

Scale[J]. *Front Psychiatry*, 2018, 9: 409.

[23] 沈子晨. 城市分娩创伤量表的汉化及在产妇中的应用研究[D]. 镇江: 江苏大学, 2021.

[24] Ma D M, Sun S, Qian J, et al. Predictors of pregnancy stress and psychological birth trauma in women undergoing vaginal delivery: a cross-sectional study in China[J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2023, 23(1): 596.

[25] Yalniz Dilcen H, Canan F, Genç R E, et al. Development of a scale of traumatic childbirth perception[J]. *Turk Med J*, 2016, 8(3): 81-88.

[26] Yalniz Dilcen H, Akin B, Türkmen H. The relationship of prenatal attachment level to traumatic childbirth perception and posttraumatic stress in pregnancy[J]. *Perspect Psychiatr Care*, 2022, 58(1): 221-228.

[27] 陈彩凤. 创伤性分娩感知量表的汉化及信效度研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2023.

[28] Johansson C, Finnbogadottir H. First-time mothers' satisfaction with their birth experience: a cross-sectional study[J]. *Midwifery*, 2019, 79: 102540.

[29] Zhang K, Wu M, Zeng T, et al. Development and psychometric testing of a scale for assessing the psychological birth trauma[J]. *Front Psychol*, 2023, 14: 1071336.

(本文编辑 韩燕红)

急诊安宁疗护干预的研究进展

姜珊¹, 夏泽燕¹, 徐翠荣²

摘要: 急诊安宁疗护服务的开展日益受到重视。本研究对国内外急诊安宁疗护发展的现状、干预内容进行综述, 分析现有干预研究存在的不足, 提出对未来研究的建议, 以期对急诊安宁疗护服务的开展提供参考。

关键词: 急诊; 终末期; 安宁疗护; 临终关怀; 发展历程; 筛查; 干预; 综述文献

中图分类号: R472.2 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.20.115

Research progress on palliative care interventions in the emergency department

Jiang Shan, Xia Zeyan, Xu Cuirong. Emergency Department of Zhongda Hospital Affiliated to Southeast University, Nanjing 210009, China

Abstract: The roll-out of palliative care services in emergency departments has received increasing attention. This paper summarizes the current status of palliative care development, intervention contents for patients in emergency departments at home and abroad, analyzes the shortcomings of current research, and puts forward the outlook for future intervention research, hoping to provide some ideas for the development of palliative care in emergency departments.

Keywords: emergency department; terminal stage; palliative care; end-of-life care; development; screening; interventions; literature review

随着人口老龄化进程加快和恶性肿瘤发病率的升高, 急诊终末期患者就诊人数不断增加。研究表明, 75% 的 65 岁以上老年患者在生命最后 6 个月内会到急诊就诊^[1], 占急诊总访问患者量的 15%^[2]。有研究发现, 将早期安宁疗护服务整合到急诊服务中, 可改善患者的症状、缩短住院时长、降低住院费用, 提升患者及家属满意度^[3]。因此, 在急诊开展安宁疗护服务是惠及民生的重要举措。但由于繁忙的工作环境, 患者病情的快速变化, 公众对急诊安宁疗护认知不足, 缺乏专业急诊安宁疗护团队等因素, 在急诊开展安宁疗护极具挑战。国外急诊已逐渐形成了一些较为成熟的急诊安宁疗护模式^[3]。但国内急诊安宁疗护仍处于初步探索阶段。因此, 本研究对现有急诊

安宁疗护的干预方式进行综述, 旨在为国内急诊环境下开展安宁疗护服务, 提高急诊终末期患者的生命质量提供参考。

1 急诊安宁疗护的发展历程

2003 年, 美国急诊医师学会 (American College of Emergency Physicians, ACEP) 倡议急诊医生帮助患者和家属“更好地控制临终过程”和“改善临终关怀”。2005 年《美国急诊医师学会关于急诊科临终关怀的政策声明》指出, 急诊医生应尊重临终患者对护理、安慰和同情的需要, 与患者及其家属就临终关怀决定进行及时、适当的沟通, 询问患者的护理需求并尽可能尊重临终患者的意愿, 包括生前遗嘱中的意愿与安排^[4]。2006 年 ACEP 正式将安宁疗护列为急诊医学的亚专科并于 2013 年加入美国内科学委员会基金开展的“明智选择” (Choosing Wisely) 活动, 倡议“不要延迟在急诊为可能受益的患者提供可用的安宁疗护服务”。2011 年, 美国急诊护士协会发布了关于急诊安宁疗护的护士指南, 从服务人群、复苏场景、制度、服务模式及精神文化方面对急诊科护士开展安宁疗护服务提出了建议^[5]。2016 年, 澳大利亚急诊医学学院 (Australasian College for Emergency Medi-

