

中西医结合治疗下肢静脉血栓并血小板减少 医案1例

蔡 对¹, 李素芳¹, 李慧园^{2*}, 胡 芑², 杨同华²

¹云南中医药大学第一临床医学院, 云南 昆明

²云南省第一人民医院中西医结合科, 云南 昆明

收稿日期: 2026年1月12日; 录用日期: 2026年2月6日; 发布日期: 2026年2月24日

摘 要

回顾分析一例中西医结合治疗下肢静脉血栓并血小板减少的临床资料, 结合相关文献探讨其治疗经验, 中西医结合治疗可以有效地在抗凝的同时预防出血, 极大提高患者的治愈率和生活质量。现举医案1例, 以飨同道。

关键词

下肢静脉血栓, 血小板减少, 中西医结合治疗

A Medical Case Study on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Treatment for Deep Vein Thrombosis with Thrombocytopenia

Dui Cai¹, Sufang Li¹, Huiyuan Li^{2*}, Peng Hu², Tonghua Yang²

¹The First Clinical Medical College of Yunnan University of Chinese Medicine, Kunming Yunnan

²Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, The First People's Hospital of Yunnan Province, Kunming Yunnan

Received: January 12, 2026; accepted: February 6, 2026; published: February 24, 2026

Abstract

This article reviews and analyzes the clinical management of a patient with deep vein thrombosis

*通讯作者。

文章引用: 蔡对, 李素芳, 李慧园, 胡芑, 杨同华. 中西医结合治疗下肢静脉血栓并血小板减少医案 1 例[J]. 临床医学进展, 2026, 16(2): 3038-3041. DOI: 10.12677/acm.2026.162716

(DVT) complicated by thrombocytopenia treated with integrated traditional Chinese and Western medicine. Relevant literature is also discussed to summarize therapeutic insights. The study indicates that integrated treatment can effectively achieve anticoagulation while minimizing bleeding risk, significantly improving the patient's cure rate and quality of life. One representative case is presented here for clinical reference.

Keywords

Deep Venous Thrombosis, Thrombocytopenia, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Therapy

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

下肢静脉血栓是由于静脉内血液不正常凝结,造成管腔阻塞,静脉血液回流障碍所引起的一种疾病,属于静脉栓塞症的一种,可表现为下肢肿胀、疼痛、皮肤发亮呈青紫色、皮温低等,如治疗不及时,血栓脱落可有引起肺栓塞的风险,可随时危及患者生命[1]。目前针对静脉栓塞症西医可采用抗凝、溶栓、介入等手段治疗,但在其治疗过程中的出血风险仍是临床用药过程中不可忽视的危险因素。云南省第一人民医院(昆华医院)中西医结合科运用中西医结合治疗的方法有效地治疗 1 例下肢静脉血栓并血小板减少患者。介绍如下。

2. 病例资料

杨某,男,62岁,2025年6月16日患者因发现肺部结节影(大小约13*9mm)2年,期间未行特殊治疗,至昆华医院胸外科复查CT提示:右肺上叶后端(Se4, Im60-67, 1.5mm)见部分实性结节(大小约为25*14mm);双下肢动、静脉血管彩超示:1)左侧下肢(股总、股浅、腘)静脉管腔内实性结构(考虑陈旧性不完全血栓);2)左侧下肢比目鱼肌间静脉管腔内异常结构(考虑陈旧性血栓并静脉石形成);3)双侧下肢大隐静脉小腿段及其属支曲张;考虑患者双下肢静脉血栓形成,建议行抗栓治疗后再行肺占位切除术。2025年6月18日,患者为行抗栓治疗至中西医结合科就诊,以“双下肢胀痛20余年,发现血栓2天”收住入院,患者20年前因劳累感双下肢肿胀、疼痛伴酸软,无皮肤发红及破溃,反复静脉曲张伴皮肤晦暗,未系统诊治。现症见:双下肢酸胀痛,以左侧下肢酸胀感明显,伴轻微肿胀,双下肢可见明显静脉曲张,无发热、头晕头痛、咳嗽咳痰、心慌胸闷、腹痛腹泻等不适,纳可眠可,二便调。入院查体:T:36.6℃,P:73次/分,R:19次/分,Bp:108/73mmHg,一般情况欠佳,慢性面容,神清,颈静脉无怒张;双肺呼吸音稍粗,未闻及干湿啰音;HR:73次/分,未闻及异常杂音;肝脏脾脏不可及;双下肢压痛,左侧皮肤晦暗,皮温低。舌脉象:舌淡暗,苔薄白,边尺痕,脉沉细。入院后血常规:WBC:4.96*10⁹/L(3.50~9.50),RBC:2.79*10¹²/L(4.30~5.80),HGB:129g/L(130~175),PLT:76*10⁹/L(125~350);DIC筛选:活化部分凝血酶时间(APTT)32.8s(28.0~43.5),凝血酶原时间(PT)13.2s(11.0~15.0),纤维蛋白原含量(FIB)2.57g/L(2~4.0),D二聚体(DD2)1.59ug/mL(0~0.5)。西医诊断:1)左下肢静脉血栓;2)血小板减少;3)肺占位病。中医诊断:血痹-阳虚血瘀证。

