

对比内镜下曲张静脉套扎术和早期经颈静脉肝内门体分流术治疗肝硬化急性食管静脉曲张出血的临床疗效

赛勇¹ 王晓光² 黄莉琼² 孙聪花²

(1.曲靖市第二人民医院放射介入科 2.曲靖市第二人民医院消化内镜科 云南 曲靖 655000)

【摘要】目的:分析内镜下曲张静脉套扎术(EVL)和早期经颈静脉肝内门体分流术(TIPS)治疗肝硬化急性食管静脉曲张出血(EVB)的效果。方法:将2018年初至2021年初在我院治疗的182例EVB患者作为研究对象,随机分为两组,参照组(90例)用EVL,观察组(92例)用TIPS,比较再出血、存活率和并发症。结果:治疗后,参照组比观察组再出血发生率高,有明显差异($P < 0.05$);但两组无存活率和并发症差异($P > 0.05$)。结论:虽然TIPS能较好的防止再出血,但EVL和TIPS都能改善EVB,在存活率和并发症方面无较大差距,临床治疗要灵活选择治疗方案。

【关键词】EVL;TIPS;EVB

【中图分类号】R657.3+1;R571+3**【文献标识码】**A

【文章编号】1674-1412(2021)16-0032-02

EVB容易反复,会加重消化系统、肝脏等负担,死亡率长期居高。临床对EVB患者比较重视,即使患者康复出院也会继续追踪,以确保术后健康。本次研究对EVL和TIPS深入分析,发现两者都能治疗EVB,仅在再出血方面有较明显差异,其他方面相差不大^[1]。临床要保留两种治疗,并结合实际安排手术,维护好食管。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将2018年初至2021年初在我院治疗的182例EVB患者作为研究对象,其中男97例,女85例,平均(53.61±7.81)岁;主要基础病:肝硬化致乙肝45例,丙肝71例,酒精肝41例,其他25例。随机分两组,参照组90例,观察组92例。患者基线数据无差异($P > 0.05$)。

纳入标准:全经影像学等检查确诊为肝硬化等,均为首次、急性发作入院,出血时间最长不超过5天,家属签署知情同意书。

排除标准:多器官衰竭、恶性肿瘤、顽固性腹水、肝硬化门静脉高压、药物或造影剂过敏等。

1.2 方法

1.2.1 参照组

EVL:将结扎部位确定在食管下段到齿状线上方2cm处,根据静脉曲张或曲张程度套扎,每次套扎控制在4~5点,半个月后再次套扎。患者术后禁食半天,第二天再进食流质食物,5天后换位半流质食物。

1.2.2 观察组

TIPS:根据CT等确定出血位置和穿刺点,局麻后从右侧颈内静脉建立通路,在肝内门静脉分支开始穿刺,或选择左支,推入30~35ml非离子造影剂,速度控制在8ml/s,显影门脉分支,再完成门脉正位和侧位造影,确定穿刺点是否安全,掌控好门脉压力,若术中出现胃底静脉曲张等要用弹簧钢圈和明胶海绵等将其栓塞,再做一次造影,确定无显影后,根据血流动力学等用球囊扩张血管,完成分流,一般直径在8~60mm。根据分流道长短,向内放入10mm×(60~80mm)的金属支架,再次造影确定支架固定良好后,用CT等确定内部出血和压力值,无误后结束手术。

1.3 观察指标

统计治疗6周后再出血例数和存活例数,分别生成再出血发生率和存活率。记录治疗后出现的腹腔积液、门静脉血栓、牙龈出血例数,生成并发症发生率。

1.4 统计学分析

SPSS19.0统计学软件,计数资料采用频数(n)、构成比(%)描述,组间比较采用(χ^2)检验方法, ($P < 0.05$)有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组再出血和存活率

治疗后,观察组比参照组再出血发生率低,有差异($P < 0.05$);但两组无存活率差异($P > 0.05$),详见表1。

表1 两组再出血和存活率对比[n(%)]

组别	例数	再出血例数	发生率	存活例数	存活率
观察组	92	6	6.52	80	86.96
参照组	90	15	16.67	76	84.44
χ^2			4.587		0.235
P			0.032		0.628

2.2 比较两组并发症

治疗后,两组无并发症数据差异($P > 0.05$),详见表2。

表2 两组并发症对比[n(%)]

组别	例数	腹腔积液	门静脉血栓	牙龈出血	发生率
观察组	92	2	3	2	7.61
参照组	90	5	4	1	11.11
χ^2					0.659
P					0.417

