

细胞聚集率无明显变化, 统计学处理  $P < 0.01$ , 无显著性差异。

表 3 治疗前治疗前后血液流变学情况变化表

项目	治疗前	治疗后	P 值
全血黏度(mPas) 切变率(1/S)	低切 200	8.15 ± 2.11	5.91 ± 2.11 P 0.01
	高切 1	25.29 ± 3.41	20.18 ± 2.39 P 0.01
血浆黏度(mPas) 100	2.12 ± 0.82	1.72 ± 0.62	P 0.01
红细胞压积	0.59 ± 0.13	0.56 ± 0.12	P 0.01
红细胞刚性指数	7.31 ± 1.10	7.23 ± 1.12	P 0.01
红细胞聚集指数	5.61 ± 1.32	5.58 ± 1.24	P 0.01
血小板聚集率	68.25 ± 6.56	61.35 ± 6.24	P 0.01
纤维蛋白原(g/L)	5.91 ± 0.61	4.32 ± 0.49	P 0.01

### 2.5 对血浆内皮素的疗效

对治疗组 22 例患者治疗前后血浆内皮素的测定, 由治疗前的 68.16 ± 7.58 下降到治疗后的 54.18 ± 6.89, 统计学处理  $P < 0.01$  有限显著性差异。

### 3 讨论

根据多年的临床观察, 我们认为高血压病的病因病机可归纳为风、火、痰、瘀、虚, 由此引起的清窍失养是高血压病发生的主要机理。风、火、痰、瘀为标, 肝肾阴虚为本, 其病位在清窍, 与肝、脾、肾三脏功能失调密切相关。标实证方面应重视瘀的存在, 本虚方面应注意肾虚的存在。吴氏统计临床以虚证为多, 共占 76.67%, 而虚证又以肾虚为多见。标实证中, 阳亢、肝火、痰阻、血瘀、瘀血阻络及虚证夹瘀血阻络占 58.89%。本方以清肝熄风, 涤痰利湿, 活血通络, 滋补肝肾为法, 以苦丁茶、地骨皮、地龙、杜仲、淫羊藿、牛膝、车前子、荆芥等组方。苦丁茶清热散风, 清头目, 化痰, 除烦止渴。《中国医药大词典》: “散肝风, 清头目……”, 《本草再新》: “清食化痰, 除烦止渴, 利小便, 去油腻”。药理研究证明苦丁茶具有降压和减肥, 增加冠脉血流量, 降低脑血管阻力作用。地骨皮, 能去下焦肝肾虚热, 研究证明有降压作用; 地龙清热化痰, 平肝通络降压; 杜仲滋补肝肾降压; 牛膝补肝肾, 活血通经降压; 车前子, 利水渗湿兼清肝目降压。淫羊藿甘温, 补肾助阳, 现代研究具有活血益精作用, 并且具有扩张外周血管和倍他受体阻滞样作用。荆芥, 入血分, 可引方内其他药物上达头部, 也可疏散郁热而清头目, 以达祛风活血通络。全方寒温并用, 补泻兼施, 药物平和, 共奏清肝熄风, 涤痰利湿, 活血通络, 滋补肝肾之功效。

通过临床观察, 表明苦丁降压液具有改善高血压的临床症状, 降低血压、降低血脂, 改善血液流变性, 减低血浆内皮素的作用。其降压疗效与硝苯吡啶相似, 而对高血压所致的眩晕、头痛、头重、腰膝酸软、耳鸣、烦躁等症状的改善作用优于对照组。

(收稿日期: 2000-07-15)

## 中医辨证治疗崩漏 46 例临床观察

钱真 王志刚

(天津南开中医院 300101)

中图分类号: R271.12 文献标识码: B

文章编号: 1005-7145(2001)01-0014-02

崩漏是月经周期、经期、经量严重失常的一种月经病。笔者曾辨证治疗 46 例, 疗效满意, 现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 资料:

观察对象均为门诊患者, 年龄最小 13 岁, 最大 55 岁; 其中 13~20 岁 20 例, 25~40 岁 14 例, 45~55 岁 12 例; 其中阴道流血时间 3 周以内者 30 例, 60 天以内者 12 例, 半年以上者 4 例。全部病例均在出血时就诊, 均符合崩漏诊断标准。

#### 1.2 方法

中医辨证为肾虚者 30 例, 血瘀者 10 例, 血热者 4 例, 脾虚者 2 例。

肾虚偏肾阴虚: 出血量少或淋漓不断, 色鲜红, 头晕耳鸣, 五心烦热, 失眠盗汗, 腰膝酸软, 舌质红, 少苔或无苔, 脉细数。治以滋肾养阴, 止血调经。方用左归丸加减: 熟地、山药、枸杞、山茱萸、菟丝子、鹿角胶、龟板胶、女贞子、旱莲草等。善后用二至丸、归芍地黄丸等调理。

肾虚偏肾阳虚: 出血量多或淋漓不断, 血色鲜红, 精神萎靡, 头晕目眩, 畏寒肢冷, 面色晦暗, 尿频而长, 大便溏薄, 舌淡, 苔薄白, 脉沉细或弱。治以温肾止血。方用右归丸加减: 熟地、山药、山茱萸、杜仲、菟丝子、鹿角胶、附子、赤石脂、五灵脂、禹余粮等。善后用乌鸡白凤丸等调理。

血瘀: 出血淋漓不断, 下血量多, 血中有瘀块, 小腹疼, 拒按。瘀块排除则腹痛减轻, 舌质暗红有瘀点, 脉沉涩或弦紧。治以活血化瘀。方用四物汤合失笑散加减: 当归、白芍、川芎、熟地、生蒲黄、炒蒲黄、五灵脂、茜草炭、阿胶珠等。善后用加味道遥丸、四制香附丸等调理。

血热: 阴道突然大量下血或淋漓日久, 血色暗红, 口干喜饮, 头晕面赤, 舌红苔黄, 脉数。治以清热凉血, 固涩止血。方用清热固冲汤加减: 生地、地骨皮、阿胶、黄芩、藕节、棕榈炭、炒山栀、地榆、灸龟板、牡蛎粉、甘草等。善后用二至丸等调理。

脾虚: 突然大量下血或淋漓不断, 面色恍白, 身体倦怠, 四肢不温, 少气懒言, 胸闷, 食欲欠佳, 大便溏, 舌体胖嫩, 脉细弱。治以益气固本, 养血止血。方用固本止崩汤加减: 熟地、白术、黄芪、炮姜、党参、升麻、山药、乌贼骨等。善用人参归

脾丸、乌鸡白凤丸调理。

## 2 结果

痊愈: 经过治疗后血止, 连续 3 个月经周期, 经期、经量恢复正常者; 更年期月经周期持续 3 个月以上正常或绝经者, 有 17 例。好转: 用药 1~2 个疗程, 经量、经期、月经周期虽能恢复或重建, 但停药后不能维持 3 个月经周期; 更年期经治后血止, 经期有所缩短, 经量有所减少者, 有 22 例。无效: 连接用药, 治疗 20 天无好转者, 有 7 例。总有效率为 87.78%。

## 3 讨论

崩漏作为妇科常见病, 多发病, 严重地危害妇女的健康。其主要表现为子宫非时下血, 或为崩, 或为漏, 或崩漏并见。崩最早见于《内经》: “阴虚阳搏谓之崩”。而漏始见于《金匱要略》, 有“漏下”、“崩中下血”的记述。《诸病源候论》首列“漏下候”, “崩中候”, 明确了崩漏的概念, 并观察到“崩中”和“漏下”可以并见。

崩漏虽有肾虚、血瘀、血热、脾虚等不同病变, 但无论病起何脏, “四脏相移, 必归脾肾”; “五脏之伤, 穷必及肾”, 均至肾脏受病, 可见肾虚是致病之本。而其病位在冲任, 变化在气血。故其治疗应本着“急则治其标, 缓则治其本”的原则。“谨守病机”, 结合临床见症, 采用塞流、澄源、复旧大法辨证论治, 即暴崩之际当塞流固本, 漏下不止当理血固本, 血势稍缓宜澄源固本。

崩漏以肾虚型为多见, 本文此型占 65%。肾是天癸之源, 冲任之本, 也是产生月经的根本。青春期少女, 年少肾气未充, 肾精未实, 冲任未盛, 封藏不固, 尚未建立稳固的月经周期。更年期妇女则肾精不足, 肾气衰惫, 亦有因手术不当, 损伤胞宫冲任, 以致肾虚者。《东垣十书·兰宝秘藏》云: “妇人血崩, 是肾水阴虚不能镇守胞络相火, 故血走而崩也”。

