

· 短篇论著 ·

肝硬化食管胃静脉曲张行内镜下精准治疗的围手术期快速康复价值

张宝刚 张克 张斌

食管胃静脉曲张破裂出血是中晚期肝硬化患者的常见并发症,目前内镜下胃底静脉曲张组织粘合剂栓塞术、内镜下食管静脉曲张套扎术及硬化术等是其首选治疗方法^[1]。大多数肝硬化患者由于肝脏代谢功能下降,存在不同程度的营养缺失,同时,围手术期禁食水以及手术应激反应,影响着患者的康复及预后,因此,伴发食管胃静脉曲张破裂出血行内镜下治疗后的快速康复,对于肝硬化患者尤为重要。本研究就内镜下精准治疗在这方面的临床价值进行了探讨,现报道如下。

一、对象与方法

1. 研究对象:2015 年 3 月至 2016 年 3 月,因肝硬化伴食管胃静脉曲张,在我院内镜中心行静脉曲张内镜下治疗者作为研究对象。纳入标准:(1)肝硬化食管胃底静脉曲张的诊断,符合第 8 版《内科学》^[2]的相关诊断标准;(2)《肝硬化门静脉高压食管胃底静脉曲张出血的防治共识》^[3]中的食管胃静脉曲张行二级预防者,即食管胃静脉曲张出血已停止,为防止再次出血行内镜下择期治疗^[4];(3)内镜或外科手术后静脉曲张复发者;(4)胃食管静脉曲张^[5];(5)肝功能分级(Child-Pugh 分级)B~C 级者,血小板计数 $>50 \times 10^9/L$;(6)术前签署麻醉及手术治疗知情同意书者。排除标准:(1)合并严重肝性脑病;(2)生命体征不平稳,伴有严重心、脑、肾功能不全;(3)合并严重凝血功能障碍;(4)对麻醉药物或应用试剂过敏。纳入研究者,术前行内镜检查及门静脉 CT 重建,依据曲张静脉形态、静脉团直径大小选择常规内镜下治疗(常规治疗组)或内镜下精准治疗(精准治疗组)。

2. 内镜治疗:术前禁食 8 h、禁水 6 h,据其营养状态适当给予补液、输注血浆等。2 组患者术前均予同一种局麻药含服,内镜治疗前取左侧卧位,由同一位经验丰富的麻醉医师给予深度镇静。术中使用 Olympus GIF-H260 电子胃镜,胃底静脉曲张 2 组均采用聚桂醇硬化剂(10 mL/支)-组织粘合剂(北京康派特医疗器械有限公司,0.5 mL/支)-高张糖的“三明治夹心法”。(1)常规治疗组:注入选取的曲张静脉后,观察曲张静脉团,确认无出血后,退镜观察食管静脉曲张,确定套扎部位后,撤出胃镜,安装套扎器(Wilson-COOK MBL-6-F),再次进镜,直视下自贲门起行多点螺旋套扎,术

毕给予 4 000 IU 凝血酶喷洒。(2)精准治疗组:采用聚桂醇硬化剂-组织粘合剂-高张糖的“三明治夹心法”治疗方案,根据术前门静脉 CT 重建结果,沿血流方向注入所有曲张静脉,确定无出血后,退镜观察食管静脉曲张,确定注入硬化剂的静脉,螺旋向上给予聚桂醇 4~6 mL,总量不超过 30 mL,观察无水肿及丘状隆起后退镜,术毕给予 4 000 IU 凝血酶喷洒。

3. 术后处理:嘱患者注意休息,给予质子泵抑制剂、降低门静脉压及保肝药物,适当补液,必要时应用抗生素预防感染。常规组禁食水 48 h 后可进温流食,无不适及出血后可进温半流食,给予常规静脉补液。精准治疗组禁食水 6~8 h 后可进温流食,若无明显不适,术后 12~24 h 可进温半流食,加服营养餐(能量 $35 \sim 40 \text{ kcal} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,蛋白质 $1.2 \sim 1.5 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,氨基酸 $0.8 \sim 1.2 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,碳水化合物 $350 \sim 500 \text{ g/d}$)^[6]。

