

# 头孢替唑钠联合左卡尼汀治疗感染性心内膜炎的临床疗效

王峰梅, 曾红惠

作者单位: 336000 江西省宜春市第二人民医院官园分院门诊(王峰梅)

336000 江西省宜春市第二人民医院心电图科(曾红惠)

**【摘要】** 目的 探讨头孢替唑钠联合左卡尼汀治疗感染性心内膜炎的临床疗效。方法 选取宜春市第二人民医院 2019 年 3 月—2020 年 3 月收治的感染性心内膜炎患者 80 例, 根据患者意愿分为对照组与观察组, 每组 40 例。对照组予以头孢替唑钠治疗, 观察组在对照组基础上予以左卡尼汀治疗。比较 2 组临床疗效, 治疗前后降钙素原(PCT)、C 反应蛋白(CRP)、白介素 6(IL-6)、白细胞计数、平均血小板体积, 并观察 2 组不良反应发生情况。结果 观察组临床疗效优于对照组( $P < 0.05$ )。治疗前 2 组 PCT、CRP、IL-6 比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组 PCT、CRP、IL-6 低于对照组( $P < 0.05$ )。治疗前 2 组白细胞计数、血小板体积比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组白细胞计数、血小板体积低于对照组( $P < 0.05$ )。观察组不良反应发生率低于对照组( $P < 0.05$ )。结论 头孢替唑钠联合左卡尼汀治疗感染性心内膜炎的临床疗效确切, 可有效改善患者临床症状, 减少炎症反应, 且安全性较高。

**【关键词】** 感染性心内膜炎; 头孢替唑钠; 左卡尼汀; 治疗结果

**【DOI】** 10.15887/j.cnki.13-1389/r.2021.06.028

感染性心内膜炎是一种严重心脏疾病, 是心脏内膜表面发生的微生物感染, 主要是因细菌、真菌以及病毒等随着血液流动, 侵犯心脏瓣膜以及心室壁内膜等, 并形成菜花样或者息肉样的赘生物<sup>[1]</sup>。该疾病主要临床症状有发热、咳嗽、呼吸困难、咳血以及胸痛等, 严重的情况下还可引起心脏、脑以及肾等多个器官的损害以及多处动脉栓塞, 造成心力衰竭, 严重影响患者日常生活及生命安全<sup>[2]</sup>。药物治疗感染性心内膜炎是临床较常见的治疗措施, 但不同药物有着不同疗效, 需根据患者实际情况选择针对性药物治疗。研究显示, 头孢替唑钠与左卡尼汀联合治疗, 能够有效改善感染性心内膜炎患者临床症状, 缓解患者呼吸困难以及发热等情况, 且无明显不良反应<sup>[3]</sup>。本研究旨在探讨头孢替唑钠联合左卡尼汀治疗感染性心内膜炎的临床疗效, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 纳入与排除标准** 纳入标准: 符合感染性心内膜炎诊断标准<sup>[4]</sup>; 了解研究内容, 并签署知情同意书; 意识清醒患者; 赘生物不易脱落患者; 无凝血功能障碍患者。排除标准: 具有精神疾病史、认知功能障碍者; 药物禁忌证患者; 合并严重器质性疾病、恶性肿瘤者; 中途退出者。

**1.2 一般资料** 选取宜春市第二人民医院 2019 年 3 月—2020 年 3 月收治的感染性心内膜炎患者 80 例, 根据患者意愿分为对照组与观察组, 每组 40 例。对照组中男 22 例, 女 18 例; 年龄 58 ~ 81 岁, 平均(69.5 ± 5.7) 岁; 病程 6 ~ 10 d, 平均(8.0 ± 1.0) d; 赘生物发生在左房室瓣 23 例, 主动脉瓣 11

例, 左房室瓣和主动脉瓣 6 例。观察组中男 23 例, 女 17 例; 年龄 57 ~ 81 岁, 平均(69.0 ± 6.0) 岁; 病程 6 ~ 11 d, 平均(8.5 ± 1.3) d; 赘生物发生在左房室瓣 21 例, 主动脉瓣 10 例, 左房室瓣和主动脉瓣 9 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.3 方法** 2 组患者均给予吸氧、纠正心功能等治疗。对照组予以头孢替唑钠(福安药业集团庆余堂制药有限公司生产, 国药准字 H20103505) 治疗, 将 2 g 头孢替唑钠加入 0.9% 氯化钠注射液(杭州民生药业有限公司生产, 国药准字 H33021575) 100 ml 中静脉滴注, 连续治疗 2 周。观察组在对照组基础上予以左卡尼汀(东北制药集团股份有限公司生产, 国药准字 H19990371) 治疗, 将 1.0 g 左卡尼汀加入 0.9% 氯化钠注射液 10 ml 中静脉推注, 连续治疗 2 周。

