深針睛明穴，何以有奇效？ 第二屆國際傳統醫學大會專家系列

謝奇*

Meng Kang Chinese Physician Acupuncturist Clinic, Selangor, Malaysia

Why Does Deep Acupuncture Treatment at Acupoint Jingming Have a Miraculous Effect? Expert Series of the 2nd International Congress of Traditional Medicine

Cheah Kok Kay*

Meng Kang Chinese Physician Acupuncturist Clinic, Selangor, Malaysia

Received August 21, 2021

Revised October 15, 2021

Accepted October 19, 2021

*Corresponding Author

Cheah Kok Kay

Meng Kang Chinese Physician

Acupuncturist Clinic, No.160, Jalan

Besar, Pekan Ampang, 68000 Ampang,

Selangor, Malaysia

Tel: +60-3-4291-9336

WeChat ID (微信号) cheah44

Acupuncture at the Jingming can effectively treat eye pain or glaucoma, etc. In principle, it helps the circulation in the eyeball and has the effect of lowering the elevated pressure. In fact, even in classical literatures, when needling at the Jingming point, reference depth about 1.5 cm were mentioned. Careful procedure should be taken not to puncture the ethmoid artery in the eyeball socket, and attention should be paid to avoid deep orbital bleeding. The angle should be 85 degrees outward from the eyeball. As the effect of Jingming acupuncture is good, it should be used with caution.

Keywords: Jingming, Acupuncture, Deep insertion needling

本人從事中醫針灸事業已47年久。1967年就讀中醫，學生時期已開始採用深針療法，那個年代大概受到赤腳醫生運用深針療法所影響，他們當時取得了許多前所未有卓越醫療效果，如聾啞疾等等。

當時震撼全世界，此時中國醫學界也有用深針療法，治好各種眼疾，包括青光眼，眼盲等報導。此時，當學生的我就想盡各種辦法去取得他們的臨床治療資料，然後經常去摸索學習針法免費為病人治療，有時也獲得很好療效。

畢業後，1971年底上門看診有一位嚴重的青光眼患者，病人血壓190/110，頭劇痛，左眼脹痛，有虹視。針刺睛明穴1 ½ 寸，眼內感應脹痛劇烈，當針提出，頭劇痛，眼脹痛完全消失。從此知道，針刺睛明穴能治好青光眼，後來不斷在臨床針刺睛明穴，發覺配合有關穴位更能治好很多嚴重的眼疾。

深針睛明穴，何以有奇效？

《靈樞·答惑論》曰：“五臟六腑之精氣皆上註於目”睛明穴是足太陽膀胱經上，為手足太陽，足陽明，陰蹻，陽蹻五脈之會

幾千年來，中醫古籍眼科文獻記載，似乎一切眼疾必用之穴。它具有疏通經絡氣血之作用。從解剖學觀點，睛明穴1.5寸感應點，離開視神經，大概1寸左右，之間有很多血管與神經，通過穴位的感應，傳導至視神經，再由視神經傳導至整個眼球內部各組織，形成促使有如下有效作用：(1) 祛瘀作用，如視網膜血管出血，視網膜血管阻塞，白內障，飛蚊症。(2) 調整，修補作用，如眼角膜變形，眼壓高，細菌性感染致盲，中毒性眼盲，青光眼視野縮小，流眼淚，視網膜脫落。(3) 止痛，消炎，如鐮射後遺症疼痛，葡萄膜炎(非合併類風濕)，糖尿病性視網膜水腫(4) 強化作用，弱視，視網膜色素病變，懶惰眼等。

