

临床报道

中医治疗脾破裂 31 例临床观察

河北省怀来县医院外科 唐宝山

1980 年以来, 我们采用以中医活血化瘀法为主的非手术疗法治愈脾破裂 31 例, 现报告分析如下:

临床资料

一、一般分析

本组男性 28 例, 女性 3 例; 年龄 5~58 岁, 青壮年 23 例, 儿童 7 例, 老年 1 例。均为左上腹或左胸腹部受钝挫伤, 其中摔伤 12 例, 踢伤 5 例, 砸伤 5 例, 压伤 5 例, 撞伤 3 例, 挤伤 1 例。6 小时内就诊 17 例, 7~24 小时 7 例, 24 小时以上 7 例。31 例中延迟性脾破裂 4 例, 分别于伤后 14、16、27、144 小时入院, 血肿包膜破裂, 出现血性腹膜炎体征。

二、临床表现及检查结果

1. 临床症候: 腹部持续剧痛, 不敢活动, 腹式呼吸活动度减弱, 气促, 面色苍白, 口渴心慌, 四肢发凉, 出冷汗。病情稳定后体温上升, 37~38.5℃, 腹胀满, 拒按, 不排便屁等。全腹肌稍紧张, 压痛及反跳痛明显, 脾脏浊音界扩大, 脾区叩击痛明显。腹腔有移动性浊音 28 例, 腹腔直接穿刺抽出不凝固血液 29 例。有舌诊及脉象记载者 28 例中, 舌质淡红 20 例, 舌质红 5 例, 舌质略紫 2 例, 舌边尖有瘀斑 1 例; 舌苔白薄 12 例, 苔黄薄 11 例, 白厚苔 3 例, 黄厚稍腻苔 2 例。脉象细数脉 11 例, 弦缓脉 12 例, 弦脉 5 例。入院时伴有休克 11 例, 合并其它损伤 17 例, 如肾损伤、肋骨骨折、肺损伤、脑外伤、空肠挫伤等。

2. X 线检查结果: 立位透视除 1 例未做外, 余 30 例均见左侧膈肌升高, 呼吸活动度

减弱, 脾区阴影扩大或密度增高。钡餐胃造影可见胃底粘膜与膈肌间距离增宽达 2~3 厘米以上; 胃大弯部呈现锯齿样受压残缺阴影或弧形压迹。气腹脾造影可见脾脏影增大, 凸面有不规则条形裂痕影; 恢复期造影呈脾膈间距变窄, 脾脏周围有絮状物粘连包裹, 可见局限性粘连带及腹膜肥厚阴影。

治疗方法和结果

一、治疗方法

1. 伤后初期: 腹部持续胀痛, 不敢深呼吸, 面色苍白, 口渴欲饮, 心慌气短, 四肢发凉, 出冷汗, 血压下降, 舌质淡红, 脉象弦或细数。其临床表现多为急性失血引起的气血暴亏, 甚者可出现阳虚欲脱证候。治宜补气固脱, 止血补血, 回阳救逆; 此期除予持续有效的胃肠减压外, 并用输液、输血以补充血容量, 使血压回升, 病情稳定。本组病例全部予以输液, 输库血 5 例, 输自家脾血 5 例, 其中回输 300~500 毫升 3 例, 600 毫升 1 例, 1100 毫升 1 例。

2. 伤后 12~24 小时, 内出血已停止, 病情稳定, 体温 37~38.5℃, 腹胀满, 拒按, 无便屁, 舌苔转为黄薄略干。证属瘀血内积, 郁而化热, 气机郁而不畅, 瘀热互结而成腑实热证, 治宜活血化瘀, 理气通腑。方用逐瘀承气汤(自拟方): 当归 12 克, 赤芍 12 克, 郁金 12 克, 桃仁 12 克, 红花 10 克, 蒲黄 10 克, 五灵脂 10 克, 大黄 20 克, 枳壳 12 克, 黄芪 20 克, 三七 3 克(冲服)。中药煎剂由胃管灌入, 每 8 小时一次。一般于用药后 24 小时内排稀便, 腹部体征随之改善。此期一般需卧床治疗 5~7 天。

3. 一周后为恢复期, 症见乏力、食少、贫血等气血不足证候, 治宜补益气血, 健脾和中, 用八珍汤加减。

二、治疗结果

本组 31 例, 经上述方法治疗后未发生再出血, 全部治愈, 恢复正常工作或学习。腹部体征改善时间, 2 天 4 例, 3 天 14 例, 4 天 10 例, 5 天 3 例, 平均 3.4 天。平均住院时间 16.2 天。回输自家脾血者 5 例, 均未见不良反应。

