

癌症延迟就医研究

林 璜¹, William W. Au¹, 欧利民²

(1. 汕头大学医学院公共卫生系, 广东 汕头 515041;

2. 汕头大学医学院第一附属医院, 广东 汕头 515041)

摘要:癌症延迟就医存在自然性、社会性和普遍性,是早诊早治的消极因素,给予干预的健康促进意义重大。全文通过文献研究,讨论了延迟就医的定义、研究指标、样本、信息适用等问题。目前癌症患者延迟就医 ≥ 3 个月发生率为30%~60%,亟需普及人群的癌症认知知识并强化各地诊疗检测手段。在未来研究中以各类延迟就医时间与癌种5年生存率关系为基础,具有重要意义。

关键词:癌症;延迟就医

中图分类号:R197 文献标识码:C 文章编号:1004-0242(2016)09-0667-05

doi: 10.11735/j.issn.1004-0242.2016.09.A001

Research on Cancer Treatment-seeking Delay

LIN Huang¹, William W. Au¹, OU Li-min²

(1. Faculty of Preventive Medicine, Shantou University Medical College, Shantou 515041, China;

2. First Affiliated Hospital of Shantou University Medical College, Shantou 515041, China)

Abstract: Cancer treatment-seeking delay may be caused by certain natural or social factors, which brings negative impact on therapeutic efficacy and survival of patients. Therefore, reduction of cancer treatment-seeking delay is an important measure to reduce cancer burden. This article discusses the definition, research indexes, samples, and relevant problems of cancer treatment-seeking delay through literature review. The rate of cancer treatment-seeking delay (≥ 3 months) in China is about 30% to 60%. To reduce the treatment-seeking delay rate, it is necessary to popularize knowledge and awareness of cancer and to strengthen the early detection, early diagnosis and early treatment. And the association between cancer treatment-seeking delay and 5-years survival rate of cancer should be listed in the agenda for the future research.

Key words: cancer; treatment-seeking delay

癌症是严重威胁人类生命和社会发展的慢性疾病。我国在癌症三级预防中推广实施早发现、早诊断和早治疗措施,力求降低癌症死亡率并提高生存率。然而,随着环境和生活方式的变化以及人口老龄化的加剧,我国癌症发病仍呈逐年上升态势,目前癌症发病率为235/10万,死亡率为144.3/10万^[1],肝癌、食管癌、胃癌和肺癌的新增病例和死亡人数均居世界首位^[1,2],同时,癌症延迟就医行为普遍存在,癌症疗效、预后及生存质量较差、负担沉重。本文综述癌症延迟就医研究,为抗癌提供学术参考。

1 延迟就医定义

癌症延迟就医定义在近百年学术史中逐渐形成,早在1919年,Farr发表了《癌症延误治疗》,1938年Pack和Gallo论证了《癌症延误治疗责任》,文献都有“病人从首发症状至入院治疗的时间流失为延迟就医时间”的表述^[3,4]。此后,“延迟就医”学术用语为文献不断引用乃至其专题报道逐渐增多。近期有文献“将患者首发症状至首诊于医疗机构时间 ≥ 3 个月界定为就医延迟”^[5-11]。

在癌症自然就医模式中:时间仍是贯穿疾病发展的要素;癌症生物学行为、病人和医生应对癌症的态度和能力、病人的人口学特征、社区医疗保障和卫

收稿日期:2016-03-11;修回日期:2016-04-04

通讯作者:William W. Au, E-mail: wau@stu.edu.cn; 欧利民, E-mail: oulimin138@sina.com

生文化状态等都是影响因素;诊疗效果与就医时间所处的癌症病程以及医疗水平密切相关。近期多项研究显示,癌症患者在发觉症状后拖延治疗时间 ≥ 3 个月,5年生存率下降 $>12\%$ ^[12,13]。显然,赋予癌症延迟就医定义,应当涵盖就医行为与时间意义。参考国内外学者见解^[3-20],提出如下定义:癌症延迟就医是不及时就医含义的学术延伸,指耽误癌症就医诊疗的行为因素与时间特征,是十分复杂的患病心理、社会行为和医疗服务的综合表现;通常以癌症患者首发症状或体征至治疗癌症这一期间为延迟就医时间,并以 ≥ 3 个月(90d)作为有研究意义的延迟时间。

