

# 呕血临床诊断与思维

吴国伟

开化县中医院

2015-1-15, 浙江, 衢州

呕血临床诊断与思维

# 主要内容

- ❖ 概述
- ❖ 呕血病人诊断治疗经过

# 概述

❖ 疾病的诊断和侦查悬案一样，蕴涵复杂的思维过程，是从感性认识上升到理性认识的过程。由于每个人个体的差异，人患病后的表现是不尽相同的，有些病情表现特别复杂、特殊或是隐蔽，给诊断带来困难。这就需要医生不断的思考，周密的观察，反复的推敲。

❖ 同是一种表现，却是另一种疾病。这就是疾病的复杂性，同样也决定临床医师思维有别于其他能工巧匠。在扑朔迷离的乱象中，查找线索，真的是大海捞针，这无疑对医务工作者是一个挑战。这就要求医生不断学习，不断总结，不断提高。

# 主要内容

- ❖ 概述
- ❖ 呕血病人诊断治疗经过

# 一、主诉

❖ 呕血1天。

❖ 患者，男性，43岁，于2009年3月24日入急诊室。

## 二、病史询问

- ❖ (一) 初步诊断思路及问诊目的
- ❖ 呕血是消化科急症，处理不当可能会导致病情延误，轻者出现失血性休克和误吸，重者则危及生命。
- ❖ 因此问诊需要首先突出与治疗有关的要点，最初应简明扼要，为及时检查治疗提供依据，在病情控制及生命征稳定的情况下再进行详细的问诊和体格检查。所谓----  
--先开枪后瞄准

## (二) 问诊主要内容及目的

### ❖ 1、是不是——消化道来源的呕血

- ❖ 呼吸道出血（咯血）和口腔、鼻腔出血也可表现为类似呕血表现。咯血者多有基础肺、心疾病史，如肺结核、支气管扩张、肺癌、心衰、风湿性心脏病二尖瓣狭窄等。
- ❖ 咯血的特点为咳出，血液呈鲜红色，或痰中带血或有气泡和痰液，常呈碱性。
- ❖ 呕血者多有消化道病史和症状，呕血可呈咖啡色、暗红色，可混有食物，呈酸性。



# 诊断与鉴别诊断



呕血临床诊断与思维

## 2、上、中或下——出血部位的定位

- ❖ 呕血时出血部位应在空肠屈氏韧带以上。食管少量急性出血即可呕鲜血。短时间内胃内积血超过250ml就会出现呕鲜血。假如出血后血液在胃内潴留时间较久，在胃酸作用下，血红蛋白就会变成酸性血红蛋白而呈现咖啡色

# 呕血病因分类

病变分类	常见病因或诱因
溃疡	消化性溃疡、胃泌素瘤
急性胃黏膜病变	非甾体抗炎药、肾上腺皮质激素、酗酒、机体应激状态
食管胃静脉曲张	肝硬化（门静脉高压）
肿瘤	胃癌、食管癌、胃息肉、胃淋巴瘤、胃平滑肌肿瘤、神经纤维瘤、壶腹周围癌
炎症	胃、食管、十二指肠炎、憩室炎、胃空肠吻合术后吻合口或空肠溃疡
损伤	异物、器械检查、放射性损伤、化学损伤、创伤
血管异常	胃血管瘤、动静脉畸形、胃黏膜下恒径动脉破裂
邻近器官或组织疾病	胆道出血、胰腺疾病、主动脉瘤、纵隔肿瘤
全身性疾病	出血性疾病、过敏性紫癜、白血病、风湿性疾病、尿毒症

呕血临床诊断与思维

### 3、重不重——出血的严重程度的评估

包括出血量的估计和是否存在周围循环衰竭的临床表现。

出血量的估计：

- ❖ 成人出血 $>5\sim 10\text{ml/d}$ 粪便潜血试验出现阳性，出血量 $50\sim 100\text{ml/d}$ 可出现黑粪，
- ❖ 胃内储积血量在 $250\sim 300\text{ml}$ 可引起呕血，
- ❖ 出血量超过 $400\sim 500\text{ml}$ ，可出现全身症状。
- ❖ 短时间内出血量超过 $1000\text{ml}$ ，可出现周围循环衰竭表现。HGB每下降 $1\text{g}$ ，失血量约为 $400\text{ml}$ 。但在出血早期可能有血液浓缩导致HGB下降程度与失血量不成比例的可能。

# 周围循环衰竭的临床表现：

- ❖ 轻度患者可有头晕，血压脉搏基本无变化，患者失血量 $< 500\text{ml}$ 。
- ❖ 中度患者出现口渴、心慌、烦躁、尿少症状，甚至可以一过性晕厥，血压稍有下降，脉搏 $100/\text{min}$ 左右，失血 $500\sim 1000\text{ml}$
- ❖ 重度患者四肢湿冷，脉搏细速，神志改变，无尿或少尿，收缩压 $< 70\text{mmHg}$ ，脉搏 $> 120/\text{min}$ ，失血量 $> 1000\text{ml}$

