

DOI: 10.3969/j.issn.1007-1989.2020.07.003
文章编号: 1007-1989 (2020) 07-0013-07

论 著

肝硬化并食管胃静脉曲张二级预防胃镜复查 必要性及依从性的临床研究

余倩, 陈明锴, 肖勇, 张璘, 刘小娇, 邬海燕
(武汉大学人民医院 消化内科, 湖北 武汉 430060)

摘要:目的 了解肝硬化并食管胃静脉曲张(EGV)二级预防胃镜复查的必要性及依从性。**方法** 选取 2017 年 1 月—2019 年 6 月于该院首诊并内镜证实为食管胃静脉曲张破裂出血(EGVB)的患者 77 例为观察组,肝硬化并 EGV 序贯治疗的患者 69 例为对照组,比较两组术前血液生化检查指标、是否入住重症监护室、是否输血、内镜治疗情况、术后 5 d(再)出血率、在院死亡率、住院天数、住院期间并发症/合并症,了解二级预防胃镜复查及序贯治疗的必要性,并分析胃镜复查依从性的影响因素。**结果** 观察组白细胞计数(WBC)、中性粒细胞计数百分比(Neu)、总胆红素(TBil)、血尿素氮(UREA)、凝血酶原时间(PT)、国际标准化比值(INR)、Child-Pugh 分级(B 级+C 级)比例、终末期肝病模型(MELD)评分明显高于对照组($P < 0.05$),血红蛋白(Hb)、血细胞比容(HCT)、白蛋白(ALB)、纤维蛋白原(FIB)明显低于对照组($P < 0.05$)。观察组入住重症监护室需求、输血需求、急诊内镜下治疗需求、术后住院天数、总住院天数、在院期间并发症/合并症发生率明显多于对照组($P < 0.05$)。对照组随访期间胃镜复查依从性明显高于观察组($P < 0.05$)。有 EGV 序贯治疗史随访期间胃镜复查依从性更高($P < 0.05$),年龄、性别、肝硬化病因、住址、医保类型和既往 EGVB 次数不影响胃镜复查依从性。**结论** 相较 EGVB,EGV 序贯治疗肝脏储备功能恶化不明显、并发症/合并症发生率更低、住院时间更短、花费更低,能减轻医疗负担。胃镜复查可指导内镜下序贯治疗,然而 EGVB 患者二级预防胃镜复查依从性并不高。加强患者宣教、提高随访期间胃镜复查必要性认识及胃镜复查依从性是临床医生工作的重点。

关键词: 肝硬化;静脉曲张破裂出血;二级预防;胃镜检查;必要性;依从性
中图分类号: R575.2;R573

Clinical study on the necessity and compliance of gastroscopy reexamination for secondary prevention in patients with cirrhosis complicated with esophageal and gastric varices

Qian She, Ming-kai Chen, Yong Xiao, Jin Zhang, Xiao-jiao Liu, Hai-yan Wu
(Department of Gastroenterology, Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan, Hubei 430060, China)

Abstract: Objective To learn about the necessity and compliance of gastroscopy reexamination for secondary prevention in patients with cirrhosis complicated with esophageal gastric varices (EGV). **Methods** From January 2017 to June 2019, 77 patients with EGVB confirmed by endoscopy were selected as the observation group, 69 patients with simultaneous segmental liver cirrhosis complicated with EGV sequential treatment were selected as control group. The indexes of preoperative blood test, whether they were admitted to intensive care unit, whether blood transfusion, endoscopic treatment, at 5 days postoperative bleeding rate, mortality in hospital, hospitalization days, complications/complications during hospitalization were compared between the two groups to understand the necessity of gastroscopic reexamination and sequential treatment during follow-up. Analysis of gastroscopy

