

Upper gastrointestinal bleeding

上消化道出血



珠江医院 消化科 于长辉



病例1

考生身体不适仍坚持高考 考试中胃出血送医

澎湃新闻 06月08日 14:50

新浪教育温馨提示[高考](#)之后还有更重要的事情哦：

[找专家一对一报志愿 身价再涨30分](#)

[6节视频精品课手把手教你填报志愿](#)

[高校历年各专业分数线及录取可能性查询
\(23省份2018年数据已更新\)](#)

8日上午，澎湃新闻（www.thepaper.cn）从广东惠州市公安局惠城区分局官方微博“平安鹅城”获悉，2019年6月8日9时许，黄冈中学（惠州学校）考点高三级一名复读生，因胃不舒服已住院，今早坚持到考场参加高考，在考试过程中突发胃出血。考场人员迅速拨打120，随后救护车无鸣笛快速到达考点，将考生送上救护车，并迅速联系到考生家长，现场医生、老师、警务人员快速加入救援。





病例2

- [136930841.hlv](#)

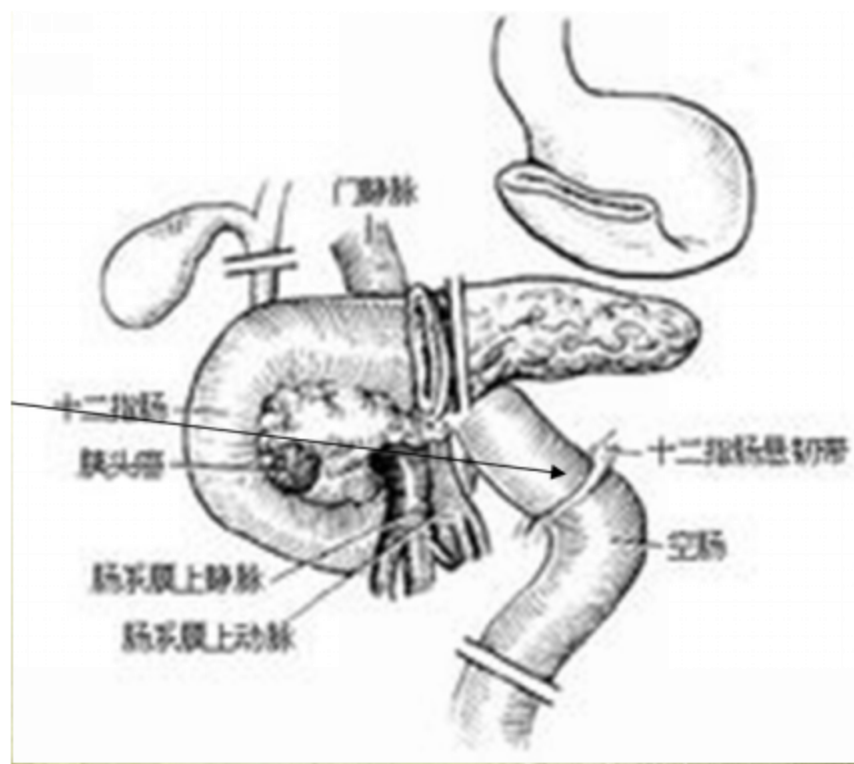




什么是上消化道出血

Upper gastrointestinal bleeding

屈氏韧带（十二指肠悬韧带、Treize韧带）





常见原因

- 1、消化性溃疡
- 2、食管胃底静脉曲张
- 3、急性糜烂出血性胃炎
- 4、胃癌



其他原因

- 1、食管疾病
- 2、胃十二指肠疾病
- 3、胆道出血
- 4、胰腺疾病累及十二指肠





可致消化道出血的全身疾病

- 1、血管性疾病：过敏性紫癜、动脉粥样硬化、结节性动脉炎、系统性红斑狼疮等；
- 2、血液病：血友病、白血病、原发性血小板减少性紫癜、弥散性血管内凝血等；
- 3、其他：尿毒症、钩端螺旋体病、流行性出血热等。

临床表现

- 1、呕血和黑粪：一般为上消化道出血表现



临床表现

- 2、血便和暗红色大便：一般为下消化道出血表现，但大量上消化道出血也表现为血便



临床表现

- 3、失血性周围循环衰竭：头晕、晕厥、冒冷汗、血压低，严重者休克

The screenshot shows a web browser displaying a news article on the Minnan Network. The article title is "福州一大巴司机突发胃出血 休克前守护全车乘客生命" (A bus driver in Fuzhou suddenly had a gastric hemorrhage, protecting the lives of all passengers before going into shock). The article is dated 2015-04-11 08:09. The main text describes a critical moment where the driver, Huo Zhiguo, lost consciousness but managed to steer the bus to safety by hitting a concrete wall. A summary box highlights that this key decision saved the lives of all passengers, with the driver being the only injured person. The article is accompanied by a photo of a bus. The browser's address bar shows the URL www.mnw.cn/news/fz/886341.html. The taskbar at the bottom shows the system time as 11:00 on 2015-4-1.

福州一大巴司机突发胃出血 休克前守护全车乘客生命

来源: 闽南网 2015-04-11 08:09 <http://www.mnw.cn/> 海峡都市报电子版

【摘要】这一个关键选择，让全车乘客的生命得以保存，胡志刚却晕倒在方向盘上

闽南网4月11日讯 在晕倒前几秒，福州开往长乐江田的大巴司机胡志刚已经没有力气踩下沉重的刹车了。这时，他眼角的余光看到路边有堵1米多高的水泥墙，就本能地转动方向盘，让大巴慢慢靠上这堵“生命之墙”。这一个关键的选择，让全车乘客的生命得以保存，而胡志刚却晕倒在方向盘上，成为这辆经历生死时速的大巴上唯一的伤者。



临床表现

- 4、贫血和血象变化：出血后组织液渗入血管，一般**3-4**小时才开始出现贫血，**24-72**小时血液稀释达最大限度。



临床表现

- 5、发热：部分患者24小时内出现低热，3-5天逐渐恢复正常。



临床表现

- **6、氮质血症**（1）大量血液蛋白质在肠道内吸收，称为肠源性氮质血症。一般于出血后数小时内升高**24-48**小时达高峰，大多数不超过**14.3mmol/L**。
- （2）另外休克可引起肾前性肾功能不全所致氮质血症；
- （3）长期大量失血造成肾小管坏死可造成肾性氮质血症。



诊断

- 确定消化道出血
- 根据临床症状和实验室检查可判断出血。
- 但需排除：
 - 1、呕血与咯血
 - 2、口鼻咽喉部出血
 - 3、食物及药物引起黑粪：如动物血、碳粉、铁剂、铋剂等。



咯血

呕血

出血方式	咳出	呕出，可为喷射状
血中混有物	常混有痰	常混有食物及胃液混杂
出血的血色	泡沫状、色鲜红	无泡沫、呈暗红色或棕色
酸碱反应	碱性	酸性
常见疾病	有肺或心脏疾病史	有胃病（溃疡）或肝硬化病史
出血前症状	咯血前喉部瘙痒、胸闷、咳嗽	呕血前常上腹不适或恶心、并有咳晕感
黑便	如果不下咽，粪便无改变	粪便常黑色或柏油状
出血后痰的性状	咯血后常继发有少量血痰	常无血痰



出血程度的评估和周围循环状态的判断

- 出血程度的评估和周围循环状态的判断
- 粪潜血阳性：每日出血量**>5ml**
- 黑粪：每日出血量**>50ml**
- 呕血：胃内积血量**>250ml**
- 短期出血**>400ml**可出现头晕、心悸、乏力
- 短期出血**>1000ml**可出现休克



•休克诊断

- 1.有休克的诱因;
- 2.意识障碍;
- 3.脉搏 >100 次/分或不能触及;
- 4.四肢湿冷、再充盈时间 >2 秒、皮肤花斑、黏膜苍白/发绀、尿量每小时 $<0.5\text{ml/kg}$;
- 5.收缩压 $<90\text{mmHg}$;
- 6.脉压 $<30\text{mmHg}$;
- 7.原高血压者收缩压较基础水平下降 $>30\%$ 。
- 凡符合1、2，3、4中的两项5、6，7中的一项者，即可诊断。



