〕}，结合应用美国产麦-道 300 血管诊断系统和部分逆行下肢深静脉血管造影 (包括数字减影-DSA、核磁共振血管造影-MRI 等)，明确诊断。其中男性 114 例，女性 92 例；年龄 20~79 岁，平均 41 岁；病程为 6h~6 个月，平均为 30 天。

206 例 DVT 患者中, 发病前 15 天内可查出诱因者共 183 例, 占 88.83%, 其中有各种手术史 (包括恶性肿瘤) 71 例, 占 38.79%; 素有静脉疾病史者 (如原发性下肢深静脉瓣膜机能不全、下肢静脉曲张、血栓性浅静脉炎等) 45 例, 占 25.59%; 分娩、妊娠者 32 例占 17.49%; 下肢外伤者 (创、挫伤及骨折等) 者 29 例占 15.85%; 其他诱因 6 例占 3.28%。

发病部位在左下肢者 112 例占 54.37%, 右下肢者 33 例占 16.02%, 双下肢者 61 例占 29.61%。

并发症: 并发疼痛性股蓝肿者 2 例 (未发生肢体坏疽); 并发肺栓塞者 (经 X 线摄片证实均为小片肺栓塞) 17 例。

现代医学分类: 属周围型者 61 例占 29.61%; 中央型者 23 例占 11.17%; 混合型者 122 例占 59.22%。

中医辨证分型⁽⁴⁾: 属湿热下注型者 86 例占 41.75%, 属发病早期, 有明显的血管炎表现。肢体粗肿、胀痛, 伴有发热 (体温 38℃~39℃), “股三角”或腓肠肌压痛, Homan's sign (+), 舌质红、舌苔黄或黄腻, 脉弦滑数。气滞血瘀型者 77 例占 37.38%, 深静脉炎消退, 下肢血液回流障碍。下肢肿胀、沉重感, 平卧或抬高下肢时减轻, 立位加重; 一般无疼痛。浅静脉扩张或曲张。舌质暗或舌边有瘀斑, 脉弦涩; 脾肾阳虚型者 43 例占 20.87%, 为本病后期, 遗留下肢深静功能不全者。患肢肿胀、沉重感, 乏力, 晨轻暮重。伴四肢倦怠、腰膝酸软或出现广泛色素沉着、淤积性皮炎等。舌质淡苔薄白, 脉沉细无力。

另设 168 名健康人作对照组, 均为本院健康查体者和部分医护人员。其中男性 96 名, 女性 72 名; 年龄 19~71 岁, 平均 38 岁。经查均未发现心、脑、肝、肾及血液病。

治疗方法

1 中医辨证分型及治疗方法

1.1 湿热下注型 治以清热利湿、活血消肿。用四妙散加味⁽⁵⁾: 苍术 12g 牛膝 25g 黄柏 12g 薏苡仁 30g 丹参 30g 泽泻 12g 紫草 10g 等。

1.2 气滞血瘀型 治以活血消肿、化瘀通脉。用活血通脉饮加减⁽⁴⁾: 丹参 60g 牛膝 15g 当归 15g 金银花 60g 鸡血藤 15g 川芎 15g 等。

1.3 脾肾阳虚型 治以温肾健脾、活血利湿。用温肾阳健脾汤加减⁽⁴⁾: 黄芪 45g 党参 15g 白术 15g 丹参 30g 牛膝 15g 鸡血藤 15g 薏苡仁 30g 茯苓

15g 等。

内服中药, 每天 1 剂, 30 天为 1 个疗程, 系统治疗 2 个疗程。同时, 根据病情采用手术取栓、溶栓、祛聚、扩容等方法, 以提高疗效。其中, 手术取栓者 12 例; 溶栓治疗者 (总量 100~300 万 u 者, 采用尿激酶 (UK); 哈尔滨白天鹅制药厂, 批号 950816) 68 例。全部病例均结合复方丹参注射液 (上海第一制药厂, 批号 951012, 每 2ml 相当于丹参、降香各 2g) 20~30ml 加入 0.9% 生理盐水中静脉滴注, 每日 1 次, 15 天为 1 个疗程; 或用脉络宁注射液 (南京金陵制药厂生产) 10~30ml 加入生理盐水中静脉滴注。

