

生长抑素联合普萘洛尔预防食管胃底静脉曲张内镜治疗术后早期再出血的疗效分析

王轶佳

(眉山市人民医院 四川 眉山 620010)

【摘要】目的: 研究分析食管胃底静脉曲张内镜治疗术后采取生长抑素联合普萘洛尔治疗对预防早期再出血的临床效果。方法: 本次研究对象为我院接受治疗的肝硬化并食管胃底静脉曲张破裂出血患者, 纳入本次研究的患者均在同一时间段入院, 起始时间 2018 年 1 月, 截止时间 2022 年 2 月, 随机选取此时间段内 50 例患者, 根据随机数字表法, 将参与研究的患者分为观察组与对照组, 单组样本量 25 例。两组在术后予以不同的治疗方案, 观察组和对照组分别采取生长抑素联合普萘洛尔治疗、单纯生长抑素治疗, 对比分析两组的临床疗效。结果: 在内镜手术治疗以后, 观察组与对照组采取不同治疗方案, 从 WBC、PLT 来看, 对照组组间术前和术后 4 周的上述指标对比差异较小, 各项差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 而观察组组间术前和术后 4 周的 WBC 作比较, 则有显著差异, 术后 4 周指标数据相对于术前, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 在临床疗效方面, 两组的治疗总有效率数据存在着明显差异, 观察组显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 在术后药物治疗期间, 观察组与对照组均有患者出现不良反应, 而两组的发生率作比较, 不符合统计学意义, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 而再出血率比较, 两组则有明显差异, 观察组显著低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对于接受食管胃底静脉曲张内镜治疗的患者而言, 在术后单纯采取生长抑素治疗, 其疗效要显著低于生长抑素联合普萘洛尔治疗, 联合治疗能够减轻门脉高压, 降低术后再出血发生概率, 而且联合用药具有较高的安全性, 值得推广。

【关键词】 生长抑素; 普萘洛尔;

【中图分类号】 R339.3+5

【文献标识码】 B

【文章编号】 2095—8439(2022)26—0057—04

肝硬化属于慢性肝病, 在临床中十分常见, 该病主要是由于病毒性、酒精性和血吸虫性等所引起的。肝硬化在发作期间, 极易引起多种并发症, 其中食管胃底静脉曲张破裂出血是该病最为常见的并发症之一, 该并发症是因门静脉高压所导致的, 疾病发作急促, 且病情危重, 具有极高的致死率, 严重威胁着患者的生命安全^[1]。因此, 肝硬化并食管胃底静脉曲张破裂出血患者需要尽早接受有效治疗, 控制病情发展, 降低患者的死亡风险。近些年来, 医疗技术有明显提高, 内镜技术逐渐成熟, 在食管胃底静脉曲张破裂出血的治疗中, 采取内镜治疗取得了较为确切的疗效, 但是患者在经过手术治疗以后, 仍

旧无法避免术后再出血的发生, 而且具有较高的再出血率, 使患者的术后身体康复受到影响。食管胃底静脉曲张破裂出血术后再出血预防是目前临床的重点关注话题, 但是目前尚未有有效的预防方案, 临床需作进一步探究。针对肝硬化引起的食管胃底静脉曲张破裂出血的治疗, 普萘洛尔是该病的一级预防药物, 但是单纯采用该药治疗的效果并不理想, 有研究发现, 生长抑素在食管胃底静脉曲张破裂出血的治疗中有着良好的应用优势^[2]。鉴于此, 本次研究选取我院收治的肝硬化并食管胃底静脉曲张破裂出血患者展开分析, 在内镜术后治疗中, 予以生长抑素联合普萘洛尔治疗, 观察该治疗方案对

于预防术后早期再出血的作用效果,现将具体内容阐述如下。

资料与方法

1.1 一般资料

研究选取我院在2018年1月-2022年2月期间收治的50例肝硬化并食管胃底静脉曲张破裂出血患者展开分析,将参与研究的患者根据随机数字表法分组,即分为观察组(n=25)与对照组(n=25)。观察组与对照组的基线资料作比较,在性别、年龄和病因方面具有均衡性(P > 0.05),适合作比较,详见表1。

