

文章编号:1005-6947(2006)09-0643-02

· 述评 ·

# 努力提高上消化道急性大出血的诊治水平

陈道达

(华中科技大学同济医学院附属协和医院 外科, 湖北 武汉 430022)

**关键词:** 消化道出血/诊断; 消化道出血/治疗

**中图分类号:** R573.2      **文献标识码:** A

消化道出血是临床上常见的症状。上消化道出血包括食管、胃、十二指肠、肝、空肠上段以及胆道、胰病变的出血。消化道出血的临床表现为呕血或便血,按出血量可分为隐性出血、显性出血和大出血。出血量 < 50 mL,大便为稀黑色的柏油样称显性出血。如果成人1次失血在800 mL以上,超过全身总血量的20%时,即可出现急性周围循环改变甚至休克称大出血。上消化道大出血的临床病死率与病因误诊率目前仍然较高,分别约在10%与20%以上,必须引起重视。上消化道大出血病因很多,是一种需要紧急处理的常见疾病,病情危急、凶险,需要尽快作出病因和出血部位判断和及时处理。否则,可危及生命。

如为呕血或典型柏油状大便,多为上消化道出血,纤维胃镜为诊治上消化道出血首选。上消化道出血的病因主要是消化性溃疡,食管静脉曲张,胃黏膜病变及胃肿瘤等。90%的患者可在胃镜直接观察下明确出血部位和出血原因,还可经胃镜进行治疗,如食管静脉曲张作套扎或硬化注射的急诊止血率可达80%~100%。胃镜下可将溃疡分3级(Forrest氏分级):Ia级,见溃疡面喷血;Ib级,溃疡面渗血;IIa级,溃疡面有裸露血管;IIb级,溃疡面有凝血块附着;III级,溃疡基底有白苔面,无活动性出血征。胃镜见Ia, Ib, IIa, IIb级中任一项表现,即可确定为此次出血的原因及部位。消化性溃疡

与非甾体类抗炎药相关溃疡出血在胃镜下的区别是,前者多为有慢性弥漫性胃炎背景的十二指肠溃疡,后者是没有慢性胃炎背景的胃溃疡。胃镜诊断的同时可进行内镜下治疗(双极电凝、电灼、热探头、激光、局部出血灶喷射止血剂或行药物注射等),可取得满意止血效果,且安全、方法简单,并发症少于1%,病死率0.1%。虽然有的患者经过这些治疗后可以再出血,但是,经过以上处理后既明确了诊断,也赢得了纠正患者的病理生理改变与进一步诊治的时间。因此,对上消化道急性大出血的患者均宜争取在24h内进行急诊胃镜检查,检查距出血时间越近,诊断阳性率越高,胃十二指肠内的血块较少,可不必或稍加冲洗即可观察到病变的部位。在补充足够血容量的情况下,有经验的医生可在短期内完成操作,并不增加患者更多的痛苦与危险性。

介入治疗是一项有诊断及治疗双重价值的措施,对常规检查后不能明确出血部位和病因的某些疑难患者可作选择性腹腔动脉或胃左动脉、肝总动脉、胃十二指肠动脉、肠系膜上动脉造影。出血速度达到0.5 mL/min,即可见到造影剂外溢积聚,而显示活动病灶出血部位。血管造影有时还能显示血管畸形等血管性病变、或实质性病变,具有定位或诊断的价值,有助于治疗方案的制定。当明确显示血管出血部位时,可注入钢圈或其它栓塞剂栓塞止血,也可经导管注入血管收缩药物止血。十二指肠溃疡尤其是球部后壁穿透性溃疡侵蚀动脉大出血胃肠吻合口及胃肠间质瘤等相关血管破裂出血

**收稿日期:** 2005-07-16。

**作者简介:** 陈道达,男,湖北赤壁人,华中科技大学同济医学院附属协和医院教授,博士生导师,主要从事胃肠疾病及肛门直肠疾病方面的研究。

**通讯作者:** 陈道达 电话:027-85726494(O)。

等均可介入栓塞治疗止血。

在不能进行胃镜检查时,上消化道 X 线气钡双重对比检查是一种有利于诊断的检查方法。尤其是对食管静脉曲张的诊断。对食管静脉曲张、胃黏膜病变以外的病灶可采用 B 超、螺旋 CT、放射性核素扫描进行检查,有助于判断出血的部位和原因。

用于消化道出血的药物可提高非手术疗法的成功率。当上消化道出血速度较快时,常致胃内有大量血凝块形成,使胃膨胀胃壁不能收缩,不利于细小血管收缩止血,药物也不能直接与病变部位接触,降低了止血效果,而且,胃内酸性环境不利于纤维蛋白凝块的形成,并可加速血凝块的溶解。放置鼻胃管以 0.5% ~ 2.5% 碳酸氢钠溶液、生理盐水等反复冲洗,将胃液及血凝块等冲洗出来,让药物能直接与病变接触。提高胃内 pH,当  $\text{pH} \geq 6.0$ ,胃黏膜出血时间显著缩短;pH 接近中性,可促进血小板聚集和纤维蛋白凝块的形成,避免凝块过早溶解,有利于止血和预防再出血。在同样的全身与局

部用药的情况下,是否加用胃内冲洗,其止血效果有明显的不同。 $\text{H}_2$  受体拮抗剂可抑制胃酸分泌,促进溃疡愈合,但停药胃酸分泌反跳,不能预防溃疡再出血。质子泵抑制药虽对 Ia, Ib 级溃疡出血无效,却能显著减少 IIa, IIb 级溃疡出血患者的再出血。

对上消化道出血患者首先要积极地做好诊断及非手术治疗,不仅可避免手术的盲目性,降低急诊手术率,还可降低手术后并发症的发生率和手术死亡率。

在诊断明确、病情稳定、有准备的条件下择期手术,其安全性、有效性与合理性均优于准备不足、诊断不确定、手术方案不肯定、患者一般状态不佳情况下的急诊手术。急诊剖腹探查不能作为首选的处理方法,当经过必要的诊断和积极的非手术治疗措施之后,如仍不止血,急诊手术探查仍是必要的选择。

## 欢迎订阅 2007 年《中国普通外科杂志》

《中国普通外科杂志》(ISSN 1005-6947/CN43-1213/R)由国家教育部主管,中南大学主办,中南大学湘雅医院承办。国内外公开发行人(国内邮发代号:42-121;国际代码:M6436)。主编吕新生教授,顾问由中国科学院及工程院院士汤钊猷、吴孟超、吴咸中、郑树森、夏家辉、黄志强、裘法祖、黎介寿等十多位国内外著名普通外科专家担任,编委会由全国各地普通外资深专家、学科带头人近 80 人组成。出版周期短,时效性强。以传播现代普外科的新理念、新技术、新方法,以及普通外科领域的理论、实践、基础研究和相关方面的最新进展为宗旨,以开展国内外学术交流,促进普通外科学科发展为己任,服务于普外临床、教学、科研工作者。

《中国普通外科杂志》为中国科技论文核心期刊,设有栏目为述评、专家论坛、专题研究、基础研究、临床研究、综述、简要论著、临床报道、病例报告、病例讨论等,目前本刊已进入多个国内外重要检索系统和数据库,如美国化学文摘(CA),俄罗斯文摘(AJ),中国科技论文与引文数据库,中国学术期刊综合评价数据库,中国期刊网全文数据库,中文科技期刊数据库,中文生物医学期刊文献数据库(CMCC),万方数据-数字化期刊群,中国生物医学期刊光盘版等。创刊 15 年,多次获奖,2004 年获全国高校优秀科技期刊,2005 年获湖南省十佳科技期刊。

2007 年《中国普通外科杂志》(月刊),国际标准开本(A4),每期 80 页,每月 15 日出版。内芯采用进口亚光铜版纸印刷,封面美观大方。定价 9.50 元/册,全年 114 元。欢迎到全国各地邮局订购,邮发代号:42-121。

编辑部可办理邮购。编辑部地址:湖南省长沙市湘雅路 87 号(湘雅医院内),邮政编码:410008,电话(传真):0731-4327400, E-mail:zpwzcn@gmail.com, jcgxxyh@126.com, 主页: http://www.periodicals.net.cn。