

2010年内科辅导：下消化道出血的临床诊断临床执业医师考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/648/2021\\_2022\\_2010\\_E5\\_B9\\_B4\\_E5\\_86\\_85\\_c22\\_648265.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/648/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_86_85_c22_648265.htm)

1.除外上消化道出血；下消化道出血一般为血便或暗红色大便，不伴有呕血。但出血量大的上消化道出血也可表现为暗红色大便；高位小肠出血乃至右半结肠出血，如血在肠腔停留较久亦可呈柏油样。遇此类情况，应常规做胃镜检查除外上消化道出血。来源

：www.examda.com 2.下消化道出血的定位及病因诊断（1）病史 1）年龄：老年患者以大肠癌、结肠血管扩张、缺血性肠炎多见。儿童以Meckel憩室、感染性肠炎、幼年性息肉、血液病多见。采集者退散 2）出血前病史：结核病、血吸虫病、腹部放疗史均可引起相应的肠道疾病。动脉硬化、口服避孕药可以引起缺血性肠炎。在血液病、风湿性疾病病程中发生的出血应考虑原发病引起的肠道出血。 3）粪便颜色和性状：血色鲜红，附于粪便表面多为肛门、直肠、乙状结肠病变，便后滴血或喷血常为痔或肛裂。右侧结肠出血为暗红色或猪肝色，停留时间长可呈柏油样便。小肠出血与右侧结肠出血相似，但更易呈柏油样便。黏液脓血便多见于溃疡性结肠炎、菌痢，大肠癌特别是直肠、乙状结肠癌有时也可出现黏液脓血便。 4）伴随症状：伴有发热可见于肠道炎症状病变，由全身性疾病如白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病及风湿性疾病引起的肠出血也多伴发热。伴不完全性肠梗阻症状常见于克罗恩病、肠套叠、肠结核、大肠癌。上述情况常伴有不同程度腹痛，而不伴明显腹痛的多见于息肉、未引起肠梗阻的肿瘤、无合并感染的憩室和血管病变。（2）体格

检查： 皮肤黏膜有无皮疹、紫癜、毛细血管扩张，浅表淋巴结有无肿大。 腹部查体要全面细致。特别注意腹部压痛及腹部包块。 一定要常规检查肛门直肠，注意肛裂、痔、瘻管；直肠指检有无肿物。（3）实验室检查：常规血、尿、粪便和生化检查。疑伤寒者做血培养及肥达试验。疑结核者做结核菌素试验。疑全身性疾病者做相应检查。 www.

Examda.CoM考试就到百考试题（4）内镜及影像学检查：除某些急性感染性肠炎如伤寒、痢疾、坏死性肠炎等之外，绝大多数下消化道出血的定位和病因需依靠影像学检查确诊。

1) 结肠镜检查：是诊断大肠及回肠末端病变的首选检查方法。其优点是诊断敏感性高、可以发现活动性出血、结合活检病理检查可判断病变性质。检查时应当注意，如有可能，无论在何处发现病灶均应将镜端送至回肠末段，称为全结肠检查。2) X线钡剂造影：X线钡剂灌肠多用于诊断大肠、回盲部及阑尾病变，一般主张进行双重气钡造影。优点是基层医院已普及，患者较易接受。缺点是对较平坦病变、广泛而较轻炎症性病变易漏诊，有时无法确定病变性质。因此对X线钡剂灌肠检查阴性的下消化道出血需进行结肠镜检查，已做结肠镜全结肠检查患者则不强调X线钡剂灌肠检查。小肠X线钡剂造影是诊断小肠病变的重要方法。X线小肠钡餐检查，敏感性低、漏诊率相当高。小肠气钡双重造影一定程度提高诊断正确率，但有一定难度，要求进行插管法小肠钡剂灌肠。X线钡剂造影检查一般要求在大出血停止至少3天之后进行。采集者退散3) 放射性核素扫描或选择性腹部血管造影：必须在活动性出血时进行，适用于：内镜检查（特别是急诊内镜检查）及X线钡剂造影不能确定出血来源的不明原因出

血；因为严重急性大量出血或其他原因不能进行内镜检查者。可根据情况选择放射性核素扫描或选择性血管造影检查，必要时亦可两种检查先后进行。放射性核素扫描是静脉推注用 $^{99m}\text{Tc}$ 标记的患者自体红细胞做腹部扫描，在出血速度 $> 0.1\text{ml}/\text{min}$ 时，标记红细胞在出血部位溢出形成浓染区，由此可判断出血部位，并且可监测出血达24小时。该检查创伤少，但存在假阳性和定位错误，可作为出血初步定位。本检查对Meckel憩室合并出血有重要诊断价值，约90% Meckel憩室合并出血者有异位胃黏膜存在，而异位胃黏膜对 $^{99m}\text{Tc}$ 有浓集作用。对持续大出血患者宜及时做选择性腹腔动脉造影，在出血量 $> 0.5\text{ml}/\text{min}$ 时。可以发现造影剂在出血部位溢出，有比较准确的定位价值。对于某些血管病变如血管畸形和血管瘤、血管丰富的肿瘤还有定性价值。

4) 胶囊内镜或双气囊小肠镜检查：小肠镜可以直接观察十二指肠远侧段及空肠近侧段出血病变。近年发明了胶囊内镜，患者在吞服胶囊内镜后，内镜在胃肠道拍摄的图像通过无线电发送至体外接收器进行图像分析，初步研究显示其阳性检出率高于小肠镜检查。

5) 手术探查：各种检查不能明确出血灶，而持续大出血危及患者生命，必须手术探查。www.Examda.CoM考试就到百考试题 有些微小病变特别是血管病变手术探查亦不易发现，此时可借助术中内镜检查帮助寻找出血灶。

### 3. 下消化道出血的诊断步骤

多数下消化道出血有明显血便，结合临床及必要实验室检查，通过结肠镜检查，必要时配合X线小肠钡剂造影检查，确诊一般并不困难。诊断困难的主要是反复发作的不明原因消化道出血。多次胃镜及结肠镜检查均未能发现出血病变，多数为小肠出血。在出血停止期，应对小肠做重

点检查。在出血停止期，先行小肠钡剂检查；在出血发作期，应及时做<sup>99m</sup>Tc标记红细胞静脉注射腹部核素扫描或（及）腹腔动脉造影，以期发现出血部位及病变；若上述检查结果阴性则选择胶囊内镜或（及）双气囊小肠镜检查；出血不止危及生命者手术探查，探查时可辅以术中内镜检查。更多信息请访问：百考试题医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师加入收藏 相关推荐：2010年内科辅导：引起下消化道出血的病因 2010年内科辅导：下消化道出血的临床常见症状 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)