

探讨肝昏迷的急诊救治方案及病因分析

孙 博 梁 爽

吉林省肝胆病医院,吉林 长春 130062

【摘要】 目的 研究分析肝昏迷的急诊救治方案及病因,为肝昏迷患者的急诊救治提供有效的方式。方法 特选取2019年6月—2020年6月期间来我院进行治疗的患者40例作为此次研究的对象,对40例患者进行救治以及病因的研究分析。结果 要重视对肝昏迷患者进行病因的研究分析,并综合患者的病因采取有针对性的治疗方案进行救治。其中有38例患者救治成功,两例患者救治无效死亡。结论 有针对性的对肝昏迷患者进行救治,综合患者肝昏迷的原因,采取有效的急诊救治方案进行救治,有利于提升诊治效果,能够降低死亡率,并且有利于提升患者的生存质量。

【关键词】 肝昏迷;病因分析;治疗;探讨

肝昏迷在临床治疗过程中又会被称为肝性脑病,其主要是由于肝脏细胞会严重损害到患者而导致机体代谢产生了故障问题,导致患者不能及时的清除掉其血液中的有毒代谢产物,并且由于患者门静脉和腔静脉之间的自然形成,或者由于手术分流产生的侧支循环,门静脉血中的有毒物质则会绕开肝脏代谢,在一定程度上会造成由中枢神经系统代谢紊乱问题而造成的患者意识不清的问题,会产生以昏迷为主的一系列精神及神经症状^[1-2]。肝昏迷的患者临床的症状为昏迷嗜睡、言语不清、烦躁不安或抑郁、意识模糊以及行为举止失常等^[3]。特选取2019年6月—2020年6月期间来我院进行治疗的患者40例作为此次研究的对象,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2019年6月—2020年6月期间来我院进行治疗的肝昏迷患者40例作为此次研究的对象,患者中男性有26例,女性则有14例,年龄为32~76岁之间,平均年龄为(47.32±3.6)岁。这40例患者全部有不同程度的急性肝炎问题,病程为0.5~30年,平均病程为(5.3±0.3)年。这40例患者中有10例患者伴有糖尿病,有8例患有冠心病,有6例患者患有脑梗死,有1例患者患有肺结核。

1.2 病因

1.2.1 基本病因 肝细胞不同程度的损害以及肝功能的衰退,这类疾病在重症的病毒性

肝炎、药物性肝病、中毒性肝炎以及肝硬化失代偿期中较为常见,通常起病比较急,而且病情发展非常迅速,短时间里很有可能会有意识不清等问题出现,并发症会有黄疸、昏迷、腹水以及出血等一系列问题。

1.2.2 引发患者肝昏迷的直接原因分析 肝肾:肝实质弥漫性的损害很有可能会导致患者出现肝昏迷症状。血氨增高:血氨增高绝大多数情况下是由于进食过量的蛋白质、口服铵盐或上消化道有大量出血问题而造成的,这也很有可能会造成精神意识障碍以及肝昏迷问题出现。电解质紊乱:患者使用了大量的利尿剂,或者由于腹水过多,导致患者胃肠道感染而发生反复呕吐的问题,出现腹泻等都很有可能会提升电解质紊乱出现的概率。感染问题、使用镇静、麻醉剂都很有可能会诱发肝昏迷。

1.3 病机 肝昏迷的发病原因主要是由于患者在这项功能的不断衰竭过程中,机体产氨增加或氨基酸不足,血氨增加很有可能会导致患者出现中毒昏迷问题。肠道所产生的苯乙酰胺等进入到了患者的大脑内里,一定程度上会导致患者的这种神经递质会被取代,进而导致体内氨基酸代谢紊乱问题。患者的大脑内血浆内芳香氨基酸以及支链氨基酸的核分值比值会有不同程度的上升,当浓度相对比较高的芳香氨基酸进入到患者的大脑里,一定程度上会形成假递质,进而很有可能会影响到患者的神经传导。患者血中的短链脂肪酸增加,对患者的脑内组织会有不同程度的

损害。

1.4 肝昏迷的紧急救治措施分析 在患者的急诊抢救的过程中,要尽可能的缩短时间并进行患者病因的诊断及分析,并且要让患者持续维持呼吸畅通的状态,综合患者的实际情况进行抢救;要对有中毒问题或者疑似中毒问题的患者进行比较彻底的行为处理,必要时要利用特效解毒剂进行清理;对急性肝昏迷患者应在脑 CT 或 MRI 检查的过程中立即进行脱水的治疗,要尽可能的降低患者脑内压,要使用保护脑细胞的药物对患者的大脑组织进行保护。当患者有颅内出血问题时,需要在脑外科进行急诊手术处理;对伴随心脏异常患者要进行心电图的检查,恶性心律失常的患者在药物复律的过程中,必须要进行同步直流电复律处理;要有效保障患者的各项生命体征;对具有明确糖尿病史,而且用药比较不规范的患者,应快速进行血糖检测,并且要迅速检查尿酮体;在治疗过程中要积极控制感染的问题,及时纠正水电解质失衡,并且要尽可能的消除便秘、限制蛋白饮食,要重视改善患者的肾功能,进而有效抑制肝性脑病的进展。

