

甲强龙+阿奇霉素在病毒性肺炎患者中的应用效果及有效率分析

甘晓琴

(湖北省孝感市安陆市中医医院 湖北省孝感市 432600)

摘要:目的: 分析甲强龙+阿奇霉素应用于病毒性肺炎患者中的效果。方法: 对我院 100 例按病毒性肺炎予以确诊的患者予以抽取, 所涉时间介于 2022 年 6 月至 2023 年 12 月期间, 严格对随机原则遵循, 各有 50 例患者计入, 对照组所纳实验病例对基础治疗+阿奇霉素方案予以运用, 观察组所纳实验病例对甲强龙+阿奇霉素方案予以运用。对比两组疗效。结果: 观察组所参与实验的患者有更高的总有效率评测值 ($P<0.05$)。治疗后, 观察组患者 C 反应蛋白 (CRP)、降钙素原 (PCT)、白介素-6 (IL-6) 指标检测数据为居于更低的情形 ($P<0.05$)。两组的不良反应发生率评测值对比, 无统计学意义 ($P>0.05$)。结论: 甲强龙+阿奇霉素的运用可增强病毒性肺炎患者的治疗效果, 并促进机体炎性状态的良好改善, 不良反应率较低。

关键词:甲强龙; 阿奇霉素; 病毒性肺炎; 有效率; 炎性因子; 不良反应

病毒性肺炎是由多种不同病毒感染所引起的肺部炎症。病毒传播途径包括飞沫传播或直接接触传播给人体, 进入呼吸道并感染肺部组织。其病理机制是病毒侵入呼吸道黏膜上皮细胞, 破坏细胞结构和功能, 引发炎症反应, 导致肺泡充血、渗出液增加, 影响气体交换和肺功能^[1]。随着患者病情进展, 可累及肺部, 导致其症状加重及肺功能减弱。病情严重者可出现呼吸窘迫、低氧血症甚至急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 等严重并发症。特别是对于老年人、免疫功能低下者以及有基础疾病的患者, 病情可能更为严重。早期诊断、积极抗病毒治疗、对症支持疗法以及必要时的氧疗等措施能够有效减少病情恶化和并发症的发生, 提高患者的治疗有效率^[2-3]。甲强龙、阿奇霉素可促进患者肺部炎症及临床症状的改善。但甲强龙长期用药极易导致严重胃肠道不良反应, 如大剂量用药可增加其精神障碍的风险, 对其病情恢复造成极大影响。本研究对相关数据抽取, 就甲强龙+阿奇霉素治疗所具有的价值展开探讨, 现就结果做如下总结。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

对我院 100 例按病毒性肺炎予以确诊的患者予以抽取, 所涉时间介于 2022 年 6 月至 2023 年 12 月期间, 严格对随机原则遵循, 各有 50 例患者计入, 观察组所涉病例中, 男 28 例, 女 22 例, 年龄 25~69 (47.28 ± 5.12) 岁; 发病时间 12~42 (26.45 ± 3.18) h; 对照组所涉病例中, 男 27 例, 女 23 例, 年龄 25~70 (47.32 ± 5.15) 岁; 发病时间 14~42 (26.52 ± 3.21) h; 组间基线可比 ($P>0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: 具备病毒性肺炎的医疗诊断; 无药物禁忌症; 具知情同意条件。

排除标准: 合并其他肺部疾病或全身感染者; 合并其他严重原发疾病或危急重症者; 依从性较差者。

1.3 方法

两组均予基础治疗, 包括氨溴索 (规格: 30mg × 20s) 化痰、布地奈德 (200 μg/墩) 及莫西沙星 (规格: 0.4g

× 3s) 抗感染等。基于此, 对照组每日予以患者静脉注射 10mg/kg 的阿奇霉素 (规格: 0.125g)。观察组予以甲强龙 (规格: 40mg) + 阿奇霉素治疗, 阿奇霉素与上述剂量一致, 每日予以患者静脉注射 2mg/kg 甲强龙。两组均用药 1 周。

1.4 观察指标

(1) 对比不同参与组别总有效率数据; (2) 对比不同参与组别血清炎性因子水平。治疗前及治疗 1 周后, 分别抽取患者空腹肘静脉血 3mL, 离心, 分离血清, 以酶联免疫吸附法为 C 反应蛋白 (CRP) 检测数据、降钙素原 (PCT) 检测数据与白介素-6 (IL-6) 检测数据的评测工具; (3) 对比不同参与组别的不良反应事件率, 包括高热数据情况、过敏数据情况、胃出血数据情况、恶心呕吐数据情况。

1.5 疗效评估标准

显效级别: 经对各项基础症状加以精准观测, 表现为完全消除的情形, 经 X 线片检查, 表现为肺部阴影消失的情形; **有效级别:** 经对各项基础症状加以精准观测, 表现为明显改善的情形, 经 X 线片检查, 表现为肺部阴影缩小的情形; **无效级别:** 经对临床症状加以精准观测, 表现为无改善或恶化的情形, 经对肺部阴影区域加以精准观测, 表现为增加情形。总有效率=显效率+有效率。

1.6 统计学分析

录入 SPSS22.0 完成统计工作, 计数依托 (%) 完成表述, 经由 χ^2 获取检验结果, 计量依托 ($\bar{x} \pm s$) 完成表述, 经由 t 获取检验结果, $P<0.05$ 提示差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 总有效率数据对比状况

观察组所参与实验的患者有更高的总有效率评测值 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 总有效率数据对比状况 [n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	50	35 (70.00)	13 (26.00)	2 (4.00)	48 (96.00)

对照组	50	28 (56.00)	12 (24.00)	10 (20.00)	40 (80.00)
X^2	-	-	-	-	6.061
P	-	-	-	-	0.014

表 2 血清炎症因子水平数据对比状况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CRP (ng/mL)		PCT (ng/mL)		IL-6 (pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	22.12 $\pm$ 2.56	6.42 $\pm$ 0.55	9.38 $\pm$ 1.28	0.72 $\pm$ 0.11	64.47 $\pm$ 7.25	24.48 $\pm$ 2.87
对照组	50	22.84 $\pm$ 2.49	9.15 $\pm$ 0.76	9.42 $\pm$ 1.29	0.92 $\pm$ 0.13	64.51 $\pm$ 7.28	30.76 $\pm$ 3.18
t	-	1.426	20.577	0.156	8.305	0.028	10.367
P	-	0.157	0.000	0.877	0.000	0.978	0.000

2.3 不良反应发生率数据对比状况

两组的不良反应发生率评测值对比, 无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 不良反应发生率数据对比状况 [n (%)]

组别	n	高热	过敏	胃出血	恶心呕吐	总发生率
观察组	50	1 (2.00)	2 (4.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	4 (8.00)
对照组	50	2 (4.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	5 (10.00)
X^2	-	-	-	-	-	0.122
P	-	-	-	-	-	0.727

3. 讨论

病毒性肺炎患者临床表现方面, 通常包括高热、干咳、乏力、胸闷、呼吸困难等。当病毒侵入机体后, 会激活机体的免疫系统产生炎症因子, 如 CRP、PCT、IL-6 等, 以增强对病毒的清除能力。但免疫反应失衡可导致炎症反应过度激活, 造成炎症因子水平升高^[4]。高水平的炎症因子在一定程度上可以加速病毒清除, 但同时也可能导致组织损伤、炎症反应失控, 甚至引发严重并发症。此外, 免疫系统紊乱也可能导致免疫调节功能异常, 使得对病原体的正常清除受影响, 从而使病情持续恶化。患者在病况严重时, 可能出现严重呼吸窘迫、氧合障碍等症状, 极易引起严重的呼吸系统并发症。长期患病可能导致肺功能受损, 影响患者生活质量。目前临床上通常会采取调节免疫系统、抑制过度炎症反应、保护肺部组织等措施, 以尽快控制炎症, 促进患者病情康复。

结合本研究示, 甲强龙+阿奇霉素治疗对改善病毒性肺炎患者临床症状具有显著作用, 可加快病灶修复及病情康复。治疗后, 观察组患者 CRP、PCT、IL-6 指标检测数据为居于更低的情形 ($P < 0.05$)。提示, 联合治疗可减轻患者机体炎症状态, 通过对患者机体环境进行良好调节, 防止患者肺部持续性受损。结合本研究示, 联合治疗通过使用小剂量甲强龙治疗对不良反应发生具有减少作用, 有利于保障用药安全性。分析原因: 阿奇霉素是一种广谱抗生素, 通常用于治疗细菌感染^[5]。因此, 在病毒性肺炎患者合并细菌感染或疑似细菌感染的情况下, 阿奇霉素可作为辅助治疗选择, 可快速被机体吸收, 有效杀灭细菌、病毒, 但对于纯粹的病毒性肺炎, 单独

2.2 血清炎症因子水平数据对比状况

治疗后, 观察组患者 CRP、PCT、IL-6 指标检测数据为居于更低的情形 ($P < 0.05$)。见表 2。

使用阿奇霉素并不具备较好的效果^[6-7]。甲强龙是一种糖皮质激素类药物, 主要通过抑制炎症反应和免疫系统活性来减轻肺部炎症和症状, 可快速改善患者免疫状态, 抗感染作用显著, 有效缓解其不适感。然而, 对于病毒性肺炎, 甲强龙的应用存在争议, 因为过度使用糖皮质激素的刺激性较强, 可能会抑制免疫反应, 延缓病毒清除, 增加并发症风险。因此, 临床用药时需基于患者个体病况酌情调整用药量, 本研究中每日予以患者静脉注射 2mg/kg 甲强龙, 在保障临床疗效的同时, 可降低治疗风险。因此, 联合用药可增强疗效, 减轻疾病症状及炎症反应, 安全性较高, 可缩短患者康复时间^[8]。

综上所述, 甲强龙+阿奇霉素治疗方案运用于病毒性肺炎患者中的药学价值显著, 在症状缓解、机体炎症状态改善及用药安全性方面具有显著效果, 值得推广。

参考文献:

- [1] 马延贺, 张洪. 病毒性肺炎的病理机制与影像表现 [J]. 国际医学放射学杂志, 2023, 46(05): 591-597.
- [2] 袁明亮, 明文娟, 叶忠, 等. 三种吸氧方法治疗重型病毒性肺炎患者的临床效果研究 [J]. 中国实用医药, 2024, 19(01): 6-10.
- [3] 邢芳华, 邓武兴, 邢舒旺, 等. 阿奇霉素注射剂联合利巴韦林注射液治疗小儿病毒性肺炎的临床研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2018, 34(15): 1748-1750.
- [4] 张西安, 童佳兵, 周童, 等. 重连口服液治疗病毒性肺炎的临床疗效及对其炎症、免疫水平的影响 [J]. 山西中医药大学学报, 2023, 24(07): 790-794.
- [5] 杨瑞新. 阿糖腺苷联合阿奇霉素治疗 59 例病毒性肺炎患儿的临床疗效 [J]. 中国农村卫生, 2019, 11(16): 82-83.
- [6] 杨国曼. 阿奇霉素联合氨溴索对肺炎患儿免疫功能、炎症反应的影响分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2023, 34(02): 218-220.
- [7] 刘艳艳. 阿奇霉素+头孢对小儿病毒性肺炎患儿 CRP 影响 [J]. 中外女性健康研究, 2022(24): 48-49, 108.
- [8] 赵庚, 杨青. 甲强龙联合阿奇霉素治疗病毒性肺炎的临床效果及安全性分析 [J]. 临床医学工程, 2023, 30(10): 1389-1390.