

# 左氧氟沙星序贯疗法治疗社区获得性肺炎效果评价

董 健(江苏省射阳县中医院呼吸内科 224300)

**【摘要】 目的** 探讨左氧氟沙星序贯疗法治疗社区获得性肺炎(CAP)的临床价值。**方法** 84 例 CAP 患者按就诊时间顺序分为观察组与对照组各 42 例,两组均给予止咳、化痰、解痉、平喘、吸氧、支持等常规治疗,观察组静脉滴注盐酸左氧氟沙星氯化钠注射液 250 mL,1 次/天;对照组盐酸左氧氟沙星氯化钠注射液 250 mL 静脉滴注,待咳嗽和气急症状好转、体温降至 37.8 ℃ 以下至少 8 h、白细胞计数趋于正常时改为口服左氧氟沙星片 0.4 g,1 次/天。**结果** 两组 CAP 患者治疗过程中体温正常、咳嗽咳痰减轻、肺部罗音减少时间、两组治疗 10~14 d 时总有效率比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );观察组左氧氟沙星静脉滴注时间(3.65±0.56)d、药物不良反应率(11.90%)低于对照组的静脉滴注时间(12.34±1.56)d、药物不良反应(33.33%),差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 左氧氟沙星序贯疗法治疗 CAP 是较经济、有效的治疗方法。

**【关键词】** 左氧氟沙星; 序贯疗法; 社区获得性肺炎

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.18.060 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)18-2460-02

社区获得性肺炎(CAP)是常见的社区感染,随着社会人口的老齡化,CAP 发病率也在逐年增加,从而影响着患者的健康和生活,有效、合理、安全地治疗 CAP 是临床探索的问题<sup>[1]</sup>。本文应用左氧氟沙星序贯疗法治疗,取得较好临床效果,报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2011 年 4 月至 2012 年 5 月诊治 84 例 CAP 患者,男 44 例,女 40 例,年龄 20~76 岁,平均(54.68±14.22)岁。临床表现为不同程度的发热,咳嗽,咳痰等,肺部听诊出现湿性啰音;血常规提示急性感染,伴或者不伴有核左移;胸部影像学检查可见片状阴影或者间质性改变,符合中华医学会呼吸分会制定的《社区获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)》的诊断标准<sup>[2]</sup>,除外肺结核、胸部肿瘤,肺水肿、过敏等疾病。将 84 例患者按照就诊时间顺序分为观察组与对照组各 42 例,性别、年龄、发热、咳嗽、咳痰、肺部啰音、血常规检查等一般资料两组差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 两组患者均给予止咳、化痰、解痉、平喘、吸氧、支持等常规治疗,(1)观察组左氧氟沙星 0.3 加生理盐水 250 mL 静脉滴注,1 次/天;(2)对照组:实施观察组相同治疗,待咳嗽和气急症状好转、体温降至 37.8 ℃ 以下至少 8 h、白细胞计数趋于正常时改为口服左氧氟沙星片 0.2 g,2 次/天。

**1.3 观察指标** (1)体温正常、咳嗽咳痰减轻、肺部罗音减少时间;(2)治疗效果<sup>[3]</sup>:治愈、有效、无效,总有效=痊愈+有效;(3)药物不良(恶心、呕吐、失眠、皮肤瘙痒等)反应发生率;(4)左氧氟沙星静脉滴注时间。

**1.4 统计学方法** 采用 Excel 2010 及 SPSS12.0 统计软件对所有数据进行统计分析,计数应用  $\chi^2$  检验,计量资料采用  $t$  检验, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

两组 CAP 患者治疗过程中体温正常、咳嗽咳痰减轻、肺部啰音减少时间比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组治疗 10~14 d 时,观察组治疗总有效率 95.24%,对照组为 97.62%,两组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );观察组左氧氟沙星静脉滴注时间(3.65±0.56)d、药物不良反应率(11.90%)低于对照组的静脉滴注时间(12.34±1.56)d、药物不良反应率(33.33%),差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。

表 1 两组 CAP 患者左氧氟沙星不同治疗方法相关指标比较

观察指标	观察组 (42 例)	对照组 (42 例)	$\chi^2/t$	$P$
体温正常(d, $\bar{x}\pm s$ )	3.42±0.56	3.28±0.569	0.31	>0.05
咳嗽咳痰减轻(d, $\bar{x}\pm s$ )	4.34±1.23	4.41±1.32	0.67	>0.05
肺部罗音减少(d, $\bar{x}\pm s$ )	5.45±1.76	5.62±1.87	0.26	>0.05
治疗效果 痊愈[n(%)]	30(71.43)	31(73.81)	—	—
有效[n(%)]	10(23.81)	10(23.81)	—	—
无效[n(%)]	2(4.76)	1(2.38)	—	—
总有效[n(%)]	40(95.24)	41(97.62)	0.11	>0.05
药物不良反应[n(%)]	5(11.90)	14(33.33)	4.68	<0.05
左氧氟沙星静滴时间(d, $\bar{x}\pm s$ )	3.65±0.56	12.34±1.56	8.60	<0.05

注:—表示无数据。

## 3 讨论

CAP 是指医院外罹患的急性肺实质(含肺泡壁即广泛的肺间质)炎症,包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎,研究显示肺炎链球菌是 CAP 最常见的病原体,其次是流感嗜血杆菌,肺炎克雷伯菌感染,随着近年对非典型病原体的认识及检测方法的改进,检出率不断提高,非典型病原体在 CAP 中的地位逐渐受到重视,并成为引起 CAP 前几位的病原体。近十年随着抗生素的广泛使用,呼吸道病原菌对抗菌药物的耐药性发展迅速,不同国家和地区报道 CAP 病原菌对抗生素的耐药率虽有不同,但均有逐渐增高的趋势。耐青霉素肺炎链球菌在全世界范围内逐渐增加,同时耐红霉素和其他抗菌药物的肺炎链球菌也在增加,且耐氨苄西林菌有所增加趋势,使得联合酶抑制剂的  $\beta$ -内酰胺酶类复合剂治疗效果明显受到限制<sup>[4]</sup>,而且由于实验室细菌分离结果滞后,导致使经验性用药的规范问题显得十分重要,给治疗增加了困难<sup>[5-7]</sup>,临床上迫切需要新型广谱抗菌药物。

氟喹诺酮类在抗微生物谱方面占有优势,与  $\beta$ -内酰胺类抗菌药物相比较,其可同时覆盖细菌及非典型致病原,而  $\beta$ -内酰胺类菌药物对非典型致病原完全无效;与大环内酯类菌药物相比,后者抗菌谱相对较小,且肺炎链球菌对其耐药率较高。左

氧氟沙星为氧氟沙星的左旋异构体,为新一代氟喹诺酮类的首个品种,由于对呼吸道感染及尿路感染的常见病原菌具高度抗菌活性,该药已广泛用于社区获得性肺炎和尿路感染的经验治疗。本文应用左氧氟沙星持续静滴治疗总有效率 97.62%。CAP 左氧氟沙星治疗初始阶段,大多数患者治疗后 48~72 h 仍表现为临床症状不稳定,除非病情明显恶化,不更换菌药物,等静脉给药迅速杀灭病原体,异常体征、症状和实验室检查指标开始改善(咳嗽和气急症状好转、体温降至 37.8℃ 以下、白细胞计数趋于正常)时口服左氧氟沙星序贯治疗<sup>[8]</sup>,左氧氟沙星组织渗透性好,血浆半衰期长,且在肺泡巨噬细胞和气道上皮分泌物中药物浓度达到或高于血清浓度,另外肺脏是血液循环丰富的器官,对菌药物有良好渗透性,因此适合应用序贯疗法<sup>[9]</sup>。本文结果显示,两组 CAP 患者治疗过程中体温正常、咳嗽咳痰减轻、肺部罗音减少、治疗总有效率比较无显著性差异( $P>0.05$ );但观察组左氧氟沙星静脉滴注时间( $3.65\pm 0.56$ )d、药物不良反应 11.90% 低少于对照组的静脉滴注时间( $12.34\pm 1.56$ )d、药物不良反应(33.33%),差异有统计学意义( $P<0.05$ ),说明序贯治疗能够减少左氧氟沙星静脉滴注时间,降低其不良反应,是治疗 CAP 经济、有效治疗方法,值得临床应用<sup>[10]</sup>。

#### 参考文献

[1] 罗北海.老年社区获得性肺炎 3 种抗菌药物治疗方案费

用-效果分析[J].中国现代医生,2010,48(10):39-40.

- [2] 中华医学会呼吸病学分会.社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J].中华结核和呼吸杂志,2006,29(10):651-655.
- [3] 叶任高,陆再英.内科学[M].5 版.北京:人民卫生出版社,2002:73.
- [4] 肖玲,郑小河,余汉光,等.重症社区获得性肺炎抗菌治疗探讨[J].中国药物与临床,2008,8(12):956-958.
- [5] 董元勋,王玲.抗菌药物临床应用方法及展望[J].中国医药导报,2008,5(18):180-181.
- [6] 龙刚.氧氟沙星序贯治疗细菌性肺炎 45 例[J].海南医学,2007,18(6):108-109.
- [7] 李虹.左氧氟沙星与头孢唑啉治疗老年性肺炎临床疗效对比分析[J].临床和实验医学杂志,2010,9(6):433,435.
- [8] 何礼贤,陈雪华.社区获得性肺炎病原谱构成及初始经验性抗菌药物应用的争议[J].中国实用内科杂志,2007,27(2):110-113.
- [9] 刘素琴,姜文明,戴小平.抗菌药物序贯治疗下呼吸道感染患者的经济学评价[J].中国药业,2008,17(20):55-56.
- [10] 苏萍.序贯疗法优化抗菌药治疗的探讨[J].中国现代药物应用,2009,3(1):181-182.

(收稿日期:2012-12-21 修回日期:2013-05-11)

#### • 临床研究 •

## 全自动血液分析仪显微镜复检规则的建立及 Flags 的评价

邝琳,曹敏华,禩彩云(广东省珠海市人民医院检验科 519000)

**【摘要】** 目的 为了弥补 COULTER AC. T 5diff AL 全自动血液分析仪对细胞形态识别能力的不足,需探讨 COULTER AC. T 5diff AL 血液分析仪的异常报警信息,并进行显微镜镜检,观察 Flags 报警信息的敏感度、准确度及特异性,从而分析 Flags 报警信息的可靠性,建立适合本实验室的显微镜复检规则,为临床提供可信的检验报告。**方法** 收集仪器无报警信息和有报警信息的标本共 1 040 例,进行涂片、瑞氏染色和镜检,分析仪器与镜检符合率、准确度、敏感度、特异性、阳性预测值及阴性预测值。**结果** 将仪器报警信息与镜检阳性结果进行比较,经统计分析得出真阳性率为 13.8%,假阳性率为 6.4%,真阴性率为 78.4%,假阴性率为 1.4%。COULTER AC. T 5diff AL 对异常的血液标本检出能力的有关预测值分别为:敏感度为 98.6%,特异度为 93.6%,阳性符合率为 68.2%,阴性符合率为 98.2%,准确度为 92.2%。**结论** 1.4%的假阴性率符合国际血液学复审协作组关于假阴性率小于 5.0%的规定,20.2%的复检率是合理的。血液分析仪的 Flags 报警信息只起到一个筛选的作用,可以降低劳动强度,提高工作效率,但并不能完全代替显微镜检查,必须学会综合分析,为临床提供全面、准确、可靠的检验报告。

**【关键词】** 血细胞分析仪; 显微镜镜检; 异常细胞; 报警; 可行性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.18.061 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)18-2461-03

当前科学技术迅猛发展,各种类型全自动血细胞分析仪在医院广泛使用,提高了工作效率,同时也节省了劳动力,但迄今为止止血细胞分析仪在形态学检查中仍只能作为一种过筛手段。因此,在常规工作中,首先遇到的便是对血细胞分析仪检测结果的复检问题。对仪器的完全依赖极易造成漏诊和误诊<sup>[1-3]</sup>,全部镜检又不切合实际情况。2002 年,国际著名的血液检验专家 Berend Houwen 发起研究关于血细胞分析仪全血细胞计数和白细胞分类的显微镜复检规则<sup>[4]</sup>。2005 年国际血液学复检专家组通过对 13 289 份血标本进行分析后,推荐了 41 条自动血细胞分析和分类复检规则<sup>[5]</sup>。但对于不同的实验室并无

针对性。因此,根据本实验室的具体情况 & COULTER AC. T 5diff AL 的性能特点,并结合 COULTER AC. T 5diff AL 异常细胞报警的情况,参考 41 条复检规则,制定了适合本实验室的显微镜复检规则,并对复检规则进行验证和临床应用的探讨。

#### 1 材料与方法

**1.1 标本来源** 从 2012 年 5 月 1 日到 2012 年 6 月 1 日共收集 1 040 例标本,均来自于本院的住院及门诊患者的静脉血抗凝标本(一次性使用真空采血管抗凝剂为乙二胺四乙酸二钾),用 COULTER AC. T 5diff Autoloader(AL)血液分析仪按常规进行 CBC 检测。