

# 针灸联合推拿防治儿童假性近视的临床研究\*

朱玲 刘英<sup>▲</sup> 占科 朱卫娜 曾思瑶 黄丽芳 陈敏红 陈小云 裘杨杨 张乃俊

**摘要 目的:**探究中医针灸联合推拿的综合疗法在防治儿童假性近视中的临床疗效及安全性。**方法:**选取江西中医药大学附属医院儿科、眼科在 2020 年 9 月至 2021 年 8 月间收治的儿童假性近视(肝肾亏虚型)中资料较为齐全的 90 例(180 眼),随机分为针灸组、推拿组、观察组各 30 例。针灸组采用醒脑开窍针刺疗法联合热敏灸治疗,推拿组采用推拿治疗,观察组予三者联合治疗。比较三组的裸眼视力、屈光度(DPT)、主症及中医证候积分改善情况及总有效率、安全性。**结果:**①治疗 8 w 后,观察组的裸眼视力、DPT 改善显著高于其他治疗组( $P < 0.05$ )。三组主症及中医证候积分均有下降( $P < 0.05$ )。②治疗 8 w 后,观察组总有效率均显著优于其余治疗组( $P < 0.05$ ),针灸组与推拿组疗效相当( $P > 0.05$ )。③三组实验观察中均未见明显不良反应。**结论:**针灸联合推拿在防治儿童假性近视的临床研究中具有较好疗效,可显著改善患儿视力,尤其在后期维持治疗过程中彰显优势,安全易施行,值得临床推广应用。

**关键词** 醒脑开窍针法;热敏灸;推拿;儿童;假性近视;临床研究

假性近视<sup>[1]</sup>又称功能性近视或调节性近视,是一种调节能力痉挛的状态。现代医学认为其发病是由于不正确用眼或用眼过度,如长时间近距离视物,使副交感神经持续兴奋,轻者睫状肌肌张力轻度增加,重者睫状肌持续处于收缩、痉挛状态,视轴发生变化,屈光度(diopter, DPT)明显增加,从而出现视远模糊,远视力 $< 5.0$ (1.0),经休息和(或)使用麻痹剂松弛调节后,视力可恢复至 5.0。随着电子产品如手机、AI 网课等的普及,青少年发病率逐年增高<sup>[2]</sup>,且发病年龄呈逐年减低的趋势<sup>[3]</sup>。若不及早正确干预,小儿假性近视极易演变成真性近视<sup>[4]</sup>,从而错过治疗的关键期<sup>[5]</sup>。目前西医对假性近视的治疗主要采用托吡吡胺类,但长期使用多有畏光、视近模糊等不良反应,且存在疗效不稳定、停药后易反弹、患儿依从性差、远期效果不佳等问题。2021 年,教育部等十五部门联合印发的《儿童青少年近视防控光明行动工作方案(2021—2025 年)》中,屡屡提到中医适宜技术在近视防控中的作用。

中医无假性近视病名,归属“能近怯远”范畴。中医整体观念认为眼与全身状态密切相关。查阅历代医家对本病病机的阐述,现已逐步认识到眼的生理病

理与脏腑、精、气血、津液、神的功能息息相关。笔者以中医外治疗法为切入点,通过激发人体经络之气,调动自身气血,调节脏腑阴阳,调神开窍从而达到明目之效。现将中医针灸联合推拿防治儿童假性近视中的临床疗效及安全性研究报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 假性近视(肝肾亏虚型)患儿 90 例(180 眼),均来源于 2020 年 9 月至 2021 年 8 月于江西中医药大学附属医院儿科及眼科门诊就诊患者,随机分为针灸组、推拿组、观察组。针灸组 30 例,其中男性 16 例,女性 14 例;年龄 6~13 岁,平均年龄(9.30±2.74)岁;病程 1~4 个月,平均病程(2.73±1.62)个月。推拿组 30 例,其中男性 12 例,女性 18 例;年龄 7~14 岁,平均年龄(9.83±2.77)岁;病程 2~4 个月,平均病程(2.77±1.36)个月。观察组 30 例,其中男性 13 例,女性 17 例;年龄 7~13 岁,平均年龄(9.37±2.42)岁;病程 2~5 个月,平均病程(3.10±1.52)个月。三组一般资料经比较, $P > 0.05$ ,具有可比性。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照中华医学会眼科分会制定的真假近视分类标准<sup>[1]</sup>及相关书籍<sup>[6]</sup>诊断标准,即远视力低于正常范围( $\geq 5.0$ )、近视力在正常范围内的患者。在应用睫状肌麻痹药物后,呈现正视或轻度远视为假性近视。

\*基金项目 江西省中医药管理局课题基金资助项目(No:2019A294)

▲通信作者 刘英,女,主任中医师,硕士研究生导师。研究方向:针灸、推拿等中医特色疗法治疗小儿常见疾病。E-mail:595317906@qq.com

·作者单位 江西中医药大学附属医院(江西 南昌 330006)

1.2.2 中医诊断标准 参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[7]</sup>及相关眼科书籍<sup>[8]</sup>中能近怯远症(肝肾亏虚型)的中医诊断标准,同时结合临床实际拟订。表现为远视力减退,视近清楚,眼不耐久视,经常眯眼,伴双眼局部干涩不适,酸胀疼痛,畏光羞明,眼前黑花飞舞,头昏耳鸣,肢软乏力。舌质淡红,无苔,脉细。符合主症及次症各≥3项可确诊。

1.3 纳入标准 ①符合以上中医及西医诊断标准;②年龄6~14岁,均双眼患病;③包括初发、再发的病例;④家长知情同意签字者。

1.4 排除标准 ①真性近视或合并有眼部器质性病变如青光眼、视网膜脱离、视神经疾病等影响视力的疾病;②合并精神疾病或其他严重疾病;③未按规定方案治疗者或无法判定疗效者;④出现晕针、过敏及其他不良事件。

1.5 检查方法 所有受试者入组前先按下列步骤进行散瞳镜检查。①裸眼远视力检查:采用国际标准视力表,照明度为500 Lux,距灯箱5 m。双眼先右后左,从上至下依次检查。电脑验光(TOPCON, KR\*8900),为方便进行统计,采用5分记录法记录裸眼视力、DPT数据,再换算成LogMAR形式。②散瞳法视力检查:采用复方托吡卡胺滴眼液<sup>[9]</sup>(国药准字H20044926)先行散瞳处理。具体方法:每次1滴/眼,待5 min后再滴第2次,共滴4次,待瞳孔对光反射消失,分别记录散瞳后的视力及DPT数据。取3次结果的平均值为最终测量数据。③以上检查均由专人执行。

## 1.6 治疗方法

1.6.1 针刺 主穴:印堂、百会、上星、内关、三阴交。配穴:太阳、睛明、合谷、光明、太溪(均为双侧)。

操作方法:选取华宝牌0.16 mm×13 mm 无菌毫针,主穴均施与醒脑开窍针法。其中印堂向鼻根部方向斜刺,上星与百会从相对方向斜刺,均采用提插捻转,小幅度、高频率结合的补法;内关直刺,采用捻转补法;三阴交斜刺(45°),采用慢进快退的补法;睛明穴进针时嘱患儿眼球向相反方向斜视,进针0.5~0.8寸不等,以局部酸胀感为度。禁提插捻转,以防伤及血管引起眼周淤青。根据患儿合并症状可酌情辨证选穴。以上得气后静留针20 min。留针期间配合热敏灸。具体灸法操作参看如下。

1.6.2 热敏灸 取穴:印堂、百会、上星、足三里及其他热敏腧穴。操作方法:患儿针刺后即可开始行热敏灸治疗。施灸者选用江西中医药大学附属医院特制热敏灸艾条,将点燃的艾条距离体表约3~4 cm开

始回旋灸(注:眼周垫一层纱布以防烟灰坠落)。施灸过程中注意不断询问患儿感觉,以被灸者热感强度适中而无灼痛为度,尽量灸至热感深透至腹腔的感传消失为止。为统一观察,热敏灸时间控制在30 min以内。在施灸结束后适当饮温水,擦干汗,且2 h内不宜洗澡,注意避风寒。

1.6.3 推拿 取穴:开天门、推坎宫、揉太阳、揉耳后高骨、轮刮眼眶,点揉双侧睛明、四白、承泣、风池、补脾经、揉二马、补肾经、捣小天心、点揉外关穴、摩腹、点揉足三里、阳陵泉、光明穴、膀胱俞穴、捏脊、拿揉颈部肌肉放松、最后拿肩井结束手法。具体操作手法如下。第1步:起式手法。患儿仰卧,双眼放松。医者坐于头前侧,取山茶油为介质,先行四大手法各50次,至感觉患儿皮肤微热为佳。第2步:眼周操作。医者用小鱼际推揉法,呈“∞”字形沿小儿眼眶紧推慢移,反复5~7遍。而后轮刮上下眼眶,分别30 s左右。接着采用两手拇、食、中指指腹按揉睛明、四白、承泣、风池穴,每穴揉30 s。接着对上述穴位依次采用指压震颤手法约各约10 s。第3步:手部的操作。以左侧上肢特定穴为操作,补脾经、揉二马、补肾经、揉外关各200~300次,捣小天心50~100次。第4步:顺摩腹1 min,点揉足三里、阳陵泉、光明穴。每穴按揉约30 s,以酸胀为度。第5步:颈腰背部操作。患者俯卧,术者施以均匀柔和渗透的压揉法放松颈、项、背部肌肉,沿膀胱经依次点揉膀胱俞穴,反复操作约5 min。然后自下而上捏脊5~7遍。最后拿肩井穴3次结束。

以上疗法皆1次/日,持续约20 min。1 w治疗5次,2 w为1个疗程,共4个疗程。三组告知少待光线昏暗环境看书,注意书写、阅读体位,减少看电视、上网、玩电子游戏、近距离看平板等时间。连续作业控制在40 min以内,嘱多向远处眺望休息。每日坚持做眼保健操1次,并至少有半小时户外活动时间,少食甜食及碳酸饮料、辛辣刺激食品,由家长监督完成。

1.7 观察指标 观察期间分别收集患儿治疗前及治疗2 w、4 w、8 w后的裸视力变化值及DPT测试数据。同时分别收集患儿各段时间点的主症及中医证候积分。积分变化依据2009年版《中医病症的诊断与治疗指南》制订的量化分级标准。中医主症为揉眼/眯眼频次,眼涩/眼胀、眼疲劳感,裸眼视力,按照频度的多少,分别计为0、1、2、3分。伴随症状为情绪焦虑或抑郁等情况<sup>[10]</sup>,依不同程度,由无至重,分别计为0、1、2分。中医证候为头昏耳鸣、腰酸肢软、困倦乏力、饮

食欠佳、睡眠欠安、二便异常情况,分为无、轻度、重度,分别计为0、1、2分。其他兼症如舌苔、脉象等有异常则加1分,无则为0分。

**1.8 疗效判定标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[7]</sup>中规定的能近怯远症(肝肾亏虚型)的判定标准制定。

**1.9 统计学方法** 采用SPSS 26.0软件分析。视力、屈光度及积分数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料用两独立样本均数 $t$ 检验,疗效判断用行 $\times$ 列表资料的 $\chi^2$ 检验。以 $P < 0.05$ 为有统计学差异。

## 2 结果

**2.1 三组裸眼视力、DPT、散瞳后 DPT 比较** 三组治疗前裸眼视力、DPT、散瞳后 DPT 比较, $P > 0.05$ ,具有可比性。治疗后以上观察数据均有显著改善, $P < 0.05$ ,差异有统计学意义。其中观察组较其余两组改善更为显著, $P < 0.05$ ,差异有统计学意义。其余两组间数据相比差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表1。

