

• 临床研究 •

老年多器官衰竭患者消化道出血临床病理分析

傅亮 肖波

【摘要】 目的 分析伴消化道出血的老年多器官衰竭(MOFE)患者临床与病理特点。方法 回顾性分析北京医院24年(1982-2006年)内尸检的MOFE患者中伴消化道出血患者的临床病理资料。结果 MOFE尸检病例在死亡前伴有呕血、便血或尸检时发现胃肠道有大量积血者共45例,其中男38例,女7例;年龄64~96岁,平均79.5岁。发病比例为12.43%,主要死因多数为肺部感染及心、脑、肾脏器衰竭。出血至死亡时间为1~19d,94%的病例在1~7d之内,平均4.5d,前后12年出血至死亡时间比较,近年明显延长。出血最多的部位是胃黏膜(占73%),上消化道表现为黏膜急性病变,广泛或局限性糜烂出血甚至可见胃单发或多发浅表溃疡,下消化道部分则表现为缺血性肠病表现。结论 应提高对MOFE患者消化道出血的重视,积极治疗原发病、控制感染、纠正缺氧酸中毒、注意低血压,预防性给予抑酸剂及胃黏膜保护剂等措施,可作为积极的手段加以采用;同时还要兼顾发生缺血性肠炎的危险,对血管收缩剂及抗凝剂的应用宜谨慎。

【关键词】 老年人;多器官衰竭;消化性溃疡

Clinicopathological analysis of characteristics of alimentary tract hemorrhage in aged patients with multiple organ failure

FU Liang, XIAO Bo

Department of Gastroenterology, Beijing Hospital, Beijing 100730, China

【Abstract】 Objective To analyse the clinicopathological characteristics of multiple organ failure in the elderly (MOFE) complicated by alimentary tract hemorrhage. Methods The clinicopathological data of MOFE patients complicated with alimentary tract hemorrhage diagnosed by autopsy in 24 years were studied retrospectively. Results From 1982 to 2006, 45 autopic MOFE patients in Beijing Hospital had hematemesis and hematochezia before death or were found to have complicated large amount of blood in stomach and intestines at the time of autopsy. Of them, 38 were men and 7 were women, their ages were 64-96, (average 79.5) years. The morbidity rate was 12.43%. Main causes of death were pulmonary infection, heart failure, cerebral failure and renal failure. The time from hemorrhage to death was 1-19 d. Ninety-four percent of the cases died within 1-7 d, with an average of 4.5 d. Compared with the death time 12 years ago, the time has prolonged recently. The gastric mucosa bleeding occurred most frequently, accounting for 73%. The upper gastrointestinal manifestation was acute mucosal lesions, extensive or limited erosion and bleeding, single or multiple superficial gastric ulcer; while the manifestation of the lower digestive tract in some cases was ischemic enteritis or ischemic colitis. Conclusion Attention should be paid to alimentary tract hemorrhage in patients suffering from MOFE. In addition to the active treatment of primary disease, controlling infection, correcting anoxic acidosis and low blood pressure, prophylactic administration of antacid and gastric mucosal protective agent could be used as the active measures. The danger of ischemic enteropathy also should be taken into consideration at the same time. The use of vasoconstrictors and anticoagulants should be careful.

【Key words】 elderly; multiple organ failure; peptic ulcer

老年多器官衰竭(multiple organ failure in elderly, MOFE)患者并发消化道出血,往往会加重原发病,成为致死的直接原因。笔者通过回顾分析卫

生部北京医院24年内尸检的45例MOFE患者中合并消化道出血患者的临床病理资料,探讨MOFE患者消化道出血的临床与病理特点。

收稿日期:2007-10-30

作者单位:100730北京市,卫生部北京医院消化内科

作者简介:傅亮,男,1961年5月生,吉林省长春市人,医学学士,副主任医师。E-mail:bjfl2005@sina.com, Tel:13910802595, 010-65220466

1 资料与方法

1.1 病例选择 选自1982-2006年MOFE尸检病例,在死亡前伴有呕血、便血或尸检时发现胃肠道有大量积血者共45例,其中男38例,女7例;年龄64~96岁,平均79.5岁。

1.2 排除病例 (1)消化道恶性肿瘤及食道胃底静脉曲张出血者;(2)血液病、接受抗凝治疗及明显血小板减低者(包括放疗后);(3)长期服用激素或非甾体类抗炎药物者。

2 结果

24年内MOFE患者中合并消化道出血患者的比例为12.4%(45/362),主要死因多数为肺部感染及心、脑、肾脏器衰竭,前后12年出血至死亡时间比较,近年明显延长。出血表现显示,上消化道(51例次)为广泛或局限性糜烂出血甚至可见胃单发或多发浅表溃疡;下消化道(6例次)则表现为缺血性肠病表现,出血部位亦可多处出现。

