

老年人消化道出血

刘文忠

上海交通大学医学院附属仁济医院消化内科(200001)

摘要 在消化道出血患者中,老年患者在出血发病率、病因构成、临床表现、处理和预后等方面有其独特性。人口老龄化使老年人消化道出血的评估和处理成为一种特殊且越来越常见的临床挑战。本文对这一主题进行详细综述。

关键词 胃肠出血; 老年人; 幽门螺杆菌; 消炎药,非甾类

Gastrointestinal Bleeding in Elderly LIU Wenzhong. Division of Gastroenterology and Hepatology, Ren Ji Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai (200001)

Abstract In patients with gastrointestinal bleeding, the elderly patients have the unique features in bleeding incidence, etiologic constitution, clinical manifestations, management and prognosis. The aging of population makes the evaluation and management of gastrointestinal bleeding in elderly a special and increasingly common clinical challenge. This paper reviewed this topic in detail.

Key words Gastrointestinal Hemorrhage; Aged; *Helicobacter pylori*; Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal

消化道出血在老年人中很常见,是老年人住院治疗最常见的指征之一,每年约有 1% 的老年人因消化道出血而住院。出血可源于上消化道或下消化道,可有一系列消化道出血的表现,包括呕血、黑便、便血、粪便隐血试验阳性和(或)缺铁性贫血。老年人的消化道生理和病理生理状况会发生改变,伴随有其他严重疾病概率显著增加,服用非甾体消炎药(non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)和(或)阿司匹林者的比率也显著高于一般人群,因此,老年人消化道出血在出血原因构成的相对比例、出血自然病史、严重程度和结局等方面在一定程度上不同于一般人群。为此,有必要对老年人消化道出血作专题论述。

一、老年人消化道和出血相关消化道疾病的特点

1. 老年人群中幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染率高:流行病学研究表明, Hp 感染率随着年龄的增长而升高,这是因为 Hp 的年感染率约为 1% ~ 2%, 感染后自发清除少见,因此 Hp 在老年人群中的累积感染率高。 Hp 感染率在不同国家

或地区之间存在显著差异,总体上是发展中国家高于发达国家,农村高于城市。近 20 年来,发达国家人群中的 Hp 感染率已有显著下降,从 30% ~ 40% 下降至 15% ~ 25%。但是,我国的 Hp 总体感染率仍然很高,达 40% ~ 60%,老年人群中可能达 50% ~ 70%。

Hp 感染是消化性溃疡的主要病因之一。在西方国家,约 80% ~ 90% 的十二指肠溃疡和 60% ~ 70% 的胃溃疡是由 Hp 感染所致;我国人群中 90% 以上的十二指肠溃疡和 70% ~ 80% 的胃溃疡是由 Hp 感染所致。由于 Hp 感染和服用 NSAIDs 是消化性溃疡两个最主要的病因,我国人群中服用 NSAIDs 包括阿司匹林者的比率低于西方国家,而 Hp 感染率则高于西方国家,所以我国 Hp 相关消化性溃疡的比率高于西方国家。

2. 老年人消化道黏膜防御功能降低:老年人由于衰老和(或)其他病理因素的作用,消化道黏膜的血液供应减少、细胞代谢水平降低,细胞分裂、增殖速率减慢,黏膜细胞产生的防御因子如前列腺素、黏液等减少,从而使消化道黏膜的总体防御功能降低。这不仅表现为在相同病因作用下(如 NSAIDs 包括阿司匹林),消化道黏膜损伤在老年人中的发

病率较非老年人更高,还表现为消化道黏膜损伤后,老年人的修复能力更差,黏膜糜烂、溃疡的愈合缓慢。

3. 老年人消化道出血的病因:老年人消化道出血病因构成谱与非老年人相比无明显差异,但各病因构成比与非老年人相比存在差异。上消化道出血的病因包括消化性溃疡、急性糜烂出血性胃炎、食管胃底静脉曲张破裂出血、上消化道肿瘤、食管炎/食管溃疡、食管贲门黏膜撕裂综合征(Mallory-Weiss syndrome)、胃血管病变(如Dieulafoy病)等。老年上消化道出血患者中,急性糜烂出血性胃炎、上消化道肿瘤、胃血管病变在出血病因中所占比率一般较非老年患者高。下消化道出血的病因包括炎症性肠病、结肠炎(缺血性、放射性、感染性、非特异性)、结肠憩室、肿瘤、血管发育不良(angiodysplasia)等。老年下消化道出血患者中,结肠憩室、缺血性结肠炎、肿瘤、血管发育不良在出血病因中所占比率一般较非老年患者高。发达国家老年下消化道出血患者中,由结肠憩室所致者可占50%,其次为缺血性结肠炎。我国基于中文文献、纳入53 951例下消化道出血患者资料的系统分析结果显示,结直肠癌是老年患者下消化道出血最常见的病因,比率高达36%;其次为结直肠息肉,比率达26%。

二、老年人消化道出血的流行病学

1. 上消化道出血的流行病学:人群中上消化道出血的发病率(基于住院资料统计)约为40~172/10万人年,但不同年龄组发病率有显著差异。在老年人群(>60岁)中,上消化道出血发病率可达400~500/10万人年,在高龄老年人群(>80~85岁)中则可达到1 000/10万人年。对比研究显示,70岁以上老年人群中上消化道出血的发病率较30岁以下成人高20~30倍。在美国,高达70%的上消化道出血发生于年龄大于60岁的人群中。在英国,约27%的上消化道出血发生在80岁以上的人群中。近10~20年来,一般人群中上消化道出血的发病率有下降趋势,这在西方国家尤为明显。发病率下降的主要原因是Hp感染率下降,使与之相关的消化性溃疡发病率下降。但老年人群中上消化道出血发病率的变化趋势,文献报道结果稍有不同。这主要是因为人群中服用NSAIDs包括阿司

匹林和其他抗血小板药物者的比率在上升,服用这些药物可增加消化性溃疡发病和出血的危险性,从而在一定程度上抵消了Hp相关消化性溃疡发病率的下降。由于服用上述药物者多为中老年人,因此在总体人群中,老年人上消化道出血的发病率有一定上升。

2. 下消化道出血的流行病学:下消化道出血的发病率低于上消化道出血,一般占消化道出血的20%~30%。老年人下消化道出血的发病率显著高于一般人群,70~80岁人群中下消化道出血的发病率较30岁以下成人高30~50倍。这是因为在老年人群中,引起下消化道出血的肠道血管病变、结肠憩室、缺血性结肠炎、肿瘤等疾病的发病率显著高于年轻人群。与一般人群中上消化道出血发病率呈下降趋势不同,一般人群包括老年人群中下消化道出血的发病率稍有上升。服用NSAIDs包括阿司匹林不仅可诱发消化性溃疡和胃黏膜糜烂,还可损伤下消化道黏膜而导致出血。有资料显示,同时长期服用NSAIDs和质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)的患者中,下消化道黏膜损伤出血的概率增加,这是因为PPI可改变肠道菌群,后者参与了NSAIDs对肠黏膜的损伤。老年人群中服用NSAIDs包括阿司匹林的比率在上升,这在一定程度上可解释老年人群中下消化道出血发病率的上升趋势。

三、老年人消化道出血的特点

1. 出血前消化道症状少:消化性溃疡、急性糜烂出血性胃炎(应激、药物)等仍然是老年人上消化道出血的主要病因。老年人对疼痛的敏感性降低,消化性溃疡患者中无痛性溃疡(silent ulcer)的比率显著高于一般人群。约15%~25%的消化性溃疡患者可无消化不良症状,如上腹疼痛,这一比率在老年人中可高达50%。NSAIDs包括阿司匹林相关消化性溃疡无症状的比率高于Hp相关消化性溃疡,老年人中服用NSAIDs包括阿司匹林的比率较高,因此NSAIDs相关消化性溃疡的比率较高。发生应激所致的胃黏膜糜烂等病变时,患者的消化道症状往往被引起应激的原发性严重疾病所掩盖,从而使多数患者在上消化道出血前无消化不良症状。这些均是导致老年人上消化道出血前消化道症状少的原因。在老年人下消化道出血的病因构

成中,血管发育不良、结肠憩室占比较高,这些病因导致的出血在出血前多无症状。

2. 伴随其他严重疾病的概率增加:老年患者上消化道出血可继发于或伴有脑血管意外、心肌梗死、呼吸衰竭、肾功能不全、肝硬化等严重疾病。这些疾病的发生率在老年患者中显著增加,可通过应激反应、增加胃酸分泌、降低胃肠道黏膜防御功能、改变凝血功能和(或)治疗这些疾病药物的不良反应等机制单独或联合作用,引起消化道黏膜糜烂、溃疡,从而导致出血。

3. 再出血率高:老年患者对损伤组织的修复能力差。消化道出血继发于或伴有脑血管意外、心肌梗死、呼吸衰竭、肾功能不全、肝硬化等严重疾病的概率显著增加,这些严重疾病可降低消化道出血的治疗效果。此外,老年患者中胃肠道血管病变如血管发育不良、憩室等疾病的发病率增加,这些疾病治疗效果差,病变持续存在,可导致反复的消化道出血。

4. 预后差、死亡率高:近 20 余年来,消化道出血的粗死亡率(crude mortality rate)仍在 5% ~ 10%。随着高效抑酸药物如 PPI 的普遍应用,以及内镜下治疗和其他介入治疗等止血方法的开展和应用,一般人群中消化道出血的死亡率已有降低趋势,但老年患者中死亡率并未降低。随着平均寿命的延长,老年人口占比显著增加,老年人消化道出血的比率呈显著上升趋势。老年患者消化道出血的治疗效果较非老年患者差;再出血发生概率高;出血往往继发于或伴有脑血管意外、心肌梗死、呼吸衰竭、肾功能不全、肝硬化等严重疾病;大出血后机体代偿功能差,易诱发脑、心、肾、肝、胃肠道等重要器官功能不全,器官功能不全又可影响出血的治疗;高龄患者手术治疗消化道出血的风险高。这些因素决定了老年患者消化道出血的死亡率高于非老年患者。尽管消化道出血的预防和治疗已有很大进展,但由于老年患者消化道出血比率的上升和这一人群消化道出血的死亡率较高,其消化道出血的总体死亡率仍维持在高位。一项 295 例上消化道出血患者的研究资料显示,年龄 ≥ 75 岁组(平均 83 岁)的死亡率为 18%,而年龄 < 75 岁组(平均年龄 56 岁)的死亡率仅为 3.5%,两组间有非常显著差异。国内一组

414 例老年患者(平均年龄 83.5 岁)的资料显示,出血 30 d 内的死亡率达 14%。有多种危险性计分系统(risk scoring systems)可评估上消化道出血预后不良的风险,其中 Rockall 计分中,年龄和伴发的心、脑、肝、肾等重要器官疾病均是重要计分参数。

四、老年人消化道出血处理中需注意的问题

1. 对消化道出血的识别要提高警惕:由于老年人发生消化道出血前多无明显的消化道症状,因此对存在消化道出血风险的老年患者,如服用 NSAIDs 包括阿司匹林等药物、存在其他器官严重疾病、应激等状况者应密切观察,以及时发现消化道出血。此外,老年患者中消化道出血仅表现为缺铁性贫血者也不在少数,对这些患者应及时筛查,找出病因。

2. 内镜检查和治疗的安全性:内镜检查,包括胃镜、结肠镜乃至小肠镜检查,总体上在老年患者中仍有相对较高的安全性,但与年轻患者中的内镜并发症发生率(0.05% ~ 0.13%)相比,老年患者的并发症发生率有显著上升(0.24% ~ 5.0%)。急诊内镜、治疗内镜的并发症发生率更高,并发症包括局部出血、穿孔和心肌梗死、窒息、吸入性肺炎等。并发症的发生除与患者的病情相关外,还与操作医师的技术熟练程度、操作过程中监护的严密程度、内镜检查中镇静/麻醉药物的应用等因素有关。内镜检查不仅能明确出血病因,还可开展内镜下止血治疗,在消化道出血的处理中起关键作用。但在老年患者中,特别是在伴有其他严重疾病的患者中,内镜检查/治疗的风险增加,要审慎平衡内镜检查/治疗的获益和风险。

3. 消化道出血与其他严重疾病可互为因果:脑血管意外、心肌梗死、呼吸衰竭、肾功能不全、肝硬化等严重疾病可并发消化道出血;消化道大出血、休克可诱发脑血管血栓形成、心肌缺血、肾功能不全、肝功能受损等。因此,在这些消化道出血患者的治疗中,需要积极治疗诱发出血的原发疾病。大出血者要及时纠正严重贫血、低血容量、低血压或休克,以避免损伤其他重要器官。

4. 需要更积极的处理:由于老年患者的消化道出血治疗效果差、再出血率和死亡率高,因此需要更积极的治疗。鉴于老年患者上消化道出血的这

些特点,应适当放宽收住入院的指征,加强监护,积极处理相关并发症。

主要参考文献

- 1 Ahmed A, Stanley AJ. Acute upper gastrointestinal bleeding in the elderly: aetiology, diagnosis and treatment [J]. *Drugs Aging*, 2012, 29 (12): 933-940.
- 2 Kyaw MH, Chan FK. Pharmacologic options in the management of upper gastrointestinal bleeding: focus on the elderly [J]. *Drugs Aging*, 2014, 31 (5): 349-361.
- 3 Ghassemi KA, Jensen DM. Lower GI bleeding: epidemiology and management [J]. *Curr Gastroenterol Rep*, 2013, 15 (7): 333.
- 4 Bai Y, Peng J, Gao J, et al. Epidemiology of lower gastrointestinal bleeding in China: single-center series and systematic analysis of Chinese literature with 53, 951 patients [J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2011, 26 (4): 678-682.
- 5 Yachimski PS, Friedman LS. Gastrointestinal bleeding in the elderly [J]. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*, 2008, 5 (2): 80-93.
- 6 Marlicz W, Loniewski I, Grimes DS, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, proton pump inhibitors, and gastrointestinal injury: contrasting interactions in the stomach and small intestine [J]. *Mayo Clin Proc*, 2014, 89 (12): 1699-1709.
- 7 Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, et al. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting [J]. *Scand J Gastroenterol*, 2013, 48 (4): 439-447.
- 8 Hreinsson JP, Gudmundsson S, Kalaitzakis E, et al. Lower gastrointestinal bleeding: incidence, etiology, and outcomes in a population-based setting [J]. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2013, 25 (1): 37-43.
- 9 石卉,吴本俨,宫媛. 老年消化道出血 414 例临床分析及死亡风险评估 [J]. *中华内科杂志*, 2011, 50 (8): 642-645.
- 10 Stanley AJ. Update on risk scoring systems for patients with upper gastrointestinal haemorrhage [J]. *World J Gastroenterol*, 2012, 18 (22): 2739-2744.
- 11 Byeon JS, Mann NK, Jamil LH, et al. Double balloon enteroscopy can be safely done in elderly patients with significant co-morbidities [J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2012, 27 (12): 1831-1836.
- 12 Jairath V, Thompson J, Kahan BC, et al. Poor outcomes in hospitalized patients with gastrointestinal bleeding: impact of baseline risk, bleeding severity, and process of care [J]. *Am J Gastroenterol*, 2014, 109 (10): 1603-1612.
- 13 Suehiro T, Yakeishi Y, Sakai F, et al. Gastrointestinal bleeding associated with antithrombotic therapy in the elderly in Japan [J]. *Hepatogastroenterology*, 2012, 59 (115): 774-777.
- 14 Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit [J]. *Gut*, 2011, 60 (10): 1327-1335.
- 15 Higuchi T, Iwakiri R, Hara M, et al. Low-dose aspirin and comorbidities are significantly related to bleeding peptic ulcers in elderly patients compared with nonelderly patients in Japan [J]. *Intern Med*, 2014, 53 (5): 367-373.
- 16 Alkhatib AA, Elkhatib FA. Acute upper gastrointestinal bleeding among early and late elderly patients [J]. *Dig Dis Sci*, 2010, 55 (10): 3007-3009.

(2015-10-10 收稿)