

## 急性上消化道出血急诊诊治流程专家共识(修订稿)

中国医师协会急诊医师分会

[关键词] 上消化道出血; 专家共识

doi:10.3969/j.issn.1002-1949.2011.01.001

## 1 概述

上消化道出血系指屈氏韧带以上的消化道,包括食管、胃、十二指肠、胆道和胰管等病变引起的出血。根据导致出血的病因可分为非静脉曲张性出血和静脉曲张性出血两类。在引起急性上消化道出血的病因中,十二指肠溃疡、胃溃疡和食管静脉曲张占前三位<sup>[1]</sup>。

大多数急性上消化道出血患者首诊于急诊科。此外,很多上消化道出血的患者以头晕、乏力、晕厥等不典型症状来急诊科就诊,而非呕血或便血。因此,正确、迅速、合理地诊断和治疗急性上消化道出

血,是急诊医学专业医师的基本能力之一。中国医师协会急诊医师分会组织部分急诊科和消化科专家,参照国内外资料,结合我国的具体情况,就急性上消化道出血的急诊诊治进行研讨,达成了下述共识,为急诊科医生诊治急性上消化道出血提供一个基本的规范。考虑到急诊患者的特殊性和我国多数基层医院的实际情况,此共识的重点是针对上消化道出血患者的病情评估、稳定循环和初始的药物止血治疗。专家们推荐使用本共识中的流程(见图1)对急性上消化道出血的患者进行评估、治疗和管理。

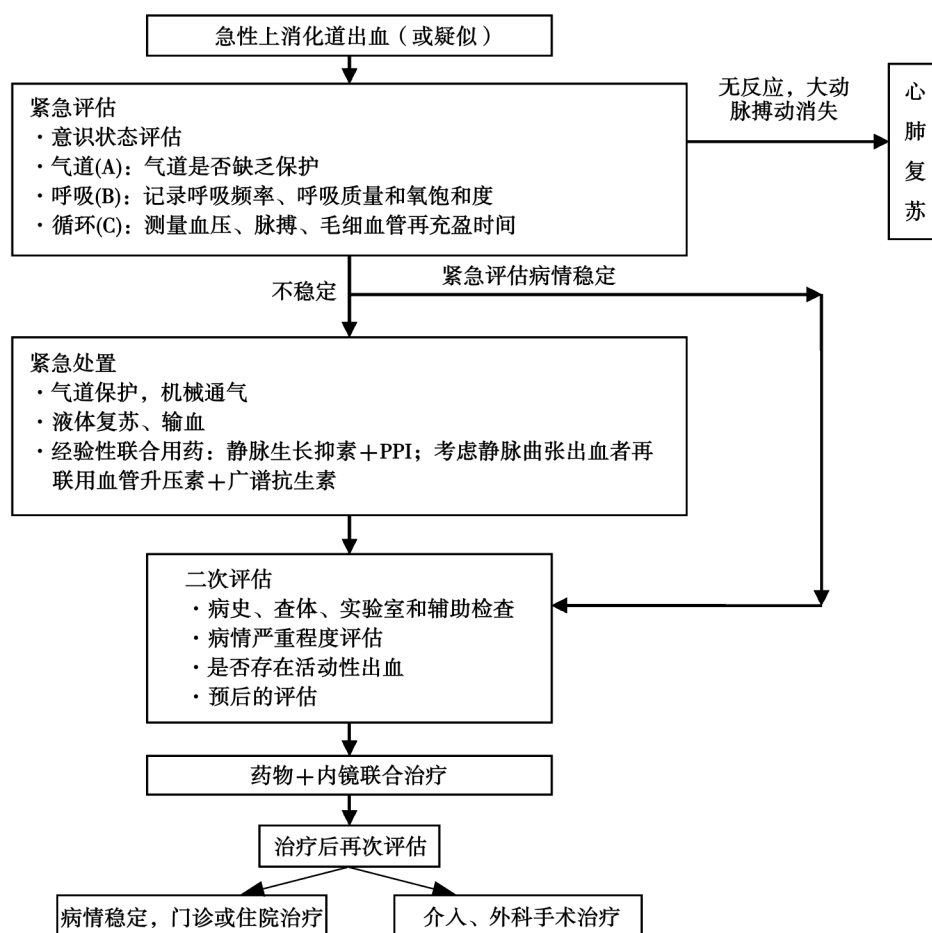


图1 急性上消化道出血急诊诊治流程

本共识未涵盖急性上消化道出血诊断和治疗中的所有临床问题,只是为急诊科医师提供一个原则性的意见和适合大多数情况的诊疗方案。同其他共识一样,本共识不是强制性标准,也不能代替临床医师的个性化判断。此外,本共识只反映当前最新的研究成果和临床经验,今后将定期完善和更新。

## 2 紧急评估及处置

对以典型的呕血、黑便或血便等表现就诊的患者,很容易做出急性上消化道出血的诊断,而对以头晕、乏力、晕厥等不典型症状就诊的患者,急诊医师应保持高度警惕,特别是伴有血流动力学状态不稳定、面色苍白及有无法解释的急性血红蛋白降低的患者,应积极明确或排除上消化道出血的可能性<sup>[2-4]</sup>。

### 2.1 初次评估和管理

2.1.1 对意识丧失、呼吸停止及大动脉搏动不能触及的患者,立即开始心肺复苏<sup>[5]</sup>。

#### 2.1.2 紧急评估

2.1.2.1 意识判断 患者首先进行意识状态的判断。意识障碍既是急性失血严重程度的重要表现之一,也是患者呕吐误吸,导致窒息死亡和坠积性肺炎的重要原因。根据 Glasgow 评分可以对患者的意识情况作出判断,见表 1。Glasgow 评分在 8 分以下表示患者昏迷,应当对呼吸道采取保护措施。

表 1 意识状态评分表(Glasgow 评分)

| 评分 | 眼睛运动   | 语言      | 肢体运动     |
|----|--------|---------|----------|
| 6  | -      | -       | 按要求活动肢体  |
| 5  | -      | 准确对答    | 疼痛能定位躲避  |
| 4  | 自主睁眼   | 文不对题    | 疼痛躲避运动   |
| 3  | 呼唤时可睁眼 | 能说断续词语  | 疼痛刺激肢体屈曲 |
| 2  | 刺痛时可睁眼 | 能发音,不成词 | 疼痛刺激肢体强直 |
| 1  | 不睁眼    | 无语言     | 无运动      |

2.1.2.2 气道评估(Airway, A) 评估患者气道是否通畅,如存在任何原因的气道阻塞时,应当采取必要的措施,保持其开放。

2.1.2.3 呼吸评估(Breathing, B) 评估患者的呼吸频率、呼吸节律是否正常,是否有呼吸窘迫的表现(如三凹征),是否有氧合不良(末梢发绀或血氧饱和度下降)等。如患者出现呼吸频速、呼吸窘迫、血氧饱和度明显下降,特别是当使用高流量吸氧仍不能缓解时,应及时实施人工通气支持。对于伴有意识障碍的上消化道出血患者,因无创通气增加误吸的危险,不提倡应用。

