中药熏眼联合雷火灸治疗干眼症的临床效果

张阳¹ 岳丽菁¹ 唐敏¹ 简月玲² 黎华源²

(1 广东省第二中医院眼科, 广州, 510095; 2 广州中医药大学, 广州, 510405)

摘要 目的:观察中药熏眼联合雷火灸治疗干眼症的临床疗效。方法:选取2015年3月至2016年8月广东省第二中医院眼科门诊干眼症患者120例(共240只眼),随机分为人工泪液+中药熏眼+雷火灸(A组),人工泪液对照组(B组),人工泪液+中药熏眼对照组(C组),人工泪液+雷火灸对照组(D组),每组各30例(60只眼)。A组予以自拟中药熏蒸双眼,1次/d;雷火灸熏双眼,1次/d;羟丙甲纤维素滴眼液点双眼,4次/d。B组予以羟丙甲纤维素滴眼液点双眼,4次/d。C组予以自拟中药熏蒸双眼,1次/d;羟丙甲纤维素滴眼液点双眼,D组予以雷火灸熏双眼,1次/d;羟丙甲纤维素滴眼液点双眼,4次/d。疗程均为10d,观察4组患者治疗前后的临床症状评分、泪膜破裂时间(BUT)、泪液分泌实验(Schirmer test I)、角膜荧光素染色(FL),比较4组临床效果。结果:A组治疗有效率为96.7%,B组治疗有效率为60.0%,C组治疗有效率均为80.0%,D组治疗有效率均为83.3%,A组与B、C、D组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。A组的临床症状评分、BUT、Schirmer test I评分、FL评分与B、C、D组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:在人工泪液治疗干眼症的基础上结合中药熏眼、雷火灸能够获得较显著的治疗效果。

关键词 中药熏眼;雷火灸;人工泪液;干眼症

Clinical Observation on Chinese herbal medicine Fumigating Eyes Combined with Thunder-fire Moxibustion in the Treatment of Dry Eye Syndrome

Zhang Yang¹, Yue Lijing¹, Tang Min¹, Jian Yueling², Li Huayuan²

(1 Department of Ophthalmology, Guangdong Second Traditional Chinese Medicine Hospital, Guangzhou 510095, China;

2 Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China)

Abstract Objective: To observe the clinical curative effect of traditional Chinese medicine fumigating eyes combined with thunder-fire moxibustion on the treatment of dry eye syndrome. **Methods:** A total of 120 dry eye patients (240 eyes) from outpatient department of Guangdong Second Traditional Chinese Medicine Hospital during March 2015 and August 2016 were randomly divided into four groups: artificial tears + Chinese herbal medicine fumigating eyes + thunder fire moxibustion (group A), the artificial tears control group (group B), artificial tears + Chinese herbal medicine fumigating eyes control group (group C), artificial tears + thunder fire moxibustion group (group D), with 30 cases in each group (60 eyes). Group A was treated with Chinese herbal medicine fumigating eyes once a day, thunder fire moxibustion fumigating eyes once a day, and Hypromellose Eye Drops dripping eyes four times a day. Group B received Hypromellose Eye Drops dripping eyes four times a day. Group C was treated with Chinese herbal medicine fumigating eyes once a day and Hypromellose Eye Drops dripping eyes four times a day; Group D received thunder fire moxibustion fumigating eyes once a day and Hypromellose Eye Drops dripping eyes four times a day. The course of treatment was 10 days. The clinical effect on each group, the four groups were observed before and after treatment about clinical symptom score, break-up time (BUT), Schirmer test (Schirmer test I), and corneal fluorescein staining (FL) were compared. **Results:** The total effective rate of Group A was 96.7%, 60.0% of group B, 80.0% of group C, and 83.3% of group D. There was significant difference between group A and B, C, D ($P < 0.05$). There were also significant differences in clinical symptom score, BUT, Schirmer test I score and FL score between group A and B, C, D ($P < 0.05$). **Conclusion:** Artificial tears for the treatment of dry eye syndrome combined with Chinese herbal medicine fumigating eyes, thunder-fire moxibustion can obtain obvious therapeutic effect, which is worthy of clinical application and promotion.

