

· 标准与规范 ·

急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2009, 杭州)

《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

一、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(50~150)/10万,病死率为6%~10%^[2,3]。

二、ANVUGIB 的诊断

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,而无显性出血,此类患者不应漏诊。

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。

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。

三、ANVUGIB 的病因诊断

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^[4]。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。

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源;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. 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 个以上的病变,要判断哪个是出血性病灶。

4. 不明原因消化道出血^[5]:是指经常规内镜(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。可做下列检查:(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⁹⁹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,病情稳定后可作小肠钡剂造影。(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无病变。(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。

四、ANVUGIB 的定性诊断

对内镜检查发现的病灶,如怀疑恶性可能,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。

五、出血严重程度与预后的判断

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、心肌酶和尿素氮、肝功能、肿瘤标志物等检查。

2. 失血量的判断:病情严重程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、脉搏和血压、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、神志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在 1000 ml 以上或血容量减少 20% 以上,急需输血纠正。

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、脉搏及血压稳定、尿量

DOI:10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2009.09.001

整理者单位:200433 上海,第二军医大学长海医院消化科
(李兆申、杜奕奇、湛先保)

通信作者:李兆申,Email:zhsl@81890.net

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	500~1000	下降	>100	70~100	晕厥、口渴、少尿	1.0
重度	>1500	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

足(>0.5 ml·kg⁻¹·h⁻¹),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:
 ①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;②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;③红细胞计数、血红蛋白测定与Hct继续下降,网织红细胞计数持续增高;④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(图1~6)^[6]。

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。年龄超过 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。无肝肾疾患患者的血尿素氮、肌酐或血清转氨酶升高者,病死率增高。(2)Rockall 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^[7]。(3)Blatchford 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^[8,9]。

六、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 7。

(一)出血征象的监测

1. 症状和实验室检查:记录呕血、黑便和便血的频度、

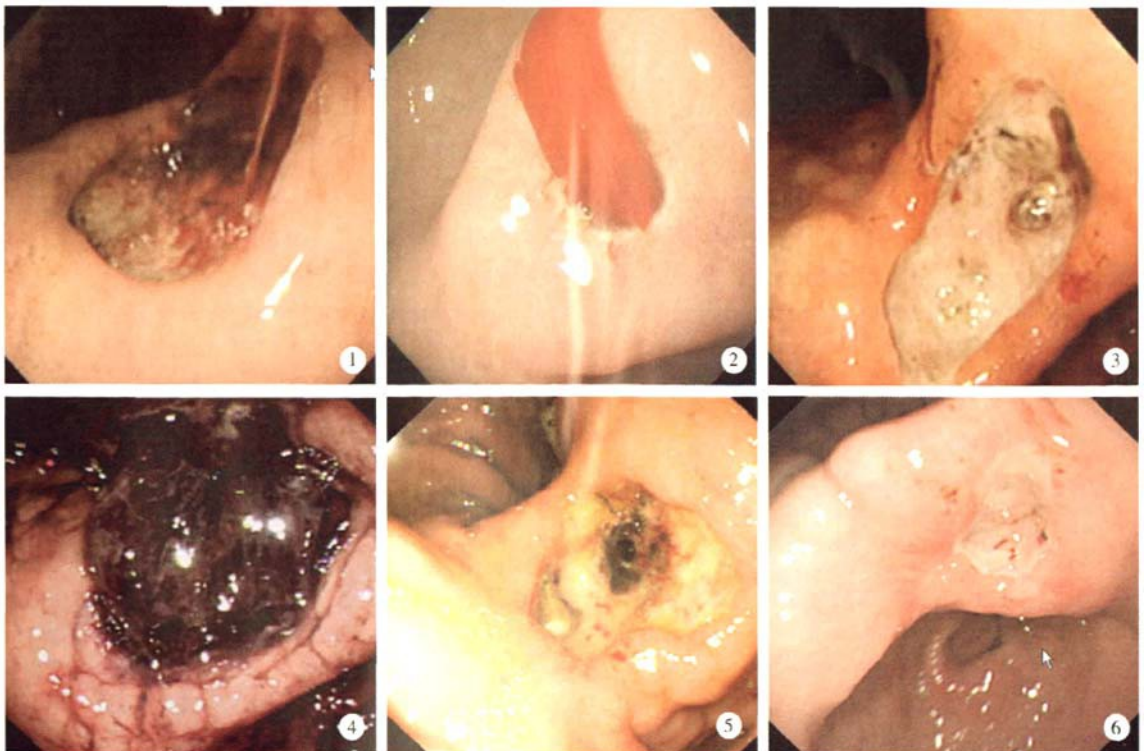


图 1~6 出血性消化性溃疡的改良 Forrest 分级,分别为 Forrest Ia(喷射样出血)、Forrest Ib(活动性渗血)、Forrest IIa(血管裸露)、Forrest IIb(血凝块附着)、Forrest IIc(黑色基底)、Forrest III(基底洁净),推荐对 Forrest 分级 Ia~IIb 的出血病变行内镜下止血治疗(图片由香港中文大学 James Lau 提供)

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			
	0	1	2	3
年龄(岁)	<60	60~79	≥80	-
休克状况	无休克 ^a	心动过速 ^b	低血压 ^c	-
伴发病	无	-	心力衰竭、缺血性心脏病和其他重要伴发病	肝衰竭、肾衰竭和肿瘤播散
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
	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

