

# 推拿联合药物治疗儿童腺样体肥大 30 例临床观察

王赛娜 盛锋 徐枫 成磊 张翮 龚辰 吴艺

(上海中医药大学附属龙华医院推拿科, 上海 200032)

**摘要** 目的:探讨推拿手法治疗儿童腺样体肥大的疗效,并进行卫生经济学评定。方法:将 60 例腺样体肥大患儿按 1:1 比例随机纳入治疗组(30 例)和对照组(28 例,脱落 2 例),分别采用推拿配合内舒拿治疗和单纯内舒拿治疗,观察患儿鼻塞程度、生活质量等方面的临床症状改善情况。结果:治疗组 27 例临床症状明显好转,3 例临床症状无明显改善,总有效率 90.0%,疗效优于对照组( $P < 0.01$ )。2 组患儿治疗期间获得单位效果所花费的成本,治疗组低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:推拿手法联合内舒拿治疗儿童腺样体肥大疗效明显,更节省卫生经济学成本,值得临床推广。

**关键词** 腺样体肥大 儿童 推拿疗法 内舒拿 卫生经济成本 糖酸莫米松鼻喷雾剂

中图分类号 R766.180.5 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2017)10-0056-03

儿童腺样体肥大(Pediatric Adenoidal Hypertrophy, PAH)是耳鼻喉科、儿科的常见多发病,人们对其危害常认识不足,其能引发多种并发症,对幼儿身心造成严重创伤。目前,西医主要以手术切除治疗本病。腺样体在儿童时期具有免疫防御作用,手术切除则免疫防御功能受损,容易导致上呼吸道反复感染,手术麻醉也会给患儿带来一定的风险。临床中也应用鼻喷激素或口服抗生素等治疗腺样体肥大,但易复发。小儿推拿手法是一种绿色疗法,经过临床观察,其对于改善患儿临床症状具有显著作用,更节省卫生经济学成本。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 2014 年 1 月至 2016 年 12 月上海中医药大学附属龙华医院推拿科门诊就诊的腺样体肥大患儿 60 例。采用计算机随机数字法将患儿分为治疗组和对照组各 30 例,研究中对照组脱落 2 例。2 组患儿性别、年龄、病程、病情程度、治疗前评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。详见表 1。

表 1 治疗组、对照组患儿基线资料比较

组别	例数	性别(例)		平均年龄 ( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	平均病程 ( $\bar{x} \pm s$ , 月)	病情程度(例)		治疗前评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)
		男	女			中	重	
治疗组	30	14	16	3.33±0.95	10.8±4.6	22	8	33.3±12.3
对照组	28	13	15	3.57±1.17	12.9±5.6	21	7	35.1±12.9

1.2 诊断标准 参考田勇泉主编《耳鼻咽喉头颈外科学》<sup>[1]</sup>:(1)主症:鼻塞,张口呼吸,睡眠时打鼾;(2)伴症:听力减退,耳鸣,流涕,鼻音,咽喉异物感,咳嗽,营养发育不良,腹痛,反应迟钝,注意力不集中,夜惊,磨牙,遗尿;(3)纤维电子喉镜检查、X线鼻咽侧位片,或鼻咽CT诊断提示腺样体增生肥大<sup>[2]</sup>。符合以上第(1)、(3)项者即可诊断为本病。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准者;(2)年龄 2~12 周岁,男女不限;(3)治疗期间未接受其他相关治疗者;(4)家长同意患儿加入本实验并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 (1)经检查证实,单纯由于扁桃体肥大、鼻中隔偏曲、鼻息肉、鼻窦炎、鼻损伤等引起的睡眠打鼾、张口呼吸者;(2)年龄在 2 岁以下或 12 岁以上者;(3)传染性疾病、精神病者;(4)不符合纳入标准,无法判断疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断者。

1.5 剔除、脱落和终止标准 (1)剔除标准:不符合纳入标准而被误纳入的病例或虽符合纳入标准而纳入后未治疗者;(2)脱落标准:未完成试验而中途自行退出或医生认定受试者退出者;未按规定方案治疗,或合并使用其他疗法或药物而无法判定疗效者;(3)终止标准:发生严重不良事件、并发症

