

揸针联合耳针治疗肝郁脾虚型小儿肠系膜淋巴结炎的临床观察

张琳琳, 张晓伟, 付倩, 杨建芳
(石家庄市中医院, 河北石家庄 050000)

摘要:【目的】观察揸针联合耳针治疗肝郁脾虚型小儿肠系膜淋巴结炎的临床疗效。【方法】将60例肝郁脾虚型小儿肠系膜淋巴结炎患儿随机分为观察组和对照组, 每组各30例。观察组给予揸针联合耳针治疗, 对照组给予双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊治疗。治疗15 d为1个疗程, 连续治疗1个疗程。治疗15 d后, 评价2组临床疗效, 观察2组患者治疗前后中医证候积分的变化情况, 以及肠系膜淋巴结纵径及横径的情况。比较2组患者治疗前后免疫球蛋白(Ig)A、IgG的变化情况, 并评价2组的安全性及不良反应的发生情况。【结果】(1)研究过程中, 观察组失访2例, 对照组失访1例。最终观察组28例、对照组29例纳入疗效统计。(2)观察组总有效率为96.43%(27/28), 对照组为79.31%(23/29)。观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患儿的中医证候积分明显改善($P < 0.01$), 且观察组在改善中医证候积分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。(4)治疗后, 2组患儿的肠系膜淋巴结纵径、横径明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善肠系膜淋巴结纵径、横径方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。(5)治疗后, 2组患儿的IgA、IgG水平明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善IgA、IgG水平方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(6)2组患儿均无明显不良反应情况发生。2组患儿的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。【结论】揸针联合耳针治疗肝郁脾虚型小儿肠系膜淋巴结炎, 可明显改善患儿的临床症状, 提高患儿免疫力, 安全性较好, 临床疗效显著。

关键词: 小儿肠系膜淋巴结炎; 揸针; 耳针; 肝郁脾虚; 临床观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2023)04-0917-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2023.04.021

Clinical Observation on the Thumb-Tack Needling for Subcutaneous Embedding Combined with Auricular Acupuncture in the Treatment of Pediatric Mesenteric Lymphadenitis with Liver Depression and Spleen Deficiency Type

ZHANG Lin-Lin, ZHANG Xiao-Wei, FU Qian, YANG Jian-Fang

(Shijiazhuang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 050000 Hebei, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the clinical efficacy of thumb-tack needling for subcutaneous embedding combined with auricular acupuncture in the treatment of pediatric mesenteric lymphadenitis with liver depression and spleen deficiency type. **Methods** Sixty children with mesenteric lymphadenitis of liver depression and spleen deficiency type were randomly divided into observation group and control group, with 30 cases in each group. The observation group was given thumb-tack needling for subcutaneous embedding combined with auricular acupuncture, and the control group was given the Bifidobacterium Triple Live Bacteria Enteric Capsules. Fifteen days as a course of treatment and lasted for one course of treatment. After 15 days of treatment, the clinical efficacy of the two groups was evaluated, and the changes of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores before and after treatment, as well as the longitudinal and transverse diameter of mesenteric lymph nodes were observed in the two groups. The changes of immunoglobulin (Ig) A and IgG before and after treatment were compared between the two groups. The safety and occurrence of adverse reactions of the two groups were evaluated. **Results**

收稿日期: 2022-10-19

作者简介: 张琳琳(1990-), 女, 主治医师; E-mail: 237091153@qq.com

通信作者: 张晓伟(1979-), 男, 主治医师; E-mail: 1220549033@qq.com

基金项目: 河北省中医药管理局2022年度中医药类科研计划资助项目(编号: 2022172)

