·病例报告·

十二指肠穿透性溃疡致肝脏粘连假性占位伴大出血1例

王泽滨[1,2]，辛俊俊[1,2]，李峻[2]，管俊杰[2]，江志伟[2]，龚冠闻[2]

1. 南京中医药大学第一临床医学院，江苏 南京 210023；2. 南京中医药大学附属医院普外科，江苏 南京 210029

［摘要］ 十二指肠穿透性溃疡致肝脏粘连形成假性占位伴上消化道大出血，是临床极为罕见的外科急腹症。近年南京中医药大学附属医院收治1例75岁男性病人，该病人因“突发呕血1 h”急诊入院，既往慢性肾功能不全、高血压、胃十二指肠溃疡、鼻咽癌放化疗史，有左肾切除、胆囊切除、左侧嵌顿性股疝手术史，胃镜提示幽门-十二指肠占位伴活动性出血，影像学未见典型穿孔气腹征象，术前高度怀疑恶性病变。因保守止血不佳且血红蛋白进行性下降，遂行腹腔镜探查术。术中证实为十二指肠穿透性溃疡与肝脏形成致密粘连，结合胃镜活检及术后病理，最终确诊为良性假性占位，排除恶性肿瘤。围术期辅以加速术后康复措施进行综合干预，病人术后恢复平稳并顺利出院。

［关键词］ 十二指肠穿透性溃疡；肝脏粘连；假性占位；上消化道出血；加速术后康复

［中图分类号］R656.6；R573.1　［文献标识码］A　**DOI**：10.3969/j.issn.1003-5591.2026.05.015

十二指肠穿透性溃疡是指溃疡病灶穿透肠壁全层，但被邻近器官或组织包裹阻隔，未与游离腹腔相通的一种特殊类型消化性溃疡。其常见的穿透部位多为胰腺及肝胃韧带，而直接穿透至肝脏并形成局部假性占位伴大出血临床极为罕见。南京中医药大学附属医院近年收治1例此类罕见疑难病例，现报道如下。

病历资料

本研究经南京中医药大学附属医院伦理委员会审核批准（审批号：2025NL-074-01）。

病人：男性，75岁，因“突发呕血1 h”（约呕血400 mL）就诊于南京中医药大学附属医院。入院时病人平车推入，神志清，呈重度贫血貌，伴大便失禁及黑便。既往史复杂：合并慢性肾功能不全、高血压、胃十二指肠溃疡及鼻咽癌术后放化疗史，18年前行左肾切除术，3年前行胆囊切除术，1年前行左侧嵌顿性股疝松解修补术，并因贫血1年前曾于外院接受输血治疗。体格检查：体温36 ℃，脉搏87次/min，呼吸34次/min，血压110/44 mmHg（1 mmHg=0.133 kPa）；腹平软，无腹膜刺激征，未见肠形及蠕动波，移动性浊音阴性。急查血常规：红细胞计数2.02×10^{12}/L，血红蛋白47 g/L，白细胞计数15.77×10^{9}/L，超敏C反应蛋白61.90 mg/L。生化检查：总蛋白52.4 g/L，白蛋白24.0 g/L，肌酐247.0 μmol/L，钾5.61 mmol/L，氯114.4 mmol/L；B型钠尿肽274 ng/L；降钙素原0.472 μg/L。胸腹部CT平扫示：两肺数枚小结节，双侧胸腔少量积液；胃窦壁增厚伴周围少许渗出及多发小淋巴结（图1）；胆囊及左肾缺如，右肾多发结石（最大径约21 mm），腹主动脉周围多发小淋巴结；前列腺增大伴钙化；多发动脉粥样硬化。心电图示：室性早搏；完全性右束支传导阻滞；左前分支传导阻滞；T波改变。因病人存在极重度贫血、左肾缺如、右肾多发结石及肾功能不全，为避免造影剂进一步加重肾损伤[1]，未行腹部增强CT检查。治疗上，予以输血改善极重度贫血、补充白蛋白纠正低蛋白血症，同时控制血压、纠正电解质紊乱及代谢性酸中毒。病情初步平稳后，于入院第2天转入普外科。

