

现代中医必备丛书

总主编 王之虹

眼病

临床诊治

主编 魏丽娟



 科学技术文献出版社

现代中 医 必 备

丛 书

眼 病

临床诊治

主 编	魏丽娟		
副主编	白石明	刘桂霞	施晓哲
编 者	夏清艳	陈 艳	魏丽娟
	刘桂霞	白石明	郑 炜
	蔡丽华		



图书在版编目(CIP)数据

眼病临床诊治/魏丽娟主编.-北京:科学技术文献出版社,2006.1
(现代中医必备丛书)

ISBN 7-5023-5161-2

I.眼… II.魏… III.眼病-中医治疗法 IV.R276.7

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第132913号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路15号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)58882909,(010)58882959(传真)
图书发行部电话 (010)68514009,(010)68514035(传真)
邮 购 部 电 话 (010)58882952
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail: stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 李 洁
责 任 编 辑 李 洁
责 任 校 对 赵文珍
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京高迪印刷有限公司
版 (印) 次 2006年1月第1版第1次印刷
开 本 787×960 16开
字 数 449千
印 张 25.75
印 数 1~5000册
定 价 39.00元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。



前 言

祖国医学，源远流长，它与中华民族文化同源共生。伏羲制九针，神农尝百草，轩辕易结绳，共为三皇始祖。几千年来，中医药为我国人民的生存与繁衍发挥了凸显的作用。随着时间的推移，祖国医学所具有的独特优势，为海内外医学界所瞩目，并已发展成为世界医学的重要组成部分。继承和发扬祖国宝贵的文化遗产，使其更好地为人类健康服务，是我们广大医务工作者义不容辞的责任。

为了充分展示中医临床优势与特色，全面系统总结现代中医临床的新技术、新方法、新成果，更好地推动现代中医临床工作的开展，为广大患者解除病痛。我们组织了长春中医学院及其他兄弟院校的各临床学科带头人，以及具有丰富临床经验的专家、教授，共同完成了《现代中医必备丛书》的编撰工作。

本套丛书以临床各科为主，分为传染病、急症、呼吸病、心血管病、消化病，泌尿病、血液病、内分泌代谢病、肾脏病、神经内科病、外科病、肛肠病、皮肤病性病、筋伤与骨疾病、骨折与脱位疾病、妇科病、儿科病、眼病、耳

鼻咽喉病等中医临床专著。每部著作均以临床各类疾病为章，下设：概念、病因病机、诊断、辨证论治、古方今用、中成药治疗、其他疗法、现代名家经验、验案举例、现代研究等栏目。论述详尽，内容丰富，中西汇通，实用性强，充分体现了中医辨证论治的特色。理法相应，结构完整，是现代中医临床必备的参考书。

本套丛书适用于各级、各类医院临床工作者，是广大医务工作者、医学院校学生学习提高的重要参考著作，对于广大患者也具有极大帮助。

由于编写本套丛书的时间紧，工作量较大，难免存在不足之处，敬请广大读者提出意见和建议，以便今后进一步修改和完善。

王之虹

2005年10月于长春

现代中医必备

丛书编委会

总主编 王之虹

副总主编 曲晓波 王富春

主 编 黄永生 宫晓燕 盖国忠 赵建军
陈立怀 赵文海 魏丽娟 姜 喆
刘铁军 韩 梅 韩万峰 朴志贤
景 瑛 周建华 李 磊 李新建

科学技术文献出版社

SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENT PUBLISHING HOUSE



科学技术文献出版社方位示意图

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书对临床中医生碰到的各类眼病的诊治进行了全面介绍。全书以病为纲,每种病都述及其概念、病因病机、诊断、辨证论治、古方今用、中成药治疗、其他疗法、现代名家经验、验案举例、现代研究。内容全面,叙述清晰、简练,包括了临床中医生临证所需的知识、经验和资料,是临床中医生必备的工具书。

本书适合眼科医师、医学院校师生阅读。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。

目 录

第 1 章	沙眼	(1)
第 2 章	急性卡他性结膜炎	(15)
第 3 章	单纯疱疹病毒性角膜炎	(28)
第 4 章	角膜溃疡	(49)
第 5 章	巩膜炎	(70)
第 6 章	葡萄膜炎	(93)
第 7 章	原发性开角型青光眼	(113)
第 8 章	白内障	(137)
第 9 章	玻璃体混浊	(165)
第 10 章	视网膜动脉阻塞	(178)
第 11 章	视网膜静脉阻塞	(197)
第 12 章	视网膜静脉周围炎	(216)
第 13 章	中心性浆液性脉络膜视网膜病变	(241)
第 14 章	老年性黄斑变性	(264)
第 15 章	视网膜色素变性	(287)
第 16 章	糖尿病性视网膜病变	(306)
第 17 章	视神经炎	(329)
第 18 章	视神经萎缩	(347)
第 19 章	高度近视	(372)
第 20 章	眼钝挫伤	(387)

第1章

沙眼

1 概念

沙眼(trachoma)是由沙眼衣原体(chlamydia)引起的一种慢性传染性结膜角膜炎。因其在睑结膜表面形成粗糙不平的外观,形似沙粒,故名沙眼。沙眼的英文词trachoma来源于希腊文trachys,也表示粗糙不平的意思。沙眼的潜伏期约为5~12日。通常侵犯双眼,多发生于儿童、少年时期。本病病变过程早期结膜有浸润如乳头、滤泡增生,同时发生角膜血管翳;晚期由于受累的睑结膜发生瘢痕,以致眼睑内翻畸形,加重角膜的损害,可严重影响视力甚至造成失明。

解放前沙眼在我国是致盲的首要原因。解放后在党和政府的关怀下,对沙眼开展了广泛的防治,随着人民生活水平的提高,医疗卫生条件的改善,现在沙眼的发病率已大为降低。从北京顺义县及上海、云南、陕西等地进行的盲与低视力流行病学抽样调查(1988)结果中可以看到,上述大部分地区致盲的主要原因是由白内障、青光眼等非感染性疾患所致。但是,云南省的调查结果显示,在云南全省18万双眼盲患者中,白内障占第1位,约8万人;沙眼及其合并症占第2位,约3万人。所以,沙眼在我国致盲原因中所占的重要地位尚不容忽视。此外,本病在亚非地区不少发展中国家仍是致盲的主要原因。

沙眼因睑内面颗粒累累,色红而坚,状若花椒,故中医将本病称为“椒疮”。古籍文献中关于本病的认识,是从并发症开始的。如《外台秘要》记载的“倒睫眼”,《秘传眼科龙木论》记载的“赤膜下垂”等。直到《证治准绳·七窍门》才以“椒疮”为名记述了本病的证治。

2 病因病机

2.1 中医学认识

中医认为本病多因外感风热邪毒,内有脾胃积热,内热与邪毒相结,上壅胞睑,脉络阻滞,气血失和所致。

2.2 西医学认识

沙眼衣原体的感染是本病的致病原因。且沙眼的分泌物能传染此病,早为人们所知。1907年 Halberstaedter 与 Von Prowazek 用光学显微镜和 Giemsa 染色,在沙眼结膜上皮细胞内发现包涵体,即上皮细胞内有红蓝色原体及深蓝色始体颗粒聚集,此包涵体具有基质(matrix),颇似外衣包围,被误称为“衣原虫(Chlamydozoa)”。此后,相继有不少研究,但一直未分离出病原。1954年我国汤飞凡与张晓楼合作,在检查治疗大量病人的同时,采取病人眼部分泌物给猴眼接种,并同时 will 沙眼患者的分泌物接种小白鼠脑内试行分离培养,但结果完全呈阴性。1955年改用鸡胚接种,并注意选择活动性、无并发症及未经药物治疗的沙眼病例,使用链霉素杀灭标本中的细菌,终于在1956年首次分离培养成功。从此在世界上掀起沙眼研究的新热潮。由于此病原体能通过细菌滤器,寄生在细胞内,并形成包涵体,故当时认为是一种病毒。又因其大小、形态与一般病毒不同,称之为非典型或大型病毒。后经各国学者进一步研究了它的分子生物学及代谢机能等,证明它具有 RNA 和 DNA 及一定的酶,以二分裂的方式繁殖,具有细胞膜及壁并对抗生素敏感等,这些不符合病毒应有的基本性质,而与 G^+ 细菌有很大程度的相似之处。1971年 Storz 和 Page 提出将这类微生物另立一目,称衣原体。1974年出版的《Bergey 细菌鉴定手册》接受了这一分类,将其归入原核细胞界,薄壁菌门,立克次体纲,衣原体目、衣原体科、衣原体属、衣原体种,包括沙眼包涵体性结膜炎衣原体种及鸚鵡热衣原体种。1989年出版的该手册第10版中,又新加入肺炎衣原体种。沙眼包涵体性结膜炎衣原体种再分为沙眼、淋巴肉芽肿及鼠肺炎三个生物变种。其中沙眼生物变种从抗株性上又分为 A、B、Ba、C、D、E、F、G、H、I、J、K 等12个免疫型,淋巴肉芽肿生物变种可分为 L_1 、 L_2 及 L_3 等3个免疫型。

