

# 综合医院癌症住院患者缓和医疗服务管理证据总结

孔俊, 杨怡贇, 李丽

(海军军医大学第三附属医院 护理处, 上海 201805)

**【摘要】目的** 总结综合医院癌症住院患者缓和医疗(palliative care, PC)服务的证据, 为临床实践提供参考。**方法** 系统检索国内外数据库、指南网及专业学会网中癌症住院患者缓和医疗服务的相关证据, 检索时限为建库至 2024 年 6 月。由 2 名研究人员独立进行文献筛选及质量评价, 根据主题提取并汇总证据。**结果** 共纳入文献 16 篇, 其中临床决策 2 篇、指南 6 篇、专家共识 3 篇、证据总结 1 篇、系统评价 4 篇。围绕人员管理、服务对象、服务时间、服务模式、服务流程、服务内容、注意事项、质量评价等 8 个主题总结 23 条证据。**结论** 临床医护人员可基于本研究证据结合具体临床情境及医院实际情况, 为癌症住院患者提供规范化、高质量的缓和医疗服务。

**【关键词】** 综合医院; 癌症住院患者; 缓和医疗; 证据总结

doi: 10.3969/j.issn.2097-1826.2025.01.009

**【中图分类号】** R473; R823 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2025)01-0034-05

## Summary of Evidence on Management of Palliative Care for Cancer Inpatients in General Hospitals

KONG Jun, YANG Yiyun, LI Li (Department of Nursing, The Third Affiliated Hospital of Naval Military Medical University, Shanghai 201805, China)

Corresponding author: LI Li, Tel: 021-81887041

**【Abstract】Objective** To summarize the evidence on palliative care services for cancer inpatients in general hospitals, and to provide reference for clinical practice. **Methods** Literature on the management of palliative care services for cancer inpatients was systematically retrieved from international and domestic databases, guideline websites, and professional association networks. The retrieval time was from the inception to June 2024. Literature screening and quality assessment were performed independently by 2 researchers, and evidence was extracted and summarized according to themes. **Results** A total of 16 articles were included, including 2 clinical decisions, 6 guidelines, 3 expert consensus, 1 evidence summary and 4 systematic reviews. A total of 23 pieces of evidence were summarized on 8 topics: personnel management, service recipient, service hours, service mode, service process, service content, note and quality evaluation. **Conclusions** Clinical medical staff can adhere to the evidence summarized in this study and deliver standardized and high-quality palliative care for cancer inpatients based on their specific clinical contexts and hospital conditions.

**【Key words】** general hospital; cancer inpatient; palliative care; evidence summary

[Mil Nurs, 2025, 42(01): 34-37, 49]

世界卫生组织 2020 年数据表明, 我国癌症新增确诊病例约 457 万, 其中约 300 万患者死亡<sup>[1]</sup>。综合医院是癌症患者进行疾病诊断、治疗的主要场所, 患者从疾病确诊到放弃治愈性治疗的过程中面临症状负担、临床决策、经济压力等诸多挑战<sup>[2]</sup>。缓和医疗(palliative care, PC)是以患者和家庭为中心, 通过综合评估、早期识别和处理身体、心理、社会、精神多维度问题, 预防并减轻痛苦, 提高患有危及生命疾病的患者及照护者生活质量<sup>[3]</sup>。目前, 我国尚无缓和

医疗服务的共识及指南。国外虽发布了一些癌症住院患者缓和医疗服务相关共识及指南, 但证据描述不详且较为零散, 缺乏系统证据对医护人员在临床工作中开展缓和医疗服务进行指导, 严重影响服务质量。因此, 本研究对综合医院癌症住院患者缓和医疗服务进行证据总结, 旨在为综合医院医护人员开展此类服务提供循证支持, 以期提升缓和医疗服务质量, 帮助癌症患者安详、有尊严地“走完人生最后一公里”。

