

# 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南

《中华内科杂志》编委会 《中华消化杂志》编委会 《中华消化内镜杂志》编委会

**摘 要:** 文章介绍急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南。

**关键词:** 上消化道出血;非静脉曲张性;急性;指南 中图分类号: R57 文献标识码: A

**文章编号:** 1672-7185(2012)24-0006-04 doi:10.3969/j.issn.1672-7185.2012.24.005

急性非静脉曲张性上消化道出血一直是临床最常见的危重急症,自从2005年《中华内科杂志》编委会组织国内部分著名专家进行多次专题讨论,并于2005年颁布了《急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(草案)》以来,对临床内、外科医师处理消化道出血患者起到了很好的规范和指导作用。4年以来,医疗技术日新月异,随着对本病的病因学、诊断认识的加深和治疗技术的进步,2005年颁布的指南已不能适应目前临床实际工作的需要。有鉴于此,《中华内科杂志》编委会联合《中华消化杂志》、《中华消化内镜杂志》编委会组织国内消化相关领域知名专家再次进行讨论,结合近年来国内外循证医学证据及参考更新的国外指南,

对2005年颁布的指南修订如下。

## 1 定义

急性非静脉曲张性上消化道出血(acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding, ANVUGIB)系指屈氏韧带以上消化道非静脉曲张性疾患引起的出血,包括胰管或胆管的出血和胃空肠吻合术后吻合口附近疾患引起的出血,年发病率为50/10万~150/10万,病死率为6%~10%。

## 2 ANVUGIB的诊断

**2.1 症状及体征** 患者出现呕血和(或)黑便症状,可伴有头晕、面色苍白、心率增快、血压降低等

发展平台方面,卫生部有何考虑?

**答:** 让一流的人才成为医生,鼓励“子承父业”,是医疗服务行业不断提高水平和质量的重要保证。我们要建立健全医患纠纷第三方调解机制和医疗责任保险制度,严厉打击医闹,和谐医患关系。加强正面宣传引导,在全社会形成尊重医学科学、尊重医务人员的社会氛围。

要不断完善全科医生制度和住院医师规范化培训制度,广泛开展医务人员继续教育和岗位培训工作,加强三级医院临床重点专科建设,明显提高医务人员医疗服务水平和能力。最终通过医改使优秀人才向往从医,调动医务人员参与改革的积极性。

**问:** 在公立医院的改革实践中,您有哪些经验和体会?

**答:** 首先,公立医院改革必须紧紧围绕党中央、国务院的决策部署,以实现“人人享有基本医疗卫生服务”为目标,本着“坚持公益性,调动积极性,保障可持续”的原则,着眼于体制创新和机制转换,切实采取有效措施,解决“看病难、看病贵”问题。要在实践中统一思想、凝聚共识,不断探索有中国特色的公立医院改革基本路子。

第二,公立医院改革必须以实事求是的态度尊重医药卫生事业的发展规律,以开拓创新的精神对待地方的改革实践。我们要本着对人民群众高度负责的精神,以科学态度持之以恒地推进改革。三年的改革探索充分证明,中央确定的医改原则和方向是正确的、符合我国国情的,关键是要选择切实可行的实现形式。要鼓励地方的实践探索,坚持把改革创新精神贯彻到公立医院改革的各个环节,不断在制度建设和创新方面迈出新步伐,不断将改革推向前进。

第三,公立医院改革必须充分发挥医务人员的改革主力军作用。只有充分调动医务人员积极性,让医务人员自觉投身改革、主动服务人民,公立医院改革才能收到实效,才能为改革的深化和长效机制的建立奠定基础。

第四,公立医院改革必须从人民群众中挖掘和汲取深化改革的动力。医改是重要的民生工程,需要人民群众的支持与配合。在公立医院改革试点推进的过程中,各地通过公开征求意见,邀请人大代表、政协委员参与调研等形式,集思广益,共同推进改革,也为改革创造了良好的舆论氛围。

(全文完)

