

- [13] Rodrigues SG, Sixt S, Abraldes JG, et al. Systematic review with meta-analysis: portal vein recanalisation and transjugular intrahepatic portosystemic shunt for portal vein thrombosis [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2019, 49:20-30.
- [14] Dulcetta L, Marra P, Muglia R, et al. Percutaneous management of chronic total occlusion of the portal vein: a retrospective analysis of technical aspects and outcomes [J]. *CVIR Endovasc*, 2024, 7:81.
- [15] Wei B, Huang Z, Wu H, et al. Portal vein recanalization for noncirrhotic portal vein cavernous transformation: transjugular intrahepatic portosystemic shunt creation versus portal vein stent placement [J]. *J Vasc Interv Radiol*, 2023, 34:187-194.
- [16] Marot A, Barbosa JV, Duran R, et al. Percutaneous portal vein recanalization using self-expandable nitinol stents in patients with non-cirrhotic non-tumoral portal vein occlusion [J]. *Diagn Interv Imaging*, 2019, 100:147-156.
- [17] Stancu B, Chira A, Coman HF, et al. Intestinal obstruction as initial presentation of idiopathic portal and mesenteric venous thrombosis: diagnosis, management, and literature review [J]. *Diagnostics (Basel)*, 2024, 14:304.
- [18] Wei B, Huang Z, Tang C. Optimal treatment for patients with cavernous transformation of the portal vein [J]. *Front Med (Lausanne)*, 2022, 9:853138.
- [19] Rössle M, Bettinger D, Trebicka J, et al. A prospective, multicentre study in acute non-cirrhotic, non-malignant portal vein thrombosis: comparison of medical and interventional treatment [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2020, 52:329-339.
- [20] Kim HK, Hwang D, Park S, et al. Treatment outcomes and risk factors for bowel infarction in patients with acute superior mesenteric venous thrombosis [J]. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*, 2017, 5:638-646.
- [21] Attanasi ML, Bou Daher H, Rockey DC. Natural history and outcomes of cavernous transformation of the portal vein in cirrhosis [J]. *Dig Dis Sci*, 2023, 68:3458-3466.
- (收稿日期:2025-01-13)
(本文编辑:新 宇)

• 病例报告 Case report •

急诊动脉栓塞 Dieulafoy 病致上消化道出血 1 例

徐成航, 方统磊, 王 涛, 吴春根, 田庆华

【关键词】 Dieulafoy 病; 急诊; 介入; 消化道出血

中图分类号: R657 文献标志码: D 文章编号: 1008-794X(2026)-004-0390-03

Emergency arterial embolization for upper gastrointestinal bleeding caused by Dieulafoy's disease: report of

one case XU Chenghang, FANG Tonglei, WANG Tao, WU Chungeng, TIAN Qinghua. Department of Radiology, Guangnan County People's Hospital, Wenshan, Yunnan Province 663300, China

Corresponding author: TIAN Qinghua, E-mail: ddqinghua-tian@163.com

【Key words】 Dieulafoy's disease; emergency; intervention; gastrointestinal bleeding

1 临床资料

患者男, 59 岁, 近 20 年来反复消化道出血。2024 年 2 月 11 日无明显诱因下解黑便多次, 呈柏油样。2 月 12 日夜间突发意识不清, 呕吐鲜红胃内容物 1 次, 内含暗红色血块, 量约 50 mL。急查血红蛋白 75 g/L, 血细胞比容 23.4%。胃镜检查报告: ①慢性浅表性胃炎; ②胃底糜烂。腹部 CTA (增强, 三

