

# A nyelőcső- és gyomorvaricositasból eredő vérzések ellátása

## Négy év eredményeinek retrospektív elemzése

Józsa Andrea, Székely Iván, Simon János, Máhr Árpád,  
Horváth László, Horváth Andrea, Fejes Roland, Székely András,  
Szabó Tamás, Madácsy László

**BEVEZETÉS** – A nyelőcső és a gyomorfal varicositasából eredő vérzés a krónikus májbeteggek halálozásának egyik vezető oka. Az elmúlt két évtizedben jelentős haladás ment végbe a varixból vérző betegek kezelésében, amely a sürgősségi endoszkópos ellátásnak, a varixligatio bevezetésének és a vérző betegek szubintenzív részlegen történő ápolásának köszönhető. Jelen tanulmányban az osztályunkon alkalmazott korszerű terápiával elért eredményeket értékeljük az irodalmi adatokkal összevetve.

**BETEGEK ÉS MÓDSZEREK** – A 2001. január 1. és 2004. december 31. közötti időszakban varixvérzés miatt kezelt betegek dokumentációit elemeztük. Főbb szempontok voltak: hathetes mortalitás, az újravérzés gyakorisága, transfúziós igény, átlagos ápolási idő.

**EREDMÉNYEK** – A vizsgált időszakban összesen 228 varixvérzés miatt történt sürgősségi felvétel (191 beteg). A cirrhosis a betegek 92%-ában alkoholos eredetű volt. Minden betegnél négy órán belül sor került az endoszkópos vizsgálatra, hét esetet kivéve endoszkópos terápiára is. Négy esetben alkalmaztunk vazoaktív szert, egy betegnél transjugularis intrahepaticus portosystemás söntöt ültettünk be. Az endoszkópos terápia a primer haemostasist tekintve 85%-ban sikeres volt, az újravérzés aránya 31%-nak bizonyult. Az átlagos ápolási idő nyílt osztályon 10,6 napot, vérző szubintenzív osztályon 2,6 napot tett ki. Az átlagos transfúziós igény 3,75 E vér volt. A hat héten belüli mortalitás 14,9%-nak bizonyult.

**KÖVETKEZTETÉS** – Eredményeinket a nemzetközi irodalmi adatokkal összehasonlítva kiemeltük, hogy az osztályunkon kezelt betegek körében jelentősen alacsonyabb volt a hathetes mortalitás, mint a régebben közölt vizsgálatokban, illetve közel egyezik a mai mértékadó adatokkal.

### MANAGEMENT OF BLEEDING FROM OESOPHAGEAL AND GASTRIC VARICES – A RETROSPECTIVE STUDY OF FOUR YEARS' RESULTS

**INTRODUCTION** – Variceal haemorrhage from the oesophageal or gastric wall is a major cause of death in patients with chronic liver disease. Over the past two decades many new treatment modalities have been introduced in the management of variceal bleeding, such as emergency endoscopy, band ligation and postintervention observation of the bleeding patients in subintensive care units. This study presents the results of state-of-the-art therapy applied in our department, comparing them to published data.

**PATIENTS AND METHODS** – Clinical records of patients with variceal haemorrhage admitted to our department between January 1st 2001 and December 31st 2004 were reviewed. Six-week mortality, incidence of recurrent bleeding, transfusion requirement and length of hospital stay were the main parameters analysed.

**RESULTS** – A total of 228 admissions (191 patients) due to variceal bleeding were recorded in the study period. Cirrhosis was of alcoholic origin in 92% of patients. Upper endoscopy was performed in 94% of patients within 4 hours and endoscopic therapy was also applied in all but 7 patients. Octreotide was administered in 4 patients, and portosystemic shunt was performed in 1 patient. Primary endoscopic haemostasis was achieved in 85% of cases, while rebleeding rate was 31%. The mean length of total hospital stay was 10.6 days, including an average of 2.6 days in subintensive care units. The mean transfusion requirement was 3.75 units of packed red cells. Six-week mortality rate was 14.9%.

**CONCLUSION** – In comparison to international data, the six-week mortality rate among our patients was substantially lower than that in earlier reports, and nearly equals with recent leading results.

