

腹腔镜肝癌切除联合脾切除术的围术期护理

唐 华¹, 蒋国庆², 刘芳芳³

(1. 江苏省扬州市第三人民医院 肝病科, 江苏 扬州, 225001;

2. 扬州大学临床医学院 肝胆外科, 江苏 扬州, 225001;

3. 江苏省扬州市红十字中心血站, 江苏 扬州, 225000)

关键词: 腹腔镜; 脾切除术; 肝切除术; 围术期护理

中图分类号: R 473.6 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)20-190-02 DOI: 10.7619/jcmp.201720070

近年来,腹腔镜手术治疗肝硬化门脉高压症及肝癌方面在中国中大型医院正逐步开展,并充分体现了腹腔镜手术创伤小、并发症少、恢复快的特点和优势^[1-2]。本院在国内率先于2015年1—12月开展了12例腹腔镜肝癌切除联合脾切除术^[3],护理效果满意,现将体会报告如下。

1 临床资料

选取2015年1—12月选择性腹腔镜肝癌切除联合脾切除术治疗原发性肝癌并发肝硬化门脉高压性脾功能亢进患者12例,年龄47~71岁,平均年龄59.7岁,其中男8例,女性4例。术前所有患者均诊断为肝细胞肝癌,术前CT或MRI检查诊断,术后病理学检查证实为肝细胞肝癌,肝硬化性门静脉高压症,脾肿大伴脾功能亢进。患者肿瘤平均直径为3.12 cm,肿瘤直径2.2~4.1 cm。采用气管插管全身麻醉,取头高足低位,双下肢分开,呈“大”字位,根据术中需要向左右两侧变换体位。采用常规“5+1”孔法,如术中无需行第一肝门阻断时,则采用5孔法;如需要行第一肝门阻断时,则增加1孔。Trocar的分布是根据患者脾脏大小及肝癌病灶的位置进行布置的。先建立脐下的观察孔,放置10 mm Trocar和30°腹腔镜,然后于左腋前线脾下缘取10 mm切口,左锁骨中线肋缘下方取12 mm切口。如果肝肿瘤病灶位于肝左叶,则于右锁骨中线肋缘下方约2 cm及7 cm处分别均取10 mm切口并置入Trocar。如果术中需加行第一肝门阻断,则在右腋前线脐水平线取12 mm切口,置入Trocar。肝肿瘤病灶位于肝右叶,则在右腋前线肋缘下方约2 cm及7 cm处分别均取10 mm切口并置入Trocar,如术中需加行肝门阻断,则在左腋前线脐水平线取12 mm切口,置入Trocar。术中先行脾

切除,再行肝癌切除术,术毕在左、右腹壁分别从Trocar孔放置引流脾窝和肝断面的乳胶引流管。12例成功施行了腹腔镜肝癌切除联合脾切除术,手术时间(202.1±34.0) min,术中出血(229.2±64.1) mL,术后住院(8.6±1.3) d。术后肺炎患者1例和门静脉系统血栓5例。

2 护 理

2.1 术前心理护理

患者长期经受上肝炎等病情的困扰,加之要面对这次高风险的手术,患者可能会产生严重的焦虑、紧张、恐惧、抑郁。恰当合理的心理护理可以树立患者对快速康复信心,通常可以简单向患者介绍腹腔镜脾切除术和腹腔镜肝癌切除术是成熟的技术,并告之腹腔镜手术,具有创伤小、并发症少、恢复快的特点和优势,让患者及家属增强信心、消除顾虑,以良好的心理状态迎接手术。

2.2 围术期饮食护理

术前常规禁食12 h、禁水4 h作为围术期术前准备的常规内容^[4]。为了尽力缩短术前禁食时间,减少禁食给肝硬化患者带来低血糖反应,从午夜开始禁食是不必要的,嘱患者于术前2 h饮用温5%葡萄糖氯化钠250 mL。嘱患者术后第1天进食流质,以清水、糖水、无渣果汁、粥汤为主。术后第2天开始适量进食半流质,以米粥和富含蛋白的蛋清汤为主。随后的时间仍以半流质为主,但依据食欲情况,逐渐增加每次进食量和每天进食次数。

2.3 围术期保温护理

用保温的消毒液进行腹部手术区域的消毒。在手术室期间包括术前麻醉、术中及术毕麻醉复苏过程中均用保温毯进行保温。手术中腹腔镜冲洗液使用的是37℃的温生理盐水。术毕安返病房后,使用加热装置进行输液、并使用保暖床垫。

围术期的保温措施能够有效地避免低温对机体产生的不良应激反应^[5]。

2.4 呼吸道护理

术前嘱患者练习卧床状态下的咳嗽,术后鼓励患者咳嗽、咳痰,其意义不仅仅是排痰,更重要它能促进肺泡的扩张、肺功能的恢复。术后 5 d 左右常规予以持续的低流量吸氧。肝硬化患者可能存在亚临床的组织低氧症,由于肝硬化的肝脏分解产生的扩血管物质的异常升高,其造成肺内动-静脉分流、通气/血流比例失调、门静脉-肺静脉分流、原发性肺动脉高压等病理生理的改变,甚至出现肝肺综合征。

