

1 例盆腔巨大孤立性纤维性肿瘤伴德格-波特综合征患者的围手术期护理

喻小青, 赖小令, 金芳, 赖淑蓉*

中山大学附属第一医院 胃肠外科中心, 广东 广州 510080

【摘要】 总结 1 例盆腔巨大孤立性纤维性肿瘤伴德格-波特综合征患者的围手术期护理经验。护理要点包括: 采取多学科协作, 参与医护一体查房, 共同制定护理方案。术前密切监测患者的血糖波动情况, 及时发现患者出现低血糖的高频时间段, 预防低血糖发生。术后密切监测患者的血糖波动情况和病情变化情况, 根据加速康复外科理念指导术后康复护理, 包括术后早期活动、防止静脉栓塞、早进食及预防并发症发生等。经过悉心护理, 患者于术后第 6 天顺利出院。经 1 个月随访, 患者预后良好, 已恢复正常生活。

【关键词】 盆腔; 巨大; 孤立性纤维瘤; 德格-波特综合征; 围手术期护理

Perioperative care of a patient with huge solitary fibrous tumor in the pelvic cavity with Doege-Potter syndrome

Yu Xiaoqing, Lai Xiaoling, Jin Fang, Lai Shurong*

Department of Gastrointestinal Surgery, the First Affiliated Hospital of Sun Yat-Sen University, Guangzhou 510080, Guangdong, China

*Corresponding author: Lai Shurong, E-mail: Laishr@mail.sysu.edu.cn

【Abstract】 To summarize the perioperative care experience of a patient with pelvic huge solitary fibrous tumor and Doege-Potter syndrome. There are several critical aspects of nursing for this patient: adopting multidisciplinary collaboration, participating in integrated medical and nursing ward rounds and jointly formulating nursing plans. The patient's blood sugar fluctuations were closely monitored before surgery, and high-frequency periods of hypoglycemia in patient were promptly discovered to prevent the occurrence of hypoglycemia. After the operation, the patient's blood sugar fluctuations and condition changes were closely monitored, and the concept of enhanced recovery after surgery was applied to provide guidance for postoperative recovery care, such as early postoperative activities, preventing venous emboli, eating early, and preventing complications. After careful care, the patient was discharged from hospital on the 6th postoperative day. After one-month of follow-up, the patient recovered well and returned to normal life.

【Key words】 Pelvic cavity; Huge; Solitary fibroma; Doege-Potter syndrome; Perioperative care

孤立性纤维性肿瘤(solitary fibrous tumor, SFT)是一种间叶源性肿瘤,以胸膜肿瘤多见,而位于腹盆部,特别是腹膜后的肿瘤尤为少见^[1-3]。德格-波特综合征(Doege-Potter syndrome, DPS)是一种由SFT引起的低血糖情况^[4],较为罕见,在SFT病例中占比不足5%^[5]。其临床表现主要为胸膜纤维瘤分泌胰岛素类似物而引起的一系列低血糖症状,患者常出现手抖、出冷汗、极度饥饿感、心率加快

甚至昏迷^[6-7]。2023年12月8日中山大学附属第一医院胃肠外科收治1例盆腔巨大SFT伴DPS患者,术前多学科协作共同制定治疗方案,围手术期密切观察患者血糖变化情况,及时发现患者出现低血糖的高频时间段,预防低血糖发生。术后动态观察病情和血糖变化,根据加速康复外科理念指导患者术后康复护理,包括术后早期活动促进肠道功能恢复和防止静脉血栓发生,早期进食及预防并发症发生。经过悉心护理,患者恢复情况良好,于术后第6天顺利出院。现将该病例围手术期

* 通信作者: 赖淑蓉, E-mail: Laishr@mail.sysu.edu.cn

的护理经验报道如下。

1 病例资料

1.1 一般资料

男性患者1年余前无明显诱因出现低血糖表现,包括头晕、乏力、虚汗等,夜间尤其明显,自诉血糖最低可达1.2 mmol/L,食用糖类或其他食物后可自行缓解,患者及家属未予以重视。半月余前,患者低血糖发作频繁,每日夜间均会出现。入院当天家属诉患者的空腹血糖波动在1.2~3.0 mmol/L及餐后2 h血糖波动在2.8~4.9 mmol/L,均低于正常值。患者来医院就诊,行全腹部和盆腔计算机断层扫描(computed tomography, CT)检查结果提示:盆腔内见一大小约12.8 cm×10.9 cm×10.4 cm团状软组织密度影,考虑偏恶性肿瘤性病变(图1A和1B)。空腹静脉抽血结果示:葡萄糖1.35 mmol/L,胰岛素0.560 μU/ml, C肽0.016 μg/L。正电子发射计算机断层显像(positron emission tomography-computed tomography, PET-CT)结合病理回报,符合SFT征象(图1C)(结合临床症状,需注意DPS)。体格检查:体温36.3℃,脉搏102次/min,呼吸20次/min,血压145/73 mmHg,身高174 cm,体重64 kg,体重指数21.14 kg/m²。餐后测微量血糖为3.5 mmol/L。诊断:盆腔SFT伴DPS。

1.2 治疗与转归

患者入院后完善术前检查和术前准备,于2024年1月10日联合泌尿外科在全身麻醉下行盆腔巨大肿瘤(>10 cm)切除+盆腔侧方淋巴结清扫+盆底腹膜缝合术+脊神经根探查+经尿道输尿管镜检查术。术中留置尿管、腹膜后引流管各1

条。术中出血7000 ml,术中补液输A型、Rh(+)红细胞780 ml、血浆1150 ml、冷沉淀10单位。手术取出直径约15 cm肿瘤,质地软脆(图2A和2B)。术后入住外科重症监护病房(surgery intensive care unit, SICU)治疗,病情稳定后转回普通病房。病理及免疫组织化学结果:肿瘤细胞STAT-6(+), CD34(+), TFE-3(+), S-100(-), Desmin(-), CD117(-), Actin/SMA(-), NTRK(-), Ki-67约5%(+)。结合苏木精-伊红染色形态及免疫组织化学结果,病变符合SFT(中等危险度)(图2C)。结合临床患者存在低血糖,考虑合并DPS。术后监测患者四段血糖,血糖控制在正常范围内,于术后第6天顺利出院。

2 围手术期护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前血糖的监控

为防止患者出现饥饿感、手抖、出冷汗、心率加快及昏迷等低血糖症状,遵医嘱选择在患者左侧上臂装置瞬感血糖监测器,在夜间增加监测频率。美国糖尿病协会的指南指出,瞬感血糖监测器对于在接受胰岛素治疗期间出现无症状性低血糖和低血糖发作频繁的患者来说,具有重要的价值^[8]。瞬感血糖监测器可以记录血糖数据,提供有关患者血糖控制情况的详细信息,为医护人员评估治疗效果和制定个性化的治疗方案提供有力支持^[9]。为保证患者的血糖水平处在一个平稳的状态,指导患者备用葡萄糖粉剂,在临睡前半小时口服葡萄糖水适量,除监测四段血糖,另外增加23:00和凌晨3:00时的血糖监测^[10](表1)。为完成术前相应检查,我们还在患者禁食阶段采用10%葡萄糖注

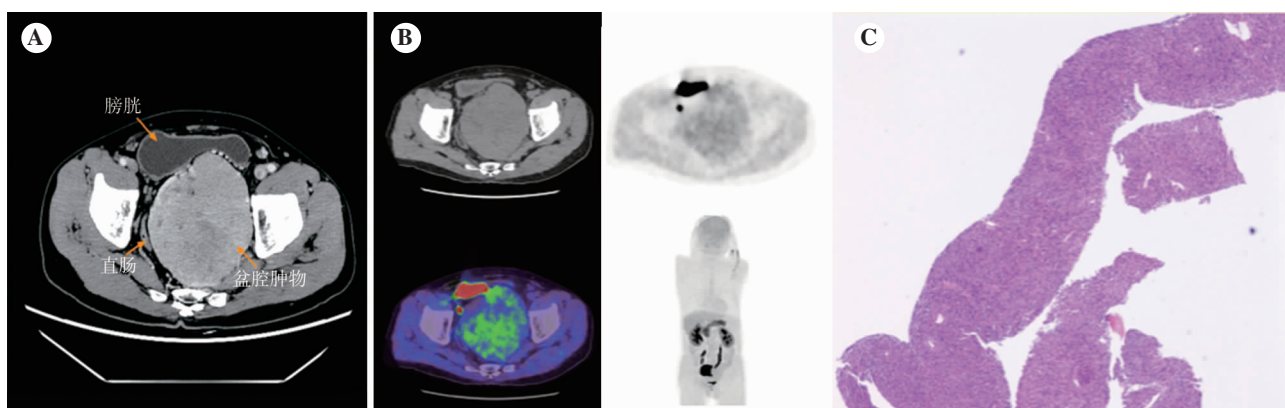


图1 患者术前影像图及穿刺活检病理图

注:A,增强计算机断层扫描示肿瘤位置(箭头所示)及大小;B,正电子发射计算机断层显像示肿瘤情况;C,肿瘤穿刺活检病理图(苏木精-伊红染色,×50)。

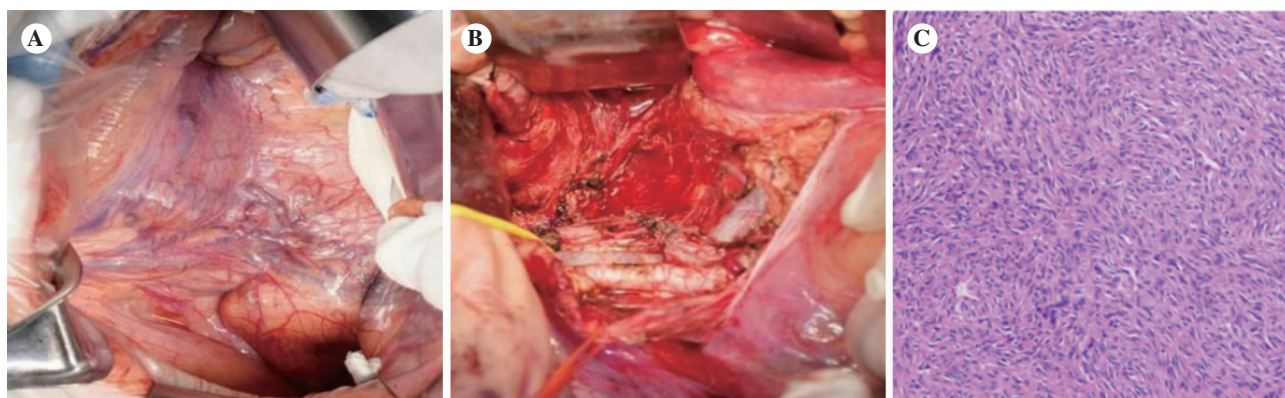


图2 患者术中肿瘤图片及术后肿瘤病理图

注:A,术中肿瘤图片;B,肿瘤切除后术野图;C,肿瘤大体标本病理图(苏木精-伊红染色,×400)。

表1 患者术前血糖监测情况

日期	时间	血糖来源	监测结果(mmol/L)
2023年12月9日	23:00	末梢血	8.7
2023年12月10日	6:00	末梢血	1.4
2023年12月10日	7:00	末梢血	3.8
2023年12月10日	10:00	末梢血	5.8
2023年12月10日	23:00	组织间液	5.2
2023年12月11日	3:00	组织间液	4.1
2023年12月11日	6:00	组织间液	2.1
2023年12月11日	10:00	组织间液	4.9
2023年12月11日	23:00	组织间液	2.4
2023年12月12日	0:00	组织间液	1.7
2023年12月12日	3:00	组织间液	3.9
2023年12月12日	23:00	组织间液	3.5
2023年12月13日	3:00	组织间液	3.9
2023年12月13日	6:00	组织间液	低
2023年12月13日	7:00	组织间液	8.9
2023年12月13日	10:00	组织间液	7.9
2023年12月13日	23:00	组织间液	3.6
2023年12月14日	0:00	组织间液	5.2
2023年12月14日	3:00	组织间液	4.1
2023年12月14日	6:00	组织间液	4.2
2023年12月14日	23:00	组织间液	5.8
2023年12月15日	3:00	组织间液	4.9
2023年12月15日	6:00	组织间液	3.6

射液缓慢匀速滴注至相应检查结束。

2.1.2 术前护理准备

患者肿瘤巨大,并累及周围器官,病情复杂,手术难度大,考虑术中出血量大。术前护士长组织护理小组查询相关护理文献,共同学习,并带领护理组长参加医生多学科诊疗讨论,基本熟悉手术方案,为术后护理做好充分准备,并遵医嘱配血和血浆等。一对一指导患者及患者家属术前肠道准

备、饮食并观看手术前后护理视频,确保患者及患者家属完全掌握相关注意事项。

2.1.3 心理护理

患者多次在医护查房中听到自己的病情复杂,手术大,因此患者及家属均处于极度焦虑状态。为照顾其情绪,护士与患者及家属交流时保持耐心,并采取纸张、录音及视频宣教的方式让患者及家属确认自己执行相关术前准备的正确性,消除患者的疑虑,争取其配合。

2.2 术后护理

2.2.1 术后病情观察

①生命体征观察:术后患者从SICU转回病房,给予心电监护及低流量吸氧,每小时观察并记录患者的生命体征。增加巡视频率。指导患者家属观看心电监护数据及报警,有异常时立即按铃呼叫。②血糖监测:术后继续观察血糖变化情况。因瞬感血糖监测器在术中摘除,故术后采用指尖血糖监测,血糖稳定后每6小时测量血糖1次。术后血糖稳定,没有出现低血糖现象(表2)。③引流管护理:妥善固定引流管,注意引流液颜色及引流液量情况,对出入量每日进行记录,如有异常的引流液颜色、量及性质需要及时报告医生。协助患者下床时先固定好引流管,防止脱管。术后第5天拔除腹膜后引流管。术后第4天拔除尿管后排尿困难,重新留置尿管,带尿管出院后第3天在门诊拆线并拔除尿管,可自行排尿。④因术中出血量大,术后继续监测血常规,及时了解血红蛋白情况,并严格遵循输血操作流程,密切观察患者输血后的反应。

2.2.2 术后加速康复护理

参考指南^[11]在患者术后采取加速康复外科护理措施:①多模式镇痛^[12]。术后常规第1天每4小

表2 患者术后血糖监测情况

日期	时间	血糖来源	监测结果 (mmol/L)
2024年1月11日	16:00	末梢血	7.2
2024年1月11日	23:00	末梢血	7.9
2024年1月12日	6:00	末梢血	8.1
2024年1月12日	12:00	末梢血	7.1
2024年1月12日	18:00	末梢血	6.8
2024年1月13日	0:00	末梢血	7.6
2024年1月13日	6:00	末梢血	6.7
2024年1月13日	12:00	末梢血	6.8
2024年1月13日	18:00	末梢血	6.8
2024年1月14日	0:00	末梢血	6.2
2024年1月14日	6:00	末梢血	6.0
2024年1月14日	12:00	末梢血	7.3
2024年1月14日	18:00	末梢血	6.8
2024年1月15日	0:00	末梢血	6.8
2024年1月15日	6:00	末梢血	7.1
2024年1月15日	12:00	末梢血	12.7
2024年1月15日	18:00	末梢血	6.5
2024年1月16日	8:00	末梢血	8.9

时进行疼痛评分,第2天和第3天每6~8小时进行疼痛评分。患者有疼痛时随时进行评分及处理,同时指导患者及家属进行疼痛评分、正确表达疼痛程度及使用麻醉镇痛泵。②早期活动^[13]。术后SICU转回当天指导患者进行床上脚踏车、踝泵运动。待患者生命体征稳定后鼓励患者早期下床活动,指导家属根据下床六部曲^[14]的方法协助患者下床活动,并记录活动的频次及时间。③营养管理^[15]。术后患者营养风险筛查2002评分为5分,患者主观整体营养评估量表评分为9分。遵医嘱予肠外营养,保证营养的供给。SICU转回当天予温开水30~50 ml/次,全天总量约300 ml,患者无诉不适。术后第3天患者排气排便,遵医嘱开始增加口服营养补充剂,并指导患者家属做好饮食记录。从1勺加50 ml温开水开始逐渐加量,第3天总量约700 ml,饮食后无不适。第4天开始增加白粥并继续口服营养补充剂。根据三大营养物质供能计算得出,第5天患者进食量已达总需要量的70%。

2.3 出院指导及随访

医生决定从患者出院前1 d开始,对患者及家属做好出院宣教。内容包括出院后伤口的换药拆线,伤口愈合情况的观察,适当锻炼膀胱功能及尿管管道处理;饮食上交代患者从少到多,从稀到稠,少量多餐、细嚼慢咽,适量增加口服营养补充

剂;适量运动,1个月内以轻体力劳动或散步为主,根据自身体力情况每次运动30 min左右,适当增加腹部按摩等;复诊时间及复诊流程;回家后遇紧急情况的处理等^[16]。出院1周内通过电话随访,患者于出院后第3天在门诊换药拆线并拔除尿管。经1个月随访,患者预后良好,已恢复正常生活。

3 讨论

SFT是一种相对少见的肿瘤,多发生于中年人,且男女发病率无显著差异^[17]。其发病特点主要包括肿瘤生长速度相对缓慢,且多数为良性肿瘤,但仍有较高的复发率和潜在的恶性转化风险。在临床症状体征方面,SFT的初期表现通常并不明显,很多患者在发现时已经形成了较大的肿块。随着肿瘤的增大,可能会对周围的组织或器官产生压迫,导致一系列症状的出现^[18]。例如,肿瘤压迫肺部,可能导致患者咳嗽咳痰,甚至呼吸困难;肿瘤压迫神经时,可能导致疼痛或神经功能障碍;当肿瘤压迫腹腔器官时,可能出现消化不良、腹胀等症状。此外,SFT还可能引发DPS,这是一种副瘤综合征,患者可能出现低血糖、红细胞增多等症状^[19]。

DPS主要表现为反复发作的低血糖症,通常与SFT相关^[20]。DPS的特点是低血糖症状严重且反复发作,给患者的生活质量和健康带来了严重的影响。DPS患者的围手术期护理至关重要,因为手术是治疗SFT和DPS的重要手段之一。在DPS的临床处理中,有两点事项需要特别关注。第一,由于DPS患者的低血糖症状可能随时发生,因此在围手术期内应密切监测患者的血糖水平,及时发现并处理低血糖事件。第二,考虑到DPS患者可能伴随其他器官受累,因此在术前应对患者的整体状况进行全面评估,确保手术的安全性和可行性。

本病例腹盆腔多个器官受累,病情复杂,手术难度大,术中出血量大,增加了治疗的挑战。因此,术前的准备和术后的护理尤为重要。术前我们采取多学科协作,参与医护一体查房,共同制定护理方案。密切监测患者的血糖水平,确保其在一个稳定的范围内,是预防术中低血糖发生的关键。因此,我们在患者左侧手臂上装置瞬感血糖监测器动态监测血糖,及时发现患者低血糖的时间段,并

在此阶段指导患者增加餐次或者备用葡萄糖粉剂,以补充葡萄糖调节血糖水平。我们还应注意患者的检查禁食时间段,及时静脉补充葡萄糖注射液。同时,在术后继续对患者血糖进行监测,以确定术后血糖水平是否可以恢复正常。另外,由于患者要面对复杂的手术,其情绪的稳定也至关重要。我们利用一对一宣教,通过视频等图文并茂的方式让患者及家属了解手术方式,掌握手术前后应注意的相关事项,减轻患者的焦虑,帮助其树立战胜疾病的信心。

术后的护理同样不容忽视。由于肿瘤体积大,并且累及周边的器官及大量的血管,给手术增加了难度。由于术中出血量大,术后除了常规观察患者的生命体征,还应密切监测患者的血常规、生化指标及降钙素原结果,及时了解患者的出血情况,严格遵循输血操作流程。及时评估患者营养情况,遵循营养治疗五阶梯疗法指导患者早进食并正确记录其饮食情况,根据患者饮食日志及时调整输液及饮食类型。指导患者术后进行早期床上活动如踝泵运动、腿部气压泵治疗、踩脚踏车,以及尽早下床活动,有助于预防下肢静脉血栓形成的同时还能促进身体功能的恢复。此外,做好引流管的护理,确保引流畅通,避免感染等并发症的发生。做好出院准备,如指导伤口换药、饮食、复查流程、服药及特殊情况的应对等,以减轻患者出院之忧。通过这些综合护理手段,患者顺利出院且恢复情况良好。

