

本文引用: 吕 怡, 黄 雨, 寻 馨, 彭清华. 基于窠囊理论探讨青光眼术后瘢痕化诊治[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(10): 1948–1952.

基于窠囊理论探讨青光眼术后瘢痕化诊治

吕 怡^{1,2}, 黄 雨^{1,2}, 寻 馨^{1,2}, 彭清华^{1,2*}

1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208; 2. 湖南省中医药防治眼耳鼻咽喉疾病与视功能
保护工程技术研究中心, 湖南 长沙 410208

〔摘要〕 青光眼是眼科常见的不可逆性致盲眼病, 目前虽有药物、激光、手术等治疗方式可缓解疾病进程, 但术后眼压的控制及并发症的预防仍是当前治疗的重难点。窠囊理论是中医学痰瘀互结学说的重要组成部分, 被应用于各类疾病的辨证论治中。青光眼术后瘢痕化的病机为痰浊阻窍、瘀血滞络、正气亏虚, 与窠囊理论的内涵一致。因此, 本文在窠囊理论的指导下, 提出三大治疗原则(气津同调, 以防窠囊; 化痰祛瘀, 以散窠囊; 固本培元, 以消窠囊), 并结合不同病证附以相关方药, 以期帮助青光眼患者改善预后, 降低术后并发症的发生率。

〔关键词〕 青光眼; 术后瘢痕化; 窠囊理论; 痰瘀互结; 滤过泡; 中医治疗

〔中图分类号〕 R276.7

〔文献标志码〕 A

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.10.020

Diagnosis and treatment of postoperative scarring in glaucoma based on the "Nesting Theory"

LYU Yi^{1,2}, HUANG Yu^{1,2}, XUN Xin^{1,2}, PENG Qinghua^{1,2*}

1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China; 2. Hunan Provincial Engineering and Technological
Research Center for Prevention and Treatment of Ophthalmology and Otolaryngology Diseases with Chinese Medicine and
Protecting Visual Function, Changsha, Hunan 410208, China

〔Abstract〕 Glaucoma is a common irreversible blinding ophthalmic disease. Although current treatment modalities, including medications, laser therapy, and surgery, can slow disease progression, the control of intraocular pressure (IOP) and prevention of postoperative complications remain critical challenges in clinical management. The "Nesting Theory" (a TCM concept denoting entrenched lesions formed by the interplay of phlegm and blood stasis) is a crucial component of the TCM doctrine of intertwined phlegm and blood stasis, which has been widely applied in the pattern differentiation and treatment of various diseases. The pathogenesis of postoperative scarring in glaucoma aligns with the core tenets of the Nesting Theory, manifesting as obstruction of orifices by turbid phlegm, blockage of collaterals due to blood stasis, and deficiency of healthy qi. Guided by this theory, this study proposes three therapeutic principles: (1) harmonizing qi and body fluids to prevent "nest" formation, (2) resolving phlegm and dispersing blood stasis to dissolve existing "nests", and (3) reinforcing the foundation and nourishing Yuan-primordial qi to eliminate "nest" residues. These principles are further supplemented with specific herbal formulas tailored to different patterns, aiming to improve prognostic outcomes in glaucoma patients and reduce the incidence of postoperative complications.

〔Keywords〕 glaucoma; postoperative scarring; Nesting Theory; intertwined phlegm and blood stasis; filtering bleb; Chinese Medicine treatment

〔收稿日期〕 2025-05-05

〔基金项目〕 国家自然科学基金面上项目(82274588, 82575150, 81273807); 国家中医药管理局中医眼科学重点学科建设项目(ZK1801YK015); 中医药防治眼耳鼻咽喉疾病湖南省重点实验室开放基金项目(2018YZD02); 中医药防治五官科疾病湖南省重点实验室建设项目(2017TP1018); 湖南省自然科学基金青年基金项目(2020JJ5436); 湖南省研究生科研创新项目(CX20240073)。