# 出血量的估计

- 粪便隐血试验阳性      每日消化道出血  $>5\sim 10\text{ml}$
- 黑粪       $50\sim 100\text{ml}$
- 呕血       $250\sim 500\text{ml}$
- 出现全身症状       $400\sim 500\text{ml}$
- 周围循环衰竭       $>1000\text{ml}$

- √ 最有价值的标准:周围循环衰竭的临床表现
- √ 动态观察血压和心率

# 急性呕血 病情程度分级

分级	年龄 (岁)	伴发病	失血量 (ml)	血压 (mmHg)	脉搏(次 /分)	血红蛋 白(g/L)	症状
轻度	<60	无	<500	基本正常	正常	无变化	头昏
中度	<60	无	500~1000	下降	>100	70~100	晕厥、口渴、 少尿
重度	>60	有	>1500	收缩压< 80	>120	<70	肢冷、少尿、 意识模糊

# Rockall I 再出血和死亡危险性评分系统

变量	评分			
	0	1	2	3
年龄(岁)	<60	60~79	≥80	
休克	无休克*	心动过速 <sup>△</sup>	低血压 <sup>▲</sup>	
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、肾衰竭和癌肿播散
内镜检查	无病变, 食管贲门黏膜撕裂综合征	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		上消化道血液潴留, 黏附血凝块, 血管显露或喷血	

积分≥5者为高危，3~4分为中危，0~2分为低危

注：\* 收缩压>100mmHg，心率<100次/分；<sup>△</sup> 收缩压>100mmHg，心率>100次/分；<sup>▲</sup> 收缩压<100mmHg，心率>100次/分



## 4、出不出——判断其是否还有活动性出血或再出血

- ❖ 以下特征提示仍有活动性出血或再出血：
- ❖ ①反复呕血或胃管引流出新鲜血，或黑粪次数增多、粪质稀薄，色泽黑亮，伴有肠鸣音亢进；
- ❖ ②周围循环衰竭的表现经充分补液输血而未见明显改善，或虽暂时好转而又恶化；
- ❖ ③血红蛋白浓度、红细胞计数与红细胞压积继续下降，网织细胞计数持续增高；
- ❖ ④补液与尿量足够的情况下，血尿素氮持续或再次增高；
- ❖ ⑤血化验检查提示有血小板减少、血白细胞增多、凝血机制异常。

# 出血是否停止

继续出血或再出血的表现:

- 反复呕血或黑粪
- 周围循环衰竭经治疗后无改善或波动
- 肠鸣音亢进
- Hb\RBC继续下降,Ret持续升高
- 补液与尿量足够的情况下,血尿素氮持续或再次升高

- ∅ 出血后**48**小时以上未再继续出血,再出血可能性小;
- ∅ 既往有大出血史、本次出血量大、24小时内反复大量出血、食管胃底静脉曲张出血、有明显的高血压或动脉硬化者,再出血可能性大

