

注射用左氧氟沙星每日单次给药治疗社区获得性肺炎的疗效观察

张舒 张琪琳

(上海市第七人民医院 上海 200137)

摘要:目的:观察注射用左氧氟沙星每日单次用药对社区获得性肺炎的疗效和安全性。方法:选择 128 例在我科住院并明确诊断为社区获得性肺炎患者,采用随机、对照研究方法,将病例分为试验组和对照组各 64 例。试验组采用注射用左氧氟沙星 400mg,静脉滴注,每日 1 次。对照组采用注射用左氧氟沙星 200mg,静脉滴注,每日 2 次。治疗 7~14d 后评价疗效。结果:试验组的有效率为 92.2%,与对照组 93.8%比较差异无显著性($P>0.05$);两组不良反应发生率分别为 9.38%(6/64)和 10.94%(7/64),差异无显著性($P>0.05$)。结论:左氧氟沙星每日单次给药治疗社区获得性肺炎安全、有效。

关键词:注射用左氧氟沙星;社区获得性肺炎;每日单次给药

中图分类号:R 563.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.010

左氧氟沙星是新一代氟喹诺酮类抗生素,其血清半衰期长、血药浓度高、抗菌谱广,对革兰氏阳性菌及呼吸系统感染的常见致病菌均具有高度抗菌

活性^[1,2]。左氧氟沙星已在中国上市多年,应用于治疗各系统由敏感菌所致的细菌性感染,既往的常规用量为 200mg,每日 2 次给药。但随着对喹诺酮类抗

前症状总积分-治疗后症状总积分)/治疗前症状总积分 $\times 100\%$ 。显效:症状全部消失,积分为 0 或疗效指数 $>70\%$;有效:治疗后症状积分在轻度以下或疗效指数在 30%~70%之间;无效:疗效指数 $<30\%$;

2.2 中医证候疗效比较 见表 1。两组患者中医证候疗效比较, $U=2.95161, P<0.05$, 差异有统计学意义,说明治疗组在改善中医证候方面优于对照组。

表 1 两组中医证候疗效比较 例(%)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	9(30.0)	15(50.0)	6(20.0)	80.0
对照组	30	3(10.0)	9(30.0)	18(60.0)	40.0

2.3 症状积分比较 见表 2。两组治疗前后比较, P 值均小于 0.05,提示两组均能改善患者症状;治疗后两组比较, $t=2.6961, P=0.0092$, 差异有统计学意义,说明治疗组在改善症状方面优于对照组。

表 2 症状积分比较 ($\bar{X}\pm S$) 分					
组别	n	治疗前积分	治疗后积分	t	P
治疗组	30	17.40 $\pm$ 6.8209	8.23 $\pm$ 6.1906	-5.4527	<0.01
对照组	30	16.60 $\pm$ 6.1570	12.70 $\pm$ 6.6440	-2.3582	<0.05

2.4 心绞痛疗效 见表 3。两组治疗后心绞痛疗效比较, $U=1.9976, P<0.05$,说明治疗组在心绞痛综合疗效方面优于对照组。

表 3 心绞痛疗效比较 例					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	10	17	3	90.00
对照组	30	6	13	11	63.33

2.5 QT 离散度比较 见表 4。治疗组治疗前后 QTd 比较, $P<0.01$, 说明用药后 QT 离散度明显缩小,具有显著性差异;对照组治疗前后 QTd 比较, $P>0.05$,说明用药后 QT 离散度无明显变化;治疗后组间 QTd 比较, $P<0.01$,差异显著,说明治疗组改善 QT 离散度的作用明显大于对照组。

表 4 治疗前后 QTd 比较 ($\bar{X}\pm S$)					
组别	n	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	30	52.83 $\pm$ 7.297	36.93 $\pm$ 7.9043	5.623	<0.01
对照组	30	51.73 $\pm$ 8.208	47.93 $\pm$ 7.2350		

3 讨论

稳定型心绞痛是一种氧需型心绞痛,属于中医“胸痹、心痛”范畴,病位在心,关乎肺脾肝肾诸脏,辨证为本虚标实,虚以气阴不足居多,实者痰浊瘀血阻遏,胸阳痹阻,不通则痛。心肌缺血时,心肌细胞动作电位开始及结束均延迟,复极化过程延缓,造成不同血液供应部位心肌复极结束时间差异是 QT 离散度延长的机制。目前国内通行的标准治疗是阿司匹林+美托洛尔+他汀及/或硝酸脂类药物,其目的是稳定冠状动脉粥样斑化,改善心肌供血,减少或控制心绞痛发作,预防不稳定型心绞痛、急性心肌梗死等急性冠脉综合征发生,但其在治疗及预防心律失常方面凸显被动。

