

家庭协同式安宁疗护方案在晚期肿瘤临终患者中的构建与实践

谢成璐

重庆市江津区中心医院 重庆

【摘要】目的 探究家庭协同安宁疗护方案在晚期肿瘤临终患者中的构建和实践。**方法** 选择我院在 2025 年 4 月份至 2026 年 4 月份于我院接受治疗的 60 例晚期肿瘤患者进行研究，随机数字表法分成对照组和实验组，各 30 例，对照组常规护理，实验组家庭协同式安宁疗护，对比两组患者的心理状态、症状负担。**结果** 两组患者提供不同的干预策略后，实验组患者的心理状态优于对照组， $p<0.05$ ，对比患者的症状负担，实验组优于对照组， $p<0.05$ 。**结论** 对晚期肿瘤患者提供家庭协同式安宁疗护，可以有效的改善患者的心理状态，减轻症状负担，值得提倡。

【关键词】 家庭协同式；安宁疗护；晚期肿瘤；实践

【收稿日期】 2026 年 6 月 11 日

【出刊日期】 2026 年 7 月 8 日

【DOI】 10.12208/j.jnmn.20260377

Construction and practice of family-based collaborative palliative care program in terminally ill patients with advanced cancer

Chenglu Xie

Chongqing Jiangjin District Central Hospital, Chongqing

【Abstract】Objective To explore the construction and practice of a family-based collaborative palliative care program in terminally ill patients with advanced cancer. **Methods** Sixty patients with advanced cancer treated at our hospital from April 2025 to April 2026 were selected for this study. They were randomly divided into a control group and an experimental group, with 30 patients in each group. The control group received routine nursing care, while the experimental group received family-based collaborative palliative care. The psychological state and symptom burden of the two groups were compared. **Results** After different intervention strategies were provided, the psychological state of the patients in the experimental group was better than that of the control group ($p<0.05$). The symptom burden of the patients in the experimental group was also better than that of the control group ($p<0.05$). **Conclusion** Providing family-based collaborative palliative care to patients with advanced cancer can effectively improve their psychological state and reduce their symptom burden, and is worthy of promotion.

【Keywords】 Family-based collaborative palliative care; Palliative care; Advanced cancer; Practice

随着当前生活环境的恶化，饮食习惯的改变，人口老龄化的加剧，晚期肿瘤患者的数量呈现上升的趋势，晚期肿瘤患者的终末期生命质量作为当前关注的重点，传统的治疗模式多关注于治愈性治疗，即便在终末期，患者仍承受着高强度的抗肿瘤治疗带来的副作用，患者心理、社会以及灵性需求被忽略^[1]。安宁疗护是通过全人、全家、全程、全队的照顾模式，为无治愈希望的终末期患者提供积极的、整体的照顾。但我国安宁疗护资源相对有限，而且患者受到落叶归根思想的影响，多数晚期肿瘤患者更多倾向于在家中度过生命最后时光，但居家护理模式处于断层的状态，而且一方面家庭照

护者无专业的症状识别与护理技能，面对患者的癌性暴发痛、呼吸困难或者谵妄时手足无措，而且照护者承受着较大的情感耗竭和经验压力，会导致整个家庭系统的功能失调。既往研究多关注患者单纯治疗，忽略了家庭协同的干预方案。将其融入其中，可以减轻患者的不适，促进其恢复，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2025 年 4 月份至 2026 年 4 月份于我院接受治疗的 60 例患者进行研究，随机分成对照组和观察组，每组 30 例患者，对照组患者年龄 59-82 岁，平均年龄

76.39±3.55 岁, 男性 16 例, 女性 14 例, 观察组患者年龄分布在 59-83 岁之间, 平均年龄为 77.36±4.28 岁, 男性 15 例, 女性 15 例。对比所有患者的基础信息, $P > 0.05$, 可开展本研究。

纳入标准: 经病理组织学确诊为恶性肿瘤; 预计生存期在 3-6 个月; 卡氏功能状态评分在 60 分以下; 患者对研究知情同意;

排除标准: 合并严重的认知障碍或者精神疾病; 预期生存期在 1 个月以下或者极度衰弱濒临死亡的患者; 主要照护者存在严重的躯体疾病。

1.2 方法

对照组患者常规干预, 依据 WHO 三阶梯止痛原则来控制癌痛, 合理的使用止吐药物、利尿剂来处理恶心呕吐, 改善腹水、呼吸困难等; 出院前为患者提供口头出院的指导, 完善患者的用药管理、确定患者复诊时间。护理人员在查房时提供心理疏导, 必要时由心理咨询师完成会诊^[3]。

实验组为家庭协同的安宁疗护, 具体包括: (1) 建立家庭协同照护团队, 包括安宁疗护科的护士、心理咨询师、营养师、临终药师, 明确分工, 医生负责病情的评估, 症状控制, 护士与家属进行沟通, 开展技能培训和随访, 为患者提供心理以及灵性支持, 开展个体化的营养方案, 提供用药指导。(2) 患者入院的 72 小时内, 护理人员与医生共同召集患者、家属, 开展家庭会议, 告知患者病情、预后、安宁疗护的目的, 引导患者和家属表达对生命末期的期望、担忧和照护的意愿。使用家庭功能评估量表评估照护者的负担水平, 评估患者的个人需求^[4]。(3) 主要照护者赋能培训, 对照护者技能不足时, 通过加强示教方式培训疼痛评估方法, 演示口服阿片类药物的正确使用与不良反应情况, 协助患者翻身、拍背、提供口腔护理, 避免压疮。识别爆发性癌痛, 并确定给药时机, 判断恶心、呕吐、便秘、谵妄等早期表现和应对策略, 告知临终体征的识别。(4)

共同制定个体化家庭安宁照护计划, 基于患者的意愿、家庭照护结果, 确定照护目标, 建立一位一策的照护方案, 在控制症状的同时, 提升患者的舒适度, 给予有效的营养支持, 完善用药调整, 若出现紧急情况时, 及时与医院沟通^[5]。(5) 建立医院、家庭协同支持, 患者出院后, 医院为患者配备安宁疗护联络护士, 发放应急联系卡, 结合医院安宁疗护平台, 评估患者的症状, 用药情况, 照护者情绪, 实时的评估家庭环境, 纠正误区。

1.3 观察指标

1.3.1 分析患者心理状态, 依据 Zung 氏焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 评估患者焦虑、抑郁程度。SAS 标准分 ≥ 50 分为存在焦虑, SDS 标准分 ≥ 53 分为存在抑郁, 分数越高表示情绪障碍越严重。

1.3.2 分析症状负担, 中文版埃德蒙顿症状评估量表 (ESAS), 量表包括 9 个核心条目和 1 个可选条目, 单项 0-10 分, 范围 0-100 分, 评分越高, 症状越重。

1.4 统计学方法

本文中涉及到的计量数据使用 ($\bar{x} \pm s$) 表示行 t 检验, 全部数据都进行 SPSS17.0 软件数据包来计算, 显示 P 值小于 0.05, 可以进行统计学对比。

2 结果

2.1 干预后, 实验组患者心理状态更佳, $p < 0.05$

2.2 干预后, 实验组患者症状负担更轻, $p < 0.05$

3 讨论

依据研究结果可看出, 实验组患者干预后, 心理状态更佳, $p < 0.05$, 说明在安宁疗护照护过程中引入家庭协同干预模式, 可以更好的改善患者的焦虑和抑郁, 晚期患者对死亡存在恐惧, 对尊严丧失的担忧和为家庭累赘的忧虑, 会增加患者生理痛苦。家庭协同干预, 让患者感受到被理解和被尊重, 避免了因为回避导致的不确定感和孤儿感。帮助患者重构生命的意义, 继而患者的安适度更高^[6]。

