

# 《食管胃静脉曲张出血的内镜诊断和治疗：欧洲胃肠内镜学会指南》解读

张明艳 焦健 张春清

山东第一医科大学附属省立医院消化内科, 济南 250000

通信作者: 张春清, Email: zhangchunqing\_sdu@163.com



张春清, 主任医师、二级教授、博士生导师。现任中华医学会消化内镜学分会委员、中华医学会消化病学分会微创介入协作组组长、中国医师协会介入医师分会消化内镜介入学组组长, 牵头制订《中国肝静脉压力梯度临床应用专家共识(2018版)》、“胃静脉曲张血流动力学分型与临床处理专家共识”“经颈静脉肝内门体分流术治疗门静脉高压专家共识”(2022版)。擅长肝硬化食管胃底静脉曲张出血、原发性肝癌、消化道肿瘤及布加综合征等疾病诊疗

**【提要】** 2022年9月欧洲胃肠内镜学会发布了食管胃静脉曲张出血的内镜诊断和治疗指南, 该指南从高危食管胃静脉曲张的筛查/一级预防(预防静脉曲张首次出血)、急性出血事件的处理以及指导进展性慢性肝病患者进行二级预防(预防再出血)方面对食管胃静脉曲张出血的内镜诊断和治疗做出推荐。本文对上述推荐意见进行编译汇总, 把国际上食管胃静脉曲张出血最前沿的研究成果呈现给读者。

**【关键词】** 食管和胃静脉曲张; 出血; 胃肠内窥镜; 诊断; 治疗; 指南解读

## Interpretation of Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline

Zhang Mingyan, Jiao Jian, Zhang Chunqing

Department of Gastroenterology, Shandong Provincial Hospital Affiliated to Shandong First Medical University, Jinan 250000, China

Corresponding author: Zhang Chunqing, Email: zhangchunqing\_sdu@163.com

2022年9月, 欧洲胃肠内镜学会(European Society of Gastrointestinal Endoscopy, ESGE)发布了食管胃静脉曲张出血(esophagogastric variceal hemorrhage, EGVH)的内镜诊断和治疗指南<sup>[1]</sup>, 主要内容是关于进展性慢性肝病(advanced chronic liver disease, ACLD)患者发生食管胃静脉曲张出血的内镜诊断和治疗, 包括筛查/一级预防(预防静脉曲张首次出血)、急性出血事件的处理以及指导进

展性慢性肝病患者进行二级预防(预防再出血)。指南中提及的证据和推荐意见基本按照GRADE系统(推荐分级的评估, 制定与评价)进行分级。现将主要推荐意见解读如下。

### 一、高危食管胃静脉曲张的内镜筛查

2015年, Baveno VI 门静脉高压共识提出了以肝脏硬度测定(liver stiffness measurement, LSM)和血小板计数为标准的高危食管胃静脉曲张筛查

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20221020-00541

收稿日期 2022-10-20 本文编辑 朱悦

引用本文: 张明艳, 焦健, 张春清. 《食管胃静脉曲张出血的内镜诊断和治疗: 欧洲胃肠内镜学会指南》解读[J]. 中华消化内镜杂志, 2023, 40(1): 28-33. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20221020-00541.



Baveno VI 标准。该标准更正了既往所有肝硬化或进展性慢性肝病患者都应该接受上消化道内镜检查评估静脉曲张的概念,使得很大一部分代偿期肝硬化患者避免了不必要的内镜检查。该标准在大量临床研究中得到了验证,ESGE 指南也沿用了这一标准。然而,2022 年由中华医学会肝病学会、中华医学会消化病学分会及中华医学会消化内镜学分会联合制定的《肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治指南》<sup>[2]</sup>中提出:“确诊肝硬化的患者均应结合无创检测结果,通过胃镜检查了解是否存在食管胃静脉曲张”,考虑因为胃镜是诊断食管胃静脉曲张的金标准,而且我国胃镜检查费用相对低廉、易获得。但随着国内肝脏硬度测定质量控制和标准化推进,“选择性”胃镜筛查食管胃静脉曲张可能会成为趋势。

