

· 标准与规范 ·

老年安宁疗护舒适照护专家共识(2026 版)

中国抗癌协会老年整合护理专委会 中华护理学会安宁疗护专委会 四川大学华西医院
护理部 四川大学华西医院循证护理研究室 湖南省肿瘤医院 中南大学湘雅医学院附属
肿瘤医院护理部 北京医院护理部 国家老年医学中心 中国医学科学院老年医学研究院
四川大学华西医院老年医学中心 国家老年疾病临床医学研究中心

通信作者:蒋艳,Email:hxhljy2018@163.com

【摘要】本共识针对终末期老年患者的特殊需求,旨在规范老年安宁疗护舒适照护的核心技术与实施流程。由多学科专家工作组通过利益相关者访谈、系统文献检索及德尔菲法制定而成。共识明确了舒适照护的定义、多学科团队组建原则及全维度评估要点,形成 18 条推荐意见,涵盖环境舒适、生理舒适、心理舒适、精神舒适及家庭社会舒适照护,以及质量评价与改进等内容。本共识可为老年安宁疗护中的舒适照护提供标准化参考,以期提升终末期老年患者的生活质量与尊严,推动我国老年安宁疗护规范化发展。

【关键词】 安宁疗护; 舒适照护; 终末期患者; 专家共识

基金项目: 国家重点研发计划《老年安宁疗护关键技术与服务模式示范应用》(2023YFC3605900); 国家卫生健康委员会 2024 年度标准前期研究(No. 10)

专家共识注册: 国际实践指南注册与透明化平台(PREPARE-2025CN1610)

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2026.03.002

Experts consensus on comfort care in geriatric palliative care(2026 edition)

Chinese Anti-Cancer Association Geriatric Integrated Care Professional, Chinese Nursing Association Hospice Care Professional Committee; Nursing Department, West China Hospital, Sichuan University; Center for Evidence-Based Nursing, West China Hospital, Sichuan University; Hunan Cancer Hospital, Nursing Department, Cancer Hospital of Xiangya Medical College, Central South University; Nursing Department, Beijing Hospital, National Center for Geriatrics, National Institute of Geriatric Medicine, Chinese Academy of Medical Sciences; Geriatric Medical Center, West China Hospital, Sichuan University, National Clinical Research Center for Geriatric Diseases

Corresponding author: Jiang Yan, Email: hxhljy2018@163.com

【Abstract】 This consensus statement addresses the special needs of elderly patients in their terminal stages, aiming to standardize the core techniques and implementation processes of comfort care in geriatric palliative care. It was developed by a multidisciplinary expert working group through stakeholder interviews, systematic literature reviews, and the Delphi method. The consensus has clarified the definition of comfort care, the principles of multidisciplinary team building, and the key points of comprehensive assessment, forming 18 recommendations covering environmental comfort, physiological comfort, psychological comfort, spiritual comfort, family and social comfort care, as well as quality assessment and improvement. This consensus can provide standardized references for comfort care in geriatric palliative care, with the aim of improving the quality of life and dignity of elderly patients in their terminal stages and promoting the standardized development of geriatric palliative care in China.

【Key words】 Palliative care; Comfort care; End-of-life patients; Expert consensus

Fund Programs: National Key R&D Program of China “Demonstration Application of Key Technologies and Service Models for Geriatric Palliative Care”(2023YFC3605900); National Health Commission 2024 Preliminary Standard Research(No. 10)

Expert Consensus Registration: International Practice Guidelines Registration Platform(PREPARE-2025CN1610)

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2026.03.002



随着我国老龄化深度发展,60 岁及以上老年人口规模持续扩大,叠加疾病谱向慢性非传染性疾病为主转变,终末期老年患者多维度照护需求日益凸显。《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十五个五年规划的建议》明确提出“健全失能失智老年人照护体系,扩大康复护理、安宁疗护服务供给”,将安宁疗护纳入老年照护体系的核心扩容方向,而以症状控制为核心、生活质量提升为目标的舒适照护模式,正是完善老年照护体系、回应终末期老年特殊需求的关键抓手,已成为健康老龄化实践的核心环节^[1]。国家卫生健康委员会修订发布的《安宁疗护实践指南(2025 年版)》进一步将舒适照护作为安宁疗护核心内容,要求通过多学科协作实现疼痛、呼吸困难等症状的规范化管理,为舒适照护实践开展提供了明确政策依据与操作指引^[2]。

舒适是老年安宁疗护的核心价值导向与照护质量核心评价标准,其核心特色在于精准回应终末期老年患者的特殊性需求:一方面,老年患者普遍存在多重慢性疾病共存、生理机能脆弱、认知功能下降及生活依赖性增强等特征^[3-5],30%~90%的终末期患者在生命最后阶段面临中重度疼痛、呼吸困难等躯体不适,同时伴随焦虑、孤独等心理困扰^[6-7]。“舒适”直接针对这一核心痛点,既包括躯体症状的有效缓解,更涵盖心理、社会及精神层面的尊严维护;另一方面,舒适照护区别于普通照护的关键是“全人全程”理念,通过专业化症状干预、个性化人文关怀、多学科协作支持,实现“患者善终、家人善别”的服务愿景,也是落实“健全失能失智老年人照护体系”政策要求的必然选择。研究证实,舒适照护不仅能显著减轻老年患者的躯体痛苦,更能全面维护其生命尊严,缓解家属照护压力,守护家庭福祉^[8]。

但需重点关注的是,由于终末期老年照护需求的特殊性与复杂性,导致现有服务供给难以精准匹配。尽管《安宁疗护实践指南(2025 年版)》已对舒适照护作出框架性规范^[2],我国部分地区也开展了初步的规范性探索,但当前实践仍存在突出缺口:一是现有指南对老年人群的生理病理特殊性缺乏针对性指导,二是舒适照护的核心技术标准、实施流程与评估体系尚未形成行业共识,导致服务质量参差不齐、可及性不足。因此,立足国家健康老龄化战略部署与政策要求,基于终末期老年患者及家属的核心需求,系统检索整合科学证据,凝聚多学科专家智慧形成共识,对于填补老年安宁疗护领域

的实践空白、规范服务行为、提升照护质量具有重要现实意义。本研究特组织国内相关专业专家制定《老年安宁疗护舒适照护专家共识》,旨在为我国老年安宁疗护舒适照护提供科学、统一、可操作的实践规范,切实落实国家政策要求,保障终末期老年患者的舒适权益与生命尊严。

一、共识制订方法学

(一)共识制订委员会

本共识工作组分为指导委员会、方法学专家组、函询专家组和共识编写组。指导委员会是共识的总负责人,负责本共识的内容和质量控制,由老年医学、安宁疗护、护理学专业的权威资深专家组成。

方法学专家组由循证领域的方法学专家组成,该小组负责全程把控研究设计与流程规范,对本研究的方法学质量进行严格的监督和控制。

函询专家组由全国老年医学、安宁疗护、护理学、社会工作、循证方法学等多个领域的专家组成,要求中级及以上职称或同等专业资质,且从事安宁疗护相关工作 ≥ 7 年(社会工作者放宽至 ≥ 3 年)。

共识编写组由护理学、老年医学、安宁疗护、方法学专家组成。在项目前期,由 4 名成员主要负责实施利益相关者访谈(医生护士、患者及其照顾者);在项目中期和后期由 4 名成员进行系统证据检索、文献质量评价和证据评价,拟定共识初稿;在专家咨询阶段由其余成员组织专家会议,编写专家函询表,统筹汇总专家意见,统计函询结果并反馈修改。详细研究计划书可联系指南制定团队获取。

(二)临床问题的调研和遴选

选取山东省、重庆市、北京市 3 所医院和 6 所医养结合机构的医护人员、社工、终末期老年患者及家属共 79 人为研究对象进行访谈调研,通过主题分析法形成“生理舒适的核心地位”“心理精神舒适的多元需求”“环境舒适的空间与人文设计”和“社会文化舒适的关系与认同”4 个主题,并进一步形成临床问题,召开多轮专家会议,对原始问题进行去重、合并,按照其重要性进行排序,形成初步问题。使用 PIPOST (Participant, Intervention, Professional, Outcome, Setting, Type of evidence) 模式形成陈述条目。

(三)证据检索

系统检索 PubMed、Web of Science、Cochrane Library、CINAHL、Ovid、Up to date、中国知网、万方数据库及平台,以及国际临终关怀与舒缓疗护协



