

国家卫生和计划生育委员会办公厅文件

国卫办医发〔2017〕5号

国家卫生计生委办公厅关于印发 安宁疗护实践指南(试行)的通知

各省、自治区、直辖市卫生计生委,新疆生产建设兵团卫生局:

为贯彻落实《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》(国发〔2013〕40号)和《关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知》(国办发〔2015〕84号),进一步推进安宁疗护发展,满足人民群众健康需求,我委组织制定了《安宁疗护实践指南(试行)》(可从国家卫生计生委网站下载)。现印发给你们,请参照执行。



(信息公开形式:主动公开)

安宁疗护实践指南(试行)

安宁疗护实践以临终患者和家属为中心,以多学科协作模式进行,主要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

评估患者疼痛的部位、性质、程度、发生及持续的时间,疼痛的诱发因素、伴随症状,既往史及患者的心理反应;根据患者的认知能力和疼痛评估的目的,选择合适的疼痛评估工具,对患者进行动态的连续评估并记录疼痛控制情况。

2. 治疗原则

(1)根据世界卫生组织癌痛三阶梯止痛治疗指南,药物止痛治疗五项基本原则如下。1)口服给药。2)按阶梯用药。3)按时用药。4)个体化给药。5)注意具体细节。

(2)阿片类药物是急性重度癌痛及需要长期治疗的中、重度癌痛治疗的首选药物。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,也可临时皮下注射给药,必要时患者自控镇痛泵给药。

(3)镇痛药物使用后,要注意预防药物的不良反应,及时调整药物剂量。结合病情给予必要的其他药物和或非药物治疗,确保临床安全及镇痛效果。同时要避免突然中断阿片类药物引发戒断综合征。

(4)同时要避免突然中断阿片类药物引发戒断综合征。

3. 护理要点

(1)根据疼痛的部位协助患者采取舒适的体位。

(2)给予患者安静、舒适环境。

(3)遵医嘱给予止痛药,缓解疼痛症状时应当注意观察药物疗效和不良反应。

(4)有针对性地开展多种形式的疼痛教育,鼓励患者主动讲述疼痛,教会患者疼痛自评方法,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

止痛治疗是安宁疗护治疗的重要部分,患者应在医务人员指导下进行止痛治疗,规律用药,不宜自行调整剂量和方案。

(二)呼吸困难。

1. 评估和观察

(1)评估患者病史、发生时间、起病缓急、诱因、伴随症状、活动情况、心理反应和用药情况等。

(2)评估患者神志、面容与表情、口唇、指(趾)端皮肤颜色,呼

吸的频率、节律、深浅度,体位、外周血氧饱和度、血压、心率、心律等。

2. 治疗原则

(1)寻找诱因的同时应努力控制症状,无明显低氧血症的终末期患者给氧也会有助于减轻呼吸困难。

(2)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。

(3)但在不可能做到的情况下,阿片类药物是使用最为广泛的具有中枢活性的治疗此类呼吸困难的药物,应明确告知呼吸抑制、镇静的作用机制。

3. 护理要点

(1)提供安静、舒适、洁净、温湿度适宜的环境。

(2)每日摄入适度的热量,根据营养支持方式做好口腔和穿刺部位护理。

(3)保持呼吸道通畅,痰液不易咳出者采用辅助排痰法,协助患者有效排痰。

(4)根据病情取坐位或半卧位,改善通气,以患者自觉舒适为原则。

(5)根据病情的严重程度及患者实际情况选择合理的氧疗。

(6)指导患者进行正确、有效的呼吸肌功能训练。

(7)指导患者有计划地进行休息和活动。

4. 注意事项

(1)呼吸困难通常会引发患者及照护者的烦躁、焦虑、紧张,要注意安抚和鼓励。

(2)呼吸困难时口服给药方式可能会加重患者的症状或呛咳,可考虑其他途径的给药方式。

(三)咳嗽、咳痰。

1. 评估和观察

(1)评估咳嗽的发生时间、诱因、性质、节律、与体位的关系、伴随症状、睡眠等。

(2)评估咳痰的难易程度,观察痰液的颜色、性质、量、气味和有无肉眼可见的异常物质等。

(3)必要时评估生命体征、意识状态、心理状态等,评估有无发绀。

2. 治疗原则

(1)寻找咳嗽的病因并进行治疗,如激素及支气管扩张剂治疗哮喘,利尿剂治疗心力衰竭,抗生素治疗感染,质子泵抑制剂及促动剂治疗胃食管反流,抗胆碱药物治疗唾液过多误吸,调整血管紧张素转化酶抑制剂等。

(2)在原发病不能控制的情况下,阿片类药物治疗有效,需告知呼吸抑制、恶心、呕吐、便秘等副作用。

(3)对于局部刺激或肿瘤所致咳嗽患者,可予以雾化麻醉剂治疗。

(4)给予高热量、高蛋白营养支持方式,嘱患者多次少量饮水。

3. 护理要点

(1) 提供整洁、舒适、温湿度适宜的环境,减少不良刺激。

(2) 保持舒适体位,避免诱因,注意保暖。

(3) 对于慢性咳嗽者,给予高蛋白、高维生素、足够热量的饮食,多次少量饮水。

(4) 促进有效排痰,包括深呼吸和有效咳嗽、湿化和雾化疗法,如无禁忌,可予以胸部叩击与胸壁震荡、体位引流以及机械吸痰等。

(5) 记录痰液的颜色、性质、量,正确留取痰标本并送检。

(6) 指导患者掌握正确的咳嗽方法,正确配合雾化吸入。

4. 注意事项

(1) 根据具体情况决定祛痰还是适度镇咳为主,避免因为剧咳引起体力过度消耗影响休息或气胸、咯血等并发症。

(2) 教育患者及照护者呼吸运动训练、拍背及深咳。咯血、气胸、心脏病风险较高的患者应谨慎拍背、吸痰。

(四)咯血。

1. 评估和观察

(1) 评估患者咯血的颜色、性状及量,伴随症状,治疗情况,心理反应,既往史及个人史。

(2) 评估患者生命体征、意识状态、面容与表情等。

(3) 了解血常规、出凝血时间等检查结果。

2. 治疗原则

(1)安宁疗护原则以积极控制少量咯血,预防再次咯血。

(2)尽力缓解大咯血引发的呼吸困难和窒息症状,避免刻意延长生命的抢救措施,如输血、气管插管,介入、手术等治疗措施。

3. 护理要点

(1)大咯血患者绝对卧床,取患侧卧位,出血部位不明患者取平卧位,头偏向一侧。

(2)及时清理患者口鼻腔血液,安慰患者。

(3)吸氧。

(4)观察、记录咯血量和性状。

(5)床旁备好吸引器等。

(6)保持排便通畅,避免用力。

4. 注意事项

(1)避免用力拍背、频繁吸痰,注意言语及动作安抚,必要时使用镇静类药物。

(2)对有咯血风险的患者应加强预防性宣教及沟通,使其有一定的思想准备。

(3)咯血期间避免口服药物,可予以其他用药方式。

(五)恶心、呕吐。

1. 评估和观察

(1)评估患者恶心与呕吐发生的时间、频率、原因或诱因,呕吐的特点及呕吐物的颜色、性质、量、气味,伴随的症状等。

(2)评估患者生命体征、神志、营养状况,有无脱水表现,腹部

体征。

(3)了解患者呕吐物或细菌培养等检查结果。

(4)注意有无水电解质紊乱、酸碱平衡失调。

2. 治疗原则

寻找引发症状的诱因及病因,如消化、代谢、中枢神经系统疾病、药物不良反应等,有针对性的治疗。

3. 护理要点

(1)出现前驱症状时协助患者取坐位或侧卧位,预防误吸、呕血。

(2)清理呕吐物,更换清洁床单。

(3)必要时监测生命体征。

(4)记录每日出入量、尿比重、体重及电解质平衡情况等。

(5)剧烈呕吐时暂禁饮食,遵医嘱补充水分和电解质。

4. 注意事项

适度的言语或非言语安抚,协助清理呕吐物及患者肢体活动,尽早纠正诱因及使用对症处理药物,预防误吸、消化道出血、心脏事件等。

(六)呕血、便血。

1. 评估和观察

(1)评估患者呕血、便血的原因、诱因、出血的颜色、量、性状及伴随症状,治疗情况,心理反应,既往史及个人史。

(2)评估患者生命体征、精神和意识状态、周围循环状况、腹部

体征等。

(3)了解患者血常规、凝血功能、便潜血等检查结果。

2. 治疗原则

(1)寻找可能的诱因或病因,酌情停止可疑药物、肠内营养,避免误吸、窒息。

(2)避免大量出血时输血及有创抢救措施。

(3)可予以适度镇静处理。

3. 护理要点

(1)卧床,呕血患者床头抬高 $10^{\circ}\sim 15^{\circ}$ 或头偏向一侧。

(2)及时清理呕吐物,做好口腔护理。

(3)监测患者神志及生命体征变化,记录出入量。

(4)判断有无再次出血的症状与体征,注意安抚。

4. 注意事项

(1)呕血、便血期间绝对禁止饮食,注意向患者及家属解释及安抚,使其有一定的思想准备和心理预期。

(2)避免胃镜、血管造影等有创性检查。

(七)腹胀。

1. 评估和观察

(1)评估患者腹胀的程度、持续时间,伴随症状,腹胀的原因,排便、排气情况,治疗情况,心理反应,既往史及个人史。

(2)了解患者相关检查结果。

2. 治疗原则

(1)寻找可能的诱因及可实施的干预措施如调整肠内营养种类、温度、可疑药物。

(2)必要时调整营养支持方式,予以胃肠减压、通便及灌肠处理。

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、肛管排气、补充电解质等方法减轻腹胀。

(2)遵医嘱给予相应治疗措施,观察疗效和副作用。

(3)合理饮食,适当活动。

(4)做好相关检查的准备工作。

4. 注意事项

非药物治疗如热敷、针灸、适度按摩,指导患者、家属及照护者观察反馈。

(八)水肿。

1. 评估和观察

(1)评估水肿的部位、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,既往史及个人史。

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

(3)了解相关检查结果。

2. 治疗原则

(1)针对诱因及病因,调整药物及液体入量。

(2)避免安宁疗护的终末期肾病患者进行肾脏替代治疗及相关操作。

3. 护理要点

(1)轻度水肿患者限制活动,严重水肿患者取适宜体位卧床休息。

(2)监测体重和病情变化,必要时记录每日液体出入量。

(3)限制钠盐和水分的摄入,根据病情摄入适当蛋白质。

(4)遵医嘱使用利尿药或其他药物,观察药物疗效及副作用。

(5)预防水肿部位出现压疮,保持皮肤完整性。

4. 注意事项

(1)对患者、照护者进行饮食、活动指导。

(2)准确记录入量、尿量。

(3)注意皮肤护理。

(九)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、生命体征的变化。

(3)了解患者相关检查结果。

2. 治疗原则

控制原发疾病,以物理降温为主,谨慎使用退热药物,注意补充水分、热量及保持电解质平衡。

3. 护理要点

- (1) 监测体温变化, 观察热型。
- (2) 卧床休息。
- (3) 高热患者给予物理降温或遵医嘱药物降温。
- (4) 降温过程中出汗时及时擦干皮肤, 随时更换衣物, 保持皮肤和床单清洁、干燥; 注意降温后的反应, 避免虚脱。
- (5) 降温处理 30 分钟后复测体温。
- (6) 做好口腔、皮肤护理。

4. 注意事项

- (1) 低热情况以擦浴等物理降温方式为主, 中高热情况下适度使用退热药物, 注意皮肤失水及电解质紊乱的纠正。
- (2) 高热或超高热可考虑冰帽、冰毯和/或冬眠疗法。
- (十) 厌食/恶病质。

1. 评估和观察

- (1) 评估患者进食、牙齿、口腔黏膜情况。
- (2) 评估患者有无贫血、低蛋白血症、消化、内分泌系统等疾病表现。
- (3) 评估患者皮肤完整性。
- (4) 评估有无影响患者进食的药物及环境因素。

2. 治疗原则

- (1) 根据具体病情及患者、家属意见选择喂养或营养支持方式, 如经口、鼻饲、胃空肠造瘘管饲或静脉营养。

(2)可给予改善食欲的药物治疗。

(3)患口腔疾病且可干预的患者可考虑治疗口腔疾病。

3. 操作要点

(1)每天或每餐提供不同的食物,增加食欲,在进餐时减少任何可能导致情绪紧张的因素。

(2)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。

(3)提供患者喜爱的食物,提供一些不需太过咀嚼的食物。

(4)遵医嘱予以营养支持。

4. 注意事项

(1)注意照顾患者的情绪,循序渐进。

(2)充分与照护者及家属沟通,取得信任和配合。

(3)必要时考虑肠外营养逐步向肠内营养,经口进食过渡。注意食物的搭配与口感。

(十一)口干。

1. 评估和观察

(1)评估患者口腔黏膜完整性及润滑情况,有无口腔烧灼感。

(2)评估患者有无咀嚼、吞咽困难或疼痛以及有无味觉改变。

(3)评估有无引起患者口干的药物及治疗因素。

2. 治疗原则

(1)调整居住环境。

(2)口腔局部治疗。

(3) 药物改善症状。

3. 护理要点

(1) 饮食方面鼓励患者少量多次饮水。

(2) 增加病房中空气的湿度。

(3) 口腔护理。

(4) 必要时常规使用漱口剂。

4. 注意事项

避免粗暴的口腔护理操作，强行剥脱血痂、表面覆膜、警惕润滑液误吸情况。

(十二) 睡眠/觉醒障碍(失眠)。

1. 评估和观察

(1) 评估患者性别、年龄、既往失眠史。

(2) 评估患者失眠发生的药物及环境因素。

(3) 评估患者有无不良的睡眠卫生习惯及生活方式。

(4) 有无谵妄、抑郁或焦虑状态等精神障碍。

2. 治疗原则

了解患者睡眠节律，可能的诱因和病因，必要时行睡眠监测，行为心理治疗，避免使用非处方催眠药物。

3. 护理要点

(1) 改善睡眠环境，减少夜间强光及噪声刺激。

(2) 对于躯体症状如疼痛、呼吸困难等引发的失眠应积极控制症状。

(3)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。

(4)定期进行失眠症防治的健康教育。

4. 注意事项

(1)注意观察、评估和沟通环节,贯穿治疗整个过程。如睡眠质量、睡眠时间改善,不必强行纠正已有的睡眠规律。

(2)警惕意识障碍发生,及早发现。

(3)在使用处方类镇静催眠药物时应告知并注意预防跌倒、低血压等副作用。

(十三)谵妄。

1. 评估和观察

(1)评估患者意识水平、注意力、思维、认知、记忆、精神行为、情感和觉醒规律的改变。

(2)评估患者谵妄发生的药物及环境因素。

2. 治疗原则

(1)寻找病因并改变可能的危险因素至关重要,如感觉损害、药物等,监测并处理尿潴留、便秘、跌倒外伤等并发症。

(2)使用合适的约束,充分向患者家属告知病情。

(3)必要时小剂量使用苯二氮卓类或氟哌啶醇类镇静药物。

3. 护理要点

(1)保持环境安静,避免刺激。尽可能提供单独的房间,降低说话的声音,降低照明,应用夜视灯,使用日历和熟悉的物品,较少

的改变房间摆设,以免引起不必要的注意力转移。

(2)安抚患者,对患者的诉说作出反应,帮助患者适应环境,减少恐惧。

4. 注意事项

(1)在诱因病因无法去除的情况下,应与家属及照护者沟通谵妄发作的反复性和持续性,争取理解、配合,保护患者避免外伤。

(2)约束保护的基础上可予以药物干预。

二、舒适照护

(一)病室环境管理。

1. 评估和观察

(1)评估病室环境的空间、光线、温度、湿度、卫生。

(2)评估病室的安全保障设施。

2. 操作要点

(1)室内温度、湿度适宜。

(2)保持空气清新、光线适宜。

(3)病室物体表面清洁,地面不湿滑,安全标识醒目。

(4)保持病室安静。

3. 指导要点

(1)告知患者及家属遵守病室管理制度。

(2)指导患者了解防跌倒、防坠床、防烫伤等安全措施。

4. 注意事项

(1)病室布局合理,温馨。

(2)通风时注意保暖。

(3)工作人员应做到说话语气温和、走路轻、操作轻、关门轻。

(二)床单位管理。

1. 评估和观察

(1)评估患者病情、意识状态、合作程度、自理程度、皮肤情况等。

(2)评估床单位安全、方便、整洁程度。

2. 卧床患者更换被单操作要点

(1)与患者沟通,取得配合。

(2)移开床旁桌、椅。

(3)将枕头及患者移向对侧,使患者侧卧。

(4)松开近侧各层床单,将其上卷于中线处塞于患者身下,清扫整理近侧床褥;依次铺近侧各层床单。

(5)将患者及枕头移至近侧,患者侧卧。

(6)松开对侧各层床单,将其内卷后取出,同法清扫和铺单。

(7)患者平卧,更换清洁被套及枕套。

(8)移回床旁桌、椅。

(9)根据病情协助患者取舒适体位。

(10)处理用物。

3. 指导要点

(1)告知患者床单位管理的目的及配合方法。

(2)指导患者及家属正确使用床单位辅助设施。

4. 注意事项

(1)评估操作难易程度,运用人体力学原理,防止职业损伤。

(2)操作过程中观察患者生命体征、病情变化、皮肤情况,注意保暖,保护患者隐私。

(3)操作中合理使用床挡保护患者,避免坠床。

(4)使用橡胶单或防水布时,避免其直接接触患者皮肤。

(三)口腔护理。

1. 评估和观察

(1)评估患者的病情、意识、配合程度。

(2)观察口唇、口腔黏膜、牙龈、舌苔有无异常;口腔有无异味;牙齿有无松动,有无活动性义齿。

2. 操作要点

(1)核对患者,向患者解释口腔护理的目的、配合要点及注意事项,准备用物。

(2)选择口腔护理液,必要时遵医嘱选择药物。

(3)协助患者取舒适恰当的体位。

(4)颌下垫治疗巾,放置弯盘。

(5)擦洗牙齿表面、颊部、舌面、舌下及硬腭部,遵医嘱处理口腔黏膜异常。

(6)操作前后认真清点棉球,温水漱口。

(7)协助患者取舒适体位,处理用物。

3. 指导要点

(1)告知患者口腔护理的目的和配合方法。

(2)指导患者正确的漱口方法。

4. 注意事项

(1)操作时避免弯钳触及牙龈或口腔黏膜。

(2)昏迷或意识模糊的患者棉球不能过湿,操作中注意夹紧棉球,防止遗留在口腔内,禁止漱口。

(3)有活动性义齿的患者协助清洗义齿。

(4)使用开口器时从磨牙处放入。

(四)肠内营养的护理。

1. 评估和观察

(1)评估患者病情、意识状态、营养状况、合作程度。

(2)评估管饲通路情况、输注方式,有无误吸风险。

2. 操作要点

(1)核对患者,准备营养液,温度以接近正常体温为宜。

(2)病情允许,协助患者取半卧位,避免搬动患者或可能引起误吸的操作。

(3)输注前,检查并确认喂养管位置,抽吸并估计胃内残留量,如有异常及时报告。

(4)输注前、后用约 30 毫升温水冲洗喂养管。

(5)输注速度均匀,根据医嘱调整速度。

(6)输注完毕包裹、固定喂养管。

(7)观察并记录输注量以及输注中、输注后的反应。

3. 指导要点

(1)携带喂养管出院的患者,告知患者及家属妥善固定喂养管,输注营养液或特殊用药前后,应用温开水冲洗喂养管。

(2)告知患者喂养管应定期更换。

4. 注意事项

(1)营养液现配现用,粉剂应搅拌均匀,配制后的营养液密闭放置在冰箱冷藏,24 小时内用完,避免反复加热。

(2)长期留置鼻胃管或鼻肠管者,每天用油膏涂拭鼻腔黏膜,轻轻转动鼻胃管或鼻肠管,每日进行口腔护理,定期(或按照说明书)更换喂养管,对胃造口、空肠造口者,保持造口周围皮肤干燥、清洁,定期更换。

(3)特殊用药前后用约 30 毫升温水冲洗喂养管,药片或药丸经研碎、溶解后注入喂养管。

(4)避免空气输注入胃,引起胀气。

(5)注意放置恰当的管路标识。

(五)肠外营养的护理。

1. 评估和观察要点

(1)评估患者病情、意识、合作程度、营养状况。

(2)评估输液通路情况、穿刺点及其周围皮肤状况。

2. 操作要点

(1)核对患者,准备营养液。

(2)输注时建议使用输液泵,在规定时间内匀速输完。

(3)固定管道,避免过度牵拉。

(4)巡视、观察患者输注过程中的反应。

(5)记录营养液使用的时间、量、滴速及输注过程中的反应。

3. 指导要点

(1)告知患者及照护者输注过程中如有不适及时通知护士。

(2)告知患者翻身、活动时保护管路及穿刺点局部清洁干燥的方法。

4. 注意事项

(1)营养液配制后若暂时不输注,密闭冰箱冷藏,输注前室温下复温后再输,保存时间不超过 24 小时。

(2)等渗或稍高渗溶液可经周围静脉输入,高渗溶液应从中心静脉输入,明确标识。

(3)如果选择中心静脉导管输注,参照静脉导管的维护(PICC/CVC)。

(4)不宜从营养液输入的静脉管路输血、采血。

(六)静脉导管的维护(PICC/CVC)。

1. 评估和观察要点

(1)评估患者静脉导管的固定情况,导管是否通畅。

(2)评估穿刺点局部及周围皮肤情况;查看敷料更换时间、置管时间。

(3)PICC 维护时应每日测量记录双侧上臂臂围并与置管前对照。

2. 操作要点

(1) 暴露穿刺部位,由导管远心端向近心端除去无菌透明敷料。

(2) 打开换药包,戴无菌手套,消毒穿刺点及周围皮肤,消毒时应以穿刺点为中心擦拭至少 2 遍,消毒面积应大于敷料面积。

(3) 使用无菌透明敷料无张力粘贴固定导管;敷料外应注明的置管及更换日期、时间和操作者签名。

(4) 冲、封管遵循 A—C—L 原则:A 导管功能评估;C 冲管;L 封管。每次输液前抽回血,确定导管在静脉内,给药前后生理盐水泵冲式冲管,保持导管的通畅。输液完毕使用生理盐水或肝素盐水正压封管,封管液量应 2 倍于导管+附加装置容积。

(5) 输液接头至少每 7 天更换 1 次,如接头内有血液残留、完整性受损或取下后,应立即更换。

3. 指导要点

(1) 告知患者及照护者保持穿刺部位的清洁干燥,如敷料有卷曲、松动或敷料下有汗液、渗血及时通知护士。

(2) 告知患者妥善保护体外导管部分。

4. 注意事项

(1) 静脉导管的维护应由经过培训的医护人员进行。

(2) 出现液体流速不畅,使用 10 毫升及以上注射器抽吸回血,不可强行推注液体。

(3) 无菌透明敷料应至少每 7 天更换 1 次,如穿刺部位出现渗

血、渗液等导致的敷料潮湿、卷曲、松脱或破损时应立即更换。

(4)经输液接头进行输液或给药前,应使用消毒剂用力擦拭接头至少 15 秒。

(5)注意观察中心静脉导管体外长度的变化,防止导管脱出。

(七)留置导尿管的护理。

1. 评估和观察要点

(1)评估患者年龄、意识状态、心理状况、自理能力、合作程度及耐受力。

(2)评估尿道口及会阴部皮肤黏膜状况。

2. 操作要点

(1)固定引流管及尿袋,尿袋的位置低于膀胱,尿管应有标识并注明置管日期。

(2)保持引流通畅,避免导管受压、扭曲、牵拉、堵塞等。

(3)保持尿道口清洁,女性患者每日消毒擦拭外阴及尿道口,男性患者消毒擦拭尿道口、龟头及包皮,每天 1—2 次。排便后及时清洗肛门及会阴部皮肤。

(4)及时倾倒尿液,观察尿液的颜色、性状、量等并记录,遵医嘱送检。

(5)定期更换引流装置、更换尿管。

(6)拔管前采用间歇式夹闭引流管方式。

(7)拔管后注意观察小便自解情况。

3. 指导要点

(1)告知患者及家属留置导尿管的目的、护理方法及配合注意事项。

(2)告知患者防止尿管受压、脱出的注意事项。

(3)告知患者离床活动时的注意事项。

4. 注意事项

(1)注意患者的主诉并观察尿液情况,发现尿液混浊、沉淀、有结晶时,应及时处理。

(2)避免频繁更换集尿袋,以免破坏其密闭性。

(八)会阴护理。

1. 评估和观察

(1)了解患者的病情、意识、配合程度,有无失禁及留置导尿管。

(2)评估病室温度及遮蔽程度。

(3)评估患者会阴清洁程度,会阴皮肤黏膜情况,会阴部有无伤口,阴道流血、流液情况。

2. 操作要点

(1)向患者解释会阴护理的目的和配合要点,准备用物。

(2)协助患者取仰卧位,屈膝,两腿略外展。

(3)臀下垫防水单。

(4)用棉球由内向外、自上而下外擦洗会阴,先清洁尿道口周围,后清洁肛门。

(5)留置尿管者,由尿道口处向远端依次用消毒棉球擦洗。

(6)擦洗完后擦干皮肤,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。

(7)协助患者恢复舒适体位并穿好衣裤,整理床单位,处理用物。

3. 指导要点

(1)告知患者会阴护理的目的及配合方法。

(2)告知女性患者观察阴道分泌物的性状和有无异味等。

4. 注意事项

(1)水温适宜。

(2)女性患者月经期宜采用会阴冲洗。

(3)为患者保暖,保护隐私。

(4)避免牵拉引流管、尿管。

(九)协助沐浴和床上擦浴。

1. 评估和观察

(1)评估患者的病情、自理能力、沐浴习惯及合作程度。

(2)评估病室或浴室环境。

(3)评估患者皮肤状况。

2. 操作要点

(1)协助沐浴。

1)向患者解释沐浴的目的及注意事项,取得配合。

2)调节室温和水温。

3)必要时护理人员护送进入浴室,协助穿脱衣裤。

4)观察并记录患者在沐浴中及沐浴后病情变化及沐浴时间。

(2)床上擦浴。

1)向患者解释床上擦浴的目的及配合要点。

2)调节室温和水温。

3)保护患者隐私,给予遮蔽。

4)由上至下,由前到后顺序擦洗。

5)协助患者更换清洁衣服。

6)整理床单位,整理用物。

3. 指导要点

(1)协助沐浴时,指导患者及照护者使用浴室的呼叫器。

(2)告知患者及照护者沐浴时不应用湿手接触电源开关,不要反锁浴室门。

(3)告知患者及照护者沐浴时预防意外跌倒和晕厥的方法。

4. 注意事项

(1)浴室内应配备防跌倒设施(防滑垫、浴凳、扶手等)。

(2)床上擦浴时随时观察病情,注意与患者沟通。

(3)床上擦浴时注意保暖,保护隐私。

(4)保护伤口和管路,避免浸湿、污染及伤口受压、管路打折扭曲。

(十)床上洗头。

1. 评估和观察

(1)评估患者病情、配合程度、头发卫生情况及头皮状况。

(2)评估操作环境。

(3)观察患者在操作中、操作后有无病情变化。

2. 操作要点

(1)调节适宜的室温、水温。

(2)协助患者取舒适、方便的体位。

(3)患者颈下垫毛巾,放置马蹄形防水布垫或洗头设施,开始清洗。

(4)洗发后用温水冲洗。

(5)擦干面部及头发。

(6)协助患者取舒适卧位,整理床单位,处理用物。

3. 指导要点

(1)告知患者床上洗头目的和配合要点。

(2)告知患者操作中如有不适及时通知护士。

4. 注意事项

(1)为患者保暖,观察患者病情变化,有异常情况应及时处理。

(2)操作中保持患者体位舒适,保护伤口及各种管路,防止水流入耳、眼。

(3)应用洗头车时,按使用说明书或指导手册操作。

(十一)协助进食和饮水。

1. 评估和观察

(1)评估患者病情、意识状态、自理能力、合作程度。

(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。

(3)了解有无餐前、餐中用药,有无特殊治疗或检查。

2. 操作要点

(1)协助患者洗手,对视力障碍、行动不便的患者,协助将食物、餐具等置于容易取放的位置,必要时协助进餐。

(2)注意食物温度、软硬度。

(3)进餐完毕,协助患者漱口,整理用物及床单位。

(4)观察进食中和进食后的反应,做好记录。

(5)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. 指导要点

根据患者的疾病特点,对患者或照护者进行饮食指导。

4. 注意事项

(1)特殊饮食的患者,应制定相应的食谱。

(2)与患者及照护者沟通,给予饮食指导。

(3)患者进食和饮水延迟时,做好交接班。

(十二)排尿异常的护理。

1. 评估和观察

(1)评估患者病情、意识、自理能力、合作程度,了解患者治疗及用药情况。

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

(3)评估膀胱充盈度、有无腹痛、腹胀及会阴部皮肤情况；了解患者有无尿管、尿路造口等。

(4)了解尿常规、血电解质检验结果等。

2. 操作要点

(1)尿量异常的护理。

1)记录 24 小时出入液量和尿比重,监测酸碱平衡和电解质变化,监测体重变化。

2)根据尿量异常的情况监测相关并发症的发生。

(2)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,必要时涂皮肤保护膜。

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

(3)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、按摩或热敷耻骨上区等,保护隐私。

2)留置导尿管定时开放,定期更换。

3. 指导要点

(1)告知患者尿管夹闭训练及盆底肌训练的意义和方法。

(2)指导患者养成定时排尿的习惯。

4. 注意事项

(1)留置尿管期间,注意尿道口清洁。

(2)尿失禁时注意局部皮肤的护理。

(十三)排便异常的护理。

1. 评估和观察

(1)评估患者心脑血管、消化系统病情。

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

(3)了解患者饮食习惯、治疗和检查、用药情况。

2. 操作要点

(1)便秘的护理。

1)指导患者增加纤维食物摄入,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)指导照护者正确使用通便药物,必要时灌肠处理。

(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、湿疹等,必要时涂皮肤保护剂。

3)合理饮食,协助患者餐前、便前、便后洗手。

4)记录排便的次数和粪便性状,必要时留取标本送检。

(3)大便失禁的护理。

1)评估大便失禁的原因,观察并记录粪便的性状、排便次数。

2)必要时观察记录生命体征、出入量等。

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

4)遵医嘱指导患者及照护者合理膳食。

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. 指导要点

(1)指导患者合理膳食。

(2)指导患者养成定时排便的习惯,适当运动。

4. 注意事项

(1)大便失禁、腹泻患者,应注意观察并护理肛周皮肤情况。

(2)腹泻者注意观察有无脱水、电解质紊乱的表现。

(十四)卧位护理。

1. 评估和观察

(1)评估患者病情、意识状态、自理能力、合作程度。

(2)了解诊断、治疗和护理要求,选择体位。

(3)评估自主活动能力、卧位习惯。

2. 操作要点

(1)平卧位。

1)垫薄枕,头偏向一侧。

2)昏迷患者注意观察神志变化,谵妄患者应预防发生坠床,必要时使用约束带。

3)做好呕吐患者的护理,防止窒息,保持舒适。

4)注意观察皮肤、压疮。

(2)半坐卧位。

1)仰卧,床头支架或靠背架抬高 $30^{\circ}\sim 60^{\circ}$,下肢屈曲。

2)放平时,先放平下肢,后放床头。注意观察皮肤、压疮。

(3)端坐卧位。

1)坐起,床上放一跨床小桌,桌上放软枕,患者伏桌休息;必要时可使用软枕、靠背架等支持物辅助坐姿。

2)防止坠床,必要时加床挡,做好背部保暖。注意观察皮肤、压疮。

3. 指导要点

(1)协助并指导患者按要求采用不同体位,掌握更换体位时保护各种管路的方法。

(2)告知患者调整体位的意义和方法,注意适时调整和更换体位,如局部感觉不适,应及时通知医务人员。

4. 注意事项

(1)注意各种体位承重处的皮肤情况,预防压疮。

(2)注意各种体位的舒适度,及时调整。

(3)注意各种体位的安全,必要时使用床挡或约束带。

(十五)体位转换。

1. 评估和观察

(1)评估病情、意识状态、皮肤情况,活动耐力及配合程度。

(2)评估患者体位是否舒适。

(3)翻身或体位改变后,检查各导管是否扭曲、受压、牵拉。

2. 操作要点

(1)协助患者翻身。

1)检查并确认病床处于固定状态。

2)妥善安置各种管路,翻身后检查管路是否通畅。

3)轴线翻身时,保持整个脊椎平直,翻身角度不可超过 60°,有颈椎损伤时,勿扭曲或旋转患者的头部、保护颈部。

4)记录翻身时间。

(2)协助患者体位转换。

1)卧位到坐位的转换,长期卧床患者注意循序渐进,先半坐卧位,再延长时间逐步改为坐位。

2)协助患者从床尾移向床头时,根据患者病情放平床头,将枕头横立于床头,向床头移动患者。

3. 指导要点

(1)告知患者及照护者体位转换的目的、过程及配合方法。

(2)告知患者及照护者体位转换时和转换后的注意事项。

4. 注意事项

(1)注意各种体位转换间的患者安全,保护管路。

(2)注意体位转换后患者的舒适;观察病情、生命体征的变化,记录体位调整时间。

(3)协助患者体位转换时,不可拖拉。

(4)注意各种体位受压处的皮肤情况,做好预防压疮的护理。

(十六)轮椅与平车使用。

1. 评估和观察

(1)评估患者生命体征、病情变化、意识状态、活动耐力及合作程度。

(2)评估自理能力、治疗以及各种管路情况等。

2. 操作要点

(1)轮椅。

1)患者与轮椅间的移动:①使用前,检查轮椅性能,从床上向轮椅移动时,在床尾处备轮椅,轮椅应放在患者健侧,固定轮椅。护士协助患者下床、转身,坐入轮椅后,放好足踏板;②从轮椅向床上移动时,推轮椅至床尾,轮椅朝向床头,并固定轮椅。护士协助患者站起、转身、坐至床边,选择正确卧位;③从轮椅向座便器移动时,轮椅斜放,使患者的健侧靠近座便器,固定轮椅。协助患者足部离开足踏板,健侧手按到轮椅的扶手,护士协助其站立、转身,坐在座便器上;④从座便器上转移到轮椅上时,按从轮椅向座便器移动的程序反向进行。

2)轮椅的使用:①患者坐不稳或轮椅下斜坡时,用束腰带保护患者;②下坡时,倒转轮椅,使轮椅缓慢下行,患者头及背部应向后靠;③如有下肢水肿、溃疡或关节疼痛,可将足踏板抬起,并垫软枕。

(2)平车。

1)患者与平车间的移动:①能在床上配合移动者采用挪动法;儿童或体重较轻者可采用1人搬运法;不能自行活动或体重较重者采用2~3人搬运法;病情危重或颈、胸、腰椎骨折患者采用4人以上搬运法;②使用前,检查平车性能,清洁平车;③借助搬运器具进行搬运;④挪动时,将平车推至与床平行,并紧靠床边,固定平车,将盖被平铺于平车上,协助患者移动到平车上,注意安全和保暖;⑤搬运时,应先将平车推至床尾,使平车头端与床尾成钝角,固定平车,1人或以上人员将患者搬运至平车上,注意安全和保暖;⑥拉起护栏。

2)平车的使用:①头部置于平车的大轮端;②推车时小轮在前,车速适宜,拉起护栏,护士站于患者头侧,上下坡时应使患者头部在较高一端;③在运送过程中保证输液和引流的通畅,特殊引流管可先行夹闭,防止牵拉脱出。

3. 指导要点

(1)告知患者在使用轮椅或平车时的安全要点以及配合方法。

(2)告知患者感觉不适时,及时通知医务人员。

4. 注意事项

(1)使用前应先检查轮椅和平车,保证完好无损方可使用;轮椅、平车放置位置合理,移动前应先固定。

(2)轮椅、平车使用中注意观察病情变化,确保安全。

(3)保护患者安全、舒适,注意保暖。

(4)遵循节力原则,速度适宜。

(5)搬运过程中,妥善安置各种管路和监护设备,避免牵拉。

三、心理支持和人文关怀

心理支持的目的是恰当应用沟通技巧与患者建立信任关系,引导患者面对和接受疾病状况,帮助患者应对情绪反应,鼓励患者和家属参与,尊重患者的意愿做出决策,让其保持乐观顺应的态度度过生命终期,从而舒适、安详、有尊严离世。

(一)心理社会评估。

1. 评估和观察

评估患者的病情、意识情况,理解能力和表达能力。

2. 操作要点

(1)收集患者的一般资料。包括年龄、性别、民族、文化程度、信仰、婚姻状况、职业环境、生活习惯、嗜好等。

(2)收集患者的主观资料。包括患者的认知能力、情绪状况及行为能力,社会支持系统及其利用;对疾病的主观理解和态度以及应对能力。

(3)收集患者的客观资料。通过体检评估患者生理状况,患者的睡眠、饮食方面有无改变等。

(4)记录有关资料。

3. 注意事项

(1)与患者交谈时确立明确的目标,获取有效信息。

(2)沟通时多采用开放式提问,鼓励患者主动叙述,交谈后简单小结,核对或再确认交谈的主要信息。

- (3)交谈时与患者保持适度的目光接触,注意倾听。
- (4)保护患者的隐私权与知情权。
- (5)用通俗易懂的语言解释与疾病相关的专业名词。

(二)医患沟通。

1. 评估和观察

- (1)患者的意识状态和沟通能力。
- (2)患者和家属对沟通的心理需求程度。

2. 操作要点

(1)倾听并注视对方眼睛,身体微微前倾,适当给予语言回应,必要时可重复患者语言。

(2)适时使用共情技术,尽量理解患者情绪和感受,并用语言和行为表达对患者情感的理解和愿意帮助患者。

(3)陪伴时,对患者运用耐心、鼓励性和指导性的话语,适时使用治疗性抚触。

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。

(三)帮助患者应对情绪反应。

1. 评估和观察

- (1)评估患者的心理状况和情绪反应。
- (2)应用恰当的评估工具筛查和评估患者的焦虑、抑郁程度及

有无自杀倾向。

2. 操作要点

(1)鼓励患者充分表达感受。

(2)恰当应用沟通技巧表达对患者的理解和关怀(如:倾听、沉默、触摸等)。

(3)鼓励家属陪伴,促进家属和患者的有效沟通。

(4)指导患者使用放松技术减轻焦虑,如深呼吸、放松训练、听音乐等。

(5)帮助患者寻找团体和社会的支持。

(6)指导患者制定现实可及的目标和实现目标的计划。

(7)如患者出现愤怒情绪,帮助查找引起愤怒的原因,给予有针对性的个体化辅导。

(8)如患者有明显抑郁状态,请心理咨询或治疗师进行专业干预。

(9)如患者出现自杀倾向,应及早发现,做好防范,预防意外发生。

3. 注意事项

(1)提供安宁、隐私的环境,减少外界对情绪的影响。

(2)尊重患者的权利,维护其尊严。

(3)正确识别患者的焦虑、抑郁、恐惧和愤怒的情绪,帮助其有效应对。

(四)尊重患者权利。

1. 评估和观察

(1)评估患者是否由于种族、文化和信仰的差异而存在特殊的习俗。

(2)评估患者知情权和隐私权是否得到尊重。

2. 操作要点

(1)对入院患者进行入院须知的宣教。

(2)为患者提供医疗护理信息,包括治疗护理计划,允许患者及其家属参与医疗护理决策、医疗护理过程。

(3)尊重患者的价值观与信仰。

(4)诊疗过程中保护患者隐私。

3. 注意事项

(1)尊重患者的权利和意愿。

(2)在诊疗护理过程中能平等地对待患者。

(五)社会支持系统。

1. 评估和观察

(1)观察患者在医院的适应情况。

(2)评估患者的人际关系状况,家属的支持情况。

2. 操作要点

(1)对患者家属进行教育,让家属了解治疗过程,参与其中部分心理护理。

(2)鼓励患者亲朋好友多陪在患者身边,予以鼓励。

3. 注意事项

(1)根据患者疾病的不同阶段选择不同的社会支持方式。

(2)指导患者要积极地寻求社会支持,充分发挥社会支持的作用。

(六)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、应对能力、家庭关系等影响死亡态度的个体和社会因素。

2. 操作要点

(1)尊重患者的知情权利,引导患者面对和接受当前疾病状况。

(2)帮助患者获得有关死亡、濒死相关知识,引导患者正确认识死亡。

(3)评估患者对死亡的顾虑和担忧,给予针对性的解答和辅导。

(4)引导患者回顾人生,肯定生命的意义。

(5)鼓励患者制定现实可及的目标,并协助其完成心愿。

(6)鼓励家属陪伴和坦诚沟通,适时表达关怀和爱。

(7)允许家属陪伴,与亲人告别。

3. 注意事项

(1)建立相互信任的治疗性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,应尊重。

(七)哀伤辅导。

1. 评估和观察

(1)观察家属的悲伤情绪反应及表现。

(2)评估患者家属心理状态及意识情况,理解能力和表达能力和支持系统。

2. 操作要点

(1)提供安静、隐私的环境。

(2)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。

(3)陪伴、倾听,鼓励家属充分表达悲伤情绪。

(4)采用适合的悼念仪式让家属接受现实,与逝者真正告别。

(5)鼓励家属参与社会活动,顺利度过悲伤期,开始新的生活。

(6)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。

(7)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。

抄送：国家中医药管理局。

国家卫生计生委办公厅

2017 年 2 月 3 日印发

校对：孟 莉