

## 安宁疗护舒适照护基本规范

Basic specification of comfort nursing in palliative care

2023 - 12 - 20 发布

2024 - 03 - 20 实施

# 目 次

前言 .....	III
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 总体原则与要求 .....	2
5 服务内容 .....	2
6 服务评价与改进 .....	5
附录 A (资料性) 简明疼痛评估量表 (BPI) .....	6
附录 B (资料性) 成人疼痛行为评估量表 .....	8
附录 C (资料性) WHO 恶心、呕吐分级标准 .....	9
附录 D (资料性) 终末期患者常见恶心和呕吐的原因 .....	10
附录 E (资料性) Borg 呼吸困难量表 .....	11
附录 F (资料性) 匹兹堡睡眠质量量表 .....	12
附录 G (资料性) 心理评估表 .....	14
附录 H (资料性) 广泛性焦虑自评量表 (GAD-7) .....	16
附录 I (资料性) 健康状况问卷-9 (PHQ-9) .....	17
附录 J (资料性) 社会支持评定量表 (SSRS) .....	18
参考文献 .....	20



# 前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由湖南省卫生健康委员会提出并归口。

本文件起草单位：湖南省肿瘤医院、湖南省儿童医院、中南大学湘雅医院、中南大学湘雅二医院、湖南省脑科医院、湖南省康复医院、长沙市三医院、常德市第二人民医院、郴州市第一人民医院、南华大学儿科学院。

本文件主要起草人：谌永毅、朱丽辉、胡永红、李旭英、沈波涌、谢鑑辉、龙艳芳、杨群、李梅枝、吴星辉、李凤辉、喻建芳、谢梅芳、任群峰、颜逸霞、李星凤、郑冰雅、张诚诚、郭俊晨、赵海伦、吴东、许亚文。



# 安宁疗护舒适照护基本规范

## 1 范围

本文件确立了安宁疗护舒适照护的总体原则与要求，规定了安宁疗护舒适照护的服务内容、服务评价与改进。

本文件适用于开展安宁疗护的医疗机构或医养结合机构。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB 50763 无障碍设计规范

WS 308 医疗机构消防安全管理

WS/T 653 医院病房床单元设施

DB43/T 2432—2022 安宁疗护病房管理规范

## 3 术语和定义

DB43/T 2432—2022 界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**安宁疗护 palliative care**

以终末期患者和家属为中心，以多学科协作模式进行实践，主要内容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。

[来源：DB43/T 2432—2022，3.1]

### 3.2

**舒适照护 comfort nursing**

为终末期患者及家属提供的促进环境、生理、心理及社会舒适的服务。

### 3.3

**环境舒适 environmental comfort**

与人的经历有关的外部环境因素的满足，包括温湿度、光线、声音、颜色等方面的舒适。

### 3.4

**生理舒适 physical comfort**

通过满足机体生理功能、基本需求和提供适当的护理来促进患者的身体舒适感。

### 3.5

**心理舒适 psychological comfort**

个体内在的自我意识的舒适，包括尊重、信仰及生命意义的满足。

### 3.6

#### 社会舒适 **social comfort**

个人、社会及家庭关系的满足，包括人际间的关系、家庭与社会的关系、经济状况、信息沟通等社会生活方面的舒适。

### 3.7

#### 安宁疗护多学科团队 **multiple discipline team in palliative care**

为终末期患者及家属提供照护服务的来自不同专业领域的专业人员，包括医师、护士、药剂师、营养师、康复治疗师、心理咨询师、社会工作者、志愿者等。

## 4 总体原则与要求

### 4.1 总体原则

遵循尊重、有利、不伤害、公平公正的医学伦理原则及自愿的原则。

### 4.2 总体要求

- 4.2.1 应落实医疗、护理质量控制、风险管理措施。
- 4.2.2 应遵守诊疗护理相关指南、技术规范和标准。
- 4.2.3 应以疾病终末期患者及家属为中心。
- 4.2.4 应采用安宁疗护多学科团队的照护模式。
- 4.2.5 应以患者个性化需求为出发点，注重照护的整体性。
- 4.2.6 舒适照护服务过程中，应保障患者安全。