**varixvérzés, májcirrhosis,  
endoszkópos vérzéscsillapítás**

**variceal bleeding, hepatic cirrhosis,  
endoscopic haemostasis therapy**

dr. Józsa Andrea (levelező szerző/correspondent), dr. Székely Iván, dr. Horváth László,  
dr. Horváth Andrea, dr. Fejes Roland, dr. Székely András, dr. Szabó Tamás, dr. Madácsy László:  
Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár, I. Sz. Belgyógyászati Osztály/Fejér County Szent  
György Hospital, 1st Department of Internal Medicine;  
H-8000 Székesfehérvár, Seregélyesi út 3. E-mail: jozsaandi@yahoo.com  
dr. Simon János, dr. Máhr Árpád: Fejér Megyei Szent György Kórház, Sürgősségi Osztály/Fejér  
County Szent György Hospital, Emergency Department; Székesfehérvár

Érkezett: 2007. május 9. Elfogadva: 2007. október 9.

A nyelőcső- és a gyomorfal varicositasaiból eredő vérzés a portalis hypertensio legsúlyosabb szövődménye, egyben a krónikus májbetegség halálzásának egyik vezető oka. *Graham és Smith* (1) ma már klasszikusnak tekinthető közleményében, amelyben 86, varixból vérző beteg sorsát követték nyomon, a betegek 42%-a hat héten belül meghalt, és mindössze 30%-uk élte túl az egy évet. A 80-as évek végén hasonlóan magas hathetes (50%-ot meghaladó) mortalitási adatokat közöltek *Pinto és munkatársai* (2). Ebben az időszakban a ballontamponád és a vérpótlás voltak a kezelés főbb pillérei, vazoaktív szerek, illetve

az endoszkópos vézészscillapító terápia csak ritkán kerültek alkalmazásra. Ezek a mortalitási adatok lényegesen meghaladták az egyik vezető haláloknak számító szívinfarktus mortalitását.

Az elmúlt 20 évben jelentős haladás ment végbe a varixvérző betegek ellátásában. Számos új módszer került alkalmazásra (3–5): a nagy centrumokban a vérző betegeket szubintenzív osztályra helyezik, rutinszerűvé vált a sürgős endoszkópia és az endoszkópos vézészscillapítás (6), kiterjedten alkalmazzák a portalis nyomást csökkentő szereket (7, 8) (szomatostatin, octreotid, terlipressin), valamint egyre általánosabbá válik az antibiotikum-profilaxis (9, 10).

Kevés adattal rendelkezünk arról, hogy a terápiában bekövetkezett haladás milyen hatással van a varixvérzés kimenetelére, azaz a korszerű kezelés nyomán csökken-e a rendkívül magas mortalitás. Ennek felmérésére intézetünkben retrospektív vizsgálatot végeztünk, és eredményeinket a nemzetközi irodalomban közölt adatokkal hasonlítottuk össze.

## Módszerek

Vizsgálatunk során a 2001. január 1.–2004. december 31. közötti időszakban, intézetünkben varixvérzés miatt kezelt betegek dokumentációját tekintettük át, és elemeztük az alkalmazott terápiát, valamint a kórlefollyást.

### A vizsgált paraméterek

Legfontosabb végpontnak a rövid távú mortalitást tekintettük, amely varixvérzés esetén a nemzetközi konszenzusok (5) alapján a hat héten belül bekövetkezett halálzásat jelenti, ugyanis több tanulmány igazolta, hogy ezeknél a betegeknél a hathetes periódus „választóvonalnak” tekinthető. A hat hetet túlélő betegek későbbi kilátásai már nem lényegesen rosszabbak, mint a nem vérző, de előrehaladott májcirrhosisban szenvedő betegekéi.

Varixvérzésnek tekintettük azt a haematemessissel és/vagy melaenával járó vérzést, amelynek kapcsán

sürgős endoszkópiával varixból származó aktív vérzést detektáltunk, vagy aktív vérzést nem észleltünk, de a nyelőcső-, illetve gyomorvarixon identifikálni tudtuk a ruptura helyét, vagy a felső tápcsatorna áttekintésekor friss vérzés jelei mellett, előrehaladott nyelőcső-, gyomorvaricositason kívül egyéb vérzésforrást nem tudtunk kimutatni.

