



# 当急性上消化道大出血遇上STEMI

东南大学附属中大医院

朱建



王海昌介入并发症俱乐部  
Haichang Wang PCI Complication Club



江苏省胸痛中心协会



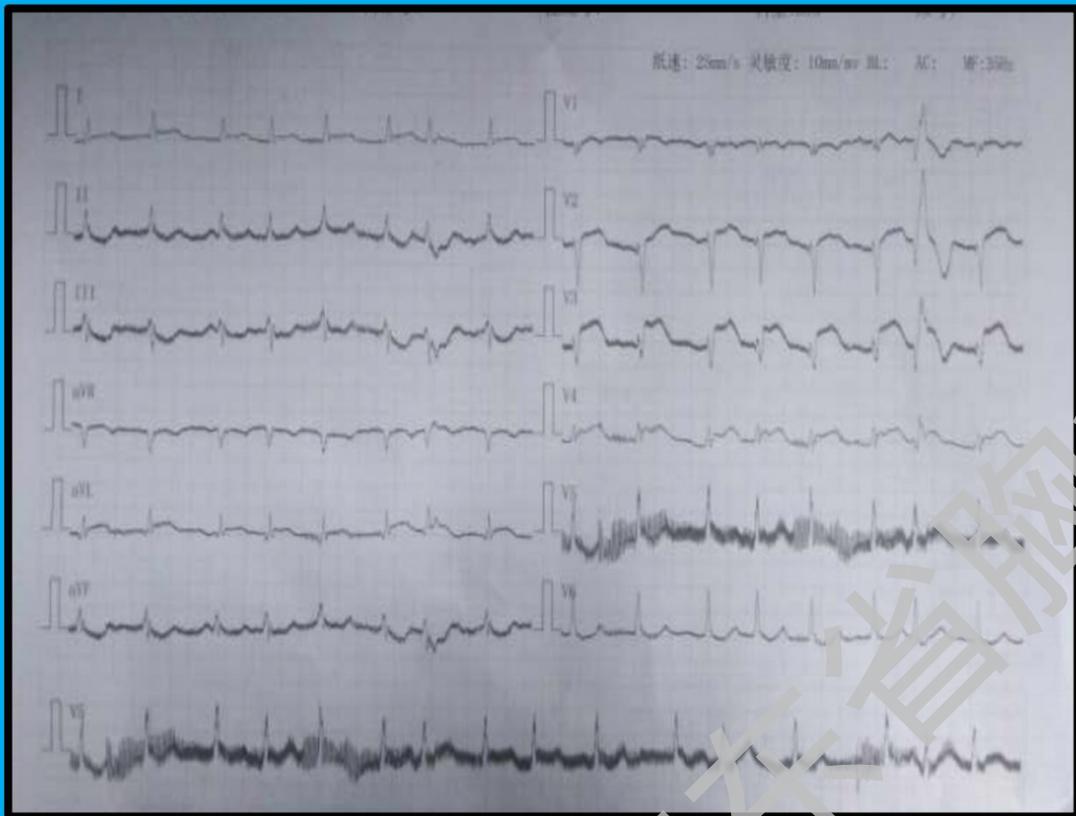
王海昌介入并发症俱乐部  
Haichang Wang PCI Complication Club



# 入急诊科时情况

- BP 103/57mmHg, P 92次/分, SPO<sub>2</sub> 100%
- 神志清晰, 重度贫血貌
- 心率92 次/分, 律齐, 未闻及杂音, 双肺呼吸间清, 未闻及干湿啰音
- 既往史: 七年前因急性前壁心梗在前降支植入支架两枚, 术后规律服药。
- 黑便两天。





### RADIOMETER AQT90 FLEX

AQT90 FLEX	AQT90 FLEX	15:40	2017-4-10
患者报告		样本编号	8223
识别编号			
患者ID	3357311		
检索号			
患者姓	chenzhixing		
患者名			
Tnl	0.014	ng/mL	[ 0.010 - 0.023 ]

