

临床研究

解表透热汤中药足部熏洗结合循经刮痧治疗 小儿风热型外感发热的临床疗效分析

王雪姣, 沈忱, 于淼, 高屹文, 李恒

基金项目: 吉林省中医药管理局科技项目(2024223)

作者单位: 130000 长春, 长春中医药大学附属医院儿童诊疗中心(王雪姣, 李恒), 病案室(于淼); 130000 长春, 长春市中医院骨科(沈忱); 224000 江苏 盐城, 盐城市中医院儿科(高屹文)

作者简介: 王雪姣(1990-), 女, 医学硕士, 主治医师。研究方向: 中医药防治小儿肺系疾病

通信作者: 李恒, E-mail: hengheng1@163.com

【摘要】目的 探究解表透热汤中药足部熏洗结合循经刮痧对儿童风热型外感发热的干预效果。**方法** 选择2024年4~10月长春中医药大学附属医院儿科收治住院的风热犯表证外感发热患儿100例, 随机分为对照组和观察组各50例。对照组进行常规西药治疗, 观察组在对照组治疗基础上进行中药解表透热汤足浴联合循经刮痧治疗。观察两组治疗3 d的临床总有效率; 中医证候症状评分变化(咽红、鼻塞、流涕、咳嗽), 各时段体温, 退热时间, 退热起效时间, 使用退热药次数, 平均住院时间。**结果** 对照组失访4例, 观察组退出3例, 最终完成全程观察者共93例(对照组46例, 观察组47例)。观察组总有效率为89.4%(42/47), 高于对照组71.7%(33/46), 差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后两组咽红、流涕、鼻塞症状积分均较治疗前有明显下降, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 两组咳嗽症状积分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组治疗后1.5 h、48 h、72 h体温均显著低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组退热时间、退热起效时间、住院时间低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.01$); 两组退热药使用次数比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 中药足部熏洗结合循经刮痧, 可使患儿体温下降, 临床症状改善, 退热作用显著, 治疗周期有效缩短。

【关键词】 外感发热; 风热型; 循经刮痧; 中药足部熏洗; 儿童

doi:10.20274/j.cnki.issn.1674-3865.2026.02.014

【中图分类号】 R725.6 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 1674-3865(2026)02-0168-06

Clinical efficacy analysis of foot bath with Jiebiao Toure decoction combined with meridian scraping in the treatment of exogenous fever (wind-heat type) in children

WANG Xuejiao¹, SHEN Chen², YU Miao¹, GAO Yiwen³, LI Heng¹

¹Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Changchun 130000, China; ²Changchun Hospital of Traditional Chinese Medicine, Changchun 130000, China; ³Yancheng Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yancheng 224000, China

Corresponding author: LI Heng, E-mail: hengheng1@163.com

Fund program: Science and Technology Project of Jilin Provincial Administration of Traditional Chinese Medicine (No. 2024223)

【Abstract】 Objective To explore the intervention effect of foot bath with Jiebiao Toure decoction (decoction for resolving symptoms and clearing heat) combined with meridian scraping on children with wind-heat-type exogenous fever. **Method** A total of 100 children with exogenous fever (wind-heat type) admitted to Pediatric Department of Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine from April 2024 to October 2024 were selected and randomly divided into a control group and an observation group, each consisting of 50 cases. The control group received conventional treatment with western medicines, while the observation group received the treatment of foot bath with Jiebiao Toure decoction combined with meridian scraping in addition to the conventional western treatment. The total clinical effective rate after 3 days of treatment, changes

