

头孢哌酮/舒巴坦在老年脑梗死患者肺部感染治疗中的应用价值分析

赵 媛

天津市第一中心医院 天津 300000

摘 要：目的：分析头孢哌酮/舒巴坦在老年脑梗死患者肺部感染治疗中的应用价值。方法：根据治疗方案的不同将我院2023年1月~2024年6月收治的80例老年脑梗死伴肺部感染患者分为2组，即头孢他啶治疗方案（实施对象为40例对照组患者）与头孢哌酮/舒巴坦治疗方案（实施对象为40例观察组患者），对比两组患者的血气指标、炎症因子水平及治疗效果。结果：PaCO₂水平，治疗后观察组低于对照组，PH、PaO₂水平，治疗后观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ）；IL-6、IL-8、TNF- α 水平，治疗后观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ）；治疗有效率，观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：在老年脑梗死患者肺部感染治疗中应用头孢哌酮/舒巴坦，可有效改善患者的血气指标，缓解患者的炎症反应，达到良好的治疗效果。

关键词：头孢哌酮/舒巴坦；脑梗死；肺部感染

前言：脑梗死，又被称为“缺血性脑卒中”，属于一种脑部血液循环障碍，指的是由缺氧、缺血导致的局限性脑组织缺血性软化或坏死^[1]。脑梗死无法自愈，需及早干预，以降低死亡风险，避免遗留终身残疾^[2]。但部分患者因中枢受损，导致咽喉肌功能下降，易发生反流、误吸等不良事件，加之老年患者机体免疫功能下降，易引发肺部感染，增加患者死亡风险^[3]。临床针对肺部感染多采用抗生素药物治疗，头孢哌酮/舒巴坦为复合制剂，头孢哌酮、舒巴坦两种药物联合后，抗菌谱更广，对敏感菌感染引发的感染性疾病具有良好治疗价值^[4]。为此，本文以80例老年脑梗死伴肺部感染患者为研究对象，分析头孢哌酮/舒巴坦在其治疗中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间：2023年1月~2024年6月，研究对象：我院收治的80例老年脑梗死伴肺部感染患者，按照治疗方案将其分为2组，对照组：40例，男/女：23/17例，年龄：61~80（71.13±6.57）岁；观察组：40例，男/女：22/18例，年龄：60~82（71.83±6.69）岁，对比两组患者的基本资料（ $P > 0.05$ ）。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①符合指南^[5]诊断标准；②经临床症状、体征，实验室，影像学等综合检查，确诊为肺部感染；③无药物过敏反应；④患者及家属知情同意。

排除标准：①合并严重免疫性疾病；②合并重要脏器功能障碍；③合并其他部位感染；④未完成治疗疗

程、退出研究等。

1.3 方法

两组患者均接受抗血小板聚集、改善脑细胞营养代谢、清除自由基、控制血压血糖、维持生命体征平稳等常规治疗。

1.3.1 常规治疗基础上对照组患者实施头孢他啶治疗

注射用头孢他啶（生产厂家：广东金城金素，批准文号：H20130107）2.0g，静脉滴注，1次/12h。

1.3.2 常规治疗基础上观察组患者实施头孢哌酮/舒巴坦治疗

注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠（生产厂家：辉瑞，批准文号：国药准字H10960113）2.0g，静脉滴注，1次/12h。

患者治疗期间，加强病房巡护，密切监测患者的生命体征，观察患者的病情变化，给予患者相应的护理干预。加强健康宣教，让其能够正视自身疾病，更加积极的配合治疗和护理。同时给予患者心理疏导，尽量满足患者的合理需求，以消除患者的负面情绪，让其能够保持情绪平稳，心情愉悦。遵医嘱给予患者用药指导、饮食指导，并根据患者的恢复情况尽早开展肺康复训练，以促进其早日恢复健康。

两组患者均持续治疗2周。

1.4 观察指标

1.4.1 对比两组患者的血气指标

分别于治疗前和治疗2周后，使用血气分析仪检测患者的PaCO₂、PH、PaO₂水平。

1.4.2 对比两组患者的炎性因子水平

分别于治疗前和治疗2周后，采用酶联免疫吸附法检测患者的IL-6、IL-8、TNF-α水平。

1.4.3 对比两组患者的治疗效果

治愈：肺部啰音、口腔分泌物消失，明显排痰；显效：肺部啰音基本消失，口腔分泌物减少，明显排痰；有效：肺部啰音、口腔分泌物减少，排痰较好；无效：肺部啰音、口腔分泌物无改善，甚至加重，排痰较差或无排痰。

1.5 统计学

使用SPSS 27.0统计软件分析处理数据，计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，比较采用 t 检验，计数资料以 $[n(\%)]$ 表示，比较采用 χ^2 检验，（ $P < 0.05$ ）表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者血气指标的比较

PaCO₂、PH、PaO₂水平，治疗前两组无明显差异（ $P > 0.05$ ），治疗后观察组PaCO₂水平低于对照组，且PH、PaO₂水平高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 对比两组患者的血气指标($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PaCO ₂ (mmHg)		PH		PaO ₂ (mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	88.76±8.74	60.42±6.35a	7.13±0.35	7.18±0.40	54.93±5.77	83.84±9.95a
观察组	40	89.09±8.42	39.64±4.52a	7.11±0.46	7.56±0.84a	55.35±6.02	95.53±10.64a
t	—	0.172	16.861	0.219	2.583	0.319	5.075
P	—	0.864	< 0.001	0.827	0.012	0.751	< 0.001