多年來臨床治療眼疾，睛明穴卻有如上各種作用。單用睛

明穴神奇可治愈多種眼疾。若配合球後穴，承泣，上明，風池穴，對各種疑難重症，卻能起到非常好的卓越效果。

根據中醫古籍文獻資料

《銅人腧穴針灸圖經》云：“針入一寸五分，留五呼，禁不可灸。雀目者宜可久留針，然後速出針。”《針灸甲乙經》云：“針入六分，留六呼，灸三壯。”《針灸資生經》王執中按說“《明堂》雲針一分半。《銅人》乃云入一寸半，二者必有一誤。”針刺睛明穴在現今《針灸學》，《腧穴學》，《正常人體解剖學》等教材有明顯的分歧。有言直刺0.5寸-1寸，0.3寸-0.5寸，0.2寸-0.6寸。蘇新平[1]提出針刺睛明穴最深深度為0.9寸(骨度分寸，即以眼內眶緣與外眶緣之間的距離為1寸，成年男女一般約為37.4毫米)

張全明[2]就內睛明穴解剖層次，操作方法，臨床應用等方面做一探討。認為針刺時針的方向應於眼眶壁平行，深度以1-1.5寸為宜，切勿再深。針刺時有酸脹感和突出感。

針刺取85°夾角進針

周雅萍，趙君[3]的操作方法如下：施針者用手指向外側輕壓眼球，以加大進針間隙，並使眼球固定，在目內眥的上外方0.1寸的凹陷進針。針尖應接近眼眶內側壁，但勿緊貼，略朝後外呈85°夾角，緩緩刺入0.2-0.6寸，深刺可達1.0-1.5寸，遇到阻力時，不宜強行進針，應改變進針方向或退針。進針後，不宜提插或大幅捻轉。針尖透過眼瞼後，始終有空松感。

王悠揚[4]認為：所治病證的不同，醫者技藝的不同和患者體質的不同是睛明穴針刺深度存在很大差異的主要原因，但差異的根本原因是尋找療效和安全的最大平衡點的臨床實際運用的不斷探索。雖然詢證醫學的不斷發展要求對針灸治療標準量化，但作為傳統的祖國醫學而言，中醫的特色是個性化治療，所以在臨床使用睛明穴治療疾病的時候，也應該以實際治療需要為出發點，療效與安全並重。

針刺睛明穴以85°夾角進針，認為其理論基礎在現代解剖學中的意義有兩點：(1) 提示醫者針刺角應與眼球有一定得角度，勿緊貼眼眶或眼球；(2) 提示醫者不要墨守垂直進針的成規，而是要根據醫生和患者的針刺感覺而定，要順勢尋落空感而進針。

以解剖探討針刺睛明穴的危險性

睛明穴直刺進針，針尖穿經的結構為皮膚，皮下組織，瞼內側韌帶，內直肌，眶脂體。針體上方有眼動脈，篩前動脈及伴行的鼻睫神經通過。皮膚刺入點至篩前動脈平均距離為(18.25±4.45) mm，角度為與針體向上成(12.5±5.5)°，皮膚

刺入點至視神經管前極平均距離為(43.37±7.84) mm。結論：睛明穴進針應避免向後上斜刺或偏上方深刺，以免刺破篩前動脈引起眶內出血；同時直刺進針深度一般不超過30.36 mm，以免損傷視神經管前極。

眼部針灸治療常用睛明，上明及承泣穴，探討其進針方向及針刺深度等很有必要。從睛明穴進針後，若緊貼內側壁行針，針尖至20±0.8 mm時，可刺中篩前動脈，繼續深刺至32±1.1 mm，可刺及篩後動脈。二動脈在此處穿入眶壁，位置較固定，損傷後極易出血。臨床發生出血後眼球有外突感，出血較多可致上、下眼瞼皮下瘀血，呈青紫色外觀。篩前，篩後動脈均行於上斜肌與內直肌之間，起於眼動脈，與相應的靜脈，神經伴行，經位於眶內側壁的篩前，篩後孔入篩竇。篩前動脈直徑大於篩後動脈，位置較淺，針刺深度宜在17 mm以內可防損傷。

