

急性胰腺炎患者消化内科治疗效果探讨

闫 华

内蒙古包头市医学院第二附属医院 内蒙古 包头 014030

摘要:目的: 观察消化内科治疗对急性胰腺炎患者的医学作用, 致力于为临床医学治疗工作中开展提供借鉴。方法: 挑选2020年3月—2022年8月医院消化内科接诊的急性胰腺炎患者80例为研究主体, 均采用消化内科治疗, 对比治疗前后患者白细胞(WBC)、人体白蛋白血胰蛋白酶水准、APACHE-Ⅱ得分, 治疗实际效果及病发症状况。结果: 80例选用消化内科治疗的急性胰腺炎患者中, 治疗结论认定是效果显著的是50例, 显高效率为62.50%; 治疗合理样本数有27例, 高效率为33.75%; 治疗失效样本数有3例, 无速率为3.75%; 治疗后, 患者WBC、血胰蛋白酶及其APACHE-Ⅱ得分均小于治疗前, 而人体白蛋白水准显著上升, 差别有统计意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 对80例患者治疗前后急性胰腺炎症状积分兑换开展判断比照, 治疗前患者亚急性上腹部肿疼、浮肿、流血、恶心呕吐、发烫等各类症状积分兑换均远远高于患者治疗后各种各样症状的积分兑换, 差别有统计意义($P < 0.05$)。结论: 急性胰腺炎患者给予消化内科治疗具有很高的临床医学治疗高效率, 可明显改进患者WBC、人体白蛋白、血胰蛋白酶水准及APACHE-Ⅱ得分, 无病发症, 治疗方法安全可靠。

关键词: 化内科; 急性胰腺炎; 白细胞计数; 白蛋白; 血蛋白酶

引言

急性胰腺炎在消化内科上存在有很高的发病率, 大部分患者存有有恶心想吐、发热、上腹部剧烈疼痛等症状, 认真仔细后血液淀粉酶有显著上升, 患者患病进度特别快, 随着比较多病发症, 死亡概率很高。临床医学治疗不到位很容易导致关键内脏器官损害, 乃至身亡^[1]。临床医学治疗尽量选择消化内科传统治疗, 小编此次对治疗前后信息内容进行梳理, 研究资料如下所示。

1 资料与方法

1.1 一般资料

挑选2020年3月—2022年8月医院消化内科接诊的急性胰腺炎患者80例为研究主体, 男46例, 女34例; 年纪44~80(65.48±7.03)岁; 轻微44例, 中重度36例; 并发症: 高血脂症20例, 糖尿病患者24例, 心肌梗塞15例, 冠心病21例; 发病缘故: 酗酒15例, 胆源性18例, 大吃大喝24例, 高脂饮食23例。纳入标准: (1)患者均经临床医学被确诊为急性胰腺炎; (2)关键症状为延续性上腹部疼痛, 且阵发性加重; (3)血清淀粉酶和(或)淀粉酶 \geq 标准值限制3倍; (4)具备急性胰腺炎特征CT主要表现; (5)患者及家属均了解此次科学研究, 并签定同意书。

1.2 方法

对每一个患者开展安全检查确诊, 确立患者发病原因与病型, 制定有针对性的治疗计划方案。此次研究室有患者均出现上腹疼痛进行性加重, 而且发生恶心呕吐等症状。实际临床医学治疗方式包含以下几方面:

(1) 持治疗

依据患者具体情况及症状状况, 给与对症治疗适用治疗。首先, 治疗期内规定患者禁食水, 维持人体水电解质和强酸强碱的平衡度, 对于患者发生的恶心呕吐、上腹疼痛等症状, 可以采用胸腔闭式引流治疗, 不断治疗具体指导患者各类症状发生减轻直到清除。其次, 确保患者在各类临床医学症状彻底消失之后, 才能够及进餐渗水, 饮食搭配维持口味淡。最后, 严格检验患者的血流量指标值, 依据患者具体目的性给与供氧治疗, 保证患者身体内氧饱和度维持在正常范围。与此同时, 依据患者身体情况, 尽早给与患者乳果糖、甘露醇等药物, 推动患者胃肠蠕动; 维护肠道黏膜, 如谷氨酰胺中药制剂; 选用微生态制剂调整患者提倡有益菌, 根据药品引动, 加速患者胃肠道功能的修复, 假如患者病况容许, 则可尽快地恢复饮食搭配, 防止患者的肠胃衰退^[2]。

(2) 抗感染治疗

依据患者具体病况开展抗感染药治疗, 针对病况较轻患者, 给与传统式抗生素药物治疗, 如喹诺酮类药物等; 针对病况比较重的患者, 则选用台阶性抗菌素治疗, 而且应用抗生素药物以后, 必须对患者开展药敏试验检测。在抗感染药治疗中, 一定要严苛遵循医生叮嘱, 合理性管控对患者抗生素药物的用量, 避免抗菌素错用、乱用的举动, 保证抗生素使用的科学性与有效。