基金项目:上海市中医药事业发展三年行动计划(海派中医流派传承工程)丁氏推拿项目(ZYSNXD-CC-HPGC-JD-011);上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划“丁氏推拿”流派传承项目(ZY3-CCCX-1-1002);上海市中医薄弱领域专科建设项目:中医特色诊疗技术建设(LH02-09-016)

或特殊生理变化不宜继续接受研究者;设计方案或试验中出现重大问题,无法判定疗效者。

## 2 治疗方法

2.1 治疗组 采用常规推拿手法联合内舒拿治疗<sup>[3]</sup>。参照相关文献及本科临床经验手法治疗:开天门50次,推坎宫1min,补肺经、补脾经、补肾经各300次,按揉迎香、合谷、足三里各300次,擦肺俞、肾俞、脾俞,透热为度,捏脊3~5遍。内舒拿(药品名:糠酸莫米松鼻喷雾剂,默沙东公司,生产批号H20140100)喷鼻治疗:晨起清洁鼻腔后应用内舒拿喷鼻,每侧鼻腔各1喷,每日总量为100 $\mu$ g。以上2种方法结合治疗,每日1次,10次为1个疗程,共治疗2个疗程。

2.2 对照组 采用内舒拿喷鼻治疗,方法、疗程同治疗组。

## 3 疗效观察

3.1 主要观察指标 (1)鼻塞程度积分<sup>[4]</sup>。患儿仰卧位,双鼻完全堵塞,需张口呼吸,记3分;部分堵塞,呼吸不畅通,有时张口呼吸,记2分;轻度鼻塞,无张口呼吸,记1分;无鼻塞,呼吸通畅,记0分。(2)生活质量评分。参照儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征生活质量18项调查表(OA-18)<sup>[5]</sup>制定,包括睡眠障碍(打鼾,张口呼吸,夜间觉醒,尿床,睡眠时挣扎,呼吸暂停,口唇紫绀)、身体不适症状(咽痛,鼻窦炎的频率,晨起后头痛,食硬食哽咽,喝流质硬咽)、情感障碍问题(情绪不稳定,有攻击性行为)、白天功能状态(白天用口呼吸,嗜睡,好动)和看护人员关切(担心患儿的睡眠)等18个问题。每个问题根据症状发生的频率或程度分为5级,不或无记为0分;很少或轻度记为1分;有时或中度记为2分;多次或重度记为3分;经常或严重记为4分;总评分为18项评分之和。(3)卫生经济学评定。采用问卷调查和调用门急诊明细账单的方式计算患儿治疗期间所耗费的成本,用人民币表示,主要包括:①直接医疗成本(包括该疗程就诊的全部挂号费、治疗费、纤维电子喉镜检查、X线鼻咽侧位片,或者鼻咽CT费和因处理试验治疗导致的不良事件所耗费的其他诊治费用);②直接非医疗成本(主要指与患儿治疗相关的往返交通、餐饮和住宿等费用);③间接成本(主要指因患儿就诊家属所损失的误工费);④成本-效果比(通过比较获得单位效果所花费的成本的多少来对2组的临床经济学进行比较和评价,效果用临床总有效率表示)。

3.2 疗效评定标准 根据《中药新药临床研究指导原则》中医证候积分法判定<sup>[6]</sup>。显效:中医临床症状、体征均有改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ ;有效:中医

临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ ,且 $< 70\%$ ;无效:中医临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候减少 $< 30\%$ 。证候积分减少率=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分] $\times 100\%$ <sup>[7]</sup>。

3.3 统计学方法 采用SPSS 11.5统计软件分析结果。所有的统计检验均采用双侧检验,P值小于或等于0.05为差别有统计意义。计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 进行统计描述。治疗前后的变化采用Wilcoxon秩和检验进行比较。计数资料采用频数(构成比)进行统计描述,治疗前后的变化采用 $\chi^2$ 检验或非参数检验。

