

儿内科常见呼吸道疾病诊疗策略研究

吴 琼

黄山市人民医院 安徽 黄山 245000

【摘要】：呼吸道疾病是儿科门诊最主要的疾病，占儿科疾病总数的比例较高。儿童的呼吸系统发育不完全，免疫功能比较差，容易发生感染性疾病。上呼吸道感染、支气管炎、肺炎、哮喘等疾病属于临床常见疾病，诊断治疗包含病原学检测、影像学检查、药物选择、氧疗支持等诸多方面。本文主要对儿内科常见的呼吸道疾病的临床表现、诊断要点和鉴别要点进行分析，总结治疗原则及用药方案，并提出规范的诊疗流程，以期提高疾病识别的准确率、优化治疗方案、改善患儿预后，给临床工作提供一定的参考。

【关键词】：儿科；呼吸道疾病；诊断治疗；临床策略

DOI:10.12417/2705-098X.26.07.076

呼吸道疾病在儿科发病率一直居高不下，季节更替、气候变化常常导致疾病高发。婴幼儿的呼吸道解剖结构特殊，气管管腔狭窄，黏膜血管丰富，感染后容易引起气道阻塞。免疫系统尚未发育成熟，特异性免疫应答能力较弱，病原体侵袭之后很难被迅速清除。病毒、细菌、支原体等众多病原体均可引发呼吸道感染，不同的病原体感染所导致的临床症状有所区别，诊断时要结合病史、体征、实验室检查及影像学资料。治疗中必须严格依照合理用药的规范执行，不得滥用抗生素，重视对症支持性治疗。规范的诊疗方案能减少并发症发生、缩短病程、降低医疗费用。

1 上呼吸道感染的诊疗策略

1.1 临床诊断要点

上呼吸道感染简称上感，是指鼻腔、咽部、喉部急性炎症的统称，以病毒感染为主，占90%以上。主要病原体有鼻病毒、冠状病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒等。临床表现为发热、鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛、咳嗽等，婴幼儿可以有呕吐、腹泻。体格检查见咽部充血，扁桃体可肿大，颈部淋巴结轻度肿大触痛。病程为自限性，一般7天内就会自行好转。诊断以临床症状、体征为主，血常规中病毒感染时白细胞计数正常或者偏低，淋巴细胞比例增高。需要区别细菌性感染，细菌感染的时候白细胞总数和中性粒细胞比例升高，C反应蛋白、降钙素原水平明显升高。流感病毒感染症状严重，高热时间长，全身症状明显，可以通过流感病毒抗原检测或者核酸检测确诊。

1.2 治疗原则与策略

上呼吸道感染以对症治疗为主，保证充足的休息和水分。发热处理根据体温及患儿的舒适度来决定，体温超过38.5℃且有明显不适时可使用退热药，常用布洛芬或者对乙酰氨基酚，根据体重计算剂量^[1]。当鼻塞严重影响到进食和睡眠的时候，可以用生理盐水滴鼻或喷鼻，必要时短期使用减充血剂。咳嗽是呼吸道清除分泌物的保护性反射，轻度咳嗽不用药，痰液较多时用祛痰药促进排痰。单纯病毒感染不用抗生素，只有出现

细菌感染的证据或者高危因素时才考虑使用抗生素。细菌感染首选青霉素类或头孢菌素类抗生素，根据病情的严重程度选择口服或者静脉给药。流感病毒感染可使用神经氨酸酶抑制剂，发病48小时内用药效果最好。中医药治疗在缓解症状方面有一定的作用，根据辨证选用清热解毒、宣肺止咳类中成药。

2 支气管炎与肺炎的识别与治疗

儿科下呼吸道感染中支气管炎和肺炎是两种常见的但是需要仔细区分的疾病。两者在感染部位、病理生理、临床表现、治疗策略上既有联系又有区别。支气管炎主要累及气道黏膜，肺炎已经侵犯到肺泡，引起肺实质炎症。准确区分、恰当处理，对改善患儿预后十分重要。

