



[DOI] 10.3969/j.issn.1001-9057.2025.05.020

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2025.05.020

## · 论著摘要 ·

## 17 例上消化道 Dieulafoy 病合并出血的临床及内镜特征分析

周秋烨 侯灼 张蓉 杨秋霞 张志波 尧颖

**[摘要]** **目的** 研究上消化道 Dieulafoy 病合并出血患者的临床及内镜特征。**方法** 回顾性纳入我院消化内科收治的上消化道 Dieulafoy 病合并出血患者 17 例,分析其一般情况、临床特点、内镜特征、治疗手段及预后。**结果** 上消化道 Dieulafoy 病合并出血表现为呕血及黑便,多有失血性休克表现,且多合并基础疾病。17 例患者中 4 例(23.54%)合并消化性溃疡、13 例(76.47%)患者出现呕血;7 例(41.18%)病变位于胃体、5 例(29.41%)病变位于十二指肠;镜检查表现为微小的黏膜破损,其中可见裸露血管伴活动性渗血 10 例(58.82%);15 例(88.26%)给予钛夹止血治疗,同时给予抑酸分泌、保护胃黏膜综合治疗。随访发现 2 例患者出院后再次发生上消化道出血。**结论** 对于短期内出现急性上消化道大出血的患者,应考虑 Dieulafoy 病的可能,及时完善内镜检查,仔细观察胃小弯、十二指肠球后、降部等易忽略部位,以减少该病的漏诊及误诊。

**[关键词]** Dieulafoy 病; 上消化道出血; 内镜检查; 临床特征

**[中图分类号]** R573.2

**[文献标识码]** A

Dieulafoy 病又称胃黏膜下恒径动脉破裂出血,是急性上消化道大出血的少见病因,本病以老年人多见,男性多于女性,因其出血部位隐匿。出血量大,患者短时间内可以出现不同程度的失血性休克表现,甚至死亡,因此及时明确诊断并给予合理治疗尤为重要。本文回顾性分析 17 例上消化道 Dieulafoy 病合并出血患者的资料,总结上消化道 Dieulafoy 病的临床及内镜特征,以期减少该病漏诊及误诊,挽救患者生命。

### 对象与方法

1. 对象:回顾性纳入 2020 年 1 月~2023 年 12 月与我院消化内科治疗的 Dieulafoy 病患者 17 例,其中男 11 例,女 6 例,年龄 39~80 岁,平均年龄 61.9 岁。纳入标准:(1)粪便潜血阳性或有呕血或黑便症状,伴或不伴有头晕、心悸、面色苍白、血压下降等周围循环衰竭征象;(2)经内镜检查诊断为 Dieulafoy 病。排除标准:(1)伴消化性溃疡、食管胃底静脉曲张、消化道肿瘤、理化和放射损伤、胰管或胆管等出血;(2)合并免疫和凝血功能障碍;(3)食源性黑便;(4)其他原因导致的上消化道出血。本研究已通过我院伦理委员会审核批准,所有患者均知情同意。

2. 方法:收集所有患者的既往病史、用药史、临床表现、内镜特征、治疗方法及预后情况。Dieulafoy 病内镜诊断标准<sup>[1]</sup>:(1)来自微小(<3 mm)黏膜缺损的活跃动脉喷射或微脉动流;(2)在微小黏膜缺损内观察到有或没有活动性出血的突出血管,周围黏膜正常;(3)微小黏膜缺损或外观正常的黏膜有紧密黏附的血凝块。所有患者均在入院后 24 h 完成内镜检查并明确诊断。内镜检查范围包括食管、胃及十二指肠降部,记录出血的部位、黏膜是否破损、出血情况等特征。

3. 统计学处理:计数资料以例数和百分比表示。

### 结果

1. 所有患者既往病史与用药史:1 其中,合并消化性溃疡 4 例(23.53%),既往有高血压病史 4 例(23.53%)、糖尿病 1 例(5.88%)、慢性肾功能衰竭尿毒症期 1 例(5.88%)、肝硬化病史 1 例(5.88%)。发病前曾服用解热镇痛药物 7 例(41.18%),其中联合使用激素 1 例,长期服用华法林 1 例(5.88%)。17 例患者发病前均无明显诱因,其中发病后于外院就诊 10 例(58.82%),予完善相关检查及药物对症治疗病情未改善;既往反复消化道出血 3 例(17.65%),且均完善胃镜检查后,仍未明确出血原因及部位。

