

## 儿童慢性咳嗽 60 例病因分析

杨 武

[摘要]目的:探讨儿童慢性咳嗽病因、诊断及分类。方法:对门诊诊治的 60 例慢性咳嗽患儿的临床特点进行回顾,分析引起慢性咳嗽的病因,并对诊断分类进行总结。结果:60 例患儿病因分别为呼吸道感染与感染后咳嗽 22 例,上气道咳嗽综合征 16 例,咳嗽变异性哮喘 6 例,特异性咳嗽 6 例,胃食管反流性咳嗽 2 例,嗜酸粒细胞性支气管炎 2 例,心因性 2 例,先天性呼吸道疾病 2 例,多发性抽动及气管微小异物各 1 例。其中呼吸道感染与感染后咳嗽、UACS、CVA 及特异性咳嗽为引起儿童慢性咳嗽的主要病因。结论:细化对慢性咳嗽病因的诊断及分类,强调合理诊断治疗对儿童慢性咳嗽有重要意义。

[关键词] 咳嗽; 儿童; 病因

[中国图书资料分类号] R 441.5

[文献标识码] A

慢性咳嗽通常是指 4 周以上持续或反复发作性咳嗽<sup>[1]</sup>,病因复杂而多样,不同年龄段儿童的病因存在差异。婴幼儿慢性咳嗽主要由反复呼吸道感染(RRTIs)所致,其次有先天性支气管肺发育不良、纤毛不动综合征、气道异物、胃食管反流性咳嗽(GERC)等,一般发病较早;较大儿童多见于上气道咳嗽综合征(UACS)、咳嗽变异性哮喘(CVA)及哮喘、被动吸烟、心因性咳嗽、肺部支原体及结核感染等<sup>[2]</sup>。本文对我院门诊 60 例慢性咳嗽患儿的诊断及病因分类进行分析,现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 1 月至 2011 年 1 月,我院儿科门诊诊治的患儿中以咳嗽为主要或唯一症状,且咳嗽持续时间 > 4 周者共 60 例,男 39 例,女 21 例;年龄 3 个月至 12 岁。咳嗽持续时间 4~9 周。

1.2 诊断方法 包括(1)询问病史(病程 > 4 周,有无伴随症状、用药史、过敏史等)及体检;(2)肺部 X 线;(3)耳鼻喉科会诊有无扁桃体及腺样体肥大、过敏性鼻炎、鼻后滴漏等;(4)病原学检查,如支原体、结核等;(5)特殊检查如过敏原、肺功能测试、痰细胞分析、肺部 64 排螺旋 CT、支气管镜等;(6)诊断性用药如抗生素、支气管扩张剂、糖皮质激素、胃动力药等。

1.3 病因统计 RRTIs 或感染后咳嗽 22 例,UACS 16 例,CVA 6 例,特异性咳嗽 6 例,GERC、嗜酸粒细胞性支气管炎(EB)、心因性咳嗽、先天性呼吸道疾病、其他因素各 2 例(见表 1)。

表 1 各年龄组病因分类及例数(n)

病因	婴幼儿	学龄前期	学龄期	合计	百分比(%)
RRTIs	10	8	4	22	36.6
UACS	6	7	4	16	26.7
CVA	4	1	1	6	10.0
特异性	4	1	1	6	10.0
GERC	1	1	0	2	3.3
EB	1	1	0	2	3.3
心因性	0	0	2	2	3.3
先天性	2	0	0	2	3.3
其他因素	1	0	1	2	3.3
合计	29	19	12	60	100

1.4 治疗 主要包括病因治疗、诊断性治疗和对症治疗 3 种。RRTIs、特异性咳嗽给予抗感染治疗;UACS 予以抗组胺药物口服或滴鼻对症,发热、流脓涕合并感染者加抗生素;CVA、EB 予以吸入皮质激素及支气管扩张剂,严重者加口服激素;GERC 抬高体位,口服奥美拉唑及促进胃动力药物多潘立酮,1 例合并幽门螺杆菌感染加阿莫西林;气管异物经由支气管镜取出;心因性咳嗽予以安慰剂加心理辅导;先天性喉喘鸣加强护理,未予药物治疗。

1.5 结果 UACS 2 例鼻炎,1 例 CVA 症状减轻,1 例抽动症失访,余患儿随访 3~6 个月,基本痊愈。

### 2 讨论

RRTIs 是小儿慢性咳嗽最常见的病因,本文 60 例患儿中 RRTIs 22 例(36.6%)。RRTIs 或感染后咳嗽患儿,多有明确的呼吸道感染病史,单纯咳嗽或有少许黏痰,少数初期伴有短暂的发热,检查有鼻塞、咽、扁桃体充血等体征,经改善温、湿度环境,调整抗生素、抗病毒对症处理等处理后痊愈或症状基

[收稿日期] 2011-04-27

[作者单位] 安徽医科大学附属六安医院 儿科,安徽 六安 237005

[作者简介] 杨 武(1973-),男,硕士,副主任医师。

本消失,少数抵触治疗,亦自愈<sup>[3]</sup>;本文 UACS 16 例居第二位,一般表现为发作性或持续性咳嗽,鼻后滴漏感及咽后壁黏液附着感,经常需清喉,可伴鼻塞、流涕及咽痒;检查见咽后壁滤泡增生、鹅卵石样等咽炎表现,鼻窦 X 线片或鼻窦 CT 示鼻窦黏膜增厚,窦腔模糊不清或有液平面等鼻窦炎表现,通常局部用药有效。

