

# 头孢哌酮舒巴坦并用盐酸氨溴索治疗慢阻肺的临床疗效及不良反应发生率的影响分析

张政

江苏省淮安市金湖县人民医院 江苏 淮安 211600

**【摘要】目的：**研讨慢阻肺以头孢哌酮舒巴坦+盐酸氨溴索治疗的效果。**方法：**选取2019年1月至2021年12月我院慢阻肺患者80例，随机分成：对照组、观察组（各40例）。对照组给予头孢哌酮舒巴坦治疗，观察组在对照组基础上并用盐酸氨溴索治疗，比较两组的治疗效果。**结果：**观察组治疗有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组的IL-8、hs-CRP、TNF- $\alpha$ 低于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组咳嗽咳痰、胸闷气短等症状消失时间与白细胞计数恢复正常的时间均短于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组的生活质量分数高于对照组（ $P < 0.05$ ）；两组不良反应并未见显著不同（ $P > 0.05$ ）。**结论：**结合头孢哌酮舒巴坦与盐酸氨溴索两种药物后，慢阻肺患者的治疗效果显著提升，炎症水平的改善效果明显，症状消失时间短，生活质量也有明显优化，且不良反应少，药物安全性也是十分肯定的。

**【关键词】**头孢哌酮舒巴坦；盐酸氨溴索；慢阻肺；不良反应

## 0 引言

慢阻肺全称慢性阻塞性肺疾病（COPD），属于呼吸系统疾病的一种<sup>[1]</sup>。临床大部分患者均会有明显的气流阻塞现象，常合并有肺气肿、慢性支气管炎等疾病。该疾病对患者健康的影响极大，在病情持续发展后，还会引发呼吸衰竭或肺心病，可直接导致患者的残疾和死亡，对患者的生活质量、生命安全也有着严重威胁<sup>[2-3]</sup>。因此，当被确诊慢阻肺疾病后，必须及时接受治疗，帮助患者在最短时间内恢复健康。现阶段，临床一般通过药物方式进行慢阻肺的治疗，其中，头孢哌酮舒巴坦便为最常用的一种药物，但单一使用的疗效并不理想，且随着用药时间的延长，患者也可能产生耐药反应，同时也会增加药物的安全风险，引发多种不良反应产生<sup>[4-5]</sup>。最近几年，我国愈发重视对药物联合使用的研究，在头孢哌酮舒巴坦治疗的基础上并用盐酸氨溴索，则能显著提升临床疗效，对慢阻肺患者的健康恢复也有着积极作用。鉴于此，本文将从药物联用的角度出发，全面分析联合使用在慢阻肺中的具体价值。现论述如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院慢阻肺患者80例，时间源自：2019年1月至2021年12月。患者随机分成：对照组、观察组。对照组40例患者，20：20（男：女）；年龄55~85岁，平均（70.26±2.48）岁；病程1~10年，平均（5.21±1.20）年。观察组40例患者，21：19（男：女）；年龄55~85岁，平均（70.89±2.18）岁；病程1~10年，平均（5.29±1.46）年。组间资料对比后无明显差异， $P > 0.05$ ，符合研究所需。

### 1.2 纳入和排除标准

纳入标准：（1）经诊断为慢阻肺疾病；（2）患者或家属签字同意参与；（3）患者无精神和智力方面的疾病。

排除标准：（1）伴有癌症疾病的患者；（2）对头孢哌酮舒巴坦、盐酸氨溴索或其他相关药物过敏的患者；（3）精神、智力异常的患者。

### 1.3 方法

在收治患者后，还需指导患者进行呼吸训练，并为其常规祛痰、止咳，同时做好抗感染工作。

#### 1.3.1 对照组

对照组给予头孢哌酮舒巴坦治疗。该药物通过静脉滴注方式使用，用药时取2g，并将其与100mL的氯化钠注射液（0.9%）混合，结合患者的耐受情况和药物量调整滴注速度，保持2次/d的用药频率。治疗时间维持1周。

