

3 讨论

肠黏膜屏障由微生物屏障、机械屏障、免疫屏障和化学屏障等组成,是肠道维持微环境平衡和发挥生理功能的基础^[3]。失代偿肝硬化患者由于胶体渗透压降低、门脉高压等因素损伤肠道黏膜屏障,引起内毒素血症、自发性腹膜炎和腹水等并发症^[4]。因此,治疗失代偿肝硬化的关键在于修复肠道黏膜屏障功能。

枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊由肠球菌和枯草杆菌组成,可直接补充生理菌丛,于肠道内定植,竞争性地与肠道黏膜表面结合位点结合,调节菌群失调,并可促进抗菌肽和乳酸合成,抑制酸性环境微生物生长,以减少致病微生物^[5]。谷氨酰胺为 ATP 及蛋白质、核酸、嘌呤等生物大分子的前体,对蛋白质合成具有促进作用,并能抑制其分解,维持肠道功能和结构的作用显著^[6]。复方谷氨酰胺颗粒为胃黏膜保护剂,可提供充足的谷氨酰胺,并可增强肠黏膜细胞活动和肠道免疫功能,纠正肠功能紊乱,同时可抗氧自由基,减轻生物膜损害,改善肝功能。本研究结果显示,观察组的总有效率为 94.87%,高于对照组的 76.92%,差异有统计学意义, $P < 0.05$; 治疗后,观察组的 ALB 高于对照组,ALT、TBIL 和 AST 均低于对照组,差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。表明枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊联合复方谷氨酰胺颗粒治疗失代偿肝硬化,可改善患者肝功能,疗效显著。

有学者指出,血浆 TNF- α 、ET 和 IL-6 水平在失代偿肝硬化发生和发展中起着重要的作用^[7]。TNF- α

为促炎细胞因子,多在炎症反应早期出现,为肠道黏膜屏障损伤始动因子;IL-6 为重要损伤因子,参与炎症及免疫反应;ET 可活化免疫细胞并促进其增生,还可诱导炎症介质和细胞因子 (IL-6、TNF- α 等)释放。本研究结果显示,治疗后,观察组的血浆 TNF- α 、ET 和 IL-6 水平均低于对照组,差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。表明枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊联合复方谷氨酰胺颗粒可降低患者血浆 TNF- α 、ET 和 IL-6 水平,缓解炎症反应。

综上所述,枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊联合复方谷氨酰胺颗粒治疗失代偿肝硬化,可降低患者血浆 TNF- α 、ET 和 IL-6 水平,改善其肝功能,疗效显著。

参考文献

- [1]程静,叶青跃,刘佳,等.自体骨髓干细胞移植治疗失代偿肝硬化血小板参数和血清前清蛋白、胆碱酯酶的变化分析[J].临床血液学杂志,2014,27(4):696-697
- [2]肖孟生,符丽珍,朱德康,等.谷氨酰胺联合益生菌治疗失代偿肝硬化患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2018,34(6):626-628
- [3]陆健,龚镭,杨怡莎,等.肠内营养支持联合谷氨酰胺对失代偿期肝硬化患者肝功能、营养状况及肠屏障功能的影响[J].实用临床医药杂志,2015,19(1):32-35
- [4]肖丹,贾业贵.双歧三联活菌辅助治疗对肝硬化患者肠道菌群、血浆内毒素及肠黏膜屏障功能的影响[J].药物流行病学杂志,2016,25(6):339-341
- [5]廖如奕,姚萍,张艳.枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊联合头孢哌酮舒巴坦治疗肝硬化并发自发性腹膜炎的疗效及对血清中白细胞介素 -1、-12、-18 的影响[J].中国老年学杂志,2016,36(2):383-384
- [6]蔡柏奇,许舒婷,黄庆珠.肠内营养支持联合谷氨酰胺在改善失代偿期肝硬化患者肝功能、营养状况及肠屏障功能中的作用[J].吉林医学,2018,39(4):645-646
- [7]郝虎,陈明锴,丁冷文.益生菌联合复方谷氨酰胺预防肝硬化失代偿期患者发生自发性细菌性腹膜炎的临床疗效研究[J].医学研究杂志,2014,43(11):25-28

(收稿日期: 2018-10-11)

哌拉西林舒巴坦联合左氧氟沙星治疗老年肺炎的疗效观察

任珊珊 王永虎 彭宇晓 #

(河南省唐河县人民医院内分泌科 唐河 473400)