与其患者及家属沟通,考虑患者血小板(PLT:76*10⁹/L)偏低可能与肺部占位相关,且患者拟行肺部占位手术,常规口服抗凝药物会增加出血风险,建议在口服艾多沙班抗凝药物治疗的同时加用中药汤剂

及中医外治,以减少出血风险及缓解患者症状,患者及家属表示同意。结合患者症状治以温阳活血,化瘀止痛,予温阳通痹汤加味内服。药用:肉桂 20 g,三七(60头) 20 g,土鳖虫 20 g,水蛭 30 g,琥珀 4 g,赤石脂 8 g,黄连片 20 g,人参片 20 g,全蝎 10 g,蜈蚣 5 g,鹿角霜 25 g,冰片(合成龙脑) 1 g。5 剂,每日 1 剂,水煎 300 ml,分三次饭后温服,每次 100 ml。

2025 年 6 月 24 日,患者诉双下肢酸胀痛较前减轻,皮温较前下降。患者查血常规提示 WBC: $4.82 \times 10^9/L$, RBC: $5.52 \times 10^{12}/L$, HGB: 123 g/L, PLT: $100 \times 10^9/L$; DIC 筛选: APTT: 39.9 s, PT: 15.7 s, FIB: 2.30 g/L, DD2: 0.4 ug/mL; 患者中药口服完,继续予守前方 5 剂治疗。2025 年 6 月 29 日患者自诉双下肢酸胀痛明显好转,皮温明显升高。血常规提示 WBC: $4.74 \times 10^9/L$, RBC: $5.59 \times 10^{12}/L$, HGB: 124 g/L, PLT: $108 \times 10^9/L$; DIC 筛选: APTT: 38.4 s, PT: 14.9 s, FIB: 2.28 g/L, DD2: 0.25 ug/mL; 双下肢动静脉血管彩超提示: 1) 左侧下肢(股总、大隐静脉汇入处)静脉、双侧下肢(股浅、腘)静脉管腔内实性结构(考虑陈旧性血栓并部分再通); 2) 右侧下肢大隐静脉内踝处曲张,可见穿通支。患者经中西医结合治疗后症状明显好转出院,出院后继续予守前方 7 剂继续巩固治疗,并定期复查。2 周后电话随访,患者无明显疼痛,肿胀明显消退,静脉曲张症状较前明显改善,仍有少量皮肤色素沉着。

3. 讨论

西医认为静脉栓塞症的发病机制是内皮细胞损伤、血流速度缓慢,血液高凝状态。健康的血管内皮具有强大的抗血栓形成特性,可以分泌抗凝物质、纤溶物质,并提供一个光滑的表面防止血小板粘附,当血管内皮损伤时,会暴露血管下皮原纤维和组织因子,启动内源性和外源性凝血途径,导致血小板激活并粘附、聚集在损伤部位,形成血小板栓子,同时凝血反应激活,导致纤维蛋白网形成,形成血栓[2][3]。正常的血流速度能稀释活化的凝血因子,还能将抗凝物质带到内皮表面,防止血小板在内皮上沉积,而当血流速度缓慢使得活化的凝血因子在局部聚集,不易被稀释,减少抗凝物质与内皮接触,血小板更易粘附到血管壁,为血栓形成创造有利条件[4]。血液高凝状态是由于先天体内缺乏凝血物质或者由于外伤、肿瘤等继发性因素引起血小板聚集,凝血因子和纤维蛋白原增多,导致凝血系统活动性相对增强,抗凝系统活动性相对减弱,打破了凝血-抗凝平衡,使血液更易在血管内凝固形成血栓[1]。目前西医治疗主要以抗凝、溶栓、介入等手段为主,但存在出血风险,且会带来一定的经济负担。

