

表3 2组骨痂生长情况比较 例(%)

组别	n	骨痂出现时间			结痂率(%)
		6周	8周	10周	
对照组	33	3(9.09)	7(21.21)	11(33.33)	63.64
治疗组	34	4(11.76)	12(35.29)	15(44.12)	91.18

与对照组比较, ① $P < 0.01$

恢复生理功能的同时, 解剖对称复位越来越被人们重视。手法正骨复位联合绷带外固定是目前公认的治疗锁骨骨折的经典方式, 临床上一般常用的外固定方法主要以“8”字绷带固定为主, 固定材料主要有棉纱绷带、石膏绷带、树脂绷带等。棉纱绷带和石膏绷带的松紧度不易把握, 过紧则压迫腋窝处造成患肢麻木不适, 血运不健, 愈合缓慢, 而过松则外固定的疗效较差, 容易导致骨折畸形愈合。另外, 棉纱绷带和石膏绷带固定单一的姿势常常给患者的生活带来诸多不便。大量临床研究表明, 树脂绷带具有非常好的韧性和恰当的硬度, 质量较轻, 松紧度适中, 透气功能佳, 不容易因局部血运欠佳而引起肢体麻木、疼痛, 影响骨折愈合, 易被患者接受^[6]。

临床上对锁骨骨折的患者在外固定的基础上加用中药汤剂联合治疗能起到较好的治疗效果, 不但可以有效改善患处的血液循环, 增加血液供应, 而且中药具有疗伤续断、活血化瘀、通络止痛的功效, 可以有效地提高骨折患者的临床治疗效果, 促进断骨截点骨痂的及早形成^[6]。用药后对毛细血管增长和扩张具有促进作用, 使肌层及髓腔内充血, 血肿内伸入成纤维细胞形成肉芽组织, 促进骨内外膜细胞生长、增长, 早期出现连接骨痂, 达到骨折早期愈合^[7]。但是也必须注意到骨折的中药治疗必须遵循三期用药原则, 根据骨折不同阶段的病理特点来辨证用药, 即骨折早期因气血阻滞成瘀, 当治以活血祛瘀; 中

期瘀血郁久生热, 当接骨续筋; 后期血虚成瘀, 则应补肾生血、活血壮筋, 并且“活血化瘀”需贯彻治疗始终。

本研究结果表明, 治疗组患者的肩关节活动度、FIM评分和VAS评分改善均优于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$); 10周内治疗组患者的骨痂出现率高于对照组($P < 0.01$)。综上所述, 对锁骨骨折患者采用中药汤剂分期治疗并联合“8”字树脂绷带外固定, 能明显提高临床治疗效果, 促进骨痂的出现。

[参考文献]

- [1] 侯春林, 王诗波, 吴韬. 锁骨外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2004: 40-43.
- [2] 应伦, 袁临益. 化瘀健骨汤联合绷带外固定治疗锁骨骨折的疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2013, 48(1): 44-45.
- [3] 李志斌, 冯尚武, 吴奇勇, 等. 综合康复治疗锁骨骨折术后肩关节功能障碍的疗效观察[J]. 中国康复医学, 2010, 10(10): 190-193.
- [4] 叶俏, 杜鹏飞, 王宙政, 等. 依托考昔治疗急性痛风的疗效观察[J]. 全科医学临床与教育, 2010, 8(4): 391-393.
- [5] 何锦勇, 叶勇光, 利云峰. 8字绷带包扎固定法联合锁骨固定带治疗青少年锁骨骨折临床观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2011, 19(8): 63-64.
- [6] 应伦, 袁临益. 化瘀健骨汤联合绷带外固定治疗锁骨骨折的疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2013, 48(1): 44-45.
- [7] 王晓添, 王东利. 中西医结合治疗锁骨骨折56例[J]. 陕西中医学院学报, 2010, 33(1): 39-40.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

血府逐瘀汤预防全髋关节置换术后下肢静脉血栓疗效观察

陈超

广州市荔湾区第二人民医院骨科, 广东 广州 510160

[摘要] 目的: 观察血府逐瘀汤预防全髋关节置换术后下肢静脉血栓的临床疗效。方法: 将全髋关节置换术后患者80例随机分为2组各40例, 对照组术后予低分子肝素钙皮下注射, 治疗组术后予血府逐瘀汤口服, 用药均为30天。观察2组患者下肢深静脉血栓、肺动脉血栓及呼吸衰竭情况, 检测治疗前后凝血酶原时间(PT)、国际标准化比值(INR)、活化部分凝血时间(APTT)、D-二聚体(D-D)及血小板计数, 记录不良反应。结果: 治疗组出现深静脉血栓1例, 无肺动脉栓塞、呼吸衰竭发生; 对照组出现深静脉血栓2例、肺动脉栓塞1例, 无呼吸衰竭发生; 2组间各项并发症发生情况比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$)。治疗后2组患者PT、APTT、D-D值均增加, INR减少, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$); 2组血小板治

