



医药卫生类专业工学结合精品教材
“互联网+教育”新形态一体化教材

安宁疗护

ANNING LIAOHU

主 编 冯 卿 钟延霞 马宝府

安宁疗护

主
编
冯
卿
钟
延
霞
马
宝
府

北京出版集团
北京出版社



北京出版集团
北京出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

安宁疗护 / 冯卿, 钟延霞, 马宝府主编. -- 北京:
北京出版社, 2025. 1. -- ISBN 978-7-200-19268-1

I.R48

中国国家版本馆 CIP 数据核字第 2025NG6712 号

安宁疗护

ANNING LIAOHU

主 编: 冯 卿 钟延霞 马宝府
出 版: 北京出版集团
北 京 出 版 社
地 址: 北京北三环中路 6 号
邮 编: 100120
网 址: www.bph.com.cn
总 发 行: 北京出版集团
经 销: 新华书店
印 刷: 定州启航印刷有限公司
版 印 次: 2025 年 1 月第 1 版 2025 年 1 月第 1 次印刷
成品尺寸: 210 毫米 × 285 毫米
印 张: 17
字 数: 502 千字
书 号: ISBN 978-7-200-19268-1
定 价: 59.00 元

如有印装质量问题, 由本社负责调换
质量监督电话: 010-82685218 010-58572393

目 录

单元一 绪论	1
任务一 安宁疗护概述	1
任务二 安宁疗护团队人员	5
任务三 安宁疗护相关理论	7
任务四 安宁疗护涉及的伦理及法律问题	15
单元二 安宁疗护服务模式及人群	24
任务一 安宁疗护的服务模式	24
任务二 安宁疗护的不同人群	27
单元三 安宁疗护沟通方式	45
任务一 安宁疗护沟通的类型与病情告知	46
任务二 预立医疗照护计划	55
单元四 死亡与死亡教育	66
任务一 死亡及生死观	66
任务二 生命教育	71
任务三 死亡教育	73
单元五 安宁疗护患者评估及症状管理	81
任务一 安宁疗护患者评估	81
任务二 终末期患者症状管理	98
单元六 安宁疗护舒适护理	126
任务一 安宁疗护一般护理	127
任务二 安宁疗护中医护理	147

单元七 终末期患者心理支持	160
任务一 终末期患者心理支持概述	160
任务二 心理支持	165
单元八 终末期患者社会支持	180
任务一 终末期患者社会支持与特点	180
任务二 社会支持方法	184
单元九 终末期患者精神支持	192
任务一 终末期患者精神支持概述	192
任务二 精神支持方式及措施	196
单元十 安宁疗护照护者的支持	207
任务一 对专业照护者的支持	207
任务二 对非专业照护者的支持	216
单元十一 患者逝后护理	224
任务一 死亡护理	224
任务二 居丧期护理	228
单元十二 安宁疗护相关护理实用技术与疗法	238
任务一 个体治疗技术	239
任务二 团体治疗技术	245
任务三 艺术疗法技术	247
任务四 宣泄放松疗法技术	253
任务五 危机干预疗法	259
参考文献	264

■ 单元二 安宁疗护服务模式及人群

学习目标

» 知识目标

1. 能够描述安宁疗护服务模式的主要类型及相关概念。
2. 能够列举儿童、中青年及老年患者终末期的主要护理措施。
3. 能够简要讲出不同生命阶段安宁疗护患者的生理特征、心理特征。
4. 能够描述不同疾病的安宁疗护特点、心理护理、常见症状和护理。

» 技能目标

1. 能够根据患者不同需求情况选择适宜的安宁疗护模式。
2. 能够运用所学知识为安宁疗护患者施行整体护理。

» 素养目标

1. 培养学生对患者及其家属的同情心和同理心。
2. 增强与患者、家属及多学科团队成员之间的有效沟通能力，以提高整体护理质量。

预习案例

68 岁的张先生被确诊肺癌晚期，已进入安宁疗护护理阶段。他的家人希望能够提供最佳的关怀，以确保他在生命的最后时光里得到舒适和有尊严的待遇。

请思考

1. 张先生的安宁疗护将可能在哪些场所开展？
2. 张先生可能出现哪些症状？针对这些症状主要的护理措施有哪些？

任务一 安宁疗护的服务模式

一、医院安宁疗护

(一) 医院安宁疗护的特点

医院安宁疗护贯穿于门诊、急诊、住院的全过程，不同的就诊环境具有不同的特点。

1. 门诊安宁疗护的特点

恶性肿瘤晚期患者、慢性非肿瘤性多器官功能严重受损且无有效治愈手段的患者、慢性疾病无有效治疗手段的患者，因疾病原因常需到医院门诊就诊，护士通过与医生协作，关注患者躯体症状，对患者的疼痛、压力性皮肤损伤等进行护理，以达到减轻症状、提升生活质量的目的。

2. 急诊安宁疗护的特点

终末期患者病情危重并且变化快，急诊安宁疗护是急诊科最常见的留观类型。在急诊护理的情境下，除了要为终末期患者进行缓解症状外，为患者及其家属提供相应的情感和精神支持也非常重要。急诊医护人员还应具备判断安宁疗护照护对象的能力，通过转介等方式，将患者转至具有安宁疗护照护的病房。

3. 住院安宁疗护的特点

住院安宁疗护适用于有难治性或复杂性的临床症状，而在其他照护场所如社区、居家无法满足其全方位照护需求的终末期患者。收治对象为诊断明确且病情不断恶化，现代医学不能治愈，属不可逆转的慢性疾病终末期，预期存活期小于6个月的患者。医院安宁疗护为终末期患者提供跨区域、专业的、不以治愈为目标的综合医疗服务，解决急危重症和疑难复杂症状，满足患者和家属心理、社会以及精神方面的需求。接受社区医院转诊，对下级医院进行业务技术指导，为患者转至社区医院创造条件。

(二) 医院安宁疗护的形式

根据门诊、急诊、住院安宁疗护不同的特点，构建安宁疗护不同的形式。

1. 门诊安宁疗护的形式

门诊安宁疗护有助于及时控制终末期患者症状困扰，并予以心理精神抚慰，它是安宁疗护全面综合照护的重要组成部分之一。根据各地区发展水平与医院发展规划不同，门诊安宁疗护大致可以分为独立门诊、嵌入式门诊、远程门诊三种形式。

(1) 独立门诊。独立门诊通常配有独立的门诊安宁疗护收费系统和多学科诊断及治疗团队，包括医生、护士、心理咨询师、营养师、社工和志愿者，可有计划地为终末期患者提供满足其身体、心理、社会、精神多方位需求的整合照护，从而有效发挥安宁疗护多学科团队在终末期患者治疗中的作用。

(2) 嵌入式门诊。嵌入式门诊是将安宁疗护团队成员嵌入肿瘤科、老年医学科等相关科室，即安宁疗护成员和这些相关科室的治疗团队共享同一诊所空间，除了进行单独诊疗外，亦可以相互合作在同一天为同一患者进行共同诊疗。

(3) 远程门诊。远程门诊是指以远程医疗形式开设的安宁疗护门诊，有利于拓展现有门诊的服务范围，对于获得三级医疗服务较为困难的基层地区和偏远地区患者具有重要意义。

2. 急诊安宁疗护的形式

当前急诊安宁疗护的形式主要包括以下三种类型。

(1) 急诊—安宁疗护团队合作形式。该模式通常由同一家医院内部的安宁疗护团队与急诊科联合发起，鼓励终末期患者及其家属进行相关咨询。安宁疗护团队通过识别急诊就诊患者中需要安宁疗护的照护对象，并及早为这些患者配置相适应的安宁疗护照护资源，减少患者的住院时间和住院费用。

(2) 急诊—安宁疗护咨询小组形式。急诊—安宁疗护咨询小组中，急诊科医护人员需具备急诊与安宁疗护两个学科的专业知识，能够运用转诊的方式，将患者转至安宁疗护病房。

(3) 急诊—安宁疗护专业机构合作形式。该模式中急诊科医护人员与具有相应资质的安宁疗护专业机构（如医院或安养院、护理院）合作，在充分评估患者安宁疗护照护需求的基础上，急诊医护人员与安宁疗护机构工作人员共同决定患者是否需要转诊至院外安宁疗护机构。

3. 住院安宁疗护的形式

(1) 安宁疗护病房。安宁疗护病房通常是医院内部根据自身实际情况与环境设施，结合《国家卫生计生委关于印发安宁疗护中心基本标准和管理规范（试行）的通知》（国卫医发〔2017〕7号）文件要求建设的独立安宁疗护病房，具有合理的病房规划、严格的人员准入资质和明确的组织结构。

(2) 安宁疗护病床。与安宁疗护病房不同的是，安宁疗护病床是内置于综合性医院肿瘤中心或老年科的病室房间，病床规模一般小于安宁疗护病房的病床数量，且病区负责人需组建符合条件的MDT团队开展病区安宁疗护工作。

二、社区安宁疗护

(一) 社区安宁疗护的特点

社区作为居民生活的基本单元，具有覆盖面广、服务对象多的特点，可以满足广大民众“落叶归根”的传统观念。当前以社区为依托的安宁疗护模式，多以社区卫生服务中心成立的安宁疗护科为主，建设安宁疗护门诊与病房，组建社区安宁疗护跨学科专业团队，为终末期患者及家属提供社区上门与病房相结合的安宁疗护服务。

(二) 社区安宁疗护的形式

1. 社区上门服务 社区上门服务主要特点是“由社区提供照护”，可以有效对接居家安宁疗护服务资源，即社区卫生服务中心担负着本社区安宁疗护患者的居家照护。社区卫生服务中心需组建安宁疗护医护团队，定期接受规范的安宁疗护专科培训，对终末期患者进行家庭访视和各类咨询服务。患者离世后，社区安宁疗护团队还需定期追踪家属的哀伤状况，根据需要开展哀伤辅导工作，帮助其度过哀伤期。

