

功能、并发症、脏器功能、自我管理能力和职业、社会活动等进行综合评价,并且必须按照个人血糖控制目标,才能顺利控制血糖,延缓并发症的发生和进展,保持良好的生活质量。

参考文献

[1] 邱杰芳. 甘精胰岛素及门冬胰岛素 30 联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病有效性和安全性比较[J]. 内蒙古医学杂志, 2021,53(9):1093-1094.

[2] 王梅娟. 二甲双胍联合阿卡波糖对 2 型糖尿病患者糖脂代谢和胰岛素功能的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(26):21-23.

[3] 初晓芳. 甘精胰岛素联合瑞格列奈治疗 2 型糖尿病的临床疗效研究[J]. 当代医学, 2021,27(24):162-163.

[4] 刘燕. 2 型糖尿病的药物治[J]. 医学信息, 2021, 34(16):51-53.

[5] 周琪,蔡爱民,黄霞,等. 胰岛素结合不同口服降糖药物对 2 型糖尿病患者颈动脉内中膜厚度、颈动脉粥样硬化斑块指数的影响[J]. 吉林医学, 2021,42(6):1413-1414.

[6] 马颖. 达格列净联合二甲双胍对 II 型糖尿病患者血糖控制的影响[J]. 疾病监测与控制, 2021,15(2):93-95.

[7] 刘秀娟. 甘精胰岛素联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病疗效及安全性分析[J]. 黑龙江医药科学, 2021,44(2):47-48.

[8] 王刚. 阿卡波糖、二甲双胍联合胰岛素类似物治疗 2 型糖尿病体型肥胖患者的短期疗效[J]. 糖尿病新世界, 2020, 23(22):65-67.

[9] 谷尚军. 甘精胰岛素与门冬胰岛素 30 联合二甲双胍治疗

2 型糖尿病患者的效果 and 安全性比较[J]. 中国民康医学, 2020,32(21):114-116.

[10] 刘宁. 甘精胰岛素联合门冬胰岛素与二甲双胍治疗老年 2 型糖尿病疗效观察[J]. 中国老年保健医学, 2020, 18(5):63-64.

[11] 张继东,荣朝,胡娟,等. 甘精胰岛素联合利拉鲁肽对二甲双胍无效的老年 2 型糖尿病的疗效[J]. 中国医药导报, 2020,17(21):74-77.

[12] 梁琦琦,齐昊,韩笑. 达格列净联合胰岛素对 2 型糖尿病患者血糖波动的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020,18(12):1957-1960.

[13] 李慧. 甘精胰岛素联合阿卡波糖或(和)二甲双胍治疗磺脲类药物失效型 2 型糖尿病的效果[J]. 临床医学, 2020, 40(5):94-96.

[14] 楚清锋. 二甲双胍与阿卡波糖应用于 2 型糖尿病单用胰岛素控制不佳患者的效果与安全性对比分析[J]. 首都食品与医药, 2020,27(3):74-76.

[15] 庄凌芳. 阿卡波糖、盐酸二甲双胍联合参芪降糖胶囊在治疗 2 型糖尿病的疗效分析[J]. 海峡药学, 2019, 31(11): 145-146.

[16] 杨东明,闫萍,何华伟,等. 甘精胰岛素联合低剂量二甲双胍、阿卡波糖治疗老年 2 型糖尿病超重与肥胖患者疗效及安全性的观察[J]. 中国糖尿病杂志, 2014,22(2):151-153.

[17] 赵静. 甘精胰岛素联合二甲双胍治疗超重 T2DM[J]. 实用糖尿病杂志, 2011,7(4):19-20.

