

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.10.16

高氧液、针灸辅助治疗急性肝衰竭疗效观察

李爱民¹, 刘春霞², 薛峰³, 马静⁴, 张海丰¹, 刘文阁⁵

¹河北昌黎县人民医院 消化内科,河北 昌黎 066600;

²河北昌黎海岸医院 急诊科,河北 昌黎 066600;

³河北昌黎县人民医院 普内科,河北 昌黎 066600;

⁴河北昌黎县人民医院 产科,河北 昌黎 066600;

⁵河北昌黎县人民医院 神经内科,河北 昌黎 066600

摘要:[目的]探讨治疗合并低氧血症的急性肝衰竭新方法。[方法]筛选合并低氧血症的急性肝衰竭患者35人,随机分为2组。其中吸氧组12例,给予鼻导管吸氧联合药物治疗;高氧液、针灸组23例,给予高氧液、针灸联合药物治疗。2组同时治疗14 d,观察血气分析的血氧分压、凝血四项、肝功能、肝超声。[结果]高氧液、针灸组患者ALT、TBIL、血氨下降速度快,PaO₂升高迅速,肝回声粗糙恢复显著,有效控制性格及行为异常。[结论]高氧液、针灸组辅助治疗合并低氧血症的急性肝衰竭疗效较单纯吸氧联合药物治疗更有利于肝脏各项指标恢复,疗效确切。

关键词:高氧液;针灸;低氧血症;急性肝衰竭

中图分类号:R575

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2016)10-0786-02

近些年来,基层医院对肝病越来越重视,该病起病急,病情凶险,时刻危及患者生命,而治疗效果不佳,预后极差。除了上级医院采用人工肝治疗外,基层医院有什么其他办法更能控制病情?曾有报道:高氧液使重症肝炎患者的呼吸、心跳频率及TNF、白介素-6、白介素-8明显低于对照组^[1]。故而笔者尝试使用高氧液治疗急性肝衰竭;另外笔者运用祖国传统医学——针灸去治疗急性肝衰竭,取得了一定临床经验,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2014年来我院住院的急性肝衰竭患者35例,年龄35~75岁,男:女=3:1,院外病程5~15 d。所有患者均测指脉氧饱和度低于正常。所有入选患者均符合2013年版实用内科学关于急性肝衰竭诊断标准^[2]:起病急,发病2周内出现以Ⅱ度以上肝性脑病为特征的肝衰竭证候群。

1.2 方法

1.2.1 入选患者试验前常规化验 血气分析、肝功能、凝血四项、血氨、血常规;检查肝超声。随机分成2组,其中吸氧组12例,给予鼻导管吸氧联合药物治疗;高氧液、针灸组23例,给予高氧液、针灸联合药物治疗。所有患者给予14 d相同的药物(作用机理:降酶、退黄、降血氨、促肝细胞生成)输液治疗,必

要时给予输新鲜血浆、白蛋白等。

1.2.2 高氧液的制备 仪器为西安高氧医疗设备有限公司生产的高氧医用液体治疗仪(GY-1型),设定氧流量3 L/min的条件下,在普通静脉输液的液体注入高浓度的液体氧(以上在无菌条件下操作完成),10 min后制成高氧液,测定高氧液的PaO₂ 90%~92%。

1.2.3 针灸方法采用穴位注射 ①取穴:主穴为肝俞、中都、日月,脾俞、足三里、期门2组。②治疗方法维生素B₁注射液(100 mg/2 ml),2组交替行穴位注射,每穴注入0.5~1 ml,每日2次,共14 d。

1.2.4 治疗方案 静脉输入高氧液、针灸组的方案:每日输入配有高氧液的液体750 ml,静脉输入速度30~50滴/min,联合针灸穴位注射,疗程14 d。另一组给予持续鼻导管吸氧,氧流量3 L/min。2组在治疗后化验:血气分析、肝功能、凝血四项、血氨、血常规,行肝超声检查,分析总结各项检测指标变化详情。

1.3 统计学处理

研究结果采用SPSS 22.0软件进行统计学处理。2组病死率比较采用 χ^2 检验,2组治疗前后各项指标对比采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者临床症状、体征及辅助检查结果

治疗前2组患者均有乏力、纳差、腹胀、胸闷、气短、周身黄染、皮肤瘙痒、肝区隐痛、性格行为异常。治疗后所有患者上述症状不同程度改善,2组比较,PaO₂、PT、TBIL、ALT、血氨、肝超声水平差异有统计学意义($P<0.01$),见表1。

收稿日期:2016-02-23

基金项目:2014年秦皇岛市市级科技计划项目(No:201401A099)

