

然后涂在单层纱布上,以纱布网眼消失为度。取皮完毕,速将白及纱布覆盖于皮区创面上,再以湿热盐水纱垫覆盖,稍加压力5分钟。如为头皮创面则待全部手术结束后再揭去盐水纱垫,采用半暴露,其他部位创面则用多层纱布绷带加压包扎,3日后也可采用半暴露。

使用白及纱布覆盖创面,其渗出停止最快为敷贴后3分钟,最迟20分钟。以头皮创面为例,本组与凡士林对照组比较,前者术后不需灯

泡照烤,愈合时间较后者缩短3~5天。而后者则需用100W灯泡照烤24~48小时。

白及有较强的吸附、收敛、止血、生肌作用,配以当归炭养血活血、祛瘀生新;冰片有凉血止痛、消炎(对金葡菌有抑制作用)之功。该糊剂因含有多量粉末成分,故可吸收分泌物,且大量粉末在基质中形成孔隙,不妨碍皮肤的正常排泄。白及纱布作用多在皮区创面的表层,在渗出液较多的创面上使用较好,且洁净而极易洗去。

## 耳穴贴压配合梅花针叩刺治疗青少年 屈光不正 200 例疗效观察

程红锋<sup>1</sup> 马玉英<sup>2</sup>

近年来笔者在原应用耳穴贴压活血增视丹的基础上,配合局部涂擦活血增视液及梅花针叩刺特定经穴部位治疗青少年屈光不正200例,392只眼,疗效显著,现总结如下:

### 1 临床资料

本组200例中,男性83例,女性117例。年龄5岁以下9例,6~12岁91例,13~15岁51例,16~18岁36例,19~25岁13例。392只患眼中视力0.01~0.120只(5.1%),0.12~0.1564只(16.33%),0.2~0.3144只(36.73%),0.4~0.5101只(25.77%),0.6~0.863只(16.07%)。200例中近视178例(89.0%),远视8例(4.0%),弱视14例(7.0%)。

### 2 治疗方法

取生王不留行籽微火炒熟后加入红花、菖蒲等,熏制后称活血增视丹;把当归、红花等药浸泡在95%的酒精液中,其药液称活血增视液。

耳穴贴压分为4组穴位:(1)新眼<sub>1</sub>(在内分泌穴区内屏间切迹的边缘处)、新眼<sub>2</sub>(在食道、贲门、肺三穴区交界处)、新眼<sub>4</sub>(在结节穴区的中点内侧面)、肝、眼;(2)新眼<sub>1</sub>、新眼<sub>2</sub>、枕、目<sub>2</sub>、后眼<sub>1</sub>(在耳后下背V字型的凹陷处);(3)新眼<sub>1</sub>、新眼<sub>2</sub>、肾、目<sub>1</sub>、明亮(在耳背后相当于耳背肝处的凹陷处);(4)新眼<sub>1</sub>、新眼<sub>2</sub>、新眼<sub>3</sub>(在三角窝中1/3靠近后1/3交界处中点)、额、后眼(在耳垂眼穴相对的耳垂背后)。每周依次取1组穴。取0.8cm×

0.8cm胶布,将活血增视丹贴于双侧耳穴上,留置5天,每天自行按压4次,每次每穴按压20遍。每次贴压后,于第5天晚上自行取下,然后需要休息2天,再接受下一次治疗。

梅花针叩刺合谷、项部(从枕骨至大椎之间向外旁开一横指处)、风池、外关、百会。叩刺部位事先涂活血增视液,后用梅花针叩刺至局部发红为度,每日施治1次。10次为1疗程。

### 3 治疗结果

采用标准对数视力表测定视力。临床痊愈:视力达到1.0以上者;显效:视力提高6行以上者;无效:视力无改善或虽有改善但未达6行者。

即时疗效:本组200例(392只眼),平均治疗19天,全部有效。其中痊愈372只眼(94.90%),显效20只眼(5.10%)。其中近视178例,349只眼,获临床治愈333只眼(95.42%),显效16只眼(4.58%)。远视8例16只眼,获临床治愈16只眼(100%)。弱视14例,27只眼,获临床治愈23只眼(85.19%),显效4只眼(14.81%)。

远期疗效:保持联系者为118例(236只眼),其中已停止治疗3~5个月77只眼,6个月~1年124只眼,1年以上者33只眼。经随访,234只眼疗效稳定,占99.15%;2只眼视力下降至0.8,占0.85%。

### 4 体会

临床结果证明,耳穴贴压配合梅花针叩刺能有效地治疗青少年屈光不正,同时也观察到某种情况下,屈光度的减少与视力的提高不成正比,其机理有待于进一步观察研究。

1 中国中医研究院针灸研究所,北京东直门内北新仓18号(100700)

2 北京针灸骨伤学院

收稿日期:1996-05-10;修回日期:1996-09-20