



• 临床病例报告 •

腰部及下腹痛为表现误诊为癌痛 1 例 *

伊力夏提·买买提¹ 阿孜古丽·卡斯木¹ 曾宪政² 张宇佳³ 肖红^{2△}(¹新疆维吾尔自治区维吾尔医医院疼痛科, 新疆中药医院制剂循证与转化重点实验室, 乌鲁木齐 830001;²四川大学华西医院疼痛科, 成都 610000; ³山西省高平市人民医院疼痛科, 高平 048400)

腰痛和下腹痛是疼痛科常见症状, 其病因复杂多样, 包括腰椎退行性病变、炎症性疾病、感染及肿瘤性疾病等^[1]。在临床实践中, 此类疼痛的鉴别诊断面临重大挑战, 尤其对于腹部肿瘤病人, 疼痛往往被首先考虑为癌性疼痛^[2]。随着抗肿瘤治疗的进步, 病人生存期显著延长, 但疼痛管理问题日益突出。研究显示, 30%~50% 的肿瘤病人存在中重度疼痛^[3,4]。虽然多项指南强调了癌痛规范化治疗的重要性^[5,6], 但临床实践中仍存在诸多未解决的问题, 特别是靶向药物相关不良反应导致的非癌性疼痛易被忽视^[7,8]。我科收治 1 例初诊为癌痛, 最终确诊为仑伐替尼相关十二指肠穿孔的肝癌病人, 经对症治疗病情改善后出院。现报告如下:

1. 一般资料

病例: 男性, 49 岁, 2024 年 11 月 13 日因“腰腹部伴双下肢痛 2 个月”入院。病人 5 年前体检发现肝癌, 曾行 2 次手术治疗; 7 个月前肝癌复发, 行肝脏恶性肿瘤射频消融术, 术后口服甲磺酸仑伐替尼胶囊(利泰舒)靶向治疗。2 个月前无明显诱因出现腰骶部疼痛, 疼痛剧烈呈持续性胀痛, 放射至双侧臀部、下腹部及双下肢大腿外侧。外院行上腹部 CT 及腰椎增强 MRI 示腰椎间盘突出, 药物治疗后疼痛无缓解。自发病以来, 病人精神状态一般, 食欲尚可, 睡眠差, 夜间痛醒, 大小便规律, 2 个月内体重减轻 15 公斤。为求进一步镇痛治疗, 入住四川大学华西医院疼痛科。

体格检查: 心肺(-); 腹平, 右上下腹见 20 cm 及 5 cm 斜行瘢痕; 腹软, 脐周有压痛, 无反跳痛及肌紧张, 肝脾未触及肿大, 肝区及双肾区无明显叩痛, 移动性浊音(-), 肠鸣音 4 次/分。双下肢皮肤感觉正常, 四肢肌力 5 级。双下肢病理反射未引出。数字分级评分法(numerical rating scale, NRS)评分 8~9 分。

入院前检查: 2024 年 10 月 16 日外院颈椎、胸椎、腰椎 MRI 增强示(见图 1): C₃₋₄、C₅₋₆ 椎间盘突出; L₄₋₅ 椎间盘突出(左旁中央型)。2024 年 10 月 21 日外院电子结肠镜检查示: 未见异常; 电子胃镜检查示: 慢性非萎缩性胃炎伴胆汁反流。2024 年 11 月 8 日全腹 CT 平扫示: 肝右叶术后改变; 肝右叶血管瘤? 占位性病变待排; 肠系膜上动脉周围条片状磨玻璃影, 数个淋巴结增大。