若需繼續深刺，針尖不要緊貼眶內壁，應略向外呈85°行針，不宜提插和大幅捻轉。當針刺深度達32 mm及以上時，針尖可能刺傷篩後動脈甚至睫狀後動脈，可引起眼眶深部出血，嚴重時可引起睫狀體及虹膜的供血不足，甚至眼球中膜(葡萄膜)的部分壞死；當過度深刺，其深度男性達50 mm左右，女性達49 mm左右時，針尖可能刺傷視神經和眼動脈。刺中視神經，反應非常強烈，放電感走向眼球，眼球內有冒金星感；當針刺深度達51 mm以上時，針尖可能透過眶上裂而刺傷海綿竇或刺傷三層腦膜以及大腦額葉，可引起蛛網膜下腔出血，腦脊液外流，顱內壓升高以致休克，反復提插捻轉時，損傷更嚴重，甚至引起死亡。因此針刺時要控制好進針深度，因深度愈深，其危險性就愈大。

針刺睛明穴會有危險嗎？

從解剖學的觀點來說，睛明穴是個危穴，本人從事針刺睛明穴47年久，從來沒有針刺事故的發生。必須說明的是針刺睛明穴深度從未超出1.5寸。承泣，球後，上明穴深度針刺8-1.2寸為限。

為了竭盡所能不會有危險或盡量少出血，針刺穴位一定要正確，下針方向一定要85度向外，不可隨意提插。針刺已進入後，若有硬組織擋著(當患者情緒很緊張時，眼內組織會收縮，會很難進針，不久情緒緩解，就會容易進針)就要避開硬組織，若還是不能進針時，絕不可加強力度刺入，以免造成事故的發生。針刺前，病患者最好先給眼專科醫生檢查，是否屬於哪一種眼疾，嚴重程度，或眼內是否有腫瘤(包括血管瘤)，以上所提出的是對我們臨床針刺治療時，是非常有利而且促使針刺睛明穴的危險性降至最低。

針刺睛明穴雖然不會有危險，但必定是合格的中醫師，嚴格培訓針刺正確手法。一定要做到患者安全健康為首要。

牢記著尊敬的柴鐵劬教授所編的靳三針臨床配穴法裡面

眼三針所述[睛明穴是治療重症眼疾的必選組穴，只要膽大心細，行方智圓，亦不必顧慮重重。然輕症眼疾實無冒此大險必要。應知治法以中病為佳，萬勿自逞技高，損人害己，非良醫之所為。

眼疾取得好效果，關鍵是針刺手法。

清代著名針灸學家李守先生說過“針灸之難，難不在穴，在手法耳”除了手法取得效果好，在定位以及針刺方向，深度要正確。要適當配穴，有時需要留針15分鐘至半小時。眼疾治療後已有了效果，最重要還是日後注意保養，所謂“養眼之道，效果會有持久性。”

從病人經驗得知，治療眼疾時，若配合氣功如太極拳等，針刺療效更顯著。原因氣功能促進人體血液循環，眼內血管得到血液供應，非常有利於眼內組織功能的恢復，所謂“目得血而能視，氣脫者目不明”

多年來臨床研究結果認為針刺對以下眼疾能取得良好的效果，如青光眼，視網膜靜/動脈阻塞，糖尿病性視網膜病變，視網膜血管出血，原發性視網膜色素變性，年齡相關性黃斑病變，隱性黃斑營養不良，白內障，葡萄膜炎(先天免疫性疾病)，眼角膜變形，眼內不明原因痛/矇症，鐳射後遺症，弱視，色盲，中毒性/細菌性感染眼盲，腫瘤壓迫視神經致盲，懶惰眼，乾眼症，眼疲勞，流眼淚，飛蚊症，近視散光等內眼疾病。

陳可翼院士曾提出“處理好精確性與實踐的關係”“過去過分強調精確性而忽視經驗的特殊性”這句話給我很大的啟發與信心。在47年裡不斷從事眼科臨床研究工作，特別在這幾年裡，很欣慰已取得一些研究成果，希望通過這次學術研討會，這份臨床研究報告能給予中醫眼科取得一點拋磚引玉的作用。

在2013年10月中榮幸被前中國衛生部長余靖，邀請參與廣州從化中醫高峰論壇主講。學術大會期間唐由之教授學生，吳星偉眼科博士後來邀本人參與2014年上海中醫眼科學術大會主講。他是大會籌委會主席，他對我說了一段話“謝會長，

