

針刺球后穴治療視神經萎縮的初步報告

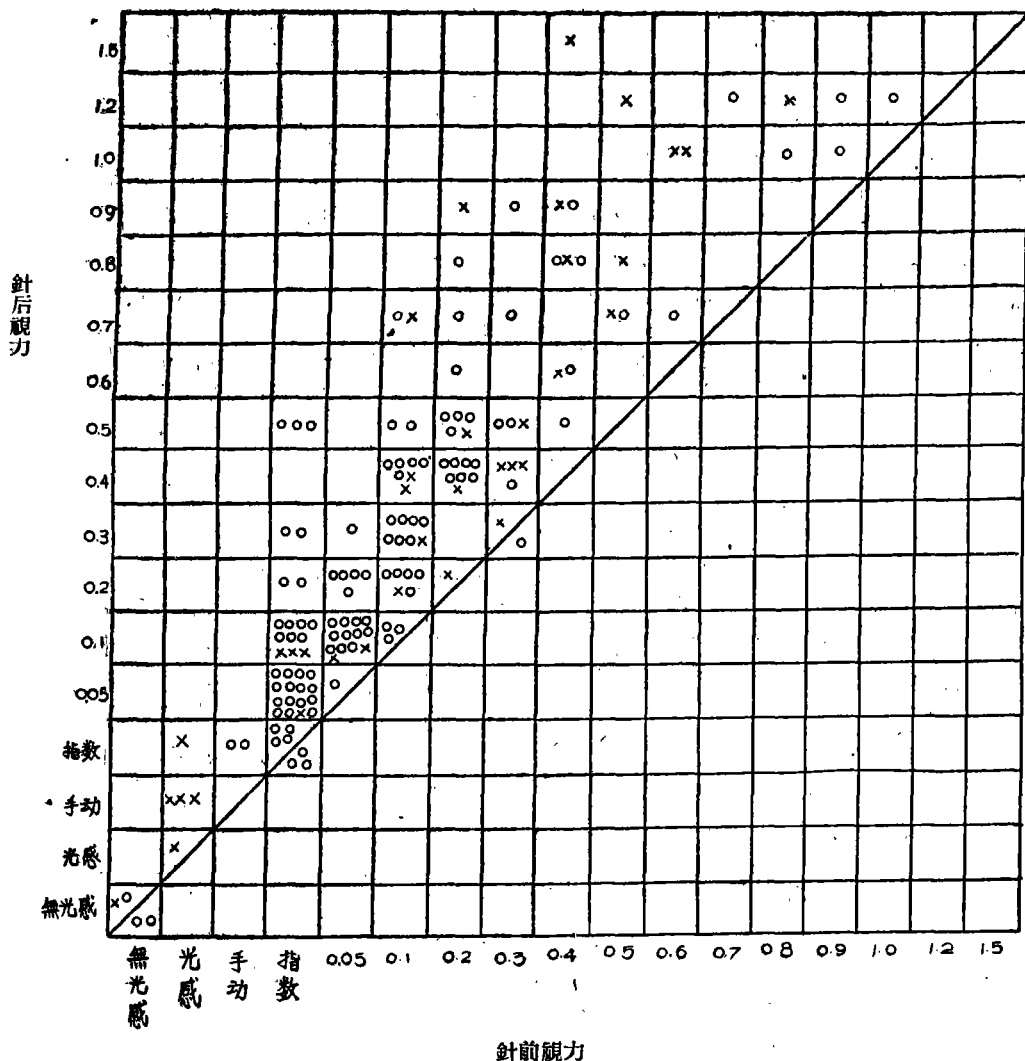
姜心曼 夏賢閩

眼科学教研組

視神經萎縮的治療是比較困難的。我國古代醫書上沒有視神經萎縮這一病名，但根據其症狀

可包括在青盲之內，而且早已採用針灸治療。如晉皇甫謐在針灸甲乙經上記載“青盲遠視不明，

表 1 針刺治療視神經萎縮療效統計圖



注：「O」代表單純針刺球后穴的病眼，「X」代表并用其他穴位的病眼

承光主之”(1)。明楊繼洲在針灸大成一書中記載“青盲无所見，取穴肝俞与商阳，左取右，右取左”(2)。

球后穴系本文作者之一夏賢聞于1955年发现的，該穴位于眼眶外下側深处，以鋼制毫針沿下眶緣与眼球之間刺入球后，深約4.7—5.2厘米；實驗証明針刺此穴对于初期的視神經萎縮、球后視神經炎等均有一定疗效(3)。

