Modern Practical Medicine, September 2025, Vol. 37, No. 9

·病例报告·

自发性腹腔干动脉夹层伴腹腔出血误诊为胃间质瘤 1 例报告并文献复习

李华玉，陈雷达，李强

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2025.09.025

【中图分类号】 R657.2 【文献标志码】 B 【文章编号】 1671-0800(2025)09-0972-03

腹痛、呕吐伴腹腔内出血是急诊患者常见症状，多见于胃肠道穿孔及胰腺炎等消化系统疾病。自发性腹腔干动脉夹层（spontaneous celiac artery dissection，SCAD）合并腹腔出血虽然罕见，且同样以急性腹痛伴消化道症状为突出表现，但缺乏特异性，急诊容易误诊为消化道相关疾病而延误治疗，严重者将危及生命。本文拟回顾性分析 1 例 SCAD 伴远端血管破裂致腹腔出血患者的临床资料，旨在提高对本病的认识，现报道如下。

1 病例

患者女，62 岁，因“恶心、呕吐伴进行性上腹痛加重 6 d”入住宁波大学附属人民医院。患者先予外院就诊，外院腹部 CT 平扫提示胃窦后壁肿块，考虑胃间质瘤，遂转至本院消化科就诊。患者自诉患高血压病 10 年，不规律服用降压药。体格检查发现剑突下轻压痛，无反跳痛。实验室检查示 D-二聚体明显升高（754 ng/ml），活化凝血活酶时间升高（40.1 s）。患者 1 个月前曾因腰痛行 CT 检查，显示腹腔干周围脂肪间隙模糊，胃周未见明显异常密度（图 1 A）。

本院予急诊CT增强检查，示胃窦后壁稍高密度团片影，约为 2.2 cm×1.7 cm，边界模糊，周围血管增粗、毛糙；病灶 CT 值约 45 HU，增强后最高约 60 HU（图 1B ～ C）；相邻处胃窦部黏膜线完整；腹腔干增粗，呈现“双腔”样改变（图 2）；子宫周围见片状高密度影。影像诊断结论为胃窦部胃壁肿块、腹腔干夹层动脉瘤、盆腔积血。后转至血管外科在局部麻醉下行急诊介入治疗，术中造影见腹腔干起始处夹层动脉瘤，远端动脉纤细，显影欠佳。遂于腹腔干主干夹层动脉瘤处置入血管内支架（图 3）。术后患者腹部钝痛明显缓解，1 周后患者恢复良好，予以出院。半个月后复查 CT，发现胃窦后壁病灶明显缩小（图 1D），盆腔积血消失。患者最终诊断为 SCAD 伴胃壁出血，盆腔积血。

本研究获得宁波大学附属人民医院医学伦理委员会批准，免除/豁免知情同意。

2 讨论

SCAD 是指在没有主动脉夹层的情况下，发生在腹腔干及其分支的夹层，属于内脏动脉夹层的一种[1]。其临床表现多样，大多数患者无明显症状，多在查体时偶然发现。在有症状的患者中，上腹部疼痛是最常见的表现，由于其症状的非特异性，易误诊为消化系统疾病，如急性胃肠炎、胆囊炎、胰腺炎或消化道溃疡等[2]。此外，部分患者还可表现为非特异性的背部、胸部疼痛以及恶心呕吐等，严重者可能出现继发性缺血性改变，如坏死性胰腺炎、脾梗死[3-4]，或罕见的由血管破裂引起的腹腔内出血[5]，进一步引发低血压和休克等危及生命的并发症。腹腔干动脉夹层不同于其他动脉夹层，其夹层多发生在内膜和外弹性层之间，而主动脉夹层通常发生在内膜的第一第二部分之间[6]。尽管 SCAD 病理、生理机制目前尚未完全阐明，但已知的危险因素包括高血压、动脉粥样硬化、吸烟、结缔组织疾病、妊娠、纤维肌肉发育不良及腹正中弓状韧带压迫等[7]。值得注意的是，近年研究发现 SCAD 可能还与结节性多动脉炎有关，一些患者在演变为动脉夹层前，病变周围脂肪出现非特异性炎性浸润[8]，其中患有结节性多动脉炎的

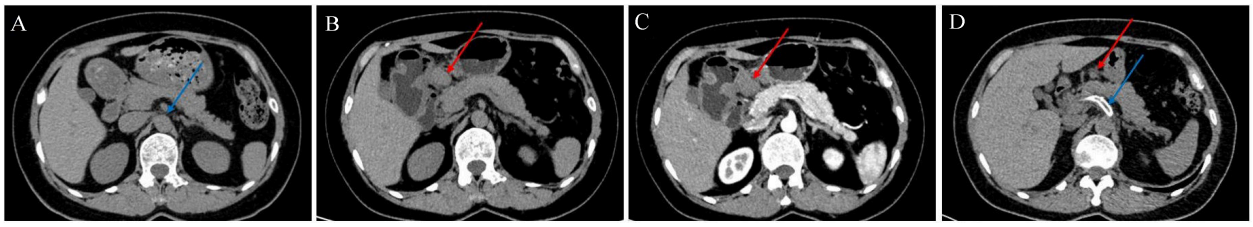
作者单位： 315040 宁波，宁波市第六医院（李华玉）；宁波大学附属人民医院（陈雷达、李强）