[收稿日期] 2014-03-27

[作者简介] 陈超(1981-), 男, 主治医师, 主要从事骨科临床工作。

疗前后比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。对照组出现皮下出血 2 例、消化道出血 2 例, 不良反应发生率为 10.0%, 治疗组无以上不良反应, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 血府逐瘀汤预防全膝关节置换术后下肢静脉血栓有确切疗效, 且可降低不良反应。

[关键词] 全膝关节置换术; 围手术期; 下肢静脉血栓; 血府逐瘀汤

[中图分类号] R687.4 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 08-098-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.045

人工全膝关节置换术后的严重并发症之一是下肢静脉血栓形成, 严重可导致肺动脉栓塞发生、出现呼吸循环衰竭。如何降低术后血栓风险十分重要。中医学认为, 下肢静脉血栓形成与各种原因导致气机不畅、瘀血内阻有密切关系。笔者采用血府逐瘀汤预防全膝关节置换术后下肢静脉血栓, 取得较好的临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为本院 2012 年 1 月~2013 年 1 月的因各种原因首次进行全膝关节置换的术后患者, 共 80 例。所有患者按随机数字表分为治 2 组各 40 例。对照组平均年龄(49.8 ± 17.6)岁, 男:女=28:13; 体重指数 22.7 ± 3.4 ; 手术时间(75.8 ± 20.3)min。治疗组平均年龄(48.9 ± 18.1)岁, 男:女=29:14; 体重指数 22.5 ± 3.5 ; 手术时间(75.7 ± 20.3)min。2 组年龄、性别、体重指数、手术时间等一般情况比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 排除标准 严重凝血功能障碍者; 严重肝肾功能障碍者; 血小板数量及功能明显低下者; 因其他疾病需要抗凝治疗者; 既往存在下肢静脉血栓者; 近期发生肺动脉栓塞者; 有严重出血倾向者; 体重小于 45 kg 或者大于 100 kg 者; 年龄超过 65 岁或者小于 18 周岁者。

2 治疗方法

2.1 对照组 自术后 8 h 开始给予低分子肝素钙 0.4 mL 皮下注射, 每天 1 次, 共 30 天。

2.2 治疗组 术后给予血府逐瘀汤口服。处方: 生地黄、桃仁、川芎各 15 g, 红花、白芍、柴胡、川牛膝各 10 g, 甘草 5 g。每天 1 剂, 水煎, 取汁 200 mL, 分 2 次服, 共 30 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗前及治疗结束时检测 2 组患者的凝血酶原时间(PT)、国际标准化比值(INR)、活化部分凝血时间(APTT)、D-二聚体(D-D)及血小板计数。观察治疗过程中及治疗结束后有无皮下出血、消化道出血等不良反应, 若出现严重不良事件如消化道大出血、脑出血等立即中断治疗。

3.2 统计学方法 采用 SPSS15.0 软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用 t 检验, 率的比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 深静脉血栓形成判定参照《深静脉血栓形成的诊断和治疗指南》^[1]中的彩色超声多普勒诊断标准: 如果连

续 2 次超声检查见深静脉内血栓形成即可诊断。肺动脉栓塞诊断根据肺动脉 CT 或者直接造影判定。呼吸衰竭则根据动脉血气判定, 动脉血氧分压小于 60 mmHg。

4.2 2 组并发症比较 见表 1。治疗组出现深静脉血栓 1 例, 无肺动脉栓塞、呼吸衰竭发生; 对照组出现深静脉血栓 2 例、肺动脉栓塞 1 例, 无呼吸衰竭发生。2 组间并发症发生情况比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。

组别	n	深静脉血栓	肺动脉栓塞	呼吸衰竭
治疗组	40	1	0	0
对照组	40	2	1	0

4.3 2 组凝血指标比较 见表 2。治疗后 2 组患者 PT、APTT、D-D 值均增加, INR 减少, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 2 组血小板治疗前后比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。

组别	时间	PT(s)	INR	APTT(s)	D-D(mg/L)	血小板($\times 10^9/L$)
治疗组 (n=40)	治疗前	14.39 \pm 1.27	1.40 \pm 0.52	32.4 \pm 5.6	1.24 \pm 0.09	171.9 \pm 36.8
	治疗后	19.49 \pm 1.39	2.52 \pm 0.41	40.5 \pm 6.8	3.54 \pm 1.64	178.6 \pm 41.5
对照组 (n=40)	治疗前	14.38 \pm 1.28	1.39 \pm 0.51	32.8 \pm 6.2	1.29 \pm 0.09	174.6 \pm 37.8
	治疗后	19.44 \pm 1.40	2.49 \pm 0.52	36.4 \pm 6.4	6.39 \pm 1.74	179.8 \pm 40.1

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$

4.4 2 组不良反应比较 治疗结束时治疗组中无发生皮下出血、消化道出血等情况; 对照组出现皮下出血 2 例、消化道出血 2 例, 发生率为 10%。2 组不良反应发生率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。

