

论著·临床研究

个案管理模式下老年乳腺癌患者辅助治疗依从性分析

董晓晶¹, 张 男¹, 甘 露¹, 吴怡颖¹, 陈允允¹, 方 琼²

1. 上海交通大学医学院附属瑞金医院乳腺疾病诊治中心, 上海 200025; 2. 上海交通大学医学院附属瑞金医院护理部, 上海 200025

[摘要] **目的**·了解个案管理模式下老年乳腺癌患者(≥65岁)治疗依从性现状,探讨人口学和疾病相关资料对其依从性的影响。**方法**·选取2013年3月至2016年8月在上海交通大学医学院附属瑞金医院治疗并术后接受个案管理模式老年乳腺癌患者654例,收集人口学和疾病相关资料,分析其对多学科专家集体制定诊疗(multi-disciplinary treatment, MDT)方案的依从性;采用 χ^2 检验分析患者人口学和疾病相关资料对整体治疗依从性的影响,并将有统计学意义的因素纳入Logistic回归模型,进一步分析老年患者治疗依从性及其影响因素。**结果**·入选患者中603例(92.20%)需要一种或多种辅助治疗,患者对综合辅助治疗依从性为88.05%;MDT方案中45.94%、45.61%、80.93%和12.94%的患者分别需要接受化学治疗(化疗)、放射治疗(放疗)、内分泌治疗和靶向治疗,患者对上述治疗的实际依从性分别为91.34%、88.73%、93.65%(中位时间44.16个月)和82.05%。根据老年乳腺癌患者需要接受综合治疗种类分析,发现接受1种、2种、3种、4种治疗的依从性分别为94.30%、83.68%、87.20%、60.00%;对人口学和疾病相关资料进行分析,显示年龄和患者进行的综合治疗种类是影响老年乳腺癌患者术后综合辅助治疗依从性的重要因素(均 $P<0.05$);再者,患者文化程度是影响其化疗和放疗单项治疗依从性的因素($P<0.05$);此外,患者淋巴结转移情况是化疗依从性的影响因素($P<0.05$)。**结论**·个案管理模式有助于提高老年乳腺癌患者辅助治疗依从性。进一步提高老年患者辅助治疗依从性尤其需要关注年龄>74岁、文化程度较低、淋巴结阴性以及需要接受综合治疗种类较多的患者。

[关键词] 老年乳腺癌;多学科诊疗;治疗依从性;个案管理

[DOI] 10.3969/j.issn.1674-8115.2019.02.012 **[中图分类号]** R737.901 **[文献标志码]** A

Compliance analysis of adjuvant therapy in elderly patients with breast cancer under case-management model

DONG Xiao-jing¹, ZHANG Nan¹, GAN Lu¹, WU Yi-ying¹, CHEN Yun-yun¹, FANG Qiong²

1. Comprehensive Breast Health Center, Ruijin Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200025, China; 2. Nursing Department, Ruijin Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200025, China

[Abstract] **Objective**·To investigate the current status of adjuvant therapy compliance in elderly breast cancer patients (≥65 years old) attended the case-management model and to analyze the impact of demographic characteristics and clinical features on adjuvant therapy compliance. **Methods**·This study enrolled 654 elderly early breast cancer patients who were treated in Ruijin Hospital and subsequently accepted case-management model between March 2013 and August 2016. Data on patients' compliance to adjuvant therapies which were designed by multidisciplinary treatment (MDT) were collected. The correlation of patients' adjuvant therapy compliance with demographic characteristics and clinical features were evaluated using χ^2 test. The statistically significant variables were taken and the corresponding impact on adjuvant therapy compliance were further analyzed using multiple Logistic regression model. **Results**·In this study, 603 (92.20%) elderly breast cancer patients were treated with one or a combination of adjuvant therapies according to MDT discussion/recommendation. Overall patients' compliance to adjuvant therapy was 88.05%. 45.94% patients were required adjuvant chemotherapy, of which 91.34% patients complied in reality; 45.61% patients were required adjuvant radiotherapy, of which 88.73% patients complied in reality; 80.93% patients were required adjuvant endocrine therapy, of which 93.65% (median treatment duration 44.16 months) patients complied in reality; 12.94% patients were required adjuvant targeted therapy, of which 82.05% patients complied in reality. By number of adjuvant therapies that elderly early breast cancer patients were required, patients' compliance to one, two, three and four adjuvant therapies amounted to 94.30%, 83.68%, 87.20% and 60.00% respectively. The results from analysis of demographic characteristics and clinical features revealed that, age and number of adjuvant therapies had significant impact on adjuvant therapy compliance in elderly breast cancer patients ($P<0.05$). Furthermore, patients' education level showed strong correlation with patients' compliance to adjuvant chemotherapy and adjuvant radiotherapy ($P<0.05$). Additionally metastasis to lymph nodes impacted on patients' compliance to adjuvant chemotherapy ($P<0.05$). **Conclusion**·Case-management model is beneficial to improve adjuvant therapy compliance after surgery in elderly breast cancer patients. To further increase patients' compliance, more efforts should be invested to help patients older than 74 years old, with lower education level, negative lymph nodes and more types of comprehensive treatment.

[Key words] elderly breast cancer; multi-disciplinary treatment; treatment compliance; case-management

[基金项目] 上海市科学技术委员会科研计划项目(16411951100);上海市教委护理高原学科项目(Hlgy1844qnhb);上海交通大学医学院附属瑞金医院护理科研基金项目(RJHK-2018-13)(Scientific Research Project of Shanghai Science and Technology Commission,16411951100; Shanghai Municipal Education Commission—Gaoyuan Nursing Grant Support, Hlgy1844qnhb; Nursing Research Fund of Ruijin Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, RJHK-2018-13)。

[作者简介] 董晓晶(1985—),女,主管护师,学士;电子信箱:dongguide@126.com。

[通信作者] 方 琼,电子信箱:fq21116@rjh.com.cn。



乳腺癌是危及健康的恶性肿瘤之一, 位居女性癌症发病率第一位; 每年全球新发病例约 167.1 万, 每年约 52.2 万死于乳腺癌, 发达国家相比欠发达国家更高^[1-3]。根据我国肿瘤登记中心发布的数据, 每年女性乳腺癌发病约 24.9 万^[4]。老年乳腺癌的发病率也呈逐年增加趋势。根据美国 SEER 数据库结果显示, 65 岁以上老年乳腺癌患者占有乳腺癌患者的近 50%^[5]。我国 1998 年至 2007 年的资料显示, 65 岁以上老年乳腺癌患者的发病率约为 64/10 万^[6], 远高于年轻乳腺癌患者, 且该年龄段人口正以每年 800 万的速度递增。乳腺癌在治疗上以手术为主, 辅助放射治疗(放疗)、化学治疗(化疗)、内分泌治疗及靶向治疗等综合治疗^[7-8]。老年患者作为一个特殊人群, 其生理、心理及社会家庭状况都有不同的特点, 多伴有其他慢性病如高血压、糖尿病、冠心病等, 机体耐受能力较差, 故其对多样化的综合治疗依从性如何有待研究。治疗依从性是指患者在就医之后其行为与临床医嘱的符合程度, 包括服药等; 如果患者的行为同医嘱不符合时, 即为治疗的不依从性^[9]。通过国内外文献检索, 关于乳腺癌患者辅助治疗依从性的相关文章主要集中在内分泌药物服药依从性管理方面。其中 Partridge^[10] 等人对 12 212 名首次服用阿那曲唑的早期乳腺癌患者的调查研究显示, 开始服药 12 个月内的服药依从率为 82%~88%。张燕^[11] 在以家庭为中心的护理干预的相关研究中提到其放疗干预前依从性为 80%。国内关于综合治疗研究中, 蒋春儿等^[12] 采用半结构深度访谈的方法发现, 经济困难、治疗引发的并发症、薄弱的家庭和社会支持系统等均是影响乳腺癌患者综合治疗依从性的原因。

多项研究表明, 在专业性的乳腺中心进行咨询、讨论的患者化学预防接受率较高^[13-14]。本中心通过多学科团队为每位乳腺癌患者制定标准化个体化治疗方案并实施乳腺癌个案管理模式。乳腺癌多学科治疗模式被认为是目前国际上乳腺癌治疗的金标准, 强调了不同学科对肿瘤治疗的共同参与^[15-16]。个案管理模式是一种适应肿瘤多学科综合治疗的全新护理工作模式和理念, 体现了全程、专业化的护理服务内涵^[17]。有研究表明, 有乳腺个案管理师介入的患者对于多学科专家集体制定诊疗(multi-disciplinary treatment, MDT) 方案执行完成率显著高于无个案管理师介入的患者^[18]。本研究对老年乳腺癌患者人口学资料和疾病相关资料进行分析, 探讨基于个案管理模式下的老年乳腺癌患者治疗依从性现状及人口学和疾病相关资料对治疗依从性的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2013 年 3 月~2016 年 8 月在上海交通大学医学院附属瑞金医院治疗的老年乳腺癌患者。纳入标准: ①年龄 ≥ 65 岁。②病理确诊为原发性乳腺癌并接受手术治疗的, 临床 TNM 分期为 0~Ⅲ期者。③术后辅助治疗方案由多学科专家集体讨论制定。④患者接受个案管理模式。

1.2 研究方法

1.2.1 个案管理实施方法 上海交通大学医学院附属瑞金医院自 2010 年起对乳腺癌患者实施全程个案管理护理实践。个案管理师从患者确诊期开始介入, 对住院病理确诊的乳腺癌患者, 向其介绍个案管理项目的内容; 在征得患者同意后, 实施“一对一”个案管理服务; 与患者建立联系, 24 小时开机并及时解答患者问题。患者出院后收集其病理报告, 安排 MDT 会诊时间并通知患者。个案管理师根据 MDT 制定个体化的辅助诊疗方案, 协助配合主诊医生落实后续治疗。在后续整个治疗期间提供专科服务, 如伤口管理、静脉导管管理及并发症处理、功能锻炼指导、康复用品介绍、心理情绪支持、转介服务等。

1.2.2 依从性定义 在本研究中引用的“依从性”概念为患者对 MDT 方案的执行程度。因本研究中对象可能涉及多项治疗, 分别统计 4 种治疗的依从性; 对于完成治疗 MDT 方案定义为治疗依从, 对于未执行或中断 MDT 标准治疗方案定义为治疗不依从(内分泌服药时间较长, 对持续服药至随访时间定义为服药依从, 未服药或中途停药均定义为服药不依从)。综合各项治疗, 其中有一种治疗不依从即为综合辅助治疗不依从。

1.2.3 资料收集方法 患者确诊后进入乳腺癌数据库建立新个案。经多学科讨论后, 由个案管理师录入 MDT 建议标准治疗方案并协助实施。治疗期间, 由专职的随访人员通过医生门诊记录、处方等了解患者治疗情况并录入数据库, 个案管理师根据与患者沟通的信息及时反馈给随访人员, 异地就诊患者电话跟踪其治疗情况。治疗结束后每年电话随访患者并记录入数据库。

1.2.4 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件进行统计分析, 定性资料的比较采用 χ^2 检验, 影响治疗依从性的多因素分析采用 Logistic 多元回归分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。



2 结果

2.1 研究对象一般资料

根据纳入标准本研究共纳入研究对象 654 例, MDT 讨论意见有 92.20% (603 例) 的患者需要接受一种或多种辅助治疗, 其中女性 596 例 (占 98.84%), 男性 7 例 (占 1.16%)。年龄中位数为 71 岁。438 例 (72.64%) 患者就诊时合并其他慢性系统疾病 (高血压或冠状动脉粥样硬化性心脏病、心律失常、糖尿病等), 其中合并 1 种占 309 例 (51.24%), 2 种为 106 例 (17.58%), 3 种及以上为 23 例 (3.81%)。

2.2 老年乳腺癌患者治疗依从性现状

辅助治疗的依从性中, 整体治疗依从性为 88.05%, 单种化疗、放疗、内分泌治疗、靶向治疗的依从性依次为 91.34%、88.73%、93.65% (中位时间 44.16 个月) 和 82.05%, 具体见表 1。老年乳腺癌患者接受治疗种类统计中, 接受 1 种治疗的依从性最高 (94.30%), 接受 4 种治疗的依从性最低 (60.00%), 具体情况如表 2。

表 1 603 例老年乳腺癌患者对不同辅助治疗的依从性
Tab 1 Adjuvant treatment adherence of the enrolled 603 elderly breast cancer patients

治疗情况	MDT 建议治疗 / n (%)	实际执行治疗 / n (%)	治疗依从性 /%
综合辅助治疗			88.05
是	603 (100.00)	531 (88.05)	
否	0 (0)	72 (11.95)	
化疗			91.34
是	277 (45.94)	253 (42.00)	
否	326 (54.06)	350 (58.00)	
放疗			88.73
是	275 (45.61)	244 (40.46)	
否	328 (54.39)	359 (59.54)	
内分泌治疗			93.65
是	488 (80.93)	457 (75.79)	
否	115 (19.07)	146 (24.21)	
靶向治疗			82.05
是	78 (12.94)	64 (10.59)	
否	525 (87.06)	539 (89.41)	

表 2 603 例老年乳腺癌患者对接受辅助治疗不同种类数的依从性
Tab 2 Compliance of 603 elderly breast cancer patients with different types of adjuvant therapy

因素	人数 /n	依从 /n (%)	不依从 /n (%)	χ^2 值	P 值
接受治疗种类				31.997	0.000
1 种	263	248 (94.30)	15 (5.70)		
2 种	190	159 (83.68)	31 (16.32)		
3 种	125	109 (87.20)	16 (12.80)		
4 种	25	15 (60.00)	10 (40.00)		

2.3 人口学资料和疾病相关资料对整体治疗依从性的影响

采用 χ^2 检验分析人口学和疾病相关资料对患者整体治疗依从性的影响, 并将有统计学意义的年龄、文化程度和需要综合治疗种类纳入 Logistic 回归模型进行分析。结果显示, 年龄是影响老年乳腺癌综合辅助治疗依从性的独立影响因素, 其中 65 ~ 74 岁患者依从性显著高于 >74 岁患者 (OR 1.938, 95% CI 1.176 ~ 3.195, $P=0.009$) (表 3、表 4); 需要综合治疗种类是影响综合辅助治疗依从性的独立影响因素, 需要接受 1 种 (OR 11.022, 95% CI 4.242 ~ 28.640, $P=0.000$)、2 种 (OR 3.419, 95% CI 1.407 ~ 8.309, $P=0.007$)、3 种 (OR 4.542, 95% CI 1.744 ~ 11.824, $P=0.002$) 治疗的患者依从性显著优于需要接受 4 种治疗的患者 (表 2、表 4)。

表 3 老年乳腺癌患者治疗依从性影响因素分析
Tab 3 Univariate analysis of treatment adherence of elderly breast cancer patients

因素	治疗依从性 /n (%)		χ^2 值	P 值
	是 (n=531)	否 (n=72)		
年龄				
65 ~ 74 岁	366 (90.59)	38 (9.41)	7.478	0.006
>74 岁	165 (82.91)	34 (17.09)		
合并症				
无	142 (86.06)	23 (13.94)	0.863	0.353
有	389 (88.81)	49 (11.19)		
文化程度				
初中及以下	214 (84.25)	40 (15.75)	6.390	0.041
高中及中专	197 (90.54)	18 (9.46)		
大专及以上	120 (86.61)	14 (13.39)		
手术方式				
保乳手术	166 (84.69)	30 (15.31)	3.129	0.077

(续表 3)

因素	治疗依从性 /n (%)		χ^2 值	P 值
	是 (n=531)	否 (n=72)		
乳房切除手术	365 (89.68)	42 (10.32)		
TNM 分期				
0 期	25 (100.00)	0 (0)	4.668	0.162
I 期	237 (88.10)	32 (11.90)		
II 期	213 (88.02)	29 (11.98)		
III 期	56 (83.58)	11 (16.42)		
病理类型				
导管原位癌	16 (94.12)	1 (5.88)	1.88	0.391
浸润性癌	474 (87.45)	68 (12.55)		
其他	41 (93.18)	3 (6.82)		
肿块大小				
≤ 2.0 cm	307 (88.73)	39 (11.27)	2.039	0.361
2.1 ~ 5.0 cm	219 (87.60)	31 (12.40)		
>5.0 cm	5 (71.43)	2 (28.57)		
淋巴结				
阴性	389 (89.22)	47 (10.78)	2.016	0.156
阳性	142 (85.03)	25 (14.97)		

表 4 影响老年乳腺癌患者综合辅助治疗依从性的多因素分析
Tab 4 Multivariate analysis of adjuvant treatment adherence of elderly breast cancer patients

影响因素	OR	95% CI	P 值
年龄			
65 ~ 74	1.938	1.176 ~ 3.195	0.009
>74	1.000		
文化程度			
初中及以下	0.645	0.336 ~ 1.238	0.187
高中及中专	1.225	0.586 ~ 2.564	0.590
大专及以上	1.000		
治疗种类			
1 种	11.022	4.242 ~ 28.640	0.000
2 种	3.419	1.407 ~ 8.309	0.007
3 种	4.542	1.744 ~ 11.824	0.002
4 种	1.000		

2.4 影响老年乳腺癌患者单项治疗依从性的因素分析

以人口学和疾病相关资料分别对各单项治疗依从性进行 χ^2 检验, 并将有统计学意义的因素纳入 Logistic 回归模型进行分析。结果显示, 本研究纳入的相关因素对内分泌治疗均无统计学差异 ($P>0.05$)。

2.4.1 影响化疗依从性的因素分析 年龄、淋巴结情况、文化程度成为化疗依从性的影响因素 ($P<0.05$)。65 ~ 74 岁患者依从性显著优于 >74 岁患者 ($P=0.000$); 淋巴结阳性患者依从性显著优于淋巴结阴性患者 ($P=0.006$); 高中及中专学历的患者治疗依从性优于初中及以下患者 ($P=0.013$), 大专及以上患者与初中及以下患者统计学无显著性差异 ($P=0.493$) (表 5)。

表 5 影响老年乳腺癌患者化疗依从性的多因素分析
Tab 5 Multivariate analysis of chemotherapy treatment adherence

影响因素	OR	95% CI	P 值
年龄			
65 ~ 74	5.830	2.377 ~ 14.296	0.000
>74	1.000		
文化程度			
初中及以下	1.000		
高中及中专	5.192	1.424 ~ 18.929	0.013
大专及以上	1.479	0.483 ~ 4.529	0.493
淋巴结			
阴性	1.000		
阳性	4.052	1.482 ~ 11.081	0.006

2.4.2 影响放疗依从性的因素分析 年龄和文化程度成为影响放疗依从性的因素 ($P<0.05$)。65 ~ 74 岁患者依从性显著优于 >74 岁患者 ($P=0.006$); 高中及中专学历的患者依从性显著优于初中及以下患者 ($P=0.037$), 大专及以上患者与初中及以下患者统计学无显著性差异 ($P=0.079$) (表 6)。

表 6 影响老年乳腺癌患者放疗依从性的多因素分析
Tab 6 Multivariate analysis of radiotherapy treatment adherence

影响因素	OR	95% CI	P 值
年龄			
65 ~ 74	2.977	1.360 ~ 6.515	0.006
>74	1.000		
文化程度			
初中及以下	1.000		
高中及中专	2.800	1.064 ~ 7.369	0.037
大专及以上	2.756	0.889 ~ 8.543	0.079

2.4.3 影响靶向治疗依从性的因素分析 只有年龄成为靶向治疗依从性的独立影响因素。65 ~ 74 岁患者依从性显著优于 >74 岁患者 ($P=0.005$) (表 7)。

表 7 影响老年乳腺癌患者靶向治疗依从性的多因素分析
Tab 7 Multivariate analysis of target treatment adherence

影响因素	OR	95% CI	P 值
年龄			
65 ~ 74	6.111	1.729 ~ 21.601	0.005
>74	1.000		
文化程度			
初中及以下	1.501	0.345 ~ 6.534	0.588
高中及中专	0.417	0.061 ~ 2.833	0.371
大专及以上	1.000		
淋巴结			
阴性	1.000		
阳性	2.345	0.553 ~ 9.938	0.247

3 讨论

3.1 个案管理模式老年乳腺癌患者辅助治疗依从性现状分析

研究结果显示,除了靶向治疗依从性缺乏相关对比数据外,化疗、放疗、内分泌治疗依从性均高于现有文献水平。老年乳腺癌化疗依从性高于其他研究中老年患者(60 ~ 90 岁) 52.2% 的化疗用药依从性^[19]。本研究放疗依从性为 88.7%, 高于其他研究中干预前的依从性^[11]。内分泌治疗的依从性高于 Weaver 等^[20] 人的研究结果,且与其他 3 种治疗相比依从性最高。分析其原因:首先,多学科专家团队根据个案管理师综合评估患者的全身情况及合并症情况等,为老年患者提供最适合的规范化个体化治疗方案。其次,治疗期间对患者实施个案管理模式,个案管理师紧密跟踪,提供专科护理,灵活处理患者以电话、短信等各种形式提出的问题及副反应咨询;如血常规报告异常,个案管理师根据标准判断后通过电话或短信筛选需要继续观察或医院就诊处理,减少患者不必要的往返,节省时间及经济成本。对于化疗患者 PICC 或 PORT 导管留置期间可能发生的感染、静脉炎、血栓等并发症,个案管理师可通过患者的描述或照片判断早期症状,指导处理流程;若夜间、节假日等非门诊开放时间可帮助其联系病房值班人员或转介至相关科室及时处理,确保辅助治疗顺利执行,减少因各种并发症中断治疗的情况。对于老年患者尤其是高龄患者家属治疗消极的情况,个案管理师通过各种形式反复对患者及家属进行相关知识宣教,告知其治疗的重要性及治疗获益,提高其家庭支持及家庭成员的合作性。化疗结束需要接受放疗或其他治疗的患者,及时帮助其转诊,在治疗的衔接阶段帮助指导其预约医生门诊,做

到无缝衔接。除个案管理的因素外,本地区药物可及性强、医保覆盖率高、交通方便等成为治疗依从性高的原因之一。另外,治疗期间对患者进行密切随访,个案管理师 24 h 接收并处理患者信息,随访人员对患者进行电话随访了解治疗情况及进度;若患者治疗出现异常情况,个案管理师负责及时与主诊医生沟通并进行干预,通过个案管理及严格随访共同提高老年乳腺癌患者的治疗依从性。

3.2 影响老年乳腺癌依从性的相关因素分析

为更进一步探索影响老年乳腺癌患者治疗依从性的因素,本研究通过对各项人口学及基本相关资料的分析得出,老年乳腺癌患者对辅助治疗的依从性与年龄、文化程度、淋巴结转移情况、需要综合治疗种类等有关。

3.2.1 老年乳腺癌患者辅助治疗依从性与年龄有关 年龄为老年乳腺癌患者综合辅助治疗依从性的影响因素(OR 1.938, 95% CI 1.176 ~ 3.195, P=0.009)。通过对各项治疗分别进行单因素及多因素分析,年龄均为化疗、放疗、靶向治疗依从性的独立影响因素(均 P<0.05), >74 岁患者依从性明显低于 65 ~ 74 岁组(P<0.05)。化疗依从性与隗立兵等^[21] 人的研究结果一致,可能与年龄越大的患者担心化疗毒副作用大无法耐受有关。放疗方面,年龄较大的患者基于身体耐受情况倾向选择创伤较小的保乳手术;此类患者多数术后需要放疗,而一部分高龄患者只选择比较方便的内分泌治疗,放疗需要往返医院次数较多,加之老年患者出行不便需家属陪同,为居住地较远的老年患者家庭生活工作带来一定困难。内分泌治疗方面,MDT 建议高达 80.93% 的老年患者需要行内分泌治疗,这与 Diab^[22] 等的报道中“随着年龄的增加,乳腺癌雌、孕激素受体表达逐渐增加”的结果相吻合;内分泌治疗依从性的相关影响因素众多,而本研究分析的因素均不成为内分泌治疗的相关影响因素,可能与内分泌药物对身体副作用小,服用方便,且年龄较大的患者可以委托家属至医院开药等共同作用有关,在本研究中也可能与统计方法及随访时间有关。

3.2.2 老年乳腺癌患者辅助治疗依从性与患者需要接受综合治疗种类有关 患者需要接受综合治疗种类与治疗依从性有关。接受 1 种治疗的患者依从性最高,为 94.30%;接受 4 种治疗的患者整体依从性最低,仅为 60.00%;同时需要 4 种治疗的患者靶向治疗的依从性最低。4 项治疗依从性内分泌治疗最高,其余依次为化疗、放疗、靶向治疗。靶向治疗依从性最低可能与其所需周期长、费用高有关;随着治疗项目的增多,治疗周期延长,经济支出增大导致患者治疗依从性降低。患者综合治疗依从性还可能受

到患者经济情况、家庭支持、疾病严重程度等因素影响,对于综合治疗种类较多的患者,应加强随访并及时做好不同科室间的转介与衔接工作。

3.2.3 老年乳腺癌患者辅助治疗依从性与文化程度有关 研究显示,受教育程度可明显影响患者的治疗依从性,高等学历患者治疗依从性较高,小学或小学以下文化程度患者治疗依从性较差^[23]。本研究结果基本一致,文化程度较低患者的化疗及放疗依从性较差,可能文化程度较低的患者对疾病认知程度较低有关。提示我们对于低学历患者及家属应重视,在治疗过程中依据患者不同文化背景建立适合的医护患关系^[24];根据患者不同的受教育程度进行宣教,用各种途径加强治疗必要性及重要性的宣教以引起患者及家属的重视。

3.2.4 老年乳腺癌患者辅助治疗依从性与淋巴结转移情况有关 淋巴结转移与否和转移的数目与患者局部复发及远处转移密切相关,生存率随淋巴结转移数目的增多而逐渐下降^[25]。另外,除了年龄是医生及患方选择治疗模式的考虑项目,腋窝淋巴结的受累情况也会影响患者对辅助化疗的接受^[26]。同时有研究^[27]表明,乳腺癌患者对指南中规范性治疗的依从性越高,无复发生存率越高,总生存时

间越长。本研究中淋巴结阴性患者的化疗依从性较差,分析原因,可能淋巴结阳性的患者因病情较重且治疗获益明确,所以治疗依从性较高;而淋巴结阴性患者对治疗的必要性重视程度低,误以为淋巴结无转移,疾病严重程度低、治疗获益不大,对疾病及治疗获益认识不足而降低了治疗依从性。

本研究存在一定的局限性,只对人口学资料及疾病相关因素进行了分析,在社会学资料收集分析方面存在不足;另外,内分泌治疗因时间跨度较大,服药周期较长,所以需要更长时间的随访统计。

综上所述,在老年乳腺癌的综合治疗中,个案管理模式对老年乳腺癌患者治疗依从性均有积极作用。研究结果提示我们在个案管理过程中,对年龄大于74岁、需要进行综合治疗种类较多、文化程度低于初中学历、淋巴结阴性的患者应加强宣教,强调治疗的重要性并介绍治疗获益情况,提高患者及家属对疾病和治疗的认识。若患者家庭支持系统薄弱需要更多关注,加强对老年乳腺癌患者的关心及家属的宣教,提高其家庭支持与合作。应用各种形式增强治疗期间随访,以保证治疗的连续性,提高老年乳腺癌患者的治疗依从性。

参 考 文 献

- [1] DeSantis C, Ma J, Bryan L, et al. Breast cancer statistics, 2013[J]. CA Cancer J Clin, 2014, 64(1): 52-62.
- [2] DeSantis C, Siegel R, Bandi P, et al. Breast cancer statistics, 2011[J]. CA Cancer J Clin, 2011, 61(6): 409-418.
- [2] Mettlin C. Global breast cancer mortality statistics [J]. CA Cancer J Clin, 1999, 49(3): 138-144.
- [4] 陈万青, 郑荣寿. 中国女性乳腺癌发病死亡和生存状况 [J]. 中国肿瘤临床, 2015, 42(13): 668-674.
- [5] Crivellari D, Aapro M, Leonard R, et al. Breast cancer in the elderly[J]. J Clin Oncol, 2007, 25(14): 1882-1890.
- [6] 李霓, 郑荣寿, 张思维, 等. 中国城乡女性乳腺癌发病趋势分析和预测 [J]. 中华预防医学杂志, 2012, 46(8): 703-707.
- [7] Association of Breast Surgery at BASO 2009. Surgical guidelines for the management of breast cancer[J]. Eur J Surg Oncol, 2009, 35(suppl1): 1-22.
- [8] Yarnold J. Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and treatment National Institute for Health and Clinical Excellence guideline 2009[J]. Clin Oncol(R Coll Radiol), 2009, 21(3): 159-160.
- [9] 周瑾, 王仲迪. 老年糖尿病用药依从性差的原因及对策 [J]. 护士进修杂志, 2002, 17(1): 12-14.
- [10] Partridge A H, La Fountain A, Mayer E, et al. Adherence to initial adjuvant anastrozole therapy among women with early-stage breast cancer[J]. J Clin Oncol, 2008, 26(4): 556-562.
- [11] 张燕. 以家庭为中心的护理干预对乳腺癌患者放射治疗依从性的影响 [J]. 中国当代医药, 2016, 23(2): 188-194.
- [12] 蒋春儿, 虞亚梅, 石洁文, 等. 初诊乳腺癌患者综合治疗依从性阻碍的质性研究 [J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(13): 1777-1780.
- [13] Bober SL, Hoke LA, Duda RB, et al. Decision-making about tamoxifen in women at high risk for breast cancer: clinical and psychological factors[J]. J clin oncol, 2004, 22(24): 4951-4957.
- [14] Tchou J, Hou N, Rademaker A, et al. Acceptance of tamoxifen chemoprevention by physicians and women at risk[J]. Cancer, 2004, 100(9): 1800-1806.
- [15] 陈建国, 陆建华. 国内外癌症防治现状 [J]. 肿瘤, 2007, 27(9): 755-759.
- [16] 陈向明. 质性研究方法与社会科学研究 [M]. 北京: 教育科学出版社, 2000: 165-209.
- [17] 方琼, 裴艳, 刘佳琳, 等. 全程专业化个案管理模式在乳腺癌患者护理中的作用 [J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(2): 51-54.
- [18] 张男, 陈乐英, 金玉翡, 等. 乳腺个案管理师在多学科讨论中的作用与实践 [J]. 上海护理, 2016, 16(增刊): 421-423.
- [19] 黄虹. 探讨老年乳腺癌患者的临床特点及治疗 [J]. 现代诊断与治疗, 2013, 24(12): 2658-2659.
- [20] Weaver KE, Camacho F, Hwang W, et al. Adherence to adjuvant hormonal therapy and its relationship to breast cancer recurrence and survival among low income women[J]. Am J Clin Oncol, 2013, 36(2): 181-187.
- [21] 魏立兵, 康骅, 海涛, 等. 老年乳腺癌 140 例的临床特点和治疗 [J]. 中国老年学杂志, 2011, 8(31): 2858-2859.
- [22] Diab SG, Elledge RM, Clark GM. Tumor characteristics and clinical outcome of elderly women with breast cancer[J]. J Natl Cancer Inst, 2001, 93(1): 550-556.
- [23] 梁志翔, 李建英, 陈春贤. 不同文化背景的肿瘤患者对门诊治疗依从性的影响研究 [J]. 国际护理学杂志, 2015, 34(15): 2108-2110.
- [24] 盖晓丹. 在护理工作中应重视病人的文化背景 [J]. 中国科技信息, 2009, 20: 177-178.
- [25] 董莹, 康丽花, 关萌, 等. 乳腺癌患者术后辅助治疗的临床效果及其影响因素分析 [J]. 吉林大学学报(医学版), 2015, 41(3): 636-642.
- [26] Oliva D, Sandgren A, Nilsson M, et al. Variations in self-reported nausea, vomiting, and well-being during the first 10 days post chemotherapy in women with breast cancer[J]. Clin J Oncol Nurs, 2014, 18(2): E32-E36.
- [27] Barni S, Venturini M, Molino A, et al. Importance of adherence to guidelines in breast cancer clinical practice. The Italian experience(AIOM)[J]. Tumori, 2011, 97(5): 559-563.

[收稿日期] 2018-09-06

[本文编辑] 曹智勇

