



大剂量沐舒坦在多重耐药细菌性肺炎中的临床应用

蓝连富

广西柳州钢铁集团有限公司医院呼吸内科 广西柳州 545002

【摘要】目的 分析大剂量沐舒坦在多重耐药细菌性肺炎中的临床作用，为疾病的临床用药提供参考。**方法** 将 80 例患有多重耐药细菌性肺炎的患者作为研究对象，将患者分为研究组（注射大剂量沐舒坦）和对照组（注射小剂量沐舒坦）， $n=40$ 例，比较观察患者治疗后的死亡率、住院天数、炎性分子以及治疗有效率等基本指标的变化情况。**结果** 患者接受不同剂量的药物治疗，研究组治疗有效率为 92.5%，对照组为 %，研究组的治疗效果明显优于对照组， $P<0.05$ 为差异有统计学意义；研究组的住院时间、死亡率显著低于对照组， $P<0.05$ 为差异有统计学意义；研究组的炎性分子指标存在显著差异， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。**结论** 在多重耐药细菌性肺炎患者的临床治疗上，大剂量沐舒坦的应用具有显著疗效，可以有效降低患者死亡率，改善患者的临床病症，减少患者的住院时间，值得在临床治疗上推广应用。

【关键词】 多重耐药细菌性肺炎；大剂量沐舒坦；临床疗效

【中图分类号】 R575.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 01-089-02

现代社会，随着抗生素的普遍使用，细菌的耐药性不断增长，而现代疾病治疗中，还出现多重耐药性细菌，这给疾病的临床治疗带来较大的困难和严重的威胁^[1]。在多重耐药细菌性肺炎就是现代比较常见的一种疾病，在临床治疗上，大多应用沐舒坦药物进行治疗。耐药性细菌感染一直是临床学关注的问题之一，国内外对于沐舒坦在疾病的临床应用上的研究较少，本次研究主要探究沐舒坦剂量对疾病临床治疗效果的影响，通过临床研究观察大剂量沐舒坦的临床实践效果。我院选取 2014 年 2 月到 2017 年 2 月收治的 80 例多重耐药细菌性肺炎患者为研究对象，观察大剂量沐舒坦在多重耐药细菌性肺炎中的临床应用，现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取我院在 2014 年 2 月到 2017 年 2 月收治的 80 例多重耐药细菌性肺炎患者为研究对象，患者仅仅对头孢哌酮 / 舒巴坦存在敏感，均经过细菌学检验、体征和 X 线检查确诊。患者临床表现为受寒、劳累以及心力衰竭等，部分患者出现畏寒、发热（持续性）、咳嗽、咳痰、胸痛等症状，还有少数出现恶心、呕吐、腹胀等症状^[2]，本次研究的对象均符合这些临床病症。按照随机抽签的方式，将患者划分为两组， $n=40$ 例，单数为研究组，行静脉注射沐舒坦 450mg；双数为对照组，行静脉注射沐舒坦 15mg。两组患者年龄 61—80 岁，平均年龄（70.3±2.6）岁，女性 32 例，男性 48 例。患者一般临床资料差异无统计学意义。

1.2 方法

患者仅对头孢哌酮 / 舒巴坦敏感，所有患者均接受头孢哌酮 / 舒巴坦 3.0 的静脉注射，采用滴注的形式，3 次 / 日，同时还要做好消毒工作，进行隔离防感染准备，在此抗感染治疗的基础上，研究组以及对照组进行临床治疗^[3]。

沐舒坦注射液药物（上海勃林格殷格翰药业有限公司；批准文号：国药准字 J20080083），药品规格：2ml—15mg。

研究组：静脉注射沐舒坦 450mg / 次，1 次 / 12h；对照组静脉注射沐舒坦 15mg / 次，1 次 / 8h。两组患者连续用药一周，后检查生命体征等基本指标^[4]。

两组患者药物治疗期间，要定时进行注射，同时也要按照医护人员的要求进行合理饮食。药物均为一次性注射，注射后要对治疗器具进行消毒。部分患者需要辅助呼吸机治疗，按照治疗要求，进行治疗。

1.3 观察指标

观察比较患者炎性分子（ PaO_2 、 PaCO_2 、 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 、C 反应蛋白、细胞因子等的变化情况；观察两组患者治疗死亡率、住院时间。

1.4 临床疗效评定^[5]

显效：临床症状显著改善，患者完全脱离呼吸机能够自主呼吸，各项指标都接近与正常值；有效：临床症状有所改善，疾病无加重现象，且呼吸机使用次数减少，各项指标有所改善；无效：疾病加重，或引发死亡。