2. 社区安宁疗护病房 与安宁疗护社区上门服务形式的不同之处在于，社区安宁疗护病房的主要特点是“在社区提供照护”，即有条件的社区卫生服务中心可设置安宁疗护科，为患者提供安宁疗护照护服务。在该模式中，多学科团队(MDT)各司其职实施病房管理，为安宁疗护患者制订个性化的照护方案。

三、居家安宁疗护

(一) 居家安宁疗护的特点

(1) 居家安宁疗护将照护的地点设置在患者家中，有助于患者在临终时在自己熟悉的环境中及家人的陪伴中安然离世，实现“生死两无憾”，为愿意接受居家安宁疗护的终末期患者提供治疗与帮助。

(2) 居家安宁疗护照护流程的特点是以居家为主体，转诊为辅助，各级医院或社区卫生服务中心的安宁疗护医护团队为主力，提供包括照护对象准入、评估、居家照护、转诊服务及逝后护理等相关服务。

(二) 居家安宁疗护的形式

1. 常规居家照护 常规居家照护中终末期患者的家庭成员是主要照护者，而居家安宁疗护团队则负责定期提供上门监督、协调及常规家庭照护服务。提供的内容包括：非侵入性的专业护理服务、物理治疗、社会服务等。此外，居家安宁疗护团队成员需要每天24小时保持电话畅通，以便在患者出现症状时，为家庭照护者提供症状处理的指导。

2. 连续居家照护 当终末期患者无法在家中由家人照护和管理时，如存在无法缓解的疼痛、严重的呼吸困难及谵妄，甚至是主要照护者支持系统匮乏等情况，则可以为其提供连续居家照护。该模式中，居家安宁疗护团队服务的时间通常为每天8小时以上，甚至是连续24小时为患者提供居家护理，以管理患者难以控制的复杂症状。

3. 特殊居家安宁照护 特殊居家安宁照护是指有医院或社区医护志愿者作为服务主体的团队，在临终者或其家属需要专业的医护救助时，给予临时性的志愿上门护理服务，该项照护服务需要得到医院或社区相关部门的许可和支持，或通过“互联网+”的形式，以免造成法律纠纷。目前，国家正通

过长期护理保险制度给予支持和保障。

四、医养结合机构安宁疗护

（一）医养结合机构安宁疗护服务的特点

医养结合机构安宁疗护是通过充分利用医养结合机构医疗资源来提升终末期老年人及家属生活质量的照护模式。主要为预计生存时间小于3~6个月、晚期终末期肿瘤患者、高龄衰老临终患者、卧床一年以上的终末期患者提供服务。

医养结合机构在满足老年人群体养老服务需求的同时，为其提供附加的安宁疗护服务，在人口老龄化程度不断加剧的情况下，能显著改善老年人的生命质量，在老年人的中长期照护中越来越受到重视，具有不可替代的优势。

（二）医养结合机构安宁疗护的形式

医养结合机构是为老年人提供生活照料、康复、护理、医疗保健等综合服务的组织之一，可通过以下两种形式提供安宁疗护服务。

1. 具备医疗资质的医养结合机构 可内设独立的关怀科或病房，直接为机构内的老年人提供安宁疗护照护。

2. 尚不具备医疗资质的机构 可与区域范围内有资质的医疗机构建立合作或签约关系，通过协同设立关怀科室或区域的方式，共同开展安宁疗护服务。

课程思政

“生如夏花之绚烂，死如秋叶之静美。”这是泰戈尔的诗句，也是人生的真谛。正如夏花与秋叶，生与死，亦是自然的规律。我们无法避免死亡，但我们可以选择如何面对。

——《听弟读书》陆游

任务二 安宁疗护的不同人群

一、不同生命阶段的安宁疗护

（一）儿童

儿童安宁疗护也称儿童姑息护理，儿童安宁疗护的对象为0~18岁的婴幼儿、儿童、青少年（以下统称为“儿童”）。在跨学科团队的支持下，儿童安宁疗护可在医院、社区或者儿童家庭中实施，并且从疾病确诊开始，贯穿整个病程。

1. 儿童终末期生理特征

终末期儿童在此阶段面临疲乏、疼痛、嗜睡、恶心等多种身体不适，相关症状和治疗过程中的身体反应与成人存在较大差别。因此，儿童终末期的疼痛控制和症状管理是安宁疗护中的重要内容。

2. 儿童终末期心理特征

终末期儿童的心理反应可分为疾病初期的恐惧、确诊后的叛逆、临终时的焦虑和悲伤三个阶段。

3. 儿童终末期对家庭的影响

儿童不具备完全独立的民事行为能力，而家庭作为儿童最主要的支持来源，在儿童的医疗、照护

等各个环节中扮演着举足轻重的角色。此外，终末期患儿的患病还会使家庭面临较大的心理压力、护理压力和经济压力，尤其是精神压力。

4. 儿童终末期安宁疗护

(1) 症状管理。儿童对于症状的表述，往往不够精准清晰，也不一定会主动表达，医护人员在照护时要保持敏锐，及时发觉患儿的不适症状并评估其程度，给予处置。

①疼痛控制。终末期患儿普遍存在疼痛，且长期慢性疼痛可能进一步引起心理、精神层面的问题和困扰。当疾病无法治愈时，通过多模式镇痛保证患儿无痛应是每一位患儿的基本权利。

分辨疼痛的特点和时间性，对疼痛进行综合评估，确定疼痛的部位、性质、程度、原因、加重或缓解因素、既往用药史及用药效果等信息。一旦疼痛出现突然变化或急性加重，要及时重新评估疼痛。

根据儿童年龄和认知、理解及表达能力来选择适合儿童的疼痛评估工具。这是作为药物种类和剂量选择的重要依据，持续性观察疼痛强度是制订和调整疼痛治疗方案的重要依据。一般3岁以下或无法清楚表达的患儿多选用FLACC评估量表，这是一种生理行为学评估工具，患儿清醒时观察2~5分钟、熟睡时观察5分钟。3~8岁或是对数字大小/表情有概念的儿童，则常用Wong-Baker面部疼痛量表，如果患儿无法交流则由医护人员或主要照护者使用Wong-Baker进行他评，即FPS (faces pain scale-revised) 修订版面部表情疼痛评定法。8岁以上的患儿可以使用视觉模拟评分和数字模拟评分(VAS和NRS)进行评估。

如果疼痛超过一个月，针对慢性疼痛的评估要考量心理层面、社会功能等多因素。基本的疼痛照护需要整合跨学科团队共同完成，解决患儿生理疼痛、心理焦虑、情感困扰、保持上学的功能等。

用药期间持续观察药物可能的副作用，如便秘，必要时提前预处理。目标是镇痛效果最佳且副作用最小。阿片类药物常见副作用为消化系统症状，如恶心、呕吐、腹痛、腹胀、便秘，除便秘外其他副作用一般一周内可以耐受；中枢神经系统症状表现为嗜睡、谵妄、呼吸抑制，嗜睡是逐渐产生的但会在短时间内耐受。此外，还可出现体位性低血压、过敏等。非阿片类药物常见副作用是肝肾损伤、心脏和血管毒性、骨髓抑制、消化系统损伤、过敏性哮喘等。

按照世界卫生组织的疼痛标准，根据WHO的疼痛控制原则，应用镇痛药物，以控制身体疼痛。另外可以使用辅助性镇痛药物、中枢或外周肌肉松弛剂、离子拮抗剂如普瑞巴林和奥卡西平等、三环类抗抑郁药、氯胺酮等。

物理疗法、中医药疗法、安慰剂、影视作品转移疗法、认知行为疗法等非药物治疗方法可适当缓解儿童的疼痛。

②疲劳(fatigue)。疲劳是儿童末期疾病最常见的症状之一，可能会表现出身体的疲劳如无力、嗜睡、认知下降等。疲劳可能是多因素造成的，需从病史中仔细寻找身体、心理、精神或睡眠上的问题。处理原则需解除这些因素，治疗焦虑或睡眠障碍、进行运动训练、安排适当的休息或频繁的小睡片刻、使用药物治疗。

③呼吸困难。身体或精神情绪因素都可以造成呼吸困难，这是患者的一种主观感受。所以一些呼吸参数如呼吸频率、血氧饱和度等，并不能完全反映患者自身感觉的呼吸困难程度。药物治疗使用阿片类药物，可以直接作用在脑干来降低患者对呼吸窘迫的感受，剂量只需止痛剂量的25%，如使用吗啡0.1 mg/kg。对于有焦虑问题的患儿，可以使用抗焦虑药物。非药物处置包括：氧气疗法、开窗通风或风扇降温、重新调整舒适的体位、催眠或其他放松的方式等。当接近死亡时，有时患儿有呼吸道分泌物，可能产生明显的呼吸杂音如“临终喉鸣”，通常此时患儿是无意识的、不会有痛苦，然而此现象会让家属心里不舒服，需做好沟通与说明，让家属了解此时孩子并没有痛苦。

④抽搐。抽搐通常是患儿原本疾病的症状之一，但疾病严重时发生的频率与严重程度会加重，所以要事先沟通好处理方式，且在抽搐发作时要有准备好的抗癫痫药物以供使用，居家时可以采取肛门

给药。有些神经退化性疾病，神经刺激性增加，可以适当地使用镇静药物。抽搐时要做好安全措施，将患儿头偏向一侧，防止呕吐、误吸和窒息。

⑤喂食和水分。当患儿无法经口进食时，人工营养支持包括经鼻胃管或胃造瘘口喂食、静脉营养或点滴等都是可能的选项。评估是否给予人工营养支持，必须考虑优缺点及患儿感受、功能状况和预后，在可能会改善生活品质、让患儿舒服的前提下，才给予人工营养支持和水分补充。勉强喂食有时会造成腹胀、恶心或呕吐，此时不易经胃肠喂食，应以舒适为前提决定是否进食或给予点滴。在最后的濒死过程中，给予水分会增加分泌物与排尿量，也会导致水肿增加、呼吸困难，所以要及时让家属了解在没有帮助或不舒服时，应该及时停止给患儿喂水。

