维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2008年第17卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg, 2008, Vol. 17, No. 3

内窥镜在上消化道出血中的治疗作用

Endoscopic therapy for upper gastrointestinal bleeding

张朋彬，李宜辉 （第三军医大学附属新桥医院消化内科，重庆 400037）

[关键词] 上消化道出血；内窥镜；治疗；循证医学
[中图分类号] R573.2；R730.49 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)03-0199-02

上消化道出血是消化系统常见的急症，死亡率高达11%。根据病因，上消化道出血大体可分为两类，非静脉曲张破裂型（non-variceal upper gastrointestinal bleeding，NUGB）及静脉曲张破裂型（variceal upper gastrointestinal bleeding，VUGB）。其治疗手段多为内科保守疗法及外科手术治疗，患者住院时间长，经济耗费高，因此寻求新的治疗方法成为一种必然趋势。在上世纪80年代，尽管内窥镜在诊断上消化道疾病中起着越来越重要的作用，但在上消化道出血中治疗作用尚未引起重视。近年来，随着内窥镜技术的发展，经内窥镜对上消化道出血进行诊治得到了广泛应用，尤其是在上消化道出血的危险性评估以及治疗上得到了日益增多的证据，在降低患者死亡率、减少住院费用及改善了患者预后方面，取得了较好的效果[1]。

1 内镜窥镜治疗非静脉曲张破裂出血

1.1 非静脉曲张破裂出血的一般情况

上消化道非静脉曲张破裂出血的常见原因为消化性溃疡、急性胃粘膜病变、Mallory-Weiss综合征及Dieulafoy病等，其中以消化性溃疡居首。这些患者有80%出血可自行停止，另20%经保守治疗或手术治疗出血才能停止。一系列研究证明，NUGB患者存在活动性出血（喷血或渗血）者，经内科保守治疗后，其再出血的机率为55%；当有裸露血管残端时其再出血的机率为43%；病变局部有血凝块附着时的再出血率为22%；病变底面相对较干净者，患者再出血机率小，预后较好。因此将活动性出血、裸露血管残端及血凝块附着称为NUGB的高危征象，因其再出血率高，预后较差，当内窥镜检查时若发现上述征象，应行内窥镜下治疗。非高危征象再出血率低，预后较好，无需内窥镜下治疗[1-2]。

1.2 非静脉曲张破裂出血的治疗方法

内窥镜治疗NUGB的主要措施包括三种方法，即注射疗法、热凝固疗法及机械疗法。注射疗法是向病变处注射生理盐水、硬化剂或含肾上腺素的生理盐水（1∶10 000）等，使局部组织肿胀，压迫出血血管达到止血作用；热凝固疗法是用热探头、氩离子气流或热电极产生的热能，使局部组织血管内凝血而产生止血作用；机械疗法则是用血管夹（hemoclip）钳夹出血血管而止血。对于高危NUGB，经内窥镜治疗后，无论是注射疗法还是热凝固疗法，90%以上均能达到即刻止血，与内科保守治疗相比，患者的再出血率、手术率及死亡率均明显下降。在治疗效果方面，不同的注射疗法与不同的热凝固疗法无区别，注射疗法与热凝固疗法也无区别，但是注射疗法与热凝固疗法相结合，则比单一疗法效果好。Calvet等研究发现，在注射治疗止血后再加用热凝固疗法，可使再出血率从18.4%降至10.6%，死亡率从5.1%降至2.6%，较单一疗法效果更好[2]。在内窥镜治疗方法中，尽管注射疗法与热凝固疗法疗效相似，但是血管夹对高危NUGB的治疗效果高于前两者。Chou等研究发现，对于高危消化性溃疡并出血患者，分别进行血管夹及注射疗法，尽管均使出血停止，且住院天数及死亡率相当，但是注射疗法的再出血率明显高于血管夹法[3-4]。同样治疗消化性溃疡并出血，血管夹法与热凝固疗法相比，二者在止血率、30日死亡率及手术率相仿，但是热凝固疗法的再出血率为21%，血管夹法为1.8%，二者相差显著（$P<0.05$）。而且血管夹法的住院日期及输血量低于热凝固法[5-6]。在内窥镜治疗Dieulafoy病并出血时，也得到了相似的观察结果，血管夹法的止血率高于热凝固法，再出血率较热凝固法低。对于NUGB低危患者，如果溃疡底面较干净，内窥镜治疗与保守治疗结果相仿。Bleau等研究发现，消化性溃疡引起的NUGB，内窥镜检查发现溃疡底面附着血凝块时，经内科保守治疗后其再出血率为34.3%；若内窥镜下给予注射肾上腺素及热凝固疗法，则患者再出血率下降为4.8%，二者相差非常明显[3]。