**1.4 观察指标** (1) 比较 2 组临床疗效, 其判定标准: 实验室检测以及病原学检测基本恢复正常, 经超声检查后病灶恢复明显, 赘生物缩小为显效; 治疗后患者病情改善明显, 但实验室检测以及病原学检测均未恢复正常为有效; 治疗后患者临床症状未得到改善甚至加重为无效<sup>[5]</sup>。(2) 比较 2 组治疗前后降钙素原(PCT)、C 反应蛋白(CRP)、白介素 6(IL-6)。空腹抽取患者 6 ml 静脉血, 采用 mini-VIDAS 自动免疫荧光分析仪检测 PCT, 采用酶联免疫吸附法检测 CRP、IL-6<sup>[6]</sup>。(3) 比较 2 组治疗前后白细胞计数、平均血小板体积, 白细胞计数参考值为(4.0 ~ 10.0) × 10<sup>9</sup>/L, 平均血小板体积参考值为 7.8 ~ 11.0 fL<sup>[7]</sup>。(4) 观察 2 组腹泻、恶心、头晕

表 2 2 组治疗前后 PCT、CRP、IL-6 比较 ( $\bar{x} \pm s, \mu\text{g/L}$ )

组别	例数	PCT		CRP		IL-6	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	3.69 ± 0.46	1.74 ± 0.81	68.74 ± 8.82	51.79 ± 6.58	88.96 ± 9.82	69.14 ± 6.22
观察组	40	3.84 ± 0.63	0.78 ± 0.21	68.27 ± 8.63	39.64 ± 5.66	89.27 ± 9.43	53.63 ± 5.21
<i>t</i> 值		1.21	7.25	0.24	8.85	0.14	12.09
<i>P</i> 值		0.11	<0.01	0.40	<0.01	0.44	<0.01

等不良反应发生情况。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计学软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验; 计数资料以相对数表示, 采用  $\chi^2$  检验; 等级资料分析采用秩和检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 临床疗效 观察组临床疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ( $u = 4.16, P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较 (例)

组别	例数	显效	有效	无效
对照组	40	8	11	21
观察组	40	17	22	1

2.2 PCT、CRP、IL-6 治疗前 2 组 PCT、CRP、IL-6 比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组 PCT、CRP、IL-6 低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

2.3 白细胞计数、血小板体积 治疗前 2 组白细胞计数、血小板体积比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组白细胞计数、血小板体积低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 2 组治疗前后白细胞计数、血小板体积比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	白细胞计数 ( $\times 10^9/L$ )		血小板体积 (fl)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	14.62 ± 3.47	12.53 ± 2.36	10.71 ± 2.38	9.86 ± 2.07
观察组	40	14.84 ± 3.31	9.46 ± 1.27	10.39 ± 2.26	8.52 ± 1.17
<i>t</i> 值		0.29	7.24	0.61	3.56
<i>P</i> 值		0.38	<0.01	0.27	<0.01

2.4 不良反应 观察组不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 4.58, P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 2 组不良反应发生情况 [例 (%)]

组别	例数	腹泻	恶心	头晕	合计
对照组	40	3 (7.5)	5 (12.5)	4 (10.0)	12 (30.0)
观察组	40	1 (2.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	3 (7.5) <sup>a</sup>

注: 与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

感染性心内膜炎主要特征有发热、咳嗽、呼吸困难、咳血等, 严重影响患者生活质量<sup>[8]</sup>。临床治疗感染性心内膜炎, 主要是在吸氧等常规治疗基础上实施抗生素药物治疗, 虽然能够起到抑菌及杀菌的作用, 但由于不同抗生素的疗效不同, 如果选择不佳, 易导致治疗周期延长以及药物使用量增加, 长期服用易使患者出现病菌耐药性, 以及各种不良反应的发生, 严重影响患者治疗效果。