⑥恶心呕吐。根据恶心呕吐的原因尝试使用止吐药物处理。

⑦腹泻与便秘。腹泻因素是多样的，可能与菌群失调、感染、抗肿瘤治疗等有关。可以使用药物来处理，难治性腹泻可以尝试使用小剂量阿片类药物的副作用来处理。有神经损伤、使用抑制肠道蠕动的药物、进食水明显减少的患儿容易出现便秘问题，照护的过程要评估排便的频率、性质以及排便量，并了解饮食成分。对于规律使用阿片类药物的患儿可以例行给予通便药。

⑧贫血和出血。对于有症状的贫血如虚弱无力、晕眩、呼吸急促、心跳加速等症状，可以考虑输血。血小板减少并有出血现象时可以给予输注血小板。但濒死期前的出血和贫血问题，需事先考虑并做好计划，可考虑给予快速起效的镇静药物控制症状。

⑨睡眠障碍。可以先尝试使用心理或行为疗法，环境改善也会有所帮助，必要时可以给予药物治疗，如苯二氮草类药、三环类抗抑郁药等。

⑩厌食和恶病质。厌食和恶病质是终末期中必然存在的状况，是无法逆转的。处理上还是以治疗疾病本身或某些可以处理的病灶，如口腔溃疡、口腔疼痛，在初期食欲不佳和厌食过程中，给予热量支持。必要时使用可以促进食欲的药物如类固醇、甲地孕酮等。

⑪焦虑和抑郁。临终期患儿经常出现愤怒、躁动不安、哭闹，也可出现谵妄、混淆、幻觉等。此时要先确认患儿生命安全，避免身体伤害。同时排除身体不适如疼痛、低氧血症、贫血、脱水、尿潴留、便秘等情况，或有焦虑抑郁等情绪因素，另外也要考虑是否有药物不良影响存在。非药物的处理方式包括：心理咨询、安抚拥抱，也可改变环境让患儿更加舒适，如灯光噪声的控制、温度调整、播放音乐等。可以使用苯二氮草类药物、氟哌啶醇、左美丙嗪。濒死期使用较高剂量的临终镇静药物，与家属做好沟通解释。

(2) 尊重儿童的知情权和自主性。医务人员可以与患儿的家人进行交流，让患儿有机会参与到自己的晚期护理中来，并遵循他们对于临终护理地点和侵入性治疗的意愿。

(3) 死亡教育。患儿对死亡没有清晰的认识，需要将他们的年龄特征和认识水平与他们的认识相结合，让他们明白现在的病情，讲出自己的遗愿，和家人道别。

(4) 丧亲护理。丧亲护理是指对家庭成员在情感上的疏导，并通过同病房成员的经验交流，使其学会积极的调适方式；对逝者的遗体采取尊重当地风俗或信仰的做法，并让其家人参与；帮助家庭成员保留孩子的个人物品，或为孩子捐赠器官。

知识拓展

国外儿童安宁疗护现状

20 世纪 70 年代初 Chapman 等首次提出儿童安宁护理，1982 年 1 月世界上首个儿童临终关怀所——海伦之家在英国成立。自 2004 年起，世界安宁疗护将研究的重点放在了发展儿童安宁疗护上，关注临终患儿的权利和生命质量已经成为国际热点话题。许多欧美、中东地区

国家建立了儿童安宁疗护机构，如苏格兰的“瑞秋之家”和“罗宾之家”，主要是为患儿及其家属提供一个轻松、可以玩耍、与人分享的场所，并为其提供专业的情感支持与咨询服务；英国的儿童收容所协会（Association of Children's Hospices, ACH）和美国儿童安宁疗护协会（Association for Children's Palliative Care, ACPC）以及美国儿童宁养中心等，通过社会募捐为患儿提供安宁疗护服务。目前，英国有 50 多家儿童安宁疗护机构为有需求的患儿提供安宁疗护症状护理和终末期照护，并为其整个家庭提供情感支持；美国也有数千个机构提供安宁疗护，其中有很大部分更愿意接纳临终患儿；德国的儿童安宁疗护分为住院和出院两大部分，并且对出院的临终患儿提供延续性 24 小时专业服务；南非在最近 30 年间一共推行了 60 多个针对艾滋病患儿的安宁疗护项目。

（二）中青年

1. 中青年人群终末期生理特征

终末期中青年患者大多伴随着疼痛、呼吸困难、咳嗽、咳痰、咯血、恶心、呕吐、呕血、便血、腹胀、水肿、发热、谵妄等身体不适的症状体征。

2. 中青年人群终末期心理特征

（1）生存愿望强烈。大多数中青年患者在患病之前是家庭的顶梁柱，承担着赡养老年人和抚养孩子的重任，当他们得知自己的疾病时，往往会有很强的求生欲望，想要尽自己最大的努力来延续自己的生命。

（2）消极和积极情感交织。中青年患者患病后，担心自己成为家人的负担，他们很有可能会失去自我价值，从而产生消极的情感，如逃避、愤怒、内疚、悲伤和绝望。而有的患者则心态平和，乐观向上，珍惜生命，珍惜当下，以此来减轻家属的精神压力。

（3）创伤后的心理防御反应较强。难以治愈的疾病，对中青年患者而言，无疑是一种巨大的生活挫折，它会使患者产生压抑、否定和幻想等心理防御反应。

（4）期望心理上的变化。从希望奇迹治愈发展到希望争取更多的生命时间，再到希望剩余生命时间过得有质量（希望身体舒适、希望保持尊严），以及在最后时刻希望活在当下和做好死亡准备（希望内心平和地死去）。

3. 中青年人群终末期对家庭的影响

（1）家庭负担加重。年轻的患者因为生病而无法工作，导致收入降低，还会产生大量的医疗费用，这对一个家庭而言是很大的负担，有可能会因病致贫、因病返贫。

（2）家庭适应性差。家庭是一个不可分割的有机整体，需要通过对重大疾病来刺激并调节其自身的抗逆能力，从而实现家庭适应性。面对年轻患者的死亡，家庭的适应状况会发生不平衡甚至危机，但若能有效调动家庭的凝聚力、家庭内部和外部的支持性资源，则可使其适应状况得到改善。

（3）护理人员的生活质量降低。由于护理时间较长，护理人员会出现疲劳、睡眠紊乱和原有的生理疾病的症状；在社会方面，则表现为社会参与度降低，倾诉、压力缓解程度的降低；心理上承担着巨大的负担，感到无助、恐惧、焦虑。

4. 中青年人群终末期安宁疗护

（1）症状管理。晚期患者常出现多种疼痛症状，对生活质量有较大的影响。出现疼痛、呼吸困难、咳嗽、咳痰、咯血、恶心、呕吐、呕血、便血、腹胀、水肿、发烧、谵妄等都是晚期患者的常见症状。医务人员要对患者的症状进行全面的检查与观察，找出引起疾病的原因，在最大限度地控制病因的前提下，进行有针对性、个性化的用药及症状的护理，提高患者的舒适度。

(2) 舒适照护。应当以满足患者在饮食、饮水、排泄、活动、清洁和环境等方面的舒适度需求为出发点,制订和执行个性化的舒适性护理计划,以满足身体生理功能的需求,提升患者的舒适度。舒适照护的主要的内容有:保持病房的安静和适宜的光线、气味、温湿度;保持床单位的整洁,做好口腔护理、会阴护理,帮助患者洗澡或床上擦浴、床上洗头;帮助患者饮食和饮水,肠内营养、肠外营养的护理;留置导尿管的护理,排尿异常的护理,定时变换体位等。

(3) 精神支持与人性化照顾。随着病情发展及存活时间的减少,患者会产生消极的情感,如焦虑、抑郁、恐惧等。通过倾听、共情、发问等交流方式,使医务工作者与患者建立互信;指导患者正视、接受病情,并协助患者处理负面情绪;提倡患者及家庭成员一起参加有关疾病治疗及护理的探讨,并尊重患者的个人意志,做出决定;使患者以积极、乐观的态度度过生命末期,以舒适、安宁和有尊严的方式离开人世。

(三) 老年

1. 老年人群终末期的生理特征

终末期老年患者大多伴随着食欲减退、便秘、腹泻、恶病质、呼吸困难、睡眠紊乱、疼痛、运动障碍、意识改变等临床表现;并发症较多,如感染、出血、骨折等;躯体的痛苦较为明显,且不易缓解。

2. 老年人群终末期的心理特征

(1) 无助感。终末期老年人往往会有种“无助”的心理感受,即他们往往会觉得自己无力面对正在发生的事情。无助感常常会使老年人感到绝望、无助和难以接受现实。

(2) 生命价值感的重新审视。老年人临终前会对自己的生活进行重新审视,这为他们提供一次思考自身生命价值的机会,也可以使他们重新拾回一些丧失的信心。

(3) 后悔情绪。终末期老年人往往会对自己过去的行为感到后悔,他们可能会对过去所做的一些事情感到不满或后悔,甚至会为自己过去的行为感到痛苦。

(4) 不舍和恐惧。终末期老年人会感到不舍,他们可能会担心自己的家人和朋友,担心他们在自己离开后会面临什么样的困境,也可能会担心自己离开后他们将会面临怎样的未来。

(5) 悲伤和恐惧。终末期老年人会有悲伤的情绪,担心自己的病情,牵挂自己的家人和朋友,担忧自己的家庭将如何继续生活下去,以及担心自己将会如何死去等。

3. 老年人群终末期的家庭效应

(1) 家庭角色调适。老年人是家中的长者,在失去了家庭角色后,为了维持家庭的稳定性,需要对其进行新的角色调整。

(2) 护理人员的负担。老年患者家属在护理工作中所面临的身心紧张。若家庭负担过重,不仅会影响老年患者的临终护理品质,同时也会给自己带来负面的影响。

(3) 对于家庭成员的身体和心理影响。丧亲作为重要的生活压力事件不可避免地给家属带来悲伤和痛苦的内心感受。对于患者配偶的影响更大,配偶常出现悲痛欲绝、生活失去希望的心理,持续下去可能导致抑郁症等精神疾患,加重身体原有疾病,甚至导致死亡。