组别	例数	性别		平均年龄(岁)	病因			
		男	女		乙型肝炎	酒精性肝炎	血吸虫损害	其他
观察组	25	13 (52.00)	12 (48.00)	50.36 ± 5.71	9 (36.00)	10 (40.00)	4 (16.00)	2 (8.00)
对照组	25	14 (56.00)	11 (44.00)	50.62 ± 5.45	8 (32.00)	9 (36.00)	5 (20.00)	3 (12.00)
χ^2/t		0.085		0.165	0.089	0.085	0.136	0.222
P		0.777		0.870	0.765	0.770	0.713	0.637

1.2 方法

两组患者在入院以后,接受常规检查,明确患者的病症情况,均接受内镜下食管静脉曲张套扎术或内镜下胃底静脉曲张组织胶注射术,根据其曲张静脉的实际情况,为患者选择最佳的内镜治疗方案,在术前,需叮嘱患者禁食禁水,保证胃内和膀胱处于排空状态,对水电解质紊乱的患者,还需要进行水电解质纠正等。

1.2.1 对照组

对照组患者在术后采取生长抑素治疗,方法如下:将生长抑素加入到50ml的生理盐水中,药物剂量为3mg,将两者进行充分混合,在混合均匀后,采取静脉泵入的给药方式,将药液按照每小时4.2ml的速度进行泵入,即根据每小时0.25mg维持1天,在此期间,需要予以患者质子泵抑制剂治疗,在治疗1天后,即需要停止使用生长抑素,同时继续以质子泵抑制剂进行治疗。

1.2.2 观察组

观察组患者在术后采取生长抑素联合普萘洛尔治疗,方法如下:生长抑素的使用方法与对照组相同。在停止使用生长抑素以后,本组患者需采用普萘洛尔治疗,该药的给药方式

纳入标准:(1)本次参与研究的患者,在入院以后均接受胃镜检查,检查结果符合肝硬化伴食管胃底静脉曲张破裂出血的诊断标准;(2)对患者进行药敏测试,患者对本次研究使用到的药物未存在过敏禁忌;(3)患者具备内镜手术适应症;(4)在研究开始前,向患者及家属进行了手术和术后治疗的相关内容介绍,在取得其同意后方才展开研究。

排除标准:(1)合并血液系统疾病;(2)合并心肾等重要脏器功能障碍;(3)患有精神类疾病,无法进行正常沟通交流;(4)临床资料有缺失;(5)对研究配合度差。

为口服,初始的药物使用剂量为每天20mg,分2次服下,之后根据患者的心率情况,对药物剂量进行适当增减,在患者的原有心率降低至每分钟55-60次即作为维持剂量,并且在此期间,同样需要予以患者质子泵抑制剂治疗。

1.3 观察指标

(1)比较两组的外周血细胞变化,测定两组患者治疗前后的白细胞计数(WBC)和血小板计数(PLT)。

(2)比较两组的临床疗效,根据患者的临床情况进行疗效评定,将疗效分为3个等级,在经过治疗后,患者的各项生命体征稳定,采取便血、呕血试验,检验结果为阴性,且血红素未出现降低即为显效;患者的各项生命体征趋于稳定,便血、呕血试验的检验结果为阳性,但是血红素未出现显著降低即为有效;未达上述评定标准即为无效。显效率、有效率之和即为总有效率。

(3)比较两组的不良反应和再出血的发生情况,在患者接受治疗期间,记录两组出现乏力、腹痛腹胀、恶心、心动过缓以及再出血的发生例数。再出血判断:在手术治疗后的72小时,对患者进行检查,患者再次出现了呕血、黑便症状。

1.4 统计学方法

将数据输入 SPSS21.0 系统软件中进行计算,以($\bar{x} \pm S$)进行计量统计,以(%)进行计数统计,t检验和 χ^2 检验, $P < 0.05$ 则表示有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组的外周血细胞变化

