

内科学知识点辅导：消化系统疾病(消化道出血) PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/14/2021_2022__E5_86_85_E7_A7_91_E5_AD_A6_E7_c22_14982.htm 概述 上消化道出血系指

十二指肠悬肌以上的消化道，包括食管、胃、十二指肠、上段空肠以及胰、胆病变引起的出血。主要临床表现是呕血和黑便，以及因出血和血容量减少引起的一系列全身改变。在数小时内失血量超过1000ml或循环血容量丢失20%以上称上消化道大出血。如有呕血、黑便而无周围循环衰竭者称为显性出血，仅大便隐血试验阳性而无其它表现者称为隐性出血。病因上消化道出血最常见的病因为溃疡病。有8种疾病占发病率90%以上：十二指肠溃疡病、胃粘膜糜烂、胃溃疡、食管静脉曲张、食管溃疡、食管贲门撕裂症、十二指肠糜烂、赘生物。临床也应考虑一些少见病因，以免误诊。现分述如下：1．引起消化道出血的消化系统疾病 食管疾病 静脉曲张破裂、炎症、溃疡、癌、食管贲门粘膜撕裂、异物及化学损伤等。 胃部疾病 炎症、溃疡、肿瘤、胃内结石、胃粘膜脱垂、憩室、胃扭转等。 十二指肠疾病 炎症、溃疡、憩室、肿瘤、重度钩虫病等。 胆管胰腺疾病 胆管蛔虫、结石、炎症、肿瘤和创伤。出血坏死性胰腺炎和胰腺肿瘤，此外壶腹周围癌亦可引起上消化道出血。 2．引起上消化道出血的全身性疾病 血液病 如血友病、白血病、血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血等。 急性感染 如败血症、流行性出血热、重症肝炎等。 尿毒症。 应激性溃疡 见于重度烧伤、脑血管意外等。 血管性疾病 过敏性紫癜、动脉粥样硬化等。 结缔组织疾病 系统性红斑狼疮等。 临床表现 呕血

和黑便一般情况下，幽门以上大量出血常表现为呕血，幽门以下出血表现为黑便。但如幽门以上出血量小或出血速度慢，血液全部流入肠内，则亦仅见黑便。幽门以下出血量大、速度快，血液返流入胃，可兼有呕血。呕出血液的色泽取决于血液在胃内停留的时间。黑便的色泽同样取决于血液在肠道时间的长短。失血性周围循环衰竭 周围循环衰竭的程度与出血的速度、数量以及机体代偿机能有关。见下表：失血量
临床症状 少量失血 可以无症状 500ml ~ 1000ml 可出现乏力、心悸、口渴等症状，血压多无改变。 > 1000ml，且失血速度快。可出现急性周围循环衰竭 在出血性休克早期血压可以正常，甚至于偏高，故不能只依据血压判断病情。发热 多数患者在休克被控制24小时内出现低热，持续2 ~ 5天。其它可呈现心脑缺血症状，原有肝肾疾病因出血而加重。诊断 出血的病因及部位诊断 根据详细的病史、体征，有半数患者可以作出上消化道出血病因诊断。进一步依靠实验室、X线钡餐、纤维内镜及选择性动脉造影等检查可以查清大部分患者出血的病因和部位。如肝胆、胰腺或全身疾患引起则可选作B超、CT、核磁共振显像(MRI)、各项生化检查等加以确诊。早期诊断及判断出血情况 及时进行上消化道大出血的早期诊断。无呕血及黑便，仅表现为休克时诊断常困难，如无痛性消化性溃疡引起的大出血。因此，必须排除各种病因所致休克：如过敏性休克、心源性休克、感染性休克等。还应排除其它原因所致内出血：宫外孕、脾破裂等引起的出血性休克。诊断的关键是想到本病。必要时需作急诊胃镜检查或直肠指诊，借以发现尚未呕出或便出的血液，以利早期诊断。出血量的估计 粪便隐血试验阳性者提示每日出血量在5 ml以上

，柏油样便提示每日出血量在 50ml ~ 70ml 以上，胃内储积血量达到 250ml ~ 300ml 可以引起呕血。根据出现周围循环衰竭可估计失血的程度。急性大出血时，首先出现的临床表现是口渴，心动过速，其次是血压下降，而红细胞总数和血红蛋白下降较迟。所以不能根据血压及血象判断病情，出血量超过 1000ml 为消化道大出血。提示成人严重的大出血的征象是：患者需卧床才不头晕；心率超过 120 次/分；收缩压低于 90mmHg 或较基础血压降低 25% 以上；血红蛋白低于 90g/L。

见下表：临床表现 出血量 粪便隐血试验阳性 每日出血量 > 5ml 柏油样便 每日出血量 > 50ml ~ 70ml 呕血 胃内储积血量达 250ml ~ 300ml 消化道大出血 出血量 > 1000ml

转贴于：
100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com