

· 临床研究 ·

## 133 例儿童变应性鼻炎的临床特点分析

罗峻极<sup>1,2</sup>, 李祥东<sup>1</sup>

(1. 遵义医学院珠海第五附属医院耳鼻咽喉科, 广东珠海 519100;

2. 澳门镜湖医院耳鼻咽喉头颈外科 999078)

**摘要:**目的 探讨儿童变应性鼻炎的临床特点。方法 选择遵义医学院珠海第五附属医院就诊的变应性鼻炎患儿 133 例, 分为学龄前儿童组和学龄儿童组, 分析其临床特点。结果 两组患儿鼻涕、鼻塞、伴发咳嗽、轻度间歇性、中重度持续性、饮食因素的比例比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。学龄前儿童组中重度间歇性、轻度持续性、环境变化、其他、影响睡眠质量、难以集中注意力和认知功能下降的比例与学龄儿童组差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 对比学龄前儿童与学龄儿童的临床特点, 得到儿童变应性鼻炎症状、诱因等资料, 为提高儿童变应性鼻炎治疗疗效提供参考。

**关键词:**儿童; 变应性鼻炎; 临床特点

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.33.011

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2013)33-4007-02

## Clinical characteristics analysis of paediatric allergic rhinitis in 133 cases

Luo Junji<sup>1,2</sup>, Li Xiangdong<sup>1</sup>

(1. Department of Otorhinolaryngology, Zhuhai Fifth Affiliated Hospital of Zunyi Medical College, Zhuhai, Guangdong 519100, China;

2. Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Macao Jinghu Hospital, Macao 999078, China)

**Abstract:** Objective To investigate clinical characteristics of paediatric allergic rhinitis. **Methods** 133 paediatric patients with allergic rhinitis were divided into preschool group and school-age group, and analyzed the clinical characteristics. **Results** The proportion between preschool group and school-age group with nasal discharge, nasal blockage, associated with coughing, preschool group has significantly difference with school-age group ( $P < 0.05$ ); the proportion between preschool group and school-age group with mild intermittent, moderate to severe persistent, preschool group has significantly difference with school-age group ( $P < 0.05$ ); The proportion of dietary factors between two group is significant ( $P < 0.05$ ). The proportion of relation between intermittent, mild persistent, environmental change, other, affect morpheus quality, difficult to concentrate, and cognitive decline between the two had no statistical significance ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** Compared the clinical manifestation between preschoolers and school-age children, we got some clinical data of paediatric allergic rhinitis patients, those were beneficial to the diagnose and therapy of paediatric allergic rhinitis.

**Key words:** child; allergic rhinitis; clinical manifestation

变态反应性鼻炎简称过敏性鼻炎或变应性鼻炎, 属于鼻黏膜慢性炎症反应性疾病<sup>[1]</sup>。变应性鼻炎是特应性个体接触致敏原后开始释放炎性介质, 并且细胞因子、促炎细胞以及免疫活性细胞也参与其中的疾病。儿童是变应性鼻炎的高发人群, 变应性鼻炎属于危害小儿呼吸健康的常见病。在儿童耳鼻咽喉疾病中变应性鼻炎占 40%<sup>[2]</sup>。本文对儿童变应性鼻炎的临床特点进行研究, 回顾分析 2009 年 1 月至 2011 年 6 月在遵义医学院珠海第五附属医院就诊的 133 例变应性鼻炎患儿的临床病历资料, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 变应性鼻炎患儿 133 例, 其中男 72 例, 女 61 例, 年龄 1.8~15 岁, 平均(10.1±1.3)岁。以艾蒿、豚草为主要变应原者 48 例, 以尘螨为主要变应原者 60 例, 二者兼有 7 例, 其他 18 例。所有患儿均无结缔组织疾病、免疫缺陷性疾病及皮肤划痕症。按照年龄段分组: 学龄前儿童组(1.8~6 岁) 37 例, 男 20 例, 女 17 例, 平均(4.15±0.6)岁; 学龄儿童组(> 6~15 岁) 96 例, 男 52 例, 女 44 例, 平均(13.58±0.9)岁。入

选标准: 变应性鼻炎诊断标准按照 WHO 2001 年推荐的过敏性鼻炎及与之相关哮喘标准。(1) 病程 4 周以上, 以鼻塞、鼻痒、大量清水样涕为主诉;(2) 鼻腔专科检查可见鼻腔清水样涕, 鼻黏膜水肿、苍白;(3) 年龄 15 岁及以下。排除标准:(1) 合并扁桃体炎、慢性气管支气管炎、自身免疫病等疾病患儿;(2) 近 2 周有小儿肺炎疾病。