(3) 制消化液分泌治疗

抑止消化酶代谢治疗主要是针对胃酸过多的患者,

根据对患者开展抑止药物的静脉输液,达到抑制患者胰液、胰酶自身分泌实际效果,药品包含奥美拉挫、乌司他丁及其葡萄糖水等药物。药品应用应该根据患者具体病况情况及医生叮嘱,明确抑止药物的注入量。与此同时,依据治疗计划方案,保证抑止药物注入频次的合理化,依据患者的身体情况,将注入周期时间管控在一定范围之内。明确治疗进行关键依据患者的临床医学症状消退,心电监护性能指标恢复过来。在治疗环节中,还要选用螺旋型鼻肠管鼻饲管治疗,立即为患者填补危害,维护患者肠胃健康,推动胃肠道功能修复^[3]。

(4) 器官支持

在患者病况恢复前期,一般会随着炎症性物质释放出来,降低血容量,发生人体器官灌注不足,需给与患者一定的人体器官适用治疗,加速患者病况恢复。在生病前期24h之内,给与患者静脉补液,依据患者承受状况管控输液速率,老人适度缓减,避免产生急性肺水肿。与此同时,为患者填补血液、分泌物白、改善酸中毒及水电解质紊乱等;针对恶心呕吐患者,给予一定的胸腔闭式引流等。

1.3 观察指标

患者治疗总有效率:效果显著为患者临床医学症状均彻底消退,同时通过对患者肝胀彩超检查,数据显示浮肿消退,患者进餐无不适觉得,经检测性能指标均恢复过来水准;合理为患者的临床医学症状有大大提高,而且患者肝胀彩超检查数据显示浮肿显著缓解,患者进餐稍微有不适,经检测性能指标水准都有显著提升;失效为患者治疗后没有达到以上规范,症状及临床症状无大大提高乃至加剧。判断患者治疗实际效果,并测算治疗总有效率。治疗前后患者临床医学指标值转变:观察记录表患者;较治疗前后患者白细胞(WBC)、人体白蛋白血胰蛋白酶水准、APACHE-II得分,治疗实际效果及病发症状况;治疗前后患者症状积分兑换转变:对患者治疗前后亚急性上腹部肿疼、浮肿、流血、恶心呕吐、发烫等重要症状积分兑换作出评价纪录,各类症状积分兑换范围包括0~3分。在其中,0分表明无症状,1分表明症状不显眼或患者轻微症状体会,2分表明症状比较明显或患者有比较很严重的症状体会,3分表明症状严重且患者感受痛苦^[4]。

1.4 统计学分析

此次科学研究环节中,所涉及的全部数据库的解决均应用SPSS 20.0应用统计学手机软件,对于患者治疗前后各类临床医学指标值等计数资料地表示方式为($\bar{x}\pm s$),然后进行t检验。对于患者治疗总有效率等计量资料地表示

方式为%,开展卡方检验。依据P值分辨数据信息差异,假如 $P > 0.05$,也表示数据对比分析差别不显眼,不具备统计意义;反之表明有统计意义。

2 结果

2.1 患者治疗总有效率

80例采用消化内科治疗的急性胰腺炎患者中,治疗结果判定为显效的有50例,显效率为62.50%;治疗有效例数有27例,有效率为33.75%;治疗无效例数有3例,无效率为3.75%。详见表1。

表1 患者治疗总有效率对比治疗结果例数比例

治疗结果	例数	比例
显效	50	62.50
有效	27	33.75
无效	3	3.75
总有效	77	96.25

2.2 临床指标

治疗后,患者WBC、血蛋白酶以及APACHE-II评分均低于治疗前,而白蛋白水平明显升高,差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)详见表2。

表2 患者治疗前后临床指标比较($n = 80$)

时间	WBC ($\times 10^9/L$)	白蛋白($\times g/L$)	血蛋白酶 (U/L)	APACHE-II (分)
治疗前	14.03 \pm 15.12	2.45 \pm 0.71	956.23 \pm 7.45	12.33 \pm 1.05
治疗后	10.21 \pm 2.13	3.74 \pm 0.89	426.17 \pm 97.46	7.85 \pm 1.28
t值	2.093	9.406	32.178	22.640
P值	0.038	0.000	0.000	0.000

2.3 患者治疗前后急性胰腺炎症状积分对比

对80例患者治疗前后的急性胰腺炎症状积分进行判定对比,治疗前患者急性上腹痛、水肿、出血、恶心呕吐、发热等各种症状积分均明显高于患者治疗后各种症状的积分,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表3

表3 患者治疗前后急性胰腺炎症状积分对比($n = 80$)

时间	急性上腹痛	水肿	出血	恶心呕吐	发热
治疗前	2.75 \pm 0.11	2.42 \pm 0.23	2.84 \pm 0.05	2.95 \pm 0.02	2.68 \pm 0.18
治疗后	0.82 \pm 0.38	0.78 \pm 0.41	0.35 \pm 0.24	0.42 \pm 0.11	1.67 \pm 0.51
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

