

肿瘤专科护士培训教材

临床肿瘤护理学

主编 郑守华 李秋洁



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

肿瘤专科护士培训教材

临床肿瘤护理学

主 审

徐秀玉(哈尔滨医科大学附属肿瘤医院)

曹俊环(黑龙江省卫生厅医政处)

主 编

郑守华(哈尔滨医科大学附属肿瘤医院)

李秋洁(哈尔滨医科大学附属第二医院)

副主编

吴欣娟(北京协和医院)

闫 革(黑龙江省第二肿瘤医院)

编委 (以姓氏笔画为序)

于立娟	王 梅	王 颖	王志华	王艳颖	孔孟琼
孔德娟	朱晓麟	刘亚琴	刘艳荣	闫凤玉	孙书杰
孙喜文	李秀丽	李海波	李惠艳	杨慧茹	何启杰
张国莉	张国强	陈桂云	岳同云	赵洪梅	赵雅荣
姚轶男	曹国芬	盛玉荣	阎淑娟	隋文慧	蔡丽文

(哈尔滨医科大学附属肿瘤医院)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床肿瘤护理学/郑守华等主编. —北京: 人民卫生出版社,
2008. 10

ISBN 978-7-117-10628-3

I. 临… II. 郑… III. 肿瘤学: 护理学 IV. R473.73

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 142459 号

临床肿瘤护理学

主 编: 郑守华 李秋洁

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 18.25

字 数: 552 千字

版 次: 2008 年 10 月第 1 版 2008 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10628-3/R · 10629

定 价: 39.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

序

肿瘤威胁着人类健康,影响着人的生命质量。在全球范围内,每年约有 700 万人新患癌症,每年约有 500 万人死于癌症。在我国,肿瘤的患病率和死亡率近 20 年来显著上升,根据 2007 年部分市县疾病死亡专率及死因构成的统计数据,肿瘤患者死亡占总死亡构成的 26%,居死亡原因之首。随着医学科学技术的发展,对肿瘤患者的诊疗水平不断提高,在对肿瘤患者实施规范治疗的同时,也更加关注肿瘤患者的生存质量、延长患者的生存时间、减轻患者的痛苦。在对肿瘤患者的规范治疗过程中,护理工作发挥着不可替代的作用,护士不仅要熟练掌握各项临床技术,对患者出现的临床症状进行周到、细致的护理,而且还应当在提高肿瘤患者的生存质量、为肿瘤患者提供心理支持、尽可能减轻肿瘤患者痛苦等方面,提供帮助。

为加强护士队伍的能力建设,促进临床护士的专业化发展,卫生部颁布实施的《中国护理事业发展规划纲要(2005-2010 年)》,明确提出要结合我国国情,根据医疗卫生工作和临床技术发展的实际需要,优先选择技术性较强、对护士专业能力要求较高的护理岗位,培养临床专业化护理人才,逐步建立和完善我国专科护士的培养和管理制度,提高护理工作的专业化水平,适应医学科学的发展。同时,卫生部颁布了《专科护理领域护士培训大纲》,以规范重症监护、急诊急救、器官移植、手术室和肿瘤护理专业的培训工作。

为了促进临床肿瘤护理领域的专业化发展,人民卫生出版社组织编写了《临床肿瘤护理学》,相信本教材的出版能够对临床肿瘤护理专业化发展以及该领域护士专业技术水平的提高发挥积极的作用。同时,希望广大护理工作者加强学习,钻研业务,为推进我国护理专业的发展、提高人民群众的健康水平作出贡献。

李秀华 郭燕红

2008 年 7 月 13 日

前 言

护理学科近年来发展十分迅速,护理理论不断更新,护理知识体系也在逐步完善。临床肿瘤护理学作为护理学的一门分支,其新理论、新技术和新方法不断渗透到临床肿瘤护理工作中。特别是卫生部颁布的《中国护理事业发展规划纲要(2005-2010年)》和《专科护理领域护士培训大纲》,明确提出了优先发展包括肿瘤护理在内的专科护理领域,根据临床需要,培养一批专业化的护理骨干,建立和完善以岗位需要为导向的护理人才培养模式,提高护士队伍专业化技术水平是护理专科化发展的策略和方向。

为了适应临床肿瘤护理专业的发展,满足临床肿瘤护理专业护理人员的需要。以卫生部《专科护理领域护士培训大纲》为指导依据编写的《临床肿瘤护理学》,在命题上强调“科学性、实用性、直观性”,既吸收了国内外先进的肿瘤专业护理理论,又融入了本专业最新研究成果和教学经验。《临床肿瘤护理学》分总论和各论两篇,共10章。上篇总论为临床肿瘤护理的理论部分,介绍了临床肿瘤护理的发展史及肿瘤专科护理的特点,针对肿瘤临床治疗方法、原则和护理以及化学药物治疗静脉的管理等方面的护理进行论述。在现有理论基础上加入了新的研究成果。下篇各论详细介绍了常见肿瘤患者疼痛、营养支持、姑息护理、康复护理(心理、头颈部、乳腺、造口)、沟通以及护理人员压力调适和职业防护等方面的护理进行论述。在肿瘤患者常见症状和并发症的治疗原则及护理措施、健康教育上突出重点。对主要护理重点、难点问题的理论与方法进行介绍。在编写结构上打破了以往的传统格式,使理论和实践相结合,以护理问题为线索,课前有需要掌握的知识要点,课堂后有案例分析与思考,帮助专业护理人员培养良好的思维判断能力和提高解决问题的能力。

