

# 危险性消化道出血的急诊临床诊治与临床思维分析

梁明华

容县人民医院 广西容县 537500

〔摘要〕危险性消化道出血对患者的生命安全具有极大的威胁，在接到患者后，必须及时迅速的对其临床症状进行判断和评估，然后采取紧急病情评估和治疗措施，之后进行具体的病情诊断和针对性的治疗，最后再次评估患者的病情，合理安排后续的治疗措施，最大程度保证患者的生命安全。

〔关键词〕危险性消化道出血；急诊；临床诊治；临床思维

〔中图分类号〕R573.2 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 07-053-02

上消化道出血 (UGIB) 是指处于屈氏韧带上方的消化道发生病变，在采取包胃空肠吻合术后吻合口附近疾患导致的出血<sup>[1]</sup>。临床上根据患者是否出现静脉曲张，将上消化道出血划分为肺静脉曲张或静脉曲张性消化道出血。上消化道出血是临床较为常见的一种消化道疾病，在全世界的发病率约为 48 人/10 万人次~160 人/10 万人次，死亡率也较高，达到 10%~14%，另外，病情反复发作、发展较快，尤其是危险性消化道出血患者，给生命造成的危险性极大<sup>[2]</sup>。所以，必须加强上消化道出血患者的临床诊治，提高治疗预后效果，保障患者的安全。

## 1 危险性消化道出血的临床表现

危险性上消化道由于病情发展十分迅速，能够在较短的时间内致使相关组织与气管出现循环衰竭、继发性脏器损伤等，所以能够进行临床反应的时间很短，再加上治疗反应差等因素的影响，导致许多患者的病情非常危重而凶险<sup>[3]</sup>。其临床表现可总结为以下几点：(1) 出现大量的呕血和黑便。当 UGIB 的出血量较多的情况下，血液在胃肠道内停留的时间较短，呕出的血表现为鲜红色且伴有血块；粪便的颜色表现为暗红或鲜红，需要与下消化道出血相区分<sup>[4]</sup>。(2) 周围循环发生失血性衰竭。该症状的严重程度与出血速度及出血量、患者自身的身体条件等存在很大的关系<sup>[5]</sup>。当出血量较少 (>400mL) 时，患者可能存在心悸、头晕、口渴、出汗、乏力等症状；出血量加大时 (>700mL) 时，可能发生血压过度下降、皮肤冷感、晕厥、皮肤苍白等；出血量更大 (>1000mL) 时，休克、意识障碍、烦躁不安等症状会十分明显<sup>[6]</sup>。(3) 出现氮质血症。这是由于肠道内分解吸收了蛋白质而导致氮质血症。出血导致的循环衰竭影响了肾出血量，也可引发氮质血症；长时间过度的休克也可导致肾性氮质血症发生<sup>[7]</sup>。(4) 发热症状。患者出现中重度出血时，可能出现持续多日的 38.5℃ 以下的发热<sup>[8]</sup>。(5) 血常规指标发生改变。在发病的早期，其血红蛋白、红细胞、血细胞比可能不存在明显的变化，但是随着渗入血管中的组织液的增加以及注入的补充血容量增加，这 3 个红细胞参数就会显著降低<sup>[9]</sup>。

## 2 危险性消化道出血的临床急诊与治疗

### 2.1 紧急评估方法

针对出现意识障碍、休克或大动脉无法触及的患者，需要立即采取心肺复苏治疗。首先，快速判断患者的意识，主要针对呼吸与心跳没有停止的患者，根据 Glasgow 评分进行评估，

小于 8 分的判断为昏迷状态，立即采取呼吸道保护治疗<sup>[10]</sup>。其次，评估患者的气道状况，判断其是否通畅以及是否存在保护能力；评估其呼吸状况，从呼吸频率、节奏等方面进行判断，评估其是否发生呼吸窘迫与氧合不良症状，及时进行气管插管、机械通气治疗<sup>[11]</sup>。然后，评估患者的血流动力学情况，根据患者的血压、脉搏、毛细血管再充盈时间等进行失血量评估，若出现以下情况时，需要及时采取液体复苏治疗：(1) 每分钟的心率超过 100 次，收缩压低于 90mmHg；四肢末梢变冷变凉；(2) 存在发作性晕厥或其他休克症状；(3) 有持续性的便血或呕血<sup>[12]</sup>。