通信作者： 李强，Email：rmliqiang@nbu.edu.cn

患者约占 30%[9]。本例患者 1 个月前影像学检查显示，腹腔干周围脂肪间隙模糊，提示腹腔干及远端血管出现慢性非特异性炎症。结合临床病理机制，推测在长期高血压的病理生理作用下，血管壁逐渐变硬并发生中层断裂，形成腹腔干夹层动脉瘤；夹层动脉瘤的存在加重远端血管血压的不稳定性，导致病变相邻血管增粗、毛糙，最终引发远端血管破裂及胃壁血肿。

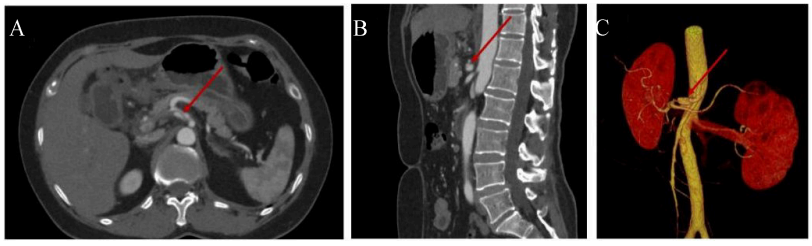
腹腔干作为腹主动脉最重要的分支之一，为脾脏、胃等多个内脏器官供血，因此尽早明确诊断 SCAD 并及时治疗对患者的预后至关重要。随着影像技术的快速发展及普及，SCAD 的诊断准确率显著提升[10]。腹部数字减影血管造影是诊断 SCAD 的“金标准”，但它属于有创操作，且存在血管栓塞的风险。目前，大多数患者通过 CT 血管造影（CTA）确诊 SCAD[11]。CTA 能够全面评估血管系统，清晰显示夹层的开口位置和累及范围、假腔形成和解剖变异等情况[12]，图像分辨率高，便于保存和后续手术参考。针对少数对碘对比剂过敏或合并肾功能不全等不适合进行 CTA 的患者，可选择彩色多普勒超声或磁共振检查。有研究建议无症状患者在初次诊断 SCAD 后 6 及 12 个月时重复动脉 CTA 和相关临床检查，如果情况稳定且患者仍然无症状，则建议在之后 5 年内每年进行彩色多普勒超声监测。对于有症状的患者，则应每 6 个月进行一次 CTA 和相关临床检查，直到症状改善或患者接受介入治疗[13]。

目前关于 SCAD 的最佳治疗策略尚无共识，具体临床决策需根据患者情况制定。对于没有腹腔动脉分支破裂或肠系膜缺血等迹象的轻症患者，近 80%选择保守治疗，如控制血压、肠道休息及使用镇痛药物等[14]，但是否进行抗血栓治疗仍存在争议。Galastri 等[9]建议将抗凝治疗持续时间延长至 3 ～ 6 个月以避免血栓栓塞并发症。另有研究表明，抗血栓治疗可能促进接受保守治疗的患者血管完全重塑[15]。然而，抗凝治疗可能增加出血的风险，因此临床在选择方案时应更加谨慎。当患者出现血流动力学不稳定、血压控制失败、持续腹痛或血管破裂出血等情况，则需采取微创血管内治疗（包括支架置入术、溶栓治疗和球囊血管成形术等）或开放手术治疗[16-17]。特别是当短期保守治疗后疼痛持续或有进展迹象时，应建议患者尽早进行血管内介入治疗[18]。当发生肠坏死、腹膜刺激症等并发症或血管内治疗失败时，应立即进行开放手术[19]。本例患者基于动脉 CTA 及实验室检查提示的急性出血表现，最终选择血管内介入治疗，术后患者腹痛明显缓解，血压控制稳定。



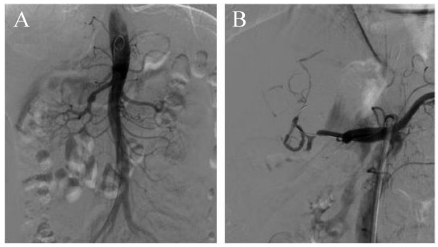
注：A 为入院前 1 个月 CT 平扫图，示腹腔干周围脂肪间隙稍模糊；B ～ C 为术前 CT 平扫和增强图像，示胃窦后壁可见肿块，增强后未见明显强化；D 为术后 2 周 CT 平扫图，示肿块明显缩小，腹腔干内可见支架影

