本版责编：裘佳
美编：林丽
电话：010-58302828-6858
E-mail：qiujia530448356@126.com
医师报 2016年3月10日

急性胃黏膜病变（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，使全身情况进一步恶化。该病在急诊科发病率高、危害严重。2015年，中国医师协会急诊医师分会组织并制定了《中国急性胃黏膜病变急诊专家共识》，以指导急诊科医生正确、迅速、合理地诊断和治疗AGML。该共识发表在9月的《中国急救医学》杂志上。

为更好地推广共识理念，中国医师协会急诊医师分会2月27日在深圳举办了“急性胃黏膜病变急诊高峰论坛”，来自全国百余位急诊科专家就共识解读、质子泵抑制剂（PPI）的合理应用、抗血小板药物消化道损伤进展、急性上消化道出血患者管理等话题，进行了交流和讨论。

大会主席 于学忠 教授

大会现场

“我国AGML居上消化道出血病因第3位，且近年来呈明显上升趋势。对于急诊收治的危重患者，24 h内镜检查发现75%~100%的患者出现胃黏膜损伤。而既往国内外制定的AGML相关指南和共识中，却没有由急诊科医生专门组织制定的符合急诊AGML诊治特点和规律的指南文件。”大会主席、中国医师协会急诊医师分会会长于学忠教授介绍了该共识制定的原因，他表示，“目前分会已在北京、上海、广州、深圳、杭州、哈尔滨、沈阳、济南等20多个城市举办了共识巡讲，累计覆盖1000余名急诊医师。医生们对巡讲反响热烈，纷纷表示希望将共识制成口袋书，以便临床紧急情况时查阅。”

“急性胃黏膜病变急诊高峰论坛”在深圳召开

迅速、合理诊治急性胃黏膜病变

▲ 本报记者 裘佳

指南解读

质子泵抑制剂为急性胃黏膜病变防治的基础用药

周荣斌 教授

北京军区总医院周荣斌教授对该共识的要点进行了解读。研究显示，AGML伴发胃肠道出血的危重患者死亡率达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。AGML还可使重症患者住院时间延长4~8 d。AGML常见病因包括应激性和非应激性因素。周教授表示，本共识强调了非应激性因素中的药物因素，包括阿司匹林等非甾体类抗炎药、氯吡格雷等抗血小板药物、激素类药物、抗肿瘤药物及抗菌药。

AGML主要依据患者病史、临床特征、内镜检查（确诊）进行诊断。共识新加入对患者的危险分层。AGML伴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，其余为非危险性AGML患者。危险性AGML患者应积极治疗原发病的同时，避免使用增加胃黏膜损害的药物和措施，如解热镇痛药、影响止凝血机制药物、大环内脂类抗菌药等；应积极改善内脏血液供应，控制机体过度应激反应（图1）。

抑酸治疗为治疗AGML患者的基础，而PPI是AGML预防和治疗的基础用药。周教授表示，基于急诊患者病情复杂、治疗窗窄、老年患者及联合用药患者较多，共识建议选用药物相互作用风险小的PPI（如泮托拉唑）。

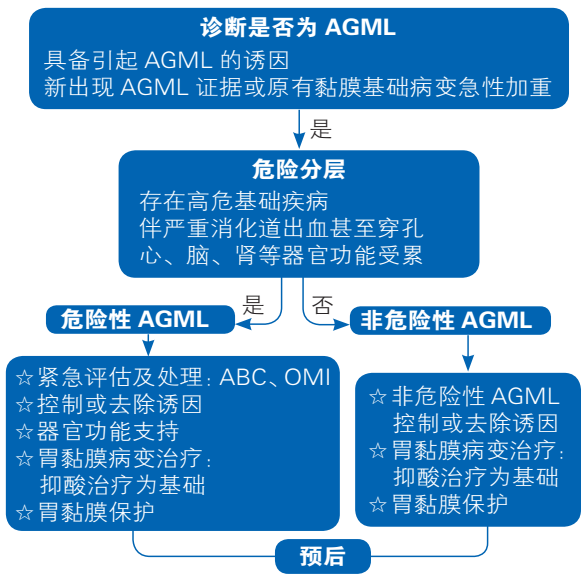

图1 AGML急诊诊治流程

药理专家视角

泮托拉唑高效持久抑酸 药物相互作用小

翟所迪 教授

北京大学第三医院翟所迪教授介绍，据国内共识建议，抑酸是预防和治疗AGML防治的基础。控制胃内pH ≥ 3，每天维持18~20 h，可使几乎所有十二指肠溃疡在4周内愈合；控制胃内pH ≥ 4是AGML药物预防的目标；迅速达到胃内pH ≥ 6，可促进血小板聚集和防止血栓溶解，是创造胃内止血必要条件。