会(International Association for Hospice and Palliative Care, IAHPC)、美国国家临终关怀与缓和医疗组织(National Hospice and Palliative Care Organization, NHPCO)、日本缓和医疗协会(Japanese Society for Palliative Medicine, JSPM)、英国国家卫生与临床优化研究所(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)、全国标准信息公共服务平台等行业协会或指南网站。以 PubMed 为例,英文检索式为“(Patient Comfort[MeSH Terms]) AND ((Palliative Care [MeSH Terms]) OR (Hospice Care [MeSH Terms]) OR (Palliative Medicine[MeSH Terms]) OR (Hospices[MeSH Terms]) OR (Hospice and Palliative Care Nursing[MeSH Terms]))”;中文检索式由“舒适”“舒适照护”“舒适照顾”“安宁疗护”“舒缓医疗”等中文相关词汇及逻辑符号组成。检索时限为从数据库建库至 2025 年 6 月。基于 PICOS 原则,文献纳入标准聚焦于研究对象为接受或涉及舒适照护、安宁疗护及舒缓医疗的终末期老年患者,干预措施围绕上述照护模式的实施路径、技术方法或管理策略展开,对照措施为常规照护方案或不同照护模式的对比,结局指标需包含与照护对象舒适感、生活质量、症状改善相关的量性或质性结果,文献研究类型为临床指南、专家共识、标准规范、系统综述、Meta 分析、随机对照试验、横断面研究、队列研究及病例对照研究等;而排除标准则涵盖研究主题与舒适照护、安宁疗护等核心范畴关联性较弱、关键数据缺失或无法提取、非中英文语种、重复发表及方法学质量降低的文献。检索后获得了中英文文献 1 259 篇,全文阅读后最终纳入 27 篇指南、23 项标准规范、10 项原始研究。

(四)证据评价

采用国际公认的偏倚风险评估工具进行研究质量的评价,指南采用 AGREE II 工具进行评价;系统综述与 Meta 分析运用 AMSTAR-2 工具评估其方法学质量与报告完整性;证据总结和临床决策采用追溯原始文献的方法,根据证据条目所对应的原始研究类型选择相应的文献质量评价工具;标准和共识采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心对案例报告/专家意见的真实性评价。所有评价均由 2 名研究者独立完成,分歧通过第三方专家咨询达成一致。使用 JBI2014 版证据预分级系统进行证据分级,证据从高到低分为 Level 1~5 级;使用 JBI2014 版证据推荐级别,综合考量证据的可行

性、适宜性、意义和有效性形成推荐等级,包括 A 级推荐(强推荐)和 B 级推荐(推荐)2 个等级^[9]。

(五)函询过程

由指南执笔组成员撰写每条推荐意见,展示相关证据且阐明其质量等级,指导委员会和方法学专家组对文献和证据进行确认。采用两轮德尔菲法进行专家函询对各条目内容的认同度进行选择,设“非常认同”“比较认同”“一般认同”和“不太认同”“不认同”5 个选项,每一项推荐意见获得 $\geq 75\%$ 专家同意(包括非常认同、比较认同、一般认同)方达成共识。专家咨询总体回收率为 96.5%,专家参与积极性良好;专家判断系数(Ca)0.956、熟悉程度(Cs)0.826 和权威系数(Cr)0.826 均处于较高水平,表明结果可靠。函询过程中,根据专家建议对少量表述进行修改与优化,充分考虑不同层级机构的资源差异,尊重家庭习俗,细化多学科团队的分工,对个别重合或重要性偏低的条目予以合并或删除。经过两轮修订,条目重要性评价均值为 4.33~4.96,条目认同性评价均值为 4.37~4.96,变异系数 0.04~0.23,表明专家意见一致性较好,稳定性较佳,总体形成较高共识度的条目体系。

(六)共识目标人群和使用者的

本共识涉及的终末期老年患者是指年龄 ≥ 60 岁,结合疾病类型、器官功能、预期生存期经临床评估确定为疾病终末阶段,且以控制症状、提高生活质量为主要照护目标的患者^[10-11]。使用者是从事安宁疗护的医生、护士、社会工作者、志愿者等。

(七)利益冲突说明

本项目获得国家重点研发计划资助(2023YFC3605900),以及国家卫生健康委员会 2024 年度标准前期研究的立项支持。本研究已经通过医院伦理审查(2023 年审 2319 号)。项目资助经费仅用于共识制定过程中的事务性支出,包括文献检索、专家研讨会议组织及数据整理分析等。共识制定团队独立开展核心学术工作,资助方未参与专家遴选、议题设定、证据筛选及结论形成等任何学术决策环节。要求专家在受邀进入共识团队时进行利益冲突声明,并在存在任何重大变动后进行补充说明。本共识制订过程中,所有参与本共识指导专家组、函询专家组和共识编写组成员均声明不存在与本共识撰写内容直接相关的利益冲突。

二、核心推荐内容

(一)舒适照护的定义

护理学先驱南丁格尔提出护理学的首要原则



是为患者提供一个舒适、有利于康复的环境^[12]。在南丁格尔的环境护理原则的基础上, Kolcaba 发展了舒适理论^[13]。舒适理论指出, 护士需要在所有实践环境中评估患者整体的舒适需求, 包括身体、心理精神、社会文化及环境等方面^[14-15]。通常来讲, 舒适照护是以缓解症状、提升舒适度为核心目标的一组基本照护措施, 是安宁疗护的重要组成部分, 可在终末期患者中尽早实施, 以快速缓解不适并改善主观舒适感^[7]。美国国家癌症研究所将舒适照护定义为临终且已停止以治愈或控制疾病为目的的治疗的患者所提供的照护, 包括为患者及其家属提供身体、情感、社交和精神上的支持, 目标是控制疼痛及其他症状, 让患者尽可能地感到舒适^[16]。本共识中所涉及的舒适照护定义是满足终末期患者舒适需求而提供的照护, 包括身体、心理、精神和社会支持, 从而有效提升生命质量, 维护个体的舒适与尊严。

(二) 多学科舒适照护团队组建

推荐意见 1: 推荐组建多学科舒适照护团队, 包括医生、护士、药剂师、精神科医生/心理咨询师、社会工作者、营养师、志愿者 (Level 5, A 级推荐, 96.43% 同意)。

多学科照护团队的组建是终末期老年患者舒适照护的前提保障, 成员包括医生、护士、药剂师、精神科医生或心理咨询师、社会工作者、营养师以及志愿者。各成员分工明确: 医生负责评估患者病情、制定症状控制方案、判断预后, 并主导多学科会诊以解决医疗争议; 护士执行症状监测和基础照护操作, 指导家属居家照护, 反馈变化并协助调整方案; 药剂师评估用药安全性、优化方案并向家属讲解用法及不良反应; 精神科医生或心理咨询师评估患者及家属的心理状态, 提供专业干预处理特殊问题; 社会工作者链接社会资源、组织家庭会议、协调意见、提供哀伤辅导对接并管理志愿者团队; 营养师评估营养状况、制定个性化饮食方案并指导家属制作易咀嚼易消化的食物; 志愿者则提供非专业支持、协助简单事务并参与节日活动组织。团队成员须具备全面的舒适照护能力, 为患者及其家人提供涵盖疾病管理、生理、心理、社会、精神、文化和日常生活支持的舒适照护^[17]。同时, 团队建立沟通与应急协作机制, 定期开展需求评估, 确保方案及时实施、动态调整, 并持续追踪舒适体验与满意度。此外, 团队密切观察患者的生命体征、意识状态、疼痛程度、皮肤完整性和情绪反应, 若出现病情变化

或患者不能耐受, 应立即停止当前操作并重新评估、调整方案; 当患者出现濒死期临床征象时, 团队成员及时与家属沟通, 保持环境安静, 鼓励家属陪伴, 并做好临终准备。