〔通信作者〕* 彭清华, 男, 博士, 二级教授, 博士研究生导师, E-mail: pqh410007@126.com。

青光眼是指病理性眼压升高导致患者视野缺损、视神经渐进性损伤及视力逐渐下降的眼病,严重影响患者的视觉健康和生活质量^[1]。当前治疗方式以药物、激光、手术为主,对于中重度青光眼患者,手术的降眼压效果较好且安全性较高^[2]。但临床上有部分患者抗青光眼术后眼压控制不理想,出现术后瘢痕化,甚至并发恶性青光眼。研究表明,相较于单纯采用西医治疗,抗青光眼术后结合中医治疗的疾病复发率更低,且显示出一定的视神经保护作用^[3]。窠囊理论是中医学痰瘀互结学说的重要组成部分,皮肤、眼、耳、鼻、喉等以痰、痰饮、痰瘀为患的病证均能以窠囊论治^[4]。本文结合窠囊理论对青光眼术后瘢痕化的中医病机进行概述,并在此基础上提出相应的治疗原则,以期青光眼的术后治疗开拓新思路。

1 窠囊形态结构与青光眼术后瘢痕化的关系

《说文解字·穴部》对“窠”解释为:“空也,穴中曰窠,树上曰巢。基本字义为昆虫、鸟兽的巢穴,借指人安居或聚会的处所。”“囊”字最早收录于《说文解字·束部》的篆文,其本义是口袋,后引申为用口袋盛物^[5]。结合两个词的基本字义可知,正常情况下,窠囊是指具备装载性、容纳性等特点的事物,衍生到人体则可代指具有受盛气、血、精、液等物质的组织官窍。而窠囊作为病理概念则是来源于宋代许叔微《普济本事方·停饮服苍术团圆论证》中“湿痰、痰饮成癖囊”之说,以及《丹溪心法·痰》所言“痰夹瘀血,遂成窠囊”,是指病理情况下痰瘀之邪阻塞人体局部器官的状态,如:肺中窠囊,痰瘀窠囊壅塞于肺,则可出现肺结节^[6];痰瘀窠囊潜藏于胞宫,在体表现为多囊卵巢综合征^[7]。

眼作为人体清窍,是储存五脏六腑精气、容纳眼球组织的官窍,生理情况下为人体精气之窠囊。《灵枢·大惑论》曰:“五脏六腑之精气,皆上注于目而为之精,精之窠为眼。”病理情况下,如遇外邪或创伤导致眼局部气血津液紊乱,痰浊、瘀血等病理因素阻塞目窍,则结为眼部窠囊。研究表明,青光眼滤过术伤口的愈合阶段分为急性炎症和纤维化两个阶段,急性炎症阶段以滤过泡变厚、胶原组织致密、成纤维细胞及血管增多为病理学特征,而纤维化阶段主要以大量的细胞外基质沉积、胶原纤维排列紊乱、瘢痕形成成为主要病理性特征^[8]。这些病理变化相当于中医

学痰、瘀形成的表现,为人体异常代谢产物的堆积。眼为脉络之气汇集之处,手术创伤导致痰瘀病邪形成后,滞气浊血,脉络生理功能发生障碍,眼部组织结构发生改变,形成瘢痕^[9]。此易瘀易滞、易入难出、易积成形的结构特点,与窠囊特点如出一辙,故可知青光眼术后极易形成眼部窠囊,导致术后瘢痕化。

2 以窠囊理论阐释青光眼术后瘢痕化病机

《局方发挥》中提到“或因些少饮食不谨,或外冒风雨,或内感七情,或食味过厚,偏助阳气,积成膈热,或资禀充实,表密无汗,或性急易怒,火炎上以致津液不行,清浊相干……自气成积,自积成痰……良工未遇,缪药又行,痰挟瘀血,遂成窠囊”,点明了窠囊理论的核心病机为痰瘀互结^[10]。此外,张伯礼在谈及痰瘀致病之时,提出“痰瘀不自生,生必有故殒”的观点^[11]。窠囊是经过长期演变所形成的全身属虚、局部属实的病理状态,痰瘀互结日久为其标,其本质仍在于正虚^[12]。

2.1 痰浊阻窍

痰为人体阴液失于正常输布的病理产物,而青光眼属于局部水液代谢异常的疾病。《外台秘要·眼疾二十四门》中言青光眼病机为“眼孔不通所致……良由通光脉道之瘀塞耳,余故譬之井泉脉道塞而水不流”,指出青光眼的疾病本质为脉道堵塞、神水瘀积。痰为水液所化,行则为液,聚则为痰。有医家提出,对于难辨、难明、难清之积液痰浊,皆能视为窠囊^[13]。青光眼患者原本就具备窠囊之痰浊形成的病理基础,手术则加剧了这一病理过程,术后瘢痕化通常伴随炎症反应,炎症微环境下组织持续受损,日久可伤阳耗气,进而导致气机紊乱、炼液成痰,酿生痰浊之邪^[14]。此外,纤维化过程中会刺激结缔组织生长因子的产生,而结缔组织生长因子又能刺激Tenon囊成纤维细胞表达更多的上皮钙黏附素,反作用于瘢痕形成^[15]。此为痰邪致病具有“粘连性”“反复性”在微观层面上的体现^[16]。当痰浊进一步成为实邪病理因素时,则会引发组织结构的变化,如痰浊阻滞目窍,致目窍壅塞,会导致睫状环阻滞,是由于青光眼术后晶状体、玻璃体和睫状环过度紧贴而引起房水被迫向后逆流,无法顺利排出,从而诱发恶性青光眼^[17]。

2.2 瘀血滞络

痰邪阻滞日久会影响水液代谢及血液运行,导

致血停成瘀。此外,手术创伤是青光眼术后窠囊之瘀血形成的催化因素,因手术会导致目络受损、组织创伤,离经之血壅塞目窍,气血失和,局部气血运行不畅而成瘀^[18]。且青光眼术后瘀痕化的过程中亦有瘀血的参与。现代医学证明,青光眼术后组织受损,血小板在受损的血管处聚集,激活内源性凝血级联反应,导致血栓形成和止血,再由血小板活化与凝血级联反应刺激各类因子产生,诱导成纤维细胞分化,形成瘀痕^[19]。上述过程中,瘀血为重要因素,正常状态下瘀血凝结,可收敛创面,若瘀血久留,成为致病因素阻塞目络时,不仅阻碍精血化生,亦阻碍水液运行,水湿停聚,聚而成痰。综上,青光眼术后瘀痕形成的病机主要是手术后经络不通,气血耗伤,血瘀水停,痰瘀壅滞,眼部窠囊胶固难化,进而导致术后眼压控制不佳。《血证论·时复》有云:“凡复发者,其中多伏瘀血。”

2.3 正气亏虚

青光眼中后期阶段,“虚气留滞”为疾病本质。“虚气”可归纳为肝脾肾亏虚,“留滞”主要为痰饮、瘀血,其滞留时间延长,又会进一步损耗人体正气,加快青光眼的病情进展,与窠囊“痰夹瘀血,正气虚损”的本质相同。慢性青光眼患者眼底检查可见视盘色淡、视盘血管床减少或变细、脉络膜和视网膜血管密度降低、视网膜动静脉充盈时间延长等“正气亏虚”的现象^[20]。且手术会在一定程度上损伤人体正气,造成青光眼患者手术区域局部缺血缺氧,致局部组织气血亏虚、正气不足,进一步影响气、血、水的正常运行,血水停滞,痰饮、瘀血等病理产物内生,从而留滞目窍,结为窠囊,促使视神经凋亡^[21]。术后正气不足,则清阳之卫气受损,其“温分肉、充皮肤、肥腠理、司开阖”作用减弱,皮肤肌腠组织失养,又导致纤维化程度加重,开阖失司,神水蓄积^[22]。总之,长期不愈之创面瘀痕化、纤维化,导致创面组织痛觉减退,常为虚瘀互结^[23]。因此,青光眼患者术后眼压得到控制之后,视野缺损和视神经损害仍在进一步发展的本质在于邪气虽去、正气未复。而人体正气不足时,眼压即使在正常范围内,视盘血流仍会减少,眼部结构和功能也会出现异常,血水无法宣通,从而导致疾病反复发作^[24]。