## 3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 见表2。

表2 治疗组、对照组临床疗效比较 例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	16	11	3	90.0 <sup>▲▲</sup>
对照组	28	10	13	5	82.1

注:▲▲与对照组比较, $P < 0.01$ 。

3.4.2 2组治疗前后积分比较 见表3。

表3 治疗组、对照组患儿治疗前后积分比较 $(\bar{x} \pm s)$  分

组别	例数	时间	鼻塞程度积分	生活质量评分	总积分
治疗组	30	治疗前	2.20 $\pm$ 0.71	33.33 $\pm$ 12.26	35.53 $\pm$ 12.95
		治疗后	0.73 $\pm$ 0.98 <sup>▲▲▲</sup>	11.30 $\pm$ 15.74 <sup>▲▲▲</sup>	12.03 $\pm$ 16.71 <sup>▲▲▲</sup>
对照组	28	治疗前	2.18 $\pm$ 0.72	32.93 $\pm$ 12.17	35.11 $\pm$ 12.87
		治疗后	1.18 $\pm$ 0.94 <sup>**</sup>	19.21 $\pm$ 15.48 <sup>**</sup>	20.39 $\pm$ 16.40 <sup>**</sup>

注:\*\*与本组治疗前比较, $P < 0.01$ ;▲▲与对照组治疗后比较, $P < 0.01$ 。

3.4.3 2组疗法卫生经济学评定 见表4。

表4 治疗组、对照组治疗期间所耗费的成本比较 $(\bar{x} \pm s)$  元

组别	例数	直接医疗成本	直接非医疗成本	间接成本	耗费总成本	成本-效果比
治疗组	30	2347.57	363.42	1987.33	4698.32	6349.08 <sup>▲</sup>
对照组	28	2432.68	257.23	2079.44	4769.35	9538.70

注:▲与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2组患儿治疗期间所耗费的总成本比较(Mann-Whitney U检验),差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。2组患儿治疗期间的成本-效果比对比(Mann-Whitney U检验),差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。提示2组患儿治疗期间所耗费的总成本差别不大,在获得单位效果所花费的成本方面,治疗组低于对照组。

## 4 讨论

腺样体(AH)又称作咽扁桃体、增殖体,位于鼻咽顶部后壁的中线处,为咽淋巴环内环的组成部分,是人体重要的免疫器官,在正常的生理情况下,6~7岁的儿童腺样体发育到最大,到青春期后开始逐渐

地萎缩,成人则基本消失。如果小儿上呼吸道反复感染,腺样体反复受到炎症刺激而发生病理性的增生,且引起相应症状者,临床称为儿童腺样体肥大。该病为一病理现象,临床可出现鼻塞、打鼾、流涕、呼吸困难等主要临床表现。本病易并发慢性鼻窦炎或分泌性中耳炎,长期发病甚至对儿童面骨、牙齿、唇部的发育产生障碍,引起儿童面容改变,临床上称“腺样体面容”。腺样体肥大是耳鼻喉科临床上的一种常见病、多发病。好发于10岁以下儿童,临床上最为多发的年龄是6~7岁,发病率高达9.9%~29.9%<sup>[8]</sup>,其发病无明显的性别差异,在寒冷潮湿地区该病的发病率相对较高,尤以春、冬季容易加重。近年来发现儿童腺样体肥大引发的鼻窦炎、过敏性鼻炎等耳鼻喉科疾病不断增加,给大量的儿童患者带来了生理与心理的伤害<sup>[9]</sup>。