3 讨论

EVB会加重肝脏、胃底等血管和软组织损伤,增加门静脉压,机体随时都容易因出血发生更严重的问题。EVB还容易反复,对患者生活影响较重。临床一般在治疗后都会追踪,以便更好地保护患者^[2]。本次研究对EVL和TIPS深入分析,用再出血发生率、存活率等验证疗效,为治疗提供更多保障。两种治疗方式不同,作用也不同,但仅在再出血发生率上有一定差异,无法证明EVL能替代TIPS,或TIPS能替代EVL。临床应辩证看待两种治疗,并在后续工作中继续探究,以便发现更科学的治疗方式,更好地降低EVB风险。

EVL主要利用套扎方式调整血管,快速控制出血等,存活率和并发症都能被控制,但再次出血发生率略高,术后需严密监控。TIPS利用分流、放置支架等控制血管功能,稳定门静脉压,能较好地防止再次出血,但也不排除再次出血。TIPS在存活率和并发症方面也有较好表现,能满足治疗需求。两种治疗方式路径不同,但都需用CT等定时观察,临床能结合实际安排好手术,降低疾病风险。

临床治疗始终都需保持理性,要客观看待出血、肝脏、胃底等,不能盲目推进。EVL和TIPS都能尽快止血,但术后侧追踪重点不同,临床应找到侧重点,有依据的选择手术方式,减少术后不良问题^[3]。如果CT等影像中血管、脏器较清晰,并未出现游离物质或肿瘤状物质,两种治疗可随意选择;若出现游离物质等要先进行造影,验证判断,然后进行TIPS。两种治

(下转第34页)

量 NO 可引起血管迅速扩张, FMD 越大表示血管内皮功能越好。本研究发现病例组术后的血浆 ET-1 水平逐渐下降, 血浆 NO 水平和 FMD 值逐渐升高, 证明介入治疗对 ACS 有较好的改善作用^[1]。P-Selectin 作为反映血小板活化状态的分子标志物, 可通过激活核因子 κ B, 使局部炎症和细胞因子转录增强, 促使中膜平滑肌细胞向内膜迁移、增殖, 并促使单核细胞聚集、浸润, 最终导致动脉粥样硬化发生发展, 但是本研究尚未进行其他相关指标的含量检测, 该机制是否明确存在仍需结合动物实验数据加以探究。sCD40L 为 CD40L 水解产物存在于被激活的血小板内, 与机体免疫系统参与的炎症反应有显著相关性, 其还可以通过增大斑块内脂质核心, 快速影响动脉粥样硬化斑块纤维帽厚度, 并持续加强斑块内炎症活动, 从而改变动脉粥样硬化斑块的稳定情况^[2]。还有研究^[3]指出, sCD40L 可影响泡沫细胞形成速率, 继而反馈影响局部血小板聚集、血管平滑肌增殖速度。结果显示, ACS 患者介入治疗前后指标均发生了显著改变, 与健康人群相比均有显著升高, 提示三项指标与 ACS 患病可有相关性。且介入治疗后三项指标水平均下降, 证明介入治疗对 ACS 有较好的改善作用。

本研究创新之处在于, 不仅比较了 ACS 患者和健康居民之间 4 项特征指标的含量差异, 有助于将上述指标监测用于疾病筛查或早期诊断。同时, 进一步探究了 PCI 手术对 ACS 患者 4 项特征指标表达的具体影响, 有助于从机制上阐明治疗方法对其病情影响的可能机制。但是仍有一定不足之处, 受限于研究经费, 纳入检测的指标个数仍相对有限, 同时本研究仅对各项指标进行了单一性的组间或组内比较, 未结合回归模型等方式综合应用各项指标, 临床应用时候可能存在一定局限性。

参考文献

[1]尹锐, 贾国渠, 陈巍, 等. ACS 患者 PCI 术前后血管内皮功能及炎症因子变化的临床意义[J]. 中国实验诊断学, 2021, 25(2): 304-307.

[2]陈建军, 刘扬河, 曾校, 等. 急性冠状动脉综合征患者经皮冠状动脉介入术前、后外周血 MPV 和血清 VEGF、MMP-9 变化及其与预后的关联性[J]. 中国动脉硬化杂志, 2020, 28(11): 986-990, 1008.

[3]姜亚娟. 冠心病患者 PCI 术前后血浆 hs-CRP、sVCAM-1 及 miR-126 水平变化的研究[D]. 吉林大学, 2016.

[4]Chenglong Z, Fengjuan L, Tianyi L, et al. Beta 2-Microglobulin and the Severity of Coronary Stenosis in Patients With Acute Coronary Syndrome[J]. Heart Lung Circ, 2019, 28(4): 575-582.