收稿日期: 2019-10-31

review compliance factors. **Result** The white blood cell count, percentage of neutrophils count, total bilirubin, blood urea nitrogen, PT, INR, Child-Pugh grade (grade B+C) and MELD score in the observation group were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$), hemoglobin, hematocrit, albumin and fibrinogen were significantly lower than the control group ($P<0.05$). The needs of intensive care unit, blood transfusion, emergency endoscopic treatment and the postoperative hospitalization days, the total hospitalization days and the incidence of complications/complications in the observation group were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). The compliance of gastroscopy during the follow-up of the control group was significantly higher than that of the observation group ($P<0.05$), and the compliance of gastroscopy was higher during the follow-up of the EGV endoscopic sequential therapy ($P<0.05$). Age, gender, etiology of cirrhosis, address, type of medical insurance and previous number of EGVB did not affect the compliance of gastroscopy review. **Conclusion** Compared with EGVB attack, the deterioration of liver reserve function under EGV endoscopic sequential therapy is not obvious, the incidence of complications/complications is lower, the hospitalization time is shorter, the cost is lower, and the medical burden is reduced. Gastroscopy guided endoscopic sequential treatment, however, compliance with secondary prophylactic gastroscopy was not high in EGVB patients. Strengthening the propaganda and education of patients, improving the understanding of the necessity of gastroscopic reexamination and the compliance of gastroscopic reexamination during follow-up should also become the focus of clinicians' work.

Keywords: cirrhosis; variceal bleeding; secondary prevention; gastroscopy; necessity; compliance

食管胃静脉曲张破裂出血 (esophagogastric variceal bleeding, EGVB) 是肝硬化失代偿期门静脉高压常见和凶险的并发症, 30 多年前 EGVB 短期病死率约为 40.0% ~ 50.0%, 再出血率超过 30.0%^[1]。近年来, 由于早期血管升压药物、预防性抗生素的使用、急诊内镜、介入及一般支持治疗和危重症护理的改善^[2], EGVB 止血成功率、5 d 再出血率、6 周死亡率较前好转, 但止血成功后未经二级预防的患者, 1 年再出血率高达 60.0%, 病死率达 33.0%^[3]。指南^[3-6]推荐非选择性 β 受体阻滞剂 (non-selective beta blockers, NSBBs) 联合内镜下套扎术二级预防 EGVB。

根除曲张静脉可明显降低静脉曲张再出血率和再住院治疗率^[7], NSBBs 服药受限或血流动力学无应答时, 胃镜检查为内镜下序贯治疗提供参考, 众多指南均推荐止血成功后定期内镜随访及跟踪治疗^[3-6]。然而, 临床实践中反复出现 EGVB 的患者并不少见。为深入了解肝硬化食管胃静脉曲张 (esophageal gastric varices, EGV) 患者二级预防内镜序贯治疗和随访期间胃镜复查的必要性及依从性, 寻找限制静脉曲张出血后胃镜复查依从性的影响因素, 更好地指导临床随访和治疗, 本研究比较 EGVB 与 EGV 内镜下序贯治疗住院患者的临床资料。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2017 年 1 月—2019 年 6 月以呕血、黑便

和便血首诊武汉大学人民医院且内镜证实为 EGVB 并行内镜下止血治疗的患者 77 例为观察组, 肝硬化并 EGV 内镜下序贯治疗的患者 69 例为对照组。肝硬化诊断经肝穿刺活检或影像学等检查明确, 所有患者经内镜、门静脉 CT 血管成像 (computed tomography angiography, CTA) 和腹部 CT 等检查, 提示合并 EGV 并至少有一次 EGVB 病史。排除合并肝癌、肝功能衰竭或其他消化道恶性肿瘤患者、排除合并严重心肺肾脏疾病及病例资料不完整患者。

