

ICU 终末期患者死亡质量的研究进展

赵 鹏, 李华英, 缪 立, 王 怡

苏州大学附属第二医院 江苏苏州

【摘要】随着现代医学的进步,人们对生命质量的关注逐渐延伸至生命末期。ICU 终末期患者因病情危重、治疗复杂,其死亡质量问题尤为突出。本文旨在综述 ICU 终末期患者死亡质量的相关研究,包括死亡质量的概念界定、评估工具与方法,深入分析影响死亡质量的因素,并探讨提升死亡质量的策略,以期为临床实践提供理论支持,促进 ICU 终末期患者死亡质量的改善。

【关键词】ICU 终末期患者;死亡质量;影响因素;提升策略

【收稿日期】2025 年 9 月 19 日

【出刊日期】2025 年 10 月 27 日

【DOI】10.12208/j.ijnr.20250558

Research progress on mortality quality of ICU end-stage patients

Peng Zhao, Huaying Li, Li Miao, Yi Wang

Suzhou University Affiliated Second Hospital, Suzhou, Jiangsu

【Abstract】With the advancement of modern medicine, people's attention to quality of life has gradually extended to the end of life. The quality of death of ICU end-stage patients is particularly prominent due to their critical condition and complex treatment. This article aims to review the relevant research on the quality of death in ICU end-stage patients, including the definition of the concept of death quality, evaluation tools and methods, in-depth analysis of factors affecting death quality, and exploration of strategies to improve death quality, in order to provide theoretical support for clinical practice and promote the improvement of death quality in ICU end-stage patients.

【Keywords】ICU end-stage patients; Quality of death; Influencing factors; Enhancement strategy

ICU 是救治危重患者的核心场所,集中病情最重、最复杂的患者。尽管医疗技术进步,仍有患者进入终末期^[1]。传统 ICU 治疗侧重维持生命体征,对患者终末期整体体验关注不足,导致患者承受身体痛苦、心理负面情绪及孤独感。家属也面临巨大心理压力与经济负担,且常因缺乏有效沟通和指导,难以做出符合患者意愿的医疗决策。提升 ICU 终末期患者死亡质量,是对患者生命尊严的尊重,是现代医学人文关怀的重要体现,有助于缓解家属悲痛、减少医患矛盾,对推动医疗服务全面化、人性化发展意义深远。因此,深入研究该问题刻不容缓。

1 死亡质量的概念

死亡质量并非一个单一维度的概念,它是个体在生命终末期所经历的身体、心理、精神、社会等多方面状态的综合反映,体现了患者在走向死亡过程中的整体体验与尊严维护程度^[2]。从身体层面来看,意味着尽可能减少疼痛及其他不适症状,如恶心、呕吐、呼吸困

难等,使患者身体处于相对舒适的状态;心理上,要求患者能够以平和、坦然的心态面对死亡,减少恐惧、焦虑等负面情绪;精神层面则强调患者的信仰、价值观得到尊重,能在精神上获得慰藉与满足;社会维度涉及患者与家属、亲友的关系维系,以及在社会环境中感受到尊重与关怀^[3]。

2 死亡质量的评估工具与方法

2.1 评估工具

普适版死亡质量他评量表(QODD)由 Curtis 等学者于 2001 年首次构建,其中 QODD3.2 版本常用于 ICU 医务工作者对患者死亡质量的评估,具有较高的一致性,Cronbach's α 系数达 0.960^[4]。该量表涵盖多个方面,如患者的症状控制、心理状态、与家属的互动等,通过照顾者回忆来评估患者的死亡体验,能较为全面地反映患者的死亡质量情况。中文版 ICU 病人死亡质量他评量表近年来在国内临床上应用较广泛,Cronbach's α 系数为 0.925。该量表针对 ICU 患者的特点进行设计,

包括生命终末期经历、医疗照护、死亡时刻、总体评价 4 个方面, 每个方面满分 100 分, 分数越高表示患者死亡质量越高, 为国内 ICU 终末期患者死亡质量的评估提供有力工具。ICU 死亡质量量表 (ICU-QODD) 用于对 ICU 死亡病人家属进行调查统计, 从多个维度了解家属对患者死亡质量的感知, 从而间接评估患者在 ICU 期间的死亡质量, 有助于发现临床护理中存在的问题, 为改进护理措施提供依据^[5]。

