



中華民國高齡暨長期照護服務學會

Republic of China (Taiwan) Association of Elderly Care

110年度

安寧照護種子人員

【進階】訓練課程

2021 /08/14
六 09:00-17:00



主辦單位

中華民國高齡暨長期照護服務學會

協辦單位

晉生醫療社團法人晉生慢性醫院暨護理之家
國立成功大學醫學院附設醫院

課程表

時間	講題	講師
09:00-09:30	簽到	
09:30-11:30	陪伴末期病人 走過生命的幽谷	講師： 成大醫院 黃秋華 安寧居家護理師
11:30-12:30	午休	
12:30-14:30	面對末期病人的疼痛- 你必須學習的武功祕笈	講師：成大醫院 邱智鈴 督導長
14:30-14:40	休息時間	
14:40-16:40	病人臨終前 48 小時的陪伴 (含遺體護理)	講師： 成大醫院 施雅蘭 安寧共照護理師
16:40-17:00	測驗	

歡迎掃描 QR-Code 加入學會 LINE 社群，一起討論上課心得，也歡迎大家分享長照資訊，一起成長！



陪伴末期病人走過生命的幽谷

成大醫院

黃秋華 安寧居家護理師

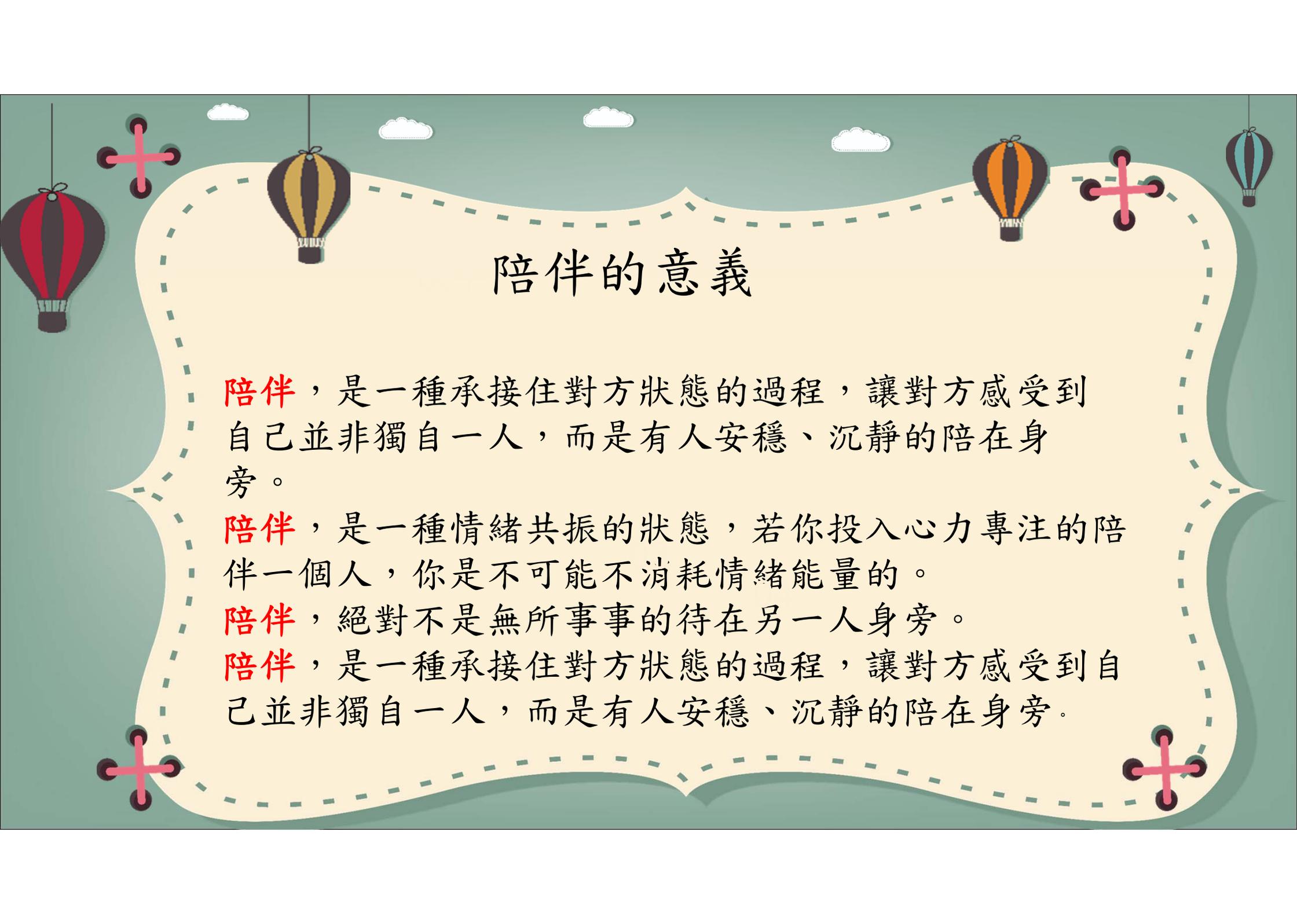


陪伴末期病人——
走過生命的幽谷

國立成功大學醫學院附設醫院

黃秋華安寧居家護理師

2021/08/14



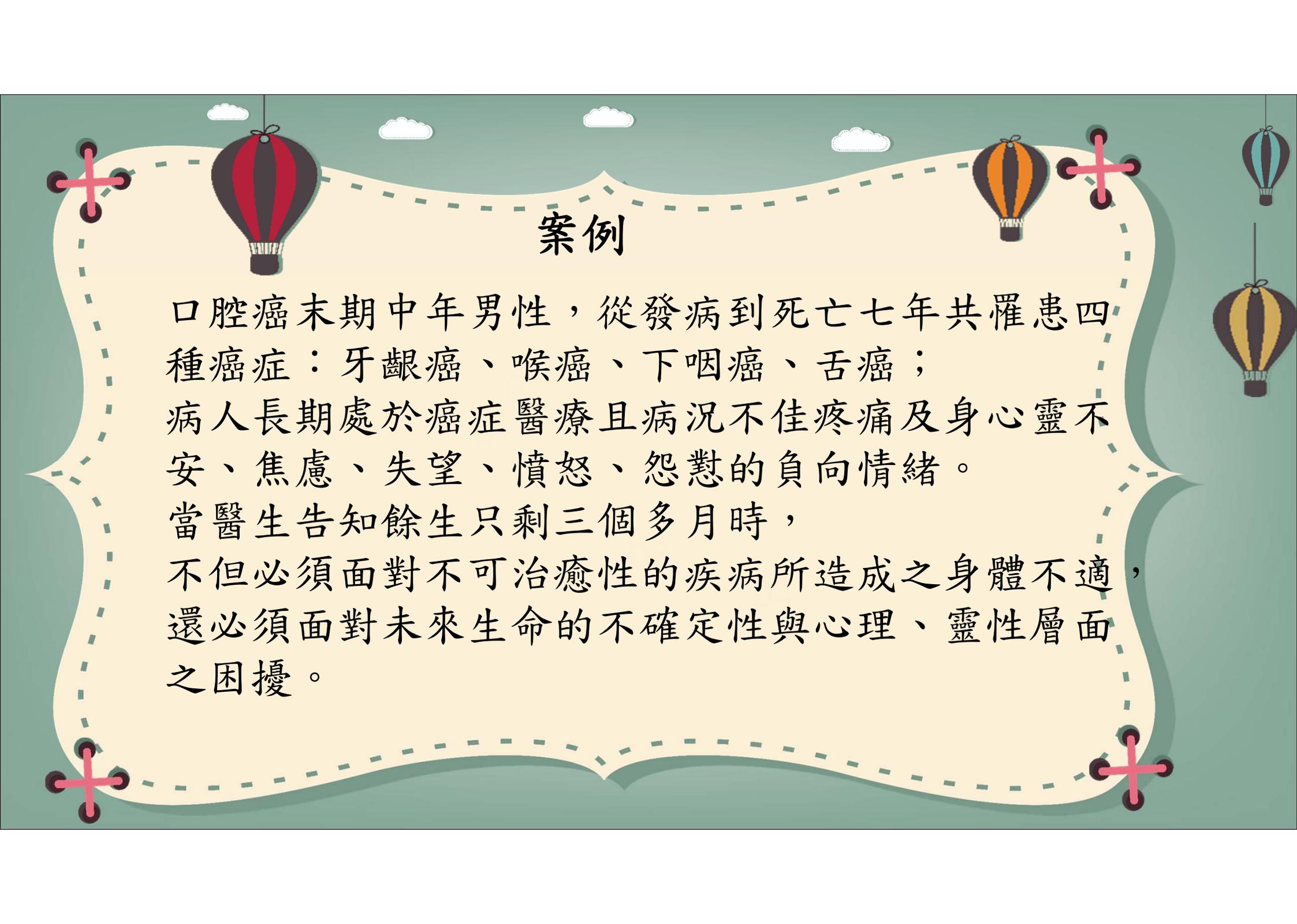
陪伴的意義

陪伴，是一種承接住對方狀態的過程，讓對方感受到自己並非獨自一人，而是有人安穩、沉靜的陪在身旁。

陪伴，是一種情緒共振的狀態，若你投入心力專注的陪伴一個人，你是不可能不消耗情緒能量的。

陪伴，絕對不是無所事事的待在另一人身旁。

陪伴，是一種承接住對方狀態的過程，讓對方感受到自己並非獨自一人，而是有人安穩、沉靜的陪在身旁。



案例

口腔癌末期中年男性，從發病到死亡七年共罹患四種癌症：牙齦癌、喉癌、下咽癌、舌癌；病人長期處於癌症醫療且病況不佳疼痛及身心靈不安、焦慮、失望、憤怒、怨懟的負向情緒。當醫生告知餘生只剩三個多月時，不但必須面對不可治癒性的疾病所造成之身體不適，還必須面對未來生命的不確定性與心理、靈性層面之困擾。

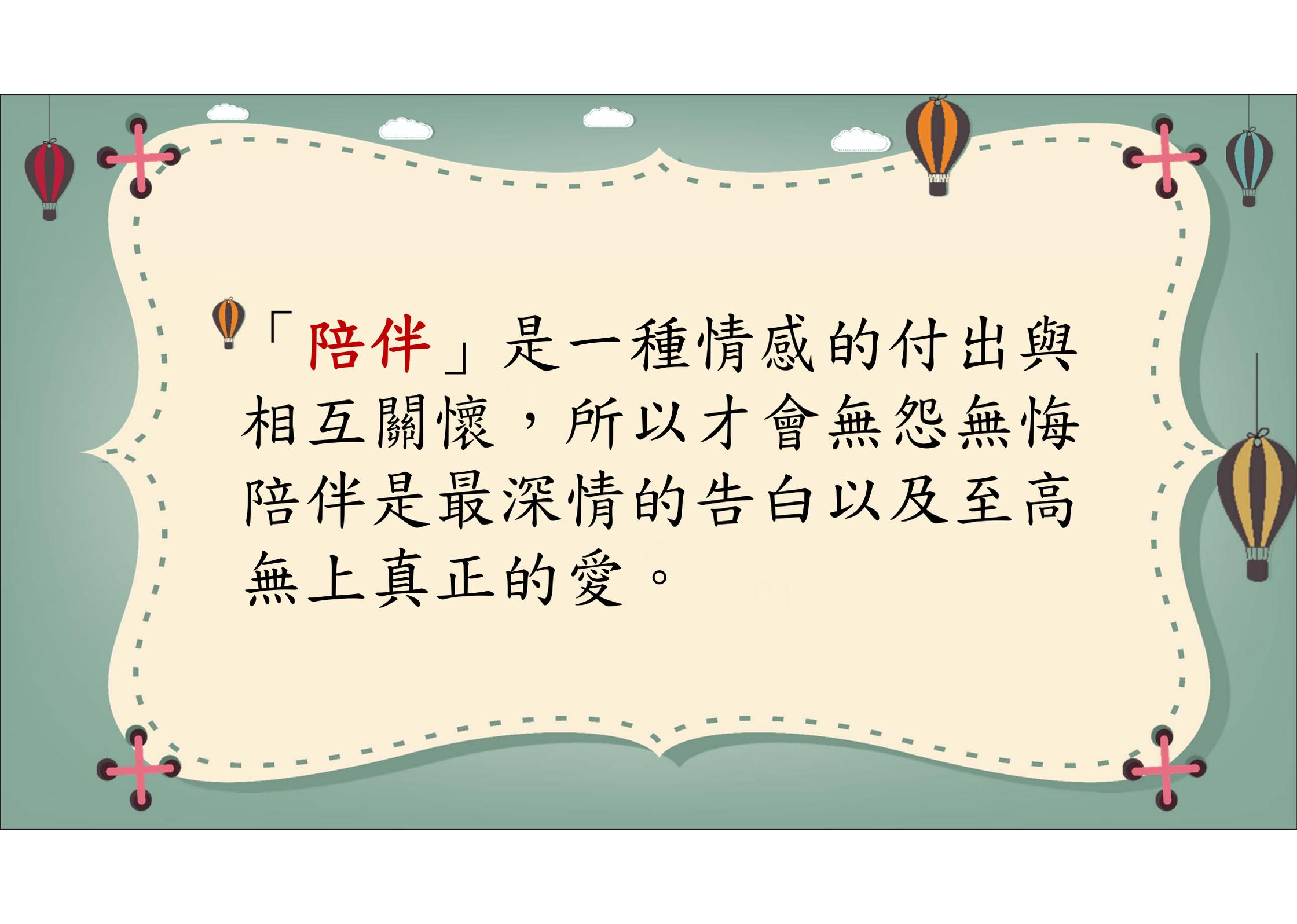


您我該如何陪伴？



 「**陪伴**」是生命中最美好的禮物

 其實每個人在有限的生命旅途中，
最需要的就是「**陪伴**」。



「**陪伴**」是一種情感的付出與相互關懷，所以才會無怨無悔。陪伴是最深情的告白以及至高無上真正的愛。



「偶爾彎下腰，或是盡量
蹲低一點，更能看見美麗
的花草，以及飛舞其間的
蝴蝶」——德國哲學家尼采



愛裡沒有恐懼

「助人工作者」需要拿掉自身的擔心。

陪伴也是一種幸福

生命的陪伴不在於一定要做什麼，有時「沉默」也是一種寧靜的陪伴與祝福，一種深層的接納，尊重與同理。

賓士級的服務

助人工作者首要任務就是要照顧好自己的三力，亦即

體力、腦力、心力



眼觀四方耳聽八方

張開五官，善用你所聽到的，看到的，聞到的，甚至是接觸到的訊息，才能去面對每位病人與家屬。知己知彼，百戰百勝。

我需故我在

真正了解他們的需求，包含生理需求，心理需求，愛於歸屬感的需求，尊重需求，以及自我實現需求，有被滿足嗎？

陪伴的小技巧(一)

-  做對方「喜歡做」的事，想要你陪他做的事。
-  放下手機，用心「傾聽」眼神關注、身體姿勢。
-  少批評，「多稱讚」。
-  重質不重量，「十分鐘」也很棒。

陪伴的小技巧(二)

 開放式提問

 重複句尾

 澄清

 回應/反應

陪伴的小技巧(三)

-  站在「同一陣線上」。
-  鼓勵及肯定對方的付出。
-  幫對方多想一步。
-  使用「我的偏見、我的想法」的技巧。

陪伴的小技巧(四)

 使用「我們」、「我們一起來解決」技巧

 使用「大家一起來」技巧

 清楚告知我們的做法

陪伴的小秘技

-  厚臉皮
-  扣讚美的帽子
-  搭起愛的橋樑

經驗分享(一)

病人16歲男生，腦癌末期，資優生，篤信佛教
四肢無力日常生活必須依靠家人照顧。
原本以為腦部開刀後，還是可以回到學校上課
但病況卻不是如他所願。原本單側無力到全身
無力，他知道要回西方極樂世界了，每天跟每
個人道謝、道愛、道別、道歉。包含所有照顧
他的醫師，護理師，宗教關懷師及看護大哥。

經驗分享(二)

病人56歲，漸凍人，全身癱瘓只能眨眼，使用電腦眼控儀器來跟家人溝通，意識清楚表示要做自己生命的主人，所以把想法告知孩子，預「簽立醫療決定」。

前一天孩子表示病人身體不適，無法前來醫院，當下護理師前往家中瞭解狀況。

經驗分享(三)

出訪七股，夏日高溫燜熱，在身體照護後，病人希望有泡澡的機會。我判斷病人可行的情況下歡喜承諾。再出訪，我攜帶泡澡重配備，應用移位輔具、技能，讓病人輕鬆定位，病人如願愉快泡澡淨身，在淨身中我充分幫病人舒適護理，也教導案家人幫父親清潔手足。

經驗分享(四)

96歲肝癌末期病人，下肢嚴重水腫，拒包尿布卻又苦於起身夜尿，外籍看護也備感辛苦。為體恤看護辛勞及年邁病人夜尿不求人不跌倒，我思索解決的方法

研發簡易床上便尿管及尿桶；當我帶著便尿管及尿桶到案家時，爺爺當場試用，笑呵呵豎起拇指說，以後半夜可以躺著尿尿不再苦惱了，外籍看護也開心可減輕工作負擔。

經驗分享(五)

鼻咽癌合併精神分裂症、強迫症56歲女性病人。申請者出訪案家，病人因強迫症，要求口腔護理要清潔40分，洗頭、淨身各1個小時，衛生紙需按病人要求鋪地9張，訪視時間永遠限週三下午一點整，不得分秒提前或遲到.....申請者同理共情病人症狀，每次訪視都需三足小時，且發揮耐心愛心照護長達三年半。病人除強迫症外，常處焦慮狀態，得知病人焦慮唯一獨生女無謀生能力後。

感謝一路有您



面對末期病人的疼痛-
你必須學習的武功祕笈

成大醫院
邱智鈴 督導長

國立成功大學醫學院附設醫院
2021年高齡照護安寧種籽培訓課程

面對末期病人的疼痛-
你必須學習的武功祕笈

國立成功大學醫學院附設醫院

主講者：邱智鈴督導長

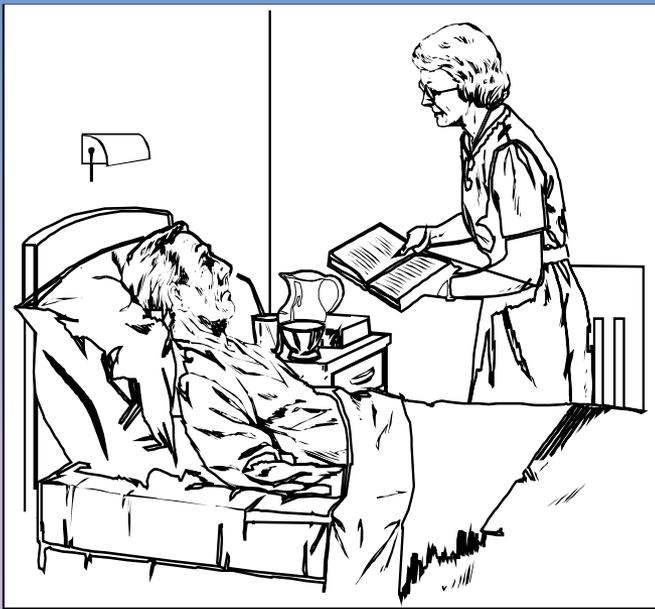
講授時間：2021/08/14

末期病人的需求

1. 身體的痛苦減至最低
2. 舒適照顧、保持尊嚴與平安
3. 不留悔恨遺憾的醫療抉擇
4. 病人安心，家人放心
5. 道謝、道歉、道別、道愛
6. 心滿意足，圓滿結束有意義的人生

