

和丁苯酞软胶囊联合用药效果优于单一用药。原理在于丁苯酞软胶囊的活性物质是 d1-3- 正丁基苯肽,是一种能作用于多个靶点的抗脑缺血的药物,通过控制谷氨酸的释放,以达到减少细胞内钙离子的浓度,增强抗氧化酶活性的同时减少自由基的活性,从而增加脑血流量,改善因脑缺血导致的脑部微循环障碍、能量代谢衰竭状况,提高脑细胞活性^[7]。动物实验也表明,丁苯酞软胶囊具有明显缩小大鼠局部脑缺血的梗塞面积,减轻脑水肿,抗血小板聚集和抗脑血栓形成作用,缓解痴呆患者的神经功能受损情况^[8]。吡拉西坦属于 γ - 氨基丁酸类似物,通过激活腺苷酸激酶,促进脑内 ATP 的生成;提高乙酰胆碱的合成,增强正神经兴奋的传导,改善缺氧导致的逆行性健忘症,有效对抗由物理因素、化学因素导致的脑损伤,以提高记忆,增强学习能力^[9]。两药联用能形成互补作用,有效改善 VaD 患者的治疗效果。本研究结果也表明,联合用药未增加患者的不良反应

发生率,两药都有较高安全性。综上所述,吡拉西坦片联合丁苯酞软胶囊能明显改善血管性痴呆患者的认知功能障碍和生活自理能力,值得临床推广应用。

参考文献

[1]宋艳玲,刘晓娟,李柏娜.奥拉西坦治疗血管性痴呆的临床应用研究进展[J].现代药物与临床,2014,29(12):1441-1445
[2]师卫中.吡拉西坦联合尼莫地平治疗脑梗死后血管性痴呆患者的临床效果[J].中国药物经济学,2015,10(7):65-67
[3]闫俊杰.奥拉西坦与吡拉西坦治疗脑卒中后认知功能障碍的疗效对比[J].医药与保健,2015,23(7):91-92
[4]雷贵荣.丁苯酞软胶囊合尼莫地平片治疗血管性痴呆 43 例临床观察[J].中国民族民间医药,2014,23(22):73
[5]吴春发,徐亚军,吕立华.吡拉西坦联合银杏叶片治疗血管性痴呆的疗效观察[J].中外医疗,2009,28(35):76
[6]马桂贤,王丽娟.血管性认知障碍的分子机制和遗传学[J].国际脑血管病杂志,2006,14(11):819-822
[7]刘会星,马建法,朱争艳,等.多奈哌齐联合丁苯酞软胶囊治疗血管性痴呆临床观察[J].中国现代药物应用,2013,7(21):31-32
[8]李爱静,刘海华.丁苯酞软胶囊联合奥拉西坦注射液治疗血管性痴呆的疗效观察[J].脑与神经疾病杂志,2011,19(4):258-260
[9]李富昌.血塞通注射液配合奥扎格雷钠及吡拉西坦注射液治疗急性脑梗死[J].中西医结合心脑血管病杂志,2012,10(11):1394-1395
(收稿日期:2016-02-04)

血清降钙素原对老年患者肺部感染的诊治价值研究

胡国新 马长注 陈银花 何银欢

(广东省肇庆市高要区中医院内科 肇庆 526100)

摘要:目的:探讨血清降钙素原在诊治老年患者肺部感染上的临床价值,为尽快确诊、及时治疗提供参考。方法:将收治的 94 例老年肺部感染患者作为肺炎组,按预后情况分为生存组和死亡组,并同时选择 46 例非感染性支气管疾病患者作为对照组,就治疗前后各组患者的血清降钙素原(PCT)、C 反应蛋白(CRP)及 APACHE II 评分等指标进行比较。结果:治疗前肺炎组的 PCT 及 CRP 水平均明显高于对照组患者,组间比较差异显著,有统计学意义($P<0.05$)。治疗前生存组及死亡组两组患者的 PCT、CRP 及 APACHE II 水平比较无显著性差异($P>0.05$);随着治疗时间的进行,生存组患者的感染逐渐得到控制,治疗后 3 d、治疗后 10 d,生存组的 PCT、CRP 水平逐渐下降,APACHE II 水平明显提升;而死亡组患者则与之相反,PCT、CRP 水平明显升高,APACHE II 水平显著下降,两组患者各指标水平比较存在显著性差异($P<0.05$)。结论:血清降钙素原对于老年肺部感染患者的早期诊断、严重程度及预后评估都具有重要意义,为临床合理用药提供有力依据,值得在临床上广泛应用。

