

舟山地区 134 例哮喘患儿治疗情况分析

李凤琴

(浙江省舟山市人民医院 舟山 316004)

摘要:目的:了解舟山地区哮喘患儿的治疗计划坚持情况,分析所存在问题并探讨防治措施。方法:对 134 例患儿对治疗计划的坚持情况进行问卷调查及电话寻访,重点统计并对比分析中断治疗的相关因素。结果:有 76.7%的患儿中断治疗,其原因依次为担心药物的副作用、经济原因、症状缓解、治疗效果不好和小儿不配合或遗忘等。对哮喘知识的认知不足仍是治疗计划坚持性的主要障碍。结论:舟山哮喘发病率较高,但哮喘患儿治疗计划的坚持率较低。加强对患者及家长和全科医生的哮喘知识教育,提高哮喘专科医生的业务水平并建立良好的医患关系,将是保证治疗坚持性必要而可行的手段。

关键词:哮喘;儿童;CINA 方案;防治措施;问卷调查
中图分类号:R 725.6 文献标识码:B 文献编号:1671-4040(2005)03- 0068-02

哮喘是一种慢性反复发作性呼吸道疾病,近些年在全球范围内哮喘的发病率逐年升高,尤其是儿童。哮喘严重威胁着人们的身心健康,已成为当前危害公共健康的主要疾病之一,WHO 制定的 GINA(全球哮喘防治倡议)在全球推广并收到了良好的效果。而 GINA 方案的执行是否能坚持则是保证疗效的前提。

1 对象及方法

1.1 对象 134 例患儿均来源于近 3 年我院儿科门诊,均符合 2002 年小儿哮喘诊断标准^[1],其中最大年龄 16 岁,最小年龄 2.5 岁,平均 4 岁;男 84 例、女 50 例;轻度 93 人,中重度 41 例;家庭经济收入 1 000 元以下 20 人,1 000~2 000 元 50 人,2 000 元以上 64 人;家长文化程度本科及以上 55 人,大专文化 30 人,中等文化以下 49 人。

1.2 方法 所有患儿开始治疗时均向其家长详细介绍现代哮喘治疗进展,尤其是吸入皮质激素的重要意义,并由专业护士耐心教授吸入方法。全部病例均使用普米克,5~6 岁以下辅以储雾罐,6 岁以上用都保,剂量均参照 GINA 方案,疗程均说明 1 年以上。治疗过程中根据病情进行升级或降级,对发作性哮喘者均加用 β_2 受体激动剂,危重者除吸入外,需全身皮质激素应用,其它口服药物视病情选择,如帮备、西替利嗪、顺尔宁等。对 134 例患儿家长给予问卷调查或电话询问,其内容包括:病程、发作频率及使用药物方法、用药坚持时间、目前是否停药、停药原因、是否有书面治疗计划、是否使用峰速仪监测。重点统计停药患儿的各项相关情况,进行对比分析。

2 结果

134 例中 103 例终止或曾经终止治疗,占总数的 76.8%,13 例停止治疗后未再发作,其余均有轻重不同的发作而恢复用药。

103 例未能坚持治疗方案患儿相关情况如下(部分病例有 2 种以上原因):(1)用药 3~6 月病情初步控制,认为哮喘已治愈而中断用药 45 例。(2)认为吸入激素也有全身激素类似的副作用而不愿长期用药者 43 例。(3)在用药早期仍有哮喘发作而认为药物效果不佳而停药者 11 例。(4)不相信长期吸入皮质激素能使哮喘获得长期控制,在急性发作控制后即停药者 17 例。(5)因小儿不配合,吸入过程较麻烦而停药者 21 例。(6)因经济原因不能坚持用药者 3 例。(7)因就医不方便而未能坚持用药者 10 例。(8)因每次吸入时均诱发剧咳甚至喘息发作而被迫停药 2 例。(9)因医生交待不清而终止治疗者 27 人。(10)使用峰速仪监测 15 人,有 5 人自行终止,但几乎所有患儿都没有书面治疗计划。

3 讨论

3.1 支气管哮喘是常见病和多发病,尤其是海岛地区发病率较高(可能与气候潮湿、饮食习惯与陆地不同有关)。其本质是慢性非特异性炎症,特点是反复发作。GINA 方案提供的以吸入糖皮质激素为主的阶梯治疗方案兼顾了上述特点,为支气管哮喘的治疗提供了重要依据及有效方法,但治疗计划的具体执行,尤其是长期治疗的坚持与否则直接影响疗效的实现。而且对药物治疗的定期随访不合作与哮喘预后差也有关,因此,治疗计划的坚持性对于哮喘治疗具有重要的意义。

3.2 从我们的调查结果可以看出,不能坚持治疗计划的主要因素是对哮喘知识的认知不足。在患儿家长方面表现为不能正确认识哮喘本质及特点,因而不能理解长期治疗的重要性。另外,一部分家长过于悲观,认为哮喘是不治之症,只求治标,不求治本,过分依赖于速效的治疗方法,片面追求使用全身激素或速效支气管扩张剂。当病程较长且反复发作时不能检查用药方式方法是否正确而片面怀疑治疗方案,频繁更换就医。较多家长不理解吸入方法的作用机制和优越性,过

生素均耐药,临床上除了联合用药外,以万古霉素治疗最佳^[2-3]。而引起前列腺炎的各种病原菌中,葡萄球菌所占的比例为第一,因此了解葡萄球菌的耐药谱,对临床医生合理选用抗菌药物具有一定的指导意义。