1. 身體的痛苦 減至最低

一、將身比身，以心體心，
基本需要的滿足最重要



翻身擺位、
吃喝拉撒、
睡眠及清潔

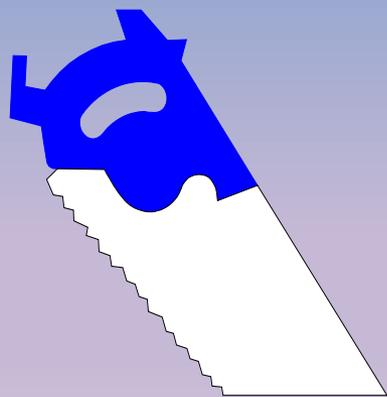
二、好漢就怕痛來磨，
身體症狀比死亡還難受⁽¹⁾

「每一口呼吸都像
上吊這麼難受」

腫瘤壓迫到呼吸困難



二、好漢就怕痛來磨，
身體症狀比死亡還難受⁽²⁾



「疼痛像電鑽
一般鑽入骨髓」

二、好漢就怕痛來磨， 身體症狀比死亡還難受⁽³⁾

「恨不得拿把刀子把肚子刺個洞，讓脹得受不了的肚子得到釋放」

二、好漢就怕痛來磨

身體症狀比死亡還難受⁽⁴⁾

「傷口的臭味像腐爛的老鼠，我就是一個廁所，我不願見任何人」

面對這樣的病人你會想到什麼？



二、好漢就怕痛來磨，身體症狀比死亡還難受⁽⁵⁾

「我的臉容像個鬼，小孩看到會尖叫，我還活著作什麼？」

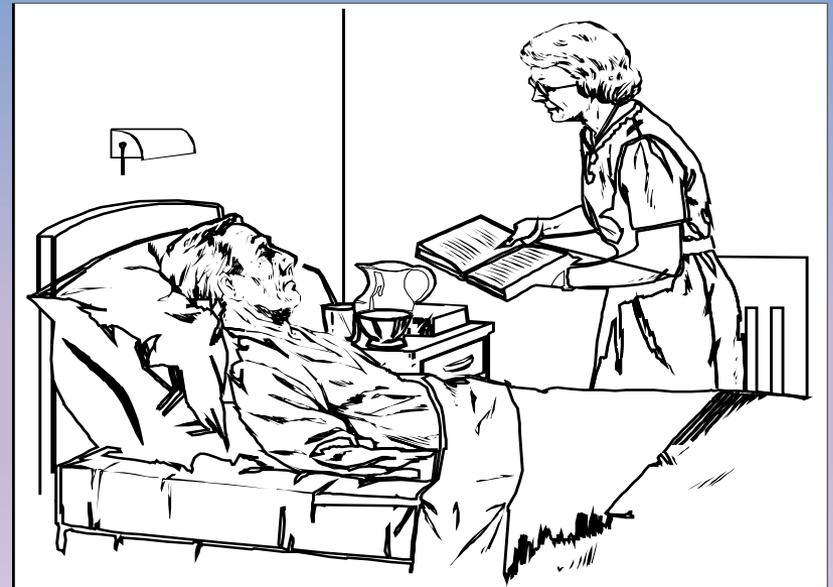


聽見了痛苦的吶喊嗎？



身體層面的照顧重點

1. 不適的身體症狀減輕至最低
2. 整齊清潔
3. 飲食合適
4. 大小便處理



身體層面的照顧重點

5. 能活動

6. 睡眠安適

7. 環境適合

8. 遺體護理的物質及精神面



以一位安寧療護 模擬病人為例

癌症末期病人 常見生理症狀

- 痛
- 噁心／嘔吐
- 呼吸困難
- 軟弱倦怠
- 食欲不振
- 咳嗽
- 口臭口幹／口腔炎
- 傷口潰瘍／惡臭
- 腹脹／腸阻塞
- 腹水
- 癢
- 吞咽困難
- 排尿困難
- 便秘／腹瀉
- 水腫
- 出血
- 癱瘓
- 意識障礙
- 失眠
- 暈眩
- 感染

2. 舒適護理的 重要性

Comfort Care

舒適照顧、保持尊嚴與平安

翻身

口腔護理

擺位

胃管護理

洗頭

皮膚護理

洗澡

大小便護理

餵食

傷口護理

正確餵食方式—避免嗆到

- 讓病人坐直（約90度）
- 餵食時要協助病人轉頭90度
- 餵食間隔不宜過近（避免頻頻快速餵食）
- 餵食期間避免會讓病人分心的事情（例如：談天、看電視、說笑話）

你不必受苦

——疼痛是最容易處理的症狀

疼痛－第五大生命徵象

▶ 疼痛被列入第五大生命徵象 (5th Vital Sign)¹

呼吸、血壓、脈搏、體溫、**疼痛**

▶ 消除疼痛是患者的基本人權²

▶ 慢性疼痛是一類疾病³

1. 1995年美國疼痛學會提出

2. 2000歐洲疼痛大會和2001年亞太地區疼痛論壇上提出

3. 2002年第10屆IASP大會專家共識

疼痛評估的挑戰-1



- 疼痛是絕對主觀的
 - 目前仍沒有令人滿意的客觀評量
 - 疼痛評估的黃金標準：病人主訴
 - ✓ 疼痛是 “經歷到的人對疼痛所做的任何敘述，無論何時，只要個人說疼痛存在，它就存在”

疼痛評估的挑戰-2

- 疼痛是多面向的
 - 臨床照顧者必須考量疼痛的多面向
 - ✓ 疼痛的心理、情緒、認知面向為何？
 - ✓ 疼痛是急性或慢性？
 - ✓ 病人如何形容疼痛的性質（例如尖銳痛或抽痛）？

American Pain Society. Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. 5th ed. Glenview, Ill: 2003

McCaffery M, Pasero C. Pain: Clinical Manual. 2nd ed. St. Louis, Mo: Mosby, Inc; 1999:36

疼痛評估的挑戰-3

- 常需要個別性的處置

➤ 語言與文化因素

- 不同文化中，對疼痛的看法與描述也不同

➤ 溝通的挑戰

- 並非所有病人能清楚主訴疼痛（例如：認知障礙的病人）

疼痛分類:以持續時間區分

- 通常為突然發生，而且持續期間較短。
- 常因組織如骨骼、肌肉、或器官損傷而引起。
- 通常伴隨著焦慮或情緒壓力發生。
- 較急性疼痛持續更久 (>3個月)
- 通常與慢性疾病有關 (例如關節炎)
- 可能是組織受損所引起，但通常是神經損傷造成

急性疼痛

慢性疼痛

疼痛分類:以位置區分

- 通常被描述為

- 發生位置清楚
- 移動時加劇
- 酸痛或撕裂痛

體表性疼痛

- 典型特徵

- 難以明確指出疼痛位置
- 持續疼痛
- 疼痛轉移到皮膚
- 常引起功能損傷

內臟性疼痛

以上說明了疼痛感受位置、疼痛特質因不同類型而異

疼痛分類:以強度分類

- 疼痛可被區分為無疼痛、到輕微疼痛、到中度疼痛、到嚴重疼痛、到最劇烈的疼痛
- 可使用圖表或數字量表(例如, 0-10) 或其他量表
- 只以疼痛強度分類是不夠的, 因為疼痛強度隨時間變化且高度主觀, 應該考慮疼痛對睡眠、食慾、社交關係等。

哪些是常見“疼痛相關行為”？

疼痛指標	%
臉部表情	75.9
激動、喜怒無常、躁動不安、踱步	48.2
觸摸身體某處	44.8
移動時退縮	37.9
呻吟	34.4
突然一拐一拐	27.6
尖叫	24.1
在椅子或床上輾轉反側	24.1
食慾減少	20.7
不想移動	17.2

疼痛相關行為

臉部表情

- 皺眉
- 看起來害怕
- 表情痛苦
- 緊閉雙眼
- 頻繁眨眼



口語

- 呻吟
- 抱怨
- 嘆氣
- 大聲叫喚、求助
- 呼吸聲大
- 口語辱罵



疼痛相關行為

身體姿勢/活動

- 防衛性姿勢
- 僵硬
- 緊繃
- 坐立不安
- 踱步
- 搖擺
- 遊蕩
- 步態或身體移動方式改變



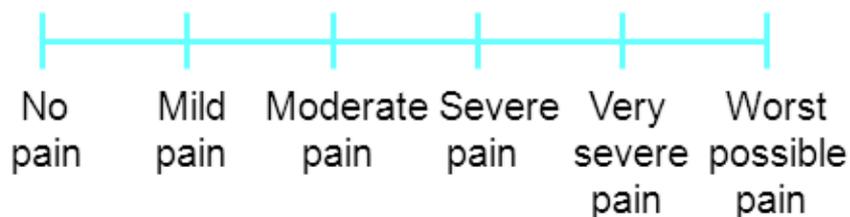
習慣改變

- * 飲食、睡眠習慣改變
- * 不願從事以前喜歡的活動



單面向疼痛評估工具

口頭表達量表



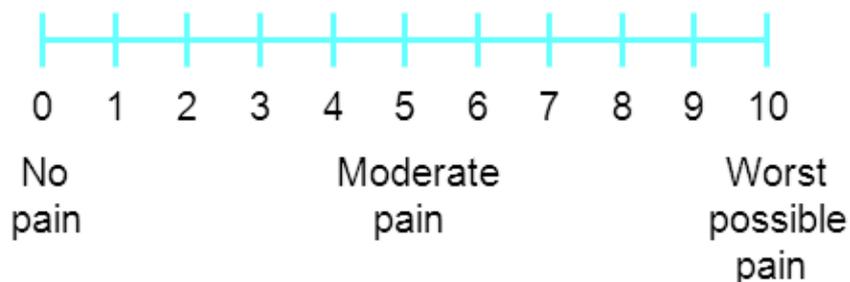
*Incapacitating, God awful, soul stealing

視覺類比量表



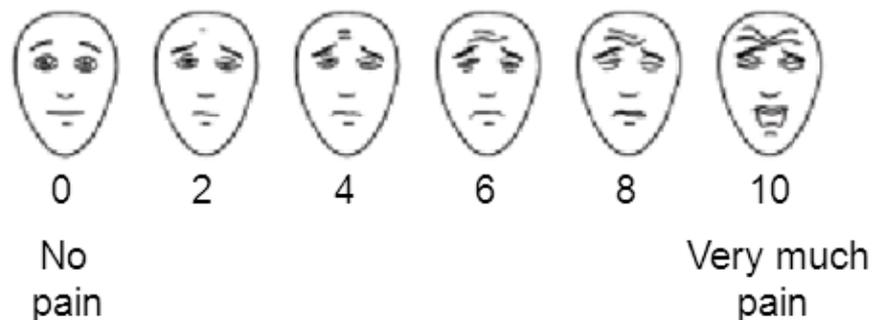
* Length of line is irrelevant beyond discrimination

0-10 數字量表



*Limits people to 11 "intensities"

臉部表情量表



*Intended for children and nonverbal patients

使用疼痛量表時，請記得...

- 「選用適合個別病人的量表，每次使用一致的量表並紀錄是非常重要的」

安寧療護初步疼痛評估表(範本)

病歷號：

姓名：李XX性別：

出生：__年__月__日

床號：

診斷：Breast Ca

轉移部位：lung, brain, bone

評估日期：_/_/_ 評估者：

※目前意識狀態：清醒嗜睡半昏迷昏迷

(昏迷指數：E_M_V_)

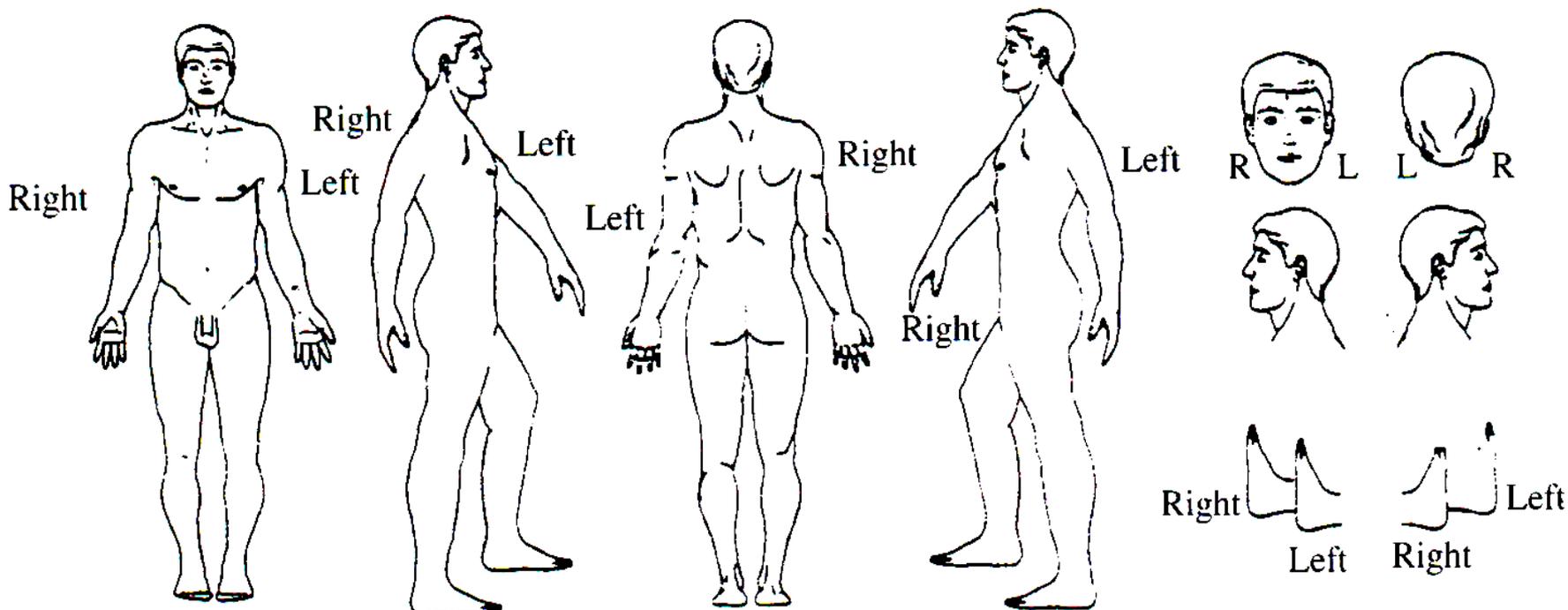
※疼痛反應：逃避按壓呻吟愁眉苦臉屈身

不敢移動其它

※請標示疼痛部位，並附帶標示“疼痛強度/疼痛性質”

(請參考下列提示，如左鎖骨之疼痛為“8/①,⑥,⑦”)

(請標明“深層(內)”“淺層(外)”及延伸部位)



疼痛強度： 不痛 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

痛不欲生（學齡期以下兒童較不適用）

目前疼痛度3最痛時10最輕時1可忍受度3

疼痛性質：①刺痛②刀割痛③鈍痛④悶痛⑤抽痛⑥壓痛
⑦燒灼痛⑧感覺異常痛⑨戳痛⑩其它

※從什麼時候開始痛三個月疼痛發生頻率5~6次/天

※每次疼痛持續時間1~2小時一天當中最痛的時刻為
約7p.m.之後

※緩解疼痛的辦法：按摩熱敷冷敷不動不碰觸

其它方式擦黃花油

※加重疼痛的因素：按摩觸碰移動咳嗽進食
其它

※因痛而伴隨發生之症狀（如噁心等）：眼睛痛

※因痛造成之影響：睡眠短而淺一般活動躺著儘量不動

※食欲拒食注意力不能集中

※情緒(如憤怒、哭泣、自殺意圖)極為憂鬱

※人際關係（如暴躁、易怒、不安等）

不想理人，幾乎整天不說話

※其它常說想早點解脫，長痛不如短痛等

※其它附注說明：病患對於疼痛的特殊表達方式

病歷號：

姓名：_____ 性別：_____

出生：__年__月__日

床號：

安寧療護持續疼痛評估表 (範本)

日期	時間	疼痛強度 (0-10)	處方 藥物劑量、 時間、途徑	呼吸 (分)	意識狀態	其它 如副作用、情緒及治療後之反應等(加註護理方法)	簽名
88.11.2	9a. m.	9	Morphine 5 mg PO q4h Naproxin 1# PO Bid	16	清	憂鬱不理人，同理其痛並給予保證會密切評估，一定想辦法為他止痛	
	10a. m.	8		18	清		
	11a. m.	8		16	清		
	12N	9		16	清	拒吃午餐	

日期	時間	疼痛 強度(0- 10)	處 方 藥物劑量、時 間、途徑	呼吸 (分)	意識 狀態	其它 如副作用、情緒及 治療後之反應等 (加 注護理方法)	簽 名
	1p. m.	10	Morphine 5 mg PO q4h	20	清	暴躁易怒，嘗試用 TENS	
	2p. m.	9		20	清	TENS無效	
	3p. m.	10		18	清	改放音樂，10分鐘 後病人關掉，表 示心煩不願聽	
	4p. m.	10			清		
	5p. m.	10	Morphine 5mg Poq4h Naproxin 1# PO Bid	20	清	已告知Dr.，必須 改變處方	

常見的疼痛不同導因，必須不同處理

a. 神經病變性疼痛

b. 骨痛

c. 內臟痛

d. 肌肉痙攣痛

疼痛性質區分

- **軀體痛** (somatic pain)---
酸痛、刺痛、可定位的壓痛、尖銳痛、鈍痛
- **臟器痛** (visceral pain)---
絞痛、痙攣痛、鈍痛、悶痛、刀割性疼痛、脹痛
- **神經病變性痛** (neuropathic pain)---
麻痛、燒灼感、抽痛、感覺異常疼痛或刺痛

(Abrahm,2000)

特定疼痛的處理

- 軀體疼痛 (Somatic pain) :
 - opioid + adjuvant (NSAID ± steroid)
- 臟器痛疼痛 (Visceral pain) :
 - opioid + adjuvant (steroid ± NSAID)
- 神經性疼痛 (Neuropathic pain) :
 - adjuvant (tricyclic antidepressant , anticonvulsant , steroid) ± opioid

輔佐藥物的使用

神經痛	Tegretal、Neurontin、 Tofranil、Steroid、 Lidopat Patch、Lyrica
膀胱、胃腸痙攣痛	Buscopan、Scopolamine Patch、Haldol
消除腫瘤水腫	Steroid
骨頭痛	Radiotherapy、 NSAID 、 Steroid、Calcitonin

疼痛控制的五個方向

- 止痛劑 Analgesic drugs
- 止痛輔佐劑/輔助藥物
Co-analgesics / Adjuvant medications
- 緩和性放射治療 Palliative Radiotherapy
- 介入性療法 Anaesthetic / neurologic procedure
- 心理社會的支持(家人/朋友)

使用止痛藥的原則⁻¹

1. 使用的藥物種類、劑量及時間，應按個別病人的需要：不能「一視同仁」用藥，持續性評估極重要
2. 從最無痛苦、最容易的途徑開始：
口服，肛門塞劑，皮膚貼劑，皮下注射，肌肉注射，靜脈注射

使用止痛藥的原則⁻²

3. 必須積極處理失眠的問題：

失眠時痛苦更顯著，↓身心健康，

↓痛閾 pain threshold

4. 必須預防藥物副作用：

一定要便秘常規用藥

使用止痛藥的原則⁻³

5. 對有些病人，輔助藥物及治療法是必須的。
6. 仔細評估病人的進展情形，改變處方以達有效治療為止。

嗎啡的迷思

醫師及民眾為何害怕嗎啡？

1. 迷思：嗎啡會上癮——鴉片戰爭後的恐懼

正確：嗎啡是最好用藥，不上癮

2. 迷思：嗎啡會抑制呼吸

正確：嗎啡最大副作用是便秘，不抑制呼吸

3. 迷思：嗎啡需不斷增加劑量，容易造成藥物耐受性。

正確：學習正確用法，無耐受性顧慮

4. 迷思：嗎啡要用靜脈給藥，才更有效

正確：口服為主，安全方便至上，皮下注射更好

嗎啡Morphine

- 癌症(後期)疼痛**績優**用藥
- 高**安全**性(依原則使用)
- 沒有天花板效應
- 最大副作用：**便秘**

疼痛治療三階段

3-Step Ladder

Morphine, fentanyl
MST*

重度疼痛
Severe Pain

重鴉片劑，輔佐劑

Codeine, Dp-X,
Tramadol

中度疼痛
Moderate Pain

輕鴉片劑，輔佐劑

ACT
NSAID

輕度疼痛
Mild Pain

輕止痛劑，輔佐劑

3B 原則

依階梯用藥 **By the Ladder**

口服用藥 **By the Mouth**

按時用藥 **By the Clock**

3 R 原則

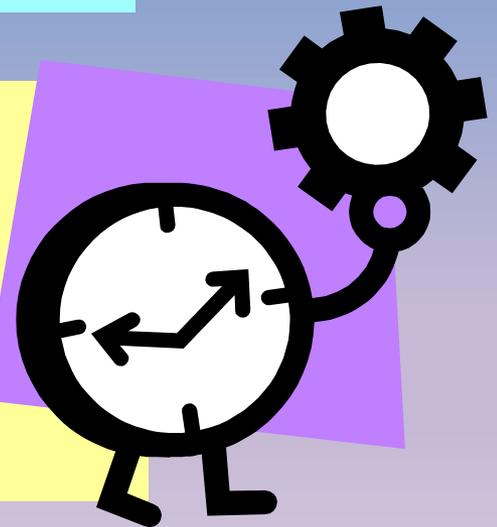
正確藥物 Right Drug

正確藥量 Right Dose

正確間隔 Right Interval

必須
痛前給藥
定時給藥

不要
痛時給藥



止痛滴定

Pain Titration

嗎啡的滴定

Pain Titration with Morphine

- 選擇製劑與途徑
- 決定最理想的劑量
- 最小的副作用

止痛輔佐劑 Co-analgesics

輔助藥物 Adjuvant medications

其它非藥物之疼痛處理⁽¹⁾

-  鬆弛技巧(Relaxation Techniques)
-  想像療法(Imagery / Visualization)
-  針灸(Acupuncture)
-  針灸穴道電刺激(Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation; TENS)
-  經穴指壓(Acupressure)
-  物理治療及複健醫學(Physical therapy and Rehabilitation medicine)
- 

非藥物處置之輔助療法

- 軀體性疼痛：按摩、冷敷、熱敷、翻身擺位、各類枕頭的輔助、給予舒適的姿勢或臥位。
- 內臟性疼痛：冷敷、翻身擺位、各類枕頭的輔助、給予舒適的姿勢或臥位、放鬆想像療法分散注意力、痙攣痛使用熱敷。
- 神經病變性疼痛：經皮電刺激穴道法(TENS)、經穴指壓、針灸。

其它非藥物之疼痛處理⁽²⁾

-  職能治療與遊戲治療 (Occupational Therapy & Recreational Therapy)
-  音樂治療與藝術治療 (Music Therapy & Art Therapy)
-  幽默及歡笑治療 (Humor and Laughter Therapy)
-  芳香療法 (Aromatherapy)
-  生物回饋治療 (Biofeedback Therapy)
-  靈性治療 (Spiritual & Pastoral Care)

便秘

何謂便秘？

- 大腸內貯留糞便，停滯在腸內造成排便困難情形，排便異於過去個人之正常排便習慣，糞便乾硬，排便困難與費力，排便後仍有便意感，嚴重便秘易導致糞石填塞。

導致便秘之因素（一）

■ 與癌症或虛弱有關：

- 高血鈣
- 活動量減少
- 營養狀況差：
進食量少、低渣飲食
- 攝水量過少
- 脫水（嘔吐、多尿、發燒）
- 虛弱無力
- 無法到達廁所
- 腹腔或骨盆腔內腫瘤
- 脊髓壓迫

