

DOI: 10.55111/j.issn2709-1961.202303065

· 案例分享 ·

1例非典型脂肪瘤样肿瘤患者行腹部巨大肿瘤切除术后的护理体会

朱晓辉, 李晶晶, 贾波

(北京清华长庚医院 肝胆胰外科, 北京, 102218)

摘要: 本文总结1例非典型脂肪瘤样肿瘤患者行腹部巨大肿瘤切除术后的护理经验。患者入院后完善常规检查,做好术前准备和术中配合,术后加强病情观察,针对性止痛,给予营养支持,开展健康教育和心理干预,缓解患者负性情绪,预防并发症,促进患者早日康复。

关键词: 非典型脂肪瘤样肿瘤; 疼痛; 手术; 营养支持; 健康教育; 心理干预

中图分类号: R 473.5 **文献标志码:** A **文章编号:** 2709-1961(2023)06-0218-04

Nursing of a patient undergoing resection for giant abdominal lipomatous tumor

ZHU Xiaohui, LI Jingjing, JIA Bo

(Department of Hepatopancreatobiliary Surgery, Beijing Tsinghua Changgung Hospital, Beijing, 102218)

ABSTRACT: This paper summarized the nursing management of resection for giant abdominal tumor in a patient with lipomatous tumor. Based on the nursing assessment and illness condition monitoring, comprehensive nursing interventions including pain control, nutrition support, health education and psychological care were carried out to relieve the patient's negative emotion, prevention postoperative complications and improve the recovery.

KEY WORDS: atypical lipomatous tumor; pain; surgery; nutrition support; health education; psychological care

脂肪肉瘤是最常见的软组织肉瘤,约占所有恶性间充质肿瘤的20%^[1],其中非典型脂肪瘤样肿瘤/高分化型脂肪肉瘤约占所有脂肪肉瘤的40%~45%^[2-4]。非典型脂肪瘤样肿瘤/高分化型脂肪肉瘤与成熟型脂肪组织相似,但典型表现为纤维分隔,在脂肪组织和纤维间质内具有核非典型性和增大,手术切除后可复发,但缺乏转移能力。然而,高达10%的非典型脂肪瘤样肿瘤/高分化型脂肪肉瘤可去分化为去分化型脂肪肉瘤,表现得更具侵略性,具有明显更高的局部复发率和转移潜力。

非典型脂肪瘤样肿瘤/高分化型脂肪肉瘤倾向于在四肢和腹膜后出现,而很少在睾丸旁区、纵隔和头颈部出现,5~70岁年龄段均可发生^[4]。这些肿瘤通常表现为缓慢增大的肿块,在深部往往更大。大部分非典型脂肪瘤样肿瘤/高分化型脂肪肉瘤在完全切除后不会复发,边缘清晰,但深部

位如腹膜后、纵隔或精索的非典型脂肪瘤样肿瘤/高分化型脂肪肉瘤往往反复复发,并可能因侵袭性局部作用而导致死亡,或去分化和转移,故而可能需要多次手术^[2]。非典型脂肪瘤样肿瘤/高分化型脂肪肉瘤在发现时往往体积较大,质量可达十余千克,长径30 cm以上,此类患者在手术易发生多种并发症,并且由于腹部巨大变化可能产生心理问题,因此在术后护理过程中,及时发现患者生命体征变化及心理情绪变化,就显得尤为重要^[5]。2022年8月我院收治了1例非典型脂肪瘤样肿瘤/高分化型脂肪肉瘤患者,行腹部巨大肿瘤切除术后,经过积极救治与精心护理,患者康复出院,现将护理经验总结如下。

1 临床资料

患者青年男性,因于当地行人入职体检发现腹

收稿日期:2023-01-02

<http://www.zxyjhhl.cn>

OPEN ACCESS

部巨大肿物就诊于本院。患者入院后完善血液学检查:血常规、尿常规、便常规、肝肾功、凝血功能、术前感染指标及肿瘤标记物均正常。患者于2022年9月行腹部巨大肿物切除术,肿物重达11.5 Kg,患者术后腹部较之前明显塌陷,心理上产生波动,经充分引流、细心护理、抗感染、补液及营养支持等对症治疗后好转出院,随访期间,患者生活起居正常。

2 护理

2.1 术前护理

患者腹部肿瘤巨大,考虑手术存在的风险性,术中存在失血量大、休克的可能,术后可能遗留巨大腹壁缺损。术前完善各项身体检查,包括心电图、X光检查、下腹部CT,了解患者身心状况,便于术后给予针对性护理;准备修补腹壁缺损的材料;加强营养,提高抵抗力;备血。

2.2 术中配合

患者麻醉成功后,取仰卧位,腹部切口处常规碘伏消毒,铺无菌巾。①切口及暴露:以肿物为中心,做10 cm长的切口。依次切开皮肤、皮下;沿肌纤维纵行切开,显露肿物。此肿瘤边界清楚,质韧,有完整的包膜。②手术所见:术中腹腔可见,肝胆脾均正常;结肠、胃、小肠无异常;肠系膜正常,无明显肿大淋巴结和结节性改变。③肿物切除:于此软组织的肿瘤外、正常肌肉内将此软组织肿瘤完整切除,生理盐水反复冲洗。④关闭切口:冲洗切口,仔细止血至无活动性出血,使用可吸收止血胶原海绵(斯泰可 Stypro) 1片行肌肉止血。清点器械无误后鱼骨线逐层关闭切口。切口内留置引流管1根。切口升压包扎。标本送病理检验。术毕,送患者返回病房。

2.3 术后护理

2.3.1 一般护理:患者术后身体虚弱,营养状况不佳,术中失血,血压不稳定,给予加速补液,同时严密监测患者的血压、脉搏、呼吸,每2 h监测1次,特别注意患者尿量,防止出现低血容量休克和肺水肿风险。患者切除巨大肿瘤后,腹壁损伤,注意腹带加压包的松紧程度,注意观察、记录各种引流液的颜色、性质、量。术后患者平卧体位,患者病情稳定后适当抬高床头 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$,术后2 d根据患者恢复情况建议可采取半卧位,促进患者引流和呼吸功能的改善。变化体位时注意固定引流管。

2.3.2 疼痛护理:术前术后向患者详细介绍腹部

肿瘤切除手术术后疼痛的原因以及预防措施,帮助患者提高疾病恢复和功能恢复的信心,术后预防性口服止痛药。患者疼痛可能是由手术牵拉等原因导致的,表现出持续性隐痛,患者2~3天能够缓解。嘱家属,患者剧烈咳嗽时要帮助患者按住腹部切口,防止牵拉缝线引发切口疼痛,提高患者对于术后疼痛的相关认知以及护理配合。患者住院期间恢复良好,未出现阵发性剧痛。

2.3.3 营养支持:患者肿瘤切除后腹部明显塌陷,患者术后站立恢复、咳嗽和排使用力,均可能导致腹压。为了保障患者能够正常自主排便,局部加压包裹,适当活动。咳嗽时由家属或者护理人员协助轻压腹部,减少表面张力。定期观察患者伤口有无渗液、炎症,确定无感染发生,定期更换敷料,保证患者伤口局部干燥、清洁。术后15 d拆线,患者伤口恢复良好,未出现伤口感染。

2.3.4 局部护理:术后患者营养状态较差,给予患者前期肠内营养。营养支持期间,每隔6 h进行1次抽吸,掌握患者当前胃中残留物情况,若胃中残留物超过100 mL,则需要暂停营养支持,辅助应用促进胃动力药物。营养液浓度根据患者恢复情况和营养状况进行逐渐增加。初期营养支持为300 mL/d,2 d后逐渐增量,营养液温度以 $37^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 为宜。鼻肠(胃)管固定于面部,患者家属和医护人员需注意管道安置是否妥帖,定时观察面部皮肤颜色变化。每6 h观察一次喂养管长度变化。营养支持开始前使用20 mL 0.9%氯化钠冲洗,保持其运转。若过程中出现咳嗽、呼吸急促则立即停止营养支持,帮助患者压住伤口部、拍背,正确引导患者咳嗽。每日用石蜡油润滑患者鼻腔黏膜。肠内营养期间主动询问患者的感受和疑虑,针对患者的问题给予耐心解答,使患者维持平和心态。肠内营养一段时间后,患者主诉可自行进食,经检查肠胃功能基本恢复,可自行进食,提示患者自主进食初期以流食和半流食为主,可使用小米粥和少量富含纤维的热蔬菜,此期间需禁食水果。后期患者可正常进食,以清淡、营养、高蛋白为主,严禁辛辣刺激、生冷、烟酒等。此例患者病发于腹部,术后营养状况较差,应给予肠内营养,缓慢过渡到恢复自主进食同时辅助输注营养液,逐渐从流食过渡到半流食直至正常进食,出院前营养状况恢复良好,肠胃功能正常。

2.3.5 术后活动:护理人员鼓励患者术后尽快下床活动,有利于伤口的愈合和机体功能恢复。术

后1 d,适当进行翻身、坐起活动,保持一段时间仰卧屈膝体位。术后2 d,将床提高 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。术后3 d,鼓励患者进行床旁活动,适当保持屈膝体位,下床活动注意不能过早弯腰、下蹲。术后5 d,患者可进行缓慢行走,家属进行搀扶,后让患者自行贴墙辅助缓慢行走,尽早的下床活动有利于促进肠胃功能尽快恢复。

2.3.6 心理护理:术前为减少患者对巨大肿瘤切术手术的恐惧心理,护理人员向患者阐述手术过程和方法、术后康复护理以及该手术术后注意事项,增强患者对手术治疗的信心,建立心理支持,提高患者治疗和护理依从性。患者术后因腹部出现明显塌陷,心理产生波动,精神较为消沉,情绪低落。护理人员鼓励患者家属理解患者处境,了解患者的不良情绪,给予心理疏导。护理人员耐心解答和沟通患者和家属关于疾病的疑虑,引导患者在术后恢复过程中保持乐观的心态,根据实际情况和患者恢复情况尽可能促进患者参加社会活动,防止患者因身体表面缺陷而导致自卑心理。护理人员嘱咐患者可进行放松疗法,听音乐、阅读、聊天等,分散注意力,保持松弛和轻快心情。

