

护理与临终关怀

——护理专业系列丛书

主编 李向东

参加编写人员：

李向东

田 力

王凤云

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

护理与临终关怀/李向东主编. - 北京: 北京医科大学、
中国协和医科大学联合出版社, 1998

(护理专业系列丛书)

ISBN 7-81034-730-6

I. 护… II. 李… III. ①临终关怀学②护理学 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 09758 号

护理与临终关怀

主 编 李向东

责任编辑 张忠丽

*

北 京 医 科 大 学 联合出版社出版
中国协和医科大学

北京迪鑫印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

*

787×1092 毫米 1/32 5.875 印张 128 千字

1998 年 9 月第一版 1999 年 3 月北京第二次印刷

印数: 3001—6000 册

ISBN 7-81034-730-6/R·728

定 价: 11.80 元

序

生、老、病、死是每个人生命过程中的必然规律。过去，由于人们对老和死的过程还缺乏认识，一般医务人员只重视人的生和病两个阶段，而对老和死则顺其自然。近年来，我国逐步向老年化国家发展，社会上医务界开始对老年人和老年病学加以注意，而对老的终末——临终和死亡则仍然认识不足。

临终与死亡是相连系的，临终需要医护人员的理解和关怀，对死亡则需要向广大人民群众进行教育，本书则是以临终与死亡为主线编写的。

本书前一、二章介绍了临终的概念及人在临终阶段生理、心理和行为的改变，由此引出对临终病人应如何理解与照顾。这种照顾除医院医护人员与家属外，还可以得到各种社会组织的协助与支持，以期解除病人临终前的恐惧不安，使病人得到全身心的关怀与照料。

第三章着重提出临终关怀中的护理工作，其中除一般病人临终前的身、心护理外，还对几种特殊疾病给以重点介绍，如晚期癌症、急症及老年病人。由于这几类病人有的病程长且疼痛剧烈，有的是突发性急病，毫无思想准备，还有的长期衰老羸弱，更需要护理人员的关怀与护理。

第四章是有关死亡的概念与教育，对于死亡，人的看法不一，有的恐惧焦虑，有的谈虎色变，也有的漫不经心，这实际上都是不正确的态度。死亡教育引导人们科学地认识死亡的规律，帮助人们建立正确对待死亡的态度。它是我国医

护学中新兴的一课，与病人密切接触的护士更需要有所认识，以便在工作中正确对待病人死亡并能向群众进行宣教。

目前，我国卫生部正大力提倡在各级医院中实施整体护理，通过对病人整体护理所得的结果有二：一是使大多数病人迅速痊愈出院，二是一部分病人因不可逆转的疾病最后安静地死去。加强临终关怀与死亡教育，可以使护士掌握更宽博的知识与理解在这个生命过程中的人的状况，从而以更体贴关怀的态度，精湛的护理技术，减轻病人身、心的痛苦，使病人安静地逝去。

本书既是我国现有护理教科书中所缺少部分的补充，也是护士在职学习和继续教育必修之课。广大护理人员掌握了这方面的知识后，可以帮助病人更无畏和安逸地走完生命最终阶段。

中华护理学会名誉理事长 林菊英
卫生部护理中心名誉主任

前 言

每个人都有生老病死，死亡是人生的自然归宿，临终是生命结束前的必经阶段。科学表明，人的临终阶段具有其特殊的发展规律性，如同出生一样，临终同样需要得到精心的照护和关怀。只有这样，每个人才能在尊严、舒适、平静之中死去。

随着医学科学的发展和人类社会文明的进步，人们开始重视对临终和死亡的研究。临终关怀现已在世界范围内有了长足的发展，护理也在临终关怀服务中得到了充分的发挥，人的生命价值更是获得了最大的体现。

本书的作者参阅了大量国内外文献资料，结合我国实际情况，用了两年多时间努力编写成书，旨在对护理与临终关怀做一比较全面系统的介绍。

本书共分四章，其主要内容有：关于临终的概念，重点介绍了临终病人的生理、心理与行为改变等。

关于临终关怀的概念，重点介绍了国内外开展临终关怀工作情况和临终关怀服务哲理与服务内容等。

关于临终关怀工作中的护理服务，重点介绍了护理概念模式与护理程序在临终关怀实践中的应用、几种特殊病人的临终护理，护理质量管理与人员培训等。

关于死亡教育，重点介绍了死亡的确定，现代社会中死亡特征、死亡态度、死亡教育的作用与内容等。

希望本书有助于广大临床护理工作提高对临终和死亡的科学认识，提高临终照护的专业知识和技术水平，为人的

生命最后阶段提供优质的护理服务。如果本书能起到“抛砖引玉”的作用，引来更多的护理科研、教育、管理者去结合我国实际情况，对临终和死亡问题进行更深入的研究，为 21 世纪我国人民健康事业做出更多的贡献，则是全体作者更大的心愿。

本书在编写过程中，得到护理前辈林菊英教授和协和医科大学联合出版社的大力支持，在此表示衷心地感谢。由于时间仓促，水平有限，不妥之处在所难免，恳请护理同仁们和广大读者给予批评指正。

李向东 田 力 王风云

目 录

第一章 临终的概念	(1)
第一节 临终的一般概念	(1)
一、临终的时限	(2)
二、临终的原因	(2)
三、临终的过程	(3)
四、临终的结局	(4)
第二节 临终病人的生理改变	(4)
一、一般性改变	(4)
二、严重性改变	(5)
三、死亡即将发生前的改变	(7)
第三节 临终病人的心理与行为改变	(7)
一、美国学者库布勒—罗斯的研究	(7)
二、国内学者的研究	(9)
第四节 临终的社会反应	(12)
一、临终病人亲属对临终的反应	(13)
二、医护人员对临终的反应	(15)
第二章 临终关怀的概念	(17)
第一节 历史之沿革	(17)
一、国外临终关怀的发展	(19)
二、国内临终关怀的发展	(22)
第二节 临终关怀服务哲理	(28)
一、以照料为中心	(29)
二、维护人的尊严	(29)

三、提高临终生活质量	(30)
四、共同面对死亡	(31)
第三节 临终关怀服务内容	(32)
一、从生理学角度考虑	(33)
二、从心理学角度考虑	(40)
三、从伦理学角度出发	(41)
四、从社会学角度出发	(44)
第四节 临终关怀服务模式和组织机构	(47)
一、服务模式	(47)
二、组织机构	(52)
第三章 临终关怀中的护理工作	(56)
第一节 护理概念模式和护理程序的应用	(56)
一、护理概念模式的应用	(57)
二、护理程序的应用	(63)
三、常用的护理诊断	(72)
第二节 临终关怀护理的内容	(75)
一、做好心理护理	(76)
二、保证基础护理	(82)
三、实施有效的疼痛护理	(85)
四、给予家属心理支持	(85)
五、善后护理	(85)
第三节 特殊临终病人护理	(87)
一、晚期癌症临终病人的护理	(88)
二、急症临终病人的护理	(91)
三、老年临终病人的护理	(93)
第四节 护理管理和人员培训	(96)
一、护理组织与质量管理	(96)

二、护理人员的教育与培训·····	(102)
第四章 死亡教育 ·····	(110)
第一节 关于死亡的确定·····	(110)
一、死亡的概念·····	(110)
二、死亡的标准·····	(112)
三、死亡的分期·····	(113)
第二节 现代社会死亡的特征·····	(116)
一、死亡过程延长·····	(117)
二、死亡制度化·····	(118)
三、死亡世俗化·····	(120)
四、趋向安乐死·····	(121)
第三节 关于死亡态度·····	(126)
一、死亡态度的概念及类型·····	(127)
二、影响死亡态度的各种因素·····	(128)
第四节 关于死亡教育·····	(135)
一、死亡教育历史发展概况·····	(136)
二、我国实施死亡教育的必要性·····	(140)
三、死亡教育的目的·····	(142)
四、死亡教育的作用·····	(143)
五、死亡教育的内容·····	(147)
六、护士在死亡教育中的作用·····	(153)
七、我国开展死亡教育展望·····	(166)
附录 1 ·····	(169)
附录 2 ·····	(171)
附录 3 ·····	(172)
附录 4 ·····	(174)
主要参考文献 ·····	(175)

第一章 临终的概念

随着医学科学的发展和人类文明的进步，临终和死亡问题越来越受到人们的关注和有关学术界学者的重视。何谓死亡 (death)? 又何谓临终或称濒死 (dying)? 近几十年来国内外众多学者的研究已经为我们建立起一些基本概念，有助于我们更好地认识和理解生命的过程。

第一节 临终的一般概念

死亡是一个逐渐发生、发展的过程，是一个由量变到质变的过程。根据医学界的解释、临终 (dying) 则是临近死亡的阶段，濒死是临终的一种状态。临终阶段的病人是在接受治病性 (curative) 或姑息性 (palliative) 医疗之后，病情仍继续恶化，尽管意识还清醒、然而各种征象已显示生命即将完结。世界上第一位成功地进行心脏移植术的南非医生巴纳德曾说过：“一个人在死亡前，其生命质量无法复原的退化，即谓之临终。”西方学者 Sorochan 认为：濒死、是将要到达死亡的生命过程。对大部分人而言、死亡是渐进的，这段时间有长有短。它的特征通常是长期的疾病或晚期的疾患，所以临终者会逐渐丧失身体的活力、全身器官及系统逐渐丧失功能、无法完成社会性的角色，需要他人照顾。Kastenbaum 认为：濒死开始于以下情况——当事人要死亡的事实已经确认，并已传达给当事人，当事人已了解和接受此事实，已没有办法再维持当事人的生命等。我国学者大多认

为：凡是由于疾病末期或意外事故而造成人体主要器官的生理功能趋于衰竭、生命活动走向完结，死亡不可避免地要发生的过程，可称之为临终阶段；或者是现代医学不能彻底医治的疾病，经过一段时间的维持性治疗，仍不能好转，那么自医生宣布无效治疗时至病人临床死亡的这段时间即可视为临终。处于临终过程的人是临近死亡，但尚未达到真正死亡的人，可称为临终者或濒死者（a dying man）。

一、临终的时限

关于临终的时间范围，目前世界上尚无统一的界定标准，各个国家都有自己的看法。如在美国，将临终定于病人已无治疗意义、估计只能存活6个月以内；在日本、以病人只有2个月至6个月存活时间为终末阶段；在英国以预后1年或不到1年为临终期等；还有不少国家倾向于以垂危病人住院治疗至死亡、平均17.5天为标准，但是昏迷者无法交谈者及生命维持不到24小时者均非临终关怀的合适对象。有的学者提出；从社会意义上讲，生命的预期寿命在6个月之内者即谓处于临终期的临终者。在我国，不少学者提出：当病人处于疾病末期、死亡在短期内（估计存活时间为2至3个月）不可避免地要发生时即属于临终阶级，并指出对晚期癌症病人，只要出现生命体征和代谢方面紊乱即可开始实施临终护理。有的调查资料表示，卫生界中约81.38%的人认为临终时限应视病情而定，这说明至少在目前的情况下，“临终”的时限界定仍然是一个模糊的概念。

二、临终的原因

造成临终、最终导致死亡的原因有多种。然而，根据国内外资料统计，目前人类主要死亡于循环系统疾病（心血管病、脑血管病）、癌症、呼吸系疾病。心脏病发作和中风造

成的死亡人数比其它任何疾病都要多，1996 年全世界 5200 多万例死亡中，循环系统疾病就占 1500 万例，即占全球总死亡例数的 30% 左右。癌症占 600 多万例，占全球总死亡例数的 12% 左右。据世界卫生组织（WHO）近年的统计，全世界每年约有 900 万人患癌症，同时每年约有 700 万人死于癌症。香港医院管理局 1995 年统计表明：香港地区 1994 年癌症死亡率占全港死亡总人数的 39.8%，癌症在香港已成为头号杀手。我国近年“中国统计年鉴”公布的死亡率显示：循环系疾病，恶性肿瘤，呼吸系疾病等三类疾病造成的死亡人数超过了所有因其它疾病而死亡人数的 50%。另外，我国每年新发现癌症病例约 160 万、每年死亡达 130 万例。从 1990 年起，癌症死亡率已居城市之首位、农村之第二位。从以上资料可见：目前，心血管病，脑血管病，癌症患者最易走向临终阶段。当然，其它疾病的末期、自然衰老，导致全身新陈代谢衰退，各种脏器功能衰竭，最终使病人濒临死亡。这在临终病人中也占有一定的比例。

三、临终的过程

大量的临床事实告诉我们：临终的过程可以很短暂，只持续几个小时或几天，几周如：心、脑血管病的急性发作、突然意外事故造成的人体主要脏器（脑干、心脏、肺脏、肝脏、肾脏等）的严重损害等。然而，临终的过程也可以很长久、能持续几个月、甚至几年病人才死亡，如：晚期肿瘤、艾滋病、或慢性疾病所致的脏器功能衰竭等。但是，不管怎样，在临终的过程中，治愈疾病、恢复健康的希望已经变得极其渺茫，病人日渐衰竭，将在身心痛苦的煎熬中渡过最后的日子。

四、临终的结局

对绝大多数的临终病人来讲，生命最终走向结束，经历了一段时期的痛苦，达到真正的死亡。然而，由于当今医学科学的发展，急救重症监护与维持生命技术的应用，有的临终病人可能会转危为安、绝处逢生、逃脱了死亡；有的癌症病人因接受了适当的治疗，自身免疫功能重新调整、奇迹出现，生命得到延长；也有个别病人，虽然已处于脑死亡状态，但是却保留了“植物性生命”。国外有科学家调查，有的人一生中甚至会有几次的濒死经历。总之，至今为止，人类生命的奥秘并未完全被揭示，临终带来的复杂问题需要人们进一步研究和探索。

第二节 临终病人的生理改变

处在临终阶段的病人、他（她）们身体上会产生一系列的生理改变。有些症状和体征是普遍存在的，有些表现则由于导致临终的原因、临终时限和个体反应不同而存在着差异。

一、一般性改变

1. 贫血貌 由于临终病人身体内各系统、组织长期营养不良、缺血、缺氧，皮肤与粘膜苍白、无光泽、尤以面部明显。同时，贫血还可以使病人感到极度疲倦、乏力。

2. 食欲不振或厌食 这是由于身体内新陈代谢功能紊乱、胃肠活动能力下降所致。病人食欲越来越差，同时合并有恶心、呕吐，摄入量日益减少，最终引起体重明显下降，人渐消瘦。

3. 便秘或腹泻，尿潴留或尿失禁 病人胃肠功能的紊

乱、肛门括约肌和膀胱括约肌的控制失调导致排泄功能异常而出现这些临床症状。这些症状给病人生理上和心理上带来很大痛苦。

4. 呼吸困难 肿瘤晚期或各种不可治疗疾病末期致使病人肺功能损害逐渐加重、发生呼吸功能不全。病人气短、呼吸困难日益加重、口唇及口腔粘膜出现紫绀，同时由于呼吸道分泌物的增加，还可以引起咳嗽、咳痰。呼吸困难对于意识清醒的临终病人是很痛苦的，增加其焦虑、恐惧的感觉。

5. 皮肤干燥、易发生损伤或褥疮 这是由于临终病人长期营养不良、液体摄入不足，机体处于脱水，周围循环衰竭以及长期卧床、活动受限而引起。如果皮肤护理不当，一旦发生褥疮将更增加临终病人的痛苦，降低临终生活质量。

6. 睡眠紊乱 病人可表现为失眠、易醒、多梦或嗜睡、精神萎靡不振、注意力下降、头晕、疲乏等。这可以由疾病本身或心理、社会因素引起。

7. 运动障碍 临终病人全身肌肉逐渐松弛、失去应激性，骨骼运动能力下降。病人常主诉腰痛、关节痛、活动受限、甚至难以移动等。

8. 意识改变 临终病人最初表现为、注意力和记忆力降低，意识有时朦胧、昏睡，定向感下降，对他人依赖性增加，以后逐渐发展为表情淡漠、反应迟钝、甚至呆滞等。

二、严重性改变

1. 疼痛 目前世界各国实施临终关怀与护理的病人中大多数是癌症。据 1985 年国外学者 Bomica 等统计，70% 的晚期癌症病人会发生严重疼痛；40% 癌症病人发展到中期就可感到中等至剧烈性疼痛。另有人对 607 例晚期癌症病人的

9种主要症状统计结果表明；疼痛症状居第一位，占人数的60%。美国某学者曾对国际有关的文献资料进行了复习发现：50%以上癌症病人有慢性疼痛，其中20%病人在死亡前有着极度的疼痛。我国学者虽然没有进行过全面、系统的调查研究，但是，根据中国医学科学院肿瘤医院专家1992年的调查资料发现：在1500多例各类癌症病人中则有51.1%者存在着不同程度的疼痛，66.4%的晚期病人伴有疼痛。江苏省肿瘤防治所报告：在收治的肿瘤病人中约有55.2%者存在着疼痛，其中严重疼痛者占总人数的53.1%。引起疼痛的原因比较复杂，多数是由癌症本身造成，如：瘤体压迫、浸润组织与器官；也可由癌瘤的广泛转移，各种并发症带来疼痛；手术、放射治疗和社会、心理精神等方面因素也会加重疼痛的发作与持续。

2. 脏器功能衰竭症状 晚期肿瘤或各种不可治愈的疾病末期均会导致临终病人体内各个脏器（特别是心脏、肺脏、脑、肝脏、肾脏）的急性或慢性衰竭。病人会出现一系列特殊的症状与体征。如：呼吸衰竭引起的异常呼吸（间竭、潮式呼吸等）、口唇与粘膜紫绀、脑组织缺氧与二氧化碳潴留的表现（头痛、烦躁、神情淡漠、结膜水肿、神志不清、昏迷等）。心功能衰竭引起的呼吸困难逐渐加重、咳嗽与咯血、心率加快与奔马律等（显示为左心衰竭）或是皮下水肿、腹水、胸水、紫绀、肝区压痛、颈静脉怒张等（显示为右心衰竭）。肾功能衰竭引起的排尿异常（少尿、无尿等）及氮质血症期、尿毒症期带来的各系统改变的症状等。肝功能衰竭引起的消化道出血及肝性脑病症状（意识模糊、神经错乱、昏睡、谵妄、扑翼性震颤等）。

三、死亡即将发生前的改变

病人可由于循环衰竭导致皮肤颜色苍白或有瘀血斑，面色呈绿灰或铅灰色，四肢和耳、鼻发冷，口唇呈青紫色，血压下降，心音低而无力，脉搏微弱且不规律，甚至可以摸不到。同时，随之而产生呼吸衰竭，病人表现为呼吸表浅，加速或极慢，气管内分泌物增多，出现潮式呼吸或临死呼吸（双吸气、叹气、点头样呼吸等）。病人的肌张力丧失、全身软瘫、下颌下垂、眼睛下陷、大小便失禁，各种深浅反射逐渐消失、瞳孔渐散大且无对光反应、吞咽反射消失等。病人的神志开始不清、言语困难；有时虽意识尚存，但表现烦躁不安、感觉迟钝、恍恍惚惚、昏迷、最终意识丧失。因为体温中枢功能的紊乱可使病人此时刻体温低于正常或高热。

第三节 临终病人心理与行为改变

临终病人由于躯体疾病的折磨，对生的渴求和对死的恐惧会产生一系列复杂的心理变化，甚至行为与人格的改变。近几十年来，国内外许多学者对临终病人的心理、行为变化进行了大量的研究，以求了解其中的普遍性与特殊性表现。

一、美国学者库布勒—罗斯的研究

美国精神病学家库布勒·罗斯博士（Dr. Elisabeth Kübler-Ross）对临终病人心理、行为的研究在世界上具有开拓性意义。她于1969年在《死亡与濒死》（On Death and Dying）一书中将身患绝症的病人从获知病情到临终时期的心理反应和行为改变总结归纳为五个典型阶段。

（一）震惊与否认阶段（shock and denial）

“不，不会是我！那不是真的！”这是当病人获知患不治

之症时最初表现出来的震惊与否认。病人尚没有接受自己疾病严重性的思想准备，认为这可能是医生错误的诊断。他们企图逃避现实，要求医生复查并到处询问打听，整日心神不定。据库·罗斯观察，有的病人直至死亡仍处于否认期，但大部分病人几乎很快都能渡过。少数病人可引起心理突变而采取自杀行动。库·罗斯认为震惊与否认是病人一种应付突降不幸的心理防御。

（二）愤怒阶段（anger）

“为什么是我？”病人进入此阶段时，已知病情和预后，但不能理解，气愤命运对自己的捉弄。怨恨、嫉妒、无助、痛苦等交织在一起的情绪使病人常迁怒于医护人员和家属，发泄内心的不满、苦闷与无奈、责怪上帝的不公平。此阶段中，病人常需要有机会尽情地发泄或有人帮助他们充分地倾诉内心的愤恨和痛苦。

（三）协议乞求阶段（bargaining）

“是的，就是我，但是……”在这个阶段里，病人通常已经承认和接受疾病的事实，不再怨天尤人，而是请求医生想尽一切办法治疗疾病并期望奇迹的出现。他们表现时而安静时而烦恼、对自己过去所做的错事表示悔恨，要求宽容，承诺并努力配合治疗与护理。

（四）抑郁阶段（depression）

“好吧，就是我。我……”这是病人已经认识到治疗无望、乞求无济于事而正视自己就要死亡时表现出来的一种消沉、抑郁、沮丧的心理情绪。他们身体每况愈下、生理功能逐渐衰竭、痛苦日益增长。同时他们为已经失去的工作与生活自由、健康与自尊和即将失去的生命更加感到悲伤。他们体验到一种准备后事的悲哀、变得沉默寡言、情绪极度消