

[文章编号] 1007-0893(2023)17-0116-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.17.036

地氯雷他定联合孟鲁司特钠治疗 小儿支气管炎的临床效果

黄秋月 陈晓东 蔡小明

(中山市三乡医院, 广东 中山 528463)

[摘要] 目的: 探究小儿支气管炎治疗上运用地氯雷他定联合孟鲁司特钠的临床效果与安全性。方法: 选取中山市三乡医院 2021 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 74 例支气管炎患儿, 采用随机数表法分为对照组和观察组, 各 37 例。对照组采用孟鲁司特钠治疗, 观察组采用地氯雷他定联合孟鲁司特钠治疗。比较两组患儿临床症状消退时间、血清炎症因子水平、血常规指标、血清免疫球蛋白 (Ig) 水平和不良反应发生率。结果: 观察组患儿咳嗽、喘息、肺啰音、哮鸣音消退时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组患儿血清 C 反应蛋白、白细胞介素-6、降钙素原水平均低于治疗前, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组患儿嗜酸性粒细胞计数、白细胞计数均低于治疗前, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组患儿血清 IgA、IgG、IgM 水平均高于治疗前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患儿不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 在小儿支气管炎的治疗上, 地氯雷他定联合孟鲁司特钠有较好的治疗效果, 可在更短时间内改善病症, 减轻机体的炎症反应, 提高免疫功能, 且不良反应发生少, 安全性高。

[关键词] 支气管炎; 地氯雷他定; 孟鲁司特钠; 儿童

[中图分类号] R 725.6 **[文献标识码]** B

小儿支气管炎是儿科临床上发生率较高的呼吸系统疾病, 主要是因细菌感染、病毒感染所致的气道炎症反应, 以 2 岁以下的婴幼儿为主要患病人群。小儿支气管炎伴有喘息、咳嗽、肺啰音、哮鸣音、发热、支气管分泌物异常增多等症状, 并且患儿的年龄小, 呼吸道系统功能发育尚未完善, 加上患儿的呼吸道相对狭窄, 其自身缺乏咳嗽并主动排痰的能力, 当痰液长时间聚集在肺部和咽喉处, 会导致其病症无法得到有效缓解, 甚至会导致患儿的病情呈现进行性加重的情况, 对其身体健康造成不良影响, 同时也会阻碍患儿的生长发育^[1-3]。孟鲁司特钠是治疗小儿支气管炎的常用药物, 能够对细胞因子和炎症介质起到抑制性作用, 可在一定程度上提高治疗效果, 但是单独使用孟鲁司特钠治疗难以获得理想的治疗效果, 需要联合使用其他药物进行治疗。地氯雷他定是长效三环类抗组胺类药物, 能够对嗜碱性粒细胞产生阻断性作用, 减少炎症细胞因子的释放, 提高支气管的扩张效果, 对相关症状和黏膜水肿起到了调节作用。目前临床上关于孟鲁司特钠与地氯雷他定联合治疗小儿支气管炎的相关研究相对较少, 因此本研究特选取 74 例支气管炎患儿展开研究, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取中山市三乡医院 2021 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 74 例支气管炎患儿, 采用随机数表法分为对照组和观察组, 各 37 例。对照组患儿男性 16 例, 女性 21 例; 年龄 2.0~8.0 岁, 平均 (4.22 ± 0.31) 岁; 病程 2.0~8.0 d, 平均 (4.26 ± 0.27) d。观察组患儿男性 14 例, 女性 23 例; 年龄 2.5~8.0 岁, 平均 (4.27 ± 0.30) 岁; 病程 2.5~8.0 d, 平均 (4.28 ± 0.25) d。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 患儿均接受影像学检查和实验室检查, 明确诊断为支气管炎^[4]; (2) 所有患儿均伴有不同程度的喘息、咳嗽、发热等症状; (3) 患儿相关基础资料、诊断信息和治疗信息及病例完整; (4) 患儿家属知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 患有先天性心脏病; (2) 对本研究中所使用的治疗药物有明确过敏史, 或用药前接受药敏试验, 提示有过敏反应; (3) 同时合并呼吸衰竭、心力衰竭; (4) 家属对本研究的过程存在异议, 中途