A nyelőcső-varicositas fokát a varixok átmérője szerint osztályoztuk; I.: <3 mm, II.: 3–6 mm, III.: 7–9 mm, IV.: >9 mm vagy lument kitöltő varixok (11).

Korai kiújuló vérzésnek az öt napon belül, késői kiújuló vérzésnek az öt napon túl ismétlődő vérzést tekintettük. A hat héten túl jelentkező vérzést új esetnek vettük.

A májcirrhosis súlyosságát a Child–Pugh-beosztás (ascites, encephalopathia, bilirubin, protrombinidő, albumin) (12) alapján osztályoztuk A-tól C-ig.

Mortalitásnak a hat héten belül bekövetkezett halálzásat vettük, amit az összes vérzéses esetre számítottunk.

Infekciónak a felvételnél vagy a kórházi ápolási idő alatt jelentkező fertőzést tekintettük, amelyeket az arra alkalmas diagnosztikus módszerekkel igazoltak.

### A betegek ellátása

A vizsgált időszakban a betegek ellátása megegyezett azzal a gyakorlattal, amelyet jelenleg is alkalmazunk.

Manifeszt tápcsatornai vérzés esetén a betegeket a sürgősségi ambulanciáról sürgősségi szubintenzív részlegre helyeztük. Első lépésben megtörtént a betegek állapotának gyors felmérése és a folyadék- vagy vérkészítmények adásával végzett sokktalanítás, valamint az alapvető laboratóriumi vizsgálatok elvégzése. Amennyiben a laboratóriumi vizsgálatok súlyos faktorhiányt mutattak (protrombinidő 40% alatti), azonnal friss fagyasztott plazma (FFP) adását kezdtük meg.

Masszív vérzés, súlyos tudatzavar esetén intubációra került sor a légutak biztosítása céljából, és az esetleges aspiráció kivédésére (13).

Intézetünkben az endoszkópos ellátás 24 órán át folyamatosan elérhető. Varixvérzés gyanúja esetén (ismert májbetegség, varicositas, májbetegségre utaló klinikai és laboratóriumi adatok) az állapot stabilizálása után sürgős endoszkópos vizsgálat történt, amelyet azonnali endoszkópos vézészscillapító terápia követett (14, 15). A terápiás módszert (injekciós szkleroterápia vagy ligatio) a vizsgáló endoszkópos szakember választotta meg. Ha a vérzést nem sikerült endoszkópos úton megállítani, ballontamponádot (többnyire Linton-ballon) alkalmazott. Vazoaktív szer adására anyagi korlátok miatt csak kivételes esetekben került sor. A betegeknél hét-tíz naponként elektív varixligatio történt a varixok teljes eradikációjáig (16).

Az endoszkópos beavatkozást követően a betegek kezelése, monitorozása a szubintenzív osztályon zajlott, majd az állapotuk kielégítő stabilizálódása után a betegek nyílt osztályra kerültek.

Minden beteg részesült nem szelektív béta-receptor-

blokkoló terápiában, amennyire a keringése megengedte (17), valamint az endoszkópos beavatkozást követően két hétig protonpumpagátló (PPI) kezelést adtunk a posztinjekciós, illetve postligatiós nyelőcső-fekélyek miatt.

Infekció detektálása esetén adekvát antibiotikus kezelést adtunk, de antibiotikum-profilaxist nem alkalmaztunk rutinszerűen.

A kórházi emissziót követően a betegek többsége elektív ligatiós programba került, amelyet a varixok teljes eradikációjáig folytattunk.

## Eredmények

A 2001. január 1-jétől 2004. december 31-ig tartó időszakban 228 akut varixvérzés miatti kórházi felvételt regisztráltunk (191 beteg). A betegek főbb jellemzőit az 1. táblázatban foglaltuk össze.

A vizsgált időszakban a vérzések éves megoszlása egyenletesnek mondható (1. ábra). A négy év során a várakozásunk ellenére nem következett be csökkenés.

A vérzések túlnyomó többsége II–IV. stádiumú oesophagusvarixból származott (2. táblázat). I. stádiumú varicositas esetén a vérzés kockázata minimálisnak tekinthető.