入普外科后完善胃镜检查：幽门黏膜僵硬伴局灶凹陷溃疡；十二指肠球部黏膜僵硬，正常黏膜组织消失，后壁近大弯侧见大量血凝块，清洁后见中央有一结节样隆起伴缓慢渗血，质地僵硬；十二指肠球部与降部交界处狭窄，降部乳头开口可见。于病灶处取活检4块并予以喷洒止血。内镜诊断为幽门-十二指肠占位伴出血（Forrest Ⅰb级）（图2）。肿瘤

基金项目：江苏省医学重点学科项目（ZDXK202251）；江苏省中医药领军人才培养项目（SLJ0311）；江苏省研究生实践创新计划（SJCX25_1027）；江苏省研究生科研实跌创新计划项目（26CXJH3892）

作者简介：王泽滨，硕士，主要从事胃肠外科临床及基础方面的研究，Email：njucmwzb@163.com

通信作者：龚冠闻，Email：love_ggw2@163.com

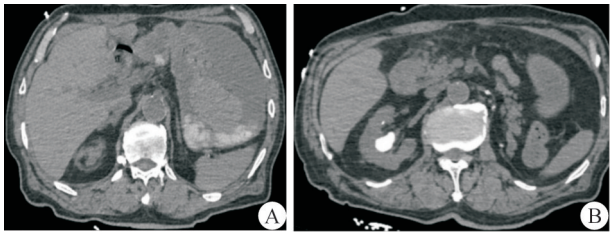


图1　腹部CT平扫　A. 胃窦壁增厚，周围见炎性渗出；B. 左肾缺如，右肾见高密度结石影

标志物筛查示：糖类抗原（CA）125为90 kU/L，癌胚抗原（CEA）、CA19-9、甲胎蛋白、铁蛋白、CA153均在正常范围内。内镜下止血效果不佳，病人血红蛋白呈进行性下降。病人于入院第3天，在全身麻醉下行腹腔镜探查术。术中探查见：胃窦、十二指肠球部肿胀，与肝脏形成紧密粘连；周围大网膜、十二指肠壁、幽门及邻近胰腺组织炎症粘连致密，局部可触及肿大淋巴结，肝胆胰脾及大网膜等未及明显转移结节征象（图3）。逐渐松解粘连后，发现病灶实为十二指肠巨大穿透性溃疡，其破溃面与肝脏紧密粘连。遂行“腹腔镜胃大部及十二指肠球部切除＋胃空肠吻合术＋腹腔镜淋巴结清扫术”，术中于脾窝、肝下至小网膜囊分别放置双套管持续负压冲洗引流，以充分引流腹腔炎性渗出液；同时经鼻腔置入胃空肠营养管，为术后早期肠内营养建立通路[2]。术后遵循加速术后康复（enhanced recovery after surgery，ERAS）理念，实施多模式镇痛方案、目标导向液体治疗及个体化营养支持，并予抗感染、抗炎等综合治疗[3]。术后胃镜活检病理示：送检炎性肉芽和坏死组织中散见嗜酸性上皮样细胞，CK-P（＋）、CD68（＋）、Pax-8（-）、Arginase-1（＋），结合临床和免疫组织化学结果，考虑为粘连的肝脏组织（图4）。术后标本病理示：十二指肠溃疡伴穿孔，周围肠壁全层见慢性炎细胞浸润，浆膜下脂肪灶性坏死；胃黏膜固有层见慢性炎细胞浸润，灶性黏膜糜烂；小弯侧及大弯侧淋巴结均为反应性改变；切缘及网膜未见特殊病变（图5）。综合术中探查、胃镜活检及术后病理结果，最终确诊为十二指肠穿透性溃疡致肝脏粘连形成的假性占位，排除十二指肠原发恶性肿瘤。病人术后恢复平稳，顺利出院，随访至今一般情况良好。