美心律合剂由生黄芪、红花、瓜蒌、炙甘草等组成,具有益气养阴、豁痰开痹之功效,现代药理研究证明,这些药物能扩张冠脉,改善心肌供血,提高心肌缺氧能力,还具有缩短 QT 离散度、抗心律失常的作用^[1,2]。临床结果显示,美心律合剂在改善中医临床证候、缓解心绞痛发生方面,较西医对照组疗效显著,表现出中药治疗的优势。同时通过两组治疗前后 QT 离散度比较,治疗组用药后 QT 离散度明显缩小, $P<0.01$, 说明美心律合剂还能提高心室肌复极的均一性和心肌电稳定性。综上,美心律合剂对冠心病稳定型心绞痛患者的 QT 离散度具有良性影响,可起到治疗及降低心律失常危险的作用。

参考文献

[1]李伦明.川芎嗪对体外循环内心直视手术患者心肌保护作用的临床研究[J].中国中西医结合杂志,2000,20(1): 13-14
[2]范柳,王素春,张旭静,等.川芎、当归、红花和人参萃取液对低切应力环境下血管内皮细胞凋亡的影响 [J]. 解剖学杂志,2003,26(3): 239-241

(收稿日期: 2010-07-13)

菌药物的药代动力学(PK)和药效学(PD)研究不断深化,结果显示左氧氟沙星高剂量(400mg)每日 1 次的给药方案更加合理,产生细菌耐药的机会更少,而且不良反应并没有增加^[3]。在北美左氧氟沙星 500mg 每日 1 次给药已经明确写入社区获得性肺炎的治疗指南^[4]。而在国内,许多临床医生仍习惯于每日低剂量分次使用氟喹诺酮类抗菌药物,对单次使用左氧氟沙星的疗效及安全性仍心存疑虑。本研究以单次注射左氧氟沙星注射液(左克)为试验组,分次使用左氧氟沙星注射液为对照组,评价单次使用左氧氟沙星注射液治疗社区获得性肺炎的疗效及其安全性。

1 对象及方法

1.1 病例选择 2008 年 1 月~2009 年 12 月在我科住院患者 128 例,年龄 18 岁以上,平均年龄(48±12.5)岁,男 83 例,女 45 例。根据病史、临床症状、体征、影像学、实验室检查和病原学鉴定确诊为社区获得性肺炎(CAP)^[5]。排除以下病例:(1)对喹诺酮类过敏者;(2)严重心、肝、肾功能不全者;(3)妊娠及哺乳期妇女;(4)需机械通气及重症监护者。

1.2 药物及用药方法 左氧氟沙星注射液(国药准字 H19990324,规格 2mL 含左氧氟沙星 100mg)。用药方法:试验组采用左氧氟沙星注射液 400mg 稀释于 5%葡萄糖或 0.9%生理盐水 500mL 中静脉滴注,1 次/d,滴注时间不少于 180min。对照组采用左氧氟沙星注射液 200mg 稀释于 5%葡萄糖或 0.9%生理盐水 250mL 中静脉滴注,2 次/d,每次滴注时间不少于 90min。两组疗程 7~14d,可同时应用祛痰、平喘等药物。用药 72h 患者病情无明显改善或恶化,可改用其它药物治疗。

1.3 疗效评定标准^[10] 临床疗效按照卫生部颁发的《抗菌药物临床研究指导原则》分为以下 4 级:(1)痊愈:临床症状、体征、实验室检查及病原学检查 4 项指标均恢复正常;(2)显效:病情明显好转,但上述 4 项中有 1 项未完全恢复正常;(3)进步:用药后病情有所好转,但不明显;(4)无效:用药 72h 病情未改善或加重。痊愈及显效合计为有效。

1.4 安全性评价^[10] 对治疗过程中出现的不良反应及实验室检查异常与所用抗菌药物的因果关系进行判断:按肯定有关、很可能有关、可能有关、可能无关、肯定无关 5 级进行评定,前 3 项为药物不良反应。

