

胃食道靜脈瘤出血之預防與治療

侯明志

國立陽明大學 台北榮民總醫院胃腸科

門脈高壓要高於10~12mmHg才可能導致食道靜脈曲張的形成,而肝硬化是門脈高壓最常見原因,肝硬化病人50~70%有食道靜脈曲張,其中70%是小型靜脈曲張,30%是大型靜脈曲張;靜脈曲張越大者,紅色徵兆越多者、肝功能越差者、靜脈曲張壓力越高者越容易破裂出血。在2000年代,由於止血藥物的問世、內視鏡治療的進步、預防性抗生素的使用、及其他各種支持性療法的進步已經改善靜脈曲張出血的預後,但靜脈曲張一旦破裂出血,2週內的再出血率仍有10~20%,30天內的存活率近90%,出血死亡率仍然遠高於急性心肌梗塞的死亡率。熟練防患治療胃食道靜脈曲張策略十分重要。胃食道靜脈曲張防治涵蓋以下範疇,包括主動偵測篩檢食道靜脈曲張的存在、第1次出血的預防、急性出血的治療與預防再出血。主動偵測篩檢食道靜脈曲張的存在,以及防止食道靜脈曲張的產生與惡化。

新診斷肝硬化的病人都應將受1次的上消化道內視鏡檢來篩檢是否有無食道靜脈曲張,若有小型食道靜脈曲張,則進行預防治療,若無則可2~3年內視鏡追蹤一次。目前對於沒有食道靜脈曲張的病人,並不建議藥物治療來防止食道靜脈曲張的形成。對於已有小型曲張血管的病人,可以考慮給予非選擇性的 β -blocker(如propranolol)治療,但效果仍需進一步研究來證實。已知有中等大的食道靜脈曲張須要作首次預防外,小型食道靜脈曲張合併有紅色徵兆或Child-Pugh's C的病人也應考慮接受首次預防。除以 β -blocker治療外,內視鏡結紮也可以有效預防第一次食道靜脈曲張出血。

急性出血的治療,包括從ABC、呼吸、心跳的維持,大量出血尤其意識不清的病人應考慮氣管插管,除了病患有其他嚴重共病(如缺血性心臟病)謹慎的輸血、輸液以保持血容比在21~24%(血紅素: 7~8 g/dL)。急性出血的病人必須授予預防性抗生素,內視鏡治療的時間應該盡早在住院的12小時內。血管活性藥物包括terlipressin, somatostatin及其衍生物octreotide在疑似急性食道靜脈曲張出血的病人愈早投藥效果愈好。當內視鏡檢查診斷靜脈曲張出血應儘可能同時便進行內視鏡結紮治療;合併數天的活性血管藥物,可降低治療失敗率。對於急性出血穩定後的病人於24小時內測壓,門脈壓力高於20mmHg的病人,也許早作TIPS可以減少治療失敗的機會;最近的研究認為對於容易治療失敗的族群如Child-Pugh C小於14分或Child-Pugh B合併活動性出血在急性內視鏡與藥物治療後應儘早作TIPS可以減少再出血。但是目前TIPS應用性與廣泛性仍受限,實際角色仍定位在藥物或內視鏡治療無法控制出血或反覆出血病例的救難部隊。食道球壓迫,這是陳舊的方法,如同置放鼻胃管一般,再利用加壓的食道球壓迫曲張血管,有時老兵也可以立大功。可以有90%的止血率,但是放越久併發症越多,24小時後必須移出,移出的立即出血率高達50%,只能當作權宜的治療橋樑。

兩年內的再出血率68%,又有許多病人再出血死亡,因此除了急性出血的控制,預防再出血同等重要。 β -blocker除了可以預防第一次出血,也應用於預防再出血,結紮治療合併 β -blocker是優於單獨結紮治療或單獨 β -blocker的選擇。TIPS也可預防第二次出血,最好是使用有包膜的polytetrafluoroethylene (PTFE) stent。胃靜脈曲張出血機會遠低於食道靜脈曲張出血,但其再出血率超過90%,死亡率也更高。對胃靜脈曲張急性出血的控制與食道靜脈曲張出血雷同,但內視鏡治療則以注射組織黏膠治療為主。最後,不管選用哪一種治療胃或食道靜脈曲張出血,即使是出血得到控制,別忘了對已經肝失償的病人,應該評估接受肝臟移植的可能性,才能延長長期的預後。