



健康中国2030·专科护理健康教育系列丛书

肿瘤内科护理 健康教育

主编 缪景霞 蔡姣芝 张甫婷



科学出版社

健康中国 2030·专科护理健康教育系列丛书

肿瘤内科护理健康教育

主 编 缪景霞 蔡姣芝 张甫婷

副主编 肖舒静 周 瑾 盛小燕 杨智慧

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

蔡姣芝 (广东省中医院)

柴燕燕 (南方医科大学南方医院)

陈春雨 (南方医科大学南方医院)

陈丽富 (广东省佛山市第一人民医院)

陈佩娟 (南方医科大学南方医院)

陈淑德 (广东省人民医院)

程首宏 (南方医科大学南方医院)

丁玲英 (南方医科大学中西医结合医院)

何少丽 (广东省佛山市第一人民医院)

黄碧灵 (广东省人民医院)

金玉芳 (南方医科大学南方医院)

雷丽婵 (广东省人民医院)

廖荣荣 (南方医科大学中西医结合医院)

刘 玉 (中山大学附属肿瘤医院)

刘亚辉 (南方医科大学中西医结合医院)

罗宇玲 (南方医科大学南方医院)

米 雪 (南方医科大学护理学院)

缪景霞 (南方医科大学南方医院)

莫晓琼 (南方医科大学南方医院)

邵超楠 (南方医科大学中西医结合医院)

盛小燕 (南方医科大学中西医结合医院)

谭海云 (深圳市龙岗中心医院)

王 丽 (北京大学深圳医院)

王晓艳 (南方医科大学南方医院)

肖舒静 (广东省中医院)

徐 倩 (南方医科大学南方医院)

徐海艳 (南方医科大学南方医院)

杨 瑛 (南方医科大学南方医院)

杨翠芹 (广东省人民医院)

杨庭庭 (南方医科大学南方医院)

杨智慧 (南方医科大学护理学院)

尹西西 (南方医科大学护理学院)

张甫婷 (南方医科大学南方医院)

张立力 (南方医科大学护理学院)

张思云 (南方医科大学南方医院)

郑 莉 (南方医科大学南方医院)

郑济宏 (南方医科大学中西医结合医院)

周 瑾 (南方医科大学中西医结合医院)

周 曼 (南方医科大学南方医院)

周 瑛 (广州医科大学附属肿瘤医院)

周小平 (南方医科大学南方医院)

邹本燕 (中山大学附属肿瘤医院)

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书是为肿瘤专科护理人员量身设计的内容, 共分为两篇。第一篇是概论, 系统地阐述了肿瘤内科疾病健康概况, 针对肿瘤患者的诊断、治疗、常见不良反应、饮食、运动、用药、居家护理各个方面提供了健康教育指引。同时, 还设置了肿瘤患者常见疾病防治误区供各位肿瘤专科护理人员参阅。第二篇是各论为常见肿瘤的健康教育指引, 主要介绍了肺癌、胃癌、食管癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌、脑胶质瘤、颅咽管瘤、宫颈癌、胰腺癌、甲状腺癌、淋巴瘤、膀胱癌、白血病、肾癌、鼻咽癌的具体健康教育方法。

本书主要为从事肿瘤专业的护理人员和护理专业学生提供工作参考, 给予临床肿瘤护理人员最实际的指导和帮助。

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤内科护理健康教育 / 缪景霞, 蔡皎芝, 张甫婷主编. —北京: 科学出版社, 2018.2

(健康中国 2030·专科护理健康教育系列丛书)

ISBN 978-7-03-055636-3

I. ①肿… II. ①缪… ②蔡… ③张… III. ①肿瘤学-护理学-健康教育 IV. ①R473.73

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 290707 号

责任编辑: 王锬樞 胡治国 / 责任校对: 郭瑞芝

责任印制: 张欣秀 / 封面设计: 陈 敬

版权所有, 违者必究。未经本社许可, 数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

北京京华虎彩印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018 年 2 月第 一 版 开本: 789×1092 1/16

2018 年 2 月第一次印刷 印张: 12 1/2

字数: 363 000

定价: 75.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

丛书编委会

主 编	周宏珍	张广清	
副主编	王莉慧	覃惠英	陈佩娟
编 者	(按姓氏汉语拼音排序)		
	陈佩娟	邓瑛瑛	古成璠
	何景萍	何利君	黄 莉
	李海兰	缪景霞	覃惠英
	申海燕	屠 燕	王莉慧
	王 颖	谢婉花	姚 琳
	张广清	张 军	张晓梅
	赵志荣	甄 莉	周宏珍
	周 霞		

丛书前言

随着社会的进步,生活水平和文化生活的不断提高,人们对疾病护理和健康知识的需求越来越高,给护理工作提出了新的要求。同时,随着医学模式由生物学向生物-心理-社会医学的转变,护理模式也由单纯的疾病护理向以患者为中心的整体护理转变。健康教育则是整体护理中的一个重要环节,护士在健康服务体系中不仅仅是一个照护者、治疗者,而且是健康的维护者、教育者。它要求护士不仅为患者提供适当的治疗和护理,还要针对不同的患者、不同的人群开展相关疾病的健康教育,以提高患者的自控行为能力,减轻或消除患者的心理负担,促进疾病的治疗和康复。不仅有利于提高患者对医护人员的信任感,同时有利于增强患者的自我保健意识,防止疾病的复发,而且对患者在住院期间的不同阶段也会产生不同的促进作用。

目前我国护理队伍普遍存在学历偏低、年轻化、经验不足、资源分配不均等特点,如何帮助这支年轻的护理队伍在短时间内掌握疾病的基础知识及新技术的护理要点,使临床护理人员更加专业、全面地给患者或家属提供专业个性的指导成为当务之急。正是在这样的背景下,科学出版社及时组织临床护理专家出版了“健康中国 2030·专科护理健康教育系列丛书”,该系列丛书的出版对于推进我国当前护理工作的开展具有现实意义。第一辑共有 20 个分册,各分册间相互独立又彼此关联,涵盖了内科、外科、妇科、产科、儿科等多个学科。归纳起来,本系列丛书具有以下特色。

1. 内容丰富、涵盖面广。

2. 注重讲解各专科疾病的基本概念、发病病因、临床表现、相关检查、治疗原则、护理要点、预防保健等,对于各专科患者关心的运动、心理、社会、日常保健、调养、康复等相关的健康教育,以及大众所关心的热点问题、难点问题、常见的认识误区、容易混淆的概念做了明确的解答。

3. 全书采用问答形式,便于查阅。

4. 编写队伍由活跃在临床一线的经验丰富的护理业务骨干组成,具有较高水准,对于实际工作的指导性很强。

我们真诚地希望护理同仁们通过阅读本丛书,能提高自己的专业知识和自身素质,在实践中为患者提供优质、安全、贴心的护理。

本系列丛书的编写,我们力求准确全面,但由于水平有限,不足之处在所难免,我们真诚地希望广大读者和护理同仁批评指正,以便我们今后不断修正。

周宏珍

2017年6月

前 言

世界卫生组织 (WHO) 发表《世界癌症报告》显示按照目前癌症的发病趋势, 2020 年全世界癌症发病率将比现在增加 50%, 全球每年新增癌症患者人数将达到 1500 万人。我国每年约有 20 万人新患癌症, 约有 140 万人死于癌症, 癌症死亡已成为死因第 1 位。

随着人口平均预期寿命大幅提升和医疗科技的不断进步, 癌症患者治疗后获得长期生存的数量逐年增加。2006 年 WHO 把癌症重新定义为可以治疗、控制甚至“治愈”的慢性病。癌症长期存活者 (存活时间大于等于 5 年) 也越来越多, 已发展成为一个特定的人群。研究显示, 癌症患者生活质量不容乐观, 受到肿瘤类型、治疗方式、治疗相关并发症和生活方式等多种因素的影响。因此, 如何对肿瘤患者提供健康教育指引至关重要。这对医疗和护理工作提出新的和更高的要求。

WHO 将健康教育定义为通过提高大众健康知识水平或者影响其生活行为, 用于帮助个体或者群体来增进健康的任何一种学习学习体验。或者说健康教育是通过信息传播和行为干预, 帮助个人和群体掌握卫生保健知识, 树立健康观念, 合理利用资源, 采纳有利于健康行为和生活方式的教育活动与过程, 是有计划、有组织、有评价的系统干预活动。它以调查研究为前提, 以传播健康信息为主要措施, 以改善对象的健康相关行为为目标。

为了使广大临床护理人员和护理专业学生能够系统地了解肿瘤内科疾病的健康教育方法, 全面地掌握肿瘤护理健康教育的专业知识及技能, 我们组织了肿瘤相关的护理专家, 共同完成了《肿瘤内科护理健康教育》一书。

本书简明扼要地介绍了肿瘤内科疾病的健康指引, 并重点介绍了多种常见癌症的健康指引要点和护理方法。该书内容丰富、新颖, 具有很强的临床实用性。希望我国广大临床护理人员和护理专业学生, 能从本书中收获有益的知识, 并通过本书能够对如何为肿瘤患者提供指引有更深入的认识, 在肿瘤专科护理工作中做出更大的成绩, 从而为广大患者带来裨益。

科学技术日新月异, 由于时间仓促及编者水平和经验有限, 本书难免有遗漏不足之处, 真诚希望广大读者批评指正。

缪景霞

2017 年 6 月

目 录

第一篇 概 论

第一章 肿瘤内科疾病健康教育概况	1
第二章 肿瘤诊断	7
第一节 肿瘤的病理诊断方法	7
第二节 肿瘤标志物的检测	7
第三节 临床上常见的肿瘤影像学检查方法	9
第四节 其他肿瘤诊断方式及健康教育	12
第三章 恶性肿瘤静脉治疗	14
第一节 肿瘤化学治疗	14
第二节 化学治疗静脉的评估和合理选择	17
第三节 恶性肿瘤静脉输液治疗护理风险管理	19
第四节 便携式化疗泵在临床静脉化疗中的应用	24
第五节 恶性肿瘤患者静脉高营养	25
第四章 肿瘤内科治疗常见不良反应健康教育	28
第一节 肿瘤内科化疗的护理	28
第二节 肿瘤内科放疗的护理	41
第三节 肿瘤内科分子靶向治疗的护理	44
第四节 肿瘤内科微创治疗的护理	46
第五节 肿瘤中医特色疗法	48
第六节 中医药膳食	49
第五章 肿瘤患者的膳食	51
第一节 肿瘤患者膳食护理的目的	51
第二节 化疗期间患者的膳食	52
第三节 放疗患者的饮食	54
第六章 肿瘤患者康复运动	57
第一节 适当运动能够抑制肿瘤生长	57
第二节 如何科学进行康复运动	57
第三节 有氧运动是肿瘤患者的最佳运动方式	58
第四节 不同疾病的肿瘤患者术后康复锻炼	60
第七章 肿瘤患者居家护理	65
第一节 肿瘤化疗间歇期常见的症状及护理要点	65
第二节 患者居家时需要注意的要点	67
第八章 抗肿瘤药物临床研究	71
第九章 肿瘤患者常见疾病防治误区	81

第二篇 常见肿瘤的健康教育

第十章 肺癌健康教育	88
第十一章 胃癌健康教育	95
第十二章 食管癌健康教育	103
第十三章 肝癌健康教育	111
第十四章 结直肠癌健康教育	117
第十五章 乳腺癌健康教育	123
第十六章 脑胶质瘤和颅咽管瘤健康教育	130
第一节 脑胶质瘤健康教育	130
第二节 颅咽管瘤健康教育	133
第十七章 宫颈癌健康教育	137
第十八章 胰腺癌健康教育	144
第十九章 甲状腺癌健康教育	153
第二十章 淋巴瘤健康教育	158
第二十一章 膀胱癌健康教育	165
第二十二章 白血病健康教育	172
第一节 急性白血病	172
第二节 慢性粒细胞白血病	178
第二十三章 肾癌健康教育	182
第二十四章 鼻咽癌健康教育	186

第一篇 概 论

第一章 肿瘤内科疾病健康教育概况

一、什么是健康教育？

世界卫生组织（WHO）将“健康教育”定义为通过提高大众健康知识水平或者影响其生活行为，用于帮助个体或者群体来增进健康的任何一种学习体验。广义的健康教育指教育大众健康知识，包括环境健康、身体健康、社会健康、心理健康、心智健康及情绪健康等。狭义的健康教育指不同职业的人群学习控制情绪、保持或恢复健康的学习体验。

二、什么是健康促进？

WHO 将“健康促进”定义为促进人们维护和提高自身健康的过程，是协助人类与环境之间的战略，规定个人与社会对健康各自所负的责任。

三、健康促进的基本内涵是什么？

健康促进的基本内涵包括个人和群体的行为改变，以及政府行为（社会环境）改变，并重视发挥个人、家庭、社会的健康潜能。

四、健康教育与健康促进的区别与联系是什么？

1. 健康教育要求人们通过自身认知、态度、价值观和技能的改变自觉采取有益于健康的行为和生活方式。因此，从原则上讲，健康教育适用于可改变行为的人群；而健康促进是在组织、政策、经济、法律上提供支持环境，它对从未改变有支持性或约束性。

2. 健康教育作为健康促进的重要组成部分，与健康促进一样，不仅涉及整个人群，而且涉及人们社会生活的各个方面。在疾病三级预防中健康促进强调一级预防。

3. 健康教育是健康促进的核心，健康促进需要健康教育的推动和落实，营造健康促进的氛围，没有健康教育，健康促进就缺乏基础；而健康教育必须有环境、政策的支持，才能逐步向健康促进发展，否则其作用会受到极大的限制。

4. 与健康教育相比，健康促进的客观支持与主观参与于一体。健康促进包括健康教育和环境支持及个人与群体的知识、信念和行为的改变。

五、什么是健康相关行为？

健康相关行为是指人类个体和群体的与健康 and 疾病相关的行为。

六、促进健康行为有哪些？

促进健康行为包括日常促进健康行为、避免有害环境行为、保健行为、预警行为、求医行为、解除不良嗜好行为、遵医行为和患者角色行为。

七、常用的健康相关行为理论有哪些？

1. 知信行模式 该模式将人类行为的改变分为获取知识、产生信念及形成行为 3 个连续的过程。其中“知”为知识、学习，“信”为信念、态度，“行”为行为、行动。知信行模式是指人们通过学习，获得相关的健康知识和技能，逐步形成健康的信念和态度，从而促进健康行为的产生。

2. 健康信念模式 是运用社会心理方法解释健康相关行为的理论模式。根据该模式，人们要采取某种促进健康行为或戒除某种危害健康行为，必须具备 3 个方面的认识。首先是认识到某种疾病或危险因素的严重性和易感性，其次是认识到采纳或戒除某种行为的困难及益处，最后是对自身

采纳或戒除某种行为能力的自信。

八、常用的护理健康教育模式有哪些？

1. 计划性健康教育模式 即传统的健康教育模式，通常是由科室针对健康问题制定出标准健康教育内容，由责任护士根据标准健康教育内容对患者实施健康教育。本模式可采用分段教育法，如入院初期教育、住院期间教育、出院健康指导等。教育方法有个别宣教、集体上课、发放学习资料等。这种方式费时少，简单易操作但以宣读为主，主要是被动完成任务，不考虑患者的需求，在改变患者及家属知识结构、态度及行为上不能起到应有的作用，易流于形式。

2. 护理程序健康教育模式 与护理程序相同由 5 个步骤组成，即评估、诊断、计划、实施和评价，主要以评估患者的学习需要制定计划，实施对患者的健康教育，最后以患者的行为和态度的改变评估教育效果，更强调患者参与的重要性。这种健康教育模式符合健康教育的要求，有计划、有目的、有评价，可有效地利用人力资源，避免工作中的盲目性、重复性、低效性等弊端，促进护理工作从经验型逐步向标准化、规范化、科学化管理发展。

3. 焦点解决模式 这种模式于 20 世纪 70 年代末提出，最初用于临床心理咨询和治疗，近年来已在国际临床护理领域得到越来越多的关注。该模式是在传统问题解决模式的基础上，提供一种更为积极和尊重患者的干预模式，其关键不在于寻求问题发生的根源，而在于帮助患者寻找建设性的解决方案。

4. PBL 教育模式 PBL 是基于问题的学习（problem based learning, PBL）教学法，是以问题为引导，以自学讨论为主体的一种教学方法，目前已成为国际上一种流行的教学模式。PBL 教育模式是将 PBL 这样一种教学方式直接移植到患者教育或者是护生实习阶段的学习中，将健康问题抛出，由引导者引导大家思考问题、解决问题、运用知识及技能有效解决问题的新模式。

5. PDCA 循环健康教育模式 即护理问题-自我学习-治疗目标的健康教育研究，这种研究借鉴了 P（plan）、D（do）、C（check）、A（action）循环的理论，将健康教育的对象进行评估后，将健康教育知识与患者具体情况系统有机地结合起来，使繁杂的健康教育工作在临床实践中变得有组织、有条理、有目的、有针对性。

6. 跨理论模式 行为改变是衡量健康教育成功与否的标志。跨理论模式是将行为变化的认知、行为和时间等综合起来，认为人们在做到行为改变之前，是通过一系列的阶段来改变的。行为改变的跨理论模式包含 5 个主要阶段，即意图前期、意图期、准备期、行动期和维持期。行为改变要有效，取决于在正确的时间阶段做正确的事（方法/技巧），所以需要确认目标族群正经历的改变阶段，实施适当的介入方法。

7. 授权教育模式 是随着疾病谱变化而产生发展的。急性疾病的治疗是以专业人员为中心，由专业人员承担诊断、治疗及治疗效果的责任；而慢性疾病的治疗则转为以患者为中心，患者承担治疗效果的责任。授权理论是在充分尊重患者的责任与能力前提下开展的，始终以患者为中心，教育者主要是对行为改变的过程给予充分的关注，帮助患者学会控制自己的行为和培养内在的驱动力，与患者共同制定符合个体的正确策略。

