

胰岛素强化治疗急诊危重症的疗效分析

沈 源

云南省第一人民医院 云南昆明 650000

【摘要】目的 胰岛素强化治疗急诊危重症的疗效分析。**方法** 选取符合本次实验的观察对象为我院2017年9月-2019年4月入院接受胰岛素治疗患者80例,随机分为对照组与观察组,每组各40人,对照组为胰岛素常规治疗,观察组为胰岛素强化治疗,对比分析两组临床疗效。**结果** 对比两组生活质量,观察组显著优于对照组($P<0.05$),观察组患者血糖水平明显低于对照组,抗生素使用及住院时间明显短于对照组,两组差异具有统计学意义($p<0.05$)。**结论** 胰岛素强化治疗急诊危重症患者,其临床效果显著,有效控制患者血糖水平,缩短患者抗生素使用及住院时间,提高患者生活质量,值得推广。

【关键词】 胰岛素;强化治疗;急诊危重症**【中图分类号】** R459.7**【文献标识码】** A**【文章编号】** 2095-9753 (2019) 09-013-02**前言:**

急诊危重症患者常出现高血糖病症,在应激状态下,可并发多种神经内分泌紊乱症状,严重时导致血糖波动剧烈、激素水平激增,从而加重病情,造成患者器官衰竭、休克甚至死亡,严重威胁患者生命健康^[1]。目前,临床采用胰岛素常规治疗,降低患者血糖水平,使其处于目标范围内,进而对急诊危重症患者实施抢救,但胰岛素常规治疗效果不佳,发生低血糖的机率较高,严重影响患者脑功能。因此,合理的胰岛素治疗方案,对急诊危重症患者的临床疗效有重要意义。本实验研究分析胰岛素强化治疗急诊危重症的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法**1.1 一般资料**

选取符合本次实验的观察对象为我院2017年9月-2019年4月入院接受胰岛素治疗患者80例,纳入标准:具有急诊危重症临床体征及症状;住院时间 ≥ 3 天;患者及家属同意,并签署知情同意书。排除标准:近期接受免疫抑制剂治疗者;药物过敏者;精神疾病者。随机分为对照组与观察组各40人。对照组男22例,女18例,年龄(22-82)岁,平均年龄(58.19 $\pm$ 4.78)岁,其中患有急性重度中毒3例,患有急性胰腺炎的患者有7例,患有心肺复苏术的患者有5例,患有慢性阻塞性肺疾病11例,患有脑血管意外的患者有9例,患有外科术的患者有2例,患有重症感染3例;观察组男24例,女16例,年龄(23-86)岁,平均年龄(43.13 $\pm$ 2.56)岁,其中患有急性重度中毒4例,患有急性胰腺炎的患者有6例,患有心肺复苏术的患者有7例,患有慢性阻塞性肺疾病3例,患有脑血管意外的患者有2例,患有外科术的患者有8例,患有重症感染10例。两组患者的基线资料差异对比无统计学意义($P>0.005$),可比较。

1.2 方法

两组均采用相同的稳定内环境、保护重要脏器功能、营养支持等。对照组胰岛素常规治疗,给予胰岛素静点或胰岛素泵入,保持血糖水平8.2-11.3mmol/L。观察组胰岛素强化治疗,给予胰岛素静点或胰岛素泵入,保持血糖水平4.3-6.3mmol/L,血糖水平为8.3-11.0mmol/L,使用胰岛素剂量为每小时1U;血糖水平为11.1-13.8mmol/L,使用胰岛素剂量为每小时2U;血糖水平为13.9-16.6mmol/L,使用胰岛素剂量为每小时3U;血糖水平为16.7-19.4mmol/L,使用胰岛素

剂量为每小时4U;血糖水平大于19.4mmol/L,使用胰岛素剂量为每小时0.1U/kg。

1.3 观察指标

(1) 两组生活质量相比较,评估标准^[2]:以睡眠质量及精神状态理想,自理能力及生活活动能力良好,不存在低血糖等不良反应为生活质量良好,反之,为生活质量差。总质量率=良好/例数 $\times 100\%$ 。

