

后视力恢复与对照组差异无统计学意义($P>0.05$)。试验组术后并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明人性化身心护理的广泛开展,能更好地帮助和解决患者不同的心身障碍,以保证手术效果和减少并发症的发生,促进患者早日康复。

综上所述,心身放松疗法在老年白内障手术患者中的应用能促进患者视力恢复,减少并发症发生,提高了患者生活质量。

参考文献

[1] 陈兴. 心身放松疗法对老年白内障患者人工晶体植入术后视力恢复的影响[J]. 临床护理, 2017, 30(6): 130-132.

[2] 廖金燕, 张彩云. 白内障超声乳化人工晶体植入 273 例围手术期护理[J]. 齐鲁护理, 2008, 14(2): 24.

[3] 陆秀芳. 临床健康教育路径在急性心肌梗塞患者中应用效果研究[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(13): 29-30.

[4] 魏安宁, 吴国珍. 手术患者焦虑情绪的调查分析[J]. 中国

临床心理学杂志, 2001, 9(3): 218-219.

[5] 杨琦, 陈启杰, 王豫桂. 高龄白内障患者行超声乳化人工晶体植入术的人文关怀护理[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(14): 68-70.

[6] 郭华, 梁笑琼. 白内障超声乳化及人工晶体植入术后低视力原因分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(4): 128-129.

[7] 王青丽. 老年性白内障患者手术前期护理[J]. 黑龙江医学, 2007, 8(31): 618.

[8] 徐笑, 杨梅, 安磊, 等. 中国白内障手术患者白内障类型和术前视力分析[J]. 中华眼视觉学与视觉科学杂志, 2015, 17(10): 585-589.

[9] 陈素坤. 临床心理学护理指导[M]. 北京: 北京科学技术文献出版社, 2010.

[10] 董为民, 李素芳, 马接代. 手法小切口白内障手术在基层防盲中的应用效果分析[J]. 包头医学院学报, 2016, 4(2): 72.

(收稿日期: 2017-12-02 修回日期: 2018-04-20)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 15. 044

地氯雷他定在慢性自发性荨麻疹患儿中的治疗效果

孔凡楼

(灌云县疾病预防控制中心皮肤科, 江苏连云港 222200)

摘要:目的 探讨地氯雷他定在慢性自发性荨麻疹患儿中的治疗效果。方法 选取 2014 年 4 月至 2015 年 2 月该院皮肤科门诊收治的慢性自发性荨麻疹患儿 60 例, 按照随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组 30 例, 对照组口服氯雷他定, 治疗组口服地氯雷他定, 治疗 28 d 后比较 2 组患儿的临床疗效、不良药物反应, 随访 6 个月统计痊愈患儿的复发率。结果 治疗组患儿服药 1 周后的有效率为 60.0%, 明显高于对照组的 40.0%, 差异有统计学意义($P<0.05$), 服药 2、4 周后 2 组患儿的治疗有效率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 2 组患儿的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 治疗后 6 个月, 治疗组患儿(8.33%)的复发率明显低于对照组患儿(30.00%), 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 地氯雷他定治疗儿童慢性自发性荨麻疹安全有效, 治疗早期效果明显, 且能降低复发率。

关键词:地氯雷他定; 慢性自发性荨麻疹; 儿童

中图分类号:R758.24

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)15-2330-03

慢性自发性荨麻疹(CSU)是一种临床常见的皮肤病,也是慢性荨麻疹最常见的一种亚型,指无刺激物或诱发因素诱发,患者自身反复发作大小不等的风团和(或)血管性水肿持续大于或等于 6 周^[1]。虽然该病无生命危险,但其反复发作,病程迁延数月至数年,而且常伴不同程度瘙痒,严重影响患者的身心健康。关于 CSU 病因及发病机制尚未完全阐明,大多数学者认为其与自身免疫、补体系统、Th1/Th2 细胞失衡、凝血因子异常及感染等因素存在一定关系^[2]。目前临床治疗 CSU 尚无特效疗法,多采用非镇静类抗组胺药进行治疗。然而,由于儿童的各项系统功能尚未发育完全,在临床选择用药时需更加慎重。英国变态反应和临床免疫学会允许地氯雷他定用于大于 1

岁的儿童,氯雷他定用于大于 2 岁的儿童^[3]。地氯雷他定是第 3 代 H1 受体拮抗剂,与 H1 受体亲和力更高,能高选择性阻断外周组胺受体,具有高效、半衰期长等优点。本研究拟对 CSU 患儿应用地氯雷他定治疗,验证其临床有效性及安全性,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 4 月至 2015 年 2 月本院皮肤科门诊收治的 60 例 CSU 患儿,其中男 29 例,女 31 例,年龄 2~12 岁,平均(6.12±1.83)岁,病程 2~16 月,平均(10.3±2.6)月,发病部位涉及四肢、腋窝及头面等处。纳入标准:符合 CSU 的诊断标准^[4];病程持续超过 6 周;病因不明;入组 4 周内未使用抗胆碱能药物、抗组胺药物、糖皮质激素、免疫抑制剂及

中药等治疗;健康状况良好;监护人已签署知情同意书。排除标准:对地氯雷他定或氯雷他定成分过敏者;其他类型荨麻疹,如人工荨麻疹、物理性荨麻疹等;在治疗前使用过相关治疗药物者;有重要脏器功能障碍及自身免疫病者。按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组 30 例。治疗组中男 15 例,女 15 例,年龄 2~12 岁,平均(6.04±1.76)岁,病程 2~16 月,平均病程(10.5±2.4)月;对照组中男 14 例,女 16 例,年龄 2~12 岁,平均(6.20±1.95)岁,病程 2~15 月,平均病程(10.1±1.9)月。2 组患儿的基本资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过本院伦理委员会批准后进行。

1.2 方法 治疗组采用口服地氯雷他定干混悬剂(商品名芙必叮,海南普利制药有限公司生产,国药准字 H20041111)治疗。服药方法:2~<6 岁儿童每次口服 1.25 mg,每天 1 次;6~12 岁儿童每次口服 2.5 mg,每天 1 次。对照组采用氯雷他定糖浆(商品名伊百芝,江苏汉晨药业有限公司生产,国药准字 H20103533)治疗,服药方法:2~12 周岁儿童,体质量<30 kg,每次 5 mg,每天 1 次;体质量≥30 kg,每次 10 mg,每天 1 次。2 组患儿的治疗周期均为 4 周。停药后连续随访 6 个月。

1.3 观察指标 在治疗期间监测患儿血压、血常规、肝肾功能及不良反应等情况。分别于服药后 1、2、4 周观察记录患儿的风团及瘙痒等症状情况,对比 2 组之间的治疗效果。停药 6 个月后,电话随访痊愈患者的复发情况。

疗效评价标准依据荨麻疹症状评分方法^[5],按患者的风团与瘙痒症状轻重进行评分,标准如下,(1)风团积分,无风团,记 0 分;每天风团数目<20 个,记 1 分;每天风团数目为 20~50 个,记 2 分;每天风团数

目大于 50 个或融合成大片,记 3 分。(2)瘙痒积分,无瘙痒,记 0 分;有瘙痒,但不引起情绪变化,记 1 分;瘙痒严重引起情绪变化,但未影响患者日常活动或睡眠,记 2 分;瘙痒十分严重,已影响患者日常活动或睡眠,记 3 分。总积分=风团积分+瘙痒积分,总积分下降指数(SSRI)=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%。依据症状、SSRI 判断治疗效果,其中 SSRI≥90%为痊愈,60%≤SSRI<90%为显效,30%≤SSRI<60%为有效,SSRI<30%则为无效,有效率=(痊愈例数+显效数)/每组总例数。

复发评定标准:于治疗后 6 个月回访治疗痊愈患儿,并对其进行症状评分,计算复发指数。复发指数=(治疗前总积分-回访症状积分)/治疗前总积分×100%。复发指数<0.80 为复发。复发率=复发例数/痊愈例数×100%。

安全性评估:治疗过程中通过询问患儿家长了解患儿病情,对患儿进行查体及辅助检查,辅助检查主要包括血尿常规、肝肾功能及心电图检查等,记录治疗过程中患儿发生的不良事件和不良反应,不良反应包括口干、嗜睡、困倦、乏力、头晕、昏迷、胃肠道反应等。药物不良反应发生率=不良反应发生例数/各组总例数×100%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据处理及统计学分析,计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患儿治疗效果的比较 服药 1 周后,治疗组的有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),服药 2、4 周后治疗组患儿的治疗有效率与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患儿治疗效果的比较

组别	n	服药 1 周后					服药 2 周后					服药 4 周后				
		痊愈 (n)	显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	有效率 (%)	痊愈 (n)	显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	有效率 (%)	痊愈 (n)	显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	有效率 (%)
对照组	30	7	5	12	6	40.0	8	8	9	5	53.3	10	13	3	2	76.7
治疗组	30	8	10	7	5	60.0	9	10	8	3	63.3	12	12	5	1	80.0
χ^2						8.574					3.819					2.152
P						0.008					0.081					0.126

2.2 2 组患儿不良反应发生情况比较 2 组患儿治疗过程中均进行血尿常规及肝、肾功能检查,结果均无异常。治疗组不良反应发生率为 10.0%;对照组不良反应发生率为 13.3%,2 组患儿不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=2.347, P=0.115$)。见

表 2。

表 2 2 组患儿不良反应发生情况比较

组别	n	恶心(n)	口干(n)	食欲不振(n)	总发生率(%)
对照组	30	2	1	1	13.3
治疗组	30	1	0	2	10.0

2.3 2组患儿复发率的比较 治疗6个月后,治疗组复发率明显低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 6.851, P=0.012$)。见表3。

