

## 肝癌合并门静脉癌栓行半肝切除加取癌栓术的围手术期护理

林平顺, 吴晓篁, 朱志英

(中山大学附属第一医院肝胆外科, 广东广州, 510080)

**【摘要】目的** 探讨肝癌合并门静脉癌栓行半肝切除加取癌栓术的围手术期护理方法。**方法** 对 57 例肝癌合并门静脉癌栓患者施行半肝切除加取癌栓术, 并做好围手术期护理工作。**结果** 57 例患者均顺利完成手术, 术后并发胸腔积液 12 例 (21.1%), 顽固性腹水 2 例 (3.5%), 围手术期死亡 1 例 (1.8%)。**结论** 对肝癌合并癌栓患者实施半肝切除加取癌栓术, 术前做好心理护理、改善营养及肝功能、预防上消化道出血, 提高手术耐受力; 术后做好病情观察及并发症观察及护理, 其是保证手术成功的重要因素。

**【关键词】** 肝细胞癌; 门静脉癌栓; 护理

**【中图分类号】** R473.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1671-8283(2014)08-0044-04 **【DOI】** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.08.013

### Perioperative nursing of patients with hepatocellular carcinoma combined with portal vein tumor thrombus after hemi-hepatectomy and removal of portal vein tumor thrombus

Lin Pingshun, Wu Xiaohuang, Zhu Zhiying/Modern Clinical Nursing, -2014, 13(8):44.

**【Abstract】Objective** To investigate the perioperative nursing after hemi-hepatectomy and removal of portal vein tumor thrombus (PVTT) for hepatocellular carcinoma (HCC) with PVTT. **Methods** Fifty-seven HCC patients with PVTT underwent hemi-hepatectomy and removal of PVTT. Careful perioperative nursing was given to each patient. **Results** All patients successfully lived through surgery. Postoperative complications included 12 cases pleural effusion (21.1%), 2 cases refractory ascites (3.5%) and 1 case perioperative death (1.8%). **Conclusion** Preoperative psychological care, improvement of nutrition and liver function, prevention of upper gastrointestinal bleeding and postoperative observation plus nursing care are of great importance to ensure the success of the surgery.

**【Key words】** hepatocellular carcinoma; portal vein tumor thrombus; nursing

肝细胞癌 (hepatocellular carcinoma, HCC) 易侵犯门静脉, 形成门静脉癌栓 (portal vein tumor thrombus, PVTT), 即使在小肝癌中, PVTT 的发生率也可达 20% ~ 30%<sup>[1]</sup>。若未治疗, 其中位生存期只有 2.7 个月<sup>[2]</sup>。行肝癌切除术加取癌栓术逐渐成为治疗肝癌合并门静脉癌栓最有效的方法之一, 是改善预后的关键。由于手术创伤较大, 特别是高位癌栓出血较多, 手术风险大, 发生并发症的几率高达 32.8% ~ 44.0%<sup>[3-4]</sup>, 因此围手术期护理对促进患者术后康复具有重要意义。本科室于 2011 年 1 月 ~ 2013 年 10 月收治 57 例肝癌合并门静脉癌栓患者并实施半肝切除加取癌栓术, 现将护理情况报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2011 年 1 月 ~ 2013 年 10 月收治的 57 例肝癌

合并门静脉癌栓患者, 男 54 例, 女 3 例, 年龄 25 ~ 70 岁, 平均 (49.8 ± 9.1) 岁。肿瘤大小为 3 ~ 17.2 cm, 平均 (9.8 ± 3.5) cm。46 例患者合并肝硬化。癌栓累及门静脉主干及分支 53 例, 胆总管 2 例, 下腔静脉 2 例。肿瘤侵犯膈肌 6 例, 侵犯右肾上腺 7 例。11 例有不同程度的食道胃底静脉曲张。肝功能 Child-Pugh 分级<sup>[5]</sup> A 级 46 例, B 级 11 例。临床均表现为右上腹疼痛、消瘦。

### 1.2 手术方法

本组 57 例行左半肝切除 8 例, 右半肝切除 49 例; 门静脉切开取癌栓术 52 例, 胆总管切开取癌栓术 3 例, 下腔静脉切开取癌栓术 2 例; 行膈肌修补术 6 例, 行右肾上腺切除 7 例。

## 2 结果

57 例患者均顺利完成手术, 术后病理分型均为梁索型。术后并发胸腔积液 12 例 (21.1%), 顽固性腹水 2 例 (3.5%), 围手术期死亡 1 例 (1.8%), 于术后第 13 天死于多器官功能衰竭。术后住院时间 8 ~ 39 d, 平均 (14.0 ± 5.5) d。

**【收稿日期】** 2014-01-20

**【作者简介】** 林平顺 (1974-), 女, 广东人, 主管护师, 本科, 主要从事外科临床护理管理工作。

### 3 讨论

#### 3.1 肝癌合并门静脉癌栓行半肝切除加取癌栓术的优点

对肝癌伴门静脉癌栓患者应采取积极的治疗手段,即肝切除和门静脉癌栓摘除术。尽管手术切除存在较大的困难和风险,且难以达到根治,但有其优点:①切除肝癌,缓解症状,减少因门静脉癌栓所致的肝内转移;②降低因癌栓引起的门静脉高压,恢复残肝门静脉供血,改善肝功能,减少或避免食道静脉曲张破裂出血和顽固性腹水,从而提高患者生活质量<sup>[6]</sup>。林新居等<sup>[7]</sup>报道,217例患者的手术切除情况,中位生存期为17.7个月,比未治疗的中位生存期2.7个月明显延长。

#### 3.2 护理

##### 3.2.1 术前护理

3.2.1.1 心理护理 肝癌恶性程度高,难以治愈,患者的情绪变化强烈,在癌症的诊断与治疗过程中,患者可能产生一系列复杂的心理问题<sup>[8]</sup>。肝癌的任何一项治疗,都会造成患者肝功能障碍,出现纳差、营养不良、疼痛和睡眠不足等症状,使患者承受着极度的身心痛苦,需要护士的帮助和支持<sup>[9]</sup>。因此,术前需充分评估患者心理状况,了解其对疾病及手术的看法,给予积极的引导,并让手术成功者现身说法,增强患者战胜疾病的信心。对情绪紧张者,指导其听音乐、深呼吸等,以放松精神。本组患者术前晚均给予口服地西洋,保证患者术前有良好的睡眠。

3.2.1.2 改善营养 肝癌合并癌栓患者由于癌肿消耗、食欲下降、呕吐、疲乏等原因,常存在不同程度的肝功能不全和营养不良情况,良好的营养支持是维持肝细胞功能,增强各种营养物质的代谢和吸收<sup>[10]</sup>,提高手术耐受力及减少肝切除术后并发症和死亡率。本组有25例患者体重低于正常标准,19例总蛋白量低于正常,17例血红蛋白低于正常。术前指导患者进食高热量、高维生素、适量碳水化合物、低脂肪饮食,除一日三餐基本饮食外,另外在上下午或晚8点各加点心或营养素1次。本组患者术前1d体重增加13例,减轻6例,其余无明显变化。

3.2.1.3 积极改善肝功能 文献报道<sup>[11]</sup>,合并肝硬化者并发症发生率高于无肝硬化者,可能与肝

硬化患者肝脏储备功能和再生能力下降有关。因此,术前需准确评估肝功能并改善肝功能。本组患者采用糖耐量试验、吲哚菁绿试验、肝脏体积计算及Child-pugh肝功能分级<sup>[5]</sup>评估患者肝功能情况,对于肝功能较差者,给予护肝治疗,指导合理饮食,充分休息,同时观察患者神志、黄疸、腹水变化情况,如出现黄疸或黄疸加深,腹水、下肢水肿,提示肝功能损害加重,需积极治疗。本组46例患者合并肝硬化,术前Child-pugh肝功能均达A级才实施手术。

3.2.1.4 预防上消化道出血 门静脉癌栓可导致肿瘤细胞在肝内播散和转移,减少门静脉血流,加重肝硬化患者门脉高压而引起消化道出血<sup>[6]</sup>。本组有46例患者合并肝硬化,其中11例有不同程度的食道胃底静脉曲张,术前指导患者避免精神紧张、进食带刺或粗纤维食物、剧烈咳嗽、打喷嚏、用力排便,以免腹压增高发生食道胃底曲张静脉破裂出血。观察患者是否排黑便,重视患者主诉,如出现头晕、心慌、心悸、皮肤湿冷,应警惕发生消化道大出血。本组患者术前均无发生消化道出血。

##### 3.2.2 术后护理

3.2.2.1 体位及活动指导 由于手术会引起血小板活化、纤溶下降以及抗血小板因子减少,术后患者普遍会出现高凝状态,易发生深静脉血栓和心肌梗死等并发症<sup>[12]</sup>。静脉切开取癌栓对血管壁有一定损伤,易发生血栓。因此,术后24h后若患者一般状况好、生命体征平稳时,护士协助患者进行早期床上活动,如四肢伸展、翻身、有效咳嗽、深呼吸等;术后血压稳定后取半坐卧位,以利于呼吸及有效引流,预防膈下感染的发生;病情稳定后,术后4~6d循序渐进进行坐起、站立、下床活动。

3.2.2.2 维持正常的血氧饱和度 肝细胞对缺氧敏感,吸氧能增加余肝的肝细胞血氧含量,促进肝断面愈合及肝功能恢复<sup>[13]</sup>。本组患者术毕回病房后给予持续低流量吸氧,维持血氧饱和度在95%以上,如血氧饱和度低于95%时,检查患者的呼吸型态及微循环情况,如果血氧饱和度持续偏低不能纠正,应及时通知医生,并协助查找原因,必要时进行血气分析,警惕发生急性肺栓塞。本组患者术后均给予持续低流量吸氧3~5d,5例术后第1天出现血氧饱和度低于90%,给予高流量吸氧(5 L/min),指导患者做深呼吸后恢复正常水平。

3.2.2.3 引流管护理 本组患者术后均给予停留胃管、腹腔引流管,3例胆总管切开取癌栓患者停留T管,患者采取高举平台双固定法妥善固定引流管,并保持引流管通畅,及时倾倒引流液,引流装置保持低于切口,以防逆行感染。无发生腹胀、呕吐等不适,胃管于术后1~4d拔除,腹腔引流管除2例因腹水增多延迟拔管外,均于术后4~6d拔除。T管于术后21~24d拔除,本组患者无发生胆漏情况。

3.2.2.3 并发症观察及护理 ①胸腔积液。胸腔积液是肝切除术后常见并发症。淋巴液回流不畅、炎症反应渗出和漏出液,肝脏手术中游离肝脏韧带破坏韧带内淋巴管,导致淋巴液回流受阻引起胸腔积液<sup>[10]</sup>。文献报道<sup>[14]</sup>,其发生率为6.0%~47.1%,多发生在术后3~9d。本组发生率为21.1%,发生在术后4~8d,其中7例为少量积液,无出现明显症状,自行吸收;5例出现胸闷、气促、发热、咳嗽、右下肺呼吸音减弱等症状,给予低流量吸氧、雾化喷喉,协助翻身拍背,预防肺部感染,其中1例于术后第5天在B超下抽出200mL血性液体,2例于术后第8天分别抽出570mL黄色液、330mL清亮液,2例于术后第4天放置胸腔引流管引流3~4d后好转。提示当患者出现气促、血氧饱和度低、心率快、持续高热不退,在排除心肺疾病、血容量不足,应考虑并发中量以上的胸腔积液。另外,本组合并中量以上胸腔积液患者均有不同程度的低蛋白血症,因此术前后积极纠正低蛋白血症,其能有效预防胸腔积液的发生。②肝功能损害加重或肝功能衰竭。文献报道<sup>[14]</sup>,术后约30%患者出现肝功能损害加重。肝癌患者大部分合并肝硬化,半肝切除加取癌栓手术创伤大,时间长,对肝功能造成一定的损害。术后密切观察患者神志变化情况,如有无出现腹水、黄疸或黄疸加深,定时监测肝功能,如转氨酶持续增高或凝血酶原时间延长不能纠正,警惕并发肝功能衰竭,必要时监测血氨变化情况。本组1例52岁患者行右半肝+脾切除+门静脉切开取癌栓术,术后第3天白蛋白为28g/L,术后第3~6天右膈下引流管每天引出腹水970~1980mL;1例61岁患者术后第3天出现顽固性腹水,每天引出500~900mL腹水,并出现腹胀、阴囊水肿、黄疸,白蛋白最低为17g/L,给予输注白蛋白及护肝

治疗,每天测量腹围,抬高阴囊,腹腔引流管定时开放,指导患者高蛋白饮食,术后第7天腹水逐渐减少至140mL,血清白蛋白升至34.5g/L,阴囊水肿明显消退。肝癌患者术后避免诱发肝功能衰竭的各种因素,如避免感染、出血,慎用吗啡、苯巴比妥等药物,避免肝功能障碍引起蓄积中毒而致肝昏迷。本组1例死亡患者于术后第8天出现呼吸促,尿少,余肝代偿功能不足,并发肝肾综合征,术后第13天死于多器官功能衰竭。

### 3.3 出院指导

出院时指导患者高维生素、优质适量蛋白、低脂肪饮食,禁酒;劳逸结合,保持情绪稳定;出院半年内每月定期复查B超、肝功能;遵医嘱进行多模式的后续治疗,如肝动脉化疗栓塞术、门静脉插管化疗、注射干扰素、口服多吉美等。

## 4 小结

综上所述,肝癌合并癌栓患者实施半肝切除加取癌栓术,手术风险高。因此,术前加强患者心理护理、改善营养及肝功能、预防上消化道出血,术后做好患者病情观察及并发症观察及护理,其是保证手术成功的重要因素,也是促进患者康复的关键。

### 参考文献:

- [1] Kumar S, Gao L, Yeagy B, et al. Virus combinations and chemotherapy for the treatment of human cancers [J]. *Curr Opin Mol Ther*, 2008, 10(2):371-379.
- [2] 张健. 肝细胞癌伴门静脉癌栓的治疗进展 [J]. *癌症进展*, 2013, 11(4):319-320.
- [3] Shi J, Lai EC, Li N, et al. Surgical treatment of hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombus [J]. *Ann Surg. Oncol*, 2010, 17(8):2073-2080.
- [4] Yoshi. dome H, Takeuchi D, Kimura F, et al. Treatment strategy for hepatocellular carcinoma with major portal vein or inferior vena cava invasion: a single institution experience [J]. *J Am Coll Surg*, 2011, 212(5):796-803.
- [5] 陆再英, 钟南山. 内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012:453.
- [6] 张奕文, 彭伟雄, 梁健. 外科手术治疗肝癌合并门静脉癌栓的疗效分析 [J]. *临床肿瘤学杂志*, 2013, 18(2):166-168.
- [7] 林新居, 汤阳阳, 彭民浩, 等. 原发性肝癌合并门静脉癌栓的手术疗效分析 [J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2012, 19(4):382-386.