讨　论

消化性溃疡穿孔是常见的外科急腹症，其中最常见的类型为十二指肠溃疡穿孔和胃溃疡穿孔[4]。剖腹探查中，约60%～70%的穿孔为十二指肠穿孔，15%～20%为胃穿孔[5]。幽门螺杆菌感染和长期使用非甾体抗炎药是消化性溃疡及其继发十二指肠穿孔的主要病因[6]，胆道支架置入、腹腔镜胆囊切除术等医源性操作亦可成为诱因[7]。穿孔典型表现为突发且剧烈的上腹部疼痛，并可扩散至全腹，但在老年、肥胖及意识障碍病人中，症状常不典型[8]。十二指肠溃疡在活动期可突破肠壁全层，若穿孔未被及时处理，局部炎症释放的细胞因子将促进成纤维细胞增殖与细胞外基质沉积[9]，最终导致病灶与邻近脏器形成纤维性粘连。十二指肠溃疡常见的穿透部位为胰腺，其次是肝胃韧带和胆道，而直接穿透到肝脏的情况极为罕见[10]。本例的特殊性在于：溃疡破口被肝脏与大网膜等周围组织完全包裹，胃肠内气体无法溢入腹腔游离间隙，从而掩盖了CT典型的“气腹”征象。长期慢性炎症刺激导致局部组织水肿、坏死，病灶侵蚀裸露血管，引发上消化道出血；反复炎症与粘连进一步造成十二指肠管腔狭窄。内镜检查时，因局部水肿、坏死物堆积及肝脏粘连包裹，病灶呈现酷似恶性肿瘤的假性占位表现。

本例病人术前被高度怀疑为恶性肿瘤，其误诊原因具有典型的临床代表性：（1）内镜表现极具迷惑性。溃疡周围炎性肉芽组织的异常增生及坏死物的堆积，在内镜下表现为质

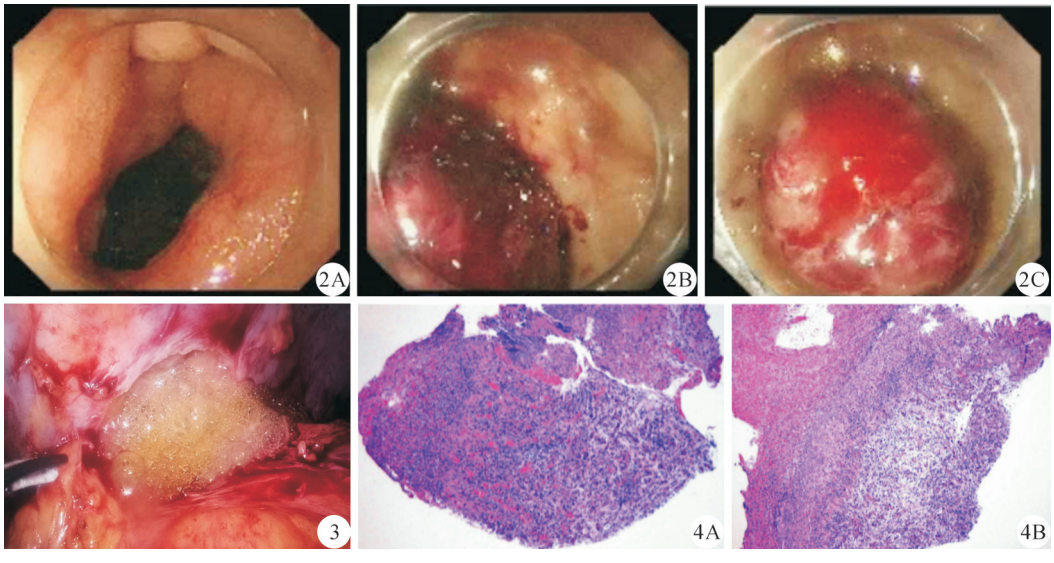


图2　胃镜检查　A. 幽门部黏膜僵硬伴局灶凹陷溃疡；B. 十二指肠球部后壁见大量血凝块附着；C. 血凝块冲洗清洁后，显露一结节样隆起，并伴活动性渗血　**图3**　腹腔镜术中探查　十二指肠穿透性溃疡与肝脏致密粘连，溃疡破溃面覆盖大量炎性渗出物及坏死组织，周围组织充血水肿　**图4**　胃镜活检病理切片（苏木精-伊红染色）　A. 炎性肉芽组织伴出血、坏死，散在肝细胞成分（×40）；B. 炎性肉芽组织中见散在正常肝细胞，未见恶性肿瘤细胞浸润（×100）

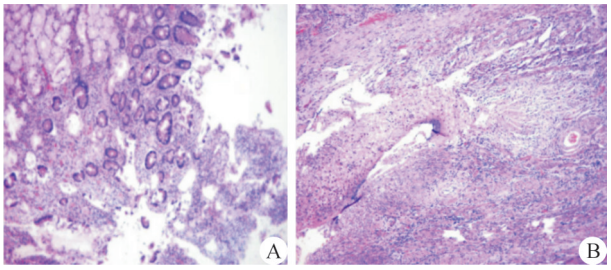


图5　手术切除标本组织病理学表现　A. 胃黏膜呈慢性炎症改变伴灶性出血(苏木精-伊红染色,×100);B. 十二指肠壁呈全层慢性炎症细胞浸润、浆膜下脂肪性坏死及肉芽组织增生(苏木精-伊红染色,×100)

地坚硬的结节样隆起伴活动性渗血,这与原发性十二指肠恶性肿瘤的内镜特征高度相似[11]。(2)影像学与血清学指标缺乏特异性。腹部CT虽提示胃壁增厚、周围渗出及多发小淋巴结,但由于溃疡破口被肝脏及周围组织完全包裹,CT扫描未能捕捉到游离气体;此外,病人血清学检查仅表现为单一的CA125升高。虽然CA125常作为卵巢癌或消化道肿瘤转移的指标,但严重的腹腔感染、组织坏死及炎性渗出亦可导致其非特异性升高[12],再叠加病人高龄及既往有鼻咽癌病史的背景,临床易优先考虑恶性肿瘤或转移癌。Mai等[13]曾报道1例十二指肠穿透性溃疡继发腹腔炎性肿块的病人,CT示胰后区存在约4 cm的占位性病变,最终经细针穿刺活检证实为炎性渗出物。Kayacetin等[14]报道1例64岁病人,内镜下见胃窦前壁约4.5 cm不规则巨大溃疡,活检证实为胃黏膜伴肉芽组织。目前十二指肠恶性肿瘤尚无特异性肿瘤标志物,传统血清标志物如血清CEA、CA19-9等仅可作为评估病情严重程度、监测肿瘤复发和转移的辅助参考指标[15],亟需建立可靠的早期识别方法,对改善病人预后、降低误诊率具有重要意义。

高龄、术前营养不良及多器官功能异常是胃肠道围术期并发症的独立危险因素[16]。高血压、慢性肾病与贫血的"三联共病",是术后死亡风险最高、住院时间最长及住院费用最高的慢性病组合[17]。本例病人合并极重度贫血、严重炎症应激、低蛋白血症、高血压及左肾缺如等多重基础疾病,属于围术期死亡与并发症极高危人群。对于此类病人,传统观念往往对手术持保守态度,但在内镜高度怀疑恶性病变、局部止血不佳且面临失血性休克威胁的前提下,及时实施腹腔镜探查成为唯一选择。腹腔镜手术可以彻底清除病灶、控制出血,还能完成淋巴结清扫以排除恶性肿瘤转移。相较于传统开腹手术,腹腔镜手术创伤小、恢复快,可有效降低并发症发生风险。同时,围术期全程融入ERAS理念,病人仅存右侧肾脏且合并肾功能不全,目标导向液体治疗既可避免容量负荷过重导致的心力衰竭,又能保障残余肾脏的灌注;术中放置的双套管持续冲洗有效控制局部的炎性反应,配合多模式镇痛及早期经鼻肠管肠内营养,最大程度减轻机体的应激损伤[18],使本例高危病人实现平稳快速康复。在一项纳入3 548例急诊腹部手术病人的研究中,对于上消化道急诊手术人群,ERAS方案可使住院时间缩短约3.35 d,显著降低感染性并发症风险,并加快肠道功能恢复[19]。

本病例揭示,十二指肠穿透性溃疡致肝脏粘连形成的假性占位极易与恶性肿瘤混淆。当内镜及影像学难以明确病变性质时,应将病理检查及免疫组织化学作为鉴别诊断的首选方法。面对此类伴随大出血的高危疑难病人,在充分评估风险的基础上果断实施腹腔镜微创手术,并全程贯穿ERAS干预理念,是提高救治成功率、改善预后的核心策略。

利益冲突　所有作者均声明不存在利益冲突

参　考　文　献

[1] Stacul F, van der Molen AJ, Reimer P, et al. Contrast induced nephropathy: updated ESUR Contrast Media Safety Committee guidelines[J]. Eur Radiol, 2011, 21(12): 2527-2541. DOI: 10.1007/s00330-011-2225-0.

