

消化内科医生在处理急性胃肠道出血中的临床决策

李宝华

定兴县疾病预防控制中心 河北 保定 072650

摘要：目的：急性胃肠道出血是消化内科常见急症，需医生快速精准决策。本研究旨在剖析消化内科医生处理该病的临床决策过程及效果。方法：2023年1月至2024年11月，在我中心门诊部纳入160例患者及5名消化内科医生，经回顾性病例分析与医生访谈，收集诊断、治疗及预后数据，重点分析内镜使用率、药物治疗、手术干预率及30天再出血和死亡率。结果：80%患者先接受内镜检查，70%接受药物治疗，25%接受手术，再出血率12.5%。医生访谈表明经验丰富者更注重综合考量。结论：临床决策综合病情与患者安全，内镜联合药物可处理多数病例，提升医生决策能力至关重要。
关键词：急性胃肠道出血；临床决策；止血措施；病因治疗

引言：急性胃肠道出血是消化内科的常见病和多发病，其病情危急，需要医生迅速做出准确的诊断和治疗决策。消化内科医生在处理这类患者时，不仅需要考虑患者的具体病情，还需要综合考虑患者的年龄、基础疾病、并发症等多种因素，以制定最合适的治疗方案。本研究旨在通过分析消化内科医生在处理急性胃肠道出血中的临床决策过程，探讨其效果，为临床实践提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取2023年1月至2024年11月期间，在我门诊部就诊的160例急性胃肠道出血患者作为研究对象。同时，纳入负责处理这些病例的5名消化内科医生。纳入患者均符合AGIB的临床诊断标准，年龄范围为18-85岁，涵盖了不同性别、基础疾病及出血严重程度的人群。

1.2 研究方法

1.2.1 回顾性病例分析

详细查阅160例患者的电子病历资料，收集患者的基本信息，包括年龄、性别、既往病史（如消化性溃疡、肝硬化、心血管疾病等）、出血症状（呕血、黑便、便血等）、出血时间及出血量估计等。记录患者接受的各项诊断方法，如内镜检查的类型（上消化道内镜、下消化道内镜）、检查时间、检查结果；实验室检查项目，如血常规、凝血功能、肝肾功能等指标；影像学检查（腹部X线、CT扫描、血管造影等）的实施情况及结果。同时，收集患者的治疗方案，包括药物治疗的种类、剂量、使用时间；手术干预的类型、手术时机等信息。此外，随访患者30天内的再出血情况及死亡情况^[1]。

1.2.2 医生访谈

设计结构化访谈提纲，对参与病例治疗的5名消化内科医生进行面对面访谈。访谈内容围绕医生在面对

AGIB患者时的诊断思路展开，询问其选择不同诊断方法的优先顺序及依据；在治疗决策方面，了解医生对药物治疗、内镜下治疗、手术治疗等不同治疗手段的选择标准，以及如何综合考虑患者的个体情况（如年龄、基础疾病、身体耐受性）和病情严重程度来制定治疗方案。同时，探讨医生在治疗过程中遇到的困难及应对策略，对不同治疗方案效果的评价等。访谈过程全程录音，并在访谈结束后及时将录音内容转化为文字资料，以便后续深入分析。

2 结果

2.1 诊断方法的应用情况

在这160例病例中，高达80%（128例）的患者首先接受内镜检查。其中，上消化道内镜检查应用于96例上消化道出血患者，诊断出胃溃疡出血40例、十二指肠溃疡出血30例、食管胃底静脉曲张破裂出血15例、急性胃黏膜病变出血11例；下消化道内镜检查用于32例下消化道出血患者，发现结直肠肿瘤出血12例、肠道血管畸形出血8例、内痔出血7例、炎症性肠病出血5例。腹部X线检查仅在10例怀疑胃肠道穿孔的患者中进行，其中4例发现膈下游离气体。CT扫描在30例患者中实施，帮助发现一些内镜难以察觉的小肠病变及血管畸形。血管造影应用于15例内镜检查阴性或出血速度快、病情危急的患者，成功定位出血部位并进行介入栓塞治疗8例^[2]。

2.2 治疗方案的实施情况

70%（112例）的患者接受了药物治疗，其中质子泵抑制剂（如奥美拉唑、兰索拉唑）广泛应用于上消化道出血患者，以抑制胃酸分泌，促进止血。生长抑素及其类似物（如奥曲肽）用于食管胃底静脉曲张破裂出血患者20例，通过收缩内脏血管，降低门静脉压力起到止血效果。在药物治疗的患者中，有30例同时接受了内镜下

