

胃肠道出血

——诊断与治疗——

【美】 John A· Balint 著

连云港市人民医院

曹华棣 译

中华医学会江苏省连云港市分会

F513
BL1

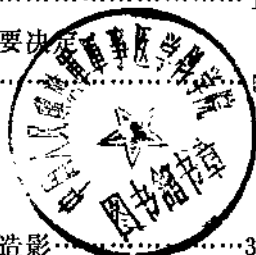
71124

目 录

前 言

译者的话

1. 总 论 1—4
定义, 出血部位, 病因, 主要决定因素
2. 表现和临床诊断 5—35
上消化道出血
下消化道出血
隐匿性消化道出血
3. 诊断方法 内腔镜检和血管造影 36—46
经口泛内腔镜检
结肠镜检
血管造影
4. 失血性休克 47—59
早期休克
晚期休克
5. 处 理 60—99
失血的估计
病人的监测
其它一般考虑
外科干预的适应症
特殊疾病状况
动脉灌注疗法
胃肠道出血中的手术处理: 外科医生的观点
6. 不明根源的消化道出血 100—106



第一章 总 论

(GENERAL CONSIDERATIONS)

肠胃道出血病人的适当处理，包括一系列重要的决定，每一决定皆基于就近所发生的问题的精确的临床评价。很多这些步骤基于完整的生理学和流行学的原则。另一些则更多地基于技术工艺，如果你同意的话，是基于教条而非真正科学事实。所以，肠胃道出血病人的处理包括医学科学和医学技术二者。在本书中，我们的目的是提出应该成为医生处理这些病人所遵循的原则的我们的观点。我们指出这些原则莫基于确实的数据亦衍生于临床印象。

1935年为处理胃肠道出血病人的主要转折点。在这一年出现了两篇报导，从而奠定了我们对该类病人治疗方式的基础：

1)Meulengracht 所报告的 251 例以糊状饮食制酸药、镇静剂、及口服铁补血剂为治疗方案，于住院24小时内开始，仅死亡 3 例（1.5%）。

在其邻居哥平哈根医院所治疗的 289 例，沿用旧方式仅饮碎冰块治疗，死亡率为7.9%。沿用旧方式治疗的大多数其他研究者的报告其死亡率为11—25%。

Meulengracht 列出他试行饮食治疗的理由如下：

- 1)衰弱的病人容易死亡；
- 2)出血有时似乎伴随喂饲而停止；
- 3)伴有黑便的门诊病人通常出血自动停止。
- 4)对一需要饮食的患者令其饥饿。是不合理的。

2)Marriott和KeKwick 于同年报告了持续点滴输血的方法。静脉输注电解质溶液已于100年前由O' Shaughnessy

及Latta等医生以治疗霍乱的脱水而创始。但由于感染的原因而声誉下降。于本世纪初1901年由Lanbsteiner建立血型后，输血即安全应用。但在1935年前仅限于直接输注新鲜血。这就限制了输血的作用。1935年Marriott和Kekwick描述一控制的、持续血液大量滴注法，至今仍为大家所沿用。他们描述了17例输血量自2.6至6.6立升的经验。在他们第一例的患者描述可作为这种新疗法效应的有力证词，在一个患有溃疡性结肠炎的患者，他们作了以下描述“他的举止从一个垂死的人变成一个乐观的病人。”

正如本例所显示的，胃肠道出血系处于潜在致人死命之状况。当患者大量出血和显示循环紊乱迹象时，生命的威胁是显著的。但即如小量出血的发作往往预兆尔后发生的大出血。换言之即如是轻微的或隐匿的出血，虽其本身并不威胁病人的生命，可能是主要疾患，如胃癌所呈现的症状和体征。此外出血的发作也可由良性疾患，如急性溃疡病所并发。这种情况则需根据一般情况采取不同的处理方式。所以，适当的处理决定将取决于确实的诊断，如部位和出血病变的病理的性质，失血的程度，和合并症的存在与否等。故在老年较之青年有更多的预见性。只有在所有可能收集到的事实都收集起来，并仔细温习分析后，方能作出正确的处理决定。因为在收集必要的资料方面往往要涉及内科学家，内镜学家（胃肠道）及放射学家，纵然治疗可能是外科的，要达到良好的治疗目的，必须以一组人的联合探讨为基础，并越早组织越好。