in TCM symptom scores (red throat, nasal congestion, runny nose and cough), body temperature at each time point, time of complete defervescence, onset time of defervescence, frequency of antipyretic drug use, and average length of hospital stay were observed in both groups. **Result** There were 4 cases of loss of follow-up in the control group and 3 cases of dropping out in the observation group, and finally 93 patients completed the whole course of observation (46 in the control group and 47 in the observation group). The total effective rate was 89.4% (42/47) in the observation group, higher than the control group (71.7%, 33/46), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The symptom scores of red throat, runny nose and nasal congestion significantly decreased after treatment compared to before treatment, and the observation group was lower than the control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference in symptom score of cough ($P > 0.05$). The measurements at 1.5 h, 48 h and 72 h after treatment showed that the body temperature of the observation group was significantly lower than that of the control group, and all the differences were statistically significant ($P < 0.05$). The time of complete defervescence, the onset time of defervescence and the average length of hospital stay were shorter in the observation group than in the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.01$). There was no statistically significant difference in the frequency of antipyretic drug use between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The combination of Chinese herbal medicine foot bath with meridian scraping can reduce the body temperature of children and improve clinical symptoms, has a significant antipyretic effect, and effectively shortens the treatment cycle.

【Keywords】 Exogenous fever; Wind-heat type; Meridian scraping; Foot bath with Chinese herbal medicine; Child

外感发热在儿科门诊及病区均十分常见,其病机本质在于风邪外袭^[1-2],患儿典型临床表现包括发热、恶寒、鼻塞、流涕、打喷嚏及咳嗽,相对于“内伤发热”而言,属于“感冒”范畴。由于小儿脏腑、阴阳稚弱,因而发病容易,传变迅速,加之小儿稚阴未长,即使受到寒邪侵袭,也容易出现邪气向热转化的病理变化,因此在临床上常见风热型的情况。外感发热类似于现代医学中的急性上呼吸道感染,发热是急性上呼吸道感染常见的临床表现之一^[3],其致病因素以病毒感染为主^[4-5],且其发病周期贯穿四季。然而,在气温急剧下降的秋冬交替时期(10月至12月),常出现明显的发病高峰。由于小儿的体温调节中枢尚未完全发育,可出现烦躁、阵发性肌肉强直和意识障碍等一系列症状^[6]。所以,采取有效措施控制症状和体温至关重要。

外感发热患儿西医治疗多以抗病毒、解热镇痛为主,对乙酰氨基酚、布洛芬联合使用对反复发热患儿比单独使用一种药物更有效^[7],但有关不良反应的发生率随着用药频次的积累、剂量的累积而升高,可见皮疹、血小板计数、白细胞计数降低等,其中,消化系统症状(如恶心、呕吐、腹部不适等)尤为常见,往往影响患儿的治疗配合度,严重者还可能引发泌尿系统毒性、肝肾功能异常^[8-10]。

当前中医外治在外感发热方面的应用范围非常广泛,有中药熏洗、小儿推拿按摩、中药灌肠、放血疗法及中药贴敷等方法^[11],并具有“外治的原则与内治的原则是一致的”特点。刮痧作为中医外治法

之一,方法简便,安全可靠,可疏通经络,活血化瘀^[12],使毛细血管扩张,促进局部微循环^[13-14]。而中药熏洗借用药液温热作用及药物成分作用于皮肤所产生的发汗解表作用,驱邪外出,两法合用,效果更佳。本研究对两种方法结合应用的疗效进行了相关探讨,现将有关情况报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2024年4~10月长春中医药大学附属医院儿科收治住院的风热犯表证外感发热患儿100例,按随机数字表法分为对照组和观察组各50例。对照组中男28例,女22例;年龄1~10岁,平均(4.74±1.88)岁;体温37.5~38.5℃,平均(38.21±0.32)℃;病程12~70 h,平均(40.57±15.53)h。观察组中男21例,女29例;年龄1~10岁,平均(4.66±1.74)岁;体温37.3~38.4℃,平均(38.09±0.33)℃;病程8~72 h,平均(36.49±16.99)h。两组患儿性别、年龄、体温、病程比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

本研究经长春中医药大学附属医院伦理委员会审核通过(批号:CCZYFYLL-SQ-2023审字-079)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

