

dotheliumdependent relaxation in isolated blood vessels [J]. Biochem Biophys Res Commun, 2009, 383 (4): 503-508.

[11] Esteghamati A, Alamdari A, Zandieh A, et al. Serum visfatin is associated with type 2 diabetes mellitus independent of insulin resistance and obesity[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2011, 91(2): 154-158.

[12] 段军仓. ACS 患者血浆 MMP-9、hs-CRP 水平与冠脉病变特征相关性研究[D]. 乌鲁木齐: 石河子大学, 2013.

[13] 徐泽航. 冠心病 PCI 术后患者氯吡格雷抵抗现象临床分析研究[D]. 杭州: 浙江大学, 2013.

[14] Hammarstedt A, Pihlajamaki J, Rotter SV, et al. Visfatin is an adipokine, but it is not regulated by thiazolidinediones[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2006, 91(3): 1181-1184.

(收稿日期: 2015-01-12 修回日期: 2015-03-24)

• 临床探讨 •

168 例小儿慢性咳嗽的诊疗分析

宋海燕(北京市密云县妇幼保健院 101500)

【摘要】 目的 探讨小儿慢性咳嗽的临床诊疗方法。**方法** 选取 2013 年 1 月至 2014 年 12 月该院收治的慢性咳嗽患儿 168 例, 统计分析其诊疗结果。**结果** 咳嗽与早晚时间、活动度明显相关, 其中早晚咳嗽或加重最高(33.93%), 运动游玩或哭闹、大笑咳嗽或加重最高(42.86%)。其他方面与咳嗽无明显相关。最后诊断结果中, 呼吸道感染后咳嗽、上气道咳嗽综合征和咳嗽变异性哮喘所占比例明显多于其他病因结果($P < 0.05$), 分别为 33.33%、25.00%、19.05%, 但差异无统计学意义($P > 0.05$)。病因的年龄分布: 1 岁以内的婴儿以呼吸道感染后咳嗽和先天性呼吸道疾病为主, 1~<3 岁的幼儿呼吸道后感染咳嗽、上气道咳嗽综合征和咳嗽变异性哮喘所占比例较大, 3~<6 岁的学龄前儿童以呼吸道感染后咳嗽、上气道咳嗽综合征为主, 6~<13 岁的学龄儿童以上气道综合征和咳嗽变异性哮喘为主。治疗总有效率为 91.07%。**结论** 小儿慢性咳嗽病史询问和体格检查非常重要, 治疗时需找到病因疗效才更好。

【关键词】 慢性咳嗽; 小儿; 疗效; 病因
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.16.071 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)16-2466-02

小儿慢性咳嗽常常只有咳嗽的临床表现, 而无胸片 X 线片异常的支持, 与成人慢性咳嗽的诊断有一定的差异^[1]。因此, 在诊疗小儿慢性咳嗽时常难以达到好的效果。本文选取 2013 年 1 月至 2014 年 12 月本院收治的 168 例慢性咳嗽患儿的诊疗情况进行分析, 以供临床参考。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2014 年 12 月本院收治的慢性咳嗽患儿 168 例, 其中男 89 例, 女 79 例; 年龄 6 个月至 13 岁, 平均(8.28±4.68)岁。1 岁以内 36 例, 1~<3 岁 40 例, 3~<6 岁 50 例, 6~<13 岁 42 例。平均病程(4.26±2.34)月。所有患儿持续咳嗽 4 周以上, 符合 2007 年 12 月中华医学会儿科学会儿科学分会呼吸学组制订《儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(试行)》中的诊断标准^[2]。

1.2 诊断方法 所有患儿在询问病史和体格检查及胸 X 线片和(或)肺通气功能检查发现有明确病因线索时, 进行特异性咳嗽的鉴别诊断, 若未见异常, 则通过观察随访、耳鼻喉科就诊、支气管激发试验及诊断性用药, 逐步明确病因。所涉及的检查包括: 胸 X 线片、胸部 CT、鼻窦部 CT、MRI 检查、肺功能、支气管镜、诱导痰或支气管肺泡灌洗液细胞学检查和病原微生物分离培养及其他皮肤点刺实验等。

