

头孢哌酮联合舒巴坦治疗急诊重症感染的临床疗效研究

程万州

甘肃省平凉市庄浪县人民医院急诊科 744600

〔摘要〕目的 观察头孢哌酮联合舒巴坦治疗急诊重症感染的临床疗效。方法 我院 2021 年 4 月 -2022 年 4 月收治的 70 例急诊重症感染患者为本次研究对象，按照是否应用头孢哌酮联合舒巴坦治疗将患者分为对照组（35 例：头孢哌酮治疗）与实验组（35 例：头孢哌酮联合舒巴坦治疗），比较两组患者治疗效果。结果 实验组患者治疗后总有效率（100.00%）高于对照组（77.14%），数据差异明显（ $P < 0.05$ ）。实验组患者不良反应发生率（11.43%）相较于对照组（8.57%），数据差异不明显（ $P > 0.05$ ）。结论 急诊重症感染患者头孢哌酮联合舒巴坦治疗效果优于头孢哌酮治疗。

〔关键词〕头孢哌酮；舒巴坦；急诊重症感染

〔中图分类号〕R978.1 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165（2023）03-045-02

重症感染患者入院后未有效遏制病情发展，需应用抗感染药物治疗，头孢哌酮为第三代头孢菌素类抗菌药，对金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌、化脓性链球菌在内的革兰氏阳性菌以及大肠埃希菌、克雷伯菌、肠杆菌、流感嗜血杆菌等革兰氏阴性菌均可发挥抗菌作用，但是长期给药可引起二重感染^[1]。舒巴坦与该品联合可用于治疗敏感细菌引起的感染，因此，近些年，部分医学研究者提出，在急诊重症感染患者治疗中应用头孢哌酮联合舒巴坦治疗以提升临床治疗效果^[2]。本次研究为论证上述观点，比较我院 2021 年 4 月 -2022 年 4 月 70 例分别采取不同抗菌给药方案急诊重症感染患者治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

实验组 35 例头孢哌酮联合舒巴坦治疗患者中男 18 例，女 17 例，年龄在 22 岁 ~ 73 岁、平均年龄（43.68 ± 1.41）岁。病程在 6 天 ~ 12 天、平均病程（9.31 ± 0.14）周。对照组 35 例头孢哌酮治疗患者中男 19 例，女 16 例，年龄在 25 岁 ~ 75 岁、平均年龄（43.75 ± 1.44）岁。病程在 6 天 ~ 11 天、平均病程（9.26 ± 0.15）周。两组采取不同抗菌治疗方案急诊重症感染患者临床资料经统计学验证，性别、年龄以及病程等一般资料差异不明显（ $P > 0.05$ ）。

1.2 病例选择标准

纳入标准：（1）结合患者临床症状、病原体培养结果以

及相关辅助检查均确诊重症感染。（2）本次研究抗菌用药方案实施前均征得患者及其家属同意。

排除标准：（1）排除非首次急诊重症感染入院治疗患者。（2）排除接受其他药物治疗患者。（3）排除本次用药过敏患者。

1.3 方法

对照组头孢哌酮注射液（三才石岐制药，国药准字：H44023581）1-3g，3 次 / 日。对照组在对照组头孢哌酮治疗基础上联合舒巴坦注射液（华北制药，国药准字：H20054169）3-4g，3 次 / 日。两组患者均持续 10-14 天给药为 1 个疗程。

1.4 观察指标

比较两组患者治疗后总有效率、不良反应发生率，显效：临床症状消失、血常规、血生化指标均恢复正常，细菌培养转阴。有效：临床症状基本消失，血常规、血生化指标均接近正常，细菌培养转阴。无效：临床症状、血常规、血生化等均未改善甚至加重，细菌培养仍为阳性。总有效率 = 100.00% - （无效 n） / 总例数 n × 100.00%。

1.5 统计学处理

SPSS21.0 版本软件处理结果中相关数据，“（ $\bar{x} \pm s$ ）”用“t”验证，“（%）”用“ χ^2 ”验证， $P < 0.05$ 表示数据有统计学意义。

2 结果

表 1 两组总有效率和不良反应对比 [n/%, n=35]

组别	总有效率 (n)			总有效率	不良反应 (n)			
	显效	有效	无效		皮疹	腹泻	腹痛	不良反应发生率
实验组	20	15	0	100.00 (35/35)	2	1	1	11.43 (4/35)
对照组	14	13	8	77.14 (27/35)	1	1	1	8.57 (3/35)
χ^2 值				5.749				
P 值				< 0.05				

3 讨论

重症感染指在致病微生物作用下，某一脏器或全身感染并引起器官功能不全或全身脏器功能衰竭现象，临床常见重症感染包括重症肺炎、重度腹腔感染、重度皮肤褥疮以及中枢神经系统感染，属于急诊常见接诊病症^[3]。头孢哌酮可广泛应用在多种敏感菌引起的各种感染性疾病治疗中，该品通过抑制致病菌细胞壁的合成以发挥抗菌的作用，药代动力学显示，静脉注射该品后可在 1-2h 达到血药浓度峰值，该品可

穿透血脑屏障，脑脊液中该品浓度伴随脑脊液中蛋白含量的增加而增加，蛋白结合率在百分之七十至百分之九十五，血清半衰期在 2 小时左右，肝肾功能减退患者，其血清半衰期可延长。头孢哌酮主要经胆汁排泄，尿中排泄量约占总量的百分之九十，对于头孢菌素类药物过敏的患者，不可应用该品，可引起交叉过敏，此外，该品长期用药可引起二重感染。舒巴坦与头孢哌酮均可应用与治疗敏感菌引起的感染，该品可

（下转第 48 页）

猪肺磷脂注射液微创给药的实施,可增强疗效,改善新生儿呼吸状况,降低住院费用,且在临床值得推广。

[参考文献]

[1] 林华兰,符蝶,吴明.猪肺磷脂注射液联合高频通气模式治疗新生儿呼吸窘迫综合征的应用效果[J].湖南师范大学学报(医学版),2022,19(04):124-127.