一般来说,地方流行性致盲沙眼大多由 A、B、Ba 及 C 型所致,故称这几型流行性沙眼衣原体组;而 D~K 型主要引起生殖泌尿系感染;如尿道炎、宫颈炎、附睾炎等,以及包涵体性结膜炎,故称眼-生殖泌尿组衣原体。1966年我国的王克乾、张晓楼等采用小鼠毒素保护试验,将我国不同地区10年间分离的46种沙眼衣原体分成 I、II 两种免疫型, I 型以 TE-55 样为代表, II 型以 TE-106 样为代表,两型比例为 2:1。但 I、II 两型与上述15种沙眼衣原体免疫型的对应关系一直不能肯定。张力、张晓楼等(1990)用微量免疫荧光试验(Micro immunofluorescence Test)对中国华北沙眼流行区沙眼衣原体免疫型进行检测,结果表明我国华北地区沙眼流行以 B 型为主, C 型次之。

沙眼原发感染,愈后可不留瘢痕。但在流行地区,卫生条件差,常有重复感染。

原发感染已使结膜组织对沙眼衣原体致敏,再遇沙眼衣原体时,则引起迟发超敏反应。沙眼在慢性病程中,常有急性发作,可能就是重复感染的表现。多次的反复感染,加重原有的沙眼血管翳及瘢痕形成,甚至睑板肥厚变形,引起睑内翻倒睫,加重角膜的混浊,损害视力,甚至失明。除重复感染外,合并其他细菌性感染,也使病情加重。

沙眼衣原体仅侵入睑结膜及穹窿结膜上皮细胞,但引起的病理变化则达深部组织。首先表层上皮细胞表现变性脱落,而深层者则增生,随着病程发展,上皮细胞增生很快,使上皮层不再平滑,而形成乳头。乳头的实质里有扩张的微血管、淋巴管与淋巴细胞。于此同时结膜上下组织即发生弥漫性淋巴细胞浸润,同时有限局性聚集,形成滤泡。滤泡中央部有很多淋巴母细胞、巨噬细胞及网织细胞,其周围则为大量的小淋巴细胞。随着病程的发展,滤泡发生变性及坏死,继而结缔组织增生形成瘢痕。睑板亦有弥漫性淋巴细胞浸润而致肥厚,严重者结缔组织增生,使之变形。角膜血管翳皆自上方角膜缘开始,角膜微血管扩张并向角膜中央部分发展,伴有细胞浸润,初位于浅层,继则向角膜下方及深层发展。初呈垂帘状,严重者可侵及全部角膜。

3 诊 断

3.1 临床表现

3.1.1 症状

本病潜伏期约为5~12日,通常侵犯双眼,多发生于儿童、少年时期。发病多为急性发病,病人有异物感、畏光、流泪,很多黏液或黏液性分泌物。数周后急性症状消退,进入慢性期,此时可无任何不适或仅觉眼易疲劳。如于此时治愈或自愈,可不留瘢痕。但在慢性病程中,在流行地区,常有重复感染,病情加重。角膜上有活动性血管翳时,刺激症状变为显著,视力减退。晚期常因后遗症,如睑内翻、倒睫、角膜溃疡及眼球干燥等,症状更为明显,并严重影响视力,甚至失明。