《临床肿瘤护理学》可作为全国肿瘤专科护士教学、在职教育、自学和临床实践指导等的参考书和培训教材。希望能有助于临床肿瘤专科护理人员掌握最新肿瘤专科护理知识,以高品质的护理服务于广大肿瘤患者,从而提高肿瘤患者的生存质量。

《临床肿瘤护理学》编写过程中承蒙焦广宇教授的指导、支持和帮助,在此表示感谢。《临床肿瘤护理学》参考了国内外大量的文献,特此对原著者表示诚挚的谢意。

我们组织了部分临床护理专家、护理硕士及博士研究生等高学历、知识丰富的专科护理人才参与编写,各位编者共同努力,广泛收集国内外有关临床肿瘤医疗护理的最新资料,编写过程中始终坚持科学严谨的态度。由于编写时间仓促,难免存在疏漏之处,恳请专家和同道不吝指正,使《临床肿瘤护理学》日臻完善。

郑守华 李秋洁

2008年7月17日

目 录

上篇 总 论

第一章 肿瘤护理概论	1
第一节 肿瘤护理的发展及专科护理特点.....	1
一、肿瘤护理的历史、发展现状与趋势	1
二、肿瘤专科护理特点	3
三、肿瘤护理中的伦理道德问题	6
第二节 肿瘤的预防与控制.....	7
一、肿瘤的防治概述	7
二、肿瘤的一级预防	8
三、肿瘤的二级预防	10
四、肿瘤的三级预防	12
第三节 肿瘤的分类及分期	13
一、概述	13
二、肿瘤的概念	13
三、肿瘤的分类	14
四、肿瘤的分级和分期	18
五、常见的肿瘤病理诊断方法	19
第四节 肿瘤流行病学	19
一、肿瘤流行病学研究的基本方法	20
二、恶性肿瘤的流行特征	25
三、肿瘤病因学	28
四、肿瘤预防策略	33
第二章 肿瘤的临床治疗方法、原则及护理	36
第一节 恶性肿瘤的综合治疗	36
一、恶性肿瘤综合治疗的概念	36
二、恶性肿瘤综合治疗的必要性	36
三、恶性肿瘤综合治疗的现状	37
四、恶性肿瘤多学科综合治疗的基本原则	37
五、恶性肿瘤综合治疗研究目前存在的问题.....	39
第二节 肿瘤外科治疗及护理	40
一、概述	40
二、肿瘤外科治疗原则和特点	40

三、肿瘤外科治疗患者的护理	42
第三节 肿瘤化疗及护理	47
一、概述	47
二、肿瘤化疗原则和特点	49
三、抗肿瘤药物的毒副作用和护理	49
第四节 肿瘤放疗及护理	55
一、概述	55
二、肿瘤放疗的原则和禁忌证	56
三、放疗中常见并发症	57
四、肿瘤放疗患者的护理	58
第五节 肿瘤的生物治疗	60
一、肿瘤免疫治疗	60
二、过继性免疫细胞治疗技术	61
三、单克隆抗体及其偶联物技术	62
四、肿瘤基因治疗	63
五、肿瘤抗新生血管生成疗法	64
六、生物治疗的临床护理	65
第六节 肿瘤介入治疗及护理	66
一、概述	66
二、介入放射学的分类	67
三、介入技术常用的器材	67
四、肝癌介入治疗及护理	68
五、食管癌介入治疗及护理	71
六、肺癌的粒子植入治疗及护理	73
第七节 造血干细胞移植术及护理	76
一、概述	76
二、全环境保护	77
三、造血干细胞的回输	79
四、造血干细胞移植患者的护理	79
五、并发症的护理	82
第八节 其他治疗及护理	85
一、光动力治疗肿瘤患者的护理	85
二、放射性核素治疗患者的护理	87
三、海扶刀治疗患者的护理	88
四、高温热疗患者的护理	91
五、氩氦刀治疗肿瘤患者的护理	93
第三章 化疗静脉的管理	97
第一节 化疗静脉的评估与选择	97
一、概述	97
二、静脉的评估	99
三、静脉的选择	99
四、静脉炎的分类与处理	100
第二节 化疗药物的正确使用方法	102

一、化疗药物的给药途径	102
二、化疗前护士需要确认的事项	103
三、化疗常用输液工具	103
四、常见抗肿瘤药物的分类及配置	108
第三节 化疗药物外渗的正确处理	109
一、概述	109
二、化疗药物造成组织损伤的发生机制	110
三、化疗药外渗的预防和护理	111
四、解毒剂的研究	113
第四节 外周中心静脉导管在肿瘤化疗中的应用及护理	114
一、概述	114
二、PICC 的应用指征	115
三、患者的状况、风险评估	115
四、置管前的准备及操作	116
五、PICC 维护及患者教育	124
六、PICC 并发症及护理	125
七、PICC 护理质量管理	127

