

一例老年子宫内膜癌合并低级别阑尾黏液性肿瘤患者的护理

郝 扬, 陈珍桂

甘肃省医院妇科病区 甘肃兰州

【摘要】近年来随着预期寿命的延长,老年肿瘤患者人数逐年升高,妇科恶性肿瘤中子宫内膜癌多发生在 65-75 岁人群。阑尾黏液性肿瘤在临床上十分少见,发病率非常低。阑尾黏液性肿瘤侵犯卵巢的倾向已得到证实,子宫内膜癌与低级别阑尾黏液性肿瘤罕见共存的病例在国内报道中目前并未见到。手术是治疗阑尾肿瘤的其中一种策略,子宫内膜癌根据病理诊断结果需要根治性切除手术。不幸的是根治性切除手术通常伴随着严重的不良后果,包括并发症,住院时间延长,术后恢复慢,甚至死亡。年龄增加对围手术期不良结局是独立危险因素,进一步增加了术后并发症的风险,这样的高危人群需要一种适应其特殊需求的创新方法。本病例通过为患者提供个性化的护理,再加入老年综合评估(CGA)指导的干预措施,使患者在复杂的治疗过程中得到全面连续的护理,从而提高患者的护理质量,促进术后恢复。

【关键词】子宫内膜癌;低级别阑尾黏液性肿瘤;老年综合评估;个案护理

【收稿日期】2026 年 8 月 3 日

【出刊日期】2026 年 9 月 2 日

【DOI】10.12208/j.jacn.20260469

Nursing care of an elderly patient with uterine endometrial cancer and low-grade appendiceal mucinous tumor

Yang Hao, Zhengui Chen

Gynecological Ward, Gansu Provincial Hospital, Lanzhou, Gansu

【Abstract】 In recent years, with the extension of life expectancy, the number of elderly cancer patients has been increasing year by year. Among gynecological malignancies, endometrial cancer mostly occurs in the population aged 65-75. Appendiceal mucinous tumors are very rare in clinical practice and have a very low incidence. It has been confirmed that appendiceal mucinous tumors tend to invade the ovary. Cases of rare coexistence of endometrial cancer and low-grade appendiceal mucinous tumors have not been reported in domestic literature. Surgery is one of the strategies for treating appendiceal tumors. For endometrial cancer, based on the pathological diagnosis results, radical resection surgery is required. Unfortunately, radical resection surgery is usually accompanied by serious adverse consequences, including complications, prolonged hospital stay, slow postoperative recovery, and even death. The increase in age is an independent risk factor for adverse outcomes during the perioperative period, further increasing the risk of postoperative complications. Such high-risk patients need an innovative method that adapts to their special needs. In this case, through providing personalized care for the patient and adding intervention measures guided by comprehensive geriatric assessment (CGA), the patient received comprehensive and continuous care during the complex treatment process, thereby improving the quality of care and promoting postoperative recovery.

【Keywords】 Endometrial cancer; Low-grade appendiceal mucinous tumor; Comprehensive geriatric assessment; Case nursing

子宫内膜癌(Endometrial Cancer, EC)是全球女性第六常见癌症。在过去 30 年里,这种疾病的发病率在全球范围内增加了 132%,鉴于人口老龄化以及肥胖和糖尿病水平的上升,这一趋势将继续下去^[1]。中国癌症数据报道,2022 年新发子宫内膜癌病例 7.77 万,死亡

1.35 万,总体发病率呈上升趋势。EC 主要发生于绝经后女性,70 岁以上患者约占全部子宫内膜癌患者的 25%,而 70 岁以上患者死亡率却占全部 EC 患者的 50%^[2]。世界卫生组织(World Health Organization, WHO)将发展中国家 60 岁以上的人群定义为老年人,随着人

