论著

文章编号:1000-5404(2014)10-1102-03

食管静脉曲张内镜下不同治疗方法对门脉高压性胃病的影响

费润欢,廖化禹,陈 磊,龙庆林,汪荣泉,彭贵勇 (400038 重庆,第三军医大学西南医院全军消化病研究所)

[摘要] **目的** 探讨食管静脉曲张的不同内镜治疗方式对门脉高压性胃病的影响程度。**方法** 回顾性总结2007年1月至2012年12月间在我院接受食管静脉曲张内镜下治疗的307例肝硬化患者的临床资料,根据治疗方式,将上述患者分为套扎组(210例),硬化组(97例),对其术前、术后的门脉高压性胃病的程度进行对比分析。**结果** 内镜下套扎组无论是短期(1周)还是远期的(3个月后)对门脉高压性胃病都有影响,造成新增门脉高压性胃病或者门脉高压性胃病程度的加重,而硬化治疗组则对门脉高压性胃病的影响不大。两组间比较仅术后1周的差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 内镜下套扎相对于硬化治疗对门脉高压性胃病的影响更大,可能与引起胃血流的急性改变有关。

[关键词] 食管静脉曲张;内镜下套扎;内镜下硬化治疗;门脉高压性胃病
[中图法分类号] R571.3;R573;R768.2 [文献标志码] A

Effects of endoscopic injection sclerotherapy and variceal ligation on development of portal hypertensive gastropathy

Fei Runhuan, Liao Huayu, Chen Lei, Long Qinglin, Wang Rongquan, Peng Guiyong (Institute of Gastroenterology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 400038, China)

[**Abstract**] **Objective** Detect the influence of variceal eradication on portal hypertensive gastropathy (PHG). **Methods** A total of 307 consecutive patients with cirrhosis and portal hypertension who underwent elective endoscopic variceal ligation (EVL, $n=210$) or endoscopic sclerotherapy (ES, $n=97$) for obliteration of esophageal varices between Jan. 2007 and Dec. 2012 were enrolled for this study. Both groups were compared for clinical data and PHG formation before and after eradication. **Results** PHG grade after eradication of esophageal varices by EVL was significantly higher than that before eradication, either a week after eradication or 3 months after eradication. PHG incidence and aggravation degree were significantly higher in the EVL group than in the ES group one week after eradication. **Conclusion** Esophageal eradication with EVL has more impact on the incidence and the severity of PHG, which may result from acute gastric hemodynamic changes.

[**Key words**] esophageal varix; endoscopic variceal ligation; endoscopic sclerotherapy; portal hypertensive gastropathy

Corresponding author: Peng Guiyong, Tel: 86-23-68765185, E-mail: pgy63@163.com

食管静脉曲张破裂是肝硬化患者上消化道大出血的常见原因,死亡率可以高达60%[1]。近年来,内镜治疗被认为是食管静脉曲张的首选治疗方法,不仅可以治疗出血,而且可以通过套扎和硬化的方法达到根除曲张静脉,从而预防再出血。但由于内镜下食管静脉曲张套扎术(endoscopic variceal ligation, EVL)和硬化术(endoscopic sclerotherapy,ES)从原理上来讲都等同于"断流术",不仅不能改善门静脉高压,还能造成胃血管的血流动力学改变,因此,有研究报道内镜下治疗后患者的胃底静脉曲张程度和门脉高压性胃病(portal hypertensive gastropathy, PHG)的严重程度有可能加重[2-3],但到底哪种治疗方式对PHG的影响更重目前尚未得到公认。本研究拟通过对我院近5年以来的行食管静脉曲张内镜下治疗患者的临床、内镜资料进行回顾性总结,明确内镜下治疗对门脉高压性胃病影响的严重程度,从而为治疗方式的选择提供临床参考。

[通信作者] 彭贵勇,电话:(023)68765185, E-mail:pgy63@163.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140313.1309.008.html(2014-3-13)