(收稿日期:2022-08-12 修回日期:2022-12-13)

• 临床探讨 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2023. 07. 031

鼻咽癌放疗患者对延续性护理的需求情况调查*

王有娴,蓝艳秋,马俊刚,何娟[△]

陆军特色医学中心肿瘤科,重庆 400042

摘要:目的 探讨鼻咽癌放疗患者对延续性护理的需求情况。方法 采用鼻咽癌放疗患者延续性护理需求量表对 2022 年 4—5 月于该科室进行放疗或结束放疗的 168 例鼻咽癌患者进行调查。结果 鼻咽癌放疗患者对延续性护理需求总得分为(4.02±1.09)分,其中健康教育需求得分[(4.25±1.07)分]最高,不良反应需求得分[(4.23±1.06)分]其次,心理护理需求得分[(3.90±1.12)分]最低。鼻咽癌放疗患者对延续性护理需求方式排名前 3 位的是电话访视(81.0%)、微信访视(50.0%)、上门访视(38.1%)。结论 医护人员应加强鼻咽癌放疗患者疾病不良反应护理与健康教育的指导,提高访视方式的有效性,并构建电话、微信等多维度的访视模式,满足患者需求,提供个性化护理,开展全程、有针对性的延续性护理。

关键词:鼻咽癌; 延续性护理; 需求

中图法分类号:R473.73

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)07-0994-05

鼻咽癌是我国南部地区高发的头颈部恶性肿瘤,源于鼻咽黏膜上皮细胞,由于特殊的解剖结构以及鼻咽癌肿瘤细胞对放射线的高敏感性,放疗成为鼻咽癌治疗的首选方法^[1]。放疗在杀灭肿瘤细胞的同时也损伤周围正常细胞,常见的不良反应包括放射性皮

炎、张口困难、吞咽困难、口干等,这些不良反应将不同程度地影响患者的生存质量,同时也可导致患者以消极态度对待疾病的治疗,不利于疾病的正向转归^[2]。不良反应的发生与发展是一个缓慢的过程,不仅可发生在放疗期间,还会在放疗结束后持续存在,

* 基金项目:重庆市科卫联合医学科研项目(2020FYXX014);重庆市临床重点专科项目。

[△] 通信作者, E-mail:315059032@qq.com。

因此适宜的延续性护理显得尤为重要。延续性护理将有效提升患者的生存质量,蔡英杰等^[3]研究表明,肿瘤患者生存质量与其需求有一定的相关性,而需求并非恒定不变,临床人员对于随之变化的需求并未充分关注。马冬花等^[4]报道,目前对肿瘤患者施行延续性护理的方式多样,高菲等^[5]研究表明,延续性护理方式的选择与年龄及学历有关。因此,本研究在鼻咽癌放疗患者需求的基础上,对于不同年龄及学历患者的延续性护理需求进行调查,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样的方法选取 2022 年 4—5 月来本科室诊治的 168 例经病理确诊的鼻咽癌患者作为研究对象。研究对象年龄 18~67 岁,平均(46.00±5.23)岁;男 100 例(59.5%),女 68 例(40.5%);学历:初中及以下 92 例(54.8%),高中及以上 76 例(45.2%)。纳入标准:经病理组织学检查确诊的鼻咽癌患者;放疗次数≥1 次,处于放疗期间或完成放疗的鼻咽癌患者;年满 18 岁者;既往和目前无精神疾病、无认知障碍者。排除标准:存在语言沟通障碍、听力障碍及不合作者;存在转移灶者;有其他器官恶性肿瘤或重大器质性病变者;入选前参加过其他临床试验有可能影响本试验结果的患者。本研究经医院医学伦理委员会审核批准(伦理批号:2020FYXX014),所有患者及其家属均知情同意。

1.2 方法 征得患者本人的知情同意后,填写知情同意书,视患者情况或偏好发放电子或纸质问卷。由调查人员使用统一的解释说明用语,采用一对一的方式指导患者填写,并予以细致解释,填写时长为 15~20 min,填写完毕后即刻收回,检查漏项当场补全。发放问卷 170 份,收回有效问卷 168 份,问卷回收率为 98.8%。

