

1例重症肌无力合并失眠患者的中西医护理报告

史陈红

(北京市健宫医院 脑病科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结1例重症肌无力合并失眠患者的临床资料,基于中医辨证的施护理念,给予口服中药、针灸治疗、穴位贴敷、耳穴压丸及中医八段锦等治疗,配合生活护理、饮食护理及情志护理等干预措施,采用中西医结合的治疗方法能够同时发挥中医和西医各自的优势,改善患者预后,提高患者对治疗的信心和依从性,有效改善患者病情,提高患者睡眠质量,该案例为重症肌无力合并失眠患者的整体提供了参考价值,值得临床借鉴。

关键词: 重症肌无力; 失眠; 中西医护理

Nursing Report on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for a Patient with Myasthenia Gravis Comorbid Insomnia

SHI Chenhong

(Department of Encephalopathy, Beijing Jian'gong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article summarizes the clinical data of a patient with myasthenia gravis and insomnia. Based on the concept of syndrome differentiation and treatment in traditional Chinese medicine, the patient was treated with oral Chinese medicine, acupuncture, acupoint application, auricular acupressure pills, and traditional Chinese Qigong exercises. Combined with intervention measures such as life care, dietary care, and emotional care, the integrated treatment approach combining traditional Chinese and Western medicine was adopted. This approach could simultaneously leverage the respective advantages of traditional Chinese and Western medicine, improve the prognosis of the patient, enhance the patient's confidence and compliance with treatment, effectively improve the patient's condition, and enhance the patient's sleep quality. This case provides overall reference value for patients with myasthenia gravis and insomnia and is worthy of clinical reference.

KEY WORDS: myasthenia gravis; insomnia; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

重症肌无力(Myasthenia Gravis, MG)临床表现为局部或全身性骨骼肌无力及易疲劳,主要特点为晨轻暮重,劳作加重,休息减轻,病情稳定但反复发作^[1]。MG起病隐匿,最先累及眼外肌,表现为眼睑下垂、复视、眼球运动障碍等,若不及时治疗,可危及患者生命^[2]。致病原因多,如外伤、感染或自身已经处于过度化的疲劳等,病情加剧会有吞咽咀嚼和呼吸困难情况发生^[3]。中医学上MG尚无统一的病名,根据其肢体萎软无力,经脉弛缓,甚至肌肉萎缩或瘫痪的临床表现,将其归属于“痿病、睢目、胞垂、脸废”等范畴,主要表现为筋

脉弛缓、软弱无力、肌肉萎缩甚至肢体瘫痪等^[4]。MG的临床症状会严重影响患者身心健康及情感障碍,且出现焦虑、抑郁情绪,导致睡眠节律紊乱,部分患者可出现睡眠障碍,同时也影响患者生活质量和治疗效果^[5]。失眠不仅会对MG患者的日常生活产生不良影响,加重GM患者临床症状,甚至可能诱发MG危象而威胁患者生命^[6-7],所以改善MG患者失眠情况尤其重要。

本文旨在分享1例重症肌无力合并失眠患者的临床资料,通过生活护理、用药指导、情志护理及饮食指导等,配合中医治疗耳穴压丸、穴位贴敷

与中医八段锦,改善患者临床症状,提高睡眠质量,改善焦虑状态,提高生活质量。通过中西医结合护理干预,患者恢复良好,于第15天顺利出院,总结其诊疗过程及护理效果,为临床提供参考文献,现将患者的中西医护理经验报告如下。

1 病例资料

1.1 患者信息

患者女,67岁,主诉上睑下垂、复视6年余,加重伴吞咽、呼吸困难17 d。现病史:患者6年余前无明显诱因出现双侧上睑下垂、复视,完善相关检查后诊断“重症肌无力”,患者17 d前劳累后出现吞咽困难、进食速度减慢、偶有饮水呛咳,15 d前突然出现呼吸困难,考虑“重症肌无力危象”前期,于外院予溴吡斯的明、依库珠单抗药物治疗及对症处理后症状好转,现自觉周身乏力,活动后喘息明显,时有咳嗽咳痰,入睡困难,焦虑情绪,门诊以“重症肌无力”于2024年12月26日收入我科。既往史:小儿麻痹病史60余年,遗留双下肢乏力、走路不稳,不影响正常行走;支气管哮喘、慢性支气管炎病史40年,间断使用“布地奈德气雾剂”治疗;慢性胃炎病史40年,未予特殊治疗;“高血压”病史20年,现口服厄贝沙坦氢氯噻嗪片降压,1片/d。

