

植入型心律转复除颤器(ICD)电极管径虽然较一般的右室电极粗,与周围心肌组织的粘连面大,但是既往研究报道其拔除的成功率、并发症、难易程度与普通的右室电极无明显差异,当然对于植入时间长的 ICD 电极也需要借助辅助鞘^[7-8]。值得注意的是,ICD 电极在拔除前应该对其进行程控,关闭除颤功能,以防电极与脉冲发生器分离时诱发不必要的除颤。

电极拔除过程中需要注意对囊袋的处理,尤其是因为囊袋感染原因需要移除起搏系统的患者。经下腔静脉途径圈套电极前尽量先对囊袋进行处理,清除囊袋内坏死组织,然后使用新霉素溶液及双氧水对囊袋反复进行冲洗^[9-10]。此外,电极残留是起搏系统拔除后感染复发的危险因子,因此需要尽量将残留电极拔除干净,如果电极在体内断裂,则尽量使残留电极长度少于 4 cm,达到目前认为的废弃电极残留长度的标准。

总之,本中心摸索的静脉旋转电极联合圈套推顶法拔除废弃电极成功率高、安全性好、无需特殊的辅助鞘、花费少,具有一定的推广价值。

[参 考 文 献]

- [1] Haeblerlin A, Noti F, Breitenstein A, et al. Transvenous lead extraction during cardiac implantable device upgrade: results from the multicenter Swiss lead extraction registry[J]. J Clin Med, 2023, 12: 5175.
- [2] Buiten MS, van der Heijden AC, Schaliij MJ, et al. How adequate are the current methods of lead extraction? A review of the efficiency and safety of transvenous lead extraction methods[J]. Europace, 2015, 17: 689-700.

- [3] Sharma S, Ekeruo IA, Nand NP, et al. Safety and efficacy of transvenous Lead extraction utilizing the evolution mechanical lead extraction system: a single-center experience[J]. JACC Clin Electrophysiol, 2018, 4: 212-220.
- [4] 翁俊飞,董 薇,刘雷雷,等. 左心室多位点起搏在非特异性室内传导阻滞伴低射血分数心力衰竭患者治疗中的应用[J]. 介入放射学杂志, 2022, 31:14-18.
- [5] Chu XM, Li XB, Zhang P, et al. Percutaneous extraction of leads from coronary sinus vein and branch by modified techniques[J]. Chin Med J(Engl), 2012, 125: 3707-3711.
- [6] Stefanczyk P, Nowosielecka D, Polewczyk A, et al. Safety and effectiveness of transvenous lead extraction in patients with infected cardiac resynchronization therapy devices; is it more risky than extraction of other systems? [J]. Int J Environ Res Public Health, 2022, 19: 5803.
- [7] Nakhla S, Hussein AA, Brunner MP, et al. Removal of subcutaneous defibrillator shocking coils: lessons to learn for future extraction of subcutaneous defibrillator systems [J]. Pacing Clin Electrophysiol, 2018, 41: 1341-1344.
- [8] Goya M, Nagashima M, Hiroshima KI, et al. Transvenous extraction of advisory implantable cardioverter defibrillator leads with a relatively long implant duration[J]. J Cardiol, 2018, 72: 316-320.
- [9] Jachec W, Polewczyk A, Segreti L, et al. Risk factors and long-term survival of octogenarians and nonagenarians undergoing transvenous lead extraction procedures[J]. Gerontology, 2021, 67: 36-48.
- [10] 昞 峰,李 鼎,王 龙,等. 2020 ESC 心律植入装置感染处理专家共识解读[J]. 临床心电学杂志, 2021, 30:1-7.

(收稿日期:2023-06-19)

(本文编辑:茹 实)

•病例报告 Case report•

胃右动脉假性动脉瘤合并消化道出血患者 1 例围手术期观察与护理

禹 媛, 植艳茹, 李海燕, 李 蓉, 郭建明, 吴 蕊

【关键词】 胃右动脉瘤; 假性动脉瘤; 消化道出血; 护理

中图分类号:R473.6 文献标志码:D 文章编号:1008-794X(2024)-01-0102-03

Perioperative observation and nursing for one patient with right gastric artery pseudoaneurysm complicated by gastrointestinal bleeding YU Yuan, ZHI Yanru, LI Haiyan, LI Rong, GUO Jianming, WU Rui. Department of Vascular Surgery, First Affiliated Hospital, Naval Military Medical University,

