

应用生化汤的点滴体会

赵秋玲*

生化汤是妇科治疗产后疾病常用的方剂。主治产后恶露不行,小腹冷痛。恶露是产后阴道排出的瘀浊败血之物,一般在 2~3 周内排净。产后正气虚弱,寒邪乘虚而入,寒凝血滞,瘀血留于胞宫。寒为阴邪,性主收引,故小腹疼痛,寒凝血瘀,则恶露不下。组成:当归八钱,川芎三钱,桃仁三钱,炮姜一钱,炙甘草一钱。

早在明代《景岳全书·古方妇人门》中即有:“凡胞衣不下或血冷、气闭、血枯气弱等症,连服生化汤二、三剂即下……”的记载。清代《傅青主女科》云:“生化汤新产之剂,而血块之圣药也,凡当新产痛未除或有他病,总以生化汤为主随证加减,不可拘于贴数,一昼一夜必连服三、四剂,服至病退方止。”此方在现代临床也是常用方。在临证中生化汤除了对产后恶露不净或胞衣不下有一定疗效外,对产后子宫复旧不良、产后宫缩痛、人工流产后及流产后阴道出血不止等均有很好的疗效。下举两个病例治验。

例一:白某,女,25 岁,干部,孕 1 产 1。主要症状:足月产后 45 天,仍少腹冷痛,拒按,阴道时有少量暗紫色液体排出,有时有血块,食欲尚可,二便自调。舌质暗紫苔薄白,脉细涩。B 超示:子宫正常略大,双附件(一)。中医辨证为产后气虚,寒凝血瘀。遂用生化汤加党参 15g,益母草 15g。每日 1

剂,服用 3 剂后来复诊,谓服完药后,阴道流出许多血块,腹痛减轻。又在前方中加黄芪 20g,服用 3 剂,血净,腹痛止。

例二:高某某,女,32 岁,教师,孕 3 产 1。主要症状:怀孕 52 天,行人工流产术,术后 19 天,仍阴道少量出血,有血块排出,色暗红,伴腹痛,纳可,二便自调。舌质淡红苔白,脉弦滑。B 超示:子宫正常大小,双附件(一)。中医辨证为:气滞血瘀。处方:生化汤去甘草,加制香附 10g,益母草 15g,牛膝 12g。每日 1 剂,服药 3 剂后,阴道流血止,腹痛消失。

体会:生化汤是一个祛瘀生新的方剂,其“生”与“化”是对立统一的,生新化瘀,瘀不去,新不生,为化瘀推陈之法,寓生新于补血之内,生新不致于留瘀,化瘀不致于损营,此即生化之妙用。故不论产后还是流产,如有组织残留或恶露不清,必须促其全部排出。

“若欲通之,必先充之”,方中重用当归,补血活血,祛瘀生新为主药,使气血充沛,脉道满盈,血液环流才能畅利,瘀血才能疏通;川芎活血行气,桃仁活血祛瘀生新,均为辅药;炮姜性温入血,一面助芎、桃温通瘀血,一面和甘草温中止痛。药简效捷,合用以奏活血化瘀、温经止痛的功效。使瘀血去,新血生,诸症自然可愈。

* 内蒙古自治区鄂尔多斯市中心医院中医内科(017000)

先期安胎法治疗继发性不孕症

吕德洪¹ 卢明星²

1 继发性不孕症

继发性不孕症有别于原发性不孕症,患者均为有生育史或流产(包括人流、引产)、死胎、滑胎或长期避孕(包括口服药、宫内节育器等)病史,而在无任何避孕条件下连续两年未受孕者。继发性不孕症的病因较为复杂,如多次的人工流产、引产、放环取环等,引起子宫内膜的破坏及感染,避孕药物引起的内分泌失调及滑胎、死胎、难产、宫外孕手术等导致全身机体的损伤等等。以上诸多因素,按中医辨证应包括冲任损伤、肝肾两虚、气滞血瘀、湿热(寒湿)蕴结等。

2 先期安胎法

先期安胎法是指患者在未明确诊断为妊娠时,采用安胎的方法,从而起到治愈不孕症的目的。宫内节育器避孕的原理是改变子宫内环境,干扰受精卵在宫腔内着床,反之只要改善子宫内环境,即可达到受孕的目的。此外,因为造成继发不孕症的主要原因是受精卵在宫腔内着床的困难,从而过早地排出体外。如果能在受精卵形成前进行前期干预,则可收到事半功倍的效果。

先期安胎饮组成:熟地黄 12g,怀山药 12g,当归 20g,酒白芍 10g,杜仲 10g,川续断 10g,桑寄生 12g,红参 10g(或党参 25g),炙黄芪 25g,焦白术 10g,枸杞子 10g,干胎盘 6g(研末分吞)。