1.2 研究方法

比较两组患者术前血液生化检查指标、肝功能 Child-Pugh 分级、终末期肝病模型 (terminal for end-stage liver disease, MELD) 评分、住院期间是否入住重症监护室、是否输血治疗、是否行急诊内镜下治疗、内镜治疗成功率、术后 5 d (再) 出血率、在院死亡率、住院天数和住院期间并发症/合并症, 并对两组随访期间 (此次入院与前次 EGVB/EGV 序贯治疗的时间区间) 胃镜复查依从性及其影响因素进行回顾性分析。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行统计学分析, 正态分布的计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用独立样本 t 检验; 非正态分布的计量资料以中位数 (四分位数) [$M(Q_{25}, Q_{75})$] 表示, 采用非参数检验; 计数资料用例 (%) 表示, 采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为

差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者入院症状、术前血液生化检查指标、肝功能 Child-Pugh 分级和 MELD 评分比较

观察组 ($n=77$) 以呕血首诊入院 22 例, 黑便首诊入院 29 例, 便血首诊入院 2 例, 呕血 + 黑便首诊入院 24 例; 对照组 ($n=69$) 均为内镜下序贯治疗。两组患者脾脏手术史比较差异无统计学意义。观察组白细胞计数 (white blood cell, WBC)、中性粒细胞计数百分比 (neutrophil, Neu)、总胆红素 (total bilirubin, TBil)、血尿素氮 (urea nitrogen, UREA)、凝血酶原时间 (prothrombin time, PT)、国际标准化比值 (international normalized ratio, INR)、肝功能 Child-Pugh (B 级 + C 级) 比例和 MELD 评分明显高于对照组 ($P<0.05$)。观察组血红蛋白 (hemoglobin, Hb)、血细胞比容 (haematocrit, HCT)、白蛋白 (albumin, ALB) 和纤维蛋白原 (fibrinogen, FIB) 明显低于对照组 ($P<0.05$)。两组患者血小板计数 (platelet, PLT)、谷丙转氨酶 (alanine transaminase, ALT)、谷草转氨酶 (aspartate aminotransferase, AST)、血肌酐值 (creatinine, Cr) 和部分凝血活酶时间 (activated partial thromboplastin time, APTT) 比较, 差异均无统

计学意义 ($P>0.05$)。见表 1 和 2。

2.2 两组患者内镜治疗前、中和后情况比较

观察组入住重症监护室 45 例 (58.4%), 对照组 0 例; 观察组接受输血治疗 54 例 (70.1%), 对照组 4 例 (5.8%); 观察组入院 24 h 内急诊内镜下治疗 37 例 (48.1%), 对照组 0 例, 均为择期手术; 观察组术后平均住院天数 (8.55 ± 4.27) d, 对照组 (6.41 ± 2.23) d, 观察组总住院天数 (11.29 ± 4.31) d, 对照组 (9.96 ± 2.79) d。观察组入住重症监护室需求、输血需求、内镜下治疗急切程度、术后住院天数和总住院天数明显多于对照组 ($P<0.05$)。住院期间观察组并发症 / 合并症发生率明显高于对照组 ($P<0.05$)。两组患者在院死亡率均为 0.0%, 两组患者内镜治疗成功率和 5 d (再) 出血率比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 3。

2.3 肝硬化并 EGV 患者二级预防随访期间胃镜复查依从性及其影响因素

观察组 ($n=77$ 例) 发作 EGVB 与前次 EGVB/EGV 内镜下序贯治疗期间, 有胃镜复查史 13 例 (16.9%); 未行胃镜复查的 64 例, 其中超过半年未行胃镜复查 38 例 (59.4%), 超过 1 年未行胃镜复查 29 例 (45.3%)。对照组 ($n=69$) EGV 内镜下序贯治疗与前次 EGVB/EGV 内镜下序贯治疗期间有胃镜复查

表 1 两组患者术前血常规和肝功能比较

Table 1 Comparison of preoperative blood routine and liver function between the two groups