[2] 中华医学会外科学分会,中华医学会麻醉学分会. 中国加速康复外科临床实践指南(2021版)[J]. 中国实用外科杂志,2021,41(9):961-992. DOI: 10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2021.09.01.

[3] Li JY, Ge MM, Pan HF, et al. Feasibility and safety of enhanced recovery after surgery in elderly patients with gastric cancer[J]. World J Gastroenterol, 2025, 31(47): 113331. DOI: 10.3748/wjg.v31.i47.113331.

[4] Amalia R, Vidyani A, I'tishom R, et al. The prevalence, etiology and treatment of gastroduodenal ulcers and perforation: a systematic review[J]. J Clin Med, 2024, 13(4): 1063. DOI: 10.3390/jcm13041063.

[5] Mishra P, Rehman N, Mitra S, et al. Exsanguinated to death by a perforated duodenal ulcer: Masquerader apprehended on autopsy[J]. Indian J Pathol Microbiol, 2024, 67(2): 405-407. DOI: 10.4103/ijpm.ijpm_129_22.

[6] Almadi MA, Lu YD, Alali AA, et al. Peptic ulcer disease[J]. Lancet, 2024, 404(10447): 68-81. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00155-7.

[7] Shahi R, Siddiqui NH, Khan IA, et al. Etiologies and outcomes following duodenal perforation in acute peritonitis: a systematic review[J]. Cureus, 2024, 16(11): e74707. DOI: 10.7759/cureus.74707.

[8] Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, et al. Perforated peptic ulcer[J]. Lancet, 2015, 386(10000): 1288-1298. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00276-7.

[9] Xin SZ, Liu XH, He CW, et al. Inflammation accelerating intestinal fibrosis: from mechanism to clinic[J]. Eur J Med Res, 2024, 29(1): 335. DOI: 10.1186/s40001-024-01932-2.

[10] Jiao J, Zhang L. Liver involvement by perforated peptic ulcer: a systematic review[J]. J Clin Transl Pathol, 2021, 1(1): 2-8. DOI: 10.14218/jctp.2021.00007.

[11] Li AC, Shen JW. Current endoscopic diagnosis treatment strategy for superficial nonampullary duodenal tumours[J]. Eur J Med Res, 2022, 27(1): 290. DOI: 10.1186/s40001-022-00940-4.

[12] Bălăceanu LA, Grigore C, Dina I, et al. CA125 as a potential biomarker in non-malignant serous effusions: diagnostic and prognostic considerations[J]. J Clin Med, 2025, 14(12): 4152. DOI: 10.3390/jcm14124152.

[13] Mai AL, Mai KT. Fine-needle aspiration biopsy of an intra-abdominal inflammatory mass secondary to a penetrating

duodenal ulcer mimicking neoplasm [J]. Diagn Cytopathol, 2001, 25(5): 301-302. DOI: 10.1002/dc.2058.
[14] Kayacetin E. Gastric ulcer penetrating to liver diagnosed by endoscopic biopsy [J]. WJG, 2004, 10(12): 1838. DOI: 10.3748/wjg.v10.i12.1838.
[15] Xiang J, Li Y, Zheng B, et al. Case report of distal gastrectomy applied in primary duodenal bulb adenocarcinoma [J]. Front Surg, 2025, 12: 1599159. DOI: 10.3389/fsurg.2025.1599159.
[16] 吕雪彩, 刘艳红, 韩诗怡, 等. 老年患者胃肠道手术后综合并发症的危险因素: 一项多中心观察性研究[J]. 南方医科大学学报, 2025, 45(4): 736-743. DOI: 10.12122/j.issn.1673-4254.2025.04.08.
[17] Zhao X, Gao SW, Kamarajah SK, et al. Associations of multimorbidity with mortality, hospital stay, and hospitalization costs in Chinese surgical patients: a retrospective cohort study [J]. BMC Anesthesiol, 2025, 25(1): 407. DOI: 10.1186/s12871-025-03246-0.
[18] 江志伟, 李宁, 黎介寿. 快速康复外科的概念及临床意义[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(2): 131-133. DOI: 10.3321/j.issn:1005-2208.2007.02.013.
[19] McKechnie T, Tessier L, Archer V, et al. Enhanced recovery after surgery protocols following emergency intra-abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis [J]. Eur J Trauma Emerg Surg, 2024, 50(3): 679-704. DOI: 10.1007/s00068-023-02387-6.