口老龄程度进一步加重,老年子宫内膜癌患病人数也将逐年增加。由于老年子宫内膜癌的疾病特点,预后与中青年患者存在差异,再加上老年患者合并症多,对各种治疗耐受性有限,治疗措施应该有其特殊性^[3]。低级别阑尾黏液性肿瘤(Low-grade Appendiceal Mucinous Neoplasm, LAMN)是一组罕见的惰性异质性肿瘤,其发病率占胃肠道恶性肿瘤的0.4%~1.0%,占阑尾切除术的0.2%~0.3%,且较少在腹腔外发生转移。目前其发病率正在逐年上升。发病早期常见轻度的右下腹疼痛,腹胀的急性阑尾样表现,易被诊断为急性阑尾炎,有时肠梗阻,输尿管压迫也是罕见的初始表现^[4]。阑尾切除术和右半结肠手术已被提议用于未破裂的阑尾病例,而细胞减灭术和腹腔热灌注化疗则用于覆膜假性粘液瘤破裂病例^[5]。低级别阑尾黏液性肿瘤在临床诊疗中难度较大,而老年患者因器官系统持续老化,功能衰退,机体代偿储备亦随之降低,围手术期的并发症率,致残率,病死率,以及医疗费用均较高^[6]。两种疾病合并并在老年患者身上,对患者生理和心理都提出了挑战。鉴于此,EC合并LAMN老年患者治疗计划的制订必须根据老年综合评估(CGA)的结果进行全面和个体化护理非常重要。(CGA)和优化越来越多的被用作围手术环境的基础方法,能够让老年患者围手术期的康复实施有效的护理干预方法,使患者加快康复。两种恶性肿瘤在老年女性患者这里通过个案护理的方法,加入CGA指导的干预措施取得了令人满意的结果。

病例报告:患者女73岁,回族,因腹痛伴发热就当地医院诊于当地医院,行腹部CT平扫:1考虑右下腹阑尾炎,阑尾黏液性肿瘤不排除;2子宫增大并宫腔内混杂密度,考虑宫腔内积液可能,占位病变暂不排除;右下腹肠系膜间隙多发淋巴结肿大。盆腔核磁:1回盲部肠管形态异常,多考虑炎性病变;(2)阑尾穿孔并脓肿形成;2宫腔内异常信号灶;多考虑宫腔积液;3少量盆腔积液。急诊行腹腔镜下阑尾切除术+宫腔镜检查+诊刮术。术后阑尾病检:(阑尾)LAMN,侵犯前肌层,紧邻切缘;宫腔镜活检:(宫腔刮出物)分化差的上皮源性恶性肿瘤;行免疫组化:(宫腔刮出物)分化差的癌。形态学免疫组化诊断为高级别浆液性癌。术后患者恢复慢,阴道持续流血。

患者基于进一步治疗之需,前来我院求诊。门诊以“子宫内膜恶性肿瘤”收入住妇科病区。患者病史有高血压5年,血压最高138/90mmHg,口服苯磺酸氨氯地平片1片/天/次,血压控制较好,目前血压114/65mmHg,否认糖尿病史。入院后相关检查:评估肺功能大致正常。

超声所见:子宫前位,形态如常,宫颈厚26mm,子宫体径为51x47x44mm,宫体回声均匀,未见肿物影,内膜居中,厚14mm,宫内未见节育器回声;双侧附件区未见局限性异常回声。心脏超声提示:二、三尖瓣少量返流房间隔中部回声菲薄,左室收缩功能正常值范围。心电图:窦性心律,正常心电图。核磁检查:1子宫内膜癌(FIGOIIb期),侵犯子宫深肌层,宫腔少量积血;升结肠及回盲部肠壁略增厚,周围系膜及腹膜增厚,系膜内淋巴结稍增大。实验室指标:白细胞计数 $12.8 \times 10^9/L$ 血红蛋白96.0g/L,血小板计数 $408 \times 10^9/L$,总蛋白61.93g/L,白蛋白30.24g/L,糖类蛋白12578.8U/mL。

主管医生继续将患者的当地医院病理切片于我院病理科会诊结果1:(宫腔)恶性肿瘤。符合形态学改变及免疫表型,高级别浆液性癌。2:高度考虑阑尾低级别黏液性肿瘤,切缘及浸润情况请参照原单位病理报告。

治疗过程:术前评估及准备完全,2024年11月20日在全身麻醉后,患者接受了内窥镜手术,子宫广泛性切除+盆腔淋巴结清扫术+大网膜切除术;术后留置中心静脉导管,胃管,左右腹腔引流管,尿管;术后给予抗感染以及肠外营养支持等综合治疗。

子宫广泛切除+盆腔淋巴结清扫+大网膜切除后的病理报告显示。病理分析确定了子宫:高级别黏液性癌,黏膜内有癌组织,未见明确的肌层浸润,脉管内可见癌栓。双侧宫角,宫旁宫颈内口及另送左,右侧圆韧带均未见癌组织累及。双侧输卵管慢性炎,卵巢形态未见明显异常,未见癌组织累及。另送大网膜未见癌组织累及。另送左,右侧盆腔淋巴结未见转移癌。

1 护理过程

1.1 老年综合评估(comprehensive geriatric assessment, CGA)

(National Comprehensive Cancer Network)基于NCCN指南的强推荐,老年肿瘤患者的治疗前评估必须纳入CGA。该评估并非单一的体检,而是一套多学科、多层面的综合体系,其核心在于全面捕捉老年患者特有的健康问题——不单是躯体健康,还包括认知、情绪、用药安全、社会支持等,从而精准指导后续治疗策略^[7]。手术人群的老龄化速度快于一般人群,因此老年患者的围手术期风险增加,手术后恢复慢,并发症增多,CGA有助于临床医护团队在制定肿瘤治疗计划时,充分兼顾患者的整体功能状况,实现治疗决策的个体化与最优化。研究发现恶性肿瘤患者中静脉血栓栓塞症

(Venous Thromboembolism, VTE) 发生率为 13.9/1000 人年, 2 倍于非癌症患者 VTE 发生率, 且与高复发率和死亡率相关。妇科恶性肿瘤是发生 VTE 的高危癌种。VTE 起病隐秘, 漏检率高, 需要早期预防, 我国最新 VTE 指南外科手术的住院患者适宜用静脉血栓风险评估量表(简称 Caprini 量表)进行早期评估与预防^[8]。责任护士应用 2013 版 Caprin 量表, 对患者进行手术前和手术后血栓风险动态评分。根据得分给予健康教育, 护理措施和预防。手术前每日定时指导患者进行上肢、下肢的外伸、内展、左旋、右旋的踝泵运动, 促进血液回流。在临床实践中, Barthel 评分量表是评估日常生活活动能力的首选工具, 其得出的分值不仅能客观反映患者的依赖程度, 更是临床评估老年患者综合健康状况的可靠指标^[9]。评估患者进食, 沐浴, 穿衣, 大小便, 平地移动的项目算出得分, 给予患者自理能力分级。给予患者每个阶段帮助。跌倒的风险随着年龄的增长或基于多种因素的存在而增加。研究报告称风险因素如: 环境、跌倒史、辅助设备的使用、血糖变化、认知功能障碍、肌肉减少症、脆弱、药物(抗高血压药、苯二氮卓类、精神活性药物、非甾体抗炎药)等, 构成跌倒的风险^[10]。入院, 手术前, 手术后, 对老年患者进行跌倒风险评估, 明确危险因素, 采取对应的预防措施, 比如提供光线充足的环境, 走廊卫生间等关键区域安装稳固的扶手, 建议患者穿着防滑鞋子, 每天锻炼, 增强患者的平衡感和肌肉力量, 减少跌倒风险, 定期巡视患者, 关注患者的行为和身体状况, 及时发现异常情况给予处理。最大程度地减少老年患者跌倒的风险, 保障安全 and 健康。

1.2 成立个案护理小组

妇科主管医生, 责任护士。护士长 APN 排班, A 班(早班 7:30~15:30)、P 班(中班 15:00~22:00)、N 班(夜班 22:00~8:00) APN 排班 24 小时责任制护理, 患者从入院到出院都有固定的责任护士全程负责^[11]。

1.3 制定个人档案

患者入院时责任护士与患者及其家属、主治医师进行交谈, 了解患者的年龄、文化程度、性格、病史、病程及相关并发症等, 建立个人健康档案, 并组织小组会议, 共同协商为患者制定个案护理方案。

1.4 实施个案护理

护理需求和社会支持: 癌症的诊断时患者存在多重身心照护需求, 包括心理需求和信息需求, 并对患者的日常生活和生活质量产生了负面影响。在妇科癌症

患者中, 有大量的研究报告称在明确诊断和手术之前, 以及治疗期间或之后, 心理需求会增加^[12]。主管医生术前给予患者心理疏导: 一对一个体化进行辅导 1 至 2 天, 时间至少为 1 小时, 由女家属陪伴为患者讲解相关医学知识, 阅览书籍, 结合案例等方式。两种肿瘤合并发生在老年人身上需要对病人讲解疾病相关的知识, 通俗易懂, 充分的与患者和家属沟通。保持环境干净整洁, 每日到患者床旁责任护士语气轻柔询问患者夜间睡眠情况, 饮食情况。并帮助患者整理床铺, 营造舒适的交流气氛, 缓解其紧张的情绪。护理人员实施主动服务增加护患之间的理解和信任, 充分合作。全方位地帮助患者树立战胜疾病的信心, 并积极配合治疗, 增加治疗效果^[13]。

手术前护理: ①术前主管医生, 麻醉医生及责任护士对患者进行健康教育。首先评估患者的认知情况, 主管医生, 管床护士给予患者及其家属进行个体化的宣教; 介绍快速康复的概念, 手术麻醉的诊疗过程。②主管医生与责任护士做营养状况评估, 患者的营养状态直接影响围手术期的并发症发生率和康复进程, 是临床预判结局的重要依据。术前采用(Nutritionai Risk Screening 2002) NRS2002 对患者进行全面营养风险评估。当患者合并以下任何一种情况时, 应警惕营养不良的发生: 6 个月内体重下降>10%; 进食<推荐摄入量的 60%, 持续>10 天; NRS2002 评分>5 分; BMI<18.5kg/m²; 血清蛋白<30g/L¹⁴。患者的营养支持首选肠内营养^[14]。③血糖控制: 监测患者术前血糖数值, 血糖在 10.0~11.1mmol/L 以下较好, 围手术期血糖>11.1mmol/L 与不良手术结局密切相关。④血压管理: 术前应关注患者血压动态, 每日早晚测量血压, 遵医嘱按时口服降压药, 以免患者因情绪紧张引起血压升高。⑤临床应重视术前机械性肠道准备带来的应激影响, 尤其对老年人群, 需警惕其可能引发的脱水和电解质紊乱^[14]。⑥采用优化的禁食方案, 即术前 6 小时停固体食物、术前 2 小时饮温水 400mL, 以减轻饥饿紧张情绪, 降低术后胰岛素抵抗, 加速康复^[15]。责任护士和主管医生手术前一日指导患者午餐进食稀饭, 给予患者口服聚乙二醇导泻剂的短程肠道准备, 晚餐进食馒头, 术日早晨 6 点喝温开水 400mL。

术后护理: ①术后疼痛护理: 鼓励患者主动表达疼痛感受, 根据实际情况选择视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)^[16], 持续性动态评估患者疼痛感受, 给予患者疼痛治疗方案。②术后下肢静脉血栓的护理: 术后使用 Caprini 血栓风险评估表动态评估患者血

栓风险^[8]。预防措施:术日要以床上翻身活动为主,手术第二日责任护士每日定时指导患者进行上肢、下肢的外伸、内展、左旋、右旋的踝泵运动,以促进血液回流,每日使用间歇性气压缩泵,联合使用肝素会增强抗凝效果,且术后预防 VTE (Venous Thromboembolism) 应持续至 28 天^[17]。每日询问患者有无呼吸急促,呼吸困难等症状,每日监测血氧饱和度。③引流管护理:引流管应由管床护士妥善固定,注意观察引流液的量,性质,准确记录 24 小时引流量。遵医嘱术后 24 小时拔出尿管。④饮食护理:等待患者意识清醒,可以让患者咀嚼口香糖^[14],促进肠蠕动,缓解腹胀情况,等患者排便后停止胃肠减压,给予流质食物。⑤体位与活动:患者手术回到病房后可以平卧,根据实际情况协助患者在床上翻身,四肢屈伸等活动。指导患者早期下床活动,首先家属陪同床旁活动,然后病房内活动,逐渐增加活动量^[18]。鼓励术后患者在病情允许的前提下尽早离床活动,此举可协同减少呼吸系统感染、改善代谢紊乱、加速肠功能恢复并预防肌肉萎缩与静脉血栓。具体实施时,应由护士指导,家属全程监护,并优先选择白天光线充足时段及无障碍通道进行。