(三) 舒适照护的综合评估

推荐意见 2: 推荐对患者的舒适情况进行环境、生理、心理、精神和家庭社会等方面的综合评估 (Level 5, A 级推荐, 96.43% 同意)。

对临终患者进行全面评估是实现个性化舒适照护的基础, 涵盖环境、生理、心理、精神以及家庭社会等多个维度。在环境评估中, 建议考察场所的安全性、适宜性和人文性, 关注其对患者活动、感知及情绪的影响。采用实地观察、访谈等方法, 并可结合适老化工具辅助。生理评估则聚焦基础生命体征、疾病进展、不适症状及安宁疗护需求, 使用姑息功能评估量表 (palliative performance scale, PPS) 和姑息预后指数 (palliative prognostic index, PPI) 等工具综合评估生存期限, 并根据疾病特点制定照护计划^[18-20]。评估方法包括病历查阅、交谈、观察和临床检查。对视力或听力减退者可借助辅具, 对不能配合者则通过家属协助。心理评估关注负性情绪、抑郁及躯体化症状, 可通过观察、访谈或心理量表测评进行。精神评估强调生命意义感、自我价值感和尊严需求, 可采用观察、测试及开放式提问、非语言沟通技巧, 须尊重患者及家庭的文化信仰。家庭社会评估则关注家属照护能力、负担、经济状况、心理应激及潜在虐待风险, 同时考查患者的社会支持、参与度和孤独感, 可结合家庭社会功能工具与访谈法进行。整体而言, 上述评估应多学科协作、动态进行, 确保舒适照护方案全面响应患者及其家庭的综合需求。

(四) 各维度舒适照护的实施

1. 环境舒适照护:

推荐意见 3: 推荐以患者为中心开展环境舒适照护, 营造一个安全、支持性和人文化的空间 (Level 5, B 级推荐, 100% 同意)。

环境舒适照护的实施主要围绕通风、噪声、光线、辅助支持、色彩、氛围等方面促进舒适。具体可以通过合理调节室内通风频率或配置空气净化设备, 确保空气清新流通; 控制噪声水平, 同时根据患者偏好播放舒缓音乐以缓解不适; 提供独立控制的照明系统, 明暗分档可调, 以适应不同光线需求; 优化环境布局, 保证无障碍通行和整体安全性; 对于多人间病室, 采用帷幕或隔帘等措施保障隐私; 配



备必要的辅助设备,如走廊温馨装饰和动力支持装置,并根据患者需求添加其他辅助工具;室内采用淡雅色彩、舒适材质的床铺及设施,融入个性化装饰和安宁疗护宣传教育资料,以营造温馨氛围。这些措施的综合实施确保环境不仅满足患者的基本需求,还能提升患者的舒适感和尊严感。

2. 生理舒适照护:

推荐意见 4: 实施口腔照护时,推荐根据评估结果采用刺激唾液分泌、唇部滋润、异味改善、辅助清洁保湿等措施 (Level 4, B 级推荐, 96.43% 同意)。

为患者提供全面、个性化的口腔照护至关重要。对于口干患者,鼓励患者根据个人偏好采用少量多次饮用冰水或矿泉水、口含水果切片、维生素含片或滴入酸味果汁等方法刺激唾液分泌,以改善口腔干燥感;对于嘴唇干裂患者,使用轻薄油膏定期滋润唇部,防止进一步损伤并促进舒适;对于口腔异味患者,优先选择患者喜好的绿茶水、柠檬水或清香抑菌漱口水进行漱口;若异味源于基础疾病,应进行对症治疗,并及时清理口腔分泌物;对于无法自主漱口、吞咽障碍或难以刷牙者,每日使用蘸取漱口液的海绵棒擦拭口腔至少 2 次;对意识障碍或张口呼吸的患者,采用湿纱布覆盖或喷雾保湿方式维持口腔湿润^[21-24]。对于口腔衰弱患者,经专业口腔功能评估后,确保口腔清洁与湿润,并选择符合患者当前口腔和吞咽功能的食物,避免摄入困难;口腔衰弱患者根据综合评估结果和个人意愿,选用适宜的口腔运动,包括舌头功能训练、面部肌肉锻炼、唾液腺按摩、咀嚼及吞咽功能练习,以维持或改善口腔功能^[25]。

推荐意见 5: 协助沐浴和清洁时,推荐维持室温 24℃~26℃、用水温度 38℃~40℃ 等,对于病情危重者经医生评估后行床上擦浴 (Level 5, B 级推荐, 96.43% 同意)。

协助沐浴和清洁是生活舒适照护的基础措施。为患者提供安全舒适的洗浴照护,建议维持室温在 24℃~26℃,并确保洗浴用水温度以手感温热、不烫手且体感舒适为宜,通常控制在 38℃~40℃。沐浴前,向患者本人及照护者说明预防跌倒及晕厥的方法,包括穿戴防滑鞋、沐浴时扶牢固定扶手、沐浴前少量进食以避免空腹。沐浴过程中,可悬挂“请勿打扰”标识以减少非必要人员进入。同时可播放舒缓音乐,护理人员适时与患者交流并倾听其感受。对于病情危重或生命体征不稳定的患者,则

应经过医生评估后进行床上擦浴,以保障患者安全。

推荐意见 6: 协助进食和饮水时,推荐评估其饮食习惯及吞咽功能,提供舒适环境与安全体位、控制摄入量并监测不适、鼓励少量多次适宜水分补充及家属陪伴 (Level 5, A 级推荐, 100% 同意)。

为患者提供安全的协助进食和饮水舒适照护,首先建议评估其进食习惯、饮食偏好、营养状况,并关注口腔健康、吞咽及咀嚼功能。其次,提供安静舒适的进餐环境,协助患者处于安全体位,如抬高床头 30°以上,必要时使用辅助器具支撑体位或垫软枕。进餐过程中需控制每口量,鼓励小口慢咽,同时观察是否有呛咳、滞留等不适反应,如出现呛咳应立即停止。此外,两餐之间可鼓励患者少量多次补充水分,根据其口味与习惯灵活选择液体种类,如温开水或淡茶水,但避免浓茶、咖啡、碳酸饮料等刺激性液体。宜鼓励家属或照护人员陪伴进餐,以增强情感支持。

推荐意见 7: 针对排泄异常,推荐采取皮肤清洁保护、非侵入性排尿诱导等措施 (Level 5, A 级推荐, 92.85% 同意)。

针对排尿异常的患者进行个性化管理。建议及时清洁尿失禁患者会阴部皮肤,保持床单平整、清洁、干燥,必要时使用皮肤保护剂;尿潴留者优先采用非侵入性方式诱导排尿,如调整体位、听流水声、温水冲洗会阴部、耻骨上区热敷或轻柔按摩;留置导尿管者注重管路通畅与清洁,妥善轻柔固定,并鼓励少量多次饮水。同时,对于便秘患者适量增加膳食纤维摄入量及饮水量,指导进行腹部环形按摩和适度运动,必要时遵医嘱使用通便药物或灌肠;大便失禁或造口患者需保持会阴、肛周及造口皮肤清洁、干燥,使用柔和的护理用品,必要时使用皮肤保护剂。此外,应保持病室环境清洁、空气清新,通过定时开窗通风去除室内不良气味。

推荐意见 8: 实施体位转换时,推荐及时风险评估,使用辅助器具及支撑垫 (Level 4, A 级推荐, 92.85% 同意)。

为患者提供体位转换舒适照护,建议评估患者的病情、卧床情况、皮肤与黏膜完整性、体力与肌力平衡、意识与认知功能、跌倒风险及体位偏好,制定个体化体位转换计划,并使用 Barden 评分表进行压力性损伤风险评估。对于失能患者,翻身时检查易受压部位皮肤,并根据产品说明正确使用气垫床等辅助器具。同时,维护患者的自主性,鼓励其在



能力范围内参与体位转换。操作前需关注患者是否存在疼痛或不适反应,妥善处理后进行,操作时动作轻柔并保护各种管路。此外,妥善整理床铺,保护支撑部位,必要时针对颈部、腰部、腘窝等身体凹陷部位垫 L 形、U 形、楔形、凹槽形、三角垫等,整体预防压力性损伤^[26]。

推荐意见 9:针对疼痛,推荐使用 NRS、FPS-R 等工具评估,遵三阶梯止痛原则结合非药物干预 (Level 2, A 级推荐, 92.85% 同意)。

为患者提供针对疼痛的舒适照护,建议采用适宜工具评估疼痛的部位、性质、严重程度等。其中,数字评分(Numeric rating scale, NRS)用于能够理解数字并表达疼痛的患者,改良面部表情疼痛评估工具(Faces pain scale-revised, FPS-R)用于不能理解和表达疼痛的患者,重症监护疼痛观察量表(Critical-Care pain observation tool, CPOT)用于无法自述疼痛程度的患者^[27-28]。需要注意的是,在临床实践中资源有限无法使用 FPS-R 时,可通过绘制“微笑—皱眉—痛苦”3 种表情的卡片让患者指认替代;患者无法表达疼痛时,可通过面部表情、肢体动作判断。遵医嘱根据三阶梯止痛治疗原则实施疼痛管理:轻度疼痛使用非甾体类药物,中度疼痛使用弱阿片类药物,重度疼痛使用阿片类药物^[29]。使用非甾体类药物患者应监测恶心、黑便等胃肠道反应,阿片类药物需监测呼吸频率(≥ 10 次/min)及血氧饱和度($\geq 90\%$),以整体优化疼痛控制。同时,可遵医嘱联合应用物理治疗、按摩疗法、放松疗法、音乐疗法、转移注意力等非药物干预措施^[30]。

