

恶性肿瘤患者生存质量影响因素分析

王盼盼

天津杰纳医药科技发展有限公司, 天津市, 300041;

摘要: 生存质量 (Quality of Life, QoL) 已成为恶性肿瘤管理的核心指标之一, 其变化受多维因素交互驱动。文章基于我国最新肿瘤流行病学资料, 聚焦个体特征、疾病治疗、社会支持、经济负担及政策制度五个维度, 系统梳理影响 QoL 的关键机制。通过典型案例解析, 揭示干预路径与系统短板, 并从流行病学统计学角度提出分层筛查、QoL 嵌入、经济毒性识别与指标转译等策略建议。QoL 不应作为治疗后的附属评价, 而应内嵌于诊疗全过程中, 成为肿瘤全生命周期管理的结构性目标。

关键词: 恶性肿瘤; 生存质量; 经济毒性; 电子化患者报告结局

DOI: 10. 64216/3104-9656. 25. 02. 016

引言

生存质量又称为生活质量。世界卫生组织将其定义为个体对所追求的生活标准、期望及目标等有关生活状态的不同体验。生存质量是一项常被用于衡量个体生活状态的综合指标。对于恶性肿瘤患者而言, 生存质量是指患者对临床疾病和治疗在其躯体、情绪及其他方面的主观感受^[1]。它既映射患者对生命尊严与功能完整的期许, 也反映医疗照护路径中的响应质量。在治疗手段快速演进与疾病谱持续老龄化交汇的当下, 生存质量已从辅助性评估转向核心治理指标。文章即立足于此, 以流行病学视角剖析其影响机制, 尝试为肿瘤全周期管理提供更具实操性的干预逻辑与评价依据。

1 我国恶性肿瘤患者生存质量现状分析

1.1 我国恶性肿瘤总体流行病学情况

恶性肿瘤已跃居我国慢性病威胁之首, 发病曲线随年龄陡升, 于 80—84 岁达到高峰。根据国家癌症中心 2022 年报告, 全国新发肿瘤病例达 482.47 万, 肺癌居首, 其次为结直肠、甲状腺、肝癌和胃癌。男性发病率与死亡率均高于女性, 肿瘤谱呈现高发、高龄并行态势^[2]。人口老龄化叠加生活方式改变, 驱动发病负担向慢性演进, 导致传统“救治导向”模式难以覆盖患者长期照护所需。为此, 国家“癌症防治行动 (2023—2030 年)”明确提出“全生命周期管理”, 强调早诊早治与生存率提升, 推动从“延命导向”向“质量导向”转型^[3]。生存质量 (Quality of Life, QoL) 被纳入顶层设计, 标志着公共卫生评价坐标发生根本变动, 也倒逼医疗资源配置逻辑发生重构。

1.2 生存质量相关典型数据与实践观察

生存质量作为综合评估指标, 涵盖躯体症状、心理状态、社会功能等多个维度。多项研究表明, 近三成患

者在应住未住、异地就医与延迟问诊等行为中表现出明显医疗可及性缺口, 直接影响治疗连续性与康复节奏。同时, 睡眠障碍、疲劳、活动受限等问题普遍存在, 并与 QoL 呈显著负相关。心理层面, 疾病进展恐惧 (Fear of Progression, FoP) 已成为癌症幸存者常见负担, 若未及时识别干预, 将加速功能衰退并降低治疗依从^[4]。在此背景下, 将患者报告结局 (Patient Reported Outcomes, PRO) 工具嵌入随访流程, 通过结构化量表和康复教育, 有助于锁定高风险群体并精准干预, 从而为 QoL 提供更具前瞻性的守护机制。

