

〔文章编号〕 1007-0893(2021)05-0155-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.05.069

# 哌拉西林舒巴坦钠、枸地氯雷他定联合孟鲁司特钠 对小儿鼻窦炎并发 UACS 的影响

黄丹 刘新华 徐望贤

(龙川县人民医院, 广东 龙川 517300)

〔摘要〕 目的: 探究枸地氯雷他定联合孟鲁司特钠对小儿鼻窦炎并发上气道咳嗽综合征(UACS)的应用疗效。方法: 选取2019年1月至2020年10月期间在龙川县人民医院接受治疗的鼻窦炎并发UACS患儿100例,采用随机数表法分为观察组( $n=48$ )和对照组( $n=52$ )。其中观察组患儿采用常规抗感染及枸地氯雷他定联合孟鲁司特钠治疗,对照组患儿仅采用常规抗感染治疗。观察两组的治疗效果以及恢复情况。结果: 观察组患儿治疗总有效率为97.92%,高于对照组的85.42%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组患儿咳嗽消失时间、实际用药时间均短于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 枸地氯雷他定联合孟鲁司特钠较单纯抗感染常规治疗小儿鼻窦炎并发UACS的疗效更好,能够更快缓解症状。

〔关键词〕 鼻窦炎; 上气道咳嗽综合征; 枸地氯雷他定; 孟鲁司特钠; 儿童

〔中图分类号〕 R 765.4<sup>+1</sup> 〔文献标识码〕 B

小儿鼻窦炎是一种常见的鼻-鼻窦黏膜炎症,患儿常伴有咳嗽、流涕、面部疼痛、鼻黏膜肿胀等症状<sup>[1-2]</sup>,同时鼻窦炎等上气道疾病易引起以咳嗽为主要临床表现的综合征——上气道咳嗽综合征(upper airway cough syndrome, UACS)<sup>[3-4]</sup>。小儿鼻窦炎并发UACS患儿症状更为严重,病因复杂,仅行常规抗感染治疗预后不佳,咳嗽延期不愈严重影响患儿身体、智力发育以及生活质量<sup>[5]</sup>,采取及时、有效的治疗措施对于患儿的健康发展十分重要。研究表明,枸地氯雷他定片属于抗组胺药,是临床中常用的抗过敏药物;白三烯受体拮抗剂——孟鲁司特钠咀嚼片能够有效改善气道炎症,显著控制哮喘,两种药物联合使用对于上气道疾病具有很好的疗效<sup>[6]</sup>。本研究对小儿鼻窦炎并发UACS患儿行枸地氯雷他定联合孟鲁司特钠治疗,观察其应用效果,为临床提供参考。

## 1 对象与方法

### 1.1 一般资料

选取2019年1月至2020年10月期间在本院接受治疗的鼻窦炎并发UACS患儿100例,采用随机数表法分为观察组( $n=48$ )和对照组( $n=52$ )。观察组21例男性患儿,27例女性患儿;年龄3~10岁,平均年龄( $6.64 \pm 2.00$ )岁;病程1.0~4.0个月,平均病程( $2.10 \pm 0.70$ )个月。对照组25例男性患儿,27例女性患儿;年龄3~10岁,平均年龄( $7.00 \pm 1.90$ )岁;病程1.0~3.8个月,平均病程( $2.00 \pm 0.91$ )个月。两组患儿一般资料比较,差异均无统计学意义

( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 病例选择标准

1.2.1 纳入标准 (1)患者符合鼻窦炎诊断标准<sup>[7]</sup>,鼻内镜可见鼻中膜、嗅沟内存在黏液,黏膜充血,不伴鼻息肉;存在流涕、鼻塞、面颊疼痛等症状;(2)患者符合上气道咳嗽综合征诊断标准<sup>[8]</sup>:患者咳嗽时间大于8周,鼻黏膜水肿苍白、咽后壁黏膜水肿充血,且伴有淋巴滤泡增生;(3)患儿对本研究任一药品成分均不存在过敏现象;(4)患儿监护人对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1)患儿合并有肺结核、哮喘、支气管炎等疾病;(2)患儿在本研究前接受过其他治疗;(3)不能完全配合治疗的患儿;(4)患儿合并有自身免疫疾病。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 给予哌拉西林舒巴坦钠(湘北威尔曼制药股份有限公司,国药准字H20084504)每次75~150 mg·kg<sup>-1</sup>,2次·d<sup>-1</sup>,连续治疗2周。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予枸地氯雷他定、孟鲁司特钠联合治疗。在哌拉西林舒巴坦钠服用方法与对照组一致,口服孟鲁司特钠咀嚼片(鲁南贝特制药有限公司,国药准字H20083330),2~4岁,4 mg·次<sup>-1</sup>,1次·d<sup>-1</sup>;5~10岁,5 mg·次<sup>-1</sup>,1次·d<sup>-1</sup>;同时口服枸地氯雷他定片(扬子江药业集团广州海瑞药业有限公司,国药准字H20090138),体质量在30 kg以下的患儿,5.0 mg·次<sup>-1</sup>,1次·d<sup>-1</sup>;30 kg以上患儿,10.0 mg·次<sup>-1</sup>,1次·d<sup>-1</sup>,连续

〔收稿日期〕 2020-12-21

〔作者简介〕 黄丹,女,主治医师,主要从事儿科工作。

治疗 2 周。

#### 1.4 观察指标

(1) 治疗 2 周后, 检测两组患儿的治疗疗效。痊愈: 临床症状完全消失, 无咳嗽、分泌物和鼻腔内黏液附着感; 显效: 患儿咳嗽频率下降 > 85%, 可见少许脓性分泌物; 有效: 85% ≥ 患儿咳嗽频率下降 > 50%, 且分泌物显著减少; 无效: 患儿咳嗽频率下降不足 50% 或有恶化现象、仍见大量分泌物, 总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

(2) 观察记录两组患儿咳嗽消失时间和实际用药时间。

#### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 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  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患儿治疗总有效率比较

观察组患儿治疗总有效率为 97.92%, 高于对照组的 85.42%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患儿治疗总有效率比较 (n(%))

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	52	5(10.42)	17(35.42)	19(39.58)	11(22.92)	41(85.42)
观察组	48	8(16.67)	19(39.58)	20(41.47)	1(2.08)	47(97.92) <sup>a</sup>

与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$

### 2.2 两组患儿恢复情况比较

观察组患儿咳嗽消失时间、实际用药时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患儿恢复情况比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	n	咳嗽消失时间	实际用药时间
对照组	52	9.00 ± 2.47	12.00 ± 3.19
观察组	48	6.00 ± 1.94 <sup>b</sup>	7.85 ± 1.66 <sup>b</sup>

与对照组比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

鼻窦炎、变应性鼻炎等易并发 UACS<sup>[9]</sup>, 这是因为当机体鼻黏膜出现炎症时, 致敏淋巴细胞遍布于鼻腔、下气道和血液循环中, 从而产生气道高反应, 患儿再次受到刺激时产生鼻肺反应而咳嗽; 同时炎症也会降低呼吸道对空气的处理能力, 神经系统的咳嗽反射增加即敏感性增强。常规治疗(抗感染、鼻腔冲洗治疗)也有一定疗效, 但因患儿机体抵抗力较弱, 治疗后易反复发作难以根治<sup>[10]</sup>。有研究证明, 枸地氯雷他定片、孟鲁司特钠咀嚼片联合治疗 UACS 具有很好的疗效, 快速控制咳嗽<sup>[11]</sup>。

本研究对小儿鼻窦炎并发 UACS 患儿行抗组胺药联合白三烯受体拮抗剂治疗, 即枸地氯雷他定片、孟鲁司特钠咀嚼片联合治疗, 结果显示观察组患儿的总治愈率为 97.92%, 对照组为 85.42%, 两组比较, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),

说明两者均具有一定的疗效, 但前者效果更佳。哌拉西林舒巴坦钠是、由哌拉西林钠、舒巴坦钠合成的复方剂, 具有广谱抗菌作用, 临床中广泛用于支气管炎、肺炎、泌尿系统感染等多种疾病。哌拉西林钠是青霉素类抗菌药物, 可以破坏细菌细胞壁, 舒巴坦钠是  $\beta$ -内酰胺酶抑制剂, 能够灭活大部分的革兰菌, 两种药物协同作用对于小儿鼻窦炎并发 UACS 治疗疗效更好。枸地氯雷他定片是全身用抗组胺药, 临床中常用于治疗过敏性鼻炎、特发性荨麻疹等症, 是一种常见的抗过敏药。通过抑制机体内组胺传递、血管活性肽、P 物质活性来减少炎症细胞的移动, 从而有效抑制皮肤的变态反应<sup>[12-13]</sup>。同时, 孟鲁司特钠咀嚼片是一种白三烯受体拮抗剂, 能够抑制半胱氨酰酸白三烯活性。半胱氨酰酸白三烯促进肥大细胞、嗜酸性细胞的释放、还能参与气道重建, 是一种强效的炎症介质, 而孟鲁司特钠能够抑制半胱氨酰酸白三烯与其受体细胞结合, 从而缓解小儿鼻窦炎并发 UACS 患儿血管通透性增加、支气管痉挛等症状<sup>[14-15]</sup>。以上两种药物联合使用, 相辅相成, 提高疗效, 观察组患儿咳嗽消失时间、实际用药时间较短也证实联合治疗效率更高。

综上所述, 哌拉西林舒巴坦钠、枸地氯雷他定、孟鲁司特钠联合治疗小儿鼻窦炎并发 UACS, 具有较好的治疗效果, 能快速缓解患儿咳嗽症状, 应用效果优于单行常规抗感染治疗。

### [参考文献]

- (1) 马淑巍, 方旭华, 陈洁. 超声雾化及鼻窦负压置换联合药物治疗小儿慢性鼻窦炎的临床价值研究 (J). 临床和实验医学杂志, 2019, 18(14): 1567-1568.
- (2) 杨京敏, 孟详涛, 杨霄, 等. 欧龙马滴剂治疗儿童鼻-鼻窦炎的疗效及对炎症因子的影响 (J). 中华全科医学, 2018, 16(4): 586-588, 592.
- (3) 王玲玲, 王松, 张华. 苏黄止咳胶囊辅助治疗变应性鼻炎合并 UACS 的疗效观察 (J). 新疆医科大学学报, 2018, 41(6): 680-682.
- (4) 冯硕, 崔德成. 自拟通窍止咳汤治疗儿童 UACS 疗效观察 (J). 现代中西医结合杂志, 2020, 29(11): 1215-1218.
- (5) 苏玉洁, 张建华. 儿童 UACS 病因构成 (J). 河北医药, 2018, 40(11): 18-21.
- (6) 刘姝, 王瑶. 西替利嗪联合孟鲁司特钠用于小儿 UACS 治疗的效果分析 (J). 当代医学, 2020, 26(17): 94-96.
- (7) 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南 (2008 年, 南昌) (J). 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(1): 6-7.
- (8) 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南 (2009 版) (J). 中华结核与呼吸杂志, 2009, 32(6): 407-413.
- (9) 刘磊, 岳国龙, 何成诗, 等. 加味半夏厚朴汤治疗痰湿型 UACS 临床观察 (J). 四川中医, 2020, 38(4): 98-101.
- (10) 兰晓敏, 程燕. 中西医结合治疗儿童 UACS 疗效的 Meta 分析 (J). 天津中医药大学学报, 2018, 37(3): 216-220.
- (11) 凌晓颖, 袁斌. 袁斌治疗儿童 UACS (J). 长春中医药大学学报, 2018, 34(3): 61-64.
- (12) 廖骏华, 杨华英, 张良. 左西替利嗪联合孟鲁司特治疗

- 儿童慢性特发性荨麻疹的疗效观察 (J). 蚌埠医学院学报, 2017, 42(9): 77-80.
- (13) 王雅琴. 孟鲁司特钠联合盐酸西替利嗪口服溶液治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床研究 (J). 中国药物与临床, 2019, 19(10): 1652-1654.
- (14) 彭佩玉, 赵莎莎, 梁珊. 孟鲁司特钠联合盐酸西替利嗪治疗咳嗽变异性哮喘患儿临床观察 (J). 实用临床医药杂志, 2020, 24(7): 47-49.
- (15) 李静珊, 孙佳, 李忠亮. 孟鲁司特钠联合丙卡特罗治疗慢性咳嗽的疗效及对患儿肺功能及血清 IL-4, TNF- $\alpha$ , Ig E 及 EOS 水平的影响 (J). 海南医学, 2020, 31(11): 1401-1404.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)05-0157-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.05.070

# 吲哚布芬治疗冠心病不稳定型心绞痛的临床疗效

姜威锋 张祎琳 宋俊钢

(开封市人民医院, 河南 开封 475000)

〔摘要〕 **目的:** 研究吲哚布芬治疗冠心病不稳定型心绞痛的临床效果。**方法:** 选取开封市人民医院 2018 年 5 月至 2020 年 5 月期间收治的 100 例冠心病不稳定型心绞痛患者。随机分为对照组和观察组, 各 50 例。患者收治入院后先进行阿司匹林和氯吡格雷双联抗血小板治疗 12 周稳定病情后, 对照组接受阿司匹林肠溶片治疗, 观察组接受吲哚布芬治疗, 比较两组患者在接受治疗后的临床效果, 两组接受治疗后症状持续时间和发生次数比较, 及胃肠道反应、消化道出血比较。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为 88.00%, 高于对照组的 66.00%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者的心绞痛持续时间、心绞痛出现次数均优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者的胃肠道反应发生率、消化道出血率均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 吲哚布芬在治疗冠心病不稳定型心绞痛上有明显的优势, 能有效缩短短病症持续时间, 减少病症的发生次数, 临床效果也更明显, 安全性更高。

〔关键词〕 冠心病; 不稳定型心绞痛; 吲哚布芬; 阿司匹林

〔中图分类号〕 R 541 [文献标识码] B

当发生动脉粥样硬化就会导致动脉狭窄或是阻塞, 血液无法到达患病部位, 导致心肌缺血和缺氧, 这样就会出现胸痛, 胸闷等症状。冠心病多发于中老年人, 一般男性发病早于女性。据统计目前冠心病的患病率和死亡率都还在逐年上升, 并且其特点是随着年龄增长, 患病的概率会越高<sup>[1]</sup>。冠心病的发病原因主要是遗传和年龄因素, 随着年龄的增长, 血管内的沉淀物会在动脉壁堆积, 慢慢阻塞动脉。除了不可控的因素, 糖尿病, 高血压, 血脂异常, 肥胖, 吸烟等也是引起冠心病发作的重要原因, 所以对于此类病症的控制一定要从源头着手, 这样才能有效防止病症的发作<sup>[2-4]</sup>。而对于冠心病引起的不稳定心绞痛的治疗, 临床上一般会使用到阿司匹林肠溶片和吲哚布芬。笔者研究吲哚布芬治疗冠心病不稳定型心绞痛的临床效果, 报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院 2018 年 5 月至 2020 年 5 月期间收治的 100 例冠心病不稳定型心绞痛患者。随机分为对照组和观察组, 各

50 例。其中对照组男 22 例, 女 28 例; 年龄 41.5~69.4 岁, 平均年龄 ( $49.8 \pm 5.2$ ) 岁; 病程 1.3~6.8 年, 平均病程 ( $4.3 \pm 1.6$ ) 年。观察组男 23 例, 女 27 例; 年龄 39.2~70.1 岁, 平均年龄 ( $50.2 \pm 5.5$ ) 岁; 病程 1.0~7.1 年, 平均病程 ( $4.5 \pm 1.5$ ) 年。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 所有的患者都经过冠状动脉造影检查, 确诊为冠心病不稳定型心绞痛<sup>[5]</sup>; 所有患者均对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 患有其他疾病; 对本研究药物过敏; 无法配合本研究。

### 1.3 方法

在患者收治入院后, 指导患者静卧休息。患者初入院时身体状况急需稳定, 需联合使用阿司匹林肠溶片和氯吡格雷双联抗血小板治疗 12 周稳定病情后再进行分别用药, 减少药物副作用对患者身体影响。

1.3.1 对照组 给予阿司匹林肠溶片 (华东医药 (西安)

〔收稿日期〕 2020-12-05

〔作者简介〕 姜威锋, 男, 副主任医师, 主要从事心血管内科工作。