定义：胃肠道出血可以是大量的，明显的，或潜隐的，可来自消化道的任何部位。大出血，可以其量和功能而定。循环紊乱征象的存在，提示大量失血。这些征象包括低血

压，心动过速，周围血管收缩和少尿。换言之，一位病员在头一个二十四小时需补充2500CC 或更多的血，可被认为具有大出血。明显出血的定义是吐血，黑粪，或直肠鲜红血的出现而不需要大量补血亦不伴随循环系的紊乱者。大便中隐血试验阳性伴有或不伴有贫血者是潜隐胃肠道出血的证据。

出血的部位：出血可源于胃肠道各段。诊断的第一步，出血来自何区。上胃肠道包括：食道，胃及十二指肠。上消化道出血通常出现黑粪，伴有或不伴有呕血。这种呕血可能是大量的。上消化道出血常伴有致病病变，如消化性溃疡，肝硬化或食道炎的症状。下消化道出血，常由直肠排出红色血液，因其源于大肠，这种出血鲜有大量者，除由于炎症肠疾患者外，可能没有症状。小肠出血较之上、下消化道者少见。通常为潜隐性，鲜有大量者，常不伴有出血以外的症状。

病因学：在这三个消化区域内，各有其好发的明显出血的致因。故急性粘膜浅病变25%见于上消化道出血，而胃癌所致者仅占2%。做到心中有数，检查就可直接找出比较易于发生的出血原因。这种信息不仅对治疗决定提供基础，也指示最有助于确立诊断的探讨程序。此外初步的诊断亦提供据此判断预后和适当治疗的资料。

重大决定：在消化道出血病人最为重要的决定是究竟应该采取内科的或外科的治疗方法。决定的重要性曾妥为描绘于Gordon—Taylor 在1946年对伦敦医学会所报告的结论中。即如在那时尚属外科治疗出血性消化性溃疡的早期，他也受邀在该类病员初入院时诊视约20%的病例。他曾报告说，如果他能早期遇到病人，他就能成功地施行手术治疗。其死亡率仅为5.5%。如果他被请求诊视病人较晚，挺而走险为抢救生命而施行手术，其死亡率则高达36%。所以

究竟应施行内科的或外科的治疗的决定时机是至为重要的。这种决定取决于对若干问题的回答，

1.造成出血的病变应遵循外科疗法吗？

2.病人状况能承受外科手术的风险吗？患者年龄，临床状况，伴随基础病变合并症的出现是对此问题回答的主要决定因子。

3.失血的程度如何？容量缺损的估计，取决于临床的判断。如果需要的话辅以特别研究措施，如中心静脉压的测定等。

4.病人需要精心的复甦措施吗？在确诊建立和其他治疗措施以前，病人循环状态的稳定化为一先决条件。

这些问题的回答以及基于这些答复的决策，需由内科医师、内镜学家、放射学家以及外科医师的协作研究。这些医师小组成员的任务，于近年来有显著的变化。内科医师维持液体平衡和血的补充，外科医师操持近20年来所发展起来的手术方法的选用。内镜学家由于纤维内视工具的发明，其作用起了戏剧性的变化。在1952年Avery—Jones 感觉内镜不能代替放射学检查。但是他的说法是基于半硬性内镜应用的经验，新的纤维内视工具配合新的镇痛剂如安定可使病人感到大为舒适，能更好地在一次操作中窥视食道、胃和十二指肠。所以现在内镜能完整估计上消化道情况从而能够作出肯定的诊断。放射学家由于选择性腹腔血管造影的应用，也提供了新的诊断和治疗方法。这些出血不仅提供出血定位的方法，而且在一些病例可作为止血的手段。所以目前我们具有建立精确诊断和控制出血的方法。所以如果有指征的话，在施行确定的外科治疗之前，先使病员复甦以期赢得建立确切诊断的时间。

第二章 表现及临床诊断

本章我们分别讨论消化道出血的四个主要表现（呕血，黑便，红色直肠出血及隐匿出血）。虽然以表现分别探讨的方式可能有所部份重迭，因为有所差异，故证明每种表现分别加以讨论是正确的。