1 资料与方法

1.1 临床资料

2007 年 1 月至 2012 年 12 月共有 307 例肝硬化失代偿期伴食管静脉曲张的住院患者,肝硬化合并肝癌患者因肝癌可能引起门脉癌栓,加重门静脉高压,故不予入组。所有入组患者在西南医院消化内镜中心接受食管静脉曲张的内镜下治疗,其中,210 例接受 EVL,其中男性 152 例,女性 58 例,年龄 19 ~ 71(42.4 ± 5.7)岁;97 例接受 ES,其中男性 65 例,女性 32 例,年龄 27 ~ 65(44.7 ± 8.5)岁。所有患者临床病例资料均储存于我院"军字一号"医生工作站,内镜图片资料存储于图像存储及传输系统(PACS 系统)。两组年龄、性别、肝硬化病因及肝功能均具有可比性(表 1)。

1.2 治疗方法

采用 Olympus GIF-Q260 电子胃镜, 六连发套扎器(Wilson-cook) 从食管胃交界处或出血远侧开始静脉套扎, 逐步螺旋上升套扎其他曲张静脉。硬化剂采用聚桂醇, 25 号注射针头, 先从贲门附近的静脉开始, 直接向曲张静脉内注射硬化剂 2 ~ 5 mL, 每次总量不超过 30 mL。在每次硬化或套扎时尽量治疗所有曲张静脉。对有活动性出血或近期出血征的静脉作出血灶远近侧硬化剂或套扎治疗。EVL 和 ES 均为每周实行 1 次, 直至食管静脉曲张消除。EVL 平均每次每例套扎 5.3 环, 每例需要(8.4 ± 3.5)环。ES 组平均每例每次需要注射 5.6 mL 聚桂醇, 每例需要(12.6 ± 5.8)mL 聚桂醇。其他对症、支持等治疗基本相同。

1.3 食管静脉曲张及 PHG 判断标准

食管静脉曲张程度依据日本门脉高压症研究会 1991 年修订的记录标准[4],PHG 诊断依据 McCormack 分级标准分为: 轻度(细小的粉红色斑点,浅表红斑和蛇皮样黏膜改变) 、重度(散在樱桃红斑点或弥漫性出血改变)。由 2 名高年资消化内镜医师根据对应病例胃镜检查记录存档的影像资料共同评定。

1.4 随访

食管静脉曲张消除后第 1 周、第 3 个月各复查 1 次胃镜, 如无复发征象, 以后每隔 6 个月复查 1 次胃镜。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 13.0 统计学软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,数据处理采用 t 检验,计数资料用百分比表示,样本率的比较采用 χ^2 检验。

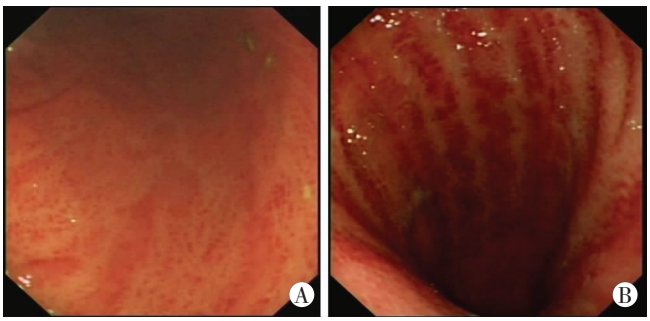
2 结果

2.1 治疗前患者 PHG 的分级

EVL 组患者中有 162 例存在 PHG,其中轻度 135 例(64.2%),重度 27 例(12.9%);ES 组中有 71 例存在 PHG,其中轻度 56 例(57.7%),重度 15 例(15.5%)。具体见表 1。两组术前 PHG 的程度无统计学差异($\chi^2 = 1.216$, $P > 0.05$)。

2.2 治疗后 1 周两组患者 PHG 的分级

治疗后两组患者的 PHG 严重程度均有不同程度增高,对于 EVL 组,治疗后 1 周复查内镜发现新发 PHG 34 例,其中轻度 PHG 较前增多 16 例,重度 PHG 较前增多 18 例(图 1、2);治疗 3 个月后复查内镜,与术前比新增 PHG26 例,其中轻度 PHG 增多 13 例,重度 PHG 增多 13 例。对于 ES 组,治疗后 1 周新增 PHG 6 例,其中轻度 PHG 增多 5 例,重度 PHG 增多 1 例;治疗 3 个月后与术前比新增 PHG11 例,其中轻度 PHG 增多 7 例,重度 PHG 增多 4 例(表 2)。采用行列分割的两两比较表明,内镜下治疗 1 周后与术前相比,ES 组的 PHG 增加以及严重程度变化不明显($\chi^2 = 1.029$, $P > 0.05$),而 EVL 组 PHG 增加以及严重程度变化有显著统计学差异($\chi^2 = 24.040$, $P < 0.01$);与治疗前相比,3 个月后 EVL 组的 PHG 演进仍有统计学差异($\chi^2 = 12.777$, $P < 0.05$),而 ES 组同样无显著差异($\chi^2 = 3.834$, $P > 0.05$)。



