本文引用: 钟 缘, 吕 怡, 汤 钰, 彭 俊, 杨毅敬, 周亚莎, 殷淑婷, 彭清华. 彭清华教授基于“血不利则为水”分期论治原发性开角型青光眼经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(1): 174-179.

彭清华教授基于“血不利则为水”分期论治原发性开角型青光眼经验

钟 缘[1,2],吕 怡[1,2],汤 钰[1,2],彭 俊[2,3],杨毅敬[1],周亚莎[1],殷淑婷[1]*,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;3.湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙 410007

〔**摘要**〕“血不利则为水”出自张仲景《金匮要略》,由此衍生的活血利水法被广泛运用于肾脏疾病、妇科疾病、水肿病、眼科疾病的治疗。彭清华教授认为,脉络瘀滞、玄府闭塞、神水瘀积是原发性开角型青光眼的核心病机,血瘀水停贯穿疾病全程,属气血水同病,但不同时期病机侧重不同,主张根据疾病分期论治:早期以“气不运”为主,重在疏肝活血利水,予以逍遥散加减;进展期以“水不利”为主,重在祛邪活血利水,予以温胆汤合五苓散加减;晚期以“血不利”为主,虚瘀并见,重在补虚活血利水,予以青光安颗粒剂或青光安Ⅱ号方加减。

〔**关键词**〕原发性开角型青光眼;“血不利则为水”;活血利水;《金匮要略》;青光安

〔**中图分类号**〕R276.7 〔**文献标志码**〕A 〔**文章编号**〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.01.025

Professor PENG Qinghua´s experience in stage-based treatment of primary open-angle glaucoma based on the theory of "stagnant blood leading to water retention"

ZHONG Yuan[1,2], LYU Yi[1,2], TANG Yu[1,2], PENG Jun[2,3], YANG Yijing[1], ZHOU Yasha[1], YIN Shuting[1], PENG Qinghua[1,2]**

1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China; 2. Hunan Engineering Technology Research Center for Prevention & Treatment of Ophthalmology and Otolaryngology Diseases and Visual Function Protection with Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China; 3. The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China

〔**Abstract**〕The theory of "stagnant blood leads to water retention" originates from Jin Gui Yao Lue (Essentials from the Golden Cabinet) by ZHANG Zhongjing. The blood-activating and water-draining method derived from this theory is widely applied in the treatment of renal, gynecological, edema, and ophthalmic diseases. Professor PENG Qinghua believes that the core pathogenesis of primary open-angle glaucoma lies in collateral stagnation, closure of the mysterious mansion, and accumulation of aqueous humour due to blood stasis. Blood stasis and water retention persist throughout the entire course of the disease, representing a concurrent disorder of qi, blood, and water. However, the emphasis of pathogenesis varies in different stages. He

〔**收稿日期**〕2025-09-08

〔**基金项目**〕国家自然科学基金项目(82274588,81874492,82575150);国家中医药管理局人才支持项目-岐黄学者(国中医药人教函〔2022〕6号);第七批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(国中医药人教函〔2022〕76号);湖南省自然科学基金高校联合基金重点项目(2025JJ90004);湖南省重点研发计划项目(2024JK2122);湖南省重点研发计划项目(湘科计〔2024〕21号);中药粉体与创新药物省部共建国家重点实验室培育基地开放基金(23PTKF1001)。

〔**通信作者**〕* 彭清华,男,博士,教授,博士研究生导师,E-mail:pqh410007@126.com;殷淑婷,女,硕士,E-mail:1203201692@qq.com。

advocates for stage-based treatment: In the early stage, the main issue is "qi stagnation," with a focus on soothing the liver, activating blood, and draining water, using modified Xiaoyao Powder; in the progressive stage, the predominant problem is "water retention," with an emphasis on eliminating pathogenic factors, activating blood, and draining water, employing modified Wendan Decoction combined with Wuling Powder; and in the advanced stage, the main manifestation is "blood stagnation," characterized by a combination of deficiency and stasis. The treatment prioritizes tonifying deficiency, activating blood, and draining water, using Qingguang´an Granules or modified Qingguang´an II Formula.