## 1 资料与方法

**1.1 文献纳入与排除标准** 根据 PIPOST 模型确立问题<sup>[4]</sup>, 以此界定纳入标准: 研究对象(population, P)为住院癌症患者(年龄≥18 岁且预期生存期

**【收稿日期】** 2024-07-09 **【修回日期】** 2024-12-27

**【基金项目】** 国家社会科学基金一般项目(22BSH106)

**【作者简介】** 孔俊, 硕士在读, 主管护师, 电话: 021-81887045

**【通信作者】** 李丽, 电话: 021-81887041

≥6个月);干预措施(intervention,I)为缓和医疗服务;证据应用专业人员(professional,P)为医护人员;结局指标(outcome,O)为患者症状控制情况、生活质量、患者及家属满意度等;证据应用场所(setting,S)为综合医院;证据类型(type of evidence,T)为指南、临床决策、推荐实践、专家共识、证据总结、系统评价。排除标准:国外指南翻译、解读版本;重复发表、无法获取全文的文献;非中英文文献。

1.2 检索策略 根据“6S”金字塔模型,依次检索数据库:BMJ Best Practice、UpToDate、英国国家卫生与临床优化研究所(National Institute for Health and Clinical Excellence,NICE)等指南网、Pubmed、中国知网、维普等中英文数据库及美国国家综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network,NCCN)、澳大利亚缓和医疗网(Palliative Care Australia,PCA)等专业相关网站。检索时间为建库至2024年6月。中文检索词为“肿瘤/癌症”“缓和医疗/缓和照护/姑息治疗/姑息照护/舒缓医疗/安宁疗护/姑息疗法/临终关怀”“指南/共识/系统评价/证据总结/meta分析/推荐实践”;英文检索词为“neoplasms/cancer/tumor/oncology/neoplasm \*”“inpatients/inpatient/patient \*/hospitalized patients/hospitalization”“palliative care/palliative therapy/palliative treatment/palliative supportive care/end of life care”。

1.3 文献质量评价 指南由4名研究人员独立进行评价,其他类型证据由2名研究人员独立进行评价;出现分歧时,由课题组讨论协商确定。指南采用临床指南研究与评价系统(appraisal of guidelines for research and evaluation II,AGREE II)<sup>[5]</sup>;系统评价及专家共识采用澳大利亚乔安娜布里格斯研究所(Joanna Briggs Institute,JB)循证卫生保健中心对系统评价、专家共识类文章的评价工具<sup>[6]</sup>;临床决策及证据总结采用证据总结评价工具(critical appraisal for summaries of evidence,CASE)<sup>[7]</sup>进行评价。

1.4 证据提取汇总和分级 由2名研究人员对纳入文献进行阅读、证据提取、汇总并根据证据提炼主题。若纳入证据结论存在冲突,则优先选择高质量、高等级、新发表的证据。采用JBI证据预分级及证据推荐级别系统(2014版)<sup>[8]</sup>将证据分为1~5级。

2 结果

2.1 证据检索结果 初步检索获得文献4585篇,排除重复文献后剩余3845篇,阅读题目和摘要排除文献3816篇,阅读全文排除文献13篇,最终纳入16篇,包括指南6篇<sup>[3,9-13]</sup>、临床决策2篇<sup>[14-15]</sup>、证据总结1篇<sup>[16]</sup>、专家共识3篇<sup>[17-19]</sup>、系统评价4篇<sup>[20-23]</sup>,纳入文献一般特征见表1。

表1 纳入文献的一般特征(n=16)

| 纳入文献                     | 发表年份 | 来源       | 文献主题              | 文献类型 |
|--------------------------|------|----------|-------------------|------|
| Sanders等 <sup>[3]</sup>  | 2024 | PubMed   | 癌症患者缓和医疗          | 指南   |
| NCCN <sup>[9]</sup>      | 2024 | NCCN     | 缓和医疗临床实践          | 指南   |
| NICE <sup>[10]</sup>     | 2019 | NICE     | 终末期患者缓和医疗         | 指南   |
| NCHPC <sup>[11]</sup>    | 2018 | NCHPC    | 缓和医疗临床实践          | 指南   |
| NICE <sup>[12]</sup>     | 2021 | NICE     | 缓和医疗服务实践          | 指南   |
| Osman等 <sup>[13]</sup>   | 2018 | PubMed   | 缓和医疗资源分层          | 指南   |
| Jeanie <sup>[14]</sup>   | 2023 | BMJ      | 最佳临床实践 缓和医疗服务临床实践 | 临床决策 |
| Diane <sup>[15]</sup>    | 2022 | UpToDate | 缓和医疗服务模式管理        | 临床决策 |
| 谌永毅等 <sup>[16]</sup>     | 2024 | 维普       | 缓和共照模式管理          | 证据总结 |
| Jordan等 <sup>[17]</sup>  | 2018 | PubMed   | 癌症患者缓和医疗服务        | 专家共识 |
| HQO <sup>[18]</sup>      | 2018 | HQO      | 晚期疾病缓和医疗服务标准      | 专家共识 |
| PCA <sup>[19]</sup>      | 2024 | PCA      | 缓和医疗质量标准          | 专家共识 |
| Davis等 <sup>[20]</sup>   | 2015 | PubMed   | 缓和医疗服务持续时间        | 系统评价 |
| Koffler等 <sup>[21]</sup> | 2020 | PubMed   | 预立医疗计划在缓和医疗中的作用   | 系统评价 |
| Chung等 <sup>[22]</sup>   | 2021 | PubMed   | 缓和医疗需求、模式、结果      | 系统评价 |
| Gorin等 <sup>[23]</sup>   | 2017 | PubMed   | 照护协调在缓和医疗中的作用     | 系统评价 |