我坦白告訴你，我們中醫幾十年來，在眼科沒有什麼突破，也不知道睛明穴1寸半下有個點能夠治好這麼多難治的眼疾，太好了，太好了!”這些話值得深思與探討。祈望以後中醫眼科的發展，必定須要中西醫結合眼科專家們深一層去研究，探討以及推廣普及

運用，確是眾多眼疾患者的福音。

中西醫眼科治療各有長處，也有不足之處，互相學習，取長補短。唯有中西醫結合治療方法最為優勢。個人認為針刺穴位，應在前人所設標準上，勇於探索未知之地。47年來臨床研究成果採用針刺85°深針療法(1.5寸為限)對各種眼疾疑難重症皆有一定效果。眼內反應有酸脹感為指標。

治療效果決定於醫者手法操作水平。

現經收集125病例記錄全為患者針後講述見證臨床效果。

往後祈望有更深入大量臨床科研工作參與，把這種針刺優勢發揚光大。

REFERENCES

1. Su XJ. Observing the Needling Depth of Jingming Point from the Anatomical Point of View. Shanxi Traditional Chinese Medicine. 1989;3:32-3.
2. Zhang Q. Anatomical Study and Clinical Application of Neijingming Point. J. GANSU COLLEGE OF TCM. 1996;8:39-40.
3. Zhao YP, Zhao J. Anatomical Research and Acupuncture Application of Jingming Point. J. GANSU COLLEGE OF TCM. 2005;18(9):32-3.
4. Wang YY. Analysis on Recognizing Differences of Location and Angle of Jingming Points. JGCTCM. 2010;32(6):90-2.

정명혈 심자는 왜 기묘한가?

제2차 국제전통의학대회 전문가 시리즈- 謝奇

번역: 최재훈

천안요양병원

제가 중의침구의료업에 종사한지 47년이 지났습니다. 1967년 학생때 이미 심자요법(深刺療法)을 사용하기 시작하였고 그 시기에 적각의사(赤脚醫生)들이 심자요법을 운용하는 것에 영향을 받았는데 그들은 당시 전대미문의 탁월한 임상효과를 냈었다- 농아 치료 등등에서 말입니다.

당시 중국의학계도 심침요법을 사용하여 각종 안질환- 녹내장, 실명-을 치료해내어 전세계가 놀랐었는데 당시 학생이었던 나는 백방으로 그들의 임상치료자료들을 모았고 그 후 비용을 들여가며 침법을 학습한 결과 때때로 매우 좋은 치료효과를 얻기도 했습니다.

졸업후 1971년말, 중한 증세의 녹내장환자를 외래에서 맞닥뜨렸습니다. 환자의 혈압은 190/110에 두통이 극심했고 좌측 안구 창통, 홍시증이 있었습니다. 나는 침으로 정명혈에 1.5촌을 자입하여 환자가 안구 내에서 창통(脹痛)을 심하게 느끼게 한 후 발침했는데 발침하자마자 극심한 두통과 안창통이 완전 소실되었습니다. 이때 이후 정명혈 자침으로 녹내장을 치료하는 방법을 임상에서 부단하게 활용했고 이후 관련된 혈위를 배오하면 더욱 효과적임을 알게 되었습니다.

양교 등의 오맥지회로 수천년간 한의학 안과치료 문헌들에 일체 안질환에 필수적인 혈자리로 기록되어 있습니다. 경락의 기혈을 소통하는 작용이 있습니다. 해부학적 관점에서 보면 정명혈 1.5촌의 감응점은 시신경에서 대략 1촌 정도 나와 그 사이에 수 많은 혈관과 신경이 있는 곳이므로 여기를 침으로 자극하여 감응하면 시신경까지 자극이 전도되고 다시 시신경으로 들어간 전도는 전체 안구 내 각 조직으로 이르러 아래의 여러 작용을 촉진합니다.

