

# 盐酸莫西沙星片在门诊治疗社区获得性肺炎的疗效观察

高玉红

(北京仁德医院 102401)

**摘要:** 目的分析盐酸莫西沙星片在门诊治疗社区获得性肺炎的临床疗效。方法 将医院门诊收治的 80 例社区获得性肺炎患者按随机数字表法分为相同例数的两组,即对照组治疗药物为左氧氟沙星;观察组治疗药物为莫西沙星;对比两组效果、症状恢复及炎症表达。结果 观察组治疗疗效 97.50% 优于对照组的 80.00%,咳嗽、发热、肺部啰音缓解时间及肺部浸润阴影缩小  $\geq 50\%$  短于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组白细胞计数、中性粒细胞及 C 反应蛋白 (CRP) 均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。两组不良反应比较 ( $P > 0.05$ )。结论 盐酸莫西沙星片在门诊治疗社区获得性肺炎取得较好效果,缩短症状持续时间。

**关键词:** 莫西沙星;左氧氟沙星;社区获得性肺炎

社区获得性肺炎 (community-acquired pneumonia, CAP) 是指个体在院外罹患的感染性肺实质炎症性疾病<sup>[1]</sup>。其发病与年龄密切相关,好发于老年人群,临床治疗的关键在于正确选择抗菌药物,以此在最大程度上控制感染及疾病进展。莫西沙星是新一代的氟喹诺酮类抗生素,其抗菌谱广、抗菌活性强,使呼吸感染性疾病抗菌治疗效果明显提高<sup>[2]</sup>。现本文对 CAP 患者采用莫西沙星治疗,对其效果予以分析,报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

医院门诊 2021 年 1 月到 2023 年 2 月期间收治的 80 例社区获得性肺炎患者,符合本病诊治标准<sup>[3]</sup>: (1) 最近出现新的咳嗽、咳痰等症状,或原来呼吸道系统疾病加重,出现咯脓性痰,伴或不伴胸痛; (2) 发热;出现肺实变体征,或(和)闻及肺部湿啰音; (3) 白细胞计数超过  $10 \times 10^9/L$ ,或低于  $4 \times 10^9/L$ ,或(和)伴细胞核左移; (4) 胸部影像学提示片状或斑片状浸润阴影,或有间质性改变,或(和)伴胸腔积液。当第(4)项+(1)~(3)任意 1 项则可判定社区获得性肺炎。排除真菌性肺炎、阻塞性肺炎、免疫缺陷、恶性肿瘤及传染性疾病者。将患者按随机数字表法分为相同例数的两组,对照组 40 例,男 22 例,女 18 例;年龄 50~82 (64.85  $\pm$  3.18) 岁;发病时间 1~3 (1.68  $\pm$  0.21) d;基础疾病:高血压 11 例,支气管哮喘 5 例,糖尿病 5 例,无 19 例;吸烟史 13 例;观察组 40 例,男 25 例,女 15 例;年龄 50~82 (65.14  $\pm$  3.20) 岁;发病时间 1~3 (1.70  $\pm$  0.25) d;基础疾病:高血压 10 例,支气管哮喘 7 例,糖尿病 6 例,无 17 例;吸烟史 15 例;两组基线资料比较 ( $P > 0.05$ ),可比较。

### 1.2 方法

对照组口服左氧氟沙星片 (上海普康药业,国药准字 H20055451),每次 200 mg,每天 2 次;连续 10 d。观察组口服盐酸莫西沙星片 (Bayer Schering Pharma AG, 国药准字 J20100158),每次 400 mg,每天 1 次,连续 10 d。两组患者治疗结束后均定期到门诊复查。

### 1.3 观察指标

(1) 临床疗效:痊愈:患者咳嗽、发热等症状消失,白细胞计数恢复至为  $3.5\text{--}9.5 \times 10^9/L$ ,血 C 反应蛋白 (CRP)  $< 8.0 \text{ mg/L}$ ,胸部影像学提示片状或斑片状浸润阴影缩小 75% 以上;显效:临床症状减轻,白细胞计数恢复至为  $3.5\text{--}9.5 \times 10^9/L$ ,CRP  $< 8.0 \text{ mg/L}$ ,胸部影像学提示片状或斑片状浸润阴影缩小 50%~74%;有效:相关症状缓解,白细胞计数恢复至为  $3.5\text{--}9.5 \times 10^9/L$ ,CRP  $< 8.0 \text{ mg/L}$ ,胸部影像学提示片状或斑片状浸润阴影缩小 25%~49%;无效:未达到上述标准; (2) 咳嗽、发热、肺部啰音缓解时间以及肺部浸润阴影缩小  $\geq 50\%$  时间; (3) 炎症因子:即在治疗前后采集患者静脉血 3 mL,离心处理 (时间 10 min, 3000 r/min),全自动生化分析仪 (日立, 7800 型) 测定白细胞计数、中性粒细胞及 C 反应蛋白 (CRP); (4) 不良反应:恶心、头晕、头痛、皮疹等。

