

遗传性大肠癌患者一级亲属的大肠癌认知态度及筛查行为研究

李松湖^(通讯作者) 罗 宵 凌 能 郑华玲 余少平

深圳恒生医院, 广东 深圳 518102

摘要: 目的 针对遗传性大肠癌患者一级亲属(FDRs)的大肠癌认知、态度及筛查行为研究。方法 采取目的抽样法,对2023年6月–2025年6月500名遗传性大肠癌病例FDRs一般资料展开调查,评估FDRs对大肠癌知识的认知水平以及态度,同时明确结肠镜筛查状况,以此对大肠镜筛查影响因素予以确立。结果 500名筛查对象中,对大肠癌知识具有较高认知水平的总计126名,占比25.20%,认知水平一般的总计120名,占比24%,认知水平较差的总计254名,占比50.80%;500名筛查对象对大肠癌筛查工作具有积极态度的总计178名,占比为35.60%;118名筛查对象(占比23.6%)曾实施过结肠镜筛查;个体对大肠癌的认知程度、性别、年龄、婚姻状况、居住地、有无慢性病等为大肠癌筛查行为的主要因素。结论 遗传性大肠癌病例FDRs对大肠癌认知不足,态度一般,结肠镜筛查率较低,后期工作中需加强大肠癌筛查健康宣教力度与医保支持,从而提高大肠癌病例FDRs大肠癌筛查率,将大肠癌发病率、病死率降至最低。

关键词: 遗传性大肠癌;一级亲属;认知;态度;行为

肠癌为非传染性疾病,是现阶段全世界范围内重点攻关的难点,自2018年至2020年,肠癌罹患率自6.1%升高至10.0%,新增人数达到190万例,病死率明显升高,预估至2040年,全世界新发肠癌病例数将升高至320万例,且未来20年我国新增病例将从56万例(2020年)上升至91万例(2040年)^[1]。大肠癌早期诊断治愈率约为90%,但其每年病死率仍处于较高水平,在家族性病例中占到较高比例,约有25%肠癌病例伴肠癌家族史。既往研究指出,肠癌家族聚集表现伴显著遗传易感性,即肠癌一级亲属患癌几率约为普通人2倍。有关指南指出,针对一个及以上一级亲属(肠癌病例父母、子女与兄弟姐妹)伴有肠癌表现时,应在40~50岁展开筛查,亦或是较最小患病病例诊断年龄小10岁,且每5年筛查1次^[2]。新加坡研究指出,大部分大肠癌病例FDRs并没有意识到其家庭成员患癌风险增加,筛查指南认知不完善。通过疾病筛查能够提升肠癌早期诊疗率,减少远期死亡率,同时借助筛查可降低医疗成本,获得较好的社会经济效益。然而,就目前形势看,大肠癌病例FDRs肠癌筛查状况并不乐观,困难重重,肠癌筛查现实情况让人堪忧。为此,本文重点对大肠癌病例FDRs对大肠癌筛查的认知、态度展开调查,明确筛查工作中的问题所在,以此提升疾病筛查率,降低死亡率。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采取目的抽样法,对2023年6月–2025年6月500名遗传性大肠癌病例FDRs一般资料展开调查。纳入标准:将中国抗癌协会大肠癌专业委员会遗传学组中发布的中国遗传性结直肠癌诊断标准为研究依据;年龄>18岁;获得资料完整;可配合调查,无认知障碍。排除标准:既往有恶性肿瘤病史、精神病史;精神、心理疾病;因故未参与全程研究。

1.2 方法

1.2.1 研究工具

一般资料记录单:自行设计,重点记录内容:性别、年龄、受教育程度、职业、家庭月收入、一级血亲亲属大肠癌病例患病状况等。

结直肠癌认知与态度、行为量表:辅助“结直肠癌认知调查问卷”获得相关内容。认知判定内容:疾病症状、有关高危因素、诊断技术与具体检查措施,结合认知状况分为较高认知、认知一般、认知较差;态度涉及2个条目,其一为大肠癌如若为免费筛查项目,你是否会参与;其二50岁以上人群有无必要参与大肠癌筛查。行为:有无接受结肠镜检查等。该量表Cronbach's α 0.86。

1.2.2 研究方法

表 1 一般资料分析 (n, %)

一般资料	例数	曾参与肠镜筛查 (n=118)	未参与肠镜筛查 (n=382)	χ^2	P
认知水平					
认知较差	124	10	114	1.178	0.278
认知一般	250	13	237	—	—
认知较高	126	82	44	—	—
年龄 (岁)					
< 40	350	62	288	23.297	< 0.001
≥ 40	148	56	92		
受教育水平					
小学	20	0	20	5.408	0.020
初中	75	15	60	—	—
高中	160	50	110	—	—
大专与本科	245	53	192	—	—
婚姻状况					
未婚/离异	180	18	162	28.851	< 0.001
已婚	320	100	220	—	—
居住地					
地级市以上城市	360	100	260	12.446	< 0.001
农村乡镇	140	18	122	—	—
有无慢性病					
是	70	35	35	25.443	< 0.001
否	430	93	337	—	—
先证者诊断					
早原发肠癌	380	75	305	13.105	< 0.001
多原发肠癌/肠癌+其他肿瘤	120	43	77		

运用问卷调查方式展开,在一级亲属探望患者时予以调查,以统一的语言指导其填写,调查前向大肠癌 FDRs 做好解释工作,获得信任,签订知情书。而后将量表填写须知事项告知于大肠癌 FDRs,规定时间内填写完成,并收回。回收率 100%。

1.3 统计学方法

采取 SPSS25.0 软件汇总数据,计量资料(符合正态分布)经 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 验证,分类数据予以频数与构成比说明,组间对比经 χ^2 验证,校正 χ^2 验证/Fisher 精确概率法。利用 Logistic 回归明确大肠癌 FDRs 筛查行为影响因素, $P < 0.05$ 具统计学意义^[3]。

2 结果

2.1 一般资料分析

500 名大肠癌病例 FDRs 一般资料,见表 1。

2.2 大肠癌病例 FDRs 对大肠癌的认知状况分析

调查发现,大肠癌症状各项认知自高到低依次为粪便带血、体重降低、腹泻与便秘、大便习惯改变、粪便带有粘液、感到疲乏、呕吐,全部知晓人数为 15 例,占比 3.00%; 不知晓人数为 60 例,占比 12.00%; 影响大肠癌因素包括遗传因素、家族史、吸烟、喜爱高脂食物、常摄入煎炸、油腻等多项,全部知晓人数为 7 例,占比 1.4%; 不知晓人数为 56 例,占比 11.20%; 有关大肠癌筛查关键技术,全部知晓人数为 80 例,占比 16.00%; 不知晓人数 32 例,占比 6.40%; 72%FDRs 认为,结肠镜对于大肠癌的检出是有帮助的,而约为 14%FDRs 认为,该项检查并未有实

际价值, 14.4%FDRs 不知道该项检查具体的作用^[4]。

500 名筛查对象中,对大肠癌知识具有较高认知水平的总计 126 名,占比 25.20%,认知水平一般的总计 120 名,占比 24%,认知水平较差的总计 254 名,占比 50.80%。

2.3 大肠癌病例 FDRs 对大肠癌筛查的态度分析

对筛查对象大肠癌筛查态度调查发现,“大肠癌筛查免费”,500 名筛查对象中其中 260 名(占比 52.00%)保持一定参与的态度,220 名(占比 44.00%)保持可能态度; 20 名(占比 4.00%)保持不参与的态度;“50 岁以上人群有无定期开展大肠癌筛查”,500 名筛查对象中其中 266 名(占比 53.20%)保持肯定态度,189 名(占比 37.80%)保持可能态度; 45 名(占比 9.00%)保持否定的态度。阻碍筛查对象实施结肠镜筛查关键因素如表 2 所示。

表 2 阻碍筛查对象实施结肠镜筛查关键因素分析 (n=500)

影响因素	同意人数	占比 (%)
可能会对身体造成损伤	350	70.00
害怕做检查	305	61.00
对检查有羞愧、羞涩的心态	275	55.00
没时间去做检查	271	54.20
检查费用昂贵	265	53.00
担心会检出大肠癌	234	46.80
担心检查后有并发症	215	43.00
不知道去哪里做检查	136	27.20
自身感觉良好,患病几率小	123	24.60

2.4 FDRs 大肠癌筛查行为 Logistic 回归分析

将有无实施过结肠镜筛查视作因变量,以单因素分析中 ($P < 0.05$) 视为自变量,开展 Logistic 回归分析。分析

表 3 变量赋值说明

变量	赋值状况
是否接受大肠癌筛查	否=0, 是=1
大肠癌认知水平	认知较差=1, 认知一般=2, 认知较高=3
年龄	< 40 岁=, ≥40 岁=2
性别	男=1, 女=2
婚姻状况	未婚/离异=1, 已婚=2
居住地	地级市以上城市=1, 农村/乡镇=2
先证者诊断	单原发肠癌=1, 多发肠癌/单原发肠癌+其他肿瘤=2
是否有慢性病	否=1, 是=2

表 4 FDRs 大肠癌筛查行为 Logistic 回归分析

因素	β	SE	Wald- χ^2	OR	95%CI	P
认知水平						
认知一般	0.782	0.383	4.171	2.185	1.032~5.265	0.041
认知较高	1.634	0.598	7.457	5.125	1.586~16.232	0.006
先证者诊断	1.262	0.387	10.630	3.531	1.654~7.345	0.001
年龄	1.116	0.378	8.732	3.052	1.456~6.325	0.003
性别	-1.123	0.313	12.900	0.325	0.176~0.682	< 0.001
居住地	-1.130	0.441	6.557	0.323	0.136~0.823	0.010
是否患有慢性病	0.819	0.302	7.376	2.268	1.256~8.345	0.007

结果表明,个体对大肠癌的认知程度、性别、先证者诊断、年龄、婚姻状况、居住地、有无慢性病为大肠癌病例 FDRs 大肠癌筛查行为影响因素,见表 3~表 4。

3 讨论

大肠癌为严重消化道恶性肿瘤。当下,美国、法国等发达国家中大肠癌罹患率、死亡率均呈降低趋势,但我国持续升高的疾病发病率、病死率引起社会广泛关注。FDRs 早期筛查为大肠癌关键防范手段。结肠镜为大肠癌筛查金标准。据调查,2015 年美国 50 岁及以上人群结肠镜筛查覆盖率达到 60%,但我国相同年龄下筛查率仅为 15%。现阶段,我国已发布多项大肠癌筛查与防治指南,然而依旧有相当人群对大肠癌防治工作不知晓,或是知晓率低。在本研究中,24%筛查对象对大肠癌持有较低认知,提示遗传性大肠癌病例 FDRs 对大肠癌知识并未有全面的认知,这就提示应强化大肠癌 FDRs 大肠癌知识普及,有效提高其认知水平^[5]。

在本研究中,52.00%筛查对象表示会参与免费的疾病筛查,较普通民众接受率高,考虑是,此次筛查对象对大肠癌有着一定的认知,且部分 FDRs 认识到作为大肠癌一级亲属,其疾病罹患风险较高,但依旧有 4.00%FDRs 表明不会参与免费检查,考虑是其担心该项检查可能会引起身体不适感,或是部分筛查对象认为自身状况良好,无需开展不必要的检查,这就提示,部分筛查对象仍未从根本上认识到遗传性大肠癌的高患病风险^[6]。近些年,并未进一步增强人们大肠癌筛查意识,相关部门开展了一系列活动,但依旧未达到 100%知晓的局面,后期仍需拟定方解决方案,不断加强对该工作的支持力度,最大程度提高大

肠癌筛查率。

在本研究中,23.6%筛查对象曾接受结肠镜筛查,这一结果与既往调查数据相近,提示,针对大肠癌病例 FDRs,仍需加强其筛查行为;另外,可能此次纳入对象较为年轻,结肠镜筛查率较低,经对影响大肠癌筛查行为因素展开分析,结果表明,大肠癌认知水平、先证者诊断、性别与年龄、有慢性疾病病史等为影响因素($P < 0.05$)。个体疾病认知越高,其越重视自身健康,能够自觉采取健康行为,养成良好生活习惯。故而,具有高认知水平的大肠癌 FDRs 更易接受大肠经筛查。> 40 岁大肠癌 FDRs 具有较高的结肠镜筛查率,与相关指南结果一致,但针对 < 40 岁 FDRs 也要加强关注。大部分情况下,男性大肠癌筛查参与度较女性高,可能是与男性患病率较女性高这一特征有关;较未婚、离异 FDRs,已婚者由于受配偶、其他家属等人员监督下实施结肠镜筛查。伴糖尿病、冠心病等慢性疾病为接受结肠镜筛查的促进因素,原因可能是,此类人群日常生活中与医护人员接触较多,能够获得较多的专业的医学知识。相关研究指出,获取医生结肠镜筛查建议与患者筛查率呈正相关。

综上,遗传性大肠癌病例 FDRs 对大肠癌认知不足,态度一般,结肠镜筛查率较低,后期工作中需加强大肠癌筛查健康宣教力度与医保支持,从而提高大肠癌病例 FDRs 大肠癌筛查率,将大肠癌发病率、病死率降至最低。

参考文献:

[1]詹巧惠,陈素燕,陈丽.结直肠癌一级亲属结肠镜筛查预测模型的构建与验证[J].医学理论与实践,2023,36(11):1960-1962.

- [2]孙艳,董新华,李东颖,等.结直肠癌患者一级亲属对结直肠癌筛查认知状况的调查分析[J].吉林大学学报(医学版),2022,48(04):1065-1070.
- [3]吴晓丹,蔡娟,税敏,邓杨,田亚杰,覃惠英,丘雪,郑美春.胃肠道恶性肿瘤家族史结直肠癌患者延诊现状分析[J].中华肿瘤防治杂志,2022(04)56-57.
- [4]袁瑛,熊斌,徐烨,丁培荣,董坚,顾国利,鞠海星,李德川,李君,林洁,邱萌,盛剑秋,王晰程,吴保平,徐栋.遗传性结直肠癌临床诊治和家系管理中国专家共识[J].实用肿瘤杂志,2020(01)33-34.
- [5]吴晓丹,陈春燕,巢花香,郑美春,丁培荣,姜武,覃惠英.结

直肠癌患者就诊延误现状及延误时间影响因素分析[J].中国全科医学,2022(33)144-145.

- [6]陈依琳,张美芬,覃惠美,吴晓丹,王霞.结直肠癌患者口服化疗药依从性与健康信念相关性的研究[J].中国护理管理,2021(09)144-145.

作者简介:李松湖(1981-),男,副主任医师,广东汕头人,大学本科,研究方向为消化内镜。

基金项目:结直肠进展型腺瘤一级亲属多中心发病率的真实世界研究,项目获得立项单位:深圳市宝安区科技创新局;编号:2023JD063。