组别	WBC/ ($\times 10^9/L$)	Neu/%	Hb/ (g/L)	HCT/ (L/L)	
观察组 ($n=77$)	6.05 ± 3.44	71.27 ± 14.15	78.36 ± 26.01	24.80 ± 7.33	
对照组 ($n=69$)	3.33 ± 1.46	58.42 ± 14.19	104.81 ± 18.16	33.13 ± 4.66	
<i>t/Z</i> 值	6.33 ¹⁾	5.47 ¹⁾	7.18 ¹⁾	8.28 ¹⁾	
<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000	0.000	
组别	PLT/ ($\times 10^9/L$)	ALT/ (u/L)	AST/ (u/L)	ALB/ (g/L)	TBil/ ($\mu\text{mol/L}$)
观察组 ($n=77$)	81.00 (54.00, 160.00)	24.00 (19.00, 38.50)	33.00 (27.00, 51.00)	32.65 ± 5.45	23.52 ± 18.50
对照组 ($n=69$)	76.00 (63.00, 157.50)	28.00 (22.00, 31.00)	36.00 (32.00, 46.50)	38.87 ± 4.63	18.54 ± 9.24
<i>t/Z</i> 值	0.20 ²⁾	1.04 ²⁾	1.21 ²⁾	7.39 ¹⁾	2.02 ¹⁾
<i>P</i> 值	0.838	0.298	0.226	0.000	0.039

注: 1) 为 *t* 值; 2) 为 *Z* 值

史 41 例 (59.4%); 未行胃镜复查的 28 例, 其中超过半年未行胃镜复查 4 例 (14.3%), 超过 1 年未行胃镜复查 2 例 (7.1%)。随访期间, 对照组胃镜复查依从性明显高于观察组 (59.4% 和 16.9%, $P < 0.05$)。有

EGV 内镜下序贯治疗史患者随访期间胃镜复查依从性更高 ($P < 0.05$), 年龄、性别、肝硬化病因、居住地址、医保类型和既往 EGV 次数不影响随访期间胃镜复查依从性 ($P > 0.05$)。见表 4。

表 2 两组患者术前肾功能、凝血功能、肝功能 Child-Pugh 分级和 MELD 评分比较

Table 2 Comparison of preoperative renal function, coagulation function, Child-Pugh grade of liver function and MELD score between the two groups

组别	Cr/ ($\mu\text{mol/L}$)	UREA/ (mmol/L)	PT/s	APTT/s
观察组 ($n = 77$)	69.52 \pm 55.12	9.83 \pm 4.80	15.30 \pm 2.62	33.18 \pm 9.76
对照组 ($n = 69$)	61.32 \pm 13.58	5.27 \pm 1.36	13.32 \pm 1.40	31.57 \pm 5.67
χ^2/t 值	1.20 ¹⁾	7.99 ¹⁾	5.78 ¹⁾	1.23 ¹⁾
P 值	0.231	0.000	0.000	0.222

组别	FIB/ (g/L)	INR	Child-Pugh 分级 (B 级 + C 级) 例 (%)	MELD 评分 / 分	脾脏手术史 例 (%)
观察组 ($n = 77$)	1.63 \pm 0.59	1.32 \pm 0.26	43 (55.8)	10.90 \pm 3.43	21 (27.3)
对照组 ($n = 69$)	1.92 \pm 0.45	1.15 \pm 0.13	11 (15.9)	8.70 \pm 1.70	18 (26.1)
χ^2/t 值	3.32 ¹⁾	4.96 ¹⁾	24.86 ²⁾	4.99 ¹⁾	0.03 ²⁾
P 值	0.001	0.000	0.000	0.000	0.872

注: 1) 为 t 值; 2) 为 χ^2 值

表 3 两组患者内镜治疗前、中和后的特征比较

Table 3 Comparison of characteristics before, during and after endoscopic treatment between the two groups

组别	入住重症监护室 例 (%)	住院期间输血治疗 例 (%)	入院急诊内镜下治疗 例 (%) ¹⁾	内镜治疗成功率 例 (%)	术后 5 d (再) 出血率 例 (%)
对照组 ($n = 69$)	0 (0.0)	4 (5.8)	0 (0.0)	69 (100.0)	0 (0.0)
χ^2/t 值	58.29 ⁶⁾	62.90 ⁶⁾	44.41 ⁶⁾	0.00 ⁶⁾	2.88 ⁶⁾
P 值	0.000	0.000	0.000	1.000	0.089

