

ICS 11.020

C 10/29



团体标准

T/CACM ****—2021

《外伤性视神经病变中医诊疗指南》

Guidelines for the diagnosis and treatment of traumatic optic neuropathy with traditional Chinese medicine

(文件类型：公示稿)

(本稿完成时间：2021年10月)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

CACM团体标准公示稿

目 次

前 言.....	I
引 言.....	III
1 范围	2
2 规范性引用文件.....	2
3 术语和定义.....	2
4 流行病学特点.....	3
5 临床表现.....	3
6 诊断标准.....	3
6.1 中医诊断.....	3
6.2 西医诊断.....	3
7 TON 分期.....	3
8 辨证分型.....	4
9 治疗	4
9.1 中药治疗 TON.....	4
9.2 中成药治疗 TON.....	5
9.3 针灸联合中药治疗 TON.....	6
附录 A.....	8
参 考 文 献.....	9

中国国家标准公示稿

CACM团体标准公示稿

前 言

《外伤性视神经病变中医诊疗指南》（以下简称“文件”）按照GB/T1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》和《中华中医药学会中医指南报告规范》规定的规则起草。本文件由中国中医科学院眼科医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件负责起草单位：中国中医科学院眼科医院。

本文件参与起草单位（以下起草单位按拼音首字母排序）：北京协和医院、北京中医药大学第三附属医院、北京中医药大学东方医院、北京中医药大学循证医学中心、福建医科大学附属第一医院、广西中医药大学第一附属医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、湖南中医药大学第一附属医院、吉林省人民医院、昆明医科大学第一附属医院、宁夏回族自治区人民医院、山东中医药大学附属眼科医院、上海交通大学附属第一人民医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、首都医科大学附属北京儿童医院、首都医科大学附属北京同仁医院、首都医科大学附属北京中医医院循证医学中心、天津医科大学眼科医院、天津中医药大学第一附属医院、浙江大学医学院第二附属医院、中国人民解放军总医院、中国中医科学院望京医院、中国中医科学院西苑医院、中国中医科学院眼科医院、中国中医科学院中医临床基础医学研究所、中日友好医院。

本文件主要起草人：王影、廖星、庄曾渊、魏世辉、钟勇。

本文件起草人（按姓名拼音排序，具体分工详见附录A）：柏梅、毕宏生、高云、郝小波、何萍、胡晶、解孝锋、金明、李满、李晓明、李志清、梁俊、梁丽娜、刘静、刘文舟、刘兆兰、龙思羽、马嘉、马瑾、邱怀雨、邱礼新、施维、孙传宾、孙河、孙婉钰、孙艳红、童绎、王军杰、王影、王志强、韦企平、魏彬彬、魏世辉、吴星伟、谢立科、徐全刚、杨光、杨沫、杨永升、于静、喻京生、张红、张丽霞、张守康、钟勇、周欢粉、周剑、周尚昆、周婉瑜、庄曾渊。

CACM团体标准公示稿

引 言

随着经济的发展，交通事故及工伤事故的发生率逐渐增加，外伤性视神经病变的发生率也呈上升趋势，外伤性视神经病变引起的视功能损害对患者的生活、工作影响越来越受到重视。中医药治疗本病具有一定的优势和特色，能够在改善视功能、提高生活质量等方面起到积极的治疗作用。如何彰显中医药治疗本病的优势以及中医介入治疗的时机等方面，目前尚缺乏规范性的指导文件。本《指南》充分参考国际临床实践指南制订方法和流程，并在相关法律法规和技术文件指导下，本着“循证为举，共识为主，经验为鉴”的原则，在现有最佳证据的基础上，充分结合专家经验以及患者偏好，基于中医药自身特点及临床实际情况形成了外伤性视神经病变的中医诊疗指南。本《指南》旨在指导和规范临床医生使用中医药治疗外伤性视神经病变，以提高临床疗效，节约医疗卫生资源。