我們共应用針刺球后穴治疗視神經萎縮76例(150眼)，其中属于單性視神經萎縮者46眼、視神經乳頭顱側萎縮者96眼、繼发性視神經萎縮者8眼。

为了观察疗效，在治疗期間不采用其他藥物治疗，并將所有病例分成二組：第一組共57例(114眼)，單純針刺球后穴；第二組共19例(36眼)，以球后穴为針刺主穴，再以风池、足三里、光明与合谷等为配穴。通常隔天針刺一次，亦有少数病例每天針刺一次；球后穴刺患側，其他穴則兩側并刺。針刺手法：球后穴采取速刺法，每隔10—15分鐘將針捻轉一次，其他穴位采用中等度刺激；留針時間皆为15—60分鐘。全疗程共針刺6—140次，以刺15—20次者为最多。

为了便于統計，以視力的进步作为疗效的指标；疗效參閱表1、2。

表2 單純針刺球后穴与并刺主配穴的疗效比較

項 目	治疗眼数	視力进步眼数	无效眼数	有效率(%)
單純針刺球后穴	114	99	15	86.8
并刺主配穴	36	32	4	88.8
合 計	150	131	19	87.3

为了統計的方便与可靠起見，視力恢复达視力表上一排以上者才算进步。如原来視力0.2，針后視力达0.2⁺，則不算进步，如針后視力达0.3，則算进步；又如視力由30厘米数指增至100厘米数指則不算进步，如增至0.05以上才算进步；因此实际上的視力进步数字要比統計的数字高一些。視力的測驗是在同一光源与同一条件下进行的，而且經過反复測驗，才下結論，尤其是針刺前的視力務必反复檢查，以利对照；同时要作屈光檢查，必要时还要作散瞳檢影。为了确诊

与对照疗效，双眼均須檢查視野，但是治疗結束以后，并不是每个病例都經過視野檢查，因此，这一項未作統計。

針刺对于病程長、視功能(視力与視野)差的視神經萎縮患者疗效通常較差，但个别亦有效果較好者，而对于初期的視神經萎縮、視功能受損不太严重患者疗效較好。从表1可看出針刺对于无光感的患者无效，視力愈差疗效也愈差；視力較好者疗效也較好。視力在0.4以上者，有效率可达100%，而且視力进步亦較显著。至于單純針刺球后穴与針刺球后穴为主并刺其他穴位二者比較，从表2看来，后者的疗效似較前者稍好，但相差不多；仔細研究表1，視力进步达0.7以上者，亦以合并应用主配穴者比單純应用球后穴者为多；合并应用主配穴共36眼，針后視力达0.7以上者共11眼，占30%；單純应用球后穴共114眼，針后視力达0.7以上者共15眼，占13%。事实上当有些病例單純应用球后穴而視力增進至一定程度不再进步时，配合应用其他穴位，視力可获进一步的好轉。因此，以球后穴为主穴，再以风池、足三里、光明与合谷等为配穴，疗效比單純針刺球后穴好。这也符合于一般針灸原則。

开始时針刺1、2次后，有些病例的視力与視野即有进步，次日可能仍然保持針治后最好的視力与視野，亦可能回復針治前的視力；如針刺10次視力尚无进步者，則以后亦难获良效。通常患眼視力恢复到最好程度至少要經過10次以上的針刺，亦有針刺至64次時視力方达最好程度者。为了巩固疗效，針刺疗程应以三个月到半年为度，甚或一年。如仅針刺5次以下者疗效通常不好(表4)，或者疗效不能持久。开始針刺時視力往往进步較快，以后則进步較慢，甚至不再进步。为了获得較好的視功能与持久的疗效，应脫服患者进行長期治疗。在治程中，应同时寻找病原，进行必要的病原治疗。