■ 與藥物使用有關：

- 鴉片類藥物
- 抗膽鹼藥物
(anticholinergics)
- Vincristine
- 利尿劑(導致脫水與低血鉀)
- 三環抗鬱劑
- 鐵劑

導致便秘之因素（二）

- 同時伴有其他疾病：
 - 痔瘡
 - 肛裂
 - 甲狀腺功能低下
 - 低血鉀症
- 與心理狀況有關：
 - 憂鬱
 - 害怕腹瀉
 - 失禁

便秘有可能引起哪些問題？

- 排便困難、糞便乾硬、脹氣、腹痛、解便不完全感。
- 噁心或嘔吐
- 食慾不振

便秘之照顧措施（一）

- 評估狀況矯治病因。
- 依照病人個別情況，在可負荷的狀況下增加水分攝取量。
- 增加食物中纖維含量，鼓勵吃水果或果汁。
- 增加病人活動量，無法下床病人協助床上全關節運動。
- 協助如廁並注意隱私，增加如廁便利性，若行動不便可予便盆椅床邊協助。

便秘之護理措施（二）

- 使用鴉片類藥物者需同時合併軟便劑使用預防便秘。
- 針對肛門直腸部分，可先使用塞劑，若無效果再配合灌腸或指挖方式。
- 協助促進腸蠕動按摩，以順時針方式沿著大腸按摩促進腸蠕動（腹腔腫瘤者不適用）。
- 若有滲便情形，宜注意是否與糞石填塞有關。
- 養成每三天至少排便一次，無法進食者，體內仍會產生穢物需排出，故仍可能會便秘。



安寧照護的真諦

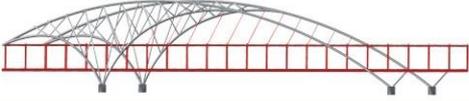
安寧照護，就是**幽谷伴行**，輕輕**撫慰**與持續**支持**，讓病人及其家人有能量繼續走下去，雖然死亡不可避免，但能減少其遺憾，達到**病人善終、家屬善別**

病人臨終前 48 小時的陪伴
(含遺體護理)

成大醫院
施雅蘭 安寧共照護理師



國立成功大學醫學院附設醫院
National Cheng Kung University Hospital
生命·愛心·卓越·創新



病人臨終前48小時的陪伴 (含遺體護理)

國立成功大學醫學院附設醫院
安寧共照護理師施雅蘭護理師

講義引自趙可式老師、邱智鈴、施雅蘭
本檔案有智慧財產，若引用，請引述原作者之著作

大綱

- 善終

- 臨終期照護目標

- 病人對臨終事件之感受

- 生命存活期預估

- 臨終症狀評估與處置

- 善終準備及遺體護理

五福臨門

• 五福是：一曰壽、二曰富、三曰康寧、四曰修好德、五曰考的終命（《書經洪範》）

• 「長壽」是命不夭折而且福壽綿長

• 「富貴」是錢財富足而且地位尊貴。

• 「康寧」是身體健康而且心靈安寧。

• 「好德」是生性仁善而且寬厚寧靜。

• 「善終」是能預先知道自己的死期。

臨命終時，沒有遭到橫禍，身體沒有病痛，心裡沒有罣礙和煩惱，安詳而且自在地離開人間。

善終

- 「壽終正寢」、「隨侍在側」或是民間習俗「留一口氣回家」
- 讓家屬有時間調適、安排餘生及後事準備
- 病人最後一段路的平安與否對於家屬是最重要的，尤其是最後的臨終與遺體處理階段

(Kubler - Ross & David, 2005)

臨終到遺體的照顧藝術

生命如~春、夏、秋、冬 四時自然的運轉

再燦爛的生命歲月都將結束

如旭日東昇

夕陽西下

送君千里終須一別
靈魂得到自由平安

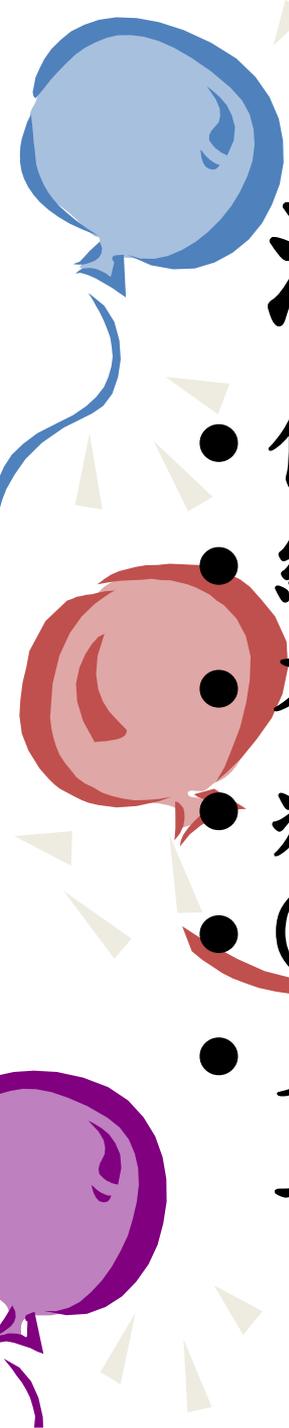
讓臨終生命順其中自然

讓安甯團隊及摯愛的親人陪伴下送達生命彼岸

往生至無病無痛的國土

生命又可以朝新旅程邁進星際之旅

慧開法師



瀕死期的照護目標

- 儘量維持病人的舒服
- 維持病人的尊嚴
- 不刻意縮短或延長瀕死過程
- 病人家屬的準備及支持
- (尤其在家中)
- 支持家屬度過病人最後時刻直至病人死亡

(趙，2004)

安寧療護是

不延長病人瀕死時間

也不縮短病人生命

而是自然順應天命

(趙，2010)

團隊與家屬一起努力

幫助病人得到舒適照護
達到身、心、社會與靈性的
全人照顧

有尊嚴到達生命終點站 After Cicely - Asian
Women in Palliative Care

[https://www.youtube.com/watch
?v=-BUk5X3e1Ec](https://www.youtube.com/watch?v=-BUk5X3e1Ec)

您看到哪些臨終症狀？

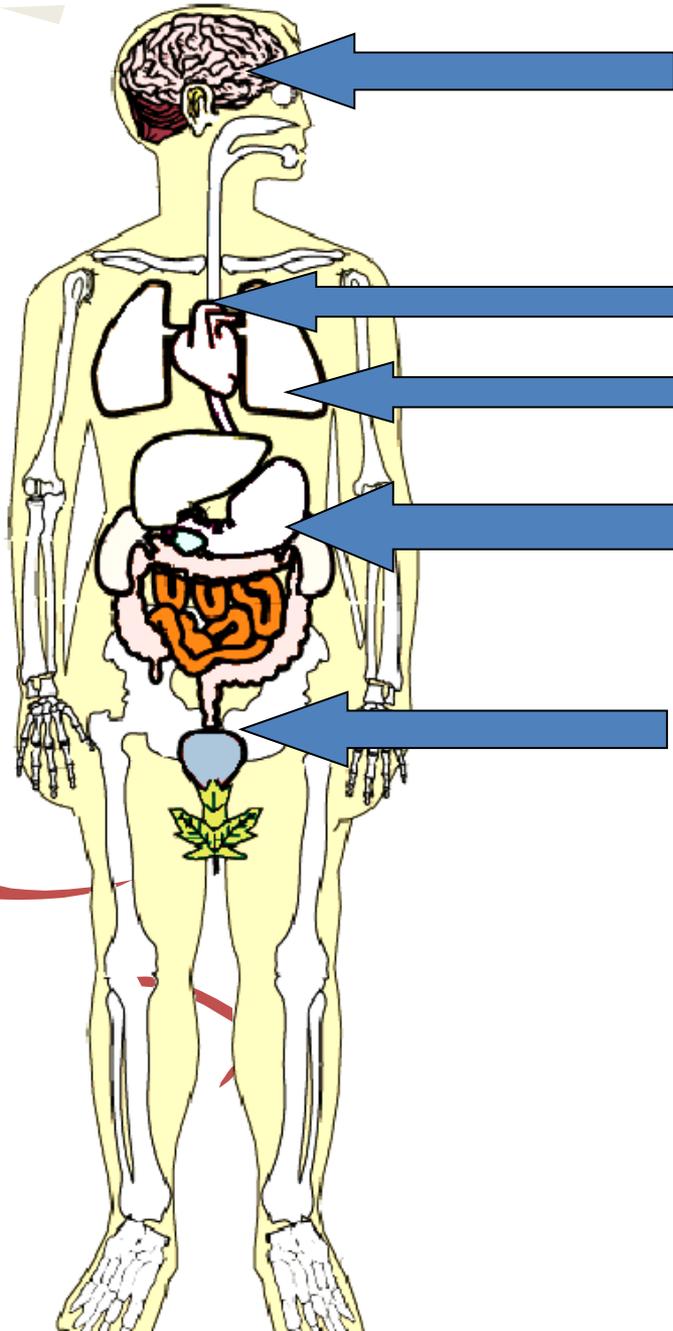
哪些團隊人員？

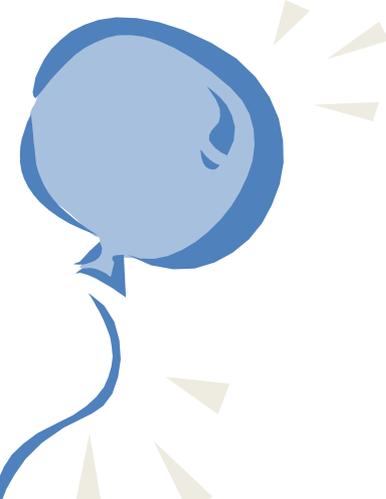
臨終護理有哪些？

(趙，2004)

