

引用:肖琴,冯进,张伟萍,马红艳,李莉莎,陈成.雷火灸联合中药湿热敷干预原发性视网膜色素变性肾阳不足证患者的疗效观察[J].中医药导报,2026,32(2):144-148.

# 雷火灸联合中药湿热敷干预原发性视网膜色素变性肾阳不足证患者的疗效观察

肖琴<sup>1,2</sup>,冯进<sup>1</sup>,张伟萍<sup>1</sup>,马红艳<sup>1</sup>,李莉莎<sup>1</sup>,陈成<sup>1</sup>  
(1.湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙410007;  
2.湖南中医药大学护理学院,湖南长沙410208)

**[摘要]** 目的:观察雷火灸联合中药湿热敷干预原发性视网膜色素变性(RP)肾阳不足证患者的疗效。方法:纳入60例RP肾阳不足证患者(120只眼),随机分为两组,每组30例(60只眼)。对照组患者予常规基础治疗(0.9%氯化钠注射液250 mL+烟酸25 mg静脉滴注,0.9%氯化钠注射液250 mL+谷红注射液10 mL静脉滴注),干预组患者在对照组基础上予雷火灸联合中药湿热敷治疗。比较两组患者干预前后视力、平均敏感度(MS)、平均缺损(MD)、闪光视网膜电图暗适应振荡电位b波、眼部症状积分及中医证候评分,并评价疗效。结果:总有效率对照组为66.67%(20/30),干预组为90.00%(27/30),干预组疗效优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预后,两组患者视力、MS、b波振幅均较干预前提高( $P<0.05$ ),b波潜伏期、MD、眼部症状积分、中医证候评分均较干预前降低( $P<0.05$ ),且干预组患者视力、MS、b波振幅均高于对照组( $P<0.05$ ),MD、b波潜伏期、眼部症状积分、中医证候评分均低于对照组( $P<0.05$ )。结论:雷火灸联合中药湿热敷可改善RP肾阳不足证患者视力、视野、神经传导、眼部不适及全身症状。

**[关键词]** 原发性视网膜色素变性;肾阳不足证;雷火灸;中药湿热敷;视力

**[中图分类号]** R248.9 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2026)02-0144-05

**DOI:** 10.13862/j.cn43-1446/r.2026.02.024

原发性视网膜色素变性(retinitis pigmentosa, RP)是一种遗传性视网膜变性疾病,以进行性感光细胞凋亡和视网膜色素上皮变性为主要特征,临床表现为夜盲、视野进行性缩小。RP最终可致中心视力丧失<sup>[1-2]</sup>。RP全球患病率为1/7 000~1/3 000,我国约为1/4 000<sup>[3]</sup>。该病起病隐匿、预后差,目前尚无根治方法,属眼科疑难病。西医治疗以延缓病情进展为主,包括改善微循环、神经营养及基因干预等手段<sup>[4]</sup>,但存在疗效有限、费用高和适用性不足等问题。中医药在RP治疗中显示出良好潜力。本病属中医学中“高风内障”“雀目”范畴,病机以肾阳虚衰、命门之火不足、目络瘀阻为核心。雷火灸以艾绒及温阳药物施灸,能温肾通络、助阳散寒;中药湿热敷可活血开窍,改善局部血供与微循环。两者协同,共奏温阳化瘀之效,契合“寒者热之”“通则不痛”治则。研究提示,温阳活血类外治法在慢性溃疡、神经病变等疾病中有改善症状、延缓病情进展的作用<sup>[5-7]</sup>。基于此,本研究旨在探讨雷火灸联合中药湿热敷干预RP肾阳不足证的疗效,以期为该病的中医治疗提供新思路 and 依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照《中西医结合眼科学》<sup>[8]</sup>拟定。

通信作者:冯进,女,主任护师,研究方向为中西医结合护理学

(1) 视野呈现进行性向心性缩窄,发病早期出现环状暗点,晚期视野呈管状;(2)夜盲;(3)视网膜出现不规则状或点状色素沉着,视盘蜡黄色,网膜血管变细;(4)a波和b波振幅下降,潜伏期呈熄灭型或延迟;(5)有本病家族遗传史;(6)疾病早期脉络膜呈现斑驳状高荧光,晚期脉络膜毛细血管无灌注。

