

图书在版编目 (CIP) 数据

癌症家庭照护简书. 泌尿男生殖系肿瘤健康 500 问 / 石涛等主编. -- 昆明: 云南科技出版社, 2021.5
ISBN 978-7-5587-3261-4

I. ①癌… II. ①石… III. ①男性生殖器疾病—肿瘤—家庭—护理—问题解答 IV. ①R473.73

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2021) 第 074845 号

癌症家庭照护简书: 泌尿男生殖系肿瘤健康 500 问

AIZHENG JIATING ZHAOHU JIANSHU: MINIAO NAN SHENGZHIXI
ZHONGLIU JIANKANG 500 WEN

石涛 周馨 秦扬 吴江 主编

出版人: 温 翔
策 划: 高 亢 刘 康 李 非
责任编辑: 唐坤红 洪丽春 曾 芜
助理编辑: 张 朝
营销编辑: 龚萌萌
封面设计: 肖树华
责任校对: 张舒园
责任印制: 蒋丽芬

书 号: ISBN 978-7-5587-3261-4
印 刷: 昆明理焯印务有限公司
开 本: 787mm×1092mm 1/32
印 张: 7.375
字 数: 186 千字
版 次: 2021 年 5 月第 1 版
印 次: 2021 年 5 月第 1 次印刷
定 价: 28.00 元

出版发行: 云南出版集团 云南科技出版社
地 址: 昆明市环城西路 609 号
电 话: 0871-64114090

版权所有 侵权必究

目 录

肾 脏

肾细胞癌	2
1. 肾脏的功能是什么？	2
2. 什么是肾细胞癌？	3
3. 肾细胞癌有哪些常见类型？	3
4. 最常见的肾细胞癌是什么？	3
5. 肾癌会遗传吗？	4
6. 什么情况下建议行基因突变检测？	4
7. 吸烟与肾癌有什么关系？	4
8. 肥胖与肾癌有什么关系？	4
9. 高血压与肾癌有什么关系？	5
10. 终末期肾病长期透析的患者容易得肾癌吗？	5
11. 什么是肾癌“三联征”？	6
12. 什么叫肾癌患者的副瘤综合征？	6
13. 肾脏肿瘤最简便和最常用的检查方法是什么？	6
14. 肾癌会转移吗？	7
15. 做增强 CT 时，能服用“双胍类”药物吗？	7

16. 肾癌的治疗方法有哪些？	7
17. 什么是介入治疗？	7
18. 肾癌的介入治疗有哪些？	8
19. 为什么要进行栓塞治疗？	8
20. 哪些症状能行肾动脉栓塞治疗？	8
21. 什么是靶向治疗？	9
22. 常见的靶向药物有哪些？	9
23. 肾癌靶向治疗会引起哪些不适？	9
24. 什么是手足综合征？	10
25. 肾癌靶向治疗过程中该怎么复查？ ...	10
26. 什么是根治性肾切除术？	10
27. 哪些患者适宜做根治性肾切除术？ ...	10
28. 摘除一个肾对身体有影响吗？	11
29. 什么是保留肾单位切除术？	11
30. 什么样的患者适合肾部分切除术？ ...	11
31. 肾部分切除术后早期活动应注意什么？	11
32. 肾部分切除术后引流量怎么观察？ ...	11
33. 肾部分切除术后发生漏尿怎么处理？	12
34. 肾部分切除术后怎样预防下肢静脉血栓？	12
35. 肾部分切除术后会发生肾功能不全吗？ 要怎么办呢？	12
36. 肾部分切除术后影响日常生活吗？ ...	13
37. 怎样预防肾癌？	13

38. 肾癌术后出院后怎样复查?	13
肾母细胞瘤	14
39. 什么是肾母细胞瘤?	14
40. 肾母细胞瘤最常见、最重要的症状有哪些?	14
41. 得了肾母细胞瘤会腹痛吗?	14
42. 得了肾母细胞瘤会尿血尿吗?	14
43. 得了肾母细胞瘤血压会高吗?	14
44. 肾母细胞瘤还有哪些常见症状?	15
45. 肾母细胞瘤常用临床诊断方法有哪些?	15
46. 肾母细胞瘤最常见的转移部位有哪些?	15
47. 肾母细胞瘤检查时的注意事项有哪些?	15
48. 肾母细胞瘤的治疗手段有哪些?	15
49. 肾母细胞瘤的化疗方案有哪些?	16
50. 肾母细胞瘤的生存期有多长?	16
51. 肾母细胞瘤患者饮食上应注意什么? ...	17
肾盂癌	17
52. 什么是肾盂癌?	17
53. 肾盂癌最常见的症状有哪些?	17
54. 诊断肾盂癌为什么要做膀胱镜和输尿管镜?	18
55. 肾盂癌的主要治疗手段是什么?	18
56. 怎样观察肾盂癌术后引流管?	18
57. 肾盂癌的一线化疗方案有哪些?	19

58. 肾盂癌术后为什么需要行膀胱灌注化疗?	19
59. 肾盂癌常用膀胱灌注化疗方案有哪些?	20
60. 肾盂癌术后膀胱灌注的时间为多久?	20
61. 肾盂癌复发率高吗?	20
62. 肾盂癌 5 年生存率是多少?	20
63. 肾盂癌日常护理应注意什么?	20
64. 肾盂癌饮食上应注意什么?	21
肾错构瘤	21
65. 什么是肾错构瘤?	21
66. 肾错构瘤的病因是什么?	21
67. 肾错构瘤会转移吗?	21
68. 肾错构瘤的临床表现有哪些?	21
69. 肾错构瘤的常用诊断方法有哪些?	22
70. 肾错构瘤的治疗手段有哪些?	22
71. 肾错构瘤有破裂的风险吗?	22
72. 肾错构瘤患者在日常生活中应注意什么?	23
73. 肾错构瘤患者在饮食上应注意什么?	23
74. 含钠量高的食物有哪些?	24
75. 如何预防肾错构瘤?	24
肾囊肿	24
76. 什么是肾囊肿?	24

77. 为什么会得肾囊肿?	25
78. 年龄越大越易得肾囊肿吗?	25
79. 如何判断是否得了肾囊肿?	25
80. 确诊肾囊肿需要做哪些检查?	25
81. 肾囊肿要不要治疗?	26
82. 怎么治疗肾囊肿?	26
83. 什么情况下行腹腔镜下肾囊肿去顶减压术?	26
84. 什么情况下行开放肾囊肿去顶减压术?	26
85. 肾囊肿有哪些危害?	27
86. 肾囊肿治疗后的效果怎么样?	27
87. 怎么预防肾囊肿?	27
参考文献.....	27

肾上腺

嗜铬细胞瘤.....	30
88. 什么是肾上腺?	30
89. 肾上腺的解剖结构是什么?	30
90. 肾上腺分泌的激素有哪些?	30
91. 什么是嗜铬细胞瘤?	30
92. 嗜铬细胞瘤是恶性肿瘤吗?	31
93. 嗜铬细胞瘤发病率为多少?	31
94. 嗜铬细胞瘤好发于哪个年龄段?	31
95. 嗜铬细胞瘤和副神经节瘤有什么区别?	31

96. 嗜铬细胞瘤会遗传吗?	31
97. 为什么嗜铬细胞瘤会被称为“10% 肿瘤”?	31
98. 良性嗜铬细胞瘤有什么特点?	32
99. 嗜铬细胞瘤 / 副神经节瘤的主要临床表现 有哪些?	32
100. 嗜铬细胞瘤 / 副神经节瘤最常见的临床 症状是什么?	32
101. 常规抗高血压药物对嗜铬细胞瘤患者的 高血压有用吗?	32
102. 嗜铬细胞瘤患者高血压发作时最常见的 症状有哪些?	33
103. 如何对嗜铬细胞瘤进行诊断?	33
104. 肾上腺嗜铬细胞瘤患者为什么需要进行 24 小时尿儿茶酚胺检测?	33
105. 肾上腺嗜铬细胞瘤患者首选什么影像学 检查?	33
106. CT 平扫 + 增强检查的优点有哪些? ...	34
107. 核磁共振 (MRI) 可代替 CT 检查吗?	34
108. 嗜铬细胞瘤可疑病人的筛查指征有哪些?	35
109. 对嗜铬细胞瘤患者进行遗传性综合诊断 和基因筛查的意义是什么?	35
110. 什么情况下患者可考虑为遗传性嗜铬 细胞瘤?	36

111. 肾上腺嗜铬细胞瘤最有效的治疗方法是什么?	36
112. 嗜铬细胞瘤患者术前为什么需要控制高血压?	36
113. 嗜铬细胞瘤患者术前服用高血压药物时需要注意些什么?	37
114. 嗜铬细胞瘤患者术前什么情况下需要控制心率?	37
115. 嗜铬细胞瘤患者术后需重点观察哪些指标?	37
116. 嗜铬细胞瘤患者术后为什么要留置术区引流管?	38
117. 对于无法进行手术治疗的恶性嗜铬细胞瘤患者常用的化疗药物是什么?	38
118. 嗜铬细胞瘤患者术后生存率有多少?	38
119. 嗜铬细胞瘤患者术后复查注意事项有哪些?	38
120. 双侧肾上腺切除术后为什么需要终身应用激素替代治疗?	39
原发性醛固酮增多症	39
121. 什么是原发性醛固酮增多症?	39
122. 原醛症会遗传吗?	39
123. 原醛症是恶性肿瘤吗?	40
124. 原发性醛固酮增多症所致的高血压与原发性高血压有哪些不同?	40

125. 原发性醛固酮增多症的分型有哪些？	40
126. 原醛症的主要临床表现是什么？	40
127. 原醛症高血压的常见症状有哪些？	40
128. 低血钾有哪些常见症状？	41
129. 原醛症的高血压用一般降压药治疗效果好吗？	41
130. 原醛症对血糖的影响有哪些？	41
131. 原醛症的实验室检查有哪些？	41
132. 原醛症的影像学定位检查有哪些？	42
133. 原醛症不推荐的定位检查有哪些？	42
134. 肾上腺影像学结果进行定位诊断存在哪些漏洞？	42
135. 原醛分型定位诊断的金标准是什么？	42
136. 什么是肾上腺静脉采血（AVS）？	43
137. 原醛症患者是否都需要行肾上腺静脉采血检查（VAS）？	43
138. 原醛症患者行肾上腺静脉采血检查前需要做哪些准备？	43
139. 原醛症的治疗手段有哪些？	44
140. 哪些分型 / 情况下的原醛症适宜手术治疗？	44
141. 原醛症手术方式有哪些？	45
142. 原醛症患者药物治疗如何进行药物的选择？	45

143. 治疗原醛症的首选药物是什么?	46
144. 患者服用螺内酯(安体舒通)药物治疗 时有哪些注意事项?	46
145. 不耐受螺内酯的患者还可以选择什么 药物?	46
146. 患者服用螺内酯和依普利酮药物治疗时 需注意什么?	47
147. 如何进行原醛症手术前护理?	47
148. 原醛症手术后下床活动有哪些注意事项?	48
149. 原醛症手术后饮食方面有哪些需要注 意的?	48
150. 原醛症患者手术后是否仍需要药物治疗?	48
151. 原醛症患者手术出院后何时进行复查?	48
皮质醇增多症.....	49
152. 什么是皮质醇增多症?	49
153. 皮质醇增多症有几种分型?	49
154. 哪些因素可能导致肾上腺皮质激素依赖 性皮质醇增多症?	49
155. 肾上腺皮质激素非依赖性皮质醇增多症 的病因是什么?	49
156. 皮质醇增多症的主要临床表现有哪些?	50

157. 定性诊断皮质醇增多症要做什么检查？	50
158. 做皮质醇增多症定性诊断时的注意事项 有哪些？	50
159. 对皮质醇增多症进行病因诊断时需要进 行哪项生化检查？	51
160. 血浆促肾上腺皮质激素（ ACTH ）测定 的意义是什么？	51
161. 对于皮质醇增多症行肾上腺 CT/MRI 有 什么作用？	51
162. 肾上腺皮质激素依赖性皮质醇增多症 的首选治疗方法是什么？	51
163. 肾上腺皮质激素依赖性皮质醇增多症 可以药物治疗吗？	51
164. 非肾上腺皮质激素依赖性皮质醇增多症 的手术治疗方式及适应证有哪些？ ...	52
165. 什么是肾上腺危象？	52
166. 肾上腺危象时常见的表现？	52
167. 如何治疗肾上腺危象？	53
168. 肾上腺危象相关病死率为多少？	53
169. 皮质醇增多症术后 5 年生存率是多少？	53
170. 皮质醇增多症患者术后复查注意事项有 哪些？	53
参考文献	54

输尿管

输尿管癌·····	56
171. 什么是输尿管? ·····	56
172. 什么是输尿管肿瘤? ·····	56
173. 输尿管癌的发病率是多少? ·····	56
174. 输尿管癌早期容易发现吗? ·····	57
175. 输尿管癌常见的症状有哪些? ·····	57
176. 输尿管癌的危险因素有哪些? ·····	57
177. 输尿管癌相关的检查有哪些? ·····	57
178. 输尿管癌的预后怎么样? ·····	58
179. 输尿管癌如何治疗? ·····	58
180. 输尿管肿瘤必须切除肾吗? ·····	58
181. 什么是输尿管支架管(猪尾巴管)? ·····	58
182. 为什么术后要留置输尿管支架管? ···	59
183. 体内留置输尿管支架管为什么不能憋尿? ·····	59
184. 体内留置输尿管支架管为什么要多喝水? ·····	60
185. 体内留置输尿管支架管为什么要避免 腰部剧烈活动? ·····	60
186. 体内留置输尿管支架管有尿痛和血尿 怎么办? ·····	60
187. 体内输尿管支架管留置时间是多久? ·····	60

188. 术后输尿管支架管一定要拔吗?	61
189. 体内留置输尿管拔管之后要注意什么?	61
190. 输尿管癌手术后漏尿怎么处理?	61
191. 输尿管癌除手术治疗外还有哪些治疗 手段? 效果是怎样?	62
参考文献.....	62

膀 胱

膀胱癌.....	65
192. 膀胱的解剖学及生理功能有哪些? ..	65
193. 什么是膀胱癌? 主要临床表现有哪些?	65
194. 膀胱癌的主要治疗方法有哪些?	66
195. 吸烟会导致膀胱癌吗?	66
196. 膀胱癌会遗传吗?	67
197. 诊断膀胱癌的最可靠方法是什么? ..	67
198. 膀胱癌行超声检查 (B 超) 有什么意义?	67
199. 膀胱癌行超声检查 (B 超) 注意事项是 什么?	67
200. 膀胱癌为什么要行计算机断层成像 (CT) 检查?	68
201. 膀胱癌 CT 检查要注意什么?	68
202. 膀胱癌为什么要行磁共振成像 (MRI) 检查?	68

203. 腹部、盆腔 MRI 检查要注意什么? ...	68
204. 膀胱癌为什么要行骨扫描检查?	69
205. 膀胱癌为什么要行胸部检查 (X 线检查 / 胸部 CT 检查)?	69
206. 膀胱癌行正电子发射 - 计算机断层扫描显像 (PET-CT) 有什么意义? ...	70
207. 膀胱癌为什么要行尿细胞学检查? ...	70
208. 如何留取尿细胞学检查的标本?	70
209. 为什么不建议尿细胞学检查使用晨起第一次尿液?	71
210. 膀胱癌行膀胱镜检查 and 活检有什么意义?	71
211. 膀胱镜检查要注意些什么?	71
212. 什么是膀胱肿瘤电切 (TURBt) 术? ...	72
213. 膀胱肿瘤电切 (TURBt) 术患者术后为什么要行膀胱冲洗?	72
214. 膀胱冲洗引起膀胱痉挛痛的原因是什么?	72
215. 膀胱肿瘤电切 (TURBt) 术后留置三腔尿管有哪些注意事项?	73
216. 膀胱肿瘤电切 (TURBt) 术后什么时候可以进食?	73
217. 膀胱肿瘤电切 (TURBt) 术后通常会有哪些并发症?	74
218. 膀胱肿瘤电切 (TURBt) 术后为什么要继续行膀胱灌注化疗?	74

219. 膀胱灌注常用的药物有哪些?	75
220. 膀胱灌注化疗什么时候开始进行? 通常 要持续多久?	75
221. 膀胱灌注化疗有哪些注意事项?	75
222. 膀胱灌注化疗的主要不良反应是什么?	75
223. 膀胱癌常用灌注化疗方案有哪些?	76
224. 非肌层浸润性膀胱癌患者术后如何进行 复查和随访?	76
225. 什么叫作保留膀胱的综合治疗?	76
226. 保留膀胱的综合治疗适用于哪些患者?	77
227. 膀胱全切术适用于哪种类型的膀胱癌?	77
228. 什么是尿流改道术?	77
229. 什么是原位新膀胱术?	78
230. 原位新膀胱术后为什么会出现尿失禁和 排尿困难?	78
231. 原位新膀胱术前为什么要进行盆底肌肉 锻炼及新膀胱自控性训练?	79
232. 如何进行盆底肌肉训练?	79
233. 原位新膀胱术后为什么要留置双侧输 尿管引流管? 有什么注意事项?	79
234. 原位新膀胱术后为什么要留置导尿管?	80

235. 原位新膀胱术后为什么要留置盆腔引流管?	80
236. 原位新膀胱术后为什么要进行排尿功能锻炼?	80
237. 原位新膀胱术后如何进行排尿功能锻炼?	80
238. 原位新膀胱术后常见的并发症有哪些?	81
239. 原位新膀胱术后为什么会发生肠梗阻?	82
240. 肠梗阻发生的表现是什么?	82
241. 哪些措施可促进术后胃肠功能的恢复?	82
242. 术后肠梗阻发生后如何处理?	82
243. 原位新膀胱术后为什么会发生吻合口瘘?	83
244. 吻合口瘘发生的表现是什么?	83
245. 预防吻合口瘘发生的主要措施有哪些?	83
246. 吻合口瘘发生后如何处理?	83
247. 原位新膀胱术后尿中的絮状物是感染造成的吗?	83
248. 原位新膀胱术出院后要注意什么? ...	84
249. 什么是回肠通道膀胱术?	84
250. 回肠通道膀胱术的主要优缺点有哪些?	85

251. 什么是输尿管皮肤造口术?	85
252. 输尿管皮肤造口术后的引流管通常有 哪些?	85
253. 留置的猪尾巴管(输尿管支架管)有 什么注意事项?	86
254. 尿流改道患者术前为什么要做造口定位?	86
255. 尿路造口位置选择的原则是什么? ...	86
256. 尿路造口应避开的部位有哪些?	86
257. 回肠膀胱造口是什么样的?	87
258. 手术后尿路造口的变化如何?	87
259. 如何收集尿液?	87
260. 尿路造口患者要配备哪些造口用品? 分别有什么作用?	88
261. 什么时候要更换造口袋?	88
262. 如何进行造口袋的更换?	89
263. 更换造口袋时要注意什么?	92
264. 为什么造口底盘中心孔剪裁是否合适很 重要?	92
265. 如何清洗造口及其周围皮肤?	92
266. 造口患者如何观察小便?	92
267. 什么是刺激性皮炎? 怎样预防?	93
268. 在造口袋中出现的白色结晶是什么?	93
269. 造口周围皮肤不平整是否影响粘贴? 怎样解决?	93

270. 造口表面出血怎么办?	94
271. 造口回缩如何处理?	94
272. 造口患者术后如何合理饮食?	94
273. 造口患者出院后出现哪些情况需及时 就医?	94
274. 造口患者能进行重体力劳动吗?	95
275. 造口患者衣着要注意什么?	95
276. 造口患者可以参加社交活动吗?	95
277. 造口患者洗澡时要注意什么?	96
278. 造口患者外出旅行要注意什么?	96
279. 造口患者体育运动有哪些注意事项?	96
280. 造口患者什么时候可以恢复工作? ...	96
281. 造口患者如何处理亲密关系问题? ...	97
282. 造口患者是否可以怀孕?	97
283. 造口用品的购买要注意些什么?	97
284. 转移性膀胱癌患者如何治疗?	97
285. 什么叫作化疗?	98
286. 行化疗时为什么要进行中心静脉置管?	98
287. 常见的中心静脉置管方式有哪些? ...	98
288. 什么是 CVC 导管?	98
289. 留置 CVC 导管时要注意些什么? ...	99
290. 什么是 PICC 导管?	99
291. 留置 PICC 导管要注意什么?	100
292. PICC 导管的优点是什么?	100

293. 什么是植入式静脉输液港 (PORT)?	100
294. 在使用输液港时有哪些注意事项? ...	101
295. 植入式静脉输液港 (PORT) 有哪些优点?	101
296. 膀胱癌化疗患者主要用的化疗药物有 哪些?	102
297. 转移性膀胱尿路上皮癌患者的生存期是 多久?	102
298. 膀胱癌常用的化疗方案有哪些?	102
299. 膀胱癌基于顺铂的联合化疗主要毒副 反应是什么?	103
300. 膀胱癌使用多柔比星化疗主要毒副反 应是什么?	104
301. 膀胱癌使用长春新碱化疗主要毒副反 应是什么?	104
302. 膀胱癌使用吉西他滨化疗主要毒副反 应是什么?	104
303. 膀胱癌使用紫杉醇化疗主要毒副反应 是什么?	105
304. 膀胱癌的放疗适用于哪些情况?	105
305. 膀胱癌放疗前要注意什么?	106
306. 膀胱癌放疗后要注意什么?	106
参考文献	107

尿 道

尿道癌·····	110
307. 尿道的解剖生理功能是什么? ·····	110
308. 什么是尿道癌? ·····	110
309. 尿道癌主要临床表现有哪些? ·····	110
310. 尿道癌有哪些危害? ·····	111
311. 尿道癌与人类乳头病毒 (HPV) 有 什么关系? ·····	111
312. 尿道癌能通过验尿验出来吗? ·····	111
313. 尿道癌相关的检查有哪些? ·····	111
314. 尿道癌的治疗方法是什么? ·····	112
315. 尿道癌术前患者如何配合? ·····	112
316. 尿道癌会转移吗? 通常会转移到什么 部位? ·····	113
317. 尿道癌术后为什么必须保持尿管通畅? ·····	113
318. 男性尿道癌患者术后为什么使用女性 激素类药物? ·····	113
319. 尿道癌术后尿失禁如何预防护理? ···	114
320. 术后尿道狭窄怎么预防? ·····	114
321. 尿道癌除手术治疗外还有哪些治疗手段? 效果怎样? ·····	115
尿道肉阜·····	115
322. 什么是尿道肉阜? ·····	115
323. 尿道肉阜的病因是什么? ·····	116

324. 尿道肉阜有什么临床表现?	116
325. 如何治疗尿道肉阜?	116
326. 如何预防尿道肉阜?	116
参考文献	117

前列腺

前列腺癌	120
327. 什么是前列腺?	120
328. 前列腺有哪些功能?	120
329. 什么是前列腺癌?	121
330. 患前列腺癌时主要表现有哪些?	121
331. 前列腺癌的病因有哪些?	122
332. 前列腺癌有哪些治疗方法?	122
333. 前列腺癌会遗传吗?	122
334. 前列腺癌发病和年龄有关吗?	123
335. 前列腺癌患者可以喝酒吗?	123
336. 喝绿茶可以预防前列腺癌吗?	123
337. 晒太阳可以降低前列腺癌的发病率吗?	123
338. 多吃蔬菜可以预防前列腺癌吗?	124
339. 目前前列腺癌最佳筛查方法是什么?	124
340. 直肠指检 (DRE) 对前列腺癌的诊断有 什么意义?	124
341. 什么是前列腺特异性抗原 (PSA)?	124
342. 如何通过 PSA 结果判定前列腺癌? ...	125

343. 什么情况下需要做 PSA 筛查?	125
344. 哪些检查会影响血清 PSA 的结果? ...	125
345. 骑车会影响 PSA 吗?	125
346. PSA 检查前需要空腹吗?	126
347. 做基因检测对前列腺癌有什么意义?	126
348. 前列腺磁共振检查 (MRI/MRS) 有什么 意义?	126
349. 骨扫描检查有什么意义?	127
350. 骨扫描需不需要注射特殊药物? 会不会 有什么不良反应?	127
351. 骨扫描需要空腹吗?	127
352. 骨扫描检查时着装有要求吗?	127
353. 前列腺穿刺的方法有哪些?	127
354. 什么情况下需要做前列腺穿刺?	128
355. 前列腺穿刺经会阴穿刺和经直肠穿刺 有什么区别?	128
356. 什么情况下不适合做前列腺穿刺? ...	128
357. MRI 检查为什么要在前列腺穿刺前 进行?	129
358. 经直肠前列腺穿刺前为什么要清洁肠道?	129
359. 前列腺穿刺后需要注意些什么?	129
360. 什么情况下需要观察等待?	130
361. 什么情况下需要主动监测?	130
362. 什么是根治性前列腺切除术?	130

363. 根治性前列腺切除手术前后为什么要做盆底肌锻炼?	130
364. 根治性前列腺切除手术前后怎么做盆底肌锻炼?	131
365. 根治性前列腺切除术后性功能受影响吗?	131
366. 术后发生尿道与膀胱颈狭窄怎么办?	131
367. 根治性前列腺切除术后为什么需要特别关注尿管?	132
368. 根治性前列腺切除术后怎么进行活动?	132
369. 什么是踝泵运动?	133
370. 根治性前列腺切除术后还有哪些需要注意?	133
371. 前列腺癌外放射治疗有什么意义? ...	134
372. 前列腺癌放疗需要排空大小便吗? ...	134
373. 前列腺癌放疗后需要注意什么? ...	134
374. 什么是前列腺癌近距离放射治疗? ...	134
375. 前列腺癌近距离放射治疗有哪些优点?	135
376. 前列腺癌近距离放射治疗后会有哪些并发症?	135
377. 前列腺癌近距离放射治疗后出现发热怎么办?	135
378. 碘 125 粒子有放射性吗?	135

379. 碘 125 粒子植入患者术后如何进行随访？	136
380. 碘 125 粒子植入患者居家护理要注意什么？	136
381. 碘 125 粒子植入后影响性生活吗？	136
382. 发现粒子脱落怎么办？	136
383. 局限性前列腺癌还有哪些治疗方法？	137
384. 什么是雄激素剥夺（ADT）治疗？	137
385. 最大限度雄激素阻断治疗的目的和方法是什么？	137
386. 最大限度雄激素阻断治疗有什么优势？	138
387. 前列腺癌手术去势治疗有什么优、缺点？	138
388. 前列腺癌药物去势治疗常用注射药物有哪些？	139
389. 雄激素剥夺治疗（ADT）会有哪些不适？	139
390. 前列腺癌常用的抗雄治疗药物有哪些？	139
391. 服用比卡鲁胺后会出现哪些主要的不良反应？	140
392. 服用阿比特龙联合泼尼松后会出现哪些主要的不良反应？	140

393. 服用恩杂鲁胺后会出现哪些主要的不良 反应?	141
394. 注射用醋酸亮丙瑞林主要有哪些不良 反应?	141
395. 注射用醋酸曲谱瑞林主要有哪些不良 反应?	141
396. 醋酸戈舍瑞林缓释植入剂主要有哪些 不良反应?	141
397. 前列腺癌常用的化疗方案有哪些? ...	141
398. 多西他赛化疗后主要的不良反应有哪些?	142
399. 如何预防过敏反应?	142
400. 出现骨髓抑制后需要怎么处理?	142
401. 前列腺癌有哪些其他治疗手段?	143
402. 前列腺癌骨转移患者的治疗原则是什么?	143
403. 前列腺癌的病人骨头会痛吗?	143
404. 为什么疼痛需要评估?	144
405. 疼痛分几级?	144
406. 如何进行疼痛的自我评估?	144
407. 癌痛的治疗原则是什么?	145
408. 疼痛时为什么首选口服用药?	146
409. 为什么世界卫生组织 (WHO) 明确提出 杜冷丁不适于中重度癌痛的治疗? ...	146
410. 镇痛药为什么要按时服药? 不疼的时候 可以不吃吗?	147

