

临床经验

液体复苏联合内镜止血抢救食管胃底静脉曲张破裂出血性休克的临床疗效

尹述旺, 申前进, 江一帆, 周茹霜, 陆 洋, 丁 华

【摘要】 目的 探讨食管胃底静脉曲张破裂出血性休克患者液体复苏联合内镜止血的临床疗效。**方法** 回顾性分析 2012 年 10 月至 2017 年 9 月东部战区总医院(原八一医院)急诊科收治的食管胃底静脉曲张破裂出血性休克 135 例患者的临床资料,按抢救方式不同分为观察组和对照组;观察组 74 例,液体复苏的同时进行内镜止血;对照组 61 例,仅进行液体复苏。对比分析 2 组患者的输血量、休克复苏时间、止血成功率和住院天数。**结果** 与对照组比较,观察组输血量[(625.6±24.5)mL vs (378.2±21.8)mL]、休克复苏时间[(8.9±2.2)h vs (4.8±1.8)h]、住院天数[(15.0±2.3)d vs (9.0±2.5)d]明显降低,止血成功率明显提高(57.4% vs 94.6%),差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 液体复苏联合内镜止血抢救食管胃底静脉曲张破裂出血性休克疗效显著,可优先选择。

【关键词】 食管胃底静脉曲张破裂出血;失血性休克;内镜止血

【中图分类号】 R575.2

【文献标志码】 B

【文章编号】 1672-271X(2019)03-0302-03

【DOI】 10.3969/j.issn.1672-271X.2019.03.017

0 引 言

食管胃底静脉曲张破裂出血是肝硬化门脉高压患者最为严重的并发症之一,出血速度快且出血量大,比非静脉曲张性上消化道出血病情凶险,极易出现失血性休克,治疗后易再次出血,死亡率高,危害患者生命安全^[1-2],因此选择安全有效的止血方法对治疗食管胃底静脉曲张破裂出血非常关键,要求能迅速明确诊断同时采取有效的治疗措施^[3]。随着内镜技术的发展,近年来我院在对食管胃底静脉曲张破裂出血性休克患者液体复苏的同时进行内镜止血,取得了良好的治疗效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 回顾性分析 2012 年 10 月至 2017 年 9 月我院急诊科收治的食管胃底静脉曲张破裂出血性休克 135 例患者的临床资料,所有病例均符合第 7 版《内科学》的诊断及分级标准,通过实验室及影像学检查证实为肝硬化;排除标准:①合并肝癌或其他系统及组织恶性肿瘤者;②合并严重冠心

病、高血压者;③存在严重出血倾向者;④Ⅱ期以上肝性脑病或存在明显黄疸者。其中男 81 例,女 54 例,年龄 30~62 岁,肝硬化史 3~9 年。乙型肝炎肝硬化 107 例,酒精性肝硬化 15 例,自身免疫性肝硬化 13 例。所有患者平均动脉压<65 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),心率>100 次/min,尿量<0.5 mL/(kg·h)。按照抢救方式不同分为观察组和对照组:观察组 74 例,其中男 43 例,女 31 例,年龄(45.8±15.9)岁,肝硬化史(5.4±2.6)年,液体复苏的同时进行内镜止血;对照组 61 例,其中男 38 例,女 23 例,年龄(46.7±13.6)岁,肝硬化史(5.3±3.2)年,仅进行液体复苏。2 组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 2 组患者一经确诊,即给予心电监护、留置深静脉置管,行血红蛋白、出凝血时间、血小板、血型、血氨等检查。治疗上予以液体复苏抗休克、抑制胃酸分泌、降低门静脉压、药物止血及输血等治疗。观察组在抗休克同时经患者同意并签署知情同意书后行内镜止血,内镜止血方法包括内镜静脉曲张套扎术(EVL)、内镜静脉曲张硬化术(EVS)及 EVL+EVS 三种方法,依据患者实际病情选取合适的内镜止血方法。设备采用 Olympus 纤维或电子内镜,25-G 或 19-G 静脉穿刺针。常用硬化剂有 5% 乙醇胺油酸酯、1% 乙氧硬化醇。液体复苏包括乳酸钠平衡液、羟乙基淀粉、血浆、人血白蛋白等。

