论著

文章编号:1000-5404(2005)03-0258-05

彩色多普勒超声对特发性门静脉高压症诊断价值的研究

贾树蓉[1],杨仕明[2],张志辉[2],匡 莉[1] (第三军医大学西南医院:[1]超声科,[2]全军消化内科中心,重庆 400038)

提 要:目的 探讨特发性门静脉高压(IPH)症的声像图特征,评价彩色多普勒对IPH的诊断价值。**方法** 23例特发性门静脉高压症患者的彩色多普勒超声检查结果,与其临床、病理指标进行比较。**结果** 23例患者中,就诊次数2~22次,平均9.0±6.7次,首次误诊率为100%。反复上消化道出血19例,肝功能正常23例,胃镜和/或钡餐提示食道静脉曲张20例,手术治疗18例,除1例提示有肝硬变表现外,其余肝脏形态、质地均正常。23例IPH患者彩超的主要表现为肝脏大小及回声均正常,肝内及肝门部门静脉管腔、管壁、结构异常19例,门静脉系统海绵样变21例,门静脉系统血栓6例,脾脏肿大23例。**结论** 彩色多普勒对特发性门静脉高压症的诊断具有重要价值,临床上凡不明原因上消化道出血并伴有脾功能亢进、而肝功能正常的患者,均应进行彩色多普勒超声检查。

关键词:特发性门静脉高压症;彩色多普勒;门静脉海绵样变

中图法分类号:R445.1;R657.34 **文献标识码**:A

Color Doppler for diagnosis of idiopathic portal hypertension

JIA Shu-rong[1], YANG Shi-ming[2], ZHANG Zhi-hui[2], KUANG Li[1] ([1]Department of Ultrasonography, [2]Department of Gastroenterology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To explore the characteristics of idiopathic portal hypertension (IPH) on color Doppler images and to assess the diagnostic value of color Doppler on IPH. **Methods** Twenty-three IPH patients were subjected to the examination of color Doppler. Ultrasonographic features of these patients were then compared with their clinicopathological parameters. **Results** In the 23 IPH patients, the hospitalization frequency was 2 to 22 times (mean: 9.0±6.7); first time misdiagnosis was found in all cases; repeated upper gastrointestinal hemorrhage was found in 19 cases; normal liver function was found in all cases; varices confirmed by endoscopy and/or esophageal barium were found in 20 cases. In 18 patients undergoing surgical treatment, normal morphology of the liver was found in 17 cases, but liver cirrhosis in 1 case. In all the 23 patients undergoing color Doppler examination, normal morphology and echo of the liver were found in all cases, normal cava and dissepiment of intrahepatic portal vein in 19 cases, portal vein system cavernous transformation in 21 cases, thrombosis in portal vein system in 6 cases, but splenomegaly in all cases. **Conclusion** Color Doppler plays an important role in the diagnosis of IPH. In clinical practice, patients with upper gastrointestinal hemorrhage, hypersplenisa, and normal liver function should receive color Doppler examination.

Key words: idiopathic portal hypertension; color Doppler; cavernous transformation of portal vein

特发性门静脉高压(idiopathic portal hypertension, IPH)症是一种原因不明,临床上以有脾脏肿大、贫血、门静脉高压为特征,而无肝硬变、肝外静脉或肝静脉梗阻的疾病。因IPH在我国目前仍属少见病,临床上认识不足,常易误诊、漏诊,往往丧失治疗良机。超声在其诊断上有高度的敏感性,国内外有关彩色多普勒(color Doppler flow image, CDFI)超声诊断IPH的很少报道,现将我院收治的23例IPH病例报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

日本IPH研究委员会制订的诊断要点[1,2]:①不明原因的脾大、贫血、门脉高压,可除外肝硬变、血液疾病、肝胆系统的寄生虫病、肝静脉及门静脉阻塞以及肝纤维化等,也就是说,IPH的临床诊断可通过排除以上相关疾病而确立。②一种以上血液成分减少。③肝功能试验正常或接近正常。④B超、CT或脾

