

中国中西医结合学会团体标准

T/CAIM 011—2024

急性非静脉曲张性上消化道出血
中西医结合诊治指南

Guidelines for Diagnosis and Treatment of Acute Non-variceal Upper
Gastrointestinal Bleeding with Integrated Traditional Chinese and Western
Medicine

2024-12-18 发布

2024-12-18 实施

中国中西医结合学会 发布

目 次

前言	I
引言	III
急性非静脉曲张性上消化道出血中西医结合诊治指南	5
1 范围	5
2 规范性引用文件	6
3 术语和定义	6
4 病因	6
4.1 西医病因及流行病学	6
4.2 中医病因病机	7
5 诊断和鉴别诊断	8
5.1 西医诊断和鉴别诊断	8
5.2 中医证候诊断	9
6 病情评估	9
6.1 急性非静脉曲张性上消化道出血病情严重程度评估	9
6.2 急性非静脉曲张性上消化道出血内镜下严重程度评估	10
6.3 意识状态、气道、呼吸的评估及生命体征监测	11
6.4 预后评估方法	11
7 治疗	13
7.1 中医辨证施治	13
7.2 西医治疗	16
7.2.1 药物治疗	16

7.2.2 内镜下止血治疗	20
7.2.3 介入治疗	23
7.2.4 手术治疗	24
7.2.5 病因治疗	25
7.2.6 急性非静脉曲张性上消化道出血的饮食管理	26
8 中西医结合诊治流程	27
9 随访	28
附录一	29
附录二	30
附录三	31
附录四	32
附录五	33
附录六	34
参考文献	54

前 言

本指南按照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第 1 部分：标准的结构和编写》、《世界卫生组织指南制定手册》、GB/T 7714-2015《文后参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022 版）》有关规则起草。

本指南由中国中西医结合学会提出并归口。

本指南起草单位：中国人民解放军东部战区总医院，中国中医科学院望京医院，海军军医大学第一附属医院

本指南负责人：汪芳裕、魏玮、柏愚

本指南执笔人：宣估、杨洋、王智杰、牛然、刘亚军、刘畅、张敏芬、李静

本指南主审人：李兆申、吕文良、令狐恩强、魏玮、刘玉兰、张声生、沈洪

方法学专家：刘玉秀、陈世耀、刘建平、陈薇

征求意见专家：

中医脾胃科：陈国忠（广西中医药大学第一附属医院）、迟莉丽（山东中医药大学附属医院）、黄绍刚（广州中医药大学东莞医院）、季雁浩（南通市中医院）、柯晓（福建省中医学院附属第二人民医院）、李学军（安徽中医药大学第二附属医院）、林江（上海中医药大学附属龙华医院）、刘凤斌（广州中医药大学第一附属医院）、刘万里（南京市中西医结合医院）、钦丹萍（浙江省中医院）、苏娟萍（山西省中医院）、唐艳萍（天津市南开医院）、田耀洲（江苏省中西医结合医院）、王垂杰（辽宁省中医院）、王震凯（南京市中医院）、杨倩（河北省中医院）、杨小军（重庆市中医院）、叶柏（江苏省中医院）、张北平（广东省中医院）、章一凡（苏州市中医医院）、周素芳（贵州中医药大学第一附属医院）

西医消化内科：白飞虎（海南医学院第二附属医院）、曾维政（中国人民解放军西部战区总医院）、程斌（华中科技大学同济医院）、丁士刚（北京大学第三医院）、丁震（中山大学附属第一医院）、龚伟（南方医科大学深圳医院）、蓝宇（北京积水潭医院）、李宏宇（中国人民解放军北部战区总医院）、李景南（北京协和医院）、李鹏（北京友谊医院）、李锐（苏州大学附属第一医院）、刘枫（上海市第十人民医院）、刘思德（南方医科大学南方医院）、刘晓峰（中国人民解放军第 960 医院）、刘迎娣（中国人民解放军总医

院)、刘占举(上海市第十人民医院)、刘志国(中国人民解放军空军军医大学第一附属医院)、缪林(南京医科大学第二附属医院)、聂战国(中国人民解放军新疆军区总医院)、宁守斌(中国人民解放军空军特色医学中心)、任建林(厦门大学附属中山医院)、盛剑秋(中国人民解放军总医院第七中心)、施瑞华(东南大学附属中大医院)、孙思予(中国医科大学盛京医院)、王邦茂(天津医科大学总医院)、王东(上海交通大学附属瑞金医院)、王东旭(中国人民解放军第 983 医院)、王雷(南京大学附属鼓楼医院)、王良静(浙江大学附属第二医院)、王雯(中国人民解放军第 900 医院)、王新(中国人民解放军空军军医大学唐都医院)、吴坚炯(上海交通大学附属第一人民医院)、吴小平(中南大学湘雅二医院)、夏志伟(北京大学第三医院)、徐美东(同济大学附属东方医院)、徐维田(中国人民解放军中部战区总医院)、岳海燕(中国人民解放军海军特色医学中心)、张炳勇(郑州大学第一附属医院)、张开光(中国科学技术大学附属第一医院)、张鸣青(中国人民解放军第 175 医院)、张树荣(中国人民解放军第 920 医院)、张振玉(南京市第一医院)、朱宏(江苏省人民医院)、朱鸿武(中国人民解放军南部战区总医院)、朱良如(华中科技大学同济医学院附属协和医院)

外科: 龚剑锋(东部战区总医院) 介入科: 郭金和(东南大学中大医院) 老年医学科: 孙晓红(北京协和医院) 中西医结合科: 张学智(北京大学第一医院中医)

本指南在《急性非静脉曲张性上消化道出血中西医结合诊治共识(2019 年)》基础上编写而成。

引 言

1. 背景信息

急性非静脉曲张性上消化道出血（Acute Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding, ANVUGIB）指屈氏韧带以上消化道非静脉曲张性疾病引起的出血，其年发病率为（19.4-67.0）/10 万[1]，是消化系统最常见的急症之一。最新的流行病学研究发现，我国 ANVUGIB 最常见的病因分别是消化性溃疡、上消化道恶性肿瘤、急性胃黏膜病变等[2]。通过对近年来我国上消化道出血的流行病学趋势分析后发现，上消化道出血的发病年龄呈上升趋势；消化性溃疡出血比例下降，主要是十二指肠球部溃疡减少；高危消化性溃疡出血检出率增加，但总体病死率无明显下降，内镜及介入诊治率更高，治疗措施更合理，止血措施效果更佳[2-4]。近年来，国内外研究者从中医、西医的角度对 ANVUGIB 的病情严重程度评估、液体复苏、药物治疗、内镜治疗、外科和介入治疗时机的选择、中医辨证论治等方面进行了深入研究，取得了较大的进展；且近年来陆续制订了多项中医、西医、内镜行业共识或指南，但国内尚无中西医结合诊治指南，因此有必要建立中西医结合诊治指南以满足临床工作需要。

为此，以中西医临床关键问题（包括中西医结合诊治的要点问题）为导向，广泛征求消化科、中医脾胃科、外科、介入科与方法学等多学科专家意见，参照最新国内外颁布的 ANVUGIB 相关指南及共识，总结并汇聚中医诊治的临床经验、诊疗特色及西医相关领域专家的诊疗经验和研究成果；遵照循证医学原则，客观评价了近十余年来 ANVUGIB 中西医结合诊治证据，在进行文献评价及 GRADE（Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation）系统评价当前最佳证据后，再通过多轮专家论证汇集群体经验和智慧，最终经工作组充分讨论，制订了有证据级别及推荐意见的《急性非静脉曲张性上消化道出血中西医结合诊疗指南》（以下简称：本指南）。

本指南从临床诊治实际出发，详细介绍了急性非静脉曲张性上消化道出血的术语和定义、适用范围、病因病机、中西医结合诊断、治疗等方面内容。本指南突出中西医结合诊疗特色，坚持中西医并重，推动中医和西医相互补充、协调发展，力图展示国内外前沿学术内容，以供脾胃科、消化科以及中西医结合相关科室医疗人员、医学院校从事中医药教育的教师和学生以及中医药科研机构相关人员参考应用。本指南的科学性、实用性和依从性等需要

在临床实践中不断验证，根据临床实践反馈意见进行更新完善。

2. 资金资助及利益冲突情况

本指南声明所有指南参与人员均无对本指南可能造成的经济利益和专业利益影响，不存在经济利益冲突和学术利益冲突，为此不会成为本文件制定的偏倚来源， 无需进一步处理。

急性非静脉曲张性上消化道出血中西医结合诊治指南

1 范围

本指南以急性非静脉曲张性上消化道出血患者为对象，详细介绍了急性非静脉曲张性上消化道出血的术语和定义、适用范围、病因病机、中西医结合诊断、治疗等方面内容，以供各级医疗机构的脾胃科、消化科以及中西医结合相关科室医疗人员、医学院校从事中医药教育的教师和学生以及中医药科研机构相关人员参考应用。

2 规范性引用文件

本诊治指南以中西医需求为导向、遵照循证医学原则，参考了以下文件：

2016 年日本消化内镜协会《Guidelines for endoscopic managements of non-variceal upper gastrointestinal bleeding》

2016 年英国 BSG 和欧洲 ESGE 指南《Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines》

2018 年亚太工作组共识（修订版）《Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018》

2018 年中华医学会消化内镜学分会《急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南》

2019 年中国中西医结合学会消化内镜学专业委员会非静脉曲张性消化道出血专家委员会《急性非静脉曲张性上消化道出血中西医结合诊治共识》

2019 年中华消化杂志和中华外科杂志《急性非静脉曲张性上消化道出血多学科防治专家共识》

2019 年国际共识组指南《Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the

International Consensus Group》

2020 年 KSG 指南《Guidelines for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding》

2020 年国外消化科相关专家小组《Interventional Algorithm in Gastrointestinal Bleeding—An Expert Consensus Multimodal Approach Based on a Multidisciplinary Team》

2021 年中国急救医学杂志《急性上消化道出血急诊诊治流程专家共识》

2021 年 ESGE 指南（更新版）《Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline—Update 2021》

3 术语和定义

GB/T1.1-2020 所确立的术语和定义适用于本文件。

3.1 急性非静脉曲张性上消化道出血（ICD-11 K92.207）

急性非静脉曲张性上消化道出血 Acute Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding, ANVUGIB

是指屈氏韧带以上消化道非静脉曲张疾病所引起的出血，包括胰管或胆管的出血和胃空肠吻合术后吻合口附近疾患引起的出血。

呕血，血由胃来，经呕吐而出，血色鲜红或紫暗，常夹有食物残渣，称为吐血，亦称为呕血。多由胃络受损所致。胃腑本身或他脏涉胃，导致胃络损伤，血溢胃内，血随气逆，经口吐出。

黑便，系胃肠脉络受损，血不循经，溢入胃肠，与糟粕相混而下，大便色黑或呈柏油样。若病位在胃，因其远离肛门，血色变黑，又称远血。

4 病因

4.1 西医病因及流行病学

国外有文献报道，急性上消化道出血最常见的原因是非静脉曲张病变性上消化道出血；急性非静脉曲张性上消化道出血病因包括胃和十二指肠消化性溃疡、食管/胃/十二指肠黏膜糜烂性疾病、恶性肿瘤、Mallory-Weiss 综合征、Dieulafoy 病变、其他诊断或无法确定原因^[5]。最新的流行病学研究发现，我国急性非静脉曲张性上消化道出血最常见的病因分别是消化性溃疡、上消化道恶

性肿瘤、急性胃黏膜病变等^[2]。通过对近年来我国上消化道出血的流行病学趋势进行分析后发现，上消化道出血的发病年龄呈上升趋势；消化性溃疡出血比例下降，主要是十二指肠球部溃疡的发病率在减少；高危消化性溃疡出血检出率增加，但总体病死率无明显下降^[2, 3]。

急性非静脉曲张性上消化道出血多为上消化道病变所致，少数为胆胰疾患引起，其中以消化性溃疡引起的出血最为常见，占 28%-61%（十二指肠溃疡 17%-37%，胃溃疡 11%-24%），急性胃黏膜病变引起的出血占 1%-47%，Mallory-Weiss 综合征占 4%-7%；上消化道恶性肿瘤占 2%-4%；其他的诊断约占 2%-7%^[6]。近年来，药源性损伤也逐渐成为上消化道出血的主要诱因之一，主要包括阿司匹林等非甾体抗炎类药物、氯吡格雷等抗血小板类药物、抗肿瘤类药物、抗生素类药物及皮质类固醇等激素类药物^[1]。

4.2 中医病因病机

古代及现代中医对消化道出血早有认识，其中《景岳全书·血证》对血证的内容作了比较系统的阐述，将引起出血的病机概括为“火盛”及“气虚”两个方面，也有观点认为“气虚”、“血瘀”与出血密切相关。现代中医认为上消化道出血是由外感六淫、内伤七情、饮食不节、体虚血瘀、药物或外物损伤等各种原因导致热盛伤络，瘀血阻络，气不摄血，引发络伤血溢而发为本病。其病机主要责之于“热”、“瘀”、“虚”、“郁”、“毒”，总结其病机特点为“火热熏灼，迫血妄行；气虚不摄，血溢脉外；血脉瘀阻，血不循经”。具体病因分为：

感受外邪：凡外感风热燥火之阳邪、或风寒之邪郁而化热，热伤营血，气血沸腾，邪热迫血妄行，血随胃气上逆而吐血。如《症因脉治·外感吐血》：“外感吐血之因，内有积热，诸经火盛，外有风寒，束其肌表，血络热甚，不得外越，妄行上冲，从口呕出，故外感吐血，责之邪热妄行”。

饮食不节：如饮酒过度，或过食酸辣煎炸之品，均可导致热蕴胃肠，或燥热伤阴，虚火扰动血络，血因火动而产生出血。如《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病》：“夫酒客咳者，必致吐血，此因极饮过度所致也”。