急性血色素下降的结果

Hb	结果
<70	晕厥发作
<60	定向力障碍
<50	淡漠
<40	昏迷、中枢障碍

昏迷：自我保护能力的丧失，包括对气道的保护



*判断出血是否停止

- 1、反复呕血或黑粪次数增多，粪质稀薄，肠鸣音活跃；
- 2、周围循环状态经充分补液或输血后无明显改善或虽暂时好转又继续恶化；
- 3、血红蛋白浓度、红细胞计数、血细胞比容继续下降，网织红细胞计数持续升高；
- 4、补液和尿量足够的情况下，血尿素氮持续或再次升高。



判断出血部位和病因

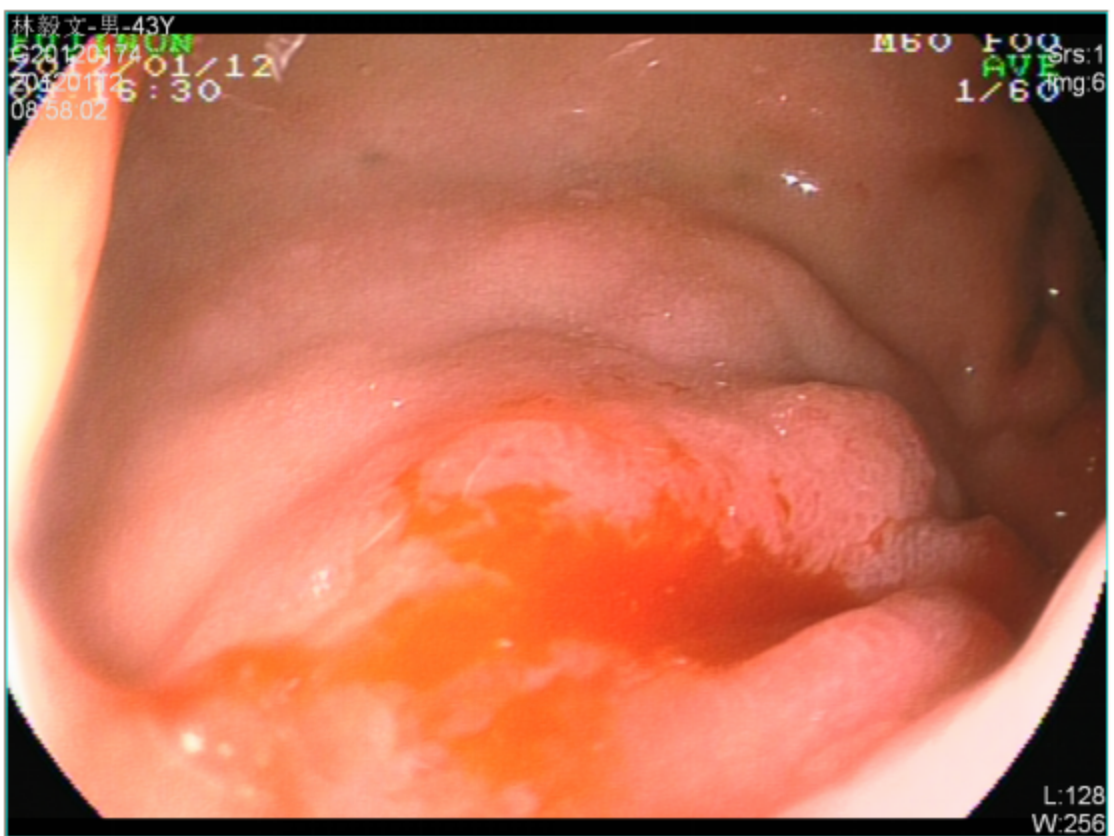
- 1、病史与体检



- 2、胃镜：出血后的**24-48h**内检查为急诊胃镜。糜烂出血性胃炎可在短短几天内愈合而不留痕迹，血管异常多在活动性出血时才被发现
- 急诊胃镜前需纠正休克、补充血容量



