

血府逐瘀汤对气滞血瘀证创伤性血气胸患者 胸腔镜术后疗效的影响

卢丹丹, 包军军, 刘晓燕

海安市中医院胸外科, 江苏 南通 226699

摘要 目的:分析气滞血瘀证创伤性血气胸(TH)患者应用血府逐瘀汤联合胸腔镜微创手术的疗效。方法:选取海安市中医院2021年5月—2024年9月收治的97例气滞血瘀型TH患者,随机分为对照组和观察组,两组均给予胸腔镜微创手术,对照组48例术后采取常规治疗,观察组49例术后另加用血府逐瘀汤治疗,比较两组治疗效果,观察两组中医证候积分、肺功能指标、凝血指标、疼痛程度、首次排痰时间、排痰量,并对两组并发症发生率进行比较。结果:观察组治疗有效率较对照组高($P < 0.05$)。治疗7 d,观察组中医证候积分、肺功能指标、凝血指标优于对照组($P < 0.01$)。治疗7 d,观察组视觉模拟疼痛量表(VAS)评分低于对照组($P < 0.01$),观察组首次排痰时间低于对照组($P < 0.01$),排痰量高于对照组($P < 0.01$)。两组并发症发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:TH患者采取血府逐瘀汤联合胸腔镜微创手术治疗效果显著,可降低中医证候积分,减轻疼痛程度,缩短排痰时间,改善凝血指标、肺功能指标。

关键词 气滞血瘀;创伤性血气胸;血府逐瘀汤;胸腔镜微创手术

中图分类号: R256.12 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-2392(2026)09-0071-05

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260183

据调查^[1],超过1/2的创伤死亡病例伴有严重胸部外伤,约1/4的死亡直接由胸部外伤引起。创伤性血气胸(Traumatic hemopneumothorax, TH)是胸部外伤常见的严重并发症,若不及时治疗,可能引发呼吸循环障碍等,有时甚至致命^[2-3]。胸腔镜手术因其快速、恢复快等优点,在治疗胸外伤中应用广泛^[4]。尽管胸腔镜微创手术在治疗TH方面取得了显著成效,但部分患者术后仍可能出现并发症,且恢复速度不尽如人意。中医认为,该病属“喘证”范畴,常因先天不足或情绪导致脾、肾、肺功能失衡,引发气胸症状。气滞血瘀是常见证型,TH多因胸部遭受直接暴力撞击、挤压或锐器刺伤,致使胸壁脉络破损,血溢脉外,离经之血停滞胸腔,气机运行受阻,形成气滞血瘀之证^[5]。同时,气滞血瘀导致水液代谢失常,津停为痰,痰瘀互结,更增气道壅塞,加重喘息症状。故治疗关键在于活血化瘀、行气止痛。血府逐瘀汤有活血化瘀、行气止痛之功。基于此,本研究通过回顾性分析,探讨了气滞血瘀证TH患者在接受血府逐瘀汤联合胸腔镜微创手术治疗

中的疗效,旨在为临床实践提供新的治疗思路。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取海安市中医院2021年5月—2024年9月收治的97例气滞血瘀型TH患者,男57例,女40例,年龄18~66岁,平均年龄(42.03 ± 4.96)岁。随机分为观察组和对照组,两组均给予胸腔镜微创手术,对照组术后采取常规治疗,观察组术后另加用血府逐瘀汤治疗,两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。研究经海安市中医院伦理委员会审核批准(HZYLL2024128)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

西医诊断符合血气胸的诊断标准^[6],且创伤性血气胸诊断,经影像学(胸部X线、CT等)检查,结合临床表现为胸痛、胸闷、呼吸困难、气急等症状,体格检查为胸廓不对称、叩诊呈高亢音、呼吸音减弱或消失。

1.2.2 中医诊断标准

中医诊断符合血气胸的诊断标准^[7],证型为气滞血瘀,主症:疼痛、肿胀、瘀斑;次症:口渴、尿赤、便秘、舌质红或瘀斑,舌脉:舌苔黄,脉浮数或脉弦紧。

收稿日期:2025-02-27 修回日期:2026-01-07

基金项目:江苏省自然科学基金项目(BK20211011)