摘要:目的:观察哌拉西林舒巴坦联合左氧氟沙星治疗老年肺炎的临床疗效。方法:选取 2016 年 6 月~2017 年 9 月于我院诊治的老年肺炎患者 72 例为研究对象,随机分为对照组和观察组各 36 例。对照组予以哌拉西林舒巴坦治疗,观察组给予哌拉西林舒巴坦联合左氧氟沙星治疗。比较两组临床疗效、症状改善情况、血清炎症因子水平。结果:观察组治疗总有效率明显高于对照组, $P < 0.05$; 治疗后,观察组 TNF- α 、IL-6、sICAM-1 等血清炎症因子水平均明显低于对照组, $P < 0.05$; 观察组各项临床症状及相关实验室检查指标恢复时间均显著低于对照组, $P < 0.05$ 。结论:哌拉西林舒巴坦联合左氧氟沙星治疗老年肺炎疗效显著,可有效抑制机体高炎症状态,促进患者较快恢复。

关键词:肺炎;老年;哌拉西林舒巴坦;左氧氟沙星

中图分类号:R563.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.01.008

肺炎为好发于老年群体的呼吸系统疾病之一,主要由病毒、真菌、细菌、支原体等多种病原体引起。有研究显示^[1],老年人随着年龄增长,机体防御能力及免疫力下降,肺结构和生理功能可出现退行性变,较易出现肺炎等慢性感染性疾病,其中以细菌性肺

炎为主,若控制不及时,可诱发一系列严重并发症,危及生命安全。早期有效使用抗生素治疗对改善患者预后意义重大。左氧氟沙星为喹诺酮类抗生素,能够阻断细菌 DNA 复制过程,实现抗菌作用;哌拉西林舒巴坦为哌拉西林和舒巴坦的复合性药剂,通过

通讯作者:彭宇晓, E-mail: 776845912@qq.com

影响细胞壁的合成发挥作用,二者合用,对多种病原体具有较好的敏感性,且毒副作用甚微^[2]。本研究旨在观察哌拉西林舒巴坦联合左氧氟沙星治疗老年肺炎的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 6 月~2017 年 9 月于我院诊治的老年肺炎患者 72 例为研究对象,随机分为对照组和观察组各 36 例。对照组男 22 例,女 14 例;年龄 63~79 岁,平均年龄(71.39±7.52)岁;病程 4 d~5 个月,平均病程(14.98±5.39) d。观察组男 20 例,女 16 例;年龄 62~80 岁,平均年龄(71.45±7.68)岁;病程 3 d~5 个月,平均病程(15.34±5.89) d。两组一般资料比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入组标准 纳入标准:所有研究对象明确诊断为肺炎,且经胸部 X 线检查确诊;年龄 60~80 岁;该研究经由患者同意,并签署知情同意书。排除标准:合并肺部其他原发性疾病者;伴有严重精神疾病或恶性肿瘤者;对本研究涉及药物过敏者。

1.3 治疗方法 两组入院后均给予积极排痰、低流量吸氧、指导卧床休息等常规对症处理,同时对对照组给予哌拉西林舒巴坦注射液(国药准字 H20052399) 3.75 g 加入 0.9%氯化钠注射液 100 ml 中静脉滴注治疗,12 h/次;观察组给予哌拉西林舒巴坦联合左氧氟沙星治疗,哌拉西林舒巴坦用法同对照组,左氧氟沙星注射液(国药准字 H20113523) 500 mg/次,1 次/d。两组均连续治疗 7 d。

1.4 观察指标 比较两组临床疗效、症状改善情况、血清炎症因子水平。参照《抗菌药物临床研究指导原则》及 X 线胸片病变阴影改善程度进行疗效评估:治疗后患者咳嗽、咳痰、肺部干湿啰音等临床症

状完全消失,X 线胸片示肺部病变完全吸收,为痊愈;治疗后所有症状明显改善,X 线胸片示肺部病变大部分吸收,为显效;治疗后所有症状有所缓解,且 X 线胸片显示病变部位略有吸收,炎症反应降低,为有效;治疗后所有症状无明显改善,肺部病变未见吸收或恶化,为无效。总有效=痊愈+显效+有效^[3]。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,行 t 检验,计数资料以%表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组总有效率为 94.44%,对照组为 75.00%,观察组显著高于对照组, $\chi^2=5.25, P=0.02$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

| 组别 | n | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|----------|----|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 对照组 | 36 | 5(13.89) | 12(33.33) | 10(27.78) | 9(25.00) | 27(75.00) |
| 观察组 | 36 | 9(25.00) | 16(44.44) | 9(25.00) | 2(5.56) | 34(94.44) |
| χ^2 | | | | | | 5.25 |
| P | | | | | | 0.02 |

