

示,在 HSPN 的发病中,外周血淋巴细胞的异常起到重要作用,其中 CD4⁺ 细胞为免疫系统受到严重损害的标记物,且细胞数量减少程度与免疫功能受到损害程度呈正相关;CD8⁺ 细胞可分泌多种细胞因子促进细胞免疫效应,亦能够通过释放颗粒酶或 FasL/Fas 通路诱导细胞凋亡。研究组 CD3⁺、CD8⁺ 水平相较于对照组明显偏低,CD4⁺ 明显偏高,说明匹多莫德联合泼尼松能够明显增加 HSPN 患儿自身免疫能力。综上所述,匹多莫德联合泼尼松可有效改善 HSPN 患儿症状及免疫状态,疗效显著。

参考文献

[1]施学文,陈娟,殷铭东.糖皮质激素在腹型紫癜中的应用时机及方法探讨[J].临床儿科杂志,2015,33(4):352-356
[2]赵力芳,贾鲲鹏.孟鲁司特钠联合匹多莫德片治疗小儿过敏性紫癜的临床效果[J].实用临床医药杂志,2016,20(1):133-134,140

[3]杨帆,蒋小云.儿童激素敏感、复发 / 依赖肾病综合征诊治循证指南 (2016)解读[J].中华儿科杂志,2017,55(10):738-742
[4]江玉梅.血尿康联合低分子肝素钙治疗小儿邪毒阻络型过敏性紫癜性肾炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(32):3548-3550,3622
[5]温丽,房倩,刘淑荣,等.低分子肝素联合小剂量糖皮质激素预防儿童过敏性紫癜肾损害的疗效观察[J].河北医药,2018,8(1):114-116
[6]翁维维,赵颖玲,翁志媛,等.吗替麦考酚酯联合激素治疗重症紫癜性肾炎的效果[J].广东医学,2018,39(8):1232-1235
[7]黄英姿,唐铭,余文洪,等.外周血淋巴细胞亚群百分率的改变及其与成人 HSPN 病情进展的相关性研究[J].免疫学杂志,2018,34(11):984-988
[8]王恒东,顾教伟,王勇,等.复方甘草酸苷注射液联合他克莫司治疗过敏性紫癜肾炎的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(11):3021-3025
[9]谷蒙蒙.凉血消斑冲剂配合匹多莫德治疗风热伤络型过敏性紫癜性肾炎患儿疗效及对免疫功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(32):3552-3554,3558
[10]张晓蒙,李琳琳.犀角地黄汤联合匹多莫德治疗儿童过敏性紫癜效果及对免疫功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(35):3906-3908

(收稿日期: 2019-05-08)

鼻窦球囊扩张术在小儿慢性上颌窦炎治疗中的应用效果观察

张强

(河南省濮阳市第三人民医院耳鼻咽喉科 濮阳 457000)

摘要:目的:对比鼻窦球囊扩张术与鼻内镜下上颌窦开放术治疗小儿慢性上颌窦炎的临床疗效。方法:采用随机数字表法将 2014 年 1 月~2018 年 12 月收治的 72 例慢性上颌窦炎患儿分为 A、B 两组,各 36 例。A 组行鼻内镜下上颌窦开放术治疗,B 组行鼻窦球囊扩张术治疗。对比两组窦腔开放率,术前和术后 3 个月时的 Lund-Kennedy 评分和 SNOT-20 评分;统计两组治疗总有效率和术后并发症发生率。结果:两组窦腔开放率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);B 组术后 3 个月时的 SNOT-20 和 Lund-Kennedy 评分均低于 A 组($P<0.05$);B 组治疗总有效率 94.44%高于 A 组的 83.33%,但差异无统计学意义($P>0.05$);B 组术后并发症发生率 2.78%低于 A 组的 16.67%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:鼻窦球囊扩张术治疗慢性上颌窦炎患儿创伤较小,患儿术后并发症发生率较低。

