

加倍使用第二代抗组胺药剂量治疗慢性荨麻疹疗效及安全性分析

旷翠娥, 江一帆, 秦 琴, 邓海龙

(深圳市宝安区人民医院, 广东 深圳 518101)

【摘要】 目的 观察第二代抗组胺药剂量加倍治疗慢性荨麻疹的临床疗效和安全性。**方法** 选取2018年7月至2020年2月某医院治疗的162例慢性荨麻疹患者, 随机分为两组, 治疗组82例, 给予氯雷他定常规剂量2倍治疗; 对照组80例, 给予氯雷他定联合西替利嗪常规剂量治疗。治疗期间对患者进行症状积分评价及记录不良反应。**结果** 2周后, 对照组的有效率优于治疗组(80.00% vs 48.78%), 差异有统计学意义($P < 0.05$), 两组间不良反应发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 第二代抗组胺药剂量加倍(2倍)治疗慢性荨麻疹安全, 但疗效弱于两种第二代抗组胺药常规剂量联合治疗的疗效。

【关键词】 慢性荨麻疹; 抗组胺药; 加倍剂量

中图分类号: R751.05; R758.24 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.04.058

慢性荨麻疹(Chronic urticaria, CU)是一种以皮肤瘙痒、风团为主要表现, 反复发作达每周至少两次并连续6周以上者^[1]。CU临床十分常见, 其病因和发病机制尚不清楚, 治疗仍以控制症状为主, 病情容易反复而严重影响患者的生活质量。欧洲荨麻疹治疗指南指出常规第二代抗组胺药物应用无效应加倍应用最高可至4倍剂量^[2]。目前国内对CU采用抗组胺药剂量加倍治疗的数据较少, 笔者通过分析我院门诊诊治的162例CU患者, 探讨第二代抗组胺药剂量加倍治疗CU的疗效及安全性, 结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取2018年7月至2020年2月我院治疗的162例慢性荨麻疹患者, 随机分为两组: 治疗组82例, 男38例, 女44例, 平均(35.46±10.90)岁, 病程(3~62)个月, 平均年龄(29.51±9.45)个月; 对照组80例, 男38例, 女42例, 平均年龄(35.83±10.58)岁, 病程(3~60)个月, 平均(28.75±9.31)个月。两组患者年龄、性病、病程比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: ①临床诊断符合慢性荨麻疹; ②年龄(18~60)岁; ③1种第二代抗组胺药常规剂量治疗1周以上控制症状欠佳者。排除标准: ①伴有恶性肿瘤、精神病、严重心血管、肝、肾等系统疾病; ②合并幽门螺杆菌感染或甲状腺疾病; ③诱发性荨麻疹; ④1个月内使用免疫调节剂, 2周内使用糖皮质激素者; ⑤孕妇或哺乳期妇女; ⑥各种原因不能按规定治疗者或资料不全者。

1.2 治疗方法 选取氯雷他定、西替利嗪作为第二代抗组胺药代表药物。治疗组给予氯雷他定常规剂量的2倍治疗, 对照组给予氯雷他定联合西替利嗪常规剂量治疗, 均治疗2周。治疗期间对患者风团的数目和瘙痒的程度进行症状积分并记录不良反应事项。

1.3 临床疗效观察和评价标准 患者症状和体征采用(0~3)级评分。体征: 0分(无风团); 1分(风

团数<20个/d); 2分(风团数20~50个/d); 3分(风团数>50个/d)。症状: 0分(无瘙痒); 1分(轻度瘙痒); 2分(中度瘙痒, 但不影响日常生活和睡眠); 3分(重度瘙痒, 影响日常生活和睡眠)。每日评分(0~6)分, 若周评分<7分, 提示疾病控制; 若周评分>28分, 则提示病情严重^[3]。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)÷疗前积分×100%。痊愈: 疗效指数≥90%; 显效: 疗效指数60%~89%; 有效: 疗效指数20%~59%; 无效: 疗效指数<20%, 有效率为痊愈率加显效率^[4]。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0软件进行数据分析, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 治疗组治疗前周评分(26.77±4.12), 对照组治疗前周评分(27.24±3.98), 病情严重程度差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗2周后, 治疗组82例, 痊愈18例, 显效22例, 有效19例, 无效23例, 有效率为48.78%; 对照组80例, 痊愈41例, 显效23例, 有效9例, 无效7例, 有效率为80.00%, 对照组的有效率优于治疗组的有效率, 差异有统计学意义($\chi^2=17.17$, $P < 0.01$), 具体见表1。

表1 治疗组和对照组的疗效比较(n, %)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率
治疗组	82	18	22	19	23	48.78
对照组	80	41	23	9	7	80.00 [#]

注: 两组有效率比较, $\chi^2=17.17$, $^{\#}P < 0.01$ 。

2.2 不良反应 治疗组中有3例嗜睡、3例口干、1例月经推迟, 不良反应发生率为8.54%(7/82); 对照组中有5例嗜睡, 2例口干, 1例体重轻度增加, 不良反应发生率为10.00%(8/80), 两组之间不良反应发生率差异无统计学意义($\chi^2=0.68$, $P > 0.05$)。嗜睡

和口干均在患者可耐受范围内。

3 讨论

第二代非镇静抗组胺药在慢性荨麻疹诊疗中的核心地位不可替代,为临床一线用药^[3-5]。二代抗组胺药不易透过血脑屏障,中枢抑制发生率低,又称为非镇静性或低镇静性抗组胺药,代表药物有氯雷他定、西替利嗪、咪唑斯汀、奥洛他定等。目前总体而言,二代抗组胺药治疗慢性荨麻疹疗效差别不大^[6]。临床也发现,更换药物常不能获得更好的疗效,反映一种抗组胺药治疗无效的情况下更换品种来提高疗效的价值是有限的^[5]。

欧洲荨麻疹治疗指南指出在治疗无效病例推荐增加药物的剂量。中国 2018 版荨麻疹诊疗指南指出慢性荨麻疹第二代抗组胺药常规剂量使用(1~2)周后不能有效控制症状时,可联合其他第二代抗组胺药,或联合第一代抗组胺药,或在患者知情同意情况下将原抗组胺药增加(2~4)倍剂量^[3]。目前在我国增加药物剂量治疗慢性荨麻疹的疗效和安全性还有待更多的临床研究支持。本研究结果显示增加单种第二代抗组胺药物剂量(常规剂量的 2 倍)治疗后患者有效率为 48.78%,未增加不良反应事项发生率,患者耐受性良好,但疗效弱于两种第二代抗组胺药常规剂量联合治疗的疗效。

目前很多外文文献已证实,加倍抗组胺药物剂量可有效缓解荨麻疹症状,且并未导致不良反应的

加重^[7]。国内李朝阳等对 15 例经一线药物治疗效果不佳的慢性荨麻疹患者,予 3 倍剂量左西替利嗪,15mg,1 次/d,治疗 7d 后,15 例患者治疗后的有效率达 100%,其中 4 例患者临床症状完全消失,且均未见明显不良反应^[7]。增加抗组胺药的剂量,提高抗组胺药在拮抗组胺受体的同时,发挥更广泛的抗炎症作用^[5]。本研究提示抗组胺药加倍剂量治疗安全,但部分难治性慢性荨麻疹患者可能需(3~4)倍单种第二代抗组胺药物剂量或者使用两种抗组胺药物联合治疗以获得更确切的疗效。

参考文献:

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学 [M]. 南京:江苏科技出版社,2010:742-748.
- [2] Fine L M, Bernstein J A. Guideline of Chronic Urticaria Beyond [J]. *Allergy Asthma Immunol Res*, 2016, 8(5):396-403.
- [3] 中华医学会皮肤性病学分会荨麻疹研究中心. 中国荨麻疹诊疗指南 (2018 版) [J]. *中华皮肤科杂志*, 2019, 52(1):1-5.
- [4] 章伟, 徐晓云, 王娜, 等. 孟鲁司特联合西替利嗪治疗难治性慢性荨麻疹的疗效观察 [J]. *临床皮肤科杂志*, 2013, 52(5):317-318.
- [5] 郝飞, 钟华. 慢性荨麻疹发病机制和治疗策略的思考 [J]. *中华皮肤科杂志*, 2010, 43(1):2-5.
- [6] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会环境与职业性皮肤病学组. 抗组胺药在皮肤科应用专家共识 [J]. *中华皮肤科杂志*, 2017, 50(6):393-396.
- [7] 赵文玲, 刘艺迪, 王亚男, 等. 慢性自发性荨麻疹药物治疗进展 [J]. *中华临床免疫和变态反应杂志*, 2016, 10(4):7-11.