

分,实验组明显高于对照组。两组对比,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

腰椎间盘突出症在中医理论中属于“痹症、腰腿痛”范畴,经辨证分析认为该病的发生多和督脉失养、风寒湿邪、脾肾精血亏虚以及跌扑挫伤等有关^[7]。就病理角度来看,在腰椎间盘突出症的临床中所实施的治疗主要为消除椎间盘突出位置以及受刺激神经根出现的炎性水肿,以此缓解其对神经根产生的压迫或者刺激。有研究报道指出,经针灸治疗能够使机体产生内源性吗啡样物质,且该物质参与到镇痛中,应用于腰椎间盘突出症治疗中,能够改善病人腰部神经根附近微循环,继而进一步加快组织炎性渗出物吸收的速度,防止炎症反应局部血管通透性上升,缓解炎症反应,改善症状表现,此外,还能减轻局部肌肉组织出现的紧张性痉挛,便于腰部肌肉关节平衡性的恢复。

腹针治疗的核心理论为神阙调控系统,经腹部各穴位的刺激,对机体脏腑失衡进行调节,具有滋补肝肾、祛风逐寒、通络止痛的目的^[8]。李军等学者曾就腹针联合神阙隔盐灸治疗腰椎间盘突出症的疗效进行了研究分析,报道研究表明,联合应用腹针与神阙隔盐灸的治疗组总有效率能够达到 100.0%,和实

施常规药物治疗的对照组比较要高($P<0.05$)^[9]。本次试验就常规针刺和腹针治疗腰椎间盘突出症的效果以及对病人生活质量进行了分析,结果显示,实施腹针的实验组总有效率、生活质量评分均高于予以常规针刺的对照组($P<0.05$)。综上可知,应用腹针来治疗腰椎间盘突出症,安全可靠,疗效突出,可提高病人生活质量,推广应用价值高。

参考文献

- [1]王维明,杨慧勤.腹针配合汉磁灸热贴治疗老年腰椎间盘突出症的疗效[J].中国老年学杂志,2013,33(10):2382-2383
- [2]赵红义,林向前.腹针配合腹部推拿治疗腰椎间盘突出症 30 例[J].中国针灸,2014,34(10):1003-1004
- [3]潘宁君,李仁锋,徐艳青,等.腹针配合刺络拔罐法治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J].广西中医药,2014,37(6):39-41
- [4]谭洛,李普海,李巍,等.腹针配合手法牵引治疗腰椎间盘突出症 59 例[J].中国民间疗法,2015,23(2):44-45
- [5]林育辉,余湘洁,朱建芸,等.腹针结合拉筋治疗腰椎间盘突出症临床观察[J].山西中医,2015,31(10):31-33
- [6]陈莉秋,刘立飞,汪雅茹,等.腹针结合动力灸法治疗腰椎间盘突出症 33 例临床观察[J].河北中医,2015,37(2):244-246
- [7]曹玉举,许建文,黄正干,等.针刺治疗血瘀证腰椎间盘突出症临床研究文献 Meta 分析[J].中医研究,2015,11(5):57-60
- [8]谭洛,王淑琴,李巍,等.腹针后推拿配合牵引治疗腰椎间盘突出症 60 例[J].中国民间疗法,2014,22(10):34-35
- [9]李军,王占,廖国丹,等.腹针合神阙隔盐灸治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J].广西中医药,2015,38(1):38-39

(收稿日期:2016-05-17)

探究中西医结合治疗骨伤科术后下肢深静脉血栓的疗效

王忠 郝喜凤

(郑州煤炭工业<集团>有限公司总医院骨科 河南新密 452371)

摘要:目的:探究中西医结合治疗骨伤科术后下肢深静脉血栓的疗效。方法:选择我院收治的骨伤科术后下肢深静脉血栓患者 88 例,将其平均分为对照组与观察组各 44 例,分别给予西医治疗与中西医结合治疗。结果:与治疗前相比,两组患者的各项血液流变学指标均有改善;与对照组治疗后相比,观察组患者的各项指标改善程度较大,差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组的总有效率为 93.18%,明显高于对照组的 72.73%,差异具有统计学意义($\chi^2=6.51, P<0.05$)。结论:给予骨伤科术后下肢深静脉血栓患者中西医结合治疗,不仅能有效改善患者的各项血液流变学指标,还能显著提高患者的临床治疗效果。