1.4 统计学分析

以 Microsoft Excel 建立数据库，SPSS18.0 统计学软件进行数据分析。计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，用 t 检验；计数资料用（%）来表示，用卡方检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较

选取的 80 例多重耐药细菌性肺炎患者，分为研究组和对照组，两组行不同治疗。观察治疗效果，观察组治疗有效率为 85%，明显高于对照组的 65%，大剂量沐舒坦具有较好的临床治疗效果， $P<0.05$ 差异有统计学意义；研究组 4 例无效均死亡，死亡率为 10%，对照组 8 例无效死亡，死亡率为 20%，研究组的死亡率显著低于对照组， $P<0.05$ 差异有统计学意义。

表 1 对照组与观察组患者的治疗状况（%）

组别	总例数(例)	显效	有效	无效	有效率
对照组	40	10 (25%)	16 (40%)	14 (35%)	26 (65%)
研究组	40	12 (30%)	22 (55%)	6 (15%)	34 (85%)
χ^2					4.27
P					0.04

注：与对照组相比较， $P=0.04<0.05$

2.2 两组患者住院时间以及炎性分子指标比较

研究组的住院时间为（14.4±2.7）天，显著少于对照组的（23.5±2.2）， $P<0.05$ 为差异有统计学意义；两组患者治疗后， PaO_2 指标变化无显著差异，（ $P>0.05$ ）无统计学意义；C 反应蛋白、IL-1 β 、IL-6、IL-8、IL-10、TNF- α 、ANC 指标下降，研究组下降程度与对照组相比较， $P<0.05$ 差异有统计学意义；两组的 PaCO_2 、 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 、SOD 指标升高，研究组上升程度与对照组相比较， $P<0.05$ 差异有统计学意义。

3 讨论

多重耐药性细菌主要是指对多种抗生素产生耐药性的细菌 [6]，随着抗生素的泛滥应用，细菌耐药性不断增强，且细菌种类不断增加。本次研究显示：研究组应用大剂量沐舒坦药物，治疗有效率为 85%，死亡率为 10%，住院时间为（14.4±2.7），C 反应蛋白、IL-1 β 、IL-6、IL-8、IL-10、TNF- α 、ANC 指标下降程度以及 PaCO_2 、 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 、SOD 指标升高程度都显著高于对照组，研究组的治疗效果显著优于对照组，由此可见大剂量沐舒坦应用在多重耐药细菌性肺炎患者的临床治疗上，具有显著疗效。

大剂量沐舒坦应用在疾病治疗上，可以改善过度炎症的

（下转第 92 页）



要对其采取相应开放手术进行治疗^[4]。1992年腹腔镜在输尿管结石领域被应用,对于那些不适合体内碎石及相关治疗失败患者提供了新的治疗途径。采用腹腔镜输尿管切开取石术,因其具有创伤较小并且住院时间较短等优势,因此能够为那些采用其他手术失败患者提供有效选择性;本研究所选取患者当中,存在输尿管上段结石,再停留时间上均为半年以上,其中18例患者行ESWL治疗,对于腹腔镜输尿管切开取石术指征,均符合。采用腹腔镜输尿管切开取石术,在对输尿管上段结石治疗成功率方面,其能够达到100%,与此同时,对于其术后并发症的发生率及安全性方面,均具有较高的效能,是一种比较有效、可行的临床治疗办法。腹腔镜手术方法简单易学,并且对于腹膜部位不易造成损害^[5]。在手术中采用不缝合手术方法,不仅能够缩短手术时间,而且对于并发症及患者手术痛苦方面都具有很好的减轻效果。

综上所述,针对输尿管结石,经腹腔镜采取输尿管切开取石术,对输尿管不缝合操作,不仅手术时间减短且安全有效,

其中对相应术后住院天数及漏尿情况,均未出现明显性增加,乃是一种不错的治疗方法。

参考文献:

- [1] 魏森鑫,孟庆军,王继征,等.腹腔镜输尿管切开取石术不缝合输尿管的临床价值[J].临床泌尿外科杂志,2013;38-41.
- [2] 郝海峰,权昌益,李刚,等.经脐单孔腹腔镜与传统腹腔镜肾盂输尿管切开取石术的对比研究[J].临床泌尿外科杂志,2011,26(9):648-651.
- [3] 徐红方,童雪芳,陆红全,等.腹腔镜下中上段输尿管切开取石术[J].临床泌尿外科杂志,2007,22(8):616-617.
- [4] Shpall AI, Parekh AR, Bellman GC et al. Tubeless percutaneous nephrolithotomy with antegrade stent tether: clinical experience[J]. Journal of endourology, 2007, 21(9):973-976.
- [5] 陈忠,张旭,宋晓东,等.腹膜后腹腔镜输尿管切开取石术(附10例报告)[J].现代泌尿外科杂志,2002,7(1):14-15.

