

中药穴位贴敷联合循经点按预防骨折术后深静脉血栓 40 例临床研究

孙 琰 陈学玲 杨六中 李朝顶

(徐州市中医院, 江苏徐州 221009)

摘 要 目的:观察中药穴位贴敷联合循经点按手法预防骨折术后深静脉血栓形成的临床疗效。方法:将80例骨折术后患者随机分为治疗组和对照组,每组40例。对照组采取常规护理措施,治疗组在此基础上采用穴位贴敷联合循经点按手法,治疗10d后比较2组患者凝血指标变化情况及深静脉血栓发生率。结果:治疗组深静脉血栓发生率为2.5%,明显少于对照组的10.0% ($P<0.05$);治疗组治疗后凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)均较治疗前延长($P<0.05$),D-二聚体较治疗前降低($P<0.05$),且改善程度明显优于对照组($P<0.05$)。结论:常规护理基础上采用中药穴位贴敷联合循经点按手法可改善骨折术后患者局部血运,有效降低深静脉血栓发生率,值得临床推广。

关键词 穴位贴敷 循经点按 骨折 深静脉血栓 术后并发症 化瘀通脉膏 凝血指标

中图分类号 R683.05

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2018)06-0059-03

深静脉血栓形成(deep venous thrombosis, DVT)是一种静脉回流障碍性疾病,其发生主要与血管内皮细胞受损、血流滞缓和血液高凝状态密切相关,也是骨折术后患者常见的并发症之一^[1]。有文献报道,股骨骨折及髌、膝关节置换术后深静脉血栓发生率分别高达48%、51%和61%^[2]。本病起病急,若不及时治疗,轻者可致残,丧失劳动力,重者可并发肺栓塞导致死亡。因此预防骨折术后患者深静脉血栓的发生尤为重要。我们临床在常规护理基础上采用中药化瘀通脉膏穴位贴敷联合循经点按预防骨折术后深静脉血栓形成,取得较好疗效,现将相关研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院2016年5月至2017年5月住院的骨折需进行手术的患者80例,采用SPSS软件随机化分组分为治疗组和对照组,每组40例。治疗组男18例,女22例;年龄26~70岁,平均年龄(55.43 ± 4.28)岁;患者受伤后至住院的时间为3h~4.4d,平均(1.9 ± 0.8)d;其中髌部骨折8例,股骨干骨折14例,胫腓骨骨折14例,髌骨骨折4例。对照组男17例,女23例;年龄26~70岁,平均年龄(56.76 ± 4.15)岁;患者受伤后至住院的时间为3h~3.4d,平均(2.1 ± 0.5)d;其中髌部骨折10例,股骨干骨折12例,胫腓骨骨折13例,髌骨骨折5例。2

组患者性别、年龄、病程等一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 深静脉血栓的诊断标准参照《下肢深静脉血栓形成诊断及疗效标准(2015年修订稿)》^[3]拟定。

1.3 纳入标准 (1)凝血四项、肝肾功能无异常者;(2)年龄小于等于70岁者;(3)知情同意,自愿参与本试验者;(4)治疗前经彩超多普勒检查,无静脉血栓发生者。

1.4 排除标准 (1)有糖尿病、脑血管等疾病,可导致生活指标测定结果出现偏差者;(2)既往出现过深静脉血栓者;(3)对治疗所用药物有过敏史者;(4)凝血功能存在障碍,试验过程中有出血倾向者;(5)经生化指标检测,凝血酶原活动度 $<60\%$,血小板 $<10 \times 10^9/L$ 者;(6)骨折伤口位置影响中药穴位贴敷、按摩治疗者。

2 治疗方法

2组患者均在全麻或腰硬联合麻醉下行髓内钉、钢板或克氏针张力带内固定术。

2.1 对照组 术后采用常规护理措施,做好病人病情观察、体位护理,并指导功能锻炼等。

2.2 治疗组 术后在对照组护理基础上采用中药化瘀通脉膏穴位贴敷联合循经点按手法治疗。(1)循经点按手法:髌部、股骨干骨折取髌关、伏兔、足三

里、三阴交、委中、承山穴；胫腓骨、髌骨骨折取血海、伏兔、三阴交、太冲、涌泉穴。患者取平卧位，暴露双下肢，注意局部保暖，用软尺测量患者同身寸，按同身寸测量出患者具体穴位所在部位，用记号笔做好标记。操作者沿经络方向采用拇指推法从下至上逆向纵推，将下肢瘀血推挤向近心端。用力要均匀，不得使用蛮力，推至标记穴位点用拇指指腹点法及揉法按压，手法要柔缓，力度要深重，示指弯曲，叠在中指上，先悬空，旋转向下按压，到底部微收力，再用压力按压。至局部有酸、麻、胀感觉，维持30s，再点按5~10s，每穴按揉1min，如此反复进行，维持15min。