- (1) 거어작용: 망막혈관출혈, 망막혈관도색, 백내장, 비문증
- (2) 조정, 보수작용: 각막변형, 안압상승, 세균성 감염으로 인한 실명, 중독성 실명, 녹내장시아위축, 망막박리증
- (3) 지통, 소염작용: 방사선요법후유증으로 인한 동통, 포도막염(류마티스양 질환을 합병하지 않은), 당뇨병성망막부종
- (4) 강화작용: 약시, 망막색소병변

다년간의 안질환 치료 결과 정명혈이 이와 같은 작용이 있음을 알게 되었고 정명혈만 단독 사용해도 여러 안질환을 치료할 수 있었습니다. 더불어 구후혈(球後穴), 승음, 상명, 풍지 등을 배합하면 매우 더 탁월한 치료효과를 거둘 수 있었습니다.

정명혈 심자는 왜 효과적인가?

深針睛明穴治眼疾有奇效

<영추 답혹론>에 “五臟六腑之精氣皆上註於目”이라 했지요. 정명혈은 족태양방광경상에 있고 수족태양, 족양명, 음교,

중의고전문헌자료 근거

●《銅人腧穴針灸圖經》에 이르길: “針入一寸五分, 留五呼, 禁不可灸。雀目者宜可久留針, 然後速出針。” 침을 1.5촌 자입하고 5호흡을 유침한다. 뜸은 금기이다.雀目 환자는 오랜 시간 유침할 수 있다. 이후 빠르게 발침한다.

●《針灸甲乙經》에 이르길: “針入六分, 留六呼, 灸三壯。”

침을 6푼 자입하고 6호흡을 유침한다. 뜸은 3장 뜬다.

●《針灸資生經》王執中이 말하길 “《明堂》雲針一分半。《銅人》乃云入一寸半, 二者必有一誤。”

<명당>에서는 1푼반을 자입하라 하고 <동인>에서는 1촌반을 자입하라 한다. 양 자간에는 반드시 오류가 있을 것이다.

정명혈 자침에 대해 작금의《針灸學》,《腧穴學》,《正常人體解剖學》등 교재에서는 각각 뚜렷하게 의견이 갈립니다. 직자의 깊이도 각각 0.5-1촌, 0.3-0.5촌, 0.2-0.6촌으로 다르게 주장합니다.

蘇新平[1]은 정명혈 자침의 가장 깊은 깊이를 0.9촌이라 합니다(안와내측연과 외측연 사이 거리를 1촌이라 둔다. 일반적

인 성인남녀의 경우 37.4 mm이다).

張全明[2]은 정명혈의 해부층차, 조작법, 임상응용 등 방면에서 연구를 진행한 바 있는데 침자시 자침 방향은 안와벽과 평행해야 하고, 깊이는 1-1.5촌이 적당하다고 하며 이것보다 더 깊이 자입해서는 안된다고 하였습니다. 침자시 산창감과 돌출감이 있어야 합니다.

침자시 85도 각도로 자입할 것

周雅萍, 趙君[3]의 조작법: 시술자는 손가락으로 안구를 바깥쪽으로 가볍게 눌러 진침할 틈을 넓히면서 안구를 고정시키고, 목내자의 외상방 0.1촌 함몰부위에 자침합니다.

침침은 반드시 안와내측벽을 향해야 하되 너무 바짝 밀착시키지 말아야 하며 약간 뒤쪽으로 85도 각도로 하여 0.2-0.6촌을 천천히 찔러 넣어서 1.0-1.5촌 깊이까지 도달합니다. 저항에 부딪혔을 때는 무리하게 자입해서는 안 되며 침 방향을 조정하거나 퇴침 해야 합니다. 진침후 제삽하거나 큰 폭으로 염전해선 안됩니다. 침침이 안검을 뚫은 후에는 시종일관 빈곳에 찌르는 공송감(空松感)이 있어야 합니다.

