

介入治疗在血栓闭塞性脉管炎中的临床疗效分析

张 旭

解放军联勤保障部队第九四〇医院 甘肃 兰州 730000

摘要：目的：评价介入治疗在血栓闭塞性脉管炎中的临床疗效。方法：研究资料选定时间范围是2022年10月~2024年1月，从我院收治的血栓闭塞性脉管炎患者中抽选出符合标准的82例展开调查，遵循随机单盲法均匀分配，对照组予以常规药物治疗，观察组接受介入治疗，对比两组患者的治疗效果、疼痛、踝肱指数、治疗相关指标、生活质量以及不良反应情况。结果：观察组患者治疗所取得的总有效率显著比对照组高，统计结果 $P < 0.05$ ，而两组对症治疗后出现的不良反应情况比较差异不大，无统计意义($P > 0.05$)；治疗前两组患者的各项测定评分对比差异无意义，治疗后观察组患者的疼痛值和踝肱指数的改善均显著优于对照组，差异有统计意义($P < 0.05$)；两组患者的临床相关指标治疗前的差异无意义，治疗后观察组患者的各项指标的改善效果均明显优于对照组，统计结果 $P < 0.05$ ；相比较于对照组，观察组患者治疗后的各方面生活质量评分值显著更高，统计差异有意义($P < 0.05$)。结论：临床针对血栓闭塞性脉管炎的治疗选择介入方式的效果更突出，对改善患者下肢血流和减轻疾病痛苦具有积极作用，能确保患者早日恢复健康生活，值得临床采纳。

关键词：介入治疗；血栓闭塞性脉管炎；临床疗效

血栓闭塞性脉管炎(thrombo angiitis obliterans, TAO)是一种以中小动脉节段性、非化脓性炎症和动脉腔内血栓形成为特征的慢性闭塞性疾病。TAO好发于青壮年男性，多累及下肢血管，主要表现为患肢缺血、疼痛、间歇性跛行、足背动脉搏动减弱或消失等^[1]。TAO的病因尚未完全明确，可能与吸烟、寒冷刺激、遗传因素、自身免疫等有关。目前，TAO的治疗方法包括药物治疗、手术治疗和介入治疗等，药物治疗主要用于缓解症状和延缓病情进展，但对于血管狭窄或闭塞严重的患者，效果往往不理想，手术治疗创伤较大，术后恢复较慢，且存在一定的风险^[2]。介入治疗是一种微创治疗方法，通过导管将溶栓药物、血管扩张剂等注入病变血管，以溶解血栓、扩张血管、改善患肢血供^[3]。本研究旨在探讨介入治疗在TAO中的临床疗效，为TAO的治疗提供参考，详细内容汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析于2022年10月~2024年1月期间在我院就诊治疗的血栓闭塞性脉管炎患者的资料，从中抽选出82例，按照随机单盲法均匀分组，每组各划分41例。纳入标准^[4]：(1)符合TAO的诊断标准；(2)年龄18~65岁；(3)经动脉造影和CT等影像学检查证实；(4)患肢缺血症状明显，ABI < 0.9 ；(5)表现为麻木、疼痛、跛行、患肢皮温低、脉搏减弱等；(6)签署知情同意书；(7)临床资料齐全。排除标准^[5]：(1)合并严重心、肝、肾、肺等重要脏器功能不全；(2)合并恶性肿

瘤、血液疾病；(3)对造影剂、药物等过敏；(4)近1个月内有抗凝、溶栓治疗史；(5)精神失常者；(6)不配合或中途退出者。

观察组中男性22例，女性19例；年龄25~63岁，平均(44.56±8.74)岁；病程1~10年，平均(4.32±1.56)年；病变部位：左下肢18例，右下肢19例，双下肢4例，BMI指数19~26kg/m²，平均(22.22±1.55)kg/m²。

对照组中男性23例，女性18例；年龄24~65岁，平均(43.92±8.96)岁；病程1~12年，平均(4.58±1.62)年；病变部位：左下肢19例，右下肢19例，双下肢3例。两组资料的数据经分析比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