情志不和：忧思恼怒，情志失和则可致肝郁化火，横逆犯胃，损伤胃络，火载血升，气逆血奔，从而产生吐血。如《景岳全书·血证》：“血动之由，惟火惟气”。

劳倦过度：脾主统血，脾气健旺则血循行于脉道；若劳倦过度，或肝病、胃病日久导致脾胃虚弱，统摄无权，则血不循经，若熬夜过度，心阴暗耗，阴虚火旺，灼伤脉络，溢于脉外。如《景岳全书·血证》：“血为营气，不宜损也，而损则为病……损者，多由于气，气伤则血无以存”。

久病之后：肝主藏血，性喜条达疏泄，若肝病日久迁延不愈，则见气滞与血瘀，造成瘀血阻络，血行失常，如《临证指南医案》：“肝为起病之源，胃为传病之所”；或因胃病反复不愈，久病入络，从而使血不循经而外溢，如《临证指南医案》：“初为气结在经，久则血伤入络”。

当上述各种原因导致脉络损伤或血液妄行时，可引起血液溢出脉外，若血随气火上逆，从口而出，则为呕血；血随胃气下降入肠道，随便而出，则为黑便；若失血可致气血不足，则见神疲乏力、头晕心悸等，若出血量大可致气随血脱，见昏厥、汗出肢冷等危症。上述各种原因之所以导致出血，其共同的病机可归结为火热熏灼、迫血妄行及气虚不摄、血溢脉外；血脉瘀阻，血不循经三类。如《景岳全书·血证》：“血本阴精，不宜动也，而动则为病。血为营气，不宜损也，而损则为病。盖动者多由于火，火盛则逼血妄行；损者多由于气，气伤则血无以存”。在火热之中，又有实火及虚火之分。外感风热燥火，湿热内蕴，肝郁化火等，均属实火；而阴虚火旺之火，则属虚火。气虚之中，又有仅见气虚和气损及阳之别。

5 诊断与鉴别诊断

5.1 西医诊断与鉴别诊断

上消化道出血的主要症状是呕血、黑便；出血量较大时也可出现血便。ANVUGIB 主要应与急性静脉曲张性上消化道出血相鉴别，而且应注意个体化的识别和管理。急性非静脉曲张性上消化道出血患者实验室检查常用项目包括胃液、呕吐物或粪便隐血试验、血常规等。为明确病因、判断病情和指导治疗，尚需进行凝血功能试验、肝肾功能、肿瘤标志物及腹部影像学等检查。临床医生应确认是否有吐血、咯血、齿龈出血或鼻胃管抽血，或 BUN/肌酐比率是否升高，需区分上消化道出血和下消化道出血。应与静脉曲张性上消化道出血相鉴别，静脉曲张性上消化道出血的患者一般有慢性肝病、肝硬化或静脉曲张性出血的既往病史，查体及实验室检查提示有肝掌、蜘蛛痣、腹水、脾功能亢进、凝血功能及肝功能异常等。某些呼吸道或口咽、鼻腔等消化道以外的部位出血，或服用某些药物（如铁剂、铋剂等）和食物（如动物内脏和血制品等）可引起粪便发黑，需结合病史及专科检查进行排除。

上消化道出血明确病因的主要检查手段是内镜检查，应在出血后 24 小时内尽快进行。高危征象（如住院期间有心动过速、出大汗、四肢湿冷、低血压、血性呕吐物或者血性鼻胃管引出物）的患者应在初始液体复苏和血流动力学稳

定后在 12 小时内进行早期内镜检查。内镜检查的同时，应准备好内镜下止血的器械和药物，以及应对突发病情变化的抢救设备和药物等，特别是注意气道保护及静脉通道的建立。

5.2 中医证候诊断

呕血，黑便常见证型包括胃热炽盛证、肝火犯胃证、瘀血阻络证、肝胃阴虚证、脾不统血证、脾胃虚寒证、气随血脱证。各证候要素主要临床特征如下（参考 2019 年中国中西医结合学会消化内镜学专业委员会非静脉曲张性消化道出血专家委员会《急性非静脉曲张性上消化道出血中西医结合诊治共识》及 2021 年版中国中医药出版社 吴勉华 石岩主编《中医内科学》血证）：

胃热炽盛证：吐血色红或紫黯，便色暗红或柏油样便，口臭、口干、口苦，伴有脘腹胀闷，甚则作痛，大便秘结，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

肝火犯胃证：吐血色红或紫黯，便色暗红或柏油样便，烧心泛酸，胃脘灼热疼痛，心烦易怒，胁痛口苦，舌质红，苔黄，脉弦数。

瘀血阻络证：便血紫暗，胃脘疼痛如针刺，固定不移，口干不欲饮，面色暗滞或黧黑，舌质紫或有瘀斑，苔薄，脉涩，或脉弦、细。

阴虚化热证：大便色黑如柏油状，脘胁隐痛，嘈杂吐酸，烦热颧红，盗汗，咽干口燥，舌红少苔或无苔，脉细弦数。

脾不统血证：便溏色黑，或便血暗红，胃脘隐痛，喜按，食欲不振，神疲乏力，心悸气短，自汗，面色苍白，舌质淡，苔白，脉细弱。

脾胃虚寒证：便血紫暗，甚则色黑状如柏油，反复发作，伴脘腹隐痛，素喜热饮，面色不华，神倦懒言，平素便溏，舌淡，苔白滑，脉细。

气随血脱证：呕血或便血不止，呼吸微弱而不规则，或昏仆，冷汗如水，面色苍白，四肢冰凉，口开目合，手撒身软，二便失禁。舌淡白，苔白润，脉微欲绝。

6 病情评估

6.1 急性非静脉曲张性上消化道出血病情严重程度的评估

临床上，消化道出血与绝大多数其他部位的出血（除颅内出血等）一样，有效循环血量的不足是威胁生命的首要因素。病情严重度与失血量呈正相关，因呕血混有胃内容物、黑便混有正常粪便，且部分血液贮留在胃肠道内未排出，故难以根据呕血量或黑便量来判断出血量。常根据临床综合指标判断失血量的

多少，如根据血容量减少导致周围循环的改变（伴随症状、心率和血压、实验室检查）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。体格检查中可以通过皮肤黏膜色泽、四肢温度、颈静脉充盈程度、神志和尿量等情况来判断血容量减少程度，客观指标包括中心静脉压和血乳酸水平。危重患者，如出现下述表现提示患者血流动力学状态不稳定，应立即收入抢救室或重症监护病房（Intensive Care Unit, ICU），并进行液体复苏：心率 > 100 次/分，收缩压 < 90 mmHg（或在未使用药物降压的情况下收缩压较平时水平下降 > 30 mmHg），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^[7]。此外，高危上消化道出血的预测指标包括难以纠正的低血压、鼻胃管抽出物可见红色或咖啡样胃内容物、心动过速、血红蛋白进行性下降或 < 80 g/L。凝血功能障碍（INR 大于 1.5）是急性非静脉曲张性上消化道出血死亡的独立危险因素。

6. 2 急性非静脉曲张性上消化道出血内镜下严重程度评估

推荐意见 1：内镜下评估消化性溃疡病灶为改良 Forrest I 级和 IIa、IIb 级的急性非静脉曲张性上消化道出血患者，推荐行内镜下治疗。（1A）

证据描述：临床医生在做出上消化道出血的诊断后，应立即对出血量和病情严重程度进行评估，评估病情严重程度与出血量呈正相关。判断出血有无停止对决定治疗策略极有帮助。内镜检查时对出血性病变应行改良的 Forrest 分级判断患者发生再出血的风险，并判断是否需要内镜下止血治疗。出血性消化性溃疡的改良 Forrest 分级（图 1）及再出血风险：Forrest Ia 级（55%），喷射样出血；Forrest Ib 级（55%），活动性渗血；Forrest IIa 级（43%），血管裸露；Forrest IIb 级（22%），血凝块附着；Forrest IIc 级（10%），黑色基底；Forrest III 级，基底洁净（5%）。对于内镜下所见病灶 Forrest 分级为 Forrest I 级和 IIa 级、IIb 级的患者，因持续出血或再出血的高风险，可在首次内镜检查下即给予相应的止血治疗，而消化性溃疡基底清洁或有扁平黑斑的患者不必接受内镜治疗^[8, 9]。



图 1 出血性消化性溃疡的改良 Forrest 分级^[4]

6.3 意识状态、气道、呼吸的评估及生命体征监测

监测意识状态、心率、脉搏、血压、呼吸、肢体温度、皮肤和甲床色泽、周围静脉特别是颈静脉充盈情况、尿量等。上消化道出血患者误吸的风险明显增加，对存在气道阻塞的患者，应当采取必要的措施以保持气道开放，特别是当使用高流量吸氧仍不能缓解呼吸窘迫时，应及时实施人工通气支持。对出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）、监护（monitoring）和建立静脉通路（intravenous）的处理；此外，对于意识障碍的患者，无创通气增加误吸的风险，不提倡应用。意识障碍和排尿困难者需留置导尿管，危重大出血患者必要时进行中心静脉压、血清乳酸测定。老年及危重患者常需监测心电图、血氧饱和度和呼吸监护。

6.4 预后评估方法

推荐意见 2：建议对所有急性非静脉曲张性上消化道出血患者使用 Glasgow Blatchford Score (GBS) 评分系统进行危险分层评估；推荐 AIMS65 评分预测 ICU 救治和住院时间；推荐 AIMS65 评分及 Rockall Risk score (RS) 评分预测病死率。（1B）

推荐意见 3：GBS≤1 分的急性非静脉曲张性上消化道出血患者不需要早期

内镜检查，可在门诊行内镜检查；GBS \geq 7 分需要进行内镜下治疗。（1B）

证据描述：格拉斯哥布拉奇福德评分（Glasgow-Blatchford, GBS）（见附录一：表 1）和罗卡尔评分（Rockall Risk score, RS）（见附录二：表 2）是常用的上消化道出血风险分层的评分系统。临床上常根据 GBS 和 RS 来确定干预的必要性和评估再出血的风险。

GBS 评分系统用于在内镜检查前预先判断哪些患者需要接受输血、内镜检查或手术等后续干预措施，其取值范围为 0~23 分。GBS 在预测治疗需求及死亡风险方面优于其他评分，越来越多的国外指南均推荐使用 GBS 评分系统在内镜检查前对消化道出血患者进行危险分层，确定为低危者（GBS 0-1 分）的患者再出血和 30d 内死亡的风险非常低，不需要早期内镜检查，也无需住院，可在门诊行内镜检查，进行安全管理；GBS \geq 7 分需要进行内镜治疗；高危者（GBS 10-12 分）常需要临床干预，如输血和治疗性内镜检查^[8, 10]。

RS 评分系统用于评估上消化道出血患者的病死率，是目前临床上广泛使用的评分依据之一，该系统依据患者年龄、休克状况、伴发疾病、内镜诊断和内镜下出血征象 5 项指标，将患者分为高危、中危、低危风险人群，其取值范围为 0~11 分。GBS 评分系统和 RS 评分系统主要问题是计算复杂，临床使用不便。

AIMS65 评分系统（见附录三：表 3）相对较为简便，包括以下几项指标（危险因素）：白蛋白 <30 g/L，国际标准化比值（INR） >1.5 ，神志改变，收缩压 <90 mmHg，年龄 >65 岁。随着危险因素的增加，AIMS65 评分预测消化道出血患者病死率的准确性也逐渐增高。有研究显示，AIMS65 评分在预测上消化道出血患者病死率方面优于 GBS^[11]。另一项研究显示，在预测住院病死率方面，AIMS65 评分优于 GBS 评分，与 RS 评分相当；在预测收入 ICU 救治和住院时间方面，AIMS65 评分优于以上其他评分系统^[12]。对于急性上消化道出血患者，国际多学科消化道出血最新处理流程不建议使用 AIMS65 评分来评估再出血或死亡风险非常低的患者的预后^[13]。

7 治疗

7.1 中医辨证施治

推荐意见 4：急性出血期可口服或内镜下喷洒中药止血药物；出血的静止期及恢复期，可辨证给予中药汤剂口服。（1B）

证据描述：依据“急则治标”原则，急性出血期常给予口服止血药物，如云南白药粉、化瘀止血散等；内镜检查时，根据情况内镜下喷洒止血散、白及粉、炮姜灰、乌贼骨、微米大黄炭等止血药物；若气随血脱，有休克表现者，加用扶正、固脱治疗，静脉滴注益气生脉之中药针剂等，但目前临床不推荐静脉用中药针剂。而在出血的静止期（未见明显活动性出血期）及恢复期（出血完全停止期），中医辨证的优势明显，可辨证给予中药汤剂口服，能够改善患者症状，提高止血临床疗效，缩短住院天数，治疗上总以“止血、消瘀、宁络、补虚”为治疗大法。根据中医辨证分型进行治疗。

推荐意见 5：中医辨证疗法联合西医治疗可提高急性非静脉曲张性上消化道出血患者总体疗效，减少不良反应，降低再出血率。（1B）

依据不同证候分别给予下述推荐（参考 2019 年中国中西医结合学会消化内镜学专业委员会非静脉曲张性消化道出血专家委员会《急性非静脉曲张性上消化道出血中西医结合诊治共识》及 2021 年版中国中医药出版社 吴勉华 石岩主编《中医内科学》血证）：

常见证候：胃热炽盛证

治则治法：清热泻火，宁络止血。

推荐意见：推荐使用三黄泻心汤加减（黄连、黄芩、大黄、栀子、生地黄、炒白芍、地榆、白及、仙鹤草、茜草。可酌情增加止血药，如三七粉、藕节炭、蒲黄炭等）。常规西药联合三黄泻心汤治疗胃热炽盛证急性非静脉曲张性上消化道出血患者可提高临床疗效。（1B）

证据描述：共纳入 5 项三黄泻心汤相关随机对照研究（Randomized Controlled Trial, RCT），涉及 378 例急性非静脉曲张性上消化道出血胃热炽盛证患者，在临床总有效率方面，Meta 分析结果显示：常规西药联合三黄泻心汤治疗胃热炽盛证急性上消化道出血患者总有效率优于单纯西药治疗组 [RR=1.25, 95%CI (1.14, 1.37)]，降低再出血率。