作者简介:卢丹丹(1985-),女,主治医师,研究方向:中医康复。

表 1 两组气滞血瘀型 TH 患者一般资料比较

组别	例数	年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	性别		受伤部位/例		受伤原因/例				胸部出血量($\bar{x} \pm s$)/mL	病程($\bar{x} \pm s$)/h
			男	女	左	右	交通事故	锐器刺伤	坠落	打击伤		
观察组	49	42.63 ± 4.52	31	18	35	14	15	19	10	5	190.63 ± 28.24	0.34 ± 0.07
对照组	48	43.96 ± 4.78	26	22	30	18	19	12	13	4	201.69 ± 30.47	0.36 ± 0.10
χ^2/t 值		1.408	0.828		0.874			2.544			1.855	1.143
P 值		0.162	0.363		0.350			0.467			0.067	0.256

1.3 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准;②年龄 18 ~ 75 岁;
③单侧发病;④了解本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①血流动力学不稳定;②有精神疾病;③合并自身
免疫疾病;④存在胸部开放性损伤;⑤合并重要脏器功
能损伤、胸部严重变形;⑥合并恶性肿瘤;⑦合并大血
管出血;⑧研究中途退出及失访个体;⑨有出血倾向疾
病的患者,如血小板减少性紫癜、血友病等。

1.5 治疗方法

两组均给予胸腔镜微创手术,具体为取健侧卧位,
行气管插管、全麻。手术侧在第 6/7 肋间壁作 1.5 cm
切口,插入胸腔镜及操作器械,胸腔镜下观察胸腔,找
到胸腔出血位置,掌握其出血量,后以缝扎、电凝或钛
夹夹闭等止血方法处理胸腔出血。肋骨骨折先切开肋
骨骨折位胸壁,充分暴露骨折肋骨,将其两端骨膜剥
开,取恰当肋骨环抱器,撑开齿臂,置于骨折段上方使
其自动收紧骨折断端。以内镜切割闭合器将肺挫伤患
者损毁肺组织直接切除。膈肌损伤先行缝扎止血,再
扩大裂口检查腹腔脏器,后行褥式缝合处理裂口。肺
漏气于镜下准确探查损伤位置,以内镜切割闭合器对
漏气部位进行修补^[8]。术毕常规留置引流管。

对照组术后采取常规干预,给予常规吸氧、止痛、
营养支持等治疗。此外,向患者普及 TH 的相关知识,
包括病因、症状、治疗及预后等,增强患者对疾病的认
知,提高了其自我保健意识。同时,强调术后休息的重
要性,鼓励患者保持良好的心态,积极配合治疗,以促
进早日康复。并指导患者进行呼吸功能锻炼,包括深
呼吸训练和吹气球训练。

观察组术后 24 ~ 48 h,待患者生命体征稳定且经
检查确认无活动性出血时,另加用血府逐瘀汤,基础方
为桃仁 12 g,红花 9 g,当归 9 g,生地黄 9 g,川芎 4.5 g,
赤芍 6 g,牛膝 9 g,桔梗 4.5 g,柴胡 3 g,枳壳 6 g,甘草
6 g。严重肿胀者,加血竭、三七各 10 g;严重疼痛者,
加延胡索、鸡血藤各 10 g;腹胀、大便干燥者,加大黄
5 g;夜卧不安者,加生龙骨、生牡蛎各 10 g。对于体质

虚弱者,可酌情加黄芪、党参;对于阴血不足者,可将生
地黄替换为熟地黄、配伍白芍。上述中药冷水浸泡
30 min,采用中医包煎方法,加水 1 000 mL,以武火煮
至沸腾后转文火,煎煮 30 min 后过滤药液。二次加水
800 mL,重复煎煮 30 min,将两次煎煮所得药液过滤后
合并,加热浓缩至 200 mL,以 100 mL/袋进行塑封打
包,共制得 2 袋,置于 4 ℃ 冰箱中保存。服用时,需将
药液温热至适宜温度(约 37 ~ 40 ℃),早晚各服用
1 袋,每次 100 mL。用药期间,避免辛辣、生冷、油腻食
物,以免影响药效。

两组均治疗 7 d。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 临床效果

参考文献^[9]制定。痊愈:影像学检查显示胸腔无
气体或积液,疼痛消失,心肺功能正常;好转:胸腔无气
体,轻微疼痛,心肺功能改善;无效:与治疗前相比无变化。
总有效率 = (痊愈例数 + 好转例数) / 总例数 × 100%。

