

肿瘤患者伴发精神心理障碍多学科诊断用药康复 全程干预首都医科大学专家共识——临床管理篇^Δ

胡 瑛^{1*}, 史文文², 郭 倩², 许 宁³, 冯月亮², 王秀军⁴, 胡永东⁵, 张晓鸣⁶, 黄庆之⁷, 陈 云⁸, 李京渊⁷, 刘慧峰⁵, 杨慧敏⁶, 卢贺阳⁶, 庞 宇^{9#}, 林 根^{2#} (1. 首都医科大学附属北京胸科医院医务处, 北京 101149; 2. 首都医科大学附属北京胸科医院肿瘤中心, 北京 101149; 3. 首都医科大学附属北京胸科医院科技处, 北京 101149; 4. 首都医科大学附属北京胸科医院护理部, 北京 101149; 5. 首都医科大学附属北京朝阳医院临床心理科, 北京 100020; 6. 首都医科大学附属北京儿童医院/国家儿童医学中心精神心理科, 北京 100020; 7. 北京市精神卫生保健所, 北京 100088; 8. 北京市精神卫生保健所政研室, 北京 100088; 9. 首都医科大学附属北京胸科医院党委, 北京 101149)

中图分类号 R97 文献标志码 A 文章编号 1672-2124(2025)09-1025-09

DOI 10.14009/j.issn.1672-2124.2025.09.001



摘要 肿瘤患者伴发精神心理障碍诊断及治疗的复杂性给临床带来很大挑战,多学科协作在该领域非常重要。该共识由首都医科大学肿瘤学系联合临床心理学系发起,汇集国内外循证医学研究和丰富的临床实践经验,组织首都医科大学系统内肿瘤学、精神病学、临床心理学、中医学、药理学、卫生管理学和社会工作等多学科专家共同编写,从临床发现、临床干预、临床管理3个篇章,围绕13个临床问题形成40项共识意见,旨在为肿瘤学医务工作者提供有关肿瘤患者伴发精神心理障碍全面、个性化的指导方案,改善该类患者的整体治疗效果与生活质量。其中,临床管理篇围绕肿瘤患者伴发精神心理障碍的管理,提出多学科协作、优化内部管理、政策资源保障、医护培训、差异化策略等建议,涵盖社区的药物管理、护士主导的正念减压等护理干预、患者主动识别需求、数字疗法及社会家庭参与,强调综合管理以提升干预效果与患者生活质量。

关键词 肿瘤患者; 精神心理障碍; 多学科团队; 全程干预; 专家共识

Consensus of Capital Medical University on Multidisciplinary Diagnosis and Treatment of Psychiatric and Psychological Disorders in Cancer Patients: Clinical Management Section^Δ

HU Ying¹, SHI Wenwen², GUO Qian², XU Ning³, FENG Yuexiang², WANG Xiujun⁴, HU Yongdong⁵, ZHANG Xiaoming⁶, HUANG Qingzhi⁷, CHEN Yun⁸, LI Jingyuan⁷, LIU Huifeng⁵, YANG Huimin⁶, LU Heyang⁶, PANG Yu⁹, LIN Gen² (1. Dept. of Medical Affairs, Beijing Chest Hospital, Capital Medical University, Beijing 101149, China; 2. Cancer Center, Beijing Chest Hospital, Capital Medical University, Beijing 101149, China; 3. Dept. of Science and Technology, Beijing Chest Hospital, Capital Medical University, Beijing 101149, China; 4. Dept. of Nursing, Beijing Chest Hospital, Capital Medical University, Beijing 101149, China; 5. Dept. of Clinical Psychology, Beijing Chaoyang Hospital, Capital Medical University, Beijing 100020, China; 6. Dept. of Psychiatry and Psychology, Beijing Children's Hospital, Capital Medical University/National Center for Children's Health, China, Beijing 100020, China; 7. Beijing Mental Health Center, Beijing 100088, China; 8. Policy Research Center, Beijing Mental Health Center, Beijing 100088, China; 9. Party Committee, Beijing Chest Hospital, Capital Medical University, Beijing 101149, China)

^Δ 基金项目:国家自然科学基金面上项目(No. 82372954);北京市卫生健康委员会高层次公共卫生技术人才建设项目(No. G2022-3-046);吴阶平医学基金会临床科研专项资助基金项目(No. 320. 6750. 2024-03-11, No. 320. 6750. 2021-04-59)