3 以窠囊理论指导青光眼术后瘀痕化治疗

3.1 气津同调,以防窠囊

窠囊虽由痰夹瘀血所致,但始于气滞,气机不畅

会导致水津不行,凝结成痰,气变至形变,是窠囊发生的病理过程。研究显示,青光眼患者行小梁切除术后,由于早期滤过泡功能不良又行滤过泡剥离治疗,其术后 6 个月内焦虑、抑郁及睡眠障碍发生率较滤过泡正常组高^[25]。患者长期处于焦虑、抑郁等负面情绪中,情志失调,会导致肝气疏泄失于条达,气机郁结,进而导致痰瘀互结,眼部循环不畅。另一研究显示,合并焦虑抑郁的青光眼患者术后眼压均升高,皮质醇、促肾上腺皮质激素等应激指标水平上升,导致交感神经兴奋,血管张力及血压上升,眼部微循环出现障碍^[26]。《丹溪心法·痰》中提到“善治痰者,不治痰而治气,气顺则一身之津液亦随气而顺矣”,因此当“顺气为先,分导次之”,预防窠囊形成。故临床中对于有抑郁、焦虑倾向的患者,可配伍郁金、佛手、玫瑰花、百合、酸枣仁等中药开郁理气、安神定志,症状严重者配伍青皮、香附、延胡索、柴胡等中药疏肝理气,或选用丹栀逍遥散、越鞠丸、木香顺气散等疏肝行气。

3.2 化痰祛瘀,以散窠囊

中医学认为,青光眼术后瘀痕形成的病机主要是手术导致经络不通、气血耗伤,进而导致血瘀水停。因此,对于青光眼滤过术后瘀痕化的情况,需血水同治,化痰祛瘀并举,见痰须防瘀结,见瘀须防痰成。《血证论·咳嗽》载:“须知痰水之壅,由瘀血使然,但去瘀血则痰水自消。”现代研究发现,丹参酮 II A 能够降低血管内皮生长因子的表达水平,减少新生血管形成,从而延缓纤维化进程^[27]。临床上,可适当配伍赤芍、当归、桃仁、红花、丹参、车前子、泽泻、薏苡仁等中药,活血化瘀与利水渗湿相结合以消解窠囊。对于术后组织增生严重者,可适当配伍苍术、香附、竹沥、姜汁、白芥子等中药,辛烈走散,可拔除结聚之痰,被认为是破除窠囊之要药^[28]。若瘀痕化严重、房水流出不畅、持续高眼压状态者,非荡涤不能祛,故可酌情使用槟榔、皂角刺、王不留行、山慈菇、浙贝母等锐利善行、破血行瘀之品。此外,中药复方青光安颗粒剂(车前子、茯苓、生地黄、地龙、赤芍、红花、黄芪、白术等)活血利水、祛瘀生新,可用于青光眼患者术后的治疗^[29]。研究显示,青光眼滤过术后给予青光安颗粒可更明显地提高患者患眼最佳矫正视力,降低眼压,有效抑制滤过泡瘀痕化^[30]。

3.3 固本培元,以消窠囊

窠囊形成痰瘀结聚,但其本质在于气血耗伤、正气亏虚,若滥用攻伐,致气机逆乱,正气损伤,运化无权,则水、湿、痰、瘀越发留滞阻窍。诚如《审视瑶函·开导之后宜补论》所言:“若论其摧锋挫锐,拯祸戡乱,则其功之大者也。至于耗液伤膏,弱光华而损滋生,又其祸之隐者也。医人若能识病之轻重,察病之虚实,宜开导而开导之,既导之后,随即补之,使病目者,气血无伤害之弊,庶可称通权达变之良医矣。”因此,对于有正虚表现或病程日久的患者,不可过用药性剧烈之品,可用桂枝茯苓丸等九剂缓缓图之,并予以补气通阳之品以充正气,助津液流通。《脉义简摩·主病类》论治水道被阻之症时,亦言“补足其气,自能周流矣。塞因塞用也”。故针对青光眼术后瘢痕化,痰瘀阻碍水液流通,结为窠囊,还需“以补为通”辅以补阴、补阳、补气之法^[31]。补虚法配合活血化瘀法使用,一方面可以增强机体的抗病能力,以达到扶正祛邪的目的,另一方面可以缩短创面愈合的时间,预防瘢痕的产生^[32-33]。肝肾为先天之本,为元气之主使,故配伍熟地黄、玄参、麦冬、枸杞子、女贞子之品滋水涵木,有利于元气化生;或选用中药复方青光安Ⅱ号方(枸杞子、怀牛膝、女贞子、黄芪、灯盏细辛、川芎)益肝肾,补气活血,以助消解窠囊,可用于治疗青光眼中晚期或术后正气亏虚患者^[34]。脾胃为后天之本,青光眼术后配伍党参、黄芪、白术、黄精等性味平和之品,有助于脾气升清,以通郁阳,从而使痰瘀之邪消散;或以四君子汤、补中益气汤、香砂六君子汤、参苓白术散为主方,以达健脾益气、固本培元之效。

4 验案举隅

王某,男,53岁。初诊:2024年6月28日。患者1个月前于外院行青光眼手术,近3天来出现眼胀痛,未做特殊治疗,因行青光眼术后对手术治疗恐惧严重,不愿再用西医疗法治疗,为寻求进一步诊治,故来医院眼科门诊求治。现症见:双目胀痛,视物模糊,看远处灯光有晕影,脘腹胀满,不欲饮食,二便正常;舌暗红,苔黄腻,脉濡滑。眼科检查:右眼视力0.4,左眼视力0.6,双眼上方结膜滤过泡稍厚,略扁平,其上有血管爬行,虹膜周切孔清晰,瞳孔圆,直径3 mm,双眼底视盘色淡,边界清楚,杯盘比(cup-to-disc ratio, C/D)=0.8,右眼压22 mmHg,左眼压23 mmHg。西医诊断:慢性闭角型青光眼术后(双眼),青光眼术

后瘢痕化早期(双眼)。中医诊断:青风内障术后(双眼);辨证:痰瘀互结,水湿停聚证。治法:化痰祛瘀,活血利水,以散窠囊。处方:温胆汤合复方青光安加减。药物组成:法半夏15 g,竹茹10 g,枳实5 g,陈皮15 g,茯苓15 g,车前子20 g,白芥子6 g,桃仁10 g,红花10 g,黄芪10 g,白术10 g,甘草6 g。7剂,日1剂,水煎服,早晚温服。

二诊:2024年7月8日。患者诉服药当晚双眼已无明显胀痛,现视物较前清晰,胀满等症改善,二便正常;舌红,苔白,脉滑。眼科检查见:右眼视力0.5,左眼视力0.6,双眼上方结膜滤过泡稍厚,略扁平,血管变细,虹膜周切孔清晰,瞳孔圆,直径3 mm,双眼底视盘色淡,边界清楚,C/D=0.8,右眼压17 mmHg,左眼压18 mmHg。患者服药后症状改善,但仍有痰湿留滞,故予以原方继服7剂。

三诊:2024年7月15日。患者诉服药后未发生眼睛胀痛;舌淡红,苔白,脉滑。眼科检查见:右眼视力0.5,左眼视力0.6,双眼上方结膜滤过泡较前隆起,滤过泡色淡红,未见明显血管爬行,虹膜周切孔清晰,瞳孔圆,直径3 mm,双眼底视盘色淡,边界清楚,C/D=0.8,右眼压17 mmHg,左眼压19 mmHg。患者诉症状已消失,要求停药,因此未继续予以治疗,嘱其定时按摩眼球,以维持滤过道通畅。

按:患者为慢性青光眼患者,久病成痰化瘀,且因术后正气受损,眼局部气机紊乱,进一步促使痰瘀互结,窠囊形成,故见滤过泡增厚,滤过功能下降。痰瘀困阻,故津液运行不畅,眼压升高,双眼胀痛,视物昏蒙;痰湿困于周身,故见脘腹胀满、不欲饮食、舌暗红、苔黄腻、脉濡滑等症。因此,以温胆汤合复方青光安加减,以化痰祛瘀、活血利水,兼顾补益正气。复方青光安是由彭清华教授等根据青光眼的发病机制、手术特点、术后临床表现,以及青光眼患者术后气阴两虚、脉络瘀滞、神水瘀积的病理特点研制而成,药物组成包括黄芪、生地黄、地龙、红花、赤芍、茯苓、白术、车前子。温胆汤源于《备急千金要方》,为理气化痰的经典方剂。两方合用,方中法半夏、竹茹为君,清热化痰,以消窠囊;枳实、陈皮理气散结,白芥子清除皮里膜外之痰,三者合用为臣,以散窠囊;茯苓、车前子渗湿利水,桃仁、红花活血化瘀,能痰瘀同治、消解窠囊,黄芪、白术补益正气,以上诸药为佐,痰瘀同解,恢复气机;甘草为使,调和诸药。全方消补结合,以助窠囊消散。二诊症状改善,但查其舌脉及滤过泡仍有痰湿停聚之象,故维持原方。三诊见滤过泡较

前隆起,滤过泡色淡红,未见明显血管爬行,说明痰瘀渐除,气血通畅,疾病向愈。

5 结语

结合窠囊理论,可知青光眼术后瘢痕化病机的本质为痰瘀交阻、正气虚损,治疗时应根据患者气、痰、瘀、虚侧重的不同,合理选用处方及药物。在临床中,还需同时结合患者全身体征进行脏腑辨证,当寻本探源,通补结合。总之,合理运用窠囊理论指导青光眼术后瘢痕化治疗,可以帮助患者改善预后,降低术后并发症的发生概率。

参考文献

- [1] FENG L M, WANG C, ZHANG C, et al. Role of epigenetic regulation in glaucoma[J]. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 2023, 168: 115633.
- [2] JAYARAM H, KOLKO M, FRIEDMAN D S, et al. Glaucoma: Now and beyond[J]. *The Lancet*, 2023, 402(10414): 1788–1801.
- [3] 李秋实, 葛薇, 张雨, 等. 中西医结合治疗对晚期青光眼术后的临床疗效分析[J]. *浙江中西医结合杂志*, 2024, 34(9): 845–847.
- [4] 王钰, 刘悦, 李佳, 等. 窠囊理论发展与临床应用探讨[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2020, 22(6): 72–74.
- [5] 胡波. 先秦两汉“窠”、“囊”演变考: 基于传世与出土文献的综合考察[J]. *励耘语言学刊*, 2018(2): 266–275.
- [6] 徐梦娇, 高峰. 基于窠囊理论探讨慢性阻塞性肺疾病的病机与治疗[J]. *南京中医药大学学报*, 2024, 40(2): 16–20.
- [7] 杜菲, 陈明显, 沈堂彪, 等. 朱丹溪“痰挟瘀血, 遂成窠囊”学说的临证应用[J]. *浙江中医药大学学报*, 2021, 45(6): 633–636, 640.
- [8] 孔亚男, 陆宏, 陈颖, 等. 青光眼滤过术后瘢痕形成机制及抗瘢痕化研究进展[J]. *国际眼科杂志*, 2019, 19(10): 1688–1691.
- [9] 王梦洁, 徐灿坤, 曾少婕, 冯建华从“痰瘀”论治甲状腺相关眼病经验[J]. *中国中医眼科杂志*, 2023, 33(2): 136–138, 142.
- [10] 叶需智, 冯利, 秦子舒, 等. 窠囊理论在恶性肿瘤治疗中的应用[J]. *中国医药导报*, 2018, 15(22): 115–118.
- [11] 张兰鑫, 周彤, 王家伟, 等. 基于“痰挟瘀血, 遂成窠囊”从痰瘀论治肺癌脑转移[J]. *天津中医药*, 2023, 40(2): 183–187.
- [12] 季漪, 朱玲艳, 夏雪萍, 等. 基于“虚气窠囊”理论探讨脑瘤的病机及证治思路[J]. *南京中医药大学学报*, 2025, 41(7): 969–973.
- [13] 蒋树龙, 花宝金. 肿瘤发生发展痰瘀本质及其与肿瘤微环境关系探析[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2015, 21(11): 1417–1419.
- [14] 骆亚莉, 周啸天, 魏本君, 等. 中医学对炎性微环境与炎症恶性转化的认识[J]. *时珍国医国药*, 2022, 33(8): 1966–1968.
- [15] 李静, 谢安明. 结缔组织生长因子对人 Tenon 囊成纤维细胞中 E-cadherin 蛋白表达的促进作用[J]. *中华实验眼科杂志*, 2015, 33(8): 695–698.
- [16] 李湛, 贾春华. “痰生百病”的隐喻分析[J]. *中医杂志*, 2022, 63(8): 701–705.
