

R778.1/1

李纪源 著

近视
远视
弱视
与
中医
疗法



近视 远视 弱视 与 中 医 疗 法

李纪源 编著

人 民 卫 生 出 版 社

(京)新登字081号

内 容 提 要

本书是河南省郑州市中医医院眼科主任李纪源同志在总结眼科临床近30年经验的基础上,博采古今中医治疗“屈光不正”之法编写而成的。内容丰富、实用,为中医防治屈光不正眼病之专著。

全书约8万字,50幅插图,分八章,包括眼的结构与屈光,近视,近视的辨证施治,中医名家治疗近视方法选介,梅花针与近视,针刺、气功、食疗与近视;远视与老视,弱视、斜视、视疲劳等内容。

本书主要供中医、西医眼科医师使用,也可供广大中小学老师、中小学生家长及关心本病的同志参考。

近视 远视 弱视与中医疗法

李纪源 编著

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

河北遵化人民印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 4印张 87千字

1989年5月第1版 1991年11月第1版第2次印刷

印数:4 901—14 120

ISBN 7-117-00863-6/R·864 定价:1.75元

〔科技新书目252—216〕

目 录

第一章 眼的结构与屈光	1
第一节 眼球的结构	1
第二节 眼睛的屈光	3
第二章 近视	6
第一节 近视的危害	6
第二节 祖国医学对近视的论述	7
第三节 现代医学对近视的认识	8
第四节 近视的临床症状	11
第五节 近视的诊断方法	12
第六节 近视的预防	13
第三章 近视的辨证施治	20
第一节 肝胆湿热型	20
第二节 肝虚风热型	22
第三节 心脾亏损型	24
第四节 肝肾亏损型	27
第五节 小结	29
第四章 中医名家治疗近视方法选介	31
第一节 辨近视之证，施不同治法	31
第二节 治疗近视古方荟萃	37
第三节 现代名老中医经验方	39
第四节 日本藤平健氏中药治疗假性近视法	41
第五节 中医防治近视的新方药	41
第五章 梅花针与近视	49
第一节 古代文献论述	49
第二节 梅花针治疗近视的原理与特点	50

第三节	梅花针的针法·····	51
第四节	梅花针常用穴位·····	54
第五节	梅花针治疗近视的临床观察·····	64
第六节	梅花针治疗近视的进展·····	66
第六章	针刺、气功、食疗与近视 ·····	68
第一节	针刺疗法·····	68
第二节	气功疗法·····	73
第三节	食物疗法·····	88
第七章	远视与老视 ·····	100
第一节	远视·····	100
第二节	老视·····	105
第八章	弱视 斜视 视疲劳 ·····	113
第一节	弱视·····	113
第二节	斜视·····	117
第三节	视疲劳·····	121

第一章 眼的结构与屈光

屈光不正是近视、远视和散光的统称。所以说，屈光不正可能是近视眼，也可能是远视眼，或者是散光眼。本书将详细介绍中医是如何防治这些眼病的。

第一节 眼球的结构

眼睛是人体最宝贵的器官之一。它的组织结构较为复杂，其主要部分是眼球，因其近似球形而得名。眼球的前后径约 24 毫米，垂直径约 23 毫米，位于眼眶的前半部。为了接受外界物体的光线，眼球的前面暴露于外，眼球的后面有一条视神经，中医称为“目系”，直通于脑。眼的结构概括来说是由眼球壁和眼内容物两部分组成。明代王肯堂所著的《证治准绳·七窍门》说：“圆而长，外有坚壳数重，中有清脆，内包黑稠神膏一函”，就把眼的组织结构作了近乎现代解剖学的记载。

进而言之，眼球壁共分外、中、内三层。位于眼球前中央，占外层的 $\frac{1}{6}$ ，透明，表面似玻璃样，微向前凸出的部分叫角膜，相当于中医所称的黑睛或青睛。位于眼球中后部，占外层的 $\frac{5}{6}$ ，呈乳白色，不透明，质地坚韧，具有保护眼球内部组织作用的是巩膜，相当于中医所称的白睛。巩膜以内的是脉络膜，脉络膜主要由丰富的血管和色素细胞组成，它的主要功能是供给视网膜和玻璃体营养，并有遮光作用。巩膜向前伸延经睫状体而呈棕褐色环状薄膜的为虹膜，即中医所称的“黄仁”或“睛帘”，它将眼球前段的空腔分隔为前

