

各种小分子多肽,还有 20 多种氨基酸及代谢中间产物。其转化酶抑制药使心钠素半衰期延长。心钠素的作用机制主要与细胞内钙动员、磷酸酰肌醇代谢和 G 蛋白激酶活性有关,心钠素与其受体结合后可激活 GMP 环化酶,促进 CGMP 水平升高,激活 G 蛋白激酶,促进细胞内钙外流及关闭集合管膜上钠通道,抑制氯化钠的吸收,增加氯化钠排泄,产生下列生物学效应:①舒张

[收稿日期] 2002-07-23 [修回日期] 2002-10-23

[作者简介] 刘杰(1966-),男,湖北仙桃人,主治医师,学士,从事肾病研究工作。

血管,降低血压,降低外周阻力;②增加肾小球滤过率,改变球管平衡可抑制近曲小管和集合管对钠的重吸收;③抑制肾素、醛固酮及抗利尿激素的释放,其利尿效应是呋塞米的 500 ~ 1 000 倍<sup>[2]</sup>。肾病综合征患者内源性心钠素水平降低<sup>[2]</sup>,经过泼尼松治疗后心钠素水平明显增高,但始终低于正常水平<sup>[3]</sup>。在激素发挥生理药理效应过程中,心钠素可起内在的介导调节作用<sup>[4]</sup>。本研究显示,通过补充外源性心钠素,改善肾病综合征

患者体内的心钠素低水平状态,发挥心钠素的生物学效应,能明显改善症状,减轻水肿及蛋白尿,改善肾功能,同时由于心钠素注射液含有各种小分子多肽及 20 多种氨基酸及代谢中间产物,改善了肾病综合征患者的营养状态,促进蛋白质的合成及血清蛋白水平的恢复。总之,心钠素注射液联合泼尼松治疗肾病综合征近期疗效显著,值得推广。

[参考文献]

[1] 王海燕,郑法雷,刘玉春,等.原发性肾小球疾病的分型与治疗及诊断标准[J].中华内科杂志,1993,33(2):131-134.  
 [2] 陈孝文.肾脏内分泌学[M].广州:广东科技出版社,1994.101-172.  
 [3] 陈晓春,陈孝文,李达道.肾病综合征患者心钠素与糖皮质激素的相互关系[J].中华肾脏病杂志,1999,15(4):258-259.  
 [4] Weidmann P, Daniel R, Esther E, et al. Glucocorticoid and mineralocorticoid stimulation of atrial natriuretic peptide release in man[J]. J Clin Endocrinol Metabolism, 1988,66:1233-1239.

## 左氧氟沙星治疗伤寒 109 例

张义红

(解放军第 457 医院传染科,武汉 430012)

[摘要] 目的:比较左氧氟沙星与诺氟沙星对伤寒的治疗效果。方法:将 214 例诊断明确的伤寒患者随机分为治疗组 109 例,口服左氧氟沙星 200 mg, bid, 疗程 7 d;对照组 105 例,口服诺氟沙星 200 mg, tid, 疗程 14 d。两组治疗结果用  $\chi^2$  检验进行统计学分析。结果:治疗组痊愈 92 例(84.4%),显效 17 例(15.6%),83 例伤寒菌血培养阳性者在疗程结束后做血培养均转阴;对照组痊愈 46 例(44.0%),显效 44 例(42.0%),52 例伤寒菌培养阳性者在疗程结束后做血培养有 47 例转阴。结论:左氧氟沙星治疗沙门菌感染的最有效药物之一。