王悠揚[4]는 다음과 같이 말합니다: 병증이 다르고 의사의 술기와 환자의 체질이 다 다른 것이 정명혈 자침 깊이에 큰 차이가 있는 주요 원인이지만, 그 차이점의 근본 원인은 치료 효과와 안전의 최대 균형점을 찾는 임상의 실제 운용에 대한 끊임없는 탐구에 있습니다. 비록 EBM의 부단한 발전은 침구 치료 표준에 대한 계량화를 요구하지만 전통적 한의학으로 말하자면 한의학 치료의 특색은 개성화이기 때문에 임상적으로 정명혈을 사용하여 질병을 치료할 때도 반드시 실제 치료의 필요를 출발점으로 삼아서 치료 효과와 안전을 모두 중시해야 합니다.

정명혈 자침시 85도 각도로 자입하는 이론적 기초는 현대 해부학적으로 두 가지 의의가 있습니다.

(1) 자침 각도는 안구와 일정한 각도를 이루어야 하며 안와나 안구에 밀착되어서는 안 된다

(2) 시술자는 수직으로 자침하는 기존의 관례를 고수하지 말고 의사와 환자의 자침 감각에 따라 정해야 하니 침을 넣으면서 느껴지는 빈 공간 느낌에 따라 자입해 들어가야 한다.

정명혈 자침의 위험성에 대한 해부학적 탐구

眼部針灸常用穴位

정명혈을 직자해서 자입하면 침침이 뚫고가는 경로는 피부, 피하조직, 안검내측인대, 내측직근, 안구지방체 순서입니다. 침체 상방으로는 안동맥, 전사골동맥, 그리고 동반 주행하는 비모양체신경(nasociliary nerve)이 통과하고 있습니다. 피부 자침점에서 전사골동맥까지의 평균 거리는 18.25 ± 4.45 mm, 침체와 이루는 각도는 12.5 ± 5.5 도입니다. 피부 자침점에서 시신경관 전극(Anterior pole of optic canal)까지의 평균 거리는 43.37 ± 7.84 mm입니다.

결론: 정명혈 자침시에 전사골동맥을 찔러 안와내 출혈을 일으키지 않도록 하기 위해 반드시 후상방으로 비스듬히 찌르거나 상방으로 치우쳐 심자해선 안되며 침의 깊이는 보통 30.36 mm를 넘지 않아서 시신경관전극을 손상시키지 않도록 해야 합니다.

안질환에 대한 침구 치료로는 주로 정명혈, 상명혈(上明), 승음혈이 많이 사용되는데 이때의 자침 방향과 자침 깊이 등을 고찰해볼 필요가 있습니다.

정명혈에 침이 들어간 후 안와내측벽에 바짝 붙이면 침침이 20 ± 0.8 mm 깊이에 도달할 때 전사골동맥을 찌르고 32 ± 1.1 mm 깊이까지 계속 심자하면 후사골동맥을 찌를 수 있습니다. 전후사골동맥은 이 곳에서 안와벽을 뚫고 들어가는데 위치가 고정된 편이어서 손상되면 출혈이 잘 됩니다. 임상적으로 출혈이 발생하면 안구에 외부로의 돌출감(外突感)이 나타나고, 출혈양이 많으면 상·하안검피하로 어혈이 발생하여 청자색으로 변색됩니다. 전사골동맥, 후사골동맥은 모두 상사근과 내측직근 사이로 주행하는데 둘 다 안동맥에서 시작하며, 상응하는 정맥, 신경과 동반하여 안와내측벽의 전사골공, 후사골공을 경유하여 사골동으로 들어갑니다. 전사골동맥의 지름은 후사골동맥보다 크고 위치는 보다 천층이기에 자침의 깊이가 17 mm 이내여야지만 손상을 방지할 수 있습니다.

만약 계속 심자하고 싶다면 침침을 안와내측벽에 바짝 붙이지 말고 약간 외측을 향해 85도 각도로 자입해야 하며 이때 제

삽이나 큰 폭의 염전을 해선 안됩니다.