#### 指南推荐意见

(1) 代偿期进展性慢性肝病患者,肝脏硬度测定  $<20$  kPa 且血小板计数  $>150 \times 10^9/L$ ,发生高危静脉曲张(中-大静脉曲张或有红色鞭痕征的小静脉曲张)的概率较低,无须进行上消化道内镜筛查。(强推荐,高质量证据)

(2) 失代偿期进展性慢性肝病患者(瞬时弹性成像测定肝脏硬度  $\geq 20$  kPa 或血小板计数  $\leq 150 \times 10^9/L$ ),应进行上消化道内镜筛查,以识别高危食管胃静脉曲张。(强推荐,中质量证据)

(3) 代偿期进展性慢性肝病患者,未进行非选择性  $\beta$  受体阻滞剂(nonselective beta blocker, NSBB)治疗时瞬时弹性成像测定肝脏硬度  $\geq 20$  kPa 或血小板计数  $\leq 150 \times 10^9/L$ ,同样应进行上消化道内镜筛查,以识别高危食管胃静脉曲张。(强推荐,中质量证据)

(4) 在进行上消化道内镜筛查时,应根据 Baveno 标准记录食管胃静脉曲张为小、中或大,以及是否存在红色鞭痕征。(强推荐,低质量证据)

(5) 在进行上消化道内镜筛查时,应根据 Sarin 分型记录胃静脉曲张类型,包括胃食管静脉曲张 1 型(gastroesophageal varices type 1, GOV-1),胃食管静脉曲张 2 型(gastroesophageal varices type 2, GOV-2),孤立性胃静脉曲张 1 型(isolated gastric varices type 1, IGV-1),孤立性胃静脉曲张 2 型(isolated gastric varices type 2, IGV-2)。(强推荐,低质量证据)

(6) 不推荐用可视胶囊内镜筛查食管静脉曲张。(强推荐,高质量证据)

## 二、EVGH 的一级预防

对进展性慢性肝病以及高危静脉曲张患者进行一级预防已达成广泛共识。NSBB 治疗和内镜下套扎术被证明可以显著降低首次食管静脉曲张出血风险,均是被推荐的食管静脉曲张的一级预防方案。

关于 NSBB 的选择,多项研究发现卡维地洛在降低门静脉压力方面优于普萘洛尔,与卡维地洛同时具有  $\alpha 1$  受体阻断作用相关<sup>[3-4]</sup>。国内虽然普萘洛尔应用较多,但大多剂量偏低,每次 10 mg,每日 3 次应用,低剂量普萘洛尔临床疗效有待高质量研究佐证。而卡维地洛在临床应用中比较方便,每次 12.5 mg,每日 1 次,服用便捷。一级预防中,欧美指南均优先推荐卡维地洛,而二级预防中卡维地洛与普萘洛尔的优劣有待进一步研究。

#### 指南推荐意见

(1) 病毒、酒精和(或)非肥胖(体重指数  $< 30$  kg/m<sup>2</sup>)非酒精性脂肪性肝炎导致的代偿期进展性慢性肝病患者和临床显著门静脉高压[肝静脉压力梯度(hepatic venous pressure gradient, HVPG)  $> 10$  mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)和(或)瞬时弹性成像肝硬度  $> 25$  kPa]患者,在不存在禁忌证的情况下,都应进行 NSBB 治疗(卡维地洛优先)以预防静脉曲张出血。(强推荐,中质量证据)

(2) 对不能接受 NSBB 治疗且上消化道内镜筛查显示高危食管胃静脉曲张的患者,应进行预防性内镜治疗。(强推荐,中质量证据)

(3) 对不能接受 NSBB 治疗且上消化道内镜筛查显示高危食管静脉曲张的患者,首选内镜下套扎术预防首次出血。内镜下套扎术应每 2~4 周重复一次,直至达到静脉曲张消失,消失第 1 年内每 3~6 个月进行一次内镜监测。(强推荐,中质量证据)

(4) 对不能接受 NSBB 治疗且上消化道内镜筛查显示胃静脉曲张(Sarin GOV-2 或 IGV-1,贲门胃底静脉曲张)的患者,可以不干预,也可内镜注射氰基丙烯酸酯,或超声内镜引导下弹簧圈置入联合氰基丙烯酸酯注射治疗。超声内镜引导下注射治疗应根据具体情况而定,并仅限于具备该内镜技术的中心。(弱推荐,低质量证据)

