

## 针灸经络

## 补脾益肺推拿手法对小儿哮喘缓解期的疗效研究

张鹏 杨冬妹 聂波 桑勉

(北京中医药大学东直门医院,北京,100700)

**摘要** 目的:探讨补脾益肺推拿手法治疗小儿哮喘缓解期的临床疗效,为小儿哮喘治疗方案选择提供参考。方法:选取2016年1月至2018年6月北京中医药大学东直门医院收治的小儿哮喘缓解期患儿80例作为研究对象,按照就诊顺序编号,单号设为对照组,双号设为观察组,每组40例。2组患儿入组后均进行哮喘风险因素测评,制定非药物管理策略、药物控制或缓解方案。并对患儿及家属进行健康宣教,日常注意事项及可控危险因素的防控方法。观察组患者在上述基础上再予以补脾益肺推拿手法治疗。2组患儿均连续治疗观察3个月。2组患儿均行症状、肺功能、急性发作次数监测并行组间比较。比较2组患儿治疗前后血清人转化生长因子-1(TGF- $\beta_1$ )水平、肺功能指标用力肺活量(FVC)、第一秒钟用力肺活量(FEV<sub>1</sub>)及FEV<sub>1</sub>/FVC水平的变化。比较2组患儿完成治疗周期后哮喘临床疗效。比较2组患儿治疗期间的药物不良反应情况。结果:2组患儿完成治疗后,观察组患儿临床治疗有效率高于对照组患儿,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );2组患儿完成治疗后气短、精神、面色,饮食,出汗临床症状积分均较治疗前下降,且观察组各项症状评分均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组患儿完成治疗后FVC、FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>/FVC均较治疗前明显升高,且观察组患儿高于对照组患儿,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组患儿完成治疗后血清人转化生长因子-1(TGF- $\beta_1$ )较治疗前明显升高,组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );观察组患儿治疗期间急性发作次数低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );2组患儿治疗期间未出现严重药物不良反应,且一般不良反应率组间比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论:补脾益肺推拿手法辅助常规综合治疗小儿哮喘缓解期患儿,可有效减缓患儿临床症状,提升患儿肺功能,降低急性发作频次,且安全,对缓解期哮喘患儿病情控制和缓解具有较高的临床价值。

**关键词** 小儿哮喘缓解期;补脾益肺推拿手法;综合治疗;肺功能;临床症状;急性发作;血清人转化生长因子-1;不良反应

## Study on the Effects of Invigorating Spleen for Benefiting Lung Tuina on Remission of Asthma in Children

Zhang Peng, Yang Dongmei, Nie Bo, Sang Mian

(Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

**Abstract Objective:** To explore the clinical effect of invigorating spleen for benefiting lung tuina manipulation in the remission stage of asthma in children, and to provide references for the choice of treatment options for asthma in children. **Methods:** A total of 80 children with asthma in remission period were enrolled in Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine from January 2016 to June 2018. They were numbered according to the order of consultation. The odd number was set as the control group, and the even number was set as the observation group, with 40 cases in each group. After the 2 groups were enrolled, asthma risk factors were assessed and non-drug management strategies, drug control or mitigation programs were formulated. Health education, daily precautions and methods of prevention and control of controllable risk factors were also carried out for the children and their families. On the basis of the above, the patients in the observation group were treated with tuina manipulation of invigorating the spleen and benefiting the lung. The 2 groups were treated for 3 months. The symptoms, pulmonary function and the number of acute episodes were monitored and compared between the 2 groups. The changes of serum levels of human transforming growth factor-1(TGF- $\beta_1$ ), forced vital capacity(FVC), forced expiratory volume in 1 s(FEV<sub>1</sub>) and FEV<sub>1</sub>/FVC were compared between the 2 groups before and after treatment. The clinical effects of asthma after completion of treatment cycle were compared between the 2 groups. The adverse drug reactions during treatment were compared between the 2 groups. **Results:** 1) After treatment, the total effective rate of the observation group was higher than that of the control group ( $P < 0.05$ ). 2) The scores of clinical symptoms of shortness of breath, spirit, complexion, diet and sweating in the 2 groups were decreased than those before treatment, and the scores of symptoms in the study group were lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ). 3) FVC, FEV<sub>1</sub> and FEV<sub>1</sub>/FVC in the 2 groups were significantly increased than those before treatment, and the observation group was higher than the control group ( $P < 0.05$ ). 4) After treatment, the serum level of human TGF- $\beta_1$  in the 2 groups was significantly increased than that before treatment, and there was no statistically significant difference between the 2 groups ( $P > 0.05$ ). 5) The number of acute episodes in the obser-