下篇 各 论

第四章 肿瘤患者常见症状的护理	129
第一节 疼痛的护理	129
一、概述	129
二、疼痛患者的护理	131
第二节 恶心、呕吐的护理	133
一、概述	133
二、发生机制	134
三、化疗引起的恶心、呕吐	134
四、放疗引起的恶心、呕吐	135
五、治疗原则	135
六、恶心、呕吐的护理	136
第三节 便秘、腹泻的护理	137
一、便秘	137
二、腹泻	138
第四节 口腔合并症的护理	140
一、概述	140
二、口腔合并症患者的护理	141
第五节 疲劳的护理	143
一、概述	143
二、疲劳患者的护理	145
第六节 发热的护理	147
一、概述	147
二、发热患者的护理	149

第七节 凝血功能障碍的护理	151
一、概述	151
二、凝血功能障碍的护理	153
第八节 恶性积液的护理	154
一、概述	154
二、恶性胸腔积液的护理	155
三、恶性腹腔积液的护理	156
第九节 上腔静脉综合征的护理	158
一、概述	158
二、上腔静脉综合征的护理	160
第五章 肿瘤患者的康复护理	162
第一节 乳腺癌患者的康复护理	162
一、概述	162
二、乳腺癌患者康复护理	163
三、乳腺癌患者的康复需求	165
四、乳腺癌患者的康复评估	171
第二节 头颈部肿瘤患者的康复护理	172
一、概述	172
二、头颈肿瘤患者的康复护理	173
三、头颈肿瘤患者的康复需求	175
四、头颈肿瘤患者的康复评估	177
第三节 造口患者的康复护理	178
一、概述	178
二、造口患者的康复护理	178
三、造口患者的康复护理需求	184
第六章 肿瘤患者的营养支持	186
第一节 肿瘤患者的营养状况和营养需要评估	186
一、概述	186
二、恶性肿瘤患者在不同治疗期间对营养的需要	186
三、营养评估的方法	189
第二节 体重下降与恶病质	191
一、概述	191
二、恶病质发病机制	191
第三节 肿瘤患者的营养支持	193
一、概述	193
二、营养支持治疗目标	193
三、帮助患者建立良好的饮食习惯	194
四、治疗饮食	195
五、特殊饮食及护理	195
六、肠外营养制剂及其应用与护理	199
七、肠内营养和肠外营养的护理评价	200
第七章 肿瘤患者的姑息护理	203
第一节 姑息护理的概述	203

一、姑息护理的发展史	203
二、姑息护理的定义和内涵	204
三、姑息护理的原则	204
四、姑息护理的目标和基本内容	205
五、姑息护理的模式	206
六、姑息护理的组织形式	206
七、护士在姑息护理中的作用	207
第二节 终末期肿瘤患者常见症状及护理	208
一、常见症状及护理	208
二、终末期心理护理	212
三、给予家属心理支持	213
第三节 终末期肿瘤患者的伦理问题	213
一、伦理决策模式与应用	213
二、安乐死的法律争议	215
第八章 肿瘤患者的心理护理及社会支持	218
第一节 肿瘤患者心理反应特点	218
一、心理因素与肿瘤的关系	218
二、肿瘤患者的个性特征	219
三、肿瘤患者的心理反应特点	219
第二节 肿瘤患者的心理护理	221
一、心理护理的特点、原则及方法	221
二、肿瘤不同治疗阶段的心理需求及护理	224
三、肿瘤患者的个性化护理	225
四、关于危机干预	226
第三节 肿瘤患者的社会支持	229
一、社会支持的特征	230
二、社会支持的类型和来源	230
三、社会支持对促进癌症患者康复的作用	232
四、影响社会支持的因素	232
五、癌症患者社会支持的评定方法	233
六、癌症护理人员与社会资源的协同关系	234
第四节 肿瘤患者的人文关怀	234
一、施行人文关怀的必要性	234
二、护理文化中的人文关怀	234
三、不同临床阶段肿瘤患者的人文关怀	235
四、对肿瘤患者家属的人文关怀护理	236
五、让肿瘤患者参与治疗和护理	236
六、终末期患者的人文关怀	237
第九章 护士的沟通技巧及职业压力调适	239
第一节 沟通技巧的应用	239
一、沟通的概念及构成要素	239
二、影响护患有效沟通的因素	244
三、沟通技巧的运用	248

第二节 肿瘤护士职业压力调适	252
一、压力	252
二、肿瘤护理人员的压力及调适策略	254
第十章 肿瘤治疗中的职业安全防护	258
第一节 化疗药物的职业危害	258
一、化疗的概述	259
二、化疗药物对职业接触护士的危害	259
第二节 职业接触抗肿瘤药物的规范化操作程序	261
一、接触化疗药物的安全防护原则	261
二、接触化疗药物的操作规程	262
三、化疗药物溢出的防护规程	263
第三节 放疗的主要危害	264
一、放疗在肿瘤治疗中的地位	264
二、肿瘤放疗的生物学基础	265
三、辐射损伤的基本原理和相关因素	266
四、放射工作人员的职业危害	267
第四节 肿瘤治疗的安全环境和职业防护	270
一、肿瘤治疗的安全环境	270
二、肿瘤治疗的职业防护	271
参考文献	276