(5) 对不能接受 NSBB 治疗且上消化道内镜筛查未发现高危静脉曲张的患者,如果存在持续性活动性肝病,应每 2 年进行一次内镜监测;如果潜在肝病处于静止状态,应每 3 年进行一次内镜监测。(弱推荐,低质量证据)

关于胃静脉曲张一级预防的研究相对较少, Mishra 等<sup>[5]</sup>进行了一项随机对照研究,共纳入 89 例直径 $\geq 10$  mm 的 GOV-2 或 IGV-1 型胃静脉曲张患者,研究发现对于大的高出血风险的胃静脉曲张应积极采取措施进行一级预防,内镜注射氰基丙烯酸酯在预防首次出血方面优于 NSBB。鉴于胃静脉曲张出血致死率高,笔者倾向于对高风险胃静脉曲张采取干预措施。

三、急性食管胃静脉曲张出血的内镜围手术期处理

#### (一)血流动力学复苏

血流动力学复苏的目标是纠正血管内血容量不足,恢复足够的组织灌注,并防止多器官功能衰竭。急性上消化道出血患者早期强化血流动力学复苏已被证明可显著降低死亡率。现有的有限证据表明,与传统的液体复苏策略相比,限制性液体复苏方案可减少不良事件的发生,并可降低死亡率。初始复苏时静脉液体的最佳选择尚不清楚。研究危重患者的随机对照试验和荟萃分析均显示,与生理盐水相比,使用“平衡”晶体溶液(如乳酸林格溶液)可降低死亡率和主要的肾脏不良事件。

#### 指南推荐意见

(1)临床可疑急性食管胃静脉曲张出血的患者应尽早进行血流动力学状态评估。(强推荐,低质量证据)

(2)若血流动力学状态不稳定,应迅速、谨慎地首先使用晶体液补充血容量,以恢复组织灌注,同时避免血容量负荷过重。(强推荐,低质量证据)

(3)不推荐输注新鲜冰冻血浆作为食管胃静脉曲张出血初始治疗的一部分。(强推荐,低质量证据)

(4)不推荐使用人重组凝血因子 VIIa 作为食管胃静脉曲张出血初始治疗的一部分。(强推荐,高质量证据)

#### (二)气管插管

急性上消化道出血(包括食管胃静脉曲张出血)患者进行内镜检查和治疗前是否需要气管插管,目前尚存争议。综合最近研究显示急症内镜检查和治疗前气管插管并不能改善临床结果,不建议对仅有轻度肝性脑病且无持续出血的食管胃静脉曲张出血患者常规使用预防性气管插管。食管胃静脉曲张出血患者在上消化道内镜检查和治疗前考虑气道保护时,应仔细权衡预防性气管插管的益处和风险。

#### 指南推荐意见

(1)对可疑静脉曲张出血且呕血持续存在、脑病和(或)躁动无法控制气管的患者,建议在上消化道内镜检查和治疗前进行气管插管以防止胃内容物误吸。(弱推荐,低质量证据)

(2)如果进行预防性气管插管,上消化道内镜检查和治疗后在确保临床安全的情况下,应尽快拔管。(强推荐,非常低质量证据)

#### (三)血制品的输注

关于急性静脉曲张出血和血小板减少症患者的血小板输注需求的数据有限。没有研究评估恰当的血小板阈值以提高肝硬化出血患者的止血效果。对于肝硬化患者,大量红细胞输注已被证明会增加门静脉压力,可能增加再出血风险。

#### 指南推荐意见

(1)不推荐对急性食管胃静脉曲张出血患者常规输注血小板或设立输注血小板的最低阈值。若静脉曲张出血得不到控制,是否输注血小板应根据具体情况而定。(强推荐,中质量证据)

(2)对血流动力学稳定且无心血管病史的急性上消化道出血患者,应采用限制性红细胞输注策略,即在血红蛋白 $\leq 70$  g/L 时输注红细胞,使目标血红蛋白达到 70~90 g/L。(强推荐,中质量证据)