A diagnosztikus és terápiás sürgős endoszkópia a betegek túlnyomó többségénél megtörtént négy órán belül (legtöbbjüknél egy órán belül). Az alkalmazott oki vérzéscsillapító kezeléseket a 3. táblázatban foglaltuk össze.

Az esetek túlnyomó többségében injekciós szkleroterápia volt a választott vérzéscsillapító módszer, néhány esetben került sor aktív vérzés esetén is ligatióra, ugyancsak néhány esetben a ligatiós kezelés ellenére folytatódó vérzés miatt szkleroterápiával kombinált kezelést végeztünk. Az esetek egy részében a sürgős szkleroterápiát 24 órán belüli ligatiós kezelés követte. Három esetben gyomorvarixból történő vérzés miatt primeren szövetragasztó kezelést alkalmaztunk. Néhány esetben a sürgős endoszkópiát végző vizsgáló aktív vérzés hiányában nem végzett vérzéscsillapító kezelést, ezeknél a betegeknél azonban a varixligatiót 24–48 órán belül pótlólag elvégeztük. Két terminális állapotú beteget endoszkópiára alkalmatlannak ítéltünk, náluk ballontamponád történt.

Az esetek 85,09%-ában a kezelést követően a vérzés megállt, 14,91%-ban volt szükség kiegészítő kezelésként ballontamponádra. Összesen négy esetben alkalmaztunk vazoaktív szert (elsősorban anyagi korlátok miatt).

## Kiújuló vérzés

A 228 vérzéses epizód 32,3%-ánál (74 esetben) észleltünk kiújuló vérzést, ebből a korai vérzés 13,5%, a késői 18,8% volt. Egy esetben endoszkóposan és gyógyszeresen nem uralható vérzés miatt transzjugularis intrahepaticus portosystemás sönt (TIPS) beülte-

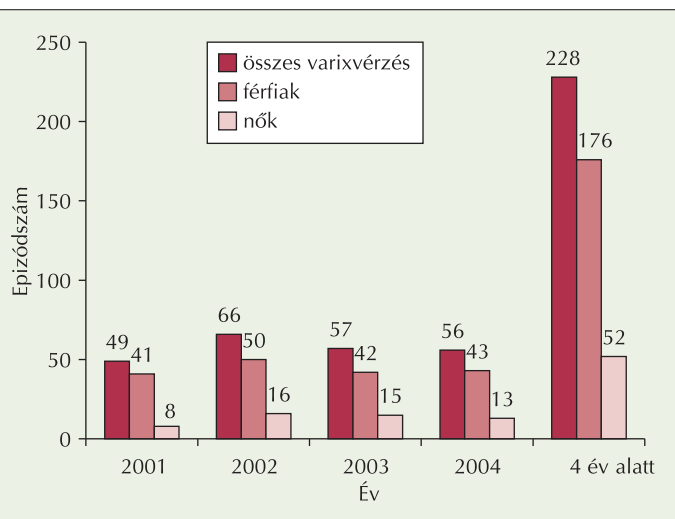
### 1. TÁBLÁZAT

A nyelőcső-, illetve gyomorvarixból vérző cirrhotikus betegek főbb jellemzői

Átlagéletkor	54,7 év (21–81)
Nemek szerinti megoszlás	
Férfi	149 (78%)
Nő	42 (22%)
A cirrhosis etiológiája	
Alkohol	176
Vírushepatitis	7
Vírushepatitis és alkohol	2
Wilson-kór	1
Vena porta thrombosis	1
Morbus Gaucher	1
Kriptogén	1
Child szerinti beosztás	
Child-A	48 (25,13%)
Child-B	82 (42,93%)
Child-C	61 (31,93%)

### 1. ÁBRA

A vérzéses epizódok évenkénti megoszlása nemek szerinti bontásban



### 2. TÁBLÁZAT

A varixvérzések megoszlása a súlyosság szerint

Vérzésforrás	Vérzéses epizódok száma
I. stádiumú nyelőcső-varicositas	1 (0,04%)
II. stádiumú nyelőcső-varicositas	78 (34,21%)
III. stádiumú nyelőcső-varicositas	77 (33,77%)
IV. stádiumú nyelőcső-varicositas	36 (15,78%)
Gyomorfalli varicositas	36 (15,78%)

tésére került sor, két, gyomorvarixból származó, nem uralható vérzés esetén pedig sebészi devascularisatiót és ligaturát végeztünk (4. táblázat).

