

蜜芽罐联合放血疗法在小儿外感发热高热期的应用研究

周卫青, 王琼琼, 王一博, 章丰丰, 蒋晓敏, 梁丽娜, 陈铃威

天台县中医院, 浙江 天台 317299

[摘要] 目的: 观察蜜芽罐联合放血疗法在小儿外感发热高热期应用的临床疗效。方法: 选取2023年3月—2025年2月在天台县中医院住院治疗的118例高热期患儿为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组和观察组各59例。对照组给予常规治疗联合放血疗法, 观察组在对照组基础上给予蜜芽罐联治疗。疗程均为2天。比较2组临床疗效、降温效果(不同时点体温、体温恢复情况、体温反弹情况)、中医证候评分、并发症及不良反应发生情况。结果: 治疗后, 观察组总有效率为98.31% (58/59), 对照组为86.44% (51/59), 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。入院时, 2组腋温水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗12 h、24 h、48 h后, 观察组在相同的时间点腋温水平均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组体温下降0.5℃所需时间、体温恢复正常时间均明显少于对照组 ($P < 0.05$)。观察组体温反弹率为3.45% (2/58), 对照组为19.61% (10/51), 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组微恶风、汗泄不畅、咳嗽及鼻塞流涕等中医证候评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且观察组各项评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗期间, 观察组并发症发生率为5.08% (3/59), 对照组为18.64% (11/59), 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗期间, 2组均未出现严重的局部感染、血肿或出血等不良反应。结论: 在常规治疗基础之上, 应用蜜芽罐联放血疗法治疗小儿外感发热高热期, 能够改善中医证候, 加速体温恢复正常, 降低体温反弹率和并发症发生率, 疗效安全可靠。

[关键词] 外感发热; 小儿; 高热期; 蜜芽罐; 放血疗法; 降温效果

[中图分类号] R254.9 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 08-0147-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.08.024

Study on Miya Cupping Combined with Bloodletting Therapy in the High Fever Stage of Externally Contracted Fever in Children

ZHOU Weiqing, WANG Qionqiong, WANG Yibo, ZHANG Fengfeng,
JIANG Xiaomin, LIANG Lina, CHEN Lingwei

Traditional Chinese Medicine Hospital of Tiantai County, Tiantai Zhejiang 317299, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical efficacy of miya cupping combined with bloodletting therapy in the treatment of externally contracted fever during the high fever stage in children. **Methods:** A total of 118 children in the high fever stage hospitalized at Traditional Chinese Medicine Hospital of Tiantai County from March 2023 to February 2025 were enrolled. They were randomly divided into the control group and the observation group using the random number table method, with 59 cases in each group. The control group received conventional treatment combined with bloodletting therapy, while the observation group received additional miya cupping on the basis of the control group's treatment. The treatment course for both groups was two days. The clinical efficacy, antipyretic effect (body temperature at different time points, time for body temperature to return to normal, body temperature rebound rate), traditional Chinese medicine syndrome scores, and incidence of complications and adverse reactions were compared between the

[收稿日期] 2025-04-18
[修回日期] 2026-01-14
[基金项目] 浙江省中医药科技计划 (2024ZL1268)
[作者简介] 周卫青 (1982-), 女, 副主任护师。

two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate was 98.31% (58/59) in the observation group and 86.44% (51/59) in the control group, with a statistically significant difference between the two groups ($P < 0.05$). At admission, there was no statistically significant difference in axillary temperature values between the two groups ($P > 0.05$). After 12 h, 24 h, and 48 h of treatment, the axillary temperature values in the observation group were lower than those in the control group at the same time points ($P < 0.05$). The time for the body temperature to drop by 0.5 °C and the time for body temperature to return to normal were significantly shorter in the observation group compared to the control group ($P < 0.05$). The body temperature rebound rate was 3.45% (2/58) in the observation group and 19.61% (10/51) in the control group, showing a statistically significant difference between the two groups ($P < 0.05$). After treatment, traditional Chinese medicine syndrome scores for mild aversion to wind, difficulty in sweating, cough, nasal congestion, and runny nose decreased in both groups compared to before treatment ($P < 0.05$), and each traditional Chinese medicine syndrome score in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). During treatment, the complication incidence was 5.08% (3/59) in the observation group and 18.64% (11/59) in the control group, with a statistically significant difference between the two groups ($P < 0.05$). During treatment, no severe adverse reactions such as local infection, hematoma, or bleeding occurred in either group. **Conclusion:** On the basis of conventional treatment, the application of miya cupping combined with bloodletting therapy in the treatment of children with externally contracted fever during the high fever stage can improve traditional Chinese medicine syndrome, promote the return of body temperature to normal, reduce the body temperature rebound rate and complication incidence, demonstrating safe and reliable efficacy.