[收稿日期] 2023-07-07

[作者简介] 黄秋月, 女, 副主任医师, 主要研究方向是儿科各疾病的诊断和治疗。

退出研究。

1.3 方法

1.3.1 对照组 入院后予以常规对症治疗，包括平喘、止咳、退烧、抗感染和抗病毒等措施。给予患儿孟鲁司特钠片（石药集团欧意药业有限公司，国药准字 H20203047）口服。具体的服药方法：2~5 岁患儿的给药剂量是每日 1 次，每次 4 mg，于睡前口服；6~8 岁患儿的给药剂量是每日 1 次，每次 5 mg，于睡前口服。治疗时间为 1 周。

1.3.2 观察组 在对照组基础上增加使用地氯雷他定片（海南普利制药股份有限公司，国药准字 H20041111）口服治疗。给药方法是：6~8 岁患儿的给药剂量是每日 1 次，每次 2.5 mg；2~5 岁患儿的给药剂量是每日 1 次，每次 1.25 mg。治疗时间为 1 周。

1.4 观察指标

本研究的观察指标主要包括 5 项，分别是临床症状消退时间、血清炎症因子水平、血常规指标、血清免疫球蛋白（immunoglobulin, Ig）水平和不良反应发生率。

1.4.1 临床症状消退时间 记录并比较两组患儿的咳嗽、喘息、肺啰音、哮鸣音症状消退时间。

1.4.2 血清炎症因子水平 于治疗前和治疗后对两组患儿进行血清炎症因子检测，包括 C 反应蛋白、白细胞介素-6、降钙素原，抽取两组患儿 3 mL 清晨空腹血，离心后取上层清液，使用酶联免疫吸附法进行测定。

1.4.3 血常规指标 对治疗前和治疗后两组患儿的血常规进行测定，统计两组患儿的嗜酸性粒细胞计数、白细胞计数检测结果，使用全自动血液分析仪作为测定工具。

1.4.4 血清 Ig 水平 测定治疗前和治疗后两组患儿的 IgA、IgG、IgM 指标，抽取患儿 3 mL 清晨空腹血，离心后取上层清液，使用全自动血酶分析仪作为测定工具。

1.4.5 不良反应 统计两组患儿的不良反应发生情况，主要有面色潮红、乏力、嗜睡等。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 27.0 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。

2 结果

2.1 两组患儿临床症状消退时间比较

观察组患儿咳嗽、喘息、肺啰音、哮鸣音消退时间均短于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患儿临床症状消退时间比较（*n* = 37, $\bar{x} \pm s$, d）

| 组别 | 咳嗽消退 | 喘息消退 | 肺啰音消退 | 哮鸣音消退 |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 对照组 | 3.68 ± 0.24 | 6.31 ± 0.15 | 6.63 ± 0.37 | 6.55 ± 0.79 |
| 观察组 | 2.01 ± 0.26 ^a | 3.95 ± 0.26 ^a | 4.12 ± 0.26 ^a | 4.25 ± 0.38 ^a |

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患儿治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗后，两组患儿血清 C 反应蛋白、白细胞介素-6、降钙素原水平均低于治疗前，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患儿治疗前后血清炎症因子水平比较（*n* = 37, $\bar{x} \pm s$ ）

| 组别 | 时间 | C 反应蛋白 /mg · L ⁻¹ | 白细胞介素-6 /ng · L ⁻¹ | 降钙素原 /μg · L ⁻¹ |
|-----|-----|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 54.48 ± 3.59 | 31.18 ± 2.60 | 12.28 ± 1.34 |
| | 治疗后 | 13.34 ± 1.94 ^b | 16.59 ± 1.87 ^b | 8.54 ± 1.19 ^b |
| 观察组 | 治疗前 | 54.26 ± 3.23 | 31.15 ± 2.29 | 12.16 ± 1.30 |
| | 治疗后 | 5.52 ± 1.08 ^{bc} | 6.26 ± 1.34 ^{bc} | 5.25 ± 0.28 ^{bc} |