2 观察指标 应用改良 Chandler 方法⁽³⁾, 用国产 XSN-R III 型体外血栓形成仪、JN-A 型精密天平等, 检测各组体外血栓各值。

结 果

1 疗效与体外血栓各值变化的关系 按照中国中西医结合学会制定的周围血管疾病诊断和疗效标准⁽³⁾判定。206 例 DVT 患者中, 临床治愈 97 例 (47.09%), 显效 45 例 (21.84%), 好转 48 例 (23.30%), 无效 16 例 (7.77%); 临床总有效率为 92.23%。按上述次序测得体外血栓总正常率 (体外血栓长度及干、湿重 3 项指标; 为 3×206 例), 依次分别为 69.68%、55.82%、23.16%、0; 各值总下降率依次为 100.00%、91.87%、98.33%、90.08%; 各值总上升率依次为 0、8.13%、1.67%、9.92%。经 χ^2 检验提示各值正常率依次为: 治愈 > 显效 > 好转 > 无效 ($P < 0.05 \sim 0.001$)。

2 健康组与患者组体外血栓各值 ($\bar{x} \pm s$) 比较 体外血栓的长度 (mm), 湿重、干重 (mg), 健康组依次为 11.96 ± 1.03 、 46.82 ± 3.04 、 10.38 ± 1.41 。患者组依次为 28.16 ± 3.04 、 84.96 ± 7.92 、 24.47 ± 2.90 。经 t 检验提示患者组的体外血栓各值均显著高于健康组 ($P < 0.001$)。

3 治疗前后中医各型体外血栓各值的比较 见附表。表中示, 经中西医结合治疗后, 各型 DVT 患者的体外血栓各值均显著下降, 其中下降幅度以湿热下注型的为最大, 其次为气滞血瘀型, 最小为脾肾阳虚型。治疗后与健康组比较脾肾阳虚型的体外血栓各值差异最小, 湿热下注型的次之, 气滞血瘀型的最大。总之, 经中西医结合治疗后, 体外血栓各值仍未完全恢复正常。

附表 206 例 DVT 患者治疗前后体外血栓各值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	证型	例数		长度 (mm)	湿重 (mg)	干重 (mg)
患者	湿热下注	86	治疗前	38.07 ± 9.86	98.42 ± 9.74	36.86 ± 2.93
			治疗后	20.77 ± 6.31**△△	65.56 ± 7.10**△△	18.83 ± 2.06**△△
	气滞血瘀	77	治疗前	32.44 ± 6.98	88.60 ± 10.63	30.94 ± 4.02
			治疗后	28.99 ± 7.17**△△	83.13 ± 8.90**△△	26.32 ± 3.33**△△
	脾肾阳虚	43	治疗前	23.64 ± 8.14	65.89 ± 12.16	21.74 ± 6.80
			治疗后	14.34 ± 6.09**△	54.18 ± 10.87*△	12.95 ± 5.45*△
健康		168		11.96 ± 1.03	46.82 ± 3.04	10.38 ± 1.41

注:与本型治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.001$;与健康组比较,△ $P < 0.01$,△△ $P < 0.001$

讨 论

1 体外血栓形成与 DVT 血液高凝关系 血液处于高凝状态,是促发下肢深静脉血栓形成的基本原因之一。临床上最常见的与下肢深静脉血栓形成有密切关系的因素有各种较大的手术、高龄、外伤、肿瘤及分娩等。

据 Levy 和刘培生等^[6~8]报道,手术期后血液流变性明显改变,血液粘度增高,是促发下肢深静脉血栓形成的主要原因。并指出这种现象在手术后发生深静脉血栓形成的患者中改变最大。

恶性肿瘤患者常伴有血液高凝状态。Coon 和 Gorn^[9,10]认为恶性肿瘤组织细胞可释放高凝物质进入血液循环,使血液凝固性增加,易促发静脉血栓形成;而且有些恶性肿瘤的早期可表现为静脉血栓形成。冯友贤^[11]指出,各种部位的恶性肿瘤,如肺、胰腺、卵巢、前列腺、胃或结肠癌,可以刺激或激活凝血因子 X,使凝血酶的活性增高,而促发静脉血栓形成。李国贤、夏阳等^[12,13]报道,癌症患者的体外血栓各值比健康人明显增高 ($P < 0.05 \sim 0.01$);癌症转移组患者的体外血栓各值较非转移组明显增高 ($P < 0.05 \sim 0.001$)。