## 5、为什么——病因评估

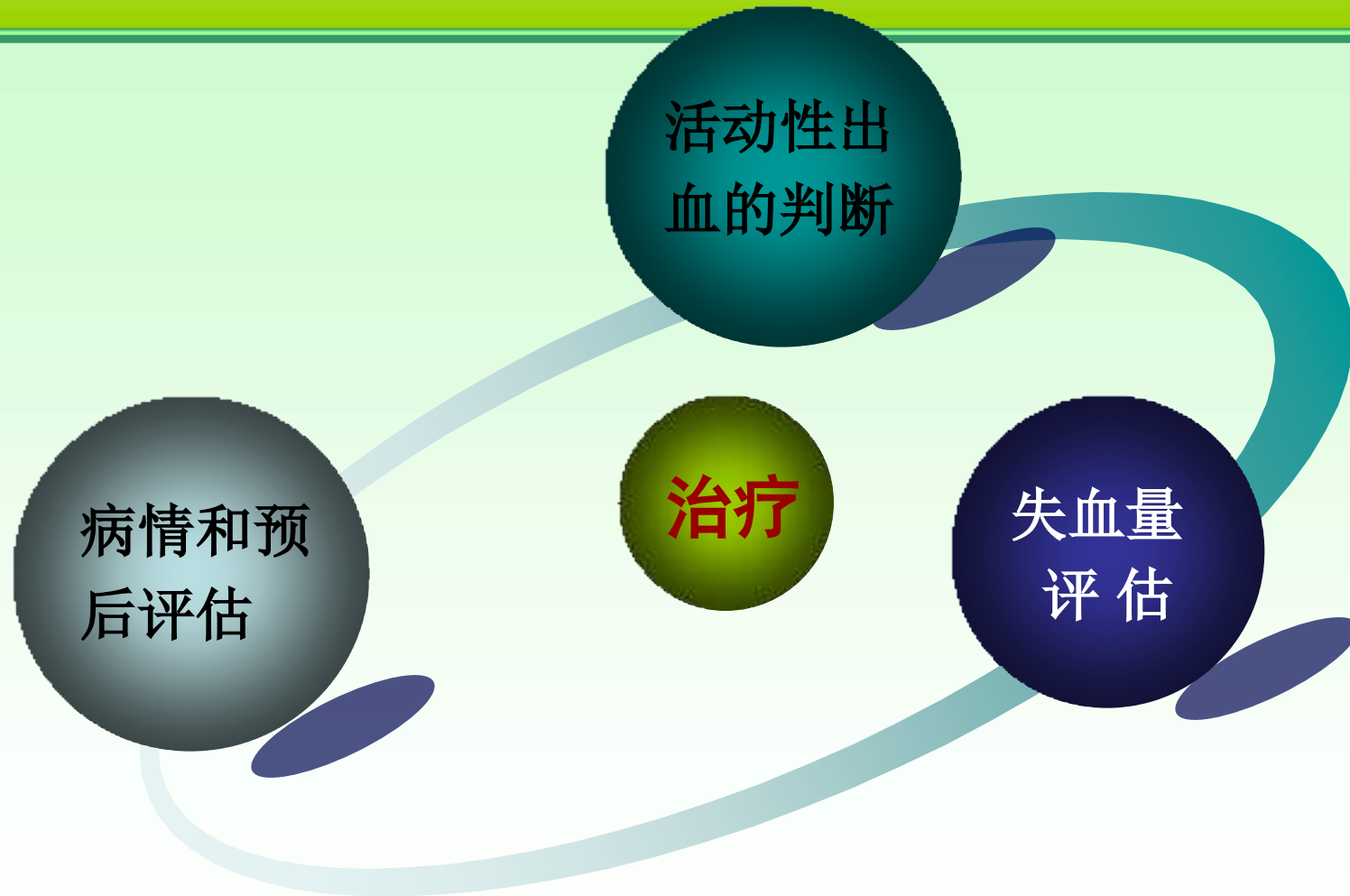
- ❖ 有慢性肝炎或长期饮酒病史、伴有肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张、脾大、腹水等体征时，出现呕血、黑便，多为食管静脉曲张出血；
- ❖ 有长期规律性上腹痛、胃灼热或者有消化性溃疡史患者，在饮食不当、精神紧张疲劳、服用非甾体类抗炎药（NSAIDs）等诱因下出血，出血后疼痛缓解，多为消化道溃疡出血；

- ❖ 呕血前有饮酒后剧烈呕吐史，要考虑贲门黏膜撕裂综合征（Malkry-Weiss Tear）；
- ❖ 有服用NSAIDs、肾上腺皮质激素类药物史或有严重创伤、烧伤、感染、手术病史时，应首先考虑应激性溃疡和（或）急性胃黏膜病变出血；
- ❖ 中老年、慢性持续性便潜血（+）伴缺铁性贫血、纳差、消瘦时应考虑胃癌。

## 6、基础疾病——危险评估

- ❖ 年龄超过70岁及合并有其他疾病（如恶性肿瘤、肝衰竭、冠心病、肾衰竭）的患者属于高危人群，死亡风险高，需要特殊监护，并及时向家属交待病情。
- ❖ 另外患者是否存在肝病史的询问非常重要，由于静脉曲张出血和非静脉曲张出血的治疗方案存在一定差异，比如是否使用三腔二囊管、内镜下硬化剂治疗等。

# 生命体征评估



## 7、是否接受过内镜检查

- ❖ 内镜检查是本类疾病诊断和鉴别诊断最重要的手段之一，了解外院检查的结果对于明确诊断有重要参考价值。

## 8、入院前检查治疗情况及其效果

- ❖ 了解外院的血常规结果、输血及补液量可以协助判断失血量，通过了解外院治疗反应能够帮助评价病情的轻重并决定下一步检查治疗方案，尤其要了解重要的治疗措施如血管活性药物的使用、输血量、是否应用三腔二囊管和内镜下止血措施等。



# 辅助检查

实验室

血常规  
血尿素氮  
隐血试验  
其他

放射及内镜

X线检查  
选择性血管造影  
放射性核素显像  
内镜

## (三) 问诊结果及思维提示

- ❖ 患者长期大量饮酒20余年，2003年8月我院查体发现肝酶异常，B超考虑酒精性肝病，患者未规律用药，仍继续饮酒。2008年4月间断出现双下肢水肿，腹胀、腹围增加，伴乏力、纳差。