Key Words Chinese herbal medicine fumigating eyes; Thunder-fire moxibustion; Artificial tears; Dry eye syndrome

中图分类号:R242;R276.7 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.02.024

干眼症指的是任何原因引起的泪液质、量的异常或动力学异常导致的泪膜稳定性下降,并伴有眼部不适和(或)眼表组织病变特征的多种疾病的总称^[1]。主要表现为眼部干涩、异物感、视物模糊、畏

光等。目前西医主要还是采用人工泪液等对症治疗的方法,存在重复给药,长期使用效果改善不明显、药物含有防腐剂的缺点。近年来中药外治法在治疗干眼症上取得了较好的疗效,应用较多的有中药熏眼和雷火灸,既往临床多采用其中一种治疗方法,本研究通过联合2种治疗方法来观察两者的协同作用,即在人工泪液治疗的基础上结合中药熏眼和雷火灸,设计随机对照试验,取得了较显著的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年3月至2016年8月广东省第二中医院眼科门诊干眼症患者120例,均为双眼发病,共240只眼。其中男37例,74只眼,女83例,166只眼。年龄25~79岁,平均年龄49岁。患者的主诉中均可感干涩、眼疲劳、异物感,并伴有畏光、眼红等症状。纳入患者的症状均符合干眼症的临床诊断标准。将纳入患者按就诊顺序编号,再随机分为4组,即人工泪液+中药熏眼+雷火灸(A组),人工泪液对照组(B组),人工泪液+中药熏眼对照组(C组),人工泪液+雷火灸对照组(D组),每组各30例(60只眼)。4组患者在性别、年龄等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

表1 4组一般资料比较

组别	男(例)	女(例)	年龄($\bar{x} \pm s$,岁)
A组($n=30$)	9	21	48.27 ± 15.90
B组($n=30$)	8	22	47.83 ± 14.44
C组($n=30$)	11	19	50.27 ± 13.00
D组($n=30$)	9	21	50.63 ± 13.18

1.2 诊断标准 参照2004年《全国干眼的诊断与治疗进展研讨会》制定的诊断标准:1)自觉症状:如干涩感、眼疲劳、异物感、烧灼感、眼胀、对风、光敏感等。其中以干涩感、眼疲劳、异物感3项症状为主要指标。2)客观检查:泪膜破裂时间(Tear Break-up Time, BUT) ≤ 10 s;泪液分泌试验(Schirmer test I) ≤ 10 mm/5 min;角膜荧光素染色(FL) ≥ 2 分。

1.3 纳入标准 1)符合干眼症诊断标准;2)确诊为干眼症患者,患病时间在半年以内,患者未使用或2周内未使用其他药物治疗;3)在广东省第二中医院眼科门诊就诊患者。满足以上条件者方可入选。

1.4 排除标准 1)干燥综合征患者;长期隐形眼镜佩戴者;2)妊娠期或哺乳期妇女;3)全身疾病或长期服药者,或对本品药物成分有过敏患者;4)不能按时按规定接受治疗,不符合纳入标准,影响疗效断定

者;5)结、角膜有急性炎性反应改变、或合并有角膜结膜瘫痕的患者;6)排除眼睑形态、位置、功能异常,神经调节异常的干眼症患者。上述有一项符合即可排除。

1.5 脱落与剔除标准 1)不符合纳入程序误入组者,发现后立即停止观察予以剔除;2)资料信息不全、不真实者或其他因素影响疗效观察的或影响试验安全性者,发现后立即停止;3)受试者中途反悔观察,予以剔除;自行退出者予以剔除;中途出现不良反应或不良事件者终止临床试验,视为脱落。

1.6 治疗方法 A组予以自拟中药熏蒸双眼,1次/d;雷火灸熏双眼,1次/d;羟丙甲纤维素滴眼液(S. a Aicon-Couvreur)点双眼,4次/d。B组予以羟丙甲纤维素滴眼液点双眼,4次/d。C组予以自拟中药熏蒸双眼,1次/d;羟丙甲纤维素滴眼液点双眼,4次/d;D组予以雷火灸熏双眼,1次/d;羟丙甲纤维素滴眼液点双眼,4次/d。4组疗程均为10 d。

中药熏眼:中药药方由金银花、连翘、菊花、蝉蜕、丝瓜络、薄荷、枸杞子、荆芥、防风、蒲公英各15 g,桂枝、丁香各30 g组成,将上述中药混合均匀后置入中药熏蒸机内,加水2 000 mL左右加热,用蒸汽对患者患眼进行熏蒸,1次/d,20 min/次,10 d为1个疗程。雷火灸:1)雷火灸条[苏州市东方艾绒厂(国药准字Z32020881)],主要成分:艾叶、桂枝、广藿香、香附、丹参等明目养血,温经通络中药。2)取穴及操作:主要取眼周穴位,睛明、四白、攒竹、鱼腰、童子髻、太阳、耳门、翳风。患者取仰卧位,头直立,闭目。第一步,先回旋灸额头,回旋往复约2 min,以皮肤微红为度;第二步,双眼分别进行顺时针方向的旋转灸,两只眼共灸4 min;第三步,眼周穴位进行雀啄灸,可结合按摩穴位,两只眼共灸6 min;第四步,患者睁眼,艾条围绕双眼做回旋灸,眼球随艾条转动,顺时针及逆时针方向各10次,共灸2 min;第五步,对双耳耳郭分别行回旋灸,结合耳周穴位的雀啄灸和穴位按摩,共6 min。整个灸疗过程约20 min,1次/d,10 d为1个疗程,在治疗前后分别记录症状评分和相关指标检测结果,治疗结束后进行疗效评定。

注意事项:注意随时刮掉灰尘,避免烫伤;4组在治疗期间禁辛辣刺激食物、禁饮酒、禁同服或外用其他药物,避免长时间用眼。

1.7 观察指标 1)临床症状评分:参照2004年《全国干眼的诊断与治疗进展研讨会》标准,按0~9级标准对治疗前后干眼症患者的临床症状进行记分并记录评分。0分:无症状;1分:有症状出现频率小于

3次/周,休息缓解;2~4分:症状出现介于1~5分之间;5分:症状经常出现,影响生命质量及工作,用药才能缓解;6~8分:症状出现在5~9分;9分:症状不断出现,严重影响生命质量,药物治疗不能缓解;2) BUT:采用荧光素钠眼科检测试纸(天津晶明新技术开发有限公司,批号:201010040),染色后嘱其睁眼并向前方直视,用钴蓝滤光片裂隙灯下观察角膜出现第1个黑斑泪膜缺损为止,小于10s为异常;3) FL:同样采用荧光素钠眼科检测试纸,观察染色情况:0分为无染色,染色按轻、中、重分级,将角膜分为4个象限,每个象限0~3分,共0~12分。4) 泪液分泌量的变化:表麻后,取泪液检测滤纸条(天津晶明新技术开发有限公司,批号:20101004)一端反折5mm,放入被测眼下结膜囊的中外1/3交界处,让患者轻轻闭眼,5min后读取结果, ≥ 10 mm/5min的正常。

1.8 疗效判定标准

1.8.1 临床症状评分 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]拟定。疗效指数(n) $\geq 70\%$ 为显效; $70\% > n \geq 30\%$ 为有效; $n < 30\%$ 为无效。

1.8.2 客观检查评分 BUT评分治疗后比治疗前增加 ≥ 5 s为显效;增加 ≥ 3 s为有效;增加 ≤ 2 s为无效。Schirmer test I:治疗后比治疗前增加 ≥ 6 mm为显效;增加 ≥ 3 s为有效;增加 ≤ 2 s为无效。FL:治疗后评分比治疗前下降 ≥ 6 分为显效;下降 ≥ 3 分为有效;下降 ≤ 2 分为无效。