Keywords: Externally contracted fever; Children; High fever stage; Miya cupping; Bloodletting therapy; Antipyretic effect

外感发热是小儿常见病症,因小儿为“稚阴稚阳”之体,“稚阳未充,则肌肤疏薄,易于感触;稚阴未长,则脏腑柔嫩,易于传变”(《医原》),其临床多见高热症状^[1-2]。如不及时进行有效干预,持续高热会导致脱水、惊厥甚至休克,严重危及患儿生命^[2-3]。西医治疗儿童高热最常用方法是应用解热镇痛剂,虽起效快、降温明显,但作用时间维持较短且易反弹,并可能存在骨髓抑制、肝肾功能损伤等副作用。临床研究发现,中、西医治疗小儿外感发热各具优势,相辅相成,优势互补^[4-5]。放血疗法可起到清泻肺胃、疏散风热的效果,有学者在常规西医治疗基础之上将放血疗法应用于小儿外感发热高热期,可获得一定疗效,但存在体温恢复时间慢且易反弹等不足^[6-7]。蜜芽罐治疗外感发热,通过经络传导作用,解表散寒、疏散风热、清暑祛湿,能够达到清热降温的目的^[8-9]。本研究观察蜜芽罐联合放血疗法治疗小儿外感发热高热期的临床疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中医内科学》^[10]中外感发热的诊断标准,辨证为风热证。主症:发热较重,微恶风寒(或不恶寒),汗出不畅;鼻塞流浊涕,或黄涕;咽痛明显,或伴扁桃体红肿;咳嗽,痰黏稠或黄稠,不易咯出;头痛,口干欲饮,口苦。次症:肢体酸痛较轻,或伴心烦、小便短黄。舌脉:舌尖红、苔薄黄,脉象浮数。

1.2 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准;年龄5~12岁;经测量腋温38.5~40.0 °C;高热病程≤24 h;患儿法定监护人对本研究知情同意,并签署知情同意书。

1.3 排除标准 在进入本研究前7天内曾使用抗生素或退热药治疗;既往有热性惊厥病史;合并急性化脓性扁桃体炎或急性肺炎等;因传染病引起的发热;合并急性皮疹、传染性疾病或局部皮肤红肿破溃;合并有心、脑、肝、肺、肾等器官重大疾病或者精神疾病;对本研究所用药物成分过敏;不能遵

循治疗方案治疗者。

1.4 一般资料 选取2023年3月—2025年2月在天台县中医院住院治疗的外感发热高热期患儿118例为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组各59例。对照组男31例,女28例;平均年龄 (7.91 ± 1.55) 岁;平均身高 (129.76 ± 20.31) cm;平均体质量 (27.93 ± 5.13) kg;平均病程 (18.12 ± 4.86) h。观察组男33例,女26例;平均年龄 (8.12 ± 1.71) 岁;平均身高 (130.15 ± 21.07) cm;平均体质量 (28.24 ± 5.42) kg;平均病程 (17.75 ± 4.69) h。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经天台县中医院医学伦理委员会批准(批件号:2024-S006)。

2 治疗方法

所有患儿均给予常规治疗:嘱卧床休息,多喝水,进行有营养且易消化饮食;给予布洛芬混悬液退热治疗,每次10 mg/kg,温开水送服,24 h给药不超过4次。2天为1个疗程。

2.1 对照组 在常规治疗的基础之上给予耳尖放血治疗。操作如下:家长协助抱住患儿,取坐位,按摩患儿耳尖2 min,使其充血,使用75%乙醇棉片消毒耳廓,将耳轮朝着耳屏对折,取耳尖穴,用左手固定其耳廓,右手持一次性三棱针快速点刺耳尖,挤出血液10滴,用消毒干棉球压迫止血。每天1次,2天为1个疗程。

2.2 观察组 在对照组基础之上加用蜜芽罐治疗。操作方法:患儿俯卧于治疗床上,露出背部,以医用凡士林为润滑剂,先吸附于风府穴,然后再沿督脉,于风府至腰阳关间推罐,再从双侧风池穴至肩穴推罐,以皮肤出现淡淡的痧像或微发红为度,最后选取双侧肺俞穴、大椎穴留罐3 min。每天1次,2天为1个疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②不同时间腋温变化情况。统计在入院时及治疗12 h、24 h、48 h后观察患儿腋温变化。③体温恢复时间。统计患儿体温下降0.5℃时间和体温恢复正常时间。④中医证候评分。在治疗前后分别统计患儿微恶风、汗泄不畅、咳嗽、鼻塞流涕等症状的评分情况,根据其严重程度分为无(0分)、轻微(2分)、中度(4分)和重度(6分)^[11]。⑤体温反弹率。统计患儿疗程结束后的