符合《儿科学》第9版^[15]中急性上呼吸道感染的诊断标准。

1.2.2 中医辨证标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[16]中关于小

儿外感发热及《中医儿科学》第5版^[17]中关于风热感冒的辨证标准拟定。

1.3 纳入标准

(1)符合急性上呼吸道感染的诊断标准及中医风热感冒/外感发热辨证者;(2)年龄1~16岁;(3)体温 $37.5\sim 38.5\text{ }^{\circ}\text{C}$;(4)入组前4 h未服用退热药;(5)患儿家属知情同意。

1.4 排除标准

(1)足部皮肤破损、溃疡或其他皮肤疾病者;(2)足浴过程中可能存在过敏等不良反应者;(3)凝血功能障碍、有出血倾向者;(4)合并有严重器质性疾病(心血管系统、肝肾系统、造血系统等),或有严重的营养不良者;(5)监护人不能配合治疗方案执行或正在同时参与其他的临床研究。

1.5 方法

1.5.1 对照组

按常规西药治疗,按病情每6~8小时可重复使用,口服右旋布洛芬(湖北唯森制药有限公司),口服混悬液;并对患儿给予常规抗病毒、补液等治疗。

1.5.2 观察组

在对照组治疗基础上进行循经刮痧联合中药浴足。(1)循经刮痧:避免室温过低,室内需要保持舒适的温度。帮助患儿在施治时以坐位或俯卧体位充分暴露背部,用酒精棉将局部皮肤及刮痧板清洗干净,在患儿背部涂上适量医用甘油,用刮板拉匀,选取督脉和足太阳膀胱经的循行路径,用刮痧板进行循经梳理,刮时刮面长度为4~6 cm,刮板与皮肤呈 45° ,起劲轻柔,逐渐加重至适宜强度,以患儿可承受为限,在刮板和皮肤之间,用刮片板进行循经梳理,用刮板拉匀皮肤,采取由上往下、由内往外的单向反复刮、顺次刮的方式。每刮10~12次,以潮红、粟粒样的点或紫斑形成为准。刮痧治疗完毕后需特别嘱咐家属做好患儿的防风保暖工作,注意避免外感风寒。密切观察患者的反应,整个过程要保证安全有效地治疗。(2)中药足部熏洗:熏洗包由长春中医药大学附属医院冯晓纯教授经验方配制而成,为葛根、大青叶各10 g,柴胡、荆芥各15 g等药物饮片,混合均匀,由饮片药房机器统一研磨呈1 cm长的碎末,在小儿体温 $\geq 37.3\text{ }^{\circ}\text{C}$ 时,取熏洗包1包,取一个足浴盆,将药袋放入盆中,加入 $100\text{ }^{\circ}\text{C}$ 的开水1 000 mL,冲泡药包约5 min,以使药包内的有效成分充分释放。接着,加入适量冷水,将水温调至约 $40\text{ }^{\circ}\text{C}$,并不断添加热水,以保持水温在 $40\text{ }^{\circ}\text{C}$ 左右。将患儿的双足浸泡在药液中,浸泡时间为30 min,每日2次。家长一边注意给孩子保暖,一边适当给孩子喝温开水,

浸泡时双手在水中持续揉搓患儿双足。

两组患儿均接受3 d的治疗。

1.6 观察指标

(1)中医证候积分:咽红、流涕、鼻塞、咳嗽4项主要症状根据轻重分别记0分、2分、4分、6分,分数越高,说明临床症状越重。统计治疗前后各项症状及体征的积分变化。(2)体温变化趋势:记录治疗前及治疗后0.5、1.5、2、4、24、48、72 h体温。(3)退热时间:体温首次降至 $\leq 37.3\text{ }^{\circ}\text{C}$ 并稳定维持24 h所需时间。(4)退热起效时间:给药后体温首次下降 $\geq 0.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ 所需时间。(5)退热药物使用频次:记录研究期间退热药使用次数。(6)平均住院时间:记录患者平均住院时间。

1.7 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[16]制定。(1)痊愈:治疗后48 h内体温正常(腋温 $\leq 37.2\text{ }^{\circ}\text{C}$,持续24 h以上),症状、体征消失或基本消失,中医证候积分减少率 $\geq 95\%$;(2)显效:治疗后48 h内体温正常,症状、体征改善,中医证候积分减少率为 $70\% \sim < 95\%$;(3)有效:治疗后48~72 h内体温正常,症状、体征有所改善,中医证候积分减少率 $30\% \sim < 70\%$;(4)无效:治疗后48~72 h内体温异常,症状、体征无变化,中医证候积分减少率 $< 30\%$ 。

1.8 统计学方法

应用SPSS 26.0软件进行统计学数据分析,符合正态分布的计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,两组比较采用 t 检验,组内比较采用配对 t 检验;多组比较采用重复测量方差分析,进一步两两比较采用Šídák多重比较;计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

因数据采集不全(对照组失访4例,观察组退出3例),最终完成全程观察者共93例(对照组46例,观察组47例)。

2.1 两组临床疗效比较

观察组总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组中医证候积分比较

见表2。治疗前两组咽红、流涕、鼻塞、咳嗽症状积分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后观察组咽红、流涕、鼻塞症状积分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后两组咳嗽症状积分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。对照组治疗后咽红症状积分低于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$);流涕、鼻塞、咳嗽症状积分治疗前后比较差

表1 两组临床疗效比较[n(%)]

Table 1 Comparison of clinical therapeutic effects between the two groups[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	46	9(19.6)	14(30.4)	10(21.7)	13(28.3)	33(71.7)
观察组	47	16(34.0)	17(36.2)	9(19.2)	5(10.6)	42(89.4) ^a

注:与对照组比较,^a $\chi^2=4.625, P=0.032 < 0.05$

表2 两组中医证候症状积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

Table 2 Comparison of TCM symptom scores between the two groups($\bar{x}\pm s$, points)

组别	n	咽红		流涕		鼻塞		咳嗽	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	46	3.52±1.89	3.40±1.91 ^a	3.26±1.90	2.65±1.84	3.17±1.77	2.74±1.81	3.26±1.90	2.83±1.87
观察组	47	3.40±1.91	1.91±1.61 ^a	3.06±1.86	1.83±1.71 ^a	3.02±1.76	2.00±1.44 ^a	3.11±1.90	2.72±1.88
t值		0.298	2.172	0.505	2.232	0.417	2.176	0.392	0.264
P值		0.766	0.032	0.615	0.028	0.678	0.032	0.696	0.792

注:与本组治疗前比较,^a $t=2.117, 4.088, 3.350, 3.072, P < 0.05$

异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组治疗后咽红、流涕、鼻塞症状积分低于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$);咳嗽症状积分治疗前后比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.3 两组各时间点体温比较

不同治疗方式与测量时间对儿童体温影响的结果显示,时间主效应比较差异有统计学意义($F=125.10, P < 0.001$),干预主效应比较差异有统计学意义($F=14.18, P < 0.001$),时间与干预的交互效应比较差异无统计学意义($F=1.73, P > 0.05$)。整体来看,观

察组儿童体温($37.68\text{ }^\circ\text{C}$)显著低于对照组($37.88\text{ }^\circ\text{C}$),均值差为 $0.206\text{ }^\circ\text{C}$ (95%CI:0.097~0.315)。

事后Šídák多重比较结果显示,在1.5h、48h、72h 3个时间点,观察组体温显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),其余时间点(0h、0.5h、2h、4h、24h)两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表3。

2.4 两组退热情况及住院时间比较

观察组退热时间、退热起效时间、住院时间低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$);两组退热药使用次数比较差异无统计学意义($P > 0.05$),见表4。

表3 两组各时间点体温比较($\bar{x}\pm s, ^\circ\text{C}$)

Table 3 Comparison of body temperature at each time point between the two groups ($\bar{x}\pm s, ^\circ\text{C}$)

