

# 急诊内镜下组织胶注射术联合硬化-套扎术同步序贯治疗食管胃底静脉曲张出血58例

曹立军, 贺学强, 张清勇, 沈林艳, 唐婷, 熊红, 熊君

**背景资料**  
食管胃底静脉曲张出血是各种原因所致患者门静脉高压最常见的并发症和主要死因之一, 其病情凶险, 病死率高, 首次出血病死率为40%以上, 再次出血病死率为60%以上, 随着消化内镜技术的不断发展, 内镜下硬化、套扎或组织胶注射栓塞术等止血治疗的应用, 食管胃底静脉曲张出血的抢救成功率明显提高, 但单一内镜下止血治疗其并发症多, 且再出血发生率也相当高, 内镜下联合止血治疗可以降低并发症及再出血发生率。

曹立军, 贺学强, 张清勇, 沈林艳, 唐婷, 熊红, 熊君, 中国人民解放军181医院消化科 广西壮族自治区桂林市 541002

曹立军, 主治医师, 主要从事消化系统疾病的诊疗及内镜下操作治疗的研究。

作者贡献分布: 曹立军与贺学强主要负责完成课题设计、栓塞术联合硬化-套扎术操作、数据统计分析、论文撰写及修改; 张清勇、沈林艳、唐婷及熊红负责病例收集及数据统计分析, 术前、术后治疗观察; 熊君负责栓塞术联合硬化-套扎术护理操作过程、病例收集及数据统计分析。

通讯作者: 贺学强, 副主任医师, 541002, 广西壮族自治区桂林市象山区新桥园路1号, 中国人民解放军181医院消化科。

sgyclj1000@126.com

电话: 0773-2080797

收稿日期: 2014-08-04 修回日期: 2014-10-17

接受日期: 2014-10-29 在线出版日期: 2014-11-28

## Emergency endoscopic cyanoacrylate injection combined with sclerotherapy-ligation for treatment of esophageal and gastric variceal bleeding

Li-Jun Cao, Xue-Qiang He, Qing-Yong Zhang, Lin-Yan Shen, Ting Tang, Hong Xiong, Jun Xiong

Li-Jun Cao, Xue-Qiang He, Qing-Yong Zhang, Lin-Yan Shen, Ting Tang, Hong Xiong, Jun Xiong, Department of Gastroenterology, the 181<sup>st</sup> Hospital of People's Liberation Army, Guilin 541002, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China

Correspondence to: Xue-Qiang He, Associate Chief Physician, Department of Gastroenterology, the 181<sup>st</sup> Hospital of People's Liberation Army, 1 Xinqiaoyuan Road, Xiangshan District, Guilin 541002, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China. sgyclj1000@126.com

Received: 2014-08-04 Revised: 2014-10-17

Accepted: 2014-10-29 Published online: 2014-11-28

## Abstract

**AIM:** To explore the clinical efficacy and complications of emergency endoscopic cyanoacrylate injection combined with sclerotherapy-ligation for esophageal and gastric variceal bleeding.

**METHODS:** Clinical data for 58 patients with

acute esophageal or gastric variceal bleeding who were treated by emergency endoscopic cyanoacrylate injection combined with sclerotherapy-ligation and followed for 6 mo after the procedure were retrospectively analyzed.

**RESULTS:** Immediate hemostasis was achieved in all cases, and the success rate of immediate hemostasis was 100.0% (58/58). The early re-bleeding rate and short-term re-bleeding rate were both 1.7% (1/58). The remission rate of gastric fundus varices was 70.7% (41/58), the effective rate was 22.4% (13/58), and the total effective rate was 93.1% (54/58); the remission rate of esophageal varices was 74.1% (43/58), the effective rate was 17.2% (10/58), and the total effective rate was 91.4% (53/58). The total effective rate for GOV<sub>1</sub> varices was significantly higher than that for GOV<sub>2</sub> varices [95.8% (23/24) vs 82.2% (30/34),  $P < 0.05$ ]. Three patients received endoscopic injection sclerotherapy again four weeks later, and two patients with liver cancer had recurrence of variceal bleeding and died from hepatic encephalopathy within 1 mo. Substernal chest discomfort or pain in the setting of eating or fever was observed in some patients, but ectopic embolism and treatment-related serious complications did not occur.

**CONCLUSION:** Emergency endoscopic cyanoacrylate injection combined with sclerotherapy-ligation is a safe and effective technique for the treatment of patients with esophageal or gastric variceal bleeding, in terms of high immediate hemostasis rate and varices remission rate and minor side effects.

© 2014 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

**Key Words:** Esophageal/gastric variceal bleeding; Emergency; Endoscopic variceal ligation; Endoscop-

**同行评议者**  
杜奕奇, 副教授, 中国人民解放军第二军医大学长海医院

ic injection sclerotherapy; Endoscopic cyanoacrylate injection

Cao LJ, He XQ, Zhang QY, Shen LY, Tang T, Xiong H, Xiong J. Emergency endoscopic cyanoacrylate injection combined with sclerotherapy-ligation for treatment of esophageal and gastric variceal bleeding. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2014; 22(33): 5136-5143 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/5136.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v22.i33.5136>