2. 所有患者临床表现:其中,13 例(76.47%)呕血且黑便,4 例(23.53%)仅黑便。入院 Hb 24~124 g/L,平均 Hb (74.35 ± 28.19) g/L,中位 Hb 63 g/L,标准差。所有患者均出现不同程度失血性休克表现,其中 4 例(23.53%)伴有乏力、10 例(58.82%)伴有头晕、乏力、心悸、出冷汗等、5 例(29.41%)收缩压 <90 mmHg、3 例(17.65%)伴有意识障碍。

3. 患者内镜特征:17 例患者中,病变位置,7 例(41.18%)位于胃体,2 例(11.76%)位于胃底,2 例(11.76%)位于胃窦,4 例(23.53%)位于十二指肠球后,1 例(5.88%)位于十二指肠水平部,1 例(5.88%)位于十二指肠降部。胃镜检查 10 例(58.82%)见血管裸露伴活动性渗血;病灶表现 4 例(23.53%)为血管裸露伴少量渗血;3 例(17.65%)为裸露血管伴血痂附着并有活动性出血。见图 1A、图 2A。

4. 治疗方式:17 例患者在行内镜检查前均给予质子泵抑制剂(PPI)抑酸、保护胃黏膜、补液及支持治疗。均在 24 h 内完成急诊内镜检查,并行内镜下止血治疗,其中 1 例予 1:10 000 肾上腺素黏膜下注射 + 氩离子凝固术(APC)止血治疗;1 例予 APC 止血治疗;15 例予钛夹止血治疗(4 例使用 1 枚钛夹、4 例使用 2 枚钛夹、2 例使用 3 枚钛夹、2 例使用 4 枚钛夹、2 例使用

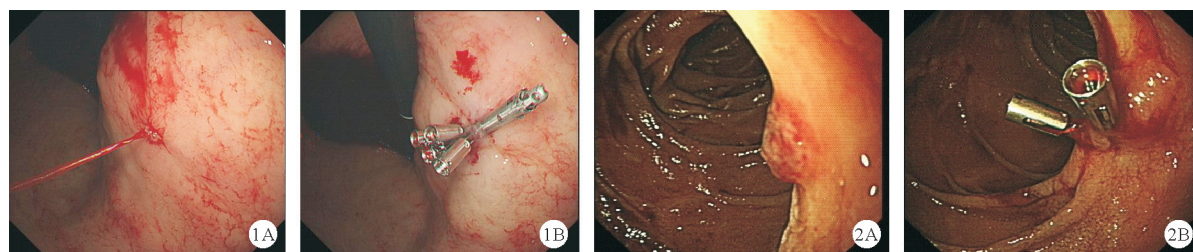


图 1 胃体出血患者内镜下止血治疗结果(A:出血部位;B:钛夹止血) 图 2 十二指肠降段出血患者内镜下止血治疗结果(A:出血部位;B:钛夹止血)

5 枚钛夹、1 例使用 10 枚钛夹),均一次性止血成功。见图 1B、图 2B。术后禁食 24 h,之后逐步过渡到半流质饮食。住院过程中,有 12 例患者给予输血纠正贫血。

5. 所有患者预后情况:17 例患者出院后定期电话进行随访,其中 1 例(5.88%)出院 3 年后再次发生上消化道出血并于其他医院就诊,行胃肠镜检查未找到出血部位,药物治疗后出血停止;1 例(5.88%)出院 2 年后再次发生上消化道出血并于其他医院就诊,住院期间出现失血性休克致死亡,未能行胃肠镜检查。1 例(5.88%)因慢性肾衰竭死亡;1 例(5.88%)因肝硬化、肝衰竭死亡;1 例(5.88%)因脓毒血症死亡。

