

· 病例报告 ·

反复消化道大出血合并静脉血栓老年患者1例：诊治探讨及文献复习

谢海雁¹, 刘晓红^{2*}, 钟 华¹, 沈 悌³(北京协和医院: ¹保健医疗部, ²老年医学组, ³血液内科, 北京 100730)

【关键词】老年人; 消化道出血; 静脉血栓

【中图分类号】R57; R592

【文献标识码】B

【DOI】10.3724/SP.J.1264.2014.00052

1 临床资料

患者,女,87岁,因“便血2d”于2008年1月入院。患者2d来无诱因间断排鲜血便约2000ml,血红蛋白下降至65g/L,无腹痛,体温37.8℃。患者有多种慢病,包括:高血压、慢性肾功能不全(肌酐清除率 58ml/min)、2型糖尿病、高脂血症、腔隙性脑梗死、动脉粥样硬化、肥胖、骨质疏松伴腰椎压缩性骨折。同时服用10种药品:福辛普利(fosinopril)、美托洛尔(倍他乐克, metoprolol)、维拉帕米(verapamil)缓释片、阿卡波糖(acarbose)、格列喹酮(gliquidone)、普伐他汀(pravastatin)、氯吡格雷(clopidogrel)、左甲状腺素(levothyroxine)、阿仑膦酸钠(alendronate sodium)、骨化三醇(calcitriol)。

查体:血压140/80mmHg(1mmHg=0.133kPa),心率85次/min,体质指数(body mass index, BMI)32kg/m²,双下肺少许湿啰音,双下肢轻度可凹性水肿,完全卧床。入院后停用氯吡格雷,血小板以及出凝血功能、肿瘤标志物检测未见异常。患者入院诊断:下消化道出血原因待查。予禁食水、抑酸以及输血等治疗。经多次多学科会诊后,成功地进行了全麻下1次胃镜(发现十二指肠憩室,无活动出血灶),2次结肠镜(多发息肉,电切10余枚以及结肠多发憩室;结肠有鲜血,但非息肉出血)。结肠息肉电切术后4d再次便血。^{99m}Tc红细胞标记的核素显像结果阴性。住院期间因卧床出现肺部感染。入院17d后患者好转出院,出院带药共计17种,新增药品为:单硝酸异山梨酯(isosorbide mononitrate)缓释片、苯溴马隆(benzbromarone)、复方α酮酸片(α-keto acid compound tablets)、碳酸氢钠(sodium bicarbonate)、氢氯噻嗪(hydrochlorothiazide)、雷贝拉唑(rabeprazole)、甲钴胺(mecobalamine)片、米诺环素(minocycline)、阿莫西林(amoxicillin)/克拉维酸(clavulanic acid)。

出院后2个月行第3次结肠镜检查,共切除6个增生性息肉。出院后4个月恢复氯吡格雷75mg/d。出院后10个月因便鲜血而再次入院。第4次行胃镜和肠镜检查,未见明确出血灶。入院后在右足输液,4d后右下肢明显肿胀,超

声提示:右侧股浅静脉远端及腘静脉血栓。多学科会诊后,置入下腔静脉永久滤器,并给予低分子肝素治疗。

出院后第3年,因发作性意识障碍、跌倒第3次入院,诊断为低血糖发作。

出院后第4年,因长期卧床,双下肢肿胀加重,肺灌注/通气显像未见异常,继续低分子肝素治疗,后因痔疮出血减量。

出院后第5年电话询问,患者室内活动,双膝以下明显肿胀, BMI 31.5kg/m²。血红蛋白110g/L,因行动不便未至门诊随诊,家属取药;经常因不能及时取药而被迫停药。患者诉医院给她留下了可怕的记忆。

2 讨 论

总体而言,在传统的专科模式下这例老年患者的诊治是成功的,基本明确了病因可能为结肠憩室出血,挽救了生命。但是,从患者的角度来说,3次住院给她留下了痛苦的回忆,而医院获得性问题——下肢静脉血栓使她的生活质量和活动能力下降,导致抑郁。2008年,现代老年医学理念还没有得到普及,如今用老年综合评估(comprehensive geriatric assessment, CGA)、全人管理和连续医疗的理念重新审视这一病例的时候,或许可以得到不同的临床结局。假定我们在2013年收治这例患者,流程模拟如下。

2.1 首先对患者进行入院后的CGA评估

2.1.1 日常生活能力(activities of daily living, ADL)和日常工具使用能力(instrumental activities of daily living, IADL) 该患者入院后完全卧床,生活不能自理,处于ADL和IADL高度依赖的状态。

2.1.2 治疗目标和预后 计算患者1年内的死亡率约为19%^[1],预期寿命超过6个月,应积极治疗出血、管理慢病、维持功能状态、减少住院并发症。

2.1.3 评价药物的使用以及减药 入院时同时服用10种药,判定为多重用药,有减药和调整用药的必要性。

2.1.4 生前预嘱以及指定代理人 该患者无生前预嘱以

及代理人。

2.1.5 谵妄、痴呆、抑郁 无认知功能障碍,有抑郁表现。

2.1.6 活动,避免卧床 该患者入院前活动能力良好,因急性出血、虚弱而卧床,可能会出现制动相关并发症,包括深静脉血栓(deep-venous thrombosis, DVT)、肺炎等;出血停止后可以逐步恢复活动能力。

2.1.7 疼痛评估 无。

2.1.8 压疮评估 目前无压疮,但如果长期卧床有形成压疮的风险。

2.1.9 医源性管路(胃管、尿管、静脉输液)、制动 因禁食水而需要短期静脉输液;无放置胃管及尿管的需求。

2.1.10 转诊医疗(出院的可能性及去处) 家庭支持良好,有保姆照顾,可以出院后回家;有多种慢病,需要有相对固定的老年科医师长期随访。

2.1.11 老年综合征评估 (1)跌倒:因肥胖、骨质疏松伴腰椎压缩性骨折、服用降压药物等使跌倒风险增高,将会发生在能够下床活动后。(2)营养与血糖:进食差且服用降糖药物,有营养风险和低血糖风险。(3)尿和(或)便失禁:无。

2.2 组织有老年科医师、康复理疗师、营养师、药师等参与的多学科团队依据评估结果制定个性化的诊治方案和出院计划以完成高效的转诊

2.2.1 患者在有多种慢病控制相对稳定的基础上,出现了急性下消化道大出血事件,本次住院的目标应以止血、保持功能状态、减少住院并发症为主。需要以老年科医师为核心,寻求相关专科协助,如果某项检查不能改善患者的预后则可以不进行。自住院之日起就制定出院计划。危重症患者入院时就要签署抢救同意书,并与患方商议后书面指定本次入院的医疗代理人,避免多头沟通;选择合适时机进行患者以及家属的死亡教育。

2.2.2 针对卧床并发症进行预防和护理指导 包括加强床上主动或被动活动,包括翻身、活动下肢等。加强皮肤护理,选择合适床垫,预防压疮。患者虽然有血栓形成风险,但同时有抗凝和抗血小板禁忌,可以使用抗栓袜以及抗栓机械装置。避免下肢输液,如果需要连续输液,应考虑置入经外周留置的中心静脉导管,给予静脉管理;警惕坠积性肺炎,监测体温,加强排痰和呼吸锻炼。对有无疼痛和尿便失禁情况进行动态评估。

2.2.3 安慰、亲人陪伴,心理医师会诊,避免约束及使用镇静药物。

2.2.4 列出用药清单,写出每种药使用的适应证,停用无使用指征或重复使用的药品,尤其注意在静脉营养过程中血糖的监测,积极预防低血糖发作,调整降糖药物。适当放宽血糖控制的水平,糖化血红蛋白在8.0%~9.0%以下即可(参见“老年患者的五个明智选择”,<http://www.americangeriatrics.org>),出血停止后可尝试经口人工营养素补充。

2.2.5 患者有出院回到社区居住的可能性,但病情复杂,药物种类多,需要详细列出随访要求并与社区医师沟通,随访有无再出血、评估脏器以及功能状态和用药依从性

等。患者恢复活动能力后将存在跌倒风险,需要进行减重和功能锻炼方面的宣教,并加强骨质疏松的治疗。

2.3 老年患者的治疗要以循证医学为基础,但更要具体分析个案的情况,不能盲从

2.3.1 患者是否要用抗血小板药进行心脑血管事件的预防? 根据2011年指南^[2],有心脑血管疾病史的糖尿病患者用小剂量阿司匹林二级预防。该患者有腔隙性脑梗死、动脉粥样硬化、高龄、高血压、糖尿病、高脂血症等危险因素,有使用抗血小板药二级预防的适应证。但是75岁以上出血的危险因素增加。按照2010年欧洲心脏病学会指南采用新的出血风险评分(hypertension, abnormal renal/liver function, stroke, bleeding history or predisposition, labile international normalized ratio, elderly > 65 years, drugs/alcohol concomitantly, HAS-BLED评分^[3])对抗血小板或抗凝治疗的出血风险进行评估(≥ 3 分为出血高危),这例患者的评分 ≥ 4 分,为出血高风险。为了减少阿司匹林引起的上消化道出血,有研究建议同时应用质子泵抑制剂^[4],但是如何预防下消化道出血尚无定论^[5]。氯吡格雷有延迟溃疡愈合的风险,这例患者在消化道出血后多久可以用是值得商榷的。而之后5年的随访结果显示当恢复使用氯吡格雷后再次引发出血,停用抗血小板药物4年,患者也并未出现急性心脑血管事件。专病指南一旦相互矛盾,与患者充分沟通和对副反应进行充分宣教尤其重要。

2.3.2 怎样对老年人下消化道大出血做病因诊断呢? 美国2007年一项前瞻性对照研究^[6]显示在使用抗血小板药物和(或)抗凝药物的88例老年人中(平均年龄71岁),下消化道大出血内镜确诊的病因排序为:结肠憩室(64.8%),息肉(30.7%)、血管畸形(6.8%),痔疮(27.3%),结肠癌(10.2%),结肠溃疡或糜烂(9.1%);其中多种原因混杂占44.3%。这例患者出血时有体温升高,结肠憩室出血的可能性很大。但问题在于我们是否过度诊疗了?比如,第三次肠镜目的是切除小息肉,考虑到87岁的共病老人的预期寿命,切除息肉已经不会获益了;因为再次出血而做第4次肠镜,患者肾功能不全,下肢高度肿胀,如果需要采用内科药物治疗以外的措施,患者能够承受吗?患者自己如何考虑的呢?如果患者难以承受或在充分告知后愿意采取保守治疗,则要慎用有创性检查。过度地医疗只能增加医源性损伤风险、给患者带来痛苦^[7]。

2.3.3 怎样评估住院患者的血栓栓塞性事件风险和防治? 血管内皮损伤、血液高凝状态及血流缓慢是发生血栓栓塞性事件的重要病理生理机制(Virchow三角学说),卧床镇静、营养不良、炎症、静脉导管的使用以及各种介入性操作、肿瘤、以往静脉血栓栓塞(venous thromboembolism, VTE)事件等均会增加血栓形成的危险,需要加强静脉护理管理,每日记录穿刺部位有无血管炎征象以及测量四肢周径等。预估需要长期输液者应尽早放置中心静脉导管。Genava VTE预防评分可用于评价住院老年患者^[8]。该患者有明确的抗凝禁忌证,根据美国胸科医师学会(American College of Chest Physicians, ACCP)2012年指南^[9],应以机械性预防措施为主,及早

运动、脚穿弹力袜或使用空气压缩泵等抗栓装置等。在确诊DVT后,肺栓塞和再出血的风险较高,治疗上选用永久滤器是符合ACCP指南的。但要注意的是,滤器的置入与VTE复发率的高低无相关性。此时,抗凝的目的和作用仍然是阻止血栓蔓延并防止肺栓塞发生;一旦患者抗凝禁忌解除,需立即加上抗凝治疗。该患者因为缺乏出院后的随访和教育,没有足够重视进行血栓后综合征的防治,导致了功能明显下降和抑郁。

总之,如果能够在入院后进行充分的老年评估,再参考循证医学的结论,该患者可能会避免血栓事件、手术或药物诱发的出血等医院获得性损伤。国外共病管理的经验证实,以老年科医师为核心的多学科整合团队工作模式能够缩短衰弱老年患者的住院时间、避免或减少新发问题,改善预后,提高其生活质量^[10]。

【参考文献】

- [1] Smith DA. Use of prognostic indexes for determining malpractice liability[J]. JAMA, 2001, 286(14): 1712-1713.
- [2] Umpierrez GE, Hellman R, Korytkowski MT, *et al.* Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2012, 97(1): 16-38.
- [3] Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, *et al.* A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey[J]. Chest, 2010, 138(5): 1093-1100.
- [4] Tan HJ, Mahadeva S, Menon J, *et al.* Statements of the Malaysian Society of Gastroenterology and Hepatology and the National Heart Association of Malaysia task force 2012 working party on the use of antiplatelet therapy and proton pump inhibitors in the prevention of gastrointestinal bleeding[J]. J Dig Dis, 2013, 14(1): 1-10.
- [5] Gerson LB. Proton pump inhibitors and potential interactions with clopidogrel: an update[J]. Curr Gastroenterol Rep, 2013, 15(6): 329.
- [6] Hashash JG, Shamseddeen W, Skoury A, *et al.* Gross lower gastrointestinal bleeding in patients on anticoagulant and/or antiplatelet therapy: endoscopic findings, management, and clinical outcomes[J]. J Clin Gastroenterol, 2009, 43(1): 36-42.
- [7] Liu XH, Zhu ML. Intervention strategies of senile disease and senile medicine[J]. Chin J Clinicians(Electronic Edition), 2013, 7(2): 458-459. [刘晓红, 朱鸣雷. 老年人疾病特点与老年医学的干预策略[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2013, 7(2): 458-459.]
- [8] Prandoni P, Villalta S, Bagatella P, *et al.* The clinical course of deep-vein thrombosis. Prospective long-term follow-up of 528 symptomatic patients[J]. Haematologica, 1997, 82(4): 423-428.
- [9] Metersky ML, Nathanson I. Introducing the future of ACCP Clinical Practice Guidelines[J]. Chest, 2012, 141(2): 285-286.
- [10] American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity[J]. J Am Geriatr Soc, 2012, 60(10): 1957-1968.

(编辑:周宇红)