

预立医疗照护计划在心血管危重症患者中的应用现状与意义

Current status and significance of application of advance care planning in cardiovascular critical patients

宋颖聪^{1,2}, 陈可涵^{1,2}, 徐英^{1,2}[△]

SONG Ying-cong, CHEN Ke-han, XU Ying

1. 四川大学华西医院心脏 CCU, 四川 成都 610041; 2. 四川大学华西护理学院, 四川 成都 610041

【摘要】 随着人口老龄化与心血管疾病负担的加剧,心血管危重症患者的医疗决策与生命末期照护问题日益凸显。预立医疗照护计划(advance care planning, ACP)作为一种尊重患者意愿的前瞻性医疗规划,在该群体中的应用具有重要意义。本文系统综述了 ACP 在心血管危重症患者中的应用现状、面临的挑战以及实施策略,并展望未来发展。通过结合国际经验与本土国情,构建具有心血管专科特色的 ACP 干预模式,对于提升患者生命质量、优化医疗资源分配具有深远意义。

【关键词】 预立医疗照护计划;心血管危重症;安宁疗护;患者自主权

【中图分类号】 R473.5

【文献标志码】 B

【文章编号】 1672-6170(2026)02-0197-04

预立医疗照护计划(advance care planning, ACP)是一种以患者为中心的医疗照护过程,它允许患者在健康状况允许时,就未来可能发生的严重疾病或生命末期的医疗护理做出计划和决策^[1,2]。其核心在于确保患者的个人意愿、价值观和偏好在任何情况下都能得到尊重与执行。随着全球人口老龄化进程的加快以及心血管疾病负担的持续加重,心血管危重症患者的医疗决策与生命末期照护问题日益凸显。中国心血管病患者数量已达 3.3 亿,其中病情变化迅速、治疗复杂且预后差的心血管危重症患者对 ACP 的需求尤为迫切^[3]。这类患者常包括急性心肌梗死、难治性心力衰竭、恶性心律失常及心肺复苏后等状态,往往需要接受心肺复苏、电除颤、气管插管、体外膜肺氧合(ECMO)、主动脉

内球囊反搏(IABP)及连续性肾脏替代治疗(CRRT)等高强度、高创伤性的干预措施^[4]。在缺乏事前沟通和明确指示的情况下,患者常常面临治疗决策与个人价值观不符的风险。ACP 使患者在病情相对稳定、意识清醒时,能够自主决定在疾病不同阶段是否接受特定的侵入性操作和生命支持技术^[5]。尽管 ACP 在西方发达国家的医疗体系中已相对成熟,但在中国,受传统文化对死亡话题的避讳、相关法律法规不完善以及专业培训系统性缺乏等因素的制约,其在心血管危重症领域的推广仍面临显著挑战。因此,系统梳理 ACP 在该特定群体中应用的现状、障碍与策略,对推动具有中国特色的心血管危重症 ACP 模式构建、提升终末期照护质量具有重要的理论与实践意义。

- [32] Murthy R, Borges VF, Conlin A, et al. Tucatinib with capecitabine and trastuzumab in advanced HER2-positive metastatic breast cancer with and without brain metastases: a non-randomised, open-label, phase 1b study [J]. *The Lancet Oncology*, 2018, 19(7): 880-888.
- [33] Xu B, Yan M, Ma F, et al. Pyrotinib plus capecitabine versus lapatinib plus capecitabine for the treatment of HER2-positive metastatic breast cancer (PHOEBE): a multicentre, open-label, randomised, controlled, phase 3 trial [J]. *The Lancet Oncology*, 2021, 22(3): 351-360.
- [34] André F, Ciruelos E, Rubovszky G, et al. Alpelisib for PIK3CA-Mutated, hormone receptor-positive advanced breast cancer [J]. *The New England Journal of Medicine*, 2019, 380(20): 1929-1940.
- [35] Martínez-Jañez N, Ezquerro MB, Manso Sanchez LM, et al. First-line therapy with palbociclib in patients with advanced HR(+)/HER2(-) breast cancer: The real-life study PALBOSPAIN [J]. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2024, 206(2): 317-328.
- [36] Slamon DJ, Neven P, Chia S, et al. Overall survival with riboci-

clib plus fulvestrant in advanced breast cancer [J]. *The New England Journal of Medicine*, 2020, 382(6): 514-524.