자입 깊이가 32 mm 이상일 경우 침침이 후사골동맥, 심지어는 Posterior ciliary artery을 찌를 수 있어서 안와심부의 출혈을 일으킬 수 있고 심하면 모양체 및 홍체의 혈액공급 부족 및 포도막 일부분의 괴사를 일으킬 수 있습니다. 더 과도하게 심자하여 남성은 50 mm 정도, 여성은 약 49 mm 정도 깊이에 달하면 침침은 시신경과 안동맥을 찌를 수 있습니다. 시신경을 찌르면 반응이 매우 강렬하여 방전감이 안구로 향하고 안구 내에 별이 솟아오르는 느낌이 듭니다. 자입 깊이가 51 mm 이상일 경우 침침이 Supraorbital fissure을 통과하여 해면동을 찌르거나 세 겹의 뇌막 및 대뇌 전두엽을 찌를 수도 있어 이때 지주막하 출혈, 뇌척수액 유출, 두개 내압을 상승시켜 쇼크가 발생할 수 있습니다. 여기에 반복적인 제삼과 염전을 한다면 손상이 더 심해져 사망에 이를 수 있습니다. 따라서 자침시 침의 깊이를 잘 조절해야 하는데, 깊이가 깊을수록 위험성이 커집니다.

深針睛明穴示意图

정명혈 자침은 위험한가

해부학적 관점에서 보면 정명혈은 위혈(危穴)이긴 하나 본인이 47년 동안 정명혈 침치료를 해왔어도 아직 의료사고는 없었습니다. 다만 반드시 주의할 것은 정명혈 자침 깊이가 1.5촌은 넘지 않아야 한다는 점입니다. 승읍, 구후, 상명혈의 자침 깊이는 0.8-1.2촌이고요.

위험을 피하거나 출혈을 최소화하기 위해서는 자침하는 혈자리가 정확해야 하며 침을 놓는 방향은 반드시 85도로 바깥쪽을 향해야 하며 함부로 제삼해서 안됩니다. 침이 이미 들어간 후 딱딱한 조직이 있어 막히면 (환자가 매우 긴장하면 눈안의 조직이 수축되어 침이 들어가기 어렵다. 긴장이 완화되면 쉽게 침이 들어간다) 단단한 조직은 피해야 합니다. 만약 침이 들어가지 못할 경우에는 절대 억지로 쑤셔 넣으면 안됩니다. 의료 사고의 위험이 있습니다.

眼部針灸

침치료 전에 환자는 먼저 안과전문의에게 검사를 받아서 어떤 안질환인지, 그 정도는 어떠한지 또는 눈 안에 종양(혈관종 포함)이 있는지를 확인하는 것이 좋습니다.

이상의 사항들은 모두 임상에서 정명혈 침치료를 발생할 수 있는 위험성을 현저히 낮추는데 도움을 줍니다.

정명혈 자침은 위험하지 않지만 반드시 정규 교육을 받은 한의사로서 침법을 엄격히 그리고 정확하게 훈련해서 반드시 환자의 안전과 건강을 최우선으로 해야 합니다

존경하는 柴鐵勛교수가 편찬한 斷三針의 임상배혈법 중에서 眼三針에 관한 서술을 여기에 덧붙여보겠습니다.

[정명혈은 중증 눈병을 치료하는 필수 조혈(組穴)로 담대하고 세심하게 시술한다면 걱정할 필요가 없다. 경증의 눈병은 실제로 이런 큰 위험을 무릅쓸 필요가 없고 중병 치료시 정명혈을 응용하는게 가장 좋다. 스스로 높은 기량을 자랑한답시고 남을 해치는 것은 좋은 의사의 할 바가 아니다]

안질환에 대한 효과의 관건은 자침 수법(手法)이다.

청대의 저명한 침구학자인 李守 선생이 말하길 침구의 어려움은 혈에 있지 않으며 수법에 있다 하였습니다(針灸之難, 難不在穴, 在手法耳).

수법 외에도 침의 정위와 자침 방향, 깊이에도 정확성이 요구됩니다. 적절한 배혈을 위해서 15분에서 30분 정도 침을 놓는 경우도 있다.