本《指南》由于受到使用者地域、民族、种族等因素的影响，在具体实施过程中，应依照实际情况而定。

CACM团体标准公示稿

CACM团体标准公示稿

外伤性视神经病变中医诊疗指南

1 范围

本文件规定确诊为外伤性视神经病变为头面部钝挫伤（非贯通伤）后导致的视神经或前视路系统损伤患者可使用本指南中医治疗方案。

本文件适用于全国三级医院、二级医院以及社区、基层医疗机构中医、中西医结合眼科医师对外伤性视神经病变的中西医结合诊断及治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T20348-2006《中医基础理论术语》

GB/T16751.1-1997《中医临床诊疗术语.疾病部分》

GB/T16751.2-1997《中医临床诊疗术语.证候部分》

GB/T16751.3-1997《中医临床诊疗术语.治法部分》

《中华人民共和国药典》（2015年版）

《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（2017年版）

《中医眼科常见病诊疗指南》（2012年）

3 术语和定义

下列术语及定义适用于本文件。

3.1 外伤性视神经病变（Traumatic Optic Neuropathy, TON）

外伤性视神经病变是指眼眶外上方额、颞部突然遭受外力作用后而导致的视神经病变^[1]。

3.2 相对性瞳孔传导障碍（Relative Afferent Pupillary Dysfunction, RAPD）

相对性瞳孔传导障碍是指行“交替光照射试验”表现出来的“健眼”与“患眼”瞳孔反应不对称状态^[2]。

3.3 视神经萎缩（Optic Atrophy, OA）

视神经萎缩是指以视力下降，甚至完全致盲，视盘色变白为特征的疾病^[3]。

3.4 撞击伤目病

撞击伤目是指眼部受钝挫力撞击但无穿破伤口的眼病^[4]。

3.5 暴盲病

暴盲病是指眼外观正常，一眼或两眼视力骤然急剧下降，甚至盲而不可见的内障眼病^[4]。

3.6 视瞻昏渺

视瞻昏渺是指眼外观无异常，但视物昏朦，且日渐加重，终致失明的眼病^[4]。

3.7 青盲病

青盲病是以视盘色淡，视力逐渐下降，甚至盲无所见为特征的内障眼病^[4]。

4 流行病学特点

2012年一项加拿大流行病学显示TON发病率在头部闭合性损伤患者中约0.5%-5%^[5]，大部分为青壮年，而儿童占20%。43%-56%的视力损伤至光感或无光感，严重危害患者生存质量。在TON的致伤原因中，车祸伤占首位（50%-65%），其次为坠落伤和摔伤（13%-28%）^[1]。

5 临床表现

绝大多数TON是因额、颞部受钝性物体撞击所致，视力下降严重者丧失光感。合并闭合性颅脑损伤者常伴随昏迷、嗜睡、意识淡漠、言语不清、呼吸异常、肢体运动障碍等颅脑损伤症状。此类患者应该在检查生命体征的同时，注意眼部情况。TON的症状和体征多样。除视力下降外，单眼或双眼受累程度不一致时，受伤较重侧眼出现RAPD征，多表现为伤眼瞳孔散大；双眼受累程度相似时可能无RAPD，而仅表现为瞳孔对光反应异常。对伴有意识障碍者，瞳孔直接对光反应异常是判断TON的最可靠体征。绝大多数未累及视网膜及视神经前段TON患者，早期眼底检查无异常改变，后期常出现视乳头苍白、萎缩^[1]。

6 诊断标准

6.1 中医诊断

目前尚无明确的中医诊断标准，《中医眼科学》^[4]上将急性发病归为撞击伤目；根据视力下降程度又可分为暴盲病、视瞻昏渺；后期眼底视神经萎缩又可归属于青盲范畴；因此本病可见不同中医诊断名称。

6.2 西医诊断

根据中华医学会发布的“我国外伤性视神经病变内镜下经鼻视神经管减压术专家共识（2016年）”^[1]中外伤性视神经病变的诊断标准为：必要条件：（1）存在颅、眶、颌面部，尤其额、颞部外伤史；（2）伤后急性视功能受损，如视力减退或失明、视野缺损、色觉障碍等，排除既往疾病所致。支持条件：（1）RAPD征阳性，而眼内无导致RAPD阳性的异常改变；（2）P-VEP检查视觉波形消失或P₁₀₀波潜伏期延长、波幅降低，眼底未见视网膜严重病变。单眼受累或双眼受累程度不一致时，具备支持条件（1），而双眼受累程度相似时，具备支持条件（2）再具有两条必要条件，即可确诊TON。