〔**Keywords**〕 primary open-angle glaucoma; "stagnant blood leads to water retention"; activating blood circulation and draining water; *Jin Gui Yao Lue* (*Essentials from the Golden Cabinet*); Qingguang´an

青光眼是全球首位不可逆性致盲眼病,其中原发性开角型青光眼(primary open angle glaucoma, POAG)是最常见的类型,占所有青光眼病例的 2/3 以上[1],且全球超过一半的 POAG 病例发生在亚洲[2]。POAG 是一种慢性、进行性视神经病变,伴有特征性视盘和视网膜神经纤维层形态学改变,发病隐匿,常累及双眼[3]。高眼压是 POAG 的主要危险因素,采用药物、激光或手术等手段降低眼压是目前治疗和预防 POAG 视神经损伤及视野缺损进展的有效方法,但仍有部分患者眼压无法控制,或眼压控制后视神经损伤持续进展[4]。研究表明,中医药在缓解 POAG 患者全身症状、保护视神经、恢复视功能等方面具有较好的疗效[5]。

中医古籍中并无 POAG 的病名记载,现代医家根据其临床表现,将其归属于“青风内障”范畴[6]。彭清华教授认为,血瘀水停的病证特点贯穿 POAG 疾病全程,临证时常根据病机侧重运用活血利水法分期辨治,临床收效颇佳,现将其经验总结如下。

1 “血不利则为水”内涵辨析

“血不利则为水”首见于《金匮要略·水气病脉证并治第十四》:“少阳脉卑,少阴脉细,男子则小便不利,妇人则经水不通。经为血,血不利则为水,名曰血分。”该条文阐释了因少阳三焦气道不通,少阴肾气受损,导致气化失常,而见血行不畅、水湿停滞、血水交结的病理过程, 开创了活血利水法治疗水气病的先例。血水相关的理论渊源可追溯至《黄帝内经》。《灵枢·痈疽》曰“肠胃受谷……中焦出气如露,上注溪谷,而渗孙脉,津液和调,变化而赤为血”,阐释了血水同源于水谷精微。《灵枢·邪客》谓“营气者,泌其津液,注之于脉,化以为血”,进一步提出生理状态下血水可以互化。《灵枢·百病始生》曰“凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去,而积皆成矣”,指出病理状态下,瘀血着而不去导致水肿积聚。《灵枢·营卫生会》曰“夺血者无汗,夺汗者无血”,则揭示了血竭津枯、水枯血虚的病理过程。

基于血水在生理病理上的密切联系,张仲景在《伤寒杂病论·妇人妊娠病脉证并治第二十》中将该理论应用于临床,创立了当归芍药散、桂枝茯苓丸等经典方剂,体现了养血利水、化瘀行水等治法,奠定了水血同治的临床范式。后世医家唐容川更是在《血证论·经血》中进一步强调“凡调血,必先调水”,系统地提出血证治水法,深化了血水同治的理论内涵。彭清华教授在经典理论指导下,结合临床实践,将“血不利则为水”的病机理论拓展应用于 POAG 的辨治体系中。目前,该理论已广泛应用于黄斑水肿、视网膜血管性疾病、青光眼及眼外伤等多种眼科疾病的临床治疗,显示出良好的疗效,体现了经典理论在现代临床中的延续与发展[7]。

2 POAG 病机——气水血同病

2.1 气机不运是病机之始

POAG 早期病机以“气不运”为主。“血不利则为水”揭示了血、水之间的病理联系,而气机紊乱是导致血水关系失调的关键环节与始动因素[8]。气为血帅,气滞则血瘀;气能行津,气滞则水停。气机紊乱常致气病及血、气病及水,进而为血水同病奠定了病理基础[9]。这一病机认识与《景岳全书·肿胀》中“治水者当兼理气,盖气化水自化也”之论高度契合,为临床从调气入手治疗血水关系失调提供了理论依据。在脏腑功能中,气机调畅尤与肝主疏泄的功能密切相关。《血证论·脏腑病机论》云:“肝属木,木气冲和条达,不致遏郁,则血脉得畅。”肝气冲和条达,气机顺畅,津血方可周流顺利,以贯四肢百骸,濡养脏腑官窍。因此,肝失疏泄、气机郁滞是 POAG 早期“气不运”病机的重要脏腑病位,也是血水失调发生的内在基础。

