

• 综 述 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.21.049

# 中西医结合治疗及预防肾病综合征下肢静脉血栓及高凝的研究进展

胡 燕<sup>1</sup>综述,王圣治<sup>2△</sup>审校

1. 辽宁中医药大学, 辽宁沈阳 110847; 2. 辽宁中医药大学附属医院肾内科, 辽宁沈阳 110032

**关键词:** 中西医结合; 肾病综合征; 下肢静脉血栓; 高凝

**中图分类号:** R256.5

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1672-9455(2019)21-3223-03

肾病综合征(NS)诊断标准是尿蛋白大于 3.5 g/d, 血浆清蛋白低于 30 g/L, 水肿, 血脂异常<sup>[1]</sup>; 其中前两项为诊断所必需。NS 病理类型多种, 并发症亦多样。对 NS 下肢静脉血栓并发症及高凝状态, 西医治疗主要使用抗凝药对症治疗, 有一定治疗效果, 但存在出血风险, 安全性不确切。而中西医结合的运用, 在提高临床疗效的同时有效地避免了使用西药的不良反应。笔者查阅相关文献, 就近年来中西医结合治疗 NS 下肢静脉血栓及对高凝状态治疗的研究文献浅述如下。

## 1 病因病机

NS 在古籍中未明确病名, 然其病机、症状却早有记载, 始见于《内经》, 称之为“水”; 《灵枢·水胀》篇有“水始起也, 目窠上微肿……足胫肿, 腹乃大, 其水已成矣”; 由于其临床表现故中医学将其隶属于“水肿”“尿浊”“腰痛”“虚劳”“癰闭”等不同范畴<sup>[2]</sup>, 而 NS 并发下肢血栓、栓塞之中医病机, 《血证论·阴阳水火气血论》曰“水火气血, 固是对子, 然亦互相维系, 故水病则累血。瘀血化水, 亦为水肿, 是血病而兼水也”“血与水本不相离”。魏连波<sup>[3]</sup>总结 NS 并发血栓、栓塞的中医病机主要为: 水湿阻于经络, 碍于血液, 运行致瘀; 气虚无力推动血脉致瘀; 阴虚脉道充盈不利, 运行滞涩致瘀; 外感六淫、疮疡火毒, 灼伤营血, 煎熬成块, 而致毒瘀互结; 水湿停聚成浊, 血液运行不畅致瘀。陈振等<sup>[4]</sup>认为水瘀湿热毒为其主要病理因素, 瘀水相互结节, 湿热蕴而为毒, 久病入络, 瘀水阻塞经络, 致血脉运行不利, 终致瘀阻水停而形成水湿、瘀血、毒热互结之机。内滞瘀血, 外阻脉管, 而致血栓、栓塞形成。杨洪涛<sup>[2]</sup>认为脾肾亏虚, 气血运化无力; 或阴虚则脉道涩滞; 阳虚则寒凝血瘀; 或久病伤及正气, 血不固摄而成离经之血; 或气机瘀滞, 血行不畅。以上均可导致瘀血阻于脉管而致血栓、栓塞。何邦友<sup>[5]</sup>提到肾为先天之本, 主水, 肾虚开阖失常, 三焦气化不利, 水液碍于代谢而发为水肿。《肾虚血瘀论》: “久病则虚, 久病则瘀, 虚可致瘀, 瘀可致虚”。瘀血又致气机阻滞, 气血运行失畅, 加重脾肾亏虚, 故必水肿, 水肿

必然加重瘀血阻滞, 相互呼应, 反反复复, 瘀血水肿阻于全身, 故致血栓与高凝形成<sup>[5]</sup>。其西医病理因素主要有: (1) 凝血因子与抗凝因子的排泄与合成。血液中凝血因子 V、Ⅷ、X 及纤维蛋白原等大分子不易随尿液排出且在肝脏能代偿性合成增加, 而小分子抗凝因子抗凝血酶Ⅲ为血液中主要抗凝物质, 由肝脏合成, 易随尿液排出, 当合成量少于丢失量时则会加重血液高凝<sup>[6]</sup>。(2) 内皮细胞的损伤。NS 患者内皮损伤标志物主要有内皮素、血管性血友病因子等。内皮素具有强烈的缩血管作用; 血管性血友病因子的一个重要功能是介导血小板与血管内皮细胞黏附, 当二者升高则提示内皮损伤, 而内皮损伤可以引起高凝状态, 进一步导致血栓和高凝<sup>[7]</sup>。(3) 血小板数量和功能的改变。NS 患者血小板数量会大幅度增加, 且会增强二磷酸腺苷(ADP)、花生四烯酸(AA)、胶原、凝血酶等促凝因子的聚集反应, 而形成高凝状态<sup>[8]</sup>。(4) 纤溶系统活性降低。NS 时由于大量蛋白在尿液中丢失, 纤溶酶原含量随之丢失。而蛋白丢失所导致的低蛋白血症会对纤溶系统产生一定的影响, 当清蛋白促使纤溶酶原连接到纤维蛋白原和组织纤溶原激活物产生纤溶效应, 进而影响到纤溶系统的活性, 导致高凝<sup>[9]</sup>。