作者简介:贾树蓉(1953-),女,河北省河涧市人,副主任医师,副教授,主要从事超声诊断方面的研究,发表论文20余篇。电话:(023)68765444

收稿日期:2004-11-16;修回日期:2005-01-26

脏同位素检查有门静脉及脾静脉扩张，血流量增加，脾肿大，肝表面光滑，质地均匀，无萎缩，不提示有肝硬变。⑤内镜或 X 线证实有上消化道静脉曲张。⑥肝静脉插管检查显示肝静脉开放，肝静脉楔压(WHVP)正常或轻度升高，直接门静脉压大于 20 mmHg。⑦腹腔镜提示肝表面无肝硬变表现；肝活检显示门脉纤维化，但无肝硬变。并非必须具备以上每一条标准才能诊断，但是必须确有门静脉高压并且可绝对排除肝硬变和其他原因引起的非肝硬变性门静脉高压才可诊断。本组 23 例均按以上条件选择，无肝炎病史，为我院 1995 年 5 月至 2004 年 2 月的住院病人。男性 12 例、女性 11 例，男女比例为 1.1∶1，年龄 6～65 岁，平均(22.2±14.9)岁，初次发病年龄 2～42 岁，平均(15.5±13.0)(中位数为 10 岁)。

1.2　仪器与方法

采用 ATL HDI 5000 型彩色超声显像仪，探头 2～5 MHz。充分肠道准备后行肝脏检查，注意观察肝包膜及实质回声，有无颗粒增粗；门静脉的解剖关系及走形分布、管壁回声及厚度；脾脏大小及脾静脉；肝门部、胰周、脾门处的静脉走形及静脉腔内的回声；左肝深面有无迂曲的静脉；以及加彩后各部位血管腔内血流状况。

2　结果

2.1　23 例 IPH 患者均无明确肝炎接触史

首诊诊断为：上消化道出血 8 例、肝硬变门静脉高压 9 例、先天性食道静脉曲张 1 例、区域性门静脉高压 1 例、布卡氏综合征 1 例、左上腹包块、贫血、上腹痛各 1 例，就诊次数 2～22 次，平均(9.0±6.7)次，住院次数最多的达 9 次，确诊时间 4 d～23 年，平均确诊时间(6.7±7.5)年。

2.2　血常规及生化检查

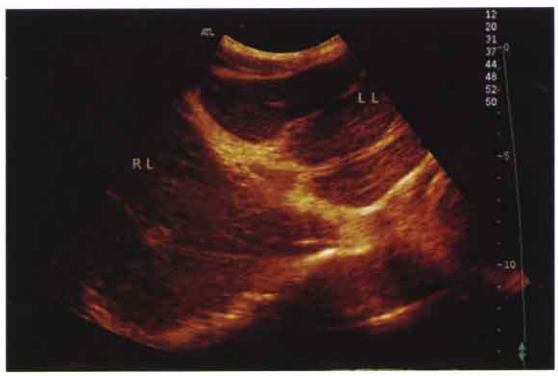
23 例患者血常规检查示白细胞、红细胞及血小板较正常均明显减少；肝功能均基本正常，两对半除 1 例 HbsAg 阳性外，余均正常；肝纤维化指标检查 10 例(43.48%)及肾功能检查 20 例(86.96%)正常。