组别	术后住院时间 /d	总住院时间 /d	住院期间并发症 例 (%)				随访期间复查 胃镜 例 (%)
			发热	腹水	电解质代谢紊乱 ³⁾	凝血功能障碍 ⁴⁾	
观察组 ($n = 77$)	8.55 \pm 4.27	11.29 \pm 4.31	14 (18.2)	36 (46.8)	64 (83.1)	19 (24.7)	13 (16.9)
对照组 ($n = 69$)	6.41 \pm 2.23	9.96 \pm 2.79	3 (4.3)	13 (18.8)	14 (20.3)	2 (2.9)	41 (59.4)
χ^2/t 值	3.86 ⁵⁾	2.23 ⁵⁾	6.77 ⁶⁾	12.72 ⁶⁾	57.73 ⁶⁾	14.01 ⁶⁾	28.25 ⁶⁾
P 值	0.000	0.027	0.009	0.000	0.000	0.000	0.000

注: 1) 本研究急诊内镜下治疗指入院 24 h 内急诊内镜下治疗; 2) 观察组 1 例失败: 因患者行内镜检查时剧烈呕吐、无法进行内镜操作而终止内镜; 3) 电解质代谢紊乱为血钾、血钠和血钙异常; 4) 凝血功能障碍为 $PT > 30\text{s}$ 或 $APTT > 70\text{s}$ 或 $FIB < 1.0\text{g/L}$ (凝血功能障碍相关界值参考本单位检验科凝血功能化验报告对应指标的危急值; 5) 为 t 值; 6) 为 χ^2 值

表4 肝硬化并EGV患者胃镜复查依从性的影响因素分析

Table 4 Analysis of the factors influencing the compliance of gastroscopy in patients with liver cirrhosis and EGV

组别	年龄 / 岁	男性 / 例	肝硬化病因 / 例				
			乙肝	丙肝	酒精肝	隐源性	其他
随访期间复查胃镜组 ¹⁾ (n=54)	53.80 ± 11.51	36	27	6	2	11	8
随访期间未复查胃镜组 ²⁾ (n=92)	55.47 ± 10.54	71	49	6	13	9	15
χ^2/t 值	0.89 ³⁾	1.92 ⁴⁾			7.83 ⁴⁾		
P 值	0.373	0.166			0.098		

组别	外地居住 / 例	医保类型 / 例				EGVB ≥ 2 次 / 例	EGV 内镜序贯治疗史 / 例
		职工医保	居民医保	省医保 + 农合	其他		
随访期间复查胃镜组 ¹⁾ (n=54)	29	19	4	28	3	33	13
随访期间未复查胃镜组 ²⁾ (n=92)	38	43	4	34	11	49	9
χ^2/t 值	2.11 ⁴⁾		4.97 ⁴⁾			0.85 ⁴⁾	5.43 ⁴⁾
P 值	0.147		0.174			0.356	0.023

注: 1) 随访期间胃镜复查组 = 观察组中复查胃镜患者 + 对照组中复查胃镜患者; 2) 随访期间未复查胃镜组 = 观察组中未复查胃镜患者 + 对照组中未复查胃镜患者; 3) 为 t 值; 4) 为 χ^2 值

3 讨论

EGVB 属临床急危重症, 具有起病急、病情重、病死率高和止血后再出血率高等特点, 尽管近年来急性 EGVB 治疗方面有了一定的进展, 6 周死亡率仍高达 16.0% ~ 23.0%^[8]。有效控制急性 EGVB、预防止血后再出血及改善肝脏功能储备十分重要。

