

儿科塑型性支气管炎特征分析

张晓辉

平山县人民医院 河北 石家庄 050400

【摘要】目的: 分析儿科塑型性支气管炎临床特征。方法: 参与本次研究患儿的数量为 100 例, 起始时间为 2022 年 11 月份, 截止时间为 2023 年 10 月份, 依据患者的临床表现, 为其提供气管镜检查以及吸出物进行病理、治疗经验和转归情况。**结果:** 100 例塑型性支气管炎患儿通过影像学检查, 明确存在肺炎, 主要为肺叶或者节段性不张, 阻塞性肺气肿, 左肺最为严重, 可以占到 53%; 右肺占 40%; 双肺为 7.00%; 对所有患者提供弯曲支气管镜检查, 将质韧塑型物吸出, 并进行病理检查为纤维性渗出, 对所有患者进行治疗, 患者病情得到改善, 未出现死亡。**结论:** 若患儿出现呼吸道感染时, 未出现明显的异物吸入史, 而且患儿在较短的时间内出现了通气功能障碍, 而且为患儿提供常规的机械通气无法对顽固性低氧的患儿症状有效的改善, 为其提供影像学检查时, 患儿存在肺不张或者阻塞性肺气肿时, 应考虑患儿存在塑型性支气管炎, 为患儿提供支气管镜检查, 将气管内的异生物去除十分重要。

【关键词】: 儿童塑型性支气管炎; 特征分析

塑型性支气管炎, 疾病相对较为少见, 该病起病相对较急, 而且发展更为迅速, 患者会出现严重的气道阻塞, 患者会出现急性呼吸困难或者呼吸衰竭, 若未得到及时且有效的诊断, 导致患者未得到有效的治疗, 会导致患者出现严重的疾病, 病情无法有效的逆转, 导致患者出现死亡^[1]。为患者提从影像学检查时, 并无明显的特异性, 增加误诊或者漏诊的机率。本文就我院收治的 100 例儿科塑型性支气管炎的临床特征进行分析, 详见下文:

1 资料与方法

1.1 一般资料

参与本次研究患儿的数量为 100 例, 研究时间为 2022 年 11 月份至 2023 年 10 月份, 时间为一年。年龄范围 8 个月至 8 岁间, 平均年龄为 4.36±0.89 岁, 其中女童为 48 位, 剩余为男童。分析所有塑型性支气管炎患儿的总体情况对比后进行统计学分析, 结果显示 $P > 0.05$, 可以对此开展研究。

纳入条件: 所有患儿符合塑型性支气管炎的诊断标准; 不存在影响本次研究的其他疾病; 患儿家属对本次研究知情同意。

排除标准: 患儿家属对于本次研究存疑; 有影响本次研究的其他脏器疾病; 不愿意配合研究的。

1.2 方法

所以患儿检查前禁食水, 手术前的半小时为患儿注射阿托品, 用量依据患儿的体重 0.01-0.02mg/kg, 若患儿为局部麻醉时, 肌肉注射咪达唑仑, 用量依据患儿体重, 0.05-0.5mg/kg; 也可以注射米达唑仑用量依据体重 0.1-0.3mg/kg, 若患儿为局部麻醉时, 应在支气管镜室或者床旁实施^[2-3]。通过边麻醉边进入的局部表面麻醉的方式。为患儿提供浓度为 1% 的麻黄碱经鼻滴入, 以起到收缩血管的效果, 经患儿的鼻腔内进镜, 之后为患儿提供浓度为 2% 的利多卡因对咽喉部进行喷洒, 数量为 3 次, 待支气管镜进入到声门后, 为患儿经支气管镜滴入浓度为 0.5% 的利多卡因, 数量为 0.5-1ml, 整个操作依据患儿的具体情况可以增加利多卡因的用量, 浓度为 0.5%, 但整个操作过程中用量不得超过 5mg/kg, 之后对患儿的支气管结构、支气管黏膜情况

进行观察, 对于患儿出现粘液栓塞的位置进行确定, 一旦确定黏液栓阻塞后, 提供篮状异物钳或者细胞刷清除呼吸道内的黏液栓, 并进行病理检查, 将支气管灌洗液进行病原学培养^[4-5]。

1.3 观察指标

分析 100 例儿科塑型性支气管炎患儿的具体情况, 治疗以及转归。

1.4 统计学方法

计数 (n%) 代表率, 两组之间的比较采用 χ^2 进行检验。而涉及到的计量数据使用 $\bar{x} \pm s$ 进行表示, 检验通过 t。文中所生成的数据均借用 SPSS21.0 数据包处理, $P < 0.05$ 显现检验结果有意义。

2 结果

100 例患儿入院时, 病程在一周以内的有 40 例; 病程在 1-2 周之内的有 50 例; 病在 2 周及以上的有 10 例; 患者入院时均存在不同程度的咳嗽; 发热的患儿数量为 46 例; 喘息的患儿为 30 例; 发绀的患儿有 27 例; 呼吸困难的患儿有 10 例; 出现三凹征阳性患儿的数量为 40 例; 双肺呼吸音不对称的为 46 例; 双肺有中细湿啰音的有 12 例; 存在干啰音的有 26 例; 患儿均存在肺炎或者重度肺炎。

对所有患儿提供影像学检查, 左肺炎明显, 有 53 例, 占比 53.00%; 右肺为 40 例, 占比 40.00%; 双肺为 7 例, 占比 7.00%。

表 1 分析 100 例患儿累及部位 [n(%)]

累及部位	数量	占比
左侧肺叶	53	53.00%
右侧肺叶	40	40.00%
双侧肺叶	7	7.00%

行支气管镜检查时, 10 例患儿进行了两次支气管镜检查。80 例患儿为 1 次支气管镜检查, 5 例患者出现了树枝样支气管管型物; 行病理检查为纤维性渗出物, 出现炎症坏死改变。为患儿行支气管镜检查时, 100 例患儿中有 95 例存有气道黏膜充血、水肿以及黏液性分泌物增多。将分泌物取出后放置在生理盐水中, 出现树枝样质韧性塑开过物改变, 符合 PE 的诊断标准; 患儿属于炎症型。

对100例患儿行抗感染治疗后,提供雾化止咳、化痰、拍背、吸痰的治疗,确保患儿的呼吸道处于通畅的状态,有26例患者进行了PICU,34例患儿进行了气管插管,有21例患者进行了紧急支气管镜检查,将支气管内的异物取出,通过有效的治疗,患儿症状明显得到改善,未出现死亡病例。

3 讨论

塑型性支气管炎在儿科作为一种发病率较低的一种疾病,随着医学的进步,纤维性支气管炎的广泛应用,塑型性支气管炎的发现率呈现上升的趋势。导致该病的发生具体机制并不明确。考虑与患儿存在哮喘、囊性纤维病以及先天性心脏病有着较大的关系^[6]。儿童感染塑型性支气管炎多与患儿存在甲型流感病毒或者肺炎支原体以及腺病毒有关,患儿出现塑型性支气管炎疾病在1-2周居多,而临床症状主要与原发病和管型阻塞支气管的部位以及范围有关,症状可以是轻度的气道梗阻,严重的会对患儿的生命造成影响,出现呼吸衰竭或者呼吸窘迫,患儿主要表现为发热、咳嗽、咳痰或者喘息,发热以中高热居多^[7]。

一旦患儿出现完全阻塞支气管会导致相应的肺段、肺叶不张,实变,如果是单侧的阻塞,单侧的肺叶会出现肺不张或者实变,若阻塞的为中央通道,患儿会出现呼吸衰竭甚至死亡^[8]。若只是阻塞了部位支气管,会出现阻塞性肺气肿。该病在儿科作为少见的危重症,具有较高的死亡率,一旦患儿出现了呼吸道感染后在短时间内出现了呼吸困难时,患儿多存在气胸、胸腔积液或者肺部实变,而为患儿通过对症治疗,未得到有效改善时,应考虑患儿出现了塑型性支气管炎,若怀疑存在异物时,应为患儿提供支气管镜检查,提高患儿的治疗效果。支气管镜不仅可以进行诊断,亦可以有效治疗和抢救。除此之外,应为患儿提供大环酯内药物、静脉或者吸入糖皮质激素、肝素、尿激酶等,促进患儿临床症状的改善^[9-10]。

综上所述,若患儿未出现明显的异物吸入史,同时患儿有上呼吸道感染,短时内存在通气功能障碍,为患儿提

供常规的机械通气无法有效的改善,而且存在顽固性低氧时,应考虑患儿存在塑型性支气管炎,在疾病的早期为患儿提供支气管镜检查和治疗,提高患儿的生命质量。

参考文献:

- [1] 华军. 儿童难治性肺炎支原体肺炎发生塑型性支气管炎的危险因素分析 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2019, 34(16): 4.
- [2] 索静宇, 辛丽红, 康媛洁. 儿童难治性肺炎支原体肺炎后发生塑型性支气管炎的影响因素分析 [J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(28): 4.
- [3] 赵悦彤. 难治性肺炎支原体肺炎所致闭塞性支气管急性期临床特征及危险因素的研究 [D]. 沈阳: 中国医科大学, 2019.
- [4] 魏锋文, 飞球杨, 卫国郑, 跃杰. 63例儿童流行性感冒合并塑型性支气管炎的临床特征分析 [J]. 中国当代儿科杂志, 2020, 22(10): 1105-1108.
- [5] 李勇, 秦晨光, 夏治, 程颖, 肖书娜, 汤文, 石步云, 许慧, 黄成姣. 儿童肺炎支原体感染相关塑型性支气管炎的临床研究 [J]. 联勤军事医学, 2021, 35(02): 104-107.
- [6] 刘佳惠, 马丽, 李芳. 列线图模型在肺炎支原体感染患儿中塑型性支气管炎发生的预测价值 [J]. 温州医科大学学报, 2023, 53(3): 209-214.
- [7] 王琦, 靳蓉, 陈敏, et al. 儿童塑型性支气管炎早期预警分析及可弯曲支气管镜治疗的临床研究 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2022, 37(23): 7.
- [8] 胡晓光, 张海邻. 儿童塑型性支气管炎的常见病因及致病机制 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2021, 36(4): 4.
- [9] 王卫凯, 魏林, 张林杰, 等. 肺炎支原体致儿童塑型性支气管炎并发非典型溶血尿毒综合征1例并文献复习 [J]. 临床肺科杂志, 2022, 27(3): 3.
- [10] 蔡利红, 李双双, 屈春燕, et al. 儿童肺炎后发生塑型性支气管炎的临床特征性表现及支气管镜诊治价值 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2020, 35(21): 5.