关键词:慢性上颌窦炎;鼻窦球囊扩张术;鼻内镜下上颌窦开放术;并发症

中图分类号:R765.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.021

慢性上颌窦炎是一种儿童常见的鼻部疾病,发病原因较为复杂,患儿临床表现以头痛、鼻塞、流脓涕为主。该病久治不愈会严重影响患儿的学习、生活和生长发育。如何安全有效治疗小儿慢性上颌窦炎一直是耳鼻咽喉科医师研究的重点。虽然目前临床治疗小儿慢性上颌窦炎可供选择药物种类较多,如抗生素、糖皮质激素、黏液促排剂等,但这些药物的临床疗效并不理想,且小儿机体代谢能力发育尚不完全,长期用药极易引发多种不良反应,而停药后患儿病情又极易反复发作^[1]。因此,外科手术仍是临床治疗小儿慢性上颌窦炎的常用手段。鼻内镜下上颌窦开放术是目前临床治疗经药物治疗无效的慢性上颌窦炎的常用术式,其临床疗效备受耳鼻咽喉科医师认可,但该手术亦有明显不足,术中极易造成黏膜损伤^[2]。鼻窦球囊扩张术是一种新型、更加微创的鼻窦炎治疗手术,但目前关于鼻窦球囊扩张术治疗小儿慢性上颌窦炎的报道仍较少^[3]。本研究以 72 例

慢性上颌窦炎患儿为研究对象,对比鼻窦球囊扩张术与鼻内镜下上颌窦开放术治疗慢性上颌窦炎的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用随机数字表法将我院 2014 年 1 月~2018 年 12 月收治的 72 例慢性上颌窦炎患儿分为 A、B 两组,各 36 例。A 组男 20 例,女 16 例;年龄 5~14 岁,平均(9.23± 2.47)岁;病程 6~22 个月,平均(14.78± 4.16)个月;病变部位:右上颌窦 12 例,左上颌窦 9 例,双侧颌窦 15 例。B 组男 19 例,女 17 例;年龄 6~14 岁,平均(9.18± 2.38)岁;病程 7~21 个月,平均(14.78± 4.16)个月;病变部位:右上颌窦 12 例,左上颌窦 10 例,双侧颌窦 14 例。两组基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入标准 符合《慢性鼻 - 鼻窦炎诊断和治疗指南》中关于慢性上颌窦炎的临床诊断标准,经鼻内

镜检查确诊;规范性药物治疗后疗效不佳;患儿家属签署知情同意书。

1.3 排除标准 鼻窦广泛息肉;有鼻窦手术史;上颌窦解剖结构异常;纤毛运动障碍;纤维囊性病变;凝血功能、免疫功能异常;恶性肿瘤;严重内科疾病;精神障碍。

1.4 手术方法 A 组行鼻内镜下上颌窦开放术治疗:患者取仰卧位,头位抬高 15°~30°,气管插管全麻后使用 0.01%肾上腺素棉片收缩鼻黏膜。设备为 Olympus 公司鼻内镜系统,鼻腔钩突前下缘做切口,分离皮下组织后切除钩突,开放病变窦口,清除不可逆的病变组织,冲洗创面,确认无活动性出血后完成手术。B 组行鼻窦球囊扩张术:前期处理与 A 组一致,鼻内镜下探查上颌窦开口,并将 90°或 110°球囊引导导管放入钩突后下方,从上颌窦口经引导管将发光导丝置入窦腔内;将 7 mm×16 mm 的鼻窦球囊扩张管沿导丝导入,使球囊中部位于上颌窦自然口;加压(10 个大气压左右,最大不超过 14 个大气压)膨胀,维持 10 s 后释放压力,重复 2~3 次;上颌窦开放完毕后抽取球囊扩张导管和导丝,冲洗窦腔直至无脓性分泌物流出。两组术后均给予头孢类抗生素治疗 2 周,糖皮质激素类药物和黏液促排剂治疗 4 周。

1.5 观察指标 两组术后持续随访 3 个月,统计两

组窦腔开放率。采用 Lund-Kennedy 评分评估两组手术前后鼻黏膜形态;用鼻腔鼻窦结局测量 20 条(The Sino-nasal Outcome test-20, SNOT-20)评估两组手术前后的临床症状,评分越高表明患者症状越严重;根据临床症状和影像学检查结果评估两组治疗效果,显效:临床症状基本消失,鼻窦口开放良好,未见脓性分泌物;有效:临床症状明显改善,但仍有少量脓性分泌物,鼻黏膜颜色呈微红;无效:未达到上述标准或病情加重。统计两组治疗总有效率和术后并发症发生率。

1.6 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料以%表示,行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组窦口开放率比较 A 组 36 例患儿共有 41 个窦腔,术后开放 35 个,窦腔开放率为 85.37%;B 组 36 例患儿共有 40 个窦腔,术后开放 33 个,窦腔开放率为 82.50%。两组窦腔开放率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.123, P=0.725$)。