5 讨论

深静脉血栓形成好发于双下肢, 以往认识不多, 随着彩色超声、肺动脉 CT 等技术的开展, 越来越受到重视。下肢静脉血栓时轻者可发生下肢肿胀, 严重者导致肺动脉栓塞, 患者可出现气促、呼吸困难等症状, 甚至导致猝死。血流慢、血管内皮损伤、血液呈现高凝状态等是深静脉血栓发生的易感因素。人工膝关节置换术后患者处于下肢制动、长期卧床状态, 是下肢深静脉血栓发生的高危人群。如何预防血栓发生十分重要。目前国内外指南多建议使用低分子肝素术后皮下注射的方法预

防, 尽管疗效可靠, 但是临床出血风险不少见。

中医学无深静脉血栓的概念, 但就其病因病机属于肿胀、瘀证、脉痹范畴^[2], 多因气滞、湿阻、痰凝等多种因素导致机体血运不畅致瘀而发病, 临床多表现瘀血内阻之实证。血府逐瘀汤是张仲景创建的经典活血化瘀方, 由生地、桃仁、川芎、红花、白芍、柴胡、川牛膝、甘草等药物组成。现代药理学研究表明, 血府逐瘀汤具有保护血管内皮、改善血液流变性和微循环, 调节血脂代谢等功能^[3-4]。

本观察采用血府逐瘀汤加减预防全髌关节置换术后下肢静脉血栓。结果显示, 从预防血栓的疗效看, 血府逐瘀汤的疗效与低分子肝素相当; 但在皮下出血、消化道出血等出血不良反应上, 治疗组明显优于对照组。综上, 采用血府逐瘀汤加减预防全髌关节置换术后下肢静脉血栓有确切疗效, 且可减少继发出血之不良反应的发生。

[参考文献]

- [1] 中华医学会外科学分会血管外科学组. 深静脉血栓形成的诊断和治疗指南[J]. 中华普通外科杂志, 2008, 23(3): 235-238.
- [2] 焦锋. 消肿镇痛剂对老年髌部骨折围手术期凝血-纤溶系统影响的临床研究[J]. 新中医, 2006, 38(4): 36-37.
- [3] 王奇, 陈云波, 赖茵隆, 等. 血府逐瘀汤对用血瘀证兔血清损伤的血管内皮细胞的形态学影响[J]. 广州中医药大学学报, 2001, 18(2): 105.
- [4] 苏丹, 姚丽. 血府逐瘀汤的现代药理学研究[J]. 中医药学报, 2013, 41(3): 172-175.

(责任编辑: 冯天保)

通塞脉片治疗尿毒症周围神经病变疗效观察

金钟大

广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察通塞脉片治疗尿毒症周围神经病变的临床疗效。方法: 将 65 例尿毒症周围神经病变患者随机分为 2 组, 对照组 32 例给予血液透析与注射维生素 B₁、维生素 B₁₂ 治疗; 观察组 33 例在对照组治疗基础上口服通塞脉片治疗, 治疗 1 月后评价临床疗效。结果: 观察组显效 10 例, 有效 18 例, 无效 5 例, 总有效率 84.8%; 对照组显效 7 例, 有效 13 例, 无效 12 例, 总有效率 62.5%, 2 组疗效比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 观察组疗效明显优于对照组。结论: 通塞脉片治疗尿毒症周围神经病变可明显提高疗效。

[关键词] 尿毒症; 周围神经病变; 通塞脉片

[中图分类号] R692.5; R745 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0100-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.046

尿毒症周围神经病变是以肢体远端对称性感觉障碍为主的多发性周围神经病变。尿毒症患者周围神经损害十分普遍, 维持性血透患者其发病率高达 60%~100%, 慢性肾衰竭 6 月后即可发生本病^[1-2], 对患者的生活质量产生较大影响, 需予以足够重视。为探讨有效的中医药治疗方法, 笔者采用通塞脉片配合血液透析及维生素 B 族药物治疗尿毒症周围神经病变取得较好疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为本院 2006 年 10 月~2013 年 12 月门诊维持性血液透析患者。共 65 例, 慢性肾小球肾炎 40

例, 高血压肾病 10 例, 慢性肾盂肾炎 6 例, 多囊肾 4 例, 肾结石 5 例。随机分为 2 组, 观察组 33 例, 男 17 例, 女 16 例; 平均年龄(51.1±8.7)岁; 透析平均病程(5.2±2.1)年; 尿毒症周围神经病变平均病程(3.2±1.2)年。对照组 32 例, 男 16 例, 女 16 例; 平均年龄(52.3±8.9)岁; 透析平均病程(5.1±1.9)年; 尿毒症周围神经病变平均病程(3.1±1.4)年。2 组性别、年龄、原发病、病程及病情等比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 周围神经病变的诊断标准, 临床表现: 对称性多神经炎, 下肢损害为主, 早期为痛觉减低, 肌肉疼

[收稿日期] 2014-01-11

[作者简介] 金钟大 (1972-), 男, 医学博士, 副主任医师, 主要从事中西医结合治疗肾系疾病的研究。