3.1.2 体征

(1)急性沙眼:呈现急性滤泡结膜炎症状,睑红肿,结膜高度充血,因乳头增生睑结膜粗糙不平,上下穹窿部结膜满布滤泡,合并有弥漫性角膜上皮炎及耳前淋巴结肿大。数周后急性炎症消退,转为慢性期。

(2)慢性沙眼:可因反复感染,病程迁延数年至十多年。充血程度虽减轻,但与皮下组织有弥漫性细胞浸润,结膜显污秽肥厚,同时有乳头增生及滤泡形成,滤泡大小不等,可显胶样,病变以上穹窿及睑板上缘结膜显著。同样病变亦见于下睑结

膜及下穹窿结膜,严重者甚至可侵及半月皱襞。在慢性病程中,结膜的病变逐渐为结缔组织所取代,形成瘢痕。最早出现在上睑结膜的睑板下沟处,呈水平白色条纹,以后逐渐呈网状,待活动性病变完全消退,病变结膜全部成为白色平滑的瘢痕。沙眼亦可形成角膜血管翳,它是由角膜缘外正常的毛细血管网,越过角膜缘进入透明角膜,影响视力,并逐渐向瞳孔区发展,伴有细胞浸润及发展为浅的小溃疡,痊愈后可形成角膜小面。细胞浸润严重时可形成肥厚的肉样血管翳(pannus crassus)。

3.1.3 常见并发症

(1) 睑内翻倒睫:沙眼病变后期,眼睑内结成瘢痕而收缩,睑板肥厚变形,使睑缘向内翻转。最常发生于上睑。睫毛触及眼球,摩擦角膜,使之混浊,且易发生外伤性角膜溃疡。有时睑缘虽尚未内翻,睫毛因毛根邻近组织的结痂收缩,发生倒睫。

(2) 上睑下垂:睑结膜与睑板等组织内细胞浸润及增生肥厚,增加重量,使上睑睁开困难;再者上睑因 Müller 肌肉受细胞浸润,减少提上睑的作用,而发生上睑下垂。

(3) 睑球粘连:穹窿部因结膜瘢痕收缩而缩短,尤以下穹窿部为显著,甚至穹窿部完全消失。当牵引下睑时在眼睑和眼球间的结膜可见有垂直的皱褶,即为本征。

(4) 角膜混浊:角膜血管翳轻者治愈后不影响视力,但重者常遗留角膜混浊。睑内翻倒睫摩擦角膜以致角膜溃疡、角膜混浊,视力损害。若有继发感染,溃疡穿孔后,严重的影响视力,甚至失明。

(5) 实质性结膜干燥症:由于结膜广泛的结痂,使杯状细胞和副泪腺的分泌功能遭到破坏,同时泪腺的排泄管口也因结膜瘢痕而闭塞,结膜囊内无黏液和泪液,结膜和角膜不能被湿润而发生干燥和混浊。结膜与角膜的上皮发生角化。

(6) 慢性泪囊炎:沙眼病变累及泪道黏膜,鼻泪管发生狭窄或阻塞,导致慢性泪囊炎。

3.1.4 分期

以往对沙眼有很多临床分期的方法,我国于 1979 年全国第二届眼科学术会讨论时,重新制定了沙眼的分期:

期别	依据	分级	活动病变与上睑结膜总面积
I	上穹窿部和上睑结膜有活动性病变(血管模糊、充血、乳头增生、滤泡形成)	轻(+)	<1/3
		中(++)	1/3~2/3
		重(+++)	>2/3
II	有活动性病变同时出现瘢痕	轻(+)	<1/3
		中(++)	1/3~2/3
		重(+++)	>2/3
III	仅有瘢痕而无活动性病变		

国际上较为通用者为 MacCallan 分期法:

I 期——浸润初期:睑结膜与穹窿结膜充血肥厚,上方尤甚,可有初期滤泡与早期角膜血管翳。

II 期——活动期:有明显的活动性病变,即乳头、滤泡与角膜血管翳。

III 期——瘢痕前期:同我国第 II 期。

IV 期——完全结瘢期:同我国第 III 期。

3.2 辅助检查

本病一般无需特殊实验室检查,必要时可做结膜刮片培养以明确诊断。

3.3 诊断要点

典型的沙眼,临床上根据睑结膜有乳头和滤泡增生,角膜血管翳及结膜瘢痕的出现,较容易诊断。对早期沙眼的诊断尚有一定困难。有时只能初步诊断为“疑似沙眼”。根据 1979 年中华医学会眼科分会的决定,沙眼诊断依据为:

(1) 上睑结膜及上穹窿部有滤泡、乳头增生与血管模糊。

(2) 在放大镜或裂隙灯下可检查到早期角膜血管翳,特别在角膜缘上同时见有因一度滤泡生长而遗留下来的瘢痕小凹。

(3) 上穹窿部和上睑结膜出现条状或网状瘢痕。

(4) 结膜上皮细胞刮片发现包涵体,或鸡胚或组织培养分离出衣原体。

凡在上述第一项的基础上,兼有其他三项中之任何一项者,均可诊断为沙眼。

疑似沙眼者:上穹窿部及眦部结膜充血,有少量乳头(乳头为正常组织)增生或滤泡,并已排除其他结膜炎者。

3.4 鉴别诊断

3.4.1 结膜滤泡症

常见于儿童,皆为双侧,无自觉症状。滤泡多见于下穹窿部与下睑结膜。滤泡

较小,大小均匀相似,半透明,境界清楚,滤泡之间的结膜正常,不充血,无角膜血管翳,无瘢痕发生。沙眼的滤泡多见于上穹窿部与上睑结膜,混浊不清、大小不等、排列不整齐,并有结膜充血和肥厚等症状。

3.4.2 慢性滤泡性结膜炎

常见于学龄儿童及青少年,皆为双侧,颗粒杆菌可能为其病因。晨起常有分泌物,眼部有不适感。滤泡多见于下穹窿与下睑结膜,大小均匀,排列整齐;结膜虽充血,但不肥厚;1~2年后自愈,无瘢痕形成;无角膜血管翳。

3.4.3 春季结膜炎

此病有季节性,主要症状为刺痒。睑结膜上的乳头大而扁平且硬,上穹窿部无病变,易于鉴别。分泌物涂片中可见嗜酸细胞增多。

3.4.4 包涵体性结膜炎

成年人与新生儿包涵体性结膜炎在结膜刮片中皆可见包涵体,其形态与沙眼包涵体相同,难以分别。但包涵体性结膜炎皆以急性开始,滤泡皆以下穹窿部与下睑结膜为著,无角膜血管翳,数月甚至1年即可自愈,并不形成瘢痕,可与沙眼鉴别。

4 辨证论治

4.1 辨证纲目

本病为邪实之证。发病之初,多为风热客睑,继而病情发展,为脾胃积热,病情进一步发展,则为血热壅滞。

4.1.1 风热客睑

睑内面血管模糊,眦部红赤,颗粒累累、目痒、涩痛、生眵、流泪。舌红,苔薄黄,脉浮数。

4.1.2 脾胃热盛

睑内面红赤及颗粒丛生,血管模糊,重坠难开,或有赤脉下垂,痒痛交作,畏光,泪黏眵多,舌红苔黄脉数。

4.1.3 血热壅滞

胞睑厚硬,颗粒红坚,或有白色条纹,风轮受侵赤膜下垂,星翳迭起,畏光泪出,涩痛难睁,舌黯红,苔薄黄,脉数有力。

4.2 审因论治

本病为实证,治疗应内外兼施。轻者以局部用药为主,涩痒明显者配合内治。内治的关键在于分清风、热、湿、瘀孰轻孰重。

4.2.1 风热客睑

疏风散热。方用银翘散加减。双花、连翘、牛蒡子、竹叶、荆芥、薄荷、淡豆豉、赤芍、桔梗、甘草、芦根。

本方疏风清热。痒甚者，加蝉蜕、白蒺藜疏风止痒；睑内红赤较重者，可重用赤芍，加生地、丹皮以通络消滞退赤。

4.2.2 脾胃热盛

清脾胃，散风邪。方用除风清脾饮加减。黄连、黄芩、连翘、玄参、知母、玄明粉、大黄、荆芥、防风、桔梗、陈皮、生地黄、大黄。

本方泻热清脾、疏风散邪。赤脉显著者，加丹皮、赤芍、紫草以通络退赤；眼眵胶黏者，加苦参、茵陈、地肤子、苍术等清热燥湿止痒。

4.2.3 血热壅滞

凉血散瘀。方用归芍红花散加减。当归、赤芍药、红花、大黄、连翘、栀子、黄芩、甘草、防风、白芷。

本方凉血散瘀，解毒散邪。大便秘结者，加玄明粉；黑睛混浊者，加草决明、谷精草、蝉蜕等。

5 古方今用

羌活胜风汤(《原机启微》)

