

中医为主治疗肝脾联合伤的临床 观察及实验研究

河北省怀来县医院 唐 宝 山

近年因胸腹部钝伤引起的肝脏和脾脏损伤日趋增多,其中发生肝脾联合伤的机会也相应地多起来。我们运用中医活血化瘀治则,自拟逐瘀承气汤,对临床诊断为肝脾联合伤的15例患者,施行以中药为主的非手术治疗,效果满意。在此基础上,我们还对人工制造的肝脾联合伤家犬,作了该方剂作用的实验观察。现将观察结果一并报告如下。

临 床 观 察

一、临床资料

1. 一般情况:男10例,女5例。年龄4~58岁,其中儿童9例,青壮年5例,老年人1例。致伤原因撞伤7例,摔伤4例,轧伤2例,砸伤2例。受伤部位胸腹部12例,双侧胁肋部3例。伤后就诊时间0.5~10小时,其中6小时内11例,6~10小时4例。入院时血压100~110/70毫米汞柱2例,80~90/50~60毫米汞柱6例,60~70/30~50毫米汞柱4例,50/0~30毫米汞柱2例,测不到血压1例。

2. 临床表现:伤后一侧或双侧胸胁痛,发憋,不敢深呼吸,呼吸急促,不久出现波及全腹部的持续性胀痛,口干口渴,烦躁不安,面色苍白,四肢发凉出冷汗。腹部轻度或中度膨隆,腹式呼吸动度减弱,腹肌稍紧张,以右上腹部较明显,全腹部有压痛及反跳痛,叩诊多有移动性浊音,肝脏和脾脏浊音界扩大,肝区和脾区叩击痛明显。腹腔诊断性穿刺,全部抽出不凝固血液。脉搏快而无力,细数脉13例,弦数脉2例。淡红舌14例,红舌1例,薄白

苔8例,黄薄苔略燥4例,白厚苔3例。

3. 化验检查:伤后24小时末梢血红蛋白低于8克%2例,8~10克%9例,10⁺~12克%4例。伤后近期测血清GPT11例,明显增高10例。

4. X线检查:(1)立位胸腹部透视14例,其中右侧膈肌升高2例,左侧膈肌升高4例,双侧膈肌升高8例;活动度均减弱。(2)伤后24小时行钡餐胃造影9例,均见胃底与膈肌间距离加宽(超过2厘米),并有胃大弯侧受压迫的弧形切迹或有锯齿样粘膜缺损阴影。(3)在急诊期行气腹肝脾造影6例,均发现脾脏阴影增大,成人长径>14厘米,厚度>3.5厘米,儿童长径>8~9厘米,厚度>2~2.5厘米;1例肝右叶有长11厘米的线形裂伤气影,3例肝右叶膈面有肝实质裂伤缺损阴影。恢复期行气腹造影12例,肝脏膈面与膈肌紧密粘连并使膈肌变形或平直2例,脾脏与膈肌紧密粘连1例,肝右叶部分缺如附近有广泛粘连及腹膜肥厚阴影1例,其余8例见肝脾裂伤处形成粘连带牵拉局部隆起的阴影。

5. 超声扫描:检查6例均发现肝右叶或左叶的周边有2.5×2.5~6×6厘米²大小的低回声区,肝脏和脾脏周围有液性暗区,有的腹腔和盆腔内有液性暗区。

6. 腹腔内窥镜检查:在伤后48~72小时进行腹腔内窥镜检查4例,均发现肝脏和脾脏有表浅裂伤,长1.5~5厘米,宽0.2~1厘米,并均有凝血块附着。1例脾上段实质内瘀血肿胀,呈紫黑色,脾被膜无局限性隆起,但不是被膜下血肿,也未发生延迟性破裂。经治疗一

个月B型超声检查示瘀血吸收。

7. 合并损伤情况: 合并肾挫伤5例, 脑挫伤4例, 肋骨骨折2例, 肺挫伤1例, 右侧血气胸3例, 颅骨骨折、骨盆骨折和胃挫伤各1例。

二、治疗方法与结果

我们采用综合措施进行治疗。除绝对卧床7天、有效胃肠减压、输血输液、适量应用止血药等一般治疗措施外, 主要系以口服中药逐瘀承气汤治疗为主。逐瘀承气汤处方: 当归12克, 赤芍12克, 桃仁12克, 红花10克, 郁金12克, 蒲黄10克, 大黄20克, 枳壳12克, 党参12克, 黄芪20克, 五灵脂10克, 三七3克(冲)。水煎, 分2次服, 每8小时服一次。一般服10剂, 最多服15剂, 以后改服八珍汤加减。

本组病例由腹腔回收积血10例, 除1例因时间久溶血明显而弃用外, 余9例行自家腹腔血回输, 总血量达8160毫升, 回收血时间均在伤后24小时内。全组用库血7人次, 总输血量为3370毫升。

治疗结果, 15例全获治愈, 平均住院31.5天。经随访无任何后遗症。

实验研究

一、实验方法

取12~25公斤杂交狗30只, 随机分为中药组(20只)和对照组(10只)。每只狗开腹行人工创伤肝脏和脾脏的实质部分, 创伤类型包括切割伤、撕裂伤和星芒状损伤, 伤口长3~7厘米, 深度0.5厘米至全层断裂。观察创面出血情况, 所有实验狗肝、脾创伤处均能自行止血, 覆盖凝血块。术后中药组狗由胃痿管灌逐瘀承气汤煎剂100毫升(相当人口服剂量的1/3), 每日2次, 持续3~7天。对照组不用药。7天和14天后再开腹观察创面愈合情况, 并切取创伤处标本作组织学观察。

二、实验结果

造成肝脾创伤的30只狗, 每只平均失血72毫升, 肝脏出血时间平均为4分50秒, 脾

脏出血时间平均为4分53秒, 无一只因失血死亡。术后7天开腹观察, 发现肝脏、脾脏创伤处均已对拢, 呈红色线形伤痕, 与大网膜或邻近器官粘连, 易分离。术后14天开腹观察, 创伤处均呈白色线形疤痕, 为愈着性粘连, 难分离。光镜下可见: 对照组创伤处血液多未吸收净, 肉芽组织中吞噬含铁血黄素的巨噬细胞较多, 毛细血管数量多, 炎性细胞浸润较重, 创伤附近肝脏被膜和脾脏被膜均增厚, 为正常被膜的2~5倍; 中药组创伤处血液吸收干净, 肉芽组织生长良好, 毛细血管数量较少, 增生的纤维组织多呈束状, 炎性细胞浸润较轻, 肉芽组织表面有间皮细胞鳞状化生, 肝脾被膜不增厚。表明在创伤修复过程中, 中药组优于对照组。

讨 论

中医对内脏损伤的病机、治则在古籍中多有记载。如《外科正宗》谓: “从高坠堕而未经损破皮肉者, 必有瘀血流注脏腑。”《血证论》谓: “凡跌打未破皮者, 其血坏损……在腰肋间则滞痛, 伤重者制命不活, 不制命者, 凡是疼痛皆瘀血凝滞之故也。”并提出“故凡血证, 总以去瘀为要”。《伤科补要》更明确指出: “夫跌打损伤, 坠堕磕碰之证, 专从血论。”“或积于脏腑者宜攻利之; 或皮开肉绽, 亡血过多者, 宜补而行之……先逐其瘀, 而后和营止痛, 自无不效。”我们在学习古人经验的基础上, 自拟逐瘀承气汤治疗肝脾复合伤, 经临床和实验证实, 确有良好效果。逐瘀承气汤系由膈下逐瘀汤、失笑散、鸡鸣散、当归补血汤化裁, 加三七、郁金、党参组成, 具有祛瘀止血、益气养血、行气通腑功效。为防治积血郁热亦可加疏肝解郁之柴胡。