[5]Goki U, Tomohisa N, Akira Y, et al. Collaborative Activities of Noradrenaline and Natriuretic Peptide for Glucose Utilization in Patients with Acute Coronary Syndrome [J]. Sci Rep, 2019, 9(1): 7822.

[6]Reham IEM, Mohammed MM, Hanan SED. Serum Zinc Measurement, Total Antioxidant Capacity, and Lipid Peroxide Among Acute Coronary Syndrome Patients With and Without ST Elevation[J]. Appl Biochem Biotechnol, 2019, 188(1): 208-224.

[7]Kamal HS, Komal HS, Iva P, et al. Do circulating blood cell types correlate with modifiable risk factors and outcomes in patients with acute coronary syndrome (ACS)[J]. Indian Heart J, 2015, 67(5): 444-451.

[8]Giuseppe L, Gian LS, Laura B, et al. Relationship between serum galectin-3 values and demographical or biochemical variables in patients without acute coronary syndrome[J]. Int J Cardiol, 2014, 171(2): 270-271.

[9]胡大一. 脂蛋白相关磷脂酶 A2 临床应用专家建议[J]. 中华心血管病杂志, 2015, 10(43): 843-847.

作者简介:

徐赛群(1983年-), 女, 副教授。

符波(1987年-), 男, 医师。

(上接第 30 页)

中的应用效果分析[J]. 中国保健营养, 2020, 030(001): 281-282.

[2]孟晓晖. 无托槽隐形矫治器与固定矫治器在口腔正畸治疗中的效果对比[J]. 首都食品与医药, 2019(017): 32.

[3]任少春. 无托槽隐形矫治器与金属托槽直丝弓矫治器在口腔正畸中应用比较[J]. 中国医疗器械信息, 2020, 026(010): 151-152.

(上接第 31 页)

本研究中, 两组患者入院后分别接受不同类型的超声检查, 结果显示, 经阴道超声检查的诊断准确率达 100.00%, 明显高于经腹部超声检查, 且经阴道超声检查患者的满意度也高于经腹部超声检查患者, 说明经阴道超声检查的优势十分明显。

综上所述, 经阴道超声检查对妇产科急腹症的诊断准确率高于经腹部超声检查, 患者满意度较高, 可以推广应用。

参考文献

(上接第 32 页)

疗都需依托 CT 等影像, 探查好出血点、周边组织、穿刺或结扎位置等。不管选择哪种治疗方式, 都能较好治疗 EVB。临床能为患者负责, 尽量多地让患者存活, 降低术后并发症。EVL 和 TIPS 都能支持预后, 某些时候两者可相互协助, 提高止血效果。临床应秉持发展的思路, 不断在工作中试炼, 保障 EVB 更容易治愈, 防止再出血等, 让食管等部位的血管功能可正常扩张、收缩, 维护好内部血流动力学。经此发现, 治疗后, 观察组比参照组再出血发生率低, 有统计学意义($P < 0.05$); 但无存活率和并发症差异($P > 0.05$), 说明两种方式都可有效治疗 EVB。

综上所述, EVL 和 TIPS 在治疗 EVB 方面作用不同, 虽

152.

[4]刘建捷, 孙娜. 传统直丝弓固定矫治器与无托槽隐形矫治器对正畸患者咬合功能及牙周健康的影响[J]. 中国美容医学, 2019, 274(010): 113-116.

[5]高瑞, 郭磊, 彭博. 两种矫治方法在成人错颌畸形治疗中的应用效果比较[J]. 中国医疗美容, 2019, 009(008): 104-108.

[1]郝玉香. 联合应用经阴道彩超和经腹部彩超诊断妇产科急腹症的临床价值分析[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(14): 2378-2379.

[2]徐倩. 经阴道及经腹部超声在妇科急腹症诊断中的应用[J]. 中国实用医药, 2019, 14(18): 51-52.

[3]邓素梅. 腹部超声联合阴道超声诊断在妇产科急腹症中的应用价值研究[J]. 吉林医学, 2019, 40(6): 1354-1355.

TIPS 术后再出血发生率较低, 但临床也要结合实际选择治疗方式, 确保治疗效果。

参考文献

[1]王胜炳, 关富. 肝硬化食管胃静脉曲张破裂出血的内镜防治: 广东梅州经验[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, v.25(4): 2+7-9+12.

[2]罗茂晓, 彭虹, 罗新华. 内镜下套扎止血联合急诊 TIPS 术抢救食管胃底静脉曲张破裂出血 1 例[J]. 贵州医药, 2019, v.43(9): 91-92+171.

[3]蒋明远, 黄华, 路明亮, 等. EVL 和早期 TIPS 治疗肝硬化急性食管静脉曲张出血的疗效[J]. 昆明医科大学学报, 2020, 41(2): 32-36.