

综述

关注 NICU 未愈出院新生儿

乔宁宁 公明花 综述 金贞爱 审校

(延边大学附属医院儿科, 吉林 延吉 133000)

[摘要] 未愈出院与儿童疾病治疗目的相悖。既往研究表明, 未愈出院新生儿中极早产、窒息、先天畸形等患儿比例较高, 提示新生儿专业的可持续发展需要与产科、新生儿外科、影像科等相关学科的合作及共同发展, 达到减少未愈出院率的目标。该文结合国内外研究现状, 对新生儿未愈出院的原因及减少未愈出院的对策等方面进行综述, 为有效减少 NICU 未愈出院率, 提高危重新生儿救治水平, 提升医院的综合效益提供理论依据。
[中国当代儿科杂志, 2017, 19(2): 254-258]

[关键词] 未愈出院; 原因; 对策; 新生儿

Concerns about neonates discharged against medical advice from the neonatal intensive care unit

QIAO Ning-Ning, GONG Ming-Hua, JIN Zhen-Ai. Department of Pediatrics, Affiliated Hospital of Yanbian University, Yanji, Jilin 133000, China (Email: kimzhenai1103@aliyun.com)

Abstract: Discharge against medical advice (DAMA) conflicts with the purpose of disease treatment in children. Some research has shown that there are high proportions of extremely preterm infants and infants with asphyxia or congenital malformation in neonates with DAMA. This suggests that the sustainable development of neonatology needs cooperation and co-development with obstetrics, neonatal surgery, and radiology to reduce the rate of DAMA. With reference to the current status of research in both China and other countries, this article reviews the causes for DAMA and the strategies for reducing the rate of DAMA, in order to provide a theoretical basis for effectively reducing the rate of DAMA from the neonatal intensive care unit, improving treatment outcomes of the neonates, and increasing hospitals' comprehensive benefits.
[Chin J Contemp Pediatr, 2017, 19(2): 254-258]

Key words: Discharge against medical advice; Cause; Strategy; Neonate

未愈出院 (discharge against medical advice) 是指无论医师同意与否, 患者及其家属由于多种原因要求放弃医学治疗并离开该医疗机构的事件^[1]。随着患儿家属自主抉择意识的不断增强, 以及各种媒体对相关医疗知识的普及, 导致医院的未愈出院患者逐渐增加, 这是医疗体系中不可避免的现象。未愈出院一方面可能使患儿康复延迟, 病情反复, 降低生存质量, 甚至危及生命; 另一方面则可能对医疗机构造成潜在患者的流失, 并影响其经济及整体效益, 对于医生则意味着更多的责任^[2]。现阶段反映一个医疗机构的医疗质量往往是通过对该医疗机构的治愈率、好转率及病死率等指标来

进行评估, 缺乏对医疗疗机构的未愈出院率的关注^[3], 而未愈出院率也能体现医疗机构的整体实力。

1 未愈出院概况

随着未愈出院率的增加, 我国也开始关注患者或其家属主动放弃积极医学治疗这一问题。就目前而言, 因各国之间的医疗制度及医疗法律法规不同, 导致未愈出院率存在一定的差异。文献报道, 北美地区的未愈出院率为 1%~2.8%^[4-5]、非洲西部地区的未愈出院率为 15.3%^[6], 我国未愈出院率为 18.7%^[7]。未愈出院的再住院和院内死亡风

[收稿日期] 2016-09-07; [接受日期] 2016-10-27
[作者简介] 乔宁宁, 女, 硕士研究生, 住院医师。

险较正常出院患儿高, 24 h内再住院约占未愈出院患儿的39.5%^[8-9]。通过前期调查及相关文献研究发现, NICU患儿的未愈出院原因除了与病情危重、严重并发症、后遗症多、预后差、医疗费用高有关外, 还与疼痛管理不当、等待治疗时间长、医生的态度差及医患沟通问题相关, 而且对于放弃治疗的具体情况则因患者的病情、医患沟通、伦理人员的介入等不同在不同的医院及地区间存在很大差异^[10-13]。国外医疗机构会在治疗过程中反复向患者及其家属交代未愈出院的相关危害性, 必要的情况下还会进行相应的伦理道德干预^[1]。未愈出院不利于患儿病情康复, 甚至危及患儿生命。因此, 应加强对NICU患儿未愈出院的关注, 并对其进行严格的管理, 采取一系列措施减低未愈出院率。

2 未愈出院的原因

2.1 放弃医学治疗

全世界各个国家NICU的未愈出院率都在逐年增加, 主要与因极早产、先天畸形、严重窒息、预后差等原因而导致的放弃医学治疗有关。我国早产儿出生率为5%~15%^[14], 因早产儿生理发育尚未成熟, 导致脱离母体后很难适应外界环境得以独立生存, 使得机体的各个系统及器官都面临着巨大且严峻的考验^[15-16], 因此, 早产是围生儿发病和死亡的主要原因。而导致早产的主要原因是多重围生期高危因素, 包括妊娠期高血压疾病、妊娠期糖尿病、双胎妊娠、胎膜早破、贫血等^[17], 其中, 早期及晚期早产儿的病因以胎膜早破(分别占27.2%、50.5%)为主, 中期早产儿的病因以多胎妊娠(占22.7%)为主, 同时, 妊娠期高血压疾病在因疾病终止妊娠而导致早产的病因中占主要地位^[18]。因此要加强围生期保健, 努力减少围生期高危因素, 从而减少早产的发生。多项研究报告, 胎龄23~24周早产儿的生存率为50%, 同时极早产儿(胎龄<28周)存在30%~50%的死亡和残疾的高风险率, 其放弃治疗率高达34%, 原因与家庭经济、医疗保障不完善以及患儿预后不良有关, 严重的脑室内出血(IVH)及肺出血是导致放弃或死亡的高危因素^[19-22]。极低出生体重儿(VLBWI)的放弃治疗率约为23.9%, 其原因以家

庭经济因素为主; 超低出生体重儿(ELBWI)的放弃率达40.6%, 放弃的主要原因为父母及家庭顾虑患儿的远期预后^[19-22]。赵文婷等^[23]报道, 4%~25%左右的早产儿(胎龄23~32周)以及5%~17%的VLBWI会出现脑白质损伤(white matter damage, WMD), 且发生率与胎龄及出生体重呈负相关。同时, VLBWI中10%~15%在远期评估中会出现脑瘫等神经系统发育问题^[14], 并在未来的学习生活等方面出现障碍的概率将会增大很多, 如高级认知功能问题、行为和心理问题等。此外, 合并严重并发症的早产儿将会产生昂贵的医疗费用, 对家庭及社会造成严重的负担。

公明花等^[24]调查发现, 在放弃治疗中早产儿占相当大的比例, 其原因与早产儿发生并发症多, 出现严重后遗症的可能性高, 以及治愈率低有关。进一步明确早产的原因, 采取一系列措施降低早产儿的出生率, 并进一步探索改善早产儿远期神经系统发育预后的策略, 提高患儿的生存质量, 有利于减少未愈出院率。

先天缺陷即出生缺陷(birth defects)是指胚胎或胎儿发育过程中出现的结构和功能(包括代谢和智力)方面的缺陷或异常^[25]。有调查发现, 我国及欧美国家围生儿首要死因是出生缺陷, 新生儿出生缺陷率逐年上升与环境、遗传、生活习惯等因素的改变有关^[26-28]。大多数先天畸形的发病机制及病理改变尚不清楚, 且对于一些畸形的治疗效果差, 这就可能导致患儿永久性残疾或智力低下, 给社会及家庭造成沉重的经济负担, 给家庭和患儿带来的精神折磨, 则是用金钱无法衡量的。因此, 其中部分家属选择放弃医学治疗。综上, 控制并减少新生儿畸形的发生率势在必行, 且重在早期干预, 以提高新生儿存活率及改善预后^[29]。

2.2 经济因素

对于任何国家来说, 在NICU新生儿救治方面都有一个共同点—昂贵的医疗费用, 尤其是早产儿, 对于其救治等方面的花费与患儿的胎龄呈负相关^[30-32]。目前国内对于新生儿未愈出院的相关研究罕见, 且研究局限在不同治疗方法、单一因素的影响等方面^[33]。

新生儿疾病所带来的经济负担需要引起人们的高度重视, 尤其以早产儿为著。因此, 要与家属进行良好的沟通, 使其在条件允许的情况下积

极配合治疗,使患儿得到良好的救治^[34],同时要
及时告知家属参加医疗保险,减轻家庭经济负担,
从而减少未愈出院。

2.3 对病情的错误认知

随着互联网等媒体对于医疗知识的宣传普及,
患者及其家属对于疾病的认知有了一定的提升,
但不够全面。比如部分家长误认为患儿体温正常、
某一症状的减轻或消失就是疾病的好转或治愈,
进而要求出院,放弃进一步的积极治疗^[34-36],这
样会导致患儿在病情尚未好转的情况下出院,增
加了病情复发及再入院的风险。因此对于疾病的
错误认知是导致未愈出院的一个重要因素。

2.4 其他因素

由于我国经济发展不均衡,各地区、各级医
院的医疗技术及医疗设施也有差异。一些基层医
院因医疗技术及设施有限,对于疑难病病例及外
科疾病病例无法进行有效的诊治,须转往上级医
院或相关权威医院,这是导致未愈出院的重要原
因之一。另外,对医院的服务不满意亦是导致未
愈出院的原因之一。Hadadi等^[37]报道,医患沟通
能力差以及医护人员超负荷工作致患者家属对医
疗服务不满意是导致未愈出院的原因。

3 减少未愈出院的对策

3.1 加强孕期保健

如前所述,在家属放弃治疗的患儿中,出生
缺陷儿和早产儿占有相当大的比例,因此孕期保
健十分重要。做好围生期保健,加强宣教,注重
孕期营养,增强孕妇的自我保健意识,加强早产
的预防,在保证母婴健康的基础上尽可能地延长
孕周,这对于减少早产儿及合并先天缺陷的新生
儿的出生率具有重要意义。

结合国内外研究及相关实践发现,在孕母的
整个妊娠过程中应该进行3次产前筛查,分别为
早孕晚期、中孕期、晚孕期,而每一次筛查都应
针对该期进行相应的重点和常规筛查,对孕期胎
儿生长的监测以及发现并发症具有重大意义,同
时也是一种经济、简单而有效的方法^[38-39]。

3.2 提高窒息复苏技术

新生儿窒息可以说是胎儿宫内缺氧的延续,
是新生儿死亡及伤残的主要原因。有调查表明,我

国产科出生的新生儿中窒息发生率达5%~11%^[40]。
新生儿复苏成功的关键是熟练掌握复苏技能和严
格按照新生儿复苏操作规程^[41-42]。如处理不当或
治疗不及时,可遗留中枢神经系统后遗症。因此,
应不断提高医务人员急救技术,并大力培训新法
复苏技能,提高窒息新生儿复苏的成功率,并减
少其不良预后的发生率。

3.3 建立和完善新生儿转运体系

近年来,随着我国危重新生儿的救治水平不
断提高,使得新生儿的死亡率及后遗症发生率显
著降低。但是,由于我国经济发展不均衡,基层
医院医疗资源相对落后,同时缺少正规培训的新
生儿专科医护人员,未建立完善的新生儿转运体
系,导致患儿往往在转运途中出现病情加重甚至
死亡,故建立区域性危重新生儿转运系统,遵循
STABLE项目流程,把“流动的NICU”送到危重
新生儿身旁是十分必要的,这样可以使有需要的
新生儿能够得到及时、良好的救治,从而降低其
死亡率、致残率,并且能够有效地改善患儿预后,
也可使医疗纠纷和医患矛盾得到缓和^[43-45]。

3.4 完善医疗保险

儿童作为关乎国家未来兴旺、强盛的重要群
体,在新一轮的医疗改革背景下更应给予特别关
注,但就目前而言,针对儿童医疗保障体系的研究
较少,并且我国的儿童医疗保障体系尚处于初
级阶段^[46]。2010年召开的十八届五中全会通过的
“第十二个五年规划”提出,要加快推进医药卫
生事业改革的发展,必须健全覆盖城乡居民的基
本医疗保障体系,逐步提高保障标准。完善的保
险制度是降低婴儿死亡率和新生儿死亡率的重
要保障。

我国现阶段的医疗保险制度在新生儿方面尚
不完善,但实施新生儿医疗保险以后,在一定程
度上保障了儿童的生命健康,缓解了家庭的经济
压力,使家庭不会因病返贫、因病致贫。目前,
儿童(包括新生儿)可参加的医疗保险,不仅有
社会保险,也有商业保险。Kucik等^[47]报道,与
投保商业保险患儿相比,参加社会保险的患儿死
亡率低30%左右。对于儿童和/或新生儿参加医
疗保险,不仅需要家属的自觉,同时也需要儿科
及产科医生对医疗保险进行宣传,需要医生与家
属共同协作,使有参保资格的儿童和/或新生儿均

能够参保,在一定程度上避免因经济原因导致患儿自动出院或放弃治疗。

3.5 重视伦理问题

临床工作中发现,对于出生时有严重畸形、病情危重、伴有多脏器功能衰竭、有死亡风险的患儿,家长会比较容易决定放弃抢救。但对可救治的早产儿,因其预后不肯定,是否进行积极救治存在顾虑。从伦理学角度来讲,每个患儿都有享受生命的权利,家属及医护人员不应该剥夺其这一权利,但是对于有严重缺陷、预后极度不良、以后生存质量不能得到保证的患儿,也不能单纯地从伦理学角度进行思考,需要多方面综合思考。因此,成立一个由医务人员、伦理学专家、律师、心理学家组成的婴儿伦理委员会,规定并完善其工作制度,是尤为必要的。目前,道德伦理问题也逐渐被广泛社会人员关注,也有专家学者专门对其进行研究探讨,伦理问题在未来的医疗中将会扮演很重要的角色。虽然国内已经开始逐渐设立医学伦理委员会,但是由于其制度不完善及大多数伦理委员会独立性差,导致难以发挥其应有的作用^[48]。因此,必须要树立医务人员与患儿家属在终止治疗决策中的伦理责任^[49],在出现是否终止治疗决策上的矛盾时,就可以在伦理委员协助下,使得患儿家属及医生做出合理的决定。

3.6 加强医患沟通

随着社会的发展进步,医护人员不仅要掌握扎实、丰富的专业知识与技术,同时还要学会与患者及其家属进行有效的沟通,耐心、细致地给患儿家属讲解疾病的相关知识,提高患儿家属对疾病的认识,积极协助诊疗,对患儿病情的恢复有很大帮助,从而减少未愈出院率。

4 结语

新生儿未愈出院从医疗角度来讲是一种非正常现象,未愈出院可能对患儿未来的健康状况有很大的潜在风险,须严格控制。值得庆幸的是,随着医疗领域的不断发展进步,越来越多的医护人员意识到减少未愈出院的重要性,也意识到关爱、敬畏、呵护生命的医学人文理念的重要性,并将此付诸临床诊疗实践中^[50]。要想减少未愈出院的现象,需要社会、医疗机构和患方的共同努力,

一切从有利于恢复患儿健康为出发点,共同为患儿创造一个积极有效的救助渠道。

[参 考 文 献]

- [1] 林小波,魏亮瑜.患者家属要求自动出院时医方注意义务的探讨[J].中华医院管理杂志,2012,28(3):231-234.
- [2] Hadadi A, Khashayar P, Karbakhsh M, et al. Discharge against medical advice from a Tehran emergency department[J]. Int J Health Care Qual Assur, 2016, 29(1): 24-32.
- [3] 高红达,罗红叶,王翺,等.2008~2010年广西县级妇幼保健院医疗质量的综合评价[J].中国妇幼保健,2015,30(13):1973-1974.
- [4] Schaefer GR, Matus H, Schumann JH, et al. Financial responsibility of hospitalized patients who left against medical advice: medical urban legend?[J]. J Gen Intern Med, 2012, 27(7): 825-830.
- [5] Kim H, Colantonio A, Bayley M, et al. Discharge against medical advice after traumatic brain injury: is intentional injury a predictor? [J]. J Trauma, 2011, 71(5): 1219-1225.
- [6] Odetunde OI, Okafor HU, Uwaezuoke SN, et al. Chronic kidney disease in children as seen in a tertiary hospital in Enugu, South-East, Nigeria[J]. Niger J Clin Pract, 2014, 17(2): 196-200.
- [7] 赵德安,张宝芹.普通儿科住院患者自动出院的原因分析[J].医学与哲学,2013,34(12B):59-61.
- [8] Kareliusson F, De Geer L, Tibblin AO. Risk prediction of ICU readmission in a mixed surgical and medical population[J]. J Intensive Care, 2015, 3(1): 30.
- [9] Al-Sadoon M, Al-Shamoussi K. Discharge against medical advice among children in Oman: a university hospital experience[J]. Sultan Qaboos Univ Med J, 2013, 13(4): 534-538.
- [10] Onukwugha E, Saunders E, Mullins CD, et al. Reasons for discharges against medical advice: a qualitative study[J]. Qual Saf Health Care, 2010, 19(5): 420-424.
- [11] Onukwugha E, Saunders E, Mullins CD, et al. A qualitative study to identify reasons for discharges against medical advice in the cardiovascular setting[J]. BMJ Open, 2012, 2(4): 1-7.
- [12] Sheikhmoonesi F, Khademloo M, Pazhuheshgar S. Patients discharged against medical advice from a psychiatric hospital in Iran: a prospective study[J]. Glob J Health Sci, 2014, 6(3): 213-218.
- [13] Noohi K, Komsari S, Nakhaee N, et al. Reasons for discharge against medical advice: a case study of emergency departments in Iran[J]. Int J Health Policy Manag, 2013, 1(2): 137-142.
- [14] 倪美艳,陈娟.早产儿脑病的临床研究进展[J].中华妇幼临床医学杂志(电子版),2014,10(5):113-116.
- [15] Nyp MF, Taylor JB, Norberg M, et al. Impaired growth at birth and bronchopulmonary dysplasia classification: beyond small for gestational age[J]. Am J Perinatol. 2015, 32(1): 75-82.
- [16] Sahni R, Polin RA. Physiologic underpinnings for clinical problems in moderately preterm and late preterm infants[J]. Clin Perinatol, 2013, 40(4): 645-663.
- [17] 黄小玲,许丽萍,张浩,等.晚期早产儿718例早产原因及并发症分析[J].现代医药卫生,2016,32(3):420-421.

- [18] 周欣,殷茵,张国英,等. 2008-2012年1466例早产回顾性临床分析[J]. 国际妇产科学杂志, 2014, 41(4): 434-437.
- [19] Glass HC, Costarino AT, Stayer SA, et al. Outcomes for extremely premature infants[J]. *Anesth Analg*, 2015, 120(6): 1337-1351.
- [20] 崔银珠,张谨慎,贺红云,等. 超未成熟儿的生存状况与预后影响因素[J]. 中国当代儿科杂志, 2014, 16(6): 596-600.
- [21] 曾军安,李占魁,李清红,等. 117例极低和超低出生体重儿并发症及结局分析[J]. 中国妇幼健康研究, 2015, 26(4): 724-726.
- [22] 陆丹苏,童笑梅. 超低出生体重儿生存状况分析[J]. 中国儿童保健杂志, 2013, 21(4): 388-391.
- [23] 赵文婷,俞惠民. 早产儿脑室旁白质损伤发病机制的研究进展[J]. 中国当代儿科杂志, 2013, 15(5): 396-400.
- [24] 公明花,金贞爱,赵一坤,等. 193例未愈出院新生儿回顾性分析[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(1): 76-78.
- [25] 郁静茹,金蕾,肖利华,等. 2006-2012年北京市通州区出生缺陷患病率的动态变化[J]. 中国当代儿科杂志, 2014, 16(11): 1133-1137.
- [26] 郭孝涵,贺晶. 环境因素与出生缺陷[J]. 国际妇产科学杂志, 2013, 40(6): 537-540.
- [27] Sun L, Yue H, Sun B, et al. Estimation of birth population-based perinatal-neonatal mortality and preterm rate in China from a regional survey in 2010[J]. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2013, 26(16): 1641-1648.
- [28] Auger N, Bilodeau-Bertrand M, Nuyt AM. Dangers of death on the first day of life by the minute[J]. *J Perinatol*, 2015, 35(11): 958-964.
- [29] 张艳. 2010-2014年深圳市坪山新区围产儿出生缺陷监测分析及干预探讨[J]. 中国健康教育, 2016, 32(4): 367-368.
- [30] Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes. Preterm birth: causes, consequences, and prevention[R]. Washington, DC: National Academies Press, 2007.
- [31] Howe TH, Sheu CF, Wang TN, et al. Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy[J]. *Res Dev Disabil*, 2014, 35(7): 1748-1756.
- [32] Cavallo MC, Gugiatti A, Fattore G, et al. Cost of care and social consequences of very low birth weight infants without premature-related morbidities in Italy[J]. *Ital J Pediatr*, 2015, 41: 59.
- [33] 哈力,袁梦鸿. 2种神经节苷脂药物治疗新生儿缺氧缺血性脑病的疗效对比及最小成本分析[J]. 中国药房, 2006, 17(8): 592-594.
- [34] 伍莉,王楠. 影响新生儿重症监护室医患沟通的因素及处理办法[J]. 中国医药指南, 2016, 14(15): 291-292.
- [35] 陈思,丁烯,朱雪峰,等. 某院儿科住院病人自动出院原因分析[J]. 现代预防医学, 2006, 33(8): 1041-1042.
- [36] 李东玲. 心内科住院患者自动出院原因及动向调查分析[J]. 齐鲁护理杂志, 2008, 14(9): 33-34.
- [37] Hadadi A, Khashayar P, Karbakhsh M, et al. Discharge against medical advice from a department[J]. *Int J Health Care Qual Assur*, 2016, 29(1): 24-32.
- [38] Callen PW. *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*[M]. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2000: 2.
- [39] 贾索红. 超声检查对产前筛查胎儿先天畸形的临床价值[J]. 贵州医药, 2016, 40(1): 82-83.
- [40] 李娟,王庆红,吴红敏,等. 2005年中国城市产科新生儿出生状况调查[J]. 中国当代儿科杂志, 2012, 14(1): 7-10.
- [41] 欧阳秋星,王莹莹. 新生儿重度窒息原因分析与复苏后抢救措施[J]. 西部医学, 2015, 27(5): 86-88.
- [42] 王予倩. 新生儿窒息复苏在临床中的应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(19): 48-49.
- [43] 陈克正. 建立我国新生儿的转运系统[J]. 中华儿科杂志, 2000, 38(8): 527-528.
- [44] 中国医师协会新生儿专业委员会. 中国新生儿转运指南(2013)[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2013, 28(2): 153-155.
- [45] 文秀敏,赵洁,龙艳明,等. 建立新生儿转运网在临床的实践意义[J]. 数理医药学杂志, 2015, 28(9): 1390-1391.
- [46] 马月丹,胡冬梅,于润吉. 我国儿童医疗保障体系发展现状及对策[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(8): 51-52.
- [47] Kucik JE, Cassell CH, Alverson CJ, et al. Role of health insurance on the survival of infants with congenital heart defects[J]. *Am J Public Health*, 2014, 104(9): 62-70.
- [48] 徐思思,叶洋,潘相吉,等. 医学伦理委员会的建设现状及治理机制研究[J]. 中国医学伦理学, 2016, 29(1): 17-19.
- [49] 袁可,谢宗德. 新生儿重症监护室放弃治疗的伦理问题[J]. 医学与哲学(临床决策论坛版), 2006, 27(6): 70-71.
- [50] 邹明明,李枏,刘利丹,等. 临床医师医学人文认知情况的问卷分析: 大连医科大学、哈尔滨医科大学、南京医科大学、河北医科大学、重庆医科大学联合调查之一[J]. 医学与哲学, 2013, 34(8): 12-17.

(本文编辑: 邓芳明)