안질환 치료 후 효과가 나타나면 이후 보양(保養)에 유의해야 합니다. 이른바 “養眼之道, 效果會有持久性.”이니 눈을 보양해야 효과가 지속되는 법입니다.

환자의 경험에 따르면 안질환 치료시 태극권 등 기공(氣功)을 같이 하면 치료 효과가 더욱 효과적이라고 하였는데 이는 기공이 인체의 혈액순환을 촉진하여 눈 혈관에 혈액을 공급하여 눈 속의 조직기능 회복에 매우 유익하기 때문입니다. 이른

바 “目得血而能視, 氣脫者目不明” 아니겠습니까.

다년간의 임상 연구 결과 침치료는 다음과 같은 안질환에 양호한 효과가 있습니다.

녹내장, 망막정맥과 동맥폐색, 당뇨병성 망막병변, 망막혈관 출혈, 원발성 망막색소변성, 연령관련성 황반병변, 잠복성 황반영양불량, 백내장, 포도막염(선천 면역성 질환), 각막 변형, 원인불명의 안구통, 실명증, 방사선 치료 후유증, 약시, 색맹, 중독성 세균감염성 실명, 종양압박시신경실명, 안구건조증, 눈피로, 눈물흘림, 비문증, 근시난시 등의 내안질환(內眼疾病)

“정확성과 실천의 관계를 잘 조화시켜야 한다.”

과거 우리는 정확성을 너무 강조하면서 경험이라는 특수성을 간과했다는 陳可翼 원사의 말은 제게 큰 시사점을 줍니다. 47년 동안 부단히 안과 임상 연구에 종사하였는데, 특히 최근 몇 년 동안 약간의 연구 성과를 거두게 되어 매우 기쁩니다. 이번 학술 심포지엄을 통해 이 임상연구 보고서가 한의학 안과 분야에 있어 벽돌 한장 쌓는 도움이 되었기를 기대해 봅니다.

2013년 10월 중 영광스럽게도 전(前) 중국 위생부장 余靖으로부터 광저우중화중의 서밋 포럼의 강연에 초청받았습니다. 학술대회 기간 중 唐由之 교수가 학생들을 가르쳤고, 吳星偉 안과 박사는 2014년 상하이 중의학 안과 학술대회 강연에 저를 초청했습니다. 대회 준비위원장인 그가 저에게 말씀하시길 “謝先生, 솔직히 말씀드리지만 우리 중의계는 수십년간 안

과 부분에 있어서는 이렇다 할 성과가 없는 줄 알았는데 정명혈 1.5촌 침치료 만으로 이렇게 많은 난치병들을 치료하는 것을 알게 되어 너무 좋소이다.”

이 말은 깊이 생각하고 숙고할 가치가 있습니다. 이후의 중의학 안과의 발전을 위해서는 반드시 중·양방 의학을 안과 전문가들과 깊이 있게 결합하여 연구하고 토론하고 보급해야 합니다.

중서의 안과 치료는 각각 일장일단이 있으니 서로 배우고 장점을 취하여 단점을 보완해야 하며 그 중에서 중서의결합 치료법이 가장 우세합니다. 자침하는 혈위는 선배들이 설정한 기준에서 시작하여 좀 더 과감하게 미지의 땅을 탐색해야 하는 것 같습니다. 47년간 임상연구 성과를 종합하자면 85도 각도의 정명혈 십자요법 (1.5촌까지만 자입)은 각종 안질환 난치성 증증에도 효과가 있습니다. 눈 안에 산창감이 드는 것이 특기갑이고 치료 효과는 의사의 수법 조작 수준에 따라 결정됩니다.

현재 수집된 125건의 증례 기록은 모두 치료 후 환자가 보여주는 임상효과를 보여줍니다.

후학들의 앞으로 더욱 발전된 연구를 기대하며 글을 마치겠습니다.

* 본 논문은 저자의 허락을 받고 번역 및 게재되었음을 밝힙니다