411. 如何根据疼痛情况选择止疼药?	147
412. 使用吗啡(强阿片类)止疼会成瘾吗?	148
413. 使用止痛药后会有哪些不良反应? ...	148
414. 面对癌痛、顽固性疼痛该怎么办? ...	148
415. 什么是植入式给药输注系统?	149
416. 选择植入式止痛泵有什么好处?	149
417. 什么是射频神经毁损治疗?	150
418. 射频神经毁损适合哪种类型的癌痛治疗?	150
参考文献.....	151

睾 丸

睾丸肿瘤.....	154
419. 睾丸的生理作用是什么?	154
420. 什么是睾丸肿瘤?	154
421. 睾丸肿瘤的病因是什么?	154
422. 睾丸肿瘤的分类是什么?	154
423. 睾丸在逐渐增大是怎么回事?	155
424. 睾丸肿瘤是怎么扩散的?	155
425. 睾丸肿瘤能治好吗?	155
426. 睾丸肿瘤的死亡率高吗?	155
427. 睾丸肿瘤患者常规检查有哪些?	156
428. 睾丸肿瘤首选哪种检查?	156
429. 血清肿瘤标志物检查的意义是什么?	156

430. 怀疑腹膜后淋巴结转移应用哪种检查方法?	156
431. 睾丸肿瘤的治疗方法有哪些?	157
432. 睾丸肿瘤腹膜后淋巴结清扫术后如何护理管道?	157
433. I 期精原细胞瘤的化疗方法有哪些?	157
434. I 期非精原细胞瘤的主要化疗方案有哪些?	157
435. 睾丸肿瘤常见化疗药物的副作用有哪些?	158
436. 睾丸肿瘤患者行外放射治疗的副作用是什么?	158
437. 睾丸肿瘤本身会影响生育能力吗? ...	158
438. 睾丸肿瘤的治疗会影响生育能力吗?	159
参考文献.....	159

阴 茎

阴茎癌.....	162
439. 阴茎的生理功能是什么?	162
440. 什么是阴茎癌?	162
441. 包皮垢会导致阴茎癌吗?	162
442. 阴茎癌能治愈吗?	163
443. 阴茎癌的临床表现是什么?	163
444. 阴茎癌主要的治疗方式有哪些?	163

445. 阴茎癌常用的检查有哪些?	163
446. 为什么要做超声检查?	164
447. 什么情况下做核磁共振 (MRI) 检查?	164
448. 阴茎癌会转移到其他器官吗?	164
449. 阴茎癌的淋巴结转移最先出现在哪个 部位?	164
450. 阴茎癌选择哪种治疗方法比较好? ...	164
451. 什么情况可以保留阴茎治疗?	164
452. 保留阴茎的治疗方法有哪些?	165
453. 什么类型的阴茎癌可以行阴茎部分切 除术?	165
454. 什么类型的阴茎癌需要行阴茎全切 + 双 侧腹股沟淋巴结清扫术?	165
455. 阴茎全切 + 双侧腹股沟淋巴结清扫术后 如何预防静脉血栓的发生?	165
456. 阴茎癌常用化疗药物的不良反应是什么?	166
457. 阴茎癌放疗效果如何?	166
458. 阴茎癌患者出院后如何复查?	167
参考文献	167

阴 囊

阴囊 Paget 病	170
459. 阴囊的解剖结构是什么?	170
460. 什么是阴囊 Paget 病?	170

461. 阴囊 Paget 病与什么有关?	170
462. 阴囊 Paget 病的临床表现有哪些? ...	170
463. 为什么阴囊 Paget 病会误诊?	170
464. 阴囊 Paget 病如何避免误诊?	171
465. 如何诊断阴囊 Paget 病?	171
466. 阴囊 Paget 病的首选治疗方法是什么?	171
467. 阴囊 Paget 病有哪些其他治疗方法? ...	171
468. 阴囊 Paget 病常用的化疗药物有哪些?	171
469. 阴囊 Paget 病的预后怎么样?	172
参考文献.....	172

泌尿系统肿瘤患者中医饮食指导

470. 膀胱及前列腺肿瘤患者选择饮食要注意些什么?	174
471. 根据中医理论, 膀胱及前列腺肿瘤患者该怎么进食?	175
472. 如何选择抗癌茶疗饮品?	179
473. 肾癌的中医中药治疗是怎么样的?	179
参考文献.....	180

肿瘤患者的心理支持

474. 癌症患者最常见的心理问题有哪些?	183
--------------------------------	-----

475. 恶性肿瘤的诊断要对病人“保密”吗？	183
476. 为什么要对癌症患者“保密”？	184
477. 什么是否认期？	184
478. 当第一次听到“癌症”或者是“肿瘤” 这些字眼的时候，该怎么办？	184
479. 为什么听到得了癌症会感到害怕？	185
480. 如何应对疾病带来的压力和焦虑？ ...	185
481. 如果感到愤怒该怎么办？	186
482. 得了癌症很羞耻吗？	186
483. 时常感到孤独怎么办？	187
484. 我们为什么要怀抱着希望生活？	188
485. 如果癌症已经来临，如何在生活中找到 快乐？	188
486. 癌症患者如何正确调整心态？	188
487. 死亡期临近的老年人性格变化的特征有 哪些？	189
488. 如何照顾晚期病人的心理感受？	189
489. 病者萌生死念，家属如何面对？	190
490. 死亡临近，家属如何支持患者？	191
491. 患者家属如何应对身心疲惫感？	191
492. 如何面对至亲离世的悲痛？	192
493. 如何与孩子倾谈死亡？	193
494. 孩子可以去参加葬礼吗？	194
495. 用什么方法引导孩子缓解哀伤？	194

496. 如果发现孩子长期沉溺在哀伤中或有明显的
不健康的行为变化，怎么办？ … 194
497. 孩子的丧亲哀伤会不会自然消失？ … 194
498. 父母如何支持即将离世的孩子？ …… 195
499. 中国古代有关死亡的理念有哪些？ … 195
500. 我们对死亡教育存在着哪些问题？ … 196

与癌症患者相关的社会组织机构

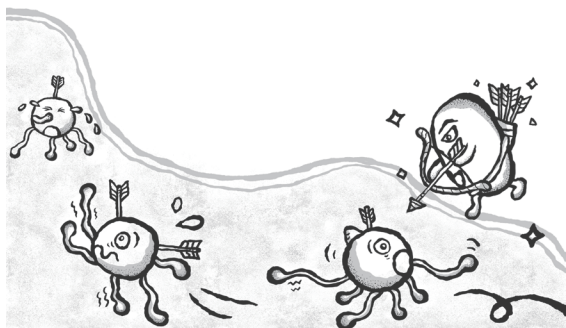
- 云南省红十字会癌症康复专业委员会…… 198
- 如何加入云南省红十字会癌症康复专业委员
会 / 昆明癌症康复协会？ …………… 198



肾细胞癌

1. 肾脏的功能是什么？

肾脏是人体的重要器官，它的基本功能是生成尿液，借以清除体内代谢产物及某些废物、毒物，同时经重吸收功能保留水分及其他有用物质，如葡萄糖、蛋白质、氨基酸、钠离子、钾离子、碳酸氢钠等，以调节水、电解质平衡及维护酸碱平衡。肾脏同时还有内分泌功能，生成肾素、促红细胞生成素、活性维生素D₃、前列腺素、激肽等，又为机体部分内分泌激素的降解场所和肾外激素的靶器官。肾脏的这些功能，保证了机体内环境的稳定，使新陈代谢得以正常进行。

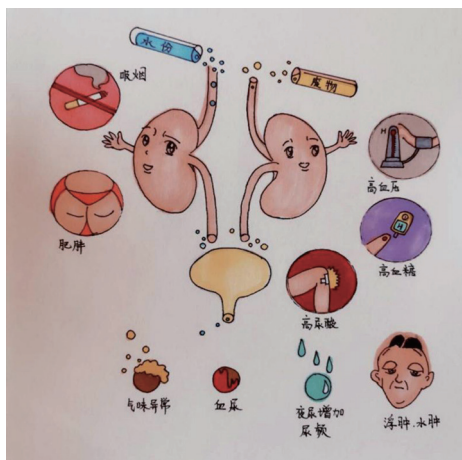


2.什么是肾细胞癌？

肾细胞癌是起源于肾小管上皮的恶性肿瘤，又称肾腺癌，简称肾癌，占肾脏恶性肿瘤的80%~90%。

3.肾细胞癌有哪些常见类型？

- (1) 透明细胞癌。
- (2) 乳头状肾细胞癌。
- (3) 嫌色细胞癌。
- (4) 低度恶性潜能多房囊性肾细胞性肿瘤。
- (5) 集合管癌和肾髓质癌。



4.最常见的肾细胞癌是什么？

透明细胞癌是最常见的肾癌病理亚型，

约占肾癌的60%~85%。

5.肾癌会遗传吗？

遗传性肾癌占肾癌的2%~4%，多以常染色体显性遗传方式在家族遗传，由不同的遗传基因变异造成。

6.什么情况下建议行基因突变检测？

个人或家族有肾癌相关综合征病史，建议本人及相关家属进行基因突变检测。

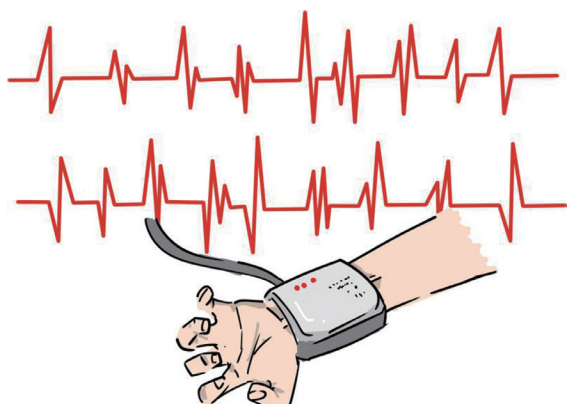
7.吸烟与肾癌有什么关系？

吸烟是肾癌的发病原因之一，而吸烟是最公认的致肾癌危险因素之一。



8.肥胖与肾癌有什么关系？

肥胖是最公认的致肾癌危险因素之一。肥胖程度一般用体质指数（BMI）来表示，体质指数增加，则患肾癌的危险性增加。肥胖增加肾癌风险的具体机制还未明，可能和肥胖增加雄性激素及雌性激素释放，或者与脂肪细胞释放的一些细胞因子相关。



9. 高血压与肾癌有什么关系？

一些大型研究结果显示高血压和其相关药物使用可能是肾癌发病因素之一，高血压病患者使用利尿剂特别是噻嗪类利尿药以及其他抗高血压药物的人，患肾癌的危险性会增加1.4~2倍，高血压与患肾癌有一定关系。

10. 终末期肾病长期透析的患者容易得肾癌吗？

长期透析的患者容易患获得性肾囊肿性疾病，这可能是由于肾组织内的细胞无序增殖的结果。这类患者的肾癌和传统肾癌有一定区别：发病年龄更年轻，在这些肾癌患者中，肿瘤通常是双侧、多发的，组织病理学上呈现乳头状结构。因此，对终末期肾病患

者应该定期进行B超或增强MRI检查。对于透析患者，即使肾癌小于4cm，也应首选根治性肾切除术。

11.什么是肾癌“三联征”？

早期肾癌往往缺乏临床表现。血尿、腰痛和腹部肿块称为肾癌“三联征”，随着影像学技术的普及，早期肾癌检出率提高，三联征已不多见。

12.什么叫肾癌患者的副瘤综合征？

肾癌患者副瘤综合征发生率约30%，表现为高血压、红细胞沉降率增快、红细胞增多症、肝功能异常、高钙血症、高血糖、神经肌肉病变、淀粉样变性、溢乳症、凝血机制异常等。出现副瘤综合征的患者预后更差。

13.肾脏肿瘤最简便和最常用的检查方法是什么？

腹部超声检查是最简便和常用的方法，有经济、简便、无辐射、普及率高等优点。

腹部CT检查是肾癌术前诊断及术后随访的最常用检查方法。CT检查能为术前患者提供更多的诊断信息，包括肿瘤的侵犯范围，静脉系统是否受侵，区域淋巴结是否转移，扫描范围邻近器官有无转移，有无变异血管

及双肾形态及功能的粗略评估等。

14. 肾癌会转移吗？

肾癌会发生转移，最常见的转移部位有肺、骨，也可发生于淋巴结、肝、肾上腺、脑等部位。

15. 做增强CT时，能服用“双胍类”药物吗？

糖尿病患者使用血管内含碘造影剂时，肾脏负担加重，容易引起二甲双胍在体内蓄积，容易诱发乳酸性酸中毒，进而导致恶心、呕吐、嗜睡、上腹痛、食欲减退、呼吸过度等，严重者引起死亡。所以多在造影前和造影后48小时内暂停使用二甲双胍。

16. 肾癌的治疗方法有哪些？

- (1) 手术治疗（包括介入治疗）。
- (2) 靶向药物治疗。
- (3) 免疫治疗。
- (4) 中医中药治疗。
- (5) 放疗。

17. 什么是介入治疗？

介入治疗就是不开刀暴露病灶的情况下，在血管、皮肤上做直径几毫米



的微小通道，或经人体原有的管道，在影像设备的引导下对病灶局部进行治疗的创伤最小的治疗的方法。

18.肾癌的介入治疗有哪些？

- (1) 栓塞治疗。
- (2) 消融治疗。

19.为什么要进行栓塞治疗？

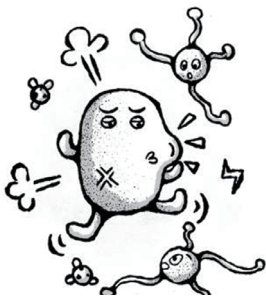
肾栓塞主要适用于：

- (1) 肾肿瘤特大，不能手术切除者。
- (2) 栓塞后可使肾肿瘤体积缩小，有利于手术切除。
- (3) 作为肾内动静脉瘘的手术治疗。

20.哪些症状能行肾动脉栓塞治疗？

- (1) 肾肿瘤所致疼痛。
- (2) 肾肿瘤相关出血性事件，如肾肿瘤破裂出血、血尿等。

(3) 部分巨大、富有血供肾脏肿瘤的外科术前栓塞；由于其对延长患者生存时间、减少术中出血及降低术后并发症等方面获益尚不明确，因此不推荐常规使用。



21.什么是靶向治疗?

靶向治疗,是在细胞分子水平上,针对已经明确的致癌位点,来设计相应的治疗药物,药物进入体内会特意地选择致癌位点来相结合发生作用,使肿瘤细胞特异性死亡,而不会波及肿瘤周围的正常组织细胞,所以分子靶向治疗又被称为生物导弹。



22.常见的靶向药物有哪些?

目前国内已经批准用于晚期肾癌治疗的药物有培唑帕尼、舒尼替尼、阿昔替尼、索拉非尼、依维莫司。

23.肾癌靶向治疗会引起哪些不适?

最常见的不良反应为高血压、血液毒性、手足综合征与皮肤毒性、胃肠道不良反应(食欲减退、恶心、呕吐、乏力、便秘)、甲状腺功能减退等。



24.什么是手足综合征?

手足综合征通常表现为双侧掌跖皮疹,伴疼痛和感觉迟钝,受机械牵拉的部位易出现过度角化、红斑和脱屑。

25.肾癌靶向治疗过程中该怎么复查?

治疗过程中随访一般要求每月通过门诊对患者进行不良反应评估,行体格检查及血液学检查,每3个月采用CT、MRI或骨扫描等对靶向病灶进行评估。

26.什么是根治性肾切除术?

根治性肾切除范围包括:肾周筋膜、肾周脂肪、患肾、同侧肾上腺、从膈肌脚至腹主动脉分叉处腹主动脉或下腔静脉旁淋巴结以及髂血管分叉以上输尿管。



27.哪些患者适宜做根治性肾切除术?

- (1) 局限性肾癌,无明确转移者。
- (2) 肾静脉、下腔静脉瘤栓形成,无远处转移者。
- (3) 肿瘤侵犯相邻器官,无远处转移,术前估计肿瘤可彻底切除者。

28. 摘除一个肾对身体有影响吗？

在人体中，正常人具有2个肾脏，当摘除一个肾后，不会有不良影响，一个肾完全能维持一个人的肾脏排泄和分泌功能。



29. 什么是保留肾单位切除术？

保留肾单位切除术又称肾部分切除术。

30. 什么样的患者适合肾部分切除术？

对于先天性孤立肾、对侧肾功能不全或无功能者以及双侧肾癌患者，可行肾部分切除术，能极大的保护肾脏的功能，在确保良好肿瘤学结果的同时也能降低发生慢性肾脏病或者慢性肾脏病病人进展的风险。

31. 肾部分切除术后早期活动应注意什么？

患者术后早期床上活动时，应轴线翻身，可使用翻身垫，腰部尽量不扭曲。

32. 肾部分切除术后引流量怎么观察？

保留肾单位手术创伤大，术后易发生出血，注意查看肾周引流有无液体引出，切口敷料是否干燥，局部皮肤无肿胀、瘀斑等变化，尿管及引流管的通畅，小便及引流液的

颜色，若出现面色苍白，引流管内引出大量鲜血，每小时超过100mL以上且易凝固，提示有活动性出血，应及时报告医师处理。

33.肾部分切除术后发生漏尿怎么处理？

患者术后引流管引流液增多且引流液呈淡红色而尿量减少，患者伤口敷料有黄色渗出，多提示尿瘘形成。多数尿瘘通过适当的保守和干预治疗，数周均可自愈，少数需二次手术闭合漏管或切除肾脏。

34.肾部分切除术后怎样预防下肢静脉血栓？

术后早期应床上活动，早期活动有助于改善全身血液循环，减少因下肢静脉淤血而引起的血栓形成。早期活动要循序渐进，逐步增加活动量。一般先在床上开始小量运动，鼓励病人深呼吸和咳嗽，早期进行被动运动，包括足趾和踝关节伸屈活动，下肢肌群松弛和收缩的交替活动、间歇翻身等。

35.肾部分切除术后会发生肾功能不全吗？要怎么办呢？

功能性或解剖性孤立肾患者肾部分切除容易出现不同程度的肾功能不全。导致肾功能不全的原因是术中肾缺血，以及切除病变

组织附近的部分正常肾组织。这种肾功能不全一般比较轻微，通过维持适当的水和电解质平衡可自愈。并且在大多数病例中，残余肾可通过代偿性增生来改善肾功能。严重的肾功能不全需行临时或长期血液透析。

36.肾部分切除术后影响日常生活吗？

肾部分切除术创伤大，术后四周内避免剧烈运动及重体力劳动，避免提重物，以防术后伤口出血；半年后可适当运动，当身体体力完全恢复，便可以恢复到正常工作。



37.怎样预防肾癌？

戒烟限酒，合理膳食，适当运动，定期体检，以便早期发现。

38.肾癌术后出院后怎样复查？

术后第一年每3个月来院复查一次，第二

年每6个月复查一次，第三年起可每年复查一次，特殊情况根据医生医嘱门诊复查。

肾母细胞瘤

39.什么是肾母细胞瘤？

肾母细胞瘤又称肾胚胎瘤，是儿童时期最常见的肾脏恶性肿瘤，在所有儿童恶性肿瘤中约占6%，成人肾母细胞瘤罕见，约占3%。儿童肾母细胞瘤的发病机制与基因突变相关，基因突变还可影响肾母细胞瘤患者的复发和死亡风险。

40.肾母细胞瘤最常见、最重要的症状有哪些？

腹部肿块是最常见最重要的症状。

41.得了肾母细胞瘤会腹痛吗？

约40%患儿伴有腹痛表现。

42.得了肾母细胞瘤会尿血尿吗？

肾母细胞瘤患儿中，约有18%表现为肉眼血尿，24%为镜下血尿。

43.得了肾母细胞瘤血压会高吗？

大约有25%患儿有高血压表现。

44.肾母细胞瘤还有哪些常见症状？

精神欠佳、食欲不振、烦躁哭闹、明显消瘦、低热等。

45.肾母细胞瘤常用临床诊断方法有哪些？

(1) 体检：发现上腹一侧季肋部肿块，表面光滑，无压痛。

(2) 实验室检查：了解患者的一般状况及是否适于采取相应的治疗措施。主要包括尿常规、血常规、生化检查等项目。

(3) B超：可见肿瘤来自肾脏，呈实质性。

(4) CT 和 MRI：显示肿瘤范围及受累情况。

46.肾母细胞瘤最常见的转移部位有哪些？

肝脏和肺部是肾母细胞瘤最常见的转移部位，其中大约15%的患儿伴有肺转移。

47.肾母细胞瘤检查时的注意事项有哪些？

对于不能配合的婴幼儿，请到有关科室给予镇静或麻醉处理后方能检查，并需家属陪同检查。

48.肾母细胞瘤的治疗手段有哪些？

化疗、手术、放疗等多种治疗手段的综合应用。



49.肾母细胞瘤的化疗方案有哪些？

无论是否手术，化疗都始终贯穿肾母细胞瘤的整个治疗过

程。其中最常用的联合化疗方案包括EE-4A方案（长春新碱+更生霉素）；DD-4A方案（长春新碱+更生霉素+阿霉素）还有I方案（长春新碱+阿霉素+环磷酰胺+依托泊苷）。



50.肾母细胞瘤的生存期有多长？

随着化疗、手术、放疗等多种治疗手段的综合应用，肾母细胞瘤2年生存率可达

60%~94%，2~3年没有复发应认为已经治愈。

51.肾母细胞瘤患者饮食上应注意什么？

肾母细胞瘤患者应严格执行饮食规则，切不可多食，以免增加肾脏负担。少食辛辣及凉性的食物，已免发生急性肠炎，致使病情反复或加重。



肾盂癌



52.什么是肾盂癌？

肾盂癌是指发生在肾盂或肾盏上皮组织的尿路上皮恶性肿瘤。发病年龄多在40岁以上，男多于女，人数比约为3:1。

53.肾盂癌最常见的症状有哪些？

无痛性、间隙性、肉眼可见全程血尿为本病最常见症状。

54.诊断肾盂癌为什么要做膀胱镜和输尿管镜？

膀胱镜和输尿管镜检查是诊断肾盂癌的可靠方法，也是术后复发监测的主要手段之一。但属于有创操作，为非常规检查方法，术中肿瘤细胞种植转移和肿瘤的多中心性等原因导致以肾盂癌为主的上尿路移行细胞癌约20%~50%会发生膀胱癌。

55.肾盂癌的主要治疗手段是什么？

肾盂癌的治疗仍以手术为主，切除病肾及全段输尿管，包括输尿管开口旁的部分膀胱，以防止残留的输尿管内再发生肿瘤。

56.怎样观察肾盂癌术后引流管？

半尿路切除术创伤大，术后易发生出血。陪护人员如发现引流管内引出鲜血，每小时超过100mL以上，提示有活动性出血，应及时报告医护人员。

57.肾盂癌的一线化疗方案有哪些？

表1 肾盂癌一线化疗方案

	标准方案	替代方案
适合 顺铂 治疗	吉西他滨联合顺铂（GC方案） DD-MVAC（剂量密集的 氨甲蝶呤、长春碱、多 柔比星和顺铂）联合粒 细胞集落刺激因子	
不适合 顺铂 治疗	吉西他滨联合卡铂 阿特珠单抗 帕母单抗	吉西他滨 吉西他滨和紫杉醇 异环磷酰胺、阿霉 素、吉西他滨

58.肾盂癌术后为什么需要行膀胱灌注化疗？

肾盂癌术后应定期行化疗药物膀胱内灌注，防止膀胱内种植性肿瘤的发生。术中肿瘤细胞种植转移和肿瘤的多中心性等原因导致以肾盂癌为主的上尿路移行细胞癌约20%~50%会发生膀胱癌。目前，临床上多采用术后联合膀胱灌注化疗以降低膀胱内复发率。

59.肾盂癌常用膀胱灌注化疗方案有哪些？

表2 肾盂癌常用膀胱灌注化疗方案

药物	剂量	溶媒及体积	保留时间 (小时)
丝裂霉素C	40mg	NS 40mL	2
表柔比星	50mg	NS 40mL	1
吡柔比星	40mg	GS 40mL	0.5
羟喜树碱	40mg	NS 40mL	2
吉西他滨	1000mg	NS 50mL	1

60.肾盂癌术后膀胱灌注的时间为多久？

包括早期灌注（诱导灌注）：术后4~8周，每周1次膀胱灌注；之后维持灌注：每月1次，维持6~12个月。目前，没有证据显示不同药物的维持灌注化疗方案疗效无显著差别，但均不推荐1年以上的膀胱灌注化疗。

61.肾盂癌复发率高吗？

采取保留器官手术治疗的患者，肿瘤复发率较高，需长时间随诊。

62.肾盂癌5年生存率是多少？

五年生存率约5%~20%。

63.肾盂癌日常护理应注意什么？

增加休息与睡眠，为患者提供一个安静、舒适的休息环境。同时应适当活动，避免劳累。

64.肾盂癌饮食上应注意什么？

严格限制钠的摄入，还应注意控制水和钾的摄入。另外，应根据肾功能调整蛋白质的摄入量。氮质血症时应适当减少蛋白质的摄入，同时注意给予足够的热量和维生素。

肾 错 构 瘤

65.什么是肾错构瘤？

错构瘤又叫肾血管平滑肌脂肪瘤，是良性肿瘤。由大量成熟的脂肪组织、平滑肌组织和厚壁血管组成。

66.肾错构瘤的病因是什么？

病因尚不清楚，多发于中年女性，是由成熟的脂肪组织、平滑肌及畸形血管构成的。

67.肾错构瘤会转移吗？

错构瘤是一种良性疾病，常发生于肾皮质，腹膜后淋巴结、肝或脾也会含有此肿瘤，提示肿瘤为多中心性而不是转移。

68.肾错构瘤的临床表现有哪些？

目前，临床上见到的肾错构瘤往往为体检偶然发现，症状不明显只有肿瘤增大后

由于压迫其他组织或是器官才出现局部的不适症状，如腰背部疼痛，如果瘤体破裂则会出现突发的腰背部剧烈疼痛和（或）休克症状，也有部分病人因为错构瘤破入肾盂导致肉眼血尿。

69.肾错构瘤的常用诊断方法有哪些？

CT是诊断肾错构瘤的最常用、定位和定性最为可靠的诊断方法，它对肾错构瘤和肾癌的鉴别有很好的灵敏度、特异度、阴性预测值和阳性预测值，且快速有效，故在临床实践中广泛应用。

70.肾错构瘤的治疗手段有哪些？

对于肾错构瘤的治疗，无症状的小于4cm的肿瘤，以观察随访为主，对于较大一点的错构瘤，考虑积极手术。目前，随着技术进步，可以根据病人情况选择腹腔镜肾脏切除或者肾脏部分切除。

71.肾错构瘤有破裂的风险吗？

大的错构瘤可能突然破裂，出现腹内大出血、休克、急性腹痛等，必须立即急诊手术切除肾或进行肾动脉栓塞。因此建议早期进行微创手术干预，通过手术将其剝除。

72.肾错构瘤患者在日常生活中应注意什么?

肾错构瘤患者平时应注意保持心情舒畅,切忌大怒暴怒。工作中及做家务活动时防止过度用力,不要手持重物,不宜做剧烈运动,以免增加腹腔压力,引起瘤体破裂出血。

73.肾错构瘤患者在饮食上应注意什么?

