

ICS
C**

**.*.*.*



团体标准

T/CACM ****—202*
代替 T/CACM ****—****

儿童近视推拿疗法治未病技术规范

Technical guidelines of Tuina intervention for myopia in children

(文件类型：公示稿)

(完成时间：2024 年 7 月)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目次

| | |
|-----------------------------|----------|
| 目次..... | I |
| 前言..... | III |
| 引言..... | IV |
| 儿童近视推拿疗法治未病技术规范..... | 1 |
| 1 范围..... | 1 |
| 2 规范性引用文件..... | 1 |
| 3 术语和定义..... | 1 |
| 4 近视筛查..... | 2 |
| 4.1 危险因素..... | 2 |
| 4.2 西医诊断..... | 3 |
| 4.3 中医诊断..... | 5 |
| 5 推拿防治近视的有效性与安全性..... | 5 |
| 5.1 推拿防治近视有效性..... | 5 |
| 5.2 推拿防治近视安全性..... | 6 |
| 5.3 推拿干预建议..... | 6 |
| 5.4 眼保健操防治近视有效性..... | 6 |
| 6 儿童近视推拿防治方案..... | 7 |
| 6.1 操作原理和方法..... | 7 |
| 6.2 诊疗要求与步骤..... | 9 |
| 6.3 操作流程与要求..... | 9 |
| 6.4 操作后的处理..... | 11 |
| 6.5 适应证..... | 12 |
| 6.6 禁忌证..... | 12 |
| 6.7 操作注意事项..... | 12 |
| 6.8 不良事件与管理..... | 13 |
| 7 日常调护..... | 13 |

| | |
|-----------------------|-----------|
| 7.1 户外活动 | 13 |
| 7.2 近距离用眼 | 13 |
| 7.3 电子产品 | 13 |
| 7.4 视觉环境 | 13 |
| 7.5 生活习惯 | 14 |
| 8 近视随访监测 | 14 |
| 9 诊疗路径图 | 14 |
| 附录 A | 15 |
| 附录 B | 19 |

CACMVA 公共档案

前言

本文件按照GB/T1.1—2020《标准化工作导则第1部分:标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由北京中医药大学东直门医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位:北京中医药大学东直门医院、中国中医科学院眼科医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、长春中医药大学、首都医科大学附属北京儿童医院、重庆医科大学中医药学院、广东省中医院、北京中医药大学第三附属医院、天津中医药大学第一附属医院、山东中医药大学、福建中医药大学针灸学院、福建中医药大学附属国医堂、云南中医药大学第二附属医院、湖南中医药大学针灸推拿与康复学院、辽宁中医药大学针灸推拿学院、江西中医药大学附属医院、陕西中医药大学附属医院、山西中医药大学附属中西医结合医院、新疆维吾尔自治区中医医院、贵州中医药大学第二附属医院、首都医科大学附属北京同仁医院、成都中医药大学银海眼科医院、甘肃中医药大学附属医院、浙江大学医学院附属第一医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、首都医科大学附属北京儿童医院、首都医科大学宣武医院、大连市中医医院、北京中医药大学东方医院、北京中医药大学生命科学学院、河南中医药大学针灸推拿学院、北京市和平里医院、上海中医药大学。

本文件主要起草人:陈红、王影、孙武权、王宇峰、何强

本文件其他起草人:白鹏、车旭东、迟振海、陈宏、黄安、姜苗、康敏、冷丽、李华南、李静、林丽莉、刘雅莉、刘应科、缪馨、邱礼新、邱丽漪、沈潜、施维、孙河、孙亚男、邵先桃、唐成林、王波、王程、王德军、王冬梅、王剑勇、王列、王卫刚、吴大嵘、颀瑞萍、严晓慧、杨沫、于长禾、张素芳、赵鉴秋、郑娟娟(按姓名拼音排序)

引 言

本文件编写的主要目的是构建儿童近视推拿疗法治未病技术规范。近视是全球重大公共卫生问题，在我国呈低龄、高发的特征，已成为影响儿童健康素质的重大问题。中医药在近视防控领域具有不可替代的优势，在近视的不同阶段使用中医药特色诊疗技术进行干预，如耳穴压丸、针刺、灸法、推拿、中药等，能够起到预防近视的发生、控制近视的发展、预防和治疗病理性近视引起的并发症等作用。

推拿作为中医传统非药物疗法，与其他非药物疗法相比，在儿童近视防治方面有其突出优势。推拿疗法具有非侵入性、无毒副作用的特点，适用于各年龄段和体质的人群，在临床实操中可以有效预防近视发生、控制近视进展。因其经济简便，不受医疗设备条件的限制，且操作便利，易于推广及掌握。眼保健操是根据中医的推拿、经络理论发展而来的一种自我按摩方法，旨在通过对眼部周围特定穴位的按摩缓解眼睛疲劳、提高视力并预防眼疾。眼保健操可以看作是中医眼部推拿的简化形式，适合自我练习以维护眼部健康。在实际应用中，根据患者的具体情况和需求，推拿可与其他疗法相结合，制定个性化的治疗方案，以达到最佳的治疗效果。但如今推拿疗法存在流派众多、临床从业人员技能水平参差不齐、循证医学证据不足等诸多限制，推拿防治近视的有效性仍然备受争议。临床指南作为规范和标准化临床实践的准则，目前国内尚无儿童近视推拿疗法治未病的技术规范。为进一步规范推拿技术，为临床医生、儿童及其家长提供推拿防治儿童近视的最佳治疗方案，提高防治效果，开展本文件的制定工作。

本文件对推拿防治儿童近视的有效性、安全性等临床问题的循证医学证据采用 GRADE 方法（grading of recommendations assessment development and evaluation）进行分级（高级—A 级，中级—B 级，低级—C 级，极低级—D 级）。专家共识意见的形成采用名义组法，基于证据的临床问题采用证据到决策方法（evidence to decision, EtD），综合考虑问题优先度、证据可信度、利弊平衡、患者可接受性及可行性等方面因素，形成“推荐意见”，不可通过证据回答的临床问题则基于专家经验形成“良好实践声明（good practice statement, GPS）”^[1]。本文件通过专家访谈、文献研究、德尔斐问卷调查和专家共识会议，构建儿童近视推拿疗法治未病技术规范，包括目标人群、中西医基础理论、推拿疗法设计原则及推拿防治技术方案。

本文件是在充分搜集和整理文献证据以及不断征求行业内知名专家意见的基础上编制而成。在本文件形成推荐意见过程中，工作组成员及参与论证的有关专家通过各级医院开展临床调研，充分考虑各级医疗机构近视推拿治未病现状、患者偏好、医保政策等要求，兼顾有效性、安全性和经济性等形成推荐意见。本文件通过审评后，将通过发布会、规范应用推广培训班、继续教育学习班、学术会议、学术期刊等多种渠道宣传、贯彻、实施，在行业内推广应用。

本文件研制经费由北京中医药大学双一流学科建设项目资助，资助单位的观点或利益不会影响最终推荐建议的形成。所有共识参与作者均声明不存在利益冲突。本文件计划定期更新，由工作组通过文献研究和专家讨论相结合的方式实现更新。

儿童近视推拿疗法治未病技术规范

1 范围

本文件提出了儿童近视推拿疗法治未病的技术规范、操作方法和注意事项。

本文件适用于3~18周岁儿童，诊断为生理性远视储备不足、近视临床前期、假性近视、真性近视的防治。

本文件适用于各级中医、中西医及其他开展推拿疗法的医疗机构，可供中医儿科、眼科、推拿科、康复科等科室的医生、技师或护士等相关从人员使用，西医相关人员可作参考，儿童及其家长在校、居家可作参考。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