研究表明,POAG 患者焦虑和抑郁的患病率显著高于正常人群[10]。情志内伤是影响肝气疏泄的重

要因素,肝经上连目系,其气机条达与否直接关系到目中气机的通畅[11]。目中玄府作为气液通行之道路,是眼部气血津液运行出入的门户,具有“易郁易闭、易虚易萎”的病理特点[12]。《医学纲目·内障》进一步指出“盖目主气,血盛则玄府通利,出入升降而明,虚则玄府不能出入升降而昏”,提示玄府功能依赖于气血充盛与气机调畅。若肝郁气滞,玄府不通,开阖失司,则血失气帅,津失气布,目中神水运行不畅,留滞目内,成为 POAG 发病的关键病机。正如《目科捷径·玄府论》所言:“耳目不聪明者,皆因气血不周,凝滞道路,即玄府不通也。”此外,肝失疏泄常横逆犯脾,导致脾胃受累。《血证论·脏腑病机论》载:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之……设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷。”脾胃为气血生化之源,若运化失常,则水谷精微化生不足,无以上濡双目,致使玄府失养,加重目中血行不畅,津液输布失常的状态,进一步引发神水代谢障碍。

2.2 水行不畅是病机之变

POAG 进展期的核心病机是水行不畅,以水液代谢障碍为主。房水循环在中医学理论中归属于水液代谢范畴,现代研究亦证实,房水流出通道受阻是 POAG 发病的关键机制之一[13]。房水流出受阻可导致眼压升高,引起视网膜缺血缺氧,最终造成不可逆的视功能损害[14]。

正常水液代谢依赖于肺、脾、肾三脏协同调控[15]。肾阳作为一身阳气之根本,具有温煦脏腑、推动气血、司水液气化的功能[16]。若肾阳虚衰,肾关开阖失常,水液不下,聚水而从其类也,溢于皮肤为肿,阻于目窍则为痰、湿、饮等浊邪,致玄府闭塞,神水循环受阻[17-18]。脾主运化水湿,为津液输布之中枢,其途径主要有二:一为上输于肺,通过肺气的宣发肃降将津液运送至皮肤、形体及官窍;二为直接“灌溉四傍”,将津液向四周布散至全身,濡养四肢百骸[19]。若脾失健运,输布津液障碍,则目窍失养,神光发越受阻,临床可见视盘苍白、视野日渐缩窄等表现[20]。《素问·至真要大论篇》曰“诸湿肿满,皆属于脾”,提示脾阳不振可致水湿内停,痰湿上蒙清窍,阻滞目中玄府,引起眼压持续升高,出现目胀、目珠硬实等症状。肺主通调水道,为水之上源,其宣发肃降功能对全身津液输布具有调节作用。若肺气亏虚,宣降失司,不仅直接导致水液停滞,亦可影响脾之运化,进一步加重水液代谢紊乱,干扰房水循环[21]。

现代病理学研究显示,POAG 患者小梁网结构存在明显破坏,表现为细胞膜不完整、细胞核固缩或肿胀、线粒体水肿、Schlemm 管腔狭窄及基底膜增厚等变化[22]。依据“取类比象”的中医思维,上述微观结构的狭窄、堵塞与变性等改变,可视为痰湿、水饮等病理产物郁闭玄府的结构基础,从形态学层面为“水行不畅”病机提供了现代佐证。

2.3 血行不利是病机之本

《审视瑶函·目为至宝论》指出“血养水,水养膏,膏护瞳神”,揭示了目中真血作为物质基础,对神水及瞳神功能的涵养作用。彭清华教授认为,POAG 病机之本在于血行不利,是晚期的主要病机。血行不利在此有双重含义:一指脉中血虚,脉道不荣,血行缓慢;二指脉中血瘀,脉道不通,血行滞涩。