注:美国优质姑息治疗共项目(national coalitong for hospice and palliative care,NCHPC),安大略健康质量网(health quality ontario,HQO)

2.2 证据质量评价结果 6篇指南<sup>[3,9-13]</sup>质量评价结果见表2。2篇临床决策<sup>[14-15]</sup>条目“检索透明全面”评为“部分是”,其余条目均为“是”。1篇证据总结<sup>[16]</sup>条目“评审清晰透明”评为“否”,其余均为“是”。4篇系统评价<sup>[20-23]</sup>,3篇<sup>[20,22-23]</sup>所有条目均为“是”,1篇<sup>[21]</sup>条目“是否由2名及以上研究员独立完成质量评价”评为“不清楚”。文献整体质量较高,均纳入。

表2 指南方法学质量评价(n=6)

| 指南                      | 各领域标准化百分比(%) |      |     |     |     |     | ≥60%<br>领域数(个) | ≥30%<br>领域数(个) | 推荐<br>级别 |
|-------------------------|--------------|------|-----|-----|-----|-----|----------------|----------------|----------|
|                         | 范围目的         | 参与人员 | 严谨性 | 清晰性 | 应用性 | 独立性 |                |                |          |
| Sanders等 <sup>[3]</sup> | 96           | 97   | 97  | 76  | 98  | 100 | 6              | 6              | A        |
| NCCN <sup>[9]</sup>     | 100          | 91   | 87  | 78  | 98  | 97  | 6              | 6              | A        |
| NICE <sup>[10]</sup>    | 89           | 91   | 61  | 78  | 63  | 68  | 6              | 6              | A        |
| NCHPC <sup>[11]</sup>   | 100          | 72   | 73  | 85  | 87  | 94  | 6              | 6              | A        |
| NICE <sup>[12]</sup>    | 96           | 91   | 69  | 89  | 68  | 83  | 6              | 6              | A        |
| Osman等 <sup>[13]</sup>  | 94           | 69   | 62  | 80  | 49  | 94  | 5              | 6              | B        |

