

分析儿科肺炎型哮喘的临床特点及治疗效果

任慧娟

(大名县人民医院 056900)

摘要:目的: 分析探讨儿科肺炎型哮喘的临床特点以及临床治疗方法及效果。方法: 采取 2020 年 1 月到 2021 年 5 月我院收治 300 例肺炎型哮喘患儿进行研究分析。结合不同的治疗措施进行分组, 常规组应用常规抗哮喘治疗, 实验组应用丙酸倍氯米松进行治疗, 分析指标差异。结果: 实验组治疗效果明显高于常规组, 实验组疾病症状的缓解时间以及肺功能的测定结果均优于常规组, 实验组不良反应的发生率明显低于常规组, $P < 0.05$ 。结论: 小儿肺炎型哮喘属于哮喘疾病中相对特殊的类型, 常规药物治疗效果不佳, 丙酸倍氯米松相对可以更好的控制病症, 值得推广。

关键词:儿科; 肺炎型哮喘; 临床特点; 治疗效果

肺炎型哮喘属于临床中一种非典型性的哮喘疾病, 目前关于该疾病的诊断标准并不明确, 使其早期的诊断和治疗受到一定的影响, 容易错过早期发病时的有利治疗时机。哮喘是呼吸系统的常见疾病, 与宿主因素和环境因素的变化有关, 有较多的危险因素, 容易复发^[1]。在自然环境的不断恶化下, 儿童呼吸系统疾病的发病率日益提高。有数据显示, 14 岁以下的儿童呼吸系统发病率提高至 50% 以上, 这一数据对当前儿童呼吸系统疾病的有效治疗和控制带来很大的压力^[2-3]。对肺炎型哮喘进行明确的进行早期的明确诊断和有效的治疗, 对维护儿童呼吸系统健康显得非常重要^[4]。从临床研究来看, 肺炎型哮喘的疾病症状主要以反复性的呼吸困难、喘息以及咳嗽症状为主, 儿科的肺炎型哮喘疾病发生和患儿的气道高反应性表现有密切关联性^[5-6]。有研究认为, 采用丙酸倍氯米松可以实现对儿科肺炎型哮喘的有效治疗, 能够达到更加显著的病症控制治疗作用。对此, 本文以论著研究分析不同用药形式对于肺炎型哮喘患儿的疗效。具体研究如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月到 2021 年 5 月我院收治 300 例肺炎型哮喘患儿, 结合不同治疗措施分组。实验组男女分别 89 例、61 例, 年龄 (2.23 ± 0.11) 岁, 病程 (3.11 ± 0.57) 月; 常规组男女分别 90 例、70 例, 年龄 (2.40 ± 0.13) 岁, 病程 (3.31 ± 0.40) 月。两组患儿的一般资料在统计学计算后无意义, $P > 0.05$ 。

入选标准: 确诊肺炎型哮喘; 首次发病; 家属对研究认可, 可以监督患儿规范用药。

排除标准: 存在哮喘病史或存在药物禁忌症; 没有根据要求规范用药治疗; 存在肝脏疾病。

1.2 方法

常规疗法治疗, 静脉滴注地塞米松 $(0.2-0.3\text{mg/kg})$, 每天 2 次, 连续用药 3 天。症状和体征获得控制以后将静脉注射治疗调整为口服, 应用泼尼松 $(1-2\text{mg/kg})$, 每天 2 次。结合患儿的实际情况适当调整用药剂量, 连续治疗 7 天。对喘息的患儿咳嗽的患儿进行雾化吸入治疗, 促进平喘和 稀释痰液, 降解黏度, 每天 2 次, 每次 10min,

表 2 肺功能对比

| 组别 | FEV1 (L) | | PEF (L/s) | | PEV1/FVC (%) | |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 实验组 (n=150) | 2.51 ± 0.29 | 3.91 ± 0.41 | 4.29 ± 0.46 | 6.21 ± 0.51 | 49.51 ± 5.33 | 80.12 ± 8.64 |
| 常规组 (n=150) | 2.50 ± 0.30 | 3.01 ± 0.25 | 4.30 ± 0.50 | 4.98 ± 0.34 | 49.60 ± 4.58 | 64.24 ± 6.99 |
| X ² | 1.891 | 9.214 | 2.021 | 9.889 | 2.131 | 10.164 |