7 TON分期

目前，尚无本疾病病程分期相关指南/专家共识/随机对照试验。为此，本临床问题结果由专家共识产生。（具体专家共识流程详见指南编制说明第45页）

急性期（充血水肿期）：病程≤1周；创伤后1周内视神经肿胀、血管痉挛，炎性因子高表达，脉络膜毛细血管通透性增加，视神经节细胞显著丢失。

亚急性期（水肿吸收期）：1周<病程≤4周；在经过第1周炎症水肿期后至伤后4周的时间里，视神经的水肿逐渐吸收，肿胀减轻、胶质增生明显，神经节细胞逐渐丢失，视网膜神

经纤维层厚度(Retinal nerve fiber layer, RNFL)及神经节细胞复合体(Ganglion cell complex, GCC)厚度显著下降。

慢性期(神经萎缩期):病程>4周;外伤4周后视神经开始进入萎缩阶段,轴突变性,视盘逐渐苍白, RNFL降低趋于平稳。

8 辨证分型

8.1 气滞血瘀证(推荐强度:强推荐,证据级别:D)

(1)使用条件:TON急性、亚急性期。

(2)临床表现:外伤后一个月内,以患处疼痛固定,胀痛或刺痛,痞块时消时聚,或皮肤青紫瘀斑,舌质紫暗,或有瘀点,脉弦涩,伴见相应经络、脏腑、器官功能障碍等为特征的证候。(参照GB/T16751.2-1997《中医临床诊疗术语.证候部分》)

8.2 气血两虚证(推荐强度:强推荐,证据级别:D)

(1)使用条件:TON慢性期。

(2)临床表现:外伤后一个月后,以神疲、乏力,气短、懒言,面色淡白或萎黄,头晕、目眩,心悸,失眠,健忘,唇甲色淡,舌质淡,脉弱或细等为特征的证候。(参照GB/T16751.2-1997《中医临床诊疗术语.证候部分》)

8.3 肝肾亏虚证(推荐强度:强推荐,证据级别:D)

(1)使用条件:TON慢性期。

(2)临床表现:外伤后一个月后,以头晕,眼花,耳鸣,健忘,腰膝酸软,肢体麻木、痿软或痉挛,毛发脱落,形瘦、骨立,男子精少、不育,女子经闭、不孕等肝肾两虚证重者为特征的证候。(参照GB/T16751.2-1997《中医临床诊疗术语.证候部分》)

8.4 气虚血瘀证(推荐强度:强推荐,证据级别:D)

(1)使用条件:TON慢性期。

(2)临床表现:外伤后一个月后,以局部刺痛、痛处不移,舌质淡暗或紫,边有瘀点、瘀斑,脉沉细或涩,伴见面色暗淡,身倦、乏力,少气,懒言等为特征的证候。(参照GB/T16751.2-1997《中医临床诊疗术语.证候部分》)

9 治疗

9.1 中药治疗 TON

9.1.1 在常规治疗的基础上联合血府逐瘀汤^[6]加减(推荐强度:强推荐,证据级别:D)

(1)处方来源:王清任《医林改错》

(2)药物组成:桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡。

(3)使用条件:适用于气滞血瘀证(急性、亚急性期)。

(4)不良反应:目前临床证据中未见严重不良反应报道。但本方孕妇忌用。

(5)西医药理:血府逐瘀汤能够明显抑制ROCK II在视网膜、视神经中的表达。ROCK II受抑制后,血管痉挛得以解除,血管扩张,增加局部血流量,进一步保护损伤组织;抑制中性粒细胞和单核细胞浸润来阻止炎性反应;加速Ca²⁺的恢复;抑制中性粒细胞和血管产生氧自由基;抑制高凝状态;促进神经轴突再生与神经网络的重建,减少迟发性神经元损害^[7]。