[2] 严文博,麻刚,梁勇.猪肺磷脂注射液微创给药治疗新生儿呼吸窘迫综合征临床评价[J].基层医学论坛,2022,26(19):29-31.

[3] 刘芳,焦蓉,叶明阳.猪肺磷脂注射液辅助治疗新生儿呼吸窘迫综合征对患儿肺氧合功能血气指标及肺循环功能的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(01):90-93.

表 1 两组所涉患者动脉血氧分压 (PaO_2) 对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PaO_2 (mmHg)			
		治疗前	治疗后 2h	治疗后 12h	治疗后 24h
观察组	25	43.9±6.7	53.8±9.2	60.2±15.4	76.2±19.1
对照组	25	45.9±6.5	51.3±5.2	59.1±11.9	60.2±14.5
t	-	1.071	1.182	0.283	3.336
P	-	0.289	0.243	0.779	0.001

表 2 两组所涉患者氧合指数 ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) 对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (mmHg)			
		治疗前	治疗后 2h	治疗后 12h	治疗后 24h
观察组	25	60.98±10.34	180.52±17.60	228.59±26.32	258.36±38.78
对照组	25	61.12±10.23	162.13±14.67	189.23±15.43	221.34±26.17
t	-	0.049	4.013	6.450	3.956
P	-	0.961	<0.001	<0.001	<0.001

表 3 两组所涉患者治疗效果评估值对比 [n (%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	25	17(68.00)	6(24.00)	1(1.00)	1(1.00)	24(96.00)
对照组	25	13(52.00)	4(16.00)	2(8.00)	6(24.00)	19(76.00)
χ^2	-	-	-	-	-	4.15
P	-	-	-	-	-	0.042

(上接第 45 页)

有效提升青霉素类抗生素以及头孢菌素类抗生素的抗菌作用,抑制耐青霉素均、耐头孢菌素类菌株的出现。舒巴坦静脉给药后血清清除半衰期在 1h 左右,蛋白结合率约为百分之四十,持续给药后 24h 经尿排出量约为总给药剂量的百分之九十,重复给药后可刺激胃肠道,增加患者出现腹泻、腹痛,诱使肝细胞以及肾小管上皮细胞肿胀变性,停药后肝细胞肿大变性以及肾小管上皮细胞肿大变性等病理改变可恢复正常。此外,动物研究中,舒巴坦以及头孢类药物均未见生殖毒性^[4]。

本次研究显示头孢哌酮联合舒巴坦治疗的实验组,其总有效率高于对照组,两组患者不良反应发生率无明显差异,由此可见,急诊重症感染患者头孢哌酮联合舒巴坦在协同发挥治疗作用的同时,不会增加毒副作用,该联合抗感染治疗方案安全性较高。

综上所述,急诊重症肺炎患者头孢哌酮联合舒巴坦治疗方案临床有较高的推广价值。

[参考文献]

[1] 邓春圣,王辉.头孢哌酮联合舒巴坦治疗急诊重症感染的临床疗效[J].医学美容美容,2019,28(3):65.

[2] 王青宇.头孢哌酮舒巴坦联合左氧氟沙星治疗呼吸道重症感染疾病的疗效[J].当代医学,2022,28(21):126-128.

[3] 郭兵权.头孢哌酮舒巴坦联合左氧氟沙星治疗老年重症下呼吸道感染的效果研究[J].江西医药,2022,57(4):363-365.

[4] 朱凯强.头孢哌酮舒巴坦联合替加环素治疗重症颅脑外伤患者耐药鲍氏不动杆菌感染的临床疗效观察[J].现代诊断与治疗,2022,33(16):2404-2406.

(上接第 46 页)

研究结果与刘跃辉,徐晓娅等学者^[5]相关课题研究结果基本一致,说明对老年缺血性脑卒中采用血塞通联合阿托伐他汀治疗具有有效性和可行性,可以将其作为临床治疗的优良方案。

综上所述,对老年缺血性脑卒中采用血塞通联合阿托伐他汀治疗有利于提升治疗效果,改善患者临床症状,提高患者独立生活能力,建议临床推广。

[参考文献]

[1] 周贺,蒋天骄,李祥.中药强化调脂用于老年缺血性脑卒中二级预防临床观察[J].全科口腔医学杂志(电子版),2019,6(19):186-187.

[2] 李薇,魏毅.血塞通软胶囊联合阿托伐他汀应用于急性缺血性中风患者的疗效观察[J].中南医学科学杂志,2018,46(4):405-407,427.

[3] 张志莉.血塞通注射液联合阿托伐他汀钙治疗脑梗死合并糖尿病疗效及对患者神经功能的影响[J].现代医学与健康研究(电子版),2019,3(20):113-114.

[4] 翁英华.阿托伐他汀钙对非心源性缺血性脑卒中大鼠神经功能的影响[J].神经药理学报,2020,10(6):13-17.

[5] 刘跃辉,徐晓娅,邓慧远,等.血塞通联合阿托伐他汀治疗老年缺血性脑卒中临床研究[J].中国药业,2021,30(8):61-63.