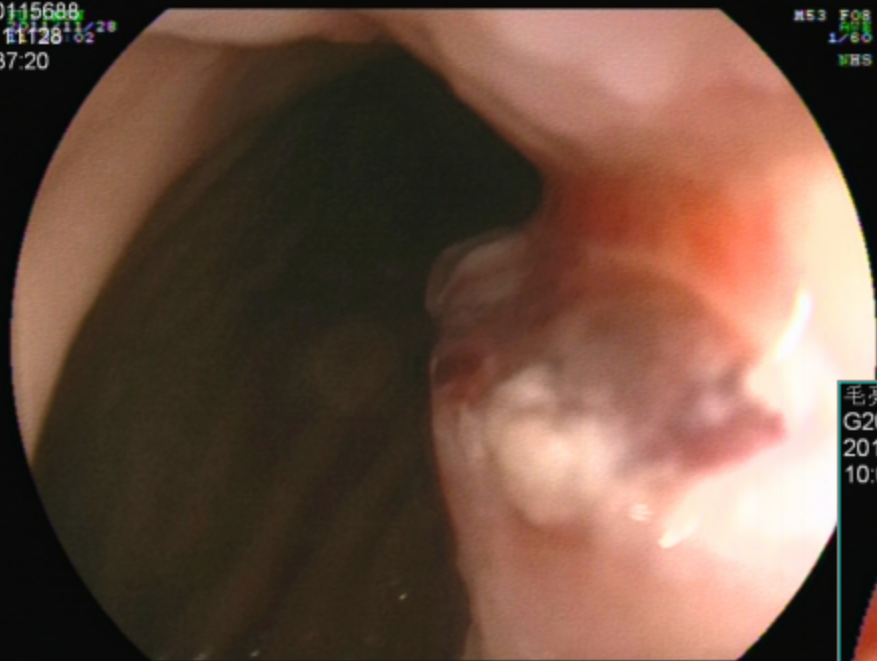
十二指肠球部溃疡并出血



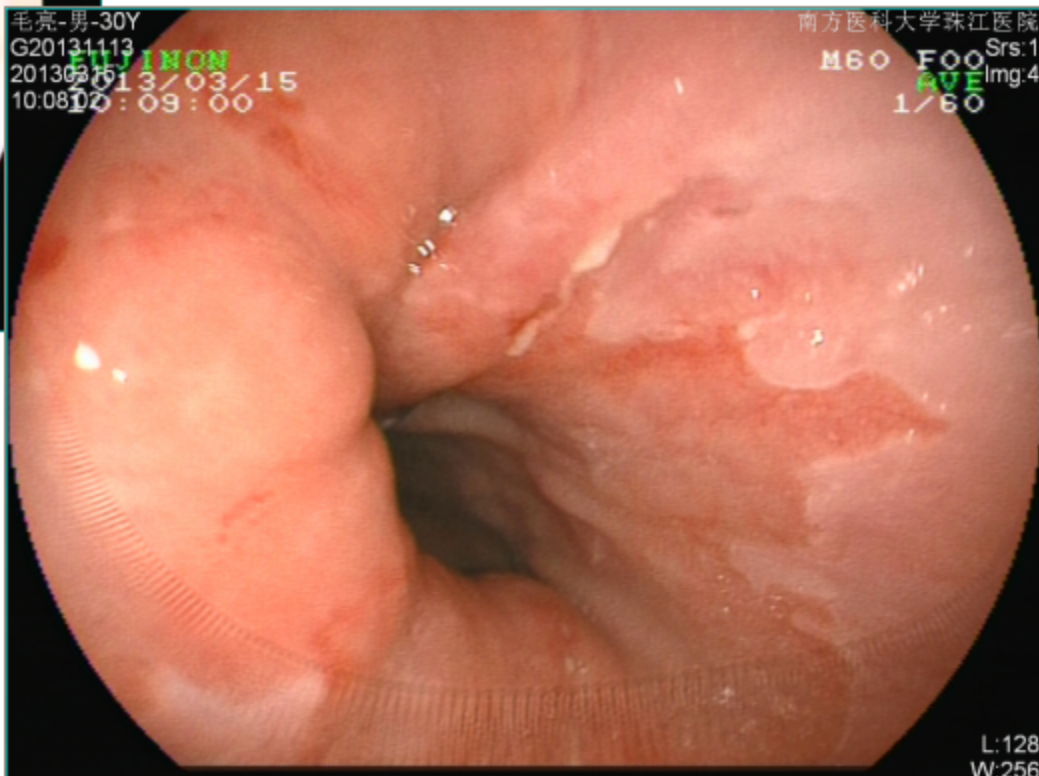


贲门撕裂并出血

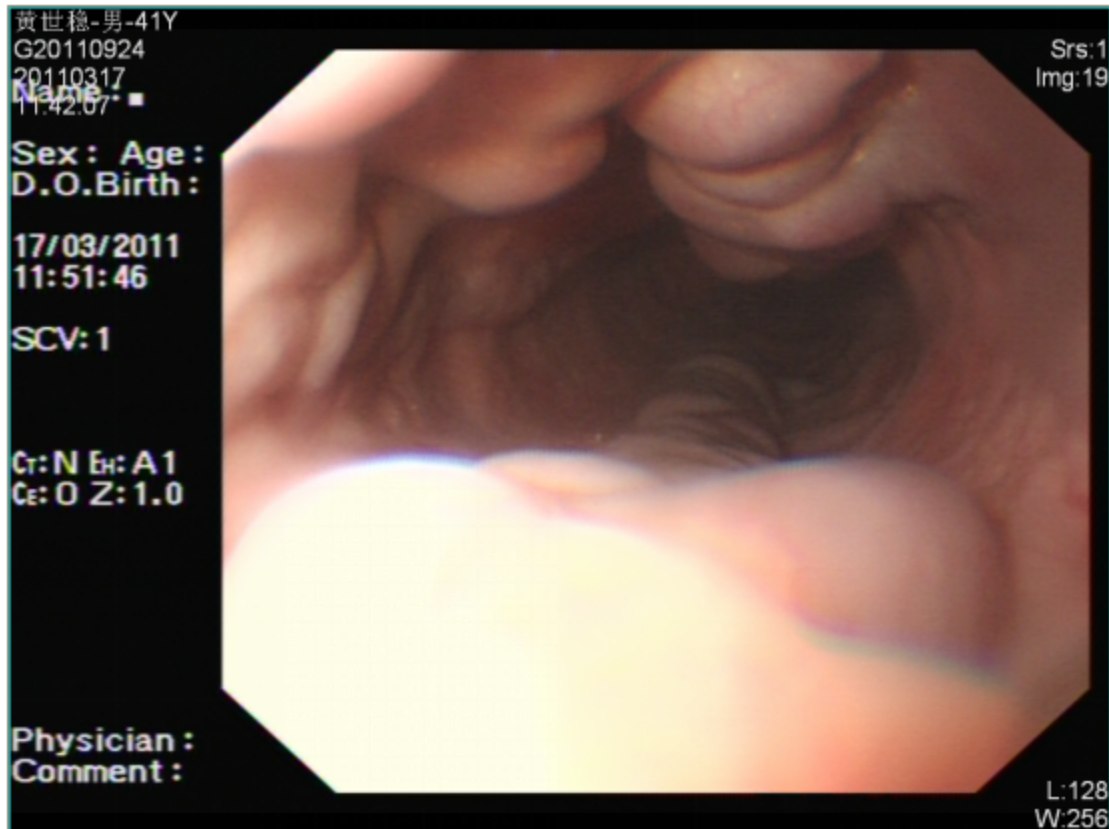
袁娥英-女-59Y
G20115688
20111128 11:37:20



毛亮-男-30Y
G20131113
20130315 10:08:00
FUJINON
2013/03/15
10:09:00

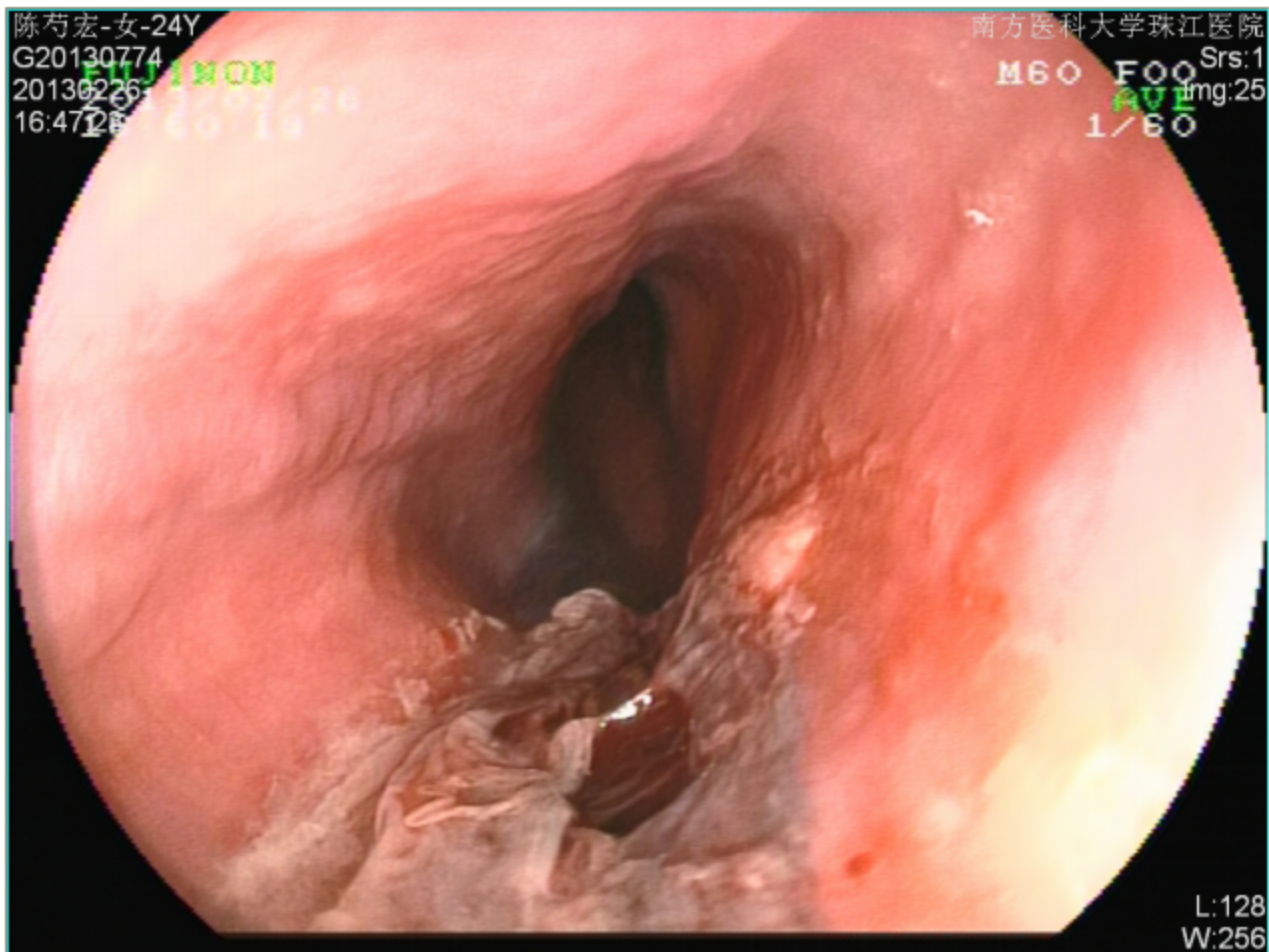


食管静脉曲张





