文章类型：论文 | 刊号（ISSN）：2972-4457(P) / 2972-452X(O)

晚期肿瘤患者安宁疗护护理模式

陈敏
联勤保障部队第九二八医院
DOI:10.32629/ffcr.v3i11.22318

[摘　要] 晚期肿瘤患者的安宁疗护，已从单一疾病管理模式转变为涵盖身心、社会及灵性层面的综合照护模式。本研究全面归纳了安宁疗护护理的理论基础、核心要素与实践类型。通过多学科协同合作、医院-社区-家庭连续性照护模式及基于数据的质量改进模型，可提升患者疼痛控制效果、生活质量和对死亡的认知态度。
[关键词] 晚期肿瘤；安宁疗护；护理模式；全人照护
中图分类号：R473.7 文献标识码：A

Palliative Care Model for Patients with Advanced Cancer

Min Chen
The 928th Hospital of the Joint Logistics Support Force

Abstract: Palliative care for patients with advanced cancer has transformed from a single disease management model into a holistic care model covering physical, psychological, social and spiritual dimensions. This study systematically summarizes the theoretical basis, core elements and practical categories of palliative care nursing. Interdisciplinary collaboration, hospital-community-family continuous care model and data-driven quality improvement model can improve pain control, quality of life and patients' cognition and attitude toward death.
keywords: advanced cancer; palliative care; nursing model; holistic care

引言

癌症是重大公共卫生问题，严重危害人类健康[1]。在我国人口老龄化背景下，癌症患者增多，临终关怀需求突出。晚期患者面临身心痛苦、角色丧失和精神焦虑，多数伴有中重度疼痛及心理问题，且存在过度医疗[2]。世界卫生组织（WHO）对安宁疗护作出明确定义：安宁疗护是针对罹患威胁生命疾病的患者及其家属的系统性照护模式，通过早期识别、规范评估、全程管控疼痛与躯体、心理、灵性各类痛苦，以此改善晚期肿瘤患者全程生存质量，并非放弃医疗干预，而是转换治疗核心目标[3]。肿瘤终末期患者普遍伴随癌痛、呼吸困难、恶心呕吐、乏力失眠等多重躯体症状，同时存在恐惧、焦虑、抑郁等心理应激反应，安宁疗护需兼顾全人、全家、全程照护原则。

1 安宁疗护护理模式的理论基础

1.1 全人照护理念

安宁疗护概念起源自 1967 年英国桑德斯创办的圣克里斯托弗安养院，其主要思想为个体即便到生命最后一刻依然重要，调用专业护理提升患者生活质量[4]。世界卫生组织将安宁疗护主要理念概括为控制疼痛等症状、提供心理和社会支持及家属心理咨询[5]。全人照护理念打破了传统临床医疗“以疾病治疗为核心”的单一服务局限，将人的生命完整性、身心统一性、社会关联性作为核心服务准则，是安宁疗护体系最核心、最底层的指导思想。

不同于常规疾病护理专注于病灶消除、症状缓解、病情康复的服务目标，全人照护聚焦生命终末期患者的整体生命体验，充分认可终末期患者的生命价值与人格尊严，无论患者病情进展程度、身体机能状态如何，均为其提供平等、全面、人性化的照护服务。此理念认为，终末期患者的痛苦并非仅来源自躯体病痛，心理焦虑、精神空虚、社会关系疏离及自我价值缺失等多重困境，可进一步加剧患者的身心煎熬。因此，全人照护要求护理工作跳出单纯的躯体护理范畴，建立躯体、心理、精神及社会四位一体的照护体系。于躯体层面精准管控病痛，在心理层面疏导负面情绪，在精神层面守护生命尊严，在社会层面维系患者正常的人际联结，全面改善患者临终生存状态，让患者在生命最后阶段脱离痛苦束缚，获得舒适、安宁及有尊严的生命体验。同时，此理念也把患者家属纳入照护范畴，充分认识到家属在陪护过程中承受的心理压力和精神负担，把家属心理疏导、哀伤干预纳入整体服务体系，达成患者和家属的双向全维度照护。

1.2 多学科协作

安宁疗护特性决定单一专科医生难独立承担护理工作，多学科协作（MDT）是其服务标准化发展必然趋势[6]。护理

Copyright © This work is licensed under a Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.

