

- [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

喘 15 例, 上气道咳嗽综合征 10 例。治疗组中男 28 例, 女 22 例; 年龄 2~14 岁, 平均(8.41±4.41)岁; 病程 1~6 个月, 平均(4.15±1.22)个月; 原发病: 感染后咳嗽 24 例, 咳嗽变异性哮喘 12 例, 上气道咳嗽综合征 14 例。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。本研究通过本院伦理委员会审批[2019-院伦审药临字第(11)号], 所有患儿家属均签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: (1) 年龄 2~14 岁; (2) 患儿存在咳嗽症状, 西医诊断符合《中国儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(2013 年修订)》^[6] 中相关标准, 中医诊断符合《中医病证诊断疗效标准》^[7] 中痰湿阻肺证的相关标准; (3) 无先天性疾病; (4) 智力发育正常、认知能力正常; (5) 家长可接受随访调查。排除标准: (1) 合并血液系统疾病与严重心、肝、肾衰竭者; (2) 伴心、肝、肾功能不全者; (3) 有精神疾病病史者; (4) 严重全身性感染者; (5) 参与研究前 1 周内服用过与本病相关治疗药物者。

1.3 方法

1.3.1 治疗方法 两组均给予营养支持、止咳、祛痰平喘等常规治疗。对照组采用推拿治疗。具体操作方法: (1) 左右肺经推拿。协助患儿选择仰卧位, 操作者使用食指、中指按摩, 顺延患儿的左、右臂肘关节之下的肺经来回直推, 用时 5min; 拇指按揉左右两侧的太渊穴、经渠穴、列缺穴, 1 分/穴。(2) 左右脾经推拿。协助患儿选择仰卧位, 操作者使用食指、中指按摩, 顺延患儿的左、右肘膝关节之下的脾经来回直推, 用时 5min; 拇指按揉左右两侧的公孙穴、太白穴、商丘穴, 1 分/穴。(3) 重点捏脊、按揉膻中以及脾俞穴、肺俞穴, 每个穴位按压 3 min。

治疗组在对照组治疗的基础上采用热敏灸治疗, 于推拿后 15~20 min 进行操作。(1) 热敏腧穴探查: 协助患儿取舒适体位, 充分暴露施术区, 选择合适型号的热敏灸(艾条), 点燃后在患儿热敏化俞穴高发区域(包括肺俞、膻中、中脘、足三里等穴)上方 3~5 cm 施灸探查, 当患儿出现扩热、透热、传热和非热觉等异常感觉, 即表示出现腧穴热敏化现象, 认定该穴位为热敏腧穴, 重复操作直至探查出所有可行穴位。(2) 热敏灸操作: 从探查所得热敏腧穴中择优选取热敏度最强或最耐热的腧穴施灸, 一般每次选取 2 个穴位进行施灸, 并与热敏化腧穴间保持距离(3 cm 左右)。先以回旋灸打基础, 继续往返通经络, 再以雀啄刺激气, 后经温和灸导感传。每日 1 次, 每次 10~40 min (若患儿出现烦躁、好动或抗拒行为可缩短治疗时间)。两组均每天治疗 1 次, 治疗 6 d 后休息 1 d, 以 6 d 为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程。

1.3.2 炎症因子水平检测方法 分别于患儿治疗前和治疗 7 d 后采集空腹静脉血 3 mL, 以 6 000 r/min 离心 8 min, 采用酶联免疫吸附试验测定炎症因子水平, 包括降钙素原(PCT)、C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)。PCT 正常参考值为 0.0~0.5

ng/mL, CRP 正常参考值 ≤ 10 mg/L, TNF- α 正常参考值为 4.3~2.8 ng/L。采用放射免疫法测定白细胞介素-5(IL-5)和白细胞介素-17(IL-17)水平。IL-5 正常参考值为 56.37~150.33 pg/mL, IL-17 为 1.257 5~1.983 0 pg/mL。