食管粘膜糜烂并出血（异物损伤）



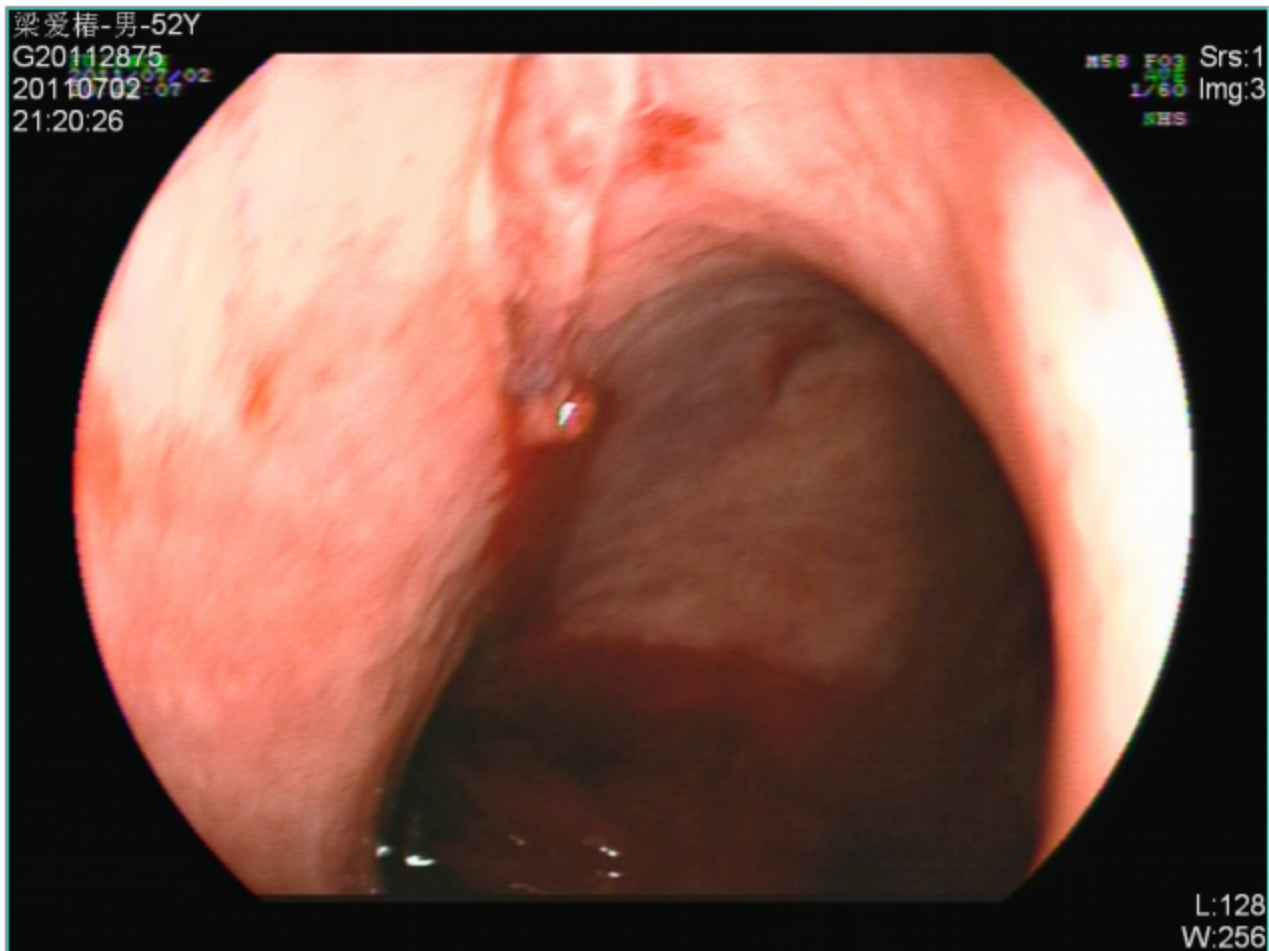


胃窦肿物并出血





胃底小动脉出血



贲门撕裂



胶囊胃镜





影像学

- 1、钡餐：憩室、较大凹陷或隆起的肿瘤；
- 2、CT：腹部肿块、肠梗阻及胆胰疾病；
- 3、选择性血管造影：内镜阴性的消化道出血
- 4、手术探查



预后估计

- 以下死亡率较高：
 - 1、年龄大于**65**岁；
 - 2、合并严重疾病，如心、肺、肝、肾功能不全，脑梗塞等；
 - 3、本次出血量大或短期内反复出血；
 - 4、食管胃底静脉曲张出血伴肝衰竭
 - 5、消化性溃疡**Forrest Ia**型