* 主任医师。研究方向:肿瘤学。E-mail: huying@bjxkyy.cn

通信作者 1: 主任医师。研究方向:精神医学。E-mail: hlgyppy@126.com

通信作者 2: 主任医师。研究方向:肿瘤学。E-mail: lingen@bjxkyy.cn

ABSTRACT The complexity of diagnosing and treating psychiatric and psychological disorders in cancer patients poses significant challenges to clinical practice. Multidisciplinary collaboration is of great importance in this field. The consensus was initiated by the Department of Oncology in collaboration with the Department of Clinical Psychology in Capital Medical University. It draws on domestic and international evidence-based medical research and rich clinical experience. Experts from multiple disciplines from the Capital Medical University system, including oncology, psychiatry, clinical psychology, traditional Chinese medicine, pharmacy, health management, and social work, jointly compiled the consensus. Based on clinical discovery, clinical interventions, and clinical management, 40 consensus opinions are formed around 13 clinical issues. The purpose of this study is to provide comprehensive and personalized guidance programs for medical staff in oncology to improve the overall treatment effect and quality of life of cancer patients with psychiatric and psychological disorders. The clinical management section focuses on the management of psychiatric and psychological disorders in cancer patients, proposing suggestions such as multidisciplinary collaboration, optimizing internal management, policy and resource guarantee, medical staff training, and differentiated strategies. It covers community medication management, nursing interventions such as nurse-led mindfulness-based stress reduction for patients, patients' active identification of needs, digital therapy, and social and family participation, and emphasizes comprehensive management to enhance intervention effectiveness and improve quality of life.

KEYWORDS Cancer patients; Psychiatric and psychological disorders; Multidisciplinary team; Integrated care; Expert consensus

1 编写背景与问题挑战

目前,对肿瘤患者的诊治主要集中在肿瘤本身的治疗上,缺乏对精神心理障碍方面的关注。基于研究表明了社会心理干预的有效性,所以精神心理障碍方面的治疗需要医务人员充分了解社会心理和精神疾病^[1]。这需要相关的专业人员以及多学科协调联动,尤其是卫生事业管理和社会工作学科也要加入进来,在肿瘤患者院内多学科会诊、社区用药管理和社会、家庭支持等方面形成闭环管理,给患者的诊治康复带来最大获益。因此,首都医科大学肿瘤学系联合临床心理学系发起,组织多学科专家编写了《肿瘤患者伴发精神心理障碍多学科诊断用药康复全程干预首都医科大学专家共识——临床管理篇》,旨在为我国肿瘤学医务工作者提供参考意见。

2 临床问题与共识内容

2.1 临床问题十:肿瘤学专业主导伴发精神心理障碍的患者管理有哪些建议?

2.1.1 共识意见 24:建立制度化的多学科协作机制有助于提高肿瘤患者伴发精神心理障碍的识别率与干预率,增强心理支持的规范性和时效性,从而改善治疗依从性与整体预后(证据等级:中;推荐强度:强推荐)。

美国国家综合癌症网络(NCCN)《痛苦管理》指南指出,制度化的跨学科团队可显著提高患者接受心理干预的比例($RR=1.4,95\%CI=1.2\sim1.6$),从而改善患者心理状况并提升诊疗体验^[2]。由肿瘤科医师、精神心理科医师、心理治疗师、药师、肿瘤专科护士和社会工作者等共同组成的心理社会肿瘤学团队(Psychosocial Oncology Team)应定期召开多学科病例讨论,针对伴有抑郁、焦虑、失眠等心理困扰的患者制定个体化、动态调整的心理-躯体联合干预策略。同时,应规定会诊响应时限,应在24 h内完成初步评估。此外,应建立清晰的转诊路径和工作流程,确保跨学科协作的顺畅与时效性。这一标准化流程将有助于提升会诊的执行力、覆盖率与及时性,从

而为心理照护建立可复制、可推广的制度框架。

在多学科协作体系中,肿瘤心理专科护士的角色应得到进一步强化。有研究显示,实施由认证护士主导的护理模式可以显著降低恶性肿瘤患者的焦虑程度,广泛性焦虑量表(GAD-7)评分平均下降3~4分;与常规护理相比,焦虑症状的缓解效应显著,效应量(d)达到-1.3^[3]。除了进行心理筛查与转介外,护士还应接受基础心理支持干预的培训,包括情绪调节教育、压力应对技能训练和药物依从性支持等。这一模式能够在精神心理科资源有限的背景下,推动广覆盖、高效率的心理照护服务,且具备良好的可持续性。

此外,在多学科协作的过程中,共享决策(Shared Decision Making)应作为个体化照护的核心框架,确保在治疗过程中充分尊重患者及其家庭的价值观与偏好,提升心理干预的接受度与依从性^[4-5]。