4. 老年人群终末期安宁疗护

(1) 家庭化病房环境的设计。使病房环境安静,温度适宜;在病房的布局上,可以采用家庭式的布局,如有需要,可以设置一个简易的厨房,放置一个衣柜、一台电视、一株绿色植物或者一朵鲜花。老年人病房的设计要考虑到老年人的特征,在病房里设置安全扶手,地上有防滑设施,要有呼叫装置,便于与护士沟通。

(2) 舒适护理。老年人终末期安宁疗护的目标是减轻患者疼痛,改善症状,增加舒适感。护士应做好老年患者身体综合评估,控制疼痛,对于由于化疗或各种疾病原因导致的胃肠道反应、便秘、尿

失禁等症状进行针对性护理。在症状控制中，积极与老年人沟通，将治疗方案尽早从积极治疗转入缓和治疗的安宁疗护阶段。

(3) 防止并发症。对于行动不便或失能的终末期老年人，应满足患者清洁卫生的需求，做好基础护理，定时翻身叩背，预防肺炎及压力性损伤。做好口腔护理，协助患者饮食。对于失禁患者做好排尿和排便护理，预防尿路感染和皮肤损伤。在患者活动和日常护理时务必做好安全防护，及时拉好床挡防止坠床，协助患者如厕和沐浴，防止跌倒。遵医嘱适当应用安眠药保证老年患者的睡眠质量。

(4) 心理护理。对临终患者来说，护士要理解和重视患者的心理需要，为患者提供精神上的帮助和慰藉，在尊重患者的信念和价值观的基础上，进行人性化的关怀。护理人员可借由生命回溯，使患者能认识到自己所受之苦与所获的成就的人生意义，并增进其心理与精神健康。

(5) 尊重患者自主权。临终决策与患者后期的生活质量密不可分，医护人员可通过死亡教育、预立医疗照护计划等措施，促进患者表达临终治疗护理意愿，做出自主性医疗决策。

(6) 哀伤辅导。遗体护理允许家属参与，尊重逝者的当地习俗；为家属提供哀伤辅导，鼓励发泄情绪，帮助其顺利度过居丧期；为家属提供告别空间和机会；指导亲友之间相互安慰和倾诉；必要时为哀伤者提供心理咨询相关信息。

二、不同疾病类型的安宁疗护

(一) 终末期肿瘤患者

1. 终末期肿瘤患者的特点

肿瘤是指机体在各种致病因子的作用下，引起细胞遗传物质改变，导致基因表达异常、细胞异常增殖而形成的新生物。恶性肿瘤是指具有侵袭和转移能力的肿瘤，肿瘤通常无包膜、边界不清，向周围组织浸润性生长，生长迅速，肿瘤细胞分化不成熟，有不同程度异型性，对机体危害大，常因复发、转移而导致死亡。终末期肿瘤患者由于长期经受疾病的折磨，机体功能降低、自理能力下降，遭受着癌性疼痛、消瘦、食欲减退、失禁性皮炎、疲乏、呼吸困难等症状的困扰，加之疾病给家庭带来的经济压力、照顾负担等，导致焦虑、悲观、绝望、抑郁、死亡恐惧等不良情绪，承受着巨大的身心压力。

2. 终末期肿瘤患者的安宁疗护

(1) 常见症状的管理。

① 疼痛管理。癌性疼痛是指由肿瘤直接导致或肿瘤治疗导致的疼痛。定期对患者进行疼痛评估，了解疼痛的性质、程度和影响；根据医嘱指导患者正确使用药物，掌握药物的使用方法和注意事项；保持室内环境的温度、湿度适宜，减少噪声和光线刺激；提供情绪支持，与患者交流，鼓励患者表达情感，减轻焦虑和抑郁；确保患者安全，防止意外发生，如跌倒、滑倒等。对终末期患者和主要照顾者进行疼痛相关知识的教育，指导患者主动报告疼痛、预防不良反应的方法、阿片类药物取药和储存的方法，按时用药，维持有效血药浓度，不应自行调整药量。

② 消瘦、食欲减退管理。消瘦、食欲减退管理在终末期肿瘤患者群体中的发生率可高达 80%。可给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化饮食，指导患者合理安排饮食，改善营养状况，多支持、多鼓励患者进食，少食多餐，可在患者有饥饿感、想吃时采用患者喜好食物，尽量满足其食欲愿望。烹调时应做到色、香、味俱全。同时，要注意患者口腔清洁（可用淡茶水、淡盐水漱口）。

③ 失禁性皮炎管理。失禁性皮炎是由于暴露于粪便和 / 或尿液所造成的皮肤损伤，是一种发生在大小便失禁患者身上的接触性刺激性皮炎。其主要表现为红斑、红疹、浸渍、糜烂，甚至皮肤剥脱，伴或不伴有感染。应全面评估患者的如厕能力、组织耐受性和会阴部环境，采取预防性皮肤保护隔离；及时清除尿液或粪便，减少对皮肤的刺激；清洗后可用皮肤保护剂涂抹皮肤，加快皮肤修复；合

理使用辅助器具,如一次性尿垫、成人纸尿裤、肛门袋、留置尿管等。

(2) 心理社会精神支持。

①心理精神支持。终末期肿瘤患者中,由于疾病持续时间较长,生活自理能力降低,会产生一些不良的情绪和心理问题,如焦虑、悲观、绝望、抑郁、死亡恐惧等。护士要以真诚的态度、细心的照顾、耐心的聆听来获得患者的信赖,并理解患者的心理需求和护理期待。在护理人员、社工、心理治疗师等多学科领域成员的协作下,制订出一套个性化的心理需要方案,可以引导患者采用放松训练、冥想、不良情绪发泄等方式。对于患者的死亡恐惧,可以尽早进行生和死的教育,让他们对生和死有一个正确的认知,尊重生命,接受死亡。通过引导人生回顾、启发人生意义、讨论照护计划,协助履行“四道人生”疗法等途径及方法,以帮助患者处理未完成事务,与他人建立并维持和谐的关系,寻求内心的平静与安宁,提升生活的质量,接受自身的生命旅程,最终实现心理的解脱。

②社会支持。终末期肿瘤患者承受着极大的身体与精神负担,在面临生死之忧及身体上的折磨时,常常希望家人能陪伴左右。社区支持以家庭、医务人员和他人的支持为主,其中家庭支持占主要地位。所以要引导家庭积极创造一个和谐美丽的家庭气氛。从患者的立场出发,以尊重、平等、接受的态度来考虑问题,并适时给予关怀安慰,进行心理疏导,消除负面的情绪。常见的方法有陪伴,倾听、同情、家庭会议等。

(二) 终末期心力衰竭患者

1. 终末期心力衰竭患者的特点

心力衰竭,简称心衰,是由于各种原因所致心脏结构和/或功能异常导致心室充盈和/或射血功能受损,心排血量无法满足机体组织代谢需要,以肺循环和/或体循环淤血,器官、组织血液灌注不足为临床表现的一组综合征,主要表现为呼吸困难、体力活动受限和体液潴留等。终末期心力衰竭也称晚期心力衰竭、难治性心力衰竭,是指患者器质性心脏病不断恶化,虽经积极的内科、外科及器械治疗,患者仍然存在进行性和/或持续性的严重心衰症状和体征,如频繁的心源性休克、严重的运动限制等。终末期心力衰竭患者常伴随全心衰竭,出现体循环和肺循环淤血征象,预后较差。

2. 终末期心力衰竭患者的安宁疗护

(1)呼吸困难的管理。呼吸困难是终末期心力衰竭患者最常见和最令人痛苦的症状。呼吸困难是患者主观上感觉空气不足、呼吸费力。患者在休息时也会感到呼吸困难,被迫采取端坐呼吸。终末期心力衰竭患者的呼吸困难大多是难治性的,容量负荷过重及肺水肿是其主要原因。心衰终末期往往同时存在肺循环和体循环淤血。肺循环淤血使气体弥散功能降低、肺泡张力增高、肺循环压力升高;体循环淤血使右心房与上腔静脉压升高,同时血氧含量减少以及乳酸等酸性代谢产物增多,均反射性刺激呼吸中枢,使呼吸急促。此外,淤血性肝大、腹水以及胸腔积液等也会导致患者的呼吸运动受到限制,加重呼吸困难。

①护理评估。护士可通过视觉模拟评分、数字评分法、文字描述评分法、修订版 Borg 评分法评估患者呼吸困难的程度,密切观察呼吸频率、节律、深浅度的改变、音响改变。

②病房环境管理。保持病房环境安静舒适,温湿度适宜。

③体位管理。根据患者意愿协助采取舒适体位;协助患者取半卧床或端坐位休息。提供枕头或床边桌椅等作为支撑物,帮助患者找到舒适的体位,增加舒适度。衣服宽松、舒适、透气。

④氧疗。根据病情需要,必要时辅助氧疗或无创呼吸机通气治疗。

⑤用药护理。遵医嘱使用利尿剂、正性肌力药等减轻其呼吸困难症状,并注意观察药物的不良反应。

(2)疲乏的管理。疲乏是困扰终末期心力衰竭患者的常见症状,表现为持续的疲劳感及日常活动能力下降,可在诸多方面影响患者的生活质量。贫血、抑郁、睡眠障碍、营养不良等也是终末期心力

衰竭疲乏的影响因素。

①评估。疲乏的评估主要包括患者的主观感受与客观表现两个方面，其中主观感受包括躯体疲乏、情感疲乏、认知疲乏，而客观表现主要是体力与精力降低的具体表现。目前，对于疲乏的评估主要以患者自我报告的形式为主，护士应及时评估患者疲乏的状况、识别疲乏的诱因。

②针对性管理。通过睡眠管理、营养支持、适当的床上运动、心理社会干预等方法帮助患者缓解疲乏状况。

(3) 水肿的管理。终末期心力衰竭患者水肿以双下肢水肿为主。其发生原因是心排血量减少，静脉受阻，毛细血管流体静压增高；同时由于肾血流减少，肾小球滤过率降低，肾小管重吸收水钠增多，致水钠潴留；加之营养不良导致血浆胶体渗透压下降、淋巴回流受阻等。