2.3　胃镜、钡餐检查

22 例，其中食道胃底静脉曲张 20 例(90.91%)；上消化道出血 19 例，出血率 82.61%。

2.4　彩超检查

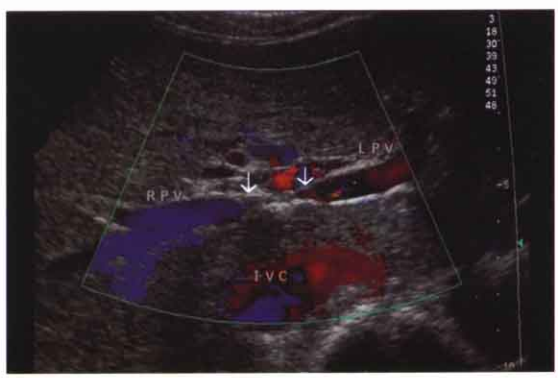
23 例均经二维及 CDFI 检查，来院后超声首诊为 IPH 的 19 例(82.61%)；肝硬变 2 例(8.7%)；布卡氏综合征 2 例(8.7%)。主要表现：①肝脏回声均质，无萎缩及硬变的指标 21 例(91.3%)，仅 1 例有结节样变；②门静脉主干(MPV)或左支(LPV)、右支(RPV)内径变细、闭塞(图 1,2)，短小、缺如及门静脉(PV)管壁增厚，回声增强 19 例(82.6%)(图 3)；③肝门部 MPV、胰头、脾门、胆囊壁呈“蜂窝状”的海绵样改变 21 例(91.30%)(图 4)；④肝静脉(HV)内径及血流正常 22 例(95.65%)；⑤脾脏明显增大，脾静脉(PV)增宽 0.8 cm 以上 23 例(100%)；⑥门静脉系统血栓 6 例(26.09%)，其中 PV 血栓 4 例、肠系膜上静脉(SMV)血栓 2 例，其中 1 例见血栓机化的强回声(图 5)；⑦左肝深面可见粗细不均，迂曲的食道胃底静脉曲张 7 例(30.43%)；⑧SMV 变细 2 例(8.70%)。



RL: Right liver; LL: Left liver

图 1　门静脉左支正常的“工字形”解剖结构，管壁回声增强增厚，管腔内径狭小

Fig 1　Left branch of portal vein loses normal anatomic structure, accompanied with dissepiment echo reinforced and cava bore constricted



RPV: right portal vein; LPV: Left portal vein; IVC: Inferior vena cava

图 2　第一肝门部的门静脉主干内径狭小。彩色多普勒显示主干内未见血流信号

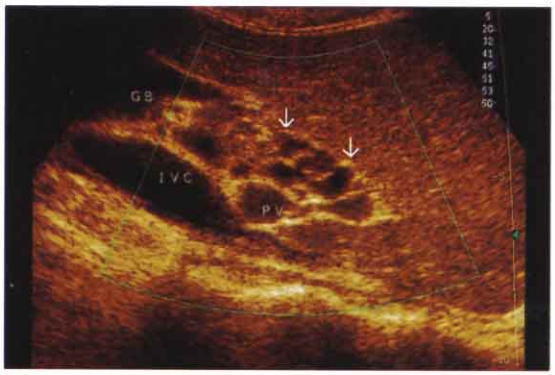
Fig 2　The bore of portal vein in the first porta hepatis was constricted, in which blood stream did not exist under the Color Doppler



RAPV: Right anterior of portal vein; RPPV: Right posterior of portal vein

图 3　门静脉右支内径纤细，右前、右后支短小，管腔隙呈现线样，管壁增厚，回声增强增厚

Fig 3　The bore of right branch of portal vein was fined, whose right anterior and right posterior branch was short, cava showed as a line, dissepiment was thickened, echo was reinforced



GB: Gallbladder; IVC: Inferior vena cava; PV: Portal vein

图 4 肝门部门静脉前方粗细不均、迂曲成团的血管呈"海绵样变"

Fig 4 Blood vessel in the front of portal vein showed as cavernous transformation



SMV: Superior mesenteric vein; PH: Pancreas head

图 5 胰头偏右的肠系膜上静脉内见实质强回声(肠系膜上静脉内栓子机化)

Fig 5 Reinforced echo was in the right of superior mesenteric vein of pancreas head (thrombosis organization in SMV)

2.5 其他影像学检查 7 例(30.43%)

3 例 DSA 检查:其中 2 例提示有肝内门静脉结构异常,有异常迂曲的侧支,主干及分支仅见少量不均匀显影剂;2 例肝动脉造影:提示肝内门静脉纤细闭塞,肝门部海绵样变;1 例肠系膜上动脉造影:Ⅴ期 SMV 见粗大迂曲的属支;1 例下腔静脉造影:IVC、HV 均正常。