(3)对血流动力学稳定但存在急性或慢性心血管病史的上消化道出血患者,应采用更宽松的红细胞输注策略,即在血红蛋白 $\leq 80$  g/L 时便开始输注红细胞。(强推荐,低质量证据)

我国《肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治指南》<sup>[2]</sup>2022 版中提出限制性输血使血红蛋白“维持在 60~70 g/L 以上,同时考虑其他因素,如心血管疾病、年龄和持续出血等,一般血红蛋白低于 70 g/L 需要输血”。Baveno VII 建议维持在 70~80 g/L。血红蛋白 70 g/L 的阈值是基于 Villanueva 等<sup>[6]</sup>的一篇高质量研究,该研究中分为两组,限制性输血组使血红蛋白维持在 70~90 g/L,自由输血组使血红蛋白维持在 90~110 g/L,两组比较发现,限制性输血组再出血率、挽救性治疗需要率以及并发症发生率显著降低,生存率提高。维持在 70~90 g/L 既有利于血氧供给和内脏功能保护,又避免过度输血和门静脉压力升高,应是合理的需求。

#### (四)危险分层

在进展性慢性肝病患者急性静脉曲张出血的情况下,评估潜在肝病严重程度的有效风险分层评

分可用于预测患者结局,包括与静脉曲张急性出血和再出血相关的 6 周死亡率、控制急性出血失败和早期再出血(内镜治疗后 5 d 以内的出血)。本指南认为肝静脉压力梯度是评价肝硬化合并静脉曲张出血患者预后不良的最佳预测指标,当肝静脉压力梯度 $\geq 20$  mmHg 时提示预后不良。由于肝静脉压力梯度为有创检查且未普遍推广,建议 Child-Pugh 评分和终末期肝病模型(model for end-stage liver disease, MELD)评分为风险分层工具。

#### 指南推荐意见

(1)对可疑急性静脉曲张出血的进展性慢性肝病者,根据 Child-Pugh 评分和 MELD 评分以及上消化道内镜检查是否存在活动性出血,进行危险分层。(强推荐,高质量证据)

(2)推荐以下危险分层:

①Child-Pugh A 或 Child-Pugh B 级且上消化道内镜检查无活动性出血,或 MELD $< 11$  分的患者,内镜止血成功率高,预后良好;

②Child-Pugh B 级尽管已使用血管活性药物但上消化道内镜检查仍有活动性出血,或 Child-Pugh C 级的患者,预后不良;

③MELD $\geq 19$  分的患者,预后不良。

#### (五)血管活性药物的使用

研究表明血管活性药物作为内镜下止血成功后的辅助治疗可以显著降低早期再出血率(静脉曲张出血后 5 d 内的出血)。此外,在内镜下止血成功后,短疗程血管活性药物治疗可能与 3~5 d 疗程的治疗同样有效,奥曲肽、生长抑素与特利加压素、血管升压素的疗效相似,但不良反应发生率更低。

#### 指南推荐意见

(1)对可疑急性静脉曲张出血的患者,应立即使用血管活性药物(如特利加压素、奥曲肽或生长抑素),且持续时间可达 5 d。(强推荐,高质量证据)

(2)内镜止血成功部分患者,血管活性药物可在 24~48 h 后停用。(弱推荐,中质量证据)

#### (六)预防性使用抗生素

对进展性慢性肝病和急性食管胃静脉曲张出血患者预防性使用抗生素可降低总死亡率、减少静脉曲张再出血风险和缩短住院时间。研究显示第三代头孢菌素类药物,特别是头孢曲松 1 g/24 h 应用 7 d,效果优于氟喹诺酮类药物。

#### 指南推荐意见

(1)急性静脉曲张出血的进展性慢性肝病者,应预防性使用头孢曲松 1 g/d,持续 7 d,或根据

当地抗生素耐药情况和患者过敏情况预防性使用抗生素。(强推荐,高质量证据)

#### (七)抗血小板药物的管理

##### 指南推荐意见

(1)急性静脉曲张出血就诊的患者应暂时停用抗血小板药物。(强推荐,低质量证据)

