

氟喹诺酮类药物临床上常见的不良反应研究

周 圆 姚锦铎^{通讯作者}

厦门大学附属第一医院

【摘要】目的 分析氟喹诺酮类药物使用后常见的不良反应，并制定针对性干预措施。**方法** 遴选 25 例使用氟喹诺酮类药物治疗患者研究（2019 年 11 月至 2020 年 11 月），明确氟喹诺酮类药物使用后常见不良反应。**结果** （1）氟喹诺酮类药物使用后可见消化系统（28.00%）、神经系统（20.00%）、循环系统（12.00%）、泌尿系统（12.00%）、皮肤系统（28.00%）不良反应。（2）不良反应发生时间为（18.64±3.44）h、恢复正常时间为（12.61±2.25）h。**结论** 氟喹诺酮类药物使用后可见神经、消化、泌尿系统损伤，因此临床医师可根据患者实际情况合理用药，以降低药物不良反应发生率，确保用药效果及安全性。

【关键词】 氟喹诺酮类药物；不良反应；消化系统；神经系统；循环系统

【中图分类号】 R97

【文献标识码】 A

【文章编号】 1671-4083 (2021) 10-017-02

氟喹诺酮类药物属于人工合成类抗菌药物，具有抗菌能力强、吸收好、无交叉耐药性、组织渗透能力强等特点，因此被广泛应用在细菌感染性疾病治疗中，故临床需加强对其不良反应的监控与分析，以明确用药过程中发生不良反应的原因并展开针对性干预措施，确保用药安全性及合理性，鉴于此本文遴选 2019 年 11 月至 2020 年 11 月收治氟喹诺酮类药物治疗患者 25 例研究，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

遴选 25 例氟喹诺酮类药物治疗患者研究，其中男/女=15/10 年龄均值（38.62±6.24）岁，患病类型：10（40.00%）例泌尿系统感染、5（20.00%）例呼吸系统感染、4（16.00%）例消化系统感染、5 例妇科感染、1（4.00%）例皮肤组织感染；治疗药物：10（40.00%）例左氧氟沙星、5（20.00%）例诺氟沙星、3（12.00%）例依诺沙星、3（12.00%）例洛美沙星、4（16.00%）例环丙沙星。

1.2 方法

回顾性分析 25 例氟喹诺酮类药物治疗患者患者临床资料，汇总其年龄、性别、原发病、使用药物、不良反应等基础治疗，分析氟喹诺酮类药物治疗过程中发生不良反应原因，并结合实际情况制定干预方案。

1.3 观察指标

统计 25 例患者不良反应类型及发生不良反应原因。

1.4 统计学方法

氟喹诺酮类药物治疗患者选用 EXCEL 表格统计临床数据，选用 SPSS22.0 统计软件分析不良反应发生时间及恢复时间等计量资料（以 $\bar{x} \pm s$ 表示，t 检验），有统计学意义以 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 统计 25 例患者给药途径及方法

25 例使用氟喹诺酮类药物治疗患者中静脉注射给药 16 例，占比 64.00%；外用给药 3 例，占比 12.00%；口服给药 6 例，占比 24.00%。联合给药 3 例，占比 12.00%；单一用药 22 例，占比 88.00%，详见表 1。

表 1：给药途径及方法 [n(%)]

分类	例数	占比	排序
给药途径	静脉注射	16	64.00%
	外用	3	12.00%
	口服	6	24.00%
给药方法	联合	3	12.00%
	单一	22	88.00%

2.2 统计 25 例患者年龄差异

25 例使用氟喹诺酮类药物治疗患者中青年 1 例，占比 4.00%；中年 5 例，占比 20.00%；老年 19 例，占比 76.00%，详见表 2。

表 2：年龄差异 [n(%)]

年龄	例数	占比	排序
青年	1	4.00%	2
中年	5	20.00%	2
老年	19	76.00%	1
合计	25	100.00%	--

2.3 统计不良反应累及器官

25 例患者使用氟喹诺酮类药物后 7 例出现消化系统不良反应，占比 28.00%；5 例出现神经系统不良反应，占比 20.00%；3 例出现循环系统不良反应，占比 12.00%；3 例出现泌尿系统不良反应，占比 12.00%；7 例出现皮肤系统不良反应，占比 28.00%，详见表 3。

表 3：不良反应累及器官 [n(%)]