由于新的影像学在医学领域的广泛应用, 使胸腹部钝伤所致的单纯脾损伤和肝损伤, 不论成人还是儿童, 经用中医药为主的非手术治疗, 均有治疗成功的报道。根据我们的粗浅经验, 中药为主的非手术治疗适应症主要是: 1. 较轻的胸腹部钝性损伤; 2. 血压、脉搏变化

活血化癥法治疗紫癥的临床和实验研究

上海市第一人民医院 朱光斗

上海医科大学 方 丽 秦万章

紫癥原因颇多,皮肤科常见的紫癥性疾病有进行性色素沉着性皮肤病、色素性紫癥性苔藓样皮炎、毛细血管扩张性环状紫癥和过敏性紫癥等,已有的疗法有皮质激素、维生素E、C及抗组织胺药物等,但疗效不够满意。我们在中西医结合治疗中,发现活血化癥法对本病有一定疗效,在此基础上进行了活血化癥治疗本病机理的探讨。

临 床 观 察

一、临床资料

我们共治疗 279 例皮肤紫癥症,其中男性 121 例,女性 158 例。年龄最小 9 岁,最大 64 岁,以 20~30 岁为多。病程 1 月以内 86 例,1 年以上 110 例。血小板减少性紫癥 6 例,进行性色素沉着性皮肤病 42 例,色素性紫癥性苔藓样皮炎 77 例,毛细血管扩张性环状紫癥 14 例,过敏性紫癥 140 例。

二、治疗方法

按照辨病为主结合辨证的方法,先后应用 8 个具有活血化癥作用的中草药单方或复方治疗紫癥性疾病。治疗 3 周为一疗程,有效者继续治疗。

1 方:益母草,桃仁,红花,川芎,赤芍,紫草,生地。结合辨证,随证加减。每日 1 剂,煎汤内服。

小,循环系统代偿机能良好;3. 虽有低血压失血性休克,但经快速扩容,能显著改善并持续稳定者;4. 伤后 24 小时内末梢血红蛋白不低于 8 克%;5. 腹腔血液黄胆指数不高于 10~15 单位;6. 腹腔积血量不超过 1500 毫升;7. 不伴有空腔器官损伤;8. 无凝血机能障碍。

2 方:龟板,鳖甲,阿胶珠,仙鹤草,赤白芍,水牛角。按此基本方煎汤内服,每日 1 剂。

3 方:茜草根,丹皮,大小蓟,炒蒲黄,水牛角,白芍,生地,女贞子。结合辨证,随证加减。每日 1 剂,煎汤内服。

4 方:赤芍注射液(每支 2 毫升,相当于原生药 4 克) 4 毫升,肌肉注射,每日 1 次。个别病例 4~6 毫升,加入 25% 葡萄糖液 40 毫升,静脉注射。

5 方:茜草根 15 克,金雀根 15 克,生地 9 克,黄芪 9 克。制成片剂(以上为 30 片量)。每日 30 片,分 3 次口服。

6 方:雷公藤片(每片含生药 3 克)或雷公藤糖浆(每毫升含生药 1 克)。前者每次 2~4 片,每日 3 次;后者每次 10~15 毫升,每日 3 次。

7 方:三七片。每次 3~5 片,每日 2 次。

8 方:扞扞活,赤芍,茜草,制大黄,益母草,生地,茵陈,生甘草。结合辨证,随证加减。每日 1 剂,煎汤内服。

三、疗效标准

痊愈:紫癥全部消退,恢复正常肤色或尚残留部分色素性斑点;显效:紫癥性损害消退 80% 以上,但尚可见有零星损害此愈彼发;好转:服药后紫癥不再发展,并开始隐退,紫癥

我们认为,只要选择病例适当,在严密的监护下,用中医药治疗腹腔实质器官损伤是安全可靠的。

本组病例的治疗证明,中医药治疗较轻的肝脾联合伤疗效肯定,在治疗过程中未发生严重的再出血或中转手术病例。