

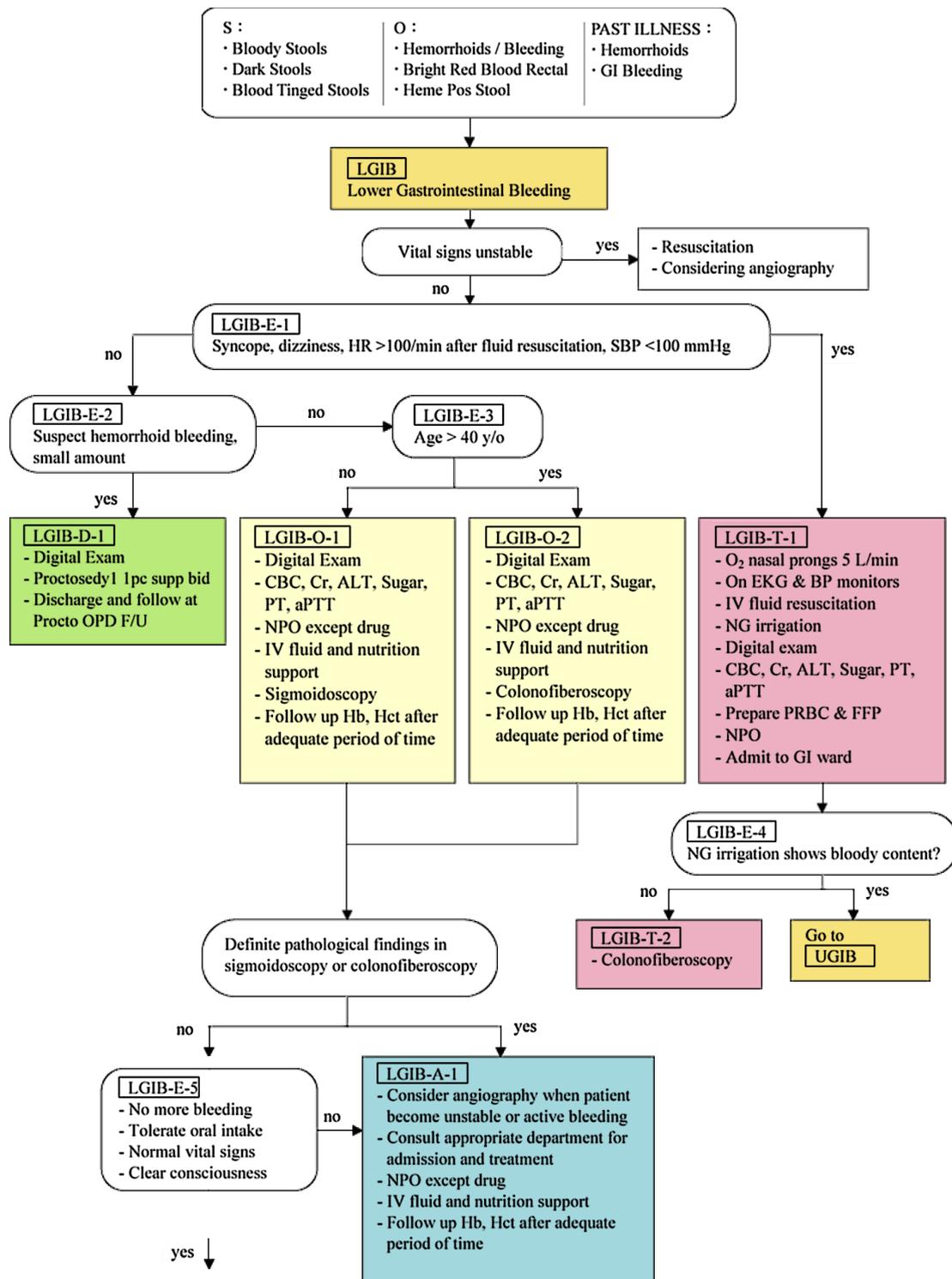


下消化道出血 Lower Gastrointestinal Bleeding

關鍵字：血便 (Hematochezia)；鼻胃管灌洗 (NG irrigation)；乙狀結腸鏡 (sigmoidoscopy)；大腸鏡 (colonofibroscopy)；血管攝影 (angiography)