1.2 体格检查

生命体征:体温(T)36.2℃,脉搏(P)99次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)119/79 mm Hg,疼痛数字评分为0分。西医查体:患者神志清楚,言语流利,查体合作;瞳孔正常,直接及间接对光反射存在;上睑轻度下垂。四肢肌力5-级。中医查体:患者神色自如,面色含蓄,舌暗淡,苔薄白,精神尚可,形体正常,动静姿态,语声清,无异常气味,脉弦滑、脉力不足。辅助检查:血常规+CRP:红细胞 $3.68 \times 10^{12}/L \downarrow$,淋巴细胞比率16.1% $\downarrow$,中性细胞比率75.6% $\uparrow$;生化全项:白蛋白34.4 g/L $\downarrow$,白球比值1.12 $\downarrow$,胆碱酯酶4690.0 U/L $\downarrow$ 。

1.3 诊断

中医诊断:痿证类病,气血亏虚证;西医诊断:重症肌无力(中度全身型),高血压病3级(极高危),焦虑状态,失眠。

1.4 治疗干预

西医治疗上予脑病科护理常规,Ⅰ级护理,低脂、低盐饮食。口服药予溴吡斯的明片60 mg,3次/d,以治疗重症肌无力;依库珠单抗注射液

1200 mg静脉泵入,以治疗重症肌无力;头孢克洛缓释片预防感染;厄贝沙坦氢氯噻嗪片降压;草酸艾司西酞普兰片治疗焦虑;阿戈美拉汀片改善睡眠、焦虑抑郁状态,患者睡眠欠佳,予刺五加脑灵合剂宁心安神,予佐匹克隆片睡前口服,以改善睡眠;患者咳嗽咳痰,予羧甲司坦口服溶液对症治疗,强力枇杷露润肺止咳。中医予口服中药汤药,每日早晚口服1次,以达活血化瘀通脉之效;针灸治疗,1次/d,30 min/次,刺激身体经络,促进气血循环,改善病症;穴位贴敷治疗,1次/晚,以清心安神,辅助睡眠;耳穴压丸治疗,隔日一次,每次每穴按压30 s,每日按压3次,以达到活血通络,改善睡眠的作用;每周至少进行八段锦锻炼5 d,1次/d,每次习练2遍八段锦,约30 min,以身体不感到疲劳为宜,达到平衡气血,提升心气,从而缓解紧张、焦虑等负面情绪。

患者住院期间通过中西医结合治疗,同时进行穴位贴敷,耳穴压丸,八段锦特色中医辅助治疗,患者周身乏力症状好转,失眠症状改善,情绪较前稳定,无并发症发生,治疗效果可,现患者生命征平稳,于2025年01月10日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 肌无力严重程度评估

重症肌无力定量评分体系(QMGS)于2000年由美国重症肌无力协会提出^[8],是评估重症肌无力严重程度的标准化工具,通过量化肌群肌力和耐力情况,包含13条条目,覆盖眼部(复视,上睑下垂),面部,咽喉,呼吸,颈部,四肢等肌群,每项按0~3分分级(0=正常,3=中等无力),分数范围0~39分,分数越高表明症状越严重,本病历患者评分为9分(复视1,眼睑下垂1,肺活量1,左右手握力4,平卧双下肢抬起2),表明症状较为严重。

2.1.2 日常生活能力评估

采用Barthel指数评定量表(Barthel Index, BI)评估患者独立生活能力,包含进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯十项内容,分级范围是0~100分,分为四个等级,得分越高,表示患者独立性越强,依赖性越低,100分提示不需要帮助,61~99分提示需一定帮助,41~60分提示需极大帮助,评分 ≤ 40 分提示完全需要帮助。本病例患者评分

为70分,表示需要一定的帮助。

2.1.3 跌倒评估

Morse跌倒风险评估量表标准分别为跌倒低风险、中风险和高风险。评分<25分为跌倒低风险,25~45分为跌倒中风险,评分>45分为跌倒高风险。本病例患者跌倒评分为45分,为跌倒中风险。