本研究显示, 观察组 WBC 和 Neu 明显高于对照组, Hb 和 HCT 明显低于对照组, 分析原因可能与 EGVB 发作时急性失血、失血性贫血、机体处于应激状态相关。本研究中, 观察组 UREA 明显高于对照组, 分析原因与 EGVB 急性失血、血液蛋白质消化产物被肠道吸收或循环血量不足导致肾前性或肾性氮质血症有关。肝脏是机体重要脏器, 参与 ALB、胆红素和凝血因子等多种物质代谢。肝功能 Child-Pugh 分级、MELD 评分广泛用于评估肝功能障碍严重程度, 并可以预测急性 EGVB 患者再出血和死亡风险^[8-9]。FORTUNE 等^[8] 研究中, Child-Pugh A 级预测 6 周死亡率小于 10.0%, Child-Pugh B 级预测 6 周死亡率 10.0% ~ 30.0%, Child-Pugh C 级预测 6 周死亡率大于 33.0%。D' AMICO 等^[9] 研究指出, 出血严重程度、肝功能障碍是 5 d 治疗失败率和 6 周死亡率最重要的预测因子。本研究中, EGVB 组 ALB、FIB 明显低于 EGV 序贯治疗组, 而 TBil、PT、INR、肝功能 Child-Pugh 分级 (B 级 + C 级) 比例及 MELD 评分明

显高于 EGV 序贯治疗组。相较 EGV 内镜下序贯治疗, EGVB 急性发作使得肝脏储备功能进一步恶化, 且具有更高的再出血和死亡风险。

肝硬化失代偿期合并多种并发症, 给患者家庭及社会带来极大的经济负担。有研究^[10] 报道, 肝硬化在主要疾病中经济成本排名第八。一项关于美国食管静脉曲张住院患者经济负担的回顾性队列研究显示, 食管静脉曲张出血患者平均住院费用为 15 202 美元, 明显高于食管静脉曲张未出血住院患者 ($P < 0.01$)^[11]。EGVB 病情凶险、疾病变化快, 而基础设施完备、重要抢救设施齐全的重症监护病房能为患者提供更高级的生命支持, 有指南^[4] 推荐急性静脉曲张出血患者入住重症监护病房或其他监护良好的单位。本研究中, 观察组 58.4% 患者住院期间入住 / 中转重症监护室, 入住重症监护病房需求明显高于对照组, 而重症监护病房每天花费明显高于普通病房。EGVB 患者出血量大, 时常合并失血性贫血、失血性休克, 指南推荐^[5] 血流动力学稳定的患者进行限制性输血, 控制 Hb 在 70 ~ 80 g/L。本研究中, 观察组 41.6% 患者入院 Hb 低于 70 g/L, 70.1% 患者因贫血、血小板减少、凝血功能障碍接受输血治疗, 输血治疗需求明显高于对照组; 观察组术后住院天数、总住院天数均明显长于对照组。因此, 避免急性 EGVB 事件发生, 可缓解患者家庭医疗支出及医疗经济负担。

目前,急性EGVB最佳内镜治疗时间不明确。有一项回顾性研究^[12]显示,延迟内镜检查超过15h是肝硬化急性静脉曲张出血患者住院死亡的独立危险因素。另一项回顾性研究^[13]指出,急性EGVB患者若没有接受紧急内镜检查(入院后24h内),死亡率由8.3%上升到15.3%。HUH等^[14]报道,中低危患者(MELD<17分)行紧急内镜检查,6周再出血率和死亡率方面无受益。临床实践中,内镜检查时机取决于内镜医师的判断力、患者意愿和血流动力学状态等因素,这与当前指南不一致^[4]。本研究中,观察组48.1%的患者入院24h内行急诊内镜下止血治疗,其中6h内、6~12h和12~24h急诊内镜下止血治疗分别为28.6%、14.3%和5.2%;对照组均为择期手术,观察组内镜下治疗急切程度明显高于对照组。当前,EGVB内镜下治疗技术在全国地级市医院逐渐普及且规范化,但内镜医师治疗水平不一,并非所有医院都具备急诊内镜止血能力。本研究两组内镜下治疗成功率和术后5d(再)出血率比较,差异均无统计学意义;两组在院死亡率均为0.0%,EGVB治疗失败率、5d再出血率低于相关文献^[9,15]报道,分析原因可能与两组患者内镜下治疗均由本院高年资医师完成、内镜治疗后严格参照指南预防性使用抗生素及血管收缩药物和拥有较为丰富的护理经验相关。观察组部分患者因经济负担过重等因素自行离院,出院后生存情况未能追踪,长期随访两组内镜治疗术后生存情况可能存在统计学差异。本研究还发现观察组住院期间发热、腹水、电解质代谢紊乱和凝血功能障碍发生率更高。

