DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.05.033
第26卷第5期 第三军医大学学报 Vol. 26, No. 5
452 2004年3月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Mar. 2004

综述

文章编号:1000-5404(2004)05-0452-03

癌症病人的家庭护理

Family nursing for patients with cancer

练 燕 综述,于瑞英 审校 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所护理部,重庆 400042)

随着老龄化社会的到来,癌症患者的增多,以及因医疗体制改革而导致的医疗费用的限制,使得家庭成为癌症病人后续治疗和护理的必然场所。家庭护理因具有众多的优越性而越来越被医务人员和社会所重视。家庭护理是指由医务人员和家庭成员在家中向患者提供医疗和护理服务的一种医疗保健模式。现就国内外癌症病人家庭护理的现状和进展进行综述。

1 对癌症病人实施家庭护理的可行性和优越性

随着社会的老龄化和医疗体制的改革,人们认识到为癌症病人提供一个既能提高生存质量,又能节省费用的治疗场所的重要性和紧迫性。这种场所仅靠医院是难以提供的,需要患者家庭来扮演主要角色[1]。癌症病人的家庭护理因其具有心理指导上的优越性、生活照料上的方便性、费用开支上的经济性及医疗护理上的可行性而成为癌症病人后续治疗和护理的发展趋势。

1.1 护理上的可行性

由于接受家庭护理的对象主要是疾病在医院已得到较好的治疗和控制,病情相对稳定的患者,护理目的主要在于减少痛苦、提高生活质量、延长生命,因而对医疗设备和专业技术的依赖程度远低于住院治疗。从这意义上说,经过短期培训的非专业人员(如家庭成员、社工、志愿者)在医疗服务机构的指导下,均可胜任家庭护理的一般性工作。

1.2 有助于缓解患者的心理压力,促进病情好转

癌症病人一方面在肉体上忍受手术、放疗、化疗以及疾病本身所带来的躯体痛苦外,还常常处于抑郁和焦虑的情绪之中,这些情绪对于病情的控制非常不利。研究表明[1],家庭护理在心理指导及维护患者人格方面具有医院无可比拟的优越性。开展家庭护理,使病人在自己熟悉的生活环境中得到及时而有序的治疗和护理,可以减轻病人的心理障碍,促进病情好转。

1.3 有助于提高癌症患者生活质量,减少感染机会,延长生命

由于患者在家庭中情绪乐观、饮食合理、生活方便、环境清静,其生活质量较住院期间显著提高,同时也避免了因癌症患者免疫力下降而发生的医院感染的可能。Dochi等[2]对44位在家的终末期癌症病人长达6年的家庭护理跟踪调查表明,癌症病人的生活质量明显改观,并认为在条件许可情况下,应让病人早日回家,由家庭来照顾。另一方面,这一方式也是患者乐于接受的。英国学者Grande[3]的一项调查表明,许多终末期癌症患者愿意选择家庭护理,尤其是社会经济层次较高的患者。由于我国传统观念的影响,大多数癌症患者都乐意在家里接受治疗和度过余生。

1.4 家庭护理效果的优越性

多项调查研究结果表明,家庭护理的效果在一定程度上要优于住院护理。Sekiya等[4]在对116例采取家庭护理死于家中与死于医院的癌症病人进行比较时发现,在营养治疗、镇痛剂使用和照顾人数几方面,死于家中的癌症病人优于死于医院的癌症病人。McCorkle[5]对375例术后癌症患者为期44月的调查表明,家庭护理可明显延长癌症病人的存活期。

1.5 节约费用

由于家庭护理对于仪器设备、医疗技术和专业人员服务的依赖程度明显减少,因而非药品医疗费用也大大降低[1]。加拿大学者Coyte PC的研究发现,在家庭治疗者平均所需费用仅为医院治疗者的8%[6]。以我院对16位白血病患者的初步调查为例,如采取家庭护理方式,由于交通费、亲属误工费、床位费、住院日常消耗费开支的节省,同住院病期间相比,非药品医疗费用可节省约30%~50%。这在我国目前的经济条件下具有普遍的现实意义。

2 癌症病人家庭护理的适应证

日本学者Fujiwara[7]和Yagame等[8]通过对接受家庭护理的癌症患者的调查,认为要实行家庭护理必须具备如下条件:①病人有回家意愿;②患者家属理解并接受家庭护理;③患者的症状控制已到达患者的期望值;④医院开展对患者的随访服务;⑤医院对病人的急诊有充足准备。

