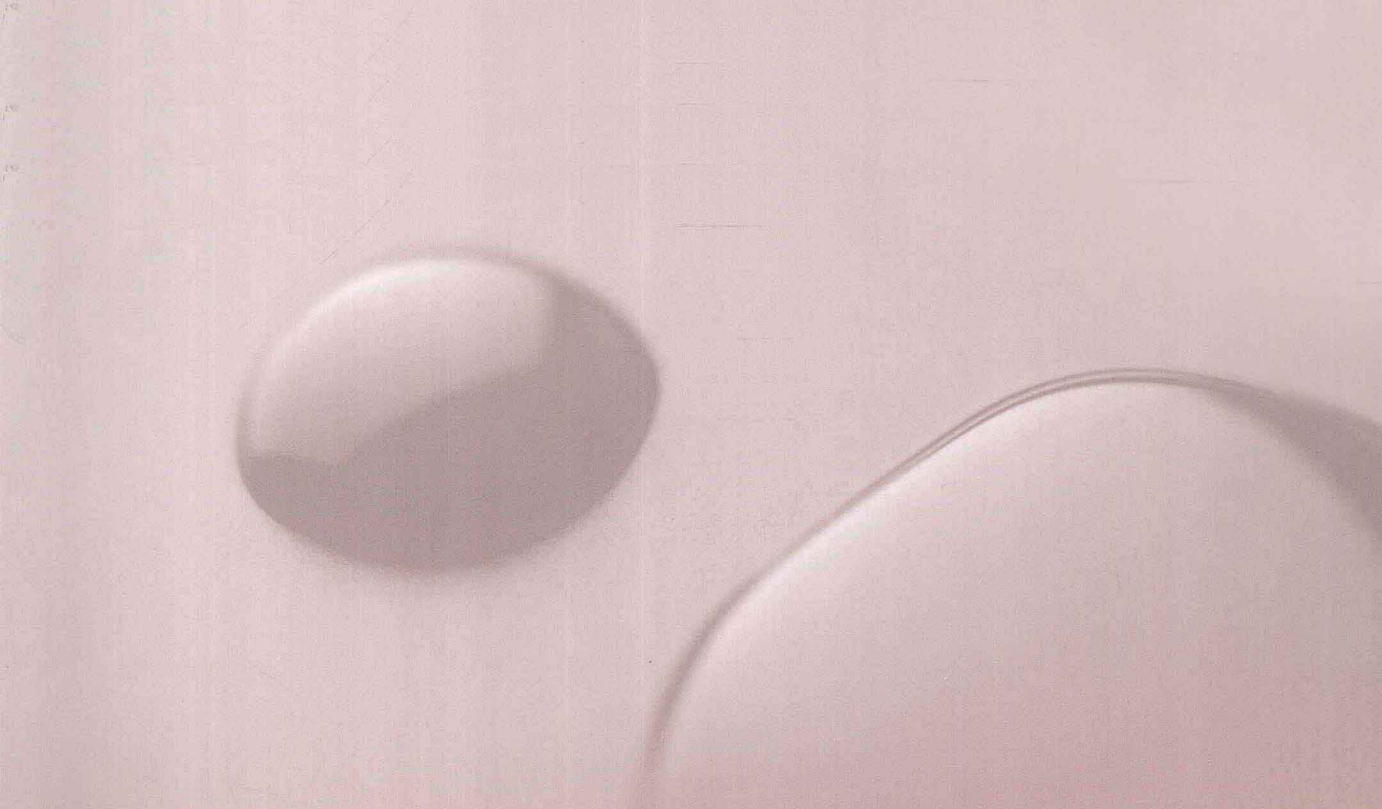




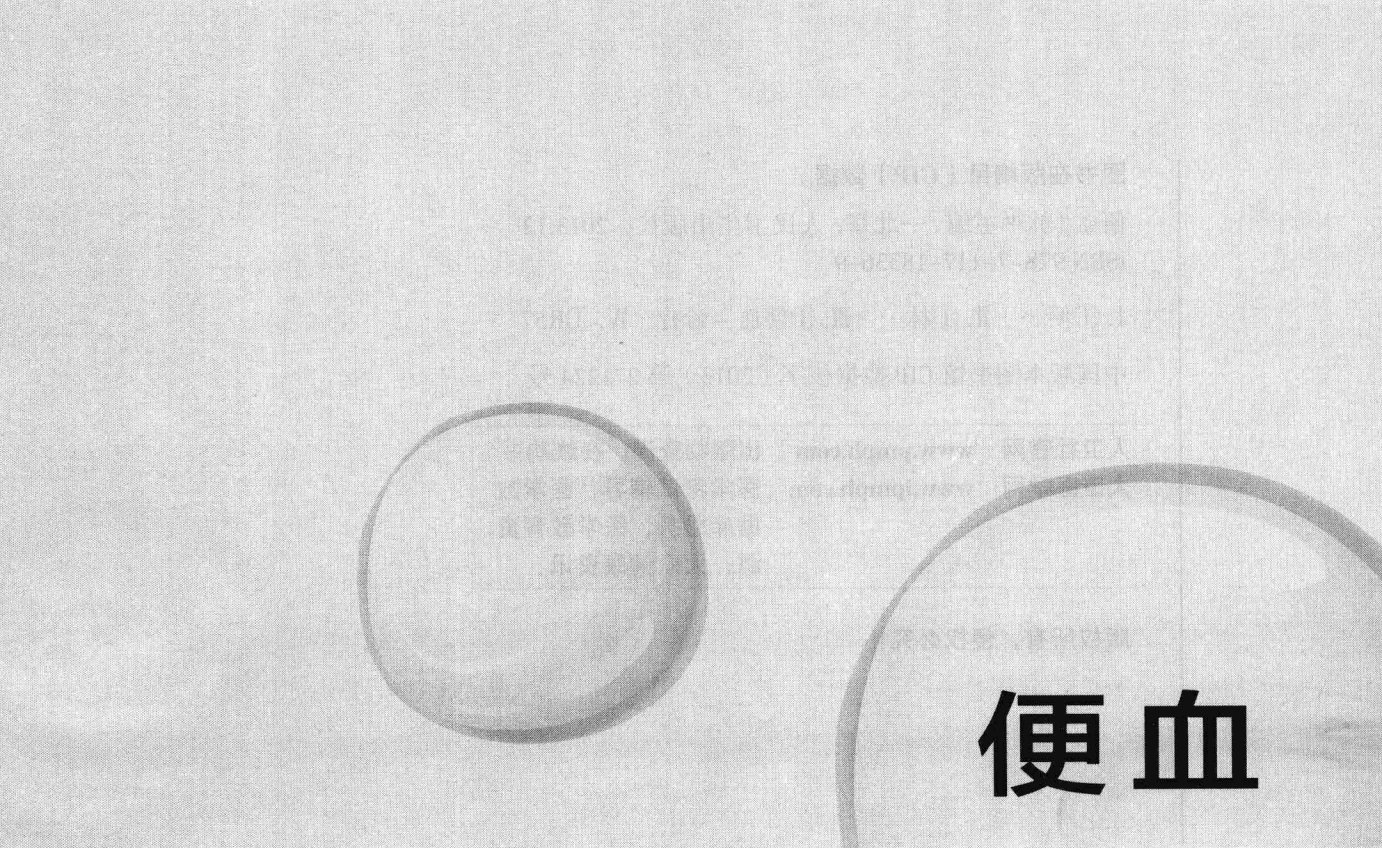
便血

Hematochezia

主编 林琳



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



便血

Hematochezia

主 编 林 琳

副主编 施瑞华 张红杰

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

便血 / 林琳主编. —北京: 人民卫生出版社, 2013.12
ISBN 978-7-117-18336-9

I. ①便… II. ①林… III. ①便血 - 诊疗 IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 271224 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

便 血

主 编: 林 琳

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 9 插页: 8

字 数: 176 千字

版 次: 2013 年 12 月第 1 版 2013 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-18336-9/R · 18337

定 价: 35.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

编者(按姓氏笔画排序)

于莲珍(南京医科大学第一附属医院)
马晶晶(南京医科大学第一附属医院)
王颖(南京医科大学第一附属医院)
叶必星(南京医科大学第一附属医院)
冯亚东(南京医科大学第一附属医院)
朱宏(南京医科大学第一附属医院)
华杰(南京医科大学第一附属医院)
李学良(南京医科大学第一附属医院)
杨树平(南京医科大学第一附属医院)
肖斌(南京医科大学第一附属医院)
张伟峰(南京医科大学第一附属医院)
张红杰(南京医科大学第一附属医院)
张国新(南京医科大学第一附属医院)
林琳(南京医科大学第一附属医院)
施瑞华(南京医科大学第一附属医院)
姜柳琴(南京医科大学第一附属医院)
倪金良(南京医科大学第一附属医院)
徐顺福(南京医科大学第一附属医院)
唐娜娜(南京医科大学第一附属医院)
曹洋(南京医科大学第一附属医院)
蒋建霞(南京医科大学第一附属医院)
焦春花(南京医科大学第一附属医院)