1.3 治疗方法 对于病因暂时无法了解的患儿, 主要包括对症治: 慢性咳嗽如伴有痰, 以祛痰为原则, 不单纯止咳, 以免加重或导致气道阻塞, 选用 N-乙酰半胱氨酸、盐酸氨溴索、愈创木酚甘油醚、桃金娘油和中药祛痰剂(肺力咳合剂)等; 如果干咳, 则适当使用止咳药。对因治: 感染后咳嗽一般可自行

缓解, 对症状严重者可考虑短期使用吸入或口服糖皮质激素、白三烯受体拮抗剂或 M 受体阻断剂; 明确为细菌或肺炎支原体、衣原体病原感染的慢性咳嗽者考虑使用抗菌药物; 咳嗽变异性哮喘: 吸入糖皮质激素治疗, 白三烯受体拮抗剂; 胃食管反流: 生活方式调整、抑酸药、促动力药等; 气道异物: 及时取出异物。

1.4 统计指标 (1) 症状统计, 主要是咳嗽有关的表现, 如是否有痰声, 与早晚时间、活动度、季节和空间变换有关。(2) 病因统计, 通过病史询问和体格检查, 结合辅助检查, 诊断出慢性咳嗽的病因。(3) 疗效统计, 显效: 治疗 1 个疗程以后无咳嗽症状; 有效: 治疗 1 个疗程后明显改善咳嗽症状; 无效: 经过 1 个疗程治疗症状无好转甚至加重则为无效。

2 结果

2.1 咳嗽伴随状况比较 所有患儿均有咳嗽的表现, 根据咳嗽主要发生的时间以及咳时伴有的症状统计分析发现, 干咳的表现最多, 占 59.52%, 但与伴有痰声的咳嗽差异无统计学意义($P > 0.05$)。咳嗽在一天的时间变化中有一定的差异性, 早晚咳嗽或加重的所占比例较大, 占 33.93%, 明显高于白天咳(11.90%)和白天晚上均咳(7.74%), 差异有统计学意义($P < 0.05$), 但与晨咳(22.02%)、夜咳(22.40%)差异无统计学意义($P > 0.05$)。咳嗽是否与活动有关有一定的差异性, 活动包括运动游玩、哭闹、大笑、进食等咳嗽或加重占 63.10%, 明显高于非活动的咳嗽表现, 且运动游玩或哭闹、大笑咳嗽或加重(42.86%)要明显高于进食后的咳嗽(20.24%)。咳嗽表现与空间变化无关所占比例多(55.95%)。其他空间变换之间差异无统计学意义($P > 0.05$)。与季节变化无关所占比例多

(64.88%)。见表 1。

2.2 不同年龄段的病因比较 呼吸道感染后咳嗽 56 例(33.33%),上气道咳嗽综合征 42 例(25.00%),咳嗽变异性哮喘 32 例(19.05%),先天性呼吸道疾病 10 例(6.00%),气道异物 13 例(7.77%),胃食管反流性咳嗽 15 例(8.93%)。前三者所占比例明显高于其他原因总和,差异有统计学意义($P<0.05$),但前三者之间差异无统计学意义($P>0.05$)。不同年龄段,1 岁以内的婴儿以呼吸道感染后咳嗽和先天性呼吸道疾病为主,1~<3 岁的幼儿呼吸道后感染咳嗽、上气道咳嗽综合征和咳嗽变异性哮喘所占比例较大,3~<6 岁的学龄前儿童以呼吸感染后咳嗽、上气道咳嗽综合征为主,6~<13 岁的学龄儿童以上气道综合征和咳嗽变异性哮喘为主。见表 2。

表 1 咳嗽伴随状况比较[n(%)]

咳嗽表现	发生率	P	χ^2
是否伴有痰声			
干咳	92(54.76)	>0.05	1.02
伴有痰声	76(45.24)		
与早晚是否有关			
晨起咳嗽或加重	37(22.02)	<0.01	30.40
夜晚咳嗽或加重	41(22.40)		
早晚咳嗽或加重	57(33.93)		
白天咳嗽或加重	20(11.90)		
不分白天晚上均咳	13(7.74)		
是否与活动有关			
运动游玩或哭闹、大笑咳嗽加重	72(42.86)	<0.01	10.86
进食时咳嗽或加重	34(20.24)		
是否活动咳嗽无明显变化	62(36.90)		
是否与变换空间			
进入新车咳嗽或加重	17(10.12)	<0.01	64.18
进入新房咳嗽或加重	35(20.83)		
空调房	22(13.10)		
与空间变换无关	94(55.95)		
是否与季节变化有关			
换季时咳嗽或加重	59(35.12)	<0.01	10.02
换季时咳嗽无明显变化	109(64.88)		

