

者心率无显著性差异($P>0.05$)。见表 2。

表 2 三组患者治疗前后血压及心率比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	收缩压 (mm Hg)	舒张压 (mm Hg)	心率 (次/min)
治疗前	对照组	37	154.8± 6.8	102.1± 6.2	65.4± 10.3
	研究 A 组	37	156.8± 9.2	101.8± 7.2	66.3± 8.9
	研究 B 组	37	155.3± 9.3	100.4± 8.9	66.3± 9.8
治疗后	对照组	37	135.7± 6.8*	101.8± 7.2	66.4± 8.9
	研究 A 组	37	127.4± 5.9**	79.2± 4.8**	66.8± 9.9
	研究 B 组	37	125.8± 7.2**	79.6± 9.1**	66.2± 10.1

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;治疗后,与对照组比较,** $P<0.05$ 。

3 讨论

高血压是指持续血压过高的疾病,以动脉压升高为主要特征,易引发中风、血管瘤、心脏病、肾衰竭等疾病,同时可伴有血管、心脏、脑和肾脏等器官功能性或器质性改变^[5]。

缬沙坦是血管紧张素 II 受体拮抗剂,选择性阻断 Ang II 与 AT1 结合,有效抑制血管收缩和醛固酮释放,进而改善患者心室功能,有助于血管重塑^[6],产生降压效果。但单一用药效果存在一定的局限性,临床多于利尿剂联合使用,增强降压效果,减轻不良反应。本研究中,研究组治疗总有效率明显优于对照组,且研究 B 组治疗总有效率明显高于对照组和研究 A 组,说明联合用药降压效果增强,且缬沙坦联合呋塞米治疗中青年高血压患者效果更为显著。氢氯噻嗪和呋塞米均为利尿剂,其中氢氯噻嗪主要通过抑制远端小管前段和近端小管对氯化钠的重吸收,增加 $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ 交换,达到利尿作用^[7],通过利尿及肾外作用机制参与降压,不仅降低患者机体血压水平,改善舒张压及收缩压,同时可对体位性低

血压、尿酸等进行调节,降低不良反应的发生。呋塞米是一种噻嗪样利尿剂,为二氢吡嗪类衍生物,除利尿作用外,还可抑制血管平滑肌钙离子内流,缓解血管舒张力,有效逆转左室肥厚;此外,呋塞米可降低左心室指数,能有效降低患者心血管事件的发生,与缬沙坦联合应用,安全性更高。由表 2 研究结果得知,治疗后三组患者收缩压和舒张压较治疗前均明显改善,但研究 A 组与研究 B 组患者血压改善程度明显优于对照组患者,且三组患者治疗前后心率无明显改变,说明缬沙坦联合氢氯噻嗪或呋塞米均有较为显著的降压作用,且对心率无明显影响。综上所述,缬沙坦联合氢氯噻嗪或呋塞米治疗中青年高血压均有良好的临床效果,具有较高的安全性,且缬沙坦联合呋塞米治疗效果更为显著。

参考文献

- [1]徐俊涛.缬沙坦与氨氯地平治疗 2 型糖尿病合并高血压的效果观察[J].中外医学研究,2015,13(30):110-111
- [2]李霞.缬沙坦、硝苯地平联合治疗原发性高血压的临床观察[J].中国现代医生,2015,53(29):89-91
- [3]林淑霞.缬沙坦联合硝苯地平缓释片治疗原发性高血压的疗效观察[J].中国现代医生,2015,53(8):102-104
- [4]王丽,刘妮妮,李健,等.复方缬沙坦氢氯噻嗪片剂治疗缬沙坦单药未达标的轻中度原发性高血压的临床观察[J].中国医药导刊,2015,17(5):483-484
- [5]罗昭.呋塞米联合缬沙坦对高血压合并糖尿病患者的效果观察[J].中国现代药物应用,2015,9(13):11-13
- [6]狄君斐.非洛地平联合缬沙坦治疗肾性高血压的疗效观察[J].中国基层药,2015,22(2):299-300
- [7]廖登茹.缬沙坦治疗原发性高血压临床疗效观察[J].医药前沿,2015,5(33):47-49
- [8]王月鹏.缬沙坦联合氨氯地平和氢氯噻嗪治疗高血压临床疗效对比观察[J].医药前沿,2015,5(12):61-62

