

治疗骨折合并器官损伤初期的疗效观察

湖南省衡阳市煤炭职工医院 (421500) 龙青锋

我院自 1991 年 1 月~1993 年 12 月, 采用中西医结合治疗 32 例, 与对照组 25 例进行观察比较, 取得了满意的效果, 现报告如下。

临床资料

1. 诊断条件: 骨折合并器官损伤初期, 指受伤后 15 天以内, ①有外伤史, 伤处肿痛, 肢体畸形, 有异常活动感, 有骨擦音; ②休克, 腹腔穿刺有血性液体; ③X 线照片提示骨折。

2. 一般材料: 采取随机分组法, 治疗组 32 例中男 23 例, 女 9 例; 年龄 30~55 岁。对照组 25 例中男 19 例, 女 6 例; 年龄 28~53 岁。

3. 治疗组: 32 例。车祸伤 11 例, 械斗伤 7 例, 矿山事故伤 9 例, 坠伤 5 例; 上肢骨折 8 例, 下肢骨折 12 例, 肋骨骨折 6 例, 脊椎骨折 3 例, 骨盆骨折 3 例; 合并肝脏损伤 7 例, 脾脏损伤 12 例, 肾脏损伤 7 例, 膀胱损伤 4 例, 小肠损伤 2 例; 中医辨证为气耗血脱型 9 例, 瘀血内滞型 18 例, 血热壅盛型 5 例。

对照组 25 例。车祸伤 8 例, 械斗伤 5 例, 矿山事故伤 10 例, 坠伤 2 例; 上肢骨折 7 例, 下肢骨折 10 例, 肋骨骨折 5 例, 脊椎骨折 1 例, 骨盆骨折 2 例; 合并肝脏损伤 5 例, 脾脏损伤 8 例, 肾脏损伤 7 例, 膀胱损伤 3 例, 小肠损伤 2 例。

治疗方法

1. 西医药治疗: 对开放性骨折、软组织挫伤、行及早彻底清创, 对合并损伤的脏器行手术修补或摘除。输血、输液补充血容量, 纠正休克, 抗感染。对伤后时间短, 软组织污染轻、病人情况允许, 骨折周围血循环供应良好, 进行内固定术, 术后再加杉木皮小夹板局部外固定或行牵引。

2. 中医药治疗: 创伤初期, 根据临床表现, 按照局部与整体统一兼治的原则, 在西医手术后 2 天, 进行辨证分型论治, 即气耗血脱型用独参汤或参麦汤徐徐灌服或鼻饲, 以大补元气, 固脱生津; 瘀血内滞型, 按其瘀血部位, 用复元活血汤, 三逐瘀汤之类, 并口服七厘散或云南白药, 以活血化瘀; 血热壅盛型用加味犀角地黄汤或清心丸治疗, 以凉血化瘀, 泻火解毒。

治疗结果

优: 在 7 天之内生命体征平稳, 15 天以内骨折断端有较多骨痂形成, 创面无感染, 治疗组 17 例 (53.1%),

对照组 8 例 (32%)。良: 7 天之内生命体征较平稳, 15 天以内骨折断端有少量骨痂形成, 创面稍有感染, 治疗组 13 例 (40.6%), 对照组 12 例 (48%)。差: 7 天之内生命体征不平稳, 15 天之内骨折断端无骨痂形成, 创面有严重感染, 治疗组 2 例 (6.3%), 对照组 5 例 (20%)。

讨 论

在处理骨折合并器官的损伤中, 遵循“肢体损于外, 则气血伤于内, 营卫有所不贯, 脏腑由此不和”这一局部与整体统一兼治的原则, 将创伤初期各种复杂的症状, 辨证分为气耗血脱, 瘀血内滞和血热壅盛三种症型进行论治。

创伤病人首伤气血, 气为血帅, 血为气母, 气损则血亏, 血脱则气亡。骨折、脏破、肉损、筋伤, 气血大量内损外溢, 造成亡阴亡阳。临床表现为神志昏迷, 面色苍白, 汗出如油, 脉微欲绝, 呼吸微弱, 血压低。属气耗血脱型, 此型死亡率较高, 治宜大补元气, 固脱生津, 用独参汤, 参麦汤或参附龙牡汤救治。骨折合并内藏器官损伤, 恶血未及时排出或消散而瘀滞于体内某一处。临床表现以疼痛为主, 痛如针刺, 痛处不移而拒按, 局部伤处有明显肿块, 且较坚硬, 皮色青紫, 有时可见口吐紫红色血块, 或解深黑色血便。舌色紫暗或有瘀斑瘀点, 脉象细涩。此为瘀血内滞型, 治宜活血化瘀, 使恶血去而新血生。复元活血汤、三逐瘀汤等祛瘀药有改变异常血液流变学和血流动力学, 促进微循环的改善, 同时还能调节组织的修复与再生。创伤初期由于清创不彻底, 或辗转入院时间太长, 引起伤口感染或腹膜感染, 火毒内攻, 血热壅滞。临床表现为身热烦渴或反不渴, 烦躁不安, 甚或谵语, 舌绛而干, 苔黄厚, 脉数。此辨证为血热壅盛型, 治宜在重新彻底清创或手术后, 并采用大剂量抗感染西药的同时, 用中药凉血散瘀, 清热解毒, 以加味犀角地黄汤为代表。总之, 中西医结合对骨折合并器官损伤初期的治疗, 西医按常规对症处理具有速效的特点。中医在整体观念指导下, 以辨证施治为基础, 旨在调整机体的生理机能, 消除骨折合并器官损伤后的病理反应, 从而达到治疗伤病的最佳效果。

(收稿: 1995-12-28)