

穴,局部治疗与全身调节并重,也避免了刺激性较强的药物外治所致过敏的风险。

合理护理措施的应用对于及早消除胸腰椎骨折术患者的腹胀,促进患者的舒适与康复起到良好、积极的作用。推拿术是一种无创伤性的护理措施,也隶属于国家中医药管理局推动发展中医护理治疗措施的范围,护士可以根据患者情况主动、及早应用此方法。消导腹部推拿术运用特定的推拿手法,作用于上述经穴,所产生的“力”“能”“信”引起机体正性反应,激发和引导人体经络、气血、津液等各系统^[1],使肠道神经功能活跃、血液循环及新陈代谢加快致肠蠕动节律增强,肛门括约肌松弛,腑内积气易出,从而达到调运腹部气机运行以消除腹胀,缩短胃肠道功能恢复的时间,其效果优于常规护理组,而且避免了常规护理无法解除腹胀情况下需要使用肛门排气、胃肠减压等措施给患者带来的痛苦,具有效果好、无副作用、简便易行等优点,值得临床运用。

[参考文献]

- [1] 刘继桂,魏清. 护理干预对胸腰椎骨折并发腹胀影响的探讨[J]. 中国现代临床医学, 2008, 7(8): 29-31.
- [2] 张晨霞. 142例腰椎骨折后便秘原因分析及护理对策[J]. 护理与康复, 2009, 8(9): 748-749.
- [3] 欧敏芳. 胸腰椎骨折术后腹胀情况及影响因素的分析[J]. 临床护理杂志, 2013, 12(3): 31-33.
- [4] 何桂娟,虞伟力. 胸腰椎骨折病人腹胀便秘的全程中医护理干预[J]. 中医正骨, 2010, 22(5): 65-66.
- [5] 郑怀贤. 伤科推拿术[M]. 成都:四川人民出版社, 1980: 58-105.
- [6] 王运龙,赵医琳. 大承气汤加腹针及按摩治疗椎体压缩骨折后腹胀86例[J]. 中医药导报, 2009, 15(10): 43.
- [7] 张振宇,温建民,佟云. 腰及下肢推拿意外分析及预防措施探讨[J]. 中医正骨, 2006, 18(2): 65-66.

(责任编辑:刘淑婷)

小儿推拿疗法治疗儿童反复呼吸道感染临床研究

陈红蕾, 利玉婷, 范志勇, 许尤佳, 谢美凤, 黄淑云, 吴山, 林应强

广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察小儿推拿疗法配合常规疗法治疗儿童反复呼吸道感染的临床疗效。方法: 将116例反复呼吸道感染患儿随机分为2组, 最后纳入统计有效病例治疗组56例, 对照组57例。对照组予常规疗法治疗, 治疗组以小儿推拿疗法结合常规疗法治疗。结果: 治疗结束后3个月内, 2组反复呼吸道感染、反复上呼吸道感染疗效比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗结束后第4~6个月内, 2组反复呼吸道感染、反复上呼吸道感染疗效比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗结束后3个月内, 2组反复呼吸道感染、反复上呼吸道感染治疗组与对照组比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗结束后第4~6个月内, 2组反复呼吸道感染、反复上呼吸道感染治疗组与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 小儿推拿疗法配合常规疗法治疗儿童反复呼吸道感染在疗程结束后4~6个月内疗效更佳。

[关键词] 反复呼吸道感染; 儿童; 小儿推拿

[中图分类号] R562 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0256-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.119

反复呼吸道感染(RRI)是儿童时期常见、多发的临床疾病之一, 病程较长, 迁延难愈, 严重影响患儿生长发育和身心健康^[1]。西医学归为呼吸道疾病, 包括反复上呼吸道感染和下呼吸道感染, 具体定义为一年内患上呼吸道感染5~6次以上或者是下呼吸道感染2~3次以上^[2]。中医古籍没有冠以明确的

