



急性上消化道大出血多学科协作治疗体会

伍德生, 王小玲, 齐本权, 郭晋, 潘莉, 王方莉, 吴晓飞

引用本文:

伍德生, 王小玲, 齐本权, 等. 急性上消化道大出血多学科协作治疗体会[J]. 蚌埠医学院学报, 2020, 45(12): 1636-1638.

在线阅读 View online: <https://doi.org/10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2020.12.011>

您可能感兴趣的其他文章

Articles you may be interested in

多学科协作护理模式对高龄胆总管切开手术病人胃肠功能恢复和满意度的影响

蚌埠医学院学报. 2019, 44(9): 1286-1288 <https://doi.org/10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2019.09.040>

基于多学科团队协作模式的路径管理在麻醉科手术病人转运中的应用

Application of path management based on multidisciplinary team collaboration in the transit of patients treated with anesthesia operation

蚌埠医学院学报. 2019, 44(2): 253-256 <https://doi.org/10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2019.02.034>

单发套扎器辅助电圈套器在上消化道黏膜下病变治疗中的应用

Application value of electric snare assisted by single ligator in the treatment of upper gastrointestinal submucosal lesions

蚌埠医学院学报. 2020, 45(8): 1051-1054 <https://doi.org/10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2020.08.016>

SES联合EPBD治疗直径大于1cm胆总管结石的临床分析

Clinical analysis of SES combined with EPBD in the treatment of choledocholithiasis with a diameter greater than 1 cm

蚌埠医学院学报. 2019, 44(8): 1020-1023 <https://doi.org/10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2019.08.011>

快速康复治疗对ICU重症急性胰腺炎的疗效观察

Observation on the effect of rapid rehabilitation therapy on ICU severe acute pancreatitis

蚌埠医学院学报. 2020, 45(9): 1247-1250 <https://doi.org/10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2020.09.028>

急性上消化道大出血多学科协作治疗体会

伍德生,王小玲,齐本权,郭晋,潘莉,王方莉,吴晓飞

[摘要] **目的:**观察多学科协作治疗急性上消化道大出血的效果。**方法:**选择2016年11月至2017年11月接受传统治疗方式的急性上消化道大出血病人78例作为对照组,2017年12月至2018年12月接受多学科协作治疗模式的80例病人为观察组。按照多学科协作治疗模式以急诊内科为中心,利用急诊重症监护病房给予严密监护、液体复苏及呼吸支持等抢救措施,同时启动包括消化内镜、介入和外科在内的多学科协作模式。分析2组病例特征、治愈率、死亡率、平均住院时间等指标。**结果:**对照组止血成功62例,治愈率79.49%,观察组止血成功73例,治愈率91.25%,2组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。对照组的平均住院时间(16.95 ± 7.33)d长于观察组的(13.50 ± 8.81)d($P < 0.05$)。**结论:**进行多学科协作治疗有助于提高病人的救治成功率,缩短平均住院时间,改善病人的预后。

[关键词] 上消化道出血;多学科协作;治疗

[中图分类号] R 573.2

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2020.12.011

Experience of multidisciplinary collaboration in the treatment of acute upper gastrointestinal massive hemorrhage

WU De-sheng, WANG Xiao-ling, QI Ben-quan, GUO Jin, PAN Li, WANG Fang-li, WU Xiao-fei

(Department of Emergency Medicine, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233004, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the therapeutic effects of multidisciplinary collaboration in the treatment of acute upper gastrointestinal massive hemorrhage. **Methods:** Seventy-eight patients with acute upper gastrointestinal massive hemorrhage treated with traditional method from November 2016 to November 2017 were set as the control group, and 80 patients treated with multidisciplinary cooperation from December 2017 to December 2018 were set as the observation group. According to the multidisciplinary cooperation treatment model, the emergency department was the center, the intensive care, fluid resuscitation, respiratory support and other rescue measures were provided by the emergency intensive care unit and the multidisciplinary cooperation mode (including the digestive endoscopy, intervention and surgery) was implemented simultaneously. The case characteristics, cure rate, mortality rate and average length of hospital stay in two groups were analyzed. **Results:** In the control group, there were 62 cases of successful hemostasis, and the cure rate was 79.49%. In the observation group, there were 73 cases of successful hemostasis, and the cure rate was 91.25%. The differences of the successful hemostasis and cure rate were statistically significant ($P < 0.05$). The mean length of hospital stay in control group [(16.95 ± 7.33) d] was longer than that in observation group [(13.50 ± 8.81) d] ($P < 0.05$). **Conclusions:** Multidisciplinary collaboration therapy can improve the survival rate of patients, shorten the average length of hospital stay, and improve the prognosis of patients.

[Key words] upper gastrointestinal massive hemorrhage; multidisciplinary collaboration; treatment

急性上消化道大出血是急诊内科的常见急症,是指屈氏韧带以上的食管、胃、十二指肠或胰胆病变等引起的急性出血。常见原因包括消化性溃疡、急性胃黏膜病变、食管和胃底静脉曲张、贲门黏膜撕裂和肿瘤等,起病急、出血量大、死亡率高,如不及时抢救会导致病人休克、循环衰竭甚至死亡,因此,快速有效地控制出血是临床治疗的关键。消化内镜既能判断出血原因又能进行有效的止血,近年来受到了很高重视。对于休克等血流动力学不稳定的出血病

例ACG推荐应行急诊数字减影血管造影(DSA)检查^[1]。由于出血的病因多,病情较复杂,需要多个学科共同协作参与。近年来,多学科协作诊疗(MDT)模式在国内外逐渐兴起,在一些疑难病例的诊疗中起到了积极的作用。我们通过联合消化内镜室、介入科、外科开展MDT模式,探讨MDT模式在治疗急性上消化道大出血中的效果。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年11月至2017年11月在我院急诊内科接受传统治疗方式的急性上消化道大出血病人78例作为对照组,其中男63例,女15例,平均年龄(63.72 ± 18.65)岁。选择2017年

12 月至 2018 年 12 月在我院急诊内科接受 MDT 模式诊疗的 80 例病人为观察组,其中男 64 例,女 16 例,平均年龄(62.53 ± 17.87)岁。2 组出血原因由多至少依次为食管胃底静脉曲张、消化性溃疡、急性胃黏膜病变、贲门黏膜撕裂及肿瘤。2 组的 Rockall 评分及 Blatchford 评分中高危组均占 90% 以上。2 组间性别、年龄、出血原因等一般资料均具有可比性。纳入标准:符合上消化道大出血的诊断标准,有呕血或黑便,且出血量 ≥ 1 000 mL。排除标准:有严重合并症,如心肝肾功能严重障碍、血液病、终末期疾病;不配合治疗或放弃治疗的病人。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组 实施传统治疗模式,积极给予内科补液止血等治疗,内科止血失败后请内镜室、介入科、外科会诊,考虑是否行内镜止血、手术等相关治疗。

1.2.2 观察组 病人收治后立即启动 MDT 模式,在急诊重症监护病房给予严密监护,按照急性上消化道出血诊疗指南,积极纠正休克、迅速补充血容量、维持有效循环血量,维持生命体征稳定^[2-3]。多学科共同评估病情给予最佳治疗方案,对于食管胃底静脉曲张、消化性溃疡 Forrest 分级 I a、I b 和 II a 级、贲门黏膜撕裂,再出血风险高,药物止血难的病例,行急诊内镜止血,如曲张静脉套扎、注射硬化剂、电凝止血、钛夹止血等^[4]。非静脉曲张出血的介入治疗主要是经导管动脉栓塞术和经导管动脉灌注血管收缩药物,对于食管胃底静脉曲张、门脉高压反复出血行经颈内静脉肝内门体分流术^[5]。内镜及介入无法止血的,如肿瘤引起的出血行外科手术。

1.3 统计学方法 采用 *t* 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 2 组病人 Rockall 评分与 Blatchford 评分比较

观察组 Rockall 评分高危(≥5 分)45 例、中危(3~4 分)32 例、低危(0~2 分)3 例;对照组分别为 43 例、33 例、2 例。观察组 Blatchford 评分中高危(≥6 分)76 例,低危(<6 分)4 例,对照组分别为 75 例和 3 例。2 组病人 Rockall 评分与 Blatchford 评分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)(见表 1)。

2.2 2 组病人治疗结果的比较 对照组止血成功 62 例,病情恶化死亡 16 例,治愈率 79.49%,死亡率 20.51%;观察组止血成功 73 例,病情恶化死亡 7 例,治愈率 91.25%,死亡率 8.75%,2 组间比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.39, P < 0.05$)。对照组的平

均住院时间(16.95 ± 7.33)d,长于观察组(13.50 ± 8.81)d($t = 2.67, P < 0.05$)。

表 1 上消化道出血病人 Rockall 评分与 Blatchford 评分比较

分组	n	Rockall 评分			Blatchford 评分	
		≥5 分	3~4 分	0~2 分	≥6 分	<6 分
对照组	78	43	33	2	75	3
观察组	80	45	32	3	76	4
χ^2	—	0.24			0.12	
<i>P</i>	—	>0.05			>0.05	

3 讨论

急性上消化道大出血起病急,进展快,病死率高,通常数小时内出血量超过 1 000 mL 或循环血量的 20%,常伴有血容量减少引起的急性外周循环衰竭。非静脉曲张性上消化道出血病死率为 8.6%,食管胃底静脉曲张破裂出血病死率高达 42%~90%。尽快采用综合治疗迅速止血是治疗的关键,普通的反复会诊制度会因步骤繁琐,机动性差而延误治疗时机。且急性上消化道出血病人病情危重,内镜、介入、外科手术治疗风险大,若不能良好配合,也会直接影响治疗效果。因此对于急性上消化道出血,需要建立完备的多学科配合制度,在最短时间内实施综合治疗措施,以迅速有效止血,提高治疗效果,挽救病人生命。内镜检查在上消化道出血中起重要作用,不仅可以确定出血的原因和位置,还可以确定是否需要介入或外科手术治疗,又能行内镜下止血,对于风险高和持续出血的病例应于住院 24 h 内行内镜检查^[6]。DSA 是内镜治疗失败的首选救治办法,也是手术的良好替代疗法,对于外科术后出血诊断阳性率更高^[7]。对于药物及内镜无法止血的病例可考虑行外科手术。

MDT 是指由多个相关学科专家组成的相对固定团队,针对某种疾病召开讨论会议,为病人提供综合诊疗策略的模式。它能从多方面及早发现问题并进行干预,定期评估治疗效果,调整治疗方案,更加贴近病人的实际情况。它可以充分发挥多学科的优势,为病人提供有针对性和标准化的治疗方案。目前 MDT 已经成为欧美国家诊疗疾病的重要模式,国内一些大型医院也已开展此模式,并取得了不少成效。赵蕊等^[8]以 ICU 为平台,联合麻醉科等实施气管插管及全麻胃镜下止血治疗,明显提高了食管胃底静脉曲张病人的存活率。田丹等^[9]对急性上消化道出血病人采用了 MDT 模式,明显提高了诊疗效

果,降低了死亡率^[9]。针对非静脉曲张性上消化道出血,MDT能够明显提高诊疗效果,并缩短住院时间,降低医疗费用^[10-11]。本研究中,观察组采取以急诊内科为主导,内镜室、介入科、外科协作诊疗的模式,在急性上消化道出血病人收治后,立即启动MDT模式,利用急诊重症监护病房给予严密监护及完备的抢救措施,给予危重病人呼吸支持、液体复苏等生命支持,为MDT争取救治时间。我们利用MDT模式,最大限度地整合医疗急救资源,提高内镜、介入、外科的配合度,从而在最短时间内制定有针对性、规范连续的诊疗方案。在整个治疗过程中,MDT团队及时评估病情变化,调整治疗方案,这突破了传统的反复会诊制度,能为病人赢得最佳的救治机会。本研究中观察组急性上消化道出血病人的治愈率为91.25%,死亡率为8.75%,平均住院时间为(13.50±8.81)d,均优于对照组($P<0.05$)。由此可见,实行MDT模式治疗急性上消化道大出血,能够明显提高治愈率,降低死亡率,缩短平均住院时间。

综上所述,对于急性上消化道大出血病人,一旦收治急诊重症监护病房,应立即启动MDT模式^[12-13],对比单学科诊疗及会诊制度,MDT模式能够制定出更优的治疗方案,优化资源配置,优化科室间合作。另外,本研究样本量较小,具体的监督机制及调整模式尚未成熟。针对这些,我们将继续进行样本量积累,并探索如何建立完善的监管机制,以更好地将MDT模式应用于疾病救治。

[参 考 文 献]

[1] GERSON LB, FIDLER JL, CAVE DR, *et al.* ACG clinical guideline: diagnosis and management of small bowel bleeding [J]. *Am J Gastroenterol*, 2015, 110(9):1.

[2] 徐小元,丁惠国,贾继东,等.肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治指南[J]. *临床肝胆病杂志*, 2016, 55(2):203.

[3] 中华医学会消化内镜学分会.急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2015年,南昌)[J]. *中华医学杂志*, 2016, 96(4):254.

[4] TRIPATHI D, STANLEY AJ, HAYES PC, *et al.* U. K. guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients [J]. *Gut*, 2015, 64(11):1680.

[5] 毕光荣,张勇,陈旭昇.经颈静脉肝内门体分流术联合胃冠状静脉栓塞术治疗门脉高压上消化道出血的临床疗效[J]. *介入放射学杂志*, 2013, 22(3):239.

[6] STRATE LL, GRALNEK IM. ACG clinical guideline: management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding [J]. *Am J Gastroenterol*, 2016, 111(5):755.

[7] 谢波,许红,谭玉林,等.急性消化道出血的造影诊断和栓塞治疗[J]. *蚌埠医学院学报*, 2014, 39(5):646.

[8] 赵蕊,张丽瑶,吴云海,等.45例多学科协作抢救急性上消化道大出血患者的临床分析[J]. *中华急诊医学杂志*, 2014, 23(11):1268.

[9] 田丹,魏捷,晏晨.以多学科协作为导向的重症上消化道大出血的急诊综合治疗[J]. *临床急诊杂志*, 2019, 20(2):13.

[10] 钟爱丽,叶琳,温德树,等.消化科整合医学模式对消化性溃疡合并大出血救治效果的影响[J]. *中国医疗管理科学*, 2017, 7(5):55.

[11] LU Y, LOFFROY R, LAU JY, *et al.* Multidisciplinary management strategies for acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding [J]. *Br J Surg*, 2014, 101(1):34.

[12] DANGO S, BEISSBARTH T, WEISS E, *et al.* Relevance of surgery in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding [J]. *Langenbecks Arch Surg*, 2017, 402(3):509.

[13] KURIEN M, LOBO AJ. Acute upper gastrointestinal bleeding [J]. *Clin Med*, 2015, 15(5):481.

(本 文 编 辑 刘 梦 楠)

(上 接 第 1635 页)

[6] 庄晖,郭平凡,詹腾辉,等.序贯球囊扩张与单次球囊扩张治疗下肢动脉闭塞性疾病的早期疗效比较[J]. *中华全科医师杂志*, 2016, 15(12):941.

[7] 许峻川,费琦,杨雍,等.改良经皮椎弓根穿刺技术的研究进展[J]. *实用骨科杂志*, 2018, 24(3):239.

[8] 王想福,王国玉,石瑞芳,等.椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的并发症及其防治策略[J]. *颈腰痛杂志*, 2014, 35(5):390.

[9] 邢贞武,余德涛,邢保全,等.术前户外活动状态与腰椎管狭窄症病人减压手术预后的相关性分析[J]. *蚌埠医学院学报*, 2019, 44(9):1197.

[10] GORECZNY S, QURESHI A, ROSENTHAL E, *et al.* Comparison of self-expandable and balloon-expanding stents for

hybrid ductal stenting in hypoplastic left heart complex [J]. *Cardiol Young*, 2017, 27(5):837.

[11] MISTUTAKE Y, REIFART J, PYUN WB, *et al.* Differences in vascular response between balloon overstretch and stent overexpansion in nonatherosclerotic porcine coronary arteries [J]. *Comp Med*, 2017, 67(4):350.

[12] 李玉伟,王海蛟,崔巍,等.过伸体位下球囊多点扩张行经皮椎体后凸成形术治疗新鲜脊柱压缩性骨折的疗效研究[J]. *中国全科医学*, 2017, 20(36):4517.

[13] 许俊胜.单纯后路复位减压植骨融合内固定术治疗不同年龄段腰椎滑脱症疗效比较[J]. *蚌埠医学院学报*, 2019, 44(9):1247.

(本 文 编 辑 周 洋)