

现代临床护理 技术与实践 (下)

唐应丽◎主编

 吉林科学技术出版社

现代临床护理技术与实践

(下)

唐应丽◎主编

第十章 肿瘤疾病的护理

第一节 肿瘤病人的护理概述

一、癌症病人的心理反应

现在虽然已进入癌症可以治愈的时代,但一提到癌,人们还是有毛骨悚然的感觉。而当一个人一旦被诊断为癌症,许多人会相信这人似乎已被处以“死刑”,即使能接受彻底的治疗,也可能失去某个器官或丧失其功能。显然,患者和家属都将面临精神上的强烈打击,出现剧烈的情绪反应,可表现为:

(一)焦虑、恐惧与绝望

1. 医疗接触期患者的心理变化 由于医学知识的日益普及和人们警觉性的提高,当一个人身上发现肿物,便可能首先想到癌症,这种预感会引起患者的焦虑和恐惧,促使患者就医。

在检查诊断期间,患者常踌躇于两种观念之间:“是癌?”、“不是癌?”,疑心重重,忧虑异常,悲观失望与心怀希望交织在一起,害怕检查确诊为癌症,希望检查证实自己是虚惊一场。一旦排除癌症的诊断,便如释重负,死里逃生;而一旦诊断为癌症,则惊恐万状,如闻判死刑,哀伤至极,产生恐惧、绝望的心理。

2. 哀伤过程 被确诊为癌症,一般人的心理反应都会引发哀伤过程。可分为如下几个阶段:

(1) 休克—恐惧期:在突然听到癌症诊断消息的时刻,深感震惊,患者出现心慌、眩晕,有时呈木僵状态。如果患者是逐渐意识到自己患有癌症,这时主要的情绪反应是恐惧。

(2) 否认—怀疑期:由于患者并无心理准备来接受严重而又可怕的癌症诊断,猛然听到癌症的诊断之后,震惊之余便开始怀疑癌症诊断的正确性,否认诊断的事实,怀疑诊断是否可靠,并怀着希望到处求医,希望能获得否定的诊断。此刻,哪怕医生在诊断措词上的细微差别也给患者以一线希望,以此证明自己怀疑的正确,拒绝接受治疗,辗转求医,往往可以造成患者延误治疗的情形。但从精神分析的角度看,否认是一剂缓冲剂,患者借助否认机制可以应付由癌症诊断所带来的紧张与痛苦。

(3) 愤怒—沮丧期:当患者否认事实时尚抱有一线希望,当各位医生诊断一致,患者确信自

已患有癌症,情绪便变得易于激动,很快转入愤怒的行为。病情使得他(她)会暂时或永远不能像健康时一样进行体能活动,或者不能达到自己追求的目标,或者不得不放弃自己心爱的事业;或者在住院期间任人摆布,听命于人,于是愤怒、愤恨与妒忌的情绪像火山一样爆发,此时感到“看什么也不顺眼,听什么都心烦”,觉得任何人都对不起他,怨天尤人,抱怨,大声叫喊,百般挑剔,甚至无理取闹。愤怒的情绪有时会引起攻击性行为。

愤怒之余患者又会感到悲哀、沮丧,怪老天爷不长眼,为什么让我患上这可恶的癌症,严重时感到绝望,甚至产生轻生念头和自杀行动。由于悲愤情绪的影响,患者的生活习惯、饮食和睡眠规律均被打乱,食不甘味,睡不安寝。

(4)磋商期:患者经历一段时间的愤怒之后,发觉生气对病情并无帮助,逐渐体会到所患疾病那是真的,但祈求奇迹,盼望能延长生命,甚至于恢复健康。这一阶段,患者往往许下各种心愿,献上一种承诺,以求将死期挪后或保有生命。例如,向医生提出要求,能让他有时间参加儿子的婚礼,或是能见到孙子的出生;或祈求上苍,跪拜菩萨,请求神给他机会能如愿所偿,并许下各种心愿,以使其能完成某些愿望。这时期患者依然存有希望,病急乱投医,不断寻访各类医生,寻找各种偏方、秘方。说明患者的求生欲望强,同时也很配合医疗护理。

(5)接受—适应期:经历过内心的尽力挣扎、奋斗,患者最终不得不以平静的心态来接受和适应所患癌症这一残酷的事实,重新调整生活的步调,期望剩余的日子过得充实而有意义,不再怨天尤人,不再自暴自弃并着手处理身后事,同时比较理性地期望治疗有效。一些病人因此而接受事实,得到有效治疗而延长寿命,甚至治愈;有些末期病人虽然病况不佳,但因接受和适应既成事实,也能平静渡过余年。但多数病人不能恢复到病前的心境,而进入一种长期的忧郁和悲哀之中,这种心态可一直延续到治疗过程中。

3. 治疗时期的情绪起伏 随着癌症进入治疗期,患者的情绪往往随着病情而变化。当病情治疗好转时,患者的焦虑恐惧与抑郁心情随之缓解,希望之光在心头升起;而当治疗拖延时日、效果不佳或症状加剧、癌症复发时,则希望之火破灭,面对残酷的事实常会出现忧郁、焦虑、恐惧、悲哀的情绪,畏缩、沉默、哭泣、暗自落泪、不吃不喝、不言不语、不愿见人、郁郁寡欢常是患者的行为表现;有强烈的无助感和绝望的想法,有时还有强烈的意志消沉甚或自杀念头。各种治疗,手术治疗的创伤比一般手术大,对患者身体功能的损害亦大;化疗与放疗大多有严重的毒副作用或治疗反应,如恶心、呕吐、脱发、消瘦等,病人因此而顾虑多端,易陷入严重的“趋避”冲突之中,难以取舍。治疗反应与挫折会加剧患者的情绪应激,甚至失去治疗信心。有的患者可产生较明显的中枢神经系统功能障碍,出现幻听、幻想、定向力障碍、精神错乱、谵妄、嗜睡和智能障碍,或发生人格的变化。