Az átlagos ápolási idő az intenzív osztályon 2,59

### 3. TÁBLÁZAT

Vérzéscsillapító kezelések a vérzéses epizódokra bontva

Vérzéscsillapító kezelés	Vérzéses epizódok száma
Szkleroterápia	181 (79,38%)
Ligatio	12 (5,26%)
Ligatio és szkleroterápia	6 (2,63%)
Szkleroterápia és 24 órán belüli ligatio	17 (7,45%)
Elektív varixligatio	
24–48 óra múlva	7 (3%)
Hisztoakril (gyomorvarix)	3 (1,31%)
Ballontamponád	2 (0,8%)

(0,5–9 nap) nap volt. Nyílt osztályon átlagosan 10,64 (4–45 nap) napot töltöttek a betegek.

### Mortalitás

A négy év alatt, a 228 vérzéses epizódra számított mortalitás 14,9% (34 beteg: 10 nő, 24 férfi) volt. Az elhalálozottak átlagéletkora 56,7 év (42–81 év) volt. A cirrhosis stádiumát tekintve a betegek 29,4%-a (10/34) Child-B stádiumba, 67,6%-a (23/34) Child-C stádiumba tartozott, egy (2,9%) beteg tartozott Child-A stádiumba.

Négy betegnél történt sectio, a többi betegnél a halál okának megállapítása a klinikus megítélése alapján történt. A halál oka a betegek 67,6%-ánál (23/34) májelégtelenség, 14,7%-ánál (5/34) hypovolaemiás sokk, 11,7%-ánál (4/34) légúti infekció volt, egy (2,9%) beteg aspiráció miatti légzésleállásban hunyt el, egy (2,9%) esetben pulmonalis embolia merült fel halálokként.

Az egyéves túlélés vonatkozásában 19 betegről nincs adatunk, a fennmaradó 172 beteg közül 127 élte túl a

varixvérzést követő egy évet, ez 73,8%-os túlélési arány. Az első hat hetet túlélő 157 beteg közül 127 volt életben egy év múlva (92%).

### Infekciók

Négy év alatt 12 (5,26%) vérzéses epizódban alkalmaztunk antibiotikum-profilaxist. Ötvenkét esetben volt a betegeknek dokumentált infekciós szövődményük, amelyek közül a legnagyobb számban a légúti infekciók fordultak elő (5. táblázat).

### Transzfúzióigény

Kétszázhuszonnyolc vérzéses epizódra számítva átlagosan egy alkalommal 3,75 E (2–18 E) vörösvérsejt-koncentrátumot, 1,94 E (2–17 E) friss fagyasztott plazmát kaptak a betegek, és három beteg kapott összesen 21 E (6–9 E) thrombocytaszuspenziót.

### Megbeszélés

Jelen vizsgálatunk szerint a nyelőcső-, illetve gyomorvaricositasból származó vérzés mortalitása jelentősen alacsonyabb, mint ahogy a korábbi irodalmi adatokban (1, 2) szerepel. Vérzés miatt kezelt betegeink 75%-ánál állt fenn dekompenzált májcirrhosis (Child–Pugh szerinti B vagy C stádium), így az eredmények javulása valóban a terápiában elért haladás következményének tartható és nem a kevésbé súlyos állapotú betegek kiválasztásának tudható be.

Mortalitási adataink nagyjából megegyeznek azokkal, amelyeket a közelmúltban megjelent négy tanulmányban kaptak (18–21), köztük egy amerikai multicentrikus (18), illetve egy párizsi (19) hepatológiai centrumból származó közlemény adataival, amelyek-

### 4. TÁBLÁZAT

Endoszkópos vérzéscsillapító terápia után kiújuló vérzések és ellátásuk

Vérzéscsillapítás	24 órán belül kiújuló vérzés 10 eset (13,51%)	Egy-öt napon belül kiújuló vérzés 21 eset (28,37%)	Öt napon túl kiújuló vérzés 43 eset (58,1%)
Szkleroterápia	7	17	27
Szkleroterápia és ligatio	–	–	1
Ligatio	1	–	6
Szkleroterápia és három napon belüli ligatio	–	–	4
Cianoakrilát vagy hisztoakril	1	1	2
Ballontamponád	–	–	2
Hisztoakril vagy cianoakrilát+műtét	1	1	–
Szkleroterápia és TIPS	–	1	–
Nincs endoszkópos kezelés	–	1	1

TIPS: transjugularis intrahépatikus portosystemás sönt

## 5. TÁBLÁZAT

A varixvérzést követő infekciók betegek körében

Infekció	Esetek száma
Légúti infekció	21 (40,38%)
Húgyúti infekció	8 (15,38%)
Tisztázatlan eredetű láz	7 (13,46%)
Spontán bakteriális peritonitis	7 (13,46%)
Kanülinfekció	3 (5,76%)
Szepszis	1 (1,9%)
Egyéb*	5 (9,6%)

\*phlebitis, pyelonephritis, pancreatitis, diverticulitis

ben 12,1%-os és 14,5%-os halálozást találtak. Mind-egyik közleményben egyértelműen azt a következtetést vonták le, hogy az új terápiák következtében a varixvérző betegek életkilátásai lényegesen javultak mind rövid, mind hosszú távon.

Az említett párizsi centrumban lehetőség nyílt saját, 20 évvel korábbi adataikkal történő összehasonlításra is, amely szerint a hat héten belüli mortalitás lényegesen csökkent (1980-ban 42,6% volt, 2000-ben 14,5%). Saját informatikai rendszerünk sajnos ilyen összehasonlítást nem tett lehetővé.

A mortalitás csökkenésében kulcsfontosságúnak látzik a vérzés korai endoszkópos megállítása, a keringés korai stabilizálása, valamint a szubintenzív észlelés.

Vérző betegeket is ellátó intenzív hepatológiai egységekben az elmúlt években rutinszerűvé vált a vazóaktív szerek korai alkalmazása (8), amelyek az endoszkópos terápia hatékonyságát megközelítő módon képesek – legalábbis átmenetileg – megállítani a vérzést (22), csökkentve a vérigényt, a hypovolaemia okozta szövődmények kockázatát, a négy órán belüli endoszkópia iránti igényt, egyben jelentősen megkönnyítve és biztonságosabbá téve az endoszkópos vérzéscsillapító terápia elvégezhetőségét. Anyagi korlátok miatt vazóaktív terápia alkalmazására csak kivételes esetben volt lehetőségünk. Ennek ellenére az átlagos transzfúziós igény nem volt magasabb, mint a szomatoszintintéripiát rutinszerűen alkalmazó amerikai (18) centrumban (4 versus 3,75 E). Ez minden bizonnyal az igen korai és eredményes endoszkópos vérzéscsillapító terápiának köszönhető, amely természetesen állandó elérhetőséget és igen jól felkészült endoszkópos szakembergárdát feltételez.

Az akut vérzéscsillapító kezelés 79,38%-ban injekciós szkleroterápia volt, és csak 5,26%-ban történt ligációs kezelés, összehasonlítva az amerikai tanulmánnyal, ahol 64%-ban, illetve a párizsival, amelyben 81%-ban történt primeren ligatio. Ez azt mutatja, hogy amíg elektív kezelésként ma már csaknem kizárólag ligatiót végzünk, akut vérzés esetén nem ez a preferált mód-

szer. Miután az összehasonlító vizsgálatok alapján a ligatio hatékonyabb, mint a szkleroterápia és kevesebb a szövődménye (23, 24), erőfeszítéseket kell tennünk saját gyakorlatunkban is ennek a módszernek a kiterjedtebb alkalmazására és a technikai biztonság növelésére (25).

A kiújuló vérzések száma, összehasonlítva a párizsi tanulmánnyal (16,6%), osztályunkon jóval magasabb volt; irodalmi adatokkal (26, 27) összevetve többnyire nem öt napon belül, hanem öt napon túl jelentkezett. Ebben valószínűleg szerepe van annak, hogy a primer vérzéscsillapítás túlnyomóan szkleroterápiával történt, és ismert, hogy a kiújuló vérzések jelentős része a nyálkahártya szkleroterápia okozta sérüléseiből ered.

A vérzések meglepően nagy százaléka származott gyomorfalli varixból, ennek oka lehet az is, hogy regionális centrum lévén néhány gyomorfalli varixból vérző beteget más intézetekből centrumunkba irányítottak.

Betegek 22,8%-ában (52/228) jelentkezett a vérzést követően manifeszt infekció, és az elhunytak 11,76%-ánál (4/34) az infekció volt a közvetlen halálok. A párizsi (19) tanulmányban 1995 és 2000 között infekcióhoz társuló halált nem észleltek, ez felhívja a figyelmet a rutinszerű antibiotikum-profilaxis szükségességére. Az infekciók magas aránya minden bizonnyal hozzájárult a nyugati közleményekben közölteknél valamivel hosszabb átlagos ápolási időhöz is. A párizsi tanulmányban 2000-ben kilenc nap volt az átlagos ápolási idő, az amerikai közleményben nyolc (18). Az is valószínűsíthető, hogy rutinszerű antibiotikus profilaxisal – amely az újabb ajánlásokban szerepel – ezeknek az infekcióknak egy része kivédhető lett volna (9, 10).

## Következtetés

Vizsgálatunk azt mutatta, hogy a varixvérző cirrhotikus betegek túlélési kilátásai ma lényegesen jobbak, mint ahogy a korábbi tanulmányokban szerepel. A javuló eredmények alátámasztják az intenzív kezelést, a korai endoszkópos vérzéscsillapítást és a modern gyógyszeres terápia hatékonyságát a mortalitás csökkentésében.

A végbement fejlődés ellenére az akut varixvérzés napjainkban is nagy kockázattal járó kórállapot, és további kutatások szükségesek az eredmények javításához.