作者单位:210002 南京,东部战区总医院(原八一医院)急诊科(尹述旺、申前进、江一帆、周茹霜、陆 洋、丁 华)

通信作者:申前进, E-mail: shenqianjin88@163.com

1.3 观察指标 观察 2 组患者输血量、休克复苏时间、止血成功率及住院天数。休克复苏时间指从患者入院开始液体复苏至休克复苏成功的时间,休克复苏成功的判断标准为:平均动脉压>65 mmHg,心率<100 次/min,尿量>0.5 mL/(kg·h)。止血成功指入院开始治疗后 72 h 内无再出血证据。

1.4 统计学分析 应用 SPSS 18.0 软件进行统计学分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2 组患者观察指标比较,观察组输血量、休克复苏时间、住院天数明显低于对照组($P < 0.05$),止血成功率明显高于对照组($P < 0.05$),见表 1。

表 1 食管胃底静脉曲张破裂出血性休克患者临床疗效观察指标比较

项目	对照组(<i>n</i> =61)	观察组(<i>n</i> =74)
输血量($\bar{x} \pm s$, mL)	625.6±24.5	378.2±21.8*
休克复苏时间($\bar{x} \pm s$, h)	8.9±2.2	4.8±1.8*
止血成功率[<i>n</i> (%)]	35(57.4)	70(94.6)*
住院天数($\bar{x} \pm s$, d)	15.0±2.3	9.0±2.5*

与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨 论

食管胃底静脉曲张破裂出血是肝硬化门脉高压最严重的并发症之一,出血速度快且出血量大,极易出现失血性休克,治疗后易再次出血,死亡率高,其发病机制主要为门静脉压力大,食管胃底静脉曲张,曲张静脉内血流瘀滞,从而进一步增加静脉内压力,当曲张静脉内压力增加到一定程度则会导致静脉血管的破裂。同时由于肝硬化患者肝功能受损及脾功能亢进,凝血因子异常及血小板数量减少,以及曲张的静脉血管收缩功能障碍,所以食管胃底曲张的静脉一旦破裂即为大出血,极易发生失血性休克,如治疗不及时,患者死亡风险高^[1]。

食管胃底静脉曲张出血的治疗目标是尽早止血减少失血量、降低门静脉压力以及消除静脉曲张降低再出血率,以最大可能地降低死亡率、提高生存率、改善生活质量、节省医疗费用。常规的治疗

是限制性液体复苏、输血、质子泵抑制剂抑制胃酸、止血药物、生长抑素降低门静脉压力等,但单纯药物治疗往往复苏时间长,输血量多,并发症多及再出血率高^[4]。有些出血患者可以通过置入三腔二囊管压迫止血,但三腔二囊管所需压迫时间较长,患者主观感受舒适度差,心理压力大,而且会增加患者心肺功能负担,拔管撤除时仍有可能再次出血^[5-6]。另外,外科手术也是可选择的治疗方式之一,但是外科手术的风险大,术后恢复慢。所以随着内镜技术的不断发展,本院为了提高止血成功率,改善患者预后,开展了液体复苏联合内镜止血治疗食管胃底静脉曲张破裂出血。

内镜止血方法包括内镜静脉曲张套扎术(EVL)、内镜静脉曲张硬化术(EVS)及 EVL+EVS 三种方法,国际上的共识是,食管下段静脉曲张出血首选 EVL,而胃底静脉曲张出血更适用于组织胶注射治疗,两者具有创伤较小、疗效显著、并且可以反复多次治疗等优点^[7],另外通过 EVL 一段时间后静脉曲张可以完全消失。套扎术操作简单,内镜医生通过胃镜内窥操作套扎器即可,因此进行治疗时患者创伤较小,并发症少,风险相对较小^[8]。但此方法治疗后必须控制患者的门静脉压,否则对侧支循环的改善作用不大,在术后一段时间之后有可能出现复发^[9]。硬化剂能快速形成血栓,收缩血管,局部产生无菌性炎症,不引起全身不良反应。内镜静脉曲张硬化术能栓塞穿静脉支,提高远期疗效,延缓术后出血,硬化剂静脉内注射后可损伤血管内皮、瞬间形成血栓从而阻塞血管;在静脉旁黏膜下层注射后使曲张静脉周围纤维化,压迫静脉血管,以降低血管内血流速率及压力,消灭侧支循环达到止血目的使静脉血管及周围粘膜组织产生无菌性炎症,1 周后组织坏死形成溃疡,10 d 后肉芽组织形成,3~4 周形成致密的纤维组织,闭塞静脉腔^[3]。因此,内镜治疗可选择内镜静脉曲张套扎术(EVL)加内镜静脉曲张硬化剂或组织胶注射联合治疗。