连续治疗 10 天。

实验组增加丙酸倍氯米松气雾剂治疗, 口腔吸入气雾剂, 每天治疗 2 次, 每次治疗用药剂量 100 μg, 连续治疗 3 月。

1.3 疾病特点

300 例患儿均以咳嗽症状为主要症状来就诊, 且具有明显的咳嗽特点, 多次间断复发, 易或持续性的存在, 咳嗽的发作时间呈阵发性, 尤其是早晚和夜间会连续性咳嗽, 还伴随呼吸道分泌物, 呈白色, 具有一定黏度, 其中 184 例患儿伴随喘息表现, 还有 67 例患儿在咳嗽期间伴有发热; 而在此次就诊之前, 所有患儿都具有不同疗程以及不同用药途径的抗生素治疗史, 均为近期应用。300 例患儿从体征判断并不可见明显的感染症状和缺氧症状, 听诊可听中小水泡音和喘鸣音, 有 200 例, 中小水泡音和干啰音, 有 71 例、单纯小水泡音患儿 29 例。

1.4 观察指标

对比治疗效果和患者的肺功能、安全性等指标。

治疗效果结合疾病症状评价, 结果划分为显效 (症状完全消失)、有效 (部分症状消失、体征相对之前明显改善) 与无效。

1.5 统计学分析

本次研究通过论著分析方式进行研究, 研究软件选用 SPSS26.0 版本统计学软件进行统计。 $P < 0.05$ 证明两组数据差异满足统计学差异。

2. 结果

2.1 两组治疗效果对比

实验组干预有效率高于常规组, $P < 0.05$ 。详情见表 1。

表 1 治疗效果

| 组别 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|----------------|----|----|----|--------|
| 实验组 (n=150) | 84 | 57 | 9 | 94.00% |
| 常规组 (n=150) | 50 | 76 | 24 | 84.00% |
| X ² | - | - | - | 16.501 |
| P 值 | - | - | - | < 0.05 |

2.2 肺功能对比

实验组肺功能评定结果明显优于常规组, $P < 0.05$, 详情见表 2。

| P 值 | > 0.05 | < 0.05 | > 0.05 | < 0.05 | > 0.05 | < 0.05 |
|--------------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| 2.3 疾病症状消失与住院时间 | 0.05, 详情见表 3。 | | | | | |
| 实验组疾病症状消失与住院时间优于常规组, P < | | | | | | |
| 表 3 疾病症状消失与住院时间对比 | | | | | | |
| 组别 | 咳嗽消失时间(d) | 喘息消失时间(d) | 哮鸣音消失时间(d) | 湿啰音消失时间(d) | 住院时间(d) | |
| 实验组 (n=150) | 4.21 ± 0.51 | 3.21 ± 0.35 | 3.59 ± 0.34 | 4.21 ± 0.41 | 5.20 ± 0.50 | |
| 常规组 (n=150) | 5.91 ± 0.56 | 4.21 ± 0.44 | 5.13 ± 0.60 | 5.81 ± 0.46 | 6.41 ± 0.82 | |
| T 值 | 9.021 | 9.818 | 10.216 | 9.471 | 10.491 | |
| P 值 | < 0.05 | < 0.05 | < 0.05 | < 0.05 | < 0.05 | |

3.讨论

儿童肺炎型哮喘往往是因为海鲜、花粉等致敏原而诱发的疾病, 患儿接触到过敏原后引起一系列变态病变化和反应, 表现为呼吸系统的异常上, 目前多研究发现本病和遗传、呼吸道感染有着密切的关联性, 同时还带有较高的疾病复发风险, 会长期伴随, 对儿童成长发育有重大影响^[7]。肺炎型哮喘患儿在临床中往往带有低热、气促、咳嗽、喘鸣、呼吸困难、胸前紧缩感、呼气延长以及端坐呼吸等疾病症状, 其中低热、气促、咳嗽最为普遍^[8]。