表1 三组治疗前后裸眼视力、DPT 比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	患眼数	时间	裸眼视力	DPT	散瞳后 DPT
针灸组	60	治疗前	0.40±0.11	-1.99±0.39	
		治疗2 w	0.47±0.14	-1.78±0.40	0.15±0.05
		治疗4 w	0.58±0.12*	-1.11±0.30*	
		治疗8 w	0.79±0.13*	0.63±0.13*	
推拿组	60	治疗前	0.44±0.13	-1.95±0.50	
		治疗2 w	0.46±0.15	-1.78±0.50	0.16±0.05
		治疗4 w	0.56±0.14*	-1.11±0.35*	
		治疗8 w	0.78±0.11*	-0.57±0.13*	
观察组	60	治疗前	0.43±0.14	-2.01±0.56	
		治疗2 w	0.50±0.16	-1.77±0.56	0.00±0.03 <sup>△</sup>
		治疗4 w	0.61±0.13*	-1.06±0.36*	
		治疗8 w	0.91±0.10 <sup>△</sup>	-0.31±0.17 <sup>△</sup>	

注:与治疗前比,\* $P < 0.05$ ;观察组与其余组比,<sup>△</sup> $P < 0.05$

**2.2 三组症状积分比较** 三组治疗后主症和中医证候积分皆有下降( $P < 0.05$ ),差异有显著统计学意义,说明三组方法均对主症及中医证候均有显著改善。针灸组与推拿组相比,在改善主症及中医证候积分方面,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。观察组较上两组主症及中医证候积分下降更显著( $P < 0.05$ ),差异有显著统计学意义。见表2。

**2.3 三组有效率比较** 治疗4 w后,针灸组、推拿组、观察组主症总有效率为56.67%、40.00%、63.33% ( $P < 0.05$ ),中医证候总有效率为60.00%、53.33%、

表2 各组治疗前后症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	时间	主症积分	中医证候积分
针灸组	30	治疗前	13.27±2.74	9.17±4.19
		治疗2 w	10.50±2.30	6.93±2.79
		治疗4 w	9.33±2.11*	4.83±1.90*
		治疗8 w	5.27±2.79 <sup>△</sup>	3.50±2.19 <sup>△</sup>
推拿组	30	治疗前	12.87±2.40	9.23±4.16
		治疗2 w	10.47±2.32	6.33±3.19
		治疗4 w	8.33±2.02*	3.77±2.75*
		治疗8 w	4.73±2.45 <sup>△</sup>	3.17±1.58 <sup>△</sup>
观察组	30	治疗前	12.90±3.56	9.20±3.91
		治疗2 w	9.80±2.41	6.33±2.87
		治疗4 w	7.60±2.27*	5.03±2.04*
		治疗8 w	2.27±1.94 <sup>△</sup>	2.13±1.43 <sup>△</sup>

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;观察组与其余治疗组8 w后比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;针灸组与推拿组8 w后比较<sup>△</sup> $P > 0.05$

66.67% ( $P > 0.05$ )。治疗8 w后,针灸组、推拿组、观察组主症总有效率为80.00%、83.33%、96.67% ( $P < 0.05$ ),中医证候总有效率为70.00%、73.33%、93.33% ( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 三组4 w及8 w治疗后有效率比较(例)

时间	组别	患眼	临床治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
4 w	针灸组	60	0	0	34	26	56.67*
	推拿组	60	0	0	24	36	40.00*
	观察组	60	0	0	38	22	63.33*
4 w	针灸组	60	4	4	32	24	60.00 <sup>△</sup>
	推拿组	60	0	4	28	28	53.33 <sup>△</sup>
	观察组	60	0	2	38	20	66.67 <sup>△</sup>
8 w	针灸组	60	2	16	30	12	80.00*
	推拿组	60	2	34	34	10	83.33*
	观察组	60	20	22	16	2	96.67 <sup>△</sup>
8 w	针灸组	60	2	20	12	18	70.00*
	推拿组	60	2	18	24	16	73.33*
	观察组	60	2	28	26	4	93.33 <sup>△</sup>

注:三组之间主症有效率比较,\* $P < 0.05$ ;中医证候有效率比较,<sup>△</sup> $P > 0.05$ ;观察组与其余治疗组主症有效率后比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$

**2.4 不良反应** 三组均有惧怕针灸、推拿操作而哭泣者,通过医师安抚及鼓励能顺利完成治疗。针灸组及联合组各有1例因使用复方托吡卡胺滴眼时出现口干明显、面部潮红,考虑是鼻黏膜吸收过多引发,经及时压迫泪囊部等积极处理后恢复正常,没有出现休克、过敏症状等严重并发症。其余均未见明显不良

表4 3个月后随访三组裸眼视力比较(n)

组别	患眼	远视力维持正常	远视力与停诊时相同	大于治疗前水平	下降至(超过)治疗前水平
针灸组	52	16	24	6	6
推拿组	54	14	26	10	4
观察组	60	30	30	0	0

反应。

**2.5 远期疗效观察** 3个月后对三组病例进行随访,发现有7例失访。观察组与其他组相比在远期维持过程中彰显优势( $P<0.05$ ),而且发现远期疗效较好者大多有足够的户外活动时间,坚持均衡饮食及做眼保健操。见表4。

### 3 讨论

假性近视可归属于中医“能近怯远”范畴。历代医家对本病病机各有论述。《黄帝内经》云:“五脏六腑之津液,尽上渗于目”“目得血而能视”“神藏于心,外候在目”。可见,“眼神”是反映脏腑气血盛衰的外在表现。眼能得神则目光敏锐,明察万物,不得则视近怯远,视物不明。隋·巢元方认为“精气衰弱,不能远视”;唐·孙思邈认为“思多太损神……神能使耳目手足视听持行,气即随而运之,故宁神即养气保精也”;明·傅仁宇<sup>[11]</sup>认为不能远视为“禀受成近觑”“久视伤睛成近觑”“阳不足”“肝经不足肾经病”;清·邓苑认为“外感、内伤、饮食、劳役皆能损目”。综上所述,本病多因先天禀赋不足,后天受邪(气候、环境、饮食、情志因素),加上不正确用眼,久视伤血,劳心伤神,使精、气血、津液基础物质不足、脏腑功能失调,日久目失所养,神光不能发越于远处是本病基本病机。治疗当以“阴阳合传而精明”为原则<sup>[11]</sup>,即通过激发人体经络之气,调动全身气血,调节脏腑阴阳,使精、气血、津液汇聚于眼部从而达到通经活络、解痉明目之功效。笔者团队抓住此病机及治则的关键,采用醒脑开窍针法结合热敏灸,并联合推拿疗法的综合治疗方式用之于临床,取得了较好疗效。

**3.1 醒脑开窍针刺调神以明目** 此核心治则中所调之“瞳神”为广义之“神”,与石学敏先生倡导的“调神”有类似之处。治法既相通,异病可同治。其中上星、印堂两穴常被用于治疗病机与广义之“神”有关的疾病<sup>[12]</sup>。其临床应用已拓展到各学科领域的急慢性疾病治疗中,临床疗效均得到高度肯定<sup>[13]</sup>。

醒脑开窍针法常规选择具有补益元神、调神导气功能的腧穴,结合目系所循经脉。其中印堂具有明目

通窍、宁心安神之效<sup>[14]</sup>;上星透百会可填精补髓、醒神开窍<sup>[15]</sup>;内关为八脉交会穴,心包经借其与阴维脉相通,阴维脉主司眼睑开阖,故取其濡养眼目、镇静安神之效;三阴交可调补三阴经气血,则目系得气血滋养而能视。配合独特的针刺手法,共奏通经活络、调神导气之功。

**3.2 热敏灸激发经气感传以明目** 热敏灸是以经络理论为依据和前提,通过采用灸法对腧穴所过之处寻找和探查从而找到热敏点的一种艾灸疗法<sup>[16]</sup>。持续灸此热敏点(不仅仅是某个腧穴,也可以是某个面,或者线状),除具有一般的艾热温通经络的作用以外,还能通过激发经络感传,促进经气运行,使气至病所而改善经络气化状态,对脏腑阴阳调节起到更为高效的作用<sup>[17,18]</sup>,更能不同程度的给患儿带来舒适的情感体验及减轻疲劳等作用<sup>[19]</sup>。

操作过程中,医者尽可能消除患儿对针灸的恐惧感或紧张感使其配合。重视操作手法及患儿配合度,灸疗疗效会随之提高。若在探查儿童的敏化穴时其不能描述深透、远传等特殊的灸感,则所探查之穴以局部痒感或者微微发红,周身适当出汗来判断。临床实践中发现假性近视(肝肾亏虚型)热敏现象出现以印堂、百会、足三里为多,故重点灸此处穴位。

**3.3 推拿调和脏腑阴阳以明目** 小儿推拿具有简便效佳、无副作用等优势,是患儿能长期坚持的一种绿色治疗手段。通过局部推拿使机体“外呼而内应”,可调动小儿脏腑经络气血以实现自我修复能力。研究显示<sup>[20,21]</sup>,眼周推拿疗法能显著增加眼及其附属器官的血运,调节屈光系统,缓解睫状肌痉挛,最终改善裸眼视力<sup>[22]</sup>。

**3.3.1 小儿特定部位推拿** 本研究首先以孙重山老先生提出的“四大手法”起式,分别起到调天人、脏腑、左右、前后之阴阳的作用,以接通人与外界之气,有助于壮元神、醒心神。小儿百脉汇于掌,通过补脾经、补肾经等手法健脾、补肾,则有助于胞睑开合,使目清神明。摩腹可改善脾胃功能、促进气血生化。捏脊能和脏腑、调阴阳、理气血、培元气。拿肩井收尾,结束手法。因小儿脏器清灵,随拨随应,其特定部位推拿不

能套用成人“持久、有力”的推拿原则,过强则激荡气血<sup>[23]</sup>,故在手法上更应重视“轻快柔和”<sup>[24]</sup>。

3.3.2 局部采用指压振颤手法 《素问·调经论》中记载该法为“按摩勿释,著针勿斥,移气于不足,神气乃得复”。它是一种综合震颤和点穴按压的复合手法,能使治疗局部产生振动和点穴双重效应。其中纵向、压力大、振幅大、频率慢、持续时间长的为振法;反之为颤法<sup>[25]</sup>。临床操作中需结合使用。该手法的综合效应是使局部感受器持续地将刺激信息传到中枢神经系统内,大脑整合振颤的效应而使机体发生调整。本手法可疏通经络,缓解局部肌肉痉挛<sup>[26]</sup>,调节自主神经功能,改善局部组织血流速度,且有明显的热效应<sup>[27]</sup>。施术时,当集功力于指腹处,调匀气息,意念凝神,轻快柔和、不重不飘、绵绵有律,以受术者局部有明显颤动感及温热舒适感为宜,才能有较恒定的动力学改变。

3.3.3 兼顾整体,涉及颈项脊背 随着时代的发展,学生学习压力普遍增高,儿童近距离伏案学习时间偏长,户外活动相对不足,颈背部肌肉时常处于紧张、痉挛的状态,局部经脉气血运行阻滞,因此罹患颈椎病及脊柱侧弯等疾病风险因素增加,而视神经营养通路受阻可直接影响视力。研究显示,颈椎病变是加剧近视的一个重要原因<sup>[28]</sup>。因此,放松颈背部肌肉,解除肌肉痉挛,促进经脉气血疏通,眼目亦能得其濡养,进而缓解局部睫状肌痉挛,改善视力情况<sup>[29]</sup>。

本研究采用醒脑开窍针刺法联合热敏灸及推拿综合疗法应用于防治儿童假性近视具有良好疗效。三法各有侧重,针刺侧重于调神醒神、通经活络;热敏灸通过激发经气感传,增强针刺调神导气之功;推拿善于调节脏腑阴阳,其轻快柔和手法能怡悦心神,使形与神俱,缓解疲劳。三法有机结合,可使神、精、气血、津液汇聚于眼部从而达到“阴阳合传而睛明”的功效,且安全可行,特别在后续长疗程维持阶段中彰显优势,今后可开展更长时间的随访及健康宣教以巩固疗效。

