

《基础护理学》第5版配套课件

主编 尚少梅 李小寒



人民卫生出版社

第十七章 临终护理

主要内容

第一节 临终关怀

第二节 濒死与死亡

第三节 临终患者及家属的护理

第四节 死亡后护理

第一节 临终关怀

- 临终关怀的概念和意义
- 临终关怀的发展
- 临终关怀的研究内容
- 临终关怀的理念和组织形式
- 临终关怀机构的基本服务项目

一、临终关怀的概念和意义

- 临终关怀(hospice care)

- 又称安宁照顾、终末护理等。指由社会各层次人员组成的团队向临终患者及家属提供的生理、心理和社会等方面的一种全面的支持和照料。
- 目的在于使临终患者的生命质量得以提高，能够无痛苦、舒适地走完人生的最后旅途，并使家属的身心得到维护和增强。

一、临终关怀的概念和意义

- 临终关怀的意义
 - 对临终患者的意义
 - 对患者家属的意义
 - 对医学的意义
 - 对社会的意义

二、临终关怀的发展

- 现代的临终关怀创始于20世纪60年代，创始人是桑德斯（D.C.Saunders）。1967年桑德斯博士在美国创办“圣克里斯多福临终关怀院”，被誉为“点燃了世界临终关怀运动的灯塔”。
- 1988年7月，我国天津医学院（现天津医科大学）在美籍华人黄天中博士的资助下，成立了中国第一个临终关怀研究中心。

二、临终关怀的发展

- 中国的临终关怀事业的发展大体经历了三个阶段：
 - 理论引进和研究起步阶段
 - 宣传普及和专业培训阶段
 - 学术研究和临床实践全面发展阶段

三、临终关怀的研究内容

- 临终关怀的研究内容
 - 临终患者及家属的需求
 - 临终患者的需求
 - 临终患者家属的需求
 - 临终患者的全面照护
 - 临终患者家属的照护
 - 死亡教育
 - 临终关怀的模式

死亡教育

- 死亡教育是探讨生与死的一个教学过程：运用与死亡有关的知识→进行教育→树立正确的生死观、生命价值观、生命伦理观→更加珍惜生命、欣赏生命、减少盲目的轻生和不必要的死亡→对待和接受死亡。

死亡教育

- 死亡教育内容包括一切涉及濒死与死亡问题的知识与领域，分为三大类，即死亡的本质、对待濒死和死亡的态度及情绪及对残废与濒死的调适处理。

死亡教育

- 死亡教育的对象包括临终者及其家属。包括临终患者及其家属。对临终患者进行死亡教育的目的是帮助临终患者突破对死亡的恐惧，学习“准备死亡、面对死亡、接受死亡”。



四、临终关怀的理念和组织形式

- 临终关怀的理念
 - 以照料为中心
 - 维护人的尊严和权利
 - 提高临终患者生命质量
 - 加强死亡教育以使其接纳死亡
 - 提供全面的整体照护

四、临终关怀的理念和组织形式

- 临终关怀的组织机构
 - 独立的临终关怀院
 - 附设临终关怀病房
 - 居家式临终关怀
 - 癌症患者俱乐部

五、临终关怀机构的基本服务项目

1. 姑息性医疗照护
2. 临终护理
3. 临终心理咨询和辅导
4. 临终关怀社会服务

第二节 濒死与死亡

- 濒死与死亡的定义
- 死亡的标准
- 死亡过程的分期

一、濒死与死亡的定义

- 濒死（dying）

即临终，指患者在已接受治疗性或姑息性治疗后，虽然意识清醒，但病情加速变化，各种迹象显示生命即将终结。

一、濒死与死亡的定义

● 死亡（death）

- ▶ 传统的死亡概念是指心肺功能的停止。美国布莱克（BLACK）法律辞典将死亡定义为：“血液循环全部停止及由此导致的呼吸，脉搏等身体重要作用的终止。”
- ▶ 死亡的社会本质定义：死亡是个体人与社会关系不可逆转的脱离和中断。

二、死亡的标准

- 1968年，在世界第22次医学大会上，美国哈佛医学院特设委员会发表报告，提出了新的死亡概念。
- 即脑死亡（brain death），“脑功能不可逆性丧失”作为新的死亡标准，其诊断标准有四点：

二、死亡的标准

1. 无感受性和反应性（**unreceptivity and unresponsiticity**）对刺激完全无反应，即使剧痛刺激也不能引出反应。
2. 无运动、无呼吸（**no movements or breathing**）观察1小时后撤去人工呼吸机3分钟仍无自主呼吸。
3. 无反射（**no reflexes**）瞳孔散大、固定，对光反射消失；无吞咽反射；无角膜反射；无咽反射和跟腱反射。

二、死亡的标准

4. 脑电波平坦（EEG flat）

上述四条标准24小时内多次复查后结果无变化，并应当排除两种情况，即体温过低（ $<32.2^{\circ}\text{C}$ ）和刚服用过巴比妥类药物等中枢神经系统抑制剂的影响，其结果才有意义，即可宣告死亡。

三、死亡过程的分期

医学上将死亡一般分为三期：濒死期、临床死亡期和生物学死亡期。

- 濒死期（agonal stage）

- 又称临终期。是临床死亡前主要生命器官功能极度衰弱，逐渐趋向停止的时期。

三、死亡过程的分期

- 临床死亡期（clinical death stage）
 - 临床死亡是临床上判断死亡的标准，此期中枢神经系统的抑制过程已由大脑皮层扩散到皮层下部位，延髓处于极度抑制状态。

三、死亡过程的分期

- 生物学死亡期（biological death stage）
 - 指全身器官，组织，细胞生命活动停止，也称细胞死亡（cellular death），此期从大脑皮层开始，中枢神经系统及各器官新陈代谢完全停止，出现不可逆变化，无任何复苏的可能。随着生物学死亡期的发展，相继出现尸冷、尸斑、尸僵、尸体腐败等现象。

三、死亡过程的分期

● 生物学死亡期

- 尸冷（**algor mortis**）是死亡后因体内产热停止，散热继续，尸体温度逐渐下降称尸冷。
- 尸斑（**livor mortis**）死亡后由于血液循环停止，由于地心引力的作用，血液向身体的支持部位坠积，皮肤呈现暗红色斑块或条纹称尸斑。
- 尸僵（**rigor mortis**）尸体肌肉僵硬，关节固定称为尸僵。
- 尸体腐败（**postmortem decomposition**）死亡后机体组织的蛋白质，脂肪和碳水化合物因腐败细菌作用而分解的过程称为尸体腐败。

第三节 临终患者及家属的护理

- 临终患者的生理评估及护理
- 临终患者的心理评估及护理
- 临终家属的护理

一、临终患者的生理评估及护理

● 临终患者的生理评估

- 肌肉张力丧失
- 循环功能衰竭
- 胃肠道蠕动逐渐
- 呼吸功能衰竭
- 知觉改变
- 意识改变
- 疼痛

一、临终患者的生理评估及护理

- 临终患者的身体护理
 - 改善呼吸功能
 - 减轻疼痛
 - 促进患者舒适
 - 加强营养，增进食欲
 - 减轻感知觉改变的影响
 - 观察病情变化

二、临终患者的心理评估及护理

临终患者的心理评估：从获知病情到临终整个阶段的心理反应过程总结为五个阶段

- 否认期（denial）
- 愤怒期（anger）
- 协议期（bargaining）
- 忧郁期（depression）
- 接受期（acceptance）

(一) 临终患者的心理评估

➤ 否认期 (denial)

- 患者不接受所面对的死亡，认为“不可能”、“弄错了”。有的患者得知自己病重将面临死亡，其心理反应是“不，这不会是我，那不是真的！”

➤ 愤怒期 (anger)

- 当病情趋于危重，患者否认无法再持续下去时，常表现为生气与激怒，对任何事情都不合意、不满足，往往将愤怒的情绪向医护人员、朋友、家属等接近他的人发泄，或对医院的制度、治疗等方面表示不满，以弥补内心的不平。

（一）临终患者的心理评估

➤ 协议期（bargaining）

- 患者期盼能延长生命，认为许愿或做善事能扭转死亡的命运，提出种种要求。为了尽量延长生命，作出许多承诺作为交换条件，出现“请让我好起来，我一定……”的心理。此期患者变得和善，对自己的病情抱有希望，能配合治疗。

➤ 忧郁期（depression）

- 患者已不得不面对所患疾病的现实，身体状况恶化，症状明显，因而产生绝望。此期患者产生强烈的失落感，出现悲伤、退缩、情绪低落、沉默、哭泣等反应，要求与亲朋好友见面，希望有人陪伴照顾。

(一) 临终患者的心理评估

➤ 接受期 (acceptance)

- 这是临终的最后阶段。患者已对自己即将面临死亡有所准备，极度 疲劳衰弱，常处于嗜睡状态，感情减退，表现平静。如有的患者在一切的努力、挣扎之后变得平静，产生“好吧，既然是我，那就去面对吧”的心理，接受即将面临死亡的事实，喜欢独处，睡眠时间增加，情感减退，静等死亡的到来。

(二) 临终患者的心理护理

➤ 否认期 (denial)

- 真诚、忠实，不轻易揭露患者的防卫机制，也不欺骗患者。
- 注意维持患者适当的希望，耐心倾听患者的诉说，因势利导，循循善诱，使患者逐步面对现实。
- 经常陪伴在患者身旁，注意非语言交流技巧的使用使他们感受到护理人员给予的温暖和关怀。

(二) 临终患者的心理护理

➤ 愤怒期 (anger)

- 要有爱心、耐心，认真地倾听患者的倾诉，允许患者以发怒、抱怨、不合作行为来宣泄内心的不满、恐惧，同时应注意预防意外事件的发生。
- 给患者提供表达或发泄内心情感的适宜环境。
- 做好患者家属和朋友的工作，给予患者关爱、理解、同情和宽容。

(二) 临终患者的心理护理

➤ 协议期(bargaining)

- 积极主动地关心和指导患者，加强护理，尽量满足患者的需要。
- 对于患者提出的各种要求，尽可能地予以答应，以满足患者的心理需求。
- 应鼓励患者说出内心的感受，尊重患者的信仰，积极教育和引导。

(二) 临终患者的心理护理

➤ 忧郁期(depression)

- 给予患者同情和照顾、鼓励和支持，增强信心。
- 经常陪伴患者，允许其以不同的方式发泄情感。
- 创造舒适环境，鼓励患者保持自我形象和尊严。
- 尽量取得社会方面的支持，给予精神上的安慰。
- 密切观察患者，注意心理疏导和合理的死亡教育，预防患者的自杀倾向。

(二) 临终患者的心理护理

▶ 接受期(acceptance)

- 主动地帮助患者了却未完成的心愿。
- 尊重患者，不要强迫与其交谈。
- 给予患者安静、舒适的环境，减少外界干扰。
- 加强基础护理，减轻患者的压力。

三、临终患者家属的护理

● 临终患者家属的心理反应

- 临终曲线：这个曲线的长短和形式决定临终的历程，根据临终患者的病情有可能很快急转直下，也可能慢慢延长时间，或时好时坏，起伏波动，时间的长短对家属在照护临终患者的心理反应影响非常大。

三、临终患者家属的护理

- 临终患者家属的心理压力
 - 个人需要的推迟或放弃
 - 家庭中角色与职务的调整与在适应
 - 压力增加，社会性交流减少

三、临终患者家属的护理

- 临终患者家属的护理
 - 满足家属照顾患者的需要
 - 鼓励家属表达感情
 - 指导家属对患者生活照顾
 - 协助维持家庭的完整性
 - 满足家属本身生理，心理和社会方面的需求

第四节 死亡后护理

- 尸体护理
- 居丧期的护理

一、尸体护理

【目的】

- 使尸体清洁，维护良好的尸体外观，易于辨认。
- 安慰家属，减少哀痛。

一、尸体护理

【评估】

- 患者的诊断、治疗、抢救过程、死亡原因及时间。
- 尸体清洁程度、有无伤口、引流管等。
- 死者家属对死亡的态度。

一、尸体护理

【操作前准备】

- 评估并解释
- 护士准备
- 用物准备
- 环境准备：安静、肃穆、屏风遮挡



一、尸体护理

【操作步骤】

- 备齐用物至床旁, 屏风遮挡
- 劝家属暂离病房
- 撤去一切治疗用品
- 放床支架, 尸体仰卧
- 清洁面部, 整理遗容

一、尸体护理

【操作步骤】

- 填塞孔道
- 清洁全身→更换敷料
- 穿上衣裤,系识别卡→移尸体于平车→送太平间
- 处理床单位
- 整理病历、办理手续
- 整理死者遗物交家属

一、尸体护理

【注意事项】

- ▶ 必须先由医生开出死亡通知,并得到家属许可后,护士方可进行尸体护理。
- ▶ 在向家属解释过程中,护士应具有同情心和爱心,沟通的语言要体现对死者家属的关心和体贴,安慰家属时可配合使用体态语言会收到良好的效果。

一、尸体护理

【注意事项】

- 患者死亡后应及时进行尸体护理，以防尸体僵硬。
- 护士应以高尚的职业道德和情感，尊重死者，严肃、认真地作好尸体护理工作。
- 传染病患者的尸体使用消毒液擦洗，并用消毒液浸泡的棉球填塞各孔道，尸体用尸单包裹后装入不透水的袋中，并作出传染标识。



二、丧亲者的护理

- 丧亲者的心理反应：1964年安格乐（Engel）提出了悲伤的过程分为六个阶段：
 - 冲击与怀疑期
 - 逐渐承认期
 - 恢复常态期
 - 克服失落感期
 - 理想化期
 - 恢复期

二、丧亲者的护理

- 影响丧亲者居丧期悲伤心理的因素
 - 对死者依赖程度和亲密度
 - 患者病程的长短
 - 死者的年龄与家人年龄
 - 家属的文化水平与性格
 - 其他支持系统
 - 失去亲人后的生活改变

二、丧亲者的护理

- 丧亲者居丧期的护理
 - 做好死者尸体护理
 - 心理辅导
 - 尽量满足家属的需要
 - 鼓励亲属之间相互安慰

二、丧亲者的护理

- 丧亲者居丧期的护理
 - 协助解决实际困难
 - 协助建立新的人际关系
 - 协助培养新的兴趣，鼓励家属参加各种社会活动
 - 对丧亲者的访视

《基础护理学》第5版配套课件

主编 尚少梅 李小寒



人民卫生出版社

谢谢！