



伊曲康唑治疗肺结核合并真菌感染的临床分析

李慧珍

(泸溪县人民医院 湖南泸溪 416100)

摘要:目的:探讨伊曲康唑治疗肺结核合并真菌感染的应用效果。方法:选取我院2017年4月-2018年5月期间收治的肺结核合并真菌感染患者58例为研究对象,依据奇数、偶数分成两组,对照组为患者应用常规治疗,观察组在对照组基础上为患者应用伊曲康唑,对比两种治疗方案的应用效果。结果:观察组的总有效率93.10%高于对照组的75.86%,观察组的不良反应发生率3.45%低于对照组的34.48%,统计学有意义($P < 0.05$)。结论:伊曲康唑治疗肺结核合并真菌感染的应用效果显著,改善了症状,降低了不良反应发生率,提高了治疗效果,值得应用。

关键词:伊曲康唑;肺结核合并真菌感染;临床分析

中图分类号:R256.12

文献标识码:A

文章编号:1009-5187(2018)14-103-02

肺结核为临床常见感染性疾病,也为典型慢性病症,难以治愈,该疾病的产生为患者肺部受到结核菌感染所致;真菌感染指的是人体受到真菌所致的感染性疾病,肺结核合并真菌感染后,对患者的生活质量有着严重的负面影响,应及时为其对症治疗,在治疗过程中,应加重对传染性的预防,加强医务人员自身的安全性,近年来,该疾病的发病率逐年升高,已成为了影响我国居民身心健康的重要疾病之一,应给予重点关注[1]。本文为探讨伊曲康唑治疗肺结核合并真菌感染的应用效果,特选取我院2017年4月-2018年5月期间收治的肺结核合并真菌感染患者58例为研究对象。报道如下。

1. 资料与方法

1.1 资料

选取我院2017年4月-2018年5月期间收治的肺结核合并真菌感染患者58例为研究对象,依据奇数、偶数分成两组,每组29例,其中,对照组男性患者17例,女性患者12例,年龄在26-85岁,平均年龄为(57.25±1.33)岁,病程控制在0.6-12年,平均病程控制在(6.84±0.12)年,结核分型:浸润性患者7例、空洞性患者16例、血行播散性患者6例,文化程度:大专及以上学历患者9例、大专以下学历患者20例;观察组男性患者18例,女性患者11例,年龄在26-86岁,平均年龄为(57.26±1.34)岁,病程控制在0.5-12年,平均病程控制在(6.82±0.13)年,结核分型:浸润性患者6例、空洞性患者17例、血行播散性患者5例,文化程度:大专及以上学历患者8例、大专以下学历患者21例。两组在(年龄、文化程度、病程、结核分型、性别)等方面,统计学无意义($P > 0.05$)。纳入标准:依据WHO中关于肺结核合并真菌感染的诊断标准[2],确诊为肺结核合并真菌感染患者;所有患者均签署知情同意书。排除精神疾病者;排除不签署知情同意书者;排除全身免疫性疾病者。

1.2 方法

对照组为患者应用常规治疗,药物选用吡嗪酰胺片(江苏永大药业有限公司生产,国药准字:H32024490)、利福平(郑州环科药业有限公司生产,国药准字:H41020866)、乙胺丁醇(长春迪瑞制药有限公司生产,国药准字:H22022127)、异烟肼(安徽仁和药业有限公司生产,国药准字:H34020788);其中,吡嗪酰胺片餐后和睡前口服治疗,每天用药一次,每次剂量控制为0.5g;异烟肼片在早餐后服用0.3g;利福平胶囊口服0.45g;盐酸乙胺丁醇片口服剂量为0.5g;连续用药三个月。

观察组在对照组基础上为患者应用伊曲康唑,常规治疗与对照组保持一致;伊曲康唑注射液选用比利时Janssen-Cilag Ltd.提供,注册证号为H20090518,静脉滴注,每天用药两次,每次剂量控制为200mg,连续用药一个星期后,将每天用药的次数改为一次,连续用药21d;然后使用盐酸伊曲康唑胶囊(上海现代哈森(商丘)药业有限公司生产,国药准字:H20070141),每天用药一次,每次剂量控制为0.2g,连续用药2个月。

