

肿瘤临床护理

主编 陶重燕

ZHONGLIU LING

东南大学出版社

肿瘤临床护理

主 编 陶重燕

副主编 顾 慧 宋晓萍

东南大学出版社

内 容 提 要

本书为肿瘤护理人员在总结临床经验的基础上参考有关专著集体编写而成,包括肿瘤的一般护理及各专科护理、常见肿瘤护理、肿瘤临床护理的常见操作三部分内容。前六章介绍了肿瘤一般护理以及手术、放疗、化疗、中医中药治疗和其他诊疗的护理,第七章介绍了常见的 26 种恶性肿瘤的护理,第八章详细介绍了 10 种护理操作,书后还有 10 个附录。本书内容新颖、实用,可供肿瘤护理人员和其他各科医护人员参考。

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤临床护理/陶重燕主编. —南京:东南大学出版社,2002.12

ISBN 7-81089-061-1

I. 肿… II. 陶… III. 肿瘤学:护理学
IV. R473.73

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 098460 号

东南大学出版社出版发行

(南京四牌楼 2 号 邮编 210096)

出版人:宋增民

江苏省新华书店经销 金坛教学印刷厂印刷

开本:850mm×1168mm 1/32 印张:13.5 字数:346 千字

2003 年 4 月第 1 版 2003 年 4 月第 1 次印刷

印数:1-4000 定价:20.00 元

(凡因印装质量问题,可直接向发行科调换。电话:025-3795802)

《肿瘤临床护理》编委名单

主 编 陶重燕

副主编 顾 慧 宋晓萍

编委会 (按姓氏笔画排序)

丁 芹	马月琴	马圣香	王伟祖	王格林
王海涯	冯 梅	朱娟芳	朱 敏	仲春梅
刘建红	刘 蓉	羊丽芳	孙 敏	李伟兵
李 忠	吴美琪	旷玉明	宋晓萍	张庭卿
陈广文	陈少萍	郑晓宇	孟爱凤	胡彩虹
夏 莲	顾奎兴	顾 慧	徐仕玲	陶重燕
童 英	蔡炽志	岳士华	於小燕	丁晓红
符卜乐	成翔雁	许晓芹	杜 欣	时小平
沈秀婷	张苏平	曹绿英	曹 萍	褚小平
袁 萍				

主 审 冯继锋 张 勤

审 阅 (按姓氏笔画排序)

王伟祖	史美琪	冯纯伟	吴罕莉	汪仪俊
沈文荣	张庆震	张 圆	张镇君	陆保成
陈世晞	陈文湛	尚俊清	明学志	金稚奎
郑秀立	项其昌	徐晓明	唐桂棟	黄风伦
彭素蓉	蒋 谦	曾志毅	谭旭艳	潘良熹

序

恶性肿瘤是严重威胁人类生命健康的常见病、多发病。癌症不仅给病人造成身体上的巨大痛苦,而且给病人带来心理上的和精神上的严重创伤。随着科学技术的迅速发展,癌症已成为可防可治的疾病,其治疗效果也有很大提高。但要最终攻克恶性肿瘤这个堡垒,尚需继续努力。在这个系统工程中,肿瘤临床护理是不可忽视的重要环节。

肿瘤临床护理是一门专业性和实践性都比较强的护理学科。它要求肿瘤护理人员在努力学习基础医学和肿瘤专业护理知识的同时,还要不断更新知识、更新观念,掌握各种新技术、新方法,以肿瘤病人为中心做好护理工作,为提高肿瘤病人的生存率和生存质量做出自己的贡献。

目前,我国有关肿瘤临床护理方面的著作还不多。江苏省肿瘤医院护理人员在不断总结肿瘤临床护理经验的基础上,编写了《肿瘤临床护理》一书。该书在兼顾肿瘤一般诊治知识的同时,突出了肿瘤临床护理实践的内容,包括肿瘤的一般护理及各种专科护理、常见肿瘤护理、肿瘤临床护理的常见操作等,内容新颖、可操作性强,是一本具有实用价值的肿瘤专科护理书籍。该书可供肿瘤护理人员学习、借鉴,也可供有关医护人员参考。



唐维新

2002年8月20日

前 言

肿瘤护理作为护理学的一个分支,具有专业性强、发展快的特点。随着医学科学技术的迅速发展、国内外先进医疗技术及仪器设备的大量引进,肿瘤护理水平也得到了不断提高。同时,现代医学护理模式对护理技术和护理质量提出了更新、更高的标准和要求。

