

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2014.02.14

抗生素在食管胃底静脉曲张破裂出血治疗中的疗效观察

张平辉¹, 周玉洁²

(¹ 舟山市嵊泗县人民医院 内科,浙江 舟山 202450;² 舟山市嵊泗县人民医院 儿科,浙江 舟山 202450)

摘要:[目的]观察抗生素对食管胃底静脉曲张破裂出血的疗效。[方法]将 48 例食管胃底静脉曲张破裂出血的患者随机分为治疗组和对照组,各 24 例。对照组给予质子泵抑制剂和生长抑素和(或)垂体后叶素等止血,治疗组在对照组的基础上再加用抗生素。比较 2 组患者的止血率、早期再出血率及死亡率。[结果]治疗组中 24h 内 16 例出血停止,48h 内 20 例出血停止,72h 内 23 例出血停止,14d 内再次出血 1 例,死亡 1 例;对照组中 24h 内 16 例出血停止,,48h 内 18 例出血停止,72h 内 20 例出血停止,14d 内 2 例再出血,死亡 3 例。[结论]食管胃底静脉曲张破裂出血在常规治疗的基础上加用抗生素治疗,可提高早期止血率,降低早期再出血率,降低死亡率。

关键词:食管胃底静脉曲张破裂出血; 抗生素; 止血率; 再出血率; 死亡率

中图分类号:R 571.3

文献标志码:D

文章编号:1671-038X(2014)02-098-02

食管胃底静脉曲张破裂出血是肝硬化失代偿期常见且危重的并发症,并可诱发肝性脑病、肝肾综合征、感染和电解质紊乱,增加治疗难度,使死亡率上升。近年提出早期使用抗生素治疗,可提高早期止血率和降低再出血率,从而降低死亡率。本研究旨在观察抗生素在食管胃底静脉曲张破裂出血治疗中的疗效。

1 对象与方法

入选标准:根据肝硬化失代偿诊断标准^[1]或明确的肝硬化病史诊断肝硬化,根据呕血、血便及胃镜检查诊断食管胃底静脉曲张破裂出血,并排除其他原因出血以及心源性肝硬化患者、肝癌患者及合并有高血压、严重心、脑疾病者。我院 2011-01—2012-06 期间共收治符合以上标准的食管胃底静脉曲张破裂出血患者 48 例,其中男 38 例,女 10 例,年龄 42~78(49±3.2)岁;乙肝后肝硬化 37 例,酒精性肝硬化 9 例,胆汁淤积性肝硬化 2 例。48 例随机分为治疗组、对照组。治疗组 24 例,男 20 例,女 4 例,平均年龄(50±2.8)岁,≥60 岁 5 例,乙肝后肝硬化 19 例,酒精性肝硬化 4 例,胆汁淤积性肝硬化 1 例,大出血 18 例;对照组 24 例,男 18 例,女 6 例,平均年龄(47±2.6)岁,≥60 岁 3 例,乙肝后肝硬化 18 例,酒精性肝硬化 5 例,胆汁淤积性肝硬化 1 例,大出血 17 例。2 组患者无统计学差异。

对照组常规使用质子泵抑制剂(PPI)、生长抑素和(或)垂体后叶素、立止血、维生素 K₁、输血补液、改善肝功能等治疗;治疗组在对照组的基础上早期使用左氧氟沙星 0.3g(浙江启明药业有限公司,

国药准字 H20065710)或头孢曲松钠 1.0g(上海罗氏制药,国药准字 H10983036)静脉滴注,2 次/d,共 7d。

止血与再出血判断指标见表 1。

表 1 止血与再出血判断指标

	出血停止指标	再出血指标
呕血与黑便	呕血停止,黑便或血便明显减少或消失或大便颜色变黄	出血停止后再次出现呕血和(或)黑便
肠鸣音	肠鸣音正常	肠鸣音正常后再次活跃
循环衰竭	血压、心率恢复正常,并且稳定中心静脉压正常、稳定	再次出现血压下降、心率加快、出汗、头晕、少尿等,中心静脉压再次下降
血常规检查	RBC、HGB、HCT 上升或稳定	RBC、HGB、HCT 稳定后再次出现下降,网织红细胞计数再次上升
尿素氮	持续下降	补液及尿量充足的情况下,再次增高
胃镜检查	胃镜检查未见活动性出血	胃镜检查见活动性出血

计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,均数间比较用方差分析;计数资料用 χ^2 检验比较;2 组数据均用 SPSS 16.0 统计软件进行处理。

