

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\\_ti2020/308/2021\\_2022\\_\\_E6\\_B6\\_88\\_E5\\_8C\\_96\\_E9\\_81\\_93\\_E5\\_c22\\_308568.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E6_B6_88_E5_8C_96_E9_81_93_E5_c22_308568.htm) 名称消化道出血所属科

室消化内科病理 消化道出血可因消化道本身的炎症、机械性损伤、血管病变、肿瘤等因素引起，也可因邻近器官的病变和全身性疾病累及消化道所致。（一）上消化道出血的病因

1.食管疾病 食管炎（反流性食管炎、食管憩室炎）、食管癌、食管溃疡、食管贲门粘膜撕裂症、器械检查或异物引起损伤、放射性损伤、强酸和强碱引起化学性损伤。2.胃、十二指肠疾病 消化性溃疡、急慢性胃炎（包括药物性胃炎）、胃粘膜脱垂、胃癌、急性胃扩张、十二指肠炎、残胃炎、残胃溃疡或癌。还有淋巴瘤、平滑肌瘤、息肉、肉瘤、血管瘤、神经纤维瘤。膈疝、胃扭转、憩室炎、钩虫病等。3.胃肠吻合术后的空肠溃疡和吻合口溃疡。4.门静脉高压，食管胃底静脉曲张破裂出血、门脉高压性胃病肝硬化、门静脉炎或血栓形成的门静脉阻塞、肝静脉阻塞（Budd-Chiari综合征）。5.上消化道邻近器官或组织的疾病 (1)胆道出血：胆管或胆囊结石、胆道蛔虫病、胆囊或胆管病、肝癌、肝脓肿或肝血管病变破裂。(2)胰腺疾病累及十二指肠：胰腺脓肿、胰腺炎、胰腺癌等。(3)胸或腹主动脉瘤破入消化道。(4)纵隔肿瘤或脓肿破入食管。6.全身性疾病在胃肠道表现出血 (1)血液病：白血病、再生不良性贫血、血友病等。(2)尿毒症。(3)结缔组织病：血管炎。(4)应激性溃疡：严重感染、手术、创伤、休克、肾上腺糖皮质激素治疗及某些疾病引起的应激状态，如脑血管意外，肺源性心脏病、重症心力衰竭等。(5)急性感染性疾病：流行性出血热、钩端螺旋体病。（二）下消化道

出血病因 1.肛管疾病 痔、肛裂、肛痿。 2.直肠疾病 直肠的损伤、非特异性直肠炎、结核性直肠炎、直肠肿瘤、直肠类癌、邻近恶性肿瘤或脓肿侵入直肠。 3.结肠疾病 细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性非特异性溃疡性结肠炎、憩室、息肉、癌肿和血管畸形。 4.小肠疾病 急性出血性坏死性肠炎、肠结核、克隆病、空肠憩室炎或溃疡、肠套叠、小肠肿瘤、胃肠息肉病、小肠血管瘤及血管畸形。 临床表现 消化道出血的临床表现取决于出血病变的性质、部位、失血量与速度，与患者的年龄、心肾功能等全身情况也有关系。（一）出血方式 急性大量出血多数表现为呕血；慢性小量出血则以粪便潜血阳性表现；出血部位在空肠曲氏韧带以上时，临床表现为呕血，如出血后血液在胃内潴留时间较久，因经胃酸作用变成酸性血红蛋白而呈咖啡色。如出血速度快而出血量又多。呕血的颜色是鲜红色。黑粪或柏油样粪便表示出血部位在止胃肠道，但如十二指肠部位病变的出血速度过快时，在肠道停留时间短，粪便颜色会变成紫红色。右半结肠出血时，粪便颜色为鲜红色。在空回肠及右半结肠病变引起小量渗血时，也可有黑粪。（二）失血性四周循环衰竭 上消化道大量出血导致急性四周循环衰竭。失血量达大，出血不止或治疗不及时可引起机体的组织血液灌注减少和细胞缺氧。进而可因缺氧、代谢性酸中毒和代谢产物的蓄积，造成四周血管扩张，毛细血管广泛受损，以致大量体液淤滞于腹腔骨脏与四周组织，使有效血容量锐减，严重地影响心、脑、肾的血液供给，终于形成不可逆转的休克，导致死亡。在出血四周循环衰竭发展过程中，临床上可出现头昏、心悸、恶心、口渴、黑朦或晕厥；皮肤由于血管收缩和血液灌注不足而呈灰白、湿