上消化道出血：Jean Cruveilhier 在他的“人体病理解剖学”中（巴黎，1830—42），对一溃疡病患者的青年人而死于胃窦部出血者，作了充份描述。病人为一强壮的青年木匠，年29岁，长期酗酒。在过去五年中虽仍不断饮酒，而反复出血但皆能恢复。在1830年4月15日发展为上腹部烧灼痛。30日开始呕血而住入 Charite 医院。在院中他被发现陷入休克状态（细脉，严重贫血），所以不能承受再度出血的打击，翌日，稍有好转。但终于5月2日进一步大量呕血而死亡。尸解发现一大的慢性溃疡，其底部有一动脉。此病例病史有一典型表现，显示在临床诊断和决定上对第一次就诊的所遇到的内科医生，面临不少问题。

呕血（假构图 2—1）。

这一病人所表现的问题是由呕血所证明的明显出血。正像图 2—1 所示，这种表现可被结论为发生于上消化道的出血，可能在屈氏韧带的上方。但是，确实上消化道出血可无呕血，但在屈氏韧带以下的消化道出血，亦可造成呕血者。Cruveilhier 的病人具有酗酒史，而也诉说烧灼样上腹痛。故从病史的立场上，必须考虑食道静脉曲张，胃炎和消化性溃疡的诊断。但是更为重要者为，病人被检查出不稳定的循环状态。这种结果促使我们采取紧急步骤，在诊断未进一步估价之前，来矫正容量的缺损。循环状态的估计和这种状态的矫

正，将在第4章讨论。

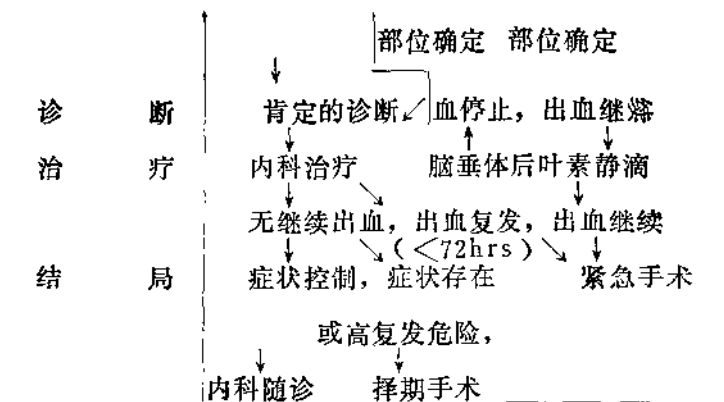
暂时的临床诊断：如病人的循环状态是稳定的，则应采集详尽病史并体检。病史应包括询问提示溃疡病的症状，既往胃部手术，药物的摄入，酗酒，近期创伤和感染，呕血，血液障碍及家族史。往往各国之间的重要致因损害的相对发生率不同。表2—1是由Palmer基于其23年中在美国研究的1400例和Shiller等在英国牛津研究的2149例所组成。两个资料被认为是出血根源者，十二指肠溃疡约占30%，胃溃疡约占12—15%，食道静脉曲张继发于肝硬化者在Palmer组为18.7%，但在英国组仅为2.4%。这种差异假定为反映两国酒精性肝病不同的流行关系。食道粘膜破裂所谓Mallory—Weiss综合症为致因者被报告为5.7%（Palmer），该组经常常规应用食道胃镜检查。这种病变未被Schiller所报告。他不常用内腔镜检。另外一些人报告食道破裂占上消化道出血的10%。应该注意的事，食道，胃和十二指肠的癌肿与出血插曲有关者仅为2%。反之亦如此，仅2%的胃癌患者有显著的出血。故胃的恶性病变，很少为公开出血的主要致因。以后还要讨论，这些病变多发生潜隐出血。另外一种病变是所谓“应激性溃疡”，被认识到发病率逐渐增加。这种损害发生于胃亦出现在十二指肠。该病发生于患有严重创伤，脑外伤，严重烧伤或重大感染的患者，在这些状态下，为一可怕的合并症。多为住院病人，出血常于住院后的4—16天出现。

表 2—1 上消化道出血的主要病因

病 种	临 床 特 点	年 龄	出现率%
十二指肠溃疡, 胃溃疡	周期性疼, 可因食物及制酸药缓解, 疼可因出血缓解	>20	27.7, 29.0 12.6, 15.1
胃 炎	水杨酸, 类固醇, 酒精, 消化不良	任何年龄	12.0—
食道静脉曲张	酒精, 先存肝病 肝肿大, 肝硬化斑	任何年龄	18.7, 2.4
食道粘膜破裂 M—W 综合征	消化不良, 乾呕, 酒精	任何年龄	5.7—
胃 癌	厌食, 体重减轻	任何年龄	—2.2
其 它			23.3, 51.3