以上几个阶段其顺序和时间并无一定规律性,可同时发生或重复出现,亦也可停留于某一阶段。

(二)罪恶感

部分患者产生一种罪孽的感觉,认为之所以罹患癌症是前世作孽,今世的报应;或者认为自己做错了什么事,是老天爷的惩罚,因而拒绝就医,或延误了诊治时间。

(三)孤独感

由于患癌症而与他人的交往减少,关系逐渐疏远,往往感到孤独。有时孤独系由患者自己

所引发,或者家庭成员及重要亲友的负性态度所造成。俗话说,“哀莫大于心死”,癌症患者自认为所患绝症,落落寡欢,在人群中会感到孤单,无人能使其舒缓。

(四)性生活不平衡

癌症造成性生活不平衡,主要缘于癌症疾患占据了患者的生活,所有的精力都用来对抗疾病。害怕性行为使癌症扩散,或者使健康的配偶也患癌症。一些治疗方法也会影响到性器官,导致性功能障碍;心理的反应,如焦虑、愤怒、忧郁亦对性关系产生伤害。

总之,癌症患者对诊断确定的反应是极不相同的,各有其独特的心理反应。但无疑地,这一段时期是患者的心理危险期,害怕、否认、退缩、愤怒、恐惧、绝望必然会在诊治过程中表现出来。护士对患者的心理异常和需要应深刻认识,并保持高度警惕,适时地给予深切的关照和协助,并给家属以指导,帮助渡过这段危险期。

二、治疗

癌症治疗的目标应是治愈患者,同时确保疾病所造成的躯体功能和组织结构缺损降低到最小程度。原则是尽早治疗,愈早愈好,以防转移,避免贻误治愈时机。对无法治愈的患者,应做到:①防止癌肿快速转移;②缓解症状;③保持患者高品质的生活;④争取延长患者的生命。

常用的治疗手段有:外科手术治疗、化学药物治疗、放射治疗、免疫治疗、中医药治疗等。

(一)手术治疗

主要为局部治疗性切除,多用于癌肿的早、中期病人。手术治疗方式按照手术目的不同分为下列四种:

1.诊断性手术 对疑似癌症而不能确诊者,为明确诊断而采用手术。经手术切下病变组织送病理学检查,以确诊癌肿的种类和类别,例如,剖腹探查术及活体组织切片检查。

2.根治性手术 最常用的方法,即用手术切除全部肿瘤组织,并包括肿瘤所累及的邻近淋巴组织。一般在癌肿比较局限和未发生转移时施行手术,也有时在手术快速诊断的基础上进行根治手术,但手术应使身体的功能及结构缺损减轻至最小范围。典型的根治术包括:乳腺癌、口唇癌、甲状腺癌、肺癌、食管癌、贲门癌、胃癌、胰头及十二指肠癌、结肠癌、直肠癌、子宫颈癌、外阴癌、阴茎癌、睾丸畸胎瘤、前列腺癌等的早期,一般都有很好的效果。根治性手术常常必须将发生癌症的器官切除,可使机体失去某一器官功能或造成终生性毁损,故而对病人的心理冲击极大,患者尚需学习一些新的自我照顾方式。例如:骨癌患者截肢手术后,必须学会使用拐杖或假肢;喉癌患者接受全喉切除术后,必须学会发声或用人工喉说话。

3.预防性手术 即对一些癌前期病变如疣、痣、结肠息肉等进行手术切除,以防止转为恶性。

4.姑息性手术 即癌症不可以进行根治手术时所采用的手术治疗方法。一般对下列情况具有重要作用:肿瘤侵犯重要的器官并产生剧烈疼痛,肿瘤使重要脏器梗阻,溃疡感染或肿瘤侵蚀血管导致出血;还可迟滞肿瘤的生长(例如,切除未停经妇女的两侧卵巢可以延缓乳癌的生长,切除睾丸可使前列腺癌的生长速度变慢)。

姑息性手术对于改善患者的生存质量,无痛苦地延长生存期,减少和防止并发症有一定效

用,多用于晚期癌症患者。常用的姑息性手术主要有:器官切除术、转移癌切除术、肠管引流术、造瘘术、神经阻滞术和血管结扎术等。

总之,不论何种手术,都应全面考虑致残和毁形对患者身体和精神的创伤,对患者的自我观感与身体形象的影响,亦考虑其经济条件,并协助患者的康复。

(二)化学治疗

化学治疗(简称化疗)的目标是清除体内癌细胞,而尽量减少对正常细胞发生的不可逆性损害。一般而言,正常细胞被药物破坏后,其修复速度比恶性肿瘤细胞快,在化疗间歇期后的再次化疗剂量时,受抑制的正常细胞已基本恢复正常。

1.化疗的适应证 癌症的化疗适用于下列情况:

(1)广泛性全身性癌肿,如白血病、恶性网状细胞瘤、淋巴瘤、多发性骨髓瘤等。此类癌症应立争早期诊断、早期采用化疗。

(2)癌肿手术治疗前的准备性化疗,及术后为消灭病变周围未能清除的癌细胞或预防微小转移。

(3)中、晚期癌肿的姑息性治疗,以缓解患者的痛苦,延长生存期。

(4)放射线治疗前或后的辅助性治疗,以此缩小癌肿体积,提高放射治疗的效果。

(5)用化疗药物对局限性癌症或某些器官部位不能手术切除的癌症作区域性灌注治疗,亦可用于区域性放疗复发者。

(6)巩固性治疗,用于预防癌症的复发。

2.化疗的禁忌证 下列情况不适用化疗和必须延期:

(1)极度衰弱、营养不良和对化疗不能耐受者。

(2)患者有严重的感染和广泛出血者:因化疗药物具有免疫抑制作用及骨髓抑制作用,患者治疗期间抵抗力已极低,加之白细胞和血小板的生成已受抑制,容易发生新的感染和更严重的出血。

(3)严重肝、肾功能不全者:化疗药物多经肝脏代谢或经肾脏排泄,化疗可进一步加重肝、肾功能损害。

(4)刚刚进行手术治疗者:化疗抗癌药可影响伤口的愈合,最好在手术后第5~7天伤口已经充分愈合后,才开始化疗抗癌药治疗。

(5)最近在接受放射线治疗者:放射线同化疗抗癌药一样,都可抑制骨髓的造血功能,为防止副作用的加重,化疗应在放射线治疗后3~4周方可给予。

(6)怀孕或骨髓功能受抑制者。

3.给药方法 分为全身给药和局部给药两大类。给药途径的确定是根据药物代谢及吸收的途径决定的,期望能有最适宜的剂量达到癌肿。

(1)全身给药:临床最常用,包括口服、肌内注射、静脉给药、皮下注射等。

1)口服给药:方法简便,空腹给药吸收完全,但较易发生胃肠道副作用。

2)肌内注射:限于少数几种药物,较少用,例如氨甲喋呤、博来霉素。

3)静脉给药:包括静脉推注和静脉滴注两种方法,对血管膜可有损害,切忌漏出血管外,否则药物浸润的局部皮下组织坏死和发生溃疡,在肢体引起严重的局部组织坏死,可致残疾。理