### 1.4 统计学方法

SPSS26.0 统计学软件。计量资料经 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,采取 t 检验;计数资料以率 (%) 表示,采取  $\chi^2$  检验; $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 疗效评价

观察组治疗疗效优于对照组 ( $P < 0.05$ ),未恢复患者经延长用药时间至 14 d 均好转,其中对照组有 2 例患者调整至用药为头孢噻肟钠舒巴坦钠联合阿奇霉素治疗 3 d 后好转,见表 1。

表 1 两组疗效评价 [n (%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组 (n=40)	18 (45.00)	15 (37.50)	4 (10.00)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组 (n=40)	6 (15.00)	18 (45.00)	8 (20.00)	8 (20.00)	32 (80.00)
$\chi^2$					4.507
P					0.034

### 2.2 症状改善

观察组咳嗽、发热、肺部啰音缓解时间及肺部浸润阴影缩小  $\geq 50\%$  短于对照组 ( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组症状改善时间比较 (d,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	咳嗽	发热	肺部啰音	肺部浸润阴影缩小 $\geq 50\%$
观察组 (n=40)	4.81 $\pm$ 1.02	2.58 $\pm$ 0.42	3.68 $\pm$ 0.71	6.18 $\pm$ 1.28
对照组 (n=40)	6.39 $\pm$ 1.18	3.49 $\pm$ 0.67	4.79 $\pm$ 0.80	8.20 $\pm$ 1.39
t	6.407	7.278	6.563	6.761
P	$< 0.001$	$< 0.001$	$< 0.001$	$< 0.001$

### 2.3 炎症因子

治疗前相关因子比较无差异 ( $P > 0.05$ ),治疗后测定相关值明显降低,且观察组降低显著 ( $P < 0.05$ ),见表 3。

表 3 两组炎症因子比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	白细胞计数 ( $\times 10^9/L$ )		中性粒细胞 (%)		CRP (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=40)	14.04 $\pm$ 1.09	6.82 $\pm$ 1.01*	78.04 $\pm$ 3.68	60.53 $\pm$ 2.18*	16.10 $\pm$ 1.14	6.04 $\pm$ 1.02*
对照组 (n=40)	13.93 $\pm$ 1.10	8.14 $\pm$ 1.03*	77.92 $\pm$ 3.70	68.13 $\pm$ 2.24*	15.93 $\pm$ 1.20	7.15 $\pm$ 1.05*
t	0.449	5.784	0.145	15.378	0.650	4.796
P	0.654	$< 0.001$	0.885	$< 0.001$	0.518	$< 0.001$

注:与同组的治疗前比较,\* $P < 0.05$

### 2.4 不良反应

两组未发生肝肾、血尿常规异常情况,观察组 1 例恶心,发生率 2.50%;对照组 1 例恶心,1 例头晕,1 例头痛,发生率 7.50%;差异无统计学意义 ( $\chi^2 = 0.263$ ,  $P = 0.608$ )。

## 3 讨论

CAP 是威胁人类健康的常见感染性疾病,抗菌药物是治疗 CAP 的首选方案。一般在明确 CAP 后需要立即考虑进行病原学诊断,以达到临床治疗指导效果。虽然通过痰培养或血培养可明确病原菌及进行药敏试验,但其诊断培养时间长,且在社区无病原学诊断的条件下,多凭借经验性用药。抗菌药物的选择方面,多选择抗菌谱广,涵盖非典型致病菌的药物,其中喹诺酮类药物是治疗 CAP 的常用药物,左氧氟沙星是第三代的喹诺酮类药物,其抗菌谱广,抗菌作用强,对肺炎链球菌、肺炎支原体等病菌均有较强的抗菌作用,口服后药物吸收完全,相对生物利用度几乎达到 100%<sup>[4]</sup>。但随着该药的广泛应用,其耐药性也相应出现,进而影响临床治疗效果。莫西沙星是新型喹诺酮类药物,其抗菌高效、强力,于左氧氟沙星的分子结构上添加甲氧基团,从而能更进一步提高抗菌效果。

本研究发现,观察组治疗疗效 97.50% 优于对照组的 80.00%,

咳嗽、发热、肺部啰音缓解时间及肺部浸润阴影缩小 $\geq 50\%$ 短于对照组( $P < 0.05$ )。张琳琳等<sup>[9]</sup>研究发现经莫西沙星治疗的试验组总有效率 95.56%高于左氧氟沙星的 71.11%，肺部啰音、发热等症状改善时间短于左氧氟沙星治疗的患者( $P < 0.05$ )。张宇佳等<sup>[10]</sup>结果发现莫西沙治疗结果 87.0%高于阿奇霉素联合头孢哌酮的 26.7%，细菌清除率 85.0%高于阿奇霉素组的 40.0%( $P < 0.05$ )。李爱明<sup>[8]</sup>研究发现 CAP 患者血清白细胞计数、C 反应蛋白水平明显升高，且其升高水平与病情严重程度呈正相关性，治疗后观察组白细胞计数、中性粒细胞及 CRP 均低于对照组( $P < 0.05$ )。

结合多位学者研究，肯定了莫西沙星的治疗优势及效果，且在不良反应方面，对照组为 7.50%，观察组为 2.50%，差异不明显，证实了莫西沙星的应用安全性高。莫西沙星是 DNA 拓扑异构酶抑制剂，临床应用时不易产生耐药性；药物半衰期长，左氧氟沙星的半衰期在 5.1~7.1 h，而莫西沙星的半衰期高达 12 h，其药效持久、抗菌作用强；同时莫西沙星穿透力强，能在肺泡巨噬细胞内、支气管黏膜等组织内维持较高浓度，高效抗菌；莫西沙星的分子式中 8-甲氧基添加了关于针对厌氧菌的抗菌分子，C-7 位上氮双氧环结构的改变，保留了原有左氧氟沙星的抗菌效果，并能提高厌氧菌的作用，故而其抗菌谱更广，抗菌作用强，使患者炎症表达降低更快。另外莫西沙星主要对细菌 DNA 回旋酶及拓扑异构酶作用，抑制细菌转为超螺旋结构，从而能阻碍细菌 DNA 合成，抑制细菌细胞的分裂，促使细菌失活，提高细菌凋亡率，改善患者治疗效果<sup>[7]</sup>。门诊在治疗 CAP 时，需要动态评估患者病情程度，在患者退热时间超过 48 h，病情稳定，呼吸、白细胞计数等均得到改善后，可考虑停药。

综上所述，盐酸莫西沙星片在门诊治疗社区获得性肺炎缓解症

状快，有效降低血清炎症表达，明显缩短病程，且无明显不良反应，值得临床推广应用。

参考文献：

- [1]张燕伟,刘凯萌,张维慧,等. 临床应用莫西沙星序贯治疗老年社区获得性肺炎的疗效[J]. 中国老年学杂志,2019,39(15):3671-3674.
- [2]庞婕,吴晓雯,李春华,等. 中标与原研盐酸莫西沙星片治疗门诊社区获得性肺炎的有效性、安全性与经济性比较[J]. 中国药房,2023,34(2):200-204.
- [3]中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等. 成人社区获得性肺炎基层诊疗指南(2018 年)[J]. 中华全科医师杂志,2019,18(2):117-126.
- [4]钟巧,符英,蔡晓玉,等. 哌拉西林钠舒巴坦钠联合左氧氟沙星治疗老年社区获得性肺炎及对可溶性髓样细胞触发受体 1 和高迁移率蛋白 B1 水平的影响[J]. 老年医学与保健,2020,26(4):594-596,617.
- [5]张琳琳,陈蕾,李春红,等. 莫西沙星与左氧氟沙星治疗老年社区获得性肺炎患者的效果对比[J]. 中国药物滥用防治杂志,2022,28(7):941-945.
- [6]张宇佳,张海鹏,张凯峰,等. 莫西沙星治疗临床社区获得性肺炎患者的临床效果[J]. 中国老年学杂志,2019,39(9):2129-2132.
- [7]揭琼,万盟,朱余兵. 头孢噻肟钠舒巴坦钠联合阿奇霉素与莫西沙星治疗社区获得性肺炎的疗效及经济性对比研究[J]. 中国医院用药评价与分析,2021,21(4):451-454,458.
- [8]李爱明. 社区获得性肺炎患者中性粒细胞 CD64 指数与白细胞计数、降钙素原水平及超敏-C 反应蛋白的相关性分析[J]. 黑龙江医学,2021,45(17):1865-1866.