2.1.2 共识意见 25:优化开设肿瘤学科医疗机构的内部管理机制,将心理评估和分级干预纳入常规诊疗流程并动态评估,从而有效提升发现与干预精神心理障碍的及时性,改善患者综合治疗效果(证据等级:低;推荐强度:强推荐)。

肿瘤专科医院及综合医院肿瘤科应将精神心理障碍评估纳入标准诊疗路径,在患者初诊及治疗关键节点,使用标准化心理调查工具进行心理评估。心理评估阳性的患者应依据症状严重程度实施“分层递进”的干预策略:轻度心理困扰患者可由肿瘤科提供基础心理支持,中度及以上者应转介至心理咨询师或精神科医师,严重者则应启动精神科会诊或多学科联合诊疗^[6]。

为进一步提升服务质量,应在有条件的医疗机构中设立“肿瘤心理联合门诊”。该门诊由肿瘤科与精神心理科医师共同值诊,提供一站式评估、诊疗与随访支持。根据肿瘤分期及心理风险等级,制定差异化的临床路径,特别是在治疗终末期阶段,优先安排安宁疗护与心理支持。联合门诊的开设不仅

有助于提升肿瘤患者的综合治疗效果,还能有效减轻社会对恶性肿瘤患者的偏见或歧视^[7]。

此外,倡导建设数据驱动的决策支持系统,通过整合电子健康档案(EHR)中的肿瘤治疗数据与心理评估数据,建立动态风险预测模型,能够实现更精准的心理健康管理。有研究显示,结合 EHR 数据的机器学习模型能够显著提升对肿瘤患者死亡风险的预测准确性[曲线下面积(AUC)从 0.74 提升至 0.86],并有效促进早期支持性护理的介入^[8]。而且,整合结构化与非结构化 EHR 数据(如临床笔记)能够提升心理健康危机的预测性能,这一方法对于管理肿瘤患者的心理健康危机具有重要意义^[9]。

2.1.3 共识意见 26:建立系统化的政策支持与资源保障体系,有助于规范肿瘤患者心理健康管理流程,提升服务可及性,推动肿瘤学专业主导伴发精神心理障碍患者管理的可持续发展(证据等级:低;推荐强度:强推荐)。

当前,亟需从制度层面强化对心理健康服务的要求,确保心理支持在肿瘤诊疗体系中的常规化、标准化地位^[10]。

首先,医院管理层应将心理支持服务纳入肿瘤科的绩效考核指标体系中。这一措施有助于推动医疗机构将心理健康服务作为常规诊疗的一部分,提升服务的可及性。美国癌症委员会(CoC)自 2015 年起要求肿瘤中心将心理困扰筛查作为标准,并建立筛查与转介流程,确保患者得到及时的心理社会支持^[11]。

在资源配置方面,应设立“肿瘤-心理多学科协作基金”,支持跨学科的联合研究、专业培训以及设备采购。多学科团队(MDTs)已被广泛认为是提高治疗效果和患者生活质量的核心组成部分,通过跨科室协作,可以提供更加全面的治疗方案^[12]。这种基金的设立不仅有助于促进各学科之间的协作,还能为心理健康服务提供必要的资金支持,推动创新治疗模式的实施。

2.1.4 共识意见 27:加强肿瘤专科医护人员的精神心理学继续教育与建立质量监测体系,有助于提升识别与干预肿瘤患者伴发精神心理障碍的能力,促进心理支持体系的规范与持续优化(证据等级:中;推荐强度:强推荐)。

肿瘤科医护人员应定期接受与精神心理障碍识别和干预相关的专业培训。通过培训,医护人员可以不断更新知识,消除潜在误区,并提高对心理障碍的敏感性和处理能力。有研究显示,经过专门的心理肿瘤学培训后,肿瘤医师在提供心理支持时的信心显著提升,感知到的实施障碍明显减少,且这种效果在培训后 3 个月仍能保持^[13]。因此,有必要将精神心理健康相关内容纳入肿瘤科继续教育体系中,开展定期的讲座、工作坊等形式的培训活动,并加强肿瘤科医师与精神心理科医师之间的双向交流学习,提升其在日常诊疗中对心理问题的识别与应对能力^[14-15]。

同时,建立质量监测机制,对肿瘤患者伴发精神心理障碍管理的关键指标进行追踪评估,确保各项管理措施的落实。通过应用“计划-执行-检查-处理”(PDCA)循环不断优化工作流程,以确保各项流程的高效运作^[16-17]。此外,定期统计心理

问题评估覆盖率、阳性转介率、肿瘤患者抑郁和焦虑症状的改善情况以及患者反馈的满意度等关键指标,将有助于及时发现并解决管理中存在的问题^[18]。

2.1.5 共识意见 28:针对不同治疗阶段和特殊场景下肿瘤患者伴发精神心理障碍制定差异化的管理策略,有助于缓解肿瘤患者的心理痛苦,提升治疗依从性与整体生活质量(证据等级:中;推荐强度:强推荐)。

在围手术期和化疗期间,患者常出现极度焦虑和化疗药引起的谵妄等特殊情况。通过综合干预方案,结合药物治疗与非药物治疗,能够有效缓解患者的焦虑情绪,并帮助患者更好地应对治疗过程中的精神负担^[19]。这种多方位的干预不仅有助于减少患者的痛苦,还能增强患者对治疗的依从性和信心。

晚期肿瘤患者常面临剧烈的心理痛苦,尤其是对死亡的恐惧、绝望感等负面情绪^[20]。根据欧洲肿瘤内科学会(ESMO)的临床指南,约 25%的晚期恶性肿瘤患者会经历严重的临终心理痛苦,其中包括极度的绝望无助,甚至强烈的求死念头^[21]。针对此类患者,除了常规的抗抑郁和抗焦虑药物治疗外,还应提供专门的心理支持疗法。这些干预手段旨在帮助患者重建生命的意义,维护其人格尊严,已成为晚期肿瘤患者心理干预的一线措施,其有效性已在多项研究中得到验证^[21-22]。

对于终末期患者,心理和生理的痛苦往往交织在一起。除了常规的镇痛措施外,还应结合心理干预策略,采用多模态镇痛与心理联合干预的方法^[23]。系统综述和 Meta 分析发现,放松技术、认知行为疗法、音乐疗法、正念和支持性表达小组疗法等心理社会干预在减轻疼痛强度方面效应量较小但有意义($d=-0.29$)^[24]。

对于伴发重性精神障碍的肿瘤患者,需要建立精神心理科与肿瘤科之间的协作管理模式。在肿瘤治疗过程中,需持续评估患者的精神状态,并根据患者的情况协同调整抗肿瘤治疗方案与精神心理科用药^[25]。这种模式可以确保患者能够在同一治疗环境下获得肿瘤治疗与精神疾病的同步管理,避免因精神心理问题干扰肿瘤治疗效果^[26]。此类协作能够为患者提供更加全面、个性化的照护,并减少治疗中的不必要风险。

在传染病流行等突发公共卫生事件中,肿瘤患者面临隔离、治疗中断等多重挑战,心理健康问题尤为突出^[27]。为了确保患者能够在特殊情况下得到及时的心理支持,应建立“肿瘤患者心理应急绿色通道”。通过远程心理支持手段,如虚拟现实(VR)心理咨询等,能够在隔离期间为患者提供心理干预^[28-29]。这不仅有助于缓解患者的焦虑、恐惧等情绪,还能减少抗肿瘤治疗期间因面对面治疗中断带来的心理困扰。

2.2 临床问题十一:肿瘤科护士在管理伴发精神心理障碍的患者时有哪些建议?

2.2.1 共识意见 29:护理人员应根据伴发精神心理障碍肿瘤患者的不同心理特点,及时给予正念减压、运动指导等相应的护理教育、健康指导和心理支持综合干预(证据等级:中;推荐

强度;强推荐)。

健康教育是临床护理工作的重要组成部分,针对伴发精神心理障碍的肿瘤患者,需要提供全程护理健康指导,改善患者心理健康状况^[30]。有研究显示,与常规护理比较,基于正念的干预措施能够显著降低肺癌患者的焦虑水平($SMD = -1.15, 95\%CI = -1.36 \sim -0.94, P < 0.001$)和抑郁水平($SMD = -1.04, 95\%CI = -1.60 \sim -0.48, P < 0.001$)^[31]。对于存在焦虑和抑郁的女性乳腺癌患者,与常规护理比较,基于正念的干预方法也具有较好的综合效应(抑郁: $SMD = -0.74, 95\%CI = -1.08 \sim -0.39$;焦虑: $SMD = -0.92, 95\%CI = -1.50 \sim -0.33$)^[32]。肿瘤科护士可将基于正念的干预措施纳入临床护理实践,为患者提供专业指导,如正念减压(MBSR)和基于正念的认知行为疗法(MBCT),推荐频率为1周1~2次,时长为连续8周^[30-32]。