西医治疗腺样体肥大大多采用手术切除或激素吸入剂治疗。手术会造成患儿鼻咽部的损伤,包括鼻腔出血、感染、窒息、软腭损伤,腺样体复发增生,甚至麻醉药过敏导致休克等手术并发症,不但对患儿的身体造成伤害,还会对家庭和社会造成经济负担。此外对于儿童期免疫,尤其是局部免疫,起着比成人期更重要的防御作用<sup>[10]</sup>。从免疫学角度上看,不应该在小儿免疫系统未充分形成期将其切除,否则很可能损害鼻咽部局部免疫和抗呼吸道感染的全面免疫功能<sup>[11]</sup>。目前,鼻内激素对于腺样体肥大的治疗早已得到共识<sup>[12]</sup>,临床常用的激素吸入剂为内舒拿,它可以有效抑制鼻咽部炎症反应、变态反应,可以有效调节细胞因子,甚至可以促进细胞内抗炎蛋白的合成。同时,可缩小腺样体体积,减少鼻腔内部黏膜的充血情况,减少鼻塞、流涕、打鼾等临床症状及提高患儿的生活质量<sup>[13-15]</sup>。而推拿是中医学的瑰宝,同样也是一种绿色疗法。因其手法操作的特殊性,相比手术治疗及药物治疗等更易于被患儿所接受。根据中医整体观,腺样体虽是局部器官,但也是机体不可分割的一个组成部分。推拿手法以脏腑经络理论为基础,具有行气活血,疏经通络,调理脏腑的功能,本研究用推拿手法可改善呼吸道通气功能,增强患儿免疫力。

成本—效果分析是卫生经济学评价最为常用的一种方法<sup>[16]</sup>,成本—效果分析的目的在于寻找达到某一治疗效果时成本最低的治疗方案,即在成本与效果之间找到一个最佳的平衡点。本研究结果显示,2种治疗方法所耗费的总成本差别不大,但是在获得单位效果所花费的成本方面,推拿联合药物治疗法占优,更具有卫生经济学最佳成本—效果比。

## 参考文献

- [1] 田勇泉.耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:144.
- [2] 王永钦.中医耳鼻咽喉口腔科学[M].北京:人民卫生出版社,2011:605.
- [3] 王勤.宣通汤配合穴位按摩为主治疗儿童上气道咳嗽综合征39例[J].浙江中医杂志,2013,48(7):506.
- [4] 中华医学会耳鼻咽喉科学分会,中华耳鼻咽喉科杂志编委会.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊断依据和疗效评定标准暨悬雍垂腭咽成形术适应证(杭州)[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2002,37(6):403.
- [5] 李宏彬,叶京英,岳凤枢,等.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征儿童生活质量的评价[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,22(24):1117.
- [6] 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,2002:149.
- [7] 彭文.补阳还五汤加味治疗儿童癫痫40例[J].中国现代药物应用,2008,2(6):62.
- [8] 孔维佳.耳鼻咽喉头颈外科学(供8年制及7年制临床医学等专业用)[M].北京:人民卫生出版社,2005:353.
- [9] 梁运惠.新生儿腺样体肥大22例临床分析[J].中华儿科杂志,1997,35(12):662.
- [10] MODRZYŃSKI M, ZAWISZA E. The influence of birch pollen on adenoid hypertrophy in children with seasonal allergic rhinitis[J]. Prz Lek, 2003, 60(7):475.
- [11] CAMELO-NUNES IC, SOLÉ D. Allergic rhinitis: indicators of quality of life[J]. J Bras Pneumol, 2010, 36(1):124.
- [12] BERLUCCHI M, VALETTI L, PARRINELLO G, et al. Long-term follow-up of children undergoing topical intranasal steroid therapy for adenoidal hypertrophy[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2008, 72(8):1171.
- [13] 范大川,姚宪义,李慧军.糠酸莫米松鼻喷剂在儿童腺样体肥大治疗中的作用[J].黑龙江医学,2010,34(5):331.
- [14] 王龙,赵晋霞.儿童慢性腺样体肥大鼻喷激素治疗效果观察[J].临床医药实践,2010,19(12):925.
- [15] 张旭文.糠酸莫米松鼻喷剂治疗儿童腺样体肥大源性鼾症的初步疗效观察[J].实用医学杂志,2010,26(13):2417.
- [16] 程晓明.卫生经济学(供预防医学类专业用)[M].北京:人民卫生出版社,2012:551.

第一作者:王赛娜(1982—),女,硕士,主治医师,从事小儿推拿的基础与临床研究。saind1234@126.com

收稿日期:2017-03-23

编辑:华由 王沁凯