血行不利的成因,与肝、脾、肾三脏功能失调密切相关。《审视瑶函·青风障症》曰:“阴虚血少之人,及竭劳心思,忧郁忿恚,用意太过者,每有此患。”思虑过度则伤脾,脾虚则气血生化乏源,致脉中血虚;忧郁忿怒则伤肝,肝失疏泄,气机郁滞,致脉中血瘀。此外,肾脏与血液的运行与化生亦关系密切。《明目至宝·眼科七十二证受疾之因》认为青风内障“此为肾虚劳也,此疾难治也”,提示肾虚为病之深痼。肾阳亏虚,一则寒自内生,血得寒则凝;二则鼓动无力,血行迟缓。加之《诸病源候论·虚劳精血出候》指出:“肾藏精,精者,血之所成也。”肾精不足则化血无源,亦可导致精亏血少,运行不利。

彭清华教授团队针对 POAG 患者眼部血流情况进行了多角度分析,结果表明,POAG 患者眼动脉及视网膜中央动脉存在血流速度显著减慢与血流阻力增高的特征,同时伴有血管内皮细胞损伤及血小板聚集性增强,证实了眼部存在明确的血瘀病理改变[23-25]。此外,现代研究提示,POAG 患者同样存在血虚失养的病理基础,具体表现为眼部微循环血流密度的下降[26]。通过光学相干断层扫描血流成像技术发现,POAG 患者视盘及黄斑区视网膜血管密度较正常眼显著降低,并与视盘神经纤维层厚度、视野平均缺损相关[27-28]。这些研究结果从微观层面为“血行不利”病机提供了客观证据。

3 POAG 治疗——循机辨证、分期论治

3.1 早期主“气不运”,重在疏肝活血利水

在 POAG 早期,患者眼球胀痛、头痛等主观症

状常不明显，血水互结的病理程度较轻。彭清华教授提出，此阶段核心病机多为情志失调，肝气郁结，致目中玄府闭塞，神水运行不畅。临床表现可见目珠微胀，轻度抱轮红赤，时有视物昏蒙，或兼头目胀痛，心烦口苦，舌红苔黄，脉弦细。辨证属肝郁气滞、血瘀水停证，治以疏肝理气、活血利水，主张以逍遥散加减。临证常配伍香附行气以解气郁；配伍丹参、川芎活血祛瘀以解血郁；配伍半夏、竹茹燥湿消痰以解痰郁；配伍泽泻、车前子利水明目。

在疏肝解郁的同时，注重调理中焦气机。若肝郁横逆犯脾，致脾胃升降失常，清阳不升则目失所养，浊阴不降则上扰清窍，临床可伴见眼底视盘苍白、食少便溏、脘腹胀闷等症，此时可酌加党参、白术以健运脾气，或配苍术、厚朴以燥湿行气；若肝郁化热，见头目胀痛，口干口苦明显者，可加牡丹皮、菊花以清肝明目止痛。李欣等[29]亦认为，早期青风内障者多为肝郁气滞证，以逍遥散加减治疗可有效疏肝解郁；其临床观察显示，逍遥散在保护早期青光眼患者视功能、改善视觉生活质量及中医证候方面，疗效均优于腺苷钴胺对照组。

3.2　进展期主“水不利”，重在祛邪活血利水

POAG 持续进展，血水互结程度加重，患者若见视物昏蒙、伴胸闷脘痞、头昏眩晕、恶心呕吐、舌淡苔白腻、脉滑等症，辨证属痰湿上泛、血水互结证，治当以化痰渗湿、活血利水，彭清华教授临证常以温胆汤合五苓散为底方加减，并配伍川芎、通草、车前子以活血利水渗湿。

在此阶段，脏腑失调以肾、脾、肺三脏为核心。肾为主水之脏，若肾阳亏虚，气化无权，则阴浊内停，上泛目窍。《临证指南医案·腹痛》谓：“通阳必以辛热。”故对兼见畏寒肢冷、精神倦怠者，可加肉苁蓉、菟丝子温扶肾阳、化浊行水。脾为制水之脏，脾虚则土不制水，水反侮之，水邪泛溢于目窍，故见神水瘀积。若见食少便溏、面色萎黄等脾虚之象，可加白术、甘草以健脾益气、培土制水。丁欣[30]的研究亦支持青光眼眼压增高与脾虚水湿上泛密切相关，其以健脾利湿的苓桂术甘汤治疗慢性单纯性青光眼，结果显示，该方降低眼压疗效持久，远期效果优于单纯西药疗效。脾虚日久，土不生金，也会导致肺气不足，水液代谢进一步失调。若见少气懒言、咳痰清稀等肺脾气虚明显者，可选用党参、黄芪等药以肺脾双补，配合厚朴、草果、陈皮、法半夏、石菖蒲等燥湿化痰。

3.3　晚期主“血不利”，重在补虚活血利水

POAG 患者晚期，患者常表现为视物不见，管状视野及视盘萎缩，此阶段病机以“血不利”为主，且虚瘀并见。若患者病程迁延，症见视物模糊、视野缺损、伴头晕失眠、腰膝无力、舌淡苔白、脉沉细无力，查眼底可见全周的视盘旁脉络膜视网膜萎缩，辨证属气阴亏虚、血瘀水停证，治以益气养阴、活血利水。彭清华教授常以青光安颗粒剂为基础方加减。青光安颗粒剂由补阳还五汤化裁而来，方中黄芪、生地黄益气养阴，《本草新编·宫集》言黄芪乃补气之圣药；地龙、红花、赤芍通络活血，其中红花可调血脉，去瘀生新，《本草分经·足厥阴肝》有言“虚而血滞者用之最宜”；茯苓、白术、车前子健脾利水，《证类本草·卷第六》言车前子“能补五脏，明目，利小便，通五淋”；全方共奏补虚活血利水之效。若兼见面色无华、头晕气短等气血亏虚之象，可加当归、党参、白芍以益气养血；若见面白肢冷、精神倦怠，属阴损及阳者，加用炮附子、桂枝、山茱萸以温补肾阳。

彭清华教授团队自 20 世纪 90 年代起将青光安颗粒剂应用于青光眼的辅助治疗，取得良好临床反馈，并开展系列实验与临床研究。结果表明，青光安颗粒剂能有效促进眼部微循环，增强视网膜、视神经等组织的抗损伤、耐缺氧能力[31]。对于眼压已控制但视神经萎缩仍明显的晚期 POAG 患者，彭清华教授结合临床观察发现，此类患者以中老年人居多，多伴面色晦滞、舌质暗或有瘀点、脉细涩等表现；辨证属肝肾亏虚、气虚血瘀证；治以滋补肝肾、益气活血；方予青光安Ⅱ号方加减。青光安Ⅱ号方在青光安颗粒剂的基础上更增补益之力，以枸杞子、女贞子补益肝肾、益精明目，共为君药；牛膝补益肝肾、活血祛瘀、引血下行，黄芪补气健脾、益气活血，二者共为臣药；佐以灯盏细辛、川芎活血行气、化瘀通络，使全方补而不滞。临床研究证实，青光安Ⅱ号方可有效改善青光眼患者的视力与视野[32]；实验研究进一步表明，该方能维持青光眼模型动物视网膜结构完整性，并通过多途径抑制视网膜神经节细胞凋亡，提高其存活率[33]。

4　验案举隅

谢某，女，36 岁。初诊：2023 年 5 月 29 日。主诉：双眼胀痛2 个月。患者 2 个月前无明显诱因出现双眼胀痛，间歇发作，曾于医院确诊为“开角型青光

眼”,予0.25%噻吗洛尔滴眼液治疗后未见明显缓解,建议手术治疗,患者拒绝,为寻求中西结合治疗遂至湖南中医药大学第一附属医院就诊。刻下症见:双眼胀痛,伴干涩,视物疲劳,偶发两侧头痛,喜叹息,易感疲乏,口干口苦,二便可,纳可,食后腹胀,寐可,舌红,苔薄黄,脉弦细。视力检查,裸眼视力:右眼 0.3,左眼 0.3;矫正视力:右眼 0.8,左眼 1.0。双眼球结膜轻度充血,角膜透明,前房深浅正常,房角开放,虹膜纹理清,瞳孔约 4 mm 大小,对光反射可。眼底双眼视乳头色红,杯深,C/D=0.5~0.6,视盘血管呈屈膝状。眼科检查,眼压:右眼 21.5 mmHg,左眼 20 mmHg。OCT:双眼黄斑前膜,黄斑中心凹变浅。西医诊断:开角型青光眼(双眼),黄斑前膜(双眼),屈光不正(双眼);中医诊断:青风内障(肝郁化火、脾失健运证)。治以疏肝健脾、活血利水,方予丹栀逍遥散加减。处方:牡丹皮10 g,栀子 10 g,醋柴胡 10 g,赤芍 15 g,生地黄 10 g,当归 10 g,茯苓 15 g,白术 15 g,薄荷 6 g,丹参 15 g,车前子 30 g,泽泻 15 g,升麻 10 g,甘草 6 g。14 剂,每日 1 剂,水煎,分早晚两次温服。嘱患者局部继用 0.25%噻吗洛尔眼药水,每日 2 次。

二诊:2023 年 6 月 12 日。患者双眼胀痛感、视物疲劳感、干涩感较前减轻,自觉乏力、食后腹胀等全身其他症状较前好转;舌淡红、苔薄白,脉弦细。查眼压:右眼 20 mmHg,左眼 18 mmHg。予初诊方加槟榔 10 g、黄芪 15 g,去牡丹皮、栀子。14 剂,煎服法同前。西药用法用量同前,调护同前。

三诊:2023 年 6 月 26 日。患者双眼胀痛明显减轻,无视物疲劳感,自觉视物较前清晰,疲劳乏力明显缓解,食后已无饱胀感;舌淡红、苔薄白,脉弦。查眼压:右眼 18.5 mmHg,左眼 18 mmHg。予疏肝健脾明目之舒肝明目丸巩固疗效,西药用法用量同前。嘱患者保持心情舒畅,注意休息,监测眼压、视神经、视野等情况。

按:患者为中年女性,以双眼胀痛 2 个月为主诉,结合病史、症状、体征、辅助检查,符合西医 POAG 诊断,中医诊断为青风内障。患者头目胀痛、口干口苦、喜叹息、情绪不佳,提示肝气郁结;易疲劳、食后腹胀等症状提示脾气虚弱,病机以“气不运”为主。患者 2 个月前发病,结合症状及眼底检查等体征,属POAG 早期。

肝郁气滞,疏泄失职,气郁则津停,故见神水瘀积,头目胀痛,脉弦;气郁久则化火,故见口苦、薄黄苔。肝郁乘脾,脾失健运,则水谷不化、津液不行,故食后腹胀,口干。水谷精微无以濡养四肢形骸及头面诸窍,故见全身疲乏、视物疲劳明显、脉细。纵观全身症状及舌脉,辨证为肝郁化火、脾失健运证。予以丹栀逍遥散加减以疏肝健脾、活血利水,兼清郁热。方中醋柴胡疏肝解郁,白芍改赤芍增活血之效、生地黄滋补肾阴,当归养血活血以补肝体助肝用;薄荷辛凉,专入肝肺,取其清热散气,且“尤善解忧郁”;牡丹皮、栀子以清肝经郁热,引火下行;白术、茯苓、甘草合用以健脾益气;丹参、赤芍以活血祛瘀;车前子、泽泻利水明目,且重用车前子达 30 g。在运用血水同治法治疗眼病时,彭清华教授常重用车前子[37],取其利中有补的功效。《本草经集注·草木上品》言其“利水道小便,除湿痹……强阴,益精,令人有子,明目,治赤痛,久服轻身,耐老”。车前子咸寒兼甘,通利兼补,既能清肝利水明目,又有益精明目之效;升麻、醋柴胡以升举脾胃清阳,疏通玄府郁闭;甘草调和诸药。二诊时患者头目胀痛、双眼干涩、视物疲劳等症好转,口干口苦减轻,舌苔由黄转白,可知郁热已清,故去牡丹皮、栀子,加用黄芪益气以增补益之效,槟榔以破滞行气利水。三诊时,患者眼部及全身症状已明显缓解,眼压趋于稳定,故予舒肝明目丸巩固疗效。纵观此案,彭清华教授将血水同治的思路贯穿诊疗全程,主以逍遥散疏肝理气,同时配伍活血药、利水药解目中郁结,以调理“气”“血”“水”之间的关系,如此则瘀滞通、气机畅、神水循环无阻。

5 结语

POAG 属临床难治性眼病,其发病机制复杂。彭清华教授基于“血不利则为水”理论,提出分期论治策略:早期气不运血,治宜疏肝活血利水;进展期水瘀互结,治宜祛邪活血利水;晚期虚瘀并存,治宜补虚活血利水。该思路紧扣疾病核心病机,兼顾病程证候演变,为 POAG 的中医诊疗提供了实用方案。临床应用需灵活辨证,随证加减,方能提升疗效。

参考文献

[1] JAYARAM H, KOLKO M, FRIEDMAN D S, et al. Glaucoma: Now and beyond[J]. The Lancet, 2023, 402(10414): 1788-1801.

[2] BANIK S, GHOSH A, DEBI H. The prevalence trend of glaucoma by age and sex difference in south Asia: A systematic re-

view and meta-analysis of population-based studies[J]. Health Science Reports, 2025, 8(3): e70542.

[3] OZKAN D, ALTAN C, ER M O, et al. The role of oxidative status in the pathogenesis of primary open-angle glaucoma, pseudoexfolyation syndrome and glaucoma[J]. European Journal of Ophthalmology, 2023, 33(1): 352-360.

[4] UEDA Y, SUDA K, KAMEDA T, et al. Risk factors for progression of primary open-Angle glaucoma with lower normal intraocular Pressure[J]. Ophthalmic Res, 2024, 67(1): 184-191.

[5] 周芷伊, 张丽霞, 陈　爽, 等. 张丽霞基于“律态和稳”理论辨治原发性开角型青光眼[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(7): 1247-1249.

[6] 隋嘉庆, 霍　剑, 刘丽莎, 等. 中医治疗原发性开角型青光眼的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(1): 325-327.

[7] 蒋鹏飞, 李书楠, 刘　培, 等. 益气养阴活血利水法在眼科疾病中的应用[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(12): 7423-7425.

[8] 谭　辉, 刘宝利, 许　钒. 基于流视角探析“血不利则为水”的辨治[J]. 世界中医药, 2025, 20(4): 623-627, 632.

[9] 陈　喆, 胡锦晗, 蔡超产, 等. 基于“气-水-血”理论探讨顽固性失眠的病机与辨治[J]. 陕西中医, 2024, 45(6): 803-807.

[10] WU N, KONG X M, SUN X H. Anxiety and depression in Chinese patients with glaucoma and its correlations with vision-related quality of life and visual function indices: A cross-sectional study[J]. BMJ Open, 2022, 12(2): e046194.

[11] 雷竣显, 周　派, 彭　俊, 等.基于“肝-脑-目”轴探讨中医药论治干眼[J]. 湖南中医药大学学报, 2024, 44(7): 1308-1312.

[12] 向圣锦, 路雪婧, 张富文, 等. 中医眼科玄府理论源流探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(1): 24-27.

[13] WAN P X, LONG E P, LI Z D, et al. TET-dependent GDF7 hypomethylation impairs aqueous humor outflow and serves as a potential therapeutic target in glaucoma[J]. Molecular Therapy, 2021, 29(4): 1639-1657.

[14] LU Y, HUA Y, WANG B, et al. The robust lamina cribrosa vasculature: Perfusion and oxygenation under elevated intraocular pressure[J]. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2024, 65(5): 1.

