

新疆中医药, 2006, 24(5): 105-107.

- [9] 刘海叶, 刘泽, 邓伟民. 中医药治疗老年性骨质疏松[J]. 中国老年学杂志, 2009, 29(4): 500-502.
- [10] 周峰, 何维英, 宣晓国. 中西医结合治疗绝经后骨质疏松

症 43 例[J]. 中医正骨, 2011, 23(6): 69-71.

- [11] 杜贵友, 曹春雨. 中药治疗骨质疏松症实验研究进展[J]. 中国中药杂志, 2011, 36(4): 401-404.

(收稿: 2012-02-27 修回: 2013-07-15)

中药联合导管药物灌注术治疗血栓闭塞性脉管炎 11 例

李彦州 温志国 杜丽苹 李晓健 赵松峰 胡 灵 梁德安

血栓闭塞性脉管炎(thromboangiitis obliterans, TAO)是动脉和静脉同时受累的全身性血管疾病,属中医学“脉痹”、“脱疽”范畴。本病多发生于青壮年男性,治疗困难,极易复发,致残率很高。我院从 2009 年 1 月—2011 年 3 月运用中药四妙勇安汤加味联合介入导管药物灌注术治疗血栓闭塞性脉管炎 11 例,疗效显著,现报道如下。

资料与方法

1 TAO 西医诊断、临床分期及中医辨证标准

TAO 西医诊断参照 1995 年中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会修订的“血栓闭塞性脉管炎的诊断标准”^[1]诊断;Fontaine 临床分期^[2]属Ⅲ~Ⅳ期;中医辨证参照《中西医结合周围血管疾病学》^[3]属湿热下注型。

2 一般资料 11 例均为郑州大学附属洛阳中心医院住院 TAO 患者,属湿热下注型,均为男性,年龄 22~45 岁,平均(32.6±8.4)岁,病程 1 个月~8 年,均有长期吸烟史(20~40 支/天)。临床表现为足发凉、麻木 11 例,拇趾紫绀 2 例,足趾坏疽 4 例,足背坏疽 3 例,所有病例均有明显间歇性跛行和静息痛。Fontaine 临床分期Ⅲ期 2 例,Ⅳ期 9 例。所有病例均行彩色多普勒超声、CT 血管成像检查和踝肱指数(ABI)检测,腘动脉及其远端血栓形成 3 例,足背、胫后动脉炎性闭塞 6 例,炎性增厚狭窄 2 例,ABI 值平均 0.29(0~0.69)。

3 方法 运用 Seldinger 技术,局麻下穿刺患肢股动脉或左侧肱动脉,置入动脉鞘管,在导丝和导管的配合下完成患肢的动脉造影,了解动脉血栓形成及闭

塞程度、范围及侧支代偿情况,置入合适规格的溶栓导管,导管近端放置于股、腘动脉交界处,体外固定导管,持续泵入以下药物:尿激酶(每支 10 万 U,辽宁卫星制药有限责任公司)20 万 U 以 3~4 万 U/h,每 12 h 泵入 1 次;罂粟碱(每支 30 mg,江苏恒瑞医药股份有限公司)60~90 mg,分 2~3 次泵入;地塞米松针(每支 5 mg,湖北潜江制药股份有限公司)10 mg,654-2 针(每支 10 mg,上海第一生化药业有限公司)10 mg,2%利多可因针(每支 0.1 g,天津药业集团新郑股份有限公司)100 mg 泵入,每天 1 次,灌注导管留置时间为 3~4 天。皮下注射低分子肝素钠(每支 6 000 U,深圳市天道医药有限公司)6 000 U,每 12 h 1 次。口服阿司匹林肠溶片(每片 25 mg,北京海德润制药有限公司)100 mg,每晚 1 次。高纤维蛋白原血症患者应用降纤酶针 10U 静脉滴注,把纤维蛋白原控制在 1.0~2.0 g/L。患肢坏疽者根据药敏结果应用敏感抗菌药物。治疗期间口服四妙勇安汤加味(金银花 30 g 玄参 30 g 当归 15 g 赤芍 15 g 牛膝 15 g 黄柏 10 g 黄芩 10 g 山栀子 10 g 连翘 10 g 苍术 10 g 防己 10 g 紫草 10 g 生甘草 10 g 红花 6 g),每天 1 剂,早、晚分服。坏疽患者局部清创换药,隔日 1 次。观察治疗后 1 个月患肢发凉、麻木、间歇性跛行、静息痛、坏疽、ABI 等变化情况。

4 疗效评定

参照 1995 年中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会制定的《血栓闭塞性脉管炎临床疗效判定标准》^[1]拟定。临床治愈:临床症状基本消失,肢体创面完全愈合,肢体末梢血液循环障碍明显改善,步行速度 100~120 步/min,并能持续步行 1 500 m 以上无不适;有效:临床症状明显改善,肢体创面愈合或接近愈合,肢体末梢血液循环障碍改善,步行速度 100~120 步/min,能持续步行 500 m 以上;进步:临床症状减轻,肢体创面接近愈合或缩小,肢体末梢血液循环障碍改善,步行速度 100~120 步/min,能持续步行

作者单位:郑州大学附属洛阳中心医院血管外科(河南 471009)

通讯作者:温志国, Tel: 0379-63892047, E-mail: liyanzhou0816@126.com

DOI: 10.7661/CJIM.2013.10.1429

300 m 左右;无效:治疗 1 个疗程后,症状及体征无进步或病情继续进展。

结 果

1 近期疗效 治疗后 11 例患者中患肢静息痛均明显缓解或消失,5 例间歇性跛行消失,6 例患者足部发凉、麻木消失;2 例患者足趾紫绀消失;3 例患者行截趾术,其中 2 例顺利愈合,1 例换药 2 周愈合;4 例患者患肢(趾)坏疽由湿性转变为干性。ABI 值平均 0.67(0.34 ~ 1.09),平均提高 0.38。11 例中无出血等并发症的发生。治愈 6 例,有效 3 例,进步 2 例。

2 随访结果 随访 3 个月 ~ 2 年,5 例患者行走能力 > 2 km,能正常体力劳动;3 例患者行走能力在 1 km 左右,基本正常活动;2 例患者保持干性坏疽,可适量下床活动,生活自理;1 例患者于外院行半足切除术,经换药 2 个月残端愈合。

讨 论

中医学认为脏腑功能失调,经络气血功能紊乱,血脉痹阻,是 TAO 发病的内因;寒冷、吸烟、外伤等外在因素,促使机体抗病能力减退,从而内外合邪,诱发本病^[1]。现代医学认为本病是在烟草过敏和其他因素的触发下,引起机体体液免疫功能的亢进和细胞免疫功能的低下,使各种抗体和免疫复合物沉积于动脉,引起血管炎症反应和血栓,同时机体处于应激状态,致使交感神经功能兴奋、肾上腺功能亢进和血液高凝状态,发生血管痉挛、狭窄、血栓形成和闭塞,最终导致闭塞性血管炎的发生^[4]。

我国从 20 世纪 50 年代开展中医中药治疗 TAO 开始,治疗方法经历了中西医结合疗法的应用、交感神经节切除、血管重建手术,但尚未取得关键进展。特别是晚期患者局部难以忍受的剧烈疼痛,目前仍没有公认的有效方法^[5]。单纯中药治疗虽然有一定的疗效,但是疗程较长,患者不易坚持。导管药物灌注术作为一种新兴的治疗方式自 1973 年 Cartson 应用于临床以来,目前已广泛应用于肢体动静脉血栓栓塞性疾病,疗效显著,且安全、微创,深受临床医师的青睐。其优点在于从患肢动脉持续注射药物,可以增加肢体血液内的药物浓度,更能发挥溶解血栓,扩张血管,解除血管痉挛,促进侧支血管形成的作用,从而达到改善肢体

血液循环的良好效果。

我国著名周围血管疾病专家尚德俊教授在四妙勇安汤基础上加味,治疗湿热下注型周围血管疾病,取其清热利湿、活血化瘀之功,诸药合用能有效地消除血管炎症,改善血液循环,控制坏疽感染。本组置管灌注药物配伍应用不仅可以抑制血管壁的免疫反应,还可以解除血管平滑肌痉挛,扩张血管,改善血液循环和微循环,同时起到溶栓和抗栓的作用,并且有很好的止痛作用^[3]。

但临床应用中应注意以下几点:(1)临床辨证一定要准确;(2)适用于 Fontaine 临床分期 III ~ IV 期患者;(3)掌握熟练的 Seldinger 技术,选择恰当的穿刺入路;(4)导管应放置在血管狭窄段的近端,以免导管堵塞原有狭窄血管,造成下肢缺血加重或激发新的血栓形成;(5)导管尽量不要跨越膝关节的侧支血管网;(6)要充分抗凝及抗血小板治疗,防止导管源型血栓形成;(7)由于本病的病理改变为内膜炎性增生导致的血管狭窄,故腔内血管成形术效果差;(8)血供改善、感染控制、坏死界限清楚后应尽早行截趾术,同时配合服用补气养血中药,保证残端的顺利愈合。

目前对血栓闭塞性脉管炎治疗上仍以中西医结合整体治疗为主,中药联合导管药物灌注术能在很短的时间内缓解患者的静息痛,促进侧支循环形成,有利于溃疡愈合,疗效显著,且安全、微创,值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 陈柏楠,侯玉芬,周涛. 周围血管疾病中西医诊疗学 [M]. 北京:中国中医药出版社, 1999: 248 - 253.
- [2] Jeffrey W, Olin DO. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease) in Rutherford vascular surgery [M]. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2000: 350 - 364.
- [3] 尚德俊,王嘉桔,张柏根. 中西医结合周围血管疾病学 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2004: 234 - 235, 238 - 241.
- [4] 赵文光,王嘉桔,孙思翘,等. 血栓闭塞性脉管炎的发病原因(百年回顾之二) [J]. 中国血管外科杂志(电子版), 2010, 6: 76 - 78.
- [5] 王嘉桔. 王嘉桔周围血管疾病学术研究 [M]. 北京:人民军医出版社, 2001: 33 - 35.

(收稿:2012-07-09 修回:2013-06-24)