推拿 Tuina

运用特定的手法作用于特定部位，调整人体脏腑、气血、经络功能，从而达到防病、治病目的的一种外治法^[2]。

3.2

近视 Myopia

近视是人眼在调节放松状态下，平行光线经眼球屈光系统后聚焦在视网膜之前的病理状态。近视是屈光不正的一种类型，其表现为远视力下降^[3]。

3.3

视力 Vision

眼睛能够分辨的外界 2 个物点间最小距离的能力^[3]。

3.4

裸眼视力 Naked vision

未矫正视力；未经任何光学镜片矫正所测得的视力。包括裸眼远视力和裸眼近视力^[3]。

3.5

眼轴 Axis of eyeball

角膜正中到视神经与视网膜黄斑中心凹之间的一条假设线，是眼球前后径的长度。眼轴会随着身体长高不断发育^[3]。

3.6

屈光度 Diopter

屈光现象大小（屈光力）的单位，以“D”表示。平行光线经过眼的屈光系统聚集在 1m 焦距上，眼的屈光力为 1 屈光度或 1.00D。通常用眼镜的度数来反映屈光度，屈光度的数值乘以 100 就是度数，例如 200 度的近视镜屈光度为-2.00D，150 度的远视镜的屈光度为 +1.50D^[3]。

3.7

远视储备量 Hyperopia reserve

正视化前的远视大多为生理性远视，是一种“远视储备”，可理解为“对抗”发展为近视的“缓冲区”^[3]。远视储备量不足：近视力正常，裸眼远视力也正常，但睫状肌麻痹验光后其远视度数低于生理值。

3.8

近视临床前期 Premyopia

眼睛调节静止后等效球镜度数（spherical equivalent, SE） $\leq +0.75D$ 且 $> -0.50D$ 的屈光状态，结合基线屈光度、年龄和其他可量化的风险因素，有足够的可能性未来发展为近视。

（注：等效球镜度数 SE=球镜度+1/2 柱镜度）

3.9

能近怯远

既是症状又是病名，在《内经》中属“目昏”范畴。隋·巢元方《诸病源候论》中有“目不能远视”之论；元·倪维德《原机启微》称为“能近视不能远视”；明·傅仁宇《审视瑶函·内障》称“能近怯远症”；王肯堂《证治准绳·杂病·七窍门》称经常眯眼视物者为“近觑”；清·黄庭镜《目经大成》称之为“近视”。近视程度较重者，常喜眯眼视物，因而又有“觑眼”之称^[4]。

4 近视筛查

4.1 危险因素

4.1.1 不可控因素

4.1.1.1 父母的近视情况

一些流行病学研究认为父母的近视情况对子女的近视患病率有影响，父母均患近视的儿童发生近视的概率更高^[5]。一项研究报道，（13.7±0.5）岁的儿童中，父母双方均为正视、父母一方近视和父母双方都近视儿童的近视发生率分别为6.3%、18.2%和32.9%^[6]。

4.1.1.2 年龄

对不同省份不同学龄段儿童近视患病率进行流行病学调查分析，结果表明近视患病率与年龄呈正相关^{[7][11]}。其中中学生近视率居高不下，可能与此阶段青少年眼球发育处于高峰，且学业负担大、用眼强度高有关。

4.1.1.3 城乡差别

国内外研究表明近视发生率具有明显的城乡差别。在一二线城市的青少年近视率比较高,如北京地区12岁儿童近视患病率为70.9%,而农村地区相对较低,如内陆西南部的重庆永川区青少年的近视率14.87%^{[12][13]}。可能与父母的工作及文化水平、家庭教育、学习环境等相关,此外农村地区儿童娱乐活动主要以户外活动为主,城市儿童以电子产品使用为主也是差异产生的重要原因^[14]。

4.1.1.4 性别

一项2018年在江苏进行的儿童近视患病率横断面研究表明江苏海州区小学、初中、高中的男生近视率分别为35.27%、73.76%和90.91%,而女生的近视率分别为42.95%、86.8%和95.29%,各年龄段女生近视患病率均高于男生。女生比男生更早患上近视,可能与女生在青春期生长发育过程中比男生发育速度快,眼球发育也因此相对快且易受环境因素影响有关,也可能与女生相对比较安静,学习时间长因素有关^[14]。

4.1.1.5 母亲生育年龄

一项北京市区学生屈光不正与父母生育年龄的研究证明了子女近视程度与母亲生育年龄呈正相关,这种关联性在母亲生育年龄>35岁时更强^[15]。父母生育年龄越大,其后代患近视的风险及近视程度也越高^[14]。

4.1.2 可控因素

4.1.2.1 近视矫正

眼镜矫正仍是非高度近视最常用的非手术疗法,然而由于种种原因,相当多的近视儿童无法及时接受配镜矫正,或者配戴的眼镜不合适。不同程度的屈光矫正及未矫正对近视者屈光演变过程有影响,过度矫正及未矫正均可加速近视的发展^[16]。

4.1.2.2 照明条件

照明条件对近视的影响主要表现为光照强弱与照明灯种类两方面。研究证实,暴露于>3000lux的光照条件下,有助于抑制近视的发展。室外晴天荫蔽处光照强度约为15000lux,而室内照明条件大多<1000lux,室外光照充足可能是参加户外运动能抑制近视的主要原因^{[17][18]}。一项对2346名使用LED灯、白炽灯和荧光灯做家庭作业的13~14岁中国儿童的研究发现,使用LED灯做作业的儿童近视的患病率更高且眼轴长度更长^[19]。

4.1.2.3 用眼习惯

一项儿童近视多因素调查显示,观看电视距离<3 m、阅读书籍距离<20 cm、笔尖距指尖距离<2 cm等与儿童近视显著相关。随着用眼距离逐渐变近,患近视风险逐渐升高^[20]。

4.1.2.4 户外运动

一项研究显示,学生每天放学后增加40 min的体育运动且周末与寒假暑假坚持进行户外运动,3年间试验组学生比对照组近视少增长-0.17D^[21]。随着户外运动频率和时间的增加,青少年近视患病风险有所降低。

4.2 西医诊断

4.2.1 近视定义

根据睫状肌麻痹后等效球镜度 $SE \leq -0.50D$ 诊断为近视,包括近视临床前期、低度近视和高度近视。

- 1) 近视临床前期: $-0.50D < SE \leq +0.75D$
- 2) 低度近视: $-6.00D < SE \leq -0.50D$
- 3) 高度近视: $SE \leq -6.00D$

4.2.2 临床症状

初期可伴有远距离视力不稳,用眼易疲劳、注视远处物体时眯眼、歪头等。近视度数较高者,除远视力差外,常伴有夜间视力差、飞蚊症、漂浮物、闪光感等症状,并可发生程度不等的眼底改变。

4.2.3 近视分类

4.2.3.1 按照是否有调节作用参与,可将近视分为假性近视、真性近视和混合性近视。

1) 假性近视:又称为“调节性近视”、“暂时性近视”,是由于过度刺激眼部调节功能或睫状肌痉挛而引起所测近视屈光度的过矫。尽管持续性调节痉挛呈现近视甚至高度近视状态;但使用睫状肌麻痹剂放松调节后,近视度数消失,呈现为正视或远视。