前 言

便血是消化道疾病的重要症状,无论在发达国家还是发展中国家,都是医学院校学生乃至医务工作者必须掌握的临床表现。本书以便血这一症状为主线,对便血的病因、机制、诊断、治疗,乃至内镜下治疗的新理念、新进展做了尽可能详尽的总结与概括,并通过图片实例生动形象地将便血的诊断、鉴别诊断和内镜治疗展示给读者。本书的另一特点是以便血症状为线索,借助病例分析的模式,介绍了便血的诊断思路/步骤、鉴别诊断和治疗。总之,尽可能从多角度、多层次给读者一个实用、完整的临床诊断思维,使读者能够尽快获得所需要的“以便血为主要症状”的消化道疾病诊治要点。

本书为消化系统疾病系列丛书之一,涉及消化道出血的诊治指南/流程以及引起消化道出血的常见病、多发病,可作为国内消化内科医师、消化内镜医师、全科医师、胃肠外科医师以及医学本科生、研究生的实用参考书。

本书由南京医科大学第一附属医院消化内科医师主导编写,参编作者大多具有博士学位,且具有丰富的临床经验。在此谨向为本书编写付出辛勤劳动的各位编者表示衷心的感谢!但由于疾病临床研究不断进展,编者的水平和经验有限,书中疏漏在所难免,不足之处敬请同道批评指正,以便进一步修订完善。

南京医科大学第一附属医院消化科

林 琳

2013年12月

目 录

第一部分 总 论

第一章 便血概述	2
第一节 便血的定义及发病机制	2
第二节 引起便血的疾病	3
第三节 便血的诊断与鉴别诊断思路	5
第二章 消化道出血的危重评估及处理	8
第一节 消化道出血的评估	8
第二节 实验室评估	11
第三节 出血持续与出血停止的指标	14
第四节 消化道出血的处理	16
第三章 便血的治疗学	19
第一节 药物治疗	19
第二节 内镜治疗	36

第二部分 各 论

第四章 引起便血的下消化道常见疾病诊断与鉴别诊断	48
第一节 肛管疾病	48
第二节 直肠疾病	50
第三节 结肠疾病	54
第四节 小肠疾病	65
第五章 引起便血的上消化道常见疾病诊断与鉴别诊断	82
第一节 食管疾病	82
第二节 胃十二指肠疾病	91



第三节 胆胰疾病	96
第六章 引起便血的全身性疾病诊断与鉴别诊断	99
第一节 血液系统疾病	99
第二节 传染性疾病	105
第三节 遗传性出血性毛细血管扩张症	108
第四节 白塞病	111
第七章 腹腔内血管疾病诊断与鉴别诊断	116
第一节 缺血性结肠炎	116
第二节 急性门静脉血栓形成	121
第八章 病例分析	131
索引	137

第一部分

总 论

第一章

便血概述

第一节 便血的定义及发病机制

一、便血的定义

便血(hematochezia)指因消化道出血,血液经肛门排出。便血可因出血部位不同、出血量多少及血液在肠腔内停留时间的长短而呈现鲜红、暗红或黑色。少量出血时粪便颜色可无肉眼可见的改变,须经隐血试验才能确定,称为隐血。

二、发病机制

(一) 下消化道疾病

1. 肠道炎症性疾病 当发生微生物感染或炎症性肠病时,各种细胞因子、炎症介质的释放,造成肠道上皮结构及功能的损伤,导致不同部位肠黏膜充血、水肿、隐窝脓肿形成。持续的上皮损伤将导致溃疡形成,使毛细血管及毛细淋巴管的通透性增加、小血管破裂,最终出现临床可见的脓血便、血水便,甚至鲜血便。

2. 肠道肿瘤 恶性肿瘤如结肠癌、直肠癌、小肠恶性淋巴瘤等因癌变组织坏死、破溃或侵及血管而发生血便。良性肿瘤如小肠血管瘤感染、破裂可引起急性大出血。

3. 肠憩室 肠道憩室出血多与周边小血管有关,发生憩室炎或憩室内溃疡时,可使憩室壁血管破裂出血,且多为动脉破裂出血;此外,憩室内细菌过度繁殖致肠功能紊乱,肠蠕动亢进亦可损伤憩室内黏膜造成出血。

4. 缺血性结肠炎 机械性因素(如肠梗阻、肠套叠等)、肠系膜动脉栓塞、低灌注等均可导致缺血性结肠炎。病变轻者结肠缺血仅累及黏膜和黏膜下层,黏膜水肿,溃疡形成,侵及小血管时可发生出血;重者则出现程度不等的肠组织坏死、黏膜剥脱、出血。

