

2012美国胃肠病学院溃疡出血患者处理指南——简介及体会

谢鹏雁（北京大学第一医院 消化科，北京 100034）

消化性溃疡是上消化道出血（UGIB）最常见原因之一，也往往是非静脉曲张性出血住院的最常见原因，这在世界范围内几乎是都一样的。笔者近读美国胃肠病学会（ACG）颁布的《溃疡出血患者处理指南》（以下简称《指南》）后有感，特书此拙文谈一下个人的心得和体会。

1 《指南》是“温故知新”和严谨细致准备工作的结晶

最近发表在《美国胃肠病学杂志》（2012, 107(3):345-360）的该《指南》^[1]是由美国耶鲁大学医学院消化内科，康涅狄格退伍军人医院的Loren Laine博士，和就职于洛杉矶加州大学大卫格芬医学院，洛杉矶消化系统疾病治疗研究中心和退伍军人医院的Dennis M. Jensen博士共同执笔终稿。《指南》的形成历经策划、实施、回顾；分析/解释数据，起草和反复修改，直至定稿。《指南》的准备文件是作者使用术语“胃肠道出血”，通过全文数据库-奥维德界面（the OVID interface）和搜索美国国立医学图书馆（MEDLINE），获得自1966年至2010年45年间所有“临床试验”和“荟萃分析”文献[注：这40多年也正是世界科技突飞猛进发展，溃疡治疗学获得历史性突破的几十年。如冷光源软质消化内镜得到广泛应用，H2受体阻滞剂和质子泵抑制剂（PPI）等药先后问世，幽门螺杆菌（Hp）的发现等]，作者回顾和使用The GRADE system（这是被

国际广泛应用一个系统，具有可靠，有着大多数其他分级系统不包括的优势）的证据质量分类系统对既往文献进行评议。可以说该指南的出台背景是利用了循证医学的最先进手段和方法。《指南》各项关键建议的推荐强度，支持证据的质量级别，都有较高的整体素质。同时《指南》全文在各项总结时作了较为详细的评判与论述。所以《指南》是严谨、细致准备工作和这一领域成果的结晶。

2 《指南》简明扼要富有新意

《指南》涵盖了溃疡出血处理的各个方面，对显性溃疡所致上消化道出血患者的治疗提出了“递进式”（step-wise，注：国内有译为“阶梯式”，笔者以为“阶梯式”有逐步升级或降级意义，而“递进式”或“逐步式”译语，则强调的是“下一步”的意思，可能更为贴切）治疗的推荐意见。在文中作者就溃疡出血患者的危险评估、内镜检查前药物治疗、洗胃、内镜检查时机、内镜诊断、内镜治疗、内镜检查后药物治疗、复查内镜、住院标准、溃疡再出血的长期预防共十个临床实际问题做了较为详尽的评议。《指南》中又以表格方式分别对十个主题相关的每一项（共30款）逐一介绍建议的关键点、推荐强度、支持证据级别。表后还对提供的建议做了总结与评述，有新意也颇为新颖。全文简明扼要，具体明确，可操作性强，具有很好的临床指导和实用价值。

3 《指南》推荐意见的简要介绍

本文就《指南》共十项30款推荐意见（其中有12款强烈推荐和18款有条件推荐）作一简要介绍。

3.1 初始评估与危险分层 本项共4款，包括立

即评估血流动力学状态，按需启用复苏措施；输血目标应为患者的血红蛋白浓度 ≥ 7 g/dl；进行风险评估系统包含正在进行的呕血，状态，对镇静内镜耐受等，以确定可能会有进一步出血或死亡的高风险（以利于决策内镜检查时间，护理水平和重症监护等问题）；直接从急诊室出院的条件，包括尿素氮 < 18.2 mg/dl、男性血红蛋白 ≥ 13.0 g/dl（女性 ≥ 12.0 g/dl）、收缩压 ≥ 110 mm Hg、脉率 < 100 次/分钟，没有黑便、晕厥、心力衰竭和肝病表现和其他共存病。此项中的4条的证据水平均为低质量证据，但评估血流动力学状态，并按需启用复苏措施一款仍作为强烈推荐，其他三款都是有条件推荐。此不难理解临床消化道出血与绝大多数其他部位的出血（除颅内出血等）一样，有效循环血量的不足是威胁生命的首要因素，补充血管内有效容量是影响患者决定性的因素。所以强调UGIB治疗的第一步是评价血流动力学和启动抢救所需的步骤。除了静脉输液、输血红细胞是可能的要求，初始评估后则重在危险分层。风险评估是临床上对患者确定哪些患者可能会有更高的风险，再出血或死亡，以便及时确定治疗决策。

3.2 内镜检查前药物治疗 5~7款是关于内镜检查前药物治疗，此3款都是有条件推荐，中等或高质量证据。对既往存在争议的问题有比较明确的阐述，如关于内镜检查前约30分钟使用静脉输注红霉素（250 mg）可提高诊断阳性率并减少内镜复查，但红霉素的使用并不能改善临床转归；内镜检查前静脉使用PPI（大剂量静脉推注80 mg后8 mg/h输注）可降低内镜检查时出血征象高危患者的比例，以及接受内镜治疗患者的比例。但不能改善临床转归（如进一步出血、外科手术或死亡）。此推荐意见有着高质量证据；对于需延迟内镜或不能实施镜检者，静脉PPI建议减少出血，表明PPI治疗可以改善临床预后。

3.3 洗胃 UGIB患者不需要为了诊断、预后判断、显示病灶或治疗的目的而经鼻胃管或口进行洗胃，老教材有报道，鼻胃管灌洗能止血，在大多数情况下，推荐用冰盐水（温度 $0\sim 4$ °C）。由于大口径鼻胃管产生的不适，洗胃的益处缺乏高质量的有

效证据，所以不推荐为常规。指南建议需进一步研究，并与促动力药的应用相比较，以确定其潜在作用。

3.4 内镜检查时机 9~11款都属于有条件推荐。对具较高危临床特征（如心动过速、低血压、血性呕吐或在医院有鼻胃管血性吸出物）的患者，在入院12小时内接受内镜检查，有可能改善临床转归；在患者没有严重并发症，血流动力学稳定应进行尽安排非急症诊内镜；而对于临床特征有更高的风险患者（如，心动过速、低血压、在医院呕血或胃抽出血液），在12小时内内镜检被认为有潜在改善临床结果的益处。此款为条件推荐，低质量的证据。

3.5 内镜诊断 第12款为强烈推荐，且有高质量的循证医学证据。推荐要求详尽记录可预测进一步出血危险，根据近期出血征象来做决策并指导治疗。指南推荐的内镜下进一步出血征象描述，按危险度高低依次为喷射性出血、裸露的血管、活动性渗血、黏附的血凝块、扁平黑斑以及清洁的溃疡基底。此点与既往认识无异。

3.6 内镜治疗 此项包括了第13~19款建议中共有7款。其中第13、15、16、17款系强烈推荐，均有高质量的循证医学证据。如有喷射性出血、活动性渗血以及可见裸露血管者应接受内镜治疗；溃疡基底清洁或有扁平黑斑的患者不必接受内镜治疗；不应单独使用肾上腺素注射治疗。如果使用，应与另一种止血疗法联用，如果使用肾上腺素注射应与另一种止血疗法联用；建议用双极电凝或热探头进行热凝固疗法或注射组织硬化剂（如无水乙醇）止血，此法可减少进一步出血、减少对手术的需求和降低死亡率。疗效也优于单纯的钛夹或硬化剂注射治疗。

其余3款（14、18、19）则为有条件推荐，证据水平较低。3款包括临床具有抗血栓可获益特征的患者，相关的潜在的更高风险住院患者，术后1小时下床活动（例如，年老、疾病、住院并发出血时）可考虑给予内镜治疗；单纯的钛夹或硬化剂注射治疗虽可减少出血，但可能需要进一步的治疗（包括外科治疗），对此尚缺乏很好的研究；热凝固或肾上腺素注射与其他止血方法的治疗对一部分

活动性出血患者可以起到到初始止血的作用。

3.7 内镜检查后药物治疗 患者有活动性出血、裸露血管或黏附血凝块的患者,在内镜下治疗成功后应给予静脉PPI治疗,建议首剂大剂量静脉推注80 mg后,紧随其后的是8 mg/h持续静脉输注为72小时;有扁平黑斑或清洁基底的溃疡患者可接受标准PPI疗法(例如口服PPI,每日1次)。以上2款均为强烈推荐,前款是高质量证据,后者为中等质量证据。

3.8 复查内镜 对于复查胃镜,指南不推荐初始内镜止血治疗后24小时进行重复的二次内镜的程序(条件推荐,中度质量证据);但应该对有复发性出血临床证据的患者进行再次内镜检查,应对有较高出血危险的病灶进行内镜止血治疗。此款为强烈推荐,高质量证据;有条件推荐第二内镜下治疗失败患者手术或介入放射学(经导管动脉栓塞)可成功地达到止血,但此款仅有低级别质量证据。

3.9 住院治疗 此项两款(25、26款),对出院条件作了明确的界定。对有血凝斑块高危患者(如活动性出血、可视的出血血管、血栓)住院的出血患者,假若没有进一步的出血患者或其他医疗问题,一般应该住院三天三夜。此款为低质量证据而有条件推荐;如果内镜检查显示溃疡基底清洁者,血红蛋白水平稳定、血流动力学稳定、有其他医学问题,并且家中有其他成年人照顾,可考虑进普通膳食和出院,此款强烈推荐,中度质量证据。

3.10 溃疡再出血的长期预防 最后4款(27~30款)涉及溃疡再出血的长期预防。Hp相关的出血性溃疡患者应接受Hp根除治疗。证实Hp根除后,不需要抗酸维持治疗。但患者若还需要非类固醇类抗炎药(NSAIDs)或抗血栓药治疗除外;NSAID相关性溃疡出血的患者,在认真评估后确定是否需要继续使用NSAIDs。如果可能,应尽量避免再次使用NSAIDs。对于必须再次使用NSAIDs者,建议使用最小有效剂量的选择性环氧合酶-2(COX-2)抑制剂加每日1次PPI(以上两款均是高质量证据,强烈推荐);对小剂量阿司匹林相关性溃疡出血的患者,应评重新估患者使用阿司匹林的必要性。如果是二级预防(即有明确

的心血管疾病),大多数患者应在出血停止后尽快恢复阿司匹林的使用(最好是1~3天内,最长不超过7天),同时应给予长期的每日PPI治疗。如果是一级预防(即没有明确的心血管疾病),大多数患者不应恢复使用抗血小板疗法(有条件推荐,中度质量证据);最后一款针对特发性(即非-Hp,非-NSAID)溃疡患者,推荐长期抗溃疡治疗(例如,每日PPI)推荐(有条件推荐,中度质量证据)。

4 《指南》推荐意见可能对我国医生医疗行为的指导作用的个人浅见

(1)本指南的循证医学基础是以西方人群为基础(当然也会含有其他人种),但是否适合亚裔人群还有待进一步临床实践的证实。

(2)我国尚无独立关于溃疡出血的指南或共识意见,“递进式”治疗的推荐意见值得国人在溃疡出血患者的处理时参考。关于内镜检查前使用红霉素对提高诊断率可能益处的推荐,值得我国在实践中进一步证实。指南推荐内镜检查的前后用药及内镜的治疗,我国大城市医院目前虽多与其类同,但其推荐意见是在基于较高质量证据基础上获得的结论,其评价值得我国学习与借鉴。溃疡再出血的长期预防意见在我国也具有较大的推广意义。

(3)溃疡再出血的长期预防问题,在国内尚较为混乱,借鉴相关推荐有利于规范溃疡再出血的长期预防,避免医疗资源的浪费或治疗不足。

(4)我国人口众多,地域辽阔,经济发展还非常不平衡。会限制有些地区或农村地区在内镜诊断与处理的“递进式”治疗实施。内镜治疗的“递进式”在我国广大农村地区尚难推广。指南推荐对出院条件作了明确的界定,但由于国情的差异,如医生与患者的理念、家庭与社会的环境、文化教育水平,城乡的差异,东西方医疗体制的不同等制约,还难以如《指南》所说去严格界定溃疡出血住院治疗时间。

参考文献

- [1] Laine L, Jensen DM. Management of Patients With Ulcer Bleeding[J]. Am J Gastroenterol, 2012, 107(3):345-360; quiz 361.

收稿日期: 2012-04-25