

肝硬化门静脉高压性胃病及肝源性溃疡合并出血 102 例分析

龚冀荣, 陆香善, 潘芳莲, 吴江山(广西壮族自治区武鸣县人民医院 530100)

【摘要】 目的 总结肝硬化非食管胃底静脉曲张破裂出血(NEVB)中门静脉高压性胃病(PHG)及肝源性溃疡(HU)出血的内镜特点。**方法** 回顾性分析 102 例患者在发生呕血和(或)黑便后 48 h 内的胃镜检查结果,并统计非静脉曲张破裂出血的病因及出血方式。**结果** 食管静脉曲张轻度 8 例,中度 15 例,重度 79 例;PHG 轻度 42 例,重度 15 例;HU 多发 35 例,单发 10 例。出血方式:单纯黑便 64 例,呕血加黑便 38 例。**结论** 肝硬化 PHG 及 HU 在肝硬化并发上消化道出血病因中占有重要地位,出血方式以黑便为主。对于肝硬化伴有上消化道出血者,应尽早行胃镜检查以明确出血原因及部位,为临床治疗提供正确依据。

【关键词】 肝硬化; 门静脉高压性胃病; 消化性溃疡出血

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.21.033

中图分类号:R575.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2010)21-2363-02

肝硬化并发上消化道出血是肝硬化最常见的并发症之一,约占上消化道出血总数的 20%~25%^[1]。但肝硬化并发上消化道出血有 30%~40% 为非食管胃底静脉曲张破裂出血(NEVB)^[1],其中最常见的是门静脉高压性胃病(PHG)和肝源性溃疡(HU)^[2]。本院 2004 年 6 月至 2009 年 5 月收治 409 例肝硬化并发上消化道出血患者,其中经急诊胃镜证实为 PHG 及 HU 102 例(29.82%),食管静脉曲张破裂出血 240 例(70.18%),现将结果分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组肝硬化 PHG 及 HU 合并出血患者 102 例,其中男 87 例,女 15 例,年龄 24~72 岁,平均 43 岁。乙型肝炎后肝硬化 74 例,酒精性肝硬化 21 例,寄生虫性肝硬化 7 例。所有病例均依据典型临床表现、实验室检查、胃镜检查、腹部 B 超或肝脏 CT 检查明确诊断。病程 3~16 年。另取同期住院的 102 例肝硬化食道胃底静脉曲张破裂出血病例作为对照组。两组肝硬化病因、性别、年龄均具有可比性。

1.2 方法 采用回顾性分析方法,所有患者均在发生呕血和(或)黑便后 48 h 内行急诊胃镜检查,统计非静脉曲张破裂出血方式。食管胃底静脉曲张程度的镜下诊断标准按 2000 年 3 月中华医学会消化内镜学会昆明会议通过的分级标准诊断,分为轻、中、重度^[3]。肝功能分级按 Child-Pugh 标准分为 A、B、C 三级。比较两组肝功能 Child-Pugh 分级情况、大出血死亡率、总死亡率。出血方式分呕血(包括单纯呕血及呕血伴血便)和黑便。

1.3 统计学方法 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床特点 102 例 NEVB(PHG+HU)患者中,84 例在出血前不同程度的胃肠道症状,如上腹不适、饱胀、嗝气等;急性出血 85 例,慢性出血 17 例;呕血伴黑便 38 例,仅有黑便 64 例;晕厥、休克 21 例,头晕、乏力 68 例。所有病例均有不同程度贫血,并有肝硬化其他表现。

2.2 胃镜检查

2.2.1 食管静脉曲张 本组 102 例均有不同程度食道静脉曲张,其中轻度 8 例,中度 15 例,重度 79 例。曲张静脉均未见活动性出血征象及红色征。

2.2.2 PHG PHG 的镜下诊断标准参照《图解消化病学》标

准^[4]。轻度:(1)胃黏膜弥漫性充血;(2)黏膜有细小粉红色淤点;(3)黏膜呈马赛克征。重度:(1)散在樱桃红斑点;(2)弥漫性胃黏膜糜烂出血。本组 102 例中 78 例有上述表现,其中轻度 PHG 25 例,重度 PHG 53 例;49 例黏膜见渗血、活动性出血或有血痂附着。

2.2.3 HU 根据发病部位分为胃窦部、球部及复合性溃疡,直径 0.3~1.0 cm 不等,圆形或椭圆形,较表浅,多发 31 例,单发 52 例;球部溃疡 51 例,胃窦溃疡 24 例,复合性溃疡 8 例,其中 53 例可见溃疡处充血、渗血或有血痂附着。