追踪观察在治疗結束后半年以下者意义不大，未列入統計。观察半年至一年以上者共17例(31眼)，參閱表3。

从表3可以看出追踪观察半年至一年以上視力較針刺前进步者27眼，占87%；視力不变者仅2眼，視力退步者2眼(例五)。又追踪观察半年至一年以上視力与治疗結束后比較，視力維持不变者19眼，視力有一些进步者6眼，合計25

眼，占80.6%；視力較治療結束後差者6眼，這些病例的療程大都短于三個月。因此，大部分病例療效是巩固的。事實上，經過三個月到半年、甚至一年治療的患者療效是比較肯定的，因此，必須強調長期治療和爭取早期治療。

表 3 針刺治療視神經萎縮追蹤觀察半年至一年以上的視力變化

項 目 \ 結 果	視力不變的眼數	視力進步的眼數	視力退步的眼數
與針刺前的視力比較	2	27	2
與治療結束後的視力比較	19	6	6

另有34例（67眼）療程不到一星期，僅針刺1—5次，結果視力有進步者28眼，有效率僅41.8%（表4）。該組病例由于未按原訂計劃進行治療，所以沒列入表3中。

表 4 針刺1—5次治療視神經萎縮的療效觀察

治療眼數	視力進步眼數	無效眼數	有效率（%）
67	28	39	41.8

典型病例

例一、病历号183375，男，48岁，軍人，1957年5月21日來我院門診。自訴廿三年前被反動派逮捕下獄四年，獄中營養很差，視力下降。近七、八年来視力更差，曾肌注魚肝油組織液60針，無進步，看書半小時即感疲勞。

眼部檢查：視力右0.6、J⁶/80厘米（+1.50 S.J.³），左0.4、J.⁷/80厘米（+2.50 S.J.⁵），視遠不能矯正。眼外部除輕度沙眼與沙眼性血管翳外，無異常發現。眼底：雙眼屈光間質清晰，視神經乳頭整個蒼白，篩板小孔清晰可見，乳頭邊緣清楚，其周圍小血管變細，數目減少，右眼6支，左眼7支；視網膜與其血管、黃斑部均無異常。視野：雙眼均向心性縮小，無中心暗點（圖1）。色覺檢查發現紅綠色盲。各方病灶檢查無發現。

針刺球后穴，半小時後，視力即增至右1.0⁻²、J.⁶⁺³/30厘米，左0.6⁺³、J.⁶⁻¹/30厘米。以後每天針刺球后穴一次，共三次，視力右

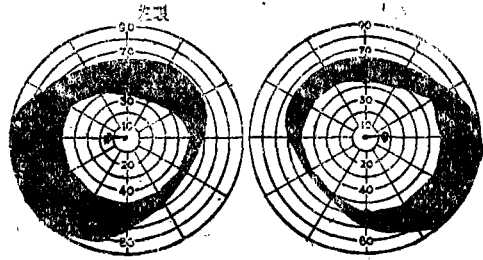


圖 1

針刺前視野的情況。

1.0⁻²、J.⁵⁻¹/30厘米（+1.50 S., J.²），左0.7⁻¹、J.⁶⁺³/30厘米（+2.50 S., J.²⁻¹）。之後，除針刺球后穴外，並配以足三里、光明與合谷諸穴，共針刺五次。1957年5月30日自訴視力較前清晰，能持續看書一小時以上。

1958年1月13日再來我院復診，自訴視力仍保持針刺後情況，能持續看書二小時以上。視力右1.0⁻¹、J.⁵⁻¹/30厘米（+1.50 S., J.¹），左0.7⁻²、J.⁶⁺³/30厘米（+2.50 S., J.¹⁻⁵）。眼底無顯著變化。視野幾乎恢復正常（圖2）。

