

※外科护理

# 1例疑似 VHL 综合征行腹腔镜全胰十二指肠切除 脾切除肝部分切除术患者的护理

董杉杉, 谷玥

(吉林大学第一医院, 吉林 长春 130021)

Nursing of One Patient with VHL Syndrome Undergoing Laparoscopic Spleen-pancreatico-duodenal Resection and Partial Hepatectomy//DONG Shan-shan, GU Yue

**[摘要]** 总结 1 例疑似 VHL 综合征(Von Hippel-Lindau)行腹腔镜全胰十二指肠切除、脾切除、肝部分切除术患者的护理经验,护理要点包括:VHL 综合征针对性护理、精准血糖控制与管理、护理视角诊断肠内营养管移位、门静脉及下肢静脉血栓的护理预防、多模式镇痛及程序化随访。经过系统的精心照护,患者于术后 19 d 康复出院。

**[关键词]** VHL 综合征; 腹腔镜全胰十二指肠切除; 脾切除; 肝部分切除; 护理

**[中图分类号]** R473.6 **[文献标识码]** B **[DOI]** 10.16460/j.issn1008-9969.2020.04.061

Von Hippel-Lindau 综合征,简称 VHL 综合征,是一种罕见的、累及多器官的常染色体显性遗传性疾病,据统计,每 36 000~53 000 人中约有 1 人出现 VHL 基因的异常<sup>[1]</sup>。VHL 肿瘤包括中枢神经系统或视网膜的血管母细胞瘤、胰腺囊腺瘤、肾透明细胞癌、嗜铬细胞瘤、内耳的内淋巴囊乳头状瘤等,内脏病变包括胰腺囊肿、肾囊肿及附睾或子宫阔韧带乳头状囊腺瘤等。2019 年 8 月我科室收治 1 例肝脏、胰腺多发囊性病变的患者,高度怀疑 VHL 综合征,成功行腹腔镜全胰十二指肠切除(切除范围包括胰头、十二指肠、胆囊、胆管下段、部分胃及空肠上段,行胆总管、胰管、胃与空肠吻合的消化道重建),脾切除,肝部分切除术,该患者更大的手术切除范围加大了护理难度,经过精准护理,于术后 19 d 康复出院,现报道如下。

## 1 临床资料

患者,男,54 岁,主诉“间断性上腹部不适、进食后恶心呕吐 1 周”,门诊以“胰腺占位”收入院。既往胰腺炎 1 年,糖尿病史 1 年,近 3 个月体质量下降明显,否认饮酒、吸烟及其他病史,全身黄染明显。实验室检查:白细胞  $9.02 \times 10^9/L$ ,血红蛋白 118 g/L,血小板  $90 \times 10^9/L$ ,血糖 18.26 mmol/L,直接胆红素为 335  $\mu\text{mol/L}$ ,肿瘤标志物(糖类抗原 199)47.16 U/mL。腹部 CT、磁共振胰胆管成像提示肝脏、胰腺多发囊性病变,警惕 VHL 病。该患者家族史不详,头部核磁未见异常。入院护理评估:Caprini 评分 4 分,提示静

脉血栓中度风险,急检血 D-二聚体阴性,下肢静脉彩超未见异常。BMI 20.2,营养风险筛查 NRS2002 评分为 3 分,与医生、营养师共同为患者制定营养计划。积极完善术前检查,调控各项指标达到手术标准。于入院第 4 日全麻下行腹腔镜全胰十二指肠切除、脾切除、肝部分切除术,术程 5.5 h。术中失血 2 100 mL,输同型去白细胞悬浮红细胞 4 U,血浆 800 mL。病理回报胰腺浆液性囊性肿瘤、肝浆液性囊性肿瘤。经过实施一系列积极治疗、康复措施,患者于术后 19 日顺利康复住院,随访状态佳。

## 2 护理要点

2.1 VHL 综合征护理 患者得知病情,有 2 次手术可能,考虑经济压力较大,拒绝进一步检查确诊,不配合治疗,要求出院。科室考虑该病例存在特殊及诊断不确定性,建立肝胆胰外科、神经外科、内分泌科、肿瘤科、放射线科、心理卫生科多学科协作诊疗模式,综合各学科意见诊断高度怀疑 VHL 综合征,共同制定以腹腔镜全胰十二指肠切除、脾切除、肝部分切除术为主的手术治疗方案。心理卫生科主治医师为患者进行心理疏导。为患者建立专属微信群,群成员包括主刀医生、经治医生、心理卫生科医生、护士长、责护组长、责任护士。群内推送呼吸功能锻炼操视频、术后康复活动指导视频、手术室环境介绍、监护室环境介绍等。告知患者主刀医生为全国治疗该疾病的权威人士,请科室处于术后康复期的同类别手术患者为其作康复示范,缓解焦虑心理,增强战胜疾病的信心。术后安排至单间病房,安排重症专科护士进行护理,完善家属思想工作,树立积极治疗理念,加强巡视。

[收稿日期] 2019-09-12

[作者简介] 董杉杉(1992-),女,吉林长春人,本科学历,护师。

[通信作者] 谷玥(1977-),女,吉林长春人,硕士,副主任护师。

2.2 血糖控制与管理 术后第1日患者主诉口渴症状明显,每4h1次监测指尖血糖高达23.1~29.5 mmol/L。全胰切除术后,胰岛细胞消失,机体同时失去内源性胰岛素和胰高血糖素调控。血糖的控制与管理为护理重点。遵医嘱给予0.9%氯化钠48 mL+速效胰岛素96 U由微量泵泵入体内,缩短监测血糖频率为1次/h,关注胰岛素用量,血糖维持在10~12 mmol/L,术后第3日患者血糖稳定于8.9~12.8 mmol/L,更改监测血糖频率为1次/2h,经口进食后监测空腹、3餐后2h、睡前血糖。出院前教会患者自测血糖,部位选择无名指尖两侧指甲角皮肤较薄处,75%乙醇溶液消毒后待干,血糖试纸和血糖仪置于干燥处保存。患者需终生使用胰岛素,请内分泌科会诊,给予患者皮下埋置胰岛素泵,泵管长度900 mm,嘱患者洗澡时分离胰岛素泵连接处,注意无菌操作,避免污染,按时监测血糖。

2.3 护理视角下肠内营养管移位的诊断 术后第5日,百普力(肠内营养)经鼻肠营养管由肠内营养泵60 mL/h匀速泵入体内,突发胃肠减压盒引出百普力样液体100 mL,患者恶心、呕吐症状明显,立即汇报医生。急行鼻肠营养管造影提示肠内营养管尖端移位于胃内,急行消化道造影提示胃肠吻合口水肿。遵医嘱拔除鼻肠营养管,使用肠外营养。10%氯化钠50 mL胃管注入1次/8h以缓解吻合口及胃壁水肿。注入前确认胃管通畅在位,注入后胃管夹闭30 min。继续负压引流,观察引流液的颜色性质和量。术后第8日,患者主诉腹胀症状较前明显缓解,遵医嘱拔除胃管。

2.4 门静脉及下肢静脉血栓的护理预防 研究显示<sup>[2]</sup>,普外科术后深静脉血栓发病率为10%~63%。脾切除术后,门静脉血流量减少,细胞内膜受损,血小板数量增加,使得门静脉血栓形成概率加大<sup>[3]</sup>。经过标准静脉血栓护理防治体系,该患者病程中未发生门静脉及下肢静脉血栓。(1)门静脉血栓的预防:采用Caprini评分表对患者进行血栓风险评估,术后当日评分为8分,床头挂高危风险警示标识。遵医嘱予以依诺肝素钠40 mg每日1次皮下注射。每日行床旁门静脉彩色B超,低功率氩-氦激光治疗腹部照射治疗3次/d,30 min/次,照射时戴眼罩,黑布遮挡会阴。评估患者疼痛程度及性质,无间歇性绞痛、脐

周剧痛等门静脉血栓对应的疼痛表现。(2)下肢静脉血栓的预防:责任护士定时指导完成下肢活动操;每天9:00~17:00使用梯度压力袜;交接班时评估双下肢无肿胀、麻木感;每班测量双下肢围度记录并比较未较前增长。

2.5 多模式镇痛 胰腺手术创伤大,术后疼痛明显<sup>[4]</sup>。术前日21:00遵医嘱给予羟考酮口服,术前1h进行0.9%氯化钠100 mL+氟比洛芬酯50 mg缓慢静脉滴注。术中预防低体温,核心体温保持在36℃以上,降低应激疼痛反应。术后根据体质量配置镇痛泵,疼痛专科护士每日8:00、18:00查房2次,根据患者疼痛评分情况调节镇痛泵剂量。责任护士采用VAS视觉模拟评分表进行评分。患者清醒状态下,取半卧位,降低腹部张力。推荐观看喜爱的电视节目或室内播放轻音乐,转移注意力。该患者病程中仅有1次疼痛评分为6分,遵医嘱给予盐酸哌替啶50 mg肌内注射,30 min后复评疼痛为3分。患者住院期间疼痛管控满意度为100%。

2.6 程序化随访 研究显示,VHL综合征高危患者应进行早期监测,早发现早治疗对于延长患者生存期、改善生活质量具有重大意义<sup>[5]</sup>。出院日由科室专业随访团队为患者及家属讲解居家护理注意事项,建立随访档案。应用微信随访渠道,定期提醒患者进行中枢系统、肾脏系统等相关检查,并将检查结果以微信形式发送给本科室,便于有效早期发现诊断肿瘤情况,利于疾病转归。

#### [参 考 文 献]

- [1] Chou A, Toon C, Pickett J, et al. Von Hippel-Lindau Syndrome [J]. *Front Horm Res*, 2013, 41:30-49. DOI:10.1159/000345668.
- [2] 徐园, 杨旭, 王晓杰, 等. 国内深静脉血栓预防护理现状的调查研究[J]. *中华护理杂志*, 2015, 50(10):1222-1225. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2015.10.014.
- [3] 杨正茂, 张岭漪. 肝硬化患者脾切除术后门静脉血栓形成的危险因素[J]. *临床肝胆病杂志*, 2015, 31(7):1173-1175. DOI:10.3969/j.issn.1001-5256.2015.07.044.
- [4] 赵子涵, 李国宏. 胰腺癌患者围术期快速康复外科干预进展[J]. *护理学报*, 2015, 22(9):34-37. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2015.09.030.
- [5] 刘奥, 谢荣理, 赵治锋, 等. 一型 Von Hippel-Lindau 综合征一例报告并文献总结[J]. *肝胆胰外科杂志*, 2019, 31(4):35-39.

[本文编辑:江霞]