(2) 统计记录患者血糖水平、使用抗生素时间及住院时间,对比两组数据。

1.4 统计学分析

利用统计学SPSS20.0系统软件分析数据。采用计数资料百分比描述, χ^2 检验,采用计量资料数值变量 $\pm$ 标准差描述, t 检验,差异为 $P<0.005$ 时有统计学意义。

2 结果**2.1 对比两组生活质量**

对比两组生活质量,观察组显著优于对照组($P<0.05$),见表1。

表1: 两组生活质量 [n, %]

组别	例数	良好	差	总质量率
对照组	40	26	14	65.00
观察组	40	35	5	87.50
χ^2				4.417
P				0.035

2.2 比较两组血糖水平、抗生素使用时间、住院时间

记录两组血糖水平、抗生素使用时间、住院时间,观察组血糖水平低于对照组,观察组抗生素使用时间、住院时间短于对照组,两组差异具有统计学意义($p<0.05$),见表2

表2: 比较两组血糖水平、抗生素使用时间、住院时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血糖水平 (mmol/L)	抗生素使用 时间 (d)	住院时间 (d)
对照组	40	14.32 $\pm$ 0.23	32.16 $\pm$ 2.34	13.56 $\pm$ 2.65
观察组	40	7.23 $\pm$ 0.45	23.56 $\pm$ 2.13	7.96 $\pm$ 2.65
t		88.729	17.189	11.909
P		0.000	0.000	0.000

3 讨论

急诊危重症因胰岛 β 细胞早期内分泌功能受损,大量的多种炎性细胞因子释放,造成患者应激性高血糖,是导致胸心大手术、急性心肌梗死、多发创伤及脓毒血症等危重症

患者死亡的主要因素^[3]。当应激反应减弱或消失时,机体相应的恢复正常的血糖调节作用,有效降低急诊危重病患者的病死率。使用胰岛素常规治疗,主要是控制患者血糖水平在8.2-11.3mmol/L,对患者的血糖水平改善疗效不佳,使患者仍易发生低血糖症状,不利于其恢复及预后。而采用胰岛素强化治疗,可随患者的血糖水平升高,慢慢加大其使用剂量,有效控制患者血糖水平,益于改善患者预后。

本实验结果,观察组血糖水平低于对照组,观察组抗生素使用时间、住院时间短于对照组,观察组生活质量显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),表明胰岛素强化治疗可有效控制患者血糖水平,减少患者低血糖病症的发生,改善预后。且可以缩短患者抗生素使用及住院时间,即降低发生感染几率,提高患者配合积极性,有效改善患者生活质量,从而提高治疗效果。

综上所述,应用胰岛素强化治疗急诊危重症患者临床效

果显著,严格控制患者血糖水平,且有效缩短患者抗生素使用时间,有效的改善患者生活质量。同时,要注意低血糖及血糖大幅波动情况的发生,提高患者血糖监测的频率、注意患者年龄因素的影响,加强巡视,注重患者饮食习惯,依据血糖的检测变化,及时调整胰岛素的输入速度^[4]。

参考文献:

- [1] 孙丽梅.危重症患者强化胰岛素治疗研究进展[J].中国处方药,2018,16(3):16-17.
- [2] 段娜.急诊危重症应用胰岛素强化治疗的临床效果分析[J].北方药学,2019,16(4):109-110.
- [3] 王坤,彭春霞,周亚光.对急诊危重症患者应用胰岛素强化治疗的临床效果[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(34):6614-6615.
- [4] 杨铮雯,白桂红,邵润霞.短期胰岛素强化治疗重症肺炎的临床疗效[J].实用医学杂志,2016,32(19):3287-3288.

(上接第10页)

果较高,而对照组较低,结果再次证实了此治疗方式的有效性。综上,将蒙脱石散和地塞米松混合康复新液保留灌肠联合使用在急性放射性直肠炎患者的治疗中,其效果比较明显,应被积极使用和推广。

参考文献:

- [1] 臧春宝,吴爱林,王慧妍,徐成胜,尹琨,柯学,倪进,刘珂,刘云琴.磷酸铝凝胶联合康复新液保留灌肠预防宫颈癌放疗后放射性肠炎的临床研究[J].蚌埠医学院学报,2019,44(08):1004-1008.
- [2] 王雪梅,严光俊.蒙脱石散和地塞米松混合康复新液

保留灌肠治疗急性放射性直肠炎的临床疗效[J].中国中西医结合消化杂志,2019,27(08):629-632.