Forrest分级

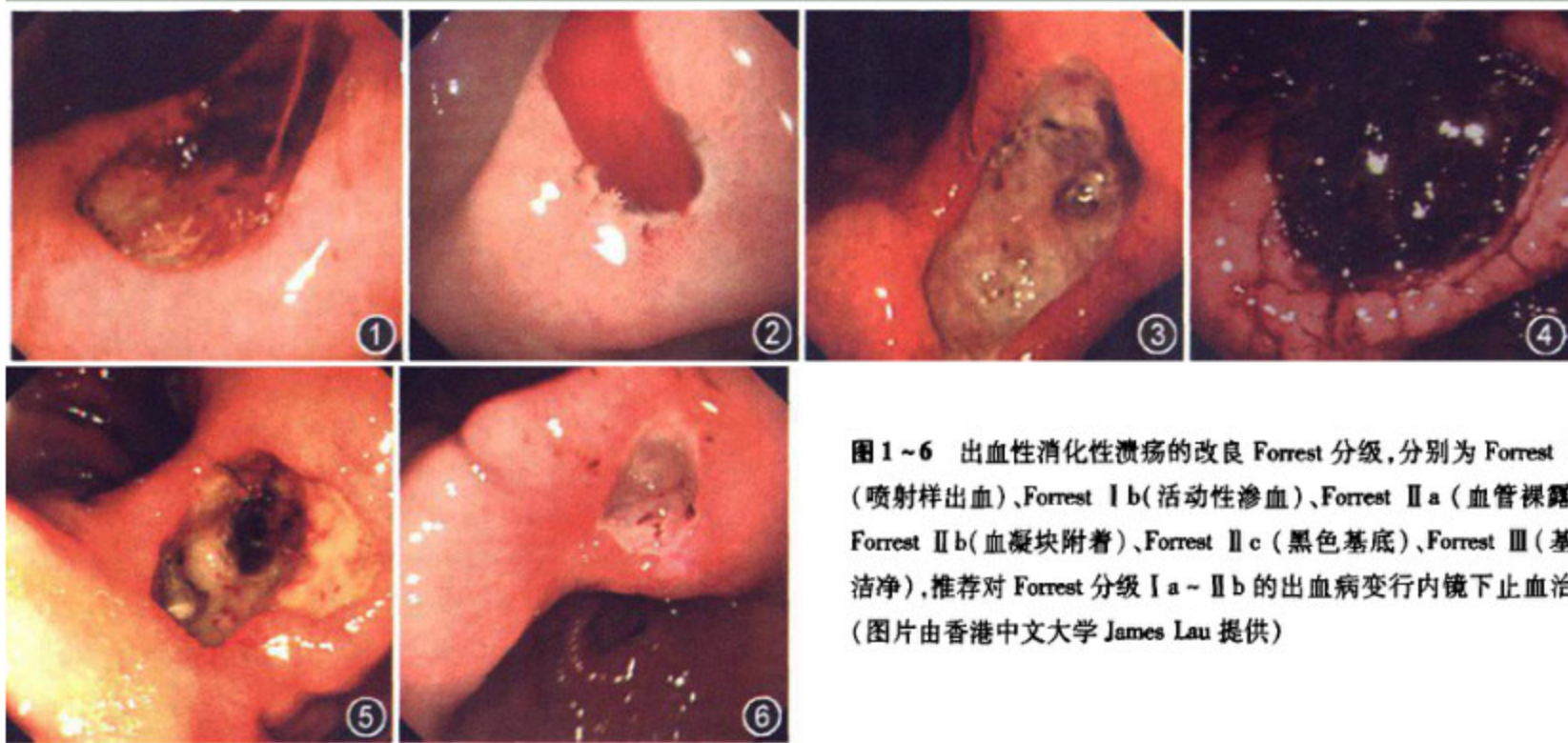


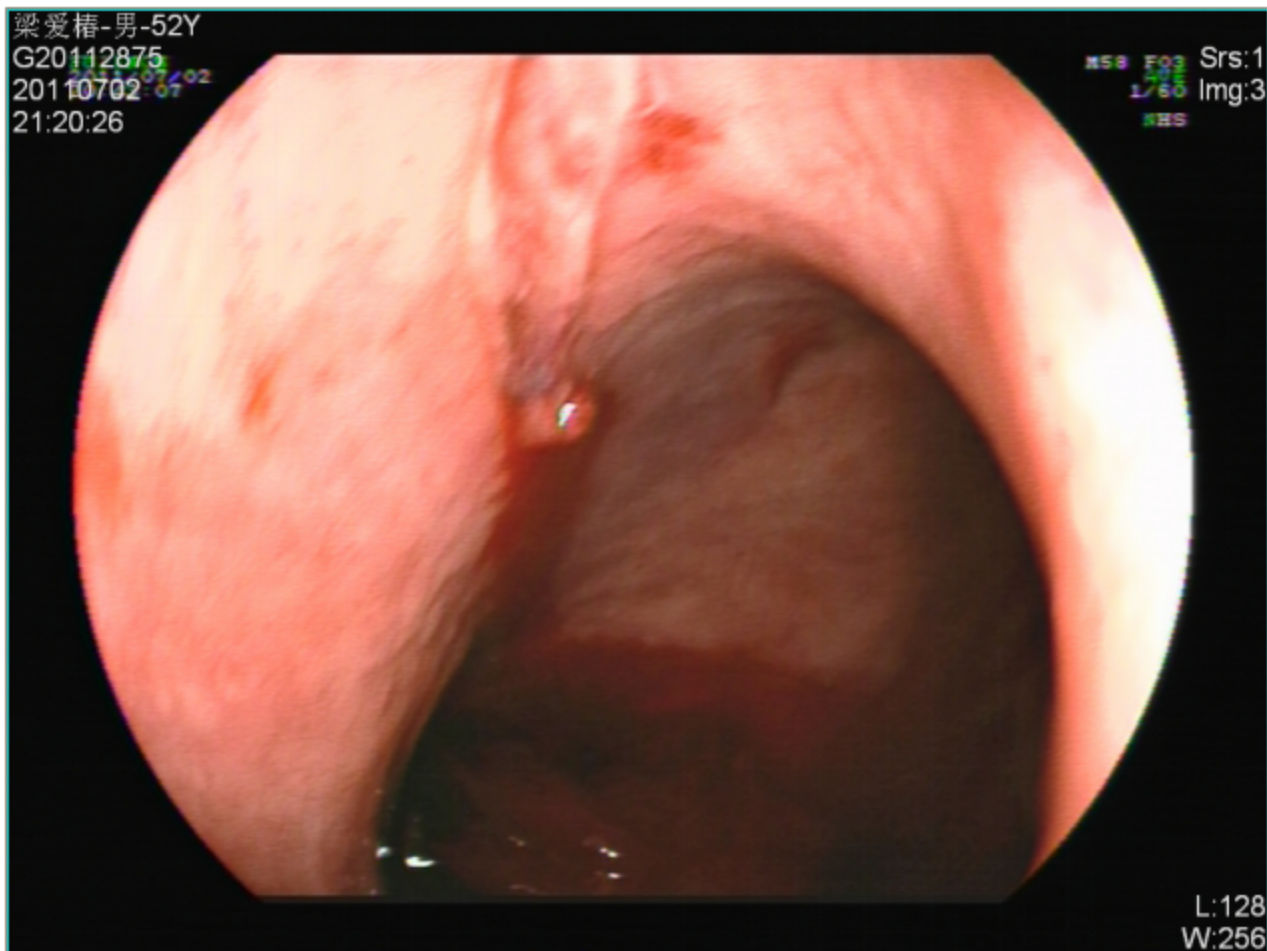
图1~6 出血性消化性溃疡的改良 Forrest 分级,分别为 Forrest I a (喷射样出血)、Forrest I b(活动性渗血)、Forrest II a (血管裸露)、Forrest II b(血凝块附着)、Forrest II c (黑色基底)、Forrest III (基底洁净),推荐对 Forrest 分级 I a - II b 的出血病变行内镜下止血治疗 (图片由香港中文大学 James Lau 提供)

再出血的概率分别为: 55%, 55%, 43%, 22%, 10%, 5%。

I a- II b推荐内镜下治疗

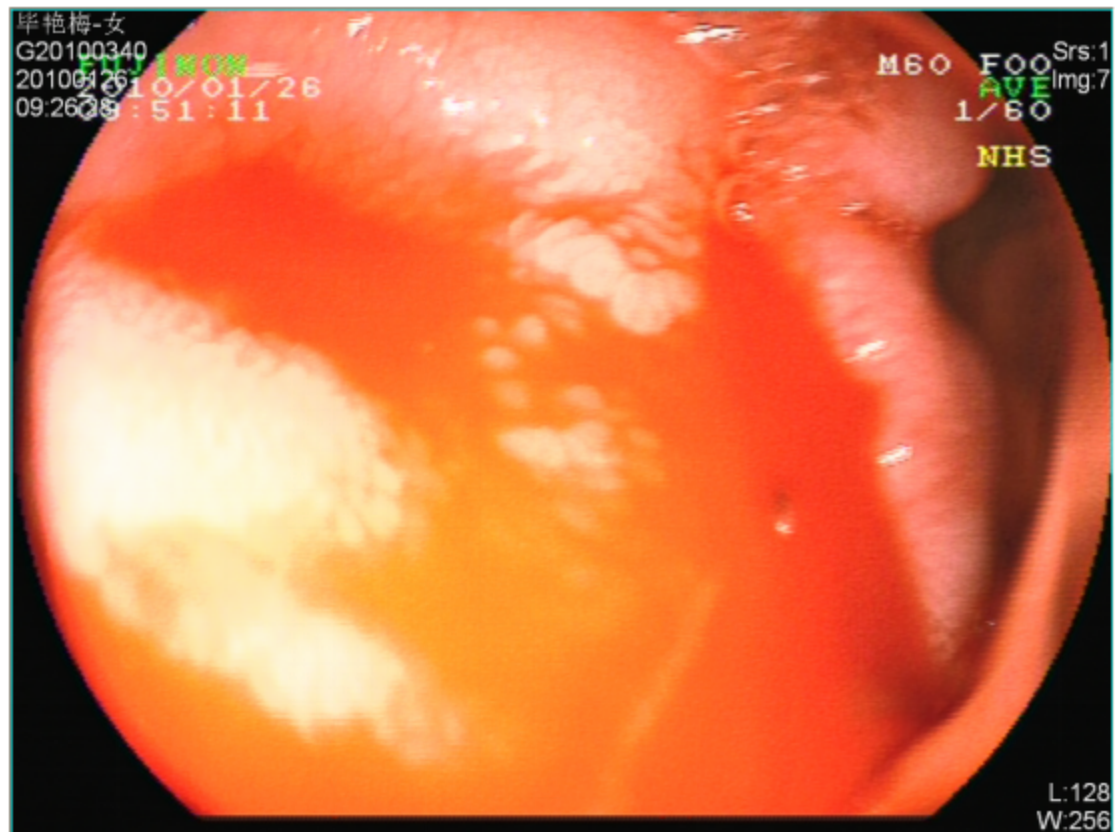


胃底小动脉出血 (Ia)





活动性渗血 (I b)