九、什么是肿瘤内科疾病健康教育？

肿瘤内科疾病健康教育主要指由医护人员针对肿瘤内科常见疾病的内科诊断、内科治疗方式、相关检验检测、护理及常见误区，以及疾病的发生、发展及转归等，在患者从入院至出院，从医院至回归家庭的全过程，通过各种途径的宣教和信息传播，帮助患者及患者家属掌握肿瘤内科疾病的相关疾病知识，达到预防疾病、促进健康、提高治疗疗效及生活质量目的的一种教育方式。

十、实施肿瘤内科疾病健康教育的目的是什么？

实施肿瘤内科疾病健康教育的目的一方面是让学生及其家属了解如何对一些常见疾病进行预防、康复，避免疾病的进展等，包括合理的生活方式、自我调解、休息与锻炼等方面，教育大众未

病先防,消除或减轻影响健康的危险因素,有病早诊断早治疗,将疾病带来的痛苦程度在住院治疗前降到最低;另一方面加强患者与医护人员的配合,进一步提高治疗的依从性,提高治疗的积极性和有效性,从而达到预防疾病、促进健康、提高生活质量的最终目的。

十一、肿瘤内科健康教育范围包括哪些?

肿瘤内科健康教育范围包括常见疾病的基本知识,心理指导,用药指导,化验及检查,疾病的发生、发展、转归过程,患者如何配合医护人员做好自我管理以及出院指导,如出院后的生活方式、康复训练、遵医行为等。

十二、肿瘤内科健康教育的方法有哪些?

肿瘤内科健康教育常用方法包括讲授法、谈话法、演示法、读书指导法、参观法、实习作业法、技术操作法、小组法、座谈会、劝服法、传单法、展览法、标语法、墙报法、美术摄影法、广播录音法、幻灯投影法及影视法等。任何一种单一的方法都不能达到很好的宣传效果,因此常采用2种以上的方法结合。

十三、肿瘤内科开展健康教育的方式有哪些?

1. 书面教育 包括宣传卡片、手册或画册、教育指南及健康宣传栏等方法。一般都是根据患者需求或者常见问题制订便于携带和学习的,其内容全面、具体,在院期间由医护人员负责讲解、指导及解答问题,方便患者随时翻阅、复习及查找;其内容新颖,通俗易懂、循序渐进并注重知识的总结与考查,接受度更高。

2. 面对面教育 包括讲课式、座谈式、患患交流式及床边式等。医护人员可以通过正式的或非正式场合,针对患者的具体情况进行一对一或一对多的教育,或者通过一些完全治愈的患者实例向患者讲解或鼓励患者之间进行互相交流,以增强患者的治疗信心。

3. 网络教育 随着信息技术的迅速发展、移动终端的普及,网络健康教育被提出,建立QQ群、微信群、微信公众号、网络平台,制作及定期更新健康教育PPT、微视频,上传共享,设立专家讲座和答疑等环节,开发手机APP,建立针对性网页等,患者可以随时、随地,反复、自由选择针对性的关注问题,节约学习时间,提高学习效果。网络健康教育可以有效弥补院外健康教育的不足,实现个性化关注、指导,加强出院后追踪护理及评价,是健康教育方式未来发展主流方向。

十四、肿瘤内科健康教育的实施对象包括哪些?

肿瘤内科健康教育的实施对象主要是肿瘤患者及家属,但也包括低年资医护人员、实习医师、实习护士,或者其他相关人员。

十五、肿瘤内科开展健康教育需要哪些硬件条件?

有条件者可配备数码照相机或摄像机、VCD或DVD、电视、写字板或白板等,设置健康教育橱窗和宣传板(展板),配置有计算机、投影仪、激光笔、话筒等的专用会议室。

十六、影响肿瘤内科患者健康教育效果的因素有哪些?

1. 观念与态度不够重视 临床中部分护士对健康教育不够重视,对健康教育内容的重要性缺乏正确的认识,同时还有部分护士不愿主动进行健康教育,认为其是医生职责,以治疗性护理工作为重点。

2. 专业知识缺乏 因为健康教育是多学科知识的交叉,主要包括医学知识、药学知识、护理学知识、心理学知识与社会学知识等,教育者只有充分掌握上述知识体系,才能有效开展对患者的健康教育。

3. 工作繁忙 临床护理工作紧张而烦琐,而临床护理人员供不应求,护士工作量大,缺少足够的时间对每一位患者进行详细的健康教育。护士的日常工作包括向患者介绍医院的住院环境、

医疗配套设施、饮食宜忌、用药注意与疾病相关知识,对出院患者还要进行相应的出院指导,还要进行常规的护理治疗性工作,高强度的工作内容使健康教育不能充分进行,影响了健康教育的开展。

4. 缺乏技巧性 在医疗临床护理健康教育的开展过程中,由于护士对健康教育相关理论知识、专业知识及沟通技巧等的缺乏,未能较好地选择合适的时机、恰当的方法对患者进行健康教育,从而导致患者在当时的情境下难以接受,进而影响其开展。

5. 患者因素 患者情绪、年龄、修养、文化水平、家庭环境、经济情况、职业的不同会影响患者对于健康教育的认识、理解和接受能力,特别是对于文化水平相对较低的患者,对健康教育缺乏正确认识,在护士进行健康知识讲解时,常表现出厌烦、焦躁情绪,不利于健康教育的开展。

十七、什么是健康教育处方?