①容量管理。适度限制钠盐的摄入，控制液体入量，准确记录出入量。

②正确使用利尿剂。尽量集中在晨间或上午给药，以避免夜间排尿过频影响患者休息。应用利尿剂时，监测患者电解质及酸碱平衡状况，观察有无低钾血症、低钠血症、低氯性碱中毒。

③口腔护理。口干者做好患者口腔护理，可采用漱口、咀嚼口香糖等减轻不适。

④皮肤护理。注意做好水肿部位皮肤护理，定时协助患者变换体位，骨隆突处给予薄型泡沫敷料，避免皮肤破溃及压力性损伤。

(4) 厌食恶病质综合征的管理。终末期心力衰竭患者由于胃肠道及肝脏淤血、腹水等原因，会出现不同程度的食欲减退，肠壁负荷增加、吸收差等导致患者营养失衡，出现厌食恶病质综合征。

①营养管理。鼓励患者进食，少食多餐。

②增加饮食多样性。根据患者喜好选择和烹饪食物。

③给予高蛋白、高热量、清淡、易消化、低盐饮食，以流质、半流质为主。

(5) 心理社会精神支持。终末期心力衰竭患者由于长期遭受严重呼吸困难、疲乏等症状的困扰，常出现抑郁、焦虑、恐惧等心理问题。

①医护人员的支持。应主动了解患者及照顾者的心理变化，适当与其讨论病情及治疗方案，尽可能地解决和满足其需求，增加患者及照顾者的安全感。

②社会支持系统。鼓励患者亲密照顾者及朋友陪伴并参与患者的基础护理，让患者感受亲情关怀及精神支持。

③哀伤辅导。照顾者由于长期照顾患者，身体和精神上承受着巨大的压力，还面临着即将丧亲的痛苦，应做好照顾者的哀伤辅导。

(三) 终末期脑卒中患者

1. 终末期脑卒中患者的特点

脑卒中，又称脑血管意外，是指各种原因引起的脑血管疾病急性发作，包括缺血性脑卒中和出血性脑卒中，其临床特征通常表现为患者迅速出现局限性或弥漫性脑功能障碍。1995年全国脑血管疾病学术会议制定了脑血管疾病的诊断分类：颅内出血（包括脑出血、蛛网膜下腔出血、硬膜外出血和硬膜下出血）、脑梗死（包括脑血栓形成、脑栓塞、腔隙性脑梗死、血管性痴呆和其他）、短暂性脑缺血发作、脑供血不足、高血压脑病、颅内动脉瘤、颅内血管畸形和颅内静脉或窦血栓形成。脑卒中以高发病率、死亡率和致残率成为当前严重威胁人类健康的一大类重要疾病。终末期脑卒中患者记忆力、定向力等全面衰退，日常生活功能完全丧失。运动功能丧失，自理能力丧失，肌肉出现萎缩。长期卧床会导致肺部感染、泌尿系统感染、皮肤压力性损伤等一系列问题的发生。

2. 终末期脑卒中患者的安宁疗护

(1) 意识障碍的管理。意识障碍是指人对外界环境刺激缺乏反应的一种精神状态。任何病因引起的大脑皮质、皮质下结构、脑干上行网状激活系统等部位的损害或功能抑制，均可导致意识障碍。

①一般护理。卧气垫床或按摩床,保持肢体功能位,增设保护性床挡;保持床单位整洁、干燥,减少对皮肤的机械性刺激,定时给予翻身、拍背,按摩骨突受压处;做好大小便护理,保持会阴部皮肤清洁,预防尿路感染。注意口腔卫生,不能经口进食或禁食者每天行口腔护理2~3次;体温不升或肢端发凉者注意保暖,慎用热水袋,防止烫伤。

②饮食护理。意识障碍患者应进行意识水平、营养风险、吞咽能力、并发症风险及预期持续时间的综合评估,合理选择饮食或营养方式。肠内营养患者应给予高维生素、高热量饮食,补充足够的水分;定时喂食,鼻饲时抬高床头大于30°,鼻饲后维持原体位30分钟以上,防止呕吐或食物反流;肠内营养者应注意加温输注,预防腹胀、恶心、呕吐等消化道反应的发生,同时要通过腹部按摩、热敷等改善患者胃肠功能。

③保持呼吸道通畅。让患者平卧头侧位或侧卧位,开放气道,取下活动性义齿,及时清除口鼻腔分泌物和气道痰液,防止舌根后坠、窒息、误吸和肺部感染。

④病情监测。严密监测并记录生命体征及意识、瞳孔等变化;观察有无恶心、呕吐及呕吐物的性状与量;观察皮肤弹性及有无脱水现象;观察有无消化道出血和脑疝的早期表现。

⑤预防并发症。预防压力性损伤、尿路感染、口腔感染和肺部感染;谵妄躁动者给予适当约束并告知家属或照顾者,防止患者坠床、自伤或伤人;长期卧床者每天定时进行肢体被动运动,预防下肢深静脉血栓形成。准确记录出入量,预防营养失调和水、电解质平衡紊乱。

(2) 肢体痉挛的管理。恢复期患者的患侧肢体由迟缓性瘫痪逐渐进入痉挛性瘫痪,痉挛是急性期过后患者主要遗留症状,应教会患者和家属正确的良肢位摆放,预防痉挛加重,有助于后期康复。

(3) 吞咽障碍的管理。

①吞咽功能评估。观察患者能否经口进食及进食类型(固体、半流质、流质)、进食量和进食速度,饮水时有无呛咳;评估患者吞咽功能及营养状态。

②采取合理饮食体位。经口进食时能坐起的患者采取坐位进食,头略前屈,不能坐起的患者仰卧位下将床头摇起30°,头下垫枕使头部前屈。

③食物的选择。选择患者喜爱的营养丰富、易消化的食物,为防止误吸,便于食物在口腔内的移送和吞咽,可通过改变食物性状,使其易于形成食团便于吞咽。

④食物性状。通过切碎、研磨或与液体混合等改变食物性状,也可将稀薄的液体增加增稠剂,使原食品黏稠度进行机械改变,从而使其更易食用,且不易松散,有一定黏度,能够变形,利于顺利通过口腔和咽部,不易黏在黏膜上。

⑤吞咽方法的选择。空吞咽和吞咽食物交替进行;侧方吞咽是指吞咽时头侧向健侧肩部,防止食物残留在患侧梨状隐窝内,尤其适合偏瘫的患者;点头样吞咽是指吞咽时配合头前屈、下颌内收,如点头样的动作,以加强对气道的保护,利于食物进入食管。

(4) 心理社会精神支持。脑卒中终末期患者由于长期遭受痉挛、吞咽障碍、意识障碍等症状的困扰,常出现抑郁、焦虑、恐惧等心理问题。应主动了解患者及照顾者的心理变化,适当与其讨论病情及治疗方案,尽可能地解决和满足其需求,增加患者及照顾者的安全感。调动患者的社会支持系统,鼓励患者亲密照顾者及朋友陪伴并参与患者的基础护理,让患者感受亲情关怀及精神支持。同时,照顾者由于长期照顾患者,身体和精神上承受着巨大的压力,还面临着即将丧亲的痛苦,应做好照顾者的哀伤辅导。

(四) 终末期慢性阻塞性肺疾病患者

1. 终末期慢性阻塞性肺疾病患者的特点

慢性阻塞性肺疾病简称慢阻肺,主要特征是持续存在的呼吸系统症状和气流受限,通常与显著暴露于有害颗粒或气体引起的气道和/或肺泡异常有关。肺功能检查对确定气流受限具有重要意义,在

吸入支气管舒张药后 $FEV_1/FVC < 70\%$ 表明存在持续气流受限；其病理学改变主要是气道和 / 或肺泡异常，通常与显著暴露于有害颗粒或气体相关，遗传易感性、异常的炎症反应以及肺异常发育等众多的宿主因素参与发病过程。慢阻肺具有发病率高、病程长、共患病多等特点。慢性咳嗽、咳痰和呼吸困难是慢阻肺患者的主要症状。在疾病早期，患者通常会出现咳嗽、咳痰症状，随病情进展症状日益加重，终末期慢阻肺患者以呼吸困难为最主要表现，同时伴随疲乏、食欲减退、体重下降和失眠、焦虑、抑郁、恐惧等生理和心理症状。

2. 终末期慢性阻塞性肺疾病患者的安宁疗护

(1) 呼吸困难的管理。呼吸困难是终末期慢阻肺患者最显著的症状。终末期患者往往已进展为肺气肿，合并有限制性肺通气障碍，晚期患者还会出现肺动脉高压和肺源性心脏病，患者回心血流量减少，导致肺通气比例失调、呼吸困难加重甚至引起呼吸衰竭。终末期患者由于长期气道阻塞，呼吸肌做功持续增加，呼吸肌疲劳甚至无力，肺通气的原动力不足而加重呼吸困难。此外，分泌物过多、无效咳嗽和营养失调也会加重呼吸困难。

①一般护理。保持病室环境安静与舒适、空气洁净和温度适宜。帮助患者戒烟，脱离污染环境，避免或防止粉尘、烟雾及有害气体的吸入。

②氧疗护理。根据呼吸困难类型、严重程度的不同，采取合理的氧疗或机械通气治疗，以缓解呼吸困难症状。氧疗过程中注意氧中毒、鼻面部压力性损伤等并发症的预防及处理。

③药物治疗。使用 β 受体激动剂、抗胆碱能药、茶碱类等支气管舒张剂持久松弛支气管，缓解终末期呼吸困难症状。支气管舒张剂也可与糖皮质激素联合使用，有助于减少急性发作频率。低剂量强阿片类药物可延长呼吸肌耐力。

(2) 营养不良的管理。由于长期缺氧和高碳酸血症，终末期慢阻肺患者胃肠道出现淤血，导致消化功能障碍的发生，最终影响了营养的吸收。患者因呼吸做功增加，基础代谢率提高，造成肌细胞线粒体代谢异常和受体组织消耗。营养的补充可以增强患者的呼吸肌力量，并改善整体健康状况。营养摄入以口服为主，少量多餐。提高食物的色、香、味及烹饪方法增加进食量，避免摄入引起腹胀的食物，如生萝卜、干豆等。可考虑给予营养性补充剂，如抗氧化剂维生素 C、维生素 E，锌和硒等。

(3) 疲乏的管理。终末期慢阻肺患者由于长期气道阻塞，呼吸肌氧耗大，呼吸做功增强，进而导致广泛的骨骼肌和呼吸肌的疲乏感。另外，患者营养摄入低于机体需要量、夜间睡眠不足等均会加重疲乏。疲乏也常常由于心理社会因素而加重。疲乏可通过自我管理教育、康复训练、营养支持和身心干预来改善，但需要先对患者进行全面评估，指导患者正确活动，关注患者心理状态、进行睡眠管理。

(4) 心理社会精神支持。终末期慢阻肺患者长期遭受失眠、焦虑、抑郁及恐惧等心理症状的困扰。这与患者长期患病导致社交丧失、病情反复加重、经济状况下降有关。瑜伽和放松、正念疗法等身心干预与认知行为疗法可减轻终末期患者的焦虑和抑郁。可采用引导患者回顾人生，肯定患者的生命价值。尽早进行讨论并签署预立医疗照护计划，以确保在患者丧失表达能力后的照护符合患者的意愿。同时，还应关注照顾者的心理状况，给予专业的关怀照护。

(五) 终末期肾病患者

1. 终末期肾病患者特点

终末期肾病是指各种原因引起的慢性肾脏结构或功能异常（肾脏损伤 ≥ 3 个月），伴或不伴肾小球滤过率（GFR）下降，表现为肾脏病理学检查异常或肾脏损伤（血、尿成分异常或影像学检查异常）；或不明原因的 GFR 下降 $< 60 \text{ mL}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 超过 3 个月。当肾小球滤过率 $< 15 \text{ mL}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 时即发展为终末期肾病，主要表现为水电解质和酸碱平衡紊乱，糖、脂肪和蛋白质代谢障碍，可伴有食欲不振、恶心、呕吐、腹胀、腹泻、心力衰竭、气促、瘙痒等症状。终末期肾病患者可进行肾移

植、血液透析和腹膜透析等肾脏替代治疗。因肾源匮乏,大部分终末期肾病患者以血透析和腹膜透析为主要的治疗方式。

2. 终末期肾病患者的安宁疗护

(1) 营养失调的管理。

①饮食护理。引起患者营养失调的原因有很多,患者出现内分泌及代谢功能紊乱、饮食结构不合理、代谢性酸中毒、氮质血症等各种情况,引起患者营养失调,因此饮食护理在慢性肾衰竭的治疗中具有重要意义。合理的营养膳食调配不仅能减少体内氮代谢产物的积聚及体内蛋白质的分解,维持氮平衡,还能在维持营养、增强机体抵抗力、延缓病情进展等方面发挥重要作用。

②饮食原则。优质低蛋白、充足热量、低盐、低钾、低磷饮食。慢性肾衰竭患者应限制蛋白质的摄入,且饮食中 50% 以上的蛋白质为优质蛋白,如鸡蛋、牛奶、瘦猪肉、鱼肉等动物蛋白与豆制品等植物蛋白摄入比例一般为 1:1。非透析患者,蛋白质摄入量为 $0.6 \sim 0.8 \text{ g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 。透析患者的蛋白质摄入量为 $1.0 \sim 1.2 \text{ g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 。慎食含钾高的食物,如蘑菇、海带、豆类、桂圆、莲子、卷心菜、榨菜、香蕉、橘子等。含钾高的蔬菜在烹饪前浸泡、过沸水捞出可有效降低钾的含量。低磷饮食,每天磷摄入量 $800 \sim 1\,000 \text{ mg}$ 。避免含磷高的食物,如全麦面包、动物内脏、干豆类、坚果类、奶粉、乳酪、蛋黄、巧克力等。可选择磷/蛋白质比值低的食物摄入,如鸡蛋白、海参等;减少磷/蛋白质比值高的食物摄入,如蘑菇、葵花子、酸奶等。补充水溶性维生素和矿物质,如维生素 C、维生素 B₆、叶酸、铁等。

③增进食欲。适当增加活动量,用餐前后清洁口腔,提供整洁、舒适的进食环境,提供色、香、味俱全的食物,烹调时可加用醋、番茄汁、柠檬汁等调料以增进患者食欲。

④口服营养补充剂。出现营养不良风险时嘱患者在营养师的指导下口服营养补充剂、维生素等。

⑤舒适的就餐环境。宜少量多餐,营造温馨、舒适的就餐环境,鼓励家人与患者共同进餐。呕吐后及时清理呕吐物,保持室内空气清新。

(2) 皮肤瘙痒的管理。

皮肤瘙痒是终末期病患者的常见症状,发病可能与钙磷沉积、体内毒素过高、皮肤干燥、周围神经病变、继发性甲状旁腺功能亢进、透析后电解质失衡等相关。患者因为瘙痒抓皮肤,影响饮食及睡眠,降低了生活质量。

①合理饮食,患者低优质蛋白质、低磷饮食。

②临床上多根据患者个体差异及个人意愿进行干预,避免皮肤过于干燥,应以中性肥皂和沐浴液进行皮肤清洁,洗后涂上润肤剂,以避免皮肤瘙痒。指导患者修剪指甲,以防皮肤瘙痒时抓破皮肤,造成感染。

③必要时,按医嘱给予抗组胺类药物和止痒药,如炉甘石洗剂等,中药的药浴和熏蒸也可以缓解患者瘙痒症状。

④重症患者可充分透析,口服一些非含钙的磷结合剂,保持适宜的钙磷水平。

(3) 肾源性水肿的管理。

肾源性水肿是肾小球疾病最常见的临床表现。多出现在组织疏松部位(如眼睑)以及身体下垂部位(脚踝、胫前部位),长期卧床者最易出现在骶尾部。肾源性水肿的性质软而易移动,临床上呈现凹陷性水肿。主要因为肾小球滤过率下降,而肾小管重吸收功能相对正常造成“球—管失衡”和肾小球滤过分数(肾小球滤过率/肾血浆流量)下降,导致水钠潴留而产生水肿。

①严重水肿患者应卧床休息,应根据患者病情限制钠盐摄入,每日钠盐 $2 \sim 3 \text{ g}$ 为宜。

②限制液体摄入液体量,应遵循“量出为入”原则,每天液体入量不应超过前一天 24 小时尿量加上不显性失水量(约 500 mL)。液体入量包括饮食、饮水、服药、输液等以各种形式或途径进入体

内的水分，以前一日 24 小时尿量加不显性失水量为宜。

③观察并做好皮肤护理。观察患者水肿程度变化，应指导患者保持水肿部位皮肤及皱褶处的清洁、干燥，并适当涂抹润肤霜。

④减轻肿胀。协助患者做简单的被动运动，可抬高肢体减轻重力导致的肿胀。坐位或站立位时可佩戴手臂支撑带缓解肿胀。可通过绷带加压包扎减轻患者水肿程度，加压方法应以患者自我感觉舒适为宜。

⑤遵医嘱使用利尿剂时注意观察药物的疗效和不良反应。

(4) 心理社会精神支持。

①患者因为长期透析治疗、各种穿刺，生理困扰以及沉重的经济负担，导致大多数终末期肾病患者出现焦虑、抑郁、悲观、孤独感等。

②医护人员应注重评估患者心理状态，及时关心、安慰患者，给予患者充分的理解和尊重。此外，还可以鼓励患者的家人和朋友经常陪伴患者，帮助患者积极面对疾病的治疗。

③照顾者心理社会精神支持。终末期肾病患者的照顾者在陪伴患者治疗期间经历沉重的情感变化和经济负担，但却很少被关注。医护人员应充分意识到关心及支持照顾者的重要性。在为患者进行心理护理的同时，应注重对照顾者的心理疏导，同时帮助照顾者接受亲人即将逝去的事实，能够以积极的心态面对以后的生活。

(六) 终末期肝病患者

1. 终末期肝病患者的特点

终末期肝病一般泛指由各种慢性肝脏损害所导致的肝脏疾病的晚期阶段。在我国，终末期肝病最常见的病因是慢性乙型肝炎。终末期肝病的范畴包括各种慢性肝脏疾病的终末期阶段，如急性肝功能衰竭、肝硬化急性失代偿、慢性肝功能衰竭和晚期肝细胞癌。终末期肝病的主要临床表现为肝功能严重受损及失代偿，患者常出现多种严重并发症，如腹水、消化道出血、肝性脑病、肝肾综合征等，表现为腹胀、尿黄、极度乏力、食欲缺乏等。

2. 终末期肝病患者的安宁疗护

(1) 全身乏力的管理。终末期肝病患者因食欲不振、腹水、反复的消化道出血等症状而导致乏力。肝脏是各种营养物质代谢的主要器官，终末期肝病患者的肝功能状况极差，导致碳水化合物、脂肪及蛋白质三大营养物质和维生素、微量元素等的代谢异常，进而导致患者发生营养不良，更加重全身乏力的症状。

①查找患者全身乏力的主要原因，对营养不良人群提供安宁疗护时需要加强对患者的饮食指导，包括分餐及夜间加餐、补充维生素和微量元素等。

②注意监测患者的能量及蛋白质等营养素摄入，尤其注意监测血清蛋白等指标，以了解患者的营养状态。

③进食以碳水化合物为主的易消化饮食，严禁饮酒，适当摄入脂肪，动物脂肪不宜过多摄入，并根据病情变化及时调整。

④优质蛋白饮食，蛋白质来源以豆制品、鸡蛋、牛奶、鱼肉、鸡肉、瘦猪肉为主。血氨升高时应限制或禁食蛋白质，待病情好转后再逐渐增加摄入量，并应选择植物蛋白，如豆制品，因其含蛋氨酸、芳香族氨基酸和产氨氨基酸较少。

⑤高维生素饮食，多食新鲜蔬菜水果，限制钠、水入量。

⑥必要时给予经口或经鼻胃管/空肠管管饲肠内营养，在肠内营养不能满足需求时，给予肠外营养。

⑦适度的功能锻炼，如八段锦、太极拳等，可以缓解患者全身乏力的症状。

(2) 腹水的管理。终末期肝病患者的肝功能较差, 血浆白蛋白合成减少, 引起血浆胶体渗透压降低, 导致血浆外渗, 同时肝功能损害使肾上腺皮质的醛固酮和抗利尿激素在肝内分解减少, 导致水钠潴留, 进而引起腹水。若患者出现腹部胀满、移动性浊音阳性及呼吸困难等症状, 则应考虑为大量腹水。

- ①做好体位管理及病情观察。需协助患者取舒适卧位, 评估患者腹水程度、测量腹围及体重。
- ②宽松衣物。选取柔软衣物和轻软的被服, 减轻对患者腹部的压迫。
- ③抬高下肢。下肢水肿时嘱患者抬高下肢, 足下垫软枕。
- ④药物治疗。必要时遵医嘱使用利尿剂, 并注意观察尿量及维持水电解质和酸碱平衡。
- ⑤放腹水时需注意避免过多过快, 同时指导患者进食高蛋白、低盐饮食。

(3) 肝性脑病的管理。肝性脑病是指由严重肝脏疾病引起的、以代谢紊乱为基础的中枢神经系统功能失调综合征, 主要表现为意识障碍、行为失常和昏迷等。

- ①做好病情观察。观察肝性脑病的症状, 若出现表情淡漠、扑翼样震颤时及时通知医生。
- ②对症处理。吸氧、减少氨的产生。遵医嘱使用减少肠内氨源性毒物的生成与吸收、促进体内氨的代谢、调节神经递质等药物, 或血浆置换、血液透析等人工肝支持治疗方式促进有毒物质的代谢清除。
- ③避免诱发肝性脑病的因素, 如避免患者出现上消化道出血、便秘、感染等, 同时注意减少蛋白质的摄入等。
- ④对轻微肝性脑病患者, 可不减少蛋白质的摄入, 但对严重肝性脑病的患者需酌情减少或短暂限制蛋白质的摄入。

- ⑤注意评估患者周围的环境, 做好安全警示标识, 以防患者坠床或跌倒。

(4) 黄疸的管理。终末期肝病患者因肝内胆汁淤积、阻塞等原因导致肝内胆管的压力不断升高, 引起胆管不断扩张并导致肝内小胆管、微细胆管、毛细胆管等破裂, 使得结合胆红素溢出, 反流入血, 从而导致黄疸的发生。黄疸患者多表现为皮肤瘙痒、巩膜黄染、腹胀及消化不良、凝血功能障碍、大便陶土色、尿呈浓茶色等。

- ①做好皮肤护理。终末期患者出现黄疸时, 需注意协助患者保持皮肤清洁, 温水擦浴, 避免使用肥皂或碱性等刺激性液体, 告知患者穿宽松、肥大的棉质衣物, 剪短指甲, 勿抓挠皮肤, 可涂止痒药膏, 减轻痒感。
- ②记录大小便的颜色、性质等。
- ③夜晚可使用镇静药物, 保证睡眠。
- ④使用热水袋时, 水温不宜过高, 防止烫伤。

(5) 消化道出血的管理。终末期肝病患者多出现门静脉高压, 导致以食管胃底静脉曲张为主的消化道血管曲张, 若曲张血管破裂则导致消化道出血。消化道出血, 可表现为上消化道出血。上消化道出血, 患者表现为呕血, 颜色多为鲜红色, 也可为暗红色; 若出血量多, 可呈喷射状, 出现柏油样或紫红色便; 出血量大时可伴心悸、心率加快、头晕或晕厥、皮肤灰白湿冷、血压下降, 甚至出现休克等。

- ①禁食禁水。告知患者禁食禁水, 避免因经口进食而增加消化液分泌、促进胃蠕动、增加脾脏及门静脉血流等加重消化道出血。
- ②出血停止 24~48 小时后, 可逐渐恢复经口进食。
- ③观察患者大便的颜色、性质和量。
- ④肠外营养支持。遵医嘱做好患者禁食期间的肠外营养, 注意及时补充热量和多种营养素。
- ⑤准确记录每日出入量。

⑥做好病情观察。密切观察和监测患者的精神状态及神志。

⑦药物治疗的护理。遵医嘱使用止血药物，如血管升压素、生长抑素等，注意观察止血效果及药物不良反应。

⑧内镜下止血。做好患者的术前准备与术后护理工作。

(6) 心理社会精神支持。终末期肝病患者多产生焦虑、抑郁、悲观等不良情绪，应主动了解其心理社会精神需求；鼓励照顾者尽可能陪伴、安慰患者，让患者感受到关爱与支持；预先与医生、患者及照顾者讨论并制订照护计划，满足患者及照顾者的需求；采取恰当的护理干预措施，如放松训练、生命回顾等，协助其调整负性情绪，提升生命意义感；患者离世后需关注丧亲照顾者，及时给予哀伤辅导。

(七) 终末期阿尔茨海默病患者

1. 终末期阿尔茨海默病患者的特点

阿尔茨海默病，是一种起病隐匿的进行性发展的神经系统退行性疾病，病因迄今不明。主要表现为记忆力、定向力、判断力、计算力、注意力、语言等认知功能衰退，伴有精神异常和人格障碍，病程可长达数年至数十年。随着疾病进程，患者病情逐渐加重，日常生活能力受到严重影响甚至完全不能自理，四肢出现强直或屈曲瘫痪，括约肌功能障碍。患者晚期常可并发全身各系统疾病的症状，如肺部及尿路感染、压力性损伤及全身性衰竭性症状等，最终因严重的并发症而死亡。

2. 终末期阿尔茨海默病患者的安宁疗护

(1) 认知障碍的护理。

①认知能力评估。晚期阿尔茨海默病对患者影响最大的是认知功能损害，随着疾病的进展，患者的记忆力、注意力、执行力、表达能力等均有明显下降。护士可通过简易精神状态量表、蒙特利尔认知评估量表等对患者认知障碍程度进行评估后，结合患者行为、语言能力，密切观察患者临床症状及表现，对患者采取有针对性的护理；由于阿尔茨海默病患者的认知功能受损，自我症状表述不清晰，护士应运用恰当的沟通交流技巧以及手势、简单文字书写等交流工具与患者交流；与患者家属沟通，尽可能了解患者的需要，为患者提供身心支持，最大限度地维护患者的尊严。

②用药管理。阿尔茨海默病患者受认知功能影响往往不能自行完成服药，因此，护士应指导照顾者为患者建立照护日记；认真记录用药情况（药名、剂量、用药时间）及症状缓解时间、方式等；如果患者有多种药物同时服用，护士应帮助照顾者做好药物的分类，严格按照药物特性协助服药，避免用药不当给患者带来多药共用的风险；如果患者有吞咽困难，护士应报告医生，以便调整服药途径或方法，避免将药片研碎或溶解于水中喂服，导致患者发生误吸。

③安全防护。护士应对中重度认知障碍的阿尔茨海默病患者展现耐心、关爱和尊重。如果患者有躁动、拔管等行为，应加强看护，遵医嘱评估后予以镇静，保护性约束，但应避免滥用约束或约束不当。

④身心护理。患者是具有身、心、社、精神层面的整体。护士在护理过程中，应密切观察患者对外界的各种反应，了解患者细微声音及动作所蕴含的特殊意义。耐心陪伴，用语言及非语言、恰当的身体触摸及按摩给予患者适当感觉刺激，以保持患者对外界的感知，满足患者的身心需要。

(2) 激越行为的护理。

①评估及去除可逆因素。中晚期阿尔茨海默病患者可能会发生激越行为，主要表现为言语和行为上的激进、攻击、侮辱或其他不当的言语和行为；护士应及时和正确地评估患者激越行为发生的频率、严重程度、诱发和加重因素，如想要大小便或便秘、体位不适、身体下有硬物等；如果患者持续地发出尖叫、叹息或哼哼声，应寻找是否有未被满足的需求，并及时处理；了解患者近期是否有生活中的重大事件或不良刺激，评估药物的服用情况，尽力寻找可逆转的因素开展实时护理。

②环境管理。为阿尔茨海默病患者提供熟悉、稳定的生活环境，并安排有规律的作息，这是照护的重要原则；患者居家空间应尽量宽敞，环境一定要干净整洁不杂乱，将常用的物品放在随手可拿取的地方；安宁疗护房间可配备家庭设施，同时重视环境的安全性。妥善放置仪器设备，做好防坠床、防跌倒措施。对于一些不安全的用具、药物等均应妥善保管，防止发生自伤、自杀及伤人事件。

③同理心。护士应多给予患者理解和表扬。不可斥责患者，以免加剧患者的激越表现。引导患者根据喜好及身体状况，通过听音乐、看画册、喝水、观看宠物等方式来转移其注意力，以终止激越行为或降低发作程度及频率。