胃镜是评估EGV和EGVB的重要方法,通过对曲张静脉位置、直径、危险因素等分析,可以为曲张静脉序贯治疗提供指导^[16,16]。尽管当前曲张静脉套扎间隔和套扎频次并不明确,指南^[3,5]均推荐根除曲张静脉并终身内镜随访,任何复发性静脉曲张均予以根除治疗。但临床实践中遵循指南定期复查胃镜根除曲张静脉并不常见。EVERETT等^[7]纳入99例患者,随访期间66.0%未完成静脉曲张闭塞,而坚持内镜下监测的患者更少,其中医保类型是二级预防胃镜复查依从性的影响因素。本研究纳入患者146例,均有EGVB病史,结果显示,二级预防随访期间仅37.0%有胃镜复查史,28.8%超过半年未复查胃镜,21.2%超过1年未复查胃镜,进一步分析发现,有EGV序贯治疗史患者随访期间胃镜复查依从性更高,原因可能与患者及其家属亲身体会曲张静脉择期内镜下序贯治疗

较急性EGVB并发症更少、住院时间更短、恢复更快和住院费用更低相关。此外,18.2%患者EGVB发作前进食粗糙/刺激性食物或饮酒,均为EGVB发病常见诱因。

每年静脉曲张出血发生率为10.0%~15.0%,取决于肝脏疾病严重程度、曲张静脉大小及有无红色征等因素^[3],根除曲张静脉可降低再出血和死亡风险。本研究从血生化指标、肝脏储备功能、住院期间合并症/并发症、经济负担及医疗负担等角度比较EGVB与EGV序贯治疗,结果提示,相较EGVB,EGV内镜下序贯治疗肝脏储备功能恶化不明显、并发症/合并症发生率更低、住院时间更短、花费更低,能减轻医疗负担。肝硬化并EGV患者二级预防随访期间胃镜复查十分必要,但EGVB患者随访期间遵循指南复查胃镜的依从性并不高。因此,不断改进、规范EGVB治疗、同时加强患者宣教、提高随访期间胃镜复查必要性认识及胃镜复查依从性十分重要,是临床医生的工作重点。

参 考 文 献:

- [1] JAIRATH V, REHAL S, LOGAN R, et al. Acute variceal haemorrhage in the United Kingdom: patient characteristics, management and outcomes in a nationwide audit[J]. *Dig Liver Dis*, 2014, 46(5): 419-426.
- [2] 刘茜,陈蕾.重症食管胃静脉曲张出血患者的护理体会[J].*影像研究与医学应用*, 2017, 1(11): 193-195.
- [2] LIU Q, CHEN L. Nursing experience of patients with severe esophagogastric varices hemorrhage[J]. *Journal of Imaging Research and Medical Applications*, 2017, 1(11): 193-195. Chinese
- [3] GARCIA-TSAO G, ABRALDES J G, BERZIGOTTI A, et al. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases[J]. *Hepatology*, 2017, 65(1): 310-335.
- [4] DE FRANCHIS R, BAVENO VI FACULTY. Expanding consensus in portal hypertension: report of the baveno VI consensus workshop: stratifying risk and individualizing care for portal hypertension[J]. *J Hepatol*, 2015, 63(3): 743-752.
- [5] TRIPATHI D, STANLEY A J, HAYES P C, et al. U.K. guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients[J]. *Gut*, 2015, 64(11): 1680-1704.
- [6] 中华医学会肝病学会,中华医学会消化病学分会,中华医学会消化内镜学分会.肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治指南[J].*中华内科杂志*, 2016, 55(1): 57-72.
- [6] Chinese Society of Hepatology, Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Society of Digestive Endoscopy. Guidelines for the