vation group was smaller than that in the control group ( $P < 0.05$ ). 6) There were no serious adverse drug reactions in the 2 groups during treatment, and there was no significant difference in the general adverse reaction rate between the 2 groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** invigorating spleen for benefiting lung tuina manipulation combined with routine comprehensive treatment can effectively alleviate the clinical symptoms of children with asthma in remission stage, improve the pulmonary function of children, reduce the frequency of acute attacks, and is safe. It has high clinical value for the control and remission of children with asthma in remission stage.

**Key Words** Remission stage of asthma in children; Tuina manipulation of invigorating spleen and benefiting lung; Comprehensive treatment; Pulmonary function; Clinical symptoms; Acute attack; Serum human transforming growth factor-1; Adverse reactions

中图分类号: R242; R725.6 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.07.049

哮喘(Asthma)是一种气道慢性炎性疾病,病因病机复杂,遗传、体质、吸入变应原等多种因素相关。3岁以前的小儿是哮喘的高发人群。哮喘发作后临床表现为喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状反复发作,夜间和凌晨加重。因小儿各系统、器官发育尚不成熟,长期哮喘发作可诱发患儿发生肺气肿和肺心病、胸廓畸形和肋骨骨折、出现心律失常和休克、闭锁综合征、生长发育迟缓、引起呼吸骤停和呼吸衰竭、造成气胸和纵隔气肿等一系列并发症,严重影响患儿的身心健康<sup>[1]</sup>。近年来随着环境变化,小儿哮喘发病率呈逐年上升之势。小儿哮喘一般情况下可自行缓解,或者经治疗后的得到缓解,但随着病程的延长,可导致患儿出现气道结构性改变,即气道重塑<sup>[2]</sup>。小儿哮喘缓解期的治疗目标为达到并维持哮喘控制。中医典籍中记载的“哮喘”与现代医学的支气管哮喘一致,中医对于小儿哮喘的记载最早可追溯到《灵枢·本神》。中有“肺藏气,气舍魄,肺气虚,则鼻塞不利少气,实则喘喝,胸盈仰息”的记载。中医治疗方案以在治疗小儿哮喘中发挥了重要作用。《金匱要略》曰:“咳而上气,喉中如水鸡声,射干麻黄汤主之”。小儿推拿是中医治疗体系中重要的分支之一,其中以中医辨证理论为基础,通过辨证取穴、推拿手法以调节脏腑、疏通经络、调和气血、平衡阴阳<sup>[3]</sup>。因其在小儿疾病的治疗中具有操作简便、疗效确切而广受推崇。本研究采用补肺益脾推拿手法对小儿哮喘缓解期患儿进行治疗,取得较好临床疗效。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月至2018年6月北

京中医药大学东直门医院收治的小儿哮喘缓解期患儿84例作为研究对象,按照就诊顺序编号,单号设为对照组,双号设为观察组,每组40例。2组患儿性别、年龄、体质量、体质量指数、病程、中医证型、入组前哮喘严重程度比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。具有可比性。见表1。本方案经医院伦理委员会审核批准实施[伦理审批号:2016(论)审第001号]。

### 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准及缓解期标准 符合中华医学会呼吸病学分会哮喘学组2016年制定的《支气管哮喘防治指南(2016年版)》<sup>[4]</sup>中对哮喘的诊断标准及分期标准:由临床经验丰富的儿科医师根据患儿临床症状(反复发作喘息、气急,伴或不伴胸闷或咳嗽,夜间及晨间多发)、体征(发作时双肺可闻及散在或弥漫性哮鸣音,呼气相延长)、可变气流受限的客观检查结果及患儿可自行缓解或者经治疗后缓解即可确诊为哮喘。患儿临床症状缓解后无临床症状维持1年以上者为哮喘缓解期。

1.2.2 中医诊断及分型标准 确诊为缓解期哮喘后,由临床经验丰富的中医师参照《中医疾病证诊断与疗效标准》<sup>[5]</sup>中的“哮喘”诊断及分型标准对患儿进行诊断分型。根据发作时的症状(喉中哮鸣有声,呼吸困难,甚则张口抬肩,不能平卧,或口唇指甲发绀)、体征(两肺可闻及哮鸣音,或伴有湿罗音)、实验室检查(嗜酸性粒细胞可增高、痰液涂片可见嗜酸性粒细胞、胸部X线无特殊改变,病久可见肺气肿征),可确诊为哮喘。

中医分型:肺气虚证:自汗,怕风,易感冒,发病前喷嚏频作,鼻塞流清涕。舌苔薄白,脉濡。脾气亏

表1 2组患儿临床基线资料比较

组别	性别(例)		年龄(岁)	体质量( $\bar{x} \pm s, \text{kg}$ )	体质量指数( $\bar{x} \pm s, \text{kg}/\text{m}^2$ )	病程( $\bar{x} \pm s, \text{月}$ )	中医证型(例)			哮喘严重程度(例)			
	男	女					肺气亏虚	脾气亏虚	肾气亏虚	间歇发作	轻度	中度	重度
对照组( $n=40$ )	22	18	7.27 ± 1.29	22.35 ± 5.23	20.11 ± 2.02	3.72 ± 0.62	21	14	5	21	11	6	2
观察组( $n=40$ )	21	21	7.24 ± 1.37	21.93 ± 5.18	20.15 ± 2.04	3.65 ± 0.59	20	15	5	20	12	5	2

虚:平素痰多,倦怠无力,食少便溏,每因饮食失当而引发。舌苔薄白,脉细缓。肾气亏虚:平素气息短促,动则为甚。腰酸腿软,脑转耳鸣,不耐劳累,下肢欠温,小便清长。舌淡,脉沉细。

1.3 纳入标准 1)年龄5~10岁;2)符合哮喘的西医诊断及中医诊断及分型、分期标准;3)临床症状均缓解至少1年以上;4)无多种药物过敏史,对本方案所用药物不过敏;5)信任中医药病接受中医推拿治疗;6)患儿和(或)家属了解参加此次研究利弊,愿意配合各项研究工作,签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)哮喘急性发作者;2)由其他疾病(支气管扩张症、充血性心力衰竭、肺结核和弥漫性泛细支气管炎等)引起的喘息、呼吸困难者;2)伴有严重心脑血管系统、消化系统、血液系统、泌尿系统、神经系统疾病者;3)经研究负责人评估其风险与获益不适合参加此项研究患儿。

1.5 脱落与剔除标准 1)因患儿原因未完成确定的治疗方案;2)用药期间出现严重不良事件、并发症和特殊生理变化;3)因非治疗原因致疗程未结束患儿退出试验或失访或死亡者;4)随访资料不完整者。

1.6 治疗方法 2组患儿入组后均进行哮喘风险因素测评,制定非药物管理策略、药物控制或缓解方案。并对患儿及家属进行健康宣教,日常注意事项及可控危险因素的防控方法。观察组患者在上述基础上再予以补脾益肺推拿手法治疗。每日进行下述推拿手法操作。

补脾经:推拿者沿着患儿拇指外侧缘,赤白肉际处由指尖向指根直推,连续300次。

补肾经:推拿者沿着患儿小指指腹由指尖向指根直推,连续300次。

补肺经:推拿者沿着患儿无名指末节罗纹面由指尖向指根直推,连续300次。

运内八卦:推拿者沿着患儿掌心四周,以内劳宫为圆心,内劳宫至中指指根横纹的2/3为半径作圆顺时针推移,连续100次。

按揉天突:推拿者沿着患儿颈部正中线上胸骨上窝中央顺时针按揉3min;分推膻中100次;按涌泉3min;按弦走搓摩100次;揉肺俞、脾俞、肾俞各3min;捏脊10遍。

1次/d,连续3周后休息1周再继续上述推拿。

2组患儿均连续治疗观察3个月。

1.7 观察指标 2组患儿均行临床症状、肺功能、急性发作次数监测并行组间比较。比较2组患儿治疗前后血清人转化生长因子-1(TGF- $\beta_1$ )水平、肺功

能指标用力肺活量(FVC)、第1秒钟用力肺活量(FEV<sub>1</sub>)及FEV<sub>1</sub>/FVC水平的变化。比较2组患儿完成治疗周期后哮喘临床疗效。比较2组患儿治疗期间的药物不良反应情况。

中医证候积分判定标准:参照《中药新药临床研究指南》制定哮喘患儿缓解期临床症状积分判断标准:患儿治疗前后,由同一位经过培训的中医医师对患儿气短、出汗、面色、精神、食欲症状严重程度进行判断,根据临床表现的严重程度分为轻、中、重度,分别赋值为1、2、3分。分值越高说明临床症状越严重。

肺功能指标检测:患儿治疗前、完成治疗后,由同一位医师采用安科台式肺功能检测仪(章丘舜泽生物工程有限公司四川,规格型号:FGC-A)检测患儿肺功能:第1秒钟用力呼气容积(FEV<sub>1</sub>)、用力肺活量(FVC)、FEV<sub>1</sub>/FVC。

血清TGF- $\beta_1$ 检测:2组患儿治疗前后取空腹静脉血,采用双抗体夹心酶联免疫吸附法(ELISA)检测血清TGF- $\beta_1$ ,试剂盒均由上海康朗生物科技有限公司提供,严格按照试剂盒说明书操作。

药物不良反应监测:治疗过程中指导患儿及家长观察药物不良反应,每月监测1次血常规、肝功、肾功,综合判定是否出现药物不良反应。

1.8 疗效判定标准 2组患儿完成治疗周期后,由同一位经过培训的医师参照《中医病症诊断疗效标准》对患儿进行临床疗效评定。治愈:哮喘控制,哮喘音消失;好转:哮喘缓解,或发作次数减少;未愈:症状无变化。临床治疗有效率=(治愈例数+好转例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.9 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件分析所得数据,计数资料用百分率表示,行 $\chi^2$ 检验。计量资料用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,本研究所有数据均符合正态分布,用 $t$ 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组患儿临床疗效比较 完成治疗周期后,观察组患儿临床治疗有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组患儿临床疗效比较

组别	治愈 (例)	好转 (例)	未愈 (例)	临床治疗有效 [例(%)]
对照组( $n=40$ )	13	20	7	34(82.50)
观察组( $n=40$ )	17	22	1	39(97.50)*

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$

表3 2组患儿治疗前后临床症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	气短	精神	面色	饮食	出汗
对照组(n=40)					
治疗前	1.67 ± 0.22	1.54 ± 0.20	1.54 ± 0.17	1.87 ± 0.25	1.75 ± 0.23
治疗后	1.44 ± 0.17*	1.32 ± 0.14*	1.21 ± 0.11*	1.27 ± 0.13*	1.28 ± 0.13*
观察组(n=40)					
治疗前	1.69 ± 0.23	1.54 ± 0.21	1.57 ± 0.17	1.86 ± 0.24	1.76 ± 0.24
治疗后	1.03 ± 0.13* <sup>△</sup>	0.93 ± 0.11* <sup>△</sup>	0.92 ± 0.09* <sup>△</sup>	1.03 ± 0.10* <sup>△</sup>	0.96 ± 0.10* <sup>△</sup>

注:与本组治疗前比较,\*P<0.05;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup>P<0.05

2.2 2组患儿治疗前后临床症状积分比较 2组患儿完成治疗后气短、精神、面色、饮食、出汗临床症状积分均较治疗前下降,且观察组各项症状评分均低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表3。

2.3 2组患者治疗前后肺功能指标变化比较 2组患儿完成治疗后FVC、FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>/FVC均较治疗前明显升高,且观察组患儿高于对照组患儿,差异有统计学意义(P<0.05)。见表4。

表4 2组患儿治疗前后肺功能比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	FVC(L)	FEV <sub>1</sub> (L)	FEV <sub>1</sub> /FVC(%)
对照组(n=40)			
治疗前	1.83 ± 0.35	1.07 ± 0.23	51.53 ± 5.06
治疗后	2.28 ± 0.43*	1.47 ± 0.32*	60.23 ± 6.13*
观察组(n=40)			
治疗前	1.81 ± 0.35	1.03 ± 0.23	51.45 ± 5.06
治疗后	2.57 ± 0.51* <sup>△</sup>	1.76 ± 0.36* <sup>△</sup>	70.64 ± 7.02* <sup>△</sup>

注:与本组治疗前比较,\*P<0.05;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup>P<0.05

2.4 2组患儿治疗前后血清TGF-β<sub>1</sub>水平比较 2组患儿完成治疗后血清TGF-β<sub>1</sub>水平均较治疗前升高,且组间比较,差异无统计学意义(P>0.05)。见表5。

表5 2组患儿治疗前后血清TGF-β<sub>1</sub>水平比较( $\bar{x} \pm s$ ,ng/L)

组别	TGF-β <sub>1</sub>
对照组(n=40)	
治疗前	27.81 ± 5.17
治疗后	37.42 ± 7.21*
观察组(n=40)	
治疗前	27.68 ± 5.15
治疗后	37.92 ± 7.27*

注:与本组治疗前比较,\*P<0.05

2.5 2组患儿治疗期间哮喘急性发作次数比较 观察组患儿治疗期间急性发作(1.02 ± 0.12)

次,低于对照组的(1.35 ± 0.23)次,差异有统计学意义(P<0.05)。

2.6 2组患儿治疗期间药物不良反应率比较 2组患儿治疗期间未出现严重药物不良反应,且一般不良反应率组间比较,差异无统计学意义(P>0.05)。见表6。

### 3 讨论

小儿身体各器官、系统发育尚不成熟,免疫系统较为孱弱,机体较易过敏,尤其是呼吸道与外界直接接触,发生过敏的概率更大,接触过敏原是导致小儿发生支气管哮喘的重要因素之一<sup>[6]</sup>。过敏后气道易发生炎性反应,导致多种炎性细胞及其分泌的炎性反应递质共同作用于气道而影响气道的相关功能而发生哮喘<sup>[7]</sup>。因此,小儿哮喘的病机为气道慢性炎性反应的结果。哮喘急性发作一般可以通过药物治疗而缓解哮喘症状,继而转为哮喘缓解期<sup>[8]</sup>。在哮喘缓解期内患儿气道炎性状态若得不到有效改善,仍然可发作哮喘,长期炎性反应对气道的反应性和气道空间造成不利影响,加重患儿哮喘发作的频次及严重程度,最终影响患儿的肺部通气功能<sup>[9]</sup>。西医治疗哮喘的首选方法是应用支气管舒张剂与激素,可快速缓解气道高反应状态,具有疗效确切、起效快的优点,但对于小儿哮喘患儿,长期使用激素和支气管舒张剂对患儿的免疫功能、代谢等方面均有一定的影响,且直接采用雾化吸入的方法,对呼吸道也会造成一定的刺激,严重者甚至导致声带发生病变<sup>[10-11]</sup>。

中医治疗哮喘历史悠久,金元·朱丹溪首次提出了哮喘的病名。后世医家对哮喘的病因病机进行了深入研究,归纳总结中医对哮喘的病机阐述,肺、脾、肾、胃间的相互作用是最主要的病机阐述<sup>[12]</sup>。

表6 2组患儿药物不良反应比较[例(%)]

组别	声嘶	口咽真菌感染	口周皮炎	反射性咳嗽	口干	不良反应
对照组(n=40)	1(2.50)	0(0.0)	1(2.50)	1(2.50)	1(2.50)	4(10.00)
观察组(n=40)	1(2.50)	1(2.50)	0(0.0)	1(2.50)	0(0.0)	3(7.50)

《时方妙用·哮喘》认为“哮喘之病,寒邪伏于肺俞,痰壅结于肺膜,内外相应,一遇风寒暑湿燥火六气之伤即发,伤酒伤食亦发,动怒动气也发,劳役房劳亦发”。其次“伏痰”也是中医较为主流的病机学说<sup>[13-14]</sup>。肺、脾、肾三脏不足是形成“伏痰”的根由。脾、肺、肾在气血津液的生化输布过程中发挥重要作用,三脏功能异常致津液运化输布不利,津液聚而成痰,滞留于肺,肺失疏达,气机不畅而致咳喘。三脏本虚而表现为积聚停滞的实证<sup>[15]</sup>。

中医推拿作为历史悠久的治疗小儿疾病的方法,其结合中医的经络穴位体系,用其独特的手法疏通经络穴位,达到调理气血津液、增强小儿免疫力、促进体质方面具有确切的疗效<sup>[16-17]</sup>。本研究采用补脾益肺推拿手法辅助西药及综合治疗措施对哮喘缓解期患儿进行治疗,结果显示,较之于单纯的西药及综合疗法,其在改善患儿临床哮喘症状积分、提高患儿免疫指标、提升临床疗效方面更具优势<sup>[18]</sup>。且并未增加患儿的不良反应。补脾益肺推拿法根据脾脏、肺脏及肾脏对应的经络拇指外侧缘,赤白肉际处(对应脾经)、小指指腹(对应肝、心、肺、肾经)、无名指末节罗纹面(对应肺经)进行直推达到疏通上述经络的效果<sup>[19]</sup>,对肺俞、脾俞、肾俞穴位进行揉捏,达到补充脾肺肾气机生化的作用。通过推移八卦、内劳宫、天突、膻中、膻穴等关联穴位,达到补气固本、运气活血、畅通经络、温化痰饮、消除夙根的效果<sup>[20]</sup>。

综上所述,补脾益肺推拿手法辅助常规综合治疗小儿哮喘缓解期患儿,可有效减缓患儿临床症状,提升患儿肺功能,降低急性发作频次,且安全,对缓解期哮喘患儿病情控制和缓解具有较高的临床价值。

#### 参考文献

- [1]李旗,刘国荣. 小儿推拿对哮喘患儿支气管肺泡灌洗嗜酸粒细胞相关因子的影响[J]. 华北理工大学学报:医学版,2018,20(5):348-352.
- [2]李敏,张强,罗小莉. 推拿疗法对小儿哮喘慢性持续期的疗效研

- 究[J]. 湖北中医药大学学报,2018,20(3):66-69.
- [3]刘雅琴,罗孝全,刘燕华,等. 中药穴位敷贴联合推拿疗法治疗小儿哮喘慢性持续期合并肠易激综合征的疗效及护理观察[J]. 四川中医,2018,36(5):199-202.
- [4]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(2016年版)[J]. 中华肺结核和呼吸杂志,2016,39(9):675-697.
- [5]中国中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:89.
- [6]郑军. 小儿哮喘缓解期的中医辨证治疗[J]. 北京中医,2002,21(4):222-223.
- [7]李玮,刘璐,孙丽平,等. 中医药防治小儿哮喘临床研究进展[J]. 中国中西医结合儿科学,2017,9(3):191-194.
- [8]袁绩,王楠. 沙美特罗替卡松粉吸入联合中医推拿治疗小儿哮喘慢性持续期疗效研究[J]. 临床医药文献(连续型电子期刊),2017,4(35):6760-6761.
- [9]于晓慧. 推拿治疗小儿咳嗽变异性哮喘临床效果分析[J]. 中医临床研究,2017,9(12):57-58.
- [10]叶优珊,马房柱. 小儿推拿对小儿哮喘不同时期 IL-17、IL-33、IL-6 水平变化影响[J]. 吉林医学,2017,38(3):495-496.
- [11]李牧真,李华东,吴昊. 基于中医体质学说推拿治疗小儿哮喘缓解期 36 例[J]. 山东中医杂志,2016,35(10):886-887+917.
- [12]赵克蕊,高学全. 小儿推拿治疗小儿哮喘的研究进展[J]. 医学综述,2016,22(19):3857-3859.
- [13]袁绩,王楠. 沙美特罗替卡松粉吸入联合中医推拿治疗小儿哮喘慢性持续期疗效研究[J]. 临床医药文献(连续型电子期刊),2017,4(35):6760-6761.
- [14]汪玉洁. 推拿结合低周波治疗仪治疗小儿发作期哮喘疗效观察[J]. 大众科技,2016,18(6):69-70.
- [15]韦燕珊. 穴位贴敷法治疗发作期小儿哮喘寒证的临床研究[D]. 南宁:广西中医药大学,2016.
- [16]赵艳. 新中国成立后 30 年(1949-1977)中医儿科学发展概述[J]. 中医儿科杂志,2016,12(5):23-25.
- [17]于华. 推拿治疗小儿哮喘缓解期(肺脾气虚)的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学,2016.
- [18]朱琳,张珍珠,左伟斌,等. 温中健脾类手法在小儿推拿中的应用[J]. 现代中医临床,2016,23(2):53-55.
- [19]孟俊谷. 小儿推拿治疗哮喘的研究进展[J]. 内蒙古中医药,2017,36(20):138-139.
- [20]陈春燕. 小儿推拿疗法对小儿哮喘慢性持续期的临床疗效及治疗效果研究[J]. 四川中医,2018,36(3):183-186.

(2019-01-20 收稿 责任编辑:杨觉雄)