

9(3): 105-7.

[4] 杨锐能, 马广隆, 罗初凡. 不同剂量替罗非班在 STEMI 患者急诊 PCI 中的疗效及安全性 [J]. 中国临床研究, 2016, 29(1): 56-58.

[5] 任琳, 王文广, 王倩, 等. 半量替罗非班在老年急性心肌梗死急诊经皮冠状动脉介入治疗的疗效和安全性 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16(1): 32-35.

莫西沙星治疗慢性支气管炎急性加重的用药效果观察及评估

张欢

(新疆木垒县人民医院内科 新疆 昌吉 831900)

【摘要】目的: 观察并评估在治疗慢性支气管炎急性加重患者时应用莫西沙星的用药效果。**方法:** 将我院 2015 年 11 月—2016 年 11 月进行治疗的 98 例慢性支气管炎急性加重患者随机分为例数比为 1:1 的观察组及对照组。观察组予以莫西沙星治疗, 对照组予以左氧氟沙星治疗, 对两组患者的临床治疗效果、不良反应情况及致病菌清除率进行比较。**结果:** 观察组治疗的总有效率 (91.84% > 79.59%) 及致病菌清除率 (95.92% > 83.67%) 均高于且不良反应发生率低于 (4.08% < 14.29%) 对照组患者, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 莫西沙星在治疗慢性支气管炎急性加重时的效果显著, 且安全性高, 可作为治疗该病的临床推广药物。

【关键词】 莫西沙星; 慢性支气管炎; 急性加重

【中图分类号】 R562.21

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-1752 (2017) 22-0173-02

慢性支气管炎是一种临床常见的气管、支气管黏膜及邻近组织所出现的慢性非特异性炎症。该病主要临床症状是咳嗽与咯痰, 且每年发病时间达 3 个月, 至少连续 2 年发病。目前临床上尚无对该病具体致病原因的统说法, 自身及外界多种因素均可导致患者最终患病^[1]。急性加重指慢性支气管炎在短期内出现气短、咳嗽、咯痰等症状的频率及严重程度加重。有资料显示, 由细菌感染而引发的慢性支气管炎急性加重在所有急性加重中所占比例约为 70%^[2]。为观察及评估在治疗慢性支气管炎急性加重 (AECB) 时应用莫西沙星的用药效果, 笔者对我院 2015 年 11 月—2016 年 11 月进行治疗的 AECB 患者进行了相关临床试验, 现将主要成果报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

98 例 AECB 患者均于 2015 年 11 月—2016 年 11 月在我院接受治疗, 患者均经严格参照 AECB 临床诊断标准的临床诊断确诊, 将 98 例患者随机均分为每组各为 49 例的观察组与对照组。

49 例观察组患者中男 28 例, 女 21 例; 年龄 51 ~ 70 岁, 平均 (56.82 ± 4.58) 岁; 有吸烟史 44 例, 无吸烟史 5 例。

49 例对照组患者中男 27 例, 女 22 例; 年龄 50 ~ 69 岁, 平均 (57.13 ± 4.61) 岁; 有吸烟史 42 例, 无吸烟史 7 例。

所有临床资料均录入至 SPSS 13.0 统计软件处理分析, 结果显示各项差异均无统计学意义 ($P < 0.05$), 但有临床可比性。

1.2 治疗方法

对照组: 本组 49 例患者应用左氧氟沙星注射液 (福安药业集团宁波天衡制药有限公司, 国药准字 H20060507) 治疗。用法用量: 静脉滴注, 400mg/次, 1 次/d, 每疗程 7d。

观察组: 本组 49 例患者应用莫西沙星注射液 (南京优科制药有限公司, 国药准字 H20130039) 治疗。用法用量: 静脉滴注, 400mg/次, 1 次/d, 每疗程 7d。

1.3 观察指标

两组患者的疾病相关症状改善情况, 痰细菌学、血常规检查结果, 细菌清除率, 治疗的总有效率及不良反应发生率。

1.4 疗效评定标准

根据患者临床症状改善情况、痰细菌学、血常规检查结果将其疗效分为三个等级, 具体为: (1) 显效: 疾病临床症状改善至未发生急性加重前, 痰细菌学、血常规检查结果均在正常范围内; (2) 有效: 疾病临床症状、痰细菌学、血常规检查结果有所改善; (3) 无效: 疾病临床症状及痰细菌学、血常规检查结果均未见明显改善甚至是加重。总有效率 = 100% - 无效率。

1.5 统计方法

以统计学软件 SPSS 13.0 对研究资料及相关数据进行处理分

析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 的形式表示, 以 t 行其比较结果检验; 各相关计数资料的比较结果以 χ^2 检验, 以 P 值与 0.05 的相对大小判定差异是否有统计学意义。

2. 结果

2.1 临床疗效比较

观察组治疗的总有效率为 91.84% (45/49), 高于对照组的 79.59% (39/49), 差异明显 ($P < 0.05$), 具体见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	例数	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率
观察组	49	27	18	4	91.84%
对照组	49	23	16	10	79.59%
χ^2	/	/	/	/	6.13
P	/	/	/	/	0.013

2.2 致病菌清除率及不良反应情况比较

观察组的致病菌清除率为 95.92% (47/49), 明显高于对照组同期的 83.67% (41/49), 差异明显 ($\chi^2 = 8.19, P < 0.05$); 观察组有 2 例患者出现程度较轻的恶心及胃部不适, 不良反应发生率为 4.08%, 对照组有 5 例患者出现严重程度不一的恶心及胃部不适, 2 例患者出现呕吐, 不良反应的发生率为 14.29%, 观察组不良反应发生率低于对照组, 差异明显 ($\chi^2 = 6.25, P < 0.05$)。

3. 讨论

慢性支气管炎急性加重 (AECB) 主要的临床症状有呼吸急促、咳嗽、咯痰等。很多慢性阻塞性肺炎患者在患有 AECB 时的呼吸急促症状不够明显, 且错误地认为咳嗽、咯痰是机体老化的正常现象^[3], 因此对已患 AECB 并不知情。大部分 AECB 患者的发病原因是细菌、支原体、衣原体、病毒等造成感染, 其中最主要的原因是细菌感染, 致病菌有肺炎链球菌、卡他莫拉菌、流感嗜血杆菌等^[4]。

莫西沙星是人工合成的一种第 4 代喹诺酮类抗生素, 具有广谱抗菌性, 几乎能对所有 AECB 致病菌发挥杀灭作用, 且具有良好的药物动力学特点, 临床吸收速度快、效率高, 且可在血液中维持较高的浓度, 浓度降低速度很慢^[5]。莫西沙星通过抑制 II、IV 拓扑异构酶活性而干扰上述 AECB 致病菌的 DNA 复制及复制, 从而抑制致病菌的生长及增殖。莫西沙星对患者饮食的影响较小, 生物利用率可达 90% 及以上, 半衰期 12 小时左右^[6]。莫西沙星具有肺部渗透能力较强、与大部分药物不存在药物相互反应的特点, 且其代谢不经过肝细胞色素 P-450 系统, 因此不良反应少且程度较轻。

本研究结果显示, 应用莫西沙星进行治疗的观察组

患者治疗的总有效率(91.84%>79.59%)及致病菌清除率(95.92%>83.67%)均高于且不良反应发生率低于(4.08%<14.29%)对照组患者,差异均具统计学意义($P < 0.05$)。这表明,莫西沙星对AECB致病菌的杀灭能力比左氧氟沙星强,用于治疗AECB时的临床疗效及不良反应发生率均优于左氧氟沙星,这与杜振香^[6]的研究结果基本相同。

综上所述,在治疗AECB患者时应用莫西沙星的临床疗效好,与应用左氧氟沙星治疗相比,其在治疗的总有效率、AECB致病菌清除率、不良反应发生率等方面的优势非常明显,行短疗程治疗可显著控制病菌急性感染,减少不良反应的发生。

s【参考文献】

[1] 张先雷,王娅红.莫西沙星不同给药方式治疗高龄慢性支气管

炎急性加重临床研究[J].现代实用医学,2016,28(5):586-588.

[2] 徐海峰.莫西沙星联合氨溴索对慢性支气管炎患者急性加重期白介素和肿瘤坏死因子的影响[J].临床合理用药杂志,2016,9(17):44-45.

[3] 张冬菊,顾中秋,何佳涿.莫西沙星治疗慢性支气管炎急性发作的疗效分析[J].中国现代药物应用,2016,10(19):161-162.

[4] 徐艳萍.莫西沙星短疗程治疗慢性支气管炎细菌感染急性发作的疗效分析[J].临床医药文献杂志(电子版),2015,2(9):1662-1663.

[5] 徐海峰.莫西沙星联合氨溴索对慢性支气管炎患者急性加重期白介素和肿瘤坏死因子的影响[J].临床合理用药杂志,2016,9(17):44-45.

[6] 杜振香.莫西沙星短疗程治疗慢性支气管炎细菌感染急性发作的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2016,9(17):42-43.

中西医结合治疗慢性阑尾炎的临床疗效观察

胡小红¹ 张玲²

(1 重庆市梁平县礼让中心医院 重庆 梁平 405214)

(2 重庆市梁平县中医医院 重庆 梁平 405200)

【摘要】目的:探讨中西医结合在慢性阑尾炎治疗中的疗效。**方法:**选取2013年1月到2016年12月我院收治的110例慢性阑尾炎患者为研究对象,将患者随机分成观察组与对照组各55例,对照组使用西医治疗的方法,观察组在使用中西医结合治疗的方法,观察两组患者的临床疗效。**结果:**观察组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**在慢性阑尾炎的治疗上,使用中西医结合治疗的方法,能够取得更好的疗效,缩短患者的治疗时间。

【关键词】中西医结合;慢性阑尾炎;临床疗效

【中图分类号】R656.8

【文献标识码】A

【文章编号】2095-1752(2017)22-0174-02

慢性阑尾炎是临床中常见的疾病,在患病前期病症较轻,因此患者往往不能给予足够的重视,延误治疗的最佳时间,从而使慢性阑尾炎演变为化脓性慢性炎症^[1]。在慢性阑尾炎的治疗中,通过西医抗生素与中药制剂联合,能否对患者的病情实现良好的控制。本文通过对比单纯西医与中西医结合治疗慢性阑尾炎的临床疗效,对中西医的疗效进行评价,报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2013年1月到2016年12月我院收治的110例慢性阑尾炎患者为研究对象,所有患者经腹部CT或彩超检查到阑尾肿大与周围脓肿,符合阑尾炎的诊断标准,将患者随机分成观察组与对照组。观察组55例,男32例,女23例,年龄19~52岁,平均年龄(35.4±3.4)岁,病程1~12年,平均病程(7.4±1.8)年。对照组55例,男31例,女24例,年龄20~53岁,平均年龄(34.9±3.1)岁,病程2~13年,平均病程(7.1±2.0)岁。两组患者在年龄、性别、病程等一般资料上差异无显著性($P > 0.05$),有可比性。

1.2 治疗方法

对照组用常规西医治疗的方法,药物主要有甲硝唑、头孢类、青霉素等抗生素药物。观察组则在对照组西医治疗的基础上增加中药制剂,按照患者阑尾炎情况进行对症用药:(1)由热蕴引发的阑尾炎,中药药剂组成为:川楝子、丹皮各9g,金银花12g,赤芍10g,蒲公英、紫花地丁、虎杖各15g,白花蛇舌草、大黄各10g,用水煎服,每日晨起1剂。(2)由湿热瘀滞引发的阑尾炎,中药制剂为:元胡、大黄各10g,丹皮、连翘、银花各12g,木香、芒硝、桃仁各9g,红藤15g。用水煎服,每日晨起1剂^[2]。两组患者均连续治疗7d。

1.3 疗效判定

治愈:患者体温恢复正常,腹痛消失,经CT或者彩超检查

病症消失,后期无复发现象。

有效:患者体温恢复正常,腹痛基本消失,经CT或彩超检查病灶较小,腹部白细胞数量明显下降。

无效:患者病症无变化甚至病症加重。

总有效率=治愈率+有效率

1.4 统计学方法

本研究使用SPSS 19.0软件做统计学分析,计数资料用“%”表示,使用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2. 结果

观察组总有效率为96.36%,观察组总有效率为76.36%,观察组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者临床疗效对比

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率
观察组	55	32 (58.18)	21 (38.18)	2 (3.64)	96.36*
对照组	55	20 (36.36)	22 (40.00)	13 (23.64)	76.36

注:与对照组相比,* $P < 0.05$ 。

3. 讨论

慢性阑尾炎常发于青壮年群体,发病原因大多是因为作息紊乱、饮食不合理导致的。患者的临床症状主要包括恶心、发热、食欲不振等症状,如果患者不给予足够的重视,就会导致阑尾炎的病情蔓延,形成化脓性的慢性炎症^[3]。抗生素是阑尾炎治疗中常见的手段,在临床中有比较丰富的经验,尤其是头孢类抗生素,具有很强的抗菌功效,对病毒引起的阑尾炎作用突出。

而中医认为,慢性阑尾炎重要是由于患者精神紧张以及环境温度等原因所致,阑尾炎发病后出现气滞血瘀、气机不畅、郁久化热等症状。中医强调辨证施治的原则,根据不同证型采用合适