4. 统计学分析:使用 SPSS 18.0 统计学软件进行数据分析,主要观察指标有围手术期费用、术后肝功能恢复情况、总的住院时间以及至静脉曲张消失的治疗次数。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,2 者间比较行 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 入组情况:本研究共纳入 170 例患者,男 140 例、女 30 例,年龄 34~79 岁。精准治疗组 85 例,男 68 例、女 17 例,平均年龄(56 ± 11)岁,术前肝功能 Child-Pugh 分级 B 级 79 例、C 级 6 例;常规治疗组 85 例,男 72 例、女 13 例,平均年龄(57 ± 12)岁,术前肝功能 Child-Pugh 分级 B 级 75 例、C 级 10 例。2 组在性别构成、平均年龄、术前肝功能 Child-Pugh 分级构成等方面,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

2. 主要观察指标对比结果:(1)围手术期费用,精准治疗组平均为(2.4 ± 0.1)万元,常规治疗组平均为(3.8 ± 0.1)万元,精准治疗组明显少于常规治疗组($P < 0.05$)。(2)术前白蛋白、凝血酶原时间、谷丙转氨酶水平,2 组间比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。与术前相比,2 组术后白蛋白、凝血酶原时间、谷丙转氨酶水平均有明显改善($P < 0.05$)。与常规治疗组相比,精准治疗组术后白蛋白、凝血酶原时间、谷丙转氨酶水平更优($P < 0.05$)。详见表 1。(3)至静脉曲张消失的治疗次数,精准治疗组平均为(2.4 ± 0.1)万元,常规治疗组平均为(3.8 ± 0.1)万元,精准治疗组明显少于常规治疗组($P < 0.05$)。(4)总的住院时间,精准治疗组平均为($7.4 \pm$

表 1 2 组血清学检测结果($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	ALB(g/L)		PT(s)		ALT(U/L)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
精准治疗组	85	29.1±1.4	36.2±1.1 ^a	19.1±0.4	17.9±0.4 ^a	82.4±3.2	51.0±2.9 ^a
常规治疗组	85	29.0±1.6	34.7±1.3 ^a	18.9±0.5	18.1±0.5 ^a	83.2±2.9	52.1±2.5 ^a
P 值		0.843	0.000	0.053	0.019	0.084	0.007

注:ALB 代表白蛋白,PT 代表凝血酶原时间,ALT 代表谷丙转氨酶;组内与术前比较,^aP<0.05

1.1)d,常规治疗组平均为(11.0±1.0)d,精准治疗组明显短于常规治疗组(P<0.05)。

讨论 精准治疗是以“最大化消除静脉曲张,最小创伤侵袭,最少的并发症发生”为目标的一种治疗方式^[7]。李坪等^[8]通过分析曲张静脉内的血流分流特征,在门脉成像的基础上,率先提出了精准食管胃静脉曲张断流术的概念,即精确的阻断分流、硬化曲张静脉,可以有效避免异位栓塞的发生,患者的长期生存率与脾切除联合断流术患者的疗效近似。本研究中,精准治疗组,根据患者门静脉重建结果,给予精准的胃底曲张静脉硬化及组织粘合剂栓塞术,使静脉彻底闭塞而无血流^[9],有效减少了择期手术患者的治疗次数及住院时间。

肝硬化患者,由于吸收及代谢异常等,多存在不同程度的营养不良^[10]。研究显示,通过改善营养状态,能够有效降低术后6个月的死亡率^[11]。对于合并食管胃静脉曲张者,内镜下治疗后,围术期禁食水和手术应激,使机体处于高分解代谢状态^[12],进一步加重了能量的消耗及营养不良,直接影响了术后溃疡面的愈合^[4],因此加强营养对于肝硬化食管胃静脉曲张患者的创面愈合及快速康复尤为重要。本研究中,常规治疗组,行食管静脉曲张套扎术后,为防止套扎环早期脱落引发大出血,应严格禁食水48h,仅给予静脉营养补充;而精准治疗组,禁食水6~8h后即可进温流食,无明显不适,术后12~24h可进温半流食,同时加服根据热量及营养素配比计算的营养餐,术后血红蛋白、凝血酶原时间、谷丙转氨酶均有明显改善。李长政等^[13]也报道,内镜下治疗形成的溃疡,可以通过加强营养更快愈合,并影响食管静脉曲张的转归,表现为静脉曲张消失平均需要的内镜治疗次数减少。