1.4 疗效标准 治疗结束后, 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8] 中的有关标准判定临床疗效。显效: 咳嗽症状消失, 临床症状积分下降 $\geq 90\%$; 有效: 咳嗽显著好转, 临床症状积分下降 50%~ $<90\%$; 无效: 不符合上述标准^[7]。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 观察指标 (1) 比较两组临床疗效。(2) 比较两组炎症因子 PCT、CRP、TNF- α 、IL-5 和 IL-17 水平。(3) 比较两组患者的肺功能指标, 包括第 1 秒用力呼气容积(FEV₁)、用力肺活量(FVC)、最大通气量(MVV), 由专人于治疗前、治疗后 6 个月进行评估。(4) 比较两组治疗前后临床症状积分, 参考《中国儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(2013 年修订)》^[6] 分为日间和夜间症状评分, 均以 0~3 分为评分标准, 分值越高表示症状越严重。

1.6 统计学处理 采用 SPSS23.0 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; 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 疗效标准与治疗结果

2.1 两组临床疗效比较 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 ($\chi^2=14.324, P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	50	35(70.00)	13(26.00)	2(4.00)	48(96.00)
对照组	50	18(36.00)	21(42.00)	11(22.00)	39(78.00)

2.2 两组临床症状积分比较 两组患者治疗前日间和夜间症状评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 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 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床症状积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	日间症状评分		夜间症状评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	2.61±0.52	1.02±0.52*	2.77±0.65	1.11±0.48*
治疗组	50	2.65±0.75	0.51±0.27*	2.85±0.94	0.42±0.25*
t		<0.001	37.104	1.024	19.588
P		>0.05	<0.001	0.308	<0.001

注: 与同组治疗前比较, * $P<0.05$ 。

2.3 两组患者炎症因子水平比较 两组患者治疗前 PCT、CRP、TNF- α 、IL-5 和 IL-17 水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 两组患者治疗后 PCT、CRP、TNF- α 、IL-5 和 IL-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($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组肺功能指标水平比较 两组治疗前 FEV₁、FVC、MVV 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);两

组患者治疗 FEV₁、FVC、MVV 水平均明显高于治疗前,且治疗组高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 3 两组患者炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PCT($\mu\text{g}/\text{mL}$)		CRP(mg/L)		TNF- α (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	0.37 \pm 0.04	0.23 \pm 0.02*	10.69 \pm 2.74	5.54 \pm 0.73*	4.41 \pm 6.42	3.72 \pm 1.28*
治疗组	50	0.37 \pm 0.03	0.11 \pm 0.01*	10.82 \pm 2.47	3.03 \pm 0.50*	4.45 \pm 6.50	2.56 \pm 1.18*
t		1.414	37.947	0.249	20.059	0.081	4.712
P		0.160	<0.001	0.804	<0.001	0.935	<0.001

组别	n	IL-5(pg/mL)		IL-17(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	158.56 \pm 22.87	95.41 \pm 2.54*	1.94 \pm 0.22	1.67 \pm 0.22*
治疗组	50	158.63 \pm 22.95	61.98 \pm 2.04*	1.98 \pm 0.25	1.36 \pm 0.31*
t		0.117	7.264	0.158	13.702
P		0.907	<0.001	0.875	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

表 4 两组肺功能指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FEV ₁ (L)		MVV(L/min)		FVC(L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	50	1.97 \pm 0.98	3.52 \pm 1.00*	1.56 \pm 0.78	2.54 \pm 0.32*	1.14 \pm 0.58	4.00 \pm 0.40*
对照组	50	2.11 \pm 1.01	2.96 \pm 0.83*	1.32 \pm 0.63	1.64 \pm 0.30*	1.34 \pm 0.44	3.24 \pm 0.41*
t		0.213	4.603	0.292	24.501	0.448	29.159
P		0.832	<0.001	0.770	<0.001	0.654	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

咳嗽为儿科常见就诊原因。长时间咳嗽会导致气管病变扩散至周围小支气管,甚至会使肺泡壁弹性降低,加重病情,若未及时治疗该病,将会对患儿的生长发育造成负面影响,极有可能引起预后不良等情况。故尽早诊断并予以安全、有效的治疗方案已成为临床研究者重点关注的问题之一。