2) 真性近视:是指用睫状肌麻痹剂放松调节后, $SE \leq -0.50D$ 。

3) 混合性近视:是指使用睫状肌麻痹剂放松调节后,近视度数明显降低,但未恢复至近视临床前期或远视状态。

4.2.3.2 按照近视的程度分类,可将近视分为低度近视和高度近视。

1) 低度近视:眼睛调节静止后, $-6.00D < SE \leq -0.50D$ 的屈光状态。

2) 高度近视:眼睛调节静止后, $SE \leq -6.00D$ 的屈光状态。

4.2.3.3 根据屈光成分,可将近视分为屈光性近视和轴性近视。

1) 屈光性近视:是指眼轴在正常范围内,由于晶状体等屈光因素改变,使平行光线进入眼内聚焦在视网膜前形成的近视。屈光性近视主要是受眼科疾病以及其他因素引起角膜、晶状体等病变而导致的近视。

2) 轴性近视:一般是指真性近视,即眼轴伸长使平行光线进入眼内聚焦在视网膜前而引起的近视。

4.2.3.4 根据近视病程进展和病理变化,可将近视分为单纯性近视和病理性近视。

1) 单纯性近视:多指眼球在发育期发展的近视,发育停止,近视也趋于稳定,一般 $SE > -6.00D$ 。其中绝大多数患者的眼底无病理变化,用适当光学镜片即可将视力矫正至正常。

2) 病理性近视:多指发育停止后近视仍在发展,并伴发眼底病理性变化的近视类型,亦称为进行性近视,大多数患者的 $SE \leq -6.00D$ 。患者常伴发近视弧形斑、漆裂纹、脉络膜新生血管、黄斑脉络膜萎缩、视网膜脱离、后巩膜葡萄肿等眼底病理性变化。

4.2.4 近视检查

1) 学龄前儿童(3~6周岁,包含6岁):眼前节检查、裸眼和矫正远视力、睫状肌麻痹验光、眼球生物学参数检查,根据需要可进行眼位、调节功能、融像功能、立体视等视功能检查。

2) 学龄期儿童(7~18周岁,包含18岁):眼前节及眼底检查、裸眼和矫正远视力、睫状肌麻痹验光,眼轴长度、角膜曲率等眼球生物学参数检查。近视常合并双眼视功能异常,易引起视物模糊、复视等症状,因此在近视检查时,视功能的检查也非常重要。7~18周岁常进行

的视功能检查内容包括远距离和近距离隐斜量、正负相对调节、调节反应、调节灵敏度、调节幅度、Worth 4点、正负融像性聚散、立体视等^[22]。

4.3 中医诊断

临床问题：近视的辨证分型有哪些？

推荐意见：儿童近视常见肝肾亏虚证、阳气不足证、气血不足证、脾虚气弱证、气滞血瘀证。辨证依据参考《儿童青少年近视中西医结合诊疗指南》^{错误!未找到引用源。}。（GPS）

1) 肝肾亏虚证：视近清晰，视远模糊。兼有身体虚弱，盗汗，夜惊，遗尿，多动易燥。舌淡，脉弱。

2) 阳气不足证：视近清晰，视远模糊。兼见面色少华，心悸神疲，健忘多梦，情绪抑郁或烦躁易怒。舌淡胖或紫暗，苔白滑，脉弱，或微细、沉迟无力，或结、代。

3) 气血不足证：视近清楚，视远模糊，全身兼见头晕失眠，气短身疲，少气懒言，食欲不振。舌淡，苔白，脉细无力。

4) 脾虚气弱证：视近清晰，视远模糊，视疲劳，喜垂闭。或病后体弱，食欲不振，四肢乏力。舌淡红，苔薄白，脉弱。

5) 气滞血瘀证：近视清晰，远视模糊，久视则眼球酸胀，干涩疼痛，目眶紫暗，眉棱骨疼；或见情志不舒，头晕，耳鸣，视疲劳。舌暗，脉弦或涩。

证据描述：统计儿童近视相关文献出现证型及频次，排名前 10%的证型作为备选，按照共识率 60%为标准进行德尔菲问卷调查，并参考《儿童青少年近视中西医结合诊疗指南》^{错误!未找到引用源。}确定证型及其辨证内容。基于文献形成的备选证型有阳气不足证、气血不足证、肝肾亏虚证、肾阳亏虚证、脾虚湿滞证、脾虚气弱证、精血亏虚证。Delphi 共识问卷结果对肝肾亏虚证、阳气不足证、气血不足证、脾虚气弱证达成共识，参考专家补充意见及《儿童青少年近视中西医结合诊疗指南》^{错误!未找到引用源。}补充气滞血瘀证。

5 推拿防治近视的有效性与安全性

5.1 推拿防治近视有效性

临床问题：推拿是否可以防治近视？

推荐意见：a) 推拿联合其他疗法与其他疗法对比：在未病先防方面，可以提高总有效率（B 级证据，弱推荐）、降低近视发生率（C 级证据，弱推荐）、控制屈光度进展（D 级证据，弱推荐）、控制眼轴进展（D 级证据，弱推荐）、改善晶状体调节幅度（C 级证据，弱推荐）、改善裸眼视力（C 级证据，弱推荐）。在既病防变方面，可以提高总有效率（B 级证据，弱推荐）。b) 推拿与其他疗法对比：在未病先防方面，可以提高总有效率（C 级证据，弱推荐）、改善裸眼视力（C 级证据，弱推荐）、控制屈光度进展（D 级证据，弱推荐）。在既病防变方面，可以改善晶状体调节灵敏度（C 级证据，弱推荐）。

证据描述：

1) 推拿联合其他疗法对比其他疗法

①未病先防相关研究：3项 RCT 研究^{[23]-[24], [26]}的 meta 分析提示推拿联合疗法在总有效率[RR: 1.23, 95%CI: (1.12, 1.35)]提高方面高于单纯使用其他疗法。1项 RCT 研究^[27]提示推拿联合配镜在6年近视发生率[RR: 0.74, 95%CI: (0.44, 1.24)]与单纯使用其他疗法无明显差异。其中第3年[RR: 0.21, 95%CI: (0.01, 4.21)], 第4年[RR: 0.34, 95%CI: (0.07, 1.64)], 第5年[RR: 0.46, 95%CI: (0.21, 0.98)]。1项 RCT 研究^[27]提示推拿联合疗法在屈光度[MD: 0.75, 95%CI: (0.51, 0.99)]改善方面高于单纯使用其他疗法。2项 RCT 研究^{[27]-[28]}的 meta 分析提示推拿联合疗法在眼轴[MD: -1.60, 95%CI: (-4.50, 1.30)]改善方面与单纯使用其他疗法差异无统计学意义。1项 RCT 研究^[28]提示推拿联合疗法在晶状体调节幅度[MD: 1.87, 95%CI: (0.56, 3.18)]改善方面高于单纯使用其他疗法。1项 RCT 研究^[25]提示推拿联合疗法在裸眼视力[MD: 0.10, 95%CI: (0.01, 0.19)]改善方面高于单纯使用其他疗法。

②既病防变相关研究：5项 RCT 研究^{[29]-[33]}的 meta 分析提示推拿联合疗法在总有效率[RR: 1.17, 95%CI: (1.09, 1.26)]提高方面高于单纯使用其他疗法。

2) 推拿对比其他疗法

①未病先防相关研究：2项 RCT 研究^{[34]-[35]}的 meta 分析提示推拿在总有效率[RR: 1.27, 95%CI: (1.12, 1.44)]提高方面高于单纯使用其他疗法。2项 RCT 研究^{[34]-[35]}的 meta 分析提示推拿在裸眼视力[MD: 0.07, 95%CI: (0.04, 0.11)]改善方面高于单纯使用其他疗法。2项 RCT 研究^{[34]-[35]}的 meta 分析提示推拿在屈光度[MD: 0.04, 95%CI: (-0.45, 0.53)]改善方面与单纯使用其他疗法差异无统计学意义。