2.3 证据汇总 从人员管理、服务对象、服务时间、 8 个方面,总结 23 条证据,见表 3。  
服务模式、服务内容、服务流程、注意事项、质量控制

表 3 综合医院癌症住院患者缓和医疗服务证据汇总表

| 证据主题 | 证 据 内 容                                                                                                                                  | 证据等级 |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 人员管理 | 1.人员组成:由多学科团队构成,包括执业医师、注册护士、医务社会工作者、药剂师、心理咨询师、营养师、音乐治疗师、康复治疗师、护理员和志愿者等成员 <sup>[9-15,17,19]</sup> 。                                       | 1a   |
|      | 2.人员资质:成员应经过系统的缓和医疗专业培训,内容包括缓和医疗需求筛查、沟通技巧、症状评估和管理、舒适护理等 <sup>[10-11,13,17,19-20]</sup> 。                                                 | 2b   |
| 服务对象 | 3.愿意接受缓和医疗的癌症住院患者/家属/照护者或存在以下适应症之一:患者症状难以控制,实体瘤发生转移,预后差,与癌症诊治相关的中至重度的痛苦,心理-社会-精神需求复杂,患者/家属/照护者对预后、病程和决策有疑虑等 <sup>[9-10,12,14,18]</sup> 。 | 1a   |
| 服务时间 | 4.启动时机:诊断癌症后 8 周内,与抗癌治疗同时进行 <sup>[3,9,13,22]</sup> 。                                                                                     | 2b   |
|      | 5.持续时间:保证患者获益程度最大,服务持续时间至少 3~4 个月 <sup>[20]</sup> 。                                                                                      | 1b   |
| 服务模式 | 6.包括会诊服务、共同照护服务、专科缓和医疗床位服务 <sup>[3,13,15-16,22]</sup> 。                                                                                  | 2a   |
| 服务内容 | 7.综合评估:由多学科团队使用经验证的评估工具进行综合评估,包括癌症治疗的获益/风险、躯体症状、功能状态、心理状态、社会支持情况、精神状况、决策能力、教育及信息需求等 <sup>[3,9-11,17]</sup> 。                             | 2a   |
|      | 8.症状评估与管理:包括疼痛、呼吸困难、厌食/恶病质、恶心呕吐、便秘、腹泻、肠梗阻、疲乏、睡眠觉醒障碍、谵妄、水肿、抗癌治疗的副作用及并发症等评估和管理 <sup>[3,9,11,14,17,22]</sup> 。                              | 1a   |
|      | 9.舒适护理:病室环境管理、床单位管理、口腔护理、静脉导管维护、留置尿管护理、皮肤护理、协助沐浴和床上擦浴、协助进食和饮水、排尿及排便异常护理、卧位护理等 <sup>[16,18]</sup> 。                                       | 4b   |
|      | 10.心理支持:评估患者/家属/照护者心理状况,采用正念疗法、音乐治疗、叙事疗法等缓解其心理压力,协助患者/家属/照护者进行临床决策 <sup>[3,9,11,14,17]</sup> 。                                           | 1a   |
|      | 11.社会支持:评估患者/家属/照护者的社会关系、可利用资源和照护环境,满足其社会支持需求,包括经济协助、社会福利咨询、链接社会资源、医患沟通协助、协助转介等,根据需要组织家庭会议 <sup>[3,9,11,14,17-18]</sup> 。                | 1a   |
|      | 12.精神支持:评估患者/家属/照护者的文化信仰、价值观等精神需求,提供服务时尊重患者/家属/照护者文化信仰、价值观、传统习俗,采用尊严疗法、意义疗法及生命教育,引导患者思考生命价值 <sup>[3,9,11,14,17]</sup> 。                  | 1a   |
|      | 13.照护者支持:通过面对面辅导,线上教育等方式为照护者提供自我照护培训、照护技能教育及可用信息及资源的支持 <sup>[10-12,18]</sup> 。                                                           | 5b   |
|      | 14.识别:评估患者是否符合缓和医疗准入标准 <sup>[9-11,16]</sup> 。                                                                                            | 2a   |
|      | 15.确定服务形式:符合缓和医疗准入标准的患者,明确提供缓和医疗服务的形式 <sup>[9]</sup> 。                                                                                   | 2a   |
|      | 16.评估照护需求:对符合缓和医疗准入标准的患者,多学科团队评估照护需求并定期重新评估 <sup>[10-11,18-19]</sup> 。                                                                   | 2a   |
|      | 17.制订个体化照护计划:多学科团队与患者/家属/照护者讨论照护目标,确保知情同意,鼓励患者签署预立医疗计划,确定替代决策者,根据患者/家属/照护者需求,制订个体化照护计划,提供缓和医疗服务 <sup>[9-11,16-17,21]</sup> 。             | 2a   |
|      | 18.出院或转介:患者急性症状得到控制,出院或转介至其他相关机构,经多学科团队评估患者预期生存期小于 6 个月,转介至安宁疗护 <sup>[9,13,15]</sup> 。                                                   | 2a   |
|      | 19.服务过程中与患者/家属/照护者保持良好的沟通,建立信任关系 <sup>[10-11,14-15]</sup> 。                                                                              | 1a   |
| 服务流程 | 20.服务过程中动态评估患者的病情及需求,并根据病情及需求的变化及时调整照护方案并进行记录 <sup>[9,11,13-15,17,21]</sup> 。                                                            | 4a   |
|      | 21.服务过程中加强多学科团队成员间沟通,及时信息共享,通过患者导航等方式促进照护协调 <sup>[10-11,14-15,21,23]</sup> 。                                                             | 3a   |
| 质量控制 | 22.采用结构-过程-结果模型进行缓和医疗服务质量控制 <sup>[16,18-19]</sup> 。                                                                                      | 2a   |
|      | 23.评价指标包括患者生活质量、疼痛控制、患者及家属满意度、心理痛苦程度等 <sup>[12,16,18-19]</sup> 。                                                                         | 2a   |

