

中医辨证治疗下肢深静脉血栓 206 例临床观察

金星* 秦红松* 尚德俊*

摘要 在对 206 例下肢深静脉血栓患者进行中医辨证治疗的同时,做中医辨证分型与体外血栓形成检测结果的相关性研究,结果 206 例中,治愈 97 例,显效 45 例,好转 45 例,无效 16 例,临床总有效率为 92.24%。治疗后各型患者体外血栓各值均显著下降,其中以湿热下注型为最大。

主题词 血栓形成/中医药疗法 辨证分型

为了进一步研究中医辨证施治规律,我们采用体外血栓形成这一可准确反映血液凝固性的检测方法^[1],在对 206 例下肢深静脉血栓(Deep venous thrombosis of the lower extremity, DVT)患者进行中医辨证治疗的同时,还做了中医辨证分型与体外血栓形成检测结果的相关性临床研究,现报道如下。

1 临床资料

健康组 168 人,男 96 人,女 72 人;年龄 19~71 岁,平均 38 岁,均为健康查体者,经查均未发现心、脑、肝、肾及血液病。患者组 206 例,男 114 例,女 92 例;年龄 20~79 岁,平均 41 岁,均按照中国中西医结合学会制定的全国统一诊疗标准^[2],结合应用美国 Medasonics 产 Vascular 型血管诊断系统、日立 EUB-515 型彩色多普勒超声仪(配备 7.0MHz 线阵探头和 3.0MHz 扇扫探头)及部分血管造影术(包括 DSA、MRI 等),明确诊断。

206 例 DVT 患者中,发病时有各种诱因(发病的前 15 日之内)可查者共 183 例,占 88.84%,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 24.59%;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%;其它者 6 例,占 3.28%。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(29.61%);中央型者 23 例(11.17%);混合型者 122 例(59.22%)。

2 治疗及观察方法

2.1 中医辨证分型治疗

湿热下注型(86 例):属发病早期,症见肢体粗肿、

胀痛,伴有发热(体温 38~39℃),“股三角”或腓肠肌压痛,霍曼氏征(+),舌质红、舌苔黄或黄腻,脉弦滑数。治疗应清热利湿、活血消肿。用四妙散加味^[3]:苍术 12g,牛膝 25g,黄柏 12g,生薏苡仁 30g,丹参 30g,泽泻 12g,紫草 10g 等。

气血瘀滞型(77 例):症见下肢肿胀、沉重感,平卧或抬高下肢时减轻,立位加重;一般无疼痛,浅静脉曲张。舌质暗或舌边有瘀斑,脉弦涩。应活血消肿、化瘀通脉。用活血通脉饮加味^[3]:丹参 60g,牛膝 15g,当归 15g,金银花 60g,鸡血藤 15g,川芎 15g 等。

脾肾阳虚型(43 例):为本病后期,遗留下肢深静脉功能不全者。症见患肢肿胀、有沉重感,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。应温肾健脾、活血利湿。用温肾阳健脾汤加味^[3]: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,每日 1 剂,30 日为 1 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。206 例中,门诊治疗 38 例,其余全部住院治疗。

2.2 检测方法:应用改良 Chandler 方法^[4],用国产 XRS-Ⅱ型体外血栓形成仪、JN-A 型精密天平,检测各组体外血栓各值。

3 结果

3.1 健康组与患者组体外血栓各值比较($\bar{x} \pm s$):健康组体外血栓的长度(mm)、湿重、干重依次为 11.96±1.03、46.82±34.59、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非常明显地高于健康组($P < 0.01$)。

3.2 中医辨证分型与体外血栓各值的关系:表 1 示,湿热下注型患者体外血栓各值非常明显地高于气血瘀滞型和脾肾阳虚型者($P < 0.01$);而气血瘀滞型患者体外血栓各值又明显地高于脾肾阳虚型者($P < 0.01$)。

3.3 治疗前后体外血栓各值的比较:表 2 示,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为最大,其次为脾肾阳虚型,最小为气血瘀滞型($P < 0.01$)。但与健康组比较,脾肾阳虚

* 山东中医药大学附属医院血管科,济南市文化西路 42 号 (250014)

收稿日期:1998-10-19

表 1 中医辨证分型与体外血栓各值的关系($\bar{x} \pm s$)

中医分型	例数	长度(mm)	湿重(mg)	干重(mg)
湿热下注	86	38.07±9.86	98.42±9.74	36.86±2.93
气血瘀滞	77	32.44±6.98*	88.60±10.63*	30.94±4.02*
脾肾阳虚	43	23.64±8.14*△	65.89±12.16*△	21.74±6.80*△

* 与湿热下注型比较, $P < 0.01$; △ 与气血瘀滞型比较, $P < 0.01$

表 2 3 组患者治疗前后体外血栓各值比较($\bar{x} \pm s$)

分型	例数	长度(mm)	湿重(mg)	干重(mg)
湿热下注	86	治疗前 38.07±9.86 治疗后 20.77±6.31*	98.42±9.74 65.56±7.10*	36.86±2.93 18.83±2.06*
气血瘀滞	77	治疗前 32.44±6.98 治疗后 28.99±7.17*	88.60±10.63 83.13±8.90*	39.94±4.02 26.32±3.33*
脾肾阳虚	43	治疗前 23.64±8.14 治疗后 14.34±6.09*	65.89±12.16 54.18±10.87*	21.74±6.80 12.95±5.45*

* 与治疗前后比较, $P < 0.01$

型的体外血栓各值差别最小、湿热下注型次之, 气血瘀滞型的最大。

3.4 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]评定。206 例 DVT 患者中, 属临床治愈者 97 例 (47.09%), 显效 45 例 (21.84%), 好转 48 例 (23.31%), 无效 16 例 (7.76%)。临床总有效率为 92.24%。按上述次序测得体外血栓总正常率依次分别为 69.68%、55.82%、23.16%、0; 各值总下降率依次为 100%、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, 各值正常率为治愈 > 显效 > 好转 > 无效 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

4 讨论

本病属于中医学“肿胀”、“恶脉”、“瘀血流注”范围^[3], 笔者认为, 结果与中医辨证分型有关。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, 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它型。所以, 体外血栓形成检测在某种程度上为 DVT 中医辨证分型的参考依据。

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, 结合静脉药物滴注等, 可取得良好的疗效。本组病例经中西医结合治疗后, 在其临床症状、体征明显改善的同时, 体外血栓各值显著降低, 血液高凝状态得到明显改善(见表 2)。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^[5,6]。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, 大多数病人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 吴望一. 形成人工血栓的 Chandler 圆环内的流动分析. 中国科学, 1981, (2): 1453~1455.
- 2 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.
- 3 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, 156~158.
- 4 翁维良. 血液流变学理论及其应用. 北京: 人民卫生出版社, 1989, 156~157.
- 5 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.
- 6 金星, 秦红松, 尚德俊. 中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成临床观察. 中西医结合杂志, 1997, 17(5): 267~270.

“速效救心丸”临床应用与研究征文通知

松柏牌“速效救心丸”系天津市第六中药厂生产的名牌高科技产品, 是治疗冠心病心绞痛的良药, 投放市场 17 年来, 经广大患者使用, 深得患者信赖, 该药又系国家中药保护品种, 连续 3 次被评选进入中医急诊必备中成药目录, 同时被国家基本用药目录收录。为了总结 17 年来临床应用“速效救心丸”的经验, 更好地指导临床用药, 天津市第六中药厂和中医杂志社将联合举办“速效救心丸”临床应用与研究征文活动, 现征文如下:

征文内容: (1)“速效救心丸”的临床应用总结及分析; (2)关于“速效救心丸”各种应用的综述与思考; (3)“速效救心丸”的实验研究(药效, 药理, 毒理等); (4)对“速效救心丸”方药有效成分的研究; (5)对“速效救心丸”扩大应用范围的研究; (6)对“速效救心丸”用量、用法的研究。

征文要求: (1)征文截止日期为 2000 年 3 月 31 日; (2)文稿字数在 3000 字内, 自留底稿; (3)请采用法定计量单位; (4)文题下署作者姓名, 单位、地址、邮编写在文稿末尾; (5)请加盖公章; (6)经专家评审后录用文章将刊登在《中医杂志》2000 年增刊上, 并由中医杂志社颁发论文证书和赠增刊 1 册, 对评选出的优秀论文由天津市第六中药厂给予奖励; (7)征文不收审稿费、评审费和版面费。

征文请寄: 北京东直门内北新仓 18 号, 中医杂志社 30 号编辑收, 邮政编码: 100700, 电话: (010)64035632, 传真: (010)86472013