1.5 肝昏迷的处理分析

1.5.1 氨中毒救治措施:氨可引发患者出现肝昏迷情况,肠道细菌中尿素酶经血液逐渐流入肠组织的尿素,将其水解成氨。肾脏主要为氨的生成来源,在发生碱、低钾中毒时,肾脏中氨的生成量随之增加。对于氨性昏迷的主要治疗方法包含:①有效阻止氨的吸收和产生,以无蛋白饮食为主,治疗消化道出血,将其他影响因素取出,使大便保持通畅状态,必要时可使用缓泻剂治疗。取抗生素让患者口服,对肠道细菌繁殖进行抑制,对产氨情况予以阻断。对患者实施清洁灌肠干预,将机体对氨的吸收量减少,但不宜使用碱性溶液进行灌肠。灌肠后取食醋 30~50mL 溶于 100~200mL 实施保留灌肠,将肠道进行酸化,调节肠道的酸碱度,每天取 50~150mL 半乳果糖让患者口服,降低肠道 pH 值,对氨吸收实现抑制效果。利于乳酸杆菌快速生成,对革兰阴性菌对生长情况实现干扰,对蛋白质分解具有一定影响^[4-5]。②谷氨酸类药物与氨结合,生成谷氨酰胺,将血氨水平降低,使用剂量为每天 23~46g,与 500~100mL 浓度为 10% 的葡萄糖溶液混合对患者实施静脉滴注,必要时让患者补充大量维生素 C 和 ATP。乙酰谷氨酰胺利于透过血脑屏障,随之变成谷氨酸,进而将氨予以清除。多种情况均

可造成患者出现感染,因此对其进行细菌培养,根据培养结果选取合理抗生素进行治疗,同时需要考虑药物对肝脏组织造成的毒性和肝功能不全情况^[6]。抗生素主要为广谱青霉素类药物。

1.5.2 对氨基酸的代谢紊乱情况予以纠正:因肝脏组织分解代谢产物主要为芳香族氨基酸,肝功能衰竭出现,其血清、脑脊液中芳香族氨基酸中各物质明显增加,肝昏迷时氨基酸水平变化明显^[7]。

1.5.3 调节水盐电解质紊乱情况:低血钾、低血糖均可造成肝昏迷,进而第一时间补充足量的葡萄糖、大量维生素量,每天取 3 支氯化钾静滴治疗,低价性碱中毒会加重肝昏迷情况,进而引发肾功能衰竭。一旦发生肾功能衰竭情况,随后可发生高血钾症,肝昏迷 24h 左右,会表现出水钠滞留情况,严重会出现脑水肿情况。因此每天输液量需控制在 1500~2000mL,静脉输液量不可超过 1000~1500mL。

1.5.4 应用蛋白制剂和血制品:将患者的低蛋白血症予以纠正,利于肝细胞再生和修复,对患者进行补液,将机体对细菌感染的抵抗力提升,进而良好的控制出血情况,每天补充 1 次,每次剂量在 200~400mL,可降低不良反应情况发生,适当增加少量激素。

1.6 并发症治疗措施

1.6.1 脑水肿治疗措施:脑水肿出现与缺氧、毒素等存在直接关系,会升高血脑屏障通透性,与低蛋白血症存在直接关系。相关资料显示,快速实施脱水治疗。每次使用 1~2g 甘露醇治疗,对患者实施静滴,4~6h 后可重复使用,必要时取速尿对患者进行静脉滴注,脱水剂不可长时间使用,防止出现水盐紊乱情况。严重脱水会导致肾小管坏死。脑水肿发生时可紧急使用激素药物^[8]。

1.6.2 出血治疗措施:一般病情恶化后,会出现出血情况,主要以消化道出血为主。其相关因素与凝血机制异常、内毒素血症以及胃酸分泌异常等存在直接关系。为避免发生消化道出血情况,需取雷尼替丁药物对患者进行预防治疗,针对已经出血的患者需取药物进行治疗。为患者补充足够的纤维蛋白原、维生素 K1 等。

1.6.3 肝肾综合征的防治措施:肝肾综合征发生与感染、出血、黄疸、低钾等情况存在直接关系。如患者无尿或者少尿时,需对其进行有效鉴别,明确是否因血容量不足或者肾功能衰

