·病例报告·

超高龄老年不典型上消化道穿孔保守治疗一例

霍照美*,夏桂玲
(贵州省人民医院老年医学科,贵阳 550000)

【关键词】 超高龄;不典型;上消化道穿孔;保守治疗
【中图分类号】 R573.2 【文献标志码】 B 【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2026.09.140

1 临床资料

患者,女性,91岁,因“腰背痛5年及以上”于2025年5月31日收住于贵州省人民医院。患者5年及以上逐渐出现腰背痛,曾明确诊断为“严重骨质疏松,胸腰椎退行变”,长期予以抗骨质疏松治疗。此次为再次予以“地舒单抗”抗骨质疏松治疗收入院。

既往有血脂异常、冠心病、高血压、颈内动脉狭窄,平素服用“阿托伐他汀钙20 mg/次,1次/d,硫酸氢氯吡格雷片75 mg/次,1次/d”。

入院查体:体温36.0℃,脉搏70次/min,呼吸20次/min,血压120/60 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),神清,自主体位,安静面容,右下肺呼吸音低,未闻及干湿性啰音,双侧胸廓散在轻压痛;心率70次/min,律齐;腹部平坦,腹软,剑突下轻压痛,余腹无明显压痛,无反跳痛、肌紧张,移动性浊音阴性,肝浊音界缩小,肠鸣音存在,4次/min,脊柱后凸畸形,双下肢不肿。

诊疗经过如下。入院后完善腰椎CT平扫三维成像,影像科随即报危急值提示消化道穿孔,具体报告示:肝脾周边、腹腔肠管间隙见多发游离气体影,上腹部部分小肠积气、积液肠管扩张(图1)。遂反复追问患者症状及病史,诉既往4年来有进食后感腹痛、反酸、腹胀,近1个月有稍上腹部隐痛,伴有胸部疼痛,稍感纳差。随后立即急查全腹CT平扫三维成像示:腹腔多发游离气体,考虑消化道穿孔,胃窦壁局部欠连续(图2)。女性肿瘤标志物九项:糖类抗原15-3 28.0 U/ml(正常值0~26.4 U/ml),人附睾蛋白4 115.0 pmol/L(正常值≤104.0 pmol/L)。血常规、脑钠肽(brain natriuretic peptide, BNP)、心梗三项、C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、肝肾功能、血脂、大便常规+隐血检查未见明显异常。

同时请普外科会诊,会诊意见:诊断明确,建议剖腹探查或行腹腔镜下胃穿孔修补术治疗。本文对患者进行老年综合评估[1](comprehensive geriatric assessment, CGA),结果提示:营养状况尚可,认知功能和情感状态正常,运动能力减退和平衡感尚可,日常生活能力基本正常,使用工具的能力下降,结合普外科会诊意见,建议可考虑手术治疗,但患者家属考虑患者超高龄,不考虑手术治疗,要求要保守治疗。再次



图1 消化道穿孔(入院腰椎CT)
Figure 1 Gigestive tract perforation (admission lumbar CT)



图2 消化道穿孔(入院腹部CT)
Figure 2 Gigestive tract perforation (Reexamination abdominal CT)

请普外科医师组织讨论:结合患者年龄,查体腹软,剑突下轻压痛,考虑小穿孔可能,可试行保守治疗。故予以试行保守方案,治疗上予以胃肠减压,持续负压吸引,减少消化液外溢,禁饮食,予注射用哌拉西林钠他唑巴坦钠(海南通用三洋药业有限公司批号H20073584,规格:4.5g/支;溶于100 ml 0.9%氯化钠注射液)静脉滴注,2次/d,抗感染治疗;艾司奥美拉唑钠(重庆莱美药业股份有限公司,批号:H20203633,规格:40 mg/支;溶于100 ml 0.9%氯化钠注射液)静脉滴注,

收稿日期:2025-12-09;接受日期:2026-01-19
基金项目:贵州省科技计划项目(黔科合基础-ZK[2022]一般262);贵州省卫健委项目(gzwkj2021-111)
通信作者:霍照美,E-mail:1624159580@qq.com

2 次/d,进行抑制胃酸分泌;L-谷氨酰胺呱仑酸钠颗粒(Kotobuki Pharmaceutical Co., Ltd,批号:H20050049,0.67 g/包)口服,3 次/d,保护胃黏膜;静脉高营养补液支持等治疗。经治疗后,患者无腹痛加重,2 周后复查腹部 CT 提示原肝顶少许气泡未见显影,胃窦壁稍增厚(图 3)。逐渐过渡为流质饮食,建议完善胃镜检查了解穿孔情况,但患者家属拒绝,后经保守治疗后,临床接近治愈,患者出院,出院继续口服奥美拉唑肠溶胶囊治疗。随访 1 年多,患者未再患消化道穿孔,且日常生活能力未见明显下降,躯体功能较消化道穿孔前无明显改变。



图 3 消化道穿孔消失(复查腹部 CT)

Figure 3 The perforation of the digestive tract disappears (Reexamination abdominal CT)

2 讨 论

消化道穿孔为常见临床急腹症,一般消化道穿孔患者会出现突发的剧烈腹痛、板状腹等典型症状。但该例患者起病隐匿,仅表现为上腹部的隐痛不适,缺乏典型的"板状腹"征,可能与患者各机体功能减退,疼痛阈值升高有关,而且患者感染指标、血象未见明显升高,这种不典型的症状给诊断带来了极大的困难,极易漏诊,正如我们常说"不典型症状是诊断的陷阱",期间通过 CT 检查以明确诊断消化道穿孔,且通过复查腹部 CT 平扫三维成像了解具体穿孔部位为胃窦壁。也有多个临床回顾性研究表明[2,3],腹部 CT 三维成像检查用于正确判断患者穿孔(溃疡)位置和大小,为临床疾病诊断提供参考意义。对于老年患者,其身体抵御病毒和疾病的能力较之于年轻人差,极易发生严重腹腔感染。国内外均有报道,老年人临床症状不典型,常常无剧烈腹痛和板状腹[4,5]。因此,对于老年患者,机体对疾病的应答能力下降,临床症状不典型,故需重视细微的、非特异性的症状,例如疲乏、无力、纳差等。需反复仔细询问病史及仔细体格检查,进行必要的实验室检查及影像学检查,减少漏诊发生。

消化道穿孔的治疗原则为尽早闭合穿孔,控制腹腔感染,纠正休克及器官功能障碍,处理基础病因。该病例普外科医师会诊有手术指征,我们也对其进行老年综合评估,患者躯体功能尚可、基础疾病相对稳定,可考虑外科手术治疗,如腹腔镜下修补术。多个研究表明,腹腔镜下修补术较传统修补术更为有效、创伤更小、预后生活质量更佳[6-8]。但由于患者家属考虑患者预期寿命等情况,拒绝手术治疗,且腹膜炎征象不明显,再次请普外科多名专家会诊后考虑小穿孔可能,予以试行保守治疗。既往曾有报道在 236 例胃十二指肠溃疡穿孔的患者中,228 例患者经非手术治疗达到治愈[9]。故多方面考虑,行保守治疗,严密观察患者腹部体征,经积极抗感染、胃肠减压、抑酸治疗后,复查腹部 CT 穿孔基本愈合,患者未进展为继发腹膜炎、脓毒血症、感染性休克等严重并发症。

综上,由于超高龄老年患者基础疾病多,各器官功能减退,对手术耐受差,所以高龄消化道穿孔患者应慎重选择外科手术治疗,对于腹部体征较轻,小穿孔的超高龄患者,可有优先考虑保守治疗,如感染加重或治疗无效,可及时转为手术治疗,这与此前多个研究结论相同[10,11]。超高龄消化道穿孔患者的治疗方式的选择,要综合患者病情严重程度、身体机能、患者和家属意愿及对生活质量的要求等情况。

【参考文献】

[1] 陈旭娇, 严静, 王建业, 等. 中国老年综合评估技术应用专家共识[J]. 中华老年病研究电子杂志, 2017, 4(2): 1-6. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-8757.2017.02.001.

[2] 杨丽娟, 黄钟情, 张德清, 等. 多层螺旋 CT 多平面重建对消化道穿孔点诊断的价值[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2025, 31(5): 672-675. DOI: 10.19627/j.cnki.cn31-1700/th.2025.05.005.

[3] Lee NK, Kim S, Hong SB, *et al*. CT diagnosis of non-traumatic gastrointestinal perforation: an emphasis on the causes[J]. Jpn J Radiol, 2020, 38(2): 101-111. DOI: 10.1007/s11604-019-00910-7.

[4] 金惠林, 周乔飞, 沈倍任, 等. 超高龄老年不典型胃穿孔 3 例[J]. 浙江医学, 2024, 46(19): 2101-2102, 2105. DOI: 10.12056/j.issn.1006-2785.2024.46.19.2024-998.

[5] Spangler R, Van Pham T, Khoujah D, *et al*. Abdominal emergencies in the geriatric patient[J]. Int J Emerg Med, 2014, 7: 43. DOI: 10.1186/s12245-014-0043-2.

[6] Fransvea P, Costa G, Lepre L, *et al*. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer in the elderly: an interim analysis of the FRAILESEL Italian multicenter prospective cohort study[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2020, 31(1): 2-7. DOI: 10.1097/sle.0000000000000826.

[7] Odisho T, Shahait AA, Sharza J, *et al*. Outcomes of laparoscopic modified Cellan-Jones repair *versus* open repair for perforated peptic ulcer at a community hospital[J]. Surg Endosc, 2023, 37(1): 715-722. DOI: 10.1007/s00464-022-09306-7.

[8] 向桂华, 黄建华, 武正陆, 等. 腹腔镜修补术治疗老年十二指肠溃疡合并穿孔的疗效分析[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2018, 17(2): 124-127. DOI: 10.11915 / j.issn.1671-5403.2018.02.027.

[9] 陈钢, 刘业星, 庄哲宏, 等. 宽适应证非手术治疗胃十二指肠溃疡穿孔[J]. 中华普通外科杂志, 2016, 31(10): 828-831. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-631X.2016.10.010.

[10] 梁堂帅, 孙楠, 张宝磊, 等. 急性上消化道穿孔非手术治疗效果与治疗指征的探讨[J]. 中华普通外科杂志, 2020, 35(9): 716-720. DOI: 10.3760/cma.j.cn113855-20200327-00245.

[11] Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, *et al*. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines[J]. World J Emerg Surg, 2020, 15(1): 3. DOI: 10.1186/s13017-019-0283-9.

(编辑:温玲玲)