

亡及死亡的过程,推荐他们到临终关怀病房可以帮助他们减轻痛苦和忧虑。

病人濒死的征兆个体差异很大,护理人员应了解 这些征兆包括:嗜睡、定向力障碍、烦躁、食物和水摄入减少、排泄减少、重复动作、肢端发凉、瘀血加重 心理精神方面的征兆有:拒绝服药、异常的语言交流、对周围环境反应力减低、幻视,甚至有寻死、告别举动等。作者曾鼓励很多濒死的病人大声讲述他们的一生,述说伤感,表达同时,其配偶及子女也能表达悲伤 有时轻声讲话能帮助病人处于宁静、温和的气氛中,护理人员及其亲友应与病人进行这样的交流并耐心倾听,使濒临死亡的病人不留遗憾。

(张红梅 张跃霞 陈 宇摘
王亚丽 米润昭 罗永和校)

398 护士对安乐死应采取的态度〔英〕/ Scanlo NC// Int Nurs Rev.— 1998, 44 (5) :— 152

无论采取安乐死的动机是多么富有同情心,在它的背后,对病人、公众和医务工作者来说都有很大的伤害和风险性。道德向职业上的挑战驳斥了安乐死,医务人员的责任是消除临终病人的绝望和痛苦,为其提供良好的服务和足够的关怀。

安乐死已经引起了很多的争议。在美国正在修改的各州联邦法律、法庭决议,以及公众表决、新闻媒介的焦点反映了一个重要的趋势:被绝症长期折磨的病人要求快速死去的愿望逐步增加。安乐死的支持者们声称:对于受痛苦折磨的人来说,安乐死是慈善和富有同情心的做法,它对传统的保守疗法是一种重要的突破,应该受到法律的保护,而且它与传统上的医护人员的职责也是一致的。反对者们指出:安乐死依靠一个“快速治愈”来“解除”疾病,这是一种不道德的行为。另外如此下去,很可能被滥用,特别是对无家可归、老人和残疾人等。

做出决定和采取行动。即使象美国护士协会这样一个有威望的护理组织也不能找理由过多地参与安乐死。这样就出现了一个问题:护士和医生之间必要的配合是否被认为是“参与安乐死”?在安乐死事件中,护士的做法包括:(1)同病人及家属交换关于是否选择安乐死的意见。(2)评估病人的决定能力,及病人被通知后在一系列程序中的表现。(3)见证病人对安乐死的正式请求。(4)当一个病人选择安乐死的时候护士处于现场。上面的行动通常被认为是在护理行为的范围之内。当护士以中立的态度着手进行安乐死的程序时,即使护士出现在病人要求安乐死期间,这些行为在伦理道德、法律法规方面也会被认为是合理的。但在另外的环境中,如怂恿强迫医务人员的自身解脱,护士则被认为是不道德的,是医生的同案犯。所有这些细微的差别,在安乐死的行动中,护士必须仔细地观察。

在护理临终病人的过程中,护士的关怀是很有价值的,她们可为安乐死的辩论提供信息资料,对安乐死政策的形成产生影响,最终提高对临终病人及其家属的护理质量。

(胡秀红 王秀玲摘 翟 丽校)

399 脑死亡的确定〔英〕/ Sullivan J.// Crit Care Nurse.— 1999, 19 (27) :— 37~ 45

一般认为死亡是呼吸和循环的不可逆性停止,但是,机械通气和心血管支持等手段的应用对如何决定严重脑损害患者生命的终点提出了挑战。作者概括了决定脑死亡最新证据的指南。

脑死亡的临床判定标准 临床确定脑死亡的基本条件是:(1)有严重急性大脑意外损伤的临床证据或神经系统影像学证据符合脑死亡诊断;(2)除外其他可能混淆的脑死亡判断(如急性代谢障碍或内分泌失调);(3)确定无药物中毒;(4)体温 $\geq 32^{\circ}\text{C}$ 。

判定脑死亡的确切试验,虽然确切试验

死亡的主要证据可信度不高时,这些附加试验是必要的。临床上除介入性脑血管造影、脑电图描记、经颅超声多普勒外,确诊试验的经验是有限的。这些确诊试验在脑死亡判定中的使用因缺少盲法评估、缺少观察者之间的可靠资料以及很少设置对照组而受限。神经生理技术和神经诊断学实验有望为脑死亡确诊试验提供金标准。但是,技术推动下的确诊试验仍需进一步反复确定和临床运用。

关于脑死亡概念的错误认识 对如何决定脑死亡有一个清楚的认识,并且能很好地掌握脑死亡与心肺标准“死亡”的区别是消除误会和概念错误的第一步。脑死亡患者家属需要确切的信息和保证,不然,他们会认为他们所爱的人有心跳就可以在机械通气帮助下“一直活着”。他们也会认为他们所爱的人经治疗和严密护理会好起来。

首先,脑死亡是不可逆的。脑死亡的患者永远丧失了思维能力,丧失了感知自身和外周变化的能力,不能体验也不能和他人交流了。对此,不但普通市民,即使医务工作者对脑死亡的意义也混淆不清。一项调查选取 195 个内科医生和护士,他们均参加过对脑损伤病人的治疗或护理。其中只有 3% 的参与者能说出判定脑死亡的法律和医学标准。而 58% 的参与者不能很好地表述脑死亡的概念。在另一项调查中,164 名脑死亡患者的直系亲属(这些脑死亡患者适应于器官捐献)被问及是否同意捐献器官。同意捐献者中的 61% 和不同意捐献者中的 53% 说他们接受了脑死亡的解释。当被问及脑死亡是“死亡”还是“昏迷”时,28% 的参与者说“脑死亡”与“昏迷”是一回事,9% 的人不知道。许多家属很难弄清一个有心跳的人会是“脑死亡”,因为据以往经验心跳就意味着生命。

向患者家属宣教 重症护理护士应对脑死亡的概念及其医学和法律判断标准了如指掌。因为他们需要向迷惑不解的家属作出解

根源就是运用“脑死亡”这个现代化的词描述依据神经系统标准定为死亡的患者。因为它暗示病人只有脑死亡了而其他的器官都活着。为了避免混淆,最好对家属说,患者已经“死亡”,因为,使用这个词可以让家属知道患者已经死了。必须给出明了的脑死亡定义并予以强化。

与患者交谈 医护人员把与患者交谈作为表达同情和尊敬的一种方式,用于脑死亡患者会引起误会,因为与脑死亡患者交谈,会被混淆为与一个昏迷的病人交谈,会被家属误解为患者仍有感知能力。护士的这种行为似乎暗示病人仍然活着,家属会很难接受他们所爱的人已经死亡这一现实。

结束语 确切地理解脑死亡的诊断标准及与脑死亡相关的错误概念是护士更好地参与脑外伤和脑死亡患者护理的第一步。借助诊断性试验和密切观察有助于及时判定脑死亡。准确的信息是向家属解释脑死亡的坚实基础,并能帮助他们妥善处理他们所爱的人因脑死亡而离开的悲痛。

(张玉芝摘 齐书英校)

400 开设减轻临终病人亲人悲伤的房间 [英] /Gagusi ME// Am J Nurs.— 1999, 99 (4).— 18~ 19

对于癌症晚期病人的护理并不随着病人生命的终止而停止,因为其家属依然会悲痛万分,难以接受失去亲人的现实。此时为死者家属开设一个房间,让其独自一人或和家庭成员在一起表达悲伤,交流情感可帮助他们减轻因失去亲人而带来的痛苦。

肿瘤科护士常会目睹病人死亡的全部过程。他们也常是第一位给予病人亲属支持和安慰的人。肿瘤病房的多数病人将会死去,护士不断地给予病人亲属情感上的支持能帮助他们做好充分的心理准备,去面对病人不可避免要死亡的现实。

根据 J. 等人的研究,由于病人预后的