虽然本研究证实精准的内镜治疗术有利于食管胃静脉曲张患者快速康复,且术后患者可以通过早期进食改善营养状态,有助于疾病转归,但门静脉高压的病因并未彻底清除,可能导致复发的情况出现^[14-15],应告知患者定期进行内镜下随访,必要时追加内镜下治疗以防止静脉曲张复发或破裂出血。

参 考 文 献

[1] 石兵,蒋雨卉,吕琳,等.内镜与药物治疗肝硬化伴食管静脉曲张破裂出血的疗效比较[J].现代生物医学进展,2016,16(12):2309-2311,2315. DOI: 10.13241/j.cnki.pmb.2016.12.028.

[2] 葛均波,徐永健.内科学[M].第8版.北京:人民卫生出版社,

2013:50-54.

[3] 中华医学会消化内镜学分会食管胃静脉曲张学组.消化道静脉曲张及出血的内镜诊断和治疗规范试行方案(2009年)[J].中华消化内镜杂志,2010,27(1):1-4. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2010.01.001.

[4] 程留芳.食管胃静脉曲张程留芳2016观点[M].1版.北京:科学技术文献出版社,2016.

[5] Sarin SK, Kumar A. Endoscopic treatment of gastric varices[J]. Clin Liver Dis, 2014,18(4):809-827. DOI: 10.1016/j.cld.2014.07.004.

[6] 宋京海,朱明炜,韦军民,等.优化营养支持手段与单纯肠外营养对老年肝癌切除患者术后临床结局的影响[J].中华临床营养杂志,2010,18(3):158-161. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-635X.2010.03.008.

[7] 孔德润,许建明.食管胃静脉曲张内镜治疗方法的选择与应用[J].中华胃肠内镜电子杂志,2016,3(4):171-176. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-7157.2016.04.005.

[8] 李坪,蒋煜,魏红山.内窥镜治疗在门脉高压食管胃底曲张静脉出血中的应用[J].内科急危重症杂志,2017,23(1):4-6. DOI: 10.11768/nkjwzzzz20170102.

[9] 崔少波.聚桂醇硬化治疗食管静脉曲张的临床研究[J].中外医学研究,2015,13(30):112-113. DOI: 10.14033/j.cnki.cfmr.2015.30.057.

[10] Donaghy A. Issues of malnutrition and bone disease in patients with cirrhosis[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2002,17(4):462-466.

[11] Hasse JM, DiCecco SR. Enteral Nutrition in Chronic Liver Disease: Translating Evidence Into Practice[J]. Nutr Clin Pract, 2015,30(4):474-487. DOI: 10.1177/0884533615591058.

[12] 唐彪,欧阳正晟.合并肝硬化的原发性肝癌患者术后三种肠外营养支持方案的效果比较[J].肝胆胰外科杂志,2015,27(2):149-152. DOI: 10.11952/j.issn.1007-1954.2015.02.017.

[13] 李长政,李青山,李雪,等.强化营养治疗促进肝硬化食管静脉曲张内镜治疗患者创面的愈合[J].中华肝脏病杂志,2013,21(10):739-742. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-3418.2013.10.005.

[14] 卜崇晔,邹文.内镜下套扎、硬化剂单用及联用治疗食管静脉曲张的对比分析[J].胃肠病学和肝病杂志,2016,25(4):428-431. DOI: 10.3969/j.issn.1006-5709.2016.04.018.

[15] 钱贤峰.内镜下硬化剂治疗在食管胃静脉曲张破裂出血治疗中的临床疗效[J].中国继续医学教育,2015,7(29):119-121. DOI: 10.3969/j.issn.1674-9308.2015.29.083.

(收稿日期:2017-10-08)

(本文编辑:顾文景)