

致命的“锁喉”

▲ 青岛大学附属山东省妇幼保健院儿科 姜春平

急性感染性喉炎为儿科的常见急症，是喉部黏膜弥漫性炎症，好发于声门下部，又称为“急性声门下喉炎”，常见于6个月~3岁幼儿，冬、春两季多发。声门下区是小儿呼吸道最狭窄处，此区域组织结构疏松，炎症时容易发生水肿而引起喉梗阻，甚至危及生命。下面通过一个病例，带大家一起认识一下这个疾病。

患儿，男孩，1岁5月，主因“间断发热4天，咳嗽2天，加重伴声嘶、喘憋1天”收入院。患儿入院前4天出现发热，入院前2天出现咳嗽，未予特殊处理，入院前1天出现咳嗽加重伴声音嘶哑、喘憋，咳嗽呈犬吠样、空空样咳嗽，否认异物吸入史。入院当天就診于我院，门诊查体发现患儿精神反应欠佳，呼吸急促，口周发青，听诊双肺呼吸音粗，可闻及喉传导音及痰鸣音，心率增快。测经皮血氧饱和度88%，立即给予氧气吸入，并给予“地塞米松抗炎、肾上腺素雾化、阿奇霉素抗感染”等治疗，患儿病情无明显好转，遂以“急性喉炎、喉梗阻”收入院。

患儿入院后立即予心电监护、鼻导管吸氧，治疗上给予“地塞米松减轻喉头水肿、镇静、补液、雾化吸入及抗感染”等治疗，患儿声嘶、呼吸困难略缓解。入院10小时，患儿喘憋、吸气性喉鸣、呼吸困难加重，伴精神

差、烦躁，急查血气分析患儿出现低氧血症，立即转入儿童重症监护室，停鼻导管吸氧改为高流量吸氧，并反复多次予雾化吸入减轻喉头水肿治疗，2小时后患儿呼吸困难、声嘶减轻，精神较前好转。

不幸的是，患儿于入院的17小时再次出现呼吸困难加重，血氧饱和度不能维持，心率明显增快180次/分~210次/分，立即给予气管插管呼吸机辅助呼吸，同时升级抗生素并给予积极对症支持治疗。患儿有创呼吸机辅助通气24小时后又一次出现血氧饱和度和度频繁下降，考虑存在气管导管痰液堵塞需换管或需要气管切开的情况，于是我们立即支气管镜探查究竟。

支气管镜下我们发现患儿喉部黏膜充血、水肿明显，双侧喉室、后联合、声带、声门下区黏膜糜烂，大量灰白色坏死物附着，声门裂狭小，左右侧段支气管管腔内大量黏稠分泌物堵塞，给予气道清理并给予局部药物喷洒后，患儿病情暂稳定。后患儿经积极治疗，顺利撤离呼吸机，病情好转出院。

相信通过这个病例，大家都认识到了急性感染性喉炎的凶险。它具有起病急、进展快的特点，多继发于上呼吸道感染，也可为急性传染病的前驱症状或并发症。比如前几天我们收治的一例13岁大男孩，最后明确病原为百日咳鲍特菌感染，也就是大家常

说的百日咳。本文中的这个1岁男孩的病原为肺炎链球菌和人呼吸道病毒I型混合感染。所以，急性感染性喉炎可由病毒、细菌或混合感染引起。

急性感染性喉炎的治疗包括哪几个方面呢？首先，急救的首要任务是保持呼吸道通畅，减轻喉头水肿。根据喉梗阻的情况，医生给予是否吸氧及哪种给氧方式的处置，并及时给予糖皮质激素、雾化吸入等治疗减轻喉头水肿；如经过上述处理，患儿呼吸困难无明显好转甚至加重，除继续使用糖皮质激素及反复多次雾化吸入治疗外，需立即行气管内插管，从而保持呼吸道通畅；若气管插管困难，则必须立即行气管切开术，紧急情况下可先行环甲膜穿刺、高流量吸氧以挽救患儿生命，同时积极行气管切开术。其次，积极抗感染治疗，入院后积极寻找病原给予针对性治疗。再次，防治并发症，包括酸碱平衡失调、电解质紊乱、保护重要脏器等。最后，急性感染性喉炎并喉梗阻往往是短时间内出现的病情变化，在患儿病情突然变化的情况下，家长情绪往往波动较大，进行急救处理时，患儿家长要积极配合医护人员的治疗，尽量让患儿保持安静，减少哭闹，从而避免呼吸困难加重。

孩子得了喉炎，家长该如何护理呢？首先要尽量为孩子营造一个安静

的环境，确保患儿有足够的休息，积极采取合理措施减少哭闹，避免缺氧加重。饮食方面，尽量清淡饮食，避免进食过甜、过咸等刺激性食物，减少喉部及消化道刺激；另外，在执行吸氧、雾化吸入等治疗时，若遇孩子剧烈哭闹时，建议及时寻求医护人员的帮助，避免加重缺氧。

