

临床研究

DOI: 10.13406/j.cnki.cyx.004155

安宁疗护对老年慢性病终末期患者医疗成本与生活质量的影响

李雪莹¹, 李雪梅², 赵庆华³, 肖明朝³, 李娜⁴, 霍丹¹, 向儒¹, 唐娇⁵, 何海燕¹

(1.重庆医科大学附属第一医院护理院, 重庆 400016; 2.重庆市卫生健康委老龄健康处, 重庆 401147;

3.重庆医科大学附属第一医院护理研究中心, 重庆 400016; 4.重庆医科大学附属第一医院心内科, 重庆 400016;

5.重庆医科大学护理学院, 重庆 400016)

【摘要】目的: 探讨安宁疗护对老年慢性病终末期患者医疗成本及生活质量的影响。方法: 回顾性收集 2017 年 11 月至 2025 年 10 月转诊至安宁疗护病房的 99 例老年慢性病终末期患者的资料, 比较安宁疗护干预前后日均总费用、费用结构及生活质量的变化, 并通过亚组分析与多元线性回归分析识别最佳获益人群及费用影响因素。结果: 干预后, 患者的中位日均总费用、日均医保支付费用和日均自付费用分别下降了 308 元、185 元和 102 元 ($P<0.001$); 日均照护费占总费用比例上升, 日均检查费和日均化验费占总费用比例下降; 患者除生理机能外的健康状况调查问卷 (the Short-Form-36 Health Survey, SF-36) 各维度评分及总分提高, 家属 SF-36 各维度评分及总分提高 ($P<0.05$)。亚组分析显示, ≥ 90 岁组患者的日均治疗费下降幅度显著高于 <90 岁组患者 ($P<0.05$), 合并疾病数量为 1~4 种的患者多项医疗费用降幅高于合并疾病数量 ≥ 5 种的患者 ($P<0.05$), 且疾病数量是费用控制的关键因素, 合并疾病数量越多, 费用下降幅度越小 ($\beta=345.670$; 95%CI=165.826~525.514; $P<0.001$)。结论: 安宁疗护可显著降低老年慢性病终末期患者日均总费用、优化费用结构并改善患者及其家属生活质量。本研究为优化安宁疗护医保支付政策及其临床推广应用提供了实证依据。

【关键词】安宁疗护; 老年患者; 慢性病终末期; 医疗成本; 生活质量

【中图分类号】R473

【文献标志码】A

Impact of hospice care on medical costs and quality of life in elderly patients with end-stage chronic diseases

Li Xueying¹, Li Xuemei², Zhao Qinghua³, Xiao Mingzhao³, Li Na⁴, Huo Dan¹, Xiang Ru¹, Tang Jiao⁵, He Haiyan¹

(1.Nursing Home, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University; 2.Division of Aging Health, Chongqing Municipal Health Commission; 3.Nursing Research Center, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University; 4.Department of Cardiology, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University; 5.School of Nursing, Chongqing Medical University)

【Abstract】Objective: To investigate the effect of hospice care on medical costs and quality of life in elderly patients with end-stage chronic diseases. Methods: A retrospective analysis was performed for the data of 99 elderly patients with end-stage chronic diseases who were referred to the hospice care ward from November 2017 to October 2025. Medical costs, cost structure, and quality of life were observed before and after hospice care, and the subgroup analysis and the multiple linear regression analysis were used to identify the population with optimal benefits and the influencing factors for medical costs. Results: After hospice care, the median average daily

作者介绍: 李雪莹, Email: m18782981279@163.com,

研究方向: 安宁疗护、老年护理、失能失智老人照护与管理、医养结合机构运营管理。

通信作者: 何海燕, Email: 957017048@qq.com。

基金项目: 国家重点研发计划资助项目 (编号: 2023YFC3605900/03); 重庆市住院安宁疗护服务按床日付费定价策略研究资助项目 (编号: 2025WSJK012)。

优先出版: <https://link.cnki.net/urlid/50.1046.R.20260708.1346.004> (2026-07-09)total costs, daily medical insurance payments, and daily out-of-pocket costs were reduced by 308 yuan, 185 yuan, and 102 yuan, respectively (all $P<0.001$). There was an increase in the proportion of average daily care costs in total costs, while there were reductions in the proportion of average daily inspection costs and average daily laboratory costs in total costs. The scores for all dimensions (except physical functioning) and the total score of the Short-Form 36 Health Survey (SF-36) for patients, as well as the scores for all

dimensions and the total score of the SF-36 for their family members, were significantly increased ($P<0.05$). The subgroup analysis showed that the patients aged ≥ 90 years had a significantly greater reduction in daily treatment costs than those aged <90 years ($P<0.05$), and the patients with 1–4 comorbidities had a significantly greater reduction in multiple medical costs than those with ≥ 5 comorbidities ($P<0.05$). The number of comorbidities was identified as a key factor for cost control ($\beta=345.670$, 95%CI=165.826–525.514, $P<0.001$). **Conclusion:** Hospice care significantly reduces medical costs, optimizes cost structure, and improves quality of life for both elderly patients with end-stage chronic diseases and their family members. This study provides empirical evidence for optimizing reimbursement policies for hospice care and supports its clinical application.