关键词:下肢深静脉血栓;骨伤科;中西医结合治疗

中图分类号:R687

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.07.023

下肢深静脉血栓属于骨科手术患者的常见并发症之一,主要是由患者静脉内发生血块凝结、造成阻塞引起^[1]。该病症病情急骤,且随着患者病情的蔓延,极易引发肺栓塞,严重时将直接导致患者残疾或死亡。据相关文献报道,对骨伤科术后患者积极进行早期治疗,能显著提高对下肢深静脉血栓病症的治疗效果^[2]。因此,本研究通过进行对照样本试验,旨在探究中西医结合治疗骨伤科术后下肢深静脉血

栓的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 随机选择 2014 年 4 月~2016 年 4 月我院收治的骨伤科术后下肢深静脉血栓患者 88 例,将其分为观察组与对照组各 44 例。观察组男 24 例,女 20 例;年龄 20~71 岁,平均年龄(45.09±1.63)岁;手术类型:股骨头置换术 11 例,髋关节置换术 16 例,股骨干骨折 17 例。对照组男 24 例,女

20 例; 年龄 20~71 岁, 平均年龄 (45.09±1.63) 岁; 手术类型: 股骨头置换术 10 例, 髋关节置换术 18 例, 股骨干骨折 16 例。两组患者的临床资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 治疗方案 对照组采用西医治疗。术后第 2 天为患者皮下注射低分子肝素钙注射液 (国药准字 H20060190), 注射剂量为 100 单位/kg, 2 次/d; 第 3 天起在低分子肝素钙注射液的基础上每日加用 1 次华法林片 (国药准字 H37021314), 初始口服剂量为 20 mg, 第 2 次剂量为 10 mg, 从第 3 次起保持每日 2.5~5.0 mg 剂量以进行维持治疗, 疗程为 10 d。观察组在对照组基础上加用中药饮片汤剂进行联合治疗。中药饮片汤剂基础配方: 穿山甲 9 g、桃仁 9 g、当归 9 g、大黄 9 g、瓜蒌根 9 g, 湿热型患者加金银花 9 g、紫花地丁 9 g、苍术 9 g、蒲公英 9 g、白花蛇舌草 9 g, 以达到活血通络、清热利湿目的; 血淤型患者加丹参 30 g、水蛭 9 g、紫草 9 g、乳香 9 g、没药 9 g、川牛膝 9 g、三七粉 6 g, 以活血化瘀缓解患者的持续性胀痛; 脾虚水湿型患者加党参 15 g、白术 15 g、薏苡仁 15 g、茯苓 15 g、防己 15 g、木瓜 15 g、泽兰 15 g, 以渗湿利水改善患者身倦无力症状。中药汤剂的煎煮时间不得少于 30 min, 每日 1 剂, 分早晚 2 次服用, 持续治疗 10 d。

1.3 观察指标 观察记录两组患者于治疗前后的全血高切粘度 (HBV)、全血低切粘度 (LBV)、血浆粘度 (PV) 以及纤维蛋白原 (FIB) 四项血液流变学指标的变化情况。

1.4 疗效评估标准 治疗结束后, 若患者的肿胀情况基本消失, 影像学检查显示深静脉干基本为通畅状态为显效; 若患者的肿胀情况有所缓解, 影像学检查显示深静脉干部分通畅为有效; 若患者的肿胀情况无明显改变, 影像学检查显示深静脉干无血流信号为无效^[3]。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.5 统计处理方法 运用 SPSS20.0 软件进行处理分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料以率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验, 当 $P<0.05$ 时, 则说明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的各项血液流变学指标比较 与治疗前相比, 两组患者的各项血液流变学指标均有改善; 与对照组治疗后相比, 观察组患者的各项指标改善程度较大, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的各项血液流变学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
HBV (mPa·s)	6.56±1.36	4.65±0.39 [#]	6.67±1.49	5.64±0.58 [*]
LBV (mPa·s)	11.17±0.58	8.48±1.16 [#]	11.36±0.61	10.84±0.21 [*]
PV (mPa·s)	1.84±0.12	1.02±0.10 [#]	1.77±0.09	1.66±0.01 [*]
FIB (g/L)	4.23±0.32	2.21±0.34 [#]	4.62±0.20	3.24±0.57 [*]

注: 与治疗前比较, $P<0.05$; 与对照组比较, $^{\#}P<0.05$ 。

2.2 两组患者的临床疗效比较 观察组的总有效率为 93.18%, 明显高于对照组的 72.73%, 差异具有统计学意义 ($\chi^2=6.51, P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的临床疗效比较 [例 (%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	44	21 (47.73)	20 (45.45)	3 (6.82)	41 (93.18)
对照组	44	13 (29.55)	19 (43.18)	12 (27.27)	32 (72.73)
χ^2					6.51
P					<0.05

3 讨论

临床进行西医治疗时, 常给予骨伤科术后下肢深静脉血栓患者低分子肝素钙注射液与法华林片两种药物。低分子肝素钙注射液是一种新型的抗凝血酶、抗血栓形成药, 该药物进入人体后, 能明显抑制体内外血栓、动静脉血栓的形成。而法华林片则能起到防止血栓形成与发展的作用。两种药物联合使用能显著改善机体微循环障碍, 达到消瘀溶栓的目的^[4]。

中医认为下肢深静脉血栓的形成是由于患者气行不畅、血行缓慢而引起患者瘀血阻于脉中, 脉络滞塞不通。因此, 中医治疗该疾病时常以活血、利湿、通络为主要原则。药理研究表明, 桃仁、穿山甲、大黄通络化瘀; 瓜蒌根消瘀散结; 苍术利湿消肿; 水蛭、乳香、没药通络止痛; 金银花、蒲公英、紫花地丁等清热解毒; 白术、党参益气健脾等^[5-10]。由此可见, 中医治疗能起到根除疾病、固本培元的作用, 而采用中西医结合治疗下肢深静脉血栓, 患者的临床治疗效果将得到极大提升。

本研究结果显示, 与治疗前相比, 两组患者的各项血液流变学指标均有改善; 与对照组治疗后相比, 观察组患者的各项指标改善程度较大, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组的总有效率为 93.18%, 明显高于对照组的 72.73%, 差异具有统计学意义 ($\chi^2=6.51, P<0.05$)。综上所述, 对骨伤科术后下肢深静脉血栓患者采用中西医结合治疗, 不仅能有效改善患者的各项血液流变学指标, 还能显著提高患者的临床治疗效果, 该治疗方案值得进一步推广采用。

参考文献

[1] 曹凤, 陆雪琴, 严斌泓, 等. 中西医结合预防脑卒中患者下肢深静脉血栓的研究进展[J]. 解放军护理杂志, 2015, 32(23): 38-40

- [2]吴彩荣.中西医结合护理预防骨科术后下肢深静脉血栓形成的临床观察[J].实用临床医药杂志,2015,19(4):140-142
- [3]王可,汪洋.中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成 74 例[J].四川中医,2015,33(2):130-132
- [4]张琪,张曦.人工关节置换术后下肢深静脉血栓的预防与治疗[J].长春中医药大学学报,2015,31(1):180-183
- [5]石苗,王祥麒,郭哲.中西医结合治疗既往有血栓病史病人行妇科手术后下肢深静脉血栓形成的临床疗效 [J]. 中药材,2015,38(2):422-424
- [6] 裴代平. 中西医结合治疗骨科手术后下肢深静脉血栓形成 54 例

- [J].山东中医杂志,2014,33(1):46
- [7]徐丽华,王东雁,何凤玲,等.中西医结合治疗骨折术后下肢深静脉血栓形成的临床研究[J].中国临床研究,2014,27(3):351-353
- [8]常征,王小平.中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成后综合征[J].中华医学报,2014,29(5):743-745
- [9]倪银海.中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成临床观察[J].新中医,2014,46(4):95-97
- [10]魏涵,陈皓,金立军,等.中西医结合预防 2 型糖尿病合并下肢深静脉血栓 40 例[J].河南中医,2014,34(8):1585-1586

(收稿日期: 2016-05-30)