5. 肠道血管发育不良及动静脉畸形 其病理变化主要是肠道黏膜层、黏膜下层内有大量扩张、增粗的血管,管壁厚薄不均,扩张血管多为静脉和毛细血管。由于病变周边肠道局部黏膜缺血,形成糜烂、坏死和浅溃疡,以及畸形血管裸露,

最终引起大量血性液体渗出、血管破裂而表现为血便。

6. 肛管疾病 痔的症状主要是出血。痔形成的机制之一是血流动力学理论,即痔与肛垫内动静脉吻合微循环系统调节障碍。在腹内压增高等因素刺激下,毛细血管前括约肌痉挛,动静脉吻合支突然开放,导致痔静脉丛内血流量骤增、扩张充血。但由于此时毛细血管关闭,动脉血经动静脉吻合支直接流入静脉,造成组织缺氧,更加重了吻合支的扩张,导致静脉血液淤滞、组织水肿、血栓形成,周围组织营养缺乏,于是出现局部性坏死、糜烂、出血。由于痔静脉内含有来自吻合支的大量动脉血,因此痔血多为鲜红色。在排便时,粪块的直接摩擦也可致痔破裂出血,多表现为血液黏附于粪便表面或于排便后有鲜血滴出或喷射出。

肛裂所致的便血,主要由排便时造成肛管损伤,撕裂血管所致,其出血量与血管破裂程度相关。

7. 非甾体类抗炎药(non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) NSAIDs的副作用不仅可发生在上消化道,同样也可导致结肠炎、加重炎症性肠病。高浓度 NSAIDs 可直接对小肠上皮造成损伤,改变其通透性。NSAIDs 还可抑制前列腺素合成,使肠道失去保护因子,对损伤因素更加敏感,引起肠黏膜糜烂出血。

(二) 上消化道疾病

能够引起呕血的疾病均可发生便血,以消化性溃疡、食管-胃底静脉曲张、肿瘤常见。上消化道出血时,血液在肠腔内停留时间较长,因红细胞遭到破坏,释放出的血红蛋白在肠道内与硫化物结合形成硫化亚铁,使粪便呈现黑色,由于附着肠道分泌的黏液而发亮,因此又称为柏油样便。

(三) 全身性疾病

血友病、白血病等血液病或重症肝炎、败血症等,由于凝血机制障碍而导致便血。但在这些疾病中,便血仅为全身出血的一部分,便血的同时常伴有身体其他部位的出血现象。

第二节 引起便血的疾病

便血的原因很多,多为胃肠道本身病变所致,也可因邻近器官病变或全身性疾病累及胃肠道所致。因出血量和出血部位不同,血便的表现也不同,如黑粪常提示上消化道出血,右半结肠出血多为暗红色,左半结肠及直肠出血多为鲜红色。现将引起便血的病因按消化道解剖位置归纳如下。

一、下消化道疾病

1. 肛管疾病 痔、肛裂、肛瘘、直肠脱垂损伤、直肠血管曲张破裂出血等。

2. 直肠疾病 直肠损伤、非特异性直肠炎、结核性直肠溃疡、息肉、克罗恩病、腺瘤、直肠癌、类癌、乳头状瘤、直肠海绵状血管瘤、放射性直肠炎、邻近部位

的肿瘤或脓肿破溃入直肠等。

3. 结肠疾病 溃疡性结肠炎、结肠癌、结肠息肉、结肠腺瘤、肠套叠、肠伤寒、菌痢及其他细菌性肠炎、寄生虫感染如阿米巴肠炎、吻合口溃疡、机械性黏膜撕裂等。

4. 小肠疾病 克罗恩病、憩室、肿瘤、肠套叠、息肉、海绵状血管瘤、溃疡、结核、急性出血性坏死性肠炎、肠扭转等。40岁以下的患者以小肠肿瘤、Meckel憩室、杜氏病、克罗恩病多发。40岁以上者多见于血管畸形、NSAIDs相关的小肠疾病。急性出血性坏死性肠炎、肠套叠、肠扭转也可引起便血。