2 癌症干预措施

当前,我国癌谱兼具发展中国家与发达国家癌谱特征,实施癌症预防措施是重大的公共卫生课题。纵观癌症二级预防策略:采取全民普查癌症措施,效果全面,但不现实;采取定期健康体检措施,可以有计划、分步骤实施,但检查项目缺乏针对性,而且我国一直以单位组织体检为主体,参与人群有局限性、缺乏主动性;采取癌症体检措施,虽具针对性,但检查项目不能对癌种全覆盖;因此,采取癌症机会性筛查或组织筛查并行早诊早治成为目前最有效的措施,在全国组织行动中成效斐然,但也存在筛查适宜技术、依从性、行动经费支撑等条件限制,只宜选择癌种与重点地区逐步推广^[1]。

针对上述各项措施的局限性和缺乏主动参与措施人群基础的共性问题,采取癌症延迟就医干预措施则优势互补,它可以面对任何地区的目标人群实施,通过强化癌症自然就医与诊疗模式中薄弱环节,调动就医与诊疗癌症的主动性;紧凑就医诊疗时间以缩短癌症自然病程,争取癌症早发现、早诊断、早治疗良机,以减轻癌症负担。

3 延迟就医研究进展

3.1 早期研究

1919年Farr^[3]对多种癌症自然就医模式上的时间流失进行了分段归因研究:病人从“首发症状—咨询医生—入院治疗”的时间流失,即总延迟就医时间,平均为11.89个月,其中,病人首次咨询医生之

前为患者延迟就医时间,平均为3.19个月,占26.8%;病人首次咨询医生之后为医疗延迟时间,平均为8.70个月,占73.2%;在疾病咨询中,医生错误率 $>50\%$,首次就医咨询的错误增加了总延迟就医时间。

1938年Pack和Gallo^[4]的研究显示:27种癌症延迟就医中位时间以皮肤癌最高,为25.2个月,胃癌7.1个月,乳腺癌4.6个月,食管癌3.2个月,以腮腺癌、结肠和乙状结肠癌和宫颈癌最低,均为1.5个月。“延迟就医时间 ≥ 3 个月”总发生率为58.8%,患者责任因素为62.3%,医生责任因素为37.7%。该研究得出结论:若不存在延迟就医因素,许多癌症可以治愈,减少延迟就医发生就能降低疾病死亡率,其关键在于癌症的健康教育,并且应当强化医生及早诊断癌症的能力,努力促使患者得到适当的医疗措施与设备诊疗,以提高治疗效率。

3.2 研究模式

近期文献有“将癌症患者首发症状至首诊于医疗机构时间 ≥ 3 个月界定为就医延迟”^[5-11],并普遍认同Farr对延迟就医时间分类:将首发症状或体征至首次就医的时间阶段划为患者延迟就医;首次就医至开始治疗癌症的时间阶段划为医疗延迟就医;后者可分为延迟诊断与延迟治疗;总延迟就医包括上述各类^[3,4,8,9,11,16,18]。

癌症延迟就医调查常采用便利抽样方法,分单癌种与多癌种样本,以病房为调查现场,通过对住院病人问卷调查与医案资料获取数据,信息包括患者人口学特征、就医习惯与社会支持、疾病认知、征兆类型及其发觉时间、首次就医时间、确诊时间、治疗时间、癌症分期等项目。研究中常以癌症的确诊即为治疗的开始,故从患者发觉症状、体征至确诊所需的时间可等同于总延迟就医时间;一般的问卷调查资料呈偏态分布,大样本资料近似于正态分布;不同癌症、发生于不同时期、人群与地区的延迟就医情况存在差异^[5,6,16,21]。报道中常见近似于Pack和Gallo的癌症防控论证,针对研究人群延迟就医原因提出干预措施^[8,11,14,21]。