1.6.2 中医证候积分。

参考文献^[7],主症评分标准:0 分、2 分、4 分、6 分,
分别表示正常至严重;次症评分标准:正常至重度分别
计 0 ~ 3 分。

1.6.3 肺功能

使用肺功能仪检测^[10]相关肺功能指标,包括第
1 秒用力呼气量(FEV1)、肺活量(VC)、最大通气量
(MVV)、用力肺活量(FVC)。

1.6.4 凝血指标

用全自动凝血分析仪检测凝血酶原时间(PT)、血
浆纤维蛋白原(FIB)、活化部分凝血活酶时间
(APTT)、血浆凝血酶时间(TT)水平。

1.6.5 疼痛程度

选取视觉模拟疼痛量表(VAS)^[11]评估,得分越高
表明患者疼痛程度越高。

1.6.6 临床相关指标

包括首次排痰时间和排痰量。

1.6.7 并发症

包括切口感染、皮下气肿、肺不张。

1.7 统计学方法

将两组数据纳入 SPSS24 软件分析,计量资料符合正态分布,以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验。不符合正态分布的数据用中位数(四分位数间距)[$M(Q1, Q3)$]表示。计数资料以“例(%)”表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床效果

经比较,观察组治疗效果高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组气滞血瘀型 TH 患者治疗效果比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效
观察组	49	21(42.86)	26(53.06)	2(4.08)	47(95.92)
对照组	48	16(33.33)	23(47.92)	9(18.75)	39(81.25)
χ^2 值					5.189
P 值					0.023

表 4 两组气滞血瘀型 TH 患者肺功能指标比较($\bar{x} \pm s, L$)

组别	例数	FEV1		VC		MVV		FVC	
		治疗前	治疗 7 d	治疗前	治疗 7 d	治疗前	治疗 7 d	治疗前	治疗 7 d
观察组	49	1.26 $\pm$ 0.15	2.56 $\pm$ 0.24 *	2.14 $\pm$ 0.12	3.16 $\pm$ 0.30 *	62.07 $\pm$ 3.54	74.52 $\pm$ 4.02 *	2.26 $\pm$ 0.23	3.29 $\pm$ 0.26 *
对照组	48	1.20 $\pm$ 0.17	2.17 $\pm$ 0.21 *	2.16 $\pm$ 0.13	2.65 $\pm$ 0.27 *	63.15 $\pm$ 3.69	70.36 $\pm$ 3.89 *	2.35 $\pm$ 0.25	2.86 $\pm$ 0.21 *
t 值		1.844	8.510	0.788	8.795	1.471	5.178	1.846	8.950
P 值		0.068	0.000	0.433	0.000	0.145	0.000	0.068	0.000

注:与本组治疗前相比, * $P < 0.05$ 。

2.4 凝血指标

治疗前,组间对比差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗 7 d,观察组 APTT、TT、PT 水平较对照组高($P < 0.01$),FIB 水平低于对照组($P < 0.01$)。见表 5。

表 5 两组气滞血瘀型 TH 患者凝血指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	APTT/s		TT/s		PT/s		FIB/(g/L)	
		治疗前	治疗 7 d	治疗前	治疗 7 d	治疗前	治疗 7 d	治疗前	治疗 7 d
观察组	49	25.32 $\pm$ 1.54	28.63 $\pm$ 1.74 *	16.52 $\pm$ 1.36	18.36 $\pm$ 1.54 *	10.23 $\pm$ 1.02	12.26 $\pm$ 1.27 *	3.20 $\pm$ 0.45	2.03 $\pm$ 0.41 *
对照组	48	25.63 $\pm$ 1.47	27.06 $\pm$ 1.62 *	16.02 $\pm$ 1.21	17.52 $\pm$ 1.49 *	10.64 $\pm$ 1.17	11.29 $\pm$ 1.41 *	3.38 $\pm$ 0.51	2.69 $\pm$ 0.45 *
t 值		1.014	4.597	1.912	2.729	1.841	3.562	1.844	7.554
P 值		0.313	0.000	0.059	0.008	0.069	0.001	0.068	0.000

注:与本组治疗前相比, * $P < 0.05$ 。

2.5 疼痛程度、首次排痰时间、排痰量

治疗前,两组 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗 7 d,观察组 VAS 评分低于对照组($P < 0.01$),观察组首次排痰时间低于对照组($P < 0.01$),排痰量高于对照组($P < 0.01$)。见表 6。

