

# 急性出血

广州中医药大学第二临床医学院  
急诊教研室



咯 血

呕 血

便 血

三腔二囊管食管胃底压迫术

# 病例简介



**黄某，女，26岁。**

**主述：** 反复上腹部疼痛5年，加重伴黑便2天。

**现病史：** 5年前开始出现胃脘部胀痛，伴返酸，多在饥饿时发病，曾在外院行胃镜检查示：十二指肠球部溃疡，予雷尼替丁及中药治疗，病情可缓解。

昨日因感冒服解热镇痛药后出现胃脘部胀痛，上厕所时感头晕，乏力，呕吐胃内容物，无咖啡色物，继而排黑便2次，质烂，量约500ml。



**入院症见：**神情，精神疲倦，面色苍白，头晕，腹胀，纳少，今日又排黑便1次，量约200mL。舌燥苔黄，脉弦数。

**查体：**T 36.8℃ P 90次/分 R 20次/分 BP 100/60mmHg  
贫血貌。腹平软，剑突下少许压痛，肠鸣音约12次/分。

**辅助检查：**血常规：HGB：80g/L；大便潜血：（++++）；  
胃镜提示：十二指肠球部溃疡（A期）。

# 病例简介

## 问题

- (1) 该病例的中医诊断是什么？
- (2) 该病例的西医诊断是什么？
- (3) 面对这样的患者你会如何处理呢？

# 咯 血

- 概念
- 病因病理
- 临床资料
- 诊断思路
- 治疗

# 概 念

## 一、概念：

**中医：**血由肺内或气管而来，经气道咳嗽而出，发为咳血（血证）。

**西医：**声门以下经气道咳出的血；

窒息

大面积肺不张

失血性休克



# 中医病因病机

病位在肺。内外之邪扰肺，肺气上逆则为咳，损伤肺络血溢脉外则为咳血。与肝、脾密切相关。

# 中医病因病机

- 1. 燥热犯肺 ⇒ 肺热壅盛 ⇒ 热灼肺络 ⇒ 咯血；
- 2. 情志过极 ⇒ 肝郁化火 ⇒ 肝火犯肺 ⇒ 咯血；
- 3. 阴虚肺热 ⇒ 肺阴不足 ⇒ 阴虚火旺 ⇒ 咯血；
- 4. 气不摄血 ⇒ 元气耗伤 ⇒ 血无所主 ⇒ 咯血；

# 西医病因

1. 呼吸道肿瘤:如肺癌等。
2. 血管相关性疾病:肺栓塞、支气管毛细血管扩张症、左心衰竭、二尖瓣狭窄等。
3. 感染:细菌感染、肺结核、坏死性肺炎、肺脓肿。
4. 出凝血障碍:血友病、血小板减少性紫癜、弥散性血管内凝血。
5. 其他:全身疾病的伴随症状,如钩端螺旋体病、流行性出血热、结节性多动脉炎等。

# 病理机制

1. 血管通透性的增加:肺部感染、中毒。
2. 血管壁侵蚀破裂:慢性感染 ⇨ 血管壁弹性纤维受损 ⇨ 小动脉血管瘤。
3. 肺血管内压力增高:风湿性心脏病二尖瓣狭窄、肺动脉高压、高血压心脏病 ⇨ 肺血管内压力增高 ⇨ 血液外渗、小血管破裂。
4. 凝血功能障碍:血小板减少、凝血因子缺陷或功能障碍、血管收缩不良等。
5. 机械性损伤:外伤、肺结核钙化灶, 支气管结石 ⇨ 损伤血管。

# 临床资料

1. 病史症状要点。
2. 查体要点。
3. 理化检查要点。

# 病史

支气管扩张

肺结核

支气管肺癌



# 症状要点

## 咯血、咳痰

- ①鲜红色：肺结核、支扩、出血性疾病；
- ②铁锈色血痰：肺炎球菌肺炎、肺吸虫病和肺泡出血；
- ③砖红色胶冻样血痰：肺炎克雷白杆菌肺炎；
- ④黏稠黯红色血痰：由二尖瓣狭窄、肺栓塞引起；
- ⑤粉红泡沫痰：左心衰竭肺水肿；
- ⑥脓性痰伴咯血：支气管炎、支扩、肺脓肿、空洞型肺结核继发细菌感染等。

# 症状要点

## 伴随症状

- ①发热：肺结核、肺炎、肺脓肿、肺出血型钩端螺旋体病、支气管肺癌；
- ②胸痛：肺炎球菌肺炎、肺结核、肺梗死、支气管肺癌等；
- ③呛咳：支气管肺癌、支原体肺炎等；
- ④脓痰：支气管扩张、肺脓肿；
- ⑤皮肤黏膜出血：血液病、流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病；
- ⑥心脏症状：心脏瓣膜病、肺梗死等；
- ⑦进行性消瘦：活动性肺结核、支气管肺癌等。



# 查体要点

- 1.检查口腔、牙龈、咽喉、鼻。
- 2.慢性心、肺疾病杵状指（趾）。
- 3.浅表淋巴结、锁骨及前斜角肌淋巴结肿大：肺部转移癌。
- 4.心、肺部：哮鸣音或湿性啰音、支气管的呼吸音；心脏各瓣膜区听诊杂音。

# 理化检查要点

1. 血液学检查 血常规、血型、凝血功能、动脉血气分析、肝肾功能、电解质、**BNP**等。
2. 痰液检查
3. 胸部X线
4. 支气管碘油造影 诊断支气管扩张症；选择性支气管动脉造影，显示区域性支气管动脉异常。
5. 纤维支气管镜（纤支镜）检查。

# 诊断流程

- 1.细问现病史及既往史。
- 2.判断出血量的多少及颜色，观察生命体征并维持稳定。
- 3.重点突出的体格检查，相关理化检查。
- 4.明确出血部位。
- 5.明确咯血原因。

# 西医诊断

- 1.咯血鲜红，常呈泡沫状或与痰液混杂。
- 2.多数患者有反复咯血史，或有明显消瘦史，或有潮热盗汗史，或有心脏病史等。
- 3.胸部X线及CT，有助于明确诊断。
- 4.可行痰液病原微生物、痰液脱落细胞、血清肿瘤抗原等检查以明确咯血原因。

# 鉴别诊断

	呕血	咯血
疾病	消化性溃疡、肝硬化食道或胃底静脉曲张破裂 糜烂出血性胃炎	肺结核，支气管扩张，支气管肺癌，风湿性心脏病二尖瓣狭窄，钩端螺旋体病
出血前症状	上腹部疼痛不适，恶心，呕吐，心悸，有时晕厥	喉头发痒或咽部异物感，咳嗽，胸闷
出血方式	呕出	咯出
出血量	较多，或大量	一般较少
出血物性状	黑褐色咖啡渣样，或暗红色，混有食物残渣无气泡，呈酸性	鲜红色混有痰、粘液有气泡，呈碱性
出血后情况	有黑便易出现失血性休克 肝硬化患者可诱发肝昏迷 常伴贫血	无黑便（除非血被吞下）可有痰中带血丝休克较少发生 肺部罗音

注意与口鼻部出血相鉴别！

# 危险性评估

出血量  
窒息或大面积肺不张  
原发病

# 危险性评估

## 1.大量咯血

**小量出血：** 小于100mL/d；

**中量出血：** 100–500mL/d；

**大量出血：** 大于300mL/次、24h>50

2.并发失血性休克。

3.大量粉红色泡沫血痰，端坐，呼吸困难。

4.伴呼吸困难、意识改变 咯血骤然减少或终止，烦躁不安、表情恐怖或精神呆滞、喉头作响、呼吸浅速或骤停、一侧或双侧呼吸音消失、面色及皮肤发绀、大汗淋漓等症状或体征：窒息、大面积肺不张。