15:59:14 2017-4-10





姓名: 性别: 男 年龄: 70岁 床号: 11  
科室: 急诊内科 送检医师: 卢一 检验编号: 134

检验项目	检验结果	单位	结果标志	结果参考
白细胞数目 (WBC)	15.70	$10^9/L$	↑	4.00~10.00
中性粒细胞百分比 (NE%)	81.70		↑	50.00~78.00
淋巴细胞百分比 (LY%)	13.40		↓	20.00~40.00
单核细胞百分比 (MO%)	4.30			3.00~12.00
嗜酸性粒细胞百分比 (EO%)	0.50			0.50~5.00
嗜碱性粒细胞百分比 (BA%)	0.10			0.00~1.00
中性粒细胞数目 (NE-)	12.82	$10^9/L$	↑	2.00~7.00
淋巴细胞数目 (LY-)	2.10	$10^9/L$		0.80~4.00
单核细胞数目 (MO-)	0.68	$10^9/L$		0.12~1.20
嗜酸性粒细胞数目 (EO-)	0.08	$10^9/L$		0.02~0.50
嗜碱性粒细胞数目 (BA-)	0.02	$10^9/L$		0.00~0.10
红细胞数目 (RBC)	2.80	$10^{12}/L$	↓	3.50~5.50
血红蛋白浓度 (HGB)	82.00	g/L	↓	110.00~160.00
红细胞压积 (HCT)	25.60		↓	37.00~54.00
平均红细胞体积 (MCV)	91.20	fL		80.00~100.00
平均血红蛋白量 (MCH)	29.20	pg		27.00~32.00
平均血红蛋白浓度 (MCHC)	320.00	g/L		320.00~360.00
红细胞分布宽度变异系数 (RDW)	15.60			11.00~16.00
红细胞分布宽度标准差 ()	51.10	fL		35.00~55.00
血小板数目 (PLT)	292.00	$10^9/L$		100~300
平均血小板体积 (MPV)	9.00	fL		9.00~13.00
血小板分布宽度 (PDW)	15.30			9.00~17.00
血小板压积 (PCT)	0.25			0.10~0.30

检验日期: 2017-04-10 14:33 报告日期: 2017-04-10 14:33

性别: 男 病区: 急诊内科 仪器号: JZ BC6800 备注:

项目	结果	单位	参考范围	项目	结果	单位	参考范围
白细胞计数	12.96	$10^9/L$	3.5-9.5	平均血小板体积	8.1	fL	7.4-11
红细胞计数	2.82	$10^{12}/L$	4.3-5.8	血小板压积	0.222	%	0.158-0.452
血红蛋白	82	g/L	130-175	血小板分布宽度	15.9	fL	12-16.5
血小板计数	292	$10^9/L$	125-350	大型血小板比率	14.8	%	12-45
中性粒细胞百分比	89.1	%	40-75				
淋巴细胞百分比	7.5	%	20-50				
单核细胞比率	3.2	%	3-10				
嗜酸性粒细胞百分比	0.1	%	0.4-8.0				
嗜碱性粒细胞百分比	0.1	%	0-1				
中性粒细胞计数	11.54	$10^9/L$	1.8-6.3				
淋巴细胞计数	0.97	$10^9/L$	1.1-3.2				
单核细胞计数	0.42	$10^9/L$	0.1-0.6				
嗜酸性粒细胞绝对值	0.01	$10^9/L$	0.02-0.52				
嗜碱性粒细胞绝对值	0.02	$10^9/L$	0-0.06				
红细胞平均体积	82.6	fL	82-100				
红细胞压积	0.24	L/L	0.4-0.5				
平均红细胞血红蛋白含量	27.5	pg	27-34				
平均红细胞血红蛋白浓度	333	g/L	316-354				
红细胞分布宽度-CV	15.0	%	11.6-14.8				
红细胞分布宽度-SD	45.8	fL	36-48				