(2)是否重新使用抗血小板药物,应在权衡患者再出血风险及血栓形成风险后决定。(强推荐,低质量证据)

#### (八)抗凝治疗管理

##### 指南推荐意见

(1)对可疑急性静脉曲张出血的患者应暂停抗凝剂,并且对血流动力学不稳定的患者应使用适当的逆转药物。(强推荐,低质量证据)

(2)是否重新使用抗凝剂,应在权衡患者再出血风险及血栓形成风险后决定。(强推荐,低质量证据)

#### (九)促动力剂的使用

静脉使用促动力剂有助于胃内积血和血块的排空,改善内镜操作视野。红霉素是一种大环内酯类抗生素,在健康人群以 1~3 mg/kg 的剂量静脉使用时,其作为一种强大的胃动素激动剂,可快速促进胃排空。

##### 指南推荐意见

(1)急性静脉曲张出血的患者,在无禁忌证的情况下,应在上消化道内镜检查和治疗前 30~120 min 静脉滴注红霉素 250 mg。(强烈推荐,高质量证据)

关于促动力剂的使用,国内指南并未提及,ESGE 指南中该推荐意见级别很高,主要是有两篇高质量的随机、双盲、安慰剂对照试验,既然研究中并未发现加重出血的情况,笔者认为可以在临床研究中尝试应用。

#### 四、急性食管胃静脉曲张出血的内镜处理

##### (一)内镜治疗的时机

急性食管胃静脉曲张出血患者上消化道内镜检查治疗的最佳时机仍存争议。这是因为迄今为止所有发表的研究都是观察性的,且对“早期”和“晚期”内镜检查治疗和研究结论有不同的定义,这意味着缺乏高水平的证据作为指南建议的基础。

##### 指南推荐意见

(1)对可疑静脉曲张出血的患者,若已进行了血流动力学复苏,应在就诊 12 h 内进行内镜评估。(强推荐,中质量证据)

(2)对可疑急性静脉曲张出血患者进行上消化

道内镜检查不应受患者就诊时国际标准化比值 (international normalized ratio, INR) 水平的影响。(强推荐, 低质量证据)

关于上述第(2)条, 国内指南无相关表述, ESGE 指南在陈述中也表明无高质量证据。鉴于急诊内镜治疗对曲张静脉出血的意义重大, 而曲张静脉出血主要是门静脉高压所致, 不能因为 INR 水平错过内镜下急诊止血的时机。

## (二) 食管静脉曲张出血

1. 初始处理: 急性食管静脉曲张出血有两种主要的内镜治疗方式, 即内镜下套扎术和注射硬化疗法。许多随机对照试验及荟萃分析对这些治疗进行了比较, 显示内镜下套扎术在减少再出血和死亡率方面均优于硬化疗法。此外, 内镜下套扎术导致的不良事件更少, 并且需要更少的内镜治疗次数实现静脉曲张闭塞。

### 指南推荐意见

(1) 急性食管静脉曲张出血推荐采用内镜下套扎术治疗。(强推荐, 高质量证据)

(2) 不推荐将止血喷剂/止血粉作为内镜下治疗急性食管或胃静脉曲张出血的最终措施。当标准内镜治疗无效或不可用时, 可考虑将止血喷剂/止血粉作为过渡措施。(强推荐, 高质量证据)

(3) 对内镜止血成功后仍有食管静脉曲张再出血高风险的患者 (Child-Pugh C $\leq$ 13 分, 或 Child-Pugh B $>$ 7 分尽管已经使用血管活性药物但内镜检查仍有活动性食管静脉曲张出血, 或肝静脉压力梯度 $>$ 20 mmHg), 必须考虑在 72 h 内 (24 h 内更佳) 实施优先经颈静脉肝内门体静脉分流术 (transjugular intrahepatic portosystemic shunt, TIPS)。(强推荐, 高质量证据)

2. 急性食管静脉曲张出血内镜止血失败的处理: TIPS 是持续性或难治性食管静脉曲张出血患者的一种挽救/抢救方式。三腔二囊管可以暂时控制高达 90% 患者的活动性出血; 然而, 多达 20% 的患者发生不良事件, 而且移除后, 静脉曲张再出血率约为 50%。全覆膜自膨式金属支架可能是三腔二囊管的可行替代方案, 支架可保留时间长达 14 d, 为进一步治疗 (包括最终治疗) 争取了时间。

### 指南推荐意见

(1) 对经血管活性药物和内镜止血治疗后仍存在持续食管静脉曲张出血的患者, 应及时实施急诊挽救性 TIPS (如有条件)。(强推荐, 中质量证据)

(2) 对经血管活性药物和内镜止血治疗后仍存

在持续食管静脉曲张出血的患者, 自膨式金属支架 (如有条件) 比球囊压迫更适合作为过渡措施。(弱推荐, 低质量证据)

3. 初次内镜止血后食管静脉曲张再出血的处理: 10%~20% 的患者在首次内镜止血成功后 5 d 内可能会出现食管静脉曲张再出血。对这类患者, 可以尝试进行二次内镜止血。对于有严重再出血或内镜无法控制的出血患者, 建议及早行 TIPS 治疗。在等待 TIPS 期间, 可能需要三腔二囊管或自膨式金属支架来进行过度治疗。

### 指南推荐意见

(1) 首次内镜止血成功后 5 d 内的食管静脉曲张再出血可再次尝试内镜治疗或进行挽救性 TIPS 治疗。(弱推荐, 低质量证据)

## (三) 急性胃静脉曲张出血

1. 初始处理: 急性胃静脉曲张出血目前可用的内镜下治疗包括注射硬化剂、套扎和注射羟基丙烯酸酯。然而, 关于急性胃静脉曲张出血最佳内镜治疗的高质量数据仍然不足。

### 指南推荐意见

(1) 对胃或胃食管静脉曲张应依据 Sarin 分型进行处理。(强推荐, 低质量证据)

(2) 急性胃 (贲门胃底) 静脉曲张 (GOV-2, IGV-1) 出血, 应进行内镜下氰基丙烯酸酯注射治疗。(强推荐, 高质量证据)

(3) 由于目前数据有限且不一致, 本指南对内镜下注射凝血酶治疗急性胃 (贲门胃底) 静脉曲张 (GOV-2, IGV-1) 出血不作正式推荐。

(4) GOV-1 出血的患者应进行内镜下氰基丙烯酸酯注射治疗或内镜下套扎术治疗。(强推荐, 中质量证据)

(5) 具备专业技术的临床中心, 可以使用超声内镜引导下弹簧圈置入联合氰基丙烯酸酯注射治疗胃静脉曲张出血。(弱推荐, 低质量证据)

2. 内镜止血失败和早期再出血的处理: 内镜止血失败和早期再出血患者, TIPS 和球囊导管逆行静脉栓塞术 (balloon-occluded retrograde transvenous obliteration, BRTO) 是目前有效的补救措施。关于二者比较的高质量证据 (例如随机对照研究) 有限, 目前的证据表明, 两者的技术成功率和不良事件发生率相近。

### 指南推荐意见

(1) 当胃静脉曲张出血内镜止血失败或发生早期再出血时, 应实施急诊挽救性 TIPS 或 BRTO。(弱

推荐,低质量证据)

五、急性食管胃静脉曲张出血的内镜治疗后处理

(一)二级预防:预防食管或胃静脉曲张再出血

现有的治疗急性食管静脉曲张的指南多推荐每隔 1~2 周进行内镜下套扎术至食管静脉曲张消失。但是也有研究认为间隔小于 3 周与再出血风险增高相关,间隔 >20 d 可能会降低治疗相关不良事件的发生率。然而,由于证据有限,最佳治疗间隔尚未达成一致。

指南推荐意见

(1)因急性食管静脉曲张出血而接受内镜下套扎术治疗的患者应计划每隔 1~4 周进行内镜下套扎术至食管静脉曲张消失(二级预防)。(强推荐,中质量证据)

(2)在对发生食管静脉曲张出血的进展性慢性肝病患者进行二级预防时,推荐联合应用 NSBB(普萘洛尔或卡维地洛)和内镜治疗。(强推荐,高质量证据)