冷；按压甲床后呈现苍白，且经久不见恢复。静脉充盈差，体表静脉往往瘪陷。病人感到疲乏无力，进一步可出现精神萎靡、烦躁不安，甚至反应迟钝、意识模糊。老年人器官储备功能低下，加之老年人常有脑动脉硬化、高血压病、冠心病、慢性支气管等老年基础病，虽出血量不大，也引起多器官功能衰竭，增加了死亡危险因素。

（三）氮质血症 可分为肠源性、肾性和肾前性氮质血症3种。肠源性氮质血症指在大量上消化道出血后，血液蛋白的分解产物的肠道被吸收，以致血中氮质升高。肾前性氮质血症是由于失血性四周循环衰竭造成肾血流暂时性减少，肾小球滤过率和肾排泄功能降低，以致氮质贮留。在纠正低血压、休克后，血中尿素氮可迅速降至正常。肾性氮质血症是由于严重而持久的休克造成肾小管坏死（急性肾功能衰竭），或失血更加重了原有肾病的肾脏损害。临床上可出现尿少或无尿。在出血停止的情况下，氮质血症往往持续4天以上，经过补足血容量、纠正休克而血尿素氮不能至正常。

（四）发热 大量出血后，多数病人在24小时内常出现低热。发热的原因可能由于血容量减少、贫血、四周循环衰竭、血分解蛋白的吸收等因素导致体温调节中枢的功能障碍。分析发热原因时要注重寻找其他因素，例如有无并发肺炎等。

（五）出血后的代偿功能 当消化道出血量超过血容量的1/4时，心排出量和舒张期血压明显下降。此时体内相应地释放了大量儿茶酚胺，增加四周循环阻力和心脉率，以维持各个器官血液灌注量。除了心血管反应外，激素分泌、造血系统也相应地代偿。醛固酮和垂体后叶素分泌增加，尽量减少组织间水分的丢失，以恢复和维持血容量。如仍不能代偿就会刺激造血系统，血细胞增殖活跃，红细

胞和网织细胞增多。诊断（一）上消化道大量出血的早期识别 若上消化道出血引起的急性周围循环衰竭征象的出现先于呕血和黑粪，就必须与中毒性休克、过敏性休克、心源性休克或急性出血坏死性胰腺炎，以及子宫异位妊娠破裂、自发性或创伤性脾破裂、动脉瘤破裂等其他病因引起的出血性休克相鉴别。有时尚须进行上消化道内镜检查和直肠指检，借以发现尚未呕出或便出的血液，而使诊断得到及早确立。上消化道出血引起的呕血和黑粪首先应与由于鼻衄、拔牙或扁桃体切除而咽下血液所致者加以区别。也需与肺结核、支气管扩张、支气管肺癌、二尖瓣狭窄所致的咯血相区别。此外，口服禽畜血液、骨炭、铋剂和某些中药也可引起粪便发黑，有时需与上消化道出血引起的黑粪鉴别。（二）出血量的估计 上消化道出血量达到约20ml时，粪便匿血（愈创木脂）试验可呈现阳性反应。当出血量达50～70ml以上，可表现为黑粪。严重性出血指3小时内需输算1500ml才能纠正其休克。严重性出血性质又可分为大量出血（massive bleeding）即指每小时需输血300ml才能稳定其血压者；最大量出血（major hemorrhage）即指经输血1000ml后血红蛋白仍下降到10g/dl以下者。持续性出血指在24小时之内的2次胃镜所见均为活动性出血，出血持续在60小时以上，需输算3000ml才能稳定循环者。再发性出血指2次出血的时间距离至少在1～7天。假如出血量不超过400ml，由于轻度的血容量减少可很快被组织过500ml，失血又较快时，患者可有头昏、乏力、心动过速和血压偏低等表现，随出血量增加，症状更加显著，甚至引起出血性休克。对于上消化道出血量的估计，主要根据血容量减少所致周围循环衰竭的临床表现，非凡是对血压、脉搏的