病名, 只是根据相关的临床症状进行命名, 可根据疾病所表现的部位命名, “乳蛾”“喉痹”; 根据临床表现症状命名, 如: “咳嗽”“哮喘”“喘证”或者是“体虚感冒”^[3]。为了探究小儿反复呼吸道感染的临床有效治疗方法, 笔者对反复呼吸道感染的患儿运用常规疗法结合小儿推拿治疗, 与对照组患儿

[收稿日期] 2015-03-26

[基金项目] 广东省中医药局科研课题 (2013KT1300)

[作者简介] 陈红蕾 (1966-), 女, 主治医师, 主要从事小儿推拿临床工作。

(常规治疗)的临床疗效进行比较,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为2013年10月1日—2014年12月30日本院按摩科及儿科门诊患儿,共116名,年龄1~6周岁,随机分为治疗组及对照组各58例,排除剔除1例及脱落2例病例,最后纳入统计有效病例113例,治疗组56例,对照组57例。治疗组男30例,女26例;年龄1~3岁30例,3~6岁26例。对照组男27例,女30例;年龄1~3岁33例,3~6岁24例。2组病程均在1年或以上,2组患儿性别、年龄、治疗前病程等资料经统计学处理,差异均有统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 西医诊断标准 参照2008年《小儿反复呼吸道感染中医诊疗指南》诊断标准,并结合临床制定:①0~2岁以内的小儿每年上呼吸道感染7次,反复气管支气管炎3次,反复肺炎2次。②2~5岁的小儿,每年上呼吸道感染6次,反复气管支气管炎2次,反复肺炎2次。③5~14岁的小儿每年上呼吸道感染5次,反复气管支气管炎2次,反复肺炎2次。两次感染间隔时间至少7天以上,若上呼吸道感染次数不够,可以将上、下呼吸道感染次数相加,反之则不能^[4]。

1.3 中医辨证分型 根据2008年《小儿反复呼吸道感染中医诊疗指南》结合临床经验,拟定以下几种分型。①营卫失调;②肺脾气虚;③肺脾阴虚;④脾虚肝旺;⑤脾肾两虚;⑥外感风热;⑦外感风寒;⑧痰热壅肺;⑨痰湿蕴肺。

1.4 纳入标准 符合上述中西医诊断标准及分型;年龄1~6周岁;家长愿意配合该临床研究;未同时进行免疫抑制剂等对本治疗有明显干扰的治疗。

1.5 排除标准 同时接受非本研究方案治疗方法的其他相关治疗,影响本研究的观察指标判断者;有其他严重并发症的患儿;有严重状况需要紧急救治处理的患儿;家长及患儿依从性差,不能坚持治疗者;不符合诊断标准者。

2 治疗方法

2.1 对照组 常规疗法:①营卫失调:黄芪桂枝五物汤加减;②肺脾气虚:玉屏风散合六君子汤加减;③肺脾阴虚:生脉散合沙参麦冬汤加减;④脾虚肝旺:逍遥散加减;⑤脾肾两虚:金匱肾气丸合理中丸加减;⑥外感风热:银翘散加减或桑菊饮加减;⑦外感风寒:桂枝汤加减;⑧痰热壅肺:麻杏石甘汤加减;⑨痰湿蕴肺:小青龙汤加减。抗生素使用参照《小儿急性呼吸道感染抗生素合理使用指南》^[5]执行;其他口服药物:免疫调节加匹多莫德,复可托;发热加美林;痰多加小儿葫芦散;气喘加顺尔宁,小儿咳喘宁;积滞加保和丸;腹泻加金双歧、思密达;食欲不振加开胃健脾饮。其他疗法:①雾化:普米克令舒、万托林;②贴敷:痰多予大黄酒贴涌泉、丰隆;③下呼吸道感染予激光局部照射;④痰多难咯,病情重者予机械排痰或吸痰。

2.2 治疗组 各证型在常规治疗的基础上加推拿手法治疗。

小儿推拿:①基础方:1~3岁:平肝清肺8min,清补脾4min,运内八卦4min,按揉足三里2min,捏脊3遍;3~6岁:平肝清肺10min,清补脾5min,运内八卦5min,按揉足三里3min,捏脊5遍。随症加减(以下穴位1~3岁操作3min,3~6岁操作5min):发热加退六腑;恶寒无汗、四肢不温加推三关;痰多加揉小横纹;积滞加清胃经;便秘加清大肠;便溏加补脾经;五更泄泻加补肾经;夜睡不安加捣小天心;烦躁加清天河水;多汗加揉肾顶。

2组治疗疗程为4周,每周推拿2次;疗程结束后随访6月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①分别观察2组患者近期(疗程结束后3月内)及远期(疗程结束后第4~6月)反复呼吸道感染次数;②分别观察2组患者近期(疗程结束后3月内)及远期(疗程结束后第4~6月)病程总时间(天数)。

3.2 统计学方法 根据观察指标和数据的不同,使用SPSS19.0数据统计软件包进行数据处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,重复测量资料采用重复测量方差分析,等级资料采用秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 ①近期疗效:显效:疗程结束后3月内,发作次数较治疗前3月(下同)减少2/3以上,发病时间明显缩短,严重程度减低。有效:疗程结束后3月,发作次数较治疗前减少1/2以上,发病时间缩短,严重程度相对减低。无效:疗程结束后3月内发作次数减少不足1/2,发病时间无明显缩短。②远期疗效:显效:疗程结束后第4~6月内,发作次数较治疗前3月(下同)减少2/3以上,发病时间明显缩短,严重程度减低。有效:疗程结束后第4~6月内,发作次数较治疗前减少1/2以上,发病时间缩短,严重程度相对减低。无效:疗程结束后第4~6月内发作次数减少不足1/2,发病时间无明显缩短。

4.2 2组反复呼吸道感染近期(疗程结束后3月内)疗效比较 见表1。疗程结束后3月内,治疗组患儿56例,总有效率83.93%,高于对照组71.93%,差异无统计学意义($P>0.05$)。

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	56	24(42.86)	23(41.07)	9(16.07)	83.93
对照组	57	17(29.82)	24(42.11)	16(28.07)	71.93

经秩和检验, $Z=-1.749$, $P=0.080$

4.3 2组反复呼吸道感染远期(疗程结束后第4~6月内)疗效比较 见表2。疗程结束后第4~6月内,治疗组患儿56例,总有效率78.57%,高于对照组63.16%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 2 组反复呼吸道感染远期比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	56	28(50.00)	16(28.57)	12(21.43)	78.57
对照组	57	15(26.32)	21(36.84)	21(36.84)	63.16

经秩和检验, $Z=-2.564, P=0.010$

4.4 2 组各时期反复呼吸道感染总病程比较 见表 3。疗程结

表 3 2 组各时期反复呼吸道感染总病程比较($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前 3 月	疗程结束后 3 月	疗程结束后 4~6 月	F 值	P 值
治疗组	25.23± 1.45	8.95± 0.90	8.39± 0.77	$F=120.28$	$P=0.000$
对照组	24.09± 1.44	11.35± 0.89	12.33± 0.76	$F=59.36$	$P=0.000$
	$P=0.576$	$P=0.059$	$P=0.000$	172.00	0.023

4.5 2 组反复上呼吸道感染近期 (疗程结束后 3 月内) 疗效比较 见表 4。疗程结束后 3 月内, 治疗组患儿 56 例, 显效 28 例, 有效 25 例, 总有效率 94.64%, 高于对照组 78.95%, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 4 2 组反复上呼吸道感染近期 (疗程结束后 3 月内)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	56	28(50.00)	25(44.64)	3(5.36)	94.64
对照组	57	21(36.84)	24(42.11)	12(21.05)	78.95