房和后房。虹膜中直径约 2.5~4 毫米大小的圆孔为瞳孔，中医谓之“金井”或“瞳神”。虹膜内有瞳孔开大肌与瞳孔括约肌可以使瞳孔扩大或缩小，以控制进入眼内光线的多少。眼球壁最里面的一层是视网膜，中医称之为“视衣”，它的主要作用是感光。

眼球的内容物包括房水、晶状体和玻璃体，它们无色透明，有保持眼球形态与透光作用。房水是含有营养物质的透明液体，具有营养角膜、晶状体和维持眼内压的作用，若其生理功能发生障碍，则会产生目昏、失明之患。中医把房水称为“神水”，足见对其作用的重视。晶状体位于虹膜与玻璃体之间，是一圆形双凸面的透明体，中医因其形圆透明而谓之“睛珠”，它富于弹性，具有屈折光线的功能，因而能使物像聚焦于视网膜上。玻璃体为一无色透明，象鸡蛋清一样的凝胶体，能让光线自由通过，具有屈光与保护眼睛形态的作用，它位于晶状体的后面，充满了整个眼球。古代医家把玻璃体称之为“神膏”，认为“神膏”为瞳神的重要组成部分

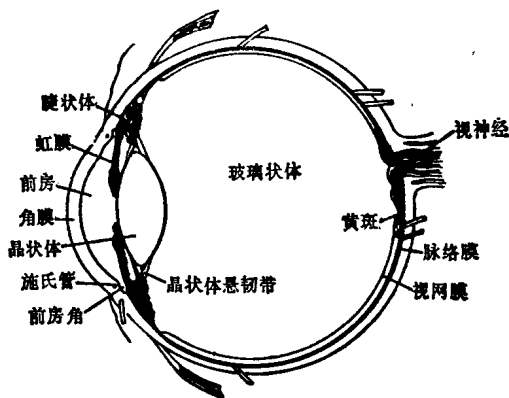


图 1 眼球结构示意图

分，“膏护瞳神”，“此膏一衰，则瞳神有损”，这些论述颇与现代医学的认识相吻合（图1）。

第二节 眼睛的屈光

我国有关光学在眼科的应用早在春秋战国时代墨翟所著的《墨子》15卷中就有8条精辟的论述：第1条叙述了光影的定义与生成；第2条说明光与影的关系；第3条确认光具有直线的性质；第4条论述光有反射的性质；第5条论述光源与影的大小关系。以上5条可以说已将近代物理学中光学论影部分发挥完备。第6、7、8条则分别叙述平面镜、凹球面镜和凸球面镜中像与实物的关系，此3条亦已将光学中论像部分包罗在内。这样系统而完整的光学理论出现在2000多年前，实在是一个伟大的发现，它对后世光学的研究与屈光学的形成和发展都起了极大的推动作用。

眼科医生以光在空间直线传播的方式，通常把光源在5米以外的光线当成平行光线。若光线通过透明的媒介质时（垂直方向除外），则发生速度的改变和光线传播方向在进出时候的改变，这种光线的屈折现象在生活中也可以看到。如将筷子斜置于水中，即可见到笔直的筷子在水面上下发生的屈折现象，眼科称此为屈光。光线经过凸透镜的屈折之后，焦合成为一点（焦点）就形成物像。

了解上述简单的光学知识之后，就可以进一步阐述眼睛为什么能看清物像。在熟悉眼球构造的基础上，再将其从机能上分为两大部分，即由角膜、房水、晶状体及玻璃体组成的眼的屈光系统和光线穿透上述透明组织进入眼睛，在视网膜上形成物像的感光系统。因此，现代人们常常恰当地把眼睛比作一架自动照相机，角膜好似透镜，瞳孔好似自动光圈，

巩膜与脉络膜好似暗箱，晶状体好象镜头，由于晶状体本身的弹性，又借其周围睫状肌的舒张或收缩构成如照相机调节距离的对光装置，视网膜则象负责感光的彩色胶卷。然而，眼睛的屈光系统远比最高级的照相机要复杂与精密得多。

摄影时，要想照出清晰的相片则必须拧动照相机的镜头，对好距离，使所照的物体在感光胶卷上形成清晰的像。眼睛——这架人体的活相机要想摄出清晰的物像，就必须依靠晶状体和睫状肌对自然界或远或近的物体发出的自然光线，通过眼的屈光系统屈折的焦点，恰好调节落在视网膜上而形成清晰的物像。