DOI:10.3969/j.issn.1008-794X.2024.01.021

作者单位: 200433 上海 海军军医大学第一附属医院血管外科(禹 媛、植艳茹、李海燕、李 蓉);首都医科大学宣武医院血管外科(禹 媛、郭建明、吴 蕊)

通信作者: 植艳茹 E-mail: 2473546890@qq.com

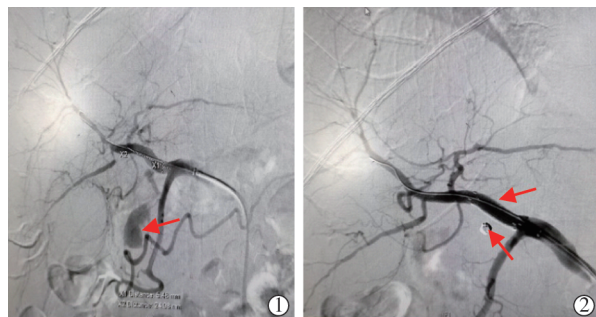
Shanghai 200433, China; Department of Vascular Surgery, Xuanwu Hospital, Capital Medical University, Beijing 100053, China

Corresponding author: ZHI Yanru, E-mail: 2473546890@qq.com (J Intervent Radiol, 2024, 32: 119-121)

【Key words】right gastric artery aneurysm; pseudoaneurysm; digestive tract bleeding; nursing

1 临床资料

患者男, 65 岁, 因无明显诱因出现间断黑便 10 余天, 每次量约 50 mL, 于外院行胃镜检查示“消化道溃疡, 消化道出血”。为进一步治疗, 2021 年 5 月 1 日至海军军医大学第一附属医院急诊就诊, 肠系膜上动脉电子计算机断层扫描血管造影(computed tomography angiography, CTA)示“胃十二指肠动脉小分支假性动脉瘤形成”, 故拟“胃十二指肠动脉假性动脉瘤, 消化道溃疡, 消化道出血”收入血管外科。入院评估: 患者高血压病 3 级 10 余年, 血压最高达 180/90 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 入院时右上肢血压 126/82 mmHg; 腹部平坦、柔软, 无腹壁静脉曲张和腹部包块, 患者胃部有疼痛感, 长海痛尺^[1]评分为 2 分。遵医嘱给予患者禁食禁饮、抑酸护胃等治疗。当日拟急诊局部麻醉下行内脏动脉造影预备胃十二指肠假性动脉瘤腔内隔绝术, 但术中造影见假性动脉瘤位于肝总动脉发出的第二分支远端, 因此术中诊断为胃右动脉假性动脉瘤, 瘤体直径约 4.3 cm×2.8 cm。可以发现, 该诊断与术前 CTA 提示不一致, 但假性动脉瘤诊断以 DSA 造影为金标准, 故明确诊断为胃右动脉假性动脉瘤, 因此行局麻下内脏动脉造影+胃右动脉假性动脉瘤弹簧圈栓塞+覆膜支架腔内隔绝术, 术中、术后造影对比见图 1。手术全程约 1.5 h, 造影剂使用量 205 mL, 失血量约 15 mL。患者术后生命体征平稳, 双侧腹股沟伤口予以自粘绷带加压包扎, 外观无渗血、渗液, 患者腹痛较术前缓解, 长海痛尺^[1]评分为 0 分, 未发生手术相关并发症, 术后 3 d 顺利出院。



①术中造影提示胃右动脉假性动脉瘤; ②胃右动脉假性动脉瘤栓塞+覆膜支架腔内隔绝术后

图 1 患者术中、术后 DSA 造影表现

2 围手术期护理

2.1 消化道出血的评估和护理

内脏假性动脉瘤性消化道出血作为急症, 患者病死率高, 尽早采取干预措施对于提高患者预后具有重要意义^[2]。该患者入院时粪便颜色为褐色, 粪转铁蛋白为阳性, 粪隐

血(++++)+, 且剑突下轻压痛。护士应告知患者严格禁食水, 避免增加胃肠道负担。患者消化道出血, 血红蛋白波动于 85~99 g/L, 遵医嘱予以患者血浆及红细胞输注, 并给予蔗糖铁治疗。同时, 关注腹部体征, 如有无肠鸣音亢进、腹胀、腹膜刺激征等情况, 遵医嘱予以雷贝拉唑钠保胃治疗。经积极处理, 患者消化道出血得到有效控制, 饮食逐渐过渡至流质。

