

《《← 临床实用护理技术丛书

# 肿瘤科

## 实用护理手册

ZHONGLIUKE SHIYONG HULI SHOUCHE

主编 陈璐 邬淑雁 邓志鸿



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press

# 肿瘤科实用护理手册

主编 陈璐 邬淑雁 邓志鸿

第二军医大学出版社

## 内 容 简 介

系统论述肿瘤科常用护理技术,并对常见、多发肿瘤的概念、临床特点、检查结果等进行详细阐述。重点针对这些疾病列出其护理问题及相关护理目标,最后给出相应的护理措施及健康指导。可供肿瘤科医务工作者及肿瘤患者参考。

### 图书在版编目(CIP)数据

肿瘤科实用护理手册/陈璐,邬淑雁,邓志鸿主编. —上海:  
第二军医大学出版社,2010.7

(临床实用护理技术丛书)

ISBN 978-7-5481-0065-2

I. ①肿… II. ①陈…②邬…③邓… III. ①肿瘤学:  
护理学—手册 IV. ①R473.73-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 I24002 号

出 版 人:石进英

责任编辑:王 勇

## 肿瘤科实用护理手册

主 编 陈 璐 邬淑雁 邓志鸿

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

发行科电话/传真:021-65493093

全国各地新华书店经销

上海第二教育学院印刷厂印刷

开本:850×1168 1/32 印张:13 字数:336 千字

2010 年 7 月第 1 版 2010 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5481-0065-2/R·871

定价:30.00 元

# 前 言

护理工作在我国医疗卫生事业的发展中发挥着不可替代的作用,广大护理工作者在协助临床诊疗、救治生命、促进康复、减轻痛苦以及增进医患和谐等方面担负了大量的工作。随着现代医学科学技术的快速发展,新的诊疗技术也在不断地更新。现代医疗技术的发展也势必带动护理技术的提高,同时临床对护理人员素质的要求也越来越高。培养技术全面、合格的护理人员,不仅需要专业的医学与护理学基础知识,更要具备临床丰富的实践经验。为了培养、提高护理人员的综合专业技能,我们组织各科具有丰富临床经验的一线人员编写了本套《临床实用护理技术丛书》。本丛书从临床实用角度出发,给临床护理人员提供了一套清晰明了的护理指导,使其能更好地掌握各科疾病的护理知识,提高专业技能,在理论知识与临床实践中架设了一座桥梁。

本丛书包括:《内科实用护理手册》《外科实用护理手册》《妇产科实用护理手册》《儿科实用护理手册》《急诊科实用护理手册》《肿瘤科实用护理手册》《骨科实用护理手册》《实用基础护理手册》和《临床用药监护手册》。

本丛书突出以下特点:①突出实用性,本丛书所涉内容均为各科临床护理常见、多发情况,贴近临床,并将基础知识与护理实践相结合,有利于护理人员学习、掌握与操作。②简明扼要,除专科综合护理知识外,本丛书对各种症状、疾病知识的阐述只限于护理人员应该了解、掌握的内容,以便他们更加有效地掌握护理工作的基本知识和技能,对超出范围的内容不做赘述。③突出临床经验,本丛书由一线医护人员编写,在书中融入了各自的临床经验,尤其对年轻护理人员

专业水平的提升将有很大的帮助。

本丛书可作为专业护理人员、基层医护工作者、高等护理院校学生常备的参考书。由于编写时间及作者能力所限,书中不足之处在所难免,望读者指正。

编者

2010年4月

# 目 录

第一章 肿瘤科常用护理技术 .....	1
第一节 鼻饲法 .....	1
第二节 弹性输液泵的应用 .....	4
第三节 外周深静脉置管及维护 .....	5
第二章 肿瘤科常用治疗技术及护理配合 .....	9
第一节 肿瘤腔内治疗及护理 .....	9
一、恶性胸腔积液 .....	9
二、恶性心包积液 .....	10
三、恶性腹腔积液 .....	11
四、脊髓腔内化疗 .....	12
五、膀胱腔内化疗 .....	13
第二节 肝动脉栓塞化疗及护理 .....	14
第三节 胸腔闭式引流护理 .....	16
第四节 直肠癌根治术后骶前引流管护理 .....	18
第五节 腹壁下动脉置管术的护理 .....	20
第六节 自控镇痛 .....	22
第七节 气管造口护理 .....	24
第八节 肠造口护理 .....	27
一、肿瘤患者肠造口的护理 .....	27
二、肠造口常见并发症的护理 .....	29
第九节 多弹头射频消融术的护理 .....	37
第三章 肿瘤化疗及护理 .....	41
第一节 概述 .....	41
第二节 肿瘤化疗常用药物及护理 .....	47
一、烷化剂 .....	47