在静止状态下，当眼球不用任何调节，外界平行光线进入眼内，其结集点恰好落在视网膜上，谓之正视眼。换言之，眼睛的视力正常称为正视眼（图2）。

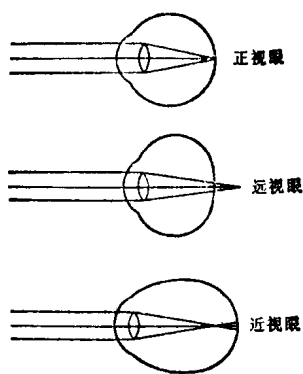


图 2

与正视眼相反的是非正视眼，其视力不正常，一般在调节静止的状态下，外来的平行光线不能结焦点在视网膜上而造成物像模糊不清，这种非正视眼也就是所说的屈光不正。

屈光不正一般分为三类：结焦点位于视网膜的前面（平行光线交集于视网膜之前，眼轴显得过长）谓之近视，中医则称“能近怯远症”（图2）。结焦点位于视网膜的后面（平行光线交集于视网膜之后，眼轴显得过短）谓之远视，中医称为“能远怯近症”（图2）。如果在眼的各径线或各部分的屈光力大小不等，以致使进入眼内的平行光线不能在视网膜上结成一个完整的焦点，即所谓散光眼。从40岁左右开始，随年龄的增长，晶状体的调节功能减弱所产生的老视眼则属于人体生理机能衰老的桑榆之象，即谓“老花眼”。

第二章 近 视

第一节 近视的危害

近视眼是损害视力最常见的眼病之一，多发生在青少年时期，每给患者带来不同程度的痛苦。其危害性较大，轻则影响或限制青年人对职业的选择，如我国有个别地区征招普通兵种时，约有50%的学生视力不合格；招收特种兵时，则有70%左右的学生被淘汰。据武汉市调查达到高考录取标准的学生中，竟有90%的学生因眼睛问题使其专业受限。重则即便有了工作，也会使其能力降低，如有些进行性的高度近视眼引起的并发症，不仅可使视力减退，而且可造成程度不等的残废，甚而导致失明。目前，人们对其重要性还认识不足，有些人认为近视眼是个“小毛病”，戴上眼镜就可万事大吉，无需再进行防治。但我们临床工作中所遇到的无数事实证明：近视眼戴眼镜是必要的，但治疗也是不能忽视的。

以往国内外有关屈光不正的大量统计文献与临床资料说明，近视眼在屈光不正中居首位（有的指出占80~86.7%）。近几年，我国中、小学生近视眼发病率不断上升，据统计，某地近视眼在高中毕业班高达60~70%，在初中学生中达40%以上，在小学生中则将近20%。特别应指出的是：目前学校与家长心目中“升学率”所占的位置太大，学生在“升学率”、“分数”的无形重压下拼命读书，以致用眼过度，使近视眼的发病率每年以5%的速度上升。有的人把学校比喻为“近视眼制造所”，虽然言过其实，但也不是没有道理的。

由此可见，积极防治近视眼已是势在必行了。

第二节 祖国医学对近视的论述

祖国医学是一个伟大的宝库，中医眼科是祖国医学的重要组成部分。我国历代医家在防治眼病中均做出了一定贡献，其中在防治近视眼方面也取得了可喜的成就。

近视眼是指眼能近视不能远视，即近视清明远视昏朦之病。早在隋·巢元方所著的《诸病源候论》中就有目不能远视的记载。明·王肯堂所编的《证治准绳·七窍门》称本病为“能近怯远证”。清·黄庭镜所著的《目经大成》始简称“近视”。本病巢元方认为：“夫目不能远视者，由于目为肝之外候，脏腑之精华，若劳伤腑脏，肝气不足，……故不能远视”（《诸病源候论·目病诸侯》），表明中医对“不能远视”是强调整体观念的，且认为其发病原因与人体脏器所受的影响有关。唐·孙思邈所著《千金要方·七窍病》中说：“数看日月，夜视星火，夜读细书，月下看书，抄写多年，雕镂细作，博奕不休，……丧明之本”。眼科专著《秘传眼科龙木论·龙目总论》中亦说：“抄写雕镂，刺绣博奕，……皆能目病”。至明，傅仁宇所著的《审视瑶函·目为至宝论》说：“竭视劳瞻，而不知养息”，能致病而损光华，才确定了久视伤睛成近视的观点。从这些记载说明，不良的用眼卫生特别是过度的持续用眼看近，使眼睛长时间超负荷工作，会损害目而生眼病。此为近视眼的视近学说之先河，对指导后世眼科的临床实践及理论的发展有着重要的价值。