[Key words] hospice care; older patients; end-stage chronic disease; medical costs; quality of life

截至2020年,我国65岁及以上人口达1.72亿,占总人口的12%;预计2050年增加至3.66亿^[1]。人口老龄化加剧了慢性病负担,我国已成为全球慢性病负担较重的国家之一,慢性病已成为老龄人口的主要死亡原因^[2]。然而,我国超过80%的老年人临终前未能得到专业照护,近40%的老年人遭受痛苦死亡^[3]。临终照护服务不足不仅严重影响老年人的生命质量,也加重了医疗经济负担。安宁疗护是为预期寿命不足6个月的患者提供的综合性、以人为本的照护模式,强调以症状控制、减轻痛苦、提高生命质量为核心的整体照护^[4]。尽管需求日益增长,但我国的安宁疗护发展相对滞后,专业化服务供给不足,且缺乏统一医保支付标准,亟待完善相关政策支持^[5]。本研究旨在探讨安宁疗护对老年慢性病终末期患者日均总费用和生活质量的影响,为将其纳入医保支付体系并推动安宁疗护服务发展提供依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择2017年11月至2025年10月于重庆医科大学附属第一医院收治并转诊至护理院安宁疗护病房的患者。纳入标准:①至少患有1种明确诊断的慢性疾病,包括高血压、糖尿病、冠心病、慢性阻塞性肺疾病、脑卒中、恶性肿瘤、帕金森综合征等;②患者及其家属同意参与研究并签署知情同意书。排除标准:①年龄 <65 岁;②预估生存期 >6 个月;③入住时间 ≤ 2 周;④因失访等原因导致关键数据缺失。最终纳入99例符合条件的患者进行分析,见图1。本研究经重庆医科大学附属第一医院伦理委员会审批通过。

1.2 研究指标

1.2.1 医疗费用 从医院信息系统、电子病历及医保结算记录中提取患者接受安宁疗护干预前和干预后的医疗费用数

据,包括:①日均总费用、日均医保支付费用、日均自付费用;②分项费用:日均药品费、日均治疗费、日均检查费、日均化验费、日均氧气费、日均照护费。“干预前”指转诊前,由护理院医护人员以会诊形式进行充分评估,该评估与患者及家属签署知情同意书的环节同步进行;“干预后”指转诊后7~14 d内,根据患者及家属意愿确定具体评估时间。

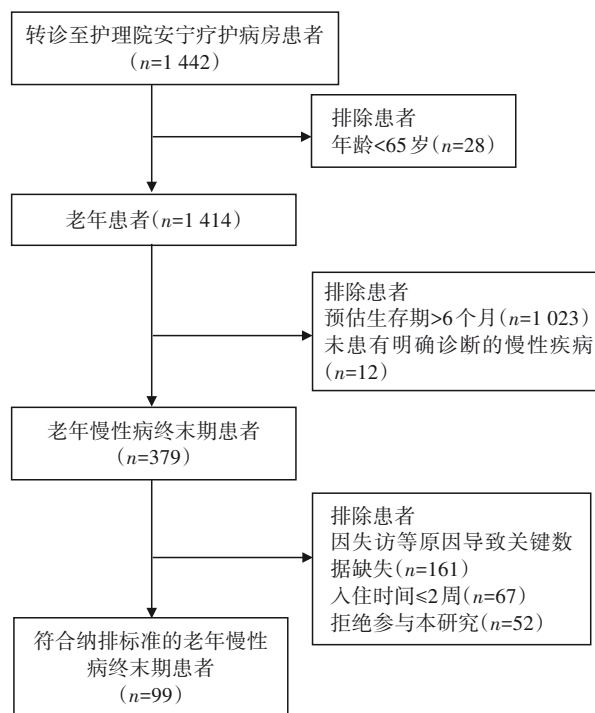


图1 研究对象筛选流程图

1.2.2 生活质量 采用健康状况调查问卷(the Short-Form-36 Health Survey, SF-36)评估患者及其家属的生活质量。该量表含36个条目,涵盖生理功能、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8个维度以及健康变化自评。各条目经标准化转换后,各维度及总分均换算为0~100分,分值越高表示生活质量越好。