二、上消化道疾病

1. 食管疾病 食管炎(反流性食管炎、食管憩室炎)、食管肿瘤、食管溃疡、食管贲门黏膜撕裂综合征、食管裂孔疝、食管损伤(机械性损伤、放射性损伤、化学物质损伤)等。

2. 胃十二指肠疾病 消化性溃疡、胃泌素瘤(Zollinger-Ellison综合征)、急性糜烂出血性胃炎(包括药物性胃炎)、胃癌、胃血管异常(血管瘤、动静脉畸形、胃黏膜下恒径动脉破裂又称Dieulafoy病变等)、其他肿瘤(平滑肌瘤、平滑肌肉瘤、息肉、淋巴瘤、神经纤维瘤)、胃黏膜脱垂、急性胃扩张、胃扭转、膈裂孔疝、十二指肠憩室炎、急性糜烂性十二指肠炎、胃手术后病变(吻合口溃疡、吻合口或残胃黏膜糜烂、残胃癌)、其他病变(重度钩虫病、胃血吸虫病、胃或十二指肠克罗恩病、胃或十二指肠结核、嗜酸性胃肠炎、胃或十二指肠异位胰腺组织等),以及内镜诊断、治疗操作后引起的损伤。

3. 门静脉高压引起的食管胃底静脉曲张破裂、门脉高压性胃病 有呕血表现。

4. 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、胆囊或胆管癌、术后胆总管引流管造成的胆道受压坏死、肝癌、肝脓肿或肝血管病变破裂出血,血液由十二指肠乳头流入肠道。

(2) 胰腺疾病累及十二指肠:胰腺癌、胰腺囊肿出血破裂、重症胰腺炎、胰腺脓肿等。

(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。

三、引起便血的全身性疾病

1. 血液系统疾病 白血病、再生障碍性贫血、血友病、血小板减少性紫癜、弥散性血管内凝血以及其他凝血机制障碍等。

2. 血管性疾病 过敏性紫癜、遗传性出血性毛细血管扩张症(Rendu-Osler-Weber病)、弹性假黄瘤(Gronblad-Strandberg综合征)、动脉粥样硬化等。

3. 传染性疾病 流行性出血热、钩端螺旋体病、蛔虫病、巨细胞病毒感染、败血症等。

4. 结缔组织病 结节性多动脉炎、系统性红斑狼疮或其他血管炎。

5. 应激相关胃黏膜损伤(stress-related gastric mucosal injury) 各种严重疾病引起的应激状态下产生的急性糜烂出血性胃炎乃至溃疡形成统称为应激相关胃黏膜损伤,可发生出血。

四、引起便血的腹腔内血管疾病

1. 缺血性结肠炎。

2. 急性门静脉血栓形成、肝静脉阻塞(Budd-Chiari 综合征)。

第三节 便血的诊断与鉴别诊断思路

一、病史的采集

1. 病因和诱因 近期有无刺激性饮食、进食生冷或不洁/不规律饮食,有无服药史。

2. 便血颜色 便血的颜色及其与大便的关系可以帮助推测出血的部位、速度及可能的病因。如附着于大便表面的鲜血一般提示直肠或肛管病变,最多见于痔疮、肛裂或直肠肿瘤伴出血;柏油样黑便往往提示上消化道出血,或是近端肠道出血且出血速度较慢。

3. 便血的量 可以作为估计失血量的参考。但是由于粪便量的影响,需结合全身反应才能准确估计失血量。

4. 伴随症状 不同的伴随症状对出血原因有重要提示作用。如伴慢性周期性上腹痛或空腹痛见于消化性溃疡;伴黄疸或上腹绞痛应考虑胆道系统出血;伴脓血便可见于细菌性痢疾、阿米巴痢疾或溃疡性结肠炎等;伴里急后重提示为肛门、直肠疾病,见于痢疾、各种病因导致的直肠炎及直肠癌;伴发热常提示败血症、流行性出血热、钩端螺旋体病等传染性疾病或肠道淋巴瘤、白血病等恶性肿瘤;伴全身出血者多为各种原因所致的凝血机制障碍。

5. 患者的一般情况变化 如是否有口渴、头晕、黑蒙、心悸、出汗等症状,以及卧位变坐位或立位时,是否出现心悸甚至晕厥。这些症状可以帮助判断有效血容量丢失情况。

6. 既往史 过去是否有上腹疼痛、腹泻史,有无肛裂、痔疮史,有无肝病和长期用药史,如非甾体类抗炎药或抗凝药物等,并注意药名、剂量及反应等,还需询问有无胃肠手术史。

二、体格检查

1. 肛门指检 肛门指检在胃肠道疾病诊断中具有重要意义,对便血的患者

更是必要。肛管和近肛门的直肠病变可通过指检发现。

2. 腹部检查

(1) 腹部外形:腹壁见静脉曲张注意门脉高压性胃病等相关疾病导致便血;胃肠型和蠕动波可提示肠梗阻等。

(2) 腹部触诊:触诊时发现腹部包块应注意大小、外形、表面情况、硬度、活动情况、触痛及搏动感,可能提示肠道肿瘤、肠结核、克罗恩病等所导致便血;右上腹压痛或反跳痛可见于胆道疾病等。