- [3] 臧春宝,杨广山,徐成胜,尹琨,柯学,倪进,刘云琴.康复新液保留灌肠预防宫颈癌放疗后放射性肠炎临床研究[J].安徽中医药大学学报,2018,37(04):27-29.
- [4] 王泽阳,任文君,黄欣,赵静,苏晓华,隋爱霞.康复新液保留灌肠预防与治疗急性放射性直肠炎的疗效分析[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(03):301-304.
- [5] 黄淑梅,王晶,邹淑芹,刘叶青,张小春.免疫三氧联合康复新液保留灌肠治疗放射性直肠炎的效果观察[J].中国当代医药,2016,23(27):34-36.

(上接第11页)

具有祛瘀生新、去腐生肌等作用,可改善患者呕吐、头晕等不良反应现象^[3]。

有研究指出,通过中西医结合疗法,对急诊内科上消化道出血患者进行治疗,有效率可达到95%-98%,不良反应可平均下降10%-15%,这与本研究结果基本一致^[4]。

综上所述,止血散配合西药治疗,对急诊消化内科上消化道出血患者效果显著,止血速度快,安全性高,可推广。

参考文献:

- [1] 杨莉,刘红玲,宋欢欢.生长抑素联合奥美拉唑治疗上消化道出血的临床疗效和安全性分析[J/OL].四川解剖学杂

志,2019(03):24-25[2019-09-19].

- [2] 汪英.上消化道出血采用内镜钛夹联合抑酸剂治疗的效果观察[J].心血管外科杂志(电子版),2019,8(03):120-121.
- [3] 丁士刚,王晔.抗栓治疗期间消化道出血内镜治疗的时机与方法[J].中国医刊,2019,54(09):939-942.
- [4] 赵雪芳,陈秀芳.奥曲肽联合不同剂量泮托拉唑治疗消化性溃疡伴消化道出血的效果及安全性[J].临床医学研究与实践,2019(25):53-55.
- [5] 盛铭梅.泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的临床效果评估[J].中国农村卫生,2019,11(16):14-15.

(上接第12页)

伤和局部炎症反应发挥着重要的作用,可导致血管生成受阻、血液渗漏,促进血肿不断增大增多,加重了病情。阿托伐他汀具有降低血脂、稳定心血管斑块、抗氧化、抑制炎症因子表达、促进血管成熟和改善血管内皮功能的作用。文献^[3]等的研究证实,阿托伐他汀能够有效促进硬膜下血肿大鼠的新生血管生成,对炎症反应具有明显的抑制作用。基于此,本研究进行了联合治疗组和单纯手术组的对比分析,结果联合治疗组术后复发率及并发症发生率明显低于单纯手术组,且术后患者日常生活自理能力能得到较快的恢复。同时,因阿托伐他汀在临床上已经有了长期的应用,其安全性及可靠性已经得到了广泛的认同。另外,阿托伐他汀能够通过缓解脑血管痉

挛而改善脑供血,促进受压脑组织复张,不仅可以减少CSDH复发的可能,还有利于患者相应临床症状的改善。阿托伐他汀对于CSDH患者的治疗,不失为一种既安全可靠又有效的补充治疗措施,能有效控制术后复发率及再次手术的风险。

参考文献:

- [1] 姚鹏飞,石鹏飞,荔志云.慢性硬膜下血肿发病机制及治疗研究的进展[J].临床神经外科杂志,2017(06).
- [2] 杨云娜,张茜,顾征,李彤.阿托伐他汀辅助钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿患者的临床效果及对血清NSE的影响[J].中国生化药物杂志,2016(08).
- [3] 葛元鸿,徐学君,张新宇,郑毅.他汀类药物对慢性硬膜下血肿术后复发的影响[J].四川医学,2016(01).