2.3 两组肝功能和死亡率比较 NEVB 组 Child-Pugh B+C 级患者有 81 例(79.41%),对照组有 58 例(56.86%),两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。NEVB 组因大出血死亡 7 例(6.86%),对照组 15 例(14.71%),两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。4 周内 NEVB 组共死亡 18 例(17.65%),对照组死亡 15 例(14.71%),两组间差异无统计学意义。

3 讨论

肝硬化门静脉高压患者上消化道出血的 3 大主要原因是食管胃底静脉曲张破裂、PHG 和 HU。有文献报道,116 例肝硬化合并上消化道出血中食管静脉曲张破裂占 56.9%,PHG 占 36.2%,HU 占 6.9%。本组 342 例肝硬化合并上消化道出血中 3 大原因分别为食管胃底静脉曲张破裂占 70.18%、PHG 占 14.33%、HU 占 15.50%。随着急诊胃镜检查工作的普及,发现 PHG 合并出血在肝硬化门静脉高压合并上消化道出血中占有相当比例。本组病例占同期肝硬化合并上消化道出血病例的 29.82%(102/342),与文献报道(20%~50%)相符,102 例中 78 例 PHG,其中 49 例表现为黏膜渗血或充血、糜烂,53 例表现为 HU 合并溃疡面血痂附着或渗血。故对临床收治肝硬化合并消化道出血的患者,首先应进行急诊胃镜检查明确诊断,以提高肝硬化门静脉高压患者上消化道出血的治疗效果。

PHG 胃黏膜内镜下的特征性变化可伴有樱桃红斑、猩红征及出血、糜烂,病变部位主要位于胃底,严重时累及整个胃。有文献报道,发现病变局限于胃底者达 65%^[5],镜下与非门静脉高压性胃黏膜病变不同,后者以红白相间、散在红斑及麻疹样斑块为主要表现,病变部位多处于胃窦部。故内镜检查肝硬化门静脉高压患者时,应仔细观察胃底、胃体有无蛇皮样病变,同时对以胃体、胃底弥漫性病变为主者,应仔细观察有无食道静脉曲张,以免漏诊。HU 临床上常缺乏溃疡病的典型表

现,过去多被大家所忽视。现在由于胃镜的广泛应用,发现 HU 所致上消化道出血亦不少见。HU 的镜下特点与消化性溃疡有以下不同:(1)溃疡面积小,本组 83 例 HU 中除 5 例直径大于 1.0 cm 外,其余均小于 1.0 cm;(2)溃疡表浅、多发、薄苔;(3)除溃疡周围黏膜外,其余部位黏膜也有充血、水肿,且可有糜烂,发病部位可与消化性溃疡相近,以球部居多。故胃镜检查见上述特点的溃疡时,应仔细观察食道静脉有无曲张,以免漏诊。

PHG 和 HU 的发生机制门静脉高压是必要条件。门静脉高压导致静脉回流受阻,胃黏膜和黏膜下毛细血管扩张、通透性增加,血浆外渗,导致黏膜下广泛水肿。门静脉高压还使胃黏膜下形成大量动、静脉短路,黏膜下血流分流,使有效血流量减少,导致组织缺氧、代谢紊乱、黏膜防御机制减弱、氢离子渗透增加,造成胃黏膜组织损伤,屏障作用破坏。由于肝功能受损,组织胺灭活减少,胃酸分泌增加,在缺氧情况下增加胃蛋白酶的致溃疡作用^[6-7]。同时肝硬化患者高胃泌素血症可抑制缩胆囊素和胰泌素对幽门括约肌和 Oddis 括约肌的调节,使胆汁胰液反流入胃引起黏膜损伤。内毒素及其应激反应都可引起胃黏膜糜烂、出血,甚至引起溃疡形成。然而,肝硬化时凝血功能障碍、血小板减少、使 PHG 和 HU 并发出血的概率增加,有文献报道,PHG 伴出血占门静脉高压性上消化道出血的 10%~60%,HU 出血占门静脉高压性上消化道出血的 7%~8%^[8]。本文 NEVB 患者中 79 例为重度食管静脉曲张,占 77.45%,也反映了 NEVB 与门静脉高压密切相关。HU 和 PHG 为肝硬化 NEVB 常见原因,如患者肝功能 Child-Pugh 分级相对较差,预后也较差,在临床上应引起足够重视。有文献报道,HU 和 PHG 的发生与幽门螺旋杆菌感染无关,与肝硬化门静脉高压所致胃黏膜充血,黏膜层病变,不利于幽门螺旋杆