2.2 假性动脉瘤破裂的预防 and 护理

胃动脉假性动脉瘤有胃内或腹腔内自发性大出血的风险, 且该患者假性动脉瘤瘤体较大, 同时存在消化道溃疡、高血压病史, 极大地增加了假性动脉瘤破裂的风险^[3]。腹痛是其破裂时最常见表现, 护士应准确评估患者疼痛的性质、程度和其他伴随症状等, 患者入院时疼痛评分为 2 分, 遵医嘱给予盐酸丙帕他莫注射液消炎止痛治疗, 术后疼痛评分为 0 分。由于内脏假性动脉瘤性消化道出血的发生可能会加重患者炎症反应, 患者中性粒细胞百分比 80.5%, 遵医嘱给予患者头孢呋辛钠注射液抗炎治疗。患者因禁食水停用降压药物 10 d, 监测血压 4 次/d, 术后恢复降压药物的服用, 控制血压平稳。患者围术期血压波动在 97~144/60~100 mmHg, 未发生胃动脉假性动脉瘤破裂出血。

2.3 抗凝治疗的护理和管理

由于患者手术放置覆膜支架, 存在覆膜支架闭塞的风险, 因此, 术后遵医嘱皮下注射那屈肝素钙注射液 0.2 mL, 1 次/12 h, 进行抗凝治疗。因患者合并消化道出血, 出血风险较高, 故抗凝管理至关重要。若患者抗凝期间出现出血征象, 应立即汇报医生, 遵医嘱调整抗凝药物的应用。根据患者病情及检查结果, 患者出院后停用那屈肝素钙注射液, 调整为口服硫酸氢氯吡格雷普通片 25 mg/次, 1 次/d。指导患者正确用药, 规律复查, 以保证覆膜支架远期效果。患者术后凝血指标正常, 未发生伤口出血或其他严重出血并发症。

2.4 脏器缺血的评估和护理

介入治疗内脏动脉瘤术后存在脏器缺血的可能^[4]。由于胃周围侧支血管丰富, 术后发生缺血的概率较低, 但可能会出现短暂性腹痛、反酸等消化道表现^[3]。责任护士应密切观察患者术后有无胃部不适, 评估有无腹痛发生, 并与术前相比较。该患者术后第 1 天疼痛评分为 0 分, 连续评估 3 d, 3 d 后依据疼痛变化随时复评。并根据患者胃部情况动态指导患者饮食调整。患者术后未发生脏器缺血症状。

3 讨论

内脏动脉瘤(visceral artery aneurysms, VAAs)是临床少见的血管外科疾病, 发病率为 0.01%~0.2%, 而胃动脉瘤仅占不到 4%的内脏动脉瘤, 罕见且致命^[3,5-6]。胃动脉瘤分为真

性动脉瘤和假性动脉瘤,其中,假性动脉瘤应在确诊后立即干预治疗,胃动脉假性动脉瘤的危险性在于假性动脉瘤破裂后大出血,若破裂出血,死亡率约 70%~100%^[4,7]。

胃动脉假性动脉瘤常发生于动脉壁被直接损伤的情况下^[8],危险因素包括消化道溃疡、动脉粥样硬化、高血压等,其起病隐匿,患者多无明显临床表现^[2,4]。该病例诊断具有一定的复杂性,术前诊断为胃十二指肠动脉假性动脉瘤,由于腹腔干动脉发出肝总动脉、脾动脉和胃左动脉,其中肝总动脉发出胃十二指肠动脉、胃右动脉和肝固有动脉,而肝总动脉发出的第一分支为胃十二指肠动脉,发出的第二分支为胃右动脉,术中 DSA 造影见假性动脉瘤位于肝总动脉发出的第二分支远端,因此最终诊断为胃右动脉假性动脉瘤。胃右动脉假性动脉瘤临床治疗经验有限,国内虽有文献对于该疾病诊疗实施进行报道^[3],但相关个案护理报道欠缺。且该患者合并消化道出血,手术风险高,极大地增加了护理的难度。