3 癌症病人家庭护理的内容

癌症病人家庭护理是指在家中为癌症病人提供主要的医疗服务,这一定义已被扩大到包括社区照顾、预防医学和健康教育等多方面[9]。

我国胡靖等[10]通过家庭护理实践研究,把对癌症等病人的家庭护理内容归纳为:各种护理咨询、心理护理、康复护理、用药指导、营养指导、传染病隔离、消毒、基本诊疗技术,以及介绍自我保健知识等几方面。

美国内科医师学会(American college of physicians)和美国内科协会(American society of internal medicine)在互联网上(http://www.acponline.org/public/h-care/index.html)公布了癌症病人家庭护理指南,目的在于对癌症患者和家庭护理人员进行技术和心理指导。其主要内容包括:死亡教育、思想交流、常见症状的处理及死亡前后的护理要点等方面。

日本学者Takasana[11]基于生理—心理—社会的现代医学模式,充分考虑了社会影响,认为癌症病人的家庭护理应包

作者简介:练 燕(1972-),女,广东省梅州市人,护师,主要从事癌症病人的护理及社区医疗服务网络方面的研究。电话:(023)68757812

收稿日期:2003-02-17;修回日期:2003-08-25

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

括: ①每天 24 h 医生、护士的有效服务。②积极利用社会资源为病人及其家庭服务。④与有关机构积极合作。

4　癌症病人家庭护理的实施方式

在大多数国家, 参与癌症病人家庭护理的人员包括内科医生、专业护士、心理医生、社工、亲友和志愿者等。其中医生和护士提供专业医疗服务, 心理医生进行心理指导, 家庭成员和志愿者提供的一般性质的护理, 共同合作提高生活质量[12]。

美国社区护理组织[13]目前采用的包括癌症护理在内的社区护理主要有两种方式: 一为托管式服务: 包括家庭医疗技术服务、康复治疗以及必要医疗设备的提供; 二是选择式服务: 包括成人白天护理, 短期呼吸护理和 24 h 护士寻呼。

除了上述护理方式外, 医疗机构或组织还通过家庭护理热线咨询电话和互联网站进行指导和答疑等方式, 为癌症病人的家庭护理提供服务。美国马利兰州 Hopkins 医院[14]向癌症病人提供家庭护理手册帮助家庭护理正确实施。

5　对癌症病人家庭护理人员的要求

家庭护理的主要参与者为家庭成员和专业护士, 为满足家庭护理的需要, 对两者有不同的要求。

5.1　癌症病人家庭护士应具备的条件及培训

美国 McEnroe[15]认为对癌症病人实施家庭护理的护士必须具备: ①广博的知识; ②熟练操作技术; ③具有对病人状况进行判断、教育、计划和指导工作的能力; ④能有效利用社区和家庭资源。澳大利亚学者 Aranda[16]认为家庭护士需具备观察和评估病情、给药、实施和调整治疗方案等方面的能力。

国外许多医学院校也开设家庭护理培训课程, 这些课程包括心理学、肿瘤学及重症监护学等方面的专业知识, 并要求完成一定的实习任务, 旨在使家庭护士获得必要的专门知识和技能, 能满足医疗和心理方面的需要[17, 18]。一些地方还建立了家庭护士之间进行经验交流的机制, 以提高家庭护士的知识与技能, 并帮助其解决在实践中所遇到的困难[19]。

5.2　对参与护理的家庭成员的教育[20]

首先使家庭成员了解家庭护理的内容及重要性, 解除顾虑、树立信心。其次要对家庭成员进行一些护理技能培训, 其中包括在医院完成的教育(如家庭护理技术、功能锻炼方法)和出院时的指导, 该指导包括病人活动范围、饮食、服药指导、疾病的一般信息、特殊指导以及如何观察病情发作的征兆, 以及下次门诊时间等几方面。除对家庭护理人员及家属进行必要的训练外, 医院应多为家庭提供信息、物质、精神以及经验等方面的支持, 帮助家庭成员克服在护理过程中面临的主要困难, 如对病人的情绪支持、行为管理和症状监控等。

6　我国癌症病人家庭护理的存在的问题及对策

6.1　癌症病人的家庭护理开展率低

我国癌症患病率相当高, 现共有各种癌症患者 500 余万人。而我国研究人员在对采取家庭护理的病人的调查中发现, 参与家庭护理的癌症病人仅占家庭护理病人总人数 4.51%, 主要原因是患者及家庭成员对家庭护理的认识不足[21]。

患者住院期间是进行家庭护理教育的最佳时机。医护人员通过宣传教育, 既能提高患者及家庭成员的认识水平, 同时又能为开展家庭护理作相关准备。

6.2　系统化社区服务管理网络尚未形成

我国的社区护理发展才刚刚起步, 癌症病人的家庭护理大多依靠极少部分医院的家庭病床科及类似机构。在社区服务组织的成立、家庭护理人员的定期培训和咨询热线及日益普及的互联网站的建立等方面急待开展。

家庭护理的开展, 需要建立一支以综合性医院为依托, 以社区医疗机构为主体, 由专科医生、心理医生、随访护士、社工、志愿者和家庭为成员的社区医疗服务网络。

6.3　家庭护理人员的培训机制亟待建立和完善

一些西方国家已先后建立了社区和家庭护理执业资格制度, 由执业护士参与并指导癌症病人的家庭护理工作[22]。我国目前还没有系统地建立专门的家庭护士的培训、考核机制, 且缺乏对参与护理的家庭成员的教育指导。

家庭护理人员培训机制的建立和完善应从 3 个方面来进行: ①由医疗行政管理机构建立社区护士执业制度; ②由医学院校开设专门课程; ③由社区医疗机构培训社工、志愿者及家庭成员。

目前, 全世界有癌症患者约 2 000 多万。我国有癌症患者 500 余万, 每年发病人数约为 160 万。大部分癌症病人的后续治疗、康复或终末期护理都需要依靠家庭护理。癌症病人的家庭护理已成为癌症病人后续治疗和康复的发展趋势。近几年来国外对这一领域的研究和实践不断增多, 而我国癌症病人的家庭护理尚处于起步探索阶段。随着我国医疗体制的改革及老龄化社会的到来, 并结合当前我国医疗资源的不足和医疗费用的缺乏等国情, 发展和完善癌症病人的家庭护理将具有十分重要的现实意义。

关键词: 癌症病人; 家庭护理
中图法分类号: R473.2; R73　　文献标识码: A

参考文献:

[1] Tanneberger S, Pannuti F, Mirri R, *et al*. Hospital-at-Home for advanced cancer patients within the framework of the Bologna Eubiosia project: an evaluation[J]. Tumori, 1998, 84(3): 376－382.

[2] Dochi K, Osada M. If only I had known it earlier the best time to bring a terminal cancer patient back home[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 1998, 25(Suppl 4): 531－534.

[3] Grande G E, Addington H J M, Todd C J. Place of death and access to home care services: are certain patient groups at a disadvantage[J]. Soc Sci Med, 1998, 47(5): 565－579.

[4] Sekiya Y, Naito A, Maeda M. Terminal care of the cancer patient at home-patient and family sending the last moments together[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 1998, 25(Suppl 4): 684－688.

[5] McCorkle R, Strumpf N E, Nuamah I F, *et al*. A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients [J]. J Am Geriatr Soc, 2000, 48(12): 1707－1713.

[6] Coyte P C, Dobrow M J, Broadfield L. Incremental cost analysis of ambulatory clinic and home-based intravenous therapy for patients with multiple myeloma[J]. Pharmacoeconomics, 2001, 19(8): 845－854.

[7] Fujiwara H, Ishida C, Maruguchi M, *et al*. Primary factors for a transfer to home care[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2000, 27(Suppl 3): 649－652.

[8] Yagame M, Iwakawa H, Ohmoto K, *et al*. Factors leading to home care of patients in the terminal stage of malignant diseases-a study of 10 cases[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2000, 27(Suppl 3): 644－646.

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

[9] Ehrenfeld M. Nursing and home care in Europe[J]. Int Nurs Rev, 1998, 45(2): 61-64.
[10] 胡 靖, 郭苏珍. 护理服务新趋势——家庭护理[J]. 山西护理杂志, 1995, 9(3): 109-110.
[11] Takasuna H. The role of home visiting nurse in the terminal care of cancer from cooperation with other social resources[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 1998, 25(Suppl 4): 631-639.
[12] Massimo L. Home care services and the role of "caregivers"[J]. Minerva Pediatr, 2001, 53(3): 161-169.
[13] Cheryl S. Community nursing organization[J]. Am J Nurs, 1997, 97(1): 63-65.
[14] 肖瑞桃, 何绣文. 家庭护理热线电话咨询[J]. 实用护理杂志, 1997, 13(10): 558.
[15] McEnroe L E. Role of the oncology nurse in home care: family-centered practice[J]. Semin Oncol Nurs, 1996, 12(3): 188-192.
[16] Aranda S K, Hayman-White K. Home caregivers of the person with advanced cancer: an Australian perspective[J]. Cancer Nurs, 2001, 24(4): 300-307.
[17] Pickett M, Barg F K, Lynch M P. Development of a home-based family caregiver cancer education program[J]. Hosp J, 2001, 15(4): 19-40.
[18] Nibert A T. Incorporating critical care oncology nursing in a baccalaureate of science in nursing curriculum[J]. Crit Care Nurs Clin North Am, 2000, 12(3): 391-395.
[19] Howell D, Pelton B. Advancing the quality of oncology nursing care: Interlink Community Cancer Nurses' model for reflective practice[J]. Can Oncol Nurs J, 2001, 11(4): 182-191.
[20] Bakas T, Lewis R R, Parsons J E. Caregiving tasks among family caregivers of patients with lung cancer[J]. Oncol Nurs Forum, 2001, 28(5): 847-854.
[21] 吕立珍, 王海涛. 家庭病床科病人的流行特性研究[J]. 实用护理杂志, 1999, 15(1): 56-57.
[22] 吴小玉. 日本国的护理教育和护理管理[J]. 当代护士, 1999, 2: 34-35.

(编辑 刘洪娥)

综述

文章编号: 1000-5404(2004)05-0454-03

治疗性单克隆抗体研究进展及临床应用现状

Progress in research and clinical application of therapeutic monoclonal antibody

罗 萍 综述, 邹全明, 毛旭虎 审校 (第三军医大学医学检验系临床微生物及免疫学教研室, 重庆 400038)

19世纪末, 动物来源的抗血清用于肺炎、白喉、麻疹等传染病的早期治疗, 显示了一定效果, 但毒副作用大, 特别是异源蛋白易产生过敏反应。1975年杂交瘤技术问世, 开创了抗体技术的新时代。单克隆抗体(以下称单抗)高度的特异性和均一性使其在实验研究和临床检测中得到了广泛应用。自1982年单抗首次应用于人体治疗以来, 应用单抗治疗肿瘤、自身免疫疾病, 组织器官移植排斥反应等疾病的报道渐多, 同时鼠单抗用于人体的毒副作用也越来越明显, 使单抗在人体治疗中的应用受到很大限制。随着分子生物学技术的发展, 尤其是抗体库技术、鼠抗体人源化改造技术以及近年利用转基因技术研制完全人抗体的突破, 为单抗进入临床治疗提供了良好的应用前景。本文就单克隆抗体人源化改造、抗体库技术、转基因小鼠技术研究进展及目前单抗在临床治疗中的应用现状予以综述。

1 鼠抗体的人源化改造

鼠单抗用于人体治疗存在的主要问题有: 诱发人抗小鼠反应(human anti-mouse antibody response, HAMA)或超敏反应, 可降低抗体效果甚至造成人体损伤; 半衰期较短, 可较快被清除而影响疗效; 虽然鼠源单抗能特异识别抗原, 但在人体中常不能有效激活补体和Fc受体相关的效应系统。目前解决上述问题应用最多的技术就是鼠抗体的人源化改造, 主要方法包括嵌合抗体(chimeric antibody)、表面重塑抗体(resurfacing antibody)、重构抗体(reshaping antibody)以及链替换(chain shuffling)。

1.1 嵌合抗体

是利用DNA重组技术将鼠单抗的轻、重链可变区基因插入含有人抗体恒定区的表达载体中, 转化哺乳动物细胞表达出人鼠嵌合抗体, 其人源化程度达到70%左右[1]。嵌合抗体完整地保留了异源单抗的可变区, 最大限度地保持了其亲和活性, 降低了免疫原性, FDA批准的抗体药物中有4个是嵌合抗体(reoPro, rituxan, simulect, remicade)。但由于其整个V区都是异源的, 所以嵌合抗体的异源性还很明显, 解决HAMA的效果并不理想。

1.2 表面重塑抗体

由于人鼠嵌合抗体仍然保留了30%的鼠源性, 可诱发HAMA。为了解决这一问题, 人们建立了表面重塑抗体和重构抗体技术。异源抗体在人体内引起免疫反应的主要抗原决定簇应是该抗体表面上溶液可及的残基。表面重塑是对鼠抗体表面氨基酸残基(surface amino acid residues, SAR)进行人源化改造。该方法的原则是仅替换与人抗体SAR差别明显的区域, 在维持抗体活性并兼顾减少异源性基础上选用与人抗体表面残基相似的氨基酸替换; 另外, 所替换的区段不应过多, 对于影响侧链大小、电荷、疏水性, 或可能形成氢键从而影响到抗体互补决定区(complementary determinant region, CDR)构象的残基尽量不替换。但也有相反的理论认为, 内部的残基会因为抗原在递呈过程中的加工暴露出来, 表现出免疫原性。虽然如此, 至今还没有表面重塑的人源化抗体在体内实验中引起HAMA的报道[2]。

作者简介: 罗 萍(1972-), 女, 湖北省荆州市人, 硕士研究生, 实验师, 主要从事抗体工程方面的研究。电话: (023)68753590

收稿日期: 2003-10-29; 修回日期: 2003-12-22

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net