## 摘要

**目的:** 探讨急诊内镜下组织胶注射术联合硬化-套扎术同步序贯治疗食管胃底静脉曲张出血的临床疗效和并发症。

**方法:** 回顾性分析58例确诊为急性食管胃底静脉曲张出血患者, 急诊内镜下组织胶注射术联合硬化-套扎术同步序贯治疗并随访6 mo的临床资料。

**结果:** 所有患者均1次急诊内镜下成功止血, 急诊止血成功率为100%(58/58)。平均随访6 mo, 早期再出血率为1.7%(1/58), 近期再出血率为1.7%(1/58); 胃底静脉曲张程度缓解显效率为70.7%(41/58), 有效率为22.4%(13/58), 总有效率为93.1% (54/58); 食管静脉曲张程度缓解显效率为74.1%(43/58), 有效率为17.2%(10/58), 总有效率为91.4%(53/58); GOV<sub>1</sub>型患者静脉曲张程度缓解总有效率95.8%(23/24), GOV<sub>2</sub>型患者静脉曲张程度缓解总有效率82.2%(30/34), 比较GOV<sub>1</sub>型和GOV<sub>2</sub>型患者食管胃底静脉曲张缓解程度, 差异具有统计学意义( $P<0.05$ ); 3例患者食管胃底静脉曲张消失不明显, 4 wk后再次给予曲张静脉硬化术, 2例肝癌患者1 mo内再次出现消化系出血并死于肝性脑病。术后出现短期的进食时胸骨后不适或疼痛感、低热、术后6 mo内可观察到多种形态的排胶形式, 未见异位栓塞及与治疗相关的严重并发症。

**结论:** 急诊内镜下组织胶注射术联合硬化-套扎术同步序贯治疗食管胃底静脉曲张出血是一项安全可靠的方法, 具有急诊止血率高、曲张静脉消失率高、并发症少等优点, 值得推广应用。

© 2014年版权归百世登出版集团有限公司所有。

**关键词:** 食管和胃底静脉曲张出血; 急诊; 内镜下曲张静脉套扎术; 内镜下曲张静脉硬化术; 内镜下

## 曲张静脉组织胶注射术

**核心提示:** 由于急诊食管胃底静脉曲张出血多发生在贲门部血管破裂, 且出血量大, 单一内镜下止血治疗其并发症多, 且再出血率也相当高, 既往报道内镜下联合止血治疗多数为非急诊患者, 且为非同步序贯联合内镜下止血治疗, 本研究重点为急诊下3种止血方法同步序贯治疗, 特别对贲门部曲张静脉予硬化治疗, 降低再出血率发生率及内镜下止血次数, 3种止血方法同步序贯治疗, 达到1次止血成功, 并发症少, 降低再出血发生率及内镜下止血治疗次数。

曹立军, 贺学强, 张清勇, 沈林艳, 唐婷, 熊红, 熊君. 急诊内镜下组织胶注射术联合硬化-套扎术同步序贯治疗食管胃底静脉曲张出血58例. *世界华人消化杂志* 2014; 22(33): 5136-5143 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/5136.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v22.i33.5136>

## 0 引言

食管胃底静脉曲张出血(esophageal and gastric varices bleeding, EGVB)是各种原因所致患者门静脉高压最常见的并发症和主要死因之一, 其病情凶险, 病死率高, 近年来内镜下套扎、硬化、组织胶注射术治疗得到了广泛应用, 并收到一定效果<sup>[1-3]</sup>, 但急诊内镜下联合同步序贯治疗急性食管胃底静脉曲张出血的疗效报道较少, 中国人民解放军181中心医院自2010年开展对急性食管胃底静脉曲张出血急诊内镜下组织胶注射术联合硬化-套扎术同步序贯治疗以来, 取得了较好的临床效果, 现报告如下。

## 1 材料和方法

**1.1 材料** 选择中国人民解放军181中心医院消化科2010-09/2014-05急诊入院并经内镜下组织胶注射术联合硬化-套扎术同步序贯治疗的食管胃底静脉曲张出血患者58例, 其中男性49例, 女性9例, 年龄26-71岁, 平均49岁±1.7岁; 肝炎后肝硬化45例, 酒精性肝硬化7例, 原发性肝癌并肝硬化2例, 其他原因的肝硬化4例; 出血次数: 出血1次患者14例, 2次患者21例, 出血多次(3次及3次以上)患者23例。按照Child-Pugh分级<sup>[4]</sup>, A级14例、B级26例、C级18例; 参照Satin分类法<sup>[5]</sup>将58例胃食管静脉曲张患者分为两个亚型: GOV<sub>1</sub>型(指食管曲张静脉延续至胃底小弯侧2-5 cm, 形态多呈直线)患者32例, GOV<sub>2</sub>型(指食管曲张静脉延续至胃底大弯侧,

## 研究前沿

既往报道内镜下联合止血治疗食管胃底静脉曲张患者多数为非急诊患者, 且为非同步序贯联合内镜下止血治疗; 由于食管胃底静脉曲张出血多发生在贲门部血管破裂, 出血量大, 单一内镜下止血治疗其并发症多, 且再出血发生率也相当高, 本研究重点为三种止血方法同步序贯治疗, 特别对贲门部曲张静脉予硬化治疗, 可降低再出血发生率及内镜下止血治疗次数。

