



临床罗红霉素和阿奇霉素药物的不良反应分析比较

肖亚春 (衡东县妇幼保健院药剂科 湖南衡阳 421400)

摘要: **目的** 探讨临床应用罗红霉素和阿奇霉素所发生的不良反应的分布情况。**方法** 对本院2015年4月-2016年9月期间应用了罗红霉素和阿奇霉素治疗后的302例患者资料进行回顾性分析,并将其分成两组,分别为罗红霉素组、阿奇霉素组,并总结两种抗生素药物的不良反应的相关情况。**结果** 罗红霉素、阿奇霉素易引发药物不良反应的年龄段主要分别集中于“>60岁”、“≥15岁且≤60岁”,且总不良反应发生率分别为30.95%、29.10%;且罗红霉素和阿奇霉素均可引起患者发生胃肠系统损害,其损伤最大,分别占不良反应发生率的38.46%、28.20%。**结论** 在罗红霉素与阿奇霉素药物的临床治疗过程中,应根据患者的具体实际情况给予患者相应的药物,并重视用药后的检测,尽量避免药物不良反应的发生,以保证患者的用药安全。

关键词: 抗生素 罗红霉素 阿奇霉素 不良反应

中图分类号: R978.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)02-135-02

罗红霉素属于新一代大环内酯类抗生素^[1],主要作用于革兰阳性菌、厌氧菌、支原体和衣原体等,其体外抗菌的作用与红霉素有些类似,但体内抗菌作用往往比红霉素强;阿奇霉素又名阿红霉素,是一类半合成的十五元环大环内酯类抗生素^[2],其药物作用机理与红霉素等相同,是主要通过抑制细菌蛋白质合成而产生抑菌作用。目前在临床上使用较为普遍,在临床应用中主要用于呼吸道感染、皮肤感染、耳鼻喉感染等^[3],其用途广泛、效果明显;但两类抗生素在防病治病的同时也会产生一系列的不良反应,因此,本文将着重探讨临床应用罗红霉素和阿奇霉素所发生的不良反应的分布情况,为临床合理用药提供依据,具体如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

对本院2015年4月-2016年9月期间各临床科室应用罗红霉素和阿奇霉素治疗后所发生的302例不良反应作为研究对象,其中,罗红霉素组168人,包括男性患者72人,女性患者96人,年龄主要集中在14~79岁之间,平均年龄(46.5±39.5)岁,体质量约23~64kg,平均体质量(43.5±20.5)kg;阿奇霉素组134人,包括男性患者59人,女性患者75人,年龄主要集中在12~75岁之间,平均年龄(43.5±31.5)岁,体质量约21~62kg,平均体质量(41.5±20.5)kg;原发病型分布为:支气管炎142例,支原体肺炎103例,哮喘41例,其他疾病16例。且所有患者在给药前均进行过皮试,均无严重过敏反应,均为在实施罗红霉素或阿奇霉素治疗期间发生的不良反应,并对此次的研究内容享有知情权,且已签字同意参与该研究试验。

1.2 研究方法

对本院2015年4月-2016年9月期间各临床科室应用罗红霉素和阿奇霉素治疗后所发生的302例不良反应进行回顾性分析,对所有患者的基础资料(包括姓名、性别、年龄、原发病型、既往过敏史等)进行核查,并着重对罗红霉素和阿奇霉素的给药剂量、给药方法、总疗程时间与不良反应类型等进行统计整理。并通过观察两种药物各年龄段引起药物不良反应的分布情况及两种药物引起的药物不良反应类型、临床表现及不良反应发生率;并对本次实验所获数据采用统计分析软件SPSS17.0进行统计学处理,以P<0.05为差异显著,有统计学意义。

2 结果

2.1 从下表1可知,罗红霉素易引发药物不良反应的年龄段主要集中于“>60岁”,且总不良反应发生率为30.95%,阿奇霉素易引发药物不良反应的年龄段集中于“≥15岁且≤60岁”,且总不良反应发生率为29.10%,详见下表1。

2.2 见下表2可知,罗红霉素和阿奇霉素这两类抗生素均可引起患者发生胃肠系统损害、中枢及外周神经系统损害、皮肤系统损害、肝胆系统损害、血液系统障碍、泌尿系统时损伤、免疫功能紊乱和内皮系统损伤等,而且阿奇霉素还可引起患者发生循环系统损伤、呼吸

系统疾病及诱茶碱中毒,其中胃肠系统损伤最大,分别占不良反应发生率的38.46%、28.20%,详见下表2。

表1: 比较两组药物各年龄段不良反应的分布情况(%)

组别	罗红霉素		阿奇霉素	
	用药 病例数	不良反应 发生率	用药 病例数	不良反应 发生率
<15岁	45	7 (15.56%)	43	8 (18.60%)
≥15岁且≤60岁	86	24 (27.91%)	72	26 (36.11%)
>60岁	37	21 (56.75%)	19	5 (26.32%)
合计	168	52 (30.95%)	134	39 (29.10%)

表2: 比较两组患者所发ADR类型及相关情况分布(%)