推荐意见 10:针对呼吸困难,推荐采用 Borg 量表评估,氧疗维持 SpO_2 88%~92%,鼻导管氧流量不超过 3 L/min, COPD 患者氧流量 1~2 L/min (Level 2, A 级推荐, 92.85% 同意)。

为患者提供针对呼吸困难的舒适照护,建议评估患者呼吸困难的程度、导致呼吸困难的主要病因、患者对症状的感知情况及症状负担,并使用 Borg 呼吸困难量表评估主观症状^[31]。静息状态时存在低氧血症($\text{SpO}_2 \leq 90\%$)且出现呼吸困难症状的患者,可依据病情采用高流量鼻导管吸氧;静息状态时无低氧血症者,可按患者需求决定是否吸氧及吸氧浓度^[32]。难治性呼吸困难遵医嘱使用吗啡等阿片类药物,同时严密监测戒断综合征和呼吸抑制等不良反应^[33]。此外,可使用呼吸训练、体位指导、放松疗法、穴位按压、风扇疗法等非药物干预

缓解症状^[34-35]。患者氧疗血氧饱和度维持在 88%~92%,鼻导管氧流量不超过 3 L/min;合并慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)患者氧流量控制在 1~2 L/min,以整体减轻呼吸负担并提升舒适度。

推荐意见 11:针对谵妄,推荐以预防为主,首选非药物干预 (Level 3, A 级推荐, 100% 同意)。

终末期老年患者的谵妄照护强调早期筛查、预防为主和人文关怀,以减少认知混乱带来的风险并维护患者尊严。建议评估患者的意识状态、时间及空间定向力,使用如 3 min 谵妄诊断量表(3-Minute Delirium Assessment, 3D-CAM)、4A 测试(4A test, 4AT)或谵妄评估量表(Delirium Rating Scale, DRS)等工具进行初步筛查,这些工具有助于快速识别谵妄征兆,避免延误干预并指导个性化管理^[36]。谵妄症状管理以预防为主,首选非药物干预,通过减轻躯体不适症状来降低诱发因素,如疼痛或感染,从而减少药物依赖和潜在不良反应^[37-38]。对于激惹患者,保持环境安静、光线适宜、减少声光刺激,并提供专人陪护以预防伤害行为,同时安抚患者并鼓励家属陪伴,这有助于稳定情绪、增强安全感并促进恢复。若约束替代措施无效时,谨慎采用约束,并在实施后每 30 min 检查约束部位皮肤颜色和温度,防止肢体缺血或肿胀,并及时调整决策,避免对患者的身体和心理造成伤害^[39-40]。同时,建议落实谵妄预防措施,如在病房放置清晰的日历和时钟、加强与患者的交流、保证充足睡眠、改善情绪,以及管理便秘和尿潴留等常见诱因,从环境、社交和生理层面综合预防谵妄发生。

推荐意见 12:针对进食障碍,推荐基于 EAT-10 等工具评估,选择安全食物性状与供给方式 (Level 3, A 级推荐, 96.43% 同意)。

终末期老年患者的进食障碍舒适照护旨在通过全面评估和个性化干预,减少误吸风险、维持营养摄入并尊重患者意愿。首先,建议评估患者的进食能力、配合程度、营养状况、吞咽功能及进食意愿,可使用进食评估工具-10(EAT-10)来识别误吸征兆、改良洼田饮水试验来筛查吞咽障碍程度,以及改良版容积—黏度测试 (Volume-Viscosity Swallowing Test-Chinese Version, VVST-CV) 进行进食前评估,这些工具能客观量化风险并指导后续决策^[41-42]。其次,根据评估结果,选择安全的食物和营养供给方式,并在进食前评估一口量、吞咽



时间、呼吸协调、安全食物性状和口服药物等,以确保每一步都匹配患者能力^[41]。食物性状可参考 VVST-CV 结果,选择水、低稠、中稠或高稠饮食,并参照国际吞咽障碍食物标准,这有助于平衡营养需求与吞咽安全^[43-44]。对于预计生存期较短的患者,根据个人意愿和吞咽/消化功能,选择进食或安慰式喂养,避免强迫性干预;若经口进食后摄入量仍不足目标的 60% 或 VVST-CV 显示高风险,则在尊重患者及家属意愿后实施管饲,以补充营养而不增加不适^[42]。喂食时遵循安全一口量(液体 3~5 ml、糊状 5~10 ml、固体≤5 ml),速度以不呛咳为宜,以防止窒息^[45-46]。同时,向家属开展饮食知识教育,建立误吸或窒息应急预案,并配备负压吸引设备,以增强家庭应对能力。此外,对于使用增稠剂的吞咽障碍患者,根据吞咽能力调整稠度,例如痴呆患者宜用高稠饮食以避免误吸,而脑卒中患者宜用中稠饮食以平衡吞咽难度与口感,这些措施整体促进营养支持、预防并发症并维护患者自主性。

推荐意见 13: 针对睡眠障碍,推荐管理诱因,避免刺激性物质,采用个性化非药物干预(Level 4, A 级推荐, 96.43% 同意)。

为老年患者提供睡眠障碍照护,建议评估患者的睡眠质量,包含睡眠节律、睡眠时长、睡眠深度等方面,并使用匹兹堡睡眠质量量表(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)^[47]。积极管理睡眠障碍的主要诱因,避免使用浓茶或咖啡因类、激素类刺激性药物。可根据不同的睡眠障碍类型选择适宜的非药物干预措施:入睡困难者可通过音乐疗法、呼吸训练引导放松身心,配合芳香疗法营造安宁睡眠环境;夜间频繁觉醒者宜减少睡前液体摄入,及时处理夜尿、疼痛、呼吸困难等诱因,夜间照护动作轻柔减少打扰,必要时提供床旁安慰性陪伴;过早觉醒者宜减少晨间光线或噪声干扰,增加温和活动与光照疗法改善生物钟,辅以中医疗法缓解焦虑与虚弱;昼夜颠倒者应加强日间陪伴与适度社交,通过音乐疗法与芳香疗法促进夜间放松,优化睡眠环境,可指导患者佩戴眼罩、耳塞,减少夜间强光及噪声等刺激^[48-49]。必要时遵医嘱使用助眠药,指导安全用药,关注药物疗效与不良反应,以整体改善睡眠并提升舒适度。

推荐意见 14: 针对衰弱患者,推荐开展运动、心理支持及认知行为疗法等非药物干预手段,对短期预后患者酌情调整方案(Level 3, A 级推荐,

92.85% 同意)。

对衰弱患者的照护聚焦于全面评估和预防性干预,以缓解功能衰退、维护独立性和降低风险。首先,建议实施全面的病史采集及体格检查,评估衰弱对日常生活活动及生活质量的影响,使用 Fried 衰弱评估等工具来量化指标如体重减轻、肌力下降和疲劳程度,从而早期识别并制定针对性计划^[50]。其次,开展运动干预、心理支持及认知行为疗法等非药物干预手段,以增强身体功能、情绪稳定和认知适应^[51-53]。但对于预计生存期仅数日至数周的患者,应尊重其意愿,酌情调整或终止这些干预,避免不必要的负担并优先考虑舒适。此外,应提供安全环境,采取措施预防跌倒,如夜间拉起床栏、保持地面干燥、将常用物品放置在伸手可及处,这些实用策略能减少意外伤害、提升安全感和自主性,从而整体支持患者在衰弱状态下的尊严与舒适。

3. 心理舒适照护:

推荐意见 15: 实施心理舒适照护时,推荐通过 GDS-15、UCLA-3 等工具评估,提供陪伴支持与情感倾听(Level 4, B 级推荐, 92.85% 同意)。

终末期老年患者的心理舒适照护旨在通过早期评估和支持缓解情绪负担、增强联结,从而改善心理健康并提升整体福祉。建议使用老年抑郁评定量表(Geriatric Depression Scale-15, GDS-15)或心理痛苦温度计(Distress Thermometer, DT)评估患者的心理困扰程度,量化抑郁或痛苦水平以指导及时干预^[54]。通过注意力转移、放松训练、情绪支持和芳香疗法提供心理支持,并鼓励家属陪伴,及时分散负面情绪、促进放松并强化情感纽带。若患者持续严重情绪痛苦或出现自伤自杀意念,立即实施环境管理、与家属沟通并尽早转介心理或精神专科,以防止危机升级。对于患者的社会疏离和孤独感,结合护理观察记录社交行为变化,使用简明孤独量表(UCLA-3)筛查,或在资源有限的情况下进行“3 个问题快速筛查”(如是否没人交流、经常一人吃饭、节日无人陪伴,结果出现 2 个“是”即高风险),快速识别风险以避免孤立加剧;鼓励患者抒发内心情感,通过耐心倾听、回应和接纳建立信任;可开展观影、共读等陪伴活动,或帮助梳理兴趣爱好如插花、手工和书信交流,以增强社会互动并注入活力;若持续 2 周以上出现回避社交、亲友疏远或缺乏情感联结伴功能受损,尽早转介专科评估,上述综合措施从评估到干预再到专业转介,形成闭



环支持,减少心理痛苦和社会孤立的影响。

4. 精神舒适照护:

推荐意见 16:实施精神舒适照护时,推荐涵盖生命意义感、自我价值感和尊严感照护(Level 4,B 级推荐,96.43%同意)。

患者的精神舒适照护旨在通过评估和人文干预增强内在韧性、肯定个人价值并维护尊严,从而提升临终质量。建议评估患者对生命意义的理解、生存意志、情绪状态、认知和行为表现,以指导针对性对话;可围绕生命故事、遗憾和精神财富展开生命回顾,或在自然对话中探讨生命反思,这有助于患者整合经历并找到内在平和^[55];根据患者意愿,引导探讨死亡、家庭和人生意义,并协助梳理愿望清单,以实现未竟心愿并强化目的感^[56]。对于自我价值感,评估患者的个体认知、态度及感受,并通过语言肯定、非语言共情、意义疗法或叙事疗法提供正向反馈,引导患者肯定自我价值;赋予患者自主决策权如用餐时间或照护方式选择,能增强控制感和自尊;开展书写人生回忆录或经验分享活动,则帮助延续家庭和社会角色,为患者注入成就感。对于尊严感,评估患者被理解、尊重和赋权的体验^[57];支持患者参与治疗决策并鼓励制定预立医疗照护计划,以尊重自主性^[58];协助完成音频/视频遗产、信件或回忆录等人生回顾项目,肯定珍视经历^[59-61];支持参与民俗活动、冥想或音乐疗法等有意义活动,以强化尊严;照护全程使用敬语称呼患者,进一步体现尊重,这些措施整体构建支持性框架,促进心理赋权和尊严维护。

5. 家庭社会舒适照护:

推荐意见 17:实施家庭社会舒适照护时,推荐涵盖家庭支持、社会支持和哀伤辅导(Level 5,B 级推荐,92.85%同意)。

老年患者的家庭社会舒适照护强调家庭社会支持和哀伤辅导,以增强家庭韧性、减轻照护负担并促进情感愈合,从而提升患者和家属的整体福祉。建议评估家庭主要照护者的负担程度、支持系统的稳定性和沟通状况,以识别潜在问题并指导干预;同时评估患者的社会支持网络,包括亲友数量、支持内容和对心理功能的影响,并加强对孤寡、失能或低收入等特殊患者的主动识别与关怀,这些评估有助于构建针对性支持框架^[62]。建议提供专业信息支持和照护指导,辅助患者与家属共同决策医疗计划,如举行家庭会议或链接社区支持;对于“独居无子女”或“失独”家庭,宜联动社区或养老机构

指派“临时照护联络人”以避免照护中断;鼓励患者根据社交意愿参与社工或志愿者组织的团体活动,如读书会、手工、养生操或节日庆祝,以增强社会互动;并为照护者提供喘息服务,缓解其压力并维持可持续支持。此外,在哀伤辅导方面,应观察患者和家属的悲伤情绪反应,陪伴倾听并鼓励表达情绪;向家属提供治疗转归信息和情绪支持,引导制定预立医疗照护计划以准备临终决策;可采用表达性写作、手工制作记忆盒子或给逝者写信等活动调节情绪,并在亲人离世后根据情感需求提供哀伤关怀、心理支持和陪伴,帮助完成具有慰藉意义的简单活动,这些措施整体形成从评估到干预再到后续支持的闭环,减少孤立感并促进家庭社会适应^[63-64]。

(五)舒适照护评价与改进

推荐意见 18:推荐通过明确团队职责、患者舒适指标清单、满意度问卷及团队评价,实现质量持续改进(Level 5,A 级推荐,89.29%同意)。

构建多维度评价机制和改进策略,有助于确保老年安宁疗护舒适照护质量评价和持续改进,并有效提升患者和家属满意度,实现症状有效控制和人文关怀的平衡。首先,建立安宁疗护团队各级各类人员岗位职责与要求,确保分工明确,协调多学科资源并优化资源分配,避免照护漏洞。采用患者舒适指标清单持续评价照护质量,清单包括症状控制效果(如疼痛评分 ≤ 3 分的患者占比目标 $\geq 90\%$ 、呼吸困难缓解率 $\geq 85\%$ 、睡眠障碍改善率 $\geq 80\%$)、照护安全指标(如压力性损伤发生率 $\leq 5\%$ 、药物不良反应发生率 $\leq 10\%$)以及生命质量指标(如患者能自主表达“舒适感”的比例 $\geq 70\%$ 、终末期在“希望的场所”离世的占比 $\geq 85\%$),每月统计反馈以实现数据驱动的持续改进。其次,落实舒适照护质量满意度评价,定期听取家属和患者的建议和意见,可采用家属满意度问卷并设定目标满意度平均分 ≥ 4 分,动态捕捉主观反馈并及时调整服务。此外,定期开展团队质量评价,涵盖协作效率(如多学科会诊响应时间 ≤ 24 小时、转诊衔接 ≤ 48 小时)、能力达标(如团队成员每年培训 ≥ 20 学时、评估工具正确使用率 $\geq 95\%$)以及持续改进方面(如每季度针对不良事件根因分析 ≥ 1 次、根据家属反馈调整方案比例 $\geq 80\%$),上述措施整体形成闭环质量管理体系,合力促进深化团队专业性和患者中心照护。

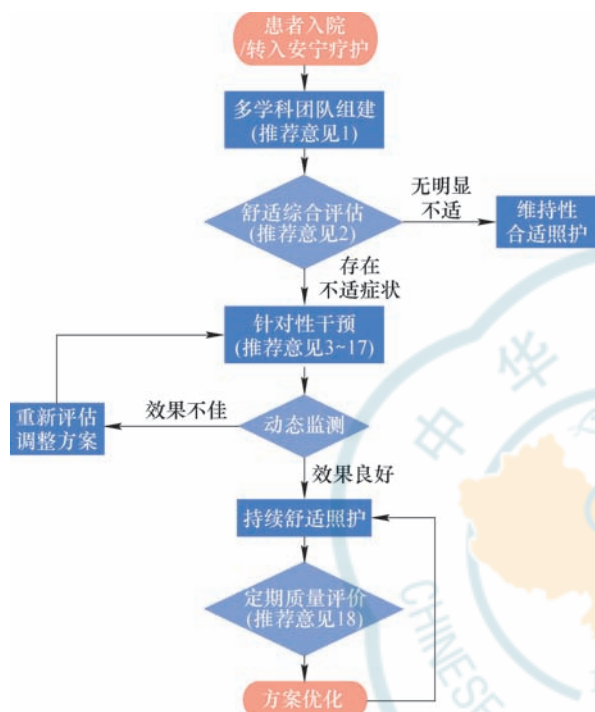
(六)共识应用注意事项

本共识适用于年龄 ≥ 60 岁的终末期老年患



者,由安宁疗护相关医务工作者、照护者等执行。临床应用中需结合患者疾病类型、文化背景及个体意愿个体化调整,对于罕见病或特殊并发症患者,需联合专科医师制定方案。本共识仅为临床指导工具,不替代临床决策。

三、老年安宁疗护舒适照护实施流程图



四、讨论

本共识立足我国终末期老年患者的疾病谱与照护场景,系统梳理并界定了“舒适照护”的内涵,提出多学科团队构建、全维度评估与模块化实施要点,最终形成覆盖环境、生理、心理、精神及家庭社会层面的 18 条推荐意见,并纳入质量评价与持续改进框架。方法学上,工作组采用利益相关者访谈聚焦临床关键问题,结合中英文数据库与专业指南网站的系统检索,以 JBI 证据预分级并辅以德尔菲法达成共识,增强了推荐的规范性与可操作性。上述路径既体现了循证与共识相结合的中国特色实践,也为不同机构场景提供了可落地的通用实施指引,有望提升终末期老年患者的生活质量与尊严。

本共识也存在一定局限。首先,受限于终末期老年人群研究的伦理与可行性,部分推荐仍以低、中等级证据与专家一致意见为主,高质量随机对照研究相对匮乏。其次,我国区域资源配置不均、机构类型与服务模式多样、文化背景多元,以及家庭照护能力与社会支持体系的差异,可能影响推荐意见的落地实施。再次,关于舒适结局指标与质量评估工具的本土化与老年特异性验证不足,尤其在失

智、衰弱等人群中尚待进一步验证。此外,目前我国部分地区在安宁疗护人员培训、药物可及性、非药物干预实施条件、信息化支持等方面仍存在体系化建设不足。本共识制订过程中发现老年安宁疗护舒适照护领域仍存在较多证据空白,未来亟待本土高水平临床研究进一步探索验证。本共识后续也将根据新证据的出现定期更新,以更好地指导临床实践,推动我国老年安宁疗护的高质量发展。

五、未来研究建议

共识制订工作组基于当前证据检索情况,对目前存在的研究空白进行系统的梳理和总结,提出以下未来亟须解决或需进一步研究的方向:(1)开展大型多中心队列研究,构建适合中国老年人群的舒适照护评估量表和质量评价指标体系;(2)开展大规模多中心前瞻性队列研究或随机对照试验,验证不同舒适照护干预措施对终末期老年患者生命质量、症状负担、尊严感及临终体验的实际效果;(3)针对中国不同地域、文化背景及医保支付能力的终末期老年人群,研究舒适照护需求的异质性及其个性化实施方案;(4)探索多学科团队协作模式的最优配置与运行机制,明确基层医疗机构与上级医院联动协同路径;(5)开展卫生经济学评价,比较不同层级医疗机构、不同照护模式下舒适照护的成本效益,为医保政策提供依据。

执笔人:蒋艳(四川大学华西医院护理部)、湛永毅(湖南省肿瘤医院护理部)、孙超(北京医院 国家老年医学中心护理部)、罗云婷(四川大学华西医院护理部)、董碧蓉(四川大学华西医院老年医学中心)

指导委员会:董碧蓉(四川大学华西医院老年医学中心)、蒋艳(四川大学华西医院护理部)、湛永毅(湖南省肿瘤医院护理部)、路桂军(清华大学附属北京清华长庚医院疼痛科)、孙超(北京医院 国家老年医学中心护理部)、张欣莉(四川大学商学院)

方法学专家组(按姓氏汉语拼音排序):蒋艳(四川大学华西医院护理部)、王志稳(北京大学护理学院)、王聪(四川大学华西医院循证护理研究室)

函询专家组(按姓氏汉语拼音排序):陈慧平(四川大学华西厦门医院舒缓医学科)、胡雪慧(空军军医大学第一附属医院护理处)、蒋艳(四川大学华西医院护理部)、姜栋(重庆市第十三人民医院安宁疗护科)、金静娴(上海市嘉定区迎园医院老年病区)、李玲(郑州市第三人民医院安宁疗护整合医学中心)、李志刚(北京清华长庚医院疼痛科)、李乔(德阳市人民医院肿瘤科)、李学军(重庆两江新区人民医院舒缓医学科)、刘梦婕(成都市中西医结合医院护理部)、罗光会(山东省泰山医院党委)、莫莉(四川大学华西医院老年医学中心)、强万敏(天津医科大学肿瘤医院护理部)、宋剑平(浙江大学医学院附属第二医院护理部)、沈福琼(重庆市第十三人民医院安宁疗护科)、孙超(北京医院 国家老年医学中心护理部)、孙冠贤(北京清华长庚医院社会服务部)、王国蓉(四川大学华西第四医院护理部)、王志稳(北京大学护理学院)、许翠萍(山东第一医科大学第



一附属医院院长办公室)、张丽华(河北医科大学第二医院护理部)、张芳芳(上海市嘉定区迎园医院安宁疗护科)、张涵(成都市第八人民医院安宁疗护中心)、张壮蓉(上海市嘉定区迎园医院安宁疗护科)、张鑫焱(北京清华长庚医院护理部)、曾颖(重庆市人民医院老年病科)、赵庆华(重庆医科大学附属第一医院护理研究中心)、赵晓红(浙江大学医学院附属第一医院老年医学科)、周焱(成都京东方医院老年病科/安宁疗护科)

共识编写组(按姓氏汉语拼音排序):湛永毅(湖南省肿瘤医院护理部)、陈茜(四川大学华西医院老年医学中心)、胡雪慧(空军军医大学西京医院护理处)、蒋艳(四川大学华西医院护理部)、蒋婷婷(四川大学华西医院生物治疗研究病房高原医学病房)、李惠玲(苏州大学苏州医学院护理学院)、李俊英(四川大学华西医院肿瘤中心胸部肿瘤病房)、李乔(德阳市人民医院肿瘤科)、刘珊珊(四川大学华西医院循证护理研究室)、罗光会(山东省泰山医院党委)、罗云婷(四川大学华西医院护理部)、宋剑平(浙江大学医学院附属第二医院护理部)、孙超(北京医院 国家老年医学中心护理部)、王国蓉(四川大学华西第四医院护理部)、许翠萍(山东第一医科大学第一附属医院院长办公室)、张丽华(河北医科大学第二医院护理部)、郑儒君(四川大学华西医院生物治疗研究病房高原医学病房)、赵庆华(重庆医科大学附属第一医院护理研究中心)、周玉兰(四川大学华西医院老年医学中心)

附件:临床问题调研结果、德尔菲调研结果等相关附件均可联系通信作者获取

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国国务院新闻办公室. 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十五个五年规划的建议[EB/OL]. (2025-10-28)[2025-11-13]. http://www.scio.gov.cn/zdgg/jj/202510/t20251029_936997.html.
The State Council Information Office of the People's Republic of China. The CPC Central Committee's Proposal for Formulating the 15th Five-Year Plan for National Economic and Social Development [EB/OL]. (2025-10-28)[2025-11-13]. http://www.scio.gov.cn/zdgg/jj/202510/t20251029_936997.html.
- [2] 国家卫生健康委办公厅. 国家卫生健康委办公厅关于印发安宁疗护实践指南(2025 年版)的通知[EB/OL]. (2025-08-26)[2025-10-23]. <https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202508/content-7037917.htm>.
General Office of the National Health Commission. Notice from the General Office of the National Health Commission on Issuing the Practice Guidelines for Hospice Care(2025 edition)[EB/OL]. (2025-08-26)[2025-10-23]. <https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202508/content-7037917.htm>.
- [3] Evers MM, Meier DE, Morrison RS. Assessing differences in care needs and service utilization in geriatric palliative care patients[J]. J Pain Symptom Manage, 2002, 23(5): 424-432. DOI: 10. 1016/S0885-3924(02)00377-9.
- [4] Voumard R, Rubli Truchard E, Benaroyo L, et al. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies[J]. BMC Geriatr, 2018, 18: 220. DOI: 10. 1186/s12877-018-0914-0.
- [5] Russell AE, Denny R, Lee PG, et al. Palliative care considerations in frail older adults[J]. Ann Palliat Med, 2024, 13(4): 97690-97990. DOI: 10. 21037/apm-23-559.
- [6] Hedman C, Fürst P, Strang P, et al. Pain prevalence and pain relief in end-of-life care—a national registry study[J]. BMC Palliat Care, 2024, 23: 171. DOI: 10. 1186/s12904-024-01497-1.
- [7] Blinderman CD, Billings JA. Comfort care for patients dying in the hospital[J]. N Engl J Med, 2015, 373(26): 2549-2561. DOI: 10. 1056/NEJMra1411746.
- [8] Kelemen AM, Groninger H. Ambiguity in end-of-life care terminology—what do we mean by “comfort care?”[J]. JAMA Intern Med, 2018, 178(11): 1442-1443. DOI: 10. 1001/jamainternmed. 2018. 4291.
- [9] 王春青, 胡雁. JBI 证据预分级及证据推荐级别系统(2014 版)[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(11): 964-967. DOI: 10. 16821/j.cnki.hsjx. 2015. 11. 002.
Wang CQ, Hu Y. JBI levels of evidence for validity and reliability and grades of recommendation (2014 edition)[J]. J Nurses Train, 2015, 30(11): 964-967. DOI: 10. 16821/j.cnki.hsjx. 2015. 11. 002.
- [10] Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, et al. Concepts and definitions for “Actively Dying,” “End of Life,” “Terminally Ill,” “Terminal Care,” and “Transition of Care”: A Systematic Review[J]. J Pain Symptom Manage, 2014, 47(1): 77-89. DOI: 10. 1016/j.jpainsymman. 2013. 02. 021.
- [11] Motamedi M, Brandenburg C, Bakhit M, et al. Concerns and potential improvements in end-of-life care from the perspectives of older patients and informal caregivers: a scoping review [J]. BMC Geriatr, 2021, 21(1): 729. DOI: 10. 1186/s12877-021-02680-2.
- [12] Nightingale F. Notes on nursing: What it is, and what it is not[M]. Lippincott Williams & Wilkins, 1992.
- [13] Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients[J]. Appl Nurs Res, 2014, 27(2): 147-150. DOI: 10. 1016/j.apnr. 2014. 02. 004.
- [14] Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort Theory: A unifying framework to Enhance the Practice Environment[J]. J Nurs Adm, 2006, 36(11): 538. DOI: 10. 1097/00005110-200611000-00010.
- [15] Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting [J]. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 2004, 19(3): 164-173. DOI: 10. 1016/j.jopan. 2004. 03. 006.
- [16] National Cancer Institute. NCI dictionary of cancer terms[EB/OL]. (2011-02-02)[2025-10-23]. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/comfort-care>.
- [17] End of life care for adults: service delivery. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2019[EB/OL]. [2025-11-03]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547815/>.
- [18] Zhou J, Xu S, Cao Z, et al. Validation of the palliative prognostic index, performance status-based palliative prognostic index and chinese prognostic scale in a home palliative care setting for patients with advanced cancer in China[J]. BMC Palliat Care, 2020,