- [17] 罗晓阳, 张良, 孟倩丽, 等. 恶性青光眼的临床特征和危险因素分析[J]. *眼科新进展*, 2016, 36(9): 835–838.
- [18] 高明雪, 严京, 柯发杰, 等. 基于活血利水法探析 PDR 玻璃体切割术围手术期的辨治[J]. *中国中医眼科杂志*, 2023, 33(3): 243–245, 259.
- [19] VAN DE VELDE S, VAN BERGEN T, VANDEWALLE E, et al. Modulation of wound healing in glaucoma surgery[J]. *Progress in Brain Research*, 2015, 221: 319–340.
- [20] 吴凯, 时健, 刘倩宏, 等. 基于线粒体自噬从“虚气留滞”理论角度探讨青光眼的病机与治疗[J]. *湖南中医药大学学报*, 2024, 44(3): 493–498.
- [21] 闫景贤, 肖璐, 刘耀远, 等. 张伯礼教授“以平为期”辨治烟雾病临证思路[J]. *天津中医药大学学报*, 2023, 42(5): 545–550.
- [22] 张燕燕, 陈月桥, 韦斯榕, 等. 基于“阳化气, 阴成形”理论探析柚皮素对肝纤维化的调控机制[J/OL]. *中华中医药学刊*, 1–13. [2025–07–24]. <https://link.cnki.net/urlid/21.1546.R.20250221.1847.054>.
- [23] 李炳辉, 谷涌泉, 王鹏华. 糖尿病足及下肢慢性创面修复[M]. 北京: 人民军医出版社, 2011: 5–6.
- [24] 吴真真, 吴蔚林, 吴国玮, 等. 早期原发性开角型青光眼视盘血流密度的分析研究[J]. *国际眼科杂志*, 2022, 22(1): 95–98.
- [25] 孙中华, 刘翠娟, 张苗苗, 等. 青光眼小梁切除术后早期滤过泡功能不良行滤过泡剥离治疗患者的焦虑、抑郁及睡眠障碍状况[J]. *山东医药*, 2024, 64(4): 32–35.
- [26] 苏安乐, 曲晓瑜, 朱红娜, 等. 合并焦虑抑郁对原发性青光眼患者术后眼压及心理应激的影响[J]. *国际精神病学杂志*, 2024, 51(5): 1595–1597, 1601.
- [27] 张笑菲, 高卓维, 吕志平, 等. 丹参酮 II A 抑制肝纤维化作用机制的研究进展[J]. *山东医药*, 2018, 58(28): 86–89.
- [28] 杜松, 胡镜清, 卢红蓉. 论窠囊[J]. *环球中医药*, 2015, 8(8): 930–934.
- [29] 彭清华, 李建超. 青光安治疗抗青光眼术后患者临床研究[J]. *湖南中医学院学报*, 2004, 24(2): 36–39.
- [30] 喻娟, 彭俊, 颜家朝. 青光安颗粒对青光眼滤过术后滤过泡瘢痕化的抑制作用[J]. *世界中医药*, 2019, 14(3): 679–681, 686.
- [31] 余国俊. 张锡纯运用塞因塞用法的经验[J]. *中医杂志*, 1986, 27(8): 50–51.
- [32] 李筠, 董福云, 陈传燕, 等. 加味圣愈汤在分娩会阴 II 度裂伤产妇伤口愈合及预防瘢痕形成的应用价值[J]. *中华中医药学刊*, 2023, 41(1): 74–77.
- [33] 张澍澄. 人参汤重用生黄芪减轻烧伤修复期患者创面瘢痕挛缩的作用[J]. *中国临床康复*, 2003, 7(11): 1743.
- [34] 李银鑫, 欧晨, 周亚莎, 等. 彭清华教授采用青光安 II 号方治疗青光眼中晚期视神经损害[J]. *亚太传统医药*, 2020, 16(12): 113–116.

(本文编辑 匡静之)