翟教授表示，由于急诊科患者的特殊性，急诊中理想的抑酸药应具备快速抑酸、持久强效；药物相互作用少，避免选择用药的烦恼，肝肾功能不全者也能放心使用。研究显示，上消化道出血经内镜成功治疗后，与H2RA相比，PPI治疗的患者需外科手术率、再出血率、输血单位、住院天数等均显著降低。

在常用的5种PPI（泮托拉唑、奥美拉唑、埃索美拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑）中，只有泮托拉唑特异性结合半胱氨酸（Cya）822，使其与质子泵结合更牢固，抑酸作用更强、更持久。

大量研究证实，泮托拉唑药物相互作用风险低。PPI主要通过肝脏细胞色素P450代谢，受P450同工酶系统CYP2C19的基因多态性影响大。泮托拉唑虽然主要经CYP2C19代谢，但对其亲和力较小。因此，与需细胞色素P450酶活化起效的氯吡格雷相互作用较小。2014年FDA黑框警告指出，对于同时服用氯吡格雷的患者，PPI的选择仅限于泮托拉唑、雷贝拉唑、兰索拉唑、右兰索拉唑。国内多个共识也指出，避免奥美拉唑或埃索拉唑与抗血小板药物联用。

此外，泮托拉唑经P450同工酶系统CYP2C19和CYP3A4双相代谢，减少药物体内蓄积，减少非预期不良反应。CFDA指出，泮托拉唑用于老年、肝肾功能不全患者无需调整剂量。

消化道急症热点话题

质子泵抑制剂为预防抗血小板药物相关消化道损伤首选

聂时南 教授

南京军区南京总医院聂时南教授介绍，阿司匹林是心脑血管疾病患者长期抗血栓治疗的基石。然而，抗血小板治疗增加患者消化道损伤风险。且阿司匹林联合抗血小板药物氯吡格雷会加重消化道损伤。有共识指出，服用抗血小板药物3个月为消化道损伤高峰期，12个月内为消化道损伤多发阶段。

PPI是预防抗血小板药物相关消化道损伤的首选。研究显示，抗血小板药物治疗时联用PPI可降低87%的消化道出血。然而，2013年中国共识提示，PPI是急性冠脉综合征患者发生心血管事件的独立危险因素。因PPI代谢会影响氯吡格雷的疗效而增加心血管事件风险，2010年EMA警告避免奥美拉唑、埃索美拉唑与氯吡格雷联用。而研究显示，泮托拉唑未影响阿司匹林与氯吡格雷的抗凝疗效。

急性上消化道出血需尽早行内镜检查和治疗

徐善祥 教授

浙江大学附属第二医院徐善祥教授介绍，成人急性上消化道出血（UGIB）发生率为0.048%~0.16%，死亡率为5%~10%，老年人、伴严重合并症者死亡率可达35%。其中，中青年以十二指肠溃疡为主要出血病因，老年人则以胃癌为主。内镜检查是病因诊断的关键。应早期对UGIB进行危险分层并治疗。严重UGIB者采用损伤控制复苏理论，尽快将异常指标纠正到目标值并维持在目标值。

相关指南推荐，对于怀疑UGIB者，24 h内进行内镜检查。有活动性出血、裸露血管或粘附血凝块者，在内镜下治疗成功后，应给与静脉PPI治疗，减少再出血、手术需求和死亡率，改善消化性溃疡患者的临床结局。国内共识和指南不推荐止血药作为一线药物。研究显示，对比生长抑素，泮托拉唑显著降低溃疡在出血率并缩短住院时间。

18.indd 1 2016/3/8 22:52:53