论上,若要在上肢注射抗癌药时,应尽量选择有足够的皮下组织、可以保护肌腱及神经的前臂,可依次选择静脉注射部位:前臂→手背→手腕→肘前窝。选用 20 或 21 号头皮针插入静脉,采用外科无菌技术注射,注射时十分小心,因血管需要多次反复注射,如发生静脉炎便无法继续给药。如果静脉给药难以穿刺成功,可于胸部切开插入一条留置的 Hickman 导管给药。

4)皮下注射:较简便,但目前化疗药中只有阿糖胞苷能皮下注射。

(2)局部给药:现采用的有:

1)肿瘤内注射与局部涂药:较少用,如 5-Fu 油膏用于皮肤癌中的鳞状上皮细胞癌和基底细胞癌,膀胱癌可从尿道注入化疗药作为局部给药。

2)浆膜腔注射:应用于腹腔、胸膜腔、心包腔有渗出液时的给药,经穿刺将药物注入浆膜腔内。常用药物有环磷酰胺、5-Fu。优点:仅少部分药进入体循环,毒副作用较小。

3)脊髓膜腔内注射:亦称鞘内注射,主要用于治疗和预防中枢神经白血病,常用药为氨甲喋呤或阿糖胞苷。

4)动脉灌注:将有效药物注入营养肿瘤区的动脉血管内,其作用有:①使肿瘤区能获得较高的药物浓度;②药物运行的路线和由肿瘤释入循环中的癌细胞和栓子的运行路线相同;③较全身给药显效的机会大;④毒性反应比静脉注射可能要小。例如,经肝动脉将抗癌药物注入肝癌内。

4.药物的分类 抗癌化疗药物一般可分为:

(1)代谢拮抗药。

(2)烷化剂。

(3)抗肿瘤抗生素。

(4)植物性生物碱。

(5)激素。

(6)其他。

5.药物的毒性反应 目前所用的抗癌化疗药物都有极强的毒性作用,在杀灭癌细胞的同时对人体正常细胞亦有杀伤作用,尤其对于处在增殖周期的细胞比率较多的组织,如皮肤组织的生发部位(如毛囊内)、造血组织(骨髓)、胃肠道上皮细胞及生殖细胞的杀伤作用最明显。

抗癌药物主要的三种毒性作用:

(1)骨髓造血功能抑制:为癌症化疗最严重、最危险的并发症,多数抗癌化疗药均可出现毒性作用。主要表现为粒细胞系列受抑制,其次是血小板减少,严重者可有红细胞系列受抑制。常见的症状为:

1)粒细胞减少:继发感染,因此,白细胞减少至 $3 \times 10^9/L$ 时应暂停药。

2)血小板减少:皮肤出现瘀点、瘀斑或出血点,易有鼻及牙龈出血,严重者可有内出血。血小板少于 $50 \times 10^9/L$ 时应暂停药。

3)红细胞减少(贫血):软弱,苍白,易疲倦。

(2)胃肠道反应:常见的有:

1)恶心、呕吐、食欲减退:常见而反复发生的恶心、呕吐可导致脱水,造成水电解质紊乱, H^+ 、 Cl^- 丢失而出现代谢性碱中毒;加之食欲不振,可加重营养不良。

2)便血与感染:由结肠黏膜溃疡、糜烂、脱落所致,为化疗药物最大的毒性反应。

3)腹泻:长时间腹泻将导致水电解质失衡和碱性肠液丢失,如不予治疗则可出现失水、低血钾、低血钠及酸中毒。

4)口炎:表现为口腔黏膜发炎、口角炎等。早期出现口腔干燥,嘴唇有烧灼感,甚至出现疼痛性溃烂、口腔黏膜继发性感染,严重影响摄食。

(3)脱发及生殖功能损害:由于毛囊细胞分裂快速,对全身性化疗特别敏感,易引起脱发,但停药后可再生。同样,生殖细胞亦属于人体的代谢旺盛细胞群,易受化疗损害,发生闭经、精子缺乏症,有时可导致畸胎,故化疗期间不宜怀孕。

6.化疗对癌症治疗的疗效水平 随着对癌症研究的深入、细胞动力学原理在化疗中的应用、联合化疗方案的实施、新药的加入,使目前用于化疗的最常用的药物已达40余种。治疗癌症的方法和策略的改进与完善,部分癌症确实已可经过化疗治愈;部分癌症亦可借化疗而延长寿命;但仍有不少我们熟悉的癌症,化疗对其措手不及。

依目前化疗疗效水平,可将其疗效水平分为(百分数为有效率):

(1)可治愈的:①绒毛膜上皮癌 95%~100%;②皮肤癌 90%;③Burkitt's 淋巴瘤 95%~100%。

(2)有显著效果:①小儿急性淋巴细胞性白血病(ALL)90%;②视网膜母细胞瘤 85%;③威廉氏肿瘤 80%;④慢性非淋巴细胞性白血病(CML)80%;⑤霍奇金氏病 80%;⑥非霍奇金氏淋巴瘤 70%;⑦小儿横纹肌肉瘤 65%;⑧Ewing 氏肉瘤 60%;⑨睾丸肿瘤 45%~90%;⑩前列腺癌 60%;⑪慢性淋巴细胞性白血病(CLL)60%。

(3)中等度有效:①乳癌 60%;②多发性骨髓瘤 60%;③骨性肉瘤 50%~75%;④急性非淋巴细胞性白血病(AML)50%;⑤卵巢癌 30%~50%;⑥子宫颈癌。

(4)轻度有效:①肺癌 30%~50%;②黑色素瘤 25%~40%;③消化道癌症 25%~40%;④子宫内膜癌 30%;⑤膀胱癌 25%~30%;⑥肾癌 20%。

(三)放射治疗

放射线对生长繁殖迅速而旺盛的细胞和幼稚细胞具有杀灭作用,使其不再复生。癌症细胞具有分裂繁殖快、酷似胚胎幼稚细胞的特征,因此可被放射线杀灭。在放射治疗的同时,正常组织细胞也会出现不同程度的损害,由于其修复能力远比癌细胞大,故而可用放射线治疗癌症。