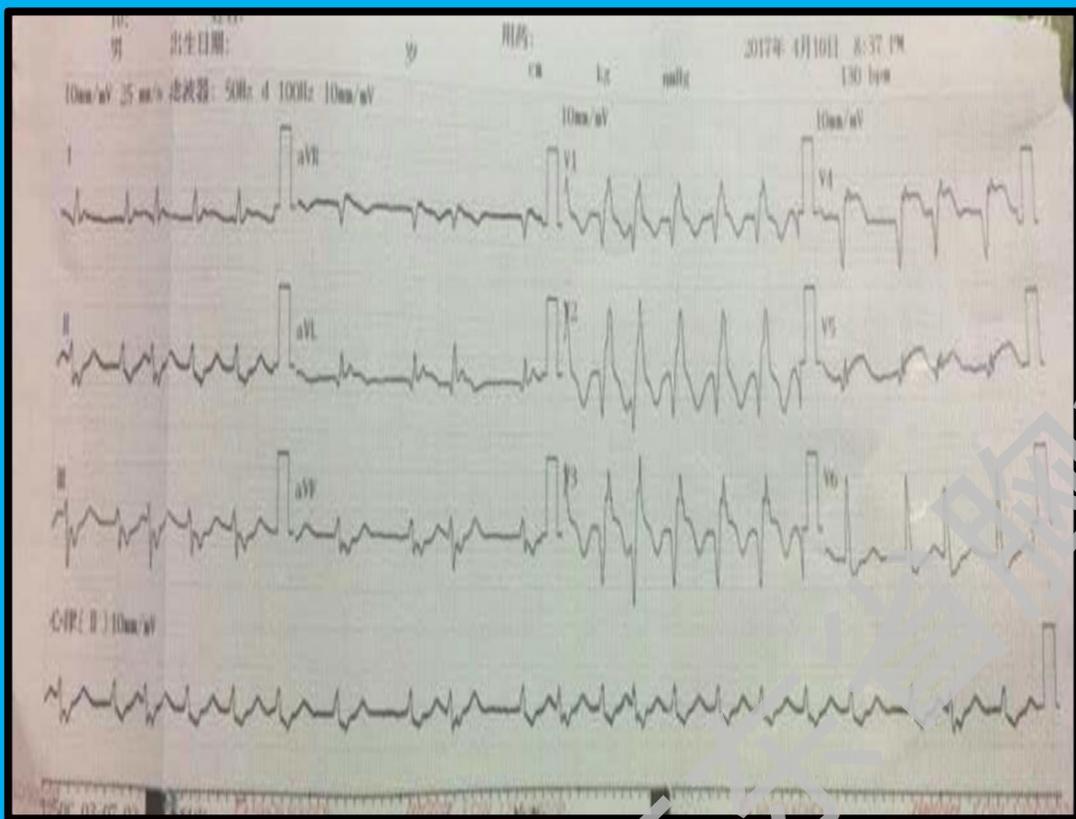
# 治疗策略

- 心梗为重----立即血运重建?
- 出血为重----治疗消化道出血?

江苏省胸痛中心协会



# 六小时后





年龄: 69 岁		科 室: 急诊内科		样本状态: 正常		样本类型: 全血	
性别: 男		病区:		仪器号: JZ BC6800		备 注:	
项 目	结果	单位	参考范围	项 目	结果	单位	参考范围
白细胞计数	11.24 ↑	10 <sup>9</sup> /L	3.5-9.5	平均血小板体积	8.0	fL	7.4-11
红细胞计数	2.73 ↓	10 <sup>12</sup> /L	4.3-5.8	血小板压积	0.199	%	0.158-0.452
血红蛋白	74 ↓	g/L	130-175	血小板分布宽度	16.0	fL	12-16.5
血小板计数	250	10 <sup>9</sup> /L	125-350	大型血小板比率	14.3	%	12-45
中性粒细胞比率	90.5 ↑	%	40-75				
淋巴细胞比率	6.1 ↓	%	20-50				
单核细胞比率	3.2	%	3-10				
嗜酸性粒细胞百分比	0.1 ↓	%	0.4-8.0				
嗜碱性粒细胞百分比	0.1	%	0-1				
中性粒细胞计数	10.16 ↑	10 <sup>9</sup> /L	1.8-6.3				
淋巴细胞计数	0.69 ↓	10 <sup>9</sup> /L	1.1-3.2				
单核细胞计数	0.37	10 <sup>9</sup> /L	0.1-0.6				
嗜酸性粒细胞绝对值	0.01 ↓	10 <sup>9</sup> /L	0.02-0.52				
嗜碱性粒细胞绝对值	0.01	10 <sup>9</sup> /L	0-0.06				
红细胞平均体积	83.0	fL	82-100				
红细胞压积	0.23 ↓	L/L	0.4-0.5				
平均红细胞Hb含量	27.2	pg	27-34				
平均红细胞Hb浓度	328	g/L	316-354				
红细胞分布宽度-CV	15.2 ↑	%	11.6-14.8				
红细胞分布宽度-SD	46.3	fL	36-48				

采集时间: 2017-04-10 20:58 接收时间: 2017-04-10 20:59 检验者: 王贝 审核者: 王贝  
 检验时间: 2017-04-10 20:59 报告时间: 2017-04-10 21:04  
 本结果仅对所做标本负责。 第1页/共1页