流程代碼：LGIB

流程指引



LGIB-D-2
- Discharge and follow
at GI OPD

[Top](#)

I. 引言

下消化道出血泛指ligament of Treitz以下之腸道出血。其發生原因如憩室、血管分化不良 (angiodysplasia)、發炎或腫瘤等。嚴重的下消化道出血可造成血行動力不穩、缺鐵性貧血。在急診室需要對血型動力學不穩病患做緊急處理，並安排適宜檢查找出病因及止血。本流程適用於疑似下消化道出血之病患，可依據流程安排相關檢查處置。如在流程中確診為上消化道出血，則依照上消化道出血流程處置。

[Top](#)

II. 重點摘要

A. 診斷提示 LGIB

當病人發生解血便 (hematochezia：從肛門解出暗紅/鮮紅血或血塊) 時應懷疑下消化道出血。首要注意病患是否因出血造成血行動力之不穩定，肛診檢查必須盡速實施。

B. 流程說明

1. 若病患的生命徵象或症狀顯示顯著出血 LGIB-E-1，應優先排除上消化道出血之可能 LGIB-T-1，應先使用鼻胃管沖洗及抽吸，如果發現出血則緊急安排胃鏡檢查 (並進入UGIB protocol)。如果排除上消化道出血，對於較嚴重之急性下消化道出血應使用大腸鏡colonoscopy LGIB-T-2 做為早期評估方式。如大腸鏡無法確定出血點時可考慮其他檢查如血管攝影 (在病患正在出血時) LGIB-A-1。
2. 如病患沒有顯著出血症狀則考慮是否可能為痔瘡出血 LGIB-E-2。少量疑似痔瘡出血可安排門診做乙狀結腸鏡檢查及追蹤 LGIB-D-1。
3. 若病患不是痔瘡出血，要根據其年紀 LGIB-E-3 排除大腸腫瘤的可能性，小於40歲優先考慮sigmoidoscopy；大於40歲考慮colonofiberoscopy LGIB-O-1 / LGIB-O-2。之後再依據檢查的結果安排病患住院接受適當的治療 LGIB-A-1。
4. 高危險群者均需要積極治療及住院：維持Hct在30%以上。如病患血行動力學不穩、持續出血或合併嚴重疾病者須早期會診內視鏡治療或外科手術。
5. 病患如果大量進行性出血而24小時內需要輸血6U以上的pRBC者或反覆性出血者，應考慮手術治療。在術前應先做出血點的定位，並確定出血來自下消化道，以防手術造成過度腸切除。若事先找到出血點則可做directed segmental resection。

C. 住院標準

任何時間的生命跡象不穩定；最近的消化道出血合併Hct下降；凝血功能異常；老年人/合併其他嚴重系統性疾病者；持續/進行性出血或曾有大量出血等都應考慮住院。

D. 出院評估

若病人符合下列條件可以出院：沒有其他嚴重系統性疾病；生命徵象正常，凝血功能正常；穩定之Hct > 30%，下消化道出血已停止。所有出院的病人都應安排門診追蹤。

[Top](#)

III. 衛教

Q. 為什麼會發生下消化道出血？一般會有什麼症狀？

A. 下消化道出血常見的原因可分為：

1. 結構性 (如憩室炎)
2. 血管性 (如血管分化不良、腸缺血性壞死、放射治療後等)
3. 腸發炎
4. 腸道癌症等

下消化道出血有時也可發生在腸道接受檢查治療後，下消化道出血之病患多半會有解血便（暗紅/鮮紅血或血塊）表現。

Q. 如何診斷下消化道出血？要如何治療？

A. 若懷疑下消化道出血，首選之診斷檢查工具為大腸鏡。其他有用之診斷方式包括乙狀結腸鏡、核醫掃描及血管攝影。另外胃鏡檢查可用以排除上消化道出血之可能。治療的方式有內視鏡治療、血管攝影、手術處理等。

[Top](#)

參考資料

1. Cao Y, Liao C, Tan A, et al. Meta-analysis of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection for tumors of the gastrointestinal tract. *Endoscopy* 2009; 41:751-7.
2. Davila RE, Rajan E, Adler DG, et al. ASGE Guideline: the role of endoscopy in the patient with lower-GI bleed