关键词:肺部感染;老年患者;血清降钙素原
中图分类号:R563.1 文献标识码:B

由于老年患者肺部感染的临床表现并不典型,在临床治疗上尚缺乏统一标准,抗生素药物超期、超量使用相当普遍^[1]。因此,对老年患者肺部感染进行准确及时诊断,采取合理的治疗方案对于控制疾病意义重大。血清降钙素原(PCT)作为检测早期细菌感染的重要标志物之一,在细菌感染和非细菌感染上起到至关重要的作用^[2]。本研究通过对比老年肺炎患者、非感染性支气管疾病患者以及不同预后情况肺炎患者的 PCT、CRP(C 反应蛋白)等指标水平,旨在探明 PCT 在老年患者肺部感染诊治上的临床应用意义。

1 资料与方法

1.1 研究对象 将 2015 年 1~12 月在我院进行住

院治疗的 94 例老年肺部感染患者作为肺炎组纳入本次研究,所有入选患者均符合《社区获得性肺炎诊断标准和治疗指南》以及相关文献中的诊断标准^[3],其中男 51 例,女 43 例,年龄 61~78 岁。按照肺炎组患者预后情况将其分为生存组(68 例)、死亡组(26 例)。与此同时,选择同一时间在我院进行住院治疗的非感染性支气管疾病患者共计 46 例作为对照组,其中男 26 例,女 20 例,年龄 63~76 岁。两组患者在年龄、性别等一般基线资料上比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 肺炎组在入院后接受相应的抗感染及相应的对症支持治疗,并于治疗前、治疗后 3 d、治疗后 10 d 分三次抽取静脉血 5 ml,测定肺炎组患

者的 PCT 及 CRP 水平,并采用 APACHE II 评分(急性生理与慢性健康评分)标准对肺炎组患者的临床转归情况进行评估。同时在入院后对对照组患者的 PCT 及 CRP 水平进行检测,其中 PCT 检测采用增强化学发光法测定,CRP 则采用免疫单扩散试验法进行测定,所有检测均严格按照试剂盒说明书进行操作,每份血液样本均测定 3 次,最终结果取平均值。

1.3 观察指标 于治疗前对肺炎组及对照组的 PCT 及 CRP 水平进行检测;并于治疗前、治疗 3 d 后以及治疗 10 d 后分别对比生存组、死亡组两个肺炎组亚组的 PCT、CRP 以及 APACHE II 评分水平。

1.4 统计学分析 采用 SPSS18.0 统计软件对各项资料进行分析,比较肺炎组、对照组以及生存组和死亡组两个亚组各观察指标的差值。计量资料以($\bar{x} \pm s$)形式表示,组间比较采用 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前两组患者的 PCT 及 CRP 水平 治疗前,肺炎组的 PCT 及 CRP 水平均明显高于对照组患者,组间比较差异显著,有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 治疗前两组患者的 PCT 及 CPR 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PCT (ng/ml)	CRP (mg/ml)
肺炎组	94	8.16± 2.65	12.56± 1.54
对照组	46	1.84± 0.62	2.57± 0.79
t 值		15.9357	41.3614
P 值		0.0000	0.0000

2.2 治疗前后肺炎组两个亚组的 PCT、CRP 及 APACHE II 水平 治疗前,生存组及死亡组两组患者的 PCT、CRP 及 APACHE II 水平比较无显著性差异($P>0.05$);随着治疗时间的进行,生存组患者的感染逐渐控制,其 PCT、CRP 水平逐渐走低,APACHE II 水平明显提升;而死亡组患者则与之相反,PCT、CRP 水平迅速升高,APACHE II 水平逐渐下降。治疗后 3 d、治疗后 10 d,两组患者各指标水平比较存在显著性差异($P<0.05$)。见表 2。

表 2 治疗前后肺炎组两个亚组的 PCT、CRP 及 APACHE II 水平比较($\bar{x} \pm s$)