2.1.4 吞咽功能评估

参照洼田饮水试验分级标准,患者取端坐位喝下30 mL温开水,观察所需时间和呛咳情况,分为1~5级,1级(优):能顺利一次将水喝下5 s内;2级(良):分2次以上,能不呛咳的咽下5 s内;3级(中):能1次咽下,但有呛咳;4级(可):分2次以上咽下有呛咳;5级(差):频繁咳嗽,不能全部咽下,1级为正常,2级为可疑。本病例患者评分为2级,良,属可疑障碍。

2.1.5 睡眠质量评估

采用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)评估患者睡眠质量,PSQI分数的范围0~21分,评分越高,代表患者的睡眠障碍情况越严重;0~5分提示睡眠质量很好,6~10分提示睡眠质量正常,11~15分提示睡眠质量较差,16~21分提示睡眠质量很差。本例患者PSQI评分为16分,提示睡眠质量很差。

2.1.6 焦虑评估

采用汉密尔顿焦虑评估量表(Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMA)评估患者焦虑状态。分数范围0~56分,评分越高,代表患者的焦虑情况越严重;评分≤7分提示没有焦虑症状,8~14分提示可能有焦虑,15~21分提示肯定有焦虑,22~29分提示肯定有明显焦虑,评分≥30分提示可能为严重焦虑。本病例患者评分为22分,提示明显焦虑。

2.2 护理诊断

有误吸的风险与咽、喉部肌无力有关;有感染的风险与患者免疫力下降有关;有受伤的风险与四肢肌肉受累,肌无力有关;活动无耐力与患者肌肉无力有关;睡眠型态紊乱与患者入睡困难有关;焦虑与担心自身疾病预后有关;潜在并发症,即重症肌无力危象;知识缺乏,与不了解疾病相关知识有关。

2.3 护理计划

密切观察患者病情变化,观察生命体征、意识状态、吞咽情况及肢体功能情况,采取对应护理措

施改善患者上眼睑下垂、周身乏力、咳嗽咳痰及吞咽等情况。予患者饮食护理,指导患者按时按量正确服药;予患者心理护理,增进患者对治疗疾病的信心,保持乐观的生活状态,缓解患者焦虑情绪;配合实施中医耳穴压丸及穴位贴敷特色治疗,以改善患者睡眠情况;中医八段锦提高患者肢体功能,增强肌肉力量,提高生活质量,预防并发症的发生。

2.4 护理措施

2.4.1 常规护理

2.4.1.1 生活护理

一般室温保持在22~24℃,湿度以50%~60%为宜,经常通风换气。告知患者保持充足的休息,避免熬夜和过度劳累。协助患者进行洗漱,进食,穿衣等日常活动,确保患者安全。监测生命体征,观察呼吸状态、意识,测量血压、体温,观察患者咳痰、咳嗽情况,必要时予吸痰,准确做好护理记录,实时掌握病情进展,展开常规健康教育,介绍重症肌无力病因、临床表现及并发症等。对眼睛采取保护措施,预防眼睛受到刺激和伤害,注意用眼卫生,减少阅读、看电视及玩手机的时间,多闭目养神。可饮用菊花茶或银杞明目汤,按摩睛明、鱼腰、承泣、攒竹及阳白等穴位。指导患者进食水时保持环境安静,舒适,减少干扰,增强照明,避免边进食边谈笑,保证充足进餐时间,进食应速度慢,量宜小,并充分咀嚼,确定完全吞咽后再吃下一口,教会患者正确的进食姿势,指导患者进食时选择坐位或者半卧位(30~45°),吞咽时头部前驱,配合转头吞咽,点头吞咽,侧方吞咽和交互吞咽技巧,进食后保持该体位30 min,防止食物反流引起误吸。

2.4.1.2 用药指导

督促患者遵医嘱用药,避免患者自行增减药量或自行停药,尽可能减少药物对身体的不良影响。此外,在重症肌无力患者用药期间,监测用药不良反应,一旦发现问题,须立即告知医师。对患者进行讲解,教育,如治疗方法、常用药物的作用及注意事项,强调合理、定时、有效服药的重要性,增加患者对药物的认知程度,提高其依从性。中药汤剂应保证温服,并严格按照医嘱按时、按量服用。

