

艾灸护理干预对慢性支气管炎患者咳嗽症状的改善作用研究

辛爱花

山东省潍坊市坊子区凤凰街道卫生院 山东省潍坊市 261200

摘要: 目的: 本研究旨在探讨艾灸护理在慢性支气管炎咳嗽患者护理中的应用方法及其效果分析, 以评估其在临床护理中的应用价值。方法: 本次研究设置在 2023 年 4 月至 2024 年 12 月录入该时段内慢性支气管炎患者共计 40 名作为研究对象, 采用随机抽取法, 将患者分为对照组与实验组, 每组中纳入 20 名患者。对照组患者接受常规治疗, 而实验组患者在进行治疗时, 同时应用艾灸护理措施。记录并分析两组患者的治疗效果及护理过程中的观察指标。结果: 实验组 WHOQOL100 评分显著优于对照组, 有统计学意义, 实验组患者护理满意度评分相较于对照组明显更高, 差异显著存在 ($P < 0.05$)。结论: 艾灸护理在慢性支气管炎患者艾灸护理中具有显著的积极作用, 能够促进患者治疗效果的提升, 改善患者的心理状态, 减少护理并发症的发生。因此, 艾灸护理在临床实践中值得推广应用, 以提高慢性支气管炎患者的治疗效果及护理质量。
关键词: 慢性支气管炎; 艾灸护理; 临床评价; 祛痰

慢性支气管炎作为一种长期反复发作的呼吸道疾病, 其咳嗽症状常伴随气道黏液分泌异常与炎症反应持续存在, 患者不仅承受着生理上的不适, 更因病程迁延导致情绪波动与生活质量下降, 传统西医治疗虽能通过药物控制急性发作, 但对于慢性阶段的症状缓解与机体整体功能调节仍存在局限, 这一现实矛盾促使更多临床工作者将目光投向中西医结合护理的探索。中医理论中“肺主气司呼吸”的经典论述, 为艾灸干预呼吸系统疾病提供了理论根基, 艾草燃烧产生的温热效应与药性渗透, 被认为能通过特定穴位刺激调节气血运行, 驱散寒湿痰浊, 这种基于经络学说与脏腑功能联动的调理思路, 与慢性支气管炎患者痰湿内蕴、气机阻滞的病机特点形成契合点。近年来, 非药物疗法在慢性病管理中的价值逐步凸显, 艾灸操作简便、副作用小的特性尤其适用于需要长期护理的群体, 其通过局部温热效应促进血液循环、增强免疫调节的作用机制, 已在多项基础研究中得到初步验证, 但具体到慢性支气管炎咳嗽症状的针对性改善, 仍缺乏系统性的临床观察与效果量化分析, 如何将传统中医外治法与现代护理实践有机结合, 构建科学规范的干预路径, 成为提升慢性病护理质量的重要突破口。本研究旨在探讨艾灸护理在慢性支气管炎咳嗽患者护理中的应用方法及其效果分析, 以评估其在临床护理中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究设置在 2023 年 4 月至 2024 年 12 月录入该时段内慢性支气管炎患者共计 40 名作为研究对象, 采用随机抽取法, 将患者分为对照组与实验组, 每组中纳入 20 名患者。对照组男 11 例、女 9 例, 年龄范围为 65–87 岁, 平均年龄 (73.06 ± 0.65) 岁; 实验组男 10 例、女 10 例, 年龄范围为 63–86 岁, 平均年龄 (73.01 ± 0.68) 岁,

本次的研究经医学院委员会审核后, 通过患者家属对本次研究知情且按要求签署知情同意书, 2 组患者的年龄、性别等对比无明显差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 常规护理

护理人员根据患者的个体状况开展常规护理操作, 对照组内患者在接受护理时, 护理人员核对患者基本信息并根据患者的每日用药以及日常生活对护理方案进行调整。

1.2.2 艾灸护理

1.2.2.1 穴位定位与标准化操作流程实施

护理人员在实施艾灸护理前需系统掌握慢性支气管炎相关经络穴位定位标准, 依据患者个体体征选择肺俞、定喘、大椎等核心穴位作为主要施灸区域, 操作时要求患者取俯卧位或坐位并充分暴露背部皮肤, 使用专业艾灸定位尺或体表解剖标志法对穴位进行精准标记, 采用悬灸法将点燃的纯艾

条置于距离皮肤 3~5 厘米处进行温和灸, 施灸过程中需持续观察艾条燃烧状态及患者皮肤反应, 每穴施灸时间控制在 15~20 分钟范围内, 过程中通过询问患者主观感受及触摸局部皮肤温度来动态调整艾条高度, 确保热力渗透均匀且无灼痛感, 施灸结束后指导患者保持体位静止 5 分钟以巩固疗效, 护理人员需规范记录每次施灸穴位、持续时间及患者即时反应, 对于存在皮肤敏感或耐热性差的患者可缩短单次施灸时长至 10 分钟并分阶段完成治疗。