1.3 典型实践场景说明

生存质量导向已在多个层面形成探索样本。大型肿瘤中心依托质控标准, 对重点癌种建立关键路径管理, 优化术前评估与术后康复流程, 缩短候诊周期, 提升功能恢复效率。在城市基层, 结直肠癌筛查采用名单管理与免费检测结合方式, 推动早诊率显著提升, 并带动侵袭性治疗比例下行, 逐步减轻术后负担。政策层面, 《健康中国行动—癌症防治行动实施方案 (2023—2030 年)》推动康复、心理、随访等环节纳入专科服务闭环, 强化临床照护与公共卫生协同。这类路径逐步将 QoL 从附属指标转变为过程主轴, 为建立以生活质量为核心的肿瘤防控体系奠定现实基础^[5]。这些实践案例共同昭示: 恶性肿瘤防控不仅关乎“延长生命”, 更需在“如何生活”上持续发力。QoL 的提升, 既是公共卫生现代化的方向感知器, 也是评估治理成效的动态坐标。

2 恶性肿瘤患者生存质量影响因素分析

2.1 个体人口学与生活行为层面

生存质量的差异源于个体变量的早期分化。高龄人群常伴多病共存、功能衰退与情绪耗竭, 进入治疗周期前已积压显著身心负担。性别则决定不同风险暴露路径:

男性集中于烟酒及职业暴露所致的代谢障碍，女性在照护与情绪识别上负荷更重，易出现焦虑与功能退缩。教育背景、婚姻关系与健康素养共同构建治疗接受与恢复意愿的软底盘。例如，规律运动与营养管理可显著提升免疫状态与情绪弹性，而成瘾行为则直接干扰依从性。研究表明，口腔癌患者的 QoL 受吸烟史与分期影响明显，提示干预应前置于生活方式与健康行为的干预环节，“运动—营养—心理—舒缓”四维处方体系虽未完全落地，已显现现实参考价值。

2.2 疾病/治疗层面

不同类型肿瘤在病理进展与治疗逻辑上存在本质差异，直接决定患者需承受的功能与心理成本。早期手术虽能清除病灶，但常伴功能残损；中晚期化疗虽延长生存，但副作用剧烈。靶向及免疫治疗带来新希望，但其副作用的不确定性让 QoL 维持难度加剧。癌痛问题尤其需要重视，未经识别的隐匿性疼痛会引发二次生理与心理恶化，降低功能恢复速度。有效 QoL 管理需突破“生存—毒性”二元框架，建立“毒副作用—功能维持—心理调节”闭环逻辑，使治疗策略为 QoL 留出缓冲区。肺癌“长生存”策略已从延命技术转向长期生活能力保障，佐证这一理念必要性。

2.3 社会环境与经济负担层面

患者所处的社会支持系统在治疗路径中承担着稳定背景的作用。一旦交通障碍、信息不对称、路径割裂等问题交织发生，将迅速消耗治疗信心。经济毒性（financial toxicity, FT）构成另一隐形重压，体现在高昂费用、频繁检查与照护资源耗损等方面。调查发现，FT 显著降低患者治疗坚持率、自我效能感及社会功能参与程度。COST-PROM 工具初步实现了该负担的量化识别，提示其干预路径应包括经济预筛、社工转介、报销梳理与策略选择等机制化支持。经济负担的可见性和社会支持的稳定性，共同决定 QoL 能否获得制度性兜底。

2.4 健康系统与政策层面

国家层面的政策倡导为 QoL 提升提供结构性驱动。癌症防治行动（2023—2030 年）明确提出全过程干预思路，强调五年生存率与治疗体验并重。诊疗路径标准化、药物可及性优化与信息系统共享为 QoL 纳入质控考核提供实现路径。特别是电子化随访（ePRO）和患者报告结局（PRO）的常规化，使 QoL 由感知性概念转变为可计量指标。政策并未将 QoL 视为“康复阶段”的后置议题，而是嵌入从筛查到再康复的全过程之中。这种机制穿透性设计促使 QoL 成为医疗系统运行的核心变量，而非外延指标。

2.5 各影响因素之间的交互与中介机制

QoL 的形成机制呈非线性结构，不同影响因素以中介路径构成闭环。例如，手术本身的 QoL 影响需通过术后功能残障与康复支持来实现；而家庭支持影响疾病恐惧程度的关键，不是陪伴时间，而是情绪回应的连续性与质量。癌痛可引发睡眠剥夺与社交回避，经济毒性则通过减少复查频次与治疗中断，间接削弱功能维护。可构建以下路径链条：治疗强度 → 毒性反应/癌痛 → 功能退化 → 情绪困扰/社会支持 → QoL 下降；经济压力 → 决策延迟/依从弱化 → 治疗中断 → QoL 受损。未来管理应超越“固定分类”，转向“路径识别—机制解剖—节点干预”的系统设计逻辑，以达成更具穿透力的质量保障策略。

3 典型案例说明与实务启示

3.1 案例说明

在城市级筛查策略中，上海市依托疾控体系与肿瘤专科网络，面向 50—74 岁常住居民实施分层筛查路径。依循“风险评估—粪便检测—肠镜确证—随访管理”的连续流程，并辅以《结直肠癌早筛、早诊、早治上海方案（2023 年版）》统一流程标准。在 2013—2017 年队列中，筛查组的 0—I 期检出率为 14.70%，高出未筛组 7.24 个百分点；同期相对 5 年生存率分别为 73.94% 和 59.66%。筛查前移推动了早期干预，也显著优化了治疗强度与恢复潜力，为生存质量的提升创造了结构性条件。

在住院治疗路径中，四川省肿瘤医院构建了电子化患者报告结局（ePRO）系统，围绕肺癌围手术期建立“症状自评—阈值预警—医护干预—复评响应”的闭环流程，并配套发布专业共识，推动院内信息流程标准化。该系统已在多家胸外科同步落地，预警机制实现了从“应急响应”向“主动监测”的模式转变，使 QoL 指标不再游离于医疗决策之外，而是嵌入进日常照护全过程。

针对经济困境的系统识别，海军军医大学第三附属医院肝胆外科在肝癌患者中引入 COST-PROM（经济毒性量表），结合社会支持与心理韧性开展多因素分析。结果显示，COST 评分均值为 22.94（范围 8—42），教育水平、家庭收入、就业状态、病程长度等变量均与经济负担显著相关。这一测评工具的使用，使“看得起病”成为可量化、可干预的路径变量，显著增强了治疗依从性管理的精准性。

在体检筛查侧，《2024 年上海市体检人群抽样健康报告》指出，72.96 万人次中共检出癌症 1,491 例，检出率达 2.04‰。推算可见，约三分之一的癌症病例具备常规体检发现的可能性，进一步明确了体检系统在早诊机制中的潜在支点，也对体检—专科之间的快速转介

效率提出了实质性要求（见表 1）。

表 1 典型案例数据汇总

案例名称	时间范围	主要行动	样本/覆盖	关键结果	QoL 影响
上海市结直肠癌筛查	2013 - 2017 随访; 2023 年“上海方案”发布	名单式筛查与统一诊疗流程	筛查组 1,687,689 人; 非筛查组 4,713,307 人	0 - 1 期占比: 14.70% vs 7.46%; 5 年相对生存率: 73.94% vs 59.66%	早筛提升早期诊断率, 降低治疗负担, 强化 QoL 基础
肺癌 ePRO 闭环管理	2024 年起	建立症状自评与干预机制, 专家共识发布	胸外科术后患者 (院内推广)	建立统一预警标准与处理路径	减少症状滞后管理, 改善术后康复体验
肝癌经济毒性识别	2023.06 - 12	门诊/住院中纳入 COST-PROM 量表	265 例肝癌患者	COST 均值 22.94 (8 - 42), 显著关联: 教育、收入、失业、病程、治疗史	提前识别经济困境, 有助于提高依从性与持续治疗
城市体检癌症早发现	2023.04 - 2024.03	常规体检随访癌症检出	72.96 万人次; 确诊 1,491 例	检出率约 2.04%, 约 35.42% 病例可由体检发现	强化体检转诊机制, 提高早诊效率

3.2 实务启示：基于流行病学统计学视角的干预建议

风险人群的精准锁定是起点。筛查路径需服务于最可能漏诊者，基于年龄、家族史、临床提示与筛查史建立动态分层系统，再结合癌症登记与基层健康档案构建闭环追踪模型。上海筛查实践表明，到检率和覆盖面构成筛查效益的决定性基础，建议针对年龄结构差异设置定向激励机制，提升边缘人群参与度。

QoL 嵌入路径是关键。在院内质量控制中，QoL 不应被视作附属指标，而应在术前、化疗评估和出院随访中固化为必须采集项。电子化患者报告结局（ePRO）具备实时推送与预警机制，适合与疼痛、营养、睡眠、情绪等核心维度构成联动闭环。四川模式已提供标准化词表与执行范式，可作为院内落地模板。

经济毒性筛查不可缺位。针对高风险人群，COST-PROM 可作为首轮识别工具，结合保险补偿水平、用药选择与社工干预设计个体化减负方案。在院内信息系统中标注高分风险标签，便于 MDT（多学科团队）快速响应，形成财务压力识别—干预—跟踪的机制链。

指标拆解促进协同。将国家《癌症防治行动》设定的总体指标转译为院级可操作中观指标，例如“ePRO 响应时效”“术后功能达标率”“肠镜完成率”等，年终以队列追踪方式进行回顾分析，实现公共卫生目标与机构绩效评估的逻辑耦合。

体检数据的转运效率须提升。随着体检系统发现率走高，需建立异常发现直通专科绿色通道，简化路径、压缩时延。可推动信息平台打通，形成体检、预约、初诊三位一体的响应机制，确保早发现真正进入早治疗。

3.3 研究者与公共卫生管理者的角色

研究者负责把复杂问题拆解到可测的指标层级。建议围绕“分期迁移—治疗强度—症状群—功能恢复—QoL”的路径，构建队列与真实世界随访框架；在院内推动 ePRO 与 COST-PROM 的标准化实施，开展周期性方法学审视，确保量表的信度、效度与最小临床重要差异（MCID）被清楚界定。研究者还应维护“数据词典”的一

致性，使不同机构的数据可联通可复用。

公共卫生管理者负责把“指标—资源—支付”的齿轮咬合在一起。建议在市级层面设置筛查覆盖与到检率的分区目标，把早期比例与专科质控挂钩，把 ePRO 响应时效与财政补助或绩效分配挂钩；在支付端建立“症状管理与康复服务”的结算通道，鼓励院内把疼痛管理、营养支持、心理干预做成规范化套餐；在信息化侧推动体检—社区—专科的数据协同，形成既利于服务也利于研究的双向闭环。

4 结语

恶性肿瘤患者的 QoL 提升，标志着医疗体系从“延命”向“生活”转型的成熟阶段。个体特征、治疗方案、社会支持、经济承压及政策导向共同构成 QoL 的决定结构。实践表明，ePRO 与 COST-PROM 的标准化应用能有效识别风险群体，提高干预精度。未来应强化跨部门协作，完善 QoL 监测与反馈体系，在临床与公共卫生层面建立持续改进机制，使生存的延续与生活的质量实现同步提升。

参考文献

- [1] 邹奕. 结直肠癌肠造口患者生存质量影响因素的研究进展[J]. 中国现代医生, 2025, 63(13): 126-129.
- [2] 雷海科, 王璐璐, 李小升, 等. 重庆市结肠癌患者生存影响因素及预后分析[J]. 肿瘤, 2020, 40(3): 206-214.
- [3] 杨翠英, 李向华. 大理白族地区消化道恶性肿瘤患者术后生存质量的影响因素及其干预措施[J]. 临床医学研究与实践, 2024, 9(7): 49-52.
- [4] 高搏, 韩聪. 胃癌患者营养和心理因素对生存率和生存质量的影响[J]. 中国卫生工程学, 2021, 20(1): 71-72+75.
- [5] 陶淑华, 吴素云, 郑俊艺, 等. 儿童肿瘤长期幸存者生存质量调查分析[J]. 护理学杂志, 2021, 36(2): 77-80.