

肝硬化合并上消化道出血的治疗进展

黄 彬

南宁市第九人民医院 广西南宁 530409

【摘要】 上消化道出血是肝硬化常见并发症之一，也是临床常见危急重症，具有发病急骤、病情进展迅速的特点，若不及时进行治疗可能导致患者发生失血性休克甚至死亡。目前临床以药物、手术、内镜及介入治疗为主要治疗方法并获得了较好的治疗效果。临床医生在治疗时应根据患者发病原因、病情发展程度及原发病等因素进行综合分析并评估后制定针对性治疗方案，以期达到更好的治疗效果。

【关键词】 肝硬化合并上消化道出血；症状与原因；止血措施；药物治疗；内镜；介入

【中图分类号】 R575.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2095-7165 (2020) 07-205-02

肝硬化是由于肝细胞长时间在各类因素的刺激下发生再生结节、弥漫性肝纤维化及假小叶形成等病变，早期可无明显临床症状，随着疾病的进一步发展可诱发上消化道出血等严重并发症^[1-2]。近年来随着医疗器械的不断创新与发展及各类新产品的研发与推广上市，肝硬化合并上消化道出血的治疗方式尽管逐年增加，但每年仍有许多患者死于上消化道大出血。本文现就肝硬化合并上消化道出血临床治疗进展进行综述。

1 肝硬化合并上消化道出血的治疗

肝硬化合并上消化道出血是肝硬化失代偿期表现，相关研究指出^[3]，约有 1/3 的肝硬化患者在疾病发展过程中出现上消化道出血，而其中约有 25% 的患者在出血早期（中位时间为 3h）即发生死亡。近年来随着人们生活节奏日益加快及饮食结构的改变，肝炎、酒精肝等各类相关疾病发病率较往年显著上升，肝硬化发病率也随之增加且患者呈年轻化趋势发展，如何对肝硬化合并上消化道患者提供及时有效地治疗是确保患者生命安全与生活质量的关键。

1.1 一般治疗

当患者发生肝硬化合并上消化出血时应保持绝对卧床、禁食、保持呼吸通畅，对存在烦躁不安的患者适当给予镇静药物，避免因于误吸而导致窒息，若出现误吸应立即行气管插管及手术治疗^[4]。对失血性休克患者应及时建立静脉通道，纠正低血容量并输注新鲜血浆，预防相关并发症发生并为进一步治疗做好准备^[5]。

1.2 止血措施

应用三腔二囊管急性压迫对肝硬化导致的食管胃底静脉曲张破裂出血进行治疗具有较好的效果。但治疗过程中患者痛苦较大且易导致其他并发症，因此该方法仅作为临时止血措施并为进一步止血争取时间，但停止治疗后患者仍有较高的再出血发生风险。随着药物与内镜技术的发展，该方法已逐渐被其他方式取代，但对于起病较急或药物仪器设备相对落后的地区，该方法仍可作为有效的急救措施。

1.3 药物治疗

对部分考虑食管胃底静脉曲张破裂出血且抑酸效果不好的患者，应考虑降门脉高压，常规治疗方法包括嘱患者卧床休息，随时关注生命体征等，必要时可根据患者实际情况给予氧气支持及镇静治疗。降低门静脉高压药物方面主要包括：（1）血管收缩剂：垂体后叶素作为临床上常用的血管加压素可对内脏血管发挥较好的收缩作用，可有效降低门静脉血流量从而改善门静脉及侧支循环压力，有效缓解食管、胃底静脉曲张的出血情况。以普萘洛尔为代表的 β 受体阻滞剂在预防肝硬化门静脉高压引起的上消化道出血的再出血治疗中发挥着重要作用，研究指出普萘洛尔可显著降低再出血率，但部分患者应用药物后未见显著效果。（2）血管扩张剂：硝酸酯类药物可有效松弛门静脉侧支并减少压力，达

到松弛平滑肌，改善动脉血压及兴奋交感神经后使血管收缩的目的，通过降低门静脉血流量从而更好的降低其压力。另外，相关研究指出，应用粉防己碱治疗可有效防止肝纤维化产生并避免食管静脉曲张复发，减少再出血率，确保患者身心健康。酚妥拉明等 α 受体阻滞剂也具有较好的改善患者肝脏循环作用，若与血管加压素联合用药可进一步提升治疗效果且不良反应较少。

1.4 内镜

内镜是近年来广泛应用的微创治疗技术，通过胃镜可及时准确了解出血原因及部位并采取相应的治疗方式。相关研究指出，内镜下止血成功率较单纯药物止血更高且并发症发生率更低，可控制分流道直径，具有成功率高，可同时行断流术的优点^[7-8]。