(1) During the study, 2 cases in the observation group and one case in the control group were lost to follow-up. Finally, 28 cases in the observation group and 29 cases in the control group were included in the curative effect statistics. (2) The total effective rate was 96.43% (27/28) in the observation group and 79.31% (23/29) in the control group. The curative effect of the observation group was superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (3) After treatment, the TCM syndrome score of the two groups was significantly improved ($P < 0.01$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving TCM syndrome score, the difference being statistically significant ($P < 0.01$). (4) After treatment, the longitudinal and transverse diameter of mesenteric lymph nodes in the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving the longitudinal and transverse diameter of mesenteric lymph nodes, the difference being statistically significant ($P < 0.01$). (5) After treatment, the IgA and IgG levels of the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving the IgA and IgG levels, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (6) There were no obvious adverse reactions occurred in the two groups, and there was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$).

Conclusion The combination of thumb-tack needling for subcutaneous embedding combined with auricular acupuncture can significantly improve the clinical symptoms and immunity of children with liver depression and spleen deficiency type of mesenteric lymphadenitis.

Keywords: pediatric mesenteric lymphadenitis; thumb-tack needling for subcutaneous embedding; auricular acupuncture; liver depression and spleen deficiency; clinical observation

小儿肠系膜淋巴结炎亦称为非特异性肠系膜淋巴结炎,是引起小儿腹痛的最常见原因之一,近年来有增加的趋势^[1]。本病在临床上,以脐周或右下腹痉挛性疼痛、恶心呕吐、腹泻,伴食欲不佳等胃肠道症状为主要临床表现^[2]。西医多采用抗感染、抗病毒、解痉止痛、维持酸碱平衡、调节肠道菌群等对症支持治疗^[3]。西医治疗虽然具有一定的临床疗效,但易反复发作,不仅降低患儿生活质量,还严重影响其生长发育。抗生素的反复使用容易导致肠道菌群失调,一方面降低患儿免疫力,另一方面增加二重感染及抗生素产生耐药的风险,因此,患儿家长及患儿自己的依从性降低^[4]。揸针及耳针是儿科常用的外治法,一方面可避免大量内服药物发生的不良反应,安全可靠;另一方面外治法简便廉验,不仅少有痛苦,也无需长时间体位配合,易被患儿及患儿家长接受。针刺治疗疼痛性疾病疗效已经得到临床研究证实^[5]。本研究采用揸针联合耳针治疗小儿肠系膜淋巴结炎,取得显著疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2021年7月至2022年5月石家庄市中医院儿科门诊收治的60例明确诊断为肠系膜淋巴结炎的患儿为研究对象。按随机数字表将患儿随机分为观察组和对照组,每组各30例。本研究符合医学伦理学要求并通过石家庄市中医医院伦理委员会的审核批准,伦理号:2021071209。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《诸福棠实用儿科学》^[6]及文献研究^[7]的肠系膜淋巴结炎诊断标准拟定。(1)腹痛前曾有上呼吸道感染或肠道感染史。(2)腹痛为阵发性、痉挛性疼痛,且多位于脐周;查体压痛多不固定,无反跳痛及腹肌紧张。(3)白细胞计数正常。(4)腹部彩色超声检查证实:在同一区域肠系膜上探及2个以上淋巴结回声,并且长轴直径 $> 10\text{ mm}$ 和(或)短轴直径 $> 5\text{ mm}$,淋巴结成集簇状排列、彩色多普勒血流成像示淋巴结内血流信号丰富。

1.2.2 中医辨证标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]及汪受传主编的《中医儿科学》^[9]中有关腹痛肝郁脾虚证的诊断标准拟定。肝郁脾虚证的证候表现为:腹痛,胀痛明显,时作时止,腹胀,食欲不振,面色萎黄,食量减少,便溏不爽或干结排出不畅,舌淡苔白或腻,脉弦或细。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准;②年龄3~7岁,性别不限;③血常规、尿常规、大便常规、大便潜血、肝肾功能、肝胆胰脾彩超、腹部X线、呼气试验等均未见异常;④患儿家属或监护人知情同意,自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①由于外科急腹症、阑尾炎、淋巴瘤、肠虫症及其他消化道疾病等引起腹痛的患儿;②合并有心、肝、肾、免疫缺陷等原发性疾病的患儿;③过敏性体质及对本研究药物过敏的患儿;④其他原因不愿意接受中医治疗的患儿。