2.1 急性支气管炎的诊治要点

急性支气管炎是由感染等引起的一种支气管黏膜急性炎症，大多继发于病毒感染所致的上呼吸道感染。

(1) 临床表现与病因分析：主要症状为咳嗽，初期多为刺激性干咳，后来会出现咳嗽带痰。痰液性质的变化属于临床观察的重点，如果痰由白色黏液痰转变为黄绿色脓性痰，就常常表明存在继发性细菌感染。发热并不是一个必有的症状，如果有的话也是中低度发热。体格检查时双肺呼吸音可以增粗，可以听到不固定的干啰音或者散在的湿啰音，这些啰音的特点是咳嗽或者体位改变后可以变化甚至消失。病毒为本病的主要病原体，呼吸道合胞病毒、鼻病毒、流感病毒等较常见；细菌感染较少见，多为病毒损伤基础上的继发感染。

(2) 辅助检查与诊断思路：诊断主要是根据典型的临床症状和体征来完成的。胸部X线检查对鉴别诊断有重要的意义，典型的表现为双肺纹理增多、增粗、紊乱，但是一般没有肺部斑片状浸润阴影，这是与肺炎区别开来的主要影像学特点。血常规检测为辅助检查，在病毒感染时白细胞总数多为正常或者下降一点、淋巴比例增大，而如果白细胞总数及中性粒细胞比率增加则认为细菌性感染^[2]。

(3) 治疗原则与管理策略：本病的治疗原则主要是对症

支持,缓解症状为主。首要目的就是保持气道通畅,多喝少量的水来稀释痰液。雾化吸入治疗为常用且有效的手段,生理盐水雾化可湿化气道,有明显气道痉挛的可以联合使用支气管舒张剂(沙丁胺醇)。祛痰药(盐酸氨溴索、N-乙酰半胱氨酸)利于痰液排出,但是不能用强力镇咳药。由于病原体主要为病毒,不常规使用抗生素。只有在临床证据高度提示细菌感染(脓痰持续、炎症指标明显升高)的时候,才可以考虑使用,可选用阿莫西林、阿奇霉素等。病程一般为1~2周,但是咳嗽症状会持续较长时间,需要向家长说明预期,做好预期管理。

2.2 肺炎的诊断与分级治疗

肺炎是远端肺泡和肺间质的急性感染性炎症,病情相对较重,是导致儿童住院的常见原因。

(1) 临床特征与病原学:患儿除发热、咳嗽之外,还会出现呼吸增快、呼吸困难等气促的表现。重症患儿出现鼻翼扇动、三凹征(吸气时锁骨上窝、胸骨上窝、肋间隙凹陷),口唇紫绀。听肺可见某一固定位置中细湿啰音或支气管呼吸音。病原体种类繁多,有细菌(肺炎链球菌、流感嗜血杆菌)、病毒(呼吸道合胞病毒、腺病毒)、非典型病原体(肺炎支原体、衣原体)等。

(2) 诊断评估与病情判断:胸部X线片可诊断肺炎,可见肺部的斑片状、片状浸润阴影。病变形态可做初步的判断,支气管肺炎多为双肺散在的点片状阴影,大叶性肺炎可见一个肺叶或肺段的均匀致密影。除了临床表现以外还要结合实验室检查来评价病情的严重程度,血常规、CRP、PCT能区分细菌和病毒感染,又能反映炎症反应的强度。病原学检查(痰培养、血清特异性抗体、核酸检测等)对精准治疗有重要的指导作用^[3]。

(3) 分级治疗策略:本研究收集并分析了50例肺炎患儿的临床资料,根据病情严重程度进行分级评估。其中,重症肺炎共8例,占总人数比例为16.0%;非重症肺炎共42例,占总人数比例为84.0%。治疗过程中,针对不同级别的肺炎采取了差异化的干预手段。非重症病例侧重于敏感抗生素的序贯治疗及物理排痰;重症病例则在强化抗感染的基础上,增加了氧疗支持、全身糖皮质激素及内镜干预。下表从50例样本中精选了10例典型病例,以体现分级诊疗的具体实施方案:

表1 儿内科常见呼吸道疾病10例典型诊疗数据(源自50例样本库)

病例编号	年龄	主要症状	最终诊断	病情严重程度	主要抗生素治疗	非药物辅助治疗
1	1M	咳嗽、	重症肺炎	重症	氨苄西林/舒巴坦	面罩吸氧、吸痰
	10D	呼吸促				
2	7M	咳嗽、	支气管肺炎	非重症	阿奇霉素	雾化、吸痰
		发热				

3	5Y	高热、	支气管肺炎 (MP感染)	非重症	阿奇霉素 (序贯疗法)	拍背
	2M	剧咳				
4	10Y	咳嗽、	大叶性肺炎	非重症	阿奇霉素	物理排痰
	9M	发热				
5	3M	喘憋、	急性毛细支气管炎	重症	头孢曲松	高流量吸氧、吸痰
		三凹征				
6	11Y	咳嗽	支气管肺炎	非重症	阿奇霉素	拍背
	9Y	高热、	支原体肺炎	非重症	米诺环素 (≥8岁)	无特殊
2M	干咳					
8	3Y	咳嗽、	支气管肺炎	非重症	头孢类	无特殊
	11M	发热				
9	1Y	拒奶、	支气管肺炎	非重症	青霉素钠	雾化吸入
	6M	发热				
10	6Y	持续高	重症支原体肺炎	重症	甲泼尼龙+阿奇霉素	纤支镜肺泡灌洗
	2M	热、气促				

注:年龄单位中M表示月,Y表示岁,D表示天;非药物辅助治疗根据临床实际应用情况记录

治疗不只是抗感染,全面支持治疗同样重要。保证充足的休息以及合理的营养摄入。对有缺氧表现的患儿应及时给氧。雾化吸入、拍背排痰等物理治疗都有利于保持呼吸道通畅。同时要注意病情的变化,警惕胸腔积液、脓胸等并发症的发生,及时调整治疗方案。

3 儿童哮喘的管理策略

3.1 哮喘的诊断标准

儿童哮喘属于气道慢性炎症性疾病,气道高反应性以及可逆性气流受限是它的主要特点。典型症状为反复发作的喘息、咳嗽、气促、胸闷,有时间变异性和季节性,在夜间、清晨加重。发作时双肺可听到呼气相为主的哮鸣音。肺功能检查发现有气流受限,吸入支气管扩张剂后肺功能明显改善,一秒用力呼气容积改善率大于12%为可逆性气流受限。婴幼儿不能配合肺功能检查,主要依靠临床表现、治疗反应来诊断。喘息发作3次以上,经支气管扩张剂治疗有效,排除其他引起喘息的疾病,可临床诊断哮喘。过敏原检测可以确定致敏因素,血清总IgE和特异性IgE升高支持过敏性哮喘的诊断。需要和毛细支气管炎、心源性喘息、气道异物等疾病相鉴别。

3.2 哮喘的长期管理

哮喘的治疗目标就是控制症状,减少发作,维持正常的肺功能,提高生活质量。治疗分为急性发作期治疗和长期控制治疗。急性发作时迅速缓解症状,吸入速效 β_2 受体激动剂如沙丁胺醇,重度发作加用全身糖皮质激素^[4]。长期控制治疗主要用吸入糖皮质激素,根据病情严重程度分级使用。轻度间歇发作用支气管扩张剂按需即可。轻度持续需要规律吸入低剂量糖皮质激素,常用布地奈德或者丙酸氟替卡松。中度持续使用中剂量吸入激素或者低剂量吸入激素联合长效 β_2 受体激动剂。重度持续使用高剂量吸入激素联合长效 β_2 受体激动剂,必要时加用白三烯受体拮抗剂或者小剂量口服激素。用药方案要根据控制效果来动态调整,症状控制良好且持续3个月以上可以考虑降级治疗,控制不佳需要升级治疗。环境控制也不能忽略,避免接触过敏原、刺激物,室内空气流通,防呼吸道感染,适度运动。

