

癌症临终期患者的安宁疗护

诸海燕,孙彩萍,罗慧群,王海娟,朱条娥
(浙江省绍兴市人民医院,浙江绍兴 312000)

摘要:总结 41 例癌症临终期患者的安宁疗护。重点为与患者进行真诚的沟通,建立良好的信任关系,尝试死亡教育,有策略地告知病情,灌输安详而逝的理念,并给予生理、心理社会及灵性等全方位的照护,同时做好家属的哀伤辅导。41 例患者临终时均未出现意外伤害事件,未进行无谓的抢救,死亡时平静安详,身体清洁无异味,家属接受死亡现状,情绪稳定,无医疗纠纷发生。

关键词:癌症;临终期;安宁疗护 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2016.09.020

中图分类号:R48

文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2016)09-0874-03

“生如夏花之绚烂,死如秋叶之静美”,泰戈尔的诗句寓意着生命中生与死的最佳状态。然而,癌症临终期患者不仅承受着疾病的折磨,还受传统死亡观、伦理观的影响,往往当死亡快来临时,临终者恐惧不安、生者痛哭遗憾^[1]。因此,如何减轻患者在弥留之际的痛苦,捍卫生命在最后时刻的尊严,是目前亟待解决的问题。安宁疗护是指对没有治愈希望的患者所进行的积极而非消极的照顾,解决患者及家属生理、心理、灵性、社会等问题,其目的在于协助患者及家属获得最佳的生活品质^[2],是一种人性化的医疗服务模式,正受到医学界的日益重视^[3-4]。2013 年 4 月至 2014 年 12 月,本院肿瘤放疗科对 41 例癌症临终期患者实施安宁疗护,取得较好效果。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 41 例,均为诊断明确、治愈无望、预计生命期约在 3~6 个月的癌症临终期患者,其中男 28 例、女 13 例;年龄 33~86 岁,平均年龄 57.4 岁;文化程度:大学及以上 2 例,高中 2 例,初中 4 例,小学 17 例,文盲 16 例;疾病诊断:肺癌 24 例,胰腺癌 3 例,乳腺癌 3 例,食管癌 3 例,肝癌 3 例,宫颈癌 2 例,鼻咽癌 1 例,胃癌 1 例,结肠癌 1 例;宗教信仰:有宗教信仰 12 例,无宗教信仰 29 例。

1.2 结果 本组 41 例患者住院时间 8~53 d;院内死亡 7 例,院外死亡 34 例;患者临终时均未出现意外伤害事件,均未进行无谓的抢救措施,死亡时表情平静安详,身体清洁无异味;家属接受死亡现

状,情绪稳定;无医疗纠纷发生。

2 安宁疗护

2.1 帮助患者和家属接受死亡

2.1.1 尝试死亡教育 医护人员作为死亡教育的主要承担者,具备高度的人道主义精神,带着责任心、同理心、耐心,与患者及家属建立良好关系,取得患者及家属的信任。通过倾听、咨询、观察来了解患者对死亡的态度,分析个案特点,进行个性化死亡教育。教育过程中,结合患者的死亡态度及其自身特征,通过图片、媒体、典型故事等方式,针对性进行引导、启发、暗示、鼓励,让患者认识到死亡是生命的自然过程,增强其心理承受死亡的能力。同时对家属采用座谈式、辅导式、参与式、强化式教育,使家属尽快正确面对死亡,并积极参与到患者的死亡教育中来。本组 2 例患者能坦然面对死亡,39 例患者对死亡均存在不同程度的恐惧与不安,经死亡教育患者均能理解生老病死是自然规律。

2.1.2 有策略地告知病情 有研究^[5]显示,告知病情对癌症患者有积极的作用。在尊重患者权利和尊重家属意见的基础上,充分评估患者生理、心理和社会承受能力,采用不同的告知策略。通常采用医务人员与家属共商告知和医务人员直接告知患者两种策略,优先采用共商告知策略,医务人员与家属选择合适的时机,从专业的角度,客观地将病情告知患者。本组 35 例患者采用共商告知策略,4 例患者采用直接告知策略,2 例高龄患者应家属的要求,未特意告知患者病情;39 例患者知晓病情后情绪稳定,无过激行为,且表现出更积极的主动认知与主动行为,更愿意参与到各种医疗决策中。

作者简介:诸海燕(1975—),女,本科,副主任护师,护士长。

收稿日期:2016-04-22

绍兴市科技局科技计划项目,编号:2014B70061

2.1.3 灌输安详而逝的理念 放弃抢救是安宁疗护工作的难点。虽然众所周知,气管插管及心肺复苏这些抢救措施对于癌症临终期患者来说毫无意义,只会增加患者的痛苦,但患者及家属因情感、舆论等原因难以决定放弃抢救。通过召开家庭会议、举办各种讲座、个体面对面等形式,与患者及家属推心置腹地交流,向其灌输安详而逝的理念,普及自然死的观念。最终本组 6 例患者自己决定放弃抢救,35 例患者临终时由家属决定放弃抢救。

2.2 全方位照护

2.2.1 症状管理 癌症临终期患者常伴有疼痛、食欲不振、水肿、呼吸困难等症状。针对患者的不同症状进行对症处理、舒适护理,以减轻患者的痛苦为目的。疼痛往往是癌症临终期患者的主要不适症状,采用癌痛规范化诊疗的手段,正确评估疼痛、及时给药、观察疗效、做好宣教及随访,使癌症患者的疼痛得到良好控制^[6]。对食欲不振的患者,了解患者最喜欢的食物和味道,尽量满足患者的饮食喜好,与营养师联系沟通,给予饮食指导。本组 1 例患者,因患有糖尿病已经多年没有吃过自己喜欢的西瓜,在食欲不振时唯一想吃的就是西瓜,可又担心由此引起血糖升高,与营养师沟通后,最终患者开心地享用自己喜欢的美食。对于呼吸困难和水肿患者,除常规药物治疗外,尽量提供安静舒适、温湿度适宜的环境,协助患者取舒适卧位,指导患者呼吸训练和抬高肢体,并进行心理安抚及利用音乐、按摩、熏香等方式帮助患者放松心情,舒缓情绪,减轻不适的感觉。本组 41 例患者疼痛、食欲不振等症状得到较好控制,不适感得到缓解。

2.2.2 心理社会照护 研究表明癌症作为一种应激源,给患者的心理、社会及精神层面往往也带来痛苦^[7],给予患者心理疏导、情感及社会支持,尽力满足患者的需求^[8]。科室 2 名具备心理咨询师资格的护士除常规的劝慰和安抚,还进行专业的心理疏导,减轻患者的负性情绪。鼓励家人多陪伴,不限探视时间,并在特殊日子给夫妻爱人之间、父母子女之间创造彼此表达爱意、谢意的机会,满足患者及家属的情感需求。如为 1 例远离家人在外工作了 30 年的患者举办生日聚会,邀请其亲戚朋友与患者相聚一堂,尽情享受天伦之乐。组织志愿者和热心社会人士陪伴患者,并在陪伴

过程中了解患者存在的困难与困惑,积极予以帮助,提供有力的社会支持。通过不同的方式,本组 41 例患者及家属的心理社会情感需求均得到了满足。

2.2.3 灵性照护 灵性照护是在与天、人、物、我的关系上寻求共融,寻求永恒生命意义与价值^[9]。绝大部分癌症患者在生病、痛苦和死亡过程中,都表现有灵性困扰,本组 12 例有宗教信仰的患者表现得尤为明显。采用人生回顾、转换生命价值观、陪伴与分担、重新构建人际关系、从宗教信仰中获得力量、处理未了事务帮助完成最后心愿等措施^[10],满足患者的灵性需求。如对于有宗教信仰的患者及家属,邀请当地牧师到病房为基督教徒祷告,协同家属为信仰佛教患者床边悬挂平安符或床边轻声播放佛经等。

2.3 患者家属的哀伤辅导 哀伤辅导就是协助人们在合理的时间内引发正常的悲伤,并健康地完成悲伤,以增强重新开始正常生活的能力^[11]。癌症临终期患者家属由于即将失去亲人而过度哀痛和悲伤,导致精神上的创伤和心理方面的障碍,甚至诱发其他疾病。在照护患者的同时,及时给家属提供全面照护,倾听家属的述说,感受其内心的悲伤,鼓励其宣泄自己的情绪,关心家属的身体状况,并提供相应的帮助,使其缓解心身的疲惫。教会家属护理患者的简单技能,并参与到照护患者中,守护在患者身边,让家属在亲人辞世前尽到义务,在心灵上得到一定的慰藉。患者死亡后尊重他们的宗教信仰和风俗习惯,提供善后丧事指导。本组 1 例患者的高中生女儿面对其父亲的病情变化,情绪失控,几度晕厥。通过联系患者妹妹(其与患者女儿平常关系最好)并让她和患者女儿一起陪着患者走完人生的最后旅程;1 例患者的妻子因哀伤出现高血压危象,除紧急联系心内科医生就治外,还安排志愿者进行了为期半年的跟踪随访,最终 2 例家属均平安度过丧失亲人的哀伤期,重新开始自己的生活。

3 小 结

安宁疗护是近代医学领域中新兴的一门边缘性交叉学科,是社会需求和人类文明进步的标志。医护人员向患者及家属提供安宁疗护的理念,尝试进行死亡教育、有策略地告知病情、灌输安详而逝的理念;给予全方位照护,控制疼痛及身体的不适,给予患者及家属心理、社会及灵性层面照护,

让患者平静、安详、有尊严地离开,让家属重新开始自己的生活,真正达到生死两无憾。

参考文献:

- [1] 张中华,路雪芹,白琴,等.晚期癌症患者及家属安宁护理接受度调查分析[J].中华护理杂志,2009,44(9):783—785.
- [2] 罗慧群,诸海燕,王海娟,等.肿瘤专科护士在安宁疗护中的作用[J].医院管理论坛,2016,3(5):45—47.
- [3] 余托娅.恶性肿瘤患者 208 例临终关怀认识调查及对策[J].临床合理用药,2010,3(19):44—45.
- [4] 杨斐敏,叶志弘,汤磊雯,等.肿瘤科护士临终关怀护理执行要求及影响因素[J].护理与康复,2013,12(7):636—638.
- [5] 晋溶辰,陈燕,潘晓彦,等.癌症告知策略和早期应对方式与心理痛苦的关系研究[J].中国全科医学,2013,16(2):450.
- [6] 诸海燕,刘秋霞,赵建国,等.双向随访对中重度癌痛患者的影

响[J].护理学杂志,2013,28(19):19—20.

- [7] Heydarnejad MS, Dehkordi A, Dehkordi K. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy[J]. Aft Health Sci, 2011, 11(2): 266—270.
- [8] 郭航远,马红丽,诸海燕,等.安宁疗护理论与实践[M].杭州:浙江科学技术出版社,2015:221—247.
- [9] Puchalski C, Ferrell B, Virani R, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference[J]. J Palliat Med, 2009, 12(10): 885—904.
- [10] 郭静波,王玉梅.灵性照顾与辞世教育[J].医学与哲学,2013,34(1B):13—15.
- [11] 李秀,杜文东.我国传统心理治疗思想在哀伤辅导中的应用[J].医学心理学,2014,35(3A):42—43.

清醒状态下手术患者身体约束使用流程的设计与应用研究

叶敏飞,陈 燕

(浙江省宁波市鄞州区第二医院,浙江宁波 315100)

摘 要:目的 规范手术患者在清醒状态下身体约束使用流程,减少患者因身体约束所引起的不良反应。方法 将 166 例患者按随机数字表分为观察组和对照组各 83 例,对照组按常规进行身体约束,观察组按清醒状态下手术患者身体约束使用流程进行身体约束。观察两组患者生命体征变化情况、心理接受情况、术中压疮情况及患者满意度。结果 观察组患者发生生命体征总体变化少于对照组,两组脉搏、呼吸变化比较差异有统计学意义,血压变化比较差异无统计学意义;观察组患者对使用约束带心理接受例数多于对照组,比较差异有统计学意义;观察组患者满意度高于对照组,术中压疮少于对照组,比较差异均有统计学意义。结论 清醒状态下手术患者身体约束使用流程的应用能较好取得患者配合,减少患者恐惧心理与应激反应,有利于手术的顺利开展。

关键词:清醒状态;手术;约束;流程 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2016.09.021

中图分类号:R472.4

文献标识码:A

文章编号:1671-9875(2016)09-0876-03

身体约束指使用任何物理或机械性设备、材料或工具附加在或邻近于患者身体,患者本人不能轻易将其移除,用以限制患者的自由活动或使患者不能正常接近自己身体的方法^[1]。其作为一种保护性安全辅助措施被广泛运用于综合性医院和专科医院的一些临床科室^[2]。手术过程中,为了手术的顺利进行,往往需要将患者的肢体放置于特殊的位置,除了使用手术床以及特殊的器材外,还需要使用身体约束才能确保患者肢体位置的特殊需要。然而,不当的身体约束可能造成肢体损

伤、意外拔管等,且常常涉及到生理、心理、法律和伦理等多个方面问题^[3-4],甚至可能加重患者的躁动和焦虑^[5]。目前,一些国家已制定了身体约束使用指南,并提倡尽量减少约束带的使用。为了提高患者的满意度,减少清醒状态下手术患者对使用身体约束所引起的不良反应,减少患者在手术室清醒状态下身体约束的使用。本院手术室根据手术患者中非全麻手术患者较多特点,制定了手术室清醒状态下身体约束使用流程,并与常规方法进行对照研究,现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 选取 2015 年 1 月至 6 月收治的手术患者为研究对象。纳入标准:患者知情同意,自愿

作者简介:叶敏飞(1983—),女,本科,主管护师。

收稿日期:2016-04-14

通信作者:陈燕,浙江省宁波市鄞州区第二医院