1.3 评价工具

1.3.1 一般资料调查表 包含人口学资料与疾病相关资料合计 12 项内容,如性别、年龄、婚姻状况、职业、居住地等,以及治疗时间、治疗地点、合并疾病等。

1.3.2 延续性护理方式 包含上门访视、短信访视、电话访视、微信访视、邮件访视及 APP 访视 6 种方式。

1.3.3 鼻咽癌放疗患者延续性护理需求量表 该量表由研究者自制,参考文献^[4,6-7]及相关专业人员根据鼻咽癌放疗患者的特点进行编订,交由专家评定和修改后再发放。问卷有 27 个条目,6 项维度。6 项维度分别为疾病知识、生活护理、不良反应护理、健康教育、功能锻炼、心理护理。采用 Likert 5 级评分:非常需要(5 分)、需要(4 分)、无所谓(3 分)、不需要(2 分)、完全不需要(1 分)。量表的 Cronbach'α 系数为 0.971,6 项维度的 Cronbach'α 系数分别为 0.945、0.958、0.957、0.888、0.962 及 0.941。

1.4 统计学处理 采用 SPSS26.0 统计软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两

组间比较采用 *t* 检验,多组间比较采用 *F* 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 延续性护理需求情况单因素分析 不同性别、年龄、文化程度、婚姻状况、职业、家庭月收入、居住地等患者的延续性护理需求总分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 鼻咽癌放疗患者延续性护理需求情况单因素分析($\bar{x} \pm s, s$,分)

项目	<i>n</i>	延续性护理需求总分	<i>t/F</i>	<i>P</i>
性别			0.209	0.326
男	100	4.14±0.99		
女	68	4.09±1.21		
年龄(岁)			0.293	0.881
18~<30	8	4.43±1.02		
30~<40	40	4.14±1.25		
40~<50	40	3.89±1.08		
50~<60	44	4.21±0.97		
≥60	36	4.19±1.01		
文化程度			0.320	0.811
小学及以下	24	4.29±0.95		
初中	68	4.11±1.07		
高中及中专	36	4.20±0.81		
大专及以上	40	3.97±1.36		
婚姻状况			0.018	0.102
已婚/离异	148	4.12±1.08		
未婚	20	4.15±1.11		
职业			0.930	0.496
事/企业单位职工	32	4.35±0.86		
商人或个体	36	3.88±1.40		
工人	8	4.09±0.87		
农民	44	4.10±0.99		
离退休	12	3.36±1.32		
公务员	4	3.96±1.26		
教师、医务工作者	8	4.93±0.43		
其他	24	4.38±0.63		
家庭月收入(元)			1.577	0.211
<3 000	36	4.12±0.93		
3 000~<6 000	64	3.92±1.24		
6000~10 000	32	3.98±1.04		
>10 000	36	4.62±0.08		
居住地			1.363	0.250
农村	76	3.95±1.17		
城镇	92	4.26±0.99		
医保支付方式			0.410	0.666
医疗保险	140	4.13±1.11		
商业保险	8	4.4±0.77		
自费	20	3.91±0.97		
随访时段			2.361	0.071
放疗期间	96	4.42±0.78		
出院 0~<6 个月	36	3.57±1.44		
出院 6 个月至<2 年	28	3.80±1.11		
出院 2~<5 年	4	3.96±1.26		
出院 ≥5 年	4	4.33±0.86		

续表 1 鼻咽癌放疗患者延续性护理需求情况单因素分析($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	n	延续性护理需求总分	t/F	P
治疗地点			1.197	0.313
全程住院治疗	60	4.38±0.84		
部分住院治疗	84	3.97±1.19		
门诊治疗	24	4.00±1.14		
合并疾病数量			1.095	0.363
无合并疾病	68	3.94±1.27		
1种	48	4.48±0.75		
2种	32	4.01±1.06		
3种及以上	20	4.05±0.92		

2.2 延续性护理需求各维度得分情况 鼻咽癌放疗患者延续性护理需求总分为(4.02±1.09)分,6项维度得分由高到低排序为:健康教育[(4.25±1.07)分]、不良反应护理[(4.23±1.06)分]、生活护理[(4.20±0.98)分]、功能锻炼[(4.18±0.99)分]、疾病知识[(3.96±1.19)分]、心理护理[(3.90±1.12)分]。见表2。