加减法:肝郁者加柴胡 10g,黄芩 10g;胃寒者加陈皮 6g,砂仁 5g。煎服法:每日 1 剂,以文火煎 40~60min,分 2 次服用。方解:本方重用红参、黄芪、胎盘等大补精血,当归、熟地黄、白芍养营生血;川断、桑寄生、杜仲补肾固胎;加白术、

山药、枸杞子等通补五脏;使脏腑充实,则其胎自固。

服先期安胎饮注意事项:①注意用药时间,一定要在排卵期前后服用。一般用药 5~10 天。②服药期间忌食萝卜、豆腐及辛辣、生冷食品。③患者应注意休息,切忌繁重劳动和剧烈运动,并注意增强营养。④排卵期后应减少性生活,最好在月内要避免性生活。⑤部分妇女在排卵过后 1 周内即可出现恶心呕吐、喜食酸味等早妊反应。这说明预测早妊时间有时可比早妊测试提前约半个月。更须注意少数孕妇有激经现象,应细加辨认。⑥于下次月经来潮前,切忌盲目使用破血调经之药,如桃仁、红花、川芎、大黄、芒硝、益母草、蒲黄等。有经前综合征如乳胀、腹痛者除外。⑦若下次经潮,证明未孕。则当于下次排卵期后再用先期安胎饮,一般 2~3 周期即可受孕。若过此无效者,当另图他法。⑧如有月经异常或排卵功能障碍者,则首当调经或促排卵药物治疗,待经水正常,排卵正常后再用本法治疗。⑨原发性不孕症,如证型与本方相符者,也可用本方试治。

3 病例介绍

卢某,26 岁,2002 年 7 月 10 日初诊,患者于 24 岁前曾意外怀孕,作人工流产两次,两年未孕,夫妇双方身体健康。患者月经周期正常,无痛经,刻诊:脉象沉细,形体稍胖,小腹不温,经水适净 2 天,拟温肾助孕法。予先期安胎饮去胎盘,加艾叶 6g,阿胶 10g,川芎 10g,定坤丹 1 粒,服 5 剂。7 月 16 日复诊时,予先期安胎饮原方 5 剂至下周期月经未至,并有妊娠恶阻现象,经早妊测试已孕,十月后顺产一男。

陈某,38 岁,2005 年 8 月 20 日初诊。23 岁时已生一女,

放环12年,2003年安排生二胎,取环两年未孕,曾多方求治无效,刻诊:脉弦滑,舌苔白润,质淡而不华,询其月经将潮,伴两乳作胀,小腹胀痛,既往经量不多并伴有血块。辨证属脾肾阳虚,肝虚气滞。拟调补肝肾,益气养血,佐调肝化瘀。予当归30g,川芎10g,红花6g,丹参15g,益母草15g,桃仁10g,肉桂6g,熟地黄12g,柴胡10g,枳壳10g,土鳖虫10g,赤芍、白芍各10g,沉香4g,炙甘草10g,定坤丹1粒5剂。嘱经净1周后复诊,复诊时察脉象沉细,苔白舌淡,予先期安胎饮原方7剂。三诊时经净,腹痛已失,经量也增,仍予前方增损5剂。至经净后1周再服先期安胎饮7剂,至下个月经周期经水未至,半月后测试已孕,后顺产一男。

4 体会

保(安)胎药主要用于先兆流产和习惯性流产及早产、难产等,目的是为了改善胎儿生长的内环境,而用以治疗不孕症,则是中医学治未病思想的具体体现。诚然,胎动不安与不孕症,二者表现不同,用药规律有别,应根据不同证型辨证施治,但二者有共同之病机,如辨证相同或相似者,用同法治疗者也每每多见,此所谓异病同治之法也。此外,成药定坤丹处方周到,用药精良,为治疗月经不调及不孕症之良药,对症选药每可获效。但应注意用药时间,切忌在排卵后期服用,其理由已如前述。

1 浙江省兰溪市卫生进修学校(321100);

2 浙江省东阳市工人路71号

陈氏正骨治疗肩关节脱位经验

陈文龙*

笔者在家传陈氏正骨术和多年从事骨伤工作的基础上,采用改良靠背椅复位法治疗肩关节脱位数例,取得了满意疗效,现总结报告如下。

1 临床资料

本组36例,男26例,女10例。年龄12~64岁,平均31岁。伤后就诊时间30分钟~25天。其中左肩15例,右肩21例,均为闭合性脱位。外伤性脱位34例,习惯性脱位2例。外伤性脱位合并肱骨大结节骨折21例,合并腋神经麻痹症状1例,合并臂丛神经麻痹症状3例,原有肘部陈旧性损伤肘关节不能伸直2例。

