

血必净联合抗生素治疗 ICU 重症肺感染的临床效果分析

王 航

大理白族自治州人民医院 重症医学科 云南大理 671000

〔摘 要〕目的 分析血必净联合抗生素治疗 ICU 重症肺感染的效果。方法 将我院 ICU 收治的 82 例重症肺感染患者纳入本次研究, 入选病例均来自 2016 年 1 月至 2017 年 6 月, 采取随机抽签的方式将所有患者分为治疗组与对照组, 对照组 41 例采用抗生素治疗, 治疗组 41 例采用血必净联合抗生素治疗, 对两组患者的治疗效果进行分析、对比。结果 治疗组患者治疗总有效率 (90.0%) 较对照组 (70.7%) 更高, WBC、CRP、CPIS 较对照组更低, $P < 0.05$ 。结论 对 ICU 重症肺感染患者给予血必净联合抗生素治疗可获得理想的疗效, 值得推广。

〔关键词〕ICU; 重症肺感染; 血必净; 抗生素

〔中图分类号〕R563.1 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 03-0074-02

重症肺感染是 ICU 内一类高发的并发症, 其起病急、病情严重、治疗难度大, 会给患者造成二次伤害, 威胁其生命安全^[1]。我院高度重视对 ICU 重症肺感染的治疗, 在临床实践中给予部分患者血必净联合抗生素治疗, 取得了满意度的效果, 现作如下总结。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将我院 ICU 收治的 82 例重症肺感染患者纳入本次研究, 入选病例均来自 2016 年 1 月至 2017 年 6 月, 采取随机抽签的方式将所有患者分为治疗组与对照组, 每组各 41 例。治疗组中男性 23 例, 女性 18 例; 年龄 22—78 岁, 平均 (48.5±3.9) 岁; 病程 5h—4d, 平均 (15.5±4.3) h。对照组中男性 25 例, 女性 16 例; 年龄 20—81 岁, 平均 (47.8±4.1) 岁; 病程 4h—4d, 平均 (15.2±4.2) h。对治疗组与对照组患者上述资料采取 SPSS19.0 进行 t 检验和卡方检验, 得出 $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 方法

两组患者均给予祛痰、纠正水电解质平衡和酸碱平衡、补液、机械通气等常规治疗。对照组患者在此基础上使用抗生素, 若为真菌感染则应用氟康唑注射液等, 若为病毒感染则应用病毒唑、更昔洛韦等, 如为细菌感染则用头孢、阿奇霉素等。治疗组患者在对照组的基础上应用血必净, 将 100 毫升血必净注射液加入至 250 毫升 0.9% 生理盐水中行静脉滴注, 每天 2 次, 每次间隔 4 小时以上。两组患者均连续用药一周, 待用药结束后再评估治疗效果,

1.3 评价标准

1.3.1 比较治疗组与对照组患者治疗效果。治愈: 患者咳

痰、咳嗽、肺部啰音等症状完全消失, 体温和血象正常, 胸片检查显示正常; 改善: 患者上述症状有所改善, 体温正常, 血象未完全恢复正常, 胸片检查显示严重范围显著缩小; 无效: 患者症状、体温、血象、胸片检查结果均未出现明显变化或者恶化、死亡。治愈率与改善率之和为治疗总有效率。

1.3.2 比较治疗组与对照组患者治疗前后 WBC (白细胞计数)、CRP (C 反应蛋白)、CPIS (临床肺部感染评分)。

1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 对治疗组与对照组患者的研究数据进行分析, 采用卡方检验和 t 检验评估两组患者同类计数资料与计量资料的差异, 在 $P < 0.05$ 时, 两组差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 治疗组与对照组患者治疗效果对比

对照组患者治疗总有效率为 70.7%, 明显低于治疗组的 90.0%, 统计学分析显示 $P < 0.05$, 详见表 1。

表 1 治疗组与对照组患者治疗效果对比 [n (%)]

组别	例数	无效	改善	治愈	总有效率
治疗组	41	4 (9.8)	16 (39.0)	21 (51.2)	37 (90.0)
对照组	41	12 (29.3)	13 (31.7)	16 (39.0)	29 (70.7)
χ^2					4.970
P					0.026

2.2 治疗组与对照组患者治疗前后 WBC、CRP、CPIS 对比

两组患者在治疗前的 WBC、CRP、CPIS 无明显差异, $P > 0.05$; 在治疗后, 治疗组患者 WBC、CRP、CPIS 均显著低于对照组, $P < 0.05$ 。详见表 2。