体温反弹情况,体温反弹率=体温反弹例数/体温下降例数 $\times 100\%$ 。⑥并发症及不良反应。统计治疗期间并发症(呕吐、头痛头晕及惊厥抽搐)及不良反应(局部感染、血肿或出血)发生情况。

3.2 统计学方法 所有数据均采用SPSS22.0统计软件进行分析。计数资料以百分比(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料符合正态分布者以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较用两样本独立 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[12]中相关标准评定疗效。痊愈:体温恢复正常,临床主要症状、体征基本消失,异常理化指标恢复正常,中医证候评分减少 $\geq 95\%$;显效:体温恢复正常,临床症状大部分消失,70% $\leq$ 中医证候评分值减少 $<94\%$;有效:体温恢复正常,临床症状部分消失,30% $\leq$ 中医证候评分值减少 $<69\%$;无效:未达到以上标准,中医证候评分减少不足30%

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后,观察组总有效率为98.31%,对照组为86.44%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	59	19	21	11	8	86.44
观察组	59	39	13	6	1	98.31
χ^2 值						4.330
P 值						0.037

4.3 2组不同时间腋温比较 见表2。入院时,2组腋温比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗12 h、24 h、48 h后,观察组在相同时间点的腋温均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组不同时间腋温比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	入院时	治疗12 h	治疗24 h	治疗48 h
对照组	59	39.42 $\pm$ 0.32	38.16 $\pm$ 0.35	37.01 $\pm$ 0.43	36.66 $\pm$ 0.40
观察组	59	39.37 $\pm$ 0.34	37.71 $\pm$ 0.41	36.61 $\pm$ 0.42	36.47 $\pm$ 0.39
t 值		0.823	6.412	4.845	2.612
P 值		0.412	<0.001	<0.001	0.010

4.4 2组体温恢复时间比较 见表3。观察组体温下降0.5℃所需时间、体温恢复正常时间均少于对照

组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组体温恢复时间比较($\bar{x}\pm s$) h

组别	例数	体温下降0.5℃时间	体温恢复正常时间
对照组	59	9.12±2.97	31.14±5.15
观察组	59	6.57±1.94	26.78±4.93
t 值		5.521	4.698
P 值		<0.001	<0.001

4.5 2组治疗前后中医证候评分比较 见表4。治疗前,2组微恶风、汗泄不畅、咳嗽及鼻塞流涕等中医证候评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组上述各项中医证候评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	时间	例数	微恶风	汗泄不畅	咳嗽	鼻塞流涕
对照组	治疗前	59	4.21±0.62	4.18±0.56	4.07±0.54	4.01±0.63
	治疗后	59	1.14±0.29	1.09±0.31	1.02±0.32	0.98±0.30
观察组	治疗前	59	4.17±0.59	4.09±0.55	3.98±0.52	3.92±0.54
	治疗后	59	0.75±0.24 ^①	0.74±0.23 ^①	0.73±0.21 ^①	0.71±0.22 ^①

注:①与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

4.6 2组体温反弹率比较 观察组体温反弹率为3.45%(2/58),对照组为19.61%(10/51),组间比较,差异有统计学意义($\chi^2=7.233$, $P=0.007$)。

4.7 2组并发症发生率比较 见表5。治疗期间,观察组并发症发生率5.08%,对照组为18.64%,组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表5 2组并发症发生率比较 例

组别	例数	呕吐	头痛头晕	惊厥抽搐	总发生率(%)
对照组	59	6	4	1	18.64
观察组	59	2	1	0	5.08
χ^2 值					5.187
P 值					0.023

4.8 安全性 治疗期间,2组均未出现严重的局部感染、血肿或出血等不良反应。

5 讨论

小儿外感发热是儿科常见病,其中高热是儿科最高发的急症。随着现代医学的发展,解热镇痛药的广泛应用及中医辨证论治水平的提高,高热患儿有所下降,但仍是儿科门诊量占比最高的疾病类型。西医治疗多采用解热镇痛药物,然而,解热镇痛剂

的滥用可导致耐药性增加,影响疗效及预后。

中医药在治疗小儿外感发热方面积累了丰富的外治经验,疗效肯定,且副作用较少,受到众多医家的重视^[4-6]。中医学认为,小儿阳常有余,加之外不知寒热,不知添衣衫,活动多,出汗多,外邪侵袭易引起外感发热。临床治疗小儿高热的基本原则为清热熄风,放血疗法能够调整患儿气血,达到疏通经络的效果;经针刺和穴位放血,可反射性作用于体温调节中枢,尤其是散热中枢,从而使末梢血管扩张,汗液分泌增加而体温下降^[12-13]。