目前关于什么是健康教育处方仍未达成统一意见。米光明教授等认为,健康教育处方又称非药物处方,是指以医嘱的形式对患者进行心理、行为和生活方式的指导,属于文字性材料。而吕姿之教授则认为,健康教育处方是医师在临床医学处方之外的医学行为指导,是以医嘱形式提供的健康教育文字资料,针对某种疾病的特点,对患者进行防治知识、用药及生活方式的指导。也有人认为健康教育处方又称非药物处方,是以医嘱的形式对患者及健康人群的心理、行为和生活方式进行指导的书面材料。

总的来说健康教育处方应该具备几个特征:①提供者。可由医师开具,也可由护士等其他专业人员来的撰写或提供。②表现形式。通常是指文字资料,而不是其他形式的健康教育材料,如视频的、实物性的、声音的材料等。但随着电子化时代的到来,国内外都有电子药方的研究,目前电子健康教育处方也在研究中。③主要内容。包括针对相关疾病或健康问题的饮食、运动、护理、用药和就医的指导,而且应以医嘱的形式表现出来。

十八、肿瘤内科治疗患者健康教育处方编写时应注意哪些?

1. 应具备普通药方式架构 注明患者姓名、性别、年龄、临床诊断、开具日期和医师签名。处方中应包括疾病或健康问题的概述和健康行为指导 2 部分,不应再将病因、病理学、临床表现、流行病学、实验室检查、治疗方法等再单列,必要时还要加上患者及医务人员的联系方式,这样可以提高患者的依从性。

2. 相关疾病或健康问题的概述 在叙述这部分内容时应尽量精炼语言,简单明了,主要包括病因、临床表现、主要治疗措施和转归等。

3. 行为指导 健康教育的核心是行为干预,因此健康教育处方的核心则为行为指导。应当充分考虑对行为的指导性质,应当尽可能细化、差异化。要注意避免主题偏大、内容偏泛的“大”处方,有的医院仅设计了数量有限的几种疾病的健康教育处方,很难满足工作的需要。在行为指导这一部分的最后,可适当留出空白行,以方便医务人员针对不同对象出具更具个性化的行为指导意见。

4. 印刷 健康教育处方经过反复多次修改和审定后进入印刷阶段后,其纸质大小可与一般药方相同,也可略大;纸质以方便保存即可;颜色可根据各自机构的特点和目标人群的喜好决定。

十九、怎样获知肿瘤内科患者健康教育需求?

通常通过健康教育需求评估获得肿瘤内科患者健康教育需求。健康教育需求评估即健康教育诊断,是指在面对人群的健康问题时,通过系统地调查、测量来收集各种有关事实资料,并对这些资料进行分析、归纳、推理、判断,确定或推测与此健康问题相关的行为和行为影响因素,以及健康教育资源获得情况的过程,从而为确定健康教育干预目标、策略和措施提供基本依据。常用的方法有以下几条。

1. 文献法 及时搜集和分析研究各种现存问题的有关文献资料, 从中选取信息, 以达到某种调查研究目的的方法。基本步骤包括文献搜集、摘录信息, 文献分析 3 个环节。常用的文献来源可以是科室现有文献、全国检测数据或者是图书馆数据库等。

2. 定量调查方法 (流行病学调查) 包括流行病调查、体检统计报告和系统统计报告。

3. 定性调查方法 (社会学方法) 包括专题小组讨论、深入访谈法、观察法等。其中专题小组讨论又分为明确研究目的, 确定主持人和记录员, 选择参加者、讨论地点和数量、安排设施, 专题小组讨论, 数据分析和报告几个步骤。

二十、如何评价健康教育效果?

1. 生理指标 能较客观地反映健康教育的实际效果, 常用指标有血糖、血脂、血压、体重、腰围的变化值或达标率等。

2. 临床结局 常用的指标有住院时间、再入院率、病死率、疾病复发率等。国内目前常选择前两个指标作为健康教育效果评价指标, 而国外较少。

3. 知行水平 主要有知识、信念水平和行为改变情况。国外有较多的研究或者相关针对性的量表设计了解某一疾病健康教育的知识水平, 如针对急性冠脉综合征 (acute coronary syndrome, ACS), Riegel 等研制了 ACS 反应指数量表, 该量表由知识、态度和信念 3 个部分组成, 但国内的研究还属于起步阶段, 自制量表仍缺乏较好的信效度, 推广度相对较差; 生活方式常指不良生活习惯、饮食习惯, 如吸烟、酗酒、夜生活、吃辛辣刺激的食物等; 而依从性是指患者的饮食、服药、活动及改变其他生活方式等行为与医嘱的符合程度, 患者依从性的好坏直接影响疾病的进展和治疗效果。

4. 社会心理学评价指标 包括生活质量和心理评价、患者满意度、成本效益分析。生活质量能全面反映患者生理、心理、社会活动等方面的情况, 通过生活质量量表比较健康教育前后的生活质量情况可以将主观的内容表示出来; 患者满意度指标作为健康教育评价指标目前存在争议, 国内较多的研究将其作为常用指标, 但也有学者认为, 健康教育的受益主要指受教育者健康行为的养成和实施健康行为后所获得的效果, 不适合作为效果评价指标。也有研究认为可将各种费用、生命质量及质量调整生命年 (将不同生活质量的生存年数换算成生活质量相当于完整健康的人的生存年数) 等作为主要的结果评价指标, 目前国内的研究将成本效益作为指标的仍较少。

二十一、什么是移动医疗 APP?

随着手机应用量的增加, 移动互联网技术的发展和智能手机普及率的提高, 以健康教育、健康信息分享、移动医疗等为主要业务功能的医疗应用 (application, APP) 发展迅猛。据研究统计, 移动医疗的市场规模在逐年的快速增长, 从 2011 年的 15.8 亿人民币, 到 2017 年可达到 130 亿人民币。美国食品药品监督管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 从临床的角度将移动医疗 APP 理解为安装在智能移动设备上, 以健康促进和疾病预防为目的, 为用户提供健康信息和改变用户健康行为, 提供简单计算、数据跟踪等功能, 并能有效提高医疗信息可达性和医疗服务效率的一切 APP。医疗类 APP 在临床崭露头角后, APP 开发者又细化到将健康教育类 APP 投入到手机市场。

二十二、移动医疗 APP 有何优势?

移动医疗 APP 可弥补传统健康教育缺陷, 有效提高健康教育效果、患者依从性及满意度。一方面, 其健康宣教内容简单易懂, 患者比较容易理解, 还可随时进行收藏, 方便反复学习; 另一方面还可整合医疗与健康资源, 通过高品质与高效率的健康监测与评估体系, 制订健康管理方案和开展健康教育。

二十三、移动医疗 APP 有何劣势?

1. 缺乏专业性 部分非医疗机构开发的相关软件缺乏一定的准确性与有效性。这意味着其所

提供的健康教育信息内容对患者的疾病无法起到很好地预防、保健和自我管理的帮助。甚至有可能起到“南辕北辙”的效果。

2. 存在安全隐患 因移动 APP 与互联网相关,部分非法分子利用移动 APP 中存在的漏洞将木马、广告等植入到健康教育类 APP 中,甚至窃取用户的个人信息和隐私数据来换取商业利益等。

3. 缺乏政府监管 目前,国内并没有将健康教育类 APP 纳入国家监管范围,医疗类 APP 在线上运营前无须经过审批,领域门槛低,这些均直接造成了应用商店相关应用鱼龙混杂的局面,对于后期的监管相当不利,当出现错误信息误导健康时,人们无法通过法律途径维护自身利益。而美国 FDA 关于移动医疗 APP 的监管有较为完善的政策措施,将医疗类 APP 视为医疗设备并按照对医疗设备监管的标准对医疗类 APP 进行监管,分别于 2011 年 7 月 21 日及 2013 年 9 月 25 发布了关于医疗类 APP 的指导性草案 *Draft Guidance for Mobile Medical Applications* 及 *Mobile Medical Applications Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff*, 指南中规定 FDA 有权对移动医疗应用行使自由裁量权,每一款移动医疗类 APP 在上市之前都要接受 FDA 的风险评级,简化低风险的移动医疗类 APP 上市流程,而针对非低风险的移动医疗类 APP 则制定标准化的分类方法,依据现有的风险评估层级系统,对其进行风险等级归类。

4. 使用对象局限 由于年轻人能够流利地使用手机、操作各类软件,对健康方面有一定追求或是由于自身所患的疾病未来可以更好地控制及自我管理,因此属于主流人群,而对于绝大多数的老年人,由于疾病为慢性的,身体各个器官功能老化,智能手机的软件应用及使用频率远远低于年轻人,因此,对于这部分人来说单纯使用健康教育类 APP 无法全面、有效地解决问题,以达到预防保健、控制疾病的效果。

(盛小燕 刘亚辉)

参 考 文 献

- 蔡燕,卞松,2015. 医院移动查房系统的设计与应用[J]. 中国病案, (6): 49-52.
- 陈玉如,王海英,2016. 自制健康教育处方体会[J]. 当代护士: 专科版旬刊, (1): 129.
- 谌绍林,朱健华,丁敏,2010. 急性冠脉综合征健康教育效果评价指标的研究进展[J]. 中华护理杂志, 06: 571-573.
- 范益生,高德华,2016. 康复助手应用程序应用于青少年特发性脊柱侧凸围术期健康教育的效果[J]. 解放军护理杂志, 33(15): 69-71.
- 胡容,2002. 对临床健康教育存在问题的分析及对策[J]. 中华护理杂志, 37(11): 841.
- 黄俭强,陈琪尔,2005. 护士开展健康教育存在问题分析[J]. 护士进修杂志, 20(6): 524-526.
- 栾伟,周诗雯,傅佳顺,等,2016. 健康教育类手机软件应用程序的发展及应用[J]. 中国实用护理杂志, 32(20): 1597-1600.
- 马晓,2012. 健康教育学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社.
- 孙承梅,2015. 浅谈健康教育处方的编写与使用[J]. 健康教育与健康促进, (1): 60-62.
- 王井霞,唐四元,2006. 健康教育方式的分析及我国健康教育现状与展望[J]. 现代护理, 12(16): 1501-1502.
- 王璐,周洁,杜雯,等,2016. 以手机 APP 服务平台进行乳腺癌术后化疗患者维护的可行性分析及临床实践[J]. 齐鲁护理杂志, 22(6): 22-25.
- 杨丽红,2016. 影响护士开展健康教育的因素分析与对策建议[J]. 中医药管理杂志, 06: 90-91.
- 杨佩军,田建中,1999. 健康促进中健康相关行为改变的基本理论[J]. 皮肤病与性病, (3): 1-3.
- 张海燕,何文英,2016. 肿瘤外周中心静脉置管患者的健康教育模式研究进展[J]. 中国医学装备, 02: 141-144.
- HUGHES E, MCCracken M, ROBERTS H, et al, 2009. Implementing & Evaluating Health Promotion Programs[M]. 5th edition. San Francisco, CA: Pearson Education, Inc, 5(7): 3-4.
- Joint Committee on Terminology, 2001. Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology[R]. American Journal of Health Education, 32(2): 89-103.
- LEWIS T L, WYATT J C, 2014. Health and mobile medical Apps: a framework to assess risk and promote safer use[J]. J Med Internet Res, 16(9): e210.
- RIEGEL B, MCKINLEY S, MOSER D K, et al, 2007. Psychometric evaluation of the acute coronary syndrome (ACS) response index [J]. Res Nurs Health, 30(6): 584-594.
- SCHOFFMAN D E, TURNER MCGRIE V G, JONES S J, et al, 2013. Mobile Apps for pediatric obesity prevention and treatment, healthy eating, and physical activity promotion: just fun and games?[J]. Transl Behav Med, 3(3): 320-325.

第二章 肿瘤诊断

第一节 肿瘤的病理诊断方法

一、什么是肿瘤?

肿瘤又称新生物,是细胞的非正常增生,属于一种病理性增生。在绝大多数情况下,肿瘤是一种由 DNA 突变而导致的基因疾病,这种突变可以是自发的,也可以是由环境因素导致的。此外,肿瘤还常伴有如 DNA 甲基化增生和组蛋白修饰改变等遗传学表现的变化。

二、肿瘤的病理诊断方法有哪些?