1.5 介入治疗

近年来随着医疗技术的不断发展，研究人员^[9]已证实经颈内静脉门体分流术（TIPS）可显著改善或消除门静脉高压导致的食管胃静脉曲张破裂出血，其有效率达到 59.4%-91.0%，手术成功率超过 95% 且严重并发症发生率仅为 0.6%-4.7%，目前已被推荐为治疗肝硬化导致的急性上消化道出血的一线治疗措施，可显著降低出血控制失败率及再出血率，改善患者生存状态。TIPS 可实现肝静脉与门静脉各种要分之间建立相应的人工分流通道，通过金属内支架使其永久性通畅得以维持，有效控制及降低门静脉高压，对食道胃底静脉曲张破裂出血进行有效预防。研究人员^[10]应用 TIPS 与 PTVE 介入方法分别应用于肝硬化门静脉高压引起的上消化道出血治疗后发现，两组患者应用不同方法治疗后 6h、12h 止血率及术后 1 个月、3 个月及 6 个月出血复发率未见显著差异，提示两种方法对肝硬化门静脉高压引起的上消化道出血治疗均可获得较好的近期疗效，TIPS 通过将门体分流通道建立在肝内，在降低门静脉压力的同时可促进血流淤滞快速消除，避免门静脉血栓及胃黏膜淤血情况发生，可减少外科手术造成的较大创伤；PTVE 经皮肝穿刺可对围观状静脉进行选择性的插管，通过血管硬化剂注射方式促使血管闭塞，利用栓塞材料对血管进行栓塞可有效控制胃底静脉曲张出血^[11]。

目前临床针对疾病治疗方法主要以药物、内镜、介入治疗及手术为主，对于病情较轻的患者可考虑使用药物保守治疗，对于病情危重或保守治疗效果不理想的患者应采取外科手术方式治疗。临床应根据患者病情及疾病症状等进行综合评估后选择最适宜的方法进行治疗，最大程度的提高疾病治疗效率并确保患者生命安全。

【参考文献】

- [1] 孙华, 张艳莲, 马玉. 临床护理路径在肝硬化合并消化道出血患者中的应用效果 [J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(11):2052-2055.
- [2] 于燊. 临床护理路径用于肝硬化合并消化道出血患者的效果观察 [J]. 基层医学论坛, 2020, 24(06):788-789.

(下转第 207 页)

[参考文献]

[1] 王海涛, 王颖, 吴海洋. 针刺联合艾灸涌泉穴治疗中风后失眠的临床观察[J]. 中医临床杂志, 2020, 32(06):1106-1109.
 [2] 周清晨, 杜广中, 岳公雷, 田鸿芳, 赵吉平. 不同刺激量针刺治疗脾两虚型失眠症 66 例临床观察[J]. 中医杂志, 2020, 61(15):1334-1338.
 [3] 陆贺青, 李沙, 胡军. 针刺联合耳针治疗更年期心肾不交型失眠症的效果分析[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(10):1865-1869.
 [4] 郭丁文, 吴清明. 针刺联合小柴胡汤加减治疗肝郁气滞型失眠 20 例[J]. 中医研究, 2020, 33(05):50-52.
 [5] 刘雁, 张锦. 针刺、推拿配合心理疏导治疗原发性失眠症 36 例临床观察[J]. 甘肃中医药大学学报, 2020, 37(01):98-101.
 [6] 苗易发, 文洪. 五神穴组方治疗心肾不交型失眠症临床观察[J]. 四川中医, 2020, 38(04):205-207.
 [7] 杨海涛, 黄凡, 邝伟川, 陆彦青, 温春娣. 智三针治疗原

发性失眠 35 例[J]. 安徽中医药大学学报, 2014, 33(03):74-76.
 [8] 曹燕, 严寅杰, 刘依萍, 徐世芬. 调督安神针刺治疗卒中后失眠的随机对照研究[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(03):280-284.
 [9] 秦丽娟, 付子, 石学敏. 针刺单穴治疗失眠伴轻度焦虑抑郁状态的临床观察[J]. 四川中医, 2013, 31(10):133-134.
 [10] 王磊, 李璠, 黄蛟, 等. 多元时间针法治疗失眠症的临床疗效观察[C]. 中国针灸学会. 2011 中国针灸学会年会论文集(摘要). 中国针灸学会: 中国针灸学会, 2011:1550-1557.
 [11] 李秀娟, 文彬, 韩海涛, 等. 壮医针刺治疗心肾不交型不寐 35 例[J]. 中国针灸, 2018, 38(9):961-962.
 [12] 谢川, 谢卫娜. 针刺治疗失眠症的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(5):503-506.
 [13] 郑雯雯, 范军铭, 王百娟, 等. 针刺治疗失眠症 36 例[J]. 中医研究, 2020, 33(1):53-55.