2.4.1.3 失眠护理

为患者营造舒适的睡眠环境,确保病室内安静,减少外界噪音的干扰,保持卧室温度与湿度适

宜,温度控制在 20~24℃,湿度保持在 40%~60%,平日注意病室内的光线,使用窗帘、床栏,调节相关设备灯光等方式,减少不良光线刺激。予患者足够的心理关怀,与患者多交流沟通,倾听他们的心声,让患者感受到关爱和支持,减轻心理压力,积极应对和解决引起失眠的原因,指导患者听一些舒缓的音乐,帮助其分散注意力,放松情绪。同时指导患者进行放松训练,促进其睡眠,合理使用药物,建立良好的睡眠习惯。

2.4.1.4 饮食护理

重症肌无力患者多由虚所致,加上得病日久,五脏俱损,所以在日常生活饮食中重在增强营养,增强体力,以高蛋白易消化为主,在主食基础上加用补益肾胃,温补平缓之品,以达到补益的作用,可选用健脾补肾的食品以增强机体的免疫功能,可多食排骨汤,核桃仁等。

2.4.1.5 预防并发症

避免感染、疲劳、外伤和过度紧张等诱发肌无力危象的因素。遵医嘱服药,避免服药不当引起危象的发生。告知患者当出现呼吸困难、肢体乏力加重等 MG 危象先兆时,立即告知医护人员。

2.4.2 中医特色护理

2.4.2.1 口服中药

遵医嘱予患者口服中药,拟以圣愈汤合补阳还五汤加减,人参 10 g、黄芪 40 g、当归 15 g、川芎 10 g、熟地黄 15 g、白芍 15 g、川牛膝 12 g、地龙 6 g、桃仁 15 g、红花 15 g 及鸡血藤 20 g,每日早晚饭后口服一次,疗程为两周。

2.4.2.2 耳穴压丸

耳穴压丸治疗遵医嘱取穴皮质下、神门、枕、心、脾、胃及皮质下,局部消毒处理后将王不留行籽用 6 mm×6 mm 胶布贴在耳穴上,每次每穴捻压 30 s,以出现酸、胀、麻感为宜,每日捻压 3 次。每隔 3 d 更换 1 次,对双耳进行交替贴压。一周为一个疗程,本患者使用两个疗程。

2.4.2.3 穴位贴敷

取茯苓 30 g、首乌藤 30 g、柏子仁 15 g、合欢皮 30 g、珍珠母 30 g、远志 10 g、石菖蒲 15 g、女贞子 15 g、炒酸枣仁 20 g、知母 10 g、桂枝 5 g、地黄 30 g、冰片 10 g 及川穹 10 g,将上述药材粉碎,过细筛,用生姜汁和蜂蜜和成药团,将小药团放入特制胶布内,将带有药团的胶布每晚贴敷于双侧神门穴穴位,每日睡前贴敷 1 次,6 h/次,一周为一个疗程,本患者使用两个疗程。

2.4.2.4 情志护理

情志活动是脏腑功能活动的体现,中医认为“思伤脾”,应避免思虑过度,注意调动一切积极因素,保持良好的心理状态。可聆听“宫”调音乐移情易性,如《花好月圆》《春江花月夜》与《塞上曲》等。此外,环境色彩的选择,可选用黄色入脾,以缓解思虑过度,帮助患者保持愉快心情。

2.4.2.5 中医八段锦

八段锦习练招式,具体如下:预备式:两脚距离要与肩同宽,上身直立,下肢屈膝,慢慢下蹲;第一式:两手托天理三焦;第二式:左右开弓似射雕;第三式:调理脾胃须单举;第四式:五劳七伤往后瞧;第五式:摇头摆尾去心火;第六式:两手攀足固肾腰;第七式:攢拳怒目增气力;第八式:背后七颠百病消;收式。习练时,要求形体、呼吸、意念要自然协调,习练过程松弛有度,柔中带刚,形体自然,动作连贯合于法度;呼吸均匀,不强呼、强吸,形息相随;意念守中,心平气和,精神专注,逐步达到形、气、神合于一体。放松运动:静立或平卧,放松全身,意守丹田,全身平静,呼吸均匀,处于自然状态持续至身体调和舒畅。鼓励患者保持每周至少锻炼 5 d,1 次/d,每次习练 2 遍八段锦,约 30 min,以调节气血,舒筋活络,缓解疲劳及调节身心。

2.5 护理评价

患者住院期间经过中西医结合治疗和护理,无明显上睑下垂、复视,无吞咽困难、呼吸困难,周身乏力明显好转,无跌倒发生,咳嗽咳痰明显减轻,无明显焦虑,夜间睡眠较前改善,肢体活动可,无并发症发生,已于 2025 年 01 月 10 日出院。本例患者各项症状改善情况,详见表 1。