笔者在临床实践中体会到由于人是一个有机的整体, 因而在治疗时, 塞流之中要澄源, 澄源之中要塞流, 从澄源中去复旧。同时应针对患者所处年龄阶段不同, 结合其年龄阶段特点, 治法要有所侧重, 如青春期应重补肾气, 调理冲任。育龄期重在舒肝养肝, 调理冲任, 并兼补肾。更年期重在滋肾调肝, 扶脾以固冲任。出血是本病的主要见证, 而止血是治疗本病当务之急, 如叶天士所说: “留得一分自家之血即减少一分上升之火”。故提出: “崩漏初起, 宜先止血”。但崩漏其致病原因较多, 病情变化复杂, 应标本兼治, 不可不辨病因无视病情而专事止涩。临床上不宜见血就用止血之品, 而止血亦不是千篇一律用炭药止血。且临证采用凉血、养血、化瘀、理气、益气升提以达止血目的。同时还应注意凉血之品多苦寒, 久用重用易化燥伤阴, 阻碍脾阳, 应中病即止。收涩之品一般不宜用于出血早期, 瘀血未消者, 不能随便使用, 以免留瘀为患。总之, 在治疗中既要调整月经周期又要注意自觉症状好转, 要自始至终坚持整体观, 使各脏腑功能自然恢复。

(收稿日期: 2000-12-11)

# 中药离子导入 法治疗青少年近视的临床观察

邢桂霞

(天津中医药研究院附属医院 300020)

中图分类号: R 289.6 文献标识码: B

文章编号: 1005-7145(2001) 01-0015-02

近视是青少年学生中常见的一种屈光性眼病, 随着现在生活节奏加快, 学习紧张, 加之使用电脑的普及和看电视, 使眼调节力过度, 其发病率在我国逐年上升。我科今引进北京华医新技术研究所生产的 HY-D 型电脑中频药物导入治疗仪, 通过中药离子导入法治疗青少年近视, 效果较好, 现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料: 本组共 40 例(76 只眼)均为门诊病例, 其中男性 18 例, 女性 22 例; 年龄 7 岁至 19 岁, 平均 13 岁; 病程 2 个月至 5 年; 单眼发病 4 例, 双眼发病 36 例; 初诊视力 0.1 至 0.4 者 21 只眼, 0.4 至 0.6 者 25 只眼, 0.6 至 0.8 者 30 只眼, 治疗时间最短 6 次, 最长 30 次。

## 1.2 治疗方法

1.2.1 增视 3 号为导入液, 药物组面: 枸杞子、决明子、当归、太子参、石菖蒲、夜明砂、灵芝、冰片等。

1.2.2 导入方法: 将浸有增视 3 号药液的衬垫(约 40 层纱布, 周边较极板边缘余出 1cm 左右)紧贴患眼, 令患者轻轻闭目, 将电极板正极置于药垫之上, 用绷带固定以防滑动, 负极下衬垫(厚度同上)用生理盐水浸湿紧贴患眼对侧合谷穴上, 用绷带固定。开启电源电流强度为 0.05mA/cm<sup>2</sup>, 微调电流以不引起疼痛为宜。治疗时间每只眼每次 15 分钟, 每天治疗 1 次。

1.3 诊断标准: 参照国家中医药管理局中医病证诊断标准。近视力正常, 远视力低于 1.0 但能用凹球透镜矫正。小于 -3D 为轻度近视, 在 -3D 至 -6D 为中度近视, -6D 以上为高度近视。假性近视: 青少年远视力短期下降, 休息后视力又有提高, 使用阿托品麻痹睫状肌后检影近视度数消失或小于 0.5D。

## 1.4 治疗结果

1.4.1 疗效标准 治愈: 远近视力正常, 近视屈光度消失。显效: 远视力提高 2 排以上, 近视屈光度降低 1D。无效: 远视力提高小于 2 排, 屈光如故。

1.4.2 治疗结果: 40 例 76 只只眼中, 治愈 16 例, 有效 19 例, 无效 5 例, 有效率为 87.5%。

1.4.3 随访结果: 好转者由于用眼卫生不当, 过度疲劳复发眼为 10 例, 占 25%。