清胰汤预防 ERCP 术后胰腺炎发生的临床研究

冯汉胜 曾江涛 袁金胜 张鼎

(广东省茂名市中医院 茂名 525000)

摘要:目的:分析经内镜逆行性胆胰管造影术(ERCP)术后采用清胰汤进行胰腺炎预防所具有的临床效果,并对其作用机制进行初步研究。方法:将 60 例经内镜逆行性胆胰管造影术(ERCP)患者按照随机分配原则划分为实验组与对照组。所有患者术后均禁食。对照组患者给予常规抗生素以及生长抑素进行治疗,有明显腹胀以及腹痛症状患者,可采用胃肠减压以及抗胆碱药物等进行对症治疗。实验组则在对照组的基础上结合清胰汤进行治疗。对两组患者的临床症状及相应指标进行详细的观察与记录分析。结果:术后实验组胰腺炎患者 1 例,高淀粉酶血症患者 8 例;对照组分别为 4 例与 17 例,差异具有统计学意义。对患者 AMS、CRP、IL-6 和 IL-10 等项目的检测发现,各项数据均有一定程度的改善。其中两组患者术后 24 h 呈现较为明显的差异($P < 0.05$)。对 AMS 恢复正常以及腹痛腹胀症状缓解耗时情况的统计分析发现,实验组优于对照组,且相关差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:采用清胰汤预防 ERCP 术后胰腺炎的发生,临床效果较好。有关炎症介质的释放量降低,患者症状得以有效缓解,术后恢复快,具有较高临床推广意义。

关键词: ERCP 术后胰腺炎; 中医药; 炎症介质

中图分类号: R576

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2016.07.024

结合影像学以及消化内窥镜特点的经内镜逆行性胆胰管造影术(ERCP),对于多种胆管出现的疾病治疗均具有较好疗效,也是目前公认的诊断胰和胆管疾病的金标准^[1]。但采用该方式治疗的患者,术后通常出现一定程度的并发症。相关研究报道指出,ERCP 术后发生胰腺炎的概率约为 5~10%,对患者身心健康造成极大的威胁,甚至导致死亡^[2]。采用传统中医药进行胰腺炎疾病的治疗,具有价格低廉,疗效确切的优势,逐渐获得业界的肯定与广泛运用。本研究采用清胰汤对 ERCP 术后胰腺炎发生情况进行预防,获得较好疗效。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选择茂名市中医院自愿参与本研究的 60 例患者为研究对象。结合患者病情以及随机分配原则,将患者平均划分为实验组与对照组各 30 例。实验组男 19 例,女 11 例;年龄 35~78 岁,平均年龄(60.5±3.2)岁。实验组男 19 例,女 11 例;年龄 35~78 岁,平均年龄(60.5±2.8)岁。对照组男 20 例,女 10 例;年龄 34~78 岁,平均年龄(59.7±3.4)岁。对两组患者基本资料比较无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 患者在 ERCP 术后发生与胰腺炎有关的疼痛,时间维持 24 h 以上,且血清淀粉酶(AMS)含量超过正常标准三倍以上;同时符合中医诊断标准,即患者具有《中药新药临床研究指导原则》以及《中医病证诊断与疗效判定标准》中相关描述特点^[3],所有患者均排除术前有胰腺炎;存在身体脏器方面较为严重的原发性疾病或者具有精神病;资料不全等情况。

1.3 治疗方法 所有患者在 ERCP 术后均进行常规禁食。对照组患者采用常规方式进行治疗,即给予恰当的抗生素(如头孢他啶、奥硝唑等)以及生长抑素。若患者出现明显腹胀,则进行胃肠减压;若腹痛,则可使用抗胆碱药(如间苯三酚等)。实验组则在对照组的基础上结合清胰汤进行治疗。清胰汤配方为生白芍 24 g,黄芩、枳实各 12 g,大黄(后下)10 g,木香(后下)、芒硝(融服)、厚朴、柴胡及黄连各 8 g。将上述药物于 1 L 水中煎至 200 ml,1 剂/d,每日分两次通过口服或者胃管注入,夹管 1 h。所有患者均进行 7 d 的治疗。

1.4 观测指标 所有患者均于术前 2 h、术后 2 h 和术后 24 h 取适量血液样本,离心分离血清后,利用