2.2 两组临床症状及相关实验室检查指标恢复时间比较 观察组各项临床症状及相关实验室检查指标恢复时间均显著低于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组临床症状及相关实验室检查指标恢复时间比较($\bar{d}, \bar{x}\pm s$)

| 组别 | n | 体温恢复正常时间 | 肺部啰音消失时间 | 咳嗽咳痰消失时间 | X 线胸片阴影消失时间 | 白细胞恢复正常时间 |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|
| 对照组 | 36 | 6.59±1.41 | 9.10±1.19 | 8.73±1.94 | 11.60±1.51 | 9.43±1.37 |
| 观察组 | 36 | 4.19±1.20 | 6.58±0.86 | 6.70±1.41 | 8.20±1.34 | 6.69±0.89 |
| t | | 7.78 | 10.30 | 5.08 | 10.10 | 10.06 |
| P | | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

2.3 两组血清炎症因子比较 两组治疗前 TNF- α 、IL-6、sICAM-1 比较,差异均无统计学意义, $P>0.05$;治疗后,两组 TNF- α 、IL-6、sICAM-1 均显著下降,且观察组明显低于对照组, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组血清炎症因子比较($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | n | TNF- α (ng/ml) | | IL-6(pg/ml) | | sICAM-1(μ g/L) | |
|-----|----|-----------------------|-----------|-------------|------------|---------------------|--------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 36 | 1.80±0.49 | 1.34±0.49 | 66.83±12.59 | 38.37±8.15 | 421.52±41.49 | 279.43±32.18 |
| 观察组 | 36 | 1.86±0.65 | 0.81±0.28 | 66.69±12.64 | 27.56±6.42 | 423.57±40.61 | 201.81±24.42 |
| t | | 0.44 | 5.63 | 0.05 | 6.25 | 0.21 | 11.53 |
| P | | 0.66 | 0.00 | 0.96 | 0.00 | 0.83 | 0.00 |

3 讨论

肺炎为慢性气道炎症性疾病,可由感染、免疫损伤、过敏、理化因子损伤及药物所致,最常见致病因素为感染,且病情进展迅速,如不及时诊治,可引发急性呼吸窘迫综合征、败血症等严重并发症,对患者生命健康构成严重威胁^[4]。目前,“重锤猛击”治疗策略是临床治疗肺炎的常用方法,该方法提倡在治疗初期进行,对可明确致病病原菌的患者,依据药物敏

感试验作针对性治疗;对未明确致病菌的患者多进行经验性治疗,以达到迅速控制感染、避免病情加重及并发症发生的目的。

左氧氟沙星为第三代喹诺酮类抗生素,具有耐药率低、生物利用度高等特点,主要药理机制为抑制细菌 DNA 旋转酶活性,阻断细菌 DNA 复制过程,以实现强效抗菌作用^[5]。此外,该药对部分葡萄球菌、肺炎链球菌、衣原体等亦具有较好的抗微生物效

果。哌拉西林舒巴坦为哌拉西林和舒巴坦按一定比例配制而成的复合性药剂,其中哌拉西林为青霉素类广谱抗生素,通过影响细胞壁的合成发挥抗菌作用,对革兰阴性菌、革兰阳性菌均有良好的抗菌作用,且对人体几乎无毒。舒巴坦系 β -内酰胺酶抑制剂,具有活性弱、不可逆性等特点,与哌拉西林共同作用抑制细菌体内 β -内酰胺酶合成,对多种病原体均有较好的治疗效果。本研究结果表明,观察组临床总有效率明显高于对照组,治疗后的各项临床症状及相关实验室检查指标恢复正常时间均明显低于对照组,表明哌拉西林舒巴坦联合左氧氟沙星治疗可产生协同效应,增强抗菌效果,促进病情恢复。

在肺炎发病过程中有多种炎症细胞及炎症递质共同参与, TNF- α 是与肺炎形成密切相关的一种炎症反应标志物,主要由单核巨噬细胞分泌,可促进炎症细胞发生聚集与黏附,诱发慢性炎症反应; IL-6 是由免疫细胞、非免疫细胞等多种细胞因子分泌的炎症介质,可诱导肝细胞分泌急性反应蛋白,增强宿主自身破坏炎症反应; sICAM-1 系免疫球蛋白超家族成员之一,可调节白细胞与血管内皮间的黏附,诱

