

中华医学会系列杂志

ISSN 1007-5232

CN 32-1463/R

中华消化内镜杂志®

ZHONGHUA XIAOHUA NEIJING ZAZHI

2024年9月 第41卷 第9期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 41 Number 9
September 2024



中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232



中华消化内镜杂志[®]

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

月刊 1996年8月改刊 第41卷 第9期 2024年9月20日出版



微信: xhnjsw



新浪微博

主管

中国科学技术协会

主办

中华医学会
100710, 北京市东四西大街42号

编辑

中华消化内镜杂志编辑委员会
210003, 南京市紫竹林3号
电话: (025)83472831, 83478997
传真: (025)83472821
Email: xhnj@xhnj.com
http://www.zhxnjzz.com
http://www.medjournals.cn

总编辑

张澍田

编辑部主任

唐涌进

出版

《中华医学杂志》社有限责任公司
100710, 北京市东四西大街42号
电话(传真): (010)51322059
Email: office@cmaph.org

广告发布登记号

广登32010000093号

印刷

江苏省地质测绘院

发行

范围: 公开
国内: 南京报刊发行局
国外: 中国国际图书贸易集团
有限公司
(北京399信箱, 100048)
代号 M4676

订购

全国各地邮政局
邮发代号 28-105

邮购

中华消化内镜杂志编辑部
210003, 南京市紫竹林3号
电话: (025)83472831
Email: xhnj@xhnj.com

定价

每期25.00元, 全年300.00元

中国标准连续出版物号

ISSN 1007-5232
CN 32-1463/R

2024年版版权归中华医学会所有

未经授权, 不得转载、摘编本刊
文章, 不得使用本刊的版式设计

除非特别声明, 本刊刊出的所有
文章不代表中华医学会和本刊
编委会的观点

本刊如有印装质量问题, 请向本刊
编辑部调换

目次

共识与指南

中国消化内镜再处理专家共识(2024, 重庆) 673

中华医学会消化内镜学分会清洗消毒学组

专家论坛

内镜逆行阑尾炎治疗术的发展、现状及未来 685

刘丹 周洋洋 刘冰熔

论著

基于多模态内镜图像的人工智能模型诊断胃肿瘤性病变研究
(含视频) 690

陶道 吴练练 杜泓柳 董泽华 于红刚

不同时机急诊内镜干预急性食管胃底静脉曲张出血的临床研究 ... 697

韦炜 吕敏芳 洪依萍 陶茂根 马骥 俞有荣 蔡建庭

磁控胶囊胃镜在疑似上消化道出血老年患者中的诊断价值 702

王晓雄 王芳 郭玉峰 叶婷 王晶晶 顾晓静 杨少奇

单钛夹辅助牵引在十二指肠内镜黏膜下剥离术中的应用价值 707

朱丹丹 窦晓坛 郭慧敏 陈敏 王雷 于成功

含曲安奈德黏膜下注射液对预防大面积食管浅表肿瘤内镜黏膜下
剥离术后食管狭窄的研究 712

陈磊 高苏俊 王璐 倪修凡 童聪 朱振

一体式口鼻供氧口垫在鼾症患者无痛胃镜检查中的初步应用 718

倪燕丽 张诚 张伟英 高秀珍 尤永梅 韩丽君 马丽莉

沈笠 朱颖华 谭玺 杨玉龙 徐美东

国产新型内镜夹治疗消化道穿孔的临床前动物实验研究 723

马丹 杨帆 金震东 王云锋

短篇论著

- 内镜下切除结直肠粗蒂息肉两种术式的术后出血比较 729
刘文婕 王敏 顾玉琳 刘莉

病例报道

- 超声内镜引导下经口胆道镜经肝胃吻合入路治疗 Roux-en-Y 术后肝总管巨大结石伴梗阻 1 例
(含视频) 734
倪建波 毛雨晴 罗声政 谢旒 李百文
- 内镜逆行胰胆管造影术治疗支气管胆管瘘 1 例 736
张蒙 刘宏伟 吕瑛 邹晓平

名家追忆

- 期颐之年驾鹤去 德艺双馨誉杏林:追忆张志宏教授 739
游苏宁

综 述

- 结肠镜检查前肠道准备失败风险预测模型的研究现状与进展 741
王同昌 贺子轩 范轩鸣 李兆申 柏愚
- 内镜黏膜下剥离术治疗结直肠肿瘤的研究进展 746
张渝昕 丁士刚
- 炎症抑制在内镜逆行胰胆管造影术后胰腺炎防治中作用及机制的研究进展 752
沈勤 吴高珏