- 19;167. DOI:10.1186/s12904-020-00676-0.
- [19] Registered Nurses' Association Of Ontario. End-of-life care during the last days and hours[EB/OL]. (2011-09) [2025-11-04]. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours>.
- [20] Baik D, Russell D, Jordan L, et al. Using the palliative performance scale to estimate survival for patients at the end of life: a systematic review of the literature [J]. *J Palliat Med*, 2018, 21(11):1651-1661. DOI:10.1089/jpm.2018.0141.
- [21] Silva ARP, Bodanezi AV, Chrún ES, et al. Palliative oral care in terminal cancer patients: integrated review [J]. *World J Clin Cases*, 2023, 11(13):2966-2980. DOI:10.12998/wjcc.v11.i13.2966.
- [22] Treister NS, Villa A, Thompson L. Palliative care: overview of mouth care at the end of life[EB/OL]. (2024-05)[2025-10-20]. https://www.uptodate.cn/contents/palliative-care-overview-of-mouth-care-at-the-end-of-life?search=Palliative%20care%3A%20overview%20of%20mouth%20care%20at%20the%20end%20of%20life&source=search_result&selectedTitle=1~150&display_rank=1.
- [23] Kvalheim SF, Strand GV. A narrative of oral care in palliative patients [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 19(10):6306. DOI:10.3390/ijerph19106306.
- [24] Dhaliwal JS, Talip T, Rajam DT, et al. A systematic review of interventional studies on oral care of palliative patients[J]. *Ann Palliat Med*, 2022, 11(9):2980-3000. DOI:10.21037/apm-22-215.
- [25] Dibello V, Zupo R, Sardone R, et al. Oral frailty and its determinants in older age: a systematic review[J]. *Lancet Healthy Longev*, 2021, 2(8):e507-e520. DOI:10.1016/S2666-7568(21)00143-4.
- [26] Xue J, Gu X, Jiang L, et al. Summary of the best evidence for postural change in the prevention of pressure injury in critically ill adult patients[J]. *Ann Palliat Med*, 2021, 10(11):114451453. DOI:10.21037/apm-21-2521.
- [27] Macintyre PE, Schug SA. Acute pain management: a practical guide[M]. 5th ed. Boca Raton: CRC Press, 2021. DOI:10.1201/9780429295058.
- [28] 中华医学会重症医学分会重症呼吸学组, 中国临床实践指南联盟. 中国成人重症患者镇痛管理专家共识[J]. *中华重症医学电子杂志*, 2023, 9(2):97-115. DOI:10.3877/cma.j.issn.2096-1537.2023.02.001. Critical Care Respiratory Group of Chinese Society of Critical Care Medicine, China Clinical Practice Guideline Alliance. Expert consensus on pain management in adult critically ill patients in China [J]. *Chin J Crit Care Med (Electronic Ed.)*, 2023, 9(2):97-115. DOI:10.3877/cma.j.issn.2096-1537.2023.02.001.
- [29] World Health Organization. WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents [EB/OL]. [2025-11-04]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>.
- [30] American Cancer Society. Non-medical Ways to Manage Pain[EB/OL]. (2024-03-29)[2025-11-04]. <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/side-effects/pain/cancer-pain/non-medical-treatments-for-cancer-pain.html>.
- [31] Murphy MC, Simonis J. Assessment tools for dyspnea and respiratory distress at the end of life #453[J]. *J Palliat Med*, 2023, 26(4):582-583. DOI:10.1089/jpm.2022.0558.
- [32] Dyspnea at End-of-Life [EB/OL]. (2024-06-20) [2025-11-04]. <https://www.mypcnow.org/fast-fact/dyspnea-at-end-of-life/>.
- [33] Yamaguchi T, Matsuda Y, Watanabe H, et al. Treatment recommendation for dyspnea in patients with advanced disease: revised clinical guidelines from the Japanese Society for Palliative Medicine [J]. *J Palliat Med*, 2024, 27(10):1404-1414. DOI:10.1089/jpm.2023.0667.
- [34] Hui D, Bohlke K, Bao T, et al. Management of dyspnea in advanced cancer: ASCO guideline [J]. *J Clin Oncol*, 2021, 39(12):1389-1411. DOI:10.1200/JCO.20.03465.
- [35] Rogers JB, Modi P, Minter JF. Dyspnea in palliative care [EB/OL]. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. [2025-11-04]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526122/>.
- [36] 中华医学会神经病学分会神经心理与行为神经病学组. 综合医院谵妄诊治中国专家共识(2021)[J]. *中华老年医学杂志*, 2021, 40(10):1226-1233. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2021.10.002. Neurology and Behavioral Neurology Group, Chinese Society of Neurology, Chinese Medical Association. Chinese expert consensus on the diagnosis and treatment of delirium in general hospitals (2021) [J]. *Chin J Geriatr*, 2021, 40(10):1226-1233. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2021.10.002.
- [37] Tiegies Z, MacLulich AMJ, Anand A, et al. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis [J]. *Age Ageing*, 2021, 50(3):733-743. DOI:10.1093/ageing/afaa224.
- [38] Crone C, Fochtmann LJ, Ahmed I, et al. The American psychiatric association practice guideline for the prevention and treatment of delirium [J]. *Am J Psychiatry*, 2025, 182(9):880-884. DOI:10.1176/appi.ajp.25182013.
- [39] Sharifi A, Aarsalani N, Fallahi-Khoskknab M, et al. The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: an integrated literature review [J]. *Systematic Reviews*, 2021, 10(1):129. DOI:10.1186/s13643-021-01676-8.
- [40] Grover S, Avasthi A. Clinical practice guidelines for management of delirium in elderly [J]. *Indian J Psychiatry*, 2018, 60 Suppl 3: S329-S340. DOI:10.4103/0019-5545.224473.
- [41] 中国康复医学会吞咽障碍康复专业委员会. 中国吞咽障碍康复管理指南(2023版)[J/OL]. *中华物理医学与康复杂志*, 2023, 45(12):1057-1072. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2023.12.001. Deglutition Disorder Rehabilitation Professional Committee of the Chinese Association of Rehabilitation Medicine. Chinese Guidelines for Rehabilitation Management of Dysphagia (2023 Edition) [J/OL]. *Chin J Phys Med Rehabil*, 2023, 45(12):1057-1072. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-