二、抗代谢药 .....	62
三、抗肿瘤抗生素 .....	71
四、抗肿瘤激素类 .....	84
五、其他 .....	95
第三节 化疗药物操作者防护 .....	118
第四节 肿瘤化疗不良反应及护理 .....	119
一、静脉炎 .....	119
二、恶心与呕吐 .....	120
三、黏膜炎 .....	122
四、腹泻 .....	123
五、便秘 .....	124
六、白细胞降低 .....	125
七、血小板减低 .....	126
八、红细胞减少 .....	128
九、心脏毒性 .....	128
十、肝脏毒性 .....	129
十一、肾脏毒性 .....	129
十二、肺脏毒性 .....	130
十三、神经系统毒性 .....	131
十四、皮肤毒性反应 .....	131
十五、变态反应 .....	133
第四章 肿瘤放疗及护理 .....	134
第一节 肿瘤放疗基本知识 .....	134
第二节 肿瘤放射治疗的护理 .....	144
第三节 肿瘤放疗并发症及护理 .....	148
一、皮肤反应与损伤 .....	148
二、口腔黏膜反应与损伤 .....	149
三、食管反应与损伤 .....	150
四、胃肠系统反应与损伤 .....	151

五、放射性肺炎或肺纤维化	152
六、中枢神经系统损伤	153
七、骨髓抑制	154
第五章 肿瘤外科患者围手术期护理	155
第六章 造血干细胞移植护理	160
第七章 肿瘤介入治疗及护理	172
第八章 肿瘤热疗及护理	179
第九章 肿瘤患者的营养支持和护理	185
第十章 肿瘤患者的心理护理与社会支持	189
第十一章 终末期患者的护理	195
第十二章 肿瘤患者常见症状的护理	198
第一节 发热	198
第二节 疼痛	200
第三节 恶心与呕吐	209
第四节 疲乏	210
第五节 呼吸困难	213
第六节 便秘	217
第七节 腹泻	218
第八节 恶性积液	219
一、恶性胸腔积液	219
二、恶性腹腔积液	220
三、恶性心包膜积液	221
四、恶性脑水肿	222
五、淋巴水肿	223
第九节 高钙血症	225
第十节 脱发	226
第十一节 压疮	227
第十二节 病理性骨折	232
第十三节 气胸	234



第十四节 感染	235
第十三章 头颈部肿瘤	237
第一节 鼻咽癌	237
第二节 喉癌	241
第三节 甲状腺癌	247
第四节 颅内肿瘤	251
第五节 眼部肿瘤	256
第六节 口腔肿瘤	261
第十四章 胸部肿瘤	270
第一节 肺癌	270
第二节 纵隔肿瘤	281
第三节 食管癌	285
第十五章 腹部肿瘤	295
第一节 胃癌	295
第二节 原发性肝癌	303
第三节 大肠癌	315
第四节 胰腺癌	321
第五节 胆管癌	326
第十六章 乳腺癌	333
第十七章 泌尿生殖系统肿瘤	347
第一节 肾癌	347
第二节 膀胱癌	351
第三节 前列腺癌	357
第四节 嗜铬细胞瘤	361
第十八章 女性生殖系统肿瘤	365
第一节 宫颈癌	365
第二节 子宫内膜癌	372
第三节 卵巢肿瘤	376
第十九章 血液、淋巴系统肿瘤	383