经秩和检验, $Z=-2.037, P=0.042$

4.6 2 组反复上呼吸道感染远期 (疗程结束后第 4~6 月内) 疗效比较 见表 5。疗程结束后第 4~6 月内, 治疗组总有效率 91.07%, 高于对照组 64.91%, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 6 2 组各时期反复上呼吸道感染总病程比较($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前 3 月	疗程结束后 3 月	疗程结束后第 4~6 月	F 值	P 值
治疗组	23.01± 1.46	7.05± 0.68	6.34± 0.73	$F=125.70$	$P=0.000$
对照组	21.31± 1.32	8.42± 0.86	10.09± 0.72	$F=75.53$	$P=0.000$
	$P=0.389$	$P=0.109$	$P=0.000$	198.80	0.000

5 讨论

5.1 结果分析 反复呼吸道感染的近期(治疗结束后 3 月内)疗效治疗组与对照组比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 远期(疗程结束后第 4~6 月内)疗效比较, 差异有统计学意义($P<0.05$), 治疗组疗效优于对照组。病程方面, 疗程结束 6 月内, 治疗组在病程缩短方面优于对照组($P<0.05$), 这种优势在疗程结束后第 4~6 月才显示出来。由此可见, 2 组在疗程结束后 3 月内临床疗效相仿, 但在疗程结束后第 4~6 月内, 治疗组在减少发病次数及缩短病程上均具有优势。针对反复上呼吸道感染的情况, 治疗组近期(疗程结束后 3 月内)疗效及远期疗效(疗程结束后第 4~6 月内)均优于对照组($P<0.05$), 即治疗组的疗效优势在疗程结束后 3 月内即可体现, 并且这种优势可

持续至少 6 月。病程方面, 2 组在疗程结束后 6 月内均能有效缩短病程。在疗程结束后 3 月内, 两者在缩短病程方面比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 但在疗程结束后第 4~6 月, 治疗组病程缩短情况优于对照组($P<0.05$)。

表 5 2 组反复上呼吸道感染远期 (疗程结束后第 4~6 月内) 疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	56	31(55.36)	20(35.71)	5(8.93)	91.07
对照组	57	16(28.07)	21(36.84)	20(35.09)	64.91

经秩和检验, $Z=-3.363, P=0.001$

4.7 2 组各时期反复上呼吸道感染总病程比较 见表 6。疗程结束后 6 月内, 治疗组组内各期比较, 在缩短病程方面, 差异有统计学意义($P<0.05$); 疗程结束后 6 个月内, 对照组组内各期比较, 在缩短病程方面, 差异有统计学意义($P<0.05$)。疗程结束后 3 月内, 2 组在缩短病程方面比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 疗程结束后 4~6 月, 治疗组在缩短病程方面与对照组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

在近期(治疗结束后 3 月内), 小儿推拿疗法配合常规疗法治疗儿童反复呼吸道感染的在减少发病次数及缩短病程上与常规疗法效果差异无统计学意义。但在远期(疗程结束后第 4~6 月内), 前者疗效优于后者。而该疗法在减少反复上呼吸道感染次数上, 在疗程结束 3 月内优于常规疗法。因此, 小儿推拿疗法配合常规疗法治疗儿童反复呼吸道感染的疗效是值得肯定的, 对反复上呼吸道感染疗效更佳。

5.2 理论依据 《内经》有云: “正气内存, 邪不可干……”

邪之所凑，其气必虚。”小儿反复呼吸道感染发病机理的关键是正气虚。而《内经》又曰：“肉不坚，腠理疏，则善病风”。脾虚则运化水谷精微无力，化生气血不足，肌肉羸弱，腠理疏松，外邪易侵。因此，反复呼吸道感染病位在肺，但与脾密切相关。治疗上，提倡肺脾同治，故笔者拟基础方清肺经以清肺祛邪，平肝以抑木扶土，以助脾运，清补脾经、按揉足三里一方面健脾开胃，增强其运化水谷精微，化生气血之力，另一方面“培土生金”。运内八卦同样起到调和脾胃，理气化痰，推动脏腑，以助正气的作。肾为先天之本，先天的不足也是正气虚的重要原因之一，故基础方中以捏脊培本固元，行气活血，调理脏腑，促进生长发育，起到推动脏腑，振奋阳气的作用。临床反复呼吸道感染症状虽多变，但正虚的本质不变，异病同治，各证型大可在基本方上稍予加减即可达效。

5.3 实用性评价 小儿推拿配合常规疗法治疗儿童反复呼吸道感染除了疗效良好，还具有以下几个优势：①能推动脏腑，平衡阴阳，调和气血，增强患儿体质，使其正气盛而邪气难侵；②缩短病程，减少患儿的身体的消耗，降低该病对患儿生长发育的影响；③减少药物的使用，从而减少药物对患儿造成的不良反应；④安全性好，具有无创性、不良反应少等特点；⑤简单、可操作性强，可教予家长于院外施术，减少患儿返院次数，从而减少院内感染的风险。因此，笔者认为，小儿推拿疗法配合常规疗法治疗儿童反复呼吸道感染值得在临床上应用与推广。

5.4 问题与思考 ①本研究的“疗效标准”主要体现了发病次数的情况，对于评价小儿推拿配合常规疗法的疗效具有明显的局限性，故本研究加入病程的研究，可弥补疗效观察的片面性，能更真实地反应临床疗效情况。②本研究仅跟踪随访疗程

结束后6月内患儿病情发展，上述结果显示在治疗反复呼吸道感染上治疗组的优势主要体现在治疗结束后第4~6月内。提示小儿推拿结合常规疗法治疗儿童反复呼吸道感染疗效更持久，由于本研究的时间有限，未对其疗效的持续性作进一步的追踪研究。③本研究的条件有限，未对本疗法疗效的持续性作用机制进行系统的分析研究。④笔者在长期临床实践中发现小儿推拿对反复呼吸道感染疗效显著，同时发现小儿推拿对反复上呼吸道感染疗效优于反复下呼吸道感染。对反复上呼吸道感染的疗效评价如上，而对反复下呼吸道感染则由于例数太少，未能作出科学评价。⑤本研究的样本量较小，要得到更接近临床真实情况的结论仍需加大样本量。

[参考文献]

[1] 吴光声, 王立, 李珊, 等. 小儿反复呼吸道感染的临床病因分析[J]. 中国现代医生, 2011, 49(15): 152- 153.
 [2] 中华医学会儿科分会呼吸学组. 反复呼吸道感染的临床概念和处理原则[J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(2): 108- 110.
 [3] 初晓. 小儿反复呼吸道感染的中医药研究进展[J]. 江苏中医药, 2007, 39(2): 63- 65.
 [4] 王力宁, 汪受传, 韩新民, 等. 小儿反复呼吸道感染中医诊疗指南[J]. 中医儿科学, 2008, 11(4): 3- 4.
 [5] 中华医学会儿科分会呼吸学组. 小儿急性呼吸道感染抗生素合理使用指南[J]. 中国社区医师, 2004, 20(17): 21- 25.

(责任编辑：刘淑婷)

《新中医》杂志稿约 (2015 年)

《新中医》是由国家中医药管理局主管、广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的国家级学术期刊，1969年创刊。标准刊号：ISSN 0256-7415，CN 44-1231/R，月刊，期刊代号：国内：46-38，国外：M186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范，对来稿做出如下要求：一、征稿内容：本刊设有思路研究论著、名医研究论著、临床研究论著、针灸研究论著、实验研究论著、文献研究论著、养生研究论著、护理研究论著、医案感悟杂谈等专栏。二、来稿要求：标题鲜明，论点明确，论据充分，文字精炼，内容真实，资料可靠，数据准确，数据比较应做统计学处理。三、来稿格式：遵守中医药杂志的标准和本刊的规定。四、投稿方式：用电子邮件将稿件发往本编辑部 QQ 投稿邮箱：139002863@qq.com，或本校公文邮箱：36585135@gzucm.edu.cn。五、文责自负：作者如有侵权行为，本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》，本刊对文稿有修改权、删节权，修改稿未按时寄回视作自动撤稿。六、作者投稿一经采用，需与本杂志社签订论文著作权转让书，并及时寄回《新中医》编辑部档案室。编辑部地址：广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学办公楼，《新中医》编辑部 邮编：510006。电话：020-39359588。