

氟喹诺酮类药物临床不良反应和合理用药

阳海燕

邵阳市中医医院 湖南邵阳 422000

[摘要]目的 对氟喹诺酮类药物在临床上发生的不良反应进行详细的分析阐述,并将制定合理用药的措施。**方法** 选取我院在 2016 年期间(1 月—12 月)临床上共出现氟喹诺酮类药物不良反应(ADR)99 例病患,对以上所有病患的临床相关资料进行详细的阐述,并制定合理用药的措施。**结果** ADR 不良反应临床特征为:皮疹、红肿、食欲减低、出汗、失眠、呼吸困难。**结论** 氟喹诺酮类药物临床应用时,一定加强监督和监管的力度,并充分了解该类药物的适应症、禁忌等,根据病患自身的情况选取相应、合理的药物以及准确的给药方式,才能有效减低 ADR 发生率并能提高治疗疗效。

[关键词] 氟喹诺酮类;副作用;合理用药

[中图分类号] R978.1

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2017)04-001-02

氟喹诺酮类药物为广谱类抗菌药物,因具有半衰期较长、高效、稳定性良好、低毒以及兼容性强等众多优势,已经被广泛的应用与临床治疗呼吸道感染、尿路和肠道感染以及软组织和骨关节感染等,但是由于临床上应用时存在不合理用药的情况,故最近几年来该类药物发生不良反应的情况呈逐年增长之态势^[1],趋于以上背景,笔者将该类 ADR 病患的临床资料进行详细的分析,并将其发生的主要因素进行详细的阐述,并根据自身多年的临床经验总结合理的用药措施,特将详细的材料作如下阐述。

1 材料与方法

1.1 病患基本资料:选取我院在 2016 年期间(1 月—12 月)临床上共出 99 例 ADR 病患,其中 53 例为男性,其余 46 例为女性;年龄在 18—65 岁之间,平均年龄在(41.5±3.7)岁;所有病患的原发病:肺炎 21 例,呼吸道感染 35 例,泌尿系统感染 23 例,消化道感染 20 例;临床上主要应用的药物:①左氧氟沙星;②加替沙星;③氟罗沙星;④洛美沙星;⑤环丙沙星;⑥氧氟沙星等。

1.2 统计学方式:所有 ADR 病患数据采用(%)体现,并运用 χ^2 体现,应用 SPSS16.0 实施分析,如 P 值<0.05,则表示具有统计学意义,且意义明显;如 P 值<0.01,则表示统计学意义显著。

2 结果

2.1 年龄和性别 ADR 分布情况:根据以下数据显示,ADR 高发年龄段为 31—40 岁之间,而该年龄段与其他年龄段具有(P<0.05);男性 ADR 为(53.54%),女性为 ADR 为(46.46%),不同性别比较($\chi^2=5.737$, P<0.05),详细情况见表 1。

表 1. ADR 病患不同年龄段分布和性别分布情况

年龄	性别 (n)		比例 (%)
	男病患 (n=53)	女病患 (n=46)	
18—30	7	8	15 (15.15)★
31—40	17	15	32 (32.32)
40—50	13	11	24 (24.24)★
51—60	11	8	19 (19.19)★
>60	5	4	9 (9.09)★

注:不同年龄段比较★P<0.05。

2.2 ADR 给药方式以及途径:(1)所有 99 例 ADR 病患中,其中 65 例病患单独用药(65.66%),其余 34 例病患为联合用药(34.34%),($\chi^2=25.370$, P<0.01);(1)口服用药病患 23 例(23.23%),静脉注射 76 例(76.77%),($\chi^2=43.383$, P<0.01)。

2.3 发生 ADR 时间:ADR 病患的高发时间段在 11—35min 以及 1—24h 之间,两种不同时间段与其他时间段比较(P<0.05),见表 2。

表 2. 不同时间段发生 ADR 的情况

发生 ADR 时间	例数 (n)	比例 (%)
>10min	7	7.07▲
11—30min	35	35.35
31—59min	9	9.09▲
1—24h	45	45.45
>2d	3	3.03▲
合计	99	100.00

