

# 肺结核可疑症状者求医行为模式及影响因素

段琼红 汪鹏 吕美霞 曾庆志

**【关键词】** 肺结核; 可疑症状者; 求医行为; 影响因素

**Patterns of health care seeking behavior among the suspects of pulmonary tuberculosis** DUAN Qiong-hong<sup>1</sup>, WANG Peng<sup>2</sup>, LV Mei-xia<sup>2</sup>, ZENG Qing-zhi<sup>1</sup>. 1 Wuhan Center for Tuberculosis Control and Prevention, Wuhan 430030, China; 2 School of Public Health, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology

Corresponding author: ZENG Qing-zhi, Email: zqz1339719@163.com

This work was supported by grants from the Key Projects of China National Science and Technology (No. 2009ZX10003-019) and the Wuhan City Health Bureau Project (No. WG11C08).

**【Key words】** Pulmonary tuberculosis; Suspect; Health care seeking behavior; Influencing factors

我国是全球 22 个结核病高负担国家之一<sup>[1]</sup>。提高患者发现率是我国控制结核病的重点和难点,而肺结核可疑症状者的求医行为模式是决定发现率的关键因素。国外对肺结核可疑症状者求医行为模式的研究多是以社区为基础,而我国的研究则多以医院为基础,鲜见针对社区人群的研究<sup>[2,3]</sup>,其结论难以代表社区中全部可疑症状者。为此本文综述肺结核可疑症状者的求医行为及影响因素,为改善求医行为模式,提高我国结核病患者发现率提供参考依据。

## 1. 我国肺结核特征:

(1)肺结核病患者发现率低:发现和治愈结核病患者是当前控制结核病的最主要措施。目前督导短程化疗(DOTS)已覆盖我国绝大部分地区,使结核病治愈率大幅提高,如 2006 年新发涂阳肺结核治愈率达到 94%<sup>[4]</sup>。但我国结核病的发现率低,且呈下降趋势,据 2000 年全国第 4 次结核病流行病学调查显示,肺结核患者发现率为 32.8%<sup>[5]</sup>,2010 年全国第 5 次结核病流行病学调查显示下降为 10.5%<sup>[6]</sup>。即只有 10.5% 的结核病患者被发现,而绝大部分患者隐藏在社区人群中。我国结核病患者发现率低的原因因为发现病例主要

采用被动发现的方法,即因症就诊,当患者出现肺结核可疑症状(咳嗽、咳痰、咯血等)后,才主动到结核病防治机构就诊,而可疑症状者(持续咳嗽、咳痰 2 周或有咯血、血痰者)及时主动就诊的比例不高<sup>[7]</sup>。据 2010 年全国第 5 次结核病流行病学调查结果显示,有症状的结核病患者就诊比例为 46.8%<sup>[6]</sup>,明显低于 2000 年 58.2% 的就诊比例。

(2)肺结核可疑症状者中潜在肺结核病患者:未被发现的肺结核患者潜藏在肺结核可疑症状者中。全国第 5 次结核病流行病学调查结果显示,74% 的涂阳患者有咳嗽、咳痰或咯血症状<sup>[6]</sup>。杨华林等<sup>[8]</sup>通过对全国第 4 次结核病流行病学调查结果分析认为,对肺结核可疑症状者进行检查是最符合成本效益原则的结核病患者发现方式。国外研究发现<sup>[9,10]</sup>,从肺结核可疑症状者中发现患者,可以获得很高的收益。因此改善可疑症状者的求医行为模式是提高我国结核病发现率的关键措施。

2. 求医行为模式及影响因素的行为医学理论框架:求医行为包括从感知症状到求助医疗照顾的全过程,是个体本着预防疾病或及早发现疾病并以治疗为目的而采取的寻求医疗帮助行为<sup>[11,12]</sup>,如主动求医、提供翔实的病史及症状、积极配合医疗护理、保持乐观情绪等。正确的求医行为是减少患病,及早治疗的重要措施之一,也是关系到疾病传播和疾病控制的一个关键问题。

行为医学将求医行为分为 3 个阶段(图 1),即产生疾病意识阶段、产生求医动机阶段及做出求医决定与求医阶段。疾病意识的产生,受人口学特征、社会心理因素、疾病认知、自觉症状严重程度等因素影响。求医动机是求医行为的直接原因,求医动机推动和诱发各种求医活动,规定行为的方向。求医动机出自疾病意识、健康需要,同时也受到人口学和社会心理学因素的影响。求医行为的产生除受到求医动机影响外,还受到医疗条件、医疗水平及信誉、社会地位、经济因素和医疗保健制度等的影响。

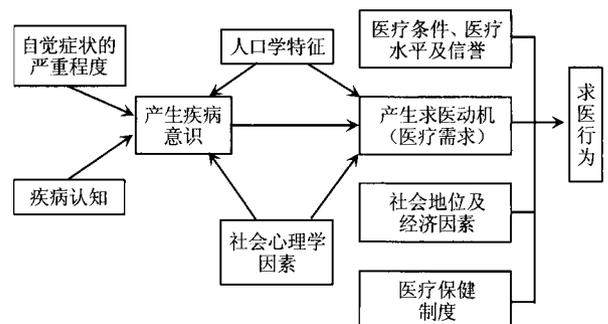


图 1 求医行为 3 个阶段

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2013.06.027

基金项目:国家重大科技专项(2009ZX10003-019);武汉市卫生局项目(WG11C08)

作者单位:430030 武汉市结核病防治所(段琼红、曾庆志);华中科技大学同济医学院公共卫生学院流行病学与卫生统计系(汪鹏、吕美霞)

通信作者:曾庆志, Email: zqz1339719@163.com

3. 肺结核可疑症状者求医行为模式:求医行为通常发端于感觉患某疾病或出现某种症状。但患病或某种症状的感受,并不一定导致求医行为,也可能是无动于衷,或自我药疗,或寻求非医疗帮助等。可疑症状者求医行为包括未就医、到社区以上医疗机构或私人诊所就诊、自我药疗及寻求非医疗(宗教等)帮助,其不同的比例构成了肺结核可疑症状者求医行为模式。

段琼红等<sup>[3]</sup>在武汉市社区研究发现,社区肺结核可疑症状者出现症状后,有30.5%未就医,33.2%曾去社区及以上医疗机构就诊,1.9%曾去私人诊所就诊,34.4%自我医疗。费杨等<sup>[2]</sup>在江苏省扬中农村社区的研究发现,32.7%的可疑症状者未就医,26.9%曾去社区及以上医院正式就诊。Tupasi等<sup>[13]</sup>在菲律宾的研究发现,43.0%的可疑症状者未就医,25.4%曾去各级医院就诊,31.6%曾自我医疗。Yimer等<sup>[14]</sup>一项在埃塞俄比亚农村社区研究发现,21.8%可疑症状者未就医,29.5%曾在公立医疗机构就诊,30.5%曾在私立医疗机构就诊,4.1%曾自我医疗,另有14.1%寻求教堂的帮助。Fochsen等<sup>[15]</sup>在印度农村的一项研究表明,30.9%的可疑症状者未就医,69.1%曾寻求包括自我医疗在内的各种形式医疗服务。肺结核可疑症状者只有去社区以上医疗机构就诊才可能被发现,从而获得较规范的医疗服务。

4. 求医行为的影响因素:求医行为是多因素综合作用的结果,包括初始症状的严重程度、对疾病的认知、人口学特征、社会经济、心理、医疗保障及其他因素等。

(1) 初始症状的严重程度:疾病的严重程度影响着可疑症状者求医行为和延误程度。有症状者未就诊的第一位原因是自己感觉病情轻。段琼红等<sup>[3]</sup>研究发现,可疑症状者未就诊的原因中“自感病情轻,不在乎”占72.1%。Yimer等<sup>[14]</sup>在埃塞俄比亚的研究表明,肺结核可疑症状者不就医的主要原因是“自认为症状不严重”(42%)。Auer等<sup>[16]</sup>在菲律宾的研究也表明,“认为症状对自己无害”是调查对象自述造成未及时寻求医疗服务的第一位原因(59%)。Rumman等<sup>[17]</sup>在约旦的研究同样发现,肺结核可疑症状者不就医的第一位原因是认为症状不严重(80.7%)。

初始症状无咯血等严重症状的可疑症状者,更容易不就诊,而采取自我医疗的方式;有咯血的可疑症状者会更早就诊,首次就诊往往是在正规医疗机构。费杨等<sup>[2]</sup>研究发现,具有咯血、呼吸困难等严重症状的可疑症状者,其就诊和结束延误的可能性均大于无症状者。段琼红等<sup>[3]</sup>的研究发现,初始症状有咯血者就诊的可能性是无此症状者的8.68倍。国外的研究也有相同结论。Mesfin等<sup>[18]</sup>研究发现,认为自身症状不严重的患者往往寻求传统疗法或私人药店,而去公共卫生机构就诊发生延迟的可能性是正确认识自身症状患者的2.39倍。Tupasi等<sup>[13]</sup>在菲律宾研究发现,有咯血症状的可疑症状者去公立医疗机构就诊的可能性是无该症状者的3.00倍。Ponticello等<sup>[19]</sup>在意大利的研究也表明,咯血症状对减少就诊延误有显著性意义。

(2) 对疾病的认知:国内外大量研究表明,对结核病认

知的不足是导致可疑症状者不及时就诊重要原因之一。Xu等<sup>[20]</sup>研究表明,咳嗽症状出现后,多数人认为如果知道自己患结核,会早去医院就诊。Wang等<sup>[21]</sup>发现,结核病知识了解越少,延迟去医疗机构正式就诊的可能性越大。埃塞俄比亚的相关研究也发现<sup>[22,23]</sup>,对结核病认知不足者,更容易延迟首次抵公共卫生机构就诊。Abebe等<sup>[24]</sup>的研究表明,对自身疾病的错误认知,是导致肺结核可疑症状者不就医的主要原因。非洲的相关研究表明<sup>[25,26]</sup>,对结核病的认知不足导致患者不能识别肺结核的早期症状,常常忽略或者与其他疾病相混淆,如疟疾和普通感冒。

(3) 人口学特征:国外大部分研究认为,年龄 $\geq 40$ 岁者发生延误的可能性较小。如Güneylioglu等<sup>[27]</sup>在土耳其的研究发现, $>45$ 岁的肺结核患者在出现症状后比 $<45$ 岁者就诊延误时间更长。而Demissie等<sup>[23]</sup>在埃塞俄比亚的研究发现, $>40$ 岁年龄组发生就诊延误的可能性最小,20~39岁年龄组其次,0~19岁年龄组发生就诊延误的可能性最大。国内的研究认为15~44岁是发生就诊延误的高发年龄。如Wang等<sup>[21]</sup>研究发现,15~44岁年龄段患者发生就诊延误的可能性最大。龙倩等<sup>[28]</sup>研究发现,15~44岁年龄段患者发生就诊延迟的机会是 $>60$ 岁者的2.70倍。而女性比男性更多寻求医疗服务,但更倾向于去私人诊所或药店。如在江苏省扬中农村社区研究显示,虽然女性比男性结核病相关知识得分低,但对自身健康的关注较多,因此寻求医疗服务的比例高于男性<sup>[29]</sup>。

(4) 社会经济:户籍是影响可疑症状者就诊的因素之一。国外相关研究发现,农村人口比城市人口更容易延迟就诊时间<sup>[17,30,31]</sup>。龙倩等<sup>[28]</sup>发现,流动人口肺结核可疑症状者在寻求卫生服务的过程中就诊延迟现象严重。职业也是影响求医行为的重要因素,如职业不同,经济收入存在差异,在很大程度上决定患者及家属支付医疗费用的能力,导致不就医或寻求低廉的民间疗法。段琼红等<sup>[3]</sup>研究发现待业/失业的未就诊可疑症状者,延误中位时间较长。费杨等<sup>[2]</sup>研究发现,农民首次就诊于任何形式的医疗机构所经历的时间更长,发生延误的可能性也更大。

(5) 心理因素:有病不愿就诊,医学社会学家用“羞耻感”(stigma)来解释这一现象。羞耻感是与许多社会偏见相联系。结核病患者及其亲属认为被诊断为结核病,将可能遭受歧视,因此推迟就诊或去私人诊所就诊。Abebe等<sup>[24]</sup>在埃塞俄比亚的研究发现,51.2%的肺结核可疑症状者对于肺结核有羞耻感。Auer等<sup>[16]</sup>的研究表明,担心就医后受他人排挤可能导致更长时间就诊延误。Rumman等<sup>[17]</sup>的研究发现,羞耻心理在肺结核可疑症状者中存在的比例很高(70%),高度羞耻感者更容易推迟就诊时间。段琼红等<sup>[3]</sup>研究发现,无羞耻感者正式就诊的可能性是有羞耻感者的2.41倍,但羞耻感的有无并不影响可疑症状者的就诊。严非等<sup>[32]</sup>的研究也表明,社会各类人群对肺结核患者歧视,阻止了患者就诊。

(6) 医疗保障:医疗保障影响肺结核可疑症状者的求医行为及就诊延误,而无医疗保障者更有可能不就诊,即

使就诊,其就诊延误时间也长于有医疗保障者。Ngamvithayapong 等<sup>[33]</sup>认为无医疗保障的可疑症状者延误时间更长。Wang 等<sup>[21]</sup>的研究也发现,无医疗保障的可疑症状者往往延误更长时间就诊。费杨等<sup>[2]</sup>的研究同样发现,无医疗保障者不就诊的可能性较高,就诊延误时间较长。段琼红等<sup>[3]</sup>的研究发现,有医疗保障者就诊和正式就诊的可能性分别是无医疗保障者的 3.28 倍和 3.10 倍。

(7)其他因素:伴有慢性咳嗽和(或)其他肺部疾病也是影响可疑症状者求医行为的因素。Lewis 等<sup>[34]</sup>的研究发现,伴有慢性咳嗽和(或)其他肺部疾病者很少延误就诊。段琼红等<sup>[3]</sup>的研究发现,有慢性呼吸系统疾病者更容易就诊,且很少延误。但也有研究认为伴有慢性咳嗽和(或)其他肺部疾病是就诊延误的因素<sup>[35]</sup>。其他如受教育程度、是否吸烟、咳嗽持续时间长短等因素也是可疑症状者求医行为的影响因素<sup>[36]</sup>。

5. 结语:我国结核病患者发现率低,而肺结核可疑症状者求医行为模式是其中关键因素。根据国内外研究结果,对改善我国肺结核可疑症状者求医行为模式的建议:①及时开展以社区为基础的大样本肺结核可疑症状者求医行为模式及影响因素的研究,为制订改善可疑症状者求医行为的干预措施提供依据;②以行为医学理论为指导,进行改善可疑症状者求医行为的综合干预。

### 参 考 文 献

- [1] WHO. Global Tuberculosis Report 2012 (WHO/HTM/TB/2010.6) Geneva: WHO, 2012.
- [2] Fei Y, Wang JM, Zhang JH, et al. Access to health care among community patients with chronic cough in Yangzhong county, Jiangsu province. *J Health Res*, 2006, 35 (2): 155-159. (in Chinese)  
费杨,王建明,张纪宏,等.江苏省扬中市社区慢性咳嗽患者结核病医疗服务可及性及其影响因素研究. *卫生研究*, 2006, 35 (2): 155-159.
- [3] Duan QH, Wang P, Lv J, et al. Health care seeking among pulmonary tuberculosis suspects in Wuhan city: a community-based study. *Chin J Tuberc Respir Dis*, 2012, 34 (8): 509-513. (in Chinese)  
段琼红,汪鹏,吕静,等.武汉市社区肺结核可疑症状者求医行为及其影响因素分析. *中国防痨杂志*, 2012, 34 (8): 509-513.
- [4] Organization WH. Global tuberculosis control-surveillance, planning, financing: WHO report 2009. Switzerland, WHO/HTM/TB/2009.411.
- [5] National Technical Steering Group of the Epidemiological Sampling Survey for Tuberculosis, Office of the Nationwide Epidemiological Sampling Survey for Tuberculosis. Report on fourth national epidemiological survey of tuberculosis. *Chin J Tuberc Respir Dis*, 2002, 24(2): 65-108. (in Chinese)  
全国结核病流行病学抽样调查技术指导组,全国结核病抽样调查办公室. 2000 年全国结核病流行病学抽样调查报告. *中国防痨杂志*, 2002, 24(2): 65-108.
- [6] National Technical Steering Group of the Epidemiological Sampling Survey for Tuberculosis, Office of the Nationwide Epidemiological Sampling Survey for Tuberculosis. Report on fourth national epidemiological survey of tuberculosis. *Chin J Tuberc Respir Dis*, 2012, 34(8): 485-508. (in Chinese)  
全国结核病流行病学抽样调查技术指导组,全国结核病抽样调查办公室. 2010 年全国结核病流行病学抽样调查报告. *中国防痨杂志*, 2012, 34(8): 485-508.
- [7] Medical Administrative Department of the Ministry of Health, Bureau of Disease Control and Prevention of the Ministry of Health, Chinese Center for Disease Control and Prevention. Guidelines on enforcement of Chinese tuberculosis control program (2008 Edition). 2008:20. (in Chinese)  
卫生部医政司,卫生部疾病预防控制局,中国疾病预防控制中心. *中国结核病防治规划实施工作指南(2008 版)*. 2008:20.
- [8] Yang HL, Duanmu HJ, Wang LX. Detection rate of tuberculosis in different populations by different method. *Pract Prev Med*, 2005, 12(1): 75-77. (in Chinese)  
杨华林,端木宏谨,王黎霞. 对不同人群采用不同方法肺结核病人检出率的研究. *实用预防医学*, 2005, 12 (1): 75-77.
- [9] Thomas A, Chandrasekaran V, Joseph P, et al. Increased yield of smear positive pulmonary TB cases by screening patients with  $\geq 2$  weeks cough, compared to  $\geq 3$  weeks and adequacy of 2 sputum smear examinations for diagnosis. *Indian J Tuberc*, 2008, 55(2): 77-83.
- [10] Gonzalez-Ochoa E, Brooks JL, Matthys F, et al. Pulmonary tuberculosis case detection through fortuitous cough screening during home visits. *Trop Med Int Health*, 2009, 14(2): 131-135.
- [11] Yang DS, Li LJ. Behavioral medicine. Changsha: Hunan Science and Technology Press, 1999: 470-493. (in Chinese)  
杨德森,李凌江. *行为医学*. 长沙:湖南科技出版社, 1999: 470-493.
- [12] Kasl SV, Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. II. Sick-role behavior. *Arch Environ Health*, 1966, 12 (4): 531-541.
- [13] Tupasi TE, Radhakrishna S, Co VM, et al. Bacillary disease and health seeking behavior among Filipinos with symptoms of tuberculosis: implications for control. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2000, 4(12): 1126-1132.
- [14] Yimer S, Holm-Hansen C, Yimaldu T, et al. Health care seeking among pulmonary tuberculosis suspects and patients in rural Ethiopia: a community-based study. *BMC Public Health*, 2009, 9: 454.
- [15] Fochsen G, Deshpande K, Diwan V, et al. Health care seeking among individuals with cough and tuberculosis: a population-based study from rural India. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2006, 10 (9): 995-1000.
- [16] Auer C, Sarol J Jr, Tanner M, et al. Health seeking and perceived causes of tuberculosis among patients in Manila, Philippines. *Trop Med Int Health*, 2000, 5(9): 648-656.

- [17] Rumman KA, Sabra NA, Bakri F, et al. Prevalence of tuberculosis suspects and their healthcare-seeking behavior in urban and rural Jordan. *Am J Trop Med Hyg*, 2008, 79(4): 545-551.
- [18] Mesfin MM, Tasew T, Tareke I, et al. Delays and care seeking behavior among tuberculosis patients in Tigray of northern Ethiopia. *Ethiop J Health Dev*, 2005, 19(Special Issue): 7-12.
- [19] Ponticciello A, Perna F, Sturkenboom MC, et al. Demographic risk factors and lymphocyte populations in patients with tuberculosis and their healthy contacts. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2001, 5(12): 1148-1155.
- [20] Xu B, Fochsen G, Xiu Y, et al. Perceptions and experiences of health care seeking and access to TB care — a qualitative study in rural Jiangsu province, China. *Health Policy*, 2004, 69(2): 139-149.
- [21] Wang Y, Long Q, Liu Q, et al. Treatment seeking for symptoms suggestive of TB: comparison between migrants and permanent urban residents in Chongqing, China. *Trop Med Int Health*, 2008, 13(7): 927-933.
- [22] Cambanis A, Yassin MA, Ramsay A, et al. Rural poverty and delayed presentation to tuberculosis services in Ethiopia. *Trop Med Int Health*, 2005, 10(4): 330-335.
- [23] Demissie M, Lindtjorn B, Berhane Y. Patient and health service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. *BMC Public Health*, 2002, 2: 23.
- [24] Abebe G, Deribew A, Apers L, et al. Knowledge, health seeking behavior and perceived stigma towards tuberculosis among tuberculosis suspects in a rural community in southwest Ethiopia. *PLoS One*, 2010, 5(10): e13339.
- [25] Salaniponi FM, Harries AD, Banda HT, et al. Care seeking behaviour and diagnostic processes in patients with smear-positive pulmonary tuberculosis in Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2000, 4(4): 327-332.
- [26] Gelaw M, Genebo T, Dejene A, et al. Attitude and social consequences of tuberculosis in Addis Ababa, Ethiopia. *East Afr Med J*, 2001, 78(7): 382-388.
- [27] Güneylioglu D, Yilmaz A, Bilgin S, et al. Factors affecting delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Med Sci Monit*, 2004, 10(2): CR62-67.
- [28] Long Q, Wang Y, Tang SL, et al. Study on patient delay of TB suspects and influencing factors among rural to urban migrant in Chongqing. *Mod Prev Med*, 2007, 34(5): 810-812. (in Chinese) 龙倩, 汪洋, 汤胜蓝, 等. 重庆流动人口结核疑似病人就诊延迟情况及影响因素研究. *现代预防医学*, 2007, 34(5): 810-812.
- [29] Wang J, Fei Y, Shen H, et al. Gender difference in knowledge of tuberculosis and associated health-care seeking behaviors: a cross-sectional study in a rural area of China. *BMC Public Health*, 2008, 8: 354.
- [30] Kiwuwa MS, Charles K, Harriet MK. Patient and health service delay in pulmonary tuberculosis patients attending a referral hospital: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2005, 5: 122.
- [31] Regional Office for the Eastern Mediterranean World Health Organization. Diagnostic and Treatment Delay in Tuberculosis: An In-depth Analysis of the Socio-demographic Characteristics, Health Seeking Behavior of Patients and Health System Response in Seven Countries of the WHO Eastern Mediterranean Region. WHO-EM/TDR/009/E, 2006.
- [32] Yan F, Zhang B, Heng ST, et al. Study on the awareness and stigma of tuberculosis in rural China. *Chin Heal Edu*, 2006, 22(8): 612-614. (in Chinese) 严非, 张本, 桓世彤, 等. 农村居民结核病知识和社会耻辱感研究. *中国健康教育*, 2006, 22(8): 612-614.
- [33] Ngamvithayapong J, Yanai H, Winkvist A, et al. Health seeking behaviour and diagnosis for pulmonary tuberculosis in an HIV-epidemic mountainous area of Thailand. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2001, 5(11): 1013-1020.
- [34] Lewis KE, Stephens C, Shahidi MM, et al. Delay in starting treatment for tuberculosis in east London. *Commun Dis Public Health*, 2003, 6(2): 133-138.
- [35] Yamasaki-Nakagawa M, Ozasa K, Yamada N, et al. Gender difference in delays to diagnosis and health care seeking behaviour in a rural area of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2001, 5(1): 24-31.
- [36] Jurcev-Savicevic A, Kardum G. Health-care seeking behaviour for tuberculosis symptoms in Croatia. *Eur J Public Health*, 2012, 22(4): 573-577.

(收稿日期: 2012-12-21)

(本文编辑: 张林东)