

**编者按:** 由中国医师协会急诊医师分会组织 20 余位急诊专家组成核心专家组制定的《中国急性胃黏膜病变急诊专家共识》正式出炉, 并发表于《中国急救医学》杂志(2015 年第 9 期)。

近日, 共识发布会在京举行。共识领衔者, 中国医师协会急诊医师分会会长、北京协和医院急诊科于学忠教授指出, 正确、迅速、合理地诊治急性胃黏膜病变 (AGML) 是急诊科医师的基本能力之一。

何为 AGML? AGML 是指患者在严重创伤、大型手术、危重疾病、严重心理障碍等应激状态下或酒精、药物等理化因素直接刺激下, 胃黏膜发生程度不一的以糜烂、浅表处溃疡和出血为标志的病理变化, 严重者可导致消化道穿孔, 致使全身情况进一步恶化。AGML 并不是一种独立疾病, 而是以胃肠损害为主要病理生理学特征的临床综合征。于学忠教授强调, 我国 AGML 居上消化道出血病因第三位, 近年来明显上升。急诊危重患者通过 24 h 内内镜检查发现, 75%~100% 的危重患者出现胃黏膜损伤。因此正确、迅速、合理地诊断 AGML 并及时治疗对控制病情的发展至关重要。



共识制定部分核心专家合影

# 中国急性胃黏膜病变急诊专家共识公布

## 权威解读: 提高诊治意识, 推动规范流程, 优化 PPI 治疗策略

### 流行病学及临床危害

**郭树彬: 常见却被忽视 提升意识是先手**

“急诊科患者中, 很多患者出现 AGML, 因为它是机体在应激状态下病理生理的自然反应。”首都医科大学附属北京朝阳医院急诊科郭树彬教授一语中的。

郭教授介绍, 临床中 AGML 引发的隐性出血的发生率为 15%~50%, 显性出血为 5%~25%, 严重出血为 2%~6%。另外, 胃黏膜病变伴发胃肠道出血的危重患者死亡率达到 50%~77%, 是未伴发胃肠道出血患者的 4 倍, 且均伴

有全身组织或器官功能衰竭, 同时 AGML 还延长重症患者 4~8 d 住院时间。

AGML 发生主要机制, 郭教授解释, 其与全身性的神经内分泌因素有关, 即机体在应激状态下中枢促甲状腺素释放激素释放增加, 通过副交感神经介导, 促进胃酸与胃蛋白酶原分泌, 同时也可能使下丘脑调控垂体等内分泌腺体的功能出现障碍, 造成胃黏膜微循环障碍, 胃黏膜屏障受损, 迷走神经异常兴奋, 壁

细胞激活, 胃黏膜内脂质过氧化物含量升高和氧自由基产生增加等后果, 从而导致胃黏膜病变。

郭教授介绍, 导致 AGML 发生最常见的应激性因素包括: 严重烧伤; 严重创伤特别是重型颅脑外伤及各种困难、复杂大手术后; 机械通气; 全身严重感染等。

郭教授提醒, 非应激性因素也不容忽视, 包括阿司匹林、氯吡格雷、皮质类固醇、抗肿瘤以及抗生素类药物等。

### 药物策略

**周荣斌: 泮托拉唑为 AGML 治疗的优选**

“治疗一种疾病, 必须先寻找到治疗的‘利器’。”北京军区总医院急诊科周荣斌教授首先指出, 胃酸增高是 AGML 的元凶, 而抑酸治疗是预防和治疗 AGML 的基础。一直以来, PPI 是高效持久的抑酸药物, 因此规范选择 PPI 是 AGML 治疗的关键措施。

周教授介绍, 维持胃内 pH>4 是预防 AGML 的关键, 而提高胃内 pH>6 是止血成功的关键; 与 H<sub>2</sub> 受体拮抗剂相比, PPI 治疗显著降低再出血率, 可显著减少需外科手术率, 且可减少输血单位, 以及住院天数等。

周教授也表示, 众多指南均推荐, 首选 PPI 防治 AGML, 但临床常用的几种 PPI 又有所不同, 不同的结构, 以及与质子泵结合位点和代

谢途径。PPI 大多经过 CYP2C19 代谢, 但其抑制作用比较上, 奥美拉唑>埃索美拉唑>兰索拉唑, 最弱为泮托拉唑等, 因此与临床常用药物间相互作用少。

泮托拉唑独特的作用机制, 与质子泵深处的结合位点 (cys822) 不可逆结合, 抑酸作用更持久。研究显示, 泮托拉唑输注后约 45min 快速提升胃内 pH 值达到 6, 输注后 72 h 胃内平均 pH 值维持在 5.6~7.1。从而可有效治疗急性上消化道出血, 且再出血发生率低。

最后, 周教授强调, 泮托拉唑具有独特的 II 相代谢机制, 可安全用于老年、肝肾功能不全患者。与其他 PPI 相比, 泮托拉唑具备强效抑酸和良好耐受性的特点, 此外还是药物相互作用风险最低的 PPI。

### 诊断及危险因素分层与评估

**聂时南: 遵循病史和临床特征 尽早行内镜检查**

“应根据患者的病史和临床特征进行 AGML 诊断, 且根据内镜特点进行确定性诊断。”南京军区南京总医院聂时南教授指出, 当病情紧急时, 即使是高危患者, 在有效生命支持的情况下, 也应尽早行内镜检查。病变以多发性黏膜糜烂、溃疡为主, 深度可至黏膜下、肌层及浆膜层, 并可能见到渗血或大出血。

聂教授告诫急诊科医生, 要关注呼吸衰竭 (机械通气

≥48 h) 和凝血功能障碍患者, 两者均为 AGML 伴发出血风险最高的独立危险因素。另外还要重视特殊人群的 AGML 危险因素。

聂教授表示, AGML 诊断标准基于两方面: 一是具备引起 AGML 的诱因; 二是新出现的 AGML 证据或原有的胃黏膜基础病变加重。

聂教授推荐, 应使用应激性黏膜病变消化道出血临床风险评估分系统来进行分层, 对于

低危 (<7 分) 和低中危 (8~9 分) AGML 患者不推荐进行抑酸药物预防。而对高中危 (10~11 分) 和高危 (>12 分) 患者采取预防措施, 出血发生率至少可降低半数。其中抑酸是防治的基础, 而质子泵抑制剂 (PPI) 为首选用药。

聂教授强调, “危险性 AGML 易导致多器官功能损害加剧, 增加死亡风险。应评估其高危基础疾病、上消化道出血严重程度、器官功能等。”

### 治疗和预防

**张茂: 四大综合措施 助力 AGML 治疗**

浙江大学医学院附属第二医院张茂教授强调, “AGML 治疗包括紧急处理、器官功能支持、去除诱因及 AGML 伴出血治疗。”

张教授指出, 非危险性与危险性 AGML 治疗时, 患者一旦发生出血, 应在输血、补液, 维持血液动力学稳定的同时, 迅速提高胃内 pH ≥ 6, 推荐长期使用 PPI 针剂。另外, 内镜检查前静脉使用 PPI 可降低

内镜检查时出血征象高危者比例以及接受内镜治疗者比例。

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也应予静脉 PPI。基于急诊患者病情复杂、治疗窗窄、老年患者及联合用药者较多, 建议选用药物相互作用风险小的 PPI (如泮托拉唑)。

张教授也指出, 当药物治疗无效后, 应选择内镜止血和外科手术。出血停止后, 应继

续应用抑酸药物或胃黏膜保护剂, 直至溃疡愈合。

共识指出, 胃内 pH>4 是预防 AGML 目标。PPI 抑酸作用强, 不良反应少, 可作为治疗首选。组胺受体阻滞剂作为备选。

“因此, 全面持久抑酸是预防急性胃黏膜病变的关键。在 AGML 预防和诊疗中, 应首选抑酸药, 即 PPI。”张教授再次强调。



于学忠 教授



郭树彬 教授



聂时南 教授



张茂 教授



周荣斌 教授

### 大会主席于学忠教授总结

AGML 在急诊科发生率及死亡率均较高。一旦患者存在高危因素应给予适当的预防措施。在诊断中, AGML 伴有高危基础疾病或严重消化道出血甚至穿孔的患者为危险性 AGML 患者, 重要器官功能易受累, 死亡风险高。

所有 AGML 患者均应行控制和去除诱因治疗, 胃黏膜病变治疗以及胃黏膜保护治疗。对于危险性 AGML 患者, 应先采取紧急评估及处理, 并进行器官功能支持。最后, 抑酸治疗是所有 AGML 患者治疗的基础, 推荐使用 PPI, 基于急诊患者病情复杂, 联合用药情况较多, 建议考虑使用强效抑酸, 且药物间相互作用风险小的 PPI (如泮托拉唑)。如果药物治疗仍不能止血, 考虑进行内镜治疗和外科手术。