组别	例数	WBC ($\times 10^9/L$)		t/P	PLT ($\times 10^9/L$)		t/P
		术前	术后4周		术前	术后4周	
观察组	25	2.60 ± 0.59	5.37 ± 1.92	6.895/0.000	37.92 ± 10.83	57.51 ± 5.65	23.322/0.000
对照组	25	2.58 ± 0.61	2.99 ± 0.73	2.155/0.036	38.07 ± 10.31	41.72 ± 10.50	1.240/0.221
t		0.118	5.793		0.050	6.621	
P		0.907	0.000		0.960	0.000	

根据表2得知,在经过手术治疗后,两组采取不同治疗方案,在术前和术后四周将观察组与对照组的WBC、PLT作比较,数据间差异较小,差异无统计学意义($P > 0.05$),但观察组的组间术前、术后4周上述指标作比较,则有显著差异,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 比较两组的外周血细胞变化 ($\bar{x} \pm S$)

2.2 比较两组的临床疗效

由表3可知,在治疗后,对两组的疗效进行分析,从治疗

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	25	17 (68.00)	7 (28.00)	1 (4.00)	24 (96.00)
对照组	25	12 (48.00)	8 (32.00)	5 (20.00)	20 (80.00)
χ^2		-	-	-	12.121
P		-	-	-	0.000

总有效率方面来看,观察组与对照组的数据有了显著差异,前者要显著高于后者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 比较两组的临床疗效 [n (%), 例]

2.3 比较两组的不良反应和再出血的发生情况

由表4得知,从两组患者的不良反应和再出血发生率方面进行分析,在药物治疗期间观察组与对照组患者均出现了不良反应,从发生数据比较,两组并未有明显差异,差异无统

组别	例数	不良反应			总发生率	再出血发生率
		乏力	腹痛腹胀	恶心		
观察组	25	1 (4.00)	0 (0.00)	2 (8.00)	4 (16.00)	0 (0.00)
对照组	25	2 (8.00)	2 (8.00)	1 (4.00)	5 (20.00)	4 (16.00)
χ^2		-	-	-	0.136	4.348
P		-	-	-	0.713	0.037

计学意义($P > 0.05$),而术后的再出血发生率两组对比,数据间则符合统计学意义,观察组要显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 比较两组的不良反应和再出血的发生情况 [n (%), 例]

3 讨论

肝硬化是常见的慢性肝脏疾病,该病的发病机制相对复杂,该病易诱发多种并发症,食管胃底静脉曲张是常见的并发症之一,主要是由门静脉高压所引起的,常伴随着上消化道大出血,病情十分危急,极易造成患者死亡^[3]。随着内镜技术的发展,内镜治疗食管胃底静脉曲张破裂出血具有良好的临床疗效,但是在术后仍有再出血的可能,这是引起肝硬化患者死亡的重要因素。因此,如何预防和治疗食管胃底静脉曲张破裂出血和术后再出血是目前临床急需解决的问题。目前认为,在食管静脉曲张患者的治疗中,套扎术是治疗该病的有效途径,不仅具有较好的疗效,而且还能够有效控制急性出血,

内镜下组织胶注射术则是治疗胃底静脉曲张破裂出血的重要治疗手段。

套扎术在治疗中,采用的是特质弹性橡皮圈套,将其套扎于患者的食管曲张静脉部位,使该部位的血液流通受阻,在套扎后局部出现急性炎症,导致该部位的组织处于缺血和缺氧状态,出现了组织坏死和脱落,进而使此处的肉芽组织增生,能够形成瘢痕,最终曲张静脉消失^[4]。但是在套扎术治疗过程中,坏死组织脱落可能会引起出血,进而影响疗效。陈斯阳等^[5]的研究发现,在肝硬化食管胃底静脉曲张患者的临床治疗中,采取内镜下套扎术治疗,术后早期患者的再出血率为13.0%。内镜下组织胶注射术在治疗中需要使用到医用组