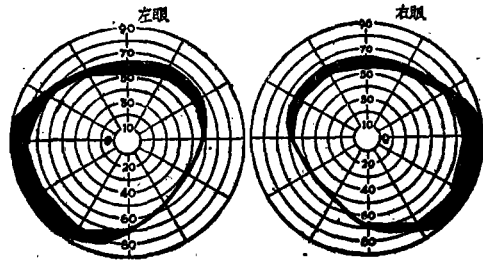


圖 2

針刺後視野恢復的情況

本例系營養缺乏所引起的單性視神經萎縮，病程已廿多年。針刺後視力與視野均有顯著改善。經過八個月的追蹤觀察，視力與視野仍維持于很好的水平，能看書二小時以上。

例二、病历号18079，男，18岁，學生，1957年2月10日因患球后視神經炎入院。當時視力右0.2、J.⁴/15厘米（-0.50 S.○-0.25 cyl×180°，0.2），左0.3、J.²/15厘米（-0.75 S.○-0.5(-) cyl×180°，0.4(-)）。入院後行發燒療法，青霉素、奴佛卡因球后注射以及維生素療法，25天後出院，視力增至右0.8⁻⁸（-0.50 S.○-0.25 cyl×180°，0.9，左0.8⁻⁸（-0.75 S.○-0.25 cyl×180°，0.9⁻³）。並繼續採用維生素療法。

1957年9月19日又来复診，自述出院后不久即感視物不清，看書一小时以上即有不適感，看書、写字速度很慢。視力右0.4J.¹/15厘米(困难) ($-0.50 S. \bigcirc -0.25 cyl \times 15^\circ, 0.5$)，左0.5、J.¹/15厘米(困难)，($-0.75 S. = -0.25 cyl \times 180^\circ, 0.8$)。雙瞳孔圓形，直徑4毫米，對光反應較遲鈍，瞳孔收縮后很快就擴大。眼底：雙屈光間質清晰，乳頭顳側蒼白，邊緣尚清楚，周圍小血管變細，數目減少，右側2支，左側5支，此外無特殊現象。雙眼視野縮小，有啞鈴狀暗點(圖3)。

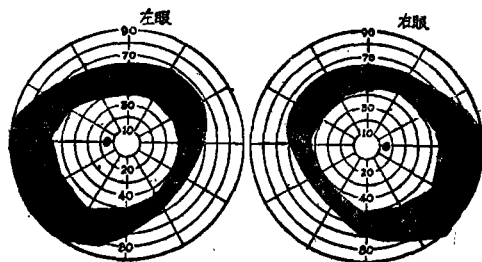


圖3
針治前患者視野

針刺球后穴與足三里約一刻鐘，視力即增至右0.6⁻³、J.¹/15厘米，左0.8⁻²、J.¹/15厘米。以后每周針三次，除球后穴外，再配以風池、足三里。針八次后，視力增至右0.9⁻³、J.¹/30厘米，左0.9⁻³、J.¹/30厘米。針18次后，視野境界恢復正常，中心盲點消失。至同年12月28日共針刺42次，視力右0.8、J.¹/30厘米 ($-0.50 S. \bigcirc -0.25 cyl \times 15^\circ, 1.2$)，左0.7⁻²、J.¹/30厘米 ($-0.75 S. \bigcirc -0.25 cyl \times 180^\circ, 1.2$)。瞳孔對光反應靈敏而持久，眼底同針刺前，視野正常。

1958年10月31日又来复診，自述現已入學念書，看書不覺疲勞，視物清楚，一如常人，視力右 ($-0.50 S. \bigcirc -0.25 cyl \times 15^\circ, 1.2$) J.¹，左 ($-0.75 S. \bigcirc -0.25 cyl \times 18^\circ, 1.2$)，J.¹。雙眼底乳頭呈粉紅色，未見蒼白區，乳頭周圍小血管數目右側4支，左側6支，余無異常發現。視野正常(圖4)。于1959年2月11日與1959年8月20日先后來信說明仍保持正常的視功能。

本例患球后視神經炎，經灸燒療法與維生素療法未徹底治癒而致視神經乳頭顳側萎縮。針刺后，矯正視力達1.2，視野恢復正常；經過一年多的追蹤觀察，視功能仍然保持良好的水平；值