表 1 疗效评估

评估项目	入院当天	出院当天
ADL/分	70(需要一定帮助)	80(需要一定帮助)
Morse/分	45(中度风险)	35(中度风险)
洼田饮水试验/级	2(可疑障碍,良)	1(正常吞咽,优)
PSQI/分	16(睡眠质量很差)	11(睡眠质量较差)
HAMA/分	22(明显焦虑)	20(肯定焦虑)

3 结果与随访

于患者出院后 2 周对患者进行随访,随访结果显示患者可按时服药,血压控制良好,保持规律生活,无并发症发生,患者情绪良好,对预后表示满意,再次予患者用药指导、生活指导以及饮食指导,嘱患者适当锻炼,定期复诊。

4 讨论

重症肌无力患者的临床症状和表现不仅会危害他们的生理健康直接导致失眠,亦会危害心理健康,患者很大程度上会出现紧张、焦虑、抑郁等情况,从而对睡眠质量产生负面影响。同时睡眠质量差会导致MG患者神经递质分泌失调,这不仅影响患者生活质量,还会诱发加重MG患者的病情。

西医上MG以药物治疗为主,药物通过不同途径抑制患者自身免疫应答,恢复机体神经肌肉接头信息传递,增强患者骨骼肌收缩力,进而减轻MG相关症状^[9]。护理上予患者制定个体化护理方案,通过生活护理、饮食护理、用药指导、病情观察及健康指导等,帮助患者稳定病情,减少并发症和提升生活质量,恢复肌力和生活能力。中医治疗MG主要通过改善脏腑功能以调节内环境,调和阴阳以提升自身免疫能力^[10]。中药汤剂口服可帮助患者缓解疲劳,增强肌肉力量,改善患者症状,针灸可健脾益肾,疏通经络,调和气血,促进肌肉的恢复,有效减轻重症肌无力的症状,延缓病情进展,改善患者生活质量^[11];耳穴贴压是通过刺激耳部穴位以达到平衡大脑皮质兴奋和抑制过程,促进气血生化运行,改善脏腑功能,濡养心神,从而使机体阴阳平衡,进而改善失眠。此操作简便、安全、不良反应少,在临床常用^[12]。中药穴位贴敷发挥穴位刺激及药物治疗的作用,达到治疗疾病的目的^[13]。通过刺激神门穴可安神定志,调和阴阳;中药通过穴位贴敷可发挥叠加效应,共奏解热化痰,镇静催眠功效,且操作简便,价格低廉,绿色安全,无副作用,经济实用^[14];八段锦运动在锻炼过程中用“调身”“调息”和“调心”的三大方式,疏通人体经络气血,缓解焦虑、紧张等不良情绪,调动人体的自我恢复能力,提高机体神经—内分泌—免疫调节机制,以达到“保精”“存气”和“养神”的三重功效。在习练过程中配合悠扬的背景音乐舒筋展体,不仅调畅气机、理气宽胸,缓解负性情绪,还提高了肢体功能,增强了肌肉力量,而躯体功能的改善又进一步缓解重症肌无力患者不良情绪^[15]。

综上所述,西医常规护理应用范围广,可满足患者基本性的护理需要,中医护理具有整体观念,辨证论治,效果好,成本低且无毒副作用,患者容易接受,可长期应用,远期疗效好,可取得理想效

果,中西医结合护理提高了重症肌无力临床治疗效果,降低并发症的发生率,提升护理满意度,值得临床推广借鉴。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 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.
CHANG T. Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of myasthenia gravis (2020 version) [J]. Chin J Neuroimmunol Neurol, 2021, 28(1): 1-12. (in Chinese)
- [2] 王娟, 陈秀. 以颅神经受损为表现的重症肌无力一例并文献复习[J]. 海南医学, 2018, 29(4): 579-581.
WANG J, CHEN X. A case of myasthenia gravis with cranial nerve injury and literature review [J]. Hainan Med J, 2018, 29(4): 579-581. (in Chinese)
- [3] 康丽萍, 杨云英, 崔晓演, 等. 中医外治法干预重症肌无力患者的临床结局评价研究[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(5): 833-837.
KANG L P, YANG Y Y, CUI X Y, et al. Clinical outcome evaluation of myasthenia gravis patients treated by external therapy of traditional Chinese medicine [J]. J Guangzhou Univ Tradit Chin Med, 2020, 37(5): 833-837. (in Chinese)
- [4] 杨耿峰, 耿冰倩, 赵文涵, 等. 中医治疗重症肌无力研究进展[J]. 光明中医, 2024, 39(1): 205-208.
YANG G F, GENG B Q, ZHAO W H, et al. Research progress on traditional Chinese medicine in the treatment of myasthenia gravis [J]. Guangming J Chin Med, 2024, 39(1): 205-208. (in Chinese)
- [5] 李宁. 重症肌无力患者睡眠障碍的临床研究[D]. 沈阳: 中国医科大学, 2022.
- [6] ROMANOVA T V. Sleep disorders in patients with myasthenia gravis [J]. Z Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova, 2021, 121(4): 92.
- [7] 闫敏, 张锦丽, 陶小伟, 等. 重症肌无力治疗现状概述[J]. 中风与神经疾病杂志, 2018, 35(11): 1045-1048.
YAN M, ZHANG J L, TAO X W, et al. Overview of treatment status of myasthenia gravis [J]. J Apo-

- plexus Nerv Dis, 2018, 35 (11) : 1045-1048. (in Chinese)
- [8] COLLARD J M, DE KONINCK X J, OTTE J B, et al. Intrathoracic Nissen fundoplication: long-term clinical and pH-monitoring evaluation[J]. Ann Thorac Surg, 1991, 51(1): 34-38.
- [9] 王一晰, 黄柏玮. 老年重症肌无力免疫学病因及中西医结合治疗进展[J]. 老年医学与保健, 2024, 30(5): 1487-1491.
- WANG Y X, HUANG B W. Immunological etiology of myasthenia gravis and progress of Chinese and Western medicine treatment in elderly patients [J]. Geriatr Health Care, 2024, 30(5): 1487-1491. (in Chinese)
- [10] 吴新新, 张悦, 黎晓蕾, 等. 补脾益肾类中药复方干预重症肌无力的免疫调节机制研究进展[J]. 世界中医药, 2024, 19(15): 中国中医科学科技创新工程项目.
- WU X X, ZHANG Y, LI X L, et al. Research Progress on the Immunomodulatory Mechanism of Traditional Chinese Medicine Compound Formulations for Treating Myasthenia Gravis [J]. World Chinese Medicine, 2024, 19(15): China Traditional Medicine Science and Technology Innovation Project. (in Chinese)
- [11] 郝思佳, 王顺, 程笑菡, 等. 针刺治疗重症肌无力作用机制的研究进展[J]. 环球中医药, 2024, 17(6): 1193-1198.
- HAO S J, WANG S, CHENG X H, et al. Research progress on the mechanism of acupuncture in the treatment of myasthenia gravis[J]. Glob Tradit Chin Med, 2024, 17(6): 1193-1198. (in Chinese)
- [12] 苏逸宁, 王欣贤, 董立, 等. 耳灸联合耳穴贴压治疗重症肌无力患者失眠疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2025, 34(4): 551-555.
- SU Y N, WANG X X, DONG L, et al. Observation on therapeutic effect of auricular moxibustion combined with auricular point sticking on insomnia in myasthenia gravis patients[J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2025, 34(4): 551-555. (in Chinese)
- [13] 陈玉静, 黄小波, 王倩, 等. 脑康Ⅱ号联合中药穴位敷贴对老年失眠病人睡眠质量和生活质量的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(12): 2156-2159.
- CHEN Y J, HUANG X B, WANG Q, et al. Effect of Naokang II combined with acupoint application on sleep quality and life quality in aged insomniac [J]. Chin J Integr Med Cardio Cerebrovasc Dis, 2022, 20(12): 2156-2159. (in Chinese)
- [14] 李成香. 艾灸疗法联合穴位贴敷治疗重症肌无力睡眠障碍临床观察[J]. 光明中医, 2021, 36(18): 3141-3143.
- LI C X. Clinical observation on moxibustion combined with acupoint application in the treatment of sleep disorder in myasthenia gravis[J]. Guangming J Chin Med, 2021, 36(18): 3141-3143. (in Chinese)
- [15] 严玉英. 习练八段锦对重症肌无力ⅡA型患者生存质量的影响[D]. 广州: 广州中医药大学, 2020.

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。