作者简介:李爱民,副主任医师,擅长消化内科内镜操作及临床常见多发病疑难杂症的诊疗工作

通讯作者:李爱民,E-mail:18617813225@163.com

表 1 2 组治疗前后各项指标比较

 $\bar{x} \pm s$

组别	例数	时间	PaO ₂ /%	TBIL/ ($\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$)	ALT/ ($\text{U} \cdot \text{L}^{-1}$)	PT/s	血氨/ ($\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$)	肝超声
吸氧组	12	治疗前	88.1 $\pm$ 1.4	251.3 $\pm$ 187.3	96.2 $\pm$ 8.9	22.3 $\pm$ 3.7	83.6 $\pm$ 9.	实质回声粗
		治疗后	90.6 $\pm$ 2.1 ¹⁾	77.4 $\pm$ 12.3 ¹⁾	38.5 $\pm$ 13.4 ¹⁾	20.7 $\pm$ 3.3 ¹⁾	36.7 $\pm$ 3.8 ¹⁾	回声稍粗 ¹⁾
高氧液、针灸组	23	治疗前	87.1 $\pm$ 1.1	296.1 $\pm$ 168.3	101.3 $\pm$ 9.1	23.6 $\pm$ 4.5	84.4 $\pm$ 9.3	实质回声粗
		治疗后	95.9 $\pm$ 4.4 ¹⁾²⁾	97.3 $\pm$ 6.9 ¹⁾²⁾	49.8 $\pm$ 10.5 ¹⁾²⁾	16.8 $\pm$ 1.5 ¹⁾²⁾	32.4 $\pm$ 3.1 ¹⁾²⁾	回声稍粗或正常 ¹⁾²⁾

与同组治疗前比较,¹⁾ $P<0.01$;与吸氧组比较,²⁾ $P<0.01$ 。

2.2 2 组患者病死率比较

追踪整个病程,高氧液、针灸组患者病死率 21.74%(5/23),低于吸氧组 25%(3/12),但差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

3.1 急性肝衰竭临床各项指标与低氧血症的关系

重型肝炎发生低氧血症的原因比较复杂,其中一个重要原因是由于低蛋白血症、水钠潴留、内毒素、肿瘤坏死因子等引起肺水肿及肺表面活性物质的缺乏。这使肺泡弥散功能降低,通气/血流比例严重失调,氧气与二氧化碳交换(尤其是氧交换)障碍,形成严重的呼吸困难^[3],使机体发生一系列病理生理变化。

合并低氧血症的急性肝衰竭患者,肝组织在原有炎症、水肿、坏死等病变基础上又合并缺氧,加重了胆汁淤积、肝细胞酶学升高、凝血机制异常、机体有毒物质不能排泄出现神经精神异常等临床表现即肝性脑病。所以积极纠正机体缺氧是非常必要的。

3.2 经鼻导管气道供氧改善低氧血症不满意的原因

对于急性肝衰竭合并低氧血症的治疗,基层医院临床多给予鼻导管吸氧,此法操作简单,患者易于接受,但因低氧血症与通气/血流比例失调等一系列病因有关,故游离状态的氧很难通过此路径弥散入血,故低氧血症很难纠正,影响肝功能恢复。

3.3 高氧液疗法可积极改善低氧血症及控制急性肝衰竭各项临床指标

通过高氧液的配制我们可以知道,高氧液是指液态高浓度的氧经血管进入机体内,对全身组织供氧,尤其可直接到达缺氧的肝组织内,越过肺组织的摄氧途径,故而不需经过通气/血流这一环节,更有利于病变组织摄氧;另外高氧液中的氧含量极其高,对于纠正低氧血症更有利。

附件方法报告:吸氧组 12 例患者,治疗 14 d 后测血氧饱和度未恢复正常,试验结束后另外给予静脉高氧液治疗,再次检测血氧饱和度恢复正常。这

说明对于纠正低氧血症,高氧液输入疗法优于鼻导管吸氧组。

3.4 针灸穴位注射治疗

目前人工肝治疗急性肝衰竭是最为有效的方法之一。急性肝衰竭患者病情急重、患者家庭经济条件有限,多数患者转至上级医院治疗较困难,故基层医院有许多重症患者。对于我们来说,寻找有效的治疗方案迫在眉睫,除静脉输入药物、高氧液外,我们想到了传统医学,因该类患者均有腹胀,口服中药制剂受限,针刺疗法又因凝血机制异常未被采用,故我们运用了穴位注射疗法,通过实践观察,该方法有利于肝功能快速、有效的恢复。分析穴位注射疗法机理,尚不够清楚,笔者认为针刺可能是通过刺激兴奋穴位,达到胆汁排泄降黄目的;还可能起到提高人体特异免疫功能作用。总之,穴位注射疗法操作简单,有一定疗效,对于重症肝功能受损者可以采用。

3.5 高氧液、针灸疗法有可能减少患者病死率

经过此次试验观察,高氧液治疗较鼻导管治疗组死亡率低,统计学显示差异无统计学意义,分析原因:高氧液可快速、强效的供氧,阻断组织因缺氧所导致的病理生理反应链,快速恢复肝功能;同时因活性氧有杀死多种病毒细菌作用,可能不同程度地起到了阻断坏死炎性递质的病理生理过程。针灸穴位注射疗法又有利胆降黄提高免疫作用,更有利于肝功能恢复。故笔者认为:静脉高氧液、针灸疗法对于在基层无人工肝治疗的条件下,抢救急性肝衰竭不失为重要的措施之一,到目前为止未发现高氧液治疗的不良后果发生。

参考文献

- [1] 苏军华. 高氧液多途径供氧及在专科疾病的应用与展望[J]. 西北国防医学杂志, 2011, 32(4):278-279.
- [2] 陈灏珠, 林果为, 王吉耀. 实用内科学[M]. 14 版, 北京:人民卫生出版社, 2013:2044.
- [3] 杨丽华. 重型肝炎新论[M]. 北京:人民卫生出版社, 1997:76-79.