2. 诊疗经过

入院后给予口服盐酸羟考酮缓释片 30 mg, 每 12 小时 1 次, 普瑞巴林胶囊 75 mg, 每日 2 次, 洛芬待因片 2 片, 每日 2 次控制疼痛。硫糖铝口服混悬液 10 ml, 每日 2 次保护胃黏膜。完善相关检查, 血常规: 红细胞计数(red blood cell count, RBC) 2.83×10¹²/L, 血红蛋白(hemoglobin, Hb) 93 g/L, C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP) 76.50 mg/L, 糖类抗原 15-3(carbohydrate antigen 15-3, CA 15-3) 26.40 U/ml, 降钙素原(procalcitonin, PCT) 0.067 ng/ml, 血沉(erythrocyte sedimentation rate, ESR) 72 mm/h。复查无痛胃肠镜示: 慢性非萎缩性胃炎伴糜烂、胆汁反流。全腹血管增强 CT+增强 CT 腹部盆腔平扫示(见图 2): 十二指肠水平部肠穿孔, 邻近腹膜后局限性积液积气, 系感染伴脓肿, 肝右叶部分缺如。立即请胆道外科、感染科、消化内科、胰腺炎中心、胰腺外科、营养科等相关科室会诊, 诊断为十二指肠水平部肠穿孔伴脓肿。给予芬太尼透皮贴 12.6 mg, 每 72 小时 1 次镇痛治疗, 以及抗感染、禁饮禁食、胃肠减压、抑酸, 生长抑素抑制分泌及对症支持治疗。治疗后病人疼痛及胃肠道症状缓解明显, 感染指标开始下降(见表 1)。复查数字化 X 光小肠钡剂造影示(见图 3): 十二指肠水平段旁(约 L₃ 椎体投影区)可疑少许造影剂影。给予安置空肠营养

* 基金项目: 中国民族医药学会科研项目(2021M1103-230028-2)

△ 通信作者 肖红 xiaohonghuaxi@126.com

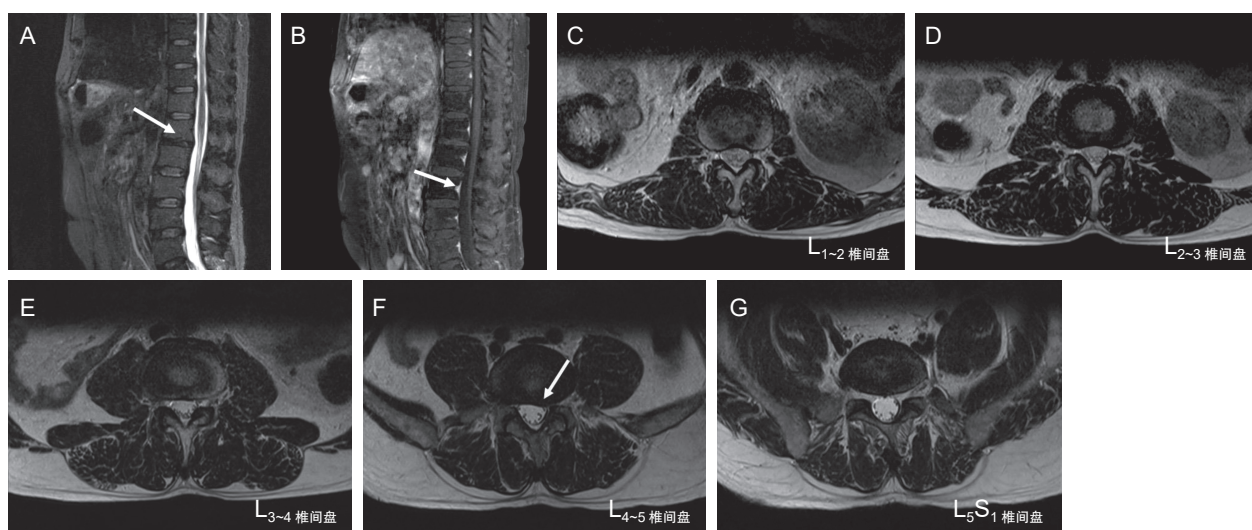


图1 腰椎 MRI 检查

(A) 腰椎矢状位 T2WI, L₁ 椎体下缘局限性凹陷; (B) 腰椎矢状位 T1WI; T₁₂~L₅ 椎体内脂肪沉积, (F) L₄₋₅ 椎间盘轻度突出 (左旁中央型); (A-E, G) 椎间盘均正常

