

团 体 标 准

T/LXLY XXXX—XXXX

医疗机构安宁疗护护理技术规范

Specification of nursing techniques of hospice care in medical institution

（征求意见稿）

XXXX ~ XX ~ XX 发布

XXXX ~ XX ~ XX 实施

中国老年学和老年医学学会 发 布

目 次

前言..... III

引言..... IV

1 范围..... 1

2 规范性引用文件..... 1

3 术语和定义..... 1

4 基本要求..... 1

5 舒适护理..... 2

5.1 疼痛..... 2

5.2 厌食和恶病质..... 2

5.3 疲乏..... 3

5.4 口干..... 4

5.5 睡眠障碍..... 4

5.6 谵妄..... 5

5.7 呼吸困难..... 6

5.8 咳嗽、咳痰、临终分泌物（临终喉鸣）..... 6

5.9 咯血..... 7

5.10 吞咽困难..... 8

5.11 恶心、呕吐..... 9

5.12 呕血、便血..... 9

5.13 腹胀..... 10

5.14 淋巴水肿..... 11

5.15 发热..... 11

5.16 癫痫..... 12

5.17 营养护理及水化..... 13

5.18 管路维护..... 15

5.19 压力性损伤护理..... 15

5.20 癌性伤口护理..... 16

5.21 造口护理..... 17

5.22 气管切开护理..... 17

5.23 病室环境管理..... 18

5.24 口腔护理..... 18

5.25 大小便护理..... 19

5.26 床上洗头..... 22

5.27 床上擦浴..... 22

5.28 协助沐浴..... 23

5.29 濒死期护理及遗体护理..... 23

6 人文关怀..... 24

6.1 心理、精神、社会支持..... 24

6.2 同理性沟通.....	25
6.3 照护者支持.....	26
6.4 哀伤关怀.....	26
7 护士自我关怀.....	28
7.1 自我关怀评估.....	28
7.2 自我关怀方式.....	28
8 质量控制.....	29
8.1 内容及要求.....	29
8.2 评价与改进.....	29
附录 A（资料性） 临终病人病情（生存期）评估表.....	30
附录 B（资料性） 疼痛数字分级法（NRS）.....	32
附录 C（资料性） 简明疼痛评估量表（BPI）.....	33
附录 D（资料性） 匹兹堡睡眠质量量表（PSQI）.....	35
附录 E（资料性） 意识模糊评估法（CAM）.....	36
附录 F（资料性） mMRC 呼吸困难量表.....	38
附录 G（资料性） 洼田饮水试验（WST）.....	39
附录 H（资料性） 营养风险筛查 2002（NRS 2002）.....	40
附录 I（资料性） Braden 压疮危险因素评估表（RAS）.....	42
附录 J（规范性） 会阴部皮肤状况评估量表（PAT）.....	43
附录 K（资料性） 心理痛苦温度计（DT）.....	44
附录 L（资料性） 社会支持评定量表（SSRS）.....	45
附录 M（资料性） 慢性病治疗功能评估-精神量表（FACIT-Sp-12）.....	47
附录 N（资料性） 晚期癌症患者家属需求调查表（SCNS）.....	48
附录 O（资料性） 预感性悲伤量表（AGS）.....	49
附录 P（资料性） 延长哀伤问卷（PG - 13）.....	50
附录 Q（资料性） 职业倦怠测试量表（MBI-GS）.....	51
附录 R（资料性） 生活质量调查问卷（EORTC QLQ-C30）.....	52
附录 S（资料性） 需方满意度调查问卷.....	54
参考文献.....	55

医疗机构安宁疗护护理技术规范

1 范围

本文件规定了医疗机构安宁疗护护理的基本要求、舒适护理、人文关怀、护士自我关怀和质量控制的内容。

本文件适用于各级各类医疗机构的注册护士开展安宁疗护护理服务。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 844 老年安宁疗护病区设置标准

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

安宁疗护 hospice

以终末期患者及患者家属为中心，通过多学科协作模式为患者提供躯体、心理、精神、社会等方面的整合照护和人文关怀的服务。

3.2

舒适护理 comfort care

使人在生理、心理、精神上达到愉快的状态，或缩短、降低其不愉快程度的护理。

3.3

濒死期 near-death period

由于各种疾病或损伤而造成人体主要器官功能趋于衰竭，经积极治疗后仍无生存希望，各种迹象显示生命活动即将终结的阶段，是生命活动的最后阶段。

注：通常是生命的最后几天或几小时，可分为两个阶段，第一阶段为濒死进行前期，在死亡前1~2周，第二阶段称为濒死进行期，在生命中的最后1天~3天。

3.4

人文关怀 humanistic care

以服务对象的情感、社会和经济等需求为中心，提供身体、心理等关怀与支持，给予尊重、理解和关爱，帮助患者寻求自身的生命价值，以促进患者的整体健康和自我实现为目的的护理。

3.5

自我关怀 self-care

当个体在面对压力、挫折、失败或自身的缺点时，采用理解接纳、不批判的方式对待自己，是一种对待自我的积极健康的态度。

4 基本要求

安宁疗护护理服务的对象为处于疾病终末阶段，伴有身体、心理、精神等痛苦症状，有安宁疗护服务需求，且签署安宁疗护服务同意书的患者及主要照护者（包括但不限于家属）。

本文件规定的服务的对象为预期生存期≤6个月的患者及照护者，照护目标由治愈疾病转变为减轻痛苦、增加舒适。其内容包括舒适护理、人文关怀、护士自我关怀及质量控制部分。舒适护理从症状护理、营养护理、管路维护、压力性损伤护理、癌性伤口护理、造口护理、气管切开护理、生活护理、濒死期护理及遗体护理几方面进行指引。

本文件规定的护理措施依据患者生存期“以月到周计”与“以周到日计”两阶段而制定，见附录A。

5 舒适护理

5.1 疼痛

5.1.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，疼痛的部位、性质、程度、发生及持续的时间，疼痛的诱发因素、伴随症状等，见附录B、C；
- b) 心理痛苦程度、对疼痛控制的期望值、家人的支持程度。

5.1.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；
- c) 根据患者病情准备用物，包括但不限于疼痛评估尺。

5.1.3 护理措施

- a) 生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：
 - 1) 根据疼痛的部位协助患者采取舒适的体位；
 - 2) 选择合适的疼痛评估工具，对患者进行动态的连续评估并记录疼痛控制情况；
 - 3) 根据世界卫生组织癌痛三阶梯止痛治疗指南原则进行护理；
 - 4) 应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，做好并发症的预防及处理，随时观察患者情况；
 - 5) 非用药的情形下，可使用按摩、冷热敷、放松训练等方式辅助镇痛；
 - 6) 开展不同形式的疼痛教育及随访。
- b) 生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：
 - 1) 调整照护目标，以关注患者舒适度为主；
 - 2) 根据患者意愿及病情，遵医嘱将镇痛治疗贯穿始终；
 - 3) 密切观察患者用药的不良反应；
 - 4) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.1.4 注意事项

- 5.1.4.1 护理过程中关注患者的感受和心理痛苦程度，适时给予患者及其照护者心理支持。
- 5.1.4.2 应规律用药，不宜自行调整剂量和方案。

5.2 厌食和恶病质

5.2.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，进食偏好、吞咽能力、药物及环境因素、营养风险筛查结果；
- b) 体格检查情况，包括但不限于体重、口腔和牙齿、消化能力、肌肉力量、肢体活动；
- c) 意愿及需求、心理状况。

5.2.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，注意保护患者隐私；
- c) 根据患者意愿及病情准备护理用物，包括但不限于鼻饲或胃空肠造瘘管饲等用物。

5.2.3 护理措施

5.2.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者效果。

5.2.3.2 非用药情形下，生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 肠内营养：每天或每餐提供不同的食物，注重食物的搭配与口感，增加食欲，在进餐时减少可能导致情绪紧张的因素。少量多餐，在患者需要时提供食物，将食物放在患者易拿到的位置。选择患者喜爱、易于咀嚼的食物。根据患者的意愿选择适宜的补给途径，包括但不限于经口进食、鼻饲、胃空肠造瘘管；
- b) 肠外营养：包括但不限于静脉营养；
- c) 根据患者的体力和乏力状况给予抗阻训练和有氧锻炼相结合的运动，包括但不限于散步、床上肢体活动；
- d) 观察并记录患者情况和营养干预效果；
- e) 对患者及照护者进行健康教育，包括但不限于饮食、运动。

5.2.3.3 生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 调整照护目标，以患者舒适为主；
- b) 根据患者意愿及病情，不劝食、不强迫进食，接受患者食欲多变的需求；
- c) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.2.4 注意事项

5.2.4.1 关注患者的诉求及情绪反应，适时给予心理安慰与支持。

5.2.4.2 进行肠内营养补给时，防止食物反流和导管脱落，并避免营养液的温度过高或速度过快导致呕吐、恶心、腹胀等情况发生。

5.2.4.3 避免进行剧烈运动。

5.3 疲乏

5.3.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，精神状态、发生及持续时间、肢体功能、活动耐力；
- b) 对疲乏控制的期望值、家人的支持程度。

5.3.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，注意保护患者隐私；
- c) 根据患者的病情准备肢体锻炼用物。

5.3.3 护理措施

5.3.3.1 用药情形下，根据疲乏产生的原因给予病因治疗，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况及用药效果。

5.3.3.2 非用药情形下，生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 根据患者的体力及病情制定运动计划，从低强度、短时间开始，酌情增减；
- b) 根据患者的饮食习惯选择营养丰富易消化食物；
- c) 改善睡眠环境，根据患者的病情及睡眠习惯，保持舒适的睡眠体位，一般为右侧卧位；
- d) 观察、记录疲乏的情况；
- e) 给予患者健康教育，纠正错误的疾病认知，包括但不限于避免长时间午睡、疲乏很难纠正，减少不良情绪的干扰。