中医对于静脉栓塞症虽没有明确的记载,根据其临床表现可归纳于“脉痹、血痹、肿胀”等范畴。《素问·痹论》曰:“风、寒、湿三气杂至,合而为痹也。……痹,或痛,或不通,或寒……阳气少,阴气盛,两气相感,故汗出而濡也。”，《景岳全书》云:“瘀血流注……气凝血聚为患也”，《血症论》云:“淤血流注,亦发肿胀,乃血变成水之证。”，《医宗金鉴》指出“人之气血周流不息,稍有壅滞,即作肿矣”，“生于小腿肚之下……而众痹生焉。”等文献中都有关于记载。历代中医认为下肢静脉血栓的病因复杂,与风、寒、湿,阴阳失调,脏腑功能失调等密切相关,但其基本病机与“血瘀”密不可分,中医在以整体观念和辨证指导下以“活血化瘀”治疗原则,从根本上调整阴阳平衡,极大地降低了患者的出血风险,在改善患者症状上也取得了极大的疗效[5]。

而在本案中患者出现下肢静脉血栓伴血小板减少,患者既往未使用肝素类药物,由于患者经济条件未行骨髓穿刺以明确患者血小板减少的原因,初步考虑下肢静脉血栓并血小板减少与患者肺部占位相关。中西医结合科在杨同华教授的带领,考虑患者拟行肺部占位手术,为减少患者术中出血风险,在口服抗凝药物的同时采用“补虚、化瘀、通络”法治疗下肢静脉血栓,重点突出“活血不出血”的优势。结合患者病情及中医四诊合参,辨证论治以温阳活血,化瘀止痛,方选温阳通痹汤加味。方中肉桂补火助阳,散寒止痛,温通经脉,鹿角霜温肾助阳,收敛止血,二者合用加强温阳之功;水蛭破血通经,土鳖虫破血逐瘀,全蝎、蜈蚣通络止痛,琥珀活血散瘀,无者合用共奏活血化瘀通络止痛之效;赤石脂收敛止

血，三七散瘀止血消肿，二者与鹿角霜合用可止血，预防出血；冰片清热止痛，黄连片泻火解毒，二者可补阳太过，同时清除体内毒素；人参复脉固脱、生津养血；甘草调和诸药。全方合用温阳活血，益气通络之效。

4. 小结

下肢静脉血栓在临床上较多见，但下肢静脉血栓合并血小板减少是在临床上较少见的并发症，在抗凝同时需兼顾患者出血问题，发掘中西医结合治疗的优势可以在抗凝时有效做到“活血不出血”，能有效改善患者症状，提高患者生活质量。

由于样本数量少，下一步将继续扩大样本量，总结相关临床经验更好服务于临床。

基金项目

中医补虚化瘀通络治法逆转心血管栓塞性疾病的关键技术开发及应用 202403AC100017。

参考文献

- [1] 王璐颖, 焦圣军. 中西医结合治疗下肢深静脉血栓研究进展[J]. 光明中医, 2023, 38(16): 3263-3266.
- [2] 安英男, 高航. 血管内皮细胞抗栓功能相关研究[J]. 南昌大学学报(医学版), 2010, 50(7): 126-128.
- [3] 李希玲, 李敏, 赵春花. 深静脉血栓患者血清炎症因子水平与血管损伤程度的关系[J]. 解放军预防医学杂志, 2018, 36(10): 1280-1282.
- [4] 薛雨佳. 原发免疫性血小板减少症患者血浆凝血因子XIII水平与出血症状的相关性研究[D]: [硕士学位论文]. 兰州: 兰州大学, 2022.
- [5] 任芬如, 郑秀青, 代雪娜. 祛湿化瘀汤内服和中药封包疗法联合西医治疗混合型下肢深静脉血栓形成 39 例[J]. 中医研究, 2024, 37(3): 31-35.