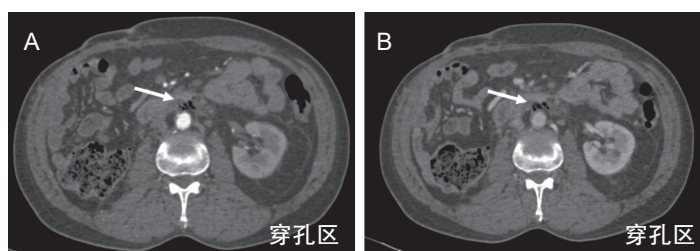


图2 全腹部增强 CT

(A) 动脉期轴位片; (B) 静脉期轴位片: 十二指肠水平部肠穿孔, 邻近腹膜后局限性积液积气, 系感染伴脓肿

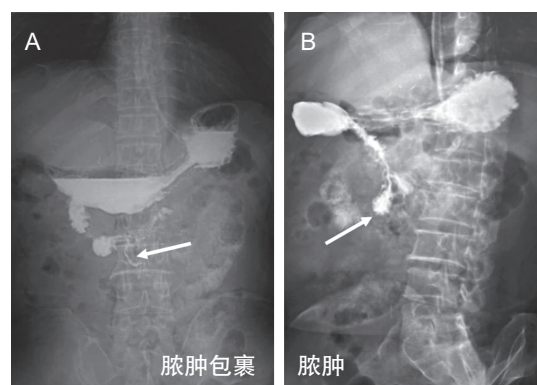


图3 数字化 X 光钡剂造影

(A) 上消化道碘剂造影前后位十二指肠黏膜像; (B) 上消化道碘剂造影失斜位充盈像: 十二指肠水平段旁可疑少许造影剂影

管, 肠内营养支持, 病人回当地医院继续保守治疗。住院期间 NRS 评分及全部用药见表 2。

出院后病人在当地医院消化内科继续肠内营养治疗。1 个月后复查腹部增强 CT 提示十二指肠穿孔, 水平部后方包裹性积液、积气并碘剂外漏。病人腹痛完全缓解, 芬太尼透皮贴减至 4.2 mg, 每 72 小时 1 次, 腰痛较前明显改善, NRS 评分 1~3 分。

3. 讨论

腹部肿瘤病人出现下腹痛的原因, 可能考虑以下几个方面: ①肿瘤本身的并发症, 如肿瘤压迫、肿瘤破裂或出血等; ②肿瘤侵犯或转移, 如侵犯空腔脏器、侵犯盆腔内脏器官、侵犯内脏神经、腹膜转移等; ③肿瘤治疗相关并发症, 如局部放疗后疼痛、肿瘤药物相关性溃疡等; ④其他: 血管性疾病, 如大网膜或肠系膜缺血、腹主动脉瘤等; 腹腔内感染, 如感染性肠炎、肠结核、结核性腹膜炎等; 内脏慢性炎症或溃疡性病变, 如慢性十二指肠溃疡、穿孔或肠炎等^[9]。

本病例为肝癌病人, 曾行手术治疗及射频消融

术, 术后长期口服靶向药物抗肿瘤治疗。近 2 个月出现腹痛, 结合全腹 CT 检查, 门诊考虑癌痛可能性大, 拟行癌痛相关介入治疗。然而, 入院后完善检查发现为十二指肠溃疡穿孔所致。十二指肠溃疡穿孔的主要临床表现包括上腹部剧烈疼痛、腹膜炎、休克等急腹症, 本例病人无急腹症表现, 但出现下腹和双侧大腿外侧疼痛, 分析原因可能为: ①十二指肠水平部穿孔位于 L₃ 椎体附近, 刺激腹部、腰大肌、腰骶部肌筋膜和腰丛神经, 表现为腰骶部和大腿外侧疼痛; ②穿孔较小, 缓慢渗出后局部包裹, 只引起局部腹膜刺激, 出现下腹痛, 而未引起急腹症症状。

本例病人发生消化道穿孔的病因可能与抗肿瘤药物有关。病人既往有肝肿瘤术后口服甲磺酸仑伐替尼靶向治疗史。仑伐替尼是一种新型强效多激酶



表 1 部分感染指标及肝功能实验室检查

指标（参考范围）	2024-11-14	2024-11-16	2024-11-18	2024-11-21	2024-11-25	2024-12-5
WBC (3.5~9.5×10 ⁹ /L)	6.58	-	4.87	4.96	6.04	4.96
ESR (< 21 mm/h)	72	-	24.3	48	71	30
NEUT% (40%~75%)	79.6	-	82.3	78.4	83.1	76
HGB (130~175 g/L)	93	-	83	78	90	91
CRP (0~6 mg/L)	76.5	-	94.9	44.9	24.7	16.1
PCT (< 0.046)	-	0.063	0.067	0.141	-	0.323
ALT (< 50 U/L)	18	-	22	9	8	-
AST (< 50 U/L)	19	-	19	12	14	-