文中以2组患者为例子,确认消化内科综合性治疗急性胰腺炎的功效及治疗时应需注意的事宜。

3.1 液体复苏治疗

入院检查后,应打点滴,协助患者快速修复血液值。医护人员需在患者住院后立即协助患者修复血压值血流量,使患者立即恢复精神,接纳中后期治疗。假如

患者无法及时恢复元气,血液会很快外流,发生休克、慢性肾衰等副作用。另外在输液过程中检测患者血压值、心跳、脉率、排尿量等身体指标值,有利于调节患者输液量。患者生病时,调节滴数从源头上有利于患者降低病症发作的^[5]。

3.2 抑酸

急性胰腺炎也会引起胃肠功能紊乱和上消化道出血等不良反应。患者服用制酸药,能缓解患者副作用,降低胃酸的分泌,降低胃溃疡出血频次,特别是一部分临床表现比较重的患者呕吐严重,腹疼加剧。服用制酸药物时,也可以根据患病状况给与胸腔闭式引流治疗,缓解患者病症。

3.3 早期抗感染

急性胰腺炎自身的致死率不太高。医学上绝大多数患者丧生于并发症或脏器功能衰竭。很多老年人患者因为身体抵抗力弱,在治疗中很容易引起副作用和器官感染。医学上一般用抗菌素治疗抗感染药患者。可是,一些研究发现,抗菌素自身会引起细菌性感染。因而,依据患者心电监护适时调整药物使用量,定期检查患者开展细菌检查,防止给药期内产生别的细菌性感染。本研究对患者开展初期抗感染内科治疗,成效显著,进一步验证了消化内科治疗的功效^[6]。

3.4 营养支持

急性胰腺炎患病期内身体内新陈代谢不稳,营养成分耗费比较严重。应通过出入口营养元素处理患者肠道细菌感染病症,保证肠胃营养元素均衡,在一定程度上抑止肠道细菌感染和病发症,管控身体内电解质溶液和水分平衡,为患者中后期治疗打下基础^[7]。

本次研究中,80例选用消化内科治疗的急性胰腺炎患者中,治疗结论认定是效果显著的是50例,显高效率为62.50%;治疗合理样本数有27例,高效率为33.75%;治疗失效样本数有3例,无速率为3.75%;治疗后,患者WBC、血胰蛋白酶及其APACHE-II得分均小于治疗前,而人体白蛋白水准显著上升,差别有统计意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);对80例患者治疗前后急性胰腺炎症状积分兑换开展判断比照,治疗前患者亚急性上腹部肿疼、浮

肿、流血、恶心呕吐、发烫等各类症状积分兑换均远远高于患者治疗后各种各样症状的积分兑换,差别有统计意义($P < 0.05$)。治疗前亚急性上腹部疼痛、浮肿、流血、恶心想吐、恶心呕吐、发烫等不适得分远远高于治疗后,差别有统计意义。这是因为对症治疗关心患者本人病况发展趋势,依据患者具体情况采用有针对性的合理治疗对策,有益于患者临床医学治疗快速恢复过来,减轻患者各类病症,缓解病症带来的伤害。

4 结束语

总的来说,临床医师对急性胰腺炎患者选用传统消化内科诊治方式,效果明显,合理降低患者诊治里的病发症,总治疗工作效率高,特别是对接纳传统治疗的老年人患者。该诊治方式可广泛用于临床医学,做为急性胰腺炎预防的最佳选择方式,减少了此病的病死率和治疗率。同时,病人在治疗出院后也要保证一个好的生活作息习惯,特别是对于男性病人,戒掉不良嗜好,注意饮食,做到常锻炼身体。

参考文献

- [1]许桂芳.急性胰腺炎内科治疗的临床效果观察[J].临床合理用药杂志,2020,13(8):176-177.
- [2]李加.急性胰腺炎消化内科治疗43例的临床效果评价[J].智慧健康,2019,5(31):185-186.
- [3]魏素英.急性胰腺炎消化内科治疗的临床效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(38):72.
- [4]姜良山.急性胰腺炎消化内科治疗的效果分析[J].智慧健康,2020,6(10):75-76.
- [5]郭丽霞,王彩芹,陶丽娟,等.通里攻下中药联合早期肠内营养治疗急性重症胰腺炎临床研究[J].中国药业,2019,28(1):63-65.DOI:10.3969/j.issn.1006-4931.2019.01.017.
- [6]曾云富,王建秋,陈竹碧,等.早期CT引导下经皮穿刺置管引流治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J].腹部外科,2018,31(6):419-422,427.DOI:10.3969/j.issn.1003-5591.2018.06.012.
- [7]李惠玲.急性胰腺炎消化内科治疗的康复效果[J].双足与保健,2019,26(21):46,48.