常见证候：肝火犯胃证

治则治法：泻肝清胃，凉血止血。

推荐意见：推荐使用龙胆泻肝汤加减（龙胆草、黄芩、栀子、生地黄、炒柴胡、泽泻、炒当归、焦大黄、侧柏叶、白芍、甘草。可酌情增加止血药，如三七粉、藕节炭、蒲黄炭等）或龙胆泻肝丸。

常见证候：瘀血阻络证

治则治法：活血通络，化瘀止血。

推荐意见：推荐使用化血丹加减（花蕊石、三七、血余炭、茜草、地榆、牡丹皮、白芍）。

常见证候：肝胃阴虚证

治则治法：养胃柔肝，滋阴凉血。

推荐意见：推荐使用茜根散加减（茜草、阿胶、生地黄、黄芩、侧柏叶、墨旱莲、石斛、麦冬、白茅根，可酌情增加海螵蛸和白及）。

常见证候：脾不统血证

治则治法：益气摄血，健脾和胃。

推荐意见：推荐使用归脾汤加减（炙黄芪、党参、炒白术、炒当归、龙眼肉、炒白芍、木香、阿胶^{烔化}、海螵蛸、白及、仙鹤草、炙甘草）。常规西药联合归脾汤对脾不统血证急性非静脉曲张性上消化道出血患者可提高临床疗效。（2B）

证据描述：共纳入 2 项归脾汤的相关随机对照研究，涉及 300 例急性非静脉曲张性上消化道出血患者。在临床有效率方面，Meta 分析结果显示：常规西药联合归脾汤治疗脾不统血证急性非静脉曲张性上消化道出血患者疗效优于单纯西药组[RR=1.09, 95%CI (1.03, 1.15), P=0.0024]。异质性检验结果提示，纳入 Meta 分析的各研究间不存在有统计学意义的异质性 (P=0.9264)，所以采用固定效应模型 (Mantel-Haenszel method)，总体的效应值[RR=1.09, 95%CI (1.03, 1.15), P=0.0024]。归脾汤联合西药对脾不统血证上消化道出血患者可提高治愈率、降低再出血率。

常见证候：脾胃虚寒证

治则治法：健脾温中，养血止血。

推荐意见：推荐使用黄土汤加减（灶心土、炮姜、白术、附子、甘草、地黄、阿胶珠、黄芩、白及、乌贼骨、三七、花蕊石）。黄土汤联合常规西药治疗脾胃虚寒证上消化道出血可提高临床疗效（1B），缩短大便潜血转阴时间（2C）、住院时间（2C）。

证据描述：共纳入 6 项黄土汤相关随机对照研究，涉及 539 例急性上消化道出血患者。在临床有效率方面，纳入了 6 篇相关随机对照试验，Meta 分析结

果显示：黄土汤联合常规西药治疗治疗急性上消化道出血患者止血有效率疗效优于单纯西药组[RR=1.25, 95%CI (1.17, 1.34), P<0.0001]；在患者潜血转阴时间方面，纳入了2篇相关RCT，Meta分析结果显示：黄土汤联合西药治疗可有效缩短急性上消化道出血患者潜血转阴时间[SMD=-1.46, 95%CI (-2.38, -0.54), P=0.0019]；在患者住院时间方面，纳入了2篇相关RCT，Meta分析结果显示：黄土汤联合西药治疗可有效缩短急性上消化道出血患者住院时间[SMD=-1.30, 95%CI (-2.08, -0.51), P=0.0012]。

常见证候：气随血脱证

治则治法：益气止血，固脱复脉。

推荐意见：推荐使用独参汤或参附汤加减（人参、制附子等），若伴有休克表现，患者无法口服药物，可静脉滴注参脉注射液治疗。

推荐意见 6：在急性非静脉曲张性上消化道出血治疗中，联合使用中成药（云南白药、康复新液，等）有助于提高总体临床疗效。（1B）

证据描述：云南白药等具有止血愈伤、活血散瘀、消炎消肿、排脓去毒等作用。共纳入18项云南白药相关随机对照研究，涉及1513例急性上消化道出血患者。在临床有效率方面，纳入了18篇相关RCT，Meta分析结果显示：常规西药联合云南白药治疗急性非静脉曲张性上消化道出血患者止血有效率疗效优于单纯西药治疗组[RR=1.19, 95%CI (1.14, 1.23), P<0.0001]；在患者再出血率方面，纳入了2篇相关RCT，Meta分析结果显示：常规西药联合云南白药可以减少急性非静脉曲张性上消化道出血患者再出血率[RR=0.19, 95%CI (0.04, 0.81), P=0.0257]；在止血时间方面，纳入了5篇相关RCT，Meta分析结果显示：常规西药联合云南白药可缩短急性非静脉曲张性上消化道出血患者止血时间[MD=-24.72, 95%CI (-46.00, -3.44), P=0.0228]；在患者住院时间方面，纳入了5篇相关RCT，Meta分析结果显示：常规西药联合云南白药可缩短急性非静脉曲张性上消化道出血患者住院时间[MD=-3.31, 95%CI (-5.35, -1.27), P=0.0015]。关于不良反应发生率方面，Meta分析结果提示两组没有统计学差异。

康复新液的有效成分为黏糖氨酸、多元醇类和肽类等活性物质，可通过抗炎消肿、促进细胞增殖及新生肉芽组织而起到加快组织修复，促进溃疡愈合的作用。在临床有效率方面，纳入了26篇相关RCT，Meta分析结果显示：常规西药联合康复新液在治疗急性消化道出血患者止血有效率疗效优于单纯西药组[RR=1.13, 95%CI (1.10, 1.17), p<0.01]；在再出血率方面，纳入了22篇RCT，Meta分析结果显示，常规西药联合康复新液治疗急性非静脉曲张性消化

道出血患者可以降低再出血率[RR= 0.28, 95%CI (0.21, 0.37), $p<0.01$]; 在止血时间方面, 纳入了 14 篇 RCT, Meta 分析结果显示: 常规西药联合康复新液治疗急性非静脉曲张性消化道出血患者缩短止血时间(单位: 小时)[MD=-12.91, 95%CI[-19.14, -6.69], $p<0.01$]; 在住院时间方面, 纳入了 5 篇 RCT, Meta 分析结果显示: 常规西药联合康复新液治疗急性非静脉曲张性消化道出血患者可以缩短住院时间(单位: 天)[MD=-1.88, 95%CI[-2.42, -1.35], $p<0.01$]. 在安全性方面, 纳入了 7 篇 RCT, 出现不良反应, RR= 0.26, 95%CI[0.15, 0.45], 提示常规西药联合康复新液安全性优于单纯西药组。

7.2 西医治疗

7.2.1 药物治疗

7.2.1.1 液体复苏

推荐意见 7: 推荐根据急性非静脉曲张性上消化道出血患者出血量在短时间内输入足量液体, 纠正循环血量的不足, 对于血流动力学不稳定的患者, 液体复苏要优先于内镜止血治疗。(1B)

证据描述: 有血流动力学不稳定和活动性上消化道出血表现的患者, 应优先开始液体复苏, 在复苏和稳定后进行紧急内镜检查, 因为失血性休克可导致多器官功能衰竭和死亡^[7, 8]。液体复苏的目标是恢复终末器官灌注和组织氧合, 为后续采取内镜或介入治疗措施控制出血创造条件。容量复苏充分的指征: 血压恢复至出血前基线水平, 脉搏 <100 次/min, 尿量 >0.5 mL/(kg·h), 意识清楚, 无显著脱水貌, 动脉血乳酸恢复正常等表现。关于液体的类型(胶体和晶体)以及复苏的速度和时间(非限制性和限制性)仍存在不确定性。一项纳入了 15802 名患者的大型 RCT 结果显示: 平衡晶体组 7942 例患者中, 1139 例(14.3%)发生严重肾脏不良事件, 而生理盐水组 7860 例(15.4%)患者中有 1211 例[边际优势比 0.91; 95% CI (0.84, 0.99); 条件优势比 0.90; 95% CI (0.82, 0.99), $P=0.04$]。平衡晶体组 30 天住院死亡率为 10.3%, 生理盐水组为 11.1% ($P=0.06$)。新型肾脏替代治疗的发生率分别为 2.5%和 2.9% ($P=0.08$), 持续肾功能不全的发生率分别为 6.4%和 6.6% ($P=0.60$)。提示与生理盐水相比, 使用平衡晶体溶液(如乳酸林格氏溶液)可减少死亡率和严重肾脏不良事件的发生率^[14]。此外, 多数指南并没有明确建议液体复苏用液类型, 也有指南建议存在血流动力学不稳定的首先使用晶体液体复苏^[9]。因缺乏循证医学依据, 本指南不作液体复苏的液体类型相关推荐。

7.2.1.2 血制品的使用

推荐意见 8: 对于急性非静脉曲张性上消化道出血, 建议血红蛋白 ≤ 70

g/L 时，即进行输注悬浮红细胞；部分 ANVUGIB 患者早期血红蛋白下降不明显，仍需做好早期输注悬浮红细胞准备。（1B）

推荐意见 9：对于有急性非静脉曲张性上消化道出血合并潜在心血管疾病的患者，建议适当放宽输注悬浮红细胞指征（血红蛋白 $\leq 80\text{g/L}$ ）。（2B）

证据描述：限制性红细胞输注策略被认为是非大规模、急性 ANVUGIB 的标准管理。一项包含 5 项 RCT，涉及 1965 名急性 ANVUGIB 患者的 Meta 分析，发现限制性输血组输血的红细胞单位数低于自由输血组[平均差值 -1.73 个单位，95%CI（ $-2.36, -1.11$ ， $P=0.0001$ ）]；限制性输血与较低的全因死亡率[RR=0.65，95%CI（0.44，0.97， $P=0.03$ ）]和总的再出血率[RR=0.58，95%CI（0.40，0.84）， $P=0.004$ ）]相关，并且发现缺血事件的风险没有差异。结果表明，上消化道出血患者采取限制性输血可改善预后，减少再出血率和降低病死率^[15]。对于血流动力学稳定且无心血管病史的 ANVUGIB 患者，采用限制性红细胞输血策略，血红蛋白阈值 $\leq 70\text{g/L}$ 时进行输血^[9]，输血后血红蛋白浓度应控制在 $70\text{--}90\text{ g/L}$ ^[9, 16]。消化道出血病人的血流减少导致脾脏血管收缩，输血可导致脾脏血流和压力增加，这可抑制血凝块的形成，也有可能因输血而发生凝血功能障碍。因此选择血红蛋白 $\leq 70\text{g/L}$ 作为输血的指征，再出血率和不良事件发生率也较低。

血流动力学不平稳、基础条件差或持续大量出血的患者可放宽输血指征至血红蛋白 $<90\text{g/L}$ 或以上，避免疾病恶化^[17]。有潜在心血管疾病的患者应提高输血的血红蛋白阈值输血^[13]，建议血红蛋白阈值 $\leq 80\text{g/L}$ 时输血，输血后的目标血红蛋白浓度为 $\geq 100\text{g/L}$ ^[9]。下述征象对血容量补充有指导作用：意识恢复；四肢末端由湿冷、青紫转为温暖、红润，肛温与皮温差减小（ $<1^\circ\text{C}$ ）；脉搏由快弱转为正常有力，收缩压接近正常，脉压差 $>30\text{mmHg}$ ；尿量多于 $0.5\text{ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ ；中心静脉压改善^[17]。

不建议对正在服用抗血小板药物的 ANVUGIB 患者进行常规血小板输注。没有高质量的证据支持常规输注血小板对服用抗血小板药物合并急性上消化道出血的患者有益。一项病例对照研究表明，血小板输注并不能减少出血，反而可能增加了总死亡率^[10]。鉴于临床结局无明显改善，即使患者服用抗血小板药物，本指南也不建议对血小板计数正常的患者输注血小板。

7.2.1.3 血管活性药物及生长抑素的使用

推荐意见 10：推荐经过液体复苏但患者的血流动力学仍不稳定的患者，可适当应用血管活性药物。（2B）

证据描述：对经过液体复苏但患者的血流动力学仍不稳定患者，可以适当

地选用血管活性药物（如多巴胺、去甲肾上腺素、生长抑素及其衍生物奥曲肽），以改善重要脏器的血液灌注^[4]。

奥曲肽作用持续时间更长并且可以皮下注射给药。生长抑素及其类似物奥曲肽同属生长抑素类药物，药理作用相似，均能够减少内脏血流，降低门静脉压力，抑制胃肠道及胰腺肽类激素分泌等。基于临床、国内外指南及临床路径中关于质子泵抑制剂（Proton Pump Inhibitor, PPI）联合生长抑素及其类似物治疗 ANUGIB 存在的争议点，一项纳入 6 个 RCT 均未接受内镜治疗，涉及 610 例受试者 Meta 分析结果显示：生长抑素及其类似物联合高、中、低剂量 PPI 治疗在以下方面均优于单用高、中、低剂量 PPI 治疗，差异有统计学意义：总有效率[OR=3.34, 95%CI (2.03, 5.47), P<0.00001]、止血时间[MD=9.04, 95%CI (11.69, 6.38), P<0.00001]、输血量[MD=1.10, 95%CI (1.46, 0.74), P<0.00001]；在不良反应发生率方面，两组差异无统计学意义[OR=0.49, 95%CI (0.11, 2.12), P=0.34]。ANUGIB 患者予生长抑素联合高、中、低剂量奥美拉唑与单用高、中、低剂量奥美拉唑进行成本-效果分析，增量成本效果比分别为 172.28, 217.26, 330.37，敏感性分析后显示结果稳定。提示生长抑素及其类似物联合 PPI 治疗未经内镜治疗的 ANUGIB 患者更为有效的方案，两者安全性相当、耐受性较好，从药品直接成本考虑，高剂量 PPI 组联合治疗较中、低剂量 PPI 组联合治疗更具有成本效果性。而对于经内镜下止血治疗的患者两者疗效相当，可考虑单用 PPI^[18]。因此生长抑素及其类似物不做一线治疗推荐。血管活性药物可以在失血性休克导致的严重持续低血压状态下使用，但目前缺乏高水平证据支持^[17]。