图 1　患者手术前后 CT 影像图



注：A ～ B 为术前腹部 CTA 横断面和矢状面图像，示腹腔干呈“双腔”样改变；C 为 CTA 三维重建图像，示腹腔干呈瘤样扩张

图 2　患者术前 CTA 影像图



注：A 为术前主动脉造影图像，示腹腔干呈瘤样扩张；B 为术后腹腔干选择性血管造影图像，示支架放置于腹腔干近段。

图 3　腹腔干血管内支架置入前后血管造影图像

综上所述，SCAD伴腹腔出血由于没有典型临床表现且罕见，如果不及时确诊可能会带来严重后果。临床在接诊以腹痛伴恶心呕吐为主诉的患者时，需拓宽鉴别诊断思路，结合临床表现和影像学检查，尽早排除或确诊SCAD，及时对症治疗，从而改善患者预后。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

[1] DECARLO C, GANGULI S, BORGES J C, et al. Presentation, treatment, and outcomes in patients with spontaneous isolated celiac and superior mesenteric artery dissection[J]. Vasc Med, 2017, 22(6): 505-511.

[2] BANGOLO A, PENDER S, SAJJA C, et al. A rare cause of acute abdomen in a 59-year-old male[J]. Case Rep Gastroenterol, 2022, 15(3): 852-855.

[3] LI S, LUO J Q, YIN L, et al. Aneurysmal celiac trunk dissection caused by Median arcuate ligament syndrome successfully treated by endovascular technique: A case report[J]. AME Case Rep, 2021, 5: 37.

[4] FREEMAN C L, LACY A J, MINER A, et al. Spontaneous isolated celiac artery dissection: A case report[J]. Clin Pract Cases Emerg Med, 2020, 4(3): 414-416.

[5] NAGASAKI K, ARIGA H, IRIE T, et al. Spontaneous retroperitoneal bleeding secondary to celiac artery compression syndrome[J]. Clin Case Rep, 2021, 9(6): e04158.

[6] DEAN R K, GILL D, KHAN R, et al. An uncommon dissection: Adding to the evidence of celiac artery dissection[J]. Am J Emerg Med, 2017, 35(7): 1037.e1-1037.e2.

[7] LI S Q, CHENG L H, TU J F, et al. Effectiveness of the conservative therapy for symptomatic isolated celiac artery dissection[J]. CardioVascular Interv Radiol, 2017, 40(7): 994-1002.

[8] TAN Z W, JIN Q N, FAN W L, et al. Clinical implications of perivascular fat stranding surrounding spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection on computed tomography[J]. Exp Ther Med, 2020, 21(1): 1.

[9] GALASTRI F L, CAVALCANTE R N, MOTTA-LEAL-FILHO J M, et al. Evaluation and management of symptomatic isolated spontaneous celiac trunk dissection[J]. Vasc Med, 2015, 20(4): 358-363.

[10] DURAIKANNU C, KARUNAKARAN P, HAITHROUS S A, et al. Natural course of incidentally detected isolated Celiac Artery Dissection with hepatic artery occlusion[J]. Radiol Case Rep, 2020:15(5):479-483 .

[11] XU Y J, BU W Z, HAN X Q, et al. Current status of spontaneous isolated celiac artery dissection[J]. Vascular, 2023, 31(4): 678-685.

[12] CAVALCANTE R N, MOTTA-LEAL-FILHO J M, DE FINA B, et al. Systematic literature review on evaluation and management of isolated spontaneous celiac trunk dissection[J]. Ann Vasc Surg, 2016, 34: 274-279.

[13] DIMUSTO P D, OBERDOERSTER M M, CRIADO E. Isolated celiac artery dissection[J]. J Vasc Surg, 2015, 61(4): 972-976.

[14] ACOSTA S, GONALVES F B. Management of spontaneous isolated mesenteric artery dissection: A systematic review[J]. Scand J Surg, 2021, 110(2): 130-138.

[15] TANAKA Y, YOSHIMUTA T, KIMURA K, et al. Clinical characteristics of spontaneous isolated visceral artery dissection[J]. J Vasc Surg, 2018, 67(4): 1127-1133.

[16] ZHOU F S, ZHENG Z, PAN Y M. General features, management strategies, and outcomes of symptomatic spontaneous isolated celiac artery dissection[J]. Front Surg, 2022, 9: 972276.

[17] KIM J W, PARK H S, KOO K L, et al. Clinical manifestations of symptomatic spontaneous dissection of the celiac and superior mesenteric arteries[J]. Vasc Specialist Int, 2020, 36(4): 224-232.

[18] ZHU F, ZHANG L Q, SHANG D. The management of spontaneous isolated celiac artery dissection: A case report and literature review[J]. Vascular, 2024, 32(6): 1314-1321.

[19] FAHIM K, URI N, EYAL H, et al. Isolated celiac artery injury: Brief report, review of literature, and suggested grading guidelines[J]. Trauma, 2024, 26(4): 360-365.

收稿日期：2025-04-03

（本文编辑：钟美春）

· 编读往来 ·

医学文稿中缩略语使用须知

文题一般不使用缩略语，正文内也尽量不用。必须使用缩略语时，于首次出现出先叙述中文，然后括号注出英文全称及其缩略语，后两者用“，”分开，如该缩略语已公知，也可不注出其英文全称。缩略语不宜移行。

本刊编辑部