织胶,其主要成分为氰基丙烯酸丁酯、稳定剂和阻聚剂,在使用后能够与人体血液中的阴性离子进行结合,两者能够在极短的时间内发生聚合固化作用,产生栓子,能够起到堵塞血管的作用,阻断局部血液,进而起到了止血功效。但是这种组织胶对于人体而言属于异物,不具有生物兼容性,将其注射至胃底以后,会在此处形成“排胶溃疡”,进而引起再出血。王亮等^[6]在食管胃静脉曲张患者采取内镜下组织胶注射治疗,对其术后再出血例数进行记录,发生率为7.1%。施言等^[7]的研究发现,腹水、静脉曲张血管数量>2、曲张静脉内径增宽等是内径治疗后再出血的危险因素。而这些因素与门脉压力高低有着十分密切的联系,食管胃底静脉曲张是机体对门脉高压的一种代偿表现,但是却无法有效缓解门脉高压。因此,对于食管胃底静脉曲张患者而言,若是其门脉高压未得到有效解决,将会引起再出血。生长抑素能够有效降低门静脉血流量,缓解门脉高压,并且这种药物还能够是机体内的内脏血流量减少,对胃酸分泌产生良好的抑制作用,进而使体内的胃蛋白酶水平下降。长效生长抑素能够作为食管胃底静脉曲张再出血的预防药物,但是这种药物在临床使用中有一定限制,其价格较为昂贵,多数家庭无法负担,无法长期接受生长抑素治疗^[8]。普萘洛尔是非选择性β受体阻断剂,这种药物同样能够使门脉血流减少,而且其价格低廉,不会造成严重的经济负担,但是单纯采用该药治疗可能会引起乏力、心动过缓等并发症。本次研究结果显示,单纯采用生长抑素和生长抑素联合普萘洛尔治疗的对照组与观察组进行比较,在不良反应发生率方面,两组差异较小,观察组术前和术后4周的WBC、PLT比较,术后显著升高,并且在临床总有效率方面,观察组显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。这表明,在肝硬化并食管胃底静脉曲张内镜治疗术后,采取生长抑素联合普萘洛尔能够有效预防再出血,并且药物联合具有良好的协同作用,能够有效改善门静脉压力。

综上所述,生长抑素联合普萘洛尔预防肝硬化并食管胃

底静脉曲张内镜治疗术后早期再出血具有显著优势,与单纯生长抑素治疗相比较而言,联合治疗对门脉高压的改善作用更为显著,而且联合用药不会增加药物不良反应,同时还能够起到良好的预防内镜治疗后再出血,值得推广。

参考文献

- [1] 李恒, 黄柳清. 生长抑素联合普萘洛尔预防食管胃底静脉曲张内镜治疗术后早期再出血的疗效分析[J]. 中国实用医药, 2021, 16(10): 14-17.
- [2] 杨岳, 李宝纯, 霍建凤. 不同剂量生长抑素联合普萘洛尔对肝硬化伴食管胃底静脉曲张破裂出血的疗效及不良反应分析[J]. 解放军医药杂志, 2020, 32(9): 62-65.
- [3] 李志勤, 闫婧雅, 赵雪萌, 等. 生长抑素联合普萘洛尔治疗肝硬化伴食管胃底静脉曲张破裂出血的疗效观察[J]. 医药前沿, 2020, 10(29): 105-107.
- [4] 生长抑素联合普萘洛尔治疗肝硬化伴食管胃底静脉曲张破裂出血的效果及对血流动力学的影响[J]. 解放军医药杂志, 2020, 32(6): 60-63, 68.
- [5] 陈斯阳, 高青. 食管胃底静脉曲张内镜治疗术后早期再出血的危险因素探讨[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 20(24): 25-26. 杨岳, 李宝纯, 霍建凤.
- [6] 王亮, 陈永忠, 仝亚林. 内镜下1型食管胃静脉曲张组织胶注射术与套扎术临床疗效的回顾性分析[J]. 河南医学研究, 2020, 29(8): 1359-1362.
- [7] 施言, 陈数荣, 周丹, 等. 内镜下治疗食管胃底静脉曲张首次破裂出血后近期再出血的危险因素分析[J]. 浙江临床医学, 2021, 23(10): 1457-1459.
- [8] 薛峰, 陈菲菲. 肝硬化合并食管胃底静脉曲张破裂出血患者应用生长抑素联合内镜治疗的临床效果分析[J]. 医药前沿, 2020, 10(1): 91-92.