读者·作者·编者

- 《中华消化内镜杂志》2024 年可直接使用英文缩写的常用词汇 696

- 插页目次 733

本刊稿约见第 41 卷第 1 期第 82 页、第 7 期第 586 页

本期责任编辑 顾文景

本刊编辑部工作人员联系方式

唐涌进, Email: tang@xhnj.com

周 昊, Email: zhou@xhnj.com

顾文景, Email: gwj@xhnj.com

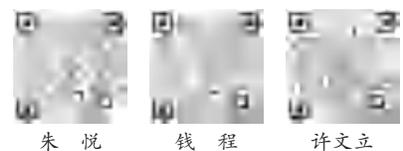
本刊投稿方式

登录《中华消化内镜杂志》官方网站 <http://www.zhxnjzz.com> 进行在线投稿。

朱 悦, Email: zhuyue@xhnj.com

钱 程, Email: qian@xhnj.com

许文立, Email: xwl@xhnj.com



(扫码添加编辑企业微信)

·论著·

不同时机急诊内镜干预急性食管胃底静脉曲张出血的临床研究

韦炜¹ 吕敏芳¹ 洪依萍² 陶茂根³ 马骥⁴ 俞有荣⁵ 蔡建庭¹

¹浙江大学医学院附属第二医院消化科,杭州 310009;²浙江大学医学院附属金华医院消化科,金华 321000;³兰溪市人民医院消化科,金华 321100;⁴永康市第一人民医院消化科,金华 321300;⁵浦江县人民医院消化科,金华 321200

通信作者:蔡建庭,Email:jtc ai6757@edu.cn

【摘要】 目的 探讨不同时机急诊内镜干预对急性食管胃底静脉曲张出血的临床应用价值。方法 选择 2020 年 7 月至 2022 年 12 月浙江大学医学院附属第二医院 74 例、浙江大学医学院附属金华医院 41 例、兰溪市人民医院 36 例、永康市第一人民医院 31 例及浦江县人民医院 25 例总共 207 例通过胃镜确诊为肝硬化合并食管胃底静脉曲张出血的患者,对其临床资料进行回顾性分析,按照病例是否进行内镜干预以及内镜治疗的不同时机分为 3 组。在出血 6 h 内行内镜治疗的病例纳入 A 组($n=68$);出血超过 6 h,在 24 h 内行内镜治疗的病例纳入 B 组($n=72$);选择药物保守治疗、未进行内镜治疗的病例纳入 C 组($n=67$)。比较 3 组的预后转归(止血成功率、早期再出血率、病死率)以及治疗效益(开放饮食时间、输血量、住院时间、住院费用)。结果 A 组、B 组、C 组止血成功率分别为 100.00% (68/68)、97.22% (70/72) 和 86.57% (58/67),差异有统计学意义($\chi^2 = 13.51, P < 0.001$)。A 组无患者死亡,B 组和 C 组的死亡率分别为 2.78% (2/72) 和 13.43% (9/67),3 组死亡率比较差异有统计学意义($\chi^2 = 15.61, P < 0.001$)。A 组无早期再出血,B 组和 C 组的早期再出血率分别为 2.86% (2/70) 和 13.43% (5/58),3 组比较差异无统计学意义($\chi^2 = 3.41, P = 0.182$)。3 组患者开放饮食时间[A 组(28.32 ± 2.52)h、B 组(37.25 ± 2.45)h、C 组(66.62 ± 2.65)h, $F = 58.69, P < 0.001$]、输血量[A 组(3.62 ± 0.30)U、B 组(5.46 ± 0.37)U、C 组(6.25 ± 0.39)U, $F = 11.35, P < 0.001$]、住院时间[A 组(6.58 ± 0.23)d、B 组(7.83 ± 0.34)d、C 组(8.24 ± 0.45)d, $F = 5.75, P = 0.004$]及费用[A 组($10\ 152 \pm 821$)元、B 组($13\ 568 \pm 1\ 017$)元、C 组($15\ 306 \pm 1\ 186$)元, $F = 4.96, P = 0.008$]比较,差异有统计学意义。止血成功与未成功患者的肝功能 Child-Pugh 分级差异有统计学意义($\chi^2 = 15.63, P < 0.001$)。结论 急性食管胃底静脉曲张出血在早期 24 h 内行内镜下诊疗可改善预后转归,减轻患者经济负担,临床应用价值高。

【关键词】 食管和胃静脉曲张; 出血; 时机; 急诊内镜

基金项目:金华市科学技术研究计划项目(2021-4-022)

Emergent endoscopic intervention of acute esophageal and gastric fundal varices bleeding at different times

Wei Wei¹, Lyu Minfang¹, Hong Yiping², Tao Maogen³, Ma Ji⁴, Yu Yourong⁵, Cai Jianting¹

¹Department of Gastroenterology, The Second Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310009, China; ²Department of Gastroenterology, Affiliated Jinhua Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Jinhua 321000, China; ³Department of Gastroenterology, Lanxi People's Hospital, Jinhua 321100, China; ⁴Department of Gastroenterology, Yongkang First People's Hospital, Jinhua 321300, China; ⁵Department of Gastroenterology, Pujiang People's Hospital, Jinhua 321200, China

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20230505-00067

收稿日期 2023-05-05 本文编辑 钱程

引用本文:韦炜,吕敏芳,洪依萍,等.不同时机急诊内镜干预急性食管胃底静脉曲张出血的临床研究[J].中华消化内镜杂志,2024,41(9):697-701. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20230505-00067.