### 参考文献

[1]中华医学会眼科学会眼屈光学组.真、假性近视定义与分类标准(草案)[J].中华眼科杂志,1986,22(3):184.  
 [2]DONG L, KANG Y K, LI Y, et al. Prevalence and timetrends of myopia in children and adolescents in china: a systemic review and meta-analysis [J]. Retina, 2020, 40(3): 399-411.  
 [3]中国学校卫生. 2010年全国学生体质与健康调研结果[J]. 中国学校卫生, 2011, 32(9): 1024-1026.  
 [4]龚胜, 吴晓彤, 张莉唯, 等. 近视儿童眼调节功能的客观检查与分析

[J]. 眼科新进展, 2022, 42(12): 957-961.  
 [5]汪芳润, 尹忠贵, 杨晨皓. 论近视眼的分类[J]. 眼科, 2007, 16(5): 294-297.  
 [6]瞿佳. 眼视光学理论和方法[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 50.  
 [7]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: 94.  
 [8]曾庆华. 中医眼科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 244, 148-149.  
 [9]谢文彬. 复方托吡卡胺滴眼液与阿托品眼膏用于青少年假性近视临床治疗的效果分析[J]. 临床检验杂志(电子版), 2017, 6(2): 326-327.  
 [10]高伟. 穴位按摩结合增视汤治疗青少年假性近视疗效观察[J]. 中医临床研究, 2021, 13(2): 119-121.  
 [11]傅仁宇. 审视瑶函[M]. 郭君双, 赵艳, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2007.  
 [12]李夏珍, 高高新, 马芬, 等. 浅探“醒脑开窍”针刺法之“小醒脑”[J]. 中国针灸, 2016, 36(7): 779-780.  
 [13]陈璋莲, 倪光夏. “醒脑开窍”临床应用新进展[J]. 天津中药, 2013, 30(12): 765-768.  
 [14]韩李莎, 鲁海, 胡佳慧, 等. 印堂调神理论发微. 中华中医药杂志, 2020, 35(2): 687-689.  
 [15]刘宝芳. 上星透百会临床应用举隅. 针灸临床杂志, 2007, 23(5): 38-39.  
 [16]陈日新, 康明非. 腧穴热敏化及其临床意义[J]. 中医杂志, 2006, 47(12): 905-906.  
 [17]陈日新, 康明非. 灸之要, 气至而有效[J]. 中国针灸, 2008, 28(1): 44-46.  
 [18]陈日新. 神奇热敏灸: 有“感”就灸的新法艾灸[M]. 北京: 人民军医出版社, 2013: 12-15.  
 [19]董小玉, 陈日新, 张波, 等. 艾灸热敏腧穴产生舒适情感体验的临床观察[J]. 江西中医药, 2011, 42(1): 33-35.  
 [20]肖尧, 罗琴, 韩杰, 等. 基于数据挖掘探讨针灸推拿治疗假性近视的选穴规律研究[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(4): 48-54.  
 [21]SHAO J F, DONG C Y, CUN Y Z, et al. Ultrasonic modification of polyactic acid and polyglycolic acid acupoint catgut embedding monofilaments for juvenile pseudomyopia[J]. Textile Research Journal, 2019, 89(17): 3556-3566.  
 [22]王新宇, 张远洋, 陈从山. 清肝明目穴“一指禅推法”配合“特定小儿推拿”在假性近视中的疗效观察[J]. 川北医学院学报, 2020, 35(3): 443-445.  
 [23]廖品东. 论推拿医学的学术特点[J]. 按摩与导引, 1998, 14(3): 1-3.  
 [24]符明进. 小儿推拿[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2002: 22.  
 [25]王国才. 推拿手法学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 152-155.  
 [26]王永泉. 振动手法的生物学效应[J]. 生物医学工程研究, 2007(1): 104-105.  
 [27]梁爽, 高晶晶, 王峥, 等. 振法的研究进展[J]. 中医学报, 2020, 35(2): 291-294.  
 [28]张茜. 青少年近视与颈椎病变的关系浅探[J]. 中国热带医学, 2007, 7(11): 166-2167.  
 [29]周平, 张轶鸣, 洪欣, 等. 整脊结合局部推拿治疗青少年假性近视临床观察[J]. 云南中医学院学报, 2014, 37(2): 47-50.

(收稿日期: 2023-04-25)

(本文编辑: 金冠羽)