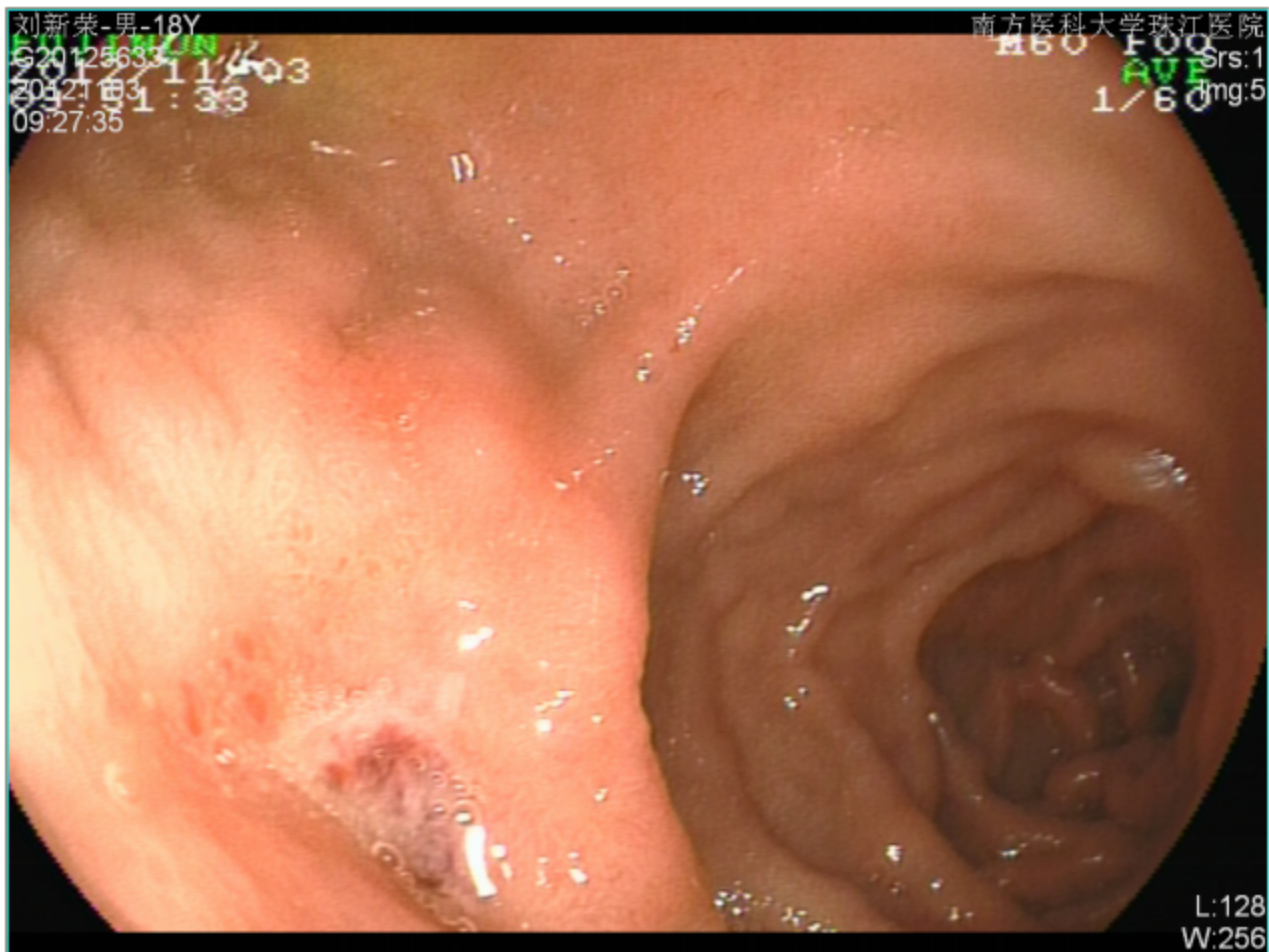




裸露血管头 (IIa)



黑色血痂 II c





基底清洁 (III)





治疗

- 消化道出血病情急、变化快，抗休克、迅速补充血容量治疗应该放在一切医疗首位



- 1、一般急救措施：卧位，保持呼吸道通畅，避免误吸，吸氧，禁食。严密观察生命体征、化验指标及病情变化。





- 2、迅速补充血容量
- （1）迅速建立有效输液通道；
- （2）在配血过程中可先输平衡盐、葡萄糖盐水或胶体



- 输血指征;



(1) 改变体位出现晕厥、血压下降（大于15-20mmHg）、心率加快（大于10次/分）；

(2) 失血性休克（收缩压小于90或教基础血压降低大于30，心率大于120）；

(3) 血红蛋白低于50-70g/L或红细胞比容低于25%。



- 3、止血措施
- (1) 食管胃底静脉曲张出血;
- (2) 非曲张出血

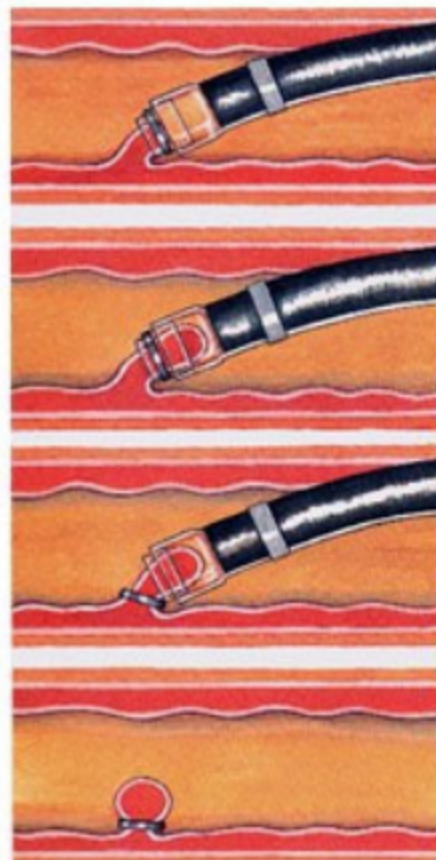
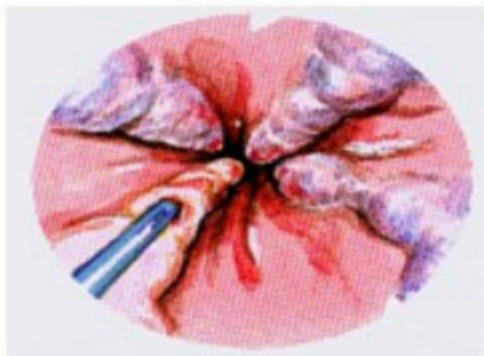


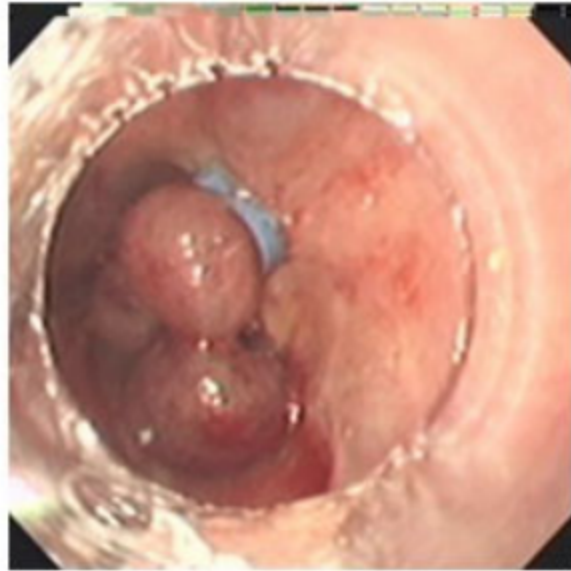
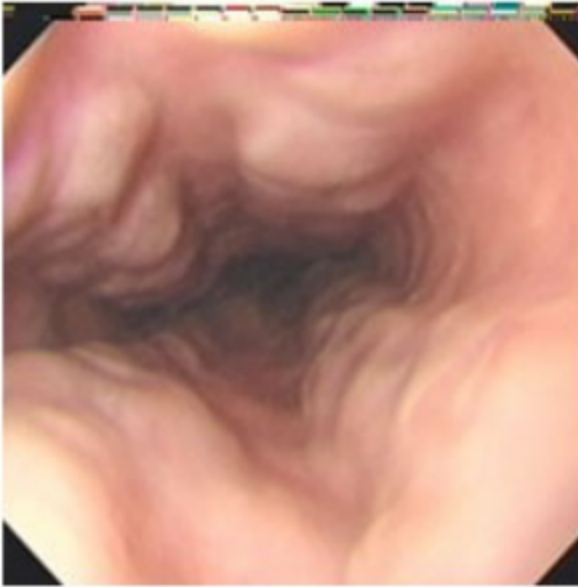
食管胃底静脉曲张出血