(3) 并发肺部感染护理。

①晚期阿尔茨海默病患者由于长期卧床和管喂饮食，可能会带来肺部感染或坠积性肺炎。护士应做好患者呼吸评估，了解呼吸频率、深度，是否存在呼吸困难、咳嗽等情况。

②基础护理。做好晨间护理，适当抬高床头，调整好患者体位，为患者拍背。

③氧疗。遵医嘱吸氧、给予雾化吸入治疗，视情况给予吸痰，保持呼吸道通畅。

④生命体征监测及药物治疗。遵医嘱心电监护，监测患者生命体征和血氧饱和度情况，遵医嘱给予抗生素等药物治疗。

⑤需与医疗团队、患者和家属共同探讨机械通气等相关侵入性治疗手段的使用，尽量减少患者痛苦、促进舒适。

(4) 并发泌尿系统感染护理。

①高龄、长期卧床、留置尿管、大小便失禁污染和抵抗力低下等因素，容易发生尿路感染。

②及时关注患者排尿、排便反应，为佩戴尿不湿者及时更换尿不湿，定期清洗会阴部，保持会阴部清洁。

③留置尿管时，应选择管径大小合适的尿管，严格无菌操作，留置尿管期间应做好局部皮肤护理及管道护理，保持管道的密闭性，不做常规膀胱冲洗以免增加刺激及感染的风险。

④日常生活中，应为患者多补充水分。

⑤做好居家护理者健康教育工作，避免外源性及逆行性感染。

(5) 皮肤护理。

做好皮肤护理，长期卧床者有必要安置气垫床并予以定时翻身。翻身时避免拖、拉、拽，减少压力和摩擦。对于已有创面的患者，要保持创面清洁，防止感染。

(6) 满足患者基本需要。

①饮食护理。终末期阿尔茨海默病患者各系统功能退化，消化吸收能力减弱，应尽力保障患者营养需求，少食多餐。

②进食途径选择。若患者能经口进食则尽量不采取其他途径，对有吞咽困难者，进食浓稠液体及缓慢喂食有助吞咽及避免噎呛引发的恐惧，必要时，可与医师、营养师讨论改用管饲或肠外途径满足营养需求。

③清洁护理。由于患者日常生活活动能力重度依赖，护士需帮助患者保持身体清洁、及时清理污物。当患者舌头无法清理食物残渣或不能经口腔进食时，口腔护理需增加频率并认真执行，以避免口腔感染及其带来的严重后果。

④患者可能有视力、听力下降的情况，应根据需求为其提供眼镜、助听器等辅助器具。

(7) 睡眠障碍。

①阿尔茨海默病患者由于脑部的萎缩变化，患者可能出现昼夜节律紊乱或对昼夜分辨障碍而影响睡眠。

②护理应安排患者作息规律，并可根据患者情况，尽量在白天为患者安排各种下床、轮椅或非

离床活动。

- ③患者所处房间按照家庭环境安排布置，白天确保光线充足，夜间无声、光刺激。
- ④向患者强化白天或夜晚概念，如可用月亮图案强调“夜晚”的判别。
- ⑤温度适宜的热水洗澡、中药泡洗、热水泡脚等方式对睡眠有益。
- ⑥减少睡前刺激因素，禁咖啡、浓茶等，适当聆听舒缓的音乐，有助于睡眠。

3. 阿尔茨海默病患者照顾者的护理

(1) 身体护理。

阿尔茨海默病多以家庭照护为主，患者居住于家中，其长期照顾者多数是家庭成员，也可能是雇佣人员。在整个病程中，照顾者不仅要照顾患者的饮食起居，还要面对可能的精神行为症状，有的还要料理家务及管理子女，承受繁重的身心负担，加上有的配偶照顾者年事已高，长此以往使自身身体变得虚弱，易导致不适或疾病发生，各种疾病中以心血管系统疾病较为多见，护士应向照顾者提供相应的支持。

- ①帮助照顾者树立正确的观念。必须认识到，照护者应该照顾好自己，保持健康与活力。
- ②教会照顾者使用正确、节力的照护方法以避免过劳或受伤。
- ③照顾者在患者的休息时间适时放松及调整身体，定期体检。
- ④在照顾者自身没有能力同时照顾好患者及自身时，考虑将患者送去专门机构。

(2) 心理、精神护理。

终末期阿尔茨海默病患者病程长、照护负担重，因为照护患者失去经济来源，因此，照顾人员面临的困难高于普通患者的照顾者，久而久之可能出现焦虑、抑郁、疲惫感、孤独等心理问题，个别照顾者可能不堪重负而选择自杀，也有照顾者把愤怒等情绪投射到他人身上，对其他家庭成员甚至阿尔茨海默病患者施以不当言语或行为。

①做好照顾者精神支持。讲解疾病的大致表现和发展趋势，以及治疗疾病的常用药物的服用方法和注意事项，增加与医护及外界的沟通交流，以获取信息，保持及增强照护能力，增加照顾信心，减轻压力感。

②帮助照顾者积极面对生活。照顾者对于自身所犯的无心的过失要及时放下，不要内疚与自责，多为患者和自己创造成功事件，从而获得成就感，感知生命的积极意义。

(3) 社会支持。

①处理好与患者的关系。阿尔茨海默病患者经常伴有抑郁焦虑、个性改变或认知减退，出现不当言行，对此，照顾者应明白是疾病所致，要宽容，不计较和抱怨，要允许患者表达情绪。当照顾者理解和认可患者感受时，自身的压力也随之得到释放。照顾者不仅要注重照顾行为本身的细节，知道何时开口说话以及说什么，更应该去了解患者通过语言或眼睛、肢体动作在表达什么，主动替患者思考，获取患者信任。

②人际支持。由于长期处于照顾环境，照顾者可能失去外出聚会、社交的机会。因此，应动员亲戚、朋友、社区工作人员等定期予以关心、支持。在某些情况下，照顾者可以考虑带着患者一起参加活动，这对双方均有好处。

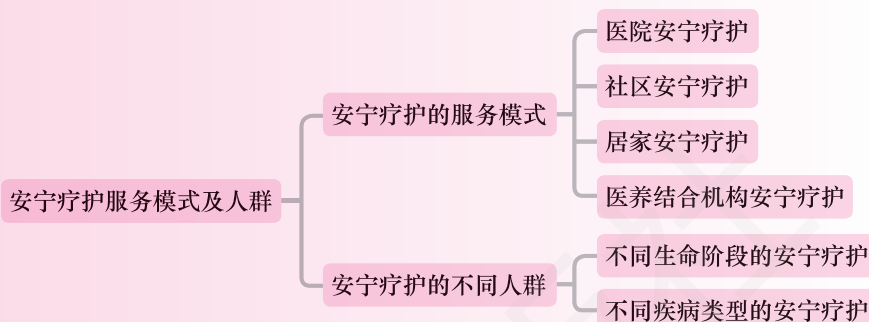
③社工介入。社工可以协助链接有用的资源，这些资源不仅可以缓解一部分物质或经济压力，其中的志愿者还可以直接为患者提供照顾服务，这样可以减轻照顾者的负担，给照顾者定期放假或轮换做照顾者，使其有时间抽离照顾者角色或做自己想做的事，如来一次旅行、见自己喜欢的人、学习唱歌，或者是安心地睡一觉，这些都可以使照顾者身心得到喘息。

课程思政

安宁疗护彰显医者仁心，于生死边缘传递温暖。医护人员用专业和爱心，为患者守护生命尊严，让生命在末期也能绽放人性光辉。

——《致医》焦仲卿

思维导图



学习检测



一、单项选择题

- 以下不属于安宁疗护的服务形式的是()。
 - 医院安宁疗护
 - 社区安宁疗护
 - 居家安宁疗护
 - 医养结合机构安宁疗护
 - 雇佣护工
- 终末期慢性阻塞性肺疾病患者常见的症状不包括()。
 - 认知障碍
 - 疲乏
 - 水肿
 - 厌食恶病质综合征
 - 呼吸困难
- 以下对社区安宁疗护描述不正确的是()。
 - 具有覆盖面广、服务对象多的特点
 - 可以满足广大民众“落叶归根”的传统观念
 - 多以居家安宁疗护为主
 - 可设安宁疗护门诊与病房
 - 为终末期患者及家属提供社区上门
- 下列关于儿童安宁疗护的护理措施描述不正确的是()。
 - 评估患儿疼痛程度、疼痛性质等，遵照 WHO 疼痛控制原则遵医嘱给予止痛药控制躯体疼痛
 - 氧气疗法、开窗通风或风扇降温、重新调整舒适的体位、催眠或其他放松的方式缓解呼吸困难症状
 - 当患儿无法经口进食，评估是否给予人工营养支持后，采用勺、吸水管等形式协助患儿进食
 - 在初期食欲不佳和厌食过程中，给予热量支持
 - 患儿焦虑和抑郁时给予患儿安抚拥抱，也可改变环境让患儿更加舒适，如灯光噪声的控制、温度调整、播放音乐等舒缓情绪

5. 终末期肝病患者消化道出血时，下列护理措施不正确的是（ ）。

A. 告知患者禁食禁水，避免因经口进食而增加消化液分泌、促进胃蠕动、增加脾脏及门静脉血流等加重消化道出血

B. 出血停止 24~48 小时后，可逐渐恢复经口进食，血氨升高者以优质动物蛋白饮食为主，补充营养

C. 观察患者大便的颜色、性质、量

D. 遵医嘱使用止血药物，如血管升压素、生长抑素等，注意观察止血效果及药物不良反应

E. 密切观察和监测患者的精神状态及神志

6. 失禁性皮炎的护理措施不包含（ ）。

A. 应全面评估患者的如厕能力、组织耐受性和会阴部环境，采取预防性皮肤保护隔离

B. 及时清除尿液或粪便，避免对皮肤的刺激

C. 清洗后可用皮肤保护剂涂抹皮肤，加快皮肤修复

D. 合理使用辅助器具，如一次性尿垫、成人纸尿裤、肛门袋、留置尿管等

E. 使用肥皂清洗会阴及肛周皮肤，以便保持局部清洁

7. 针对终末期患者的泌尿系统感染症状，以下说法不正确的是（ ）。

A. 高龄、长期卧床、留置尿管、大小便失禁污染、抵抗力低下等因素，容易发生尿路感染

B. 佩戴尿不湿者及时更换，定期清洗会阴部，保持会阴部清洁

C. 留置尿管时应选择管径大小合适的尿管，严格无菌操作

D. 留置尿管期间应做好局部皮肤护理及管道护理，保持管道的密闭性，常规做膀胱冲洗以免增加刺激及感染的风险

E. 日常应多为患者补充水分

二、简答题

1. 中青年患者终末期舒适照护包含哪些内容？

2. 简述晚期阿尔茨海默病患者肺部感染时的护理措施。

三、案例分析题

张某，女，58 岁，扩展性心肌病导致心力衰竭，疾病晚期。现出现呼吸困难、水肿等症状，你作为护理人员将为其实施哪些护理措施？