

· 癌症照护专题研究 ·

【编者按】 癌症已成为严重威胁我国人群健康的主要公共卫生问题之一。国家癌症中心最新发布的数据显示,我国癌症5年生存率虽已从十年前的30.9%提升到40.5%,但与发达国家相比仍有一定差距。在牢固树立“以患者为中心”的服务理念,切实了解癌症患者及其照护者的照护需求,高度关注癌症伴随或治疗导致的其他疾病的基础上,按照分级诊疗原则,通过急慢分治、多学科规范化诊疗、跨学科健康管理,构建癌症“全方位、全周期”管理模式,是改善癌症患者预后、优化其整体健康水平的有力举措。在第22届世界癌症日来临之际,本专题研究以先进经验为引领,以证据为准绳,以需求和体验为导向,通过对国外癌症生存者照护模式进行梳理,遴选优质、高效的癌症患者支持性照护需求评估工具,系统了解癌症患者主要照顾者的照护经历,旨在从“宏观”“中观”“微观”3个层面,为我国实现高质量的包括心理社会照护在内的全面癌症照护,积极探索建立“全方位、全周期”癌症管理模式提供理论依据/方法论。

国外癌症生存者照护模式研究进展及对我国的启示



扫描二维码
查看原文

陈睿¹, 杨君婷², 尹世全³, 程文静⁴, 刘跃华^{5, 6*}

【摘要】 随着癌症患者数量的日益增加,如何对癌症生存者进行照护和建立健全癌症生存者照护模式成为我国乃至全世界关注的焦点。我国癌症生存者照护模式仍处于起步阶段,癌症生存者照护存在缺陷且管理模式仍待改善。本文通过对国外癌症生存者照护模式进行梳理和总结,分析国外癌症生存者照护模式在流程优化、资源衔接、模式创新等方面的可借鉴之处,并结合我国癌症生存者照护现状,从分级诊疗、照护指南、人才建设、创新模式、制度政策方面提出建议,旨在为构建适合我国国情的癌症生存者照护模式提供参考。

【关键词】 癌症生存者; 生存照护模式; 癌症生存期; 综述

【中图分类号】 R 730.9 【文献标识码】 A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.274

陈睿, 杨君婷, 尹世全, 等. 国外癌症生存者照护模式研究进展及对我国的启示[J]. 中国全科医学, 2022, 25(4): 401-407, 415. [www.chinagp.net]

CHEN R, YANG J T, YIN S Q, et al. International cancer survivorship care models: recent advances and implications to China [J]. Chinese General Practice, 2022, 25(4): 401-407, 415.

International Cancer Survivorship Care Models: Recent Advances and Implications to China CHEN Rui¹, YANG Junting², YIN Shiquan³, CHENG Wenjing⁴, LIU Yuehua^{5, 6*}

1. Institute for Hospital Management of Tsinghua University, Shenzhen 518000, China

2. Peking University School of Public Health, Beijing 100191, China

3. Medical Record Department, Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College/National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer, Beijing 100021, China

4. Dong Fureng Economic & Social Development School, Wuhan University, Beijing 100010, China

5. China National Health Development Research Center, Beijing 100044, China

6. National Center for Comprehensive Evaluation of Drug and Health Technology, Beijing 100044, China

*Corresponding author: LIU Yuehua, Associate professor; E-mail: liu_yuehua@163.com

【Abstract】 With the increasing number of cancer patients, how to care for cancer survivors and establish a sound cancer survivorship care model has become a hot topic in China and even the world. The development of cancer survivorship care model in China is still in its infancy. There are some deficiencies in cancer care and the management needs to be improved. We reviewed the latest developments in foreign cancer care models, and analyzed the aspects that merit attention, such as care process improvement, resource convergence and model innovation, then based on current situation of cancer care in China, we advised

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(71804032)

1.518000 广东省深圳市, 清华大学医院管理研究院 2.100191 北京市, 北京大学公共卫生学院 3.100021 北京市, 国家癌症中心 国家肿瘤临床医学研究中心 中国医学科学院北京协和医学院肿瘤医院病案室 4.100010 北京市, 武汉大学董辅初经济社会发展研究院 5.100044 北京市, 国家卫生健康委卫生发展研究中心 6.100044 北京市, 国家药物和卫生技术综合评估中心

*通信作者: 刘跃华, 副研究员; E-mail: liu_yuehua@163.com

本文数字出版日期: 2021-11-10

from five aspects to facilitate domestic development of cancer survivorship care models; using tiered diagnosis and treatment to individualizedly manage cancer survivors, developing and improving cancer care guidelines, building a strong cancer care workforce, innovating cancer care management, and strengthening policy and institutional measures to reduce the cancer burden.

【Key words】 Cancer survivors; Survivorship care models; Cancer survivorship; Review

癌症已成为威胁我国,乃至全球人群健康的主要公共卫生问题之一。国际癌症研究机构(IARC)最新数据显示,2018年全球新增癌症确诊病例达1 810万例,其中我国新增癌症确诊病例近430万例,居世界之首^[1]。随着癌症筛查、诊疗技术的发展,癌症患者的生存率逐年提高。我国癌症患者五年生存率已从2003—2005年的30.9%增至2012—2015年的40.5%^[2]。如何为癌症幸存者提供高效、优质的照护,以解决癌症及其治疗对癌症幸存者近、远期生存质量产生的负面影响,引起了各国研究者的广泛关注。目前,国外已形成了覆盖癌症患者全生命周期(诊断-治疗-康复)的癌症幸存者照护模式^[3]。我国癌症幸存者照护领域研究起步较晚,癌症诊疗“重治疗、轻康复”的局面亟待扭转。我国距离提供高质量的癌症照护并建立行之有效的癌症幸存者照护模式这一目标仍有较大差距。针对我国在此方面的不足,本文从供需双方角度对国外癌症幸存者照护模式进行分类,对不同癌症幸存者照护模式的特点、适用阶段和人群、优势和不足之处及应用效果等进行介绍,并结合我国癌症幸存者照护现状,从分级诊疗、照护指南、人才建设、创新模式、制度政策方面提出建议,旨在为我国建立健全癌症幸存者照护模式提供参考。

1 癌症幸存者照护模式概述

随着癌症患者生命周期的延长,在过去的30年里,研究者和政策制定者对“癌症照护分期”的概念进行了广泛的讨论,但尚未达成共识。MULLAN^[4]于1985年在*New England Journal of Medicine*发表文章,提出将癌症患者的生存期分为3个阶段,即急性期(从癌症确诊到癌症基本治疗完成)、延续期(从癌症基本治疗完成到基本恢复正常生活状态,时间为出院1年内)和永久期(肿瘤基本消失时期,以年计算,直至生命的终点)。2005年美国医学研究所(IOM)和美国国家研究委员会(NRC)确定了4条癌症幸存者的照护标准:(1)预防癌症复发、新发癌症及其他远期并发症;(2)监测癌症转移、复发及第二原发癌的发生,评估癌症及其治疗给患者带来的心理、社会及身体影响;(3)对癌症及其治疗给患者带来的不良后果(医疗问题、癌症症状、心理问题、财务和社交问题)进行干预;(4)做好专科医生和基层医疗卫生人员之间的沟通协调工作,确保满足癌症幸存者的照护需求^[5]。癌症幸存者照护模式,即如何在癌症急性期、延续期和永久期3个阶段中,按照上述4条照护标准,并根据癌症幸存者自身特点、癌症种类的不同来调配医疗、社会、政府资源以为癌症生

存者提供全方位的照护,最终在满足癌症幸存者躯体、心理、情感、社会等方面需求的同时,完成个性化的癌症幸存者照护计划。

2 国外癌症幸存者照护模式分析

国外癌症幸存者照护模式类型多样,各具特色。本文以照护提供者类型、供方结构和需方特点作为分类依据,对国外癌症幸存者照护模式进行分类,并对每一种模式进行深入、系统地分析。国外癌症幸存者照护模式及其主要特点见表1。

2.1 按照照护提供者类型分类 2014年发表的一项研究预测,到2025年,美国肿瘤患者对肿瘤医疗服务的需求量预计将增长40%,而肿瘤专科医师数量仅增长25%^[6]。为了缓解因肿瘤专科医师资源短缺而造成的照护压力,国外癌症幸存者照护模式的主导者逐渐从肿瘤专科医师转变为非肿瘤专科医师。除肿瘤专家主导的照护模式外,按照照护的提供者类型分类,国外癌症幸存者照护模式常见类型还包括护士主导的照护模式、基层医师(PCP)主导的照护模式及共享照护模式^[7]。

2.1.1 肿瘤专家主导的照护模式 传统的由肿瘤专家主导的照护模式以肿瘤专科医师为主导者,以大型癌症中心为依托。在此模式下,肿瘤专科医师不仅要承担癌症幸存者急性期的诊疗任务,还需负责癌症幸存者延续期和永久期的照护工作。肿瘤专科医师主导的照护模式存在下列缺陷:(1)肿瘤专科医师的增长速度已无法满足日益增多的癌症幸存者的照护需求;(2)肿瘤专家主导的照护模式对于距离大型癌症中心较远或异地就医的癌症幸存者而言可及性较差,癌症幸存者结束癌症急性期治疗后继续在该中心接受生存期和永久期照护的可能性较低;(3)在肿瘤专家主导的照护模式下,癌症幸存者就医成本较高,故对于经济状况较差的癌症幸存者而言,肿瘤专家主导的照护模式一定程度上增加了其家庭经济负担^[3]。不可否认的是,肿瘤专家主导的照护模式专业性强。对于高风险癌症幸存者(多种癌症共患、高复发风险)而言,肿瘤专家主导的照护模式仍是首选模式^[3]。

2.1.2 护士主导的照护模式 护士主导的照护模式的出现,有效地缓解了癌症幸存者人数不断增加和肿瘤专科医师短缺之间的矛盾。在护士主导的照护模式下,已通过国际肿瘤护士协会等专业机构资格认证的护士可为癌症幸存者提供全程照护(急性期照护-生存期照护-永久期照护)^[8]。护士通常需要对癌症幸存者进行健康宣教,具有包括对癌症幸存者进行专业健康评估、出具

表1 国外癌症幸存者照护模式及其主要特点
Table 1 International cancer survivorship care models and their main characteristics

分类标准	模式名称	主要特点	适用阶段	主要适用人群	优点	缺点
提供者类型	肿瘤专家主导的照护模式	由肿瘤专科医师主导	癌症急性期、延续期和永久期	高风险（多种癌症共患、高复发风险）的癌症幸存者	照护专业性强	诊疗费用较高、资源有限；对于异地就医患者可行性不高
	护士主导的照护模式	由通过国际肿瘤护士协会等资格认证后的护士主导	癌症急性期、延续期和永久期	全部癌症幸存者	提升了医疗服务利用率，患者满意度高	与肿瘤专家主导的照护模式相比，专业性略显不足
	基层医师主导的照护模式	由基层医师（全科医生、家庭医生等）主导	癌症延续期和永久期	中、低风险的癌症幸存者	照护延续性强	与肿瘤专家主导的照护模式相比，专业性略显不足
	共享照护模式	非肿瘤专科医师和肿瘤专科医师共同参与	癌症急性期、延续期和永久期	全部癌症幸存者	缓解了肿瘤专科医师照护压力	涉及上、下转诊和责任医师更换，照护连续性不足
供方结构	跨学科诊所模式	由多学科专家组建的医疗团队参与癌症幸存者治疗方案的讨论及制定	癌症急性期、延续期和永久期	病情复杂、治疗难度高的癌症幸存者	诊疗水平、质量和效率高，为患者就诊提供了便利	费用高、消耗医疗资源较多
	顾问诊所模式	由多学科专家组建的医疗团队提供一次性、无后续随访的会诊服务	癌症延续期和永久期	全部癌症幸存者	相较于跨学科诊所模式，费用较为经济、资源消耗较少、程序简单	延续性低
	风险分层模式	不同风险等级癌症幸存者的照护工作，由不同类型医务人员主导	癌症急性期、延续期和永久期	全部癌症幸存者	实现了医疗资源的优化配置，提升了风险获益比	涉及上、下转诊和责任医师更换，照护连续性不足
	整合照护模式	由与肿瘤科医师同一团队的肿瘤护士主导	癌症延续期和永久期	距离该整合照护团队地理位置较近的癌症幸存者	资源整合性高、照护协调性和连续性较强	与肿瘤专家主导的模式相比，专业性略显不足；对于异地就医患者可及性不足
	基层过渡照护模式	由基层医师（全科医生、家庭医生等）主导	癌症延续期和永久期	全部癌症幸存者	缓解了肿瘤专科医师的照护压力，照护延续性强，患者幸福感较高	涉及上、下转诊和责任医师更换，照护协调性和连续性不足；与肿瘤专科医师间的责任不易界定
	需方特点	基于特定年龄段的照护模式	按照癌症幸存者不同年龄段的照护需求制定照护计划	癌症急性期、延续期和永久期	儿童、青年癌症幸存者	能够满足癌症幸存者不同年龄阶段的照护需求
基于特定癌症类型的照护模式		按癌症幸存者的癌症种类制定照护计划	癌症急性期、延续期和永久期	发病率高的癌症，如乳腺癌、前列腺癌	照护效率高、系统性强且资源集约	对于发病率较低的癌症，因癌症幸存者数量不足，此模式无法开展

诊断证明及决定其是否需要转诊/能否出院等在内的权限^[9]。英国、瑞典、澳大利亚等多个国家的学者开展研究对护士主导的照护模式的运行效果进行评价，认为该模式安全、可行^[10]，并且与传统照护模式相比，护士主导的照护模式在提升医疗服务利用率方面显现出明显优势，包括提高了化疗患者参与治疗的积极性（咨询次数增加、咨询时间延长）、缩短了化疗患者治疗等待时间^[8]、提高了化疗患者满意度^[11]、减轻了癌症幸存者医疗费用压力^[12]。此外，现有证据表明，护士主导的照护模式的应用还有助于缓解癌症幸存者的疼痛症状^[13-14]，提高其营养状况^[8]和生活质量^[13]，并改善其心理状态^[13]。

2.1.3 PCP主导的照护模式 在PCP主导的照护模式下，以家庭医生为代表的PCP首次与癌症幸存者接触后，即对癌症幸存者负有长期、连续性的照护职责。癌症幸存者度过癌症急性期后，其延续期和永久期的诊疗和照护方案均由PCP制定。相较于其他模式，PCP主导的照护模式延续性更强，尤其是由家庭医生主导的照护模式^[15]。首先，由于家庭医生与癌症幸存者长期接触，两者间具

备坚实的信任基础；其次，家庭医生对癌症幸存者的病史、社会环境状况、合并症和并发症发生情况有着深入了解这一优势，也有助于个体化治疗和照护方案的制定。研究表明，采用家庭医生主导的照护模式与实施肿瘤专家主导的照护模式相比，乳腺癌和结肠癌幸存者的临床结局差异不明显^[7, 16]；甚至有研究发现，家庭医生主导的照护模式下，癌症幸存者的满意度更高^[17]。目前，家庭医生主导的照护模式主要适用于合并症和并发症高发的老年癌症幸存者。

2.1.4 共享照护模式 2011年LIVESTRONG基金会呼吁：医疗机构间应建立转诊模式；可通过建立共享照护模式，由多方共同承担癌症幸存者的照护工作^[18]。共享照护模式强调的是协作，鼓励所有非肿瘤专科医师参与癌症幸存者的照护，以弥补肿瘤专科医师人力不足的缺陷。共享照护模式强调把以积极治疗为中心的癌症急性期的照护任务分配给肿瘤专科医师，把以长期照护为中心的癌症延续期和永久期的照护任务分配给非肿瘤专科医师^[19]。共享照护模式的常见类型包括风险分层模式、整合照护模式和基层过渡照护模式等。共享照护模

式将癌症生存者的照护任务以生存阶段为依据进行了分配,减轻了肿瘤专科医师的照护压力,但该模式涉及上、下转诊和责任医师的更换,给照护的连续性带来了一定的挑战。

2.2 按供方结构分类 癌症生存者照护服务主要是由医疗卫生机构来提供的。根据供方组织医疗资源、提供医疗服务的方式又可将癌症生存者照护模式分为两类,即横向照护模式和纵向照护模式。横向照护模式侧重于整合多个学科团队的资源以为癌症生存者提供照护,常见类型包括跨学科诊所模式和顾问诊所模式。纵向照护模式重点强调转诊,即在某一特定情境、时间点把癌症生存者交给适合的医疗团队。风险分层模式、整合照护模式、基层过渡照护模式都属于纵向照护模式的范畴。按供方分类的癌症生存者照护模式见图 1。

2.2.1 横向照护模式

2.2.1.1 跨学科诊所模式 癌症诊断、治疗与康复过程涉及多个学科,同时癌症生存者照护高度注重个性化。传统单学科诊疗模式常不能满足癌症生存者在不同生存阶段的信息和照护需求。为了对自身健康状况做出全面评估,癌症生存者在前往肿瘤专科就诊的同时,常需要向其他学科或领域的专家进行咨询。在不同时间段、不同地点与不同学科或领域专家进行沟通交流给癌症生存者带来了“多科室间往返”“治疗方案不统一”等问题。跨学科诊所模式充分体现了“以人为本、以患者为中心”的服务理念。跨学科诊所模式通过为癌症生存者同时召集与癌症诊治相关的不同学科或领域的专家共同讨论、制定治疗方案,以期对癌症生存者提供多学科、一站式的会诊服务。例如,荷兰的跨学科诊所邀请了肿瘤科专家、心理学家、内科医师及顾问医师(遗传基因学家、牙医、营养师)等共同参与癌症生存者的病情讨论^[20]。该模式在提高癌症生存者就诊便利度的同时,也为其提供了同时与不同学科或领域专家面对面交流的机会。在这一模式下,个体化的癌症生存者照护计划得以精准制定、执行,且癌症生存者能够享受到更为专业、优质的照护服务。值得注意的是,因需要同时召集多个学科或领域的专家,跨学科诊所模式需要消耗大量的医疗资源,运行成本较高,这也导致该模式相较于其他照护模式而言使用频率较低。目前,跨学科诊所模式主要适用于儿科生存诊所^[21]或病情复杂、治疗难度高的癌症生存者。美国费城儿童医院医务人员发现,与传统照护模式相比,跨学科诊所模式下,癌症生存者的满意度更高且长期随访的依从性更好,这也使得医务人员能够更为及时地发现癌症生存者出现的身心问题^[22]。

2.2.1.2 顾问诊所模式 顾问诊所模式是国外较为常见且普遍开展的癌症生存者照护模式。顾问诊所以急性期治疗完成后进入延续期和永久期的癌症生存者为服务对象,特点是一次性、无随访。癌症生存者在顾

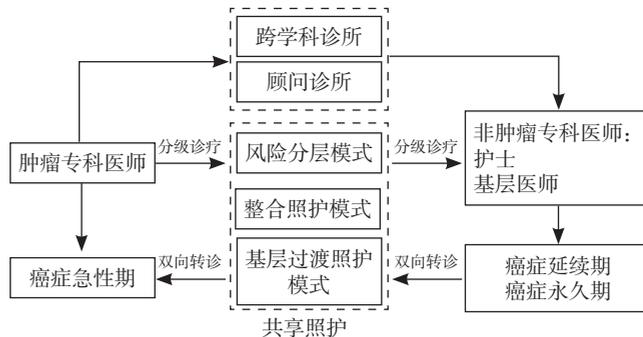


图 1 按供方结构分类的癌症生存者照护模式
Figure 1 Supply-side cancer survivorship care models

问诊所的诊疗结束后,仍由原先负责其照护的医疗团队对其进行长期照护。顾问诊所通常由不同学科的专家组成,可满足癌症生存者多层次、多样化、个性化的健康需求,并可根据癌症生存者特定的需求来“量身定制”照护计划,提供包括癌症复发筛查、迟发效应照护等在内的一系列以癌症生存为中心的照护服务,服务甚至涵盖癌症遗传咨询、整合医疗等^[23]。与跨学科诊所模式相比,顾问诊所模式所消耗的医疗资源较少^[24]。在一项对乳腺癌生存者展开的调查中发现,顾问诊所模式开展后,肿瘤专科医师和癌症生存者均表现出了更高的满意度,且癌症生存者的诊疗依从性亦得到了大幅度的提高^[25]。有研究者建议,癌症生存者应在急性期治疗完成后的 3~6 个月内至顾问诊所进行生存咨询^[26]。

2.2.2 纵向照护模式

2.2.2.1 风险分层模式 风险分层模式的核心是根据癌症生存者的健康风险等级的变化来调整照护方案。风险分层模式常与其他照护模式联合使用。风险分层模式使得不同风险程度癌症生存者的照护需求得以满足的同时,也使得医疗资源配置更加合理。在此模式下,中、低风险癌症生存者的身心健康得以保障,稀缺的肿瘤专科医疗资源尽可能向高风险癌症生存者倾斜。

风险分层模式是对癌症生存者按照一定的标准(癌症分期、复发可能性、并发症发生情况等)进行风险评估并进行风险分层后,依据分级照护方案为癌症生存者提供细节不同的照护^[27-28]。2013 年, MCCABE 等^[23]根据癌症生存者是否接受化疗及对化疗的耐受程度、是否服用毒性药物及对毒性药物的耐受程度,以及癌症的治疗方式等将癌症生存者分为高风险、中风险、低风险 3 类;运用风险分层模式将不同风险等级的癌症生存者不同生存阶段中的照护和随访责任归属进行了划分。对于高、中、低风险的癌症生存者,其急性期的诊疗工作均由肿瘤专科医师负责,同样地,其延续期和永久期的照护任务主要由 PCP 承担。三者间的差异主要体现在长期随访项目的责任人上:对于高风险癌症生存者,长期随访任务由肿瘤专科医师承担;对于低风险癌症生

存者，长期随访任务由 PCP 承担；对于中风险癌症生存者，在延续期和永久期前期由肿瘤专科医师承担随访任务，而在永久期后期随访工作则由 PCP 负责。

2.2.2.2 整合照护模式 在资源整合性较高的整合照护模式下，当癌症生存者度过了由肿瘤专科医师主导照护工作的癌症急性期后，其延续期和永久期的照护由肿瘤专科医师所在团队的肿瘤护士提供，即整个癌症生存期的照护服务由同一个照护团队的不同成员提供^[23]。从癌症生存者角度而言，由肿瘤专科医师所在团队的肿瘤护士提供延续期和永久期的照护服务，其对照护的适应性更强；从医疗团队的角度出发，肿瘤护士提供延续期和永久期照护服务减轻了肿瘤专科医师的照护负担。与其他照护模式相比，整合照护模式具有较高的协调性和持续性，这可能与肿瘤专科医师所在团队的肿瘤护士更为熟悉癌症生存者的病情，且随时可以与肿瘤专科医师进行沟通交流以调整照护方案有关。

2.2.2.3 基层过渡照护模式 基层过渡照护模式起源于美国现有的慢性病管理模式^[29]。在基层过渡照护模式下，癌症生存者完成癌症积极治疗后，经评估符合条件，即可下转至基层医疗卫生机构并在基层医疗卫生机构接受癌症生存期照护^[19]。该模式有效缓解了肿瘤专科医师的照护压力，并将延续期和永久期照护任务下放至基层^[19]。基层过渡照护模式适用人群广泛，但研究表明，相较于其他照护模式，结肠癌、直肠癌生存者更倾向于选择基层过渡照护模式^[30]。基层过渡照护模式常与风险分层模式结合使用，当癌症生存者处于低风险时，可继续由 PCP 提供照护服务，一旦癌症生存者的风险程度转变为高风险，癌症生存者则须被转诊至肿瘤专科医师处接受照护。基层过渡照护模式更加关注的是癌症生存者的幸福感，而非癌症本身。对于老年癌症生存者而言，其更加关注癌症合并症及癌症治疗过程中出现的不良反应所带来的痛苦，而非癌症本身，故基层过渡照护模式在此类人群中具有独特的运用价值。相较于其他照护模式，基层过渡照护模式下，照护的持续性和协调性有所下降，且肿瘤专科医师和 PCP 间可能存在沟通不良和 / 或合作衔接不足，同时可能需要一套规范或完整的框架来明确肿瘤专科医师和 PCP 间的责任划分，分清二者间的责任归属，以免引发争议。

2.3 按需方特点分类 癌症生存者照护模式从需方特点出发可以分为基于特定年龄段的照护模式和基于特定癌症类型的照护模式两类。基于需方特点的癌症生存者照护模式充分体现了“以患者为中心”的服务理念，可实现对单一群体进行个性化、高度集中、资源集约的照护，多适用于癌症生存者年龄层次偏低或数量较多的群体，如儿童癌症生存者、青年癌症生存者、乳腺癌生存者和前列腺癌生存者等。

2.3.1 基于特定年龄段的照护模式 按照癌症生存者的年龄段来制定相应的癌症生存者照护计划，具有代表性的例子为儿童癌症长期随访项目。据报道，大约 2/3 的儿童癌症生存者将发生迟发效应^[31]，而迟发效应的明显症状和不良后果可能在患癌 10~20 年甚至 60 年后才显现^[32]。为了监测迟发效应的发生，致力于儿童和青少年癌症诊治的医疗卫生机构制定了专门的长期随访计划^[33-34]。长期随访团队通常由多学科专家组成，包括儿科肿瘤专家、肿瘤科护士、社会工作者和心理学家等。儿童癌症生存者一般在停止癌症积极治疗 2 年后从肿瘤治疗团队交接至长期随访团队。长期随访团队通常每年对癌症生存者进行 1 次跟踪观察，并向癌症生存者提供基于风险分层的照护服务，包括健康宣教及监测癌症复发、第二原发癌和迟发效应的发生等。为了给儿童癌症生存者提供更为优质的长期随访服务，北美、荷兰、英国等国家和地区联合发布了关于儿童和青年癌症生存者迟发效应的监测指南^[35]。指南以量化的循证医学证据和专家咨询结果为依据，重点围绕 5 个关键问题进行制定，即监测的服务对象、监测的开始时间、监测的频率、监测的方式和发现健康问题后的应对策略。

2.3.2 基于特定癌症类型的照护模式 基于特定癌症类型的照护模式是从癌症生存者患癌类别出发，将同一类别的癌症生存者纳入同一照护项目中，并根据该类癌症的特点为癌症生存者提供系统、全方位照护的模式。美国临床肿瘤学会 (ASCO) 为乳腺癌、直肠癌、肺癌、前列腺癌生存者制定了生存照护计划表格^[36]，以便于为上述类型的癌症生存者提供具有针对性的照护服务。以乳腺癌为例，ASCO 发现，美国乳腺癌生存者多存在相同的健康问题，如淋巴水肿 / 抑郁 / 心脏病发病风险明显增加、身材改变、体质量增加，故在针对乳腺癌生存者构建的照护模式中，ASCO 开发了针对上述健康问题的乳腺癌物理康复前瞻性监测模型。该模型的开发与运用可为乳腺癌并发症的早期筛查提供科学依据，可为乳腺癌并发症预防、干预策略的制定提供借鉴，可明显提升照护的效率和效果，并提高乳腺癌生存者对照护的满意度^[37]。

3 对我国癌症生存者照护的建议

目前，我国的癌症生存者照护主要存在医疗资源配置不均、专业人员数量不足且能力参差不齐、基层照护缺失、“医院 - 社区”缺乏有效协作、信息断层和服务延续性不足等问题。面对我国癌症生存者人数不断增加、癌症新发病例数为全球之最这一现状，我国应建立高质量的癌症生存者照护模式，在关注癌症急性期治疗的同时，促进延续期和永久期照护模式化、规范化。笔者认为，可从以下 5 个领域出发全面实现癌症生存者的优质照护。

3.1 优化现有医疗资源，利用分级、分层管理路径实现

癌症生存者的个性化管理 随着交叉学科的发展,分级管理模式逐渐被应用于糖尿病、高血压等慢性病的管理,其核心为实行“医院-社区(基层医疗卫生机构)”的上下联动,构建不同等级、同等级别不同类型医疗机构间的转诊体系,旨在切实保障患者生命健康,并在为其提供优质医疗服务的同时,优化医疗资源配置,提高服务体系整体效能。我国可在充分考虑癌症生存者的个体化照护需求的前提下,根据癌症生存者的年龄、癌症类型、身心状况、并发症发生情况,对其进行风险分层;以“按需治、低风险基层治、高风险三级甲等治”为原则,以“癌症急性期三级甲等治,延续期和永久期基层看”为分流目的,构建癌症的分级管理模式,最终使不同风险等级的癌症生存者在不同的生存阶段均能够获取与其风险层次相匹配的医疗资源。

3.2 制定和健全癌症延续期和永久期照护指南,构建标准化癌症生存者照护模式和流程 目前,我国构建的癌症生存期照护指南多聚焦癌症急性期,对于癌症延续期和永久期的关注度不足。建议抗癌协会、学术机构牵头建立针对癌症延续期和永久期的照护指南,可参考WHO指南制定方法与流程,组织肿瘤学、内科学、康复学、药理学、护理学、心理学、营养学、遗传学等领域的专家共同开发。推荐意见领域应聚焦预防癌症复发、新发癌症及其他远期并发症,监测癌症转移、复发及第二原发癌发生,评估癌症及其治疗给患者躯体、心理、社会、财务等方面带来的不良影响,干预癌症及其治疗给患者带来的不良后果,健康教育与促进等方面。必要时可加强与国外专家的交流与合作,听取国外专家对于指南开发的建议与意见,以提升指南质量。另外,鉴于我国地域辽阔且各省份的基层医疗水平差异较大,各省份的抗癌协会应与当地卫生行政部门、医疗机构合作,共同推动适合本土的癌症生存者照护模式的建立健全和发展,以缓解大型癌症中心的接诊压力。在建立健全癌症生存者照护模式的同时,需制定相应的照护标准与流程,完善照护质量监测体系,并搭建基层医疗卫生机构与肿瘤专科(综合性)医疗机构间的沟通与合作“桥梁”,以更好地保障优质照护服务的延续性。建立流程过程中需由多方共同商议,并通过开展行动研究,不断优化,以确保流程有效、友好、可及。

3.3 加强癌症照护团队建设,培养多种癌症照护人才 目前,我国癌症照护的提供者面临数量不足、质量参差不齐的双重挑战。我国在加大对肿瘤专科医师培养力度的同时,应鼓励护理人员、PCP等加入癌症生存者的照护团队。以护理人员为例,国际肿瘤护士协会规定,为癌症生存者提供照护的护理人员必须取得相应资质认证并通过相关照护培训^[11]。下一步,我国须建立健全癌症照护服务提供者相关培训体系和资质认证机制,以确保乐于为癌症生存者提供照护服务的护理人员、PCP

具备照护资格的同时,增强其照护水平和能力,以切实保障照护的质量。此外,也可充分调动社会的力量,拓宽与癌症志愿组织的合作路径,鼓励更多志愿者帮扶癌症生存者,以缓解癌症生存者面临的情感、行为、社会、心理等方面的压力。

3.4 创新管理模式,利用远程医疗和互联网监测技术助力癌症生存者照护 远程医疗作为现代前沿医疗信息技术的发展方向,可降低医疗综合成本(治疗、出行和时间成本),并给异地就医、行动不便的患者提供更为经济、便利的就医路径,尤其在新型冠状病毒肺炎疫情防控等特殊情况下,远程医疗和互联网监测技术可为实现远距离的医患交流、医疗服务筑起“桥梁”。自20世纪90年代起,远程医疗就已在美国得到了运用,远程肿瘤学已被证明能够在降低医疗综合成本的同时,有效提高癌症照护水平^[38]。我国医疗机构可充分借鉴发达国家经验,利用远程医疗和互联网监测技术为癌症生存者提供包括远程肿瘤遗传学、远程肿瘤病理学等在内的远程肿瘤专科服务,并通过开发相关应用软件,开展远程化疗监督、远程症状管理和远程姑息治疗等服务,以助力“线下”癌症照护,从而实现“线下”与“线上”服务的优势互补^[38]。远程医疗和互联网监测技术亦存在局限性,主要表现在:(1)因无法对癌症生存者进行实验室检查或基本查体,医务人员无法判断癌症生存者的病情;(2)医患交流不畅可能导致服务质量下降或过度医疗;(3)对于老年癌症生存者而言,远程医疗及互联网监测技术可及性较差。未来,仍需制定针对性的策略以弥补上述不足。

3.5 加强政策和制度保障,逐步将癌症生存期照护纳入医保范畴 政府也应通过制定政策,以医保为导向,以风险分层为准则,鼓励一般症状治疗者、低危癌症生存者至基层医疗卫生机构接受照护。可通过创新医保在基层医疗卫生机构癌症照护中的支付机制,以期为癌症生存者提供强有力的经济支持的同时,实现医疗资源配置最优解,例如,制定专门的医保支付政策,用于支付癌症生存期服务包费用和医药费用;拉大依据医院等级施行差异化医保报销比例的差距等。

作者贡献:陈睿负责文章的构思与设计、文献/资料整理、论文撰写、英文的修订;陈睿、程文静负责文献/资料收集;杨君婷负责论文的修订;尹世全负责文章的质量控制及审校;刘跃华负责文章的可行性分析,并对文章整体负责。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] International Agency for Research on Cancer. The cancer atlas (3rd edition) [EB/OL]. (2019-10-17) [2020-12-15]. https://canceratlas.cancer.org/wp-content/uploads/2019/10/ACS_CA3_Book.pdf.

- [2] ZENG H, CHEN W, ZHENG R, et al. Changing cancer survival in China during 2003—2015: a pooled analysis of 17 population-based cancer registries [J]. *Lancet Glob Health*, 2018, 6 (5): e555–567. DOI: 10.1016/S2214–109X(18)30127–X.
- [3] MILLER K D, PANDEY M, JAIN R, et al. Cancer survivorship and models of survivorship care: a review [J]. *Am J Clin Oncol*, 2015, 38 (6): 627–633. DOI: 10.1097/COC.000000000000153.
- [4] MULLAN F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer [J]. *N Engl J Med*, 1985, 313 (7): 270–273. DOI: 10.1056/NEJM198507253130421.
- [5] HEWITT M, GREENFIELD S, STOVALL E. From cancer patient to cancer survivor: lost in transition [M]. Washington: National Academies Press, 2005.
- [6] YANG W, WILLIAMS J H, HOGAN P F, et al. Projected supply of and demand for oncologists and radiation oncologists through 2025: an aging, better-insured population will result in shortage [J]. *J Oncol Pract*, 2014, 10 (1): 39–45. DOI: 10.1200/JOP.2013.001319.
- [7] HOWELL D, HACK T, OLIVER T, et al. Models of care for post-treatment follow-up of adult cancer survivors: a systematic review and quality appraisal of the evidence [J]. *J Cancer Surviv*, 2012, 6 (4): 359–371. DOI: 10.1007/s11764–012–0232–z.
- [8] WELLS M, DONNAN P T, SHARP L, et al. A study to evaluate nurse-led on-treatment review for patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer [J]. *J Clin Nurs*, 2008, 17 (11): 1428–1439. DOI: 10.1111/j.1365–2702.2007.01976.x.
- [9] Oncology Nursing Certification Corporation. What is nursing certification [EB/OL]. (2020–10–01) [2020–12–01]. <https://www.oncc.org/frequently-asked-questions>.
- [10] CORNER J. The role of nurse-led care in cancer management [J]. *Lancet Oncol*, 2003, 4 (10): 631–636. DOI: 10.1016/S1470–2045(03)01223–3.
- [11] LAI X, WONG F K, LEUNG C W, et al. Development and assessment of the feasibility of a nurse-led care program for cancer patients in a chemotherapy day center: results of the pilot study [J]. *Cancer Nurs*, 2015, 38 (5): e1–12. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000192.
- [12] DOYA L, CAMERON A. Reshaping the NHS workforce: necessary changes are constrained by professional structures from the past [J]. *BMJ*, 2000, 320 (4): 1023. DOI: 10.1136/bmj.320.7241.1023.
- [13] BAKITAS M, LYONS K D, HEGEL M T, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the project enable II randomized controlled trial [J]. *JAMA*, 2009, 302 (7): 741–749. DOI: 10.1001/jama.2009.1198.
- [14] VANDERMEULEN I, MAY A, DELEEUEW J, et al. Long-term effect of a nurse-led psychosocial intervention on health-related quality of life in patients with head and neck cancer: a randomised controlled trial [J]. *Br J Cancer*, 2014, 110 (3): 593–601. DOI: 10.1038/bjc.2013.733.
- [15] EASLEY J, MIEDEMA B, OBRIEN M, et al. The role of family physicians in cancer care: perspectives of primary and specialty care providers [J]. *Curr Oncol*, 2017, 24 (2): 75. DOI: 10.3747/co.24.3447.
- [16] WATTCHOW D A, WELLER D P, ESTERMAN A, et al. General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial [J]. *Br J Cancer*, 2006, 94 (8): 1116–1121. DOI: 10.1038/sj.bjc.6603052.
- [17] GRUNFELD E, MANT D, YUDKIN P, et al. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial [J]. *BMJ*, 1996, 313 (9): 665–669. DOI: 10.1136/bmj.313.7058.665.
- [18] RECHIS R, BECKJORD E, ARVEY S, et al. The essential elements of survivorship care: a livestrong brief [EB/OL]. (2011–12–20) [2020–09–15]. <https://www.livestrong.org/sites/default/files/what-we-do/reports/essentialelementsbrief.pdf>.
- [19] NEKHLYUDOV L, O'MALLEY D M, HUDSON S V. Integrating primary care providers in the care of cancer survivors: gaps in evidence and future opportunities [J]. *Lancet Oncol*, 2017, 18 (1): e30–38. DOI: 10.1016/S1470–2045(16)30570–8.
- [20] LOONEN J J, BLIJLEEVENS N M, PRINS J, et al. Cancer survivorship care: person centered care in a multidisciplinary shared care model [J]. *Int J Integr Care*, 2018, 18 (1): 4. DOI: 10.5334/ijic.3046.
- [21] MCCABE M S, JACOBS L A. Clinical update: survivorship care-models and programs [J]. *Semin Oncol Nurs*, 2012, 28 (3): e1–8. DOI: 10.1016/j.soncn.2012.05.001.
- [22] CARLSON C A, HOBBIE W L, BROGNA M, et al. A multidisciplinary model of care for childhood cancer survivors with complex medical needs [J]. *J Pediatr Oncol Nurs*, 2008, 25 (1): 7–13. DOI: 10.1177/1043454207311741.
- [23] MCCABE M S, PARTRIDGE A H, GRUNFELD E, et al. Risk-based health care, the cancer survivor, the oncologist, and the primary care physician [J]. *Semin Oncol*, 2013, 40 (6): 804–812. DOI: 10.1053/j.seminoncol.2013.09.004.
- [24] ECONOMOU D, CORCORAN S. Incorporating a survivorship clinic into practice [J]. *J Adv Pract Oncol*, 2016, 7 (3): 343.
- [25] LU K Y, LEE T M, LANIGAN M, et al. A community based consultative survivorship program for breast cancer survivors [J]. *J Clin Oncol*, 2018, 36 (s7): 47. DOI: 10.1200/JCO.2018.36.7_suppl.47.
- [26] BUGOS K, STENGER S, SEGURA-SMITH A, et al. Integrating cancer survivorship care into allogeneic BMT recovery [J]. *J Clin Oncol*, 2017, 35 (s5): 39. DOI: 10.1200/JCO.2017.35.5_suppl.39.
- [27] WALLACE W H, BLACKLAY A, EISER C, et al. Developing strategies for long term follow up of survivors of childhood cancer [J]. *BMJ*, 2001, 323 (8): 271–274. DOI: 10.1136/bmj.323.7307.271.
- [28] EISER C, ABSOLOM K, GREENFIELD D, et al. Follow-up after childhood cancer: evaluation of a three-level model [J]. *Eur J Cancer*, 2006, 42 (18): 3186–3190. DOI: 10.1016/j.ejca.2006.08.001.
- [29] CIARDULLO A, DAGHIO M, BRUNETTI M, et al. Changes in long-term glycemic control and performance indicators in a cohort of type 2 diabetic patients cared for by general practitioners: findings from the "Modena Diabetes Project" [J]. *Nutr Metab Cardiovasc*, 2003, 13 (6): 372–376. DOI: 10.1016/S0939–4753(03)80006–6.

- the Chinese version of the Short-Form Supportive Care Needs Survey Questionnaire (SCNS-SF34) [J]. *Health Qual Life Outcomes*, 2020, 18 (1): 29. DOI: 10.1186/s12955-020-01289-0.
- [14] HAN Y, ZHOU Y, WANG J, et al. Psychometric testing of the Mandarin version of the 34-item Short-Form Supportive Care Needs Survey in patients with cancer in mainland China [J]. *Support Care Cancer*, 2017, 25 (11): 3329-3338.
- [15] LI W W Y, LAM W W T, SHUN S C, et al. Psychometric assessment of the Chinese version of the Supportive Care Needs Survey Short-Form (SCNS-SF34-C) among Hong Kong and Taiwan Chinese colorectal cancer patients [J]. *PLoS One*, 2013, 8 (10): e75755. DOI: 10.1371/journal.pone.0075755.
- [16] LYU J X, YIN L, CHENG P, et al. Reliability and validity of the Mandarin version of the Supportive Care Needs Survey Short-Form (SCNS-SF34) and the Head and Neck Cancer-Specific Supportive Care Needs (SCNS-HNC) module [J]. *BMC Health Serv Res*, 2020, 20 (1): 956. DOI: 10.1186/s12913-020-05793-3.
- [17] 杨璞. 34 条目癌症患者支持性需求简明问卷中文版的信效度分析 [J]. *医学研究生学报*, 2016, 29 (6): 610-615.
- [18] HU C C, YOU K L, TSAI L Y, et al. Validation of the Supportive Care Needs Survey Screening Tool Chinese version for patients with head and neck cancer in Taiwan [J]. *J Nurs Res*, 2019, 27 (6): e50. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000360.
- [19] 赵新爽, 张洛灵, 李转珍. 癌症患者综合需求评估量表的汉化及信效度检验 [J]. *中华护理杂志*, 2017, 52 (1): 34-39. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2017.01.007.
- ZHAO X S, ZHANG L L, LI Z Z. Validation of Chinese version of the Comprehensive Needs Assessment Tool for cancer patients [J]. *Chin J Nurs*, 2017, 52 (1): 34-39. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2017.01.007.
- [20] 寇红艳, 段迎, 唐小丽, 等. 中文版癌症病人信息需求简明问卷的汉化及信效度测评 [J]. *护理研究*, 2016, 30 (26): 3263-3266. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6493.2016.26.021.
- [21] 徐琳, 刘方. 癌症需求简明问卷的汉化及信效度检验 [J]. *中国实用护理杂志*, 2014, 30 (26): 57-59. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2014.26.017.
- XU L, LIU F. Reliability and validity of Chinese version of Career Needs Questionnaires Short-Form [J]. *Chin J Prac Nurs*, 2014, 30 (26): 57-59. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2014.26.017.
- [22] LI Q P, XU Y H, LIN Y, et al. Psychometric properties of the Chinese version of the Cancer Survivors' Unmet Needs measure [J]. *Eur J Oncol Nurs*, 2020, 46 (16): 101772. DOI: 10.1016/j.ejon.2020.101772.
- [23] XING W J, SO W K W, CHOI K C, et al. Translation and psychometric testing of Cancer Survivors' Unmet Needs, Chinese version [J]. *Asia Pac J Clin Oncol*, 2019, 15 (5): e142-146. DOI: 10.1111/ajco.13137.
- [24] 闫婷婷. 癌症患者未满足需求简明量表的汉化及应用研究 [D]. 郑州: 郑州大学, 2018.
- [25] 付菊芳. 晚期癌症病人需求评估体系构建及临床初步应用研究 [D]. 陕西: 第四军医大学, 2004.
- [26] 段娇博, 陈长生, 宋汉歌, 等. 晚期癌症患者需求评估表简表 ACNQ-29 的制定 [J]. *中国实用护理杂志*, 2012, 28 (22): 84-86. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2012.22.039.
- DUAN J B, CHENG C S, SONG H G, et al. Development of the short version of Advanced Cancer patient Needs Questionnaire [J]. *Chin J Prac Nurs*, 2012, 28 (22): 84-86. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2012.22.039.
- [27] 王松涛. 探索性因子分析与验证性因子分析比较研究 [J]. *兰州学刊*, 2006, 27 (5): 155-156.
- (收稿日期: 2021-10-20; 修回日期: 2021-12-19)
(本文编辑: 陈俊杉)

(上接第 407 页)

- [30] EARLE C C, NEVILLE B A. Under use of necessary care among cancer survivors [J]. *Cancer*, 2004, 101 (8): 1712-1719. DOI: 10.1002/cncr.20560.
- [31] OEFFINGER K C, MERTENS A C, SKLAR C A, et al. Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer [J]. *N Engl J Med*, 2006, 355 (15): 1572-1582. DOI: 10.1056/NEJMsa060185.
- [32] GEENEN M M, CARDOUS-UBBINK M C, KREMER L C, et al. Medical assessment of adverse health outcomes in long-term survivors of childhood cancer [J]. *JAMA*, 2007, 297 (24): 2705-2715. DOI: 10.1001/jama.297.24.2705.
- [33] FERRELL B, DOW K H, GRANT M. Measurement of the quality of life in cancer survivors [J]. *Qual Life Res*, 1995, 4 (6): 523-531. DOI: 10.1007/BF00634747.
- [34] OEFFINGER K C, ESHELMAN D A, TOMLINSON G E, et al. Programs for adult survivors of childhood cancer [J]. *J Clin Oncol*, 1998, 16 (8): 2864-2867. DOI: 10.1200/JCO.1998.16.8.2864.
- [35] KREMER L C, MULDER R L, OEFFINGER K C, et al. A worldwide collaboration to harmonize guidelines for the long-term follow-up of childhood and young adult cancer survivors: a report from the International late effects of childhood cancer guideline harmonization group [J]. *Pediatr Blood Cancer*, 2013, 60 (4): 543-549. DOI: 10.1002/pbc.24445.
- [36] American Society of Clinical Oncology. ASCO cancer treatment and survivorship care plans [EB/OL]. (2020-09-07) [2020-12-15]. <https://www.cancer.net/survivorship/follow-care-after-cancer-treatment/asco-cancer-treatment-and-survivorship-care-plans>.
- [37] STOUT N L, BINKLEY J M, SCHMITZ K H, et al. A prospective surveillance model for rehabilitation for women with breast cancer [J]. *Cancer*, 2012, 118 (s8): 2191-2200. DOI: 10.1002/cncr.27476.
- [38] SIRINTRAPUN S J, LOPEZ A M. Telemedicine in cancer care [J]. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, 2018, 38 (5): 540-545. DOI: 10.1200/EDBK_200141.
- (收稿日期: 2021-03-16; 修回日期: 2021-07-07)
(本文编辑: 陈俊杉)