1.3 统计学方法

采用SPSS 26.0软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,不符合正态分布的计量

资料以中位数(四分位间距) $[M_d(P_{25}, P_{75})]$ 表示;计数资料以例数和百分比表示。干预前后的医疗费用比较采用配对样本 t 检验或 Wilcoxon 符号秩和检验,报告效应量及 95% 置信区间(confidence interval, CI)。

采用结构变动值、结构变动度及结构贡献率法分析费用结构,以探讨分项费用对总费用结构变化的贡献程度,计算公式如下:结构变动值=(干预后日均分项费用/干预后日均总费用 $\times 100\%$)-(干预前日均分项费用/干预前日均总费用 $\times 100\%$);结构贡献率=结构变动值/结构变动度 $\times 100\%$,其中,结构变动值 >0 表示该分项费用占总费用比例上升,结构变动值 <0 则表示占总费用比例下降,结构变动度为所有分项结构变动值的绝对值之和。

采用配对样本 t 检验比较干预前后患者及其家属的 SF-36 量表各维度评分及总分,并绘制雷达图。成本-效果分析通过散点图可视化,分析费用变化与生活质量变化的相关性。

亚组分析按年龄(<90 岁、 ≥ 90 岁)和合并疾病数量(1~4种、 ≥ 5 种)分层,采用 Mann-Whitney U 检验比较 2 组费用下降幅度差异。以日均总费用下降值为因变量,以年龄、性别、合并疾病数量、干预前患者及其家属的 SF-36 量表评分为自变量,采用逐步回归法构建多元线性回归模型,筛选费用控制的关键因素。所有假设检验均为双侧检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结 果

2.1 人口学特征

患者平均年龄为(88.36 $\pm$ 7.71)岁,男性患者占 51.52%,超过一半的患者教育程度为初中及以下(59.60%)。常见的疾病类型包括循环系统疾病(72.73%)、代谢和内分泌疾病(65.66%)及神经系统疾病(54.55%)。合并 5 种及以上疾病的患者占 70.71%,符合老年慢性病终末期患者“多病共存、多症并存”的临床特征,为后续分析提供了典型的人群基础,见表 1。

2.2 干预前后医疗费用比较

安宁疗护干预后,患者的中位日均总费用、日均医保支付费用和日均自付费用分别降低 308 元、185 元和 102 元,差异均有统计学意义($P<0.001$),见表 2。

2.3 医疗费用的结构变化

由表 3 可知,安宁疗护干预后患者费用结构发生显著变化,结构变动度为 33.92%。日均照护费、日均氧气费、日均

表 1 患者人口学特征($n, \%, \bar{x} \pm s$)

特征	总数($n=99$)
性别	
男	51(51.52)
女	48(48.48)
年龄(岁)	88.36 $\pm$ 7.71
文化程度	
初中及以下	59(59.60)
高中及以上	40(40.40)
婚姻状态	
已婚	58(58.59)
丧偶	38(38.38)
离异	3(3.03)
疾病类型	
循环系统疾病	72(72.73)
神经系统疾病	54(54.55)
呼吸系统疾病	34(34.34)
恶性肿瘤及相关疾病	31(31.31)
代谢与内分泌疾病	65(65.66)
泌尿系统疾病	14(14.14)
肌肉骨骼与关节疾病	11(11.11)
其他疾病	24(24.24)
疾病个数(种)	
<5	29(29.29)
≥ 5	70(70.71)

药品费和日均治疗费的占比分别上升 8.03%、4.53%、3.45%、0.95%,结构贡献率分别为 23.67%、13.36%、10.18% 和 2.79%;日均检查费、日均其他费用和日均化验费的占比分别下降 7.51%、5.58%、3.87%,结构贡献率分别为 22.14%、16.46% 和 11.40%。

2.4 替代效应分析

安宁疗护干预后,照护费/总费用比值由 0.239 增加至 0.327,但该差异无统计学意义($P>0.05$),见表 4。

2.5 干预前后生活质量比较

干预后,患者生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能、精神健康、健康变化评分和 SF-36 量表总分升高,差异有统计学意义($P<0.05$);生理机能评分升高,但差异无统计学意义($P>0.05$)。患者家属所有 SF-36 量表维度评分及总分均升高,差异有统计学意义($P<0.01$),见表 5 和图 2。

表 2 安宁疗护干预前后费用比较 $[M_d(P_{25}, P_{75})]$

医疗费用(元)	干预前($n=99$)	干预后($n=99$)	Z 值	P 值
日均总费用	980.00(434.00, 1721.50)	672.00(465.00, 876.50)	-5.007	<0.001
日均医保支付	569.00(159.00, 1131.50)	384.00(260.50, 534.00)	-4.279	<0.001
日均自付费用	389.00(279.00, 595.50)	287.00(230.50, 375.50)	-6.291	<0.001

表3 安宁疗护对医疗费用结构变动的影响(%)

医疗费用	干预前占比	干预后占比	结构变动值	结构变动度	结构贡献率
日均药品费	19.54	22.99	3.45		10.18
日均治疗费	7.59	8.54	0.95		2.79
日均检查费	10.43	2.92	-7.51		22.14
日均化验费	10.52	6.65	-3.87	33.92	11.40
日均氧气费	4.12	8.65	4.53		13.36
日均照护费	14.06	22.09	8.03		23.67
日均其他费用	33.74	28.16	-5.58		16.46

表4 安宁疗护对照护费/医疗费比值的影响[$M_d(P_{25}, P_{75})$]

时间	<i>n</i>	中位数	<i>Z</i> 值	<i>P</i> 值
干预前	99	0.239(0.120, 0.855)		
干预后	99	0.327(0.214, 0.448)		
整体比较			0.080	0.937

表5 干预前后 SF-36 量表评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

患者/家属	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
患者					
生理机能	50	42.15 ± 20.51	47.16 ± 21.06	1.521	0.135
生理职能	50	36.28 ± 15.37	49.49 ± 21.95	4.319	<0.001
躯体疼痛	50	46.48 ± 21.28	61.16 ± 21.91	3.783	<0.001
一般健康状况	50	43.30 ± 19.90	55.70 ± 19.52	4.274	<0.001
精力	50	46.57 ± 18.35	56.99 ± 23.18	2.718	0.009
社会功能	50	42.64 ± 18.60	54.64 ± 19.99	3.598	0.001
情感职能	50	43.96 ± 20.42	53.77 ± 22.34	2.938	0.005
精神健康	50	49.07 ± 20.57	58.15 ± 20.62	2.821	0.007
健康变化	50	35.54 ± 18.22	44.27 ± 18.81	2.513	0.015
SF-36 量表总分	50	386.00 ± 119.25	481.19 ± 126.86	5.397	<0.001
家属					
生理机能	99	59.61 ± 18.46	70.01 ± 17.51	7.126	<0.001
生理职能	99	52.88 ± 21.84	65.68 ± 20.57	5.680	<0.001
躯体疼痛	99	53.90 ± 23.89	68.13 ± 18.71	6.490	<0.001
一般健康状况	99	55.18 ± 23.07	68.03 ± 17.93	5.882	<0.001
精力	99	56.49 ± 21.63	71.54 ± 16.37	7.634	<0.001
社会功能	99	56.28 ± 19.74	68.52 ± 18.86	5.990	<0.001
情感职能	99	54.09 ± 21.13	68.55 ± 16.86	7.567	<0.001
精神健康	99	54.61 ± 21.28	70.48 ± 16.06	7.558	<0.001
健康变化	99	45.12 ± 23.94	56.08 ± 20.89	4.488	<0.001
SF-36 量表总分	99	488.14 ± 153.07	606.96 ± 118.99	9.419	<0.001

注:49 例患者因确诊认知障碍,无法完成自评式 SF-36 健康调查简表,因此未纳入分析

2.6 成本-效果分析

部分患者因缺少 SF-36 数据,仅纳入患者 49 例,家属 99 例进行成本-效果分析。图 3 显示,58.78%(87/148)的散点分布在坐标系的第二象限,表明安宁疗护干预后,超过一

半患者在日均总费用下降的同时,其与家属的 SF-36 量表评分均得到改善。在患者组中,获得双重获益的比例为 53.06%(26/49);家属组中,获得双重获益的比例为 61.61%(61/99)。

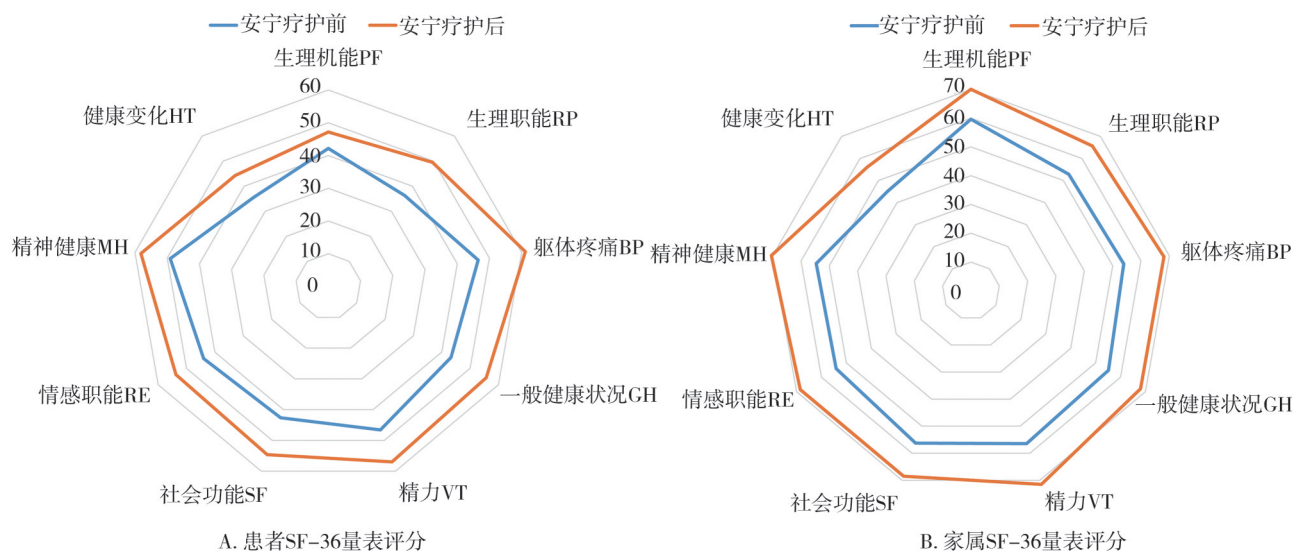


图2 安宁疗护干预前后SF-36量表评分变化雷达图

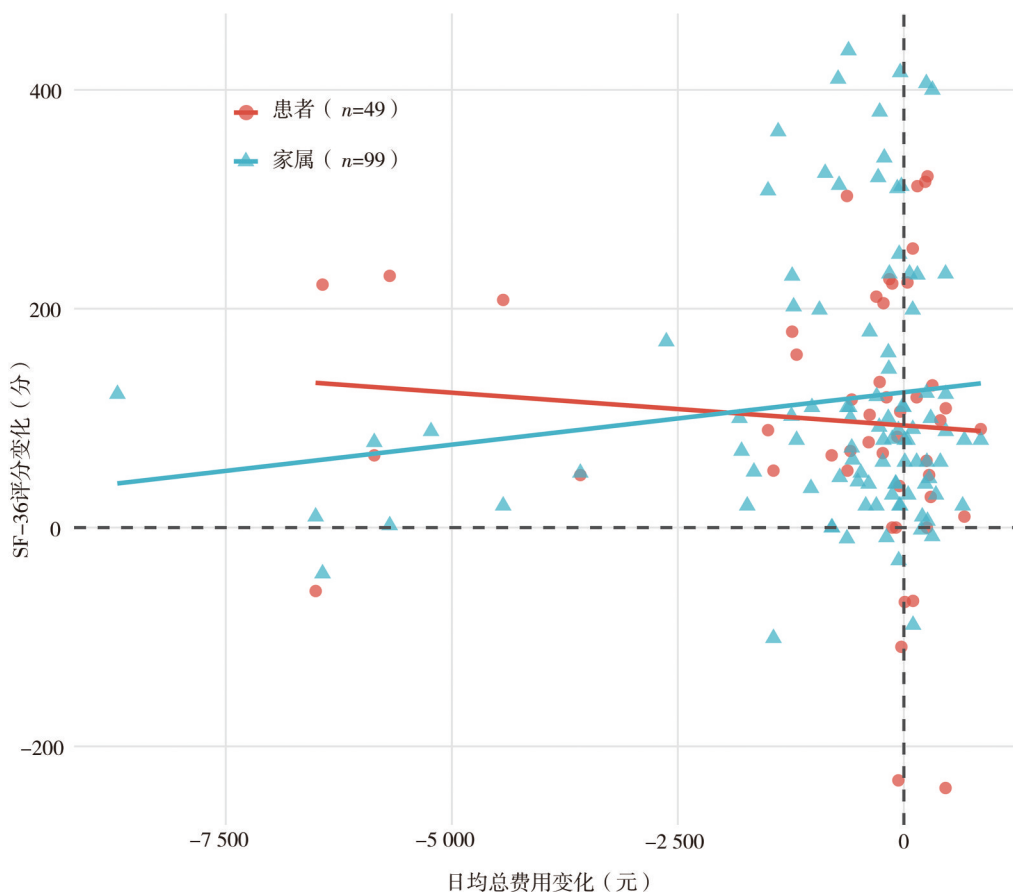


图3 日均总费用变化与SF-36量表评分变化的关系

2.7 亚组分析

按患者年龄分层时， ≥ 90 岁组患者的日均治疗费下降幅度显著高于 <90 岁组患者（ $P < 0.05$ ），其他费用变化指标在2组间的差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；按疾病数量分层时，

疾病少于5种的患者在日均总费用、日均医疗费用、日均药品费、日均治疗费、日均检查费、日均医保支付费用及医保后自付费用的降低值更大，而日均照护费则是降幅更小，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表6。

表 6 年龄和疾病数量分层后各医疗费用下降幅度 $[M_d(P_{25}, P_{75})]$

医疗费用(元)	分组	<i>n</i>	中位数(四分位数)	总秩和	<i>Z</i> 值	<i>P</i> 值
年龄分层						
日均总费用	≥90 岁	51	-476.00(-1 227.00, 98.50)	2 450.5	1.022	0.307
	<90 岁	48	-147.00(-597.00, 7.25)	2 700.5		
日均医疗费用	≥90 岁	51	-429.00(-1 151.00, 76.50)	2 421.5	1.219	0.223
	<90 岁	48	-68.50(-553.25, 72.50)	2 729.5		
日均药品费	≥90 岁	51	-24.00(-191.00, 23.00)	2 413.5	1.274	0.203
	<90 岁	48	1.50(-76.25, 45.25)	2 737.5		
日均治疗费	≥90 岁	51	-44.00(-100.00, 0.50)	2 257.5	2.333	0.020
	<90 岁	48	-4.50(-43.25, 15.25)	2 893.5		
日均检查费	≥90 岁	51	-153.00(-258.50, -22.00)	2 388.5	1.443	0.149
	<90 岁	48	-59.00(-196.25, -17.50)	2 762.5		
日均化验费	≥90 岁	51	-108.00(-196.50, -17.00)	2 499.0	0.693	0.488
	<90 岁	48	-61.50(-191.25, -10.75)	2 652.0		
日均氧气费	≥90 岁	51	0.00(-15.50, 14.50)	2 684.5	-0.567	0.571
	<90 岁	48	-2.00(-22.25, 10.00)	2 466.5		
日均照护费用	≥90 岁	51	-40.00(-80.00, -20.00)	2 872.0	-1.841	0.066
	<90 岁	48	-80.00(-140.00, -20.00)	2 279.0		
日均医保支付费用	≥90 岁	51	-322.00(-863.50, 85.50)	2 433.5	1.138	0.255
	<90 岁	48	-51.50(-415.00, 54.25)	2 717.5		
医保后自付费用	≥90 岁	51	-107.00(-287.50, 29.50)	2 434.5	1.131	0.258
	<90 岁	48	-17.00(-138.25, 18.25)	2 716.5		
日均自付总费用	≥90 岁	51	-152.00(-347.50, -15.50)	2 484.0	0.795	0.427
	<90 岁	48	-107.50(-179.00, -28.25)	2 667.0		
疾病数量分层						
日均总费用	<5 种	29	-709.00(-2 222.50, 56.50)	1 142.5	2.364	0.018
	≥5 种	70	-163.00(-615.00, 72.50)	3 807.5		
日均医疗费用	<5 种	29	-658.00(-2 212.50, 56.50)	1 113.0	2.591	0.01
	≥5 种	70	-97.50(-552.25, 123.50)	3 837.0		
日均药品费	<5 种	29	-47.00(-530.00, 19.50)	1 142.0	2.368	0.018
	≥5 种	70	-3.50(-86.50, 47.00)	3 808.0		
日均治疗费	<5 种	29	-63.00(-142.50, -6.50)	1 041.5	3.141	0.002
	≥5 种	70	-7.00(-51.00, 14.50)	3 908.5		
日均检查费	<5 种	29	-175.00(-306.50, -40.00)	1 123.5	2.511	0.012
	≥5 种	70	-59.00(-179.75, -16.75)	3 826.5		
日均化验费	<5 种	29	-100.00(-213.50, -53.00)	1 239.5	1.618	0.106
	≥5 种	70	-54.00(-180.50, -6.00)	3 710.5		
日均氧气费	<5 种	29	0.00(-31.50, 25.00)	1 403.5	0.358	0.721
	≥5 种	70	0.00(-13.50, 14.25)	3 546.5		
日均照护费用	<5 种	29	-20.00(-80.00, 40.00)	1 742.5	2.274	0.023
	≥5 种	70	-80.00(-120.00, -20.00)	3 207.5		
日均医保支付费用	<5 种	29	-493.00(-1 659.00, 42.00)	1 106.5	2.641	0.008
	≥5 种	70	-73.50(-414.00, 102.25)	3 843.5		
医保后自付费用	<5 种	29	-165.00(-554.00, 14.50)	1 108.0	2.63	0.009
	≥5 种	70	-24.00(-138.25, 33.75)	3 842.0		
日均自付总费用	<5 种	29	-152.00(-563.50, -18.00)	1 244.0	1.584	0.113
	≥5 种	70	-105.00(-213.25, -16.75)	3 706.0		

表 7 费用控制的影响因素线性回归结果

变量	β	标准误	t	P	95%CI	
					下限	上限
(常量)	-3 534.323	2 548.587	-1.387	0.169	-8 596.036	1 527.390
年龄	-2.205	21.289	-0.104	0.918	-44.488	40.077
疾病数量	345.670	90.552	3.817	<0.001	165.826	525.514
性别	157.802	325.666	0.485	0.629	-489.000	804.603
干预前患者 SF-36 量表评分	645.230	933.155	0.691	0.491	-1 208.097	2 498.557
干预前家属 SF-36 量表评分	0.917	1.806	0.508	0.613	-2.669	4.504

2.8 成本控制的影响因素

年龄、性别、干预前患者 SF-36 量表评分及干预前家属 SF-36 量表评分对成本控制无显著影响 ($P>0.05$)。合并疾病数量对日均总费用下降值有显著影响 ($\beta=345.670$; 95%CI=165.826~525.514; $P<0.001$), 每增加一种合并疾病, 日均总费用下降幅度减小, 见表 7。

3 讨 论

老年慢性病终末期患者常因身体机能衰退而反复住院并接受有创治疗, 却难以逆转疾病进程, 反而增加经济负担、加剧心理问题并降低生活质量^[6-7]。研究显示, 我国终末期患者在充分知情和明确照护目标后, 更加重视生活质量、舒适度、降低自费用和居家死亡等结局, 而非单纯追求生命延长, 准确的预后披露可降低患者对激进生命维持治疗的偏好^[8-9]。安宁疗护作为一种以照护目标为导向的资源再分配模式, 有助于提升终末期照护与患者真实偏好之间的一致性, 在不损害临床结局的前提下改善照护体验、降低经济负担。本研究显示, 安宁疗护干预后患者的日均总费用显著下降, 提示安宁疗护可能以低成本照护替代高成本干预措施, 这与既往研究结论一致^[10-12]。此外, 本研究还发现, 干预后患者的医疗费用结构得到优化, 表现为日均检查费和日均化验费比例降低, 日均照护费比例升高。这进一步表明安宁疗护能够有效减少非必要的检查与化验项目, 避免医疗资源的过度消耗, 支持其费用结构调整的合理性与经济性, 也为优化医保支付结构、加大对安宁疗护服务的支持力度提供了参考依据。

生命终末期患者常伴随显著的症状负担, 其中疼痛的有效缓解是提升其生活质量的核心目标之

—^[13-14]。本研究显示, 干预后患者 SF-36 量表的 7 个维度评分及总分均显著提高, 这充分体现了安宁疗护在缓解患者躯体症状、改善心理状态及社会参与能力方面的核心价值。患者生理机能维度评分虽有升高但差异无统计学意义, 可能与终末期疾病导致的生理功能不可逆衰退有关。此外, 本研究显示, 安宁疗护对生活质量的改善作用还可延伸至患者家属, 表明安宁疗护不仅通过专业照护减轻了家属的日常照护负担, 也通过降低患者痛苦、提供心理支持等方式, 有效缓解了家属的焦虑与精神压力, 有助于患者家庭整体生活质量的系统性改善, 提示安宁疗护在家庭层面的重要干预价值。这一发现与既往研究结论一致^[13, 15-16], 提示在我国注重家庭和谐的文化背景下^[17], 安宁疗护不仅能够改善患者生命末期的生活质量, 也能为家庭成员带来显著的社会心理获益, 实现患者-家庭整体生活质量的双重获益。

亚组分析结果显示, ≥ 90 岁组患者的日均治疗费下降幅度显著高于 <90 岁组患者, 而其他费用变化在 2 组间无显著差异。这一结果可能提示 90 岁以上患者身体各系统功能衰退, 临床医生和家属更倾向于避免任何非必需、有创或获益较低的治疗操作, 转而更加关注维持患者的生活质量和舒适度等方面。此外, 合并疾病数量为 1~4 种的患者多项费用降幅显著大于合并疾病 ≥ 5 种者, 多元线性回归进一步证实合并疾病数量是费用控制的关键因素。这一发现提示, 合并疾病较少的患者是安宁疗护经济获益更显著的人群, 其原因可能在于: 多病共存患者需维持基础医疗干预以控制多种疾病症状, 存在基础医疗成本; 并发症风险较高, 对安宁疗护的需求更大^[18]。因此, 尽早对老年慢性病终末期患者

实施安宁疗护,对于优化医疗资源配置、降低经济负担并提升生活质量具有重要意义。

综上所述,安宁疗护可显著降低老年慢性病终末期患者的经济负担、优化费用结构,并改善患者及其家属的生活质量。本研究为推动安宁疗护纳入医保支付体系提供了实证依据,并为我国推广安宁疗护服务提供支持。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明 李雪莹:研究方案设计、分析数据、论文撰写;李雪梅:研究方案设计、实施研究、论文修改;赵庆华:数据收集、论文撰写;肖明朝:实施研究、论文撰写;李娜:数据收集、论文撰写;霍丹:数据收集、论文修改;向儒:论文撰写与修改;唐娇:分析数据;何海燕:研究方案设计、论文撰写与修改

参 考 文 献

- [1] Lobanov-Rostovsky S, He QY, Chen YT, et al. Growing old in China in socioeconomic and epidemiological context: systematic review of social care policy for older people[J]. BMC Public Health, 2023, 23(1):1272.
- [2] Zhou MG, Wang HD, Zhu J, et al. Cause-specific mortality for 240 causes in China during 1990–2013: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2013[J]. Lancet, 2016, 387(10015):251–272.
- [3] 宋靛琚,苏聪文. 中国老年人死亡质量的研究现状与政策应对[J]. 北京社会科学, 2021(6):119–128.
Song LJ, Su CW. Studies on the quality of death among the elderly in China: current status and countermeasures[J]. Soc Sci Beijing, 2021(6):119–128.
- [4] Cagle JG, Lee J, Ornstein KA, et al. Hospice utilization in the United States: a prospective cohort study comparing cancer and noncancer deaths[J]. J Am Geriatr Soc, 2020, 68(4):783–793.
- [5] 卢永燃,陈 斌,王 静,等. 基于 CiteSpace 的中国安宁缓和医疗文献可视化分析[J]. 医学信息, 2025, 38(17):36–43.
Lu YR, Chen B, Wang J, et al. Visual analysis of hospice and palliative care literature in China based on CiteSpace[J]. Med Inf, 2025, 38(17):36–43.
- [6] Chen LF, Chang CM, Huang CY. Home-based hospice care reduces end-of-life expenditure in Taiwan: a population-based study[J]. Medicine, 2015, 94(38):e1613.
- [7] Shepperd S, Wee B, Straus SE. Hospital at home: home-based end of life care[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011, 3(3):201–210.
- [8] Leng AL, Maitland E, Wang SY, et al. Preferences for end-of-life care among patients with terminal cancer in China[J]. JAMA Netw Open, 2022, 5(4):e228788.
- [9] Liao J, Wu B, Mao J, et al. Preference for aggressive end-of-life care among advanced cancer patients in Wuhan, China: a cross-sectional study[J]. Int J Environ Res Public Health, 2020, 17(18):6592.
- [10] Huo J, Lairson D R, Du X L, et al. Survival and cost-effectiveness of hospice care for metastatic melanoma patients [J]. Am J Manag Care, 2014, 20(5):366–373.
- [11] Zuckerman RB, Stearns SC, Sheingold SH. Hospice use, hospitalization, and medicare spending at the end of life[J]. J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci, 2016, 71(3):569–580.
- [12] Huang YT, Wang YW, Chi CW, et al. Differences in medical costs for end-of-life patients receiving traditional care and those receiving hospice care: a retrospective study[J]. PLoS One, 2020, 15(2):e0229176.
- [13] Yuan T, Zhou Y, Wang T, et al. Impact research of pain nursing combined with hospice care on quality of life for patients with advanced lung cancer[J]. Medicine, 2024, 103(22):e37687.
- [14] Ma X, Sun S, Zhao Y, et al. Impact of pain care and hospice care on quality of life in patients with advanced gastric cancer[J]. Am J Transl Res, 2021, 13(7):8235–8240.
- [15] Ornstein KA, Aldridge MD, Garrido MM, et al. Association between hospice use and depressive symptoms in surviving spouses[J]. JAMA Intern Med, 2015, 175(7):1138–1140.
- [16] McAndrew NS, Camarda A, Fortney CA, et al. Rapid review of family caregiver engagement in hospice and end-of-life patient care: implications for nursing practice[J]. J Hosp Palliat Nurs, 2025, 27(4):172–181.
- [17] Cheng MM, Luo Q, Fang C, et al. Exploring good death in China: a qualitative study from the perspectives of family members[J]. Soc Sci Med, 2025, 367:117727.
- [18] Wang L, Li YR, Zhao R, et al. Influencing factors of home hospice care needs of the older adults with chronic diseases at the end of life in China: a cross-sectional study[J]. Front Public Health, 2024, 12:1348214.

(收稿:2026-03-20;修回:2026-06-04;录用:2026-06-08)

(责任编辑:周一青)

本文引用格式:

李雪莹,李雪梅,赵庆华,等. 安宁疗护对老年慢性病终末期患者医疗成本与生活质量的影响[J]. 重庆医科大学学报, 2026, 51(9):1299–1306.