

## ● 基层临床 ●

## 阿奇霉素治疗慢性阻塞性肺疾病患者肺炎衣原体慢性感染的临床疗效观察

凌大文

(广东省信宜市钱排镇卫生院 信宜 525342)

**摘要:**目的:探讨阿奇霉素治疗慢性阻塞性肺疾病患者肺炎衣原体慢性感染的临床效果。方法:选取我院收治的慢性阻塞性肺疾病合并肺炎衣原体慢性感染患者 86 例,随机分为观察组和对照组各 43 例。对照组患者给予口服安慰剂治疗,观察组患者给予口服阿奇霉素治疗,连续服用 5 d,停用 25 d 为 1 个疗程,重复治疗 3 个疗程。对两组患者临床症状评分、肺功能等指标进行比较。结果:治疗后观察组患者临床症状评分明显低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。观察组患者肺功能明显优于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:阿奇霉素治疗慢性阻塞性肺疾病合并肺炎衣原体慢性感染,能够降低患者临床症状评分,改善患者肺功能,使用前景广阔,值得临床推广。

**关键词:**慢性阻塞性肺疾病;肺炎衣原体;阿奇霉素

中图分类号:R563

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.044

慢性阻塞性肺疾病(Chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是呼吸系统最常见的慢性疾病之一,死亡率高居第 4 位<sup>[1]</sup>。肺炎衣原体(*Chlamydia pneumoniae*, Cpn) 是一种以人类为唯一宿主的常见呼吸道病原体,可引起急性呼吸道感染,是慢性阻塞性肺疾病急性加重的一个常见诱因<sup>[2]</sup>。阿奇霉素是新一代大环内酯类药物,由于组织渗透性较好,并且对肺炎衣原体的抗菌活性良好,在临床广泛应用。为探讨阿奇霉素对慢性阻塞性肺疾病合并肺炎衣原体慢性感染患者的治疗效果,现对我院收治的 86 例慢性阻塞性肺疾病合并肺炎衣原体慢性感染患者分别给予阿奇霉素及安慰剂治疗。现报告如下:

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选取 2012 年 6 月~2014 年 6 月我院收治的慢性阻塞性肺疾病合并肺炎衣原体慢性感染患者 86 例,随机分为观察组和对照组各 43 例。其中观察组男 29 例,女 14 例,年龄 59~84 岁,平均年龄(73.26±7.47)岁;对照组男 28 例,女 15 例,年龄 60~86 岁,平均年龄(73.56±7.25)岁。两组患者年龄、性别及病情等一般情况比较无统计学差异, $P>0.05$ ,具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般状况的比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	平均年龄(岁)	FEV <sub>1</sub> 预计值(%)	FEV <sub>1</sub> /FVC (%)	吸烟指数(支/年)
观察组	43	73.26±7.47	64±15	57±9	863±59
对照组	43	73.56±7.25	65±14	58±8	875±66
t		0.19	0.32	0.54	0.89
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

**1.2 方法** 治疗前计算所有患者临床症状评分及 FEV<sub>1</sub>/FVC (%)。观察组患者给予口服阿奇霉素(国药准字 H20057906) 500 mg/d 治疗,对照组患者给予

口服安慰剂治疗。连续服用 5 d,停用 25 d 为 1 个疗程,重复治疗 3 个疗程。3 个疗程结束后计算临床症状评分和检测肺功能 FEV<sub>1</sub>/FVC (%)。

**1.3 疗效评价标准** 临床症状评分:根据 COPD 的主要临床症状的严重程度进行记分。其中咳嗽 3 分:咳嗽频繁、剧烈,对工作和睡眠造成影响;2 分:咳嗽较频繁,夜间可能发生;1 分:间断咳嗽,但不影响正常生活和工作;0 分:无咳嗽症状出现。痰量 4 分:痰量超过 100 ml/d;3 分:痰量介于 50~100 ml/d;2 分:痰量介于 20~50 ml/d;1 分:痰量少于 20 ml/d;0 分:无咳嗽症状出现。气喘 4 分:穿衣、梳头、洗脸等轻微活动后或安静状态即可有气喘出现;3 分:在平地行走不能超过 100 m;2 分:不能在平地以正常同龄人速度行走,但可自行长距离慢走;1 分:能在平地以正常同龄人速度行走,但在上楼时则不能;0 分:上 3 层楼无气喘症状出现。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS18.0 统计学软件进行处理并进行统计学分析,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间差异采用 t 检验,计数资料以%表示,组间差异采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者治疗前后临床症状评分比较** 两组患者治疗后临床症状评分较治疗前均有所降低,观察组患者明显低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后临床症状评分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	43	2.58±0.57	1.44±0.31
对照组	43	2.62±0.62	2.37±0.58
t		0.31	9.27
P		>0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗前后 FEV<sub>1</sub>/FVC (%) 比较 观察组患者治疗后 FEV<sub>1</sub>/FVC 明显提高, 而对照组患者 FEV<sub>1</sub>/FVC 略微下降, 治疗后观察组患者肺功能明显优于对照组患者, 差异具有统计学意义, P < 0.05。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 FEV<sub>1</sub>/FVC 比较 (% ,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	43	57± 9	65± 8
对照组	43	58± 8	56± 7
t		0.54	5.55
P		>0.05	<0.05