罗红霉素 (n=52)			阿奇霉素 (n=39)		
ADR分类	病例数	比例	ADR分类	病例数	比例
胃肠系统损害	20	38.46%	胃肠系统损害	11	28.20%
中枢及外周	11	21.15%	中枢及外周	5	12.82%
神经系统损害	7	13.46%	神经系统损害	5	12.82%
皮肤系统损害	5	9.62%	皮肤系统损害	4	10.26%
肝胆系统损害	3	5.77%	肝胆系统损害	4	10.26%
血液系统障碍	3	5.77%	血液系统障碍	3	7.69%
泌尿系统损伤	2	3.85%	泌尿系统损伤	2	5.13%
免疫功能紊乱	1	1.92%	免疫功能紊乱	2	5.13%
内皮系统损伤			循环系统损伤	1	2.56%
			呼吸系统疾病	1	2.56%
			诱茶碱中毒	1	2.56%

3 讨论

罗红霉素为半合成的14元环大环内酯类抗生素,其抗菌谱与抗菌作用基本与红霉素相似,对革兰阳性菌的作用相较于红霉素略差,此抗生素可透过细菌细胞膜,使细菌蛋白质合成受到抑制^[4],目前常见的不良反应包括胃肠道反应,是大部分患者口服后表现的最为迅速和直观的不良反应,可引起患者恶心呕吐、食欲降低、腹痛腹泻等,停药后症状可减轻,一般避免空腹用药,若反应严重但又必须使用此类药物时,可在服用药物前30min口服维生素B6,以减轻症状而不影响疗效。阿奇霉素是一种大环内酯类抗生素,与红霉素等药物作用机理相同,是通过抑制细菌蛋白质的合成而产生的抑菌作用,常用于治疗耳部疾病、鼻窦炎、肺炎、咽喉感染等;该抗生素一般耐受性良好,其不良反应发生率较低,多为轻到中度的可逆性反应。

综上所述,在临床上应用罗红霉素和阿奇霉素,其不良反应均主要表现为胃肠道系统损害、中枢神经系统损害及皮肤过敏反应,而阿奇霉素相对于罗红霉素来说,多产生了泌尿系统损伤、呼吸系统疾病

(下转第137页)



2.4 碳青霉烯类抗菌药物使用病原菌检测情况

碳青霉烯类抗菌药物使用病原菌主要为鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌、大肠埃希菌等,其中鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌的检出率明显高于其他病原菌的检出率($P<0.05$)。如表2:

2.5 碳青霉烯类抗菌药物使用不合理情况

碳青霉烯类抗菌药物使用不合理主要为药物选择不合理、用法用量不合理、药物配伍不合理等,其中药物选择不合理、用法用量不合理的发生几率明显高于其他不合理使用情况的几率($P<0.05$)。如表3:

表3: 碳青霉烯类抗菌药物使用不合理情况

指标	亚胺培南西司他 丁钠(注射用)		美罗培南 (注射用)		总计	
	例数 (n)	占比 (%)	例数 (n)	占比 (%)	例数 (n)	占比 (%)
药物选择不合理	5	1.00	10	2.00	15	3.00
用法用量不合理	4	0.80	18	3.60	22	4.40
药物配伍不合理	1	0.20	3	0.30	4	0.80
药物联用不合理	3	0.60	2	0.40	5	1.00
药物疗程不合理	0	0.00	4	0.80	4	0.80
总计	13	2.60	37	7.40	50	10.00

3 讨论

本院碳青霉烯类抗菌药物主要是在65岁以上的老年患者中使用,老年患者多数存在慢性疾病的情况,其具有免疫机能低、住院时间长等特点,为其实施导管留置等侵入性操作会增加其感染的几率^[4]。因此,为老年患者实施碳青霉烯类抗菌药物治疗的过程中,应合理对药物的剂量进行调整。碳青霉烯类抗菌药物主要是通过患者的肾脏进行排泄,而多数老年患者存在肾功能减退的情况,为其实施药物治疗的过程中,应加强其肾功能的监测,从而合理调整药物的使用剂量。

(上接第133页)

综上所述,在治疗肝硬化上消化道出血的临床中,在综合治疗的基础上加入奥曲肽和普萘洛尔药物,可以有效的提高治疗效果,缩短止血时间,缓解其临床症状,并且有效的降低不良反应的发生率,具有起效高、安全等特点,临床意义较为深远,值得推广与应用。

参考文献

- [1] 何毅,董卫国.奥曲肽联合普萘洛尔治疗肝硬化上消化道出血疗效的meta分析[J].职业与健康,2015,31(3):332-335.
- [2] 陈敏锋,邓启明,林颖华.奥曲肽联合奥美拉唑治疗肝

(上接第134页)

由上可知,干扰素联合炎琥宁应用在小儿手足口病临床治疗中,能对患儿的临床症状起到明显改善,效果良好,并且降低不良反应发生率,值得各级医院的临床应用。

参考文献

- [1] 郭玉喜.干扰素a-2b联合炎琥宁在小儿手足口病的治疗中的效果及安全性[J].健康必读(中旬刊),2014,12(3):1296-1297.
- [2] 夏文芬.炎琥宁联合干扰素治疗小儿手足口病120例临床疗