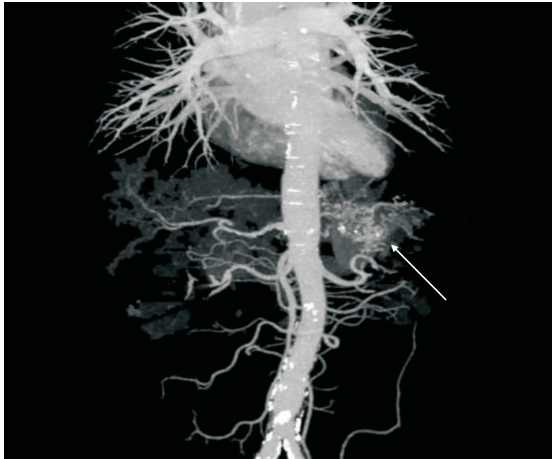
维) 检查结果: 胃、十二指肠、胰腺周围多发迂曲小血管影见图 1。考虑消化道出血, 予胃肠减压、质子泵抑制剂、生长抑素、止血剂、禁食等对症处理后症状缓解。2024 年 2 月 13 日夜间 23 时患者突发呕血, 伴一过性意识丧失, 呼之不应, 后自行苏醒, 呕血色鲜红伴血块, 量约 800 mL。心电监护提示: 心率 100 次/min, 血压 80/52 mmHg, 指末氧 100%, 血红蛋白 54 g/L, 血细胞比容 16.1%。结合患者发病部位及临床特点,

DOI: 10.3969/j.issn.1008-794X.2026.04.008

作者单位: 663300 云南文山 云南省文山州广南县人民医院放射科(徐成航); 上海交通大学医学院附属第六人民医院介入放射科(方统磊、王 涛、吴春根、田庆华)

通信作者: 田庆华 E-mail: ddqinghua-tian@163.com

多学科会诊(普外、消化、介入)后建议采取介入诊疗。



胃、十二指肠、胰腺周围多发迂曲血管影,血管局部增粗

图 1 腹部 CTA

手术经过:右股动脉穿刺置鞘,然后插管至腹腔干、肝总动脉、脾动脉、胃左动脉造影,可见胃左动脉、胃右动脉、脾动脉(胰腺支、胃网膜左动脉)迂曲增粗、局部瘤样扩张,相应胃壁染色增浓,然后使用 1.7 F 微导管(上海国祥公司)超选至相应动脉,然后缓慢注入适量明胶海绵颗粒(直径 350~560 μm ,杭州艾力康公司)与造影剂混悬乳剂,造影后显示分支血管仍有出血,然后于各异常染色分支(胃左动脉、胃右动脉、脾动脉)近段置入数枚金属弹簧圈(FG9201003-0515、FG9201003-0410、FG9201003-0310,上海翌钜生物科技有限公司),见图 2。术毕造影提示胃左动脉、胃右动脉、脾动脉(胰腺支、胃网膜左动脉)各迂曲扩张血管远端染色基本消失,未见明显造影剂外溢,见图 3。手术顺利完成。

2024 年 2 月 22 日查血红蛋白 75 g/L,血细胞比容 23.4%,患者无黑便及呕血情况,准予出院。2024 年 3 月 21 日门诊复查血红蛋白 113 g/L,血细胞比容 36.4%,血红蛋白及血细胞比容正常,情况明显好转,嘱定期随诊复查。2024 年 12 月 1 日电话随访患者一般情况良好,未出现黑便及呕吐咖啡样液等症状。

2 讨论

恒径动脉破裂致上消化道出血而死亡的病例最早于 1898



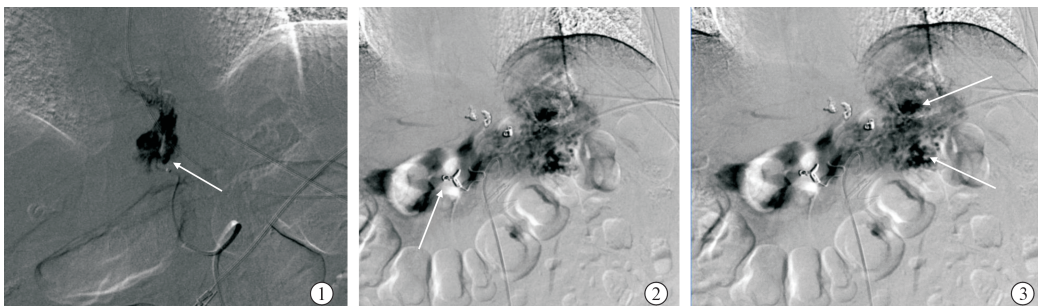
术毕造影提示胃左动脉、胃右动脉、脾动脉(胰腺支、胃网膜左动脉)各迂曲扩张血管及远端异常染色基本消失,未见造影剂外溢征象