---

第一节	白血病	383
第二节	淋巴瘤	387
第三节	多发性骨髓瘤	393
第二十章	骨肿瘤	398

# 第一章 肿瘤科常用护理技术

## 第一节 鼻 饲 法

鼻饲法是将胃管经一侧鼻腔插入胃内,从管内灌注流质食物、营养液、药物和水分的方法。

### 【目的】

- (1) 不能或不允许经口进食者,如昏迷患者、口腔疾患、口腔手术后的患者。
- (2) 拒绝进食的患者或不能开口的患者。
- (3) 早产儿和病情危重的婴幼儿。

### 【评估】

- (1) 了解患者的病情、意识状态、合作程度及鼻腔情况(如有无鼻中隔偏曲、鼻腔炎症、阻塞等)。
- (2) 了解鼻饲的目的。

### 【用物准备】

无菌治疗巾内置:治疗碗2个,一个内有消毒胃管1根、镊子1把、纱布2块、压舌板1支,另一个盛温开水;20~50 ml注射器(1支)、治疗巾、弯盘、棉签。

治疗巾外放:石蜡油瓶,胶布,夹子或橡胶圈,别针,手电筒,听诊器,流质饮食200 ml(38~40℃),温开水适量。

拔管时,治疗盘内置治疗碗(内有纱布)、弯盘、乙醇、松节油、棉签等。

### 【患者准备】

- (1) 向患者讲解插管的目的、操作过程及配合操作的相关知识。
- (2) 为患者取适当卧位,最好取坐位。

(3) 为患者取下义齿和眼镜,妥善放置。

**【环境准备】**保持环境清洁、舒适、安静,清除床旁桌上多余物品,方便操作。

**【护士准备】**着装规范、整洁,洗手、戴口罩。

**【操作步骤】**

1. 插胃管

(1) 携用物至床旁,核对床号、姓名并解释。

(2) 协助患者取坐位或半坐卧位,不能坐起者取右侧卧位。

(3) 颌下围治疗巾,弯盘放在便于取用处。

(4) 检查鼻腔状况,选择通畅一侧清洁。备胶布。

(5) 用液体石蜡油纱布并预测插管长度,成人为 45~55 cm,相当于前额发际至剑突处。

(6) 一手用纱布托住胃管,一手用镊子夹胃管,沿鼻腔轻轻插入,当胃管通过咽部时(14~16 cm),嘱患者做吞咽动作,顺势将胃管插入预定长度。

(7) 昏迷患者插胃管时应先去枕平卧,头向后仰。当胃管插入 15 cm(会厌部)时,左手将患者头部托起,使下颌靠近胸骨柄,缓慢将胃管插入预定长度。

(8) 确定胃管在胃内。

(9) 用胶布固定胃管于鼻翼及面颊部。

(10) 灌注流质饮食:用注射器先注入温开水 10 ml,再注入流质饮食 200 ml,最后再注入温开水 10 ml。

(11) 将胃管开口端反折或用塞子塞紧,用纱布包好固定于床头或枕头上。

(12) 协助患者取舒适卧位,整理床单位,清理由物,将注射器洗净,放入治疗盘内,盖上纱布备用,所有用物应每日消毒 1 次。

(13) 洗手,记录。

2. 拔管操作步骤

(1) 携用物至床旁,核对,解释。

(2) 弯盘置于患者颌下,揭去胶布,夹紧胃管开口端放于弯盘内,用纱布包住近鼻孔处胃管,嘱患者做深呼吸,待呼气时拔管。昏迷患者拔到咽喉处时要迅速拔出。用纱布包住抽出的胃管放于弯盘。

(3) 清洁患者口腔、鼻腔及面部,擦去胶布痕迹,协助患者漱口,取舒适卧位,整理病床单位。

(4) 处理用物,洗手,记录。

### 【注意事项】

(1) 胃管插入会给患者带来很大的心理压力,护患之间必须进行有效的沟通,让患者及家属理解该操作是必要的、安全的。

(2) 插管、拔管动作要轻柔,特别是在食管的3个狭窄处,防止鼻腔及食管黏膜损伤。

(3) 插管过程中注意观察有无插管不畅,如果胃管盘曲于口中应拔除重新插入;出现恶心、呕吐,应暂停插管,并嘱患者做深呼吸,待患者休息片刻再重新插入;出现呛咳、呼吸困难、发绀等现象,说明胃管误入气管,应立即将胃管拔除,待患者呼吸平稳后重新插入。