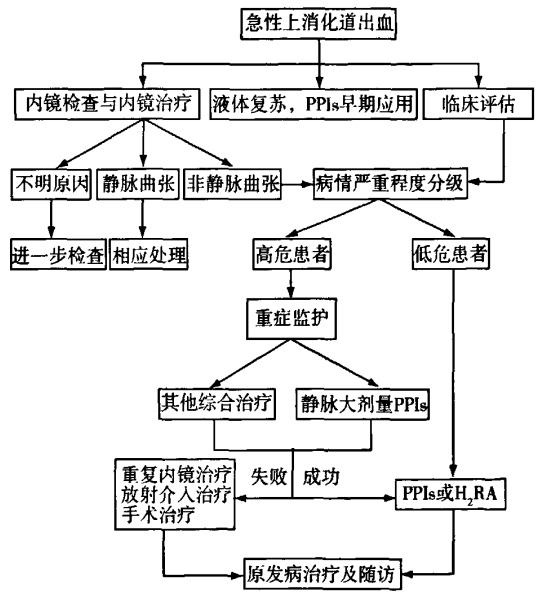
注: 积分 ≥ 6 分为中高危, < 6 分为低危; 1 mm Hg = 0.133 kPa

颜色、性质、次数和总量, 定期复查红细胞计数、血红蛋白、Hct 与血尿素氮等, 需要注意 Hct 在 24~72 h 后才能真实反映出出血程度。

2. 生命体征和循环状况: 监测意识状态、脉搏和血压、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。

(二) 液体复苏

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



PPIs: 质子泵抑制剂; H₂RA: H₂受体拮抗剂

图 7 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治流程

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℃); 脉搏由快弱转为正常有力, 收缩压接近正常, 脉压差大于 30 mm Hg; 尿量多于 0.5 ml · kg⁻¹ · h⁻¹; 中心静脉压改善。

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 20% 血容量以上)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 mm Hg, 或较基础收

缩压降低幅度 > 30 mm Hg; (2) 血红蛋白 < 70 g/L, Hct < 25%; (3) 心率增快 (> 120 次/min)。

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

(三) 止血措施

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, 其优点为方法简便易行; 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^[4]。

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 H₂ 受体拮抗剂 (H₂RA), 常用的 PPIs 制剂有: 埃索美拉唑、奥美拉唑、泮妥拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑等, 常用的 H₂RA 制剂包括雷尼替丁、法莫替丁等。临床资料表明: (1) PPIs 的止血效果显著优于 H₂RA, 它起效快并可显著降低再出血的发生率^[4]。(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表现, 从而减少内镜下止血的需要^[10]。(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^[11]。(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 mg 静脉推注后, 以 8 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 mg 静脉输注, 每 12 h 一次, 实用性强, 适于基层医院开展。

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。

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。

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。

七、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。

参加本指南修订的专家 (以姓氏汉语拼音排序) 陈昱湖

(中山大学附属第一医院消化科); 杜奕奇 (第二军医大学长海医院消化科); 樊代明 (第四军医大学西京医院消化科); 管向东 (中山大学附属第一医院 ICU); 侯晓华 (华中科技大学同济医学院附属协和医院消化科); 胡品津 (中山大学附属第一医院消化科); 厉有名 (浙江大学医学院附属第一医院消化科); 李兆申 (第二军医大学长海医院消化科); 林三仁 (北京大学第三医院消化科); 吕宾 (浙江大学附属第一医院消化科); 秦新裕 (复旦大学附属中山医院普外科); 任旭 (黑龙江省医院消化病院); 如敏敏 (浙江大学医学院附属邵逸夫医院消化科); 吴开春 (第四军医大学西京医院消化科); 许国铭 (第二军医大学长海医院消化科); 严静 (浙江医院 ICU); 游苏宁 (中华医学会杂志社); 袁耀宗 (上海交通大学医学院附属瑞金医院消化科); 张澍田 (首都医科大学附属北京友谊医院消化科); 张太平 (北京协和医院普外科); 张忠涛 (首都医科大学附属北京友谊医院普外科); 赵玉沛 (北京协和医院普外科); 周丽雅 (北京大学第三医院消化科); 邹多武 (第二军医大学长海医院消化科)

参考文献

- [1] 中华内科杂志编委会. 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南 (草案). 中华内科杂志, 2005, 44: 73-76.
- [2] British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. Gut, 2002, 51, Suppl 4: iv1-6.
- [3] Barkun A, Bardou M, Marshall JK, et al. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med, 2003, 139: 843-857.
- [4] Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. N Engl J Med, 2008, 359: 928-937.
- [5] 中华消化杂志编辑委员会. 不明原因消化道出血诊治推荐流程 (2007 年 3 月, 南京). 中华消化杂志, 2007, 27: 406-408.
- [6] Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet, 1974, 2: 394-397.
- [7] Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut, 1996, 38: 316-321.
- [8] Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. Lancet, 2000, 356: 1318-1321.
- [9] Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR, et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. Lancet, 2009, 373: 42-47.
- [10] Lau JY, Leung WK, Wu JC, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. N Engl J Med, 2007, 356: 1631-1640.
- [11] Sung JJ, Barkun A, Kuipers EJ, et al. Intravenous esomeprazole for prevention of recurrent peptic ulcer bleeding: a randomized trial. Ann Intern Med, 2009, 150: 455-464.

(收稿日期: 2009-08-03)

(本文编辑: 沈志伟)