得注意的是乳頭顏色亦恢復正常，其周圍小血管增多，這種情況一般是少見的。

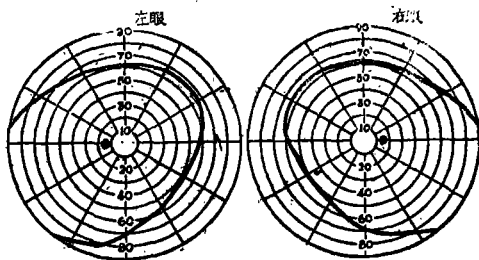


圖4
針針后患者視野恢復情況

例三、病歷號66374，男，23歲，干部，1952年10月6日來我院門診，當時診斷為球后視神經炎，採用組織療法與中藥治療。1957年11月4日自述兩眼視物仍不清，療效不顯著。視力右0.1、J.²/20厘米 ($-2.00 S., 0.4^{+3}$)，左0.1、J.³/20厘米 ($-2.00 S., 0.3^{-1}$)。眼底：雙側屈光間質清晰，視神經乳頭顳側顯著蒼白，視膜篩板小孔清楚，乳頭邊緣整齊，其周圍小血管變細，數目減少，約6、7支，余無特殊變化。視野：雙側均向心性縮小，有中心暗點。各方病灶檢查無異常發現。

針刺球后穴一次，視力右0.1、J.²⁺⁴/20厘米 ($-2.00 S., 0.4^{+3}$)，左0.1、J.²/20厘米 ($-2.00 S., 0.4^{-1}$)。以后每隔一天針刺一次，共18次，視力增至右0.1、J.¹/20厘米 ($-2.00 S., 0.8^{-4}$)，左0.1、J.¹/20厘米 ($-2.00 S., 0.8^{-4}$)。視野境界幾乎恢復正常，中心暗點變小。1958年7月10日復查，視力右0.1、J.¹/20厘米 ($-2.00 S., 0.9^{+1}$)，左0.1、J.¹/20厘米 ($-2.00 S., 0.8^{+1}$)。

本例患球后視神經炎，組織療法與中藥療法不效而轉為視神經乳頭顳側萎縮。針刺球后穴后，近視力能達到J.¹，矯正遠視力與視野均有顯著進步，追蹤觀察半年，矯正遠視力仍有少許進步。

例四、病歷號130787，男，38歲，1955年9月24日來門診，診斷為慢性球后視神經炎(有視神經萎縮傾向)，經眼部組織埋藏50次、組織液肌注60次，阿托品球后注射30次與口服維生素、菸草酸等等。又曾經某針灸醫師針灸二、三百次，服中藥50帖，病情無進步，自覺視物不清，眼前有黑影遮擋。1957年9月24日又来我院檢查；視

力右0.1、J.⁶/10厘米，左0.1、J.⁶/10厘米，双眼显然驗光，不能矯正。眼底：雙側屈光間質清晰，視神經乳頭全部高度蒼白，邊緣清楚，生理陷凹淺而大，巩膜篩板小孔清晰，視盤周圍小血管變細、閉塞，數目減少，僅6支，網膜動脈右眼無變化，左眼輕度硬化，雙黃斑部正常，中心曲光反射存在，虎紋狀眼底。視野：向心性縮小，有很大的啞鈴狀暗點。經各科檢查病灶，僅耳鼻喉科發現左側上頰竇有囊腫可疑。X綫蝶鞍攝片“正常”(據報告)。遂行針刺，以球后穴為主穴，適當配以足三里與風池，每周三次，經五次後，視力增至右0.2、J.⁵(-)/10厘米，左0.2、J.⁵/10厘米。自覺眼前黑影較前縮小，視物較前清楚。同年11月19日作第十三次針刺，取針後，左側眼眶出血、眼球前突，予以綑帶壓迫八小時，眼眶出血于二周內完全吸收。在眼眶出血未吸收前，左側球后針刺暫停，右側球后穴與其他穴位針刺照常進行。經針刺41次後，自訴未行針刺前看人分不清男女，現可在約10公尺以內分清男女。視力右0.3、J.³⁻⁸/10厘米，左0.4⁻¹、J.⁸⁻¹/10厘米，視野較前擴大，啞鈴狀盲點較前縮小。至1958年4月15日已針刺100次，視力右0.4⁺²、J.⁴⁺²/10厘米，左0.4⁺¹、J.⁴⁺²/10厘米。視野境界正常，僅有啞鈴狀暗點。經神經科反復會診，最後確診為垂體嗜鉻性細胞瘤與肢端肥大症，轉理療科作深層X綫治療。1958年5月15日深層X綫療程結束，自述經常失眠，眼內有閃光感，視力右0.4、J.⁴⁺²/10厘米，左0.4、J.⁴⁻¹/10厘米。由于患者對針刺信心很大，在取得神經科同意後又作針刺28次，視力右0.4⁺³、J.⁴⁺²/10厘米，左0.4⁺³、J.⁴⁺²/10厘米，再作針刺11次，視力不變，遂停止針刺。