假构图 2—1

问 题	明显胃肠道出血				
证 据 (迹 象)	↓ 呕 血 ↓				
结 论	上消化道出血 ↓				
病史, 体检 临时诊断	消化不良	药物	创 伤	肝硬化	酒精, 药物 乾呕, 静脉 食道破裂 (M—W 综 合征)
	消化性 溃疡。	胃炎, 胃溃疡	应激 性溃疡 糜烂	胃 曲 张, 胃 炎。	
措 施	↓ 静脉输液, 血型, 交叉配血, 血检。				
状 况	↓ 循环稳定, 循环不稳定,				
措 施	↓ 胃冲洗, 复甦措施, (第 4 章)				
结 局	↓ 清, 仍为血性,				
探 讨	↓ 内镜检 血管造影 + (以后的上消化道钡透) ↓ ↘				



消化性溃疡：明显的出血是消化性溃疡常见的合并症。大多数资料报告其发病率每年为1%。消化性溃疡在40—50岁具有其高峰流行病率。在临床角度，于此年龄出血病例的大多数应考虑为此病的致因。病人具有非常有助于诊断的病史，即周期性消化不良及抗酸药服用史。典型的消化不良症状，特别是疼痛，在出血之前数日加剧，一旦出现出血则疼痛立即减轻。有时，出血事件发生于一个时期的不适之后。出血插曲亦可以血便，黑便或二者的形式出现。

有时除上腹部压疼外，无特殊消化性溃疡的体检所得。罕有胃胀者。为了证实无其他出血致因或伴随疾患，体格检查是重要的。最后，病史和物理检查在鉴定病人的循环状态中至为重要。这方面，还要在以后的讨论中描述。

胃炎：在表现上消化道出血的病人应拟诊此项疾患，特别是最近饮酒过多，或服用水杨酸，皮质类固醇的患者，此病可侵犯各种年龄的患者。胃炎和滥用酒精之间的联系已为众所周知。这与单纯食道静脉曲张所致的出血很难鉴别，往往需以食道镜检来证实。水杨酸和胃炎及消化性溃疡以及出

血之间的联系，近年来已为大家所接受。由于水杨酸出现在各种药物中，病人可能不知该药中含有水杨酸。故应详细追询。在溃疡病人中，物理检查在估计病人的循环状态和排除其它出血致因上是决定性至关重要的。

食道静脉曲张：来自食道静脉曲张的出血，自大量至轻微和反复性而不同。常有酗酒和先存肝病的历史。在伴有肝外门脉阻塞可能的儿童，应探讨脐静脉感染问题。物理检查应针对找出门静脉高压的证据。例如，脾肿大，腹壁静脉扩张，及腹水。肝脏通常是增大的并可能在皮肤上出现蜘蛛痣。因为脾在出血后能够缩小，所以在检查时不能扪及。此外病人可能黄染。食道曲张静脉出血的病人体格检查所得，不仅有助于提示诊断，并能指示病人是否一个可被接受的外科治疗的候选者。

所以，显著黄疸，腹水，bruising（淤血斑）和肝性脑病的存在为不宜施行手术的患者。

Mallory—Weiss 综合症：可出现于各种年龄的人，典型出现于反复腹胀或干呕继而呕血。酗酒亦为诱因。其它原因如，胃炎亦可导致食道粘膜的撕裂。并无明显的先存的消化不良史。物理检查，除归因于出血者外，无明显所得。

胃癌：本病如表 2—1 所示，为一鲜见的胃肠道大出血致因疾患。但溃疡性胃癌可导致大的出血合并症。多为 50 岁以上，往往有短时的消化不良史，通常伴有厌食和显著的体重丧失。应该记住巨型溃疡（大于 2.5 公分直径者）通常良性比恶性更常见。最后诊断要在出血制止数日后由内窥镜作溃疡边缘四象限活检来证实。