1995年江苏省肿瘤医院编印的《肿瘤护理常规》(内部资料),深受院内外医护人员的欢迎,在临床护理、科普教育等方面起到了积极的作用。但现已不能满足广大护理人员的需求,为此我们组织编写了《肿瘤临床护理》一书。这是一本肿瘤专科护理书籍,与其他护理著作不同的是,本书注重肿瘤临床护理的实际应用,而不只是肿瘤护理的理论阐述。本书分为肿瘤治疗理论知识,肿瘤各专科护理,常见恶性肿瘤诊断、治疗及常规护理操作等,尤其是重视新技术、新设备在临床应用中的护理,因此实用性很强。



本书在撰写过程中得到江苏省肿瘤医院领导的大力支持,也得到医院有关科室的主任、护士长及护理人员的大力协助。完稿后特邀王伟祖副研究员初审、编辑,又承蒙江苏省卫生厅唐维新副厅长作序,在此一并致谢!

由于本书编写时间仓促和编者的水平所限,不足之处在所难免,敬请读者不吝赐教。

编 者

2002年8月8日

目 录

第一章 肿瘤一般护理	(1)
第一节 心理护理	(1)
第二节 饮食与营养	(4)
第三节 疼痛与压疮的护理	(9)
第四节 社区护理	(13)
第五节 临终关怀	(15)
第六节 健康教育	(18)
第二章 肿瘤外科治疗的护理	(22)
第一节 手术前后的一般护理	(23)
【附】女性生殖系统肿瘤手术护理	(29)
第二节 各种麻醉护理	(31)
第三节 手术中的护理	(37)
第四节 术后重症监护病房	(43)
第五节 各种引流管护理	(50)
第六节 外科手术护理计划	(57)
第三章 肿瘤放射治疗的护理	(65)
第一节 放疗概述	(65)
第二节 放疗技术及护理	(70)
第三节 放疗护理计划	(85)
第四章 肿瘤化学药物治疗的护理	(99)
第一节 抗肿瘤药物概述	(100)



第二节 肿瘤化疗的护理	(110)
第三节 化疗护理计划	(124)
第五章 中医中药治疗的护理	(134)
第六章 其他诊疗的护理	(139)
第一节 介入放射学血管造影术的护理	(139)
第二节 超声聚焦刀治疗的护理	(146)
第三节 超声导向穿刺术的护理	(149)
第四节 食管腔内超声检查的护理	(151)
第五节 各种内窥镜检查	(153)
第六节 CT 检查的护理	(160)
第七节 核磁共振成像检查的护理	(163)
第八节 核医学发射型计算机断层仪的检查与治 疗的护理	(166)
第九节 激光、冷冻疗法	(171)
第七章 常见恶性肿瘤护理	(174)
第一节 睑板腺癌	(174)
第二节 口腔癌	(177)
第三节 腮腺肿瘤	(186)
第四节 上颌窦癌	(190)
第五节 颅内肿瘤	(194)
第六节 鼻咽癌	(202)
第七节 喉癌	(208)
第八节 甲状腺癌	(214)
第九节 乳腺癌	(221)
第十节 食管癌	(229)
第十一节 肺癌	(237)



第十二节	纵隔肿瘤	(246)
第十三节	胃癌	(250)
第十四节	肝癌	(258)
第十五节	胰腺癌	(264)
第十六节	大肠癌	(270)
第十七节	膀胱癌	(280)
第十八节	外阴癌	(284)
第十九节	子宫颈癌	(290)
第二十节	卵巢癌	(297)
第二十一节	绒毛膜上皮癌	(302)
第二十二节	恶性黑色素瘤	(310)
第二十三节	恶性淋巴瘤	(314)
第二十四节	软组织肿瘤	(320)
第二十五节	骨肿瘤	(323)
第八章	肿瘤病人的临床护理操作	(329)
第一节	深静脉穿刺置管术	(329)
第二节	外周静脉穿刺留置术	(338)
第三节	各种输液泵操作	(342)
第四节	腹腔内灌注化疗	(347)
第五节	鼻咽冲洗法	(351)
第六节	后鼻孔填塞	(353)
第七节	乳腺癌术后功能锻炼	(356)
第八节	更换造口袋	(359)
第九节	阴道擦洗	(362)
第十节	全胃肠外营养	(364)