表 2 不同年龄段的病因比较(n)

病因	n	<1 岁	1~<3 岁	3~<6 岁	6~<13 岁
		(n=36)	(n=40)	(n=50)	(n=42)
呼吸道感染后咳嗽	56	15	10	22	9
上气道咳嗽综合征	42	0	9	11	22
咳嗽变异性哮喘	32	3	10	8	11
先天性呼吸道疾病	10	10	0	0	0
气道异物	13	0	8	4	1
胃食管反流性咳嗽	15	7	3	5	0

2.3 疗效统计 通过对症对因相结合治疗后,168 例患儿显

效 90 例(53.57%),有效 63 例(37.50%),无效 15(8.93%),总有效率为 91.07%。

3 讨 论

慢性咳嗽的临床诊断主要依靠病史、症状、体征及辅助检查的阳性发现,而小儿慢性咳嗽辅助检查结果阳性率却低于成年人^[3-4]。因此,病史、症状、体征等的询问在小儿慢性咳嗽的诊断中起着很大的作用。本文着重分析慢性咳嗽患儿咳嗽的相关因素,从结果来看,与早晚、活动度明显相关。而咳嗽当中的其他表现,如与空间变换、季节变换等虽然无明显相关,但却与病因诊断如变异性哮喘等有一定关联^[5]。

本文研究结果表明,小儿慢性咳嗽的常见的病因是呼吸道感染、上气道咳嗽综合征和咳嗽变异性哮喘所致,与文献^[6-8]报道相似。咳嗽变异性哮喘治疗按哮喘长期规范治疗,疗程至少 8 周。上气道咳嗽综合征治疗根据部位不同而不同,过敏性鼻炎采用抗组胺药物、局部糖皮质激素治疗,鼻窦炎则用抗菌剂治疗,辅助鼻腔灌洗,增殖体肥大则用局部糖皮质激素联用白三烯受体拮抗剂或手术治疗;呼吸道感染后咳嗽如果不严重可对症治疗,严重者采用白三烯受体拮抗剂或局部糖皮质激素。胃食管反流采用 H2 受体拮抗剂和多潘立酮,心因咳嗽采用心理疗法等。通过对症治疗、诊断性治疗、病因治疗相结合的治疗方式可达到 90% 以上的有效率,与其他报道相吻合^[9]。

总之,小儿慢性咳嗽临床表现多样化、病因复杂、年龄特殊,在诊疗时应更加细致地对待^[10]。

参考文献

[1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南[J]. 全科医学临床与教育, 2009, 7(6): 573-575.

[2] 中华医学会儿科学分会呼吸学组,《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南[J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(2): 104-107.

[3] 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)[J]. 中华儿科杂志, 2014, 52(3): 184-188.

[4] 邹娜. 小儿慢性咳嗽病因分析与临床研究[J]. 中外医学研究, 2012, 10(22): 129.

[5] 薛满, 马春利, 梁宽, 等. 孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床疗效及安全性研究[J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(17): 3317-3319.

[6] 张慧芳, 潘家华, 李倩, 等. 小儿慢性咳嗽的病因分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2012, 14(9): 667-670.

[7] 吴秋英, 郑言丰. 小儿慢性咳嗽的病因及其临床特点分析[J]. 中国基层医药, 2012, 19(4): 597-598.

[8] 陈铮铮, 刘江海. 孟鲁司特钠联合丙卡特罗治疗小儿慢性咳嗽的疗效观察及其对 IgE 水平的影响[J]. 中国医师进修杂志, 2013, 36(1): 27-29.

[9] 吴萍, 韩宜均, 何红红, 等. 小儿慢性咳嗽 96 例临床分析[J]. 新疆医学, 2014, 44(7): 46-48.

[10] 冯则怡. 小儿慢性咳嗽诊治与用药体会[J]. 河北中医, 2010, 32(9): 1349-1351.