2.6 手术

手术 18 例,除 1 例术中发现肝表面纤维化,质地尚可外,其余 17 例(94.44%)均为肝质地、大小、色泽正常,未见硬化结节;18 例术中均可见门静脉海绵样变或脾区、胰头处曲张的静脉成簇;并见食道、胃冠状静脉曲张,脾脏明显增大。术中门静脉测压 13 例,压力为 33.0 ~ 43.5 cmH_2O;12 例患者行病理学检查,除 1 例诊断为结节性肝硬变外,余均表现为肝细胞浊肿,汇管区慢性炎症,脾脏呈慢性淤血性肿大。

3 讨论

意大利学者 Banti 首先描述了一种原发隐源性脾肿大及贫血,但不与任何已知血液病有关,晚期可出现腹水,并可因上消化道大出血或肝衰竭而突然死亡。1962 年印度学者 Ramalingaswami 建议将这种不伴有肝硬变的脾肿大称之为非硬变性门静脉纤维化(non-cirrhotic portal fibrosis, NCPF);1965 年美国学者 Mikkelsen 等根据其研究结果将此病称为肝门静脉硬化症(hepatoportal sclerosis, HPS);印度加尔各答的 Boyer 等于 1967 年首次将该病命名为特发性门静脉高压(idiopathic portal hypertension, IPH)。目前认为 IPH 的病理变化主要分为被膜下肝细胞萎缩、肝实质细胞萎缩、门脉及肝实质纤维化和门脉硬化、闭塞 4 期,进展至第 4 期时临床可见脾大[1~5]。

发展中国家的 IPH 的发病率明显高于发达国家,印度、伊朗较为多见。印度 IPH 主要累及青年男性,发病率男女之比 2:1 ~ 4:1,发病年龄 30 ~ 35 岁。日本 IPH 研究委员会截止到 1988 年共收集 671 例 IPH 病例,男女之比为 1:3,30 岁以下患者仅 52 例(占 7.7%),男女性发病高峰年龄均为 50 ~ 69 岁。美国报道的 19 名女性 IPH 患者的平均年龄为 48.7 岁,17 名男性患者为 41.9 岁[6]。本组 23 例,男性 12 例、女性 11 例,男:女为 1.1:1,性别差异不显著。初次发病年龄 2 ~ 42 岁,平均(15.52 ± 12.95)(中位数为 10 岁);30 岁以下发病的 18 人(占 78.26%),10 岁以下 12 人(占 52.17%),与国外及国内徐忠立[7]报道的发病年龄 30 ~ 40 岁相比发病年龄明显偏低。本组特点既不同于印度等发展中国家,也不同于美国、日本等发达国家。各地 IPH 患者在性别和年龄上的差异目前尚不十分清楚,可能与社会经济状态、生活卫生条件以及种族不同有关。

IPH 的病因及发病机制至今未明,曾一度被认为与肝内门静脉系统血栓有关,但近来有学者更倾向于血栓是 IPH 的结果[8~10]。目前主要有:感染学说[11]、毒物损害[9~12]、免疫紊乱[13,14] 3 种学说。本组 23 例 IPH 患者有 6 例门静脉系统血栓,其中 PV 血栓 4 例、SMV 血栓 2 例(其中 1 例见血栓机化的强回声)。此外有学者也曾认为先天异常占 50% ~ 60%[15]。本组中有 6 例(26.09%)门静脉结构异常的:门静脉右后支(RPPV)缺如 3 例、RPV 短小 1 例、LPV 未显示 1 例、LPV 走形失去正常的"工字型"结构 1 例。以上表现及发病年龄偏低,提示 IPH 的病因是否也存在门静脉先天结构异常的可能。

以上 IPH 的病理改变,使其超声在诊断上有其较特异的声像图改变。本组来院后超声首诊为 IPH 的 19 例(82.61%)。患者超声有如下表现:①肝脏大小形态、包膜正常,回声尚均质,多无肝硬变的表现,门静脉血流速度正常或减慢;②MPV 或/及 LPV、RPV 管壁回声增强、增厚,内径变细或闭塞呈条索状;③部分病例肝内 PV 存在缺如、短小、失去正常解剖结构的表现;