文章类型：论文 | 刊号（ISSN）：2972-4457(P) / 2972-452X(O)

人员是核心，承担协调、执行与评价职责。该模式采用标准化评估方法，定期收集患者症状信息，经团队研讨制定个性化治疗方案并跟踪，实现动态调整。

终末期患者病情复杂多变，对伴随多器官功能衰退、顽固性疼痛、严重心理障碍、营养失衡及社会支持不足等多重问题，单一科室及单一专业的医疗服务无法覆盖患者的全部照护需求，为多学科协作模式诞生和推广的重要原因。在完整的 MDT 团队架构中，各专业人员分工明确及各司其职，达成互补协同的服务格局，完全避免单一护理模式的服务漏洞。其中，临床医师主要负责患者的病情诊断、症状管控、用药指导及并发症预防。专科护士是服务落地的主要执行者，全程跟进患者的身心状态，施行日常护理操作、动态采集病情数据及衔接团队各岗位工作。心理治疗师专注患者和家属的情绪筛查及疏导，干预抑郁、恐惧、绝望等极端负面心理。营养师按照患者身体代谢状态和饮食耐受度，定制个性化营养支持方案，改善患者的营养不良及体质衰弱问题。社工则负责链接社会资源，帮扶经济困难家庭，协调患者社会关系，对患者社会支持体系的缺失予以弥补。各学科人员并非独立开展工作，而是经定期病例研讨、病情复盘及方案优化会议，整合多维度诊疗信息，综合患者个体差异制定专属照护方案。同时，基于动态化评估机制，按照患者病情变化及心理状态调整服务内容，解决传统护理模式方案固化、针对性不足及服务片面的问题，有效提高安宁疗护服务的专业性、全面性及准确性，推进安宁疗护从零散化服务向标准化及规范化服务转型。

1.3 连续性照护

安宁疗护是突破传统医疗保健模式、以疾病为脉络的连续过程。但我国安宁疗护连续性受阻，患者需自行联络多家医院，还可能因等病床错过最佳干预时机，因此构建区域分级诊疗制度十分紧迫[7]。

连续性照护理念主要是突破医疗服务的碎片化、阶段性壁垒，为终末期患者提供从确诊晚期疾病、病情进展及生命终末期到离世后家属哀伤干预的全流程、不间断照护服务。终末期患者的病情具有渐进性及不可逆性特点，其护理需求并不局限在住院治疗阶段，出院康复、居家休养及病情恶化复诊等各个阶段均需要专业的安宁疗护支持，间断性的照护可造成患者症状管控失效及心理问题持续累积，对临终生活质量产生严重影响。目前我国医疗体系中，安宁疗护的连续性服务体系尚没有完善，各级医疗机构服务衔接不畅、资源分配不均衡及转诊机制不健全等问题凸显。三级医院主要承接重症终末期患者救治，病床资源紧张及周转压力大，轻症稳定期患者不能长时间滞留。基层社区医疗机构和居家照护体系缺少专业的服务能力，不能承接后续延续性护理。此种断层式服务模式，造成大量患者在转诊、等待床位及居家休养期间出现症状失控、心理危机等问题，错失最佳的干预时机。此外，大部分的医疗机构的安宁疗护服务只集中在患者生前照护，忽视患者离世后家属的长期哀伤辅导，产生服务终端缺口。为此，连续性照护理念强调打通医院、社区及家庭的服务通道，建立全程跟进、动态衔接及无缝衔接的照护体系，同时延伸服务链条，把生前照护和死后家属帮扶相结合，真正达成全周期及连续性的安宁疗护服务。

2 安宁疗护护理模式的实践类型

2.1 住院安宁疗护

我国主要推行住院安宁疗护模式，主要依靠肿瘤科、老年科或者安宁疗护中心进行，适用在症状严重及需强化医疗介入治疗的患者[8]。此种模式的优缺点突出，优点为医疗资源获取便利及应急处理能力强。缺点为住院环境降低患者自主权和家属参与度，且具有病床资源紧张及人均费用较高的问题。从临床适用场景来看，此种模式特别适配终末期患者产生剧烈疼痛、顽固性恶心呕吐、呼吸衰竭及多器官衰竭等危急重症的情况，可迅速进行对症干预，有效缓解患者躯体痛苦，避免居家照护中突发病情恶化无法及时救治的风险。但标准化的病房管理制度及固定的诊疗流程让患者很难按照自身意愿安排日常作息，陌生的医疗环境也容易加剧患者的压抑及焦虑情绪，弱化安宁疗护以人为本的重要宗旨。

2.2 居家安宁疗护

居家安宁疗护为专业人员在患者熟悉的家庭环境中，经定期上门或借助家人与照顾者辅助为患者提供照护服务[9]。我国推广以家为本的居家安宁疗护模式面临一些问题，如基层医务工作者安宁疗护胜任能力不佳，家庭看护人员缺少专业培训和休息保障，处方和管理存在制度性障碍。相比住院模式，居家安宁疗护的主要优势为保留患者熟悉的生活环境，可最大程度维系患者的生活尊严及心理安全感，且方便家属全程陪伴照料，拉近亲情联结，符合我国民众落叶归根的传统养老和临终照护理念。但当前基层医疗体系中，安宁疗护专项培训覆盖率低，大部分的社区医护人员只掌握基础护理操作，对终末期患者心理疏导及症状精细化管控等专业技能掌握不足，且家庭照护者无专业指导及长期照护身心耗竭，严重影响居家安宁疗护的服务质量。

2.3 医院-社区-家庭联动

为解决住院和居家模式的问题，医院、社区、家庭联动模式诞生[10]。该模式基于分级转诊机制划分患者类型，病情较重者在三级以上医院治疗，病情平稳者转到社区安宁疗护所，生命终末期患者可在社区机构或家中接受治疗。安宁疗护采取多学科协作照护模式，团队有肿瘤科护士、临床医师、心理师、营养师及社工，服务覆盖肿瘤终末期患者躯体舒适

Copyright © This work is licensed under a Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.

护理、心理情绪疏导及家属哀伤支持三大模块。躯体照护为口腔护理、皮肤压疮预防、大小便管理及呼吸困难对症护理。心理支持重点针对晚期肿瘤患者死亡恐惧及自我价值否定等负面情绪，采取共情沟通、意愿倾听及生前预嘱引导等方式。家属支持应同步进行哀伤辅导，告知濒死期生理变化，指导家属参与陪伴护理，缓解亲属后期悲伤反应。全程尊重患者自主医疗决策，维护患者的尊严，不进行无意义创伤性抢救操作。此种联动模式疏通不同层级医疗服务的壁垒，达成终末期患者照护的无缝衔接，可避免医院资源浪费的问题，且弥补居家照护专业性不足的短板，为当前适合我国分级医疗体系、兼顾医疗质量及人文关怀的较优模式。

2.4 数据驱动的质量改进

PCOC 模式借助标准化评价工具对患者定期随访，于小组讨论中展示评价结果，基于相关资料制定并调整干预方案，监控主要质量指标。此模式使安宁治疗从经验驱动型转变为证据驱动型，且为持续质量改进提供工具支持。于传统安宁疗护工作中，护理方案主要依赖医护人员临床经验制定，具有主观性强、标准化程度低及个体适配性不足等问题，不同机构及不同医护人员的服务质量参差不齐。数据驱动的改进模式能系统收集患者的症状改善情况、心理状态变化、家属满意度及护理服务漏洞等重要数据，经数据分析准确定位服务短板，针对性优化照护流程，且构建可量化及可追溯的质量评价体系，让安宁疗护服务更加规范化及精细化，较好的推进国内安宁疗护行业整体服务水平的提高。

3 结语

安宁疗护护理模式正从“疾病”向“患者”“零散化”向“连续化”“经验性判断”向“数据化驱动”转变。不过，安宁疗护的推广不能仅靠提高医疗服务水平，需要政策支持、制度整合、人才培养和社会文化等多方面协同合作。在此过程中，护理专业作用不可替代。

[参考文献]

[1]邓一.安宁疗护对社区晚期肿瘤患者生命态度及生存质量的影响[J].当代医药论丛,2026,24(3):176-178.

[2]马春艳,金玉香,潘瑞,等.晚期恶性肿瘤患者安宁疗护干预的生活质量研究[J].宁夏医学杂志,2025,47(12):1133-1136.

[3]中华医学会肿瘤学分会.中国肿瘤整合诊治指南(CACA)-安宁疗护 2023[M].天津:天津科学技术出版社,2023.

[4]黄鑫,张香梅.肿瘤晚期患者安宁疗护模式接受度的影响因素分析[J].临床医学研究与实践,2025,10(33):149-152.

[5]丁璇,刘环,李娜.肿瘤科护士安宁疗护认知及实践现状的研究进展[J].中华现代护理杂志,2025,31(28):3781-3785.

[6]钟连珠.专项安宁疗护对老年晚期恶性肿瘤患者疼痛疲乏及希望水平的影响[J].基层医学论坛,2025,29(27):129-132.

[7]裴郁,皇甫冬梅,冷新玲,等.基于尊严疗法的安宁疗护对肺癌晚期患者生命尊严及生命质量的影响[J].医学临床研究,2025,42(8):1402-1405.

[8]吴潘,陈小红.家庭叙事疗法在晚期癌症安宁疗护患者中的干预效果[J].中国社会医学杂志,2025,42(4):431-435.

[9]温静,陈向娜.基于安宁疗护理念的细节护理干预对晚期肺癌患者负性情绪及疼痛程度的影响[J].疾病监测与控制,2025,19(3):226-229.

[10]施海霞,周瑜,杨玚,等.安宁疗护对年轻结直肠癌晚期患者心理状况、死亡态度及生活质量的影响[J].皖南医学院学报,2025,44(3):279-283.

[11]祖娟娟,刘娟,周荣荣.老年晚期癌症患者安宁疗护模式优化研究进展[J].老年医学与保健,2023,29(3):635-638.

作者简介：

陈敏（1993.02-），女，汉族，海南万宁人，本科，研究方向为安宁疗护。

Copyright © This work is licensed under a Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.