注:不同时间段比较▲P<0.01。

2.4 不同药物 ADR 分别情况:发生 ADR 最高的药物为左氧氟沙星(28.28%),其次为加替沙星(21.21%)、氟罗沙星(17.17%)、洛美沙星(13.13%)、环丙沙星(11.11%)、氧氟沙星(9.09%)。

2.5 ADR 病患具体累及系统以及临床特征:ADR 累及最高为皮肤注射位置(52.53%),其次为消化系统(19.19%)、全省性系统(13.13%)、神经系统(9.09%)、呼吸系统(5.05%)和泌尿系统(1.01%),而发生的临床特征为:皮疹、红肿、食欲减低、出汗、失眠、呼吸困难等,详细情况,见表 3。

表 3. ADR 病患累及位置 and 临床特征

累及位置	例数 (n)	发生比例 (%)	临床特征
皮肤	52	52.53	注射位置:①皮疹;②红肿;③瘙痒;④疼痛等
消化系统	19	19.19	①食欲减低;②呕吐;③腹胀;④腹痛;⑤黑便等
全身性系统	13	13.13	①出汗;②高热;③寒战等
神经系统	9	9.09	①失眠;②情绪烦躁;③颅内高压;④癫痫等
呼吸系统	5	5.05	①呼吸困难;②喘息;③呼吸衰竭等
泌尿系统	1	1.01	①尿量减少;②尿路感染;③血尿等

3 讨论

氟喹诺酮类药物主要包括:①左氧氟沙星;②加替沙星;③氟罗沙星;④洛美沙星;⑤环丙沙星;⑥氧氟沙星等^[2]。该类药物应用在临床以来,因自身具有较强的抗菌效果,已经被临床上广泛的应用,另外该类药物具有增强脂溶性和细胞穿透力,也相对增加组织的吸收性,故最大程度的提升药物的抗菌和杀菌的效果,最终达到提高临床治疗的疗效的目的^[3]。但是由于临床上存在不合理用药的情况,增加了近些年来发生 ADR 病患的发生率,因此通过以上的分析结果说明,在临床上应用该类药物时一定要引起足够的重视,防止发生严重的不良反应。

为有效的降低 ADR 的发生率,笔者根据自身多年的临床工作经验总结出一下合理用药的相关措施:(1)该类药物虽具有价格低廉、半衰期长、抗菌广泛等特点,但是在应用时应根据病患的药敏试验结果,选取相应、合理且有效的药物;(2)如病患接受静脉注射或者口服该类药物时,应用告知病患尽量在餐后应用,在最初应用的剂量不应过大,应用的过程中要遵循“最小药量”的用药原则,并能达到相同的治疗目的,进而可以减低用药过量药物而发生 ADR 的几率;如病患口服药物能达到治疗的目的,应尽量避免静脉注射;在对病患实施静脉注射时,一定严格控制静脉的滴速,一旦病患发生相关不良反应时,一定及时根本病患的情况给予调整滴速或者停止用药;(3)严格的掌握该类药物的禁忌,如该类药物不适用年龄<18 岁的病患、哺乳期和孕产妇、肝脏以及肾脏等重要器官存在功能异常、精神存在

(下转第 3 页)

< 0.05)；研究组患者治疗后心功能水平与对照组相比差异显著 (P < 0.05)，见表 2。

表 2. 两组患者治疗前后心功能指标改善情况对比

组别	时间	HR (次/min)	DBP (mmHg)	SBP (mmHg)	LVEF (%)	LVEDD (mm)	LVESD (mm)
对照组	治疗前	95.57±7.26	91.33±4.62	142.16±12.16	41.22±2.13	61.57±2.08	42.61±1.87
	治疗后	88.22±5.57	84.22±6.20	132.11±12.67	44.71±1.93	56.08±1.92	40.12±1.92
研究组	治疗前	96.37±6.47	93.22±5.11	144.62±11.03	41.65±2.14	61.92±4.11	43.12±1.15
	治疗后	72.12±5.84	75.32±5.43	117.46±8.09	50.33±2.47	53.03±2.81	34.55±2.00