CVA 是一种特殊哮喘类型,本组中占 10%。比较常用的诊断依据是:(1)发作性或持续性咳嗽超过 1 个月;(2)夜间或晨起时多,干咳或少许白色黏液痰;(3)抗生素治疗无效;(4)支气管舒张或激发试验阳性或最大吸气流速日间变异率 $\geq 20\%$ ;(5)可能伴有遗传史或其他过敏史。凡临床检查无明显阳性体征,抗生素常规治疗无效,用支气管扩张剂有效者,可考虑之。诊断明确后,予支气管扩张剂及激素吸入治疗。

RRTIs、UACS、CVA 可由单一病因引起,约占 73%~82%,也可由多种病因所致,占 19%~62%<sup>[4]</sup>,其中由感染直接或间接诱发最多,感染源大多不明,而特异性咳嗽是指如支原体、结核、军团菌等特殊或明确的病原学感染所引起的长程咳嗽,伴或不伴有发热、中毒症状及其他脏器受损的表现,可通过流行病学史、接触史、胸片及病原学检查来诊断。在年龄分布上,上述四种主要病因均以婴幼儿居多(48.3%),这与此年龄段儿童的免疫功能及气道解剖结构特点有关;资料显示 UACS、CVA 比例占 36.7%,其中过敏性鼻炎、哮喘等主要病因与季节密切相关,说明儿童慢性咳嗽有着明显的频率分布的季节差异<sup>[5]</sup>,这些均对疾病的诊断分类以及防治提供参考价值。

GERC 引起患儿慢性咳嗽较多见,但确诊人数不高,可能与小儿叙述能力不强、家长及患儿不易接受胃镜及相关检查,以及医务人员对本病认识不足等因素有关。GERC 主要是由于胃内容物直接吸入或间接刺激引起支气管收缩或反应性增高,导致气管反复感染,除发作性或持续性咳嗽外,常伴上腹不适、疼痛、反酸、胸骨后烧灼痛等消化道症状,婴幼儿常于夜间啼哭、咳嗽、平时易呕吐;可行上消化道造影、胃镜或食管 24 h pH 值监测以甄别。明确后予以胃动力及抑制胃酸等抗反流治疗有效,亦可作为诊断性治疗。

EB 多由粉尘、霉菌、蘑菇孢子等引起,是以气管和支气管壁存在明显嗜酸粒细胞浸润为特征的一种病理状态,参与多种呼吸系统疾病的发生,与支气管

哮喘有共同病理过程,且与 UACS 和 GERC 均可表现为诱导痰或支气管肺泡灌洗液嗜酸粒细胞增多(可应用高渗盐水诱导痰液检测嗜酸粒细胞计数 $\geq 3\%$ ),但 EB 与哮喘特别是 CVA 最主要区别在于肺功能及气道反应性正常,支气管激发试验阴性即支气管扩张剂无效;吸入或口服激素治疗有效,故需同时具备上述条件方可作独立诊断。

本组中 2 例先天性呼吸道疾病均为先天性喉软骨发育不良,即先天性喉喘鸣患儿,婴儿期或出生不久即开始间断咳嗽,有时伴喘鸣声,经耳鼻喉科确诊后加强护理及喂养,逐渐好转至自愈;有报道<sup>[6]</sup>引起慢性咳嗽的先天性疾病还包括先天性主动脉弓畸形压迫气道、先天性颌面骨畸形以及胸腺肥大压迫气道等。2 例心因性咳嗽诊断相对困难,多有生活环境及心理因素背景,咳嗽以白天明显,单声咳,无痰,转移注意力或玩耍时消失,情绪低落或紧张时加重,ACCP 建议,诊断须排除其他疾病并经过行为干预或心理治疗后,咳嗽得到改善而最终诊断。不常见的慢性咳嗽包括误吸奶汁(呛奶)、微细气道异物及多发性抽动症等,往往有较明确误吸及抽动症起因<sup>[7]</sup>,并有支气管镜等手段加以明确。

由于慢性咳嗽存在的可能病因很多,且许多病因缺乏特异性诊断指标及检查结果,故门诊经常难以做出快速、准确的诊断,要重视询问病史和体格检查,遵循合理的诊疗流程,根据病史特点有方向地选择相关的检查,如有典型病史可先进行病因诊断性治疗,疗效差时应进一步明确病因,避免长期盲目使用抗生素和镇咳治疗,更应慎用吸入或全身皮质激素治疗。

#### [参 考 文 献]

- [1] 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(试行)[J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(2): 104-108.
- [2] 赵顺英,任亦欣,江载芳. 慢性孤立性咳嗽患儿 50 例病因和诊断程序[J]. 中国实用儿科杂志, 2006, 21(2): 109-111.
- [3] 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. 反复呼吸道感染的临床概念和处理原则[J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(2): 108-111.
- [4] 陆权. 非典型微生物感染与慢性咳嗽[J]. 中国实用儿科杂志, 2004, 19(12): 708-710.
- [5] 刘玻,余莉,王宇,等. 慢性咳嗽病因分布频率的季度差异[J]. 中华哮喘杂志, 2010, 4(2): 83-85.
- [6] 董宗祈. 小儿慢性咳嗽的不常见病因[J]. 临床儿科杂志, 2007, 25(6): 437-438.
- [7] 严永东,汤继宏,季伟. 多发性抽动致慢性咳嗽 24 例临床分析[J]. 中国实用儿科杂志, 2009, 24(8): 644-645.

(本文编辑 刘畅)