左卡尼汀是一种由肝脏合成的以左旋或右旋体存在于体

内的特殊氨基酸, 心肌细胞含量较高, 能够有效促进脂代谢功能。对感染性心内膜炎患者实施左卡尼汀药物治疗, 能够影响三羧酸循环丙酮酸脱氢酶复合体活性, 进一步促进葡萄糖代谢, 且左卡尼汀能够减少机体氧化应激反应与心肌损伤, 更好地增加心搏出量, 延缓动脉粥样硬化<sup>[9]</sup>。且左卡尼汀也是一种具有多重生理功能的化合物, 能够有效促进心肌能量代谢以及抗氧化作用, 并转移长链脂肪酸通过线粒体内膜进入线粒体基质, 促进其氧化, 更好地为心肌细胞活动提供所需要的能量, 参与体内细胞代谢, 修复受损细胞, 也是一种比较强的抗氧化剂。白细胞计数属于常规炎性指标, 当患者出现感染时该指标水平会增高, 而血小板体积是血小板活化的标志, 与感染性心内膜炎有密切关系, 能够有效判断患者是否出现并发症。PTC 是一种糖蛋白, 当患者出现细菌感染时, PTC 水平会升高, 而 CRP 在 IL-6 的诱导下从肝脏分泌, 在感染性心内膜炎患者中的含量较高。头孢替唑钠属于头孢菌素类抗生素, 是强效抗感染药物, 治疗过程中主要通过阻碍细菌细胞壁合成发挥抗菌作用, 对革兰阳性菌敏感性较高, 治疗过程中不良反应较少, 且用药安全性较高<sup>[10]</sup>。头孢唑钠能够通过破坏细胞壁合成而拮抗细菌增殖, 有效减轻患者炎症反应程度, 且头孢唑钠在患者体内吸收较好, 以及对金黄色葡萄球菌、化脓性链球菌、肺炎链球菌以及大肠杆菌等均有抗菌活性, 能够有效杀灭病原菌, 抑制炎症反应, 能够有效改善患者临床症状。在对感染性心内膜炎患者展开治疗的过程中, 采用左卡尼汀联合头孢替唑钠治疗, 能够有效起到抗感染的作用, 降低患者治疗过程中出现的不良反应, 进一步改善患者炎性指标、白细胞计数及平均血小板体积, 有效提高对患者的治疗效果。

本研究结果显示, 治疗后观察组临床疗效优于对照组, PCT、CRP、IL-6、白细胞计数、血小板体积、不良反应发生率低于对照组, 表明头孢替唑钠联合左卡尼汀治疗感染性心内膜炎的临床疗效确切, 可有效改善患者临床症状, 减少炎症反应, 且安全性较高, 值得临床推广应用。

### 参考文献

[1] 潘嘉西, 章敏学, 姜进克, 等. 左卡尼汀辅助抗菌药物对感染性心内膜炎患者血清 cTnI 与 PCT 及 ESR 的影响 [J]. 中华医院感染学杂志, 2018, 28 (12): 1798-1801.  
 [2] 贾周, 丁学智. 左卡尼汀联合头孢菌素类抗菌药及左旋咪唑注射液治疗感染性心内膜炎的临床疗效 [J]. 内蒙古医学杂志, 2020, 52 (2): 143-145.  
 [3] 程军, 胡欢, 张海华, 等. 802 例感染性心内膜炎主要基础病因及病原学分析 [J]. 中国循环杂志, 2020, 35 (2): 180-185.

DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2020.02.013.

[4] 马兆利. 头孢替唑钠联合炎琥宁注射液对急性感染性 心内膜炎的治疗效果 [J]. 河南医学研究, 2018, 27 (1): 90-91.

[5] 刘静. 头孢替唑钠联合炎琥宁注射液治疗急性感染性心内膜炎的作用分析 [J]. 中国社区医师, 2018, 34 (1): 87-88.

[6] 贾周, 丁学智. 左卡尼汀联合头孢菌素类抗菌药及炎琥宁注射液治疗感染性心内膜炎的临床疗效 [J]. 内蒙古医学杂志, 2020, 52 (2): 143-145.

[7] 罗立宏, 方天富, 岑明秋. 感染性心内膜炎患者前驱感染症状、病原菌检测及抗菌药物治疗情况调查 [J]. 中华全科医学,

2019, 17 (5): 865-868.

[8] 倪国华, 贾斌, 王宝珠, 等. 161 例感染性心内膜炎患者临床特征及预后因素分析 [J]. 新疆医科大学学报, 2019, 42 (9): 1159-1162. DOI: 10.3969/j.issn.1009-5551.2019.09.012.

[9] 鞠胜杰, 彭晓波, 陈劲进, 等. 137 例感染性心内膜炎的外科治疗策略 [J]. 局解手术学杂志, 2019, 28 (11): 918-921.