②既病防变相关研究：2项 RCT 研究^{[36]-[37]}的 meta 分析提示推拿在晶状体调节灵敏度[MD: 0.61, 95%CI: (-2.37, 3.60)]改善方面与单纯使用其他疗法差异无统计学意义。

5.2 推拿防治近视安全性

临床问题：推拿防治近视的安全性？

推荐意见：推拿防控儿童假性近视、单纯性低度近视安全性好，不良反应少（C级证据，强推荐）。

证据描述：3项推拿相关的 RCT 研究^{[30],[38]-[39]}报道推拿在治疗假性近视、单纯性低度近视中未出现不良反应。

5.3 推拿干预建议

临床问题：推拿防治近视的注意事项有哪些？

推荐意见：发现视力减低应尽早干预。推拿治疗期间应避免用眼过度。（GPS）

证据描述：在18周岁及以下假性近视的儿童中，年龄越小，近视程度越低，推拿治疗效果越好。在治疗过程中，患者应积极配合，治疗期间注意用眼适度，避免眼睛过度疲劳，以提高推拿的效果，最终达到提高视力的目的。33位专家参与指南共识会议（共识率100%，33/33位专家达成共识）。

5.4 眼保健操防治近视有效性

临床问题：眼保健操是否可以防治近视？

推荐意见：标准规范地做眼保健操可以降低近视发生风险。（C级证据，强推荐）

证据描述：纳入14项观察性研究的meta分析提示儿童做眼保健操与不做眼保健操相比，近视发生风险更低 [OR: 0.79, 95%CI: (0.71, 0.89)]。根据眼保健操日频率（不区分日频率、1次/天、≥2次/天）进行亚组分析。结果显示：1次/天亚组两组差异无统计学意义，其余两组结果均未发生改变。纳入8项观察性研究的meta分析提示经常或坚持做眼保健操是儿童近视发生的保护因素 [OR: 0.75, 95%CI: (0.69, 0.81)]。纳入5项观察性研究的meta分析提示，做眼保健操态度认真与态度一般或不认真相比，近视发生风险更低 [OR: 0.47, 95%CI: (0.40, 0.55)]。纳入2项观察性研究的meta分析提示正确规范地做眼保健操与不正确规范地做眼保健操相比，近视发生风险更低 [OR: 0.86, 95%CI: (0.76, 0.97)]。认识穴位、校外额外做眼保健操、做眼保健操速度、是否通过专业人员教导与儿童近视发生无明显相关性^[40]。

6 儿童近视推拿防治方案

6.1 操作原理和方法

6.1.1 推拿干预原理

使用中医技术规范保健或治疗应遵循标准的诊疗规范，并具备基本的急救护理常识。提供定期的眼保健服务，包括视力检查和眼睛疾病的预防和治疗。运用整体观念和辨证论治进行个体化施治。

6.1.2 儿童近视未病先防

临床问题：如何定义近视防治的未病先防阶段？

推荐意见：儿童近视未病先防，指年龄在18周岁及以下患儿，防止由视力正常、近视临床前期或假性近视转变为真性近视。（GPS）

证据描述：基于《儿童青少年近视中西医结合诊疗指南》^{错误!未找到引用源。}和《从“治未病”角度探讨青少年调节性近视的防治》^[41]描述近视“未病先防”，随着远视儿童的年龄增长，其远视储备量逐渐降低，屈光状态由远视逐渐向正视及近视发展。儿童处于近视临床前期或假性近视，其远视储备值较少，眼轴增长相对较快、调节功能下降，如果同时存在户外活动时间不足、近距离用眼强度较大、父母双方或一方近视等高危因素，近期发生近视的风险极高，可结合用眼行为干预和视光学方法建立正常视功能，防治假性近视，从而避免真性近视的发生。183位专家参与Delphi共识问卷调查（95.1%，174/183位专家达成共识）；8位专家参与指南共识会议（100%，8/8位专家达成共识）。

6.1.3 儿童近视既病防变

临床问题：如何定义近视防治的既病防变阶段？

推荐意见：儿童近视既病防变，指年龄18周岁及以下患儿，延缓真性近视进展，或防止由低度近视转变为高度近视甚至进一步发展为病理性近视。（GPS）

证据描述：基于《儿童青少年近视中西医结合诊疗指南》错误：未找到引用源。描述近视“既病防变”，近视儿童的屈光度每年均会出现不同程度的下降，目前尚无有效的治疗方法。发生近视的年龄小、角膜曲率较陡峭、眼轴长度/角膜曲率半径>3、相应年龄眼轴长度的年增长量较多、近视增长每年超过0.75D的儿童近视进展较快，应及时进行近视进展和高度近视的预警。在健康宣教、维持良好用眼行为的基础上，应用推拿技术控制近视度数加深，延缓低度近视发展为高度近视。183位专家参与Delphi共识问卷调查（94.5%，173/183位专家达成共识）；8位专家参与指南共识会议（100%，8/8位专家达成共识）。

6.1.4 儿童近视推拿干预策略

临床问题：推拿防治近视的干预策略？

推荐意见：近视推拿治未病方案采用基础方案和辨证方案结合的干预策略。以未病先防取穴方案为基础，既病防变取穴方案在前者方案上增加穴位；在未病先防、既病防变阶段，实施者辨证取穴进行相应推拿操作。（GPS）

证据描述：未病先防和既病防变在近视发生、发展过程中有轻重之分，近视的“既病防变”方案较“未病先防”方案穴位选择更多。76位专家参与Delphi共识问卷调查（98.68%，75/76位专家达成共识）。在“未病先防”和“既病防变”推拿治未病方案中，医生可以采用同一套辨证论治加减穴位的治疗方案。76位专家参与Delphi共识问卷调查（97.37%，74/76位专家达成共识）；41位专家参与指南共识会议（100%，41/41位专家达成共识）。

6.1.5 推拿防治近视取穴方案

临床问题：推拿/眼保健操防治近视的取穴方案？

推荐意见：治未病取穴方案见8.3.1.2。（GPS）

证据描述：统计儿童近视推拿治疗相关文献出现穴位及频次，频次排名前20%的穴位作为主要备选穴位，20%~60%作为后备穴位，并设置开放选项供专家补充穴位；按照穴位的共识率85%为标准，确定未病先防和既病防变基础取穴方案。辨证取穴方案，以文献报告推拿处方和核心专家组经验提供的穴位为主要备选穴位，设置开放选项供专家提供穴位；按照穴位的共识率85%为标准，确定辨证取穴方案。未病先防取穴方案确定14个穴位，共识率85.33%~98.67%，既病防变取穴方案确定21个穴位，共识率85.33%~100%，辨证取穴方案共确定25个穴位，共识率85.14%~100%。

6.1.6 无证可辨人群

临床问题：针对无证可辨（辨证证据不足）^[41]的人群，如何进行推拿治疗？

推荐意见：近视防治面临“无证可辨”的情况，临床上，实施者可只采用基础方案进行治疗。（GPS）

证据描述：近视防治面临“无证可辨”的情况，临床上，实施者可只采用基础方案进行治疗。76位专家参与Delphi共识问卷调查（100%，76/76位专家达成共识）；33位专家参与指南共识会议（100%，33/33位专家达成共识）。