本例是垂體嗜鉻性細胞瘤所引起的視神經萎縮，于開始針刺時蝶鞍X綫攝片，當時已顯示蝶鞍擴大，惜未能發現。至神經科確診時，已針刺100次，值得注意的是視力與視野均有改善，自述視物亦較前清楚，但這是一件偶然的事。對垂體瘤所引起的視神經萎縮，在未作徹底的病原治療以前，一般不宜作針刺治療。

例五、病歷號198155，男，50歲，商人，1957年10月22日來門診，自述視力減退右眼三、四個月，左眼一個月。廿四、五歲時有治遊史。視力右0.1、J.⁷看不見(不能矯正)，左0.8⁻⁵、J.⁴/30厘米(+3.00 S., J.⁴)。雙側虹膜紋理

尚清晰。瞳孔等大等圓，直徑4毫米，對光反應與調節反應均遲鈍。右晶体前有點狀棕色色素。眼底：雙側屈光間質清晰，視神經乳頭全部顯著蒼白，尤以右側為甚，巩膜篩板小孔清晰，乳頭邊緣清楚，其周圍小血管變細，數目減少，黃斑部未見中心曲光反射，網膜動脈變細，光反射增強，靜脈稍擴大，但未見顯著血管壓迫現象。視野：雙側呈管形，右側更小。

針刺球后穴一次後，視力右0.2、J.⁷看不見，左0.9⁺³、J.⁴/30厘米(+3.00 S., J.²)。隔天針刺球后穴一次，共46次，視力右0.2、J.⁷/30厘米，左1.5、J.⁴/30厘米。眼底無變化。視野稍擴大。以後才發現血液華氏反應強陽性，肺部透視有結核灶，遂于1958年2月26日至皮膚科作驅梅治療，同時口服異菸肼。皮膚科擬作次柳酸鈹準備治療一、二個月，以後再行砷銻劑聯合治療七個療程。1958年3月8日，視力右側下降至33厘米數指、J.⁷看不見，左側1.5、J.⁴/30厘米。1958年7月22日，視力右側無光感，左側1.0⁺¹、J.⁴/30厘米。再針刺球后穴一次，視力右側仍無光感，左側增至1.2、J.⁴/30厘米。又連續針球后穴14次，至1958年8月30日視力無進步，乃停止針刺，1958年9月29日左眼又得急性虹膜睫狀體炎，視力下降至0.3、J.⁷/15厘米，在門診應用藥物治療二次，以後未再來復診。

本例患有梅毒所致的原发性視神經萎縮，伴有肺結核，經針刺球后穴46次，視力與視野均有進步，以後行驅梅治療，右側視力減至無光感，左側亦稍減退，這可能與驅梅療法有關。後來再針刺球后穴14次，左側視力稍有進步，右側視力已不能恢復，但一個月後，左眼又得虹膜睫狀體炎，視力因而下降。