图 3 术毕腹腔干造影

年由法国外科医生 Dieulafoy 报道过 3 例,故该病被命名为 Dieulafoy 病,又称 Dieulafoy 溃疡、Dieulafoy 损害、黏膜下恒径动脉综合征等,简称杜氏病。通常情况下,胃血液供应的主要区域位于小弯侧,而胃其他部位的血液供应则是黏膜下血管丛的分支。由于这些分支的管径相对较小,故出现较粗管径动脉畸形的可能性也相对较低。本文报道了 1 例 Dieulafoy 病引起上消化道大出血,畸形出血动脉累及胃左动脉、胃右动脉、脾动脉(胰腺支、胃网膜左动脉)多发分支,经急诊介入诊疗后成功止血。

Dieulafoy 病虽然少见,但可危及生命^[1]。Dieulafoy 病 65% 发病部位位于胃的近端小弯,胃外的则很少,该病例中脾动脉(胰腺支、胃网膜左动脉)迂曲增粗、局部瘤样扩张实属少见。Dieulafoy 病的诱因可为高血压及应激等多种因素^[2],该患者于 2024 年 2 月 11 日春节期间发病,初步考虑为患者节假日饮食量增加导致胃蠕动增强,产生横向剪切力引起血管破裂,迂曲的动脉血管内径粗且压力高,出血不易停止,因此临床表现为上消化道大出血。

Dieulafoy 病主要靠消化内镜、血管造影诊断,必要时通过探查增粗迂曲的恒径动脉才能确诊。在微创介入开展



①胃左动脉胃右动脉,②脾动脉(胰腺支、胃网膜左动脉),③造影:箭头所指病变区动脉分支迂曲增粗、局部瘤样扩张,相应胃壁染色增浓

图 2 增粗迂曲瘤样扩张动脉及胃壁染色情况

之前,治疗 Dieulafoy 病的方法主要为保守治疗、手术和内镜治疗^[3]。保守治疗的方式有胃肠减压、质子泵抑制剂、生长抑素、止血剂,保守治疗死亡率高达 28%。外科手术治疗由于出血的确切位置无法确定,有很大的盲目性。随着医学技术的发展,内镜技术已成为诊断和管理 Dieulafoy 病的首选方法^[4-5]。但对于 Dieulafoy 病急性出血期、一般情况差及内镜下止血失败、既往内镜治疗后再出血的患者,应当考虑介入栓塞治疗。本例患者反复出血及黑便,大量呕血,情况紧急,结合患者病情及家属意愿,本团队采取急诊动脉栓塞治疗,主要有以下几个优势:首先介入治疗创伤小、诊疗快速,对患者配合程度及重要脏器的功能要求较低;其次能精确找到增粗、迂曲的供血动脉及出血点,根据出血点精准定位栓塞;最后能避免不必要的大范围脏器损伤及术后护理困难,减少患者的术后并发症,并且能够对 Dieulafoy 病的病变血管全程进行栓塞,治疗彻底,再发出血率低。内镜治疗虽然目前是首选,但该患者出血量大,胃内凝血块可能会影响观察及干扰内镜止血,导致止血不彻底,故该策略暂不予考虑^[6-8]。外科手术未明确的出血原因和病灶部位,以往的手术切除是一种盲目切除,结合多发畸形动脉血管,患者有可能全胃切除,极易因术后再出血或再次手术而死亡。再者需要全身麻醉,患者一般情况差,不作为首选^[9-10]。保守等对症支持治疗不能解决目前的急性上消化道大出血,该方法不予考虑。