2.3 鼻咽癌放疗患者延续性护理需求

2.3.1 鼻咽癌放疗患者对延续性护理方式的需求情况 鼻咽癌放疗患者对6种护理方式需求排名:电话访视(81.0%)、微信访视(50.0%)、上门访视(38.1%)、短信访视(21.4%)、APP访视(11.9%)、邮件访视(0.0%)。

2.3.2 不同年龄段鼻咽癌放疗患者对延续性护理方式的选择 18~<40岁的患者对延续性护理方式需求由高到低排序:电话访视(91.7%)、微信访视(75.0%)、上门访视(33.3%)、APP访视(25.0%)、短信访视(16.7%)、邮件访视(0.0%);40~<60岁的患者对延续性护理方式需求由高到低排序:电话访视(85.7%)、上门访视(42.9%)、微信访视(38.1%)、短信访视(19.0%)、APP访视(9.5%)、邮件访视(0.0%);≥60岁的患者对延续性护理方式选择主要为电话访视(77.8%),上门访视、微信访视和短信访视为次要方式。不同年龄段患者在微信访视、APP访视的构成比较,差异有统计学意义(P<0.05)。见表3。

2.3.3 不同学历鼻咽癌放疗患者对延续性护理方式

的选择 初中及以下学历的患者对延续性护理方式需求由高到低排序:电话访视(73.9%)、上门访视(43.5%)、微信访视(34.8%)、短信访视(26.1%)、APP访视(8.7%)、邮件访视(0.0%);高中及以上学历的患者对延续性护理方式需求由高到低排序:电话访视(89.5%)、微信访视(68.4%)、上门访视(31.6%)、短信访视(15.8%)、APP访视(15.8%)、邮件访视(0.0%)。不同学历患者在电话访视、微信访视的构成比较,差异有统计学意义(P<0.05)。见表4。

表 2 鼻咽癌放疗患者延续性护理需求得分($\bar{x} \pm s$, 分)

延续性需求项目	各项得分	维度总分
疾病知识		3.96±1.19
疾病早期识别	3.76±1.28	
疾病诱因	3.76±1.36	
疾病的症状及表现	3.95±1.25	
疾病的治疗方法、效果、治疗时间	4.00±1.23	
疾病的不良反应及预后情况	4.33±1.00	
生活护理		4.20±0.98
饮食护理的指导	4.17±0.96	
营养知识指导	4.21±1.00	
口腔护理的知识	4.29±0.99	
休息与运动的指导	4.19±0.97	
睡眠的指导	4.14±1.02	
不良反应护理		4.23±1.06
放射区域皮肤的护理知识需求	4.24±1.03	
头颈部活动受限的护理需求	4.24±1.10	
张口困难的护理需求	4.19±1.09	
吞咽困难的护理需求	4.24±1.08	
健康教育		4.25±1.07
口腔、黏膜干燥的护理	4.40±0.94	
缓解疼痛的知识	4.14±1.20	
鼻腔冲洗的护理需求	4.36±0.98	
放疗期间配合的指导	4.17±1.23	
复诊的指导	4.17±0.96	
功能锻炼		4.18±0.99
功能锻炼的方式	4.19±0.99	
功能锻炼的注意事项	4.12±0.99	
功能锻炼的强度、频率、时间	4.14±1.02	
功能锻炼的专业指导	4.29±0.97	
心理护理		3.90±1.12
需要缓解不适情绪的方法	3.93±1.11	
需要他人的关心	3.98±1.09	
需要专业心理人员指导	3.90±1.12	
需要心理干预的帮助	3.81±1.19	

表 3 不同年龄段鼻咽癌放疗患者选择延续性护理的方式[n(%)]

年龄	n	上门访视	短信访视	电话访视	微信访视	邮件访视	APP访视
18~<40岁	48	16(33.3)	8(16.7)	44(91.7)	36(75.0)	0(0.0)	12(25.0)
40~<60岁	84	36(42.9)	16(19.0)	72(85.7)	32(38.1)	0(0.0)	8(9.5)
≥60岁	36	12(33.3)	12(33.3)	28(77.8)	12(33.3)	0(0.0)	0(0.0)
χ ²		1.62	3.96	3.24	27.50	—	13.17
P		0.45	0.14	0.20	<0.01	—	0.01