作者单位: 东南大学附属中大医院 1. 急诊科 2. 护理部 (江苏南京, 210009)

姜珊: 女, 硕士, 护师, JS740779811@163.com

通信作者: 徐翠荣, xucuirong67@126.com

科研项目: 江苏省卫健委医学科研立项重点项目 (ZD2022057); 东南大学附属中大医院护理科研基金重点项目 (KJZC-HL-202301)

收稿: 2024-05-07; 修回: 2024-06-29

cine, ACEM) 制定在急诊科开展安宁疗护的政策^[6]。2017年,欧洲急诊医学会(European Society of Emergency Medicine, EuSEM)发布了关于在急诊科开展成人安宁疗护的建议,以提高急诊科安宁疗护质量^[7]。2018年,美国急诊—临终关怀与姑息治疗委员会(Emergency Medicine/Hospice and Palliative Medicine, EM/HPM)发布专家共识,规定了急诊科初级安宁疗护的内容与技能,以推动急诊安宁疗护团队建设和标准化培训^[8]。国外急诊安宁疗护发展至今已有二十余年,已在改善患者症状、降低患者医疗负担、提高卫生服务利用度、提升患者生活质量方面初显成效^[3]。目前我国急诊安宁疗护的发展尚处于起步阶段,最先于台湾、香港地区尝试开展。2002年,台湾建立急诊安宁疗护模式^[9]。2010年,香港最大的公立医院伊利沙伯医院首次在急诊科开展了安宁疗护服务项目^[10]。2020年,南京鼓楼医院急诊科联合安宁疗护团队开展安宁疗护服务^[11]。急诊作为诸多危重症患者生命最终阶段的治疗场所,有必要为急诊患者和家属提供专业的安宁疗护服务,但鉴于我国忌讳谈论死亡的传统文化,以及急重症疾病所致的死亡对家属的突发、巨大冲击,如何开发符合本土文化、具有高接受度的急诊安宁疗护干预方案,有待进一步探索。

2 急诊安宁疗护的主要组成部分

2.1 团队建设 建设专业化急诊安宁疗护团队是保证在急诊开展安宁疗护的前提。急诊医务人员面临着开展安宁疗护的临床困境主要包括尚未具备安宁疗护的能力,缺乏专业的姑息治疗培训^[12]。Quest等^[13]根据美国现有的安宁疗护指南提出急诊医生应具备12项核心安宁疗护技能:①评估疾病严重程度/死亡轨迹;②预后的表述;③突发不幸、死亡消息的沟通;④预先护理计划;⑤复苏期间家人在场;⑥疼痛/非疼痛症状的管理;⑦放弃/暂停无益治疗;⑧临终患者的管理;⑨安宁疗护系统转诊的管理;⑩伦理/法律问题;⑪精神/文化胜任力;⑫临终儿童的管理。国外研究对所有急诊室医生和护士进行安宁疗护培训,并派每位急诊医学住院医师到安宁疗护病房轮换1个月^[14]。目前,安宁疗护的培训主要是针对养老院护士^[15]、住院护士^[16],培训相对比较成熟,但是急诊护士对安宁疗护知识的掌握或培训都较欠缺,超过50%的急诊科护士从未接受过安宁疗护培训^[17]。因此,有必要基于急诊特色构建急诊科安宁疗护培训方案,创新理论和实践相结合的多元化教学方法,开展系统培训,建立专业的急诊安宁疗护队伍。

2.2 需求筛查 评估终末期患者的安宁疗护需求是提供个性化安宁疗护服务的基础。急诊安宁疗护筛查内容主要包括惊讶问题(是否对患者在接下来的1年内死亡感到和惊讶)、患者是否存在生命限制性疾