1. 活体组织检查 包括切除活检、吸取活检、冷冻切片等。

2. 脱落细胞学检查 指以含有脱落细胞的液体或内分泌作涂片镜检,以达到病理诊断的一种技术。此项操作过程方便、简单,患者配合程度高,无痛苦,普查方便。并可多次重复检查以了解治疗前后病变的变化。

3. 其他病理诊断技术 包括组织化学、免疫组织化学和免疫细胞学、电子显微镜、细胞生物学流式细胞仪等。

三、如何认识肿瘤的病理分期?

在临床上根据手术切除标本的病理诊断结果所得到的是肿瘤临床病理分期,是最准确的分期。癌前阶段——此时细胞已发生一定改变,未发展成癌,可以双向发展;原位癌——细胞刚刚发生恶变,局限于上皮层,无浸润;浸润癌(一般用 T 代表)——细胞由发生的部位向下发生浸润, T₁ 原发部位较小, T₂ 原发部位较大, T₃ 更大和或浸润超过了原发器官的边缘, T₄ 非常大或浸润到邻近器官;此时肿瘤由局部或区域性淋巴结转移(一般用 N 代表)——细胞由发生的组织沿淋巴管转移到淋巴结, N₀ 没有淋巴结转移, N₁ 局限性淋巴结转移, N₂ 广泛的淋巴结转移, N₃ 更多远处的淋巴结转移;肿瘤的远处播散(一般用 M 代表)——指肿瘤细胞随血流转移到远处器官, M₀ 无远处转移, M₁ 远处转移。

肿瘤病理分期采用 TNM 分期,即综合 3 方面因素对肿瘤发展程度进行评估,可确定肿瘤的分期(一期~四期,每一期还可能分成 A、B 或 C,四期属晚期)。

第二节 肿瘤标志物的检测

一、什么是肿瘤标志物? 如何检测及其临床意义是什么?

肿瘤标志物是指在肿瘤发生和增殖的过程中由肿瘤细胞本身释放或合成,或是机体对肿瘤细胞反应而产生或升高的标志肿瘤存在和生长的一类物质,主要包含蛋白质、激素、酶、多胺、癌基因产物等。它存在于血液、细胞、组织或液体中,这些物质在正常人中不存在或者在癌症患者中出现的水平高于正常人,所以可通过免疫、化学及基因等方法来检测肿瘤标志物,是早期发现无症状微灶肿瘤的方法,对肿瘤早期诊断、治疗疗效和评价复发的判断具有一定的价值。

二、甲胎蛋白测定及其临床意义分别是什么?

甲胎蛋白(AFP)主要来自于胚胎的肝细胞,是一种血清糖蛋白,胎儿出生后,AFP 的合成很快受到抑制,约 2 周后从血液中消失。因此,正常成年人血清中含量很少,由此检测血中 AFP 浓度对诊断肝癌及生殖细胞恶性肿瘤胚胎癌等有一定临床价值。参考值:放射免疫法、化学发光免疫测定、酶联免疫吸附试验血清 <25μg/L。

临床意义：①原发性肝细胞癌患者血清 AFP 增高可达 $0.25\mu\text{g/ml}\sim 6\text{mg/ml}$ ，相当于正常人的 10 倍甚至数万倍，10~30 岁的肝癌患者阳性率可达 100%。约 50% 的肝癌患者可被检测出来，但也约有 18% 的原发性肝癌患者 AFP 非阳性。②生殖腺胚胎瘤（睾丸肿瘤、卵巢肿瘤、畸胎瘤等）、消化道癌症时，血中 AFP 含量也有不同程度的升高。③病毒性肝炎，一般认为非癌性肝病时 AFP 含量大多在 500ng/ml 以下，肝硬化时 AFP 有不同程度的升高，通常 $>300\mu\text{g/L}$ 。④妊娠孕妇 AFP 也有不同程度升高，分娩后 3 周后恢复正常。

三、癌胚抗原测定及其临床意义分别是什么？

癌胚抗原（CEA）是大肠癌组织产生的一种富含多糖的蛋白复合物。作为抗原可引起患者的免疫反应。CEA 可广泛存在于内胚叶起源的消化系统，是一种广谱性肿瘤标志物，它能反映出多种肿瘤的存在，在临床上主要用于大肠癌、乳腺癌和肺癌等恶性肿瘤辅助诊断、病情发展、检测疗效和预后估计等。参考值：血清 $<5\mu\text{g/L}$ 。

临床意义：①CEA 升高常见于结肠癌、直肠癌、胰腺癌、甲状腺髓样癌、乳腺癌、胃癌、肺癌等患者。②97% 健康成人血清 CEA 浓度 $<2.5\mu\text{g/L}$ ，但吸烟、妊娠期和心血管疾病时 $\text{CEA}>2.5\mu\text{g/L}$ ，少数患者 $>5\mu\text{g/L}$ 。③非特异性结肠炎、胰腺炎、糖尿病、肝脏疾病、肺气肿及支气管哮喘患者有 15%~53% 常见 CEA 增高。④癌胚抗原随病情好转时，CEA 浓度下降，病情加重时可升高。

四、组织多肽抗原测定及其临床意义分别是什么？

组织多肽抗原（TPA）是存在于胎盘和大部分肿瘤组织细胞膜与细胞质中的一种单链多肽，在癌症患者血清组织多肽抗原是持续升高的，非肿瘤患者血清中也存在，其阳性率为 14%~35%。血液内 TPA 水平与细胞分裂增殖程度密切相关，恶性肿瘤细胞分裂、增殖越活跃，血清中 TPA 水平越高，临床上常用于迅速增殖的恶性肿瘤辅助诊断，特别是已知肿瘤的疗效监测。参考值：酶联免疫吸附试验（ELISA）；血清 $<130\mu\text{g/L}$ 。

临床意义：①血清 TPA 水平升高常见于肺癌、膀胱癌、前列腺癌、乳腺癌等恶性肿瘤患者。②恶性肿瘤患者术前 TPA 显著增高，常提示预后不良。③进行干预治疗后，TPA 水平降低；一段时间后 TPA 再次升高，则提示肿瘤复发可能。