入院对症治疗前，两组患者均配合要求戒烟、保暖、低盐低脂饮食等基础治疗，日常加强患者下肢活动功能训练。对照组采用药物治疗，具体方法如下：给予阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司，国药准字J20171021)，以口服途径给药，100mg/d；氯吡格雷(赛诺菲制药有限公司，国药准字J20180029)的剂量为75mg/d，口服途径；前列地尔注射液(北京泰德制药股份有限公司，国药准字H10980023)则通过静脉滴注的方式给药，10μg/d；罂粟碱注射液(东北制药集团沈阳第一制药有限公司，国药准字H21022246)30mg/d，采取肌肉注射方式。用药疗程为一个月。

观察组采用介入治疗方式，具体方法如下：患者取

平卧位，常规消毒铺巾，采用 Seldinger 技术穿刺股动脉，置入动脉鞘，引入导丝和导管，通过造影明确病变部位和狭窄程度。根据病变情况选择合适的介入方法，包括经皮腔内血管成形术（PTA）、支架置入术等。

1.3 观察指标

治疗效果评定：显效：患肢缺血症状明显改善，ABI 提高 > 0.2 或恢复正常，皮温、皮色正常，无疼痛和跛行；有效：患肢缺血症状有所改善，疼痛和跛行等症状减轻，ABI 提高 $0.1 \sim 0.2$ ，皮温、皮色恢复良好；无效：患肢缺血症状无改善或加重，ABI 无变化或降低。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 $\times 100\%$ 。

踝肱指数（ankle brachial index, ABI）采用多普勒超声仪测定，是指踝部动脉收缩压最大值/肱动脉收缩压最大值。疼痛感受可借助视觉模拟评估法（VAS）测评，分值范围 $0 \sim 10$ 分制，分值越高表示其痛感越强烈^[6]。

治疗相关指标：经彩色多普勒超声诊断仪测定患者治疗前后的下肢静脉血流量、血流速度、足背动脉血管内径的变化。

参照 SF-36 量表统计患者治疗后的躯体、情感、社会和生活物质生活的改善情况，每项以百分制评测，分值与生活水平呈正比。

观察统计患者治疗后出现的血肿、血管夹层、肝功能异常等的情况

1.4 统计学方法

均录入软件 SPSS25.0 进行规范数据管理，计数资料可用百分比（%）展开描述，检验用 χ^2 ，计量资料可用（ $\bar{x} \pm s$ ）

展开呈现，行 t 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计意义。

2 结果

2.1 治疗效果对比

观察组患者治疗的临床效果测定显示比对照组更高，统计差异 $P < 0.05$ ，见表 1。

表 1 治疗效果对比（ $n, \%$ ）

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	41	32	8	1	40 (97.56)
对照组	41	28	6	7	34 (82.93)
χ^2	-	-	-	-	4.987
P	-	-	-	-	0.026

2.2 ABI、VAS 评分比较

两组患者的各项评分结果治疗前测定值 $P > 0.05$ ，治疗后观察组患者的 ABI 值显著偏高，其 VAS 分值明显偏低，与对照组相差大，统计差异有意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 ABI、VAS 评分比较（ $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	例数（ n ）	ABI 指数		VAS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	0.38 \pm 0.17	1.01 \pm 0.32	5.15 \pm 1.37	2.55 \pm 0.46
对照组	41	0.35 \pm 0.14	0.69 \pm 0.22	5.22 \pm 1.42	3.69 \pm 0.62
t	-	0.872	5.276	0.227	9.455
P	-	0.356	0.000	0.821	0.000

2.3 治疗相关指标比较

治疗前测定的两组患者的相关指标对比差异无意义，治疗后各项治疗指标测定结果显示，居于更高水平的是观察组，组间差异有意义（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表 3 治疗相关指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数（ n ）	下肢血流量（ml/min）		血流速度（cm/s）		足背动脉血管内径（cm）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	1.61 \pm 0.28	2.93 \pm 0.44	20.73 \pm 1.09	37.98 \pm 2.89	1.55 \pm 0.28	2.08 \pm 0.39
对照组	41	1.65 \pm 0.27	2.11 \pm 0.36	20.69 \pm 1.04	28.66 \pm 1.89	1.52 \pm 0.25	1.73 \pm 0.31
t	-	0.658	9.236	0.170	17.282	0.512	4.498
P	-	0.512	0.000	0.865	0.000	0.610	0.000

2.4 SF-36 评分比较

观察组患者治疗后的各项 SF-36 评分均高于对照组，

统计差异有意义（ $P < 0.05$ ），见表 4。

表 4 SF-36 评分比较（ $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	例数（ n ）	躯体	情感	社会	物质生活
观察组	41	90.33 \pm 5.12	90.18 \pm 5.23	90.07 \pm 5.18	90.41 \pm 5.49
对照组	41	80.19 \pm 4.24	80.52 \pm 4.11	80.66 \pm 4.59	80.24 \pm 4.44
t	-	9.767	9.299	8.706	9.250
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 不良反应情况对比

观察组患者出现的不良反应结果与对照组的差异不大,统计差异 $P > 0.05$,见表5。

表5 不良反应情况对比 (n,%)

组别	例数	血肿	血管夹层	肝功能异常	不良反应发生率
观察组	41	1	1	0	2 (4.88)
对照组	41	1	0	2	3 (7.32)
X^2	-	-	-	-	0.213
P	-	-	-	-	0.644

3 讨论

TAO是一种罕见但严重的血管疾病,它会导致血栓形成在周围动脉和静脉中,从而导致缺血和坏死,这种疾病通常发生在吸烟者身上,尤其是那些长期吸烟者,在欧洲和亚洲国家,这种疾病的发病率较高^[7]。TAO主要影响下肢,尤其是脚和小腿,由于血液循环受阻,患者可能面临截肢的风险,因此,及早诊断并采取有效的治疗措施非常重要^[8]。

TAO的病因和发病机制尚未完全明确,治疗方法也存在一定的局限性^[9]。传统的药物治疗主要通过扩张血管、抗凝、溶栓等作用来改善患肢血供,但对于血管狭窄或闭塞严重的患者,效果往往不理想,故为了确保血栓消除,消除体内炎症炎症,还需寻求更有效的治疗方法^[10]。

综上所述,介入治疗在TAO中的临床疗效显著,可改善患者的症状和血管功能,且安全性较高,值得临床推广应用。

参考文献

[1]魏艳慧.自我管理教育在介入治疗血栓闭塞性脉管

炎中的应用效果[J].医学信息,2022,35(22):187-189.

[2]王潇,亢杰.介入治疗在血栓闭塞性脉管炎中的临床疗效分析[J].临床普外科电子杂志,2022,10(2):56-59.

[3]刘金玲,张智辉,萧剑彬,等.血栓闭塞性脉管炎腔内介入治疗的临床护理[J].国际医药卫生导报,2020,26(9):1292-1294.

[4]朱大卫.实施介入治疗对下肢血栓闭塞性脉管炎患者临床相关指标的影响[J].临床医学研究与实践,2018,3(12):57-58.

[5]杜建青,汪立,吴忠隐,等.基于IL-6/STAT3通路探讨血栓通对血栓闭塞性脉管炎大鼠的保护作用[J].中国老年学杂志,2023,43(1):184-188.

[6]郭建明,谷涌泉,崔世军,等.激光消融联合球囊扩张治疗血栓闭塞性脉管炎导致的重度肢体缺血[J].介入放射学杂志,2023,32(7):659-662.

[7]吴奇,梁刚,王彬.彩色多普勒超声诊断血栓闭塞性脉管炎的临床价值[J].医疗卫生装备,2023,44(7):69-73.

[8]王亚娜,许晓琳,马文华,等.芍药苷调节PI3K/AKT/NF- κ B信号通路对血栓闭塞性脉管炎大鼠的治疗作用研究[J].中国临床药理学杂志,2024,40(6):854-858.

[9]陈宏,李辉俊,王家合,等.胫骨横向骨搬运技术治疗下肢血栓闭塞性脉管炎的临床研究[J].中国医学创新,2023,20(3):15-18.

[10]柴昊,刘安康,李骞,等.阿加曲班联合前列地尔治疗下肢血栓闭塞性脉管炎的临床效果[J].河南医学研究,2023,32(10):1746-1749.