2.1 出血临床表现结果 便血并呕血者9例,仅有便血者31例,临床无呕血或便血但尸检时发现胃肠道有大量积血者5例。临床表现有出血者,出血至死亡时间为1~19d,94%的病例在1~7d之内,平均4.5d,其中1982-1994年12年间24例,平均3.5d;1994-2006年12年间21例,平均5.5d。后12年较前延长2d,经 χ^2 检验对数据进行统计学处理,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 死亡诊断 感染87%、脑血管病36%、酸中毒36%、心力衰竭28%、肾功能衰竭28%、呼吸衰竭27%、急性心肌梗死22%、感染性休克22%、消化道外恶性肿瘤17%、重症胰腺炎4%。

2.3 出血部位分布 食道15/45(33%)、胃33/45(73%)、十二指肠3/45(7%)、小肠(Treitz韧带以下)5/45(11%)、结肠5/45(11%)。有13例(29%)为多部位病变,其中5例(11%)上下消化道病变同时存在。病理表现为:食道中下段黏膜出血性糜烂15/45;胃广泛出血性糜烂15/45;胃单发或多发浅表溃疡10/45;胃局限出血性糜烂8/45;十二指肠黏膜出血性糜烂3/45;小肠(Treitz韧带以下)病变5/45,均有黏膜剥脱坏死出血,或黏膜下出血、淤斑3例见血管内(小动静脉)血栓形成;结肠病变5/45,表现黏膜出血性糜烂或出血坏死或形成溃疡,2例肠壁组织坏死累及全层并见小血管内纤维索性血栓形成。

3 讨论

多器官功能衰竭(multiple organ failure,

MOF)是一种病因繁多、发病机制复杂、病死率极高的临床综合征。MOF是指机体在经受严重损害(如严重疾病、外伤、手术、感染、休克等)后,发生两个或两个以上器官功能障碍,甚至功能衰竭的综合征^[1]。MOFE患者伴有消化道出血是常见的临床表现,一般将此视为病情恶化的标志。虽然内窥镜技术现已广泛普及并日趋完善,但对MOFE患者来说仍受到限制,外科手术更无时机,尸检病理资料是了解真相的惟一途径。

笔者的资料显示,MOFE患者伴有消化道出血的比例较高,该组5例无呕血及便血表现者,由于卧床、缺氧及禁食等因素使胃肠动力减弱,使血液淤积于胃肠道内,而未及表现为呕血及便血。

出血可累及消化道各部位,表现亦呈多样性,最多的部位(73%)是胃黏膜。上消化道(Treitz韧带以上)表现为黏膜的急性病变。其中急性胃黏膜病变(acute gastric mucosal lesions, AGML)包括各种内、外源性因素引起,应激性溃疡(stress ulceration, SU)也在此范畴之内。AGML是老年消化道出血的临床常见原因,是老年疾病应激反应和重症的表现,其中SU出血的机制是由应激情况下胃肠道的微循环障碍,黏膜上皮细胞缺血所形成。目前认为,SU的发生涉及机体神经内分泌失调、胃黏膜保护功能削弱及胃黏膜损伤因素作用增强等方面^[2]。应激状态下,机体神经内分泌失调涉及神经中枢、中枢神经介质、传导途径、递质释放及受体等,为应激因素通过植物神经系统、及下丘脑-垂体-肾上腺轴作用于黏膜而导致SU。在胃黏膜保护的发生机制中,胃黏膜微循环障碍被认为是SU发生的最基本病理生理过程,此外,胃粘液-HCO₃⁻屏障受损、胃黏膜上皮更新异常、黏膜组织内保护性物质含量减少及消化道运动功能障碍等都参与黏膜保护的病理生理过程。老年人因黏液、上皮细胞再生及前列腺素等防御因子全面减弱,更易发生SU。张齐联等^[3]对12例术后SU患者行多次胃镜观察,提出SU早期病变为黏膜出血性糜烂,可在上消化道任何部位发生,胃内溃疡可由早期出血性糜烂演变而来,多见于后壁及大弯。笔者资料中上消化道出血部位的分布与其相似。

MOFE伴消化道出血,以AGML表现占多数(73%),其病理机制较一般创伤或手术后SU更为复杂,常因感染、心肺功能衰竭所致胃肠淤血缺氧、血管硬化、尿毒症等为基础,加重胃肠道的微循环障碍、黏膜上皮细胞缺血、胃黏液屏障受损等防御因子全面减弱等因素造成。