本组 206 例 DVT 患者中,因各种手术后而发病者占 38.79%。作者认为术后的第 3 天~3 周是血栓形成的高危期。

高龄者血液常处于高凝状态。尚德俊等^[1]报道,40 岁以上的患者血液处于易凝状态,其血小板的聚集性增强,而纤维蛋白的溶解性却降低。本组 206 例下肢深静脉血栓形成患者进行体外血栓检测发现,体外血栓各值呈随年龄增高而增大的趋势。其中,51 岁以上患者组的体外血栓湿重、干重显著地高于 30 岁以下的患者组 ($P < 0.01$)。提示老年患者的下肢深静脉血栓形成血液高凝程度比年轻患者严重。Plane 和 Tsapogas 等^[14,15]指出,老年期深静脉血栓形成在临床上—是发病率高,二是病情重、疗效较差。据松田、前川、

Witthelmsen^[16~18]先后报道,中老年人体内的多种凝血因子 (V:c、VIII:Ag、纤维蛋白原等) 含量明显升高;而生理性抗凝物质 (抗凝血酶-Ⅲ、α-巨球蛋白) 在老年期即开始下降。

总之,体外血栓形成检测结果可较准确地反映 DVT 患者因各种原因而引起的血液高凝状态的变化,且由于操作简便、准确、费用低和重复性良好等,为 DVT 临床的研究、诊断和治疗等提供客观依据。

2 体外血栓形成与 DVT 中医辨证分型的关系 本病属于中医学“肿胀”、“恶脉”、“瘀血流注”范围^[4]。中医辨证分型不同,其体外血栓各值之间存在明显的差异,下肢深静脉血栓形成早期 (发病 15 天内) 临床上出现肢体广泛性肿胀、疼痛,伴有低热等,呈深静脉炎表现,均符合中医学湿热下注型特征。由于应激、疼痛刺激、深静脉血管炎等,均可加重血液高凝的程度,如应激反应时,纤维蛋白溶解功能呈一时性增强,随之转为减弱,由静脉内膜合成并释放的纤维蛋白溶解酶活化剂和纤维蛋白溶解酶抑制物质的浓度均增加,可使湿热下注型的体外血栓各值明显地高于其他型。所以,体外血栓形成检测可作为 DVT 中医辨证分型的客观依据。

3 中西医结合治疗是改善 DVT 血液高凝状态的有效方法 中医学认为 DVT 的发病机理为气滞血瘀、湿热蕴结而致,故临床上应依据中医辨证论治以活血化瘀、利湿清热为主要治则,据报道,活血化瘀、清热利湿的中药具有抗凝、促纤溶和改善血液高凝程度的作用^[19]。经本组病例治疗结果也证实,中西医结合疗法是改善 DVT 血液高凝的有效方法。但值得指出的是,虽然治疗后 DVT 患者的体外血栓各值明显降低,大多数患者的体外血栓值并未降至正常,与同龄健康人比仍存在一定差距,有待于进一步研究。

参 考 文 献

1. 尚德俊,王嘉桔,王书桂,等. 中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成笔谈·病因和发病机理. 山东医药 1986; 26 (2): 39.

2. 吴望一. 形成人下血栓的 Chandler 圆环内的流动分析. 中国科学 1981; (2): 1453.
3. 中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会. 周围血管疾病诊断及疗效标准. 临床荟萃 1990; (增刊): 29—30.
4. 尚德俊, 秦红松. 中西医结合治疗周围血管疾病. 北京: 人民卫生出版社, 1989: 156.
5. 翁维良, 廖福龙, 吴云鹏, 等. 血液流变学理论及其应用. 北京: 人民卫生出版社, 1989: 156.
6. Levy PJ, Gonzalez FM, Rush DS, et al. Hypercoagulable states as an evolving risk for spontaneous venous and arterial thrombosis. J Am Coll Surg 1994; 178: 266.
7. 刘培生, 简莉莉, 马陈锐. 腹部手术前后血液流变学变化初探. 中华实验外科杂志 1992; 9: 封三.
8. 陆立, 刘永成, 李继先, 等. 盆腔术后下肢深静脉血栓形成原因的探讨. 中华外科杂志 1996; 7: 398.
9. Coon WW. Venous thromboembolism prevalence, risk factors, and precaution symposium on pulmonary embolism and hypertension. Clinics in Chest Medicine 1984; 5 (3): 391—393.
10. Gorn, JM. Occult cancer in patients with acute pulmonary embolism. Ann. Zn then Med 1982; 96: 556—558.
11. 冯友贤, 孙建民. 血管外科学. 第二版. 上海: 上海科学技术出版社, 1992: 531—535.
12. 李国贤. 从体外血栓形成和血小板粘附探讨血栓与癌. 中西医结合杂志 1987; 7(12): 762—763.
13. 夏阳, 戚其学, 单吉贤, 等. 胃癌浸润转移过程中血液流变学研究. 中华实验外科杂志 1994; 11: 15.
14. Flane C, Spencer F. Postoperative deep vein thrombosis. Effect of intensive prophylaxis. Lancet 1969; 1: 447.
15. Tsapogas MJ. Postoperative venous thrombosis and effectiveness of prophylactic measures. Arch Surg 1971; 148: 561—562.
16. 松川保. 老人ホーム在住者の凝固纤溶能の経年変化. 血液と脉管 1984; 15: 207—208.
17. Withelmsen L, Keeling FP. Fibrinogen as a risk factor for stroke and myocardial infarction. N Engl J Med 1984; 311: 501.
18. 前川正. 老年者と臨床検査成績の評価. 血液凝能、纤溶能. 治疗 1976; 58: 353—354.
19. 胡慧明. 通脉散治疗血栓性静脉炎的血液流变学观察及疗效分析. 天津中医 1987; (5): 26—27.

(收稿: 1996—03—24 修回: 1996—09—19)

中西医结合治疗急性根尖周围炎 67 例临床观察

尤澍恩

牙齿根尖周围炎, 简称根尖炎. 按病程发展可分为急性和慢性两类型. 急性又可分为急性浆液性根尖炎和急性化脓性根尖炎. 1990 年 3 月~1995 年 3 月, 我们对 67 例急性根尖周围炎患者采用中西医结合治疗取得满意疗效, 现总结如下.

临床资料 67 例患者均来自本院或外院门诊. 男 46 例, 女 21 例; 年龄 18~61 岁, 平均 29 岁. 20~40 岁者占 75%. 其中急性浆液性根尖炎 52 例, 急性化脓性根尖炎 15 例. 均符合《口腔病防治学》(北京医学院口腔医学系编) 的诊断标准. 急性浆液性根尖炎: 疼痛呈自发性、持续性、局限性, 患牙有明显浮出和伸长感, 叩诊时剧痛. 急性化脓性根尖炎: 疼痛呈自发持续性跳痛, 较剧烈, 患牙有明显肿胀和松动感. 按中医辨证分型属胃热实火型: 胃腑蕴热, 循经上蒸于牙龈, 故牙龈红肿疼痛, 口渴而有臭气; 上下牙痛, 牵引头脑, 满面发热, 其牙喜寒恶热; 阳明燥结, 故大便秘; 舌苔干黄, 脉象洪数.

治疗方法 以中西医结合治疗. 西药常规口服红霉素 0.25mg、鲁米那 30mg、谷维素 30mg、维生素 B₁ 20mg, 每日 3 次, 连服 3 天. 根据中医辨证分型用药. 方剂主要以清阳明经热, 佐以凉血养血, 方用清

胃散加减: 当归 9g 黄连 9g 牡丹皮 9g 生地 15g 生石膏 30g 栀子 30g 升麻 3g. 每天 1 剂水煎服, 3 天为 1 个疗程, 一般 1 个疗程评定疗效.

结果 疗效标准: (1) 缓解: 1 个疗程后, 疼痛完全消失, 无叩痛. (2) 好转: 1 个疗程后疼痛消失, 而有轻微叩痛. (3) 无效: 1 个疗程后疼痛无明显减轻, 叩痛存在. 结果: 缓解 47 例, 好转 13 例, 无效 7 例 (7 例患者均因发病时间长而转为慢性根尖炎). 缓解者最短复发时间为 5 个月 11 例, 最长已达 2 年未见复发 18 例, 一般均维持 1 年左右.

讨论 治疗胃热实火证的急性根尖周围炎用方除清阳明经热以外, 更佐以凉血养血之品. 方用黄连、栀子苦寒泻火, 生地、丹皮凉血清热, 当归养血和血, 升麻为阳明引经药, 又具清热解毒之功, 从而达清胃火凉血热之效, 加石膏则清胃之功更加显著. 如大便秘结者, 可酌加大黄以导热下行, 则取效更捷. 加用红霉素消炎, 鲁米那镇静, 维生素 B₁、谷维素是维持中枢神经和周围神经及植物神经代谢平衡的辅助药物, 配合使用故疗效较好. 本病疗效与病程有关, 病程愈短则疗效愈佳, 反之则较差, 对转为慢性根尖炎者效果更差.

(收稿: 1996—04—22 修回: 1997—01—17)