- prevention and treatment of bleeding from esophageal and gastric varices due to portal hypertension in cirrhosis[J]. Chinese Journal of Internal Medicine, 2016, 55(1): 57-72. Chinese
- [7] EVERETT B T, LIDOFKY S D. Adherence to surveillance endoscopy following hospitalization for index esophageal variceal hemorrhage[J]. World J Gastrointest Surg, 2018, 10(4): 40-48.
- [8] FORTUNE B E, GARCIA-TSAO G, CIARLEGLIO M, et al. Child-Turcotte-Pugh class is best at stratifying risk in variceal hemorrhage: analysis of a US multicenter prospective study[J]. J Clin Gastroenterol, 2017, 51(5): 446-453.
- [9] D'AMICO G, DE FRANCHIS R, Cooperative Study Group. Upper digestive bleeding in cirrhosis. Post-therapeutic outcome and prognostic indicators[J]. Hepatology, 2003, 38(3): 599-612.
- [10] SCAGLIONE S, KLIETHERMES S, CAO G, et al. The epidemiology of cirrhosis in the United States: a population-based study[J]. J Clin Gastroenterol, 2015, 49(8): 690-696.
- [11] SOLANKI S, HAQ K F, CHAKINALA R C, et al. Inpatient burden of esophageal varices in the United States: analysis of trends in demographics, cost of care, and outcomes[J]. Ann Transl Med, 2019, 7(18): 480.
- [12] HSU Y C, CHUNG C S, TSENG C H, et al. Delayed endoscopy as a risk factor for in-hospital mortality in cirrhotic patients with acute variceal hemorrhage[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2009, 24(7): 1294-1299.
- [13] WYSOCKI J D, SRIVASTAV S, WINSTEAD N S. A nationwide analysis of risk factors for mortality and time to endoscopy in upper gastrointestinal haemorrhage[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2012, 36(1): 30-36.
- [14] HUH C W, KIM J S, JUNG D H, et al. Optimal endoscopy timing according to the severity of underlying liver disease in patients with acute variceal bleeding[J]. Dig Liver Dis, 2019, 51(7): 993-998.
- [15] AMITRANO L, GUARDASCIONE M A, MANGUSO F, et al. The effectiveness of current acute variceal bleed treatments in unselected cirrhotic patients: refining short-term prognosis and risk factors[J]. Am J Gastroenterol, 2012, 107(12): 1872-1878.
- [16] 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年)[J]. 中华消化内镜杂志, 2010, 27(1): 1-4.
- [16] Esophageal Gastric Varices Group, Chinese Society of Digestive Endoscopy. Tentative guidelines for endoscopic diagnosis and treatment of varicosity and variceal bleeding in digestive tract (2009)[J]. Chinese Journal of Digestive Endoscopy, 2010, 27(1): 1-4. Chinese

本文引用格式:

余倩, 陈明镕, 肖勇, 等. 肝硬化并食管胃静脉曲张二级预防胃镜复查必要性及依从性的临床研究 [J]. 中国内镜杂志, 2020, 26(7): 13-19.

SHE Q, CHEN M K, XIAO Y, et al. Clinical study on the necessity and compliance of gastroscopy reexamination for secondary prevention in patients with cirrhosis complicated with esophageal and gastric varices[J]. China Journal of Endoscopy, 2020, 26(7): 13-19. Chinese

(吴静 编辑)