

# 晚期癌症病人的护理体会

詹乐萍

(江西省瑞昌市中医院 瑞昌 332200)

关键词: 癌症; 晚期; 护理; 心理护理

中图分类号: R 473.73

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.072

护理人员不但要对护理专业充满浓厚的兴趣、精通业务,还要学习有关社会科学和行为科学的知识,对于晚期癌症的病人,尤其应该如此。我院肿瘤科自 2006 年 3 月~2009 年 12 月收治肿瘤病人 1 021 例,其中男 627 例,女 394 例;工人 187 例,下岗人员 175 例,个体人员 165 例,农民 159 例,干部 118 例,教师 110 例,军人 29 例,医务人员 22 例,学生 2 例,其他 54 例;年龄最大的 81 岁,最小的 15 岁,平均年龄 56.3 岁;病史 3 个月~2 年;肝癌 190 例,肺癌 182 例,胃癌 156 例,大肠癌 130 例,乳腺癌 112 例,脑癌 97 例,宫颈癌 91 例,淋巴瘤 63 例。在对晚期癌症病人的护理过程中我们积累了一些

育系统与出院宣教结合在一起,给予特定的护理干预:(1)每例患者发放专用登记簿,指导患者每日记录尿量、体温等。(2)指导有规律生活,保持稳定、乐观的情绪。忌暴饮暴食,坚持少吃多餐,多吃含高蛋白、低脂肪、低糖、富含多种维生素、易消化的食物。(3)预防感冒,及时添减衣服,避免去人多的公共场所,必要时戴口罩,以防感冒。(4)注意劳逸结合,参加力所能及的工作。(5)加强对患者家属的健康宣教,使他们给予患者更多的支持,减轻患者心理压力。

1.3 评价方法 采用问卷调查法评估患者的自理能力,通过收集并记录两组患者心理状况、化疗药物渗出情况、有无静脉炎、有无皮肤坏死等资料,进行对比分析。

## 2 结果

实验组积极乐观,主动配合治疗护理,化疗药物渗出率较低,未出现皮肤坏死和静脉炎;而对照组出现 3 例皮肤坏死,10 例静脉炎。见表 1。

表 1 两组病人化疗情况比较 例(%)

| 组别  | n  | 渗出生发生 | 皮肤坏死 | 静脉炎    |
|-----|----|-------|------|--------|
| 实验组 | 50 | 2(4)  | 0(0) | 0(0)   |
| 对照组 | 50 | 8(16) | 3(6) | 10(20) |

## 3 讨论

Orem 自理模式是一种护理哲学,阐明自理是人类的需要<sup>[1]</sup>。人与生俱来就具有照顾自己的能力、权利和义务,并通过学习来达到自理需要。其模式分为三部分:自理理论、自理缺陷理论和护理系统

经验,在此报告如下,以供同道参考。

### 1 晚期癌症病人的心理护理

心理护理是一种适应医学模式转变的新的护理方式,是直接关系到病人能否顺利有效接受治疗的重要保障,尤其是危重病人的护理需要我们了解掌握其心理,探索出一套适应病人心理需要的规律,从而根据不同的心理状态实施不同的心理护理措施。

1.1 开朗乐观型(257 例) 此型属稳定型心态,多见于国家干部、工人,能正确认识疾病和生命的自然规律,对待死亡镇定自若。心理护理应因势利导,经常对其讲述有关积极治疗战胜癌(下转第 94 页)

理论。当人们因本身的健康或与健康有关的一些限制,其自我照顾能力无法满足现存的紧急需求或无法继续满足自我需求,或是其自我照顾无效,则发生自我照顾缺失,这时也就是护理发挥功能之所在,也是 Orem 理论之核心<sup>[5]</sup>。自理理论强调护士的任务在于增进患者自我护理的主观能力,通过辅助教育调动和激发辅助的主观能动性,使患者主动参与治疗护理,传统的护理方法是患者被动接受治疗护理<sup>[6]</sup>。

化疗患者自我护理能力普遍偏低,分析原因与患者对恶性肿瘤的认识不足、对医护人员的依赖性过高、对提高自我护理能力认识不够等有关。为此,我们将 Orem 自理模式和健康教育结合在一起实施护理干预,充分调动了患者的主观能动性,增强了患者的自信心,激发了患者的参与意识,减少了因病人的不知情而引发的意外渗出,提高了患者的自我保健能力,从而提高了患者的生存质量。