附 录

一、肿瘤国际分期法	(368)
二、实体肿瘤客观疗效评定标准(WHO)	(369)
三、常见癌症的危险因素、症状体征和预防	(370)
四、病人活动状况评分表	(373)
五、生物效应药物调节剂	(374)
六、常见抗癌药物的用法及护理事项	(382)
七、抗肿瘤药物分类、名称和简写符号	(392)
八、各种食物、水果含水量表	(397)
九、临床检验标本的采集	(398)
十、常用检验项目参考值	(401)



第一章 肿瘤一般护理

第一节 心理护理

癌症已成为一种严重危害人类健康的常见病、多发病,而它的发生、发展与人们当前的生活方式、工作压力、环境污染、个性特征及生活事件应付能力等社会心理因素有密切关系。从疾病谱的改变,我们可以更清楚地认识到人的生物学属性、社会属性以及心理活动三者之间是相互联系、相互影响的。实践证实,癌症的发生、发展和转归与心理社会因素明显相关。古代希腊医学家希波克拉底有一句名言:“了解什么样的人得了病,比了解一个人得了什么样的病更为重要。”因为病人的人格特征常使躯体、疾病的表现不同,同样的疾病,其表现往往是不尽相同的。随着医学科学技术的发展,癌症病人的治愈率、存活率已显著增加,病人在不同的治疗、康复阶段均有各种心理反应,需要相应的心理护理及社会支持。如果仅把疾病作为重点,而忽略了对病人的理解,会给病人的治疗、康复带来不利的影响。可见在癌症护理中,心理护理、社会支持占有特别重要的地位。我们根据临床上癌症病人的心理特征采取以下三个不同阶段的心理护理。



一、确定诊断阶段心理特征及护理

由于癌症远未被彻底征服,“谈癌色变”也不是少数人的反应,因此,在接受一系列检查过程中,病人心理反应复杂而强烈。一般而言,多数病人在接到诊断证明后会经历一个心理失衡过

程,由否认、疑惑到无奈地接受,随之而来出现紧张、焦虑、恐惧等不安的情绪,他们急于想知道自己的疾病结果和最好的治疗方案。此时多数病人首先考虑的问题是癌症对生命的威胁。此阶段主要心理护理措施是:①语言恰当,不要随意向病人和家属流露可能是癌症的言词。不要在病人面前交头接耳,使病人怀疑是在谈论自己的病情。②如已经确诊,应尊重病人,在充分了解病人的心理特征、社会文化背景的基础上,以适当的时间、恰当的方式向病人讲清病情,正确指导,同时向病人讲解治愈的希望,使病人及早摆脱恐惧,积极配合治疗。无论病期早晚,都应将争取最好疗效的希望给予病人。③做好各种检查前的知识宣教。为了正确诊断,往往需要做各种检查,由于病人缺乏必要的知识,对检查存在顾虑,对检查的目的、方法、不良反应、注意事项不了解,故护理人员应给予耐心的解释,使病人尽快地接受各种检查。

二、治疗阶段心理特征及护理

由于肿瘤治疗手段很多,向病人讲解治疗计划时应同时给予病人治愈的希望,无论是采取手术治疗、化学治疗、放射治疗还是其他方法治疗都应将疗效、可能出现的不良反应和解决方法讲清楚,使病人及家属有思想准备。尤其是做化疗的病人,多因肿瘤发现较晚而不宜手术或因肿瘤复发转移,病人多存在不同程度的怀疑、紧张、恐惧、忧郁心理,常失去治疗的信心而悲观失望,甚至产生轻生的念头,他们心中的世界会显得黯然失色,他们理解的生命将虚无缥缈,精神崩溃也是病情急转直下的主要原因之一。实践证明,这些情绪对机体免疫功能有抑制作用,主要影响对癌细胞的免疫识别和监视,促使肿瘤发展。所以,医生、护士有责任帮助病人重新认识生命的价值,理解病人的心情,热情关怀病人,尊重并耐心倾听病人的陈述,消除一切不良刺激,建立良好的医患关系,并取得其家属的紧密配合,使病人



