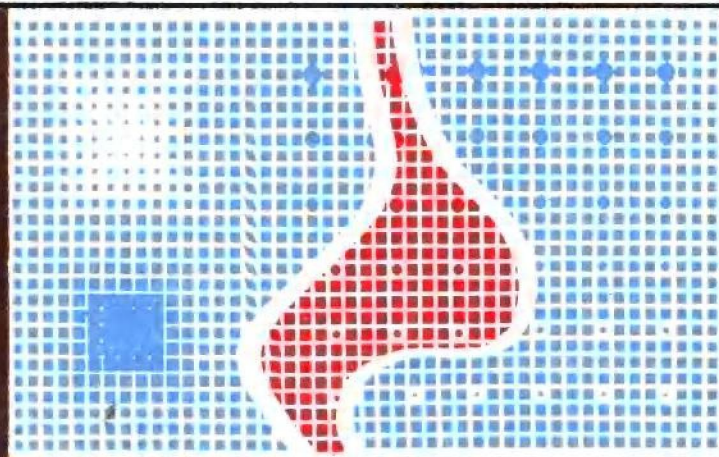


田中平 编

消化道出血

XIAOHUADAO CHUXUE



人民军医出版社

257
-32

消 化 道 出 血

XIAOHUADAO CHUXUE

田中平 编

人民军医出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化道出血/田中平.-北京:人民军医出版社,1994.8

ISBN 7-80020-450-2

I. 消… II. 田… III. 消化系统疾病-诊治 IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(94)第 01136 号

人民军医出版社出版

(北京复兴路 22 号甲 3 号)

(邮政编码:100842 电话:8222916)

北京市丰华印刷厂印刷

新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm 1/32·印张:10.25·字数:204 千字

1994 年 8 月第 1 版 1994 年 8 月(北京)第 1 次印刷

印数:1~6,000 定价:9.80 元

ISBN 7-80020-450-2/R·391

〔科技新书目:319-192⑦〕

(凡购买本社图书,因缺、损、倒、脱页者,本社负责调换。)

前 言

消化道出血是临床医师经常遇到的诊治问题。近年来,随着基础医学,临床医学以及辅助诊疗技术的发展,人们对消化道出血的部位、病因和治疗等,比过去都有了更深入的认识和研究。在降低消化道出血的发病率和死亡率方面,取得了令人鼓舞的成果。但是,我们也应当看到,在诊断治疗方面,还有许多实际问题有待进一步研究解决。为此,笔者参阅了国内外有关文献资料,并结合自己的经验体会,编写成这本书。希望能在临床实际工作中为同道们提供一些方便和帮助。

本书以消化道出血这一临床常见病症为专题,侧重于实用,较为系统地介绍了其病因、病理生理、血液动力学、临床表现、诊断与治疗。全书分为四个部分:消化道出血的概论,消化性溃疡出血,肝硬变所致食管胃底静脉曲张出血,其它原因的消化道出血。由于写作时间仓促,经验不足,水平有限,缺点和错误在所难免,欢迎读者批评指正。

田中平

1993年10月 于北京

目 录

第一部分 消化道出血概述

一、消化道出血的病因	(2)
(一)食管疾病	(2)
(二)胃、十二指肠疾病	(3)
(三)小肠疾病	(6)
(四)胆道、胰腺和肝脏疾病	(8)
(五)结肠、直肠和肛管疾病	(8)
(六)出血性疾病	(10)
(七)胶原病	(12)
(八)其它	(12)
二、消化道出血的分类	(14)
(一)急性消化道出血	(14)
(二)慢性消化道出血	(23)
(三)小儿消化道出血	(33)
三、消化道出血的特殊诊断方法	(40)
(一)内视镜诊断	(40)
(二)血管造影诊断	(52)

第二部分 消化性溃疡出血

一、消化性溃疡出血概述	(89)
(一) 诊断	(90)
(二) 年龄	(90)
(三) 出血程度	(91)
(四) 治疗出血的时间	(92)
(五) 治疗方式	(92)
二、消化性溃疡出血的病理生理学	(93)
(一) 消化性溃疡出血的产生过程	(94)
(二) 消化性溃疡出血的代偿功能	(98)
(三) 消化性溃疡出血的预后	(99)
(四) 消化性溃疡出血的局部特征	(100)
(五) 消化性溃疡出血的治疗原则	(101)
三、消化性溃疡出血的治疗	(103)
(一) 出血的初期处理	(103)
(二) 抑制胃酸作用的药物	(106)
(三) 溃疡出血的手术治疗	(119)
(四) 手术后再出血	(125)
四、急性胃粘膜病的病理生理	(129)
(一) 胃粘膜屏障的概念	(130)
(二) 应激性溃疡的产生	(132)
(三) 急性胃粘膜病变的临床研究	(134)
五、急性胃粘膜病的预防和治疗	(135)
(一) 急性胃粘膜病的原因和预防	(135)
(二) 急性胃粘膜病的治疗	(138)
六、经内镜治疗上消化道出血	(146)
(一) 激光光凝止血	(147)