### 2.2 紧急治疗措施

根据紧急评估结果，高度怀疑为危险性消化道出血的患者及时进行吸氧、监护、建立静脉通路治疗。如果是高龄且伴有心、肺、肾等基础疾病或肝硬化的患者需要合理控制液体输入量，采取限制性液体复苏措施<sup>[13]</sup>。另外，所有危险性上消化道患者都必须采取卧床治疗，并将头部偏向左侧或右侧。

(1) 限制性液体复苏法。一般使用生理盐水、人工胶体、平衡液、血液制品等作为复苏液体。当患者出现大量失血的情况时，其血液的携氧功能会明显降低，使得机体的多个组织发生缺氧性病变，若仅仅使用人工胶体液或晶体液无法代替血液功能，在加上患者失血过多导致血液严重浓缩，单纯进行输血治疗也无法有效改善局部微循环缺血缺氧的症状，所以，在病情危重的情况下，必须同时进行输血和输液治疗，保证收缩压被控制在 90~120mmHg 范围，且基础的收缩压下降程度低于 30mmHg<sup>[14]</sup>。

(2) 初步使用药物治疗。通过积极补液仍然无法将血压控制到正常水平时，可适当使用血管活性药物治疗，以改善重要脏器的血液灌注量。若患者的病情无法确定的情况下，可根据临床经验选择适量的药物治疗，常用的用药方案为静脉应用生长抑素+质子泵抑制剂 (PPI)；若高度怀疑为静脉曲张性出血，可在此基础上使用适量的血管升压素+抗生素治疗<sup>[15]</sup>。

## 3 危险性消化道出血的进一步诊断与治疗

### 3.1 诊断

经过紧急评估和治疗后，结合患者的病史、实验室检查以及全面身体检查结果做进一步的病情评估，以明确患者的具体病情，便于进一步采取针对性的治疗。

(1) 病史评估。在评估患者的病史时，需要特别注意一

下集中病史：①消化道疾病史与消化道出血病史；②可对消化系统造成影响的用药史；③可影响凝血系统的药物使用情况<sup>[16]</sup>。

(2) 身体全面检查评估。重点观察患者的血流动力学情况、直肠指诊、腹部检查结果、慢性肝疾病或门脉高压体征<sup>[17]</sup>。

(3) 影像学检查与实验室检查结果评估。判断患者的血型与血常规；检查其肝功能、肾功能以及电解质水平；观察心电图的变化；检查凝血功能；进行腹部超声与胸片检查<sup>[18]</sup>。

(4) 进一步评估患者的病情。根据患者的出血量来评估患者的病情严重程度，失血量越多，其病情也越严重。

### 3.2 治疗

进一步评估患者的病情后，再采取针对性的药物治疗与手术治疗。其中，药物治疗主要以生长抑制素联合 PPI 治疗，生长抑素采取 250 μg/h 的方式持续泵入，PPI 则通过静脉注入，每 12 小时 40mg，病情严重的可采取 8mg/h 静脉泵入的方式治疗。在患者的病因得到明确后，再根据消化道专业指南进行治疗<sup>[19]</sup>。手术治疗的方法有介入手术治疗、急诊内镜治疗、外科手术等治疗形式，根据患者的病情需要，选择相应的手术治疗<sup>[20]</sup>。

在完成上述急诊与治疗后，应对患者的病情进行再次评估，病情稳定且出血得到控制的患者可转入专科病房继续治疗；仍然存在活动性出血的患者，可再次进行内镜治疗或外科手术；对于病情过度严重导致脏器管严重受损的患者，应转入 ICU 病房展开后续治疗。

总的来说，对于危险性消化道出血的临床诊治思维为：根据临床症状做出初步判断，再结合临床经验完成紧急评估和治疗，然后结合全面检查结果确定病情，开展针对性的治疗，病情稳定后再次评估患者的症状，开展后续的治疗，保障患者的身体健康。

### 【参考文献】

[1] 于芝瑞, 魏国喜, 刘其昌, 等. HBV 相关肝硬化合并急性上消化道出血的危险因素分析[J]. 临床肝胆病杂志, 2017, 33(5):860-863.

[2] Majeed Ammar, Wallvik Niklas, Eriksson Joakim, Höijer Jonas, Bottai Matteo, Holmström Margareta, Schulman Sam. Optimal timing of vitamin K antagonist resumption after upper gastrointestinal bleeding. A risk modelling analysis. [J]. Thrombosis and haemostasis, 2017, 117(3).

[3] 曾豪杰, 胡平, 陈铭俊, 等. 急诊内镜及择期内镜诊疗急性非静脉曲张性上消化道出血的临床对比分析[J]. 解放军医药杂志, 2017(12).