- 药物：生长抑素
- (1) 减少内脏血流、降低门静脉阻力
- (2) 抑制胃酸和胃蛋白酶分泌
- (3) 抑制胃肠道及胰腺肽类激素分泌



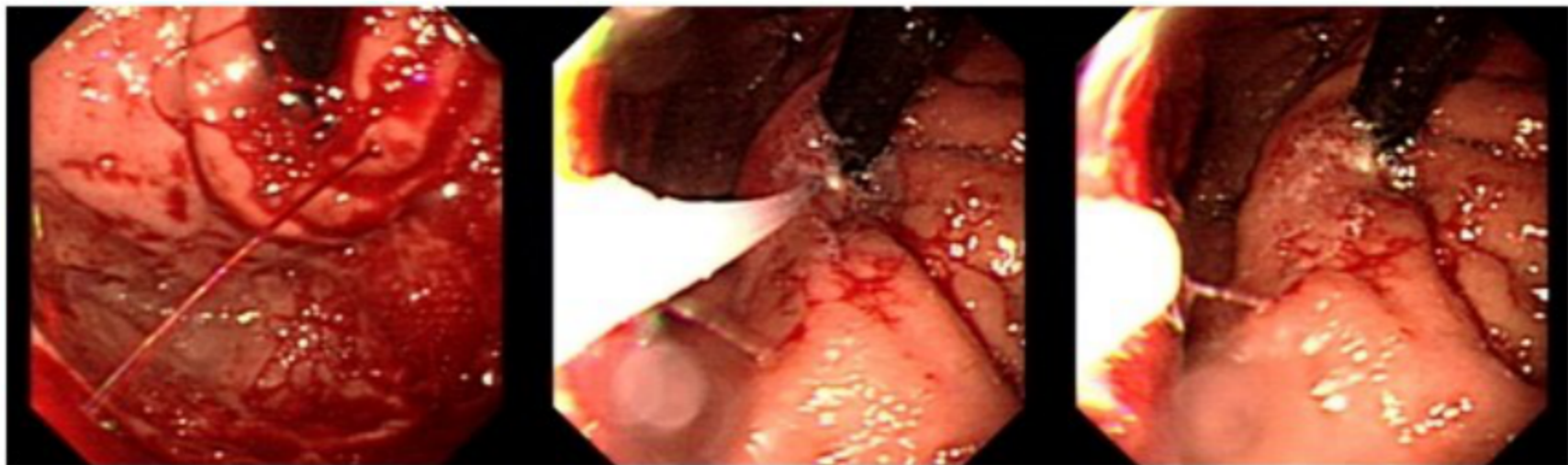
曲张食管静脉套扎术





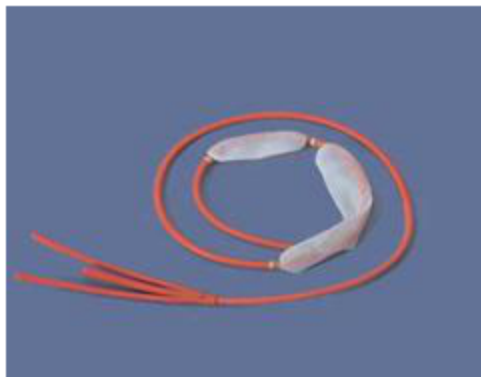


组织胶



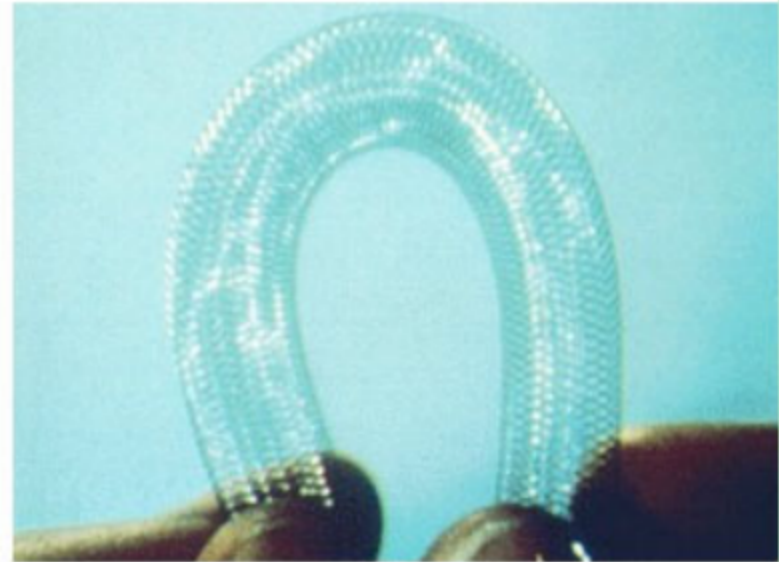
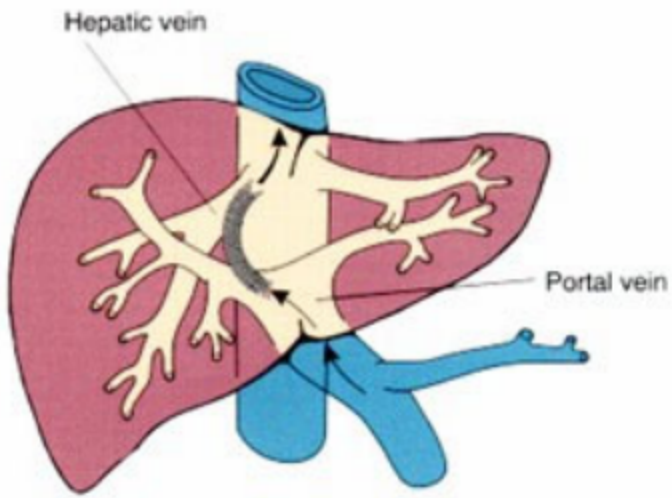


三腔二囊管





Tipss





非曲张出血

- 抑制胃酸分泌：血小板聚集及凝血功能所诱导的凝血过程需 $\text{PH}>6$ ，且新形成的血凝块在 $\text{PH}<5$ 时会被消化。所以予PPI或H2受体拮抗剂

抑酸药物



◆ PPI针剂

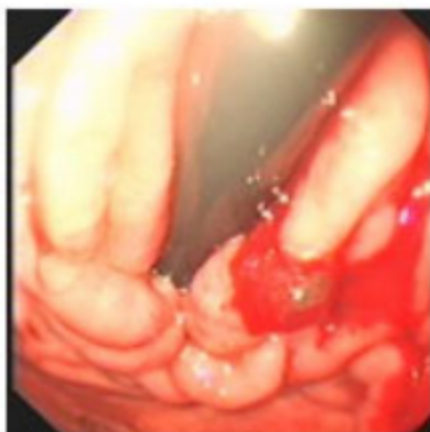
- ◆ 埃索美拉唑
- ◆ 奥美拉唑
- ◆ 泮妥拉唑
- ◆ 兰索拉唑
- ◆ 雷贝拉唑

