

科學研究論文彙編

第二期

上海中醫學院

1959.10.1.

序 言

我們选集了1959年的科学研究論文中的59篇，彙編成册，向偉大的国庆十周年献礼。

它是1958年上海中医学院科学研究論文摘要彙編第一輯的繼續，在順序上算第二輯。

我院科学研究工作，在党的领导下，青老年中西医师紧密合作，共同努力，已取得了一定成就。

1959年的选題，截至九月中旬止，已完成112項，其中理論机制，重点是經絡本質的探討，針灸机制的研究26項，临床研究47項，文献整理、著作等31項，其他8項。

經絡与針灸机制的研究，是我院的一个重点，論文也較多，虽还不能得出全面的、肯定的結論，但对今后繼續研究提供了重要的資料。临床研究，也取得了显著的成效，如針刺治疗鬱嘔有效率达84.7%，針刺治疗小兒麻痺症有效率达95.8%，推拿治疗椎間盤突出有效率达91.2%，治癒率75%，中医中药治疗高血压有效率达74.6%，中医中药治疗矽肺，疗效亦較理想，症狀改善88.2%，肺功能恢复85%，X綫胸片的观察，在23例中有7例矽結节阴影及網狀阴影吸收好轉。

这些成就，是党的正确領導，坚决贯彻了党的中医政策，广大羣众对繼承发揚祖国医学遺產的积极性空前提高的必然产物。

1959年的科学研究工作，无论从量或質方面來說，都有所提高，但我們并不滿足这些成果，相反的，我們应在新的基础上，更加努力，对人民作出更大的貢獻。

因時間匆促，不及仔細地审訂、修正，錯誤之处，恐在所难免，請批評指正。

目 录

理論探討和机制研究

阴阳五行学說在临床上的应用

經絡学說的研究

針刺对加强孕妇子宫收縮的作用

灸石門穴对小白鼠生殖系統(性週期及受孕率)影响初步报告(摘要)

針刺对人心臟动作电流的影响

艾灸对高血压患者手指容积影响的初步观察(摘要)

X綫下观察針刺对胃蠕动的影响以及穴位選擇性問題的初步探討

正常人胃蠕动的描記及針灸对胃蠕動描記波的影响

針刺“足三里”对兔胃运动机能的影响及其机制的初步探討

12經脈循行部位及其穴位与人体結構关系的解剖观察

✓ 手太阴肺經循行部位解剖結構的观察

手三里穴解剖結構的观察

关于“关元”、“三阴交”穴位临床針刺感应和解剖結構的关系

皮肤穴位导电量与温度正常值的測定及其周身分布情况的研究

电极面积、电极与皮肤接触的压力以及接触時間的長短对皮肤穴位导电量的研究

几种經絡仪的測定(直流电阻器的設制)

皮肤电位測定器的設制

“荊蘆”經不同方法处理后的毒性和对家兔血吸虫病疗效的进一步观察

針灸对血清中白血球数量、补体、抗体影响的初步試驗

中药对流感病毒的抑制作用

臨 床 研 究

高血压病的中医理論和治疗(摘要)

中医对慢性腎炎的理論机制及其治疗(摘要)

石斛銀翹湯治疗20例腎孟炎初步观察

中医治疗慢性腎炎20例初步小結

中医中药治疗子宮頸癌的研究

25例矽肺的中医治疗

中药治疗21例支气管扩张初步疗效观察

运用中医中药治疗再生障碍性貧血的体会

中医中药对糖尿病的疗效

中醫對慢性泄瀉的認識和治療
雷九治療鉤蟲病的初步療效觀察
驅鉤合劑治療鉤蟲病的療效觀察
驅鉤煎劑治療鉤蟲病的初步分析
祖國醫學治療晚期血吸蟲病

中醫治療小兒傳染性肝炎的臨床報告
麻疹併發肺炎臨床總結

中醫中藥治療急性闌尾炎和闌尾膿腫 138 例病案分析
中醫外科手法治愈慢性復發性伴有乳頭內縮的乳部瘻管 24 例臨床觀察報告
海藻玉壺湯加減治療癭瘤（甲狀腺腫及囊腫）83 例臨床觀察
藥烘療法治療神經性皮炎 50 例初步報告

針刺治療聾啞症 301 例的初步總結
針刺治療精神分裂症的臨床觀察
針刺治療小兒麻痺症後遺症 214 例的臨床觀察
針刺治療遺尿症
針刺治療視神經萎縮
針刺治療慢性痹痛
針刺治療膽囊炎
針刺治療肺結核
針刺治療 127 例高血壓病療效總結
針刺治療癲癇 61 例報導
兒科指針治療應用子午流注法的經驗介紹
針刺治療視網膜色素變性
“失眠症”的水針療法

推拿治療腰椎間盤突出症的臨床觀察與探討

其 他

若干中藥中鐵、鈣與磷含量的測定
黃芩的藥理作用

肝臟疾病時血清轉氨酶活力的測定
雙縮脲反應測定血清蛋白質的研究
蜂蜜對於腎上腺皮質的作用

檢查全院寄生蟲的感染
利用溫差電偶溫度計測定循環時間

中医治疗原发性视网膜色素变性34例 初步报告

上海中医学院

1959年9月

中医治疗原发性視網膜色素变性34例

初步报告

上海中医学院附属第五門診部

上海市第六人民医院

上海市針灸研究所

一、前言

祖国医学是一个丰富的宝库。在党的领导下，在全国轰轰烈烈地开展学习中医发掘祖国医学遗产的浪潮中，也鼓舞了我们进一步努力运用祖国医学治疗眼科疾病的坚定信心。我们三个单位在去年十一月間就展开了中西医联合門診，应用針刺及中藥相結合的方法对原发性視網膜色素变性疾病进行了临床观察。根据34例的分析結果，有64.7%病例的視力和視野得到不同程度的改善和提高。

由于目前国际文献上，对本病的发病原因未明而无确当的治疗方法，因此我們希望在这初步疗效的基础上，进一步发掘祖国医学的有关理論及其治疗規律，并肯定其远期疗效，以达到免除殘盲的后果。今特作簡介于后，以供参考。

二、发病机制探討

(一) 有关祖国医学理論：

根据本病的临床症狀，应与祖国医学文献中的雀目（雀盲、阴风障）、内障、青盲等症相类似。惟雀目是其前期症狀，而内障、青盲則为其后期症狀。

有关雀目、内障、青盲諸症的文献，远在1300余年前隋代巢元方諸病源候論中已有較詳細的記載。虽然当时受着客观条件的限制而不能观察其眼底变化情况，但对本病的症狀演变过程及其发病因素等，均有較詳細的观察和記載如：

巢氏病源上說：“人有晝而睛明，至瞑則不見物，世謂之雀目……”；“青盲者，眼本无異，瞳子黑白分明，直不見物耳……”。

眼科龙木論上以初发时有“每多痒或澀，发歇，时时睛也，后极重之时惟黄昏不見，惟視直下之物”为肝虛雀目内障；以初患之时，肝有积热冲，腎臟虛勞，亦兼患后风冲上，肝气不足，致患此疾，与前狀（指肝虛雀目）不同，見物有別，惟見頂上之物，然后为青盲，称之为高风雀目内障。

目科正宗中論阴风内障（雀目）时說，“大路行下去，可見世界窄，未晚草堂昏，几疑天地黑，必迹非无素，双睛綳主墨，……变内障者有之，变青盲者亦有之。”

(二) 有关现代医学理論：

視網膜色素变性是由 Dender 氏定名。最早在1828—1838年間由 Schon 和 V. Ammon

二氏发现，1853年由荷蘭 Van Trigt 氏描写了其临床症状为：患者首先感到黄昏时视力减退，不能藉星光辨認景物，夜間行路发生困难。此症多見于青少年，随夜盲的加劇而周圍視野亦逐步縮小形成狹窄的管狀視野，最后中央視力亦全部消失而失明。

由于本病的主要病理改变为：1.神經上皮細胞之消失，多从赤道部开始。2.神經膠質纖維和細胞增生。3.色素上皮增生或消失。4.網膜血管壁內外膜增厚，甚至全部閉塞。因此各家对其发病机制的意見較多。大致可分为：

1.血管学說：是 Gonin (1902—1903)，Parson (1905)，Nettle-Ship (1907—1908)，Hepburn (1918—1938) 等氏所創导。但迄今尚未能完全成立。

2.色素上皮层为原发之病变部位，由于 Friedenwald 氏做实验証实之，但在临床上亦有色素上皮已患病而視功能未改变者。

3.神經上皮細胞为原发病变部位：但其病变的性質尚不清楚。故又可分为以下几种学說。

(1) 营养性衰竭：即 Collins 氏 (1922) 所以为的神經上皮細胞的早老及早年死亡，是具有遺傳性的。

(2) 内分泌的影响：因其往往在青春朞病情加劇，男性多于女性。

(3) 由肝臟疾病而誘发：在我們的三十四例中尚无一例有肝臟疾病之現象或历史。

(4) 某种毒素所引起。

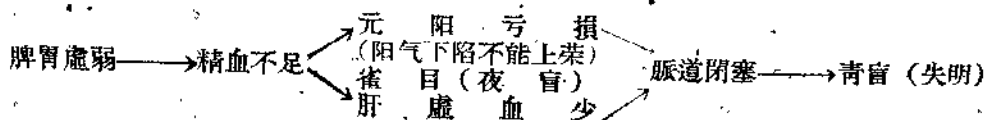
根据現有的知識，一般公認本病为一种具有遺傳特性的視網膜神經上皮的原发性变性。而 Wibaut (1932) 主張可能存在二种形态：一种为中胚叶性的，另一种为外胚叶性的，但無論如何至今尚缺乏証实这种理論的有力根据。

根据以上文献，可以肯定本病的发病机制尚未完全明了。視網膜色素变性的病名虽由 Donder 所定，但祖国医学文献早在 1300 余年前已有关于本病的发病机制和治疗方法等記載，足以証明祖国医学对本病的認識远較現代医学为早而完备。祖国医学中的雀目一症，虽非專指本病而言，而实已包括了本病的早期症狀——夜盲在內。更可貴的在龙木論及目科正宗中指出了某些雀目患者的病情发展結果，可致青盲而失明。这与本病往往由夜盲至失明的过程完全相同。其中“惟視直下之物”、“惟見頂上之物”以及“大路行不去，可見世界窄”等記載，虽不若現代視野計之精確，但亦足証明古人早就注意到本病能影响視野。

总括以前諸家之論，本病的发病机制，大致可有脾胃虛弱，精血不足、元阳亏損而致阳衰不能抗阴、脈道閉塞等。根据我們临床实践体会，本病夜盲証狀的产生，主要是阳衰不能抗阴，而失明乃脈道阻塞所致。

据祖国医学理論，人体之阴阳盛衰与日月之运行有关，如內經上說：“阳气者，一日而主外，平旦人气生，日中而阳气隆，日西而阳气已虛，气門乃閉。”是以当体内阳衰不能抗阴之时，則尚能藉其同气之助而能視，而当酉戌阳衰阴盛之时，因失去其同气之助而致盲。至于青盲之成因，多因精血不足，脈道閉塞，不能上荣于目所致。因此我們認為本病的主要发病机制是元阳虛損不能抗阴，精血不足脈道閉塞，而脾胃虛損等仅能促使元阳虛損及精血不足，而不能作为本病发病的主要原因（詳见图一）。

图一 本病发病机制示意图



三、治疗原则

根据以上理论，结合辨证论治经验，应以温肾、养血、升阳、益气为主，同时由于本病在夜间已不能见，故我们认为脉道已有闭塞的现象，因此，更以祛瘀通络为佐。

(一) 针刺穴位：

穴名		位量	針刺方向	針刺深度	針刺手法
常用穴	睛明	目內眦角微上二分处	針尖向目眶內直刺	8分—1.2寸	压刺法
	承泣	目下七分直瞳子	針尖到达眶內眼球后略向上	1—2寸	压刺法
	肝俞	第九椎下旁开1.5寸	針尖斜上朝“八俞”方向	1寸	先瀉后补
	腎俞	第十四椎下旁开1.5寸	針尖斜下朝“气海俞”方向	1寸	补法

配穴：百会、风池、天柱、目窗、头维、阳白、瞳子髎、攒竹、合谷、足三里、三阴交、光明、胆俞、脾俞、胃俞。

(二) 针刺手法：

睛明、承泣针一般均用压刺法，不用捻转，将针缓慢深刺至眼眶内，如果捻旋常易出血，造成眼周青肿，深刺主要以得气为度。

肝俞：进针时先针尖向上，与经脉循行方向相反为逆，待得气后先泻后补。

肾俞：进针时针尖向下，与经脉循行方向相同为顺，得气后行烧山火补法。

留针时间一般以15分钟为度。

出针时眼区出针后应用于棉花轻按穴位。

针刺时每周星期二次，暂定24次为一疗程。

(三) 常用主要药物：

党参、黄耆、当归、白朮、白芍、柴胡、升麻、陈皮、川芎、熟地、桃仁、红花、地鳖虫、郁金、附片、桂枝、鹿角（鹿茸）、杞子、巴戟等。

以上只是主要的针刺穴位和常用药物，故在临床上应用时，还需结合病人整体情况，辨证加减之。

四、临床观察结果

据五月余来的临床观察结果，其中得到显著疗效的有15例，进步的有7例；无效的有12例（详见表一）。虽为时较短，但已能初步肯定其疗效和价值。

表一 疗效分析

疗效	例数
显效*	15
进步**	7
无效***	12
合计	34

註：*显效：

(一) 视力表上视力增加四排以上同时视野扩大。

(二) 视力表上视力增加四排以上视野不变。

(三) 视力不变，视野扩大10度以上。

**进步：

(一) 视力表上视力增加2—3排同时视野扩大10度以内。

(二) 视力表上视力增加2—3排视野不变。

(三) 视力不变，视野扩大10度以内。

***无效：

(一) 视力不变。

(二) 视野不变。

(三) 视力或视野略退，病变似仍照常进行。

性別：根据 Nettie Ship (1907—1908) 和 Wilmer (1924) 氏統計，本病男多于女，其比例為3:2。而据本文34例的分析，男与女之比为4.7:1，且多为双眼患者，單側極為少見。至于与疗效之关系，則又能明显地看出男性較女性为佳（詳見表二）。

表二 性別与疗效之关系

療效	性別	男	女
显效		14	1
進步		5	2
无效		9	3
合計		28	6

本文34例中以21—30岁为最多，約占80%。51岁以上者最少仅二例（詳見表三）。其发病年限多在10—20年左右，約占55.8%（詳見表四）。

表三 年龄与疗效之关系

療效	年 齡					合 計
	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	
显效	1	7	4	2	1	15
進步	1	0	2	3	1	7
无效	2	4	2	4	0	12
合計						34

表四 夜盲年限与疗效之关系

療效	夜 盲 年 限					合 計
	5年以下	5—10年	10—20年	20—30年	30年以上	
显效	2	3	9	0	1	15
進步	0	3	4	0	0	7
无效	1	4	6	1	0	12
合計	3	10	19	1	1	34

本文34例患者的眼底檢查，从其視網膜的色素沉着情况来分析，可分成以下三类：

（一）典型視網膜色素变性型：在網膜赤道部或黄斑区有棕黑色或黑色之色素沉着，此多出现在夜盲后的数年中，每块色素有蜘蛛狀不規則色素突向四周伸展形如骨細胞，一般說來色素之多少随疾病之久暫而逐漸增多。在本文34例中，以此类型占絕大多數。

（二）类脂質沉着型：沉着的色素極為少見而代之以反光極強的白色类脂質，成圓形或不規則三角形，位于血管之下，其分布之部位或散在赤道部或集中于后极黄斑部。这种类型极少見，在三十四例中仅占四例。其中二例为兄弟倆。

（三）无色素无类脂質型：仅見血管狹窄，視神經黃腫样改变等現象。此类最少見，仅見一例，年齡为十一岁，此例是否属于早期病例，而色素沉着現象尚未出現？則尚待于今后之追訪加以証实。而根据目前情况仍只能列入无色素类型之中（詳見表五）。

表五 疗效与病变类型之关系

疗 效	类 型			合 計
	以色素沉着为主之 典型	类脂質沉着型	无色素类脂質型	
显 效	11	3	1	15
进 步	7	0	0	7
无 效	11	1	0	12
合 計	29	4	1	34

五、討 論

本病的治疗方法，由于其病因未明，故其治疗方法虽多，而仍无一种肯定的特效疗法。例如：組織疗法、内分泌疗法、手术疗法、擴張血管藥物……等等。近年来有人主張采用 Dicumaril 藥物来治疗，亦有人报导其疗效良好，但我院曾在 1956—1957 年試用于三例本病患者，其效果較差（其中一例視野略見扩大，不久又逐步縮小，病变仍然发展），而副作用很大。本文介紹的中医疗法（包括針刺与藥物），则不但未发现任何副作用，而且其效果确实，值得进一步研究。

关于疗效标准及疗效問題：我們暂时分成三类疗效标准。其基本精神即視力和視野均有显著进步均作显著疗效。視力和視野略有增进，或其中之一略有增进者作为进步。而視力和視野均无进步则归入无效一类，或其中之一有減退或縮小現象者亦归于此，这类病例在十二例中占有三例，其中二例視力不变而視野略有縮小。一例双眼視力略有增进但視野縮小达 20 度左右，其余九例視力略有增进但視野未变。

关于視野扩大的标准，是以在整个視野中如其扩大最大的部分达 10 度以上者为显著进步的标准，或視野中之暗点消失者亦屬此，如扩大部分在 10 度以內者則屬进步一类。

由于部分病例，在中期及晚期尚保持有接近正常的視力，而实际視野已很小，故我們認為象这类病例，其疗效的程度应以視野之改变为主，故我們把視野扩大的單一現象亦列入显效或进步的标准中。

根据以上的标准，疗效明显者共 22 例，我們認為这样的疗效还是非常令人滿意的。这样的标准亦比較客观的。同时我們看到疗效与患者的年龄及患夜盲之年限无明显的关系，即不管任何年龄及多長病程对治疗均产生一致的反应。而其主要存在的問題是观察時間較短（最長者仅五个月），且大部病例至今未停过治疗，故对其疗效的持久与否尚待今后将进一步追訪而得出远期疗效之結論。

关于疗效的机轉問題，我們限于時間及一些特殊設備（如腦电波等）未能全面的进行研究。由于本病的視網膜电波图，变化中期以后多数属于无波型，故我們曾將一例視力由双眼手动增至 0.2，視野扩大至 20—30 度之間的一个病例，进行視網膜电波图的測定，証实仍为无波型。使我們連想到視力及視野之增进是否由于挽救了部分將死未死的視細胞的結果。同时在显效病例中，部分病例的視力达一定程度后即停留不前，似乎有“到頂”的現象。在这方面我們將进一步作深入的研究。

本病发病机制及治疗方法等，虽均以阳气为主，但我們認為必需依据內經上的“孤阴不生，独阳不長”的理論而兼顧其气血。如我們在开始治疗时，由于忽視了阴血的一面，故其效果較差；而在加強了辨証論治，糾正这一偏向后，其疗效迅速提高。

在針刺方面：增加視力以睛明一穴最為顯著，針刺取穴時應在目內眥角微上二分處下針，可避免出血，用壓刺法一般深度可達一市寸至一寸二分。左右。配穴以三陰交、足三里、合谷、目窗等穴對視力增加亦有幫助。針刺達十次以上而視力未見好轉者則療效即不夠理想。

六、結 語

(一) 本文報告用針刺及中藥配合治療原发性視網膜色素變性84例，根據病例分析其中顯效十五例，進步七例，無效十二例。

(二) 本文所介紹病例，由于觀察時間較短，故尚不能肯定其遠期療效。

(三) 由于視網膜色素變性至目前為止，在國際文獻上尚無確當的療法，我們應用祖國醫學的治療方法來進行治療，初步獲得了療效，足証祖國醫學是一個豐富的寶庫，值得我們作深入一步研究。

(四) 本文結合現代及祖國醫學文獻，概括地敘述了視網膜色素變性的病因症狀和治療方法，并就其療效，針刺穴位及使用方法作了簡單的分析討論，但限于水平和經驗不足，謬誤之處在所難免，希望同道們加以指正。

1959年7月