与治疗前相比 $aP < 0.05$ 。

2.2 两组患者炎性因子水平的比较

IL-6、IL-8、TNF-α水平，治疗前两组无明显差异

（ $P > 0.05$ ），治疗后两组均有所下降，且观察组更为显著（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 对比两组患者的炎性因子水平 ($\bar{x} \pm s$), ng/mL)

组别	例数	IL-6		IL-8		TNF-α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	36.52±3.47	21.54±2.35a	376.94±36.71	218.64±18.23a	558.92±59.63	285.94±30.72a
观察组	40	37.04±3.56	13.43±1.47a	377.59±35.64	122.57±12.94a	560.12±58.94	125.90±15.74a
t	—	0.662	18.504	0.080	27.179	0.091	29.324
P	—	0.510	< 0.001	0.936	< 0.001	0.928	< 0.001

与治疗前相比 $aP < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗效果比较

治疗有效率，观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表4。

表4 对比两组患者的治疗效果 $[n(\%)]$

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率
对照组	40	4 (10.00)	8 (20.00)	18 (45.00)	10 (25.00)	30 (75.00)
观察组	40	7 (17.50)	9 (22.50)	21 (52.50)	3 (7.50)	37 (92.50)
χ^2	—	—	—	—	—	4.501
P	—	—	—	—	—	0.034

3 讨论

脑梗死，属于临床上最为常见的一种脑部血液循环障碍疾病，其主要是由于脑组织发生缺氧、缺血，进而使其出现坏死的情况^[6]。老年脑梗死患者支气管腺体和黏膜日

渐萎缩，纤毛活动能力逐渐减弱，导致其细菌清除能力下降，易引发肺部感染，从而导致患者病情加重，需采取积极的有效治疗，以避免患者病情的进一步发展。

临床针对脑梗死合并肺部感染多以抗菌药物治疗为

主, 头孢他啶为第三代头孢类抗菌药物, 属于临床上较为常用广谱抗生素, 其可通过对细胞壁合成的影响, 从而起到抑制转肽酶与细胞壁合成的作用, 特别是两者合成的最后一步, 其能够发挥出强效抑制作用, 使得交叉连接无法完成, 从而致使细菌溶菌死亡。但老年脑梗死合并肺部感染患者病原菌组成相对复杂, 且部分病原菌已具有耐药性, 头孢他啶的抗菌杀菌能力相对温和, 无法达到预期的治疗效果。头孢哌酮/舒巴坦为复合制剂, 其中舒巴坦为广谱酶抑制剂, 对多数阴性杆菌、葡萄球菌等产生的 β -内酰胺酶具有强大抑制作用, 通过抑制细菌功能减轻肺部功能损伤。头孢哌酮为第三代头孢菌素类药物, 抗菌谱广, 但对 β -内酰胺酶稳定性差。两种成分合用后, 抗菌谱进一步增加, 且抗菌作用增强, 从而达到更为良好的治疗效果^[7]。本研究结果显示: 治疗后观察组 PaCO_2 水平低于对照组, 且 PH 、 PaO_2 水平高于对照组, 且治疗后两组 IL-6 、 IL-8 、 $\text{TNF-}\alpha$ 水平均有所下降, 且观察组更为显著 ($P < 0.05$), 说明观察组患者的治疗方法可改善患者的血气指标, 消除患者的炎症反应。此研究结果与陈宇^[8]等学者的研究结果高度一致, 可进一步表明头孢哌酮/舒巴坦在老年脑梗死患者肺部感染治疗中优势。观察组治疗有效率高于对照组 ($P < 0.05$), 说明观察组患者的治疗方式可达到更为理想的治疗效果。考虑原因为: 应用头孢哌酮/舒巴坦通过其抗菌治疗, 可减少肺部病原菌引发的持续性肺部功能损伤, 减少炎性渗液形成, 从而可有效缓解患者的炎症反应, 改善患者的血气指标, 从而可达到更为理想的治疗效果。

综上所述: 头孢哌酮/舒巴坦能够有效改善老年脑梗死合并肺部感染患者的血气指标, 消除患者的炎症反

应, 可达到更为理想的治疗效果, 具有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1] 齐姣, 靳丽丽, 杨月君, 等. 脑梗死病人血清SIL-2R、IGF-1、hs-CRP表达水平与继发肺部感染的关系[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(6): 1135-1138.
- [2] 田小东, 常宏, 刘跃辉, 等. 急性脑梗死后长期卧床的老年患者肺部感染预测模型的建立和验证[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2023, 25(8): 858-861.
- [3] 邓育兵, 彭祝军, 李拥军. 自拟健脾化痰方治疗急性脑梗死并发肺部感染60例临床观察[J]. 国医论坛, 2023, 38(1): 37-39.
- [4] 蔡晓佳, 王映芬, 王文娟. 基于多准则决策的亚胺培南对头孢哌酮-舒巴坦治疗的重症感染患者风险-效益评价[J]. 西部医学, 2023, 35(12): 1862-1867.
- [5] 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. 缺血性卒中基层诊疗指南(实践版·2021)[J]. 中华全科医师杂志, 2021, 20(09): 947-958.
- [6] 魏雅楠, 王丽红, 马远新. 麻黄杏仁甘草石膏汤治疗急性脑梗死并发肺部感染的临床疗效观察[J]. 天津中医药大学学报, 2024, 43(5): 434-438.
- [7] 黄宇, 陈绚, 韦维. 重症脑梗死合并肺部感染患者中性粒细胞百分比、CD64指数及Toll样受体水平变化及预后评估价值[J]. 微循环学杂志, 2023, 33(2): 61-65.
- [8] 陈宁, 曹幸毅. 头孢哌酮钠舒巴坦钠在老年脑梗死合并肺部感染患者中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2022, 29(14): 131-134.