病、临床指标、身体症状、功能状态、患者及家属未满足的安宁疗护需求^[18]。Richards等^[19]开发了首个用于评估急诊科癌症患者安宁疗护需求的症状评估工具(Screen for Palliative and End-of-life care needs in the Emergency Department, SPEED),评估内容包括社会、身体、心理、精神和治疗5个维度。Reuter等^[20]对SPEED进行了改良,用于评估急诊患者疼痛管理、家庭护理、药物管理、心理支持和护理目标的特定照护需求。Bowman等^[21]开发了急诊终末期患者通用的安宁疗护需求筛查工具(Palliative Care and Rapid Emergency Screening tool, P-CaRES),第1步识别患者是否存在生命限制性疾病;第2步评估确定患者是否存在安宁疗护需求,如果患者出现至少1种生命限制性疾病和2项或2项以上照护需求,则被确定为有未满足的安宁疗护需求。随后, Cotogni等^[22]、Wang等^[23]相继开发了基于患者功能状态和临床指标的安宁疗护需求筛查工具。Correa等^[24]针对急诊ICU的患者制定了安宁疗护筛查标准。在不同的急诊环境中,由于安宁疗护需求筛查的人群、筛查时机及频次不同,被确定具有未满足的安宁疗护需求的患者为5%~83%^[25-26],比例相差较大。因此,建议结合不同的急诊医疗环境、文化背景、患者及家属意愿,选择或开发合适的筛查工具,动态评估患者存在或潜在的安宁疗护需求,帮助患者及家属及早从急诊安宁疗护服务中获益。

2.3 安宁疗护咨询 安宁疗护咨询是指由安宁疗护咨询团队主导,与患者和/或替代决策者共享有关症状控制、医疗决策制订和安宁疗护转诊等信息^[27]。与传统住院环境中提供的安宁疗护服务相比,急诊触发的安宁疗护咨询服务多为提供情感/丧亲支持、参与患者家庭会议^[28]。Grudzen等^[29]开展的急诊安宁疗护咨询由安宁疗护团队(1名医生、1名执业护士、1名社会工作者和1名牧师组成)实施,患者在入组当天或第2天接受全面安宁疗护咨询,咨询内容包括:①症状评估与治疗;②护理目标和预先护理计划;③护理过渡计划。为方便替代决策者获取所需的安宁疗护信息,刘亚菲等^[30]构建了晚期癌症患者替代决策者安宁疗护问题提示表,涵盖安宁疗护7个方面内容,但条目数众多,在急诊的适用性有待考量。由于急诊工作节奏快,为提高安宁疗护咨询的效率,建议建立安宁疗护会诊制度,制订标准化咨询表并嵌入信息管理系统,包括咨询时间安排(如1 h内、24 h内或者24 h以后)、咨询人员安排(如药剂师、心理咨询师)、问题解答(需要提供哪方面的具体信息)等内容。

2.4 预立医疗照护计划和与护理目标讨论 预立医疗照护计划(Advance Care Planning, ACP)和护理目标讨论(Goals of Care discussions, GOC)是急诊安宁疗护重要的组成部分。ACP是指患者在丧失自我决策能力之前,患者、家属和医务人员共同参与讨论患

者未来医疗和护理偏好的过程^[31]。GOC 是医疗团队和患者(或替代决策者)在医疗环境中共同制订护理计划的过程,涉及探索个人的价值观、信仰、期望和偏好,以确保个人接受的临床护理与期望获得的护理服务一致^[32]。ACP 的重点是为未来的临床决策作准备,GOC 则更多关注当前的护理决策。研究表明,93%以上的患者在急诊就诊时没有预先指示^[33],且在急诊开展快速有效的护理目标对话无疑是困难的。因此,Ouchi 等^[34]开发了一种与呼吸窘迫的急诊老年患者进行对话的标准化方法,每个框架都提供了详细的步骤说明,并可应用于急性紧急情况或亚急性情况,从而提高沟通效率。此外,为确保有效的护理目标讨论,美国急诊初级安宁疗护最佳实践指南指出,讨论内容应包括以下 4 个部分:①评估患者和家属对潜在疾病和病情急性变化的理解;②了解疾病如何影响患者的生活质量;③询问患者和家属目前最大的担忧以及对他们最重要的是什么;④对患者/家属的优先事项、潜在疾病预后和可能的临床轨迹进行分析并提供临床建议^[35]。