(3) 腹部叩诊:注意有无移动性浊音存在,肠结核、肠道肿瘤等可能出现腹水。

(4) 腹部听诊:当胃肠道大量出血时,可闻及活跃肠鸣音。

3. 全身体检 血压、心率和四肢温度有助于判断失血量;皮肤黏膜有无黄疸、皮疹、紫癜、毛细血管扩张,浅表淋巴结有无肿大,有助于鉴别便血的原因。

三、实验室检查

1. 粪常规 红细胞、白细胞、黏液、寄生虫卵、阿米巴滋养体。

2. 隐血试验 每日消化道出血大于 5~10ml,则粪便隐血试验出现阳性。目前常用免疫法,可排除进食引起的黑便,如动物血、炭粉、铁剂、铋剂、中药等。

3. 血常规 血红蛋白浓度、红细胞计数、血细胞比容、网织红细胞计数,有助于判断失血量及出血是否停止。

4. 其他实验室检查 疑似伤寒者做血培养及肥达试验,疑似结核病者做结核菌素试验,疑似血液系统疾病者应进行凝血功能等相关检查。

四、特殊检查

1. 内镜检查 结肠镜是诊断结直肠及回肠末端病变的首选检查方法。胃十二指肠镜是诊断上消化道病变的首选方法。敏感性高,可发现活动性出血,结合病理检查可判断病变的性质。

2. X线钡剂造影 X线钡剂灌肠用于诊断结直肠、回盲部和阑尾病变。但对较平坦的病变、广泛而轻度炎症性病变容易漏诊,无法进行病理活检确定病变的性质。因此,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,已作结肠镜全结肠检查的患者一般可不再行X线钡剂灌肠检查。X线钡餐检查通过口服钡剂分段观察消化道病变,敏感性低。小肠钡灌可提高小肠病变阳性诊断率,但难度较大。

3. 放射性核素扫描或选择性腹腔动脉造影 必须在活动性出血时进行,用于内镜检查和X线造影无法确定出血来源时。放射性核素扫描可用于出血速度大于 0.1ml/min 时,但存在假阳性可能,只用于初步出血定位。持续大量出血(大于 0.5ml/min)时宜行选择性腹腔动脉造影,有比较准确的定位价值。

4. 胶囊内镜或双气囊小肠镜检查 适用于常规内镜检查和X线检查不能

确定出血来源时,出血活动期或静止期均可进行。

5. 手术探查 各种检查均不能明确出血灶且持续大出血危及患者生命时,应进行手术探查。

五、诊断流程

根据症状特点、查体、实验室检查、内镜检查,必要时配合 X 线钡剂造影,多数便血(95% 的活动性出血)可确定病因。

不明原因的消化道出血一般指常规消化道内镜检查不能确定出血来源的持续或反复消化道出血,多为小肠出血,是消化道出血诊断的难点。其诊断流程为:①出血停止期先行小肠钡剂检查;②出血活动期可根据出血量及医疗条件选用放射性核素扫描或(和)选择性腹腔动脉造影;③小肠钡剂、放射性核素扫描或选择性腹腔动脉造影检查仍不能确定出血来源时,可选用胶囊内镜或(和)双气囊小肠镜检查;④出血不止危及生命时应立即行手术探查,探查时可借助术中内镜检查帮助寻找微小出血病灶。

(林琳 姜柳琴)