注:—表示无数据。

表 4 不同学历鼻咽癌放疗患者选择延续性护理的方式[n(%)]

学历	n	上门访视	短信访视	电话访视	微信访视	邮件访视	APP 访视
初中及以下	92	40(43.5)	24(26.1)	68(73.9)	32(34.8)	0(0.0)	8(8.7)
高中及以上	76	24(31.6)	12(15.8)	68(89.5)	52(68.4)	0(0.0)	12(15.8)
χ^2		2.50	2.62	6.54	18.84	—	2.00
P		0.11	0.11	<0.01	<0.01	—	0.16

注：—表示无数据。

3 讨 论

3.1 期望与需求的差异 虽已有学者针对放疗患者、肿瘤患者群体开展延续性护理需求内容的研究,但范围广、区域跨度大,且患者个体差异及放疗后症状不同,因此不具备对鼻咽癌放疗患者个性化指导意义^[8]。本研究针对鼻咽癌放疗患者延续性护理需求进行分析,需求总分为(4.02±1.09)分,处于较高的需求水平。健康教育的需求最高,其中对口腔、黏膜干燥的护理需求[(4.40±0.94)分]和鼻腔冲洗的护理需求[(4.36±0.98)分]较高;其次为不良反应护理,集中在放射区域皮肤的护理知识需求[(4.24±1.03)分];生活护理需求则主要为口腔护理的知识[(4.29±0.99)分]。患者随访时段集中于放疗期间(96/168,57.1%),此时为治疗急性期,皮肤损伤、口腔黏膜及鼻腔黏膜不良反应发生率较高。鼻咽癌放疗周期一般为 6~7 周,每次放疗时长为 15~20 min^[9],超过半数的门诊放疗患者治疗为即做即走,治疗时间短,缺乏与患者充分地沟通与指导,机体出现不适症状后,患者没有合适的方法及手段进行改善,他们期望得到相应的帮助。究其原因可能是患者全程住院治疗占比低,临床医务人员对于患者疾病状况和躯体不适变化关注不到位,缺乏全程的监管,不能及时进行预防干预及有效指导。

3.2 心理需求情况与对策 本研究中心心理护理需求得分最低。林帅帅等^[10]的研究表明,鼻咽癌患者心理痛苦程度与放疗导致不良反应程度、癌症分期、家属支持与照护情况、羞耻感程度有关。本研究患者多集中在放疗期间,出现机体不适较轻微,暂未出现自我形象紊乱,且患者大多已婚,处于 40 岁以上的年纪,家属陪伴较多,因非全程住院治疗、在门诊即做即走的治疗特点,家属充足的支持和照护造就了患者的心理需求相对较低。在当下提升医疗服务质量、注重人文护理关怀的新趋势推动下,落实优质护理的施行,需依据就医环境及患者特点加强患者分层次、系统、科学的心理干预管理。

3.3 不同患者意向决定访视方式 多项研究表明,头颈部肿瘤患者更偏向于微信访视与电话访视,不同年龄、不同学历患者选择的延续性护理方式存在差异^[5,11],与本研究结果相似。鼻咽癌放疗患者的延续性护理方式首选为电话访视,这与智能手机的普及,科技的便捷不可分割。对于更智能化的微信访视与 APP 访视,低年龄段与高学历层次患者对其选择意向性更强,源于患者对移动平台、智能软件日常运用更

熟悉,对新事物的接纳度更高。传统的上门访视、短信访视效率低下,时效性不佳,患者选择意向低,在临床中的应用并不广泛。结合患者的选择意向与目前医疗现状,护理人员对鼻咽癌延续性护理的开展方式,可多倾向于电话及微信访视,以提高沟通与指导的有效性。

3.4 加强互联网护理监管,推动多维度延续性护理 在当今医疗资源现状改善,专科门诊越加丰富的形势下^[12],患者自我管理效能仍处于中低水平,护理全程监管更为缺乏的现象是值得深思的问题。预防性干预及综合宣教干预措施有助于以上情况的改善^[13],护理人员应加强互联网与医疗的连接,加强监管以更好地开展延续性护理。微信作为当下信息交流的软件,有着文字、语音、视频、信息订阅等多类型交流方式,可解决双向交流、快捷访问和交流成果存储等问题,其具有的便捷、强互动性、高针对性的特性,可规避文字沟通不及时、理解障碍的弊端。有研究报道,运用移动随访平台可改善鼻咽癌患者院内外自我护理能力,解决患者个性化需求^[14-15]。微信访视作为鼻咽癌放疗患者第 2 偏好的随访方式,提示护理人员应积极推动延续性护理与网络、移动客户端相融合的方式来授予健康知识^[16]。

综上所述,鼻咽癌放疗患者的延续性护理方式的选择将决定健康教育和对不良反应护理的成效。鼻咽癌的治疗和院外监管是一个长期的过程,针对患者与医护人员供需不对等的现状,亟须一个智能化的管理平台来解决供需与监管的矛盾。随着互联网在医疗教育中的应用,医疗的智慧化管理将在未来更加优化,紧随向大门诊、小病房发展^[17]步伐,延续性护理必将更加紧贴患者需求,从全程化、个性化出发,促进疾病的转归。

参考文献

- [1] XIAO W, CHAN C W, FAN Y, et al. Symptom clusters in pa-tients with nasopharyngeal carcinoma during radiotherapy[J]. Eur J Oncol Nurs, 2017, 28(6): 7-13.
- [2] 黄春兰, 刘华之, 侯良. 鼻咽癌患者放疗常见并发症的预防及护理干预观察[J]. 中国当代医药, 2017, 24(11): 177-179.
- [3] 蔡英杰, 史铁英, 李艳娇, 等. 乳腺癌患者支持性照顾需求与生活质量的纵向研究[J]. 中国护理管理, 2018, 18(1): 134-139.
- [4] 马冬花, 丁萍. 肿瘤患者延续性护理需求、方式及其影响因素研究进展[J]. 现代临床护理, 2019, 18(7): 58-65.

- [5] 高菲,刘斌亮,滕菲,等.乳腺癌患者对康复指导方式的需求与实践[J].中国肿瘤临床与康复,2020,27(7):769-773.
- [6] 徐勤勤,单伟颖,王颖,等.心肌梗死患者延续性护理知识需求及影响因素分析[J].广东医学,2016,37(13):1999-2002.
- [7] 陈佳文,曹春华.96例鼻咽癌患者放疗不良反应的临床分析[J].现代肿瘤医学,2013,21(5):1013-1014.
- [8] 谭汀娜,周昔红,周冰,等.鼻咽癌放疗后患者延续性护理研究进展[J].当代护士(中旬刊),2019,26(11):12-15.
- [9] 祁丽萍,付江瑜,史可夫,等.综合护理干预对鼻咽癌患者放疗并发症的预防作用[J/CD].现代医学与健康研究电子杂志,2019,3(5):82-83.
- [10] 林帅帅,李淑英.鼻咽癌放疗患者心理痛苦的影响因素分析及护理干预[J].护理实践与研究,2020,17(12):35-37.
- [11] 高学珍,姚薇,贾艳庆.头颈部肿瘤病人对延续护理服务需求的调查分析[J].护理研究,2017,31(12):4588-4590.
- [12] 邵燕,孙志琴,丁彩艳.医护人员对专科护士角色及护理临床探讨. DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.07.032
- [13] 陈佩娟,刘美,何莲,等.鼻咽癌患者放疗后自我管理效能感水平现状及其相关因素分析[J].广东医学,2016,37(16):2473-2476.
- [14] 胡蓉,敬洁,温贤秀.基于移动医疗的健康教育在鼻咽癌患者中的应用进展[J].实用医院临床杂志,2020,17(3):265-268.
- [15] 黄晓艳,夏辉,傅桂芬,等.基于微信平台的延续护理在中晚期鼻咽癌患者中的应用效果[J].广西医学,2019,41(18):2392-2397.
- [16] 黄金定,李芸芸,丁娜,等.信息化健康教育在高血压慢病分级管理中的应用[J].护理学杂志,2019,34(12):91-93.
- [17] 王玲,唐晓斌,李若惠,等.综合性医院大门诊、小病房的实践与思考[J].西南国防医药,2015,25(2):202-203.