1.3 观察指标

观察本次研究中两组治疗效果情况、不良反应发生情况。治疗效

果判定标准[3]:①显效:盗汗、低热、消瘦、乏力等症状完全消失或明显好转;②有效:盗汗、低热、消瘦、乏力等症状有所好转;③无效:盗汗、低热、消瘦、乏力等症状无变化或恶化;总有效率为显效率与有效率之和。不良反应:呕吐、皮疹、腹泻。

1.4 统计学处理

将本次研究所得数据全部输入SPSS19.0软件中,将数据实施系统分析,数据的平均值用($\bar{x} \pm s$)表示,组间数据的用检验 χ^2 值,当数据所得的 P 值 < 0.05 时,表示本次研究所得数据的统计学有意义。

2. 结果

2.1 两组治疗效果情况

两组的总有效率为93.10%和75.86%,观察组的总有效率高于对照组,统计学有意义($P < 0.05$)。见表1。

表1. 两组治疗效果情况(n, 5)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	29	19 (65.52)	8 (27.59)	2 (6.90)	27 (93.10)
对照组	29	15 (51.72)	7 (24.14)	7 (24.14)	22 (75.86)
χ^2 值					5.2365
P值					< 0.05

2.2 两组不良反应发生情况

两组的不良反应发生率为3.45%和34.48%,观察组的不良反应发生率低于对照组,统计学有意义($P < 0.05$)。见表2。

表2. 两组不良反应发生情况(n, 5)

组别	例数	呕吐	皮疹	腹泻	发生率
观察组	29	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.45)	1 (3.45)
对照组	29	3 (10.34)	2 (6.90)	5 (17.24)	10 (34.48)
χ^2 值					5.2684
P值					< 0.05

3. 讨论

肺结核合并真菌感染作为典型呼吸内科疾病,该疾病的出现与感染菌有着直接的联系,主要发病人群为慢性呼吸道疾病人群、老年人群、糖尿病患者人群等,常见症状为盗汗、低热、消瘦、乏力等,患者生活质量和生存质量有着严重的负面影响,同时,该疾病的传染性较强,患者确诊后,应做好隔离措施,避免造成传染,应给予重视[4]。

通过对肺结核合并真菌感染的研究,发现,真菌作为拥有细胞器和细胞核的微生物,广泛存在人体内部,在人体免疫能力正常的情况

(下转第117页)



•临床与药物•

磷酸钠对骨细胞部位有亲嗜性,且不破坏骨细胞的集聚和粘附,且对骨细胞的活性具有明显的抑制作用[5]。阿托伐他汀是 HMG-CoA 还原酶抑制剂,具有一定的选择性,能有效降低低密度脂蛋白胆固醇的合成,有效预防心血管疾病的发生。在糖尿病合并骨质疏松症的治疗中应用阿托伐他汀,能有效抑制破骨细胞的生成,具有强的止痛作用[6]。本次研究结果表明,经治疗后,两组患者的骨密度值均有升高,且观察组的升高幅度明显高于对照组;观察组疼痛改善总有效率(93.33%)明显高于对照组(82.22%);两组患者不良反应发生率无明显差异。

综上所述,在糖尿病合并骨质疏松治疗中应用阿伦磷酸钠联合阿托伐他汀治疗,有效改善骨密度,降低疼痛程度,安全性高,值得临床推崇。

参考文献:

- [1] 王晓立.糖尿病合并骨质疏松症患者应用阿伦磷酸钠联合阿

托伐他汀治疗的临床探究[J].中西医结合心血管病杂志,2017,5(18):25-26.

[2] 李雯,訾铁营,吴娟,等.阿伦磷酸钠联合阿托伐他汀治疗糖尿病合并骨质疏松的评价[J].西北药学杂志,2017,32(2):214-217.

[3] 王深荣,陈频,段洪涛,等.阿伦磷酸钠联合阿托伐他汀治疗糖尿病合并骨质疏松效果观察[J].临床合理用药,2014,7(11A):82-82.

[4] 黄永朱,梁汝忠,李锴.阿伦磷酸钠联合阿托伐他汀治疗2型糖尿病合并骨质疏松临床效果[J].青岛医药卫生,2016,48(2):96-99.