患者术前积极配合护理干预。术后返回病房,意识清醒,呼之能应,给予心电监护监测生命体征变化。第二日停尿管,第三日肠道恢复排气排便,第四日停胃肠减压,给予高蛋白饮食,伤口恢复好。由于患者手术后血常规及肝肾功结果正常,快速康复效果良好,第七日主管医生请肿瘤外科协助行腹腔热灌注化疗,观察患者生命体征平稳,自诉无不适,过程顺利。患者住院 14 日顺利出院。

2 讨论

老年女性是妇科疾病的高发人群,该群体多伴有高血压、糖尿病等多种基础疾病,组织器官随增龄持续退变,机体储备功能下降,致使其围手术期并发症发生率、致残率、病死率及医疗费用均显著升高。因此,针对老年妇科手术患者建立系统化的围手术期管理策略,已成为临床亟待解决的重要课题^[6]。传统的围手术期护理效果较弱,难以满足老年肿瘤患者的护理需求。术前应借助 CGA 进行全面评估,其中 Barthel 评分量表可量化日常自理能力,营养筛查则有助于预判预后风险制定个案护理方案。

阑尾黏液性肿瘤是一种罕见的恶性肿瘤,阑尾黏液性肿瘤常被误诊为急性阑尾炎,附件肿块,或腹膜后肿瘤。国外报道的病例表明在计划进行阑尾切除的患者中,对阑尾恶性肿瘤和黏液囊肿破裂的高度怀疑非常重要。

约 30% 的阑尾黏液性肿瘤患者同时存在第二恶性肿瘤的风险,主要是卵巢,乳腺,肾脏,和胃肠道^[19]。本例低级别阑尾黏液性肿瘤同时存在妇科的恶性肿瘤子宫内膜癌,为阑尾黏液性肿瘤患者同时存在第二恶性肿瘤风险,增加一种怀疑方向。由于阑尾肿瘤较为罕见,其治疗方式取决于肿瘤分期及是否伴有假性粘液性瘤。目前单纯局限的阑尾肿瘤可以行单纯阑尾切除术,但在切除时不慎发生的医源性阑尾破裂可能会将可治愈的情况转变为转移性情况,治疗方式将发生很大改变。中晚期患者可根据实际情况选择扩大盲肠切除术、有半结肠切除术或腹腔联合脏器切除术,和/或辅以化疗等其他综合治疗手段^[20]。因此该患者在第二阶段肿瘤手术后,很快的恢复身体显得尤为重要,较好的身体才能接受腹腔热灌注化学治疗。

随着人口老龄化,老年妇科肿瘤合并其他系统肿瘤的个案日益受到关注。本例老年患者子宫内膜癌与阑尾黏液性肿瘤的同时存在,对围手术期管理提出了“双重要求”。我们的实践经验表明,将加速康复外科理念贯穿于整个围手术期,并结合个体化心理支持与专科护理,不仅能降低手术应激、控制并发症风险,更能为术后及时启动化疗创造条件,从而实现“1+1>2”的整合照护效应。值得注意的是,老年患者的护理不仅是技术层面的操作,更涉及功能维护与人文关怀。本案例中,针对性干预措施显著改善了患者的主观体验和满意度,提示全程化护理模式的有效性。未来,有必要扩大样本并通过长期随访,明确此类患者的最佳护理路径及长期生活质量获益,为构建老年复杂肿瘤个案护理标准提供数据支撑。

