

trial[J]. JMIR Res Protoc, 2018, 7(2): e43.

[20] Calvo G S, Gómez-Suárez C, Soriano J B, et al. A home telehealth program for patients with severe COPD: the PROMETE study[J]. Respir Med, 2014, 108(3): 453-462.

[21] Cordero-Ampuero J, Darder A, Santillana J, et al. Evaluation of patients' and physicians' expectations and attributes of osteoarthritis treatment using Kano methodology[J]. Qual Life Res, 2012, 21(8): 1391-1404.

[22] 倪春晓, 孙一勤, 李晖, 等. 远程居家照护的研究现状和发展策略[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(11): 1344-1348.

[23] Chen K J, Yeh T M, Pai F Y, et al. Integrating refined

Kano Model and QFD for service quality improvement in healthy fast-food chain restaurants[J]. Int J Environ Res Public Health, 2018, 15(7). piiE1310. doi: 10. 3390/ijer-ph15071310.

[24] LaFave D. Family support and elderly well-being in China: evidence from the China health and retirement longitudinal study[J]. Ageing Int, 2017, 42(2): 142-158.

[25] Kano N. Life cycle and creation of attractive quality[C]. Linköping: Proceedings of the 4th QMOD Conference, 2001: 18-36.

(本文编辑 赵梅珍)

• 论 著 •

转移性去势抵抗性前列腺癌骨转移患者精准随访方案的构建及应用

乔够梅, 任洁, 马丹丹, 康亚芬, 朱文婷, 张继萍

摘要:目的 制定精准随访方案,并探讨其在转移性去势抵抗性前列腺癌(mCRPC)患者中的应用效果。方法 将 64 例 mCRPC 骨转移患者随机分为干预组和对照组,各 32 例。对照组采用常规随访,干预组组建多学科协作随访团队,构建骨转移精准随访方案并实施。干预 6 个月后评价效果。结果 干预组骨相关事件发生率与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预组生活质量各维度得分(除社会/家庭状况)、疼痛控制满意度显著高于对照组,疼痛强度、疼痛影响及疼痛信念得分显著低于对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。结论 对 mCRPC 骨转移患者实施精准随访能显著降低疼痛强度,相对减少骨相关事件发生率,提高患者生活质量。

关键词:前列腺癌; 去势治疗; 骨转移; 骨相关事件; 疼痛; 精准随访; 生活质量; AIDET 沟通模式

中图分类号:R473.2;R737.25 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.01.009

Construction and application of precise follow-up protocol for patients with bone metastasis in metastatic castration-resistant prostate cancer Qiao Goumei, Ren Jie, Ma Dandan, Kang Yafen, Zhu Wenting, Zhang Jiping. Department of Urology, The 940th Hospital of PLA, Lanzhou 730050, China

Abstract: **Objective** To develop a precise follow-up protocol and to explore its application effect in patients with metastatic castrated resistant prostate cancer(mCRPC). **Methods** Sixty-four mCRPC men with bone metastasis were equally randomized into a control group and an intervention group, receiving either conventional follow-ups or precise follow-ups provided by a multidisciplinary team. Effect was evaluated after 6 months of intervention. **Results** The incidence of bone related adverse events was 9.38% in the intervention group and 28.12% in the control group, but without significant difference between them ($P>0.05$). The total and dimension scores of quality of life except social/family dimension were significantly higher, whereas pain intensity, pain impact and pain belief were significantly lower, in the intervention group compared with the control group ($P<0.05$, $P<0.01$). **Conclusion** Implementation of precise follow-ups in mCRPC patients with bone metastasis can alleviate pain intensity, reduce bone related adverse events and improve quality of life of patients.

Key words: prostate cancer; castration; bone metastasis; bone related adverse event; pain; precise follow-up; quality of life; AIDET communication model

近年来,前列腺癌在我国的发病率呈逐年上升趋势,2015 年前列腺癌新发病例约 60 300 例,死亡病例约 26 600 例^[1]。中晚期前列腺癌所占比例较高^[2-3]。

作者单位:中国人民解放军联勤保障部队第九四〇医院泌尿外科(甘肃兰州,730050)

乔够梅:女,本科,主任护师,护士长, qiaogoum@163.com

科研项目:甘肃省自然科学基金项目(1506RJZA311)

收稿:2019-08-08;修回:2019-10-10

虽然去势治疗能使多数患者的病情在短时间内得到缓解,但几乎所有患者最终均会发展为转移性去势抵抗性前列腺癌(Metastatic Castration Resistant Prostate Cancer, mCRPC)^[4]。骨骼是 mCRPC 最易发生转移的部位,研究显示,80% 的 mCRPC 骨转移患者会出现骨痛、病理性骨折、脊髓压迫等骨相关事件^[5],严重影响患者生活质量。患者出院回归家庭后,将面临骨痛、跌倒等诸多骨相关问题,亟需专业的随访指导。而目前

针对 mCRPC 骨转移患者的出院指导多集中在定期复查、饮食指导、健康宣教等方面,缺乏对骨相关问题的动态评估及适时指导。因此积极探索出适合 mCRPC 骨转移患者的随访方案,以减少和延缓骨相关事件发生,是医护人员研究与关注的重点。我科从 2017 年 1 月开始,针对 mCRPC 骨转移患者制定并实施精准随访方案,取得较好的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法,选取 2017 年 1 月至 2018 年 12 月在我科就诊的 64 例 mCRPC 患者为研究对象。纳入标准:①病理标本确诊为前列腺癌;②全

身骨扫描,胸、腹部 CT 检查明确有骨转移;③经去势治疗后前列腺特异抗原(PSA)数值控制一段时间后再升高;④血清睾酮 $<0.5\text{ ng/mL}$;⑤知情同意且愿意参加本研究。排除标准:①应用多西他赛、唑来膦酸等类似药物出现过敏;②合并严重的心、肝、肾功能障碍。脱落标准:①要求退出;②随访期间失访或死亡。按照随机数字表法分为干预组和对照组,干预组 32 例,年龄 54~73 岁;对照组 32 例,年龄 54~72 岁。两组一般资料比较,见表 1。两组患者在随访前均未发现伴有高钙血症、病理性骨折、脊髓压迫等骨相关事件。本研究随访期间无死亡病例,均未脱落。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	年龄	文化程度(例)		血清睾酮	PSA	Gleason 评分	治疗方式(例)			病程
		(岁, $\bar{x} \pm s$)	初中以下	高中以上	(ng/mL , $\bar{x} \pm s$)	(ng/mL , $\bar{x} \pm s$)	(分, $\bar{x} \pm s$)	内分泌治疗	化疗	外科治疗	(月, $\bar{x} \pm s$)
对照组	32	64.67 $\pm$ 6.41	15	17	0.29 $\pm$ 0.10	131.32 $\pm$ 4.25	7.05 $\pm$ 0.81	23	7	2	24.13 $\pm$ 1.07
观察组	32	64.51 $\pm$ 6.95	14	18	0.30 $\pm$ 0.11	130.64 $\pm$ 5.25	7.06 $\pm$ 0.78	22	6	4	24.20 $\pm$ 1.06
统计量		$t=0.096$	$\chi^2=0.063$		$t=0.385$	$t=0.570$	$t=0.050$	$\chi^2=0.667$			$t=0.263$
P		0.924	0.802		0.705	0.571	0.960	0.414			0.793

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组采取常规随访,即患者出院前 1 d 由责任护士进行出院指导,详细讲解随访时间、随访项目、复查时间、居家护理要点等。患者出院后责任护士每 2 个月电话随访 1 次,主要对患者的病情、饮食、服药等方面进行评估并给予健康指导。患者门诊复查时由门诊护士进行随访并记录于前列腺癌随访登记本。随访内容包括:治疗效果、服药情况、检查结果(血清 PSA、血清睾酮、骨扫描、代谢并发症监测)等。干预组采用精准随访方案,实施无缝隙、全程化随访管理,具体如下。

1.2.1.1 精准随访方案的构建

1.2.1.1.1 组建多学科协作随访团队 成立多学科协作随访小组,11 名小组成员均为本科以上学历。主任护师(1 名)担任组长;副主任医师(1 名)及主治医师(2 名)负责随访过程中病情评估及处理;主管护师(3 名)负责前列腺癌随访库数据录入及整理;护师(4 名)负责主导电话、微信随访、完成电子随访记录单、发放及回收调查问卷。干预前对小组成员进行随访要点、沟通技巧、随访数据库使用方法及数据分析等相关知识培训,明确随访内容及注意事项。建立微信平台,组长为微信平台负责人,主管护师(2 名)负责上传健康教育内容。

1.2.1.1.2 随访方案具体内容 随访团队在查阅近年国内外文献的基础上,参考指南及专家共识^[6-8],初步制订精准随访方案。初始方案采用专家咨询法,向甘肃省 13 名泌尿外科医疗(7 人)及护理专家(6 人)进行函询,男 8 人,女 5 人;年龄 41~50 岁,平均 44.5 岁;本科 2 人,硕士 4 人,博士 7 人;正高级 10 人,副高级 3 人;均从事泌尿外科工作 10 年以上。经 2 轮

函询修改后,最终确定精准随访方案内容。①随访项目。包括 4 个方面 24 个项目:骨痛评估(疼痛部位、疼痛性质、间隔时间、疼痛评分、服药情况、不良反应、疼痛宣教);骨相关事件(病理性骨折、脊髓受压、高钙血症、骨功障碍);检查结果(PSA、CT、数字型直肠检查、B 超、骨显像、肿瘤标记物、骨密度测定);其他症状评估(尿失禁症状及困扰、排尿困难、乏力、肠道症状、激素治疗相关症状、性功能及相关困扰)。②随访时间。随访时间根据骨转移分类进行四阶段随访。Ⅰ类:单发骨转移,发现原发灶至出现骨转移灶之间的时间超过 3 年,随访时间为每 4 周 1 次。Ⅱ类:主要长骨发生病理性骨折,随访时间为每 3 周 1 次。Ⅲ类:负重长骨或髌臼周围即将发生病理性骨折的影像和临床症状,随访时间为每 2 周 1 次。Ⅳ类:多处成骨性转移灶,非负重骨(如腓骨、肋骨、胸骨等)上的溶骨性或混合性转移灶,随访时应仔细评估对治疗的反应及对疼痛的控制,随访时间为每周 1 次,随访 2 个月,之后每 2 周 1 次直至生命终结。

1.2.1.2 精准随访方案的实施

1.2.1.2.1 应用前列腺癌随访数据库 本研究使用的前列腺癌随访数据库为第 3 版 PC-Follow V3.0,由海军军医大学长海医院孙颖浩院士带领的团队研发^[9],该数据库开发环境为 Apache 服务程序+MySQL 数据库+PHP 语言。数据库包括基础资料、治疗及病情演变、随访信息。①患者出院前 1 d,随访护士在 PC-Follow 数据库上新建患者随访档案,包括患者姓名、拼音缩写、确诊年龄、BMI、家庭地址、电话号码、治疗方案、随访时间等 20 项内容。②出院后,随访护士完成“账号密码+短信认证”的双重验证后登录系统,点击“近期访视列表”,系统根据设置的“访视频率”显示近期需要随访的患者,单击患者姓名,显

示随访信息。按照随访项目录入随访信息,检查结果数据录入后,系统可以直观显示曲线图,如 PSA、游离前列腺特异抗原(FPSA)、睾酮等,方便医生判断患者病情变化,为治疗方案的制定及调整提供参考。在“访视说明”项目中显示患者的微信二维码,扫码后可将健康信息、随访结果、治疗方案等发送给患者。输入结束后,点击保存,系统将生成 Excel 随访数据报表,方便统计随访工作量。

1.2.1.2.2 推送生存照护计划 制作生存照护计划表,见样表 1。mCRPC 骨转移患者照护计划分三阶段实施。第 1 阶段:1~6 周为强化阶段,以“减轻疼痛,保障安全”为目的,通过微信平台及电话随访实施。微信平台上设计骨痛护理、病理性骨折预防等 6 个健康照护主题,每周推送 1 个。每周信息干预后第 3 天利用电话对患者信息掌握情况进行评估,对回答不上或回答错误的患者给予解答和澄清。针对掌握不好及重视程度不高的患者,录入前列腺癌随访数据库“访视说明”中进行加强干预。通过微信循环推送

样表 1 mCRPC 骨转移患者生存照护计划表

阶段	时间	照护主题	目的	具体内容
第 1 阶段	第 1 周	骨痛护理	控制及减轻疼痛	癌痛相关知识,疼痛评估工具使用方法,三阶梯癌痛治疗方案,镇痛药不良反应及处理方法,非药物镇痛法,全程化疼痛管理
	第 2 周	骨折预防	防止或延缓病理性骨折发生	居家环境安全知识指导,防跌倒健康教育,翻身注意事项,助行器的合理选择,维生素 D 的补充
	第 3 周	特异性症状管理	减轻症状	疾病症状监测知识,症状评估工具,干预方法及护理,情景模拟视频
	第 4 周	内分泌治疗安全管理	坚持治疗	内分泌治疗的必要性和优劣,规范化治疗方案的选择及不良反应,定期随访内容及重要性
	第 5 周	情绪管理	消除不良情绪	压力调适方法指导,心理效应及应对策略,情感关怀,社会/家庭支持
	第 6 周	健康行为	养成健康生活方式	睡眠、戒烟、体质量管理,营养膳食、饮食搭配、运动指导
第 2 阶段	第 7~10 周	康复锻炼	恢复排尿功能	盆底肌训练,膀胱功能训练
	第 11~14 周	视频课程	有效居家护理	胸骨转移;注意保暖,避免剧烈咳嗽;脊柱转移;正确卧位,翻身轻柔;四肢转移;病变部位不负重,避免提重或高举
	第 15~18 周	延长生存时间,提高生活质量		循环推送第 1~14 周照护内容
第 3 阶段	第 19 周至生命终结	临终关怀		多学科团队召开研讨会制定个性化照护计划

1.2.1.2.3 基于 AIDET 沟通模式进行电话随访 每例患者按骨转移分类的四阶段随访时间要求进行电话随访,每次不超过 15 min。按照“Acknowledge(问候)-Introduce(自我介绍)-Duration(沟通过程)-Explanation(解释)-Thanks(感谢)”(AIDET 沟通模式)进行交流。A:语气和蔼,核对患者姓名、年龄,给予尊称。I:展示自信,介绍自己及随访团队,突出团队实力,使患者产生信任感。D:沟通过程即随访过程,包括按照随访项目收集患者信息,评估患者目前存在的主要问题并进行专业化指导;依据生存照护计划表实施健康宣教,前 2 个阶段每周 1 个主题,最后一阶段根据患者病情及需求确定沟通要点。E:针对患者疑问,随访者及时回答和解释,对无法立即回答的问题向患者做好解释。随访团队 2 d 内根据收集的信息制定专业化意见,并反馈给患者。T:感谢患者的配合。

1.2.2 评价方法 生活质量和疼痛控制结局在干预前及随访 6 个月后,患者门诊复诊时由取得心理咨询

照护内容,直至患者熟记,并邀请家属一起做好监督工作。随访组长每月不定期抽查 6 例患者,评价随访效果,发现问题及时纠正,确保随访质量。第 2 阶段:7~18 周为巩固阶段,以“建立健康行为,提高治疗依从性”为目的。通过微信平台推送胸骨转移、脊柱转移及四肢转移视频课程,帮助患者掌握翻身、卧位、咳嗽等居家护理要点,在日常生活中将知识转化为健康行为。利用患者来院复查时间,面对面教会患者掌握盆底肌训练、膀胱训练技巧,居家期间坚持锻炼。第 3 阶段:19 周至生命终结为维持阶段,以“延长生存时间,提高生活质量”为目的。科室每月召开 1 次前列腺癌多学科诊疗研讨会,邀请患者及家属参加,对参会的患者进行全面评估,以了解患者面临问题及明确随访需求,针对患者病情、需求,随访小组展开讨论,同时鼓励患者或家属参与讨论,制定适合自己的照护计划。对无法参会的患者通过家庭访视、电话、微信等方法评估患者生存状况,并将患者的主诉及信息反馈随访团队并制定个性化照护计划。

师资质的 1 名主管护师进行评估,骨相关事件在随访 6 个月后进行统计。①骨相关事件发生情况。包括脊髓压迫症、高钙血症和病理性骨折。经骨 ECT、CT、MRI、血钙诊断并由多学科诊疗团队影像科、检验科、泌尿外科主治医师以上职称的医生最终确诊。②疼痛控制结局。采用美国疼痛协会疼痛结局问卷(APS-POQ-Modified)^[10]评价患者的疼痛控制结局,由胡夏菊^[11]翻译为中文。该量表由疼痛程度、疼痛的影响、疼痛控制满意度、疼痛信念 4 个结局指标共 16 个条目组成,疼痛程度、疼痛影响及疼痛控制满意度均采用数字(0~10、0~10、1~6)表示,分值越高,代表疼痛程度越强、疼痛对活动的影响越大及满意度越高;疼痛信念采用 0~5 评分,分数越低,表明疼痛信念越好。量表 Cronbach's α 系数为 0.70~0.91。③生活质量。使用前列腺癌治疗功能问卷(FACT-P)^[12]评价生活质量,由癌症患者生命质量共性模块(FACT-G)和前列腺癌特异模块(PCS)构成,张凯

等^[13]翻译为中文。FACT-G 包括前列腺癌患者身体状况(8 个条目)、社会/家庭状况(8 个条目)、情感状况(7 个条目)、生活状况(8 个条目)、与医生相互信任的关系(3 个条目);PCS 为 13 个条目。所有条目均为 5 级评价,0~4 分依次代表没有、有一点、有一些、相当多、特别多,分数越高代表生活质量越好。Cronbach's α 系数为 0.83~0.93。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件进行数据分析,行 t 检验、 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组骨相关事件发生率比较 见表 2。

表 2 两组骨相关事件发生率比较					
组别	例数	高钙血症	脊髓压迫	病理性骨折	合计
对照组	32	2	4	3	9
干预组	32	1	2	0	3
χ^2		0.001	0.184	1.399	3.692
P		0.978	0.668	0.237	0.055

2.2 两组随访前后疼痛控制结局得分比较 见表 3。

表 3 两组随访前后疼痛控制结局得分比较					
分, $\bar{x} \pm s$					
组别	例数	疼痛程度	疼痛影响	疼痛控制满意度	疼痛信念
随访前					
对照组	32	3.55±2.27	4.52±1.62	3.99±2.10	3.21±1.94
干预组	32	3.52±2.37	4.38±2.27	3.96±1.72	3.19±1.81
t		0.052	0.258	0.062	0.043
P		0.958	0.798	0.950	0.961
随访后					
对照组	32	3.41±1.27	4.32±1.39	3.83±0.12	2.49±0.71
干预组	32	2.12±1.39	3.55±1.43	4.32±0.72	1.99±0.60
t		3.876	2.181	3.798	3.049
P		0.000	0.033	0.000	0.002

2.3 两组随访前后 FACT-P 得分比较 见表 4。

3 讨论

3.1 精准随访方案可相对降低骨相关事件发生率,

表 4 两组随访前后 FACT-P 得分比较							分, $\bar{x} \pm s$
组别	例数	FACT-G					PCS
		身体状况	社会/家庭状况	情感状况	生活状况	医生相互信任的关系	
随访前							
对照组	32	18.66±1.40	17.28±2.18	15.06±1.27	19.38±1.21	4.21±1.17	28.11±1.50
干预组	32	18.51±1.36	17.18±2.08	15.11±1.37	19.59±1.27	4.18±1.28	28.37±1.48
t		0.435	0.188	0.152	0.677	0.098	0.537
P		0.666	0.852	0.878	0.500	0.922	0.584
随访后							
对照组	32	19.86±1.31	18.98±2.18	15.66±1.27	20.49±1.47	4.98±1.28	33.15±1.32
干预组	32	21.01±1.27	19.18±2.08	16.67±1.57	22.51±1.47	6.02±1.31	35.06±1.36
t		3.560	0.394	2.829	5.497	3.209	5.701
P		0.000	0.694	0.003	0.000	0.001	0.000

3.2 精准随访方案有效降低癌痛强度,改善 mCRPC 患者疼痛控制结局 疼痛是 mCRPC 骨转移患者最难忍受的症状之一,虽然大部分患者在住院期间接受过癌痛相关知识宣教,但出院后仍存在对癌痛知识了

提高患者生活质量 近年来随着前列腺癌发病率及病死率的稳步上升,已成为严重危害男性健康的一种疾病。前列腺癌进展成 mCRPC 骨转移后会出现不同程度的骨痛、高钙血症、病理性骨折、脊髓压迫等骨相关事件,对患者的生活质量造成严重影响。研究表明,规范化随访在 mCRPC 骨转移患者的诊治及康复过程中具有重要意义^[14]。本研究突破常规随访形式单一、内容枯燥,缺乏骨相关事件动态评估及适时指导的局限,构建了精准随访方案。该方案随访项目、随访时间依据 mCRPC 骨转移临床特点设计,并联合应用信息化随访数据库,有助于随访团队在短时间内及时收集并准确判断患者病情变化、主观感受、生存状态,给予针对性的诊疗建议和健康教育。微信平台通过持续系统地推送骨痛护理、病理性骨折等照护主题、视频课程,使患者掌握更多防跌防滑、卧位翻身、维生素 D 补充、助行器选择等自我护理知识和技能。健康教育的持续渗透,帮助患者不断提高自我照护能力,积极预防和应对高钙血症、脊髓压迫症等骨相关事件,提高生活质量。表 2 显示,干预 6 个月后干预组骨相关事件发生数少于对照组,但两组差异无统计学意义($P>0.05$),有待进一步扩大样本量确认干预效果。表 4 显示,干预组患者生活质量各维度得分除社会/家庭状况外显著高于对照组(均 $P<0.01$),表明对 mCRPC 骨转移患者进行精准随访,患者生活质量提高。随访过程中发现,前列腺癌患者在制定诊疗及照护计划时参与程度较低,大部分患者习惯依赖医生。有研究表明患者积极参与临床决策有助于改善临床结局^[15],这也提示医护人员在随访时应多鼓励,采取相应干预措施,帮助患者转变思想,积极参与到治疗、护理决策中,以提高随访质量。

解不够,处理癌痛的方式不正确,疼痛认识存在误区等问题^[16-17],且长期缺乏专业人员的跟踪、评价、指导,导致癌痛不能有效控制。对此,随访团队利用 AIDET 沟通模式规范电话随访,准确评估患者的疼

痛感受,并给予科学系统的用药指导。同时“强化—巩固—维持”三阶段的疼痛教育,提高患者对癌痛知识的掌握,且在疼痛教育过程中注重培养患者对疼痛的正确认知,帮助患者树立积极的疼痛信念,减少患者对疼痛及疼痛控制的认识误区,使患者从“镇痛药不能真正地控制疼痛”“镇痛药应该在疼痛剧烈的时候使用”等错误观念变成“我相信正确的应对方式能够控制疼痛”“我相信镇痛药按需使用,效果最佳”的积极信念。本研究显示,干预后干预组疼痛程度、疼痛影响及疼痛信念得分显著低于对照组,疼痛控制满意度显著高于对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。提示对 mCRPC 骨转移患者实施精准随访能有效降低癌痛强度,改善患者的疼痛信念,提高患者对癌痛治疗的满意度,从而改善患者的疼痛控制结局。

3.3 信息化随访数据库是 mCRPC 患者精准随访的重要保障 精准收集、管理、查询及分析前列腺癌患者随访数据,有助于临床医生作出基于临床证据的正确决策,有利于提升临床诊疗规范化,对前列腺癌临床诊治和科学研究具有重要意义。本研究应用的前列腺癌随访数据库为第 3 版 PC-Follow V3.0,点击系统“数据曲线图”项目,可以直观显示患者的 PSA、FPSA 曲线变化。点击“访视频率”可根据患者具体情况个性化设置随访时间。有文献报道,随访过程中实施的健康教育,有 40%~80% 信息将被患者直接遗忘^[18],为此,在“访视说明”的下方设有前列腺癌微信公众号,访视结束后,通过微信公众号推送健康教育内容。开启“访视提醒”,患者的访视信息将出现在过期及近期访视,解决了以往随访延迟、漏访的现象,在一定程度上降低了失访率。我科前列腺癌患者自应用信息化随访数据库随访后,随访率由 2017 年 83.50% 升至 2018 年 93.12%,实现了国际抗癌联盟提出的肿瘤患者随访率 $\geq 90\%$ 的要求^[19]。信息化随访数据库的应用不仅为随访工作节省了大量时间,提高了工作效率,更为精准随访的顺利开展提供了保障。

4 小结

通过对 mCRPC 骨转移患者进行精准随访,达到控制癌痛、降低骨相关事件发生率、提高生活质量的目的。本研究的创新点在于根据 mCRPC 骨转移病情特点设计骨转移评估项目、随访时间及微信平台生存照护计划,并联合应用信息化随访数据库及 AID-ET 沟通模式,为 mCRPC 骨转移患者实施安全、专业、规范、个性的全程精准随访。但本研究也存在一定的局限性:研究对象仅限 1 所医院,样本量较少,随访团队缺乏信息技术人员。在下一步研究中,将进一步扩大样本量,优化随访团队,调研患者随访需求,将精准随访与大数据相结合,构建基于观测数据的个性化随访体系,为医护人员对患者健康监控、疾病预测及风险识别提供新方法、新思路。

参考文献:

- [1] 孙可欣,郑荣寿,张思维,等. 2015 年中国分地区恶性肿瘤发病和死亡分析[J]. 中国肿瘤,2019,28(1):1-11.
- [2] Siegel R L, Miller K D, Jemal A. Cancer statistics, 2017 [J]. CA Cancer J Clin,2017,67(1):7-30.
- [3] Chen W, Zheng R, Baade P D, et al. Cancer statistics in China,2015[J]. CA Cancer J Clin,2016,66(2):115-132.
- [4] 钱苏波,沈海波,叶定伟,等. 转移性去势抵抗性前列腺癌多学科临床讨论[J]. 中国肿瘤临床,2018,45(13):687-690.
- [5] 李冬梅,郑铎,刘隽垚,等. 镭-223 治疗骨转移性去势抵抗性前列腺癌的研究进展[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志,2017,9(1):52-54.
- [6] Cornford P, Bellmunt J, Bolla M, et al. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part II: treatment of relapsing, metastatic, and castration-resistant prostate cancer[J]. Eur Urol,2017,71(4):630-642.
- [7] Froemming A T, Verma S, Eberhardt S C, et al. ACR appropriateness criteria® post-treatment follow-up prostate cancer[J]. J Am Coll Radiol,2018,15(5S):S132-S149.
- [8] 董柏君,贺大林,李名钊,等. 前列腺癌经典内分泌治疗安全共识[J]. 现代泌尿外科杂志,2018,23(4):248-258.
- [9] 李菊阳,孙平波,王志勇,等. 前列腺癌科研数据信息管理[J]. 解放军医院管理杂志,2018,25(4):347-350.
- [10] McNeill J A, Sherwood G D, Starck P L. The hidden error of mismanaged pain: a systems approach[J]. J Pain Symptom Manage,2004,28(1):47-58.
- [11] 胡夏菊. 北京市三甲医院住院癌症患者的疼痛控制结局现状及影响因素的研究[D]. 北京:北京协和医学院,2010.
- [12] Esper P, Mo F, Chodak G. Measuring quality of life in men with prostate cancer using the functional assessment of cancer therapy-prostate instrument [J]. Urology,1997,50(6):920-928.
- [13] 张凯,龚侃,周立群,等. 晚期前列腺癌患者生活质量评估——FACT-P 问卷调查[J]. 中华医学杂志,2008,88(10):665-668.
- [14] 周敏,温贤秀,张静等. 微信+电话随访在晚期去势抵抗性前列腺癌病人中的应用[J]. 循证护理,2018,4(10):879-882.
- [15] 柏冬丽,侯晓婷,刘晓红,等. 肿瘤晚期患者参与临床决策期望的现状研究[J]. 护理学杂志,2017,32(5):35-38.
- [16] 陶志芳,何莉,唐仁兄. 癌痛随访评估体系的构建与实施[J]. 护理学杂志,2013,28(24):24-26.
- [17] 唐小丽,张婷,杨慧,等. 四川省 55 所二级甲等及以上医院癌痛规范化护理的现状分析[J]. 中华护理杂志,2016,51(4):424-428.
- [18] White M, Garbez R, Carroll M, et al. Is "teach-back" associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients? [J]. J Cardiovasc Nurs,2013,28(2):137-146.
- [19] 陈海珍,张兰凤,陈建国. 以医院为基础的肿瘤随访模式探讨与实践[J]. 中国肿瘤,2014,23(8):656-660.

(本文编辑 宋春燕)