## 讨 论

Dieulafoy 病是反复消化道出血的一种少见原因,法国医生 Georges Dieulafoy 于 1898 年第 1 次对该病变从临床、病理学、病理生理学和病理学角度进行了描述,并将其命名为“单纯性溃疡”<sup>[2]</sup>。发病率约占消化道出血的 0.15%~5.80%,Dieulafoy 病发病率呈逐年上升趋势<sup>[3]</sup>。有报道表明,国内 80 年代以前很少有 Dieulafoy 病例报道情况;而迄今为止,国内外已有上千例病例报道<sup>[4]</sup>。

大部分 Dieulafoy 病病灶位于胃小弯侧贲门下方 6 cm 内,此处由胃左动脉供血,一般情况下,血管进入胃壁后分支逐渐变细,最终形成毛细血管到达胃黏膜,而 Dieulafoy 病患者血管进入胃壁后口径保持恒定,血管暴露于黏膜下方,高血流压力压迫黏膜使其变薄,甚至形成溃疡,加上胃酸等作用侵蚀下,导致血管破裂而形成突发性大出血。当出血后血压下降、血管收缩、血栓形成,出血可暂时停止,当临床上给予输血、补液等对症治疗使血压回升、血栓脱落后,可再次出现大出血。因此,这也形成了上消化道 Dieulafoy 病合并出血的主要临床表现:突发性、间歇性、反复发作的消化道大出血,且患者发病大多无明显诱因<sup>[5]</sup>。本研究中 17 例患者均符合以上表现,其临床特征为:(1)首发症状符合上消化道出血表现,以黑便和呕血为主,其中 13 例(76.5%)表现为黑便及呕血。(2)出血量较大,短时间内可以导致患者出现不同程度的失血性休克表现,本研究中,患者入院时均有不同程度头晕、乏力、心悸、出冷汗等表现,16 例(94.1%)Hb 水平有不同程度下降,其中 9 例达到输血指征,根据患者自身情况,有 12 例(70.6%)予输注悬浮红细胞纠正贫血。(3)年龄差异大,以老年人多见,男性多于女性。有报道表明 Dieulafoy 病发病年龄为 20 个月~93 岁,平均年龄 50 岁<sup>[4]</sup>,男性的发病率是女性的 2 倍<sup>[6]</sup>。本研究患者年龄 39~80 岁,平均年龄 61.9 岁,其中男性 11 例,女性 7 例,发病年龄、男女比例均与报道较为相符。(4)患者常有合并症存在。有研究表明,高血压、冠心病、脑血管病、慢性肾病、糖尿病以及老龄、吸烟、饮酒、服用非甾体抗炎(NSAID)药物均为 Dieulafoy 病出血

的相关危险因素<sup>[6-7]</sup>。由于 wanken 弹力纤维束将恒径动脉固定于黏膜,形成特定的黏膜易损区<sup>[8]</sup>。高龄患者尤其有上述合并症存在者,血管弹性减退、动脉硬化,在诸多因素刺激下,如过量吸烟、长期饮酒及服用阿司匹林、华法林等损伤黏膜的药物,更加容易导致黏膜下恒径动脉破裂出血。本研究中超过半数患者合并上述危险因素,其中 4 例合并消化性溃疡患者,可能因其自身胃酸与胃蛋白酶增多,胃液消化作用增强而导致黏膜损伤,血管被侵蚀破裂出血。由于已报道的 Dieulafoy 病年龄最小患者仅 20 月龄,因此本病可能不排除先天因素作用的结果,本组患者中最小年龄为 39 岁,且无吸烟、饮酒史及其他慢性病史,其发病可能为先天血管发育畸形所致。

由于 Dieulafoy 病较少见,大多数患者症状缺乏典型性,血管一旦侵蚀破裂,极易引起失血性休克甚至死亡,因此早期明确诊断,及时治疗极为重要。随着检查手段的不断完善,内镜在 Dieulafoy 病的诊断方面发挥着越来越重要的作用,随着对该病的认识不断加深,其诊断率也有所提高。内窥镜与其他检查方式相比,不仅能够直观发现病灶,还能予以及时处理,极大地提高了病人诊治的效率,及时地挽救 Dieulafoy 患者生命,这一优势是很难被取代的。在电子胃镜下,Dieulafoy 病的特征表现为无溃疡灶的孤立性血管搏动或喷射样出血(直径<3 mm),或可见火柴头样的血管残端<sup>[9]</sup>。本研究中 17 例患者内镜下均可见病灶周围黏膜无明显炎症改变,有 15 例在病灶处可见血管断端,其中 7 例(41.18%)病灶呈圆形或椭圆形黏膜缺损或糜烂灶,其大小介于 2~5 mm 之间,边缘整齐,基底清洁,血管断端位于基底中央。应该注意的是,由于 Dieulafoy 病的病变小,内镜检查时应尽可能抽净胃液或者积血,充分冲洗,变换体位,暴露检查视野,仔细寻早病灶所在。当患者再出血时,应再次予内镜复查以提高阳性诊断率<sup>[10]</sup>。由于胃黏膜修复速度很快,修复后可导致病灶特征被掩盖而延误诊断,本研究患者均在入院 24 h 内完善胃镜检查,这也让确诊率得以提高。近年来,内镜技术不断进步,内镜下治疗 Dieulafoy 的方法多种多样,本研究中使用的钛夹止血、肾上腺素联合氩离子凝固术(APC)止血治疗均为目前常用的内镜下止血方法。对于活动性出血以及出血病灶不能确定者,可以选择肾上腺素或 APC 止血,肾上腺素通过收缩血管,同时促使血液中的纤维蛋白原迅速转化为纤维蛋白,迅速起到止血效果<sup>[11]</sup>。而 APC 的优点在于不与病灶直接接触,避免了刺激病变部位,氩气对人体无害,操作也相对简便<sup>[12]</sup>。有多个研究表明,肾上腺素联合氩离子凝固术止血效果优于单用肾上腺素。对于出血灶明确的 Dieulafoy 病患者,内镜下钛夹止血的疗效更佳,其主要通过机械性止血的方法,将出血的血管及四周局部组织夹闭,起到迅速止血的效果,此外,由于对出血部位夹闭组织少,影响范围小,还可避免





[DOI] 10.3969/j.issn.1001-9057.2025.05.021

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2025.05.021

## · 临床诊治经验与教训 ·

## 三种不同强心药物对脓毒症心肌损伤患者心功能、血流动力学及心肌酶谱的影响

崔广清 葛玲玉 周莉 汪涛

**【摘要】 目的** 探讨左西孟旦、多巴酚丁胺、米力农三种强心药物治疗脓毒症心肌损伤患者的临床效果,并分析治疗过程中心功能、血流动力学与心肌酶谱指标变化情况。**方法** 根据不同治疗药物不同将 77 例脓毒症心肌损伤患者分成 A 组(左西孟旦,24 例)、B 组(多巴酚丁胺,26 例)、C 组(米力农,27 例)。比较 3 组患者治疗前后心功能、血流动力学及心肌酶谱指标及治疗期间不良反应发生情况。**结果** A 组治疗后每搏输出量(SV)、收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、平均动脉压(MAP)、血氧饱和度( $\text{SpO}_2$ )水平均高于同组治疗前,高敏心肌肌钙蛋白(hs-cTnT)、血清肌酸激酶(CK)及肌酸激酶同工酶(CK-MB)水平均低于同组治疗前;B 组及 C 组治疗后 SBP、DBP、MAP、 $\text{SpO}_2$ 水平均高于同组治疗前,hs-cTnT、CK 及 CK-MB 水平均低于同组治疗前( $P < 0.05$ )。治疗后,A 组患者 SV、左心室射血分数(LVEF)、CI、SBP、DBP、MAP、 $\text{SpO}_2$ 水平均高于同期 B 组和 C 组,hs-cTnT、CK、CK-MB 水平均低于同期 B 组和 C 组( $P < 0.05$ )。3 组患者治疗期间不良反应发生情况比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 左西孟旦治疗脓毒症心肌损伤患者具有较好的临床效果,可明显改善患者心功能、血流动力学及心肌酶谱指标水平,且不良反应较少。

**【关键词】** 左西孟旦; 多巴酚丁胺; 米力农; 强心药物; 脓毒症心肌损伤; 心功能; 血流动力学; 心肌酶谱

[中图分类号] R542.2

[文献标识码] B

心肌损伤是脓毒症患者常见且尤为突出的并发症之一。相关研究指出,超过 40% 脓毒症患者伴不同程度的心肌损伤<sup>[1]</sup>。心肌损伤的发生率居高不下,不仅危害患者心脏功能,也会加剧脓毒症病情严重程度,导致不良预后的发生。此外,心肌损伤病情持续发展会导致心肌收缩与舒张功能出现不可逆损害,进而演化为严重的心力衰竭。此时不仅损害患者机体

作者单位:224200 江苏盐城,东台市人民医院重症医学科

患者产生溃疡或加重出血<sup>[13]</sup>。其他内镜下止血的方法还有硬化剂注射、喷洒止血药、套扎等,但目前对比内镜下不同治疗方法疗效的研究较少,哪一种止血方法效果最好尚未得出准确结论,应根据不同患者选择个性化治疗方案。

本研究 17 例患者中随访发现有 2 例再次出现急性上消化道大出血,另有 3 例因慢性肾功能衰竭、肝功能衰竭、感染死亡,这也提醒我们,对于有基础疾病、服用 NSAID 药物患者出现急性上消化道出血时,需要警惕 Dieulafoy 病的可能,本研究入组患者例数较少,难以全面反映 Dieulafoy 病的临床表现、内镜特征及治疗转归,将来需要进一步纳入更多患者,追踪随访其预后及复发情况,临床医生应加强对 Dieulafoy 病临床及内镜特征的认识,对短期内出现急性上消化道大出血的患者,要考虑到 Dieulafoy 病的可能,及时完善内镜检查,仔细观察胃小弯、十二指肠球后、降部等易漏诊部位,以期减少该病的漏诊及误诊,积极地处理病灶有助于挽救患者生命。

## 参 考 文 献

[1] Inayat F, Amjad W, Hussain Q, et al. Dieulafoy's lesion of the duodenum: a comparative review of 37 cases[J]. Case Reports, 2018, 2018: bcr2017223246.

伤<sup>[1]</sup>。心肌损伤的发生率居高不下,不仅危害患者心脏功能,也会加剧脓毒症病情严重程度,导致不良预后的发生。此外,心肌损伤病情持续发展会导致心肌收缩与舒张功能出现不可逆损害,进而演化为严重的心力衰竭。此时不仅损害患者机体

- [2] Karamanou M, Fiska A, Demetriou T, et al. Georges-Paul Dieulafoy (1839-1911) and the first description of "exulceratio simplex" [J]. Ann Gastroenterol, 2011, 24(3): 188-191.
- [3] Schmulewitz N, Baillie J. Dieulafoy lesions: a review of 6 years of experience at a tertiary referral center [J]. AM J Gastroenterol, 2001, 96(6): 1688-1694.
- [4] 卢崇亮. Dieulafoy 病的临床近况 [J]. 中国胃肠外科杂志, 2000, 3(4): 251-253.
- [5] 台卫平. Dieulafoy 病的诊断与治疗 [J]. 临床内科杂志, 2019, 36(7): 444-446.
- [6] Jeon HK, Kim GH. Endoscopic Management of Dieulafoy's Lesion [J]. Clin Endosc, 2015, 48(2): 112-120.
- [7] 汤欣, 张玫. Dieulafoy 病临床特征及相关危险因素分析 [J]. 山东医药, 2010, 50(36): 42-44.
- [8] 何佳, 刘德良, 霍继荣, 等. 上消化道 Dieulafoy 病变的临床与内镜特点分析 [J]. 医学临床研究, 2008, 25(4): 708-710.
- [9] 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(3): 266-268, 274.
- [10] 崔振芹. Dieulafoy 病的临床及内镜特点 [J]. 工企医刊, 2003, 16(4): 18-19.
- [11] 李利娟, 吴贵荣. 内镜止血在急性非静脉曲张性上消化道出血治疗中的临床价值 [J]. 中国社区医师, 2023, 39(6): 25-27.
- [12] 尚现伟. 氩离子凝固术治疗消化道出血的临床疗效观察 [J]. 中国医学工程, 2013, 21(3): 120-121.
- [13] 郭胜男. 内镜下不同止血方案治疗上消化道出血的效果对比 [J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2022, 32(3): 61, 65.

(收稿日期: 2024-04-07)

(本文编辑: 李昊阳)