2.5 症状管理 症状管理是终末期患者安宁疗护必不可少的环节。终末期患者通常在门诊治疗失败或症状未得到控制时到急诊就诊。世界卫生组织确定了 11 种临终最常见的症状(厌食、焦虑、便秘、谵妄、抑郁、腹泻、呼吸困难、疲劳、恶心和呕吐、疼痛和呼吸道分泌物)^[29]。在急诊,对于终末期患者的症状管理主要通过药物治疗、物理疗法等手段来减轻患者的症状。但是,药物治疗存在药物使用不足及使用错误的情况。研究报告,至少 70%接受安宁疗护的患者存在阿片类药物错误使用^[36],且在临终前几小时存在症状管理不足的情况^[37]。因此,使用基于证据的有效剂量的处方药物来控制症状是必要的,并且当处方药物无法控制患者的症状时,护士应及时向医生反馈。此外,还可采用非药物治疗,包括适当的心理治疗、物理治疗、综合治疗。鉴于急诊终末期患者症状管理较为复杂,尤其是难治性症状的管理,建议动态评估患者潜在及已经存在的症状,与安宁疗护多学科团队合作,采用药物及非药物联合干预对患者不同的症状进行有效的管理。

2.6 过渡期护理 终末期患者由于病情和护理需求的改变,需要在不同的医疗保健环境中转运和过渡。急诊安宁疗护患者过渡和转运的地点包括安宁疗护病房、临床病房、重症监护室、安宁疗护机构、社区卫生院、护理院及患者家中^[3]。柯菊青等^[11]研究中,对急诊安宁疗护患者进行分级分区管理,对于症状缓解者,根据患者及家属需求和意愿,提供下一步安宁疗护服务区域的选择,分别是安宁疗护病房、安宁疗护医联体单位、居家安宁疗护。Grudzen 等^[29]研究中,安宁疗护团队与患者的社会工作者和家人合作,提供与护理目标一致的过渡管理,对于出院后仍有持续的

姑息治疗需求的患者,将转介到门诊姑息治疗诊所提供连续性护理。对于终末期患者仍然存在转诊不足^[9]、转诊制度不健全^[38]等问题,为确保患者的转诊质量和效率,需事先了解转诊医院、社区、机构所能提供的安宁疗护服务资源和转诊流程,建议建立医院-社区-家庭三元一体的联动转介机制及转诊绿色通道,并实现诊疗数据共享,以确保患者护理的连续性。

2.7 临终护理 临终护理是安宁疗护重要的组成部分,旨在为即将离世的患者及其家庭提供支持和照顾,包括提供独立安静的空间、症状管理、舒适护理以及家庭支持。但由于急诊科临终护理的开展存在医院实施场地不足、医务人员工作高负荷等问题,急诊患者的临终护理质量不容乐观,患者暴露在寒冷、嘈杂的环境中,丧失了生命的尊严^[39]。Chor 等^[40]建议满足以下 5 个标准的急诊患者需被转移到独立安静的环境接受临终护理:①濒临死亡或在几小时到几天内死亡的可能性很高;②家属接受旨在为患者提供舒适护理、症状缓解和尊严维护的护理目标;③已有护理措施的局限性以及患者不适合进行心肺复苏、插管、ICU 转移;④家属希望留在患者身边;⑤预后不良的严重疾病。告知家属应对患者可能死亡和病情恶化时所需的准备,并向家属提供“最后一次旅程”资源手册(关于患者去世后该怎么做的指南手册),满足他们的信息需求。Long 等^[41]研究中,通过关闭监护警报,在不干扰患者及其家属共度最后时光的情况下监测患者生命情况。医院应建立急诊科临终护理制度,明确人员安排、岗位职责、服务内容,并为患者提供相对独立、安静、舒适、温馨的临终护理室,让患者与家人一起度过生命最后时光。

2.8 哀伤辅导 哀伤辅导(Grief Counseling, GC)指由专业人士协助丧亲者或即将离世的患者在合理时间内产生正常悲伤,减轻患者对死亡的恐惧及哀伤情绪,提高丧亲者重返生活的能力^[42]。哀伤辅导的内容通常包括哀伤辅导时机的选择、哀伤辅导评估、对丧亲者进行随访及哀伤干预。家属在患者逝世时易产生复杂的心理反应,尤其对于遭受意外或创伤性死亡的患者亲属,可能面临更高的丧亲之痛,发生长期悲伤障碍和创伤后应激障碍的风险增加。与传统住院环境中所需的哀伤辅导相比,急诊安宁疗护哀伤辅导则更为频繁^[28]。研究显示,与家属积极沟通可以降低焦虑、抑郁的风险和丧亲后的创伤后应激障碍^[43]。Cooper 等^[44]开展了一项“急诊科哀伤辅导支持计划”,通过面对面、电话或电子邮件的方式为因创伤事件失去亲人的家属提供为期 1 年的哀伤辅导支持,虽然该研究并没有报道具体的指标改善状况,但大多数家庭都对他们的后续行动表示感谢。柯菊青等^[11]研究中,安宁疗护护士通过采取鼓励家属表达关爱、倾听、鼓励家属情感宣泄、提供家属陪伴机会、肯定家属陪伴意义等为家属提供情感支持和哀伤辅

导。目前,有关急诊开展哀伤辅导的研究极少,且主要集中在为意外、创伤死亡的患者家属提供哀伤辅导^[28,44],提供者主要为临床护士,但是鲜少报道他们是否经过专业的哀伤辅导培训,以及哀伤辅导需求评估和效果评价的具体细节^[11,44]。因此,有必要对临床护士进行专门的哀伤辅导培训,组建以护士为主导的哀伤辅导团队,在患者逝世前后,选取合适的时机和地点,为家属制订和实施个性化哀伤辅导计划。

3 现有研究的局限性及建议

3.1 筛查工具 现有的急诊科安宁疗护筛查工具多缺乏外部验证,限制其进一步推广应用;其次,因缺乏判断患者未满足的安宁疗护需求的金标准,识别安宁疗护需求的准确性有待考量。评估内容筛查工具缺乏对患者或家属心理层面的评估,忽视了患者或家属主动接受安宁疗护服务的意愿。未来研究可进一步完善急诊安宁疗护筛查工具的评估内容,并探究安宁疗护筛查工具在我国急诊环境中应用的可行性。

3.2 干预方案 现有的急诊安宁疗护干预研究方案较为笼统,缺乏理论指导,干预措施多聚焦患者的躯体管理(症状管理、舒适护理等),较少关注患者的心理疏导(哀伤辅导等)。此外,缺失干预具体的实施策略以及干预保真度的细节报告,从而降低了干预研究的可靠性。后续的研究可基于症状管理理论、叙事护理理论、舒适护理理论等安宁疗护相关理论及患者的安宁疗护需求设计多样化的干预方案,确保研究方案的科学性。

3.3 干预效果 在研究对象方面,主要集中在患者,对患者家属及急诊医务人员的报道较少,仅个别研究报告了家属对患者症状管理的满意度;在评价指标方面,多集中在患者的症状管理、住院时长、住院费用、卫生服务利用度,缺乏对家属其他方面(如照顾者负担)及急诊医务人员方面(如安宁疗护的认知、态度、技能)的评价指标,建议未来的研究完善相关的评价指标。

3.4 研究设计 现有大多数干预研究多为单中心的横断面研究和非随机对照研究,缺乏纵向研究设计,无法获知安宁疗护干预的长期效果。建议未来的研究进一步完善研究设计,积极开展纵向研究,明确干预效果,为进一步优化急诊安宁疗护服务临床实践提供方向。

4 小结

综上所述,急诊安宁疗护干预措施主要包括团队建设及培训、安宁疗护需求筛查、安宁疗护咨询、预立医疗照护计划与护理目标讨论、症状管理、过渡期护理、临终护理、哀伤辅导。急诊安宁疗护的干预仍处于起步阶段,虽初步取得成效,但干预方案较为笼统,未形成系统完善的干预方案,缺乏高质量随机对照试验,尚不清楚哪些措施可高效引导急诊终末期患者接

受安宁疗护服务。未来研究应结合我国国情建立规范统一的急诊安宁疗护服务培训与实施体系,指导急诊医务人员更好地开展急诊安宁疗护服务。

参考文献:

- [1] Highet B H, Hsieh Y H, Smith T J. A pilot trial to increase hospice enrollment in an inner city, academic emergency department[J]. *J Emerg Med*, 2016, 51(2): 106-113.
- [2] Smith A K, Mccarthy E, Weber E, et al. Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; most admitted to hospital, and many die there[J]. *Health Aff (Millwood)*, 2012, 31(6): 1277-1285.
- [3] Bayuo J, Agbeko A E, Acheampong E K, et al. Palliative care interventions for adults in the emergency department: a review of components, delivery models, and outcomes[J]. *Acad Emerg Med*, 2022, 29(11): 1357-1378.
- [4] American College of Emergency Physicians. Ethical issues in emergency department care at the end of life[J]. *Ann Emerg Med*, 2006, 47(3): 302.
- [5] Norton C K, Hobson G, Kulm E. Palliative and end-of-life care in the emergency department: guidelines for nurses[J]. *J Emerg Nurs*, 2011, 37(3): 240-245.
- [6] Australasian College for Emergency Medicine. Policy on end of life and palliative care in the emergency department (P455)[J]. *Emerg Med Australas*, 2016, 28(5): 617-621.
- [7] European Society of Emergency Medicine. European recommendations for end-of-life care for adults in departments of emergency medicine [EB/OL]. (2017-09-01) [2024-01-26]. <https://guide.medlive.cn/guideline/22739>.
- [8] Shoenberger J, Lamba S, Goett R, et al. Development of hospice and palliative medicine knowledge and skills for emergency medicine residents: using the Accreditation Council for Graduate Medical Education Milestone Framework[J]. *AEM Educ Train*, 2018, 2(2): 130-145.
- [9] Shen V W, Yang C, Lai L L, et al. Emergency department referral for hospice and palliative care differs among patients with different end-of-life trajectories: a retrospective cohort study[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2021, 18(12).
- [10] Tse J W, Hung M S, Pang S M. Emergency nurses' perceptions of providing end-of-life care in a Hong Kong emergency department: a qualitative study[J]. *J Emerg Nurs*, 2016, 42(3): 224-232.
- [11] 柯菊青,袁玲,黄亦萱,等. 三级甲等综合医院急诊安宁疗护的实施与效果评价[J]. *中国护理管理*, 2022, 22(2): 305-309.
- [12] 余琴,李沛竊,苟玉琦,等. 急诊科医护人员安宁疗护培训的研究进展[J]. *医学研究与教育*, 2024, 41(2): 56-62.
- [13] Quest T E, Marco C A, Derse A R. Hospice and palliative medicine: new subspecialty, new opportunities[J]. *Ann Emerg Med*, 2009, 54(1): 94-102.
- [14] Weng T C, Yang Y C, Chen P J, et al. Implementing a novel model for hospice and palliative care in the emergency department: an experience from a tertiary medical center in Taiwan[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2017, 96

