

血府逐瘀汤加减联合穴位艾灸预防股骨颈骨折术后下肢深静脉血栓 80 例观察

万爱雪, 林恩胡, 郭秀媚

瑞安市中医院骨二科, 浙江 瑞安 325200

[摘要] 目的: 观察血府逐瘀汤加减内服联合穴位艾灸预防股骨颈骨折术后下肢深静脉血栓(DVT)的临床疗效。方法: 将160例股骨颈骨折患者按就诊前后顺序随机分为观察组和对照组各80例。2组患者均给予常规DVT预防性措施, 对照组给予低分子肝素钙0.4 mL皮下注射。观察组采用艾条以雀啄灸法灸患肢三阴交、血海; 同时给予血府逐瘀汤内服。2组均连续治疗20天。观察DVT发生情况, 统计DVT发生率; 观察2组患者凝血酶原时间(PT)和活化部分凝血酶时间(APTT); 检测2组患者血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 和白细胞介素-6(IL-6)水平。结果: 2组患者术后第1天DVT的发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 术后第10天观察组和对照组的DVT发生率分别为6.25%和16.25%, 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 术后第20天观察组DVT发生率8.75%, 低于对照组27.50%, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 术后10天, 观察组患者PT和APTT时间较对照组同期增加, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 观察组患者术后20天的APTT时间较对照组同期增加, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 术后20天, 观察组患者血清TNF- α 和IL-6水平均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 应用血府逐瘀汤加减联合穴位艾灸预防股骨颈骨折术后下肢深静脉血栓疗效确切, 其疗效优于单纯西药预防。

[关键词] 下肢深静脉血栓; 股骨颈骨折术后; 艾灸; 三阴交; 血海; 血府逐瘀汤

[中图分类号] R683.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0240-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.110

股骨颈骨折术后患者容易发生下肢深静脉血栓(DVT), 据报道其发生率高达40%~60%^[1]。DVT患者血液不正常的凝血功能, 引起下肢静脉回流受阻, 导致下肢活动功能障碍, 给患者的生活质量和工作能力造成了极大影响。如果部分血凝块脱落伴随血液循环进入肺部, 可导致肺栓塞, 发生呼吸循环衰竭。故预防DVT的发生是非常重要的医学问题。目前针对股骨颈骨折术后预防DVT发生的疗法较多, 但是对DVT预防尚缺乏理想的方法。针对术后患者DVT多为气机失畅、瘀血内阻, 在本疗法中采用血府逐瘀汤治疗; 此外, 近年发现针灸对于股骨颈骨折术后DVT的预防疗效较好。但对于血府逐瘀汤加减结合艾灸用于预防DVT的研究尚未见报道。本研究结合笔者临床治疗特点, 将艾灸和中药相结合, 观察其对股骨颈骨折后DVT的预防疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 股骨颈骨折诊断标准 参照《骨科常用诊断方法和功能结果评定标准》^[2]制定。

1.2 DVT形成诊断标准 患侧肢体明显肿胀; 患侧肢体有疼痛感; 患肢广泛性浅静脉怒张; 彩色多普勒超声确诊。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准; 年龄30~65岁; 能够配合本治疗方案者; 术后无严重并发症者; 签署知情同意协议。

1.4 排除标准 严重血小板数量及功能低下或凝血功能障碍者; 有下肢静脉疾病病史或术前已确诊有下肢静脉血栓者; 伴有严重肺肾、心血管、造血系统等疾病及精神病患者; 严重出血倾向者; 年龄小于18岁或超过65岁者。

1.5 一般资料 观察病例为2011年7月—2014年9月收治的患者, 共160例。按就诊顺序随机分为2组。观察组男51例, 女29例; 年龄30~65岁, 平均(45.3±7.2)岁; 其中人工全髋关节置换术37例, 手法复位空心钉内固定术18例, 切开复位钢板内固定术25例; 平均手术时间(70.6±17.7)min。对照组男49例, 女31例; 年龄31~64岁, 平均(44.9±6.8)岁; 其中人工全髋关节置换术35例, 手法复位空心钉内固定术21例, 切开复位钢板内固定术24例; 平均手术时间(71.2±18.1)min。2组患者性别、年龄、手术类型和手术时间等一般资料经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

[收稿日期] 2015-05-16

[作者简介] 万爱雪 (1981-), 女, 主管护师, 研究方向: 中医护理技术在骨伤科中的运用。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 2 组均参照常規 DVT 預防性措施治疗^[4]：静脉血栓知识宣教；鼓励患者早期功能锻炼、下床活动、做深呼吸及咳嗽动作；建议患者改善生活方式，如戒烟酒、控制血糖和血脂等；术后抬高患肢和适度补液等。