Corresponding author: Cai Jianting, Email: jtcai6757@edu.cn

【Abstract】 Objective To investigate the clinical value of emergent endoscopic intervention at different times of acute esophageal and gastric fundal varices bleeding. **Methods** From July 2020 to December 2022, data of 207 cases of liver cirrhosis with esophageal and gastric fundal variceal bleeding diagnosed by gastroscopy were retrospectively analyzed, including 74 cases from the Second Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, 41 cases from Affiliated Jinhua Hospital, Zhejiang University School of Medicine, 36 cases from Lanxi People's Hospital, 31 cases from Yongkang First People's Hospital and 25 cases from Pujiang People's Hospital. Patients were divided into 3 groups according to the time of endoscopic intervention and treatment. Patients who received endoscopic treatment within 6 h of hemorrhage were included in group A ($n=68$); patients within 6-24 hours were in group B ($n=72$). A total of 67 patients selected for conservative drug treatment were included in group C, who did not undergo endoscopic therapy. The prognosis (success rate of hemostasis, early rebleeding rate, mortality rate) and treatment benefit (open diet time, blood transfusion volume, hospital stay, hospital cost) of the 3 groups were compared. **Results** The success rates of hemostasis were 100.00% (68/68), 97.22% (70/72), 86.57% (58/67) in group A, B and C respectively with significant difference ($\chi^2=13.51, P<0.001$). The mortalities of the three groups were 0.00% (0/68) in group A, 2.78% (2/72) in group B and 13.43% (9/67) in group C respectively with significant difference ($\chi^2=15.61, P<0.001$). The early rebleeding rates of the three groups were 0.00% (0/68) in group A, 2.86% (2/70) in group B, and 13.43% (5/58) in group C respectively with significant difference ($\chi^2=3.41, P=0.182$). There were significant differences in open diet time (group A: 28.32 ± 2.52 h, group B: 37.25 ± 2.45 h, group C: 66.62 ± 2.65 h, $F=58.69, P<0.001$), blood transfusion volume (group A: 3.62 ± 0.30 U, group B: 5.46 ± 0.37 U, group C: 6.25 ± 0.39 U, $F=11.35, P<0.001$), hospital stay (group A: 6.58 ± 0.23 d, group B: 7.83 ± 0.34 d, group C: 8.24 ± 0.45 d, $F=5.75, P=0.004$) and cost (group A: $10\ 152 \pm 821$ yuan, group B: $13\ 568 \pm 1\ 017$ yuan, group C: $15\ 306 \pm 1\ 186$ yuan, $F=4.96, P=0.008$) among the three groups. There was significant difference in Child-Pugh grading among hemostasis-success patients and those who failed ($\chi^2=15.63, P<0.001$). **Conclusion** Early endoscopic diagnosis and treatment in the early 24 hours of acute esophageal and gastric fundal variceal hemorrhage can improve the prognosis and reduce the economic burden of patients with high clinical application value.

【Key words】 Esophageal and gastric varices; Hemorrhage; Timing; Emergency endoscopy

Fund program: Jinhua Science and Technology Research Project (2021-4-022)

肝硬化门静脉高压相关并发症食管胃底静脉曲张出血(esophageal and gastric varices bleeding, EGVB)是临床危及患者生命的常见急症,其出血死亡率为20%~35%^[1-2],导致死亡的主要原因是未能控制的活动性出血及再出血,尽早控制出血对肝硬化患者的远期预后和降低死亡率至关重要^[3-4]。内镜是目前肝硬化EGVB患者重要的治疗手段之一^[5]。本研究主要探讨不同时机急诊内镜干预急性EGVB的价值,以浙江省多家医院的病例为研究对象,综合评价急诊内镜的止血成功率、患者预后以及治疗获益情况,进而为内镜诊疗的临床应用提供依据。

资料与方法

一、一般资料

选取2020年7月至2022年12月浙江大学医学院附属第二医院74例、浙江大学附属金华医院41例、兰溪市人民医院36例、永康市第一人民医院31例、浦江县人民医院25例总共207例肝硬化合