2.1.2.4 血流动力学状态 对疑有上消化道出血的患者应当及时测量脉搏、血压、毛细血管再充盈时间,借以估计失血量,判断患者的血流动力学状态是否稳定,见表 2。出现下述表现表明患者血流动力学状态不稳定,应立即收入抢救室开始液体复苏:心率 > 100 次/min,收缩压 < 90 mm Hg(或在未使用药物降压的情况下收缩压较平时水平下降超过 30 mm Hg),四肢末梢冷,出现发作性晕厥或其他休克的表现,以及持续的呕血或便血。

### 2.1.3 紧急处置

对紧急评估中发现意识障碍,或呼吸循环障碍的患者,应常规采取“OMI”,即:吸氧(Oxygen, O)、监护(Monitoring, M)和建立静脉通路(Intravenous, I)的处理<sup>[6]</sup>。心电图、血压、血氧饱和度持续监测可以帮助我们判断患者的循环状况。对于严重出血的患者,应当开放两条甚至以上的通畅的静脉通路,必要时(有条件的医院)应当采用中心静脉穿刺置管,并积极配血,开始液体复苏。意识障碍、排尿困难及所有休克患者均需留置尿管,记录每小时尿量。所有急性上消化道大出血的患者均需绝对卧床,意识障碍的患者要将头偏向一侧,避免呕血误吸。意识清楚,能够配合的患者可留置胃管并冲洗,对判断活动性出血有帮助,但对于肝硬化,食道胃底静脉曲张出血及配合度差的患者下胃管时应慎重,避免暴力操作加重出血<sup>[7]</sup>。

2.1.3.1 液体复苏 ①液体的选择。常用的复苏液体包括生理盐水、平衡液、人工胶体和血液制品。无论是否可以立即得到血液制品或胶体液,通常主张先输入晶体液<sup>[8-10]</sup>。②输血。大出血时,患者的血红蛋白大量丢失,血液携氧能力下降导致组织缺氧。这时单纯补充晶体液或人工胶体液不能代替血液。因此,在病情危重、危急时,输液、输血应当相继或同时进行。多数上消化道出血的患者并不需要输入血液制品,但是存在以下情况时应考虑输血:收缩压 < 90 mm Hg 或较基础收缩压下降超过 30 mm Hg;血红蛋白 < 70 g/L;血细胞比容 < 25%;心率 > 120 次/min。需要注意的是,不宜单独输血而不输晶体液或胶体液,因患者急性失血后血液浓缩,此时单独输血并不能有效地改善微循环缺血、缺氧状态<sup>[10]</sup>。输注库存血较多时,每输 600 mL 血应静脉补充葡萄糖酸钙 10 mL。对肝硬化或急性胃黏膜损伤的患者,尽可能采用新鲜血液<sup>[11]</sup>。③限制性液体复苏与液体控制。和创伤性失血性休克的液体

复苏一样,对于门脉高压食管静脉曲张破裂出血的患者,血容量的恢复要谨慎,过度输血或输液可能导致继续或再出血<sup>[11,12]</sup>。在液体复苏过程中,要避免仅用生理盐水扩容,以免加重或加速腹水或其他血管外液体的蓄积。必要时应及时补充新鲜冷冻血浆、血小板、冷沉淀(富含凝血因子)等<sup>[13,14]</sup>。对高龄、伴心肺肾疾病的患者,应防止输血量过多,以免引起急性肺水肿<sup>[2,3]</sup>。对于急性大量出血患者,应尽可能施行中心静脉压监测,以指导液体的输入量。④血容量充足的判定及输血目标。进行液体复苏以及输血治疗需要达到以下目标:收缩压 90 ~ 120 mm Hg;脉搏 < 100 次/min;尿量 > 40 mL/h;血 Na<sup>+</sup> < 140 mmol/L;神智清楚或好转;无明显脱水貌。大量失血的患者输血达到血红蛋白 80 g/L,血细胞比容 25% ~ 30% 为宜,不可过度,以免诱发再出血。⑤血管活性药物的使用。在积极补液的前提下如果患者的血压仍然不能提升到正常水平,为了保证重要脏器的血液灌注,可以适当地选用血管活性药物(如多巴胺),以改善重要脏器的血液灌注。血管活性药物的使用方法参见相关指南<sup>[15]</sup>。

### 2.1.3.2 初始药物治疗

尽管药物对急性上消化道出血的治疗不会立竿见影,但药物治疗仍是急性上消化道出血的首选治疗手段。对于病情危重,特别是初次发病、原因不详以及既往病史不详的患者,在生命支持和容量复苏的同时,可以采取“经验性联合用药”<sup>[9,12,16]</sup>。严重的急性上消化道出血的联合用药方案为:静脉应用生长抑素 + 质子泵抑制剂(PPI)<sup>[7,17]</sup>。对于大多数患者这一方案可以迅速控制不同病因引起的上消化道出血,最大限度地降低严重并发症的发生率及病死率。当高度怀疑静脉曲张性出血时,在此基础上联用血管升压素 + 抗生素<sup>[14,18,19]</sup>,明确病因后,再根据具体情况调整治疗方案。

#### 生长抑素及其类似物:

生长抑素是由 14 个氨基酸组成的环状活性多肽,能够减少内脏血流、降低门静脉压力、抑制胃酸和胃蛋白酶分泌、抑制胃肠道及胰腺肽类激素分泌等,是肝硬化急性食道胃底静脉曲张出血的首选药物之一<sup>[20,21]</sup>,也被用于急性非静脉曲张出血的治疗<sup>[9]</sup>。使用生长抑素可显著降低消化性溃疡出血患者的手术率,预防早期再出血的发生<sup>[22,23]</sup>。同时,使用此类药物可有效预防内镜治疗后肝静脉压力梯度(HVPG)的升高,从而提高内镜治疗的成功

率<sup>[24]</sup>。

生长抑素静脉注射后在 1 min 内起效,15 min 内即可达峰浓度,半衰期为 3 min 左右,有利于早期迅速控制急性上消化道出血<sup>[21]</sup>。使用方法:首剂量 250 μg 快速静脉滴注(或缓慢推注),继以 250 μg/h 静脉泵入(或滴注),疗程 5 d。对于高危患者(Child - Pugh B、C 级或红色征阳性等),选择高剂量(500 μg/h)生长抑素持续静脉泵入(滴注),在改善患者内脏血流动力学、控制出血和提高存活率方面均优于常规剂量<sup>[20,23]</sup>。难以控制的急性上消化道出血,可根据病情重复 250 μg 冲击剂量快速静脉滴注,最多可达 3 次。

生长抑素类似物保留了生长抑素的大多数效应,也可作为急性静脉曲张出血的常用治疗药物,其在非静脉曲张出血方面的治疗作用尚待进一步研究证实。奥曲肽是人工合成的 8 肽生长抑素类似物。皮下注射后吸收迅速而完全,30 min 血浆浓度可达到高峰,消除半衰期为 100 min,静脉注射后其消除呈双相性,半衰期分别为 10 min 和 90 min。使用方法:急性出血期应静脉给药,起始快速静脉滴注 50 μg,继以 25 ~ 50 μg/h 持续静脉泵入(滴注),疗程 5 d。伐普肽是新近人工合成的生长抑素类似物<sup>[25]</sup>。使用方法:50 μg 静脉推注后,以 50 μg/h 维持(国内尚未上市)。

#### 抑酸药物:

抑酸药物能提高胃内 pH 值,既可促进血小板聚集和纤维蛋白凝块的形成,避免血凝块过早溶解,有利于止血和预防再出血,又可治疗消化性溃疡。在明确病因前,推荐静脉使用 PPI 进行经验性治疗<sup>[24,26 ~ 28]</sup>。临床常用 PPI 和 H<sub>2</sub> 受体拮抗剂(H<sub>2</sub>RA)抑制胃酸分泌,提高胃内的 pH 值。在各种 PPIs 类药物中,埃索美拉唑是起效较快的药物。大剂量埃索美拉唑被推荐为急性上消化道大出血紧急处理的药物选择之一<sup>[29 ~ 32]</sup>。使用方法:埃索美拉唑 80 mg 静脉推注后,以 8 mg/h 的速度持续静脉泵入(滴注)。在没有埃索美拉唑的情况下,奥美拉唑可以作为替代药物,使用方法:80 mg 静脉推注后,以 8 mg/h 输注持续 72 h<sup>[33 ~ 35]</sup>。常用的 PPI 针剂还有泮托拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑等<sup>[26]</sup>。注射用泮托拉唑的使用方法是:40 mg/次,1 ~ 2 次/d,静脉滴注。常用的 H<sub>2</sub>RA 针剂有法莫替丁、雷尼替丁等。注射用法莫替丁的使用方法是:20 mg + 生理盐水 20 mL 静脉推注,2 次/d;雷尼替丁的使用方法是:

50 mg/次, 稀释后缓慢静脉推注(超过 10 min), 每 6~8 h 给药 1 次。

血管升压素及其类似物:

包括垂体后叶素、血管升压素、特利加压素等。静脉使用血管升压素的疗效已在一些临床试验中得到证实, 它可明显控制静脉曲张的出血, 但不能降低病死率, 且不良反应较多(心脏及外周器官缺血、心律不齐、高血压、肠缺血等)<sup>[27,36]</sup>。临床上多加用硝酸酯类药物可改善其安全性及有效性。但在治疗急性上消化道大出血时, 使用垂体后叶素和血管升压素联合硝酸酯类用药的不良反应仍高于单独使用特利加压素、生长抑素及其类似物。为减少不良反应, 静脉持续使用最高剂量血管升压素的时间限定为不应超过 24 h。垂体后叶素用法同血管升压素: 0.2~0.4 U/min 持续静脉泵入, 最高可加至 0.8 U/min; 治疗过程中应根据患者的心血管疾病情况以及对药物的反应联合静脉输入硝酸酯类药物, 并保证收缩压大于 90 mm Hg。特利加压素是合成的血管升压素类似物, 可持久有效地降低 HVPG、减少门静脉血流量, 且对全身血流动力学影响较小。特利加压素的推荐起始剂量为: 2 mg/4 h, 出血停止后可改为 2 次/d, 1 mg/次, 一般维持 5 d, 以预防早期再出血<sup>[13,14]</sup>。

抗菌药物:

肝硬化急性静脉曲张破裂出血者, 活动性出血时常存在胃黏膜和食管黏膜炎性水肿, 预防性使用抗菌药物有助于止血, 并可减少早期再出血及感染, 提高存活率。短期应用抗生素可使用喹诺酮类抗生素, 对喹诺酮类耐药者也可使用头孢类抗生素<sup>[13,14,38]</sup>。

止血药物:

止血药物的疗效尚未证实, 不推荐作为一线药物使用, 对没有凝血功能障碍的患者, 应避免滥用此类药物<sup>[6,9]</sup>。对有凝血功能障碍者, 可静脉注射维生素 K<sub>1</sub>, 为防止继发性纤溶, 可使用止血芳酸等抗纤溶药; 云南白药等中药也有一定疗效。对插入胃管者可灌注硫糖铝混悬液或冰冻去甲肾上腺素溶液(去甲肾上腺素 8 mg, 加入冰生理盐水 100~200 mL)。

## 2.2 二次评估

大出血患者在解除危及生命的情况、液体复苏和初始经验治疗开始后, 或初次评估患者病情较轻、生命体征稳定时, 开始进行二次评估——全面评估。

二次评估的内容主要包括: 病史、全面查体和实验室检查等。通过此次评估, 对患者病情严重程度、可能的疾病诊断、有无活动性出血及出血预后作出判断。

2.2.1 病史 详细询问病史有助于对出血病因的初步判断。在询问病史时, 应注意以下情况: ①既往消化道疾病以及消化道出血病史; ②此次发病时的消化道症状; ③出血的特点; ④既往治疗消化疾病以及此次发病后使用的药物; ⑤对消化系统有影响药物的使用, 如 NSAID; ⑥抗凝药物的使用, 如阿司匹林、氯吡格雷等; ⑦生活习惯; ⑧并发症; ⑨其他相关病史等。

2.2.2 全面查体 在进行全面查体时, 应当重点关注下列情况: ①血流动力学状态, 心动过速、丝状脉、低血压或直立性低血压、低氧的表现、末梢湿冷、意识状态改变; ②腹部查体, 肠鸣音是否活跃, 腹部是否有压痛、移动性浊音等; ③慢性肝脏疾病或门脉高压的体征, 肝大、脾大、肝掌、蜘蛛痣、水母状脐周静脉曲张、外周性水肿; ④直肠指诊, 是否有血便或黑便。

2.2.3 实验室和影像学检查 ①血细胞分析: 通常急性大量出血后患者均有失血性贫血, 但在出血早期, 患者血红蛋白浓度、红细胞计数与血细胞比容可无明显变化; 上消化道大量出血 2~5 h, 白细胞计数可升高达到  $(10\sim20)\times 10^9/L$ , 血止后 2~3 d 可恢复正常。但伴有脾功能亢进的肝硬化患者, 白细胞计数可不增高。②肝功能: 能够帮助评估患者的病情和预后。③肾脏功能和电解质: 上消化道大量出血后, 由于大量血液分解产物被肠道吸收, 引起尿素氮浓度增高, 称为肠源性氮质血症。尿素氮常于出血后数小时开始上升, 约 24~48 h 达高峰, 3~4 d 后降至正常。若活动性出血已停止, 且血容量已基本纠正而尿量仍少, 同时伴有尿素氮居高不下, 则应考虑由于休克时间过长或原有肾脏病变基础而发生肾功能衰竭的可能。④凝血功能: 判断是否存在原发凝血功能障碍或继发因素。⑤血型: 即使病情稳定的急性上消化道出血患者也应当建议测定血型, 以备不时之需。⑥心电图: 能够帮助除外心律失常和急性冠脉综合征引起的低血压, 也可以帮助诊断由于低血红蛋白而诱发的急性冠脉综合征。⑦胸片: 除外肺炎(特别是误吸引起的吸入性肺炎)、肺水肿; ⑧腹部超声: 明确肝、胆、脾等脏器情况。

2.2.4 病情严重程度评估 急性上消化道出血患者的病情严重程度与失血量呈正相关, 但真实的失

血量在临床上却难以确定。患者呕吐物中常常混有胃内容物,黑便中除了血液还有粪质,另外每个消化道出血的患者都会有部分血液贮留在胃肠道内未排出,故难以根据呕血或黑便量准确判断真实出血量。如根据血容量减少导致周围循环的改变来判断失血量,休克指数(心率/收缩压)是判断失血量的重要指标之一,见表 2<sup>[6,15]</sup>。

表 2 上消化道出血病情严重程度分级( $\bar{x} \pm s$ )

| 分级 | 失血量 (mL)   | 血压 (mm Hg) | 心率 (次) | 血红蛋白 (g/L) | 症状         | 休克指数 |
|----|------------|------------|--------|------------|------------|------|
| 轻度 | <500       | 基本正常       | 正常     | 无变化        | 头昏         | 0.5  |
| 中度 | 500 ~ 1000 | 下降         | >100   | 70 ~ 100   | 晕厥、口渴、少尿   | 1.0  |
| 重度 | >1500      | 收缩压 <80    | >120   | <70        | 肢冷、少尿、意识模糊 | >1.5 |

休克指数 = 心率/收缩压

2.2.5 是否存在活动性出血的评估 临床上出现下列情况考虑有活动性出血:①呕血或黑便次数增多,呕吐物由咖啡色转为鲜红色或排出的粪便由黑色干便转为稀便或暗红血便,或伴有肠鸣音活跃;②经快速输液输血,周围循环衰竭的表现未见明显改善,或虽暂时好转而又再恶化,中心静脉压仍有波动,稍稳定又再下降;③红细胞计数、血红蛋白测定与血细胞比容继续下降,网织红细胞计数持续增高;④补液与尿量足够的情况下,血尿素氮持续或再次增高;⑤胃管抽出物有较多新鲜血。

2.2.6 出血预后的评估 ①临床上多采用 Rockall 评分系统来进行急性上消化道出血患者再出血和死亡危险性的评估<sup>[39]</sup>。该评分系统将患者分为高危、中危和低危人群,评分  $\geq 5$  分为高危,3 ~ 4 分为中危,0 ~ 2 分为低危(见表 3)。但其变量中有内镜诊断内容,限制了在急诊诊疗中的早期应用<sup>[40]</sup>。②Blatchford 评分:该评分基于简单的临床与实验室检查变量,无需内镜检查且敏感性高<sup>[40,41]</sup>,适合在急诊治疗中早期应用(见表 4)。评分  $\geq 6$  分为中高危,<6 分为低危。在预测对治疗需求或死亡风险方面,优于 Rockall 评分。③Child - Pugh 分级:Child - Pugh 分级(见表 5)是评价肝硬化门静脉高压症患者肝储备功能的最常用手段,有重要的预测预后价值,也是采用不同治疗手段的基本参照标准, $\leq 3$  分预后较好, $\geq 8$  分死亡率高<sup>[42,43]</sup>。

表 3 Rockall 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 | $\geq 80$              | -            |
| 休克状况    | 无休克                      | 心动过速    | 低血压                    | -            |
| 伴发疾病    | 无                        | -       | 心力衰竭、缺血性心脏病和其他重要伴发疾病   | 肝衰竭、肾衰竭和癌肿播散 |
| 内镜诊断    | 无病变, Mallory - Weiss 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                    | -       | 上消化道血液滞留,黏附血凝块,血管显露或喷血 | -            |

表 4 急性上消化道出血患者的 Blatchford 评分

| 项目           | 检测结果         | 评分                  |
|--------------|--------------|---------------------|
| 收缩压(mm Hg)   | 100 ~ 109    | 1                   |
|              | 90 ~ 99      | 2                   |
|              | <90          | 3                   |
| 血尿素氮(mmol/L) | 6.5 ~ 7.9    | 2                   |
|              | 8.0 ~ 9.9    | 3                   |
|              | 10.0 ~ 24.9  | 4                   |
|              | $\geq 25.0$  | 6                   |
| 血红蛋白(g/L)    | 男性 120 ~ 129 | 1                   |
|              | 100 ~ 119    | 3                   |
|              | <100         | 6                   |
| 女性           | 100 ~ 119    | 1                   |
|              | <100         | 6                   |
|              | 其他表现         | 脉搏 $\geq 100$ 次/min |
|              | 黑便           | 1                   |
|              | 晕厥           | 2                   |
|              | 肝脏疾病         | 2                   |
|              | 心力衰竭         | 2                   |

评分  $\geq 6$  分为中高危, <6 分为低危

表 5 肝硬化肝功能损害严重程度的 Child - Pugh 分级

| 项目                       | 分数   |                |               |
|--------------------------|------|----------------|---------------|
|                          | 1    | 2              | 3             |
| 肝性脑病(级)                  | 无    | 1 ~ 2 级        | 3 ~ 4 级       |
| 腹水                       | 无    | 轻 ~ 中度,对利尿药有反应 | 张力性腹水,对利尿药反应差 |
| 胆红素( $\mu\text{mol/L}$ ) | <34  | 34 ~ 51        | >51           |
| 白蛋白(g/L)                 | >35  | 28 ~ 35        | <28           |
| 凝血酶原时间延长(s)              | <4   | 4 ~ 6          | >6            |
| 或国际标准化比值(INR)            | <1.7 | 1.7 ~ 2.3      | >2.3          |

A 级  $\leq 6$  分; B 级 7 ~ 9 分; C 级  $\geq 10$  分

### 3 药物治疗

病情危重患者药物使用参见上文,病情稳定者在明确病因前参照经验性治疗方案给药,以联合应用生长抑素 + 质子泵抑制剂为主,但用药剂量可以相应减少。生长抑素为 250  $\mu\text{g}/\text{h}$  持续泵入;而 PPIs (埃索美拉唑或奥美拉唑) 为 40 mg 静脉注射,1 次/12 h。明确病因后的治疗可参照相关消化专业指南<sup>[8,13,14,19]</sup>。

### 4 气囊压迫止血

可有效控制出血,但复发率高,吸入性肺炎、气管阻塞等严重并发症发生率高,严重者可致死亡。目前已很少单独应用,仅作为过渡性疗法,以获得内镜或介入手术止血的时机。进行气囊压迫时,根据病情 8~24 h 放气 1 次,拔管时机应在血止后 24 h,一般先放气观察 24 h,若仍无出血即可拔管<sup>[44~46]</sup>。

### 5 急诊内镜检查和治疗

内镜检查为上消化道出血病因诊断的关键检查<sup>[47]</sup>,尽管专家们一致认为对于急性上消化道大出血的患者应当尽快完成内镜检查,而且药物与内镜联合治疗是目前首选的治疗方式<sup>[24,26,47,48]</sup>,但是由于各个医院的运行方式和条件不同,能够完成急诊内镜检查的时间尚不能完全统一。内镜治疗方法的选择请参考消化专业有关指南<sup>[8,13,14,19]</sup>。无法行内镜检查明确诊断的患者,医生可进行经验性诊断评估及治疗(参照上文)。内镜检查阴性者,可行小肠镜检查、血管造影、胃肠钡剂造影或放射性核素扫描。

### 6 介入治疗(选择性血管造影及栓塞治疗)

急性大出血无法控制的患者应当及早考虑行介入治疗。临床推荐等待介入治疗期间可采用药物止血,如持续静脉滴注生长抑素 + PPI 控制出血,提高介入治疗成功率,降低再出血发生率。选择性胃左动脉、胃十二指肠动脉、脾动脉或胰十二指肠动脉血管造影,针对造影剂外溢或病变部位经血管导管滴注血管加压素或去甲肾上腺素,使小动脉和毛细血管收缩,进而使出血停止。无效者可用明胶海绵栓塞<sup>[49]</sup>。

经颈静脉肝内门-体静脉支架分流术(TIPS):主要适用于出血保守治疗(药物、内镜治疗等)效果不佳、外科手术后再发静脉曲张破裂出血或终末期肝病等待肝移植术期间静脉曲张破裂出血等待处理<sup>[50,51]</sup>。其特点为:能在短期内明显降低门静脉压,与外科门-体分流术相比,TIPS 具有创伤小、成

功率高、降低门静脉压力效果可靠、可控制分流道直径、能同时行断流术(栓塞静脉曲张)、并发症少等优点。TIPS 对急诊静脉曲张破裂出血的即刻止血成功率达 90%~99%,但其中远期( $\geq 1$  年)疗效尚不十分满意。影响疗效的主要因素是术后分流道狭窄或闭塞。

### 7 外科手术治疗

尽管有以上多种治疗措施,但是仍有约 20% 的患者出血不能控制或出血一度停止后 24 h 内再出血。临床推荐等待外科手术治疗期间应采用积极的药物止血治疗,如持续静脉滴注生长抑素 + PPI 以控制出血,提高手术治疗成功率,降低再出血发生率。HVPG  $> 20$  mm Hg (出血 24 h 内测量)但 Child-pugh A 级的患者行急诊分流手术有可能挽救生命;Child-pugh B 级患者多考虑实施急诊分流手术;Child-pugh C 级患者决定手术应极为慎重(病死率 $\geq 50\%$ )。需注意的是,外科分流手术在降低再出血率方面非常有效,但可增加肝性脑病风险,且与内镜及药物治疗相比并不能改善生存率。肝移植是可考虑的理想选择<sup>[52]</sup>。

### 8 治疗后病情再次评估

经上述治疗后再次评估患者出血是否得到有效控制(是否存在活动性出血的方法如前所述)。若仍可能存在活动性出血,可根据患者病情选择重复内镜治疗或外科手术治疗。对严重出血患者或因脏器低灌注而引起相应并发症的患者,应尽快收入 ICU 病房进行加强监护治疗。

### 9 转诊专科病房治疗原发病或随访

待患者病情稳定、出血控制后可根据其原发疾病情况转诊专科病房继续治疗或出院随访。对于高龄合并多种慢性疾病或者有肝硬化病史的患者,无论出血量多少均应住院治疗。

执笔专家:于学忠、王仲、李小刚、何建、陆一鸣、周荣斌、曾红科(以上专家排名不分先后,以姓氏笔划顺序排列)

### 参考文献

- 1 Henrion J, Schapira M, Ghilain JM, et al. Upper gastrointestinal bleeding: what has changed during the last 20 years[J]. Gastroenterol Clin Biol, 2008, 32(10): 839-847.
- 2 Alkhatib AA, Elkhatib FA. Acute upper gastrointestinal bleeding among early and late elderly patients[J]. Dig Dis Sci, 2010, 55(10): 3007-3009.