白细胞计数 (white blood cell count, WBC); 血沉 (erythrocyte sedimentation rate, ESR); 中性分叶核粒细胞百分率 (neutrophil percentage, NEUT%); 血红蛋白 (hemoglobin, Hb); C-反应蛋白 (C-reactive protein, CRP); 降钙素原 (procalcitonin, PCT); 丙氨酸氨基转移酶 (alanine aminotransferase, ALT); 门冬氨酸氨基转移酶 (aspartate aminotransferase, AST)

表 2 住院期间疼痛评分及全部用药

日期	2024-11-13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	12-01-12-06					
住院日	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	D18-D24					
NRS 评分最大值	9	8	5	5	4	4	7	6	5	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	1
NRS 评分最小值	6	5	3	3	2	2	4	3	3	2	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
盐酸羟考酮缓释片	30 mg 口服，每 12 h 1 次																							
普瑞巴林胶囊	75 mg 口服，每日 2 次																							
洛芬待因片	2 片口服，每日 2 次																							
硫酸铝口服混悬液	10 ml 口服，每日 2 次																							
芬太尼透皮贴剂						4.2 mg 外贴， 每 72 h 1 贴					12.6 mg 外贴 once					8.4 mg 外贴， 每 72 h 1 贴					4.2 mg 外贴， 每 72 h 1 贴			
生长抑素						3 mg 持续微量泵泵入																		
注射用亚胺培南西司他丁钠							1000 mg，每 12 h 静脉滴注																	
注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠	D1												1.5 g，每 12 h 静脉滴注											
肠外营养液	静脉滴注																							
肠内营养																								营养粉

抑制剂，可通过对 VEGFR2 的高亲和力有效地抑制肿瘤血管生成^[10]，常见不良反应包括高血压、腹泻、蛋白尿和消化道穿孔^[7]。既往研究报道，抗血管生成抑制剂导致胃肠道穿孔的危险因素包括腹部放疗史、憩室炎、胃溃疡和肿瘤坏死^[11]。仑伐替尼引起消化道穿孔仅见个案报道^[12]，其发生率及机制尚未见报道，可能与其抗血管生成有关，仑伐替尼可能影响消化道供血而引起局部穿孔。

本例病人为腹部肿瘤，既往肿瘤控制欠佳，接诊以腹痛为表现，首诊考虑癌性腹痛，误诊肿瘤转移或刺激引起的癌性腹痛，而忽略其他的可能性。这提示在今后的临床工作中，对于反复转诊、病情复杂的病人，应注意诊断和鉴别诊断，考虑更多可能性，必要时完善影像检查进一步确诊，避免经验

性诊治；胃肠镜对于消化道穿孔（特别是小的穿孔）的识别敏感性较低，避免使用胃肠镜作为诊断消化道穿孔的唯一手段；对于肿瘤病人出现疼痛，应全面评估，避免只考虑到肿瘤本身的原因^[8]。对于使用抗血管生成药物治疗的病人，治疗期间需密切监测胃肠道症状，定期复查腹部 CT^[13]。在诊治抗血管生成药物病人的并发症时，应发挥多学科诊疗的优势^[14]，尽早进行干预和治疗，从而改善病人的预后。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

参 考 文 献

[1] Chambers CT, Dol J, Tutelman PR, *et al.* The prevalence of chronic pain in children and adolescents:



- a systematic review update and meta-analysis[J]. *Pain*, 2024, 165(10):2215-2234.
- [2] Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances[J]. *Lancet*, 2021, 397(10289):2082-2097.
- [3] van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, *et al*. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2016, 51(6): 1070-1090.
- [4] Snijders RAH, Brom L, Theunissen M, *et al*. Update on prevalence of pain in patients with cancer 2022: a systematic literature review and meta-analysis[J]. *Cancers (Basel)*, 2023, 15(3):591.
- [5] Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, *et al*. European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC); European Association for Palliative Care (EAPC). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC[J]. *Lancet Oncol*, 2012, 13(2):e58-e68.
- [6] Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, *et al*. Adult cancer pain, version 3. 2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology[J]. *J Natl Compr Canc Netw*, 2019, 17(8):977-1007.
- [7] Schlumberger M, Tahara M, Wirth LJ, *et al*. Lenvatinib versus placebo in radioiodine-refractory thyroid cancer[J]. *N Engl J Med*, 2015, 372(7):621-630.
- [8] 中国医师协会疼痛科医师分会中华医学会疼痛学分会国家疼痛专业医疗质量控制中心, 北京市疼痛治疗质量控制和改进中心. 癌症相关性疼痛评估中国专家共识 (2023 版) [J]. *中国疼痛医学杂志*, 2023, 29(12):881-886.
- [9] Drewes AM, Olesen AE, Farmer AD, *et al*. Gastrointestinal pain[J]. *Nat Rev Dis Primers*, 2020, 6(1):1.
- [10] Kudo M, Finn RS, Qin S, *et al*. Lenvatinib versus sorafenib in first-line treatment of patients with unresectable hepatocellular carcinoma: a randomised phase 3 non-inferiority trial[J]. *Lancet*, 2018, 391(10126):1163-1173.
- [11] Hurwitz H, Fehrenbacher L, Novotny W, *et al*. Bevacizumab plus irinotecan, fluorouracil, and leucovorin for metastatic colorectal cancer[J]. *N Engl J Med*, 2004, 350(23):2335-2342.
- [12] Date E, Okamoto K, Fumita S, *et al*. Gastrointestinal perforation related to lenvatinib, an anti-angiogenic inhibitor that targets multiple receptor tyrosine kinases, in a patient with metastatic thyroid cancer[J]. *Invest New Drugs*, 2018, 36(2):350-353.
- [13] Walraven M, Witteveen PO, Lolkema MP, *et al*. Antiangiogenic tyrosine kinase inhibition related gastrointestinal perforations: a case report and literature review[J]. *Angiogenesis*, 2011, 14(2):135-141.
- [14] Vlaeyen JWS, Maher CG, Wiech K, *et al*. Low back pain[J]. *Nat Rev Dis Primers*, 2018, 4(1):52.

• 消 息 •

中国医药教育协会 2025 年疼痛医学专业委员会年会在大同召开

2025 年 9 月 12 日至 14 日, 中国医药教育协会 2025 年疼痛医学专业委员会年会在山西大同召开。本次大会由中国医药教育协会主办, 中国医药教育协会疼痛医学专业委员会、山西省医学会疼痛学专业委员会承办, 北京大学第三医院、山西白求恩医院、国药同煤总医院协办。会议以“笃行致远 不负芳华”为主题, 汇聚近 400 名疼痛领域专家、学者与临床工作者, 设立 1 个主会场和 7 个分会场, 开展 9 场主旨报告与 116 场专题发言。

开幕式由山西省医学会疼痛学专业委员会主任委员、山西白求恩医院陈建平教授与中国医药教育协会疼痛医学专业委员会秘书长、中国医学科学院肿瘤医院倪诚教授共同主持。中国医药教育协会疼痛医学专业委员会主任委员、中华医学会疼痛学分会候任主任委员李水清教授在致辞中聚焦“团队、桥梁、支点”三个关键词, 希望大家汲取团队力量、发挥桥梁作用, 找到事物的矛盾点和解决问题的入手点, 不断促进中国疼痛医学教育事业发展。

本次大会聚焦于疼痛学科的教育培训, 开启了疼痛医学教育培训的新局面。中国医药教育协会疼痛医学专业委员会将一如既往为疼痛科医师提供专业、权威的交流学习平台, 促进疼痛学科的创新发展和共同进步。未来, 中国医药教育协会疼痛医学专业委员会将以此次年会为起点, 持续发挥平台优势, 推动疼痛医学事业朝着更高质量、更广覆盖、更深融合的目标稳步前行, 助力提升全民健康水平。

(北京大学第三医院疼痛科 梁辰 供稿)