3 讨论

3.1 构建多学科团队,明确服务对象及时间,开展全面、适时的缓和医疗服务 证据 1~5 阐述了缓和医疗服务团队构成<sup>[9-15,17,19,20]</sup>、服务对象<sup>[9-10,12,14,18]</sup>及服务时间<sup>[3,9,13,20,22]</sup>。由医生、护士、医务社会工作者、药剂师等组成多学科团队,为患者/家属/照护者提供全方位照护,提升患者抗癌治疗依从性同时提高其生活质量。团队成员应参加缓和医疗培训,掌握症状管理、舒适照护等专科技能,保证服务质量。虽然很多研究提倡在癌症明确诊断时即开始提供缓和医疗服务,但我国目前缓和医疗资源不足,医护人员应根据准入标准进行缓和医疗需求筛查明确服务对象。研究<sup>[25]</sup>表明,部分患者在诊断初期对支持性

照护需求有限,更提倡适时照护。本证据推荐在癌症诊断 8 周内提供缓和医疗服务,持续时间为 3~4 个月,确保服务的及时性与有效性。  
3.2 明确缓和医疗服务形式、内容及流程,实施规范、个体化缓和医疗服务 证据 16~18 分别汇总了缓和医疗服务形式<sup>[3,13,15-16,22]</sup>、内容<sup>[3,9-12,14,16-18,22]</sup>以及流程<sup>[9-11,13,15-19,21]</sup>。目前,缓和医疗服务常见形式包括会诊、共同照护、专科缓和医疗床位服务。我国缓和医疗处于起步阶段,很多医院尚不能开展相应的服务形式,医护人员应基于本证据结合实际情况探索适宜的服务形式。如海军军医大学第三附属医院,以护士和社工为主体开展缓和医疗巡诊服务新模式,通过在临床科室中巡诊发现有缓和医疗需求

的患者,与所在科室治疗团队协作为其提供缓和医疗服务<sup>[26]</sup>。医护人员应根据患者需求提供症状管理、心理社会精神支持、舒适护理等服务。此外,照护者也面临着经济压力大、照护负担重等问题,需要重点关注并给予支持。缓和医疗服务内容及形式多样化,医护人员应严格遵守服务流程,确保服务同质化,准确筛选患者并确定服务形式,制订个体化照护方案,并根据患者情况考虑出院或转介。

3.3 增强医患沟通、团队协作,提供协调、高效的缓和医疗服务 证据 19~21 明确了缓和医疗服务的注意事项<sup>[9-11,13-15,17,21,23]</sup>。沟通是缓和医疗服务的核心环节,通过及时沟通动态评估患者需求,调整并完善照护方案。护士可采用叙事方式与患者沟通<sup>[27]</sup>,建立信任关系,提高其医疗决策参与度以及服务满意度。此外,加强团队成员间的沟通,通过医疗信息共享,确保照护的连续性与高效性,提升服务质量。因此,医护人员应提升沟通技巧,如“如何开展严重疾病对话”等,为患者提供协调、高效、人性化的缓和医疗服务<sup>[28]</sup>。

3.4 注重服务质量控制及评价,推动缓和医疗事业有序、深入发展 证据 22~23 界定了缓和医疗服务质量控制方法<sup>[12,16,18-19]</sup>。服务质量评价是推动缓和医疗服务质量不断提高的关键。科室可成立以护士长为组长的缓和医疗服务质量管理小组,采用“结构-过程-结果”模型,通过患者及家属满意度、生活质量、疼痛控制满意度等指标进行服务质量评价。目前,我国尚无统一的缓和医疗服务质量评价指标,临床医护人员可在本研究证据基础上深入探索,构建科学的质量评价体系,为临床提供有效的服务质量评估工具,以推动我国缓和医疗服务有序、深入发展。

#### 4 小结

本研究汇总了综合医院癌症住院患者缓和医疗服务管理的最佳证据,为医护人员开展缓和医疗服务提供了科学指导。由于本研究证据多数源于国外,未来医护人员应基于本研究证据探索本土化的缓和医疗服务,推动我国缓和医疗事业蓬勃发展。

#### 【参考文献】

- [1] World Health Organization. Cancer China 2020 country profile [EB/OL]. [2024-06-20]. <https://www.who.int/publications/m/item/cancer-chn-2020>.
- [2] BELCHER S M, LEE H, NGUYEN J, et al. Financial hardship and quality of life among patients with advanced cancer receiving outpatient palliative care: a pilot study[J]. Cancer Nurs, 2023, 46(1): 3-13.
- [3] SANDERS J J, TEMIN S, GHOSH A, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update[J]. J Clin Oncol, 2024, 42(19): 2336-2357.
- [4] 寇玉珠, 乔建红, 于怡然, 等. 脑卒中后疲劳管理的最佳证据总结

[J]. 军事护理, 2023, 40(4): 84-87.

- [5] 周芬, 郝玉芳, 丛雪, 等. 指南研究与评价工具 AGREE II 及各领域分值的补充解释及思考[J]. 护理学报, 2018, 25(18): 56-58.
- [6] 顾莺, 张慧文, 周英凤, 等. JBI 循证卫生保健中心关于不同类型研究的质量评价工具—系统评价的方法学质量评价[J]. 护士进修杂志, 2018, 33(8): 701-703.
- [7] FOSTER M J, SHURTZ S. Making the critical appraisal for summaries of evidence (CASE) for evidence-based medicine (EBM): critical appraisal of summaries of evidence[J]. J Med Libr Assoc, 2013, 101(3): 192-198.
- [8] 王春青, 胡雁. JBI 证据预分级及证据推荐级别系统 (2014 版) [J]. 护士进修杂志, 2015, 30(11): 964-967.
- [9] National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: palliative care (version 1.2024) [EB/OL]. [2024-06-20]. [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/palliative.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf).
- [10] National Institute for Health and Clinical Excellence. End of life care for adults: service delivery [EB/OL]. [2024-06-20]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng142>.
- [11] National Coalitong for Hospice and Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care [EB/OL]. [2024-06-20]. <https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2020/07/NCHPC>.
- [12] National Institute for Health and Clinical Excellence. End of life care for adults [EB/OL]. [2024-06-18]. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13>.
- [13] OSMAN H, SHRESTHA S, TEMIN S, et al. Palliative care in the global setting: ASCO resource-stratified practice guideline [J]. J Glob Oncol, 2018(4): 1-24.
- [14] JEANIE Y. BMJ Best practice: palliative care [EB/OL]. [2024-06-22]. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1020?q=Pal-liative%20care&c=recentlyviewed>.
- [15] DIANE E M. Benefits, services, and models of subspecialty palliative care [EB/OL]. [2024-06-22]. <https://www.uptodate.cn/contents/benefits-services-and-models-of-subspecialty-palliative-care>.
- [16] 湛永毅, 郭俊晨, 曾令好, 等. 成人安宁疗护共同照护管理的证据总结[J]. 中国护理管理, 2024, 24(2): 165-170.
- [17] JORDAN K, AAPRO M, KAASA S. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care [EB/OL]. [2024-06-26]. <https://europepmc.org/article/med/29253069>.
- [18] Health Quality Ontario. Care for adults with a progressive, life-limiting illness [EB/OL]. [2024-06-15]. <https://hqontario.ca>.
- [19] Palliative Care Australia. National palliative care standards for specialist palliative care providers 5.1 edition [EB/OL]. [2024-06-25]. <https://palliativecare.org.au/national-palliative-care-standards/>.
- [20] DAVIS M P, TEMEL J S, BALBONI T, et al. A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses [J]. Ann Palliat Med, 2015, 4(3): 99-121.
- [21] KOFFLER S, MINTZKER Y, SHAI A. Association between palliative care and the rate of advanced care planning: a systematic review [J]. Palliat Support Care, 2020, 18(5): 589-601.

(下转第 49 页)