7.2.1.4 抑酸药物

推荐意见 11：在内镜检查前应用 PPI 以改善出血病灶的内镜下表现，减少内镜下止血的需要；内镜止血治疗后的高危患者，应给予静脉大剂量 PPI，并可适当延长大剂量 PPI 疗程，然后改为标准剂量 PPI 静脉输注，此后继续口服标准剂量 PPI 至溃疡愈合。对于低危患者，可采用口服标准剂量 PPI 治疗。（1B）

证据描述：临床常用的抑酸剂为 PPI、钾离子竞争性酸阻滞剂（Potassium-competitive acid blocker, P-CAB）和组胺受体拮抗剂（Histamine 2-receptor Blocking Agent, H2RA）。

一个包含 47 个 RCT，涉及 9528 例上消化道出血患者的 Meta 分析指出，与 H2RA 治疗的患者相比，接受高剂量 PPI（静脉）、PPI（口服）和生长抑素类似物治疗的患者再出血风险较低：高剂量 PPI（静脉）[OR= 0.35, 95%CI

(0.23, 0.53)]；PPI（口服）[OR=0.39, 95%CI (0.21, 0.73)]；生长抑素类似物[OR=0.18, 95%CI (0.09, 0.36)]。使用 H2RA 治疗的患者再出血率、全因死亡率增加，且患者平均住院时间更长，输血量也更多，因此不推荐 H2RA 用于上消化道出血患者^[19]。而 PPI 作为长效抑酸剂，起效快并可显著降低再出血率，在治疗消化道出血上明显优于 H2RA。P-CAB 作为新型抗酸药，提供长时间抑酸，能否改善预后（如减少再出血率、输血量、外科手术的需求、死亡率），仍需要进一步研究和观察验证。

内镜检查前进行大剂量静脉注射 PPI 治疗，以改善出血病灶的内镜下表现，减少内镜下止血的需要，但不应延迟内镜检查^[9]。内镜止血治疗后的高危患者，如 Forrest 分级 Ia-IIb 级的溃疡、内镜止血效果不佳和（或）合并服用抗血小板药物或非甾体类药物的患者，应给予静脉大剂量 PPI，如艾司奥美拉唑静脉推注 80mg 后，以 8mg/h 维持 72 小时，并可适当延长大剂量 PPI 疗程，然后改为标准剂量 PPI（例如艾司奥美拉唑 40mg）静脉输注，此后口服标准剂量 PPI 至溃疡愈合；对于低危患者，可采用标准剂量 PPI 治疗，如艾司奥美拉唑 40mg，每天 2 次，持续 5 天^[20]。高剂量口服 PPI 与静脉注射 PPI 效果相似，但口服 PPI 的成本更低且可用性高。对于 RS 评分为 6 分或临床 Rockall 评分为 3 分的患者，可将口服 PPI 剂量增加一倍至 14 日或将静脉输注 PPI 延长至≥7 日。

对于接受内镜止血的患者、未接受内镜止血且病灶附有血块（FIIb 溃疡）的患者，可考虑在内镜检查后 72 小时内以间歇性静脉注射的方式进行 PPI 治疗（至少每天两次）^[9, 13]。如果病人的情况允许，对于能够耐受口服药物的病人，大剂量口服 PPI 也可选择。

7.2.1.5 止血药物治疗

推荐意见 12：不推荐静脉止血药物为急性非静脉曲张性上消化道出血的一线药物使用，但可与抑酸药物联合使用减少再出血率。（2B）

证据描述：不推荐止血药物作为急性非静脉曲张性上消化道出血的一线药物使用^[4]。国内外指南建议对于服用维生素 K 拮抗剂（Vitamin K Antagonist, VKA）的患者停用 VKA，并纠正凝血功能障碍；考虑到患者心血管危险，应协同心血管病专科诊治^[4, 9]。可适当应用维生素 K，静脉应用凝血酶原复合物（Prothrombin Complex Concentrate, PCC）；对于血流动力学不稳定者，若没有 PCC 可用新鲜冰冻血浆。一项国际多中心 RCT（HALT-IT 研究）比较了氨甲环酸与安慰剂在消化道出血中的疗效，结果显示氨甲环酸没有降低死亡率（随机分组后 5 天内因出血死亡），氨甲环酸组为 222 例 4%vs 安慰剂组为 226 例 4% [RR= 0.99, 95% CI (0.82, 1.18)]。此外，氨甲环酸的使用与静脉血栓栓塞

事件相关（48 例 0.8% vs 26 例 0.4%）[RR= 1.85, 95% CI（1.15, 2.98）]^[21]。对血小板缺乏患者，避免使用阿司匹林联合氯吡格雷强化抗血小板治疗；对血友病等凝血功能障碍患者，首先输注凝血因子，同时应用 PPI。

对凝血功能障碍患者，目前的治疗观点：①输注新鲜冰冻血浆；②首先给予氨甲环酸，抑制纤维蛋白降解；③血栓弹力图监测引导下的成分输血。

7.2.2 内镜下止血治疗

推荐意见 13：对于急性非静脉曲张性上消化道出血患者，推荐早期（专科会诊后 24 小时内）进行内镜诊疗；出血风险较高且血流动力学稳定的患者（GBS \geq 12 分），推荐紧急（专科会诊后 12 小时内）内镜检查（1A）

证据描述：因起效迅速、疗效确切，内镜下止血应作为非药物治疗的首选。推荐消化性溃疡有血凝块（Forrest 分级 IIb）在血凝块清除后，若确定底部有活动性出血（Forrest 分级 Ia、Ib），或无活动性出血的裸露血管（Forrest 分级 IIa）应接受内镜下止血治疗。对于内镜止血时机，国外指南建议在考虑消化道病变的内镜检查时间方面采用以下相对于患者发病时间的定义：紧急 \leq 12 小时，早期 \leq 24 小时，以及延迟 $>$ 24 小时。国外指南建议 ANVUGIB 患者在 24 小时内进行上消化道内镜检查^[13]，但手术时间可以根据临床医生的判断进行修改^[16]；不建议紧急上消化道内镜检查，因为与早期内镜检查相比，患者的预后没有改善。推荐对 Forrest 分级 Ia-IIb 级的出血性病变行内镜下止血治疗。我国指南推荐内镜下止血的时机是患者血流动力学稳定后 24 小时内进行，对于高危患者应行早期内镜检查（12 小时内）^[4]，建议有条件的医疗机构开通上消化道出血内镜下救治绿色通道。

但在近期的一项大型随机对照试验，在 30 天随访中，与早期上消化道内镜检查（到内镜检查的平均时间为 24.7 \pm 9.0 小时）相比，对再出血或死亡高风险患者进行紧急上消化道内镜检查（到内镜检查的平均时间为 9.9 \pm 6.1 小时）与再出血率的降低（7.8% vs 10.9% [HR=1.46, 95% CI（0.83, 2.58）]）或死亡率的降低（6.6% vs 8.9% [HR=1.35, 95% CI（0.72, 2.54）]）没有相关性，表明在 6 小时内进行内镜检查并不会降低 ANVUGIB 患者 30 天死亡率^[22]。因此，本指南推荐不反对急诊（6 小时内）内镜诊疗。对于疑似静脉曲张出血的患者，内镜检查及止血时机不适用本推荐。

7.2.2.1 内镜喷洒药物和（或）注射治疗

推荐意见 14：对于消化性溃疡 Forrest 分级 Ib-IIb 及弥漫出血性胃炎患者，可选择内镜下中药局部喷洒治疗联合西药，能够有效提高止血成功率，值得临床推广应用。（2C）

推荐意见 15：针对局限性出血病灶，可选择内镜下局部喷洒和（或）注射药物止血，注射药物推荐稀释肾上腺素溶液（1 / 10000），建议联合其他止血方式同时使用。（2C）

证据描述：当药物治疗无法有效地止血时，内镜下局部用药可作为暂时控制出血的有效治疗手段。对局限性出血病灶的止血多采用药物喷洒或局部注射治疗^[4, 8]。对于标准止血方式难治的持续出血患者，应考虑使用局部止血喷雾/粉剂或帽式夹^[9]。止血粉是一种非接触式的内镜治疗选择，在可视性差的大量出血、抢救性治疗以及恶性肿瘤的弥漫性出血的情况下可以考虑。喷洒的药物可以选择去甲肾上腺素溶液、云南白药、凝血酶粉等。该方法通常与其他止血方法联合进行。近年来，局部止血粉已被用于治疗上消化道出血，当其他技术失败时，主要用作 ANVUGIB 的应急治疗。无机物粉末 TC325 作为一种消化道止血喷剂，目前已在北美、欧洲及亚洲的一些国家获批使用，并在临床研究中体现出对于非静脉曲张性上消化道出血的疗效。

内镜下中药局部给药，可在检查的同时进行，使药物直接作用在了病变部位，保证药物的浓度，疗效更佳。可用的中药有中药有地榆炭、白芨、大黄炭、三七、五倍子、诃子。白芨性味苦、甘涩、微寒，归肝、胃经，功能收敛止血，消肿生肌，同时具有高粘度特性，喷洒出血部位后形成一层胶状膜，从而保护胃肠黏膜；白芨可使血细胞凝集，形成人工血栓，止血效果迅速。三七可改善血液循环，调节血黏度，促进血小板形成，增加血小板表面活性，增加纤维蛋白，缩短凝血时间，从而促进止血。方中大黄苦寒，其气清香，既可降胃气，又能活血化淤，并引诸药直达病所；由于其导泻作用能使胃肠内残留之血、糟粕迅速清除，可使气血通畅，新血自生。五倍子具有敛肺涩肠、止血解毒的功效，常用于治疗肺虚久咳、久痢、久泻、脱肛、等症，其外用疗效显著。诃子具有涩肠止泻、敛肺止咳、降火利咽等功效。临床上治疗消化道出血患者时，采用内镜下中药局部喷洒治疗，能够有效提高治止血成功率，降低治疗后再次出血率，止血时间还比较短，效果显著。该方法简单易行，易于广泛应用，适于所有上消化道出血。

内镜下局部用药治疗联合热凝或机械止血方法，能够进一步提高对局部病灶的止血效果。常用的注射药物为无水乙醇、肾上腺素等。其他的局部注射止血药物也有报道，比如稀释后的生理盐水、凝血酶素、硬化剂及高张葡萄糖液等。针对活动性出血病灶，可选择局部肾上腺素（1 / 10000）注射治疗联合热

凝止血、机械止血或硬化剂注射等方法。针对未出血的裸露血管，推荐热凝止血、机械止血或硬化剂注射作为内镜治疗主要手段，或联合局部肾上腺素（1 / 10000）注射治疗^[23]。一项纳入 10 项 RCT，包含 884 例受试者的 Meta 分析结果显示：肾上腺素注射治疗非静脉曲张性上消化道出血在以下四个方面均优于去甲肾上腺素喷洒治疗：有效率[RR=1.21, 95%CI (1.12, 1.30), $P<0.001$]；一周再出血率[RR=0.28, 95%CI (0.17, 0.45), $P<0.001$]；即时止血率[RR=1.38, 95%CI (1.25, 1.52), $P<0.001$]；急诊手术率[RR=0.35, 95%CI (0.19, 0.63), $P<0.001$]。差异均有统计学意义。分析结果显示肾上腺素注射治疗非静脉曲张性上消化道出血的疗效与安全性明显优于去甲肾上腺素喷洒治疗^[24]。目前的循证指南建议，如果使用肾上腺素治疗高危消化性溃疡出血，建议与其他内镜止血方式联合使用，而不能作为单一疗法^[9]。

7.2.2.2 机械疗法

推荐意见 16：对于内镜下发现出血性病灶，通过机械压迫可起到良好止血效果。（1B）

证据描述：内镜下金属钛夹置入术（Endoscopic Hemoclip Placement, EHP）在非静脉曲张性活动性消化道出血、肉眼可见血管残端出血中具有较高的适用性。对于有高危症状的急性出血溃疡患者，在内镜下使用金属钛夹治疗^[13]。准确的放置止血夹是避免再出血最重要的技巧。必须注意由于肌肉层撕裂而造成的穿孔以及由于不适当的夹持而造成的视野障碍。止血操作中如果发现止血部位或者血管需要将止血夹向外扩张，将血管包裹住，要求其含有正常黏膜，在金属钛夹释放以后需要观察夹子状态，呈现为直立状态下无法活动即表示牢固。

内镜下橡皮圈套扎术（Endoscopic Band Ligation, EBL）已经用于治疗食管静脉曲张。近年来，其应用已扩展到非静脉曲张性胃肠出血，例如 Dieulafoy 病、Mallory-Weiss 综合征、胃窦血管扩张症、弥漫性胃窦血管扩张症。

一项纳入 5 篇 RCT，涉及 162 例患者的 Meta 分析显示，在 Dieulafoy 病的内镜治疗中（EBL 组 75 例，EHP 组 87 例），EBL 对出血性 Dieulafoy 病变的一级止血成功率为 0.96[95%CI (0.88-0.99)]。EHP 对出血性 Dieulafoy 病变的一次止血成功率为 0.91[95% CI (0.83, 0.96)]。EBL 治疗的患者出血复发率为 0.06[95% CI (0.02, 0.15)]。EHC 治疗的患者出血复发率为 0.17[95% CI (0.10, 0.28)]。EBL 或 EHP 治疗的患者在初次止血或再出血方面无统计学意义。纳入分析的研究之间无显著异质性。结果表明，内窥镜带结扎和内窥镜止

血夹放置是治疗继发于 Dieulafoy 的上消化道出血的有效方法，单次止血和再出血的发生率相似^[25]。但是针对于不在此次指南讨论范围内的胃底静脉曲张破裂、弥漫性出血、恶性溃疡周围组织硬脆以及动脉出血等情况并不建议采用此治疗措施。