A:治疗前;B:治疗后 1 周

图 1 胃镜检查对比门脉高压性胃病患者套扎治疗前后 PHG 程度变化

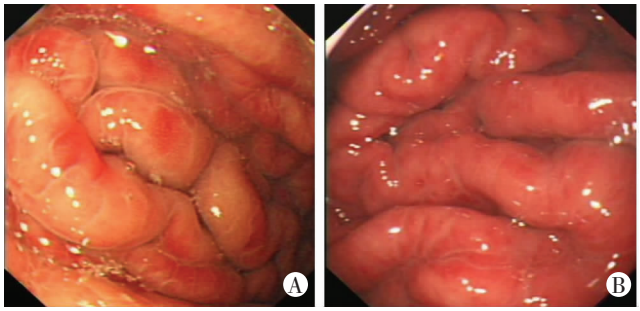
两组间进行比较,两组术前 PHG 分级无明显差异($\chi^2 = 1.126$, $P = 0.544$),术后 1 周两组间 PHG 演进(按照新增的 PHG 和加重的 PHG 数)差异显著($\chi^2 = 13.256$, $P < 0.01$),3 个月后复诊两组间无统计学差异($\chi^2 = 1.675$, $P > 0.05$)。

表 1 两组患者的基本临床资料比较

组别	n	年龄(岁)	男/女(例)	病因(例)			Child-Pugh 分级(例)			食管静脉曲张程度(例)			红色征(例)		术前 PHG 分级(例)		
				病毒性	酒精性	自身免疫性	A	B	C	F1	F2	F3	*RC* +	*RC*-	无	轻	重
EVL 组	210	42.4 ± 5.7	152/58	166	37	7	42	138	30	13	85	112	184	26	48	135	27
ES 组	97	44.7 ± 8.5	65/32	58	19	10	21	63	13	10	23	64	79	18	26	56	15

表 2 两组肝硬化失代偿期伴食管静脉曲张患者治疗前后 PHG 分级情况比较(例)

组别	n	无 PHG			轻度 PHG			重度 PHG		
		治疗前	治疗后 1 周	治疗 3 个月后	治疗前	治疗后 1 周	治疗 3 个月后	治疗前	治疗后 1 周	治疗 3 个月后
EVL 组	210	48	14	22	135	151	148	27	45	40
ES 组	97	26	20	15	56	61	63	15	16	19



A:治疗前;B:治疗后1周

图2 胃镜检查对比门脉高压性胃病患者硬化治疗前后PHG程度变化

3 讨论

内镜下治疗目前已经被公认是治疗和预防静脉曲张出血的首选方法,但有报道食管曲张静脉的内镜下治疗有可能加重胃底静脉曲张和门脉高压性胃病的严重程度,而门脉高压性胃病作为肝硬化患者的常见原因之一,同样具有重要的临床意义。正如其命名一样,目前认为门脉高压性胃病是肝硬化或其他原因所致门静脉压力升高所致,门静脉高压造成充血性的胃血管扩张,病变的胃黏膜可以不伴有明显的炎症[5-7]。内镜下套扎和硬化都是对食管静脉的阻断,从根本上讲都属于"断流术",必然对上游的胃血管的血流动力学造成影响,从而可能影响PHG的程度。但实际临床上关于这个方面还有所争论,多数研究者认为内镜下套扎和硬化治疗会使胃血流动力学改变从而加重PHG的程度[8-9],但也有研究认为食管静脉的内镜下治疗对PHG影响不大[10]。