(二)电凝止血	(151)
(三)喷洒药物止血	(154)
七、治疗性血管造影	(156)
(一)上消化道出血的治疗	(157)
(二)下消化道出血的治疗	(177)

第三部分 肝硬变食管胃底静脉曲张出血

一、肝硬变食管胃底静脉曲张出血的临床特征	(181)
(一)出血的特征	(182)
(二)病史	(184)
(三)体征	(184)
(四)肝功能实验室检查	(186)
(五)其它检查	(186)
(六)Child 分类	(187)
二、门脉高压的血液动力学	(188)
(一)门脉高压的产生	(189)
(二)内脏器官的血液动力学	(191)
(三)心血管系统的血液动力学	(194)
三、肝硬变食管胃底静脉曲张出血的非手术治疗	(198)
(一)血管加压素治疗食管胃底静脉曲张出血	(198)
(二)气囊压迫控制食管胃底静脉曲张出血	(203)
(三)经纤维内视镜注射硬化剂治疗食管静脉曲张破裂出血	(213)
(四)经皮肝穿门静脉造影栓塞胃冠状静脉治疗食管胃底 静脉曲张出血	(220)
四、紧急手术治疗食管胃底静脉曲张出血	(231)
(一)紧急非分流手术治疗静脉曲张出血	(233)

(二)紧急分流手术治疗食管胃底静脉曲张出血	(236)
五、择期门腔分流手术	(240)
(一)门腔分流手术的发展简史	(241)
(二)选择分流术式的生理学观点	(243)
(三)择期分流手术的指征	(246)
(四)择期门腔静脉分流手术的治疗效果	(247)

第四部分 其它原因的消化道出血

一、免疫抑制剂治疗与消化道出血	(250)
(一)出血原因	(251)
(二)出血死亡率	(253)
(三)诊断和治疗	(254)
二、胆道出血	(256)
(一)临床表现	(256)
(二)出血原因	(257)
(三)诊断	(260)
(四)治疗	(261)
三、腹部动脉血管瘤和消化道出血	(262)
(一)腹腔动脉瘤	(263)
(二)胃动脉瘤和胃网膜动脉瘤	(265)
(三)胃十二指肠动脉瘤和胰十二指肠动脉瘤	(266)
(四)肝动脉瘤	(267)
(五)空肠、回肠、结肠动脉瘤	(268)
(六)脾动脉瘤	(269)
(七)肠系膜上动脉瘤	(271)
四、右结肠血管扩张	(272)
(一)病变特点	(273)

(二)形成过程	(274)
(三)临床表现	(276)
(四)诊断	(277)
(五)治疗	(292)
五、肠缺血综合征	(292)
(一)肠道血液循环的特点	(293)
(二)临床表现和治疗	(295)
六、药物性消化道出血	(302)
(一)水杨酸制剂	(303)
(二)消炎镇痛剂	(305)
(三)肾上腺皮质激素	(305)
(四)利血平	(306)
(五)抗生素	(306)
(六)化疗药物	(307)
(七)抗凝治疗	(307)
七、出血性疾病	(308)
(一)出血性疾病概述	(308)
(二)出血性疾病的诊断	(313)
(三)出血性疾病的治疗	(316)

第一部分 消化道出血概述

消化道出血,作为一个临床症状,常迫使临床医生在紧急情况下判断其病因,决定治疗方案。然而消化道出血的原因是很多的。按照部位分为:食管疾病,胃、十二指肠疾病,小肠疾病,结肠肛管疾病等。按系统分又可以分为消化管疾病,消化器疾病,如胆道、胰腺和肝脏疾病,以及出血性疾病、血管性疾病、胶原病等。因此,必须对能引起消化道出血的诸多病因有明确的认识,才能够尽快作出鉴别诊断。

由于消化道出血是一个急症,因而临床医师往往习惯于按照出血程度和出血速度,把消化道出血分为急性出血和慢性出血。这种分类方法有利于尽快判断出血部位和出血原因。而根据出血的部位,还可以分为上消化道出血即特赖茨韧带以上部位出血;下消化道出血,包括小肠、结肠和直肠等部位出血。这些分类方法,已为广大临床医师所熟知。然而,在成人与儿童甚至婴幼儿的出血原因和特点又有很大不同。为此,又把小儿消化道出血分出来专门加以讨论。

这一部分将概要叙述各种消化道出血的病因,并着重介绍急性消化道出血、慢性消化道出血、小儿消化道出血的临床特征、诊断与处理,还要详细地讨论两种特殊诊断方法,即纤维内视镜诊断和血管造影诊断。

一、消化道出血的病因

可以引起消化道出血的病因很多,有的是消化道本身的病变,也有消化道外的病因,下面分八类作简要介绍。

(一)食管疾病

1. 食管胃底静脉曲张 占消化道出血的 4.8%~8.3%。而在急性消化道出血中占 30%左右。各种类型的肝硬变是其病因。单纯胃底静脉曲张较少,而食管胃底静脉曲张者又以食管破裂出血最多。各种肝硬变中以肝炎后肝硬变合并食管胃底静脉曲张出血发生率最高。大多出血凶险,呕血常表现为涌出暗红色血及血块,黑便甚至血便,常表现为稀薄黑或者棕红色便,水冲后可见红色血液。这是消化道出血原因中常见的,又是非常严重和复杂的一种,将在第三部分中进行详细讨论。

2. 食管贲门粘膜撕裂症(Mallory—Weiss 综合征) 饮酒或其它原因诱发剧烈地呕吐或者干呕之后,发生呕血,吐出鲜红色血。由食管与胃交界处粘膜撕裂伤所引起。占消化道出血的 1.2%~7.6%。

3. 食管裂孔疝 除了表现有出血外,常有“心窝”处烧灼感,胸骨和剑突下不适甚至疼痛。出血特点是慢性少量的渗血,以呕血为主,也会有黑便或者潜血便。出血来自食管炎症和疝囊胃组织炎症。慢性出血可导致贫血。少数也可发生急性大出血。食管裂孔疝病人中约有 20%会发生不同程度的消化道出血。

4. 返流性食管炎 是指胃及十二指肠液返流入食管,由于酸性液的腐蚀作用导致食管炎。食管的损伤后出血,大多数

表现为潜血便或黑便,少数会有呕吐出咖啡色胃内容物。极少数因损伤血管而招致严重大出血。

5. 食管消化性溃疡 常发生在食管下端近贲门处,溃疡侵蚀血管发生急性出血。表现为呕血与黑便。近1/3出血较严重,甚至出现失血性休克。

6. 食管癌 出血往往发生在进展期,除了有吞咽困难、胸骨后疼痛,进行性体重下降外,有少量的持续性出血。癌肿破溃会发生呕血和血压下降。贫血是注定会发生的。

7. 食管良性肿瘤 包括粘膜肿瘤和粘膜外肿瘤两大类。最常见的粘膜肿瘤是纤维脂肪瘤和纤维粘液瘤。都可以引起较轻的消化道出血。

8. 腐蚀性食管炎 是指吞咽腐蚀剂后食管灼伤、强酸、强碱、来苏儿、卤水、氨水、石灰、脚气药水等造成食管不同部位深浅各异的损伤,轻者为表浅粘膜损伤,中度为肌层受损,重度则全层坏死,甚至食管穿孔。好发部位在生理狭窄处。初期就会有出血,呕血或者黑便,愈合期和结疤期出血停止。

9. 食管憩室 可伴有炎症或溃疡。少数发生急性出血,以呕出咖啡样或者鲜红色血液为主要特征。

(二)胃、十二指肠疾病

1. 胃溃疡 占消化道出血的16.5%~32.1%,是最常见的出血原因之一。多发生呕血及黑便。常伴有长期节律性胃痛史。间歇性反复出血也是其临床特征。出血一般发生在病情恶化时期,出血后反而疼痛减轻。胃和十二指肠溃疡出血将在第二部分详细介绍。

2. 胃泌素瘤 又称为 Zollinger—Ellison 综合征。特征是高胃泌素血症,大量胃酸分泌,和上消化道慢性难治性溃

疡。位于胰腺有非 β -胰岛细胞瘤。因其能释放胃泌素故又称之为胃泌素瘤。90%以上有严重的溃疡,且近20%为多发性溃疡。血中胃泌素浓度大于 $300\mu\text{g/ml}$ 。腹泻也是常伴有的症状。 $\text{BAO/MAO}>60\%$ 。胃泌素瘤是消化道出血的常被忽略的病因。

3. 胃炎

(1)急性胃炎:单纯性胃炎很少发生消化道出血,即使偶有出血也很轻微。而糜烂性胃炎或称急性胃粘膜病变,则是常见的消化道出血原因。有的地区占30%以上。饮酒和药物刺激是最主要的原因。严重出血可有大量呕血甚至休克。少量可表现有柏油便或潜血便。但出血时间不长,多于24~48小时内停止。

(2)慢性胃炎:浅表性或者萎缩性胃炎均可以引起消化道出血。X线钡餐检查常没有异常发现,主要是依靠纤维胃镜诊断。值得一提的是,除非内视镜下直接可见活动出血,否则不要轻易确定慢性胃炎为出血原因。慢性肥厚性胃炎可以伴发出血,以黑便多见。

4. 胃癌和其它恶性肿瘤 在我国,胃癌发生率居恶性肿瘤之首。进展期多会伴有消化道出血。黑便较呕血更为多见。典型的呕吐物为咖啡渣样,大便潜血呈持续阳性。贫血和进行性体重下降是另一个重要特征。

转移性胃癌、胃恶性淋巴瘤、胃平滑肌肉瘤等恶性肿瘤,均与胃癌一样可以是消化道出血的原因,出血表现也相似。

5. 应激性溃疡 是指某些急性疾病过程中象:烧伤、手术后、败血症、休克、尿毒症、呼吸衰竭等,发生胃或其它上消化道部位粘膜糜烂及溃疡,是引起消化道出血的常见原因之一。因此,在消化道出血前数天至一周左右时间内,都有上述

病因存在。本病将在第二部分中作详细介绍。

6. 胃息肉及其它良性肿瘤 胃息肉是一种最常见的良性上皮腺瘤。胃窦部多见。大多为单个的,而多发性息肉罕见。息肉可糜烂甚至出血,但一般出血量小,可以自然止血。近半数胃息肉会恶性变,所以一旦遇有消化道出血追溯到胃息肉病因时,都应当立即经纤维胃镜将其摘除。胃息肉可因其有蒂无蒂分为两类,一般说来,有蒂型胃息肉更易发生糜烂出血。胃平滑肌瘤主要位于胃体部,特别易于出血,但出血量一般不大。长期慢性出血会导致贫血。其它良性肿瘤如:脂肪瘤、纤维瘤、血管瘤、神经瘤及异位胰腺等。以血管瘤最易发生出血,其次为胃内异位胰腺,但出血量有时很大,病势凶险。

7. 胃粘膜脱垂 系幽门前庭过于松弛的胃粘膜,经幽门管脱入十二指肠,会有半数左右发生急性消化道出血。大多数出血量不大,一般以呕血为常见,少数仅有便血。

8. 胃动脉硬化 老年全身动脉硬化时,会伴有胃动脉硬化,当进食粗糙食物、刺激性药物、饮酒等诱因存在时,可发生急性上消化道出血。

9. 术后胃 胃手术后近期发生吻合口破裂出血,是缝合线断开所致,而吻合口溃疡出血则是胃空肠吻合术后的一种严重并发症,出血较严重。因此,胃手术后发生呕血、黑便时,更应当引起重视。

10. 十二指肠溃疡 这也是最常见的消化道出血病因。占 19.2%~47.5%,与胃溃疡一起,共占消化道出血的 80%~90%。十二指肠溃疡出血比胃溃疡出血发生率高两倍,出血量大,复发出血也多见,但血便多于呕血。

11. 十二指肠炎 慢性十二指肠炎常与胃炎同时存在,但是很少发生出血。除非有广泛的十二指肠糜烂时,才会有出

血发生。出血时,内镜检查可见到渗血和粘膜水肿。

12. 十二指肠憩室 病变绝大多数发生在十二指肠降段内侧。憩室炎是出血的原因。但是一般说来憩室很少发生出血。除非憩室接近血管,会有严重大出血外,大多出血量不大。

13. 十二指肠癌和其它肿瘤 总起来说,十二指肠肿瘤发生率极低,但十二指肠癌占整个小肠癌肿的近一半,虽然十二指肠癌大都会出血,但它是消化道出血的罕见病因。

(三) 小肠疾病

1. 肠系膜血管血栓形成或栓塞 除了便血以外,常伴有突发性肠绞痛。病因大多为动脉硬化。此外也可起于真性红细胞增多症、血小板增多症或主动脉造影术后。

2. 小肠血管瘤

(1) 良性肿瘤:主要有平滑肌瘤、脂肪瘤、腺瘤及血管瘤等。可呈息肉样、斑块状或环状生长。肿瘤可以引起肠梗阻。小肠良性肿瘤很少见,肿瘤破裂引起消化道出血也不常见。

(2) 恶性肿瘤:小肠肿瘤多数是恶性肿瘤,主要为腺瘤和淋巴瘤以及平滑肌肉瘤、恶性血管病等。主要的症状是腹痛和消化道出血。慢性失血及贫血常是主要表现。大便潜血持续阳性。以往诊断十分困难,晚期手术死亡率高,5年存活率仅20%~30%。现在,位于胃、十二指肠或者结肠的肿瘤,经X线较易诊断,而位于小肠的病变则需要使用小肠纤维内视镜进行检查,但由于操作难度较大,目前大都采用肠系膜血管造影术检查。该技术对发现小肠肿瘤很有帮助。因此,近年来早期诊断和手术治疗的病例增加。

3. 空肠憩室 多发生于十二指肠。这是由于肠壁软弱,而且肠壁肌层呈退行性改变。憩室好发在 Vater 壶腹周围。憩

室大多为单个,大小差异较大,最小的 $0.5 \times 1.0\text{cm}$,大的或超过 $7.5 \times 10\text{cm}$ 。由于憩室颈部一般狭小,常有潴留物于其中,故引起炎症,进而发生溃疡和出血,甚至坏死和穿孔。憩室内的粘膜糜烂和溃疡如侵蚀到小动脉,可以引起大出血。临床表现为柏油样便,便血,也可以发生呕血,纤维十二指肠镜检查常可发现十二指肠憩室,因其绝大多数距离 Vater 氏壶腹 2.5cm 以内。X 线钡剂检查可以见凸出腔外的圆形或椭圆形囊状袋影,有时其内有液平。近来,选择性肠系膜上动脉造影检查,可以在出血血管显示出造影剂外溢。

4. 急性出血性坏死性小肠炎 病变主要发生于空肠上段。急性腹泻、腹痛、血便和脓毒血症是其特点。大便早期为黄色水样便,继而出现暗红色或鲜红色糊状血便。出血常严重甚至休克。1~2 天内即有毒血症表现。病因可能与过敏与细菌感染有关。

5. 肠结核 当病变部位侵蚀大血管时,临床上可发生相当大量的血便。

6. 肠套叠 这是小儿消化道出血的常见病因。几无例外地出现腹痛,约有 60% 发生便血。血便量少,色泽鲜红,带有粘液,血与大便不相混淆。成人肠套叠大多为继发性。四个主要特点是:腹痛,呕吐,便血与粘液,以及腹部肿块。钡灌肠检查可见有杯状或者螺旋状阴影。

7. 美克尔(Meckel)憩室 即回肠远端憩室炎或溃疡。当憩室发炎、溃疡、出血、穿孔时,常可发生不带粘液的血便。出血量多少不等,常常复发。青年慢性消化道出血,而潜血试验却经常阴性,应当怀疑本病,长的纤维结肠镜检查常可以发现美克尔憩室。

8. 急性肠梗塞 由于肠系膜上动脉血栓形成,二尖瓣狭

窄伴房颤、心肌梗塞等栓子脱落造成栓塞该动脉或肠系膜上静脉血栓形成,可能引起急性肠梗塞。除有严重的腹痛外,呕血和便血是常见症状。应及早诊断并采取手术治疗。如不切除病变肠段及解除阻塞则存活无望。

9. 盲襻综合征 此征是手术或疾病引起肠内容物郁滞,细菌过度繁殖。主要表现为腹泻、贫血和吸收不良。当存在空肠憩室时,可因伴有溃疡而导致发生慢性出血,亦或大出血甚至穿孔。

(四)胆道、胰腺和肝脏疾病

1. 胆道出血 临床特点是黄疸胆绞痛和消化道出血,纤维十二指肠镜检查时可以看到乳头处有血液流出。血管造影可以确定出血的原因和部位(详见第四部分第二节)。

2. 壶腹癌 晚期可因癌肿浸润使壶腹处发生糜烂,引起急性或慢性消化道出血。或因浸润胃、十二指肠继而发生出血。

3. 肝硬变 详见第三部分。

4. 急性胰腺炎 出血坏死性胰腺炎时,由于胰腺坏死病变蔓延至胃、十二指肠或者结肠,可以造成瘘管并发生大量上消化道或下消化道出血。临床表现有剧烈呕吐、呕血、柏油样便,或者呕吐物带有少量血液和大便潜血。

(五)结肠、直肠和肛管疾病

1. 溃疡性结肠炎 本病近半数会出现血便,但是一般说来,出血量都不大。出血为间歇性并伴有粘液,大便次数增多,甚至每天十余次之多

2. 克隆(Crohn)病 为溃疡型病变,多发生在结肠,也可