组别	n	治疗前	治疗后0.5h	治疗后1.5h	治疗后2h
对照组	46	38.21±0.32	38.25±0.33	38.28±0.26	38.33±0.24
观察组	47	38.09±0.33	38.04±0.33	37.97±0.33	38.30±0.31
t值		1.13	2.01	2.96	0.34
P值		0.908	0.304	0.025	>0.999
组别	n	治疗后4h	治疗后24h	治疗后48h	治疗后72h
对照组	46	38.02±0.62	37.58±0.76	37.38±0.76	37.01±0.71
观察组	47	37.75±0.53	37.53±0.61	37.05±0.56	36.68±0.48
t值		2.66	0.49	3.19	3.17
P值		0.062	0.999	0.012	0.013

表4 两组退热情况及住院时间比较($\bar{x}\pm s$)

Table 4 Comparison of defervescence time and hospital stay between the two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	退热时间(h)	退热起效时间(h)	退热药使用次数	住院时间(d)
对照组	46	32.48±8.77	2.65±0.48	4.26±1.50	5.30±1.30
观察组	47	25.85±8.45	2.34±0.48	3.83±1.29	3.89±1.17
t值		3.711	3.130	1.488	5.519
P值		0.000	0.002	0.140	0.000

3 讨论

外感发热好发于冬春季节,尤以风寒毒邪盛行时为甚^[18],且多见于婴幼儿。小儿感冒之成因,当辨内外二因相合为患^[19],内因的关键在于《温病条辨·儿科总论》:“且其脏腑薄,藩篱疏,易于传变;肌肤嫩,神气怯,易于感触。”此外,小儿对冷热的感知能力有限,很多时候无法自行调节衣物薄厚。对外界环境的适应能力和抗病能力均不如成年人,容易受到外界邪气的侵袭^[20]。致病外因主要来源于六淫邪气与疫病之气的侵袭,其中风邪常占主导地位,并且通常与其他邪气(如寒、热、暑、湿、燥邪)共同作用,临床上风热型病例较为常见,出现鼻塞、打喷嚏、流鼻涕、咳嗽等症状。如果热邪向上侵袭咽喉导致经气阻滞,就会出现咽喉肿痛的症状。外感发热的治疗原则重在疏风解表,而风热证的治疗则侧重辛凉透解^[21]。疗法多种多样,内治可选择口服中药或中成药。外治法涵盖了足部熏洗、药物灌肠、推拿、刺血、贴敷和刮痧等多种疗法。

中药足浴乃基于中医整体观与经络学说,以药液浸渍双足之特色外治疗法。其效源于药性透达与温热温熨之协同,令玄府洞开、营卫调和,使客邪随汗出而散。足部有300多个腧穴,67个反射区^[22],足部熏洗之法秉承中医外治之理,通过药性成分经皮肤、毛窍渗透吸收,借由十二经之气血循行输布于周身,以达调和阴阳之效^[23]。辅以足部经穴反射区之温通刺激,可加速足部气血循行,使经脉流注畅通,脏腑气机得以升降相因。此法融汇药力透皮之效、经气传导之功与腧穴激发之能,三者相辅相成。温热之气助营卫调和,玄府开阖有度,令邪毒随卫阳蒸腾外散。既规避口服给药之弊端,免伤中焦脾胃,又使药性循络而行,不伤肝经气化之枢。小儿稚阴稚阳之体,肌肤娇嫩而腠理疏松,故于儿科应用更具优势。本课题熏洗方以解表透邪、清热和营为立方要旨,遵循经方配伍之寒温相济法度。方中葛根主入阳明经,禀升发之性而解肌透热,《神农本草经》载其“主消渴,身大热”,尤擅透达肌腠郁热,为温病气分热炽之要药,用于身体高热^[24]。柴胡为少阳枢机之引,味苦性平,《神农本草经》言其:“主心腹肠胃结气,饮食积聚,寒热邪气,推陈致新。”使表里寒热得和,临床上常用于解热、抗炎等方面^[25]。大青叶(《神农本草经》列为上品,原名为“蓝实”)苦寒沉降,《本草正》谓其:“治瘟疫热毒发斑,风热斑疹,痈疡肿痛,除烦渴。”荆芥穗芳香走窜,虽性温而质轻扬,功擅开泄腠理。全方正契合了风热外感发热病机特点,临床效果显著^[26-27]。