(2) 中药穴位贴敷：中药制剂采用我院自制“化瘀通脉膏”，药物组成为三七粉100g、血竭粉100g、制乳没（各）100g、大黄炭50g、黄柏50g、车前子50g、苍术50g、丁香10g、肉桂10g、冰片10g，由制剂中心按比例制成药膏。循经点按后，取中药化瘀通脉膏置于中间有凹槽的穴贴上，对准经穴位置贴敷，每穴位每次1g药膏。若出现瘙痒、疼痛等不适感及时取下。每日治疗1次，5d为1个疗程，连续治疗2个疗程。

2组均治疗10d后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1) 治疗前后使用BE凝血检测仪，采用凝固法检测2组患者凝血酶原时间（PT）、活化部分凝血活酶时间（APTT）。(2) 治疗前后采用酶联免疫吸附法（ELISA）检测2组患者D-二聚体水平。(3) 治疗3d、10d后经彩色多普勒超声探查2组患者深静脉血栓发生情况，高度可疑者每日复查。

3.2 统计学方法 采用SPSS 19.0软件，计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组患者凝血指标比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后凝血指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	时间	PT(s)	APTT(s)	D-二聚体($\mu\text{g/mL}$)
治疗组	40	治疗前	8.92±1.24	20.15±2.96	2.11±0.28
		治疗后	15.23±2.35 [▲]	36.25±3.06 [▲]	1.62±0.59 [▲]
对照组	40	治疗前	8.73±2.31	18.95±3.12	2.09±0.24
		治疗后	9.85±1.15	21.56±3.45	1.95±0.33

注：*与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；▲与对照组治疗后比较， $P < 0.05$ 。

3.3.2 2组患者深静脉血栓发生率比较 治疗10d后经彩色多普勒超声检查，治疗组发生深静脉血栓者1例，发生率2.5%；对照组发生深静脉血栓者4例，发生率10.0%。经 t 检验，2组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

骨折术后长时间的卧床制动，手术中长时间仰卧、过度旋转、牵引下肢及麻醉使周围静脉扩张等造成静脉血流滞缓，尤其是在股深静脉和髂静脉，从而造成血流瘀积，形成血栓，中医称为“股肿”^[4]。其病机为气虚血瘀，以气虚为本，血瘀为标，气血虚弱，气虚无法推动血液在脉络内正常运行，易引起血栓形成。《内经》云：“久卧伤气，久坐伤肉。”患者术后气血耗损，气虚推动无力，致使瘀血阻滞，或气滞湿凝，血流缓慢，导致血脉痹阻，因此本病治疗应以活血化瘀、行气通脉为大法。

本研究所用中药“化瘀通脉膏”方中三七散瘀止血、消肿定痛，血竭活血祛瘀，乳香、没药调气活血止痛、消肿生肌，大黄炭凉血化瘀、止血，黄柏清热解毒、泻火燥湿，车前子利尿、清热，苍术燥湿、化浊、止痛，丁香行气健脾，促进胃肠蠕动，肉桂温经通脉止痛，冰片宣窍散气，入髓，促进药物吸收。全方共奏行气活血、逐瘀通络之功。穴位贴敷时将膏状的药物持续敷于相应穴位，通过经脉传导，发挥药物、腧穴和经络联通作用，达到治疗疾病的目的。

循经点按手法具有疏经通络、行气活血止痛之功，运用按摩手法作用于人体一定的穴位，通过局部刺激来调和气血，疏通经络，从而达到扶正祛邪，防病治病的目的。循经点按将机械能转化为热能，使局部毛细血管扩张，增加局部肌肉的营养供应，促进损伤组织的修复^[5]。手指点穴，其中髌关、足三里、伏兔属足阳明胃经，具有补血生血、疏通经络之功。现代研究表明按摩足三里可降低纤维蛋白原及纤维蛋白原降解物，防止血液凝固^[6]。三阴交是足太阴脾经、足少阴肾经、足厥阴肝经交汇处，《针灸聚英》指出“经脉闭塞不通，三阴交泄之立通”。循经点按刺激能扩张毛细血管及微静脉，促进局部血液循环，有效改善下肢的血液循环，减少下肢深静脉血栓发生。

