

末期病人臨終前、後之護理

時間：108.12.6

地點：臺中醫院

臺中榮民總醫院

林蓮馨安寧共照個案管師

Mail:lian-

chin@vchtc.gov.tw



想一想——我有信心嗎



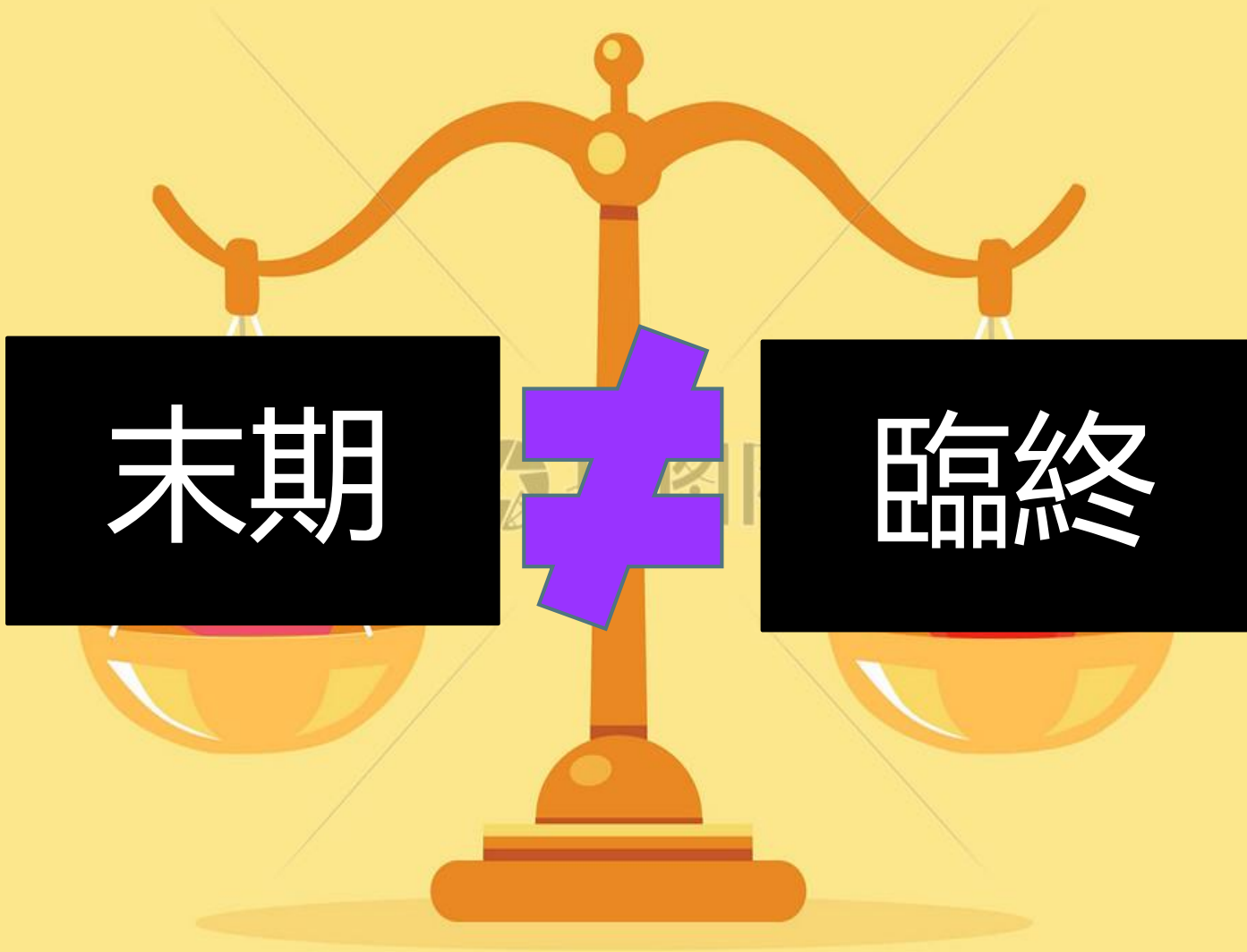
Q1.我能提供臨終病人舒適照顧

Q2.我能辨識病人瀕死症狀

Q3.我能讓家屬得知了解病人即將死亡的信息

Q4.我能協助病人或家屬進行四道人生引導

Q5.我能與病人家屬討論後事準備的訊息



末期

臨終



末期病人

**指罹患嚴重傷病，經醫師
診斷認為不可治癒，且有
醫學上之證據，近期内病
程進行至死亡已不可避免
者。**

存活期的預測與預告

- 存活期的預測，以前後數次的檢驗報告（血液及影像檢驗）、病人的臨床表徵（symptoms & signs）、及病人的功能（performance status）畫成連線。



何謂「安寧緩和醫療」？

世界衛生組織（WHO）在1990年對「緩和醫療（palliative medicine）」的定義為：「對於有治癒性的治療已無法獲益的末期病人，**整體積極的照顧**是給予病人**疼痛控制**及其他**症狀的緩解**，再加上更為重要的**心理、社會及靈性**層面之照顧，目標是協助病人及家屬獲得最佳的生活品質」。

安寧療護理念目標

- ◎ 當疾病從「可治癒」走向「疾病無法治癒」的時候，仍努力去**控制症狀**是安寧療護的開始。藉由一群醫療專業人員，提供**身、心、靈**的全人照顧，並且協助病人及家屬面對死亡的各種調適，讓生死兩無憾！
- ◎ 這裡有一個很重要的觀念：安寧療護**並不是放棄治療**，而是放棄「不再有療效」的治療，將目標從「疾病」轉向「**全人的照顧**」。

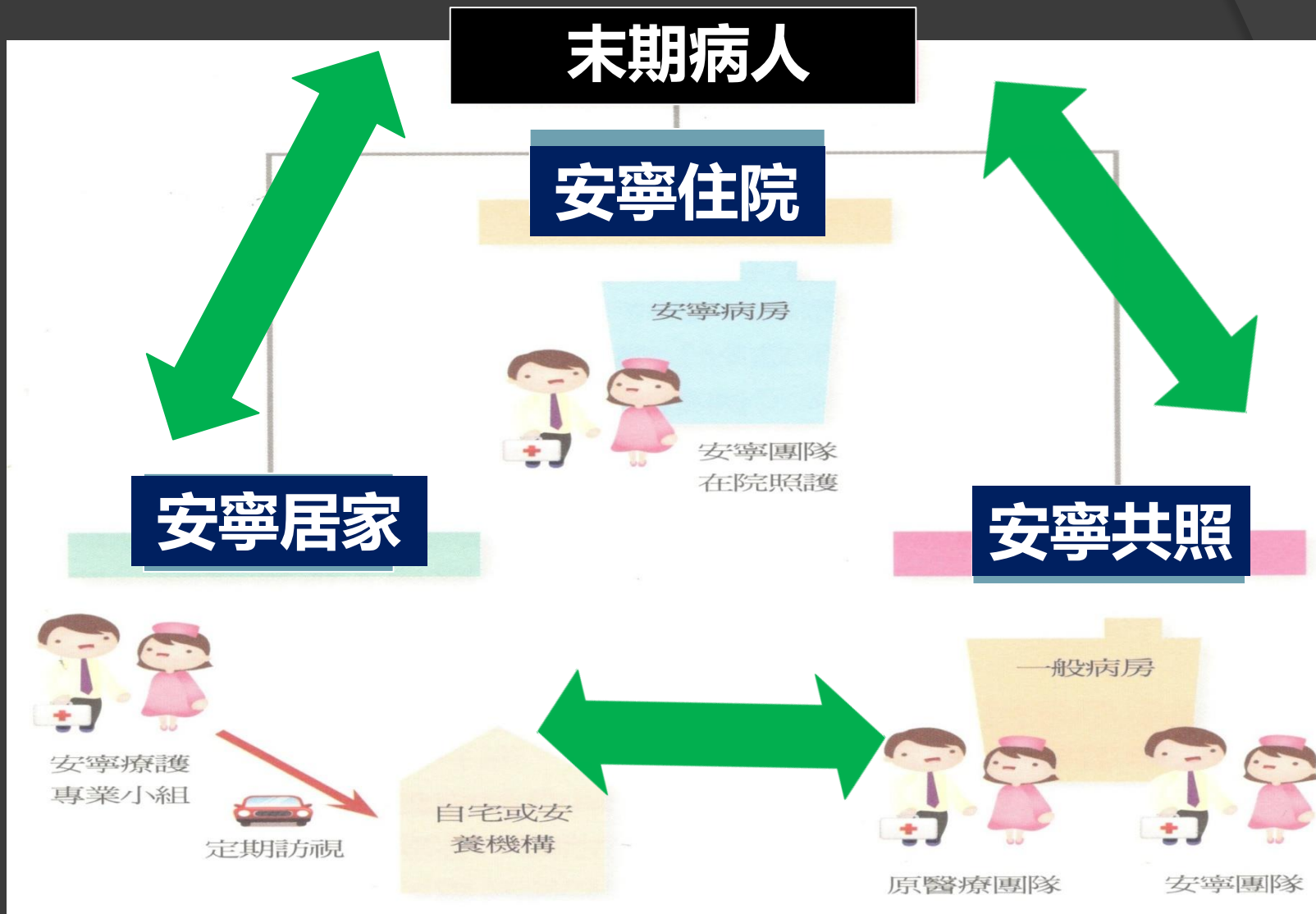
何種病人可接受安寧緩和療護？

癌症末期病患

運動元神經病變 (Motor Neuron Disease 或稱 “**漸凍人**”)

八大非癌症末期病患

安寧照顧服務模式



(蔡宏斌 , 2014)

臨終照護目標

避免拖延病人的死亡或延長死亡的過程，儘可能維持病患之舒適。

詳細的評估，並針對症狀做適當的處理。

適時的告知，使病人及家屬瞭解現在的狀況，以及預期性可能會出現的情形。支持陪伴病人及家屬。

惡化的徵候1/2

✦ 越來越沒力氣

✦ 越來越消瘦

✦ 神智混亂昏睡

✦ 時空感消失

惡化的徵候2/2

- ✦ 減少進食及喝水
- ✦ 無法吞藥
- ✦ 注意力越來越差
- ✦ 皮膚顏色變化 → 腳底發紺藍紫色
- ✦ 四肢發冷

瀕死症狀處理原則



睡眠時間越來越長且不易叫醒

原因：中樞神經系統衰竭

處理：若無任何不適，則不需特別叫醒病人。若清醒時，多和病人溝通，也可安排活動讓其參與。

喃喃自語或人事物混淆不清

原因：代謝減慢或腦部受侵犯

處理：提醒病人時間，日期和地點

協助其認出周遭的人提供其熟悉或喜愛的慰藉物品



躁動不安爬上爬下或看到幻影1/2

原因：血液循環變慢引起腦部缺氧

處理：請家屬保持鎮定，慢慢地與病人說話。接受但不需認同其幻覺，溫柔而有耐心的告訴其正確的人、事、物。

腦腫瘤、腦轉移、高血鈣、肝腦病變

躁動不安爬上爬下或看到幻影2/2

處理：安排家屬陪伴，提供一個安全舒適的環境，避免碰撞受傷。床欄拉起、被子使用。

當以上方法仍無法處理時，則可適時的與家屬討論是否給予鎮靜劑使用。

呼吸困難或不規則1/3

例如：呼吸加速、喟嘆式呼吸、呼吸暫停、陳式呼吸(Cheyne-Stokes respiration)

原因：血液循環變慢引起腦部缺氧
或腫瘤壓迫

呼吸困難或不規則2/3

處理：可將床頭搖高或用枕頭把頭墊高，以幫助呼吸。保持室內空氣流通，教導扇子搧風、小風扇使用維持涼爽通風。



呼吸困難或不規則3/3

處理：必要時使用蒸氣吸入或氧氣治療。
當以上方法仍無法處理時，則可適時的
與病人及家屬討論給予morphine或鎮
靜劑使用。



死前的嘎嘎聲(Death rattle)1/2

原因：病人因肌肉漸漸無力使得口水無法吞下去，積在喉頭隨著呼吸而發出的聲音。

處理：家屬容易被聲音影響會很擔心需說明此種聲音為去世前徵兆，不會讓病人感到不舒服或是噁到。

死前的嘎嘎聲(Death rattle)2/2

處理：不需要抽痰，抽痰對病人並沒有幫助，反而會造成更大的不舒服。可採側臥以利口水流出或把頭抬高以利吞嚥。可用抗膽鹼藥物(anticholinergic drug)減少分泌物的產生，例如：Atropine、Buscopan或Scopolamin貼片使用

[瀕死呼吸.t.mp4](#)



沒有食慾或無法進食1/2

原因：腸蠕動減少，且喉嚨吞嚥肌肉能力減弱，身體機能漸漸衰竭減少攝取食物及液體是預備死亡的正常機制。讓家屬了解病人食慾不佳的原因，而非強迫進食。

沒有食慾或無法進食2/2

處理：有口腔、嘴唇乾燥時，可用茶葉水棉枝潤濕或塗擦護脣膏。視情況約每三十分至二小時一次。勿強迫進食或進水，因即使進食也無法消化吸收。



大小便失禁

原因：神經肌肉漸漸退化而失去控制能力

處理：協助使用尿布或看護墊，隨時注意皮膚的照護，保持通風乾燥。評估解尿情形，必要時再使用導尿管或尿套。



手腳冰冷， 身體末梢的皮膚顏色漸漸變深

原因：血液循環變慢或血壓變低

處理：病人保暖，但勿使用電毯以防造成傷害。協助翻身注意舒適的擺位隨時維持皮膚的潔淨，可給予溫水拭浴。



大出血

原因：腫瘤在大血管周圍破裂

處理：減少害怕，可握住病人雙手並陪伴在其身旁。準備深色包布覆蓋，減少淺色床單上鮮血造成病人及家屬焦慮、害怕，減輕病人疼痛及清醒度。

常見頭頸部癌症

其它濒死症状

- ★荔枝眼
- ★皮膚溼冷
- ★全身盜汗
- ★脈搏次數不規則且微弱
- ★尿量減少(每8小時小於150cc)



臨終前之準備（一）

◎ 相片

(一)生活照，收集成冊以備日後紀念。

(二)半身正面彩色照(放大12吋)以備葬禮懸掛。

◎ 錄音或錄影

◎ 遺囑

◎ 衣服準備

◎ 著手聯絡葬儀社

臨終前之準備（二）

- ◎ 往生地點：醫院或家中
- ◎ 準備證件：身份證或戶口名簿
- ◎ 死診取得方式流程
- ◎ 宗教禮俗(依不同宗教習俗給予靈性上的支持)



臨終覺知

- ◎ 自知時至——主動告訴家屬或醫護人員，還有幾天或指出某月某日將會死亡
- ◎ 若有所見——看見已往生的親戚朋友看他或說要帶他走
- ◎ 若有自覺——在生命的最後幾天吵著要回家，有些人會有迴光返照的情形

臨終陪伴1/2

- ✦可以與病人有肢體的接觸，
如：握著病人的手、輕觸臉頰等。
- ✦可以持續和其他家人說話、維持互動，
讓病人透過聽覺感受到家人在其身旁，
而不是孤單一人躺在病床上。

臨終陪伴2/2

- ◎ 病人可能是處於嗜睡或昏迷狀態，但他們的聽覺仍在，可與病人說話，如「我們都好愛你」、「我們會聽你的交代」或「媽媽，讓我們相約在主的天家再會」都是家屬表達對病人的愛。

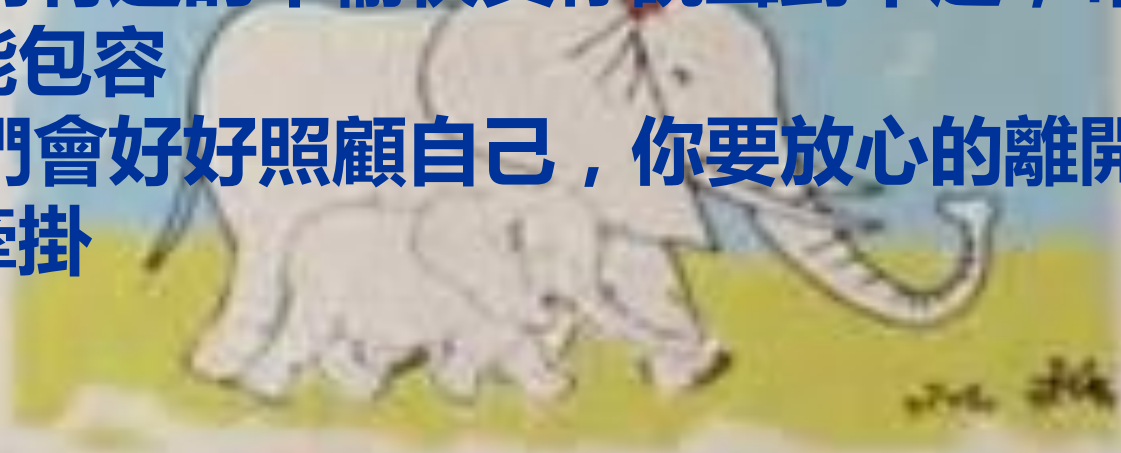
四道人生

道謝 → 謝謝你一直以來辛苦的付出

道愛 → 我們都很愛你，永遠都是我們的最愛

道歉 → 從前有過的不愉快與你說聲對不起，希望
你能包容

道別 → 我們會好好照顧自己，你要放心的離開
不要牽掛



♥ 道謝 道愛 道歉 道別

引導四道人生

家屬過於倉促的面對死亡及來不及表達遺願部分，醫療人員可以利用一些技巧：如口說、畫圖、錄音、視訊等方式引導病人及家屬表達“四道人生”（道愛、道謝、道歉、道別）以期生死兩相安(古等，2013)。

四道人生非於病人瀕死時期才可引導。

病人往生時...

- ✦ 引導家屬向病人道別
- ✦ 給予家人與病人道別的時間
- ✦ 協助帶領家屬進行遺體護理(動作輕柔)
- ✦ 讓家屬能抒發情緒(不要阻止家屬哭泣)
- ✦ 拍拍肩膀，撫慰家屬，不需太多言語

大部份家屬在面臨病人瀕死時，會擔心病人是否會有不適的症狀或突發狀況不知如何處理，而造成很大的心理負荷及壓力，所以此時護理人員可以給予最好的協助及情緒支持，使病人在最後的一段的生命裡，家屬可以共同參與、度過這段路程。

重視家屬需求及家屬哀傷處理

國外學者Kjerulf、Regehr、Popova及Baker(2005)指出**瀕死病人家屬的需求**包括：

1. 確定醫療人員所執行的醫療措施**對病人是有幫助**
2. 保證**瀕死病人的舒適**
3. 獲悉病人真實病情及病危之狀態
4. 能**陪在病人身邊、能抒發情緒、能接受其他家屬的安慰與支持**及能夠被相關專業照護者接受、支持、撫慰並**認同家屬的決定。**

家屬哀傷處理

護理人員能**關懷家屬**日夜照顧的疲憊、協助正向認知，告知失控及崩潰皆**合理之情緒**，並讓其**發洩、表達內在感受**，提供清楚的醫療資訊等。而依據家庭適應程度藉由專業人員(心理諮商師、社工人員、宗教師)之介入，將能協助家屬處理親人死亡的哀傷情緒並**縮短喪親家屬哀傷的時間**(高，2007；Duggleby et al, 2010; Machare et al, 2009)。

案例討論與分享

珍惜當下 勇於說...



結論

當生命走到末期，對病人家屬來說猶如在沙漠中迷失方向一般，身為醫療團隊的我們，擔任導航的工作，當大家都迷路時，至少陪伴著病人與家屬們一起走完這趟辛苦的旅程。

參考文獻

王英偉 (2010) · *安寧緩和醫療臨床工作指引* · 台北：財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會。

趙可式(1998) · *康泰安寧療護手冊* · 台北：康泰醫療教育基金會。

萍婉楊(2008) · *義講程課階進業專理護程課練訓業專理護和緩寧安* · 安理護和緩寧學會

詹建勝 (2009) · *安寧緩和醫療之情感議題的評估與處置* · 台灣安寧緩和醫學學會，*安寧緩和醫療 - 理論與實務* (初版，364 - 376) · 台北：新文京。

蔡東啟、徐錦池、侯承伯 (2006) · 癌症末期病患喘的整體性照顧 · *當代醫學*，33 (1)，73 - 77。

賴和賢、邱泰源、胡文郁、張皓翔、姚建安、陳慶餘 (2005) · 善終服務之文獻複查 · *安寧療護雜誌*，10 (2)，174 - 182。

Pinna, M. Á. C. (2012). Dyspnea review for the palliative care professional: Treatment goals and therapeutic options. *Journal of Palliative Medicine*, 15(7), 730-730.

Cheng, J. O., Lo, R. S., Chan, F. M., Kwan, B. H., & Woo, J. (2010). An exploration of anticipatory grief in advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 19(7), 693-700.

謝謝聆聽