表 2 治疗组与对照组患者治疗前后 WBC、CRP、CPIS 对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	WBC ($\times 10^9/L$)		CRP (mg/L)		CPIS (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	41	17.6±7.5	8.7±3.5	66.9±15.9	33.1±15.1	7.7±6.2	2.5±1.8
对照组	41	17.2±7.8	10.6±4.0	67.5±17.5	44.3±16.2	7.4±6.0	4.3±2.0
t		0.237	2.289	0.162	3.328	0.223	4.283
P		0.814	0.025	0.871	0.002	0.824	0.000

3 讨论

ICU 重症患者以中老年人为主, 该类患者体液、细胞免疫

功能差, 呼吸道免疫球蛋白分泌减少, 巨噬细胞的功能衰退, (下转第 77 页)

合指数, 明显优于治疗前, 见表 1。

2.3 不良反应

66 例患者中有 3 例患者出现轻微皮疹, 皮疹不良反应率为 4.54% (3/66), 2 例患者出现轻微恶心, 恶心不良反应率为 3.03% (2/66), 1 例患者出现腹泻, 腹泻不良反应率为 1.51% (1/66), 其他患者未出现其他不良反应, 总不良反应发生率为: 9.09% (6/66)。以上发生不良患者经过对症治疗后, 不良反应症状消失。

3 讨论

肺炎主要是下呼吸道感染引起的疾病, 病原体分为非典型型、细菌型以及病毒型, 根据患者的病情程度又可分为普通肺炎以及重症肺炎, 根据病原体感染的环境能分为: HAP 和 CAP, HAP 的致死率高达 25%—70%, CAP 的致死率高达 55%^[4]。目前, 治疗重症肺炎主要是获得细菌培养前, 给予患者抗生素治疗, 抗生素的治病原理是覆盖或消灭病原菌 (鲍曼不动杆菌、以及肠杆菌科细菌) 等。美罗培南主要适用于敏感细菌引起的感染如: 肺炎、尿路感染、皮肤组织感染以及妇科感染等。美罗培南是二代青霉烯类抗生素, 该药物具有超强的杀菌和覆盖细菌的能力, 尤其是革兰阳、阴性菌和厌氧菌杀菌效果更强, 目前临床上已经广泛应用在治疗重症感染和厌氧菌感染^[5]。本次 66 例研究对象中除 2 例死亡病例, 其余主要是革兰阴性菌感染, 治疗效果理想, 充分显示美罗培南治疗重症肺炎中革兰阴性菌感染有较好的抗菌活性。CRP 和 AST 是临床

上判断细菌感染炎症指标的“金标准”, 通过治疗前与治疗后对比, 患者的 CRP 和 AST 水平明显下降, 肺部的病灶炎症渗出以及吸收明显好转。经本次研究结果显示: 所有 66 例患者中, 有 47 例患者痊愈, 痊愈率为 71.21% (47/66), 有 17 例患者有效, 有效率为 25.75% (17/66), 2 例患者无效, 无效率为 3.03% (2/66), 2 例患者死亡, 死亡率为 3.03% (2/66), 治疗总有效率为 96.96% (64/66); 经过美罗培南药物治疗前以及治疗后患者的体温明显恢复和缓解; CRP、ALT、WBC、AST、Cr、PaO₂、BUN、PaO₂/FiO₂ 等各项水平, 明显优于治疗前; 美罗培南总不良反应发生率为: 9.09% (6/66)。

综上所述, 美罗培南治疗重症肺炎效果明显, 能有效缓解和控制解重症肺炎患者的病情, 值得临床借鉴和推广。

【参考文献】

- [1] 王桂武, 李强, 俞传圣. 老年重症肺炎患者的抗菌药物降阶梯治疗策略与利奈唑胺的临床应用 [J]. 临床医学, 2011, 31(3):25-27.
- [2] 郭峰, 王玉兴, 贾成文, 等. 美罗培南治疗高海拔地区老年重症肺炎的临床研究 [J]. 中华临床医师杂志 (电子版), 2013, 6:2736-2737.
- [3] 范铁兵, 杨志旭. 美罗培南不同静脉输注方式治疗重症肺炎的临床疗效观察 [D]. 山西医科大学学报, 2012, 43(12):938-940.
- [4] 沈惠峰, 张睢. 美罗培南优化两步点滴法中不同点滴模型药代动力学 / 药效动力学参数比较 [J]. 中华肺部疾病杂志, 2013, 6 (6) : 512-516.
- [5] 沈惠峰, 张睢. 用 SAS 迭代及蒙特卡罗模拟优化美罗培南的使用 [J]. 中国临床药理学与治疗学, 2012, 17 (5) : 529-535.

(上接第 74 页)

是肺部感染的高发人群。重症肺部感染会给患者身体健康造成极大的危害, 可发展为重症肺炎, 引起多脏器损害, 严重者可致死, 因此临床上需重视对该病的治疗, 做到尽早发现、尽早治疗^[2]。临床上普遍采用敏感抗生素对该病进行治疗, 但疗效不佳, 而诸多研究证实, 血必净联合抗生素治疗可获得较好的疗效^[3]。血必净属中成药制剂, 其有效成分从丹参、红花、川芎、当归等具有活血化瘀功效的中药中提取而来, 该药可有效抑制炎症因子的激活, 使得凝血功能障碍减轻, 对脓毒症的发展起到抑制作用, 还对内皮细胞具有保护作用, 能拮抗内毒素, 对治疗重症肺感染具有积极的疗效^[4]。本次研究显示, 血必净联合抗生素治疗 ICU 重症肺感染的疗效优于单用抗生素治疗, 其治疗总有效率高达 90.0%, 且白细胞计数、C 反应蛋白、临床肺部感染评分等指标均明显改善, 两组上述指标存在明显差异, $P < 0.05$, 且本次研究中两组患者

均未出现明显不良反应, 安全性高, 本次研究结果类似于袁广胜^[5]的研究结果。

由本次研究可知, 对 ICU 重症肺感染患者给予血必净联合抗生素治疗可获得显著疗效, 且安全性高, 适宜临床推广。

【参考文献】

- [1] 邓永寒. 血必净联合抗生素治疗 ICU 重症肺感染的疗效分析 [J]. 黑龙江医学, 2014, 38(5):521-522.
- [2] 赵威, 高秀清. 血必净联合抗生素治疗 ICU 重症肺感染的疗效观察 [J]. 天津药学, 2012, 24(5):28-30.
- [3] 白斌. 血必净联合抗生素治疗 ICU 重症肺感染的疗效分析 [J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(18):123-124.
- [4] 李怀杰. 血必净联合抗生素治疗 ICU 重症肺部感染效果观察 [J]. 中国急救医学, 2016, 36(z2):431-432.
- [5] 袁广胜. 血必净联合抗生素治疗 ICU 重症肺感染患者的疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(21):4278-4279.

(上接第 75 页)

的药物联合。

2.4 重视抗菌药物的不良反应

抗菌药物常见的不良反应为过敏反应、毒性反应、特异性反应和二重感染。用药前需询问有无药物过敏史或其他过敏性疾病, 青霉素类、 β -内酰胺类抗生素用药前要做皮肤试验, 有青霉素过敏性休克病史患者不可选用头孢菌素类; 有慢性肝炎、肝功能减退者应避免应用或慎用主要在肝脏代谢、具有肠肝循环及对肝脏有损害的药物; 肾功能减退者, 应尽量避免使用肾毒性药物, 确有应用指征时必须调整给药方案。用药过程中要严密观察各种反应, 并作及时处理。

2.5 抗菌药物临床应用的管理要分级到位

一般对轻度或局部感染患者应首先选用非限制使用抗菌药物进行治疗, 严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原

菌只对限制使用抗菌药物敏感时, 可选用限制使用抗菌药物。危重感染患者抗菌药物多采用联合用药、降阶梯治疗可及时有效地控制感染。

总之, 抗菌药物的临床应用十分重要, 合理使用抗菌药物对提高疗效、减少不良感应、延缓耐药菌株的形成及降低患者经济负担均具有重要意义。因此, 临床医师应熟练掌握抗菌药物应用指征, 合理、规范地应用抗菌药物。

【参考文献】

- [1] 林玉仙. 临床常见抗菌药物不合理应用现象与对策 [J]. 医药导报, 2005, 2 (11) : 1078.
- [2] 中华人民共和国药典委员会. 临床用药须知 [M]. 化学工业出版社, 2005: 458-564.
- [3] 梁晓曼, 赵丽萍, 等. 手术患者抗菌药物使用的调查 [J]. 中华医院感染杂志, 2004, 14 (10) : 1156.