参考文献

- [1] Baker-Rand H, Kitson S J. Recent advances in endometrial cancer prevention, early diagnosis and treatment[J]. *Cancers*, 2024, 16(5): 1028.
- [2] 张颐,李芳梅,潘美竹,等.老年子宫内膜癌手术治疗中国专家共识(2024 年版) [J]. *中华老年多器官疾病杂志*, 2024, 23 (10): 721-728.
- [3] 刘婷婷,孔为民,高国兰,等. 老年子宫内膜癌诊治中国专家共识 [J]. *现代肿瘤医学*, 2024, 32 (23): 4413-4424.
- [4] 赵爱红,张云杰,王猛,等.低级别阑尾黏液性肿瘤 1 例并文献复习 [J]. *疑难病杂志*, 2022, 21 (03): 306-307.
- [5] Ahuja M, Mandal S, Mallya V, et al. Low-grade appendiceal mucinous neoplasms: Histomorphological

- spectrum in a tertiary care hospital[J]. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 2024, 20(3): 840-843.
- [6] 张颐, 庞晓燕, 李芳梅, 等. 老年妇科患者围手术期管理中国专家共识(2024年版)[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2024, 40(05): 541-548. DOI:10.19538/j.fk2024050114.
- [7] 张洁, 傅士龙, 程文俊. 老年妇科恶性肿瘤患者的围手术期评估与管理[J]. *实用妇产科杂志*, 2024, 40(05): 335-338.
- [8] 赖月容, 姜月, 蒋超南, 等. Caprini 静脉血栓风险评估量表预测妇科恶性肿瘤患者手术后静脉血栓形成及风险模型构建[J]. *实用妇产科杂志*, 2021, 37(12): 918-923.
- [9] 王英, 陈茜, 张泽梅, 等. 品管圈活动在提高老年住院患者 Barthel 自理能力中的应用[J]. *华西医学*, 2017, 32(07): 1064-1068.
- [10] Hacıdursunoğlu Erbaş D, Çınar F, Eti Aslan F. Elderly patients and falls: a systematic review and meta-analysis[J]. *Aging clinical and experimental research*, 2021: 1-14.
- [11] 蔺辉, 苏维, 胡淑珍. APN 排班模式在优质护理服务中的应用[J]. *中华现代护理杂志*, 2012, 18(36): 4431-4433.
- [12] Adamakidou T, Menti K, Charalambous A, et al. Changes in unmet care needs, social support and distress from initial diagnosis to post-surgery in patients with gynecological cancer: A longitudinal study[J]. *European Journal of Oncology Nursing*, 2023, 66: 102358.
- [13] 钱珊珊, 祁婷婷, 田琳琳, 等. 干预护理对子宫内膜癌患者围术期身心状态的影响[J]. *中国老年学杂志*, 2020, 40(04): 760-763.
- [14] 薄海欣, 葛莉娜, 刘霞, 等. 加速康复妇科围手术期护理中国专家共识[J]. *中华现代护理杂志*, 2019, 25(6): 661-668.
- [15] Nelson G, Altman A, Nick A, et al. Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations — Part I [J]. *Gynecologic Oncology*, 2016, 140(2): 313-322.
- [16] 赵静茹. 医护一体化加速康复外科理念对超低位直肠癌患者术后康复及视觉模拟评分法评分的影响分析[J]. *黑龙江医学*, 2022, 46(02): 197-199.
- [17] Nelson G, Fotopoulou C, Taylor J, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society guidelines for gynecologic oncology: Addressing implementation challenges-2023 update[J]. *Gynecologic oncology*, 2023, 173: 58-67.
- [18] 邱晓慧, 张静. 基于加速康复外科的护理干预对子宫内膜癌术后患者预防深静脉血栓的效果分析[J]. *深圳中西医结合杂志*, 2024, 34(15): 125-128.
- [19] Soni P T, Sharma P, Sharma A, et al. Low-grade Mucinous Appendiceal Neoplasm: a Tumor in Disguise of Appendicitis [J]. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, 2021, 52(3): 1-5.
- [20] 葛萍萍, 许利剑. 阑尾黏液性肿瘤的诊断和治疗研究[J]. *医学信息*, 2022, 35(20): 157-160+176.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS