为样本量及每个实验所采取的测定AFP方法的不同,目前尚无早产儿正常AFP值的标准,报道的AFP值相互差异较大,故AFP值多少才能作为预计新生儿黄疸以及两者之间的关系有待进一步研究。

目前在临床中AFP在临床上主要应用为肝癌的早期预测指标,因此通过本实验将可能增加AFP在儿科临床工作中的应用。

关键词:早产儿;甲胎蛋白;高胆红素血症
中图法分类号:R722.17 文献标识码:B

参考文献:

[1] 马秋艳,贾利芳,贺和风.影响早产儿生存质量的因素及防治措施[J].山西医科大学学报,2001,32(5):455-456.
[2] GITLIN D, PERRICELLI A, GITLIN G M. Synthesis of α-fetoprotein by liver, yolk sac, and gastrointestinal tract of human conceptus[J]. Cancer Res, 1972, 32(5): 979-982.
[3] 郭红,肖建平,王秀娜,等.妊娠中晚期孕妇血清AFP、β-hCG、UE3与早产关系的探讨[J].现代妇产科进展,2000,9(5):372-373.
[4] 徐淑娟,徐丽云,曲月明,等.脐血AFP浓度与新生儿免疫反应的关系[J].临床医学杂志,2001,23(3):226-227.
[5] TAN K L, LOGANATH A, ROY A C, *et al*. Cord plasma alpha-fetoprotein values and neonatal jaundice[J]. Pediatrics, 1984, 74(6): 1065-1068.
[6] RISKIN A, DAVID M, PESKIN B, *et al*. The role of umbilical cord alpha fetoprotein as a screening tool for neonatal hyperbilirubinemia[J]. Am J Perinatol, 2004, 21(2): 93-98.

(编辑 薛国文)

文章编号:1000-5404(2006)13-1447-02

经验交流

内镜下套扎联合硬化治疗食管静脉曲张的临床研究

曾素琴[1],马春義[1],周智勇[1],李长政[2],毛永平[2] ([1]中国人民解放军第184医院内一科,鹰潭 335000;[2]解放军总医院消化科,北京 100853)

食管静脉曲张破裂出血(EVB)是肝硬化门脉高压常见的严重并发症之一,起病急,出血量大,首次出血病死率超过50%,未治患者再出血率高达60%[1]。国际上推荐的内镜治疗方法主要有内镜下套扎(EVL)和硬化剂注射(EVS)两种。近年来我们采用EVL联合EVS治疗食管静脉曲张,与单纯使用EVL及EVS治疗进行对照观察,结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2001年4月至2005年4月,120例EVB患者均为慢性乙型病毒性肝炎后肝硬化门脉高压症,按抽签法随机分3组各46、38、36例,分别接受EVL、EVS、EVL+EVS治疗。入选标准:内镜下见食管曲张静脉活动出血;有近期出血史,并见曲张静脉上有血凝块或红色征。排除以下情况:合并肝癌、门脉栓塞者;EVB已行外科或内镜治疗者。食管静脉曲张分级参照中华医学会消化内镜分会2003年食管胃底静脉曲张内镜下诊断和治疗规范试行方案[2]。3组一般情况差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 内镜治疗 术前20 min肌注654~210 mg、安定10 mg(有肝性脑病者不用),出现休克者同时予以抗休克处理。有活动出血者先在出血灶下方开始注射或套扎治疗,无活动出血者在齿状线上1~2 cm开始。EVS组静脉内注射5%鱼肝油酸钠,每点注射硬化剂3~8 ml,每次注射1~4个点,硬化剂总量不超过30 ml。术后禁食8 h后进食温凉流质,7~10 d复查胃镜,对残留曲张静脉重复治疗。EVL组 对准靶静脉,持续吸引至视野成饱满球样且基本全部变红时,立即释放套扎环,自下而上呈螺旋形结扎,每条曲张静脉结扎1~3 cm环,每次共6~12环不等。术后禁食1~2 d,流质3 d后改半流质饮食2周,限制体力活动2周,10~14 d后复查胃镜,追加重复治疗。EVL+EVS组 方法同上,先1~2次EVL,10~14 d后对残留曲张静脉行EVS,静脉内注射5%鱼肝油酸钠2~4 ml,每次总量不超20 ml,7 d后复查胃镜,必要时重复治疗。

