

# 完全腹腔镜左半肝切除的围手术期护理

贾 冰 孙桂琴

(吉林省前卫医院微创外科研究所, 长春 130012)

中图分类号: R473.6

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2011)12-1145-02

腹腔镜肝切除术(laparoscopic hepatectomy, LH)是近 10 年来肝脏外科手术方法的重要进展之一,随着腹腔镜技术的发展和腹腔镜器械的研制,腹腔镜肝叶、段切切除术已应用于临床<sup>[1]</sup>。2009 年 2 月~2010 年 5 月,我院成功施行完全腹腔镜左半肝切除术 32 例,取得一定的经验,现报道如下。

## 1 临床资料

本组 32 例,男 6 例,女 26 例。年龄 38~56 岁,平均 45.8 岁。术前均行肝功、彩超、CT、MRI 等项检查。胆石病 26 例,均为左肝管及胆总管结石,左肝管狭窄,肝左叶内胆管扩张,扩张的胆管内多发结石,肝左叶有不同程度的萎缩,11 例有胆道手术史,其中 10 例为胆囊切除、胆道探查术,1 例先天性胆总管囊性扩张症,胆总管囊肿切除、胆肠 Roux-en-Y 吻合术后 3 年,左肝管狭窄伴左肝内胆管结石;血管瘤 3 例,均为胆囊结石合并肝左叶海绵状血管瘤,体检时发现,大小分别为 5.5 cm×4.6 cm、4.8 cm×5.3 cm、4.7 cm×5.2 cm;肝癌 2 例,均有慢性乙型肝炎,体检时发现,肿瘤位于肝左外叶,大小分别为 2.0 cm×2.2 cm、1.5 cm×2.2 cm。

### 1.2 手术方法<sup>[2]</sup>

全身麻醉,CO<sub>2</sub> 气腹压力 10~12 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)。trocar 的放置:脐部 10 mm trocar,剑突下 1~1.5 cm 处 10 mm trocar,右锁骨中线与右肋缘稍下方的交点 5 mm trocar,右腋前线与脐水平稍下方的交点 5 mm trocar。确认胆总管后,切开胆总管,置入胆道镜探查后,以超声刀切断肝圆韧带、镰状韧带、左三角韧带及冠状韧带,于肝十二指肠韧带内分离肝左动脉,结扎切断肝左动脉。自胆囊切迹中点,斜向肝门左侧,与肝门平面成 60°~80°,用超声刀切开表面肝脏深约 1.0 cm,应用超声吸引刀(Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator, CUSA)、电凝等器械,采取边切边吸止血的方法,向肝门方向分离切断肝组织。在左、右肝管分叉的左侧分离出左肝管及左侧门静脉干的横部,切断左侧门静脉。继续沿预定切断线向肝左静脉方向分离切断肝脏。肝脏断面彻底止血,肝针包埋缝合断面。将切除标本装入标本袋,自剑突下切口取出,必要时

扩大切口。胆总管内置入 T 管,缝合、固定,自右上腹切口引出固定。T 管旁置留腹腔引流管,自右下腹切口引出固定。术毕。

### 1.3 护理方法

#### 1.3.1 术前护理

(1)心理护理:腹腔镜肝切除术系新技术,患者术前突出的心理问题是顾虑手术的安全性、有效性、可行性及费用过高等,护理人员应针对性地为患者实施心理护理,通过录像、交流等方式介绍腹腔镜手术的优点、适应证和成功的案例,从而消除患者焦虑、恐惧心理,减轻思想负担,使其以最佳的心理状态接受手术。

(2)健康指导:进高蛋白、高维生素、低脂易消化饮食,避免油腻等刺激性食物。指导患者床上翻身及必要的体位练习。对有吸烟史的患者要劝告戒烟。教会患者腹式呼吸、有效咳嗽和咳痰的方法。指导患者掌握腓肠肌锻炼法,预防下肢静脉血栓形成。

(3)术前准备:术前完善各项常规检查,并进行营养状况评估。备皮范围同上腹部手术。第一戳孔紧靠脐边,污垢较多,应彻底清洗。术前 1 天予以易消化的少渣半流食,术前 8~12 h 禁食水。术晨留置胃管和尿管。

1.3.2 术后护理 按全麻术后常规护理,患者安返病房后,去枕平卧,头侧向一边,保持呼吸道畅通。持续吸氧>72 h,氧流量为 2~3 L/min,保持血氧饱和度在 95% 以上<sup>[3]</sup>,并给予生命体征监测直至平稳。术后 2 h 协助患者床上翻身,6 h 病情稳定后改半卧位,鼓励患者早期下床活动。术后 1~2 d 肛门排气停止胃肠减压后,可进少量流质食,逐步过渡到半流食。肝功能异常时给予低脂、低蛋白、高维生素、高纤维类饮食;肝功能正常时给予低脂、高蛋白、高维生素、高纤维类饮食。术后引流管标志应明确,妥善固定,避免脱落、折叠、受压、扭曲、堵塞,确保引流畅。注意观察引流液的颜色、量、性状,并认真做好记录。引流袋应每天更换,并注意无菌操作,防止逆行感染。

#### 1.3.3 术后并发症的观察及护理

(1)腹腔内出血:主要为肝断面出血,应于术后

24 ~ 72 h 内密切观察患者生命体征及引流情况。如引流流量大,呈鲜红色,病人出现面色苍白、血压下降、脉速而弱,即考虑有腹腔内出血的可能,应及时与医生联系,采取相应措施。

(2) 肝功能衰竭:是肝切除术后最常见而严重的并发症,临床上以意识改变为主要表现。应密切观察患者有无嗜睡、烦躁、抽搐、幻觉、定向力及定位力错乱,有无发热、进行性加重的黄疸、腹水,保持大便通畅,术后 3 天未排便者,应给予灌肠,避免肠道内氨的吸收而致血氨增加。