**相关报道**  
国外有报道急诊内镜下组织胶注射栓塞术联合套扎术止血治疗效果高于单一内镜下止血治疗。有研究表明内镜下联合序贯治疗食管胃底静脉曲张出血优于单一方法治疗,且并发症及再出血发生率明显降低。

曲张明显多呈结节状)患者26例,所有患者均建立静脉通道,术前抗休克,给予输血、补液维持收缩压在12.0 kPa以上,静滴生长抑素衍生物和质子泵抑制剂,同时给予心电监护、吸氧,并同时签署手术知情同意书。电子胃镜为富士能EG450,法国加勃公司超液化碘化油,每支10 mL;组织黏合剂(北京康派特医疗器械有限公司),每支0.5 mL;注射针为Olympus NM-200L-0621,针头突出6-10 mm,并检查针头伸缩是否顺利;硬化剂选用聚桂醇注射液(1%乙氧硬化醇,陕西天宇制药有限公司生产),每支20 mL;COOK公司多发套扎器,硬化术采用Wilson-Cook注射针。

## 1.2 方法

**1.2.1 操作:**所有患者在出血后18 h内行内镜下止血治疗,均先行胃镜检查,全面了解食管、胃、十二指肠情况,观察并记录静脉曲张的部位及出血情况,所有患者均有食管胃底静脉曲张,先选择有出血迹象(如有破口、红斑征等)的静脉曲张治疗后再选择其他血管进行治疗。对于胃底静脉曲张出血患者,内镜倒镜观察胃底静脉曲张,插入准备好的内镜穿刺针对准曲张的胃底静脉采用“三明治夹心法”法治疗,注射导管内事先注入碘化油1 mL,接着注入组织黏合剂0.5-1.0 mL,再注入碘化油1 mL,注射针外管前端恰好接触注射部位,伸出针头并使之穿入血管腔内,由助手退出针头,应尽量避免静脉旁注射,拔针后快速注入生理盐水冲洗掉管内残存黏合剂,在注射后10-20 s内,组织胶未凝固前应避免内镜吸引,用相同的方法进行其他部位的胃底静脉曲张的组织胶注射术治疗;注射后静脉球完全变硬,注射点不出血或出现泪滴样出血,如果出现拔针后喷血,需要及时补充注射。近贲门口的胃底静脉曲张可予退镜近贲门时侧视病灶靠上去进行硬化,从贲门口食管、胃交界处(齿状线)下缘0.5-1.0 cm处开始硬化治疗,每次优先注射曲张较严重的静脉,在其内外分别注射1-2点,静脉内每点注射4-8 mL,静脉外每点注射2-3 mL,注射1-2根曲张血管即可,硬化剂选用聚桂醇注射液,每次硬化剂总用量<30 mL,术毕观察胃底贲门静脉曲张活动性出血情况。然后退镜装上套扎器,再次入镜,从食管、胃交界处(齿状线)上缘0.5-1.0 cm处开始套扎,每根曲张静脉的相邻套扎点距离约2-3 cm,呈螺旋式套扎,每条曲张静脉套扎1-3环不等,每

次套扎6-14环不等(尽量避免在距门齿30 cm以上套扎),直至所有曲张静脉套扎后未见活动性出血为止。

**1.2.2 术后处理:**术后禁食48-72 h,继续静滴生长抑素衍生物和质子泵抑制剂。1 wk内进食流质,1 wk后进食少渣软食,避免负重及剧烈咳嗽、保持大便通畅等。术后长期服用心得安10 mg, 3次/d,口服。使基础心率降低20%-25%或心率在55-60次/min左右。

**1.2.3 疗效判定标准<sup>[6]</sup>:**(1)急诊止血成功:内镜下治疗后72 h无活动性出血的证据;(2)早期再出血的判断:胃镜止血后14 d内再呕血(或)黑便;(3)近期再出血的判断:首次行内镜止血治疗后15-45 d内再发生呕血和/或黑便;(4)食管静脉曲张:显效:食管静脉曲张重度变为轻度或曲张静脉完全消失;有效:重度变为中度或中度变为轻度;(5)胃底静脉曲张显效:静脉曲张体积缩小>50%或消失;有效:体积缩小25%-50%,无效:体积缩小<25%或曲张静脉程度无明显变化。所以患者治疗后1、3、6 mo进行随访,内镜检查了解静脉曲张变化情况,再出血及术后并发症。