表 1 两组患者干预前后 SAS、SDS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	57.93±6.82	54.75±6.97	59.61±7.78	56.14±7.35
实验组	30	58.28±7.15	41.66±5.83	60.07±8.12	42.38±6.29*
t 值		-0.189	7.702	-0.218	7.596
P 值		0.85	<0.001	0.828	<0.001

表 2 两组患者干预前后 ESAS 总分及主要症状 ($\bar{x}\pm s$, 分)

项目	时间	对照组 (n=30)	实验组 (n=30)	t 值	P 值
ESAS 总分	干预前	39.04±8.65	38.76±8.19	0.126	0.925
	干预后	34.11±8.92	23.48±6.75	5.091	<0.001
疼痛	干预前	5.61±1.83	5.55±1.74	0.127	0.899
	干预后	4.18±1.59	2.52±1.21	4.467	<0.001
呼吸困难	干预前	4.82±1.96	4.79±2.05	0.057	0.955
	干预后	4.21±1.88	2.17±1.33	4.738	<0.001
疲乏	干预前	6.93±1.45	7.02±1.51	-0.229	0.819
	干预后	5.89±1.72	3.59±1.46	5.454	<0.001
安适感不佳	干预前	6.11±1.69	6.03±1.72	0.177	0.864
	干预后	5.04±1.85	2.97±1.38	4.804	<0.001

家庭协同式照护模式可以降低患者的症状负担,说明该方案可以从多维度来减轻患者的痛苦,症状负担的减轻不是单纯的依靠药物,源于家庭照护能力的提升,主要照护者可以有效的评估患者的疼痛,并提供用药照护培训,掌握了呼吸难非药物处理后的方案,照护者可以通过调整体位、使用风扇等方式为缓解患者的不适,避免了因为呼吸困难导致的恐惧。营养师为患者提供营养支持,减轻了疾病相关疲劳,让患者以及家属感受到了被关注,继而降低了焦虑性症状,患者的舒适度增加。

综上所述,对晚期肿瘤患者提供家庭协同式的安宁疗护方案,有效的改善了患者的心理焦虑,同时减轻了患者的症状负担,促进了患者恢复,值得提倡。

参考文献

[1] 罗承慧,张小霞,唐晓燕,张静.疼痛护理在晚期肿瘤患者安宁疗护中的应用分析[J].甘肃医药,2025,44(2):168-171.

[2] 王宏艳,杨晓亮,陶星宇.医院-社区-家庭三级联动安宁疗护在晚期肿瘤患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2025,41(13):130-132.

[3] 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].临终医学研究与实践,2025,10(33):149-152.

[4] 邱莲,谭美珍,田康林,杨川敏,黄玲.基于二元干预的安宁疗护对老年癌症晚期患者生活质量及照顾者准备度的影

响[J].护理学,2025,14(11):1998-2005.

[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] 黄海清,黄江捷,钟洋,周明君,汪家钰.安宁疗护专科护士主导的家庭会议在老年晚期癌症患者缓和照护中的应用效果[J].医药前沿,2024,14(3):80-82.

[7] 胡婧伊,洪景,郭晓冬,等.社区参与安宁疗护对临终期肿瘤患者干预效果的 Meta 分析 [J]. 中国全科医学 2023,26(28):3573-3584.

[8] 李亚,李艳,刘淑丹.医疗资源整合后的社区安宁疗护在老年终末期肿瘤患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志 ,2023,29(14):104-107.

[9] 饶文婷,熊小芳.安宁疗护对终末期肿瘤患者生活质量和心理状态的影响[J].宜春学院学报,2023,45(3):79-80101.

[10] 庄小燕,张芦芬,蒋娜.中年恶性肿瘤晚期病人安宁疗护需求现状及其疾病体验的质性研究 [J]. 全科护理 2023,21(24):3435-3439.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS