

吴勉华教授从“瘀热”辨治放射性咽喉炎经验*

郭倩蓉¹ 余 豹¹ 祝金标¹ 李文婷^{1,2△} 指导 吴勉华^{1,2}

(1.南京中医药大学,江苏 南京 210023;2.吴勉华全国名中医传承工作室,江苏 南京 210023)

中图分类号:R76 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2024)06-1093-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2024.06.040

【摘要】 吴勉华教授认为放射线属“火毒”之邪,其致病具有灼伤、迟发、损络、伤阴、耗气、缠绵的特性。放射性咽喉炎是头颈部恶性肿瘤放疗后常见的副反应,其基本病机为瘀热互结、咽喉不利、耗气伤阴。治疗上,吴教授以凉血散瘀、益气养阴为大法,提倡未病先防,祛除致病因素;对于已经损伤者则需既病防变,防止放射性纤维化的产生。这些学术思想可为理论探讨和临床工作提供借鉴。

【关键词】 放射性咽喉炎 瘀热病机 凉血散瘀 名医经验 吴勉华

吴勉华教授系全国名中医、首届岐黄学者、国家中医药管理局中医肿瘤病学科带头人、全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,曾任南京中医药大学校长,先后兼任中华中医药学会副会长、世界中医药学会联合会医养结合专业委员会副会长等。其师从国医大师周仲瑛教授,从事中医内科教学、科研、临床工作40余载,尤擅治疗恶性肿瘤及恶性肿瘤放化疗后的毒副反应。笔者有幸跟师学习,现将吴教授辨治放射性咽喉炎的经验介绍如下,以飨同道。

1 放射性咽喉炎的研究进展

放射性咽喉炎是头颈部恶性肿瘤放射治疗(简称放疗)期间常见的副反应,随着放疗累积剂量的增加,咽喉局部组织及毛细血管充血水肿、血液循环不良,唾液分泌减少^[1],可见咽喉破溃疼痛、咽喉干燥、吞咽困难等,严重者需暂停放疗。西医主要采取局部物理降温、抗炎、抗感染等治疗^[2],用药包括康复新液联合维生素C、甘露醇加地塞米松、利多卡因与庆大霉素四联药等^[3-5]。但抗生素易导致口腔内环境紊乱,且治疗常仅限于局部。中医药作为肿瘤综合治疗的重要组成部分,治疗该病疗效确切^[6],不良反应少,极大地提升了患者的生活质量。中医常以滋阴清热、解毒化痰、活血化瘀等方法治疗放射性咽喉炎^[7-9]。吴勉华教授继承并创新了周仲瑛教授的“瘀热”病机理论^[10],将其用于防治肿瘤患者的放射性损伤,并提出放射性咽喉炎的

基本病机为瘀热互结,咽喉不利,耗气伤阴,治疗当以凉血散瘀、清咽利喉、益气养阴为主,临床疗效显著。

2 基于瘀热病机理论的探讨

2.1 瘀热的形成过程 吴勉华教授认为瘀热的产生与瘀和热均相关^[11],两者可互为因果,分为由热致瘀和由瘀致热。由热致瘀者,乃是放射线火热之邪直中营血,血脉弛张,但肿瘤局部因痰湿互结,气机郁滞,血行迟缓,热邪郁遏在里,随着放疗次数的增加,局部热邪壅盛。《医林改错》云“血受烧炼,其血必凝”,热劫阴血,血行不畅,瘀血则生,瘀与热相互搏结,最终导致瘀热的形成。由瘀致热者,乃是肿瘤局部瘀血已成,包括脉中滞血和离经之血,唐容川《血证论》云“凡有所瘀,莫不壅塞气道,阻塞气机”,此时加以火热之邪,则热为瘀血所遏,血为热所煎熬,两者相搏,形成瘀热这一病理产物。

2.2 瘀热的致病特点 瘀热已成,则为致病之因,可分为外感瘀热致病和内伤瘀热致病^[12]。吴勉华教授认为放射线属外来的“火毒”之邪,但又与外感“六淫”“疫毒”不同,放射线常直中脏腑、血络,一般不循卫气营血或三焦的传变规律^[13]。放射性损伤当属外感瘀热致病,其致病特点为1)灼伤性:瘀热交争,热毒燔灼气血,可见于放射性皮炎,表现为皮肤红肿、灼痛、脱皮、破溃等,可见于放射性口腔炎,表现为口舌生疮、张口困难等。2)迟发性:放射性损伤常常发生在治疗中后期,表现为放射性腮腺炎、放射性肺炎、放射性食道炎等。3)损络性:放射线损伤血络,血溢在外表现为肌肤瘀斑、破溃,在上表现为吐血、咯血,在下表现为便血、尿血。4)伤阴性:表现为口干欲饮,饮而不解,甚至烦躁不安,五心烦热。5)耗气性:表现为神疲乏力,少气

* 基金项目:吴勉华全国名老中医药专家传承工作室(国中医药人教函[2022]75号);第二届全国名中医传承工作室(国中医药办人教函[2022]245号);江苏省中医药管理局2023年度省中医药科技发展计划项目(苏中医科教[2023]18号)

△通信作者

懒言,食欲不振等。6)缠绵性:瘀热互结,久病入络,络脉瘀阻,病情缠绵^[14]。

3 放射性咽喉炎的病因病机

中医学无放射性咽喉炎的病名,常归于“喉痹”范畴。《黄帝内经》云“一阴一阳结,谓之喉痹”。吴勉华教授认为放射性咽喉炎乃是属阴之瘀血与属阳之火毒交争搏结所致,瘀热痹阻于咽喉,导致咽喉不利。瘀热致病具有定位性特点,该病病位为咽喉,可累及肺、胃。咽喉为肺胃之门户,瘀热蕴结于咽喉可阻碍肺胃气机,久则耗气伤阴。《黄帝内经》云“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱”,肺胃气阴受损,津液输布障碍,咽喉失于濡润,则可出现咽喉干燥出血、吞咽疼痛,病久可导致纤维化。

4 放射性咽喉炎的治则治法

吴勉华教授治疗放射性咽喉炎紧扣瘀热病机,以凉血散瘀、益气养阴为总治则。此外,本病的发生虽与放射线的照射直接相关,但其损伤程度及预后与肿瘤患者自身痰、湿、瘀互结的轻重也密切相关^[15],故吴教授从“治未病”的角度出发,提倡患者在放射治疗前即当干预,祛除易发因素,从而阻止疾病发生或减轻其严重程度;对于已经损伤者则需既病防变,防止后期出现放射性纤维化^[16]。

4.1 凉血散瘀,益气养阴 吴勉华教授基于凉血散瘀、益气养阴的总治则,以沙参麦冬汤、四君子汤、犀角地黄汤加减自拟基础方:炙黄芪、太子参、炒白术、茯苓、麦冬、生地榆、赤芍、天花粉、射干、石上柏、六神曲、陈皮、炙甘草。方中炙黄芪除补虚外,对于痈疽溃疡亦有修复之功;太子参为清补之品,兼能生津,且补而不滞,二者共为君药。炒白术、茯苓、六神曲健脾益气,脾胃之气得复,则全身之气生化有源;麦冬清凉润泽,养阴生津;生地榆凉血止血、泻火解毒;赤芍可散恶血,能行血中之滞,清散血中瘀热,共为臣药。天花粉清热养阴生津兼能活血化瘀,口干者尤效;射干清热利咽,消痰散结;石上柏专治咽喉肿痛,兼能抗癌;陈皮理气燥湿,共为佐药。炙甘草调和诸药为使药。

4.2 瘀热轻重,分期论治 吴勉华教授以凉血散瘀、益气养阴之法贯穿治疗始终,其中凉血与化瘀的比例常因时、因人制宜,放疗各期皆有所侧重,临床当辨瘀热轻重分期论治。

放疗早期当避免过用清热凉血之品,以免凉遏敛邪。早期火热之邪未盛,咽喉局部痰、湿、瘀阻滞气机,血行不畅,与热交结,瘀重于热。临床可见皮肤色素沉着、口唇紫暗、吞咽不畅、咽喉水肿、口干而饮水不多、舌紫暗等。根据头颈部肿瘤痰瘀互结的病机特点,吴教授常用三棱、莪术、天南星、僵蚕等化痰散瘀;疼痛显著伴多发转移者常用蜈蚣、全蝎等虫类药逐瘀通络;水

肿甚者常用泽泻、泽兰、水红花子等活血利水;若见全舌青紫者,可用水蛭峻消瘀滞。

放疗中后期,放射线累积剂量逐渐增高,火热之邪壅盛,热与瘀搏结,损伤血络,热重于瘀。临床可见皮肤红肿破溃出血、咽喉及口腔溃疡、吞咽疼痛、口干口渴、舌红少津伴有瘀点瘀斑等。吴教授常用生地黄、地榆、牡丹皮、赤芍、玄参、黄连等清热凉血解毒之品。其中口腔溃疡疼痛者可配伍白残花、木蝴蝶、白及等;阴伤者可配伍石斛、玉竹、麦冬、天花粉等。

4.3 健运脾胃,以资化源 吴勉华教授认为放疗中后期瘀热蕴结不解,会导致气阴的持续性损耗,单纯补气或养阴终是治标,资生健脾推动气阴生化才为治本。放射性咽喉炎患者后期可出现进食困难、纳食不馨等脾胃虚弱之象,进而导致消瘦、乏力、倦怠、精神萎靡等,以致更加不耐火毒之邪的侵袭。脾胃为后天之本,气血生化之源,亦是气机升降之枢纽,脾胃健运,全身气血生化有源,气阴则可自复,气机升降和调,津液则能输布。因此,吴教授在治疗放射性咽喉炎的同时,亦十分重视患者脾胃功能,脾虚纳差者常用茯苓、山药、炒谷麦芽、六神曲等;胃脘胀闷者常用法半夏、姜厚朴、炒枳实等;肝郁脾虚者常用柴胡、郁金、香附、绿梅花、合欢花等。

5 验案举隅

5.1 防治案例——未病先防 患某,女性,40岁。2022年5月4日初诊。主诉:确诊鼻咽恶性肿瘤2月余。病史:2022年2月22日于全麻下行“鼻内镜下鼻咽部囊肿射频消融术”,术后病理示:非角化型分化型鳞状细胞癌。患者于外院放疗2次,为防治副反应,至吴师门诊就诊。刻下:双下肢乏力,咽中有痰,量少,耳鸣,纳食可,夜寐尚安,二便尚调。月经延后,月经量少,3 d净。舌质淡隐紫,苔薄,脉细弦。目前西医诊断:鼻咽恶性肿瘤。中医诊断:鼻咽癌,辨证属正虚毒结。处方:炙黄芪 15 g,太子参 12 g,炒白术 12 g,麦冬 12 g,赤芍 12 g,生地榆 12 g,天花粉 12 g,射干 10 g,石上柏 10 g,茯苓 12 g,白花蛇舌草 15 g,鸡血藤 12 g,补骨脂 12 g,菟丝子 12 g,泽漆 12 g,合欢花 10 g,六神曲 15 g,陈皮 6 g,炙甘草 3 g。14剂,水煎服,早晚饭后分温服。2022年5月18日二诊:累计放疗12次。刻下:下肢乏力好转,咽痛,痰中偶带血丝,口鼻干,胃脘部不适、暖气,耳鸣。舌质淡隐紫、边有瘀斑,苔薄少津,脉细弦。改西医诊断:放射性咽喉炎。中医诊断:喉痹,辨证属瘀热蕴结,血络受损。原方加仙鹤草 12 g,生地黄 12 g,法半夏 12 g,姜厚朴 12 g。14剂,煎服法同前。2022年6月1日三诊:累计放疗22次。刻下:咽痛,口腔溃疡,痰中偶带血丝,口鼻干,偶有胃痛,耳鸣。舌质淡隐紫、边有瘀斑,苔少,脉细弦。2022年5

月30日复查核磁示:鼻咽病灶及周围侵犯,较前退缩好转;左咽后外侧淋巴结肿大,右咽后外侧、两颈血管鞘旁淋巴结稍肿大,较前退缩。原方去法半夏、姜厚朴、射干,加白及12 g,白残花10 g,玄参12 g,桔梗6 g。14剂,煎服法同前。2022年6月15日四诊:累计放疗32次,已完成计划方案。刻下:口腔溃疡已痊愈,口鼻干较前改善,偶有胃痛,咽中有痰,未见血丝,耳鸣。舌质暗,苔薄,脉细弦。原方去白及、赤芍。14剂,煎服法同前。

按语:本例患者在放疗副反应发生前即寻求中医药的防治,初诊时患者咽中有痰、量少,为鼻咽部有痰浊阻滞,气机不畅,给放射性咽喉炎的发生提供了机会;双下肢乏力,月经后期,量少,为气血不足,抵御火毒外邪的能力较弱。遂初诊即投以益气养阴、凉血散瘀、健脾补肾之品,予基础方佐以白花蛇舌草抗癌解毒,鸡血藤、补骨脂、菟丝子活血益肾,泽漆化痰散结,合欢花解郁安神。二诊时出现痰中血丝,为射线剂量逐渐累积后瘀热损伤血络,遂予仙鹤草收敛止血;生地榆凉血止血;胃脘部不适,予法半夏、姜厚朴燥湿化痰,调畅气机。三诊时出现口腔溃疡,火热明显,遂去辛燥之法半夏、姜厚朴、射干,以防助火伤津;加玄参、桔梗宣肺利咽,“火郁发之”,桔梗引药上行,顺从火热的方向清散之;白及、白残花二者尤善疗口疮,为对症用药。四诊时患者已完成放疗,而咽痛、痰中带血未作。该案例患者本应随着放疗剂量的增加出现咽喉破溃、出血、声音嘶哑等损伤,经预防性调治,在放疗累计剂量最高时,诸症均不显,未发生严重损伤。

5.2 治疗案例——既病防变 患某,男性,27岁。2022年8月4日初诊,主诉:咽喉疼痛5 d。病史:患者2022年4月出现回吸性血涕,双侧颈部肿胀,查鼻咽镜病理示:鼻咽部肿物,间质见异型细胞巢,结合HE切片,符合低分化鳞形细胞癌。2022年7月14日开始行放疗,鼻咽原发病灶及全部鼻咽黏膜靶区总剂量为70 Gy,拟行32次,每周5次。现累计放疗25 f,共50 Gy。刻下:咽喉疼痛明显,张口困难,食欲不振,口腔及咽后壁溃疡,味觉减退。中医诊断为喉痹,辨证属瘀热互结证。治以益气养阴、凉血散瘀、利咽启膈为主。处方:炙黄芪15 g,炒白术12 g,地榆12 g,赤芍12 g,天花粉12 g,射干10 g,石上柏12 g,白及12 g,仙鹤草12 g,麦冬12 g,北沙参12 g,六神曲15 g,陈皮6 g,炙甘草3 g。7剂,水煎服,早晚饭后分温服。2022年8月11日二诊:累计放疗29 f,咽喉疼痛好转,张口稍感困难,咽后壁溃疡较前相仿,味觉减退,纳食一般。前方加浮小麦15 g,白残花10 g,太子参15 g,茯苓12 g,防风12 g。14剂,煎服法同前。2022年9月8日三诊:放疗已结束,咽部微痛,无张口困难,味觉减退,纳寐可,二便调。前方去白及、防风,加白花蛇舌草15 g,半枝莲

12 g。7剂,煎服法同前。2022年9月15日四诊:患者味觉减退较前恢复,无张口困难,无咽部疼痛,溃疡已愈,胃胀,纳差,便秘。前方去地榆、赤芍、天花粉、射干、石上柏、仙鹤草,加法半夏12 g,姜厚朴10 g。7剂,煎服法同前。

按语:患者放疗期间出现放射性咽喉炎,咽喉部黏膜、腺体、味觉系统受损,影响进食,生活质量下降。吴教授以炙黄芪、炒白术、麦冬、北沙参益气养阴为君药;天花粉生津润燥,地榆、赤芍凉血散瘀为臣药;射干、石上柏化痰利咽以启膈,白及、仙鹤草收敛止血治疗溃疡,六神曲、陈皮、炙甘草理气健脾,共为佐药。二诊时患者疼痛稍好转,但溃疡未愈、味觉未复,考虑为阴液不足,瘀热仍盛,腺体萎缩,功能失常,遂加太子参益气养阴、浮小麦益气敛津、白残花清热敛疮,并以“风药中润剂”防风引药上行,以达咽喉及口腔;患者纳食一般,予药性平和之茯苓健运中州。三诊时患者仅存咽部微痛、味觉减退,遂去白及、防风,兼顾肿瘤癌毒凶顽的特性,加白花蛇舌草、半枝莲抗癌解毒。四诊时患者咽喉部诸症均不显,但胃脘部不适,遂去地榆、赤芍、天花粉、射干等药,以免寒凉药物久服败胃,并加法半夏、姜厚朴燥湿化痰,降气和胃。本例患者放疗后出现味觉减退、张口困难、咽喉溃疡等较严重的损伤,若继续发展可出现腺体进一步萎缩而致味觉失灵、咽喉壁纤维化,经中医药系统治疗,患者诸症明显减轻,生活质量得以提升。

6 结 语

《黄帝内经》云“咽喉者,水谷之道也。喉咙者,气之所以上下者也”。放射性咽喉炎可影响患者饮食、呼吸、睡眠,导致患者生活质量急剧下降,从而影响整体的恢复。吴教授基于瘀热病机辨治放射性损伤,瘀热致病易耗损气阴,放射性咽喉炎属瘀热蕴结于咽喉,故治疗常在凉血散瘀、益气养阴的基础上,辅以利咽启膈之品。同时,临床辨证当分清瘀热及虚实轻重,用药不可拘泥。

参 考 文 献

- [1] 乔翠霞,张新峰,程旭峰,等.蔡小平从痰瘀虚辨证论治恶性肿瘤放疗后咽喉炎经验介绍[J].新中医,2019,51(12):352-354.
- [2] 容景瑜,林丽珠,黄景彬,等.鲜斛清咽膏预防鼻咽癌放射性咽喉炎的疗效及成本[J].中国药物经济学,2020,15(6):35-37.
- [3] 袁晓青.康复新液联合维生素C治疗中重度放射性咽喉炎疗效观察[J].海峡药学,2018,30(7):229-230.
- [4] 黄培莲,龚海英,徐贞,等.甘露醇加地塞米松治疗鼻咽癌放射性咽喉炎的疗效观察[J].全科护理,2013,11(2):139-139.
- [5] 刘埃平.利多卡因与庆大霉素等四联药氧气雾化吸入治疗

- 放射性咽喉炎197例[J]. 中国民间疗法, 2013, 21(9): 15.
- [6] 杨文娟, 李文婷, 杨菊, 等. 从“瘀热”论治放射性损伤[J]. 南京中医药大学学报, 2021, 37(1): 117-119.
- [7] 刘秀平, 褚磊. 滋阴清热润喉合剂治疗放射性咽喉炎的临床研究[J]. 中外医疗, 2016, 35(22): 180-181, 188.
- [8] 彭桂原. 痰热清注射液治疗鼻咽癌放疗所致放射性咽喉炎临床观察[J]. 中国中医急症, 2008, 17(6): 761-762.
- [9] 张代钊, 郝迎旭, 李佩文, 等. 中医药防治研究放化疗毒副反应40年[J]. 中国自然医学杂志, 2000, 2(2): 114-117.
- [10] 周仲瑛. 论瘀热[J]. 南京中医药大学学报, 2006, 22(5): 273-276, 331.
- [11] 李晓岚, 吴艳, 秦媛媛, 等. 吴勉华基于“瘀热”理论治疗放射性食管炎经验采撷[J]. 江苏中医药, 2022, 54(12): 13-15.
- [12] 唐蜀华, 蒋卫民. “瘀热”病机理论的形成及临床意义: 周仲瑛国医大师“瘀热”相关学术经验发微之一[J]. 江苏中医药, 2014, 46(4): 1-3, 4.
- [13] 吴勉华, 李文婷. 中医药防治肿瘤放疗后放射性损伤述要[J]. 江苏中医药, 2023, 55(3): 1-5.
- [14] 吴勉华, 吴艳, 李文婷. 基于瘀热理论探讨放射性损伤的病因病机及防治原则[J]. 南京中医药大学学报, 2020, 36(3): 300-302.
- [15] 季漪, 李柳, 李文婷, 等. 吴勉华从瘀热论治直肠癌放射性肠损伤[J]. 中医学报, 2020, 35(12): 2592-2595.
- [16] 郎家婵, 张霓霓, 黄桂林, 等. Nrf2抑制氧化应激对放射性组织纤维化的作用研究进展[J]. 河北医药, 2023, 45(4): 585-590.

(收稿日期 2023-12-12)

(上接第 1092 页)

技术认为对小儿惊风治疗的药物主要功效为清热解毒、疏散风热、息风定惊止痉、清热平肝^[16], 颇合吴氏及程氏所阐述的急惊风治法, 但对慢惊风、慢脾风及慢惊风夹痰夹热等病是否用清热定惊药物未明确阐述。

从《医宗金鉴》治法来看, 不仅强调清热息风药物的使用, 更重视以防过伤脾胃, 以加重病情。除此之外, 在急惊风、急惊风后调理、慢惊风、慢惊夹痰夹热等疾病的治疗中尤其重视祛痰药物的使用: 急惊风中, 使用牛黄丸以清痰热, 急惊风后调理法以琥珀抱龙丸、清心涤痰汤化痰热, 慢惊风及慢脾风等均使用化痰健脾类药物。痰既是脾胃损伤的病理产物, 又是进一步产生惊风的病理因素。有形之痰所停部位不同, 导致的临床症状亦大有区别: 停于肺而呼声漉漉, 停于脑而神识昏迷^[17]。吴氏认为“痰雍气促牙关紧, 二便秘涩脉数洪”, 痰可导致牙关紧急、二便闭涩等症。在慢惊风及慢脾风中, 亦可见“痰”作为病因及病理产物在疾病发展中的作用, 因此, “祛痰”一法可作为吴氏治疗惊风的重要治法, 对指导临床治疗具有积极意义。后世亦有医家重视“祛痰”一法在惊风治疗中的重要性^[18]。痰浊形成后, 受气机逆乱的影响, 津液运行输布障碍, 痰浊上蒙心窍或流于四肢, 加重病情。王有鹏教授认为即使疾病初始未见痰浊之症, 也应提早预防, 药先于证, 可有效控制病情, 防患于未然。由此可见“痰饮”在小儿惊风治则中所占重要地位, 为临床治疗提供了新的思路与方法。

参 考 文 献

- [1] 孟陆亮. 中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018.
- [2] 沈金鳌. 中医经典文库: 幼科释谜[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009.
- [3] 吴谦. 御纂医宗金鉴[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2011.
- [4] 虞抟. 中医古籍名著文库: 医学正传[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2002.
- [5] 黑龙江省祖国医药研究所. 针灸大成校释[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1984.
- [6] 王肯堂. 证治准绳: 幼科证治准绳[M]. 陈立行, 点校. 北京: 人民卫生出版社, 2014.
- [7] 倪朱谟. 中医古籍孤本精选: 本草汇言[M]. 上海: 上海科技出版社, 2005.
- [8] 蓝丽丽, 肖娴, 肖莹. 治慢惊风勿忘祛痰[C]//全国中医药科研与教学改革研讨会论文集, 2004.
- [9] 叶天士. 临证指南医案[M]. 苏礼, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [10] 张介宾. 景岳全书: 下册[M]. 李继明, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [11] 李时珍. 本草纲目: 校点本. 上册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [12] 姜娴荷, 谌松霖, 马丙祥. 婴幼儿“慢脾风”中西医研究进展[J]. 光明中医, 2016, 31(23): 3529-3531.
- [13] 孙冬阳, 徐宇杰, 代鲁慧, 等. 新安医家程杏轩治疗小儿惊风经验探析[J]. 浙江中医药大学学报, 2021, 45(5): 542-544.
- [14] 姜娴荷, 谌松霖, 马丙祥. 婴幼儿“慢脾风”中西医研究进展[J]. 光明中医, 2016, 31(23): 3529-3531.
- [15] 易伟清, 胡小英. 新安医家程云鹏《慈幼筏》“内风”立论治疗小儿惊风探析[J]. 中国中医急症, 2022, 31(5): 898-900, 929.
- [16] 黄琴, 钟经馨, 陈春, 等. 基于数据挖掘分析中药治疗小儿惊风用药规律[J]. 中国中医急症, 2020, 29(1): 54-57.
- [17] 陈慧, 汪受传. 从“热、痰、惊、风”辨治小儿热性惊厥[J]. 南京中医药大学学报, 2021, 37(2): 290-293.
- [18] 司秀影, 潘光霞, 李鹤然, 等. 王有鹏教授从“痰、热、惊、风”论治小儿高热惊厥[J]. 中国中医急症, 2021, 30(11): 2041-2043, 2048.

(收稿日期 2024-01-04)