1.5 统计学处理 采用统计分析软件 SPSS11.0 进行统计分析,定性资料用卡方检验,定量资料用 t 检验,等级资料用非参数方法检验,P<0.05 为有统

计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 见表 1。试验组对社区获得性肺炎有效率与对照组比较差异无显著性。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)						
组别	n	痊愈	显效	进步	无效	有效率(%)
试验组	64	27(42.2)	32(50.0)	3(4.7)	2(3.1)	92.2*
对照组	64	24(37.5)	36(56.2)	3(4.7)	1(1.6)	93.8

注:与对照组相比,*P>0.05。

2.2 不良反应 试验组发生不良反应 6 例,不良反应发生率为 9.4%,其中静脉炎 2 例,中上腹不适伴恶心 3 例,皮疹 1 例。对照组药物不良反应 7 例,不良反应发生率为 10.9%,其中腹胀、恶心 4 例,呕吐 1 例,静脉炎 1 例,肾功能损害 1 例。试验组和对照组比较,药物不良反应发生率无统计学差异。

3 讨论

社区获得性肺炎(CAP)是威胁人类健康的主要疾病之一,许多国家都已根据本国的病原流行病学制定了 CAP 诊治指南,美国感染疾病协会(IDSA)在成人 CAP 的指南中建议:对于门诊 CAP 患者和需住院但不需住监护室的患者,新喹诺酮类抗菌药物单独应用可作为治疗的首选^[7]。国外文献报道成人 CAP 患者的病原菌以肺炎链球菌最多见,占 15%~17%,其次为流感嗜血菌、肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌以及链球菌属、不典型病原体(包括肺炎支原体、肺炎衣原体和嗜肺军团菌)。国内报道肺炎链球菌、流感嗜血菌仍是 CAP 的主要病原菌^[8]。有研究证实左氧氟沙星对呼吸系统感染常见致病菌肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌有良好的清除率,已成为疑似或证实耐青霉素和大环内酯类社区获得性肺炎患者治疗的优先选择^[9]。

左氧氟沙星是氧氟沙星的左旋异构体,其作用机制是通过抑制细菌 DNA 旋转酶和拓扑异构酶 IV 的活性,阻止细菌 DNA 的合成和复制而导致细菌死亡。其抗菌谱广,对肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌有效,对肠杆菌科、不动杆菌属、铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌均敏感。左氧氟沙星属于浓度依赖性抗菌药物,其血液药物浓度越高,杀菌活性越强。左氧氟沙星还具有较长的抗生素后效应(PAE),组织穿透性好,在肺泡和支气管上皮衬液中的药物浓度高于血药浓度。左氧氟沙星在呼吸系统感染患者中的消除半衰期长于健康受试者^[10]。本研究采用左氧氟沙星注射液 400mg 每日单次给药治疗社区获得性肺炎,与左氧氟沙星小剂量分次给药比较,差异无显著性,不良反应发生率亦无显著差异,且大多数为胃肠道反应和注射局部反应,减慢滴注速度即可避免。综上所述,左氧氟沙星注

中西医结合治疗急性脑梗死 36 例临床观察

黄建华

(湖南省怀化市洪江区中医院 怀化 418200)

摘要:目的:观察中西医结合治疗急性脑梗死的临床疗效。方法:将确诊的 70 例急性脑梗死患者随机分为治疗组 36 例和对照组 34 例。对照组予常规扩管、护脑、抗血小板聚集、调脂等治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用自拟活血化痰汤加减。观察并比较两组的疗效。结果:总有效率治疗组为 97.2%,对照组为 79.4%,两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组明显优于对照组。结论:中西医结合治疗急性脑梗死有显著的疗效。