#### 1.3.2 观察组

观察组于对照组之上并用盐酸氨溴索。头孢哌酮舒巴坦用药方式与对

照组一致，盐酸氨溴索则通过口服方式使用，每次取60mg即可，每日用药2次。治疗时间维持1周。

### 1.4 观察指标

（1）观察两组的治疗有效率，按照疗效评定，显效：所有症状消失，查体正常；有效：症状改善明显，查胸片阴影范围缩小；无效：症状、体征无明显改善，或没有达成上述目标。

（2）分析两组的炎症指标，如IL-8（白介素8），hs-CRP（超敏C-反应蛋白）、TNF- $\alpha$ （肿瘤坏死因子 $\alpha$ ）。

（3）观察两组咳嗽咳痰、胸闷气短等症状消失时间与白细胞计数恢复正常的时间。

（4）在SF-36量表下测试生活质量，分数越高质量越好。

（5）统计用药后产生的不良反应。

### 1.5 统计学方法

应用统计学软件SPSS 22.0对资料进行分析、处理，计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）与计数资料（%），分别应用 $t$ 、 $\chi^2$ 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组的治疗有效率

对照组治疗显示：15例显效，17例有效，8例无效，总有效率80.00%；观察组治疗显示：20例显效，19例有效，1例无效，总有效率97.50%。对比后发现，观察组治疗有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ）： $\chi^2=6.135$ ， $P=0.013$ 。

### 2.2 两组的炎症指标

观察组的IL-8、hs-CRP、TNF- $\alpha$ 低于对照组（ $P < 0.05$ ），详情见表1。

### 2.3 两组的症状消失时间

对照组咳嗽咳痰消失时间为（7.54±1.56）d、胸闷气短消失时间为（7.52±1.48）d、白细胞计数恢复正常时间为（8.48±1.29）d；观察组咳嗽咳痰消失时间为（5.02±0.29）d、胸闷气短消失时间为（5.15±0.59）d、白细胞计数恢复正常时间为（6.29±0.32）d。对比发现，观察组各时间均短于对照组（ $P < 0.05$ ）， $t$ 、 $P$ 值分别为10.045、9.408、10.421；0.000、0.000、0.000。

### 2.4 两组的生活质量

观察组的生活质量分数高于对照组（ $P < 0.05$ ），详情见表2。

### 2.5 两组的不良反应

两组不良反应并未见显著不同（ $P > 0.05$ ）。对照组3例（1例腹泻、2例皮疹）不良反应，发生率为7.50%；观察组4例（1例恶心、2例皮疹、1例头痛）不良反应，发生率为10.00%。发生率均不高，差异也不大（ $\chi^2=0.157$ ， $P=0.692$ ）。

表1 两组的炎症指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	IL-8 (ng/mL)		hs-CRP (mg/L)		TNF- $\alpha$ (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	8.29±1.52	7.89±0.95	59.59±6.25	32.48±5.18	223.56±24.52	154.25±32.56
观察组	40	8.18±1.56	6.35±0.18	59.48±6.33	19.82±1.05	224.05±24.92	87.52±11.85
$t$		0.319	10.073	0.078	15.149	0.089	12.180
$P$		0.750	0.000	0.938	0.000	0.930	0.000

表2 两组的生活质量 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	活力状况		生理职能		情感职能		社会功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	51.39±8.86	61.96±8.42	53.55±8.86	60.18±8.81	52.57±8.84	62.68±8.50	53.52±8.35	63.05±8.39
观察组	40	51.29±8.48	72.86±3.12	54.82±8.81	73.25±3.58	51.38±8.56	75.91±3.05	53.18±8.92	74.48±3.82
<i>t</i>		0.052	7.677	0.643	8.693	0.612	9.266	0.176	7.842
<i>P</i>		0.959	0.000	0.522	0.000	0.543	0.000	0.861	0.000