6.1.7 居家方案

临床问题：眼保健操是否可以作为居家方案进行防治？

推荐意见：无论近视与否，均可以采用眼保健操进行近视防治。（GPS）

证据描述：基于现有证据^[40]，做眼保健操、眼保健操频率 ≥ 2 次/天、经常或坚持做眼保健操、认真做眼保健操、正确规范做眼保健操可预防儿童近视的发生。专家共识认为无论近视与否，均可以采用眼保健操进行近视防治，尤其是条件限制或无法去医院接受推拿治疗的儿童。76位专家参与Delphi共识问卷调查（100%，76/76位专家达成共识）；33位专家参与指南共识会议（100%，33/33位专家达成共识）。

6.2 诊疗要求与步骤

6.2.1 知识和技能要求

1) 中医、西医知识与技能：实施者应该掌握近视相关中西医知识。实施者具有收集和整合患者临床表现，解读相关检查及结果，进行近视诊断的能力。实施者具有望闻问切，进行中医疾病及证型的诊断，并根据中医诊断选择相应推拿方案的能力。

2) 中医技术知识与技能：实施者应该掌握近视推拿常用穴位及其定位、操作手法；了解、识别适应证及禁忌证，遵守注意事项；具备识别及处理不良事件的能力。

6.2.2 诊疗步骤

1) 问诊：包括一般情况（姓名、性别、年龄）、主诉、现病史、既往史（包括带镜史）、家族史、过敏史等。

2) 查体：中医按望、闻、切诊顺序进行，西医进行眼前后节、裸眼和矫正远视力、睫状肌麻痹验光、眼球生物学参数检查等眼科检测，根据需要可进行眼位、调节功能、融像功能、立体视等视功能检查。

3) 确定中西医诊断：根据收集到的临床信息确定疾病的中西医诊断及辨证分型，排除近视推拿相关禁忌证，依据诊断选择对应的技术方案。

6.3 操作流程与要求

6.3.1 医疗机构操作

6.3.1.1 操作准备

清洁：操作者应认真清洗或使用免洗消毒液清洁双手，保持手部清洁，避免交叉感染。

体位：施术者取坐位，根据施术穴位指导患者取仰卧位或俯卧位，充分暴露施术部位。

治疗部位：主要为面部眼周，四肢部取穴根据患者临床情况选择单侧或双侧取穴。

环境：治疗选择通风、安静的地方，室内保持干净整洁、适宜的温度和湿度，空气流通，光线柔和，避免光源直射患儿眼睛。

器具：诊疗床、诊疗椅、治疗巾、必要消毒设备、介质（介质根据实际情况选用，眼周不建议使用介质）。

6.3.1.2 治未病方案的取穴

6.3.1.2.1 未病先防阶段取穴

- 面部：天门、坎宫、太阳；
- 眼周：睛明、攒竹、鱼腰、阳白、丝竹空、瞳子髻、四白、承泣；
- 颈项部：风池、翳明；
- 四肢部：光明。

6.3.1.2.2 既病防变阶段取穴

- 面部：同上；
- 眼周：增加球后、正光；
- 头部：增加神庭、百会；
- 颈项部：增加肩井；
- 四肢部：增加养老、合谷。

6.3.1.2.3 辨证取穴

- 肝肾亏虚：肝俞、肾俞、命门、三阴交、太冲、太溪等；
- 阳气不足：厥阴俞、心俞、膈俞、养老、神门、内关等；
- 气血不足：脾俞、中脘、足三里、三阴交等；
- 脾虚气弱：脾俞、胃俞、中脘、足三里、三阴交等；
- 气滞血瘀：膈俞、合谷、太冲、血海等。

6.3.1.3 操作

- 开天门：以两拇指桡侧或指端自下而上（即从两眉中间至前发际）交替直推。
- 推坎宫：以两拇指桡侧或指端自眉头起沿眉向眉梢作分推，其余四指放于头部两侧以固定。
- 揉太阳、睛明、攒竹、鱼腰、阳白、丝竹空、瞳子髻、四白、承泣：用拇指或中指指腹揉之。
- 鱼际揉前额、眶周、颧周：用鱼际着力作轻柔缓和的环转运动，并带动皮下组织一起依次揉动2分钟，眼眶周围沿横“8”字路线操作。
- 揉颈项部：由下至上揉半分钟；揉风池、翳明各半分钟。
- 揉光明：用拇指指腹揉之。
- 揉球后、正光：用中指指腹揉之。
- 揉神庭、百会：用拇指指端、中指指端或掌根揉之。
- 拿肩井：以拇指与其余四指相对，拇指在后，四指在前，拇指与四指指间关节伸直，掌指关节屈曲，拇指与四指相对用力，提起拿捏捻搓整个肩部肌肉，使肩井穴被夹持于手掌中，然后缓缓放下，交替进行。
- 揉光明、养老、合谷：用拇指指腹揉之。
- 揉厥阴俞、心俞、膈俞、肝俞、脾俞、胃俞、肾俞、命门、中脘、合谷、养老、神门、内关、足三里、血海、三阴交、太冲、太溪：用拇指指端揉之。

6.3.1.4 操作要点

手法应轻快柔和、平稳着实，强度以患者耐受为度，按揉穴位有得气感，每个穴位操作时间 30 秒~1 分钟，按揉频率 100~120 次/分，推荐顺序为先头面，再躯干，最后四肢。

6.3.1.5 疗程

每周推拿 4~5 次，推拿 4 周为 1 疗程，推拿操作不少于 4 个疗程，疗程间休息 1 周，视病情轻重可增加疗程。

6.3.2 居家操作

6.3.2.1 操作准备

找一个安静、舒适、洁净的环境。用肥皂洗手，确保面部、双手清洁，修剪指甲。坐姿端正，自然放松，头部不要过仰也不要过于前倾。

6.3.2.2 处方

- 眼周：攒竹、四白、太阳、睛明、鱼腰；
- 头及颈项部：风池、耳垂眼穴、头部督脉循行部位。

6.3.2.3 操作

旧版操作：按揉攒竹穴；按揉睛明穴；按揉四白穴；按揉太阳穴；轮刮眼眶。《1972 版眼保健操》

新版（一）操作：按揉耳垂眼穴，脚趾抓地；按揉太阳穴，刮上眼眶；按揉四白穴；按揉风池穴；按头部督脉穴。《2008 版眼保健操》

新版（二）操作：按揉攒竹穴；按压睛明穴；按揉四白穴；按揉太阳穴刮上眼眶；按揉风池穴；揉捏耳垂、脚趾抓地。《第六套《眼保健操》》

6.3.2.4 技术要求

眼保健操以“准确、足时、足量、持久”八字方针为核心基础，具体是指取穴准确，按摩一定要够力量，以感到有酸胀感为度，但不可用力太过，损伤皮肤，同时按摩时间要足够，每个穴位 4 个八拍，每天坚持做 2~3 次^[3]。

6.3.2.5 疗程

在未病先防、既病防变阶段，患者均可使用。每周推拿 4~5 次，推拿 4 周为 1 疗程，推拿操作不少于 4 个疗程，疗程间休息 1 周，视病情轻重可增加疗程。

6.4 操作后的处理

6.4.1 补充水分

推拿能够加快人体的血液循环从而提高新陈代谢的效率，会消耗掉人体的部分水分，应适时补充水分。

6.4.2 适当活动

推拿后全身的肌肉都处于一种休息状态，大脑也属于放松阶段，因此建议推拿后先休息一段时间才能慢慢活动，且活动强度不宜过大，防止久躺后立即活动出现头晕或者体位性低血压的情况。