- [37] Hamilton EP, Ma C, De Laurentiis M, et al. VERITAC-2: a Phase III study of vepdegestrant, a PROTAC ER degrader, versus fulvestrant in ER+/HER2- advanced breast cancer [J]. *Future Oncology (London, England)*, 2024, 20(32): 2447-2455.
- [38] Tutt A, Tovey H, Cheang MCU, et al. Carboplatin in BRCA1/2-mutated and triple-negative breast cancer BRCAness subgroups: the TNT Trial [J]. *Nature Medicine*, 2018, 24(5): 628-637.
- [39] Isakoff SJ, Mayer EL, He L, et al. TBCRC009: a multicenter phase II clinical trial of platinum monotherapy with biomarker assessment in metastatic triple-negative breast cancer [J]. *Journal of Clinical Oncology*, 2015, 33(17): 1902-1909.
- [40] Byrski T, Huzarski T, Dent R, et al. Response to neoadjuvant therapy with cisplatin in BRCA1-positive breast cancer patients [J]. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2009, 115(2): 359-363.

(收稿日期:2025-06-25;修回日期:2025-07-23)

(本文编辑:彭羽)

1 心血管危重症患者实施 ACP 的特殊性与必要性

1.1 疾病特点与 ACP 需求 心血管危重症患者具有病情突变率高、治疗决策紧迫及预后不确定性大三大特点。与肿瘤等慢性病终末期患者相比,其临床路径更难预测,这就要求 ACP 的讨论必须更加灵活、动态,并且能够适应病情的快速演变。研究表明,对终末期心力衰竭患者系统实施 ACP 后,其在死亡态度、生活质量和优逝水平方面均有显著改善^[6]。为应对心血管疾病的突发性,“危机中 ACP”的概念被提出并日益受到重视。它强调,即使在疾病急性加重期,也应当尽可能地关注并尊重患者的价值观与治疗偏好,而不是完全依赖于患者在稳定期签署的静态书面文件。这种动态沟通模式更契合心血管危重症的疾病自然史^[7]。

1.2 临床效益与人文价值 ACP 在心血管危重症领域的应用展现出多维度、多层次的价值。在患者层面,ACP 能有效改善患者对死亡的认知与态度,减轻其对生命末期的恐惧和焦虑,通过确保其意愿得到遵从来提升生命末期的生活质量和尊严感^[8]。在家庭层面,ACP 通过提供明确的预先指示,能够显著减轻家属在紧急情况下面临的决策压力和精神负担,减少因治疗选择不一致导致的家庭矛盾^[9]。在医疗系统层面,ACP 有助于避免或减少无效的、昂贵的过度医疗,尤其是那些不符合患者意愿的侵入性治疗,从而优化医疗资源的配置效率^[10]。在社会层面,ACP 的广泛讨论与推广,本身就是一种生动的生命教育与死亡教育,有助于推动社会公众死亡观念的现代化转变^[11]。从临床工具角度看,基于“心力衰竭特定问题提示列表手册”的结构化 ACP 干预方案,能有效引导患者思考并表达在心衰特定情境下的治疗偏好,避免偏离患者价值观的无效治疗^[12]。在人文关怀层面,ACP 通过尊重患者自主权,并让家属参与决策过程,可以有效缓解家属的决策冲突,是实现全人照护的重要途径^[13]。

2 国内外 ACP 应用现状

2.1 国外发展经验与模式 发达国家在 ACP 的临床实践、法律支持和公众教育方面已构建了相对成熟的体系。美国自 1990 年通过《患者自决法案》(PSDA)后,确立了 ACP 在法律和医疗实践中的地位,建立了完善的教育与认证体系。加拿大、新加坡、英国等国家也相继出台了相关法律或国家指

南,将 ACP 有机地纳入常规医疗流程^[14]。在心血管专科领域,国际研究持续证实了 ACP 的积极影响。Coster 等研究表明,ACP 非常适用于患有晚期心力衰竭且有明显姑息治疗需求的患者,并且这类患者及其心脏病专家对 ACP 干预过程的满意度都很高^[15]。Lum 等的研究进一步证明,通过多次、简短的系列讨论,可以成功吸引并促进老年心血管病患者及其家属参与到 ACP 过程中来^[16]。值得注意的是,国际上的 ACP 实践早已超越了单纯的文档签署(如预立医疗指示),发展成为一个包含多次深入沟通、提供情感支持、并由多专业团队协调的全面、连续的过程^[17]。