### 参考文献

- [1]李小妹.护理学导论[M].长沙:湖南科学技术出版社,2001.129-132
- [2]孙燕.内科肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2001.640-673
- [3]Parkin DM.Global cancer statistics in the year of 2000[J].Lancet Oncol,2001,2(9):543-552
- [4]磨琨.自我护理需求的应用进展[J].中华医院管理杂志,1998,14(10):631-633
- [5]Marriner-tomer A.Nursing theorists and their work [M].St Louis: Mosby-Year Book Inc,2003.895
- [6]温翠琪,曹佩珍,黄华兰,等.用自理学说指导肝门部胆管癌患者的综合治疗[J].中华护理杂志,2000,35(2):92

(收稿日期:2010-01-18)

与技术等相关学科在中医药研究中的渗透与应用,血管性痴呆的发病机制及中医药治疗血管性痴呆的作用机制将被逐一揭示,届时,传统医药将在老年医学领域,尤其是血管性痴呆的治疗中,发挥难以替代的作用。

参考文献

[1] Davis K,Cohen RA , Paul RH , et al . Computer - mediated measurement and subjective ratings of white matter hyperintensities in vascular dementia:relationships to neuropsychological performance [J].Clin Neuropsychol,2004,18(1):50-62

[2]王永炎,张伯礼.血管性痴呆现代中医临床与研究[M].北京:人民卫生出版社,2003.49

[3]周文泉,于向东.关于血管性痴呆研究的思考[J].中医杂志, 2002 ,42 (4):9

[4]田金洲,刘中崕.老年痴呆的中医药研究思路[J].中国医药学报, 2000 ,15 (5):72

[5]刘兴山,王静慧.补肾活血化瘀法治疗血管性痴呆的临床研究[J].中国老年学杂志, 2005 ,25 (6):657-659

[6]田金洲,韩明向,涂晋文,等.血管性痴呆的诊断、辨证及疗效判定标准[J].北京中医药大学学报, 2000, 23 (5): 16-19

[7]高希言,牛学恩,陈军,等.中医心脑病学[M].北京:中国中医药科技出版社, 2000.289

[8]马云枝.血管性痴呆的论治[J].河南中医,2000,20(4): 1-2

[9]李晓宏.辨证治疗血管性痴呆 37 例[J].云南中医中药杂志,2002,23 (2): 9-10

[10] 王德生, 张守位. 老年性痴呆 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001.307-308

[11]周文泉,李祥国.实用中医老年病学[M].北京:人民卫生出版社, 2001.739

[12]谢颖杭,高颖,邹记怀,等.血管性痴呆分期辨证及综合治疗的探讨 [J].北京中医药大学学报,2001,24(3): 3-5

[13]陈忠义,李寅超.张发荣教授治疗血管性痴呆的经验[J].福建中医药,2003,34(4): 19-20

[14]American Psychiatric Association. Diagnosrtic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)[M]. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association,1994.143

[15]王发渭,姜楠,仝战旗,等.血管性痴呆患者应用参龙汤改善神经功能缺损的临床观察[J].中国临床康复,2004,8(4): 679

[16]吕少起.益智清心化痰汤治疗血管性痴呆 36 例[J].临床合理用药, 2008,9(1): 31-32

[17]黄赛忠,袁志兴,严立平等.参芪益智汤治疗血管性痴呆的疗效观察[J].湖北中医杂志,2002,24(4): 6

[18]沈晓东,沈双宏.补肾健脾养血活血方对女性血管性痴呆患者性激素和血脂水平的影响 [J]. 世界中西医结合杂志,2008,3(3): 151-153

[19]许东梅,张燕柳,马新乔.养血清脑颗粒治疗血管性痴呆 60 例疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2009,12(9): 64

[20]郭维玲,刘盛军,林维进.步长脑心通胶囊治疗血管性痴呆疗效观察[J].中国中医急症,2009,18(5): 696-711

[21]谭佩珍,龙浩文,彭红莉,等.葛根素治疗血管性痴呆的临床观察[J].中华现代医学与临床,2005,2(1): 15

[22]王芳.三七皂苷干预血管性痴呆危险因素的研究进展[J].实用中西医结合临床,2006,6(5): 88

[23]徐瑞霞,吴芹,龚其海,等.淫羊藿苷防治血管性痴呆的实验研究 [J].四川生理科学杂志,2004,26(4): 174

[24]包焯华,冯伟民,朱国祥,等.头穴久留针治疗血管性痴呆的随机对照研究[J].中国针灸,2004,24(2): 81

[25]赵宏,曹乃钊,刘志顺,等.电针治疗中重度血管性痴呆疗效观察[J].针灸临床杂志,2006,22(1): 27

[26]李岩,赵桂君,赵军,等.针刺疗法治疗血管性痴呆的临床研究[J]中医药信息, 2009,26(2): 78-79

[27]赵惠,孙忠人,孙远征,等.原络配穴为主治疗血管性痴呆疗效观察 [J].中国针灸,2004,24(8): 525-527

[28]孟繁焯.针刺配合养血清脑颗粒治疗血管性痴呆临床观察[J].中国实用神经疾病杂志,2009,12(23): 76-77

[29] 何希俊. 针药并用治疗血管性痴呆 20 例观察 [J]. 中医药学刊, 2001,19 (3): 267

(收稿日期: 2010-06-29)

(上接第 87 页)症、重返工作岗位再创人生价值的一些真人真事,帮助病人克服药物治疗中的反应,通过心理护理,病人各个方面情况都比较稳定。

1.2 恐惧悲观绝望型 (375 例) 多见于农民和下岗人员,这类病人获知自己患了晚期癌症,面对残酷的事实,思想负担很重,内心痛苦不言而喻。病人往往表现为忧虑、恐惧、沮丧、孤独和绝望,情绪变化无常,往往丧失了继续生活的信心,使病情不断恶化。护士应亲切与病人交谈,注意倾听病人的主诉,在检查治疗操作过程中,要讲明治疗的重要性和必要性,以取得合作。同时多讲一些现代医学发展进步情况,以及同类疾病被治愈或缓解的实例,从心理上消除悲观绝望恐惧,树立战胜疾病的信心。

1.3 抑郁型(389 例) 此型一般是晚期癌症在全身衰竭状态下出现的主要表现,精神淡漠、萎靡不振、表情呆板、沉默寡言,机体经受癌痛折磨,精神受到死亡威胁已经崩溃。护理人员应随时主动关心病人,给予精神上的支持和生活上的照料,以满足病人的一切要求。在操作上应尽量减少病人痛苦,护理人员应熟练掌握过硬的静脉穿刺技术,达到一针见血、抢救及时的效果,可使病人从心理上增强信任感,从而保证治疗工作的顺利进行。

2 晚期癌症病人的生活护理

做好晚期癌症病人的生活护理是做好晚期癌症病人心理护理的前提条件。提供一个优质的生活环境,将患者安排在单人或小病房,注意把生命垂

危的病人与一般的病人隔离开,减少恶性刺激。允许家属陪伴,给予充足的营养,少食多餐,按照病人的饮食习惯提供家庭饭菜。为患者洗头、擦背。癌症晚期多出现恶液质,加上长期卧床,易发生褥疮,护理上应定时翻身、擦背、按摩受压处。睡眠差者口服安眠药,一定要看药下肚,以防万一。

3 晚期癌症病人的疼痛护理

晚期癌症病人最感痛苦和恐惧的问题是难以忍受的疼痛。疼痛不仅影响病人睡眠、饮食、活动和情绪,还使病人和家属感到失望。护士应主动陪伴,询问疼痛的情况,耐心听取病人的倾诉,辅以按摩,转移患者的注意力,以减轻疼痛。在病情允许的情况下,护士应主动应用止痛剂。为了最大限度地减轻病人的痛苦,一般在疼痛开始时即给止痛剂,做到随时适量应用,不要待疼痛已难以忍受时再使用止痛剂,基本上不限制止痛剂的种类,而以达到止痛目的为度。

4 晚期癌症病人的临终护理

临终阶段是人生不可避免的经历,也是人生最忧心忡忡的阶段。晚期癌症病人均有不同的肉体上和精神上的双重折磨,护士要理解晚期癌症病人的心理需求,在不违背医疗原则的情况下,应尽量增加病人与家属的会面,满足病人的要求,同意探视等。护士在病人面前应保持温柔、愉快、镇静的表情,热情安慰病人家属,做好心理劝慰。对晚期癌症患者临终期的心理护理,实质是调整患者的情绪,使患者在临终期获得精神上的最大的满足。

(收稿日期: 2010-01-13)