综上,护理巨大SFT伴DPS的患者最需要关注的是术前血糖的波动,通过多学科协作、密切监测病情和血糖变化以及加速康复护理,可以很好地促进疾病康复。

参考文献

- [1] TANAK K, YANG H, HAYASHI H, et al. Total resection combined with osteotomy is more effective for orbital solitary fibrous tumor excision: a report of three cases[J]. *Int Ophthalmol*, 2018, 38(1):345-351.
- [2] 罗志凌. 腹膜后孤立性纤维瘤的影像诊断进展[J]. *国际医学放射学杂志*, 2016, 39(2):162-166.
- [3] GOMEZ FD, ROBIN L, JAKUBOWICZ D, et al. Tumeur fibreuse solitaire du rétropéritoine avec des symptômes urinaires révélant un syndrome de Doege-Potter [J]. *Prog Urol*, 2019, 29(3):136-137.
- [4] ZARRA VL, DEMEGILLO KJ, UYKING-NARANJO M, et al. Doege-Potter Syndrome: A Presumptive Case of Metastatic Hemangiopericytoma with Persistent Hypoglycemia in a 27-Year-Old Male [J]. *J ASEAN Fed Endocr Soc*, 2021, 36(1):90-94.
- [5] 陈艳婷, 张洁苹. 一例胸膜巨大孤立性纤维瘤伴德格-波特综合征患者的康复护理 [J]. *中国实用护理杂志*, 2019, 35(16):1266-1269.
- [6] LOPEZ-HINOSTROZA M, MOYA-SALAZAR J, DÁVILA J, et al. Doege-Potter syndrome due to endothoracic solitary hypoglycemic fibrous tumor [J]. *Clin Case Rep*, 2022, 10(4):e05611.
- [7] 余美霞, 刘迅, 郭伟, 等. 德格-波特综合征引起低血糖昏迷一例报告并文献复习 [J]. *中国全科医学*, 2015, 18(34):4.
- [8] AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes—2022 Abridged for Primary Care Providers [J]. *Clin Diabetes*, 2022, 40(1): 10-38.
- [9] 侯乐乐, 邱山虎, 孙子林. 扫描式持续葡萄糖监测在糖尿病患者居家管理中的价值及展望 [J]. *中华糖尿病杂志*, 2022, 14(12): 1363-1367.
- [10] 赵芳, 张明霞, 武全莹. 从护理角度解读《2022年版中国老年2型糖尿病防治临床指南》[J]. *护理实践与研究*, 2023, 20(9):1263-1268.
- [11] 中华医学会外科学分会, 中华医学会麻醉学分会. 中国加速康复外科临床实践指南(2021) [J]. *中国实用外科杂志*, 2021, 41(9):961-983.
- [12] 陈瑜, 玉红, 李程玉, 等. 加速康复外科理念下标准化多模式镇痛对上腹部大手术后阿片类药物使用量的影响 [J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2022, 29(4): 475-480.
- [13] 沈波, 王建荣, 程艳爽. 上腹部术后患者早期活动现状及影响因素分析 [J]. *解放军医学院学报*, 2021, 42(10):1053-1057.
- [14] 买红娟, 鲍芳萍, 罗葆华, 等. “六部起床法”在胃肠道患者首次下床活动中的应用 [J]. *实用临床护理学电子杂志*, 2020, 5(23):86-87.
- [15] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 成人糖尿病饮食指南(2023年版) [J]. *全科医学临床与教育*, 2023, 21(5):388-391.
- [16] 唐梁, 陈创奇. 重视加速康复外科理念在围手术期的宣教工作 [J/CD]. *消化肿瘤杂志(电子版)*, 2022, 14(3):239-245.
- [17] FLETCHER CD, BERMAN JJ, CORLESS C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach [J]. *Hum Pathol*, 2002, 33(5): 459-465.
- [18] 安小霞, 梁程, 李瑞, 等. 腹膜后孤立性纤维性肿瘤 1

- 例[J].医学影像学杂志, 2024, 34(3):172.
- [19] WANG Y, WEI R, JI T. Surgical treatment of primary solitary fibrous tumors involving the pelvic ring [J]. Plos One, 2018, 13(11): e0207581.
- [20] 余美霞, 刘迅, 郭伟, 等. 德格-波特综合征引起低血糖昏迷一例报告并文献[J].中国全科医学, 2015, 18(34): 4269-4272.

收稿日期: 2024-07-25