## 2 治 疗

**2.1 中西医结合治疗 NS 并发血栓** 刘兰印等<sup>[10]</sup>将 80 例患者随机分为治疗组和对照组, 对照组采用溶栓疗法(尿激酶患肢静脉注入)和抗凝疗法(低分子肝素钙与华法林交替使用), 治疗组在对照组的基础上使用活血化瘀、利水通络的中药, 疗程 4 周; 结果显示治疗组总有效率为 92.5%, 对照组为 80.0% ( $P < 0.01$ ), 两组治疗前后凝血项目结果差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 彩色超声多普勒动态观察静脉再通率具有明显效果 ( $P < 0.05$ ); 结论认为中医药对 NS 合并双下肢静脉血栓的疗效明显, 且不良反应少, 复发率低。陈振等<sup>[4]</sup>使用中西医结合疗法治疗 NS 左小腿肌间血栓形成 1 例, 在予以西医常规治疗情况下采用清热利湿、解毒、活血化瘀、利水消肿之法, 中成药予

△ 通信作者, E-mail: wszlnz@163.com。

黄葵胶囊联合中药汤剂桃红四物汤加减口服,患者服药后半月复查双下肢动静脉彩超,结果为双下肢静脉血栓再通情况均得到改善,双下肢水肿及疼痛症状也明显好转;表明,中医药可作为治疗 NS 双下肢静脉血栓的辅助用药。

**2.2 中西医结合预防 NS 并发血栓** 姜海波等<sup>[11]</sup>将 30 例 NS 患者随机分为试验组和对照组各 15 例,试验组在对照组常规治疗的基础上给予水蛭胶囊以预防双下肢静脉血栓的形成,结果显示试验组无双下肢静脉血栓形成,且凝血指标也得到了改善,而对照组下肢静脉血栓形成 4 例,结论为水蛭素预防 NS 下肢静脉血栓形成具有可行性。韩冰冰等<sup>[12]</sup>将 112 例 NS 患者随机分为两组,各 56 例,对照组给予常规治疗,试验组联合应用丹参多酚酸盐,观察两组治疗后血栓发生风险,随访结果显示,对照组发生血栓事件 11 例,而试验组为 4 例,可见丹参多酚酸盐可以明显地降低患者远期发生静脉血栓的风险。雷平<sup>[13]</sup>观察低分子肝素钙联合灯盏花素预防 NS 患者静脉血栓形成的临床疗效,将 82 例 NS 患者随机分为对照组和观察组各 41 例,两组均使用低分子肝素钙常规治疗,观察组加用灯盏花素,结果观察组深静脉血栓发生率为 2.44%,明显低于对照组的 21.95% ( $P < 0.05$ );结论为低分子肝素钙联合灯盏花素可有效预防 NS 静脉血栓形成。

### 3 中西医结合治疗 NS 高凝状态

陈雅文<sup>[14]</sup>使用补肾健脾法,运用中药治疗,观察 60 例 NS 高凝患者(试验组、对照组各 30 例)的凝血、蛋白尿、血脂等各项指标;结果显示:试验组总有效率为 93.3%,对照组为 60.0%,表明中医药治疗可以有效改善 NS 患者的凝血状态、降低蛋白尿、改善脂质代谢。章婷婷<sup>[15]</sup>运用健脾补肾祛瘀法,探讨其对 40 例 NS 高凝状态患者的临床疗效,对照组采用西医常规治疗,治疗组给予济生肾气方合血府逐瘀汤,观察治疗前后高凝状态及其他各项指标,结果显示两组治疗后凝血功能等各项指标均得到改善,但治疗组显著优于对照组,结论为 NS 高凝患者采用中西医结合治疗的方法可有效改善高凝状态等。刘倩等<sup>[16]</sup>将 86 例 NS 患者分为两组,常规组给予激素治疗,观察组在常规组基础上给予丹参多酚酸盐静脉滴注,疗程 2 周,结果显示丹参多酚酸盐可有效改善患者血液高凝状态。刘然等<sup>[17]</sup>将 86 例 NS 患者随机分为两组,观察组在对照组常规西医治疗基础上运用补阳还五汤加减治疗,结果观察组凝血指标改善优于对照组 ( $P < 0.05$ ),表明,补阳还五汤可以作为 NS 高凝状态的辅助用药。张玲等<sup>[18]</sup>将 60 例 NS 合并高纤维蛋白原的患者分为两组,观察组在常规治疗基础上采用参芎葡

