

鼻窦炎引起的儿童慢性咳嗽临床诊疗体会

张玉荣,王娟

(南京扬子医院儿科,江苏 南京 210048)

[中图分类号] R765 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2008)01-0077-02

儿童慢性咳嗽常见,其原因是多方面的,而鼻窦炎引起的儿童慢性咳嗽临床上重视尚不够,以下是笔者所诊治的48例鼻窦炎引起的儿童慢性咳嗽临床诊疗体会。

1 资料与诊治

1.1 一般资料

为2004年12月至2007年1月,经详细询问病史、体查及鼻窦CT确诊为鼻窦炎致慢性咳嗽且保守治疗的48例患儿,年龄3~14岁,男26例,女22例,主诉均为咳嗽1月至1年不等。患儿咳嗽特点为晨起咳嗽明显,体位改变时明显,伴有咯或多或少痰,或清咽样咳嗽,部分患儿伴有运动后咳嗽加重,不伴气喘,经常规治疗后效果不佳。19例(39.6%)伴有咽部异物感;25例(52.1%)伴有不同程度揉鼻、流涕、鼻塞等鼻部症状;2例(4.2%)伴有头晕,头痛,15例患儿(31.3%)有父亲或母亲过敏性鼻炎史。

所有患儿查体可见鼻腔黏膜肿胀,大部分见或多或少干痂或黏涕,咽后壁滤泡增生明显,有时咽部粘液样分泌物附着,下流,双肺听诊无啰音。经胸部

X线片,结核菌素试验,支气管舒张试验等,排除肺炎、结核感染、咳嗽变异性哮喘等疾病;行支原体抗体检查,以明确是否存在支原体感染,并给予相应治疗。

48例鼻窦位CT均有“上颌窦炎”改变,36例(75%)为全鼻窦炎,26例(54%)伴有“腺样体肥大”。30例患儿行变应原点刺试验(试剂为德国阿罗格公司提供),其中尘螨阳性18例(60%)。

1.2 治疗及结果

诊断为鼻窦炎所致的慢性咳嗽的患儿均给予抗感染3~4周;糖皮质激素鼻喷剂用至症状控制,维持1月减量应用,一般至少3月;黏液促排剂1~3月及鼻血管收缩剂7d综合治疗。对于拒用激素鼻喷剂或鼻喷剂不能很好配合的患儿,加用孟鲁司特(顺尔宁)3月。39例(81.3%)患儿1~2周症状消失,7例(14.6%)患儿1~2周咳嗽明显减轻,2例(4.1%)治疗中出现气喘,加用普米克吸入,咳嗽渐消失。14例鼻窦炎较重患儿治疗3月后复查鼻窦CT,11例(78.6%)鼻窦炎全部消失,3例(21.4%)鼻窦炎症大部分吸收,肥大的腺样体有缩小。见图1。

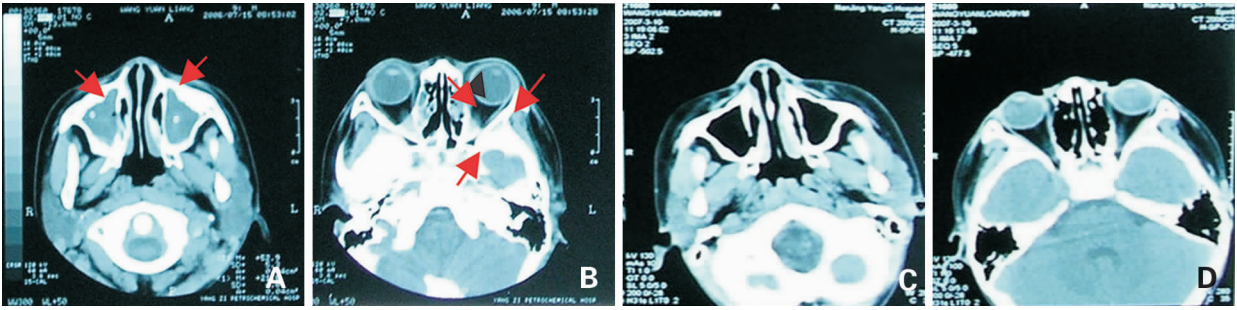


图1 治疗前、后鼻窦CT图。(患儿,男,9岁) A,B治疗前鼻窦CT示“上颌窦炎,筛窦炎,蝶窦炎”,如图中箭头所示部位;C,D治疗后鼻窦CT示鼻窦炎改变消失。

[收稿日期]2007-06-18;[修回日期]2007-07-20
[作者简介]张玉荣,女,大学,主治医师。主攻方向:呼吸系统疾病。

2 讨论

儿童慢性咳嗽是指连续咳嗽持续3周以上,胸部X线片无明显异常,以咳嗽为主要或唯一的症状,经常规治疗效果不佳者^[1]。除哮喘外,慢性咳嗽常见疾病有:鼻后滴流综合征(PNDS),咳嗽变异性哮喘(CVA),感染后咳嗽(AHR),胃食管反流(GERD),嗜酸粒细胞性支气管炎等。而鼻窦炎为PNDS常见原因,其引起慢性咳嗽的原因为长期鼻咽部炎性分泌物由鼻后孔流入咽部,刺激咽后部咳嗽反射感受器而引起。目前有慢性鼻炎及鼻窦炎致病菌及其产物使下呼吸道致敏学说及神经反射学说^[2]。