**1.2 方法** 对患儿进行问卷调查, 项目具体包括: 基本资料、病状评估、体征检查、影像学表现、辅助检查、诊断治疗。按照 2008 年 WHO 公布的《变应性鼻炎及对哮喘的影响》对本研究患儿进行临床分型。生活质量评估系统包括: 儿童多系统变应性疾病生活质量, 变应性鼻炎/眼结膜炎。生活质量评价为统计分析变应性鼻炎对睡眠、注意力、认知功能是否有影响, 尽量降低评估结果受患儿理解能力的影响。

**1.3 统计学处理** 全部数据均应用 SPSS13.0 统计分析软件进行处理, 实验结果以百分率表示, 两组间采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

表 1 两组患儿临床症状特点比较[n(%)]

组别	n	鼻涕	鼻痒	鼻塞	喷嚏	伴发咳嗽	伴发眼部症状
学龄前儿童组	37	13(35.1)	3(8.1)	21(56.8)	3(8.1)	23(62.2)	23(62.2)
学龄儿童组	96	52(54.2)	10(10.4)	35(36.5)	13(13.5)	39(40.6)	65(67.7)

## 2 结 果

学龄前儿童组鼻涕、鼻塞、伴发咳嗽的比例与学龄儿童组的差异显著( $P < 0.05$ );鼻痒、喷嚏、伴发眼部症状的比例差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 1。学龄前儿童组轻度间歇性、中重度持续性的比例与学龄儿童组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );中重度间歇性、轻度持续性的比例差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组患儿临床分型比较[n(%)]

组别	n	轻度间歇性	中重度间歇性	轻度持续性	中重度持续性
学龄前儿童组	37	23(62.2)	5(13.5)	3(8.1)	6(16.2)
学龄儿童组	96	8(8.3)	17(17.7)	9(9.4)	62(64.6)

学龄前儿童组饮食因素的比例与学龄儿童组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );环境变化、其他的比例比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患儿外环境因素影响[n(%)]

组别	n	环境变化	饮食因素	其他
学龄前儿童组	37	21(56.8)	12(32.4)	4(10.8)
学龄儿童组	96	67(69.8)	13(13.5)	16(16.7)

学龄前儿童组影响睡眠质量、难以集中注意力和认知功能下降的比例与学龄儿童组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组患儿生活质量评估[n(%)]

组别	n	影响睡眠质量	难以集中注意力	认知功能下降
学龄前儿童组	37	24(64.9)	23(62.2)	16(43.2)
学龄儿童组	96	64(66.7)	59(61.5)	46(47.9)

## 3 讨 论

儿童变应性鼻炎是指易感患儿接触变应原后主要由特异性 IgE 介导的非感染性鼻黏膜炎性疾病<sup>[3]</sup>。变应原或过敏原是各种引起变应性鼻炎的因素,食物性过敏原、吸入物以及化学性和物理性刺激物的接触等为常见的变应原。由于变应性鼻炎的患病率逐渐上升,变应性鼻炎已经成为儿童最常见的慢性疾病之一<sup>[4]</sup>。虽然变应性鼻炎不是严重疾病,但是患儿的生活质量会受到严重的影响,影响患儿睡眠质量,导致注意力不集中,影响记忆力等。

变应性鼻炎的经典症状和体征为:大量水样鼻涕和鼻塞、鼻痒、多次阵发性喷嚏,经口呼吸,黑眼圈,嗅觉下降或消失,耳闷,眼红流泪及发痒等<sup>[5-6]</sup>。而儿童变应性鼻炎临床表现与成人有所不同,可出现一些能够作为重要诊断线索的特殊体征,如变应性鼻皱痕和变应性黑眼圈等。本文研究显示,学龄前儿

童组鼻涕、鼻塞、伴发咳嗽的比例与学龄儿童组的差异显著。学龄前患儿除鼻痒、喷嚏外以鼻塞为主,临床分型以轻度间歇性为主;学龄患儿除鼻痒、喷嚏外以鼻涕为主,临床分型以中重度持续性为主。儿童变应性鼻炎临床症状会随着免疫系统的逐渐成熟而不断改变,1 周岁前后交感与副交感神经系统起主要作用,2 周岁前后免疫系统成熟,变态反应占主导。儿童淋巴细胞百分率在 6~7 个月时超过中性粒细胞,6~7 岁时二者相当,之后随着年龄的增长而不断下降。变态反应性疾病的进展与儿童不同年龄段免疫系统的发生、发展具有密切联系。下呼吸道会在鼻部变应原刺激下发生反应,学龄前儿童下呼吸道尚未分化成熟,相似性高于学龄儿童,可能因此导致咳嗽症状发生率较高。有流行病学资料显示,在变应性鼻炎患者中哮喘的发病率可高达 40%<sup>[7-10]</sup>。为了有效提高治疗成功率,对变态反应这个致病因素需要充分识别。