时间	项目	生存组 (n=68)	死亡组 (n=26)	t 值	P 值
治疗前	PCT(ng/ml)	7.95± 2.41	8.23± 2.66	0.4896	0.6256
	CRP(mg/ml)	12.46± 1.62	12.58± 1.48	0.3287	0.7431
	APACHE II 评分(分)	17.56± 2.35	16.88± 2.48	1.2360	0.2196
治疗后 3 d	PCT(ng/ml)	5.16± 1.54	9.56± 2.68	9.9488	0.0000
	CRP(mg/ml)	10.52± 1.23	13.13± 1.82	8.0001	0.0000
	APACHE II 评分(分)	19.67± 3.61	11.85± 2.84	9.9224	0.0000
治疗后 10 d	PCT(ng/ml)	2.13± 0.68	10.88± 2.73	54.6841	0.0000
	CRP(mg/ml)	7.65± 0.86	14.89± 2.17	23.2859	0.0000
	APACHE II 评分(分)	21.56± 4.05	8.69± 3.13	14.6039	0.0000

3 讨论

老年肺部感染患者在发病期间的症状表现并无

特异性,容易与其他疾病相混淆,为临床诊断带来一定困难,导致部分患者出现误诊或因诊断不及时而延误病情。因此,准确及时地对老年患者肺部感染进行诊断,对于控制疾病意义重大^[4]。本研究通过对比老年肺炎感染以及非感染性支气管疾病患者的 PCT 及 CRP 水平发现,两组患者比较差异显著,可见 PCT 与 CRP 能够在一定程度上反应感染情况,但除了感染之外,在其他诸如急性排斥反应、心血管疾病以及手术、肿瘤浸润以及风湿活动等的应激情况下,CRP 水平同样会出现显著性升高^[9]。因此,CRP 在诊断老年肺部感染上缺乏特异性。

而 PCT 作为近年来被确定的新型炎症因子,是无激素活性的降钙素前肽物质,并不受体内激素水平的影响,在健康人的血清中含量极低。一旦有严重的感染发生时,由于受到机体内部的内毒素及细胞因子的刺激分泌大量 PCT^[6],因此 PCT 作为一种急性时向性反应蛋白,针对感染性疾病具有特定标记。而 PCT 的半衰期大约为 24 h,在感染得到有效控制时,往往能够迅速下降^[7],通过连续的 PCT 检测,能够对感染患者的病情发展及预后评价给予准确评估,以便为患者及时调整临床用药,制定有效合适的治疗方案。在本研究中的 94 例老年肺部感染患者当中,存活 68 例,死亡 26 例,生存组患者经过治疗,其感染得到有效控制,其 PCT、CRP 水平逐渐走低,APACHE II 水平明显提升;而死亡组患者则与之相反,PCT、CRP 水平迅速升高,APACHE II 水平逐渐下降,最终治疗无效而死亡。通过 PCT 水平的变化,能够及时反映出老年患者肺部感染严重程度及预后情况,以便对病情发展和治疗效果进行准确判断,为临床用药提供参考依据,值得在临床上广泛应用。

参考文献

[1]迟岩,怀丽梅,钱阔.血清降钙素原检测在患者肺部感染诊断中的应用分析[J].中华医院感染学杂志,2015,25(8):1717-1718
[2]戴小平.检测血清降钙素原和内毒素在肺部感染患者的诊断价值[J].江苏医药,2015,41(21):2567-2568
[3]钱佳栋,王海波,邓国军.降钙素原和超敏 C 反应蛋白检测对重型颅脑损伤并发肺部感染的对比研究[J].中国卫生检验杂志,2014,24(19):2775-2777
[4]李刚,向芳,王文蒙.降钙素原检测在慢性阻塞性肺病合并肺部感染治疗中的价值(附 239 例分析)[J].中国现代医学杂志,2015,25(10):99-101
[5]梅春霞,刘娟,徐智,等.APACHE II 评分和降钙素原对肺部感染预后的预测作用[J].第三军医大学学报,2014,36(8):802-805
[6]刘莲凤,陈周敏,马建波.降钙素原对重症肺部感染患者预后的评估价值[J].中华医院感染学杂志,2014,24(8):2070-2071,2074
[7]朱建芸,黄建华,李齐光,等.血清降钙素原、C 反应蛋白在老年肺部感染患者中的诊断价值 [J]. 中国卫生检验杂志,2015,25(17):2905-2907

(收稿日期: 2016-01-05)