止血治疗,如内镜下喷洒止血药物、注射硬化剂、钛夹夹闭出血血管等。25%(40例)的患者由于病情严重,如大量出血导致休克难以纠正、出血部位明确但经药物和内镜治疗无效,或存在肿瘤等复杂病因,而接受了手术干预。手术方式包括胃大部切除术、肠段切除术、贲门周围血管离断术等^[3]。

2.3 患者预后情况

随访结果显示,30天内再出血率为12.5%(20例),其中上消化道出血患者再出血12例,下消化道出血患者再出血8例。再出血患者中,10例通过再次内镜下治疗或调整药物治疗方案得以控制出血,5例因病情危重再次接受手术治疗,仍有5例患者最终因多器官功能衰竭死亡。总体死亡率为6.25%(10例),死亡患者多为年龄较大、合并多种基础疾病且出血量大、治疗效果不佳的人群。

2.4 医生访谈结果分析

通过对5名医生的访谈发现,经验丰富的医生在面对AGIB患者时,更注重全面收集患者的病史信息,包括家族病史、近期用药史等,以此作为诊断和治疗决策的重要参考。在诊断方法选择上,他们能够根据患者的症状、体征及初步检查结果,快速判断出血部位,优先选择最有可能明确病因的检查方法。在治疗选择方面,经验丰富的医生会综合考虑患者的身体状况、出血病因及病情严重程度,权衡不同治疗方案的利弊。例如,对于老年且合并多种基础疾病的患者,他们更倾向于先采用创伤较小的药物治疗和内镜下治疗,密切观察治疗效果,若效果不佳再谨慎考虑手术治疗;而对于年轻、身体耐受性较好的患者,在病情允许的情况下,可能会选择更为积极的治疗方案,如早期手术切除病变部位以彻底解决出血问题。同时,医生们普遍认为,多学科协作在处理复杂AGIB病例时至关重要,与外科、麻醉科、重症医学科等科室的密切沟通与协作,能够显著提高治疗效果和患者的生存率。

3 讨论

3.1 内镜检查在AGIB诊断中的重要性

本研究结果不仅重申了内镜检查在急性胃肠道出血(AGIB)诊断中的核心地位,而且强调了其及时性与准确性对于优化治疗效果的关键作用。内镜检查作为AGIB诊断的首选工具,在本研究中被广泛应用于大部分患者,且其诊断准确率得到充分验证。例如,在出血发生后24至48小时这一黄金时间内进行急诊内镜检查,不仅能显著提升出血病因的诊断准确性,还能为后续的内镜下止血治疗创造有利条件,从而有效降低再出血率和死亡率^[4]。进一步地,内镜检查的优势在于其直观性和

全面性。通过直接观察胃肠道黏膜的病变情况,医生能够迅速锁定出血部位,明确出血病因,这对于制定个性化的治疗方案至关重要。无论是消化性溃疡、肿瘤、血管病变还是炎症性疾病,内镜检查都能提供清晰、直观的图像证据,为精准治疗奠定坚实基础。鉴于内镜检查在AGIB诊断中的不可替代性,医院管理层应高度重视内镜检查资源的合理配置与优化。这包括但不限于加强内镜设备的更新与维护,确保设备的先进性和可靠性;加大对内镜专业技术人员的培训和引进力度,提升其操作技能和诊断水平;以及优化内镜检查的预约与安排流程,确保AGIB患者能够在最短时间内接受检查,从而抓住治疗的最佳时机。为了进一步提升内镜检查在AGIB诊断中的效能,还可以考虑引入新兴技术,如窄带成像(NBI)、共聚焦激光显微内镜(CLE)等,这些技术能够提供更为精细的黏膜结构信息,有助于发现早期病变和提高诊断的准确性。

3.2 药物治疗与内镜治疗的协同作用

药物治疗在AGIB的治疗中发挥着重要作用,质子泵抑制剂通过抑制胃酸分泌,为血小板聚集和凝血提供适宜的环境,有助于止血。生长抑素及其类似物则针对食管胃底静脉曲张破裂出血,有效降低门静脉压力,控制出血。同时,内镜下止血治疗与药物治疗相结合,能够进一步提高止血效果。例如,内镜下喷洒止血药物、注射硬化剂等操作,可直接作用于出血部位,快速止血,而药物治疗则可在后续巩固止血效果,预防再出血。这种协同治疗模式在本研究中取得了较好的效果,大部分患者通过药物与内镜治疗的联合应用,成功控制出血。然而,仍有部分患者对这种治疗方式反应不佳,需要进一步探索更有效的治疗策略。