目前考虑患儿发病时所伴随的低热症状与呼吸系统的急性感染有关, 哮喘本身是慢性的炎症疾病, 但是在急性的过敏原或感染因素的刺激下会发作, 且会引起肺部感染等。其感染的反应环节众多, 其中也有多种炎症介质的参与, 包括白介素 4、白介素 6、白三烯等参与着不同的炎症递进反应, 同时作用于呼吸道、肺组织以及体温调节的机制当中。而当大量炎症介质作用于体温调节的过程时, 就会引起发热, 肺炎型哮喘患儿通常以持续性的低热为主要表现, 中高热发生率相对较低。白三烯在过敏反应中有重要的作用, 可诱发组织肿胀, 促进分泌物的分泌, 还能诱导支气管平滑肌的收缩, 引起咳嗽、咳痰等症状, 这也是其发挥排除过敏源的生理特点所致, 在炎症介质对呼吸道平滑肌的收缩刺激下, 还会出现气促、喘息等呼吸症状, 严重者会出现呼吸困难症状, 应该及时吸氧。

对于肺炎型哮喘的治疗原则而言, 该病进展缓慢, 但是会持续的发展恶化, 复发率高, 因此应该保持长期对症对因治疗, 控制行为, 减少与过敏原的接触。通过规范化的治疗以及保健, 可以降低复发率以及改善患儿的咳嗽等相关体征和表现, 肺功能也能逐渐的恢复, 但是合理治疗至关重要, 应该重视儿童的不同病因和症状的严重程度、过敏史等内容个体化治疗, 在天气变化时不要被冷空气刺激到, 在药物治疗的期间应该足疗程、足量、个体化的剂量调整进行科学治疗, 促进感染等危险因素的有效控制。治疗期间要注意定期监测相关指标的变化, 尤其是部分患儿在规范化治疗一定时间后疗效不明显时应当主动与医师沟通。结合以往调查数据来看, 大多数患者都是因为自行调整药物而导致病症反复。从临床治疗经验来看, 关于肺炎型哮喘的临床特点主要体现在长时间、反复性或持续性的气促、咳嗽症状, 这一

些疾病症状会在晨间与夜间更加明显, 此时会进一步的加重患儿活动后的生理舒适性问题。从体征角度来看, 大多数患儿均存在两肺明显的中、小湿啰音, 少部分患儿存在干啰音和痰鸣音, 所有患儿的疾病症状带有时间性, 在具体治疗期间需要结合患儿的个体特征采取针对性的治疗方式。

本研究结果显示, 实验组治疗效果明显高于常规组, 实验组疾病症状的缓解时间以及肺功能的测定结果均优于常规组, 不良反应发生更少, P < 0.05。研究结果与王丹的“丙酸倍氯米松治疗儿科肺炎型哮喘的效果探析”研究结果高度一致。研究结果证明儿科肺炎型哮喘属于病症相对较为复杂的一种, 在临床中需要做好用药方式的合理设计, 在常规激素吸入治疗基础上增加丙酸倍氯米松气雾剂的治疗效果更加明显, 更有利于疾病症状的有效控制, 可以达到更加突出的症状控制治疗作用, 可以实现对患儿早期康复的有效支持, 提高患儿的整体治疗效果。

综上所述, 小儿肺炎型哮喘属于哮喘疾病中相对特殊的类型, 常规药物治疗效果不佳, 丙酸倍氯米松相对可以更好的控制病症, 值得推广。

参考文献:

- [1]吴永珍.沙丁胺醇联合赛庚啶治疗小儿肺炎型哮喘的临床疗效观察[J].临床合理用药杂志, 2018, 11(11):73-74.
- [2]黄小英.治疗小儿肺炎非典型哮喘的临床分析[J].中国实用医药, 2010, 5(18):119.
- [3]杨奕辉.儿童肺炎型哮喘误诊分析[J].临床误诊误治, 2016, 29(05):31-33.
- [4]陈燕, 高艳鸽.痰热清治疗小儿肺炎型哮喘合并肺部感染的研究[J].临床医药文献电子杂志, 2016, 3(09):1711-1712.
- [5]王振丽.小儿肺炎型哮喘的临床诊疗分析[J].内蒙古中医药, 2013, 32(32):83.
- [6]刘爱武.87 例小儿肺炎型哮喘临床诊疗分析[J].社区医学杂志, 2013, 11(12):24-26.
- [7]张鑫.58 例小儿肺炎型哮喘的临床诊疗分析[J].中国医药指南, 2013, 11(12):232-233.
- [8]李素娥, 唐骏, 吴乐天.小儿肺炎型哮喘 118 例临床诊疗分析[J].中国医学工程, 2013, 21(04):45+48.