**统计学处理**采用SPSS16.0软件行统计学分析,计数资料以百分率表示,等级资料采用秩和检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

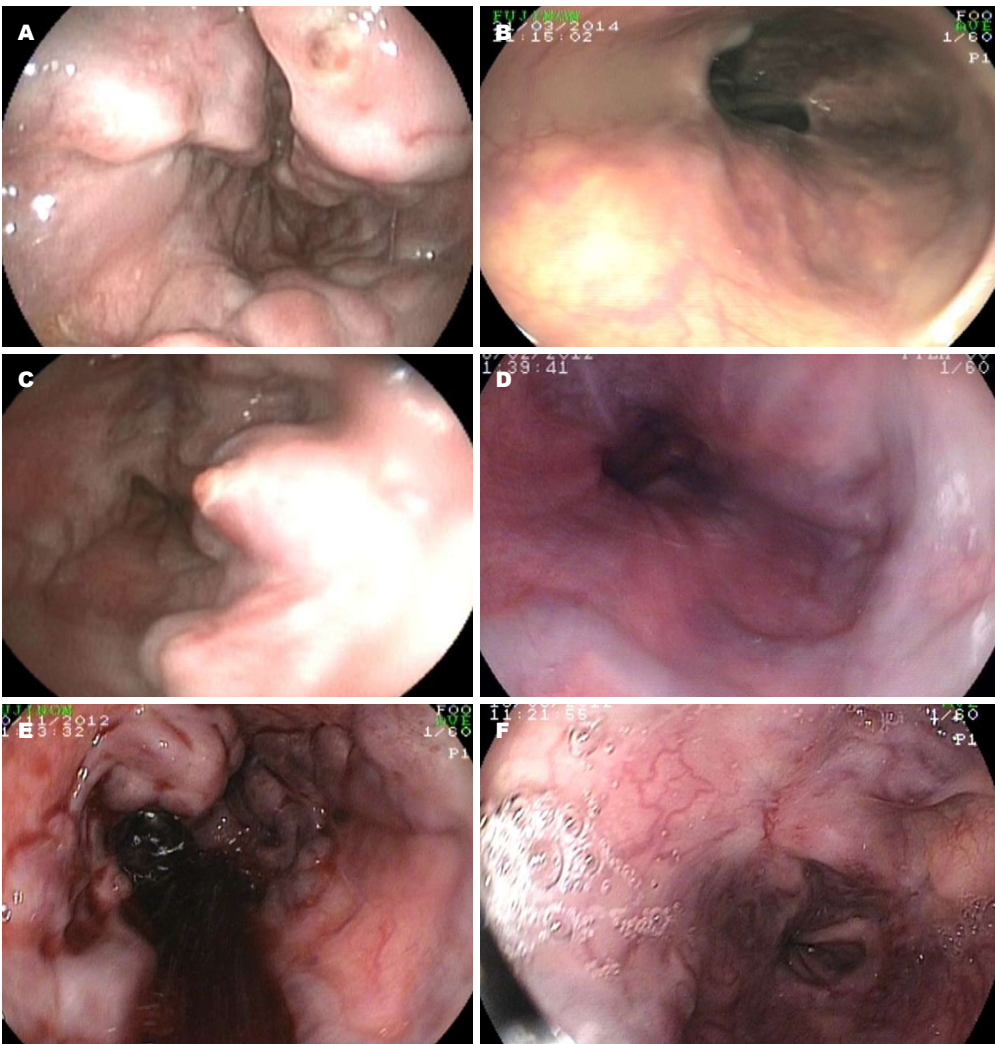
## 2 结果

**2.1 内镜下治疗情况** 58例患者胃镜检查同时行内镜下组织胶注射联合硬化-套扎同步序贯治疗,每例患者套扎点数为6-14个点,平均结扎10点;注射组织黏合剂1-3点,平均1.2 mL,硬化注射2-5个点,平均15 mL。

**2.2 止血成功率、再出血率** 58例患者均急诊止血,急诊止血成功率为100%(58/58),两例肝癌患者分别在第12天及第28天再次发生出血,早期再出血率为1.7%(1/58),近期再出血率1.7%(1/58);其中3例患者1及3 mo后复查胃镜提示食管胃静脉曲张程度无明显变化,再次内镜下硬化治疗。

**2.3 食管胃底静脉曲张程度变化** 随访6 mo,分别在术后1、3、6 mo复查胃镜,食管胃底静脉曲张程度变化如图1-3;胃底曲张静脉显效率为70.7%(41/58),有效率为22.4%(13/58),总有效率为93.1%(54/58);食管曲张静脉显效率为74.1%(43/58),有效率为17.2%(10/58),总有效率





**创新盘点**  
由于食管胃底静脉曲张出血多发生在贲门部血管破裂, 出血量大, 急诊内镜下止血治疗风险高, 本研究为急诊内镜下三种止血方法同步序贯治疗, 特别对贲门部曲张静脉予硬化术治疗, 达到一次止血成功, 降低再出血发生率及内镜下止血治疗次数。

图 1 食管曲张静脉套扎术治疗前后. A: 中段食管静脉曲张并血泡形成套扎术前; B: 中段食管静脉曲张并血泡形成套扎术后6 mo; C: 下段食管静脉曲张呈瘤状改变套扎术前; D: 下段食管静脉曲张呈瘤状改变套扎术后6 mo; E: 下段食管静脉曲张呈鱼嘴状破口套扎术前; F: 下段食管静脉曲张呈鱼嘴状破口套扎术后3 mo.

表 1 急诊内镜下治疗前后静脉曲张分级比较 (n)

静脉曲张程度	随访时间			
	术前	术后1 mo	术后3 mo	术后6 mo
食管曲张静脉分级				
无曲张	0	16	31	43
轻度	5	27	19	8
中度	21	10	5	2
重度	32	19	4	3
胃底曲张静脉直径(L/mm)				
0	0	8	31	39
<5	17	23	14	11
5-10	31	20	8	3
>10	10	5	3	3

为91.4%(53/58); GOV<sub>1</sub>型曲张静脉程度缓解总有效率82.2%(30/34), 比较GOV<sub>1</sub>型和GOV<sub>2</sub>型患者食管胃底曲张静脉缓解程度, 差异有统计学

## 应用要点

急性食管胃底静脉曲张出血, 在严格抗休克治疗的同时, 急诊胃镜检查出血部位及充分了解食管胃底静脉曲张程度, 先行胃底曲张静脉栓塞术, 接着在贲门口予曲张静脉硬化术, 最后对食管曲张静脉套扎术, 本研究为3种止血方法同步序贯治疗, 并发症少, 达到一次止血成功, 降低再出血发生率及内镜下止血治疗次数。

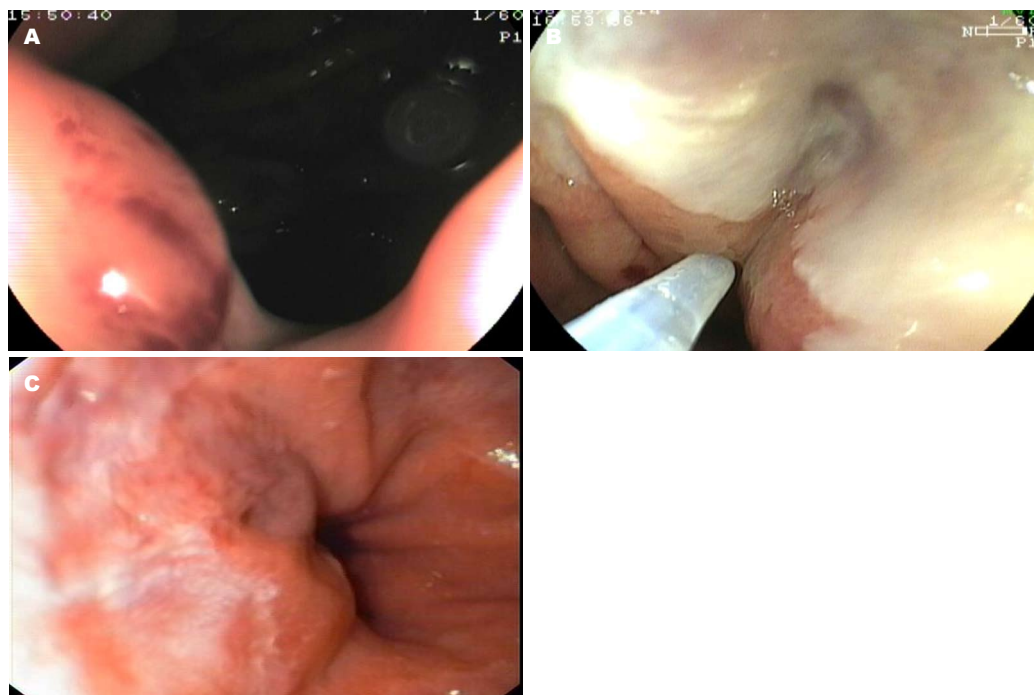


图2 贲门口胃底曲张静脉硬化术治疗前后。A: 贲门口胃底曲张静脉活动性出血硬化术前; B: 贲门口胃底曲张静脉活动性出血硬化术; C: 贲门口胃底曲张静脉活动性出血硬化术后3 mo。

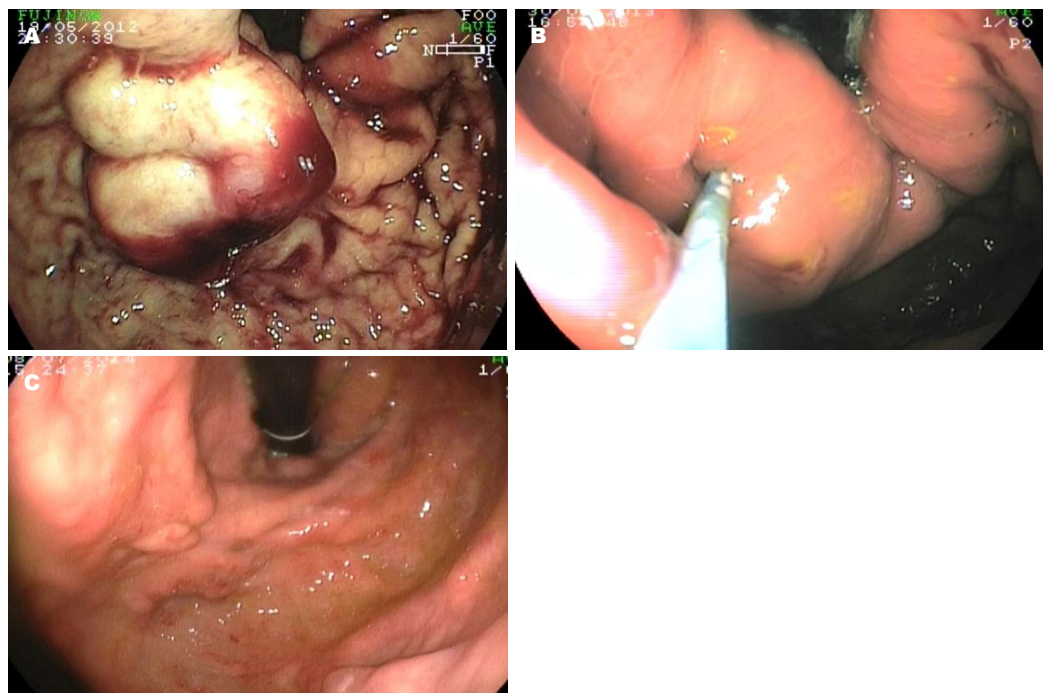


图3 胃底曲张静脉组织胶注射术治疗前后。A: 胃底曲张静脉组织胶注射术前; B: 胃底曲张静脉组织胶注射术; C: 胃底曲张静脉组织胶注射术后6 mo。

意义( $P<0.05$ )。患者术前、术后胃食管静脉曲张分级及疗效如表1, 2。

**2.4 并发症** 术后大部分患者均有胸骨后不适或疼痛感, 部分患者未给特殊处理, 6例(10.3%)患者在治疗当天有咽下困难感, 2-3 d后自行消

失, 胸骨后疼痛较重者19例(32.8%), 给予曲马多100 mg肌注后缓解, 不影响进食, 24-72 h均可缓解; 9例(15.5%)患者发热, 其中5例为低至中度发热, 4例为高热, 经抗生素治疗后体温恢复正常; 随访6 mo, 可观察到多种形态的排胶

表 2 GOV<sub>1</sub>型和GOV<sub>2</sub>型患者急诊内镜下治疗后静脉曲张疗效比较

Sarin分型	n	疗效(n)			总有效率(%)
		显效	有效	无效	
GOV <sub>1</sub>	24	16	7	1	95.8
GOV <sub>2</sub>	34	20	10	4	82.2
合计	58	36	17	5	91.4

形式, 如球状、点状等, 颜色为黑色、黄白色以及褐色等, 未见异位栓塞及其他严重并发症。两例肝癌患者分别在12 d及28 d再次发生出血, 死于肝性脑病。

### 3 讨论

食管胃底静脉曲张出血是肝硬化门静脉高压患者最凶险的并发症, 首次出血病死率为40%以上, 再次出血病死率为60%以上<sup>[7]</sup>。随着消化内镜技术的不断发展, 内镜下硬化、套扎或组织胶注射栓塞术等止血治疗的应用, 食管胃底静脉曲张出血的抢救成功率明显提高<sup>[8]</sup>。内镜下组织胶注射栓塞术是将组织胶注入静脉血管内, 使血管腔内混合血栓形成, 闭合曲张的胃底静脉, 从而达到止血的目的; 内镜下硬化术, 以曲张静脉内或曲张静脉旁的方式注射硬化剂, 使血管硬化以及周围纤维化, 压迫和闭塞曲张静脉, 达到止血的目的; 内镜下曲张静脉套扎术其机制是对直视下对曲张静脉进行结扎, 从而达到止血的目的<sup>[9,10]</sup>。

门静脉系血管压力升高所导致门体分流是出血的主要原因, 在所有的门体分流侧枝中, 门静脉→胃左静脉→胃左静脉食管支→食管静脉丛→食管静脉→奇静脉→上腔静脉是最重要的一支, 危及生命的上消化道大出血均发生在该枝上, 这就决定了单一内镜下止血治疗其并发症多, 且再出血率也相当高, 单一内镜下组织胶注射栓塞术可加重了食管贲门区血管曲张存在破裂出血的可能, 单一内镜下静脉曲张套扎术改变血液回流通道, 加重胃底静脉曲张程度<sup>[11,12]</sup>。有研究<sup>[13]</sup>表明单一内镜下静脉曲张套扎术治疗后3 mo术后再出血发生率为10.3%, 6 mo术后再出血发生率为12.8%, 9 mo术后再出血发生率为16.3%, 并随着时间的推移, 其影响作用越明显; 而单一内镜下静脉曲张硬化术则由于每次硬化剂剂量大, 治疗次数相对较多, 易引起食管深大溃疡并出血及狭窄等严重并发症的

发生, 再出血率及病死率分别为24.1%和22.4%, 但内镜下套扎联合硬化术治疗食管胃底静脉曲张再出血率明显低于单一套扎术<sup>[14]</sup>。国外有报道<sup>[15,16]</sup>急诊内镜下组织胶注射栓塞术联合套扎术止血治疗效果高于单一内镜下止血治疗。有研究<sup>[17,18]</sup>表明内镜下联合序贯治疗食管胃底静脉曲张出血优于单一方法治疗, 且并发症及再出血发生率明显降低。

本组资料58例患者, 均确诊为急性食管胃底静脉曲张出血患者, 多数患者为反复多次出血。所有患者在出血后18 h内行急诊内镜下组织胶注射术联合硬化-套扎术同步序贯治疗, 急诊止血成功率为100%(58/58); 平均随访6 mo, 早期再出血率为1.7%(1/58), 近期再出血率为1.7%(1/58), 本资料结果提示急诊内镜下组织胶注射术联合硬化-套扎术同步序贯治疗止血再出血率均低于既往报道<sup>[13,14]</sup>的单一方法内镜下止血治疗, 这与国内其他学者<sup>[19,20]</sup>报道的非急诊内镜下联合止血治疗的疗效相似, 而且早期、近期疗效较好, 但远期疗效尚缺乏研究, 需积累进一步的证据。既往有学者<sup>[20]</sup>报道对食管胃底曲张静脉先套扎胃底曲张静脉, 退镜到食管后对食管曲张静脉再次套扎, 套扎治疗5-7 d复查胃镜, 对曲张静脉予硬化术治疗, 这种非同步套扎-硬化序贯治疗也具有急诊止血率高, 曲张静脉消失率高, 并发症少等优点, 而本组资料先对胃底曲张静脉内镜下组织胶注射术, 为防止胃底曲张静脉栓塞后加重了食管贲门区血管曲张存在破裂出血的可能, 同时对近贲门口的胃底曲张静脉进行硬化术, 最后对食管曲张静脉予套扎术, 3种内镜下止血方法联合同步序贯治疗, 降低了再次出血的发生率, 提高了急诊止血率及曲张静脉消失率。对本组资料经内镜下联合同步序贯治疗后并发症的统计进行分析, 术后主要出现短期的进食时胸骨后不适或疼痛感, 低热, 术后6 mo内可观察到多种形态的排胶形式, 未见异位栓塞及与治疗相关

#### 名词解释

内镜下组织胶注射栓塞术: 是将组织胶注入静脉血管内, 使血管腔内混合血栓形成, 闭合曲张的胃底静脉, 从而达到止血的目的;

内镜下硬化术: 以曲张静脉内或曲张静脉旁的方式注射硬化剂, 使血管硬化以及周围纤维化, 压迫和闭塞曲张静脉, 达到止血的目的;

内镜下曲张静脉套扎术其机制: 是对直视下对曲张静脉进行结扎, 从而达到止血的目的;

同步序贯: 是指在本研究中1次内镜下止血治疗过程, 同时完成3种不同的内镜下止血方法。



**同行评价**  
食管胃底静脉曲张出血患者多呈休克状态,本身死亡率高,急诊内镜下止血治疗就可能增加死亡风险,但也给患者赢得存活的机会。由于急诊内镜下视野不清晰,内镜操作难度大,同时完成3种内镜下止血方法,必须有经验丰富的内镜操作医师及治疗团队完成,3种止血方法同步序贯治疗,达到1次止血成功,并发症少,降低再出血发生率及内镜下止血治疗次数,同时也降低患者经济费用,值得推广,但远期疗效还需进一步观察证实。

的严重并发症,所有不良反应及并发症经对症治疗,均能短期内消失,可见急诊内镜下组织胶注射术联合硬化-套扎术同步序贯治疗食管胃底静脉曲张出血具有止血率高、并发症少、安全等优点。

本组资料随访6 mo,胃底静脉曲张程度缓解显效率为70.7%(41/58),有效率为22.4%(13/58),总有效率为93.1%(54/58);食管静脉曲张程度缓解显效率为74.1%(43/58),有效率为17.2%(10/58),总有效率为91.4%(53/58);只有3例患者曲张静脉消失不明显,4 wk后再次给予曲张静脉硬化术,91.4%(53/58)患者只需一次内镜下治疗就可以达到止血及静脉曲张程度缓解,胃食管静脉曲张程度缓解总有效率也高于单一方法内镜下止血治疗<sup>[13,14]</sup>,可见急诊内镜下组织胶注射术联合硬化-套扎术同步序贯治疗对食管胃底静脉曲张程度缓解率高,我们认为联合同步序贯治疗可以减少反复单一内镜下治疗次数,但长期疗效还需进一步观察。本组资料中GOV<sub>1</sub>型曲张静脉程度缓解总有效率95.8%(23/24),GOV<sub>2</sub>型曲张静脉程度缓解总有效率82.2%(30/34),比较GOV<sub>1</sub>型和GOV<sub>2</sub>型患者食管胃静脉曲张缓解程度,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),这可能与GOV<sub>2</sub>型曲张静脉经胃食管连接部延伸至胃底,长且迂曲,结节状有关,这种解剖位置决定了GOV<sub>2</sub>型出血率高,后果严重<sup>[21]</sup>。

自从消化内镜技术发展以来,内镜下治疗食管胃底静脉曲张出血抢救成功率明显提高,联合应用可产生互补协同效应,提高疗效,避免了单一治疗的缺点,对于急性食管胃底静脉曲张出血患者,急诊内镜下组织胶注射术联合硬化-套扎术同步序贯治疗具有急诊止血率高、曲张静脉消失率高、并发症少、安全等优点,早期及近期疗效较好,但远期疗效还需相关资料进一步证实。

#### 4 参考文献

- 1 Sass DA, Chopra KB. Portal hypertension and variceal hemorrhage. *Med Clin North Am* 2009; 93: 837-853, vii-viii [PMID: 19577117 DOI: 10.1016/j.mcna.2009.03.008]
- 2 Silvano S, Elia C, Alessandria C, Bruno M, Musso A, Saracco G, Rizzetto M, Venon WD. Endoscopic banding for esophageal variceal bleeding: technique and patient outcome. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2011; 57: 111-115 [PMID: 21587142]
- 3 Sarin SK, Mishra SR. Endoscopic therapy for

- gastric varices. *Clin Liver Dis* 2010; 14: 263-279 [PMID: 20682234 DOI: 10.1016/j.cld.2010.03.007]
- 4 Pinzani M, Rosselli M, Zuckermann M. Liver cirrhosis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2011; 25: 281-290 [PMID: 21497745 DOI: 10.1016/j.bpg.2011.02.009]
- 5 Sarin SK, Lahoti D, Saxena SP, Murthy NS, Makwana UK. Prevalence, classification and natural history of gastric varices: a long-term follow-up study in 568 portal hypertension patients. *Hepatology* 1992; 16: 1343-1349 [PMID: 1446890 DOI: 10.1002/hep.1840160607]
- 6 中华医学会消化内镜学分会食管胃静脉曲张学组. 消化道静脉曲张及出血的内镜诊断和治疗规范试行方案(2009). *中华消化内镜杂志* 2010; 27: 1-4
- 7 Stokkeland K, Brandt L, Ekbom A, Hultcrantz R. Improved prognosis for patients hospitalized with esophageal varices in Sweden 1969-2002. *Hepatology* 2006; 43: 500-505 [PMID: 16496319 DOI: 10.1002/hep.21089]
- 8 Aabakken L. Endoscopic haemostasis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008; 22: 899-927 [PMID: 18790438 DOI: 10.1016/j.bpg.2008.05.002]
- 9 马立伟, 苏国权. 经皮肝穿胃冠状静脉栓塞术在食管胃底静脉曲张出血的应用进展. *河北医药* 2009; 131: 2967-2968
- 10 梁文燕, 李鹏, 冀明, 张澍田. 食管胃底静脉曲张内镜下治疗后早期再出血临床观察. *临床内科杂志* 2012; 29: 830-832
- 11 胡华华, 卢瑶, 许捷鸿, 易宏. 胃底静脉曲张组织胶注射术后对食管静脉压力影响的临床观察. *右江医学* 2012; 40: 640-642
- 12 别平, 张雷达. 食管胃底静脉曲张出血的内镜诊治. *临床外科杂志* 2007; 15: 160-162
- 13 钟碧波, 寇继光, 尹小武. 内镜下套扎术治疗食管静脉曲张对胃底静脉曲张及门脉高压性胃病的手术后疗效. *中国医药导报* 2012; 9: 68-69
- 14 赵冬梅, 安红军, 贾珊珊. 套扎环、组织胶及硬化剂治疗食管胃底静脉曲张的方案选择及其效果. *中国组织工程研究与临床康复* 2011; 15: 3961-3964
- 15 Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Hepatology* 2007; 46: 922-938 [PMID: 17879356 DOI: 10.1002/hep.21907]
- 16 de Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension. Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol* 2005; 43: 167-176 [PMID: 15925423 DOI: 10.1016/j.jhep.2005.05.009]
- 17 简武, 刘心娟, 姜国俊, 魏南, 芦月霞, 郭晶, 程留芳. EVS、EVS EVL续贯EVS和EVL续贯EVS治疗食管静脉曲张的疗效比较. *世界华人消化杂志* 2007; 15: 1020-1023
- 18 Poddar U, Bhatnagar S, Yachha SK. Endoscopic band ligation followed by sclerotherapy: Is it superior to sclerotherapy in children with extra-hepatic portal venous obstruction? *J Gastroenterol Hepatol* 2011; 26: 255-259 [PMID: 21261713 DOI: 10.1111/j.1440-1746.2010.06397.x]
- 19 贾丽萍, 袁晓英, 向明确, 王丹, 沈洲立. 内镜下治疗食管静脉曲张对门脉高压性胃病及胃底静脉曲张的影响. *重庆医学* 2010; 39: 584-585
- 20 陆兆炯, 刘福建, 贾秋红, 关航, 石磊. 内镜下套扎-硬化序贯治疗食管胃底静脉曲张出血的近期和远期

疗效观察. 微创医学 2013; 8: 460-461

21 冯彦虎, 黄晓俊, 刘子燕, 樊红, 王祥, 王伟. 内镜下组

织胶注射联合套扎治疗急性胃食管静脉曲张出血的临床应用. 中华消化内镜杂志 2009; 26: 120-123

编辑 郭鹏 电编 都珍珍



ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) DOI: 10.11569 2014年版权归百世登出版集团有限公司所有

## • 消息 •

### 《世界华人消化杂志》正文要求

**本刊讯** 本刊正文标题层次为 0 引言; 1 材料和方法, 1.1 材料, 1.2 方法; 2 结果; 3 讨论; 4 参考文献. 序号一律左顶格写, 后空 1 格写标题; 2 级标题后空 1 格接正文. 以下逐条陈述: (1) 引言 应包括该研究的目的和该研究与其他相关研究的关系. (2) 材料和方法 应尽量简短, 但应让其他有经验的研究者能够重复该实验. 对新的方法应该详细描述, 以前发表过的方法引用参考文献即可, 有关文献中或试剂手册中的方法的改进仅描述改进之处即可. (3) 结果 实验结果应合理采用图表和文字表示, 在结果中应避免讨论. (4) 讨论 要简明, 应集中对所得的结果做出解释而不是重复叙述, 也不应是大量文献的回顾. 图表的数量要精选. 表应有表序和表题, 并有足够具有自明性的信息, 使读者不查阅正文即可理解该表的内容. 表内每一栏均应有表头, 表内非公知通用缩写应在表注中说明, 表格一律使用三线表(不用竖线), 在正文中该出现的地方应注出. 图应有图序、图题和图注, 以使其容易被读者理解, 所有的图应在正文中该出现的地方注出. 同一个主题内容的彩色图、黑白图、线条图, 统一用一个注解分别叙述. 如: 图 1 萎缩性胃炎治疗前后病理变化. A: ...; B: ...; C: ...; D: ...; E: ...; F: ...; G: ... 曲线图可按 ●、○、■、□、▲、△ 顺序使用标准的符号. 统计学显著性用: <sup>a</sup> $P < 0.05$ , <sup>b</sup> $P < 0.01$  ( $P > 0.05$  不注). 如同一表中另有一套  $P$  值, 则 <sup>c</sup> $P < 0.05$ , <sup>d</sup> $P < 0.01$ ; 第 3 套为 <sup>e</sup> $P < 0.05$ , <sup>f</sup> $P < 0.01$ .  $P$  值后注明何种检验及其具体数字, 如  $P < 0.01$ ,  $t = 4.56$  vs 对照组等, 注在表的左下方. 表内采用阿拉伯数字, 共同的计量单位符号应注在表的右上方, 表内个数、小数点、±、- 应上下对齐. “空白”表示无此项或未测, “-”代表阴性未发现, 不能用同左、同上等. 表图勿与正文内容重复. 表图的标目尽量用  $t/\text{min}$ ,  $c/(\text{mol/L})$ ,  $p/\text{kPa}$ ,  $V/\text{mL}$ ,  $t/^\circ\text{C}$  表达. 黑白图请附黑白照片, 并拷入光盘内; 彩色图请提供冲洗的彩色照片, 请不要提供计算机打印的照片. 彩色图片大小  $7.5\text{ cm} \times 4.5\text{ cm}$ , 必须使用双面胶条粘贴在正文内, 不能使用浆糊粘贴. (5) 致谢 后加冒号, 排在讨论后及参考文献前, 左齐.