在本研究中,我们回顾性总结了接受食管静脉曲张的内镜下治疗的307例肝硬化患者的临床、内镜资料,并根据患者的治疗方式分为套扎组和硬化组,两组年龄、性别、肝硬化病因及肝功能及术前PHG程度均无统计学差异,具有可比性。治疗后两组患者的PHG严重程度均有不同程度增高,但内镜下套扎相对于硬化治疗更容易影响PHG,造成新增PHG或者PHG程度的加重。EVL组的PHG无论是短期(1周)还是远期的(3个月后)的演进都具有统计学意义,而ES组影响不大($P>0.05$)。国内王正江等[11]的研究结果提示:与EVL相比,ES更易影响PHG的严重程度,该作者认为套扎治疗主要闭塞食管静脉,而其侧支未完全闭塞,胃静脉血流受阻程度轻,故发生PHG率低,而反复硬化剂治疗致食管曲张静脉消失后,门静脉经食管静脉至奇静脉的侧支循环关闭,门静脉压力更加升高,使近段胃静脉血流受阻,从而进一步加重PHG。该结果与我们的观察结果相悖。EVL是对食管静脉血流的急性阻断,而ES是刺激血管内皮形成血栓阻断血流,是个相对慢性的过程,因此EVL治疗后食管旁曲张静脉不能在短时间内充分代偿或者新的侧支循环还未形成,造成胃循环障碍,从而短期内更易加重PHG程度。在经过一段时间的适应以及新的侧支循环建立后,PHG的程度能够有所减轻,我们的观察结果提示EVL组在治疗1周后PHG程度最重,而治疗3个月后复查PHG程度较1周后有所减轻,而ES组无论治疗后1周还是3个月后变化都不明显,这与我们的推断符合。

对食管曲张静脉曲张可采用硬化剂注射和套扎的方法,两种方法各有其优缺点,相对来说,ES具有更高的并发症发生率,如食管深溃疡、食管狭窄、反应性胸水等,而文献表明联合使用两种方法的疗效并不优于单用EVL。而本研究提醒我们在注重控制出血以及根除食管静脉的同时,还需要考虑不同治疗方式对门脉高压性胃病的影响,因后者也是肝硬化门脉高压患者潜在的出血原因。我们的研究表明,套扎对门脉高压性胃病的影响更大,值得警惕。

参考文献:

[1] Irani S, Kowdley K, Kozarek R. Gastric varices: an updated review of management[J]. J Clin Gastroenterol, 2011, 45(2): 133-148.

[2] Biecker E. Portal hypertension and gastrointestinal bleeding: diagnosis, prevention and management[J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(31): 5035-5050.

[3] McCormick P A, Sankey E A, Cardin F, *et al*. Congestive gastropathy and *Helicobacter pylori*: an endoscopic and morphometric study[J]. Gut, 1991, 32(4): 351-354.

[4] Smart H L, Triger D R. Clinical features pathophysiology and relevance of portal hypertensive gastropathy[J]. Endoscopy, 1991, 23(4): 224-228.

[5] Merkel C, Schipilliti M, Bighin R, *et al*. Portal hypertension and portal hypertensive gastropathy in patients with liver cirrhosis: a haemodynamic study[J]. Dig Liver Dis, 2003, 35(4): 269-274.

[6] 黄蔚. 门脉高压性胃病发病机制的研究进展[J]. 中国实用医药, 2007, 2(36): 167-169.

[7] Ripoll C, Garcia-Tsao G. Management of gastropathy and gastric vascular ectasia in portal hypertension[J]. Clin Liver Dis, 2010, 14(2): 281-295.

[8] 王泳,李涛, 张雪松, 等. 内镜下硬化治疗食管静脉曲张的42例临床分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2010, 27(2): 106-107.

[9] Shevchenko IuL, Obukhovski B I, Iakovenko A V. The clinical course of portal hypertensive gastropathy after ligation of esophageal varicose veins[J]. Klin Med (Mosk), 2007, 85(5): 47-51.

[10] 王兵, 姚运河, 王利明, 等. 食管静脉曲张治疗与门脉高压性胃病的关系[J]. 中华消化内镜杂志, 2000, 17(4): 234-235.

[11] 王正江,朱立宁. 内镜下套扎及硬化治疗与门脉高压性胃病研究[J]. 实用临床医药杂志, 2010, 14(21): 96-97.

(**收稿**:2014-01-26;**修回**:2014-02-14)

(编辑 王 红)