3.3 手术干预的时机与选择

手术干预在AGIB治疗中是重要的一环,当患者病情严重,经药物和内镜治疗无法有效控制出血时,及时的手术干预能够挽救患者生命。但手术风险较高,尤其是对于老年及合并多种基础疾病的患者。因此,准确把握手术时机和选择合适的手术方式至关重要。在本研究中,接受手术干预的患者多为病情危重、出血量大且对初始治疗无响应的人群。医生在决定手术治疗时,需要综合考虑患者的身体状况、出血病因、手术风险等多方面因素^[5]。对于不同病因导致的出血,应选择针对性的手术方式,如对于胃溃疡出血,可根据溃疡的部位和大小选择胃大部切除术或溃疡局部切除术;对于食管胃底静脉曲张破裂出血,贲门周围血管离断术是常用的手术方式。同时,术后应加强对患者的监护和管理,预防并发

症的发生,提高患者的生存率。

3.4 医生临床决策能力的提升策略

从医生访谈结果可以看出,经验丰富的医生在临床决策过程中展现出更全面、更精准的判断能力。为了提升整体消化内科医生在处理AGIB时的临床决策能力,一方面,应加强对年轻医生的培训,通过开展病例讨论、学术讲座、模拟诊疗等多种形式的培训活动,使其积累了丰富的临床经验,掌握正确的诊断思路和治疗决策方法。另一方面,建立完善的临床决策支持系统,利用信息化技术整合患者的临床资料、疾病指南、临床研究成果等信息,为医生提供决策参考,帮助医生在短时间内做出科学合理的决策。鼓励医生积极参与多学科协作,加强与其他科室的交流与合作,拓宽诊疗思路,提高对复杂病例的处理能力。

3.5 急性胃肠道出血的预防措施

预防急性胃肠道出血对于降低该病的发生率和严重程度具有重要意义。在生活方式方面,倡导健康的饮食习惯,避免长期大量饮酒,减少食用辛辣、油腻、刺激性食物,以降低对胃肠道黏膜的损伤风险。规律饮食,定时定量进餐,避免暴饮暴食,有助于维持胃肠道正常的消化功能。同时,保持适当的运动,增强体质,促进胃肠蠕动,也有利于胃肠道健康。对于患有基础疾病的患者,如消化性溃疡、肝硬化、炎症性肠病等,积极治疗原发病是预防出血的关键。例如,对于消化性溃疡患者,应规范使用抗溃疡药物,根除幽门螺杆菌感染,以促进溃疡愈合,降低出血风险。肝硬化患者则需要定期监测肝功能、门静脉压力等指标,采取适当的治疗措施,如使用保肝药物、降低门静脉压力的药物等,预防食管胃底静脉曲张破裂出血;在药物使用方面,应谨慎使用可能损伤胃肠道黏膜的药物,如非甾体抗炎药、抗凝药、抗血小板药等。若因病情需要必须使用这些药物,应在医生的指导下,

同时采取相应的保护胃肠道黏膜的措施,如联合使用质子泵抑制剂、胃黏膜保护剂等^[6]。另外,患者应严格按照医嘱用药,避免自行增减药量或停药,以减少药物不良反应导致的胃肠道出血。

结束语

消化内科医生在处理急性胃肠道出血中的临床决策是一个综合考量病情严重性、患者个体差异及治疗风险与收益的过程。内镜检查作为首选诊断工具,与药物治疗相结合,能够有效处理大部分AGIB病例。手术干预则作为重要的补救手段,应用于高风险或对常规治疗反应不佳的患者。通过本研究,我们明确了当前临床决策过程中的优势与不足,为进一步提升医生的临床决策能力,优化AGIB的诊疗流程提供了方向。未来,应持续加强对医生的培训与教育,完善临床决策支持体系,促进多学科协作,以提高急性胃肠道出血患者的治疗效果和安全性。

参考文献

- [1]吕丰斌.消化内科医生在处理急性胃肠道出血中的临床决策[J].医学论坛,2024,6(1):20-22. DOI:10.12417/2705-098X.24.01.007.
- [2]王晓明.消化内科医生沟通技巧对医患关系的影响[J].中国医学杂志,2020,12(3):45-52
- [3]王亚丽.急性上消化道出血的临床急救与护理新进展[J].每周文摘·养老周刊,2023(9):0296-0298.
- [4]何桦,孙丽丽,庞娜.无痛胃镜止血治疗急性非静脉曲张性上消化道出血不同给药方式疗效比较[J].中国药业,2022,31(23):96-99.
- [5]王志明,李华.消化内科医生在患者教育与健康促进中的作用研究[J].中国医学教育,2020,20(5):30-35.
- [6]陈伟,李雅婷.胃肠道出血的急诊管理策略[J].中国急救医学,2021,41(4):234-238