2.6 并发症

观察组并发症发生率低于对照组($P > 0.05$),见表 7。

2.2 中医证候积分

治疗前,组间对比差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗 7 d,观察组中医证候积分低于对照组($P < 0.01$)。见表 3。

表 3 两组气滞血瘀型 TH 患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	主症评分		次症评分	
		治疗前	治疗 7 d	治疗前	治疗 7 d
观察组	49	11.63 $\pm$ 1.52	5.63 $\pm$ 1.04 *	6.02 $\pm$ 1.04	3.26 $\pm$ 0.54 *
对照组	48	11.45 $\pm$ 1.68	8.17 $\pm$ 1.28 *	5.89 $\pm$ 0.95	4.96 $\pm$ 0.52 *
t 值		0.554	10.737	0.642	15.789
P 值		0.581	0.000	0.522	0.000

注:与本组治疗前相比, * $P < 0.05$ 。

2.3 肺功能指标

治疗前,组间对比差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗 7 d,观察组 FEV1、VC、MVV、FVC 水平高于对照组($P < 0.01$)。见表 4。

表 6 两组气滞血瘀型 TH 患者疼痛程度、首次排痰时间、排痰量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS 评分/分		首次排痰时间/min	排痰量/mL
		治疗前	治疗 7 d		
观察组	49	5.63 $\pm$ 1.27	2.63 $\pm$ 0.37 *	6.56 $\pm$ 1.02	7.63 $\pm$ 1.69
对照组	48	6.03 $\pm$ 1.34	4.28 $\pm$ 0.46 *	8.89 $\pm$ 1.63	4.96 $\pm$ 1.27
t 值		1.509	19.486	8.458	8.783
P 值		0.135	0.000	0.000	0.000

注:与本组治疗前相比, * $P < 0.05$ 。

表 7 两组气滞血瘀型 TH 患者并发症比较[例(%)]

组别	例数	切口感染	皮下气肿	肺不张	不良反应总发生
观察组	49	2(4.08)	1(2.04)	0(0.00)	3(6.12)
对照组	48	1(2.08)	1(2.08)	1(2.08)	3(6.25)
χ^2 值					0.001
P 值					0.979

3 讨论

据调查^[12-13],超过 60% 的胸外伤患者存在不同程度的血气胸。TH 是临床常见病,通常由车祸、高空坠落等引发,表现为闭合性气胸、张力性气胸和开放性气胸,对患者健康造成严重威胁,甚至可能导致呼吸衰竭或休克,危及其生命。常规开胸手术创伤大,术后恢复慢,且并发症较多,给患者带来极大的痛苦和经济负担。近年来,随着胸腔镜技术的不断发展,微创手术在 TH 的治疗中逐渐得到应用。胸腔镜微创手术具有创伤小、出血少、恢复快等优点,有助于减轻胸腔内的炎症反应、促进肺复张,控制临床症状。然而,术后患者可能会出现凝血功能异常和疼痛等问题。

随着临床实践的不断积累,血府逐瘀汤的疗效得到了验证。其结合患者的血瘀表现,通过加减用药来调整治疗^[14-15]。本研究 TH 患者采取血府逐瘀汤联合胸腔镜微创手术治疗,可降低中医证候积分,减轻疼痛程度,缩短排痰时间。血府逐瘀汤中的桃仁、红花、当归、川芎主要起活血之功,柴胡、枳壳主要奏理气之效,血分之瘀滞得行,气分之郁结得解;桔梗、枳壳,一升一降,宽胸行气;赤芍活血祛瘀,怀牛膝活血通经,祛瘀止痛,引血下行,甘草调和诸药。上述中药合用,共奏活血化瘀、行气止痛之功。且将上述中药制成汤剂后口服,具有服用方便、安全、温和的特点,安全性高,这一点本研究结果已证实。现代药理学研究^[16-19]表明,当归中的有效成分能扩张血管,改善血液循环,使血液运行更加通畅,从而有助于缓解血瘀症状。桃仁含有的物质可抑制血小板聚集,降低血液黏稠度,减少血栓形成的风险,进一步促进瘀血的消散。川芎中的活性成分能调节血管张力,增加冠脉血流量,为心脏及机体各组织提供更充足的血液供应,同时对神经系统也有一定的调节作用,有助于缓解因气滞血瘀引起的疼痛。赤芍所含成分具有抗炎、抗氧化作用,可减轻炎症反应,保护组织细胞免受损伤,对术后恢复具有积极意义。红花中的有效物质能兴奋子宫、抗凝血、镇痛,对于气滞血瘀证的 TH 患者,在促进瘀血消散的同时,还能缓解疼痛不适。生地黄具有清热凉血的功效,与其他活血药物配伍,可防止活血过程中可能出现的血