组成：白术 20 g，枳壳、羌活、川芎、白芷、独活、防风、前胡、桔梗、荆芥、甘草各 10 g，黄芩 20 g，柴胡 20 g。

功用：祛风解表，清热解毒。

主治：风胜热浅，太阳巅顶头痛、少阳头痛、眉棱骨痛，鼻塞流涕，外障疾患。适用于沙眼，流行性结、角膜炎，角膜溃疡，巩膜炎等。

方解：羌活、白芷、独活、防风、荆芥祛风散邪止痛；柴胡、前胡疏少阳与上焦之风邪；黄芩清上焦风热，兼有清肝明目之功；桔梗疏风载药上行；白术、枳壳、甘草健脾和中。

6 中成药治疗

6.1 银翘解毒片

组成：金银花、连翘、薄荷、荆芥、淡豆豉、牛蒡子、桔梗、甘草、淡竹叶。

服法：每次 4 片，每日 3 次。适用于眼症初期有风热见证者。

6.2 熊胆丸

组成:熊胆、龙胆、大黄、生地黄、泽泻、栀子、当归、车前子、菊花、柴胡、决明子、黄芩、防风、黄连、木贼。

服法:每次 10 g,每日 3 次。适用于风热上攻者。

7 其他疗法

7.1 点眼法

(1)犀黄散:西月石粉 15 g,冰片 9 g,麝香 0.9 g,犀黄 1.2 g。共研极细末,瓷瓶收贮,用时点于内眦,每日 3~4 次。

(2)黄连西瓜霜眼药水:硫酸黄连素 0.5 g,西瓜霜 5.0 g,月石 0.2 g,硝苯汞 0.002 g,蒸馏水 100 ml,每日 3~4 次点眼。

(3)化铁丹眼水:雄鸡化骨(在肚内似胆非胆,红色圆形物)3 个,川椒 6 g,砂仁(打)3 g,风化硝 9 g,古铜钱一文(如有真铜绿 3 g 更好),新绣花针 3 枚。将上药放在磁瓶内,以蒸馏水 500 ml,浸泡 7 天,将瓶口用蜡密封,以针化净为度。经二次过滤消毒后使用。每日点眼 3 次。

7.2 洗眼法

(1)桑叶、菊花、白矾各 6 g,水煎取澄清液约 300 ml,每日分 3 次洗眼。

(2)白矾 6 g,胆草 9 g,皮硝 6 g,杏仁 7 个,乌梅 5 个,桔矾 3 g,菊花 60 g,炉甘石 60 g。水煎去渣,每日洗眼 5~6 次。用于各种类型的椒疮。

(3)夜明砂 9 g,凤凰壳(即暖出鸡子的蛋壳)6 g,草决明 9 g,蝉蜕 9 g。以米醋煎药洗眼。每日 2~3 次。用于各期沙眼。

7.3 海螺蛸棒摩擦法

将海螺蛸制成 1.5~3.5 cm 长棒状,棒端呈鸭嘴形,用黄连水煮沸消毒,待干备用。同时对患者作表面麻醉,并清洁结膜囊后,以左手翻开眼睑,充分暴露穹窿部结膜,用右手持海螺蛸棒,以轻快手法往返摩擦结膜乳头增生处,直至点状出血为度,随即用生理盐水冲洗,并涂以眼膏。相隔 5 天摩擦 1 次,根据病情,可重复进行。

7.4 针刺疗法

取曲池、足三里、血海、太冲。每日针 1 次,强刺激,用于沙眼活动期怕光流泪。

7.5 割治法

取大椎穴,常规消毒;用尖刀割断大椎穴上方高骨处纤维,不能超过半分深。术后以消毒纱布包扎,次日复查。再割治时取肩井穴,用于乳头肥大,滤泡增生的