年龄	例数	占比	排序
消化系统	7	28.00%	1
神经系统	5	20.00%	3
循环系统	3	12.00%	4
泌尿系统	3	12.00%	4
皮肤	7	28.00%	1
合计	25	100.00%	--

2.4 统计不良反应发生时间及恢复时间

25 例患者使用氟喹诺酮类药物治疗后青年组、中年不良反应发生时间高于老年组，恢复时间低于老年组，组间对比 $P < 0.05$ ，详见表 4。

表 4：不良反应发生时间及恢复时间（ $\bar{x} \pm s$, h）

年龄	不良反应发生时间	恢复时间
青年	22.41±2.39	11.52±7.06
中年	21.56±2.59	11.63±7.25
老年	13.52±4.11	16.44±6.25
均值	18.64±3.44	12.61±2.25
F	9.9781	3.1689
P	0.0000	0.0000

3 讨论

氟喹诺酮类药物作为第三代喹诺酮类药物，具有抗菌谱广、患者耐受性好等特点，使用后可抑制链球菌、肺炎球菌、淋球菌、大肠杆菌活性，达到控制患者病情的目的，但随着近年抗菌药物的广泛使用临床存在药物滥用等情况，导致氟

喹诺酮类药物使用后极易出现各类不良反应, 从而引起医疗界的广泛关注^[1]。

研究结果显示: 25 例使用氟喹诺酮类药物治疗患者中 64.00% 经静脉滴注给药、12.00% 经外用给药, 24.00% 经口服给药, 由此表明静脉滴注给药会增加不良反应发生率, 究其原因是静脉滴注后药物直接进入血液, 不会经过肝脏进行转化, 导致药物毒性增强, 从而对机体形成刺激, 反之口服给药后肝脏的首过效应会减轻药物对机体的刺激, 从而降低不良反应发生率^[2]。

结果显示: 25 例使用氟喹诺酮类药物治疗患者中老年 76.00%、青年 4.00%、中年 20.00%, 由此证实老年人群更易发生不良反应, 究其原因是老年人群各脏器官功能衰退, 导致药物代谢能力变差, 增加不良反应发生率。

结果显示: 25 例患者使用氟喹诺酮类药物后 28.00% 出现消化系统不良反应、20.00% 出现神经系统不良反应、12.00% 出现循环系统不良反应、12.00% 出现泌尿系统不良反应、28.00% 出现皮肤系统不良反应, 分析: 据悉氟喹诺酮类药物使用后最常见胃肠道不适, 究其原因时治疗过程中选择的药物剂量与患者耐受性存在较大差异, 且多在口服 400mg 后出现不良反应, 若口服剂量 >500mg 则会增加消化系统不良反应发生率, 从而继发消化系统出血, 主要是药物进入人体后会与胃肠道菌群相互抑制, 从而形成破坏系统增加胃肠道不适

发生率; 神经系统、皮肤系统不良反应在使用一段时间后便可缓解, 而泌尿系统出现的不良反应会增加肾脏损伤, 因此临床需谨慎用药, 故建议在氟喹诺酮类药物使用过程中严格遵循用药指征, 并结合患者情况合理选择各类药物, 尽量选择以口服方式给药, 若需静脉给药需合理控制滴注速度, 尽可能缩短疗程, 降低患者经济压力及心理压力^[3]。

综上, 临床在使用氟喹诺酮类药物过程中需充分了解药物禁忌证及所产生不良反应, 还需明确适宜的给药方法及途径, 避免出现不规范用药等情况, 还需在用药中严密检测其不良反应, 发现异常情况及时干预以确保用药合理性、安全性; 再者临床需加强对医务人员专业能力的培训及考核, 以便其可准确识别氟喹诺酮类药物所致的不良反应, 并结合患者实际情况进行疏导达到缓解其身心痛苦的目的。

参考文献

- [1] 徐丙发, 秦侃, 孙静, 等. 抗菌药物致神经系统不良反应发生情况回顾性分析 [J]. 中国医药导报, 2020, 17(17):169-172.
- [2] 柯义英, 明德松. 滴注氟喹诺酮类药物发生过敏反应的因素分析及预防措施探讨 [J]. 中国预防医学杂志, 2020, 21(06):684-687.
- [3] 蒋琳妍, 蒋华东. 氟喹诺酮类药物临床常见不良反应分析 [J]. 临床合理用药杂志, 2019, 12(29):104-105.