中医认为,儿童慢性咳嗽多为内伤咳嗽,病因病机主要为外感风邪、肺失宣降,多属虚证或虚实夹杂证^[9]。长期咳嗽会导致湿邪困脾、湿聚生痰,阻碍气机运行,演变为痰湿咳嗽。中医在小儿慢性咳嗽方面具有一定优势,但口服汤药剂量难以把握,患儿服药困难,往往会造成临床疗效不佳^[10]。而作为中医学外治法的重要组成部分,推拿、热敏灸等以不良反应少、无痛苦等优势被临床广泛应用。本研究将推拿与热敏灸联合应用于小儿慢性咳嗽治疗中,结果显示,治疗组总有效率为 96.00%,高于对照组的 78.00%,且治疗组治疗后日间和夜间症状评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。这提示中医推拿联合热敏灸可显著提高慢性咳嗽的治疗效果,分析其主要原因:中医推拿是一种良性的机械刺激,结合点揉按压穴位,推肺、脾二经能培土生金,健脾养肺;揉膻中可宽胸理气止咳,捏脊具有理气血、通经络、和脏腑、调阴阳的功效,对治疗先天和后天不足的一些慢性病证均有一定效果,且可以重复推拿,易上手;重点对脾

经、肺经及相应俞穴进行按摩,加快脏腑内外联结,促进气血运行,从而对所属病证进行治疗。有研究报道,小儿推拿取穴少、见效迅速、临床疗效肯定、可重复性较强^[11]。而灸法则是利用一些可燃烧的物质对机体的局部皮肤进行温熨和熏灼,并借助燃烧时产生的温热效应让药物中的有效成分经皮肤吸收,通过调节脏腑、经络的功能,发挥补肾壮阳,散寒祛风等功效^[12]。热敏灸是近几年来新兴起的一种灸疗技术,是在传统灸法的基础上经过改良施灸方法而成,具有祛风散寒、温肺补脾、止咳化痰等效果^[13]。推拿联合热敏灸二者协同发挥作用可进一步提升疗效。

控制炎症反应是慢性咳嗽治疗的关键,通常慢性感染患者体内存在炎症因子水平紊乱,而本研究发现,治疗组经推拿联合热敏灸治疗后,PCT、CRP、TNF- α 、IL-5 和 IL-17 水平均低于治疗前及同期对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。这说明推拿联合热敏灸治疗在抑制机体炎症反应方面的效果更胜于常规西医治疗及推拿治疗,抗感染效果更加显著。这主要是由于热敏灸燃烧时产生的热力辐射要高于艾灸两倍,可以有效加快新陈代谢,并且其燃烧时产生的远近红外线还可以穿透皮肤,抵达组织深部,不仅可以扩张血管,促进血液循环,还可以降低血液黏稠度,促进炎症物质的吸收^[14]。治疗后治疗组肺功能相关指标水平与对照组相比,明显得到改善($P < 0.05$)。这进一步证实,中医推拿联合热敏灸治疗小儿慢性咳嗽

的有效性,能够改善患儿的肺功能,促进康复。

综上所述,对于慢性咳嗽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,具有良好的临床应用前景。但本研究选择的样本中,个别指标的离散程度较大,就统计学结果而言,存在一定误差;且本研究的观察指标具有相对的主观性。为此,在今后临床工作中仍需完善试验设计,进一步开展研究,以更好地指导临床。

参考文献

[1] 刘燕玲,邓根,范华清,等. 小儿推拿联合热敏灸治疗小儿咳嗽变异性哮喘 30 例[J]. 江西中医药,2019,50(8):58-60.

[2] 宁佐伟,张姣,陈燕芳,等. 热敏灸治疗不同病因咳嗽疗效 Meta 分析[J]. 亚太传统医药,2021,17(4):137-142.

[3] 王丽莉,余安胜,吴欢,等. 热敏灸联合穴位贴敷治疗肺气亏虚型感染后咳嗽疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2021,40(6):664-669.

[4] 李彬,白辉辉,张一. 热敏灸配合质子泵抑制剂治疗胃食管反流性咳嗽疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2019,38(6):597-600.