## RADIOMETER AQT90 FLEX

AQT90 FLEX AQT90 FLEX      21:05      2017-4-10  
 患者报告      样本编号      8230

---

识别编号

患者ID      3357311

检索号

患者姓      chenzhixing

患者名

---

↑ Tnl      2.0    ng/mL    [ 0.010 - 0.023 ]

---

备注  
 ↑      高于参考范围的值



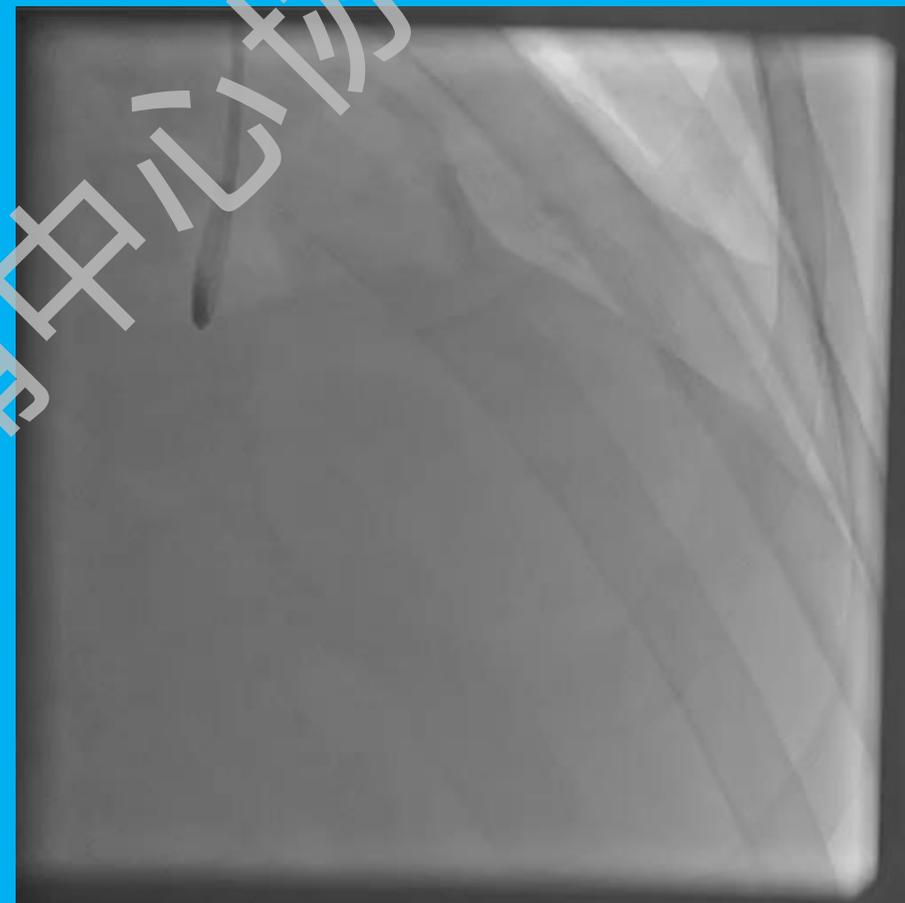
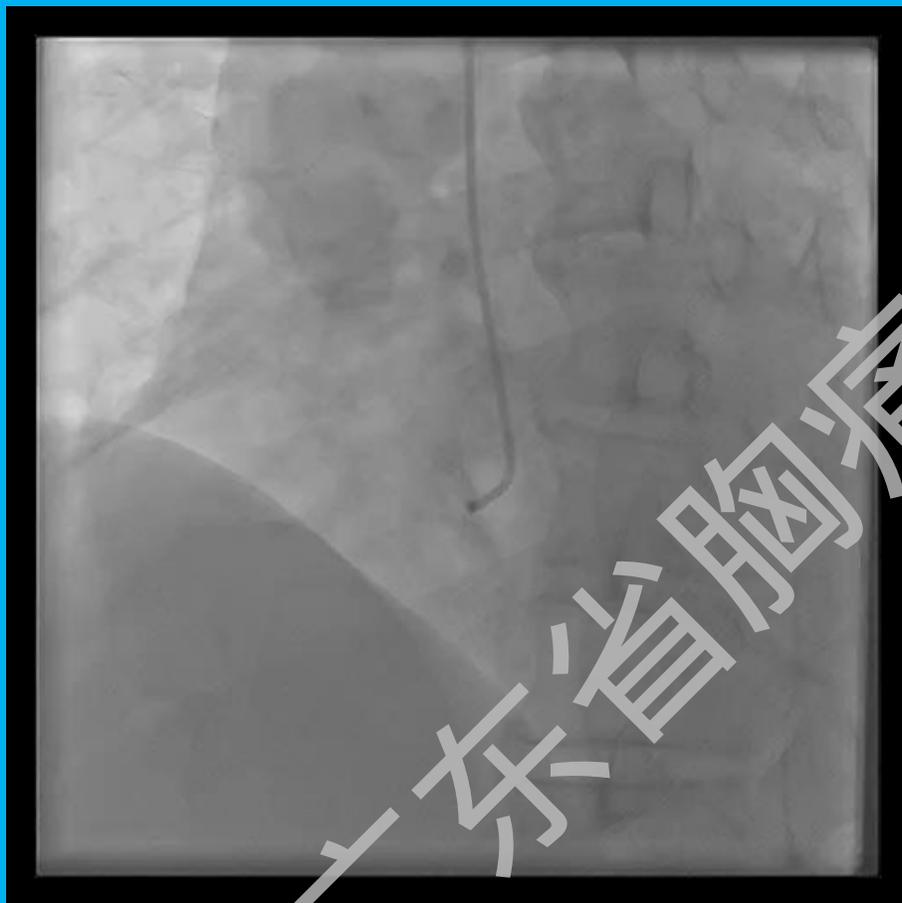