## 5 服务内容

### 5.1 环境舒适

#### 5.1.1 物理环境

- 5.1.1.1 病房布局管理参照 DB43/T 2432—2022 规定。
- 5.1.1.2 病床单元设置参照 WS/T 653 规定。
- 5.1.1.3 病房无障碍设计要求应符合 GB 50763 规定。
- 5.1.1.4 病房消防设施及管理应符合 WS 308 规定。
- 5.1.1.5 患者活动区域如走廊两侧、卫生间应设扶手、紧急呼叫装置，地面应满足无障碍、易清洗、不渗水和防滑的要求。
- 5.1.1.6 宜在病房墙壁和天花板采用良好的隔音材料控制噪音，提供节奏舒缓的音乐/声音环境。

#### 5.1.2 人文环境

- 5.1.2.1 病房应设置可供交流、探视、娱乐及活动的空间。
- 5.1.2.2 病房应设置安宁疗护知识宣传栏。
- 5.1.2.3 宜举办促进患者相互沟通交流的各种文体活动、社交活动，鼓励患者及家属积极参与。
- 5.1.2.4 宜组织开展多种形式的安宁疗护志愿者主题活动。

### 5.2 生理舒适

### 5.2.1 疼痛管理

5.2.1.1 应评估疼痛的部位、性质、严重程度、对患者的影响、加重和缓解因素、伴随症状、时间特征，见附录 A；对于无法自我报告疼痛的患者，应由医护人员进行评估，见附录 B。首次评估应在入院 8 小时内完成，诊疗过程中动态评估。

5.2.1.2 轻度疼痛，可采用非甾体类药物；中、重度疼痛，宜采用阿片类药物。

5.2.1.3 宜采用心理学干预方法、物理疗法、放松疗法、中医疗法等非药物方法来缓解疼痛。

### 5.2.2 恶心和呕吐管理

5.2.2.1 宜使用 WHO 恶心、呕吐分级标准及时评估恶心、呕吐的程度，见附录 C，并且寻找导致患者恶心、呕吐的可能原因，见附录 D。

5.2.2.2 采用综合治疗原则，给予患者个性化干预，包括积极治疗可逆性病因、药物治疗和非药物治疗。

5.2.2.3 宜用吩噻嗪类药物、抗胆碱能药、抗组胺药等药物治疗。

5.2.2.4 宜结合使用针灸、穴位按压、生姜等非药物治疗手段。

5.2.2.5 改善食物烹饪方法，可进食酸味食物，如柠檬汁，杨梅汁等。

5.2.2.6 呕吐过程中应保持患者呼吸道通畅，防止误吸。

### 5.2.3 呼吸困难管理

5.2.3.1 应重视患者的自我报告症状，宜使用 Borg 呼吸困难量表评估呼吸困难，见附录 E，首次评估宜在办理入院 8 小时内完成，诊疗过程中动态评估。

5.2.3.2 宜使用支气管扩张剂、糖皮质激素和利尿剂、阿片类药物等积极治疗呼吸困难。

5.2.3.3 宜采用非药物管理措施，如氧疗、无创通气、呼吸肌功能锻炼、放松疗法、气流干预、电刺激、针灸、音乐疗法等。

### 5.2.4 睡眠问题管理

5.2.4.1 评估患者睡眠质量，应包括睡眠节律、睡眠时长、睡眠深度等多方面，结合患者身体、心理、社会、精神的状况进行细致的全面多维度评估。宜使用匹兹堡睡眠质量量表评估，见附录 F。

5.2.4.2 应缓解疼痛和其他症状，避免使用刺激性药物，包括但不限于类固醇和精神兴奋剂。

5.2.4.3 宜用包括但不限于镇静性抗抑郁药、苯二氮卓类、选择性褪黑素受体激动剂等改善睡眠质量。

5.2.4.4 宜采用非药物管理，包括但不限于使用中医疗法、改善睡眠环境、鼓励健康的睡眠-觉醒周期、避免睡眠中断、行为疗法。

### 5.2.5 管道管理

5.2.5.1 应妥善固定各类管道，做好相应的标识。

5.2.5.2 应根据各类管道的维护指征定期做好管道维护，保持管道通畅。

5.2.5.3 应指导患者及家属做好管道保护，避免管道牵拉、脱出、扭曲以及引流液逆流等。

### 5.2.6 体位管理

5.2.6.1 应综合评估患者的病情、自理能力、自主活动能力、卧位习惯、皮肤和组织的完整性等情况。

5.2.6.2 应给予患者自行选择体位的自由，制定个性化的体位和卧位转换策略，至少每 2 小时转换一次体位。患者入睡后，可根据病情，适当延长体位转换时间。

5.2.6.3 体位转换时应拉好床栏、妥善放置管道，必要时使用约束具。注意与患者交流，询问患者的



感受。

#### 5.2.7 个人清洁护理

5.2.7.1 应评估患者的病情、自理能力和皮肤、口腔、毛发等个人清洁情况。

5.2.7.2 应根据患者自理能力及活动，指导或协助患者进行日常个人清洁护理，鼓励家属参与。

5.2.7.3 应在操作过程中加强与患者及家属的交流，做好保暖措施和隐私保护。

#### 5.3 心理舒适

##### 5.3.1 心理支持

5.3.1.1 评估患者有无心理痛苦（见附录 G）及焦虑（见附录 H）、抑郁（见附录 I）情绪。

5.3.1.2 应积极缓解未控制的症状，尤其是疼痛和失眠。

5.3.1.3 宜提供心理支持，包括但不限于转移注意力、情绪疏导、音乐疗法、放松技术、芳香疗法。

5.3.1.4 应及时观察患者的语言、行为，必要时提供心理危机干预。

5.3.1.5 必要时转介精神科或引入心理咨询师。

##### 5.3.2 生命教育

5.3.2.1 应评估患者对死亡的态度，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因素。

5.3.2.2 应尊重患者的知情权利，引导患者面对和接受当前疾病状况。

5.3.2.3 应帮助患者了解有关死亡相关知识，引导患者正确认识死亡。

5.3.2.4 应评估患者对死亡的顾虑和担忧，给予针对性的解答和辅导，引导患者回顾人生，肯定生命的意义。

5.3.2.5 鼓励患者制定现实可及的目标，并协助其完成心愿，鼓励家属陪伴和坦诚沟通，适时表达关怀和爱，与亲人告别。

##### 5.3.3 哀伤辅导

5.3.3.1 应观察患者家属的悲伤情绪反应及表现，评估患者家属心理状态、意识情况、理解能力、表达能力和支持系统等。

5.3.3.2 应根据患者家庭的需求、生前风险评估和死亡情况制定初步哀伤辅导计划，评估死亡后 3~6 周的需求，并相应调整计划，在患者死亡后 6 个月再次评估。

5.3.3.3 应基于患者的家庭文化和精神信仰、价值观，提供丧亲服务、悲伤咨询、信息支持、精神支持和同伴支持等。

5.3.3.4 应为患者家属提供实际帮助，鼓励其回归正常的生活。

#### 5.4 社会舒适

5.4.1 应评估患者的家庭结构和功能、经济情况、社会支持等，可使用社会支持评定量表评估患者社会支持情况，见附录 J。

5.4.2 应促进患者和家属的有效双向沟通，宜邀请家属陪同患者进行临床治疗。

5.4.3 应提供足够的专业信息支持，帮助患者和家属共同决策，规划和选择医疗护理计划，必要时举行家庭会议。

5.4.4 社会支持不足时，应帮助患者寻找和充分利用社会支持资源。

## 6 服务评价与改进

- 6.1 应定期听取患者和家属的建议和意见，采取设置意见箱、网上留言等方式收集信息。
- 6.2 应建立舒适照护服务质量满意度测评、机构内部服务质量自我监督与考核等工作机制，完善服务质量的自我评价。
- 6.3 应根据检查评价结果和满意度测评情况，不断优化舒适照护服务流程、提升服务质量，实现持续改进。

附录 A  
(资料性)  
简明疼痛评估量表 (BPI)

简明疼痛评估量表 (BPI) 见表 A. 1。

表 A. 1 简明疼痛评估量表 (BPI)

1. 大多数人一生中都有过疼痛经历 (如轻微头痛、扭伤后痛、牙痛)。除这些常见的疼痛外, 现在你是否还感到有别的类型的疼痛? (1) 是 (2) 否  
请你在下图中标出您的疼痛部位, 并在疼痛最剧烈部位以 “X” 标注

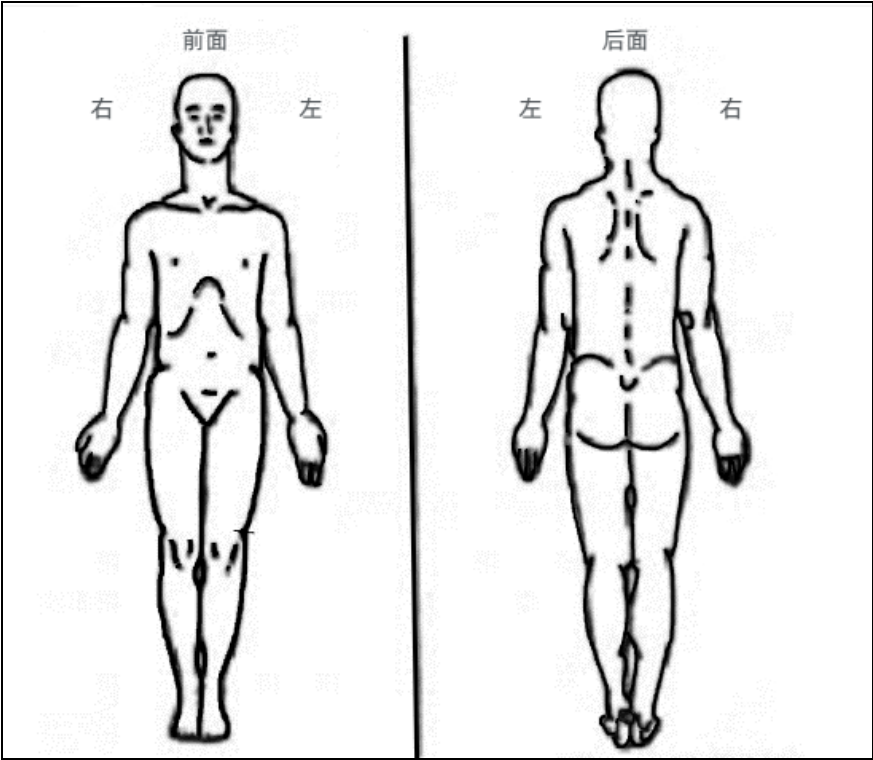


图 1 人体示意图

2. 请选择下面的一个数字, 以表示过去 24 小时内您疼痛最剧烈的程度。  
(不痛) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (最剧烈)
3. 请选择下面的一个数字, 以表示过去 24 小时内您疼痛最轻微的程度。  
(不痛) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (最剧烈)
4. 请选择下面的一个数字, 以表示过去 24 小时内您疼痛平均的程度。  
(不痛) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (最剧烈)
5. 请选择下面的一个数字, 以表示过去 24 小时内您目前的疼痛程度。  
(不痛) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (最剧烈)
6. 您希望接受何种药物或治疗控制您的疼痛?
7. 在过去的 24 小时内, 由于药物或治疗的作用, 您的疼痛缓解了多少? 请选择下面的一个百分数,

以表示疼痛缓解程度。

(无缓解) 0 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% (完全缓解)

8. 请选择下面的一个数字，以表示过去 24 小时内疼痛对你的影响

(1) 对日常生活的影响

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

(2) 对情绪的影响

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

(3) 对行走能力的影响

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

(4) 对日常工作的影响

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

(5) 对与他人关系的影响

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

(6) 对睡眠的影响

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

(7) 对生活兴趣的影响

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

注：疼痛强度评估 5 个条目，采用 0~10 评分，0 为无痛，10 为最痛；疼痛影响评估 7 个条目，包括疼痛对日常生活、情绪状态、行走能力、工作、人际关系、睡眠和生活乐趣七个方面的影响，影响程度亦采用 0~10 评分，影响越大则分值越大。根据数字范围将疼痛程度分为 4 个等级，数字越大代表疼痛程度越重，分别为无痛(0)、轻度疼痛(1~3)、中等疼痛(4~6)、重度疼痛(7~10)。

附 录 B  
(资料性)  
成人疼痛行为评估量表

成人疼痛行为评估量表见表 B. 1。

表 B. 1 成人疼痛行为评估量表

项目	数值		
	0	1	2
面部表情	放松	有时皱眉、紧张或淡漠	经常或一直皱眉、扭曲、紧咬
休息状态	安静	有时休息不好，变换体位	长时间休息不好，频繁变换体位
肌张力	放松	增加	僵硬、手指或脚趾屈曲
安抚效果	不需安抚	分散注意力能安抚	分散注意力很难安抚
发声（非气管插管患者）	无异常发声	有时呻吟、哭泣	频繁或持续呻吟、哭泣
通气依从性（气管插管患者）	完全耐受	呛咳、但能耐受	对抗呼吸机
注：每项按 0-2 评分，总分 0-10 分，数值越大说明疼痛程度越重。			

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/488141004133006026>