

ICU 患者出院后生活质量的调查分析

姚丽^{1,2}, 李镜³, 丁楠楠^{1,2}, 杨丽平⁴, 岳伟岗⁵, 张彩云¹, 魏花萍¹, 张志刚⁵

Investigation on quality of life of ICU patients after discharge Yao Li, Li Jing, Ding Nannan, Yang Liping, Yue Weigang, Zhang Caiyun, Wei Huaping, Zhang Zhigang

摘要:目的 调查 ICU 患者出院后生活质量水平。方法 从医院 HIS 系统中提取患者一般资料,采用 SF-36 量表电话随访。结果 共成功随访到 128 例 ICU 患者,患者生活质量总分为 59.18 ± 20.41 ,除精力和精神健康维度外,其他维度得分显著低于常模 ($P < 0.05, P < 0.01$);不同年龄段、总住院时间、ICU 停留时间的患者生活质量水平差异有统计学意义(均 $P < 0.01$)。结论 ICU 患者出院后总体生活质量处于偏低水平,需予以积极关注,尤其是住院时间较长、年龄较大的患者,建立更完善的 ICU 后延续性护理模式,以提高患者的生活质量。

关键词:重症监护; 生活质量; 电话随访; ICU 后综合征

中图分类号:R473.2 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.15.089

随着重症医疗的迅速发展,越来越多的重症患者从重症监护室(Intensive Care Unit, ICU)顺利转出并得以幸存^[1]。但研究发现,ICU 患者转出监护室后普遍存在着 ICU 后综合征(Post-Intensive Care Syndrome, PICS),该综合征表现为生理、心理和认知等多方面的损害性功能下降,这会增加医疗费用与社会负担,严重影响患者及其家庭的生活质量^[2]。降低 ICU 患者短期病死率不再是重症医学的唯一目标,应该开始关注 ICU 患者出院后的长期生活质量与身心健康^[3]。基于此,本研究采用横断面调查的方法,电话随访我院 ICU 出院患者的生活质量水平,旨在了解患者出院后的健康问题,探讨改善其生活质量的康复护理方案,报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样的方法,方便选取 2017 年 1~11 月出院的重症患者。纳入标准:①转出 ICU ≥ 6 个月;②HIS 提供的病例信息完整;③患者或家属意识清楚,语言表达及沟通能力正常;④知情同意,愿意接受电话随访。排除标准:①出院小结提示患者预后较差;②存在重大精神疾病史或重度残疾;③出院 6 个月内发生重大疾病导致再入院。剔除标准:①随访前死亡;②随访前研究对象家庭内部发生重大变故,如离异、家庭成员死亡或发生意外事故等。共获取有效资料 128 例,男 78 例,女 50 例,年龄 $18 \sim 75$ (50.52 ± 15.68)岁。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 ①一般资料调查表。研究者自行设计,包括患者的性别、年龄、居住地、婚姻状况、职业、住院时间、ICU 停留时间和联系方式等。②健康调查简表(the MOS Item Short form Health Survey,

SF-36)^[4]。包括生理功能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能和精神健康 8 个维度,各个维度得分均为 0~100 分,分数越高表示生活质量越高。该量表各维度 Cronbach's $\alpha > 0.76$,总体重测系数为 0.90^[5],已被广泛应用于电话随访评价普通患者和重症人群的总体生活质量^[6]。

1.2.2 资料收集 从医院信息管理系统(Hospital Information System, HIS)中方便提取 2017 年 1~11 月出院且预期寿命 ≥ 6 个月的 ICU 患者资料及联系方式后进行电话随访。共提取 314 例患者资料,279 例电话接通的患者中,21 例因病重无法接听电话,32 例随访前死亡,共随访到患者 226 例;其中 66 例患者拒绝随访,最后随访成功 160 例,获取有效问卷 128 份。转出 ICU 至接受调查的时间为 $6 \sim 13$ (8.21 ± 2.23)个月。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS21.0 进行数据分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料用百分比(%)表示,行 t 检验、方差分析。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 出院患者的生活质量 患者生活质量得分为 59.18 ± 20.41 ,其 8 个维度得分与中国人群的常模^[7]比较,除精力和精神健康维度外,其他 6 个维度得分显著低于常模,见表 1。

2.2 不同特征出院患者生活质量得分比较 见表 2。

3 讨论

3.1 ICU 患者出院后生活质量有待改善 ICU 是救治急危重症患者特殊的医疗场所,相对封闭且医疗器械众多,患者多病情危重,且与亲人分离,可能会产生焦虑、抑郁或 ICU 获得性衰弱等生理或心理后遗症,这会使 ICU 患者生活质量明显下降^[8]。Schaaf 等^[9]调查发现 72% 的患者出院后 3~7 d 会出现中重度的活动功能障碍,73% 的患者不能独立行走,患者的移动能力和握力水平较同龄人下降 50%,超过一半的患者出院 6 个月后仍然存在睡眠障碍^[10]。本研究发现,ICU 患者出院后生活质量总体处于偏低水平。与

作者单位:1. 兰州大学第一医院护理部(甘肃 兰州,730000);2. 兰州大学护理学院;3. 兰州大学公共卫生学院;4. 兰州大学第一医院特需外科;5. 兰州大学第一医院重症医学科

姚丽:女,硕士在读,学生

通信作者:张志刚,zzg3444@163.com

科研项目:甘肃省自然科学基金项目(17JR5RA266)

收稿:2019-03-03;修回:2019-04-20

表 1 出院患者生活质量得分与国内常模比较

分, $\bar{x} \pm s$

对象	人/例数	生理功能	生理职能	躯体疼痛	一般健康状况	精力	社会功能	情感职能	精神健康
常模	1688	82.20±19.80	81.20±33.60	81.50±20.50	56.70±20.20	52.00±20.90	83.00±17.80	84.40±32.40	59.70±22.70
出院患者	128	69.41±21.50	33.32±29.81	65.53±21.70	48.60±23.81	51.00±19.71	70.31±22.32	78.25±30.00	61.51±21.50
<i>t</i>		−7.002	−15.660	−8.462	−4.315	−0.524	−7.625	−2.081	0.873
<i>P</i>		0.001	0.001	0.001	0.001	0.600	0.001	0.038	0.383

表 2 不同特征出院患者生活质量得分比较

项目	例数	分数 ($\bar{x} \pm s$)	<i>t</i> / <i>F</i>	<i>P</i>
性别				
男	78	58.61±25.50	0.365	0.716
女	50	60.20±21.51		
年龄(岁)				
18~	38	75.13±14.62	29.137	0.001
45~	68	58.69±15.30		
65~75	22	43.10±20.21		
居住地				
城市	67	62.14±15.32	1.270	0.209
农村	61	58.29±18.91		
婚姻状况				
已婚	86	59.32±15.40	0.293	0.746
未婚	20	61.55±17.90		
离婚/丧偶	22	57.64±19.62		
医保				
有	86	60.15±20.10	0.287	0.776
无	42	59.14±15.42		
职业				
职员	41	57.15±24.21	0.356	0.785
农民	45	60.19±19.62		
退休	31	56.21±25.39		
其他	11	62.51±17.80		
总住院时间(d)				
<10	15	69.64±15.69	8.456	0.001
10~	60	60.15±17.62		
>15	53	50.02±19.33		
ICU 停留时间(d)				
<5	47	68.34±20.63	6.178	0.003
5~	51	57.47±26.35		
>15	30	49.85±21.34		
疾病种类				
急性呼吸窘迫综合征	26	58.52±18.32	0.174	0.951
重症急性胰腺炎	25	60.31±22.31		
呼吸衰竭	33	61.31±23.60		
脑血管意外	34	57.20±22.61		
其他	10	58.42±19.59		

常模相比^[7],除精力维度得分略低于常模,精神健康维度得分略高于常模外,患者生活质量评分的其他维度均显著低于常模($P<0.05,P<0.01$),这与国内外其他重症患者生活质量的研究结果^[11-12]基本一致。本研究结果显示,ICU 患者出院后生理职能得分最低,这与同类研究的结果基本一致。Stricker 等^[13]研究发现,与相同年龄和性别匹配组相比,ICU 患者出院一年后生活质量较低,尤其是身体功能低于匹配组。分析其原因可能是因为,ICU 患者普遍病情较重,身体机能恢复需要更长时间。躯体疼痛维度是测量疼痛及其程度对日常生活功能的影响,本研究中患

者躯体疼痛得分显著低于常模,与 Levinson 等^[14] 研究结果一致。ICU 患者存在的疼痛问题严重影响他们出院后的日常生活、工作与睡眠等。本研究在生活质量的躯体方面,一般健康状况和生理职能维度得分较低,分析其原因可能是由于重症患者出院后会长期遗留一些认知、情绪、睡眠和疾病后遗症等方面的问题,这些症状可能会持续存在,影响患者生理职能,并阻碍患者回归到正常的日常生活^[6]。此外,在心理生活质量方面,精力维度得分最低,可见,ICU 患者转出监护室后持续存在的躯体功能会使患者精力减退,但仅略低于常模,差异无统计学意义。但在 Levinson 等^[14]的研究中,精力维度得分明显低于匹配人群,这与本研究结果不一致,可能是因为在 Levinson 等^[14]的研究中,患者年龄均在 80 岁以上,年龄普遍高于本研究有关,随着年龄增长与机体的自然生理老化,患者的注意力和活动精力可能会逐渐减弱^[15]。重症患者在 ICU 住院期间的不愉快经历与记忆、转出 ICU 或出院时的应激反应均会对其心理方面生活质量造成影响。本研究发现,ICU 患者社会功能和情感职能维度得分显著低于常模。社会功能是测量生理与心理问题对社会活动数量和质量的影响,在本研究中,患者社会生活功能受影响较明显,可能是由于重症患者病情危重及治疗与监护的需要,ICU 患者常处于被约束状态,长期制动会导致患者罹患 ICU 获得性衰弱等并发症,躯体功能障碍会影响患者的日常生活与工作。有研究表明,相当多的患者转出 ICU 后存在焦虑、抑郁和创伤后应激障碍等心理问题^[16]。目前最有望预防 ICU 获得性衰弱的措施即是帮助患者早期进行肢体被动与主动运动,但有研究表明,包括早期活动、ABCDEF 集束化等有望预防 ICU 后综合征预防策略在国内外重症监护室开展率并不高,且存在着具体方案未统一、指标评价不一致、医务人员知信行水平偏低等问题^[17]。因此,应提高医务人员对 ICU 后综合征的认知,早期开展重症康复工作,加强患者及其家属的健康教育,减少患者转出 ICU 后带来的心理等应激事件,且应探讨出针对重症患者转出 ICU 后的延续性护理模式,以改善 ICU 患者长期结局与生活质量。

3.2 不同特征 ICU 患者生活质量分析 本研究发现,不同年龄段的 ICU 患者生活质量得分的差异有统计学意义,随着年龄的增长,生活质量得分会降低,这与国内外其他研究结果相似^[16-17]。Delcourt 等^[15]发现重症患者转出 ICU 后,年龄每增加 10 岁,生活质量指数降低的概率增加 0.24 倍。老年 ICU 患者大多处于共病状态,重症监护会加快老年人自然老化

进程,进而增加认知、生理和精神等多方面的损害性功能下降的风险^[14]。因此,老年 ICU 患者出院后的康复与后续治疗应持续受到关注,以期促进其生活质量水平尽可能回到同龄人水平。疾病越重,重症患者需要越多的时间进行恢复,其总住院时间和 ICU 停留时间会相应增加^[18],而本研究发现总住院时间和 ICU 停留时间越长,ICU 患者出院后 6 个月生活质量水平越低,且差异有统计学意义,这与 Stricker 等^[13]的研究结果一致。分析其原因可能是,由于病情重、特殊治疗或年龄大等因素的影响,患者住院时间会越长,其后期恢复可能会较差或需要更多的时间,因此对于那些总住院时间或 ICU 停留时间较长者,医护人员应给予更多关注,提供较为丰富而有效的出院健康指导。

本研究中不同性别、职业、居住地、婚姻状态,有无医保和不同疾病的 ICU 患者出院后总体生活质量无差异,但 Akechi 等^[19]研究发现,女性 ICU 患者出院后生活质量处于更低水平,分析其原因可能由于本研究所选择的研究量表不一样。农村 ICU 患者的生活质量得分略低于城市,但随着我国近些年来城乡同步发展,新农合的普及,并未对患者的生活质量造成长期明显的影响。不同婚姻、职业状态的 ICU 患者出院后生活质量也无明显差异,但 ICU 遗留的睡眠、疲劳、认知和心理等方面的问题是否会影响患者的工作效率和解决问题的能力有待进一步观察。本研究亦未发现不同病种 ICU 患者出院后生活质量水平存在差异,可能由于本研究纳入患者例数较少,且均处于治疗基本结束的疾病恢复期有关,因此,未来需展开更多研究探讨 ICU 疾病和治疗对患者出院后生活质量的影响。

综上所述,本研究发现,ICU 患者的生活质量水平明显低于常模,不同年龄、总住院时间、ICU 停留时间的 ICU 患者出院后 6 个月生活质量存在显著差异。因此,今后应建立更完善的 ICU 后延续性护理模式,以提高患者的生活质量。本研究只是回顾性的从医院 HIS 系统中提取相关人口学资料与疾病信息,可能存在一定的研究局限性;且仅进行单因素分析,存在一定的研究偏倚。今后需扩大样本进行长期随访,以获取更加客观的临床资料。

参考文献:

- [1] Wunsch H, Guerra C, Barnato A E, et al. Three-year outcomes for medicare beneficiaries who survive intensive care[J]. JAMA,2010,303(9):849-856.
- [2] Elliott D, Davidson J E, Harvey M A, et al. Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care:engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting [J]. Crit Care Med, 2014, 2 (12):2518-2526.
- [3] 林洪远. 重症医学发展现状及展望[J]. 解放军医学杂志,2010,35(9):1066-1069.
- [4] Ware J E, Sherbourne C D. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework

- and item selection[J]. Med Care,1992,30(6):473-483.
- [5] Pan Y, Barnhart H X. Methods for assessing the reliability of quality of life based on SF-36 [J]. Stat Med, 2016,35(30):5656-5665.
- [6] Oeyen S G, Vandijck D M, Benoit D D, et al. Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature[J]. Crit Care Med,2010,38(12):2386-2400.
- [7] Li L, Wang H M, Shen Y. Chinese SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation, validation, and normalisation[J]. J Epidemiol Community Health,2003, 57(4):259-263.
- [8] Orwelius L, Kristenson M, Fredrikson M, et al. Hopelessness: independent associations with health-related quality of life and short-term mortality after critical illness: a prospective, multicentre trial[J]. J Crit Care, 2017,41:58-63.
- [9] Schaaf M V D, Dettling D S, Beelen A, et al. Poor functional status immediately after discharge from an intensive care unit[J]. Disabil Rehabil, 2008, 30 (23): 1812-1818.
- [10] Mckinley S, Fien M, Elliott R, et al. Sleep and psychological health during early recovery from critical illness: an observational study[J]. J Psychosom Res, 2013, 75 (6):539-545.
- [11] 闵群惠,周海琴,吴春华,等. 肺移植患者生活质量现状及影响因素研究[J]. 护理学杂志,2019,34(6):27-30.
- [12] Korosec Jagodic H, Jagodic K, Podbregar M. Long-term outcome and quality of life of patients treated in surgical intensive care:a comparison between sepsis and trauma [J]. Crit Care,2006,10(5):R134.
- [13] Stricker K H, Cavegn R, Takala J, et al. Does ICU length of stay influence quality of life[J]. Acta Anaesthesiol Scand,2005,49(7):975-983.
- [14] Levinson M, Mills A, Oldroyd J, et al. The impact of intensive care in a private hospital on patients aged 80 and over: health-related quality of life, functional status and burden versus benefit[J]. Intern Med J,2016,46(6): 694-702.
- [15] Delcourt C, Zheng D, Chen X, et al. Associations with health-related quality of life after intracerebral haemorrhage: pooled analysis of INTERACT studies[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry,2017,88(1):70-75.
- [16] De Rooij S E, Govers A C, Korevaar J C, et al. Cognitive, functional, and quality-of-life outcomes of patients aged 80 and older who survived at least 1 year after planned or unplanned surgery or medical intensive care treatment[J]. J Am Geriatr Soc,2008,56(5):816-822.
- [17] 李苗苗,罗健,谢霖,等. ICU 获得性衰弱相关系统评价的再评价[J]. 护理学杂志,2019,34(5):32-37.
- [18] 彭相文,任慧,王永晨. 影响平均住院日的主要因素分析与对策[J]. 中国医院管理,2010,30(5):40-42.
- [19] Akechi T, Aiki S, Sugano K, et al. Does cognitive decline decrease health utility value in older adult patients with cancer[J]. Psychogeriatrics,2017,17(3):149-154.

(本文编辑 丁迎春)