参考文献

1. 萧树东,许国铭. 中华胃肠病学. 北京:人民卫生出版社,2008.
2. Karen E Kim. Acute gastrointestinal bleeding: diagnosis and treatment. Clifton: Humana Press, 2003.
3. Feldman M, Scharschmidt B, Sleisenger M. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1998.
4. Pardi DS, Loftus EV Jr, Tremaine WJ, et al. Acute major gastrointestinal hemorrhage in inflammatory bowel disease. Gastrointest Endosc, 1999, 49: 153-157.
5. Pounder DJ, Rowland R, Pieterse AS, et al. Angiodysplasias of the colon. J Clin Pathol, 1982, 35 (8): 824-829.
6. Thulesius O, Gjores JE. Arterio-venous anastomosis in the anal region with reference to pathogenesis and treatment of hemorrhoids. Acta Chir Scand, 1973, 139: 476-478.
7. Bjarnason I, Hayllar J, MacPherson AJ, et al. Side effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the small and large intestine in humans. Gastroenterology, 1993, 104: 1832-1847.
8. Singaram C, Torbey CF, Jacoby RF. Delayed postpolypectomy bleeding. Am J Gastroenterol, 1995, 90: 146-147.
9. 陈灏珠,林果为. 实用内科学. 第 13 版. 北京:人民卫生出版社,2009.
10. 林三仁. 实用临床消化病学. 北京:科学技术文献出版社,2007.
11. 徐芸,冯百岁,褚燕君,等. 消化病学理论与实践. 郑州:郑州大学出版社,2001.
12. 陈文彬. 诊断学. 北京:人民卫生出版社,2002.
13. 陆再英,钟南山. 内科学. 第 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008.
14. Goldman L, Ausiello D. 西氏内科学. 第 20 版. 王贤才,译. 西安:世界图书出版西安公司, 1999.

第二章

消化道出血的危重评估及处理

第一节 消化道出血的评估

一、消化道出血的识别

消化道出血引起的呕血和便血、黑便,首先应排除口腔和鼻腔出血及咯血。是否由于鼻出血、拔牙或扁桃体切除而咽下血液所致;或是由肺结核、支气管扩张、支气管肺癌、二尖瓣狭窄所致的咯血;另外,口服禽畜血液、骨炭、铋剂、铁剂和某些中药也可引起粪便发黑。

消化道大量出血在短期内即可出现急性周围循环衰竭征象。如同时有呕血或便血出现,则诊断消化道出血并不难,但部分急性消化道出血患者早期并无呕血或便血,仅表现为软弱、乏力、苍白、心悸、脉搏细数、出冷汗、血压下降、晕倒等休克或休克前期症状,须经相当时间才能排出暗红色或柏油样黑便,此时诊断较为困难。在此情况下,应认真考虑分析,排除其他各种病因所致的中毒性休克、过敏性休克、心源性休克或急性出血坏死性胰腺炎;亦应和其他出血性休克包括子宫异位妊娠破裂、自发性或创伤性脾破裂、动脉瘤破裂等引起的内出血相鉴别。此时如能及时进行消化道内镜检查、插胃管检查胃内容物和直肠指检,发现存有尚未排出的血便,则有助于早期诊断。

二、出血部位的评估

根据出血部位可分为上消化道出血和下消化道出血。上消化道出血是指屈氏韧带以上的消化道,包括食管、胃、十二指肠或胰、胆等病变引起的出血,胃空肠吻合术后的空肠病变出血亦属这一范围;下消化道出血为屈氏韧带以下的肠道出血。判断上、下消化道出血可根据出血方式、血便颜色、大便性状、伴随症状和既往病史几个方面,包括:①出血方式:呕血伴有便血,提示上消化道出血;单纯便血者提示下消化道出血。②血便颜色:颜色越深,出血部位越高。黑便、柏油样便及隐血便多提示上消化道出血;而暗红色特别是鲜红色血便多为下消化道出血。③大便性状:血量多、粪质少、血与粪便均匀混合者,多为上消化道出

血;而血液附在粪便表面或大便时滴血者为下消化道出血。④伴随症状:便血伴有急性上腹痛或节律性上腹疼痛、烧心、反酸者,多为上消化道出血;便血伴有急性下腹痛、脐周痛或里急后重者,多为下消化道出血。⑤既往病史:既往有消化性溃疡病、胃炎及肝病史者,提示上消化道出血。

三、出血病因的评估

根据病史、症状、体征和实验室检查,包括血常规、肝功能、生化、凝血三项、腹部B超等,评估出血的病因。上消化道出血中,消化性溃疡有慢性、周期性、节律性上腹痛表现,特别是有出血前疼痛加剧、出血后减轻等特点;急性胃黏膜损害患者常有服用非甾体类抗炎药物史、酗酒,或有应激状态的病史;中老年人近期出现上腹部疼痛,伴有体重减轻、厌食和不明原因的持续黑便史,提示有胃癌的可能;患者既往有肝病史、血吸虫病、慢性酒精中毒等,并且有门脉高压的临床表现,提示食管-胃底静脉曲张破裂出血。下消化道出血中,老年患者以大肠癌、结肠血管扩张、缺血性肠病多见;儿童则以 Meckel 憩室、幼年性息肉、感染性肠炎、血液病多见;结核病、血吸虫病、腹部放疗史可引起相应的肠道疾病;动脉硬化、口服避孕药可引起缺血性肠病;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;伴不完全肠梗阻症状常见于克罗恩病、肠结核、肠套叠、大肠癌;伴有发热可见于肠道炎症性病变,或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所引起的肠道出血;不伴有明显腹痛的消化道出血多见于息肉、未引起肠梗阻的肿瘤、无合并感染的憩室和血管病变;60岁以上有冠心病、心房颤动病史的腹痛及便血者,缺血性肠病的可能性大;突然腹痛、休克、便血者要考虑动脉瘤破裂的可能;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道蛔虫病等。