热妄行,使活血而不生热。

TH 导致肺功能受损,机体处于缺氧、应激状态,这可能进一步影响凝血系统,导致凝血功能异常。而凝血功能异常可能影响创伤部位的止血效果,加重血气胸的程度,进而对肺功能产生更严重的影响。本研究中,TH 患者血府逐瘀汤联合胸腔镜微创手术治疗,可显著改善凝血指标、肺功能指标。现代药理学研究表明^[20-22],川芎含有川芎嗪、阿魏酸等成分,具有扩张血管、改善微循环的作用,可促进血液的流动,防止血液瘀滞形成血栓等异常凝血情况,有助于维持正常的凝血指标,使血液在体内能够正常循环,避免凝血功能紊乱。方中桃仁具有活血化瘀的功效,能够改善血液流变学,降低血液黏稠度,使瘀血得化,脉络通畅,进而减少因瘀血阻滞对凝血系统的不良影响,纠正凝血功能异常。桔梗能使肺气得以顺畅宣发,保证气体的正常呼出,维持呼吸道的通畅,从而改善肺的通气功能。甘草能协调各药物发挥作用,使方剂在调节气机、活血化瘀等方面协同作用于肺部,缓解因气血不畅、瘀血阻滞等引起的肺部功能异常,保证肺部正常的呼吸功能和代谢功能。

本研究创新性体现在将中医经典方剂与现代外科手术相结合,探索出一种中西医结合的治疗模式,有可能为该病症的治疗开辟新路径。本研究局限性在于观察时间相对较短,对于长期疗效和安全性仍需进一步观察和研究。在未来的工作中,可延长观察时间,以更全面地评估血府逐瘀汤联合胸腔镜微创手术治疗气滞血瘀型 TH 患者的疗效和安全性,为临床应用提供更可靠的依据。

综上所述,TH 患者采取血府逐瘀汤联合胸腔镜微创手术治疗效果显著,可降低中医证候积分,减轻疼痛程度,缩短排痰时间,改善凝血指标、肺功能指标。

参考文献:

[1] 黄卫,唐秀宏,胡成刚,等.电视胸腔镜外科手术治疗创伤性血气胸的疗效观察[J].重庆医学,2024,53(3):349-353.

[2] 千冬维,罗伟利.围手术期全程复合保温策略对急诊创伤性血气胸手术患者凝血指标及并发症的影响[J].血栓与止血学,2022,28(3):677-678.

[3] 王伟,方丹青,李东耀,等.青年自发性进行性血气胸的治疗策略探索[J].中华生物医学工程杂志,2021,27(3):294-297.

[4] 任占良,张卫锋,韩英杰,等.单孔胸腔镜联合内固定手术治疗多发肋骨骨折并血气胸的临床疗效[J].中国临床医学,2020,27(1):91-94.

[5] 于涛,齐拥军,张秋生,等.血府逐瘀汤联合胸腔镜手术治疗创伤性血气胸的临床疗效及对应激反应和凝血功能的影响[J].中国中西医结合外科杂志,2024,30(2):243-247.

[6] 何鹏.创伤临床分类及救治[M].北京:清华大学出版社,2005:131-132.

- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:380-384.
- [8] 罗雷,杨彦辉,李季,等. 胸腔镜与开胸手术治疗创伤性血气胸及对应激因子、疼痛因子影响的对照研究[J]. 创伤外科杂志,2020,22(7):521-524.
- [9] 李家春,简小云,赖听,等. 六君子汤对肺脾气虚型自发性气胸的疗效分析[J]. 现代中药研究与实践,2020,34(4):67-69,81.
- [10] 李慕瑶,王梅,杜亮,等. 基于WHO-FICs架构有氧联合抗阻运动对老年冠心病并发高血压患者的效果[J]. 中国康复理论与实践,2023,29(3):326-334.
- [11] NACIF A, DE ABREU G E, DE BESSA JUNIOR J, et al. Agreement between the visual analogue scale (VAS) and the dysfunctional voiding scoring system (DVSS) in the post-treatment evaluation of electrical nerve stimulation in children and adolescents with overactive bladder[J]. J Pediatr Urol, 2022, 18(6):740. e1-740. e8.
- [12] MERGAN İ LİKLERDEN D, ÇOBANOĞLU U, SAYIR F, et al. Late complications due to thoracic traumas[J]. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 2022, 28(3):328-335.
- [13] 刘大胜. 电视胸腔镜手术对创伤性血气胸患者急性时相蛋白水平的影响[J]. 吉林医学,2022,43(3):685-687.
- [14] 曹庆玲,贾光辉,王振林. 血府逐瘀汤加减联合针刺对腰椎间盘突出症患者腰背伸肌群疲劳程度的影响[J]. 辽宁中医杂志,2023,50(7):105-108.
- [15] 崔红培,娄彦蕊,武文忠,等. 血府逐瘀汤合五苓散加减联合抗VEGF药物治疗气滞血瘀证视网膜中央静脉阻塞患者的临床疗效及其血清NO、ET-1、VEGF的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2023,18(6):1222-1226,1232.
- [16] 吴小伟,郑和平. 电视胸腔镜与开胸手术治疗胸部创伤合并血气胸的比较[J]. 现代科学仪器,2022,39(1):72-76.
- [17] 于鲲,张广玉,党中勤,等. 加味桔梗枳壳汤对胃食管反流病患者食管运动功能及胃肠激素水平的影响[J]. 吉林中医药,2023,43(10):1174-1178.
- [18] 吴希泽,康健,刘之然,等. 基于中医传承辅助平台探析庞敏治疗心肌桥用药规律[J]. 辽宁中医杂志,2024,51(3):6-10,后插2.
- [19] 孙兴利,欧江琴. 基于中医传承计算平台挖掘全国名中医戴永生治疗久泻的用药规律[J]. 湖南中医药大学学报,2022,42(11):1903-1909.
- [20] 李泽宇,郝二伟,曹瑞,等. 基于中医寒疫理论的中药防治疫病用药规律与作用机制分析[J]. 中国中药杂志,2022,47(17):4765-4777.
- [21] 张静,安玉秋,姚钰宁,等. 基于数据挖掘分析《中华医典5.0》对中风病气虚证的用药特点及处方配伍规律[J]. 环球中医药,2024,17(8):1552-1561.
- [22] 杜晓楠,姚明,陈思言,等. 王晓峰教授治疗慢性心力衰竭用药规律探析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(4):621-625.

Effects of Xuefu Zhuyu Decoction on the Postoperative Efficacy of Video-Assisted Thoracoscopic Surgery in Traumatic Hemopneumothorax Patients with Qi Stagnation and Blood Stasis Syndrome

LU Dandan, BAO Junjun, LIU Xiaoyan

Department of Thoracic Surgery, Haian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nantong 226699, China

Abstract Objective: To analyze the therapeutic effect of Xuefu Zhuyu decoction combined with video-assisted thoracoscopic minimally invasive surgery in patients with traumatic hemopneumothorax (TH) of qi stagnation and blood stasis type. Methods: A total of 97 patients with qi stagnation and blood stasis type TH admitted to Haian Hospital of Traditional Chinese Medicine from May 2021 to September 2024 were selected and randomly divided into two groups. Both groups were given thoracoscopic minimally invasive surgery. 48 cases in the control group received conventional treatment after the operation, and 49 cases in the observation group were treated with Xuefu Zhuyu decoction in addition after the operation. The therapeutic effects of the two groups were compared. Result: The effective rate of treatment in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). After 7 days of treatment, the TCM syndrome score, pulmonary function indicators and coagulation indicators of the observation group were better than those of the control group ($P < 0.05$). After 7 days of treatment, the observation group had significantly lower VAS scores than the control group ($P < 0.05$). The time of the first expectoration in the observation group was lower than that in the control group, and the sputum output was higher than that in the control group ($P < 0.05$). Comparison of the incidence of complications between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion: The treatment of TH patients with Xuefu Zhuyu decoction combined with thoracoscopic minimally invasive surgery has a significant effect. It can reduce the TCM syndrome score, alleviate the degree of pain, shorten the expectoration time, and improve coagulation indicators and lung function indicators.

Key words Qi stagnation and blood stasis type; Traumatic hemopneumothorax; Xuefu Zhuyu Formula; Minimally invasive video-assisted thoracoscopic surgery