6.4.3 加强保暖

推拿后，全身的汗毛孔处于打开状态，容易受到外界冷空气的侵袭，此时需要注意保暖，多穿衣服，避免喝冷饮，防止受凉，而且身体推拿后不能立即洗澡，以防受凉。

6.4.4 用眼适度

治疗期间应配合养成良好的用眼习惯，纠正不良学习姿势，避免长时间用眼。减少电子产品接触时间，增加户外运动时间。

6.5 适应证

- 1) 18 周岁及以下儿童。
- 2) 诊断为生理性远视储备不足、近视临床前期、假性近视、低度近视或高度近视者。

6.6 禁忌证

6.6.1 绝对禁忌证

- 1) 国家法律规定的甲类、部分乙类和部分丙类传染性疾病；
- 2) 有出血倾向的疾病，如血小板减少性紫癜、血友病、过敏性紫癜等；
- 3) 操作部位属于骨折初期、骨与关节的感染性疾病或肿瘤；
- 4) 操作部位皮肤有破损者，以及皮肤过敏者；
- 5) 诊断不明的哭闹、精神不振者；
- 6) 患有青光眼、白内障、糖尿病性视网膜病变等眼部疾病患者；
- 7) 各种危、急、重症者；
- 8) 患有某种精神类疾病，不能与医师合作者。

6.6.2 相对禁忌证

- 1) 各种皮肤疾病处，以及皮肤有破损（发生烧伤、烫伤、擦伤、裂伤等）、不明肿块、伤口瘢痕，应先保护或处理疾病部位后在健康部位推拿。
- 2) 患有眼表疾病患者，如角膜炎、结膜炎、麦粒肿等，应待相应疾病治疗好转后再进行推拿治疗。

6.7 操作注意事项

- 1) 施术者手部清洁，修剪指甲，不可佩戴戒指、手镯等饰品。确认受术者受术部位肌肤无破损。
- 2) 手法力度适中，以受术者耐受为度。
- 3) 注意不要压迫受术者眼球及颈部动脉。
- 4) 避免在受术者过饥或过饱情况下进行操作。

5) 受术者避免化妆或应在治疗前卸妆。

6.8 不良事件与管理

1) 在推拿过程中，若受术者对于推拿介质过敏，应停止操作，于皮肤科就诊。

2) 操作者若用力过度，可能造成受术者皮下毛细血管出血。少量皮下出血可不予特殊处理，让其自行吸收。瘀血较多者，可给予适当热敷或外用化瘀药物。

3) 若推拿不慎伤及眼球，立即停止手法操作，休息观察片刻，如症状不缓解，于眼科就诊。

4) 眼周穴位推拿时注意定位准确，手法轻柔，吸定操作。推拿过程中与受术者沟通是否有压迫感、不适感。

5) 局部出现适度酸胀属正常，如受术者不能忍受，应减轻手法力度，如出现局部红肿疼痛，立即停止手法操作。局部皮肤可能出现充血泛红，片刻后可恢复正常，属推拿后的正常反应，一般无需处理。

7 日常调护

7.1 户外活动

6 周岁以下为早期近视防控的关键期，建议保证每日日间户外活动时间不少于 3 小时。7~18 周岁儿童每日户外活动时间累计建议应达到 2 小时以上^[22]。

7.2 近距离用眼

6 周岁以下不提倡读写，要主动远离幼儿园小学化倾向。近距离注视场景下，建议距离保持 50 厘米以上；近距离持续用眼 15~20 分钟之后，应休息 10 分钟（“20—10”法则），可通过远眺、户外活动等方式缓解眼疲劳。7~18 周岁儿童应注意：①培养良好读写姿势与习惯。做到“一拳一尺一寸”，不在走路、吃饭、卧床时、晃动的车厢内、光线暗弱或阳光直射等情况下看书或使用电子产品。②控制单次阅读和书写的时间。牢记“20—20—20”原则，近距离用眼 20 分钟后，要注意看 20 英尺（6 米）外的远处物体 20 秒钟放松眼睛。每次连续读写尽量不超过 40 分钟。③选择合适的阅读材料。阅读材料的图画和字体不宜过小，选择哑光纸质读物^[22]。

7.3 电子产品

6 周岁以下为眼睛发育的关键期，尽量不要接触电子产品。7~18 周岁儿童按需规范合理使用电子产品。自觉控制视屏类电子产品使用时长，减少非学习目的的视屏类电子产品使用。建议使用电子产品学习 30~40 分钟后，应休息远眺放松 10 分钟，每天不超过 1 小时。非学习目的使用电子产品每次不宜超过 15 分钟^[22]。

7.4 视觉环境

改善学校教室和家庭采光照明条件，配备与儿童身高相适宜的课桌椅。读写作业台灯应通过国家强制性产品认证，使用可调节色温的读写台灯，夜晚宜将色温调至 4000K 以下。儿童夜间读写，应同时使用房间顶灯和台灯，台灯宜放置在写字手对侧前方^[22]。

7.5 生活习惯

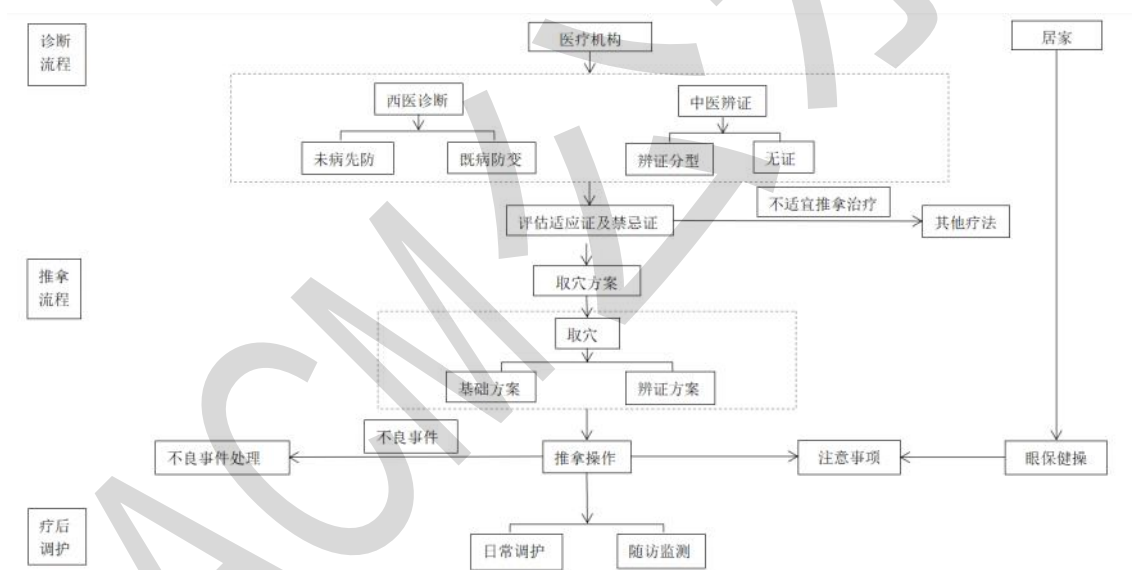
合理搭配，均衡饮食，少吃甜食和油炸食品，多吃富含维生素 A 的食品。规律作息，保证充足睡眠，小学生每日不少于 10 小时^[22]。

8 近视随访监测

已发生近视儿童建议每 3 个月一次访视，近视前期儿童建议每 3~6 个月一次访视^{错误!未找到引用源。}。

目前暂无针对儿童近视推拿疗法访视的相关研究，未达成专家共识，需要进一步研究提供证据支持。

9 诊疗路径图



附录 A
(资料性)
证据概要表

推拿+其他疗法 VS 其他疗法 (A+B VS B)

| GRADE 评价 | | | | | | | 样本量 | | 效应量 | | 可信度 | 重要性 |
|----------|----------|----------|----------|---------|---------|------------------|-----|---|----------------|----------------|-----|-----|
| 研究 个数 | 研究 设计 | 偏倚 风险 | 不一 致性 | 间接 性 | 精确 性 | 其他考虑因素 【注意事项】 | A+B | B | 相对 (95% CI) | 绝对 (95% CI) | | |