10.1.2 在常规治疗的基础上联合除风益损汤^[8]加减(推荐强度:强推荐,证据级别:C)

(1)处方来源:倪维德《原机启微》

(2) 药物组成：熟地黄、当归、白芍药、川芎、藁本、前胡、防风。

(3) 使用条件：适用于气滞血瘀证（急性、亚急性期）。

(4) 不良反应：目前临床证据中未见严重不良反应报道。但本方风寒犯肺者禁用。

(5) 西医药理：除风益损汤具有活血消瘀，除风易损之功。本方以四物汤为基础，而现代药理研究表明四物汤具有补血活血、调节免疫、抗自由基、改善血液循环等作用。防风、前胡、藁本有解热镇痛及抗炎作用^[9]。故诸药合用，能够增强微血管弹性，防止再出血，并能促进出血吸收；抗炎止痛，改善视网膜循环，提高视网膜对缺氧的耐受性。

9.2 中成药治疗 TON

9.2.1 在常规治疗的基础上联合血府逐瘀胶囊（专家共识）

(1) 处方来源：《中华人民共和国药典》2015版。

(2) 使用条件：用于治疗气滞血瘀证（急性、亚急性期）。

(3) 不良反应：①孕妇禁服；②忌食生冷食物

(4) 用法用量：口服。一次6粒，一日2次；1个月为一个疗程。

(5) 西医药理：血府逐瘀胶囊由柴胡、当归、地黄、赤芍、红花、炒桃仁、麸炒枳壳、甘草、川芎、牛膝、桔梗组成。药理同血府逐瘀汤所示。

9.2.2 在常规治疗的基础上联合复方血栓通胶囊^[10]（推荐强度：弱推荐，证据级别：D）

(1) 处方来源：《中华人民共和国药典》2015版。

(2) 使用条件：用于治疗血瘀兼气阴两虚证（亚急性、慢性期）。

(3) 不良反应：①孕妇禁服；②对本品过敏者禁服；③个别用药前谷丙转氨酶异常的患者服药过程中出现谷丙转氨酶增高，是否与服用药物有关，尚无结论；④过敏体质者慎服。

(4) 用法用量：口服，一次3粒，一日3次。每粒0.5 g，疗程1个月。

(5) 西医药理：复方血栓通胶囊由三七、丹参、黄芪、玄参组成，研究显示：可缓解视神经挫伤时因循环血管撕脱出血或血栓形成所导致的原发性视神经管内高压或缺血缺氧状态。拮抗挫伤后早期血管反应性收缩痉挛所导致的微循环障碍，降低血黏度而达到活血化瘀，疏通微循环，提高机体抗缺氧能力的目的^[10]。

9.2.3 在常规治疗的基础上联合复明片^[11]（推荐强度：弱推荐，证据级别：D）

(1) 处方来源：《中华人民共和国药典》2015版。

(2) 使用条件：用于治疗肝肾不足证（慢性期）。

(3) 不良反应：孕妇慎用，忌食辛辣刺激食物。（来源：《中华人民共和国药典》2015版）

(4) 用法用量：口服。一次5片，一日3次，每粒0.31g。

(5) 西医药理：复明片由羚羊角、蒺藜、木贼、菊花、车前子、夏枯草、决明子、人参、酒萸肉、石斛、枸杞子、菟丝子、女贞子、石决明、黄连、谷精草、木通、熟地黄、山药、泽泻、茯苓、牡丹皮、地黄、槟榔组成。研究显示：复明片中黄连具有抗氧化作用；石斛、菟丝子的活性成分是黄酮类物质，具有抑制醛糖还原酶活性，抗衰老的药理作用；枸杞和决明子的活性成分是枸杞多糖，能改善血液的黏度；山茱萸的活性成分是山茱萸多糖、山茱萸苷，具有清除自由基抗氧化作用，人参的活性成分是人参皂苷，也具有抗氧化作用。综合以上各种功效，说明复明片中所含的药用皂苷元通过提高清除自由基、活性氧，具有减少自由基氧化所导致的视网膜光感受器细胞的凋亡的作用^[12]。