1.9 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行数据分析,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用率表示。计量资料比较采用 t 检验,等级资料比较采用秩和检验,率的比较用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 4组疗效比较 A组治疗有效率与B、C、D组比较,差异有统计学意义(P 均 < 0.05),即A组的疗效优于B、C、D组。4组疗效等级的比较,4组差异有统计学意义($P = 0.003 < 0.05$)。见表2。

表2 4组临床疗效比较

组别	显效(例)	有效(例)	无效(例)	治疗有效率(%)
A组($n=30$)	10	19	1	96.67
B组($n=30$)	3	15	12	60.00*
C组($n=30$)	5	19	6	80.00*
D组($n=30$)	4	21	5	83.33*

注:与A组比较,* $P < 0.05$

2.2 4组干眼症治疗前后 BUT、Schirmer I 试验、FL

评分比较 4组干眼症治疗前 BUT、Schirmer I 试验、FL 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,A组 BUT 与 B、C、D 组比较,差异均有统计学意义(P 均 < 0.05);A组 Schirmer I 试验评分与 B、C、D 组比较,差异均有统计学意义(P 均 < 0.01),B组与 C 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);A组 FL 与 B 组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),其余4组比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05),结果显示中药熏眼+雷火灸组(A组)能够显著的改善干眼症患者的临床症状。见表3。

表3 4组治疗前后客观检查结果变化($\bar{x} \pm s$)

组别	BUT(s)	Schirmer test I (mm/5 min)	FL
A组($n=30$)			
治疗前	3.40 $\pm$ 1.15	4.78 $\pm$ 1.75	3.33 $\pm$ 2.21
治疗后	7.33 $\pm$ 1.78	9.20 $\pm$ 1.92	0.97 $\pm$ 1.29
B组($n=30$)			
治疗前	3.62 $\pm$ 1.06	4.80 $\pm$ 1.79	3.28 $\pm$ 2.15
治疗后	5.98 $\pm$ 1.91*	7.10 $\pm$ 1.79*	2.05 $\pm$ 1.33*
C组($n=30$)			
治疗前	3.80 $\pm$ 1.40	5.17 $\pm$ 1.42	3.33 $\pm$ 2.02
治疗后	6.27 $\pm$ 1.83*	8.10 $\pm$ 1.16*	1.30 $\pm$ 1.02
D组($n=30$)			
治疗前	3.63 $\pm$ 1.25	4.90 $\pm$ 1.60	3.57 $\pm$ 2.04
治疗后	6.03 $\pm$ 1.57*	7.87 $\pm$ 1.31*	1.47 $\pm$ 1.10

注:与A组比较,* $P < 0.05$

2.3 4组干眼症治疗后 BUT、Schirmer I 试验、FL 疗效比较 治疗后,A组 BUT 与 B、C、D 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),Schirmer test I、FL4组治疗后差异无统计学意义。见表4。

表4 4组治疗后疗效客观检查[例(%)]

组别	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
A组($n=30$)				
BUT	6	21	3	90.0
Schirmer test I	7	20	3	90.0
FL	5	10	18	50.0
B组($n=30$)				
BUT	3	13	14	53.3*
Schirmer test I	4	15	11	63.3
FL	3	9	18	40.0
C组($n=30$)				
BUT	6	13	11	63.3*
Schirmer test I	5	17	8	73.4
FL	4	14	18	60.0
D组($n=30$)				
BUT	5	13	12	60.0*
Schirmer test I	6	13	11	63.3
FL	3	9	12	40.0

注:与A组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

随着现代社会的发展,工作时间过长、环境污染加重以及电脑、手机等电子设备的广泛应用,使干眼

症发病率逐年增加。长期的干眼症会造成角结膜的病变,视物模糊,甚至不能正常的阅读、工作。由于干眼症属于慢性疾病,日常预防亦重要,在日常生活中心医务人员可进行相关宣传教育^[3],使更多的人能够了解干眼症,并且在出现相关症状时积极及时的到医院进行治疗^[4]。中医学上没有关于干眼症的确切病名,根据其症状、体征,多归属于“白涩症”“神水将枯”“神水枯瘁”“燥证”等范畴,但古书中对于干眼症的病因病机、症状等也有较多记载,《审视瑶函》一书中对其的解释为:“小肿小赤,小得爽快,沙涩昏朦,名曰白涩”,属“燥症”范畴。《目经大成·干涩昏花二》云:“此目开闭不自然,而视亦昏渺,多因劳瞻过虑,耽酒恣欲,五火煞伤神水而致”。现代医家对于干眼症中医病因也多有探索,祖冬梅^[5]认为临床所见干眼症患者辨证多属肝肾阴虚,多因肝肾不足,津液不足,目窍失养而发病。张凤梅等^[6]认为脾胃为全身气机升降出入之枢纽,若脾胃气虚,运化失职,则气血津液通行不畅,目及其周围脉络失于濡养,出现目珠干涩,治当补脾益气。张彩霞和郭丽丽^[7]结合岭南地域的气候特点,认为干眼症的基本病机为“阴虚为本,外邪为患”,此外还与情志相关联。

中医治疗干眼症主要从肝肾入手,运用内服汤剂、针灸、或中药熏洗、雷火灸等综合治疗方法,取得了不错的疗效。陈婕和肖西立^[8]将80例干眼症患者随机分为对照组41例和观察组39例,其中对照组仅予以人工泪液,观察组在对照组的基础上口服滋阴生津润目汤,经过20d治疗,观察组总有效率改善程度明显大于对照组。张德玉等将门诊80例干眼症患者随机分为对照组和观察组各40例。对照组点用0.1%玻璃酸钠滴眼液治疗,每次1滴,4次/d;观察组在此基础上合并鬃针疗法治疗,结果显示观察组患者主观感觉、SIT值、BUT值、FL评分较治疗前明显改善,而对照组患者仅主观感觉较治疗前明显改善($P < 0.05$),其他观察指标治疗前后差异无统计学意义($P > 0.05$)。宋立等^[9]采用重庆赵氏雷火灸对90例干眼症患者进行治疗,结果显示其对患者的干涩感、异物感、眼疲劳的治疗效果最好,有效率分别为74.0%、65.6%、62.2%。

中药熏洗是中医眼科外治法中是常用的一种方法,熏洗剂主要由清热解毒、凉血活血,明目退翳作用的药物制成,具有取材方便,制剂简单灵活,效果显著,不良反应小,可随证加减,运用灵活等优点^[10]。临床上应用广泛,本次观察中,将中药药物

(金银花、连翘、菊花、蝉蜕、丝瓜络、薄荷、枸杞子、荆芥、防风、蒲公英、桂枝、丁香)通过中药熏蒸机以雾化形式直接作用眼部,借助蒸汽温热的效应起到热疗及药疗双重作用,使药物能在眼部更好吸收,缓急眼表干燥,改善泪液循环,从而促使泪液分泌,更好地提高眼部组织的营养状况^[11]。方剂中金银花、连翘、蒲公英、菊花清热,平肝明目;丝瓜络、桂枝活血通络;荆芥、防风解表散风;蝉蜕明目退翳;桂枝、丁香温通经脉。

雷火灸是由古时“雷火针灸”改进而来,改“实按灸”为“悬灸”,同时在艾绒中加入藿香、香附、乳香、羌活等通经活络、芳香走窜药物,达到祛风散寒、利湿通络、调和气血、活血化瘀、消炎镇痛、增补元气的作用^[12]。《黄帝内经》云:“精血濡于目,目得气血而能视”。雷火灸具有药性猛,火力大,渗透力强的特点,利用药物燃烧时产生的热量,刺激眼部相关穴位,提高眼部血液循环,促使眼周皮肤毛细血管扩张,改善眼的代谢和分泌功能,再配合按摩手法以舒经活络,调和气血,通关利窍,从而缓解干眼症症状^[13]。临床通过对引经药的调整,可以用于治疗多种疾病,如鼻炎、咳嗽咽炎、盆腔炎等^[14]。

本研究通过联合中药熏眼和雷火灸2种常用的中医外治方法来观察两者的协同作用,研究结果显示,中药熏洗联合雷火灸能显著改善干眼症患者的临床症状,总的疗效明显优于人工泪液组、人工泪液+中药熏眼组以及人工泪液+雷火灸组,体现了两者联合治疗干眼症的优势。但中医药在对于眼症的显效机制仍不清楚,相信随着现代分子生物学、药理学、药物制剂学等学科不断发展,将能发掘出治疗干眼症疗效更佳、更经济简便的方法。

参考文献

- [1] 赵堪兴. 眼科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:77.
- [2] 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,1994:103.
- [3] 冷玉萍. 干眼症常见因素及护理干预[J]. 中外女性健康(下半年),2014,21(10):149-149,131.
- [4] 李红月,孙艳,刘长宏,金风云,贾洪强,魏玲. 综合性临床干预对于干眼症治疗效果的影响[J]. 临床眼科杂志,2015,23(4):360-362.
- [5] 祖冬梅. 滋肾养肝润目汤治疗干眼症65例[J]. 河南中医,2015,35(1):111-113.
- [6] 张凤梅,孙明星,刘莉. 益气聪明汤治疗脾胃气虚型干眼临床观察[J]. 中国中医眼科杂志,2014,24(5):339-341.
- [7] 张彩霞,郭丽丽. 岭南地域干眼症中医病因病机探讨[J]. 新中医,2014,46(6):11-12.

用它作为主药,最广为人知的如“十枣汤”;方中妙用葱白,通阳而引药物直达病所。综之诸药,共奏保肝利水之功。

3.3 机理探析 研究结果显示,观察组在中医症候积分改善、腹水消退及门脉血流动力学改善情况方面,其效果均优于对照组,治疗后2组差异均有统计学意义,表明麝黄膏敷脐及口服中药辅助治疗肝硬化腹水疗效可观并值得推广,现对其机理探析如下。

纤维生成是肝硬化形成过程中的中心环节,它是细胞外基质合成及降解失衡从而过度沉积的结果,随着纤维生成不断累积,胶原纤维增生,彼此桥接,逐渐发展成为肝硬化。因此,抗纤维化治疗已成为除病因治疗外的一项重要治疗措施,然而,目前现代医学尚无特异性的抗肝纤维化药物,目前许多临床研究均表明,中医药特别是活血、化瘀的方药,具有良好的治疗效果,且无明显不良反应,具有很大优势。本研究所用敷脐方及口服中药方中均包含大量活血化痰药物,正好针对肝硬化这一病理机制,因而能收获较好的疗效。

现代医学认为,门脉高压是肝硬化腹水形成的主要机制,因而,降低门脉压力是治疗的重要切入点,门脉压力(PVP)与门脉血流量、门脉及其侧支的阻力(R)成正比,引起门脉高压的起始因素是门脉血流阻力增高,门脉血流量增加是维持和加剧门脉高压的重要因素^[14-15]。可以推见,先是门脉血流阻力增加,血流量加大,其后则出现门脉压力升高。在本次研究中,门脉血流动力学变化情况提示治疗后观察组的门脉内径缩小、血流量减少,提示麝黄膏敷脐及口服中药能有效减低门脉压力,这一效果可能与敷脐及口服药物具有活血化痰的功效相关,现代研究表明,活血化痰中药多类似现代药理学抗血小板凝集作用,敷脐及口服方中活血化痰药物通过这一作用,改善肝脏内血流循环,从而降低门脉血管阻力。而观察组3例出现不良反应,均考虑为局部敷贴过敏反应,给予局部涂抹皮炎平处理,症状好转并

消退,均坚持完成治疗。本研究结果表明,麝黄膏敷脐联合中药口服辅助治疗肝硬化腹水疗效满意,安全性良好,值得推广使用。

参考文献

- [1]王宇明. 2012年《美国肝病研究学会成人肝硬化腹水指南》更新版解读与探讨[J]. 胃肠病学, 2014, 19(10): 577-582.
- [2]张侠. 中药联合敷脐疗法治疗肝硬化腹水效果观察[J]. 光明中医, 2017, 32(7): 971-973.
- [3]曾欣, 林勇, 谢渭芬. 肝硬化腹水的处理[J]. 中华消化杂志, 2005, 25(12): 757-759.
- [4]俞媛, 张建良, 陆云飞, 等. 中医外治法在肝硬化腹水中的临床应用进展[J]. 临床肝胆病杂志, 2016, 32(4): 781-784.
- [5]Runyon BA, AASLD Practice Guidelines Committee. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: an update[J]. Hepatology, 2009, 49(6): 2087-2107.
- [6]高司成, 夏莉, 赵钢, 等. “水臌贴”敷脐联合西药治疗脾肾阳虚型肝硬化腹水随机安慰剂对照临床研究[J]. 上海中医药杂志, 2015, 49(2): 28-30 + 33.
- [7]夏莉, 祝峻峰. 肝硬化腹水的中医药诊治进展[J]. 重庆医学, 2013, 42(32): 3961-3963, 3969.
- [8]杨广栋, 李卫民, 王健. 肝硬化腹水的中医外治法研究现状[J]. 国际中医中药杂志, 2016, 38(8): 765-768.
- [9]中国中西医结合学会消化疾病专业委员会. 肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(9): 1171-1174.
- [10]国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 30.
- [11]梁扩寰, 李绍白. 门静脉高压症[M]. 北京: 人民军医出版社, 1999: 322.
- [12]中华中医药学会脾胃病分会. 肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见(2011年, 海南)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(12): 1692-1174.
- [13]童光东, 周大桥, 贺劲松. 麝黄膏敷脐治疗肝硬化难治性腹水临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2003, 11(5): 290-292.
- [14]林日武. 中药灌肠治疗肝硬化难治性腹水[J]. 浙江中西医结合杂志, 2002, 12(2): 97.
- [15]张静雯, 时永全, 韩英. 肝硬化的治疗进展[J]. 临床肝胆病杂志, 2015, 31(3): 465-468.

(2017-03-01 收稿 责任编辑: 杨觉雄)

(上接第351页)

- [8]陈婕, 肖西立. 中药内服联合人工泪液对角膜接触镜所致干眼症的临床研究[J]. 成都中医药大学学报, 2015, 38(4): 52-54, 58.
- [9]宋立, 唐万华, 俞兴源, 等. 雷火灸治疗干眼临床验证方案疗效的多中心观察[J]. 中国中医眼科杂志, 2015, 25(2): 98-101.
- [10]魏春秀, 祁宝玉. 应重视外用熏洗剂对眼表疾病的治疗作用[J]. 中国中医眼科杂志, 2008, 18(6): 346-347.
- [11]李钟睿, 张晓梅, 刘丽娟. 中药熏眼联合人工泪液治疗干眼症的

临床研究[J]. 哈尔滨医科大学学报, 2012, 46(2): 184-185.

- [12]陆寿康. 刺灸灸法[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004.
- [13]陈陆泉. 雷火灸治疗泪液缺乏性干眼症疗效观察[J]. 中国针灸, 2008, 28(8): 585-588.
- [14]李鸿儒, 苗润青. 雷火灸治疗眼部疾病的相关研究[J]. 河南中医, 2012, 32(3): 358-359.

(2017-03-08 收稿 责任编辑: 杨觉雄)