竭等情况造成^[9]。一旦发生肝肾综合征疾病,其预后效果不佳。在整体治疗时,需对液体摄入量进行严格控制,补充合理的热量。每天对患者静滴利尿剂治疗,使患者肾血流量予以改善,并取20~80mg多巴胺与500mL 25%的葡萄糖溶液混合对患者实施静脉滴注治疗,根据患者的病情适当选取渗透性利尿剂治疗,如病情相对严重,需采取血液透析治疗。

要尽可能的预防感染,注重消除诱因,并且要重视补钾,禁止使用氮物质以及安眠制剂;要控制蛋白质的摄入,并且要遵循少量多餐逐步增加摄入量;饮食要注意以低脂、低蛋白、高热量以及多维营养丰富的食物为主;要定时的帮助肝昏迷患者翻身,要有效避免感染及痔疮问题出现;要尽可能的避害使用损害肝脏的含氮类药物;服用促进肝细胞再生的药物,并且要有效抑制变性、坏死的葫芦素以及齐墩果酸等药物。

2 结 果

40例昏迷的患者中,在综合肝昏迷患者的实际情况采取有效的急诊救治方案之后,有38例患者抢救成功,抢救成功率为95%;死亡患者2例,病死率为15%。

3 讨 论

造成肝昏迷的原发性因素有多种,均可引发重症肝炎、肝硬化、原发性肝癌、相关弥漫性肝病等疾病。肝炎疾病后极易发展为肝硬化。肝硬化失代偿时期患者多存在门脉高压食管胃底静脉曲张、门脉高压性胃病等情况,其常见的并发症中包含上消化道出血。一旦出现上消化道出血,肠道中积血分解,会生产氨被血液吸收,因肝脏解毒功能降低、少数氨经侧支循环绕过肝脏组织,随后进入体内循环,增加血氨水平,随后发生肝性脑病。上消化道出血引发肝性脑病发病率较高。针对肝硬化患者,且存在食管胃底静脉曲张,需及时采取措施避免上消化道出血发生,可口服心得安将门脉压降低,第一时间治疗门脉高压性胃病。

肝病较重的患者多存在腹水症状,主要使用利尿剂治疗,但不可过量、长时间使用,针对利尿剂十分敏感,随之出现低钾性碱中毒、电解质紊乱等情况,进而引发肝性脑病。因此在使用利尿剂治疗时,需明确联合使用、交替使用、间歇使用的原则。针对有低血钾的患者,需第一时间给予补

钾治疗。针对肝病严重出现腹水的患者,如多次放腹水,会丢失大量蛋白质和电解质,进而发生肝性脑病。因此临床在对肝昏迷患者实施治疗前,需先明确引发因素,给予正确治疗。

肝昏迷严重意味着患者的大脑功能会不断地衰竭退化,这是诊治过程中非常常见的且相对比较危急的重症,其有着非常高的病死率^[10]。在原有的肝脏有不同程度损害的基础上继发性的脑损害问题,会对患者的身体健康及生命安全有极大的威胁,所以及早发现、及早进行诊治,有利于对患者的大脑组织进行保护,并有利于不断地缩减患者的治疗时间,是挽救肝昏迷患者生命的关键所在。

参考文献

- [1] 王晓宏. 肝硬化并发肝昏迷上消化道出血50例原因分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 000(010):116-116.
- [2] 田辉, 田虹. 浅谈肝昏迷的临床常见诱发因素及护理对策[J]. 当代医药论丛, 2014, 000(011):146-147.
- [3] 唐英. 肝性脑病的预防及护理对策[J]. 健康养生, 2019, 000(016):71.
- [4] 胡爽. 中西医结合诊治肝硬化, 腹水的方法[J]. 求医问药: 下半月刊, 2012, 010(002):P.485-485.
- [5] 左宇东, 张炜. 肝昏迷的急诊救治方案及病因分析[J]. 中国医药指南, 2013, 000(023):667-668.
- [6] 刘忠华, 王永霞, 张玉鑫. 常见肝昏迷的病因与防范对策[J]. 中国社区医师(医学专业), 2010, 12(035):108-108.
- [7] 刘忠华, 王永霞, 张玉鑫. 常见肝昏迷的病因与防范对策[J]. 中国社区医师: 综合版, 2010, 000(035):P.108-108.
- [8] 杨永成, 王学红, 芦永福, 等. 58例老年患者消化道出血预后与病因分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, v.18(96):20-21.
- [9] 杨雪军, 张碧波. 急诊昏迷133例病因分析及救治体会[J]. 交通医学, 2013, 000(005):499-500.
- [10] 张有用, 庞鹏飞, 毛军杰, 等. 经皮经肝穿刺肝内门体分流术30例临床分析[J]. 中华肝胆外科杂志, 2015, 21(9).