

中药湿热敷提高慢性肾衰患者动静脉内瘘成熟质量的临床研究

应灵妹 鲁科达 于伟 曹俊敏 杨晓春

(浙江中医药大学附属第一医院,浙江杭州 310006)

摘要 目的:观察中药湿热敷对动静脉内瘘成熟质量的影响。方法:选取肾内科终末期肾病并且行动静脉内瘘的患者 60 例,随机分成治疗组和对照组,各 30 例。对照组予以西医常规治疗,治疗组在西医常规治疗基础上加用中药湿热敷。观察造瘘术后第 1、11、30 天吻合口及以上血管的血流量、头静脉内径,测定活化部分凝血活酶时间(APTT)、血小板等指标;观察 2 组患者术后 30d 内内瘘闭塞的发生率。结果:治疗 30d 后,治疗组吻合口及以上血管的血流量、头静脉内径均显著高于对照组($P<0.05$),血 APTT 明显高于对照组($P<0.05$),血小板明显低于对照组($P<0.01$);术后 30d 内内瘘闭塞的发生率,治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。结论:西医基础治疗加用中药湿敷能改善患者高凝状态,促进动静脉内瘘成熟,提高内瘘质量,减少内瘘失败发生率。

关键词 慢性肾衰 动静脉内瘘 中药复方 外敷 中西医结合疗法 凝血活酶时间 血小板

中图分类号 R692.505

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2015)07-0037-03

资料显示,我国每年有 100 万尿毒症患者出现,终末期肾病患者大多无法进行肾移植手术,需血液透析治疗。对于这些患者来说,建立长期良好的血液透析血管径路至关重要。自 1966 年 Brescia 等发明了自体动静脉内瘘(AVF)以来^[1],因其安全性好、血流丰富、使用寿命长、对病人生活影响小等优点成为血液透析血管径路的常规术式,到目前为止,尚没有更理想的方法可以取代它。中药湿热敷疗法具有软坚散结、活血通络、消炎止痛等作用,运用于造瘘术后可达到疏通血管、促使内瘘早期成熟的功效。本临床研究观察中药湿热敷对动静脉内瘘成熟质量的影响,并与运用常规疗法处理的患者进行比较,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院 60 例终末期肾病住院行自体动静脉造瘘的患者,随机分成治疗组和对照组。治疗组 30 例:男 19 例,女 11 例;年龄 24~65 岁,平均年龄(51.65±12.25)岁;病程 9 个月~7 年,平均病程(4.86±2.36)年。对照组 30 例:男 17 例,女 13 例;年龄 23~65 岁,平均年龄(50.25±12.28)岁;病程 6 个月~8 年,平均病程(5.16±2.16)年。2 组患者年龄、性别、病程以及开始治疗前的各项指标等均无显著性差异,具有可比性。最终 60 例患者均完成本次研究。

1.2 入选标准 符合终末期肾病诊断标准的患者,肾小球滤过率(GFR)<15mL/(min·1.73m²);外周动脉血压>100/60mmHg;手术者为同一人,手术均以桡动脉-头静脉(AVF)端-侧吻合内瘘成型术;术前检查头静脉充盈情况、桡动脉搏动情况、ALLEN 试验、DOPPLER 检查均正常;已签署知情同意书。

1.3 排除标准 术前检查桡动脉内径≤2.3mm,头静脉内径≤2.5mm;65 岁以上患者;妊娠、哺乳期患者;合并心、脑、肝等脏器功能衰竭不能耐受治疗者;糖尿病患者。

1.4 剔除和脱落病例标准 未按规定治疗,无法判断疗效者;资料不全者;治疗过程中发生意外事件而不能坚持治疗者;不配合治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 术后口服氯比格雷 75mg/次,1 次/d,连续 7d。规范的术后护理:术后第一天开始毫米波(TDP)照射,每次 60min,每日 2 次,连续 10d。术后宣教:指导患者内瘘侧前臂抬高至心脏水平,教会患者自行监测内瘘血管杂音和上肢渐进运动的方式;禁止内瘘侧手臂测血压和输液;内瘘侧手臂着衣须宽松。

2.2 治疗组 在对照组治疗、护理的基础上增加中药湿热敷。将丹参 20g、红花 15g、当归 15g、大黄 9g、冰片 6g、干姜 5g,浓煎成水提液 100mL。术后第

基金项目:浙江省中医药管理局资助项目(2009CB013)

1 天开始,用 3M 6cm×7cm 透明敷贴覆盖手术缝合口,保持局部干燥;将中药液置恒温箱加温至 60℃ 取出,用 5 层厚纱布浸湿药液,将多余水分拧去,以纱布不滴水为宜,覆盖在内踝口上 2cm 的前臂,外盖一层保鲜薄膜和适量毛毯保温,每次 60min,每日 2 次,连续治疗 10d。在湿热敷过程中观察局部及全身情况,患者若有不适立即停用。