(上接第135页)

及诱茶碱中毒等不良反应,由此可知阿奇霉素在临床用药时,其不良反应的发生类型及程度均比罗红霉素严重,因此应谨慎使用此类药物,在诊疗活动中,应根据患者的个体特征和实际病情选择适当的药物和用药剂量^[5],一旦发生不良反应,应立即停止用药,避免病情进一步恶化;由此可知,阿奇霉素临床用药的不良反应一般比罗红霉素情节更为严重,因此在临床应用中医务人员应更谨慎采用此类药物,同时医护人员应更注重药品的监测,同时充实自身药物知识,做到对每一位患者负责,提高患者用药安全性和可靠性。

参考文献

碳青霉烯类抗菌药物使用病原菌较多,其主要是在呼吸内科、神经外科等科室中使用,其中呼吸内科为碳青霉烯类抗菌药物使用较多的科室,该科室患者多为鲍曼不动菌感染所致,临床为患者实施碳青霉烯类抗菌药物治疗时,常会因为各种原因而出现不合理用药的情况,不合理用药不仅会对患者药物治疗的疗效造成影响,且可威胁患者的生命健康,因此,临床中应合理对微生物标本进行送检,并进行药敏试验,根据其具体药敏试验的结果、患者的生理、病理情况、病原学特点、感染部位来使用药物^[5],同时应加强患者病原学检查的追踪,及时对药物治疗的方案进行调整,从而对青霉烯类抗菌药物的使用合理性进行保证^[6]。

综上所述,青霉烯类抗菌药物是临抗感染治疗药物之一,在药物使用的过程中,应加强检验、临床以及药学等多个学科的协作,减少出现细菌耐药的情况,更加合理为患者实施治疗。

参考文献

- [1] 林家福,刘永芳,曾跃等.耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌临床及药敏情况[J].中国抗生素杂志,2014,39(2):141-145.
- [2] 赵超莉,谢卫国,张卫东等.碳青霉烯类抗生素耐药鲍氏不动杆菌耐药机制及体外联合用药的研究[J].中华烧伤杂志,2014,30(2):166-170.
- [3] 曲俊彦,吕晓菊.碳青霉烯类耐药革兰阴性菌感染的抗菌治疗[J].中华临床感染病杂志,2016,9(4):307-313.
- [4] 吴娜.东北5家医院碳青霉烯类耐药肠杆菌科细菌耐药机制及临床感染特点研究[D].中国医科大学,2016.
- [5] 赵峻刚,贾秀芹,庞峰等.阴沟肠杆菌产碳青霉烯酶的基因型与临床感染的特征分析[J].中华医学杂志,2015,95(40):3264-3268.
- [6] 吴俊,赵子文.耐碳青霉烯类革兰阴性菌感染的治疗药物与联合抗菌策略进展[J].中华医院感染学杂志,2016,26(9):2152-2156.

硬化上消化道出血疗效的Meta分析[J].中国当代医药,2013,20(14):167-169.

- [3] 周纲,邵丽芳.奥曲肽治疗血吸虫肝硬化上消化道出血的临床评价[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(10):585-587
- [4] 黄普.醋酸奥曲肽联合盐酸普萘洛尔治疗肝硬化门静脉高压致上消化道出血临床观察[J].中华实用诊断与治疗杂志,2013,27(4):387-388.
- [5] 张惠,杜多琼,杨丹.奥曲肽联合血凝酶治疗肝硬化合并上消化道出血疗效观察[J].亚太传统医药,2013,9(9):185-186.

效分析[J].中国农村卫生事业管理,2015,33(12):1454-1456.

- [3] 吴晓玲,李润珍,杜文丽等.重组人干扰素 α 1b联合炎琥宁治疗小儿手足口病的临床研究[J].河北医药,2016,34(19):2910-2911.
- [4] 侯春.小儿手足口病采用干扰素联合炎琥宁治疗的疗效和安全性观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015,2(8):1156-1157.
- [5] 孟繁红.干扰素a-2b联合炎琥宁治疗小儿手足口病的疗效[J].中国保健营养(下旬刊),2016,22(12):5274-5275.

[1] 陈育煌.罗红霉素阿奇霉素药物不良反应分析比较[J].医药论坛杂志,2009,30(20):49-50.

- [2] 车瑞琴.罗红霉素、克拉霉素药物不良反应回顾性分析[J].药物与临床,2010,48(4):75-77.
- [3] 王迎春,周学琴,刘玉琴.阿奇霉素药物不良反应事件报告相关因素的分析[J].中国抗生素杂志,2012,37(1):73-75.
- [4] 顾君,高杰.98例大环内酯类ADR相关因素分析[J].抗感染药学,2011,8(3):214-216.
- [5] 尚云晓.大环内酯类抗生素的抗炎作用及其在呼吸道疾病中的应用[J].儿科药理学杂志,2012,18(3):1-4.