

# 多学科协作诊疗模式在危险性上消化道出血救治中的应用

李学技 杜静

(天津市第一中心医院,天津 300192)

**摘要** 目的:探讨多学科协作诊疗模式(MDT)在危险性上消化道出血(UGIB)救治中的应用效果。方法:按患者就诊顺序筛选MDT实施前后危险性UGIB患者各40例,分别设为对照组和观察组,统计MDT实施前后两组患者首次止血治疗成功、住院治疗人数及诊治等待时间。结果:观察组患者首次止血治疗成功人数增加,住院治疗人数减少,诊治等待时间缩短( $P<0.05$ )。结论:MDT在危险性UGIB救治中应用,可缩短患者急诊救治时间,提高止血治疗成功率,减少患者住院治疗比例从而降低就医成本。

**关键词** 多学科协作;上消化道出血;救治

中图分类号 R573.2 R472.2 文献标志码 A DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.04.015 文章编号 1006-9143(2019)04-0433-02

上消化道出血指屈氏韧带以上的消化道出血,主要包括食管、胃、十二指肠及胰胆等病变引起的出血,常表现为急性大量出血,病情凶险,称之为危险性UGIB,危险性UGIB属于临床上较为多见的急性消化道重症,可导致患者意识不清、休克等危险症状<sup>[1]</sup>。为了提高危险性UGIB接诊、诊断及治疗效率,强化多学科、多部门间的协调合作,共同促进危险性UGIB急诊救治,改进医疗质量,我院急诊科实施多学科协作诊疗模式(MDT)。MDT是指2个以上相关学科的专家组成固定工作组,针对某种疾病进行定期的临床讨论会,从而制定出治疗方案,并不断跟踪修正,力求达到最佳治疗效果。有文献报道<sup>[2,3]</sup>,多学科参与为特殊个案护理管理亦搭建了平台,达到良好效果。

## 1 临床资料与方法

**1.1 临床资料** 我院急诊科2018年9月1日开始将MDT应用于危险性UGIB救治中。本研究按患者就诊顺序各筛选MDT实施前后,Glasgow-Blatchford评分(GBS) $\geq 6$ 分(中高危)的40例患者,MDT实施前设为对照组,MDT实施后设为观察组,按GBS进行危险分层<sup>[4]</sup>。其中消化性溃疡出血50例、食管胃底静脉曲张破裂出血20例、贲门黏膜撕裂6例、侵蚀大血管的恶性肿瘤出血2例、血管畸形2例。两组患者一般资料及GBS评分差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表1。

**1.2 方法** MDT实施前(对照组),危险性UGIB救治按急诊急救流程诊治,根据需要请相关科室医生进行会诊。MDT实施后(观察组),医院成立危险性UGIB的MDT团队,对相关科室人员进行危险性UGIB的MDT流程培训,熟悉相关程序,按照MDT患者就诊

流程进行。MDT团队成员包括:医政处、急诊科、消化科、普外科、ICU、介入中心和输血科科主任及上述科室1名医生,急诊科2名医生(其中一名为团队秘书)、1名护士组成。救治流程:由急诊科主管医师根据患者问诊或初步检查检验情况,判断患者是否符合相关MDT患者原则( $GBS \geq 6$ 分),征得患者同意,直接联系MDT团队秘书,由MDT团队秘书整理患者病史资料(包括病史摘要、临床检验、检查的文字、数据及影像等资料),并通知团队中急诊科、消化科、普外科和介入科主任。患者接受上述科室主任的问诊、体格检查等。通过集中讨论,对患者的诊断、治疗计划或医嘱形成书面意见。MDT团队每月例会1次,对存在问题进行讨论解决。团队秘书负责MDT患者随访。

**1.3 评价指标** 分别记录每例患者血尿素氮、血红蛋白、收缩压、脉搏及是否有黑便、晕厥、肝脏疾病、心力衰竭等症状,得出GBS评分,并记录首次使用药物或内镜止血治疗成功的人数,统计未住院治疗人数及从挂号到诊疗结束需要等待时间。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS17.0软件进行数据处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验。计数资料以频数表示,采用 $\chi^2$ 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

两组患者性别、年龄、GBS评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );观察组患者首次止血治疗成功人数高于对照组,住院治疗人数低于对照组,诊治等待时间短于对照组( $P<0.05$ ),见表1。

## 3 讨论

**3.1 急诊及时诊治是危险性UGIB成功救治的保障** 成年人急性上消化道出血每年发病率为(100~180)/10万,危险性UGIB患者往往首诊于急诊科,临

表 1 两组一般情况及各项观察指数比较

组别	n	性别		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	GBS 评分		首次止血成功(例)	未住院治疗(例)	诊治等待时间 (min, $\bar{x} \pm s$ )
		男	女		6 ≤ GBS < 12	≥ 12			
对照组	40	24	16	59.00 ± 10.62	15	25	27	25	37.68 ± 14.88
观察组	40	25	15	58.50 ± 9.95	13	27	35	35	20.50 ± 6.42
$\chi^2/t$		0.053		0.958	0.22		4.588	6.667	6.705
P		0.818		0.363	0.639		0.032	0.01	<0.001

床占有比例为 15%~20%<sup>[5]</sup>,如不及时诊治,会危及生命。因此,对上消化道出血患者进行正确、迅速、规范的诊断和治疗意义重大。药物治疗是危险性 UGIB 的首选治疗手段<sup>[5]</sup>。观察组患者全部应用药物止血治疗,其中单纯药物治疗止血 10 例,经内镜检查止血 25 例,介入治疗 4 例,手术治疗 1 例,无一例死亡病例。在危险性 UGIB 的 MDT 团队成立前,胃镜和介入需要请会诊,术者需要自家中赶来,为了争取时间,常先采用药物和三腔两囊管止血。三腔两囊管虽然止血率高,但也存在并发症,内镜检查不但能明确病因,并且可以通过喷洒药物、注射硬化剂、套扎、金属夹夹闭等进行镜下止血<sup>[6]</sup>。且文献报道<sup>[6]</sup>GBS 评分越高,胃镜越有必要。本观察组患者未使用三腔两囊管止血,药物治疗止血未成功者,行胃镜检查。MDT 团队成立后,内镜室有值班人员在岗,介入中心安排专职人员,外科医生随时可以行手术治疗。患者在急诊可以按病情,无障碍进行各阶段的诊治,等待时间明显缩短,见表 1。观察组 5 例出血量超过 1 000 mL,经药物、内镜下治疗后止血失败,行介入治疗,其中 1 例栓塞治疗失败,手术补救成功。

**3.2 科室之间的协作能力提高,降低患者就医成本** 赵蕊等<sup>[7]</sup>报道创建了以 ICU 为平台,联合麻醉科、内镜中心等多学科协作抢救危险性 UGIB 的管理模式,在同一地点完成了多学科联合救治的方式,体现团结协作的能力,使患者最大化受益。本研究中,2 例患者就诊时血压偏低,MDT 团队中科主任同时到达急诊会诊,经过讨论决定由急诊科科主任负责气道管理和液体复苏,由消化科主任亲自在急诊行胃镜检查,介入和外科医生做准备,急诊科医护密切配合,血库启用绿色通道用血程序,此 2 例患者均在急诊止血成功,免去住院治疗,降低患者治疗费用,减少医疗

医保支出,患者在保障治疗的同时在院治疗时间缩短。见表 1。

中国医师协会内镜医师分会消化内镜专业委员会近期发布急性非静脉曲张性上消化道出血新诊治指南<sup>[8]</sup>,指出抑酸药物的应用和内镜下止血的重要性。MDT 在危险性 UGIB 救治中应用,遵循了这个原则。同时预检分诊护士严格检诊分级,并对危险性 UGIB 进行专门登记,不断查找分诊分级存在的问题,确保了急危重症患者得到及时救治;抢救室护士严格把握时间节点,从首次医疗接触到就诊结束,每一步治疗时间均有证可循,大大减少了患者等候时间。

参考文献

- [1] 连琳琳,刘晓斌,刘莹.分级护理对胃镜治疗上消化道出血患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(24):102-104.
- [2] 董晓璐,石倩,王静,等.一例植入静脉输液港患者发生大肠埃希菌导管相关性血流感染的护理[J].天津护理,2018,26(5):611-613.
- [3] 江颖,肖明朝,王富兰.一例宫颈癌复发行全盆腔廓清术患者的围手术期护理[J].天津护理,2017,25(3):269-270.
- [4] 朱新影,马欢,刘改芳.非静脉曲张性上消化道出血的诊断和管理:2015 年欧洲胃肠道内镜协会指南介绍 [J]. 中华消化内镜杂志,2017,34(3):210-212.
- [5] 中国医师协会急诊医师分会.急性上消化道出血急诊诊治流程专家共识[J].中国急救医学,2015,35(10):865-873.
- [6] 涂家红,张明清,赵斌.危险性急性上消化道出血 141 例临床诊治分析[J].中华急诊医学杂志,2018,27(5):518-523.
- [7] 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):1268-1270.
- [8] 中国医师协会内镜医师分会消化内镜专业委员会.急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2018 年,杭州)[J].中华医学杂志,2019,99(8):571-578.

(2018-12-11 收稿,2019-05-25 修回)