周围循环衰竭征象,急性上消化道出血诊断基本可成立。部分患者出血量较大、肠蠕动过快也可出现血便。少数患者仅有周围循环衰竭征象,而无明显出血,此类患者不应漏诊。

**2.2 内镜检查** 无食管胃底静脉曲张并在上消化道发现有出血病灶,ANVUGIB诊断可确立。

**2.3 应避免下列情况误诊为ANVUGIB** 某些口、鼻、咽部或呼吸道病变出血被吞入食管,服某些药物(如铁剂、铋剂等)和食物(如动物血等)引起粪便发黑。对可疑患者可行胃液、呕吐物或粪便隐血试验。

### 3 ANVUGIB的病因诊断

**3.1 ANVUGIB的病因** 多为上消化道病变所致,少数为胆胰疾患引起,其中以消化性溃疡、上消化道肿瘤、应激性溃疡、急慢性上消化道黏膜炎症最为常见。服用非甾体消炎药(NSAIDs)、阿司匹林或其他抗血小板聚集药物也是引起上消化道出血的重要病因。少见病因的有Mallory-Weiss综合征、上消化道血管畸形、Dieulafoy病、胃黏膜脱垂或套叠、急性胃扩张或扭转、理化和放射损伤、壶腹周围肿瘤、胰腺肿瘤、胆管结石、胆管肿瘤等。某些全身性疾病,如感染、肝肾功能障碍、凝血机制障碍、结缔组织病等也可引起本病。

**3.2 重视病史与体征在病因诊断中的作用** 如消化性溃疡有慢性反复发作上腹痛史,应激性溃疡患者多有明确的应激原;恶性肿瘤患者多有乏力、食欲不振、消瘦等表现;有黄疸、右上腹绞痛症状应考虑胆道出血。

**3.3 内镜检查是病因诊断中的关键** ①内镜检查能发现上消化道黏膜的病变,应尽早于出血后24~48 h内进行,并备好止血药物和器械。②有循环衰竭征象者,如心率>120次/min、收缩压<90 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)或基础收缩压降低>30 mm Hg、血红蛋白<50 g/L等,应先迅速纠正循环衰竭后再行内镜检查。危重患者内镜检查时应进行血氧饱和度和心电、血压监护。③应仔细检查贲门、胃底部、胃体小弯、十二指肠球部后壁及球后等比较容易遗漏病变的区域。对检查至十二指肠球部未能发现出血病变者,应深插内镜至乳头部检查。若发现有>2个病变,要判断哪个是出血性病灶。

**3.4 不明原因消化道出血** 是指经常规内镜检查(包括胃镜与结肠镜)不能明确病因的持续或反复发作的出血。可分为隐性出血和显性出血,前者表现为反复发作的缺铁性贫血和粪隐血试验阳性,而后者则表现为呕血和(或)黑便、血便等肉眼可见的出血。可行下列检查:①仍有活动性出血的患者,应急诊行选择性腹腔动脉造影或放射性核素扫描(如<sup>99</sup>锝标记患者的红细胞),以明确出血部位和病因,必要时同时作栓塞止血治疗。②在出血停止,病情稳定后可行小肠钡剂造影。③有条件的单位,可以考虑做胶囊内镜或单(双)气囊小肠镜检查,以进一步明确小肠有否病变。④对经各种检查仍未能明确诊断而出血不止者,病情紧急时可考虑剖腹探查,可在术中结合内镜检查,明确出血部位。

表1 上消化道出血病情严重程度分级

分级	失血量 (mL)	血压 (mm Hg)	心率 (次/min)	血红蛋白 (g/L)	症状	休克指数
轻度	>500	基本正常	正常	无变化	头昏	0.5
中度	500~1 000	下降	>100	70~100	晕厥、口渴、少尿	1
重度	>1 000	收缩压<80	>120	<70	肢冷、少尿、意识模糊	>1.5