刮痧法肇始于《痧胀玉衡》,乃中医外治要术之一,常用水牛角或玉石等光滑工具,配合药油或清水作为润滑,在皮肤表面进行规律刮擦,促使皮下出现红色痧点。这种方法通过刺激体表经络,帮助清热去火、调节身体平衡,促进气血畅通。其原理类似于中医“给邪气出路”的理念,借助皮肤将体内积热排出体外^[28]。督脉为阳气于一身之阳的“阳脉之海”,贯穿脊椎,外感发热时,风邪多由皮毛侵袭,以太阳经为首犯,而督脉与膀胱经共主表卫之气之输布,故有“阳脉之海”之说。刮痧督脉可激发阳气,驱邪外出,尤以大椎穴为关键,此处为诸阳经交会点,能调节全身阳气运行^[29-30]。膀胱经循行于背部,其背俞穴(如肺俞、心俞等)直接对应五脏六腑功能。外邪入侵时,邪气易滞留在膀胱经,通过刮痧刺激背俞穴,可疏通经络郁滞,调和脏腑气机。

4 结论

本研究显示,两组治疗后0.5 h、1.5 h、2 h体温有上升趋势,但观察组上升趋势缓于对照组,1.5 h、48 h、72 h与对照组相比,观察组的平均体温显著降低,综合疗效显著提高。观察组在改善咽红、鼻塞、流涕症状及体征方面优于对照组,在退热时间、退热起效时间、住院平均时间均短于对照组,说明解表透热汤中药足部熏洗结合循经刮痧治疗风热型小儿外感发热能改善患儿临床症状,缩短退热时间,有效缩短治疗周期。

中药足熏洗结合督脉、膀胱经循经刮痧疗法,作为小儿外感发热的常用辅助治疗手段,其安全性高、操作简单,儿童及父母接受度好,既能有效弥补内服药物的局限性,又能证实传统外治法在现代儿科领域的适用性,符合儿科治疗对方便性和依从性的双重需求,同时又能有效弥补外服药物在现代儿科领域中的局限性。

然而本文仍有许多待改进的地方,一是样本数量不足(仅有93例样本),观察时间较短,所以研究结论还需要更多的病例验证;二是未开展系统的关于药物浓度以及熏洗时间与退热效果的关系研究。另外,我们只考虑到了风热这个证型,是否可以运用于风寒证其他的辨证分型也需要在以后的工作中尝试做一些探讨和进一步证实。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

作者贡献声明 王雪姣:论文撰写;

沈忱,于淼:数据整理;

高屹文:数据采集;