2.2 两组手术前后 SNOT-20 和 Lund-Kennedy 评分比较 两组术后 3 个月时的 SNOT-20 和 Lund-Kennedy 评分均低于术前,且 B 组术后 3 个月时的 SNOT-20 和 Lund-Kennedy 评分均低于 A 组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术前后 SNOT-20 和 Lund-Kennedy 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	SNOT-20 评分				Lund-Kennedy 评分			
		术前	术后 3 个月	t	P	术前	术后 3 个月	t	P
A 组	36	13.42± 1.26	7.43± 0.84	23.733	0.000	4.63± 0.51	1.96± 0.25	28.205	0.000
B 组	36	13.29± 1.18	6.21± 0.62	31.869	0.000	4.71± 0.54	1.28± 0.17	36.352	0.000
t		0.452	7.011			0.646	13.495		
P		0.653	0.000			0.520	0.000		

2.3 两组疗效比较 B 组治疗总有效率 94.44%高于 A 组的 83.33%,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
A 组	36	13	17	6	30(83.33)
B 组	36	16	18	2	34(94.44)
χ^2					2.250
P					0.134

2.4 两组术后并发症发生比较 B 组术后并发症发生率 2.78%低于 A 组的 16.67%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后并发症发生比较[例(%)]

组别	n	鼻腔黏连	眼周肿胀	出血	脑脊液鼻漏	总发生
A 组	36	3	2	1	0	6(16.67)
B 组	36	1	0	0	0	1(2.78)
χ^2						3.956
P						0.047

3 讨论

慢性上颌窦炎是慢性鼻窦炎中极为常见的一种类型,多由急性鼻窦炎迁延不愈所致,具有病程长、治疗难度大、易反复发作等特点,不仅严重影响患儿正常生活,亦会给患儿家属带来较大的心理负担。如何安全、有效地治疗小儿慢性上颌窦炎一直是临床研究的重点。小儿慢性上颌窦炎接受药物治疗后症状改善不明显的临床多推荐采用外科手术治疗。鼻内镜下上颌窦开放术是目前临床治疗慢性上颌窦炎的常用术式,该手术主要在鼻内镜辅助下通过“咬、刨削”等手段清除病变组织,从而消除炎症刺激,缓解黏膜水肿,改善鼻腔通气。但该术术中极易损伤病灶周围的正常鼻腔黏膜,会对患者造成较大创伤,术后并发症发生率较高。儿童骨质发育尚不完全,鼻内镜下上颌窦开放术还可能会影响颅骨和鼻窦发育,

因此临床应用局限性较大^[4]。鼻窦球囊扩张术是直接在内镜辅助下导入球囊,通过扩张加压促使骨性结构轻微骨折和黏膜组织重塑开放鼻窦,术中极少涉及钳夹、剪切等操作,可有效减少对正常鼻腔、鼻窦组织的损伤^[5]。

此研究对比上述两种手术方案治疗小儿慢性上颌窦炎临床疗效的差异,结果显示两组窦口开放率比较无显著性差异,但接受鼻窦球囊扩张术的 B 组术后 SNOT-20 和 Lund-Kennedy 评分和术后并发症发生率均低于接受鼻内镜下上颌窦开放术的 A 组,这提示鼻窦球囊扩张术安全性较高,术中操作对正常鼻黏膜组织损伤较小,有利于患者术后鼻黏膜功能快速恢复。但鼻窦球囊扩张术亦有一定局限性,

术前需明确患儿不存在解剖结构异常才可进行手术,且术中无法处理病变组织^[6]。综上所述,鼻窦球囊扩张术治疗慢性上颌窦炎患儿创伤较小,患儿术后并发症发生率较低。

参考文献

[1]吴淑献,张松,熊武,等.鼻窦球囊扩张术治疗慢性鼻窦炎的临床疗效观察[J].黑龙江医药,2018,31(4):874-876
[2]郑涛,徐嘉.鼻窦球囊扩张术与功能性鼻内镜术治疗慢性上颌窦炎的临床对比研究[J].广东微量元素科学,2015,22(11):33-36
[3]林兴,林宗通,沈翎.鼻窦球囊扩张治疗儿童慢性鼻窦炎的系統评价及 Meta 分析[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2017,31(6):79-86
[4]范春涛,罗惠秀,魏希建.鼻窦球囊扩张术治疗儿童慢性上颌窦炎的臨床观察[J].中国民康医学,2017,29(22):26-28
[5]徐嘉,郑涛,黄孝华,等.鼻窦球囊扩张术治疗慢性上颌窦炎的臨床应用研究[J].安徽医药,2016,20(2):354-355
[6]蒋路云,刘洋,谢艳,等.鼻窦球囊扩张术治疗慢性上颌窦炎的非随机对照前瞻性臨床研究[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2014,28(4):35-39,45
(收稿日期:2019-05-24)

富马酸氯马斯汀联合氯雷他定治疗小儿慢性荨麻疹观察

王胜^{1,2,3} 张嫦娥^{1,2,3} 王胜春^{1,2,3} 郭武^{1,2,3}

(1 郑州大学附属儿童医院 河南郑州 450018;2 河南省儿童医院 郑州 450018;
3 河南省郑州儿童医院皮肤科 郑州 450018)

摘要:目的:探讨富马酸氯马斯汀联合氯雷他定治疗小儿慢性荨麻疹的效果。方法:选取儿科 2016 年 1 月~2019 年 1 月收治的 134 例小儿慢性荨麻疹患儿,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 67 例。对照组采用氯雷他定治疗,观察组采用氯雷他定联合富马酸氯马斯汀治疗,比较两组治疗效果,治疗前后血清白介素-2、干扰素- γ 和组胺表达水平,治疗前后白三烯 B₄、白三烯 C₄和白三烯 E₄表达水平;治疗期间不良反应发生率。结果:观察组治疗有效率 88.06%高于对照组的 73.13%($P<0.05$);治疗后,观察组白介素-2 和组胺表达水平低于对照组($P<0.05$),干扰素- γ 表达水平高于对照组($P<0.05$);白三烯 B₄、白三烯 C₄和白三烯 E₄表达水平均低于对照组($P<0.05$);观察组不良反应发生率 7.46%低于对照组的 19.40%($P<0.05$)。结论:富马酸氯马斯汀联合氯雷他定治疗小儿慢性荨麻疹疗效确切,能显著改善患儿血清炎症因子水平,安全性高。

关键词:小儿慢性荨麻疹;富马酸氯马斯汀;氯雷他定

中图分类号:R726.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.022

小儿慢性荨麻疹是一种儿科临床常见的过敏性皮肤疾病,又称风疹团,主要表现为面部、四肢及躯干不定时出现大小不一的红斑与风团,红斑与风团常在数小时或 1~2 d 内自行消失。小儿慢性荨麻疹可由多种原因引起,病程往往超过 6 周^[1]。目前临床多以氯雷他定等抗组胺药物改善慢性荨麻疹患儿的临床症状,但部分患儿的疗效不理想^[2]。富马酸氯马斯汀是一种广泛应用于临床的 H₁ 受体拮抗剂,针对慢性荨麻疹具有长效、高效、速效等优点。尤敏^[3]研究发现,富马酸氯马斯汀治疗慢性荨麻疹疗效确切,停药后复发率低。本研究探讨富马酸氯马斯汀治疗小儿慢性荨麻疹的效果,以期为临床治疗小儿慢性荨麻疹提供参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院儿科 2016 年 1 月~2019 年 1 月收治的 134 例小儿慢性荨麻疹患儿为研究对

象。采用随机数字表法将 134 例患儿分为对照组和观察组各 67 例。对照组男 39 例,女 28 例;年龄 3~12 岁,平均(7.52 $\pm$ 0.49)岁;病程 3 个月~2 年,平均(1.12 $\pm$ 0.28)年。观察组男 35 例,女 32 例;年龄 5~11 岁,平均(7.48 $\pm$ 0.42)岁;病程 4 个月~2 年,平均(1.23 $\pm$ 0.29)年。两组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 入组标准 纳入标准:(1)符合中华医学会皮肤性病学分会免疫学组制定的《中国荨麻疹诊疗指南》(2014 版)中关于小儿慢性荨麻疹的诊断标准^[4];(2)每周发作次数 ≥ 2 次,病程 ≥ 6 周;(3)年龄在 14 周岁以下;(4)入组前 30 d 未接受过糖皮质激素或免疫抑制剂治疗;(5)入组前 7 d 未接受抗组胺类药物治疗;(6)患儿监护人同意本研究并签署知情同意书。排除标准:(1)合并湿疹、哮喘、过敏性鼻炎等其