保持坚强的毅力与癌症作斗争。

化疗的病人晚期重症多,由于长期慢性消耗及肿瘤扩散引起的机体功能紊乱,病人十分痛苦,应按重症疾病护理常规精心护理,坚持床头交班,保证护理计划的实施,同时给予病人情感方面的支持,组织有益的活动,介绍肿瘤及化疗知识,或请已治愈的同病种的病人现身说法交流体会,谈治疗过程的感受。鼓励病人坚持治疗,讲解治疗的安全性、有效性,发放有关治疗知识的宣教材料。病区设活动室,备有电视机、各种书报及棋类等,活跃病人休养生活,或者组织病人参加力所能及的工作,以分散其注意力。建议病人的同事、朋友经常来到床边,交谈一下工作、生活中的趣闻,鼓励病人早日恢复工作,这对振奋精神、保持机体正常功能有积极意义。手术病人进行术前术后的访谈可以解除病人术前恐惧、焦虑,促进术后顺利康复。对于某些根治性手术可能造成病人身体部分缺失、机体正常功能改变等,应说明手术的必要性,用实例说服病人,使其相信只要处理得当,不会影响日后的生活。

三、康复阶段心理护理

在对肿瘤病人采取积极、合理的治疗并使肿瘤得以控制或消除之后,提高生存率、延长生存期、改善生活质量是现阶段肿瘤病人康复的主要目的。使病人全面康复,或使其在身体条件许可的范围内能最大限度地恢复生活和劳动能力,就需要根据具体情况制定一个行之有效的康复计划或方案,其具体的实施需要医护人员、病人本人、家庭以及社会的支持。康复阶段的病人大多是在家庭中度过的,现代医学模式要求护士不但要护理住院病人,还应关心在家庭、社会范围内的病人。①做好出院指导,使病人离开医院后仍然按照治疗计划、康复计划进行治疗。②鼓励病人参加社会活动,如癌症病人自发组织的活动,一起锻炼身体,一起交谈养病经验,能互相鼓励,是一种极好的集体心



理治疗形式。③重新建立生活规律,培养良好的习惯,科学地把心理调适和营养结合起来,坚持适度的体力活动和功能锻炼。生命在于运动。人体不断地运动,就能表现出生机勃勃的活力,有效地抵御各种外邪的侵袭。④向家属宣传家庭护理中的心理护理知识,从房间的布置、病人情绪调理,到如何给病人心理支持,充分发挥家属的作用。⑤与病人保持联系,及时询问病人康复阶段的情况,会增加病人的安全感与康复的信心。

第二节 饮食与营养

肿瘤细胞比正常组织细胞生长活跃,代谢旺盛,尤以恶性肿瘤更为明显。大多数晚期癌症病人都有机体新陈代谢异常的改变,合成代谢减少,分解代谢加强,新陈代谢率及消耗明显增加,对营养物质的消化、吸收、利用率降低,病人在晚期因机体营养缺乏而损害机体及免疫功能,从而引起恶病质。营养支持是肿瘤病人的重要内容,所以对癌症病人更应重视其营养。护理人员应于早期注意病人的进食,想方设法维持病人的食欲,不但能改善病人生活质量,还能提高病人对治疗的耐受性,保证治疗计划的顺利完成。



一、营养缺乏的因素

1. 局部因素 肿瘤病人的局部病变,如头颈部肿瘤伴唾液腺破坏,加之吞咽困难,病人饮食摄入量减少,体重下降。

2. 全身因素 肿瘤病人因放疗、化疗周期长,局部和全身反应大,常有嗅觉、味觉的改变,出现饱胀感及厌食。味觉异常可引起消化液分泌减少,肿瘤可产生乳酸盐,均有抑制食欲的作用。

3. 治疗的影响 如头颈部肿瘤放疗导致唾液腺抑制,腹部照射引起肠蠕动失调,化疗、放疗中均会影响病人的食欲,使病

人的体重下降。

二、食欲不振表现

1. 精神性食欲不振 癌症病人会出现忧愁、焦虑、失望的情绪,还有的病人只重视药物和手术、放疗、化疗而轻视食疗,因此,要多与病人交谈,掌握沟通技巧,安慰病人,进行心理疏导,解除思想顾虑,从而使病人自觉接受并密切配合食疗。

2. 消化道梗阻与吸收障碍 如食管癌,有进行性吞咽困难、饥饿感,不能进食或进食少,体重减轻,甚至出现恶病质状态。

3. 放疗、化疗所致的食欲不振 化疗病人常有全身疲乏,消化道反应明显,纳差。放疗过程中出现食欲不振与照射的部位、范围及剂量有关。

三、营养

鼓励癌症病人自愿地摄入尽量多的食物。根据病情、营养要求及胃肠功能情况,原则上给予癌症病人高蛋白、高热量、多维生素、低脂肪、易消化的饮食。癌症病人一般每天需要100~150 g蛋白质及20.9~25.1 MJ (5 000~6 000 kcal)的热量,每日4~5餐,以维持肌肉活动和满足恶性肿瘤的代谢需要。饮食一般分两类:一类为提供高蛋白、高热量的饮食,如鱼、虾、鸡、瘦肉等;另一类为富含维生素的饮食,如新鲜水果、蔬菜、果汁、菜汤等。两类饮食交替进行,以达到各类营养素的均衡摄入,目的是维持病人良好的营养状态。若是中度和重度营养缺乏或在治疗时并发严重的营养不良,则应采取积极措施。