肾错构瘤的饮食很重要,肾错构瘤患者容易引起肾功能不全,或者已经发生肾功能不全,所以饮食方面还需注意避免食用一些影响肾功能的食物和药物。

(1) 不提倡饮酒:如饮酒,每天不超过1杯(相当于250毫升啤酒、100毫升红酒或25毫升白酒)。

(2) 控制体重:避免体重过重、超重或过度肥胖,容易导致肾错构瘤和增加对侧肾脏负担。

(3) 少吃红肉,包括猪、牛、羊肉的摄入,多食鱼和家禽替代红肉。

(4) 尽量避免喝含糖饮料及高糖食品,或者低纤维、高脂肪的加工食品,如汉堡包、炸薯条等。

(5) 少吃烧烤的食物。

(6) 限制食盐的摄入,特别对有肾功能

不全的肾错构瘤病人，每日不超过5g。

(7) 多吃各种新鲜蔬菜、水果、全麦食品 and 豆类。

74.含钠量高的食物有哪些？

咸菜、泡菜、榨菜、咸面包、油条、紫菜、油菜、菠菜、茴香、芹菜、金针菜、萝卜等这些食品每百克中含钠量较高。



75.如何预防肾错构瘤？

肾错构瘤的病因并不是很明确，故无有效的预防措施。

肾囊肿

76.什么是肾囊肿？

肾囊肿是肾脏内出现大小不等的，与外界不相通的囊性包块，囊内充有淡黄色透

明液体。临床上，肾囊肿可分为单纯性肾囊肿、获得性肾囊肿、成人型多囊肾三类。一般情况下，当肾脏囊肿体积不大时，患者多感觉不到身体有何异常状况，多于常规体检中偶然得知。

77.为什么会得肾囊肿？

肾囊肿的病因非常复杂，与多种因素有关。可能是由于各种原因导致肾小管的堵塞，局部尿液潴留，继而形成囊肿。

78.年龄越大越易得肾囊肿吗？

随着年龄的增加，肾囊肿的发病率逐渐增高。

79.如何判断是否得了肾囊肿？

大多数肾囊肿，没有症状，常在体检行超声检查时发现。少数人有腰痛，腹部不适，胀满等非特异性的症状。囊肿合并感染或者囊内出血时，出现腰腹部剧烈的疼痛，可伴有恶心等消化道症状。

80.确诊肾囊肿需要做哪些检查？

确诊肾囊肿，主要依靠影像学检查。B超是肾囊肿首选的检查方法，可以准确分辨出囊性病变。CT检查是肾囊肿的确定性检查，可以清晰显示肾囊肿病变，并可鉴别多囊

肾、囊性肾癌等。静脉尿路造影不能直接显示囊肿，主要用于肾积水、髓质海绵肾的鉴别诊断。

81.肾囊肿要不要治疗？

单纯性的肾囊肿，一般发展缓慢，不影响肾功能。当囊肿数量较少、体积较小、无其他异常症状出现时，通常医生多主张患者进行定期检测即可，密切观察，不需要特殊处理。

82.怎么治疗肾囊肿？

肾囊肿主要依靠手术治疗，另外还有一些其他的治疗方法。手术治疗常用的手术方式有腹腔镜下肾囊肿去顶减压术和开放肾囊肿去顶减压术。

83.什么情况下行腹腔镜下肾囊肿去顶减压术？

对于有症状，或者囊肿直径大于4厘米以上的肾囊肿，首选腹腔镜下肾囊肿去顶减压术治疗，具有创伤小、痛苦少、术后恢复快、遗留疤痕小等优点。

84.什么情况下行开放肾囊肿去顶减压术？

对于没有腹腔镜设备的医院，也可以行开放肾囊肿去顶减压术。

85.肾囊肿有哪些危害？

体积大的肾囊肿，可以直接对肾脏产生压迫作用，影响肾脏的功能。特殊部位的肾囊肿，比如肾盂旁肾囊肿，可以压迫肾盂及输尿管起始段，引起肾积水影响肾功能。少数肾囊肿，囊壁局部增厚不光滑，属于囊性肾癌，有远处转移危及生命的风险。

86.肾囊肿治疗后的效果怎么样？

肾囊肿经手术治疗后可以治愈，但是随着年龄的增大，在肾脏的其他部位仍然可以发生囊肿性的病变。对囊性肾癌，早期诊断、早期治疗，对取得满意的治疗效果有重要的意义。

87.怎么预防肾囊肿？

长期血液透析的肾衰竭患者，易得肾囊肿，行移植手术可以有效预防获得性肾囊肿的发生。正常人每年进行一次体检，以便及早发现肾囊肿。

参考文献

[1] 黄健. 中国泌尿外科和男科疾病诊

断治疗指南（2019版）[M]. 北京：科学出版社，2020：1-24.

[2] 黄云超，李云峰，李高峰.临床肿瘤外科学[M].昆明：云南科技出版社，2016.

[3] 曹厚德.正在使用二甲双胍的糖尿病患者不宜作CT增强检查[J].临床放射学杂志，2011（3）：392-392.

[4] 谢玲女，陈亚萍，高微微，等.局限性肾癌保留肾单位手术患者术后并发症护理[J].护理学报，2013（24）：41-42.

[5] 艾宇航.围手术期病人下肢深静脉血栓的预防及治疗对策[J].中国实用外科杂志，2012（11）：33-36.

[6] 刘春霞，郑杨，高璇，等.肾肿瘤患者行后腹腔镜下肾部分切除并发肾假性动脉瘤的观察及护理[J].中华护理杂志，2012，47（07）：594-596.

编者：饶会升 李 娅 赵 斌

肾 / 上腺



嗜铬细胞瘤

88.什么是肾上腺？

顾名思义，肾上腺就是肾脏上方的腺体。位于两侧肾脏的上方，左、右各一，单侧重约4~5g。肾上腺虽小，却是人体所必需的且功能复杂，早期研究发现双侧肾上腺切除的动物将无法生存。

89.肾上腺的解剖结构是什么？

肾上腺由皮质和髓质构成，成人肾上腺皮质占90%，髓质占10%。

90.肾上腺分泌的激素有哪些？

肾上腺皮质主要分泌糖皮质激素（以皮质醇为代表，也就是大家通常说的激素）、盐皮质激素（以醛固酮为代表）和性激素；肾上腺髓质主要分泌儿茶酚胺类激素（肾上腺素、去甲肾上腺素、多巴胺）。

91.什么是嗜铬细胞瘤？

嗜铬细胞瘤是有神经嵴起源的嗜铬细胞肿瘤，肿瘤细胞主要合成和分泌儿茶酚胺（CA），又称CA分泌瘤。嗜铬细胞瘤即可发生在肾上腺内，也可发生在神经节丰富的身

体其他部位，最常见于肾及肾上腺周围。

92.嗜铬细胞瘤是恶性肿瘤吗？

80%~90%的嗜铬细胞瘤为良性的，恶性占10%~20%。

93.嗜铬细胞瘤发病率为多少？

嗜铬细胞瘤发病率低，在初诊的高血压患者中所占比例为0.1%~0.5%。

94.嗜铬细胞瘤好发于哪个年龄段？

各年龄段均可发病，30~50岁为高发，男、女发病率基本相同，儿童少见。

95.嗜铬细胞瘤和副神经节瘤有什么区别？

目前，嗜铬细胞瘤特指肾上腺嗜铬细胞瘤，而肾上腺外或异位嗜铬细胞瘤统称为副神经节瘤。

96.嗜铬细胞瘤会遗传吗？

家族性嗜铬细胞瘤为常染色体显性遗传疾病，有高度的外显性，发病率约占嗜铬细胞瘤的6%~10%，发病年龄较早，儿童多见，经过多年的研究发现家族性嗜铬细胞瘤患者仍存在多种基因缺陷。

97.为什么嗜铬细胞瘤会被称为“10%肿瘤”？

(1) 10%的嗜铬细胞瘤会发生恶变：多

见于女性，多见于肾上腺外。

(2) 10%为双侧多发：多见于家族性疾病。

(3) 10%好发于肾上腺以外：称之为副神经节瘤。

(4) 10%为儿童发病：多见于家族性疾病。

98. 良性嗜铬细胞瘤有什么特点？

良性嗜铬细胞瘤一般呈圆形或卵圆形，表面光滑，有完整包膜，血供丰富肿瘤大小不一，肿瘤体积大小不与功能强弱成正比。

99. 嗜铬细胞瘤/副神经节瘤的主要临床表现有哪些？

肿瘤性嗜铬细胞分泌肾上腺素及去甲肾上腺素以及多巴胺，引起头痛、心悸、多汗、高血压以及体位性低血压等。

100. 嗜铬细胞瘤/副神经节瘤最常见的临床症状是什么？

高血压为最常见的临床症状，80%~90%患者因高血压而就诊。

101. 常规抗高血压药物对嗜铬细胞瘤患者的高血压有用吗？

嗜铬细胞瘤患者的高血压一般为常规抗

高血压药物治疗无效的难治性高血压，但钙通道阻滞剂和硝酸酯类降压药有反应，对 α -肾上腺能阻滞剂的反应良好。

102.嗜铬细胞瘤患者高血压发作时最常见的症状有哪些？

头痛、心悸、多汗是嗜铬细胞瘤患者高血压发作时最常见的症状，此症状对嗜铬细胞瘤的诊断具有重要意义。

103.如何对嗜铬细胞瘤进行诊断？

- (1) 定性诊断。
- (2) 定位诊断。
- (3) 明确嗜铬细胞瘤的良、恶性质。

104.肾上腺嗜铬细胞瘤患者为什么需要进行24小时尿儿茶酚胺检测？

目前，24小时尿儿茶酚胺是嗜铬细胞瘤定性诊断的主要生化检查手段，98%的嗜铬细胞瘤的患者24小时尿内儿茶酚胺升高，对于结果阴性而临床高度怀疑者建议重复多次和高血压发作时留尿测定，阴性不排除诊断。

105.肾上腺嗜铬细胞瘤患者首选什么影像学检查？

定位诊断肾上腺CT平扫+增强。

106.CT平扫+增强检查的优点有哪些？

价格适中、敏感性高、扫描时间短；可发现肾上腺0.5cm和肾上腺外1.0cm以上的肿瘤。



107.核磁共振（MRI）可代替CT检查吗？

定位诊断一般首选CT平扫+增强，但以下情况可以替代CT作为首选检查：

- （1）儿童、孕妇或其他需要减少放射性暴露者。
- （2）对CT造影过敏者。
- （3）生化证实儿茶酚胺升高而CT扫描阴性者。
- （4）肿瘤与周围大血管关系密切，评价有无血管侵犯。
- （5）探测多发或转移病灶。

108.嗜铬细胞瘤可疑病人的筛查指征有哪些？

（1）伴有头痛、心悸、大汗等“三联征”的高血压。

（2）顽固性高血压。

（3）血压易变不稳定者。

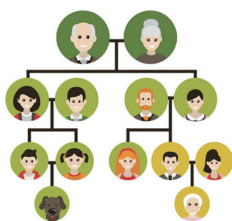
（4）麻醉、手术、血管造影检查、妊娠中血压升高或波动剧烈者，不能解释的低血压。

（5）PHEO/PGL家族遗传背景者。

（6）肾上腺偶发瘤。

（7）特发性扩张性心肌病。

109.对嗜铬细胞瘤患者进行遗传性综合诊断和基因筛查的意义是什么？



在嗜铬细胞瘤/副神经节瘤中大约1/3的肿瘤有遗传因素参与。遗传性综合征和基因筛查的价值在于：

（1）主动监测肿瘤复发或多发。

（2）及早发现其他受累系统病变。

（3）监测无症状的亲属，早期发现肿瘤。

（4）致命性肿瘤的预防如RET突变患儿

的甲状腺预防性切除。

110. 什么情况下患者可考虑为遗传性嗜铬细胞瘤？

- (1) 嗜铬细胞瘤/副神经节瘤家族史者；
- (2) 双侧、多发或肾上腺外PHEO；
- (3) 年轻患者（<20岁），特别是儿童患者；
- (4) 患者及其亲属具有其他系统病变：脑、眼、甲状腺、甲状旁腺、肾、颈部、胰腺、附睾、皮肤等。

111. 肾上腺嗜铬细胞瘤最有效的治疗方法是什么？

手术切除是肾上腺嗜铬细胞瘤最有效的治疗方法，手术存活率在98%~100%。

112. 嗜铬细胞瘤患者术前为什么需要控制高血压？

研究表明，术前没有常规给予 α -受体阻滞剂以前，嗜铬细胞瘤手术死亡率达24%~50%，术前药物准备的目的在于阻断过量的儿茶酚胺的作用，维持正常血压、心率/心律，改善心脏和其他脏器的功能；纠正有效血容量不足；防止手术、麻醉诱发儿茶酚胺的大量释放所致的血压剧烈波动，减少并

发病发生。

113.嗜铬细胞瘤患者术前服用高血压药物时需要注意些什么？

术前按时按量服用降压药物，服药期间饮食中注意增加含盐液体的摄入，以减少体位性低血压的发生，每日严密监测血压3次，将血压稳定在120/80mmHg左右。

114.嗜铬细胞瘤患者术前什么情况下需要控制心率？

对于儿茶酚胺或 α -受体阻滞剂介导的心动过速（ $>100\sim120$ 次/分）或室上性心动过速需服用药物，使心率控制在 $80\sim90$ 次/分。服药期间患者应每日监测心率3次，同时患者应监测自身有无心悸、多汗等现象。

115.嗜铬细胞瘤患者术后需重点观察哪些指标？

患者术后出现高血压、低血压、低血糖较常见，陪护人员应简单学会观察心电图监护仪上的生命体征，及时告知医护人员。



116.嗜铬细胞瘤患者术后为什么要留置术区引流管？

目的是引流术区的积血积液，也是观察有无发生活动性出血的重要途径，陪护人员应学会观察引流液量、颜色，如引流液逐渐减少，颜色变淡则表示恢复良好，并记录24h引流量；翻身活动时注意引流管固定稳妥，勿牵拉引流管或使引流管打折。

117.对于无法进行手术治疗的恶性嗜铬细胞瘤患者常用的化疗药物是什么？

推荐CVD方案：环磷酰胺、长春新碱、氮烯唑胺；有效率约50%，但多于2年内复发。

118.嗜铬细胞瘤患者术后生存率有多少？

良性5年生存率>95%，但约50%患者仍持续高血压。复发率为6.5%~17%，复发者恶性率约50%；恶性嗜铬细胞瘤不可治愈，5年生存率约50%，肝、肺转移较骨转移者预后差，其中约50%死于1~3年，但约50%可存活20年以上。

119.嗜铬细胞瘤患者术后复查注意事项有哪些？

（1）推荐术后10~14天复查血尿生化指标，判断肿瘤是否残留、有无转移等。

(2) 散发病例单侧肾上腺切除者每年一次，至少连续10年。

(3) 高危群体和遗传性嗜铬细胞瘤/副神经节瘤患者每6~12个月复查1次临床和生化指标，终生随访。

120. 双侧肾上腺切除术后为什么需要终身应用激素替代治疗？

肾上腺是人体一个重要的内分泌器官，双侧肾上腺切除后激素分泌受到影响，需终身服用肾上腺皮质激素类药治疗。

原发性醛固酮增多症

121. 什么是原发性醛固酮增多症？

原发性醛固酮增多症（PHA）简称原醛症，亦称Conn综合征，是指肾上腺皮质分泌过量醛固酮，导致体内潴钠排钾，血容量增多，肾素-血管紧张素系统活性受抑。

122. 原醛症会遗传吗？

糖皮质激素可抑制性（FH-I）病因明确，为常染色体显性遗传病，其他类型的原醛症病因尚不明确。

123.原醛症是恶性肿瘤吗？

原醛症是一种内分泌疾病，不排除有恶性的可能，但并不多见。

124.原发性醛固酮增多症所致的高血压与原发性高血压有哪些不同？

已有研究表明，醛固酮过多是导致心肌肥厚、心力衰竭和肾功能受损的重要危险因素，与原发性高血压患者相比，原醛症患者心脏、肾脏等高血压靶器官损害更为严重。

125.原发性醛固酮增多症的分型有哪些？

- (1) 醛固酮腺瘤（肾上腺皮质腺瘤）。
- (2) 特发性醛固酮增多症（特醛症）。
- (3) 单侧肾上腺增生。
- (4) 家族性醛固酮增多症。
- (5) 分泌醛固酮的腺癌。
- (6) 异位醛固酮分泌醛固酮的肿瘤。

126.原醛症的主要临床表现是什么？

高血压和低血钾。

127.原醛症高血压的常见症状有哪些？

原醛症高血压是原醛症最常见的首发症状，临床表现酷似原发性高血压，有头痛、头晕、乏力、耳鸣、视力模糊等症状。



128.低血钾有哪些常见症状？

肌无力及肌麻痹，自觉四肢无力、头重脚轻、懒于活动。从肌无力可发展为周期性瘫痪，双下肢最先受累，严重者可发生呼吸机瘫痪危及生命。

129.原醛症的高血压用一般降压药治疗效果好吗？

原醛症的高血压用一般降压药治疗反应甚差。

130.原醛症对血糖的影响有哪些？

因缺钾使胰岛B细胞释放胰岛素减少，所以原醛症病人可出现糖耐量的减低，约25%的病人会出现空腹血糖升高。

131.原醛症的实验室检查有哪些？

推荐血浆醛固酮/肾素活性比值为首选筛查试验。

132.原醛症的影像学定位检查有哪些？

首选肾上腺CT平扫+增强。

133.原醛症不推荐的定位检查有哪些？

(1) 肾上腺超声检查。

(2) 磁共振成像(MRI)：原醛症分型诊断上并不优于肾上腺CT，价格稍贵，空间分辨率低于肾上腺CT，仅用于CT造影剂过敏患者。

(3) ^{131}I -19-碘化固醇扫描现象。

134.肾上腺影像学结果进行定位诊断存在哪些漏洞？

(1) 影像学只能看到肾上腺外形是否有异常，但是不能区分其分泌激素是否有异常。而肾上腺无功能性的占位是十分常见的(尸检中发生率近10%)，因此仅仅根据影像学，可能会误判。

(2) CT等影像学检查尽管越来越先进，但是因为是断层扫描，而原醛的病灶常体积不大，因此CT或者核磁共振检查往往不能发现微小腺瘤而漏诊。

135.原醛分型定位诊断的金标准是什么？

国内外指南均推荐所有确诊为原醛症患者接受肾上腺静脉采血(AVS)以明确有无优

势分泌从而指导治疗方案。AVS是区分单侧或双侧分泌最可靠、最准确的方法，其敏感性和特异性均可达到90%以上，是国际公认的原醛症分型和定位诊断的“金标准”。

136.什么是肾上腺静脉采血（AVS）？

AVS是将一个导管经右侧股静脉分别插入位于中腹部左、右两侧肾上腺静脉，分别吸取一些局部的静脉血出来检测醛固酮和皮质醇激素，然后通过计算对比，进而分析两侧分泌的醛固酮是否相当，还是一侧分泌明显增多。

137.原醛症患者是否都需要行肾上腺静脉采血检查（VAS）？

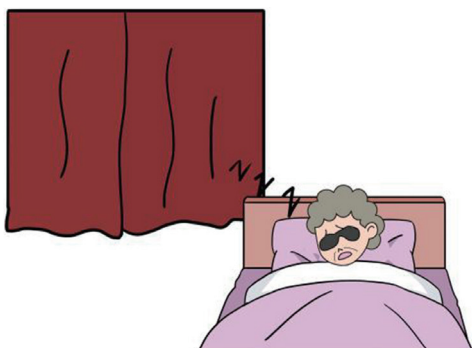
由于AVS属有创检查而且价格昂贵，且有并发症的发生，如肾上腺静脉破裂出血、肾上腺静脉栓塞和梗死、高血压危象、肾上腺功能不足等，应在确诊原醛症且有手术意愿的患者中进行。

138.原醛症患者行肾上腺静脉采血检查前需要做哪些准备？

（1）术前停用抗高血压药至少2周，停用利尿剂4~6周，采样前抗高血压药仅限于钙拮抗剂 α -受体阻滞剂；为避免影响肾素和醛固酮水平，允许条件下停 β -受体阻滞剂、

血管紧张素转换酶抑制剂（ACFI）等。

（2）操作前卧床8小时。



（3）纠正血钾至正常值。

（4）完善肾上腺薄层CT。

（5）术前静脉滴注

500mL生理盐水2天。

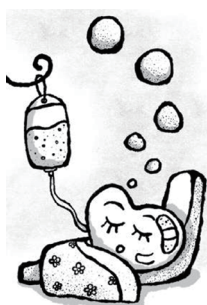
139.原醛症的治疗手段有哪些？

治疗手段的选择取决于原醛症的病因和患者对药物的反应，原醛

症的治疗有手术和药物两种方法。

140.哪些分型/情况下的原醛症适宜手术治疗？

（1）醛固酮瘤（APA）。



(2) 单侧肾上腺增生 (UNAH)。

(3) 分泌醛固酮肾上腺皮质癌或异位肿瘤。

(4) 由于药物副作用不能耐受长期药物治疗的IHA者。

141.原醛症手术方式有哪些？

(1) 醛固酮瘤 (APA) 推荐首选腹腔镜肾上腺肿瘤切除术，尽可能保留肾上腺组织。

(2) 疑多发性醛固酮瘤 (APA)，推荐患侧肾上腺全切除术。

(3) 直径 $\leq 6\text{cm}$ 的肾上腺腺瘤，腹腔镜单侧肾上腺全切术已成为金标准。

(4) 单侧原发性肾上腺皮质增生推荐醛固酮优势分泌侧腹腔镜肾上腺全切除。

142.原醛症患者药物治疗如何进行药物的选择？

对于药物治疗患者，需定期复查肾功能、电解质，并检测血压，医生根据血钾、血压等指标调整药物剂量。

(1) 特醛症首选药物治疗：安体舒通作为一线用药，依普利酮为二线药物。

(2) 家族性醛固酮增多症 (GRA)：选用小剂量糖皮质激素作为首选治疗方案。

(3) 特发性肾上腺皮质增生、有手术禁忌证的原醛症、不能根治切除的皮质癌、糖皮质激素可控制的皮质癌。常用药物有螺内酯、氯胺吡咪、氨苯蝶啶、卡托普利等。

143. 治疗原醛症的首选药物是什么？

螺内酯（安体舒通）为首选的治疗药物；是一种醛固酮受体拮抗剂，开始服药后每周需监测血钾、血压、肾功能，根据血钾水平调整安体舒通剂量。

144. 患者服用螺内酯（安体舒通）药物治疗时有哪些注意事项？

安体舒通导致的男性乳房发育呈明显剂量相关性，服药期间应避免高钾血症的发生。肾功能不全CKD3期患者慎用；肾功能不全4期及4期以上禁止服用。

145. 不耐受螺内酯的患者还可以选择什么药物？

依普利酮是一种选择性醛固酮受体拮抗剂，指南推荐用于不耐受螺内酯患者。研究报道特醛症患者长期使用依普利酮可在有效控制血压同时尽可能避免如男性乳房发育等不良反应。

146.患者服用螺内酯和依普利酮药物治疗时需注意什么?

药物治疗需要检测血钾、血压和肾功能。螺内酯和依普利酮在肾功能受损时慎用,肾功能不全者禁用,已免引起高血钾。

147.如何进行原醛症手术前护理?

(1) 纠正高血压、低血钾。如患者低血钾严重,在服用安体舒通同时,可口服或静脉补钾。一般术前准备时间为1~2周,对于血压控制不理想者,可联合其他降压药物。

(2) 纠正水、电解质及酸碱失衡;控制水和钠的摄入,增加钾盐摄入,指导进食低钠高钾饮食;遵医嘱使用排钠保钾药物,以促使水钠排出、提高血钾浓度;监测钠、钾、pH情况。

(3) 预防跌倒低钾性软瘫、降压治疗期间可引起体位性低血压,需要预防跌倒、向病人解释,做好活动指导,加强防护。



(4) 肠道准备:术前行肠道准备,防止肛门括约肌松弛,大便流出,污染手术台

面，而增加感染的风险。

148.原醛症手术后下床活动有哪些注意事项？

术后下床活动时避免做四肢伸展、突然下蹲运动等动作，避免引起伤口出血及管道滑脱。

149.原醛症手术后饮食方面有哪些需要注意的？

醛固酮瘤或单侧肾上腺增生行单侧肾上腺切除的患者在术后早期，由于对侧肾上腺抑制作用尚未解除，建议高钠饮食。

150.原醛症患者手术后是否仍需要药物治疗？

患者术后第1天即可停钾盐、螺内酯和降压药物；术后前几周如有明显低醛固酮血症表现，暂时服用氟氢可的松行替代治疗。

151.原醛症患者手术出院后何时进行复查？

术后短期内即可复查肾素活性、醛固酮、血钾，以判断疾病治疗效果及康复情况，第1次术后4~6周，此后每6个月1次，连续2年以上，药物治疗者长期。

皮质醇增多症

152.什么是皮质醇增多症？

皮质醇症是机体组织长期暴露于异常增高糖皮质激素引起的一系列临床症状和体征，也称库欣综合征（CS）。

153.皮质醇增多症有几种分型？

肾上腺皮质激素（ACTH）依赖性和肾上腺皮质激素（ACTH）非依赖性。ACTH依赖性占80%~85%。

154.哪些因素可能导致肾上腺皮质激素依赖性皮质醇增多症？

垂体分泌过多的肾上腺皮质激素；长期口服大量糖皮质激素；某些肿瘤组织（多见于小细胞肺癌）分泌肾上腺皮质激素致双侧肾上腺皮质增生和分泌皮质醇过量。

155.肾上腺皮质激素非依赖性皮质醇增多症的病因是什么？

肾上腺皮质激素非依赖性皮质醇增多症一般是由于单侧肾上腺肿瘤造成的，60%为肾上腺皮脂腺瘤，40%是肾上腺皮质癌。肿瘤分泌了大量的糖皮质激素，反馈抑制了垂体的分

泌功能，使血浆肾上腺皮质激素浓度降低，非肿瘤部分的正常肾上腺皮质组织萎缩。

156.皮质醇增多症的主要临床表现有哪些？

主要表现为满月脸、水牛背、皮肤紫纹、体重增加、向心性肥胖、多血质外貌、高血压、继发性糖尿病和骨质疏松等。

157.定性诊断皮质醇增多症要做什么检查？

（1）24小时尿游离皮质醇（UFC）测定：此项检查一般检测2~3次以增加诊断敏感性。

（2）血浆、唾液皮质醇测定：测定午夜0：00的唾液中皮质醇浓度可以用来诊断皮质醇症。

（3）地塞米松抑制试验。

158.做皮质醇增多症定性诊断时的注意事项有哪些？

正常人皮质醇呈脉冲式分泌，有明显的昼夜节律，且易受情绪、静脉穿刺是否顺利等因素影响；皮质醇病人午夜0：00入睡状态的血、唾液皮质醇浓度明显升高，故标本采集在此阶段进行；检测次数至少2次。

159.对皮质醇增多症进行病因诊断时需要进行哪项生化检查？

血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）测定。

160.血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）测定的意义是什么？

2次ACTH $<1.1\text{pmol/L}$ ，提示ACTH非依赖性皮质醇增多症（肾上腺来源）；持续ACTH $>3.3\text{pmol/L}$ 提示ACTH依赖性皮质醇增多症（来源垂体或异位ACTH）。

161.对于皮质醇增多症行肾上腺CT/MRI有什么作用？

CT对肾上腺的分辨率最高，肾上腺MRI主要用于肾上腺疾病分型；肾上腺皮质激素依赖性库欣综合征也有肾上腺结节，双侧可不对称。

162.肾上腺皮质激素依赖性皮质醇增多症的首选治疗方法是什么？

手术是一线治疗。

163.肾上腺皮质激素依赖性皮质醇增多症可以药物治疗吗？

药物仅仅是辅助治疗，若以下情况可进行药物治疗：



(1) 存在手术/放疗禁忌证或其他治疗失败或不愿手术者；

(2) 隐匿性异位肾上腺皮质激素综合征者；

(3) 严重的或恶性相关的库欣综合征的姑息性治疗。

164. 非肾上腺皮质激素依赖性皮质醇增多症的手术治疗方式及适应证有哪些？

(1) 腹腔镜肾上腺肿瘤切除术（保留肾上腺）：适应于分泌皮质醇的肾上腺肿瘤。

(2) 肾上腺皮质癌：腹腔镜肾上腺切除术。

165. 什么是肾上腺危象？

由各种原因导致肾上腺皮质激素分泌不足或缺如而引起的一系列临床症状，可累及多个系统。肾上腺危象是肾上腺皮质功能不全最严重的表现。

166. 肾上腺危象时常见的表现？

表现为厌食、腹胀、恶心、呕吐、精神不振、疲乏嗜睡、肌肉僵痛、血压下降和体温上升。患者术后家属应简单学会观察心电图监护仪上的生命体征、密切关注患者身体不适情况，及时告知医护人员。

167. 如何治疗肾上腺危象？

静脉给予糖皮质激素1~2小时后临床症状改善。

168. 肾上腺危象相关病死率为多少？

大约6~8%肾上腺皮质功能不全患者发作一次肾上腺危象。原发肾上腺功能减退患者肾上腺危象发作要比继发性肾上腺皮质功能不全患者频率略高一些，肾上腺危象相关的病死率可占危象事件的6%。

169. 皮质醇增多症术后5年生存率是多少？

肾上腺皮质腺瘤为90%，异位肾上腺皮质激素综合征51%，皮质癌为10%~23%。

170. 皮质醇增多症患者术后复查注意事项有哪些？

(1) 术后10~14天复查血尿生化及激素指标（激素替代者停药24小时后测定）。

(2) 激素替代治疗期间每3个月检查一次激素水平，激素替代治疗结束后每6~12个月复查1次，特殊情况根据医生医嘱门诊复查。

(3) 库欣病复查10年以上；肾上腺腺瘤复查5年以上；异位ACTH综合征皮质癌终生复查。

参考文献

[1] Lenders JWM, Eisenhofer G, Reincke M. Subtyping of Patients with Primary Aldosteronism: An Update[J]. Horm Metab Res. 2017 Dec ; 49 (12) : 922-928.