患者围术期护理对于其疾病恢复至关重要,对于该例患者护理应注意几点。①病情监测:严密观察患者血压、心率等生命体征情况,患者有高血压病史,正确给予患者血压控制指导和宣教,避免血压大幅度波动。指导患者预防便秘,勿用力排便,嘱其减少咳嗽等增加腹内压的动作,告知患者保持情绪平稳,避免引起血管内压力变化而诱发围术期假性动脉瘤破裂出血。另外,尤其需要鉴别比较假性动脉瘤破裂引起的腹痛与消化道出血引起的腹痛,以快速判断患者病情,给予针对性的急救措施。且由于患者合并消化道出血,还应加强患者营养支持。②出血风险的评估:该患者为出血高风险人群,存在假性动脉瘤破裂出血、消化道出血以及伤口出血的风险,且患者术后应用抗凝药物,出血风险增加,需要警惕出血性休克的发生。护士应注意抗凝药物使用剂量,密切关注患者有无局部和(或)全身出血征象,勤评估患者伤口,观察有无渗血、渗液和血肿情况,由于住院期间以卧床休息为主,指导患者正确床上活动,避免活动方式错误导致伤口出血。同时,还需注意口腔黏膜、泌尿系等状况,尤其观察消化道出血情况有无加重,动态观察患者粪便的颜色、性质和量、次数,以及有无呕血的发生,并关注血红蛋白指标变化。告知患者抗凝治疗的作用和必要性,帮助患者消除抗凝顾虑,做好患者及家属自我识别出血的相关健康教育指导,以利于早发现、早处理。③并发症的观察:该患者选择腔内治疗,相较于开放手术治疗安全、有效,且可保证术中胃动脉供血,减少远端脏器和血管缺血的风险,并避免外科手术导致的手术创伤大、恢复时间长、感染风险高等并发症^[7,9]。该患者胃右动脉假性动脉瘤术后除预防假性动脉瘤破裂、消化道出血外,对于下肢动脉栓塞、肾功能不全、下肢深静脉血栓形成等腔内手术常见并发症的观察也不可忽视,同时还

应警惕脏器栓塞缺血、支架内狭窄、内漏等情况的发生^[10],以保证患者良好预后。

4 小结

胃右动脉假性动脉瘤病例数量少,临床诊断鉴别复杂,存在一定的难度,可能存在由于缺乏针对性的观察护理导致的病情变化,延误治疗。因此,在临床护理中,责任护士应详细了解患者病情,积极协助患者完善各项检查,加强对患者围术期各项指标的监测及生命体征的动态评估,与医生有效沟通、积极配合,给予患者个体化的专科护理和疾病教育指导,尽可能避免患者假性动脉瘤破裂、消化道出血等相关并发症的发生。本例对于胃右动脉假性动脉瘤患者的治疗及整体护理措施及时、效果确切,可为胃动脉假性动脉瘤患者的围术期护理提供参考。

[参考文献]

- [1] 陆小英,赵存凤,张婷婷,等.“长海痛尺”在疼痛评估中的应用[J]. 解放军护理杂志, 2003, 20:6-7.
- [2] 卢晓倩,刘雷雷,曹殿波,等.胃十二指肠动脉假性动脉瘤十二指肠肠瘘一例报告[J]. 中华介入放射学电子杂志, 2018, 6: 280-282.
- [3] 权建军,卢翔,郑清华,等.介入治疗胃左动脉假性动脉瘤破裂出血一例并文献复习[J]. 中华介入放射学电子杂志, 2020, 8:394-397.
- [4] 郝洁雅,吕国义,梁惠民.内脏动脉瘤的血管腔内介入治疗[J]. 临床放射学杂志, 2021, 40:795-799.
- [5] 马军,姜维良.内脏动脉瘤的诊断和治疗[J]. 中国血管外科杂志(电子版), 2018, 10:161-164.
- [6] Barrionuevo P, Malas MB, Nejim B, et al. A systematic review and meta-analysis of the management of visceral artery aneurysms[J]. J Vasc Surg, 2020, 72: 40S-45S.
- [7] Chaer RA, Abularrage CJ, Coleman DM, et al. The society for vascular surgery clinical practice guidelines on the management of visceral aneurysms[J]. J Vasc Surg, 2020, 72: 3S-39S.
- [8] 李臻,李鑫,詹鹏超,等.肝动脉假性动脉瘤相关胆道出血介入治疗效果[J]. 介入放射学杂志, 2018, 27:889-892.
- [9] Sousa J, Costa D, Mansilha A. Visceral artery aneurysms: review on indications and current treatment strategies[J]. Int Angiol, 2019, 38: 381-394.
- [10] Berek P, Kopolovets I, Dzsinich C, et al. Interdisciplinary management of visceral artery aneurysms and visceral artery pseudoaneurysms[J]. Acta Medica(Hradec Kralove), 2020, 63: 43-48.

(收稿日期:2022-11-14)

(本文编辑:茹实)