2.2 评估方法

ICU 护理人员由于护理时长较长、临床经验丰富, 对患者病情和死亡情况较为熟悉, 常作为患者死亡质量评价的主体, 评价时间多集中在患者死亡后的 24-72h 内。通常由 2 名或 2 名以上医护人员进行评价, 以综合多方面信息, 更准确地掌握患者死亡质量。研究显示, 医护人员在评价时, 护理人员在“对死亡感到平静”“平稳的呼吸”等方面的评分可能与医生存在差异, 这与护理人员和患者接触时间久, 更了解患者身体精神状态有关^[6]。

3 死亡质量影响因素

3.1 医疗干预

姑息治疗旨在缓解患者的痛苦, 提高其生活质量, 对提升 ICU 终末期患者死亡质量具有重要作用。在姑息治疗发展较好的国家, 如英国, 其死亡质量在全球排名靠前。研究发现, 接受姑息治疗的 ICU 终末期患者, ICU 停留期明显缩短, 临床表现改善, 医疗成本降低, 患者生活品质和护理人员满意度得到提升^[7]。但目前全球仅有约 10% 的 ICU 终末期患者能获得真正的姑息治疗。由于社会背景、文化、信仰等因素, 姑息治疗在一些地区的推广受到限制, 民众对其认知度有待提高。

病情严重的 ICU 患者若在死亡前 48h 接受心肺复苏术、使用正性肌力复苏术、留置尿管等过度的维持生命治疗, 往往会降低死亡质量。这些有创操作不仅可能增加患者的身体痛苦, 还可能延长患者承受痛苦的时间, 导致患者在生命末期无法得到安宁。有研究从 ICU 患者家庭和护理人员视角探讨发现, 患者在 ICU 停留时间越长、操作越多、病情越严重、维持生命成本越高, 死亡质量越低^[8]。过度医疗使患者低质量生存状态延长, 加重了患者的痛苦。

3.2 患者自身状况

ICU 患者家属或医务工作者认为, 年龄超过 65 岁、突发急性疾病进入 ICU、家属或患者放弃抢救/签署拒绝心肺复苏文件等情况与较高的死亡质量相关。而病情严重程度是影响死亡质量的关键因素, 病情越重, 患

者可能经历的身体痛苦和心理压力越大, 死亡质量越差。例如, 多器官功能衰竭的患者往往面临更复杂的症状, 如难以控制的疼痛、严重的呼吸困难等, 极大地影响了其生命末期的体验。患者死亡前良好的身体和心灵状态有助于提高死亡质量。当患者的疼痛得到较好控制, 能够自主进食, 面对死亡感到平静, 尊严得到维护时, 其死亡质量相对较高。为 ICU 终末期患者提供精神支持, 如心理咨询、宗教关怀等, 可帮助他们缓解忧虑, 提升生命品质。

3.3 家属因素

患者与家属共同参与临终决定、与家属充分告别、死亡时家属在场等, 都能提高患者的死亡质量。ICU 患者病情变化快, 意识状况常受影响, 家属在医疗决策中起关键作用。家属的经济状况、对临终场所的选择、对死亡的认知、对疾病信息的掌握以及家庭成员意见的统一程度等, 都会影响医疗决策。由于传统孝道观念和对患者生存的高期望, 部分家属可能选择积极治疗, 这在一定程度上也反映了家属对患者死亡质量的关注, 他们期望通过医疗手段为患者寻求更高的生存品质。

4 死亡质量的提升策略

4.1 优化医疗护理模式

对于预计生存期较短、病情危重的 ICU 患者, 应尽早评估并引入姑息治疗团队。通过多学科协作, 包括医生、护士、营养师、心理治疗师等, 为患者制定个性化的姑息治疗方案。在患者生命早期, 即与患者及家属充分沟通, 明确治疗目标, 在积极治疗疾病的同时, 注重缓解症状, 如采用药物和非药物方法控制疼痛、改善呼吸困难等, 提高患者的舒适度。

建立科学的医疗决策机制, 避免过度医疗。当治疗措施仅能短暂维持生命体征, 而无法改善患者预后和生活质量时, 及时与患者及家属沟通, 权衡利弊, 停止不必要的有创操作和过度治疗。例如, 对于终末期癌症患者, 若继续化疗已无法延长生命且会带来严重不良反应, 应果断调整治疗方案, 转向以姑息治疗为主。

加强对 ICU 终末期患者常见症状的监测与管理。对于疼痛, 采用多模式镇痛方法, 如联合使用阿片类药物、非甾体抗炎药以及物理治疗、心理疏导等, 根据患者疼痛程度及时调整用药剂量和方案。针对呼吸困难, 可通过调整氧疗方式、使用无创通气设备、给予支气管扩张剂等措施改善症状。同时, 关注患者的恶心、呕吐、水肿、腹胀等其他不适症状, 及时给予相应治疗, 提高患者身体舒适度。