2.3 对比两组患者不良反应发生率：两组患者用药期间均存在一定程度不良反应，停药后症状均自行消失，不影响本研究结果。其中对照组患者 4 例头晕、恶心，3 例心悸，不良反应发生率为 15.22%。研究组患者 1 例恶心、呕吐，1 例心悸，不良反应发生率为 4.35%。研究组患者不良反应发生率显著低于对照组差异存在统计学意义 (P < 0.05)。

3 讨论

相关研究指出^[4]，随着人们生活方式的改变及生活节奏的加快，心脑血管疾病发生率呈明显增加趋势，特别是老年群体因年龄因素身体机能水平下降，容易出现心脑血管疾病，其中冠心病发病率最高。因冠心病具有发病速度快、临床前期症状不明显等特点，若不能及时采取措施进行干预，后期合并心力衰竭的危险性较大，对患者生命健康造成极大威胁。冠心病心力衰竭可引起心血管类病变，如心肌细胞代谢负荷加重、心肌细胞供血不足等，疾病致死率较高^[5]。冠心病心力衰竭患者自身血管硬化或堵塞导致降低其氧运输力，无法满足机体能量代谢，心脏整体收缩力较弱且顺应性明显下降，将引起系列并发症，对患者健康造成干扰^[6]。研究报道指出^[7]，冠心病心力衰竭患者应用可促进机体血流动力学类型药物治疗的效果较好，可改善患者侧支循环，通过降低心肌耗氧量达到治疗目的。另有研究认为^[8]，冠心病心力衰竭单纯应用促进血流动力学药物治疗，主要原理是改善心肌供氧无法对机体心肌细胞代谢能力进行改善，疗效欠佳。

美托洛尔属于阻滞剂的一种，可有效阻断 β 受体，可很大限度减少心脏耗氧量，有效调节交感神经，对机体心脏状态进行改善^[9]。研究指出^[10]，冠心病心力衰竭患者应用美托洛尔治疗应用口服方式加快药效发挥，药效发挥快，整体吸收率高，可改善患者神经功能及心率变异，降低疾病致死率。曲美他嗪属于长链 3-酮酰辅酶 A 硫解酶 (3-KAT) 新型抑制剂，用药后可稳定细胞内环境，避免细胞溶解或内膜损伤，减少内皮素及氧自由基释放，确保钠钾泵运转正常，减少机体心脏负荷，降低缺氧造成的心肌损伤，改善机体心功能^[11]。有研究指出^[12]，冠心病心力衰竭患者在应用美托洛尔治疗的基础上联合曲美他嗪提高药效发挥，并在药效发挥过程中改善细胞生存换将，降低体内钠钙等物质堆积，避免出现酸中毒，起到改善患者心功能的效果。

本研究结果显示，研究组患者临床疗效 95.65% 与对照组 80.43% 相比较，提示冠心病心力衰竭患者应用美托洛尔联合曲美他嗪治疗的效果较好。两组患者治疗后心功能各指标水平较治疗前均有明显改善，且研究组治疗后心功能水平好于对照组。有学者研究指出^[13]，

冠心病心力衰竭患者治疗中应用美托洛尔及曲美他嗪两药联合的效果较好，可有效改善患者心功能水平，具有临床推广应用价值。研究组患者不良反应发生率 4.35% 低于对照组 15.22%。提示，美托洛尔联合曲美他嗪在冠心病心力衰竭患者治疗中应用安全性较高，可作为一种有效治疗方案进行推广应用。

综上所述，美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭患者的效果显著，可有效改善其心功能水平，其整体安全性好，具有临床推广应用价值。但本研究因样本量、研究时间等因素影响仍存在一定不足，需后期进一步深入研究。

