

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.12.13

## 老年人急性下消化道出血的相关诊治研究

赵曲川, 张 玫

(首都医科大学宣武医院 消化科, 北京 100053)

**摘要:**[目的]探讨老年人急性下消化道出血的病因及诊治。[方法]对277例行急诊结肠镜检查的急性下消化道出血老年患者的内镜资料进行分析,比较内镜下止血的效果。以同期非老年急性下消化道出血患者201例作为对照组。[结果]老年人急性下消化道出血的前4位病因分别为:大肠癌、大肠息肉、缺血性结肠炎、血管性病变。急诊结肠镜内镜下止血成功率为80.31%。[结论]老年人下消化道出血的诊断和治疗的首选方法是急诊结肠镜,它既能直接明确出血部位,活检做病因学诊断,又能在结肠镜下采取安全、有效、及时的止血治疗。

**关键词:**老年人;急性下消化道出血;急诊结肠镜;诊断;治疗

**中图分类号:**R57

**文献标志码:**A

**文章编号:**1671-038X(2016)12-0942-04

## Value of urgent colonoscopy in acute lower gastrointestinal bleeding of elderly patients

ZHAO Qu-chuan, ZHANG Mei

(Department of Gastroenterology, Xuanwu Hospital, Beijing 100053, China)

Corresponding author: ZHANG Mei, E-mail: zhang2955@sina.com

**Abstract:**[Objective]To explore the value of urgent colonoscopy in acute lower gastrointestinal bleeding(ALGB)of elderly patients. [Methods]The data of 277 elderly patients with ALGB undergoing urgent colonoscopy were analyzed. To estimate the operation effect of endoscopic hemostasis in ALGB. 201 patients with senile acute lower gastrointestinal bleeding were selected as control group in the same period. [Results]Urgent colonoscopy examination was performed with high success and safety rates. There were four causes mainly in ALGB of elderly patients, which were: colorectal cancer, colorectal polyps, ischemic colitis and vascular lesions. The success rate of endoscopic hemostasis of urgent colonoscopy was 80.31%. [Conclusion]It is suggested that the urgent colonoscopy can improve diagnose success rate of ALGB of elderly patients and provide histopathologic diagnosis. It also can provide the reliable evidence for endoscopic hemostasis for ALGB of elderly patients.

**Key words:**elderly patients; acute lower gastrointestinal bleeding; urgent colonoscopy; diagnosis; treatment

老年人急性下消化道出血是消化科常见的危重症之一,诊治的延误可能会导致老年患者的预后不良甚至死亡。下消化道出血分为慢性隐性出血、慢性少量显性出血和急性大量出血3种类型,本文所探讨的是老年人下消化道急性大量出血的情况,主要表现为便血。以往的临床经验提示急诊结肠镜检查可迅速明确出血的部位与病因,并能通过肠镜采取多种及时、有效地进行镜下止血治疗,显著降低病

死率,是下消化道出血的首选诊疗方法<sup>[1]</sup>。本研究对我院近10年来行急诊结肠镜检查的老年人急性下消化道出血患者的临床资料进行回顾性分析,以进一步探讨急诊结肠镜对老年人急性下消化道出血的诊治价值。

### 1 资料及方法

#### 1.1 一般资料

选取2005年10月~2015年10月在我院消化内镜中心行急诊结肠镜检查的老年人急性下消化道出血患者277例(不包括结肠息肉切除术后合并出血)。患者年龄均 $\geq 60$ 岁,年龄60~94岁,平均(69.2 $\pm$ 5.7)岁;其中男174例,女103例,男女比例

收稿日期:2016-06-14

作者简介:赵曲川,男,硕士,主治医师,研究方向:消化内镜的诊断和治疗

通讯作者:张 玫, E-mail: zhang2955@sina.com

为:1.69:1。以同期本院非老年急性下消化道出血患者 201 例作为对照组,其年龄 18~59 岁,平均(34.5±10.4)岁;其中男 121 例,女 80 例,男女比例为:1.51:1。患者均是在出血后 12~48 h 内行急诊结肠镜检查。对严重出血伴休克患者经过积极补液、止血、纠正休克后再进行结肠镜检查。

## 1.2 器材与方法

1.2.1 仪器设备 采用 OLYMPUS CFH260 及 CFQ260 型电子结肠镜;NM-4 L-1 注射针、HX-600-135 止血夹,ERBE ICC-300 高频电发生器及 APC-300 氩离子凝固器。

1.2.2 结肠镜检查 所有患者检查前行清洁灌肠,用生理盐水 500~1 000 ml 灌肠 4~15 次,灌出液为清水样或血水样,无粪便即可。检查前充分告知结肠镜诊疗风险并签署知情同意。患者左侧卧位,经肛门插入结肠镜,寻腔进镜,发现出血病灶后尽可能再向内插入肠镜到达回盲部或到达回肠末段距回盲瓣 20 cm 以上。

1.2.3 镜下止血方法 确定出血病灶后根据病变性质采取相应的止血措施,冰肾盐水喷洒或冲洗病灶作为基本止血措施以及保持病灶视野清晰。止血方法包括:喷洒止血药物、止血夹止血、注射药物止血、氩离子凝固术(APC)及联合止血。喷洒止血药:病灶处局部喷洒凝血酶(2 000~4 000 U)加生理盐水 20~40 ml 或 1:10 000 肾上腺素盐水。止血夹止血:确定出血灶后,用止血夹释放器将止血夹经内镜活检孔道释放,找准出血点钳夹出血点根部止血,数量依病变情况而定,释放断离止血夹。注射药物止血:使用 1:10 000 肾上腺素于出血病灶周围多点注射,也可在出血部位直接注射,每点 1~2 ml,总量可达 20 ml。氩离子凝固止血:选择氩气流量为 2.4 L/min,电场强度 5 000 V/min,功率 100 W,

内镜直视下将导管探头送达出血病灶上方 0.3~0.5 cm,每次 1~3 s。导管前端释放短暂的蓝红色火光进行止血。止血后病灶泛白至黝黑,吸净肠腔内烟雾,观察出血病灶,确定止血后退镜。联合止血:注射止血+APC 止血联合或注射止血+止血夹联合。

## 1.3 统计学处理

应用 SPSS 16.0 统计软件,实验数据采用  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 全结肠镜检查完成情况

老年组 189 例结肠镜到达回盲部(其中 106 例插入回肠末段);68 例因结直肠恶性肿瘤致肠道狭窄,肠镜无法通过肠腔,不能继续进镜;17 例因肠道内血凝块及粪便残留严重致进镜困难无法继续插入;3 例因患者不能耐受要求中止肠镜检查。无 1 例出现肠穿孔等肠镜检查并发症。无 1 例因大出血死亡。

非老年组 150 例结肠镜到达回盲部(其中 110 例插入回肠末段);35 例因结直肠恶性肿瘤致肠道狭窄,肠镜无法通过肠腔,不能继续进镜;14 例因肠道内血凝块及粪便残留严重致进镜困难无法继续插入;2 例因患者不能耐受要求中止肠镜检查。无 1 例出现肠穿孔。无 1 例因大出血死亡。

### 2.2 急诊结肠镜病因诊断结果

277 例老年人急诊结肠镜检查共发现结直肠出血病例 225 例(52 例最终诊断为小肠出血,本文仅研究结直肠出血),其中活动性出血 134 例。201 例非老年人急诊结肠镜检查共发现结直肠出血病例 181 例(20 例诊断为小肠出血),其中活动性出血 112 例。老年组与非老年组结直肠出血病因及比较见表 1。

表 1 老年人与非老年人急性下消化道大出血的病因分析

例(%)

| 组别   | 例数  | 大肠恶性肿瘤    | 大肠息肉      | 缺血性结肠炎    | 血管性病变     | 痔       | 炎症性肠病     | 憩室炎或溃疡   | 肠结核     |
|------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|----------|---------|
| 老年组  | 225 | 98(43.56) | 60(26.67) | 44(19.56) | 10(4.44)  | 5(2.22) | 4(1.78)   | 3(1.33)  | 1(0.44) |
| 非老年组 | 181 | 55(30.39) | 42(23.20) | 5(2.76)   | 21(11.60) | 8(4.42) | 40(22.10) | 10(5.52) | 0       |

经  $\chi^2$  检验比较,老年组急性下消化道出血的病因与非老年组比较差异有统计学意义( $P<0.01$ )。老年人急性下消化道出血的前 4 位病因分别为:大肠恶性肿瘤、大肠息肉、缺血性结肠炎、血管性病变。

### 2.3 急诊结肠镜镜下止血治疗结果

134 例老年活动性结直肠出血患者中 127 例(94.78%)行结肠镜下止血治疗,112 例非老年活动

性结直肠出血患者中 105 例(93.75%)行结肠镜下止血治疗,上述患者均符合急诊内镜下止血原则。老年组 102 例(80.31%)内镜下止血成功,非老年组 87 例(82.86%)内镜下止血成功,经  $\chi^2$  检验比较,差异无统计学意义。余内镜下止血失败者,继续内科药物或外科手术治疗。

### 3 讨论

随着我国人口老龄化,老年患者的疾病管理得到越来越多的关注。老年人具有特殊的生理及心理特点,多合并有心脑血管疾病等慢性病、多脏器功能不全、应用 NSAIDs 类药物比例高,全身情况复杂等问题,因此急性下消化道出血的发生对其的危害程度远较非老年人明显,处理不及时甚至可能危及患者生命。本研究提示在老年患者病情允许下,尽早(出血后 12~48 h 内)行急诊结肠镜检查是安全可行的,有利于尽快明确诊断,及时采取有效治疗。当然,在行急诊结肠镜检查前,内镜医师要进行综合评估,包括:老年人的生命体征、重要脏器功能、出血量的多少等,以保证结肠镜检查的安全性,并决定内镜下治疗的方式。

以往研究表明下消化道出血的常见病因依次为:大肠息肉(30.1%)、结肠癌(8.3%)、溃疡性结肠炎(7.9%)、不明原因肠炎(7.7%)等<sup>[2]</sup>,但本研究显示老年人急性下消化道出血的前 4 位病因分别为:大肠恶性肿瘤、大肠息肉、缺血性结肠炎、血管性病变。大肠恶性肿瘤、缺血性结肠炎、血管性病变(包括:动静脉畸形、血管发育不良、Dieulafoy 病、结肠黏膜下静脉曲张)的发病比例有所提高。近年来,随着人们饮食结构、生活水平、遗传因素、周围环境因素等改变,大肠癌的发病率上升为恶性肿瘤的第 3 位<sup>[3-4]</sup>。本研究中 68 例老年人急性下消化道出血患者是因结直肠恶性肿瘤所致,患者出现便血常提示肿瘤发展至中晚期,内镜下止血治疗效果较差。缺血性结肠炎是由于各种原因使肠壁血流灌注不良,引起缺血性肠道损害,是肠壁营养障碍综合征的一种。缺血性结肠炎的患病率有明显增加,它是老年人常见疾病之一,常合并心脑血管等疾病<sup>[5]</sup>,临床医师越来越重视该疾病的诊治。心脑血管疾病容易导致肠系膜动脉硬化致管腔狭窄,引起血流动力学变化,形成微小血栓,从而引起肠壁供血减少,引起结肠缺血。糖尿病也引起小血管炎和微小血栓形成,也促使肠壁缺血。结肠镜检查可确定缺血性肠病的病变部位、范围,发病阶段及预后<sup>[6-7]</sup>。本研究显示老年人缺血性结肠炎患者的内镜下表现特点为:①病变部位:好发于左半结肠,因为脾曲至乙状结肠是肠系膜上、下动脉及肠系膜下动脉与髂动脉的交界处,与小肠血管的吻合支较少,血液供应薄弱。②病灶特征:病变多发,呈阶段性分布,病变黏膜和正常黏膜境界清楚,病变多累及某一肠段的 1/4~1/3 肠壁,病变区黏膜充血、水肿、糜烂、出血、溃疡形成,多为纵行浅溃疡,多沿肠系膜侧分布,也可为不规则形且边缘清楚的溃疡,血管网消失,病灶黏膜质脆接触

易出血。该类病变因病变范围相对较广,故内镜下局部止血效果欠佳,积极的内科治疗往往有效,包括:禁食、氧疗、消除诱因及治疗并发症、扩充血容量、疏通微循环、改善肠黏膜缺血状况、改善全身状况、抗休克、补液等<sup>[8]</sup>。本研究显示导致老年人急性下消化道大出血的第 4 位疾病为血管性病变,以往这类病变的发现率不高,也容易被临床医师忽视;然而随着内镜的广泛应用,发现了很多不同类型的血管性病变,这些病变有先天性遗传因素(如:血管畸形、遗传性出血性毛细血管扩张症),也有继发性因素(如:Wegener 肉芽肿);血管性病变出血速度快,出血量大,需引起临床高度重视,部分病变内镜下应用止血夹止血效果较好。

研究表明老年人与非老年人行内镜下止血术均是安全、有效的<sup>[10]</sup>。内镜医生根据患者全身状况、病变情况决定内镜下止血方式。如:息肉出血可应用 APC、电凝电切术、止血夹止血法;肠壁糜烂可用凝血酶或 1:10 000 肾上腺素局部喷洒止血;肠壁溃疡出血可用凝血酶或 1:10 000 肾上腺素局部喷洒止血、注射药物止血;血管断端可用止血夹止血。本研究提示老年人内镜下止血成功率在 80.31%,且无明显并发症出现。部分内镜下止血不成功的病例需积极内科治疗,或进一步行 DSA 或外科手术治疗。

电子结肠镜检查是老年人下消化道出血诊断最有效的方法<sup>[11]</sup>,既能直接观察病灶、活检作病理组织学诊断,又能在结肠镜下采取积极有效的止血治疗,而且实践证明:由经验丰富的内镜医生进行操作,即使在大出血的情况下,仍然是有效、安全和可靠的检查及治疗方法。

### 参考文献

- [1] 骆桂红. 肠镜对老年性下消化道出血及肠癌的临床诊断价值[J]. 实用癌症杂志, 2013, 28(4):365-366.
- [2] 朱 美, 陈隆典. 518 例中青年下消化道出血患者肠镜检查结果分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2000, 17(3):183-184.
- [3] 龚杨明, 彭 鹏, 吴春晓, 等. 大肠癌筛查策略和进展[J]. 环境与职业医学, 2012, 29(10):660-663.
- [4] 中华医学会北京消化病学会大肠癌协作组. 医院就诊人群与普查人群中大肠癌患者临床资料的比较[J]. 胃肠病学, 2004, 9(3):145-149.
- [5] 徐幼飞. 缺血性结肠炎的诊断与治疗进展[J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(21):3061-3066.
- [6] 张 浩, 田 怡, 冯 莉, 等. 缺血性结肠炎与溃疡性结肠炎临床特征、内镜特点比较分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(11):609-611.

- and the risk of hepatocellular carcinoma in West Africa [J]. *Hepatology*, 2004, 39:211-219.
- [3] JIA Z, WANG L, LIU C, et al. Evaluation of alpha-fetoprotein-L3 and Golgi protein 73 detection in diagnosis of hepatocellular carcinoma [J]. *Contemp Oncol (Pozn)*, 2014, 18:192-196.
- [4] MALAGUARNERA G, GIORDANO M, PALADINA I, et al. Serum markers of hepatocellular carcinoma [J]. *Dig Dis Sci*, 2010, 55:2744-2755.
- [5] SASSA T, KUMADA T, NAKANO S, et al. Clinical utility of simultaneous measurement of serum high-sensitivity des- $\gamma$ -carboxy prothrombin and Lens culinaris agglutinin A-reactive  $\alpha$ -fetoprotein in patients with small hepatocellular carcinoma [J]. *Euro J Gastroenterol Hepatol*, 1999, 11:1387-1392.
- [6] STERLING R K, JEFFERS L, GORDON F, et al. Utility of Lens culinaris agglutinin-reactive fraction of  $\alpha$ -fetoprotein and des-Gamma-carboxy prothrombin, alone or in combination, as biomarkers for hepatocellular carcinoma [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2009, 7: 104-113.
- [7] 李冰, 范公忍, 曹建彪. 甲胎蛋白异质体对肝细胞癌早期诊断的临床意义 [J]. *医学综述*, 2012, 19(18): 3284-3286.
- [8] 张志华. 甲胎蛋白异质体在原发性肝癌诊断中的临床应用 [J]. *中国保健营养*, 2012, 18(8):4140-4141.
- [9] 徐飞, 牛文彦. 甲胎蛋白和甲胎蛋白异质体诊断原发性肝癌的价值 [J]. *天津医科大学学报*, 2014, 20(6):475-76.
- [10] 李玉柱, 张玉敏. 血清铁蛋白、甲胎蛋白和甲胎蛋白异质体联合检测对原发性肝癌诊断的临床意义 [J]. *肿瘤研究与临床*, 2014, 26(7):468-469, 472.
- [11] 丁艳, 李丹, 王念跃, 等. 高尔基蛋白 73、甲胎蛋白异质体 3、甲胎蛋白和  $\alpha$ -L-岩藻糖苷酶在肝脏疾病中的诊断价值 [J]. *临床肝胆病杂志*, 2014, 30(8): 785-789.
- [12] 刘颖, 徐飞, 胡艳玲, 等. 甲胎蛋白异质体对诊断肝细胞癌的相关价值研究 [J]. *中国肝脏病杂志(电子版)*, 2014, 6(2):44-46.
- [13] 王国芳, 徐美珍, 张欢妍, 等. 甲胎蛋白异质体和甲胎蛋白联合检测的临床价值 [J]. *淮海医药*, 2015, 33(1):20-21.
- [14] 杨盛力, 王云霞, 赵志辉, 等. 比较 GP73 和 AFP 联合检测与 AFP 单项检测对原发性肝癌的诊断价值的 Meta 分析 [J]. *肝胆外科杂志*, 2012, 20(4):251-55.
- [15] KIM S U, PARK J H, KIM H S, et al. Serum Dickkopf-1 as a Biomarker for the Diagnosis of Hepatocellular Carcinoma [J]. *Yonsei Med J*, 2015, 56:1296-306.
- [16] WU W, YAO D F, YUAN Y M, et al. Combined serum hepatoma-specific alpha-fetoprotein and circulating alpha-fetoprotein-mRNA in diagnosis of hepatocellular carcinoma [J]. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2006, 5: 538-544.
- [17] YI X, YU S, BAO Y. Alpha-fetoprotein-L3 in hepatocellular carcinoma: a Meta-analysis [J]. *Clin Chim Acta*, 2013, 425:212-220.
- [18] WALTER S D. Properties of the summary receiver operating characteristic (SROC) curve for diagnostic test data [J]. *Stat Med*, 2002, 21:1237-1256.
- [19] 刘关键, 吴泰相. 诊断性试验的 Meta 分析—SROC 曲线法介绍 [J]. *中国循证医学杂志*, 2003, 3(1):41-44.
- [20] 陈一博, 张俊晶, 孟兴凯. 原发性肝癌预后影响因素的研究进展 [J]. *肝胆胰外科杂志*, 2015, 27(2):164-166.

(上接第 944 页)

- [7] 刘景霞, 刘伟. 缺血性结肠炎的临床及内镜表现 [J]. *中国实用医刊*, 2012, 39(5):113-114.
- [8] 吕愈敏. 缺血性肠病的诊治 [J]. *中国消化内镜*, 2008, 2(6):13-18.
- [9] 李承恩, 欧希龙, 贺永军, 等. 下消化道出血结肠镜检查方法探讨及结果分析 [J]. *现代医学*, 2011, 39(5): 520-523.
- [10] 刘振珍, 王英凯, 唐岚, 等. 老年人下消化道出血的诊治进展 [J]. *中国老年学杂志*, 2011, 31(9):1709-1711.
- [11] ANGTUACO T L, REDDY S K, DRAPKIN S, et al. The utility of urgent colonoscopy in the evaluation of acute lower gastrointestinal tract bleeding: a 2-year experience from a single center [J]. *Am J Gastroenterol*, 2001, 96:1782-1785.