1.2.2 内镜复查与随访 疗程结束后,复查胃镜,判断食管静脉曲张消失情况,以后半年内每3月复查1次,若无静脉曲张复发则改为4~6个月复查1次;对静脉曲张复发或静脉曲张再出血者用同样方法再治疗。

1.2.3 疗效评定 急诊止血率:治疗后72 h内无活动性出血,血压脉搏稳定,无呕血黑便,血红蛋白无改变。静脉曲张消失率:指内镜治疗后静脉曲张完全消失或缩小到无法治疗为止。再发出血率:指内镜治疗后呕血和/或黑便,并伴血红蛋白至少下降20 g/L,每次再出血时均行内镜检查。并发症:指内镜治疗导致的任何需要处理、补充治疗或延长住院时间的病情变化。

1.3 统计学处理

运用SPSS 10.0软件,对计数资料组间差异采用χ^2检验,计量资料组间差异采用单因素方差分析。

作者简介:曾素琴(1971-),女,江西省丰城市人,主治医师,主要从事消化临床及消化内镜诊治方面的研究。电话:(0701)7036964,E-mail:tt_zsq@163.com

收稿日期:2005-08-30;修回日期:2006-03-21

2 结果

2.1 疗效

从表1中可以看出，EVS、EVL、EVL + EVS 3组急诊止血率、静脉曲张消失率均在90%以上，比较无显著差异（$P > 0.05$）；再发出血率、静脉曲张复发率3组比较，EVL组明显高于EVS及EVL + EVS组（$P < 0.05$）；总并发症发生率3组中EVS组明显高于EVL及EVL + EVS组（$P < 0.05$）。

表1 3组治疗疗效比较

	例数	急诊止血	静脉曲张消失	再发出血	静脉曲张复发	总并发症
EVS组	38					
例数		36	35	4	6	7
%		94.7	92.1	10.5	15.8	18.4
EVL组	46					
例数		43	42	10	13	3
%		93.5	91.3	21.7	28.3	6.52
EVL+EVS组	36					
例数		35	34	3	3	1
%		97.3	94.4	8.3	8.3	2.86
χ^2		0.604	0.300	6.837	7.324	6.060
P		0.739	0.861	0.033	0.026	0.048

2.2 并发症

本研究中EVS组1例拔针时出血，经镜下气囊压迫同时追加硬化剂10 ml后出血停止；2例术后溃疡并发早期再出血，于溃疡灶下追加硬化治疗及内科综合治疗出血停止；2例术后出现高热不退，经加强抗感染治疗后热退；1例治疗后并发食管狭窄经球囊扩张治疗好转；EVL和EVL + EVS两组各有1例于术后5～7 d因过早进食粗硬食物致套扎环过早脱落引起术后早期出血，均无因治疗后溃疡并发出血、穿孔、狭窄等并发症发生。

3 讨论

EVS与EVL是内镜下治疗EVB的两种有效方法，但各有优缺点。重度食管静脉曲张EVL较易套扎，一般不会出血，轻度食管静脉曲张则因易滑脱难以套扎；而EVS在治疗重度食管静脉曲张时易发生拨针时针孔喷血是一大缺点，故重度食管静脉曲张先行EVL，待曲张静脉变细后再行EVS，这样更安全[3]。同时由于各组均定期复查胃镜、追加治疗，可有效地防治食管静脉曲张复发[4-6]。