1. 积极向病人宣传,促进食欲 增加营养性食物与重视药物、手术等治疗措施一样重要,通过宣传,让病人有一个愉快的进食情绪。

2. 创造良好的进食环境 各种治疗(如化疗、输液、输血



等)应尽量在饭前结束。疼痛的病人在饭前给予适当的药物镇痛,让病人愉快地进食。口腔溃疡的病人进食前服用普鲁卡因止痛等。

3. 挑选食物 食物品种多样化,克服单调饮食。由于放疗、化疗使病人免疫功能下降,抵抗力降低,出现食欲减退、乏力等不适,要选择能够刺激消化液分泌的食物,烹调时注意色、香、味,荤素搭配要适当。不要以水果代替蔬菜,因为仅吃肉类等食物在肠内吸收率约70%,如果增加蔬菜,则吸收率可达90%。

4. 其他 对摄入量少或不能进食的病人,可鼻饲要素饮食,给深静脉高价营养等。

四、基本膳食

1. 普食 适于消化功能正常、无发热及治疗恢复期病人。其特点是:

(1)与正常人饮食相同,但少用油炸及不易消化的食物。

(2)在计划食谱时,注意均衡膳食,还应注意食物的色、香、味、形、质和多样化。

(3)每日供应三餐,总热量为9.3~10.9 kJ(2 200~2 600 kcal),蛋白质70~90 g。

2. 软食 适于消化不良、手术后恢复期、放疗后咀嚼不便或化疗后纳差的病人。其特点是:

(1)介于半流质与普食之间的一种饮食,易消化,便于咀嚼,因此一切食物烹调时都要切碎、炖烂、煮软。

(2)不食油炸的食物,少食含粗纤维的蔬菜。

(3)长期采用软饭的病人,因蔬菜都是切碎煮软,故需要补充富含维生素C的食物,如番茄汁、菜汁等。

(4)每日三餐,下午可增加一餐点心。

3. 半流质 适于发高热、身体虚弱及手术、放疗或化疗后消化道反应重、咀嚼及吞咽困难的病人。其特点是:



(1)较软饭更为细软,易消化,易咀嚼,含纤维素少而营养较高,呈半流质状态的食物。

(2)少食多餐,每日5~6餐。其热量在6 280.2~8 373.6 kJ (1 500~2 000 kcal)之间。蛋白质应达到健康人需求量。

(3)腹部手术后肠道功能未恢复,不能立即给含纤维素及胀气食物。

(4)调配各种米粥、肉末粥、蛋花粥、面汤、蛋糕等。

(5)忌用油煎、油炸、生、冷及辛辣调味品。

4. 流质 适于高烧、咀嚼及吞咽困难、大手术后初期和危重病人。其特点是:

(1)食物为液体或易于溶化的液体。

(2)每2~3小时1次,每日6~7次,每次200~300 ml。

(3)胃肠道手术病人,为避免胀气,不给牛奶及甜的液体。

(4)头颈部手术后病人应给冷流质饮食,同时禁用过酸、过咸的饮料,以免切口受刺激而疼痛。

(5)凡用鼻饲管注入的流汁,忌用蛋花汤、浓米汤,以免管道堵塞。



五、治疗膳食

1. 高蛋白饮食 适于营养不良的癌症病人,采用富含蛋白质的食品如鱼、肉、蛋、奶及豆制品。

2. 低蛋白饮食 适宜肝、肾衰竭病人,每日蛋白质不超过40 g,应选用动物食品作为蛋白质的来源,主食可用一部分小麦淀粉代替。

3. 少油膳 适于放疗、化疗及胆囊、肝脏、胰脏等肿瘤病人。每日脂肪量限于40 g以下,禁用油炸食品和肉、猪油及含脂肪多的点心,以少油或不用油的方法来改善食物的色、香、味。

4. 糖尿病饮食 适于伴糖尿病的肿瘤病人,需要营养师通过计算方法制定一个膳食治疗计划,烹制饭菜尽量符合病人口