1424. 2023. 12. 001.
- [42] 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组. 中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017 年版)[J/OL]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(12): 881-892. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 0254-1424. 2017. 12. 001. Chinese Expert Consensus Group on Rehabilitation Assessment and Treatment of Dysphagia. Chinese expert consensus on assessment and treatment of dysphagia(2017 edition)[J/OL]. Chinese Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 2017, 39(12): 881-892. DOI:10. 3760/cma. j. issn. 0254-1424. 2017. 12. 001.
- [43] Cichero JAY, Lam P, Steele CM, et al. Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: the IDDSI framework [J/OL]. Dysphagia, 2017, 32 (2): 293-314. DOI: 10. 1007/s00455-016-9758-y.
- [44] Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia [J]. Eur Stroke J, 2021, 6 (3): LXXXIX-CXV. DOI: 10. 1177/23969873211039721.
- [45] Groher ME, Groher TP. When safe oral feeding is threatened: end-of-life options and decisions[J]. Top Lang Disord, 2012, 32 (2): 149. DOI: 10. 1097/TLD. 0b013e3182543547.
- [46] Davis C, Mokari-Manshadi N, De Menezes Caceres V, et al. Comfort feeding in hospitalised people with dementia: a retrospective study of survival following comfort feeding recommendations[J]. J Nutr Health Aging, 2024, 28(10): 100362. DOI: 10. 1016/j. jnha. 2024. 100362.
- [47] Praharaj SK, Gupta R, Gaur N. Clinical practice guideline on management of sleep disorders in the elderly[J]. Indian J Psychiatry, 2018, 60 Suppl 3: S383-S396. DOI:10. 4103/0019-5545. 224477.
- [48] Koffel E, Ancoli-Israel S, Zee P, et al. Sleep health and aging: recommendations for promoting healthy sleep among older adults: a national sleep foundation report[J]. Sleep Health, 2023, 9(6): 821-824. DOI: 10. 1016/j. sleh. 2023. 08. 018.
- [49] León-Barriera R, Chaplin MM, Kaur J, et al. Insomnia in older adults: a review of treatment options[J]. Cleve Clin J Med, 2025, 92(1): 43-50. DOI: 10. 3949/ccjm. 92a. 24073.
- [50] Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, et al. Physical Frailty: ICF SR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management [J]. J Nutr Health Aging, 2019, 23(9): 771-787. DOI: 10. 1007/s12603-019-1273-z.
- [51] Dent E, Lien C, Lim WS, et al. The Asia-Pacific Clinical Practice Guidelines for the Management of Frailty[J]. J Am Med Dir Assoc, 2017, 18(7): 564-575. DOI:10. 1016/j. jamda. 2017. 04. 018.
- [52] Jadcak AD, Makwana N, Luscombe-Marsh N, et al. Effectiveness of exercise interventions on physical function in community-dwelling frail older people: an umbrella review of systematic reviews [J]. JBI Evidence Synthesis, 2018, 16 (3): 752. DOI: 10. 1112/JBISIR-2017-003551.
- [53] Boyd C, Smith CD, Masoudi FA, et al. Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity[J]. J Am Geriatr Soc, 2019, 67(4): 665-673. DOI:10. 1111/jgs. 15809.
- [54] Krishnamoorthy Y, Rajaa S, Rehman T. Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults: Systematic review and meta-analysis [J]. Arch Gerontol Geriatr, 2020, 87: 104002. DOI: 10. 1016/j. archger. 2019. 104002.
- [55] Registered Nurses' Association Of Ontario. A Palliative Approach to Care in the Last 12 Months of Life [EB/OL]. (2020-04) [2025-11-04]. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/palliative-approach-care-last-12-months-life>.
- [56] 唐丽丽, 蒋艳, 宋丽莉, 等. 老年安宁疗护患者及主要照顾者心理与辅助治疗共识[J]. 医学与哲学, 2025, 46(5): 42-46. Tang LL, Jiang Y, Song LL, et al. Consensus on the psychological aspects and supportive therapy for elderly patients receiving palliative care and their primary caregivers [J]. Medicine and Philosophy, 2025, 46(5): 42-46.
- [57] Martinez M, Arantzamendi M, Belar A, et al. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review[J]. Palliat Med, 2017, 31 (6): 492-509. DOI: 10. 1177/0269216316665562.
- [58] Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, Van Der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review [J]. Palliat Med, 2014, 28 (8): 1000-1025. DOI: 10. 1177/0269216314526272.
- [59] Chen Y, Xiao H, Yang Y, et al. The effects of life review on psycho-spiritual well-being among patients with life-threatening illness: a systematic review and meta-analysis[J]. J Adv Nurs, 2017, 73(7): 1539-1554. DOI:10. 1111/jan. 13208.
- [60] Lan X, Xiao H, Chen Y. Effects of life review interventions on psychosocial outcomes among older adults: A systematic review and meta-analysis [J]. Geriatr Gerontol Int, 2017, 17(10): 1344-1357. DOI: 10. 1111/ggi. 12947.
- [61] Zhang X, Xiao H, Chen Y. Effects of life review on mental health and well-being among cancer patients: A systematic review [J]. International Journal of Nursing Studies, 2017, 74: 138-148. DOI: 10. 1016/j. ijnurstu. 2017. 06. 012.
- [62] 沈云霞, 庄一渝, 王莉, 等. 医务人员对丧亲家属丧亲支持的最佳证据总结[J]. 护理学杂志, 2024, 39(10): 20-25. Shen YX, Zhuang YY, Wang L, et al. Best practice evidence summary of bereavement support for bereaved families by healthcare professionals [J]. Journal of Nursing Science, 2024, 39(10): 20-25.
- [63] Waller A, Turon H, Mansfield E, et al. Assisting the bereaved: A systematic review of the evidence for grief counselling[J]. Palliat Med, 2016, 30(2): 132-



148. DOI:10.1177/0269216315588728.

15325024. 2022. 2102304.

[64] Asgari Z, Naghavi A, Abedi MR. Grief Interventions;
A Qualitative Review of Systematic Reviews [J]. J
Loss Trauma, 2023, 28(3): 235-251. DOI: 10.1080/

(收稿日期: 2025-11-17)
(本文编辑: 高超)

· 征订启事 ·

欢迎订阅《中华老年医学杂志》

《中华老年医学杂志》由中国科学技术协会主管、中华医学会主办, 目前被多个国内外重要的数据库和检索系统收录, 包括美国《化学文摘》(CA) 数据库、波兰《哥白尼索引》(IC)、俄罗斯《文摘杂志》《日本科学技术振兴机构中国文献数据库》《中文核心期刊要目总览》2023 年版(即第 10 版)、中国科学引文数据库(CSCD)核心库、《科技期刊世界影响力指数(WJCI)报告》2024 版、《中国学术期刊影响因子年报》统计源期刊、中文生物医学期刊文献数据库(CMCC)、中国期刊全文数据库(CJFD)等。

2025 版中国科技期刊引证报告(核心版)显示, 本刊核心总被引频次为 2 327, 核心影响因子 1.222, 在 15 种保健医学类期刊中排名第 4, 综合评价总分 59.5, 排名第 4。

本刊欢迎下列稿件: ①老年医学临床研究、基础研究及中西医结合方面的新成果与进展; ②老年医学领域的国家或部、省级以上奖励项目和基金资助项目论文; ③老年流行病学研究成果; ④老年医学领域的述评、专家论坛、指南共识、综述、专题笔谈、学术动态等; ⑤国外老年医学研究进展的介绍等。

本刊系老年医学杂志, 临床研究对象应为年龄 ≥ 60 岁的人群, 同时重点刊用老年人常见病、多发病和老年人特有疾病方面的文稿, 为突出老年人疾病特点, 实验设计中应设非老年人对照组, 当论文的主题是以人为研究对象时, 作者应说明其遵循的程序是否符合人体试验的伦理委员会(单位性、地区性或国家性)所制订的伦理学标准, 并提供伦理编号; 基础研究应以老年动物为实验对象。

本刊已全部实行网络在线投稿, 稿件请经中华医学会杂志社远程稿件管理系统(<http://medpress.yiigle.com>)或中华医学会杂志社网站(<http://www.cmaph.org>)投送, 并从官方网站(<http://zhlnyxzz.yiigle.com/>)下载本稿约参考。

编辑部地址: 北京市东城区大佛寺东街 6 号, 邮政编码: 100010, 联系电话: 010-85111151

微信公众号: 中华老年医学杂志