### 3 讨论

COPD 的临床特征以反复发作的气流受限为主, 其临床症状在急性发作期过后有所缓解, 但不能阻止其肺功能进一步恶化, 并且由于自身免疫功能的下降以及外界多种危险因素的综合影响, 导致病情经常反复发作, 逐渐发展为肺源性心脏病和呼吸衰竭, 以致患者丧失活动能力和降低生活质量, 对患者生命造成严重威胁, 最终死亡<sup>[3]</sup>。肺炎衣原体感染是全球广泛存在的高度流行性疾病, 四季均可流行, 可引起急慢性呼吸道疾病, 如社区获得性肺炎、支气管炎和鼻窦炎等<sup>[4]</sup>。相关研究表明, COPD 的发病可能与肺炎衣原体的慢性感染有关<sup>[5]</sup>。

本次研究发现, 两组患者治疗后临床症状评分较治疗前均有所降低, 观察组患者明显低于对照组, 差异具有统计学意义, P < 0.05。相关研究显示, 阿奇霉素是新一代大环内酯类抗生素, 不仅对肺炎衣原体有高度敏感性, 同时能够通过直接松弛气道平滑肌, 使患者呼吸困难的症状得以改善<sup>[6]</sup>, 与本次研究结果相符。治疗后观察组患者肺功能明显优于对照组, 差异具有统计学意义, P < 0.05。综上所述, 对慢性阻塞性肺疾病合并肺炎衣原体慢性感染患者采用口服阿奇霉素治疗, 能够降低患者临床症状评分, 改善患者肺功能, 提高生活质量, 使用前景广阔, 值得在临床推广。

#### 参考文献

[1] 褚德节, 胡志雄, 郭水根, 等. 阿奇霉素治疗慢性阻塞性肺疾病患者肺炎衣原体慢性感染[J]. 中国临床医学, 2010, 17(1): 30-32

[2] 程化芬. 阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2013, 11(23): 225-226

[3] 曹奇峰, 杨卫琴, 周兴辉. 头孢哌酮 / 舒巴坦联合克拉霉素治疗慢性阻塞性肺疾病合并下呼吸道感染的疗效观察[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(2): 378-379

[4] 田顺美, 蔡顺爱. 阿奇霉素治疗慢性阻塞性肺疾病非抗菌作用的临床观察[J]. 吉林医学, 2011, 32(16): 3261

[5] 周海英, 胡志雄, 张熙, 等. 慢性肺炎衣原体感染是慢性阻塞性肺病 (COPD) 的危险因子[J]. 中国人兽共患病学报, 2011, 27(8): 724-727

[6] 胡波. 阿奇霉素联合头孢类药物治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效观察[J]. 当代医学, 2011, 17(8): 147, 162

(收稿日期: 2014-10-27)

## 中西医结合治疗 34 例小儿腹泻疗效观察

李文菊<sup>1</sup> 张瑞汉<sup>2</sup>

(1 甘肃省武威市凉州区武南镇中心卫生院 武威 733009;

2 甘肃省武威市凉州医院 武威 733000)

**摘要:**目的: 评估中西医结合治疗小儿腹泻的疗效。方法: 64 例腹泻患儿随机分为治疗组 (中西医结合治疗) 与对照组 (常规治疗), 比较两组患儿用药 96 h 内的治疗效果。结果: 治疗组和对照组相比, 治疗组疗效明显优于对照组 (P < 0.05)。结论: 中西医结合治疗小儿腹泻疗效显著, 值得临床推广应用。

**关键词:** 小儿腹泻; 中西医结合疗法; 疗效观察

中图分类号: R725.7

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.045

小儿腹泻 (diarrhea) 是一组由多病原、多因素引起的以大便次数增多和大便性状改变为特点的消化道综合征, 是我国婴幼儿最常见的疾病之一。6 个月~2 岁婴幼儿发病率高, 1 岁以内约占半数, 是造成小儿营养不良、生长发育障碍的主要原因之一<sup>[1]</sup>。引起儿童腹泻病的病因分为感染性及非感染性两种。肠道内感染可由病毒、细菌、真菌、寄生虫引起, 以前两者多见, 尤其是病毒。非感染因素包括饮食因素

和气候因素, 如喂养不当、过敏性腹泻、原发性或继发性双糖酶 (主要为乳糖酶) 缺乏或活性降低、腹部受凉、天气过热等都可能诱发消化功能紊乱致腹泻。以往对小儿腹泻的治疗方法仅限于调整饮食、预防和纠正脱水、合理用药、加强护理、预防并发症。不同时期的腹泻病治疗重点各有侧重, 急性腹泻多注意维持水、电解质平衡及抗感染; 迁延期及慢性腹泻则多注意肠道菌群失调及饮食疗法。急性腹泻药物治