注:休克指数=心率/收缩压;1 mm Hg=0.133 kPa

表2 急性上消化道出血患者的Rockall再出血和死亡危险性评分

变量	评分			
	1	2	3	4
年龄(岁)	<60	60~79	≥80	—
休克状况	无休克 <sup>a</sup>	心动过速 <sup>b</sup>	低血压 <sup>c</sup>	—
伴发病	无	—	心力衰竭、缺血性心脏病及其他重要伴发病	肝衰竭、肾衰竭和癌肿扩散
内镜诊断	无病变, Mallory-Weiss综合征	溃疡等其他病变	上消化道恶性疾病	—
内镜下出血征象	无或有黑斑	—	上消化道血液滞留,黏附血凝块,血管显露或喷血	—

注:a收缩压>100 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),心率<100次/min; b收缩压>100 mm Hg,心率>100次/min; c收缩压<100 mm Hg,心率>100次/min; 积分≥5分为高危,3~4分为中危,0~2分为低危

表3 急性上消化道出血患者的Blatchford评分

项目	检测结果	评分
收缩压 (mm Hg)	100~109	1
收缩压 (mm Hg)	90~99	2
	<90	3
血尿素氮 (mmol/L)	6.5~7.9	2
	8.0~9.9	3
	10.0~24.9	4
	≥25.0	6
血红蛋白 (g/L)		
男性	120~129	1
	100~119	3
	<100	6
女性	100~119	1
	<100	6
其他表现	脉搏≥100次/min	1
	黑便	1
	晕厥	2
	肝脏疾病	2
	心力衰竭	2

注：积分≥6分为中高危，<6分为低危；1 mm Hg=0.133 kPa

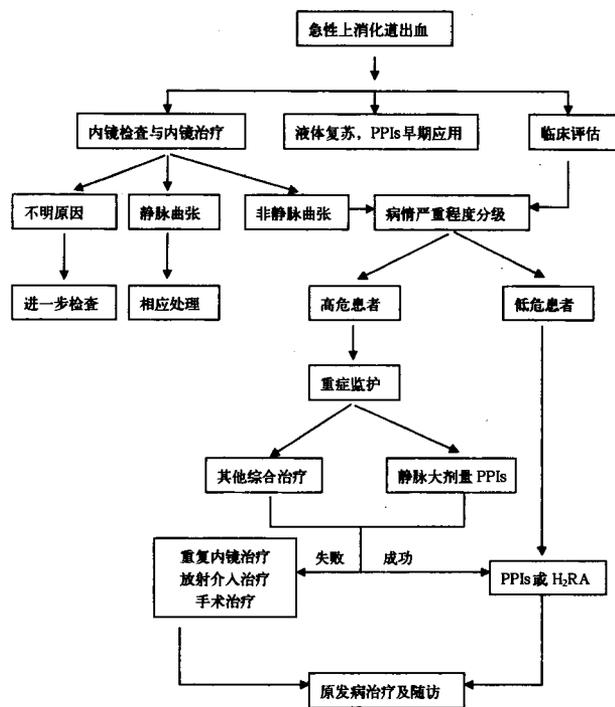


图1 ANVUGIB诊治流程图

注：PPIs=质子泵抑制剂；H<sub>2</sub>RA=H<sub>2</sub>受体拮抗剂

#### 4 ANVUGIB的定性诊断

对内镜检查发现的病灶，凡疑有恶性病变，只要情况许可，应在直视下进行活组织检查以明确病灶性质。

#### 5 出血严重度与预后的判断

**5.1 实验室检查** 常用项目包括胃液、呕吐物或粪便隐血试验、外周血红细胞计数、血红蛋白浓度、红细胞压积(HCT)等。为明确病因、判断病情和指导治疗，尚需进行凝血功能试验、血肌酐和尿素氮、肝功能、肿瘤标志物等检查。

**5.2 失血量的判断** 病情严重度与失血量呈正相关，因呕血与黑便混有胃内容物与粪便，而部分血液贮留在胃肠道内未排出，故难以根据呕血或黑便量判断出血量。常根据临床综合指标判断失血量的多寡，如根据血容量减少导致周围循环的改变(伴随症状、心率和血压、实验室检查)来判断失血量，休克指数(心率/收缩压)是判断失血量的重要指标(表1)。体格检查中可以通过皮肤黏膜色泽、颈静脉充盈程度、意识和尿量等情况来判断血容量减少程度，客观指标包括中心静脉压和血乳酸水平。大量出血是指出血量>1 000 mL或血容量减少>20%的出血，急需输血纠正。

**5.3 活动性出血的判断** 判断出血有无停止，对

决定治疗措施极有帮助。如果患者症状好转、心率及血压稳定、尿量足[>0.5 mL/(kg·h)]，提示出血停止。大量出血的患者可考虑留置并冲洗胃管，对判断是否有活动性出血有帮助。①临床上，下述症候与实验室检查均提示有活动性出血：呕血或黑便次数增多，呕吐物呈鲜红色或排出暗红血便，或伴有肠鸣音活跃，经快速输液输血，周围循环衰竭的表现未见明显改善，或虽暂时好转而又再恶化，中心静脉压仍有波动，稍稳定又再下降；红细胞计数、血红蛋白浓度与HCT继续下降，网织红细胞计数持续增高；补液与尿量足够的情况下，血尿素氮持续或再次增高；⑤胃管抽出物有较多新鲜血。②内镜检查时如发现溃疡出血，可根据溃疡基底特征来判断患者发生再出血的风险，凡基底有血凝块、血管显露者易于再出血，内镜检查时对出血性病变更应作改良的Forrest分级。出血性消化性溃疡的改良Forrest分级：①Forrest I a，喷射样出血；②Forrest I b，活动性渗血；③Forrest II a，血管裸露；④Forrest II b，血凝块附着；⑤Forrest II c，黑色基底；⑥Forrest III，基底干净。推荐对Forrest I a~II b的出血病变行内镜下止血治疗。

**5.4 预后的评估** ①病情严重程度分级：一般根据年龄、有无伴发病、失血量等指标将ANVUGIB分为轻、中、重度。年龄>65岁、伴发重要器官疾患、休克、血红蛋白浓度低及需要输血者的再出血

危险性增高。无肝肾疾患者的血尿素氮、肌酐或血清转氨酶升高者,病死率增高。②Rockall评分系统分级(表2):Rockall评分系统仍是目前临床广泛使用的评分依据,该系统依据患者年龄、休克状况、伴发病、内镜诊断和内镜下出血征象5项指标,将患者分为高危、中危或低危人群。③Blatchford评分系统分级(表3):Blatchford评分包含了血尿素氮、血红蛋白等实验室检查信息,其价值也逐渐得到认可。

## 6 ANVUGIB的治疗

应根据病情、按照循证医学原则行个体化分级救治,高危ANVUGIB的救治应由相关学科协作实施。推荐的诊治流程见图1。

### 6.1 出血征象的监测

6.1.1 症状和实验室检查 记录呕血、黑便和便血的频度、颜色、性质、次数和总量,定期复查红细胞计数、血红蛋白、红细胞压积(HCT)与血尿素氮等,需要注意HCT在24~72 h后才能真实反映出血程度。

6.1.2 生命体征和循环状况 监测意识状态、心率和血压、肢体温度、皮肤和甲床色泽、周围静脉特别是颈静脉充盈情况、尿量等,意识障碍和排尿困难者需留置导尿管,危重大出血者必要时进行中心静脉压、血清乳酸测定,老年患者常需心电、血氧饱和度和呼吸监护。

### 6.2 液体复苏

6.2.1 血容量的补充 应立即建立快速静脉通道,并选择较粗静脉以备输血,最好能留置导管。根据失血的多少在短时间内输入足量液体,以纠正循环血量的不足。对高龄、伴心肺肾疾病患者,应防止输液量过多,以免引起急性肺水肿。对于急性大量出血者,应尽可能施行中心静脉压监测,以指导液体的输入量。下述征象对血容量补充有很好的指导作用:意识恢复;四肢末端由湿冷、青紫转为温暖、红润,肛温与皮温差减小( $1^{\circ}\text{C}$ );脉搏由快弱转为正常有力,收缩压接近正常,脉压差 $>30\text{ mm Hg}$ ;尿量 $>0.5\text{ mL}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ ;中心静脉压改善。

6.2.2 液体的种类和输液量 常用液体包括生理盐水、平衡液、全血或其他血浆代用品。失血量较大(如减少血容量 $>20\%$ )时,可输入胶体扩容剂。下列情况时可输血,紧急时输液、输血同时进行:①收缩压 $<90\text{ mm Hg}$ ,或较基础收缩压降低幅度 $>30\text{ mm Hg}$ ;②血红蛋白 $<70\text{ g/L}$ ,HCT $<25\%$ ;③心率增快( $>120\text{次}/\text{min}$ )。

6.2.3 血管活性药物的使用 在积极补液的前提下,可以适当地选用血管活性药物(如多巴胺)以改善重要脏器的血液灌注。

### 6.3 止血措施

6.3.1 内镜下止血 起效迅速、疗效确切,应作为治疗的首选。推荐对Forrest分级 I a~II b的出血病变行内镜下止血治疗。常用的内镜止血方法包括药物局部注射、热凝止血和机械止血3种。药物注射可选用1:10 000肾上腺素盐水、高渗钠-肾上腺素溶液(HSE)等,其优点为简便易行;热凝止血包括高频电凝、氩离子凝固术(APC)、热探头、微波等方法,止血效果可靠,但需要一定的设备与技术经验;机械止血主要采用各种止血夹,尤其适用于活动性出血,但对某些部位的病灶难以操作。临床证据表明,在药物注射治疗的基础上,联合一种热凝或机械止血方法,可以进一步提高局部病灶的止血效果。

6.3.2 抑酸药物 抑酸药能提高胃内pH值,既可促进血小板聚集和纤维蛋白凝块的形成,避免血凝块过早溶解,有利于止血和预防再出血,又可治疗消化性溃疡。临床常用的抑酸剂包括质子泵抑制剂(PPIs)和 $\text{H}_2$ 受体拮抗剂( $\text{H}_2\text{RA}$ ),常用的PPIs剂有:埃索美拉唑、奥美拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑等,常用的 $\text{H}_2\text{RA}$ 剂包括雷尼替丁、法莫替丁等。临床资料表明:①PPIs的止血效果显著优于 $\text{H}_2\text{RA}$ ,起效快并可显著降低再出血的发生率。②尽可能早期应用PPIs,内镜检查前应用PPIs可以改善出血病灶的内镜下表现,从而减少内镜下止血的需要。③内镜介入治疗后,应用大剂量PPIs可以降低患者再出血的发生率,并降低病死率。④静脉注射PPIs剂量的选择:推荐大剂量PPIs治疗,如埃索美拉唑 $80\text{ mg}$ 静脉推注后,以 $8\text{ mg/h}$ 速度持续输注72 h,适用于大量出血患者;常规剂量PPIs治疗,如埃索美拉唑 $40\text{ mg}$ 静脉输注,1次/12 h。实用性强,适于基层医院开展。

6.3.3 止血药物 止血药物对ANVUGIB的疗效尚未证实,不推荐作为一线药物使用,对没有凝血功能障碍的患者,应避免滥用此类药物。

6.3.4 选择性血管造影 有助于明确出血的部位与病因,必要时可行栓塞治疗。

6.3.5 手术治疗 药物、内镜和放射介入治疗失败或病情特别凶险者,可考虑手术治疗。

## 7 原发病的治疗

对出血病因明确者,为提高疗效、防止复发,应采取针对原发病的病因治疗,如幽门螺杆菌阳性的消化性溃疡患者,应予抗幽门螺杆菌治疗及抗溃疡治疗。需要长期服用NSAIDs、阿司匹林等药物者,一般推荐同时服用PPIs或黏膜保护剂。

(全文完)