未病先防 总有效率

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----|---|--------------------|--------------------|---------------------------------------|--|-----------|----|
| 3 | RCT | 严重 ^a | 不严重 | 不严重 | 不严重 | 无 | 201/234 (85.9%) | 155/232 (66.8%) | RR=1.23, 95%CI(1.12, 1.35), P<0.00001 | 180 获益 每 1,000 人 (来自 124 更 到 219 更) | ⊕⊕⊕○ 中 | 重要 |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----|---|--------------------|--------------------|---------------------------------------|--|-----------|----|

未病先防 近视发生率

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----------------|---|------------------|------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------|----|
| 1 | RCT | 严重 ^a | 不严重 | 不严重 | 严重 ^b | 无 | 18/74 (24.3%) | 25/76 (32.9%) | RR=0.74,95%CI(0.44, 1.24), P=0.25 | 85 获益 每 1,000 人 (来自 193 较少 到 68 更) | ⊕⊕○○ 低 | 重要 |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----------------|---|------------------|------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------|----|

未病先防 屈光度

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------------|-----------------|-----|-----------------|---|----|----|---|----------------------------|-----------------|----|
| 1 | RCT | 严重 ^a | 严重 ^b | 不严重 | 严重 ^c | 无 | 39 | 38 | - | MD=0.75, 95%CI(0.51, 0.99) | ⊕○○○ ○ 极低 | 重要 |
|---|-----|-----------------|-----------------|-----|-----------------|---|----|----|---|----------------------------|-----------------|----|

未病先防 眼轴

| GRADE 评价 | | | | | | | 样本量 | | 效应量 | | 可信度 | 重要性 |
|----------|------|-----------------|-----------------|-----|-----------------|--------------|-----|----|------------|------------------------------|----------------|-----|
| 研究个数 | 研究设计 | 偏倚风险 | 不一致性 | 间接性 | 精确性 | 其他考虑因素【注意事项】 | A+B | B | 相对(95% CI) | 绝对(95% CI) | | |
| 2 | RCT | 严重 ^a | 严重 ^b | 不严重 | 严重 ^c | 无 | 53 | 52 | - | MD=-1.60, 95%CI(-4.50, 1.30) | ⊕○○ ○ 极低 | 重要 |

未病先防 调节幅度

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----------------|---|----|----|---|----------------------------|-----------|----|
| 1 | RCT | 严重 ^a | 不严重 | 不严重 | 严重 ^c | 无 | 28 | 28 | - | MD=1.87, 95%CI(0.56, 3.18) | ⊕⊕○○ 低 | 重要 |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----------------|---|----|----|---|----------------------------|-----------|----|

未病先防 裸眼视力

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----------------|---|----|----|---|----------------------------|-----------|----|
| 1 | RCT | 严重 ^a | 不严重 | 不严重 | 严重 ^c | 无 | 36 | 36 | - | MD=0.10, 95%CI(0.01, 0.19) | ⊕⊕○○ 低 | 重要 |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----------------|---|----|----|---|----------------------------|-----------|----|

既病防变 总有效率

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----|---|--------------------|--------------------|---|--------------------------------------|-----------|----|
| 5 | RCT | 严重 ^a | 不严重 | 不严重 | 不严重 | 无 | 219/235 (93.2%) | 185/233 (79.4%) | RR =1.17, 95%CI (1.09, 1.26), P<0.0001 | 139 获益每 1,000 人 (来自 90 更 到 168 更) | ⊕⊕⊕○ 中 | 重要 |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----|---|--------------------|--------------------|---|--------------------------------------|-----------|----|

推拿 VS 其他疗法 (AVSB)

| GRADE 评价 | | | | | | | 样本量 | | 效应量 | | 可信度 | 重要性 |
|----------|------|------|------|-----|-----|--------------|-----|---|------------|------------|-----|-----|
| 研究个数 | 研究设计 | 偏倚风险 | 不一致性 | 间接性 | 精确性 | 其他考虑因素【注意事项】 | A | B | 相对(95% CI) | 绝对(95% CI) | | |

未病先防 总有效率

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----------------|---|------------------|------------------|---|--|-----------|----|
| 2 | RCT | 严重 ^a | 不严重 | 不严重 | 严重 ^b | 无 | 84/88 (95.5%) | 67/89 (75.3%) | RR=1.27 , 95%CI(1.12, 1.44) , P=0.003 | 202 人获益每 1,000 人 (来自 121 更 到 232 更) | ⊕⊕○○ 低 | 重要 |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----------------|---|------------------|------------------|---|--|-----------|----|

未病先防 裸眼视力

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----------------|---|----|----|---|----------------------------|-----------|----|
| 2 | RCT | 严重 ^a | 不严重 | 不严重 | 严重 ^b | 无 | 88 | 89 | - | MD=0.07, 95%CI(0.04, 0.11) | ⊕⊕○○ 低 | 重要 |
|---|-----|-----------------|-----|-----|-----------------|---|----|----|---|----------------------------|-----------|----|

未病先防 屈光度

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------------|-----------------|-----|-----------------|---|----|----|---|-----------------------------|------------|----|
| 2 | RCT | 严重 ^a | 严重 ^c | 不严重 | 严重 ^b | 无 | 88 | 89 | - | MD=0.04, 95%CI(-0.45, 0.53) | ⊕○○○ 极低 | 重要 |
|---|-----|-----------------|-----------------|-----|-----------------|---|----|----|---|-----------------------------|------------|----|

既病防变 调节灵敏度

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------------|-----------------|-----|------------------|---|-----|-----|---|-----------------------------|-----------|----|
| 2 | RCT | 严重 ^a | 严重 ^c | 不严重 | 不严重 ^b | 无 | 130 | 130 | - | MD=0.61, 95%CI(-2.37, 3.60) | ⊕⊕○○ 低 | 重要 |
|---|-----|-----------------|-----------------|-----|------------------|---|-----|-----|---|-----------------------------|-----------|----|

CACM 公共草稿

附录 B

(资料性)

临床问题

- 1、根据治未病理念，如何定义儿童近视防治的阶段？
- 2、儿童近视的辨证分型有哪些？
- 3、推拿防治儿童近视的安全性？
- 4、推拿防治儿童近视的有效性？
- 5、眼保健操是否可以防治儿童近视？
- 6、推拿防治儿童近视的干预策略？如，按照不同阶段制定不同推拿取穴方案？还是在基础方案上辨证方案？
- 7、根据干预策略，推拿防治儿童近视的取穴方案是什么？
- 8、针对无证可辨（辨证证据不足）的人群，如何进行推拿治疗？
- 9、眼保健操是否可以作为居家方案进行防治？
- 10、儿童近视推拿疗法治未病技术规范对应的适应人群、禁忌证、操作方法、注意事项等是什么？