分析下消化道(Treitz 韧带以下)的病变特点, 还不仅如此, 既有黏膜的急性病变, 且 10 例中 6 例有典型缺血性肠病表现, 见肠壁组织坏死、黏膜剥脱坏死出血并见小血管内血栓形成, 但在上消化道(Treitz 韧带以上)的病变中, 未见缺血坏死的表现。考虑此差别主要由胃肠道的血供特点不同而决定^[4], 由于上消化道由腹腔动脉提供双重血供, 下消化道是由肠系膜上下分支的终末血管, 平时虽有良好的侧支循环, 但老年人的 MOF 情况下, 发生缺血性肠病的危险因素增加, 可成为下消化道的常见原因。在处理 MOFE 患者时要提高对小肠、结肠发生小血管梗塞死后出血的预见能力。

多数研究证实, 胃酸及胃蛋白酶等胃黏膜损伤因素对 AGML 的发生起着重要作用, 在胃黏膜屏障功能削弱的状态下, 弥散入黏膜内的 H⁺ 增加。目前, 质子泵抑制剂在预防治疗 SU 所致的上消化道出血中得到广泛应用。本组病理资料显示, 近 10 年出血至死亡时间明显延长, 提示可能与现代医学监护治疗的手段不断提高有关^[5~7]。

总之, 应提高对老年 MOF 患者消化道出血的重视, 积极治疗原发病、控制感染、纠正缺氧酸中毒、注意低血压, 预防性给予抑酸剂及胃黏膜保护剂等措施, 可作为积极的手段加以采用; 还要兼顾发生缺

血性肠病的危险, 对需用血管收缩剂及抗凝剂时, 也应慎用。

参考文献

[1] 李保春. 多器官功能衰竭. 北京: 人民军医出版社, 2004. 2.
 [2] 李兆申. 胃黏膜损伤与保护. 上海: 上海科学技术出版社, 2004. 4.
 [3] 张齐联, 年维东. 31 例在烧伤后应激性溃疡的消化道黏膜损伤的内镜分析. 中华整形烧伤外科杂志, 1989, 5: 251-254.
 [4] 黄家清, 陆星华. 缺血性肠炎. 见: 潘国宗, 曹世植, 主编. 现代胃肠病学. 北京: 科学出版社, 1994. 13-22.
 [5] Faisy C, Guerot E, Diehl JL, et al. Clinically significant gastrointestinal bleeding in critically ill patients with and without stress-ulcer prophylaxis. Intensive Care Med, 2003, 29: 1306-1313.
 [6] Stollman N, Metz DC. Pathophysiology and prophylaxis of stress ulcer in intensive care unit patients. J Crit Care, 2005, 20: 35-45.
 [7] Daley RJ, Rebuck JA, Welage LS. Prevention of stress ulceration: current trends in critical care. Crit Care Med, 2004, 32: 2008-2013.

(上接第 477 页)

[3] Tzinieris IN, Papaioannou GI, Dragomanovits SI, et al. Minimizing femoral access complications in patients undergoing percutaneous coronary interventions: a proposed strategy of bony landmark guided femoral access, routine access site angiography and appropriate use of closure devices. Hell J Cardiol, 2007, 48: 127-133.
 [4] Upponi SS, Ganeshan AG, Warakaulle DR, et al. Angioseal versus manual compression for haemostasis fol-

lowing peripheral vascular diagnostic and interventional procedures—a randomized controlled trial. Eur J Radiol, 2007, 61: 332-334.
 [5] Biondi-Zoccai GG, Fusaro M, Tashani A, et al. Angioseal use after antegrade femoral arteriotomy in patients undergoing percutaneous revascularization for critical limb ischemia: a case series. Int J Cardiol, 2007, 118: 398-399.

(上接第 481 页)

myocardial infarction. J Am Coll Cardiol, 2000, 36: 959-969.
 [3] Ray KK, Cannon CP. The potential relevance of the multiple lipid-independent (pleiotropic) effects of statins in the management of acute coronary syndromes. J Am Coll Cardiol, 2005, 46: 1425 - 1433.
 [4] Kinlay S, Schwartz GG, Olsson AG, et al. High-dose atorvastatin enhances the decline in inflammatory markers in patients with acute coronary syndromes in the MIRACL study. Circulation, 2003, 108:

1560-1566.
 [5] Wiviott SD, Lemos JA, Cannon CP, et al. A tale of two trials: a comparison of the post-acute coronary syndrome lipid-lowering trials A to Z and PROVE IT-TIMI 22. Circulation, 2006, 113: 1406 - 1414.
 [6] Afilalo J, Majdan A, Eisenberg MJ. Intensive statin therapy in acute coronary syndromes and stable coronary heart disease: a comparative meta-analysis of randomised controlled trials. Heart, 2007, 93: 914 - 921.