3 疗效观察

3.1 观察指标和方法 动静脉内瘘的主要功能是为血液透析提供充足的血液,满足透析治疗的需要,内瘘狭窄或栓塞是影响血流量的主要并发症。本研究选择在术前 1 天、术后第 11、30 天用彩色超声测定吻合口及以上血管的血流量、头静脉内径;手术后第 1、11、30 天测定血活化部分凝血活酶时间(APTT)、血小板指标观察高凝状态;内瘘成熟后观察首次血透过程中血流量;观察术后 30d 内内瘘闭塞的发生率。

3.2 统计学方法 统计分析采用 SPSS11.7 统计学软件进行处理。各组计数资料以率或构成比表示,采用卡方检验,各组计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较用成组 t 检验,组内比较用配对 t 检验, $P < 0.05$ 即认为所检验的差异具有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组患者手术前与手术后近期、远期头静脉血流量、头静脉内径比较 见表 1、表 2。手术前 2 组患者头静脉血流量、头静脉内径无显著性差异($P > 0.05$)。随着术后时间的延长,头静脉血流量、头静脉内径也相应增加。术后第 11 天,2 组患者头静脉血流量、头静脉内径无显著性差异($P > 0.05$);术后第 30 天,治疗组患者头静脉血流量、头静脉内径显著大于对照组($P < 0.05$)。

表 1 治疗组与对照组手术前后头静脉血流量比较($\bar{x} \pm s$) mL/min

组别	例数	手术前	术后第 11 天	术后第 30 天
治疗组	30	40.20±2.02	51.57±2.54	65.07±2.52**
对照组	30	40.13±2.16	50.97±2.66	61.37±2.66

注:与对照组比较,** $P < 0.01$ 。

表 2 治疗组与对照组手术前后头静脉内径比较($\bar{x} \pm s$) mm

组别	例数	手术前	术后第 11 天	术后第 30 天
治疗组	30	2.98±0.28	5.01±0.21	6.39±0.21*
对照组	30	2.99±0.27	4.95±0.27	6.24±0.29

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3.3.2 2 组患者手术后第 1、11、30 天血 APTT、血小板指标比较 见表 3、表 4。术后第 1 天、第 11 天 2 组患者血 APTT、血小板指标无显著性差异($P > 0.05$);术后第 30 天治疗组患者血 APTT 明显高于对照组($P < 0.05$),血小板含量明显低于对照组($P < 0.01$)。

表 3 治疗组与对照组术后各时段血 APTT 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后第 1 天	术后第 11 天	术后第 30 天
治疗组	30	25.73±2.32	27.13±2.98	29.87±2.52*
对照组	30	25.60±2.13	26.60±2.12	27.60±2.13

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

表 4 治疗组与对照组术后各时段血小板含量比较($\bar{x} \pm s$) $\times 10^9$ /mL

组别	例数	术后第 1 天	术后第 11 天	术后第 30 天
治疗组	30	222.43±31.17	208.57±26.54	172.33±12.23**
对照组	30	221.77±33.15	211.97±33.16	181.67±13.92

注:与对照组比较,** $P < 0.01$ 。

3.3.3 2 组患者术后 30d 内内瘘闭塞发生率比较

手术后 30 天内,治疗组内瘘无一例发生闭塞,对照组发生内瘘闭塞 6 例,组间比较有显著性差异($P < 0.05$)。

4 讨论

动静脉内瘘是终末期肾病的首选血管通路,其术后并发症以内瘘血管狭窄最常见,是造成内瘘栓塞,最终失功的主要原因。血栓形成的早期原因与术中吻合时动静脉对位不良、血管扭曲成角、术后未及时应用抗凝药或应用剂量不足和患者脱水、低血压、低血容量等有关,特别是术中血管内膜损伤和患者血液高凝状态血流速度缓慢对血管径路血栓形成的发生有着重要意义。陈昕丽等^[2]报道 256 例标准动静脉内瘘手术患者有 21 例(8.20%)术后 1~3 天内血管杂音消失,彩超检查显示吻合口及头静脉血栓形成。陈峰等^[3]认为使用活血化瘀的中药熏洗治疗,可大大缩短动静脉内瘘成熟的时间,提高动静脉内瘘的血流量。但其研究对象是现临床较少使用的 AVF 端-端吻合术后患者,方法也易致手术切口感染危险等缺点。

中医学认为,尿毒症患者素有湿毒内蕴,湿浊内阻,久病多瘀,加之内瘘手术,脉络损伤,血行改道,气血运行不畅。动静脉内瘘术后血栓形成的发生机理是气血瘀滞,热毒凝滞于血脉,使局部脉络气血运行不畅,属中医“脉痹”“恶脉”等范围,治疗应以清湿热、化瘀血、散结止痛为主。中药湿热敷疗法的作用机制是药力与热力联合发挥作用,利用物理热量与中药结合产生大量的中药离子作用于皮肤上,使腕部毛细血管扩张,血流加速,有利于炎症的消散和吸收,与中药熏洗治疗相比,药力作用时间持久。方中红花主要效应物质红花黄素存在于红花的水溶性提取部位,能扩张血管,增加血流,保护血管内皮细胞,抑制血小板聚集,抑制凝血酶系统,激活抗凝及纤溶酶系统从而抑制血栓形成^[4];大黄性寒,有通瘀导滞、抗菌消炎、止痛止血等作用^[5];丹参味苦,性微寒,具有活血祛瘀、凉血消痈、止痛等

“固经四草汤”治疗热瘀型更年期功血 38 例临床研究

赵 芸

(泰兴市第三人民医院,江苏泰兴 225400)

摘 要 目的:观察固经四草汤治疗热瘀型更年期功血的临床疗效。方法:将 76 例更年期功血患者随机分为 2 组:治疗组 38 例,予中药固经四草汤口服;对照组 38 例,予云南白药胶囊口服。治疗 3 个月经周期后观察疗效。结果:治疗组总有效率 92.1%,明显高于对照组的 76.3%。结论:固经四草汤治疗热瘀型更年期功血疗效显著,值得临床推广。

关键词 更年期功血 热瘀 固经四草汤 清热化瘀 固冲调经

中图分类号 R711.520.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2015)07-0039-02

近年来,笔者应用自拟经验方固经四草汤治疗热瘀型更年期功血患者 38 例,取得良好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为 2012 年 8 月~2014 年 10 月期间我院中医妇科门诊就诊的患者,共 76

例,随机分为 2 组。治疗组 38 例:年龄 45~55 岁,平均年龄 48.2 岁;病程 1~14 个月,平均病程 5.8 个月。对照组 38 例:年龄 46~54 岁,平均年龄 47.9 岁;病程 0.5~16 个月,平均病程 6.2 个月。2 组患者一般资料比较无统计学差异 ($P>0.05$),具有可比性。

功能^[6];冰片、干姜作为药引,可增强渗透力,促进皮肤吸收,使局部组织内药物浓度升高,发挥更大作用。诸中药加热力的协同作用可软坚散结、活血通络、消炎止痛从而达到疏通血管,促使内瘘早期成熟的功效。

内瘘建立后至少需 4 周才能达到成熟水平,本研究在内瘘成熟前第 11 天和成熟期第 30 天检测血管血流量、头静脉内径及血 APTT,以对患者进行疗效评价。APTT 延长提示内源性凝血系统的凝血因子存在数量或质量的异常,或血中存在抗凝物质;APTT 缩短提示内源性凝血系统活化,血液高凝状态。动静脉内瘘术后,瘘口内径随时间呈动态变化逐渐增加趋势,而瘘口面积与血流量之间呈正相关关系,从而导致血流动力学缓慢发生变化。术后第 11 天内瘘尚未成熟,各项观察指标虽有差异,但差异无统计学意义。术后 30 天内瘘趋于成熟,各项观察指标差异明显,呈现统计学意义。本研究结果表明中药湿热敷能促进内瘘成熟,提高内瘘质量,减少内瘘失败发生率,其机制可能与其能改善患者高凝状态有关。此方法简便易行且又经济实惠,值得临床进一步推广。中药湿热敷的作用机制尚不完全明确,将组织大样本临床研究进一步加以证实,

并通过动物实验探索该法对血管内皮的干预机制。同时,我们也要坚持随访工作,以观察患者远期是否存在临床结局的差异。

参考文献

- [1] Brescia A, Cimino MJ. Chronic hemodialysis using venipuncture and surgically created arteriovenous fistula. *New Eng J Med*, 1996, 275: 1089
- [2] 陈昕丽, 于明忠. 标准动静脉内瘘术早期吻合口血栓形成原因分析. *华北煤炭医院学报*, 2007, 9(6): 815
- [3] 陈峰, 李亚清, 孔雪琴. 中药熏洗对内瘘成熟的促进应用. *辽宁中医杂志*, 2007, 34(11): 1572
- [4] 陈文梅, 金鸣, 吴伟, 等. 红花黄色素抑制血小板激活因子介导的血小板活化作用的研究. *中国药理学杂志*, 2000, 35(11): 741
- [5] 李娟, 李坚. 大黄药理作用研究及临床应用概况. *实用医药杂志*, 2006, 23(9): 1132
- [6] 赵焱. 丹参药理作用的研究进展. *内蒙古中医药*, 2008(6): 53

第一作者: 应灵妹(1966—), 女, 本科学历, 主任护师, 研究方向: 静脉通道管理, 护理管理。shengzhongyilm@126.com

收稿日期: 2015-02-11

编辑: 吴 宁