2.5 早期活动

术后腹腔引流液无明显活动性出血的情况下,嘱患者术后第 1 天在床上进行适量运动,术后第 2 天进行床边的适量活动,术后第 3 天起可适当增加活动量。术后早期的适量活动可以促进胃肠道功能的恢复,激发食欲,缩短肛门排气时间。提早的通气通便,可以避免或减少肠道菌肠移位。同时,早期的适量活动可以预防或避免下肢深静脉血栓的发生。由于脾脏的切除,术后血小板急剧升高,加之术后凝血功能的改善,此时血小板易聚集形成血栓。

2.6 术后腹腔内出血的观察与护理

肝硬化患者通常存在凝血功能障碍,术后出血的风险大,大多数都发生在术后 24 h 内,尤其是术后前数个小时内是并发出血的高峰期,此时,主要通过心电监护提示的血流动力学的变化及腹腔引流管引出的血性液体的色、量及温度来辨别有无活动性腹腔出血。如果术后引流管每小时引出的血性液体大于 200 mL,并持续 3 h 以上,并色鲜且浓红、伴引流管壁的温度较热,此时要果断考虑腹腔内活动性出血。同时,需要观察动态的血流动力学变化并实时动态监测血红蛋白的变化。应及时予输注冷沉淀、新鲜血浆及其他改善凝血功能的药物,同时予输注浓缩红细胞等予扩容。当出现进行性血压下降和心率加速时,且予以上述的积极治疗血压仍然不稳定者,应急诊进行剖腹探查术,因为持续的出血和低血压会加重对肝功能的损伤,且一旦发生凝血功能严重障碍则很难纠正,预后极差。

2.7 胆漏、胰漏的观察与护理

术后胆漏通常很容易发生,因为右侧的腹腔引流液会因胆汁的存在而发生颜色的改变,颜色

越黄,说明胆漏的程度越严重。首先,需保持引流管通畅,如无腹膜炎体征,则无需特殊处理。如有腹膜炎体征,常需腹腔穿刺引流,其疗效差时,甚至需行手术。如果存在胰漏,腹腔引流液常为无色的清亮液体。由于该类患者术后通常会或多或少腹水,使得单纯地通过观察来判断有无胰漏有时存在困难。常规在术后第 3 天进行左侧腹腔引流液的淀粉酶测定,如果其数值低于正常值的 2 倍,则可拔除引流管。如有轻度的胰漏,则应用生长抑素,一般均能在数天内得到有效的控制。

胆漏或胰漏的患者术后如果发生腹腔感染,表现为腹腔引流液变浑浊,可将腹腔引流管自制双套管进行腹腔的冲洗。具体操作过程如下:带无菌手套后,将体外乳胶引流管消毒,在其远侧刺 1 个小孔,将无菌的吸痰管从该孔插入管内,再置入腹腔,并固定于腹腔引流管上。将腹腔引流管接上负压冲洗装置,冲洗液从吸痰管进入进行冲洗。

2.8 疼痛的护理

由于此类手术的腹部切口较开腹手术小,其创伤小。术后疼痛较开腹手术明显减轻,除非患者耐受性差,对疼痛较为敏感,术后通常不鼓励使用止痛药物。对于老年患者,可放宽使用止痛药物的指征,因为老年患者常存在肺功能欠佳,术后的切口疼痛会影响患者的呼吸幅度,同时因惧怕咳嗽,易导致肺部痰液的坠积,从而使潮气量和功能残气量减少,引起肺不张和肺部感染^[6]。

参考文献

- [1] Bai D S, Qian J J, Chen P, et al. Modified laparoscopic and open splenectomy and azygoportal disconnection for portal hypertension[J]. Surg Endosc, 2014, 28(1): 257-264.
- [2] 蒋国庆, 钱建军, 陈平, 等. 改良腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术治疗肝硬化门静脉高压症的临床疗效[J]. 中华消化外科杂志, 2013, 12(11): 846-849.
- [3] 柏斗胜, 赵伟, 蒋国庆, 等. 同步腹腔镜肝切除联合脾切除术治疗原发性肝癌并发肝硬化门静脉高压性脾功能亢进[J]. 中华消化外科杂志, 2015, 14(09): 750-754.
- [4] García-Miguel F J, Serrano-Aguilar P G, López-Bastida J. Preoperative assessment[J]. Lancet, 2003, 362(9397): 1749-1757.
- [5] Sessler D I. Mild perioperative hypothermia [J]. N Engl J Med, 1997, 336(24): 1730-1737.
- [6] 王黎滨. 腹腔镜结直肠癌根治联合胆囊切除术后呼吸道的护理[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(1): 94-95.