[5] 郭芬芳,武青. 麻杏二三汤加减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[J]. 海南医学,2022,33(8):1024-1026.

[6] 中华医学会儿科学分会呼吸学组慢性咳嗽协作组,《中华儿科杂志》编辑委员会. 中国儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(2013 年修订)[J]. 中华儿科杂志,2014,52(3):184-188.

[7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:57.

[8] 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,2002:54-58.

[9] 张瑾,李英会,刘呈祥,等. 中医治疗小儿上气道咳嗽综合征临床研究进展[J]. 河北中医,2022,44(1):166-170.

[10] 朱金凤,洪玲玲,侯海慧,等. 慢性咳嗽的中医诊治策略分析[J]. 中国中医基础医学杂志,2021,27(8):1301-1303.

[11] 唐小利,邓红波. 儿童常见慢性咳嗽中医辨证治疗思想的研究述要[J]. 四川中医,2021,39(2):210-213.

[12] 李俊霞,姜永红,张惠婷,等. 小儿久咳方加味治疗痰湿恋肺型儿童慢性咳嗽临床研究[J]. 四川中医,2021,39(3):169-172.

[13] 安洋阳,周旭,叶国传,等. 小儿推拿治疗儿童慢性咳嗽的临床疗效观察[J]. 针灸推拿医学,2021,19(3):219-225.

[14] 刘文可,尚可新,肖伊,等. 小儿推拿在儿童上气道咳嗽综合征中的应用[J]. 现代中医临床,2019,26(5):35-37.

(收稿日期:2022-08-16 修回日期:2022-12-23)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.07.033

维持性血液透析患者情绪抑制现状及影响因素分析

秦玲,李小玲

桂林医学院附属医院肾内科,广西桂林 541001

摘要:目的 探讨维持性血液透析患者情绪抑制现状及影响因素。方法 采用便利抽样方法,以情绪抑制量表、健康合作者量表和领悟社会支持量表对 2022 年 1—5 月桂林市某三甲医院血液净化中心的 210 例血液透析患者进行问卷调查。结果 210 例维持性血液透析患者情绪抑制评分为(34.40±2.92)分,总体呈中等水平,健康合作者评分为(34.73±4.86)分,社会支持评分为(57.57±8.09)分。多元线性回归分析结果显示,透析年限、健康合作者评分、社会支持评分是维持性血液透析患者情绪抑制的主要影响因素($P < 0.05$)。结论 维持性血液透析患者情绪抑制呈中等水平,应早期评估患者情绪抑制现状并进行针对性干预,从而降低维持性血液透析患者的情绪抑制水平。

关键词:血液透析; 情绪抑制; 健康合作; 社会支持

中图法分类号:R459.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)07-1001-05

情绪抑制是指当个体情绪唤起时,有意识地抑制该情绪表达的行为^[1]。约 90% 终末期肾脏病患者需通过维持性血液透析治疗,其平均生存时间虽得以延长,但长期的透析治疗以及对自身疾病治疗的不乐观导致患者易出现不同程度的情绪问题,如焦虑、抑郁、恐惧等^[2-3]。研究表明,焦虑、抑郁、恐惧等不良情绪会导致患者发生情绪抑制,严重影响患者的身心健康^[4]。国内关于维持性血液透析患者情绪抑制的相关研究鲜有报道。鉴于此,本研究采用横断面调查研究的方法,重点评估血液透析患者的情绪抑制现状及相关影响因素,为提高患者的情绪管理能力提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样方法,选取 2022 年 1—5 月桂林市某三甲医院血液净化中心收治的血液透析患者 210 例作为研究对象。纳入标准:(1)年龄 ≥ 18 岁;(2)规律血液透析 3 个月及以上且血液透析 ≥ 2 次/周;(3)具备一定沟通交流能力。排除标准:(1)精神类疾病病史或智力障碍等;(2)各种原因无法配合本研究;(3)采用其他肾脏替代治疗(腹膜透析、肾移植)。本研究通过医院伦理委员会审核,患者均知情同意,自愿参与本次调查。

1.2 样本量估算 根据多因素分析样本量为自变量