由于EVL只能结扎黏膜及黏膜下层的曲张静脉而留有深层静脉及交通静脉，因此静脉曲张复发早，复发率也高[7]，由此所致的曲张静脉远期再发出血率也高，需多次胃镜复查并追加治疗；相反，EVS可使硬化剂进入食管深层静脉，阻断食管周围、食管旁曲张静脉及交通静脉[8]，因此静脉曲张复发率及远期再发出血率低。另外，由于EVL只作用于曲张静脉局部，治疗形成的食管溃疡浅，很少发生治疗中的溃疡出血和治疗后食管狭窄等并发症，而未经EVL的单纯EVS治疗，由于每次硬化剂剂量大，治疗次数相对较多[9]，易引起食管深大溃疡，并可能导致治疗近期溃疡出血及远期食管狭窄，甚至食管穿孔或硬化剂远端脏器浸润栓塞等严重并发症的发生。

为提高疗效、减少并发症发生，我们采用EVL联合小剂量EVS治疗，使两者产生互补协同效应。EVL治疗后曲张静脉变细、血流减缓，再联合EVS治疗可使硬化剂在静脉曲张内滞留时间更长，而且硬化剂能进一步阻断食管深部的曲张静脉和交通静脉，因此可以加快静脉曲张的消除，降低静脉曲张的复发率及远期静脉曲张再出血率；EVL后联合EVS可明显减少EVL和（或）EVS治疗次数及硬化剂使用量，最大限度地减少硬化剂引起的局部和全身并发症[10]。同时也减轻了患者的痛苦和经济负担。

本研究显示，EVL联合EVS治疗食管静脉曲张，避免了二者的缺点，又产生了优势协同，使疗效更确切、治疗更安全，是目前治疗食管静脉曲张比较理想的方法。

关键词：内镜；套扎；硬化治疗；食管静脉曲张
中图法分类号：R573.105 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] DE-FRANCHIS R, PRIMIGNANI M. Endoscopic treatments for portal hypertension [J]. Semin Liver Dis, 1999, 19(4): 439-455.
[2] 中华医学会消化内镜学分会. 食管胃静脉曲张内镜下诊断和治疗规范试行方案(2003年)[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(3): 149-151.
[3] 姚礼庆, 赵晓菁, 刘天舒, 等. 胃镜结扎及硬化剂注射治疗食管静脉曲张的临床应用[J]. 中国内镜杂志, 1997, 3(2): 18-19,26.
[4] 程留芳, 王志强, 蔡逢春, 等. 食管静脉曲张出血硬化治疗十三年回顾[J]. 中华消化杂志, 2001, 21(11): 658-660.
[5] 华中州. 采用吻合器行联合断流术治疗食管胃底静脉曲张出血36例[J]. 郑州大学学报:医学版, 2005, 40(5): 983.
[6] 冯爱娟,王宗海,陈东风. 216例肝硬变患者非食管胃底静脉曲张破裂出血临床分析[J]. 第三军医大学学报, 2004, 26(14): 1277, 1280.
[7] HOU M C, LIN H C, LEE F Y, *et al*. Recurrence of esophageal varices following endoscopic treatment and its impact on rebleeding: comparison of sclerotherapy and ligation[J]. J Hepatol, 2000, 32(2): 202-208.
[8] DHIMAN R K, CHOUDHURI G, SARASWAT V A, *et al*. Role of paraoesophageal collaterals and perforating veins on outcome of endoscopic sclerotherapy for oesophageal varices: an endosonographic study [J]. Gut, 1996, 38(5): 759-764.
[9] 程留芳, 令狐恩强, 王志强, 等. 食管静脉曲张硬化与结扎加硬化治疗食管静脉曲张的对照研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2001, 18(4): 213-215.
[10] 朱志华. 内镜下连续套扎术加小剂量硬化剂治疗食管静脉曲张的临床观察[J]. 临床内科杂志, 2003, 20(10): 541-542.

（编辑 薛国文）