参考文献

[1]居瑞雪,安玉亮,苏芬.前列腺液细菌培养及耐药分析[J].中华新医

学,2003,4(2):166~167
[2]殷少军,何礼贤,董荔,等.呼吸重症监护病房下呼吸道感染病原菌分布及耐药性检测分析[J].中国综合临床,2001,17(10):754~75
[3]戴自英.实用抗菌药理学[M].第 2 版.上海:上海科学技术出版社,1988.25~28

(收稿日期:2005-02-01)

老年人自发性气胸的临床特点分析

侯美红 王天明

(济宁医学院附属金乡医院 山东金乡 272200)

摘要:目的:分析老年人自发性气胸的临床特点,提高确诊率。方法:对 40 例老年人自发性气胸的临床资料与 50 例中青年自发性气胸作对比分析。结果:老年人存在基础病和并发症的发生率高,以交通性和张力性气胸较多,呼吸困难较突出,胸痛相对较轻,肺压缩程度低于对照组,胸腔闭式引流比例高,严重病例死亡率高。结论:老年人自发性气胸大多由慢性阻塞性肺疾病引起的,病情重,体征不典型,易被误诊,死亡率高。

关键词:老年人;自发性气胸;临床特点;确诊率

中图分类号:R 561.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)03- 0069-02

为探讨老年人自发性气胸的临床特点,我院 2000 年 10 月~2004 年 8 月共收治 60 岁或以上老年人自发性气胸 40 例(老年组)的临床资料与同期收治的 50 例 18~59 岁自发性气胸(对照组)作对比分析。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 老年组 40 例,女 3 例,男 37 例;年龄 60~82 岁,平均 70 岁。对照组 50 例,女 2 例,男 48 例;年龄 18~59 岁,平均 28.2 岁。全部病例均经胸部 X 线检查及抽气证实。

1.2 统计学处理 计量资料用均数±标准差表示,采用 t 检验,2 组间率的比率采用卡方检验 α = 0.05。

2 结果

2.1 2 组基础病比较 见表 1。由表 1 可见老年组多有原发肺部基础疾病,主要是慢支肺气肿,共 28 例(70%),对照组 4 例(8%),2 组比较有显著差异;对照组多为特发性共 37 例(74%),老年组 2 例(5%),2 组有显著差异。

	表 1 2 组自发性气胸的基础病		例(%)
	老年组	对照组	
慢支肺气肿	28(70)	4(8)	
肺结核	3(7.5)	2(4)	
金葡萄肺炎	1(2.5)	1(2)	
肺癌	2(5)	2(4)	
支气管哮喘	3(7.5)	3(5)	
支气管扩张	1(2.5)	1(2)	
特发性	2(5)	37(74)	

分担心或夸大激素对生长发育的抑制等副作用,从而造成逃避使用或过早过快中断吸入激素,严重影响治疗方案的继续,导致坚持性下降。

3.3 在医务人员方面,表现为大部分非专科医生对哮喘的认知有偏倚,观念落后,尤其对激素的应用与 GINA 方案相背。仍习惯于使用全身性激素,以致影响对病人的宣教。部分门诊医生自身概念模糊,未能正确掌握治疗规律和方式方法,不能正确指导病人规范治疗及监测,如应用峰速仪监测几乎所有患儿都无书面治疗计划的指导。

3.4 社会经济情况对坚持性的影响也存在,由于哮喘的慢性过程,反复发作的特点,治疗时间较长,要求有相应的经济条件作保障。对经济困难者来说,坚持治疗计划较难,迫使他们

	表 2 2 组临床表现比较		例(%)
	老年组	对照组	
呼吸困难	38(95)	15(30)	
咳嗽	32(80)	38(76)	
胸痛	15(37.5)	47(94)	
紫绀	10(25)	2(4)	
心悸	18(45)	6(12)	
昏迷	3(7.5)	0(0)	
发热	2(5)	2(4)	

2.2 2 组临床表现 见表 2。由表 2 可见老年组呼吸困难、胸痛、紫绀、心悸与对照组有显著性差异(P<0.01),而咳嗽无显著性差异(P>0.05),对照组无昏迷病例。

2.3 2 组气胸类型及肺压缩面积比较 见表 3。由表 3 可见老年组以交通性和张力性气胸多见,共 28 例(70%),显著高于对照组 10 例(20%),P<0.01。老年组肺压缩面积>60%者 4 例(10%),对照组 25 例(50%),提示老年组肺萎缩程度较对照组轻。

	表 3 2 组气胸类型及肺压缩面积			例		
	气胸类型			肺压缩面积		
	闭合性	交通性	张力性	<30%	30%~60%	>60%
老年组	12	20	8	18	12	10
对照组	40	7	3	10	15	25

2.4 2 组并发症比较 老年组并发Ⅱ型呼吸衰竭、皮下及纵膈气肿、胸腔积液、复张后肺水肿、心律失常、多器官功能衰竭分别为 12 例(30%)、10 例(25%)、6 例(15%)、4 例(10%)、

选择气喘发作则用药,症状缓解即停药的应对措施。从我们的结果看出,千元以下收入的家庭多数中断治疗,而收入较高者,坚持性相对较好。

综上所述,在目前的哮喘防治中,对哮喘知识的认知不足仍是治疗计划坚持性的主要障碍,进一步加强科普宣传力度和基层医务人员、患儿家长的哮喘知识教育,同时要建立良好的医患关系,才能确保 GINA 方案在舟山地区得到进一步的推广。

参考文献

[1]吴珉,陈莉,丁建新.对 GINA 方案哮喘严重分级的评价[J].临床儿科杂志,2003,21(3): 172

(收稿日期: 2004-11-22)