近年来有使用内镜吻合夹系统（Over-The-Scope-Clip, OTSC）进行止血的临床报道。OTSC 吻合夹制造材料为镍钛合金，具有弹性记忆特性，由该材料制作的吻合夹具备极高的压缩力及抓持力，被运用至 ANVUGIB 患者的治疗中，能够体现高效、持久的止血价值；吻合夹内部的齿状设计可保障创面足够的淋巴液及血流通过，从而降低病灶基底坏死风险；手术整体操作较为便捷，技术风险小，综合可行性较为突出。最近一项使用 OTSC 对复发性消化性溃疡出血进行止血的 RCT 显示，与标准内镜治疗比较，接受 OTSC 治疗的患者再出血率明显下降（15% vs 58%）^[26]。OTSC 与传统金属夹相比，因其具有更宽大的闭合范围，更强大的咬合力，操作简便，故能更有效地处理急性消化性溃疡大出血，特别是面积较大、底部纤维瘢痕组织增生明显的溃疡出血，适用性广，其止血效果值得临床进一步观察。

7.2.2.3 热疗法

热止血钳是一种接触式电凝装置，一般有两种类型的电路：多极/双极和单极。操作者可以用热止血钳夹住出血血管，并对出血部位的血管进行电凝止血。操作者对出血血管情况的正确判断是防止过度电凝导致迟发性穿孔的关键。有随机对照研究显示，对于消化性溃疡出血，热止血钳软凝止血效果明显。

氩离子凝固（Argon Plasma Coagulation, APC）是一种非接触式电凝技术，APC 适用于浅表弥漫性出血的止血，而不适用于喷射性出血。APC 止血操作需要操作者对内镜进行精确控制，以在施加器的尖端和目标组织之间保持适当的距离。有研究显示，APC 在实现初始止血方面明显更有效，减少复发性出血和死亡率；同时在预防复发性出血方面也明显优于注射治疗。

加热器探头是一种接触式热调节装置，热探头基于凝结原理让血管在机械压力和热的作用下，使血液凝结和血栓形成，从而起到止血效果。有随机临床试验报道称，对有溃疡出血的患者使用加热器探头和止血钳进行比较，在初始止血方面具有相当的疗效，但在预防复发性出血方面效果较差。另有报道显示，为防止内镜黏膜下剥离术后延迟出血，无论是否有活动性出血，对手术剥离区的可见血管进行预防性凝固都是有效的。

7.2.3 介入治疗

推荐意见 17：对于怀疑为动脉性出血的 ANVUGIB 患者，如果无法实施内镜

检查、外科手术风险大或内镜止血失败，建议尽早行选择性血管造影，有助于明确出血的部位与病因，尽早行动脉栓塞治疗。（1B）

证据描述：内镜止血失败且急性大出血不能控制，高度怀疑动脉性出血的患者应当及早考虑行介入治疗，选择性血管造影有助于明确出血的部位与病因，必要时可行明胶海绵、聚乙烯醇颗粒、弹簧栓、生物胶等进行经导管动脉栓塞术（Transcatheter Arterial Embolization, TAE）^[4, 16]。

对存在复杂合并症的高龄患者或凝血功能障碍等不适合外科手术的高危患者，宜首先考虑行 TAE，栓塞之前行内镜预先定位，可提高栓塞止血效果。最近一项基于人群的队列研究比较了 282 例患者（TAE 组 97 例，手术组 185 例）的结果，发现 TAE 组死亡率降低 34% [调整 HR=0.66, 95% CI (0.46, 0.96)]，但 TAE 术后再出血发生率更高 [HR=2.48, 95% CI (1.33, 4.62)]，术后不良事件发生率明显更高 (32.2% vs 8.3%, $p<0.001$)^[27]。在第二次止血失败的情况下，应考虑经导管血管造影栓塞术或手术。血管造影栓塞术应用于高危溃疡患者，可以防止复发性溃疡出血。

7.2.4 手术治疗

推荐意见 18：对于内镜及 TAE 止血失败或反复出血的患者，应考虑外科手术治疗；短时间出血量特别大的 ANVUGIB 患者，也可尽早考虑外科手术治疗，避免延误手术时机。（1B）

证据描述：对经内镜检查及介入检查等仍未能明确诊断的或药物、内镜和放射介入治疗均失败的患者，病情紧急时可考虑剖腹探查或腹腔镜下探查，可在术中结合内镜检查，明确出血部位后进行治疗^[4]。当内镜止血不能控制消化性溃疡出血时，再次内镜检查和手术是控制出血的可行选择^[10]。

对于 ANVUGIB 患者再次出血或内镜止血失败，可考虑手术治疗^[16]。一项纳入 6 篇 RCT，涉及 423 名患者（TAE 组 182，56% 男性；外科组 241，68% 男性）的 Meta 分析，比较经导管动脉栓塞（TAE）与手术治疗内镜止血失败后复发性非静脉曲张上消化道出血患者的疗效。TAE 组患者平均年龄较大（TAE 组 75 岁，手术组 68 岁）。TAE 组患者的再出血风险明显高于手术组治疗患者 [RR=1.82, 95%CI (1.23, 2.67)]，所包括的研究之间无统计学差异 ($P=0.66$, $I^2=0.0\%$)。经敏感性分析（排除两组之间年龄差异较大的研究）后，TAE 组的出血风险仍然较高 [RR= 2.64, 95%CI (1.48-4.71)]。两组在死亡率 [RR= 0.87, 95%CI (0.59, 1.29)] 或额外干预需求 [RR= 1.67, 95%CI (0.75, 3.70)] 方面没有显著差异，提示 TAE 术后再出血率较高，手术止血效果更可靠，死亡率或额外干预的需求无明显差异^[28]。但 TAE 组因患者年龄较大，健康状况较差，因

此需要更佳随机对照研究来更准确比较两种方式。对于病因明确的 ANVUGIB 患者，经药物、内镜和（或）放射介入治疗等多学科治疗后出血仍然不能控制，病情紧急时应积极采用手术治疗^[23]。

7.2.5 病因治疗

推荐意见 20：消化性溃疡出血患者应检查幽门螺杆菌状况，如果呈阳性，建议进行根除治疗，以防止消化性溃疡出血的复发。（1A）

证据描述：对于消化性溃疡引起的上消化道出血患者，Hp 感染是消化性溃疡和溃疡并发症发生的独立危险因素，应选择合适的检测方法明确有无 Hp 现症感染情况。当明确存在 Hp 感染时，进行规范的根除 Hp 治疗^[9]；而对于内镜检查结果 Hp 为阴性的患者需重新检测 Hp^[4, 9]。Hp 感染是消化性溃疡的主要病因，不管溃疡是否活动和有无并发症史，均应该检测和根除 Hp 治疗^[4, 16]；同时建议：如经 2 次标准方案治疗后 Hp 根除仍失败，应评估根除治疗风险和获益，选择 H₂ RA 或 PPI 长期抑酸治疗^[4]。根除 Hp 可减少消化性溃疡复发，也可减少再出血；有研究表明，根除 Hp 组再出血率显著低于抑酸治疗组^[16]。对于十二指肠球部溃疡引起的上消化道出血患者，根除 Hp 治疗有效率高于促溃疡愈合药物治疗；此外，根除 Hp 治疗更有效防止了胃溃疡及十二指肠球部溃疡的复发^[9]。此外，根除 Hp 治疗的时机有争议，通常在患者病情稳定后进行。

推荐意见 21：对于阿司匹林作为一级预防及口服抗凝药的 ANVUGIB 患者，建议停用抗栓治疗药物。在咨询心脑血管科及血液科等相关专科的意见后，再次评估患者出血严重程度、再出血风险及血栓形成风险，明确恢复用药时机及替代用药方案。凝血功能障碍的患者不应推迟内镜检查。（2C）

证据描述：对于在 ANVUGIB 后需要进行抗凝及抗血小板治疗的患者，应在出血停止后尽快恢复抗凝及抗血小板治疗^[9]。该类患者的内镜检查不应被延迟，必要时进行内镜下止血。使用有效的评分来评估血栓风险和出血风险可以帮助指导临床决策，需与专科医师共同权衡出血与缺血的风险，进行个体化评估和管理抗凝及抗血小板药物。

对于应用低剂量阿司匹林进行心血管一级预防的患者在消化道出血后，有指南推荐停用阿司匹林，并在出血病灶治愈后恢复阿司匹林；对于应用低剂量阿司匹林进行心血管二级预防的患者在消化道出血后，推荐在内镜复查后评估再出血风险低的患者适时恢复阿司匹林^[29]。

对于服用维生素 K 拮抗剂（VKAs，如华法林）且血流动力学不稳定的急性上消化道出血患者，应补充低剂量维生素 K 并静脉注射凝血酶原复合物浓缩物（Prothrombin Complex Contrates, PCC）或新鲜冷冻血浆。如果血栓栓塞风

险高的患者则需要早期抗凝，可使用肝素或依诺肝素的桥接方法。恢复口服抗凝药的时间应做到个体化，因为停用华法林后，再次抗凝达到血药浓度所需的时间将会延长；建议一旦出血得到控制，可以尽早得（1-2 天内）恢复口服抗凝药^[16]，尤其对于血栓栓塞风险高的患者应更早恢复华法林^[10]。同时需考虑到抗凝可以在数小时内迅速实现，因此可能会增加再出血的风险。

此外，新型口服抗凝药（达比加群，利伐沙班，阿哌沙班）的抗凝作用 1~2 d 即可消失，因此一般无需补充凝血酶原复合^[17]。诊断性内镜操作，有或没有活检，被归类为高风险或低风险的出血。对于低风险的内窥镜操作，我们建议在手术当天忽略早上的口服抗凝药（包括利伐沙班和达比加群）剂量；对于高风险的内窥镜操作，我们建议在手术前 48 小时服用最后一剂剂量的口服抗凝药（包括利伐沙班和达比加群）^[29]。

对于大多数需要单一或双重抗血小板治疗的患者，PPI 治疗可以防止再出血，其持续时间与抗血小板治疗时间一致。对于既往有溃疡出血且需要持续进行心血管预防和抗凝治疗（维生素 K 拮抗剂）的患者，也建议使用 PPI 治疗^[30]。中医药在治疗消化性溃疡、上消化道糜烂等疾病具有一定的临床疗效，可根据辨证论治的原则酌情使用，以减少由此病引起的上消化道出血，但目前尚缺乏多中心、大样本、长期随访的临床研究证据。

7.2.6 急性非静脉曲张性上消化道出血的饮食管理

推荐意见 21：ANVUGIB 患者饮食管理应根据患者的病因及病情区别对待。对于再出血风险较低的患者应尽早开放饮食；对于再出血风险较高的消化性溃疡，如 Forrest I 级-IIb 级，推荐至少在内镜检查或内镜下止血治疗后 48 h 再开始进食或肠内营养。（BPS）

证据描述：目前临床上针对不同病因所致上消化道出血的治疗方案均要求患者禁食禁水。急性非静脉曲张性上消化道出血患者入院后及诊治过程中的饮食管理对于早期止血、维持营养及预后非常重要。因此，本指南建议上消化道出血患者并不一定绝对禁食禁水，应根据患者的病因及病情区别对待。

对于消化性溃疡出血患者，病程早期进食或延迟进食对于预后影响并无显著差异。对于再出血风险较低的患者，如 Forrest IIc 级及 III 级、食管炎以及血管发育异常所致出血患者应尽早开放饮食；早期以温凉流质为主，少吃多餐，经无渣饮食、无刺激少渣半流质饮食，逐渐向正常饮食过渡。对于再出血风险较高的消化性溃疡，如 Forrest I 级至 IIb 级，推荐至少在内镜检查或内镜下止血治疗后 48 h 再开始进食或肠内营养。提前开放饮食，可能干扰抑酸剂对胃内 pH 的作用，从而影响裸露血管表面血痂形成，增加再出血风险。对于

重症患者，肠内营养是对应激性溃疡较有效的预防出血方案。有学者对应激性溃疡预防性治疗和肠内营养预防上消化道出血的效果进行了对比研究，在对153例烧伤患者的研究中发现，早期给予肠内营养并不会促发上消化道出血。对于食管胃底静脉曲张破裂所致上消化道出血不适用本推荐。

8 中西医结合诊疗流程

对于 ANVUGIB 的治疗，合理选用最有效的治疗方案对中西医工作者都是一个重要的命题。在客观评价中西医诊治方案的基础上，我们归纳出以下 ANVUGIB 中西医结合诊治策略供参考（图3）：