四、出血量的评估

根据患者呕血、便血量可粗略判断出血量,主要根据血容量减少所致周围循环衰竭的临床表现,特别是对血压、脉搏的动态观察,或根据红细胞计数,血红蛋白及血细胞压积测定来估计失血的程度。上消化道出血的严重程度根据出血量评估分为轻度出血、中度出血及重度出血,分别为 $<500\text{ml}$ 、 $500\sim 1000\text{ml}$ 和 $>1500\text{ml}$ 。大量出血是指出血量在 1000ml 以上或血容量减少20%以上,此时急需输血纠正。食管-胃底静脉曲张出血早期再出血指出血控制后72小时至6周内出现活动性出血;迟发性再出血指出血控制6周后出现活动性出血。

(一) 一般状况

失血量少,在 400ml 以下,血容量轻度减少,可由组织液及脾贮血所补偿,循环血量在1小时内即得到改善,故可无自觉症状;当出现头晕、心慌、冷汗、乏力、口干等症状时,表示急性失血在 400ml 以上;如果有晕厥、四肢冰凉、尿少、烦躁

不安时,表示出血量大,失血至少在 1200ml 以上;若出血仍然继续,除晕厥外,尚有气短、无尿,此时急性失血已达 2000ml 以上。

(二) 呕血、便血的颜色和量

根据呕血、便血的颜色和量可粗略判断失血量。一般每日消化道出血 5~10ml 以上,粪便隐血试验出现阳性;上消化道出血之后均有黑便,不一定有呕血。若病变部位在幽门以上,并且胃内储血量在 250~300ml 可引起呕血,呕出的血液常呈棕褐色或咖啡色,是由于血红蛋白被胃酸分解为高铁血红蛋白所致。每日出血量在 50~100ml 可出现黑便,黑便呈柏油样、黏稠而发亮;出血量大时大便可呈暗红色或鲜红色;若为鲜红色或伴有血块者提示出血量大或为下消化道出血。如出血量不超过 400ml,由于轻度的血容量减少可很快被组织液和脾脏的贮血所补充,一般不引起全身症状;如在呕血、血便的同时伴有心律增快、血压下降,出血量多达 500~800ml;发生休克时,出血量常大于每次 800ml。单纯以呕血、便血的数量作为估计失血量的资料,往往不太精确,因为呕血与便血常分别混有胃内容与粪便,而且部分血液尚贮留在胃肠道内,仍未排出体外,不便计算出血量。

(三) 发热

大量出血后,多数患者在 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、周围循环衰竭、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意寻找其他因素,例如有无并发肺炎等。

(四) 脉搏

脉搏的改变是失血程度的重要指标。急性消化道出血时血容量锐减,最初的机体代偿功能是心率加快,小血管反射性痉挛,使肝、脾、皮肤血窦内的储血进入循环,增加回心血量,调整体内有效循环血量,以保证心、肾、脑等重要器官的供血。一旦由于失血量过大,机体代偿功能不足以维持有效血容量,就可能进入休克状态。所以,当大量出血时,脉搏快而弱(或脉细弱),脉搏每分钟增至 100~120 次以上,失血估计为 800~1600ml;脉搏细微,甚至扪不清时,失血已达 1600ml 以上。有些患者出血后,在平卧时脉搏、血压都可接近正常,但让患者坐或半卧位时,脉搏会马上增快,出现头晕、冷汗,表示失血量大。如果经改变体位无上述变化,测中心静脉压又正常,则可以排除有大出血。

(五) 血压

血压的变化同脉搏一样,是估计失血量的可靠指标。当急性失血 800ml 以上时(占总血量的 20%),收缩压可正常,尽管此时血压尚正常,但已进入休克早期,应密切观察血压的动态改变;急性失血 800~1600ml 时(占总血量的 20%~40%),收缩压可降至 9.33~10.67kPa (70~80mmHg),脉压小;急性失血 1600ml 以上时(占总血量的 40%),收缩压可降至 6.67~9.33kPa (50~70mmHg);更严重的出血,血压可降至 0。有时,一些有严重消化道出血的患者,胃肠道内