第一章 肿瘤护理概论

【本章知识要点】

1. 了解恶性肿瘤的流行病学特征。
2. 理解恶性肿瘤的分期和分类。
3. 熟悉恶性肿瘤预防和控制方法。
4. 掌握肿瘤专科的护理特点。

第一节 肿瘤护理的发展及专科护理特点

一、肿瘤护理的历史、发展现状与趋势

肿瘤护理的历史和发展是伴随着肿瘤学、生理学、病理学、药理学、预防学等医学学科和心理学、社会学、伦理学边缘学科以及与肿瘤护理密切相关的营养学、康复学的发展而发展起来的。紧跟现代医学科学改革前进的步伐,不断适应护理模式的转变与更新,历经几代人不懈的努力和追求,肿瘤护理已成为一门独立的、集肿瘤预防、护理、康复为一体的专科护理学科。

社会的发展进步,人们生活水平的不断提高,导致健康观念在发生着转变,人们对肿瘤这一严重威胁人类健康的疾病的认识有了新的提高,同时肿瘤疾病的诊断、治疗技术水平的日新月异,为肿瘤患者的治愈和带癌生存提供了良好的机遇,因此肿瘤护理面临着为促进人类健康、预防、教育的长期任务;为肿瘤患者提供护理康复的指导和照护,并发挥患者的自身潜能,最大限度的提高肿瘤患者的生活质量。

(一) 肿瘤学发展历史及现状

人类发现肿瘤,可以追溯到公元前 1500 年,至今已有 3000 多年的历史。古埃及草纸文中已有一些肿瘤的记载。我国殷墟出土的甲骨文已有“瘤”字的记载,中国的“癌”字最早见于宋代东轩居士所著的《卫济宝书》中。在西方,“癌症”(cancer)一字出现比“医学”(medicine)更早。“cancer”来源于“crab”(蟹),形象地描述了肿瘤的侵蚀与转移行为类似螃蟹。1858 年 Virchowz 在《细胞病理学》一书中指出:癌是细胞的疾病。他论述了癌的基本知识,并对癌症进行了初步的分类,为癌的细胞学检查奠定了基础,从而使肿瘤的病理诊断提高到细胞水平和亚细胞水平。古希腊 Hippocrates 和古罗马 Galen 分别对一些肿瘤作了描述和分类。但是直到 19 世纪显微镜被发现和使用以后,才为肿瘤学的建立和发展奠定了基础。此后,众多学者在肿瘤的病因方面,进行了大量的基础研究。20 世纪 60 年代以后,纤维内镜和影像医学的发展,使肿瘤的临床诊断水平有了实质性的提高,许多直径小于 1cm 的肿瘤可以在无症状的“亚临床期”被发现。在肿瘤临床诊断方面,目前仍然以细胞和组织病理学诊断为基础。肿瘤诊断技术发展迅速,从 X 线、超声、内镜发展到肿瘤标记物、放射性核素、计算机体层摄影(CT)、磁共振成

像(MRI)和正电子发射断层成像(PET),大大提高了肿瘤临床诊断水平。

在肿瘤研究领域,自1775年,英国医生Pott发现长期清扫烟囱的男孩易发阴茎癌以后,多位学者进行了一系列肿瘤病因学方面的研究。1993年,Vpigelstein和Kinzier对结肠癌研究证实其发生、发展涉及基因突变的多因素、多步骤发病机制。20世纪50年代,在肿瘤的生物学方面有了突破,科学家证实致癌物主要作用于DNA,还证实了吸烟与肺癌的关系;20世纪60年代,发现并证实了RNA肿瘤病毒的癌基因是致癌的重要因素;20世纪70年代,建立了制备单克隆抗体的杂交瘤技术;20世纪80年代,在癌变机制方面,对癌基因与抑癌基因、生长因子及其受体学说进行了深入研究;20世纪90年代,进行了细胞凋亡相关基因、端粒和端粒酶的研究;20世纪末21世纪初,各种高通量技术,包括:DNA微阵列技术、组织芯片技术、蛋白质组织分析技术,对阐明肿瘤发病机制、肿瘤诊断和治疗选择提供非常有效的手段。

人类对肿瘤发病机制的认识不断深入,从过去的单一的化学致癌、病毒致癌、物理致癌、基因突变致癌发展到多因素、多步骤致癌。现代肿瘤学从基因和分子水平来阐明肿瘤发生发展的规律,对肿瘤的本质有了更深刻的理解。20世纪以来,肿瘤的研究已由临床诊断发展到了病因、预防、流行病以及基础研究,肿瘤学已发展成为一门独立的学科。

在肿瘤治疗方面,恶性肿瘤治疗的三大支柱是手术、放射治疗(简称放疗)、化学药物治疗(简称化疗)。近10年来,生物学治疗已被公认为是恶性肿瘤的第四治疗手段。中医治癌有独特的理论和实践,也将发展成为恶性肿瘤的治疗支柱之一。我国肿瘤防治研究的特色是防治结合、中西医结合及基础和临床结合。由于人类对肿瘤的病因尚不完全清楚,对肿瘤复杂的生物学行为仍缺乏足够的认识,因此,对肿瘤的研究还有相当的难度。20世纪已取得令人鼓舞的成果,癌症的防控组织机构已建立健全,在癌症的高发区加强防控,越来越多的从事基础、临床和预防学科的研究者开始密切合作,共同努力。21世纪我国肿瘤防治与研究任务会更艰巨,肿瘤护理专业亦面临考验,同时也是专业发展走向成熟的重要阶段。

