

СРАВНЯВАНЕ НА BLATCHFORD СКАЛАТА С ПРЕ- И ПОСТ- ЕНДОСКОПСКАТА СКАЛА НА ROCKALL ЗА ПРОГНОЗИРАНЕ НА КЛИНИЧНИЯ ИЗХОД. ОПРЕДЕЛЯНЕ НА „НИСКО – РИСКОВИТЕ „ ПАЦИЕНТИ СЛЕД ОСТРО НЕВАРИКОЗНО ГОРНО ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНО КЪРВЕНЕ И НУЖДАТА ОТ КЛИНИЧНА ИНТЕРВЕНЦИЯ.

Григоров Д.¹, Петков Ат.¹, Кашилска Я.², Учиков П.³, Бацелов Д.³, Учиков А.¹

¹МУ-Пловдив, Медицински факултет, Катедра Специална Хирургия, гр. Пловдив, п.к.4000, бул. Пещерско шосе № 66.

²МУ-Пловдив, Факултет по обществено здраве, Катедра Здравен мениджмънт и икономика на здравеопазването, гр. Пловдив, п.к. 4000, бул. В. Априлов № 15А.

³МУ-Пловдив, Медицински факултет, гр. Пловдив, п.к. 4000, бул. В. Априлов № 15А.

АБСТРАКТ:

Въведение: Рисковите скали за триажирание на пациентите с остро неварикозно горно гастроинтестинално кървене, които включват ендоскопски компоненти, могат да имат по-добри характеристики за идентификация на ниско-рисковите в сравнение с тези, които включват единствено клинични параметри, например Blatchford*/GBS/ и клиничната Rockall скала.

Цел: Да се тестват Blatchford, пре-ендоскопската и пълната Rockall скала относно изхода и нуждата от интервенция след остро неварикозно горно гастроинтестинално кървене/ОНГГИК/.

Материали и методи: Осъществено бе ретроспективно проучване на група от 100 пациенти, хоспитализирани във Втора хирургична клиника на УМБАЛ“Св.Георги“-Пловдив през 2013г. За извадката бяха използвани медицинските досиета на пациентите. Валидността беше оценена, чрез сходството със скалите на Blatchford и Rockall, с проучване базирано на тези скали. Приемната /клинична/ скала на Rockall е сума от точките за възраст/0-2/, шок/0-2/ и съпътстващи заболявания/0-3/. Максималния сбор е 7 точки, а минималния 0. Пост-ендоскопската Rockall скала се формира като сума от точките за диагноза/0-2/ и тези за наличие на белези на неотдавнашно /прясно/ кървене/0-2/ с максимален сбор от 4 точки. При изчислена пълна Rockall скала максималния сбор е 11 точки /7 от приемна плюс 4 след ендоскопия/. При използване на приемната Rockall скала пациентите с нисък риск от 0 до 2 точки, съответстват на 0-3 точки при прилагане на пълната скала. Blatchford скалата за нашите пациенти беше изчислена, чрез сходството с тази на Oliver Blatchford, като в групата на ниско-рисковите се определят тези с 0 точки, при максимална скала 23.

Резултати: Установени бяха 100 случая с ОНГГИК. От тях мъже 62 /62%/, жени 38 /38%/, на средна възраст 63.2 години. От обсъдените пациенти след прилагането на клиничната Rockall скала 29 /29%/ бяха определени, като такива с нисък риск /0-2точки/. Докато с пълната Rockall скала като ниско-рискови /0-3точки/ бяха определени 31 /31%/. Blatchford скалата определи 2 /2%/ като ниско-рискови /0 точки/.

Заключение: Пълната Rockall скала е по-подходящ метод за определяне на нискорисковите пациенти след ОНГГИК и прогнозиране на неблагоприятен изход, като повторно кървене и смърт, докато Blatchford скалата е по-подходяща за прогнозиране нуждата от трансфузия.

Ключови думи: *Остро неварикозно горно гастроинтестинално кървене, Rockall risk scoring system, Glasgow-Blatchford score.*

ВЪВЕДЕНИЕ: Горното гастроинтестинално кървене е честа медицинска спешност в клиничната практика. Пациентите с остро неварикозно горно гастроинтестинално кървене могат да се представят с голямо разнообразие на клиничната тежест, варираща от незначително кървене до летален изход [16]. Няколко рискови скорови системи съществуват за оценяване на пациентите, представящи се с остро горно гастроинтестинално кървене [2,5,6,10,12,15,17,18]. От скалите изискващи ендоскопия, най-често използвана е тази на Rockall, поради факта, че нуждата от ендоскопска терапия не може да бъде ясно определена, преди да е извършена ендоскопията. В същото време не е ясно дали пре-ендоскопски базираните скали могат да бъдат използвани специфично за да прогнозират тази нужда.

Blatchford скалата, използвайки клинични и лабораторни параметри, е разработена да прогнозира нуждата от клинична интервенция: трансфузия на кръв, ендоскопия и хирургия [2]. Пациенти със скала >0 са обсъждани, като нуждаещи се от клинична интервенция. Rockall скалата в клиничния ѝ и в пълнен вариант изглежда по-добре прогнозира неблагоприятен изход след остро неварикозно горно гастроинтестинално кървене: повторно кървене и смърт [15]. За разлика от клиничната скала, която е изчислена само върху клинични параметри, след-ендоскопската Rockall скала е сума от тези клинични параметри и точките за ендоскопска диагноза и белезите за неотдавнашно /прясно/ кървене, съгласно критериите на Forest. Пациенти със скала >2 при приемната, респективно >3 при пълната скала се обсъждат като такива с висок риск за повторно кървене и смърт [13,14,15,16]. Нашето проучване цели да сравни Blatchford скалата с клиничната и пълната Rockall скала относно тяхната използваемост в оценката на нуждата от клинична интервенция и възможностите им за прогнозиране на неблагоприятен изход.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ: Ние предприехме ретроспективно проучване на пациенти, хоспитализирани в рамките на осеммесечен период през 2013г. във Втора хирургична клиника на УМБАЛ“Св.Георги“-Пловдив. Чрез стандартизирана регистрационна форма изведохме необходимите ни данни от медицинските досиета на пациентите: демографски, анамнестични, данни от физикалния преглед и начални лабораторни изследвания.

Клиничната и пълната Rockall скала бяха калкулирани за всеки един случай с точки, описани за петте параметъра: възраст на пациента; шок - базиран на началните витални симптоми: сърдечна честота и систолично кръвно налягане; наличие на съпътстващи заболявания; ендоскопска диагноза и белези на прясно кървене [15].

Таблица 1. Рискова скала на Rockall

Параметър		Скала /точки/			
		0	1	2	3
A	Възраст /години/	< 60	60 – 79	> 80	
B	Шок		Пулс > 100 уд./мин.	АН сист. < 100 mmHg	
C	Съпътстващи и заболявания			СН, ИБС, др. съпътстващи заболявания	ХБН, чернодробна недостатъчност, дисеминирано малигнено заболяване
D	Ендоскопска диагноза	Малори-Вайс или не се откриват лезии	Пептична язвена болест, ерозивен гастрит	Злокачествено заболяване на ГИТ	
E	Белези на прясно кървене	Ясно язвено дъно, пигментна утайка		Кръв в ГИТ, съсирек, видим съд, кървене	

Blatchford скалата беше изчислена за всеки един случай на базата на оригиналната статия на O.Blatchford и бе базирана на точки, описани за долу посочените параметри [15].

Таблица 2. Blatchford рискова скала

Параметри: Приемен рисков фактор	Скала /точки/
<i>A. Кръвна урея - mmol/l</i>	
$\geq 25,0$	6
$10,0 < 25,0$	4
$6,5 < 8,0$	2
$< 6,5$	0
<i>B. Хемоглобин - g/l</i>	
< 100 при мъже и жени	6
$100 < 120$ при мъже и жени	3
$100 < 120$ при жени	1
$120 < 130$ при мъже	1
≥ 120 при жени	0
≥ 130 при мъже	0
<i>C. Систолчно кръвно налягане - mm/Hg</i>	
< 90	3
$90 - 99$	2
$100 - 109$	1
≥ 110	0
<i>D. Други маркери</i>	
* Сърдечна недостатъчност	2
** Чернодробно заболяване	2
* Представяне с шок /синкоп/	1
* Пулс ≥ 100 уд./мин.; Мелена	1

*Сърдечна недостатъчност и **чернодробно заболяване - при клинични данни.

Rockall скалата е равна на сумата от определените точки [$A+B+C$ + $D+E$], като $A+B+C$ ни дава приемната /клинична/ скала с минимум 0 точки и максимум 7 точки. Максималната пълна скала е равна на 11 точки. Приемна скала /0-2/ и пълна /0-3/ бяха обсъждани като ниско рискови. С умерен риск: приемна 3-5 и пълна 4-6. Високорискови пациенти за неблагоприятен изход в двете групи бяха съответно с 6 -7 точки и 8-11 точки. Изхода беше проследен ретроспективно по начин идентичен с този в статията на Rockall TA [15].

Относно Blatchford скалата, като нискорискови бяха интерпретирани пациенти с 0 точки, като такива с умерен риск с 1-2 точки, а вискорискови при над 2 точки, при максимален сбор от 23 точки [2].

СТАТИСТИЧЕСКИ АНАЛИЗ: Ние сравнихме GBS с приемната и пълната Rockall скали в разделно прогнозиране на нуждата от клинична интервенция и неблагоприятен изход: повторно кървене и смърт. За анализа използвахме SPSS за Windows 15.0 Inc. Chicago, Illinois, USA. Сравненията между скалите за повторно кървене, смърт и клинична интервенция: трансфузия на кръв, ендоскопска терапия и хирургия бяха направени, чрез калкулиране на GBS и приемната Rockall скала, използвайки пълните данни при приема, но сравненията с пълната Rockall скала бяха осъществени като се използваха данните от ендоскопията при тези пациенти, с които се изчисляваше пълната скала.

РЕЗУЛТАТИ: Ние идентифицирахме общо 100 хоспитализирани пациенти с ОНГИК. От тях мъже 62/62%, жени 38/38%, на средна възраст 63.2 години /26-93/. Среден болничен престой 4.8 дни/1-14 дни/.

1. КЛИНИЧНАТА скала на на Rockall определи, като нискорискови /0-2 точки/ 29 пациенти /29%/.

2. ПЪЛНАТА скала на Rockall определи, като нискорискови /0-3 точки/ 31 пациенти /31%/.

3. BLATCHFORD скалата определи, като нискорискови 10 пациента /10 %/, съответно 1 един /1%/ с 0 точки и 8 осем /8%/ с 1 точка.

4. Нито в една от тези групи пациенти, определени като нискорискови от ТРИТЕ скали не бе наблюдавано Повторно кървене или Смърт.

5. По отношение Нуждата от клинична интервенция, нискорисковите пациенти се разпределиха както следва:

а) НИСКОРИСКОВА група при Клинична ROCKALL скала:

*Нужда от трансфузия на кръв и кръвни съставки - 1 пациент /1 %/

*Нужда от Ендоскопска терапия - 0 пациенти /0 %/

*Нужда от Хирургия с цел хемостаза - 0 пациенти /0 %/

б) НИСКОРИСКОВА група при Пълна ROCKALL скала:

*Нужда от трансфузия на кръв и кръвни съставки - 7 /7%/

*Нужда от Ендоскопска терапия - 0 /0%/

* Нужда от Хирургия за хемостаза - 0 /0%/

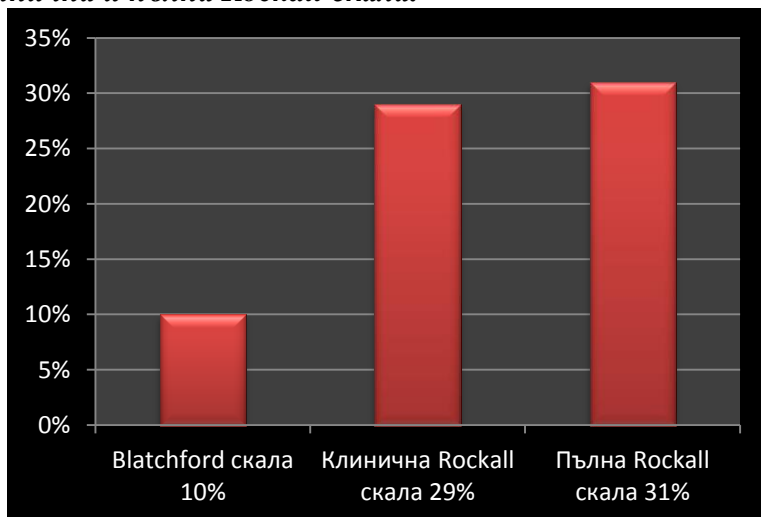
в) BLATCHFORD скала:

* Нужда то трансфузия на кръв и кръвни съставки - 1 /1%/

* Нужда от Ендоскопска терапия - 0 /0%/

* Нужда от Хирургия за хемостаза - 0 /0%/

Таблица 3. Брой на „ниско-рисквите“ случаи, идентифицирани чрез Blatchford, клинична и пълна Rockall скала.



ОБСЪЖДАНЕ: При пациенти с ОНГИК, значимостта на източника на кървене влияе върху спешността на горната ендоскопия, нуждата от трансфузия на кръв и нуждата от консултация със специалисти за вземане на решение за контрол на кървенето. В тази насока са били разработвани практически насочени ръководства и рискови скали, комбиниращи

клиничните и ендоскопските параметри с цел подпомагане вземането на решение [1,3,9,11,20]. Така прогнозирането може да подпомогне лекарите относно приема или изписването, определянето нивото на грижи и типа на лечение. От всички разработени скали, пълната Rockall скала най-често се приема като предиктивен индекс за оценка на риска от повторно кървене и смърт [4,15,19].

Поради факта, че клиничното лечение цели да предпази пациентите от смърт, да улесни тяхното оздравяване и да ги предпази от усложнения, ние вярваме, че идентификацията кои пациенти, от каква клинична интервенция се нуждаят: трансфузия на кръв, ендоскопия или хирургия за контрол на кървенето, е много по-логична отколкото, който може да получи повторно кървене или да умре. В същото време, пациенти, идентифицирани като нискорискови за повторно кървене и смърт, могат да се нуждаят от трансфузия на кръв след ОГГИК. Приема на такива пациенти е идентифициран и следователно те са не за дълго „ниско-рискови“. Така че, Blatchford скалата със своите лесно и бързо осъществими клинични и лабораторни параметри се явява удобен инструмент в това отношение.

Поради ограничителния характер на проучването, като ретроспективно, ние вярваме, че е необходимо едно по-обширно проспективно проучване след прием на пациенти с ОГГИК относно нуждата от клинична интервенция и своевременността на нейното осъществяване.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Blatchford скалата може да бъде удобен инструмент при прогнозирането и планирането но нуждата от клинична интервенция, докато клиничната и още повече пълната Rockall скала могат да бъдат много по-полезни при идентификацията на ниско и високо рисковите пациенти за повторно кървене и смърт.

Бъдещи проспективни проучвания биха били полезни за оценка на рисковите стратификационни системи за идентификацията на високо-рисковите пациенти с остро неварикозно горно гастроинтестинално кървене.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010; 152: 101-13.
2. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal hemorrhage. *Lancet* 2000; 356: 1318-21.
3. British Society of Gastroenterology endoscopic committee. Non – variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. *Gut* 2002; 52 / SIV/ : 1-6.
4. Camellini L, Merighi A, Pagnini C, et al. Comparison of three different risk scoring systems in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Liver Dis* 2004; 36/ 4/ :271-7.
5. Cameron EA, Pratap JN, Sims TJ, et al. Three year prospective validation of a pre-endoscopic risk stratification in patients with acute upper – gastrointestinal haemorrhage. *Eur J Gastro Hepatol* 2002; 14: 497 -501.
6. Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G, Marmo R, Piscopo R. Outpatient management for low – risk non – variceal upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 1-5.
7. Forest JA, Finlayson WL. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974; 2/ 7877/:394-7.
8. Garripoli A, Mondarini A, Turco D, et al. Hospitalization for peptic ulcer bleeding: evaluation of a risk scoring system in clinical practice. *Dig Liver Dis* 2000; 32 /7/: 577-82.
9. Hay JA., Lyubashevski E, Elashof J, Maldonado I, Weingarten Sr, Ellrodt AG. Upper

gastrointestinal hemorrhage clinical guideline determining the optimal hospital length of stay. *Am J Med* 1996; 100 /3/ :313-22.

10. Hay JA, Maldonado L, Weingarten SR, Elldrodt AG. Prospective evaluation of a clinical guideline recommending hospital length of stay in upper gastrointestinal tract hemorrhage. *JAMA* 1997; 278:2151-6.

11. Longstreth GF, Feitelberg SP. Outpatient care of selected patients with acute non – variceal upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1995; 345 / 8942/ : 108-11.

12. Longstreth GF, Feitelberg SP. Successful outpatient management of acute upper gastrointestinal hemorrhage: use a practice guidelines in a large series. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 219-22.

13. Rockall TA, variation in outcome after acute upper gastrointestinal haemorrhage. The National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *Lancet* 1995; 346 /8971/ :346-50.

14. Rockall TA, Logan Rf, Devlin HB, Northfield TC. Influencing the practice and outcome in acute upper gastrointestinal haemorrhage. Steering Committee of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *Gut* 1997; 41/5/ : 606-11.

15. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996;38:316-21.

16. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *Lancet* 1996; 347/9009/:1138-40.

17. Romagnuolo J, Barkun AN, Enns R, Armstrong D, Gregor J. Simple clinical predictors may obviate urgent endoscopy in selected patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *Arch Intern Med* 2007;167: 265-70.

18. Saeed ZA, Winchester CB, Michaletz PA, Woods KL, Graham DY. A scoring system to predict rebleeding after endoscopic therapy of non – variceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 1993;88:1842-9.

19. Sanders DS, Carter MJ, Goodchap RJ, Cross SS, Gleeson DC, Lobo AJ. Prospective validation of the Rockall risk scoring system for upper GI hemorrhage in subgroups of patients with varices and peptic ulcers. *Am J Gastroenterol* 2002;97/ 3/ :630-5.

20. Scottish intercollegiate guidelines net-work. Management of Acute Upper and Lower GI bleeding. SINN Guideline No.105, ISBN 978 1 905813 37 7, September 2008.

21. Vreburg Em, Terwee CB, Snel P, et al. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. *Gut* 1999;44 / 3/ : 331-5.