注：与同组治疗前比较，^b*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.3 两组患儿治疗前后血常规指标比较

治疗后，两组患儿嗜酸性粒细胞计数、白细胞计数均低于治疗前，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患儿治疗前后血常规指标比较

（*n* = 37, $\bar{x} \pm s$, ×10⁹ · L⁻¹）

| 组别 | 时间 | 嗜酸性粒细胞计数 | 白细胞计数 |
|-----|-----|---------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 0.67 ± 0.13 | 17.86 ± 2.24 |
| | 治疗后 | 0.45 ± 0.10 ^d | 11.41 ± 1.29 ^d |
| 观察组 | 治疗前 | 0.65 ± 0.12 | 17.85 ± 2.26 |
| | 治疗后 | 0.19 ± 0.09 ^{de} | 4.96 ± 1.03 ^{de} |

注：与同组治疗前比较，^d*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^e*P* < 0.05。

2.4 两组患儿治疗前后血清 Ig 水平比较

治疗后，两组患儿血清 IgA、IgG、IgM 水平均高于治疗前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 4。

表 4 两组患儿治疗前后血清 Ig 水平比较（*n* = 37, $\bar{x} \pm s$, g · L⁻¹）

| 组别 | 时间 | IgA | IgG | IgM |
|-----|-----|---------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 0.70 ± 0.14 | 5.48 ± 0.31 | 0.76 ± 0.31 |
| | 治疗后 | 1.96 ± 0.25 ^f | 9.14 ± 1.55 ^f | 1.02 ± 0.17 ^f |
| 观察组 | 治疗前 | 0.68 ± 0.12 | 5.45 ± 0.28 | 0.78 ± 0.26 |
| | 治疗后 | 3.85 ± 0.34 ^{fg} | 14.95 ± 1.34 ^{fg} | 2.01 ± 0.28 ^{fg} |

注：Ig—免疫球蛋白。

与同组治疗前比较，^f*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^g*P* < 0.05。

2.5 两组患儿不良反应发生率比较

两组患儿不良反应发生率比较，差异无统计学意义

($P > 0.05$)，见表 5。

表 5 两组患儿不良反应发生率比较 [$n = 37, n(\%)$]

| 组别 | 乏力 | 面色潮红 | 嗜睡 | 总发生 |
|-----|---------|---------|---------|----------|
| 对照组 | 1(2.70) | 1(2.70) | 2(5.41) | 4(10.81) |
| 观察组 | 1(2.70) | 1(2.70) | 1(2.70) | 3(8.10) |

3 讨论

小儿支气管炎在临床上具有较高的发生率，目前临床上主要采取药物治疗，而不同的治疗药物、不同的给药方案在临床疗效以及安全性方面均存在一定的差异性，选择一种兼具有效性和安全性的治疗药物极为重要^[5-8]。孟鲁司特钠是临床上用于治疗小儿支气管炎的常用药物，作为白三烯受体拮抗剂的一种，孟鲁司特钠能够降低毛细支气管的通透性，对毛细支气管平滑肌的收缩起到抑制性作用，从而减轻气道的炎症反应^[9-12]。采用孟鲁司特钠片治疗，可以最大程度上减少哮喘发作，给药后能够在短时间内改善患儿的喘憋和咳嗽等症状。地氯雷他定是第三代抗组胺类药物，尤其是可以调节和控制嗜碱性粒细胞、嗜酸性粒细胞，能够对组胺、白三烯等炎症介质的释放与活化产生阻断性作用，进而达到控制机体的炎症反应的效果^[13-15]。本研究将单用孟鲁司特钠、孟鲁司特钠联合地氯雷他定两种给药方案在小儿支气管炎治疗上的应用效果进行比较，经比较发现，观察组患儿咳嗽、喘息、肺啰音、哮鸣音消退时间均短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后，两组患儿血清 C 反应蛋白、白细胞介素-6、降钙素原水平均低于治疗前，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后，两组患儿嗜酸性粒细胞计数、白细胞计数均低于治疗前，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后，两组患儿血清 IgA、IgG、IgM 水平均高于治疗前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；提示联合用药治疗后患儿的免疫功能、血常规和炎症因子指标均有显著性改善，表明联合用药治疗的效果更显著，可以在更短时间内消退患儿的病症。本研究结果显示，两组患儿不良反应发生率比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，提示联合用药并不会增加不良反应的发生，安全性高。

综上所述，在小儿支气管炎的治疗上，地氯雷他定联合孟鲁司特钠有较好的治疗效果，可在更短时间内改善病症，减轻机体的炎症反应，提高免疫功能，且不良反应发生少，安全性高。

【参考文献】

- [1] 赵萌, 王丹凤. 人干扰素 $\alpha 2b$ 联合孟鲁司特钠治疗小儿支气管炎的效果及对 miR-21、FOXP3 表达水平的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8 (2): 64-66.
- [2] 曲新栋, 吕艳. 孟鲁司特钠联合酮替芬治疗小儿喘息性支气管炎的疗效分析 [J]. 中国实用医药, 2023, 18 (3): 36-39.
- [3] 陈海龙, 温才旺, 凌曦. 孟鲁司特钠、地氯雷他定联合治疗对小儿毛细支气管炎 WBC、IgG、IgA 的影响 [J]. 吉林医学, 2023, 44 (2): 451-454.
- [4] 沈晓明, 桂永浩. 临床儿科学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [5] 李玉霞, 胡迎丽. 金振口服液联合孟鲁司特钠治疗小儿支气管炎伴慢性咳嗽的临床疗效 [J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15 (9): 147-149.
- [6] 马野艳. 孟鲁司特钠对小儿喘息性支气管炎的临床治疗效果观察 [J]. 中国实用医药, 2021, 16 (6): 13-15.
- [7] 魏锦华, 杨韵文. 酮替芬联合孟鲁司特钠治疗小儿支气管炎的疗效及不良反应评价 [J]. 北方药学, 2021, 18 (5): 185-186.
- [8] 房红娟, 童仁香, 姚超, 等. 喜炎平注射液联合孟鲁司特钠治疗小儿急性支气管炎的疗效及对炎症细胞因子和细胞免疫功能的影响 [J]. 现代生物医学进展, 2023, 23 (10): 1979-1982.
- [9] 王登峰, 吴少莲, 孔卫乾, 等. 孟鲁司特钠治疗小儿呼吸道合胞病毒感染毛细支气管炎的疗效 [J]. 临床医学, 2021, 41 (2): 108-109.
- [10] 文锐光. 孟鲁司特钠辅助阿奇霉素治疗小儿喘息性支气管炎的效果 [J]. 中国现代药物应用, 2020, 14 (5): 152-154.
- [11] 李俊霞. 布地奈德联合孟鲁司特钠治疗小儿喘息性支气管炎的临床价值 [J]. 数理医药学杂志, 2020, 33 (11): 1701-1702.
- [12] 孙科佳, 马姝丽. 小儿肺咳颗粒联合孟鲁司特钠治疗小儿慢性喘息性支气管炎临床研究 [J]. 亚太传统医药, 2020, 16 (5): 118-120.
- [13] 付茂平, 汪小兵, 王宏. 地氯雷他定联合孟鲁司特钠治疗小儿支气管炎临床症状的改善分析 [J]. 黑龙江医药科学, 2023, 46 (1): 142-143, 146.
- [14] 赵利娟, 马敏, 王学增. 干扰素 $\alpha 1b$ 联合孟鲁司特钠治疗小儿嗜酸性粒细胞性支气管炎的疗效及对氧化应激反应、外周血 FOXP3mRNA 水平的影响 [J]. 检验医学与临床, 2023, 20 (6): 729-731, 735.
- [15] 蒋训楠. 孟鲁司特钠联合小青龙汤治疗小儿喘息性支气管炎合并变应性鼻炎的效果观察 [J]. 微量元素与健康研究, 2021, 38 (5): 89-90.