目前广泛认为儿童变应性鼻炎的发生与遗传因素、环境因素、出生及喂养状况以及不同变应原等多种因素相关。遗传因素在发病中起到重要的作用,血清总 IgE 水平受到遗传基因特性的作用,从而影响患儿变应性鼻炎的发生过程以及对周围环境因素的反映<sup>[11-14]</sup>。变应性疾病是由环境因素和遗传因素共同作用的结果,环境因素具有可控性,能够依靠改变或改善环境因素实现预防或治疗的目的。本研究外环境影响因素中,学龄前儿童组饮食因素的比例与学龄儿童组差异显著。随着年龄增长,儿童消化道对致敏性抗原的屏障功能逐渐增强,饮食触发变应性鼻炎的比例有下降的趋势,而且食物链中的非健康因素刺激也不能忽视。尘螨和屋尘是变应性鼻炎患儿的主要变应原,居室布置应力求简单洁净,不用绒布装饰品,易于清除室内灰尘,防止尘螨生长。花粉季节减少外出或戴口罩以减少发病。儿童变应性鼻炎的症状和继发问题会显著影响生活质量。本文 133 例患儿,影响睡眠质量的占 66.2%,难以集中注意力的占 61.7%,认知功能下降的占 46.6%,而学龄前儿童组影响睡眠质量、难以集中注意力和认知功能下降的比例与学龄儿童组的差异不大。尽量对儿童变应性鼻炎的临床表现特点认识清楚,于发病早期明确诊断,尽早选择合适的治疗方案,改善患儿病情。本文对比学龄前儿童与学龄儿童的临床特点,得到儿童变应性鼻炎症状、诱因等资料,为提高儿童变应性鼻炎治疗疗效提供参考。

## 参考文献:

- [1] 张亚梅,张星. 儿童变应性鼻炎的特点及其治疗进展[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 24(24): 1147-1152.
- [2] 李健,张丽. 承德市区青少年变应性鼻炎及生活质量相关问题调查[J]. 承德医学院学报, 2009, 26(2): 144-146.
- [3] Bousquet J, Khaltaev N, Cruza A, et al. Allergic Rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 (下转第 4011 页)

平。然后在肠系膜下动脉根部切断血管,切断直肠乙状结肠,常规关腹并行左下腹永久性结肠造口。手术时,患者取俯卧折刀位,双腿张开,操作者位于患者双腿之间,助手位于患者双腿外侧。将肛门缝闭,围肛门做梭形切口,上界到骶骨下缘。术者于肛门外括约肌皮下部位外侧解剖分离。找到肛提肌,顺着肛提肌下缘沿着外上方方向解剖至盆壁侧,肛提肌必须于进入盆腔前解剖出。将尾骨从骶骨和 Waldeyer 筋膜切除同时切除一部分骶骨,进而到达腹部解剖水平,在直肠的后方进入盆腔。顺着盆壁由后向前切断两侧肛提肌,然后将标本从盆腔取出,将直肠从前前列腺或者阴道后壁分离。对于部分直肠前壁肿瘤,则需要切除部分前列腺及阴道后壁,最后从会阴横肌的后方切断盆底肌纤维,将标本取出。手术后盆底形成巨大的缺损,用 HADM 重建,具体做法:用大小为 8 cm×10 cm 的 HADM 补片用生理盐水浸泡 20 min,预伸展并修剪后使用单股聚丙烯缝线缝合于盆壁筋膜和肛提肌断端以重建盆底,保证周边覆盖大于 3 cm。通过在 HADM 补片留置引流管,用可吸收缝线分两层缝合会阴切口,引流管接闭式引流袋,引流管留置 7~10 d 后拔除,引流量超过 10 mL/d,需要延长留管时间。术后嘱患者适当加强活动。对照组:采用传统的腹会阴联合切除术。观察两组手术时间、术中出血量、T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 情况、术后并发症的病发率等指标水平。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS15.0 软件对数据进行统计学处理及分析,计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,计数资料采用例数和百分比表示,治疗前后比较采用 *t* 检验,计数资料比较则采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

所有患者手术均达到根治性切除,术中均无肠穿孔。实验组手术时间 150~300 min,平均(163±25)min;放置 HADM 需 8~15 min,平均(10.01±3.12)min;术中出血 70~300 mL,平均(226±73)mL;术后引流管留置时间 8~13 d,会阴伤口均 I 期愈合。对照组手术时间 180~420 min,平均(220±46)min;术中出血 120~500 mL,平均(278±81)mL。实验组在手术时间、术中出血量方面明显优于对照组。术后病理:实验组 T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 9 例(30.0%)与对照组 5 例(16.7%)相比,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),实验组术后并发症的病发率(33.3%)和切缘阳性率(0)也明显低于对照组(50%、26.7%),差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