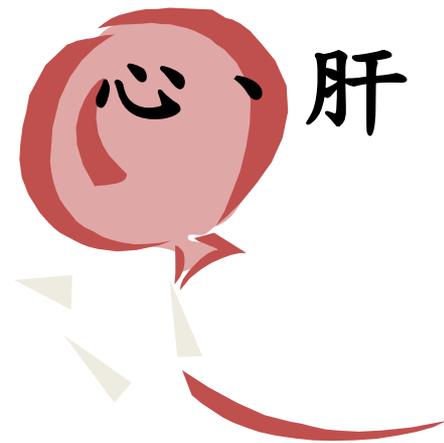
瀕死症狀

- 一、中樞系統
- 二、循環系統
- 三、呼吸系統
- 四、消化道
- 五、排泄系統



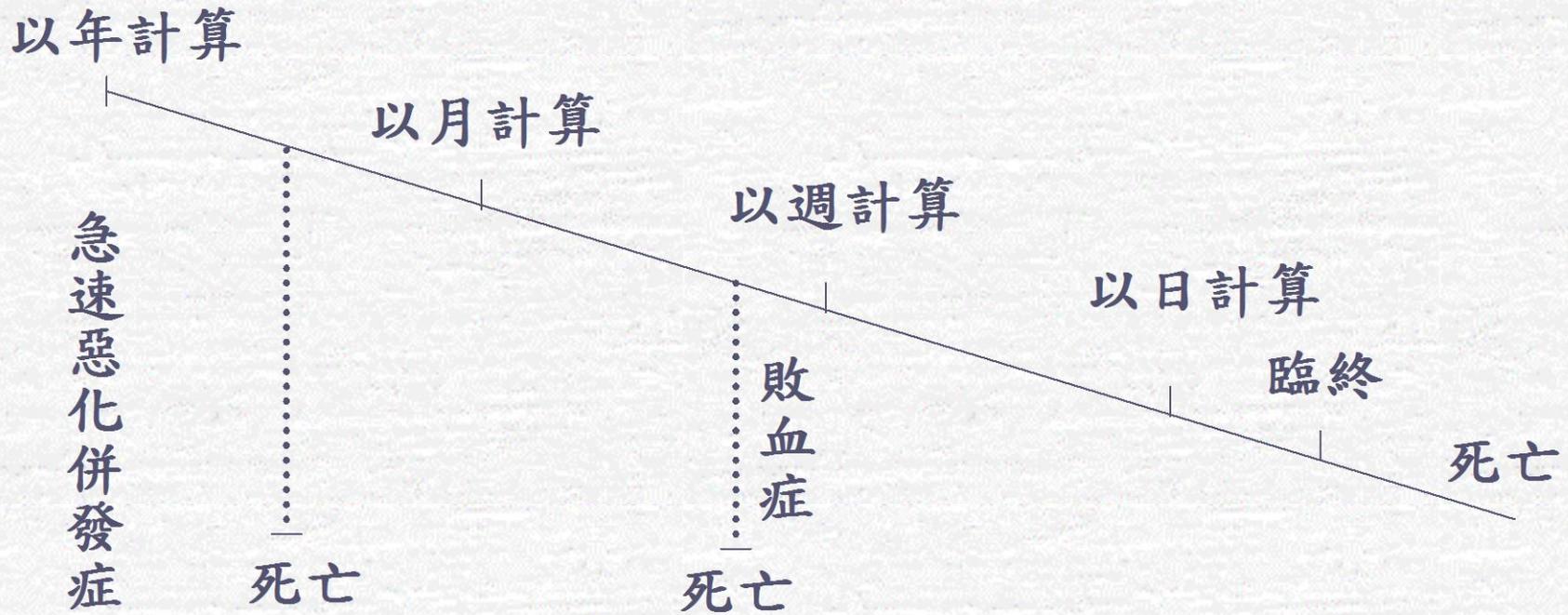


器官持續衰竭：
生命以日、時計算



心、肝、腎及肺衰竭~瀕死症狀

存活期的預估



瀕死症狀

一、循環系統-1

(1) 身體代謝改變，心跳快而弱且不規則、血壓降低、病人睡眠的時間越來越長，且不易叫醒、身體越來越虛弱無力。

➤ 脈搏：較平常弱、快或不規則

➤ 若有若無遊絲脈。

87%病人無橈動脈 脈搏出現於2.6~4.2小時
(M=1)左右

(Doyle, Hanks & MacDonald, 2004; Escalante, Martin & Elting, 2000; Morita, et al, 1998; Nguyen, 2002; Tatsuya, et al, 1998; O' Leary, 2009)

一、循環系統-2

(2) 皮膚：無彈性或有盜汗現象、瘀斑DIC、
水腫

四肢末稍冰冷或發紺 98.3% 至死亡約3.4天
約81%病人發生在死之前5.1~11(1)小時左右
PENS縮 54.4%(10.1天)、
耳內縮 93.4%(5.6天)

(施，2012; Morita, et al, 1998)

二、中樞系統

➤ 意識：意識時清醒時混亂、睡眠時間增加
語言減少、對時、地、物混淆增加

嗜睡Drowsiness/定向力差/譫妄Delirium /
坐立不安Restlessness/躁動Agitation/昏迷Coma

⑩ 死亡當天半昏迷占最多48.7%

⑩ 有7.4%病人清醒

(施，2012)

意識

- 末期癌症發生譫妄 88%，50%原因可逆
其中83%發生於平均16天內死亡

- 臨終躁動不安Terminal Restlessness發生
約37%~42% 約9~10天

拉扯床單、叫喊、想下床走動、上上下下、坐立不安、躁動 翻身打滾、呻吟、肌肉痙攣扭曲

(施，2012；劉樹泉等人，1995；趙，2007；Lawlor，Gagnon，& Mancini，2000 Lichter & Hunt,1990；March，1998；Nguyen，2002)

譫妄 Delirium

排除

D:drug. Opioid疼痛、Steroid、Digoxin、
Psychotropics

E:e- Ca⁺⁺ ↑、Na↓、blood surger ↓

L:Live failure

I:Ischemia、hypoxia(肺水腫呼吸困難)、infection

R:Renal failure

I:Impaction of stool 大便填塞

U:Urinary bladder fullness膀胱脹尿

M:Metastases to the brain 神智anxiety、fear、
denial.. (王，2009)

譫妄 Delirium Care:

1. 向家屬說明病理反應、黃昏後會更厲害
不是發瘋(視其清醒. 安靜與其溝通)

2. 給予病人及家屬言語及身體接觸性的再保證

3. 維持病人熟悉人、地、物

提醒她：日期、時間、誰在旁照顧她、病人
會舒服些

4. 適時維持日常生活如：散步. 盥洗

5. 注意安全、預防跌倒

6. 用藥說明~倫理思辨、利弊得失評估分析

藥用不安躁動終臨妄譫

- Haldo1 1mg tid po Vena if EPS
5mg.po.sc.iv q30' 加一倍~20mg
Haldo1 30~60mg/24hrs
- Dormicum 2.5mg~10mg sc
10~30~100mg/24hrs sc CI
- Haldo1 20~30mg/24hrs+ Dormicum
30~60mg/24hrs sc
- Haldo1 30mg/24hrs+ Dormicum 100mg/24hrs sc
- Dormicum 45mg+NS 36c.c /24hrs SC
IV CI 1~7cc/hrs
- Propofol

(王，2009)

➤ 視覺：神經系統機能退化，病人說視力漸模糊

眼下凹、目光呆滯、無焦距、眼神渙散

➤ 睜眼或半開半闔，睡眠時眼睛無法完全閉合

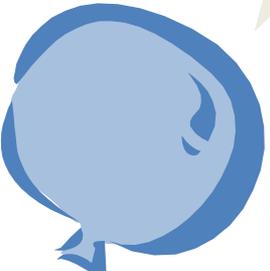
➤ **Vidisic** (Carbomer oph gel) 保護角膜

➤ 雙眼上吊

➤ 鞏膜水腫（荔枝眼）約33.1% 至死亡平均10.1天

➤ 聽覺：**聽力是最慢消失的**，能聽到周圍的
聲音，但無力回應或表示。

(施，2012；王，2009；趙，2007；Morita, et al, 1998)

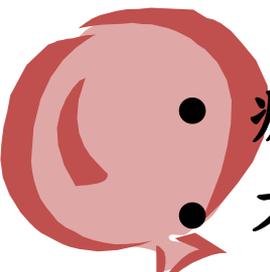


神經肌肉方面

- 抽搐：腦瘤、低血鈉、癲癇

Dormicum 5mg sc

(快速進入大腦 3~5')

- 
- 疲憊：
 - 不自主運動
 - 肌陣攣 **Myoclonus**：不規則快速多發性
肌肉抽蓄
 - 可見於癲癇、代謝異常、藥物、臨終
治療：**Rivotril**(副作用：**嗜睡**)

(王，2009)

幻覺

- 血液迴圈變慢，造成腦部缺氧，躁動不安而緊拉床沿、看到些幻影、注意力無法集中、夢到或見到已過世的人與其他人看不見的人或影像及意識改變等
- 看到將去的地方（天國、西方極樂世界或祖先處）。四大分解：風、水、火、地
- 看到水淹上來（水大）、被子很重（地大）
- 看見天花板有螞蟻、壁虎、雲等景物

（施，2012；趙，2007；劉樹泉等人，1995；Lawlor, Gagnon, & Mancini, 2000; Lichter & Hunt, 1990; March, 1998; Nguyen, 2002）

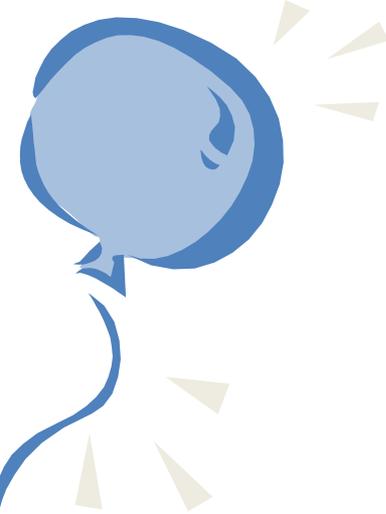
Care:

1. 請家屬告訴她是誰，輕聲說些讓病人安心、感恩的話或按摩、安撫他、但勿強拉扯病人或要病人回答，可引導說出〈看到事物是什麼？出現好多次？對其影響平安與否？〉
2. 趁此時做生命回顧，道謝、道歉、道愛及道別之四道人生，讓病人平安。
2. 避免在病人房間竊竊私語或聲音刺激
3. 可放病人喜愛的輕柔音樂或宗教音樂，病人會較安靜
- 傾聽、陪伴、瞭解背後意義、完成其心願

臨死覺知-1

- 臨死覺知發生約6~8成 平均在死前7~10天
- 臨終病人清楚自己即將死去、自覺來日不多
- 想下床踏地：37.1%，約有6成多的病人無此症狀可能是太虛弱動不了
- 要遠方親友回來、表示想要回家、去很遠的地方要去旅行、看到強光、預知死亡的時間

(施，2012；趙，2007；Callanan, & Kelley, 1994; Ferrell & Coyle, 2006；正中書局愛的禮物)



善終、善別、善生

臨死覺知-2

- 自覺來日不多：在臨終前29天發生，最晚在1天發生，占71.1%，到死亡約7.3天
- 主動作死亡準備：**64.5%**，到死亡約**8.4**天
- 想回家：**45.5%**，到死亡約**9.2**天

內容：包括交代後事、交代要穿的衣服、喪葬、財產、托孤、叮嚀確保臨終時不要受苦、掛心家人、捐大體、死前皈依、向家人道愛、道謝、道歉及道別

(施，2012)

三、呼吸系統⁻¹

➤ 血氧濃度、呼吸速率、呼吸型態、瀕死嘎嘎音 Death Rattle

➤ 陳氏呼吸(Cheyne-Stokes breathing)、有聲急喘音或暫停(apnea)

偶會暫停10-30秒 潮式呼吸

發生91.7% 至死之前平均 12.9小時

呼吸快短促費力→深淺不規則→逐漸變慢→最終喘不過氣

⑩ (施, 2012; 趙, 2003)

hyperpnea

Apnea shihyalan²⁶



呼吸系統₋₂

- 呼吸困難(Dyspnea)常見於癌末病人之症狀占50%~90%，與肺癌末期疾病相關
- 呼吸：抬前顎運動約7.6~18小時
(眾數2.5hrs)生命

風大

(Morita, Ichiki & Tsunoda, 1998)

(Morita , et al, 1998 ;Ferrel & Coyle, 2006; Glare, 2005)

瀕死嘎嘎聲Death rattle

● 202個病人49%病人Death Rattle發生在死之前平均27小時，中位數時間16小時。

是病人臨終前的一個重要指標 23~92% (50%)

121位臨終者發生65.2%

平均在死之前 21.5小時 (3.1日~1小時)

● 喉頭水腫空氣經過震動聲

● 無力將聚集喉後部氣道的分泌物咳出

而致呼吸出聲

(施，2012；劉樹泉等人，1995；Ferrell & Coyle, 2006；O' Leary, 2009)

瀕死嘎嘎聲Death rattle處理

- **Scopolamine** 貼片 1~3pc q3d (onset 6~12h)
- **Atropine 1% ophthalmic drops solution**(0.05mg/drop) 2~4 drop **S**ublingually QID, Q2H PRN
- **Glycopyrnum 100 microgm** 1cc SL q6h prn
- **Buscopan** 20mg q6h IV /SC
- 若合併左心室衰竭可給靜脈注射利尿劑
- 家屬擔心向其保證病人無不適
- 重新擺位改變頭抬高**30**度姿勢

(王, 2009; 趙, 2003; Protus, BM, 2012)

呼吸困難護理

1. 超音波噴霧器

2. 口腔護理

3. 小電扇涼風吹臉

4. 姿勢擺位

5. 穴位按壓內關、合穀、尺澤、大小魚際

6. 芳香療法: 薄荷、尤加利、乳香、薰衣草

伊蘭1 + 乳香1 + 絲柏3

7. 輔助療法: 按摩、音樂治療、想像療法、
生命回顧(臨終關注自己時)

(趙, 2003)₃₀

shihyalan

四、消化道惡病質症候群

味覺：消化變慢、口幹苦、味覺改變、鏡面舌
吞咽困難、舌根灼熱感、易長舌苔、口角炎

飲食：食量少甚至無食欲，或有拒食現象。NGx?

因為身體器官功能日漸衰竭，新陳代謝變慢，

吞咽功能減退

鏡面舌發生月~天約 93.4%

Care: q1~2hrs 口腔清潔，以濕紗蓋口、噴霧療法、
含小碎冰、酵素唾液、口凝膠、橄欖油+檸檬精油
漱、蜂膠水、護唇膏或凡士林，不要強迫進食，

免增加病人的困擾

(趙，2003)

五、排泄系統

(1) 因為腎功能變差病人的尿液顏色產生改變或尿量減少小便失禁、尿儲留、尿減少

(2) 神經肌肉系統的失控導致便秘或失禁50%病人在往生前最後48小時發生會尿滯留或尿失禁問題

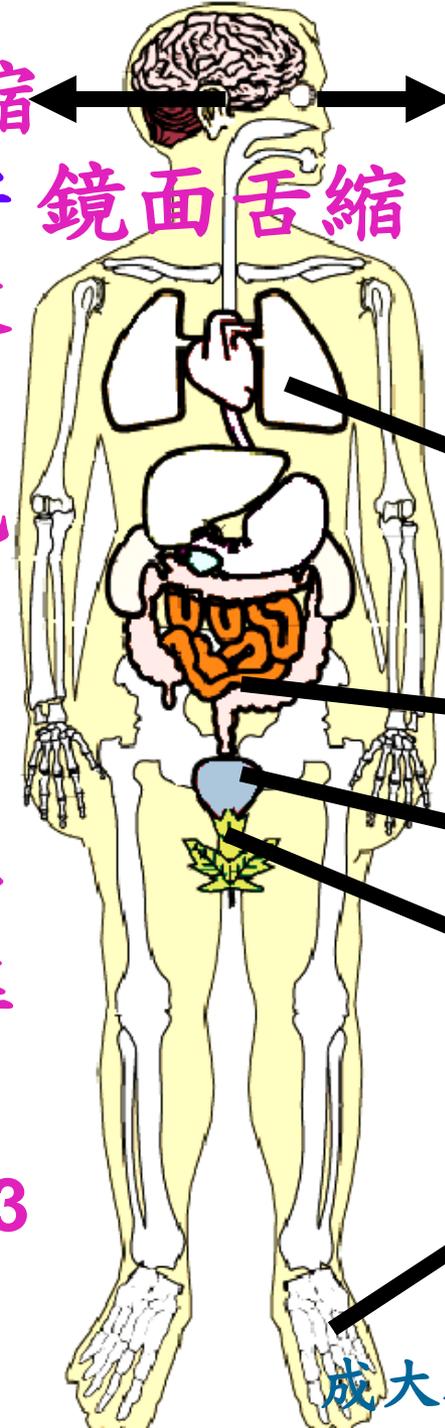
(劉樹泉等人，1995；趙，2007；Doyle, Hanks & MacDonald, 2004；Ellershaw & Wilkinson; Ferrell & Coyle, 2006；Kuebler, Berry & Heidrich, 2002；O' Leary, 2009)。



Care:

預防異味：注意身體清潔，泌尿器官、
皮膚皺折處及腫瘤傷口
使用熏香精油、咖啡渣、
茶葉渣

* 大小便失禁：尿布定時清潔
■ 尿量減少：導尿管？



耳垂縮

鞏膜水腫

意識改變、煩躁不安
堅持要下床，經常改變姿勢

鏡面舌縮

眼神渙散呆滯、
無焦距、睡眠時
眼睛無法完全閉合

Death rattle

病人說夢到或見到已過世的人

陳氏呼吸

譫妄
想回家、病人自己預感來日不多、主動作死亡準備與交代後事

便秘或失禁

尿量減少或變深

陰莖囊縮

Lymphocytopenia 5.3

PPI 11.2

末稍冰冷/發紺

臨終症狀

臨終症狀發生

(N =121)

變項名稱	平均值	常見之臨終症狀
臨終症狀出現數目		鏡面舌、耳垂縮、 臨死覺知
死前以月看		
死前以周看	7.6個 (施&趙，2011)	鏡面舌、耳垂縮、 煩躁不安、躁動、 譫妄、臨死覺知、 末梢冰冷、半昏迷 、鞏膜水腫、陰莖 囊縮
死前以天看	shihyalan	臨死覺知、鏡面舌 、耳垂縮、末梢冰 冷發紺、Death rattle、陳氏呼吸、 抬前顎運動(H) 35 半昏迷

營養與水化 Nutrition and Hydration 1

- 越近死亡, 病人攝取越來越少食物及液體
- 減少攝取食物及液體是預備死亡的正常機制
- 當病人無法自行吞咽後應停止腸胃餵食免噎到
- 生命終期不給點滴, 輕微脫水可預防死前不適
- 臨終脫水優點: 尿少、痰少、吐少、腫瘤分泌物變少、痛減少
- 缺點如: 窒息、呼吸困難、*Death rattle*、嘔吐、尿失禁、肢體腫脹、疼痛

(王, 2009)

營養與水化 Nutrition and Hydration 2

向家屬解釋：

1. 病人不再需要大量食物及水分
2. 病人不再感覺饑餓及口渴
3. 靜脈輸液增加，將增加病人死前不適
4. 臨終脫水優點
5. 若解釋後病人與家屬仍無法接受

可500~1L/day IV or SC 液體補充

臨終期之疼痛

- 病人存活一刻，疼痛控制即必須被保證
- 無意識病人仍會痛
- 常規用藥持續，避免病人疼痛，觀察中毒症狀

最後生命48小時病人40%需加量

12%減少劑量

39%劑量不變

*無法口服可改針劑給藥，免原先已控制好的症狀加劇

(Lichter& Hunt, 1990)

臨終大出血

- 高危險出血先向病人及家屬解釋
- 1. 減少害怕疼痛
- 2. 降低病人清醒度
- 3. 準備深色毛巾
- 4. 局部止血敷料

溶液: Bosminel:1000(頭頸部腫瘤)

止血紗條: surgicalel

- 5. 直接施壓或冷敷
- 6. 需要時鎮靜劑, 減少病患及家屬焦慮及不適



臨終藥物剩

V Morphine sc

Scopolamine TTS

V (Atropine SL)

Haldol sc

~~V~~ Dormicum sc

(趙可式，2003)

臨終病人的家屬需求-1

1. 被告知臨終的訊息
2. 能抒發情緒
3. 從其他家人身上獲得支持
4. 死亡徵象之確定

(趙可式，2003)



死亡徵象之確定

教導家屬確認死亡徵象

1. 測脈搏、聽心音（平時要練習）
2. 測呼吸（衛生紙、鏡子）
3. 瞳孔對光無反射

如不確定，

於10分鐘內重複1—3的動作

臨終病人的家屬需求-2

5. 支持—允許擁有矛盾感受

期待早日解脫但又有罪惡感

6. 催化預期悲傷

7. 瀕死現象是全身器官失去功能的過程

8. 病人需要是耐心陪伴與溫柔的照顧

9. 變化持續時間不一

10. 幫助病人平靜過世

(趙可式，2003)

善終準備

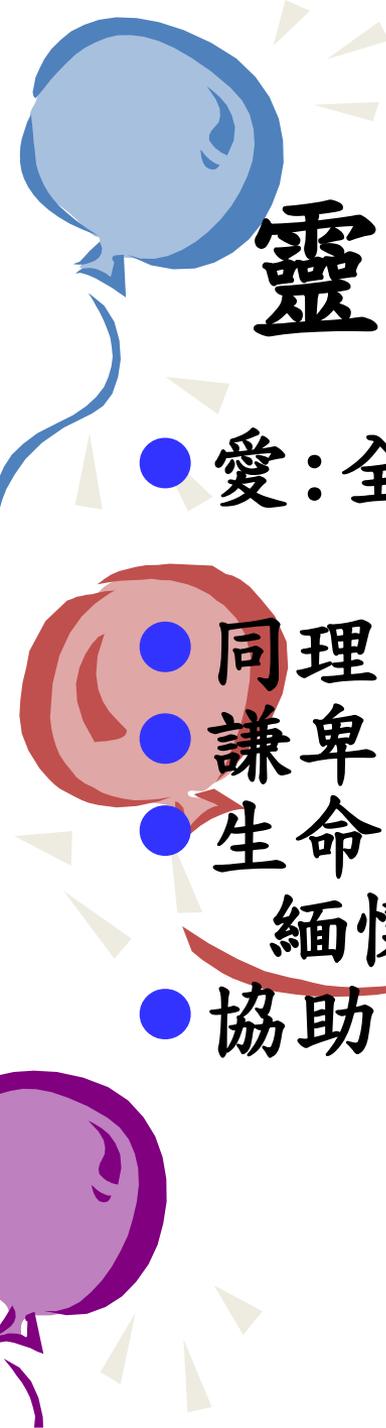
- 家屬之間彼此溝通協調
- 預作後事準備及喪葬安排，照片、在哪往生？穿哪種衣服？
- 聯絡寺廟師父、教堂神父、牧師、禮儀葬儀社、殯儀館、火葬、土葬或樹葬之手續及準備
- ⑩ 如何取得死亡診斷書？需要份數、醫院、家中
- ⑩ 指導家屬死亡判斷及遺體護理
- ⑩ 如何辦出院手續、叫救護車
- ⑩ 遺體護理後依您家人的宗教信仰、習俗移靈安置

(趙可式，2003)



心理社會方面照顧

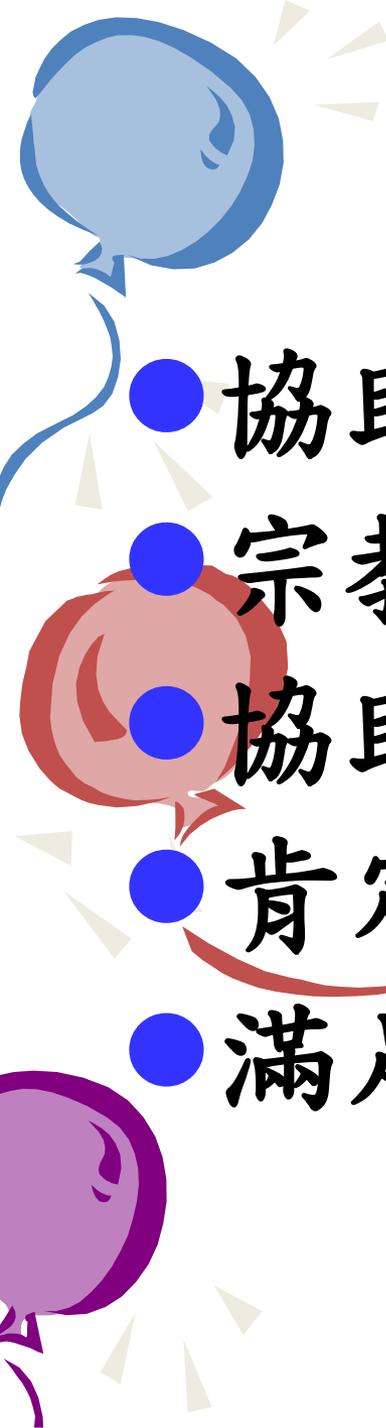
- 聆聽病人最後心願，協助處理未了心願
- 過去未消化的恩怨情結
- 希望交代遺志及遺物
- 道謝、道歉、道別、道愛



靈性如何照顧-1

- 愛：全人的幽谷伴行
不是口唇服務
- 同理心/共情
- 謙卑
- 生命回顧、意義治療、
緬懷治療
- 協助寬恕與和好的需要

(趙可式，2016)



靈性如何照顧⁻²

- 協助與所愛的人說再見
- 宗教信仰的加強與準備
- 協助宗教性的葬儀資訊
- 肯定死後的歸宿
- 滿足或答覆病人的希望

(趙可式，2016)

靈性方面照顧-3

- 尋找生命及受苦的意義
- 肯定病人過去的成就貢獻與價值
- 可請宗教人員、病人敬重的長輩，引導病人說出掛心或懺悔的事
- 協助病人肯定死後的歸宿
- 協助病人習俗信仰的宗教準備
(如：臨終開釋、唱詩歌、佛樂或聖樂…)

(趙可式，2003)

遺體護理精神面

- 尊嚴走向另一旅程
- 無怨無悔、感恩、懺悔、有意義、放下
- 聽覺最後消失、把握機會引導家人向病人告別、說些讓病人寬心、祝福的話、四道人生
- 詢問家屬是否願意一起做遺體護理
- 給家屬最後一次親自照顧病人的機會
- 將遺體視為活人看待



遺體護理物質面：

● 將其摯親打扮舒適、清潔、儀容美觀、安祥協助家屬渡過急性哀傷期



“我愛你、請你要安心啟程

我才會平安

● 你愛我 我會好好帶孩子活下去，



讓你放心”

(趙可式，2003)

50

shihyalan



靈性照護--成長的最後階段
當肉體逐漸衰敗時
靈魂可能正在蓄勢衝破束縛而
「躍升」生命意義 (趙，2005；雅斯培)

遺體護理-1

用物準備：

手套、空針（移除導管）、灌食空針、紗布、紙膠、剪刀、尿布、毛巾3~4條、臉盆、沖洗壺小可愛、紙尿布、衛生紙、棉球、清潔衣褲或壽衣、鞋襪、化妝包

遺體護理-1

引導家屬參與，一面做，一面和病人說話

1. 移除身上管路，檢視皮膚完整，蓋好敷料
2. 用溫水擦澡：若有排泄物，洗淨，換上尿布
3. 穿上乾淨衣服或壽衣、鞋、襪及配件具意義連結物或慣用物

若停留8小時後遺體僵硬，可先熱敷關節
告之放軟

(趙可式， 2007安寧伴行)

遺體護理-2

4. 鼻胃管**放最後**反抽後，再拔，洗淨臉、鼻及口腔護理，戴上假牙
5. 頭下放看護墊及加小枕頭
6. 若**眼未閉**，請家人將眼皮扶下或塗上眼藥膏、凡士林或用透明或膚色膠帶貼住眼皮
7. 假牙裝上或棉球，若**口未閉**，**可先按摩臉部**，以捲軸毛巾2或替換式小尿布，墊下巴處以衣領固定，小枕將頭部墊高，讓頭部前傾

(趙可式， 2007安寧伴行)

遺體護理-3

8. 徵求家屬同意可引導為往生者化妝

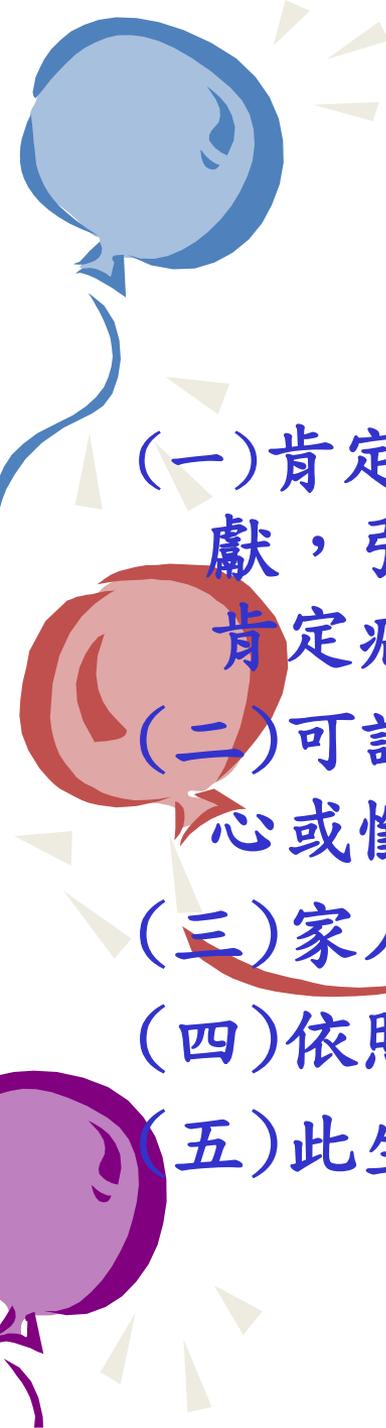
整理儀容，將大體雙手放於身體兩側，
並將被子蓋至胸前

9. 梳頭戴假髮或帽子

10. 協助將遺體移至推床上

依家人的宗教信仰、習俗移靈

11. 送至電梯，向遺體及家屬一鞠躬



四道人生引導— 引導道歉、道愛、道謝及道別

- (一)肯定病人為家庭、社會或工作的付出，善行貢獻，引以為傲及成就之處，家人一起做生命回顧，肯定病人生命的價值與意義。
- (二)可請宗教人員、病人敬重的長輩，引導說出掛心或懺悔的事，家人說明對他的計畫與安排。
- (三)家人對其感謝與祝福，讓病人安心之事。
- (四)依照其宗教信仰，引導死後歸處。
- (五)此生已圓滿，了無遺憾。

各宗教之引導語

天主教
基督教

願慈悲的天主/天父/上帝，接納妳/你的靈魂回到天主/天父/上帝的懷抱裡！妳/你已息了人間的勞苦，平安地回去吧！安息在天主/天父/上帝的懷裡，我們天家再相見。

佛教徒

居士，一心稱念（南無阿彌陀佛），祈求阿彌陀佛，接引你往生西方極樂世界。阿彌陀佛派觀世音菩薩駕蓮花車來接引，一心念阿彌陀佛。

無宗教
信仰

妳/你已完成了人生的重要任務，現在身體的病痛都沒有了，平安地朝著光前進，願你一路平安。

申請死亡證明

證件名稱	使用機構	份數	備註
死亡證明書	終止每一存款戶頭	1份	+數份
	終止每一保險並申請受益人給付(加國保)	1份	+數份
	戶政事務所(1個月內完成)	1份	除戶
	殯儀館進館使用	1份	證明本市使用
	埋(火)葬許可申請	1份	
	靈骨塔使用	1份	
	公墓土葬使用	1份	
	地政事務所	1份	不動產更名
	國稅局	1份	遺產更名
	病人或子女公、勞、漁保喪葬補助	1~3份	

好的遺體護理

- 可以作為家屬急性哀傷撫慰
- 讓病人平安尊嚴離世
- 也減少家屬的遺憾與悔恨

(Kubler - Ross & David, 2005; Hospice UK, 2014; Olausson & Ferrell, 2013)

安寧療護的哲理

善終

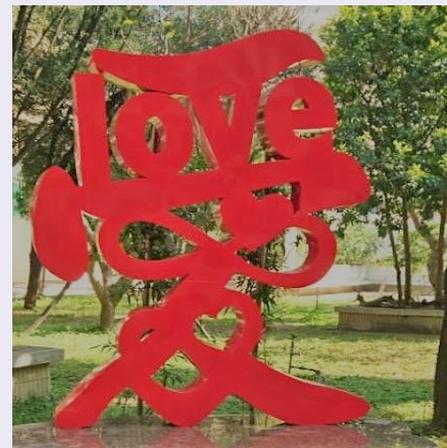
善生

善別
(哀傷撫慰)

(趙可式, 2007)

瞭解病人/家屬所需要的

- 一份關心(concern)--**幽穀伴行**
- 一份諒解(empathy)
- 一份支持
- 一份鼓勵
- 一份熱情(compassion)



然後，他/她就有力量去走自己
的人生路！

(趙可式，2005)





死亡觀

- 病人用受苦的生命教育我們~是我們的老師
- 每個日子帶給我新見識、審思及自覺
- 每個經驗是成長路上的踏腳石
- 團隊合作把愛傳給需要的人
- 在醫院工作是助人的專業
- 豐盈生命有意義有價值
- 上天給我們福份可散佈光、力量和愛
來助人~施比受更有福

送行者： 尊重生命
病人善終； 家屬善別； 民眾善生



感謝我們的病人及家屬
~ 生命的老師
及感謝各位 敬請指教