放射治疗(简称放疗)的目标在于杀灭癌细胞,或者使癌细胞永远不能再分裂,而能够对周围正常组织不过分地伤害。

1.放疗的目的 分为根治性放疗和姑息性放疗。

(1)根治性放疗:指应用放疗方法全部而永久地消灭恶性肿瘤的原发和继发病灶。适用于临床Ⅰ、Ⅱ期及部分Ⅲ期病例。

1)单独放疗:早期鼻咽癌单用放疗,五年生存率达95%;早期声带癌单独用放疗,五年生存率达80%~90%,且可保存声带。

2)手术前放疗:认为术前放疗可以缩小原发肿瘤,减少肿瘤与周围组织的粘连,便于手术切除或缩小手术范围,并破坏和消灭部分癌细胞,保存器官功能,使肿瘤附近淋巴管和血管纤

维化,减少手术中癌细胞游走及形成转移病灶的机会,提高治愈率。用于某些头颈部鳞癌、颈部淋巴结转移癌、子宫体癌、直肠癌等的术前治疗。

3)手术后放疗:大多数作为综合治疗方式应用于术后。

①手术后预防性治疗:为预防手术切除不彻底或术后病理检查切缘有癌细胞残留者发生复发及转移,照射原发部位邻近淋巴,以使手术效果更好,例如直肠癌、乳腺癌、甲状腺癌、前列腺癌、喉癌等。

②手术后遗留肿瘤的放疗:手术切除了大部分肿瘤,以放射线照射未能切去残留在附近组织的癌细胞,例如卵巢癌、脑瘤。

③手术后数月或数年,癌瘤复发,不宜再手术;或原发癌术后若干年后骨、脑等处转移者,放疗后可使病灶缩小甚至消失,疼痛减轻。

4)手术中放疗:术中不能彻底清除可疑的转移淋巴结,可一次性大剂量照射,由于损伤大,不利于伤口愈合,已少用。

(2)姑息性放疗:适用于不能彻底“治愈”的患者,包括:①阻止恶性病变进展,暂时维持原状;②减轻患者的不适和痛苦。目的在于让患者有较长的无症状期,延长生存期,减少肿瘤的压迫症状。

2.放射源的特征

(1)分类:放射治疗的放射源主要有三类:①放射性核素:常用的放射性核素可以射出 α 、 β 、 γ 射线;②X线治疗机和各类加速器产生的不同能量的X线;③各类加速器产生的电子束、质子束、中子束、负 π 粒子束以及其他重粒子束等。

(2)同位素及放射量单位

1)同位素:凡元素原子序数相同,在化学元素周期表中占有同一位置,其化学性质相同而原子量各异的元素,称为同位素。同位素分为稳定型和不稳定型两种同位素,常见的放射性核素即属于不稳定型同位素,可放出 α 、 β 、 γ 三种射线。 β 及 γ 射线可用来检查及治疗癌症。

2)半衰期:指组成放射性核素的原子能量衰退一半所需的时间,即放射性核素减弱一半放射能所需要的时间。

3)活性单位:居里(Ci),指每单位时间内一定数量的放射性蜕变,用以表示放射线量的强度。1居里表示每秒有 3.7×10^{10} 次原子蜕变时所放出的能量。毫居里为千分之一居里,微居里为百万分之一居里。多用Bq(见柯勒尔)作单位替代居里单位,1Bq=1/秒,二者关系为:1Bq=1秒⁻¹= 2.703×10^{-11} Ci。Bq或Ci所示放射线活性单位(强度)只表明放射线的蜕变情况,而不表示蜕变方式、发射粒子的种类以及这些粒子的能量,更不能表示实际的剂量。

4)照射单位:伦琴(R)系指光子通过一定质量的空气所产生离子对的数量,为一种标准照射量的国际单位,常用于X光线及 γ 射线量的表示。

5)被吸收的剂量单位:拉德,用以表示不同射线对组织的生物效应,在用放射线诊断及治疗时来标示其剂量。

6)剂量当量(H)单位:雷姆,用以表示不同射线对组织的生物效应,Rem由射线吸收剂量(D)、射线品质因数(Q)、修正因素(N)的乘积构成。在放疗防护中常用剂量当量(H)计算防护剂量,所用单位为Rem。

3. 放射治疗的方法

(1) 体外放疗: 利用 X 线机器、 ^{60}Co 远距离治疗机、直线加速器放出超伏特强度的放射线来治疗癌症。放射头距病人一定距离, 集中照射某一部位, 按照照射部位不同分为近距离(15~40cm)照射和远距离(60~150cm)照射两种。仪器发出的放射线照射体表, 穿透皮肤, 最大量吸收都在皮肤下层, 故放射线可以达到深部肿瘤部位, 以产生最大疗效。

体外放疗一般要先确定病灶部位, 并由放射科医生在皮肤上作记号, 照射时病人保持姿势不动, 放射线由不同的“入口”照射, 一个区域照射 1~3 分钟。

治疗计划一般每周安排 5 天(周一~周五), 病人可以不必住院, 持续 4~6 周。每次约照射 200 拉德, 直至达到预计的剂量为止, 或者直到发生无法忍受的副作用为止。

(2) 体内放疗: 是将密封的放射源直接置入被治疗的组织内、器官腔内, 或者将放射性核素注入全身血循环中。体内放疗有下列两种主要形式:

1) 封闭式体内放射线治疗: 把放射源置入针状、珠状、种子状的封套内, 然后再直接插入或放入癌肿病灶部位, 让较高浓度的放射线直接照射癌细胞。

① 组织插种治疗: 利用手术方式将包在封套内的放射性核素直接插种到肿瘤组织内, 根据其半衰期长短来决定是暂时性植入或永久性植入。例如, 把 ^{60}Co 置入针状容器内, 可以用来治疗子宫颈或其他部位癌症。

② 体腔内放疗: 例如将镭锭装入针状封套内, 再插入子宫体的肿瘤内; 或把液体的放射性核素装入气球内, 放入膀胱内。

2) 未封闭式体内放疗: 液态的放射性核素由口服或静脉注入体内, 例如, 口服 ^{131}I 治疗甲状腺癌; 静脉注射 ^{32}P 治疗髓性白血病; 或者把 ^{198}Au 直接注入胸膜腔或腹腔, 治疗癌症引起的胸腔积液或腹水。

4. 放射防护 护理接触放射线治疗的患者时, 必须进行适当而有效的防护, 以小心保护自己和其他人, 不要暴露在过量放射线中。其基本防护原则包括: 减少受量, 缩短接触时间, 增加接触距离, 设置防护屏蔽(设备)。其中时间、距离和防护设备为三个基本因素。