1.1.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[9]</sup>拟定肾阳不足证辨证标准。主症:夜盲,视物模糊,视野缩小;次症:面色萎黄,神疲乏力,畏寒肢冷,耳鸣耳聋,阳痿早泄,夜尿频多,女子月经不调,量少色淡;舌脉:舌质淡,苔薄,脉细无力。

1.2 纳入标准 (1)符合上述RP诊断标准及肾阳不足证辨证标准;(2)年龄18~70岁,性别不限;(3)具有自主意识,可配合研究人员的检查及治疗;(4)同意参加本研究,并签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)妊娠或哺乳期妇女;(2)不能按规定接受治疗且对治疗药物过敏;(3)依从性差,不能主动按时配合完成此次观察;(4)生命体征不平稳,需在其他科室进行紧急治疗;(5)其他继发性眼病所致夜盲,或全身综合征兼有夜盲;(6)合并严重高血压、糖尿病,既往有严重心、肝、肾功能不全、精神疾病病史;(7)近期使用过其他温阳活血化瘀中药治疗。

1.4 脱落与剔除标准 (1)未按方案完成全程治疗;(2)治疗

期间出现严重不良反应需终止治疗；(3)因客观条件限制无法完成关键指标监测。

1.5 研究对象 根据公式 $n = \frac{2\sigma^2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$ 计算样本量。其中

查界值表可知 $Z_{\alpha/2}=1.96$ 、 $Z_{\beta}=1.28$ ，根据预试验数据可知，对照组视力标准差 $\sigma=0.09$ ，干预组视力干预后结果 $\mu_1=0.19$ ，对照组视力干预后 $\mu_2=0.11$ 。经过运算得出每组样本量为27例( $\alpha=0.05$ ， $\beta=0.1$ )，因考虑到样本可能失访，故在失访率不超过10%的前提下，最终确定纳入60例患者。所有患者均于2024年1—12月招募自湖南中医药大学第一附属医院眼科，采用随机数字表法均分为对照组和干预组，每组30例(60只眼)。本研究通过湖南中医药大学第一附属医院伦理委员会审核(伦理审批号：HN-LL-YJSJLY-2024-106)。

1.6 随机与盲法设计 采用随机数字表法分组，随机序列由与研究无关的独立研究人员生成并密封保存。实施者与评估者分别独立，不参与对方环节。治疗实施由专人完成，疗效评估由另一名未参与治疗的研究人员进行。

1.7 干预方法

1.7.1 对照组 予以常规基础治疗：0.9%氯化钠注射液(湖南康源制药有限公司，批号：B24111004d)250 mL+烟酸(吉林津升制药有限公司，批号：202403123)25 mg静脉滴注，1次/d；0.9%氯化钠注射液(湖南康源制药有限公司，批号：B24111004d)250 mL+谷红注射液(通化谷红制药有限公司，批号：24030101)10 mL静脉滴注，1次/d。3周为1个疗程，治疗1个疗程<sup>[10-11]</sup>。

1.7.2 干预组 在对照组基础上，加用雷火灸联合中药湿敷治疗。①中药湿敷。(1)药液制备：取湿敷方药(组成：红花、石菖蒲、熟地黄、白芍、砂仁、龟甲、黄柏各10 g)，由湖南中医药大学第一附属医院中药制剂室统一煎制至300 mL并袋装提供。(2)操作流程：每次治疗前，取20 mL药液经微波炉加热至38~43℃，将两块无菌纱布浸入药液，充分浸透后拧至不滴液为宜，然后敷于患者闭合的双眼上。②雷火灸。(1)艾条规格：采用重庆赵氏雷火灸传统医药研究所生产的雷火灸艾条(注册证号：YZB/渝-2009，规格：25 g/支)。(2)操作流程。①温和灸：于眼周穴位(睛明、攒竹、鱼腰、丝竹空、太阳、瞳子髎、球后、承泣、四白)进行施灸。将艾条距皮肤2~3 cm(以患者能耐受为度，可适当调整)，感受微烫时在该穴位停留1~2 s后移开，如此重复5次。每只眼睛总计操作2~3 min。②回旋灸：将上述眼部穴位视作一椭圆形回路，艾条沿此线路反复旋转施灸(注意避开眼球)。操作时长约10 min。③雀啄灸：对准上述各穴位，如小鸟啄食般一远一近、一起一落地施灸，每个穴位5次。每只眼睛总计2~3 min。

