

上消化道出血 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文  
[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/302/2021\\_2022\\_\\_E4\\_B8\\_8A\\_E6\\_B6\\_88\\_E5\\_8C\\_96\\_E9\\_c22\\_302678.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E4_B8_8A_E6_B6_88_E5_8C_96_E9_c22_302678.htm) 名称上消化道出血所属科室普通外科病因引起上消化道出血的病因很多，如表36-1所示，但在外科临床工作中以胃、十二指肠溃疡和食管、胃底静脉曲张破裂引起的出血最为常见。

(一) 胃、十二指肠疾病：胃溃疡、十二指肠溃疡、急性胃粘膜糜烂、应激性溃疡、慢性胃炎、胃癌、胃息肉、胃平滑肌肉瘤、胃平滑肌瘤、胃粘膜脱垂、手术后吻合口溃疡、套叠、胃肉芽肿病变、十二指肠憩室。

(二) 食管疾病：食管胃底静脉曲张、食管贲门粘膜撕裂综合征、食管裂孔疝、食管炎、食管溃疡、食管癌、食管良性肿瘤、食管憩室。

(三) 血管病变：主动脉瘤、脾动脉瘤、胃壁内小动脉瘤、血管瘤、胃粘膜下动静脉畸形、遗传性出血性毛细血管扩张症。

(四) 肝胆胰疾病：肝硬化伴门脉高压症、肝癌伴门脉高压症、门静脉血栓形成、门静脉阻塞综合征、胆道出血、壶腹癌、胰腺癌侵犯十二指肠、急性胰腺炎。

(五) 全身性疾病和其他：流行性出血热、钩端螺旋体病、肺原性心脏病、肺气肿合并感染、凝血机制障碍、白血病、紫癜、血友病、弥漫性血管内凝血、淋巴瘤、尿毒症、淀粉样变性、结节病。

在上消化道出血的病因中，溃疡病约占半数，食管胃底静脉曲张占1/4，近年来急性出血性胃炎和糜烂性胃炎伴发出血的病例也有所增长，约有5%左右病例的出血病灶未能确定，即使剖腹探查也未能找到出血原因。

临床表现 1. 呕血和黑便：凡出血后因血液刺激引起恶心呕吐的，便可有呕血表现。若出血后立即呕出，血液呈鲜红色；若血液在胃内停留一段时间，经胃酸

作用后再呕出，则呈咖啡渣样的棕褐色。血液除吐出外，更多的是从肠道排出。由于血红蛋白经肠内硫化物作用形成黑色的硫化铁，所以，排出的血液一般都是柏油样黑便。只有当出血量大，血液在肠道内通过很快时，排出的血液才呈暗红色，或偶然呈鲜红色。一般而言，当出血量大时，有黑便又有呕血；当出血量小时，经常仅有黑便。假如出血部位在十二指肠，呕血较少见。

2.出血引起的全身症状：若出血速度慢，量又少，一般无明显全身症状，仅在长时间出血后出现贫血。若出血量多又快，则可出现心慌、出冷汗和面色苍白，甚至血压下降等急性失血表现。

3.原发疾病的症状：上消化道出血最常见的病因是溃疡病、食道胃底静脉曲张破裂、胃癌、食管癌或十二指肠癌、急性胃粘膜损伤出血等。若为溃疡病出血，则出血前常有上腹疼痛史；若为食道胃底静脉曲张破裂出血，则有肝硬化病史及肝硬化的临床表现。

检查

- 1.X线检查：可了解出血部位与病变性质。
- 2.胃镜检查：对出血部位与病因常可作出迅速而正确的诊断，已列为首选检查方法。
- 3.选择性动脉造影：为上述诊断未能确诊时补充检查，对血管畸形更有诊断价值。
- 4.放射性核素显象：探测标记物自血管外溢的情况，可发现活动性出血病灶。
- 5.含线胶囊试验：对十二指肠远端与近端空肠病变引起出血的定位有一定价值。

诊断

(1) 出血表现：呕血和黑粪是主要症状；失血性四周循环衰竭引起昏厥、休克；出现重度贫血；大量出血后常有低热。

(2) 大理出血或继续出血的识别：反复呕血或排出稀薄黑粪、暗红色血便；心率加快、血压下降、出冷汗，早期出现四周循环衰竭；中心静脉压下降，尿量少或无尿；红细胞、血红蛋白与血球压积

急剧下降； 血浆尿素氮持续上升。（3）出血部位与病因的判定： 先有呕血与黑粪均出现者出血部位多为胃或食管，单纯黑粪者出血常位于十二指肠； 有慢性、节律性中上腹痛史，常为胃或食管，常为溃疡病出血，尤其是出血前疼痛加剧，出血后疼痛减轻或缓解； 出血前有应激因素者首先考虑应激性病变出血； 有慢性肝病、门脉高压者多考虑食管、胃底静脉破裂出血； 中老年人首次出血，且有厌食、体重下降者应考虑胃癌。

治疗

- 1、常规处理： 患者应平卧位，烦躁不宁时可肌注安定 10 mg； 呕血者应禁食，单纯黑粪者可进流质饮食； 病情严重者应吸氧； 放置胃管，吸出胃内积血，了解出血情况，并可灌注药物； 加强护理，防止呕吐物吸入呼吸道引起肺炎或窒息。
- 2、抢救休克： 输血量估计，轻度出血时以输液为主，可暂不输血； 中度出血需补充血液 400 ~ 600 ml； 重度出血需输血 900 ~ 1200 ml，甚至更多； 输液量估计，原则上是量出为入。可根据中心静脉压测定，调节输液量和速度。液体选用晶体液与右旋糖酐； 纠正酸碱平衡和电解质平衡。
- 3、止血剂的应用： 酌情选用安络血、止血敏或止血芳酸，加入补液中滴注； 自胃管灌注浓度为 80 mg / L 去甲肾上腺素或凝血酶； 胃镜下局部止血可选用喷洒止血剂，如 80 mg / L 去甲肾上腺素或凝血酶； 或者注射止血剂，如 1 ~ 2 mg 肾上腺素加入 10% 盐水 10 ml，作分点注射； 或高频电凝止血； 或微波止血； 或激光止血。
- 4、病因治疗： 应激性病变或溃疡病出血，或、可选用 H<sub>2</sub>-受体阻滞剂西米替丁或雷尼替丁静点； 或口服洛赛克 20 mg，每日 2 次； 食管、胃底静脉曲张破裂出血，应置入三腔

管压迫止血，一般注气或水于胃囊 200ml，压力为 5.3 ~ 6.6 kPa，用 1 ~ 2 kg 滑车牵引，24 小时后出血停止，可放气再观察 24 小时；同时给予垂体后叶素 20U 加入到葡萄糖液 100ml，静脉滴注，每 3 ~ 4 小时重复 1 次，胃镜直视下注射硬化剂，一般选用 1% 乙氧硬化醇或 5% 鱼肝油酸钠，注入曲张静脉内及静脉旁，引起栓塞而止血。

5、手术治疗：主要适用于： 肿瘤出血； 经内科治疗无效的大出血。

预防及预后

1. 积极进行针对出血病因的治疗。
2. 注重生活习惯、饮食、情志，避免刺激因素。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)