动态观察。根据病人的血红细胞计数，血红蛋白及血细胞压积测定，也可估计失血的程度。（三）出血的病因和部位的诊断

1.病史与体征 消化性溃疡患者80%~90%都有长期规律性上腹疼痛史，并在饮食不当、精神疲惫等诱因下并发出血，出血后疼痛减轻，急诊或早期胃内镜检查即可发现溃疡出血灶。呕出大量鲜红色血而有慢性肝炎、血吸虫病等病史，伴有肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张、脾大、腹水等体征时，以门脉高压食管静脉曲张破裂出血为最大可能。45岁以上慢性持续性粪便匿血试验阳性，伴有缺铁性贫血者应考虑胃癌或食管裂孔疝。有服用消炎止痛或肾上腺皮质激素类药物史或严重创伤、手术、败血症时，其出血以应激性溃疡和急性胃粘膜病变为可能。50岁以上原因不明的肠梗阻及便血，应考虑结肠肿瘤。60岁以上有冠心病、心房颤抖病史的腹痛及便血者，缺血性肠病可能大。忽然腹痛，休克，便血者要立即想到动脉瘤破裂。黄疸，发热及腹痛者伴消化道出血时，胆道源性出血不能除外，常见于胆管结石或胆管蛔虫症。

2.非凡诊断方法 近年来道出血的临床研究有了很大的进展，除沿用传统方法—X线钡餐或久灌检查之外，内镜检查已普遍应用，在诊断基础上又发展了血治疗。

(1)X线钡剂检查：仅适用于出血已停止和病情稳定的患者，其对急性消化道出血病因诊断的阳性率不高。

(2)内镜检查 (3)血管造影 (4)放射性核素显像：近年应用放射性核素显像检查法来发现活动性出血的部位，其方法是静脉注射<sup>99m</sup>Tc胶体后作腹部扫描，以探测标记物从血管外溢的证据，可直到初步的定向作用。

治疗（一）一般治疗 卧床休息；观察神色和肢体皮肤是冷湿或暖和；记录血压、脉搏、出血量与每小时尿量；保持静脉通路并

测定中心静脉压。保持病人呼吸道通畅，避免呕血时引起窒息。大量出血者宜禁食，少量出血者可适当进流质。多数病人在出血后常有发热，一般毋需使用抗生素。（二）补充血容量 当血红蛋白低于9g/dl，收缩血压低于12kPa(90mmHg)时，应立即输入足够量的全血。对肝硬化门静脉高压的患者要提防因输血而增加门静脉压力激发再出血的可能性。要避免输血、输液量过多而引起急性肺水肿或诱发再次出血。（三）上消化道大量出血的止血处理 1.胃内降温 通过胃管以10~14℃冰水反复灌洗胃腔而使胃降温。从而可使其血管收缩、血流减少并可使胃分泌和消化受到抑制。出血部位纤维蛋白溶解酶活力减弱，从而达到止血目的。 2.口服止血剂 消化性溃疡的出血是粘膜病变出血，采用血管收缩剂如去甲肾上腺素8mg加于冰盐水150ml分次口服，可使出血的小动脉强烈收缩而止血。此法不主张在老年人使用。 3.抑制胃酸分泌和保护胃粘膜 H<sub>2</sub>受体拮抗剂如甲氰咪胍因抑制胃酸提高胃内pH的作用，从而减少H<sup>+</sup>反弥散，促进止血，对应激性溃疡和急性胃粘膜病变出血的防治有良好作用。近年来作用于质子泵的制酸剂奥美拉唑，是一种H<sup>+</sup>、K<sup>+</sup>ATP酶的阻滞剂，大量出血时可静脉注射，一次40mg。 4.内镜直视下止血 局部喷洒5% Monsell液（碱式硫酸铁溶液），其止血机制在于可使局部胃壁痉挛，出血四周血管发生收缩，并有促使血液凝固的作用，从而达到止血目的。内镜直视下高频电灼血管止血适用于持续性出血者。由于电凝止血不易精确凝固出血点，对出血面直接接触可引起暂时性出血。近年已广泛开展内镜下激光治疗，使组织蛋白凝固，小血管收缩闭合，立即起到机械性血管闭塞或血管内血栓形成的作用。 5.食管静脉曲张出

血的非外科手术治疗 (1)气囊压迫：是一种有效的，但仅是暂时控制出血的非手术治疗方法。半个世纪以来，此方法一直是治疗食管静脉曲张大出血的首选方法，近期止血率90%。三腔管压迫止血的并发症有： 呼吸道阻塞和窒息； 食管壁缺血、坏死、破裂； 吸入性肺炎。最近几年，对气囊进行了改良，在管腔中心的孔道内，可以通过一根细径的纤维内镜，这样就可以直接观察静脉曲张出血及压迫止血的情况。

(2)降低门脉压力的药物治疗：使出血处血流量减少，为凝血过程提供了条件，从而达到止血。不仅对静脉曲张破裂出血有效，而且对溃疡、糜烂，粘膜撕裂也同样有效。可选用的药物有血管收缩剂和血管扩张剂二种： 血管加压素及其衍生物，以垂体后叶素应用最普遍，剂量为0.4u/分连续静脉滴注，止血后每12小时减0.1u/分。可降低门脉压力8.5%，止血成功率50%~70%，但复发出血率高，药物本身可致严重并发如门静脉系统血管内血栓形成，冠状动脉血管收缩等，应与硝酸甘油联合使用。本品衍生物有八\*\*\*加压素、三甘氨酸赖氨酸加压素。 生长抑素及其衍生物：近年合成了奥曲\*\*\*（善得定，Sandostatin），能减少门脉主干血流量25%~35%，降低门脉压12.5%~16.7%，又可同时使内脏血管收缩及抑制胃泌素及胃酸的分泌。适用于肝硬化食管静脉曲张的出血，其止血成功率70%~87%。对消化性溃疡出血之止血效率87%~100%。静脉缓慢推注100mu.g。

血管扩张剂：不主张在大量出血时用，而认为与血管收缩剂合用或止血后预防再出时用较好。常用硝苯啶与硝酸盐在药物如硝酸甘油等，有降低门脉压力的作用。

（四）下消化道大量出血的处理 基本措施是输血，输液，纠正血容量不足引起的休克。多面手尽

可能排除上消化道出血的可能，再针对下消化道出血的定位及病因诊断而作出如表1所示的相应治疗。表1 下消化道出血处理步骤 内镜下止血治疗是下消化道出血的首选方法。局部喷洒5%孟氏液、去甲肾上腺素、凝血酶复合物。也可作电凝、激光治疗。（五）手术处理 1.食管胃底静脉曲张出血 采取非手术治疗如输血、药物止血、三腔客、硬化剂及栓塞仍不能控制出血者，应作紧急静脉曲张结扎术，此种方法虽有止血效果，但复发出血率较高。如能同时作脾肾静脉分流手术可减少复发率。其他手术如门奇静脉断流术、H形肠系膜上静脉下腔静脉分流术、脾腔静脉分流术等也在临床应用中。择期门腔分流术的手术死亡率低，有预防性意义。由严重肝硬化引起者亦可考虑肝移植术。 2.溃疡病出血 当上消化道持续出血超过48小时仍不能停止；24小时内输血1500ml仍不能纠正血容量、血压不稳定；保守治疗期间发生再出血者；内镜下发现有动脉活动出血等情况，死亡率高达30%，应尽早外科手术。 3.肠系膜上动脉血栓形成或动脉栓塞 常发生在有动脉粥样硬化的中老年人，忽然腹痛与便血，引起广泛肠坏死的死亡率高达90、5，必需手术切除坏死的肠组织。 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)