[10] 吴珍珠, 陈意, 肖永红. 感染性心内膜炎的外科治疗决策 [J]. 浙江医学, 2019, 41 (8): 848-851.

(收稿日期: 2020-10-15)

# 强力定眩胶囊联合倍他司汀治疗眩晕症的临床疗效及其对椎动脉和基底动脉的血流速度的影响

徐勇龙

作者单位: 413000 湖南省益阳市人民医院神经内科

**【摘要】** 目的 探讨强力定眩胶囊联合倍他司汀治疗眩晕症的临床疗效及其对椎动脉和基底动脉 (BA) 血流速度的影响。方法 选取益阳市人民医院 2019 年 3 月—2020 年 2 月收治的眩晕症患者 70 例, 随机分为对照组与观察组, 各 35 例。对照组予以倍他司汀治疗, 观察组在对照组基础上加用强力定眩胶囊。比较 2 组治疗前后左椎动脉 (LVA)、右椎动脉 (RVA) 和 BA 收缩期期峰值流速、眩晕障碍量表 (DHI) 评分、治疗前后人降钙素基因相关肽 (CGRP)、内皮素 -1 (ET-1) 及 ET-1/CGRP。结果 治疗前, 2 组 LVA、RVA、BA 收缩期期峰值流速比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 治疗后, 2 组 LVA、RVA、BA 收缩期期峰值流速均增快, 且观察组快于对照组 ( $P<0.05$ )。治疗前, 2 组 DHI 总分及躯体、情绪、功能评分比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 治疗后, 2 组 DHI 总分及躯体、情绪、功能评分均降低, 且观察组低于对照组 ( $P<0.05$ )。治疗前, 2 组 ET-1、CGRP 及 ET-1/CGRP 比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 治疗后, 2 组 ET-1、ET-1/CGRP 降低, CGRP 升高, 且观察组 ET-1、ET-1/CGRP 低于对照组, CGRP 高于对照组 ( $P<0.05$ )。结论 强力定眩胶囊联合倍他司汀治疗眩晕症的临床疗效确切, 可有效改善椎动脉和基底动脉的血流速度, 增加脑内血供, 改善患者眩晕症状和生活质量。

**【关键词】** 眩晕症; 强力定眩胶囊; 倍他司汀; 经颅多普勒参数; 生活质量; 治疗结果

**【DOI】** 10.15887/j.cnki.13-1389/r.2021.06.029

眩晕症是多种疾病的症状之一, 多因颈椎动脉病变、脑部供血不足导致, 患者主要临床表现为空间平衡感和本体感觉障碍, 发作时感觉自身或周围物体旋转或摇晃, 甚至头痛、耳鸣、恶心呕吐等症状, 可持续几分钟到几个小时<sup>[1-2]</sup>。目前, 对于中枢性眩晕症的主要治疗原则为对因治疗, 同时使用改善脑血管药物治疗, 以增强治疗效果。倍他司汀是一种改善组织血供药物, 可以扩张脑血管, 增加脑和前庭组织的供血, 从而改善眩晕症<sup>[3]</sup>。中成药强力定眩胶囊具有降压、降脂、定眩作用, 故也可用于眩晕症的治疗<sup>[4]</sup>。本研究旨在探讨强力定眩胶囊联合倍他司汀治疗眩晕症的临床疗效及其对椎动脉和基底动脉 (BA) 血流速度的影响, 现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 纳入与排除标准 纳入标准: (1) 经颈部、颅脑 CT 等

影像学检查证实有颈部或脑血管病变, 并有眩晕主诉, 伴有不同程度恶心呕吐、耳鸣、共济失调和肢体麻木病史; (2) 中医符合《中医病证诊断疗效标准》中眩晕的风阳上扰证候<sup>[5]</sup>: 眩晕耳鸣, 头痛且胀, 易怒, 失眠多梦, 或面红目赤, 口苦。舌红, 苔黄, 脉弦滑; (3) 本研究经医院医学伦理会批准, 且患者知情且签署同意书。排除标准: (1) 脑部患恶性肿瘤、脑梗死、脑出血等脑部疾病患者; (2) 贫血、低血糖、耳部前庭病变患者; (3) 精神疾病患者; (4) 严重肝、肾功能不全患者; (5) 对本研究药物过敏患者。

1.2 一般资料 选取益阳市人民医院 2019 年 3 月—2020 年 2 月收治的眩晕症患者 70 例, 随机分为对照组与观察组, 各 35 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。见表 1。