**Összehasonlító vizsgálatok alapján a ligatio hatékonyabb, mint a szkleroterápia és kevesebb a szövődménye.**

**A kiújuló vérzések jelentős része a nyálkahártya szkleroterápia okozta sérüléseiből ered.**

## IRODALOM

- Graham DY, Smith J. The course of patients after variceal hemorrhage. *Gastroenterology* 1981;80:800-809.
- Pinto HC, Abrantes A, Esteves AV, et al. Long-term prognosis of patient with cirrhosis of the liver and upper gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1989;10:1239-43.
- Székely I. Terápiás lehetőségek nyelőcső-gyomor visszerekből származó vérzés esetén. *Orv Hetil* 2001;2:90-96.
- Bohnacker S, Mayo A, Soehendra N. Variceal bleeding and portal hypertension: Still a therapeutic challenge? *Endoscopy* 1999;31:26-37.
- De Franchis R. Developing consensus in portal hypertension. *Journal of Hepatology* 1996;25:390-4.
- Infante-Rivard C, Esnaola S, Villeneuve JP. Role of endoscopic variceal sclerotherapy in the long-term management of variceal bleeding: A meta-analysis. *Gastroenterology* 1989;96:1087-92.
- D'Amico G, Pagliaro L, Bosch J. Pharmacological treatment of portal hypertension: an evidence-based approach. *Sem Liver Disease* 1999;109:475-505.
- Avgerinos A, Nevens F, Raptis S, Fevery J and the ABOVE study group. Early administration of somatostatin and efficacy of sclerotherapy in acute oesophageal variceal bleeds: the European Acute Bleeding Oesophageal Variceal episode (ABOVE) Randomised Trial. *Lancet* 1997;350:1495-9.
- Bleichner G, Boulanger R, Squara P, Sollet JP, Parent A. Frequency of infections in cirrhotic patients presenting with acute gastrointestinal haemorrhage. *Br J Surg* 1986;73:724-6.
- Goulis J, Armonis A, Patch D, Sabin C, Greenslade L, Burroughs AK. Bacterial infection is independently associated with failure to control bleeding in cirrhotic patients with gastrointestinal haemorrhage. *Hepatology* 1998;27:1207-12.
- Stiegmann GV, Goff JS, Mihaletz-Onody PA. Endoscopic sclerotherapy as compared with endoscopic ligation for bleeding esophageal varices. *N Engl J Med* 1992;326:1527-32.
- Pugh RNH, Murray-Lyon IM, Dawson JL, et al. Transection of the oesophagus for the bleeding varices. *Br J Surg* 1973;60:646-9.
- Vargas HE, Gerber D, Abu-Elmagd K. Management of portal hypertension-related bleeding. *Surgical Clinics of North America* 1999;79:1-22.
- Jolan R, Hayes PC. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *GUT* 2000;46(Suppl. III.):1-10.
- A nyelőcső-varicositas ellátása. A Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium 3. sz. módszertani ajánlása. *LAM* 1994;4:843-5.
- Schoenfeld A, Butler J. An evidence-based approach to the treatment of esophageal variceal bleeding. *Critical Care Clinics* 1998;14:441-55.
- Binmoeller KF, Borsatto R. Variceal bleeding and portal hypertension. State of the art review. *Endoscopy* 2000;32:189-99.
- Chalamsami N, Kahi C, Francois F, Pinto A, Marathe A, Bini E, et al. Improved patient survival after acute variceal bleeding: A multicenter, cohort study. *Am J Gastroenterol* 2003;98:653-9.
- Carbonell N, Pauwels A, Serfaty L, Fourdan O, Lévy VG, Poupon R. Improved survival after variceal bleeding in patients with cirrhosis over the past two decades. *Hepatology* 2004;40:652-9.
- Hori S, Takaki A, Okada H, Fujiwara A, Takenaka R, Makidono C. Endoscopic therapy for bleeding esophageal varices improves the outcome of Child C cirrhotic patients. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21(11):1704-9.
- Thompoulos K, Theocharis G, Mimidis K, Lampropoulou-Karatza C, Alexandridis E. Improved survival of patients presenting with acute variceal bleeding. Prognostic indicators of short- and long-term mortality. *Dig Liver Dis* 2006;38(12):899-904.
- Besson I, Ingrand P, Person B, Boutroux D, Heresbach D, Bernard P, et al. Sclerotherapy with or without octreotide for acute variceal bleeding. *N Engl J Med* 1995;333:555-60.
- Laine L, Cook D. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for treatment of esophageal variceal bleeding. A meta-analysis. *Ann Int Med* 1995;123:280-87.
- Stiegman GV, Goff JS, Mihaletz-Onody PA, Korula J, Lieberman D, Saeed ZA, et al. Endoscopic ligation for bleeding esophageal varices. *N Engl J Med* 1992;326:1527-32.
- Székely I, Székely A, József I, Fejes R, Solt I. Vérző nyelőcső-varixok endoszkóp segítségével történő leszorítása. *Orv Hetil* 1997;138:2223-6.
- D'Amico G, Pagliaro L, Bosch J. The treatment of portal hypertension. A metaanalytic review. *Hepatology* 1995;22:332-54.
- de Frances R, Primignani M. Endoscopic treatment for portal hypertension. *Semin Liv Dis* 1999;19:439-55.



HÍR

## ORVOSTÖRTÉNELEM ÚJ EGYETEMI SEGÉDKÖNYV



Január 30-án, a budapesti Semmelweis Orvostörténeti Intézet Könyvtárában mutatták be a nagyközönségnek a sokak szerint hiánypótló, Orvostörténelem című könyvet. A szerző, Nemes Csaba, a Németországban élő, elismert aneszteziológus főorvos és orvosi kultúrtörténész a régmúlttól a XX. század közepéig tárja az olvasó elé az egyetemes és a magyarországi orvoslás állomásait és kultúrtörténeti vonatkozásait. A 350 oldalas, kiváló ábrákkal gazdagon illusztrált kötetet dr. Schultheisz Emil és dr. Szállási Árpád lektorálta, dr. Gazda István, a Magyar Tudománytörténeti Intézet igazgatója rendezte sajtó alá. A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centruma kiadásában megjelent mű elé dr. Fésüs László akadémikus, az egyetem rektora írt ajánlót.

A könyvesbolti forgalmazásra egyelőre még várniuk kell az érdeklődőknek.  
Információ: dr. Fuxreiter Margit, stratégiai igazgatóhelyettes, DEOEC (52) 319-818.