[4] 叶营, 孙相钊, 蔡春调, 等. 急性非静脉曲张性上消

化道出血的消化内镜诊治及再出血危险因素研究[J]. 临床急诊杂志, 2016(7):524-528.

[5] 罗正武. 急诊胃镜检查对上消化道出血患者病因诊断及治疗转归分析[J]. 山西医药杂志, 2018(12).

[6] 曹燕玺, 吕欣, 韩丽艳, 等. 急诊上消化道出血患者的临床特征及胃镜诊治时机对预后的影响[J]. 医学临床研究, 2017, 34(5):984-985.

[7] 张华宝, 许健瑞, 陈波. 急诊非静脉曲张性上消化道出血内镜诊治时间延长的相关因素分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(3):460-462.

[8] 刘涵, 陈磊, 徐世伟, 等. 急诊结肠镜检查在急性下消化道出血诊治中的价值[J]. 临床急诊杂志, 2016(8):628-630.

[9] 黄敏, 丁慧, 莫丹, 等. 急诊内镜在急性非静脉曲张性上消化道出血 Rockall 评分高危患者诊疗中的应用价值[J]. 空军医学杂志, 2017(6):398-400.

[10] 任海霞, 王建华, 单铁英, 等. 非静脉曲张性上消化道出血内镜治疗后再出血危险因素分析[J]. 临床误诊误治, 2016, 29(8):48-52.

[11] 黄萍. PCI 术后上消化道出血患者临床特点及危险因素分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2017, 22(5).

[12] 孔天宇, 依力哈木·阿里木, 权泽威, 等. 急性脑卒中并发上消化道出血危险因素分析[J]. 临床急诊杂志, 2017(12):915-918.

[13] 谢军, 李庆, 吴令, 等. 急诊超声在消化道出血合并腹主动脉夹层诊断中的价值[J]. 临床超声医学杂志, 2017, 19(6):412-414.

[14] 张明清, 涂家红, 王海英, 等. 急性上消化道出血的病因及相关因素分析[J]. 临床急诊杂志, 2017(9):673-676.

[15] 颜雪琴, 陈勇. 急性脑梗死并发上消化道出血相关因素的临床分析[J]. 标记免疫分析与临床, 2017, 24(7):770-773.

[16] 付莉. 急性心肌梗死伴消化道出血患者的临床特征及预后[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(1):11-13.

[17] 李宁, 张艳梅, 颜慕先, 等. 胰源性上消化道出血 22 例临床分析[J]. 胃肠病学, 2017, 22(8):474-477.

[18] 程帆, 刘琴, 司小敏. 急性心肌梗死患者合并消化道出血的临床诊治体会[J]. 现代消化及介入诊疗, 2017(4):518-520.

[19] 刘洋, 郭蕾, 王月兰. 不同通气方式下急性上消化道出血胃镜诊治的比较[J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(10):1005-1006.

[20] Kido Kazuhiko, Scalese Michael J. Management of Oral Anticoagulation Therapy After Gastrointestinal Bleeding: Whether to, When to, and How to Restart an Anticoagulation Therapy. [J]. The Annals of pharmacotherapy, 2017, 51(11).

(上接第 52 页)

脑疝的情况。而本次实验组患者采用改良标准大骨瓣开颅术进行治疗，该方法不但具有安全、易行、效果优良的特点，同时还能够帮助患者颅内的血肿情况得到有效的清除，有利于使得患者颅内压升高的情况得到好转，从而确保患者血管、动脉、静脉的回流保持在畅通的水平，降低了患者脑水肿发生的情况。并且采用改良标准大骨瓣开颅术，还能够有效使得手术的视野更加清晰，能够降低患者手术之后并发症的发生率，对于患者而言损伤更小，治疗效果更为安全可靠。通过本次研究结果表示，实验组治疗总有效率为 97.02%，对照组为 80.00%， $P < 0.05$ 。由此，我们可以知道，对于重型

颅脑外伤运用改良标准外伤大骨瓣开颅术治疗，患者在手术之后神经功能能够基本恢复正常，具有效果显著的特点，因此该方法值得在临床上推广使用。

### 【参考文献】

[1] 马骏峰. 改良标准外伤大骨瓣开颅术治疗重型颅脑外伤临床观察[J]. 中外医疗, 2012, 31(28):6-7.

[2] 朱友超. 改良标准外伤大骨瓣开颅术治疗重型颅脑外伤临床效果观察[J]. 中国继续医学教育, 2014(8):68-69.

[3] 楚俊利. 改良标准外伤大骨瓣开颅术治疗重型颅脑外伤的疗效分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2015(19):3894-3894, 3896.