❖ 2009年2月9日因黄疸于我院住院治疗，住院期间查：血常规：WBC  $2.01 \times 10^9/L$ , HGB 100g/L, PLT  $70 \times 10^9/L$ ；肝肾功能：TBil (总胆红素) 464.0umol/L, DBil 301.5umol/L, ALT 53U/L, Alb 22g/L；血氨  $97.7 \mu\text{mol/L}$ ；凝血功能：PT 30 秒，APTT 52.4 秒；AFP (甲胎蛋白) 5(Vg/L;腹部增强CT:肝硬化，脾大、腹水；肝左叶不规则低密度影。胃镜示食管静脉曲张（重度），门静脉高压胃病，幽门螺杆菌快速尿素酶试验（Hp-RUT）(-)予患者间断放腹水、利尿、输血浆、补充白蛋白、保肝退黄等治疗，症状缓解。

❖ 3天前患者进食苏打饼干，后出现间断黑便。昨日夜间突发呕血，为鲜血含暗红色血块，第一次约800~1000ml，之后患者意识不清、晕倒在地，20分钟后醒来又呕鲜血200ml左右。送至我院急诊。

# 思维提示：

- ❖ 酒精性肝硬化诊断明确，肝功能为失代偿期，存在门静脉高压症，腹水，脾大及 德功能亢进，内镜证实有重度食管静脉曲张。
- ❖ 呕血是典型的上消化道出血症状。此次反复呕血，出血量 $>1000\text{ml}$ ，提示为上消化道大出血，病情危重。结合其呕血前曾进硬质食物和肝硬化病史，食管静脉曲张破裂出血可能性最大。

❖ 鉴别诊断方面，患者家属否认患者呕血前有剧烈呕吐史，贲门黏膜撕裂综合征 (Mallory-Weiss Tear) 不考虑。溃疡病、急性胃黏膜病变和胃癌从病史均无支持点，必要时可通过内镜除外。即使患者明确有食管静脉曲张，仍要考虑到有无肝硬化合并消化性溃疡累及血管造成大出血的可能。

## 三、体格检查

- ❖ 当患者神志欠清或者难以询问到准确病史时，体格检查是首要而可靠的信息来源，比如提示肝硬化的肝掌、蜘蛛痣、肝脾大、腹水、腹壁静脉曲张等。而当患者病情危重时，简单的病史询问与体格检查可以同时进行以免延误抢救时机。

# (一) 重点检查内容和目的

- ❖ 为了充分估计失血量、评价血流动力学，查体重点是生命体征，尤其是血压（急性出血患者一定要询问平时血压）、心率、心律（房颤患者的心律不齐可能干扰心率的测量，要注意）。同时也包括患者的意识（注意鉴别休克和肝性脑病）、皮肤干燥度、贫血程度、肠鸣音等。



- ❖ 患者呕血后要警惕有无误吸导致的吸入性肺炎、肺不张，查体可发现肺部叩诊呈浊音，听诊闻及罗音，呼吸音减低乃至消失。
- ❖ 注意皮肤黏膜瘀斑出现速度和面积、牙龈出血程度，判断其循环情况、出凝血功能。

- ❖ 终末期肝病患者病情恶化常有多种诱因，因此在对患者进行系统地、全面地检查同时，应重点注意腹部体征，尤其是压痛、反跳痛、肌紧张和肠鸣音，注意有无自发性腹膜炎、急腹症等。
- ❖ 肝硬化肝功能失代偿的患者在消化道大出血以后经常会诱发肝性脑病，还应注意亚临床肝性脑病的可能，要检查患者的意识状态，包括思维、反应、情感、计算及定向力等方面。

## (二) 体格检查结果及思维提示

❖ T 37.5℃，R 18 次/分，P 110 次/分，BP 50/36mmHg (患者平时 BP 100/70mmHg)。慢性病容，中度贫血貌，反应迟钝，语速慢，计算力、定向力可。四肢湿冷，全身皮肤黄染，无明显出血点。肩、颈、胸部可见散在蜘蛛痣，可见肝掌，双侧乳腺发育，乳头内陷。心律齐，双肺呼吸音对称，未闻及啰音。腹膨隆，腹围103cm，腹壁张力不高，肝、脾触诊不满意，肝脾区叩痛 (+)，移动性浊音 (+)，肠鸣音活跃，双下肢有重度可凹性水肿。

# 思维提示：

- ❖ 血压下降，心率加快，四肢湿冷，均为典型的循环衰竭表现，患者存在失血性休克，评估属于重度失血，应该尽早行循环复苏治疗。体格检查结果进一步支持肝硬化、肝功能失代偿、门静脉高压症的诊断，没有发现肺炎和肺不张。意识状态的变化提示可能有早期肝性脑病的可能，需要进一步检查明确并及时给予相应治疗。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/196054241151010134>