并EGVB患者作为研究对象。

患者入院前均有消化道出血症状,临床表现为便血、呕血或黑便。根据是否行内镜治疗及治疗时机分为3组。A组($n=68$):急诊胃镜,出血6h内行内镜诊疗;B组($n=72$):急诊胃镜,出血后6~24h行内镜诊疗;C组($n=67$):保守治疗,既往胃镜检查提示食管胃静脉曲张或出血稳定后胃镜明确。内镜治疗病例均签署治疗知情同意书。本研究经浙江大学医学院附属第二医院伦理委员会审批通过,批准文号:(2023)伦审研第(0190)号。

二、诊疗方法

1. 基础治疗:入院后,对患者实行心电监护,快速建立静脉输注通道,完善血常规、凝血功能、肝功能、腹部彩超、CT检查。合理地给予禁食、抑酸、降低门静脉压药物、补液以及输血。

2. 内镜治疗:符合EGVB的诊断标准^[6],即内镜显示下列任一情况:静脉曲张有活动性出血、静脉曲张上覆“血栓头”、静脉曲张上覆血凝块或无其他潜在出血原因的静脉曲张患者。先常规探查出血部位、出血量、曲张静脉程度。内镜下治疗均采用

聚桂醇(陕西天宇制药有限公司, 10 mL: 100 mg/支, 10~30 mL)+医用组织胶(德国贝朗, 0.5~5.0 mL)+空气+0.9%生理盐水单点或多点治疗, 密切观察止血效果, 如见病灶出血完全停止、出血无活动性增加则退镜。

3. 药物保守治疗: 首剂生长抑素 0.25 mg 静脉推注, 后续生长抑素 0.25 mg/h 联合奥美拉唑 8 mg/h 微泵持续静脉慢推治疗 3~5 d, 出血稳定后完善胃镜检查但未行内镜治疗。

三、观察指标

观察预后转归情况(止血成功率、早期再出血率、病死率)及住院治疗情况(开放饮食时间、输血量、住院时间及住院费用)。止血成功定义: 胃镜下观察无出血, 或者治疗后患者的生命体征平稳, 无再发呕血黑便, 血红蛋白稳定, 2~5 d 以后黑便恢复正常, 潜血转阴^[7]。早期再出血定义: 出血控制后 72 h 至 6 周内再次活动性出血^[5]。

四、统计学分析

采用 SPSS 25.0 统计学软件处理数据。计数资料采用例(%)表示, 组间比较采用 χ^2 检验。计量资料符合正态分布的以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 3 组间比较采用方差分析; 不符合正态分布的计量资料以 $M(Q_1, Q_3)$ 表示, 2 组间比较采用 Wilcoxon 秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、基线资料

207 例患者肝硬化病因包括: 145 例(70.05%)乙型肝炎肝硬化患者, 39 例(18.84%)酒精性肝硬化患者, 11 例(5.31%)原发性胆汁性肝硬化患者, 12 例(5.80%)患者属于未明原因肝硬化患者。3 组间患者平均年龄、性别构成、肝功能 Child-Pugh 分级构成方面差异无统计学意义($P > 0.05$, 表 1), 基线资料具有可比性。

表 1 食管胃底静脉曲张出血不同治疗措施组的基线资料比较

组别	例数	性别[例(%)]		年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	肝功能 Child-Pugh 分级[例(%)]		
		男	女		A 级	B 级	C 级
A 组	68	50(73.53)	18(26.47)	67.93±3.48	12(17.65)	37(54.41)	19(27.94)
B 组	72	56(77.78)	16(22.22)	66.18±5.86	14(19.44)	36(50.00)	22(30.56)
C 组	67	45(67.16)	22(32.84)	67.63±3.83	13(19.40)	40(59.70)	14(20.90)
统计量		$\chi^2=2.00$		$F=2.97$	$\chi^2=1.97$		
P 值		0.368		0.054	0.742		

注: A 组出血 6 h 内行内镜治疗; B 组出血后 6~24 h 行内镜治疗; C 组保守治疗

二、预后转归情况对比

3 组止血成功率比较, 差异有统计学意义($\chi^2=13.51, P < 0.001$)。3 组死亡率比较, 差异有统计学意义($\chi^2=15.61, P < 0.001$)。3 组早期再出血率比较, 差异无统计学意义($\chi^2=3.41, P=0.182$)。见表 2。

表 2 食管胃底静脉曲张出血不同治疗措施组的预后转归情况对比[例(%)]

组别	例数	止血成功	早期再出血	死亡
A 组	68	68(100.00)	0(0.00)	0(0.00)
B 组	72	70(97.22)	2(2.86)	2(2.78)
C 组	67	58(86.57)	5(8.62)	9(13.43)
χ^2 值		13.51	3.41	15.61
P 值		<0.001	0.182	<0.001