2.3.7 健康教育:出院患者对于延续性护理有一定需求,患者出院后不同阶段有着不同的护理需求,一般分为4个阶段:出院前、出院后2周,出院后1月、出院后2月,其中以出院前和出院后2周最为迫切。因此,本例患者在手术前、术后、出院前均进行健康教育,手术前向患者及家属介绍疾病发生原因、疾病影响因素、手术治疗方案、预后指导等基础知识。此外,患者出院后进行电话随访,了解患者出院居家期间的饮食、营养、心理、手术康复情况,具体问题给予具体指导。护理人员向患者及家属推荐脂肪瘤相关的健康教育讲座视频、科普视频、术后健康恢复视频等,线上不定时发放健康教育资料提高患者及家属的疾病认知,防止疾病复发,帮助患者建立起良好的生活习惯和生活规律。本例患者在出院2周、1月分别进行电话随访,患者已经恢复正常生活和工作。

3 讨论

非典型脂肪瘤样肿瘤/高分化型脂肪肉瘤体积巨大,可压迫周围脏器,导致相应器官功能障碍,并且有恶变风险,严重危害患者的生命安全,因此必须及时的予以切除^[6]。此类肿瘤因体积巨大,与腹腔器官及组织关系密切,因此在术中易发

生出血等风险,并且术后因肿瘤被切除,导致其他器官发生移位,可能会引起患者相应症状的出现,因此其术后护理至关重要。该类患者因腹部体积的变化易引起心理障碍,故还应及时关注患者的情绪变化。

本例巨大脂肪瘤患者行切除术后,患者身体虚弱,给予严密的病情观察,记录引流液的颜色、量、性质,提醒患者即使更换卧位,促进引流和呼吸功能改善,体位变化时注意引流管状态。患者术后腹部塌陷明显,不能剧烈咳嗽和用力排便,为防止腹压,提醒患者咳嗽时需要他人协助轻压腹部,减少表面张力。术后需要特别注意患者的伤口状况,保持伤口干燥清洁,患者住院期间伤口恢复较好,未发生感染。患者主诉疼痛,表现为持续性隐痛,给予患者口服止痛药处理,2~3d自行缓解,后停止服用止痛药,改用转移注意力疗法、轻松疗法等缓解疼痛,未出现其他明显术后症状。本例患者在入院时以及术后均开展健康教育,加之心理干预、家属情感支持等,患者对于疾病和治疗态度明显改善,并且在整个住院护理期间一直保持着较高的依从性。本案例中护理人员充分发挥了家属能动性,家属积极协助医护对患者进行心理支持,协助患者尽快恢复正常机体功能,按照医嘱督促患者尽早下床锻炼,促进身体功能恢复。患者术后出现轻微营养不良,前期给予肠内营养,后期家属按照医嘱给予患者流食和半流食,患者肠胃功能恢复较快,后可自主进食。患者出院后,护理人员对患者进行延续性教育和随访,指导患者健康的生活方式,延续健康生活习惯,提出科学的康复建议。患者出院2周后进行电话随访,其生活起居恢复正常,心态积极,出院后仍坚持自我监测、回院复查,健康意识较高。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] DEI TOS A. Liposarcoma: new entities and evolving concepts[J]. Ann Diagn Pathol, 2000, 4(4): 252-266.
- [2] DEI TOS A P, PEDEUTOUR F. Atypical lipomatous tumour[M]. Fletcher CD M, Bridge J A, Hogendoorn P C W, et al. WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone[M]. fourth ed. Ly-

- on, France: IARC; 2013: 33 - 36.
- [3] LUCASD R, NASCIMENTO A G, SANJAYB K S, et al. Well-differentiated liposarcoma: the mayo clinic experience with 58 cases [J]. *Am J Clin Pathol*, 1994, 102(5): 677-683.
- [4] LAURINO L, FURLANETTO A, ORVIETO E, et al. Well-differentiated liposarcoma (atypical lipomatous tumors) [J]. *Semin Diagn Pathol*, 2001, 18: 258-262.
- [5] 刘飞飞, 张仁亚. 非典型性脂肪瘤性肿瘤及各种变型和复合形式[J]. *临床与实验病理学杂志*, 2007, 23(1): 105.
- LIU F F, ZHANG R Y. Atypical lipomatous tumor and its various variants and compound forms [J]. *Chin J Clin Exp Pathol*, 2007, 23(1): 105. (in Chinese)
- [6] 朱博群, 蔡明琰, 周平红, 等. 内镜下切除食管巨大非典型性脂肪瘤/高分化脂肪肉瘤一例[J]. *中华消化内镜杂志*, 2013, 30(12): 714-715.
- ZHU B Q, CAI M Y, ZHOU P H, et al. Endoscopic resection of huge atypical lipoma/well-differentiated liposarcoma of esophagus: a case report [J]. *Chin J Dig Endosc*, 2013, 30(12): 714-715. (in Chinese)
- (本文编辑:尹佳杰)