注意事项：操作过程中需及时刮除艾条灰烬，随时询问患者感受，如有灼痛需立即调整距离，严防烫伤。雷火灸总治疗时间约20 min。

治疗周期：以上联合治疗每日1次，连续21 d。

1.8 安全控制标准 操作过程中由经过培训的医护人员实施，严格控制艾条与皮肤距离为2~3 cm，避免直接接触皮肤；每次施灸前检查皮肤有无破溃或炎症；治疗中实时观察皮肤反应，若出现明显灼热或不适，立即调整距离或停止施灸。施灸结束后局部可涂少量烫伤膏、芦荟凝胶等以缓解灼热感，

防止灼伤。治疗环境保持通风良好，无明火隐患。

1.9 观察指标

1.9.1 视力 干预前及干预21 d后采用国际标准视力表检测患者视力。

1.9.2 视野 干预前及干预21 d后采用Humphrey 850型全自动视野分析仪(德国Carl Zeiss公司，注册证号：国械注进20152162190)进行视野检查。检查条件为白色背景，G2测试程序，背景照明31.5 asb，刺激点暴露时间200 ms。以30°范围内测得的视野平均敏感度(mean sensitivity, MS)和平均缺损(mean deviation, MD)作为主要观察指标。MS为各检测点光敏感度的算术平均值，反映视网膜整体光敏感程度；MD表示被测眼与同龄正常人光敏感度的差异，用于评估视网膜光敏感性的总体下降程度。质量控制要求假阳性率、假阴性率均<15%，固视丢失率<20%。

1.9.3 视网膜电图暗适应b波 全视网膜电图(electroretinogram, ERG)暗适应b波检测方式参照国际临床视觉电生理学(the International Society for Clinical Electrophysiology of Vision, ISCEV)标准。干预前及干预21 d后采用APS-200AER视觉电生理检查仪(重庆康华科技有限公司)检测患者暗适应状态下ERG振荡电位b波潜伏期与b波振幅。

1.9.4 眼部症状积分与中医证候评分 参照《中医眼科学》<sup>[12]</sup>及《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[13]</sup>制定量化评分表评定眼部症状积分与中医证候评分。(1)眼部症状积分：眼部症状积分根据视物模糊、视力下降、眼干涩、畏光、眼痒、眼痛6项症状评定，分别按照无(0分)、轻度(1分)、中度(2分)、重度(3分)4个等级进行量化评分，于干预前及干预21 d后计算症状总积分。(2)中医证候评分：根据主症(夜盲、视物模糊、视野缩小、畏寒肢冷)和次症(面色白、腰膝酸软、耳鸣耳聋、阳痿早泄、夜尿频多、女子月经不调、量少色淡)及舌脉(舌质淡、苔薄、脉细无力)评定中医证候评分。其中主症“无”计0分，“轻度”计2分，“中度”计4分，“重度”计6分；次症“无”计0分，“轻度”计1分，“中度”计2分，“重度”计3分；舌脉象不计分。干预前及干预21 d后计算中医证候总评分。

1.10 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[13]</sup>拟定。显效：视力提高超过4行，或视野扩大超过15°，或b波振幅提升 $\geq 30\%$ 基线值和b波潜伏期显著延长恢复至正常或接近正常范围，以上3项须满足2项；临床症状与体征显著改善，眼部症状积分和中医证候评分减少 $\geq 70\%$ 。有效：视力提高超过2行，或视野扩大超过5°，或b波振幅提升 $\geq 10\%$ ，<30%，b波潜伏期有所缩短；临床症状与体征有所好转，眼部症状积分和中医证候评分减少 $\geq 30\%$ ，<70%。无效：视力或视野无改善或进一步恶化，或b波振幅提升<10%和b波潜伏期无显著变化；临床症状与体征未见明显改善或加重，眼部症状积分和中医证候评分减少<30%。

1.11 统计学方法 应用SPSS 26.0统计软件进行统计学分析，计量资料用“均数 $\pm$ 标准差”( $\bar{x} \pm s$ )表示，满足正态性和方差齐性，组间对比行独立样本t检验。组内自身前后对照，则采用配对t检验。计数资料用“例(%)”表示，两组比较采用 $\chi^2$ 检验，等级资料比较用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结 果

2.1 基线资料 两组患者基线资料比较，差异均无统计学意

义( $P>0.05$ ),具有可比性。(见表1)

表1 两组患者基线资料比较

组别	n	性别例(%)		病程( $\bar{x}\pm s$ ,年)	年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)
		男	女		
对照组	30	16(53.33)	14(46.67)	19.30±10.41	49.43±12.29
干预组	30	14(46.67)	16(53.33)	20.70±11.31	53.03±11.89
检验统计量		$\chi^2=0.267$		$t=0.491$	$t=1.181$
P		0.606		0.626	0.243

2.2 两组患者疗效比较 总有效率对照组为66.67%(20/30),干预组为90.00%(27/30)。干预组疗效优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。(见表2)

表2 两组患者疗效比较

组别	n	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照组	30	4	16	10	66.67
干预组	30	10	17	3	90.00
Z				-2.101	
P				0.036	

2.3 两组患者视力比较 干预前,两组患者视力比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性;干预后,两组患者视力较干预前提高( $P<0.05$ ),且干预组患者视力高于对照组( $P<0.05$ )。(见表3)

表3 两组患者干预前后视力比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	干预前	干预后	t	P
对照组	60	0.07±0.05	0.14±0.09	-7.383	0.000
干预组	60	0.06±0.04	0.18±0.09	-13.533	0.000
t		0.234	-2.637		
P		0.816	0.009		

2.4 两组患者MS和MD比较 干预前,两组患者MS和MD比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性;干预后,两组患者MS均较干预前升高,MD均较干预前降低( $P<0.05$ ),且干预组患者MS高于对照组,MD低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。(见表4)

表4 两组患者干预前后MS和MD比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,dB)

组别	n	MS				MD			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
对照组	60	3.61±0.53	4.44±0.56	0.937	0.000	13.40±0.76	12.41±0.95	15.929	0.000
干预组	60	3.55±0.52	4.74±0.55	0.938	0.000	13.54±0.82	11.98±0.68	24.648	0.000
t		0.648	-2.951			-0.926	2.803		
P		0.518	0.004			0.365	0.006		

2.5 两组患者视网膜电图暗适应振荡电位b波比较 干预前,两组患者b波潜伏期和b波振幅比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。干预后,两组患者b波潜伏期均较治疗前缩短,b波振幅均较干预前升高,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),且干预组患者b波振幅高于对照组,b波潜伏期短于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。(见表5)

表5 两组患者干预前后视网膜电图暗适应b波比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	b波振幅/ $\mu V$				b波潜伏期/ms			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
对照组	60	120.30±19.34	132.58±18.85	-35.850	0.000	47.27±2.13	46.18±2.17	32.916	0.000
干预组	60	119.76±19.21	144.13±18.63	-77.660	0.000	47.02±1.81	45.01±1.80	24.732	0.000
t		0.154	-2.648			0.695	3.191		
P		0.878	0.009			0.488	0.002		

2.6 两组患者眼部症状积分和中医证候评分比较 干预前,两组患者眼部症状积分、中医证候评分比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性;干预后,两组患者眼部症状积分和中医证候评分均较干预前降低( $P<0.05$ ),且干预组低于对照组( $P<0.05$ )。(见表6)

表6 两组患者干预前后眼部症状积分与中医证候评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	眼部症状积分				中医证候评分			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
对照组	30	19.83±2.75	13.60±1.85	18.827	0.000	17.30±2.15	12.60±2.06	18.476	0.000
干预组	30	19.93±2.21	11.83±2.28	30.666	0.000	18.07±2.69	10.73±2.42	25.731	0.000
t		-0.153	3.236			-1.198	3.163		
P		0.879	0.002			0.236	0.002		

### 3 讨论

RP是一种致盲性遗传性眼病,其发病机制复杂,涉及基因突变所致光感受器细胞凋亡、视网膜色素上皮功能异常,以及与氧化应激、炎症反应、内质网应激等相关的多条病理通路。上述因素共同导致视功能不可逆损伤<sup>[14-16]</sup>。目前现代医学尚缺乏根治RP的方法,尽管基因治疗、干细胞治疗等新兴技术为患者带来希望<sup>[17]</sup>,但仍存在治疗成本高、疗效不稳定、适用人群有限等问题,难以在临床广泛推广。

中医在治疗RP方面体现出独特的整体护理与辨证论治优势。中药、针灸等中医药疗法不仅着眼于局部病变,更注重协调全身功能、改善眼部气血运行与代谢状态,在延缓RP病情进展、维持残存视功能方面显示出显著疗效<sup>[18-19]</sup>。因此,发掘并规范一种操作简便、机制明确、疗效可靠的中医治疗方案具有重要的临床意义。

RP在中医学中属“高风雀目”“高风内障”“雀盲”等范畴,最早见于《太平圣惠方·治小儿雀目诸方》,即“夫人有昼而精明,至瞑则不见物者,世谓之雀目”<sup>[20]</sup>。本病多责之于先天禀赋不足,肝肾亏虚,命门火衰,精血不能上荣于目,加之目络瘀阻,神光衰微<sup>[13]</sup>。《素问·灵兰秘典论篇》指出“肾者,作强之官,伎巧出焉”<sup>[21]</sup>,强调肾中阳气对人体功能的核心作用。《原机启微·阳衰不能抗阴之病》进一步提出“此阳衰不能抗阴之病,该所谓雀盲者也”<sup>[22]</sup>,说明肾阳不足、无力温煦目系是夜盲发生的关键病机。肾阳虚衰,目络失于温养,气血运行迟滞致瘀阻,神光无以发越,终至视物不明。

清代《读医随笔》提出“阳虚血必凝”理论<sup>[23]</sup>,强调肾阳不足与血瘀互为因果,因此治疗应温阳与活血并重。现代常规治疗虽能在一定程度上改善微循环、缓解氧化损伤<sup>[24]</sup>,但难以从根本上温补肾阳、化解目络瘀滞。本研究采用雷火灸联合中药湿热敷干预RP肾阳不足证患者,旨在协同增效。

雷火灸属中医温阳外治法,即在艾绒基础上加入附子、肉桂等温热药材。雷火灸药力峻猛、渗透性强,能温肾助阳、通经活络,激发命门之火,故其温通效应优于普通艾灸<sup>[25-26]</sup>。《医贯》云:“益火之原,甚有益于治目者也。”明确指出温补肾阳对眼病的治疗价值<sup>[27]</sup>。选取眼周阳经穴位(如睛明、太阳、攒竹等)施以雷火灸,可激发经气,促进气血上注于目,改善局部血供与代谢<sup>[28]</sup>。现代研究表明,雷火灸可能通过调节炎症因子及免疫球蛋白水平,改善机体免疫状态,从而发挥治疗作

用<sup>[29-30]</sup>。中药湿热敷则借助温热之力促进红花、石菖蒲等活血开窍药物透皮吸收,作用于眼周局部,达到活血化瘀、开窍明目的效果,进一步改善微循环与组织供血<sup>[31]</sup>。《难经》言:“气主响之,血主濡之。”气血调和则目得所养<sup>[32]</sup>。该外治法可解除目络瘀滞,与雷火灸温阳通络形成协同效应,紧扣“命门火衰、目络瘀阻”之病机。

本研究中雷火灸联合中药湿热敷选取睛明、攒竹、鱼腰、丝竹空、太阳、瞳子髎、承泣、四白等腧穴,旨在温阳通络、活血化瘀、扶肝肾以明目。经脉所过,主治所及。睛明、攒竹同属足太阳膀胱经,具有通调头目、疏散风邪、滋养眼窍之功,为治疗眼疾的基础要穴;承泣、四白隶属足阳明胃经,为气血生化之源,可促进气血上荣于目,使肾精与气血得以上承;鱼腰、太阳为经外奇穴,具有疏通头目、活络止痛、调畅气血之效;丝竹空属手少阳三焦经,可调畅三焦经气,利水消肿,清利头目;瞳子髎属足少阳胆经,可间接疏通肝肾精气上达于目。以上穴位均分布于眼周重要区域,雷火灸温热刺激可通过经络传导促进局部血液循环、改善眼周微环境。

灸法的温热刺激不仅能够促进局部血液循环、改善组织代谢,还能在一定程度上调节机体免疫反应。研究表明,雷火灸可通过降低白细胞介素-6、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 等炎症因子水平及改善局部微循环,达到减轻组织炎症与氧化应激的效果<sup>[7]</sup>。雷火灸能够改善肾阳虚型变应性鼻炎患者的症状,其作用机制可能与调节免疫功能有关<sup>[30]</sup>。实验研究进一步证实,灸法可激活磷脂酰肌醇-3-激酶(phosphatidylinositol 3-kinase, PI3K)/蛋白激酶B(protein kinase B, Akt)信号通路,促进神经轴突再生,抑制细胞凋亡,从而发挥神经保护作用<sup>[33]</sup>。此外,灸法还能显著上调超氧化物歧化酶(superoxide dismutase, SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(glutathione peroxidase, GSH-Px)等抗氧化酶的活性,降低丙二醛(malondialdehyde, MDA)含量,从而减轻组织氧化应激损伤<sup>[34]</sup>。

本研究结果显示,干预组患者在视力、MS、MD改善及中医证候评分降低方面均优于对照组,且干预组患者疗效优于对照组,表明雷火灸联合中药湿热敷干预RP肾阳不足证患者具有明确疗效。其潜在机制可能包括三方面。(1)改善眼周微循环:雷火灸的热效应可协同中药活血成分(如红花可抑制血小板聚集<sup>[35]</sup>)增强视网膜血流灌注;(2)神经保护作用:雷火灸能调节炎症环境,强化谷红注射液等药物的神经保护效应<sup>[36]</sup>;(3)抗氧化与调节能量代谢:石菖蒲等药物的抗氧化作用有助于减轻光感受器损伤。

综上所述,在常规治疗基础上联合应用雷火灸与中药湿热敷,可显著改善RP肾阳不足证患者的视功能与中医证候。该方案操作简便,具有良好的临床推广价值。今后的研究应开展更大样本、多中心、长期随访的随机对照试验,并结合影像学及分子生物学技术,进一步揭示其作用机制,为RP的中西医结合治疗提供高级别的循证医学证据。

#### 参考文献

[1] 世界中医药学会联合会眼科分会.原发性视网膜色素变性国际中医临床实践指南[J].中国中医眼科杂志,2023,33(4):

301-304.

- [2] NGUYEN X T A, MOEKOTTE L, PLOMP A S, et al. Retinitis pigmentosa: Current clinical management and emerging therapies[J]. Int J Mol Sci, 2023, 24(8):7481.
- [3] LIU W Q, LIU S S, LI P, et al. Retinitis pigmentosa: Progress in molecular pathology and biotherapeutic strategies[J]. Int J Mol Sci, 2022, 23(9):4883.
- [4] 杨平孙,邱新文,刘一帆.视网膜色素变性治疗研究进展[J].浙江实用医学,2022,27(5):446-450.
- [5] 蔡露娟,陈丽芬,何颜娟.复方黄连液湿敷联合雷火灸治疗压疮的护理体会[J].中医临床研究,2013,5(18):116-117.
- [6] 郑红波,周伟,李永文,等.糖尿病足的中医外治法研究进展[J].现代中西医结合杂志,2021,30(1):103-107.
- [7] CHEN J Y, LUO Z X, LIU M D, et al. Thunder-fire moxibustion for lumbar disc herniation: A systematic review and meta-analysis[J]. Medicine, 2022, 101(49): e32270.
- [8] 彭清华,叶河江.中西医结合眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2023:308-311.
- [9] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:113
- [10] 刘龙涛,付长庚,王松子.谷红注射液临床应用中国专家共识[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(11):1665-1670.
- [11] 王月,赵紫楠,郭思瑞,等.烟酸类药物临床应用研究进展[J].临床药物治疗杂志,2024,22(1):13-16.
- [12] 彭清华.中医眼科学[M].北京:中国中医药出版社,2021.
- [13] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则:试行[M].北京:中国医药科技出版社,2002:319-320.
- [14] KONG L H, CHU G M, MA W, et al. Mutations in VWA8 cause autosomal-dominant retinitis pigmentosa via aberrant mitophagy activation[J]. J Med Genet, 2023, 60(10):939-950.
- [15] 欧晨,彭俊,蒋鹏飞,等.枸杞丹参对rd10小鼠感光细胞凋亡及氧化应激的影响[J].时珍国医国药,2020,31(11):2580-2582.
- [16] 贾茜钰,叶河江,陈婕.视网膜色素变性免疫学发病机制研究进展[J].中医眼耳鼻喉杂志,2020,10(2):104-106,111.
- [17] HUANG Z Y, HUANG Q L, XU K, et al. Protective effect of ZYMT, a traditional Chinese patent medicine in a mouse model of retinitis pigmentosa[J]. Biomed Pharmacother, 2023, 162:114580.
- [18] 赵巧,巢国俊,杨海静,等.基于文献计量学探讨国内外视网膜色素变性的治疗现状[J].中国医药导报,2024,21(13):21-28.
- [19] 刘仁跃,李慧丽,王辉武,等.中医药治疗视网膜色素变性的研究进展[J].中国中医急症,2023,32(7):1313-1316.
- [20] 王怀隐.太平圣惠方校点本[M].郑金生,汪惟刚,董志珍,

- 校点.北京:人民卫生出版社,2016:649.
- [21] 王冰.黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1963:58.
- [22] 倪维德.原机启微二卷[M].薛己,校补.上海:上海卫生出版社,1958:6.
- [23] 周学海.读医随笔[M].杨洪霞,点校.北京:人民军医出版社,2010:119.
- [24] 杨君玲.富勒醇对UVB辐射损伤角膜和变性视网膜的保护作用及机制研究[D].重庆:中国人民解放军陆军军医大学,2023.
- [25] 王华,陈林伟,袁成业,等.雷火灸的研究现状及展望[J].中华中医药杂志,2019,34(9):4204-4206.
- [26] 方振伟,王野,张兰.赵氏雷火灸对桥本甲状腺炎患者TGA、MCA及焦虑抑郁心理的影响[J].辽宁中医杂志,2018,45(8):1728-1730.
- [27] 赵献可.医贯六卷[M].北京:人民卫生出版社,1959:59.
- [28] 侍昊,黄谦,姚文平,等.针刺联合雷火灸治疗风寒湿型神经根型颈椎病的随机对照研究[J].针刺研究,2021,46(12):1036-1042.
- [29] 李静坤,高雅静,石志敏,等.雷火灸联合臭氧疗法治疗膝关节骨性关节炎疗效观察及对血清炎症因子的影响[J].广州中医药大学学报,2020,37(10):1950-1955.
- [30] 洗小燕,卢婉敏,范艳霞,等.雷火灸治疗肾虚型变应性鼻炎发作期的疗效观察[J].广州中医药大学学报,2023,40(5):1179-1185.
- [31] 武雪瑞,李维燕,闫进琳,等.中药湿热敷在各型腰椎间盘突出症护理中的应用现状[J].全科护理,2023,21(26):3646-3648.
- [32] 凌耀星.难经校注[M].北京:人民卫生出版社,2013:40.
- [33] LIU F, LI W, ZHAO Y, et al. Moxibustion promotes axonal regeneration and improves neurological function via activation of the PI3K/Akt signaling pathway in rats with nerve injury[J]. Neural Regeneration Research,2024,19(6):1153-1162.
- [34] LIU M, CHANG X R, YAN J, et al. Effects of moxibustion pretreatment on GSH-Px, SOD and MDA in gastric mucosa of rats with stress ulcer[J]. J Acupunct-Tuina Sci,2011,9(1):17-20.
- [35] 马俊林,朱从飞,刘泽超.红花黄色素注射液辅助治疗非ST段抬高型心肌梗死患者的临床疗效及其对血小板聚集率、血栓弹力图指标的影响[J].实用心脑血管病杂志,2021,29(11):92-95.
- [36] 雷华斌,张恒.谷红注射液联合阿替普酶治疗对急性脑梗死患者血清相关因子水平的影响[J].检验医学与临床,2022,19(13):1840-1843.

(收稿日期:2025-09-06 编辑:蒋凯彪)

(上接第143页)

- [10] 戴永花.中药敷脐干预原发性失眠效果观察及护理体会[J].湖南中医杂志,2017,33(6):112-113.
- [11] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京)[J].中华炎症性肠病杂志(中英文),2018,2(3):173-190.
- [12] 中华医学会老年医学分会,郝秋奎,李峻,等.老年患者衰弱评估与干预中国专家共识[J].中华老年医学杂志,2017,36(3):251-256.
- [13] 朱秀琴,张素,王霞,等.成人活动期炎症性肠病护理专家共识[J].护理学杂志,2022,37(8):1-6.
- [14] 中华人民共和国国家标准(GB/T 21709.9—2008)《针灸技术操作规范第9部分:穴位贴敷》[J].中国针灸,2009,29(4):329-331.
- [15] KELAIDITI E, CESARI M, CANEVELLI M, et al. Cognitive frailty: Rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group[J]. J Nutr Health Aging,2013,17(9):726-734.
- [16] GUYATT G, MITCHELL A, IRVINE E J, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease[J]. Gastroenterology,1989,96(3):804-810.
- [17] 闫欢欢,党小红.老年炎症性肠病研究进展[J].中国老年学杂志,2021,41(14):3148-3152.
- [18] CHARILAOU P, MOHAPATRA S, DOUKAS S, et al. Predicting inpatient mortality in patients with inflammatory bowel disease: A machine learning approach [J]. J Gastroenterol Hepatol,2023,38(2):241-250.
- [19] 林秋萍,何卫东,李超.老年衰弱中西医研究进展[J].中医药临床杂志,2024,36(6):1196-1200.
- [20] 刘应凯.中医药外治探秘[M].北京:学苑出版社,2017:45.
- [21] 吴尚先.理渝骈文[M].张年顺,编著.北京:中国中医药出版社,2007.
- [22] 张璐,刘应凯.刘氏圈疗传承人刘应凯调治肿瘤的思路[J].世界中医药,2018,13(9):2251-2255.
- [23] 赵佳峪,孟袁,杨琳,等.从“治痿独取阳明”论治老年衰弱[J].中医导报,2023,29(5):135-137.
- [24] 王奇瑞,邵菁.中药方剂通过维持肠道菌群稳态治疗炎症性肠病的最新进展[J].中国中药杂志,2022,47(22):5997-6004.
- [25] 吴谦.医宗金鉴[M].北京:人民卫生出版社,1973.
- [26] 刘夏,林绿,陈薪宇,等.壮医药线灸联合中药敷脐在脾肾阳虚型溃疡性结肠炎中的运用效果[J].中国处方药,2020,18(9):147-149.
- [27] 尤丽丽,杨丽潇,王思瑶,等.炎症性肠病患者衰弱风险预测模型的构建及评价[J].基础医学与临床,2023,43(7):1127-1133.

(收稿日期:2025-02-20 编辑:时格格)