（收稿日期：2026-04-07）

读者·作者·编者

“暴发”与“爆发”辨析

汤代国，李军
武汉医药卫生学会联合办公室《腹部外科》编辑部，湖北 武汉 430014

［关键词］ 暴发；爆发；语义辨析　**DOI：**10.3969/j.issn.1003-5591.2026.05.016

各种起病急骤、进展迅速的危重疾病，是用“暴发”还是“爆发”？通过万方数据搜索（截止日期为2026年9月28日），“暴发性胰腺炎”搜到医药卫生期刊论文386篇，“爆发性胰腺炎”搜到医药卫生期刊论文60篇。此类疾病容易混用的情况还较多，比如暴发（爆发）肝衰竭、暴发（爆发）性感染、暴发（爆发）性紫癜、暴发（爆发）性心肌炎，等等，究竟哪个是正确的？

华夏出版社田娟华编审辨析方法[1]：“暴发”和“爆发”区别在于一个“火”字，一个有火，一个无火。

（一）凡是和火有关的，一律用“爆发”

例如：（1）火山爆发，熔岩喷浆，地火奔突，用的是“爆发”；（2）战争爆发，枪炮齐鸣，弹火纷飞，用的是“爆发”；（3）夫妻吵架，疾言厉色，心火燃烧，矛盾爆发，用的是“爆发”；（4）抢购食盐潮、舆情，群体情绪像暗火蔓延后突然烧遍全域，用的还是“爆发”……。

关键点：无论是自然之火，还是社会之火，是有形之火，还是无形之火，只要能称之为“火”的，用“爆发”无疑。

（二）与火无关，侧重于描述事物在短时间内突然发生且程度剧烈，用“暴发”

例如：（1）先天性巨结肠患儿在肛门指诊拔指时突然且猛烈地排气或排便，在描述这一情况时，采用“暴发性排气或排便”更合适，“暴发”更能体现出这种行为的突然性和猛烈性，类似的还有山洪暴发；（2）《辞海》“暴发”的义项①中，也有特别说明——“医学上也指在短期内病例突然大增”，如疫情暴发、暴发性鼠疫；（3）突然发财得势，成了“暴发户”[2]；（4）暴发性紫癜[3]、暴发性肝衰竭[4]、暴发性1型糖尿病等医学术语，全国科学技术名词审定委员会（全国名词委）已公布规范写法，采用“暴发性”，对应英文为“fulminant”。

暴发性胰腺炎、暴发性心肌炎、暴发性感染等医学词语，虽然全国名词委还没有公布，但根据万方数据库搜索结果，采用“暴发性”占有绝对优势，且专科学会指南也采用“暴发性”这一术语[5]，均强调起病急骤、进展迅速、病情严重，且与火无关，不宜写成“爆发性”。

参　考　文　献

[1] 郝铭鉴. 暴发和爆发. 咬文嚼字[J], 2017(5): 32.
[2] 汤代国, 喻俊. 医学期刊编校中容易混淆的字与词辨析[J]. 江汉大学学报（自然科学版）, 2012, 40(4): 143-145. DOI: 10.3969/j.issn.1673-0143.2012.04.052.
[3] 医学名词审定委员会, 血液学名词审定分委员会. 血液学名词[EB/OL]. (2022)[2026-10-06]. https://www.termonline.cn/wordDetail?termName=暴发性紫癜&subject=626d010226b511ee8152b068e6519520&base=1.
[4] 医学名词审定委员会, 器官移植学名词审定分委员会. 器官移植学名词[EB/OL]. (2020)[2026-10-06]. https://www.termonline.cn/wordDetail?termName=暴发性肝衰竭&subject=685ee4ef26a811ee9b88b068e6519520&base=1.
[5] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国成人暴发性心肌炎诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2024, 52(1): 10-33. DOI: 10.3760/cma.j.cn112148-20231108-00421.

（收稿日期：2026-10-08）