### 3 讨论

慢阻肺患者在临床中有明显的气流受限特点,随着病情的持续发展,患者还可能表现出肺部纤维化<sup>[6]</sup>。研究显示,慢阻肺患病时间越长,病情程度便会越严重,出现肺间质纤维化的几率也会越高<sup>[7]</sup>。大部分慢阻肺患者在活动时均会有明显的呼吸受限和胸闷、气短现象,但稍作休息后,不适症状便会有所缓解。该疾病并没有明显的传染性,但却会受到遗传因素影响,如若在确诊疾病后及时进行有效治疗,病情症状也能得到有效控制,对病情发展也有着一定阻碍作用。诱发慢阻肺的原因较为复杂,同外部有害气体、有害颗粒或肺发育异常、基因异常、加速老化等均有着一一定关系,大部分患者均为中老年人,且常在秋季和冬季发病<sup>[8]</sup>。根据2020年的调查显示,因慢阻肺而死亡的人数正在不断上升,已经占据了全球死亡原因第三。按照疾病进展情况,临床将慢阻肺分为了急性加重期和稳定期,加重期有明显的呼吸道加重症状,常伴有喘息加重、咳嗽、咳痰加重、气喘加重等,痰液为脓痰,部分患者还会有发热现象;而在稳定期时,患者的咳嗽、咳痰、气促等症状均较为稳定,且病情轻微,无生命威胁。不过,在病情的持续深化下,也会伴有相关的伴随症状,肺脏也会受到累及,同时还可能引发全身性的不良反应,甚至有呼吸衰竭等恶化可能。因此,必须及时进行慢阻肺的治疗。现临床中治疗慢阻肺的方法较多,对于那些危险原因较为明显的患者,则应先排除家族遗传史,如若患者年龄在40岁以上,且有相关症状表现时,则应及时进行对症治疗,具体可通过药物和非药物形式进行,需指导患者远离危险因素,同时使用对症药物,使相关症状得到改善,抑制疾病发展,定期还需有效随访反复发作者,还可为患者接种相关疫苗,提升免疫功能。

头孢哌酮舒巴坦属于头孢类药物,对细菌细胞壁的合成有着明显抑制效果<sup>[9]</sup>。舒巴坦自身的抗菌效果并不显著,属于β类酰胺酶抑制药,但当舒巴坦和头孢哌酮结合后,则能使头孢哌酮抗β内酰胺酶降解的能力增强,同时也能使头孢哌酮的临床疗效提升,实现更为显著的抗菌效果<sup>[10]</sup>。而氨溴索属于黏液溶解性祛痰药物,在祛痰、化痰方面的作用极为显著,同时还能使黏液的分泌量得到调整,降低黏液黏稠度,并且还可使纤毛运动增强,从而降低呼吸困难的咳嗽困难等现象。另外,有研究也证实氨溴索的抗氧化功能也极为显著,同时还能降低炎症水平,如若持续使用,还能使呼吸道炎性物质分泌现象得到改善,在各种呼吸疾病患者中均有着明显的可行性。在头孢哌酮舒巴坦使用的基础上增加氨溴索,还能使抗生素功效得以增强,对治疗效果的提升有着显著作用。从相关研究中也得知,结合头孢哌酮舒巴坦和盐酸氨溴索后,可使头孢哌酮肺泡灌洗液的浓度增强,但对血药浓度却不会产生负面影响。

在本文中,观察组的慢阻肺患者结合了上述提及的两种药物,通过联合使用和单一用药(对照组)的对比后,发现观察组治疗有效率更高,症状消失时间也更短,炎症指标更低( $P < 0.05$ ),提示药物联合使用对患

者疾病恢复有着更为显著的影响。而在生活质量方面,发现联合用药患者的生活质量水平更高( $P < 0.05$ ),显示联合用药后患者的症状改善,能够以更好的状态生活,质量水平大大提升。从药物安全性方面来看,联合用药与单一用药的差异并不大,不良反应发生率也均较低( $P > 0.05$ ),提示联合用药同样也有着显著的安全价值,该联用方案是值得在慢阻肺患者中使用的。