随着微创介入的不断发展,选择性动脉栓塞作为首选治疗胃出血 Dieulafoy 病的报道逐渐增多^[11-12]。本例中急诊介入栓塞相应增粗、迂曲、出血动脉,首先向胃左动脉、胃右动脉、脾动脉(胰腺支、胃网膜左动脉)采用明胶海绵颗粒栓塞出血动脉末端分支血管,造影后显示仍有出血,考虑栓塞不彻底,增粗迂曲的恒径动脉破裂范围较广,所以接着用金属弹簧圈栓塞近段血管,再造影提示各迂曲扩张血管远端染色基本消失,未见明显造影剂外溢,随访至今未再出血。提示明胶海绵颗粒联合弹簧圈选择性动脉栓塞治疗该病所致的上消化道大出血止血效果良好,然而这可能会导致相应脏器长期缺血而发生坏死,特别是胰腺及脾脏,所以该方法有待跟踪观察胰腺及脾脏坏死情况。

总之,针对 Dieulafoy 病所致消化道出血的此类患者救治诊疗中,介入动脉栓塞治疗是一种有效的备选治疗方案。

[参 考 文 献]

- [1] Touati DM, Bouzid A, Hajji R, et al. Case report; Dieulafoy's lesion as a rare cause of massive gastrointestinal hemorrhage [J]. *Int J Surg Case Rep*, 2024, 126: 110810.
- [2] Eleanor A, Mungai MN, Kelum R, et al. Dieulafoy's lesion; a rare but potentially life-threatening cause of gastrointestinal bleeding [J]. *Br J Hosp Med (Lond)*, 2023, 84: 1.
- [3] Abdoh Q, Samara E, Zayed A, et al. Dieulafoy lesion with rare vascular complications: diagnostic and therapeutic approach [J]. *J Surg Case Rep*, 2024, 2024: rjae750.
- [4] 郑经旭. 胃镜检查对上消化道出血患者临床诊断及治疗的指导价值分析 [J]. *影像研究与医学应用*, 2021, 5: 230-231, 234.
- [5] Li JX, Fung MB. Advancements in endoscopic hemostasis for non-variceal upper gastrointestinal bleeding [J]. *WORLD J GASTROINTEST ENDOSC*, 2024, 16: 376-384.
- [6] 张维婵. 上消化道出血患者采取急诊消化内镜治疗的临床效果 [J]. *中国医药指南*, 2024, 22: 120-122.
- [7] Aabdi B, Kharrasse G, Zazour A, et al. Clinical, endoscopic and therapeutic features of bleeding Dieulafoy's lesions: case series and literature review [J]. *BMJ Open Gastroenterol*, 2024, 11: e001299.
- [8] 李晨光, 邓彩虹, 蒋煜, 等. Dieulafoy 病引起急性上消化道出血的内镜下治疗 [J]. *胃肠病学和肝病学杂志*, 2022, 31: 266-268, 274.
- [9] Soldner T, Bakke K, Savage S. Surgical Management of Upper Gastrointestinal Bleeding [J]. *Gastrointest Endosc Clin N Am*, 2024, 34: 301-316.
- [10] Atri S, Hammami M, Ouadi Y, et al. Dieulafoy's lesion; Is there still a place for surgery? About 2 cases [J]. *Int J Surg Case Rep*, 2024, 114: 109166.
- [11] 陈鹏飞, 任建庄, 韩新巍, 等. 医源性上消化道出血血管造影诊断和栓塞治疗 [J]. *介入放射学杂志*, 2016, 25: 111-115.
- [12] 苏秀琴, 于世平, 张进, 等. Dieulafoy 病致消化道大出血的介入治疗 [J]. *介入放射学杂志*, 2008, 7: 478-480.

(收稿日期: 2025-02-13)

(本文编辑: 茹实)