

· 短篇 ·

1例罕见巨大良性对称性脂肪瘤病患者的围手术期护理

广东省第二人民医院耳鼻咽喉头颈外科（广东 广州 510317）

苏 娜 汪雪梅

【关键词】良性对称性脂肪瘤；围手术期；护理

【中图分类号】R473.76

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2018.04.032

良性对称性脂肪瘤(benign symmetric lipomatosis, BSL)又名马德龙病(Madelung)，是一种病因不明的少见病。最先由Brodie于1846年报道^[1]，临床表现为颈部和肩部的无包膜的脂肪组织堆积，40%~80%的患者同时伴有胸腹部或腹股沟处的脂肪组织堆积^[2]。全世界仅有二百余例患者有明确文献报道^[3]。手术切除是最有效的治疗方法^[4]。我科2015年6月收治1例巨大良性对称性脂肪瘤患者，分3期进行了手术治疗，效果良好，患者康复满意出院。本文对其围手术期护理进行总结，现报告如下。

1 病例介绍

患者，男，53岁，2015年6月10日以“发现颈部肿物10余年”收入我科。患者于10余年前发现双侧耳后、颈侧及颈前部长有数个“拇指”大小的肿物，质软，肿物呈对称性，进行性增大。近1年肿物增大速度明显加快，颈前部分如半个足球样大小，颈后部分较拳头大(图1-3)。肿物严重影响外观、社交及生活，有自卑自闭心理、头部仰俯转动困难；有“高血压”10余年，一直规律服用降血压药物治疗，血压控制良好；吸烟30余年，约2包/天，饮酒30余年，约1.5~2.0斤/天。专科查体：双侧耳后、颈侧、锁骨上窝及颈前部对称性长有大小不一的巨大团块状肿物，最大达12cm×7cm，颈静脉无怒张，气管及双侧甲状腺无法触及，头颈部未触及淋巴结肿大。MRI示：颈部肿大并双侧多发脂肪沉积，多发性对称性脂肪增多症(madelung病)可能性大。术前尿常规：尿胆原(URO)++；酮体(KET)阴性；胆红素(BIL)阴性；肝功能检查异常结果：总胆红素(TBIL) 25.9 μmol/L(↑)、总蛋白(TP)59g/L(↓)、白蛋白(ALB)34.3 g/

L(↓)、γ-谷氨酰转肽酶(GGT)123U/L(↑)，余正常。甲状腺功能：游离T3(FT3)2.97nmol/L(↓)、总三碘甲状腺原氨酸(T3)1.13(↓)；其它检查均正常。入科后予以了积极的术前准备，分别在气管插管全麻下于2015-06-17进行了一期颌面颈深部肿物颈清扫式切除+周围神经嵌压松解+皮瓣修整术，手术切口位于锁骨关节上4cm沿皮纹做领式大U型切口，切口向后延伸至双侧乳突直线上，长度约40cm左右，观察肿物范围正面高度从胸骨柄水平至颌部，两侧高度从锁骨至乳突，正面深度约10cm。两侧深度约15cm，质软。手术顺利完成；2015-09-24二期切除右侧颈侧、枕后部分脂肪瘤；2015-10-13三期切除左侧颈侧、枕后部分脂肪瘤。术后明确诊断：多发性对称性脂肪瘤病(马德龙病)。每期术后经过精心的对症治疗及护理，患者康复出院。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 做好心理护理：针对病人肿物严重影响外观、社交及生活，有自卑自闭心理、头部仰俯转动困难，并且担心手术所带来的巨大风险等心理，我们在术前反复与患者交流，取得病人的信赖，同时与医生一起介绍治疗方案，鼓励病人树立信心，解除自卑焦虑恐惧心理。告知良好的心态是保证手术成功的前提，帮助患者建立积极乐观的心态，协助患者完成各项术前检查并及时告知检验结果，使患者安心接受治疗及护理。

2.1.2 呼吸道准备：训练患者深呼吸和有效的咳嗽，注意保暖，预防感冒。术前3天练习吹气球锻炼肺功能，告知排痰技巧。根据医嘱应用抗生素预防感

染。

2.1.3 营养支持：术前患者有轻度的低蛋白血症及肝功能异常，因此我们告知患者进适量的蛋白质、高热量、富含维生素的清淡、易消化的食物，如蘑菇、白木耳、瘦肉、蛋类、鸡、甲鱼等；少吃动物内脏及高脂肪饮食。患者术前有嗜烟酗酒史，术前我们与家属进行了沟通，协助监督患者禁止烟酒摄入。病人食欲差，我们适当的给予一些消导性食品，如山楂片、萝卜等，促进患者食欲。

2.1.4 生命体征监测：术前观察生命体征变化。患者有高血压病史，入院后按医嘱给予了降压药物治疗，需严密观察药物的不良反应。为防止体位性低血压等发生导致意外，我们加强了防跌倒、防坠床方面的宣教及措施落实。

2.1.5 其他术前准备：本病手术野范围大，创伤大，术前应做好血型和交叉配合试验，备血及血液制品。同时术前2天教会患者自行调整卧位和床上翻身的方法，以适应术后体位的变化；根据手术要求训练患者特殊体位(将软枕垫于肩部，保持头低、颈过伸位)，以利术中手术野的暴露。

2.2 术后护理

2.2.1 病情观察：根据医嘱使用床边心电监护；严密观察意识及生命体征的变化，每15~30分监测血压、脉搏、呼吸、 SpO_2 等，病情稳定后改为1~2小时测1次，并做好观察并记录；术后第2天生命体征平稳，改为每天4次测量体温、脉搏，连测7天。

2.2.2 切口的观察及护理：由于该手术范围大，局部伤口渗血较多，护理观察尤其重要。术后24小时每小时观察记录1次伤口敷料渗血情况，并对渗血的量、性质、颜色及单位时间的渗血量做好记录，详细交接班。头颈部两侧砂袋固定使头部制动，预防切口张力过大，引发出血。

2.2.3 保持呼吸道通畅：患者手术及术后短时间

内均有气管插管呼吸机辅助呼吸，因此应做好呼吸道的护理，及时清除口腔、气道内分泌物，适时吸痰，观察痰液的量、形状等，关注血气变化。气管插管易导致气道水肿，拔管后需鼓励患者咳嗽、咳痰，常规给予消炎消肿的药物雾化吸入，也有利于稀释痰液便于咳出。颈部手术创面大，需严密观察有无颈部伤口内血肿形成导致呼吸困难的发生。

2.2.4 伤口引流管的护理：颈部负压引流管做好明确的标识，观察引流液的颜色、性质和量，做好记录。两侧颈部负压引流管放置合适，防止扭曲、折叠、受压，定时挤压，保持通畅。告知病人引流管会根据引流液的量来决定是否拔管，引流目的是为了及时引流出切口内的积血并便于观察切口内出血情况，翻身及下床活动时，防止逆流及脱管发生。如引流液鲜红，超过50ml/h应视为活动性出血，应及时报告医生处理。

2.2.5 预防感染：保持伤口敷料清洁干燥，有渗血时需及时更换；保持鼻饲管、尿管、颈部引流管、CVC等各种管道的通畅，严格执行无菌技术操作，加强口腔护理。根据医嘱应用止血、抗炎、营养支持等对症治疗，预防感染等并发症的发生，促进伤口愈合。

2.2.6 输注血制品的观察及护理：在输血前、输血开始15分钟及输血结束后分别进行体温、血压、脉搏、呼吸监测，特别要求对要观察小便颜色，并实时记录；在输血过程中严密观察病人有无寒战、发热、皮疹等不良反应。血制品禁止摇晃，溶化后尽快输注，用带有滤网装置的输血器进行静脉输注，滴速一般60~80滴/min为宜。输注凝血因子后注意复查的凝血功能检查结果。本例患者输血制品时未发生不良反应。

2.2.7 心理护理：患者手术后引流管多，伤口敷料面积大，活动受限，治疗过程较复杂，患者和家属难免会紧张。因此术后仍需做好心理疏导，鼓励患者树立信心，消除不良心理，积极配合治疗。

良性对称性脂肪瘤病是一种罕见的疾病，肿瘤生长时间长，血运较丰富，手术创面也较大，术中术后会有明显渗血^[5]。本例患者术后引流时间长，引流量大，拔管时间延长，经过局部加压包扎，加强换药，全身给予药物、血浆，改善凝血功能等治疗后切口愈合。在饮食方面也特别告知术后患者勿食活血食物，如：红枣、乌鸡等。此种疾病十分罕见，好发于具有地中海血统的中年男性^[1]，多有嗜酒史和肝

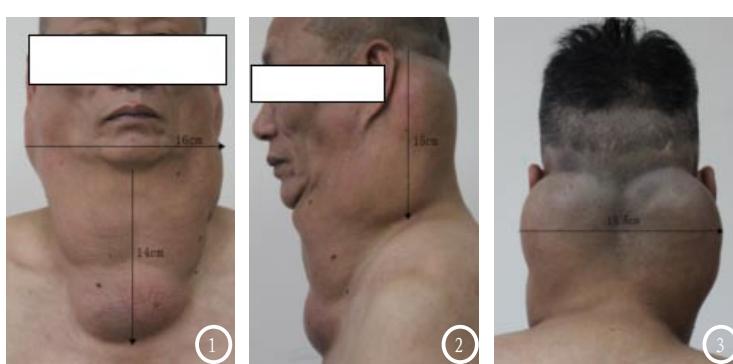


图1-3 患者近1年肿物增大速度明显加快，颈前部分如半个足球样大小，颈后部分较拳头大。

病史。该例患者饮酒30余年，约1.5~2.0斤/天，吸烟30余年，约2包/天，因此出院后强调戒烟戒酒的重要性，预防复发及肝功能损害等。

参考文献

- [1] Brodie BC. Lectures illustrative of various subjects in pathology and surgery[J]. London: Longman, 1846, 275~276.
- [2] Tan O, Erqen D. Madelung syndrome with pubic involvement[J]. Derma-tolSurg, 2008, 34(6): 811~814.
- [3] 李文, 陈尽欢, 辜德英, 等. 颈部对称性脂肪瘤的诊治[J]. 华西医学, 2011, 26(3): 368.
- [4] 莫立根, 许坚, 杨荣宁, 等. 良性对称性脂肪瘤病28例报告[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2002, 16(10): 537~538.
- [5] 姚英燕, 刘鸿芹, 汪和美. 1例罕见颈部良性脂肪瘤病患者的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(34): 39~40.
-
- (上接第 72 页)
- [2] 中华医学会放射学分会头颈学组. 甲状腺结节影像检查流程专家共识[J]. 中华放射学杂志, 2016, 50(12): 911~915.
- [3] 陈玉恒, 郭兰伟, 张玥, 等. 中国2008年甲状腺发病、死亡和患病情况的估计和预测[J]. 中华疾病控制杂志, 2014, 18(3): 200~203.
- [4] 唐平章. 美国国立综合癌症网(NCCN)2010年版甲状腺肿瘤治疗指南解读[J]. 中国实用外科杂志, 2010, 30(10): 856~858.
- [5] Wu CW, Dionigi G, Lee KW, et al. Calcifications in thyroid nodules identified on preoperative computed tomography: patterns and clinical significance[J]. Surgery, 2012, 151(3): 464~470.
- [6] 杨宇凌, 郭永飞, 杨伟聪. 甲状腺乳头状癌的螺旋CT影像学表现及其病理学基础[J]. 罕少疾病杂志, 2016, 23(2): 6~8.
- [7] 缪斌, 邵菲, 林勇平. 甲状腺乳头状癌的彩色超声影像特征[J]. 罕少疾病杂志, 2016, 23(2): 12~13.
- [8] Chicklore S, Goh V, Siddique M, et al. Quantifying tumour heterogeneity in 18F-FDG PET/CT imaging by texture analysis[J]. Eur J Nucl Med Mol Imaging, 2013, 40(1): 133~40.
- [9] Balaji Ganeshan, Kenneth A, Miles, et al. Tumour heterogeneity with CT[J]. Quantifying Cancer Imaging, 2013, 13(1): 140~149.
- [10] Meghan G, Lubner, MD, et al. CT Texture Analysis: Definitions, Applications, Biologic Correlates, and Challenges[J]. Radiographics, 2017, 37(5).
- [11] Raman SP, Chen Y, Schroeder JL, et al. CT texture analysis of renal masses:pilot study using random forest classification for prediction of pathology[J]. Acad Radiol, 2014, 21(12): 1587~1596.
- [12] Filho MB, Sobreira F. Accuracy of lacunarity algorithms in texture classification of high spatial resolution images from urban areas[J]. Int Arch Photogramm Remote Sensing Spatial Inform Sci, 2008, XXXVII Part B3b: 417~422.
- [13] 沈伟明, 张黄华, 倪耿欢. 多层螺旋CT对甲状腺良恶性肿瘤的诊断及鉴别诊断价值[J]. 医学影像学杂志, 2015, 25(9): 1690~1693.
- [14] 周绍斌, 赵小忠, 李鲁, 等. MSCT灌注成像诊断甲状腺病变的临床价值分析[J]. 医学影像学杂志, 2014, 870~872.
- [15] JV Raja, M Khan, VK Ramachandra, et al. Texture analysis of CT images in the characterization of oral cancers involving buccal mucosa[J]. Dentomaxillofac Radiol, 2012, 41(6): 475~480.
- [16] B. Ganeshan, K. A. Miles, S. Babikir, et al. CT-based texture analysis potentially provides prognostic information complementary to interim fdg-pet for patients with hodgkin's and aggressive non-hodgkin's lymphomas[J]. Eur Radiol, 2017, 27(3): 1012~1020.
- [17] K. Buch, A. Fujita, B. Li, et al. Using Texture Analysis to Determine Human Papillomavirus Status of Oropharyngeal Squamous Cell Carcinomas on CT[J]. American Journal of Neuroradiology, 2015, 36(7): 1343~1348.
- [18] Chae HD, Park CM, Park SJ, et al. Computerized texture analysis of persistent part-solid ground-glass nodules: differentiation of preinvasive lesions from invasive pulmonary adenocarcinomas[J]. Radiol, 2014, 273(1): 285~293.
- [19] Ji Ye Son, Ho Yun Lee, Kyung Soo Lee, et al. Quantitative CT Analysis of Pulmonary Ground-Glass Opacity Nodules for the Distinction of Invasive Adenocarcinoma from Pre-Invasive or Minimally Invasive Adenocarcinoma[J]. PLoS One, 2014, 9(8).
- [20] Hodgdon T, McInnes MD, Schieda N, et al. Can Quantitative CT Texture Analysis be Used to Differentiate Fat-poor Renal Angiomyolipoma from Renal Cell Carcinoma on Unenhanced CT Images[J]. Radiology, 2015, 276(3): 787~796.
- [21] Xu R, Kido S, Suga K, et al. Texture analysis on (18)F-FDG PET/CT images to differentiate malignant and benign bone and soft-tissue lesions[J]. Ann Nucl Med, 2014, 28(9): 926~935.
- [22] 吴宇强, 斯激扬, 冯银波. 甲状腺意外结节增强CT的纹理特征分析对良恶性鉴别的价值研究[J]. 东南大学学报(医学版), 2016, 35: 112~119.
- [23] 郭伟, 罗德红, 赵燕风, 等. CT纹理分析技术鉴别甲状腺良恶性结节可行性研究[J]. 国际医学放射学杂志, 2017, 30(1): 3~5, 36.
- [24] Scalco E, Moriconi S, Rizzo G, et al. Texture analysis to assess structural modifications induced by radiotherapy[J]. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc, 2015: 5219~22.
- [25] Simpson AL, Adams LB, Allen PJ, et al. Texture analysis of preoperative CT images for prediction of postoperative hepatic insufficiency:a preliminary study[J]. J Am Coll Surg, 2015, 220(3): 339~346.
- [26] Scalco E, Fiorino C, Cattaneo GM, et al. Texture analysis for the assessment of structural changes in parotid glands induced by radiotherapy[J]. Radiother Oncol, 2013, 109(3): 384~387.

【收稿日期】 2016-09-26

【收稿日期】 2017-12-26