经内窥镜治疗NUGB，止血率可达到98%，影响止血的因素除大量出血、视野受影响、无法正确判断出血部位外，Wong等研究发现，对于溃疡直径大于2 cm的活动性出血合并休克者，行内窥镜下肾上腺素注射及热凝固疗法，内窥镜止血的的成功率较低，即使止血成功，其再出血的机率也较大。消化性溃疡并出血行注射疗法时，失败相关因素包括休克、活动性出血、溃疡位于小弯侧及溃疡直径大于2 cm[5-6]。

NUGB经内窥镜治疗前后，需加用质子泵抑制剂（proton-pump inhibitor，PPI）以降低再出血。应用PPI的目的是降低胃酸分泌，使胃内pH >6.0，减少纤溶，增强血小板聚集，稳定溃疡表面的血凝块，加强止血。一些研究也发现，即使单用PPI也能减少上消化道患者的再出血；在内窥镜治疗后加用PPI，无论是口服还是静脉应用，与单用内窥镜治疗相比，能显著降低患者的出血量及手术率，并能降低再出血率。经首次内窥镜治疗止血后，若患者复发出血，则行第2次内窥镜治疗，第2次内窥镜的治疗效果与外科手术相比，在住院天数、监护时间及输血量方面均相似，但是并发症较外科手术要少[7-8]。

[收稿日期] 2007-10-28 [修回日期] 2007-12-08

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 内镜治疗静脉曲张破裂出血

2.1 静脉曲张破裂出血的一般情况

上消化道静脉曲张破裂出血，多见于肝硬化、Budd-Chiary综合征。由于内脏血流不能顺利通过肝脏回流，导致门静脉压力增高，使血流通过食管胃底等侧枝循环回流，造成食管胃底静脉曲张，曲张静脉极易破裂引起出血。出血后有60%的患者在7～10 d内会再出血，死亡率可达50%。因此制止出血，防止再出血，成为VUGB治疗的关键[9]。

2.2 静脉曲张破裂出血的治疗方法

目前经内窥镜治疗VUGB的主要手段是注射硬化剂和套扎。注射硬化剂的方法有两种，曲张静脉旁注射(intravariceal)和曲张静脉内注射(paravariceal)。注射硬化剂后，可以达到局部血管内凝血，从而阻断血流，达到止血的目的。注射硬化剂可使止血率达到90%左右，与生长抑素等血管活性药物治疗效果相当或更好，并能减少早期的再出血及死亡率[13]，但是注射硬化剂易引起较多的并发症，如食管溃疡、食管狭窄及血管栓塞等。套扎是经内窥镜用橡皮圈对出血及非出血静脉进行套扎，通过阻断血管而达到止血及消除曲张静脉的目的。目前研究发现，套扎即时止血的效果与注射硬化剂效果相当，但是其并发症较注射硬化剂少[10]。套扎与注射硬化剂结合并不比单用套扎或硬化剂效果好，在再出血、死亡率及清除曲张静脉所需内窥镜治疗次数方面无明显区别，但却使食管狭窄等并发症增多[11]。

反复多次进行注射硬化剂与套扎，逐渐消除曲张静脉，能降低并预防再出血。非选择性β受体阻滞剂能降低心率，减少心脏血流，降低门静脉压力，对预防VUGB出血有较好的疗效。研究发现，在预防VUGB方面，注射硬化剂的效果优于心得安。而套扎与流向硬化剂相比，前者在再出血率、死亡率及内窥镜治疗次数方面优于后者，食管狭窄等并发症也较后者少[12]。生长抑素及心得安等血管活动性药物也可减少内脏血流量，降低门脉压力，在VUGB的止血及防止再出血方面有较好的疗效。内窥镜下套扎或注射硬化剂治疗VUGB，若同时加用生长抑素等血管活性药物进行治疗，使内窥镜医师在治疗时有个清晰的视野，在治疗后也能保持较低的门脉压力，减少再出血的机会。Banres等研究发现，在内窥镜治疗时加用血管活性药物，即刻止血率及5日止血率均较不加用药物效果好，但对于死亡率无影响[12]。

经颈静脉肝内门体分流术(Transjugular intrahepatic portosystemic shunt，TIPS)是创伤较小的介入手术，它是经颈静脉在肝实质内建立门静脉与肝静脉的通道，降低门静脉压力，减少曲张静脉的血流，从而达到止血目的。因其创伤小，多数患者能承受，在VUGB治疗中得到了广泛的应用。与TIPS相比，内窥镜下治疗VUGB在即刻止血率及低于TIPS，再出血率方面高于TIPS。但是TIPS占用较多的医用资源，有较多的并发症，如肝性脑病。目前不主张TIPS作为VUGB的一线治疗方案，而作为内窥镜治疗及药物治疗失败后的补救措施[13]。

总之，经内窥镜对上消化道出血进行治疗效果显著，应该作为上消化道出血治疗的首选方法。对上消化道出血患者，遵循循证医学结果，及早进行内窥镜检查并对患者进行评估，对高危病人进行内窥镜下治疗，制止出血，减少出血量及输血量，降低死亡率。在内窥镜的治疗的同时，给予合适的药物，加强内窥镜的治疗效果。若患者经内窥镜不能止血，或二次止血后又复发者，应考虑放射介入或外科手术治疗。

[参考文献]

[1] Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving[J]. BMJ, 1995,310(6987): 1122－1126.

[2] Calvet X, Vergara M, Brullet E, et al. Addition of a second endoscopic treatment following epinephrine injection improves outcome in high-risk bleeding ulcers[J]. Gastroenterology, 2004,126(2):441－450.

[3] Bleau BL, Gostout CJ, Sherman KE, et al. Recurrent bleeding from peptic ulcer associated with adherent clot: a randomized study comparing endoscopic treatment with medical therapy[J]. Gastrointest Endosc, 2002,56(1):1－6.

[4] Chou YC, Hsu PI, Lai KH, et al. A prospective, randomized trial of endoscopic hemoclip placement and distilled water injection for treatment of high-risk bleeding ulcers[J]. Gastrointest Endosc, 2003,57(3):324－328.

[5] Cipolletta L, Bianco MA, Marmo R, et al. Endoclips versus heater probe in preventing early recurrent bleeding from peptic ulcer: a prospective and randomized trial[J]. Gastrointest Endosc, 2001,53(2):147－151.

[6] Wong SK, Yu LM, Law JYW, et al. Prediction of therapeutic failure after adrenaline injection plus heater probe treatment in patients with bleeding peptic ulcer[J]. Gut, 2002,50(3):322－325.

[7] Lau JYW, Sung JJY, Lan YH, et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers[J]. N Engl J Med, 1999,340(10):751－756.

[8] Andriulli A, Annese V, Caruso N, et al. Proton-pump inhibitors and outcome of endoscopic hemostasis in bleeding peptic ulcers: a series of meta-analyses[J]. Am J Gastroenterol, 2005,100(1):207－219.

[9] Chung IK, Kim EJ, Lee MS, et al. Bleeding Dieulafoy's lesions and the choice of endoscopic method: comparing the hemostatic efficacy of mechanical and injection methods[J]. Gastrointest Endosc, 2000,52(6):721－724.

[10] D'Amico G, Pietrosi G, Tarantino I, et al. Emergency sclerotherapy versus vasoactive drugs for variceal bleeding in cirrhosis: a Cochrane meta-analysis[J]. Gastroenterology, 2003,124(5):1277－1291.

[11] Karsan HA, Morton SC, Shekelle PG, et al. Combination endoscopic band ligation and sclerotherapy compared with endoscopic band ligation alone for the secondary prophylaxis of esophageal variceal hemorrhage: a meta-analysis[J]. Dig Dis Sci, 2005,50(2):399－406.

[12] Banares R, Albillos A, Rincon D, et al. Endoscopic treatment versus endoscopic plus pharmacologic treatment for acute variceal bleeding: a meta-analysis[J]. Hepatology, 2002,35(3):609－615.

[13] Papatheodoridis GV, Goulis J, Leandro G, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt compared with endoscopic treatment for prevention of variceal rebleeding: A meta-analysis[J]. Hepatology, 1999,30(3):612－622.

(编辑:周小林)