

〔文章编号〕 1007-0893(2021)03-0150-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.03.073

维生素 D 联合西咪替丁治疗过敏性紫癜的疗效观察

邹兆城

(惠州市第一妇幼保健院, 广东 惠州 516001)

〔摘要〕 目的: 分析过敏性紫癜患儿应用维生素 D 联合西咪替丁治疗的效果。方法: 选取惠州市第一妇幼保健院 2018 年 3 月至 2020 年 4 月收治的 66 例过敏性紫癜患儿, 通过系统随机双盲法分成对照组和观察组, 各 33 例。对照组患儿应用西咪替丁治疗, 观察组患儿联合应用西咪替丁与维生素 D 治疗。结果: 治疗后, 观察组患者肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6) 及白细胞介素-8 (IL-8) 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组患者 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均高于治疗前, CD8⁺ 水平均低于治疗前, 且观察组患者 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均高于对照组, CD8⁺ 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组患者免疫球蛋白 (IgA)、IgM 水平低于治疗前, IgG 水平均高于治疗前, 且观察组 IgA、IgM 水平低于对照组, IgG 水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 过敏性紫癜患儿应用维生素 D 联合西咪替丁治疗有助于降低炎症因子水平并提升患儿免疫功能。

〔关键词〕 过敏性紫癜; 维生素 D; 西咪替丁; 儿童

〔中图分类号〕 R 725.5 〔文献标识码〕 B

作为儿科多发性变态反应性疾病, 过敏性紫癜具有易复发及并发症多等特点, 以皮肤紫癜、胃肠道出血、腹痛及关节痛等为主要临床表现, 随着病情进展可导致多个脏器功能受损, 严重危害患儿身心健康, 对其健康成长也会产生极大的不良影响^[1]。当前, 临床尚无针对过敏性紫癜的特效治疗方法, 主要以综合治疗方式为主。维生素 D 属于人体必需脂溶性维生素, 可通过对细胞中维生素 D 受体发挥生物学作用。西咪替丁为临床常用 H2 受体拮抗剂, 在儿童过敏性紫癜治疗中能够取得确切疗效^[2]。本研究以过敏性紫癜患儿 66 例为研究对象, 探讨患儿应用维生素 D 与西咪替丁联合治疗的效果, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2018 年 3 月至 2020 年 4 月收治的 66 例过敏性紫癜患儿, 通过系统随机双盲法分成对照组和观察组, 各 33 例。对照组男性患儿 18 例、女性患儿 15 例, 年龄 2~13 岁, 平均年龄 (7.03 ± 1.47) 岁; 观察组男性患儿 19 例、女性患儿 14 例, 年龄 2~14 岁, 平均年龄 (7.11 ± 1.45) 岁。两组患儿性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准

(1) 与《诸福棠实用儿科学》^[3] 中过敏性紫癜相关诊断标准相符; (2) 患儿家属同意参与本研究。

1.1.2 排除标准 (1) 合并肝肾心肺等脏器功能障碍患儿; (2) 近期服用免疫抑制药物治疗患儿; (3) 合并免疫系统疾病患儿; (4) 有精神障碍或者意识障碍患儿; (5) 合并重度感染者; (6) 合并凝血功能障碍者。

1.2 方法

所有患儿予以钙剂、抗组胺药物、维生素 C 等对症治疗。为对照组患儿实施西咪替丁 (上海信谊天平药业有限公司, 国药准字 H31020484) 治疗, 每次服用 0.2 g, 每日服用 2 次, 每个疗程持续 2 周, 连续治疗 2 个疗程。观察组患儿联合应用西咪替丁与维生素 D (青岛双鲸药业有限公司, 国药准字 A13200491548) 治疗, 每次应用剂量为 0.25 μ g, 每日服用 1 次, 每个疗程持续 7 d, 连续治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标

(1) 治疗前后取患儿空腹静脉血 4 mL 并应用双抗体夹心酶联免疫法检测肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α) 及白细胞介素-6 (interleukin-6, IL-6)、白细胞介素-8 (interleukin-8, IL-8) 水平; (2) 应用单抗免疫荧光法测定淋巴细胞亚群水平, 包括 CD4⁺、CD8⁺, 计算 CD4⁺/CD8⁺; (3) 应用免疫比浊法测定血清免疫球蛋白水平, 包括免疫球蛋白 (immunoglobulin, Ig)、IgA、IgG、IgM)。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

〔收稿日期〕 2020-11-14

〔作者简介〕 邹兆城, 男, 主治医师, 主要从事急诊科工作。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 TNF-α、IL-6 及 IL-8 水平比较

治疗前，两组患者 TNF-α、IL-6 及 IL-8 水平比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后，两组患者 TNF-α、IL-6 及 IL-8 水平均低于治疗前，且观察组患者 TNF-α、IL-6 及 IL-8 水平均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 TNF-α、IL-6 及 IL-8 水平比较
($n = 33, \bar{x} \pm s, \text{ng} \cdot \text{mL}^{-1}$)

组别	时间	TNF-α	IL-6	IL-8
对照组	治疗前	493.27 ± 89.51	40.24 ± 7.18	119.45 ± 29.34
	治疗后	393.26 ± 85.25 ^a	29.24 ± 6.32 ^a	97.56 ± 24.36 ^a
观察组	治疗前	495.04 ± 88.17	39.87 ± 7.09	118.79 ± 30.15
	治疗后	298.45 ± 79.39 ^{ab}	19.23 ± 6.30 ^{ab}	71.45 ± 22.35 ^{ab}

与同组治疗前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^b $P < 0.05$
注：TNF-α—肿瘤坏死因子-α；IL-6—白细胞介素-6；IL-8—白细胞介素-8

2.2 两组患者治疗前后淋巴细胞亚群水平比较

治疗前，两组患者淋巴细胞亚群水平比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后，两组患者 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均高于治疗前，CD8⁺ 水平均低于治疗前，且观察组患者 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均高于对照组，CD8⁺ 水平低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后淋巴细胞亚群水平比较 ($n = 33, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	CD4 ⁺ %	CD8 ⁺ %	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组	治疗前	38.13 ± 1.45	36.21 ± 2.30	1.13 ± 0.32
	治疗后	40.13 ± 1.34 ^e	29.57 ± 1.68 ^e	1.42 ± 0.27 ^e
观察组	治疗前	37.85 ± 1.42	37.13 ± 1.53	1.15 ± 0.34
	治疗后	52.46 ± 1.59 ^{cd}	25.18 ± 1.53 ^{cd}	1.80 ± 0.32 ^{cd}

与同组治疗前比较，^c $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^d $P < 0.05$

2.3 两组患者治疗前后血清免疫球蛋白水平比较

治疗前，两组患者血清免疫球蛋白水平比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后，两组患者 IgA、IgM 水平均高于治疗前，IgG 水平均高于治疗前，且观察组 IgA、IgM 水平均高于对照组，IgG 水平高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血清免疫球蛋白水平比较
($n = 33, \bar{x} \pm s, \text{g} \cdot \text{L}^{-1}$)

组别	时间	IgA	IgG	IgM
对照组	治疗前	1.67 ± 0.54	8.45 ± 1.83	1.69 ± 0.23
	治疗后	1.63 ± 0.54 ^e	9.55 ± 1.73 ^e	1.65 ± 0.20 ^e
观察组	治疗前	1.66 ± 0.53	8.44 ± 1.80	1.70 ± 0.23
	治疗后	1.28 ± 0.53 ^{ef}	11.17 ± 1.67 ^{ef}	1.50 ± 0.21 ^{ef}

与同组治疗前比较，^e $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^f $P < 0.05$
注：Ig—免疫球蛋白

3 讨论

过敏性紫癜属于儿童常见免疫性疾病，临床尚未对该病发病机制做出准确解释，可能与体液及细胞免疫异常、炎症因子以及凝血功能等存在关联，当前临床尚无治疗该病的特效药物，主要采用综合治疗方式^[4]。

西咪替丁属于临床常用 H2 受体拮抗剂，能够有效抑制组胺、乙酰胆碱以及胃泌素等，还可对胃酸分泌发挥诱导作用，能够通过抑制 T 淋巴细胞上 H2 受体使 T 细胞功能得到有效抑制，通过使 T 淋巴细胞转化率得到提高的方式调节机体免疫功能，还可有效抑制组胺分泌，增加毛细血管通透性，减轻出血以及水肿等不良反应^[5]。作为临床常用具有生物活性的脂溶性类固醇衍生物，维生素 D 属于体内激素重要前体物质，能够对钙磷代谢发挥调节作用，同时还兼具免疫功能调节作用，在过敏性紫癜等病症治疗中均可取得确切疗效^[6]。

CD4⁺/CD8⁺ 水平可对机体免疫状态做出准确反映，CD4⁺/CD8⁺ 水平提高表明患者免疫状态获得改善。TNF-α、IL-6 及 IL-8 为调节细胞免疫的重要细胞因子，在过敏性紫癜发病过程中发挥着重要作用，TNF-α、IL-6 及 IL-8 等水平明显下降表明患儿病情缓解。IgM 属于体液免疫应答中的早期抗体，发病早期水平有所升高，经有效治疗后水平下降，IgG 形成过多免疫物质，从而出现水平升高现象。观察组 IgA、IgM 水平低于对照组，IgG 水平高于对照组，表明治疗后体液免疫紊乱获得一定程度的改善，治疗后细胞免疫以及体液免疫紊乱均获得改善，因而 IgA 水平下降。

综上所述，为过敏性紫癜患儿提供维生素 D 与西咪替丁联合治疗对于促进细胞免疫功能改善有重要价值，能够使机体对抗病菌的能力得到显著提高，可提升临床疗效。

〔参考文献〕

- (1) 路士宝. 联用西咪替丁和潘生丁治疗小儿过敏性紫癜的效果探析 (J). 当代医药论丛, 2016, 14(24): 91-92.
- (2) 袁胜男. 小儿过敏性紫癜应用西咪替丁+双嘧达莫片治疗的可行性研究 (J). 首都食品与医药, 2020, 27(9): 90.
- (3) 江载芳, 申昆玲, 沈颖. 诸福棠实用儿科学 (M). 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
- (4) 邱碧波, 黄彩芝, 莫丽亚. 过敏性紫癜患儿血清 25 羟维生素 D 水平变化及临床意义 (J). 实用预防医学, 2019, 26(12): 1528-1530.
- (5) 李春英. 复方甘草酸苷联合西咪替丁治疗儿童过敏性紫癜的效果 (J). 中国民康医学, 2020, 32(11): 84-85.
- (6) 李飞, 洪春香. 血清胱抑素 C 与血清 25 羟维生素 D 对诊断儿童过敏性紫癜早期肾损害的临床价值 (J). 中国现代医生, 2019, 57(33): 12-14, 18.