(上接第 15 页)

状多与其他肺部疾病的临床症状相似, 多以咳嗽、咳痰、胸痛、呼吸困难等为表现, 肺部感染、肺结核、肺气肿、气胸等为其常见并发症, 可造成患者肺部进一步损伤, 严重威胁患者生活质量。

尘肺病变形后, 肺内残留的粉尘还继续与肺泡巨噬细胞起作用, 这是尘肺患者虽然脱离粉尘作业但病变仍继续发展的主要原因。支气管肺泡灌洗治疗机制不是针对肺间质纤维化而是针对尘肺患者始终存在于肺部的粉尘和炎性细胞而采取的治疗措施。小容量支气管肺泡灌洗治疗不仅能排出肺泡内残存的粉尘及包裹粉尘的巨噬细胞, 还能排出肺间质内沉积的尚未包裹的粉尘及巨噬细胞, 减轻肺部炎症反应, 改善小气通的通畅程度, 降低了气道阻力, 最终改善了肺功能, 减轻患者的咳嗽、胸痛、胸闷等临床症状。通过对 80 例尘肺患者治疗后 5 年的观察, 治疗后尘肺患者的临床症状均得到一定程度缓解, 生存质量均有明显提高, 其肺功能得到一定程度的改善, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明小容量支气管肺泡灌洗治疗也具有一定的远期疗效, 对其预后也

有一定积极的影响和意义。因此在临床上是值得推广应用的。

参考文献

- [1] 何伟瑛, 刘永芳, 何月英, 等. 小容量支气管肺泡灌洗联合吸入异丙托溴铵溶液治疗尘肺患者的疗效观察及护理探讨 [J]. 国际护理学杂志, 2016(4):569-571.
- [2] 赵彬, 林晓杰, 欧文斌, 等. 小容量支气管肺泡灌洗联合无创呼吸机治疗尘肺合并症的疗效观察 [J]. 中国医药科学, 2021, 11(10):206-209.
- [3] 屠照, 杨中卫. 支气管肺泡灌洗术在尘肺中的应用研究进展 [J]. 职业与健康, 2021, 37(4):564-567.
- [4] 伍永升, 房卿, 宋利明. 纤维支气管镜肺泡灌洗术联合乙酰半胱氨酸泡腾片治疗对尘肺患者肺通气功能的影响 [J]. 临床误诊误治, 2017, 30(11):59-62.
- [5] 张红香, 李秀云, 王雪玲. 正念减压疗法对尘肺病支气管肺泡灌洗患者手术应激影响 [J]. 中国职业医学, 2019, 46(4):461-464.
- [6] 李兴纪. 支气管肺泡灌洗治疗尘肺合并肺部感染 39 例分析 [J]. 山东医药, 2014, 54(1):86-88.

(上接第 16 页)

比较患者功能障碍恢复情况, PVP 术前 ODI 评分 72.11 ± 9.12 , 术后 1 天 17.98 ± 8.04 , 术后 6 个月 18.66 ± 8.22 , 经统计学处理分析, PVP 术后 ODI 评分降低, 患者功能障碍情况得到改善, 差异有统计学意义, 见表 2

表 2: PVP 术前、术后患者 ODI 评分结果 ($\bar{x} \pm s$)

评分时间	ODI 评分
PVP 术前	72.11 ± 9.12
PVP 术后 1 天	17.98 ± 8.04
PVP 术后 6 个月	18.66 ± 8.22

注: $P < 0.05$ 。

5 讨论

近年来由于微创外科的发挥发展, PVP 成为治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的有效方法之一, 弥补了传统手术治疗创伤性大、患者恢复慢等不足, 临床疗效较好, 有效的缓解患者疼痛程度, 改善患者功能障碍情况, 术中安全性高, 手术时间短接受度高, 术后恢复良好, 值得在临床应用中推广。

参考文献

- [1] 刘奕, 沈海敏, 董健, 等. 经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折后新发椎体骨折的危险因素分析 [J]. 中华创伤杂志, 2016, 32(11): 1009-1013.
- [2] 杜宇康, 廖瑛扬, 肖森盛, 等. 经皮椎体成形术与经皮椎体后凸成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的疗效对比分析 [J]. 中国矫形外科杂志, 2014, 22(10): 946-948.