关键词:急性脑梗死;中西医结合疗法;活血化痰汤;临床观察

中图分类号:R 743.33

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.011

急性脑梗死是临床上常见病和多发病,其致残率和死亡率均较高,故降低致残率和死亡率至关重要。自 2006 年 9 月~2010 年 2 月,笔者在常规治疗的基础上加用自拟活血化痰汤加减治疗急性脑梗死 36 例,疗效较好。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 70 例急性脑梗死患者均为我院住院病人,发病后 72h 内到达医院,均经头颅 CT 确诊,诊断均符合 1995 年中华医学会全国第四届脑血管病会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[1]。70 例患者随机分为两组:治疗组 36 例,男 21 例,女 15 例,平均年龄(62.0 ± 6.5)岁,病程 0.5h~2d,多发性梗死 5 例,大面积梗死 6 例,基底节区梗死 18 例,额叶梗死 8 例,顶叶梗死 6 例,枕叶梗死 4 例,意识障碍 5 例,口角歪斜 9 例,肢体瘫痪 26 例,语言障碍 9 例,肌力 0 级 3 例,I 级 8 例,II 级 13 例,III 级 10 例,IV 级 2 例;对照组 34 例,男 20 例,女 14 例,平均年龄(61.4 ± 6.5)岁,病程 0.5h~2d,多发性梗死 5 例,大面积梗死 7 例,基底节区梗死 17 例,额叶梗死 7 例,顶叶梗死 7 例,枕叶梗死 3 例,意识障碍 4 例,口角歪斜 10 例,肢体瘫痪 24 例,语言障碍 8 例,肌力 0 级 2 例,I 级 7 例,II 级 14 例,III 级 9 例,IV 级 2 例。两组性别、年龄、病程、症状、意识状

态、肢体肌力减退程度和头部 CT 扫描所见,经统计学处理无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 按照常规疗法予扩管、护脑、抗血小板聚集、调脂等治疗,静脉滴注香丹注射液 20mL+ 低分子右旋糖苷 500 mL,qd;5%葡萄糖水 250mL+ 维脑路通注射液 0.3g,qd; 低分子肝素钠 5 000U 皮下注射,q12h $\times$ 5d;5%葡萄糖水 250mL+ 胞磷胆碱 0.5g,qd;肌注维生素 B₁、B₁₂ 注射液,口服阿司匹林肠溶片、辛伐他丁等。住院期间注意观察神志、生命体征、肢体功能变化、肾功能和出凝血功能,合并高血压或糖尿病者,控制好血压和血糖,糖尿病患者输入葡萄糖时用胰岛素对抗或者改用生理盐水。

1.2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用自拟活血化痰汤加减:黄芪 40g、党参 10g、白术 10g、桃仁 10g、红花 10g、地龙 10g、蜈蚣 2 条、僵蚕 10g、川芎 10g、当归 10g、全蝎 6g、菖蒲 10g、丹参 10g。失语加远志,伴头晕头痛加钩藤、菊花、白芍,口眼歪斜加白附子、白芷,痰涎多加竹沥、半夏、天竺黄、胆南星,兼抽搐者加大全蝎和蜈蚣的剂量,舌红、口干欲饮、烦躁失眠者加生地、沙参、麦冬、玄参,上肢瘫痪加桑枝,下肢瘫痪加牛膝、桑寄生、川断。每日 1 剂,

immunocompetent adults[J].Clin Infect Dis. 2003, 37:1 405-1 433

[5]中华医学会呼吸病学分会.社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J].中华结核和呼吸杂志,2006,29(10):651-655

[6]黄绍光,肖伟,梁瑛,等.高剂量左氧氟沙星静脉注射治疗呼吸道感染的临床研究[J].国际呼吸杂志,2006,6(4):241

[7]American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia diagnosis,assessment of severity,antimicrobial therapy and prevention [J].Am J Respir Crit Care Med,2001,163 (4):1 730-1 754

[8]李家泰,李耘,王进,等.中国医院和社区获得性革兰阳性球菌耐药监测研究[J].中华医学杂志,2003,83(3):365-374

[9]左氧氟沙星Ⅳ期临床研究协作组.左氧氟沙星 500mg 静脉注射治疗呼吸道细菌性感染 3 455 例多中心研究[J].中华结核和呼吸杂志,2008,31(9):704-707

[10]张沂,王洪武,鲍燕燕.左旋氧氟沙星在呼吸系统感染患者中的药代动力学研究[J].中国药理学杂志,1999,34(3):177-179

(收稿日期:2010-07-07)

参考文献

[1]Hendershot EF.Fluoroquinolones[J].Infect Dis Clin North Am,1995,9 (3):715-730

[2]Short AF,Zadeikis N,Xiang JX.A multicenter,randomized, double-blind,retrospective comparison of 5-and 10-day regimens of levofloxacin in a subgroup of patients aged ≥ 65 years with community-acquired pneumonia [J].Clin Ther,2005, 27 (8):1 251-1 259

[3]Marrie TJ.Experience with levofloxacin in critical pathway for the treatment of community-acquired pneumonia [J].Chemotherapy, 2004,50(S1):11-15

[4]Mandell LA,Bartlett JG,Dowell SF,et al. Update of practice guidelines for management of community-acquired pneumonia in