2.2 中国本土化实践与挑战 中国的 ACP 发展仍处于起步与探索阶段,但已展现出积极的发展态势。在政策层面,2022 年深圳市通过的《深圳经济特区医疗条例》修订案开创性地提出,在患者临终时应尊重其生前预嘱^[18]。北京生前预嘱推广协会等非政府组织也在积极进行理念普及和公众教育。在临床实践方面,部分地区的医院已开始尝试将 ACP 应用于终末期心力衰竭患者的照护中。例如,有研究构建了终末期心力衰竭患者的 ACP 干预方案并初步验证了其可行性及有效性^[6]。然而,中国心血管危重症患者 ACP 的全面推广仍面临一系列深层次的挑战:文化心理障碍:在儒家文化思想的深远影响下,公众乃至医务人员普遍对死亡相关话题存在强烈的忌讳和回避倾向,这使得开启 ACP 对话变得异常困难^[19]。法律制度缺失:国家层面缺乏专门针对 ACP 的法律法规,导致 ACP 文件的法律效力不明确,医疗决策中的法律责任边界模糊,医务人员在执行患者意愿时存在顾虑^[20]。业务能力不足:广大医护人员普遍未接受过系统的 ACP 沟通技巧培训,缺乏引导敏感话题、处理患者及家属复杂情绪的能力^[21]。实施路径不明:如何将西方的 ACP 模式与中国的“家庭本位”文化相结合,形成一套既尊重患者自主权又能兼顾家庭整体性的沟通与决策模式,尚在探索之中^[22]。

3 ACP 在心血管危重症患者中的实施策略

3.1 建立符合中国文化的 ACP 沟通模式 中国传统文化高度重视家庭观念与孝道伦理,因此,简单套用西方强调个人自主的 ACP 模式可能会水土不服。实践证明,采用“以家庭为中心”的沟通模式更适合中国国情^[22]。这种模式不将患者视为孤立的决策者,而是将整个家庭视为一个整体,通过家庭会议等形式,促进患者、核心家属成员和医疗团队三方之间的充分沟通与共识形成。笔者建议,在临床实践中可采用“渐进式”沟通路径。首先,由主

【基金项目】四川省科技厅重点研发项目(编号:2023YFS0296)

△通讯作者

管医生或资深护士评估患者的病情阶段、认知能力及心理准备度;其次,单独与主要家属进行沟通,了解家庭的动态、主要关切点及可能存在的分歧;最后,组织患者(在其身体和精神条件允许的情况下)、家属及多学科团队(包括医生、护士、心理师、社工等)共同参与讨论,确保各方的意愿都被充分倾听和尊重^[23]。在沟通技巧上,可以引入 CICARE 标准化沟通模式、非暴力沟通等经过验证的有效方法,以提升沟通的质量与效果^[24]。

3.2 开发心血管专科特色的 ACP 评估与干预工具 针对心血管危重症疾病的独特轨迹和治疗决策点,开发专科化的 ACP 评估工具与支持材料至关重要。例如,“心力衰竭特定问题提示列表手册”这样的工具,能帮助患者系统地思考在未来可能发生的特定临床情境(如终末期急性加重、难治性心律失常)下,对于是否接受 ICD 复置、长期机械循环支持(如左心室辅助装置)或心脏移植等重大决策的偏好^[12]。基于此构建的 ACP 干预方案应包含以下几个核心环节:疾病认知与预后教育、治疗偏好与价值观探讨、医疗代理人的正式指定、ACP 文档的规范记录以及定期的复查与更新机制^[21]。在实施时机的选择上,应善于把握“危重症缓解后的时间窗”,例如在急性心肌梗死血流动力学稳定后、心力衰竭急性加重期症状得到控制后、或重大心脏手术术前评估等关键节点,适时引入 ACP 讨论^[16]。

3.3 加强医护人员培训与体系建设 ACP 的有效实施高度依赖于一支具备专业知识、技能和态度的医护团队。因此,必须在医疗机构层面组织开展系统的 ACP 专项培训^[21]。培训内容应涵盖:难治性疾病预后的沟通、死亡等敏感话题的引导、文化敏感性处理以及如何协调患者自主权与家庭意愿之间的冲突等核心能力。培训方式应超越传统讲座,更多地采用情景模拟、角色扮演等体验式、反思性的学习方法^[25]。在系统层面,医疗机构应着手建立 ACP 实施的标准操作流程(SOP)和质量评价指标体系,争取将 ACP 讨论纳入心血管危重症患者的常规护理路径或诊疗套餐中。同时,大力推动心内科、急诊科、重症监护室、姑息治疗科、精神心理科、临床药学及社工部等多学科团队的协作,形成支撑 ACP 实施的强大合力^[26]。

4 讨论与展望

4.1 把握 ACP 在心血管领域的实施特点 与肿瘤终末期相对可预测的疾病轨迹不同,心血管危重症患者的病情变化往往更具突发性和不可预测性。因此,ACP 讨论必须更具前瞻性和灵活性。建议将 ACP 与慢病管理相结合,在疾病的相对稳定期就尽

早引入讨论,并根据病情的进展、治疗反应的变化以及患者价值观的演变进行动态调整。近年来提出的“动态 ACP”概念,正是强调 ACP 应是一个贯穿疾病全程的、持续的对话过程,而非一次性的签约事件^[2]。

4.2 应对实施过程中的伦理挑战 在心血管 ACP 的临床实践中,常常会面临复杂的伦理困境,例如患者自主权与家属出于保护意愿的干预之间的冲突,以及医疗专业主义(基于最佳证据的判断)与患者主观偏好(基于个人价值观的选择)之间的张力。解决这些困境需要回归基本的伦理原则:尊重自主、不伤害、行善和公正,在充分信息告知的基础上,寻求患者的最佳利益。尤其需要注意的是,在中国文化背景下,需要在尊重患者自主和维护家庭和谐之间寻找一个恰当的平衡点^[22]。

4.3 整合姑息治疗与心血管危重症照护 国际趋势清晰地表明,将姑息治疗的理念、知识与技能早期整合入心血管危重症的照护中,是提高患者生命末期生存质量、实现“善终”的重要途径^[27]。ACP 作为姑息治疗的核心组成部分,应与症状控制(如呼吸困难、疼痛、焦虑)、心理支持和精神关怀同步规划、协同推进^[28]。建议在心血管专科中,有计划地培养一批兼具扎实心内科专业知识和娴熟姑息照护能力的复合型人才,从而有力地推动“以患者为中心”的全面照护模式落地^[29]。

4.4 充分利用信息化技术 随着数字化医疗和智慧医院建设的飞速发展,ACP 的注册系统、与电子病历的深度集成、在线的患者决策辅助工具等信息化手段,可以极大提高 ACP 的可及性、规范性和连续性^[30]。未来,应致力于开发适合中国语境和医疗流程的心血管 ACP 数字化管理平台,实现 ACP 文档的安全存储、便捷检索和授权调阅,确保患者在急诊、转院等紧急情况下,其预先表达的意愿能够被负责其照护的医疗团队及时、准确地获取。

5 小结

在心血管危重症患者中系统化地推广与应用 ACP,是积极应对人口老龄化、减轻日益加重的心血管疾病负担、提升医疗人文关怀品质的重要战略举措。尽管在中国当前的社会文化、法律制度、专业能力和医疗体系背景下,ACP 的全面推广仍面临诸多挑战,但通过持续探索并建立符合中国文化心理的沟通模式、开发具有心血管专科特色的评估与干预工具、加强专业人员的核心能力培训以及构建系统性的支持体系,ACP 有望在心血管危重症领域逐步实现本土化、专科化的深入发展。未来的研究应更加聚焦于 ACP 在心血管专科实施的质量评价、成

本效益分析以及对患者及家属长期心理社会结局的影响,为临床实践的优化提供更高级别的证据支持。最终目标是,通过医疗机构、专业人员、患者家庭及社会各界的多方协作,确保每一位心血管危重症患者在生命的各个阶段,都能获得与其个人价值观、信念和偏好高度一致的、有尊严的医疗照护。