1.5 剔除标准

①不符合纳入标准而误入者;②研究资料不齐全而影响疗效判定者;③未按研究方案要求治疗者;④治疗过程中出现严重不良反应或其他并发症,不能继续治疗者;⑤治疗完成后失访者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组

给予双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊(晋城海斯制药有限公司,批号:国药准字S19993065,规格:210 mg/粒;)口服,用法:3~5岁,每次1粒,每天2次;6~7岁,每次1粒,每天3次。40℃温水饭后送服,冰箱冷藏贮备。同时,要求患儿清淡饮食,禁食生冷、油腻、甜食等食物,注意防寒保暖,尽量少出入公共场所,避免交叉感染,适当进行体育运动,增强体质。

1.6.2 观察组

给予揞针联合耳针治疗。具体操作如下:(1)揞针:取穴:脾俞(双)、胃俞(双)、足三里(双)、中脘。操作:患儿先取直立位,年龄较小或不配合者由家长抱于怀中,暴露背腰部,腧穴常规消毒后,用镊子取出型号为0.22 mm×0.5 mm的揞针(清铃揞针,苏州医疗用品厂有限公司,注册证编号:苏械注准20162200966),分别贴于脾俞(双)、胃俞(双);患儿再取坐位或仰卧位,暴

露腹部及下肢,分别于足三里(双)、中脘处消毒后贴揞针,贴后用手轻轻压平,确保已埋入皮肤内。留针24 h后去除,休息24 h继续贴敷。埋针期间,嘱患儿家长每日按压4次,每次约1 min,以患儿能够耐受为度。(2)耳穴揞针:取脾、胃、肝、大肠、神门、交感、皮质下穴。对耳穴部位碘伏常规消毒后,镊子夹持针柄,对准耳部穴位垂直按下,留针24 h后去除,休息24 h继续贴敷。埋针期间,嘱患儿家长每日按压4次,每次约1 min,以患儿能够耐受为度。注意事项:①埋针部位如有持续疼痛时,应调整针的方向;②调整后仍有疼痛,或出现局部瘙痒时应立即出针;③埋针期间,腧穴部位保持清洁,尽量不要沾水。

1.6.3 疗程

治疗15 d为1个疗程,2组患儿均治疗1个疗程。

1.7 观察指标

1.7.1 中医证候积分

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]中相关内容拟定评分标准。对患儿的腹痛、腹胀、食欲、食量、便秘等中医证候进行评分,共分为无、轻、中、重4个等级,每项分值分别计为0、1、2、3分。分值越高,则表示临床症状越严重。

1.7.2 肠系膜淋巴结

采用日本东芝公司SSA-680A型彩色超声诊断仪分别于治疗前后检查2组患儿肠系膜淋巴结纵径及横径。

1.7.3 实验室指标

分别于治疗前和治疗后抽取患儿静脉血,由本院检验科对相关实验室指标进行检测。检测2组患儿治疗前后免疫球蛋白(Ig)A、IgG水平。

1.8 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]制定疗效判定标准。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。治愈:临床症状消失,腹部超声检查示肠系膜淋巴结肿大消失或在正常范围,95%≤疗效指数≤100%;显效:临床症状消失,腹部超声检查示肠系膜淋巴结肿大减小50%,70%≤疗效指数<95%;有效:临床症状减轻,腹部超声检查示肠系膜淋巴结肿大减小10%~50%,30%≤疗效指数<70%;无效:临床

症状无改善,腹部超声检查示肠系膜淋巴结肿大无减小,减分率 $<30\%$ 。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数 $\times 100\%$ 。