2.2 对照组 给予低分子肝素钙(Sanofil[®] inthrop Industrie, 国药准字 J20040118)0.4 mL, 皮下注射, 每天 1 次, 于术后 1 h 开始治疗。

2.3 观察组 先用艾条(苏州医疗器械厂, 华佗牌)以雀啄灸法灸患肢三阴交、血海各 30 min; 同时给予血府逐瘀汤加减内服, 处方: 黄芪 30 g, 红参、地龙各 15 g, 川芎、桃仁、红花、当归、川牛膝各 10 g, 白芍、甘草各 9 g, 每天 1 剂, 常規水煎分 2 次内服。

2 组均连续治疗 20 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 DVT 形成情况: 每天检查患者有无 DVT 的症状、体征表现, 术后第 1 天、10 天和 20 天彩色多普勒超声测定患者 DVT 形成情况; 若确诊为 DVT 则参照文献^[3]进行常規治疗; 计算 2 组 DVT 发生率。凝血酶原时间(PT)和活化部分凝血酶时间(APTT)检测: 采用半自动血凝仪(日本东亚公司, CA-50)于术前 1 天, 术后 10 天及术后 20 天检测; 血清炎症因子检测: 采用酶联免疫吸附法检测术后 1 及术后 20 天患者血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白细胞介素-6(IL-6)水平。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组术后第 1、10、20 天 DVT 发生率比较 见表 1。术后第 1 天 2 组 DVT 发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 术后第 10 天, 观察组和对照组的 DVT 发生率分别为 6.25% 和 16.25%, 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 术后第 20 天观察组 DVT 发生率为 8.75%, 低于对照组 27.50%, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 1 2 组术后第 1、10、20 天 DVT 发生率比较 例(%)

组别	n	第 1 天	第 10 天	第 20 天
对照组	80	2(2.5)	13(16.25)	22(27.50)
观察组	80	2(2.5)	5(6.25)	7(8.75)

与对照组同时期比较, ① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$

4.2 2 组患者 PT 和 APTT 比较 见表 2。术后 10 天, 2 组患者 PT 和 APTT 较术前均增加, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 且术后 10 天观察组患者 PT 和 APTT 时间较对照组同期增加, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者术后 20 天的 APTT 时间较对照组同期增加, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组患者 PT 和 APTT 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	PT	APTT
观察组	术前	12.25 \pm 1.26	28.16 \pm 6.62
	术后 10 天	12.91 \pm 1.53	32.25 \pm 7.32
	术后 20 天	12.40 \pm 1.45	31.56 \pm 6.82
对照组	术前	12.17 \pm 1.18	27.14 \pm 6.30
	术后 10 天	12.43 \pm 1.39	29.39 \pm 7.18
	术后 20 天	12.32 \pm 1.21	28.97 \pm 6.75

与同组术前比较, ① $P < 0.01$, ② $P < 0.05$; 与对照组术后同期比较, ③ $P < 0.05$

4.3 2 组术后血清 TNF- α 和 IL-6 水平比较 见表 3。术后 20 天, 2 组患者血清 TNF- α 和 IL-6 水平较术后 1 天均下降, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 术后 20 天观察组血清 TNF- α 和 IL-6 水平均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组术后血清 TNF- α 和 IL-6 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	TNF- α (μ g/L)	IL-6(ng/L)
观察组	术后 1 天	2.24 \pm 0.39	152.73 \pm 31.28
	术后 20 天	1.86 \pm 0.46	120.50 \pm 25.92
对照组	术后 1 天	2.19 \pm 0.44	155.75 \pm 32.79
	术后 20 天	2.01 \pm 0.42	131.15 \pm 30.33

与对照组比较, ① $P < 0.01$, ② $P < 0.05$

5 讨论

股骨颈骨折患者一般采用手术治疗, 如人工关节置换术、切开复位内固定加肌骨瓣移植和闭合复位内固定等。然而大部分患者术后容易引起 DVT, 若不及时预防, 将加重股骨颈骨折术后患者的病情, 甚至导致死亡的发生。因此, 预防 DVT 发生是临床治疗股骨颈骨折术后的关键环节。

股骨颈骨折患者并发 DVT, 其中最重要的危险因素有长期卧床、血液凝血异常等。患者血液抗凝物质减少或促凝物质增多, 导致血流循环障碍, 引起血液凝固性增加^[4]。中医学依据其病因病机将 DVT 归属“脉痹”等范畴, 《备急千金要方》云: “气血瘀滞则痛, 脉道阻塞则肿, 久瘀而生热。”股骨颈骨折后患者气血虚弱, 气血运行不利, 脉络痹阻, 故立益气活血、通络止痛为治则。

