

中西医结合治疗外伤性视网膜脱离

曾友华

笔者于 1991 年 3 月~1993 年 12 月用中西医结合方法治疗外伤性视网膜脱离 7 例, 收效满意。

临床资料

7 例患者中男 6 例, 女 1 例。年龄 28~56 岁, 平均 35.3 岁。均为单眼发病, 其中右眼 5 例, 左眼 2 例。眼球穿通伤 2 例, 钝挫伤 5 例。高度近视眼 3 例, 正视眼 4 例。发现视网膜脱离距受伤时间为 2~45 天。视网膜脱离范围: 1 个象限 5 例(3 例颞上, 2 例颞下), 视网膜隆起 +5 D~+12 D; 2 个象限 2 例(1 例鼻上、颞上, 1 例鼻下、颞下), 视网膜隆起 +6 D~+16 D。裂孔 4 例(1 个裂孔 3 例, 分别为马蹄形、圆形、椭圆形, 1/16~1/2 pd 大小); 3 个裂孔 1 例(其中 1 个马蹄形、2 个圆形, 1/16~1 pd 大小); 无裂孔 3 例。7 例均表现为视力剧降, 其中 4 例有偏盲史。均有外伤、前房积血和玻璃体积血病史。眼压正常者 2 例(1.73~2.13 kPa), 偏高者 1 例(T+1), 偏低者 4 例(0.8~1.2 kPa)。<15 天发现偏盲或视力下降者 4 例(最低视力手动/眼前, 最高视力 0.15); 1 个月以上发现偏盲或视力下降者 3 例(最低视力 0.02, 最高视力 0.2)。1 例因眼球后极部被铝丝刺穿伤, 在视网膜上形成孔洞, 造成视网膜脱离。3 例因眼球受伤后, 视网膜、脉络膜同时受损伤, 发生出血, 3 例因伤后玻璃体积血机化, 形成瘢痕组织, 发生收缩, 牵引视网膜发生破裂, 继而发生脱离, 或直接牵引而使之脱离。

治疗方法

1 西医治疗 有眼球穿通伤者, 应立即行清创缝合术, 术后双眼加压包扎; 复方新诺明每次 2 片, 每日 2 次口服, 或青霉素每次 80 万 u, 每日 2 次肌肉注射; 眼压偏高者口服醋氯酰胺, 每次 0.25 g, 每日 3 次, 或对症治疗, 可根据病情用药 3~7 天。无眼球穿通伤者, 有前房积血, 需双眼加压包扎, 半卧位, 眼压偏高者口服醋氯酰胺, 每次 0.25 g, 每日 3 次, 疗程 2~5 天。

2 中医辨证施治 球内活动性出血时, 宜凉血止血, 以十灰散加减: 大蓟、小蓟、茅根各 12 g, 茜草根、大黄、荷叶、侧柏叶、槐子、棕榈皮、牡丹皮各 10 g, 每日 1 剂水煎, 分两次服。疗程 7~10 天。

中国中医研究院西苑医院(北京 100091)

观察前房积血及球内出血情况。如玻璃体内有陈旧性积血, 宜活血化瘀治疗。以桃红四物汤加味: 桃仁、红花、当归、赤芍、生地黄、川芎各 12 g, 茯苓、泽泻、车前子、猪苓各 10 g, 每日 1 剂水煎, 分两次服。30 天为 1 疗程, 治疗 1~3 疗程。此时玻璃体体积血基本吸收, 视网膜脱离复位。为进一步提高视力, 需养肝明目, 则宜补肝益肾。药用杞菊地黄丸加减: 枸杞子 15 g, 菊花、当归、熟地各 12 g, 山萸肉、山药、女贞子、黄芪、柴胡、泽泻、丹皮、茯苓各 10 g, 每日 1 剂水煎, 分两次服。30 天为 1 个疗程, 治疗 1~2 个疗程。

结 果

疗效标准 痊愈: 视网膜脱离完全复位, 无偏盲, 视力提高 6 行以上者。显效: 视网膜脱离基本复位, 视网膜轻度水肿, 无偏盲, 视力提高 4 行以上者。有效: 视网膜脱离范围缩小, 视力提高 <4 行。无效: 视网膜脱离无变化, 甚至脱离范围扩大, 视力无提高者。结果: 本文 7 例, 痊愈 4 例(视力提高到 0.8~1.2, 无偏盲), 显效 2 例(视力提高到 0.2, 无偏盲), 无效 1 例。

典型病例

梁某, 男性, 35 岁。右眼因鞭炮炸伤 2 h, 视物不见, 于 1993 年 9 月 10 日急诊。眼部检查: 右眼视力指数/眼前 1 尺, 左眼 1.5。右上睑皮肤撕裂伤口 3 cm 长, 眼睑中度肿胀, 球结膜充血++, 水肿++, 角膜雾状混浊, 角膜中央垂直线状伤口 4 mm 长, 创缘对合整齐, 前房积血 4 mm, 房水闪光实验(简称房闪)+++, 瞳孔直径约 4 mm, 光反射消失, 眼内无法窥及。诊断: 右眼睑皮肤撕裂伤、右眼角膜穿通伤、外伤性前房积血、外伤性瞳孔散大。经眼睑皮肤清创缝合术, 双眼加压包扎, 半卧位, 口服先锋霉素 IV 号, 每次 0.25 g, 每日 4 次, 同时用中药十灰散加减 6 剂。1 周后, 角膜清亮, 创口对合好, 前房深浅正常, 前房积血全部吸收, 房闪(-), 晶体(-), 因玻璃体积血, 眼底窥不清。双眼压 Tn。继续以中药凉血止血治疗 3 天后改活血化瘀中药治疗, 15 天后, 右眼视力 0.06, 但鼻下方视野缺损, 眼压 7 mmHg(0.93 kPa), 左眼 16 mmHg(2.13 kPa)。眼底: 玻璃体混浊, 颞上方视网膜青灰色隆起约 +10 D, 视网膜有团状白色渗出物。三面