参考文献

- [1]陶洋旭, 李建军. 医疗共识制订方法: 德尔菲法和名义小组法[J]. 国际眼科纵览, 2021, 45(5):369-373.
- [2]陈秀珍, 吴云川, 王菊菊. 中医治未病实践指南·推拿干预小儿脾虚质(制订)[J]. 河北中医, 2017, 39(03):339-342.
- [3]儿童青少年近视防控中医适宜技术临床实践指南(上)[J]. 中国中医眼科杂志, 2022, 32(06):421-428.
- [4]能近怯远的诊断依据、证候分类、疗效评定-中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019(1):58.
- [5]Lim LT, Gong Y, Ah-Kee EY, Xiao G, Zhang X, Yu S. Impact of parental history of myopia on the development of myopia in mainland china school-aged children [J]. *Ophthalmol Eye Dis*, 2014, 6(1):31-35.
- [6]M utti DO, M itchell GL, M oeschberger M L, Jones LA, Zadnik K. Parental myopia, near work, school achievement, and children's refractive error [J]. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2002, 43(12):3633
- [7]赵淑军, 彭江荣, 赵球平, 等. 仙桃市 2018 年 5 ~ 19 岁儿童青少年近视现况调查 [J]. *江苏预防医学*, 2019, 30(6):688-690, 696.
- [8]Wang J, Ying GS, Fu X, et al. Prevalence of myopia and vision impairment in school students in Eastern China [J]. *BMC Ophthalmol*, 2020, 20(1):2.
- [9]范奕, 陈婷, 陈福辉, 等. 江西省儿童青少年近视流行现状及影响因素 [J]. *中国学校卫生*, 2020, 41(9):1413-1416
- [10]钱红丹, 周伟杰, 缪国忠, 等. 江苏省无锡市儿童青少年近视患病率现况调查 [J]. *医学动物防制*, 2020, 36(6):595-597, 600.
- [11]王琴, 王春芳. 山西省高平市青少年儿童近视现状及影响因素分析 [J]. *国际眼科杂志*, 2020, 20(6):1054-1058.
- [12]Guo Y, Duan JL, Liu LJ, et al. High myopia in Greater Beijing School Children in 2016 [J]. *PLoS One*, 2017, 12(11):e0187396.
- [13]唐冲, 廖梦霏, 张瑶, 等. 重庆市永川区 6 ~ 11 岁儿童近视状况及影响因素分析 [J]. *中国医刊*, 2019, 37(7):791-794
- [14]尚博宇, 王帅, 院一凡, 等. 青少年近视危险因素及防控措施现状[J]. *医学综述*, 2021, 27(15):3010-3015.
- [15]Zhong L, Guang YM, Balamurali V, et al. The association between maternal reproductive age and progression of refractive error in urban students in Beijing. *PLoS One* 2015; 10(9):e0139383
- [16]刘益帆, 贾智艳, 刘平. 青少年近视危险因素综述[J]. *国际眼科杂志*, 2016, 16(07):1276-1278.
- [17]王绮韵, 庄菁, 余克明. 光强度与近视的关系及其机制的研究进展 [J]. *眼科新进展*, 2016, 36(10):984-987, 992.
- [18]Wen L, Cao Y, Cheng Q, et al. Objectively measured near work, outdoor exposure and myopia in children [J]. *Br J Ophthalmol*, 2020, 104(11):1542-1547.

- [19]Pan CW, Wu RK, Liu H, Li J, Zhong H. Types of Lamp for Homework and Myopia among Chinese School-Aged Children. *Ophthalmic Epidemiol.* 2018 Jun;25(3):250-256. doi: 10.1080/09286586.2017.1420204. Epub 2017 Dec 27. PMID: 29281362.
- [20]Li SM, Li SY, Kang MT, et al. Near Work Related Parameters and Myopia in Chinese Children: The Anyang Childhood Eye Study [J]. *PLoS One*, 2015, 10(8) : e0134514.
- [21]He M, Xiang F, Zeng Y, et al. Effect of Time Spent Outdoors at School on the Development of Myopia Among Children in China: A Randomized Clinical Trial [J]. *JAMA*, 2015, 314 (11) : 1142- 1148
- [22]中国中西医结合学会, 中华中医药学会, 中华医学会. 儿童青少年近视中西医结合诊疗指南[J]. *中华眼科杂志*, 2024, 60(1):13-34.
- [23]杨苗. 耳穴压豆结合推拿手法防治儿童假性近视[J]. *首都食品与医药*, 2019, 26(11):186-187.
- [24]赵忠辉, 罗高俊, 喻伟强, 等. 梅花针配合推拿治疗青少年假性近视疗效观察[J]. *上海针灸杂志*, 2013, 32(7):578-580.
- [25]倪赫阳, 魏丽娟. 推拿联合近视治疗仪从脾肾论治青少年假性近视临床观察[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2017, 15(15):121-123.
- [26]彭翠波, 王莹, 杨玲, 等. 中西医结合护理干预小学生近视的效果观察[J]. *实用中西医结合临床*, 2020, 20(16):155-156.
- [27]钟瑞英, 王燕, 李志英. “治未病”指导推拿联合配戴个性化近用眼镜对儿童近视眼的防控作用[J]. *广州中医药大学学报*, 2018, 35(01):70-73.
- [28]李松玉, 杨潮, 吴小艳, 等. 穴位按摩联合远眺训练对减缓低度混合性儿童近视进展的临床疗效观察[J]. *中国中医眼科杂志*, 2022, 32(8):614-618.
- [29]傅俊媚, 王丽菊, 李彦欣, 等. 耳穴贴压配合眼周穴位按摩治疗近视眼 42 例[J]. *中国民族民间医药*, 2010, 19(18):121.
- [30]薛维娅. 推拿结合复方托吡卡胺滴眼液治疗儿童假性近视的临床疗效观察[D]. 福建中医药大学, 2021.
- [31]徐云频. 穴位按摩配合耳穴压丸治疗青少年近视的临床疗效分析[J]. *中国医药指南*, 2015(24):210-211.
- [32]李强, 叶金甜, 陈敏. 穴位按摩配合耳穴压丸治疗青少年近视临床观察[J]. *光明中医*, 2013, 28(12):2515-2516.
- [33]丁洁瑾, 唐颖. 针刺联合穴位按摩治疗小儿近视的效果观察[J]. *当代医药论丛*, 2019, 17(18):61-62.
- [34]郭倩. 推拿治疗青少年假性近视疗效观察[J]. *现代养生(下半月版)*, 2018(4):147-148.
- [35]刘菲, 张思建. 推拿指针循经点穴法治疗青少年假性近视临床观察[J]. *光明中医*, 2024, 39(1):134-136.
- [36]吴美玉, 侯大光, 路豪豪, 等. 推拿对低度近视青少年视功能的影响[J]. *湖南中医杂志*, 2024, 40(03):81-83.
- [37]梁宗挺, 陈纪华, 张宇翔, 等. 壮医经筋推拿疗法对儿童晶状体调节灵敏度影响的观察[J]. *中医眼耳鼻喉杂志*, 2019, 9(1):25-27.
- [38]黄田. “四明穴”推拿技术治疗儿童假性近视的临床疗效观察[D]. 山东中医药大学, 2022.
- [39]席秋阳. 刘氏小儿推拿治疗学龄期儿童单纯性低度近视的临床观察[D]. 湖南中医药大学, 2022.
- [40]杨崇超, 凌玲, 周文天. 中国眼保健操与儿童青少年近视发生相关性的 Meta 分析[J]. *中国循证医学杂志*, 2023, 23(01):59-66.

[41]邓蒙蒙, 张月强. 从“治未病”角度探讨青少年调节性近视的防治[J]. 中国中医眼科杂志, 2020, 30(01):68-71.

[42]刘昌财, 程绍民, 何增强, 等. 浅议亚健康与无证可辨[J]. 江西中医药大学学报, 2021, 33(01):118-120.

[43]中华医学会眼科学分会眼视光学组, 中国医师协会眼科医师分会眼视光专业委员会, 中国非公立医疗机构协会眼科专业委员会视光学组, 等. 近视管理白皮书(2022)[J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志, 2022, 24(9):641-648.

CACMVA 学术稿件