9.3 针灸联合中药治疗 TON（推荐强度：强推荐，证据级别：C）

针刺作为有创治疗，考虑患者的接受程度，应在TON亚急性期作为最佳起始干预时机（专家共识）。推荐针刺主穴为风池、睛明、足三里、承泣、太阳、百会、光明、球后^[13-18]。（以下穴位参考第九版《针灸学》“十二五”规划教材）

（1）风池

①归经：归足少阳胆经。（附注：足少阳、阳维之会）

②定位：在颈后区，枕骨之下，胸锁乳突肌上端与斜方肌上端之间的凹陷中。

③主治：目赤肿痛、视物不明、头痛、眩晕、失眠、癫痫、中风、热病、外感、耳鸣、颈项强痛。

④解剖：在胸锁乳突肌与斜方肌上端附着部之间的凹陷中，深部为头夹肌；有枕动、静脉分支，布有枕小神经分布。

（2）睛明

①归经：归足太阳膀胱经。（附注：手足太阳、足阳明、阴跷、阳跷五脉交会穴）

②定位：在面部，目内眦内上方眶内侧壁凹陷中。

③主治：目赤肿痛、流泪、视物不明、目眩、近视、夜盲等目疾；急性腰扭伤、坐骨神经痛；心悸、怔忡。

④解剖：在眶内缘睑内侧韧带中，深部为内直肌；有内眦动、静脉和滑车上下动、静脉，深层上方有眼动、静脉主干。

（3）足三里

①归经：足阳明胃经。（附注：合穴，胃下合穴）

②定位：在小腿外侧，犊鼻下3寸，胫骨前嵴外1横指处，犊鼻与解溪的连线上。

③主治：胃痛、呕吐、噎膈、腹胀、便秘等胃肠疾病；下肢痿痹；癫狂等神志病；虚劳诸证，为强壮保健要穴。

④解剖：在胫骨前肌、趾长伸肌之间；有胫动、静脉；深层为腓深神经。

（4）承泣

①归经：归足阳明胃经。（附注：阳跷任脉足阳明之会）

②定位：在面部，眼球与眶下缘之间，瞳孔直下。

③主治：眼睑颤动、迎风流泪、夜盲、近视等目疾；口眼歪斜，面肌痉挛。

④解剖：在眶下缘上方，眼轮匝肌中，深层眶内有眼球下直肌、下斜肌；有眶下动、静脉分支，眼动、静脉分支；布有眶下神经及动眼神经下支的肌支，面神经分支。

（5）太阳

①归经：经外奇穴。

②定位：在头部，当眉梢与目外眦之间，向后约一横指的凹陷中。

③主治：头痛；目疾；面瘫。

④解剖：在颞筋膜及颞肌中；深层有上颌神经颞颥支和颞浅动脉分布，深层有下颌神经肌支和颞浅动脉肌支分布。

（6）百会

①归经：归督脉。

②定位：在头部，前发际正中直上5寸。

③主治：头痛、眩晕、耳鸣等头面病证；痴呆、中风、失语、失眠、癫狂痫证等神志病证；脱肛、阴挺、胃下垂等气失固摄而致的下陷性病证。

④解剖：在帽状腱膜中；有左右颞浅动、静脉及左右枕动、静脉吻合网；布有枕大神经及额神经分支。

(7) 光明

①归经：归足少阳胆经。（附注：足少阳胆经之络穴）

②定位：在小腿外侧，外踝尖上5寸，腓骨前缘。

③主治：目痛、夜盲、近视等目疾；胸乳胀痛；下肢痿痹。

④解剖：在趾长伸肌和腓骨短肌之间；有胫前动、静脉分支；布有腓浅神经。

(8) 球后

①归经：经外奇穴。

②定位：在面部，眶外下缘1/4与内3/4交界处。

③主治：目疾。

④解剖：在眼轮匝肌中，深部为眼肌。浅层有上颌神经颞颥支和眶下神经分布；深层有面神经颞支和颞浅动脉肌支分布；进入眶内可刺及眶下神经干、下直肌、下斜肌和眶脂体，有眼神经和动眼神经分布。