本研究表明，常规护理基础上采用中药穴位贴敷联合循经点按在预防骨折术后深静脉血栓形成方面具有明显优势，可有效延长凝血酶原时间，减少血小板聚集，改善血液循环，减轻局部水肿，起到防止血栓形成、促进血栓溶解的作用。将外用药物与经脉按摩手法有机结合，不但促进了药物的吸收，而且通过对经穴的物理刺激，加快了气血的运行，对血栓的发生有明显的预防作用。在今后临床应用中，在取穴的标准性、手法的规范性上，尚须进一步研究加强。

无创呼吸机联合穴位埋线治疗 COPD 合并 II 型呼吸衰竭急性期 15 例临床研究

王 品 冯文杰 申方臣
(秦皇岛市中医医院, 河北秦皇岛 066000)

摘 要 目的:观察无创呼吸机联合穴位埋线治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)合并 II 型呼吸衰竭急性期的临床疗效。方法:将 30 例 COPD 合并 II 型呼吸衰竭急性期患者随机分为治疗组(15 例)和对照组(15 例),均给予无创呼吸机、吸氧、抗感染、祛痰、支气管舒张剂、糖皮质激素、纠正水电解质酸碱失衡、营养支持等治疗,治疗组加用穴位埋线治疗,观察 2 组患者治疗前、治疗 3d 后血气分析、肺功能变化情况 & 气管插管率,比较临床疗效。结果:治疗组临床总有效率为 86.67%,明显高于对照组的 53.33% ($P<0.05$)。治疗组血 PaCO_2 下降, PaO_2 及 pH 升高,肺功能改善,均优于对照组 ($P<0.05$);气管插管率低于对照组 ($P<0.05$)。结论:无创呼吸机联合穴位埋线可有效纠正二氧化碳潴留,改善缺氧及酸中毒,改善肺功能,降低气管插管率,对 COPD 合并 II 型呼吸衰竭急性期治疗效果肯定,值得临床推广。

关键词 慢性阻塞性肺疾病 II 型呼吸衰竭 无创呼吸机 穴位埋线 血气分析 肺功能

中图分类号 R563.05 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2018)06-0061-03

基金项目 秦皇岛市科学技术研究与发展计划(201401A129)

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是呼吸系统的常见疾病和多发病种,当进展至晚期,各种原因都有可能

1 临床资料

1.1 一般资料 2016 年入住本院的 COPD 合并 II 型呼吸衰竭急性期患者 30 例,随机分为 2 组。对照组 15 例:男 10 例,女 5 例;平均年龄(70.52 ± 10.30)岁;平均病程(7.25 ± 1.18)年。治疗组 15 例:男 9 例,女 6 例;平均年龄(72.38 ± 8.15)岁;平均病程(8.26 ± 1.69)年。2 组患者在性别、年龄、病程方面比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 符合文献[3]标准,并排除其他心肺、胸廓疾病。所有患者入院时均有呼吸衰

参考文献

- [1] 王晓玲, 管强, 李小群, 等. “消栓汤”联合低分子肝素钙预防髋部骨折术后下肢深静脉血栓 68 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2017, 49(8): 35.
- [2] 杨爽. 骨科术后深静脉血栓形成的预防与护理进展[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(11): 987.
- [3] 高杰. 下肢深静脉血栓形成诊断及疗效标准(2015 年修订稿)[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2016, 22(5): 520.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 54.
- [5] 张云涛, 陈圣堂. 针刀联合循经点按手法治疗颈源性网球

肘疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2016, 16(1): 24.

- [6] 郭玉梅, 张彦芳, 苏灵林. 空气波压力治疗仪联合手法按摩预防胃癌术后深静脉血栓形成的护理[J]. 护理学报, 2016, 23(16): 57.

第一作者: 孙琰(1976—), 女, 本科学历, 副主任护师, 研究方向为骨科疾病中西医结合护理。

通讯作者: 杨六中, 本科学历, 主任医师。
1044524593@qq.com

收稿日期: 2017-12-29

编辑: 强雨叶