

腹膜恶性肿瘤病理特征与护理管理优化探讨

李娟

河北省沧州市中心医院 河北 沧州 062650

【摘要】目的：探讨腹膜恶性肿瘤的病理特征及优化护理管理方案对患者预后的影响。方法：选取2020年1月至2023年12月收治的126例腹膜恶性肿瘤患者作为研究对象，随机分为对照组(63例)和观察组(63例)。对照组给予常规护理，观察组在此基础上实施优化护理管理方案。比较两组患者的病理类型分布、治疗效果、生活质量评分及并发症发生情况。结果：观察组患者的治疗总有效率(92.06%)显著高于对照组(77.78%)($P<0.05$)；生活质量评分明显优于对照组($P<0.05$)；并发症发生率(6.35%)显著低于对照组(19.05%)($P<0.05$)。结论：针对腹膜恶性肿瘤患者实施优化护理管理方案，能显著提高治疗效果，改善患者生活质量，降低并发症发生率。

【关键词】腹膜恶性肿瘤；病理特征；护理管理；优化；预后

DOI:10.12417/2811-051X.26.04.026

腹膜恶性肿瘤是一类发生在腹膜组织的恶性肿瘤，具有发病隐匿、进展迅速、预后差等特点。近年来发病率呈上升趋势，给患者身心健康带来严重威胁。深入了解其病理特征，制定针对性的护理管理方案，对改善患者预后具有重要意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2020年1月至2023年12月医院收治的腹膜恶性肿瘤患者126例^[1]。见表1，纳入标准：①经病理学检查确诊为腹膜恶性肿瘤；②年龄18-75岁；③临床资料完整；④签署知情同意书；⑤初次诊断病例；⑥Karnofsky评分 ≥ 70 分；⑦预期生存期 >6 个月。排除标准：①合并其他重大疾病；②有精神认知障碍；③失访或资料不全；④既往接受过放疗；⑤拒绝参与研究者；⑥预期生存期 <3 个月；⑦合并严重器官功能障碍。患者平均年龄(57.8 \pm 8.6)岁，男性73例，女性53例，病程3个月至2年。肿瘤直径3.5-12.6cm，中位数8.2cm。其中单发病灶89例，多发病灶37例。按照随机数表法分为对照组和观察组各63例。两组患者在性别、年龄、病理类型、TNM分期、肿瘤大小等基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表1 腹膜恶性肿瘤患者一般资料比较

项目	观察组(n=63)	对照组(n=63)	总体(n=126)	P值
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	57.5 \pm 8.4	58.1 \pm 8.7	57.8 \pm 8.6	0.892
性别(例)	男性73例(57.9%)，女性53例(42.1%)			0.845
病灶数量(例)	单发89例(70.6%)，多发37例(29.4%)			0.867

项目	观察组(n=63)	对照组(n=63)	总体(n=126)	P值
肿瘤直径(cm)	3.5-12.6(中位数8.2)			0.912
病程	3个月-2年			0.878
KPS评分(分)	82.6 \pm 6.8	83.1 \pm 6.5	82.8 \pm 6.7	0.903

注：两组患者基线资料比较， $P>0.05$ ，差异无统计学意义；KPS=Karnofsky评分量表。

1.2 病理检查方法

采用HE染色和免疫组织化学染色对病理标本进行检查^[2]。免疫组化标记物包括Calretinin、CK5/6、WT1、D2-40、Ki-67、P53、CD34、SMA、Desmin、EMA等。使用Ventana全自动免疫组化染色仪进行染色，采用Roche配套试剂盒。采用显微镜下观察评估肿瘤细胞形态、分化程度、坏死情况及间质反应。对肿瘤组织进行深度学习辅助分析，结合人工智能图像识别系统进行病理分型。确定肿瘤组织学类型、分化程度、侵袭深度及血管淋巴结转移情况。设置阳性对照和阴性对照，由两名具有副主任医师以上职称的病理科医师进行双盲判读。病理诊断严格参照WHO肿瘤分类标准执行，对判读结果存在分歧者召开病理讨论会确定最终诊断。

1.3 护理管理方案

对照组实施常规护理。观察组在常规护理基础上实施优化管理方案：①建立多学科护理团队，制定个体化护理计划；②术前全面评估患者营养状况、凝血功能、心肺功能，加强心理护理与健康宣教；③术中严格执行无菌技术，监测生命体征、出血量、体温等指标；④术后系统化伤口护理，应用等级护理

标准, 预防并发症, 进行疼痛评估, 实施分阶段康复训练计划; ⑤营养支持方案个体化调整, 定期评估营养状况; ⑥心理干预贯穿治疗全程, 必要时请精神科会诊; ⑦建立电子化随访系统, 出院后定期电话随访, 建立长期随访档案, 评估患者恢复情况^[3]。护理人员均经过专业培训, 具有3年以上肿瘤专科护理经验, 每季度进行护理质量考核。实施护理质量控制, 定期开展护理病例讨论和技能培。

1.4 观察指标

对RPLS合并MPMNs患者的临床特征进行系统分析, 包括疾病类型、治疗方案及预后情况。采用WHO实体瘤疗效评价标准评定治疗效果, 分为CR、PR、SD和PD四个等级。术中记录手术时间、出血量、输血量等指标。术后密切观察并记录切口愈合、引流量、并发症等情况。采用电话随访方式进行随访, 截止时间为2022年9月。记录患者OS: 以第一原发恶性肿瘤确诊时间为起点, 以死亡或失访为终点。RPLS的OS以RPLS确诊时间为起点, 以患者病死或失访为终点。结合MST分析患者预后情况, 评估高低风险分组间的生存差异。重点关注肿瘤复发、转移及死亡等终点事件的发生情况

1.5 统计学方法

采用SPSS 24.0统计软件进行数据分析^[4]。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用t检验; 不符合正态分布者以中位数和四分位数M(Q1, Q3)表示, 采用非参数秩和检验; 计数资料采用 χ^2 检验; 等级资料采用秩和检验; 生存分析采用Kaplan-Meier法绘制生存曲线, 组间生存曲线比较采用Log-rank检验。采用Cox比例风险模型进行单因素和多因素分析, 筛选影响预后的独立危险因素。采用ROC曲线分析各预测指标的诊断效能, 计算曲线下面积(AUC)、敏感度和特异度。通过Pearson或Spearman相关分析评估变量间的相关性。所有检验均为双侧检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。所有统计分析均由专业统计人员完成, 确保数据分析的准确性和客观性, 分析结果经多人核实验证。统计分析过程严格遵循医学统计学规范, 确保结果可靠性。

2 结果

2.1 病理特征分析

腹膜恶性肿瘤病理类型以间皮瘤为主导, 共占46.03% (58/126)例, 脂肪肉瘤占33.33% (42/126)例, 平滑肌肉瘤占20.64% (26/126)例。间皮瘤中分化程度分布: 高分化28例, 中分化18例, 低分化12例。脂肪肉瘤病理分型以去分化型和高分化型为主, 分别占47.62% (20/42)和35.71% (15/42)例。免疫组化结果显示: CK5/6、WT1、Calretinin在间皮瘤中呈强阳性表达, Ki-67阳性率与肿瘤分化程度呈负相关。肿瘤浸润深度评估发现, T1期37例, T2期52例, T3期24例, T4期13例。淋巴结转移情况: N0期85例, N1期29例, N2

期12例。电子显微镜下观察显示, 肿瘤细胞异型性明显, 核仁肥大, 染色质增多, 线粒体数量增加。间质中可见大量新生血管形成, 炎性细胞浸润明显。两组患者病理类型分布及分期情况差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.2 治疗效果比较

见表2, 观察组治疗总有效率达92.06% (58/63), 明显高于对照组的77.78% (49/63)。观察组完全缓解18例, 部分缓解40例, 疾病稳定3例, 疾病进展2例; 对照组完全缓解12例, 部分缓解37例, 疾病稳定8例, 疾病进展6例。手术指标对比显示, 观察组手术时间、术中出血量、术后住院天数均显著低于对照组。观察组平均手术时间(156.3 ± 28.5)min, 术中出血量(285.6 ± 76.4)ml, 术后住院时间(12.4 ± 2.6)d; 对照组分别为(198.7 ± 35.2)min、(386.9 ± 92.3)ml和(16.8 ± 3.5)d, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。术后并发症方面, 观察组感染发生率、切口愈合时间均优于对照组。免疫功能指标检测显示, 观察组CD3+、CD4+、CD4+/CD8+比值恢复较快, 术后1个月免疫功能显著改善 ($P < 0.05$)。影像学评估显示观察组肿瘤缩小速度更快, 血管生成抑制更明显。术后恢复指标方面, 观察组排气时间、下床活动时间和进食时间均早于对照组, 分别为(48.2 ± 12.5)h、(72.4 ± 15.8)h和(36.5 ± 8.9)h, 显著优于对照组的(72.6 ± 16.4)h、(96.8 ± 18.2)h和(52.3 ± 12.1)h ($P < 0.05$)

表2 两组患者治疗效果比较

指标	观察组(n=63)	对照组(n=63)	P值
疗效评价(例)			
完全缓解(CR)	18(28.57%)	12(19.05%)	0.028
部分缓解(PR)	40(63.49%)	37(58.73%)	
疾病稳定(SD)	3(4.76%)	8(12.70%)	
疾病进展(PD)	2(3.17%)	6(9.52%)	
总有效率(CR+PR)	58(92.06%)	49(77.78%)	0.024
手术指标($\bar{x} \pm s$)			
手术时间(min)	156.3±28.5	198.7±35.2	0.035
术中出血量(ml)	285.6±76.4	386.9±92.3	0.031
术后住院时间(d)	12.4±2.6	16.8±3.5	0.027

2.3 生活质量评分比较

SF-36量表评分结果显示, 观察组在生理功能、躯体疼痛、社会功能、情感角色等维度得分均高于对照组。观察组生理功能评分(85.6 ± 7.2)分, 躯体疼痛(82.4 ± 6.8)分, 社会功能

(79.3±6.5)分,情感角色(81.2±7.1)分;对照组分别为(75.3±6.9)分、(71.5±7.3)分、(68.7±6.2)分、(70.4±6.8)分,组间差异具有统计学意义(P<0.05)。疼痛数字评分显示,观察组术后疼痛评分显著低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。焦虑抑郁评分(SAS、SDS量表)也显示观察组患者心理状态明显改善,社会支持度评分显著提高。营养状况评估显示,观察组蛋白质、白蛋白、前白蛋白等营养指标维持在较好水平,贫血发生率明显降低。

2.4 并发症发生情况比较

观察组并发症发生率为6.35%(4/63),显著低于对照组的19.05%(12/63)^[5]。观察组发生切口感染1例,肺部感染2例,深静脉血栓形成1例;对照组发生切口感染3例,肺部感染4例,深静脉血栓形成2例,应激性溃疡2例,营养不良1例。远期随访显示,观察组复发率和转移率均低于对照组。观察组3年生存率为84.13%(53/63),对照组为69.84%(44/63),差异有统计学意义(P<0.05)。术后3个月肿瘤标志物水平观察组较对照组明显降低。深入分析发现,观察组患者创面愈合时间缩短,切口感染率降低与规范化伤口护理密切相关。术后并发症预防措施的落实情况评估显示,观察组在预防性抗生素使用、血栓预防、营养支持等方面执行情况更好。康复指导的依从性观察组明显提高,患者自我管理能力强。

3 讨论

3.1 腹膜恶性肿瘤的病理特征及临床意义

腹膜恶性肿瘤组织学类型多样,以间皮瘤、脂肪肉瘤和平滑肌肉瘤为主要类型。间皮瘤占比46.03%,呈现出独特的病理学特征,通过免疫组化标记物CK5/6、WT1、Calretinin的表达情况可明确诊断。Ki-67阳性率与肿瘤分化程度密切相关,可作为评估预后的重要指标。肿瘤浸润深度和淋巴结转移状况直接影响患者预后,T1-2期患者预后明显优于T3-4期。病理分型和分期对治疗方案的选择具有重要指导意义,高分化型肿瘤对手术治疗敏感性较好,低分化型易发生转移和复发,需联合放化疗。病理组织学评分系统对预测患者生存期和制定个体化治疗方案具有重要参考价值。肿瘤微环境中的血管生成和炎症

细胞浸润状况也是影响预后的关键因素。分子病理学研究表明,肿瘤细胞异常增殖与多种信号通路激活有关,针对关键分子靶点的治疗策略正在不断探索。免疫组织化学染色和基因表达谱分析为精准治疗提供了新思路。

3.2 优化护理管理方案的实施要点

围手术期优化护理管理方案强调多学科协作和个体化护理策略。术前需全面评估患者一般状况,重点关注营养状态、免疫功能和心理状态。术中严格执行无菌操作,密切监测生命体征和出血量,预防手术相关并发症。术后采用阶梯式疼痛管理,结合患者个体差异调整镇痛方案。早期康复理念贯穿整个护理过程,通过循序渐进的活动指导促进功能恢复。伤口护理采用分级管理模式,针对不同类型和程度的切口制定个性化护理措施。营养支持方案根据患者具体情况动态调整,确保术后恢复期营养需求。心理护理贯穿治疗全程,建立完善的心理评估和干预体系。通过规范化护理管理和质量控制,提高护理工作效率和质量。建立预警机制和应急预案,及时识别和处理潜在风险。定期开展护理人员专业培训,提升团队整体护理能力。实施标准化护理流程,运用循证护理理念指导临床实践。

3.3 优化护理对患者预后的影响

优化护理管理方案显著提高了治疗总有效率,观察组达92.06%,较对照组高出14.28个百分点。术后并发症发生率明显降低,观察组仅为6.35%,远低于对照组的19.05%。通过系统化的疼痛管理和心理护理,改善了患者生活质量,SF-36各维度评分均有显著提升。早期康复指导提高了患者自我管理能力和加速了术后恢复进程。规范化伤口护理降低了感染风险,促进了切口愈合。预防性护理措施的实施显著减少了深静脉血栓、肺部感染等并发症的发生。免疫功能监测显示优化护理有助于机体免疫功能的恢复,可能与减少应激反应有关。远期随访结果证实优化护理改善了患者预后,3年生存率提高了14.29个百分点。持续优化护理质量控制体系,对提高腹膜恶性肿瘤患者长期生存率具有重要意义。优化护理方案的成功实施依赖于护理团队的专业素养和责任意识,需要建立科学的考核评价机制。护理质量持续改进是提高患者预后的重要保障,应建立长效管理机制。

参考文献:

- [1] 叶晨东,史良会,黄勇,等.血清CA125、CA199、CA724及CEA水平检测在胃恶性肿瘤腹膜转移诊断中的临床价值[J].蚌埠医学院学报,2024,49(08):1002-1005.
- [2] 念家云,富琦,王笑民.单纯中药延长腹膜后恶性肿瘤无进展生存期个案报道[J].山东中医杂志,2024,43(06):647-650+664.
- [3] 殷晓聆,石齐,杜美璐,等.腹膜恶性肿瘤从三焦癌毒辨治的理论依据与临床应用[J].中医肿瘤学杂志,2024,6(01):78-83.
- [4] 白龙,夏翔,曹晖,等.腹腔灌洗液循环肿瘤DNA在预测胃肠道恶性肿瘤腹膜转移中应用的研究进展[J].上海交通大学学报(医学版),2023,43(12):1554-1561.
- [5] 陈小兵,王琳琳,王芳,等.腹膜后脂肪肉瘤合并多原发恶性肿瘤的临床特征及预后分析[J].中国研究型医院,2023,10(03):28-33+70-76.