(3)由于目前缺乏关于贲门胃底静脉曲张出血(GOV-2、IGV-1)治疗方法(如内镜下氰基丙烯酸酯注射治疗±NSBB、超声内镜引导下弹簧圈置入联合氰基丙烯酸酯注射治疗、TIPS 或 BRTO)和治疗间隔的高水平证据,应根据患者自身情况以及当地医疗条件进行个体化二级预防。(强推荐,低质量证据)

(二)质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)的使用

有研究表明在内镜下套扎术后应用 PPI 可减少内镜下套扎术后溃疡导致的出血,缩小溃疡大小;在注射氰基丙烯酸正丁酯后应用 PPI 可减少再出血和延迟出血风险。然而,该指南强调对肝硬化患者应用 PPI,可增加细菌感染,特别是自发性细菌性腹膜炎和多重耐药菌感染的风险。

指南推荐意见

(1)不推荐在急性静脉曲张出血内镜治疗后常规使用 PPI,如果在内镜治疗前已开始使用,则应立即停止。(弱推荐,低质量证据)

PPI 的使用存在争议,ESGE 指南中给出的支持 PPI 与细菌感染相关的文献多是回顾性研究,并且研究对象并非急性静脉曲张出血患者或者内镜下套扎、注胶后的患者,所以这个推荐意见等级很低。国内指南认为“PPI 使用时间 >1 个月,可降低肝硬

化急性食管胃静脉曲张出血患者胃镜治疗后的再出血率,但与出血相关病死率无相关性。长期使用 PPI 可能造成肠道细菌移位,增加肝硬化患者自发性细菌性腹膜炎的发生。因此,胃镜检查前使用 PPI 的患者,如无消化性溃疡等适应证,检查结束后应停止使用”<sup>[2]</sup>,这与 ESGE 指南的建议基本一致,建议进一步开展特定研究对象的 PPI 应用效果及最佳应用时长研究。

(三)肝性脑病的预防和治疗

肝性脑病对上消化道出血患者结局有负面影响并且与死亡率独立相关。

指南推荐意见

(1)对肝硬化急性静脉曲张出血的患者应快速清除胃肠道内积血(最好使用乳果糖),以预防或治疗肝性脑病。(强推荐,中质量证据)

ESGE 指南为食管胃静脉曲张出血的内镜下诊断和治疗提供了指导原则,值得国内临床借鉴。但是,其在内镜筛查方案、胃静脉曲张一级预防、促动力剂的使用等方面与国内现有指南存在一定差异。笔者建议立足我国国情,对有争议的方面积极开展临床研究,努力制定符合我国国情的肝硬化食管胃静脉曲张的个体化治疗方案。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

## 参 考 文 献

- [1] Gralnek IM, Camus Duboc M, Garcia-Pagan JC, et al. Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline[J]. Endoscopy, 2022, 54(11): 1094-1120. DOI: 10.1055/a-1939-4887.
- [2] 中华医学会肝病学分会,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/OL].中华肝脏病杂志, 2022,30:网络预发表. DOI: 10.3760/cma.j.cn501113-20220824-00436.
- [3] Sinagra E, Perricone G, D'Amico M, et al. Systematic review with meta-analysis: the haemodynamic effects of carvedilol compared with propranolol for portal hypertension in cirrhosis [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2014, 39(6): 557-568. DOI: 10.1111/apt.12634.
- [4] Aguilar-Olivos N, Motola-Kuba M, Candia R, et al. Hemodynamic effect of carvedilol vs. propranolol in cirrhotic patients: systematic review and meta-analysis[J]. Ann Hepatol, 2014,13(4):420-428. DOI: 10.1016/S1665-2681(19)30849-X.
- [5] Mishra SR, Sharma BC, Kumar A, et al. Primary prophylaxis of gastric variceal bleeding comparing cyanoacrylate injection and beta-blockers: a randomized controlled trial[J]. J Hepatol, 2011,54(6):1161-1167. DOI: 10.1016/j.jhep.2010.09.031.
- [6] Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding[J]. N Engl J Med, 2013,368(1):11-21. DOI: 10.1056/NEJMoa1211801.