本研究采用血府逐瘀汤加减治疗, 黄芪大补元气, 红参助补气, 使气旺以促血行; 川芎、白芍、桃仁、红花活血祛瘀, 养血调经; 川牛膝通利血脉, 引血下行; 当归尾活血养血, 有祛瘀而不伤好血之妙; 地龙通经活络; 甘草调和诸药。全方益气活血, 祛瘀止痛。临床证实, 灸法治疗对气血的运行起到重要调节作用, 能够“引而下之”“推而上之”^[5]。依据患者股骨颈骨折后 DVT 的发生发展机制, 采用艾灸三阴交和血海疗法。三阴交是足三阴经会穴, 灸之可通调下焦之气机, 利湿消肿; 血海属足太阴脾经, 灸之可化瘀开决。两法合用, 作用叠加, 对股骨颈骨折术后患者 DVT 的预防可能具有重要作用。

从本研究结果来看,血府逐瘀汤加减联合艾灸治疗较单纯西药治疗能预防 DVT 的发生,提高患者 PT 和 APTT 水平。

近来研究发现,静脉血栓形成与机体炎症因子及其反应关系密切,炎症介质能够刺激凝血系统,促进其释放凝血因子,引起血栓形成^[6]。如 TNF- α 激活凝血系统,引起血液血小板刺激因子、黏附分子等含量增加;IL-6 是一种重要的前炎症介质,其血液水平与外科后患者下肢深静脉血栓形成、演变成成正比^[7]。本组研究结果显示,血府逐瘀汤加减联合艾灸干预后,股骨颈骨折术后患者血清的 TNF- α 和 IL-6 均下降,提示本治疗方案可抑制炎症反应,降低血液高凝状态,缓解血栓形成。

[参考文献]

- [1] Colwell CW . Rationale for thromboprophylaxis in lower joint arthroplasty [J]. Am J Orthop, 2007, 36(9): 11-13.
- [2] 刘志雄. 骨科常用诊断方法和功能结果评定标准[M]. 北

京:北京科学技术出版社,2005:105.

- [3] 中华医学会骨科学分会. 中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南[J]. 中华骨科杂志, 2009, 29(6): 602.
- [4] 张笑峰. 七叶皂苷钠防治骨折术后血肿及深静脉血栓形成的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(7): 1416-1417.
- [5] 李建鹏, 王大伟. 中西医结合治疗深静脉血栓形成 42 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(21): 209-212.
- [6] 刘皎, 季晓军, 金英杰, 等. 产后早期足三里、三阴交穴位注射促产妇乳汁分泌疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2014, 24(8): 697-699.
- [7] Chirinos JA, Heresi GA, Velasquez H, et al. Elevation of endothelial microparticles, platelets, and leukocyte activation in patients with venous thromboembolism [J]. J Am Coll Cardiol, 2005, 45(9): 1467-1471.

(责任编辑:刘淑婷)

◆医案感悟杂谈◆

赵淑英主任乌梅丸临床应用心得

张海霞

蓟县中医院,天津 301900

[关键词] 乌梅丸;赵淑英;医案

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2015) 09-0242-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.111

赵淑英主任医师为天津市第二批名老中医专家学术经验传承工作指导老师,从事中医妇科近 40 年,积累了丰富的临床经验,对经方应用勇于创新。笔者随师侍诊,受益匪浅。现将赵主任运用乌梅丸经验介绍如下。

1 乌梅丸

出自张仲景的《伤寒论》厥阴病篇第 338 条:“伤寒脉微而厥,至七八日肤冷,其人躁,无暂安时者,此为脏厥,非

蛔厥也。蛔厥者,其人当吐蛔。今病者静,而复时烦者,此为脏寒。蛔上入其膈,故烦,须臾复止;得食而呕,又烦者,蛔闻食臭出,其人常自吐蛔。蛔厥者,乌梅丸主之。又主久利。”乌梅丸方证的主要病因为蛔虫内伏或寒邪内侵,病机为下(肠)寒上(胃)热(下寒为本),正气虚损,兼心神被扰,胃气上逆。“脉微而厥”“时烦”为必有症状,“吐蛔”或“久利”为特征性症状。乌梅丸是由乌梅、细辛、干姜、当归、附子、蜀

[收稿日期] 2015-01-22

[作者简介] 张海霞 (1973-),女,主治医师,研究方向:中医药治疗妇科常见病多发病。