【参考文献】

- [1] Lum HD, Sudore RL. Advance care planning in the elderly[J]. *Med Clin North Am*, 2025, 39(1):45-60.
- [2] Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care[J]. *Lancet Oncol*, 2023, 24(6):e255-e273.
- [3] 心血管健康与疾病报告 2023 概要编写委员会. 《中国心血管健康与疾病报告 2023 概要》[J]. *中国循环杂志*, 2024, 39(7):625-660.
- [4] Ivennan CK, Allen LA. Palliative care in patients with heart failure[J]. *BMJ*, 2024, 385:e070673.
- [5] 生健康委员会. 关于印发“十四五”健康老龄化规划的通知[EB/OL]. (2022-01-10). <http://www.nhc.gov.cn/>.
- [6] 曾超男, 白阳娟, 李明璐, 等. 预立医疗照护计划在心力衰竭终末期患者中的应用效果[J]. *中西医结合护理(中英文)*, 2023, 9(1):100-102.
- [7] Sinha S, Boss EF, Hwang PH, et al. A framework for effective and efficient shared decision-making[J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2024, 170(5):1241-1253.
- [8] Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, et al. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis[J]. *J Am Med Dir Assoc*, 2024, 1(7):477-489.
- [9] 韩知浩, 方勇, 蔡燕吉, 等. 晚期癌症患者主要照顾者参与预立医疗照护计划障碍的质性研究[J]. *中华护理杂志*, 2023, 58(21):2624-2630.
- [10] In Der Schmitt J, Jox RJ, Pentzek M, et al. Advance care planning by proxy in German nursing homes: descriptive analysis and policy implications [J]. *J Am Geriatr Soc*, 2021, 69(8):2122-2131.
- [11] 陈俊冶, 王梓瑜, 张嘉鑫, 等. 生命的终点: 论预立医疗照护计划开展的可行性及策略探讨[J]. *卫生软科学*, 2024, 38(6):43-47.
- [12] 邓仁丽, 王守碧, 张江辉, 等. 中西文化视野下预立医疗照护计划在医疗卫生体系中的植入[J]. *中国护理管理*, 2023, 23(3):321-325.
- [13] Houben CHM, Spruit MA, Luyten H, et al. Cluster-randomised trial of a nurse-led advance care planning session in patients with COPD and their loved ones[J]. *Thorax*, 2023, 74(4):328-336.
- [14] 高晓艺, 胡利萍, 赵越, 等. 新加坡安宁疗护服务发展经验及其对我国的启示[J]. *中国全科医学*, 2024, 27(22):2745-2751.
- [15] Coster JE, Ter Maat GH, Pentinga ML, et al. A pilot study on the effect of advance care planning implementation on healthcare utilisation and satisfaction in patients with advanced heart failure[J]. *Neth Heart J*, 2022, 30(9):436-441.
- [16] Lum HD, Sudore RL, Bekelman DB. Advance care planning in heart failure: a systematic review and meta-analysis [J]. *JACC Heart Fail*, 2024, 12(5):789-802.
- [17] Schenker Y, White D, Rosenzweig M, et al. Care management by oncology nurses to address palliative care needs: a pilot trial to assess feasibility, acceptability, and perceived effectiveness [J]. *J Palliat Med*, 2023, 18(3):232-240.
- [18] 深圳市人民代表大会常务委员会. 深圳市第七届人民代表大会常务委员会公告(第五十六号)[EB/OL]. (2022-09-28). http://www.sz.gov.cn/cn/xxgk/zfxgj/zcfg/content/post_10144785.html.
- [19] 张继元. 中国文化背景下大众对预立医疗照护计划传播偏好调查[D]. 遵义:遵义医科大学, 2023.
- [20] 闻瑶. 我国预先指示制度构建研究[D]. 上海:上海师范大学, 2021.
- [21] 陈柳柳, 杨柳, 赵俊延, 等. 护理人员预立医疗照护计划的沟通培训[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(10):47-50.
- [22] 李子芬, 彭楚君. 推动“以家庭为中心”的预立医疗照护计划[J]. *中国护理管理*, 2023, 23(3):326-329.
- [23] 彭睿婕, 刘书蕃, 简旭梅, 等. 构建以患者-家庭为中心的综合 ICU 患者预立医疗照护计划沟通方案[J]. *护理学报*, 2025, 32(13):1-8.
- [24] 柳鸿鹏, 曹晶, 焦静, 等. 基于焦点小组访谈法构建以 CICARE 沟通模式为基础的癌症患者护患沟通流程的研究[J]. *中华现代护理杂志*, 2023, 29(12):1515-1518.
- [25] 周艺, 蔡咏仪, 刘林红, 等. 同伴角色扮演在外国医患沟通技能培训中的应用与启示[J]. *中华医学教育杂志*, 2023, 43(9):712-716.
- [26] 冯思媛. 基于跨理论模型的社区老年慢性病患者预立医疗照护计划参与度干预方案构建及应用[D]. 郑州:郑州大学, 2024.
- [27] Carrion IV, Nedjat-Haiem FR, Gonzalez K, et al. Implementing an advance care planning intervention in community settings with older latinos: a feasibility study[J]. *J Palliat Med*, 2023, 20(9):984-993.
- [28] Grimaldo DA, Wiener-Kronish JP, Jurson T, et al. A randomized, controlled trial of advanced care planning discussions during preoperative evaluations[J]. *Anesthesiology*, 2021, 95(1):43-50.
- [29] 孔文萱, 于从, 赵云肖, 等. 预立医疗照护计划在老年慢性心力衰竭病人中应用的研究进展[J]. *全科护理*, 2024, 22(8):1421-1425.
- [30] 终末期心力衰竭患者预立医疗照护计划干预方案的构建及应用研究[J]. *中华护理教育*, 2024, 21(10):1247-1254.

(收稿日期:2025-10-30;修回日期:2025-12-01)

(本文编辑:彭羽)