中医认为神光者火之用事，所以说“视力”是“火”的体现，如《审视瑶函·目为至宝论》说：“夫火在目为神光。……神光者，谓目中自然能视之精华也”。因此，历代

眼科学者多宗“远视不明是无火”之说，如《审视瑶函·内障》指出：“目患能近视而不能远视者，阳不足，阴有余，病於少火者也，无火，是以光华不能发越於远，而拘敛近视耳。……夫气之所用谓之火，……在目为神光，……神气弱必发用衰，发用衰则经络涩滞，故阴盛阳衰，而光华不能及远矣”。《眼科百问》说：“目能近而不能远视者，……因谋虑不遂，以致真血耗散，心神大虚，故光不能及远也，故近视如故也”。《此事难知》说：“目能近视者，责其有水，不能远视者，责其无火”。综上所述，近视一病多由气虚神伤，肝肾亏损，阳虚阴盛，光华发越于近而罹患之。

古籍对近视症状的记载，如近则了了，远则昏朦，只见近不见远等颇与现代眼科所述近视症状相似。

目前，西医对近视除配镜矫正视力外，尚无满意的治疗方法。但中医治疗近视的方法却较丰富，且有一定的疗效。如《医部全录·脏腑身形》说：“瞪目正坐，闭目少顷，依法再行，积功而视秋毫”。这与现代用远视疗法防治近视眼之法相同。在治疗方面，中医既重视整体治疗，如内服中药，调整脏腑功能，平衡阴阳，使血旺精充，目窍得养，又重视局部点、针等外治法的运用。在方药方面，如《眼科纂要》的养荣汤，《审视瑶函》的定志丸，《银海精微》的千里光散，《普济方》的空清点眼法等，至今仍具有重要的临床价值。因此，我们应很好地对其加以发掘，整理，提高，以造福于人类。

第三节 现代医学对近视的认识

现代医学对近视眼病因的研究学说众多，归纳起来，主要有遗传学说与视近学说两类。主张遗传学说者如 Steiger、

广石洵等，他们认为近视是一种遗传现象，庄司义治认为近视中特别是高度近视是由遗传而来。也有人认为在相同条件下，具有遗传素质的人一般易患近视。上海，胡诞宁提出近视发病的多因子遗传学说和高度近视常染色体隐性遗传的规律，并指出高度近视在我国的发病率为1~2%，据此推算，在人群中遗传基因有病携带者为18~24.1%，而在下一代中就有20%易发生高度近视。胡氏还指出每个个体是否发生近视，应视其易患度是否超过阈值而定，如超过即发生近视。易患度是人体的遗传因素和环境因素的总和。因此，每个人是否发生近视，都是遗传和环境因素共同作用的结果。这说明即使有遗传因素者，如能改善环境条件，加强近视的防治工作，也能控制其发生与发展，这对防治青少年近视具有积极的现实意义。

主张视近学说者最早见于1887年的Cohn，他认为近视是没有先天性的，多由近距离工作引起，并用猴子作看近实验形成近视而证实。大量的事实也证明此学说的成立，如日本青少年学生在二次世界大战中近视发病率显著减少，而战前与战后的近视发病率却很高，形成马鞍型的中间低、前后高的曲线。近几年，许多调查青少年近视发病的报告指出：城市学生近视发病率明显高于农村，其中又以重点中、小学，或重点班级，或毕业班尤为突出。不少资料还表明近视的发病与患者的用眼卫生习惯有密切关系，如持续读书写字的时间过长，距离过近等，发病率就高；家族中有近视者的发病率高于无近视之家族成员，则可说明遗传与近视的发病有一定关系，但不及近视因素明显。