萄糖注射液治疗,结果显示,参芎葡萄糖注射液可明显降低 NS 患者的血浆高纤维蛋白原水平,改善患者的血液高凝状态。李树科<sup>[19]</sup>将 42 例患者随机分为两组,在常规治疗基础上,治疗组采用血栓通注射液治疗,对照组则采用低分子肝素和他汀类药物治疗,结果显示,两组凝血治疗均得到明显改善,但对照组有上消化道出血情况,而治疗组则无,结论为血栓通注射液可以改善患者凝血指标、降低血脂水平,且无不良反应。彭芹等<sup>[20]</sup>将 75 例 NS 患者随机分为两组,在常规西医治疗下,观察组给予芪蛭汤,对照组给予阿魏酸哌嗪片,疗程 1 个月,观察、对比两组治疗后全血黏度及凝血指标,结果观察组各指标优于治疗前和对照组 ( $P < 0.05$ ),表明芪蛭汤能有效改善 NS 高凝状态。

### 4 小 结

NS 合并双下肢静脉血栓及高凝状态为临床较为棘手的并发症,临床普遍运用低分子肝素钙和(或)普通肝素钠等抗凝药对症治疗,但其造成出血的不良反应不容忽视,因此对于剂量的要求以及禁忌证的掌握十分严格,临床治疗具有局限性。而中西医结合的运用使 NS 下肢静脉血栓及高凝状态的治疗进入一个新阶段。综合文献报道以及现实病例的成功治疗,可以看出中西医结合在治疗 NS 下肢静脉血栓及高凝方面有显著疗效,优势明显,尤其在降低出血不良反应、减少复发率、用药安全有效等方面较单纯西医治疗有其独特的优势,能明显提高临床疗效。且其在预防血栓的形成也具有良好的疗效,能够改善患者的高凝状态,降低血栓形成的概率,值得临床推广应用。

### 参考文献

- [1] 何邦友. 中医药治疗原发性肾病综合征近况[J]. 中医药临床杂志, 2014, 26(4): 431-433.
- [2] 杨洪涛. 肾病综合征的中医病因病机[J/CD]. 中华肾病研究电子杂志, 2017, 6(4): 154-157.
- [3] 魏连波. 肾病综合征高凝状态形成机制与中医治疗[J/CD]. 中华肾病研究电子杂志, 2017, 6(4): 169-172.
- [4] 陈振, 焦安钦. 中西医结合治疗肾病综合征并静脉血栓验案 1 则[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(15): 86-87.
- [5] 何邦友. 中医药治疗特发性膜性肾病经验与体会[J]. 中医临床杂志, 2019, 31(2): 273-276.
- [6] 张莹, 夏正坤. 儿童原发性肾病综合征并发高凝状态与血栓栓塞的机制[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2012, 21(1): 64-67.
- [7] MALYSZKO J, MALYSZKO J S, MYSLIWIEC M. Markers of endothelial cell injury and thrombin activatable fibrinolysis inhibitor in nephrotic syndrome[J]. Blood Coagul Fibrinolysis, 2002, 13(7): 615-621.

试剂耗材占比。同时下一步计划按照专业组各不同检测平台分开统计,寻求更加细化的管理办法,将检验试剂耗材占比稳定控制在一个合理的水平。

### 3 结 果

通过比较实施 PDCA 管理前后两年的试剂耗材占比情况,结果显示试剂耗材占比由 PDCA 管理前的 35.45% 下降到管理后的 30.51%,说明经 PDCA 循环管理后,成效明显。

### 4 讨 论

据有关资料显示,国内大部分公立医院卫生材料和药品费支出占总支出的比例超过 50%<sup>[5]</sup>,其中医用耗材占医院成本支出的 15%~20%,占医院医疗收入的 6%~16%<sup>[6]</sup>,因此,医院对卫生材料和药品费的管控至关重要。为适应医疗卫生体制改革的新要求,本院注重医院管理,强化内涵建设,在医疗服务过程中始终贯穿“一切以患者为中心”的理念,一直把降低药品占比,减少百元医疗收入中消耗的卫生材料作为重点工作来抓,力争最大限度为患者提供质优、价廉的服务。本科室控制试剂耗材占比运用 PDCA 循环管理,先后采取了十几种有效措施,期间也遇到了来自多方面的阻力,但在领导的大力支持和各职能部门的相互配合下,最终取得了可喜的成绩。