发过量炎症递质及相关细胞因子在气道内释放,引起支气管和肺脏损伤,进一步加重病情。本研究结果显示,与对照组相比,观察组治疗后血清 TNF- α 、IL-6、sICAM-1 水平均明显较低,提示联合给药能够有效抑制老年肺炎患者高炎症状态。综上所述,哌拉西林舒巴坦联合左氧氟沙星治疗老年肺炎疗效确切,可有效抑制机体高炎症状态,促进患者较快恢复。

参考文献

[1] 栾禹博,侯嘉娜.哌拉西林舒巴坦钠、左氧氟沙星联合热毒宁治疗社区获得性肺炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(13):1448-1450
 [2] 李荣琳.白虎加人参汤联合哌拉西林舒巴坦治疗老年重症肺炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(2):185-187
 [3] 殷波,吴艳,郝昊达,等.哌拉西林舒巴坦联合莫西沙星治疗社区获得性肺炎的临床观察[J].现代生物医学进展,2016,16(32):6305-6308
 [4] 时俊霞,秦文婧,徐欣,等.头孢哌酮/舒巴坦治疗老年社区获得性肺炎的疗效及对炎症因子水平的影响[J].中华医院感染学杂志,2016,26(16):3690-3692
 [5] 马丽苹,徐若华,詹秀玲,等.比阿培南联合左氧氟沙星治疗老年重症肺炎的临床效果观察[J].临床误诊误治,2017,30(12):83-86

(收稿日期: 2018-09-14)

清胰承气汤联合西药治疗重症急性胰腺炎患者的有效性观察

闫凤

(河南开封市中医院 ICU 开封 475000)

摘要:目的:观察清胰承气汤联合西药治疗重症急性胰腺炎患者的有效性。方法:选取 2014 年 1 月~2018 年 9 月我院收治的 82 例重症急性胰腺炎患者作为研究对象,随机分为对照组与观察组,每组 41 例。对照组采用常规西药治疗,观察组在对照组的基础上加用清胰承气汤治疗,比较两组的治疗效果。结果:治疗后,观察组的血清淀粉酶、白细胞介素-6(IL-6)和肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平均低于对照组,差异均有统计学意义, $P < 0.05$;观察组的腹痛消失时间、排气时间和住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义, $P < 0.05$;观察组的病死率为 0.00%,低于对照组的 14.63%,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:清胰承气汤联合西药治疗重症急性胰腺炎,可促进患者尽快排气,缓解腹痛。

关键词:重症急性胰腺炎;清胰承气汤;西药

中图分类号:R657.51

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.01.009

急性胰腺炎是指胰腺内胰酶被激活,导致胰腺组织出现自身消化、水肿、出血甚至坏死。近年来,急性胰腺炎的发病率呈逐年增加的趋势。李力等^[1]报道称,大多数轻度急性胰腺炎患者,预后良好;重症急性胰腺炎患者常伴持续性脏器衰竭或胰腺组织坏死,病死率高达 20%~30%,故重症急性胰腺炎应尽早治疗。《中国急性胰腺炎诊治指南》^[2]指出,治疗重症急性胰腺炎时,应注意维护脏器功能。这时可以采用中医中药治疗,中药制剂可降低血管通透性,抑制巨噬细胞、中性粒细胞等炎症细胞的活化,清除体内毒素。重症急性胰腺炎在中医中属于“腹痛”范畴,且中医辨证论治治疗重症急性胰腺炎的效果已

得到肯定。本文旨在观察采用清胰承气汤联合西药治疗重症急性胰腺炎的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月~2018 年 9 月我院收治的 82 例重症急性胰腺炎患者作为研究对象,随机分为对照组与观察组,每组 41 例。观察组男 27 例,女 14 例;年龄 30~73 岁,平均年龄 (53.96 \pm 11.48) 岁;发病时间 3~36 h,平均发病时间 (14.28 \pm 3.12) h;胆源性 28 例,非胆源性 13 例;平均急性生理与慢性健康评分 (APACHE-II) 评分为 (13.48 \pm 4.12) 分。对照组男 26 例,女 15 例;年龄 30~72 岁,平均年龄 (54.18 \pm 11.52) 岁;发病时间 3~35 h,平均