1.9 安全性评价

观察2组患儿治疗期间不良反应发生情况,以及患儿的生命体征、三大常规、心电图和肝肾功能的变化情况。

1.10 统计方法

采用SPSS 20.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验;等级资料组间比较采用Ridit分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患儿基线资料比较

观察组30例患儿中,男13例,女17例;年龄3~7岁,平均年龄(5.14 ± 1.45)岁;病程1~60d,平均病程(14.07 ± 7.12)d。对照组30例患儿中,男18例,女12例;年龄3~7岁,平均年龄(5.11 ± 1.11)岁;病程1~60d,平均病程(14.16 ± 7.23)d。2组患儿的性别、年龄、病程等一般情况比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患儿的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2组患儿失访情况比较

在研究过程中,观察组失访2例,对照组失访1例。观察组有2例患者因放假回老家退出治疗。对照组有1例患者因感冒退出治疗。最终观察组28例、对照组29例纳入疗效统计。

2.3 2组患儿临床疗效比较

表1结果显示:观察组的总有效率为96.43%(27/28),对照组为79.31%(23/29)。观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.4 2组患儿治疗前后中医证候积分比较

表2结果显示:治疗前,2组患儿中医证候积分包括腹痛、腹胀、食欲、食量、便秘比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患儿的中医证候积分明显改善($P < 0.01$),且观察组在改善中医证候积分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.5 2组患儿治疗前后肠系膜淋巴结纵径、横径比较

表3结果显示:治疗前,2组患儿肠系膜淋巴结纵径、横径比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患儿的肠系膜淋巴结纵径、横径明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善肠系膜淋巴结纵径、横径方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表1 2组肝郁脾虚型小儿肠系膜淋巴结炎患儿临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between two groups of patients with liver depression and spleen deficiency type of mesenteric lymphadenitis [例(%)]

组别	例数/例	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	28	4(14.29)	12(42.86)	11(39.28)	1(3.57)	27(96.43) ^①
对照组	29	1(3.45)	3(10.34)	19(65.52)	6(20.69)	23(79.31)

注:① $P < 0.01$,与对照组比较

表2 2组肝郁脾虚型小儿肠系膜淋巴结炎患儿治疗前后中医证候积分比较

Table 2 Comparison of TCM syndrome scores between two groups of patients with liver depression and spleen deficiency type of mesenteric lymphadenitis before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	例数/例	腹痛	腹胀	食欲	食量	便秘
观察组	治疗前	28	1.63 ± 0.47	1.20 ± 0.40	1.10 ± 0.31	1.70 ± 0.60	1.76 ± 0.65
	治疗后	28	0.25 ± 0.021 ^{①②}	0.31 ± 0.021 ^{①②}	0.31 ± 0.34 ^{①②}	0.38 ± 0.26 ^{①②}	0.41 ± 0.33 ^{①②}
对照组	治疗前	29	1.61 ± 0.49	1.20 ± 0.47	1.13 ± 0.36	1.70 ± 0.61	1.75 ± 0.66
	治疗后	29	0.84 ± 0.08 ^①	0.46 ± 0.24 ^①	0.53 ± 0.31 ^①	0.78 ± 0.43 ^①	0.95 ± 0.57 ^①

注:① $P < 0.01$,与同组治疗前比较;② $P < 0.01$,与对照组治疗后比较

表3 2组肝郁脾虚型小儿肠系膜淋巴结炎患儿治疗前后肠系膜淋巴结纵径、横径比较

Table 3 Comparison of longitudinal and transverse diameters between two groups of patients with liver depression and spleen deficiency type of mesenteric lymphadenitis ($\bar{x} \pm s$, mm)

组别	时间	例数/例	纵径	横径
观察组	治疗前	28	15.29 ± 4.36	6.86 ± 1.48
	治疗后	28	9.27 ± 4.53 ^{①②}	3.89 ± 1.78 ^{①②}
对照组	治疗前	29	13.91 ± 2.90	6.27 ± 0.95
	治疗后	29	11.72 ± 3.70 ^①	5.31 ± 1.82 ^①

注: ① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.01$, 与对照组治疗后比较

2.6 2组肝郁脾虚型小儿肠系膜淋巴结炎患儿治疗前后IgA、IgG水平比较

表4结果显示: 治疗前, 2组患儿IgA、IgG水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患儿的IgA、IgG水平明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善IgA、IgG水平方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 2组肝郁脾虚型小儿肠系膜淋巴结炎患儿治疗前后IgA、IgG水平比较

Table 4 Comparison of IgA and IgG levels between two groups of patients with liver depression and spleen deficiency type of mesenteric lymphadenitis ($\bar{x} \pm s$, $g \cdot L^{-1}$)

组别	时间	例数/例	IgA	IgG
观察组	治疗前	28	0.62 ± 0.14	6.41 ± 0.54
	治疗后	28	0.83 ± 0.20 ^{①②}	8.82 ± 0.82 ^{①②}
对照组	治疗前	29	0.56 ± 0.90	0.72 ± 0.12 ^①
	治疗后	29	6.20 ± 0.41	8.42 ± 0.62 ^①

注: ① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.7 2组患儿的不良反应情况比较

2组患儿治疗前后肝、肾功能均未见明显异常, 观察组与对照组均无明显不良反应情况发生。2组患儿的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

小儿肠系膜淋巴结炎根据其临床症状属于中医学“腹痛”的范畴。《幼科铁镜·辨腹痛》中

云: “腹痛……其因不一, 有寒痛, 热痛, 伤食痛, 积滞痛, 气不和而痛, 脾虚而痛, 肝木乘脾而痛。”小儿脏腑娇嫩, 形气未充, 肺常不足, 肺虚卫外不固, 易受外邪侵袭, 子病及母, 损伤脾的运化功能; 又因小儿脾常不足, 若后天喂养不当, 饮食不知自节, 使其感受外邪后更易于损伤脾的运化功能; 且小儿肝常有余, 气机更易出现升降失衡, 气机不畅, 不通则痛。本病病机为脾胃气滞, 治疗宜健脾疏肝理气止痛。

中医针刺疗法在改善疼痛方面起着积极的作用。揠针是一种微型针灸针, 可通过皮部、经络刺激, 达到调节阴阳、协调脏腑、扶正祛邪、止痛的效果。现代研究^[10]表明, 揠针刺入穴位, 通过激活神经-内分泌-免疫网络参与机体的免疫调控, 并通过久留针以达到抗炎、解痉止痛、延长针刺效应时间的效果。且揠针操作简单, 疼痛不明显, 易于患儿配合。脾俞、胃俞属于背腧穴, 背腧穴分布位置与相应脏腑基本位于同一水平, 是五脏六腑之精气输注于体表的部位, 能够将人体的五脏六腑功能状态进行反馈, 因此, 刺激相应穴位能够对人体脏腑气血功能起到调节作用, 并且还能振奋人体正气, 故刺激这两个穴位, 能够增强脾胃的运化功能, 振奋脾胃之气^[11]。“合治内腑”, 足三里穴为胃经合穴, 故通过刺激足三里可生发胃气、燥化脾湿; “腑会中脘”, 中脘穴是胃之募穴, 是脏腑之气在胸腹部集聚的地方, 故中脘穴可直接理气止痛。现代研究^[12]表明, 中脘、足三里可调节胃肠功能紊乱。《素问》中记载: “耳为宗脉之所聚。”刺激耳穴可达到对经络脏腑的治疗, 临床上常用耳穴辅助治疗减轻疼痛^[13]。脏腑病变时对应耳穴出现局部慢性炎症反应, 因此, 刺激脾、胃、大肠区域可调节相应脏腑功能、具有顺气通腹排便之功^[14]。耳穴中肝穴可疏肝理气、通络止痛, 神门穴可宁神止痛, 交感穴、皮质下能抗炎止痛, 并松弛内脏平滑肌、调节自主神经功能^[15]。综合治疗可达到理气止痛、疏肝健脾的效果。