鼻窦炎患儿多数表现为反复流脓涕,鼻塞,咳嗽,头痛等。对于咳嗽作为主要或唯一症状的患儿,不易想到鼻部问题,易误诊为慢性咽炎,支气管炎,咳嗽变异性哮喘等。有报道^[3,4]PNDS被误诊为以上疾病,误诊率可达78.8%,其中鼻窦炎占PNDS 48.5%。鼻窦区CT较常规X线能更清晰地显示各鼻窦结构及炎症的情况^[5],所以宜选择CT作为鼻窦影像学检查。

感染是儿童鼻窦炎的常见原因,但同时应重视变态反应。变态反应造成黏膜水肿,导致狭窄的窦口和引流通道受阻,局部组织缺氧,纤毛活动减弱,为病原菌定植提供了基础环境,促进了黏膜炎症的加重。据文献资料^[6],变态反应因素在儿童鼻窦炎中远远超过成人,可达22%~80%。本文48例中,15例(31.3%)患儿父母有过敏性鼻炎史,30例过敏原点刺尘螨阳性18例(60%),2例在治疗中出现气喘,本文虽样本数较小,但亦能看出变态反应因素在儿童鼻窦炎致慢性咳嗽的重要作用。从48例患儿既往治疗中看出,单纯抗感染不能彻底治愈,而加用抗炎治疗效果好,从另一角度说明变态反应在儿童鼻窦炎中的重要性。目前鼻用糖皮质激素已成为儿童鼻窦炎治疗的一线用药^[6],因此儿童鼻窦炎引起的慢性咳嗽的治疗,不单纯是抗感染,同时应加鼻用(局部)糖皮质激素。黏液促排剂对于儿童鼻窦炎引起的慢性咳嗽的治疗亦很重要,因为儿童的鼻窦开口相对狭窄,纤毛发育不成熟,黏稠性分泌物不易引流外排,需要黏液促排剂的帮助。

在48例鼻窦炎患儿的治疗中,有以下体会:一

是抗生素的选择,《儿童鼻窦炎规范化诊断和治疗》^[6]中建议选用半合成青霉素类或二、三代头孢类药物,而本文大部分选用阿奇霉素(用法为每日5~10 mg/kg,每日1次,连服3 d、停4 d为1个疗程,用3,4个疗程,而有报道^[6]应用阿奇霉素连服3 d,7 d)效果较好,其原因:①大部分患儿于本次用药前已应用半合成青霉素类或二、三代头孢类药物,所以换用大环内酯类药物;②该药在组织和窦腔中浓度高;③大环内酯类药物具有抑制炎性介质^[7]和细胞因子的合成而具有抗炎效应^[8];④该药半衰期长,服药次数少,患儿依从性好。二是黏液促排剂的应用,约有1/3左右患儿使用黏液促排剂后3,4 d内咳嗽有些加重,其原因是因为窦腔黏液排出刺激咽后部所致。三是白三烯受体拮抗剂的使用。半胱氨酰白三烯在慢性鼻窦炎的炎症过程中起重要作用,孟鲁司特是强效的特异性白三烯受体拮抗剂,主要通过和白三烯竞争受体而起抗炎作用,在临床应用中孟鲁司特效果较好。

在临床上对于慢性咳嗽的患儿,应详细询问咳嗽的性质、特点,这样有利于慢性咳嗽的鉴别诊断。有文献^[9]建议儿科及呼吸科医师应将变应性鼻炎,鼻-鼻窦炎的治疗纳入哮喘病人的治疗方案中是有实际意义的。

[参 考 文 献]

[1] 袁壮. 要重视儿童慢性咳嗽的诊断和治疗[J]. 国际儿科学杂志, 2006, 33(1):1-2.

[2] 殷明德. 鼻-鼻窦疾病与支气管哮喘[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2000, 14(11):526-527.

[3] 方朝新,甄少少. 小儿鼻后滴漏并发慢性咳嗽66例临床分析[J]. 临床小儿外科杂志, 2006, 5(1):27-30.

[4] 水彩惠,周莹,解雪梅. 小儿慢性咳嗽268例临床分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2000, 2(6):413-414.

[5] 黄赛瑜. 儿童鼻窦炎症性疾病的鼻窦CT影像表现[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2005, 13(4):209-210.

[6] 许庚,史剑波,文卫平. 儿童鼻窦炎规范化诊断和治疗[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2005, 12(7):588-590.

[7] 滕源,蒋汉民,谢娟娟,方向明,谢国强,伍梅. 孟鲁司特联合阿奇霉素治疗小儿副鼻窦炎引起的慢性咳嗽[J]. 儿科学杂志, 2006, 12(5):18-20.

[8] 封新荣,张红霞,刘英,孙兆通. 长期低剂量克拉霉素治疗慢性鼻窦炎[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2006, 20(1):38-40.

[9] 王秋萍,李泽卿. 变应性鼻炎,鼻-鼻窦炎对儿童哮喘的影响[J]. 临床儿科杂志, 2006, 24(1):7-8.

(本文编辑:吉耕中)