

克拉霉素缓释片用于治疗呼吸道感染的疗效观察^{*}

杨春秀¹, 李景苏² (1. 北京市密云县西田各庄镇社区卫生服务中心 101500;
2. 江西省南昌市第二人民医院感染科 326000)

【摘要】 目的 探讨克拉霉素缓释片用于上呼吸道感染治疗的临床效果。**方法** 选取上呼吸道感染患者 140 例,将其分为两组,对照组 68 例,观察组 72 例,使其有可比性。对照组患者给予阿莫西林口服治疗,观察组患者给予克拉霉素缓释片口服。对两组患者治疗效果进行评价,并记录两组患者退热时间、啰音消失时间、咳嗽消失时间。**结果** 观察组患者痊愈率、显效率、总有效率分别为 45.83%、44.44%和 90.28%,对照组患者分别为 29.41%、30.88%和 60.29%,观察组患者均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者退热时间、啰音消失时间、咳嗽消失时间分别为(3.34±1.72)、(7.28±1.29)和(10.41±5.20)d,对照组患者分别为(6.35±2.20)、(11.41±4.30)和(14.73±6.28)d,观察组患者均明显短于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组不良反应发生率为 4.17%,对照组为 4.41%,所有患者均无需停止治疗,在结束治疗停药后症状自行消失,两组患者比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 使用克拉霉素缓释片对上呼吸道感染进行治疗效果确切,安全可靠,同时给药方便,是一种理想的药物治疗方式。

【关键词】 克拉霉素; 上呼吸道感染; 临床治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.08.029 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)08-1070-02

呼吸道包括上呼吸道和下呼吸道,人们常说的呼吸道感染多指上呼吸道感染,而在上呼吸道感染的患者中约有 70%~80%是由病毒引起的,细菌引起的只占少数。细菌性咽-扁桃体炎多见于急性上呼吸道感染,患者具有明显的咽痛、发热、畏寒等临床症状^[1];静脉输液给药可以在短时间内达到理想的血药浓度,因此在临床上的应用越来越多,但是对很多患者而言静脉输液并不十分方便^[2]。本研究通过对 72 例上呼吸道感染患者给予口服克拉霉素缓释片,取得不错效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 5 月至 2013 年 5 月北京市密云县西田各庄镇社区卫生服务中心收治的上呼吸道感染患者 140 例分为两组。其中对照组 68 例,男 42 例,女 26 例;年龄 12~64 岁,平均(32.18±10.65)岁;无发热者 17 例,发热体温大于或等于 38℃ 51 例,咳嗽伴有喘息者 13 例,肺部听诊有啰音 34 例,高热惊厥 7 例,伴消化道症状 26 例;行影像学检查,发现肺纹理增粗 27 例,支气管肺炎浸润性改变或者是肺门周围有炎症者 21 例。观察组 72 例,男 44 例,女 28 例;年龄 12~63 岁,平均(32.53±10.43)岁;无发热者 18 例,发热体温大于或等于 38℃ 54 例,咳嗽伴有喘息者 14 例,肺部听诊有啰音 36 例,高热惊厥 7 例,伴消化道症状 28 例;行影像学检查,发现肺纹理增粗 29 例,支气管肺炎浸润性改变或者是肺门周围有炎症者 23 例。两组患者在性别、年龄、临床表现等方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者给予阿莫西林口服,成人每次 0.5 g,每 6~8 小时 1 次,每天用量应小于或等于 4 g;18 岁以下患者按照 20~40 mg/kg 给药,每 8 小时 1 次,连续治疗 7~14 d。观察组患者给予克拉霉素缓释片口服,500 mg/次,每天 1 次,连续使用 6~14 d。

1.3 观察指标 对两组患者治疗效果进行评价:以临床表现、实验室检查以及病原学检查结果均恢复正常为痊愈;以患者上述指标中有 1 项没有完全恢复,但是所有指标均有明显好转为显效;以通过治疗后病情有好转,但是并不明显为进步;以用药之后病情没有明显的进步或者是反而加重为无效。记录两组患者退热时间、啰音消失时间和咳嗽症状消失时间。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行分析,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组患者经过治疗痊愈率、显效率、总有效率均明显高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者临床疗效比较[n(%)]						
组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	68	20(29.41)	21(30.88)	14(20.59)	13(19.12)	41(60.29)
观察组	72	33(45.83) ^a	32(44.44) ^a	7(9.72)	0(0.00)	65(90.28) ^a

注:与对照组相比,^a $P<0.05$ 。

2.2 症状改善 观察组患者退热时间、啰音消失时间、咳嗽消失时间均明显短于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组患者临床表现消失时间比较(d, $\bar{x}\pm s$)				
组别	<i>n</i>	退热时间	啰音消失时间	咳嗽消失时间
对照组	68	6.35±2.20	11.41±4.30	14.73±6.28
观察组	72	3.34±1.72 ^a	7.28±1.29 ^a	10.41±5.20 ^a

注:与对照组相比,^a $P<0.05$ 。

^{*} 基金项目:江西省医学会科研基金资助项目(2011-NO. B047)。

2.3 不良反应 观察组 2 例患者出现恶心、呕吐感,1 例患者出现耳鸣,不良反应发生率为 4.17%。对照组 2 例患者出现呕吐和腹泻症状,1 例患者出现眩晕,不良反应发生率为 4.41%。所有患者均无需停止治疗,在结束治疗停药后症状自行消失。

3 讨 论

上呼吸道感染是临床常见疾病,机体或者呼吸道局部抵御能力降低时,本来存在于上呼吸道或者外来入侵的病原微生物在上呼吸道继续繁殖而引起,多见于儿童^[3]。病毒为其主要的致病微生物,因此首选抗病毒治疗。但是很多患者在病毒感染之后,鼻腔和咽部黏膜发生充血水肿、炎性渗出,特别是在呼吸道纤毛柱状上皮细胞发生变形、坏死和脱落后,局部屏障作用减弱,在这种情况下容易合并细菌感染,而加用抗生素也变得理所当然^[4]。

以往多使用红霉素进行治疗,但是胃肠反应较重,在临床的应用受到了极大的限制。克拉霉素为大环内酯类抗生素,是红霉素 6-甲氧衍生物,对红霉素的药物代谢动力学进行了改良,提高了抗菌活性的同时,也提高了患者治疗的安全性^[5]。该药物可以与细菌内的核糖体 50s 亚基相结合,通过抑制蛋白质的合成,达到抑制细菌繁殖的作用^[6]。在体外实验中,克拉霉素对标准菌株以及在临床患者分离得到的菌种中均获得了较好的抗菌效果,而且对多种革兰阳性、阴性需氧菌和厌氧菌均具有良好的效果^[7]。与传统的大环内酯类抗生素相比其抗菌谱更为广大,抗菌活力强,对常见的导致呼吸道感染的病原体(包括支原体)均有效,因此在治疗呼吸道感染中占有十分重要的地位^[8]。该药物在组织中的浓度与血清浓度相比要高数倍,在细胞内可以达到较高的药物浓度,可以在较短的时间聚集于炎症细胞,迅速起效,生物利用度可以达到 50% 以上^[9];其半衰期较长,可以持久的发挥作用。通过口服该药物也可以快速吸收,约在 2 h 后达到血药浓度。克拉霉素在酸性环境中仍然具有良好的稳定性,胃肠道刺激较少^[10]。

阿莫西林是临床较为常用的青霉素类抗生素,具有的细胞壁穿透能力较强,口服之后药物分子中的内酰胺基立即发生水解,与菌体内的转肽酶相结合而使之失去活性,切断了细菌细胞壁形成的途径,达到抑菌和杀菌的目的^[11-12]。该药物抗菌谱广泛,在体外实验中同样对各种阳性、阴性厌氧菌和需氧菌发挥作用。

上呼吸道感染是临床常见病和多发病,可在一年四季发病,而且任何年龄均可发病。患者多有明显的临床症状,影响生活质量,而且致病微生物可以在咳嗽、喷嚏的过程中以飞沫或者是雾滴的方式进行传播,给患者周围人群的健康造成不良影响,因此患者往往有较为强烈的求治欲,并希望尽快改善症状^[13-15]。在本研究中,观察组患者的临床疗效明显优于对照组,临床症状和体征消失时间均明显缩短,而且每天只需用药 1 次,更为方便。因此作者认为,使用克拉霉素缓释片对上呼吸道感染进行治疗效果确切,而且安全可靠,同时给药方便,是一种理想的药物治疗方式。

参考文献

[1] 李强,杨立华. ICU 病房患者下呼吸道院内感染细菌学特

征和耐药情况分析[J]. 临床和实验医学杂志,2010,9(6):442-443.

[2] Van Deursen AM, Verheij TJ, Rovers MM, et al. Trends in primary-care consultations, comorbidities, and antibiotic prescriptions for respiratory infections in The Netherlands before implementation of pneumococcal vaccines for infants[J]. Epidemiol Infect, 2012, 140(5):823-834.

[3] 刘明涛,盛美艳,张芸,等. 环丙沙星联合妥布霉素对兔铜绿假单胞菌环丙沙星耐药突变选择窗的影响[J]. 中华医学杂志,2011,91(20):1427-1431.

[4] 周玲,俞愉,陈怡,等. 头霉素在慢性阻塞性肺疾病下呼吸道感染治疗中的疗效观察[J]. 临床内科杂志,2010,27(9):628-629.

[5] Hunter DC, Skinner MA, Wolber FM, et al. Consumption of Gold kiwifruit reduces severity and duration of selected upper respiratory tract infection symptoms and increases plasma vitamin C concentration in healthy older adults[J]. Br J Nutr, 2012, 108(7):1235-1245.

[6] 牛瑞超,罗百灵,张立,等. 近 16 年呼吸科病房下呼吸道感染细菌感染的病原体变迁、分布及药敏差异[J]. 临床肺科杂志,2013,18(2):247-250.

[7] 秦媛怡,陈雪梅,魏立平. 下呼吸道鲍曼不动杆菌感染的分布特点和耐药性及多重耐药菌的易感因素[J]. 广东医学,2012,33(18):2812-2815.

[8] 李茉莉,潘频华,胡成平. 呼吸 ICU 医院获得性肺炎的病原学分布与致病菌耐药性的变迁[J]. 中南大学学报:医学版,2013,38(3):251-257.

[9] 周春妹,胡必杰,高晓东,等. 2007-2010 年上海市社区医院呼吸道感染常见病原菌及其耐药性调查[J]. 中华结核和呼吸杂志,2013,36(5):346-350.

[10] 田兆兴,任乃刚,闫巍,等. 盐酸阿比朵尔干混悬剂治疗病毒性上呼吸道感染的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志,2013,29(2):104-105.

[11] 鲍俊臣,盛夏,郑艳,等. 上感颗粒对病毒性上呼吸道感染小鼠肺组织 CD4⁺、CD8⁺ T 淋巴细胞亚群的影响[J]. 江苏中医药,2012,44(3):66-68.

[12] 苏莉. 进口和国产阿莫西林胶囊治疗呼吸道感染的代谢特征及不良反应分析[J]. 继续医学教育,2013,27(8):6-8.

[13] 陈英芳,耿少怡,林燕,等. 小儿牛黄清心散治疗小儿上呼吸道感染的临床疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2012,21(2):171-172.

[14] 沈思君. 炎琥宁针治疗 52 例小儿急性上呼吸道感染疗效观察[J]. 黑龙江医药,2013,26(6):1062-1063.

[15] 李锦文. 300 例门诊儿科治疗上呼吸道感染药物应用分析[J]. 吉林医学,2013,34(34):7188-7189.

(收稿日期:2013-09-13 修回日期:2013-12-12)