菌生存有关。正是由于 HU 特殊的发生机制,使消化性溃疡的常规治疗方法往往效果不佳,因此,对 PHG 和 HU 宜采用降低门静脉高压,保护肝功能、胃黏膜及制酸等综合性治疗。有学者在常规治疗消化性溃疡的基础上加用小剂量普萘洛尔,以降低门静脉高压治疗 HU 取得了较满意的效果^[9]。

参考文献

- [1] 温晓晔,李雪飞,张丽娜.肝硬化并发门脉高压性胃病的研究[J].中国综合临床,2004,20(4):338-339.
- [2] 李兆申,张晓华.肝硬化合并上消化道出血的病因及诊断[J].肝脏,2002,7(3):60-63.
- [3] 李艳,熊元治,马颖才.肝硬化上消化道出血的分析(附 48 例报告)[J].青海医学院学报,2002,23(3):42-43.
- [4] 曹桂懿.门脉高压性胃病 106 例临床分析[J].中国基层医药,2004,11(7):852-853.
- [5] 刘建生,费正权,傅极,等.肝源性溃疡临床特点与治疗探讨[J].中华消化内镜杂志,2000,39(1):29.
- [6] 杨华元,张明刚,常建军,等.230 例肝硬化患者上消化道出血与门脉高压性胃病关系临床分析[J].中日友好医院学报,2001,15(5):276-277.
- [7] 张子昭,刘奋学,胡汝东.肝源性溃疡 46 例临床分析[J].中国全科医学,2004,7(4):274-275.
- [8] 孙建国,邢淑珍,任丽君.肝源性溃疡 49 例分析[J].黑龙江医药科学,2002,25(4):66.
- [9] 王成武,朱立仁.肝源性消化性溃疡 27 例临床分析[J].泸州医学院学报,2002,25(4):347-348.

(收稿日期:2010-06-13)

临床研究

白城市成人血脂及尿酸水平的性别差异分析

阮桂芝(吉林省白城中心医院 137000)

【摘要】 目的 探讨白城市成人血脂和尿酸水平及性别差异。**方法** 采用全自动生化分析仪对 1 333 例成人血脂 4 项及尿酸水平进行测定。**结果** 血脂 4 项及血尿酸异常率男性均高于女性,差异有统计学意义;血脂 4 项和血尿酸水平与北京和深圳比较有一定差异。**结论** 健康生活方式能够降低高脂血症和高尿酸血症异常率,预防和控制心脑血管疾病。

【关键词】 血脂代谢紊乱; 高脂血症; 高尿酸血症

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.21.034

中图分类号:R446.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2010)21-2364-02

血脂代谢紊乱与动脉粥样硬化的形成关系密切,是动脉粥样硬化形成的关键因素。尿酸(UA)是嘌呤代谢的最终产物,血清 UA 与多种疾病密切相关,其浓度升高是痛风、高血压、冠心病、糖尿病、肾病及周围血管病变的潜在因素。随着我国人民生活水平的提高,人群血脂代谢紊乱及高 UA 血症患病率有逐年增加的趋势^[1]。本文对白城市 2008 年 1 333 例成人血脂 4 项及血 UA 水平进行性别差异分析,并与不同地区的相关研究结果进行比较,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年白城市成人健康体检者 1 333 例,其中男 905 例,女 428 例,年龄 18~93 岁。

1.2 检测方法 10:30 前采空腹静脉血,分离血清,当天用奥林巴斯 640(AU640)全自动生化分析仪对三酰甘油(TG)、胆固醇(TC)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)和 UA 进行检测。TG、TC 和 UA 用酶比色法检测,HDL-C、LDL-C 用清除法检测。试剂来自中生北控生物科技股份有限公司,标准品及质控品由奥林巴斯公司提供,所有项目均符合技术指标。

1.3 评定标准 参考我国血脂异常防治建议^[2],TC $\geq$ 5.20 mmol/L,LDL-C $\geq$ 3.12 mmol/L 为边缘升高;TC $\geq$ 5.72 mmol/L,LDL-C $\geq$ 3.64 mmol/L,TG $\geq$ 1.70 mmol/L 为升高;HDL-C $\leq$ 1.03 mmol/L 为边缘偏低;HDL-C $\leq$ 0.91 mmol/L