④多数病例肝门部 MPV、胰头、脾门处静脉呈“蜂窝状”的海绵样改变，个别病例胆囊壁及胆囊周可见点状或圆形的低回声(1例胆囊壁及周边的海绵样变，手术肉眼观时曾疑为：胆囊壁的血管瘤)，CDFI：其内见红蓝相间的平稳血流信号；⑤ HV、IVC 内径及血流正常；⑥脾脏厚度明显增大，SPV 增宽；⑦PV、SMV 管腔内可见稍强的实质回声，其内血流充盈缺损；⑧左肝深面可见粗细不均，迂曲的管道回声，CDFI：内见红蓝相间的静脉血流信号；国外文献多为个案报道，有关超声的描述多为：门静脉增宽，血管壁增厚(尤肝内分支)、血流速度加快；Gllison’S 区域血管壁增厚，淋巴管扩张并淋巴液流速增加；门静脉周海绵样变；脾大，脾静脉扩张及血栓的描述[16~18]。本组病例未发现门静脉血流加快及淋巴管扩张淋巴液流速加快的现象。

本组中有1例术中有肝表面纤维化，两对半检查大三阳，病理学检查为结节性肝硬变。传统上认为 IPH 不会发展成肝硬变，这一点从 IPH 一直沿用下来的定义即可看出，但 Bernard 等却在 1955 年报道了1例发展为不完全分隔性肝硬变的 IPH 病例，推测随着肝纤维化的程度进行性加重和肝供血的减少，IPH 最终可导致肝硬变[19]。

IPH 的患者多发生门静脉系统的海绵样变，本组23例中有21例(91.30%)。门静脉海绵样变(CTPV)由 Balfour 等于1869年首先描述为“致脾大和腹水的门静脉栓塞及曲张”，后由 Kobrich 等将门静脉栓塞后的局部的侧支循环形成过程定义为“门静脉海绵样变性”[20]。许多书籍及文章将其单独列为一种疾病，文献中常以“门静脉海绵样变”为题作报道，有些又将 IPH 及门静脉海绵样变看成是一种疾病的两种称法，故临床上也常以此称谓作诊断。国内黄洁夫[21]曾提出：门静脉海绵样变是一种门静脉先天性海绵样畸变导致门静脉主干完全或部分闭塞而致的肝外型门静脉高压症。在诊断上值得注意的是本病与 IPH 的关系如何目前尚未解决。我们认为门静脉海绵样变是多种疾病的一种现象，如各种原因所致的门静脉栓塞(血栓、癌栓、脂栓、细菌栓子、医源性栓塞)及门静脉狭窄等多种因素导致门脉血流不畅，而造成门静脉系统的侧支循环建立，形成迂曲扩张的海绵样变。它仅是一种结果，一种表象。因此“门静脉海绵状变性”这一名词只能够作为一种描述，它仅是机体为保证肝脏血流及肝功能正常的一种代偿性改变，通过这种改变要求我们进一步探寻疾病的根本，如门静脉海绵样变对诊断 IPH 有很高的敏感性，但把它作为一种疾病的诊断是不合适的。另外有关“门静脉海绵样变”的称谓较片面。门静脉从解剖及生理的角度，它是涵盖了整个门静脉系统，而不应单指肝门及肝内的门静脉，所以较确切的应该称之为：门静脉系统海绵样变。本组病例中的海绵样变有发生在肝门部、胰周、脾门、胆囊壁的，不光只局限在门静脉本身。

IPH 需要与以下疾病鉴别：①先天性肝纤维化(CHF)：儿童常见，表现为消化道出血、肝大、肝内胆管扩张、肝功能一般均正常，50%～60%合并肾脏疾病(海绵肾、多囊肾)；②窦周纤维化：患者有化学制剂接触、服用史，也可为肝紫癜病、肝窦扩张的结果；③肝小静脉疾病(VOD)：常见于放、化疗及骨髓移植的病人；④区域性门静脉高压：多种原因所致的单纯性脾静脉梗阻，导致门静脉、脾胃区压力超过正常，表现四大特征：胰腺疾病、胃底静脉曲张、脾肿大、肝功正常。①、④彩超对其鉴别有一定的帮助，结合病史可提示。②、③结合病史可提示存在的可能，警示临床以减少漏诊、误诊。

IHP 预后远较肝硬变患者为佳，多数患者可长期存活。但由于本病少见，临床上对其认识不足，在诊断上只满足于肝源性门静高压症的诊断，使病人错失最佳治疗时机及选择最佳的治疗方案，无疑可给病人造成终身遗憾。本组23例中有19例(82.61%)患者经彩超检查，直接检出门静脉结构异常，提示 IPH 的诊断。虽然门静脉造影、门静脉压与肝静脉嵌入压的测定、CT 血管成像、磁共振血管成像以及腹腔镜检查与肝活检亦对诊断也有一定价值[1,22,23]，但这些多为有创检查，且费用较高，临床应用有一定限制。高分辨率的彩色多普勒是一种非侵入性的、图像性的评估方法，不仅能清晰动态地观察门静脉及其分支在形态学上的细小变化，而且能观察门脉及其侧支的血流动力学情况，并可与其它疾病所致的门脉高压相鉴别[24]，有经济、无创、检出率高等优点，较之以上检查有更好的应用价值。

综上所述，彩色多普勒对特发性门脉高压症的诊断具有重要价值，临床上凡不明原因的上消化道出血，并伴有脾功能亢进，而肝功能正常的门脉高压患者，均应进行彩色多普勒检查，以确定有无 IPH 的可能。

参考文献：

[1] Okudaira M, Ohbu M, Okuda K. Idiopathic portal hypertension and its pathology[J]. Semin Liver Dis, 2002, 22(1): 59－72.

[2] Okuda K, Nakashima T, Okudaira M, *et al*. Anatomical basis of hepatic venographic alterations in idiopathic portal hypertension[J]. Liver, 1981, 1(4): 255－263.

[3] Dhiman R K, Chawla Y, Vasishta R K, *et al*. Non-cirrhotic portal fibrosis (idiopathic portal hypertension): experience with 151 patients and a review of the literature[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2002, 7(1): 6－16.

[4] Poddar U, Thapa B R, Puri P, *et al*. Non-cirrhotic portal fibrosis in children[J]. Indian J Gastroenterol, 2000, 19(1): 12－13.

[5] Nakanuma Y, Tsuneyama K, Ohbu M, *et al*. Pathology and pathogenesis of idiopathic portal hypertension with an emphasis on the liver[J]. Pathol Res Pract, 2001, 197(2): 65－76.

[6] Mikkelsen W P, Edmondson H A, Peters R L, *et al*. Extra-and intra-hepatic portal hypertension without cirrhosis (hepatoportal sclerosis)[J]. Ann Surg, 1965, 162(4): 602 - 620.
[7] 徐忠立, 周幕英主编. 实用黄疸学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1995. 619.
[8] Eguchi A, Hashizume M, Kitano S, *et al*. High rate of portal thrombosis after splenectomy in patients with esophageal varices and idiopathic portal hypertension[J]. Arch Surg, 1991, 126(6): 752 - 755.
[9] Bajaj J S, Bhattacharjee J, Sarin S K. Coagulation profile and platelet function in patients with extrahepatic portal vein obstruction and non-cirrhotic portal fibrosis[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2001, 16(6): 641 - 646.
[10] Sarin S K, Kapoor D. Non-cirrhotic portal fibrosis: current concepts and management[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2002, 17(5): 526 - 534.
[11] Ralls P W. Color Doppler sonography of the hepatic artery and portal venous system[J]. AJR Am J Roentgenol, 1990, 155(3): 517 - 525.
[12] Sarin S K, Sharma G, Banerjee S, *et al*. Hepatic fibrogenesis using chronic arsenic ingestion studies in a murine model[J]. Indian J Exp Biol, 1999, 37(2): 147 - 151.
[13] Saito K, Nakanuma Y, Takegoshi K, *et al*. Non-specific immunological abnormalities and association of autoimmune diseases in idiopathic portal hypertension. A study by questionnaire [J]. Hepatogastroenterology, 1993, 40(2): 163 - 166.
[14] Tokushige K, Tsuchiya N, Yamaguchi N, *et al*. Clinical and immunological course in two patients with idiopathic portal hypertension[J]. J Gastroenterol, 2002, 37(12): 1086 - 1089.
[15] Needleman L, Rifkin M D. Vascular ultrasonography: Abdominal applications[J]. Radiol Clin North Am, 1986, 24(3): 461 - 484.
[16] Ludwig J, Hashimoto E, Obata H, *et al*. Idiopathic portal hypertension [J]. Hepatology, 1993, 17(6): 1157 - 1162.
[17] Sarin S K, Aggarwal S R. Idiopathic portal hypertension[J]. Digestion, 1998, 59(4): 420 - 423.
[18] Barakat M. Doppler sonographic findings in children with idiopathic portal vein cavernous deformity and variceal hemorrhage[J]. J Ultrasound Med, 2002, 21(8): 825 - 830.
[19] 张志辉, 杨仕明, 贾树蓉, 等. 特发性门静脉高压症20例[J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12(6): 1489 - 1492.
[20] De Gaetano A M, Lafortune M, Patriquin H, *et al*. Cavernoustrans formation of portal vein: patterns ofintrahepatic and splanchnic collateral circulation detected with Doppler sonography[J]. AJR Am J Roentgenol, 1995, 165(5): 1151 - 1155.
[21] 黄洁夫, 汪维生. 门静脉海绵样变性[J]. 肝胆外科杂志, 1994, 2(3): 167 - 170.
[22] Waguri N, Suda T, Kamura T, *et al*. Heterogeneous hepatic enhancement on CT angiography in idiopathic portal hypertension[J]. Liver, 2002, 22(3): 276 - 280.
[23] Arai K, Matsui O, Kadoya M, *et al*. MR imaging in idiopathic portal hypertension[J]. J Comput Assist Tomogr, 1991, 15(3): 405 - 408.
[24] Terada T, Minato H, Nakanuma Y, *et al*. Ultrasound visualization of hepatic peribiliary cysts: a comparison with morphology[J]. Am J Gastroenterol, 1992, 87(10): 1499 - 1502.

(编辑 王 红)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2005)03-0262-01

腹腔镜肾癌根治性切除术护理体会

Nursing care of patients undergoing laparoscopic radical nephrectomy

陈 锦,叶 锦,江 军 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所泌尿外科,重庆 400042)

自1991年Clayman[1]报道第1例腹腔镜肾脏切除手术以来,腹腔镜手术在泌尿外科得到了日益广泛的应用[2]。我科自2001年11月至2002年12月进行腹腔镜肾癌根治性切除术13例,随访1~1.5年,疗效满意。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组13例,男性8例,女性5例,年龄36~78岁(平均57岁)。右侧肾癌6例,右侧7例。肿瘤临床分期T1N0M0 11例,T2N0M0 2例。12例手术成功,1例因右肾动脉损伤改开放手术。术后病理诊断均为肾脏透明细胞癌。术后每3~6个月随访1次,包括胸片,B超或CT检查,随访1~1.5年。

2 手术方法

11例T1N0M0肾癌采用经后腹腔镜肾癌根治性切除,2例T2N0M0肾癌采用手辅式腹腔镜肾癌根治性切除。

3 护理要点

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 肾癌手术是一个家庭事件,病人及家属对该术式了解甚少,心理压力较大,主要表现为焦虑,食欲下降,睡眠差等。术前应耐心讲解该术式的优点,手术过程及预后,让病人充分了解手术的重要性和必要性,保持轻松的心态和良好的饮食睡眠。

3.1.2 术前准备 术前应对手术耐受力及术后肾功能恢复程度作一初步评价。术前常规行静脉肾盂造影检查,必要时行同位素肾图检查,以保证病人术后健肾功能正常;应注意纠正

(下转265页)

作者简介:陈 锦(1971-),女,重庆市江津区人,主管护师,主要从事肿瘤及造口护理方面的研究,发表论文10篇。电话:13236875744

收稿日期:2004-10-11;修回日期:2004-12-30