柱状经腹会阴切除术主要适应经影像学(MRI)分期为 T3、T4 期的低位直肠癌。对于未发生远处转移的中晚期直肠癌大多推荐术前化疗,对于浸润范围较广泛的患者,对于侵犯前列腺或者阴道的患者可以更适合该手术。对于部分无法耐受手术和腹腔广泛转移者不适宜该手术。柱状经腹会阴切除术一方面将肛提肌与肛管和直肠系膜同时切除,将病灶周围组织切除,最大限度地降低了环周切缘的阳性率及肠管穿孔的发生率。另一面,柱状经腹会阴切除术将 Miles 手术简单化,同时手术的风险也大大降低<sup>[6]</sup>。另外,该手术对直肠的游离不深,即使对骨盆较狭窄的患者也易于操作;此外,该手术时患者俯卧体位条件下切除尾骨以及部分骶骨,手术在直视下进行,方便对伴有前列腺和阴道后壁浸润的患者进行手术<sup>[7]</sup>,与 Mi-

les 手术相比,可以更好避免因手术野暴露不充分造成的误伤事件的发生率<sup>[8]</sup>。本次实验结果表明:柱状经腹会阴切除术治疗低位直肠癌在手术时间、术中出血量、术后病理 T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>、并发症发病率及切口阳性率等方面与传统开腹切除术相比均有明显优势( $P < 0.05$ ),与文献<sup>[6-9]</sup>报道一致。作者认为柱状经腹会阴切除术具有切缘阳性率和肠穿孔率低、手术视野开阔利于操作,局部复发率低手术效果好的特点。

柱状经腹会阴切除术后如果进行直接缝合或者皮瓣移植盆底重建,术后发生裂开、感染、盆底疝等不良事件的概率较高,同时手术创伤较大,对手术技巧的要求较高,术后恢复较慢等<sup>[10]</sup>。采用 HADM 重建盆底,手术的难度明显降低;同时手术时间大大缩短;术后患者会阴伤口 I 期愈合率明显提高;对于有术前放疗患者及局部组织缺损较大、或者伴有局部感染的患者,术后仍可获得良好的愈合<sup>[9]</sup>。总之,HADM 可以简化手术过程,同时提高手术的风险,较易被接受,但治疗费用高昂是其主要的缺点<sup>[11]</sup>。

Miles 手术经腹部进行时,手术者通常会尽最大可能进行深部的盆腔组织游离,以便降低手术难度。但柱状经腹会阴切除术不能过多地进行盆腔解剖间隙游离,因过度游离无法形成“柱状”。腹部游离过程操作完成后在直肠后方垫一纱布,利于手术操作进行。作者认为不必要过度切除骶骨,离断尾骨后切除部分第 5 骶骨即可与腹部手术相通,部分患者仅需要切除尾骨。对于在直肠前侧方进行游离操作者,应尽量避免损伤支配膀胱的血管及神经。因 HADM 具有受持续张力后可伸展变大的特性,在使用该种材料前应该伸拉,这样可以预防缝合后会阴及骶骨在腹部压力作用下出现壅垂。

出现血肿是行 HADM 修复后比较特别的并发症。有报道指出,行 HADM 重建盆底后出现腹壁、胸壁发生血肿的现象,不过给予穿刺引流或者手术引流即可愈合<sup>[12]</sup>。对于减少这种并发症发生的办法,有可以通过贯穿缝合脱落细胞材料与周围组织上,并适当地延长留置引流管的时间等<sup>[13]</sup>。还有一个特殊的并发症是部分患者会出现会阴及骶骨部位慢性疼痛<sup>[14]</sup>,本研究中 3 例患者出现会阴部疼痛不适,作者认为会阴部慢性疼痛可能与手术切除范围较大及部分骨组织被切除及补片作为异物导致局部发生炎症有关,经过非甾体抗炎药止痛治疗可以消退。

本组病例例数较少,国内外对柱状经腹会阴直肠癌切除术报道也较少,但作者认为柱状经腹会阴直肠癌切除术治疗进展期低位直肠癌,不仅能降低切缘阳性率和肠穿孔率,降低手术难度,还可以降低手术风险的发生,该手术有待临床中进一步研究。

## 参考文献:

- [1] Roukos DH, Katsios C. Standards, advances and challenges in laparoscopic total mesorectal excision[J]. Surgical endoscopy, 2011, 25(1): 333-335.
- [2] Reshef A, Lavery I, Kiran RP. Factors associated with oncologic outcomes after abdominoperineal resection compared with restorative resection for low rectal cancer: patient-and tumor-related or technical factors only[J]. Dis