注: A 组出血 6 h 内行内镜治疗; B 组出血后 6~24 h 行内镜治疗; C 组保守治疗

三、开放饮食时间、输血量、住院时间及住院费用比较

3 组开放饮食时间($F=58.69, P < 0.001$)、输血量($F=11.35, P < 0.001$)、住院时间($F=5.75, P=0.004$)及费用($F=4.96, P=0.008$)比较, 差异有统计学意义(表 3)。

表 3 食管胃底静脉曲张出血不同治疗措施组的开放饮食时间、输血量、住院时间、住院费用比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	开放饮食时间(h)	输血量(U)	住院时间(d)	住院费用(元)
A 组	68	28.32±2.52	3.62±0.30	6.58±0.23	10 152±821
B 组	72	37.25±2.45	5.46±0.37	7.83±0.34	13 568±1 017
C 组	67	66.62±2.65	6.25±0.39	8.24±0.45	15 306±1 186
F 值		58.69	11.35	5.75	4.96
P 值		<0.001	<0.001	0.004	0.008

注: A 组出血 6 h 内行内镜治疗; B 组出血后 6~24 h 行内镜治疗; C 组保守治疗

四、止血成功者与止血失败者血液生化指标比较

止血成功者与失败者止血前血红蛋白、凝血酶原活动度(prothrombin activity, PTA)差异无统计学

意义;肝功能 Child-Pugh 分级比较差异有统计学意义($\chi^2=15.63, P<0.001$, 表 4)。

讨 论

目前急性 EGVB 的治疗方法包括药物治疗、三腔二囊管压迫止血、内镜下治疗、经颈内静脉肝内门体分流(transjugular intrahepatic portosystemic shunt, TIPS)、经皮经肝曲张静脉栓塞(percutaneous transhepatic variceal embolization, PTVE)以及外科手术等^[8]。传统治疗药物血管加压素及其类似物(特利加压素)、十四肽生长抑素及其类似物在临床应用广泛,当内科治疗无效时,急诊介入及外科手术也可作为紧急止血的有效措施^[9-10]。相比于其他治疗方法,急诊内镜治疗 EGVB 具有操作方便、直接准确发现病灶、迅速止血、治疗效果显著等优势,并且可以进一步提高临床疗效,改善患者预后,成为 EGVB 的首选方法^[11-12]。

目前国内外都有 EGVB 进行急诊内镜治疗的共识,尤其是出血量大导致失血性休克的患者,药物治疗效果往往有限,使用三腔二囊管压迫止血的成功率为 80%~90%,但再出血率达 50% 以上。早期内镜治疗包括曲张静脉套扎、曲张静脉硬化剂注射、组织胶注射、自膨式覆膜食管金属支架、金属夹夹闭、电凝等方法,在控制 EGVB、减轻和根除曲张静脉、预防再出血等方面具有重要作用。但是关于急诊内镜诊疗的最佳时机,国内外指南推荐在急性出血 24 h 内进行,2022 年 Baveno VII 共识、欧洲胃肠内镜协会和美国肝病协会指南均推荐 EGVB 患者应在发生出血的 12 h 内进行急诊内镜检查^[12-14],我国建议除了基础治疗,在出血 12~24 h 内进行胃镜干预^[6]。

现有国内外关于 EGVB 的内镜干预时机研究大部分为以 6 h 为分界线,但在 6 h 内进行内镜检查的作用还没有得到充分的证实。肖勇等^[15]认为若条件许可,改善循环等基本状况后,于 6~12 h 内尽

早内镜干预。李伟建^[16]针对 EGVB 发病后 6~<12 h、发病后 12~<24 h、发病后 ≥24 h 进行急诊胃镜诊治,早期(发病后 6~<12 h)进行急诊胃镜诊治效果更好、再出血风险更低。李池添等^[17]、李艳等^[18]研究也表明早期(<12 h)内镜治疗效果理想。而在国外,对于出血后 6 h 内镜干预, Sarin 等^[19]认为早期(出血后 6 h 内)内镜检查在改善上消化道出血患者病死率及输血量方面与 24 h 内相比无优势。Yan 等^[20]认为对于病情相对稳定的急性 EGVB 患者,甚至是那些进一步出血和死亡风险较高的患者,在入院后 6 h 内而不是 6~24 h 内进行内镜检查并不能改善 6 周的临床结果。Cheung 等^[21]对 210 例 EGVB 稳定患者进行二级预防的回顾性研究中指出,按急诊内镜不同紧急时间节点 4 h、8 h、12 h 进行结果比较,显示以上不同时点内镜干预对患者死亡率及再出血率无影响,但该结论不针对急性出血患者。