李恒:研究指导

参考文献

- [1] 付瑞昕,王野. 循经刮痧结合辨证施护治疗儿童风热感冒的临床观察[J]. 中国中西医结合儿科学,2020,12(2):154-156.
- [2] 陈宝钦,杨小娇. 不同中药对小儿外感发热临床治疗效果比较[J]. 中国现代药物应用,2019,13(14):139-140.
- [3] 杜春春. 中药足浴治疗风热型小儿外感发热60例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2023,39(11): 13-16.
- [4] Bakalli I, Klironomi D, Kola E, et al. The management of fever in children[J]. Minerva Pediatr, 2022, 74(5): 568-578.
- [5] 宦红霞. 刮痧佐治小儿感冒(风热证)的退热疗效观察[J]. 中国民间疗法,2020,28(13):29-31.
- [6] 闫赋琴,徐善荣,邵明国,等. 柴银口服液治疗小儿风热感冒的临床效果评价[J]. 世界中医药,2021,16(24):3653-3656.
- [7] Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, Committee on Drugs, Sullivan JE, et al. Fever and antipyretic use in children[J]. Pediatrics, 2011, 127(3): 580-587.
- [8] 刘福珍,李中英. 小儿解表口服液联合小儿氨酚黄那敏颗粒治疗小儿外感发热的临床研究[J]. 中国医药导报,2020,17(21): 117-120.
- [9] 张其聪,吉训超. 基于疏风顺气法治疗小儿外感发热思路探讨[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(4):971-974.
- [10] 蔡燕,李莲嘉. 中药熏洗辅助治疗小儿外感发热43例退热疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学,2018,10(6):476-478.
- [11] 付京喆. 中西医结合治疗儿童外感发热疗效分析[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(15):69,98.
- [12] 丁欢,陈宇婧,李玮彤,等. 刮痧疗法作用机制的研究进展[J]. 广州中医药大学学报,2019,36(4):537-540.
- [13] 王倩,黄海燕. 大椎刮痧治疗小儿外感发热(风热型)的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报,2020,37(10):1940-1944.
- [14] 黄煜扉. 中药熏洗联合感冒风热方治疗小儿外感发热的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2021.
- [15] 王卫平,孙锬,常立文. 儿科学[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [16] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则:试行[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 260-263.
- [17] 赵霞,李新民. 中医儿科学[M]. 5版. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [18] 孙佳红,王烈,孙丽平. 王烈运用清感方治疗小儿风热感冒[J]. 长春中医药大学学报,2019,35(1): 46-48.
- [19] 姚勇志,王力宁,王广青. 王力宁教授分期辨治小儿反复呼吸道感染临床经验的临证经验[J]. 中国中西医结合儿科学, 2023,15(5): 443-446.
- [20] 夏秀娟,侯静,万云,等. 循经刮痧联合中药足浴治疗小儿外感发热(风热型)的临床疗效分析[J]. 现代诊断与治疗,2023,34(10):1432-1434.
- [21] 闫赋琴,徐善荣,邵明国,等. 柴银口服液治疗小儿风热感冒的临床效果评价[J]. 世界中医药,2021,16(24):3653-3656.
- [22] 郑慧敏,李健. 中药足浴临床应用研究进展[J]. 江苏中医药, 2013,45(12):75-77.
- [23] 宋东坡,巩海涛. 中药足浴联合中药穴位贴敷治疗小儿外感发热的效果分析[J]. 当代医药论丛,2020,18(11):167-168.
- [24] 文颖娟,邓中甲. 中药葛根功效探微[J]. 中华中医药学刊, 2011,29(1):172-174.
- [25] 赵香妍,刘长利. 中药柴胡的研究概况与发展趋势[J]. 时珍国医国药,2015,26(4):963-966.
- [26] 张誉腾. 辛凉透表法治疗呼吸道感染病毒感染的抗病毒及免疫调控机制研究[D]. 北京:北京中医药大学,2024.
- [27] 胡永金,乔金玲,朱仁俊,等. 紫草与大青叶提取物体外抑菌效果研究[J]. 安徽农业科学,2010,38(9):4565-4567.
- [28] 丁欢,陈宇婧,李玮彤,等. 刮痧疗法作用机制的研究进展[J]. 广州中医药大学学报,2019,36(4):537-540.
- [29] 王倩,黄海燕. 大椎刮痧治疗小儿外感发热(风热型)的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报,2020,37(10):1940-1944.
- [30] 邱庚凤,刘华锋,刘广斐. 中和医派银翘散泡浴方联合循经刮痧治疗小儿发热伴咳嗽临床观察[J]. 光明中医,2024,39(20): 4139-4142.

(收稿日期:2025-08-09 修回日期:2025-10-29)



欢迎订阅

欢迎投稿

欢迎订阅《中国中西医结合儿科学》杂志

邮发代号:8-162