内镜治疗的同时仍然需要药物治疗降低门静脉压力,常用的治疗药物为生长抑素,生长抑素一方面可以直接收缩内脏血管平滑肌,同时抑制胰高血糖素以及血管活性肠肽等递质的分泌和释放,从而可以起到间接性阻断血管扩张的作用,明显降低门静脉主干血流速度,使得血流量明显减少,因此可以产生降低门静脉压力及止血的效果^[8]。有临床

研究显示,生长抑素不仅可以有效减少胃肠道血流量,起到显著的止血作用,同时还可对酸性物质的分泌产生抑制作用,有效促进血小板的聚集及血管收缩功能,降低胃肠道血流量,达到永久性止血的目的^[10]。另外,生长抑素安全性较高,在心功能不全、高血压疾病、头晕头痛等患者均可应用。所以,在行内镜止血前,可先行生长抑素治疗降低门静脉压力。本研究 2 组患者在进行液体复苏的同时使用生长抑素降低门静脉压力,观察组患者在条件允许时尽早行内镜止血;对照组在液体复苏的基础上药物保守治疗。

本研究结果显示,食管胃底静脉曲张破裂出血性休克患者,在液体复苏、药物治疗的同时行内镜下止血治疗,可以有效缩短复苏时间,减少输血量及住院天数,显著提高止血成功率。

因此,液体复苏联合内镜止血抢救食管胃底静脉曲张破裂出血性休克疗效显著,可优先选择。

[参考文献]

- [1] 牛武学. 肝硬化合并上消化道出血的相关危险因素分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(34): 6775-6776.

- [2] 冯洁, 潘存伟, 黄成军. 侵入性方法预测肝硬化食管静脉曲张程度的研究[J]. 医学研究生学报, 2013, 26(5): 501-504.
- [3] 冯春, 周平红. 内镜止血治疗在消化道出血中的临床应用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2014, 17(8): 839-840.
- [4] 吴达军, 罗超, 陈维顺. 内镜下组织粘合剂联合硬化剂注射治疗食管胃底静脉曲张破裂大出血 10 例疗效观察[J]. 海南医学, 2013, 24(2): 240-241.
- [5] Chen JC, Ming CH, Wei CL, *et al.* Management of acute gastric varices bleeding[J]. J Chin Med Assoc, 2013, 76(10): 539-546.
- [6] 纪付红, 林红. 肝硬化门静脉高压致上消化道出血的护理体会[J]. 东南国防医药, 2016, 18(3): 319-322.
- [7] Rolston JD, Han SJ, Bloch O, *et al.* What clinical factors predict the incidence of deep venous thrombosis and pulmonary embolism in neurosurgical patients? [J]. J Neurosurg, 2014, 121(4): 908-918.
- [8] 尤银刚, 唐艳. 生长抑素联合内镜治疗肝硬化并食管胃底静脉曲张破裂出血疗效观察[J]. 北方药学, 2014, 11(9): 34-35.
- [9] 杨永俊. 急诊胃镜及胃镜下治疗急性上消化道出血的临床疗效分析[J]. 中国实用医药, 2016, 11(2): 46-47.
- [10] 李敏然, 徐小元. 肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治研究[J]. 中华肝脏病杂志, 2015, 23(4): 247-249.

(收稿日期: 2018-08-19; 修回日期: 2018-09-30)

(责任编辑: 叶华珍)