(二) 肿瘤专科医院的建立和肿瘤护理学科的发展

1. 我国肿瘤专科医院的建立 最早建立于20世纪30年代(1931年上海中比镭锭治疗院)。50年代至70年代不断发展(1952年天津人民医院成立肿瘤科,1958年中国医学科学院建立我国第一所肿瘤专科医院即原日坛医院)。70年代以后,全国各省肿瘤专科医院相继成立。

2. 护士在防治肿瘤中的作用 从20世纪60年代起,护士参与食管癌高发区流行病学和病因学调查、宫颈癌普查普治、乳腺癌筛查以及指导妇女自检等,护士在癌症预防和控制中越来越显示出重要的作用。21世纪随着医学科学的发展,肿瘤诊断治疗水平的提高,使更多的癌症患者长期生存,癌症已成为一种慢性疾病,肿瘤护理已逐步向专科方向发展,肿瘤专业护士的角色和内涵已发生了很大变化,其内容包括:①积极宣传防癌知识,识别癌症的早期信号,开展防癌普查,促进人们建立健康的生活方式;②为肿瘤患者提供系统的护理和有效的症状管理,预防和减轻化疗、放疗等治疗引起的并发症;③为患者治疗和康复过程中提供连续的关怀和照护;④为患者提供治疗后的整体康复,包括身体功能的康复和心理适应;⑤为肿瘤患者家属提供支持;⑥调动可利用的社会资源,为肿瘤患者提供各方面的支持,提高肿瘤患者的生活质量。

3. 肿瘤护理专业委员会的成立促进学科发展

(1) 为推动肿瘤护理事业的发展,1987年中华护理学会在外科护理专业委员会中成立了肿瘤专业组;1989年中华护理学会正式成立了肿瘤专业委员会。专业委员会成立以来,多次组织全国肿瘤护理学术交流会和学习班,有关方面的论文选题广泛,涉及心理护理、疾病护理、症状护理、患者教育、临终关怀、新技术及新药物使用、肿瘤预防、康复、社区护理等。

(2) 肿瘤专业委员会组织调查,了解肿瘤患者的身心需要,探索与患者沟通的有效途径。各医院特别是肿瘤专科医院重视对患者的知识宣教、术前及术后指导、康复训练(乳腺癌)、积极推广世界卫生组织提出的三阶梯止痛方案。近年来,越来越重视肿瘤患者的后续护理和生存质量,并进行了相关的调查研究。

(3) 肿瘤护理专业委员特别重视肿瘤专科护士的职业防护问题。在 2005 年第二届全国肿瘤护理学术会上进行了专题研讨。国务院颁布, 2008 年 5 月 12 日正式实施的《护士条例》第三章第十三条明确规定: “从事直接接触有毒有害物质、有感染传染病危险工作的护士, 有依照法律、行政法规的规定接受职业健康监护的权利”。从立法的角度, 保护了护士的权益。

(4) 以各种形式举办各级各类继续教育学习班, 召开各级学术会议, 开展肿瘤护理科研和肿瘤护理教育, 肿瘤专业护士系统培训; 支持和建立完善基层学术团体组织; 开拓肿瘤专业的服务范围, 重视肿瘤患者的生存质量, 使肿瘤护理宣传面向全社会、护理服务走向社区和家庭。

4. 肿瘤专业护理与国际接轨

(1) 从 20 世纪初到 40 年代, 肿瘤护理仅限于照护住院外科患者。50~60 年代, 使用了单纯化疗和放疗, 护士所起的作用很小。肿瘤护理, 作为护理学的一个专门学科被世界所公认仅有 20 余年的历史。1974 年美国癌症护理协会成立(ONS); 1978 年美、英联合出刊《癌症护理》杂志, 同年在伦敦召开国际肿瘤护理会议, 推动了肿瘤护理事业的发展。

(2) 1984 年国际肿瘤护士协会(International Society of Nurses in Cancer Care, ISNCC) 成立。其任务是推动事业、传播理论、建立组织、促进交流。ISNCC 第一任主席 Robert Tiffany 先生, 曾受英国女皇授予的 DBE 荣誉, 执任 UICC 和 WHO 的咨询专家。

(3) 近年来, WHO 和 ONS 合作, 建立了国际癌症护理奖学金, 为发展中国家肿瘤专科护士提供短期出国进修机会。1988 年张惠兰教授被选为国际肿瘤护士协会理事。1990 年我国肿瘤护理专业委员会成为团体会员。

(4) 国际肿瘤护理会议每两年举行一次, 其中重视提高肿瘤患者的生活质量是历届会议的重要议题。ISNCC 和 WHO 组织世界性协作, 展开护理科研、护理教育方面的改革, 提高了护理质量, 受到政府的重视。

(三) 肿瘤专科护士发展历史、现状与趋势

专科护士最早在美国出现并实施。最初的专科护士始于 20 世纪初期, 是通过实践积累经验和锤炼技术形成的。30~40 年代, 部分医院通过短期培训护士, 使之成为本领域的专家。50 年代后美国的专科护士培养逐渐走向成熟, 培养目标也逐渐定位于硕士水平以上的教育, 并扩展到临床的许多专业, 与肿瘤相关的专业包括 ICU 护理、急救护理、糖尿病护理、感染控制; 与肿瘤相关的专业有造口护理、癌症护理、临终护理。继美国之后, 加拿大、英国等国家在 20 世纪 60 年代也开始实施专科护士培养制度, 但与美国不同的是并非全部定位于硕士学历教育, 而是根据专科特点设置包括理论、实践、研究在内的专科教育课程进行培训。近年来, 专科护士的培养制度在新加坡、日本等亚洲国家开始实施。我国香港特别行政区自 1991 年开始积极发展护理的专业化, 制定了 21 种专业的专科护士培训课程、工作标准。1993 年日本护理协会成立了专科护士所造口治疗师认定制度委员会, 并开始在 13 个护理专科领域培养专科护士。目前我国内地尚未建立完善的专科护士认证体系, 但在北京、江苏等地已经开始了 ICU 护理、糖尿病护理等领域的专科护士培训。特别是在肿瘤专业领域, 2001 年广州中山大学肿瘤医院和中山大学护理学院成了第一所造口治疗师学校, 开始培养“造口、伤口、失禁专科护士”。在北京、广州上海等地开展了各类短期培训班。为了促进护理专业的发展, 卫生部颁布的《中国护理事业发展规划纲要(2005-2010)》中明确提出了优先发展包括肿瘤护理在内的专科护理领域, 为适应医学科学和诊疗技术的飞速发展和人民健康需求, 护理工作的职责范围与功能已经远远超过了传统领域, 发展护理的专科化是临床护理实践发展的策略和方向。

二、肿瘤专科护理特点

(一) 肿瘤专科护理的一些新概念和工作内容

1. 概念

(1) 专科护士(chinical nurse specialist): 指在某一特殊或者专门的护理领域具有较高水平和专长

的专家型临床护士。

(2) 肿瘤护理(oncology nursing):是一门关于肿瘤的预防、护理、康复的专科护理学科。

2. 肿瘤专科护理的主要内容

(1) 开展癌症预防、治疗、康复知识教育:深入社区、家庭、企事业单位,利用新闻、媒体等多种形式,开展癌症的预防、早期诊断、规范治疗的健康教育,倡导健康的生活方式和饮食习惯,纠正不良生活方式和习惯、嗜好,指导自我检查的方法,开展肿瘤咨询活动,提高公众的肿瘤预防意识和应对能力。

(2) 为肿瘤患者提供直接照护:肿瘤的治疗和康复是一个长期的过程,根据不同阶段和患者个体的躯体、心理、社会、精神状况,制定一个系统的康复计划,包括治疗、训练和饮食指导,在帮助实施的过程中,注重调适患者的心理、情感变化,同时进行有效的症状管理,积极构建和谐治疗性护患关系,保证护理措施的效果。

(3) 为患者提供治疗后的整体康复:全面了解癌症患者的治疗计划,健康的恢复状况,根据个性化需求,进行功能康复训练,如体能允许,可不影响正常工作。同时注意患者的心理适应,给予患者同情和理解,指导调节心理压力,给患者释放的空间和机会。因为长期的治疗产生的负性心理可导致中枢神经系统、内分泌系统、免疫系统功能的失调,影响康复的效果。

(4) 在患者治疗和康复过程中提供连续关怀和照护:重视心理、社会、文化、精神因素对癌症患者的影响,调动可利用的社会资源,激发心理潜能,提高肿瘤患者的生活质量。

(5) 为肿瘤患者家属提供有力支持:癌症患者的家属,既要长期照护患者的饮食起居,又要给予患者精神上的安慰,还要承担其他生活重任,因此也面临着很大的心理压力,专业护理人员要为患者家属提供关心和支持,帮助、指导他(她)们正确应对的策略,调适自身心理状态,减轻长期照护给患者家属带来的身心影响。

(二) 肿瘤专科护理特点

1. 肿瘤护理是需要多学科合作的专科护理学科

(1) 多学科的合作:随着科学技术的发展,肿瘤护理实践范围及工作内容也随之不断扩展及延伸。肿瘤专科护士不但在外科治疗、放疗、化疗、生物治疗中发挥作用,还需要适应现代化医学模式,注重对癌症患者实施心理护理、康复护理、临终关怀以及调动社会支持系统。肿瘤护理专业除涉及生理学、病理学、护理学、基础医学外,还与社会学、心理学、伦理学、营养学、康复医学、老年医学等多种学科有关。因此肿瘤专科护士应经过系统的专业知识和技能的培训,并将理论付诸于实践。

(2) 与诊疗技术水平同步提高:近年来肿瘤诊断技术发展迅速,治疗日趋多样化,除三大支柱治疗外,近年来,生物治疗、中医治疗、肿瘤物理治疗新技术:电疗、热疗、介入治疗、超声射频治疗、氩氦刀、靶向治疗、放射性粒子植入技术等方法相继出现。肿瘤专科护士,应深入学习肿瘤学理论,掌握各种新治疗方法的作用机制,熟悉各种治疗方法的适应证及并发症,提高专科护理水平。