拔罐疗法是传统外治疗法之一,以罐为工具,通过燃烧、抽吸等方式排出罐内空气形成负压,使罐吸附于人体体表特定部位或穴位,以达到疏通经络、活血化瘀、散寒除湿、调和气血的作用。谢小红^[14]研究表明,应用特定穴刮痧法治疗小儿外感发热可明显缩短退热的起效时间和恢复正常体温的时间,对小儿外感发热的治疗具有积极意义。现代医学认为,代谢产物不能排泄,停留于人体,使毛细血管通透性失常,擦之则溃,故有痧的现象;而出痧的过程,也就是一个排毒过程^[15-17]。蜜芽罐是一种专为儿童设计的中医外治疗法,结合了拔罐与刮痧的特点,采用硅胶材质罐具,具有安全舒适、操作灵活的优势。本研究采用蜜芽罐治疗小儿外感发热,先吸附于风府穴,然后再沿督脉,于风府至腰阳关间推罐,再从双侧风池穴至肩穴推罐,并于大椎、肺俞穴留罐,可宣肺解表、泻火清热、疏通经络,令邪气外出,与放血疗法协同增效。本研究结果显示,治疗后观察组总有效率高于对照组,中医证候评分低于对照组;在治疗12、24、48 h后,观察组腋温数值均低于对照组。提示在常规治疗基础之上,使用蜜芽罐联合放血疗法治疗小儿外感发热高热期可显著缓解患儿中医证候,退热效果明显。

尽早降低体温且保持体温不反弹是降低高热对患儿造成损伤的关键^[1-3]。本研究中,观察组的体温下降0.5℃时间和体温恢复正常时间均少于对照组,且观察组体温反弹率及并发症发生率均低于对照组,提示在常规治疗基础之上,使用蜜芽罐联合放血疗法治疗小儿外感发热高热期可加速患儿体温恢复正常,降低相关并发症的发生率。治疗期间,2组均未出现明显不良反应,提示蜜芽罐联合放血疗法安全可靠。

综上所述,蜜芽罐联合放血疗法治疗小儿外感发热高热期可提高临床疗效,加速体温恢复正常,改善中医证候,降低体温反弹率及并发症发生率,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 金晓红,顾雪娟,王德兵.大柴胡汤加减方治疗小儿热性惊厥的疗效观察[J].中国中医急症,2023,32(11):2001-2004.
- [2] 邓健,叶绮娜,张静,等.桂枝汤加减治疗岭南地区夏季小儿外感发热体会[J].新中医,2021,53(18):14-16.
- [3] UGITATE R, OKUBO Y, NARIAI H, et al. The effects of anti-histamine on the duration of the febrile seizure: a singlecenter study with a systematic review and meta-analysis[J]. Brain Dev, 2020, 42(2): 103-112.
- [4] 吉田丽.耳尖放血疗法结合布洛芬在高热患儿治疗中的应用效果分析[J].现代诊断与治疗,2023,34(8):1132-1134.
- [5] 任成,丁小红,胡青莲.点刺放血疗法联合西医常规治疗小儿急性化脓性扁桃体炎的临床研究[J].中国现代医生,2022,60(3):63-66.
- [6] 唐露香,黄玉凤,方小平.刺络放血疗法治疗小儿发热咽痛临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(24):118-120.
- [7] 曾灿辉,郭萍,廖荣荣,等.中药穴位贴敷联合耳尖放血治疗外感高热的临床观察[J].广州中医药大学学报,2021,38(5):967-972.
- [8] 张晓春,陈莉,郑珊珍,等.蜜芽罐特色疗法联合常规对症治疗对小儿外感发热的临床疗效[J].国际医药卫生导报,2023,29(19):2697-2701.
- [9] 黄燕芳,游晓珊.蜜芽罐刮痧在外感发热患儿高热期的护理干预效果实验[J].智慧健康,2022,8(31):184-188.
- [10] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:66.
- [11] 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,2002:8-10.
- [12] 纪彪.浅析刺络放血治疗小儿外感发热机制[J].中医儿科杂志,2022,18(1):7-9.
- [13] 潘小燕.中药解热方擦浴联合耳尖放血治疗小儿外感发热风热证的疗效观察[J].中国中医药科技,2024,31(4):749-752.
- [14] 谢小红.特定穴刮痧治疗小儿外感发热的临床研究[D].福州:福建中医药大学,2012.
- [15] 李海朋,陈争光,刘改萍,等.岭南特色推拿治疗小儿外感发热60例临床疗效观察[J].四川中医,2020,38(4):211-214.
- [16] 张利娟,郑静霞,徐艳,等.李氏铜砭刮痧对脓毒症外感发热患者即时退热效果的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(34):3845-3849.
- [17] 栗蕊,李庆娜,陆芳,等.穴位贴敷治疗外感发热:多中心回顾性队列研究[J].中国针灸,2022,42(4):390-396.

[责任编辑:冯天保,蒋维超(英文)]