我们将本地区多中心急性 EGVB 患者急诊内镜干预进行回顾性分析,将诊治时机研究提前到急性出血 6 h 内,结果显示 A、B 两组 EGVB 患者内镜治疗效果明显优于 C 组单纯药物保守治疗。两组内镜治疗止血成功率均大于 95%, A 组止血成功率可达到 100%。C 组的开放饮食时间、输血量、住院时间、住院费用均较 A、B 组长或多,说明急诊内镜诊疗在 24 h 内,能迅速发现出血病因及位置,从而快速止血,增加止血成功率及减少死亡率,同时恢复快,失血量少故输血量减少,治疗成本随之降低。

所以,我们认为对于急性 EGVB 患者,在积极改善一般情况、稳定血流动力学的前提下,应尽早行胃镜治疗,在早期 24 h 内急诊内镜干预,可以显著降低死亡率,减少输血量、缩短住院时间,节省治疗费用,术后恢复快,减轻患者经济负担。早期内镜干预,术前要积极纠正低血容量休克、稳定生命体征,纠正电解质酸碱平衡紊乱等风险,与患者以及家属进行充分沟通。急性 EGVB 治疗过程中也存在视野差影响操作的可能,最好能在全麻气管插

表 4 止血成功与失败的食管胃底静脉曲张出血患者血液指标及肝功能分级比较

组别	例数	止血前血红蛋白[g/L, $M(Q_1, Q_3)$]	止血前 PTA[%, $M(Q_1, Q_3)$]	肝功能 Child-Pugh 分级[例(%)]		
				A 级	B 级	C 级
成功组	196	72.0(35.0, 108.0)	62.0(25.0, 83.0)	62(31.63)	95(48.47)	39(19.90)
失败组	11	58.0(28.0, 79.0)	43.0(26.0, 60.0)	0(0.00)	4(36.36)	7(63.64)
统计量		Z=1.62	Z=5.76		$\chi^2=15.63$	
P 值		1.000	1.000		<0.001	

注:PTA 指凝血酶原活动度

管条件下进行,可以减少窒息、治疗不配合等风险,还可以减少呼吸做功,增加组织氧供,对抗休克及保护重要脏器功能起到非常重要的作用^[12,22]。

本次研究认为,对于肝硬化相关 EGVB 的患者,发病早期进行急诊内镜诊治,能改善患者的预后,术后恢复快,减轻患者经济负担,故如果医疗条件允许,早期急诊内镜尤其在 24 h 内对急性 EGVB 患者有较高的临床应用价值,当然还需要更大的样本量、更长时间的随访进一步验证,并进行前瞻性研究给出更客观科学的结论。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

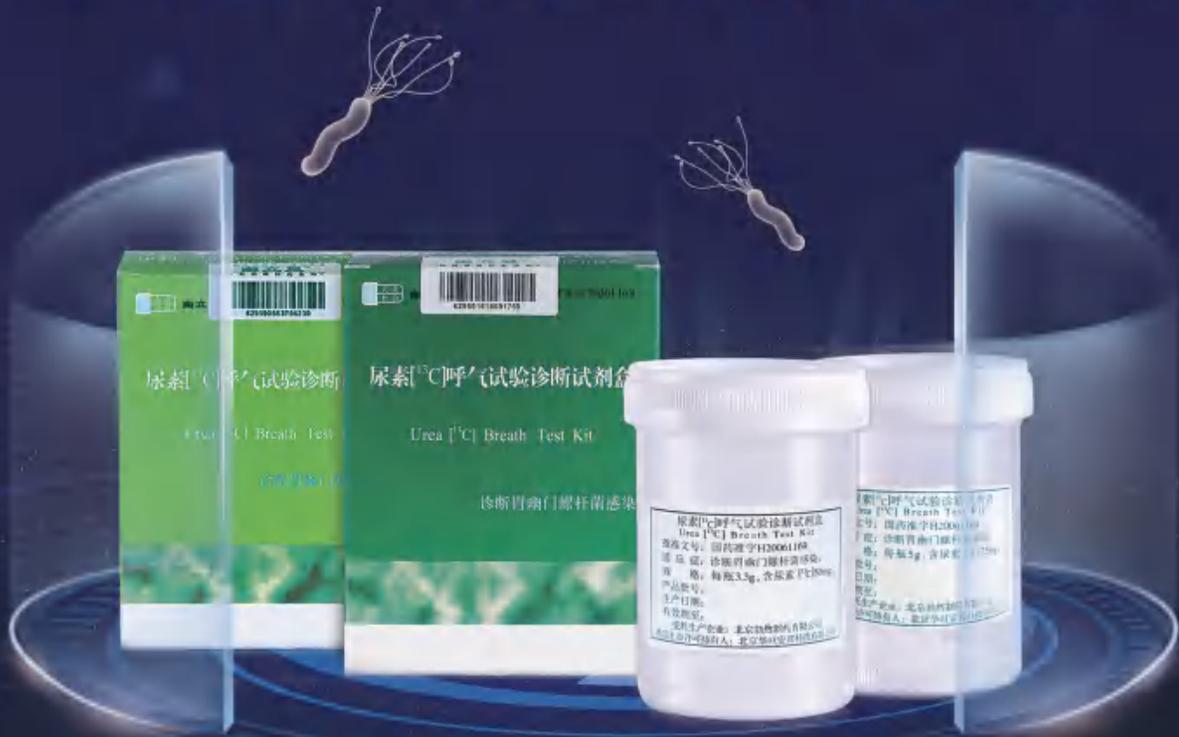
作者贡献声明 韦炜、吕敏芳:病例收集、论文撰写;洪依萍:病例收集、数据统计;陶茂根、马骥、俞有荣:病例收集;蔡建庭:研究指导

参 考 文 献

- [1] Yu H, Guo S, Wang L, et al. Laparoscopic splenectomy and esophagogastric devascularization for liver cirrhosis and portal hypertension is a safe, effective, and minimally invasive operation[J]. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2016, 26(7): 524-530. DOI: 10.1089/lap.2016.0032.
- [2] Toshikuni N, Takuma Y, Tsutsumi M. Management of gastroesophageal varices in cirrhotic patients: current status and future directions[J]. *Ann Hepatol*, 2016, 15(3): 314-325. DOI: 10.5604/16652681.1198800.
- [3] 黄立江, 季峰, 陈小丽, 等. 食管胃静脉曲张内镜治疗后随访的顺应性对预后的影响[J]. *中华消化杂志*, 2013, 33(5): 326-330. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2013.05.010.
- [4] Garbuzenko DV. Current approaches to the management of patients with liver cirrhosis who have acute esophageal variceal bleeding[J]. *Curr Med Res Opin*, 2016, 32(3): 467-475. DOI: 10.1185/03007995.2015.1124846.
- [5] Dias E, Marques M, Macedo G. Endoscopic management of esophageal and gastric lesions with underlying varices[J]. *Ann Gastroenterol*, 2022, 35(5): 452-461. DOI: 10.20524/aog.2022.0739.
- [6] 中华医学会外科学分会脾及门静脉高压外科学组. 肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血诊治专家共识(2019 版)[J]. *中华外科杂志*, 2019, 57(12): 885-892. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2019.12.002.
- [7] 中华医学会肝病学分会, 中华医学会消化病学分会, 中华医学会消化内镜学分会. 肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治指南[J]. *中华肝脏病杂志*, 2022, 30(10): 1029-1043. DOI: 10.3760/cma.j.cn501113-20220824-00436-1.
- [8] Seo YS. Prevention and management of gastroesophageal varices[J]. *Clin Mol Hepatol*, 2018, 24(1): 20-42. DOI: 10.3350/cmh.2017.0064.
- [9] 段旭华, 韩新巍, 任建庄, 等. 经皮胃冠状静脉栓塞术序贯脾栓塞治疗肝硬化消化道大出血的疗效观察[J]. *中华肝脏病杂志*, 2015, 23(5): 372-375. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-3418.2015.05.011.
- [10] 盛基尧, 刘水, 杨永生, 等. 肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血诊疗进展[J]. *中华外科杂志*, 2020, 58(10): 808-812. DOI: 10.3760/cma.j.cn112139-20191111-00556.
- [11] Bian S, Tian XG, Hu JH, et al. Percutaneous transhepatic variceal embolization combined with endoscopic ligation for the prevention of variceal rebleeding[J]. *J Dig Dis*, 2013, 14(7): 388-395. DOI: 10.1111/1751-2980.12049.
- [12] de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, et al. Baveno VII - renewing consensus in portal hypertension[J]. *J Hepatol*, 2022, 76(4): 959-974. DOI: 10.1016/j.jhep.2021.12.022.
- [13] Gralnek IM, Camus Duboc M, Garcia-Pagan JC, et al. Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline[J]. *Endoscopy*, 2022, 54(11): 1094-1120. DOI: 10.1055/a-1939-4887.
- [14] Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, et al. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American association for the study of liver diseases[J]. *Hepatology*, 2017, 65(1): 310-335. DOI: 10.1002/hep.28906.
- [15] 肖勇, 于红刚, 陈明错. 肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的内镜诊治策略[J]. *中华消化内镜杂志*, 2018, 35(2): 84-88. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.02.002.
- [16] 李伟健. 不同时机行急诊胃镜对肝硬化相关食管胃底静脉曲张破裂出血的干预效果[J]. *广西医学*, 2020, 42(16): 2104-2107. DOI: 10.11675/j.issn.0253-4304.2020.16.12.
- [17] 李池添, 袁帅, 石胜利, 等. 食管胃静脉曲张破裂出血胃镜检查时机选择研究[J]. *四川医学*, 2019, 40(4): 368-371. DOI: 10.16252/j.cnki.issn1004-0501-2019.04.010.
- [18] 李艳, 吴际, 刘君君, 等. 不同时机急诊胃镜对肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血的治疗价值分析[J]. *中国实用医药*, 2019, 14(16): 48-49. DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2019.16.023.
- [19] Sarin N, Monga N, Adams PC. Time to endoscopy and outcomes in upper gastrointestinal bleeding[J]. *Can J Gastroenterol*, 2009, 23(7): 489-493. DOI: 10.1155/2009/604639.
- [20] Yan X, Leng Z, Xu Q, et al. The influences of timing of urgent endoscopy in patients with acute variceal bleeding: a cohort study[J]. *BMC Gastroenterol*, 2022, 22(1): 506. DOI: 10.1186/s12876-022-02595-1.
- [21] Cheung J, Soo I, Bastiampillai R, et al. Urgent vs. non-urgent endoscopy in stable acute variceal bleeding[J]. *Am J Gastroenterol*, 2009, 104(5): 1125-1129. DOI: 10.1038/ajg.2009.78.
- [22] 赵蕊, 张丽瑶, 吴云海, 等. 45 例多学科协作抢救急性上消化道大出血患者的临床分析[J]. *中华急诊医学杂志*, 2014, 23(11): 1268-1270. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2014.11.019.

尿素^[13C]呼气试验诊断试剂盒

呼气查胃幽门螺杆菌^{Hp}无放射性



幽立显[®]简明处方资料:

【药品名称】

通用名称: 尿素^[13C]呼气试验诊断试剂盒

英文名称: Urea^[13C]Breath Test Kit

汉语拼音: Niaosu^[13C]Huqi Shiyan Zhenduan Shijihe

【适应症】

诊断胃幽门螺杆菌感染

【规格】

每瓶3.3g, 含尿素^[13C]50mg

每瓶5g, 含尿素^[13C]75mg

【性状】

本品为白色颗粒, 伴有橙橘气味和酸味。在水中易溶

【不良反应】

尚未见不良反应

【禁忌】

对本品任何成分过敏者禁用

【用法用量】

- 1、受试者应在早上空腹时或禁食两小时以上受试。
- 2、在贴有标签纸的2个气袋上, 受试者填好所需资料。
- 3、受试者维持正常呼气, 将气体吹进气袋, 直至气袋饱满, 并立即扭紧气袋盖。此收集的为0分钟呼气。
- 4、受试者用80~100ml凉饮用水送服尿素^[13C]颗粒一瓶后, 静坐。
- 5、受试者按上述收集呼气方法, 收集服用尿素^[13C]后30分钟的呼气, 扭紧气袋盖。
- 6、将收集的0分钟、30分钟的呼口气袋, 在相应的仪器上进行^{13C}CO₂检测。
- 7、常用δ‰来表示测定结果, 称为千分差值。定义为:

$$\delta\text{‰} = \frac{^{13}\text{C}\text{-CO}_2\text{测定的同位素丰度} - ^{13}\text{C}\text{-CO}_2\text{参比样品同位素丰度}}{^{13}\text{C}\text{-CO}_2\text{参比样品的同位素丰度}} \times 1000$$

8、阳性判断值:

幽门螺杆菌的诊断, 通常以30分钟时样品中所测^{13C}-CO₂的δ‰减去零时的呼口气样品的δ‰值的差表示, 即检测值δ‰_{30min} - δ‰_{0min}。阳性判断值≥4.0±0.4时, 可判定受试者为Hp阳性。

【执行标准】

国家食品药品监督管理总局国家药品标准YBH19362006-2015Z

【注意事项】

详见产品说明书

【批准文号】

国药准字H20061169

【药品上市许可持有人】

北京华亘安邦科技有限公司

【受托生产企业】

北京勃然制药有限公司
本广告仅供医学药学专业人士阅读
京药广审(文)第251105-00767号



南微医学 动物实验中心

NEW

✔ 标准消化内镜、外科、CT、MR 操作间

✔ 全系引进高端临床诊疗设备

✔ 高规格内镜手术拟真环境

提供动物实验及培训服务

详情请垂询 **400-025-3000**



南微医学科技股份有限公司

南京高新区药谷大道199号

www.micro-tech.com.cn