討 論

視神經萎縮治療好轉的機轉，按 Трон, Е. Ж. 教授的見解，神經組織的再生能力有限，治療視神經萎縮主要是借刺激尚活著的神經纖維而奏效⁽⁴⁾。針刺是一種良性刺激，可以解除視神經與視中樞的抑制狀態，興奮尚活著的神經纖維。這是針刺治療視神經萎縮之所以奏效的原因，對病程久長的患者有時亦能收效，但治療以後視神經乳頭的顏色仍不能恢復(按作者的觀察，僅例二原有視神經乳頭顯側蒼白的患者在治療一年後，乳頭顯側顏色恢復至正常的粉紅色，

且乳头周圍小血管亦有增加)，因此，不能从形态学上作出解釋。这些病例的視力与視野之所以能改善，乃由于：治疗前曾長期存在着視功能低落，这不仅是由于神經纖維在解剖上遭到破坏，而且是由于神經纖維長期处于显著的抑制与傳导障碍状态，这可以用 Евгенский 的傳导暫停（Парабисс）学說來解釋。当視神經萎縮时，神經的新陳代謝紊乱，产生許多中間产物，因而造成視力更加減退与視野更加惡化。萎縮的視神經中尚活着的纖維借針的刺激，解除了長期存在的抑制状态和傳导障碍，从而使視功能有所改善。按我們的观察与文献記載，对視力极差与病程久長的病例，治疗是少有奏效的，这种情况 Филатов 和 Трон(4)二氏均曾強調指出。

参 考 文 献

1. 皇甫謐（晉），針灸甲乙經，第150頁，人民卫生出版社影印，北京，1956。
2. 楊繼洲（明），針灸大成，第285頁，人民卫生出版社影印，北京，1958。
3. 夏賢閔，新发现的奇穴“球后”治疗112例（201眼

眼病的介紹，浙江中医雜誌 8:18，1957。

4. Трон, Е. Ж. Заболевания зрительного пути, pp. 207—218, Государственное издательство медицинской литературы медуниверситета, Ленинградское отделение, 1955.

（上接第521頁）

病变发生与发展的功效。本文所治疗的8例中，1例X綫胸片显示病灶有好轉現象，但临床症状的改善不若其他藥物組显著。我們認為該疗法如与中藥配合应用，則其疗效或可大大提高，但尚須进一步研究。

总 結

一、本文报告矽肺患者54例經六个月治疗后的疗效分析。

二、临床症状好轉率达94%，以加味麦冬柴胡合剂組、加味麦門冬湯組及加味麦門冬湯加枸

櫟酸合剂口服組的疗效为佳，症狀好轉率达100%，而枸櫟酸鈉注射組疗效較差，仅63%。肺功能測定：肺活量、時間肺活量及最大通气量均較治疗前进步。X綫檢查，2例病变有好轉趋向。运动时值平均縮短46.5%。疗效綜合評定：显著及一般疗效达81.5%，以加味麦冬柴胡合剂最好，达100%；加味麦門冬湯加枸櫟酸合剂口服、加味麦門冬湯次之，分別为96%、80%。

三、35例經不脫产治疗，临床上获得較高的疗效。

四、討論了中医治疗矽肺的辨証論治原則。

（整理者：潘澄濂、黃文礼、罗靖寰、郑介安）

参 考 文 献

1. 中华人民共和国卫生部，矽尘作业工人医疗預防措施暫行办法。
2. 中国医学科学院矽肺研究組，矽肺X綫診斷的研究，中华結核病科雜誌 1: 11, 1959。
3. 王鳴岐等，煤矿工人的肺功能測定，健康矿工通气功能，中华結核病科雜誌 1: 27—32, 1959。
4. Разумов, П. П., и др., Некоторые данные по Изучению безусловной и условной рефлекторной деятельности при силикозе, В кн., борьба с силикозом,

том 2, изд. АИИ, 1955.

5. Барход, Э. В., О состоянии нервной системы при силикозе, в кн., вопросы силикозом, журнал выщ. неров. дент. 5 (5): 660, 1955.
6. 中国医学科学院矽肺研究組，矽肺与矽肺結核治疗效果分析，中华結核病科雜誌 1: 21—22, 1959。
7. 天津市公共衛生局劳动卫生研究室等，天津市两年来治疗矽肺的报告，天津医藥雜誌 1: 2, 1958。
8. 矽肺X綫