

引用: 吕少将, 陈英华, 白晶银. 和调督任法治疗眼肌型重症肌无力的疗效观察[J]. 中医药导报, 2025, 31(6): 111-114, 134.

临床

## 和调督任法治疗眼肌型重症肌无力的 疗效观察\*

吕少将<sup>1</sup>, 陈英华<sup>2</sup>, 白晶银<sup>3</sup>

(1. 黑龙江中医药大学, 黑龙江 哈尔滨 150040;

2. 黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江 哈尔滨 150040;

3. 黑龙江省中医院, 黑龙江 哈尔滨 150040)

[摘要] 目的: 观察和调督任法治疗眼肌型重症肌无力(OMG)患者的临床疗效。方法: 将60例OMG患者按照随机数字表法分为观察组(30例)和对照组(30例)。对照组患者予溴吡斯的明片口服治疗; 观察组患者在对照组治疗基础上予和调督任法针刺治疗, 两组均治疗12周。治疗结束后观察两组患者治疗前后重症肌无力眼部量表O-QMG、重症肌无力患者生存质量MG-QOL-15评分及药物使用剂量与种类。结果: 治疗过程中, 观察组脱落4例, 对照组脱落3例。治疗后, 观察组总有效率96.2%, 对照组92.6%, 两组患者总有效率比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 治疗后, 两组患者O-QMG评分、MG-QOL-15评分均低于治疗前( $P<0.05$ ), 且观察组患者O-QMG评分、MG-QOL-15评分低于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 治疗后, 观察组患者溴吡斯的明使用剂量较治疗前明显减少, 且观察组用药量少于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 治疗后, 两组患者各中医证型O-QMG评分均减少, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 治疗后, 两组患者O-QMG评分均降低, 且观察组中肝郁脾虚证患者下降水平明显高于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 其余证型差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论: 和调督任法针刺治疗可改善OMG患者症状, 减少患者药物使用剂量, 有助于患者日常生活活动能力提升, 疗效确切。

[关键词] 眼肌型重症肌无力; 和调督任; 针刺; 疗效观察

[中图分类号] R246.6 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2025)06-0111-04

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2025.06.019

### Clinical Observation of "Harmonizing Governor and Conception Vessels" Acupuncture for Ocular Myasthenia Gravis

LYU Shaojiang<sup>1</sup>, CHEN Yinghua<sup>2</sup>, BAI Jingyin<sup>3</sup>

(1. Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang 150040, China;

2. The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang 150040, China;

3. Heilongjiang Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang 150040, China)

[Abstract] Objective: To evaluate the clinical efficacy of "Harmonizing Governor and Conception Vessels" acupuncture (HGCV) in treating ocular myasthenia gravis (OMG). Methods: Sixty OMG patients were randomly divided into observation group ( $n=30$ ) and control group ( $n=30$ ). The control group received pyridostigmine bromide tablets, while the observation group received additional HGCV acupuncture for 12 weeks. Outcomes included Ocular-QMG scale (O-QMG), Myasthenia Gravis Quality of Life-15 (MG-QOL-15) scores, and medication dosage. Results: During the treatment period, 4 cases in the observation group and 3 cases in the control group were lost to follow-up. After treatment, the total effective rates were 96.2% in the observation group and 92.6% in the control group, with no statistically significant difference between groups ( $P>0.05$ ). Both groups showed significant reductions in O-QMG and MG-QOL-15 scores compared to baseline ( $P<0.05$ ), with the observation group demonstrating significantly lower scores than the control group ( $P<0.05$ ). The pyridostigmine

\*基金项目: 国家自然科学基金项目(82074530); 黑龙江省自然科学基金项目(ZD2021H007)

通信作者: 陈英华, 女, 教授, 主任医师, 研究方向为针刺治疗神经系统疾病的临床与基础研究

bromide dosage was significantly reduced in the observation group compared to both pretreatment levels and the control group ( $P<0.05$ ). All TCM syndrome types exhibited significant reductions in O-QMG scores ( $P<0.05$ ). While both groups showed decreased O-QMG scores, patients with liver depression-spleen deficiency syndrome in the observation group achieved significantly greater reduction than the control group ( $P<0.05$ ), with no significant differences observed in other syndrome types ( $P>0.05$ ). Conclusion: HGCV acupuncture alleviates OMG symptoms, reduces medication dependence, and improves daily functioning.

[Keywords] ocular myasthenia gravis; Harmonizing Governor and Conception Vessels; acupuncture; therapeutic evaluation

重症肌无力(myasthenia gravis, MG)是一种自身免疫性疾病,目前主流观点认为该病是由神经肌肉接头(neuromuscular junction, NMJ)传递障碍导致的。临床可表现为全身任何骨骼肌可缓解性肌无力,患肌无力呈“晨轻暮重”的特点,患肌重复运动后,无力症状加重、休息后可减轻<sup>[1]</sup>。眼肌型重症肌无力(ocular myasthenia gravis, OMG)MGFA-I型,发病不受年龄影响,但18岁后发病的患者,在眼部症状出现2年内容易向全身型转化,且亚裔人群2年内自然转化率(23%~31%)低于西方人群(50%~80%)。眼外肌是本病的易患肌群,可见一侧或双侧上睑下垂和/或双眼复视,该临床表现是MG最常见的首发症状,80%的MG患者可出现该症状。眼轮匝肌受累可致眼睑闭合无力,口轮匝肌受累可见鼓腮漏气,提上唇肌受累可见口角上唇上提无力,颧小肌受累可见苦笑或呈肌病面容。目前OMG的治疗方法以胆碱酯酶抑制剂为主<sup>[2]</sup>,但有部分患者疗效欠佳,或初期效果良好,随着服药时间的延长,效果逐渐下降,需要增加药量或免疫抑制剂,易产生胃肠道、影响副交感神经等毒副作用<sup>[3]</sup>。本研究纳入了60例OMG成年患者,在服用溴吡斯的明的基础上联合“和调督任针法”,以期提高OMG成年患者的临床疗效,减少使用药物的种类及剂量,降低药物毒副作用发生率和程度,现将研究结果报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照《中国重症肌无力诊断和治疗指南(2020版)》<sup>[4]</sup>中的标准。在确认具有典型眼肌型重症肌无力临床表现(可缓解性肌无力:体征为上睑下垂,上睑疲劳,复视,眼球运动障碍,可单眼或双眼同时发生,晨轻暮重,活动后症状加重,休息后缓解)的基础上,满足以下3项中的任意1项,包括:药理学检查、电生理学特征以及血清抗乙酰胆碱受体(anti-acetylcholine receptor, AChR)等抗体检测,即可诊断为该病。同时需排除其他疾病。

1.1.2 中医诊断标准 参照《基于专家共识法的重症肌无力中医证候筛选研究》<sup>[5]</sup>及《近30年重症肌无力中医证型和用药规律分析》<sup>[6]</sup>中的证型判断标准。

(1)脾胃气虚证:眼睑下垂、朝轻暮重、少气懒言、肢体无力或吞咽困难、咀嚼困难或无力、胸闷气短、饮水反呛、抬颈无力、食欲不振、脘腹痞胀、神疲、肢体倦怠、面色萎黄、大便溏薄、舌质淡胖、边有齿痕、苔薄白、脉细弱。(2)脾肾两虚证:眼睑下垂,复视,呼吸、咀嚼无力,抬颈无力,四肢倦怠无力,畏寒肢冷,吞咽困难,面色白,腹部冷痛,久泄久痢,或便溏,

或完谷不化,小便清长,或浮肿少尿,舌淡胖,苔薄白或白滑,脉沉迟无力或脉沉细。(3)气阴两虚证:形体消瘦、眼球活动受限或迟滞、凝视、气短、乏力、神疲懒言、自汗、干咳少痰、潮热盗汗、午后颧红、五心烦热、口燥咽干、舌淡或舌红少苔、脉虚或细数。(4)肝郁脾虚证:眼睑下垂、倦怠乏力、两胁胀痛、情志低落、食欲不振、脘腹痞胀、面色萎黄、腹痛腹泻、舌质红、边有齿痕、苔薄白、脉弦细。(5)脾虚夹湿证:眼睑下垂、朝轻暮重、食欲不振、脘腹痞胀、大便溏泻,面色晦暗,重着乏力,舌质淡胖、苔白腻,边有齿痕、苔薄白、脉濡缓。(6)肺脾虚损证:眼睑下垂、朝轻暮重、少气懒言、咳嗽少痰、胸闷气短、饮水反呛、食欲不振、肢体倦怠、面色萎黄、大便溏薄、舌质淡胖、边有齿痕、苔薄白、脉细弱。

1.2 纳入标准 (1)符合上述中西医诊断标准;(2)年龄 $\geq 18$ 周岁,性别不限;(3)病程不超过24个月;(4)主观意识清楚,接受本研究的治疗方法及疗程并配合填写评分量表;(5)自愿参与本研究,签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)患有其他疾患,如:慢性进行性眼外肌麻痹、Miller-Fisher综合征、眼咽型肌营养不良等;(2)外伤导致的眼肌症状等;(3)其他类型的重症肌无力;(4)同时参与多个临床试验者;(5)不接受针刺者;(6)有严重呼吸、消化系统疾病或恶性肿瘤等,可能影响生存质量者。

1.4 研究对象 样本量估计:参考针灸临床试验的样本量<sup>[7]</sup>估计方法,使用PASS 11进行估计,查阅相关文献,结合临床经验,针刺治疗OMG疗效显著<sup>[8-11]</sup>。本研究拟采用优效性试验,选用两组样本均数比较,设I类错误 $\alpha=0.025$ (单侧), $\beta=0.1$ , $S1=S2=2.0$ , $SM=2$ , $D=3.94$ , $K=1$ , $Power(1-\beta)=0.9$ ,估计样本量为24例/组,考虑试验剔除、脱落等因素扩大样本量,每组所需患者为 $24 \div (1-0.2)=30$ ,故受试组最终样本量为30例/组。

选取2022年10月至2023年12月就诊于黑龙江省中医院针灸科,符合入组标准的OMG患者60例,按照前来就诊的时间顺序依次编作1~60号,从随机数字表中随机选取一个数字作为起始点,记录其后的连续60个随机数字,分别对应编号1~60。数字按小到大进行排序,前30个数字对应编号的患者进入观察组,后30个数字编号进入对照组。本研究已通过黑龙江省中医院伦理委员会审批,批件号:伦审科研第(2022-010-01)号。

分配隐藏:将患者的编号和随机数字放进不透光的信封进行密封;挑选随机数字、抽取编号对应数字、数字排序及密封信封全过程由1名工作人员完成,实施者、患者、评价者不参与。

## 1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 予对照组患者溴吡斯的明片(上海中西三维药业有限公司,国药准字H31020867,60 mg)治疗,3~4次/d,最大剂量不超过480 mg/d,口服,病情稳定后可依据规定逐渐减量。治疗期间,患者严格遵照基线药量与服用方法,如需减量、加量或调整药物,均须报告并详细记录。治疗12周。

1.5.2 观察组 观察组患者在对照组治疗基础上采用“和调督任法”针刺治疗。(1)针具选择:一次性无菌针灸针,0.30 mm×40 mm,贵州安迪药械有限公司生产。(2)穴位选择:宁神三穴、孙氏腹针定位参照人民卫生出版社《经颅重复针刺刺激疗法》<sup>[12]</sup>,其余穴位参照中国中医药出版社出版的全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《针灸学》中的腧穴定位。(3)具体操作:①选穴。百会、神庭、宁神三穴、印堂、膻中、孙氏腹针“腹一区”、中脘、神门、内关、申脉、照海、太冲。②进针深度。百会:向上平刺25 mm;印堂:提捏局部皮肤,向下平刺15 mm;神庭:向后平刺25 mm;宁神三穴:位于额中线下端(神庭穴向前下25 mm处),向后平刺25 mm;印堂:目内眦直上平行于该穴两旁各一穴,均向后平刺25 mm;膻中:向下平刺15 mm;孙氏腹针“腹一区”:即剑突下15 mm及左右旁开15 mm寸,共3穴,与皮肤角度成15°,向下平刺40 mm,注意避免伤及重要脏器;中脘:向下平刺40 mm,注意避免伤及重要脏器;神门、内关、申脉、照海、太冲:直刺15 mm。根据不同年龄、性别、穴位、体质,针刺深度可以灵活掌握;③行针手法。督脉穴(百会、印堂、神庭)及宁神三穴行小捻转补法;任脉穴(膻中、中脘)及孙氏腹针“腹一区”予提捏起皮肤小幅度捻转泻法,不提插;申脉用捻转补法;照海用捻转泻法;其余穴位平补平泻。针感酸麻胀重为度<sup>[13]</sup>。④治疗时长。留针:每隔10 min行针1次,留针30 min。出针:在留针达到既定时间后即可出针,出针时用干棉签按压1 min。每周连续针刺6 d,休息1 d,7 d为1个疗程,共12个疗程。

## 1.6 观察指标

1.6.1 重症肌无力眼部量表(Ocular-QMG,O-QMG)评分 共3项检查,每个项目分值为0~3分,正常、轻度、中度、重度分别对应0分、1分、2分、3分,双眼逐一测评,总分0~18分。得分越高则病情越重。评价节点:治疗前、治疗12周后。

1.6.2 重症肌无力患者生活质量量表(MG-QOL-15)评分 分值范围为0~60,分值越高则表示患者生活质量越差。评价节点:治疗前、治疗12周后。

1.6.3 两组患者溴吡斯的明片用量比较 药物用量范围60~480 mg,用量越多表示患者病情越重。评价节点:治疗前、治疗12周后。

1.6.4 中医证型O-QMG评分比较 比较不同证型下的重症肌无力眼部量表,总分0~18分,得分越高则病情越重。评价节点:治疗前、治疗12周后。

1.7 疗效标准 临床疗效判定标准参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[14]</sup>,采用尼莫地平法。评分公式:疗效指数=(治疗前O-QMG评分-治疗后O-QMG评分)/治疗前O-QMG评分×100%。痊愈:疗效指数≥75%;显效:50%≤疗效指数<75%;有效:25%≤疗效指数<50%;无效:疗效指数<25%。

1.8 统计学方法 数据分析采用SPSS 25.0软件进行数据统计。计量资料符合正态分布以“均数±标准差”( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内比较采用配对 $t$ 检验,组间比较采用独立样本 $t$ 检验;不符合正态分布时采用非参数检验。计数资料以[例(%)]表示,采用 $\chi^2$ 检验,等级资料比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 基线资料 治疗过程中,观察组脱落4例,对照组脱落3例。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 基线资料比较

组别	$n$	性别/例		病程( $\bar{x} \pm s$ ,月)	年龄( $\bar{x} \pm s$ ,岁)
		男	女		
观察组	26	10	16	12.50±6.03	48.46±17.49
对照组	27	12	15	12.85±6.12	48.85±18.04
检验统计量		$\chi^2=0.159$		$t=-0.211$	$t=0.330$
$P$		0.659		0.834	0.743

2.2 两组患者临床疗效比较 治疗后,观察组和对照组的总有效率分别为96.2%(25/26)和92.6%(25/27),两组患者总有效率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。(见表2)

表2 两组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	$n$	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	26	3(11.5)	17(65.4)	5(19.3)	1(3.8)	25(96.2)
对照组	27	2(7.4)	12(44.4)	11(40.8)	2(7.4)	25(92.6)
$Z$				-0.752		
$P$				0.080		

2.3 两组患者O-QMG评分比较 治疗前,两组患者O-QMG评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。治疗后,两组患者O-QMG评分较治疗前均降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组患者评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(见表3)

表3 两组患者O-QMG评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	$n$	治疗前	治疗后	$t$	$P$
观察组	26	14.35±1.57	6.45±1.32	-20.009	0.000
对照组	27	14.52±1.22	7.12±1.21	19.917	0.000
$t$		0.139	2.371		
$P$		0.657	0.041		

2.4 两组患者MG-QOL-15评分比较 治疗前,两组患者MG-QOL-15评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。治疗后,两组患者MG-QOL-15评分较治疗前均降低,且观察组患者评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(见表4)

表4 两组患者MG-QOL-15评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	$n$	治疗前	治疗后	$t$	$P$
观察组	26	24.23±2.73	12.00±1.36	20.707	0.000
对照组	27	24.93±2.14	15.00±1.65	18.762	0.000
$t$		0.112	1.285		
$P$		0.307	0.033		

2.5 两组患者药物用量比较 治疗前,两组患者药物用量比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。治疗后,观察组患

者平均用量较治疗前减少且用量低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。(见表5)

表5 两组患者用量比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,mg)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
观察组	26	297.69±95.218	237.69±64.579	4.507	0.000
对照组	27	275.56±85.275	282.22±87.764	-0.618	18.762
t		0.376	-0.209		
P		0.892	0.041		

2.6 两组患者中医证型O-QMG评分比较 治疗前,两组不同中医证型患者O-QMG评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。治疗后,两组不同中医证型患者O-QMG评分均降低,且观察组中肝郁脾虚证患者下降水平明显高于对照组( $P<0.05$ ),其余证型两组未见明显差异( $P>0.05$ )。(见表6)

表6 两组患者中医证型 O-QMG 评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

证型	观察组(n=26)		对照组(n=27)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
脾胃气虚	14.31±1.21	7.25±1.03 <sup>a</sup>	13.68±1.18	7.43±1.15 <sup>a</sup>
脾肾两虚	13.31±1.35	7.73±1.21 <sup>a</sup>	15.01±1.01	7.54±1.26 <sup>a</sup>
肝郁脾虚	14.87±1.23	6.31±1.12 <sup>a</sup>	14.68±1.49	7.73±1.37 <sup>a</sup>
气阴两虚	15.00±0.00	8.00±0.00 <sup>a</sup>	14.50±0.85	6.50±1.43 <sup>a</sup>
脾虚夹湿	14.29±1.41	7.31±1.41 <sup>a</sup>	15.08±1.41	7.31±1.11 <sup>a</sup>
脾胃虚损	14.63±1.51	7.62±1.01 <sup>a</sup>	14.31±1.71	7.31±0.76 <sup>a</sup>

注:与治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

### 3 讨 论

“和调督任法”是陈英华教授跟随国医大师孙申田教授学习后,融合自身多年临床经验,从中医学理论中总结并提出的一种治疗方法,通过针刺及补泻手法作用于任督二脉,以此调节人体脏腑气血阴阳的平衡,从而达到治疗疾病的目的<sup>[5]</sup>。重症肌无力属于中医学的“痿证”范畴,其病机主要为阴阳失调、阴盛阳微及肝脾不和等<sup>[16]</sup>。“和调督任法”对OMG患者能起到积极治疗作用的原因有两方面。(1)穴位选择。任脉为阴脉之海,督脉为阳脉之海,二脉统领十二经脉。故“和调督任法”着眼于任督二脉,旨在通过任督二脉调整阴阳,达到脏腑气血平衡进而治疗疾病的目的。①督脉,行于背部正中,共计28个穴位,上行入脑,全身阳气皆聚集在此。针刺百会<sup>[17]</sup>等穴,可达调节阳气的目的。②任脉,起于胞中,共计24个穴位,行于腹面正中,总管阴脉。针刺膻中、中脘等穴,可达调节人体阴脉的目的。申脉、照海<sup>[18]</sup>为八脉交会穴,分通阴、阳跷脉,其循行与头面部联系密切,交通一身左右阴阳之气,司眼睑之开合,故对眼肌型重症肌无力有着独特的疗效;内关、神门穴,针刺可调节情绪<sup>[19]</sup>。“和调督任法”通过调节任督二脉并配合调节情绪的穴位<sup>[20]</sup>,最终达到阴平阳秘、阴阳平衡的目的。(2)手法操作。重症肌无力的基本病机总属阴盛阳衰、阴阳失调。阴盛而阳弱,补阳泻阴以达到调整平衡的目的。本方案在百会等穴位上行捻转补法以补其阳气;膻中等穴位行捻转泻法;申脉、照海穴位归属阴阳跷脉,补申脉、泻照海能增强眼睑开合的能力;其余穴位平补平泻,最终达到阴阳平衡。“和调督任法”治疗眼肌型重症肌无力总有效率为96.2%,表明可有效改善患者症状,减轻痛苦,对于OMG患者的日常生活及情绪方面也起到了积极作用,并降低部分患者的西药使用剂量,为临床治疗OMG提供了一种可行的治疗方案。

本研究选择的主要结局指标是O-QMG<sup>[21-22]</sup>量表。O-QMG量表是评价眼肌型MG病情严重程度的常用量表之一,总分共18分,得分越高则病情越重。眼肌型患者通常只关注眼部症状,而QMG量表评分较为繁杂,一定程度上会减低患者的评价意愿,故本研究选取更具针对性的O-QMG量表。MG-QOL-15分值为60分,得分越高则病情越严重。该量表为主观量表,涉及眼部症状、吞咽、言语、肢体功能、个人仪容仪表、工作、社交生活及爱好及心理等条目。近年来患者的情绪问题逐渐被重视,焦虑、抑郁等问题不仅影响患者的日常生活,也会对病情产生负面影响,故本研究在针刺方案中增加了调整情绪的穴位,这也是该针刺方案的亮点之一。已有诸多关于评价针刺治疗OMG有效性与安全性的临床研究<sup>[23-25]</sup>,皆得出了较为积极的结论,值得推广应用。但这些研究的证据质量不高,得出的结论可靠性与认可度具有局限性。因此,尽管目前治疗OMG有一些中医药临床研究成果<sup>[26]</sup>,包括中药汤剂等治疗手段,但质量不高,未来更加科学严谨的临床试验是研究针刺治疗OMG的必然方向和热点。

本研究结果支持在药物治疗的基础上,推荐OMG患者联合和调督任法针刺治疗,未来还需进行大样本、规范设计的干预性研究,以期提供更高质量的循证医学证据。

### 参考文献

- [1] CHEN J S, TIAN D C, ZHANG C, et al. Incidence, mortality, and economic burden of myasthenia gravis in China: A nationwide population-based study [J]. Lancet Reg Health West Pac, 2020, 5: 100063.
- [2] 徐刚领, 王兰. 治疗重症肌无力抗体类药物的研究进展[J]. 微生物学免疫学进展, 2023, 51(4): 82-86.
- [3] 王昆祥, 杨慧, 孟淑红, 等. 抗胆碱酯酶联合免疫抑制剂治疗眼肌型重症肌无力临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(21): 53-54.
- [4] 常婷. 中国重症肌无力诊断和治疗指南(2020版)[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2021, 28(1): 1-12.
- [5] 吕志国, 王健, 徐鹏, 等. 基于专家共识法的眼肌型重症肌无力中医证候筛选研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2017, 19(1): 1-6.
- [6] 双晓萍, 谭子虎. 近30年重症肌无力中医证型和用药规律分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(1): 149-151.
- [7] 胡晶, 李博, 张会娜, 等. 针灸临床试验的样本量估计[J]. 中国针灸, 2021, 41(10): 1147-1152.
- [8] 徐先鹏, 江沿兵, 管丽华, 等. 针药结合治疗眼肌型重症肌无力: 随机对照试验[J]. 中国针灸, 2022, 42(7): 755-759.
- [9] 黄剑浩, 谢宇锋, 冯军, 等. 冯军运用项针“通调肝气”治疗眼肌型重症肌无力经验[J]. 中医导报, 2020, 26(9): 190-192.
- [10] 张明, 杨涛, 李贺, 等. 韩碧英治疗眼肌型重症肌无力经验[J]. 北京中医药, 2022, 41(8): 865-866.
- [11] 王乙涵, 孙敬青, 赵冰隼, 等. 周德安针刺治疗睑废的临床经验[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(8): 4510-4513.
- [12] 孙申四. 经颅重复针刺刺激疗法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2022.
- [13] 陈英华, 刘欣竹, 王浩宇, 等. “和调督(下转第134页)

- 京:北京中医药大学,2020.
- [9] 何雯楠,李云,陈红燕,等.中文版学龄前儿童营养指数量表的信度和效度研究[J].中国循证儿科杂志,2023,18(4):276-280.
- [10] 朱瑛,刘江虹,岳莉,等.兰州市婴幼儿饮食行为问题及影响因素[J].中国公共卫生,2015,31(5):570-573.
- [11] 杨静,王丹,吴萍萍,等.家庭因素对学龄前儿童不良进食习惯的影响[J].中国学校卫生,2019,40(1):46-50.
- [12] 邹毅,张慧华,刘波,等.儿科消化门诊功能性胃肠疾病诊疗现状:一项单中心的临床报道[J].中国实用儿科杂志,2021,36(8):632-636.
- [13] 袁子文,徐进.性别差异对儿童参与体育活动的影响及应对策略研究[C]//第二届陕西省体育科学大会论文摘要集(墙报).西安,2024:462.
- [14] 周志影,周莉,司娟,等.二胎新生儿纯母乳喂养情况及影响因素分析[J].中国妇幼保健,2024,39(7):1303-1306.
- [15] 季成叶.我国中小学生超重肥胖流行现状及其社会经济差异[J].中国学校卫生,2008,29(2):106-108.
- [16] 《2021学龄及学龄前儿童营养知行力报告》发布[N].中国食品安全报,2021-11-30(C02).
- [17] 林斌.肥甘厚味饮食滞脾碍胃的实验研究[D].广州:暨南大学,2009.
- [18] 刘婧,曾果,冯敏,等.成都市学龄儿童蔬菜进食影响因素研究[C]//妇幼与青少年营养进展学术研讨会及《中国孕妇、乳母和0-6岁儿童膳食指南》宣传推广会论文汇编.重庆,2009:220-225.
- [19] 朱文熹,刘云曼,洪莉.儿童炎症性肠病特殊饮食治疗[J].中国实用儿科杂志,2024,39(4):263-268.
- [20] WANG Y, LIU K, LONG T T, et al. Dietary fish and omega-3 polyunsaturated fatty acids intake and cancer survival: A systematic review and meta-analysis[J]. Crit Rev Food Sci Nutr,2023,63(23):6235-6251.
- [21] 肉类、鱼类和脂肪的摄入与结直肠癌的关系[J].辽宁医学杂志,2007,21(5):334.
- [22] 闫心语.鱼类摄入与儿童肥胖[C]//达能营养中心2019年论文汇编:儿童肥胖.2019:51.
- [23] 黄婕,张齐光,张维蔚,等.广州市郊区中小学生学习状况及相关饮食行为分析[J].环境与职业医学,2020,37(8):782-786.
- [24] 程音.豆类营养价值及豆制品合理选择[J].食品安全导刊,2022(12):103-105.
- [25] 北京发布中小学生健康膳食指引[J].中国健康教育,2014,30(4):309.
- [26] 向红丁.晚餐时间最好别超过七点[J].心血管病防治知识(科普版),2016,6(15):71.
- [27] 蒋晓梅.重视晚餐与睡眠间隔的时间[J].药物与人,2012,25(3):55.
- [28] 马哲明.有氧运动对自闭症儿童肠道菌群的影响[D].广州:广州体育学院,2020.
- [29] 杨洋.运动对超重和肥胖儿童青少年体质健康的研究进展[C]//2024第二届四川省体育科学大会论文报告会论文集(2).成都,2024:429-430.
- [30] 赵双迎,范泽宇.身体活动对学龄前儿童体质健康的影响[J].宁波教育学院学报,2024,26(3):41-45.
- [31] 邵肖梅.早产儿消化系统的特点及喂养[J].中国实用儿科杂志,2000,15(12):716-718.

(收稿日期:2024-10-23 编辑:罗英姣)

- (上接第114页)任安神法”治疗慢性失眠症临床研究[J].针灸临床杂志,2021,37(3):9-13.
- [14] 国家中医药管理局.中医临证思辨录-第二辑:全国优秀中医临床人才研修项目策论精选[M].北京:中国中医药出版社,2022:31-36.
- [15] 何涛,陈英华,周永英,等.“和调督任安神法”治疗失眠症伴焦虑的临床研究[J].针灸临床杂志,2023,39(9):14-18.
- [16] 张会永,谢伟峰,张静生.眼肌型重症肌无力的中医古籍文献研究[J].辽宁中医杂志,2021,48(10):49-53.
- [17] 敬雯君,杨才雅,李安洪.基于数据挖掘的针刺治疗眼肌型重症肌无力选穴组方规律研究[J].按摩与康复医学,2023,14(1):39-41,47.
- [18] 孔琪,姚菁怡,戴宗昊,等.针灸治疗重症肌无力如何取穴:一项数据挖掘研究[J].世界科学技术-中医药现代化,2021,23(2):647-654.
- [19] 孙玮.“和调督任安神针法”治疗广泛性焦虑症的临床观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2022.
- [20] 李元祺,陈英华,王玮,等.和调督任安神针法长留针治疗中风后抑郁的临床观察[J].中医药导报,2024,30(11):92-97.
- [21] 邹月兰,朱梦钧,丁琦,等.八珍汤加减治疗气血两虚证眼肌型重症肌无力疗效观察[J].中医临床研究,2021,13(27):131-133.
- [22] 彭思扬,常玮倩,田煜坤,等.基于跷脉理论探讨益气温阳法治疗眼肌型重症肌无力[J].中国中医眼科杂志,2024,34(2):156-158.
- [23] 费敏,乐文蔚,冯静,等.眶周穴位按摩结合温针灸在难治性眼肌型重症肌无力患者中的应用效果[J].中国临床护理,2022,14(10):629-631.
- [24] 丁少杰,鲁海,张春红.针刺为主治疗眼肌型重症肌无力临床研究进展[J].河北中医,2018,40(1):157-160.
- [25] 彭思扬.针药结合治疗重症肌无力有效性的前瞻性队列研究[D].北京:中国中医科学院,2023.
- [26] 黄泰琼,何世莲.眼针结合补中益气汤治疗眼肌型重症肌无力脾虚型临床观察[J].实用中医药杂志,2022,38(5):723-725.

(收稿日期:2024-10-21 编辑:时格格)