[2] Rossi, GP. Update in adrenal venous sampling for primary aldosteronism. [J]. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2018 06 ; 25 (3) : 160-171.

[3] 那彦群, 叶章群, 孙颖浩, 等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南 (2014版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014.

[4] 黄云超, 李云峰, 李高峰. 临床肿瘤外科学 [M]. 昆明: 云南科技出版社, 2016.

编者: 饶会升 李 娅 赵 斌

输尿管



输尿管癌

171.什么是输尿管？

输尿管是位于腹膜外位的细长肌性管道，左右各一，约为第2腰椎上缘起自肾盂末端，终于膀胱。长约20~30cm，平均管径0.5~1.0cm，最窄处口径只有0.2~0.3cm。输尿管的主要作用是将肾脏所形成的尿液排入膀胱。



172.什么是输尿管肿瘤？

输尿管肿瘤是发生在输尿管的肿瘤，分良性和恶性。良性输尿管肿瘤常见于息肉性疾病，恶性肿瘤多为尿路上皮癌等，输尿管肿瘤中恶性占多数。

173.输尿管癌的发病率是多少？

输尿管肿瘤作为上尿路肿瘤的一种，和膀胱肿瘤相比，其发病率极低，输尿管肿瘤约占全部泌尿系统肿瘤的3.6%，原发性输尿管肿瘤仅占泌尿生殖系肿瘤的1.9%~1.6%。

174. 输尿管癌早期容易发现吗？

输尿管癌早期一般没有症状，可能会偶然发现血尿，血尿可能会自行消失，没有引起大家的注意，错过了早期发现的机会。

175. 输尿管癌常见的症状有哪些？

最常见症状为间歇性无痛肉眼血尿，其次有肾积水，腹部包块，厌食，骨痛等症状。

176. 输尿管癌的危险因素有哪些？

发病原因至今不明，可能与职业暴露，遗传，生活方式、饮食习惯及长期炎性刺激有关。

177. 输尿管癌相关的检查有哪些？

（1）超声检查：对输尿管肿瘤导致的肾积水较为敏感。

（2）CT：目前应用的最广泛的输尿管影像学检查，具有较高的肿瘤检出率。

（3）造影检查：输尿管充盈缺损，肾积水等间接征象。

（4）输尿管镜检查：可直达肿瘤部位，阳性检出率高。

（5）其他检查：血常规、尿培养、尿道造影、膀胱镜检查、尿液细胞学检查、病理组织检查等阳性的结果。

178.输尿管癌的预后怎么样？

由于输尿管肿瘤位置隐匿，临床表现无明显特异性，且输尿管壁薄，周围淋巴组织丰富，肿瘤易早期浸润转移，因此输尿管肿瘤早期诊断困难，确诊时多已出现肌层浸润，故输尿管肿瘤总体预后较差。

179.输尿管癌如何治疗？

上尿路肿瘤确诊时约有60%为浸润性，而膀胱肿瘤仅为15%~25%。因此输尿管恶性肿瘤以手术治疗为主，分为保肾手术和根治手术。其中肾及输尿管全长切除+输尿管口袖套状切除术是目前的金标准术式。

180.输尿管肿瘤必须切除肾吗？

输尿管肿瘤是尿路上皮肿瘤，正常情况下，肾盂、输尿管、膀胱黏膜都是这种类型的，如果确诊是输尿管肿瘤，对侧肾脏输尿管正常，原则上应该行肾输尿管以及部分膀胱切除，才可以达到真正的治疗。

181.什么是输尿管支架管（猪尾巴管）？

输尿管支架管是一种插入输尿管腔内的细的、空心且柔

软的管子，管子两端有环形的卷曲，一端卷曲位于肾盂内，另一端位于膀胱，对输尿管起支撑作用，并帮助将尿液从肾脏引流至膀胱。成人患者使用的支架管长24~30cm，并且支架管有不同的直径型号以满足不同直径输尿管的需要。管子两端的卷曲用于固定支架管，避免支架管的移位、滑脱，两端的卷曲形状像英文字母“J”和猪尾巴，所以又称猪尾巴管。

182.为什么术后要留置输尿管支架管？

输尿管支架管由于其支撑和内引流作用，能解除输尿管炎症、水肿造成的暂时性梗阻，防止术后伤口漏尿和输尿管狭窄。

183.体内留置输尿管支架管为什么不能憋尿？

正常人输尿管末端在膀胱开口是具有抗返流功能的，这样膀胱内的尿液就不能沿着输尿管返回到肾脏。留置双J管后，相当于将肾盂和膀胱通路打开了，当膀胱内尿液增多，尿液就可以顺着双J管回到肾脏，容易造成泌尿系感染，长期尿液回流压迫肾盂还会影响肾功能。

184.体内留置输尿管支架管为什么要多喝水?

每天饮水3000mL以上,可以防止感染,还可以避免双J管壁结石形成。

185.体内留置输尿管支架管为什么要避免腰部剧烈活动?

剧烈活动腰部可能造成双J管与组织摩擦,造成出血炎症。



也不要突然下蹲或站起,因为重力原因会使双J管移位脱出。改变体位时,动作要慢。

186.体内留置输尿管支架管有尿痛和血尿怎么办?

多数属于正常现象,一般不需处理,如果出现明显的血尿或发热、腰痛等,建议及时来院检查处理。判断双J管是否在位,根据检查结果判断是否需拔除双J管。

187.体内输尿管支架管留置时间是多久?

留置时间需要根据病情决定,普通输尿管及肾手术留置4周左右,如有输尿管狭窄则需留置3~6月不等。

188.术后尿管支架管一定要拔吗？

术后患者一定要按期拔除或更换尿管支架管，管子留置时间长，会长满了结石，很难清除。

189.体内留置尿管拔管之后要注意什么？

(1) 拔管后1~3天内可能出现血尿及尿急、尿频等不适，可给予抗生素治疗3天左右。增加输液量补充营养，置管后尿管口抗反流作用消失，常规留置导尿管尿管5~7天。

(2) 通常不可放置超过三个月，否则导管可能变质、易断裂，不易拔除或产生结石。拔管后如出现发热及腰腹疼痛，应及时到医院就诊。

190.输尿管癌手术后漏尿怎么处理？

从腹膜后引流管或引流管周围流出大量淡黄色或淡红色液，应及时通知医师对症处理，一旦发生漏尿应加强心理护理及基础护理，加强营养。注意观察伤口敷料，伤口引流管引流液的性状及量，及时记录。

191. 输尿管癌除手术治疗外还有哪些治疗手段？效果是怎样？

化疗、放射治疗可作为姑息或辅助治疗。

（1）化学治疗多用于局部晚期及转移性输尿管肿瘤，可考虑以铂类为主的化疗方式。

（2）放射治疗仅用于局部肿瘤的控制，由于输尿管肿瘤主要是因为肿瘤的远处转移，因此放疗对于延缓生存时间意义不大。常见并发症有尿道狭窄、局部坏死、外阴脓肿、放射性盆腔炎等。

参考文献

[1] 黄云超，李云峰，李高峰.临床肿瘤外科学[M].昆明：云南科技出版社，2016.

[2] 李乐之，路潜.外科护理学.第5版.[M].北京：人民卫生出版社，2012.

[3] 范湘鸿，何小俊，龚超.临床常见多发病护理常规[M].武汉：武汉大学出版社，2008.

[4] 程跃，谢立平.泌尿系肿瘤药物治疗

疗学[M].北京：人民卫生出版社，2014.

[5] 田思男.原发性输尿管肿瘤45例临床分析[D].山东：山东大学，2018：1.

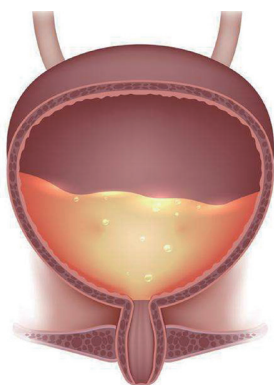
[6] 耿娇霞，吴益芬，吴莺燕.原发性下段输尿管癌保肾治疗的护理[J].护士进修杂志，2011，03（26）：477-478.

编者：周 馨 张昊婧 石 涛



192.膀胱的解剖学及生理功能有哪些？

膀胱是肌性囊状器官，主要生理功能为贮藏和排出尿液。其形状、大小、位置和壁的厚度随尿液充盈程度而异。通常成人的膀胱容量平均为350~500mL，超过500mL时候，因膀胱



膀胱张力过大而产生疼痛。膀胱的最大容量为800mL。在膀胱底内面，有一个三角形的区域，称为膀胱三角。膀胱三角是肿瘤、结核、炎症的好发部位。

193.什么是膀胱癌？主要临床表现有哪些？

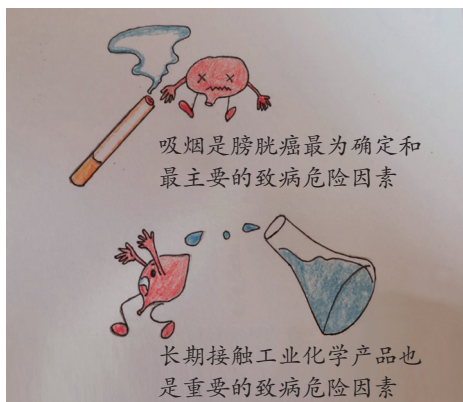
膀胱癌是起源于膀胱尿路上皮的恶性肿瘤，是泌尿系统中最常见的恶性肿瘤之一。临床表现为无痛性、间隙性肉眼或镜下血尿，多数是全程血尿，晚期还有尿路刺激

征，其他转移情况。

194.膀胱癌的主要治疗方法有哪些？

治疗方法有手术、化疗（包括全身化疗和膀胱灌注化疗）、放疗、中医中药治疗。手术治疗为目前膀胱癌治疗手段的首选治疗方案，手术方式根据病理分型、分期决定。

195.吸烟会导致膀胱癌吗？



吸烟是膀胱癌最为确定和最主要的致病危险因素，约有30%~50%的膀胱癌由吸烟引起，吸烟可使患膀胱癌的概率增加2~4倍。



196.膀胱癌会遗传吗？

膀胱癌与遗传及基因异常有关，有家族史者发生膀胱癌的危险性明显增加，但机制需要进一步研究证实。

197.诊断膀胱癌的最可靠方法是什么？

膀胱镜检查是诊断膀胱癌的最可靠方法。主要目的是了解膀胱肿瘤的数目、大小、形态、部位以及周围膀胱黏膜异常情况，同时可以对肿瘤和可疑病变部位进行活检以帮助诊断。

198.膀胱癌行超声检查（B超）有什么意义？

超声检查是诊断膀胱癌最常用、最基本的检查项目，包括腹、盆腔超声检查，同时检查肾脏、输尿管、前列腺、盆腔和腹膜后淋巴结其他脏器（如肝脏等）情况。据报道，经腹部超声诊断膀胱癌的敏感性为63%~98%，特异性为99%。

199.膀胱癌行超声检查（B超）注意事项是什么？

检查前需保留膀胱尿液，可在检查前2小时饮水1000mL左右，检查前2~4小时不要小便。

200.膀胱癌为什么要行计算机断层成像(CT)检查?

CT在诊断膀胱肿瘤和评估膀胱癌浸润范围(特别是显示膀胱外肿瘤浸润)方面有一定价值。如果膀胱镜发现肿瘤为广基无蒂、恶性度高、有肌层浸润的可能时可行CT检查,以了解肿瘤的浸润范围。同时,CT检查可以帮助明确胸腹盆腔脏器、腹膜后和盆腔淋巴结及上尿路情况,有利于判断膀胱癌的临床分期。

201.膀胱癌CT检查要注意什么?

腹、盆部检查者,检查当日请提前排空大便,需空腹或禁食4~6小时,但不必禁水,扫描前半小时开始饮600~800mL水,膀胱要充盈,即憋尿状态。高血压、碘过敏者请告知医护人员。

202.膀胱癌为什么要行磁共振成像(MRI)检查?

MRI检查具有良好的软组织分辨率,能诊断并进行肿瘤分期。在分期方面MRI优于CT,准确性分别为78%~90%和67%~85%。

203.腹部、盆腔MRI检查要注意什么?

腹部增强检查前须禁食4小时,盆腔检查

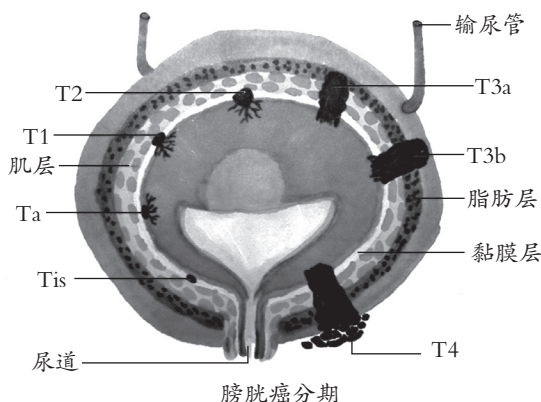
时，需要膀胱半充盈，检查前不要解小便，有金属节育环者请事先告知检查医生。

204.膀胱癌为什么要行骨扫描检查？

主要用于检查有无骨转移病灶以明确肿瘤分期，在浸润性肿瘤患者出现骨痛或碱性磷酸酶增高时，或拟行根治性膀胱切除的患者怀疑有骨转移时，可选择使用。

205.膀胱癌为什么要行胸部检查（X线检查/胸部CT检查）？

胸部检查术前应常规作胸部X线检查，了解有无肺部转移。但对肺部转移最敏感的检查方法是胸部CT。



206.膀胱癌行正电子发射-计算机断层扫描显像（PET-CT）有什么意义？

由于示踪剂氟脱氧葡萄糖经肾脏到膀胱，影响膀胱内较小肿瘤及膀胱周围区域淋巴结的显影，且费用较高，不是常规检查项目。PET-CT诊断淋巴结转移的准确率优于CT和MRI，可应用于肌层浸润性膀胱癌患者的术前分期、对晚期膀胱患者了解转移情况及疗效评价。因显像机制不同，PET-CT尚不能取代MRI和骨扫描在骨转移瘤诊断方面作用。

207.膀胱癌为什么要行尿细胞学检查？

尿细胞学检查是膀胱癌诊断和术后随访的主要方法之一。尿细胞学阳性意味着泌尿道的任何部分，包括：肾盏、肾盂、输尿管、膀胱和尿道，存在尿路上皮癌的可能。根据文献报道，尿细胞学检测膀胱癌的敏感性为13%~75%，特异性为85%~100%。

208.如何留取尿细胞学检查的标本？

（1）通常连续检查3次，以利于提高诊断率。

（2）女性留取尿液标本应避开经期，防止阴道分泌物混入尿液。

（3）使用清洁干燥的容器留取尿液，以

医院提供的一次性尿杯和尿试管为好。尽量采用新鲜尿液，也可以通过膀胱冲洗，这样能得到更多的癌细胞，尽快送检。

209.为什么不建议尿细胞学检查使用晨起第一次尿液？

晨起第一次尿由于细胞溶解比例高而不适合进行尿细胞学的检查。

210.膀胱癌行膀胱镜检查 and 活检有什么意义？

膀胱镜检查 and 活检是诊断膀胱癌最可靠的方法，也是术后复发监测的主要手段之一。原位癌主要依靠膀胱镜检查，常规影像学方法很难诊断（CT尿路造影、IVU或超声等）、膀胱镜检查包括普通硬性膀胱镜及软性膀胱镜检查，鼓励常规行无痛膀胱镜检查。



211.膀胱镜检查要注意些什么？

（1）检查前，需要先做好局部的清洁卫生，洗澡，穿宽松干净的衣服，这样不会影响手术的操作，而且也比较方便。

（2）膀胱镜检查前要提前排空膀胱，以免影响检查的结果。

(3) 做完后应多喝水、多排尿, 如有不适请及时就医。

212. 什么是膀胱肿瘤电切 (TURBt) 术?

TURBt术是将专用的手术器械(膀胱电切镜)经尿道放入膀胱内, 通过切割和凝结效应达到切除膀胱肿瘤的目的。为非浸润性膀胱癌患者首选治疗方式, 优点是创伤小、出血少、术后恢复快。

213. 膀胱肿瘤电切 (TURBt) 术患者术后为什么要行膀胱冲洗?

膀胱冲洗分持续冲洗及间断冲洗两种。主要目的为解决术后出血问题, 避免出现因术口出血无法及时排除形成血块从而堵塞排尿口出现的膀胱填塞。



214. 膀胱冲洗引起膀胱痉挛的原因是什么?

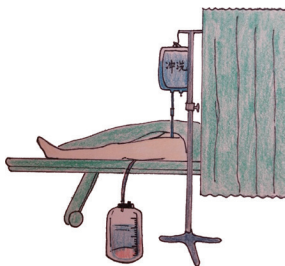
膀胱痉挛是膀胱区阵发性或持续性胀痛, 并伴有尿意、便意急迫感, 导尿管周围

尿液外溢。引起膀胱痉挛的原因主要有：膀胱冲洗液的温度较低、冲洗速度过快、冲洗引流不畅、导尿管的刺激及患者本身的精神因素等。下腹部热敷可起到一定作用，若疼痛难忍、冲洗不通畅时及时联系医护人员。

215.膀胱肿瘤电切（TURBt）术后留置三腔尿管有哪些注意事项？

膀胱肿瘤电切术后常规留置尿管为三腔尿管，可分为注药腔、排液腔、气囊腔。气囊腔为固定尿管专用口，请不要随意挤压。日常观察尿管有无打折，尿袋内尿液颜色是否清亮及尿量和冲洗液的量。无论任何时候都可不让尿袋高于耻骨联合。

膀胱持续冲洗



216.膀胱肿瘤电切（TURBt）术后什么时候可以进食？

通常没有特殊情况术后6小时可进食，由流质饮食缓慢向常规饮食过度，少量多餐，勿食易产气食物。

217.膀胱肿瘤电切（TURBt）术后通常会有哪些并发症？

（1）出血及膀胱刺激征为术后早期最常见并发症，基本可自行缓解。

（2）膀胱穿孔，持续性出血及尿道狭窄为主要并发症，若发现膀胱冲洗持续发红甚至颜色鲜红管道不通时请及时联系医护人员。

（3）经尿道电切综合征（TUR）患者出现烦躁、恶心、呕吐、抽搐甚至出现肺，脑水肿呼吸衰竭。此症状较少见。

218.膀胱肿瘤电切（TURBt）术后为什么要继续行膀胱灌注化疗？

膀胱灌注化疗分为即刻（术后24小时内）膀胱灌注化疗和术后维持膀胱灌注化疗。非肌层浸润性膀胱癌患者TURBt术后复发率高，5年内复发率为24%~84%。部分患者会进展为肌层浸润性膀胱癌，因此，推荐所有非肌层浸润性膀胱癌患者术后即刻行辅助性膀胱灌注治疗。低危非肌层浸润性膀胱癌不推荐持续膀胱灌注化疗，中高危非肌层浸润性膀胱癌患者需要行维持膀胱灌注化疗。膀胱灌注化疗的目的在于消灭残余肿瘤细胞，降低术后复发的可能性。

219.膀胱灌注常用的药物有哪些？

膀胱灌注包括膀胱灌注化疗和膀胱灌注免疫治疗。常用药物有吡柔比星、表柔比星、多柔比星、丝裂霉素、吉西他滨、卡介苗等。

220.膀胱灌注化疗什么时候开始进行？通常要持续多久？

首次膀胱灌注在术后24小时内进行，术后4~8周每周进行1次灌注，之后持续每月灌注1次，维持6~12个月。

221.膀胱灌注化疗有哪些注意事项？

尿液的pH值、化疗药的浓度与膀胱灌注化疗效果有关。灌注前禁水6小时，减少尿液将药物稀释。化疗药物应通过导尿管灌入膀胱并保留（保留时间因灌注药物不同而不同，但通常以0.5小时内为宜）。

222.膀胱灌注化疗的主要不良反应是什么？

膀胱灌注化疗的主要不良反应是化学性膀胱炎，与灌注剂量和频率相关，表现为尿频、尿急、尿痛，严重者可伴有肉眼血尿或尿中有脱落的膀胱黏膜组织。轻者在灌注间歇期可自行缓解，多饮水即可。若出现严重的膀胱

刺激症状时，应延迟或停止灌注治疗，多数不良反应在停止灌注后可以自行改善。

223.膀胱癌常用灌注化疗方案有哪些？

表3 膀胱癌常用膀胱灌注化疗方案

药物	剂量	溶媒及体积	保留时间 (小时)
丝裂霉素C	40mg	NS 40mL	2
表柔比星	50mg	NS 40mL	1
吡柔比星	40mg	GS 40mL	0.5
羟喜树碱	40mg	NS 40mL	2
吉西他滨	1000mg	NS 50mL	1

224.非肌层浸润性膀胱癌患者术后如何进行复查和随访？

高危患者术后两年之内每三个月复查1次，两到五年内，半年复查1次，五年后一年复查1次，超声检查是最常规的复查手段，膀胱镜检查是非肌肉层浸润性膀胱癌患者复查时的首选方法。随访问歇若出现异常情况及时到医院诊治。

225.什么叫作保留膀胱的综合治疗？

目前，保留膀胱的治疗多采取手术、化疗和放疗的三联综合治疗。约5%的肌层浸润性膀胱癌可通过膀胱部分切除达到治愈的目的，约27%的患者能避免根治性膀胱切除术。

由于单一的治疗手段难以达到理想的保留膀胱的效果，该治疗方案的选择指征必须严格控制，患者必须具有良好的依从性，才能得到较好的治疗效果。

226.保留膀胱的综合治疗适用于哪些患者？

对于年龄较大无法耐受膀胱全切术的患者，或不愿意接受根治性膀胱切除术的肌层浸润性膀胱癌患者，可以考虑进行保留膀胱的综合治疗。但目前尚存在不同程度的争议，需慎重考虑。

227.膀胱全切术适用于哪种类型的膀胱癌？

根治性膀胱切除术同时行盆腔淋巴结清扫术，是肌层浸润性膀胱癌的标准治疗方案，亦可适用于术后反复复发的非肌层浸润性膀胱癌。

228.什么是尿流改道术？

根治性膀胱切除时应同期行永久性尿流改道术，目前尚无尿流改道术的标准方案，可选方法有原位新膀胱术（可控尿流改道术），回肠膀胱通道术及输尿管皮肤造口术（不可控尿流改道术）。手术方式选择根据

患者的年龄、预期寿命、盆腔手术史等结合患者需求及术者经验选择，以提高患者生活质量为最终目标。

229.什么是原位新膀胱术？

原位新膀胱术指切除膀胱后截取一段肠管在膀胱原位建立新的膀胱，因患者不需腹壁造口，保持了生活质量和自身形象，成为根治性膀胱切除术后尿流改道术的主要方式之一。术后1年内日间控尿率可达87%~96%，夜间控尿率可达72%~95%。此手术适用于①尿道完整无损和外括约肌功能良好；②术中尿道切缘阴性；③肾脏功能良好；④肠道无明显病变患者。禁忌证：高剂量术前放疗、复杂的尿道狭窄、生活不能自理、肿瘤侵犯膀胱颈及尿道。

230.原位新膀胱术后为什么会出现尿失禁和排尿困难？

膀胱全切原位新膀胱术后，由于切除了尿道内括约肌，控尿主要靠尿道外括约肌，同时膀胱充盈的感知及排尿的方式（用腹压排尿）也发生变化，术后可能会出现尿失禁和排尿困难，必要时进行导尿或间歇性自我导尿。

231. 原位新膀胱术前为什么要进行盆底肌肉锻炼及新膀胱自控性训练？

因大手术后患者身体虚弱，部分患者年龄较大或学习能力较差，术后进行功能训练时不能很好地配合以及掌握动作要领，使新膀胱的可控性不能及时恢复，或出现排尿不畅，残余尿等。研究表明术前掌握盆底肌肉训练的患者，能大大提高术后早期及以后新膀胱的自控性。

232. 如何进行盆底肌肉训练？

盆底肌训练可防治尿失禁，患者应坚持、有规律收缩盆底肌，在吸气时收缩肛门保持3~5秒，呼气时放松，每日4~6次，每次10~15分钟，目的舒缩肛门括约肌的同时，使尿道括约肌也得到收缩及舒张锻炼，从而加强尿道括约肌的张力，防治尿失禁。

233. 原位新膀胱术后为什么要留置双侧输尿管引流管？有什么注意事项？

术后双侧输尿管放置支架管的目的是支撑输尿管、引流尿液。护理时应妥善固定，定时挤捏代膀胱的引流管以保持引流通畅，引流袋位置低于膀胱以防止尿液反流。观察引流尿液颜色、量、性状，发现异常立即通

知医师处理。

234.原位新膀胱术后为什么要留置导尿管？

原位新膀胱术后常规留置三腔导尿管，目的是引流尿液、代膀胱冲洗及训练新膀胱的容量；注意观察引流是否通畅，避免血块及黏液堵塞，如果引流不畅请及时告知医护人员。膀胱冲洗时需注意低压慢滴速冲洗。

235.原位新膀胱术后为什么要留置盆腔引流管？

目的是引流盆腔的积血积液，也是观察有无发生活动性出血与尿痿的重要途径，一般术后3~5日拔除。

236.原位新膀胱术后为什么要进行排尿功能锻炼？

术后新膀胱是由肠道组成，术后排尿与术前会有不同，因此需要进行排尿功能锻炼，否则会使新膀胱失去收缩能力，进而造成肾功能损伤。

237.原位新膀胱术后如何进行排尿功能锻炼？

(1) 导尿管拔出后，病人要有规律地收缩提肛肌和耻骨尾骨肌，在深吸气的同时

收缩，每次收缩维持3秒，吸气时放松，每日4~6次，每次30分钟。

（2）饮水后需要排尿：每次排尿时做正常排尿动作，憋气用腹压排尿，使膈肌下降，收缩腹肌以逼尿，同时用手按压下腹部，姿势可采取蹲位，使尿液排尽，减少残余尿量。

（3）夜间也需要定期排尿：为保证病人夜间充分的睡眠时间减少排尿次数，病人傍晚应少饮水。夜间则需定时唤醒排尿，避免长时间的憋尿，开始间隔时间1~2小时，以后逐渐延长至3~4小时排尿一次。

（4）锻炼腹肌：指导患者在呼气时收缩腹部，保持3~5秒，吸气时放松，每日锻炼4~6次，每次10~15分钟，目的是加强腹肌和膈肌的收缩力，排尿时增加腹压，利于排出尿液。

238. 原位新膀胱术后常见的并发症有哪些？

术后并发症主要有肠梗阻、吻合口瘘、尿道感染、尿失禁、切口感染或裂开等。

239.原位新膀胱术后为什么会发生肠梗阻？

肠梗阻的发病机制是多因素的，主要包括抑制因子被激活、炎症介质的产生、内因以及外因性阿片类药物的影响等。

240.肠梗阻发生的表现是什么？

临床表现主要为：术后肛门无排气、排便，肠鸣音减弱或消失，腹痛腹胀，恶心呕吐等。

241.哪些措施可促进术后胃肠功能的恢复？

主要包括以下几个方面：早期移除胃管、早期进食、早期下床活动、咀嚼训练、中药热敷、穴位按摩等。



242.术后肠梗阻发生后如何处理？

一旦发现患者有肠梗阻症状，应立即禁食、禁水、持续胃肠减压（以减轻腹痛腹胀）并保持引流管的通畅。必要时可遵医嘱使用阿托品类解痉药缓解疼痛，禁用吗啡类止痛药，以免掩盖病情而延误诊断。非手术疗法仍不能缓解的肠梗阻患者，应选择合适

的手术方式进行手术治疗。

243. 原位新膀胱术后为什么会发生吻合口瘘？

术后吻合口瘘的发生主要是由于尿管的移位或堵塞而引起新膀胱内压力增大。常发生于输尿管吻合口处或者是新膀胱吻合口处。

244. 吻合口瘘发生的表现是什么？

当患者出现盆腔引流管引流液增多且尿管引流液减少、腹部胀痛、恶心呕吐等症状时，应警惕吻合口瘘的发生。

245. 预防吻合口瘘发生的主要措施有哪些？

定期开放尿管，必要时冲洗尿管。术后48~72小时内避免大量的膀胱冲洗可减少吻合口缝线破裂而导致吻合口瘘的发生。

246. 吻合口瘘发生后如何处理？

一旦发现患者有吻合口瘘发生时，应密切监测患者病情，必要时做经皮肾造口术。

247. 原位新膀胱术后尿中的絮状物是感染造成的吗？

肠道会分泌黏液，因此新膀胱术后患者的尿中会有一定量的絮状物，不是尿路感染，通常新膀胱肠黏膜分泌的黏液量会随着

时间的延长而逐渐减少，而且很少引起尿路梗阻。但如果出现尿路感染和菌尿症需要积极处理。

248.原位新膀胱术出院后要注意什么？

（1）避免开车及提拉重物，出院后6~12周内禁止性生活。

（2）在个人能力承受范围内参加日常活动，进行轻度的体育锻炼。

（3）每天饮水2000~3000mL，新膀胱引起的盐丢失综合征如果程度较重时会引起低血容量，脱水和体重下降。因此要确保术后每天2000mL以上量（包括饮水、饮料、汤等流质饮食），同时还要增加患者饮食中盐的摄取。建议经常监测体重。继续进行排尿功能锻炼。

（4）定期复查，以了解肿瘤是否有转移或复发。

249.什么是回肠通道膀胱术？

回肠通道膀胱术是一种经典的简单、安全、有效的不可控尿流改道的术式，是不可控尿流改道的首选术式，也是最常用的尿流改道方式之一。

250.回肠通道膀胱术的主要优缺点有哪些?