[15] 熊亚妮, 孟　永, 钱仪敏, 等. 青光眼动物模型与人体发病机制的相关性研究进展[J]. 中国新药杂志, 2022, 31(3): 231-236.

[16] 张萌萌, 焦婷婷, 张新雪, 等. 慢性肾脏病肾阳虚证的研究与思考[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(1): 58-62.

[17] 马若楠, 尹连荣, 吴正正, 等.基于温阳通络开郁法探讨难治性葡萄膜炎黄斑水肿[J]. 中国中医眼科杂志, 2025, 35(5): 463-468.

[18] 李东顶, 史光伟, 郭宏明, 等.《黄帝内经》“肾者, 胃之关也”探讨[J]. 西部中医药, 2023, 36(11):68-71.

[19] 李　想, 宋莹莹, 陈萌欣, 等.基于“脾胃虚则九窍不通”辨治 2 型糖尿病视网膜病变[J]. 河南中医, 2025, 45(10): 1502-1507.

[20] 吕　怡, 蒋鹏飞, 刘　培, 等. 基于肠道菌群探讨从脾论治青光眼[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(10): 5721-5725.

[21] 吴文玉, 张玺金, 王　凯, 等. 肺脾相关理论在肺系疾病中的运用[J]. 陕西中医, 2023, 44(1): 88-92.

[22] 杨玉霞, 刘　杏, 黄晶晶, 等. 原发性开角型青光眼小梁网组织早衰的初步研究[J]. 中山大学学报(医学科学版), 2014, 35(5): 796-800.

[23] 李建超, 彭　俊, 曾志成, 等. 原发性开角型青光眼患者眼血流动力学的改变及与中医证型关系的研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(12): 27-30.

[24] 姚小磊, 彭　俊, 李建超, 等. 原发性开角型青光眼患者眼底荧光血管造影及血液流变学改变与中医证型关系的研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(11): 41-45.

[25] 徐　剑, 彭　俊, 姚小磊, 等. 原发性开角型青光眼患者血管内皮、血小板功能改变及与中医证型关系的研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(11): 37-40.

[26] NISHIDA T, MOGHIMI S, WU J H, et al. Association of initial optical coherence tomography angiography vessel density loss with faster visual field loss in glaucoma[J]. JAMA Ophthalmol, 2022, 140(4): 319-326.

[27] 霍妍佼, 郭　彦, 王怀洲, 等.中心视野缺损与周边视野缺损的早期原发性开角型青光眼黄斑区血管密度变化比较[J]. 中华实验眼科杂志, 2022, 40(4): 327-333.

[28] 陈小玲, 焦　亚, 贺文山, 等. 光相干断层扫描血管成像对开角型青光眼患者视网膜血管密度和视网膜厚度的测量[J]. 中华实验眼科杂志, 2020, 49(5): 396-401.

[29] 李　欣, 尹连荣, 高健生, 等. 补肾疏肝中药对早期青光眼视功能保护作用的临床研究[J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38(2): 134-138.

[30] 丁　欣. 健脾利湿法对慢性单纯性青光眼降眼压作用观察[J]. 江西中医药, 1994, 25(S2): 56-57.

[31] 汤　钰, 朱冰瑶, 时　健, 等. 青光安颗粒剂对慢性高眼压大鼠模型视网膜神经节细胞线粒体自噬的影响[J]. 2022, 5(3): 295-304.

[32] 蒋鹏飞, 彭　俊, 黄学思, 等. 青光安Ⅱ号方治疗眼压已控制的青光眼气阴两虚血瘀证患者 60 例临床观察[J]. 中医杂志, 2022, 63(5): 443-449.

[33] 时　健, 彭　俊, 姚小磊, 等. 青光安Ⅱ号方对 DBA/2J 小鼠视网膜中 Rho/ROCK 相关因子的影响[J]. 海南医学院学报, 2022, 28(13): 976-981.

[34] 彭　俊, 王　英, 周亚莎, 等. 彭清华运用活血利水法治疗疑难眼病验案举隅[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(12): 102-105.

(本文编辑　苏　维)