(4) 证实胃管在胃内的方法:①连接注射器于胃管后回抽,抽出胃液;②置听诊器于患者胃部,快速经胃管向胃内注入10 ml空气,吸到气过水声;③将胃管末端置于盛水的治疗碗内,无气泡逸出。

(5) 鼻饲量每次以200 ml为宜,每次鼻饲间隔时间不少于2小时。

(6) 若灌入新鲜果汁,应与奶液分别灌入,防止凝块产生。

(7) 鼻饲者须用药物时,应将药片研碎、溶解后再灌入。

(8) 长期鼻饲患者应做好口腔护理。定期更换胃管,普通胃管每周更换1次,硅胶胃管每月更换1次。更换时晚上拔出,翌晨再由另一鼻孔插入。

(9) 注意观察患者消化功能状况以及大便的性状,以便根据情况调整食物种类。

## 第二节 弹性输液泵的应用

弹性输液泵为长期小剂量匀速给化疗药提供了很好的一个途径,有利于在一定时间内维持有效的血药浓度,提高药物疗效。弹性输液泵便于固定,容易携带,不影响患者的日常活动;同时,小剂量匀速化疗药的持续泵入避免了大剂量、短时间输注对静脉的损伤,有利于预防静脉炎发生。弹性输液泵由弹性球囊、延长管、流速控制器、夹子、空气及细菌过滤器和携带包组成。弹性球囊由两层弹性膜形成,内层为多聚体,外层为聚氯乙烯 PVC 材料,两层弹性膜保证药物输入准确,且防破损能力强,利用本身的弹性收缩力“推动”药液通过带有流速限制器的延长管,延长管接静脉通道的开口端进入患者体内,流速限制器准确地维持恒定的滴注速度,有利于药物在血管内保持有效的血药浓度。

**【适应证】**适用于需要微量、持续并精确剂量注入药液的患者,如癌症患者的化疗、多种原因引起疼痛的镇痛治疗等。

**【操作前准备】**

1. 用物准备 弹性输液泵(根据输液要求选择型号),50 ml 注射器,药液,10 ml 生理盐水数支,皮肤消毒剂,棉签,砂轮,无菌纱布,笔,输液卡。

2. 患者准备 理解操作的目的,保持情绪稳定,已建立静脉通路。

3. 护士准备 向患者及家属做好解释工作;着装整齐,按洗手规范洗手,戴口罩。

**【操作步骤】**

(1) 使用前仔细阅读使用说明书。

(2) 按要求留置深静脉置管或浅静脉置管。

(3) 根据需要使用相应型号便携式弹性泵,检查便携式弹性

输液泵消毒日期、外包装袋有无破损、保护装置的盖子是否盖好。

(4) 取下填充口的盖子,保存好供稍后使用。用一次性 50 ml 注射器抽取所需药液,排气,并将之牢固地接在填充口上,夹紧管路路上的开关,用不超过规定的最大填充量填充便携式输液泵。从填充口取下输液器,重新盖紧填充口盖子,保证管路末端的盖子已盖紧,标记有关药物及患者姓名。

(5) 弹性输液泵均匀充盈,无漏液,打开开关夹,进行排气。

(6) 根据医嘱要求,调节设定时间、液量、滴速。

(7) 将便携式输液泵管路连接到深(浅)静脉留置管接入点,接入前确认在血管内,打开开关开始输注,并记录开始时间。

#### 【护理注意事项】

- (1) 保持管道的通畅,避免管道打折、扭曲、脱出。
- (2) 严密观察泵入情况,输注泵的填充量若小于标准容积,可导致流速加快;输液泵的填充量若大于标准容积,会导致流速减慢。如果储存时间过长,输注时间可能会显著延长。便携式输液泵的标准流速是用生理盐水做稀释剂而确定的,加入任何药物或使用另一种稀释剂,可能会改变黏度,从而导致流速提高或降低。使用 5% 的葡萄糖液会使输注时间延长 10%。观察容积大小改变情况,以确认输注是否顺利。

