

成人上消化道出血之鑑別與處置

內湖三軍總醫院 家庭醫學部 李冠敏

上消化道的出血定義為在Treitz韌帶以上之腸胃道出血，其發生率約為每十萬人就有48至160人會出現。常見導致上消化道出血的危險因子包含之前發生過上消化道出血（相對風險=13.5）、有使用抗凝血劑（相對風險=12.7）、使用高劑量的非類固醇類消炎止痛藥（相對風險=5.8）、老年人（相對風險=5.6）以及腎衰竭的族群。而最常發生上消化道出血的原因歸納為下：消化性潰瘍（26%）、食道炎（17%）、糜爛性十二指腸發炎（9%）、糜爛性胃炎（16%）、食道靜脈瘤（7%）以及Mallory-Weiss tear（3%）。值得注意的是，即使目前能夠使用胃鏡去檢查上消化道出血的病人，仍然有12%的上消化道出血是找不到原因的。以下將一一說明這些上消化道出血之可能原因與處置。

常見的上消化道出血原因¹

1. **糜爛性疾病**：包含糜爛性食道、胃部及十二指腸發炎，此類疾病大部分都有良好的預後，所以大部分的病人並不需要使用到上消化道鏡去治療此類疾病的出血，治療此類疾病採用氫離子幫浦阻斷劑保守治療。
2. **食道裂傷(Mallory-Weiss Tear)**：為食道與胃交界撕裂傷而造成大量出血，常發生在大量飲酒後劇烈嘔吐。其發生率約為每十萬人就有7.3人會出現。
3. **消化性潰瘍**：此為最常造成上消化道出血的原因，其中非類固醇類消炎止痛藥的使用以及幽門螺旋桿菌的感染佔了80%消化性潰瘍的原因。所以當發現病人出現消化性潰瘍

時，需注意要檢測病人是否有幽門螺旋桿菌的感染，且一旦發現有感染的情形，必須要治療。

4. **藥物導致之上消化道出血**：除了非類固醇類消炎止痛藥的使用容易導致消化性潰瘍，還有如抗凝血劑、抗血小板藥物以及血清張力素回收抑制劑都有文獻指出會增加消化道出血的可能。針對非類固醇類消炎止痛藥，如果病人有比較高的有消化道出血的風險，又必須使用非類固醇類消炎止痛藥時，可以考慮使用低劑量的Celecoxib併用胃保護劑（如氫離子幫浦阻斷劑）。針對需使用抗血小板製劑的病人，若之前有上消化道出血的病史也須合併使用氫離子幫浦阻斷劑。在抗凝血劑的選擇上，apixaban(Eliquis)相較於其他抗凝血劑有較低的上消化道出血風險。血清張力素回收抑制劑常使用於憂鬱症的病人，其作用會影響血小板的功能，有文獻指出使用血清張力素回收抑制劑會增加55%上消化道出血的風險，所以對於使用此種藥物的病人也須多加留意²。

上消化道出血的臨床表現

常見的症狀為糞便呈黑色或出現咖啡色的嘔吐物，若有大量出血時，病人會出現血壓下降、頭暈、四肢冰冷、臉色蒼白等休克症狀。當我們要診察上消化道出血的病人時，需要問清楚病人之前是否有上消化道出血的病史和是否有慢性的肝臟及腎臟疾病，以及是否有在使用可能會增加出血風險的藥物。理學檢查時要特別注意病人是否因大量出血出現血液動力學

不穩和腹部反彈痛的狀況。抽血除了全血細胞計數、肝腎功能外，也可以觀察血中尿素氮和肌酸酐的比率(BUN/creatinine ratio)是否有大於36，去區分上下消化道的出血（敏感度90%）³。

上消化道出血的處置

在上消化道出血的處置上，須確保病人的血液動力學是否穩定，並給病人安置兩條較粗的靜脈內導管以及輸液，對於血色素 $<7\text{g/dl}$ 的病人，建議輸血。血小板數目 $<50 \times 10^3/\mu\text{L}$ 的病人需給予血小板輸注⁴。病人需禁食，且規律監測病人的生命徵象。若病人出現持續大量出血，需考慮使用氣管插管。至於是否需要立即使用上消化鏡去止血，可以參考腸胃道出血的危險程度評分(Glasgow-Blatchford bleeding score)去決定病人是否需要使用上消化道鏡。若無法使用上消化道鏡去止住出血，可考慮血管攝影及栓塞術及手術止血⁵。對於急性上消化道的出血，建議前72小時使用高劑量氫離子幫浦阻斷劑，72小時後，若在上消化道鏡下看到容易再出血的病兆，建議持續使用高劑量氫離子幫浦阻斷劑14天，之後再轉換成標準劑量並使用4-8週。

重新開始使用抗血小板的藥物

另一個需要注意的議題為何時重新開始使用抗血小板的藥物，目前仍然還有許多爭論。目前大致的共識為，若病人有在使用阿斯匹靈作為次級預防，根據其上消化道鏡的結果，若是中度或高危險再出血的病兆，建議未出血三

天後再重新開始使用；若為低風險再出血的病兆，則可以立即開始使用。對於使用雙重抗血小板藥物之病人，若未有持續出血可以先開始使用阿斯匹靈，P2Y₁₂抑制劑(例如clopidogrel, ticagrelor, prasugrel等)，至少停5-7天再開始使用⁶。

結論

造成上消化道出血的原因有許多種，其中以消化性潰瘍最為常見，而藥物導致之出血也需特別留意。在診察上消化道出血的病人時，需清楚病人的過去病史及用藥史，方能釐清病人出血的原因。在上消化道出血的處置上，可以依據腸胃道出血的危險程度評分決定是否立即安排上消化道鏡的止血，並在急性期使用高劑量的氫離子幫浦阻斷劑。上消化道出血之病人何時重新使用抗血小板的藥物依然有爭論，需依照病人臨床病情去做調整。

參考文獻

1. Wilkins T, Wheeler B, Carpenter M: Upper gastrointestinal bleeding in adults: evaluation and management. Am Fam Physician 2020; 101(5): 294-300.
2. Targownik LE, Bolton JM, Metge CJ, et al: Selective serotonin reuptake inhibitors are associated with a modest increase in the risk of upper gastrointestinal bleeding. Am J Gastroenterol 2009; 104(6): 1475-82.
3. Simon TG, Travis AC, Saltzman JR: Initial assessment and resuscitation in nonvariceal

upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2015; 25(3): 429-42.

4. Razzaghi A, Barkun AN: Platelet transfusion threshold in patients with upper gastrointestinal bleeding: a systematic review. *J Clin Gastroenterol* 2012; 46(6): 482-6.
5. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al: Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy* 2015; 47(10): a1-46.
6. Gimbel ME, Minderhoud SCS, Berg JM: A practical guide on how to handle patients with bleeding events while on oral antithrombotic treatment. *Neth Heart J* 2018; 26(6): 341-51.