上消化道出血的其它原因：如表 2—2 所示，应激性溃疡首先由 Curling（1842）作为一个病种来描述。在广泛创

伤，败血症，烧伤或脑损伤病人中，约有2—3%病人发生此症。溃疡为多发性，约于住院后2—15天出现。因患者已处于严重的患病状态，加之溃疡出血，更加危重。Beil等在1962年报告的35例病人中，总死亡率为71%。动脉垂体后叶素灌注，在这类病人可望获得较好的前景。

来自动脉瘤或感染的动脉移植物的渗漏和肠系膜血管阻塞；所幸的这是少见的上消化道出血的致因。多发生于伴有血管疾患的老年患者。立即作出诊断，也只是仅有挽救病人生命的希望。诊断通常是困难的，特别是对患有动脉粥样硬化性心血管疾病或心率不整的患者应高度怀疑。

在出血合并症发生前，如有进食后腹痛，以及体重丧失则拟诊程度应该更高一些。如有腹部或大腿动脉杂音及腹部搏动性肿块者，往往提示为动脉瘤的物理检查依据。面对安静腹的上消化道出血如能排除穿孔则非常暗示肠系膜血管阻塞的可能性。

Osler—Weber—Rendu 综合症（毛细血管扩张症）。本病往往表现为反复出血史，常常是隐匿性的，见于无其它出血来源病史的病人。可由于仔细检查有粘膜扩张血管损害而确立诊断。在补充血液后进行检查是重要的，因开始遇到病人时血管扩张可能不大显著。

列于表2—2伴有其重要特征的其他损害甚至更为罕见。这种损害很多在有其指征的患者，仔细检查可以立即被认识。他们中的一些将于第六章原因含糊的消化道出血项下进一步地讨论。

探讨：在到达初步临床诊断时，要决定病人是处于循环稳定状态或非稳定状态。如处于后者的状态下，病人要作如第四章所讨论的治疗。如患者状态趋于稳定，皮肤弹性良好

脉压等于或大于30mmHg，舒张压大于60mmHg，脉不过速，应进一步探讨，肯定出血来源。在此以前开始静脉输注等渗电解质溶液，与此同时应作血型鉴定和交叉试验。其它依据应包括血清电解质，凝血酶原时间，致活的部份凝血活酶时间，血尿素氮，血色旦白，血球容积和血小板计数。ECG，胸透的资料亦需获得。病人尿排出量必须监测。静脉补液的速率应维持能排出每小时50CC以上的尿量。同时50岁以上的病人或有心脏疾患迹象者亦应监测心脏状态，以防输液过多。

当这些步骤开始时，还要请胃肠道学家或内腔镜学家和外科医师会诊。最为重要者，对这些病人，在进一步治疗的决定中各科室应协调一致起来。亦需劝告放射学家，告诉他们病人的现状以免过度延误，而致迫使在紧急的状况下作血管造影或钡透检查。

如在模式图2—1所示，需经鼻或经口置一胃管，抽出液体，肉眼观察血是新鲜的或是变化了的（咖啡渣样）以证实上消化道出血的存在。然后以生理盐水洗胃。很多权威人士主张以冰盐水洗胃，他们设想冷冻作用能减少胃粘膜血流，因而有助于制止出血。尚无完整的结果来证实这种说法。我们相信这种冲洗能使胃中排空血块，进而使其收缩。如冲洗能成功地排空胃内血液，冲洗液清析使内腔镜作全上消化道检查成为可能。如返流物仍为血液，则不作此项检查而改作血管造影。此问题将于第三章讨论。

早期泛内腔镜检查之价值仍有争论。Schiller等认为因出血住院的消化性溃疡病人，78.6%仅出血一次。所以这些病人可以非常保守地处理，而不严重地障碍其充份恢复的机会。但是初次遇到这些病人不易预言那个病人可落于此组。

