

不突出；(2) 血分病变以体征形式出现；(3) 体征之溃疡、结节、痞块分布于咽、颈项、肋下等不同部位。这些异于常见湿温病的征象，既是本例的临床特点，又易使人产生是否为湿温病或单纯为湿温病的疑问。因此，在分析病情时，不但要找出湿热为病的足够证据，而且

还要排除其它病证，使湿温的诊断得以确立。在此基础上，辨清病变范围、病变重心及其相互关系，继而拟定相应的治疗方针，选用合适的方药予以治疗，方有较好的疗效。谬误之处，请同道们指正。

(郭铭信整理)

中医药治疗外伤性腹膜后巨大血肿2例介绍

兰州医学院第一附属医院外科 叶 光 华

病例一：王××，女，27岁。入院前1天因右腰外伤，当晚出现右腰剧痛，翌日早右腰痛更形加重，难以忍受，且伴有恶心、呕吐，吐出胃液和胆汁。即于1979年12月12日上午急症入院。查体：急性痛苦面容，烦躁不安，右上腹肌较紧张且有压痛和轻度反跳痛；右腰区较饱满，有明显压痛及叩击痛。血压100/70毫米汞柱，血红蛋白11.6克%，白细胞25000/立方毫米，中性80%。腹部X线平片(片号83646)：腰椎轻度左侧弯曲，右肾轮廓及右侧腰大肌阴影不清。当日即在硬膜外麻醉下行剖腹探查术，术中见右侧腹膜后有一巨大血肿，上至肝缘下，下界在脐下3厘米，内侧达脊柱右侧缘，外侧沿后腹膜，侧腹壁直达腹前壁接近腹中线。术中行后腹膜穿刺穿出血液和血凝块。未进一步行后腹膜切开探查止血，即在右髂窝置烟卷式引流条一根后关腹。术后诊断：外伤性右侧腹膜后巨大血肿。术后治疗给予流汁饮食，止血定0.25克，肌注，日四次，止血芳酸0.3克加入液体内静点；同时给予凉血止血、清热利湿中药：生地30克、地榆15克、黄连9克、木通12克、白茅根30克。水煎服，日一剂。三天后病情平稳，未见新的继续出血，右侧腹肌紧张开始减轻，但体温升至38.8~39.2℃，即停用西药止血剂和中药凉血止血药。根据中医“六腑以通为顺”和“气滞血瘀，瘀久化热”之理论给予“降气通下”中药：大黄9克(后下)、芒硝9克(冲服)、降香9克、枳实9克、甘草9克、大枣12枚。水煎服，日1剂。大便每日6~8次，病人精神食欲增进，进4剂，体温降至38.1℃，白细胞降至7600/立方毫米，中性74%。上方又重复3剂，右腰区饱满及腹肌紧张明显减轻，仅有轻度深压痛。体温降至37.4~37.5℃，服完10剂，体温保持36.5~37.2℃，病人舌象有轻度瘀点，即给予活血化瘀中药：当归6克、川芎9克、红花6克、赤芍9克、丹参30克、桃仁9克、血竭6克、生甘草9克。日1剂，连

服15剂，舌瘀消失。再次行X线平片复查：右侧肾影大小正常，边缘轮廓光滑，腰大肌阴影及腹壁脂肪线整齐。住院一月，痊愈出院。二年后来院复查，未见异常。

病例二：李××，女，38岁。从4米高处摔下，左腰先着地，4小时后急诊入院。查体：体温38.7℃，脉搏98/分，血压100/70毫米汞柱，白细胞12000/立方毫米，中性92%，血红蛋白12.0克%。急性痛苦面容，左上腹有轻度腹肌紧张，左上、左中腹部均有明显压痛，左腰区较饱满且有明显叩击痛，左腰区后腹膜穿刺穿出血液。即给予流汁饮食，青链霉素肌注，止血定0.5克，肌注，日三次，10%葡萄糖液1000毫升内加四环素1克静点，日一次。翌日腰痛加剧，压痛、反跳痛加重，腹肌紧张并扩展到左下腹部。经过4天的上述治疗，疗效不显，体温升至39.6℃，白细胞升至16000/立方毫米，中性87%，停用止血定和输液，给予血府逐瘀汤，服完1剂，疼痛开始减轻，服完4剂，左侧腹壁压痛、反跳痛、腹肌紧张均明显减轻，体温降至37.3℃，原方又重复4剂，痊愈出院。

体会：腹膜后血肿属中医瘀血范畴，为外科常见病之一。由于腹膜后为疏松结缔组织，其内有丰富的血管网和神经末梢，所以一旦腹膜后组织损伤，很易酿成巨大血肿；又因血肿的压迫和刺激，很易造成肠功能紊乱、植物神经功能失调、发烧甚至感染等许多并发症。以往我们单纯用西医输血输液，纠正休克，给予抗菌药物以预防感染等虽有其重要的一面，但不能加速血肿的吸收和消散；血肿带来的许多并发症，使病情更加复杂，增加了治疗上的困难。而及时辨证施治，应用“降气通下”“活血化瘀”“清热解毒”中药，以调整脏腑功能，来治疗外伤性腹膜后巨大血肿，可加快血肿的吸收和消散，预防或减少并发症的发生，对加速病情的痊愈，颇有裨益。