2 结果

出血停止后胃镜检查显示对照组静脉曲张≥5mm16例,有红斑12例,合并消化性溃疡6例;治疗组静脉曲张≥5mm17例,有红斑8例,合并消化性溃疡3例。

所有患者入院时或入院后某个时期都进行了血培养,有腹水的同时行腹水培养。结果示所有48例患者血培养阳性14例次,腹水培养阳性22例次,有21例腹水培养和(或)血培养阴性,阳性率为56.25%。

治疗组与对照组患者的疗效及并发症情况比较见表2。

表2 治疗组与对照组患者的疗效及并发症情况比较 例(%)

	治疗组(24例)	对照组(24例)
24 h内止血	16(66.67)	16(66.67)
48 h内止血	20(83.33) ¹⁾	18(75.00)
72 h内止血	23(95.83) ¹⁾	20(83.33)
14 d内再次出血	1(4.17) ¹⁾	2(8.33)
死亡	1(4.17) ¹⁾	3(12.5)
肝性脑病	2(8.33) ¹⁾	5(20.83)
肝肾综合征	1(4.17) ¹⁾	2(8.33)
感染	3(12.5) ¹⁾	6(25.0)
电解质紊乱	8(33.33) ¹⁾	15(62.5)

与对照组比较,¹⁾P<0.05。

3 讨论

肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血病情凶险,并发症多,死亡率高,随着PPI和生长抑素的使用,其并发症及死亡率有了明显的改善,但仍较非静脉曲张性上消化道出血的再出血率和死亡率高。根据Bavenon共识,食管胃底静脉曲张破裂出血早期再次出血的定义为出血控制后72h~6周内再次出现活动性出血的表现。食管曲张静脉血管壁紧张度可能是决定曲张静脉破裂的主要因素。血管管径是血管紧张度的决定因素之一,另一个决定血管管壁紧张度的因素是和门静脉压力相关的曲张静脉内压力。因此,门静脉压力的减少将导致血管管壁紧张度的下降,从而减少了破裂的风险,那么再出血的风险就会显著地下降,而且有着更低的风险发生腹水、自发性腹膜炎和死亡^[2]。同时,随着人们对细菌移

位(bt)的认识不断深入,发现不但活的细菌对肠外器官产生损害,细菌的内毒素等也可引起门静脉压力升高^[3],并且内毒素还可对肝脏造成2次打击,造成肝细胞大量坏死,导致凝血因子进一步减少,还可通过一氧化氮、前列腺素pg1-2等因子进一步介导高动力循环和门脉高压,从而引起2次出血^[4]。近年急诊专家们认为,食管胃底静脉曲张破裂活动性出血时常存在胃黏膜和食管黏膜炎性水肿,预防性使用抗菌药物有助于伤口愈合,利于止血,并可减少早期再出血及感染,提高存活率^[5]。吴利敏等也认为合并感染为食管胃底静脉曲张破裂出血早期再出血的危险因素之一^[6]。左氧氟沙星和(或)头孢曲松等抗生素能有效的控制细菌移位和内毒素血症,从而降低门脉压,防止肝脏受2次打击,有利于肝脏解毒和合成凝血因子,减少再出血和肝性脑病等并发症的发生,降低死亡率。本组患者腹水和(或)血培养阳性率达56.25%,该发生率与赵超所报道肝硬化并上消化道出血时细菌感染发生率和认为细菌感染为早期再出血的预后指标结果相一致^[7],说明使用抗生素并非滥用。本研究结果与专家共识相吻合,进一步验证了抗生素在食管胃底静脉曲张破裂出血治疗中的作用。

参考文献

[1] 叶任高,陆再英. 内科学[M]. 6版. 北京:人民卫生出版社,2006:441-443.

[2] ABRALDES J G, TARANTINO I, TURNES J, et al. Hemodynamic response to pharmacological treatment of portal hypertension and long-term prognosis of cirrhosis[J]. Hepatology, 2003, 37: 902-908.

[3] GUARNER C, SORIANO G. Bacterial translocation and its consequences in patients with cirrhosis[J]. Eur J Gastroentero Hepatol, 2005, 17: 27-31.

[4] FRANCES R, MUNOZ C, ZAPATER P, et al. bacterial dna activates cell mediated immune responos and nitric oxide overproduction in peritoneal macrophages from patients with cirrhosis and ascites[J]. Gut, 2004, 53: 860-864.

[5] 中国医师协会急诊医师分会. 急性上消化道出血急诊诊治流程专家共识(修订稿)(2011) [J]. 中国急救医学, 2011, 31(1): 1-8.

[6] 吴利敏, 吴金明, 刘 扬, 等. 肝硬化食管静脉曲张破裂出血早期再出血的危险因素分析[J]. 实用医学杂志, 2009, 25(22): 3803-3805.

[7] 赵 超. 影响肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血预后的分析[J]. 世界华人消化杂志, 2000, 8(4): 466-467.