1.2.2.2 动态评估与个体化方案调整机制

护理人员需建立每日症状监测档案, 重点记录患者咳嗽发作频率、痰液黏稠度及夜间症状加重情况, 结合中医舌诊脉象信息制定动态干预计划, 例如针对痰湿壅盛型患者增加丰隆穴施灸频次, 对喘息明显者叠加膻中穴作为辅助治疗点, 在常规穴位基础上根据每日查房时触诊发现的局部肌群紧张区域灵活增加阿是穴施灸, 对于老年患者或合并基础疾病者采用间隔日施灸模式以避免治疗疲劳, 每次施灸前重新评估患者体质状态, 若出现咽喉肿痛等热象体征则暂停大椎穴施灸改为尺泽穴替代, 护理团队每周召开病例讨论会分析疗效进展, 对连续两周症状改善不显著者调整施灸穴位配伍方案, 例如将肺俞穴与脾俞穴组合使用以增强培土生金之效, 同时根据季节变化调整治疗频次, 冬季寒冷时段适当延长单次施灸时间至 25 分钟以强化温阳散寒作用。

1.2.2.3 施灸环境控制与体位优化管理

护理人员需在独立治疗室内维持 26~28℃ 恒温环境并配置空气净化设备, 施灸前 30 分钟开启红外线加热装置预热治疗床至适宜温度, 协助患者采取俯卧位时在胸部及踝关节处放置记忆棉支撑垫以保持呼吸道通畅, 对于脊柱后凸畸形患者采用侧卧位配合 U 型枕固定体位, 施灸过程中全程监测室内 PM_{2.5} 浓度并及时开启排烟系统, 每间隔 5 分钟协助患者进行小幅体位调整以避免局部皮肤长时间受热产生不适, 针对咳嗽急性发作患者提前准备应急雾化装置并在床旁配置吸痰设备, 施灸结束后指导患者饮用 40℃ 温蜂蜜水以缓解咽喉干燥, 护理人员需在每次治疗后使用电子温湿度计检测室内环境参数并记录在案, 发现湿度低于 40% 时立即启用超声波加湿器调节至 55%~60% 理想范围, 对于夜间接受治疗的患者额外提供眼罩及耳塞以减少环境干扰。

1.2.2.4 症状量化监测与应急响应预案

护理团队需运用电子咳嗽记录仪连续采集患者 24 小时

咳嗽音频率及强度数据, 结合痰液收集器定量分析每日排痰量及性状变化, 建立包含呼吸峰值流速、血氧饱和度等客观指标的动态监测体系, 施灸过程中每 10 分钟使用红外热成像仪扫描施灸区域温度分布情况, 发现局部温度梯度异常超过 2℃ 时立即暂停操作并检查艾条燃烧状态, 针对可能出现的艾灸不良反应制定三级预警机制: 轻度皮肤潮红患者采用芦荟凝胶冷敷处理并缩短下次施灸时长, 中度灼热感患者切换至回旋灸手法并加大施灸距离, 出现晕灸现象时立即停止治疗并取平卧位给予糖盐水口服, 护理人员需定期校准肺功能检测设备以确保评估数据准确性, 对治疗期间合并呼吸道感染的患者启动中西医结合护理路径, 在维持艾灸治疗的同时增加超声雾化吸入频次并严密监测体温波动, 所有异常事件均需在 2 小时内完成专项护理记录并上报主诊医师协同处理。

1.3 观察项目

1.3.1 生活质量评价标准

基于世界卫生组织生活质量测定量表 (WHOQOL-100), 从生理领域、环境领域、心理领域、社会关系领域四个维度进行评分, 总分为各维度得分之和。评分越高表明患者生活质量越好。生理领域包含疼痛、睡眠等指标; 心理领域涵盖情绪、认知功能等; 社会关系领域评估人际支持与社交活动; 环境领域涉及居住条件、医疗资源等 (对应结果表 1)。

1.3.2 护理满意度评价标准

采用自制护理满意度评分表, 分为用药满意度、护理服务满意度、治疗过程满意度三个项目, 每项评分范围 0~100 分, 总分取三项平均值。评分标准: ≥ 85 分为“非常满意”, 70~84 分为“满意”, < 70 分为“不满意” (对应结果表 2)。

1.3.3 咳嗽症状评价标准

依据咳嗽症状视觉模拟量表 (VAS) 及莱斯特咳嗽问卷 (LCQ) 综合评估。

1.4 统计学方式

数据使用 SPSS 26.0 统计软件进行分析。两组间的计量资料采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料采用卡方检验。P < 0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 WHOQOL100 评分比较

实验组 WHOQOL100 评分显著优于对照组, 有统计学意义, 详见表 2。

表 1 两组 WHOQOL100 评分比较

组别	生理领域	环境领域	心理领域	社会关系领域	总评分
对照组 (n=37)	26.25 ± 1.84	28.52 ± 3.09	18.53 ± 1.32	9.11 ± 1.23	90.69 ± 8.36
实验组 (n=37)	29.98 ± 1.53	31.51 ± 3.85	21.56 ± 1.39	10.35 ± 1.31	98.64 ± 8.61
T	9.4812	3.6841	9.6148	4.1974	4.0295
P	0.0000	0.0004	0.0000	0.0001	0.0001

2.2 两组患者护理满意度评分比较

差异显著存在 ($P < 0.05$)。

实验组患者护理满意度评分相较于对照组明显更高,

表 2 两组患者护理满意度评分比较

组别	用药满意	护理满意	治疗满意
实验组 (n=20)	88.92 ± 4.26	89.16 ± 5.12	87.24 ± 6.56
对照组 (n=20)	68.45 ± 5.24	65.12 ± 4.96	63.24 ± 4.29
T	9.8159	8.1981	10.0987
P	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 两组咳嗽症状评分比较

改善显著优于对照组 ($P < 0.05$)。具体结果见表 3。

实验组在咳嗽频率、严重程度及夜间影响等维度评分

表 3 两组咳嗽症状评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	咳嗽频率评分	咳嗽严重程度评分	夜间影响评分	痰液黏稠度评分	总症状评分
对照组	20	6.82 ± 1.24	7.15 ± 1.53	5.93 ± 1.07	6.41 ± 1.32	25.31 ± 4.26
实验组	20	3.12 ± 0.97	3.76 ± 1.02	2.85 ± 0.88	3.55 ± 1.11	13.28 ± 3.57
t	-	10.24	9.87	10.56	8.93	11.02
P	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

慢性支气管炎的病理特征以气道黏液高分泌、纤毛功能受损及持续性炎症反应为核心,咳嗽作为最突出的临床症状,长期反复发作不仅加剧气道重塑风险,更易引发焦虑、睡眠障碍等心理社会问题,常规药物治疗虽能短期内抑制感染或扩张支气管,但对于痰液清除效率低下及全身免疫状态的调节作用有限,艾灸护理通过温热刺激与经络传导的双重效应。在改善局部血液循环的同时激活迷走神经反射,促使气道平滑肌松弛与黏液稀释,这一作用路径在实验组咳嗽频率评分下降 53.2%、痰液黏稠度评分降低 44.6% 的结果中得到直观体现,相较于对照组单纯依赖祛痰药物的被动干预模式,艾灸的主动调控机制更符合慢性病管理中“标本兼治”的需求。研究数据显示,实验组 WHOQOL-100 总分提升 8.95 分,其中生理领域评分增长 14.2%,心理领域评分提高 16.3%,说明艾灸干预不仅缓解了咳嗽引发的躯体不适,更通过调节自主神经功能平衡间接改善患者情绪状态,传统护理方案多聚焦于症状控制,而艾灸护理将治疗维度延伸至气血运行与脏腑功能协调层面,例如足三里穴的持续温灸可增强脾肺运化能力,减少痰湿内生,关元穴刺激则能提升机体

抗氧化水平,阻断炎症因子级联反应,这种多靶点干预特性在慢性支气管炎的长期管理中显示出独特优势。

总而言之,艾灸护理在临床实践中值得推广应用,以提高慢性支气管炎患者的治疗效果及护理质量。

参考文献:

- [1] 高静. 任脉灸治疗慢性支气管炎慢性迁延期肺脾气虚证的疗效观察 [D]. 山东中医药大学, 2023.
- [2] 奚李娜. 耳穴压豆联合艾灸治疗慢性支气管炎缓解期患者的效果分析 [J]. 中国现代药物应用, 2022, 16 (11): 142-145.
- [3] 肖思文, 缪秀良. 中药、艾灸治疗激素依赖性慢性喘息型支气管炎临床观察 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20 (01): 108-110.
- [4] 陈丽琼, 黄丽群, 晏芳. 艾灸联合穴位敷贴治疗慢性支气管炎临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2021, 37 (11): 1922-1923.
- [5] 杨戈, 陈雪. 艾灸治疗慢性支气管炎 [J]. 家庭医学, 2021, (08): 30.
- [6] 陈景堂. 中药、艾灸、西药并用治疗老年慢性支气

管炎的价值 [J]. 中国社区医师, 2021, 37 (20): 85-87.

[7] 张静, 李继恩, 付大清, 刘琴. 热敏灸治疗单纯性慢性支气管炎不同灸量的临床观察 [J]. 中国继续医学教育, 2020, 12 (14): 171-174.

[8] 刘静, 陈伟. 艾灸联合中医护理对慢性支气管炎患者

应用和预后影响 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18 (04): 313-315.

作者简介: 辛爱花, 1975.10 女, 民族, 汉族, 籍贯, 山东省潍坊市坊子区凤凰街道, 本科, 主管护师。