附录 A

本文件专家指导组成员（按拼音字母排序）：

本文件指导委员会专家：高云、童绎、魏世辉、庄曾渊。

本文件专家组成员（按拼音字母排序）：

本文件方法学专家委员会专家：陈薇、廖星、胡晶、刘兆兰。

本文件临床专家委员会专家：毕宏生、郝小波、何萍、解孝锋、金明、李晓明、李志清、梁丽娜、刘静、刘文舟、马嘉、马瑾、邱怀雨、邱礼新、施维、孙传宾、孙河、孙艳红、王影、王志强、韦企平、吴星伟、谢立科、徐全刚、杨光、杨永升、于静、喻京生、张红、张丽霞、张守康、钟勇、周欢粉、周剑、周尚昆、周婉瑜。

本文件工作组：柏梅、陈薇、李满、梁俊、廖星、龙思羽、孙婉钰、王军杰、王影、王志强、魏彬彬、杨沫、张红、赵子德、周尚昆。

本文件执笔人：王影。

本文件秘书：李满、杨沫、赵子德。

参考文献

- [1]中华医学会眼科学分会神经眼科学组.我国外伤性视神经病变内镜下经鼻视神经管减压术专家共识(2016年)[J].中华眼科杂志,2016,52(12):889-893.
- [2]Wilhelm, H., Neuro-ophthalmology of pupillary function--practical guidelines. J Neurol, 1998. 245(9): 573-83
- [3]中华中医药学会,中医眼科常见病诊疗指南.中国中医药出版社,2012.
- [4]彭清华,中医眼科学.第4版.中国中医药出版社,2016.
- [5]PIROUZMAND F.Epidemiological trends of traumatic opticnerve injuries in the largest Canadian adult trauma center[J].Journal of Craniofacial Surgery,2012,23(2):516-520.
- [6]王云霞,席亚萍.大剂量激素联合中药治疗外伤性视神经病变的疗效[J].中国当代医药,2011,18(04):35-36.
- [7]彭述雄,曾铁军.中西医结合治疗外伤性视神经病变[J].中华现代中医学杂志,2009.5(3):179-180.
- [8]吴越,王桂丽.化翳汤配合西药治疗眼挫伤导致视神经萎缩患者 44 例[J].陕西中医, 2014: 327-328.
- [9]雷载权.中药学[M].上海:上海科技出版社 1995.
- [10]吴文灿.活血化瘀中药并大剂量甲基强的松龙治疗视神经挫伤[J].中国临床康复, 2006. 10(23): 4-6.
- [11]梁秀栋,罗仁惠.复方樟柳碱联合复明片治疗视神经挫伤的临床疗效观察[J].健康必读(下旬刊),2012(5):40.
- [12]孙莺,中西医结合治疗视网膜挫伤 35 例临床观察[J].浙江中医杂志, 2011.46(03): 178.
- [13]白敬伟.外伤暴盲的中医辨证治疗效果探讨.大家健康(学术版), 2013. 7(16): 46-47.
- [14]王学英,舒苏凤.中西医结合治疗外伤性视神经萎缩的疗效观察及护理[J].护士进修杂志, 2011. 26(24): 2280-2282.
- [15]王云鹏.外伤性视神经病变无光感 44 眼临床观察[J].中国实用医药,2015(14):70-71.
- [16]彭述雄,曾铁军.中西医结合治疗外伤性视神经病变[J].中华现代中医学杂志, 2009. 5(3): 179-180.
- [17]田歌.血府逐瘀汤联合针刺治疗外伤性视神经损伤的临床观察[J].中国中医药现代远程教育, 2018. 16(20): 109-111.
- [18]王玉斌.中西医结合治疗外伤性视神经萎缩的临床研究[D].黑龙江中医药大学,2007.

CACM团体标准公示稿