可及的癌症延迟就医文献有专题调查、现象学(质性)研究和综述三类。由于医疗延迟就医必然随着医疗体制完善与诊疗水平提升而减少,干预较易实现,故专题报道少见。患者延迟就医时间段长、就医行为因素繁复、干预针对性问题较多,研究中较多见。

3.3 延迟时间现状

延迟就医具有自然性、社会性与普遍性,为早发现、早诊断、早治疗的消极因素,但国内研究起步较晚,近期报道:多癌种总延迟就医中位时间 65d,其中,鼻咽癌 52.50d,肺癌、肝癌、乳腺癌、恶性淋巴瘤、脑胶质瘤等均为 60.00d;胃癌 70.00d;食管癌 85.00d;宫颈癌 135.00d,大肠癌 180.00d^[21]。多癌种患者延迟就医中位时间 40d,占总延迟就医中位时间的 60%~70%,患者延迟就医 ≥ 3 个月发生率为 30%~60%^[6,8,16];乳腺癌患者延迟就医 ≥ 3 个月发生率为 30%~40%^[8,9,11];我国河南、山东、江苏、安徽 4 省的农村县区,上消化道(胃和食管)癌症总延迟就医时间平均 119d,延迟 ≥ 3 个月发生率 30.0%,其中,患者延迟就医时间平均 77d,延迟 ≥ 3 个月发生率 20.5%,医疗延迟就医时间平均 42d,延迟 ≥ 3 个月发生率 6.7%^[14]。

国外 20 世纪 70 年代至 21 世纪初研究显示:多癌种患者延迟就医平均延迟时间为 144~168d, ≥ 3 个月发生率为 39%^[16]。消化道癌症患者在美国、英国、日本等 15 个国家和地区的平均延迟就医时间为 15~225d;结直肠癌患者在美国、英国、挪威、澳大利亚等 16 个国家和地区的平均延迟就医时间为 7~150d^[5]。近来研究显示:乳腺癌患者在波兰、印度、土耳其等 12 个国家的平均延迟就医时间为 24~44d,总平均为 33d^[5]。乳腺癌患者延迟就医 ≥ 3 个月发生率在哥伦比亚为 20.3%,德国为 18.0%^[8]。丹麦多癌种患者延迟就医时间 7~56d,平均时间 21d,其中,胰腺癌、乳腺癌、膀胱癌延迟平均时间 14d,黑色素瘤为 70d^[23]。

3.4 延迟就医干预

对癌症早期症状、体征的错判忽视与漏诊误诊是延迟就医的突出表现,其原因在于缺乏癌症常识与检测手段。因此,相关干预措施被公共推荐,如广泛普及癌症知识及风险意识,通过健康教育、接受咨询与重点人群就医心理行为辅导等卫生服务,提高人们对癌症早期症状的识别与判断能力;针对癌症高发区人群、有高危因素人群或有可疑癌症征兆的个人,定期进行防癌或排除肿瘤的有关检查;增强家庭和社会支持,提高晚期癌症患者生存时间与质量,减少医疗资源消耗与治疗费用负担;合理设置医疗机构的地理位置,优化医疗资源分配,解决基层的

癌症防控问题;科学配套癌症检测设备,培训并普及全科医生,提高基层及早诊疗癌症能力与责任心,避免漏诊误诊,建立有序的转诊机制、减少癌症医疗延迟时间等^[5,9,11,15,21,22]。

4 问题讨论

4.1 概念争议

“将癌症患者首发症状至首诊于医疗机构时间 ≥ 3 个月界定为延迟就医”定义首先见于乳腺癌研究文献^[5~11]。1957 年 Robbins 等^[13]报道乳腺癌总延迟就医时间与患者术后 5 年生存率呈负相关;1999 年 Richards 等^[12]先后报道乳腺癌总延迟就医时间 $\geq 3\sim 6$ 个月的人群 5 年生存率降低 12%~19%;2007 年王国蓉等^[11]以“就医延迟时间 3 个月定义为就医延迟”判定乳腺癌就医总延迟、医疗延迟与患者延迟。然而,1993 年刘振华等^[20]认为当医生的结论与疾病不相一致时即为延误诊断;2011 年马建华等^[15]将发现食管癌症状至就诊医生时间间隔定义为患者相关性延迟诊断;2014 年包鹤龄等^[14]对胃癌与食管癌的首发征兆—就医—诊断时间间隔,以 >2 周为不及时;2005 年 Harirchi 等^[17]、2008 年 Hansen 等^[19]都主张将患者发现癌症可疑症状至就诊于医疗机构时间 ≥ 4 周定义为就诊延误;2006 年 Corner 等^[18]提出癌症并不一定令患者身体感觉不舒服,以症状界定延迟就医不恰当;2011 年 Hansen 等^[23]认为既往文献对延迟时间分界准确性不高,将延迟就医改为就医时间间隔比较恰切。

显然,将“就医延迟时间 3 个月定义为就医延迟”非“就医延迟时间 ≥ 3 个月不合理”含义;定义的逻辑性与适用性值得深究。

4.2 样本代表性

延迟就医调查对象通常为便利抽样住院病人,优点为诊断明确,数量集中,调查方便、节省时间。然而,由于致癌因素和促癌因素作用需要经过长期慢性的积累过程,癌症发病较隐匿,从极早期轻度癌前病变发展成早期癌,大约需要 5~10 年,甚至更长时间,多数癌症早期阶段无任何症状或早期症状不明显、缺乏特异性表现,因此,在癌前病变至早期癌症人群中,严重的延迟就医普遍存在,但病人角色却极少数。在自然就医模式中,住院的癌前病变几乎空

白,早期癌症为少数,中晚期癌症与中老年患者均占80%以上^[22,24,25]。

可见,住院病人是典型样本,研究推论须严谨;全面建立肿瘤发病登记系统、采用单癌种随机抽样调查有助于提高样本代表性。

4.3 信息可靠性

癌症征兆与就医时间等信息来源于病人回忆。多数病人在就诊后方知癌症早期症状;病人对症状的辨识影响了症状发觉时间的判断;延迟时间取决于病人所发觉的症状是否与癌症有确切关联^[5,10,11,26];因此,调查信息可靠性与患者癌症部位、病程长短有关,受到人口学特征、防癌知识、疾病认知、心理变化、情绪反应等因素影响。

给予病人精神安慰与心理疏导,提示答题与季节、景象和年度大事等关联有助于勾起记忆;查证病案与访问患者亲人等有助于信息校正。为校正偏倚,回忆信息应当建立于效度指数与信度系数的质量控制之上。

5 研究趋势

癌症延迟就医研究历史薄弱,近期国内外报道增多。延迟就医定义是学术根基,详尽癌症延迟就医时间意义,亟需多学科研究解答。在未来研究中,分类肿瘤生长部位的生物学行为表现,廓清各种有预测价值的癌症征兆以及癌症早、中、晚期病程,明确自然就医模式中延迟意义界限,并将成果列成《癌症早期征兆谱表》与《癌症就医时限谱表》,对于完善定义,分析不同癌症、不同地区与不同人群延迟就医,采取有针对性的就医干预措施非常重要。同时,应当加强信息收集,分析各地延迟就医的具体原因,有的放矢地开展健康教育,改善就医环境,提高医疗水平等措施,逐步提高我国癌症控制的效果。

(致谢:本文撰写过程承蒙中山大学肿瘤流行病学博士生导师柳青教授给予指导,在此表示衷心感谢。)

参考文献:

[1] Release of there-year action program of Chinese cancer prevention and treatment (2015-2017)[J].Shanghai Journal of Preventive Medicine,2015,27(9):527.[《中国癌症防治

三年行动计划(2015-2017年)》发布[J].上海预防医学,2015,27(9):527.]

- [2] International AFRO. World cancer report 2014[J].Geneva: WHO,2014.
- [3] Farr CE. Delay in the treatment of cancer [J].Am J Med Sci,1919,157(1):34.
- [4] Pack GT,Gallo JS. The culpability for delay in the treatment of cancer[J]. Am J Cancer,1938,33(3):443-462.
- [5] Guo LJ,Jiao XJ,Zheng N,et al. Influencing factors of cancer patients' delay in seeking treatment;a literature review[J].Journal of Nursing Science,2015,30 (3):104-107.[郭利洁,焦雪静,郑楠,等.癌症患者就医延迟影响因素的研究现状[J].护理学杂志,2015,30(3):104-107.]
- [6] Chen LP,Zhang AH,Liu HX,et al. Study on correlation between doctor delay and social support of cancer patients [J].Chinese Nursing Research,2014,28(6):1946-1947.[陈丽萍,张爱华,刘化侠,等.癌症病人就医延迟与社会支持的相关性研究[J].护理研究,2014,28(6):1946-1947.]
- [7] Han YX. Correlation study between delay in seeking medical care and family dynamics of esophageal cancer patients [J].Journal of Nursing Administration,2014,14(11):776-777.[韩玉香.食管癌患者就医延迟与家庭动力学特征的相关研究[J].护理管理杂志,2014,14(11):776-777.]
- [8] Gong Y,Xu F,Zhou L. Analysis on the factor affecting the patient delay of breast cancer patients [J].Chinese Journal of Social Medicine,2012,29(5):330-333.[龚瑜,徐峰,周亮.乳腺癌患者的就诊延误 [J]. 中国社会医学杂志,2012,29(5):330-333.]
- [9] Jian RY,Luo XP,Liang ML,et al. The situation and intervention of breast cancer patients delay medical treatment in Nanhai District [J]. Chinese General Practice Nursing,2012,10(5):1233-1234.[江端英,罗学平,梁美莲,等.南海区乳腺癌病人就医延迟现状及干预探讨 [J]. 全科护理,2012,10(5):1233-1234.]
- [10] Luan LL,Liu GY,Li XN,et al. Delay of seeking medical treatment for patients with esophageal cancer;current status and associated factors [J].Nursing Journal of Chinese People's Liberation Army,2012,29 (12):1-4.[栾琳琳,刘光英,李小娜,等.食管癌患者延迟就医的现状及其影响因素[J].解放军护理杂志,2012,29(12):1-4.]
- [11] Wang GR,Jiang XL. Help-seeking delay by breast cancer patients in Sichuan province [J].Chinese Journal of Evidence-based Medicine,2007,7 (10):702-705.[王国蓉,蒋晓莲.四川省乳腺癌患者就医延迟情况调查研究[J].中国循证医学杂志,2007,7(10):702-705.]
- [12] Richards MA,Westcombe AM,Love SB,et al. Influence of

- delay on survival in patients with breast cancer: A systematic review [J]. *Lancet*, 1999, 353(9159): 1119-1126.
- [13] Robbins GF, Bross I. The significance of delay in relation to prognosis of patients with primary operable breast cancer [J]. *Cancer*, 1957, 10(2): 338-344.
- [14] Bao HL, Wang N, Wang BH. Study on hospitalization timeliness and related influencing factors in patients with stomach and esophagus cancer in rural areas [J]. *Chinese General Practice*, 2014, 17 (21): 2486-2489. [包鹤龄, 王宁, 王宝华. 我国农村地区胃癌和食管癌患者就医及时性及其影响因素调查研究 [J]. *中国全科医学*, 2014, 17 (21): 2486-2489.]
- [15] Ma JH, Fang YW. Influential factors of patient-related delay in esophageal carcinoma [J]. *Journal of Shanxi Medical University*, 2011, 42(4): 321-323. [马建华, 范育伟. 食管癌患者延迟诊断的相关因素分析 [J]. *山西医科大学学报*, 2011, 42(4): 321-323.]
- [16] Li GF, Zeng LP, Wang GR. Status of cancer patients delay medical treatment in China [J]. *Modern Nursing*, 2008, 14 (3): 331-332. [李桂芳, 曾丽萍, 王国荣. 肿瘤患者就医延迟研究现状 [J]. *现代护理*, 2008, 14(3): 331-332.]
- [17] Hansen RP, Olesen F, Sørensen HT, et al. Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: A Danish cohort study [J]. *BMC Health Serv Res*, 2008, 8(2): 49.
- [18] Corner J, Hopkinson J, Roffe L. Experience of health changes and reasons for delay in seeking care: A UK study of the months prior to the diagnosis of lung cancer [J]. *Soc Sci Med*, 2006, 62(6): 1381-1391.
- [19] Harirchi I, Ghaemmaghami F, Karbakhsh M, et al. Patient delay in women presenting with advanced breast cancer: An Iranian study [J]. *Public Health*, 2005, 119(10): 885-891.
- [20] Liu ZH, Chen XH. Misdiagnosis [M]. Jinan: Shandong Science and Technology Press, 1993. 6-7. [刘振华, 陈晓红. 误诊学 [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1993. 6-7.]
- [21] Lu ZJ, Jia EZ, Xu YC, et al. Influence factors and number of days in patients diagnosed with malignant tumor [J]. *China Public Health*, 2001, (1): 47-48. [陆召军, 贾恩志, 徐耀初, 等. 恶性肿瘤患者确诊所需天数及其影响因素研究 [J]. *中国公共卫生*, 2001, (1): 47-48.]
- [22] Dong ZW, Qiao YL, Li LD, et al. A report of cancer high incidence scene in China [J]. *China Cancer*, 2009, 18(1): 4-9. [董志伟, 乔友林, 李连弟, 等. 中国癌症高发现场报告 [J]. *中国肿瘤*, 2009, 18(1): 4-9.]
- [23] Hansen RP, Vedsted P, Sokolowski I, et al. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: A cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients [J]. *BMC Health Serv Res*, 2011, 11(1): 284.
- [24] Lin H, William WA, Ou LM. Epidemic status of esophagus cancer and etiological research of esophagus cancer in Chaoshan [J]. *China Practical Medical*, 2015, (32): 277-279. [林璜, William WA, 欧利民. 食管癌流行现状及潮汕食管癌病因学研究 [J]. *中国实用医药*, 2015, (32): 277-279.]
- [25] Wang LD. Molecular mechanism of multistage esophageal carcinogenesis [J]. *Journal of Xinxiang Medical College*, 2007, 24(3): 217-222. [王立东. 食管癌变多阶段演进的分子机制 [J]. *新乡医学院学报*, 2007, 24(3): 217-222.]
- [26] Andersen RS, Vedsted P, Olesen F, et al. Patient delay in cancer studies: A discussion of methods and measures [J]. *BMC Health Serv Res*, 2009, 9(8): 189.

关于开具版面费发票提供税号的通知

由于营改增的实施,从2016年5月起,本刊的版面费发票改为国税发票,如您的版面费发票台头为贵单位名称,需提供贵单位的税号或组织机构代码证号,请您在百忙中,向贵单位财务部门咨询一下! 并在本刊投稿网站作者版面费登记栏中,完善税号登记信息,以便本刊开具发票;如果您的版面费发票台头是个人,则不需税号。谢谢合作!

《中国肿瘤》编辑部
2016-5-16