[关键词] 左氧氟沙星;诺氟沙星;伤寒

[中图分类号] R978.19;R516.3

[文献标识码] A [文章编号] 1004-0781(2003)08-0551-01

近年来,伤寒沙门菌的耐药性逐年增加,耐药种类日益广泛,对不少喹诺酮类新药也产生耐药。我们于 1998 年 2 月 ~ 2001 年 3 月分别用左氧氟沙星与诺氟沙星治疗伤寒,并进行疗效对比,现总结如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 214 例均符合伤寒诊断标准:经流行病学、症状、体格检查,伤寒杆菌培养阳性或肥达试验 O(或)H  $\geq 1:160$ ,以上两次确诊为伤寒。214 例中,男 128 例,女 86 例;年龄(27.2  $\pm$  8.9)岁;135 例血培养有伤寒菌生长,79 例根据临床表现及肥达反应阳性而诊断。体温(39.5  $\pm$  0.6)℃,病程(12.5  $\pm$  4.5) d。有并发症者 49 例,占 22.8%,重型 22 例,占 10.3%,普通型 193 例,占 89.7%。

1.2 治疗方法 214 例随机分为治疗组 109 例,对照组 105 例。对照组给予诺氟沙星(中国兴化制药厂生产,批准文号:国药准字 X2000029)200 mg, po, tid, 疗程 14 d。治疗组给予左氧氟沙星(商品名:力复星,北京双鹤药业股份有限公司生产,批准文号:国药准字 1993 第 000011 号)200 mg, po, bid, 疗程 7 d。

1.3 疗效判断标准 按照卫生部颁发的抗菌药物临床指导标

准分为痊愈、显效、进步、无效 4 级,痊愈和显效者为有效。

### 2 结果

2.1 临床疗效 见表 1。对照组退热时间(9.0  $\pm$  3.2) d,中毒症状消退时间(10.4  $\pm$  3.5) d;治疗组退热时间(2.9  $\pm$  1.1) d,中毒症状消退时间(5.0  $\pm$  1.8) d。两组均差异有极显著性( $P < 0.01$ )。

2.2 细菌学结果 对照组 52 例血培养阳性者在疗程结束后作血培养有 47 例转阴,治疗组 83 例血培养阳性者在疗程结束后

[收稿日期] 2002-01-08 [修回日期] 2002-05-24

[作者简介] 张义红(1962-),女,湖北武汉人,主治医师,学士,从事感染性疾病的研究工作。

表 1 两组疗效比较

组别	痊愈		显效		进步		无效	
	例	%	例	%	例	%	例	%
治疗组	92	84.4	17	15.6	0	0.0	0	0.0
对照组	46	44.0	44	42.0	1	0.7	14	13.3

做血培养均转阴。

2.3 药敏试验 对分离出的 135 株伤寒杆菌均采用改良 K-B

法行药敏试验,治疗组对左氧氟沙星均敏感;对照组对诺氟沙星敏感 62 株,中敏 51 株,耐药 22 例。

**2.4 不良反应** 对照组轻度胃部不适 3 例,肝损害 2 例[丙氨酸氨基转移酶(ALT) >100 U · L<sup>-1</sup>],皮疹 3 例,不良反应发生率 7.3%。治疗组轻度胃部不适 4 例,皮疹 1 例,不良反应发生率 4.6%。

### 3 讨论

伤寒是由伤寒沙门菌感染引起的全身性传染病。近年来文献报道伤寒杆菌的耐药性有上升趋势。自喹诺酮类药物治疗伤寒以来,因疗效显著且价廉、副作用小,因此逐渐取代了氯霉素而成为治疗伤寒的首选药。但近年来亦有耐药并经药敏试

验证实的病例报道,伤寒沙门菌对诺氟沙星、环丙沙星、洛美沙星、氧氟沙星的耐药率为 3% ~ 6%<sup>[1]</sup>,使疗效下降。左氧氟沙星是新型喹诺酮类抗菌药,是氧氟沙星的左旋光异构体,具有抗菌谱广,对革兰阳性、阴性菌的抗菌活性约为氧氟沙星的 2 倍,而且具有口服吸收迅速、生物利用度接近 100.0%、不良反应低、起效迅速、作用持久等特点。本组资料显示:左氧氟沙星治疗伤寒有效率明显高于诺氟沙星( $P < 0.01$ ),退热时间及中毒症状消退时间均较诺氟沙星短,且无肝损害表现。

#### [参考文献]

[1] 易任德,易 枫. 伤寒杆菌对 12 种抗菌药物的体外敏感实验[J]. 新药与临床,1996,16(5):302-304.