2. 注重心理、社会及精神因素对肿瘤患者的影响

(1) 相关因素的影响:心理、社会及精神因素在肿瘤的发生、发展和疾病转归过程中具有重要的作用。癌症患者与一般疾病患者相比,具有更强烈的心理反应和一系列情绪变化。癌症不仅影响患者的正常功能,而且由于肿瘤疾病转归以及治疗过程可造成躯体形象改变以及在家庭、社会中角色的转变。因此,癌症对人们的心理、社会、精神、情感的稳定性影响很大,负性情绪加重了患者的恐惧、焦虑、疑虑、抑郁、愤怒、绝望等心理反应,严重影响患者的康复过程。

(2) 心理反应的应对方法:对于从事肿瘤专业的护士,应具备心理学、社会学等方面的知识,还应特别具备人文关怀和理解肿瘤患者的专业素质和能力,掌握心理反应的评估方法,包括:①观察法;②调查法;③会谈法;④心理测查,如症状自评量表 SCL-90、焦虑量表(SAS)、抑郁量表(SDS)等。收集心理反应信息与临床资料结合分析,采取相应的、个性化护理措施,能够通过心理护理,消除或减轻患者心理障碍,提高对疾病的认知及心理危机的应对能力;拓宽护理服务范畴,动员家庭和社会支持系统,为肿瘤患者提供有力的帮助和良好的社会环境。

3. 重视肿瘤患者的生存质量和治疗后连续护理

(1) 生存质量的产生背景与癌症患者的生存质量研究

1) 背景:生存质量(quality of life, QOL)研究始于 20 世纪 30 年代的美国,兴起于 50~60 年代,70 年代末期在医学领域备受瞩目,并在 80 年代后形成新的研究热潮,并对现代医学产生越来越大的影响。

随着医学科学的发展,疾病谱的改变,癌症和心脑血管等慢性疾病位居主导地位。而且,随着生活水平的提高,人们的健康观念也发生了改变。世界卫生组织(WHO)提出“健康不仅是免于疾病和衰弱,而是保持体格方面、精神方面和社会方面的完美状态”。由于健康具有多维性和动态性,新的医学模式更要求体现有生物-心理-社会属性的人的整体性和全面性。生存质量既可对生理、心理、社会等方面进行定期测量,又可对总体健康状况进行定期测量,是目前准确、定量描述人们健康状况的最好手段。

2) 概念:生存质量又译为生命质量、生活质量、生命素质等,至今仍无统一的定义。1993 年 WHO 在日内瓦召开的生存质量研讨会上将其界定为:不同文化和价值体系的个体对于他们的目标、期望、标准以及所关心的事情有关的生存状况的体验。学者万崇华曾撰文将生存质量从广义上分为三个层次(表 1-1)。

表 1-1 生命质量的三个层次

	低 层	中 层	高 层
参考译名	生存质量	生活质量	生命质量(狭义)
需求层次	生理(食、睡、性)维持生存	生理、安全、爱与隶属、尊重	生理、安全、爱与隶属、尊重、自我实现
主要应用领域	医学	社会学	医学与社会学综合领域

引自:郑良成,田辉英,谢培增.医学生存质量评估.北京:军事医学科学出版社,2005 年

生活质量包括总体生活质量(global quality of life, GQOL)和与健康相关的生活质量(health-related quality of life, HRQOL)。生活质量是包括生物学和社会学内容在内的集合概念,包括三方面的内容:①多维性:HRQOL 具有多维性,躯体能力,包括生活能力和由疾病与治疗引起的症状、心理功能、社会功能、智力、情感;②主观性:QOL 是一个主观的感受,不但与健康状况相关,还与自身的价值观、人生观及对社会、周围事物看法、感受和判断密切相关;③动态性:生活质量具有随疾病和治疗进程的变化、生活时间和环境的改变而动态变化性。

3) 生活质量评价在肿瘤领域中的应用:生活质量引入医学界最早是从肿瘤领域开始的,逐渐在肿瘤化疗、放疗、外科、肿瘤症状特别是疼痛的控制以及在肿瘤综合治疗、肿瘤康复中得到广泛应用。其中肿瘤化疗,尤其是进展期癌症化疗时,对生活质量有双重影响:一方面,通过化疗可以提高生活质量;另一方面,由于不良反应使患者生活质量降低。因此,对化疗效果的评价应从化疗对生活质量正反两方面的影响来评价。生活质量对放疗患者的影响也存在双重性。而生活质量评价在肿瘤外科治疗上的应用又有不同的特点,因外科治疗首先遵循生命第一的原则,常常以根治性手术为目的,容易在根治疾病的同时,造成机体功能残失和外貌形象的改变,生活质量评价的重点应放在手术后患者的康复阶段。

