附件

安宁疗护实践指南

（2025年版）

安宁疗护实践以终末期患者和家属为中心，以多学科协作模式进行，主要内容包括疼痛及其他症状控制，舒适照护，心理、精神及社会支持等。

一、症状控制

（一）疼痛。

1.评估和观察

（1）根据患者意识状态、认知、表达能力和疼痛评估的目的，选择合适的疼痛评估工具，对患者进行连续动态评估。

（2）评估患者疼痛的部位、性质、程度、发生及持续时间、诱发及缓解因素、有无伴随症状、心理精神状态、止痛药使用情况及疗效、对疼痛治疗的依从性、疼痛对日常生活的影响等。

（3）定期全面评估与日常动态评估相结合，监测疼痛控制效果，病情变化或新发疼痛时需及时重新评估。

（4）了解患者相关检查检验结果。

（5）评估患者及家属对疼痛治疗的目标和期待。

2.治疗原则

（1）结合疼痛的原因（如躯体性、心因性、社会性等）及患者和家属意愿，制定个体化疼痛治疗方案。

（2）药物治疗包括非甾体类抗炎药、对乙酰氨基酚、阿片类

药物等。阿片类药物是终末期患者中重度疼痛治疗的常用药物。长期使用时，首选口服给药，有明确指征时可选用透皮吸收途径给药，也可临时皮下注射等方式给药，必要时患者自控镇痛泵给药。同时要避免药物滥用和突然中断阿片类药物引发戒断综合征

（3）药物治疗时，要注意预防药物的不良反应，应尽早识别并处理，及时调整药物剂量、剂型、种类和联合用药。确保临床安全及治疗效果。

（4）结合病情给予必要的非药物治疗，包括放松疗法、芳香疗法、音乐疗法等。

（5）当患者出现爆发痛时，应简化评估流程，及时足量给药，控制疼痛症状。

（6）难治性疼痛应进行多学科会诊。

3.护理要点

（1）给予患者安静、舒适的环境。

（2）根据疼痛的部位，协助患者采取舒适的体位。

（3）遵医嘱给药，并密切观察药物疗效和不良反应。

（4）做好用药相关指导，了解患者的顾虑和担忧，提高患者用药依从性。鼓励患者表达疼痛感受，指导患者使用正确、合适的疼痛评估工具。告知患者及家属疼痛的原因或诱因及减轻和避免疼痛的其他方法，包括音乐疗法、注意力分散法、自我暗示法等放松技巧。

4.注意事项

应指导患者及家属在医务人员指导下正确规律用药，不可

自行调整剂量、剂型和方案。

（二）呼吸困难。

1.评估和观察

（1）评估患者呼吸困难的病史、发生时间、起病缓急、呼吸困难程度、诱发和缓解因素、伴随症状、心理状态和用药情况等。

（2）观察患者面容与表情、口唇及指（趾）端皮肤颜色，评估患者意识状态、呼吸频率、节律、深度、外周血氧饱和度、血压、心率等。

（3）评估现有干预措施效果、对生活质量的影响及患者治疗预期。

（4）了解患者相关检查检验结果。

2.治疗原则

（1）尊重患者意愿和自主性，与患者及家属共同决策，制定治疗方案。

（2）寻找呼吸困难的原因，同时应采取有效措施缓解症状。

（3）呼吸困难最佳的治疗措施为治疗原发疾病，保持气道通畅，保证机体氧气供应。

（4）难治性呼吸困难可以使用吗啡等阿片类药物。使用此类药物时，要避免药物滥用和突然中断药物引发戒断综合征，避免引起呼吸中枢抑制。

（5）根据药物疗效和不良反应合理调整药物剂量、种类和联合用药。

（6）结合病情给予必要的非药物治疗改善呼吸困难，如吸氧、

吸痰、改变体位、改善空气流通、风扇疗法等。

3.护理要点

（1）提供安静、舒适、洁净、通风良好、温湿度适宜的环境。

（2）根据患者病情协助调整体位，并观察患者面容、呼吸频率及外周血氧饱和度变化等。

（3）根据病情的严重程度及患者实际情况选择合理的氧疗。

（4）遵医嘱给药，并密切观察药物疗效和不良反应。

（5）开展健康宣教，指导患者正确使用呼吸困难评估工具，告知患者及家属呼吸困难的原因或诱因及减轻和避免呼吸困难的方法，指导患者有计划地进行休息和活动，缓解患者及家属焦虑等情绪。

（6）根据患者气道情况，给予必要的气道廓清，保持气道通畅。

4.注意事项

（1）呼吸困难通常会导致患者烦躁、焦虑、紧张情绪，要注意安抚和鼓励。

（2）注意保持张口呼吸患者的呼吸道湿润和舒适。

（三）咳嗽、咳痰。

1.评估和观察

（1）评估咳嗽的发生时间、规律、性质、诱发和缓解因素，现有干预措施效果、对生活质量的影响及患者治疗预期等。

（2）评估咳痰的难易程度、现有干预措施效果、对生活质量的影响，观察痰液的颜色、性状、量、气味和有无肉眼可见的异物

等。

(3) 必要时评估生命体征、意识状态、心理状态、有无发绀等。

2.治疗原则

(1) 寻找咳嗽的原因并进行治疗，如抗菌药物治疗呼吸道感染，激素及支气管扩张剂治疗哮喘，调整体位或利尿剂改善心力衰竭，质子泵抑制剂治疗胃食管反流，抗胆碱能药物治疗唾液过多，抗组胺药物治疗后鼻滴涕等。

(2) 应结合疾病情况，适时使用吗啡等阿片类药物，需告知患者或家属存在呼吸抑制、恶心、呕吐、便秘等不良反应；如阿片类药物疗效不佳，可选择色苷酸钠、加巴喷丁、地西泮、巴氯芬等其他药物。

(3) 根据药物疗效和不良反应合理调整药物剂量、种类和联合用药。

(4) 对于存在喉鸣的患者，在限制液体摄入量的同时，通过减少口腔吸引频次、调整体位（如侧卧位）等方法缓解症状，若分泌物持续增多，可应用抑制气道分泌物生成的药物。

3.护理要点

(1) 提供温湿度适宜、整洁、舒适的环境。

(2) 保持舒适体位，注意保暖。

(3) 指导患者掌握正确的咳嗽方法，正确配合雾化吸入。

(4) 促进有效排痰，包括深呼吸、有效咳嗽、雾化疗法等。

(5) 记录痰液的颜色、性质和量，遵医嘱正确留取痰标本并送检。

（6）及时清理患者口腔内的分泌物，操作时动作轻柔，避免频繁吸引。通过改变患者体位（如侧卧位）、合理控制液体摄入量等方法缓解症状。

4.注意事项

（1）根据具体情况采取祛痰或镇咳措施，避免因剧咳引起体力过度消耗，影响休息或引发气胸、咯血等并发症。

（2）咯血、气胸、心脏病风险较高的患者，应谨慎实施拍背、吸痰操作。

（3）痰量较多的患者，应关注其出入液量，防止摄入过多液体导致分泌物增多。

（4）患者出现喉鸣时，不宜深部吸痰，防止增加其痛苦，并做好家属的安抚工作。

（四）出血。

1.评估和观察

（1）动态评估患者有无出血（包括伤口出血、咯血、呕血、便血等）、出血部位、出血量、伴随症状、治疗情况、既往史及个人史等。

（2）评估患者的生命体征、意识状态、面容与表情等。

（3）了解患者相关检查检验结果。

（4）评估大出血患者的生存期。

（5）评估大出血患者及其家属的治疗预期。

2.治疗原则

（1）根据病情，停用可能引发出血或增加出血的药物。

（2）积极控制少量出血，预防再次出血。

(3) 针对大出血患者，在符合患者和家庭治疗意愿的前提下，结合治疗目标和方案，缓解出血引发的症状，避免刻意采取输血、气管插管等延长生命的抢救措施。

3.护理要点

（1）根据病情，协助患者取合适体位。

(2) 观察并记录出血的部位、颜色、量、性状及伴随症状等。

(3) 保持咯血、呕血患者气道通畅，及时清理口鼻腔血液。床旁备吸引器。

（4）安抚患者及家属，缓解其紧张和恐惧等情绪。

(5) 监测患者意识状态及生命体征变化，必要时记录出入量。

(6) 根据病情及医嘱给予相应饮食指导，呕血、便血期间遵医嘱禁止饮食。

(7) 针对大出血患者，准备深色毛巾，擦拭或覆盖血液，避免视觉刺激。

4.注意事项

(1) 避免用力拍背、频繁吸痰，注意言语及肢体安抚，必要时使用镇静类药物。

（2）对于出血高风险患者，应加强宣教及沟通。

（五）恶心、呕吐。

1.评估和观察

(1) 评估恶心和呕吐发生的时间、频率、诱因，呕吐的特点及呕吐物的颜色、性质、量、气味，伴随症状等。

（2）评估患者的生命体征、意识状态、营养状况，有无脱水、黄疸、感染、水电解质紊乱、酸碱平衡失调等。

（3）了解患者相关检查检验结果。

2.治疗原则

（1）尽早纠正恶心、呕吐的原因，使用对症处理药物，包括因化学感受器刺激（如高钙、药物、细菌毒素、尿毒症等）所致，可使用氟哌啶醇；因化学治疗所致，可使用昂丹司琼、格拉司琼、阿瑞匹坦；因胃排空延迟所致，可使用多潘立酮、甲氧氯普胺；因前庭系统所致，可使用苯海拉明；因胃食管返流或溃疡所致，可使用H2-受体拮抗剂、质子泵抑制剂；因颅内压增高所致，可使用地塞米松；因肿瘤并发机械性肠梗阻所致，可使用地塞米松、奥曲肽等。

（2）重视非药物治疗，包括腹部按摩、音乐疗法、芳香疗法、心理治疗（如认知行为治疗、催眠治疗）等。

（3）在符合患者及家属治疗意愿的前提下，可酌情实施必要的侵入性操作，如胃肠减压管置入等。

3.护理要点

（1）协助患者取坐位或侧卧位，预防误吸。

（2）呕吐后及时漱口，及时清理呕吐物，更换清洁床单和衣裤。

（3）必要时监测生命体征。

（4）记录出入量、体重及电解质平衡情况等。

（5）剧烈呕吐时暂禁食，遵医嘱补充水分和电解质。

（6）指导患者及家属缓解恶心的方法，如芳香疗法等。

4.注意事项

应结合患者预期生存时间和照护目标，综合考虑液体补充量过多的液体治疗会导致患者出现气道分泌物增多、水肿等症状。

（六）腹胀。

1.评估和观察

（1）评估患者腹胀的诱因、程度、持续时间、伴随症状、治疗情况、心理状态、既往史、用药史及个人史等。

（2）评估患者排便、排气情况、饮食情况，进行腹部的听诊、触诊和叩诊，必要时测量腹围。

（3）了解患者相关检查检验结果。

2.治疗原则

（1）寻找原因及干预措施，如调整肠内营养种类、温度，停用或调整可能导致腹胀的药物等。

（2）必要时调整营养支持方式，根据病情给予胃肠减压、灌肠通便、补充电解质等处理。

（3）可运用非药物治疗缓解症状，如热敷、按摩等。

3.护理要点

（1）根据病情协助患者采取舒适体位或行腹部按摩等方法减轻腹胀。

（2）遵医嘱给予相应治疗措施，观察并记录疗效和不良反应。

（3）指导患者合理饮食，适当运动。

4.注意事项

指导患者及家属观察并反馈病情变化。

（七）水肿。

1.评估和观察

（1）评估水肿的诱因、部位、时间、范围、程度、发展速度，与饮食、体位及活动的关系，患者的心理状态、伴随症状、治疗情况、既往史和个人史。

（2）评估生命体征、体重、颈静脉充盈程度，有无胸水征和腹水征，患者的营养状况、皮肤血供、张力变化等。

（3）了解患者相关检查检验结果。

2.治疗原则

（1）针对水肿的原因进行治疗，停用或调整可能导致水肿的药物。

（2）非药物治疗方法包括限制液体摄入量、改变体位、抬高肢体等。

3.护理要点

（1）抬高患者水肿部位。

（2）及时清洁皮肤，涂抹保湿乳霜。

（3）轻度水肿患者应适当限制活动，重度水肿患者需取适宜体位卧床休息。

（4）定时监测体重和观察病情变化，必要时记录出入量及水肿部位围度。

（5）限制钠盐和水分的摄入，根据病情摄入适当蛋白质。

（6）遵医嘱使用利尿剂等药物，观察药物疗效及不良反应。

（7）为患者翻身时应注意动作轻柔，避免在水肿部位进行负重、穿刺、测量血压等操作。

（8）预防水肿部位出现压力性损伤，保持皮肤完整性。

4.注意事项

（1）对患者及家属进行饮食、活动指导。

（2）加强皮肤护理，保持清洁、干燥，避免发生感染。

（八）发热。

1.评估和观察

（1）评估患者发热的时间、程度及诱因、伴随症状等。

（2）评估患者意识状态、生命体征等变化。

（3）了解患者相关检查检验结果。

2.治疗原则

（1）明确原因，控制原发病。

（2）以物理降温为主，谨慎使用退热药物。

（3）注意补充水分、热量和保持电解质平衡。

3.护理要点

（1）保持适宜的室温。

（2）密切监测体温变化，观察热型。

（3）高热患者应给予物理降温或遵医嘱使用药物降温。

（4）在降温过程中，保持皮肤干燥舒适，及时更换清洁的衣裤和床单。

（5）注意观察患者在降温过程中及降温后的反应，避免虚脱。

（6）降温30分钟后复测患者体温。

4.注意事项

（1）低热时以温水擦浴等物理降温方式为主，中高热时适度使用退热药物，注意纠正脱水及电解质紊乱。

（2）高热或超高热可考虑冰帽、冰毯和/或冬眠疗法。

（九）厌食。

1.评估和观察

（1）评估有无影响患者进食的治疗、药物及环境因素等。

（2）评估患者有无贫血、低蛋白血症、消化及内分泌系统等疾病表现。

（3）评估患者日常饮食习惯、体能状况、运动情况、近期体重变化情况、心理状态等。

2.治疗原则

（1）根据病情、患者及家属的意愿选择适合的营养支持方式，如经口、鼻饲、胃空肠造瘘管饲或静脉营养等。

（2）可给予改善食欲的药物治疗。

（3）患有口腔疾病且具备干预条件的患者，可优先考虑治疗口腔疾病。

3.护理要点

（1）尊重患者意愿，做好与患者及家属的沟通，减轻因厌食引发的焦虑问题。

（2）指导患者及家属掌握正确的进食技巧。

4.注意事项

（1）尊重患者本人的意愿，避免因营养支持对患者造成伤害。

（2）对于经口进食的患者，应注重食物的搭配与口感。

（十）口干。

1.评估和观察

（1）评估患者口唇和口腔黏膜的完整性，有无口腔不适（如干燥、烧灼感等）的症状。

（2）评估患者有无咀嚼困难、吞咽障碍或疼痛以及有无味觉改变等。

（3）评估引起患者口干的诱因，如口腔卫生状况、生活习惯（如吸烟、饮酒、水分摄入量等）、环境因素等。

2.治疗原则

（1）寻找口干的原因，包括疾病因素（如头颈部肿瘤、干燥综合征、糖尿病、甲状腺功能减退、自主神经病等）、药物因素（如抗组胺药、抗胆碱能药、降压药、抗抑郁药、利尿剂、阿片类药物、抗菌药物等）、治疗因素等，并进行针对性治疗。

（2）重视非药物治疗，如使用冰块、喷雾等。

（3）必要时采取药物治疗改善症状。

3.护理要点

（1）调整室内适宜温湿度，避免空气干燥。

（2）加强口腔护理。

（3）指导患者掌握正确的含漱方法。

（4）鼓励患者少量多次饮水，优先选择冰水或矿泉水。

4.注意事项

避免粗暴的口腔护理操作（如强行剥脱血痂、表面覆膜等），

警惕润滑液误吸情况。

（十一）失眠。

1.评估和观察

（1）评估患者性别、年龄、既往失眠史等。

（2）评估导致患者失眠的躯体因素、疾病因素、药物因素及环境因素等。

（3）评估患者有无不良的睡眠习惯及生活方式。

（4）评估患者有无谵妄、抑郁或焦虑等。

2.治疗原则

（1）积极纠正引起失眠的原因。

（2）非药物治疗包括芳香疗法、音乐疗法等，避免睡前摄入咖啡、酒精及过量液体。

（3）根据病情合理使用助眠药物。

3.护理要点

（1）改善患者的睡眠环境，如保持床单位舒适、减少夜间强光及噪声刺激等。

（2）采取促进患者睡眠的措施，如增加日间活动、听音乐、按摩双手或足部等。

（3）定期进行失眠症防治的健康教育，指导患者掌握纠正睡眠节律紊乱的方法。

（4）适时给予患者及家属心理安慰和支持，缓解紧张、焦虑情绪。

4.注意事项

（1）尊重患者的意愿和生活习惯，观察、评估和沟通贯穿于治疗全过程，不必强行纠正已有的睡眠规律。

（2）警惕意识障碍发生，做到及早发现、及时处理。

（3）在使用处方类镇静催眠药物时应告知并注意预防跌倒、低血压等风险。

（十二）谵妄。

1.评估和观察

（1）评估患者意识状态、注意力、思维、认知、记忆、精神行为情感及觉醒规律的变化情况。

（2）评估患者谵妄发生的药物及环境因素。

2.治疗原则

（1）寻找并纠正患者谵妄的原因，包括药物不良反应、水电解质紊乱、感染、缺氧、疼痛等因素。同时，密切监测并及时处理尿潴留、便秘、跌倒外伤等并发症。

（2）使用合适的保护性约束，充分向患者家属告知病情，并获得知情同意。

（3）必要时可使用抗精神病药物控制症状，如氟哌啶醇、奥氮平等。

3.护理要点

（1）保持环境安静，避免过度的声光刺激。尽可能使患者处于安全熟悉的环境中，避免引起不必要的注意力转移。

（2）及时回应患者需求，安抚患者情绪，减轻其恐惧感。

（3）当患者出现伤人或自伤行为时，可采取肢体保护等必要

的安全措施。

（4）开展针对性的健康宣教，告知患者家属强制实施约束可能加剧谵妄症状，药物干预可能会导致嗜睡等不良反应。

（5）鼓励家属陪伴，认可患者的感受。

4.注意事项

在原因和诱因无法去除的情况下，应与患者家属沟通谵妄发作的反复性和持续性，共同设定合理的照护目标，保护患者避免因谵妄受到进一步伤害。

（十三）窒息。

1.评估和观察

（1）评估患者发生窒息的风险，包括有无呼吸道感染、气道分泌物、胃食管反流等。

（2）评估患者是否发生窒息，包括评估患者的意识状态、呼吸频率和节律等。

2.治疗原则

（1）对评估范围之外、预料之外的突发窒息应立即采取紧急措施，包括清除呼吸道异物、解除气道梗阻，必要时实施海姆立克急救法及心肺复苏等急救措施。

（2）对于前期经过评估和讨论后发生的窒息，应充分尊重患者及家属的救治意愿，明确治疗目标，选择相应的处理措施。

3.护理要点

（1）协助医生及时评估发生窒息的风险。

（2）告知患者及家属发生窒息的危险因素、应急处理措施等。

（3）指导患者及家属准确掌握预防呛咳的方法。

4.注意事项

（1）常规评估患者发生窒息的风险。

（2）提前与患者及家属沟通治疗目标。

二、舒适照护

（一）病区环境管理。

1.评估要点

（1）评估病区环境的空间、光线、温度、湿度、卫生。

（2）评估床单位的安全性、方便性、软硬度、整洁度。

（3）评估病区空间布局及设施配置情况，如有无家属休息设施、充足的物品收纳空间、辅助沐浴空间及相应设施、安全保障设施等。

2.护理要点

（1）保持病区安静、空气清新、光线适宜、温湿度适宜。

（2）保持病区物体表面清洁、地面干燥防滑、安全标识醒目。

（3）告知患者及家属遵守病区管理制度。

（4）指导患者及家属了解防跌倒、防坠床、防烫伤等安全措施。

3.注意事项

（1）病区布局合理、色彩柔和、温馨舒适，可根据患者的喜好摆放患者熟悉、喜爱或有特殊意义的物件、挂画和绿植等。

（2）工作人员应做到语气温和、举止轻缓、操作轻柔。

（二）口腔护理。

1.评估要点

（1）评估患者的病情、意识状态、配合程度。

(2) 观察患者口唇、舌苔、牙龈、口腔黏膜有无异常；口腔有无异味；牙齿有无松动，有无活动义齿。

2.护理要点

(1) 了解患者及家属的需求和意愿。告知患者口腔护理的目的、配合要点及注意事项。

(2) 使用蘸取漱口液的海绵棒清洁患者口腔，擦洗牙齿表面、颊部、舌面、舌下及硬颚部，遵医嘱处理口腔黏膜异常。

(3) 采用轻薄的油膏滋润患者唇部，意识障碍或张口呼吸的患者可用湿纱布覆盖或雾化保湿。

(4) 指导口干患者正确采取刺激唾液分泌的措施，如少量多次饮水、咀嚼无糖口香糖或糖果、口含水果切片或维生素含片、口中滴入酸味果汁等。

(5) 指导患者通过饮用绿茶水、咀嚼口香糖、使用漱口液等方式改善口腔异味。

3.注意事项

（1）操作过程中应关注患者感受。

(2) 对于昏迷或意识模糊的患者，口腔护理时不宜使用过湿的海棉棒，防止发生呛咳或误吸。

（3）口腔溃疡患者可先行利多卡因局部镇痛处理后再行口腔护理；若发生出血，可使用药物局部止血。

（4）有活动义齿的患者，协助清洁义齿。

（三）卧位护理。

1.评估要点

（1）评估患者病情、意识状态、自理能力、配合程度。

（2）评估患者自主活动功能及卧位习惯。

（3）评估患者皮肤情况、管路情况。

2.护理要点

（1）根据患者病情及舒适度选择合适卧位（如平卧位、半坐卧位、端坐卧位等）。

（2）维持卧位时避免肢体重叠受压。

（3）使用软枕支撑肢体，保持肢体与支撑面充分贴合，避免悬空。

（4）勤翻身，可使用软枕等辅助工具协助，翻身后妥善固定各种管路。

3.注意事项

（1）鼓励家属参与，了解患者翻身习惯。

（2）密切关注患者压力性损伤好发部位（如耳廓、肩关节、髋部、尾骶部等）的皮肤情况。

（3）翻身时动作应轻柔，避免拖拉硬拽。

（4）注意患者安全，必要时使用床挡或约束带进行防护。

（四）会阴护理。

1.评估要点

（1）评估患者病情、意识状态、配合程度，以及有无失禁或留置导尿管。

（2）评估病房温度及遮蔽程度。

（3）评估患者会阴清洁程度、皮肤黏膜情况，检查会阴部有无伤口、阴道流血或流液等情况。

2.护理要点

（1）协助患者取仰卧位，屈膝并保持双下肢轻度外展。

（2）于患者臀部下方放置防水垫单、便盆等。

（3）使用温水冲洗患者会阴部。

（4）对于留置导尿管者，由尿道口处向远端依次用消毒棉球擦洗。

（5）擦洗结束后擦干皮肤，皮肤黏膜有红肿、破溃或分泌物异常时需及时给予特殊处理。

（6）协助患者恢复舒适体位并穿好衣裤。整理床单位，妥善处理用物。

3.注意事项

（1）注意保暖，保护患者隐私。

（2）避免牵拉引流管、导尿管。

（3）选用柔软的柔巾纸擦干，避免擦伤局部皮肤、黏膜。

（4）如会阴部皮肤出现红肿、破溃或分泌物异常等情况，应及时启动专科会诊处理。

（五）沐浴和床上擦浴。

1.评估要点

（1）评估患者病情、自理能力、沐浴习惯及配合程度。

（2）评估病房或浴室温度及设施设备情况。

（3）评估患者皮肤状况、管路情况。

2.护理要点

（1）向患者解释沐浴/床上擦浴的目的及注意事项，取得患者配合。

（2）调节室温和水温。

（3）选择合适的转运工具，将患者安全地转运至浴室。

（4）按由上至下、由前至后的顺序协助患者擦洗身体，并更换清洁衣裤。

（5）观察并记录患者沐浴/床上擦浴过程中及浴后的病情变化及沐浴时间。

（6）整理床单位及用物。

3.注意事项

（1）注意保暖，保护患者隐私。

（2）密切观察患者病情，注意与患者沟通，关注患者感受。

（3）浴室应配备防滑垫、浴凳、扶手、紧急呼叫装置等相应设施，预防患者跌倒。

（4）保护伤口和管路，避免浸湿、污染及伤口受压、管路打折等。

（六）床上洗头。

1.评估要点

（1）评估患者病情、配合程度、头发清洁状态及头皮完整性。

（2）评估操作环境。

2.护理要点

（1）调节适宜的室温、水温。

（2）协助患者取舒适、便于操作的体位。

（3）协助患者于颈部放置毛巾，选择适配的洗头器具，依次完成头发润湿、涂抹洗发剂、温水冲洗操作。

（4）擦干患者面部及头发，及时使用吹风机吹干头发。

（5）协助患者取舒适卧位，整理床单位，妥善处理用物。

3.注意事项

（1）注意保暖，密切观察患者病情变化，及时处理异常情况。

（2）操作过程中保持患者体位舒适，保护伤口及各种管路，避免水流入眼、耳、口、鼻。

（3）操作人员应修剪指甲，操作过程需轻柔，用指腹为患者按摩头皮。

（4）使用吹风机时，应用手掌进行隔挡，避免烫伤患者头皮。

（七）协助进食和饮水。

1.评估要点

（1）评估患者病情、意识状态、自理能力、配合程度。

（2）评估患者饮食类型、吞咽功能、咀嚼能力、口腔疾患、营养状况、进食情况等。

（3）评估患者有无餐前、餐中用药，有无特殊治疗或检查。

2.护理要点

（1）协助患者进行餐前洗手，将食物、餐具等置于患者容易取放的位置，必要时协助患者进餐。

（2）协助患者取舒适体位，优先采用坐位；如患者体位受限，

应将床头抬高 30°-45°。

（3）注意食物温度、软硬度以及患者进食饮水的速度。

(4) 进餐完毕，协助患者漱口，保持适当体位。同时整理用物及床单位。

(5) 观察并记录患者在进食中及进食后的反应。需要记录出入量的患者，记录进食和饮水时间、种类、食物含水量和饮水量等。

3.注意事项

(1) 对于需特殊饮食的患者，应严格遵循饮食要求，并制定个性化食谱。

（2）与患者及家属沟通，给予饮食指导。

（3）患者进食和饮水延迟时，应做好交接班工作。

（4）针对终末期的患者，应避免强迫其进食。

（八）排尿异常的护理。

1.评估要点

(1) 评估患者病情、意识状态、自理能力、配合程度、治疗及用药情况。

(2) 评估患者饮水习惯、饮水量，排尿次数、量、伴随症状，尿液的性状、颜色、透明度等。

(3) 评估患者膀胱充盈度，有无腹痛、腹胀及会阴部皮肤状况；了解患者有无导尿管、尿路造口等。

2.护理要点

(1) 尿失禁的护理。

1）保持床单清洁、平整、干燥。

2）及时清洁会阴部皮肤，保持清洁干爽，必要时涂皮肤保护剂。

3）根据病情采取相应的保护措施，可采用纸尿裤、尿套、尿垫、集尿器或留置导尿管等。

（2）尿潴留的护理。

1）诱导排尿，如调整体位、听流水声、温水冲洗会阴部、按摩等。

2）留置导尿管定时开放，定期更换。

3.注意事项

（1）在操作过程中注意保护患者隐私。

（2）尿失禁时注意局部皮肤的护理。

（3）严禁长时间使用集尿器包裹生殖器。

（4）留置导尿管期间，注意尿道口清洁。

（5）指导患者养成定时排尿的习惯。

（九）排便异常的护理。

1.评估要点

（1）评估患者饮食习惯、治疗和检查、用药情况。

（2）评估患者排便习惯、次数、量，粪便的颜色、性状，有无排便费力、便意不尽等症状。

（3）评估患者肛周皮肤情况，如有无破溃等。

2.护理要点

（1）便秘的护理。

1）指导患者增加膳食纤维摄入，适当增加饮水量。

2）指导患者按摩腹部，鼓励适当运动。

3）指导患者每天训练定时排便。

4）遵医嘱给予便秘患者通便药物，必要时进行灌肠处理。

（2）腹泻的护理。

1）观察记录生命体征、出入量等。

2) 保持会阴部及肛周皮肤清洁干燥，评估肛周皮肤有无破溃湿疹、失禁性皮炎等，必要时涂皮肤保护剂。

3）指导患者合理饮食，并及时补充水分。

4）记录排便的次数和粪便性状，必要时留取标本送检。

5）持续腹泻患者，可考虑使用内置式卫生棉条或造瘘袋收集排泄物。

（3）大便失禁的护理。

1）观察并记录粪便的性状、排便次数。

2）使用防水护垫，以保护床单和患者衣裤不受污染。

3) 做好会阴及肛周皮肤护理，评估肛周皮肤有无破溃、湿疹、失禁性皮炎等，必要时涂皮肤保护剂。

4）遵医嘱指导患者合理饮食。

5) 指导患者根据病情和以往排便习惯，定时排便，进行肛门括约肌及盆底肌肉收缩训练。

3.注意事项

（1）定时开窗通风，确保室内空气流通。

（2）指导患者合理饮食，养成定时排便的习惯，适当运动。

（3）便秘患者应重点防范发生肠梗阻。

（4）腹泻患者应观察有无脱水、电解质紊乱等临床表现。

(5) 大便失禁、腹泻患者，应注意观察并做好肛周皮肤护理。

（十）濒死期护理。

1.评估要点

评估患者濒死期的临床征象，包括病情持续恶化，出现极度倦怠、虚弱和嗜睡症状；反应迟钝、沟通能力下降；食欲减退，吞咽困难；尿量减少、新发尿失禁或大便失禁；呼吸模式改变，伴有喉鸣音；皮肤斑驳样改变、皮温显著降低，四肢末端尤为明显等。

2.护理要点

（1）识别患者是否出现濒死期的临床征象。

(2) 关注患者病情恶化征象，如生命体征变化和疼痛反应改变等。

(3) 充分尊重患者及家属的意愿，为家属提供参与照顾患者的机会。

（4）给予患者及家属心理支持，缓解焦虑，减轻痛苦。

3.注意事项

应提前与患者家属沟通，共同为患者度过生命终末阶段做好充分准备。

三、心理支持和人文关怀

（一）心理精神支持。

1.评估和观察

（1）评估患者既往心理精神疾病史和药物依赖史。

(2) 评估患者的情绪状态、认知能力、意识状态、行为能力、理解能力和表达能力。

(3) 评估患者心理需求，了解其心理痛苦情况。

(4) 评估患者生活质量，了解其生活状况、生活环境、生活方式和社会满意度等。

(5) 评估患者及家属对疾病和死亡的认知和态度以及应对能力、社会支持系统及其利用等。

2.支持要点

(1) 以专注且非评判性的态度倾听患者，并与患者沟通交流。

(2) 根据患者的心理评估结果，采取合适的治疗方法，如认知行为疗法、支持性心理疗法、人本主义疗法等。

(3) 增加社交互动，减轻患者的孤独感和隔离感。

(4) 协助患者及家属识别可能潜在的压力源和危机情况，制定相应对策，并在必要时提供心理急救和危机干预服务。

(5) 指导患者及家属掌握情绪管理技巧，如深呼吸、渐进性肌肉松弛、冥想、正念等放松训练方法。

3.注意事项

(1) 当患者不具备决策能力时，需明确代理决策者并评估其决策能力。

(2) 应注重倾听与陪伴患者，定期评估和记录照护效果、病情变化及患者和其家庭的偏好。

(二) 情绪应对支持。

1.评估和观察

(1) 选用合适的工具评估患者的情绪状态(如恐惧、愤怒等),并判断有无自杀倾向。

(2) 评估引起患者负性情绪的躯体因素(如疼痛、精神疾病史)、药物因素(如皮质类固醇激素)、社会因素、心理因素等。

(3) 评估患者生活质量,了解其生活状况、生活环境、生活方式和社会满意度等。

2.支持要点

(1) 提供安静、舒适、私密、安全的环境。

(2) 鼓励患者充分表达自身感受。

(3) 鼓励家属陪伴,指导家属运用恰当的沟通技巧(如倾听、沉默、触摸等)表达对患者的理解与关怀,促进患者和家属间的有效沟通。

(4) 指导患者使用放松技巧减轻焦虑,包括深呼吸、放松训练、音乐疗法、芳香疗法、按摩、热水浴等。

(5) 若患者出现愤怒等负性情绪,帮助查找原因,并提供个体化辅导。

(6) 针对轻中度焦虑、抑郁患者,由心理治疗师进行专业干预。

(7) 针对重度焦虑、抑郁患者,遵医嘱指导其按时按量服用精神类药物,并密切观察药物疗效和不良反应。

(8) 应早期识别并关注患者的自杀倾向,同步做好预防工作。

(9) 帮助患者寻找并获取团体和社会支持,如联系社会工作者、志愿者等组成的服务团队提供协助。

3.注意事项

（1）尊重患者的权利，维护其尊严。

（2）正确早期识别患者的焦虑、抑郁、恐惧和愤怒等情绪，帮助其有效应对。

（三）沟通。

1.评估和观察

（1）评估患者的意识状态、沟通能力。

（2）评估患者及家属对沟通的心理需求程度。

2.支持要点

（1）根据患者及家属的意愿与节奏，结合患者的病情、沟通需求及情绪状态，审慎选择恰当的沟通时机。

（2）倾听并保持目光接触，身体适度前倾，适当给予语言回应，必要时可重复患者表述。

（3）运用开放式问题询问患者及家属感受，确保其充分表达。

（4）适时运用共情技巧，通过语言与行为表达对患者及家属情感的理解与帮助意愿。

（5）可适时组织多学科团队和患者及家属召开家庭会议，促进对疾病的一致性理解，共同决策。

3.注意事项

（1）言语沟通时，语速缓慢清晰，用词简单易理解，信息告知清晰简短，注意交流时机得当。

（2）非言语沟通时，表情亲切、态度诚恳。

（四）社会支持。

1.评估和观察

（1）观察患者在医院的适应情况。

（2）评估患者生活质量，了解其生活状况、生活环境、生活方式和社会满意度等。

（3）评估患者社会需求，了解患者社会支持的特点（如人际关系、经济状况，家属的支持情况及社会资源情况等）及与其身心健康水平的关系。

2.支持要点

（1）根据患者及家属对安宁疗护的需求，制定个体化的支持计划，如引导患者及家属共同参与决策并制定治疗照护计划，提供心理辅导、志愿者辅助服务，慈善援助和社会募捐等信息咨询服务。

（2）针对患者家属进行健康教育，使其了解治疗过程，并协同参与心理和社会支持工作。

（3）鼓励患者亲属及好友加强陪伴，给予患者鼓励与支持。

3.注意事项

（1）根据患者疾病发展的不同阶段选择不同的社会支持方式

（2）尊重患者的自主性，指导患者寻求社会支持，充分发挥社会支持的作用。

（五）死亡教育。

1.评估和观察

（1）评估患者对死亡的态度。

（2）评估患者的性别、年龄、受教育程度、疾病状况、家庭关

系等影响死亡态度的个体和社会因素。

（3）对终末期患者定期进行生存期评估。

2.支持要点

（1）尊重患者的知情权利，引导患者正视并接受当前疾病状况。

（2）帮助患者获取有关死亡、濒死的相关知识，引导患者正确认识死亡。

（3）针对患者的死亡顾虑和担忧，提供具有针对性的解答和辅导。

（4）尽早鼓励患者制定现实可及的目标，并协助其完成心愿。

（5）引导患者回顾人生历程，肯定生命的意义和价值。

（6）鼓励家属陪伴和坦诚沟通，适时表达对患者的关怀和爱护，引导患者与亲人告别。

3.注意事项

（1）建立相互信任的关系是进行死亡教育的前提。

（2）坦诚沟通关于死亡的话题，不敷衍、不回避。

（3）患者对死亡的态度受到多种因素影响，应予以尊重。

（六）哀伤辅导。

1.评估和观察

（1）观察家属的悲伤情绪状态。

（2）评估家属心理及意识状态，理解能力、表达能力和支持系统。

2.操作要点

（1）陪伴、倾听，鼓励家属充分表达悲伤情绪。

（2）采用适合的悼念仪式帮助家属适应并接受现实，与逝者真正告别。

（3）在尸体料理过程中，尊重逝者和家属的习俗，允许家属参与，满足家属的需求。

（4）鼓励家属参与社会活动，为其适应亲人离世后的生活提供支持。

（5）采用电话、信件、网络等形式提供居丧期随访支持，表达对居丧者的慰问和关怀。

（6）充分发挥志愿者或社会支持系统在居丧期随访和支持中的作用。

3.注意事项

（1）悲伤具有个体化的特征，其表现因人而异，医护人员应能够识别正常的悲伤反应。

（2）重视对特殊人群如丧亲父母和儿童居丧者的支持。