[参考文献]

- [1] 孙小军, 卢京. 美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭的临床疗效观察 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2015, 15(3):312-314.
- [2] 廖英坚, 周敏. 美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭的临床效果观察 [J]. 中国当代医药, 2014, 21(8):84-85, 88.
- [3] 梁剑平, 杨胜园. 美托洛尔联合曲美他嗪在冠心病心力衰竭治疗中的应用 [J]. 海南医学院学报, 2014, 20(4):468-470.
- [4] 郭敏, 杨龙彪. 美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭的临床疗效观察 [J]. 中国现代医生, 2016, 54(35):100-102.
- [5] 李平, 李佑美. 曲美他嗪联合美托洛尔治疗冠心病心力衰竭对血浆 BNP 影响及疗效观察 [J]. 海南医学院学报, 2016, 22(2):126-128.
- [6] 杨会萍, 任鸾. 美托洛尔联合曲美他嗪对冠心病心力衰竭患者炎性反应、T 细胞亚群及心功能的影响研究 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24(8):20-23.
- [7] 黎洁雯. 美托洛尔联合曲美他嗪对冠心病心力衰竭病人心脏功能的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(21):2540-2541.
- [8] 姜春玲. 美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭的疗效及安全性分析 [J]. 陕西医学杂志, 2016, 45(8):1064-1065.
- [9] 聂荣军. 美托洛尔联合曲美他嗪对冠心病心力衰竭患者心功能的影响 [J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(30):145-146, 147.
- [10] 秦连发. 美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭患者的临床疗效观察 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(35):4421-4422.
- [11] 曾纪美. 美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭患者临床疗效分析 [J]. 国际医药卫生导报, 2014, 20(5):675-677.
- [12] 崔冬梅. 探讨美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭患者的临床效果 [J]. 航空航天医学杂志, 2016, 27(12):1571-1573.
- [13] 明宝义. 美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭的疗效观察 [J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志, 2015, 3(23):107-108.

(上接第 1 页)

异常、癫痫等^[4]；(4) 在应用该类药物时应注意联合用药产生的相互作用，必须充分的掌握该类药物与氨基糖苷类药物、万古霉素以及非甾体抗炎药等联合应用后产生的毒性反应^[5]，防止病患因不合理联合应用后发生 ADR；(5) 所有相关医生要提高认真负责的态度，在开具药物时一定要遵循：①能不应用药物一定不用要；②能应用替代该类药物尽量应用替代药物；③能口服不静脉注射等；(6) 建立监管机制，对每日医生开具的药方，加强审核和监管的力度，对出现的不合理用药 (滥用、多用) 等情况给予严厉的惩罚，必要时应进行追责，进而提高我院应用该类用药的规范性和合理性。

综上所述，氟喹诺酮类药物虽然被临床上广泛的应用，但是在应用的过程中依然存在不合理现象，也是增加 ADR 发生的主要原因，因此该类药物的应用时，一定加强监督和监管的力度，充分了解该类

药物的适应症、禁忌等，根据病患自身的情况选取相应、合理的药物以及准确的给药方式，才能有效减低 ADR 发生率并能提高治疗疗效。

[参考文献]

- [1] 郭代红, 傅宏义. 喹诺酮类药物的不良反应 [J]. 安徽医科大学学报, 2014, 49(12):312-313.
- [2] 李秀敏. 氟喹诺酮类药物的进展与临床应用评价 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2015, 3(2):83-86.
- [3] 孙春茗. 396 例氟喹诺酮类药物不良反应文献复习 [J]. 中华临床医学研究杂志, 2013, 11(22):123-124.
- [4] 刁菱燕. 喹诺酮类药物不良反应分析及注意事项 [J]. 中国医院用药评价与分析杂志, 2014, 8(12):178-179.
- [5] 穆桂荣. 氟喹诺酮类药物不良反应临床分析 [J]. 中国医药导报, 2014, 34(9):354-355.