- (19):e6943.
- [15] 覃邈原,王向荣,卢俊芳,等.养老院护士安宁疗护课程的构建与培训实践[J]. 护理学杂志,2024,39(11):85-89.
- [16] 李沛窈,苟玉琦,余琴,等.国内外儿科护士安宁疗护实践能力及培训现状的研究进展[J]. 循证护理,2023,9(24):4435-4440.
- [17] 刘英,张燕,肖涛,等.长沙市三级医院急诊科护士对待死亡的态度与临终关怀态度的相关性研究[J]. 职业与健康,2019,35(11):1491-1494.
- [18] 姜珊,惠晓芳,徐翠荣.急诊患者安宁疗护需求筛查工具的研究进展[J]. 中国护理管理,2023,23(11):1663-1668.
- [19] Richards C T, Gisondi M A, Chang C H, et al. Palliative care symptom assessment for patients with cancer in the emergency department: validation of the screen for palliative and end-of-life care needs in the emergency department instrument[J]. J Palliat Med,2011,14(6):757-764.
- [20] Reuter Q, Marshall A, Zaidi H, et al. Emergency department-based palliative interventions: a novel approach to palliative care in the emergency department[J]. J Palliat Med,2019,22(6):649-655.
- [21] Bowman J, George N, Barrett N, et al. Acceptability and reliability of a novel palliative care screening tool among emergency department providers[J]. Acad Emerg Med,2016,23(6):694-702.
- [22] Cotogni P, DE Luca A, Evangelista A, et al. A simplified screening tool to identify seriously ill patients in the emergency department for referral to a palliative care team[J]. Minerva Anestesiol,2017,83(5):474-484.
- [23] Wang R F, Lai C C, Fu P Y, et al. A-qCPR risk score screening model for predicting 1-year mortality associated with hospice and palliative care in the emergency department[J]. Palliat Med,2021,35(2):408-416.
- [24] Correa D C R S, Tavares D C R, Aparecida R J, et al. Criterion validity and inter-rater reliability of a palliative care screening tool for patients admitted to an emergency department intensive care unit[J]. Palliat Support Care,2018,16(6):685-691.
- [25] Tripp D, Janis J, Jarrett B, et al. How well does the surprise question predict 1-year mortality for patients admitted with COPD? [J]. J Gen Intern Med,2021,36(9):2656-2662.
- [26] Verhoef M J, de Nijs E, Fiocco M, et al. Surprise question and performance status indicate urgency of palliative care needs in patients with advanced cancer at the emergency department: an observational cohort study[J]. J Palliat Med,2020,23(6):801-808.
- [27] 邓存清,郝燕萍,彭美芳.安宁疗护咨询在危重症患者中的应用进展[J]. 中华护理杂志,2022,57(22):2802-2806.
- [28] Lamba S, Nagurka R, Walther S, et al. Emergency-department-initiated palliative care consults: a descriptive analysis[J]. J Palliat Med,2012,15(6):633-636.
- [29] Grudzen C R, Richardson L D, Johnson P N, et al. Emergency department-initiated palliative care in advanced cancer: a randomized clinical trial[J]. JAMA Oncol,2016,2(5):591-598.
- [30] 刘亚菲,罗蕾,刘昌林,等.晚期癌症患者替代决策者安宁疗护问题提示列表的构建[J]. 护理学杂志,2024,39(10):12-15.
- [31] Rietjens J, Sudore R L, 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,2017,18(9):e543-e551.
- [32] Myers J, Cosby R, Gzik D, et al. Provider tools for advance care planning and goals of care discussions: a systematic review[J]. Am J Hosp Palliat Care,2018,35(8):1123-1132.
- [33] Weber V, Hubner A, Pflock S, et al. Advance directives in the emergency department: a systematic review of the status quo[J]. BMC Health Serv Res,2024,24(1):426.
- [34] Ouchi K, Lawton A J, Bowman J, et al. Managing code status conversations for seriously ill older adults in respiratory failure[J]. Ann Emerg Med,2020,76(6):751-756.
- [35] Loffredo A J, Chan G K, Wang D H, et al. United States best practice guidelines for primary palliative care in the emergency department [J]. Ann Emerg Med,2021,78(5):658-669.
- [36] Heneka N, Shaw T, Azzi C, et al. Clinicians' perceptions of medication errors with opioids in cancer and palliative care services: a priority setting report[J]. Support Care Cancer,2018,26(10):3315-3318.
- [37] de Oliveira R, Lobato C B, Maia-Moco L, et al. Palliative medicine in the emergency department: symptom control and aggressive care [J]. BMJ Support Palliat Care,2023,13(e2):e476-e483.
- [38] 宋红伟,胡敏,黑子明,等.上海市 20 家社区卫生服务中心安宁舒缓疗护服务现状调查[J]. 中国全科医学,2015,18(16):1972-1976.
- [39] Fernandez-Sola C, Granero-Molina J, Diaz-Cortes M, et al. Characterization, conservation and loss of dignity at the end-of- life in the emergency department. A qualitative protocol[J]. J Adv Nurs,2018,74(6):1392-1401.
- [40] Chor W, Wong S, Ikbai M, et al. Initiating end-of-life care at the emergency department: an observational study[J]. Am J Hosp Palliat Care,2019,36(11):941-946.
- [41] Long D A, Koyfman A, Long B. Oncologic emergencies: palliative care in the emergency department setting [J]. J Emerg Med,2021,60(2):175-191.
- [42] 张森森,张丽,闫荣,等.网络哀伤辅导在安宁疗护中的应用进展[J]. 中华护理杂志,2024,59(5):556-561.
- [43] Curtis J R, Treece P D, Nielsen E L, et al. Randomized trial of communication facilitators to reduce family distress and intensity of end-of-life care[J]. Am J Respir Crit Care Med,2016,193(2):154-162.
- [44] Cooper J J, Stock R C, Wilson S J. Emergency department grief support: a multidisciplinary intervention to provide bereavement support after death in the emergency department[J]. J Emerg Med,2020,58(1):141-147.

(本文编辑 赵梅珍)