# 病情再评估

- 持续胸闷不缓解。
- 血压在下降，去甲肾上腺素用到30微克/分钟
- 血红蛋白下降
- 心电图前壁导联出现Q波
- 肌钙蛋白较前升高

江苏省胸痛中心协会

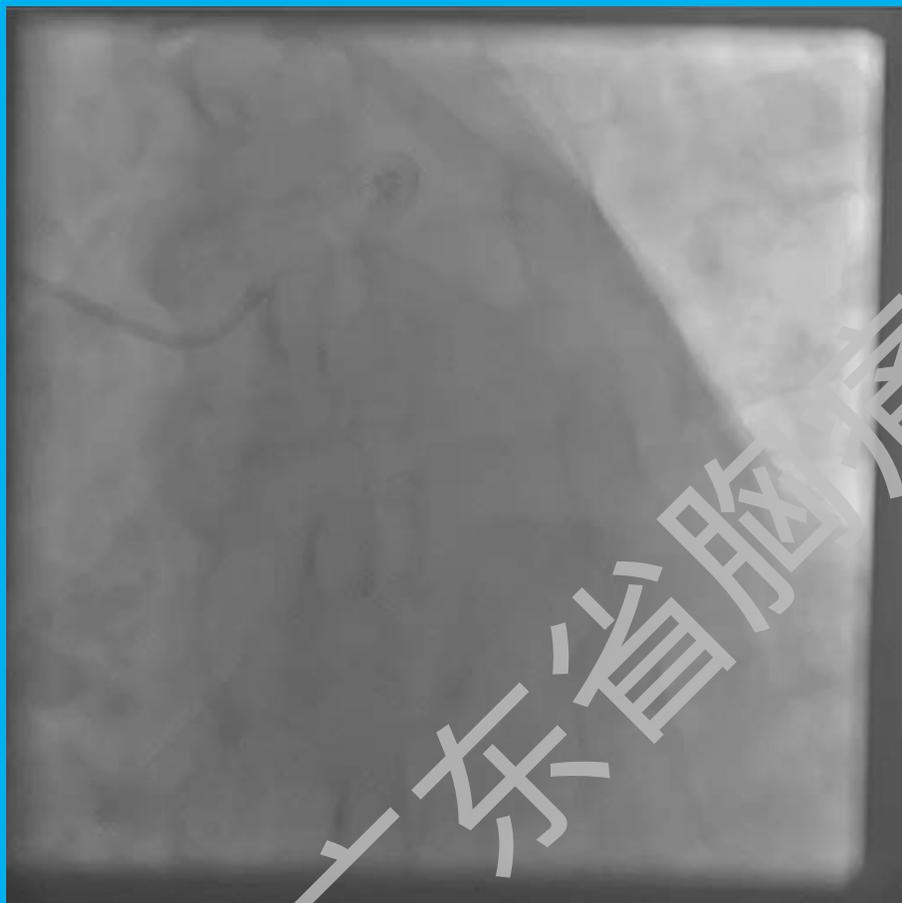




江苏省胸痛中心协会



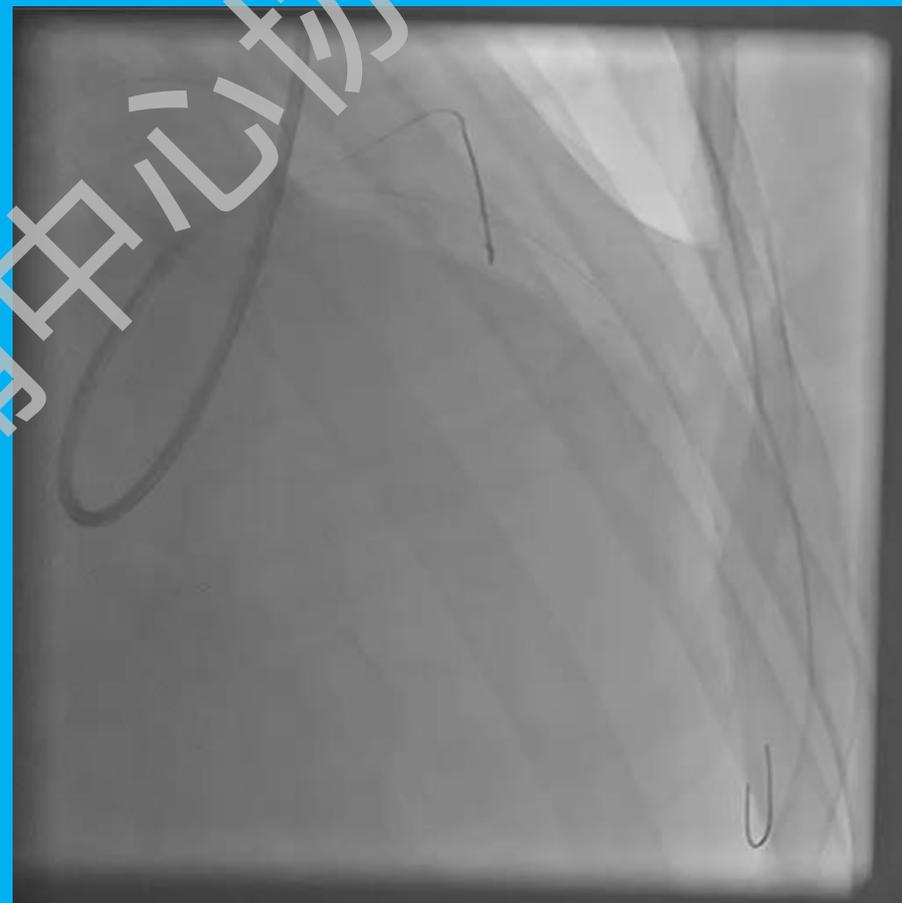
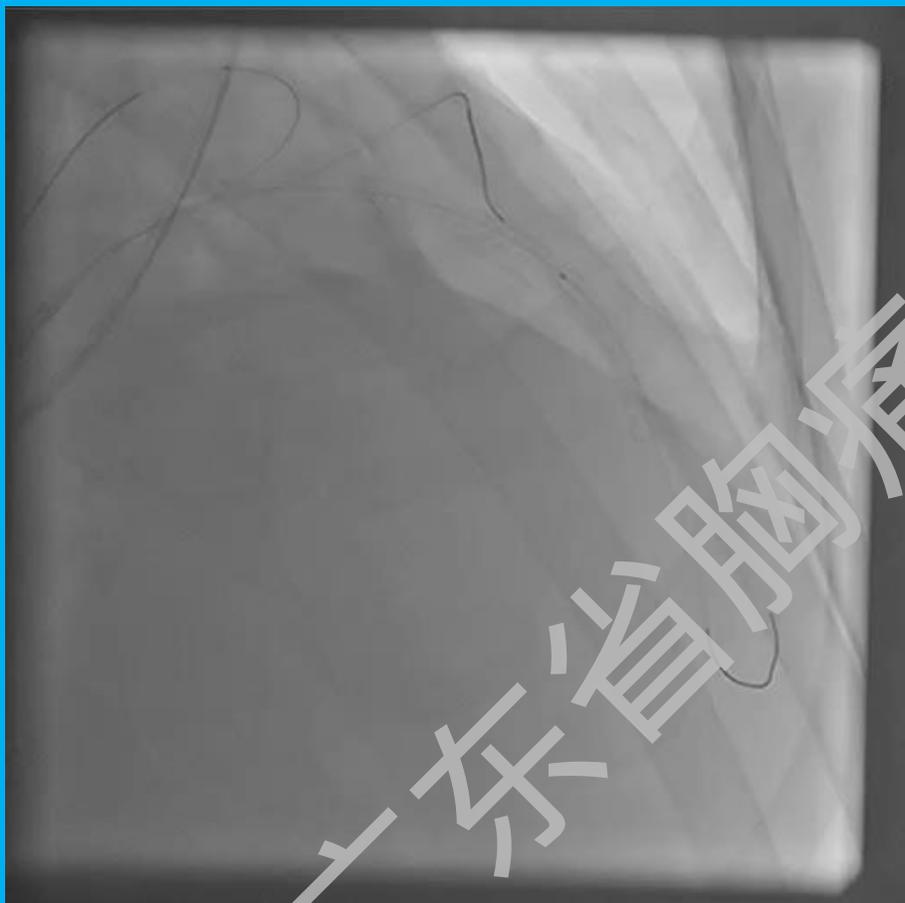
王海昌介入并发症俱乐部  
Haichang Wang PCI Complication Club