(1) 减少受量: 照射量与放射源的放射强度成正比, 在不影响工作的情况下, 应尽量减少放射线受量。

(2) 缩短时间: 照射量随接触时间而增加, 接触放射源的时间愈短, 暴露的放射线愈少。在保证医疗护理质量的条件下, 采取集中护理方式, 可避免不必要的暴露。

(3) 增加距离: 放射线照射量与距离的平方成反比, 也就是说, 与放射线来源保持的距离愈远, 暴露的放射线愈少, 即与放射线之间的距离每增加 1 倍时, 暴露的放射线强度将减至原来的 $1/4$ 。因此, 护理妇科患者可在其头或足部操作; 与患者常规联系宜站在门口, 应避免站于床旁。

(4) 防护屏蔽(设备): 利用防护屏蔽可以阻止和有效地减少射线量。屏蔽物质的密度愈高, 防护效果愈强。除了固定的建筑防护外, 可用铅砖、铅玻璃、铅橡皮等制成多种活动的防护屏蔽。铅屏蔽可以阻挡 X 射线和 γ 射线, 护士在接触病人时, 应穿上含铅的围裙及戴上含铅的手套, 或利用铅板阻挡在与患者的接触中间, 但对高能 γ 射线的防护有限, 值得注意。

根据国家 1974 年(GBJ-8-74)放射防护规定, 职业放射工作者、X 射线或 γ 射线外部照射

的最高容许剂量(MPD)为每周空气量 0.1R;其他非职业性工作者也不能超过他们的最高容许剂量。

为防止放射线伤害,工作人员均应满 18 岁,工作时应佩带感光胶片,每月更换一次,当胶片变黑时说明暴露于放射线过度,应暂停照顾接受放射线治疗的病人。护士与体内有放射源的患者接触时间不要超过 30 分钟,如果护理工作未完成,由未接触的护士接任,轮转工作,以保证每个护士每日接受最小的射线量。

防护的原则适用于护士为患者的护理和更换放射源、收集和处理排泄物,及需要处理的纱布、敷料和放射线液体所污染的设施等操作过程。

5.放疗的副作用 在放射治疗过程中,不可避免地照射到一部分正常组织,而造成损伤。正常组织的放射损伤一般分三个时期:一过性放射反应、早期放射损伤及晚期放射损伤。

(四)免疫治疗

癌症的发生、发展与机体免疫功能低下、局部抗瘤效应细胞的数目减少与功能抑制密切相关。临床研究表明,免疫系统受抑制和免疫系统功能不全者发生癌症的机会较多。免疫治疗的目标就是通过增强机体免疫系统的功能,增强免疫细胞杀伤肿瘤细胞的生物效应,从而提高对恶性肿瘤的治疗效果。

癌症的免疫治疗手段有非特异性和特异性治疗两种。

1.非特异性免疫疗法 使用一类非特异性抗原物质增强患者的免疫反应,以对抗癌细胞。

(1)卡介苗(BCG):为一种减毒的活中型结核杆菌,各次使用时应使用同一菌种的减毒 BCG。它可以刺激患者的单核-吞噬细胞系统,激活巨噬细胞,还可以使淋巴细胞聚集到肿瘤部位。使用卡介苗治疗的患者,对癌细胞有破坏和抑制效应,但无根治效果。

常用的卡介苗给药法有:

- 1)划痕法:在四肢皮肤上划痕,滴卡介苗于划痕上使之进入体内。
- 2)直接注入瘤内和其邻近组织,此法由医师执行。
- 3)腔内滴入法:在胸腔或腹腔穿刺放液后,将卡介苗缓慢滴入胸、腹腔内。
- 4)肺内吸入疗法:利用雾化将卡介苗吸入肺内,使其靠近肺内的病灶。
- 5)皮内注射法。
- 6)口服法:用小量橘子汁与卡介苗混合后让患者服下。

BCG 的副反应因用药途径和个体素质而异,BCG 行病灶内注射可出现严重的过敏反应,甚至死亡;其他方法可出现倦怠、低热、寒战、轻度恶心、呕吐等类似感冒的症状;亦可有局部皮肤反应,如红斑、硬结、瘙痒、结痂等,或淋巴结肿大、局部溃疡、肝肿大等。

(2)干扰素:主要在于抑制 DNA 制造及抑制细胞成长,因而可能具有直接抑制癌细胞生长的功效。

(3)短小棒状杆菌:为革兰氏阳性厌氧杆菌,做成灭活菌混悬液与其他疗法合用,可增强人体细胞的免疫力。

(4)左旋咪唑:是一种驱虫剂,可以增强 T 淋巴细胞的功能,减少癌症复发。

2.特异性免疫疗法 通过使患者的淋巴细胞与肿瘤细胞类制剂(抗原)接触,而产生特异性免疫应答以对抗癌细胞。产生应答的制剂有患者自身经过处理的瘤细胞、经过处理的瘤抗

原、致癌病毒、引起抗瘤细胞反应的细菌产物等。使用的方法有：

(1)使用患者自己或他人同种类的癌细胞,经过 X 线或丝裂霉素处理后失去增殖能力,而仍保存其抗原性,作为疫苗注射给患者,以引起其主动免疫反应。

(2)使用处理过的癌细胞或其特殊性抗原在他人体内产生主动免疫,然后再将其具有特异性的淋巴细胞或血清注入患者体内,以对抗癌症。

3. 遗传工程疗法(治癌新趋势)

(1)美国癌症研究所在 20 世纪 80 年代,采用一种遗传工程处理过的新生蛋白质(天然激素),在人体试验中显示有杀死癌细胞的效果。其实质是利用人体本身免疫系统与癌细胞战斗,以摧毁癌细胞。治疗方式为:

1)用一种分离血细胞的仪器连接到患者身上,以抽取患者血液并将白细胞与血液其他成分分开,计数表明,4 小时内约可抽取 100 亿个白细胞。

2)然后将白细胞在实验室中用白细胞介素-2 培养 3 天。interleukin-2 可以刺激免疫系统的反应,培养过程中,一部分白细胞可转变成杀伤细胞,能识别与攻击癌细胞。

3)再将处理过的白细胞与 interleukin-2 重新输入患者体内,注射后又可在体内促进杀伤细胞的生长,杀伤细胞则到处寻找癌细胞,并将癌细胞杀死。

该实验的结果表明:25 名末期癌症患者中,11 人的肿瘤体积均缩小了一半以上。已证实此种疗法可以增强人体自身防御能力,对肠癌、肾癌、肺癌以及皮肤癌等病变可有一定疗效。

(2)抑癌基因的寻找及克隆:找到癌症的抑制性基因,并用克隆技术加以克隆繁殖生长,将是癌症治疗的一种新设想。医学科学技术的发展将预示其实现为期不远。

(五)中国传统医学疗法

中国是一个多民族国家,具有与疾病做斗争的丰富经验,在癌症的预防和治疗上都积累了一定经验。积极发现和挖掘癌症的治疗方法,将会在癌症的治疗中发挥重要作用。

中医对癌症病人的治疗常从患者的全身情况考虑,进行辨证施治,在治疗上贯穿治病求本、扶正祛邪、同病异治、异病同治、标本兼治的原则。临床实践证明,中医药在改善症状、减少化疗、放疗毒副反应方面有一定作用;中药对于患者增强体质、提高免疫功能、减轻癌症疼痛有一定作用,用于手术后康复期的患者可望提高治愈率,提高生存质量。

三、癌症患者的一般护理

(一)护理评估

1. 健康史 评估患者是否有致癌或促癌因素存在,应详细询问下列各项目。

(1) 日常生活习惯

1)饮食是否习惯摄入动物脂肪、肉类多,而摄食谷物、蔬菜少(乳腺癌、大肠癌的机会多);是否过量摄食腌、熏食品及某些食品添加剂(含亚硝胺类致癌物多,可引起结肠癌、乳腺癌、肝癌、膀胱癌等);是否喜好咸食(食物过咸可促发胃癌、食管癌);是否嗜好蛋白类食物(牛肉等,易患淋巴瘤、大肠癌)。

2)食物中是否维生素 A 缺乏(肺癌)、维生素 C 缺乏(食管癌、胃癌);是否有维生素 E 缺乏

(肺癌、前列腺癌的危险性等);是否常食用霉变食物(肝癌)。

3)饮水中是否含砷。

4)是否抽烟、饮酒;是否抽烟斗、嚼食槟榔;是否配有不合适的假牙?

5)是否同性恋、吸食毒品(卡波济肉瘤)。

(2)职业:在什么单位工作做何种工?工作中是否接触化学物质或致癌物;是否在医院放射科或核能单位工作(放射性伤害可引起肺癌、皮肤癌、骨肉瘤等)。

(3)用药史:是否曾经较久地使用过哪类药物;是否长期服用免疫抑制剂或激素类药物(如雌激素、避孕药、雄激素等)。

(4)既往史:是否患过乙型病毒性肝炎、肝硬化(肝癌);是否患过白斑病;色痣是否变质;是否有过其他慢性病史(慢性支气管炎——肺癌,慢性萎缩性胃炎——胃癌,慢性宫颈炎或糜烂——宫颈癌等);是否患过寄生虫病(血吸虫病——大肠癌,华支睾吸虫病——肝胆管癌)。

女性患者应询问月经史、生育史、哺育史、避孕情况等。

(5)家族史:家族成员中有否癌症患者,如视网膜母细胞瘤(家族成员发生癌的危险性几达100%)、多发性结肠息肉症、肺癌(即使不抽烟,发病率亦可高出普通人群4倍)、乳腺癌(发病率高于普通人群3~5倍)。

值得注意的是,并非所有的人对同一种致癌物的易感性都相同,也并非处于致癌高危因素下的人群都可能患癌。究竟是什么原因导致癌症患者病情发生,尚待深入研究探讨。个体素质的差异、精神心理因素及社会压力的不同,也许在癌症的发生过程中扮演一定的角色,仍然有待我们去弄明白。

2. 身心症状

(1)机体病理生理改变:癌症的发生常常在发病前夕或初期表达出一定的信号,由于症状往往不甚明显,不太引人注意,易被疏忽。但当癌症生长达到一定程度或出现浸润性损害时,常会给机体造成不良影响。

1)局部影响:压迫邻近器官;阻塞某些器官管腔通道;妨碍邻近器官或组织血液供应;干扰正常器官的功能;浸润或破坏邻近组织和器官。

2)全身影响:激素类物质的分泌造成全身内分泌障碍或代谢障碍;癌瘤代谢毒物及分解坏死物造成发热等不良反应;消耗机体营养物质导致恶病质;精神心理状态的改变。

以上病理生理改变可引起癌症患者的一系列临床症状和体征。

(2)临床表现:癌症发生部位、类别、生长方式、播散状况不同,所产生的临床表现亦不同。

1) 消化系统:

①舌癌:早期表面出现溃疡,热食或刺激性辛辣食物可出现疼痛,舌活动受限,发音不清,唾液分泌增多;晚期可有吞咽进食困难,并出现恶病质表现。

②口腔癌:口腔内溃疡,自觉舌头在病变部位有粗糙感;或出现麻木感、感觉缺失,最后疼痛明显。

③食管癌:早期症状主要是吞咽食物时胸骨后疼痛、烧灼感或不适、食物摩擦感、停滞或哽咽感,发生呃逆、反胃等,时隐时现,可持续数月或1~3年。中期出现吞咽困难,由固体食物不易下咽到咽下液体食物困难,最后短期内即滴水不能进。晚期出现恶病质。

④胃癌:上腹部不适,食欲不振,消瘦,恶心,呕吐及其他消化不良症状,如嗝气、反酸、胃部灼热、全身不适等。

⑤肝癌:右上腹部不适或疼痛,常伴食欲不振、腹胀、疲乏、腹块、皮肤瘙痒、进行性消瘦、体重减轻;可有肝脏肿大、肝区压痛、黄疸、出血倾向、腹水。

⑥胰腺癌:上腹部疼痛,呈持续性或间断性钝痛或钻痛,可在仰卧位或脊柱弯曲时加剧;有食欲不振、恶心、呕吐、腹胀,有的出现发热、糖尿病等表现。压迫胆总管出现逐渐加深的黄疸、肝肿大,压迫门静脉出现腹水、晚期恶病质等表现。

⑦结肠癌:大便习惯改变,腹泻、便秘可交替发生,或里急后重,腹痛、便血、体重减轻、厌食、恶心、呕吐常出现于中晚期。

2) 呼吸系统:

①肺癌:多数因呼吸系统症状而就医,阵发刺激性咳嗽,有时可有咳痰,以后出现持续咳嗽、咯血、胸痛;局部支气管阻塞有发热、呼吸困难、体重减轻、食欲不振;转移后可出现声嘶、咽下困难、胸膜炎及胸腔积液。肺外表现可出现一组内分泌、神经肌肉或代谢异常综合征,又称副癌综合征。

②鼻咽癌:无痛性颈部淋巴结肿大,鼻涕中带血丝或血块,鼻塞,鼻涕增多,单侧性头痛(由刺激三叉神经末梢纤维而引起,呈隐痛、持续痛、半边后脑痛等);可有嗅觉缺失、耳鸣、耳内闭塞感、耳漏、听力减退;面部出现感觉异常或视物时出现复视。

③喉癌:声嘶、吞咽食物时喉部疼痛或喉部有块状物堵塞感,晚期有呼吸困难、窒息感。

3) 血液系统:

①白血病:贫血、出血、感染及白血病浸润表现为其四大症状。前期为不明原因的难治性贫血,表现为头昏、头痛、乏力、皮肤黏膜苍白、劳累后心悸、气短;出血倾向表现为牙龈出血,鼻、皮肤黏膜出血点、紫癜、瘀斑,女性月经过多;由于粒细胞减少而出现感染,表现为发热、头痛;浸润表现可有肝、脾、淋巴结肿大,骨关节酸胀痛或胸骨痛。

②霍奇金病(HD):淋巴结肿大,多数患者以无痛性进行性颈部及锁骨上淋巴结肿大为首要表现,其后淋巴结肿大遍及全身(如颌下、腋下、腹股沟等)。有不规则发热、盗汗、疲乏、肝脾肿大、体重减轻、血尿酸过高及全身各器官受累症状。

③淋巴瘤:最早表现为单侧性无痛性淋巴病变(结外多见组织原病变)、贫血、出汗、无力、发热、体重减轻,有1/3的病人有肝、脾肿大现象。

4) 泌尿及生殖系统:

①膀胱癌:无痛性血尿症状为首发,先后出现排尿困难、尿频、排尿不适、尿痛。

②前列腺癌:排尿困难,尿流细小无力,尿涩,尿频,血尿,尿潴留。

③卵巢癌:下腹胀块,下腹沉重感或疼痛,阴道不规则出血,尿频,尿急,便秘,腹水。

④子宫颈癌:阴道有恶臭、水样分泌物,经期不正常的点状出血,性交后出血,腹部钝痛。

5) 内分泌系统:

甲状腺癌:肿大的甲状腺内有坚硬无痛性小结节,常为单发,可有颈部淋巴结肿大、吞咽困难、呼吸困难。

6) 骨骼:

①多发性骨髓瘤:广泛侵犯骨骼系统,导致严重的骨骼疼痛,活动时疼痛加剧。可出现病

理性骨折和肌痉挛,伴有贫血、出血倾向、高蛋白血症、高钙血症、肾结石,肾功能不全,尿中排出本一周氏蛋白(测定出此蛋白可协助诊断)。

②恶性骨肿瘤(俗称“骨癌”):肿胀,骨骼剧烈疼痛、活动受限,可出现病理性骨折或远处转移引起的症状(如直肠膀胱压迫症状、神经压迫症、截瘫)。晚期有贫血、发热及恶病质的表现,

7)皮肤:

①基底细胞上皮癌:多见于中年以上,皮肤出现丘疹,逐渐向外扩展,中间凹陷发生溃疡、结痂,容易发生出血。病变不对称,周边不整齐。

②乳腺癌:以无痛性乳腺肿块为首发症状,质硬;乳头有分泌物,乳头凹陷,皮肤呈橘皮样变,晚期乳头糜烂、出血,可有乳房畸形及两侧不对称、腋窝淋巴结肿大。

8)神经肌肉病变:属癌症的偶发影响,大脑、脊髓、周围神经、神经肌肉接合处及肌肉等处都可能出现,影响神经与肌肉的功能。例如肌无力综合征、感觉神经病变、皮炎炎等。

(3)全身影响:肿瘤可能并未直接侵犯或转移到机体其他部位,却由于恶性肿瘤分泌某种物质的作用或某种“遥控”机制,而使其他部位出现症状。所造成的综合征临床称为肿瘤伴随综合征。一种肿瘤可有多种伴随综合征,肿瘤伴随综合征也可出现于全身各处。

恶性肿瘤发生坏死或感染,可引起发热、贫血、体力衰退,晚期可出现“癌性恶病质”。

1)贫血。

2)凝血机制改变:凝血能力增强,容易发生血栓性静脉炎。

3)味觉功能改变:味觉异常或味觉缺失,且在临床症状出现前发生。

4)发热:最为常见。

5)肿瘤产生的激素作用:

①激素过度分泌综合征:如腺垂体嗜酸性细胞瘤分泌过多生长激素,引起肢端肥大症;胰岛细胞瘤产生过多胰岛素,引起低血糖症。

②异位内分泌综合征:系非内分泌器官产生激素造成的异位内分泌综合征,例如,异位性ACTH分泌(可继发于支气管燕麦细胞瘤、上皮性间皮瘤、类癌、胰岛细胞瘤)引起的库欣综合征。

(4)末期症状

1)胸膜腔积液或腹水:由癌细胞刺激胸膜、腹膜内层或种植于此类浆膜所引起,为癌性渗出液。

2)疼痛:多数癌症的末期特征,其疼痛程度视癌细胞侵犯的器官和组织而定;与癌症造成的阻塞、破坏、压迫器官和骨骼、神经等密切相关。

3)恶病质:癌症的末期征象,表现为身体进行性消瘦、体力丧失、贫血、体重减轻、肌无力、厌食、失眠、疼痛和绝望表情,以及临终期毒血症和衰竭综合表现。

3.诊断检查

(1)脱落细胞学检查或Pap抹片检查:根据病情不同标本的收集有:痰液或支气管深部抽出的分泌物,吸取胃液,抽出胸腔积液、腹水,采集尿液沉淀物或子宫颈分泌物等,经直接抹片或离心沉淀作沉渣抹片检查,检查脱屑或腐败细胞,以诊断癌症。目的是发现早期的、未侵犯组织或症状不明显的呼吸系统、消化系统、泌尿生殖系统癌症。本检查的特点是简便易行、价

廉,是一项很有价值的诊断项目。

(2)活组织检查:经切取患者病变部位或转移处的小片组织作显微镜检查,为确定癌症诊断的最好方法,并且可以判别癌细胞的种类和癌症分期。

1)直接将小的肿瘤切除、切取或将转移淋巴结送病理室作切片检查。

2)对较大肿瘤,若手术中疑为恶性肿瘤,可切取一部分组织送快速病理学检查。

3)用注射器进行针吸或用特制的穿刺针头从可疑的结节、硬块或组织中抽取活体组织作标本送检,主要用于抽取肝、肾及骨髓的活组织采集。

(3)放射性核素扫描:根据所检的器官或目的不同,将相应的放射性核素注入被检者体内,利用正常组织或器官与肿瘤吸收的不同,用于检查原发性或转移性癌症。放射性核素扫描常用于脑、肝、甲状腺、肾、骨骼等部位肿块的检查。

(4)X线检查:包括X线平片、电脑断层扫描(CT)、造影检查等方式,对诊断实质性肿瘤、阻塞性肿瘤特别有价值,如消化道、呼吸道、泌尿道等的肿瘤;对骨癌的诊断亦有价值。

1)X线平片:对发现肿瘤仍是目前应用最多的一种方法。可作为体检的普查项目。胸部照片对发现肺癌,头颈、脊柱、骨盆照片对发现转移癌,四肢照片对发现骨肉瘤都是最好的检查方法之一。

2)电脑断层扫描(CT):CT是用X线束对人体层面进行扫描,取得信息并经计算机处理而获得重建图像。可以检出体内深部极小的肿瘤以及肿瘤压迫邻近组织的状况,有较高的检出率和诊断的检出率。对诊断、分期、判断预后、制定治疗计划、术后复查都有帮助。用于脑肿瘤、纵隔、肝、胆、胰、脾、腹膜后、盆腔、骨、肺、肾肿瘤的检查。

3)血管或淋巴管内造影检查:将造影剂注入血管或淋巴管内,使其在X光片上显影。例如,淋巴管造影可诊断淋巴管肉瘤。

4)口服或灌注造影剂造影检查:例如,口服钡剂,进行上消化道造影,可使食管、胃在X线片上显影,以诊断食管癌和胃癌。利用钡剂灌肠可诊断结肠癌等。

(5)超声波检查:用超声诊断仪将高频率超声波射入被检查者体内,遇到器官及器官内肿块便可在超声仪上显示和记录。较CT和MRI价格便宜,目前已广泛用于肿瘤的诊断。如对肝、胆、胰、脾、肾、肾上腺、腹膜后、子宫体、卵巢、甲状腺、乳腺、腮腺、眼部等的肿瘤作为首选的辅助诊断方法。还可用于超声引导下的经皮针吸活检,是一种无损伤性诊治方法。

(6)磁共振成像(MRI):用于各类肿瘤的诊断,对软组织肿瘤的诊断比CT更好。没有X射线,对人体无伤害,但费用较贵。

(7)内镜检查:采用局部麻醉,将内镜送入体内,以查看一些器官的病变。常用的有纤维胃镜诊断胃肿瘤、支气管镜诊断肺肿瘤、膀胱镜诊断尿路肿瘤、喉镜诊断上呼吸道肿瘤。特点是直观,可钳取病变组织活检。

(8)实验室检查

1)甲胎蛋白(AFP):有助于肝癌的早期诊断,在卵巢癌、睾丸癌也可出现。可用于普查,简便、价廉,但需排除假阳性或相应肿瘤的阳性表现。

2)癌胚抗原(CEA):出现于消化道癌症病人中,可作为癌症的术后随访检查项目。

3)碱性磷酸酶(AKP)检查:胃转移和肝转移患者血中的浓度增加。

癌症的发生,从一个癌细胞的不断分化繁殖、增生,到形成瘤体、到被察觉(1立方毫米)之前,称癌症潜伏期(又称无症状期)。这时应运用上述方法进行诊断性检查,及早诊断,以提高治愈率。

(二)护理诊断

1.焦虑、悲伤、恐惧、绝望 与症状出现、被怀疑患癌症到被确诊为癌症、患者对死亡的恐惧、担心癌症复发而终日生活在阴影中有关。

2.潜在并发症——化疗/放疗反应 口腔黏膜改变,恶心与呕吐,腹泻,便秘。

3.营养失调——低于机体需要量 与味觉改变、口炎、食欲不振、癌细胞消耗机体蛋白质等因素有关。

4.疼痛 与癌细胞直接侵犯邻近神经、神经根或神经干受到肿瘤压迫和破坏有关。

5.自我形象紊乱 与癌症造成病人浮肿、化学治疗和放射治疗的毒性反应有关。

(三)护理目标

1.患者能坦然面对所患疾病,并学会进行心理上的自我调节,应鼓励其多进行社会交往。

2.患者能顺利接受各种诊断检查及治疗。

3.增进患者的舒适及减轻痛苦。

4.协助控制和排除身体臭味。

5.维持适当的活动和休息。

6.晚期患者的痛苦能获得最大限度的减轻。

(四)护理措施

1.癌症患者的心理护理 20年前,医疗护理的目的是尽力帮助患者“不太痛苦地离开人世”;10年后,则是为帮助患者尽可能好地活下去,使患者能够在肿瘤抑制或缓解的情况下长期生存。当前,对于癌症患者而言,不再是只为了活着或者让生命超过某一癌症的生存期,而是要让患者作为积极的成员重新回到家庭、工作和社会中,使自己的人生更有意义。因而,做好癌症患者的心理护理极其重要。

(1)是否告知癌症患者病情真相和治疗计划:显然,许多患者在被确诊患有癌症后,医护人员和家属面对的第一个问题就是要不要将诊断确切地告诉患者?这一问题在患者心理反应的震惊和否认期尤为迫切,一般有两种方法可供选择:

1)一旦明确诊断,应将真相连同治疗计划和护理要求一并告知患者。多数学者认为,将癌症的诊断直接告诉病人必须具备以下条件:①医生与病人建立了可以相互信赖的关系;②病人性格坚强,有较强的自制力;③有可以依赖的亲属和友人;④有可以依赖的治疗保证。总之,在告知之前,病人必须处于最佳状态。

直接告之病人的好处是:①对多数已具备有关知识的患者而言,患者迟早会获知疾病的真相,与其让患者遭受猜测和四处求医之苦,不如直言相告;②时机选择应适当,虽然直言真相可引起强烈反应,但多半不会造成严重后果;③同时,告知治疗计划有利于对抗患者的消极心理反应,使患者产生信心,感到未被抛弃;④可避免医护人员的威望受损,避免患者对医护人员失去信心,有利于患者后续期的治疗和护理。