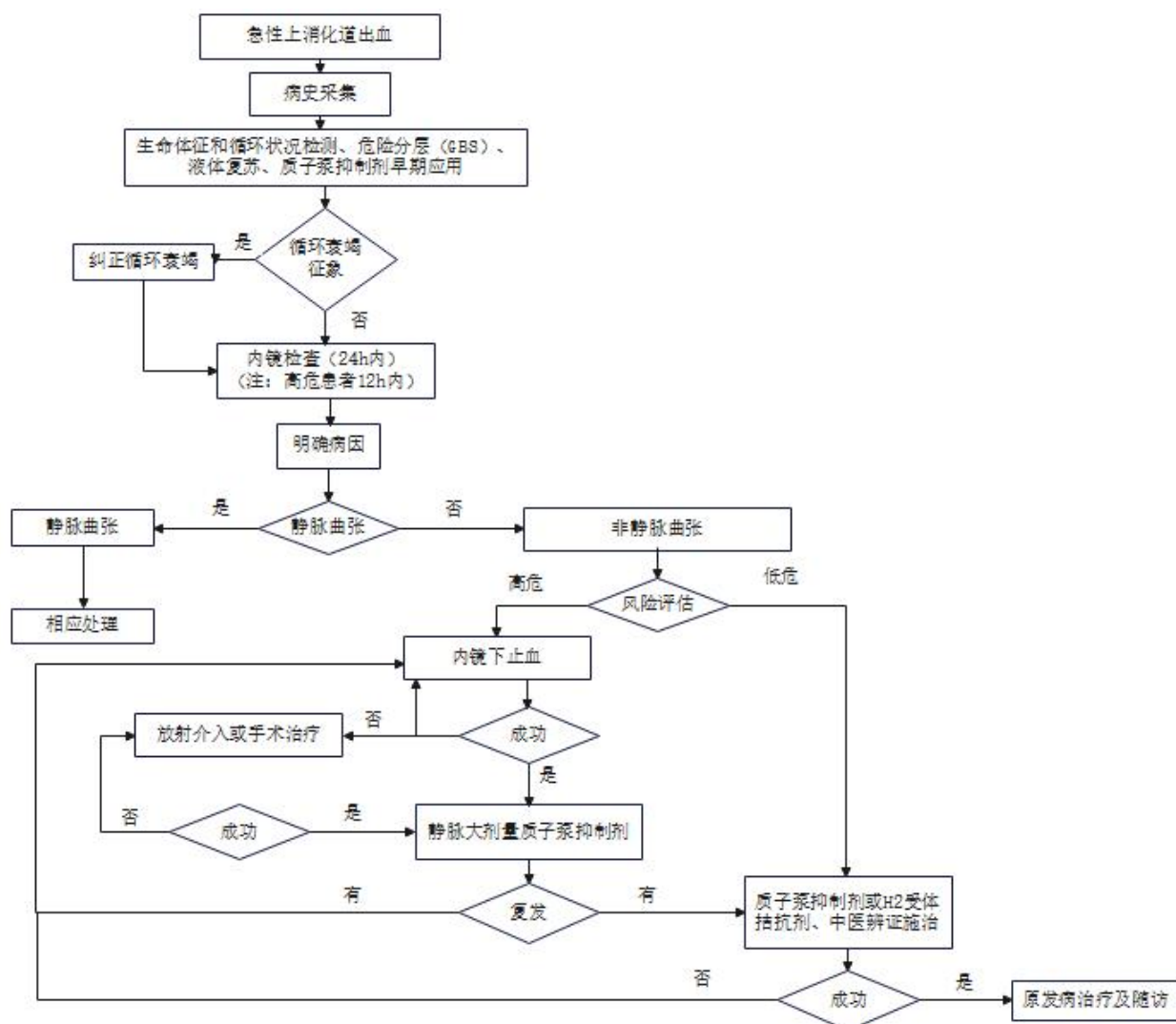


图2 ANVUGIB 中西医结合诊治流程

9 随访

推荐意见 22：推荐 ANVUGIB 患者尽早明确出血病因，再根据不同病因，选择相应的检查适时进行随访。(BPS)

证据描述：目前对 ANVUGIB 的临床随访无明确标准，建议每例患者病情稳定后 3 个月复诊 1 次，出院后进行 6 个月的随访，病情加重者随时就诊。另外可根据病因安排随访，如对幽门螺杆菌阳性的消化性溃疡出血患者予以根除治疗及抗溃疡治疗，根除治疗后应常规评估根除效果，评估的时间应在完成治疗后至少 4 周。对因消化道肿瘤引起的出血，针对原发病积极治疗，并密切监测随访；对于病因不明者建议参考前述随访策略。

附录一

表1 Glasgow-Blatchford 评分

项目	评分（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
≥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≥100 次/min	1
黑便	1
晕厥	2
肝脏疾病	2
心力衰竭	2

注：1mm Hg=0.133kpa，评分≥6 分为中高危，<6 分为低危。

附录二

表 2 Rockall 评分

项目	评分（分）
年龄（岁）	
<60	0
60-79	1
≥80	2
休克	
无休克 ^a	0
心动过速 ^b	1
低血压 ^c	2
伴发病	
无	0
心力衰竭、缺血性心脏病或其他重要伴发病	1
肾功能衰竭、肝功能衰竭和肿瘤播散	2
内镜诊断	
无病变，Mallory-Weiss 综合征	0
溃疡等其他病变	1
上消化道恶性疾病	2
内镜下出血征象	
无或有黑斑	0
上消化道血液潴留，黏附血凝块，血管显露或喷血	2

注：^a收缩压>100mmHg，心率<100 次/分；^b收缩压>100mmHg，心率>100 次/分，^c收缩压<100mmHg，心率>100 次/分；评分≥5 分为高危，3-4 分为中危，0-2 分为低危。

附录三

表 3 AIMS65 评分

项目	评分（分）
白蛋白（albumin）<30 g/L	0=是，1=否
收缩压（systolic blood pressure）<90 mmHg	0=是，1=否
意识状态（GCS 昏迷指数<14）	0=是，1=否
国际标准化比值（INR）>1.5	0=是，1=否
年龄>65 岁	0=是，1=否

附录四

疗效判定标准

出血停止判定标准：

- (1) 无呕血、黑便/便血。
- (2) 生命体征稳定（收缩压 $>90\text{mmHg}$ 、脉压差 $>30\text{mmHg}$ 、脉搏 <100 次/分）。
- (3) 血红蛋白、红细胞压积稳定（血红蛋白、红细胞压积稳定定义为：24小时内血红蛋白下降 $<20\text{g/L}$ 或红细胞压积下降 $<6\%$ 、或24小时输血量 $\geq 400\text{mL}$ 而血红蛋白增加 $>10\text{g/L}$ 或红细胞压积增加 $>3\%$ 者）。
- (4) 行胃镜检查未见活动性出血。
- (5) 插胃管未抽出血液。

再出血判定标准：

首次止血治疗成功后出现以下情况之一：

- (1) 呕血、黑便/便血。
- (2) 血流动力学不稳定（收缩压 $<100\text{mm Hg}$ ，心率 >100 次/min，24小时内血红蛋白下降大于 20 g/L ）。
- (3) 胃管引流液澄清后又出现血性或咖啡色液体。
- (4) 内镜下证实再出血。

疗效评定标准：

痊愈：呕血或黑便停止，大便潜血连续两次以上阴性；出血伴随症状明显改善。

显效：呕血或黑便停止，大便潜血阴性；出血伴随症状有所改善。

有效：出血减少，大便潜血由强阳性转为阳性；出血伴随症状略有改善。

无效：出血不止，重度出血经治疗24小时后无好转甚至加重、死亡；出血伴随症状无改善或加重。

附录五

表 4 缩略词对照表

缩略词	英文全称	中文全称
ANVUGIB	Acute Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding	急性非静脉曲张性上消化道出血
GRADE	Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation	系统评价
ICU	Intensive Care Unit	抢救室或重症监护病房
OMI	oxygen、monitoring、intravenous	吸氧、监护、建立静脉通路
GBS	Glasgow-Blatchford	格拉斯哥布拉奇福德评分
RS	Rockall Risk score	罗卡尔评分
PPI	Proton Pump Inhibitor	质子泵抑制剂
P-CAB	Potassium-competitive acid blocker	钾离子竞争性酸阻滞剂
H2RA	Histamine 2-receptor Blocking Agent	组胺受体拮抗剂
VKA	Vitamin K Antagonist	维生素 K 拮抗剂
PCC	Prothrombin Complex Concentrate	凝血酶原复合物
OTSC	Over-The-Scope-Clip	内镜吻合夹系统
EBL	Endoscopic Band Ligation	内镜下皮圈套扎术
APC	Argon Plasma Coagulation	氩离子凝固
TAE	Transcatheter Arterial Embolization	经导管动脉栓塞术
EHP	Endoscopic Hemoclip Placement	内镜下放置金属钛夹
BPS	Best Practice Statement	最佳实践声明

附录六
(资料性)
编制方法

1 主要技术内容

1.1 编制依据和原则

(1) 本文件依据中国中西医结合学会关于中西医结合诊疗方案的制定程序进行编制。

(2) 指南编制遵循的原则：以中西医需求为导向、遵照循证医学原则，主要参考《GB/T 1.1-2020》标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则的要求撰写。具体制定过程中对不同研究类型证据质量评价、证据质量分级及其相应的推荐意见形成方法、共识初稿的自我评价等遵循相应的原则或标准。系统评价、随机对照试验的方法学质量评价及证据分级均统一参考“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”。

1.2 技术内容

本文件的编制严格按照规范步骤进行，首先成立标准编制工作组，通过专家访谈收集重要的临床问题，召集多学科专家进行论证，基于专家投票结果遴选出关键的临床问题，然后根据PICO原则对临床问题进行解构；解构后对临床问题进行证据检索、评价和综合，基于所形成的证据体，进行证据质量评价和分级；基于证据分级结果，形成推荐意见，组织专家对推荐意见进行论证，通过GRADE网格计票法确定推荐强度。

2 编制过程

2.1 工作流程图 T/CAIM 002—2022

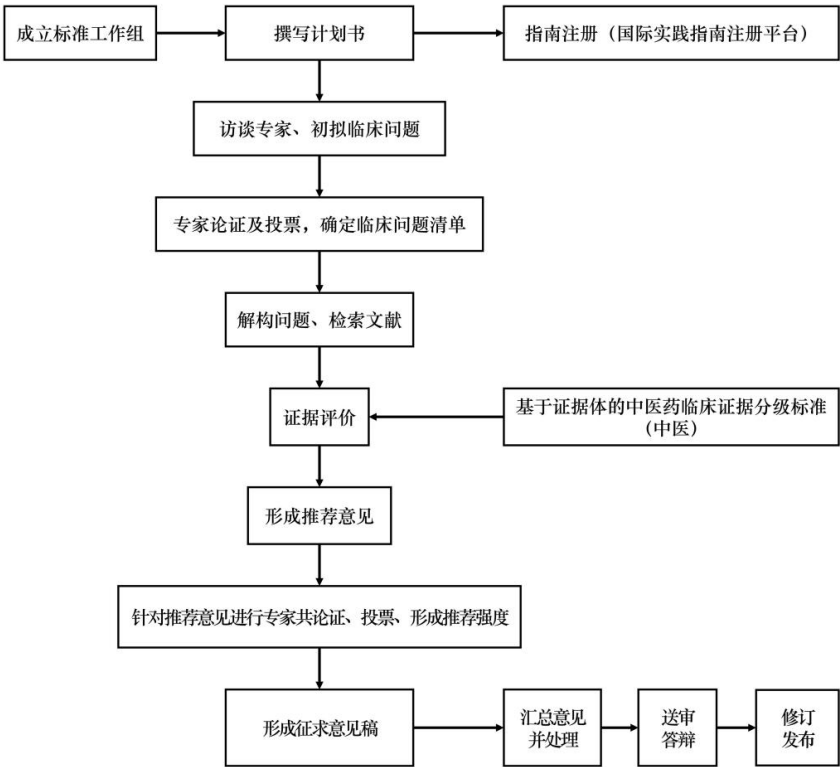


图3 指南制定流程图

2.2 临床问题确定

2.2.1 专家访谈

(1) 以如何开展急性非静脉曲张性上消化道出血的中西医结合治疗工作为导向,访谈该领域中医、西医、外科及介入专家,初步拟定临床问题。

2.2.2 专家论证及投票

(1) 针对初步确定的临床问题,召集中西医临床、方法学专家进行论证,进一步凝练临床问题,对临床问题进行投票表决,保留重要性较强的临床问题。

(2) 最终确定的关键临床问题。

2.3 证据检索与综合

(1) 证据的检索:主要通过计算机进行检索。英文库选用 Pubmed、Embase、Web of Science、The Cochrane Library 等,以“Acute Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding”等为主题词、关键词进行检索。中文库选用中国知网、万方、CBM 和维普数据库,分别以“急性非静脉曲张性上消化道出血”为检索词;检索 National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE)、European Society of Human Reproduction and Embryology(ESHRE)、American Society for Reproductive Medicine(ASRM)等机构官方网站,主要纳入相关指南。检索国建卫生健康委员会、教育部等政府部门发布的非静脉曲张性上消化道出血相关政策文件及卫生出版社相关教材。检索时间均为建库至 2022 年 7 月 26 日。检索式: #1: 篇关摘=(三黄泻心汤 + 龙胆泻肝汤 + 龙胆泻肝丸 + 化血丹 + 茜根散 + 归脾汤 + 黄土汤 + 独参汤 + 参附汤 + 云南白药 + 康复新液 + 白及粉 + 炮姜灰 + 乌贼骨 + 微米大黄炭 + 止血散 + 灸法 + 艾灸 + 中医辨证疗法 + 奥美拉唑 + 雷贝拉唑 + 兰索拉唑 + 艾司奥美拉唑 + 泮托拉唑 + PPI + H2RB + PCAB + 血管活性药物 + 内镜下止血 + 热凝 + 机械止血 + 介入 + 外科手术). #2: 篇关摘=(急性非静脉曲张性上消化道出血 + 呕血 + 黑便 + 消化性溃疡 + 十二指肠球部溃疡 + 上消化道出血 + 急性胃粘膜病变出血 + Mallory-Weiss 综合征 + Dieulafoy 病变). #3: #1 AND #2. #4: 题名: 鼠 + 兔 + 动物 + 综述 + 述评 + 概况 + 现况 + 进展. #5: #3NOT #4. #6: 全文: 随机. #7: 全文: Forrest + 止血有效率 + 止血时间 + 再出血率 + 住院时间 + 内镜评分 + 临床有效率 + 潜血转阴时机 + 死亡率 + 病死率 + 不良事件发生率. #8: #5 AND #6 AND #7.

(2) 证据的筛选: 研究的纳入标准: ①文献中明确诊断为急性非静脉曲张性上消化道出血; ②干预措施: 中(成)药单用或合并西医治疗; ③对照措施: 不做限定; ④结局指标: 不做限定; ⑤研究设计类型: 优先考虑随机对照试验(randomized controlled trial, RCT); 通过 NoteExpress 文献管理软件进行题录和文献全文管理; 利用设计的 Excel 表进行资料及数据提取。

(3) 证据的综合: 两位项目组成员参照《基于证据体的中医药临床证据分级标准建议》中 RCT 方法学质量评价标准,独立对纳入的 RCT 进行风险偏倚评估(随机序列的产生、随机化隐藏、盲法、不完整结局报告、选择性报告结局、样本量计算),如有分歧则通过协商或请第三方进行裁决。RCT 研究根据 Cochrane 协作网“偏倚风险评价工具”; 数据分析及评价: 用 R 4.1.0 软件的 Meta 包进行 Meta 分析。中医和西医证据均采用 GRADE 证据质量(分为 A、B、C 和 D 四个级别)和推荐(“强推荐”和“弱推荐”)分级标准。

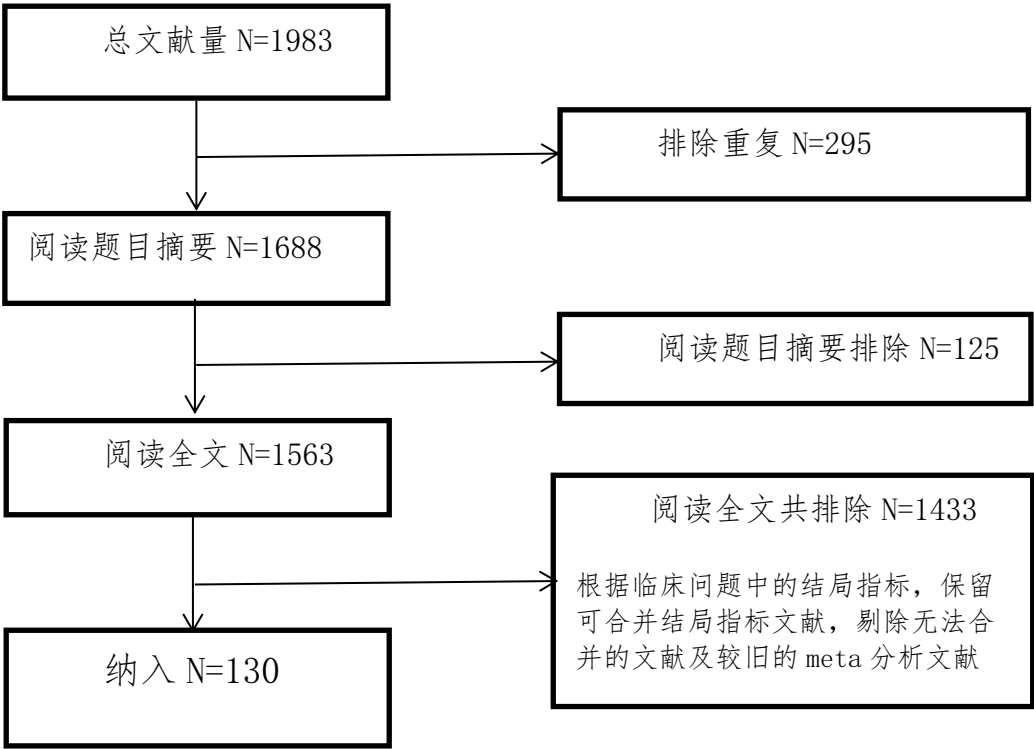


图 4 文献筛选流程图

2.4 证据等级和推荐

本文件证据质量评价和证据分级参考“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”。根据不同结局按照升降级因素对证据体进行评级。形成包括“临床问题名称、研究类型及数量、效应值及可信区间、证据等级、是否升级或降级、升级或降级因素、结论”等条目的证据概要表，基于证据结果形成初步推荐意见。然后组织相关领域专家针对推荐意见进行论证、投票，通过 GRADE 网格计票法确定推荐强度。“推荐意见”除了“C”格以外的任何 1 格票数超过 50%，则达成共识，可直接确定推荐方向及强度，A 格为强推荐，B 格为弱推荐，C 格为不确定，D 格为弱不推荐，E 格为强不推荐；若无任何 1 格超过 50%，但“C”格某一侧两格总票数超过 70%，也算达成共识和推荐方向，推荐强度为“弱”。推荐意见汇总见表 5。

表5 推荐意见汇总表

序号	推荐条目	推荐方向强度的票数					投票轮数	是否达成共识
		↑↑	↑	/	↓	↓↓		
1	内镜下评估消化性溃疡病灶为改良 Forrest I 级和 IIa、IIb 级的 ANVUGIB 患	57	0	0	0	0	1	是

	者，推荐行内镜下治疗。							
2	建议对所有 ANVUGIB 患者使用 Glasgow Blatchford Score (GBS) 评分系统进行危险分层评估；推荐 AIMS65 评分预测 ICU 救治和住院时间；推荐 AIMS65 评分及 Rockall Risk score (RS) 评分预测病死率。	41	14	2	0	0	1	是
3	GBS \leq 1 分的 ANVUGIB 患者不需要早期内镜检查，可在门诊行内镜检查；GBS \geq 7 分需要进行内镜下治疗。	42	14	0	1	0	1	是
4	急性出血期可口服或内镜下喷洒中药止血药物；出血的静止期及恢复期，可辨证给予中药汤剂口服。	32	18	5	2	0	1	是
5	中医辨证疗法联合西医治疗可提高 ANVUGIB 患者总体疗效，减少不良反应，降低再出血率。	31	19	7	0	0	1	是
6	在 ANVUGIB 患者治疗中，联合使用中成药（云南白药、康复新液，等）有助于提高总体临床疗效。	35	19	3	0	0	1	是
7	推荐根据 ANVUGIB 患者出血量在短时间内输入足量液体，纠正循环血量的不足，对于血流动力学不稳定的患者，液体复苏要优先于内镜止血治疗。	54	3	0	0	0	1	是
8	对于 ANVUGIB，建议血红蛋白 \leq 70 g/L 时，即进行输注悬浮红细胞；部分 ANVUGIB 患者早期血红蛋白下降不明显，仍需做好早期输注悬浮红细胞准备。	48	9	0	0	0	1	是
9	对于 ANVUGIB 合并潜在心血管疾病的患者，建议适当放宽输注悬浮红细胞指征（血红蛋白 \leq 80g/L）。	33	22	2	0	0	1	是
10	推荐经过液体复苏但患者	17	24	13	3	0	1	是

	的血流动力学仍不稳定的患者，可适当应用血管活性药物及生长抑素。							
11	在内镜检查前应用 Proton Pump Inhibitor (PPI) 以改善出血病灶的内镜下表现，减少内镜下止血的需要；内镜止血治疗后的高危患者，应给予静脉大剂量 PPI，并可适当延长大剂量 PPI 疗程，然后改为标准剂量 PPI 静脉输注，此后继续口服标准剂量 PPI 至溃疡愈合。对于低危患者，可采用口服标准剂量 PPI 治疗。	55	2	0	0	0	1	是
12	不推荐静脉止血药物为 ANVUGIB 的一线药物使用，但可与抑酸药物联合使用减少再出血率。	23	29	3	2	0	1	是
13	对于 ANVUGIB 患者，推荐早期（消化内科会诊后 24 小时内）进行内镜诊疗；出血风险较高且血流动力学稳定的患者（GBS \geq 12 分），推荐紧急（消化内科会诊后 12 小时内）内镜检查。	46	4	2	3	2	1	是
14	不反对消化内科会诊后 6 小时内进行内镜诊疗，但对比早期内镜检查的患者临床结局（包括死亡率、再出血或需要手术干预）并无总体改善。	11	24	15	3	4	1	否
15	内镜下中药局部喷洒治疗，能够有效提高止血成功率，降低治疗后再次出血率，值得临床推广应用。	17	26	12	1	1	1	是
16	推荐内镜下局部喷洒和（或）注射药物，注射药	26	26	5	0	0	1	是

	物推荐稀释肾上腺素溶液（1 / 10000），但不应单独使用，因为再出血发生率较高，应联合其他止血方式同时使用。							
17	对于内镜下发现出血性病灶，通过机械压迫可起到良好止血效果。	44	11	1	0	1	1	是
18	对于怀疑为动脉性出血的 ANVUGIB 患者，如果无法实施内镜检查、外科手术风险大或内镜止血失败，建议尽早行选择性血管造影，有助于明确出血的部位与病因，尽早行动脉栓塞治疗。	50	7	0	0	0	1	是
19	对于内镜及 TAE 止血失败或反复出血的患者，应考虑手术治疗；短时间出血量特别大的 ANVUGIB 患者，也可尽早考虑手术治疗，避免延误手术时机。	50	6	1	0	0	1	是
20	消化性溃疡出血患者应检查幽门螺杆菌状况，如果呈阳性，建议进行根除治疗，以防止消化性溃疡出血的复发。	51	6	0	0	0	1	是
21	ANVUGIB 患者应立即停用抗血小板药物。作为心血管病患者一级预防，在溃疡治愈后恢复。作为心血管病患者二级预防，在出血停止后尽快恢复使用，使用前需要先进行内镜复查。	32	19	4	1	1	1	是
22	ANVUGIB 患者饮食管理应根据患者的病因及病情区别对待。	22	29	6	0	0	1	是
23	对于 ANVUGIB 患者的随访时限无明确标准，可根据病因、病情酌情安排，检查方法推荐内镜检查、胶囊内镜检查、X 线钡餐造影等。	18	24	14	0	1	1	是

证据概要表

1) 归脾汤

表 6 归脾汤治疗急性上消化道出血的 GRADE 证据概要表

研究数量 及设计	证据质量评价					事件发生数/样本量		效应量		证据 质量
	偏倚 风险	不一 致性	间接性	不精 确性	其他 偏倚	归脾汤联合 西药组	西药组	相对效应 (95%CI)	绝对效应 (95%CI)	
有效率： 2 个 RCT	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	148/150 (98.7%)	136/150 (90.7%)	RR 1.09 (1.03 to 1.15)	>82/1000 人 (>27 到>136)	+++ 中

a. 偏倚风险严重：纳入研究没有报告随机、分配隐藏和盲法

2) 黄土汤

表 7 黄土汤治疗急性上消化道出血的 GRADE 证据概要表

研究数量 及设计	证据质量评价					事件发生数/样本量		效应量		证据 质量
	偏倚 风险	不一 致性	间接性	不精 确性	其他 偏倚	黄土汤联合 西药组	西药组	相对效应 (95%CI)	绝对效应 (95%CI)	
有效率： 6 个 RCT	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	269/277 (97.1%)	203/262 (77.5%)	RR 1.25 (1.17 to 1.34)	>194/1000 人 (>132 到>263)	+++ 中
潜血转阴时间： 2 个 RCT	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	72	72		SMD -1.46 (-2.38, - 0.54)	++ 低
住院时间： 2 个 RCT	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	72	72		SMD -1.30 (-2.08, - 0.51)	++ 低

a. 偏倚风险严重：纳入研究没有报告分配隐藏和盲法

b. 不一致性严重：I²>50

3) 三黄泻心汤

表 8 三黄泻心汤治疗急性上消化道出血的 GRADE 证据概要表

研究数量及设计	证据质量评价						事件发生数/样本量		效应量		证据质量
	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他偏倚		三黄泻心汤联合基础治疗	西药联合基础治疗	相对效应(95%CI)	绝对效应(95%CI)	
有效率： 5 个 RCT	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	不严重	无	178/189 (94.2%)	142/189	1.25 (1.14 1.37)	, >188/100 人 (>105 到>278)	+++ 中

a: 偏倚风险降一级：纳入研究未报告分配方案的隐藏和盲法

4) 云南白药

表 9 云南白药治疗急性上消化道出血的 GRADE 证据概要表

研究数量 及设计	证据质量评价					事件发生数/样本量		效应量		证据 质量
	偏倚 风险	不一 致性	间接性	不精 确性	其他 偏倚	云南白药联 合西药组	西药组	相对效应 (95%CI)	绝对效应 (95%CI)	
有效率： 18 个 RCT	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	735/767 (95.8%)	603/746 (80.8%)	RR 1.19 (1.14 to 1.23)	>154/1000 人 (>113 到>186)	+++ 中
再出血率 2 个 RCT	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	2/100 (2.0%)	13/102 (12.7%)	RR 0.19 (0.04 to 0.81)	<103/1000 人 (<122 到<24)	+++ 中
潜血转阴时间： 2 个 RCT	严重 ^a	非常严 重 ^b	不严重	不严重	无	72	72		MD -24.72 (-46.00, - 3.44)	+ 极低
住院时间： 2 个 RCT	严重 ^a	非常严 重 ^b	不严重	不严重	无	72	72		MD -3.31 (-5.35, - 1.27)	+ 极低

a. 偏倚风险严重：纳入研究没有报告随机、分配隐藏和盲法

b. 不一致性非常严重：I²>95%

5) 康复新液

表 10 康复新液治疗急性上消化道出血的 GRADE 证据概要表

证据质量评价					事件发生数/样本量		效应量		证据质量
研究数量及偏倚设计	严重 风险	不一致性	间接性	不精确性	其他偏倚	康复新液 联合西药	相对效应 (95%CI)	绝对效应 (95%CI)	
有效率 26 个 RCT	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	1393/1465 (95.1%)	RR (1.10 to 1.17)	1.13 >97/1000 (>75 到>127)	+++ 中
再出血人数 22 个 RCT	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	65/1465 (4.4%)	RR (0.21 to 0.37)	0.28 <96/1000 (<106 到<84)	+++ 中
止血时间 (h) 14 个 RCT	严重 ^a	非常严重 ^b	不严重	不严重	无			MD -12.91 (-19.14 to 6.69)	+ - 极低
住院时间 (d) 5 个 RCT	严重 ^a	严重 ^c	不严重	不严重	无			MD -1.88 (-2.42 to 1.35)	++ - 低

a. 偏倚风险降一级：部分研究未进行分配隐藏或盲法
b. 不一致性降两级：不一致性非常大
c. 不一致性降一级：I² >50%

6) 限制性输血

表 11 限制性输血治疗急性上消化道出血的 GRADE 证据概要表

研究数量及设计	证据质量评价					事件发生数/样本量		效应量		证据质量
	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他偏倚	限制性输血	自由输血	相对效应 (95%CI)	绝对效应 (95%CI)	
红细胞单位数 4 个 RCT	不严重	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	——	——	——	MD -1.73 (-2.36 to -1.11)	+++ 中
全因死亡率 4 个 RCT	不严重	不严重	不严重	不严重	不严重	——	——	RR 0.65 (0.44 to 0.97)		++++ 高
再出血风险 5 个 RCT	不严重	不严重	不严重	不严重	不严重	——	——	RR 0.58 (0.40 to 0.84)		++++ 高