传统的检验业务管理模式已远不能满足产品市场发展需求,检验机构需要增强自身能力<sup>[7]</sup>。通过使用 PDCA 循环管理模式,与传统的管理方式相比,在执行方案中,能及时发现问题、持续改进解决问题。通过建立一套采购、备货、验收和使用一体化的管理流程,规范流程,提高采购的准确性、实时性及安全性<sup>[8]</sup>,通过利用各种监控手段,制订各种管理办法,量化指标,明确科学的试剂耗材比,有效防止过度浪费,

有效提高医院运行质量。

PDCA 这个质量管理工具,它的精髓就在于持续改进<sup>[9]</sup>。它的使用,对本科室试剂耗材占比的控制是相当成功的。今后,我们将把它运用到科室管理的各个方面,用以提升科室管理水平,提高医院品质,更好地为患者服务。

### 参考文献

- [1] UEDA A, SAITO T, UEDA M, et al. Introduction and PDCA Management of Liaison-Clinical pathway with cancer patients after a curative operation[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2015, 42(10): 1197-1201.
- [2] 邹永芳. 医院科室耗材精细化管理[J]. 当代护士, 2016, 12(5): 174-175.
- [3] 王宗定, 罗丽, 夏爱琼. 医疗机构耗占比管控的策略[J]. 中国研究型医院, 2018, 5(2): 8-10.
- [4] 梁步军. PDCA 循环管理模式对医疗耗材准入管理质量及效果的影响[J]. 医疗卫生装备, 2016, 37(7): 133-135.
- [5] 于瑾玫. PDCA 循环在医院成本费用控制中的运用[J]. 中国医院管理, 2016, 36(9): 74-75.
- [6] 谢小平, 罗云, 颜斌, 等. 医用耗材二级库信息系统在医疗成本控制中的作用[J]. 中国医疗装备, 2014, 29(7): 79-81.
- [7] 伍启康, 李炜焯, 赵伟成, 等. 应用 PDCA 降低检验科危急值漏报率[J]. 中国卫生质量管理, 2018, 25(3): 15-17.
- [8] 杨海洁, 蒋积余, 吴永鑫, 等. PDCA 管理法在医院体外诊断试剂管理中的应用[J]. 中国医学装备, 2017, 14(11): 129-132.
- [9] 马丽春. PDCA 应用案例分析[J]. 中国卫生质量管理, 2016, 23(4): 37-39.

(收稿日期: 2019-04-23 修回日期: 2019-08-05)

(上接第 3224 页)

- [8] 张炯, 刘志红. 肾病综合征血栓栓塞症的病理生理学基础[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2010, 19(5): 455-459.
- [9] 陆美金. 肾病综合征凝血机制的研究现状及其进展[J]. 中国实用医药, 2014, 9(34): 244-245.
- [10] 刘兰印, 武宏, 张瑞彬, 等. 中药对下肢深静脉血栓形成伴高凝状态的影响[J]. 中医临床研究, 2012, 4(8): 8-10.
- [11] 姜海波, 王兴华, 韩雪玲, 等. 水蛭胶囊预防肾病综合征下肢静脉血栓形成临床观察[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(28): 6829.
- [12] 韩冰冰, 周英. 丹参多酚酸盐对原发性肾病综合征患者凝血与纤溶中的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2018, 19(11): 982-984.
- [13] 雷平. 低分子肝素钙联合灯盏花素预防肾病综合征患者静脉血栓形成效果观察[J]. 山东医药, 2018, 58(42): 60-62.
- [14] 陈雅文. 补肾健脾法干预原发性肾病综合征合并高凝状

态的临床研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2017.

- [15] 章婷婷. 健脾补肾祛瘀法治疗原发性肾病综合征高凝状态的临床观察[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2015.
- [16] 刘倩, 郭更新, 刘爱翔, 等. 丹参多酚酸盐对原发性肾病综合征患者血液高凝状态影响[J]. 临床军医杂志, 2017, 45(9): 918-921.
- [17] 刘然, 王洪晓, 刘晶晶, 等. 补阳还五汤加味治疗肾病综合征 43 例[J]. 河南中医, 2014, 34(12): 2496-2497.
- [18] 张玲, 李鹏飞, 赵向阳, 等. 参芎葡萄糖注射液对肾病综合征患者合并高纤维蛋白原的治疗研究[J]. 中国实用医药, 2015, 10(27): 166-167.
- [19] 李树科. 血栓通注射液治疗肾病综合征高凝及高脂状态的临床分析[J]. 大家健康(学术版), 2013, 7(2): 60-61.
- [20] 彭芹, 刘洪, 杨敬, 等. 芪蛭汤对肾病综合征高凝状态的改善作用[J]. 中国中医急症, 2012, 21(1): 10-12.

(收稿日期: 2019-03-20 修回日期: 2019-08-16)