

集,达到维持血管内血液正常生理功能、改善缺血区心肌的代谢紊乱和供血、增强心肌收缩力、提高心肌耐缺氧的能力、防治心肌缺血的再灌注损伤,降低急性心肌梗死和心源性猝死的发生率。总之,丹参酮 II A 磺酸钠可以抑制血小板聚集、稳定斑块、预防血栓形成、降低患者心绞痛发作的次数和改善患者静息心电图 ST 段的改变,其治疗不稳定型心绞痛的效果显著,安全可靠,无不良反应,值得推广

应用。

参考文献

- [1]高淑琴,董淑芬,吴金华.丹参酮 II A 磺酸钠治疗不稳定型心绞痛临床观察[J].中国医药导报,2009,6(30):54
- [2]孙明臣,李作吉,孙桂臻.丹参酮 II A 磺酸钠治疗不稳定型心绞痛疗效及 QT 离散度评价[J].中国医药前沿,2012,7(4):8-9
- [3]乙永林,杨静,葛长江.丹参酮 II A 磺酸钠治疗不稳定型心绞痛的疗效观察[J].实用心脑血管病杂志,2009,17(12):1 087

(收稿日期:2013-10-10)

石淋验案四则

刘博飞

(江苏省南京市浦口区中医院 南京 211800)

关键词:石淋;辨证论治;医案

中图分类号:R256.52

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.040

梁德进行医五十余载,治验俱丰,有幸师承,亲聆教诲。现将其随诊治疗石淋医案整理于下,以飨同道。

1 疏肝散结化石

患者女,39岁,因纠纷争吵后右少腹阵痛,血尿,伴胸闷气阻月余,B超示:“右输尿管中段 0.2 cm× 0.4 cm 结石数枚”。给排石冲剂、阿托品及安定、硫酸镁等治疗无效,日不思食,夜不能寐,时时作逆,低声呻吟。刻诊:满面愁容,表情淡漠,精神抑郁,弯体倦卧,舌淡苔微腻,脉细而弦滑。此属肝气郁滞,石结下焦,治以疏肝利气,通淋化石。处方:柴胡、香附、郁金、旋覆花、姜半夏、厚朴各 10 g,金钱草、鸡内金、石见穿、车前草各 20 g,服 3 剂,腹痛消失,血尿停止,胸宽气畅,纳香夜寐。原方去姜半夏、厚朴,加海金沙、石韦、路路通各 20 g,服 9 剂时随尿排出沙粒样结石 4 枚,诸证全无,B超复查未见结石影。

案:师曰:肝苦急怒、喜理疏调、忿郁恼怒使肝郁气滞,气机失调,蕴结下焦,久久不散,则积而成石,形成上阻下塞之势。此治之法既有疏肝利气,通淋化石之理;又寓“提壶瓯盖,通达水道”之义,是中医治病大法之一,只有本标兼顾,方可疗效卓著。方中柴胡、香附、郁金、旋覆花、姜半夏、厚朴疏肝散结,散结水行;金钱草、海金沙、石韦、鸡内金、路路通、石见穿化石通淋。

2 温肾益火导石

患者男,54岁,左下腹隐痛伴尿频反复发作 1 年余,静脉肾盂造影示:左肾盂 1.4 cm× 0.7 cm 椭圆形结石影。服通石片、八正散等药均无效。刻诊:面色苍白,体寒怕冷,腰酸腿疼,搀扶来诊,舌苔薄白,脉细无力。证属肾阳虚惫,下元亏损,不能温化水液。治以温肾导石。处方:熟附片、炮干姜、巴戟天、鹿角片、仙茅、仙灵脾、黄柏、知母各 10 g,金钱草、石韦各 20 g。服 10 剂,面色稍润,腰直腹温,步行来诊。X 线复查示:结石下移至输尿管。原方加海金

沙、薏仁米各 15 g,服药 17 剂时排出绿豆大小结石 2 枚,诸证消失。

案:师谓:肾主水,是调节全身水液的枢纽,肾气旺盛,气化沸蒸,清开浊降。石淋之因,乃气化失常,下元亏损,水湿滞积,久则成石。强实之体,可用清热通淋排石之剂;虚弱之身,清热通淋之剂往往无效,长期服用,非但不能排石,反耗伤肾阳,使气化不利,开阖失能,结石滞停。此时,必须投施温阳益火药味,以蒸沸气化,升清降浊则结石自出。附子、炮姜纯阳补肾,巴戟天、仙茅、仙灵脾、鹿角片振阳逐湿,加之金钱草、海金沙、石韦化石,肾气充盈,即可导石自出。

3 补气建中推石

患者女,40岁,发作性腹痛、血尿 4 年余,多次服用石淋通、五淋汤等药无效。肾盂逆行造影示:“右侧输尿管中段 0.9 cm× 1.0 cm 结石影。因重度胃下垂未能手术治疗。刻诊:面色少华,神疲气促,形寒肢冷,胃脘置用热水袋,舌苔淡薄,脉细而弱。证属中阳不足,化源匮乏,肾气失充,无力推石下行。治以建中推石。处方:党参、黄芪、白术、陈皮、升麻各 10 g,柴胡、干姜各 8 g,海金沙、金钱草各 15 g。服药 10 剂,胃脘畅适,手足稍温,纳增神振。原方加鸡内金、云茯苓各 10 g,服 14 剂时排出米粒样结石 3 枚,诸症悉除。

案:师云:排泌尿液,是清除体内湿热及驱除化生之糟糠。排尿之力,亦取水谷之精华。中阳不足,精华无生,溺泄无力,糟糠积而不弃,结聚成石,正谓“邪之而凑,其气必虚”之理。胃腑下脱,腐谷失司,脾失健运,谷精匮乏,又因药用渗利太过,更伐中阳,结石滞沉尿路。遵循“治病必求于本”的宗旨,投建中益胃、温脾复运之味。白术、陈皮、干姜、茯苓健脾益气,升麻、柴胡升举清阳。气足阳升,推石排出体外。

4 通腑逐瘀排石

患者男,32岁,阵发性少腹痛伴血尿 8 d,B超

示：“右输尿管下段 0.8 cm× 0.9 cm 结石影”。经服消火利石片及硫酸镁、654-2 等药无缓解。刻诊：少腹拘急，腹痛拒按，尿见血块，舌绛腻苔，脉弦数而滑。证属腑气阻塞，膀胱蓄血。治以通腑逐瘀排石。处方：桃仁、大黄、芒硝(冲服)、红花、当归、瞿麦、赤芍各 9 g，琥珀粉 3 g(吞服)，金钱草、石韦各 20 g，服药 2 剂，矢气频频，血尿停止。原方去芒硝、琥珀，加三棱、莪术各 10 g，连服 12 剂，夜尿时排出多棱状黄豆大小结石 1 枚，诸症悉平。B 超复查未见结石。

案：师述：湿热内蕴，移积下焦，煎灼成石，有因

热盛而致尿路涩燥，结石运行受阻而驻留，治疗上的唯一渗利，反致结石嵌塞尿管，损伤尿路脉络，瘀血与尿石互结，蓄血膀胱，闭塞腑气，这就是膀胱蓄血症。法宗《伤寒论》，宜用桃核承气汤下之。膀胱蓄血，法当通腑逐瘀，又因石结引发，尚须排石，故用桃核承气汤加通淋排石之味，疗效佳良。桃仁活血逐瘀，大黄、芒硝通腑荡实，红花、当归、赤芍、琥珀化瘀通淋，三棱、莪术散结理气。气顺瘀化，腑通石自排。

(收稿日期：2013-10-23)

腹部闭合性外伤脾破裂临床分析

董朝辉 薛军

(陕西省韩城市人民医院 韩城 715400)

关键词：脾破裂；急诊处理；外科治疗

中图分类号：R657.62

文献标识码：B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.041

脾破裂在腹部闭合性创伤中占 30%，严重脾破裂患者，其死亡率高达 10%^[1]。因此，在腹部闭合性外伤脾破裂临床处理中，必须采取准确的诊断方式，进行及时的急诊处理，根据患者具体病情，采取手术或保守治疗方法，以降低并发症发生率，提高患者生存率。为探索腹部闭合性外伤脾破裂临床诊治水平，笔者对本院 2010 年 1 月~2013 年 10 月收治的腹部闭合性外伤脾破裂患者的临床资料进行回顾性分析。现报道如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2010 年 1 月~2013 年 10 月本院收治的 60 例腹部闭合性外伤脾破裂患者的临床资料，其中男 34 例，女 26 例；年龄 14~75 (38.46± 2.46) 岁；入院就诊平均时间为 (2.34± 0.34) h；伤后平均失血量为 (2 577.33± 533.67) mL；单纯脾破裂 28 例，合并休克、骨折、液气胸、小肠破裂等各种外伤 32 例；致伤因素：交通事故伤 22 例，打击挤压伤 14 例，高处坠落伤 13 例，其它 11 例。

1.2 临床表现 腹部闭合性外伤脾破裂患者大多合并压痛、腹胀、恶心呕吐、胸痛胸闷、四肢厥冷、脸色苍白等症状。严重者处于昏迷状态，合并重度颅脑损伤、腹膜刺激征等并发症。本组病例均给予腹部 B 超、CT 检查等方法确诊，同时进行诊断性腹腔穿刺，根据脾包膜裂口的长度与深度，判断腹部闭合性外伤脾破裂严重程度。

1.3 急救处理 首先严格观察患者病情变化，及时建立深浅静脉通路，采取快速补充血量抗休克措施，未配好血时给予患者静脉滴注适量生理盐水、5%葡萄糖注射液 500 mL、平衡液、高渗氯化钠液、代血浆等，以维持血压稳定，确保顺利配血输血。

1.4 治疗方法 60 例腹部闭合性外伤脾破裂患者中，15 例脾破裂 I 级患者采取非手术治疗，占 25.00%。指导患者卧床休息，进行抗感染、补充血容

量、纠正水电解质紊乱以及维持酸碱平衡等治疗，严格监测患者生命体征、腹部体征，1 d 内定时调整血细胞比容，记录 24 h 出入液体量等，监测 14 d。如患者出现生命体征异常、腹部体征加剧等症状，应及时中转手术治疗。采取手术治疗 45 例，占 75.00%。根据脾破裂的程度与部位，采取全脾切除术、脾修补术、脾部分切除、脾动脉结扎、脾切除脾片大网膜移植术等手术。

1.5 治疗结果 非手术治疗 15 例，痊愈 15 例，成功率为 100.00%；手术治疗 45 例，痊愈 43 例，成功率为 95.56%，死亡 2 例，病死率为 4.44%。死亡原因包括：患者年龄较高，脾破裂合并严重骨盆骨折、直肠膀胱破裂、腹腔积血、失血性创伤性等严重症状。

2 讨论

脾脏作为人体的重要免疫器官，脾脏破裂后会降低人体免疫功能，引发感染症状^[2]。脾脏损伤需要采取可行性的治疗方案，才能确保患者生命安全，保护脾脏的完整功能，改善患者自身免疫力，减少凶险感染的风险等^[3]。本研究给予腹腔内脏器损伤伴随休克的严重患者采取全脾切除术治疗，大部分患者采取脾修补术、脾动脉结扎、脾切除脾片大网膜移植术等保脾手术治疗，其余患者采取非手术保脾治疗。结果本组手术治疗患者死亡 2 例，病死率为 4.44%，死亡原因主要是患者高危高龄及多发伤脾破裂，导致手术失败，出现死亡。所有非手术治疗脾破裂的成功率为 100%。在外伤性脾破裂的手术治疗中，应坚持“抢救生命第一，保留脾脏第二”的急救原则，根据实际情况与患者病情严重程度，采取非手术治疗或保脾手术治疗。

本研究结果表明，非手术治疗患者痊愈率为 100.00%，手术治疗患者痊愈率为 95.56%，治疗成功率较高。综上所述，在腹部闭合性外伤脾破裂临床治疗中，应采取 B 超或 CT 检查确诊患者病情，结合