·针灸经络·

龙砂开阖六气针法结合24 h眼压曲线探析青风内障证治

孙文英[1]，杨薇[1]，张丽霞[2]，陈曦[1]，张丰[1]，李雪菲[1]，师宜鹏[1]，解晓斌[1]*

（1. 中国中医科学院眼科医院，北京 100040；2. 中国中医科学院，北京 100700）

摘要　龙砂开阖六气针法是在顾植山教授三阴三阳开阖枢理论指导下，结合六经辨证、六脉辨证、脏腑辨证、经络辨证、象态辨证、运气辨证等多种辨证方式进行针刺的一种方法。开阖枢理论是对人体三阴三阳之气升降出入状态的概括，从开阖枢角度，青风内障的病机可概括为开机不利、阖机不利、枢机不利。开机不利，当辨太阳或太阴开机不利；阖机不利，当辨厥阴阖之太过、厥阴阖之不足或阳明阖之太过、阳明阖之不足；枢机不利，当辨少阴枢机不利或少阳枢机不利。此外，导师解晓斌主任医师将24 h眼压曲线与“六经病欲解时”相结合，以眼压峰值的时间节点对应“六经病欲解时”的病变之经来辨时定经。临证以开阖枢理论结合24 h眼压曲线为指导，采用龙砂开阖六气针法，通过辨时定经、辨证定经来明确青风内障所主之经，指导青风内障的临床诊治。

关键词　青风内障；龙砂开阖六气针法；开阖枢；24 h眼压曲线；六经病欲解时

中图分类号：R246.82　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1002－2392(2025)01－0052－05

DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250009

“青风内障”病名首见于《太平圣惠方》[1]，指发病缓慢，瞳神昏青，目珠渐硬，视野渐窄，视物昏蒙，甚至失明的一种内障眼病，相当于西医学中的原发性开角型青光眼和慢性闭角型青光眼[2]。降低眼压被证实是目前唯一有效的青光眼治疗途径[3－4]。西医学多采取药物、激光及手术治疗以达到降低眼压的目的，但降眼压药物的诸多不良反应、手术的并发症以及头痛、眼胀、情绪急躁抑郁等问题持久、严重地影响着患者的生存质量。中医学强调整体观念、辨证论治，通过六经辨证体系划分三阴三阳，以六经来钤百病。龙砂开阖六气针法是在顾植山教授三阴三阳开阖枢理论指导下创建的一种针法，该针法结合六经辨证、六脉辨证、脏腑辨证、经络辨证、象态辨证、运气辨证等多种辨证方式，判断开阖枢的常态与异态、三阴三阳之气在人体的升降出入是否正常，参照顾氏三阴三阳开阖枢太极图在相应病变经别进行针刺，已用于治疗多种眼科疾病[5]。此外，青风内障患者的眼压升高、眼压波动是其疾病进展的重要危险因素，因此监测24 h眼压对确定患者目标靶眼压、延缓疾病进展具有重要意义[6－7]。导师解晓斌主任医师将24 h眼压与作为六经辨证重要依据的六经病欲解时相结合，采用龙砂开阖六气针法诊治青风内障，现结合导师临床论治体会，将其理论基础及典型案例介绍如下。

1　开阖枢的理论内涵

《道德经》曰：“道生一，一生二，二生三，三生万物。万物负阴而抱阳，冲气以为和”，其中的“一”为生命之源——气，“二”为气划分出的阴阳，阴阳者，推之可十，数之可百，“三”即为阴阳化生的三阴三阳之气，可见开阖枢理论的雏形。在《素问·阴阳离合论篇》中开阖枢理论被首次提出，“是故三阳之离合也，太阳为开，阳明为阖，少阳为枢……是故三阴之离合也，太阴为开，厥阴为阖，少阴为枢”，通过自然界的门户轴取象比类，论述了三阴三阳及其络属脏腑的生理功能，

收稿日期：2024－01－30　　**修回日期**：2024－10－18

基金项目：国家自然科学基金（82074500）；北京市自然科学基金（7212197）；中国中医科学院基本科研业务费自主选题项目（ZZ11－040）；中国中医科学院科技创新工程（CI2021A02604）；中国中医科学院眼科医院高水平中医医院人才方向项目（GSP5－79）；中国中医科学院眼科医院高水平中医医院中医药循证医学项目（GSP2－09）

作者简介：孙文英（1998－），女，博士研究生，研究方向：中西医结合治疗青光眼。

*通信作者：解晓斌（1977－），女，博士，主任医师，研究方向：中西医结合治疗青光眼。

阐释了人体气机升降出入、变化运转的三种状态。开者,开宣、布散、敷布也,是气血津液、精微物质宣发、布散的状态;枢者,宣通、疏调、转动、转换也,是枢转、调节气机,促进气机、阴阳转换的状态;阖者,收敛、内蓄也,是收纳、潜藏、蓄积阴阳之气、精微物质,以供新一轮生发的状态。《灵枢·根结》曰:“奇邪离经,不可胜数,不知根结,五脏六腑,折关败枢,开阖而走,阴阳大失,不可复取”。三阴三阳开阖枢概括了机体气机运动和阴阳、气血、精津、水液输布流通的生理机能、病理变化的全过程,是人体一切生命活动的基础[8]。

太阳为阳开,开者,开宣、布散、敷布也。足太阳膀胱经居人体一身之表,同手太阳小肠经俱与阳脉之海督脉相交。太阳作为三阳之表、六经之首,为一身之巨阳,阳气量最大,通过太阳的“开”,使气血津液布散于全身,上达头目眼窍,下输四肢百骸,内注脏腑经筋,外敷皮毛腠理。阳明为阳阖,主阳气的下达内行,主要是胃腐熟受纳水谷、化生一身之气以及胃、大肠传导化物、通利下行等生理功能的概括,为气血津液生化之源。少阳为阳枢,居于阳经表里之间,主协调机体内外的阳气,主要包括手少阳三焦经、足少阳胆经、三焦、胆等经络脏腑。《黄帝内经·素问集注》载:“胆气升则十一脏腑之气皆升”,《中藏经·卷中》曰:“三焦通,则内外左右上下皆通也”,刘完素认为“右肾属火,游行三焦”[9],均表明少阳之胆主司阳气的升发,少阳之三焦主司阳气的气化,为输布气血津液的通道。少阳转枢,一可启运阳气、宣达表里、调控津液,鼓舞脏腑之气化,维系并调节太阳、阳明的开阖功能;二可使周身气血津液运行通畅。

太阴为阴开,应足太阴脾经与手太阴肺经,“饮入于胃,游溢精气,上输于脾。脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱。水精四布,五经并行”[10],太阴主转输布散津液,肺与脾共同将饮食物化生精微,继而输送到脏腑、体表。另外,太阴为三阴之表,主潜藏太阳的阳气入于阴分。厥阴为阴之阖,应手厥阴心包经与足厥阴肝经。厥阴心包,内寄相火,代心行令,统摄脉管,壅遏营气,内敛阴血;“人卧则血归于肝”[10],厥阴肝具有贮存血液,调节血量的作用,同时肝血化生肝阴,敛藏肝气,肝之疏泄有序。此外,两阴交尽谓之厥阴,厥阴为阴尽阳生,阳气出于阴的节点,因此,厥阴不仅是单纯蓄积气血阴阳的过程,还蕴含着气机外散升发的态势。阳气在少阳阳枢的枢转作用下,进入机体内转化为阴气,继而在阴阳互根互用、交感互藏、消长变化的规律下,又通过少阴阴枢的枢转作用,将阴气在体内转化为阳气而出于体外。少阴枢应心、肾、手少阴心经与足少阴肾经,肾中真阳上济心火,并在“心主血脉”的功能下,将元阳布散到全身。少阴以心肾为枢转,枢太阴脾精经心化血藏于厥阴肝,枢厥阴肝左升、太阴肺右降之龙虎回环。因此,少阴枢本质是对心肾相交、君相安位、水火既济功能的一个概括。

2 基于开阖枢论治青风内障

2.1 开机不利

开机不利者,当辨太阳开机不利,还是太阴开机不利。

太阳为开,经气以畅达为利,太阳之气应随呼吸吐纳遍布周身,另外“太阴居中,敷布阴气”[11],太阳与太阴共同完成人体阴阳之气的敷布,而百病皆生于气也,倘若气机敷布失司,气血津液停于目窍,久而便成痰成湿成瘀,阻塞目中玄府。玄府作为目中极其精细微小单位,与神水流出通道有密切联系[12]。玄府通利依赖太阳之开主气之敷布,太阴之开主血津液精的敷布。倘若太阳、太阴开机不利,则眼内真气运行不畅,神水瘀滞,玄府为湿、瘀等各种病理产物所郁闭,不通则痛,则见目珠甚则头部胀痛;玄府郁闭,五脏六腑之精气不得上荣,通光脉道阻塞,神光不得发越,则见视功能受损,甚者由青风内障发为青盲。太阳开机不利则巨阳受遏,卫外不固,易感表证;太阴开机不利则阴气渐长,水气不化,腹胀肚满,临证可资鉴别。基于开机不利,临证多用风药,此类药物以辛味药物为主,辛者能散能行,风药味薄,上达巅顶“升发以伸阳气”[12],既可行气行血行津液,又可给邪气以出路,以此畅通“开主外出”的功能,解玄府郁闭。

2.2 阖机不利

“阖”机不利有阖之太过与阖之不足[13]。

厥阴所阖太过则邪闭心包、肝火上炎、肝风内动,正如《审视瑶函》“痰火阻隔肝胆脉道,则通光之窍遂蔽,是以二目昏朦”所言,肝风裹挟痰火,上攻搏结阻于目窍,故发为青风内障,目珠胀痛,视瞻昏青。阳明所阖太过则胃与大肠传导失司,实热亢盛,邪热化燥伤津,见大便秘结、口干、烦躁等阳明腑实证,且肺与大肠相表里,大肠腑气不通,影响肺之宣发布散功能,亦会致太阴开机不利,津液失布,津停血瘀于目之玄府。

厥阴所阖不足则血虚失濡、气绝喜悲,阳明所阖不足则气血生化乏源,血不荣目,《审视瑶函》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”,可见阖机不利,阴津亏虚,气血不足,目窍失养,神光衰微是青风内障内在的发病基础。并且,青风内障作为日久迁延不愈的疾病,气血亏虚日久,后天无力滋养先天,必会久病穷肾,正如《外科证治全书》所言

“眼科虽有乌风障、绿风障、青风障……总由血少神劳,肝肾亏损,精竭视昏,神竭视黑”,肾精不足,肾元衰惫,而精血同源,肾精不足则会致肝血亏虚,日久便成肝肾亏虚之证,由阖机不利转为阖枢共病。

此外,阖机不利还会对情志造成一定影响。《灵枢·根结》云:“阖折则气绝而喜悲,悲者取之厥阴,视有余不足”。赵志付教授基于开阖枢理论将肝气上逆、肝火上炎等所致的情志病称为“刚实证”,将肝郁气滞等所致的情志病称作“柔实证”,以疏散厥阴血郁、气结,恢复厥阴阖机功能作为情志病的治疗大法[14-15],此为临床上调畅青风内障病人的情志提供了一种新的治疗思路。

2.3 枢机不利

枢机不利者,当辨阳枢不利,还是阴枢不利[16]。

少阳居于半表半里之间,为阳气出入人体内外的枢纽。《明目至宝》载:“内障者,胆上有膜,胆汁热枯,用药调理,唤作青风内障”,指出青风内障者,为胆中有热,胆腑为膜所覆,胆气不舒,春升之气拂郁。而“凡十一脏,取决于胆也”[10],胆气不升,少阳不枢,则诸脏腑之气升发无力,气滞、血瘀、水停于目中玄府,眼孔不通,发为此病。“神水者,由三焦而发源,先天真一之气所化”[17],“夫水谷入胃,化为气血,在身为津液,升于目即为神水”[18],神水由水谷精微所化生,在元气的蒸化推动下,以三焦为通道,上注目窍。“三焦者,元气之别使也”[10],三焦作为元气和津液的通路,对神水的生成和运行起着重要作用。此外,聂天祥[19]应用化瘀疏水汤治疗青光眼,使瘀滞的神水从下焦而去,秦大军[20]通过眼部十三轮辨证,将房水病归为下焦疾病,二人均以下焦作为房水的排泄通道。因此,调畅少阳枢机,畅达三焦气运,畅通神水运行、排泄,解除神水壅滞,或可作为治疗青风内障的一大法则。

少阴内涵水火两端,总体调节人体脏腑的阴阳。“心-肾”作为布散阳气、交通阴阳的枢纽,若少阴枢机不利,肾水独寒于下,心火独亢于上,从而引起水火失和、气机失利、阴阳不相顺接,通光脉道壅滞,玄府闭塞,恢复少阴枢机、调和阴阳,对青风内障的论治尤为重要。少阳枢转表里,少阴枢转阴阳,人体以阴为体以阳为用[21],阳门枢转为阳气之用,阴门枢转为阳气之体,枢转得利,方能体用协调。《黄帝内经灵枢集注·根结第五》载:“舍枢则不能开阖”,枢为双向调节,是开阖运动的关键。若少阳枢转不利,势必将影响太阳、阳明的开阖功能;少阴枢转不利,将影响太阴、厥阴的开阖功能。临证治疗青风内障时,应注重从枢调开阖,使人体开阖枢功能协调,达到阴平阳秘状态。

3 六经病欲解时的理论内涵

《伤寒论》中关于六经病“欲解时”的原文记载为“太阳病欲解时,从巳至未上”“阳明病欲解时,从申至戌上”“少阳病欲解时,从寅至辰上”“太阴病欲解时,从亥至丑上”“少阴病欲解时,从子至寅上”“厥阴病欲解时,从丑至卯上”。历代医家均对《伤寒论》六经病“欲解时”有所阐述,但均局限于“欲解”一词,或阐述“欲解”之因,或解释“欲解”所主时辰,而对“欲解”却不解甚至加重,或在“欲解”的时间节点继发新症状的情况未深入解读[22]。顾植山教授认为六经病“欲解时”实为“相关时”,“相关时”并非“必解时”,在该时间点可以“欲解”而“解”,也可以“欲解”而“不解”,还可在该时间点出现一些症状的发生或加重[23]。因此,临床上凡是在该时间点出现一些症状的发生、消失、减轻或加重,均可归为此经的疾病[23]。

此外,三阴经“欲解时”在临床应用中更注重其起始时点,以三阴经每经欲解时的第一个时辰意义最大,即太阴病欲解时以亥时为要,少阴病欲解时以子时为要,厥阴病欲解时以丑时为要[22]。对应在患者 24 h 眼压峰值上即 22:00 对应太阴病欲解时,24:00 对应少阴病欲解时,2:00 对应厥阴病欲解时。

4 龙砂开阖六气针法结合 24 h 眼压曲线论治青风内障

龙砂开阖六气针法由龙砂医学流派传承人王凯军主任医师创建,以顾植山教授依据《素问》发掘的三阴三阳开阖枢理论为基础,顾教授据此理论传承发展做出顾氏三阴三阳开阖枢图解[24],已被诸多学者广泛应用于临床。导师认为人体一切生命活动的本质是三阴三阳之气在脏腑形体官窍的出入,三阴三阳的此消彼长维持阴阳回环运动,形成了一定的生物节律,若三阴三阳的消长运行规律出现问题,开阖枢功能失常,则一日之中的昼夜节律便会失调,青风内障患者表现为 24 h眼压节律的紊乱,各时间点眼压升高,波动幅度增大,非工作时间峰时占比增加等[25]。“六经病欲解时”说明一昼夜(24 h)六经气血随时间变化,疾病也随之发生缓重变化。因此,以 24 h 眼压峰值时间节点对应“六经病欲解时”的病变经别,再结合多种辨证方式,确定开阖枢的病变部位,最终通过龙砂开阖六气针法针刺巅顶相应部位,来恢复开阖枢的正常运转。

本施治方法的要点为根据专家共识[26]及“六经病欲解时”节点选取传统坐位,测量 2:00、5:00、7:00、10:00、14:00、18:00、22:00、24:00 的眼压,以眼压峰值时间节点对应六经病欲解时的病变之经,即眼压峰值位于 2:00 选厥阴,位于 5:00、7:00 选少阳,位于 10:00、14:00 选太阳,位于 18:00 选阳明,位于 22:00

选太阴,位于 24:00 选少阴。针刺部位:虽然开阖枢理论认为人体随处可为开阖枢太极之图,但应以最为方便操作的巅顶为首选。针刺时间:若患者 24 h 眼压峰值位于上午时段,则上午施针;若患者 24 h 眼压峰值位于下午时段,则下午施针。针刺工具:选择 0.25 mm × 40 mm 毫针。针刺体位:医者与患者共同面向南方[5]。针刺手法:以百会穴为中心,做顾氏三阴三阳开阖枢图,在所选之经处沿顺时针方向 15°平刺 20 ~ 30 mm,各穴位间无特定针刺顺序,平补平泻。针刺留针时间:1 h。针刺疗程:每隔 7 天 1 次,共 4 次。

5 龙砂开阖六气针法结合 24 h 眼压曲线治疗青风内障验案

患者,男,60 岁,2023 年 3 月 28 日于中国中医科学院眼科医院初诊。主诉:左眼视物模糊 30 年余,加重 3 年余。患者 30 年前于当地医院诊断为双眼原发性开角型青光眼,行双眼小梁切除术,4 年前行右眼眼球摘除、义眼植入术,2022 年因左眼抗青光眼术后眼压失控,于北京同仁医院行左眼外路 360°小梁切开联合小梁切除术。现滴用布林佐胺噻吗洛尔,点左眼,每日 2 次;拉坦前列腺素滴眼液,点左眼,每晚 1 次。专科检查:左眼矫正视力 0.4,Ⅱ型滤过泡(Kronfeld's 分型法)[27],前房中深,周边前房约 1/3 CT,虹膜周切口通畅,眼底视盘界清色淡,C/D ≈ 0.9,视网膜未见渗出、出血,黄斑中心凹反射未见。辅助检查:左眼 24 h 眼压曲线:眼压峰值位于 18:00,为 24.8 mmHg,谷值为 18.3 mmHg,平均值为 20.8 mmHg,波动值为 6.5 mmHg;左眼视野检查(750i, SITA 24 - 2,德国 Carl Zeiss 公司):视野指数(visual field index, VFI) 30%,平均偏差(Mean Deviation, MD) - 24.46 dB,模式标准差(Pattern Standard Deviation, PSD) 10.38 dB;左眼视盘区血流密度(Optical Coherence Tomography Angiography; Optovue, Fremont, CA, USA):整个扫描区域(Whole Image) 31.2%,视盘内(Inside Disk) 50.1%,盘周毛细血管(Peripapillary) 30.0%。刻下症:平素性情急躁,口苦咽干,纳差,饮食难下,时有腹胀,大便干,3 日一行,眠差,每至凌晨 2:00—3:00 自觉燥热汗出、易醒,小便可,舌暗红,苔薄黄,厥阴阳明脉大,少阳脉弱。西医诊断:双眼原发性开角型青光眼;中医诊断:双眼青风内障(双阖不利 + 少阳不枢)。治则:恢复阳明、厥阴阖机,枢转少阳。予双阖 + 少阳针刺,每次留针 1 h,每隔 7 日 1 次,共 4 次。

2023 年 4 月 24 日二诊。口苦咽干、腹胀纳差症状消失,情绪较前平和,凌晨 2:00—3:00 醒来次数减少。查视力同前。24 h 眼压曲线:峰值为20.0 mmHg,谷值为 14.7 mmHg,平均值为 17.7 mmHg,波动值为 5.3 mmHg;视野检查:VFI 31%, MD - 23.84 dB, PSD 9.76 dB;左眼视盘区血流密度:整个扫描区域 34%,视盘内 54.1%,盘周毛细血管 32.3%。该患者眼压峰值、谷值、平均值、波动值均明显下降,视野指数和视盘血流密度均有所改善。嘱患者继续布林佐胺噻吗洛尔,点左眼,每日 2 次;拉坦前列腺素滴眼液,点左眼,每晚 1 次。定期监测眼压及视功能,不适随诊。

2023 年 6 月电话随访,患者自诉口苦咽干、腹胀纳差、情绪急躁、夜间 2:00—3:00 易醒等症状未再出现。

按:患者 24 h 眼压曲线 18:00 最高,结合六经病欲解时,应阳明主时,且时有腹胀、大便干也为阳明燥热腑实内结肠道之象,属阳明阖之太过。口苦咽干、不欲饮食为少阳不枢,胆气不和之象。患者每至丑时出现燥热汗出易醒,为阴虚血少,阳气欲出于阴分,阴阳交争扰动心神之证,且患者平素性情急躁,为肝血亏虚,难以敛藏肝气,肝气上逆、肝火上炎之相,属厥阴阖之不利。治疗该病人,当以恢复阳明、厥阴阖机,枢转少阳为治疗之法。经治疗后,患者 24 h 眼压峰值、谷值、平均值、波动值均较前下降,全身症状、视野、视盘区血流密度均较前改善,表明六气开阖针法结合六经病欲解时论治青风内障行之有效。

6 小结

开阖枢的本质便是三阴三阳的动态消长,掌握这一机制,明确三阴三阳之气在人体升降出入的运行规律,便可以六经钤百病。导师将其与 24 h 眼压变化相结合,依据患者 24 h 眼压曲线峰值时间点及全身症状确定病变经别,结合龙砂开阖六气针法治疗青风内障可执简驭繁、握机于先。

参考文献:

[1] 王怀隐. 太平圣惠方[M]. 郑金生,汪惟刚,董志珍,校点. 北京:人民卫生出版社,2016:87.

[2] 邓晓辉,王民秀,张丽霞,等. 青风内障中医治疗探讨[J]. 中国中医眼科杂志,2012,22(1):63 - 65.

[3] 中华医学会眼科学分会青光眼学组,中国医师协会眼科医师分会青光眼学组. 中国青光眼指南(2020 年)[J]. 中华眼科杂志,2020,56(8):573 - 586.

[4] AVAR M, JORDAN J F, NEUBURGER M, et al. Long - term follow - up of intraocular pressure and pressure - lowering medication in patients after ab - interno trabeculectomy with the Trabectome[J]. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 2019, 257(5): 997 - 1003.

[5] 陈爽,倘孟莹,张丽霞,等. 论开阖六气针法及其眼科应用[J]. 中华中医药杂志,2021,36(9):5289 - 5292.

[6] ASRANI S, ZEIMER R, WILENSKY J, et al. Large diurnal fluctuationsin intraocular pressure are an independent risk factor in patients

with glaucoma[J]. J Glaucoma, 2000, 9(2): 134 – 142.
[7] NOURI – MAHDAVI K, HOFFMAN D, COLEMAN A L, et al. Predictive factors for glaucomatous visual field progression in the Advanced Glaucoma Intervention Study [J]. Ophthalmology, 2004, 111(9): 1627 – 1635.
[8] 赵冀校. 基于六经开阖枢辨治失眠的理论研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2021.
[9] 刘完素. 素问病机气宜保命集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 14.
[10] 黄帝内经[M]. 杨永杰, 龚树全, 整理. 北京: 线装书局, 2009: 59, 138, 189, 241.
[11] 吴昆. 黄帝内经素问吴注[M]. 北京: 学苑出版社, 2001: 69.
[12] 吴虎强, 罗燕. 基于玄府理论探究青光眼视神经损害的保护[J]. 中国中医眼科杂志, 2023, 33(8): 758 – 761.
[13] 徐菁, 赵百孝, 段行武, 等. 基于六经开阖枢理论探讨湿疹证治[J]. 吉林中医药, 2022, 42(6): 621 – 624.
[14] 张作良, 史光伟, 王韶康, 等. 基于开阖枢理论图解赵志付教授治疗情志病"刚实证"[J]. 中国民族民间医药, 2018, 27(2): 9 – 12, 25.
[15] 张作良, 史光伟, 王凯莉, 等. 基于开阖枢理论图解赵志付教授治疗情志病"柔实证"[J]. 中国民族民间医药, 2018, 27(3): 11 – 14.
[16] 袁敏, 袁杰. 从"开阖枢"理论探讨汗出偏沮的诊治[J]. 环球中医药, 2021, 14(3): 424 – 426.
[17] 傅仁宇. 审视瑶函[M]. 郭君双, 赵艳, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 122.
[18] 黄庭镜. 目经大成[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 86.
[19] 聂天祥. 试论眼内神水[J]. 浙江中医杂志, 1994, 21(7): 499 – 500.
[20] 秦大军. 试论眼部十三轮辨证[J]. 湖北中医学院学报, 2000, 2(1): 6 – 7.
[21] 孔维红, 王画, 姜莉云. 从"少阴枢""少阳枢"理论解析阴阳之圆运动[J]. 长春中医药大学学报, 2020, 36(4): 616 – 619.
[22] 陶国水. 顾植山谈六经病"欲解时"及临床应用[J]. 时珍国医国药, 2017, 28(7): 1707 – 1709.
[23] 陶国水. 顾植山再谈六经病"欲解时"及临床应用[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(8): 1985 – 1987.
[24] 付燕来, 杲春阳, 邱林杰, 等. 张晋基于三阴三阳开阖枢理论从时空论治失眠[J]. 中医学报, 2022, 37(3): 578 – 581.
[25] 肖明, 孙兴怀, 孟樊荣, 等. 原发性开角型青光眼与正常眼 24 小时眼压波动规律[J]. 中华医学杂志, 2011, 91(7): 441 – 444.
[26] 中华医学会眼科学分会青光眼学组, 中华医学会中华眼科杂志编辑委员会. 我国原发性青光眼诊断和治疗专家共识[J]. 中华眼科杂志, 2008, 44(9): 862 – 863.
[27] KRONFELD F C. The chemical demonstration of transconjunctival passage of aqueous after antiglaucomatous operations[J]. Am J Ophthalmol, 1952, 35(52): 38 – 45.

Exploration of the Diagnosis and Treatment of Bluish Wind Glaucoma by Longsha Kaihe Six Qi Acupuncture Method Combined with 24 – Hour Intraocular Pressure Curve

SUN Wenying[1], YANG Wei[1], ZHANG Lixia[2], CHEN Xi[1], ZHANG Feng[1], LI Xuefei[1], SHI Yipeng[1], XIE Xiaobin[1]
(1. *Eye Hospital*, *China Academy of Chinese Medical Sciences*, *Beijing* 100040, *China*;
2. *China Academy of Chinese Medical Sciences*, *Beijing* 100700, *China*)

Abstract The Longsha Kaihe Six Qi Acupuncture Method was developed under Professor Gu Zhishan's theory of Three Yin and Three Yang "Opening – Closing – Pivot," This method was developed by integrating various pattern differentiation, including six – meridian pattern differentiation, six – pulse pattern differentiation, visceral pattern differentiation, meridian and collateral pattern differentiation, Xiangtai pattern differentiation, and Circuits – Qi pattern differentiation. The opening – closing – pivot theory summarizes the body's Three Yin and Three Yang states of ascending, descending, exiting, and entering. For bluish wind glaucoma, the pathogenesis can generally be characterized as dysfunctions in opening, closing, or pivot mechanisms. Specifically, dysfunction in opening may relate to the opening of Taiyang or Taiyin channels, closing dysfunction may be due to excess or deficiency in the Jueyin or Yangming channels, and pivot dysfunction may stem from issues in the Shaoyin or Shaoyang channels. Furthermore, professor Gu Zhishan combined the 24 – hour intraocular pressure curve with the "time of resolution in Six Channels Disease" — a significant diagnostic principle in Six Channels Diagnosis — to correlate intraocular pressure peaks with Six Channels pathologies at specific time points. Guided by the theory of opening – closing – pivot and the 24 – hour intraocular pressure curve, the Longsha Kaihe Six Qi Acupuncture Method utilizes time – and pattern – based diagnosis to identify the dominant pathological channel and guide the clinical treatment of bluish wind glaucoma.

Key words Bluish wind glaucoma; Longsha Kaihe Six Qi Acupuncture Method; Opening – closing – pivot; 24 – hour Intraocular pressure curve; Six channels disease time of resolution