4) 生存质量测量工具在肿瘤护理研究中的应用:近年来,生存质量评价体系,受到广泛的重视,护理人员也已经关注这一重要指标,并在临床研究中得到应用,有关生存质量方面的护理文献报道呈逐年增长的趋势。癌症患者生存质量测评量表分为两类量表:普适性量表和特异性量表,为克服其各自的缺陷,一般可采用二者的结合。①癌症普适性量表适合各种癌症患者使用,用于测定 QOL 的共性部分。常见有:1FLIC 量表(癌症患者生活功能量表);CARES 量表(癌症康复评价系统);EORTC QLQ(欧洲癌症研究与治疗组织的 QOL 核心量表),如常用的 EORTC-C30;FACT 量表(癌症治疗功能评价量表);由罗健、孙燕编制的 Q-CCC(中国癌症化疗量表)。②癌症特异性量表是针对某些具体的癌症患者。我国学者正在开发我国的癌症患者 QOL 量表体系。目前可见陈和年、万崇华、罗健分别研制的鼻咽癌、肝癌、直肠癌量表的报道。

(2) 肿瘤患者的治疗后连续护理:遵循 WHO 提出的关于“健康”新概念,癌症患者确诊后有较长

的治疗期,为了尽可能帮助患者恢复到患病前的状态,提高他们的生活质量,癌症患者治疗后连续性护理不容忽视。肿瘤专业护士应承担起康复护理的任务,并不断拓展其护理范畴。采取得当的护理措施包括:指导术后功能锻炼,再造器官自理训练,帮助患者重新适应在家庭、社会中的角色;对晚期患者提供舒适环境,减轻痛苦,临终关怀等。使患者保持良好的功能进而提高癌症患者的生存质量。

4. 注重癌症并发症的处理 癌症患者除了必须调适心理及社会方面的问题外,还要面对生理方面的挑战。由于近年来,癌症治疗方式不断取得进展,癌症患者较长时间的治疗过程,特别是癌症疾病的进展、癌症治疗、药物使用等治疗引起的并发症,如骨髓抑制、血液障碍、胃肠道障碍等,导致患者生存意志及预后受到很大影响,因此,有效地减轻、控制并发症将是决定患者预后及后续生活质量的重要因素,亦越来越受到广泛的关注。因此,要求肿瘤专业护士要不断充实癌症新知识,了解治疗并发症的原因,掌握并发症的护理措施,有效处理各种治疗产生的并发症,增强患者生理的耐受度,提供患者安全的治疗过程,进而提高他们的生活质量。

5. 肿瘤护理服务范畴不断拓宽

(1) 服务对象意向改变:癌症不仅影响到患病者,而且严重波及患者家属,家属同样经历着心理应激和适应阶段。护理服务意向从疾病转向患者/家属,把心理护理扩展到对其家属的评估和支持,帮助家属调适心理压力,积极应对癌症的治疗、康复过程,是对专业护士的新的挑战。

(2) 护理服务范围延伸:从医院走向社区、家庭,建立联系网络,采取多渠道、多方式及个性化的服务,如家庭病床,护士随时进行家中访视,指导家属学会一些基础护理技术,提高患者自我护理能力。

(3) 开展健康教育:积极参与防癌普查和宣传防癌知识。癌症是严重危及人类健康的疾病,肿瘤护理面临的重要责任和义务就是要广泛宣传普及防癌知识,改变不利于健康的行为和习惯,倡导科学的生活方式,增强自我保健意识和能力,提高人们的健康水平。

三、肿瘤护理中的伦理道德问题

(一) 护理伦理的基本概念

伦理学的英文“ethics”,从希腊文“ethos”而来,原意为风俗、习惯、行为及品性,所以伦理学就是“道德哲学”。威尔门(Wellman)对伦理学所下定义为:“伦理学是运用一些原则或规则去确认及证实人在特殊情况下所做的正当行为的一种科学”。护理伦理学属于生物医学伦理学的范围,是一种应用伦理学,将此运用到健康护理体系中。护理伦理学是研究护理道德的一门科学,是运用一般伦理学原理和道德原则来解决和调整护理实践中人与人相互关系的一门科学。

(二) 肿瘤护理中的伦理道德原则

护理专业与医学及其他专业一样,遵循生命伦理学的基本原则。护理伦理原则承载的是生命伦理的精髓,是护理道德规范和范畴的总纲,贯穿于护理工作的全过程,是护理人员在专业实践中建立正确道德观念、选择良好道德行为的准则。

肿瘤护理针对是特定的群体,在护理活动中,要遵循护理道德原则,调整护理人员与肿瘤患者、患者家属、其他医务人员和社会的关系,进行护理伦理评价和教育。

1. 尊重自主原则 尊重癌症患者有自我决定的权利。在医疗过程中,就是要给予患者完整的病情告知,这一点在临床工作中实施起来有一定的难度,往往存在着患者家属要求医生隐瞒真实病情,常造成医护人员的两难。事实上,患者有知情的权利,也有不知的权利;重点不是在“要不要告诉他”而是“要如何告诉他”“什么时候告诉他”“用何种方式进行”“由谁来告知”,究竟要告知至何种程度,值得深思与考虑。医护人员在为患者提供医疗护理活动前,将相关的信息,如目的、过程及可能的结果提供给患者,征得患者的同意,让患者自己做出决定。在知情同意过程中,护理人员应以权衡患者所获得利益为考虑。在临床工作中护理人员要多了解告知信息的内容,要将自己提供的信息与医生所告知的内容保持一致。不仅保护具有行为能力的人自主性抉择的权利,也保护无行为能力的人不受到伤害。

2. 不伤害原则 肿瘤患者及其家属对患病事实存在着种种心理障碍,癌症治疗本身可能带给患者