

黏,纳差,便溏,舌质淡胖或紫暗,脉弦滑。在此期就诊的有 14例,18只眼。④干血期:干血期多于病后 3个月以上出现。眼底表现见大部分出血吸收或完全吸收,遗留少许死血块,或仅为机化灶,或玻璃体内大量机化物。全身症状:多伴有腰膝酸软,眠差,舌红,少苔,脉细数。在此期就诊的有 29例,40只眼。

1.3 治疗方法

1.3.1 中医分期辨证施治 ①出血期:治宜凉血止血活血,因在初期多与火热有关,故需辨明实火或虚火,在止血基础上兼以泻火或清热。而且在止血时应注意眼底出血的特点,即给眼底离经之血一条出路,止血剂中应掺入少量活血之品,使其止血而不留瘀。常用生蒲黄汤加减,本方具有止血而不留瘀之效。药物组成:生蒲黄、白茅根、丹参各 30g 生地黄、荆芥炭各 15g 牡丹皮、川芎、郁金、川牛膝、仙鹤草各 10g 若为实火加龙胆草 10g 虚火者加银柴胡 10g ②瘀血期:治宜活血化瘀兼以行气或益气。常用血府逐瘀汤加减,活血化瘀,又能行气解郁,活血不耗血,祛瘀又生新。应用时少佐止血之品,预防活血化瘀之剂引起眼底再次出血。方药组成:丹参 30g 桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、枳壳、柴胡、郁金各 10g 生蒲黄 20g 气虚者加黄芪、党参各 20g ③死血期:治宜破血祛瘀、化痰利水。常用五苓散合血府逐瘀汤加减。五苓散化痰利水,血府逐瘀汤活血化瘀,少佐温通经脉之品使水得温则行。方药组成:茯苓、猪苓各 20g 丹参 30g 当归 15g 泽泻、车前子、桃仁、红花、川芎、赤芍、枳壳、柴胡、三棱、莪术、浙贝母各 10g 桂枝 5g 地龙 10g ④干血期:治宜扶正散结,注意恢复视网膜功能及清除眼底机化物。临时时应辨明气血、脏腑之虚。常用陈氏驻景丸加减或者八珍汤加减。前方具有平补肝肾、活血散结之功,寓滋补与活血散结于一体,疗效卓然。方药组成:楮实子、丹参各 30g 枸杞子 20g 菟丝子、茺蔚子各 15g 郁金、木瓜、车前子、炒山楂、鸡内金、浙贝母、僵蚕各 10g 血虚者加阿胶、当归各 10g 气虚者加黄芪、太子参各 20g 后者是气血双补良方,可随证加减。

1.3.2 其他治疗 在观察期间,控制全身基础病,予降压、降血糖或者对症处理,出血期多配用云南白药胶囊 0.25g 每日 3次,而在死血期或干血期出现无灌注区或者新生血管性青光眼时多配合眼底激光治疗。

2 结果

2.1 疗效标准

按照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》。治愈:视网膜出血基本吸收,视力提高到发病前水平,荧光血管造影静脉壁无渗漏,无并发症;好转:视网膜出血部分吸收,荧光血管造影渗漏减少,视力提高 2行以上;无效:视网膜出血或玻璃体积血无减少,或增多,视力无提高,黄斑出现囊样变性,继发新生血管性青光眼等严重并发症。

2.2 结果

80例 104只眼,疗程为 7~69天,平均为 31天。治愈 20只眼 (20.80%),好转 72只眼 (77.88%),无效 15只眼 (12.48%)。

3 讨论

眼底出血性疾病是临床常见致盲眼病之一。本病发病较急,病程较长,严重危害视功能,西医往往效果不佳。本病类似中医“视瞻昏渺”,“云雾移睛”、“暴盲”等,属于“外不见症,从内而蔽”的内障范畴,笔者在临床中运用王明芳教授对眼底出血性疾病的“出血期、瘀血期、死血期、干血期”四期论治的学术观点,多有良效。而眼底出血作为多种眼部疾病的并发症之一,具有中医血证的发展规律并且具有眼科专科特点。《血症论》曰:“离经之血乃为瘀血”故治血必先以祛瘀为要,在治疗眼底病的出血必须审慎地根据每期的具体情况而选方用药,以明确各期的治疗原则和用药方向,方能止血宁血而不留瘀血,活血祛瘀而不伤正气,扶正补虚而修复受损网膜的功能,从而达到提高视力的目的。

* 四川省第二中医医院眼科 (610031)

中药痛消饮治疗痛经 200例

张 君 满*

痛经是妇女的常见病、多发病,也是妇科的急症之一,自 2006年以来,我们采用本院制剂痛消饮治疗痛经 200例,并与服用痛经宝颗粒 100例作对照,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

所选病例均为我院妇科门诊患者,按就诊先后顺序随机分为治疗组与对照组。治疗组 200例,年龄 14~36岁,平均 (21.2±0.6)岁;病程 5个月~8年,平均 (3.2±

1.1)年。对照组 100例,年龄 15~38岁,平均 (22.1±0.5)岁;病程 6个月~8年,平均 (3.1±1.2)年。两组患者年龄、病程比较均无统计学差异 (P>0.05),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照《妇产科学》及《实用妇产科手册》有关内容制定。

2 治疗方法

治疗组予以中药痛消饮(由本院制剂科按照制剂工艺流程制备而成,药物组成:乌药、小茴香、干姜、肉桂、巴戟天、当归、丹参、白芍、五灵脂、蒲黄、延胡索(打)、川楝子、苍术、黄柏、土茯苓、薏苡仁等,每袋 150ml)治疗。对照组给予痛经宝颗粒(河南省宛西制药股份有限公司生产,国药准字 Z41021972)治疗,均于经前 7~15天开始,每次 1袋,早晚各 1次温服或温开水冲服,经期停药,每个月经周期为 1个疗程,3个疗程观察疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参照《中医病证诊断疗效标准》及《中药新药临床研究指导原则》制定。痊愈:治疗后痛经消失,停药后 3个月未反复;有效:治疗后痛经明显减轻,停药后 3个月未加重;无效:治疗后痛经无变化。

3.2 治疗结果

治疗组 200例,痊愈 158例,有效 31例,无效 11例,总有效率 94.50%;对照组 100例,痊愈 52例,有效 21例,无效 27例,总有效率 73.00%。两组总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

4 讨论

痛经是妇女的常见病、多发病,分原发性痛经与继发性痛经两种,本病属中医学的“经行腹痛”范畴。西医对痛经的治疗,多采用解痉镇痛疗法,虽止痛作用快而强,但较为短暂,且有一定的副作用。近些年来,中药治疗痛经的种类繁多,如月月舒冲剂、延胡索止痛片、妇女痛经丸等。多认为痛经的病因只是由于气滞血瘀所引起,治疗只是遵循“不通则痛,痛则不通”的原则,单以活血化瘀疗法。而临床发现痛经以实证、寒证居多,“寒湿凝滞、气滞血瘀”为其主要病机,病因多以受寒、饮冷、淋雨导致,故治则应以行气活血、散寒除湿、化瘀止痛为主。方中乌药、干姜、肉桂温经散寒,当归、白芍养血和血,小茴香、丹参、五灵脂、蒲黄、延胡索、川楝子理气活血止痛,苍术、黄柏、土茯苓、薏苡仁等理气燥湿,巴戟天温阳化湿,诸药合用共奏行气活血、散寒除湿、化瘀止痛之功效。临床观察表明,痛消饮治疗痛经疗效确切,且远期疗效较好,值得临床推广。

* 河北省衡水市中医院妇科 (053000)

从阴虚内热论治青春期后下颌痤疮伴白带异常 120例

张 玲*

颌从 1997年以来,发现大于 25岁的女性下颌出现痤疮(面部其他部位无或很少)的患者不断增多,大多数还伴有白带异常,而且易反复发作,部分患者在青少年时期面部无或很少出现痤疮。从中医辨证角度去观察,这部分患者大多为阴虚内热型体质,以此为着眼点,结合西医的相关诊断、检查和诊治方法,探讨其病因病机及治疗。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择标准

入选标准:年龄 >25 岁的女性患者,其痤疮位于下颌部位,符合寻常型痤疮的诊断标准,并按 Pillsbury分类属轻度和中度,轻度主要表现为下颌散发的粉刺和炎性丘疹;中度为在轻度的基础上炎症皮疹增多和伴有脓疱。中医辨证属阴虚内热体质,表现为手足心热,平素易口燥咽干,鼻微干,口渴喜冷饮,大便干燥,小便短赤,舌红少津少苔,唇红微干,皮肤偏干,面部有烘热感,脉细或数。同时伴有异常白带,用西医妇科对异常白带的诊断标准进行相关检查和诊断,主要为滴虫、霉菌和加德纳菌感染。对异常白带进行中医辨证为肾阴虚证,和本为肾阴虚证而标为湿热(毒火)证者。肾阴虚型:带下赤白,质稍黏无臭,阴部灼热,或面部烘热,五心烦热,失眠多梦,便坚尿黄,舌红少苔,脉细数。湿热(毒)型:带下量多,色黄或黄白,质黏腻,有臭气,胸闷口腻纳食较差,或小腹作

痛,或带下色白质黏如豆腐渣状,阴痒等,小便黄赤,舌苔黄腻,或厚,脉濡略数。

排除标准:青春期或青春后女性除下颌痤疮外面部其他部位痤疮的患者,虽有阴虚内热型体质的表现,但同时还有月经量少,月经不调,汗毛较常人多,经检查有多囊卵巢的患者;妊娠或哺乳期妇女;两周内曾系统使用过抗痤疮的药物;两周内面部曾外用过抗痤疮的药物。

1.2 一般资料

所有病例均来自 1997年 10月~2007年 10月本院皮肤科门诊,共计 255例,所有患者采用随机法分为治疗组和对照组,治疗组 155例,其中痤疮轻度 60例,中度 95例,年龄 26~50岁,平均 (32.8 ± 3.3) 岁,病程 2~13年,平均 (2.5 ± 0.7) 年,异常白带复发病史 2.5~14年,平均 (2.9 ± 1.2) 年,白带异常先于下颌痤疮的出现。对照组 100例,其中痤疮轻度 39例,中度 61例,年龄 27~49岁,平均 (32.9 ± 3.2) 岁,病程 2~13.5年,平均 (2.6 ± 0.6) 年,异常白带复发病史 2.2~13.9年,平均 (2.8 ± 1.3) 年。2组患者年龄、病程、病情差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.3 治疗方法

治疗组:下颌痤疮的女性患者同时有白带异常属肾阴虚证者用消痤疮汤加减,以滋阴补肾、通便泻火、凉血活血。白带异常有湿热(毒)的临床表现者,则在消痤疮方中