表3 2组患儿复发率的比较

组别	n	痊愈例数(n)	复发例数(n)	复发率(%)
对照组	30	10	3	30.00
治疗组	30	12	1	8.33

3 讨 论

CSU是皮肤科的一种常见病和多发病,以风团和瘙痒为主要症状。因反复发作,病情时轻时重,且病程不可预知,严重影响患儿的生活和学习。目前已知,组胺是发病过程中最重要的介质,可以引起内皮细胞收缩,进而引起患者组织水肿和风团形成^[6]。临床治疗以应用非镇静类抗组胺类药物为主,它可通过竞争性地与H1受体结合,阻断组胺引发的生物学效应;并还具有一定的非特异性抗炎作用,从而控制患者的瘙痒等症状^[7]。氯雷他定是临床较为常用的第2代抗组胺药之一,在治疗儿童CSU中的有效性及安全性均得到证实,有效率为57.5%~77.0%^[8-9]。地氯雷他定是第3代抗组胺药,具有长效、强力、高选择性拮抗外周组胺H1受体,抑制肥大细胞释放组胺作用,同时还有较强的抗炎作用,抑制嗜酸性粒细胞趋化和多种炎症介质的释放。临床研究证实地氯雷他定治疗CSU不良反应发生率较低,并且轻微、缓和^[10]。

本研究中,服药1周后治疗组患儿的治疗有效率明显高于对照组,表明地氯雷他定治疗CSU患儿初期时更加快速有效,药物起效时间更短。分析原因可能是由于氯雷他定需经过肝脏代谢产生的活性代谢产物发挥作用;而地氯雷他定是氯雷他定的活性代谢产物,不需经过肝脏代谢便可直接发挥作用。人体药代动力学研究表明地氯雷他定在服药后30min左右就能够达到最大血药浓度,氯雷他定约在1.5h后才能达到最大血药浓度^[11]。但在总体治疗疗效上比较,2组患儿之间无明显差异,这是由于地氯雷他定是氯雷他定的活性代谢产物,随着治疗的进展,其疗效均趋于稳定。多数抗组胺药通过竞争性地与H1受体结合,阻断组胺所致的生物学效应,不能稳定细胞膜,因此病情易反复发作。本研究结果显示治疗组的复发率明显低于对照组,说明与其他的H1受体阻断剂比较,地氯雷他定具有对组胺H1受体的亲和力更高,既能抑制组胺释放,又能有效抑制炎性介质的释放,减少嗜酸性粒细胞趋化、黏附和超氧化物产生等特

性^[12]。地氯雷他定因其脂溶性难以通过血脑屏障,中枢神经系统镇静作用轻微;对心肌钾通道无抑制作用,无潜在心脏毒性。治疗组患儿治疗前后血常规、尿常规检测结果,以及肝肾功能均正常,2组之间不良反应发生率比较无明显差异,说明地氯雷他定中枢镇静作用轻,对儿童的安全性好。

综上所述,地氯雷他定治疗儿童CSU疗效确切,且能明显降低复发率,安全性良好,值得临床推广。

参考文献

- [1] 周顺龙,许恩超,邓雯,等. 氯雷他定联合地氯雷他定治疗儿童慢性自发性荨麻疹的临床观察[J]. 中华皮肤科杂志, 2017, 50(1): 46-48.
- [2] 杨婧,梁碧华,李润祥,等. 慢性自发性荨麻疹发病机制的研究进展[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2012, 19(6): 393-395.
- [3] POWELL R J, LEECH S C, TILL S, et al. BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema[J]. Clin Experim Aller, 2015, 45(3): 547-565.
- [4] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组. 中国荨麻疹诊疗指南(2014版)[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2015, 47(17): 45-47.
- [5] 闫毅,刘瑞珍,徐德钢. 枸地氯雷他定与依匹斯汀治疗慢性荨麻疹随机对照研究[J]. 中华皮肤科杂志, 2015, 48(1): 54-56.
- [6] 李国邦,薛强东,唐祁平. 地氯雷他定联合复方甘草酸苷治疗慢性荨麻疹的临床观察[J]. 医学研究杂志, 2015, 44(1): 150-153.
- [7] 王宗明,杨雄波. 枸地氯雷他定治疗慢性荨麻疹疗效和安全性的临床研究[J]. 重庆医学, 2013, 42(12): 1401-1403.
- [8] ZUBERBIER T, ABERER W, ASERO R, et al. Methods report on the development of the 2013 revision and update of the EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria[J]. Allergy, 2014, 69(7): e1-e29.
- [9] 杨丽. 自血疗法与氯雷他定治疗慢性荨麻疹的疗效观察[J]. 中外妇儿健康, 2011, 19(6): 47.
- [10] 陈繁斌. 地氯雷他定治疗慢性荨麻疹的临床效果[J]. 临床合理用药, 2016, 9(27): 160-161.
- [11] 刘斌,李燕,谢帆. 枸地氯雷他定与地氯雷他定治疗慢性荨麻疹随机对照研究[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2013, 29(12): 802-803.
- [12] 胡兵,代杰,李维. 地氯雷他定联合玉屏风治疗对慢性荨麻疹疗效及生活质量的影响[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(14): 1754-1755.