(上接第88页)

现病变,血小板发生粥样斑块凝结,加大血栓形成风险,血栓脱落以后,远端血压会发生受阻,进而会导致脑梗塞发生。因此,临床治疗中,脑梗塞患者进行血小板凝聚治疗时还需要重点关注血液黏稠度,氯吡格雷属于二磷酸腺苷受体阻滞剂,可以促进糖蛋白受体同纤维蛋白进行结合,有效抑制血小板聚集,相比阿司匹林来说,更能高效抑制新发缺血发生^[4]。氟伐他汀属于羟甲戊二酰辅酶A还原酶抑制剂,能够有效抑制内源性胆固醇合成,减少肝细胞胆固醇水平,进而减少血液粘稠程度。联用上述两种药物治疗脑梗塞,能够抑制血小板聚集,改善血液循环,降低血液黏稠度,控制脑梗塞病情发展^[5]。本研究数据表明,氯吡格雷联合氟伐他汀治疗脑梗塞,治疗有效率高达89.3%,临床疗效显著,同时还能有效改善患者的神

经功能,能够提升患者生活质量,值得临床上推广应用。

参考文献:

- [1] 彭刚生,蒋福平,柏承春等.氯吡格雷与氟伐他汀联合治疗脑梗塞患者的临床效果分析[J].大家健康:学术版,2015(12):164-165.
- [2] 江玉玲.氯吡格雷联合氟伐他汀在脑梗死治疗中的临床疗效探讨[J].临床医学,2016,36(5):37-39.
- [3] 李淞.氟伐他汀联合氯吡格雷治疗脑梗死临床疗效观察[J].中国卫生标准管理,2016,7(9):105-106.
- [4] 李晓玲,陈艳,张紫寅等.氟伐他汀联合氯吡格雷治疗脑梗死的疗效观察[J].浙江临床医学,2013,(6):807-809.
- [5] 曹家驹,洪晓燕,冯土旭.氯吡格雷联合氟伐他汀治疗脑梗塞临床观察[J].黑龙江医药,2016,29(5):897-899.

(上接第89页)

反应,改变肺泡膜的结构和功能,有利于抗生素渗透到细胞组织中,提高抗生素的穿透作用,发挥抗感染作用;另外,药物能够改善患者氧合作用,提高患者的免疫功能,最终有利于消灭炎症细菌,降低肺部感染发生率。

综上所述:在多重耐药细菌性肺炎患者的临床治疗上,大剂量沐舒坦的应用具有显著疗效,可以有效降低患者死亡率,改善患者的临床病症,减少患者的住院时间,值得在临床治疗上推广应用。

参考文献:

- [1] 阳文新,宗晓福,王跃华,等.大剂量沐舒坦治疗多重耐药细菌性肺炎的体会[J].临床肺科杂志,2014,1(12):2195-2198.

(上接第90页)

组40例患者,骨质疏松性骨折率为42.5%,可见阿法骨化醇在防治骨质疏松症患者骨量流失的效果较为显著,能够有效降低骨质疏松性骨折率。从骨代谢生化指标来看,观察组患者BALP、VDR等指标均得到明显改善,分析认为,正是通过抑制骨吸收和提高骨密度,才减少了骨质疏松症患者发生骨折的风险。

综上所述,阿法骨化醇治疗骨质疏松的效果明显优于单用钙剂,对骨质疏松性骨折的有很好的防治作用,是较为理想的一线用药,临床应用价值值得肯定。

参考文献:

- [1] 李洪超,张心科,金雪晶,等.阿法骨化醇治疗骨质疏松的疗效——基于骨密度、生化指标和骨折率的Meta分析

[J].中国药物经济学,2011,10(3):76-78.

- [2] 周臻臻,朱秀英,周萍,等.伊班膦酸钠(艾本)治疗老年重度骨质疏松症的临床试验[J].中国骨质疏松杂志,2012,11(3):260-262.
- [3] 李霞绯,吴娟.阿仑膦酸钠与阿法骨化醇对骨质疏松老年女性患者动脉硬化参数的影响[J].重庆医学,2013,25(6):2955-2958.
- [4] 李德梅,蔡莉莉,徐剑刚.阿仑膦酸钠联合阿法骨化醇治疗老年慢性阻塞性肺疾病患者骨质疏松症[J].实用老年医学,2014,11(3):226-229.
- [5] 袁峰,袁荣霞,刘枝成.阿法骨化醇对老年女性骨质疏松性髋部骨折骨代谢和骨密度的影响研究[J].疑难病杂志,2012,10(2):754-756.