关于近视眼发病的机理，在现代医学中是一个长期争论不休的问题，目前主要有眼轴延长说和屈光力增加之说。人

体在发育过程中，幼儿时眼球小，眼轴短，为之远视。眼球随着身体发育成长而增大，正常眼於4岁时为其最后大小的 $\frac{3}{4}$ 。近视患者的眼球发展速度异乎寻常之快，尤其在身体发育最快的青少年时期（一般是15岁左右），加上用眼视读不当，如长期低头向下看书、写字等，造成巩膜扩张形成眼球的各部屈光力与正常眼相同，唯有眼球的前后径（轴）过长，使焦点成于视网膜之前。现在高度近视与眼轴过长的关系已得到公认，近视度数与眼轴长短的密切关系也受到重视，但此学说也承认轻度近视和正视眼之眼轴相差不明显。另外，若是由于眼球的屈光系统的屈光力增加，如角膜的弯曲度或晶状体前边的弯曲度增加，而使焦点成于视网膜之前形成所谓的“屈光性近视”在临床则少见。此外，尚有一种发生在青少年时期的，因眼球的发育和全身的健康状况不同，加上学习或工作长期过度近距离使用目力，或光线不足，或学习时体位不正确等多种因素致使睫状肌的功能长期处于调节紧张的痉挛状态，晶状体屈光度增加而形成焦点在视网膜之前的“调节痉挛性近视”，又称“假性近视”。这种近视只要及时防治是可以恢复视力的，因而假性近视为治疗的最好阶段。如果不予治疗，继续忽视用眼卫生，久而久之就会引起眼轴增长，眼球改变而转化为不可逆的真性近视。一般来说，假性近视是真性近视的前期，而后者又是前者的发展结果。但两者之间又没有明显的界线。

当前国内外多数学者同意把近视分为：一般近视和变性近视两型，前者多见于近视度数低之青少年，一般无并发症，多为后天因素，但不排除遗传因素；变性近视的屈光度在 $-6.0D$ 以上，有各种并发症，具有遗传因素，但也不能忽视后天环境的诱因或促进因素。

第四节 近视的临床症状

多数近视眼患者初期临床症状不明显，且多以自己的近距离视力“优越”而忽视，由于整天与书本为伍，对于远距离视力模糊感认为是自然现象，有时因偶然的体格检查才发现。但天长日久则相继表现为以下的不同症状：

视力与屈光度改变：远视力减退，近视力良好是本病的重要特征。读书时书与眼的距离比正常人近。一般远视力的减退程度与近视的屈光度数常存在着平行规律。如果眼的视力为0.8、0.6、0.4、0.2、0.1，相应的屈光度数则为0.5D、1.00D、1.50D、2.00D、3.00D。但临床上常把3D和3D以下的近视称为轻度近视，6D或6D以下的称为中度近视，6D以上的才称为高度近视。

视疲劳：近视眼如不及时进行治疗，或读书时该戴而不戴眼镜，或所戴眼镜不合适，而过度的近距离用眼，使眼球过度调节，特别是中度以上近视眼的病人常会出现视物成双影或视物模糊，眼球胀痛，头痛，恶心，视物眼感困乏、干涩等症状。由于患眼在阅读时不需调节，往往集合不足，相互矛盾，日久则导致因集合功能不全而发生的眼球向外偏斜。

飞蚊症与眼底改变：中度以上的近视眼，往往因玻璃体液化、混浊而使病人感到眼前黑影飘动，中医称此症为“云雾移睛症”。近视眼的眼底改变，轻度的近视一般无明显变化，中度以上的轴性近视多呈豹纹状眼底。由于眼轴不断加长，巩膜向后扩张，视网膜被牵引而引起视神经乳头颞侧成弧型斑，甚或成环形斑，黄斑区出现黑斑、萎缩灶等退行性的改变，严重时甚至会发生视网膜剥离等。

此外，由于眼轴加长，眼形变大，睑裂隙狭小，外观上

可呈眼球突出的状态。

第五节 近视的诊断方法

目前，我国青少年近视发病率逐年升高的趋势已引起各方面的关注，因此开展保护视力预防近视的工作是十分必要的。统一近视眼的诊断方法是积极开展防治工作，提高防治质量的重要环节。现将“全国青少年近视眼防治科研课题工作会议决议”所介绍的近视眼诊断方法介绍于下：

一、常规检查远近视力

凡远视力不良（不到 0.1）而近视力正常的，一般可初步定为近视眼。如远近视力皆不良，则可能为远视眼或其它眼病。检查时应注意照明度与距离，并按检查视力的要求测试，务求正确。

二、插片检查法

对初步确定为近视眼的尚需做插片检查，以求进一步确定。此法应用凸镜法 +0.05D 和 -0.05D 开始分别检查，插片只能作为了解近视程度参考而不可作为配镜度数用。具体检查方法为：

1. 令被检查者坐在距远视力表 5 米处。
2. 先检查右眼，后检查左眼。
3. 如果加戴凸透镜片反使视力减退，则改用凹透镜片，如视力增进即可初步定为近视；若加戴凸透镜片，被检查者感到较不戴清楚而视力不增进或不变的可初步定为远视或正视。凡视力不良，加戴以上凸凹透镜片皆不增进视力则可能是患有其它眼病。

三、云雾法检查

对于用上法检查后认为近视者，则需用此法进一步检查