### 第三节 外周深静脉置管及维护

外周深静脉置管(PICC)是经外周静脉穿刺进入中心静脉导管的置管术。PICC 导管是一种由硅橡胶制成的、可以在静脉内长期留置的导管。

#### 【目的】

- (1) 为患者提供中、长期的静脉输液治疗。
- (2) 静脉输注高渗性、有刺激性的药物,如化疗、胃肠外营养(PN)等。

**【操作要点】**

## 1. 评估患者

(1) 询问、了解患者的身体状况,出、凝血情况。

(2) 评估患者局部皮肤组织及血管情况。

(3) 由医师负责与患者签署知情同意书。

## 2. PICC 置管操作要点

(1) 做好准备,保证严格的无菌操作环境。

(2) 选择合适的静脉:①在预穿刺部位以上扎止血带;②评估患者的血管状况,选择贵要静脉为最佳穿刺血管;③松开止血带。

(3) 测量定位:①测量导管尖端所在的位置,测量时手臂外展 $90^{\circ}$ 。②上腔静脉测量法:从预穿刺点沿静脉走向量至右胸锁关节再向下至第三肋间。③锁骨下静脉测量法:从预穿刺点沿静脉走向至胸骨切迹,再减去 $2\text{ cm}$ 。④测量上臂中段周径(臂围基础值),以供监测可能发生的并发症。新生儿及小儿应测量双臂围。

(4) 建立无菌区:①打开 PICC 无菌包,戴手套;②应用无菌技术,准备肝素帽、抽吸生理盐水;③将第一块治疗巾垫在患者手臂下。

(5) 消毒穿刺点:①按照无菌原则消毒穿刺点,消毒范围包括穿刺点上下 $10\text{ cm}$ 两侧至臂缘;②先用乙醇(酒精)清洁脱脂,再用碘伏消毒,等待两种消毒剂自然干燥;③穿无菌手术衣,更换手套;④铺孔巾及治疗巾,扩大无菌区。

(6) 预冲导管。

(7) 扎止血带,实施静脉穿刺:穿刺进针角度为 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ ,直刺血管,一旦有回血立即放低穿刺角度,推入导入针,确保导入鞘管的尖端也处于静脉内,再送套管。

(8) 从导引套管内取出穿刺针:①松开止血带;②左手示指固定导入鞘,避免移位;③中指轻压在套管尖端所处的血管上,减少血液流出;④从导入鞘管中抽出穿刺针。

(9) 置入 PICC 导管:将导管逐渐送入静脉,用力要均匀缓慢。



(10) 退出导引套管:①当导管置入预计长度时,即可退出导人鞘;②指压套管端静脉稳定导管,从静脉内退出套管,使其远离穿刺部位。

(11) 撤出导引钢丝:一手固定导管,一手移去导丝,移去导丝时动作要轻柔。

(12) 确定回血和封管:①用生理盐水注射器抽吸回血,并注入生理盐水,确定是否通畅;②连接肝素帽或者正压接头;③用肝素盐水正压封管。

(13) 清理穿刺点,固定导管,覆盖无菌敷料:①将体外导管放置呈“S”状弯曲;②在穿刺点上方放置一小块纱布吸收渗血,并注意不要盖住穿刺点;③覆盖透明贴膜在导管及穿刺部位,加压粘贴;④在衬纸上标明穿刺的日期。

(14) 通过 X 线拍片确定导管尖端位置。

#### 【置管后的护理要点】

(1) 置管术后 24 小时内更换贴膜,并观察局部出血情况,以后酌情每周更换 1~2 次。更换贴膜时,护士应当严格无菌操作技术。换药时沿导管方向由下向上揭去透明敷料。

(2) 定期检查导管位置、导管头部定位、流通性能及固定情况。

(3) 每次输液后,封管时不要抽回血,用 10 ml 以上注射器抽吸生理盐水 10~20 ml 以脉冲方式进行冲管,并正压封管。当导管发生堵塞时,可使用尿激酶边推边拉的方式溶解导管内的血凝块,严禁将血块推入血管。

(4) 治疗间歇期每周对 PICC 导管进行冲洗,更换贴膜,正压接头。

(5) 密切观察患者状况,发生感染时应当及时处理或者拔管。

#### 【康复指导】

(1) 向患者做好解释工作,使患者放松,确保穿刺时静脉的最佳状态。