5.3.3.3 生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 调整照护目标，以患者舒适为主；
- b) 根据患者意愿及病情，通过按摩、抚触等被动活动的方式减轻疲乏；

- c) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.3.4 注意事项

关注患者的感受，循序渐进增加患者的运动量。

5.4 口干

5.4.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，口腔黏膜完整性、润滑情况及有无口腔烧灼感等伴随症状；
- b) 有无咀嚼、吞咽困难或疼痛以及有无味觉改变；
- c) 引起患者口干的药物及治疗因素；
- d) 对口干控制的期望值、家人的支持程度。

5.4.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、清洁、空气流通、温湿度适宜，保护患者隐私；
- c) 根据患者病情准备用物，包括但不限于手电筒、漱口水、冰块、食用油。

5.4.3 护理措施

5.4.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者口干缓解的情况。

5.4.3.2 非用药情形下，生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 房间保持通风，维持室内温度和湿度适宜，可使用空气加湿器等；
- b) 不能自行清洁口腔者，给予口腔护理，口腔护理液可根据患者的口腔情况及喜好使用茶水、苏打水、柠檬水等；
- c) 根据患者的吞咽能力，指导患者进食刺激唾液分泌的食物，如陈皮、话梅、果汁等；
- d) 指导患者通过口含冰块等方式少量多次经口补充水分；
- e) 对不能进水的患者，协助患者使用人造唾液、唾液替代品和口腔润滑剂等方式湿润口腔；
- f) 定时查看患者口腔情况，做好记录，如有异常及时报告医生；
- g) 动态评估患者口干情况和干预效果；
- h) 进行健康教育，包括但不限于口干相关知识、维护口腔湿润清洁的方法。

5.4.3.3 生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 根据患者的舒适度，增加口腔湿润的频次；
- b) 保证患者的安全，防止误吸；
- c) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.4.4 注意事项

操作时动作应轻柔，避免损伤嘴唇及口腔黏膜，若嘴唇或口腔黏膜发生破损，观察破损的范围及深度，遵医嘱用药。

5.5 睡眠障碍

5.5.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，诱因，睡眠习惯、睡眠时间、助眠药物使用情况、睡眠质量，见附录 D；
- b) 有无谵妄、抑郁或焦虑状态等精神症状；
- c) 对睡眠的期望值、家人的支持程度。

5.5.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，注意保护患者隐私。

5.5.3 护理措施

5.5.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者睡眠情况。

5.5.3.2 非用药情形下，生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 减少夜间强光及噪声刺激，营造舒适、安全的睡眠环境；
- b) 尊重患者生活习惯，保持规律的作息时间，防止睡眠颠倒；
- c) 积极控制影响睡眠的躯体症状，包括但不限于疼痛、呼吸困难；
- d) 根据患者体力与病情，安排适当的娱乐活动与运动锻炼，包括但不限于增加日间活动；
- e) 尽量避免夜间进行治疗和护理操作；
- f) 根据患者的喜好，睡前播放轻音乐、温水泡脚或洗澡放松肌肉、芳香呵护、进食少量点心和热饮；
- g) 动态评估并记录患者睡眠情况、干预效果及用药反应；
- h) 进行健康教育，内容可包括但不限于睡眠相关知识、促进睡眠的方法等。

5.5.3.3 生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 尊重患者的意愿和病情，不宜强行纠正已有的睡眠规律；
- b) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.5.4 注意事项

5.5.4.1 警惕并及时发现患者意识障碍。

5.5.4.2 在使用处方类镇静催眠药物时，应告知患者及其照护者预防跌倒等风险。

5.5.4.3 适时对患者及其照护者予以心理安慰和支持，缓解患者紧张、焦虑情绪。

5.6 谵妄

5.6.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，意识状态、注意力、思维、认知、记忆、精神行为、情感和睡眠觉醒规律的改变，见附录E；
- b) 用药情况及环境因素，重点排查尿潴留、粪便填塞、未控制的疼痛等身体原因；
- c) 对谵妄控制的期望值、家人的支持程度。

5.6.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；
- c) 根据患者病情准备用物。

5.6.3 护理措施

5.6.3.1 用药情形下，应根据谵妄发生原因正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者谵妄情况及生命体征变化。

5.6.3.2 非用药情形下，生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 提供舒适熟悉的环境，避免冲突及过度声光刺激，可配备钟表等提醒正确的人物、时间、地点信息；
- b) 保障患者安全，移除危险物品，建议由熟悉的人员陪护；
- c) 尽量促使患者白天活动夜间睡眠，避免睡眠过程受到外界惊扰，尽量保持日常的生活作息；
- d) 通过沟通安抚患者情绪，避免纠正患者的行为，减轻患者的紧张、迷茫和心理阻抗；

- e) 促进患者舒适，不提倡肢体约束，但在约束替代措施无效时，且患者存在伤人和自伤行为的情形下，可临时进行肢体保护及安全措施；
- f) 为照护者提供谵妄健康教育，包括但不限于辨别症状、病因、预后，指导照护者正确的照护方式。

5.6.3.3 生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 鼓励照护者在床旁多陪伴患者，增加患者的安全感；
- b) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.6.4 注意事项

在诱因、病因无法去除的情况下，应与照护者沟通谵妄发作的反复性和持续性，取得其理解与配合，保护患者，避免外伤等意外事件发生。

5.7 呼吸困难

5.7.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，呼吸困难程度、发生时间、诱发因素、伴随症状、活动能力、用药情况，见附录 F；
- b) 症状与体征，包括但不限于神志、面容与表情、口唇、指（趾）端皮肤颜色、呼吸的频率节律与深浅度、体位、外周血氧饱和度和血压、心率、心律等；
- c) 对呼吸困难控制的期望值、家人的支持程度。

5.7.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；
- c) 根据患者病情准备用物，包括但不限于氧疗装置、雾化装置、小风扇。

5.7.3 护理措施

5.7.3.1 用药情形下，应根据患者病因及医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

5.7.3.2 非用药的情形下，生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 根据患者呼吸困难发生的原因，遵医嘱给予相应干预措施；
- b) 保持呼吸道通畅，痰液不易咳出者采用辅助排痰法促进排痰；
- c) 记录患者情况，动态评估呼吸困难程度和干预效果；
- d) 对焦虑患者及其照护者予以心理支持；
- e) 对患者及其照护者进行健康教育，指导患者进行呼吸功能训练和放松训练，合理安排休息和活动。

5.7.3.3 生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 调整照护目标，以减轻患者痛苦，增加患者舒适为主；
- b) 协助患者舒适体位，降低氧耗，促进空气流通，小风扇吹拂面部三角区；
- c) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.7.4 注意事项

5.7.4.1 如呼吸困难伴气道分泌物过多，应遵医嘱并根据患者的意愿进行吸痰。

5.7.4.2 使用阿片类药物时，注意观察患者的呼吸情况。

5.7.4.3 吸氧并非唯一的选择，氧疗的目的是改善患者的喘憋感受。

5.8 咳嗽、咳痰、临终分泌物（临终喉鸣）

5.8.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，生命体征、意识状态、有无发绀及异常呼吸音；
- b) 咳嗽发生时间、诱因、性质、节律、与体位的关系、伴随症状、睡眠情况等；
- c) 咳痰的难易程度，观察痰液的颜色、性状、量、有无肉眼可见的异常物质等；
- d) 对咳嗽、咳痰控制的期望值、家人的支持程度。

5.8.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，必要时保护患者隐私；
- c) 根据患者病情准备用物，包括但不限于听诊器、雾化装置。

5.8.3 护理措施

5.8.3.1 用药情形下，根据病因遵医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

5.8.3.2 非用药情形下，生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 提供适宜的环境，减少不良刺激，避免诱因，注意保暖；
- b) 协助患者舒适体位，指导患者深呼吸和有效咳嗽，促进有效排痰；
- c) 为无禁忌患者进行翻身叩背，促进痰液咳出，力度以患者舒适为宜；
- d) 记录痰液的颜色、性质、量，正确留取痰标本并送检；
- e) 动态评估患者咳嗽、咳痰情况及干预效果；
- f) 根据患者及照护者的意愿，给予其心理支持；
- g) 健康教育内容，包括但不限于呼吸功能训练、有效咳嗽排痰方法、饮水指导。

5.8.3.3 非用药情形下，生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 协助患者取舒适体位，侧卧或半坐卧位可减轻部分患者的喉鸣音；
- b) 同理家属的情绪，通过健康教育帮助其降低焦虑，包括但不限于解释临终喉鸣是濒死期的正常现象，并非痰液阻塞，且不影响患者呼吸。

5.8.4 注意事项

5.8.4.1 根据患者情况适时给予祛痰、镇咳，避免因剧烈咳嗽引起体力过度消耗或引起并发症。

5.8.4.2 骨转移、咯血、气胸、心脏病等风险较高的患者应谨慎叩背。

5.8.4.3 濒死期患者因喉头肌肉松弛无力而发出的异常呼吸音，通过吸痰不能缓解，且增加痛苦。

5.9 咯血

5.9.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，生命体征、意识状态、面容与表情；
- b) 咯血的颜色、性状、量及伴随症状；
- c) 血液检查结果及用药情况；
- d) 对咯血控制的期望值、家人的支持程度。

5.9.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，注意保护患者隐私；
- c) 根据患者病情准备用物，包括但不限于吸引装置、深色布巾。

5.9.3 护理措施

5.9.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

5.9.3.2 非用药情形下，对生存期以月到周计的咯血患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 提供适宜的环境，减少不良刺激，避免诱因；
- b) 协助患者舒适体位，应采取坐位、侧卧位或仰卧位头偏向一侧；
- c) 记录咯血的颜色、性质、量，正确留取标本并送检；
- d) 动态评估患者咯血情况及干预效果；
- e) 根据患者及照护者的意愿，给予其心理支持；
- f) 对患者及照护者进行健康教育，内容包括但不限于大咯血征象识别方法及应急措施。

5.9.3.3 非用药情形下，生存期以周到日计的大咯血患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 应取患侧卧位，出血部位不明患者取平卧位，头偏向一侧，使患者处于舒适状态；
- b) 应及时吸出口鼻血液，深色布巾覆盖，减轻视觉冲击；
- c) 遵医嘱使用镇静药物，降低患者清醒程度；
- d) 保持出血过程中有人陪伴，减轻恐惧；
- e) 密切观察病情，准确记录咯血量和性状；
- f) 动态评估患者咯血程度及干预效果；
- g) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.9.4 注意事项

5.9.4.1 一旦患者出现咯血，应及时与医生沟通出现危及生命大咯血的可能性，并与患者及照护者讨论风险应急预案及处理计划。

5.9.4.2 咯血期间避免口服药物，避免用力拍背、频繁吸痰。

5.9.4.3 适时对患者及其照护者给予心理安慰与支持。

5.10 吞咽困难

5.10.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史、生命体征、意识状态、吞咽功能，见附录 G；
- b) 口腔清洁度、口腔结构和状态，包括义齿、牙齿、颌骨、舌头和咽部等；
- c) 对改善吞咽功能的期望值、家人的支持程度。

5.10.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，注意保护患者隐私；
- c) 根据患者病情准备用物，包括但不限于肠内营养剂或食物、温水、注射器、听诊器。

5.10.3 护理措施

5.10.3.1 采用肠内营养灌注情形下，根据病因遵医嘱通过鼻胃管或鼻胃肠管正确灌注肠内营养剂，掌握肠内灌注时间、剂量、速度、体位及不良反应，随时观察患者情况。

5.10.3.2 经口进食情形下，生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 确保患者在进食前神志清醒，与患者充分交流，使其理解进食的过程，减轻其紧张和恐惧情绪；
- b) 保持正确、舒适的进食及饮水体位，选择适宜的餐具；
- c) 根据患者的饮食习惯和喜好选择食物，以糊状、软质食物和浓流质为主；
- d) 指导患者采取合适的姿势进食，如面部向前倾、下巴微微上扬，以减少食物误入呼吸道的风险；
- e) 根据患者及照护者的意愿，给予其心理支持；
- f) 对患者及照护者进行健康教育，内容包括但不限于食物选择、进食体位、发生误吸的应急措施。

5.10.3.3 经口进食情形下，生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 调整照护目标，以降低患者痛苦，增加患者舒适度为主；
- b) 对于不能坐位的患者，应抬高床头 30°，仰卧、头部前屈的体位，肩部以软枕垫起；

- c) 密切观察患者是否有误吸的症状，如咳嗽、清喉咙、声音改变等，出现这些症状，应立即停止喂食，并采取相应的急救措施；
- d) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.10.4 注意事项

- 5.10.4.1 进食时避免说话，减少误吸的风险。
- 5.10.4.2 进食时要小口慢喂，患者完全吞咽后再喂下一口。

5.11 恶心、呕吐

5.11.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，生命体征、意识状态、营养状况、水电解质紊乱、酸碱平衡失调、脱水、腹部体征及其他伴随症状；
- b) 恶心、呕吐发生的诱因、时间，呕吐物的颜色、性状、量及伴随症状；
- c) 对恶心、呕吐控制的期望值，家人的支持程度。

5.11.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，注意保护患者隐私；
- c) 根据患者病情准备用物，包括但不限于污物袋、便盆、纸巾、温水、负压吸引装置。

5.11.3 护理措施

5.11.3.1 用药情形下，应根据病因纠正可逆因素，遵医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况及用药后效果。

5.11.3.2 非用药情形下，对生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 患者出现前驱症状时，协助患者取坐位或侧卧位，预防误吸；
- b) 及时清理呕吐物，保持床单位和衣物整洁，促进空气流通；协助患者漱口，保持口腔清洁；记录患者情况，包括但不限于呕吐物的性质、颜色、量；
- c) 动态评估患者恶心、呕吐程度，评估干预效果；
- d) 对患者及照护者进行健康教育，包括但不限于饮食、作息指导、并发症预防。

5.11.3.3 非用药情形下，对生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 调整照护目标，以减轻患者痛苦，增加患者舒适为主；
- b) 根据患者意愿及病情选择减轻胃肠压力的方法；
- c) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.11.4 注意事项

密切关注患者情况，避免患者因呕吐无力导致误吸、窒息。

5.12 呕血、便血

5.12.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，生命体征、意识状态、腹部体征及伴随症状，周围循环状况、用药情况、化验检查结果；
- b) 呕血、便血的诱因，颜色、量、性状；
- c) 对呕血、便血控制的期望值，家人的支持程度。

5.12.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；

- b) 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；
- c) 根据患者病情准备用物。

5.12.3 护理措施

5.12.3.1 用药情形下，应根据病因，遵医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

5.12.3.2 非用药情形下，对生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 监测患者神志及生命体征变化，记录患者呕血、便血的量、颜色及其他相关情况；
- b) 对呕血者，床头抬高 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 或使患者头偏向一侧，及时清理呕吐物，做好口腔护理，保持床单位整洁；
- c) 对便血者，保持肛周清洁、干燥，保持床单位整洁；
- d) 评估干预效果，判断患者有无再次出血的症状与体征；
- e) 及时清除呕吐血液防止误吸；
- f) 对患者及其照护者进行健康教育，包括但不限于饮食指导、早期识别大量呕血、便血征象的方法及应急措施。

5.12.3.3 非用药情形下，对生存期以周到日计的大出血患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 遵医嘱使用镇静药物，降低患者清醒程度；
- b) 保持出血过程中有人陪伴；
- c) 深色布巾覆盖，减轻视觉冲击，减轻恐惧；
- d) 及时清除呕吐血液防止窒息；
- e) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.12.4 注意事项

5.12.4.1 患者呕血、便血期间应禁食，但可根据患者的意愿及预期生存时间，与患者及照护者讨论进食的出血风险及决策。

5.12.4.2 对于处于生命末期且出血症状较严重的患者，宜以患者的舒适度和生命质量为原则采取护理措施。

5.12.4.3 适时对患者及其照护者给予心理安慰与支持。

5.13 腹胀

5.13.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，腹胀的程度、持续时间、伴随症状、原因、排气排便情况及用药等；
- b) 对腹胀控制的期望值、家人的支持程度。

5.13.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；
- c) 根据患者病情准备用物。

5.13.3 护理措施

5.13.3.1 用药情形下，应根据患者的情况遵医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

5.13.3.2 非用药情形下，对生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 协助患者取舒适体位；
- b) 减轻胃肠压力，进行胃肠减压、肛管排气、灌肠、通便；
- c) 促进肠道蠕动，进行腹部按摩、热敷、针灸等方式；
- d) 根据患者情况进行腹水引流；

- e) 观察并记录患者情况及干预效果，动态评估患者的便秘、腹胀缓解情况；
- f) 对患者及其照护者进行健康教育，包括但不限于便秘、腹胀预防及处理、合理饮食相关知。

5.13.3.3 非用药情形下，对生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 调整照护目标，以减轻患者痛苦，增加患者舒适为主；
- b) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.13.4 注意事项

不可对腹腔内有肿瘤的患者进行按摩。

5.14 淋巴水肿

5.14.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，生命体征、体重、颈静脉充盈程度、营养状况、皮肤状况等；
- b) 淋巴水肿发生原因、部位、性质、特征及伴随症状、治疗情况、相关化验检查结果等；
- c) 对淋巴水肿控制的期望值、对生活的影响、家人的支持程度。

5.14.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；
- c) 根据患者水肿部位准备弹力绷带、弹力衣等用物。

5.14.3 护理措施

5.14.3.1 用药情形下，应根据患者病情及医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

5.14.3.2 非用药情形下，对生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 根据患者的病情取舒适卧位；肢体轻度水肿者，可适当抬高肢体；
- b) 根据患者水肿部位选择合适的弹力绷带等物品，采取适宜淋巴引流方法；
- c) 保持床单位清洁、平整、干燥，做好患者全身皮肤清洁及护理，预防压力性损伤；
- d) 皮肤渗液部位应注意清洁、消毒，防止继发感染；
- e) 动态评估患者水肿程度，评估干预效果；
- f) 对患者及其照护者进行健康教育，包括但不限于弹力绷带使用、皮肤护理、感染等并发症观察与预防、功能锻炼。

5.14.3.3 非用药情形下，对生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 调整照护目标，以减轻患者痛苦，关注患者胀、痛等不适；
- b) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.14.4 注意事项

5.14.4.1 不应在淋巴水肿侧肢体进行穿刺、测血压等操作。

5.14.4.2 以托举的方式抬高患肢，动作轻柔，减少摩擦。

5.15 发热

5.15.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，生命体征、意识状态、相关化验检查结果；
- b) 发热的时间、程度及诱因、伴随症状、舒适度；
- c) 对发热控制的期望值、家人的支持程度。

5.15.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁、空气流通，注意保护患者隐私；
- c) 根据患者病情准备用物。

5.15.3 护理措施

5.15.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应。

5.15.3.2 非用药情形下，对生存期以月到周计的患者，根据情况及意愿采取以下护理措施：

- a) 使用温湿毛巾对颈部、腋下、腹股沟等处进行温水擦浴；
- b) 使用 25%~30%酒精对四肢及背部进行酒精擦浴；
- c) 使用毛巾包裹冰袋后放在额部、腋窝、腹股沟及颈动脉处进行冰袋降温；
- d) 对体温超过 39℃且其他降温方法效果不明显的患者使用冰毯降温；
- e) 降温处理 30 min 后复测患者体温并记录患者情况和干预效果；
- f) 做好患者的口腔、皮肤护理；
- g) 对患者及其照护者进行健康教育，包括但不限于饮水、饮食的注意事项。

5.15.3.3 非用药情形下，对生存期以周到日计的患者，根据情况及意愿采取以下护理措施：

- a) 调整照护目标，由控制体温改为增加患者舒适；
- b) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.15.4 注意事项

5.15.4.1 低热情况以擦浴等物理降温方式为主，不应冰敷枕后、耳廓、阴囊、心前区、腹部、足底等部位，中高热情况下适度使用退热药物，注意脱水及电解质紊乱的情况。

5.15.4.2 年老体弱患者慎用酒精擦浴，高热寒战或伴出汗的小儿不宜使用。

5.15.4.3 降温过程中患者出汗，应及时擦干皮肤，随时更换衣物，保持患者皮肤和床单清洁、干燥；特别注意降温后患者的反应，避免虚脱。

5.16 癫痫

5.16.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史，生命体征、意识状态、气道通畅、大小便；
- b) 诱因、发生频率类型、持续时间及用药，有无外伤等情况；
- c) 对癫痫控制的期望值、家人的支持程度。

5.16.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 评估前取得患者或其照护者的理解与配合；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；
- c) 根据患者病情准备用物，包括但不限于吸引器、开口器、舌钳、纱布、压舌板。

5.16.3 护理措施

5.16.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应。

5.16.3.2 非用药情形下，对生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 密切观察并记录患者抽搐发作情况，及时通知医生；
- b) 抽搐发作时有人守护，迅速解开衣扣、裤带，保持呼吸道通畅，卧床、头偏向一侧，清除呼吸道分泌物，用包好的压舌板或牙垫放入口腔内，防舌咬伤，加用床挡，防止坠床，避免自伤或他伤；
- c) 抽搐时遵医嘱缓慢注射抗癫痫药物，密切观察病人意识及生命体征变化；
- d) 抽搐后协助患者舒适卧位，安静休息；
- e) 对患者及照护者进行健康教育，包括但不限于正确用药知识。

5.16.3.3 非用药情形下，对生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 调整照护目标，由控制抽搐改为保护患者、增加舒适度；
- b) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.16.4 注意事项

5.16.4.1 减少刺激，动作要轻，保持安静，避免强光等，备好急救用品。

5.16.4.2 避免过度疲劳、便秘、停药、睡眠不足和情感冲动等诱发因素。

5.16.4.3 生活规律，不登高，不游泳，不驾驶车船及航空器具。

5.17 营养护理及水化

5.17.1 协助经口进食和饮水

5.17.1.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史、意识状态、生命体征、吞咽功能、误吸史、口腔情况、营养状况、进食习惯、进食量等，见附录 H；
- b) 用药及检查情况，食物是否与医嘱相符；
- c) 患者及其照护者对营养支持的认知程度、接受程度、照护能力、配合程度。

5.17.1.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者或其照护者的理解与配合，告知操作过程及进食水注意事项；
- b) 根据患者的喜好，创造适宜的进餐环境；
- c) 根据患者病情准备用物。

5.17.1.3 护理措施

5.17.1.3.1 对生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 协助患者取合适的体位，宜为半卧位或坐位，无法坐起的患者头偏向一侧；
- b) 协助进食流质或水时，使用适当的工具缓慢送入；
- c) 进食后协助患者饮水、漱口，根据患者的病情，保持原体位 30 min，避免立刻平卧，防止食物返流；
- d) 对患者及照护者进行健康宣教。

5.17.1.3.2 对生存期以周到日计的患者，根据意愿及病情，不劝食、不强迫进食。

5.17.1.4 注意事项

5.17.1.4.1 实施过程中询问患者的感受，观察有无不适症状，如吞咽困难、呛咳、恶心、呕吐等。

5.17.1.4.2 提供符合患者需求的进食方式，误吸高风险人群应谨慎使用吸管，避免呛咳。

5.17.1.4.3 对需记录出入量的患者，准确记录进食和饮水时间、种类、食物含水量和饮水量等。

5.17.2 鼻饲护理

5.17.2.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史、年龄、意识状态、自理程度、营养状况、吞咽功能、鼻腔通畅性、有无眼镜及假牙，见附录 H；
- b) 心理状态及合作程度。

5.17.2.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者及其照护者的理解与配合，解释操作目的、方法及患者配合方法；
- b) 核对医嘱及知情同意书；

- c) 保持环境安静、清洁，光线充足；
- d) 物品准备包括但不限于治疗盘、一次性胃管、纱布、石蜡油、弯盘、注射器、温开水、棉签、胶布、无菌手套、听诊器、治疗巾、标注插管类型的标识、医疗垃圾桶、生活垃圾桶、快速手消毒液。

5.17.2.3 护理措施

5.17.2.3.1 对生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 患者取半卧位、坐位或右侧卧位，昏迷病人取去枕平卧位，头稍后仰；
- b) 检查鼻腔：选择通畅的一侧置管；
- c) 胃管插入深度：经耳垂自鼻尖到剑突的距离；
- d) 确定胃管在胃内：回抽胃液、听气过水声等方法；
- e) 根据患者的饮食习惯调整鼻饲液的温度，以 37℃～40℃为宜；
- f) 回抽胃液，排除胃潴留的情况，如胃残留量 ≥ 200 ml，应通知医生，遵医嘱调整鼻饲量及鼻饲频率；
- g) 抬高床头 30°～45°，鼻饲前用 20 ml～30 ml 温开水脉冲式冲管，缓慢注入鼻饲液冲洗胃管；
- h) 鼻饲结束后，再次注入 20 ml～30 ml 温开水脉冲式冲洗胃管，保持原体位 30 min～60 min。

5.17.2.3.2 对生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 与医生、患者及家属共同讨论肠内营养的必要性，调整照护目标为增加患者舒适。
- b) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.17.2.4 注意事项

- 5.17.2.4.1 每次灌注食物前应确保胃管在胃内及胃管通畅。
- 5.17.2.4.2 每次鼻饲量不应超过 200 ml，间隔时间应大于 2h；持续鼻饲患者，每 4h 检查胃残余量。
- 5.17.2.4.3 每次抽吸鼻饲液后应反折胃管末端，避免灌入空气引起腹胀。
- 5.17.2.4.4 长期鼻饲者应进行口腔护理。
- 5.17.2.4.5 注意腹泻、便秘、胃潴留、鼻咽及食管黏膜损伤和出血、胃出血、食管狭窄、误吸、血糖紊乱、水电解质紊乱再喂养综合征等并发症的观察及处理。

5.17.3 肠外营养及水化

5.17.3.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 患者年龄、病情、营养状况、过敏史、药物性质、治疗方案、静脉条件、输液史，见附录 H；
- b) 评估输液通路情况、穿刺部位皮肤等；

5.17.3.2 护理准备

护理工作开展前，根据患者病情准备用物，包括但不限于营养液、输液泵。

5.17.3.3 护理措施

5.17.3.3.1 对生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 确保输液通路符合静疗规范；
- b) 输注前检查有无悬浮物或沉淀；
- c) 建议使用输液泵匀速输入；
- d) 输注过程中观察有无输液反应，如面色潮红、皮疹、恶心呕吐、发热等，发现问题及时处理并记录；
- e) 不应在营养液中添加其他药物；
- f) 对患者及照护者进行健康宣教。

5.17.3.3.2 对生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 与医生、患者及家属共同讨论肠外营养的必要性；
- b) 根据患者意愿、舒适度、口腔及皮肤情况选择水化；
- c) 根据药物性质选择皮下输液作为静脉输液的替代方式；

- d) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.17.3.4 注意事项

- 5.17.3.4.1 宜现用现配，应在 24h 内输注完毕。如需存放，应置于 2℃～10℃冰箱内，并应复温后再输注。
- 5.17.3.4.2 皮下输液优先选择含有电解质溶液的等张或低张溶液，包括但不限于 5%葡萄糖氯化钠注射液。

5.18 管路维护

5.18.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史、意识状态、生命体征、精神状况、活动能力、治疗方案、管路种类等；
- b) 评估管路情况、留置部位皮肤等；
- c) 患者及其照护者对管路的认知程度、接受程度、照护能力、配合程度。

5.18.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 取得患者及其照护者的理解与配合，解释操作目的、方法及患者配合方法；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；
- c) 根据患者病情准备用物。

5.18.3 护理措施

5.18.3.1 对于生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 妥善固定导管，保持管路通畅，防止牵拉、打折、脱出；
- b) 保持敷料清洁、干燥，按时换药，执行无菌原则；
- c) 关注导管留置有效期，遵医嘱定期更换；
- d) 观察引流液颜色、性状和量，出现异常及时通知医生；
- e) 根据管路留置的目的，对患者及照护者进行健康教育。

5.18.3.2 对于生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 根据患者病情、治疗目标及意愿，讨论留置管路的必要性，必要时及时拔管；
- b) 调整照护目标，以减轻患者痛苦，增加舒适度为主；
- c) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.18.4 注意事项

5.18.4.1 终末期患者留置的常见管路包括但不限于经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）、中心静脉导管（CVC）、胃管、尿管、胸腔引流管、腹腔引流管，遵医嘱使用。

5.18.4.2 照护过程中，不提倡保护性约束。

5.18.4.3 应与家属充分沟通管路滑脱的风险及后果，达成共识后采取替代约束的方法。

5.19 压力性损伤护理

5.19.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 识别风险人群，包括但不限于长期卧床、消瘦、皮肤潮湿，疼痛、呼吸困难等体位变化困难的患者，见附录 I；
- b) 病史，意识状态，活动能力，伤口产生的原因，伤口部位、外观、渗液、气味、疼痛、出血、伤口周围皮肤情况；
- c) 患者及照护者的情绪状态、治疗期待及照护目标。

5.19.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 环境安静、舒适、清洁、保护隐私；
- b) 根据伤口的情况选择敷料、冲洗液等，包括但不限于纱布、生理盐水、棉球、垫巾、棉签、弯盘、手套、拆线包等。

5.19.3 护理措施

5.19.3.1 对于生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 根据患者的病情，酌情使用防褥疮气垫，每 2 h~4 h 变换一次体位，避免长时间抬高床头或半坐卧位，降低骶尾部剪切力；
- b) 久坐轮椅的患者可使用脚踏板来分散坐骨结节的压力；
- c) 根据患者的进食习惯及喜好给予适宜的营养支持；
- d) 便后及时清洗皮肤，保持皮肤干燥、清洁；
- e) 根据患者的情况在受压部位使用敷料进行皮肤保护；
- f) 皮肤破损的患者给予伤口换药，根据伤口的外观、气味、渗液及伤口感染等情况选择合适的冲洗液、敷料及换药频率；
- g) 对患者及照护者进行健康教育。

5.19.3.2 对于生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 调整照护目标，以减轻患者痛苦，增加舒适度为主；
- b) 关注患者感受，根据情况酌情延长翻身时间间隔；
- c) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.19.4 注意事项

5.19.4.1 操作中动作轻柔，使用防粘连的敷料与创面接触，保持一定的湿度，可减轻疼痛，降低出血风险。

5.19.4.2 可能随时出现严重并发症的伤口，做好风险告知及记录。

5.20 癌性伤口护理

5.20.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病情、肿瘤类型、意识状态、营养状况；
- b) 伤口部位、大小、深度、形状、颜色、感染、渗出、出血、伤口周围皮肤情况、疼痛、恶臭等；
- c) 情绪状态、治疗期待、自理能力和合作程度。

5.20.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 环境安静、舒适、清洁、保护隐私；
- b) 根据伤口的情况准备敷料、冲洗液、止痛药等。

5.20.3 护理措施

5.20.3.1 对生存期以月到周计的患者，根据患者情况采取以下护理措施：

- a) 依据患者伤口评估结果及照护目标，制定出契合患者的创面处理方案。如换药频次、时间，敷料的选择、使用顺序，并发症的处理措施等；
- b) 根据伤口外观、气味、渗液、出血、疼痛及伤口感染等情况选择合适的冲洗液及敷料；
- c) 根据患者的进食习惯及进食情况给予适宜的营养支持；
- d) 动态观察癌性伤口的情况并记录；
- e) 在护理过程中关注患者和照护者的感受及情绪；
- f) 对患者及照护者进行伤口管理、风险预防及处理等健康宣教。

5.20.3.2 对生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 调整照护目标，以缓解症状、减轻气味、保持清洁、增加舒适为主；

- b) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.20.4 注意事项

- 5.20.4.1 准备深色布巾，减少伤口大出血时对患者及照护者的视觉冲击。遵医嘱使用镇静药物，降低患者清醒程度，保持出血过程中有人陪伴，减轻恐惧。
- 5.20.4.2 换药过程中，根据患者的疼痛情况遵医嘱合理使用止痛药。
- 5.20.4.3 在更换敷料的过程中动作轻柔，减少因更换敷料对伤口产生的不良影响。

5.21 造口护理

5.21.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病史、意识状态、自理能力及照护者的照护能力；
- b) 造口、造口旁皮肤情况；
- c) 情绪状态、治疗期待、照护目标及合作程度。

5.21.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 环境安静、舒适、清洁、保护隐私；
- b) 造口物品准备：造口袋（造口底盘）、纱布、生理盐水、温开水、棉球、造口尺、垫巾、棉签、弯盘、手套、钝头弯剪、隔窗、造口辅助用物。

5.21.3 护理措施

5.21.3.1 对生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 常规造口护理：术后第1 d~3 d，保持造口清洁，用生理盐水、碘伏溶液等清洁结肠造口黏膜及周围皮肤。造口开放后，戴上手套，用食指涂以液状石蜡，缓慢插入造口至2~3指的关节处，在造口内停留3 min~5 min，开始1次/d，7 d~10 d后改隔日1次。观察伤口渗液、出血、气味、疼痛及造口周围皮肤等情况；观察排泄物颜色、性质、量、气味等，做好护理记录；
- b) 饮食护理：指导患者饮食均衡，多食用新鲜水果、蔬菜，保持大便成形，并养成定时排便习惯；
- c) 心理护理：与患者进行良好沟通，鼓励其尽早学会造口自我护理方法，增加自我护理的信心；
- d) 并发症护理：观察患者有无瘘口周围炎、出血、造口水肿、造瘘口狭窄、造瘘口肠坏死等并发症，及时遵医嘱帮助患者妥善处理；
- e) 健康宣教：为患者讲解造口护理等健康知识，指导其选择舒适、柔软的衣服，避免穿紧身的衣裤，以免压迫、摩擦造口，影响血液循环，指导患者日常沐浴，预防伤口出血方法、保留造口的目的、注意事项、饮食要求、更换方法，引导患者参与造口袋的自我管理。

5.21.3.2 对生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 调整照护目标，以减轻患者痛苦，增加舒适度为主；
- b) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.21.4 注意事项

正确使用敷料及造口辅助产品，操作过程中关注患者的感受。

5.22 气管切开护理

5.22.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 意识状态、自理程度、合作程度、患者气管切开口处皮肤有无红肿及分泌物情况；
- b) 气管切开口系带松紧情况、气管切开套管位置是否居中、气囊是否充盈。

5.22.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 物品准备：无菌镊子盘、无菌纱布（T形/Y形剪开2/3）、0.5%碘伏棉球、75%酒精棉球、生理盐水棉球、气囊压力表等；
- b) 环境准备：关闭门窗，病室安静清洁。

5.22.3 护理措施

5.22.3.1 对生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 生活护理：患者宜单间居住，减少气道交叉感染；
- b) 营养护理：评估患者的营养状况，根据患者营养状况及患者的意愿给予肠外、肠内营养干预；
- c) 呼吸道护理：保持呼吸道通畅，观察患者痰液的气味、颜色和黏稠度等，根据痰液的性质选择雾化液和雾化次数。观察气管切开套管位置是否居中，测气囊压力，固定带松紧是否适宜，防止操作过程中因牵拉而使导管脱出；
- d) 伤口及口腔护理：每日检查切口处的伤口及皮肤情况，观察气管切开伤口有无红肿、分泌物及皮下气肿等，给予适时换药。根据患者口腔情况进行口腔护理；
- e) 健康教育：与患者及其家属沟通，讲解气管切开护理的相关注意事项。

5.22.3.2 对生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 调整照护目标，以减轻患者痛苦，增加舒适度为主；
- b) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.22.4 注意事项

5.22.4.1 一次性套管，当管内出现痰痂、吸痰有阻力时，应立即更换套管；金属套管清洗消毒后更换。保持套管气管接触部位的皮肤干净、整洁，预防皮损发生。

5.22.4.2 保持患者面部清洁，以防汗水、分泌物降低胶布的附着度。

5.22.4.3 每班应检查气管插管的深度及气囊压力1次，压力不足时及时加压。

5.22.4.4 对于烦躁或意识不清的患者，应充分与家属沟通，适当约束，以防患者自主拔管，并遵医嘱适当应用镇静药物。

5.22.4.5 保持无菌操作，预防细菌污染。

5.22.4.6 操作过程中密切监测病人生命体征及病情变化，如出现异常应立即停止操作，通知医生给予及时处理。

5.22.4.7 在护理过程中关注患者的感受及患者和家属的情绪。

5.23 病室环境管理

病室环境管理要求应符合WS/T 844的规定。

5.24 口腔护理

5.24.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病情、意识状态、口腔情况、配合程度；
- b) 有无牙龈出血、口腔感染、脱水、营养不良；
- c) 患者及照护者的心理状况。

5.24.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 物品准备：口腔护理用物，包括但不限于海绵牙棒、牙刷、棉球、止血钳、污物碗、一次性垫巾、漱口液（根据患者的口腔情况及喜好）、负压吸引器等；
- b) 环境准备：病室安静清洁。

5.24.3 护理措施

5.24.3.1 对生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 根据患者的口腔情况及个人意愿选择合适的漱口液，包括但不限于生理盐水、清水、茶水、苏打水、凤梨汁等；
 - b) 协助患者舒适体位，如坐位、半卧位、侧卧位或头偏向一侧；
 - c) 根据口唇干燥情况擦拭食用油或润唇膏等。
- 5.24.3.2 对生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：
- a) 根据患者意愿及舒适度，调整口腔护理的频次；
 - b) 使用口腔海绵棒或止血钳夹棉球进行口腔护理；
 - c) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.24.4 注意事项

- 5.24.4.1 使用棉球进行口腔擦拭前后要清点棉球数量。
- 5.24.4.2 使用口腔海绵棒口腔擦拭前检查海绵棒的牢固度，防止脱落。
- 5.24.4.3 吞咽困难的患者，应保持口腔海绵棒或棉球呈半干状态，准备负压吸引装置，防止误吸。

5.25 大小便护理

5.25.1 自行床上大小便护理

5.25.1.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 排便习惯、排便改变的原因、性别、自理能力、意识状态、肢体活动度；
- b) 患者及照护者的理解能力、心理状态及接纳程度。

5.25.1.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 环境安静、舒适、清洁、保护隐私；
- b) 尿壶、便盆、尿裤或一次性尿垫等。

5.25.1.3 护理措施

根据患者情况采取以下护理措施：

- a) 对于因不可逆因素出现的排便改变，应及时告知患者及家属。根据患者的性别选择合适的尿壶、便盆、尿裤或一次性尿垫等；
- b) 尿壶使用：根据患者的主诉或根据排尿习惯准备尿壶，尿壶应贴紧患者的皮肤，防止尿液流出；力量不宜过大，防止患者皮肤损伤；
- c) 便盆使用：根据患者的肢体活动度放置便盆，可通过抬高臀部或侧身等方式放置便盆至患者臀部，便盆下垫防水垫，防止尿液溢出污染被服，排便后擦洗或冲洗肛周皮肤。

5.25.1.4 注意事项

- 5.25.1.4.1 尿壶或便盆不宜长时间与患者身体接触，防止皮肤损伤。
- 5.25.1.4.2 可通过调整体位方式促进排便。

5.25.2 尿潴留护理

5.25.2.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病情、意识状态、会阴部皮肤状况、腹部体征、膀胱残余尿量等；
- b) 心理状况和自理程度。

5.25.2.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；
- b) 根据病情准备用物。

5.25.2.3 护理措施

根据患者情况采取以下护理措施：

- a) 诱导排尿：听流水声或用温水冲洗会阴；根据医嘱按摩穴位刺激排尿；热敷、按摩腹部，放松肌肉，促进排尿；
- b) 导尿：根据患者病情及意愿进行。

5.25.2.4 注意事项

- 5.25.2.4.1 护理过程动作轻柔，适时对患者予以心理安慰和支持。
- 5.25.2.4.2 保持引流通畅，避免导管受压、扭曲、牵拉、堵塞等。
- 5.25.2.4.3 询问患者的感受并观察尿液情况，发现尿液混浊、沉淀、有结晶时，应及时处理。

5.25.3 尿失禁护理

5.25.3.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 意识状态、尿失禁的原因、类型、会阴部皮肤情况，见附录 J；
- b) 自理能力及心理状况。

5.25.3.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；
- b) 手套、一次性医用检查垫、毛巾、脸盆、温水、便盆、皮肤保护剂、失禁护理产品等。

5.25.3.3 护理措施

根据患者情况采取以下护理措施：

- a) 根据患者病情选择合适的处理方式及护理产品；
- b) 注重患者舒适，及时更换衣服、尿垫，保持皮肤清洁干燥；
- c) 对患者及其照护者进行失禁相关性皮炎的预防等健康教育；
- d) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.25.3.4 注意事项

- 5.25.3.4.1 排便后使用冲洗壶冲洗会阴部皮肤。
- 5.25.3.4.2 护理过程应动作轻柔、注意保暖，关注患者的感受，适时对患者予以心理支持。
- 5.25.3.4.3 除患者存在尿潴留或会阴部有伤口或皮炎外，不宜将留置导尿管作为常规处理方式。

5.25.4 便秘护理

5.25.4.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病情、便秘的原因、症状和体征；
- b) 心理状况及自理程度。

5.25.4.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；
- b) 根据患者病情准备用物，如腹部按摩油、热水袋、缓泻剂、通便剂、灌肠用品等。

5.25.4.3 护理措施

5.25.4.3.1 对于生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 营造排便环境，确保隐私、舒适和坐姿；
- b) 鼓励在限制范围内活动，保证充足的水分及适量的膳食纤维摄入；

- c) 监测便秘危险因素，识别药物副作用，如阿片类药物等；
 - d) 出现便秘，及时干预，控制症状，纠正可逆原因，选择促进排便的措施，包括但不限于腹部按摩、服用缓泻剂或使用通便剂、灌肠；
 - e) 注意识别肠梗阻、肠穿孔等并发症；
 - f) 对患者及照护者进行健康教育。
- 5.25.4.3.2 对于生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：
- a) 注重患者舒适感受，不适用常规的便秘标准来定义与处理；
 - b) 根据情况酌情处理便秘症状，减少对病人的刺激，减轻痛苦及不适感；
 - c) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.25.4.4 注意事项

对于肠梗阻、腹腔及肠腔有肿瘤的患者，不应强行进行腹部按摩。

5.25.5 便失禁护理

5.25.5.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病情、意识状态、便失禁原因、会阴部皮肤情况，见附录 J；
- b) 自理能力及心理状况。

5.25.5.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；
- b) 准备用物，包括但不限于纸巾、便盆、一次性尿布垫、桶、毛巾、温水、湿纸巾、干净衣物、皮肤保护剂。

5.25.5.3 护理措施

5.25.5.3.1 对于生存期以月到周计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 根据患者病情选择合适的处理方式及护理产品；
- b) 对患者及照护者进行健康教育，内容包括但不限于失禁相关性皮炎的预防、建立规则排便习惯、括约肌及盆底肌训练。

5.25.5.3.2 对于生存期以周到日计的患者，根据情况采取以下护理措施：

- a) 注重患者感受，以保持肛门处清洁舒适为主；
- b) 关注患者及家属的情绪，根据情况给予心理支持。

5.25.5.4 注意事项

5.25.5.4.1 护理过程动作轻柔，减少擦拭，以冲洗为主。

5.25.5.4.2 注意鉴别粪便嵌塞导致的假性便失禁。

5.25.5.4.3 如无禁忌，保证患者每日摄入足够的液体。

5.25.6 会阴护理

5.25.6.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病情，二便失禁情况、会阴部清洁程度、皮肤黏膜及留置导尿管情况；
- b) 心理状态及自理能力。

5.25.6.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；

- b) 根据需求准备用物，如一次性冲洗壶、弯盘、无菌治疗碗、无菌手套、生理盐水稀释的碘伏消毒棉球、一次性尿垫等。

5.25.6.3 护理措施

根据患者情况采取以下护理措施：

- a) 用温水冲洗会阴部皮肤；对留置导尿管者，用稀释的碘伏消毒棉球擦洗；
- b) 皮肤黏膜有红肿、破溃或分泌物异常时应及时给予特殊处理；
- c) 对患者及照护者进行健康教育，内容包括但不限于会阴部日常护理要点。

5.25.6.4 注意事项

- 5.25.6.4.1 操作过程中关注患者舒适度，动作轻柔。
- 5.25.6.4.2 实施过程注意为患者保暖，并减少暴露和保护隐私。
- 5.25.6.4.3 避免牵拉导尿管，防止管路脱出。
- 5.25.6.4.4 适时对患者予以心理支持。

5.26 床上洗头

5.26.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病情，头发的卫生及头部伤口情况；
- b) 需求及意愿、自理能力、配合程度。

5.26.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 环境宽敞、光线充足、地面防滑；
- b) 按患者习惯调节室温及水温；
- c) 准备毛巾、防水垫、洗头盆（洗头车）、水桶、洗发液、吹风机、温水等。

5.26.3 护理措施

根据患者情况采取以下护理措施：

- a) 在患者颈后垫上毛巾，防止溅湿衣物与床单；
- b) 采取相关措施确保患者颈后得到支撑，调整至舒适状态；
- c) 患者头部如有伤口，不应使用含化学成分的洗发液，可用清水；以指腹按摩头皮，不应使用指甲用力抓挠头皮；
- d) 随时观察患者病情变化，若发现异常，如面色、脉搏及呼吸异常等，立即停止操作；
- e) 保护伤口及各类管路，防止水流入耳和眼；
- f) 使用吹风机时，操作者将手置于吹风机与患者头发之间，避免烫伤。

5.26.4 注意事项

- 5.26.4.1 病情危重和极度衰弱的患者应告知患者及家属洗头可能出现的风险，尊重患者及家属的意愿和需求酌情进行洗发操作。
- 5.26.4.2 单次洗发时间不宜过长，避免引起患者头部充血或者疲劳不适。

5.27 床上擦浴

5.27.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病情、意识状态、皮肤情况；
- b) 意愿及需求，自理能力、配合程度。

5.27.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 环境宽敞、光线充足、地面防滑；
- b) 根据患者的舒适度调节室温和水温；
- c) 准备毛巾、沐浴乳、身体乳液、温水等。

5.27.3 护理措施

根据患者情况采取以下护理措施：

- a) 擦洗过程应遵循“一遍沐浴乳、三遍清水”的原则，注意保暖，控制室温及水温；
- b) 除了有开放性伤口、深静脉血栓或骨转移的患者，根据患者的感受，擦拭时可稍加力度，促进血液循环，以患者感到舒适为宜；
- c) 观察患者病情变化及皮肤情况，若发现异常，如出现寒战、面色苍白、脉速等征象，应立即停止擦浴，并给予适当处理；
- d) 擦浴过程中注意保暖；
- e) 擦浴后根据患者的需求为患者涂抹乳液。

5.27.4 注意事项

5.27.4.1 擦浴时注重患者感受，动作轻柔，宜在 30 min 内完成。

5.27.4.2 擦浴时注意保护患者隐私，减少身体不必要的暴露。

5.27.4.3 患者身上有管路的，注意保护伤口和管道，避免伤口受压以及管道牵扯、打折或扭曲。

5.28 协助沐浴

5.28.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 病情、皮肤清洁度、沐浴习惯；
- b) 意愿及需求、自理能力及配合程度。

5.28.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 浴室环境宽敞、光线充足、配备防跌倒设施，保护患者隐私；
- b) 根据患者的需求及习惯调节室温和水温；
- c) 干净衣物及洗漱用品等。

5.28.3 护理措施

根据患者情况采取以下护理措施：

- a) 协助沐浴时，保持与患者交流，观察患者情况，引导照护者与患者四道人生；
- b) 沐浴后根据患者的需求涂抹乳液；
- c) 妥善处理管路，沐浴后及时换药；
- d) 记录患者在沐浴中及沐浴后病情变化及沐浴时间。

5.28.4 注意事项

5.28.4.1 沐浴前与照护者充分沟通沐浴的风险及注意事项，鼓励照护者参与沐浴过程。

5.28.4.2 使用卧式沐浴系统时，水位线尽量保持在患者胸部以下，不宜长时间浸泡。

5.28.4.3 保证浴室设施安全，浴室门不应锁死。

5.29 濒死期护理及遗体护理

5.29.1 濒死期护理

5.29.1.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 意识状态、生命体征、濒死症状、生存期；

- b) 照护者的期待及哀伤程度。

5.29.1.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 尊重、接纳的态度；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私。

5.29.1.3 护理措施

根据患者情况采取以下护理措施：

- a) 观察患者生命体征及痛苦症状，关注患者舒适度；
- b) 向家属介绍濒死症状、生存时间、丧葬事宜及家属陪伴的重要性等，引导家属与患者道爱、道谢、道歉、道别。

5.29.1.4 注意事项

5.29.1.4.1 引导家属重点关注患者舒适度而非生命体征变化。

5.29.1.4.2 提醒家属尽早开始善终准备。

5.29.1.4.3 关注家属的情绪及哀伤，持续提供心理支持。

5.29.2 遗体护理

5.29.2.1 护理评估：

- a) 评估患者及家庭文化、价值观和习俗；
- b) 家属哀伤程度及参与遗体护理的意愿。

5.29.2.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 尊重、接纳的态度；
- b) 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私；
- c) 物品准备，包括但不限于纱布、纸胶带、清洁棉球、弯盘、镊子/止血钳、剪刀、尿垫、纸巾、清洁手套。

5.29.2.3 护理措施

根据患者情况采取以下护理措施：

- a) 保护遗体隐私，移除遗体上的管路等，必要时给予伤口换药；
- b) 邀请家属参与患者的遗体护理过程，引导家属与患者四道人生；
- c) 倾听家属表达哀伤，为家属提供哀伤支持。

5.29.2.4 注意事项

5.29.2.4.1 遗体护理时，可能有分泌物等从口鼻流出，应提前垫上深色布巾。

5.29.2.4.2 操作过程中动作轻柔，保持遗体的美观及对遗体的尊重。

6 人文关怀

6.1 心理、精神、社会支持

6.1.1 护理评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 患者及照护者的心理痛苦、社会支持程度及精神需求，见附录 K、L、M；
- b) 生死观、文化程度及背景、宗教信仰、家庭关系、兴趣爱好、经济、医保支付情况、沟通方式；
- c) 评估患者家庭关系（明确患者家庭中主要决策人），绘制家系图；
- d) 患者对病情信息、预后的了解程度及接受程度、对相关话题的交流意愿；

- e) 家属对患者病程的理解、病情的告知意愿、担忧和沟通需求。
- f) 在患者躯体症状控制不佳、出现并发症、情绪异常等情况时，酌情增加评估次数。

6.1.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 环境整洁、安静、温馨，温度适宜，光线充足；
- b) 患者及照护者的心理状态，有无抑郁、焦虑等情况。

6.1.3 护理措施

根据情况采取以下护理措施：

- a) 维护患者的尊严和生命价值，尊重和保护患者的权利和隐私；
- b) 通过晤谈、家庭会议等方式，与患者、家属或监护人共同决策；
- c) 密切关注患者的心理变化，鼓励和指导患者与照护者充分沟通，识别情绪，引导其表达情绪，接纳情绪，协助其完成未了心愿，鼓励患者与家人道爱、道谢、道歉、道别，使其在感情上得到释放和支持；
- d) 通过尊严疗法等方式，创建并分享以患者为核心的家庭传承文档等，协助患者找寻生命的意义和价值；
- e) 为患者家庭介绍安心卡活动，引导患者选卡，鼓励患者分享选卡理由和感受，了解患者的内心选择；
- f) 鼓励患者对日后的生活适当规划，拟定心愿清单，充分尊重患者的心愿并帮助其实现；
- g) 患者体力较差时，可安排朗读日或观影日，家属为患者朗读喜欢的书籍或者为患者播放电影；患者体力较好时，可安排家庭手工活动：例如剪窗花、绘画、包饺子等；
- h) 在尊重患者及家属意愿的前提下，改善家庭内部动力，链接社会资源，为患者家庭赋能；
- i) 安排家庭联谊，鼓励亲戚朋友探望谈心，指导家属通过陪伴、倾听、照顾性抚摸，正向温和的语言交流，聆听患者的心声，活动结束后家庭合影留念，备注活动日期、参与人、以及赠给亲人的一句话；
- j) 借助我的五个愿望文本，鼓励家人之间讨论疾病、治疗偏好和治疗意愿；
- k) 向家属进行健康宣教，帮助其理解提高患者终末期生命质量的重要性。

6.1.4 注意事项

- 6.1.4.1 不给予患者及家属虚假的希望。
- 6.1.4.2 不鼓励患者及家属坚强。
- 6.1.4.3 对于严重心理障碍的患者转介专科医生。

6.2 同理性沟通

6.2.1 护理评估

沟通工作开展前，对患者进行以下评估：

- a) 患者及家属的心理状况、对疾病的认知及态度；
- b) 沟通能力、沟通模式、沟通意愿、应对压力的方式；
- c) 家庭社会支持情况。

6.2.2 护理准备

沟通工作开展前，进行以下准备：

- a) 安静、舒适、安全的环境，保护患者及家属隐私；
- b) 物品准备，包括但不限于纸巾、水、病历资料（根据患者及家属的需求准备录音设备）；
- c) 患者及家属的时间、医护人员稳定平和的心态。

6.2.3 护理措施

根据情况采取以下护理措施：

- a) 尊重患者的意愿，确认参与沟通的人员；
- b) 尊重患者对信息的需求和偏好，通过开放式问题了解患者及家属对病情的认知程度及深入了解病情的意愿；
- c) 使用简单易懂的语言，观察患者的反应，语气温和；
- d) 倾听和理解患者的语言及非语言信息，倾听时注视对方眼睛，身体微微前倾，适当给予语言回应，必要时可重复患者语言；
- e) 在病情沟通过程中，同理患者及家属的情绪；
- f) 沟通结束时总结谈话内容。

6.2.4 注意事项

- 6.2.4.1 在沟通过程中先识别、安抚情绪。
- 6.2.4.2 避免暴力告知造成患者再次创伤。
- 6.2.4.3 对有严重心理或精神问题的患者，及时转介专科医师。

6.3 照护者支持

6.3.1 护理评估

护理工作开展前，对照护者进行以下评估：

- a) 照护者的照护感受、心理痛苦、精神需求、文化程度、家庭关系、沟通方式，见附录 N；
- b) 照护者获得的物质、信息支持，事务性帮助，照护者的需求。

6.3.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 环境整洁、安静、温馨，温度适宜，光线充足；
- b) 照护者的心理状态，有无抑郁、焦虑等情况。

6.3.3 护理措施

- 6.3.3.1 支持家庭建立患者微信群，互相鼓励、交流知识、分享最新的医疗资讯、政策信息和生活经历。
- 6.3.3.2 邀请有经验的照护者分享陪护心得、技巧和应对困难的方法。鼓励照护者提出自己在陪护过程中遇到的问题，集体讨论解决方案。
- 6.3.3.3 组织志愿者团队为照护者提供喘息服务，谈心陪伴，给予患者和家属关怀。
- 6.3.3.4 整合医疗保险常识、政府项目、单位员工计划以及社会慈善项目等信息，为照护者缓解经济压力提供信息渠道。

6.3.4 注意事项

- 6.3.4.1 根据照护者需求提供支持。
- 6.3.4.2 不使用“如果、早知道”等语言增加照护者的愧疚及负担。

6.4 哀伤关怀

6.4.1 预期性哀伤关怀

6.4.1.1 护理评估

护理工作开展前，对患者及家属进行以下评估：

- a) 患者的躯体症状、生存时间、自理能力；
- b) 患者及家属的疾病认知、死亡态度、情感状态、情绪状态、心理状况及哀伤反应，见附录 O；
- c) 家属的照顾能力及意愿。

6.4.1.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 安静、舒适、安全的环境，保护患者及家属隐私；

- b) 医护人员稳定平和的心态；
- c) 根据患者及家属的需求准备宣教资料。

6.4.1.3 护理措施

根据患者情况采取以下护理措施：

- a) 如实与患者家属沟通病情，保持沟通顺畅，帮助家属逐步接受亲人离世的可能，减轻心理负担，并提示做好丧亲计划，包括遗产规划、丧葬准备等；
- b) 识别患者及家属的哀伤情绪，指导其参与到患者的医疗决策及日常照顾中；
- c) 制定关怀计划，根据家属需求，建立丧亲关怀档案，介绍关怀计划，包括关怀时间、内容和形式；
- d) 指导家属进行生活照顾，提升照顾技能，支持家属通过照顾性抚摸、正向温和的语言交流给予患者安全感，帮助其在照顾过程中获得内心的慰藉与满足，减少遗憾；
- e) 鼓励患者及家属互相表达情感，彼此道谢、道爱、道歉、道别，协助其完成未了心愿；
- f) 通过生命回顾、时间相册等方式再现既往的温暖、闪光的时刻；
- g) 肯定患者与家属的情感，鼓励其表达哀伤，给予其时间来宣泄情绪，以同理心聆听和了解家属担忧，注意眼神接触和目光交流，提供陪伴支持；
- h) 协助家属进行善终准备及丧葬信息支持，包括但不限于丧葬物品准备、丧葬流程、墓地选择等丧葬办理有关事项。

6.4.1.4 注意事项

- 6.4.1.4.1 与患者及家属建立信任的关系。
- 6.4.1.4.2 通过不同方式，提供持续的心理支持。

6.4.2 遗属居丧期关怀

6.4.2.1 护理评估

护理工作开展前，对遗属进行以下评估：

- a) 遗属的心理状况，哀伤反应，包括但不限于遗属对疾病的认知及对死亡的态度、哀伤的严重程度、情绪状态及行为表现，见附录 P；
- b) 遗属的家庭经济状况、自理能力、社会支持情况、应对压力的方式、文化程度及宗教信仰；
- c) 患者离世对家庭的影响。

6.4.2.2 护理准备

护理工作开展前，进行以下准备：

- a) 安静、舒适、安全的环境，保护患者及家属隐私；
- b) 医护人员稳定平和的心态；
- c) 根据患者及家属的需求准备宣教资料。

6.4.2.3 护理措施

根据患者及家属的哀伤情况采取以下护理措施：

- a) 提供善别清单，包括但不限于殡葬事宜流程、联系方式，死亡证明的开具，协助丧亲者处理好居丧事宜；
- b) 鼓励遗属倾诉、宣泄情绪，表达对逝者的思念、对自己的影响、诉说内心的痛苦和感受；
- c) 帮助遗属认识痛苦、悲伤等情绪都是正常的应激反应，引导其接纳自己的情绪和行为变化；
- d) 使用空椅子技术和保险箱技术（空椅子技术：让家属想象与逝者对话，表达未说出口的情感和需求，在适当的时候，引导家属想象自己成为逝者，回应之前表达的情感。直到家属感到内心的冲突和情感问题得到缓解；保险箱技术：引导家属想象将内心的痛苦、不安、悲伤等情绪转化为具体的形象（如颜色、形状、物体等）逐一放入保险箱中，并上锁封存，帮助缓解负面情绪），改善哀伤情绪；

- e) 通过生命回顾、时间相册等方式再现既往的温暖、闪光的时刻，通过情境回忆引发遗属的悲伤反应，协助整理死亡事件发生之后的反应；
- f) 协助遗属学习简单的自我放松技术及促进睡眠的方法，保持均衡饮食；
- g) 搭建支持网络：联系亲友，通过家庭朋友聚会，指导亲友之间相互安慰诉说，缓解孤独感和悲伤情绪；
- h) 鼓励丧亲者根据自己的兴趣参加相应的兴趣小组或社团，通过绘画、书法、音乐等多种方式表达情绪；
- i) 引导丧亲者参与志愿服务活动，如帮助孤寡老人、关爱残障儿童等，通过给予他人帮助来感受生命的价值和意义；
- j) 纪念缅怀逝者：尊重家属意愿，特殊日子提供随访或举办丧亲者相关活动，表达关心和支持，怀念故人；
- k) 恢复日常生活：引导遗属制定今后的生活计划，学习以积极的方式应对，鼓励其应用社会资源，恢复正常的社交活动。

6.4.2.4 注意事项

- 6.4.2.4.1 与遗属建立信任的关系。
- 6.4.2.4.2 定期随访，根据遗属意愿提供哀伤支持。
- 6.4.2.4.3 对有延长哀伤障碍的遗属，根据其意愿及时转介。

7 护士自我关怀

7.1 自我关怀评估

7.1.1 压力来源评估

压力来源可分为外部因素和内部因素：

- a) 外部因素：职业环境、组织管理、岗位角色、人际关系；
- b) 内部因素：价值观、角色冲突、专业知识能力、认知冲突、目标冲突、情绪调节能力、压力应对方式，见附录 Q。

7.1.2 自我关怀能力评估

自我关怀能力评估可分为三个维度：

- a) 自我友善～自我苛责；
- b) 共同人性～孤独感；
- c) 正念觉知～过度沉浸。

7.2 自我关怀方式

7.2.1 情绪识别

提升自我觉察，识别高兴、愤怒、悲伤、恐惧、惊讶、厌恶、愧疚、羞耻、尴尬等常见情绪。

7.2.2 认知改变

接纳现实有限性，肯定自身的努力，培养正向思维，积累支持资源。

7.2.3 行为调整

7.2.3.1 护士应根据现实情况调整目标与期待，主动提升能力，保持工作与生活平衡；保持良好的谦逊、自尊和自信；保持灵活的应对策略，及时求助。

7.2.3.2 工作团队应营造支持性氛围，开展合作性的项目；团队成员间相互尊重、支持、共同决策与承担责任；保持良好的沟通交流。

7.2.4 策略选取

自我关怀策略包括但不限于以下方面：

- a) 静观与正念；
- b) 运动；
- c) 艺术治疗；
- d) 叙事书写；
- e) 巴林特小组；
- f) 芳香抚触。

8 质量控制

8.1 内容及要求

建立安宁疗护护理质量评价制度，包括但不限于舒适护理质量评价、人文关怀质量评价、护士自我关怀质量评价。

8.2 评价与改进

8.2.1 评价

建立护理质量管理小组，向患者、家属、遗属就舒适护理及人文关怀效果进行定期访谈，了解其对护理服务的期待、意见和建议；定期开展患者生活质量及服务质量满意度问卷调查，见附录R、附录S。定期对护理技术应用、沟通技能、护士自我关怀等问题进行机构工作人员的自我评价。

8.2.2 改进

由护理质量管理小组收集护理服务对象的访谈及问卷调查结果、工作人员自我评价结果，总结并提出存在的问题，分析其发生原因，制定持续改进方案，定期追踪持续改进措施的落实情况并记录，优化护理服务流程，提高护理服务质量。

附 录 A

(资料性)

临终病人病情(生存期)评估表

请在表A.1中圈出最能描述在最近24 h中您自己的健康状态的数字。

表A.1 临终病人病情(生存期)评估表

序号	评估病情项目	级差比例					评估时间		
		100%	50%	30%	20%	10%	入院	1周	1个月
1	摄入	平时正常量 18分	平时半量以下 9分	少量流质 5分	少量啜饮 3分	仅口唇蠕动 1分			
2	体能生活	自主行走 全自理 18分	搀扶走 大部分自理 9分	大多卧床 自行用餐 5分	卧床能坐靠 能交流 3分	*仅能肢体徐 动 吞咽 1分			
3	年龄/岁	<50 10分	50-69 5分	70-79 3分	80-90 2分	>90 1分			
4	呼吸	正常 10分	活动后气促 5分	平卧时气促 3分	*>30 次/min 或<10 次/min 2分	#张口点头样 1分			
5	神志	正常 10分	淡漠, 眼神呆滞 5分	嗜睡或烦躁 3分	*浅昏迷 2分	#深昏迷或见 “回光返照” 1分			
6	收缩压	正常 6分	<平时值 20% 3分	<100 mmHg 2分	*<80 mmHg 1分	#<70 mmHg 0.5分			
7	脉搏	正常 6分	>100 次/min 或 不齐 3分	>120 次/min 或<60 次/min 2分	*>160 次/min 或<50 次/min 1分	#<45 次/min 0.5分			
8	营养状态	无消瘦 6分	略有消瘦 体重下降>10% 3分	轻度消瘦 体重下降>20% 2分	中度消瘦 体重下降>30% 1分	重度消瘦 体重下降>40% 0.5分			
9	脏器状况	无损伤 4分	非重要脏器损伤 2分	一个重要脏器 损伤 1.5分	两个重要脏器 损伤 1分	三个以上重要 脏器损伤 0.5分			
10	腋下体温	正常 4分	>37.1 ℃ 2分	>38 ℃ 1.5分	*>39 ℃或 <36.2 ℃ 1分	#>40 ℃或 <35.7 ℃ 0.5分			
11	尿量	正常 4分	略减>700 ml/d 2分	减少>400 ml/d 1.5分	*少尿<400 ml/d 1分	#无尿<100 ml/d 0.5分			
12	水肿	无 4分	下肢水肿 2分	全身水肿 1.5分	伴胸腔积液、 腹水 1分	胸腔积液、腹 水伴呼吸限制 0.5分			
共计									

注：使用说明如下：

- 表 A.1 中含“*”、“#”为限定警示指标内容；
- 重要脏器指对生命延续有明显影响的脏器，如心、肝、肺、肾、脑，损伤包括脏器转移和（或）功能衰竭；
- 血压的平时值指发病以前，血压在同样条件下的平均（3 次以上）测量值；
- “回光返照”指患晚期癌症或其他衰竭性疾病的患者，在临终弥留时出现短期的“食欲增加、精神亢奋、神志转清、开口说话、思维清晰、肢体徐动”等现象，1 d～3 d 后病情急转，出现死亡；
- 某些初入院患者，病情尚不稳定，如颅内压增高、严重感染、高热等，需待急症病情得到控制才能评估；

- f) 评估结果换算：入院评分 ≤ 25 分，每3分预计生存时间为1 d；入院评分25分 $\sim$ 35分，每2.5分预计生存时间为1 d；入院评分36分 $\sim$ 50分，每2分预计生存时间为1 d；入院评分 > 50 分，每1分预计生存时间为1 d。如出现警示标识内容，符合“*”内容3项以上或符合“#”2项以上，预计生存1 d $\sim$ 3 d；
- g) 本评估所得结果建立在安宁疗护的基础之上。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/226111143141011041>