[5] 李凝旭,涂艳,刘晓霞,等.糖尿病合并骨质疏松症患者炎症因子、脂肪因子变化的研究[J].海南医学学报,2016,22(5):438-440.

[6] 王辉.阿伦磷酸钠联合阿托伐他汀治疗糖尿病合并骨质疏松效果观察[J].糖尿病新世界,2016,15(6):46-47.

(上接第103页)

下,不会对人体造成大的伤害,一旦人体免疫能力降低,会使得真菌大量繁殖,导致人体功能异常,肺结核的产生,会导致患者的体内免疫能力极低,进而使得真菌对患者身体进行侵袭,最终形成肺结核合并真菌感染,应及时对症治疗,本文选用的治疗药物为伊曲康唑药物,伊曲康唑作为典型广谱抗真菌药物,能特异性的对真菌细胞壁合成进行抑制,破坏真菌细胞壁的完整性,提升抗菌效果,本文通过对比常规治疗与伊曲康唑治疗肺结核合并真菌感染的应用效果,发现,伊曲康唑治疗肺结核合并真菌感染的应用价值非常高,值得优先选用[5]。

综上所述,伊曲康唑治疗肺结核合并真菌感染的应用效果显著,改善了症状,降低了不良反应发生率,提高了治疗效果,伊曲康唑值

得肺结核合并真菌感染患者应用。

参考文献:

[1]何志彰,李国周,吴洁贞,等.肺结核合并真菌感染的临床特点及药物敏感性分析[J].国际检验医学杂志,2016,37(1):89-91.

[2]吴龙龙.伊曲康唑治疗结核伴发侵袭性肺部真菌感染的有效性及其安全性[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(48):109-109.

[3]任先杰,廖德英.伊曲康唑联合温胆汤治疗肺结核并发肺部真菌感染28例[J].浙江中西医结合杂志,2017,27(6):506-507.

[4]龚瑜.伊曲康唑治疗血液病合并真菌感染的临床效果分析[J].中国现代药物应用,2016,10(3):201-202.

[5]沈英.伊曲康唑联合氨溴索治疗老年慢阻肺患者合并真菌感染的临床疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(22):4169-4170.

(上接第104页)

急性呼吸困难的致病机理尚未明确,临床医学上普遍认为,急性呼吸困难和呼吸系统负荷增加、神经肌肉功能下降、呼吸反射异常等因素有关,并且,出现急性呼吸困难的患者中,仅有1/3的患者最终被诊断为呼吸衰竭,但是在呼吸频率上仍然存在异常现象[2]。

本次实验数据显示,急性呼吸困难多发生在老年人身上,患者的外周血氧饱和度普遍较低,呼吸衰竭患者占据了就诊患者的1/3,呼吸困难发病原因主要有肺部感染、慢性阻塞性肺病急性发作、心功能不全,急性呼吸困难患者最常见的中医证候为气虚痰瘀阻络,其次是痰热蕴肺和痰瘀阻络。

综上所述,从中医辨证治疗的角度而言,急性呼吸困难属于“喘证”“哮证”范围,其病因则或虚或实,或为虚实夹杂,为此,主治医师需要在分析患者基本病情的基础上,为患者选择相应的治疗方式

[3]。而针对急性呼吸困难患者,主治医师也需要结合患者实际情况,分析患者的临床特征和中医证候,以此来为患者的治疗提供有效依据,旨在为患者提供针对性治疗的同时,改善患者的治疗效果和质量,为患者的早日康复奠定基础[4]。

参考文献:

[1]邓屹琪,戴洁琛.急性呼吸困难患者临床特征及中医证候分析[J].中华中医药杂志,2017,3202:848-850.

[2]黄涛亮.肺栓塞的临床特点与中医证候研究[D].广州中医药大学,2014.

[3]胡旭贞.慢性阻塞性肺病急性加重期中医证候的初步研究[D].广州中医药大学,2016.

[4]黄秋华.急性肾损伤(AKI)中医证候分析及“和解少阳通利三焦”法治疗AKI的临床疗效观察[D].北京中医药大学,2013.