(上接第 201 页)

健, 2018, 005(025):121-122.
 [3] 吴经纬. 早期心脏康复护理对急性心肌梗死介入治疗后患者生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(12):2187-2189.
 [4] 关鹤, 杨旭, 李敏, 等. 探讨急性心肌梗死患者的心脏康复护理[J]. 大家健康: 现代医学研究, 2013, 000(023):P.12-13.
 [5] 刘熔雪, 江小燕, 马兴群, 等. 心脏康复护理对急性心肌梗死患者心理状态和并发症的影响[J]. 心血管康复医学杂志, 2011, 020(004):350-352.
 [6] 张冬梅. 急性心肌梗塞五级法早期活动的心脏康复护理措

施探讨[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(050):61, 72.
 [7] 王俊红, 杨巧芳, 张振香. 急性心肌梗死患者心脏康复依从性影响因素与干预措施的研究进展[J]. 护理学杂志, 2017, 32(023):103-105.
 [8] 赵云霞. 心脏康复护理对急性心肌梗死患者心理状态和并发症的影响[J]. 包头医学, 2017, 41(003):52-53.
 [9] 陈素梅. 中老年急性心肌梗死患者心脏康复护理研究进展[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(017):23-25.
 [10] 朱咏梅. 冠心病患者心脏康复依从性的影响因素及护理健康教育[J]. 养生保健指南, 2016, 000(027):206.

(上接第 203 页)

骤停的疗效比较[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(21):171-172.
 [33] 解静, 牛美芝, 张蕊. 急性心肌梗死患者非梗死相关血管不同干预方式的对比分析[J]. 广西医科大学学报, 2019, 36(10):1651-1655.
 [34] 陈慧. 急性心肌梗死患者抢救中急诊急救护理的应用[J].

安徽卫生职业技术学院学报, 2019, 18(05):58-59.
 [35] 王玉芹. 综合分析急性心肌梗死患者院前急救和急诊急救措施[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(85):85+90.
 [36] 张杰, 马礼坤, 张理想, 等. 急性心肌梗死患者院内死亡风险列线图预测模型的构建[J]. 临床心血管病杂志, 2020, 36(04):311-317.

(上接第 204 页)

阻塞性肺疾病患者运动能力、肺功能、自我管理能力的影[J]. 实用医院临床杂志, 2020, 17(4):75-78.
 [2] 谢玉珍, 徐玫, 周亚飞, 等. 回授式肺康复指导在老年慢性阻塞性肺疾病稳定期患者自我管理中的效果观察[J]. 中华健康管理学杂志, 2020, 14(3):230-234.
 [4] 赵艺璞, 李亚军, 张瑞, 等. 老年慢性阻塞性肺疾病患者健康管理需求及其相关因素调查研究[J]. 实用医技杂志, 2020, 27(4):474-477.
 [5] 董永军, 常亚潘. 护理风险管理联合情志调护在老年重症慢性阻塞性肺疾病临床护理中的应用[J]. 临床心身疾病杂志, 2020, 26(3):110-114.
 [6] 李玉平, 孙建萍, 吴红霞, 等. 老年慢性阻塞性肺疾病患者失能现状与影响因素的调查研究[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(12):5-9.

[7] 中国老年医学学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 中国老年慢性阻塞性肺疾病临床诊治实践指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2020, 43(2):100-119.
 [8] 吴美景, 梁梅兰, 吴玉丹. 老年慢性阻塞性肺疾病患者健康教育需求调查分析[J]. 河北医药, 2020, 42(6):936-938, 942.
 [9] 冯春爱, 胡娟, 冯玲. 个体化健康教育对老年慢性阻塞性肺疾病患者自我管理能力的影[J]. 国际老年医学杂志, 2019, 40(4):204-206, 210.
 [10] 袁良娟, 孟蕾. 综合护理干预对老年慢性阻塞性肺疾病稳定期患者负性情绪及生活质量影响的疗效评价[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(3):359-361.
 [11] 刘柯兰, 庄玉环, 徐敏. 多学科协作干预模式对老年慢性阻塞性肺疾病患者运动耐力、负性情绪和生命质量的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2019, 27(11):1687-1690.

(上接第 205 页)

[3] 刘毅. 肝硬化合并非静脉曲张性上消化道出血临床价值体会[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(A3):74-75.
 [4] 缪平平. 肝硬化合并上消化道出血患者护理的研究进展[J]. 当代护士(下旬刊), 2019, 26(11):16-18.
 [5] 左影虹, 卢英花, 林小红. 肝硬化失代偿期合并上消化道出血的临床护理进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(50):133-134.
 [6] 王阳. 延续护理干预对肝硬化合并消化道出血患者自我管理能力及预后的影响[J]. 国际护理学杂志, 2019(11):1725-1728.

[7] 刘宝龙, 刘二阳. 肝硬化合并消化道出血的临床治疗分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(69):116+120.
 [8] 于冬雪. 肝硬化合并首次上消化道出血临床分析[D]. 大连医科大学, 2017.
 [9] 念陈, 黄玉红. 肝硬化合并上消化道出血的临床治疗进展[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(03):196+198.
 [10] 苏亿全. 肝硬化合并上消化道出血的临床研究进展[J]. 中国社区医师, 2016, 32(07):10-11+15.
 [11] 马杰. 肝硬化合并上消化道出血最新的研究进展[J]. 医学信息, 2015, 28(1):382.