a 不一致性降一级：I²>50%

7) 抑酸药

表 12 高剂量 PPI（静脉）治疗急性上消化道出血的 GRADE 证据概要表

研究数量及设计	证据质量评价					事件发生数/样本量		效应量		证据质量
	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他偏倚	高剂量 PPI（静脉）	H2RA	相对效应（95%CI）	绝对效应（95%CI）	
再出血 47 个 RCT	严重 ^a		不严重	不严重	不严重	——	——	OR 0.35 (0.23 to 0.53)		+++ 中

a 偏倚风险严重：部分研究纳入研究没有报告随机、分配隐蔽和盲法

表 13 PPI（口服）治疗急性上消化道出血的 GRADE 证据概要表

研究数量及设计	证据质量评价					事件发生数/样本量		效应量		证据质量
	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他偏倚	PPI（口服）	H2RA	相对效应（95%CI）	绝对效应（95%CI）	
再出血 47 个 RCT	严重 ^a		不严重	不严重	不严重	——	——	OR 0.39 (0.21 to 0.73)		+++ 中

a 偏倚风险严重：部分研究纳入研究没有报告随机、分配隐蔽和盲法

8) 氨甲环酸（止血药）

表 14 氨甲环酸治疗急性上消化道出血的 GRADE 证据概要表

研究数量及设计	证据质量评价					事件发生数/样本量		效应量		证据质量
	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他偏倚	氨甲环酸	安慰剂	相对效应 (95%CI)	绝对效应 (95%CI)	
死亡率 1 个 RCT	不严重		不严重	不严重	不严重	222/5956	226/5981	RR 0.99 (0.82 to 1.18)	<0/1000 人 (<7 to >7)	++++ 高
血栓栓塞事件 1 个 RCT	不严重		不严重	不严重	不严重	48/5956	26/5981	RR 1.85 (1.15 to 2.98)	>7/1000 人 (1> to >16)	++++ 高

9) 止血时机

表 15 不同止血时机急性上消化道出血的 GRADE 证据概要表

研究数量及设计	证据质量评价						事件发生数/样本量		效应量		证据质量
	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他偏倚		紧急	早期	相对效应 (95%CI)	绝对效应 (95%CI)	
再出血 1 个 RCT	不严重		不严重	不严重	不严重		28/258	20/258	HR 1.46 (0.83 to 2.58)	>46/1000 人 (<18 to >148)	++++ 高
死亡率 1 个 RCT	不严重		不严重	不严重	不严重		23/258	17/258	HR 1.35 (0.72 to 2.54)	>29/1000 人 (<24 to >122)	++++ 高

10) 血管活性药物

表 16 血管活性药物治疗急性非静脉曲张上消化道出血的 GRADE 证据概要表

研究数量 及设计	证据质量评价					事件发生数/样本量		效应量		证据 质量
	偏倚 风险	不一 致性	间接性	不精 确性	其他 偏倚	处理组	对照组	相对效应 (95%CI)	绝对效应 (95%CI)	
总有效率： 6 个 RCT	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	270/305 (88.5%)	226/305 (74.1%)	OR 3.34 (2.03 to 5.74)	>164/1000 人 (>112 到>199)	+++ 中
止血时间 3 个 RCT	严重 ^a	非常严 重 ^b	不严重	不严重	无	213	213		MD -9.04 (-11.69, - 6.38)	+ 极低
输血量： 3 个 RCT	严重 ^a	非常严 重 ^b	不严重	不严重	无	151	151		MD -1.10 (-1.46, - 0.74)	+ 极低
不良反应率： 2 个 RCT	严重 ^a	严重 ^c	不严重	不严重	无	17/154 (11.0%)	34/154 (22.1%)	OR 0.49 (0.11, 2.12)	<99/1000 人 (<191 到>154)	++ 低

a. 偏倚风险严重：纳入研究没有报告分配隐藏和盲法
b. 不一致性非常严重：I²>80%
c. 不一致性严重：I²>50%

11) 内镜下肾上腺素局部注射治疗

表 17 内镜下肾上腺素局部注射治疗非静脉曲张性上消化道出血的 GRADE 证据概要表

研究数量 及设计	证据质量评价					事件发生数/样本量		效应量		证据 质量
	偏倚 风险	不一 致性	间接性	不精 确性	其他 偏倚	注射组	喷洒组	相对效应 (95%CI)	绝对效应 (95%CI)	
有效率： 6 个 RCT	非常 严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	243/273 (89.0%)	260/348 (74.7%)	RR 1.21 (1.12 to 1.30)	>157/1000 人 (>90 到>224)	++ 低
一周再出血率： 8 个 RCT	非常 严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	18/282 (6.4%)	67/291 (23.0%)	RR 0.28 (0.17 to 0.45)	<166/1000 人 (<191 到 <127)	++ 低
即时止血率： 7 个 RCT	非常 严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	223/246 (90.7%)	165/251 (65.7%)	RR 1.38 (1.25 to 1.52)	>250/1000 人 (>164 到>342)	++ 低
急诊手术率： 6 个 RCT	非常 严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	13/259 (5.0%)	50/341 (14.7%)	RR 0.35 (0.19, 0.63)	<95/1000 人 (<119 到<54)	++ 低

a. 偏倚风险非常严重：纳入研究没有报告随机、分配隐藏和盲法

12) 内镜下机械止血

表 18 内镜下机械止血治疗非静脉曲张性上消化道出血的 GRADE 证据概要表

证据质量评价						事件发生数/样本量		效应量		证据 质量
研究数量 及设计	偏倚 风险	不一 致性	间接性	不精 确性	其他 偏倚	EBL 组	EHC 组	相对效应 (95%CI)	绝对效应 (95%CI)	
一级止血成功 率： 5 个 RCT	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	75/75 (100.0%)	86/87 (98.9%)	RR 1.00 (0.96 to 1.05)	<0/1000 人 (<40 到>49)	+++ 中
出血复发率： 5 个 RCT	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	3/75 (4.0%)	13/87 (14.9%)	RR 0.37 (0.12, 1.09)	<94/1000 人 (<131 到>13)	+++ 中

a. 偏倚风险严重：纳入研究没有报告分配隐藏和盲法

13) 外科手术

表 19 外科手术治疗非静脉曲张性上消化道出血的 GRADE 证据概要表

证据质量评价						事件发生数/样本量		效应量		证据 质量
研究数量 及设计	偏倚 风险	不一 致性	间接性	不精 确性	其他 偏倚	TAE 组	手术组	相对效应 (95%CI)	绝对效应 (95%CI)	
再出血率： 6 个观察性研究	非常 严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	51/178 (28.7%)	36/241 (14.9%)	RR 1.82 (1.23 to 2.67)	>122/1000 人 (>34 到>249)	+ 极低
死亡率： 6 个观察性研究	非常 严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	34/182 (18.7%)	57/241 (23.7%)	RR 0.87 (0.59 to 1.29)	<31/1000 人 (<97 到>69)	+ 极低
额外干预需求： 6 个观察性研究	非常 严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	3/75 (4.0%)	13/87 (14.9%)	RR 1.67 (0.75 to 3.70)	>75/1000 人 (<28 到>304)	+ 极低

a. 偏倚风险非常严重：纳入研究没有报告随机、分配隐藏和盲法

参考文献

- [1] A. Lanas, J. M. Dumonceau, R. H. Hunt et al. Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding [J]. *Nat Rev Dis Primers*, 2018, 4:18020
- [2] 王锦萍, 崔毅, 王锦辉 et al. 上消化道出血 15 年临床流行病学变化趋势 [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2017, 20:425-431
- [3] M. S. L. Sey, S. B. Mohammed, M. Brahmania et al. Comparative Outcomes in Patients with Ulcer- Vs Non-Ulcer-Related Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in the United Kingdom: A Nationwide Cohort of 4474 Patients [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2019, 49:537-545
- [4] 刘畅, 刘亚军. 急性非静脉曲张性上消化道出血中西医结合诊治共识(2019 年) [J]. *中国中西医结合杂志*, 2019, 39:1296-1302
- [5] K. Oakland. Changing Epidemiology and Etiology of Upper and Lower Gastrointestinal Bleeding [J]. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2019, 42-43:101610
- [6] S. A. Hearnshaw, R. F. Logan, D. Lowe et al. Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in the Uk: Patient Characteristics, Diagnoses and Outcomes in the 2007 Uk Audit [J]. *Gut*, 2011, 60:1327-1335
- [7] 急性非静脉曲张性上消化道出血多学科防治专家共识(2019 版) [J]. *中华消化外科杂志*, 2019, :1094-1100
- [8] J. G. Karstensen, A. Ebigbo, L. Aabakken et al. Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (Esge) Cascade Guideline [J]. *Endosc Int Open*, 2018, 6:E1256-E1263
- [9] I. M. Gralnek, A. J. Stanley, A. J. Morris et al. Endoscopic Diagnosis and Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage (Nvugih): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (Esge) Guideline - Update 2021 [J]. *Endoscopy*, 2021, 53:300-332
- [10] J. J. Sung, P. W. Chiu, F. K. L. Chan et al. Asia-Pacific Working Group Consensus on Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: An Update 2018 [J]. *Gut*, 2018, 67:1757-1768
- [11] X. Lu, X. Zhang, H. Chen. Comparison of the Aims65 Score with the Glasgow-Blatchford and Rockall Scoring Systems for the Prediction of the Risk of in-Hospital Death among Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding [J]. *Rev Esp Enferm Dig*, 2020, 112:467-473
- [12] A. J. Palmer, F. Moroni, S. Mcleish et al. Risk Assessment in Acute Non-Variceal Upper Gi Bleeding: The Aims65 Score in Comparison with the Glasgow-Blatchford Score in a Scottish Population [J]. *Frontline Gastroenterol*, 2016, 7:90-96
- [13] A. N. Barkun, M. Almadi, E. J. Kuipers et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations from the International Consensus Group [J]. *Ann Intern Med*, 2019, 171:805-822
- [14] M. W. Semler, W. H. Self, T. W. Rice. Balanced Crystalloids Versus Saline in Critically Ill Adults [J]. *N Engl J Med*, 2018, 378:1951
- [15] A. Odutayo, M. J. Desborough, M. Trivella et al. Restrictive Versus Liberal Blood Transfusion for Gastrointestinal Bleeding: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials [J]. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2017, 2:354-360
- [16] J. S. Kim, B. W. Kim, D. H. Kim et al. Guidelines for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding [J]. *Gut Liver*, 2020, 14:560-570
- [17] 中国医师协会急诊医师分会, 中华医学会急诊医学分会, 全军急救医学专业委员会 et al. 急性上消化道出血急诊诊疗流程专家共识(2020 版) [J]. *中华急诊医学杂志*, 2021, 30:15-24
- [18] 魏娜, 郑智源, 郑斌 et al. 生长抑素及其类似物联合质子泵抑制剂应用于急性非静脉曲张性上消化道出血的循证分析 [J]. *中国现代应用药学*, 2019, 36:2062-2070
- [19] M. Jiang, P. Chen, Q. Gao. Systematic Review and Net-Work Meta-Analysis of Upper Gastrointestinal Hemorrhage Interventions [J]. *Cell Physiol Biochem*, 2016, 39:2477-2491
- [20] 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2018 年, 杭州) [J]. *中华消化杂志*, 2019, :80-87
- [21] Halt-It Trial Collaborators. Effects of a High-Dose 24-H Infusion of Tranexamic Acid on Death and Thromboembolic Events in Patients with Acute Gastrointestinal Bleeding (Halt-It): An International Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial [J]. *Lancet*, 2020, 395:1927-1936
- [22] J. Y. W. Lau, Y. Yu, R. S. Y. Tang et al. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding [J]. *N Engl J Med*, 2020, 382:1299-1308

- [23] 中华消化杂志编辑委员会, 中华消化外科杂志编辑委员会. 急性非静脉曲张性上消化道出血多学科防治共识 [J]. 中华消化杂志, 2019, 39:793-799
- [24] 高龙, 常晨, 付文康 et al. 肾上腺素和去甲肾上腺素治疗非静脉曲张性上消化道出血疗效和安全性的 meta 分析 [J]. 中华消化内镜杂志, 2020, 37:348-354
- [25] M. Barakat, A. Hamed, A. Shady et al. Endoscopic Band Ligation Versus Endoscopic Hemoclip Placement for Dieulafoy's Lesion: A Meta-Analysis [J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2018, 30:995-996
- [26] A. Schmidt, S. Golder, M. Goetz et al. Over-the-Scope Clips Are More Effective Than Standard Endoscopic Therapy for Patients with Recurrent Bleeding of Peptic Ulcers [J]. Gastroenterology, 2018, 155:674-686 e676
- [27] E. Sverden, F. Mattsson, D. Lindstrom et al. Transcatheter Arterial Embolization Compared with Surgery for Uncontrolled Peptic Ulcer Bleeding: A Population-Based Cohort Study [J]. Ann Surg, 2019, 269:304-309
- [28] M. Kyaw, Y. Tse, D. Ang et al. Embolization Versus Surgery for Peptic Ulcer Bleeding after Failed Endoscopic Hemostasis: A Meta-Analysis [J]. Endosc Int Open, 2014, 2:E6-E14
- [29] A. M. Veitch, G. Vanbiervliet, A. H. Gershlick et al. Endoscopy in Patients on Antiplatelet or Anticoagulant Therapy, Including Direct Oral Anticoagulants: British Society of Gastroenterology (Bsg) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (Esge) Guidelines [J]. Gut, 2016, 65:374-389
- [30] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组. 第六次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告 (非根除治疗部分) [J]. 中华消化杂志, 2022, 42:289-303