(收稿日期:2022-08-22 修回日期:2022-12-22)

热敏灸联合推拿治疗儿童慢性咳嗽痰湿阻肺证的疗效及对患儿肺功能、炎症因子水平的影响

甘婷婷

江西省九江市武宁县中医院儿科,江西九江 332300

摘要:目的 探讨热敏灸联合推拿治疗儿童慢性咳嗽痰湿阻肺证的疗效及对患儿肺功能、炎症因子水平的影响。方法 选取 100 例慢性咳嗽痰湿阻肺证患儿作为研究对象,根据随机数字表法分为对照组与治疗组,各 50 例。对照组在常规治疗基础上给予小儿推拿治疗,治疗组在对照组基础上给予热敏灸治疗,两组均治疗 2 个疗程。比较两组临床疗效、临床症状积分,以及治疗前后肺功能、炎症因子水平。结果 治疗组总有效率为 96.00%,高于对照组的 78.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者治疗后日间和夜间症状评分低于治疗前,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者治疗后降钙素原、C 反应蛋白、肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-5 和白细胞介素-17 水平低于治疗前,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后治疗组肺功能相关指标与对照组相比,得到明显改善,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对于慢性咳嗽痰湿阻肺证患儿应用热敏灸联合推拿治疗,可有效提升治疗效果,降低炎症因子水平,改善患儿肺功能,促使其快速康复,该方案具有良好的临床应用前景。

关键词:热敏灸; 推拿; 慢性咳嗽; 痰湿阻肺证; 肺功能; 炎症因子

中图法分类号:R272.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)07-0998-04

咳嗽为小儿呼吸系统疾病最常见症状,是由呼吸道炎症反应、异物或其他物理、化学因素刺激呼吸道黏膜,通过咳嗽中枢引起的动作^[1]。咳嗽也是一种保护性反射,通过咳嗽将呼吸道内异物或分泌物排出体外。一般咳嗽多先有短促的息气声,继而声门迅速关闭,同时呼气,肋间肌、膈肌剧烈收缩,使胸膜腔内压升高,最后声门突然开启,肺内空气或者分泌物随之咳出^[2]。剧烈的咳嗽可使受阻的呼吸道出血,胸膜破裂而导致自发性气胸。持续或长期咳嗽可致肺气肿。小儿频繁咳嗽可引起呕吐,影响睡眠、消耗体力,不利于健康恢复^[3]。目前西医多采用激素抗炎、止咳等治疗慢性咳嗽,虽能缓解患者的临床症状,但随着治疗周期的延长,其不良反应较多,难以维持长期的治疗效果^[4]。中医根据慢性咳嗽的病情特点,将其归属于“顽

咳”“久嗽”的范畴中,并以痰湿阻肺证为慢性咳嗽常见证型之一。传统的中医药治疗虽具有一定疗效,但多数患儿因药物苦涩难饮,产生排斥、抗拒心理,使该疗法的临床应用受到限制。推拿与热敏灸为临床常见的中医外治疗法,在临床广泛应用^[5]。本研究观察热敏灸联合推拿治疗儿童慢性咳嗽痰湿阻肺证的疗效,以及对患儿肺功能、炎症因子水平的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 1 月至 2022 年 4 月在本院治疗的 100 例慢性咳嗽痰湿阻肺证患儿作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和治疗组,各 50 例。对照组中男 29 例,女 21 例;年龄 2~14 岁,平均(8.45±4.45)岁;病程 1~6 个月,平均(4.12±1.24)个月;原发病:感染后咳嗽 25 例,咳嗽变异性哮