讨 论

脾脏是人体最大的淋巴器官, 具有贮存和调节血量、造血、吞噬、免疫等多种功能。脾脏切除后造成免疫缺陷, 体内抗体减少, 补体缺乏, 抵抗力下降, 无论儿童或成人的感染明显增加, 且易发生超急感染, 其死亡率比普通人群高 50~200 倍。因此脾破裂治疗手段的选择, 应充分考虑各种保留脾脏方法。近年脾修补术应用较为广泛, 若与非手术疗法相比, 显然后者对病人更为有益, 宜首先采纳。对病情严重的脾破裂患者应采取手术措施。国外已有非手术选择性治疗脾破裂的报道, 治愈率为 70% 左右。几年来我们共治疗脾破裂 34 例, 其中 31 例采用非手术中医治疗, 全部治愈; 另 3 例采用手术疗法。实践证明多数脾破裂患者可用中医中药治愈, 免于手术之苦及后遗症。

经非手术治愈脾破裂 31 例的临床观察, 我们认为非手术中医中药治疗脾破裂的适应症为: (1) 致伤因素较轻, 受伤部位明确, 出血量少, 一般情况尚好, 脾脏裂伤可能表浅和局限; (2) 伤后就诊超过 24 小时, 心率不快, 血压平稳; (3) 伤后近期 (6 小时内) 无失血性休克或仅轻度休克, 经积极纠正, 血压迅速恢复平稳; (4) 严密观察 12~24 小时, 腹部体征不继续恶化, 腹腔积血不再增加, 血红蛋白不再下降, 内出血自行停止; (5) 血红蛋白不低于 8 克%, 4~6 小时后复查, 血红蛋白下降不超过 0.5~1.0 克%; (6) 伤者不伴空腔器官穿孔或严重的其他内脏 (肝、胰、肾) 复合伤; (7) 伤者不伴有血管硬化或凝血功能障碍。

脾破裂是外伤性出血性急腹症, 出血迅猛而量大, 易引起气阴暴脱, 血压下降, 甚至休克, 一旦出现休克时, 输液输血是补气固脱、维持生命、稳定病情的有力措施。腹腔内积存大量血液和凝血块则属“有所堕坠, 恶血留内”, 《血证论》称谓“离经之道, 与好血不相合, 是谓瘀血”。血性腹膜炎征和脾区叩击痛明显而固定, 是血瘀证的主要表现。出血证的治则为: (1) 活血是本, 止血是标; (2) 大出血应补气固脱; (3) 不化瘀将使病情复杂化, 且化瘀药常有止血作用, 故用活血化瘀药治疗脾破裂内出血是符合中医伤科治则的。

本组所用的逐瘀承气汤是取膈下逐瘀汤、失笑散、当归补血汤和小承气汤化裁加三七、郁金组成, 主治跌打闪挫、瘀血膈下成积块、胁肋少腹急痛、腹胀满拒按。方中当归补血和血, 祛瘀止痛, 配黄芪则有补气生血之功; 赤芍破瘀血, 疗腹痛; 红花疗跌扑损伤, 瘀血疼痛; 桃仁专治血瘀血闭, 有抗凝血和溶血作用; 五灵脂与蒲黄合为失笑散, 治瘀血内阻, 胁肋少腹急痛; 大黄、枳壳泄热通便, 行气除满; 三七为伤科要药, 郁金善治胸胁痛, 治凡有宿血凝积及有恶血不堪之物, 且三七、郁金均有“止血而不留瘀”的优点。

我们曾遇一例脾破裂合并空肠挫伤患者, 于伤后 28 天因肠梗阻行手术治疗, 术中发现距曲氏韧带 120 厘米和 140 厘米处, 脾脏浆膜上分别有 2.5×1.5 厘米² 和 1.5×1 厘米² 两处损伤面, 并分别粘连在肠系膜根部和结肠脾曲膜根部。大网膜将脾脏包裹, 并与左侧膈肌紧密粘连愈着, 无任何缝隙暴露脾脏, 大网膜上血管丰富。证明中药治疗脾破裂, 大网膜在修复脾脏裂伤中起重要作用。

有 3 例轻度脾破裂患者, 曾在基层医院分别经单纯保守疗法治疗 96、148、165 小时, 转本院治疗时, 腹部体征全部存在, 腹腔积血未吸收。后 2 例分别于伤后第 4 天和第 5 天再次出血。入院后经中药治疗 3~4 天, 腹部体征消失, 获痊愈出院。表明活血化瘀、理气通腑法有显著疗效, 比单纯保守疗法优越。