4 合理用药与抗生素管理

4.1 抗生素使用原则

儿童呼吸道感染以病毒感染为主,抗生素对病毒无效,不合理使用抗生素不但无益反而有害。抗生素的使用必须有明确的细菌感染证据或者高度怀疑有细菌感染的临床指征。儿童呼吸道感染主要是病毒感染,抗生素的使用要建立在细菌感染有明确指征的基础上。在本次调查的50例病人当中,抗生素使用率为74.0%,其中经验性用药占总人数的62.0%,按照药敏结果调整的比例为12.0%。用药遵循“窄谱、有效、安全、经济”的原则,首选青霉素类和头孢类药物,以三代头孢为首选,其对革兰阴性菌的效果更好。大环内酯类主要用来治疗支原体感染,阿奇霉素是首选,但是对于耐药的支原体病,需要结合

临床情况选用米诺环素等新的抗生素。同时不能给18岁以下的患者使用喹诺酮类药物,以免影响骨骼发育。规范化的管理可以有效地改善治疗方案并且明显地减少耐药的风险。

4.2 雾化治疗的应用

雾化吸入治疗是儿科呼吸道疾病的重要辅助方法,药物经雾化装置形成微小颗粒直接作用于气道,起效快、用量小、全身副作用少^[5]。适应证为喘息性疾病、喉炎、气管炎、支气管炎等。常用的药物有支气管扩张剂、糖皮质激素、黏液溶解剂。支气管扩张剂有特布他林、沙丁胺醇等,可以松弛支气管平滑肌,缓解支气管痉挛。布地奈德混悬液具有强大的抗炎作用,用于哮喘和喉炎的治疗。氨溴索可以稀释痰液、促进纤毛运动,有利于痰液的排出。雾化时间一般为10~15分钟,每日2~3次,根据病情调节次数。雾化时注意观察患儿的反应,出现心率增快、烦躁不安等不适时立即停止。雾化器要经常清洗、消毒,防止交叉感染。雾化治疗方便实用,患儿配合度良好,在门诊及家庭中被广泛使用。

5 结语

儿内科常见呼吸道疾病诊疗要掌握各种疾病的临床特点,规范诊断程序,选择合适的治疗方法。准确区分病毒和细菌感染,合理使用抗生素,符合抗菌药物管理的要求。对症支持治疗贯穿疾病治疗全过程,退热、止咳、祛痰、雾化等可以缓解症状,促进康复。哮喘等慢性疾病要长期管理,规范化分级治疗、环境控制可以减少发作频率,改善预后。临床医生要不断更新自己的知识,了解疾病的最新进展,根据循证医学的证据以及个体化的特征来制定治疗方案。加强患儿家长健康教育,指导合理就医、正确用药、疾病预防,家院合作提高儿童呼吸道疾病的诊疗质量,保障儿童健康成长。

参考文献:

- [1] 陈梅花.小儿雾化吸入在呼吸道疾病临床护理中的价值[J].黑龙江中医药,2024,53(06):338-340.
- [2] 赵琰,谈君.小儿上呼吸道疾病康复护理模式的探索与实践[J].婚育与健康,2024,30(19):124-126.
- [3] 张皓,郁红霞.小儿呼吸道疾病门诊护理工作中应用优质护理的价值分析[C]//上海市护理学会.第五届上海国际护理大会论文摘要汇编(上).上海交通大学医院附属瑞金医院卢湾分院,2022:47-48.
- [4] 赵春勇.小儿咳嗽原因与预防措施[N].大众健康报,2022-08-30(044).
- [5] 王舒悦,于欣扬,王雪,等.抗生素类药物用于小儿上呼吸道感染治疗的效果分析[J].航空航天医学杂志,2022,33(06):721-724.