江苏省脑痛中心协会



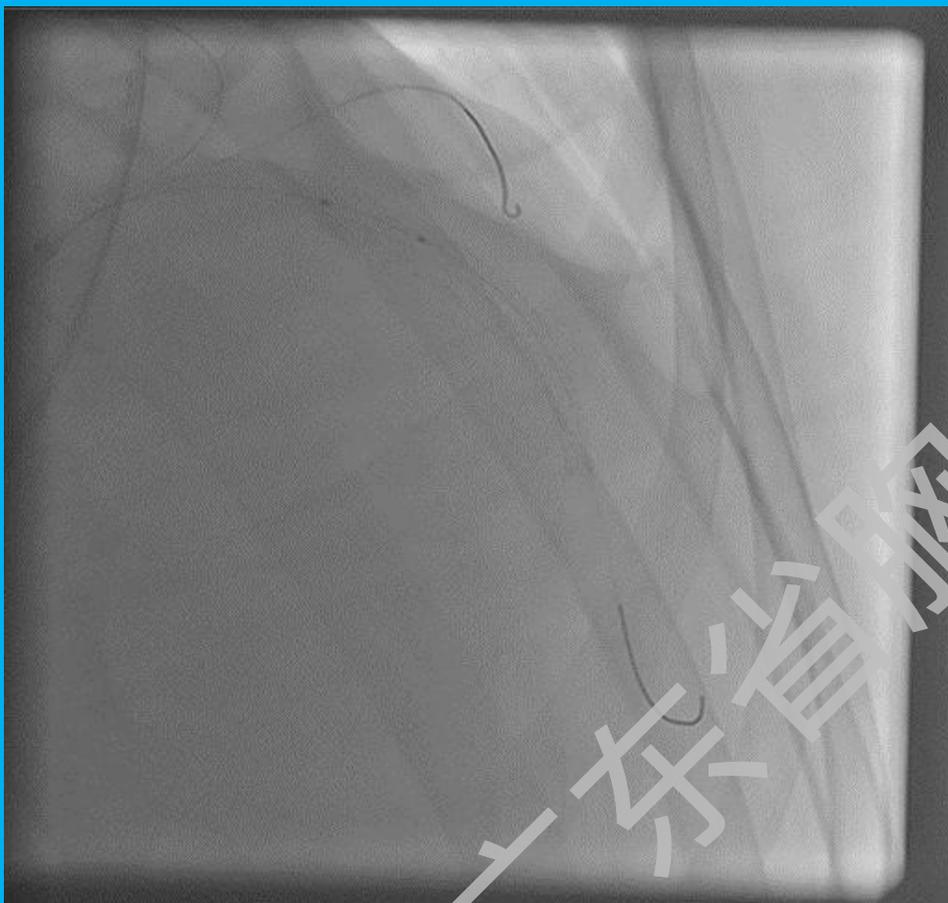
王海昌介入并发症俱乐部  
Haichang Wang PCI Complication Club