- 3 Alkhatib AA, Elkhatib FA, Alkhatib AA, *et al.* Acute upper gastrointestinal bleeding in elderly people: presentations, endoscopic findings, and outcomes[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2010, 58(1): 182 – 185.
- 4 Eisen GM, Dominitz JA, Faigel Do, *et al.* An annotated algorithmic approach to upper gastrointestinal bleeding[J]. *Gastrointest Endosc*, 2001, 53(7): 853 – 858.
- 5 ECC Committee, Subcommittees and Task Forces of the American Heart Association. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care [J]. *Circulation*, 2005, 112(24 Suppl): IV1 – 203.
- 6 Cappell MS, Friedel D. Initial management of acute upper gastrointestinal bleeding: from initial evaluation up to gastrointestinal endoscopy[J]. *Med Clin North Am*, 2008, 92(3): 491 – 509.
- 7 Chiu PW, Sung JJ. Acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding [J]. *Curr Opin Gastroenterol*, 2010, 26(5): 425 – 428.
- 8 《中华内科杂志》编委会,《中华消化杂志》编委会,《中华消化内镜杂志》编委会. 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2009,杭州)[J]. *中华内科杂志*, 2009, 48(10): 891 – 894.
- 9 Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, *et al.* International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding[J]. *Ann Intern Med*, 2010, 152(2): 101 – 113.
- 10 Non – variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines [J]. *Gut*, 2002, 51 (Suppl 4): iv1 – 6.
- 11 Hearnshaw SA, Logan RF, Palmer KR, *et al.* Outcomes following early red blood cell transfusion in acute upper gastrointestinal bleeding[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2010, 32(2): 215 – 224.
- 12 Garcia – Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, *et al.* Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis[J]. *Hepatology*, 2007, 46(3): 922 – 938.
- 13 中华内科杂志编辑部. 食管胃静脉曲张出血的诊治建议(草案) [J]. *中华内科杂志*, 2006, 45(6): 524 – 526.
- 14 中华医学会消化病学分会, 中华医学会肝病学会, 中华医学会内镜学分会, 肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治共识[J]. *中华肝脏病杂志*, 2008, 16(8): 564 – 570.
- 15 中华医学会重症医学分会. 低血容量休克复苏指南(2007) [J]. *中国实用外科杂志*, 2007, 27(8): 581 – 587.
- 16 Seo YS, Kim YH, Ahn SH, *et al.* Clinical features and treatment outcomes of upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis [J]. *J Korean Med Sci*, 2008, 23(4): 635 – 643.
- 17 Leontiadis GI, Howden CW. The role of proton pump inhibitors in the management of upper gastrointestinal bleeding[J]. *Gastroenterol Clin North Am*, 2009, 38(2): 199 – 213.
- 18 Adler DG, Leighton JA, Davila RE, *et al.* ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non – variceal upper – GI hemorrhage [J]. *Gastrointest Endosc*, 2004, 60(4): 497 – 504.
- 19 中华外科学会门静脉高压症学组. 肝硬化门静脉高压症消化道出血治疗共识[J]. *外科理论与实践*, 2009, 14(1): 79 – 81.
- 20 Moitinho E, Planas R, Banares R, *et al.* Multicenter randomized controlled trial comparing different schedules of somatostatin in the treatment of acute variceal bleeding[J]. *J Hepatol*, 2001, 35(6): 712 – 718.
- 21 Yang JF, Wu XJ, Li JG, *et al.* Effect of somatostatin versus octreotide on portal haemodynamics in patients with cirrhosis and portal hypertension[J]. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2005, 17(1): 53 – 57.
- 22 Gotzsche PC, Hróbjartsson A. Somatostatin analogues for acute bleeding oesophageal varices [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, 3: 193.
- 23 Villanueva C, *et al.* Somatostatin treatment and risk stratification by continuous portal pressure monitoring during acute variceal bleeding [J]. *Gastroenterology*, 2001, 121(1): 110 – 117.
- 24 Cappell MS. Therapeutic endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding[J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2010, 7(4): 214 – 229.
- 25 Fortune BE, Jackson J, Leonard J, *et al.* Vapreotide: a somatostatin analog for the treatment of acute variceal bleeding [J]. *Expert Opin Pharmacother*, 2009, 10(14): 2337 – 2342.
- 26 Sreedharan A, Martin J, Leontiadis GI, *et al.* Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, 7: 5415.
- 27 Yachinski PS, Farrell EA, Hunt DP, *et al.* Proton pump inhibitors for prophylaxis of nosocomial upper gastrointestinal tract bleeding: effect of standardized guidelines on prescribing practice [J]. *Arch Intern Med*, 2010, 170(9): 779 – 783.
- 28 Andriulli A, Annese V, Caruso N, *et al.* Proton – pump inhibitors and outcome of endoscopic hemostasis in bleeding peptic ulcers: a series of meta – analyses [J]. *Am J Gastroenterol*, 2005, 100(1): 207 – 219.
- 29 Barkun AN, Adam V, Sung JJ, *et al.* Cost effectiveness of high – dose intravenous esomeprazole for peptic ulcer bleeding [J]. *Pharmacoeconomics*, 2010, 28(3): 217 – 230.
- 30 Baker DE. Peptic ulcer bleeding following therapeutic endoscopy: a new indication for intravenous esomeprazole [J]. *Rev Gastroenterol Disord*, 2009, 9(4): 111 – 118.
- 31 Sung JJ, Barkun A, Kuipers EJ, *et al.* Intravenous esomeprazole for prevention of recurrent peptic ulcer bleeding: a randomized trial [J]. *Ann Intern Med*, 2009, 150(7): 455 – 464.
- 32 Thomson AB. Intravenous esomeprazole for prevention of recurrent peptic ulcer bleeding [J]. *Curr Gastroenterol Rep*, 2009, 11(5): 339 – 341.
- 33 Simon – Rudler M, Massard J, Bernard – chabert B, *et al.* Continuous infusion of high – dose omeprazole is more effective than standard – dose omeprazole in patients with high – risk peptic ulcer bleeding: a retrospective study [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2007, 25(8): 949 – 954.
- 34 Netzer P, Inauen W. Continuous infusion or repeated intravenous bolus injection of high – dose omeprazole in patients at high risk of rebleeding from peptic ulcers [J]. *Am J Gastroenterol*, 2006, 101(12): 2888 – 2889.
- 35 Wu LC, Cao YF, Huang JH, *et al.* High – dose vs low – dose proton pump inhibitors for upper gastrointestinal bleeding: a meta – a-

analysis[J]. World J Gastroenterol, 2010, 16(20): 2558 - 2565.

36 Soderlund C. Vasopressin and glypressin in upper gastrointestinal bleeding[J]. Scand J Gastroenterol Suppl, 1987, 137: 50 - 55.

37 Elzouki AN, El - Menyar A, Ahmed E, et al. Terlipressin - induced severe left and right ventricular dysfunction in patient presented with upper gastrointestinal bleeding; case report and literature review[J]. Am J Emerg Med, 2010, 28(4): 5401 - 5406.

38 Bernard B, Grangé JD, Khac EN, et al. Antibiotic prophylaxis for the prevention of bacterial infections in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding: a meta - analysis[J]. Hepatology, 1999, 29(6): 1655 - 1661.

39 Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage[J]. Gut, 1996, 38(3): 316 - 321.

40 Chen IC, Hung MS, Chiu TF, et al. Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding[J]. Am J Emerg Med, 2007, 25(7): 774 - 779.

41 Stanley AJ, Ashey D, Dalton HR, et al. Outpatient management of patients with low - risk upper - gastrointestinal haemorrhage: multi-centre validation and prospective evaluation[J]. Lancet, 2009, 373(9657): 42 - 47.

42 Soga K, Tomikashi K, Miyawaki K, et al. MELD score, child - pugh score, and decreased albumin as risk factors for gastric variceal bleeding[J]. Hepatogastroenterology, 2009, 56(94 - 95): 1552 - 1556.

43 Benedeto - Stojanov D, Nagomi A, Bjelakovic G, et al. The model for the end - stage liver disease and Child - Pugh score in predicting prognosis in patients with liver cirrhosis and esophageal variceal bleeding[J]. Vojnosanit Pregl, 2009, 66(9): 724 - 728.

44 Pasquale MD, Cerra FB. Sengstaken - Blakemore tube placement. Use of balloon tamponade to control bleeding varices[J]. Crit Care Clin, 1992, 8(4): 743 - 753.

45 Minocha A, Richards RJ. Sengstaken - Blakemore tube for control of massive bleeding from gastric varices in hiatal hernia[J]. J Clin Gastroenterol, 1992, 14(1): 36 - 38.

46 Feneyrou B, Hanana J, Daures JP, et al. Initial control of bleeding from esophageal varices with the Sengstaken - Blakemore tube. Experience in 82 patients[J]. Am J Surg, 1988, 155(3): 509 - 511.

47 Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, et al. Use of endoscopy for management of acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: results of a nationwide audit[J]. Gut, 2010, 59(8): 1022 - 1029.

48 Endo M, Higuchi M, Chiba T, et al. Present state of endoscopic hemostasis for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding[J]. Dig Endosc, 2010, 22 (Suppl 1): 31 - 34.

49 Loffroy R, Rao P, Otas, et al. Embolization of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage resistant to endoscopic treatment: results and predictors of recurrent bleeding[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2010, 33(6): 1088 - 1100.

50 D'Amico G, Luca A. TIPS is a cost effective alternative to surgical shunt as a rescue therapy for prevention of recurrent bleeding from esophageal varices[J]. J Hepatol, 2008, 48(3): 387 - 390.

51 Lopera JE, Arthurs B, Scheuerman C, et al. Bleeding duodenal: varices treatment by TIPS and transcatheter embolization[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2008, 31(2): 431 - 434.

52 Clarke MG, Bunting D, Smart NJ, et al. The surgical management of acute upper gastrointestinal bleeding: a 12 - year experience[J]. Int J Surg, 2010, 8(5): 377 - 380.

[收稿日期:2010 - 12 - 19][本文编辑:单静]



### 第四届首都急诊医学高峰论坛征文通知

第四届首都急诊医学高峰论坛(CFECCM)将于2011年8月26~28日在北京国际会议中心(BICC)隆重召开。本次论坛由首都医科大学急诊医学系所属十五家三甲医院和中日友好医院等医疗机构联合主办。会议内容涉及到心脑血管、儿科、护理、呼吸、危重病等多个领域学科。现将大会征文的有关事项通知如下:

(一)征文内容包括:1. 急诊医学管理模式、急诊医疗服务体系建设、急诊医学教育等方面的经验与体会;2. 急诊急救的质量控制与管理;3. 急危重症监护与救治技术、多脏器功能衰竭与脏器功能支持技术;4. 心、肺、脑复苏的基础与临床研究;5. 急诊新技术、新药物、新业务及新经验交流;6. 猝死、溺水、触电、中暑等急诊救治与处置;7. 各种中毒(CO中毒、药物、农药、有毒气体等)的救治与进展;8. 脓毒症的救治经验及进展;9. 各种创伤救治的基础研究与临床救治;10. 儿科急危重症的救治进展;11. 灾害医学与院前急救;12. 中西医结合治疗在急危重症的应用;13. 急诊与急救护理经验介绍;14. 社区医疗与急诊急救;15. 社区科研设计与论文撰写。

(二)征文要求:论著需附400~600字中文摘要,3~5个中文关键词,300个单词内的英文摘要各一份,摘要必须包括目的、方法、结果(应给出主要数据)、结论四部分。中文摘要按“论文题目、作者单位、邮编、姓名、正文”的顺序排列,并注有联系地址、电话。本次会议全部采用网上投稿,论文请用word格式排版,请作者自留底稿,来稿恕不退还。请直接登陆会议网站:<http://www.cfeccm.org>进行在线投稿,或发至邮箱:[cfeccm@163.com](mailto:cfeccm@163.com)。截稿日期:2011年7月15日(以邮件发送时间为准)。



作者: [中国医师协会急诊医师分会](#)  
作者单位:  
刊名: [中国急救医学](#) **ISTIC** **PKU**  
英文刊名: [CHINESE JOURNAL OF CRITICAL CARE MEDICINE](#)  
年, 卷(期): 2011, 31(1)  
被引用次数: 3次

## 参考文献 (52条)

1. [Henrion J;Schapira M;Ghilain JM Upper gastrointestinal bleeding:what has changed during the last 20 years](#) 2008(10)
2. [Alkhatib AA;Elkhatib FA Acute upper gastrointestinal bleeding among early and late elderly patients](#)[外文期刊] 2010(10)
3. [Alkhatib AA;Elkhabit FA Acute upper gastrointestinal bleeding in elderly people:presentations,endoscopic findings,and outcomes](#)[外文期刊] 2010(01)
4. [Eisen GM;Dominitz JA;Faigel Do An annotated algorithmic approach to upper gastrointestinal bleeding](#) 2001(07)
5. [ECC Committee;Subcommittees and Task Forces of the American Heart Association 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care](#) 2005(24 Suppl)
6. [Cappell MS;Friedel D Initial management of acute upper gastrointestinal bleeding:from initial evaluation up to gastrointestinal endoscopy](#) 2008(03)
7. [Chiu PW;Sung JJ Acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding](#) 2010(05)
8. [〈中华内科杂志〉编委会;〈中华消化杂志〉编委会;〈中华消化内镜杂志〉编委会 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南\(2009,杭州\)\[期刊论文\]-中华内科杂志](#) 2009(10)
9. [Barkun AN;Bardou M;Kuipers EJ International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding](#) 2010(02)
10. [Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage:guidelines](#) 2002(Suppl 4)
11. [Hearnshaw SA;Logan RF;Palmer KR Outcomes following early red blood cell transfusion in acute upper gastrointestinal bleeding](#)[外文期刊] 2010(02)
12. [Garcia-Tsao G;Sanyal AJ;Grace ND Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis](#) 2007(03)
13. [《中华内科杂志》编辑部 食管胃静脉曲张出血的诊治建议\(草案\)\[期刊论文\]-中华内科杂志](#) 2006(06)
14. [中华医学会消化病学分会;中华医学会肝病学会;中华医学会内镜学会 肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治共识\[期刊论文\]-中华肝脏病杂志](#) 2008(08)
15. [中华医学会重症医学分会 低血容量休克复苏指南\(2007\)\[期刊论文\]-中国实用外科杂志](#) 2007(08)
16. [Seo YS;Kim YH;Ahn SH Clinical features and treatment outcomes of upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis](#)[外文期刊] 2008(04)
17. [Leontiadis GI;Howden CW The role of proton pump inhibitors in the management of upper gastrointestinal bleeding](#)[外文期刊] 2009(02)
18. [Adler DG;Leighton JA;Davila RE ASGE guideline:the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage](#) 2004(04)
19. [中华外科学会门静脉高压症学组 肝硬化门静脉高压症消化道出血治疗共识\[期刊论文\]-外科理论与实践](#) 2009(01)
20. [Moitinho E;Planas R;Banares R Multicenter randomized controlled trial comparing different schedules of](#)

[somatostatin in the treatment of acute variceal bleeding](#)[外文期刊] 2001(06)

21. [Yang JF;Wu XJ;Li JG Effect of somatostatin versus octreotide on portal haemodynamics in patients with cirrhosis and portal hypertension](#) 2005(01)

22. [Gotzsche PC;Hróbjartsson A Somatostatin analogues for acute bleeding oesophageal varices](#) 2008

23. [Villanueva C Somatostatin treatment and risk stratification by continuous portal pressure monitoring during acute variceal bleeding](#)[外文期刊] 2001(01)

24. [Cappell MS Therapeutic endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding](#)[外文期刊] 2010(04)

25. [Fortune BE;Jackson J;leonard J Vapreotide:a somatostatin analog for the treatment of acute variceal bleeding](#)[外文期刊] 2009(14)

26. [Sreedharan A;Martin J;Leontiadis GI Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding](#) 2010

27. [Yachinski PS;Farrell EA;Hunt DP Proton pump inhibitors for prophylaxis of nosocomial upper gastrointestinal tract bleeding:effect of standardized guidelines on prescribing practice](#)[外文期刊] 2010(09)

28. [Andriulli A;Annese V;Caruso N Proton-pump inhibitors and outcome of endoscopic hemostasis in bleeding peptic ulcers:a series of meta-analyses](#)[外文期刊] 2005(01)

29. [Barkun AN;Adam V;Sung JJ Cost effectiveness of high-dose intravenous esomeprazole for peptic ulcer bleeding](#) 2010(03)

30. [Baker DE Peptic ulcer bleeding following therapeutic endoscopy:a new indication for intravenous esomeprazole](#) 2009(04)

31. [Sung JJ;Barkun A;Kuipers EJ Intravenous esomeprazole for prevention of recurrent peptic ulcer bleeding:a randomized trial](#)[外文期刊] 2009(07)

32. [Thomson AB Intravenous esomeprazole for prevention of recurrent peptic ulcer bleeding](#)[外文期刊] 2009(05)

33. [Simon-Rudler M;Massard J;Bernard-chabert B Continuous infusion of high-dose omeprazole is more effective than standard-dose omeprazole in patients with high-risk peptic ulcer bleeding:a retrospective study](#)[外文期刊] 2007(08)

34. [Netzer P;Inauen W Continuous infusion or repeated intravenous bolus injection of high-dose omeprazole in patients at high risk of rebleeding from peptic ulcers](#)[外文期刊] 2006(12)

35. [Wu LC;Cao YF;Huang JH High-dose vs low-dose proton pump inhibitors for upper gastrointestinal bleeding:a meta-analysis](#)[外文期刊] 2010(20)

36. [Soderlund C Vasopressin and glypressin in upper gastrointestinal bleeding](#) 1987

37. [Elzouki AN;El-Menyar A;Ahmed E Terlipressin-induced severe left and right ventricular dysfunction in patient presented with upper gastrointestinal bleeding:case report and literature review](#) 2010(04)

38. [Bernard B;Grangé JD;Khac EN Antibiotic prophylaxis for the prevention of bacterial infections in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding:a meta-analysis](#)[外文期刊] 1999(06)

39. [Rockall TA;Logan RF;Devlin HB Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage](#)[外文期刊] 1996(03)

40. [Chen IC;Hung MS;Chiu TF Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding](#) 2007(07)

41. [Stanley AJ;Ashey D;Dalton HR Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage:multicentre validation and prospective evaluation](#)[外文期刊] 2009(9657)

42. [Suzuki K;Takahashi K;Miyawaki K MELD score, child-pugh score, and decreased albumin as risk factors for](#)

[gastric variceal bleeding 2009\(94-95\)](#)

43. [Benedeto-Stojanov D;Nagorni A;Bjelakovic G](#) [The model for the end-stage liver disease and Child-Pugh score in predicting prognosis in patients with liver cirrhosis and esophageal variceal bleeding](#)[外文期刊] 2009(09)

44. [Pasquale MD;Cerra FB](#) [Sengstaken-Blakemore tube placement.Use of balloon tamponade to control bleeding varices](#) 1992(04)

45. [Minocha A;Richards RJ](#) [Sengstaken-Blakemore tube for control of massive bleeding from gastric varices in hiatal hernia](#)[外文期刊] 1992(01)

46. [Feneyrou B;Hanana J;Daures JP](#) [Initial control of bleeding from esophageal varices with the Sengstaken-Blakemore tube.Experience in 82 patients](#)[外文期刊] 1988(03)

47. [Hearnshaw SA;Logan RF;Lowe D](#) [Use of endoscopy for management of acute upper gastrointestinal bleeding in the UK:results of a nationwide audit](#)[外文期刊] 2010(08)

48. [Endo M;Higuchi M;Chiba T](#) [Present state of endoscopic hemostasis for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding](#) 2010(Suppl 1)

49. [Loffroy R;Rao P;Otas](#) [Embolization of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage resistant to endoscopic treatment:results and predictors of recurrent bleeding](#)[外文期刊] 2010(06)

50. [D'Amico G;Luca A](#) [TIPS is a cost effective alternative to surgical shunt as a rescue therapy for prevention of recurrent bleeding from esophageal varices](#)[外文期刊] 2008(03)

51. [Lopera JE;Arthurs B;Scheuerman C](#) [Bleeding duodenal:varices treatment by TIPS and transcatheter embolization](#)[外文期刊] 2008(02)

52. [Clarke MG;Bunting D;Smart NJ](#) [The surgical management of acute upper gastrointestinal bleeding:a 12-year experience](#)[外文期刊] 2010(05)

#### 本文读者也读过(2条)

1. [中国医师协会急诊医师分会](#) [中国急诊高血压诊疗专家共识](#)[期刊论文]-[中国急救医学](#)2010, 30(10)
2. [中国医师协会急诊医师分会](#) [急性上消化道出血急诊诊治专家共识](#)[期刊论文]-[中国急救医学](#)2010, 30(4)

#### 引证文献(3条)

1. [张晓凤, 刘彦, 吴莉](#) [奥曲肽联合潘妥拉唑治疗急性上消化道出血的临床效果](#)[期刊论文]-[医药前沿](#) 2012(10)
2. [戴春儒](#) [上消化道出血的诊治](#)[期刊论文]-[按摩与康复医学](#) (下旬刊) 2012(2)
3. [钱洁, 陈怡, 仲敏, 吕利雄, 朱长清](#) [Rockall与Blatchford评分系统评估急性上消化道出血的比较研究](#)[期刊论文]-[胃肠病学](#) 2011(11)

本文链接: [http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_zgjyx201101001.aspx](http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zgjyx201101001.aspx)