◆ H₂RA

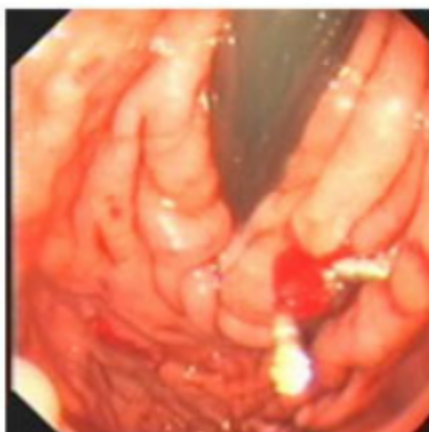
- ◆ 雷尼替丁
- ◆ 法莫替丁等

提高胃肠道内pH值
促进血凝块的形成，防止血凝块
溶解
促进病变部位愈合

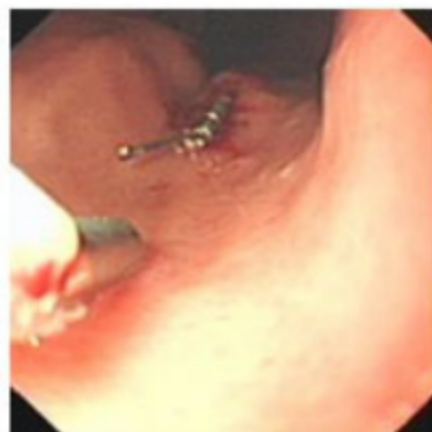
钛夹止血



胃底活动出血



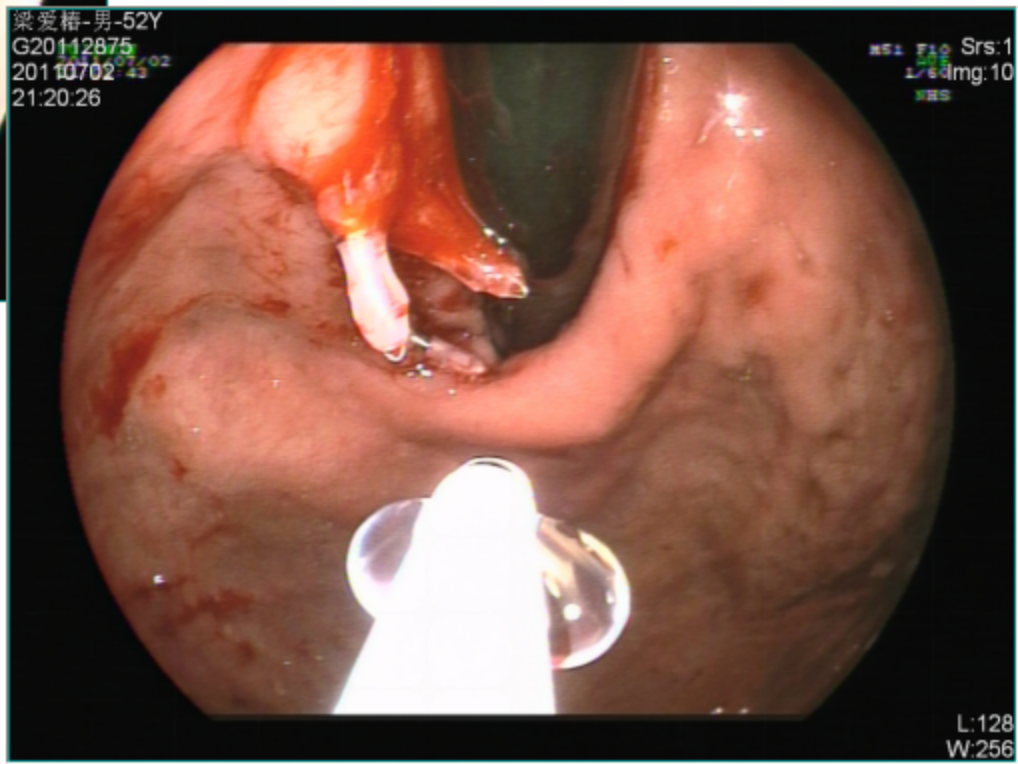
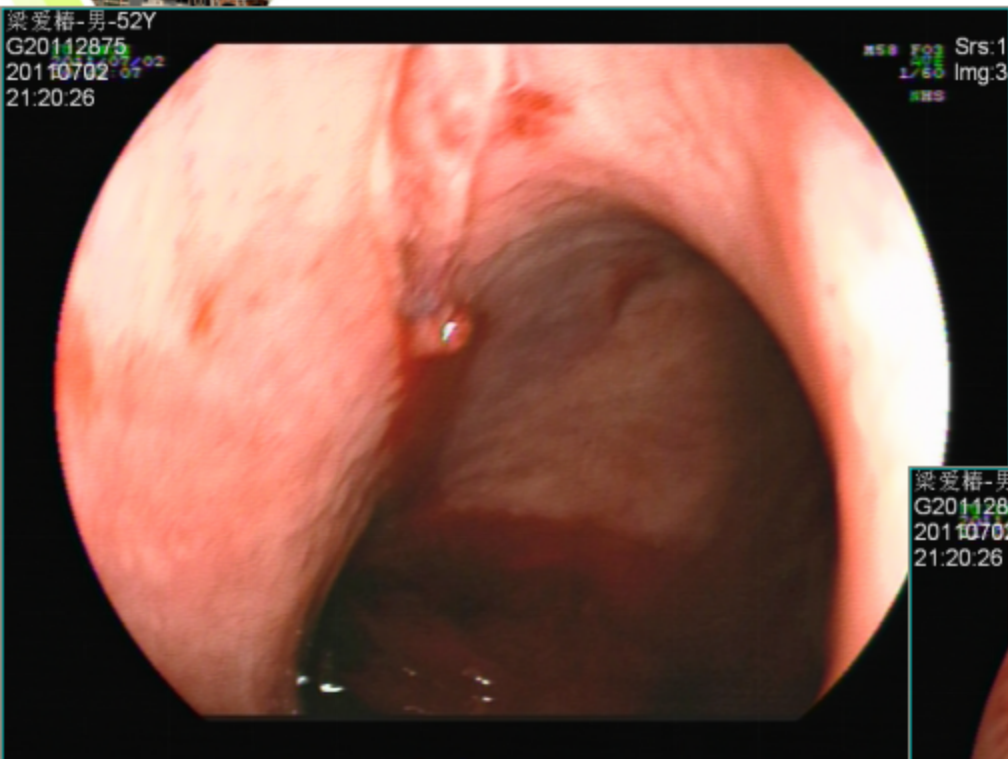
用止血夹止血



出血停止

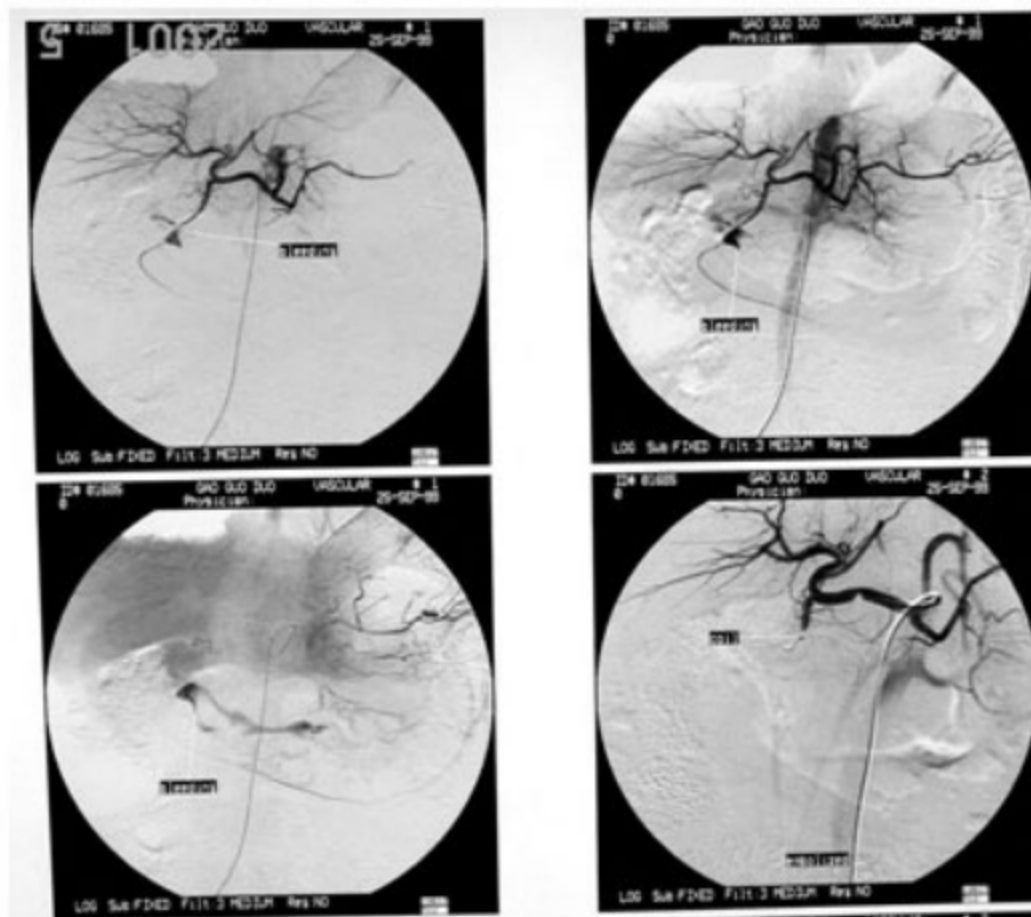


钛夹止血





肠系膜上动脉造影栓塞





止血药

- 口服去甲肾上腺素+冰盐水
- **止血敏（酚磺乙胺）**：增加血小板数量，增强其粘附性，促进凝血物质释放；降低毛细血管通透性；
- **氨甲环酸**：纤维蛋白溶解抑制药，主要是抑制纤溶酶原变成纤溶酶并保护纤维蛋白不被纤溶酶降解；
- **卡络磺钠**：降低毛细血管通透性，促进毛细血管断端的回缩而止血。不影响凝血过程；
- **邦亭（注射用白眉蛇毒血凝酶）**：含不同的凝血因子，能补充凝血因子；
- **维生素K**：参与肝脏内合成凝血因子II、VII、IX、X；



营养支持：

- 低热卡营养支持：**20-25kcal/kg/d**（创伤或应激早期）
- 等热卡营养支持：**25-30kcal/kg/d**（代谢状况稳定的病人）
- 等热卡营养支持：**30-45kcal/kg/d**（营养不良或高分解代谢的病人）



小结

- 一、上消化道出血原因
- 二、上消化道出血的诊断及鉴别诊断
- 三、病情严重程度估计
- 四、再出血的判断
- 五、治疗：静脉曲张及非曲张出血



谢谢！