

# 肿瘤内科患者心理困扰筛查与分层心理护理干预效果评价

严虹

银川市第一人民医院 750001

**【摘要】**：恶性肿瘤的诊断与治疗过程给患者带来巨大的身心压力，心理困扰（Distress）已成为影响其生活质量、治疗依从性与预后的核心问题之一。系统性的筛查与分层干预是实施精准心理社会支持的关键。本文旨在系统评述肿瘤内科患者心理困扰的筛查工具与实践现状，构建分层心理护理干预的理论模式，并综合评价其临床应用效果。通过文献分析发现，以美国国家综合癌症网络（NCCN）推荐的“心理痛苦温度计”为代表的筛查工具具有良好的临床适用性。基于筛查结果的分层干预模式，即将患者划分为不同风险等级（如普通、关注、高危），并匹配相应强度的心理社会支持资源（如健康宣教、心理咨询、多学科会诊），已成为主流实践方向。效果评价研究一致表明，系统的分层心理护理干预能有效降低患者的焦虑、抑郁水平，提升治疗依从性与生活质量，并减少不良临床事件的发生。未来应进一步推动筛查流程的标准化、干预手段的多元化与智能化，并开展更多高质量的长期随访研究，以完善肿瘤全周期心理健康管理体系。

**【关键词】**：肿瘤内科；心理困扰；筛查；分层护理；心理干预；效果评价

## 引言

随着医学模式向生物-心理-社会模式的转变，肿瘤患者的心理健康问题日益受到重视。心理困扰是一个涵盖从常见的脆弱、悲伤、恐惧到严重抑郁、焦虑、惊恐、社会孤立感和精神危机的多维概念。在肿瘤内科，约30%-50%的患者存在显著的心理困扰，这不仅深刻影响其主观痛苦体验，更与治疗中断率升高、不良反应耐受性下降、生存质量降低乃至总生存期缩短密切相关。因此，早期识别、准确评估与及时干预心理困扰，是现代肿瘤支持治疗与人文关怀不可或缺的组成部分。

传统的护理模式往往对心理问题关注不足或干预泛化，缺乏针对性。建立“筛查-评估-干预-随访”的闭环管理路径，并依据患者心理困扰的严重程度进行分层、分级护理，是实现有限医疗资源优化配置、提升心理照护效率与效果的必然选择。本文将从心理困扰的概念与评估工具入手，系统阐述筛查实践现状，重点探讨分层心理护理干预模式的构建与实施，并综合现有证据评价其临床效果，以期对肿瘤内科临床心理护理实践与质量改进提供理论依据和实践参考。

## 1. 心理困扰的概念与核心评估工具

心理困扰在肿瘤学语境中特指由多种因素引发的不愉快的心理体验，可影响患者应对癌症、躯体症状及治疗的能力。其表现具有个体差异性，涵盖情感、认知、行为、社交及灵性等多个维度。

有效的筛查是实施干预的第一步。理想的筛查工具应具备简洁、快速、易接受、信效度高的特点。目前国际国

内广泛应用的核心工具包括：

心理痛苦温度计（Distress Thermometer, DT）及问题列表（Problem List, PL）：由NCCN推荐，是肿瘤心理社会照护的标杆性工具。DT是一个单一条目的视觉模拟量表，要求患者圈出过去一周所经历痛苦的平均水平（0-10分）。通常以4分作为需要进一步评估和干预的临界值。配套的PL则涵盖实际问题、交往问题、情绪问题、躯体症状和灵性/宗教关切等5个维度共39个具体问题，有助于快速定位困扰来源，为制定干预计划提供方向。

医院焦虑抑郁量表（Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS）：专为综合医院患者设计，排除了与躯体疾病重叠的症状，能较好地地区分焦虑与抑郁状态，在肿瘤患者中应用广泛。

广泛性焦虑自评量表（GAD-7）与患者健康问卷抑郁量表（PHQ-9）：条目简洁，操作方便，适用于快速筛查焦虑与抑郁症状。

这些工具为临床快速识别存在心理困扰风险的患者提供了标准化手段，是实施分层管理的基础。

## 2. 肿瘤内科心理困扰筛查实践现状与挑战

近年来，国内越来越多的肿瘤专科医院及综合医院肿瘤内科开始尝试将心理困扰筛查纳入常规护理流程。部分领先的机构已建立起系统化的筛查体系。例如，重庆大学附属肿瘤医院报道，通过构建心理痛苦分层管理体系，实现了对住院患者心理评估与干预的全覆盖，在数年间完成了对超过16万人次患者的评估。其实践模式初步形成了从筛查、分级到干预的闭环流程。

然而，普遍而言，筛查实践仍面临诸多挑战：首先，筛查的标准化与同质化不足，不同机构使用的工具、临界值、筛查时机不一。其次，筛查后的分流与衔接机制不畅，许多科室筛查出阳性患者后，缺乏明确、畅通的转介路径至心理医生、精神科或社会工作者。再次，医护人员对心理问题的识别能力与干预技能有待提升，且临床工作繁重，难以持续投入。最后，患者及家属对心理问题的病耻感可能影响其真实报告。因此，推动筛查不仅是工具的应用，更需要配套的系统建设、流程改造与人员培训。

### 3. 分层心理护理干预模式的构建

分层心理护理的核心思想是“精准匹配”，即根据心理困扰筛查的风险等级，提供强度、内容和专业程度不同的干预措施，确保高风险患者获得强干预，低风险患者获得预防性支持，避免资源浪费或干预不足。

典型的“三级分层干预模式”构建如下：

第一级（普通 / 轻度困扰）：针对 DT 评分 < 4 分或仅有轻度情绪反应的患者。干预主体为肿瘤内科责任护士与医生，干预内容整合于常规治疗与护理中，包括：①建立信任关系：通过共情性沟通，营造支持性环境；②健康教育：提供疾病与治疗信息，纠正错误认知，增强控制感；③一般性支持：鼓励家属参与，引导患者采用听音乐、放松训练等方式进行自我调节。

第二级（中度 / 关注级困扰）：针对 DT 评分  $\geq 4$  分，或 HADS 等量表提示存在明确焦虑、抑郁症状，但尚未达到精神疾病诊断标准的患者。在初级护理基础上，启动更专业的心理社会支持：①由经过培训的肿瘤专科护士或临床心理师进行个体化心理辅导，如认知行为疗法（CBT）技巧、问题解决疗法等；②开展团体心理干预，如心理教育沙龙、患者支持小组，利用团体动力促进情感表达与经验分享；③加强多学科协作，针对 PL 中突出的躯体症状（如疼痛、疲劳）或实际问题，联系疼痛管理、营养、康复等团队进行协同处理。

第三级（重度 / 高危困扰）：针对 DT 评分极高，或筛查提示有严重抑郁、焦虑、自杀意念、创伤后应激障碍（PTSD）等精神心理障碍的患者。必须启动紧急转介与专科干预：①立即转介至精神科或临床心理科进行专业诊断与治疗，包括药物治疗和密集型心理治疗；②纳入高危个案管理，进行严密的安全监测与随访；③启动社会支持系统，联动社会工作者解决家庭、经济等危机。

该模式的顺利运行依赖于清晰的制度流程、跨学科团队的合作以及持续的质量监测与改进（CQI）机制。

## 4. 分层心理护理干预效果评价指标与方法

评价分层心理护理干预的效果需采用多维度的指标体系，并遵循严谨的科学研究设计，以确保结果的可靠性与临床推广价值。

### 4.1 主要评价指标

心理情绪指标：最常用的是焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS），用于量化干预前后患者负性情绪的改善程度。多项研究表明，实施分层心理护理后，患者 SAS、SDS 评分显著下降，焦虑抑郁状态得到明显缓解。心理痛苦水平：采用心理痛苦温度计（DT）评分的变化直接反映干预前后整体痛苦程度的改善，DT  $\geq 4$  分的患者比例下降是干预有效的关键标志。

### 4.2 次要评价指标

治疗依从性：通过患者对规范用药、定期复查、饮食控制及作息调整的遵从情况进行综合衡量。研究显示，强化心理护理能显著提高患者在各治疗维度的依从性，改善治疗结局。生活质量：采用欧洲癌症研究与治疗组织生活质量测定量表（EORTC QLQ-C30）等标准化工具，心理护理干预后患者躯体功能、角色功能、情绪功能、社会功能及总体生活质量各维度评分通常得到全面提升。生理症状与功能：包括疼痛视觉模拟评分（VAS）、匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）等生理指标的改善情况。服务满意度：采用自制或标准化问卷评估患者及家属对医疗护理服务的人文关怀、沟通质量、信息支持等方面的满意度。临床不良事件：重点监测自杀意念、自伤行为、严重治疗中断等恶性事件的发生率，有报告显示系统心理护理后此类事件明显减少，体现了干预的安全价值。

### 4.3 研究方法

效果评价多采用随机对照试验（RCT）这一金标准设计，将肿瘤患者随机分为常规护理组与强化心理护理干预组，对比两组在干预前后的指标差异；亦可采用前后自身对照研究或前瞻性队列研究。效果分析需运用 t 检验、方差分析、卡方检验或重复测量方差分析等恰当的统计学方法，科学比较组间差异及组内时间效应的显著性，控制混杂因素，确保研究结论的因果推断效力。

## 5. 干预效果分析与讨论

综合现有临床实践报告与研究证据，分层心理护理干预在肿瘤内科的应用效果主要体现在以下几个方面：

显著改善负性情绪：这是最直接且一致的成效。多项研究证实，接受系统心理护理干预的患者，其焦虑、抑郁评分在干预后显著低于仅接受常规护理的对照组。例如，

一项对 94 例患者的研究发现,强化心理护理组患者的焦虑、抑郁心态评分结果显著低于对照组。另一项对 528 例肿瘤内科患者的实践报告也明确指出,心理护理后患者的焦虑、抑郁症状得到改善。分层干预通过精准匹配,使中重度困扰患者得到及时、专业的处理,从而更有效地缓解其情绪危机。

**提升治疗依从性与生活质量:**心理困扰的缓解直接增强了患者面对治疗的信心和主动性。研究表明,心理护理干预能提高患者在用药、饮食、运动及作息等多方面的依从性。随着情绪改善和依从性提高,患者对疾病和治疗的自我管理能力增强,其整体生活质量,包括躯体功能、角色功能、情绪功能和社会功能等维度,均获得显著提升。

**促进躯体症状管理:**心理困扰与躯体症状(尤其是疼痛)常相互加剧。分层干预中整合的疼痛护理、放松训练等内容,有助于打破这一恶性循环。有研究指出,心理护理干预后患者的疼痛程度明显减轻,睡眠质量更好。这体现了身心一体化护理的综合效益。

**优化医疗资源利用与提升人文关怀质量:**分层管理模式避免了心理服务资源的盲目使用。通过对大量患者进行快速初筛(一级),将专业资源集中于真正需要的中、高危患者(二、三级),提高了服务效率。同时,系统化的筛查与关怀流程本身,就是医学人文关怀的具体践行,能显著提高患者满意度,构建和谐医患关系。

尽管成效显著,当前效果评价仍存在一定局限:首先,多数研究的随访时间较短,缺乏对干预长期效应的观察。

其次,干预方案的具体内容、强度、持续时间在不同研究中差异较大,导致结果的可比性受限。最后,对干预效果的影响因素(如患者年龄、癌症类型、社会支持度等)的深入分析尚不充分。

未来发展方向应包括:①深化循证实践,基于高质量证据制定标准化的分层干预指南;②探索智能化筛查与干预,如利用移动医疗 APP 进行动态监测,或探索人工智能在情绪识别中的应用;③构建全生命周期心理健康管理体系,将心理关怀延伸至诊断前、治疗中、康复期及终末期等各个阶段;④加强跨学科团队建设与培训,提升肿瘤专科医护人员的心理社会照护核心能力。

## 结论

对肿瘤内科患者进行系统性的心理困扰筛查与分层心理护理干预,是符合现代医学理念的必要举措。以 DT 为代表的筛查工具为快速识别风险提供了可行手段。基于风险等级构建的“三级分层干预模式”,能够实现心理护理资源的精准配置。现有证据充分表明,该模式能有效缓解患者的焦虑、抑郁情绪,提高治疗依从性与生活质量,并促进整体照护质量的提升。然而,为实现筛查-干预体系的标准化、同质化与可持续发展,仍需从制度建设、团队培训、跨学科协作及长期效果评价方面进行深入探索与持续改进。推广和完善分层心理护理,对于全面提升肿瘤患者的生存质量、践行“以患者为中心”的医疗宗旨具有重要的临床价值与社会意义。

## 参考文献

- [1] 张照莉,皮远萍,唐玲,等. 肿瘤患者心理痛苦评估与干预技术的推广及应用 [Z]. 重庆大学附属肿瘤医院. 2021.
- [2] 刘洋. 心理干预在肿瘤内科护理中的应用研究 [J]. 健康必读, 2021 (25): 120-121.
- [3] 史晶. 心理干预在肿瘤内科护理中的应用研究 [J]. 内科诊疗与进展, 2022, 3 (1).
- [4] 臧浚言. 心理干预在肿瘤内科护理中的应用研究 [J]. 医学论坛, 2023, 5 (8): 271-273.
- [5] 焦慧,郑玉娟,陈佳宁. 心理护理对肿瘤内科患者的影响研究 [J]. 心理月刊, 2021 (23): 229-231.