本研究结果显示, 观察组总有效率为96.43% (27/28), 对照组为79.31% (23/29)。观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 2组患儿的中医证候积分明显改善($P < 0.01$), 且观察组在改善中医证候积分方面明显优

于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。说明揪针组治疗小儿肠系膜淋巴结炎疗效确切,可明显改善患儿腹痛及腹胀不适的症状,还能提高食欲,增加进食量,改善大便情况,促进肠系膜肿大淋巴结恢复。治疗后,2组患儿的肠系膜淋巴结纵径、横径明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善肠系膜淋巴结纵径、横径方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗后,2组患儿的IgA、IgG水平明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善IgA、IgG水平方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示揪针组可有效改善患儿免疫状态,提高患儿免疫力。2组患儿的不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),说明安全性良好。

综上所述,揪针联合耳针治疗肝郁脾虚型小儿肠系膜淋巴结炎可明显改善患儿的临床症状,提高患儿免疫力,安全性较好,临床效果显著,值得在临床进一步推广应用。但由于本研究样本量较少,且未进行随访,未来仍需开展更大样本、多中心的临床研究进一步验证揪针联合耳针的临床疗效,同时开展动物实验探索其作用机制,进一步完善理论基础。

参考文献:

- [1] 李彦彦.胃肠安丸联合头孢克肟治疗小儿肠系膜淋巴结炎的疗效观察[J].中国现代药物应用,2022,16(18):136-138.
- [2] 郭堃,吴九思,赵红霞,等.中医外治法治疗小儿肠系膜淋巴结炎研究进展[J].中国中西医结合儿科学,2021,13(3):196-200.
- [3] 郭雨薇,杨敏,崔文成.小儿肠系膜淋巴结炎中医外治法研究进展[J].中国中医急症,2021,30(5):931-935.
- [4] 岳上赛,荣昊.中医药治疗小儿肠系膜淋巴结炎研究进展[J].中医临床,2017,9(17):138-140.
- [5] 欧阳怀亮,张嘉玲,张治楠,等.黄泳教授针灸治疗疼痛临证笔记[J].按摩与康复医学,2022,13(6):4-6.
- [6] 胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2002:1362.
- [7] 杜鹃,韩立杰,魏冬冬,等.高频彩超在小儿肠系膜淋巴结炎诊断中的临床价值研究[J].中国妇幼保健,2014,29(12):1950-1952.
- [8] 郑筱萸.中药新药临床指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:364.
- [9] 汪爱传.中医儿科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2009:98.
- [10] 周丹.图解皮内针疗法[M].北京:中国医药科技出版社,2018:17.
- [11] 洪秋阳,杨惠民,王世广,等.灵龟八法结合火针针刺对心脾两虚型失眠患者觉醒状态的影响[J].针灸临床杂志,2017,33(8):26-31.
- [12] 陈建志,陆梦江,韩旭,等.“中脘”“足三里”不同刺激参数组合对正常大鼠胃内压的影响[J].针刺研究,2019,44(2):125-130.
- [13] 张雯薰,杨秀英,陶敏.耳穴埋豆联合灸天枢等穴改善痔手术后排便困难的护理研究[J].重庆医学,2018,47(14):1936-1937,1940.
- [14] 何涛,杨丽,徐哲.耳穴揪针干预在全身麻醉下胆囊切除术中的应用价值[J].中国医药,2021,16(1):98-101.
- [15] 邸英莲,严斌泓,胡祎.耳穴埋豆在混合痔病人术后早期中重度疼痛干预中的应用[J].护理研究,2017,31(12):1504-1505.

【责任编辑:宋威】