

· 缓和医疗和安宁疗护专栏 ·

中国肿瘤医院和三级医院院长关于缓和医疗服务的全国性调查

李小梅^{1*}, 黄海力², 王欣³, 刘淼⁴, 吴一楠⁵, 刘东颖⁶, 王晓红⁷, 王霞⁸, 张勃然¹, 邱娇娇¹,
David Hui⁹

(中国人民解放军总医院第二医学中心:¹ 老年医学科,² 肿瘤内科, 北京 100853; 美国 MD Anderson 肿瘤中心:³ 症状研究系,
⁹缓和医疗与康复整合医学系, 得克萨斯州 休斯顿 77030;⁴ 解放军总医院研究生院, 北京 100853;⁵ 北京医院宣传处, 北京
100005;⁶ 天津医科大学肿瘤医院疼痛科, 天津 300060;⁷ 包头市肿瘤医院肿瘤内科, 内蒙古自治区 包头 014030;⁸ 新疆医科大学
附属肿瘤医院宁养院, 乌鲁木齐 830054)

【摘要】目的 从医院领导角度了解并比较我国肿瘤专科医院和三级医院的缓和医疗服务现况。**方法** 对肿瘤医院
(206 家) 和三级医院 (443 家) 领导进行缓和医疗服务的电子问卷调查并比较两类医院是否存在差异, 调查内容包括服务形式
和内容、未来计划以及阻碍学科发展的因素等。采用 SPSS 16.0 软件进行数据分析。根据数据类型, 组间比较分别采用 *t* 检
验、Fisher 确切概率检验及 χ^2 检验。**结果** 全国共 88 家 (42.72%) 肿瘤医院和 174 家 (39.28%) 三级医院领导完成调研, 肿
瘤医院参加调研的比例明显高于三级医院 ($P<0.01$)。过去 10 年, 78.74% (137/174) 的三级医院和 85.23% (75/88) 肿瘤医院
都能提供缓和医疗服务; 目前仍能提供这一服务的比例分别为 87.59% (120/137) 和 90.67% (68/75), 差异均无统计学意义。
48.53% (33/68) 的肿瘤医院以及 40.83% (49/120) 的三级医院有缓和医疗专科医师 ($P=0.31$)。肿瘤医院的专科门诊率为
27.94% (19/68), 三级医院为 17.50% (21/120), 差异无统计学意义; 肿瘤医院在会诊 [29 家 (42.65%) 和 33 家 (27.50%)]、住
院床位 [28 家 (41.18%) 和 32 家 (26.67%)]、专属安宁疗护机构 [20 家 (29.41%) 和 20 家 (16.67%)] 情况方面, 均较三级医
院有显著优势 ($P<0.05$)。在缓和医疗服务和镇痛治疗上, 两类医院都比 5 年前有显著进步 ($P<0.01$); 对缓和医疗与肿瘤治
疗整合的观点都很支持, 肿瘤医院均值为 (7.06±3.19) 分, 三级医院为 (6.29±3.64) 分, 差异无统计学意义; 肿瘤医院对增加科
研项目的赞同度显著高于三级医院 [(7.24±3.12) 和 (5.91±3.71) 分, $P<0.01$]。阻碍缓和医疗服务的前三位因素依次为缺乏
报销支持、专业人员和预算。**结论** 尽管全国 85% 以上的肿瘤医院和三级医院提供服务, 但缓和医疗专科医师的比例不足
50%。两类医院的缓和医疗及镇痛治疗都有显著进步, 而肿瘤医院在专科会诊、住院床位、安宁疗护机构上比三级医院有优
势。缺乏报销支持、专业人才和预算为阻碍缓和医疗服务的三大因素。

【关键词】 缓和医疗; 全国性调研; 医院领导; 肿瘤医院; 三级医院

【中图分类号】 R48 **【文献标志码】** A **【DOI】** 10.11915/j.issn.1671-5403.2022.11.174

A national survey on palliative care services to directors of cancer hospitals and tertiary general hospitals in China

LI Xiao-Mei^{1*}, HUANG Hai-Li², WANG Xin³, LIU Miao⁴, WU Yi-Nan⁵, LIU Dong-Ying⁶,
WANG Xiao-Hong⁷, WANG Xia⁸, ZHANG Bo-Ran¹, QIU Jiao-Jiao¹, DAVID Hui⁹

(¹Department of Geriatric Medicine, ²Department of Oncology, Second Medical Center, Chinese PLA General Hospital, Beijing
100853, China; ³Department of Symptom Research, ⁹Department of Palliative Care, Rehabilitation and Integrative Medicine, University
of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston 77030, Texas, USA; ⁴Graduate School, Chinese PLA General Hospital, Beijing 100853,
China; ⁵Department of Publicity, Beijing Hospital, Beijing 100005, China; ⁶Department of Pain Management, Tianjin Medical University
Cancer Institute and Hospital, Tianjin 300060, China; ⁷Department of Oncology, Baotou Cancer Hospital, Baotou 014030, Inner
Mongolia Autonomous Region, China; ⁸Hospice Unit, Cancer Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi 830054, China)

【Abstract】Objective To investigate and compare current situation of palliative care (PC) services between cancer hospitals and
tertiary general (TG) hospitals in China from the perspective of hospital leaders. **Methods** An electronic questionnaire survey was
conducted on the directors of 206 cancer hospitals and 443 TG hospitals nationwide, which including the form and content, plans for

收稿日期: 2022-07-25; 接受日期: 2022-10-26

基金项目: 国家重点研发计划 (2020YFC2008900)

黄海力, 为共同第一作者

通信作者: 李小梅, E-mail: lixiaomei201306@sina.com

the future years, and obstructing factors for discipline development of PC services. SPSS statistics 16.0 was used for statistical analysis. Intergroup comparison was performed using student's *t* test, Fisher exact test or *Chi-square* test depending on different data type.

Results The leaders of 88 cancer hospitals (42.72%) and 174 TG hospitals (39.28%) completed the questionnaire, with those of cancer hospitals having a higher ratio of participating than those of TC hospital ($P<0.01$). In the past 10 years, 78.74% (137/174) of TG hospitals and 85.23% (75/88) of cancer hospitals provided PC services, and at present, this ratio was increased to 87.59% (120/137) and 90.67% (68/75), respectively, though no statistical difference was seen. There were 48.53% (33/68) cancer hospitals and 40.83% (49/120) TG hospitals having PC specialists ($P=0.31$), and 27.94% (19/68) cancer hospitals and 17.50% (21/120) TG hospitals had PC outpatient department ($P=0.09$). These cancer hospitals had significant better advantages in consultation [29 hospitals (42.65%) vs 33 hospitals (27.5%)], inpatient beds [28 hospitals (41.18%) vs 32 hospitals (26.67%)], and affiliated hospices [20 hospitals (29.41%) vs 20 hospitals (16.67%)] when compared with the TG hospitals (all $P<0.05$). In general, both types of hospitals were significantly improved in PC service and analgesic treatment compared with the conditions of 5 years ago ($P<0.01$). Both types of hospitals supported the opinion on the integration of palliative care and oncology care, with a mean score of (7.06±3.19) and (6.29±3.64) points in cancer and TG hospitals, respectively ($P>0.05$). The cancer hospitals showed higher approval rate for increasing scientific research projects than the TG hospitals [(7.24±3.12) vs (5.91±3.71) points, $P<0.01$]. The top 3 obstructing factors for discipline development of PC services were lacks of reimbursement support, PC specialists and budget in order.

Conclusion Although more than 85% of cancer and TG hospitals can provide PC services nowadays, less than 50% of them offer PC specialists. Both types of hospitals have made great improvement in PC service and analgesic treatment, but the cancer hospitals show significant advantages in PC consultation, inpatient beds and affiliated hospices. Lacks of reimbursement support, PC specialists and budget are top 3 obstructing factors for development of PC services.

【Key words】 palliative care; national survey; hospital leader; cancer hospital; tertiary general hospital

This work was supported by the National Key Research and Development Program (2020YFC2008900).

LI Xiao-Mei and HUANG Hai-Li are co-first authors who contributed equally to this work.

Corresponding author: LI Xiao-Mei, E-mail: lixiaomei201306@sina.com

恶性肿瘤已经成为危害我国居民健康的重要疾病。国家癌症中心 2022 年 3 月公布的数据显示:我国 2016 年恶性肿瘤新发病例数约为 406.4 万,死亡 241.4 万^[1]。现代医学进步使肿瘤诊疗理念和技术都显著提升,基于循证医学的个体化诊疗和旨在减轻痛苦、改善生活质量的缓和医疗相整合,是目前公认的最佳肿瘤诊疗模式^[2,3]。我国的缓和医疗起源于 20 世纪 90 年代,以癌症镇痛治疗为起点,显著改善了癌症患者的生活质量^[4]。我国首部《癌症疼痛诊疗规范》于 2011 年颁布^[5],这标志着癌痛治疗步入政府主导的规范化治疗阶段;缓和医疗在我国的发展相对滞后,了解学科发展的现状有助于改进实践。2009 年,美国安德森肿瘤中心 David Hui 教授及团队开展了缓和医疗服务的现况调查,调查对象为美国国家癌症研究所 (National Cancer Institute, NCI) 指定的 71 家癌症中心,并按照 1:1 的比例,随机抽取 71 家非 NCI 指定的癌症中心,以电子邮件形式向这两类医院的缓和医疗负责人和医院领导发放调查问卷,比较两类医院在缓和医疗服务、教学和科研等方面的差异^[6]。2010 年,早期开展缓和医疗服务有助于改善生活质量、延长生存期的研究在新英格兰杂志发表并引起广泛关注^[7]。这一研究不仅促进了各国学者纷纷开展近似研究,更推动学科发展。2012 年,美国临床肿瘤协会 (American

Society of Clinical Oncology, ASCO) 发布共识,提倡将缓和医疗整合到肿瘤规范化治疗中^[8]。为了解我国肿瘤医院和三级医院的缓和医疗服务现状,本研究对两类医院的缓和医疗领导进行了问卷调查。

1 对象与方法

1.1 调研对象

肿瘤医院和三级医院的院领导。院领导界定为主管医疗工作的业务副院长,或者由主管业务的副院长指定的医院业务领导,如医院或院长办公室主任、医务部(科)主任等。

肿瘤专科医院为全国全样本调查,三级医院按容量概率比例在各地抽样。从中华人民共和国国家卫生健康委员会官方网站获得我国肿瘤专科医院和三级医院目录,其中肿瘤医院 217 家,三级医院 2585 家;逐一浏览医院的官方网站,查看业务范围,信息不全的电话询问,剔除没有住院服务、变更诊疗内容、命名重复、降级或注销的医院;在 2 名工作人员互查基础上,进行第 3 名工作人员核查,确保信息准确无误。最后确定的肿瘤医院 206 家,三级医院 1981 家。按失访率不低于 40% 抽样,需要调查的三级医院样本量为 443 家。

1.2 方法

1.2.1 电子问卷及数据 问卷内容参照美国 2009 年的研究^[6],包括 4 部分:基本信息、服务现状、整体评价和观点、门诊量和住院患者数量等,共 22 题。根据中国状况,本研究增加了医院的具体信息,如医院的类型(公立还是私立)、行政区划(东部、西部和中部)等。电子问卷由北京生前预嘱推广协会在金数据网站平台生成并储存,调研结果也存储于该平台(<https://jinshuju.net/forms/>),调研对象通过手机微信收到调查问卷,直接答题并提交即可。如答题不完整,系统则自动提示,并跳转至需要补充的部分,全部答题后方可提交并显示提交成功。

1.2.2 调研过程 2018 年 12 月至 2019 年 3 月进行方案设计。先对问卷内容^[6]进行翻译,多次专家讨论和修改后,形成正式问卷,提交北京生前预嘱推广协会,生成电子问卷。同期进行方案设计,2019 年 4 月向中国人民解放军总医院伦理委员会提交研究方案并获批准(伦审第 S2019-096-01 号)。

2019 年 5 月,由北京生前预嘱推广协会在全国范围内招募志愿者,由课题组培训志愿者,印发统一调研流程,要求志愿者按流程调研。调研流程如下:先在各省(直辖市)确定 1 名调研负责人,一般为缓和医疗专家,该负责人直接致电至省内被调研医院的缓和医疗负责人,说明调研目的和流程,邀请其参加调研并帮助联系主管院长,实施调研;志愿者负责动态跟踪问卷回答和提交情况。2019 年 6 月至 2020 年 2 月实施调研,2019 年 8 月至 12 月为主要调查阶段,2020 年 1 月至 2 月为补充调查阶段,对各省参加调研的医院数量比较少的进行补充调研,该阶段主要由研究者施行,直接联系各省负责人,敦促并帮助开展调研。

1.2.3 评分方法 请医院领导对所在医院的镇痛治疗和缓和医疗服务进行评价,采用 0~10 分法,0 分代表无或没有,10 分代表最好;1~3 分为较差;4~6 为中等;7~10 分为较好。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 16.0 软件进行数据分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。计数资料用例数(百分率)表示,采用 χ^2 检验(理论频数 ≥ 5),连续校正 χ^2 检验($1 \leq$ 理论频数 < 5),Fisher 确切概率检验(理论频数=0)。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 种不同类型纳入医院的基本特征比较

在全国肿瘤医院 206 家,领导参加本次调研医院 88 家(42.72%);三级医院 443 家,领导接受调研医院 174 家(39.28%),肿瘤医院参加调研的比例明显高于三级医院($P < 0.01$)。两类医院在地域分布上无显著差异。三级医院中公立医院占 93.10%(162/174),肿瘤医院中公立医院仅占 64.77%(57/88),差异有统计学意义($P < 0.01$)。在肿瘤患者的年门诊量上,肿瘤医院高于三级医院,大于 10 万人/年的医院占 22.35%,三级医院仅为 5.85%($P < 0.01$);尽管两类医院的肿瘤住院床位数无显著差异,但年收治患者量存在显著差异,其中年收治量为 1 000~10 000 例患者的三级医院为 104 家(66.67%);在肿瘤医院,37.21%(32/86)收治量为 1 万以上;年死亡人数 > 500 例的比例也是肿瘤医院显著高于三级医院($P < 0.01$)。对年门诊量、年住院患者数量和年死亡人数进行比较,发现肿瘤医院的年门诊量和住院患者数量都显著高于三级医院($P < 0.01$;表 1)。

2.2 2 种不同类型纳入医院缓和医疗服务情况比较

在三级医院,过去 10 年能提供缓和医疗服务的比例为 78.74%(137/174),肿瘤医院为 85.23%(75/88),差异无统计学意义;目前,87.59%(120/137)的三级医院和 90.67%(68/75)的肿瘤医院可提供缓和医疗服务($P = 0.50$)。

80% 以上的缓和医疗负责人为内科医师;40.83%(49/120)的三级医院和 48.53%(33/68)的肿瘤医院有专门从事缓和医疗的专业医师($P = 0.31$)。在具体服务形式上,肿瘤医院在专科会诊、住院床位以及安宁疗护机构设置上,都明显优于三级医院($P < 0.05$);两类医院开展专科门诊的比例及相关科室提供缓和医疗服务的现象比较,差异均无统计学意义(表 2)。

2.3 2 种不同类型纳入医院对缓和医疗服务的整体评价

评分结果显示在镇痛治疗方面,两类医院领导对过去 5 年镇痛治疗的评分均值分别为(4.56 ± 2.88)和(5.18 ± 2.78)分,处于中等水平;评价为 7~10 分的比例都不足 40%,且均无显著差异。在目前镇痛治疗评价上,肿瘤医院的均值明显高于三级医院($P = 0.03$);对过去 5 年和目前的缓和医疗服务评价进行比较,发现两类医院无显著差异。对“缓和医疗与肿瘤治疗整合会让患者获益”这一观点,三

级医院和肿瘤医院评分均值比较,差异无统计学意义。对“要有更多的缓和医疗科研项目”的赞同程度,肿瘤医院的均值显著高于三级医院($P<0.01$),7~10 分的比例也明显高于三级医院($P=0.01$)。未来 5 年计划中,对“设立或增加缓和医疗专科医师人数”的赞同度上,肿瘤医院 7~10 分的比例高于三级医院($P=0.05$);对“设立或增加缓

和医疗专科护士”的赞同度无显著差异,在住院床位和科研项目的增加上也无显著差异,评价为 7~10 分的比例并不高,介于 30%~45%。详见表 3。

本研究分别对两类医院的镇痛治疗以及缓和医疗服务评价进行自身前后比较,发现无论在镇痛治疗还是缓和医疗服务上,都有显著提升。结果详见表 4。

表 1 2 种不同类型纳入医院的基本特征比较

Table 1 Comparison of characteristics between two different types of hospitals			[<i>n</i> (%)]
Item	Tertiary general hospital	Cancer hospital	<i>P</i> value
Geographic location	<i>n</i> = 174	<i>n</i> = 88	0.82
Eastern China	91(52.30)	44(50.00)	
Central China	45(25.86)	26(29.55)	
Western China	38(21.84)	18(20.45)	
Type of hospital	<i>n</i> = 174	<i>n</i> = 88	<0.01
Governmental	162(93.10)	57(64.77)	
Private	12(6.90)	31(35.23)	
Tertiary general hospital	<i>n</i> = 174	<i>n</i> = 88	<0.01
Yes	174(100.00)	47(53.41)	
No	0(0.00)	41(46.59)	
Annual outpatient visit in 2018	<i>n</i> = 171	<i>n</i> = 85	
<10 000	107(62.57)	38(44.71)	<0.01
10 000~100 000	54(31.58)	28(32.94)	0.83
>100 000	10(5.85)	19(22.35)	<0.01
Inpatient beds for medical oncology	<i>n</i> = 174	<i>n</i> = 88	0.07
Yes	158(90.80)	86(97.23)	
No	16(9.20)	2(2.27)	
Annual inpatient admission in 2018	<i>n</i> = 156	<i>n</i> = 83	
<1 000	39(25.00)	13(15.66)	0.13
1 000~10 000	104(66.67)	38(45.78)	<0.01
>10 000	13(8.33)	32(38.55)	<0.01
Annual total inpatient death in 2018	<i>n</i> = 151	<i>n</i> = 76	
<100	89(58.94)	39(51.32)	0.27
100~500	53(35.10)	20(26.32)	0.18
>500	9(5.96)	17(22.37)	<0.01

表 2 2 种不同类型纳入医院缓和医疗服务情况比较

Table 2 Comparison of palliative care services between two different types of hospitals			[<i>n</i> (%)]
Item	Tertiary general hospital(<i>n</i> = 120)	Cancer hospital(<i>n</i> = 68)	<i>P</i> value
Palliative care leader's major			
Medical physician	106(88.33)	57(83.82)	0.38
Nurse	8(6.67)	3(4.41)	0.76
Others	6(5.00)	8(11.76)	0.09
Availability of palliative care specialist			0.31
Yes	49(40.83)	33(48.53)	
No	71(59.17)	35(51.47)	
Type of palliative care service			
Palliative care consultation	33(27.50)	29(42.65)	0.03
Palliative care clinic	21(17.50)	19(27.94)	0.09
Palliative care inpatient beds	32(26.67)	28(41.18)	0.04
Hospice	20(16.67)	20(29.41)	0.04
Offered by relevant department	104(86.67)	55(80.88)	0.29

表 3 2 种不同类型纳入医院对缓和医疗服务的整体评价
Table 3 General evaluation and opinions on palliative care

Item	Tertiary general hospital(<i>n</i> = 174)	Cancer hospital(<i>n</i> = 88)	<i>P</i> value
Assessment of pain management 5 years ago			
Score(points, $\bar{x}\pm s$)	4. 56±2. 88	5. 18±2. 78	0. 10
Score = 7–10 points[<i>n</i> (%)]	44(25. 29)	31(35. 23)	0. 09
Assessment of current pain management			
Score(points, $\bar{x}\pm s$)	6. 06±3. 12	6. 91±2. 70	0. 03
Score = 7–10 points[<i>n</i> (%)]	79(45. 4)	48(54. 5)	0. 16
Assessment of palliative care services 5 years ago			
Score(points, $\bar{x}\pm s$)	3. 71±2. 57	4. 08±2. 83	0. 29
Score = 7–10 points[<i>n</i> (%)]	24(13. 79)	18(20. 45)	0. 17
Assessment of current palliative care services			
Score(points, $\bar{x}\pm s$)	4. 85±2. 80	5. 36±2. 88	0. 17
Score = 7–10 points[<i>n</i> (%)]	54(31. 03)	35(39. 77)	0. 16
Agree on integration palliative care in oncology care			
Score(points, $\bar{x}\pm s$)	6. 29±3. 64	7. 06±3. 19	0. 09
Score = 7–10 points[<i>n</i> (%)]	102(58. 62)	51(57. 95)	0. 92
Agree on more grants to support palliative care research			
Score(points, $\bar{x}\pm s$)	5. 91±3. 71	7. 24±3. 12	<0. 01
Score = 7–10 points[<i>n</i> (%)]	82(47. 13)	56(63. 64)	0. 01
Will setup/increase trained palliative care physicians in future 5 years			
Score(points, $\bar{x}\pm s$)	5. 35±3. 23	5. 99±3. 00	0. 12
Score = 7–10 points[<i>n</i> (%)]	66(37. 93)	38(43. 18)	0. 05
Will setup/increase trained palliative care nurses in future 5 years			
Score(points, $\bar{x}\pm s$)	5. 36±3. 23	5. 95±3. 09	0. 15
Score = 7–10 points [<i>n</i> (%)]	67(38. 51)	38(43. 18)	0. 47
Will setup/increase inpatient beds for palliative care in future 5 years			
Score(points, $\bar{x}\pm s$)	5. 17±3. 08	5. 92±3. 04	0. 06
Score = 7–10 points[<i>n</i> (%)]	59(33. 91)	35(39. 77)	0. 35
Will setup/increase grants to support palliative care research in future 5 years			
Score(points, $\bar{x}\pm s$)	4. 76±2. 89	5. 38±2. 90	0. 11
Score = 7–10 points[<i>n</i> (%)]	43(24. 71)	23(26. 14)	0. 80

表 4 对疼痛和缓和医疗评价的自身前后对照
Table 4 Self comparison of pain and palliative care service assessment

Time	Tertiary general hospital(<i>n</i> = 174)				Cancer hospital(<i>n</i> = 88)			
	Pain management		Palliative care services		Pain management		Palliative care services	
	Score	Score = 7–10	Score	Score = 7–10	Score	Score = 7–10	Score	Score = 7–10
	(points, $\bar{x}\pm s$)	points[<i>n</i> (%)]	(points, $\bar{x}\pm s$)	points[<i>n</i> (%)]	(points, $\bar{x}\pm s$)	points[<i>n</i> (%)]	(points, $\bar{x}\pm s$)	points[<i>n</i> (%)]
Five years ago	4. 56±2. 88	44(25. 29)	3. 71±2. 57	24(13. 79)	5. 18±2. 78	31(35. 23)	4. 08±2. 83	18(20. 45)
Now	6. 06±3. 12	79(45. 4)	4. 85±2. 80	54(31. 03)	6. 91±2. 70	48(54. 5)	5. 36±2. 88	35(39. 77)
<i>P</i> value	<0. 01	<0. 01	<0. 01	<0. 01	<0. 01	<0. 01	<0. 01	<0. 01

2.4 阻碍缓和医疗服务的因素

问卷列出 9 个可能阻碍缓和医疗的因素(可多选),包括:缺乏经费和报销支持、缺乏专业人才、缺乏证据和需求、影响医院的死亡率和排名等。三级医院和肿瘤医院前 3 位的阻碍因素完全一致,但顺位上略有不同,三级医院依次为 62. 64%(109/174)

缺乏专业人员、54. 02%(94/174) 缺乏报销支持、41. 38%(72/174) 预算有限;肿瘤专科医院为 70. 45%(62/88) 缺乏报销支持、68. 18%(60/88) 缺乏专业人员、44. 32%(39/88) 预算有限;两类医院在“缺乏报销支持”这一选项上存在显著差异(*P* = 0. 01)。详见图 1。

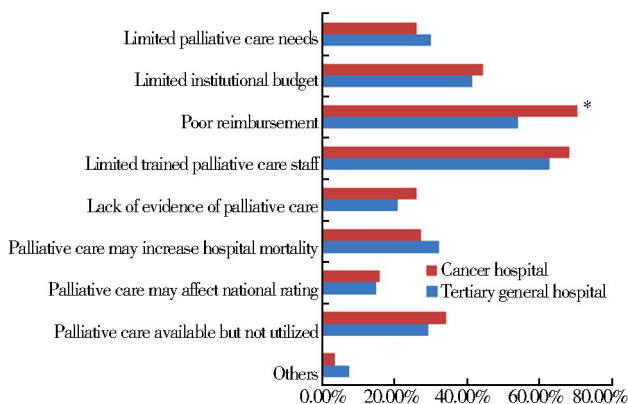


图 1 阻碍缓和医疗服务的因素

Figure 1 Perceived barriers to palliative care access according to hospital leaders

Compared with tertiary general hospitals, * $P=0.01$.

3 讨论

近年来,智能手机的广泛应用为医学调研提供了高效快捷的途径,这类调研一般为电子问卷,用微信接收和提交,节省资源和时间,便于后续数据处理和统计。这类调研可分为两大类:非定向调研因不针对特定对象,比较容易开展;定向调研针对特定的群体,其难易程度与研究者和被调研对象的隶属关系以及对调研内容的认可度有关。相对而言,上级对下级的调研易开展,被调研对象感兴趣或认为重要的内容易开展。我国对医院领导进行问卷调查的报告比较少,少量研究也多为区域性,医院领导的界定标准比较宽松^[9]。研究者针对肿瘤专科医院和三级医院领导开展缓和医疗定向调研,难度较大,在国内公开发表的文献中尚未见报道。

参加此项调研的三级医院和肿瘤医院在地域分布上无显著差异,以中部和东部为主,约占 80% 左右,西部地区较少,不足四分之一,这与我国的人口分布特征比较一致^[10]。90% 以上三级医院为公立医院,肿瘤医院中公立医院的比例仅占 65%,不足三分之二,且肿瘤医院中三级医院的比例仅为 53%;但是,肿瘤医院在肿瘤患者的年门诊量和住院床位上都占显著优势,离世的患者数量也显著多于三级医院。从总体上看,我国肿瘤医院的医疗资源不及三级医院,且多为私立及非三级医院,但肿瘤及死亡患者显著多于三级医院。

本项调研结果显示,在缓和医疗服务上,两类医院过去和现在“提供缓和医疗服务”的比例都不低,基本都在 80% 以上,但是专科医师服务的比例并不高,三级医院仅为 40.83%,肿瘤医院 48.53%;说明

尽管我国缓和医疗服务开展的时间比较长且持久,但仍以非专业医师服务为主。在 David Hui 教授 2018 年的同期调研中,专科医师服务的比例较高,在 NCI 肿瘤中心为 97.5%,非 NCI 肿瘤中心为 78.8%^[11]。专科门诊、会诊、专科病床、安宁疗护机构是缓和医疗的主要服务形式。调查结果显示,在这些方面肿瘤医院都有显著优势,开展相关工作的比例均高于三级医院,除了门诊未达到统计学上的显著性差异外,其他三项均显著高于三级医院。

从应答率上看,肿瘤医院为 42.72% (88/206),显著高于三级医院的 39.28% (174/443),但与美国 2009 年调研相比明显偏低,该调研的应答率为 71%^[6],也低于 2018 年的 69%^[11]。应答率低的首要原因是非指令性调研,其次是调研对象的岗位特殊导致工作繁忙,很难配合调研,缓和医疗的被认可度不高也是潜在原因。如再开展近似研究,可与行业协会联合或申请指令性调研,可能会大幅提升应答率。

癌痛及其他症状管理是缓和医疗的重要任务。我国早期的缓和医疗工作主要集中在癌症止痛领域,以推广世界卫生组织三阶梯止痛方案、癌痛评估量表和癌痛指南等工作为主^[12-14]。本次调查发现,与 5 年前相比,两类医院目前的镇痛治疗都有显著进步。对过去 5 年镇痛治疗评价的均值都在“中等”范围内,对目前镇痛治疗的评价均值接近“较好”状态,肿瘤医院为 6.91 分,显著高于三级医院;两类医院目前的镇痛评价在“较好”水平的比例接近 50%,尽管这不代表实际的水平,但也说明了进步。值得注意的是:即便是自评,还有 50% 以上医院达不到较好水平,也就是说存在不同程度的镇痛不足,这与我国开展的相关调研结果一致,即镇痛不足的比例高达 60% 左右^[15,16]。

Cleeland 等^[17]采用疼痛治疗指数评价镇痛治疗,更易量化,评估结果更精确,被广泛采用。按照这一标准,全球范围内的镇痛不足也比较普遍,2008 年的一项系统回顾显示,镇痛不足的比例约为 50%^[18],美国同期的镇痛不足比例约为三分之一^[19]。

2007 年,中华人民共和国国家卫生健康委员会发布关于在《医疗机构诊疗科目名录》中增加“疼痛科”诊疗科目的通知^[20],这标志着专业镇痛团队的建立;2011 年,中华人民共和国国家卫生健康委员会发布关于开展“癌痛规范化治疗示范病房”创建

活动的通知,在全国范围内鼓励创建癌痛范病房^[21],这两项工作不仅在较短时间内普及了我国癌痛诊疗工作,还快速提升了整体癌痛诊疗水平^[22]。本次调研是在疼痛科和癌痛示范病房创建之后,且调研对象是医疗资源相对较好的三级医院和肿瘤医院,50%的潜在镇痛不足说明我国癌痛治疗仍然任重道远。

医院领导对缓和医疗服务的评价与癌痛一致,即自身前后对比都有显著提升,但整体评价低于癌痛,这可能与我国非专科医师服务为主的现状有关。

ASCO 于 2013 年提倡将缓和医疗整合到肿瘤治疗中^[23],我国学者也在探索肿瘤整合医疗模式^[24]。调研结果显示,院领导对“缓和医疗与肿瘤治疗整合”理念的认可度较高,肿瘤医院的均值达到(7.06±3.19)分,三级医院略低为(6.29±3.64)分。从理念到行动在我国均面临巨大挑战:缓和医疗亚专科尚未建立,目前开展的工作绝大多数都是肿瘤专科医师的自发行动,是一个团队开展的两项甚至多项工作,而不是两个专业团队之间的长期持续合作,这可能是限制缓和医疗发展的主要原因。

在未来 5 年对专科医师、护士、床位及科研项目的资助上,两类医院领导都比较支持,肿瘤医院的赞同度更高。在阻碍缓和医疗服务的因素上,位列前 3 位的因素分别为缺乏报销支持、缺乏专业人员以及预算有限,肿瘤医院在“缺乏报销支持”这一项显著高于三级医院,可能与肿瘤医院中私立医院的比例较高有关。前三项阻碍因素中,有两项和资金有关,一项为人才配置,从客观上看符合学科发展实际,即要发展学科就要解决人才和经费问题。David Hui 团队 2008 年研究报告的美国位列前三位的阻碍因素是:报销支持、预算、专业人员^[6];与我国情况完全一致,这说明上述三因素带有普遍性。

综上,对 88 家肿瘤医院和 174 家三级医院院领导的调研结果反映了我国缓和医疗服务现状。两类医院中 85%以上都能提供缓和医疗服务,但专科服务的比例不足 50%;肿瘤医院在缓和医疗理念、镇痛治疗、专科会诊、住院床位及安宁疗护中心设置等方面都普遍优于三级医院。要发展缓和医疗,就应克服阻碍因素,在人才建设、医保报销和经费预算上给予政策上的支持和扶助。

致谢:衷心感谢北京生前预嘱推广协会在问卷设计和储存、数据保存以及志愿者招募上给予的大力支持;衷心感谢

参加调研的所有志愿者;感谢宜昌人福药业有限公司、萌蒂(中国)制药有限公司在调研实施阶段给予的帮助。

利益冲突:无。

【参考文献】

- [1] Zheng RS, Zhang SW, Zeng HM, *et al.* Cancer incidence and mortality in China, 2016[J]. J Natl Cancer Cent, 2022, 2(1): 1-9. DOI:10.1016/j.jncc.2022.02.002.
- [2] Hui D, Bruera E. Models of palliative care delivery for patients with cancer[J]. J Clin Oncol, 2020, 38(9): 852-865. DOI: 10.1200/JCO.18.02123.
- [3] Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care[J]. Nat Rev Clin Oncol, 2016, 13(3): 159-171. DOI: 10.1038/nrclinonc.2015.201.
- [4] Wang XS, Li TD, Yu SY, *et al.* China: status of pain and palliative care[J]. J Pain Symptom Manage, 2002, 24(2): 177-179. DOI: 10.1016/s0885-3924(02)00435-9.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 癌症疼痛诊疗规范(2011 年版)[J]. 中华危重症医学杂志(电子版), 2012, 5(1): 31-38. DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-6880.2012.01.006. Ministry of Health of the People's Republic of China. Diagnostic and therapeutic specifications for cancer pain (2011 edition)[J]. Chin J Crit Care Med (Electron Ed), 2012, 5(1): 31-38. DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-6880.2012.01.006.
- [6] Hui D, Elsayem A, De la Cruz M, *et al.* Availability and integration of palliative care at US cancer centers[J]. JAMA, 2010, 303(11): 1054-1061. DOI: 10.1001/jama.2010.258.
- [7] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, *et al.* Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer[J]. N Engl J Med, 2010, 363(8): 733-742. DOI: DOI: 10.1056/NEJ-Moa1000678.
- [8] Smith TJ, Temin S, Alesi ER, *et al.* American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care[J]. J Clin Oncol, 2012, 30(8): 880-887. DOI: 10.1200/JCO.2011.38.5161.
- [9] 李建涛, 商广喜, 李莉, 等. 基于关键事件访谈技术的三级医院院长胜任特征模型建构[J]. 中华医学科研管理杂志, 2012, 25(4): 244-246. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-1924.2012.04.008.
- Li JT, Shang GX, Li L, *et al.* Construction of competency model for the directors of tertiary hospitals based on key event interview technology[J]. Chin J Med Sci Res Manage, 2012, 25(4): 244-246. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-1924.2012.04.008.
- [10] 梁宏. 中国人口发展的特征与趋势——基于历次人口普查公报的分析[J]. 南方人口, 2021, 36(4): 47-58. DOI: 10.3969/j.issn.1004-1613.2021.04.005.
- Liang H. Characteristics and trends of china's population development[J]. S China Popul, 2021, 36(4): 47-58. DOI: 10.3969/j.issn.1004-1613.2021.04.005.

- [11] Hui D, De La Rosa A, Chen J, *et al.* State of palliative care services at US cancer centers; an updated national survey[J]. *Cancer*, 2020, 126(9): 2013–2023. DOI: 10.1002/cncr.32738.
- [12] 上海市晚期肿瘤专题组. 应用 WHO 三阶梯药物治疗癌症疼痛的评价[J]. *肿瘤*, 1992, 12(5): 197–200.
- Special Group of Shanghai Advanced Cancer. Evaluation of WHO three-ladder-step drug therapy for cancer pain relief[J]. *Cancer*, 1992, 12(5): 197–200.
- [13] Wang XS, Mendoza TR, Gao SZ, *et al.* The Chinese version of the Brief Pain Inventory (BPI-C): its development and use in a study of cancer pain[J]. *Pain*, 1996, 67(2–3): 407–416. DOI: 10.1016/0304-3959(96)03147-8.
- [14] 王杰军, 李睿. NCCN 成人癌痛临床实践指南解读[J]. *临床肿瘤学杂志*, 2009, 14(1): 80–83. DOI: 10.3969/j.issn.1009-0460.2009.01.019.
- Wang JJ, Li R. NCCN clinical practice guideline: adult cancer pain 2008[J]. *Chin Clin Oncol*, 2009, 14(1): 80–83. DOI: 10.3969/j.issn.1009-0460.2009.01.019.
- [15] 胡青, 邱红, 梅妮, 等. 癌症疼痛状况及其治疗情况调查[J]. *肿瘤防治*, 2010, 37(12): 1433–1435. DOI: 10.3971/j.issn.1000-8578.2010.12.027.
- Hu Q, Qiu H, Mei N, *et al.* Survey of cancer pain and its treatment[J]. *Cancer Res Prev Treat*, 2010, 37(12): 1433–1435. DOI: 10.3971/j.issn.1000-8578.2010.12.027.
- [16] Yu Z, Li W, Shangguan X, *et al.* Knowledge, practices, and perceived barriers in cancer pain management at oncology units; a cross-sectional survey of medical staff in China[J]. *J Pain Res*, 2022, 15: 159–169. DOI: 10.2147/JPR.S339377. eCollection 2022.
- [17] Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, *et al.* Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer[J]. *N Engl J Med*, 1994, 330(9): 592–596. DOI: 10.1056/NEJM199403033300902.
- [18] Deandrea S, Montanari M, Moja L, *et al.* Prevalence of under-treatment in cancer pain. A review of published literature[J]. *Ann Oncol*, 2008, 19(12): 1985–1991. DOI: 10.1093/annonc/mdn419.
- [19] Fisch MJ, Lee JW, Weiss M, *et al.* Prospective, observational study of pain and analgesic prescribing in medical oncology outpatients with breast, colorectal, lung, or prostate cancer[J]. *J Clin Oncol*, 2012, 30(16): 1980–1988. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.2381.
- [20] 樊碧发. 建立疼痛科彰显我国医学发展以人为本[J]. *实用疼痛学杂志*, 2008, 4(1): 5–6.
- Fan BF. Establishing pain department to highlight the people-oriented development of Chinese medicine[J]. *Pain Clin J*, 2008, 4(1): 5–6.
- [21] Yu SY, Wang JJ, Huang YG, *et al.* Managing pain in patients with cancer; the Chinese Good Pain Management experience[J]. *J Glob Oncol*, 2016, 3(5): 583–595. DOI: 10.1200/JGO.2016.005686.
- [22] 于世英. 创建癌痛规范化治疗示范病房[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2012, 18(12): 705. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9852.2012.12.001.
- Yu SY. Create a demonstration ward for standardized treatment of cancer pain[J]. *Chin J Pain Med*, 2012, 18(12): 705. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9852.2012.12.001.
- [23] Davis MP, Bruera E, Morganstern D. Early integration of palliative and supportive care in the cancer continuum[J]. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, 2013, 33: 144–150. DOI: 10.14694/EdBook_AM.2013.33.144.
- [24] 顾芳慧, 仲西瑶, 孙光宇, 等. 整合医学模式在肿瘤专科医院管理中的应用实践[J]. *中国医院管理*, 2021, 41(4): 91–93.
- Gu FH, Zhong XY, Sun GY, *et al.* Application and thinking of integrated medical model in management of tumor hospital[J]. *Chin Hosp Manag*, 2021, 41(4): 91–93.

(编辑: 温玲玲)