综上所述,头孢哌酮舒巴坦与盐酸氨溴索联合使用后,不仅能够提升效果,改善炎症,促进恢复,同时也能改善患者的生活质量,联用后也不会增加不良反应,安全可靠。

#### 参考文献:

- [1] 骆瑞琦,赵弘卿.头孢哌酮舒巴坦联合盐酸氨溴索治疗慢阻肺的疗效评价[J].医药前沿,2021,11(26):47-48.
- [2] 李健丰,吴靖升,梁永广.慢阻肺合并肺部感染患者应用盐酸氨溴索治疗的效果观察[J].医药前沿,2021,11(10):47-48.
- [2] 李璟,肖蓉.头孢哌酮舒巴坦联合喹诺酮治疗对慢阻肺急性加重期患者的炎症因子和血气分析的影响[J].当代医学,2021,27(35):155-157.
- [3] 苗栓勇.用头孢哌酮舒巴坦联合痰热清对急性加重期慢阻肺患者进行治疗的效果探究[J].当代医药论丛,2020,18(1):161-162.
- [4] 李宁.头孢哌酮舒巴坦治疗慢阻肺急性加重的疗效[J].中国城乡企业卫生,2020,35(6):131-133.
- [5] 周若兰.头孢哌酮舒巴坦联合雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效及对肺功能的影响研究[J].首都食品与医药,2020,27(16):43-44.
- [6] 张绍塘,陈伦,叶健.多索茶碱联合盐酸氨溴索对老年稳定期慢阻肺患者血清IL-33/sST2轴表达的影响[J].中国临床药理学杂志,2022,38(4):291-295.
- [7] 宋蓓.氧驱雾化吸入盐酸氨溴索治疗慢阻肺急性加重期患者疗效观察与护理体会[J].北方药学,2021,18(1):63-64.
- [8] 刘爱文,王学亮.盐酸氨溴索配合肺康复治疗老年慢阻肺合并肺部感染的疗效分析[J].系统医学,2021,6(7):69-71.
- [9] Li Y, Xie J, Chen L, et al. Treatment efficacy of tigecycline in comparison to cefoperazone/ sulbactam alone or in combination therapy for carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii infections[J]. Pakistan Journal of Pharmaceutical Sciences, 2020,33(1):161-168.
- [10] Lv Q, Deng Y, Zhu X, et al. Effectiveness of Cefoperazone-sulbactam alone and Combined with Tigecycline in the Treatment of Multi-drug Resistant Acinetobacter Baumannii Pulmonary Infection[J]. Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan, 2020,30(3):332-334.

(上接52页)

- 65.
- [7] 李长生,李事成,苏鹏建.腰椎滑脱合并腰椎间盘突出症患者内固定术后下肢放射痛发生状况及其影响因素[J].医学理论与实践,2021,34(18):3195-3196.
- [8] 刁浩峰,王晓东,李士学,等.椎间孔镜手术联合选择性神经阻滞治疗腰椎间盘突出症的临床应用[J].内蒙古医科大学学报,2021,43(3):251-254.
- [9] 顾宏林,郑晓青,梁昌详,等.Wallis棘间动态稳定系统治疗腰椎间盘突出退行性疾病的长期存留率及再手术情况分析[J].中国组织工程

- 研究,2021,25(30):4863-4869.
- [10] 廖雪英,杜娟,曾兴玲,等.椎间孔镜手术治疗腰椎间盘突出症疗效及对患者炎性因子的影响[J].西部医学,2021,33(11):1679-1682.
- [11] 汪国荣.椎间孔镜技术与骨科开放手术治疗腰椎间盘突出并腰椎管狭窄症的疗效对比研究[J].中外医疗,2021,40(3):25-27,32.
- [12] 吴明宇,满益旺,向帅,等.两种微创手术治疗极外侧型腰椎间盘突出症的近期疗效及术后神经源性疼痛发生情况比较[J].颈腰痛杂志,2021,42(4):586-588.