镜检查:周围网膜散在性出血,未见裂孔。眼B超示:右眼球张力低,眼轴长1.8 cm,玻璃体内探及点状中强回声,可移动,眼球8~2点处探及“Y”形强回声,距球后壁0.3 cm。左眼轴长2.1 cm。提示:右眼玻璃体积血,视网膜脱离。采用桃红四物汤加味,服用30剂,视力恢复到0.4,鼻下方视野正常,眼底:玻璃体内有少量细沙状混浊,颞上方视网膜复位,视网膜出血全部吸收,仅有少许散在萎缩瘢痕。眼压:右15 mmHg(2 kPa),左16 mmHg(2.13 kPa)。继续服补肝益肾之剂30剂,视力恢复到0.8。

讨 论

外伤性视网膜脱离是多样的,笔者采用中西医结

合辨证施治治疗,本病以出血为主要病因,故首先要凉血止血治疗,方用十灰散加减。方中大蓟、小蓟、侧柏叶、白茅根有凉血止血之功效;棕榈皮收涩止血;丹皮配大黄则凉血祛瘀,使凉血止血不留瘀;栀子清热泻火、有抗炎作用。出血处由红转暗,即无继续出血时,改用活血化瘀法(桃红四物汤加味)方中桃仁、红花、赤芍、川芎、行气活血祛瘀;生地黄凉血清热。诸药合用,可使气血流通,瘀消痛止;茯苓、泽泻、车前子、猪苓利水消肿,使视网膜复位而获效。肝开窍于目,肾水滋养肝木。后期辅以补肝益肾治疗,以达养肝明目,进一步提高视力也是必不可少的。

(收稿:1994-08-24 修回:1994-11-10)

中西医结合治疗淋病 57 例

管美珍 许小春

近3年来,我们采取中西医结合方法治疗淋病,取得较满意疗效。

临床资料 107例均为女性,年龄:新生儿~54岁,平均26岁;有不洁性交史75例,公共澡堂、浴巾、浴具等感染15例,产道和其它原因感染17例。病程:3天~6个月,平均1个月。将107例随机分为西药组50例,中西医结合组57例。有外阴刺痒和烧灼感,宫颈红肿、糜烂、大量脓性分泌物者西药组和中西医结合组分别为20例和28例;有轻度尿频、尿急、尿痛,尿道口充血、压痛,有脓性渗出物者两组分别为13例和12例;前庭大腺炎侧红肿、热痛,严重时形成脓肿者分别为6例和9例;合并输卵管炎、盆腔腹膜炎等和全身不适者分别为3例和7例;新生儿眼睛有大量脓性分泌物者分别为2例和1例。107例患者均通过脓性分泌物涂片检查,在多形核白细胞内找到典型革兰氏阴性双球菌。

治疗方法 西药组:以青霉素钠160万u肌肉注射,每日2次,青霉素皮试阳性者用氟脲酸0.8g,每日1次,共2周。中西医结合组:以上述西药加自拟愈淋汤:鱼腥草30g 蒲公英30g 败酱草30g 土茯苓30g 白茅根30g 草薢10g 车前草15g 瞿麦12g;病程较长者加丹参15g 莪术12g 赤芍15g,每日1剂,第1次煎服,第2次煎液去渣,泡洗局部约15~20 min,2周为1个疗程,治疗1个疗程评定疗效。

结 果 疗效标准 治愈:症状、体征全部消失,治疗结束后第4、8天各取1次宫颈和尿道分泌物涂片均为阴性者;好转:症状、体征基本消失,但分泌物涂片2次或其中有1次在多形核白细胞内仍找到革兰氏阴性双球菌者;无效:症状、体征无改变,分泌物涂片仍阳性。结果:两组全部有效,其中西药组治愈26例占52%,好转24例占48%;中西医结合组治愈47例占82.46%,好转10例占17.54%,两组比较中西医结合组治愈率明显优于西药组($P < 0.01$)。中西医结合组未愈者继续用1~2个疗程均获痊愈;本组随访36例,有1例治愈5个月后再患淋病(原因为由再次不洁性生活而引起),其余无再发病。西药组未愈者24例继续治疗1~2个疗程。治愈10例。考虑未愈者可能为细菌耐药性引起,在治愈患者中,随访28例,有4例再发。

体 会 本病中医属“淋浊”范围,由湿热下注,蕴于下焦,久致脾肾亏虚,继而肝郁气滞,治宜清热、解毒、利尿、通淋,病程较长者宜增强活血化瘀之药。愈淋汤原方中败酱草、鱼腥草、蒲公英均有清热解毒、利湿消肿排脓、消痈散结作用;车前草、白茅根、土茯苓有清热、祛湿、利尿、通淋、凉血;草薢、瞿麦有利湿浊、通淋、清热杀虫作用。淋病病原菌为淋菌,为革兰氏阴性双球菌,青霉素通过与细菌争夺转肽酶,阻碍细菌细胞壁粘肽合成;氟脲酸对细菌DNA旋转酶具有强烈抑制以及对细胞壁高度渗透作用,因而具有抗菌活性。诸药合用而获效。

(收稿:1994-06-30 修回:1994-11-20)