

altenpflege.de Edition

护理培训简明教材 - 重点老年护理

Theo Ahrens

安宁疗护与疼痛管理

presented by

YES
ARCH
ITEC
TURE.

书目信息

Theo Ahrens – 简历

Theo Ahrens, 1979年出生于慕尼黑附近, 是护理职业的教师和积极的护理教育工作者。

在医院完成了一年的志愿社会年后, 他接受了健康和护理人员的培训, 并在重症监护病房积累了宝贵的工作经验。在传授知识愿望的驱动下, 他学习了护理教育学, 并于2009年开始在慕尼黑的一所专科学校担任教师。

Theo以其实践性和同理心的教学而闻名, 用以准备未来的护理人员应对他们富有挑战性的职业。

私下里, 他与妻子和两个孩子住在柏林, 并志愿致力于改善护理教育的条件。

本简要教科书根据他的教学计划并利用K.I. 进行了编写。翻译是自动完成的。

由altenpflege.de出版

价格 DE/AT: 3,90 € CH: 5 Fr

版权 2024 altenpflege.de

提示和改进建议请发送至team@altenpflege.de。

1/1-2412181523

preview

目录

1 老年护理中的安宁疗护导论 4	
1.1 姑息治疗的定义 4	
1.2 姑息治疗护理的目标和原则 4	
1.3 治愈护理与姑息护理的区别 5	
1.4 临终护理中护理人员角色 5	
2 疼痛管理基础知识 6	
2.1 疼痛管理的定义与意义 6	
2.2 疼痛的类型 6	
2.3 疼痛的原因及产生 7	
2.4 姑息治疗中疼痛管理的重要性 7	
3 安宁护理的伦理和法律方面 8	
3.1 自决权和患者自主权 8	
3.2 姑息治疗中的伦理挑战 8	
3.3 处理病人预嘱和预防授权书 9	
3.4 安宁疗护和疼痛治疗的法律规定 9	
4 疼痛评估与疼痛检测 10	
4.1 护理中疼痛评估的重要性 10	
4.2 疼痛评估方法 10	
4.3 疼痛评估工具 11	
4.4 失智症患者疼痛评估的特殊性 11	
5 药物性疼痛治疗 12	
5.1 药物疼痛治疗基础 12	
5.2 疼痛治疗中的药物类别 12	
5.3 止痛药的作用与副作用（阿片类药物，非阿片类止痛药） 13	
5.4 止痛药的剂量、给药方式和应用形式 13	
5.5 处理麻醉药品（BTM）的指导方针 14	
6 非药物性疼痛治疗 16	
6.1 非药物性疼痛治疗的基础知识 16	
6.2 护理措施以减轻疼痛 16	
6.3 放松方法 17	
6.4 分散注意力疗法 17	
6.5 药物和非药物疼痛治疗的结合 17	
7 临终关怀护理措施 19	
7.1 临终护理中的身体清洁与移动护理 19	
7.2 重病及临终病人的营养与液体摄入 19	
7.3 观察与支持呼吸 20	
7.4 恶心、呕吐、呼吸困难和焦虑的症状控制 20	
7.5 口腔护理支持和缓解口腔干燥 21	
8 安宁疗护中的沟通 22	
8.1 关于与临终老人沟通的基础知识 22	
8.2 与患者及家属的沟通技巧 22	
8.3 应对困难对话 23	
8.4 家属工作与哀伤陪伴 23	
9 自我护理与护理人员的心理负担 25	
9.1 自我护理在姑息治疗护理人员中的重要性 25	
9.2 护理人员的压力管理与倦怠预防 25	
9.3 督导、团队会谈与同事支持 26	
9.4 反思自己对死亡的态度 26	
10 姑息治疗中的特殊挑战 28	
10.1 失智症患者的姑息治疗 28	
10.2 移民背景人群的姑息治疗 28	
10.3 对残疾人士的临终关怀 29	
11 临终护理中的多学科合作 30	
11.1 与医生、牧师、治疗师和社会工作者的合作 30	
11.2 护理人员在跨学科团队中的角色和任务 30	
11.3 在姑息治疗团队中的沟通与信息交接 31	
11.4 临终关怀服务、家庭护理服务和护理机构的协调 31	
12 临终护理质量保障 33	
12.1 老年护理专业中的姑息治疗质量标准和指南 33	
12.2 老年护理中的姑息治疗和疼痛管理评估 33	
12.3 文档和护理报告的重要性 34	
12.4 安宁疗护护理人员的资质和继续教育 34	
13 案例分析与实际应用 36	
13.1 安宁护理实践案例 36	
13.2 关于姑息治疗中挑战的案例研究 36	
13.3 护理决策在疼痛治疗中的反思 37	

1 老年护理中的安宁疗护导论

1.1 姑息治疗的定义

缓和护理是指对患有进行性、不可治愈疾病的患者进行积极的、整体的照料。其目标是通过缓解疼痛及其他困扰症状，以及在心理、社会和精神方面提供全面支持，提高患者及其家属的生活质量。

这种护理形式强调的是生活质量而非治愈预期。因此，缓和护理的范围包括疼痛和症状控制以及对心理社会和精神需求的支持。

缓和护理的重要特点包括：对症状的早期识别和治疗，提供贯穿整个疾病过程的持续照护，以及纳入多学科团队。护理人员在其中扮演着核心角色，他们与医生、治疗师和家属密切合作，以确保提供最佳的照护。

缓和护理的另一个重要方面是考虑患者及其家属的个人愿望和需求。这里强调的是自我决定权和患者自主权。重点在于支持患者根据自己的想法和兴趣安排余下的生活时间。

缓和护理可以在家中或在临终关怀院、专门的护理设施和医院进行。它不限于生命的最后阶段，而可以在疾病的早期阶段，就与治疗性疗法同时开始进行。

1.2 姑息治疗护理的目标和原则

姑息治疗的主要目标是改善重病和临终患者的生活质量。重点在于减轻身体和情绪上的痛苦，而不是不惜一切代价延长生命。姑息治疗的原则包括：

1. 症状管理

：全面缓解疼痛和其他使人困扰的症状，如恶心、呼吸困难或恐惧。这包括药物和非药物治疗方法。

2. 个性化护理

：护理根据个人的需求和生活状况进行调整。尊重患者的自主权在这里起着关键作用。

3. 整体方法

：考虑人类存在的所有方面——身体、情绪、社会和精神。一个跨学科的团队在各个领域提供支持。

4. 沟通与参与

：与患者和家属开放和理解的沟通是必不可少的。所有相关人员都应充分知情并参与决策过程。

5. 对家属的支持

：在护理期间以及哀悼阶段向家属提供专业支持。这些支持服务是姑息治疗的组成部分。

6. **早期干预**：姑息治疗可以在诊断出晚期疾病时就开始，以便及早减轻身体和精神负担。

7. 连续性和安全的保障

：确保在整个疾病过程中不间断的护理和陪伴，无论护理地点如何。

伦理和文化因素也将被仔细考虑，以确保一种充满尊重和有尊严的护理。姑息治疗注重尊重的对待方式，并促进自主生活权利直至生命终结。

1.3 治愈护理与姑息护理的区别

治疗性护理旨在治愈或减轻疾病。其目标是恢复健康，通常通过积极和干预性治疗直接对抗疾病根源。诊断措施和手术往往是重点。

而缓和护理则专注于缓解和生活质量。适用于无法治愈的疾病，在这种情况下，治愈已不再可能。重点在于症状的治疗以及对患者在各个生活领域的支持。

在治疗性护理中，医疗干预是重点。诊断、治疗、疾病进程的监测以及预防和后期护理是核心。患者的目标是针对治愈和康复。

在缓和护理中，整体方法是重点。除了症状治疗外，心理、社会和精神支持是基本要素。患者的权利和自主性具有重要意义。

另一个区别在于治疗团队。治疗性护理主要由医生和护理人员进行。在缓和护理中，由医生、护理人员、治疗师和牧师组成的多学科团队参与。护理与患者及其家属保持紧密沟通。

综上所述，治疗性护理旨在恢复健康，而缓和护理旨在确保患者在生命终末期的幸福感和自主性。每种护理在疾病的进程中都有其特定的时间和应用。

1.4 临终护理中护理人员的角色

在缓和医疗中，护理人员在确保重病患者的持续护理和支持方面承担着关键角色。他们成为患者、其家庭和多学科团队之间的桥梁。他们的职责范围多样，涉及到患者在身体、情感、社会和精神需求上的整体护理。

护理人员工作的重要方面是症状控制。这包括监控和评估如疼痛、恶心和呼吸困难等身体症状。护理人员负责实施疼痛管理，并协助制定和调整个别护理计划。在这个过程中，他们与医生和治疗师密切合作，以优化药物和非药物治疗。

在沟通方面，护理人员扮演着核心角色。他们支持患者、家属与治疗团队之间的对话。开放且富有同理心的对话对于减轻恐惧和理解患者需求至关重要。护理人员还为患者及其家属提供咨询功能，在疾病管理和治疗愿望的决策中提供帮助。

护理人员还负责心理社会护理。他们提供情感支持，并通过关心患者的日常健康，努力在其日常生活中保持一定程度的常态。同样，陪伴家属度过悲伤的任务也是他们的工作内容之一，无论是在患者疾病期间还是在之后。

另一个重点是日常活动的支持。这包括协助个人护理、活动、饮食和液体摄入。在护理过程中文档的准确性至关重要，以确保护理措施的无缝跟踪，并及时将患者健康状况的变化反馈给团队。

在缓和医疗中，护理人员必须能够评估伦理问题，并在困难情况下找到创造性的解决方案。始终优先考虑患者自主权和个人愿望。

总而言之，缓和医疗中的护理人员提供了超越单纯医学护理的整体护理。他们的角色需要同理心、专业技能和跨学科合作，以最好地支持患者及其家属。

2 疼痛管理基础知识

2.1 疼痛管理的定义与意义

疼痛管理是指对患者可能出现的疼痛进行系统性记录、评估和治疗。在姑息治疗中，疼痛管理至关重要，因为它能够改善患有不治之症患者的生活质量，并减轻其痛苦。

疼痛管理的目标是完全控制或至少显著减少疼痛。这不仅涉及身体层面，还包括疼痛的心理、社会和精神方面。需要一种整体的方法，以满足所有疼痛成分的需求。

有效的疼痛管理需要跨学科合作。护理人员发挥着核心作用，因为他们可以通过持续的监测和与患者的密切关系迅速发现疼痛状况的变化。他们协助实施医生的医嘱，是患者、家属和其他治疗团队之间的重要纽带。

在每一个专业护理和治疗中，必须进行以患者为中心的沟通。通过这种方式，患者学会表达他们的疼痛、恐惧或不适感。这对调整和优化个性化治疗方案至关重要。

有效的疼痛管理避免了不必要的痛苦，提高了对其他症状的控制，并显著促进了受影响者的尊严和自主性。在姑息治疗中，这是实现以人为本的护理人道主义目标的必要条件。

2.2 疼痛的类型

疼痛是复杂且多层面的。在缓和疗护中，为了实现有针对性的治疗，疼痛被分为不同类别。

急性疼痛

突然出现，通常是特定伤害或疾病的结果。它们通常有明确的原因并且时间有限。典型的原因包括手术或骨折。急性疼痛往往作为身体的警示信号。

慢性疼痛

持续超过三到六个月或在愈合过程中一直存在。它们可能是持续性或反复发作的。慢性疼痛需要长期的疼痛治疗并严重影响生活质量。例子包括关节炎或背痛。

体感疼痛

源于皮肤、肌肉、关节或骨骼。它们通常定位明确。其特点是刺痛或钝痛。典型的例子是瘀伤时的疼痛。

内脏疼痛

来自于内脏器官。它们往往难以定位并向身体其他部位放射。典型的是痉挛性或压迫性疼痛，例如在胃肠疾病中常见。

神经病理性疼痛

由于神经系统的损害或变化引起。这种疼痛通常是灼热感、刺痛或电击般的。原因可能是糖尿病或椎间盘突出。

对疼痛的深入理解帮助护理人员更个性化地满足患者需求并制定合适的疼痛治疗方案。这些治疗计划通常是跨学科的，既考虑疼痛体验的物理方面也考虑心理方面。

2.3 疼痛的原因及产生

疼痛是由生物、神经和心理因素复杂互动所产生的。从病理生理学的角度来看，伤害性、神经病理性和心理性过程起着关键作用。

伤害性疼痛

是由于特定的痛觉受体，伤害感受器的兴奋而产生，这些感受器位于皮肤、肌肉和器官等组织中。它们通过有害刺激被激活。刺激通过神经纤维传递到脊髓，在那里进行调节。然后信号通过传导路径到达大脑，在那里被感知和解释为疼痛。

神经病理性疼痛

是由于神经系统本身的损伤或疾病所致，而非直接的伤害感受器作用。经典例子包括带状疱疹感染后的疼痛或糖尿病性神经病变引起的疼痛。在此过程中，神经系统结构内部的刺激处理被破坏。这导致异常的、通常是增强的疼痛体验，即使在没有外部刺激的情况下也会发生。

心理性疼痛

起源于心理或情感压力因素，这些因素可以增强甚至引发疼痛。尽管没有初级组织损伤或神经系统障碍，由于强烈的心理机制，患者会体验到非常真实的疼痛。

疼痛的产生还受到多种生化过程

的影响。在组织损伤时，会释放出促进炎症并增加伤害感受器敏感性的介质，例如前列腺素。这可能导致疼痛传导的增强。

特别需要关注疼痛感知

，它因人而异可能有很大不同。疼痛记忆、先前经验和文化背景等因素会影响疼痛的感受和对疼痛的反应。在姑息护理中，这种主观的疼痛感知尤为重要。富有同情心的沟通和个体化的疼痛评估有助于有效地调整治疗措施以满足患者的需求。

2.4 姑息治疗中疼痛管理的重要性

有效的疼痛管理对于确保姑息治疗中的生活质量至关重要。当疼痛占据主导时，患者无法完全投入到他们剩余的人生阶段。无痛状态使得即便在生命的最后阶段，也能维护情感和社会关系。

未治疗的疼痛常常会加重其他症状，如恶心、呼吸困难或失眠。这进一步降低了生活质量，并增加了护理工作的难度。疼痛的缓解是以症状为导向的护理和生活质量的前提。

疼痛治疗的另一层意义在于心理减轻。疼痛常常引发焦虑和抑郁。对疼痛感知的影响与心理负担的减轻有关，这通常使患者更能接受死亡过程并找到内心的平和。

护理人员在疼痛治疗中扮演着重要角色，他们能通过与患者的接触感知变化并调整治疗方案。他们能够培训患者和家属，确保药物的正确使用和副作用的识别。

在姑息治疗的背景下，疼痛管理是一项尊重患者尊严的人权。然而，采用止痛措施时必须始终考虑患者的个人愿望和价值观，包括他们的精神和文化信仰。

疼痛治疗在姑息治疗中的意义超越其医学范畴。这关乎对患者整体的尊重和全方面的关注，使其能够尽可能地过上充实而无痛的生活直至最后。

3 安宁护理的伦理和法律方面

3.1 自决权和患者自主权

患者有权决定他们的医疗治疗。在姑息治疗中，这种自我决定权是核心的。护理人员必须尊重患者的意愿，并帮助他们做出知情选择。

患者自主性包括在没有外部压力的情况下做决定的能力。为了保证这一点，全面的信息和解释是必不可少的。护理人员应向患者告知疾病的发展、可能的治疗选项和预期结果。同时，还需解释放弃特定治疗的可能性。

护理人员的角色是建立一个信任基础，使患者可以自由表达他们的愿望。关键是要记录患者的意愿，并在护理计划的各个方面加以考虑。这也包括尊重患者预先指示和医疗代理权，以确保在患者无法表达意愿时，其决定依然能被执行。

患者自主性的实践要求护理人员尊重患者的个人价值观和偏好。这可能与医学建议相矛盾，这对经验丰富的护理人员来说也是一个挑战。然而，执行患者的意愿对于确保一个尊重且人性化的姑息护理方法至关重要。

护理人员还必须确保多专业团队知晓患者的愿望。这促进了协调的护理，并防止误解。在护理人员、负责治疗的医疗团队和亲属之间的持续对话支持这一过程。

总之，重点始终是维护患者的尊严，并尊重其作为一个积极和自主的人的身份。在这一过程中，关怀与保护的伦理原则总是要与自我决定权协调一致，并且患者的意愿始终优先。

3.2 姑息治疗中的伦理挑战

姑息治疗中的伦理挑战主要出现在与痛苦和痛苦处理相关的情境中。关于放弃治疗和改变治疗目标的决定需要在医学必需性和患者自主的伦理原则之间进行仔细权衡。

一个常见的冲突点是生命延长与生活质量的权衡。在这里，护理人员常常需要在进一步强化治疗和患者自然死亡的愿望之间做出选择。这个过程需要敏感性和对伦理原则的深刻理解：善意、不伤害和正义。

另一个困境涉及疼痛缓解，尤其是在药物给予方面。使用高剂量阿片类药物可能是必要的，以减轻无法忍受的痛苦，但也可能导致缩短死亡过程。在这里，需要在有效的疼痛治疗与不伤害原则之间找到平衡。

此外，患者的文化和宗教背景也提出了伦理挑战。不同的价值观需要一种个性化的方法。护理人员必须展现出文化敏感性，并确保治疗决策与患者的伦理和宗教信仰相符。

在多学科团队中的合作对于解决伦理冲突至关重要。医生、护理人员和伦理委员会的不同观点有助于做出平衡的决定。跨学科交流促进了对复杂伦理情境的理解，并有助于寻找符合患者利益的最佳途径。

为了克服伦理挑战，护理人员应不断提高自己的伦理能力。培训和伦理病例讨论对于增强护理人员的能力并为他们提供在困难情况下提供指导的工具是必不可少的。

在姑息治疗中，面对伦理困境是不可避免的。在这些时刻将患者的福祉置于中心并认识到决策的伦理影响的能力是护理人员的一项重要能力。这种能力有助于使护理真正以患者为中心并充满尊严。

3.3 处理病人预嘱和预防授权书

患者预嘱是书面的预先指令，患者在其中确定在失去决策能力时希望接受或拒绝哪些医疗措施。它们具有约束力，必须在护理计划中予以考虑。当患者无法表达意愿时，患者预嘱便会生效。

预先授权书补充了患者预嘱。通过预先授权书，患者指定一名信任的人，在紧急情况下可以根据患者的意愿做出决策。此人将在授权书中提及的领域进行法律代理。护理人员应了解，预先授权书必须具体制定，以覆盖所有希望的领域。

重要的是对原始文件的检查和正确记录。护理人员必须确保在决策过程中了解并能够获取患者预嘱和预先授权书的内容。副本应存放在相关档案中，并且整个护理和支持团队必须知晓其内容。

在处理这些文件时，需要敏感性。护理人员应有能力向患者及其家属提供解释和建议。在此过程中，保持保密性和信任至关重要。

如果在解释文件时出现冲突或不明确，应寻求医生的建议并在必要时进行伦理咨询。多专业团队的参与可以帮助理清为患者利益的复杂决策。

最后，使用患者预嘱和预先授权书需要定期培训。护理人员必须了解法律的新动向和实际应用，以便为他们的患者提供最佳支持。这不仅确保患者意愿的实现，还增强了对姑息护理的信任。

3.4 安宁疗护和疼痛治疗的法律规定

安宁疗护和疼痛治疗的法律规定基于国家和国际法律，以确保患者在考虑其个人意愿的情况下得到有尊严的对待。

在德国，法律基础是由联邦卫生部构建的，该部将安宁疗护视为卫生系统的一个不可或缺的组成部分。2015年的临终关怀和安宁疗护法要求服务提供者在住院和门诊领域提供安宁疗护服务。对于护理人员来说，这意味着他们必须充分具备资质，并应定期参加进修，以符合法律要求。

患者权利，尤其重要，这些权利在《民法典》（BGB）的条款中得到规定。条款表明，患者必须得到全面的信息，并被积极纳入与其治疗相关的决策中。这加强了患者的自主权以及对治疗措施知情同意或拒绝的权利。

在疼痛治疗的背景下，《麻醉药品法》（BtMG）涉及到止痛药的开具和给予。护理人员需要进行精确的记录和正确的操作，以确保治疗的安全性和有效性，并防止滥用。德国联邦医师会的指导方针为此提供了具体的操作指示，护理人员和医生都必须遵循。

此外，刑法同样重要，尤其是在权衡疼痛管理和生命缩短风险之间时。护理人员在这方面需谨慎行事，遵循“间接的安乐死”原则，该原则规制疼痛药物的谨慎责任。

联邦宪法法院的判决也起到重要作用，这些判决确认了获取安宁疗护作为基本权利，并强调了全面疼痛治疗的义务。这些法律框架是动态的，要求护理人员持续学习和调整操作方法。

总体而言，法律规定确保了在应对安宁疗护和疼痛治疗的挑战时采取标准化和专业的方式。护理人员应不断接受培训，以遵守法律规定并维护患者的权利。这一责任是确保安宁疗护质量及增强患者及其家属信任的核心。

4 疼痛评估与疼痛检测

4.1 护理中疼痛评估的重要性

疼痛评估是护理中有效疼痛治疗的基础。它使得患者的疼痛体验得以精确评估，并作为所有后续护理和治疗措施的出发点。

疼痛是主观的，在个体之间有很大差异。标准化的评估能确保将患者的主观体验转化为客观结果。这对于识别个体需求并规划相应的干预措施是必不可少的。

频繁和结构化的疼痛评估显著改善疼痛管理。它帮助及时识别疼痛感受的变化，从而快速调整疼痛治疗。没有可靠的评估可能导致过度或不足治疗，这会对患者的健康状况和生活质量产生负面影响。

疼痛评估的记录对于护理连续性和跨学科团队的沟通至关重要。它确保信息流畅并帮助评估和调整治疗决策。此外，它通过条理清晰的护理报告提供法律保障。

疼痛评估也具有教育功能。通过护理人员有针对性地询问疼痛特征和变化，他们使患者和亲属对如何处理疼痛有更好的认识。这增强了患者的自主权，并促进了对疼痛情况的共同理解。

适当的疼痛评估需要护理人员的敏感性和专业能力。他们必须能够识别非言语的疼痛表现，特别是在无法表达疼痛的患者中，如痴呆症患者或有交流障碍的患者。

总的来说，疼痛评估在优化护理质量中起了重要作用。它是减轻患者痛苦和在姑息治疗中维护其生活质量的基本工具。

4.2 疼痛评估方法

疼痛评估的方法包括标准化的疼痛量表、针对性的观察和患者的自我评估。这些方法能够精确测定疼痛的强度和性质，从而为适当的疼痛治疗提供基础。

疼痛量表

是疼痛评估的核心工具。它们提供了一种标准化的方式来量化患者主观感受到的疼痛状况。常用的疼痛量表有数字评分量表（NRS）、视觉模拟量表（VAS）和语言评分量表（VRS）。NRS要求患者在一个从0（无疼痛）到10（最强烈的想象疼痛）的量表上评估疼痛强度。VAS使用一条直线，患者在其上标记一个点来确定疼痛的位置。VRS基于对疼痛强度的形容，如“轻微”、“中等”或“强烈”。

观察

对无法口头表达的患者尤其重要，例如痴呆患者或重度交流障碍患者。护理人员会观察面部表情、身体语言、声音表达或行为变化等非言语线索。在这种情况下，诸如BESD量表（痴呆疼痛识别观察量表）等特定工具可以提供支持。

患者自我评估

是另一个重要方法。它建立在患者的主观感受之上，通常通过个性化的问卷或对话进行。这种方法确保患者的个人疼痛感受得到重视，并纳入疼痛治疗的计划中。

这些方法的应用需要护理人员具备专业知识，以便准确解释结果并得出针对性的措施。结合多种方法可最大化提高疼痛评估的准确性，并支持以患者为中心的护理。记录所有收集到的数据是必不可少的，以便追踪变化并持续调整治疗方案。

7 这只是个预览

完整的书籍可以在 <https://www.altenpflege.de> 上为注册用户提
供。注册和使用都是免费的。不想注册的人可以通过 PayPal 将第 2
页所述金额汇款至 buchhaltung@factsoft.de，并注明书名和电子邮件地址。然后他们会通过电子邮件收到 PDF。

除了访问简短教程的免费权限，注册 auf [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de)
还可以直接申请工作。还可以自己免费发布招聘广告。成为 [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de) 社区的一员吧