主要缺点是需腹壁造口、终身佩戴集尿袋,术后早期并发症可达48%。包括尿路感染、肾盂肾炎、输尿管回肠吻合口漏或狭窄。主要远期并发症是造口相关并发症占24%,上尿路的功能和形态学上的改变占30%。各种形式的肠道尿流改道中,回肠通道术的晚期并发症要少于原位新膀胱,但是伴有短肠综合征、小肠炎性疾病、回肠受到广泛射线照射的患者不适于此术式。

251.什么是输尿管皮肤造口术?

输尿管皮肤造口术是一种简单、安全的术式。适用于预期寿命短有远处转移、姑息性膀胱切除、肠道疾患无法利用肠管进行尿流改道或全身状态不能耐受手术者。输尿管皮肤造口术后出现造口狭窄和逆行泌尿系感染的风险比回肠通道术高。

252.输尿管皮肤造口术后的引流管通常有哪些?

术后放置伤口引流管、双侧输尿管支架管,需保持各引流管通畅,妥善固定,避免活动时扭曲、折叠等。多饮水,每天2000mL以上。

253.留置的猪尾巴管（输尿管支架管）有什么注意事项？



输尿管支架管可直达肾盂，管腔直径5~8mm，较细，易发生管腔堵塞，造成引流不畅而引起尿路感染、肾积水等情况，患者每日饮水大于2000mL，指导保持输尿管皮肤造口处清洁、通畅，避免发生逆行感染，通常3~6个月（根据说明书）更换导管1次，遵医嘱监测肾功能和水电解质平衡情况。

254.尿流改道患者术前为什么要做造口定位？

造口定位的目的是：方便自我护理、避免和减少造口及造口周围并发症的发生、增强自信心、提高生活质量。

255.尿路造口位置选择的原则是什么？

位于腹直肌外侧缘，皮肤平整健康，不同体位（平卧、站立、坐位）时都便于更换造口袋。

256.尿路造口应避开的部位有哪些？

切口的部位、肋骨、髌骨、皮肤皱褶处、疤痕、系腰带处、脐部、有疝的部位、

有慢性皮肤病的部位。

257.回肠膀胱造口是什么样的？

回肠膀胱造口是红色的，与口腔黏膜的颜色一样，柔软、光滑。一般来说为圆形，其直径约为2~2.5cm，突出周围皮肤约2~3cm。刚做完手术时，造口会因水肿而较大，然后渐渐消肿。所以黏胶中心孔应根据造口大小裁剪合适。造口黏膜是没有神经纤维的，所以它没有任何感觉。

258.手术后尿路造口的变化如何？

术后初期造口会水肿，6~8周逐渐恢复。手术后尿液会立即由泌尿造口流出，最初1~2天呈少许红色，之后转为淡红色至正常的黄色。

259.如何收集尿液？

尿路造口者必须用专门的尿路造口袋，其下端为排放阀，便于小便的排放。同时应选用有防止返流装置的尿路造口袋，以防止逆行感染，所以预防泌尿系感染是很重要的。有了防止返流装置，当体位改变或躺下时，尿液不会回流污染造口。

260. 尿路造口患者要配备哪些造口用品？分别有什么作用？

（1）黏胶祛除剂：用于快速祛除黏胶，可减少87%黏胶与皮肤之间的表面张力，有效减少黏胶相关性皮肤损伤。有喷剂和擦纸两种供选择。

（2）造口粉：用于吸收皮肤和排泄物的水分，保持皮肤干爽，减少潮湿对皮肤的刺激。

（3）皮肤保护膜/喷剂：用于保护造口周围皮肤免受排泄物和造口底盘黏胶的刺激伤害。不含酒精，无刺激感。有喷剂和擦纸两种供选择。

（4）可塑贴环/防漏膏/防漏条：用于填平皮肤凹陷/褶皱或不平坦的表面，保持造口周围皮肤平整，由此在造口和造口底盘之间提供密封，从而保护皮肤免受排泄物影响。

（5）此外还需要的用品包括镊子，湿巾，造口尺，剪刀及造口底盘及造口袋。

储存：室温下，阴凉干燥处，避免重物压迫，切勿堆积存放。

261. 什么时候要更换造口袋？

更换造口袋的时间并不是固定的，要根

据渗漏的情况而定，当底盘发白超过1cm时建议更换。患者住院期间，第1次护士示范，患者及家属学习，更换造口袋时注意固定好输尿管支架管，防止脱出，换袋时间以早晨起床后或进食饮水后2小时为宜，以减少换袋过程中尿液持续排出影响造口袋粘贴；第2次患者和家属参与，护士指导；第3次患者和家属独立完成。住院期间护士评估患者及家属换袋技巧的掌握情况，对其进行培训，直到实现自我护理造口。

262.如何进行造口袋的更换？

护士在进行造口护理时，家属要在旁观看学习，逐渐学会自己护理。应该根据自身的情况并按照医生和造口师的建议选择合适的造口用品。造口袋更换应遵循ARC原则（A佩戴-R揭除-C检查）。具体更换流程见下图：

如何正确更换二件式造口袋 (以回肠通道术为例)



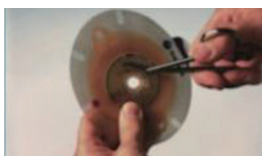
①更换造口底盘：一只手按住皮肤，另一只手小心缓慢地轻柔以揭除底盘(建议使用黏胶去除剂)



②用生理盐水或清水清洗造口及周围皮肤，保持皮肤干燥



③用造口尺测量造口尺寸大小，然后选择合适的造口底盘



④根据所测量造口的大小在造口底盘上剪出大小合适的开口，用手捋顺开口内侧



⑤在造口周围喷洒少许造口护肤粉，均匀涂抹，几分钟后将多余粉末清除



⑥将皮肤保护膜均匀地涂抹在皮肤上，待干后形成一层无色透明的保护膜



⑦将可塑贴环贴于造口周围



⑧去除底盘保护纸



⑨把底盘沿着造口紧密地贴在皮肤上



⑩从下往上粘贴底盘，之后以造口为中心，用手指由内向外画图式按压整个底盘黏胶，按压时间不少于2分钟



⑪将造口袋底部的封口对折（具体参见不同产品说明书）



⑫将两侧的魔术贴向内按压密封（不同造口袋排放口略有不同，具体视产品而定）



⑬“四点法”扣合造口袋



⑭两指捏紧锁扣，听见“咔哒”声则说明袋子已与底盘锁好



⑮轻轻地双手放在造口底盘上，双手温度便于底盘黏胶与皮肤贴合（亦可使用弹力胶贴固定底盘）

263.更换造口袋时要注意什么?

剪口的大小与造口的形状相宜,粘贴造口底盘时始终保持造口周围皮肤的干爽及平整。

264.为什么造口底盘中心孔剪裁是否合适很重要?

造口袋底板口径的剪裁要恰当,比输尿管皮肤造口的直径大1~2mm即可,底板口径裁剪过大尿液刺激造口周围皮肤可引起尿液性皮炎,剪裁过小可影响造口黏膜血供。造口周围皮肤不平整的患者,在造口周围皮肤适量加用防漏膏,使造口袋有效粘贴,减少尿液渗漏。

265.如何清洗造口及其周围皮肤?

用纱布/棉球沾蘸取温开水或使用无刺激性湿巾清洗造口及其周围皮肤,由内向外彻底擦洗。碱性肥皂或任何消毒剂会使皮肤干燥而容易损伤,应避免使用。不要使用沐浴露等,以免影响底盘黏胶的粘贴力。

266.造口患者如何观察小便?

当小便颜色浑浊,有沉淀物或强烈异味,是细菌感染的征兆,应去看医生或造口门诊咨询。回肠膀胱造口患者,造口中间有黏液流出是正常的,这是小肠的正常分泌物。

267.什么是刺激性皮炎？怎样预防？

由于与尿液接触、皮肤呈红色，且受到刺激，可能会出现渗液、脱皮和疼痛的症状，是最常见的造口症状之一。应及时咨询造口专科护士或到医院就诊，重新测量造口并尽快重新佩戴造口袋。在佩戴造口袋之前，需在皮肤上涂抹造口粉。

268.在造口袋中出现的白色结晶是什么？

碱性尿液引起尿酸结晶，呈白色粉末状黏附于造口及造口周围皮肤。可刺激造口引起炎症和/或出血。多饮水、良好的清洁、保持尿液酸性、使用防漏贴环、皮肤保护膜等附件产品可有效预防尿酸结晶。若结晶出现，可用白醋与水按1：3比例混合，湿敷数分钟后擦拭结晶，再用清水清洗。

269.造口周围皮肤不平整是否影响粘贴？怎样解决？

是的。造口周围皮肤若存在凹陷、疤痕或褶皱，黏胶不能和皮肤粘贴密实，尿液容易沿着缝隙渗入粘胶，接触皮肤。一方面刺激损伤皮肤，一方面造成黏胶渗漏。您可用防漏膏或防漏条将凹陷或疤痕填平，再贴造口袋。

270.造口表面出血怎么办？

造口黏膜有丰富的毛细血管，在更换造口袋或清洁造口时，有时会使血管受损。少许渗血，只需用清洁纸巾或棉纱稍加压迫就可止血但渗血不断或颜色不正常，或有血从造口内部流出则应看医生或至造口门诊咨询。

271.造口回缩如何处理？

造口回缩是指造口开口低于皮肤表层。造口患者体重增加，造口和皮肤的固定不足，都会使造口回缩或内陷，导致尿液容易渗漏。您可选用凸面底盘造口袋，配备造口专用腰带，建议咨询造口专科护士或到医院就诊。

272.造口患者术后如何合理饮食？

饮食平衡即可。应多喝水，每天饮水量为1500~2000mL，同时吃新鲜的水果和蔬菜，以摄取维生素C。一些食物可能影响尿液的颜色和气味改变，注意观察。如果存在肾功能问题，当注意蛋白质和盐分的摄入。

273.造口患者出院后出现哪些情况需及时就医？

- (1) 造口有损伤。
- (2) 造口处大量或持续出血，或排空造

口袋时多次发现袋内有血液，或尿中有血。

（3）造口大小和颜色的异常改变。

（4）尿液流出较平常缓慢或无尿液流出。

（5）发热、寒战、恶心或呕吐、尿液气味异常或呈絮状、背痛（可能是尿路感染的迹象）。

（6）不明原因的造口袋持续渗漏。

（7）其他任何造口及周围皮肤异常现象，如造口水肿，造口脱垂，造口周围皮肤炎症等。

274.造口患者能进行重体力劳动吗？

造口患者应避免增加腹压的行为，如提重物，剧烈咳嗽、大笑等，以免使腹压增加而导致造口旁疝和造口脱垂。

275.造口患者衣着要注意什么？

衣服以柔软、舒适为原则，不需做特别的改变，但应避免穿紧身衣裤，以免压迫摩擦造口，影响血液循环。如果裤带压迫到造口，建议穿宽松的背带裤。

276.造口患者可以参加社交活动吗？

你可以参加聚会、聚餐等社交活动。不必担心，其他人看不到你的造口袋。做好充足的事前准备，需要换袋或者有必要排空造

口袋的时候，像其他人一样去厕所，这对所有人来说都是一件很正常的事情。

277.造口患者洗澡时要注意什么？

建议洗澡时佩戴造口袋，可避免强水流冲击造口，洗澡后及时更换新的造口袋。

278.造口患者外出旅行要注意什么？

你可以去任何地方旅游，但是记得一定要做好充分的准备。准备双份的造口护理用品，旅途中注意避免将其置于过冷或过热的环境中。手提行李或随身背包中携带充足的造口底盘和造口袋以备不时之需。

279.造口患者体育运动有哪些注意事项？

保持适当的体育锻炼是有益的，包括游泳、跑步等。但要注意避免剧烈的运动以及肢体碰撞的运动。不要在饭后立即运动，运动前确保造口袋排空或更换。弹力胶贴会增加造口袋佩戴的安全性，游泳时也可以放心使用。泳衣以舒适、遮住造口袋、不影响造口袋佩戴为原则。

280.造口患者什么时候可以恢复工作？

何时可以开始工作取决于术后身体恢复状况，要遵从医生建议。仅仅造口的存在不影响一般性工作，老板也无权拒绝雇佣其他身体

条件都合格的造口人士。工作时备足造口护理产品，同时要让领导知晓你的身体状况。

281.造口患者如何处理亲密关系问题？

女性性功能通常不受影响，但有时男性性功能可能会出现短期影响。这需要同医生进行讨论。正常的性生活不会伤害造口。适应身体变化是需要一段时间的，一定要学会与另一半沟通，共筑亲密关系。

282.造口患者是否可以怀孕？

女性计划怀孕前需咨询医生。造口本身并不影响怀孕，如果身体健康，怀孕带来的风险并不比其他女性大。

283.造口用品的购买要注意些什么？

购买造口袋和附件产品会成为造口患者日常生活的一部分，可到诊治医院请医护开具处方，也可通过正规造口用品厂商来购买。

284 .转移性膀胱癌患者如何治疗？

化疗是转移性尿路上皮癌患者最重要的治疗方法。膀胱癌患者确诊时约10%~15%已发生转移，根治性膀胱切除术的患者术后约50%出现复发



或转移，其中局部复发占10%~30%，其余大部分为远处转移。主要治疗方法包括全身化疗、化疗联合放疗或单纯放疗等。

285.什么叫作化疗？

化疗是化学药物治疗的简称，通过使用化学治疗药物杀灭癌细胞达到治疗目的。化疗是目前治疗癌症最有效的手段之一，和手术、放疗一起并称癌症的三大治疗手段。

286.行化疗时为什么要进行中心静脉置管？

由于化疗药物大多是化学制剂或生物制剂，在外周静脉给药易引起静脉炎，用中心静脉置管给药，可以有效避免反复穿刺，避免药物外渗引起组织皮肤坏死的情况，从而保护外周静脉，保证静脉输液的质量与安全。

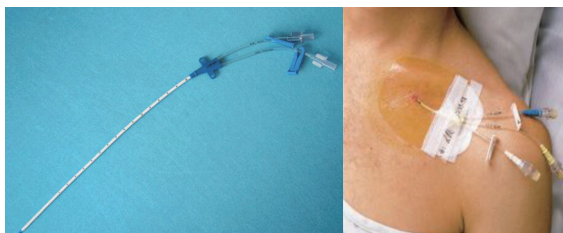
287.常见的中心静脉置管方式有哪些？

有CVC导管、PICC导管及植入式静脉输液港（PORT）。

288.什么是CVC导管？

中心静脉导管（CVC）是末端位于上腔或下腔静脉的导管，包括经锁骨下静脉、颈内静脉、股静脉置管。可用于任何性质的药物输注、血流动力学监测、不应用于高压注

射泵注射造影剂（耐高压导管除外）。



289.留置CVC导管时要注意些什么？

避免管路打折及脱落，留管期间注意观察穿刺部位及周围皮肤有无渗出、红肿、热痛等。触摸穿刺周围皮肤，评估有无硬结形成。如有不适及时告知医护人员。正常情况下透明贴膜每7日更换1次。但发现伤口有渗血、贴膜污染、潮湿、脱落、松动时，应联系医务人员。拔管后用3个手指按压穿刺点10分钟，不要过度按压或用力摩擦颈动脉，保持穿刺点24小时密闭性。

290.什么是PICC导管？

经上肢贵要静脉、肘正中静脉、头静脉、肱静脉，颈外静脉（新生儿还可通过下肢大隐静脉、头部颞静脉、耳后静脉等）穿刺置管，导管尖端位于上腔静脉



或下腔静脉的导管。

291.留置PICC导管要注意什么？

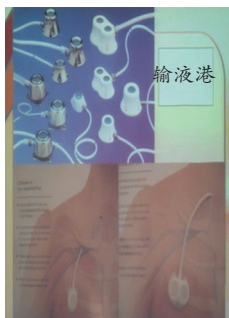
使用PICC期间要注意手臂活动幅度不能过大或太剧烈，防止导管脱落或断裂；另外，每星期进行一次冲管和换膜（由护士完成），洗澡尽量使用淋浴，贴膜松动、污染时要及时更换，以防止导管阻塞或置管处皮肤血管的感染。穿刺部位如有发红、疼痛、肿胀、渗出等情况要及时就医。如果PICC维护得好的话，一般可以使用长达1年以上，足够维持到化疗结束。

292.PICC导管的优点是什么？

- （1）避免各种药物对血管内皮的损伤。
- （2）减少患者反复穿刺的痛苦。
- （3）保护血管，确保输液安全，辅助患者轻松完成各项静脉输液治疗。

293.什么是植入式静脉输液港（PORT）？

输液港是完全植入人体内的闭合输液装置，包括尖端位于上腔静脉的导管部分及埋植于皮下的注射座。



294. 在使用输液港时有哪些注意事项？

（1）未输液时，注意保持局部皮肤清洁，但不要用力搓揉埋港部位，保持贴膜干燥卫生。

（2）输液过程中埋港部位应无任何不适，如有胀痛、发凉的情况，应及时告知护士，安排进一步检查。

（3）如果发现局部皮肤有发红、发热、肿胀、硬结、疼痛等症状应及时至医院就诊。

（4）输液港植入后，不影响CT、MRI等检查，亦可安全乘坐飞机。

295. 植入式静脉输液港（PORT）有哪些优点？

（1）感染风险低：因其操作简单，且为皮下埋植，从而降低了感染的风险。

（2）方便患者：无插入蝶翼针进洗浴及游泳，埋植于皮下不易被别人注意。

（3）减少穿刺血管的次数，保护血管，减少药物外渗的机会。

（4）维护简单，治疗间歇期4周维护一次即可。

（5）使用期限长：按穿刺隔膜能让19G的无损伤穿刺针穿刺1000次，连续使用7天来

计算，输液港可使用19年。

296.膀胱癌化疗患者主要用的化疗药物有哪些？

基于顺铂的联合化疗是转移性膀胱尿路上皮癌的最重要的标准治疗方案。尿路上皮癌细胞已被证明对于铂类、吉西他滨、阿霉素及紫杉醇等化疗药物敏感。转移性膀胱尿路上皮癌患者对于含铂类药物的联合化疗方案总体反应率可达50%左右。

297.转移性膀胱尿路上皮癌患者的生存期是多久？

几乎所有转移性膀胱尿路上皮癌患者都会进展，中位生存时间约为14个月，五年生存率约5%~20%。

298.膀胱癌常用的化疗方案有哪些？

化疗是转移性膀胱尿路上皮癌患者最重要的治疗方法。

表4 膀胱癌常用化疗方案

	标准方案	替代方案
适合顺铂治疗 (能耐受顺铂 的患者)	吉西他滨联合顺铂 (GC方案) DD-MVAC (剂量密 集的氨甲蝶呤、长 春碱、多柔比星和 顺铂) 联合粒细胞 集落刺激因子	
不适合顺铂治 疗 (不能耐受 顺铂的患者)	吉西他滨联合卡铂 阿特珠单抗 帕母单抗	吉西他滨 吉西他滨和紫 杉醇 异环磷酰胺、 阿霉素、吉西 他滨

299.膀胱癌基于顺铂的联合化疗主要毒副反应是什么?

由于膀胱癌化疗是基于顺铂的联合化疗, 其中一些药物具有肾毒性 (如顺铂、卡铂、氨甲蝶呤)。化疗期间患者应多饮水, 尤其大剂量化疗的病人, 每天饮水量应在2500mL以上, 以加快体内药物及代谢产物的排除, 减轻对肾脏的损害。

300.膀胱癌使用多柔比星化疗主要毒副反应是什么？

多柔比星可引起心脏毒性。对有心脏病史的病人应慎用或禁用可致心脏毒性的药物，化疗时使用心电监护器，可密切观察病情变化。另外，可遵医嘱口服或注射一些保护心脏的药物（如辅酶Q₁₀、ATP等）。

301.膀胱癌使用长春新碱化疗主要毒副反应是什么？

长春新碱具有神经毒性，包括末梢神经炎和脑功能障碍。主要表现四肢和躯干感觉异常、麻木、肌无力、便秘、麻痹性肠梗阻、尿潴留等，这些症状早期为可逆，停药后可迅速消失。剂量过大可致永久性神经损伤。观察药物的毒性反应，一旦出现不适，应报告医生，停药或换药，同时可食用一些神经营养药物。如出现腹胀、便秘等可给予润肠剂、观察排便情况，如果出现肠梗阻症状要及时报告医生给予处理。

302.膀胱癌使用吉西他滨化疗主要毒副反应是什么？

吉西他滨可造成骨髓抑制，化疗后注意保暖预防感冒，减少户外活动及家属探视次

数，减少感染的机会。应根据医生医嘱每周查2~3次血象。

303.膀胱癌使用紫杉醇化疗主要毒副反应是什么？

过敏反应是主要毒性之一，主要表现为支气管痉挛，喘鸣、瘙痒、皮疹、焦虑、低血压等。因此，紫杉醇给药前给予皮质类固醇和抗组胺药可预防或减轻过敏反应的发生。一般会在治疗前12小时给予地塞米松片口服，治疗前半小时给予苯海拉明、西咪替丁等静脉注射。患者一定要配合按时服药以减少过敏反应的发生。

小贴士：

（1）滋阴健脾粥：可缓解化疗期间食欲不振、口干、乏力等症状。制作方法：把桂圆20g、莲子20g、山药50g、薏苡仁50g、粳米，加水煮粥。

（2）大枣龙眼枸杞粥：具有健脾补肾、填髓生血的功效，适合化疗后血象减少的患者。制作方法是把大枣10枚、龙眼肉15g、枸杞子15g、薏苡仁100g、冰糖10g，加水煮粥。

304.膀胱癌的放疗适用于哪些情况？

肌层浸润性膀胱癌患者如不愿意接受根

治性膀胱切除术、全身状态不能耐受根治性膀胱切除手术，或肿瘤已无法根治性切除时，可选用放射治疗或化疗联合放疗。但对于肌层浸润性膀胱癌，单纯放疗患者的总生存期短于根治性膀胱切除术。膀胱癌的放疗可分为根治性放疗、辅助性放疗和姑息性放疗。

305.膀胱癌放疗前要注意什么？

（1）放疗前需保持放射野标记的清晰，切不能私自涂改。照射野皮肤不宜用肥皂、粗毛巾及热水擦洗，局部不可涂酒精或刺激性油膏。要选用全棉柔软、宽大、吸湿性强的内衣，避免粗糙衣物摩擦。

（2）盆腔照射前应排空小便、大便，以减少膀胱、直肠损伤。

（3）以高热量、高蛋白、高维生素、低脂肪易消化的清淡饮食为主。适当多饮水，以增加尿量。

（4）要经常保持口腔卫生。高热期应卧床休息，防止外出。口腔清洁每日2次。

306.膀胱癌放疗后要注意什么？

（1）放疗后患者白细胞减少及全身反应：放疗期间患者常出现乏力、食欲不振或头痛等症状，患者应多休息，查血象1次/周，

当白细胞 $< 3 \times 10^9$ 个/L 时要暂停放疗，并遵医嘱用升白细胞药物。

(2) 放疗结束后，应做一次全面体格检查及肝肾功能检查。照射野皮肤仍需要继续保护，为期至少一个月。部分患者局部或全身仍可能出现后期的放射反应，请不要惊慌，如果出现，可及时与医生联系，给予处理。

参考文献

[1] 国家卫健委18个肿瘤诊疗规范(2018版) [S].

[2] 黄健.中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南.(2019版) [M].北京:科学出版社,2020:27-79.

[3] 黄云超,李云峰,李高峰.临床肿瘤外科学[M].昆明:云南科技出版社,2016.

[4] 陈亚萍,谢玲女,钱小兰,等.膀胱全切输尿管皮肤造口术患者的术后护理[J].护理学报,2010,17(3B):45-46.

[5] 李乐之,路潜.外科护理学.第5版.[M].北京:人民卫生出版社,2012.

[6] 程跃, 谢立平.泌尿系肿瘤药物治疗学[M].北京: 人民卫生出版社, 2014.

[7] 李春燕.美国INS2016版《输液治疗实践标准》要点解读[J].中国护理管理, 2017, 17(2): 150-153.

[8] 彭娜.2016年INS输液治疗实践标准: 血管通路装置的选择和置入[J].现代医药卫生, 2017, 33(9): 145-148.

编者: 周 馨 张昊婧 杨李波



尿道癌

307.尿道的解剖生理功能是什么？

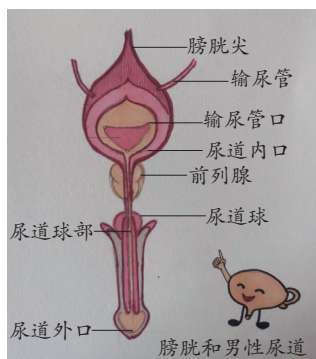
尿道是从膀胱通向体外的管道。男性尿道细长，长约18cm，起自膀胱的尿道内口，止于尿道外口，男性尿道兼有排尿和排精功能。女性尿道粗而短，长约5cm，起于尿道内口，经阴道前方，开口于阴道前庭。

308.什么是尿道癌？

尿道癌属于尿道上皮肿瘤，临床上比较少见。男性尿道癌大多数为40岁以上，女性尿道癌多见于中老年人。大约50%的尿道癌继发于膀胱、输尿管或肾盂移行上皮癌。原发尿道癌比较少见，女性比男性多2~4倍。

309.尿道癌主要临床表现有哪些？

尿道流血为主要症状。其次还包括尿频、尿急、尿痛等尿路感染症状。肿



瘤梗阻尿道可出现排尿困难。肿瘤大时局部可摸到包块。女性尿道癌多沿尿道口长出体外。晚期可出现尿痿、消瘦、贫血等恶病质病状。

310.尿道癌有哪些危害？

女性患者尿道癌向阴道溃破可形成尿道阴道痿，严重影响其个人生活；尿道癌会影响患者性能力；远处转移是导致患者死亡原因的主要原因。

311.尿道癌与人类乳头病毒（HPV）有什么关系？

有研究表明，59%的尿道肿瘤患者HPV呈阳性。

312.尿道癌能通过验尿验出来吗？

不可以。尿道癌患者主要通过尿道镜检的活检检测，同时可以采用尿细胞学检查作为辅助检查，但是有一定的假阴性率。

313.尿道癌相关的检查有哪些？

- （1）尿道流血，尿道触及肿物。
- （2）尿道造影示尿道有充盈缺损。
- （3）尿道镜见到肿物，活检证实为肿瘤。
- （4）尿及尿道分泌物查得癌细胞。
- （5）血常规、尿培养、尿道造影、B超

检查、CT检查、膀胱镜检查、尿道分泌物或尿道冲洗液细胞学检查、病理组织检查等阳性的结果。

314.尿道癌的治疗方法是什么？

尿道恶性肿瘤的经典治疗以手术治疗为主，辅以化疗、放射治疗。可采用激光、高频电刀、冷冻、手术或局部外用药物等方法。手术方式包括：①经尿道电切或电灼；②局部肿瘤切除术；③尿道部分切除再吻合术；④全尿道切除+尿道重建术；⑤全尿道切除术，肿瘤浸润尿道周围时可行阴茎部分或全切除及淋巴清扫术。男性后尿道及女性尿道癌须行膀胱及尿道切除并尿流改道术。

315.尿道癌术前患者如何配合？

（1）由于尿道癌罕见，且病变部位难以启齿，造成患者强烈的自卑羞辱感，加上对手术的恐惧、紧张，担心预后不佳，患者往往心理负担重，此时应正确认识自身病情，保持乐观、稳定的心理，应积极主动地配合医务人员化验、检查及治疗，坚定战胜疾病的信心。

（2）术前皮肤准备：患者术前每晚彻底清洗外阴部，术前3天消毒会阴，可用0.1%苯

扎氯铵液1:3稀释后冲洗外阴部及阴道，或用阿米卡星喷剂每日消毒外阴。减少局部暂住菌。

(3) 避免尿路感染：多饮水， $>2000\text{mL}/\text{天}$ ，注意观察尿色。配合医生行分泌物培养和尿培养，有泌尿系感染者要严格控制感染。

(4) 肠道准备：术前1日晚上配合医生行肠道清洁。

316.尿道癌会转移吗？通常会转移到什么部位？

尿道癌晚期会发生转移，远处转移部位最常见的是肺、肝、骨和脑，远处转移是导致患者死亡原因的主要原因。

317.尿道癌术后为什么必须保持尿管通畅？

尿痿、尿道狭窄是常见的术后并发症。术后保持尿管通畅是避免发生尿痿的关键，手术中常规行膀胱造痿，术后3天行持续膀胱冲洗，减少分泌物堵塞尿管的机会。

318.男性尿道癌患者术后为什么使用女性激素类药物？

男性病人遵医嘱使用雌二醇等女性激素类药物，防阴茎勃起致吻合口出血及疼痛。

扩张导尿管气囊，适当牵引膀胱颈。

319.尿道癌术后尿失禁如何预防护理？

膀胱黏膜与尿道上皮相似，尿控能力在于尿道及阴道外括约肌的完整和有效尿控尿道的长度。行全尿道切除，术后尿失禁为常见并发症。因此拔管前应让患者有充分的心理准备，嘱多饮水。指导患者进行提肛肌锻炼，通常术后6个月患者尿失禁情况会有好转。

小贴士：

术后盆底肌肉训练：膀胱黏膜与尿道上皮相似，尿控能力在于尿道及阴道外括约肌的完整和有效尿控尿道的长度。术后两周拔除尿道内支架管，夹闭膀胱造瘘管，试行排尿1~2天，若通畅则可拔除膀胱造瘘管。患者一般情况恢复较好，术后约1周可作提肛肌训练。方法是在吸气时，腹肌、提肛肌及会阴部肌肉同时收缩，持续约30秒，呼气时放松，呼吸1次记为1次，每20次为一组，每天可进行5~6组。这种训练可有效防止术后发生尿失禁。

320.术后尿道狭窄怎么预防？

须行定期尿道扩张术。拔出尿管后，密切观察患者排尿形态及主诉。若有排尿困

难、尿线变细、排尿中断等现象，嘱病人定期返院扩张尿道。扩张尿道手法要轻柔，尿道探子型号逐渐递加，扩张术中要适当应用润滑止痛胶，防止尿道黏膜损伤。

321.尿道癌除手术治疗外还有哪些治疗手段？效果怎样？

化疗、放射治疗可作为尿道癌的姑息或辅助治疗。

（1）化学治疗多用于姑息治疗，效果不肯定。

（2）放射治疗有外照射和组织内照射，低分期小肿瘤放疗满意，较大的、高分期的后尿道癌放疗效果不佳，常见并发症有尿道狭窄、局部坏死、外阴脓肿、放射性盆腔炎等。

尿道肉阜

322.什么是尿道肉阜？

尿道肉阜是发生于女性尿道口部的良性红色脆性血管形肿物。尿道肉阜一般较小，多位于尿道口6点处，也可累及尿道口四周呈

环状，基底较宽、质软、表面光滑、色暗红、息肉样增生物。

323.尿道肉阜的病因是什么？

病因不清，可能与雌激素水平降低、外阴部慢性炎症或刺激有关。

324.尿道肉阜有什么临床表现？

尿道口疼痛或出血。体查尿道口下部有脆性肿瘤样组织，有触痛，易出血。

325.如何治疗尿道肉阜？

无症状者无须治疗。

（1）药物治疗：局部用雌激素软膏，连续10~20天，多可奏效，以后每3~4月重复治疗一次，有感染时用1:1000高锰酸钾液坐浴。

（2）手术治疗：适用于药物治疗效果不好的患者。

326.如何预防尿道肉阜？

（1）定期体检：以达到早期发现、早期诊断、早期治疗。

（2）做好随访：防止病情恶化。

（3）个人卫生：穿纯棉内裤，保持外阴清洁、干燥，经常换内裤。

（4）增强体质：多参加体育锻炼，注意

劳逸结合，加强营养，摄取高蛋白、高碳水化合物、高热量、高维生素、低脂肪的全营养饮食。

参考文献

[1] 李乐之，路潜.外科护理学.第5版.[M].北京：人民卫生出版社，2012.

[2] 范湘鸿，何小俊，龚超.临床常见多发病护理常规[M].武汉：武汉大学出版社，2008.

[3] 李小寒，高少梅.基础护理学.第5版.[M].北京：人民卫生出版社，2013.

[4] 周更苏，李福胜，狄树亭，等.康复护理技术[M].武汉：华中科技大学出版社.2010，7.

[5] 孙婷.1例尿道旁腺癌病人的护理[J].护理研究，2010，24（311）：279-280.

[6] 李乐之，路潜.外科护理学[M].北京：人民卫生出版社，2013，7.

[7] 程跃，谢立平.泌尿系肿瘤药物治疗

学[M].北京:人民卫生出版社,2014.

[8] 闫红丽,高彦君,张金立,等.女性尿道癌行膀胱黏膜尿道重建术的护理[J].护士进修杂志,2009,24(3):236-237.

编者:周 馨 张昊婧 石 涛

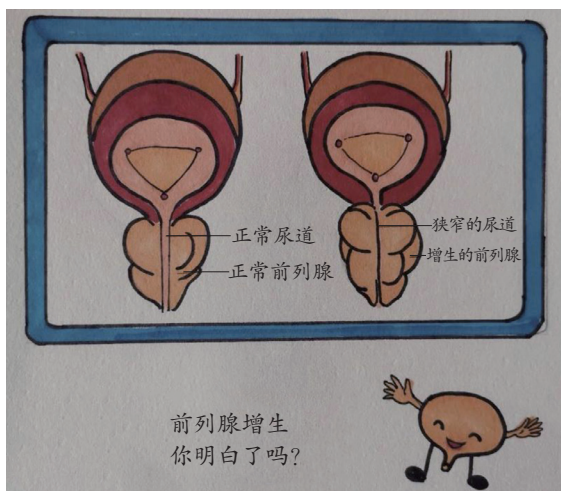
前
列腺



前列腺癌

327.什么是前列腺?

前列腺是雄性哺乳动物生殖系统中的一个器官,属外分泌腺,由腺组织和肌组织构成。前列腺是动物体非常少有的、具有内、外双重分泌功能的性分泌腺。



328.前列腺有哪些功能?

(1) 具有外分泌功能。分泌前列腺液,是精液的重要组成成分,对精子正常的功能具有重要作用,对生育非常重要。

(2) 具有内分泌功能。前列腺内含有丰富的 5α -还原酶, 可将睾酮转化为更有生理活性的双氢睾酮。双氢睾酮在良性前列腺增生症的发病过程中起重要作用。通过阻断 5α -还原酶, 可减少双氢睾酮的产生, 从而使增生的前列腺组织萎缩。

(3) 具有控制排尿功能。前列腺包绕尿道, 与膀胱颈贴近, 参与构成尿道内括约肌。发生排尿冲动时, 伴随着逼尿肌的收缩, 内括约肌则松弛, 使排尿顺利进行。

(4) 具有运输功能。前列腺实质内有尿道和两条射精管穿过, 当射精时, 前列腺和精囊腺的肌肉收缩, 可将输精管和精囊腺中的内容物经射精管压入后尿道, 进而排出体外。

329. 什么是前列腺癌?

前列腺癌是前列腺腺泡细胞异常无序生长的结果, 起病较为隐匿, 生长较为缓慢, 是男性老年人常见疾病。近年来, 我国男性前列腺癌的发病率逐年升高, 位列男性泌尿系统恶性肿瘤的第1位、男性全身恶性肿瘤发病率第6位。

330. 患前列腺癌时主要表现有哪些?

早期前列腺癌通常无任何特异性症状。

但肿瘤阻塞尿道或侵犯膀胱颈时，则会发生下尿路症状，排尿功能障碍，如尿频、尿急、尿流缓慢、尿流中断、排尿不尽，甚至尿潴留或尿失禁；血尿。骨转移时会引起骨痛、病理性骨折、贫血、脊髓压迫等症状，甚至导致下肢瘫痪。

331. 前列腺癌的病因有哪些？

前列腺癌的病因及发病机制十分复杂，确切病因不明确，研究显示前列腺癌与遗传、年龄、外源性因素如环境、饮食习惯有密切关系。

332. 前列腺癌有哪些治疗方法？

- （1）观察等待与主动监测。
- （2）根治性前列腺切除。
- （3）外放射治疗。
- （4）近距离放射治疗。
- （5）质子治疗。
- （6）内分泌治疗。
- （7）局限性前列腺癌的其他治疗。

333. 前列腺癌会遗传吗？

如果一个一级亲属（兄弟或父亲）患有前列腺癌，其本人患前列腺癌的危险性会增加1倍以上。2个或2个以上一级亲属患前列腺

癌，相对危险性会增至5~11倍。有前列腺癌家族史的患者比那些无家族史患者的确诊年龄大约早6~7年。因此若家族里有患前列腺癌的男性我们需要特别注意，患前列腺癌的概率会提高。

334. 前列腺癌发病和年龄有关吗？

前列腺的发病与年龄密切相关。其发病率随年龄而增长，年龄越大，发病率越高，高发年龄为65~80岁。

335. 前列腺癌患者可以喝酒吗？

酒精摄入量过多是前列腺癌的高危因素，同时与前列腺特异性死亡率相关。



336. 喝绿茶可以预防前列腺癌吗？

亚洲地区前列腺癌的发病率低，而绿茶的饮用量相对高，流行病学资料显示，饮用绿茶可能是预防前列腺癌的措施之一。

337. 晒太阳可以降低前列腺癌的发病率吗？

阳光暴露和前列腺癌发病率呈负相关，阳光可以增加活性维生素D的含量，可以降低

前列腺癌患病风险。

338.多吃蔬菜可以预防前列腺癌吗？

多伦多安大略癌症护理中心的一项研究表明，西兰花和花



椰菜都是预防前列腺癌效果明显的蔬菜。

339.目前前列腺癌最佳筛查方法是什么？

直肠指检联合前列腺特异性抗原（PSA）检查是目前公认的早期疑似前列腺癌的最佳筛查方法。

340.直肠指检（DRE）对前列腺癌的诊断有什么意义？

直肠指检对前列腺癌的早期诊断和分期都有重要的参考价值，若未触及前列腺结节也不能排除前列腺癌，需要结合前列腺特异性抗原（PSA）及影像学检查等综合考虑。

341.什么是前列腺特异性抗原（PSA）？

PSA，是prostate specific antigen的英文缩写，中文含义为前列腺特异性抗原。是前列腺腺泡和导管上皮细胞合成分泌的一种具有丝氨酸蛋白酶活性的单链糖蛋白，正常生理条件下，PSA主要局限于前列腺组织中，血清

中PSA维持在低浓度水平。PSA的升高与前列腺癌、前列腺炎、前列腺增生等诸多疾病有关，临床上观察到PSA升高应排除前列腺癌。

342.如何通过PSA结果判定前列腺癌？

PSA通过抽血可检测，血清总PSA（tPSA） $>4.0\text{ng/mL}$ 为异常，初次PSA异常者需要复查，当tPSA在 $4\sim 10\text{ng/mL}$ 之间时，国内一组数据显示前列腺穿刺阳性率为15.9%。

343.什么情况下需要做PSA筛查？

建议50岁以上的男性每年应接受常规的PSA检测和直肠指检，对于有前列腺癌家族史的应45岁开始例行检查。

344.哪些检查会影响血清PSA的结果？

有报道称直肠或尿道内检查可导致血清PSA的升高，因此在进行PSA检测前避免行膀胱镜、导尿、前列腺直肠指诊及穿刺等检查。

345.骑车会影响PSA吗？

骑脚踏车之后都可能暂时性地会使PSA值升高，在抽血检测PSA前，最好3~5天内不要骑车。



346.PSA检查前需要空腹吗？

需要空腹12小时以后抽血化验。因为一般空腹12~14小时后，血液的各种生化成分比较恒定，对血清指标判定结果影响较小。

347.做基因检测对前列腺癌有什么意义？

对于家族遗传咨询以及更好评估个体继发性癌症风险具有重要意义。专家组建议询问家庭和个人的癌症史，如果怀疑有家族性癌症综合征，则推荐遗传咨询会诊，患者也应该主动检测，不能隐瞒家族病史。同时，基因检测可以评估前列腺癌的侵袭性、恶性特征以及前列腺癌对治疗的有效性和治疗的潜在的副作用；并且可以评估前列腺癌患者是否适合联合目前的一些精准医学的治疗，例如：PARP抑制剂、联合铂类的化疗、联合免疫治疗。

348.前列腺磁共振检查（MRI/MRS）有什么意义？

MRI检查是诊断前列腺癌及明确临床分期的最主要方法之一。可帮助了解肿瘤有无扩散至包膜外及精囊，有无盆腔淋巴结转移，对前列腺癌的诊断和分期有参考价值。

349.骨扫描检查有什么意义？

骨扫描是目前评价前列腺癌骨转移最常用的方法，对界定前列腺癌患者的分期与是否为高负荷有重要意义。

350.骨扫描需不需要注射特殊药物？会不会有什么不良反应？

骨扫描患者在进行骨扫描前需要静脉注射同位素显像剂（ $^{99m}\text{Tc} - \text{MDP}$ ） $20 \sim 25\text{mCi}$ ，这是一种无过敏反应的药物，静脉注射显像剂后 $2 \sim 4$ 小时进行骨扫描。患者在注射半小时后应大量饮水，以促进骨骼对显像剂的吸收以及药物的排泄，一般需要 $1000 \sim 1500\text{mL}$ 。

351.骨扫描需要空腹吗？

骨扫描检查一般不需要空腹，可正常饮食。

352.骨扫描检查时着装有要求吗？

注射显像剂后，在排尿时应注意尿液不要污染衣裤和皮肤，防止扫描时形成伪影，影响正确诊断；如果有污染正确的做法是换一件干净的衣裤或将皮肤上的尿液擦洗干净。

353.前列腺穿刺的方法有哪些？

常用的穿刺方法有经会阴前列腺穿刺和经直肠前列腺穿刺。

354.什么情况下需要做前列腺穿刺?

(1) 直肠指诊发现前列腺可疑结节,任何PSA值。

(2) 经直肠前列腺超声或MRI发现可疑病灶,任何PSA值。

(3) $PSA > 10ng/m$ 。

(4) $PSA 4 \sim 10ng/mL$, f/t PSAD可疑或PSAD值可疑。

355.前列腺穿刺经会阴穿刺和经直肠穿刺有什么区别?

经会阴穿刺:不需要肠道准备,感染风险小,但穿刺时间长,需要2个人配合操作,需要局部麻醉。

经直肠穿刺:操作快捷,定位精准,不需要麻醉,一个人可完成,但需要做肠道准备,感染风险高,有血尿和血便并发症。

356.什么情况下不适合做前列腺穿刺?

(1) 处于急性感染期、发热期。

(2) 有高血压危象。

(3) 处于心脏功能不全失代偿期。

(4) 有严重出血倾向的疾病,处于糖尿病血糖不稳定期。

(5) 有严重的内、外痔,肛周或直肠

病变。

357.MRI检查为什么要在前列腺穿刺前进行？

因为前列腺穿刺活检术会引起前列腺局部MRI影像的改变，故建议MRI在前列腺穿刺活检前进行。

358.经直肠前列腺穿刺前为什么要清洁肠道？

经直肠穿刺，穿刺探头由肛门放入，经直肠对前列腺、精囊全面检查，若不清洁肠道会遮挡视线不方便操作，而且感染风险很高，故检查当日中午吃少量流质饮食，穿刺活检前清洁肠道，可选择灌肠，也可用开塞露可代替灌肠。

359.前列腺穿刺后需要注意些什么？

（1）穿刺后可能会出现血尿，期间减少活动，多饮水。

（2）塞肛纱条务必保持12小时以上，卧床休息6小时以上。

（3）回病房后配合医务人员进行抗感染等补液治疗。

（4）穿刺后可能会出现小便难解，需及时告知医生给予留置尿管，避免用力解便。

360.什么情况下需要观察等待?

对于已经明确前列腺癌患者，观察的目的是在前列腺癌不太可能导致死亡或显著发病时，通过避免非治愈性治疗保持患者的生活质量。观察的主要优势是避免不必要的治疗可能引起的不良反应。一般适用于不愿意或体弱不适合接受主动治疗的前列腺癌患者，预期寿命小于10年的各期患者。

361.什么情况下需要主动监测?

主要适用于预期寿命10年以上的，临床低度风险有根治性治疗机会的低危前列腺癌患者。前2年每3个月复查PSA和直肠指诊，2年后可每6个月复查一次，第一次前列腺穿刺应该在诊断性穿刺的12个月以内完成。

362.什么是根治性前列腺切除术?

根治性前列腺切除术是治愈局限性前列腺癌最有效的方法之一，根治性切除的范围包括切除前列腺及其周围的精囊、射精管、输精管的一部分，同时观察盆腔淋巴结有无转移并清扫。包括开放性手术和腹腔镜手术两种。

363.根治性前列腺切除手术前后为什么要做盆底肌锻炼?

根治性前列腺切除手术后最常见的并发

症是尿失禁，因此改善术后控尿功能尤为重要，规范的前列腺盆底肌功能锻炼有助于根治性术后控尿功能的恢复，这一观点已经在临床上得到广泛认可。

364.根治性前列腺切除手术前后怎么做盆底肌锻炼？

根据自身情况可选择平卧位、站立位或坐位，在不收缩下肢、腹部及臀部肌肉的前提下，自主收缩耻骨、尾骨周围的肌肉，维持10秒，然后放松休息10秒，以上动作为1次，20~30次为1组，每日早、中、晚各锻炼1组，每个月为1个疗程，盆底肌功能锻炼可使盆底神经改变，肌肉收缩力量和张力增强，为膀胱、尿道提供结构支撑，同时可以增强尿道括约肌的力量。

365.根治性前列腺切除术后性功能受影响吗？

根治性前列腺切除术，术中会损伤阴茎双侧性血管神经束，从而出现性功能异常的症状，主要表现为勃起功能障碍（包括不能射精、射精障碍）、性欲降低。

366.术后发生尿道与膀胱颈狭窄怎么办？

可行尿道扩张术，术后3个月可常规扩

张尿道1次，如无梗阻，排尿满意，此后不需扩张，如膀胱尿道吻合欠佳，患者排尿不畅，拔尿管1周后试扩尿道，以后逐渐延长扩张时间，可取得较好疗效。

367. 根治性前列腺切除术后为什么需要特别关注尿管？

术后留置尿管最主要的意义是支撑膀胱颈及尿道吻合口能够在一条直线上对合，防止尿道粘连或狭窄，一旦脱出需再次手术放入，故术后防止尿管脱出尤为重要，无论任何时候都要妥善固定好尿管，切勿用力牵拉，尿袋固定位置低于耻骨联合。

368. 根治性前列腺切除术后怎么进行活动？

请尽早下床活动，术后早期下床可有助术后恢复，常规情况下术后6小时便可在床上进行翻身，防止因长期卧床体位无变化引起的皮肤破溃的问题，若活动不便时可进行踝泵运动或协助按摩下肢，2~3次/日，10分钟/次，促进血液循环。下床时请先摇高床头，在床上坐5分钟，后将双腿放下置于地面再坐5分钟，最后缓慢站在床边站立5分钟，整个过程中若无眩晕等不适后可进行能力范围

内的活动。

369.什么是踝泵运动？

踝泵运动分为屈伸和绕环两组动作。屈伸动作：躺或坐在床上，下肢伸展，大腿放松，缓缓勾起脚尖，尽力使脚尖朝向自己，至最大限度时保持10秒钟，然后脚尖缓缓下压，至最大限度时保持10秒钟，然后放松，这样一组动作完成。稍休息后可再次进行下一组动作。绕环动作：躺或坐在床上，下肢伸展，大腿放松，以踝关节为中心，脚趾作360°绕环，尽力保持动作幅度最大运动方法。

370.根治性前列腺切除术术后还需要注意？

（1）尿量在术后应维持1500~4000mL每天，由淡血性逐渐变为淡黄色为恢复良好。

（2）术后需持续低流量吸氧，促进二氧化碳排出，避免腹腔镜术后高碳酸血症的发生。

（3）术后保持大便通畅，防止干燥，避免久坐。

（4）术后管道：常规留置引流管，观察引流液量、颜色，如引流液逐步减少，颜色变淡则表示恢复良好。

371.前列腺癌外放射治疗有什么意义？

外放射治疗和根治性前列腺切除术相似，是前列腺癌的根治性手段之一，具有疗效好、适应证广、并发症少的优点，适用于各期前列腺癌患者。

372.前列腺癌放疗需要排空大小便吗？

盆腔照射前应排空小便、大便，以减少膀胱、直肠损伤。

373.前列腺癌放疗后需要注意什么？

放疗结束后，应做一次全面体格检查及肝肾功能检查。照射野皮肤仍需要继续保护，为期至少一个月。部分患者局部或全身仍可能出现后期的放射反应，请不要惊慌，如果出现，可及时与医生联系，给予处理。



374.什么是前列腺癌近距离放射治疗？

近距离放射治疗是一种治疗局限性前列腺癌的技术手段，通过三维治疗计划系统的准确定位，将放射源密封后直接放入人体的天然腔内或放入被治疗的组织内进行照射，临床上常用的是碘125粒子种植。

375.前列腺癌近距离放射治疗有哪些优点？

减少直肠和膀胱的放射剂量，其疗效肯定、创伤小，尤其适合于不能耐受根治性前列腺切除术的高龄前列腺癌患者。

376.前列腺癌近距离放射治疗后会有哪些并发症？

短期并发症（1年内）主要有尿频、尿急及尿痛等尿路刺激征，排尿困难和夜尿增多。大便次数增多及里急后重等直肠刺激症状、直肠炎，轻度便血、肠溃疡甚至前列腺直肠瘘等。长期并发症主要有慢性尿潴留、尿道狭窄、尿失禁。若出现以上并发症请立即告知医护人员并配合治疗。

377.前列腺癌近距离放射治疗后出现发热怎么办？

体温升高是由于种子源在照射肿瘤后引起的肿瘤组织坏死所致，此时多饮水，配合物理降温或用药治疗，配合监测体温。

378.碘125粒子有放射性吗？

碘125粒子有放射性，但射程只有1.7cm。为了避免一切不必要的辐射，有人接近时请将纤毯盖在穿刺部位，避免到其他病

房以免影响他人，避免接触孕妇和儿童，出院后6个月内避免到人员密集的场所。

379.碘125粒子植入患者术后如何进行随访？

患者术后应定期复查PSA。此外，因放射性粒子体积细小，可以通过前列腺外周静脉丛进入肺内发生移位，因此还应定期进行胸部及骨盆的X线/CT检查。随访每3个月1次，共随访2年，2年后可每6个月检查1次，终生随诊。

380.碘125粒子植入患者居家护理要注意什么？

粒子植入后4个月内与病人接触需采取一定防护措施，儿童、孕妇不能与病人同住一个房间，病人在术后半年内死亡应与医院取得联系，及时收回粒子，避免造成周围环境污染。

381.碘125粒子植入后影响性生活吗？

粒子植入后1个月后可恢复性生活，建议使用安全套，以防粒子脱落随精液进入对方生殖器造成伤害。

382.发现粒子脱落怎么办？

当粒子脱出体外时，一定要用镊子夹起

放入铅罐内，并记录放入时间，通知医生将铅罐送核医学科妥善处理。平常要用计数仪扫描病床尿袋、患者身上，如发现粒子，应及时收集处理。

383.局限性前列腺癌还有哪些治疗方法？

目前，比较成熟而且有一定数据支持的方法主要是前列腺冷冻消融（CSAP）和高能聚焦超声（HFU）冷冻消融（CSAP），是通过局部冷冻来破坏肿瘤组织。有研究指出，低危患者经过冷冻治疗后5年无生化复发率在65%~92%。

384.什么是雄激素剥夺（ADT）治疗？

雄激素剥夺治疗（ADT）作为各个分期前列腺癌患者的主要全身性治疗，是前列腺癌治疗的基石。ADT可采用手术去势（双侧睾丸切除术）或药物去势。

385.最大限度雄激素阻断治疗的目的和方法是什么？

最大限度雄激素阻断治疗的目的是去除或阻断睾丸与肾上腺来源的雄激素滋养前列腺癌细胞。

方法：去势治疗+抗雄激素药物。

386.最大限度雄激素阻断治疗有什么优势？

最大限度雄激素阻断治疗与单纯雄激素剥夺治疗相比可延长各期前列腺癌患者总生存期为3~6月，平均5年生存率提高2.9%。

387.前列腺癌手术去势治疗有什么优点、缺点？

手术去势治疗与药物去势治疗效果相当。优点：手术去势可以使睾酮迅速并且持续下降至极低水平（去势水平）；缺点：对患者的心理影响和无法行间歇性去势治疗；并且少数患者内分泌治疗无效，因此建议首先考虑药物去势治疗。



388.前列腺癌药物去势治疗常用注射药物有哪些？

注射用醋酸亮丙瑞林，注射用醋酸曲谱瑞林，醋酸戈舍瑞林缓释植入剂。以上药物均可通过医保报销费用，可根据实际情况及医生建议选择使用。以上药物均需每4周注射1次。

389.雄激素剥夺治疗（ADT）会有哪些不适？

ADT可产生各种不良反应，包括热潮红、血管舒缩不稳定、骨质疏松、较高的临床骨折发生率、肥胖、胰岛素抵抗、血脂改变、糖尿病、肾脏损伤和心血管疾病等风险。总体而言，持续使用ADT的副作用随着治疗时间的延长而增加。

390.前列腺癌常用的抗雄治疗药物有哪些？

比卡鲁胺：可在住院期间开药，可根据医保比例报销。

氟他胺：疗效与比卡鲁胺同等，二者可替换服用，费用较比卡鲁胺低，也可在住院期间开药，同住院费一起按医保比例报销。

阿帕鲁胺：其与雄性激素受体的结合力

是比卡鲁胺的7~10倍，能够强效抑制雄性激素受体的功能。目前，云南省还没有上市，费用昂贵。

恩杂鲁胺：疗效是比卡鲁胺的5~8倍，目前云南省还没有上市，费用昂贵。

阿比特龙：在临床上获得阿帕鲁胺或恩杂鲁胺困难的，可以选择使用阿比特龙联合泼尼松治疗但是阿比特龙也需要自费购买，费用较高。

391.服用比卡鲁胺后会出现哪些主要的不良反应？

主要对肝功能损伤，血糖升高。需要定期复查血。若出现咳嗽、呼吸困难、发热、皮肤瘙痒等，及时就医。

392.服用阿比特龙联合泼尼松后会出现哪些主要的不良反应？

最常见的不良反应是疲劳，背部或关节不适，外周性水肿，腹泻、恶心或便秘，最严重的不良反应是引起心脏疾病。因此，在服药治疗期间，需要按月检测肝功能、血钾和血磷水平及血压，既往有心血管疾病的患者需要严密监测心脏疾病。

393.服用恩杂鲁胺后会出现哪些主要的不良反应?

主要不良反应包括疲劳，腹泻，潮热，头痛。

394.注射用醋酸亮丙瑞林主要有哪些不良反应?

主要对肝脏有损伤，表现为乳酸脱氢酶（LDH）升高，还会出现面色潮红，乳腺发育、潮热感等雄激素撤退后的症状。因此需要定期复查血生化指标。

395.注射用醋酸曲谱瑞林主要有哪些不良反应?

主要不良反应包括性欲降低，下肢感觉异常，勃起功能障碍（包括不能射精、射精障碍），全身无力，多汗，背痛。因此需长期服药患者，应定期监测肝功能和精子计数。

396.醋酸戈舍瑞林缓释植入剂主要有哪些不良反应?

主要不良反应同醋酸曲谱瑞林。

397.前列腺癌常用的化疗方案有哪些?

化疗是去势抵抗前列腺癌重要治疗手段，对复发、转移的晚期前列腺癌患者有较好的疗效。前列腺癌患者常用化疗方案是为

多西他赛+强的松，每个周期用药1次。

398.多西他赛化疗后主要的不良反应有哪些？

（1）过敏反应表现为支气管痉挛，呼吸困难，面部潮红，伴有或不伴有瘙痒的红斑，胸闷，背痛，低血压，药物热或寒战，严重时可出现过敏性休克。

（2）骨髓抑制主要表现为白细胞和血小板、中性粒细胞减少（最常见）。

399.如何预防过敏反应？

（1）遵医嘱常规服用抗过敏药物。

（2）输注多西他赛后15分钟速度宜慢，请勿自行调节输液速度。

400.出现骨髓抑制后需要怎么处理？

（1）做好消毒隔离、预防感染：病房紫外线消毒30分钟，消毒期间，所有人员禁止入内，关闭紫外灯通风后方可进入病房；对于不能移动的患者，注意遮蔽所有外露皮肤及戴眼罩。

（2）每周定期复查血象2次。

（3）严重者遵医嘱使用升血小板、升白细胞药物或静脉输血。

401.前列腺癌有哪些其他治疗手段？

（1）质子治疗：质子治疗是一种特殊的放射疗法，由于我国目前质子放疗设备普及率较低，费用昂贵，治疗效果不明确，目前并未广泛使用。

（2）局限性前列腺癌的其他治疗：对于局限性前列腺癌，除了上述治疗方法外还有前列腺冷冻消融和高能聚焦超声等方法。

402.前列腺癌骨转移患者的治疗原则是什么？

对于前列腺癌骨转移的治疗，目的主要是缓解疼痛，预防和降低骨相关事件的发生，提高生活质量，提高生存率。对于前列腺癌骨转移的治疗强调多学科协作、综合性治疗，治疗方法主要包括：针对原前列腺癌的系统内科治疗（又分为内分泌治疗化疗、分子靶向和免疫治疗），双磷酸盐类药物治疗，放疗，外科治疗，疼痛治疗。

403.前列腺癌的病人骨头会痛吗？

前列腺癌常易发生骨转移，会引起骨痛、病理性骨折、截瘫。前列腺癌也可侵及骨髓引起贫血。

404.为什么疼痛需要评估?

正确的评估疼痛，才能帮助治疗疼痛。
疼痛的患者要学会自我的疼痛评估。

405.疼痛分几级?

按WHO的疼痛分级标准进行评估，疼痛分4级：

0级：无痛。

1级：轻度疼痛：虽有疼痛但可忍受，能正常生活睡眠。

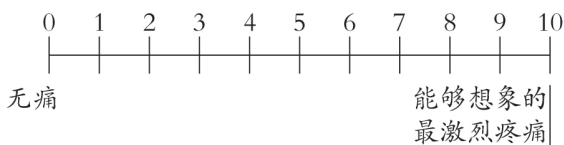
2级：中度疼痛：疼痛明显，不能忍受、入眠浅、易疼醒、要求服用止痛药。

3级：重度疼痛：疼痛剧烈，不能忍受，需要服用止痛剂，睡眠严重受干扰，可伴自主神经紊乱或被动体位。

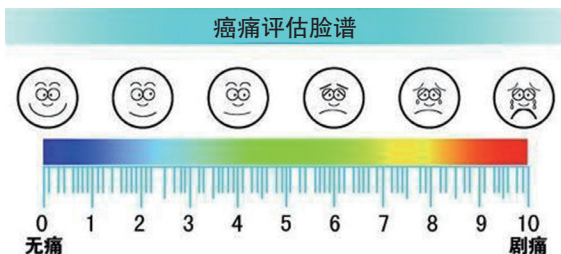
406.如何进行疼痛的自我评估?

可以参照以下评分表直观评出自己的疼痛程度，选择用药。

(1) 数字疼痛量表评估：在直线上由0到10共11个点进行十等分，0代表无痛，10代表患者能想象的最剧烈疼痛，根据自己的疼痛程度在此直线上做标记打分。一般NRS量表中的0、1~3、4~6、7~10级分别对应VRS量表中的0、1、2、3级。



(2) 面部表情评估：是用6种面部表情从微笑悲伤至痛苦得哭泣的图画来表达疼痛程度的，疼痛评估时根据自己的情况选择一张最能表达其疼痛的脸谱。



癌痛评估脸谱：0：无痛；1~3：轻度疼痛（睡眠不受影响）；4~6：中度疼痛（睡眠受影响）；7~10：重度疼痛（严重影响睡眠）。

(3) 主诉疼痛评估：对于每个疼痛分级都有描述，用无痛、轻度疼痛、中度疼痛、重度疼痛来描述自己的疼痛。

407. 癌痛的治疗原则是什么？

癌痛的“三阶梯”治疗的原则主要是：首选口服，按阶梯用药，按时用药，个体化给药，注意具体细节。

408.疼痛时为什么首选口服用药?

口服给药无创、简便、不直接损伤皮肤或黏膜,没有痛苦,药物吸收规律,医生易于控制剂量,因此口服给药是首选的给药途径。

409.为什么世界卫生组织(WHO)明确提出杜冷丁不适于中重度癌痛的治疗?

(1) 杜冷丁有效镇痛时间较短,一般4~6小时。

(2) 杜冷丁有一定的成瘾性,持续频繁注射用药,可能导致过高血药峰值,产生欣快感,容易产生耐药和精神依赖,这种依赖性以心理为主,生理为辅。

(3) 杜冷丁停药后出现明显的戒断症状,表现为:精神萎靡,全身不适,流泪流涕,呕吐,腹泻,失眠,严重者还会产生虚脱。

(4) 杜冷丁神经毒性大,长期使用患者可出现震颤、抽搐、肌痉挛、癫痫大发作等中枢神经系统中毒症状,且中毒症状不被纳洛酮所解救。杜冷丁只可用于短时的急性疼痛,如骨折、外伤、内脏绞痛、心肌梗死所引起的疼痛等。

410.镇痛药为什么要按时服药？不疼的时候可以不吃吗？

癌痛多表现为持续性、慢性过程，镇痛药的止痛效果一般只能维持一段时间，超过规定时间后效果就会减弱，按时用药可以稳定血药浓度，有效持续缓解基础性疼痛，常选择持续镇痛时间长的控释、缓释型药物。如果等到疼痛时再吃药，不仅会给患者带来不必要的疼痛折磨，而且会增加药量控制疼痛，引起不必要的副作用。但是如果出现爆发性疼痛时，也可按需给予快速止痛治疗。

411.如何根据疼痛情况选择止疼药？

表5 不同疼痛情况下止疼药的选择

重度疼痛 7~10分	第三阶段 强阿片类药物 ± 非阿片镇痛药 ± 辅助药物	盐酸吗啡片、吗啡控释片、吗啡注射液、地佐辛注射液、芬太尼透皮贴、哌替啶、杜冷丁、盐酸羟考酮控释片
中度疼痛 4~6分	第二阶段 弱阿片类药物 ± 非阿片镇痛药 ± 辅助药物	可待因、洛芬待因、氨酚羟考酮、布桂嗪、曲马朵
轻度疼痛 1~3分	第一阶段 非阿片镇痛药 ± 辅助药物	布洛芬、阿司匹林、双氯芬酸钠、塞来昔布、对乙酰氨基酚

412.使用吗啡（强阿片类）止疼会成瘾吗？

强阿片类药物对于晚期疼痛明显的前列腺癌骨转移患者有较好的止痛效果，强阿片类药物上不封顶，可以根据患者疼痛程度无限加药物剂量，长期使用后，患者可能会出现药量越来越大的现象，这往往是患者对该类镇痛药物产生了耐受或者病情进一步恶化的结果，而不是“成瘾”的结果。病情好转停药后不会出现明显的戒断症状。患者和家属恐惧吗啡控释片的“成瘾性”是没有必要的。

413.使用止痛药后会有哪些不良反应？

口服或注射止痛药后最常见的不良反应有恶心、呕吐、便秘。严重时可出现呼吸抑制。当出现这些症状时可以根据医嘱使用止吐药、大便软化剂，多吃水果蔬菜，多喝水，保持大便通畅。当出现呼吸抑制时可以选择纳洛酮静脉推注，必要时建立人工通气道或者机械辅助通气。

414.面对癌痛、顽固性疼痛该怎么办？

针对顽固性及难治性疼痛，目前最有效也是最核心的治疗方法是通过微创介入植入镇痛泵行靶向药物输注。植入式给药输注系

统植入术作为国内外镇痛领域的领先技术，可以安全有效地为顽固性疼痛患者进行镇痛。这种做法就相当于在患者体内搭建全天候输入止痛药的“高速路”。

415.什么是植入式给药输注系统？

是由一个高强度材质的药盒和导管组成的长期向椎管内注药物的通路。医生会根据患者疼痛程度，通过一个微创手术将导管植入硬膜外腔或鞘内，编制给药程序，将少量止疼药物直接送达疼痛靶心，就可有效控制疼痛。药盒通常埋藏于皮下的骨结之上。当每次输注镇痛药物时，用无损伤针穿刺皮下给药，将复杂的脊柱穿刺给药变成皮下穿刺，降低感染，减少对于诸多方法都无法缓解的顽固性疼痛的患者，该技术是一个可选的、安全有效的镇痛措施。

416.选择植入式止痛泵有什么好处？

相对于口服及注射等全身用药方法，靶向药物输注属于局部给药，止痛更有针对性，效果更确切。这种疗法所使用的药量只有口服药药量的1/300，可大大降低使用止痛药物带来的副作用。除此，镇痛泵植入体内后，几乎所有患者都可以在家用药，无须因

为疼痛而频繁住院，极大地减少医疗费用支出。而且药物输注系统一次植入，可以长期使用。

417.什么是射频神经毁损治疗？

疼痛来源于癌细胞浸润、继发感染、切除术后痛等，射频可以通过阻断控制癌症疼痛区域的神经干，选择性的毁损痛觉纤维的传入功能，阻断疼痛的电信号传导通路，使之无法传入大脑，不能产生疼痛感觉，从而达到治疗疼痛的目的。

418.射频神经毁损适合哪种类型的癌痛治疗？

临床药物治疗无效或副作用太大的慢性顽固性疼痛病人，可以选择射频热凝毁损术控制疼痛。射频可以十分安全地治疗脊椎小关节痛、腰椎间盘突出性痛、交感神经性痛和其他神经源性痛。也适合长期慢性疼痛并影响正常生活者，头、枕、颈、手、胸、下肢顽固性疼痛或癌性疼痛者。

参考文献

[1] 国家卫健委18个肿瘤诊疗规范(2018版) [S].

[2] 黄健.中国泌尿外科和男性疾病诊断治疗指南.(2019版) [M].北京:科学出版社,2020:85-133.

[3] 黄云超,李云峰,李高峰.临床肿瘤外科学[M].昆明:云南科技出版社,2016.

[4] 钱建建,刘海波.阿比特龙与多西他赛治疗去势抵抗性前列腺癌的疗效对比分析[D].沈阳.中国医科大学,2018:2.

[5] 李乐之,路潜.外科护理学(第5版) [M].北京:人民卫生出版社,2012.

[6] 范湘鸿,何小俊,龚超.临床常见多发病护理常规[M].武汉:武汉大学出版社,2008.

[7] 李小寒,高少梅.基础护理学(第5版) [M].北京:人民卫生出版社,2013.

[8] 刘慧,王志鹏等.125I粒子植入前列腺癌患者术后的临床护理经验[J].新疆医学.2018,48(04):455-457.

[9] 陈锦治.社区护理[M].北京:人民卫生出版社,2013,8.

[10] 程跃,谢立平.泌尿系肿瘤药物治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2014.

编者:曹鲲鹏 王艳丽 杨 勇



睾丸肿瘤

419. 睾丸的生理作用是什么？

睾丸是雄性生殖器官的一部分，能产生精子，也叫精巢。



420. 什么是睾丸肿瘤？

睾丸肿瘤是睾丸组织内出现肿瘤样组织。睾丸肿瘤较少见，仅占男性肿瘤的1%~1.5%，占泌尿系统肿瘤的5%，然而在15~34岁年轻男性中其发病率列所有肿瘤之首。

421. 睾丸肿瘤的病因是什么？

先天因素：隐睾、遗传因素如睾丸女性化综合征和多乳症等。后天因素：睾丸损伤、长期接触氧化锌、硫酸镉、长期服用雌激素以及某些病毒感染等。

422. 睾丸肿瘤的分类是什么？

睾丸肿瘤分为原发性和继发性两类。绝大多数为原发性，分为生殖细胞肿瘤和非生殖细胞肿瘤两大类。生殖细胞肿瘤发生于曲细精管的生殖上皮，其中精原细胞瘤最为常见，生长速度较缓慢，预后一般较好；非精

原细胞瘤如胚胎癌、畸胎癌、绒毛膜上皮癌等，比较少见，但恶性程度高，较早出现淋巴和血行转移，预后较差。非生殖细胞肿瘤发生于辜丸间质细胞，来源于纤维组织、平滑肌、血管和淋巴组织等辜丸间质细胞，包括间质细胞瘤和支持细胞瘤。继发性辜丸肿瘤较为少见，主要为淋巴瘤及白血病。

423. 辜丸在逐渐增大是怎么回事？

无痛性辜丸肿大，渐进性发展是辜丸生殖细胞瘤最常见的症状，约30%~40%的患者伴轻微坠胀或钝痛。

424. 辜丸肿瘤是怎么扩散的？

辜丸肿瘤以淋巴结转移为主，常见于髂内、髂总、腹主动脉旁及纵隔淋巴结，很少转移到腹股沟淋巴结。

425. 辜丸肿瘤能治好吗？

辜丸肿瘤是最有可能治好的癌症之一，辜丸肿瘤的生存率达90%以上，辜丸肿瘤治愈率的提高有赖于早期的诊断，正确的治疗及严格的随访。

426. 辜丸肿瘤的死亡率高吗？

不做治疗80%在2年内死亡。

427. 睾丸肿瘤患者常规检查有哪些？

超声、胸部X线、腹部/盆部CT，怀疑有转移的就行相应部位CT检查，有条件的可以做核磁共振和PET/CT检查。

428. 睾丸肿瘤首选哪种检查？

超声检查是睾丸肿瘤首选检查，作为一项相对经济的检查手段，即使临床较明确的睾丸肿瘤也推荐行超声检查。超声检查不仅可以确定肿块位于睾丸内还是睾丸外，明确睾丸肿块特点，还可以了解对侧睾丸情况，敏感性几乎为100%。

429. 血清肿瘤标志物检查的意义是什么？

血清肿瘤标志物对睾丸肿瘤诊断、分期和预后有重要意义。包括甲胎蛋白（AFP）和绒毛膜促性腺激素（HCG）和乳酸脱氢酶（LDH），乳酸脱氢酶（LDH）主要用于转移性睾丸肿瘤的检查。

430. 怀疑腹膜后淋巴结转移应用哪种检查方法？

腹部和盆腔CT、MRI、PET/CT目前被认为是腹膜后淋巴结转移的最佳检查方法，可以检测到小于2cm的淋巴结。

431. 辜丸肿瘤的治疗方法有哪些？

辜丸肿瘤治疗方法视癌症的早晚时期和具体情况来定，通常有手术、放疗、化疗及多学科综合治疗。

432. 辜丸肿瘤腹膜后淋巴结清扫术后如何护理管道？

定时挤压引流管，保持引流管的通畅，妥善固定，防止脱落，详细记录引流量，观察引流液颜色、性质变化，术后早期如果引流液血色深且量大，提示术中损伤血管的可能，应及时提醒医生积极治疗。保持切口敷料及皮肤的清洁干燥，预防感染。

433. I 期精原细胞瘤的化疗方法有哪些？

研究发现 I 期精原细胞瘤单周期卡铂辅助化疗与辅助性放疗相比，在肿瘤复发率、复发时间及平均随访4年后的生存率方面未见明显差异。也有研究发现双周期的辅助化疗可以减少复发率。

434. I 期非精原细胞瘤的主要化疗方案有哪些？

I 期非精原细胞瘤的主要化疗方案有：BEP（顺铂，依托泊苷，博来霉素），PVB（顺铂，长春新碱，博来霉素），EP（顺

铂，依托泊苷）VIP（顺铂，依托泊苷，异环磷酰胺）

435. 睾丸肿瘤常见化疗药物的副作用有哪些？

卡铂：过敏性、耳毒性神经毒性。

顺铂：肾毒性。

依托泊苷：胃肠道反应、骨髓抑制。

博来霉素：基本上不抑制骨髓和免疫功能，使用时注意监测体温变化。

长春新碱：中枢和外周神经系统毒素明显、骨髓抑制

异环磷酰胺：出血性膀胱炎、骨髓抑制

436. 睾丸肿瘤患者行外放射治疗的副作用是什么？

消化不良、消化性溃疡、肠炎、慢性胃炎、生精抑制及不育、放射野内继发恶性肿瘤。放疗时进行肾脏及阴囊保护具有积极意义。生育功能障碍、性功能障碍。

437. 睾丸肿瘤本身会影响生育能力吗？

肿瘤的生长可能逐渐侵袭正常的睾丸组织，破坏局部微环境，直接导致生精功能下降，有研究发现睾丸肿瘤治疗前精液质量下降程度远高于其他肿瘤，甚至早期出现无精症。

438.辜丸肿瘤的治疗会影响生育能力吗？

辜丸肿瘤最基本的治疗是根治性辜丸切除术，意味着术后至少会失去一半的生精功能，1%~2%的双侧肿瘤在术后则会直接失去生精可能。辜丸肿瘤放疗是目前最卓有成效的一种治疗方式，但生精细胞对放射线也极为敏感，超过2Gy的剂量可导致无精子症。化疗药物对生精功能有直接影响。所以治疗前与医生进行沟通，可行精子冷冻留存。

参考文献

[1] 黄健.中国泌尿外科和男性疾病诊断治疗指南.(2019版) [M].北京：科学出版社，2020：145-169.

[2] 黄云超，李云峰，李高峰.临床肿瘤外科学 [M].昆明：云南科技出版社，2016.

[3] 李乐之，路潜.外科护理学（第5版） [M].北京：人民卫生出版社，2012.

[4] 程跃，谢立平.泌尿系肿瘤药物治疗学 [M].北京：人民卫生出版社，2014.

[5] 汤壮，魏强.辜丸肿瘤的影像学

诊断及治疗 [J]. 临床外科杂志, 2015, 23 (2): 98-100.

[6] 唐正远, 周丽芹, 姜小琴. 睾丸肿瘤病人行腹腔镜腹膜后淋巴结清扫术的围术期全程护理管理 [J]. 全科护理, 2010, 8 (12): 3131-3132.

[7] 李定明. 睾丸肿瘤患者的生育力保存 [J]. 实用医院临床杂志, 2018, 15 (4): 257-258.

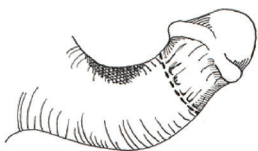
编者: 丁丽秀 吴 悔 石 涛



阴茎癌

439. 阴茎的生理功能是什么？

为男性重要的性器官，具有性交功能，并有排尿和射精作用。阴茎主要由两个阴茎海绵体和一个尿道海绵体组成，外面包以基筋膜和皮肤。



440. 什么是阴茎癌？

阴茎癌是起源于阴茎头、冠状沟和包皮内板黏膜以及阴茎皮肤的恶性肿瘤。是阴茎最常见的恶性肿瘤，占阴茎肿瘤的90%以上，以鳞状细胞癌为主。

441. 包皮垢会导致阴茎癌吗？

包茎与阴茎癌的发病明显相关，但包皮垢并非致癌因素。新生儿包皮环切术可降低阴茎癌的发病率，成人包皮环切术则不行。人类乳头瘤病毒（HPV）16型及18型与阴茎癌发病密切相关。除此之外，吸烟、外生殖器疣、阴茎皮疹、阴茎裂伤、性伙伴数量与阴茎癌的发病可能也有一定的关系。

442. 阴茎癌能治愈吗？

阴茎癌是恶性程度较低的肿瘤，预后主要跟淋巴结是否转移，转移的数量、大小及是否双侧转移有关，如果有转移，通过淋巴结清扫也能得到较高的治愈率。无淋巴结转移的5年总生存率在85%~90%；有淋巴结转移的5年生存率在50%以下。

443. 阴茎癌的临床表现是什么？

阴茎癌的临床表现为阴茎龟头处一个难以愈合的小病灶，确切的外观具有多样性，可以从平坦质硬型到大块外生型生长。

444. 阴茎癌主要的治疗方式有哪些？

阴茎癌以手术治疗为主，可以联合放疗、化疗、激光治疗。手术方式包括：①包皮环切术；②阴茎部分切除；③阴茎全切术+髂腹股沟淋巴结清扫术。

445. 阴茎癌常用的检查有哪些？

- (1) 体格检查。
- (2) 组织学活检。
- (3) B超检查。
- (4) 核磁共振（MRI）检查。
- (5) CT检查。

446.为什么要做超声检查?

超声检查能够判断有无阴茎海绵体侵犯。

447.什么情况下做核磁共振(MRI)检查?

超声检查不明确时,特别在肿瘤侵犯阴茎海绵体时,MRI可以判断浸润深度,有助于肿瘤的分期。

448.阴茎癌会转移到其他器官吗?

阴茎癌主要出现淋巴结转移,部分会出现血行环转移到肺、肝等内脏器官。阴茎转移癌罕见,但膀胱、前列腺、肾脏、直肠等部位的肿瘤偶然可以转移到阴茎。

449.阴茎癌的淋巴结转移最先出现在哪个部位?

阴茎癌首先发生在腹股沟淋巴结,已有的研究证明阴茎癌的淋巴结转移不会发生跳跃转移,也没有发现直接转移至盆腔淋巴结。

450.阴茎癌选择哪种治疗方法比较好?

阴茎癌的治疗应根据肿瘤分期和分级,肿瘤的浸润范围和所属淋巴结是否转移,来选择适宜的治疗方法。

451.什么情况可以保留阴茎治疗?

(1) 原发灶局限于包皮,以及深部没有浸润、无淋巴结转移的肿瘤。

(2) 分化良好且无淋巴侵犯的T1期肿瘤。

452.保留阴茎的治疗方法有哪些？

(1) 包括包皮环切术。

(2) 局部病变切除、放疗等。

453.什么类型的阴茎癌可以行阴茎部分切除术？

(1) 分化差的T₁、T₂期肿瘤。

(2) 病灶局限于龟头时可切除部分和全部龟头。

454.什么类型的阴茎癌需要行阴茎全切+双侧腹股沟淋巴结清扫术？

T₂期以上的阴茎癌推荐阴茎全切术，预防性淋巴结清扫证实有淋巴结转移的患者5年生存率可达到80%~90%，而经观察等待、出现淋巴结转移时再行淋巴结清扫的患者5年生存率只有30%~40%，并且由于阴茎淋巴交叉引流的特点，需行双侧清扫。

455.阴茎全切+双侧腹股沟淋巴结清扫术后如何预防静脉血栓的发生？

行阴茎全切+双侧腹股沟淋巴结清扫术后患者肢体活动受限，卧床时间较长，可能导致静脉血栓栓塞症，踝泵运动是各种预防措施中最经济有效的方法之一。

456. 阴茎癌常用化疗药物的不良反应是什么？

（1）顺铂：主要不良反应是肾毒性，化疗期间应少量多次饮水，准确记录出入量。

（2）氟尿嘧啶：主要的不良反应是厌食、恶心、呕吐，常规使用止吐药物，进食易消化、清淡饮食，化疗期间不能关闭化疗泵夹子。

（3）长春新碱：主要副作用是神经毒性，出现肢端麻木、腹痛、便秘，腹胀等不适，立即告知医护人员。

（4）氨甲蝶呤：肾损害（结晶尿及尿路阻塞等），大剂量时肝肾损害和肺纤维化，治疗期间需大量补液碱化尿液。

（5）博来霉素：1/3的患者用药后可有发热、脱发等，最严重的是肺纤维化，应定期做胸部X线检查，首次使用需皮试。

（6）卡铂：过敏性、耳毒性、神经毒性。

（7）异环磷酰胺：出血性膀胱炎。

（8）多西他赛。

457. 阴茎癌放疗效果如何？

阴茎癌的放射治疗是保存器官和功能的重要途径，且疗效肯定。原位肿瘤外放射治

疗及近距离放射治疗有效率分别达到56%和70%。放疗后阴茎保存率大约80%。对于有淋巴结转移的患者，术后辅助放疗可以降低局部复发率。

458. 阴茎癌患者出院后如何复查？

（1）保留阴茎治疗推荐前2年每2个月复查1次，第3年每3个月复查1次，第4、5年每6个月1次。

（2）采用阴茎部分或全部切除的患者，推荐前2年每4个月复查1次，第3年每6个月复查1次，第4、5年每年进行1次复查。

参考文献

[1] 黄健.中国泌尿外科和男性疾病诊断治疗指南.(2019版) [M].北京:科学出版社,2020:171-187.

[2] 黄云超,李云峰,李高峰.临床肿瘤外科学[M].昆明:云南科技出版社,2016.

[3] 湛艳,吴俞萱,江伟,等.踝泵运动对下肢静脉血流动力学影响的研究[J].

创伤外科杂志, 2020, 22 (1) : 52—56.

[4] 王海舟, 刘振华, 刘健帮, 等. 阴茎癌原发灶术后即刻腹股沟淋巴结清扫对患者生存的影响 [J]. 四川大学学报 (医学版), 2016, 47 (3) : 371—375.

编者: 丁丽秀 吴 悔 石 涛



阴囊Paget病

459. 阴囊的解剖结构是什么？

男性外阴部下垂的囊状物，内有睾丸、附睾和精索等器官。



460. 什么是阴囊Paget病？

阴囊Paget病：又被称为阴囊湿疹样癌或阴囊炎性癌，属于皮肤附属器（包括毛发、汗腺、皮脂腺和指/趾甲）来源的肿瘤，为表皮内腺癌。

461. 阴囊Paget病与什么有关？

阴囊Paget病的病因未明，可能与炎症、慢性刺激、人乳头状瘤病毒16感染有关。

462. 阴囊Paget病的临床表现有哪些？

该病多发生在50~60岁以上的老年人，发病初期阴囊皮肤发红、粗糙、出现小水疱样皮疹。伴有皮肤瘙痒和烧灼感，也可无症状。

463. 为什么阴囊Paget病会误诊？

Paget病发病初期局部红肿、湿疹或红斑伴局部皮肤痒等，酷似阴囊湿疹或皮炎，是

造成误诊的主要原因。

464.阴囊Paget病如何避免误诊？

阴囊皮炎或湿疹经积极治疗2~3个月仍不愈者，应及时做病灶活检以求尽早确诊。

465.如何诊断阴囊Paget病？

确诊该病需要取病变处组织做病理学检查。

466.阴囊Paget病的首选治疗方法是什么？

阴囊病变处皮肤扩大切除术是首选的治疗，切除范围应达到肉眼所见肿瘤病变周围正常皮肤2cm以外的阴囊壁全层，包括表皮、真皮直到睾丸鞘膜壁层。深层组织受侵犯者应将睾丸、精索一并切除。切除范围过大时，缺损处可行自体皮片移植术、带蒂皮瓣修补术。有报道，对病变范围较小者，可考虑用Nd：YAG激光治疗。

467.阴囊Paget病有哪些其他治疗方法？

阴囊Paget病对放疗、化疗不敏感，故常不选用单纯放疗或化疗治疗。但对有转移者可配合术前、术后使用放疗或/和化疗以增强疗效。

468.阴囊Paget病常用的化疗药物有哪些？

选用的化疗药物有多西他赛、环磷酰

胺、柔红霉素、顺铂及氨甲蝶呤，对晚期患者的姑息治疗有一定的效果。

469.阴囊Paget病的预后怎么样？

阴囊Paget病癌细胞的恶性程度低，多不发生转移，故大多数阴囊Paget病患者手术后预后良好。多数患者可通过手术而被治愈，术后复发率为15%~33%，复发的患者中约有10%可进展为浸润癌甚至转移。少数患者伴有区域淋巴结转移或远处转移，这样的患者预后不良，术后生存时间很少超过5年。

参考文献

[1] 李乐之，路潜.外科护理学（第5版）[M].北京：人民卫生出版社，2012.

[2] 王小英，桂定文，毛俊彪.5例阴茎阴囊皮肤湿疹样癌围手术期护理体会[J].现代泌尿生殖肿瘤杂志，2017，3：183-184.

[3] 谭谈.阴囊Paget病21例临床报告[D].浙江：浙江大学，2014.

编者：周 馨

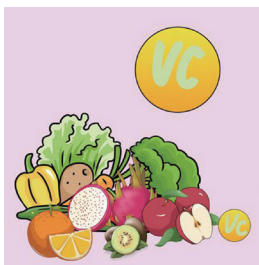


泌尿系统

肿瘤患者
中医饮食指导

470.膀胱及前列腺肿瘤患者选择饮食要注意些什么？

合理分配脂肪、蛋白质、碳水化合物、水果蔬菜的摄入，患者仍按自己的饮食习惯进食，根据内分泌治疗疗程的不同阶段给予个体化的营养处方：



（1）内分泌治疗1~6个月的患者推荐补血营养处方：枣米粥、补髓汤、大枣枸杞猪心、黄芪乌鸡汤、五红汤等。

（2）内分泌治疗7~12个月的患者推荐补钙营养处方：虾皮、紫菜、黑木耳、海鱼、豆类、动物骨等。

（3）内分泌治疗>13个月的患者推荐养肝营养处方：肝枣粥、泥鳅粥、绿豆薏米粥、猪肝绿豆粥。

水肿患者饮食宜清淡、易消化、富含营养、低盐或无盐，忌食辛辣、刺激、海腥（带鱼、黄鱼、鲳鱼、蚌肉、虾、螃蟹等）、发物（食用菌、公鸡、猪头肉、鸡翅鸡爪、牛羊狗驴肉、竹笋、芥菜、南瓜、菠菜、雪菜、茄子等）及动物内脏，戒烟酒。

严格控制饮水量，以总入量多于前一日总出量加50mL为宜，伴有高热、呕吐、泄泻（腹泻）者适当增加饮水量。

风水泛滥者（开始眼睑浮肿，继则四肢及全身皆肿，发展较快，小便不利，尿少尿黄，多伴有恶风、恶寒、发热等症或兼咳嗽而喘，舌苔薄白，脉浮紧；或舌质红，脉浮滑数；如水邪泛滥；肿势较重，也可见沉脉的患者）宜食利水消肿的食物，如冬瓜、西瓜、赤小豆、马齿苋粥，或鲜芹菜水煎代茶；浮肿尿少者可食用赤小豆汤、冬瓜汤、玉米须煎水等。

饮食宜清淡、富营养、易消化，多食新鲜蔬菜水果，多饮水，忌辛辣、煎炸、油糖含量高等刺激性食物，戒烟酒。

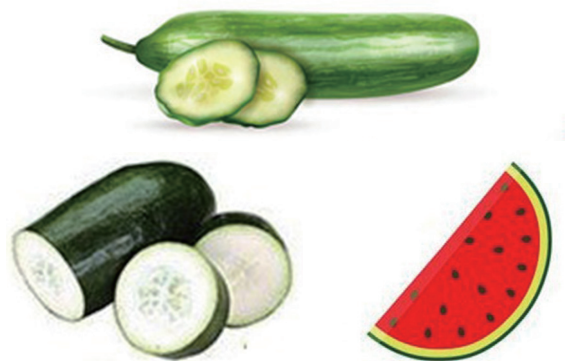
471. 根据中医理论，膀胱及前列腺肿瘤患者该怎么进食？

首先，我们了解一下中医辨证施膳：辨证论治是施药膳的重要特点。依据中医学理论，对每一个病种都应做到：“组药有方，方必依法，定法有理，理必有据。”不仅用药如此，在食物的选择上也是如此，必须运用辨证的方法和论治原则，在正确辨证的基

础上，采取相应的治疗方法，选药组方或选食配膳，才能取得预期的效果。

症状1：小便急短，尿道灼热刺痛，尿色黄赤（发黄发红），少腹拘急胀痛（自己感觉腹部下侧坠胀且伴有疼痛），或有寒热，口苦，呕恶，或腰痛按压加重，或有大便秘结。苔黄，脉滑数。

选择膳食：宜食清热利湿的食物，如黄瓜、冬瓜、西瓜、雪梨、芹菜等，可食用车前子粥、小麦粥。



症状2：小便热湿刺痛，尿色深红，或夹有血块，疼痛满急加剧，或出现心烦。舌尖红，苔黄，脉滑数。

选择膳食：宜食凉血利尿的食物，如丝

瓜、绿豆、山药、藕等凉血止血的食物，可用仙草、白茅根水煎代茶饮，可食用生地黄粥。

症状3：表现为小便涩痛，淋漓不尽，小腹胀满疼痛。苔薄白，脉沉弦。

膳食选择：宜食疏肝理气的食物，如萝卜、山楂、枸杞子、藕等。



症状4：小便混浊如米泔水，置之沉淀如絮状，上有浮油如脂，要么夹有凝块，或者混有血液，尿热湿疼痛，尿时阻塞不畅，口干。舌红，舌苔黄腻，脉需数。

膳食选择：黄瓜、冬瓜、西瓜、雪梨、芹菜等。

症状5：小便不甚赤涩（小便发红、排出不畅），溺痛不甚（小便时尿道疼痛），但淋漓不已（尿不尽），时作时止，遇劳即发（一劳累就犯病），腰酸膝软，神疲乏力。舌质淡，脉细弱。

膳食选择：宜食健脾益肾的食物，如大枣、桂圆、山药、枸杞子等。

症状6：小便涩痛（排出不畅、尿道疼痛），淋漓不尽，小腹胀满疼痛。

膳食选择：宜选择如柑橘、黄花菜、萝卜、茄子等理气疏导、通淋利尿的食物，忌食用豆类、红薯、南瓜等食物，可食用山茱萸粥。



472. 如何选择抗癌茶饮饮品？

（1）乌梅山楂茶。

原料：乌梅10枚，生山楂15克，绿茶10克。

做法：将乌梅、生山楂（敲碎）、绿茶同入砂锅，加水煎煮20分钟，滤渣取汁即成。代茶饮，当日服完。

功效：生津开胃，提神醒脑，防癌抗癌。适用于食管癌、胃、大肠癌、宫颈癌及泌尿系统癌症。

（2）杏仁蜜奶茶。

原料：杏仁30克，蜂蜜30克，牛奶20克。

做法：将杏仁用温水浸泡，剥去皮尖，晒干或烘干，炒黄、研成细末；砂锅加水适量，煮沸时调入杏仁粉末、文火煨煮30分钟，加入牛奶，拌和均匀，继续煮至沸腾，关火，趁热调入蜂蜜即成。早晚2次分服。

功效：补虚润肺，解毒抗癌。适用于各类癌症患者。

473. 肾癌的中医中药治疗是怎么样的？

中医药有助于促进肾癌术后机体功能恢复。

我国药监部门曾经批准的治疗肾癌的现

代中药制剂不多，目前上市的中药制剂包括百令胶囊、消癌平等药物在内，治疗适应证多针对多种肿瘤，其中也包括治疗肾癌，但是这些药物已上市多年，早期的实验和临床研究比较薄弱，尚缺乏高级别的循证医学证据加以充分支持，需要积极进行深入研究。

除了这些上市的中成药外，遵从中医辨证论治原则采用中药复方治疗是中医最常用的方法之一，可根据患者个体差异，开展个体化治疗，具有一定优势；在减轻肿瘤相关并发症，改善患者生活质量，延长患者生存方面有一定的疗效。

参考文献

[1] 王卫红，宋一虹，易萌萌，等.个性化营养干预对前列腺癌内分泌治疗患者营养风险及生活质量的影响[J].中华现代护理杂志.2017，23（11）：1465—1469.

[2] 王永炎，严世芸.实用中医内科学[M].上海：上海世纪出版股份有限公司，2018.

[3] 冯凤,高瞻,夏艳等.临床中医护理方案实用指南[M].济南:山东科学技术出版社,2019.

[4] 辛宝.肿瘤病饮食调养一本通[M].北京:化学工业出版社,2017.

[5] 许东云.中医营养与食疗学[M].昆明:云南科技出版社,2016.

编者:周晓琼

肿瘤

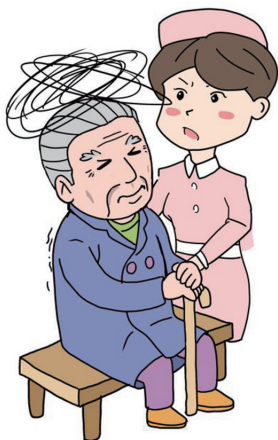
/ 患者的

心理支持



474.癌症患者最常见的心理问题有哪些？

癌症患者容易出现焦虑、恐惧、抑郁、孤独、愤怒、否认等。最常见的主要有恐惧心理，有对疾病不明确的恐惧、对未来生活的恐惧、对疼痛的恐惧、对与亲人分离的恐惧等，使其产生消极的情绪。



475.恶性肿瘤的诊断要对病人“保密”吗？

每个人对自己的健康状况都有知情权，没有人比亲临死亡的人更有权利决定自己如何面对死亡。患者享有的知情权包括了解疾病详情、治疗方法、用药情况、医疗费用以及其他想知道的疾病相关信息。实情很残酷，我们要有技巧地告知。

对经过治疗可望取得良好效果的早期癌症患者，可详细告知病情，对中、晚期病人，需谨慎行事。可以在医务人员与病人相互信任，关系密切时，用患者能够接受的方

式告知，此时还需考虑病人的精神状态，看其是否能承受打击以及病情进展的情况，以免引起不测。

476.为什么要对癌症患者“保密”？

保密的目的主要是避免病人产生心理障碍，减少精神压力。对病人保密时间的长短，病情隐瞒的程度需在分析利弊的同时根据具体情况而定。对大多数病人来说，在有了一定的思想准备或经过一段心理调整之后，都能逐渐地接受并勇敢地面对这一事实，积极地配合治疗与康复。

477.什么是否认期？

有一部分患者初诊的时候，可能无法相信或接受患有癌症的事实，这被称为否认。这种情绪能给患者一定缓冲来适应医学诊断，但是如果这种心态持续时间过长，可能导致延迟治疗而错过最佳治疗时间。

478.当第一次听到“癌症”或者是“肿瘤”这些字眼的时候，该怎么办？

首先要让自己镇静，只有冷静下来，你的大脑才能指挥你去做该做的事情。

目前，网络发达，可通过网络了解科学可靠的疾病知识，帮助认识疾病，增强抗

癌信心。一些研究甚至表明，那些对自己的疾病和治疗了如指掌的人更容易遵循他们的治疗计划，能更快地从癌症中恢复过来。另外，了解自己疾病和身体状况最便捷的方法就是与医生沟通。同时，让自己忙碌起来，可以根据自己的兴趣爱好参加活动，比如：听音乐、做手工、跳舞、参加阅读等，这样你的大脑就没有多余的时间去胡思乱想。

479.为什么听到了癌症会感到害怕？

大多关于癌症的恐惧是基于认知不清、谣言或错误信息。这种情绪不可怕，为了应对恐惧和担忧，我们努力去把未知的部分变成已知。大多数人在了解事实后会感觉好些。当病人知道会发生什么的时候，他们会变得没有那么害怕了。

480.如何应对疾病带来的压力和焦虑？

在治疗过程中和治疗后，患者对所经历的工作和生活的变化有压力是正常的。但过多的焦虑就意味着没有放松。这些焦虑可能造成的后果有：不想吃东西或者吃得更多；





缺乏安全感，虚弱或头晕；烦躁；睡眠受到影响；很难专注等等。面对这些问题，可以通过

锻炼或者做自己喜欢的事情来缓解。锻炼能使身体产生提升情绪的内啡肽来帮助赶走担心；通过做自己喜欢的事情，找到的一些乐趣将会帮助遗忘病痛。

481.如果感到愤怒该怎么办？

愤怒是癌症患者经常会出现的情绪。如果内心真的感到很生气，不必假装，将不良的情绪宣泄出来，但不能无理取闹，可以与家人和朋友谈谈你的愤怒，还可以咨询心理医生，去找他们好好聊聊。

482.得了癌症很羞耻吗？

很多癌症患者，尤其是一些老年患者得了癌症后会感到内疚或者羞耻。一是觉得自己成了家庭的负担。二是会责怪自己之前不健康的生活方式，例如过度的抽烟、饮酒等。三是觉得别人没得癌症，自己却得了癌症而感到羞耻。

其实，癌症跟不健康的生活方式固然有

一定的关系，但不是必然的，积极抗癌，改变原本不健康的生活方式即可。另外，部分癌症有一定的遗传性。作为父母不怕劳累的照顾子女长大，作为亲人，现在子女对自己的照顾也是一样的心情，换位思考一下，心情就会好些。

483.时常感到孤独怎么办？

因为忙于对癌症的治疗，加上以前的朋友没有经历过自己的事情，不能理解自己的感受，所以对以前的朋友可能会疏远。这时候来自病友的支持就很重要，只有相同经历的人才最能了解和理解你的经历和感受。可以跟病友们沟通交流，积极参加各种病友活动等。



484.我们为什么要怀抱着希望生活？

因为有数百万患有癌症的人今天仍然活着，很多病友的病症可能比你严重得多，但是现在依然很好地活着。我们有什么理由不好好地生活呢？不要因为癌症而限制自己喜欢做的事情。多花点时间在大自然中，多听关于积极生活的癌症患者的故事。

485.如果癌症已经来临，如何在生活中找到快乐？

要有一颗感恩的心。学会享受生活中的小事的美好；来一次说走就走的旅行；完成已经开始但却搁置了的事情；陪伴家人和朋友；修补曾经破裂的关系；做自己一直想做而没有时间做的事情等，起初可能很难，但如果癌症已经来临，我们为什么不让自己快乐些呢？

486.癌症患者如何正确调整心态？

患者的心态，对肿瘤的治疗及康复至关重要。有的患者是听天由命，过于超脱，也不积极治疗，听之任之；也有的患者则过度紧张，忧虑重重，恐惧害怕，抑郁消沉甚至悲观绝望；这两种心态都对肿瘤的治疗非常不利，患者正确的心态应是：勇敢而理智地

面对疾病，既不恐惧害怕，也不掉以轻心，而应设法争取时间，积极配合治疗。

487.死亡期临近的老年人性格变化的特征有哪些？

美国芝加哥大学的心理学家摩顿·利普曼通过长期的观察，总结出死期临近的老人所反映出的人格变化，有如下几个特征：①攻击的情况消失，变得温顺；②避开亲属和朋友，与外界接触的意欲减退；③反省的情况消失，对致力于深沉的感情或想念极端地不感兴趣；④频繁地暗示出死的兴趣。越是接近死亡的老人越是表现出绝望，越显得对来年的希望大减。只有少数老人表现出不怕死。多数老人能平静地接受死亡的到来或期待结束生命前一切准备工作能结束。

488.如何照顾晚期病人的心理感受？

家人的支持和陪伴是患者活下去的动力。家人要理解患者因各种因素而变得反复不定的情绪变化。家人可多鼓励患者尽情抒发内心感受，为表达对患者的接纳及支持，家人不宜打断或阻止病人宣泄或对他的想法妄加评论。此外，家人也可主动提醒病者，即使他已失去了健康、体力、能力，仍是家

中的重要成员，他存在的价值并没有因他的病情而削减。



如果病者因癌病而产生焦虑，抑郁情绪持久不退，家人需协助病人正视现实，因为这些情绪的困扰会直接影响他的生活质量。如果家人的理解、鼓励、慰藉都不能减低病者的不安，家人应及早通知有关的医护人员，寻求获得适当的治疗及指导，缓解病人身心的痛苦。

489.病者萌生死念，家属如何面对？

如果病者有求死的意欲，家属让病人尽情表达寻死的想法，这是了解病人思想动态的最好的机会，你不一定要同意他的想法，但你们的体谅能大大减轻病者情绪上的孤寂。安排一位病人信赖的家属，负责跟进病人的治疗计划，同时密切关注病人的情绪起伏，及时为病者解决问题。如果病者自杀的意念持续不减，家属可寻求医护人员的帮助，让病者适应或面对一些不能改变的事实，让病人从走投无路的绝境中把自己解脱出来。家属需要明白，在大多数情况下，自

杀是可以避免的。与此同时，我们也要尝试接受，有时候即使家属已尽了很大努力，最终的抉择还是落在病者自己手中。

490.死亡临近，家属如何支持患者？

当病者处于临终阶段时，身体机能会逐渐开始衰退并处于昏睡状态，进食、说话及活动能力相继减低，但病人的听觉及触觉仍然存在，在这阶段里，家属一定要保证病者身体上的干净、舒适。当患者昏睡及不能用言语表达自己时，家属的陪伴对病人来说是很大的支持，家属可以握着他的手，并对他说一些安慰、感谢或令他安心的话。如果病人有宗教信仰，可以用一些有关的工具来帮助他，如对信仰佛教的病人，可用诵经及播放佛经；对信仰基督教的病者，可播放熟识的诗歌或一起祷告等，这些方法都可以使病者心境平和。

491.患者家属如何应对身心疲惫感？

调查显示，癌症患者家属的心理压力并不亚于患者本人。家属在与患病亲人的长期生活中，面对沉重的经济负担、长期的照顾及病魔的无情等，不少家属会产生抑郁、无奈、焦虑、恐惧等心理不适，这种心理不适如不及时疏导，可能会导致严重的身心问

题。在照顾病者时，家属要为自己争取休息的时间，抓紧时间休息。可以寻找社区或医院可提供的实质援助，如日间护理中心、家务助理服务、经济支援等。此外，还要学习不同的松弛方法，如户外活动、运动、肌肉松弛法、太极、听音乐、打麻将等方法以减缓压力。面对病人终会离去的事实，家属可以找可信赖的人倾谈，抒发心中感受，及时将自己从哀伤和无奈中解脱出来。



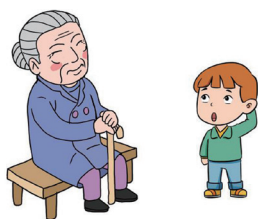
492.如何面对至亲离世的悲痛？

弄清楚这是你的悲伤而不是他们的，这对你很重要。因为你有自己独特的个性、生活经历，和死者独特的纽带关系以及对生

活和死亡独特的理解。所以，你不能期待有悲伤流程或者悲伤的标准适合你，感觉到倦怠、无趣、气馁、沮丧是正常的，你需要靠自己走出悲痛。悲伤的消退虽然缓慢，但终究会到来，当你回首往事，你会想起到底发生了什么。当你走过悲伤，你就发现了通往治愈的路。

493. 如何与孩子倾谈死亡？

不要回避和转移话题，用科学的语言，尽量少带情感色彩，帮助孩子理解死亡这件事情。死亡是不可逆的，



我们把死亡浪漫化或者是转移话题，只会让孩子更加焦虑，同时对死亡留下恐惧。陪孩子一起去面对，可以与孩子一起分享回忆，回忆可以有效帮助疗愈。同时，父母也要给子女做榜样，我们可以祭奠、缅怀来表达我们的悲伤，但依然要保持正常的生活状态，正常的吃喝睡，正常的散步、正常陪孩子游戏的时间，不会因为死亡的出现而让我们的生活变得杂乱无章，记得多给孩子一份爱，用爱弥补他心中所失，让爱陪伴着孩子平稳

地渡过亲人离世带来的无助和恐惧。

494.孩子可以去参加葬礼吗？

中国的文化习俗不希望孩子参与葬礼，觉得葬礼“阴气”太重。但如果逝者与孩子有极亲密的关系，不让孩子参加葬礼就可能使孩子感到终身遗憾和痛苦，严重者还会出现创伤后应激障碍。家长需要征求孩子的意见，是否要参加已故亲人的葬礼。如果孩子要参加，就要事先向年幼的孩子解释葬礼的过程。葬礼是孩子哀伤关怀中一个重要部分。

495.用什么方法引导孩子缓解哀伤？

比如绘画、涂鸦、游戏、给逝者写信、进行小的告别仪式、扫墓、与孩子共同分享关于逝者的回忆等。

496.如果发现孩子长期沉溺在哀伤中或有明显的不健康的行为变化，怎么办？

要寻求专业心理咨询师的帮助。请注意，一定要咨询经过哀伤咨询训练的咨询师。

497.孩子的丧亲哀伤会不会自然消失？

不会完全消失。逝者和孩子的关系越亲密，哀伤给孩子带来的痛苦就会越强烈。孩子在生活及情感上对逝者的依赖程度越高，丧亲对孩子带来的影响就会越大。大多数的

孩子可以带着对亲人的怀念健康地成长。如果孩子的哀伤症状持续六个月以上并影响了他们正常的生活和学习，家长需要为孩子寻求专业的哀伤心理干预。

498. 父母如何支持即将离世的孩子？

很多家长都认为，坦诚地和开放地跟孩子倾谈，会对孩子有益处，可以减轻他们的恐惧，让他们知道父母是可以倾诉的对象。通常来说，孩子会比父母更容易接受自己的死亡。

499. 中国古代有关死亡的理念有哪些？

古代中国文化的死亡观：两千多年前，庄子在“大宗师篇”谈到面对死亡的态度时说：“死生，命也，其有夜旦之常，天也；人之有所不得，皆物之夫大鬼载我以形，劳我以生，佚我以老，息我以情也。死；故善吾生者，乃所以善吾死也。”这种善生善终，希望好死，好好地利用死前的那段时间的观念，是中国文化中很深的部分。

此外，庄子“列御寇”上说：“庄子将死，弟子欲厚葬之。庄子曰：吾以天地为棺槨，以日月为连壁，星辰为珠玑，万物为齐送。吾葬具丰万仆邪？何以如此？弟子

曰：吾恐乌鸢之食夫子也。庄子曰：在上为乌鸢食，在下为蝼蚁食。夺彼与此，何其偏也？”这是对死亡的一种豁达的态度。

几千年来中国传统文化教育面对死是积极安然的，提倡活好每一天每一刻，同时也不要畏惧死亡的来临。在中国古代死亡观中也有灵性的东西，用各自认为有用的方法，死后能超生、转世、升天，期望中有更幸福的乐园。

500.我们对死亡教育存在着哪些问题？

（1）整个社会缺乏良好的死亡教育。

（2）死亡的过程发生在一个隔离的环境，这个过程的自然属性被许多的急救、转运，甚至被带有恐怖的文化媒体代替。

（3）不愿把死亡作为一个话题。

由于不愿提及“死亡”二字，认为是不吉利的，对死亡的现实在思想上处于逃避状况，不愿面对这种必然的结果。往往在死亡来临时，病人和家属在心理上承受巨大的打击。

编者：周 馨 石 涛

与癌症患者相关的
社会组织机构

云南省红十字会癌症康复专业委员会

云南省红十字会癌症康复专业委员会是非营利的公益性社会团体。其宗旨为：弘扬“人道、博爱、奉献”的红十字精神，一切为了癌症患者的康复，开展内容丰富的宣传、普及科学知识和组织文娱、体育等群众性康复活动，走群体抗癌康复之路，造福于广大癌症患者，造福于社会。

云南省红十字会癌症康复专业委员会工作人员既是患者又是爱心奉献者，不取报酬，志愿服务。患者会员决心发扬“团结、拼搏、乐观、奉献”的精神，做生命强者，争取康复，回归社会，再次奉献。

如何加入云南省红十字会癌症康复专业委员会/昆明癌症康复协会？

（1）本人必须是癌症患者。

（2）入会及办理爱心卡必须准备的资料：①身份证原件；②外省身份证必须有本地房产证或有效期内居住证（或与本地用人单位劳动关系证明、本地租房合同）；③特殊病卡原件；④病理科检验报告原件或复印件（盖病理科原件章）；⑤出（入）院记录、手术记录、诊断证明书；⑥本人近期白底彩色照片三

张（大一寸1张，小一寸2张）；

（3）需一次性交两年会费，会费主要用于昆明癌症康复会办公及会员各种活动。

（4）爱心卡是昆明癌症康复协会历届领导努力争取来的，不得转借他人使用；由于昆明公交公司是义务为我们病友办理爱心卡（补卡），办理时间大约需3个月；检卡时间为2年检，大约需1个月，病友们须斟酌清楚再办。

（5）为广大病友办理入会及爱心卡的她（他）都是病友，她（他）们是志愿者，无私为大家服务，请尊重她（他）们，少点抱怨，多点理解，谢谢！

（6）每周三办理报停、挂失、补办公交卡及开回执。

（7）办公室咨询电话：63113297。