(收稿日期:2017-01-16)

不同起始负荷剂量治疗中重度革兰阳性菌下呼吸道感染

刘德智

(河南省新乡市中心医院 EICU 新乡 453000)

摘要:目的:探讨不同起始负荷剂量治疗中重度革兰阳性菌下呼吸道感染的临床效果。方法:选取我院 2014 年 5 月~2016 年 10 月中重度革兰阳性菌下呼吸道感染患者 72 例,按随机数字表法分对照组和研究组,每组 36 例。两组均给予替考拉宁治疗,研究组起始负荷剂量为 800 mg,2 次/d,持续 3 d,对照组起始负荷剂量为 400 mg,2 次/d,持续 3 d。比较两组患者疗效及不良反应发生率。结果:研究组治疗总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$;两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。结论:800 mg 起始负荷剂量替考拉宁治疗中重度革兰阳性菌下呼吸道感染疗效更优,安全性较高。

关键词:下呼吸道感染;起始负荷剂量;中重度革兰阳性菌

中图分类号:R978.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.004

下呼吸道感染为常见感染性疾病,主要由病毒、细菌、支原体等微生物引起。近年来,革兰氏阳性菌感染率逐渐上升,由于抗生素滥用,耐药菌株明显增多。替考拉宁为临床常用的糖肽类抗生素,尤其对耐药性革兰氏阳性菌具有较强活性。王明强等^[1]报道,替考拉宁治疗耐甲氧西林金黄色葡萄球菌重症

感染疗效与万古霉素、利奈唑胺等传统药物相同,且不良反应较少。为进一步提高替考拉宁疗效,临床建议提高起始负荷剂量,但实际治疗效果与安全性尚存争议。本研究选取中重度革兰阳性菌下呼吸道感染患者 72 例,分组探讨不同起始负荷剂量替考拉宁的治疗效果与安全性。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 5 月~2016 年 10 月中重度革兰阳性菌下呼吸道感染患者 72 例,按随机数字表法分为对照组和研究组,每组 36 例。研究组女 16 例,男 20 例;年龄 24~80 岁,平均年龄(51.62± 12.45)岁;体重 47~79 kg,平均体重(57.33± 4.03) kg。对照组女 17 例,男 19 例;年龄 22~79 岁,平均年龄(52.03± 13.75)岁;体重 46~80 kg,平均体重(56.83± 4.62) kg。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:经病原学检测及 X 胸片检查确诊为中重度革兰阳性菌下呼吸道感染;患者及家属知晓本研究目的自愿参加,并签署知情同意书。(2)排除标准:痰细菌培养分离出革兰氏阴性菌者;对替考拉宁过敏者;合并心、肝、肾等重要脏器功能不全者;妊娠及哺乳期女性。

1.3 治疗方法 两组均予以替考拉宁(国药准字 H20123376)治疗。研究组起始负荷剂量为 800 mg/次,2 次/d,持续 3 d。对照组起始负荷剂量为 400 mg/次,2 次/d,持续 3 d。两组维持剂量均为 400 mg/次,1 次/d,用药 2 周。

1.4 观察指标及标准 比较两组患者疗效及不良反应发生率。疗效判定标准^[2]:临床症状、体征、实验室检测、病原学检测均正常为治愈;上述指标有 1 项未恢复正常为显效;上述指标均有轻微好转为进步;经治疗病情无变化或加重为无效。总有效率 = 治愈率 + 显效率。