(3) 胆漏或腹腔脓肿:肝切除术后出现胆漏,若引流不畅可引起膈下或腹腔内脓肿。术后应仔细观察腹腔引流液的颜色、性状和量,密切观察腹部体征、体温的变化,如患者出现突发腹痛,应立即通知医生。

(4) 其他:术后恶心、呕吐、肩背酸痛、皮下气肿、高碳酸血症、应激性溃疡、肺栓塞等是腔镜下肝切除手术的一般并发症,应给予预见性护理。

1.3.4 出院康复指导 嘱患者日常生活起居规律化,保持良好乐观情绪,定期复查,进行 B 超及相关实验室检查,观察肝功能及代偿情况,肝癌病人应严密监测血清甲胎蛋白(AFP)及残肝影像学变化,根据结果决定下一步复诊治疗计划。

## 2 结果

32 例均行左半肝切除、胆道探查、T 管引流术。手术均获成功,手术时间 150 ~ 390 min,平均 190 min。出血量 280 ~ 1100 ml,平均 550 ml。术后胆漏 3 例,引流治愈。1 例术后 4 天肝创面大出血,立即腹腔镜下止血成功。多发性肝脓肿 1 例,反复 B 超引导下肝穿刺,术后 6 个月治愈。膈下脓肿 1 例,B 超引导下穿刺治愈。32 例随访 6 ~ 12 个月,均健在,无复发。

## 3 讨论

完全腹腔镜下左半肝切除是手术难度较大的手术,并发症多,要求护士术前全面掌握病情,认真评估。如患者心、肺功能差,术前教会患者腹式呼吸、有效咳嗽和咳痰的方法,对有吸烟史的患者应戒烟,对肝功能异常、凝血时间延长的患者术前要要进行保肝和支持治疗,纠正凝血功能障碍。术后加强各种管道和呼吸道的护理,动态监测血常规、肝肾功能的改变,及时发现并发症先兆,给医生提供及时、准确的诊疗信息。

肝切除术后腹腔内出血的发生率为 5.0%<sup>[4]</sup>,原因与手术操作有直接的关系,多数因创面血管缝扎不牢所致,另外肝断面部分无血供的肝组织坏死也是常见原因,而少量持续的渗血则多与术前凝血功能异常及术中大量出血后输血引起凝血因子稀释、耗竭有关。本组 1 例术后 4 天肝创面大出血,腹腔镜下止血成功。

胆漏是肝脏手术的严重并发症,多因为胆管损伤、钳闭不全、可吸收夹脱落所致。如患者无黄疸,彩超检查腹腔积液,每日引流量 < 500 ml,且引流通畅者,可行保守治疗;若患者出现黄疸、腹膜炎,引流量多或彩超提示腹腔积液较多,可再次行腹腔镜探查手术。本组出现 3 例胆漏,均经引流自愈。

肝功能衰竭是肝切除术后常见而严重的并发症,也是导致术后死亡的主要原因,多发生在伴有肝硬化的患者,究其原因主要与术前即存在肝功能不全,加上术后功能性肝实质骤减以及术中创伤、出血、肝门阻断等造成剩余肝细胞的缺血、缺氧、坏死等因素有关。本组无发生。

膈下脓肿是肝叶切除术后的一种严重并发症,由于肝切除创面大、创面渗液多,术后引流不充分,继发感染导致膈下脓肿。本组膈下脓肿 1 例,B 超引导下穿刺治愈。

术后肝脓肿也是肝脏手术的严重并发症,年老体弱、病程长、术后出血等都是术后发生肝脓肿的原因。本组 1 例因左肝管狭窄,左肝管充满结石,肝左叶萎缩纤维化,行左肝叶切除术,术后发生大出血,再次腹腔镜下止血后,发生肝内多发脓肿,反复经皮肝穿刺引流,6 个月后治愈出院。

术后血栓形成:腹腔镜手术时,腹腔注入 CO<sub>2</sub> 气体以获得操作空间,造成腹内压增高,使下腔静脉回流受阻,加之全麻导致周围静脉扩张,血流减慢,手术创伤引起血小板应激性聚集改变等原因,易引起下肢深静脉血栓形成<sup>[5]</sup>。患者全麻清醒后,应督促其床上翻身,做曲腿运动,鼓励患者早期下床活动,以促进血液循环,预防下肢静脉血栓的发生。本组无发生。

本组术后第 1 天均可下床活动,无下肢深静脉血栓、肺栓塞及肠粘连等并发症。随着腹腔镜肝切除器械和技术的不断发展,操作技能的不断提高和经验的积累,腹腔镜手术在肝脏外科的应用日渐广泛,这就要求护理人员了解手术方式,掌握新技术的护理特点,不断提高围手术期患者的护理质量。

## 参考文献

- 1 陈德兴. 腹腔镜肝切除术. 见:陈德兴,主编. 胆道微创外科手术学. 北京:人民卫生出版社,2008. 212 ~ 213.
- 2 陈德兴,徐刚,王伟,等. 腹腔镜左半肝切除术 4 例报告. 中国微创外科杂志,2010,10(1):53 ~ 56.
- 3 沈中锋,郭盖章. 肝段切除术临床应用体会. 肝胆外科杂志,2009,17(2):119.
- 4 岳爱民,田金凤,郭树平. 410 例肝切除术后常见并发症的防治. 中国医药指南,2009,7(2):30 ~ 31.
- 5 杨莉,刘荣,戴智玉,等. 腹腔镜肝切除术病人的护理. 南方护理学报,2004,11(8):21 ~ 22.

(收稿日期:2011-05-20)

(修回日期:2011-08-21)

(责任编辑:王惠群)