2 治疗方法

患者侧身坐于靠背椅上,并于患侧腋部衬厚衣被垫或软枕,置于靠背椅横档上,患侧胸壁贴椅靠背,由一人扶定患者和椅。以右肩关节脱位为例,术者立于患侧,以左手握伤肢腕部,使患者上臂轻度外展并屈肘90°,以右手虎口缓缓用力下压伤者肘窝,同时以左手轻轻左右摇摆前臂,使上臂反复做内外旋动作,在此过程中往往可感到或听到肩关节部“咯噔”弹响,即证明脱位复位。如未复位,可左手推伤者腕部加大上臂外旋角度,然后使肘部下垂或略内收,同时内旋上臂,即可复位。

3 治疗结果

全部患者均1次整复成功,21例合并肱骨大结节骨折者,骨

折均随肩关节脱位的复位而复位,成功率100%。经随诊,无一例出现医源性损伤,原合并腋神经、臂丛神经麻痹症状复位后神经症状均有不同程度减轻,数天后消失。

4 讨论

肩关节脱位又称“肩胛骨出”、“髃骨骺失”或“肩骨脱臼”。靠背椅复位法最早记载于唐代《仙授理伤续断秘方》,其原理是在牵引下利用椅背为支点的杠杆作用使肩关节复位,但因其牵引力及局部的杠杆作用力均较大,复位粗暴,易造成医源性损伤。陈氏正骨术将传统靠背椅复位法所惯用的伸肘位拔伸牵引改为屈肘位、肘部下压牵引,再配合旋转等手法以利于复位。有以下优点:患者屈肘位牵引,使肱二头肌松弛,较直肘牵引省力;摇摆前臂使上臂反复做内外旋动作,可抑制肌肉痉挛,松弛肩袖,同时可解除肌腱、肌肉及关节囊等对肱骨头的嵌顿和阻挡,也有利于解除陈旧性脱位的粘连,缓解肌肉痉挛,有利于复位;遇到有肘部畸形、不能伸直的患者时,采用传统方法肘关节伸直位牵引易引起患者肘部疼痛不能耐受,甚至造成肘部损伤,本法屈肘位牵引无此弊端。本法操作简单,操作过程无需特殊设备条件,较传统方法省时省力,复位成功率高,方法简单,值得推广。

* 河北省望都县中医院骨伤科(072450)

临床治愈多发性大动脉炎导致重度心衰1例

张建军* 左爱欣* 杨步军* 李振刚* 张叶芳* 指导:雷小明*

患儿王某,女,12岁,山西省高平市人,汉族,主因“活动后气短、乏力1年余,加重伴干咳、夜间阵发性呼吸困难1个月”于2005年8月2日收入我科。患者2004年7月感冒后出现活动后气短、乏力,就诊于当地医院,查心脏彩超后发现心脏扩大,诊断为“扩张型心肌病”,给予强心、利尿等治疗2个月(具体用药不详),效果不佳,转至北京某医院仍以“扩张型心肌病”入院治疗,气短、乏力症状缓解,出院后口服地高辛等药物维持治疗。但因患者病情不稳定多次到北京重复治疗,于2005年7月患者以上症状再次加重,并出现干咳、夜间阵发性呼吸困难而就诊于我院。经心脏彩超及周围血管检查,以“多发性大动脉炎(混合型)”为主要诊断收入我院治疗。

体格检查:体温、呼吸及心率均正常,左上肢及双下肢脉搏未触及搏动,右上肢血压70/50mmHg,左上肢及双下肢未测

及血压;右颈动脉可触及收缩期震颤,听诊可闻及III级收缩期血管杂音,左侧颈总动脉可闻及II级收缩期血管杂音,约第8~11胸椎两侧可清晰闻及III级收缩期血管杂音;心尖搏动最强点位于左锁骨中线与第6肋间交点外2cm,心律齐,二尖瓣、主动脉瓣、肺动脉瓣听诊区听诊可闻及II级收缩期吹风样杂音;肝于右肋下2cm可触及,触痛明显。辅助检查:血沉58mm/h, C-反应蛋白31.5mg/L,纤维蛋白原5.45g/L。心电图示:V₁导联S波3mV, V₅导联R波5.6mV, V₄、V₅、V₆导联T波倒置。双侧颈动脉、锁骨下动脉彩超示:符合大动脉炎血管改变,双侧颈动脉内膜弥漫性增厚,左颈总动脉内膜最厚达1.8mm,右颈总动脉内膜最厚达2.3mm,左侧锁骨下动脉远端未测及血流信号,心脏彩超示:左心室65mm,左心房32mm,左室后壁13mm,EF29%,二尖瓣轻度关闭不全;三尖瓣重度关闭不全。