1.5 统计学分析 通过 SPSS20.0 对数据进行分析,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 研究组治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	显效	进步	无效	总有效
研究组	36	21(58.33)	12(33.33)	2(5.56)	1(2.78)	33(91.66)
对照组	36	16(44.44)	10(27.78)	6(16.67)	4(11.11)	26(72.22)
χ^2						4.600
P						<0.05

2.2 两组不良反应发生率比较 两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 两组不良反应发生率比较[例(%)]

组别	n	血常规异常	血肌酐升高	腹泻	总发生
研究组	36	1(2.78)	1(2.78)	3(8.33)	5(13.89)
对照组	36	1(2.78)	0(0.00)	2(5.56)	3(8.33)
χ^2					0.141
P					>0.05

3 讨论

下呼吸道感染常发生于儿童与老年人,由于儿童或老年人呼吸道活动能力较差,支气管内分泌物不能及时排出,为细菌等病原体提供良好的生存环境,加上免疫功能低下,发病后病情进展迅速。近年来,随着病原菌构成谱复杂化及耐药性增强,临床诊疗策略也在不断调整。替考拉宁为继万古霉素后的新型抗菌药物,对多种革兰氏阳性菌均具有较高活性,包括金黄色葡萄球菌、链球菌属、肠球菌属、单核细胞增生李斯特菌等。替考拉宁与其他糖肽类药物具有相似的药理作用,通过与 N-乙酰胞壁酸连接的五肽尾部结合,阻断双糖十肽转运过程,使细胞壁黏肽无法合成,细菌因细胞壁无法维持完整性而失去活性。此外,替考拉宁存在特有的乙酰取代基结构,亲脂性极大提高,更易进入组织及细胞,尤其于肺部组织中药物浓度较高。临床研究表明^[3],治疗中重度革兰氏阳性菌感染,替考拉宁谷浓度应 >10 mg/l。Pea F 等^[4]研究表明,谷浓度与负荷剂量密切相关,提高负荷剂量可缩短达到稳态血药浓度的时间,延长有效谷浓度时间。

本研究将替考拉宁起始负荷剂量从 400 mg 提高至 800 mg,结果显示,研究组患者治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$),表明增加初始负荷剂量可明显提高治疗效果。此外,由于替考拉宁与血浆蛋白具有较高结合率,静脉注射给药半衰期长达 30~180 h,因而大剂量使用可能引起轻微肝、肾功能异常,对于存在肝肾功能损害患者,应减少用量,并密切关注肝肾功能指标变化^[5]。本研究结果中,研究组不良反应发生率稍高于对照组($P>0.05$),但均自行恢复,提示替考拉宁起始负荷剂量增至 800 mg,不良反应发生率无明显变化,安全性较高。综上所述,800 mg 起始负荷剂量替考拉宁治疗中重度革兰阳性菌下呼吸道感染综合疗效更优。

参考文献

[1]王明强,张思森,刘小军,等.替考拉宁与万古霉素及利奈唑胺治疗 MRSA 感染患者的疗效评价[J].中华医院感染学杂志,2015,25(17):3923-3924

[2]杨帆.《抗菌药物临床应用指导原则(2015 年版)》解读[J].中华临床感染病杂志,2016,9(5):390-393

[3]汪复.耐甲氧西林金黄色葡萄球菌严重感染的处理:影响疗效的因素[J].中国感染与化疗杂志,2014,14(3):266-268

[4]F Pea,L Broilo,P Viale,et al.Teicoplanin therapeutic drug monitoring in critically ill patients: a retrospective study emphasizing the importance of a loading dose [J].Journal of Antimicrobial Chemotherapy,2003,51(4):971

[5]江学维,梁蓓蓓,王凯,等.替考拉宁药代动力学/药效学研究及给药方案优化[J].中国临床药理学杂志,2015,31(16):1662-1664

(收稿日期: 2017-01-18)