4.2 加强心理与精神支持

配备专业的心理治疗师或经过心理培训的医护人员, 为 ICU 终末期患者提供心理支持。通过一对一的心理咨询, 帮助患者宣泄恐惧、焦虑、绝望等负面情绪, 引导患者正视死亡, 调整心态。采用认知行为疗法, 改变患者对疾病和死亡的错误认知, 增强其应对能力。例如, 帮助患者回忆生命中的美好经历, 找到生命的意义, 从而更加坦然地面对死亡。尊重患者的宗教信仰和精神需求, 与相关宗教机构合作, 为患者提供宗教仪式、祈祷等精神慰藉服务。对于无特定宗教信仰的患者, 通过与患者探讨人生价值观、生命意义等话题, 满足其精神层面的需求, 给予患者心灵上的支持和安慰。

4.3 促进家属参与和支持

在患者入住 ICU 后, 医护人员应定期与家属进行沟通, 详细介绍患者的病情变化、治疗方案及预后情况, 让家属充分了解患者的真实状况。同时, 开展关于临终关怀、死亡教育等方面的知识讲座, 帮助家属正确认识死亡, 减轻对死亡的恐惧和误解, 使其能够更好地理解和支持患者的需求。例如, 通过播放相关视频、发放宣传手册等方式, 向家属普及临终患者的生理和心理变化特点, 以及如何在这一阶段给予患者有效的关怀。在保证医疗安全的前提下, 制定家属参与护理的计划, 让家属参与患者的部分护理工作, 如协助患者翻身、擦身、喂食等。这不仅能增强家属与患者之间的情感联系, 也让家属在患者生命末期有更多的陪伴和参与感。同时, 医护人员应给予家属必要的指导和培训, 确保家属的护理操作正确、安全, 如指导家属如何正确为患者进行口腔护理, 避免因操作不当引起患者不适。为家属提供心理支持服务, 设立专门的心理咨询热线或安排心理医生为家属进行心理疏导。在患者死亡后, 及时开展丧亲支持活动, 如组织家属参加哀伤辅导小组, 通过专业人员的引导, 帮助家属缓解悲痛情绪, 走出丧亲阴影^[9]。

5 小结

ICU 终末期患者死亡质量受医疗干预、自身状况及家属等多因素影响, 具有复杂性与多维度特征。当前, 尽管死亡质量评估工具和方法已有进展, 但全球范围内该群体死亡质量仍需提升。可通过优化医疗护理模式、加强心理与精神支持、促进家属参与等策略改善这

一状况。未来需进一步深化研究, 推动姑息治疗普及, 完善相关政策法规, 提升医护人员专业素养与人文关怀意识, 为患者提供更优质、人性化的临终关怀, 助其有尊严、平静离世。

参考文献

- [1] 游彤阳, 李晓娟, 陈芳, 等. ICU 病人死亡质量现状及影响因素的研究进展[J]. 护理研究, 2020, 34(18):5.
- [2] 陈珍珍, 雷燕雯, 罗秋湖, 等. 终末期患者死亡质量的研究进展[J]. 现代医药卫生, 2024, 40(21):154-155.
- [3] 王盼, 卫晓静, 景孟娟, 等. ICU 终末期病人死亡质量现状及影响因素的研究进展[J]. 全科护理, 2023, 21(28):3916-3919.
- [4] 曾纪丽, 罗丹, 程晓琳, 等. ICU 生命末期患者死亡质量量表的汉化及信效度评价[J]. 医学与哲学, 2020, 34(25):179-178.
- [5] 曾纪丽^{①②}, 罗丹^③, 程晓琳^④, 等. ICU 生命末期患者死亡质量量表的汉化及信效度评价[J]. 医学与哲学, 2020, 34(21):165-166.
- [6] 黄佳洁, 田雅丽, 黄敏, 等. 社会支持和生命意义感在老年临终患者家庭功能对病人死亡质量的多重中介效应分析[J]. 现代预防医学, 2024(5):51.
- [7] 李陶幸子, 李黎明, 陈超然, 等. ICU 终末期患者濒死和死亡质量研究现状[J]. 中西医结合护理(中英文), 2018, 4(11):3.
- [8] 王盼, 卫晓静, 景孟娟, 等. ICU 终末期病人死亡质量现状及影响因素的研究进展[J]. 中国全科护理, 2023, 21(28):154-155.
- [9] 曾纪丽, 胡芬, 罗丹, 等. ICU 生命末期患者死亡质量评价和提升的研究进展[J]. 中国护理管理, 2019, 19(12):6.

版权声明: ©2025 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