五、前列腺特异抗原测定及其临床意义分别是什么？

前列腺特异抗原（PSA）是一种由前列腺上皮细胞合成分泌至精液中的单链糖蛋白，PSA 血清水平明显升高，提示前列腺癌。参考值：放射免疫测定（RIA），化学发光免疫测定（CLIA），ELISA；血清 $\text{t-PSA}<4.0\mu\text{g/L}$ ， $\text{f-PSA}<0.8\mu\text{g/L}$ ， f-PSA/t-PSA 比值 >0.25 。

临床意义：急性前列腺炎、慢性前列腺炎和前列腺癌时患者血清 t-PSA 水平不同程度升高；当行外科切除术后，t-PSA 水平降低。如若再次升高，提示肿瘤复发或转移。

六、鳞状上皮细胞癌抗原测定及其临床意义分别是什么？

鳞状上皮细胞癌抗原（SCC）是一种糖蛋白，是肿瘤相关抗原 TA-4 的亚型。参考值：RIA、CLIA，血清 $<1.5\mu\text{g/L}$ 。

临床意义：①血清中 SCC 水平升高，常见于肺鳞状细胞癌、食管癌、宫颈癌。临床还常用于监测肺、食管等肿瘤的治疗效果、转移、复发及评估预后。②部分良性疾患如皮肤疾患、上呼吸道感染、乳腺疾病、肾功能不全等疾病也存在 SCC 浓度升高。③因 SCC 存在于皮肤表面的中层细胞内，不受年龄性别的影响。采血技术可引起假阳性，汗液、唾液和其他体液污染都会引起假阳性。

七、癌抗原 50 测定及其临床意义分别是什么？

癌抗原 50（CA50）主要由唾液酸糖脂和唾液酸糖蛋白所组成，是一种肿瘤糖类相关抗原。它

对肿瘤的诊断无器官特异性。参考值：免疫放射度量分析（IRMA）、CLIA，血清 <2.0 万 U/L。

临床意义：①CA50增高见于原发性肝癌、胰腺癌、乳腺癌、胆囊癌、卵巢癌、子宫癌、结肠癌等。②各种恶性肿瘤治疗后要动态观察其水平变化，对评价疗效及预后判断、复发检测都具有一定的临床意义。

八、癌抗原 72-4（CA72-4）测定及其临床意义分别是什么？

CA 72-4 是两株单抗识别的黏蛋白样高分子肿瘤相关糖蛋白，是检测各种消化道恶性肿瘤和卵巢肿瘤的标志物。参考值：CLIA，RIA，ELISA，血清 $<6.7\mu\text{g/L}$ 。

临床意义：①CA 72-4 是非特异性肿瘤标志物，其增高见于卵巢癌、大肠癌、胃癌、乳腺癌、胰腺癌，对胆道系统肿瘤有一定的敏感性。②CA72-4 增高不代表患者就患有癌症，最终仍以病理结果为依据。

九、糖链抗原 19-9（CA19-9）测定及其临床意义分别是什么？

CA 19-9 是一种糖蛋白，属于唾液酸化 Lewis 血型抗原。正常人各种体液的上皮细胞存在微量 CA19-9。参考值：RIA，CLIA，ELISA，血清 CA19-9 <3.7 万 U/L。

临床意义：大部分胰腺癌患者血清 CA19-9 是升高的，是胰腺癌目前首选的肿瘤标志物，敏感性和特异性均为 90%以上，临床应用于消化道恶性肿瘤，如肝胆癌、结直肠癌、胃癌，但急性胰腺炎、胆汁淤积型胆管炎、胆石症、急性肝炎、肝硬化、肾功能不全、糖尿病等患者血清 CA19-9 也有不同程度升高。

十、癌抗原 125（CA125）测定及其临床意义分别是什么？

CA 125 是存在于上皮性卵巢癌、组织及患者血清中的一种糖蛋白性肿瘤相关抗原，是人体常见的激素类型，在成人的输卵管、子宫和宫颈内膜也有发现。参考值：RIA，CLIA，ELISA，血清 <3.5 万 U/L。

临床意义：①卵巢上皮癌血清 CA125 浓度升高，早期诊断和复发诊断的敏感性可达 50%~90%，可用于判断卵巢癌的治疗效果和复发情况。②宫颈癌、乳腺癌、胰腺癌、胆道癌、肝癌、胃癌、结肠癌、肺癌、良性卵巢瘤、子宫肌瘤等患者血清 CA125 都出现明显升高。

十一、癌抗原 24-2（CA 24-2）测定及其临床意义分别是什么？

CA 24-2 是一种能被细胞株经杂交技术得到的一系列单克隆抗体糖类抗原，存在于多器官恶性肿瘤中。参考值：ELISA，血清 $<20\text{KU/L}$ 。

临床意义：胰腺癌、结肠癌、胃癌的血清检测，CA 24-2 阳性率较高。

十二、癌抗原 15-3（CA15-3）测定及其临床意义分别是什么？

CA 15-3 是一种乳腺癌相关抗原糖蛋白。参考值：RIA，CLIA，ELISA，血清 <2.5 万 U/L。

临床意义：①乳腺癌时，患者 CA15-3 明显升高，敏感性为 60%，主要用于乳腺癌患者的治疗监测和预后判断。乳腺癌患者血清 CA15-3 浓度动态观察水平升高预示病情进展、肿瘤复发、转移，其浓度升高比临床症状出现时间早。②血清 CA15-3 浓度增高见于子宫肿瘤，转移性卵巢癌，肝癌，胰腺癌，结肠癌，肺癌，支气管肺癌，乳腺、肝脏、肺等的良性疾病时，CA15-3 血清水平见不同程度的增高。

第三节 临床上常见的肿瘤影像学检查方法

一、X 线检查的分类有哪些？适应证是什么？

1. 荧光透视 其成像基于人体组织之间有密度和厚度的差别，对 X 线的荧光效应、感光效应和穿透性成自然对比；但清晰度差，不能显示细微病变，缺乏永久记录，现用于介入治疗时导管路径观察。