江苏省胸痛中心协会



王海昌介入并发症俱乐部  
Haichang Wang PCI Complication Club



江苏省胸痛中心协会



王海昌介入并发症俱乐部  
Haichang Wang PCI Complication Club



# 转归

- 术中用肝素3000单位，续用比伐卢定，术后替格瑞洛+培达
- 术后入ICU
- 消化道出血的治疗：禁食，置胃管，使用质子泵抑制剂，生长抑素，未再出现黑便，无呕吐。复查血红蛋白无下降
- 但血压难以维持，置IABP，持续血管活性药物去甲肾上腺素，多巴酚丁胺泵入，并不断加量
- 病情持续恶化，到第二日中午，去甲肾用到200微克/分钟，血压仍不能维持，无尿。
- 放弃治疗，自动出院





# 经验及教训

- PPCI的时机？
- 术后抗栓治疗方案？

江苏省胸痛中心协会





# PPCI的时机

- 没有指南告诉我们怎么做，但也没有禁忌证
- 虽然合并上消化道大出血，但急性前壁心肌梗死更危及生命，时间就是心肌，时间就是生命，所以应该尽快开通血管。

广东省胸痛中心协会





# 术后抗栓方案的选择取决于缺血与出血风险的比较

**Table 1** Consensus definitions of thrombotic risk categories

Risk category	Risk of athero-thrombotic events (stable CAD, ACS or after PCI)	Risk of cardio-embolic events (AF or mechanical valves)
Very high	ACS or PCI with newer generation DES <8 days BVS <30 days	AF with CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc ≥6 Mechanical mitral valves Cardiac assist devices.
High	ACS or PCI with newer generation DES 8–30 days ago BVS 1–12 months ago	AF with CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc 4–5 Mechanical aortic valves (bileaflet)
Moderate	ACS or PCI with newer generation DES 1–12 months ago	AF with CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc 2–3
Low-to-moderate	Stable CAD (>12 months after ACS or PCI with newer generation DES), but complex cases (left main, bifurcations, recurrent ACS)	AF with CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc 1 (male) or 2 (female)
Low	Stable CAD (>12 months after ACS or PCI with newer generation DES) without additional risk factors	AF with CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc 0 (male) or 1 (female)

ACS, acute coronary syndrome; AF, atrial fibrillation; BVS, biovascular scaffolds; CAD, coronary artery disease; CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, Cardiac failure, Hypertension, Age ≥75 (2 points), Diabetes, Stroke (2 points)—Vascular disease, Age 65–74, Sex category; DES, drug eluting stent; PCI, percutaneous coronary intervention.





# 出血风险评估

**Table 2** Consensus definitions of recurrent bleeding risk categories

Risk category	Bleeding source and severity	Clinical setting	Patients clinical risk factors for bleeding
Very high	Intracranial bleeding where no treatment is possible or effective. Life-threatening extracranial bleeding where the source is either not identified or identified but not treated effectively	No precipitating or reversible factor identified (e.g. trauma, invasive procedure, hypertension, drug overdosing) Cessation of antithrombotic therapy discouraged because of very high thrombotic risk, e.g. mechanical heart valve	HAS-BLED $\geq 5$
High	Major extracranial bleeding where the source is identified but not treated effectively.	No reversible factor identified. Cessation of antithrombotic therapy discouraged because of very high thrombotic risk.	HAS-BLED 3–4
Moderate	Intracranial bleeding where cause of bleeding and relevant risk factors have been treated. Extracranial major bleeding where the source has been identified and treated effectively.		HAS-BLED =2
Low-to-moderate	Extracranial minor bleeding	Bleeding caused by antithrombotic drugs which can be discontinued	HAS BLED = 1
Low	Extracranial minimal bleeding	Bleeding caused by antithrombotic drugs which can be discontinued	HAS BLED = 0

To be in the low-risk category for recurrent bleeding, both bleeding source/severity, clinical setting and patient risk factors for bleeding must be low. To be in the high-risk category, it is sufficient that one variable is high risk.

HAS-BLED, Hypertension, Abnormal renal/liver function, Stroke, Bleeding history or predisposition, Labile INR, Elderly (>65), Drugs/alcohol concomitantly; PCI, percutaneous coronary intervention.





# 缺血与出血风险比较

- 缺血：极高危
- 出血：高危 → 中危
- 结论：可以双抗治疗

江苏省胸痛中心协会





谢谢

广东省胸痛中心协会



王海昌介入并发症俱乐部  
Haichang Wang PCI Complication Club