# 急救处理

## 原则

及时止血，维持患者的生命体征，救治失血性休克；

保持气道通畅，预防气道阻塞所致窒息、大面积肺不张。



# 西医急救处理

- 1.有效止血：针对不同病因选择相应的药物及方法。
- 2.保证气道通畅：清除口腔、咽喉部积存的血块，吸引上段气道内积存的残血，恢复呼吸道通畅。
- 3.发生较大面积的肺不张：体位引流、拍背、吸痰；纤维支气管镜吸引。
- 4.维持循环稳定：大咯血或容量不足，应立即补液，输血。

# 中医急救处理

云南白药，每次0.3~0.5g，口服，每天3次。

三七粉每次2~3g，温水吞服，每日2次。

生脉注射液、参附注射液静脉滴注。

# 西医治疗

## 1. 一般治疗

- (1) 解除恐惧和紧张心理，鼓励患者咯出血痰；小剂量镇静剂。
- (2) 患侧卧位：大咯血急性期。

# 药物止血治疗

- 垂体后叶素：收缩小动脉，减少肺循环血量。是大咯血时的首选用药。慎用于高血压、冠心病者。
- 酚妥拉明： $\alpha$ 受体阻滞剂，扩张肺动脉和肺静脉，降低肺循环血量。血容量不足时慎用。
- 其他：维生素K1、巴曲酶、酚磺乙胺、6-氨基己酸等。

# 西医治疗

3. 急诊纤维支气管镜
4. 支气管动脉栓塞 显示病变支气管动脉，用吸收性明胶海绵、聚乙烯醇栓塞止血。
5. 急诊胸外科手术。
6. 基础病的处理。

# 中医治疗

治疗原则：迅速止血为要法。

实者以清热泻火，凉血止血为主；

虚者以益气摄血为主。

# 1. 燥热伤肺

证候:喉痒咳嗽,痰中带血,口干鼻燥,或有身热,舌红,少津,苔薄黄,脉数。

治法:清热润肺,宁络止血。

代表方:桑杏汤。

## 2. 肝火犯肺

证候：咳嗽阵作，痰中带血或纯血鲜红，胸胁胀痛，烦躁易怒，口苦，舌质红，苔薄黄，脉弦数。

治法：清肝泻火，凉血止血。

代表方：泻白散合黛蛤散。



### 3. 阴虚肺热

证候：咳嗽，痰少难咯，痰中带血或反复咳血，血色鲜红。伴胸闷胸痛，口咽干燥，颧红，潮热盗汗，五心烦热，舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴润肺，宁络止血。

代表方：百合固金汤。加凉血止血药物。

## 4. 气不摄血

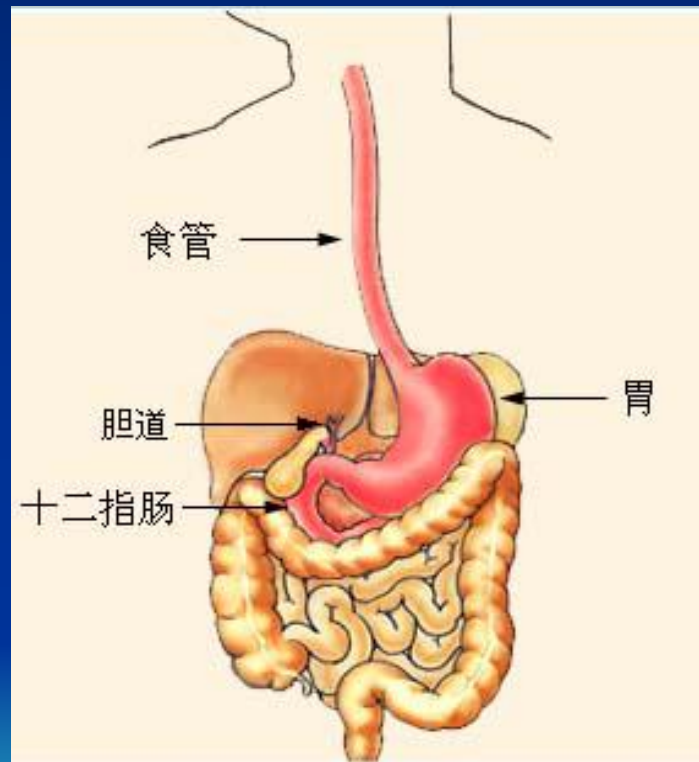
证候：咳血，伴全身肌肤瘀斑样出血点，或见他脏出血。伴面色无华，神疲乏力，气短懒言，畏寒自汗，舌淡，脉弱。

治法：益气摄血，补益心脾。

代表方：归脾汤加仙鹤草、阿胶、地榆炭。

# 呕血

- 概念
- 病因病理
- 临床资料
- 诊断思路
- 治疗



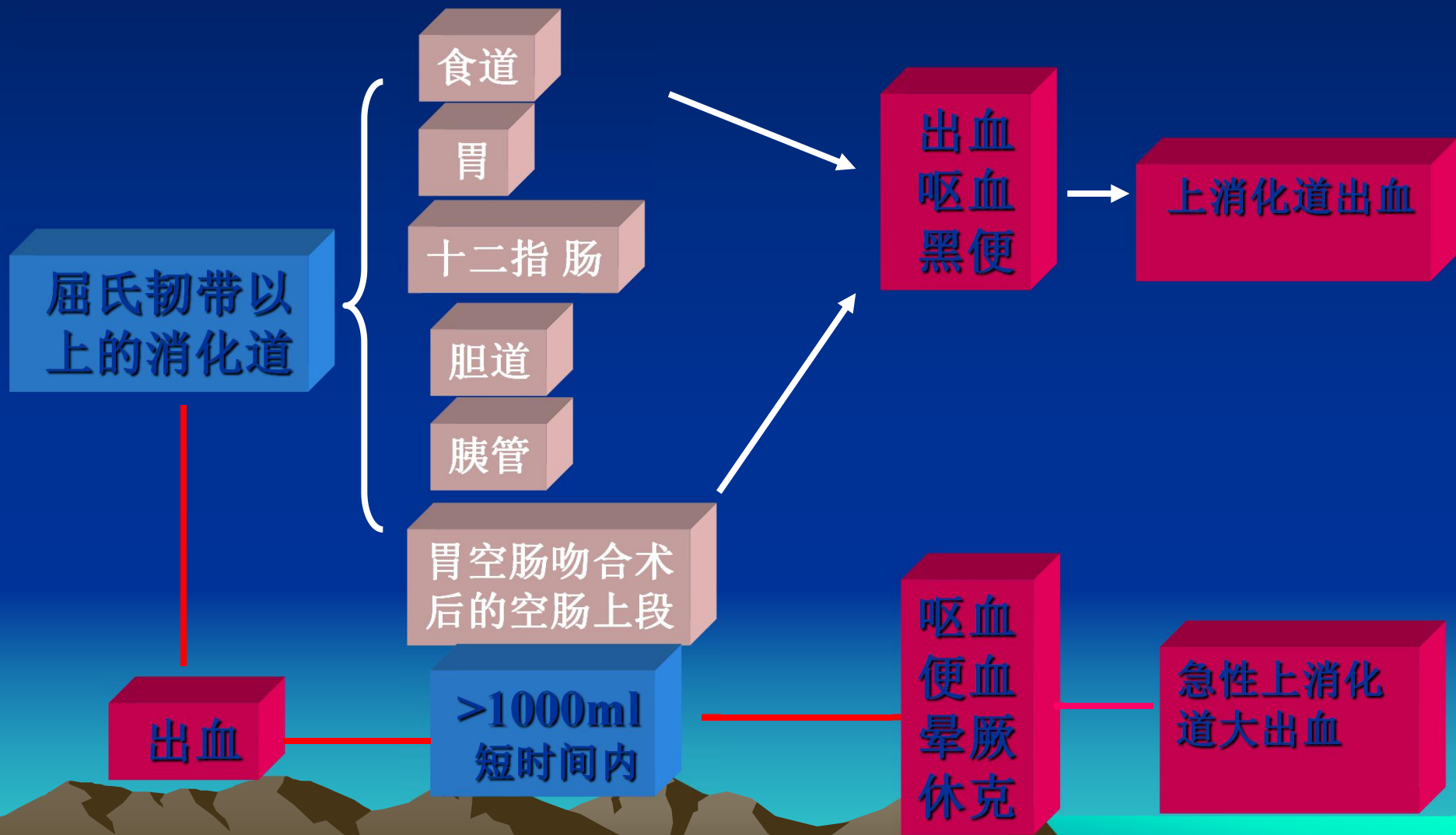
# 概 念

## 一、概念：

**中医：**血由胃而来，经呕吐而出，颜色黯红或咖啡色，多夹有食物残渣，并常伴有脘胁胀闷疼痛。吐血  
(血证)。

**西医：**患者呕吐血液，由于上消化道急性出血所致，即屈氏韧带以上包括食管、胃、十二指肠及胃空肠吻合术后的空肠、胰腺、胆道出血。

• 上消出血示意图:



# 中医病因病机

病位在脾胃。病因多与外感病邪、饮食不节、情志不和、劳倦过度、脾胃虚弱使胃的脉络损伤，而见吐血。

# 中医病因病机

1. 热伤胃络 外感、饮食、情志
2. 脾虚不摄 劳倦、久病
3. 瘀阻胃络 肝胃久病

# 西医病因

## 最常见的三大病因

消化性溃疡；

食管或胃底静脉曲张破裂出血；

急性胃黏膜出血。



# 西医病因

- 1.消化性溃疡 最常见，占50%，尤以十二指肠球部溃疡居多。
- 2.食管或胃底静脉曲张破裂出血 多由于肝硬化、门脉高压所致。最危险。
- 3.急性胃黏膜出血
  - (1) 急性应激性溃疡。
  - (2) 急、慢性上消化道黏膜炎症，如急性糜烂性胃炎：酗酒、药物。
- 4.胃癌及消化道其他肿瘤。
- 5.食管-贲门黏膜撕裂症

# 病史

- 1.排除口腔、鼻咽部出血和咯血。
- 2.有饮食不节，慢性、周期性、节律性上腹痛史、胃痛，出血前疼痛加剧，出血后减轻或缓解，或患有消化性溃疡。
- 3.服用非甾体类解热镇痛剂、酗酒、严重创伤、严重感染性疾病史。
- 4.酒后呕吐或妊娠呕吐，先呕吐食物残渣继而呕出鲜血。
- 5.伴食欲减退和体重减轻的上消化道出血。
- 6.有肝病，伴黄疸、呕血或与黑便兼有。
- 7.大面积烧伤、颅脑手术、脑血管疾病和严重外伤。
- 8.凝血功能障碍等血液疾病。

# 症状要点

1. 夹有食物残渣等胃内容物，血多呈紫红、紫黯色，也可呈鲜红色，大便常色黑如漆或呈黯红色。
2. 吐血前多有暖气、吞酸、伴上腹痛，或恶心、胃脘不适、头晕等先兆症状；或消瘦或贫血。
3. 可伴肝脾肿大，皮肤有蜘蛛痣、肝掌、腹壁静脉曲张或有腹水。
4. 伴黄疸、寒战、发热，右上腹绞痛呕血。
5. 伴发热及全身皮肤黏膜有出血倾向。
6. 伴皮肤黏膜出血。
7. 伴头晕、黑矇、口渴、冷汗。

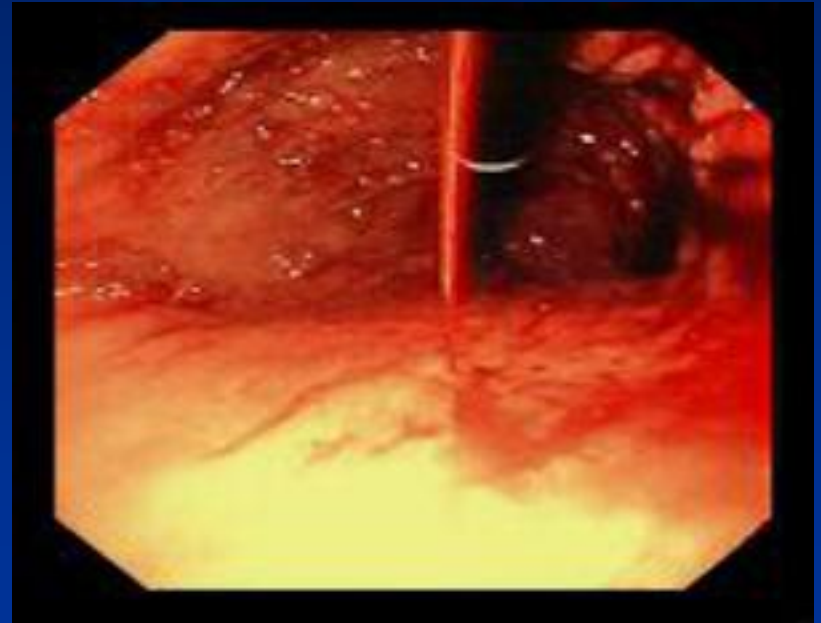
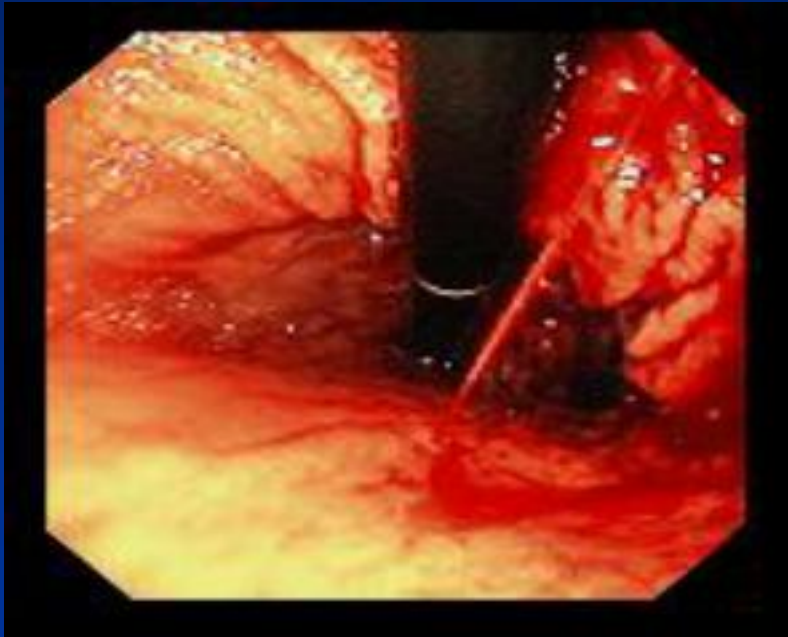
# 查体要点

1. 生命体征 血压、脉搏、呼吸、体温，皮肤黏膜色泽等。
2. 消化系统查体
  - (1) 溃疡病有上腹部压痛局限；胃炎压痛范围较广，呈弥漫性；过敏性紫癜则无固定压痛点。
  - (2) 有无肝脾肿大、腹壁静脉曲张、蜘蛛痣、黄疸、腹水等。
  - (3) 皮肤有无紫癜以排除血液凝固障碍性疾病。
  - (4) 上腹部有无肿块以排除肿瘤出血。
  - (5) 肝脏缩小、脾脏增大，见于肝硬化等
  - (6) 注意肠鸣音、肛检。

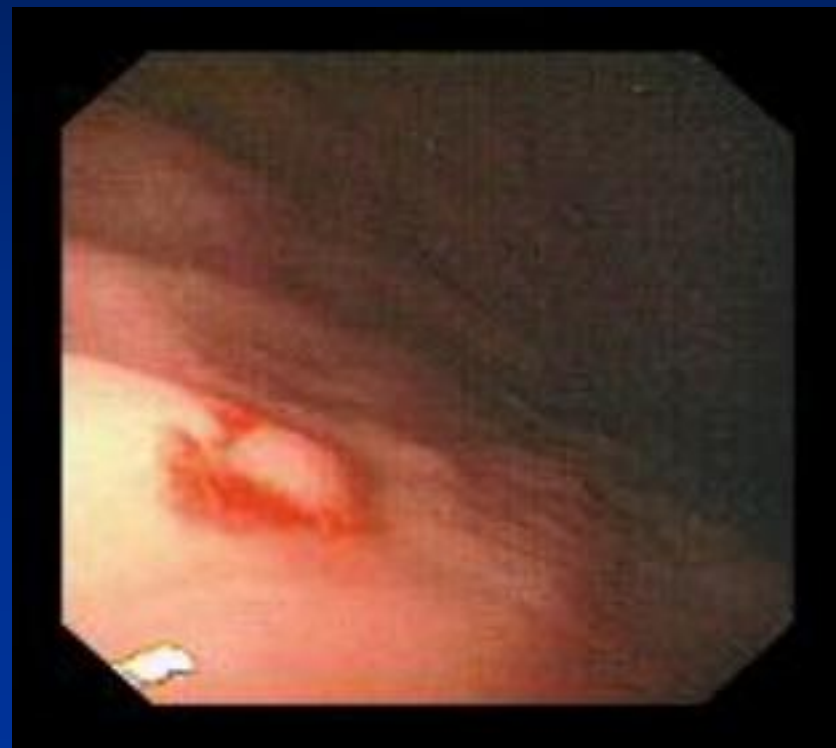
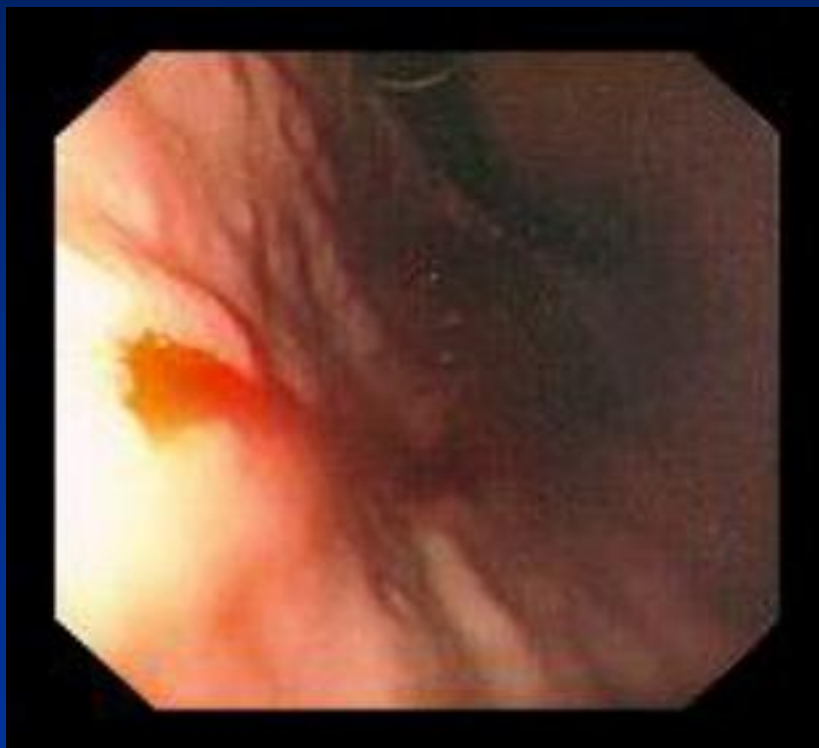
# 理化检查要点

- 1.大便或呕吐物潜血试验、血常规、血型、凝血功能、肝功能、肾功能、电解质。
- 2.鼻胃管抽吸检查
- 3.胃镜检查
- 4.选择性动脉造影
- 5.放射性核素检查 能检出 $0.05\sim 0.1\text{ml/min}$ 的出血灶，尤其是怀疑小肠出血时。

# 内窥镜检查：



- 74岁女性，以呕血入院。胃镜下见食管胃交界下方脉冲样出血（倒镜时明显），血柱由粘膜破损处喷出，未见溃疡，以热探头灼烧后止血，未再复发。



- 70岁女性，以呕血入院：  
（左）**倒镜时**见胃体近端病灶有持续性血流，非脉冲样。

- （右）病灶处以冰水反复冲洗，出血暂时止住，发现下面有一突出的血管，未见溃疡。

## 临床表现总结:

1、呕血（咖啡色液体）、黑便（便血）；

2、失血性周围循环衰竭:

- **症状:** 头晕、心悸、乏力、口渴、肢冷，突然起身可产生晕厥。
- **体征:** 面色苍白、皮肤湿冷、血压下降（收缩压  $<80\text{mmHg}$ ）、脉压差变窄（ $<25\sim30\text{mmHg}$ ）及心率加快（ $>120$ 次/分）。
- 重者出现休克、昏迷，尿量减少甚至无尿。



### 3、血象变化：

- 早期可无变化；
- 经3~4小时出现贫血，程度取决于失血量外，还和出血前有无贫血基础、出血后液体平衡状况等因素有关。



#### 4、发热：

- 多数患者24小时内出现低热，一般不超过 $38.5^{\circ}\text{C}$ ，持续3~5天降至正常。

#### 5、氮质血症：

- 数小时血尿素氮开始上升，约24~48小时达高峰，多数不超过 $6.7\text{mmol/L}$ ，3~4日降至正常，称为肠源性氮质血症。



# 诊断流程

1. 消化道与引起呕血的全身性疾病史；吐泻物性状的观察或化验检查。
2. 动态观察生命体征变化并监护；出血量的多少，判断有无继续出血及伴便血。
3. 重点突出消化道体格检查，做包括肛查在内的全面体格检查。
4. 血常规、血型，尿常规、大便常规、大便潜血，凝血功能、生化及肝肾功能，心电图，食管镜胃镜、十二指肠镜、腹部平片、钡剂造影等检查。
5. 排除口腔、鼻咽部出血和肺部咯血，明确出血部位。
6. 判断有无外科手术指征的情况。

# 鉴别诊断

## 1.与咯血鉴别

## 2.与消化道外或全身疾病咯血鉴别

(1) 尿毒症、结节性多动脉炎、血管瘤、抗凝剂过量等亦可出现呕血，有相关病史。

(2) 各型白血病、血小板减少性紫癜、血友病、霍奇金病、真性红细胞增多症、遗传性出血性毛细血管扩张症等均可能出现呕血,并有相关疾病伴随症状。

(3) 钩端螺体病、出血性麻疹等急性传染病可出现呕血，但有发热及流行情况等。

# 西医诊断

- 1.有胃痛、胁痛、黄疸等病史。
- 2.发病急骤，吐血前多有恶心、胃脘不适、头晕等症状。
- 3.血随呕吐而出，常会有食物残渣等胃内容物，血色多为咖啡色或黯红色，有柏油便或黯红色便。
- 4.实验室检查 呕吐物及大便潜血试验阳性。胃镜、B超。
- 5.先有呕血或呕血与黑便兼有者，出血的部位多在胃或食管，单纯黑便常为十二指肠出血。
- 6.如患者有服用非甾体类解热镇痛剂、酗酒、严重创伤、严重感染性疾病史，上消化道出血最可能为急性胃黏膜病变。
- 7.有慢性、周期性、节律性上腹痛史，尤其是在出血前疼痛加剧，出血后疼痛减轻或缓解者，提示消化性溃疡出血。
- 8.酒后呕吐或妊娠呕吐，尤其是先呕吐食物残渣继而呕出鲜血者，常提示食管-贲门黏膜撕裂症。
- 9.有慢性病毒性肝炎、血吸虫病、慢性乙醇中毒、肝硬化或肝癌病史，并有门脉高压体征者，提示食管胃底静脉曲张破裂出血。
- 10.伴食欲减退和体重减轻的上消化道出血，应考虑胃癌的可能。

# 诊断的确立

根据呕血、失血性周围循环衰竭，呕吐物潜血试验呈强阳性，血红蛋白浓度、红细胞计数及血细胞比容下降等可作出诊断。

# 危险性评估

1. 呕血、口渴、头晕，立位时有心悸、心率变化，晕厥或昏倒，血压下降者，少尿或无尿，或伴意识障碍者，提示血容量不足或失血性休克。
2. 血压下降，心率增快，伴有肠鸣音、黑便，甚至便血者，提示有活动性出血。
3. 一次呕血 $>500\text{ml}$ 或短时间出血量超过 $1000\text{ml}$ 。
4. 呕血伴肝脾肿大、黄疸、腹水者，多为门脉高压，胃底食管静脉曲张破裂出血，注意会引起大出血。
5. 呕吐鲜红色血液，经内科保守治疗无效，血压持续下降者，提示胃内小动脉出血。

## 6. 出血量的估计

出血量ml	大便改变	临床症状	心率bpm	收缩压mmHg
5-10	潜血阳性	无症状	无变化	无变化
50-100	柏油样	无症状	无变化	无变化
> 250	柏油样	呕血	90-100	无变化
<400	黑稀便	轻度头晕乏力	90-100	无变化
>400	黑稀便	头晕、乏力	100-110	80-100





出血量ml	大便改变	临床症状	心率bpm	收缩压mmHg
>1000	黑稀便或 暗红色便	晕厥、口渴 肢冷、脉数	100-110	60-80
>1500	暗红或鲜红色	烦躁不安或	>110	40-50
>2000	鲜红色	神志不清、脉细欲绝	>120	不能测及
>2500	鲜红色	面色苍白、四肢湿冷 口唇发绀、呼吸困难	>140	不能测及

# 西医急救处理

1. 建立静脉通路：如有休克，应建立2条或2条以上静脉通路或给予深静脉置管。
2. 扩容：快速补充容量、维持血压，保证组织灌注。
3. 输血：失血量过多者。
4. 置入鼻胃管：置入鼻胃管持续引流；引流液如显示持续快速出血，常提示危及生命的上消化道出血，需要外科手术或三腔二囊管压迫止血。
5. 禁食、导尿、监测尿量、给氧等。

# 中医急救处理

气随血脱之危重证候，紧急静脉滴注生脉注射液或参附注射液回阳救逆，益气固脱。  
云南白药、三七粉口服止血。

# 西医药物治疗

- 1.止血剂：氨甲环酸、抗血纤溶芳酸、6-氨基己酸、酚磺乙胺等。
- 2.垂体加压素：能使肠系膜动脉和肝动脉收缩，减少肝血流和降低门脉压而止血。适用于上消化道大出血。
- 3.生长抑素：生长抑素能降低内脏血流和门脉压力，通过抑制体内的胰高血糖素而发挥作用，可用于食管静脉曲张破裂出血和其他上消化道出血。
- 4.抑酸剂：抑制胃酸、胃蛋白酶分泌，减少黏膜损伤促进溃疡愈合，并能稳定血凝块，防止或减少因纤维素或血凝块被消化引起再出血。以胃内pH维持在4以上为宜。
- 5.胃黏膜保护剂：覆盖在黏膜表面，使之不再受到各种有害物质（消化液、药物等）的侵袭，起隔离作用。硫糖铝，氢氧化铝凝胶。

# 其他西医治疗

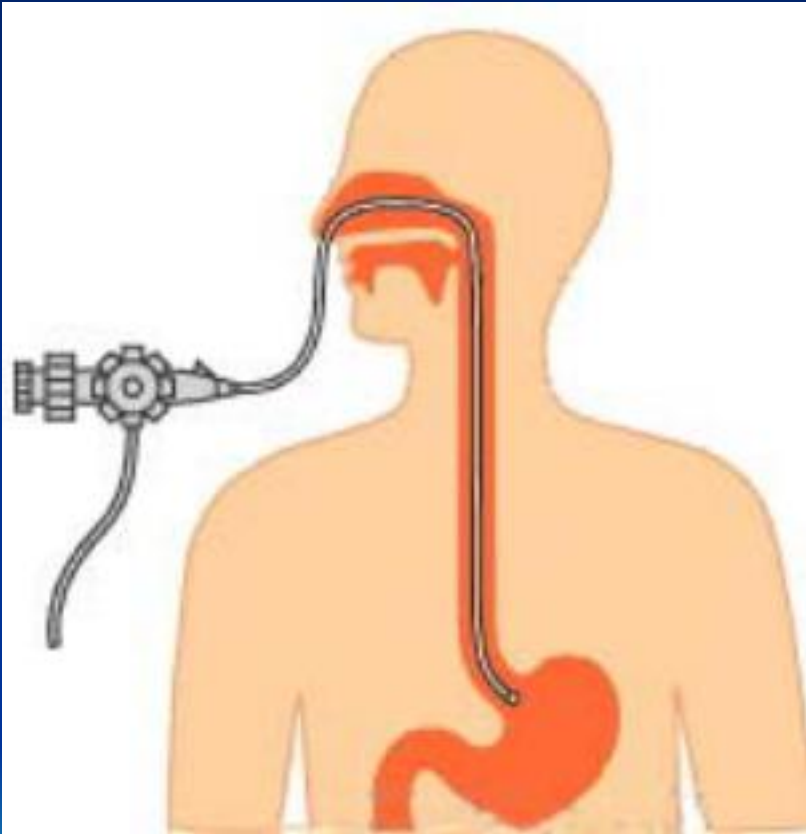
2. 内镜下局部止血

3. 三腔二囊管压迫止血 本法为食管胃底静脉曲张破裂大出血的有效止血方法之一。

4. 选择性动脉栓塞疗法

5. 外科手术治疗 适用于内科治疗无效或有并发症的患者。

## 内镜下止血：



可根据医院的设备和病变的性质选用：

- a. 药物喷洒和注射；
- b. 热凝治疗；  
    高频电  
    氩气血浆凝固术  
    热探头、微波、激光等
- c. 止血夹等。

内镜下止血：起效迅速、疗效确切，应作为首选。

# 中医治疗

2. 内镜下局部止血

3. 三腔二囊管压迫止血 本法为食管胃底静脉曲张破裂大出血的有效止血方法之一。

4. 选择性动脉栓塞疗法

5. 外科手术治疗 适用于内科治疗无效或有并发症的患者。

# 中医治疗

## 一、病位病性：

实证：热迫血上行，有胃热和肝火之别。

由实转虚：日久不愈；出血量多。

虚实夹杂：正虚热邪未清，或脉络瘀滞。

## 二、治疗原则：

1. 急则治其标，止血为先，辨虚实而治之；

2. 防治变证—厥脱；

3. 缓则治其本，或标本兼治。



# 1. 胃热壅盛

- 证候：吐血色红或紫黯，常夹有食物残渣，脘腹胀闷，甚则作痛，口臭，便秘，大便色黑，舌质红，苔黄腻，脉滑数。
- 治法：清胃泻火，化瘀止血。
- 代表方：泻心汤合十灰散。

## 2. 肝火犯胃

- 证候：吐血色红或紫黯，口苦胁痛，心烦易怒，寐少梦多，舌质红绛，脉弦数。
- 治法：泻肝清胃，凉血止血。
- 代表方：龙胆泻肝汤。

### 3. 脾虚失摄

- 证候：吐血缠绵不止，时轻时重，血色黯淡，神疲乏力，心悸气短，面色苍白，舌质淡，脉细弱。
- 治法：健脾养心，益气摄血。
- 代表方：归脾汤。

## 4. 瘀阻胃络

- 证候：吐血色黯，或夹有食物残渣，胃脘疼痛如刺，固定不移，或肋下有痞块，面色黧黑，肌肤甲错，舌质紫黯或边有瘀点，脉涩。
- 治法：活血化瘀，和络止血。
- 代表方：膈下逐瘀汤（五灵脂、川芎、牡丹皮、赤芍、乌药、延胡索、桃仁、红花、香附、枳壳、蒲黄）。

# 便 血

- 概念
- 病因病理
- 临床资料
- 诊断思路
- 治疗

# 概 念

中医：便血（血证）。

西医：便血为消化道出血的常见症状。可见于上消化道出血及下消化道出血。下消化道出血指Treitze韧带以下的空肠、回肠、盲肠、结肠、直肠出血。

# 中医病因

- 外邪侵袭，内风扰动：风、湿、热⇒热伤肠络
- 饮食不节，内生湿热：辛辣肥甘、饮酒⇒热伤肠络
- 情志过极，气机失调：五志过火，耗伤阴血；肝气郁及血，气滞血瘀，脉络瘀阻，血不循经。
- 劳逸失度，久病体虚：脾虚统血无力。

# 中医病机

- 胃肠积热、胃肠脉络受损
- 瘀血阻络、血不循经
- 气不摄血



# 西医病因病理

## 1. 下消化道疾病

### (1) 痔疮

(2) 肠道炎症性疾病 如急性出血坏死性肠炎、肠结核、溃疡性结肠炎、急性细菌性痢疾。

(3) 肠道肿瘤 结肠癌、直肠癌及肠恶性淋巴瘤等。

2. 下消化道血管病变 肠系膜动脉栓塞或肠系膜动静脉血栓形成，肠扭转，肠套叠等。

3. 全身性疾病 如流行性出血热、急性白血病再生障碍性贫血、血友病等。

# 病史要点

- 成年人：内痔、肛裂、炎性肠病等，内痔出血男性多见，肛裂出血则多见于年轻妇女和便秘患者。
- 儿童：直肠息肉、肠套叠。家族性息肉病多于青春期发病，多为黏液血便。
- 中老年：结直肠恶变。

# 症状要点

- 急性出血性坏死性肠炎：粪便初为糊状而带粪质，后渐为黄水样，继之即呈白水状或呈赤豆汤和果酱样，甚至可呈鲜血状或黯红色血块，粪便少而且恶臭。
- 肠套叠：稀薄黏液或胶冻样果酱色血便。
- 直肠或左半结肠癌：多伴有血便或脓血便、里急后重及大便习惯的改变，后期可出现肠梗阻。肠息肉：间歇性、量少，个别有大出血。
- 急性肠系膜上动脉栓塞：伴急性腹部剧烈持续性疼痛，部位不局限，腹部可有压痛、反跳痛，严重时可出现休克。
- 肠道血管畸形：无痛性，可以是下消化道大出血。血管扩张、血管发育不良及遗传性出血性毛细血管扩张症等。
- 结肠感染性或炎性疾病：血便常为黏液脓血便，伴腹痛、腹泻、发热。

# 查体要点

- 1.腹部查体 腹部外形、蜘蛛痣、肠型、肝界、脾界、肝颈静脉回流征、肠鸣音。
- 2.直肠和肛门检查 注意有无肛裂、痔疮、瘻管，直肠指检有无肿物。
- 3.全身体检 皮肤黏膜、淋巴结、生命体征等。

# 理化检查要点

- 1.血尿素氮 如患者血尿素氮 $>30\text{mg/dl}$ 提示出血部位较高。
- 2.胃管冲洗抽吸
- 3.肛肠镜和乙状结肠镜
- 4.钡灌肠
- 5.结肠镜
- 6.选择性动脉造影 肠血管畸形、肠系膜上动脉梗死
- 7.放射性核素检查 活动性出血时可有阳性发现。

# 诊断流程

- 1.详细询问患者是否有痔疮、肛裂及不洁饮食史，是否出现酱紫色大便。
- 2.密切观察患者血压、脉搏、心率变化，结合理化检查估计出血的速度和出血量。
- 3.肛门指检和肛肠镜及乙状结肠镜检查可明确出血部位。
- 4.必要时请消化科、肛肠科会诊。

# 鉴别诊断

## 1. 首先鉴别是否消化道出血

(1) 排除口腔、鼻咽、喉、肺等部位的出血被吞咽后由肛门排出的可能性。

(2) 区别有口服中药、铁剂、铋剂导致的大便黑色及食用过多肉类、猪肝、动物内脏、口服酚酞制剂等误认为便血相鉴别。

2. 与上消化道出血相鉴别：大便黯红色或黑色， $\text{BUN} > 10.3 \text{mmol/L}$ 者，约2/3可考虑为上消化道出血。

# 西医诊断

- 1.大便的色泽和量是诊断便血的重要线索，通常大便呈鲜红色或黯红色即可确诊。
- 2.辅助检查如大便潜血实验、X线钡剂检查，选择性血管造影，内镜检查等有助于确诊出血的部位和性质。



# 危险性评估

- 临床常根据患者的失血量、有无休克评估患者的病情：

# 西医急救处理

1. 卧床休息（平卧或抬高下肢），暂禁食。
2. 便血量大出现休克者：开放两条静脉通道，快速大量输注液体补足血容量。

输血指征：

- ①  $\text{Hb} < 70\text{g/L}$ , RBC计数小于  $3 \times 10^{12}/\text{L}$ ;
- ② 收缩压低于  $90\text{mmHg}$ ;
- ③ 脉率  $> 120$ 次/分;
- ④ 大量便血。输血量由失血量而定，一般失血量即是输血量。

# 中医急救处理

云南白药

三七粉

大黄粉

白及粉

# 西医治疗

输液输血防治休克

止血

抑酸保护胃黏膜

抗感染

内镜

介入

手术

# 急诊手术

- 出血难以控制，经多种检查不能明确出血部位及病变性质 → 剖腹探查；
- 保守治疗无效，24小时内输血量超过1500ml，血流动力学不稳定者；
- 大出血合并肠梗阻、肠套叠、肠穿孔或急性腹膜炎者；
- 急性肠系膜上动脉梗死

# 中医辨证论治

- 1.外邪侵袭，内风扰动
- 证候：外感风邪者先血后便、便血色鲜或血下如溅，兼有口渴饮冷、牙龈肿痛、舌红苔黄、脉数实等；肝经风热者除有便血外，常见胁腹胀满、口苦多怒。
- 治法：清火养血，疏肝泻热。
- 代表方：槐角丸。

# 中医辨证论治

- 2.肠道湿热
- 证候：下血紫黑、晦黯不鲜，兼见脘腹胀痛、呕恶少食、大便不畅或稀溏，肛门灼痛，苔黄腻、脉濡数或滑数。
- 治法：清化湿热，凉血止血。
- 代表方：地榆散合槐角丸。

# 中医辨证论治

- 3.脾胃虚寒
- 证候：便血紫黯，甚则黑色，畏寒肢冷，喜热饮，腹部隐痛，喜按喜暖，面色不华，神倦懒言，便溏，舌质淡，苔薄白，脉细弱无力。
- 治法：健脾温中，养血止血。
- 代表方：黄土汤。

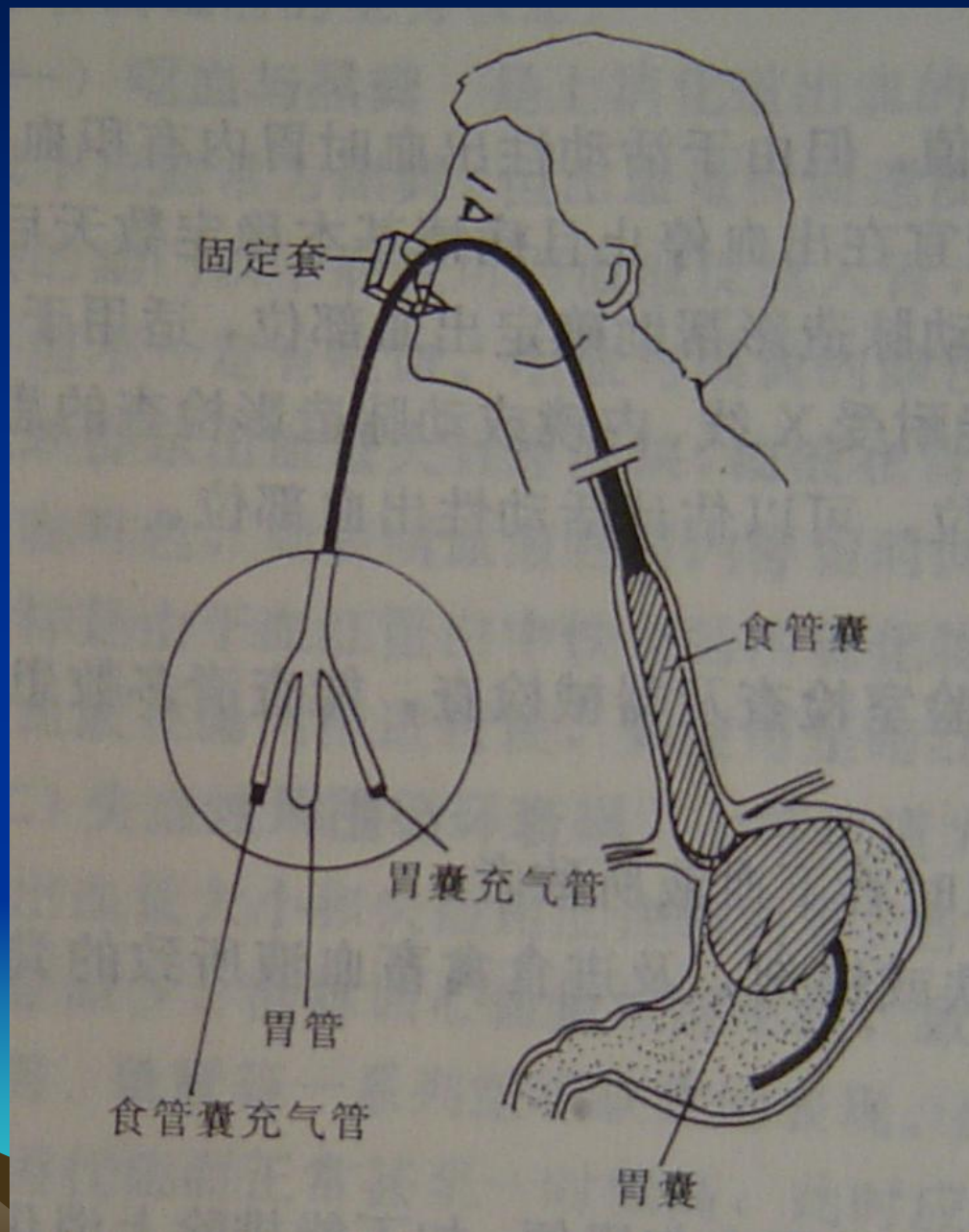


# 中医辨证论治

- 4.瘀血阻络
- 证候：血色黯，甚或成块，久久不愈，多伴有肛门坠胀，兼有烦热易怒、腹痛或有包块、痛处不移、舌质紫黯、脉沉涩等。
- 治法：行气活血，化瘀止血。
- 代表方：膈下逐瘀汤。

# 咯 血

- 适应证
- 禁忌证
- 操作方法



# 三腔二囊管结构图



11 4:52 PM



7 4:58 PM



7 5:00 PM

# 适应证

- 食管胃底静脉曲张破裂大出血者压迫止血。

# 适应证

- 严重冠心病，高血压，心功能不全者慎用。



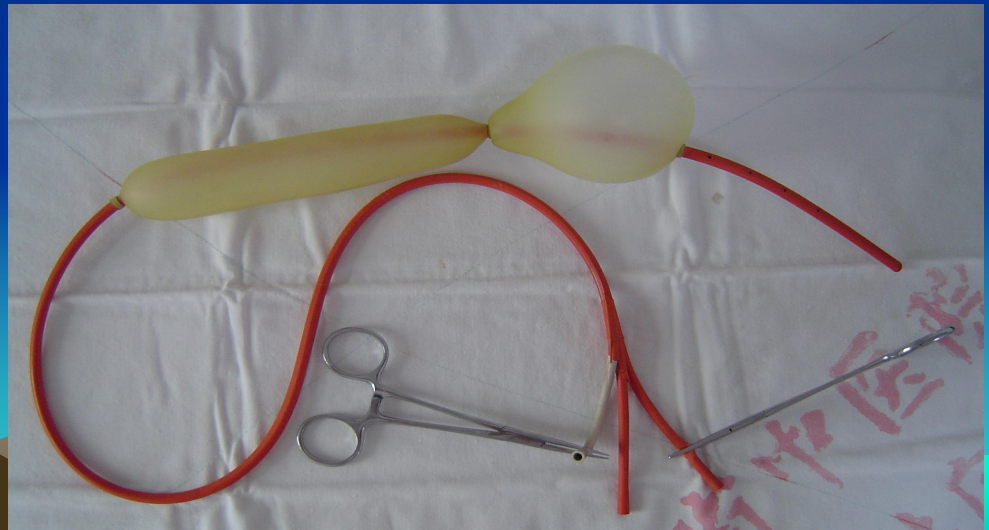
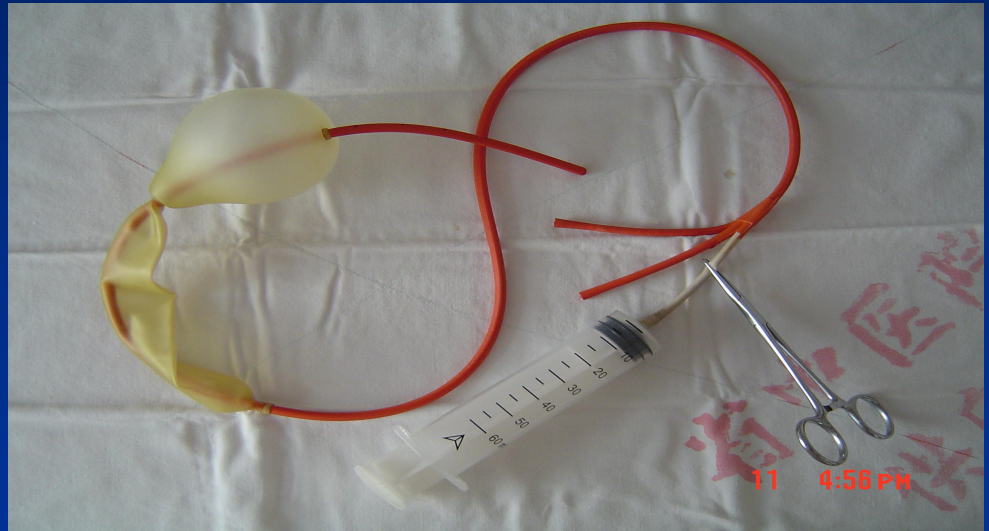
# 留置三腔二囊管操作方法

- (一) 备物：
  - 1、备插胃管的所需用物；
  - 2、增加止血钳两个、石蜡油50ml、负压引流瓶一个、滑轮牵引装置、橡胶塞、绷带、血压计、500g砂袋（或500ml液体瓶）一个。

# 留置三腔二囊管操作方法

## • (二) 检查气囊

- 1、向胃气囊注气200ml，食道气囊注气100ml。
- 2、把气囊置于冷开水中，观察是否有气体逸出。
- 3、证实气囊不漏气、胃管腔通畅，对三个腔分别作标记。



# 留置三腔二囊管操作方法

- （三）解释：说明插管的必要性，指导配合方法，以取得患者的合作。
- （四）体位：平卧位枕头垫高，或侧卧位。  
重点：下颏贴近胸骨。



# 留置三腔二囊管操作方法

(五)

量长度，  
作标记。



10 4:20 PM

# 留置三腔二囊管操作方法

- (六) 抽尽气囊中的残气，用止血钳夹紧管口。



# 留置三腔二囊管操作方法

- (七) 插管方法

- 1、充分润滑。

- 2、给清醒患者含石蜡油20ml，从鼻孔徐徐插管，至咽部时，嘱患者作吞咽动作，顺势插入管道至标记处。

- 3、检查证实已达胃内。

- 4、胃管腔连接负压引流瓶。

# 留置三腔二囊管操作方法

- (八) 向气囊充气

首先向胃气囊充气150~200ml→用止血钳夹紧管口→向外牵引三腔管至有弹性阻力→再向食道气囊充气100ml →用止血钳夹紧管口。

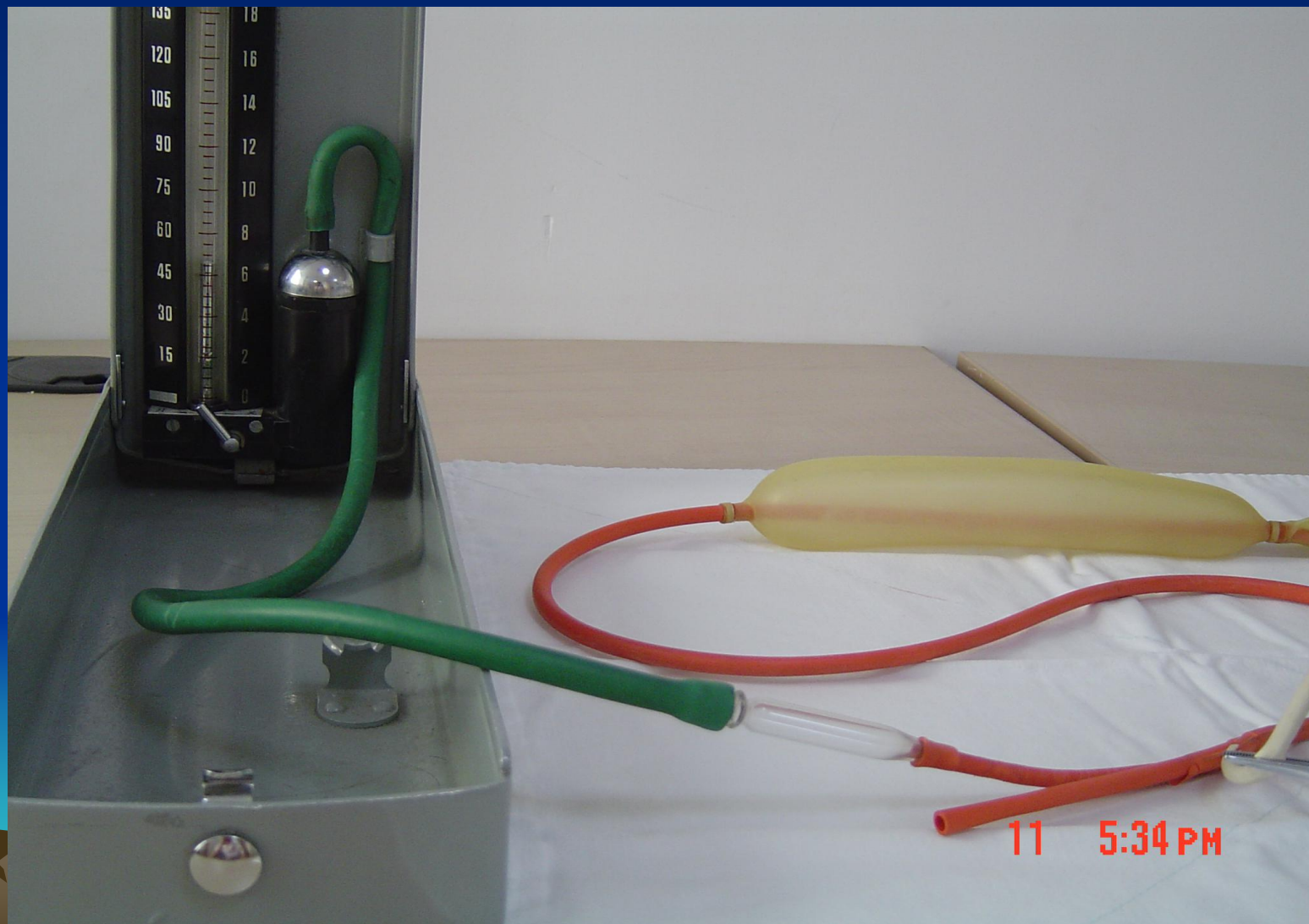
# 留置三腔二囊管操作方法

- (九) 测压

血压计连接气囊腔出口，松开止血钳，观察血压计水银波动（胃气囊50mmHg，食道气囊40mmHg）。证实气囊已达到有效的压力后，用止血钳夹紧管口→分离血压计→再向管口注入5ml气体→用止血钳夹紧管口。



# 连接血压计测压



# 留置三腔二囊管操作方法

- (十) 压迫止血

- 1、牵引法：用绷带一端系在管口分叉处，另一端接床尾的滑轮装置，悬挂500g的重物。

- 2、胶塞固定法。

# 牵引压迫止血法



# 牵引压迫止血法



18 10:11 AM

# 操作方法

- 1.洗手，戴口罩、帽子。
- 2.检查三腔二囊管气囊、管道。
- 3.镇静。清除鼻腔内的结痂及分泌物。
- 4.润滑。将三腔管从患者鼻腔送入，达咽部时嘱患者吞咽，送至**60cm**标记处，回抽。
- 5.胃气囊注入空气**150~200ml**，将三腔管向外牵拉至压于胃底部。以**500ml盐水瓶**持续牵引。
- 6.仍未能压迫止血者，再向食管囊内注入空气**100~200ml**。
- 7.定时由胃管内抽吸胃内容物，可自胃管进行鼻饲和有关治疗。
- 8.每**2~3**小时检查气囊内压力。每**8~12**小时食管囊放气并放松牵引**30**分钟。
- 9.出血停止**24**小时后，取下牵引瓶并放气，留置观察**24**小时未再出血可拔出。

# 病例回顾

黄某，女，26岁。

**主述：** 反复上腹部疼痛5年，加重伴黑便2天。

**现病史：** 5年前开始出现胃脘部胀痛，伴返酸，多在饥饿时发病，曾在外院行胃镜检查示：十二指肠球部溃疡，予雷尼替丁及中药治疗，病情可缓解。

昨日因感冒服解热镇痛药后出现胃脘部胀痛，上厕所时感头晕，乏力，呕吐咖啡色胃内容物1次，继而排黑便2次，质烂，量约500ml。

**入院症见：**神情，精神疲倦，面色苍白，头晕，腹胀，纳少，今日又排黑便1次，量约200ml。舌燥苔黄，脉弦数。

**查体：** T 36.8℃ P 90次/分 R 20次/分 BP 100/60mmHg  
贫血貌。腹平软，剑突下少许压痛，肠鸣音约12次/分。

**辅助检查：**血常规： HGB： 80g/L。大便潜血：（++++）。  
胃镜提示：十二指肠球部溃疡（A期）。

# 你能回答下面的问题了吗？

- (1) 该病例的中医诊断是什么？
- (2) 该病例的西医诊断是什么？
- (3) 面对这样的患者你会如何处理呢？



中医诊断：

1. 血证（实证）
2. 胃痛（脾虚胃热）

西医诊断：

1. 急性上消化道出血
2. 十二指肠球部溃疡
3. 继发性贫血（中度）

处理：

1. 急则治其标，止血为先，辨虚实而治之；
2. 一般治疗：吸氧、平卧，血压、心电监测，开放静脉通道，扩容（林格氏液、0.9%NS，5%GNS，参麦针，血压低时可用低右或血定安）；
3. 止血为先：  
中药：冰冻紫黄液、白芨粉、三七粉、云南白药。  
西药：抗纤、止血敏、6-氨基己酸、立止血。

4、相关检查：

三大常规（血型、潜血）、急诊生化、凝血三项、肝功12项、胃镜等；

5、制酸（洛赛克、法莫替丁等）；

6、方药：予以“清热泻火，凉血止血”之剂，予泻心汤加减：

黄芩12      黄连10      大黄6      鱼古10

地榆15      白芨12      小蓟10

谢谢！

