

## · 经验交流 ·

## 急性上消化道大出血并失血性休克患者的治疗

刘淳

【关键词】 上消化道出血； 失血性休克； 治疗

本科 1999 年至 2008 年治疗急性上消化道大出血并失血性休克患者 16 例，总结分析如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料：**男性 11 例，女性 5 例；年龄 39 ~ 65 岁，平均(52.0 ± 7.2)岁；均大量呕血，4 例伴黑便，出血量 1000 ~ 2000 ml，平均(1300 ± 255) ml。血红蛋白(Hb)3.5 ~ 7.5 g/L，平均(6.11 ± 1.11) g/L；脉搏 106 ~ 142 次/min，平均(122.0 ± 9.0)次/min；收缩压 45 ~ 80 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)，平均(71.0 ± 9.6) mm Hg；休克指数全部 > 1。

**1.2 治疗方法：**先进行初步急救，如吸氧，监测生命体征，迅速建立静脉通路，输入晶体液、胶体液及浓缩红细胞，纠正休克。留置胃管或三腔二囊管，以 8% 去甲肾上腺素冰生理盐水洗胃，尽可能于 12 ~ 24 h 内行胃镜检查确定出血原因，对继续活动性出血者紧急手术。

**1.3 结果：**抢救后收缩压提高了 20 ~ 30 mm Hg，平均(23.5 ± 4.6) mm Hg；脉搏下降了 15 ~ 36 次/min，平均(22.8 ± 5.9)次/min；中心静脉压(CVP)提高了 2.3 ~ 4.0 cm H<sub>2</sub>O (1 cm H<sub>2</sub>O = 0.098 kPa)，平均(3.3 ± 0.5) cm H<sub>2</sub>O。出血原因：肝硬化门脉高压性 4 例；非门脉高压性 12 例(消化性溃疡 6 例、急性胃黏膜病变 1 例、Dieulafoy 病 1 例、胃大部切除术后吻合口出血 2 例、应激性溃疡 1 例、十二指肠乳头旁动脉出血 1 例)。保守治疗 6 例，内镜下曲张静脉套扎 3 例，紧急手术止血 7 例。死亡 2 例，1 例发生溶血反应死于失血性休克；1 例手术止血成功，术后死于多器官功能衰竭(MOF)。

## 2 典型病例

**2.1 例 1：**患者男性，19 岁，因脊髓损伤、高位截瘫而使用大量肾上腺皮质激素

DOI:10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2012.

06.024

作者单位:300050 天津市天和医院外科

素保护脊髓功能。住院期间大量呕血约 1300 ml，出现失血性休克。经紧急扩容、洗胃，血压升至 90/60 mm Hg，但 Hb 仍很低，胃镜检查发现十二指肠球部后壁溃疡，有活动性出血。急诊手术，术中发现十二指肠球后壁巨大溃疡，侵蚀胃十二指肠动脉，缝扎出血动脉止血。因患者失血多，一般情况差，未进一步行彻底手术。术后 10 d 再次大出血，紧急手术发现仍为原病变处出血，行胃大部切除溃疡旷置术后未再发生出血，痊愈。

**2.2 例 2：**患者男性，65 岁，因突发呕血 1000 ml 入院，血压 80/50 mm Hg，心率 120 次/min，CVP 5.5 cm H<sub>2</sub>O，Hb 6.0 g/L。先予保守治疗，扩容、抗休克，24 h 内病情仍未稳定，输血 5 U，胃管持续引流出鲜红色血液达 1500 ml，重度贫血貌，血压 55/35 mm Hg，心率 135 次/min，紧急手术探查。术中胃镜发现于十二指肠近乳头处见一动脉喷血，直径约 0.5 cm，打开十二指肠前壁，直视下缝扎止血。患者因术后发生 MOF 死亡。

## 3 讨论

上消化道大出血病因很多，多表现为大量呕血，病情非常危急、凶险，需在最短的时间内迅速作出病因以及出血部位判断和及时处理。首先要迅速建立静脉通路，根据患者具体情况快速扩容，恢复有效循环血量，维持重要器官灌注，防止休克的进一步发展。由于早期很难准确判断失血量，我们采用快速扩容观察患者对容量负荷试验的反应。具体方法是：30 min ~ 1 h 内快速给予 0.5 ~ 1.0 L 乳酸林格液，根据临床指标的改变进一步调整补液量和速度；在等待血源过程中输入人工血浆代用品，可使组织间液回收入血管内，循环血量增加 1 ~ 2 倍；羟乙基淀粉不仅具有良好的扩容作用，而且还有益于改善微循环功能，但用量过大可使组织液过量丢失，且可有出血倾向，一般勿超过 1000 ml；晶体液与胶

体液的比例通常为 3 : 1，血红细胞比容(Hct)不应低于 0.30；在血源充足时应尽量输血，一般为浓缩红细胞，并输入血浆，以提高血液携氧能力，改善组织缺氧。目前认为对于有活动性出血的失血性休克患者，早期限制性液体复苏可改善休克期组织器官的灌注和氧供，减少创伤后期并发症，提高早期成活率，改善预后<sup>[1]</sup>；其机制可能与改善器官组织微循环，减轻脂质过氧化损伤有关<sup>[2]</sup>。

在患者循环趋于稳定后，应留置胃管和尿管。肝硬化患者要注意补充维生素 K；如考虑肝硬化门脉高压性出血，留置三腔二囊管压迫止血，以 8% 去甲肾上腺素冰生理盐水洗胃，也可使用血管加压素。低温和去甲肾上腺素直接作用于出血部位可以促使小血管收缩而止血，其安全性高、易操作<sup>[3]</sup>。使用血管加压素时须与硝酸甘油合用以减轻对心脏供血的不利影响。同时止血剂是必不可少的。但要随时监测凝血功能，防止弥散性血管内凝血(DIC)的发生。

患者循环稳定后首选胃镜检查进一步确定出血原因和部位。对于持续性出血、血压不能维持者，紧急手术探查联合术中胃镜检查是最为确切有效的方法。

对门脉高压食管 - 胃底静脉曲张破裂可行内镜下曲张静脉套扎止血。对出血原因是门脉高压性胃病、溃疡等患者，可继续保守治疗。

## 参考文献

- [1] 王梅. 限制性液体复苏在创伤失血性休克中的临床应用. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17: 31-33.
- [2] 王钦存, 肖南, 刁有芳, 等. 出血未控制性休克限制性液体复苏机制的探讨. 中国危重病急救医学, 2004, 16: 473-476.
- [3] 王峰, 汤泊. 改良洗胃法结合紧急胃镜在上消化道大出血中的应用. 现代中西医结合杂志, 2008, 17: 3002.

(收稿日期:2012-04-28)

(本文编辑:李银平)