Avery Jones 提示50岁以上伴有慢性溃疡和出血后持续溃疡痛的病人反复出血的危险有所增加。这些观察部份地为 Lewin及Truelove 的资料所支持，他们的结果显示随着年龄的增加死亡率急剧上升。但是这些作者未能发现任何证据支持溃疡的慢性程度是予后的重要因子的概念。Palmer 主张对所有消化道出血的患者早期广泛应用胃镜检查。他报告在1400例早期联合应用胃镜和钡透检查，93%可诊断确实的出血部位。Kalm和Smith 亦曾报告类似结果。内窥镜诊断的准确性是无可争议的，但有一些人对这种诊断的准确性能否改善一组病人的结局，发生疑问。Sandlow 等和Morris 等在两个随机予期研究中，比较存活时间和住院长短，在积极诊断组和常规治疗应用组之间不能显示任何差异。Palmer 常规应用胃镜检查报告总死亡率为7.9%，Schiller 者为8.9%未曾规律地应用内窥镜作检查。应该注意的是，Palmer 的文献包括18.7%食道静脉曲张患者，而 Schiller 仅2.4%的这类患者。因为这类病组予后最坏，两个文献相比并非易事。研究结果不能清楚地指示确实的诊断，能改善上消化道出血患者的治疗和预后。

我们宁取早期之泛内窥镜检，其根据如下：

1. Palmer 透显示在40%的这类病人出血系在临床和钡拟诊的部位以外的处所。

2. 出血肯定部位的认识，在反复持续出血而进行紧急外科手术时，可节省外科医生宝贵的时间。

3. 出血肯定部位的认识，在高度危机的病人，有助于适当治疗的决定，例如老年患者或严重并发症患者。

4. 先存出血合并症患者的未来处理需要预知出血部位及来源。

如果进行泛内镜镜检查，90%的病人有得出准确诊断的可能。一旦确诊，即可规划相应之治疗。这将于第五章讨论。如内镜未能显示出血的部位，应考虑选择性动脉造影的问题。是否作此项检查取决于病人的状况，是否有继续出血的迹象，以及所怀疑的诊断（见第三章）。

至于那些循环不稳的患者（第四章）若有适应，予以复甦措施。如此措施获得成功，且病人状况稳定，则可作上述讨论之研究。如洗胃证明有效，内镜镜检查可以施行。或者开始先作动脉造影和经动脉灌注脑垂体后叶素（第三章）。尔后若需要亦可作内镜镜检查以进一步确定出血部位的性质。

在那些循环仍不稳定的病人，应该作出立即的决断是否需要作紧急外科治疗，或是否先作选择性肠系膜动脉造影。此决定的依据为如下几项考虑：

1.首先是情况的紧急性，如果内科医生判断病人情况非常危急，动脉造影费时过多，则立即手术探查是合适的。在临床数据所得的暂时诊断具有高或然性的话，指示获得外科止血成功极大，则更可直接探查。如果诊断是显然的外科方法不能矫正的病变（如 Osler—Weber—Rendu 综合症），继续保守措施是适应的。2.如果临床数据不能作出合理的可靠诊断，且具有血管造影的设备，血管造影不仅可提供出血部位鉴定的机会，亦可暂时对出血予以控制，进而采取更有效的循环状况纠正措施。这些决定包括病人各方面状况的考虑，病人的年龄，心血管状态，肢体血管疾患的有无以及肺的状况，在决策中皆应作为参考。

3.所有消化道出血患者，凝血功能的估计的资料应尽快获得。如表2—2所示，止血机制障碍能导致来自消化道的大量或少量的出血。这些紊乱通常可由静脉或肌肉凝血因子或

维生素K的应用而矫正，并能防止手术中大出血。凝血功能紊乱的诊断，将于本章第3节项下讨论（隐匿的胃肠道出血）。

表 2—2 上消化道出血不常见的致因

疾 患	主 要 特 点	年 龄
A需外科治疗的疾患： 应激性溃疡和糜烂性胃炎；	在严重烧伤，手术，脑外伤败血症，2—15天以后	任何年龄
主 动 脉 瘤	可有反复出现的大出血	>40岁
动 静 脉 畸 型	孤立的出血发作，X光检查（一）	任何年龄
肠 系 膜 血 管 塞 阻	急腹症灾难，安静腹出血；	>40岁
胆 汁 血 症	胆绞痛，黄疸，出血，	任何年龄
小肠良、恶性肿瘤	通常无痛性反复出血，亦有痉挛性腹痛者，	任何年龄
B需要内科治疗的疾患	主 要 特 点	年 龄
1.遗传一家族性疾患：毛细血管扩张症（O-W-R综合征）	通常为家族性鼻出血，反复出血，毛细管扩张	任何年龄
弹力性假性黄色瘤	有虎斑样条纹视网膜，摩洛哥革样皮肤，Bp↑	<50岁
EhlerDanlos	异常的皮肤弹性，关节过度伸展	<50岁