生活中我们该如何识别孩子是否得了急性感染性喉炎呢？急性感染性喉炎起病急，进展快，其特殊症状表现为声音嘶哑，咳嗽呈空空样或者犬吠样咳嗽（咳嗽的声音像狗叫声），或者听起来像是破锣的声音，严重的伴有呼吸困难。急性喉炎一般在夜间突然出现症状加重，孩子可以表现为烦躁、哭闹，明显的声音嘶哑，犬吠样咳嗽，好像嗓子被异物卡住的感觉。所以，如果在孩子出现鼻塞、流涕、咽痛、发热、咳嗽等呼吸道感染症状时，患儿突然出现声嘶伴犬吠样咳嗽或空空样咳嗽，孩子可能得了急性喉炎，请家长立即带孩子就医。

总之，小儿急性感染性喉炎伴喉梗阻是一种起病急、病情变化很快的疾病，需要引起我们临床医生及各位宝爸宝妈们的高度重视。希望通过以上内容的学习分享，能提高各位宝爸宝妈们对于急性感染性喉炎的认识，及时识别该疾病并及时带宝宝正规医院就診，一起携手护佑宝宝健康成长。

康复：破解“重症静养”误区

▲ 厦门大学附属中山医院急诊ICU 郝博涵

与普遍认知相悖，尽管部分患者已符合出院标准，但他们的身体状况仍不理想，出院后难以迅速恢复到正常的工作和生活中，这在重症患者中尤为常见。即便经历了漫长的“恢复期”，效果也往往不尽如人意，患者甚至需要长期依赖他人照料以满足基本生活需求。这不仅使患者本人身心俱疲，也给其家庭带来了沉重的负担。造成这一现象的关键原因，通常源于人们对“重症静养”概念的误解。

“多休息总没错”未必尽然

过度静养可能会引发肌肉萎缩、关节僵硬以及心肺功能衰退，从而陷入“越躺越弱”的恶性循环。健康成年人在连续卧床1周后，肌肉量会减少10%~15%，这一减少幅度相当于自然衰老10年所带来的肌肉流失。踝关节骨折术后若3周内不进行活动，约有35%的患者需接受二次手术以松解粘连。ICU患者在绝对卧床10天后，最大摄氧量会降低20%，而恢复至正常水平则需大约3个月的时间。因此，安心休息是否让你感到不安？

不要错过“康复黄金时间窗”

现有研究表明，脑卒中以及心肺复苏术后缺血缺氧性脑病患者，大部分神经功能恢复集中在发病后的前6个月内，尤其是前3个月为神经可塑性的黄金期。而超过6个月后，功能改善速度显著减缓，进入“平台期”，但个别功能（如认知、语言）仍可能缓慢进展。

全膝关节置换术后患者，若延迟康复超过4周，关节活动度恢复率降低40%，且远期僵硬风险增加。胫骨骨折术后患者，6周内未逐步负重者，骨愈合延迟风险增加3倍，且骨不连发生率升高。前交叉韧带重建术后患者，3个月内未进行神经肌肉训练（如平衡、本体感觉），再损伤风险增加50%，且远期骨关节炎风险升高。

然而，忽视康复的代价远超想象，不仅是身体功能的丧失，更是心理健康的崩塌。重症及长时间疾病的负面情绪通过下丘脑-垂体-肾上腺轴激活，抑制免疫系统功能，延长炎症反应，形成了心理与生理的“恶性循环”。从“认知障碍→康复依从性差→肌肉萎缩加重→活动能力下降

→心理负担加重”“ICU综合征”和“ICU获得性肌无力”也无孔不入地协同延长康复周期、增加致残率及住院支出。

当然上述疾病的康复“效果不佳”并非单纯由时间决定，“错过关键窗口期”“合并高危因素”或“康复策略不当”也密切相关。

康复绝不是单一层面的“运动”

康复运动的获益机制涵盖生理、神经、代谢及心理等多个层面：

第一，通过下调促炎因子（如IL-6、TNF- α ）并上调抗炎因子（如IL-10），有效缓解慢性炎症。

第二，通过重复性任务训练，激活大脑运动皮层，促进神经突触重塑与轴突再生，从而增强受损神经通路的代偿能力。

第三，通过增加线粒体生物合成，提升胰岛素敏感性，降低慢性病（如糖尿病、肥胖）引发的代谢紊乱。有氧运动（如步行、骑行）不仅能提高心肺耐力，还能降低静息心率，改善血管弹性。

第四，通过刺激多巴胺、内啡肽的分泌，有效缓解焦虑和抑郁。此外，通过提

升脑源性神经营养因子水平，延缓认知衰退，降低痴呆风险。

然而，康复绝非单一层面的“运动”。应注重营养均衡，适当增加蛋白质和维生素的摄入，以促进身体恢复。通过恢复步行、吞咽等日常生活能力，减少对护理的依赖。同时，提供心理支持和疏导，给予鼓励，帮助病患树立战胜疾病的信心。将社区康复服务与家庭训练相结合，增强患者的社会归属感。随着时间的推移，康复目标更应从“功能恢复”转向“适应性代偿与生活质量优化”。

作为接收此类患者最多的重症医生，更应发挥主导作用，联合物理治疗师、呼吸治疗师、营养师、心理医生、中医专家等多学科医师及患者家属，共同构建“重症救治-早期康复-功能重塑”的连贯性诊疗体系，从而有效促进患者早日康复。

康复并非“躺赢”，而是与时间赛跑的科学进程。“早期活动≠盲目运动”，必须在专业指导下精准把握“动与静”的平衡，避免陷入“静养陷阱”，抓住黄金时间窗，方能实现功能恢复的最大化。