对化疗期间出现焦虑和抑郁的恶性肿瘤患者,推荐运动方式为中高强度运动,1次 ≤ 45 min,1周 ≥ 3 次,持续时间为12周(与单纯常规化疗比较,焦虑: $SMD = -0.70, 95\%CI = -1.18 \sim -0.22$;抑郁: $SMD = -0.89, 95\%CI = -1.43 \sim -0.34$)^[33]。对轻度认知障碍的老年患者,推荐运动方式为有氧运动、多模式运动、阻力运动(与一般运动干预比较,有氧运动: $ES = 1.442, 95\%CI = 0.624 \sim 2.260$;多模式运动: $ES = 0.856, 95\%CI = 0.366 \sim 1.346$;阻力运动: $ES = 1.229, 95\%CI = 0.339 \sim 2.120$)^[34]。

多项研究显示,正念减压的护理措施可以有效缓解肿瘤患者的焦虑和抑郁状况^[30-32];强度和方式合适的规律运动对肿瘤患者的精神心理障碍(如抑郁、焦虑、轻度认知障碍)有缓解和改善作用^[33-34]。

2.2.2 共识意见30:可以采取芳香呵护疗法作为肿瘤患者伴发精神心理障碍的非药物护理干预措施,从而改善肿瘤患者的睡眠质量,缓解焦虑情绪(证据等级:中;推荐强度:强推荐)。

芳香呵护疗法作为一种补充照护手段,可改善焦虑和提升睡眠品质,肿瘤患者无论是住院还是居家都可能从中获益^[35-37]。有研究显示,与安慰剂和常规护理比较,芳香呵护疗法在缓解恶性肿瘤患者焦虑方面是有效的($SMD = -0.49, P < 0.05$)^[38];该疗法还可能改善肿瘤患者的睡眠质量和抑郁状态^[39-40]。还有研究显示,芳香疗法与按摩相结合的综合疗法对于改善肿瘤患者生理症状及心理健康的效果可能更佳^[41]。虽然芳香呵护疗法对于晚期肿瘤患者的效果研究中缺乏高质量随机对照试验的支持,但是质性研究结果表明肿瘤患者对芳香呵护疗法的需求持续存在,该疗法能使患者感到幸福感提升、身心舒缓、压力减轻^[36]。推荐肿瘤科患者在住院期间由护理人员实施芳香呵护疗法,如每日睡前进行芳香护理1次^[40]。肿瘤患者出院后,经护理人员指导,可自行在家进行芳香护理^[40-41]。

2.2.3 共识意见31:叙事护理是医学人文关怀的创新护理模式,肿瘤科护士可以开展叙事护理实践,缓解肿瘤患者焦虑、抑郁等负性情绪,减轻患者心理痛苦(证据等级:中;推荐强

度;强推荐)。

叙事护理作为一种新兴的人文护理模式,被广泛应用于肿瘤患者护理领域,有助于构建良好的护患关系,帮助患者实现生活、疾病故事意义重构,缓解患者焦虑抑郁等情绪体验,从而提升患者生活质量。

有研究显示,对表现为焦虑和抑郁状态的胃肠道恶性肿瘤患者,与采用常规护理比较,叙事护理显著降低了焦虑水平($MD = -4.89, 95\%CI = -8.54 \sim -1.23$)和抑郁水平($MD = -7.20, 95\%CI = -10.48 \sim -3.91$)^[42]。一项随机对照试验研究显示,叙事护理可以减轻中重度癌性疼痛患者焦虑和抑郁的负面情绪,并改善患者的睡眠质量、生活质量及疼痛管理满意度^[43]。首都医科大学附属北京胸科医院肿瘤中心的“胸心港湾”成立15年来,护理人员通过访谈、撰写文本、数字故事等形式积极开展叙事护理工作,帮助患者表达内心情感,宣泄不良情绪,提升了肿瘤患者的整体照护质量,缓解了患者的心理痛苦。

2.2.4 共识意见32:应建立自杀相关风险护理预测模型,早期识别自杀观念,及时进行护理干预或者转介,减少伴有精神心理障碍肿瘤患者的自杀风险(证据等级:低;推荐强度:强推荐)。

自杀作为一种临床紧急情况,建立有效的自杀风险预测模型,对肿瘤科护士的工作极为重要,不仅可以减少评估工作量,提高评估高风险人群的效率,还可以降低肿瘤患者自杀率,提高患者生活质量。

可以使用“中晚期恶性肿瘤患者自杀意念预测模型”,该模型的AUC为0.85($95\%CI = 0.82 \sim 0.87$),说明其有较好的风险预测能力。该模型的预测因子为年龄 ≥ 66 岁、女性、有先前化疗史、MD安德森症状量表(MDASI)评分总分中位数为19分[该分数低于中度症状(65~78分)的分数,提示整体症状负担处于轻度水平]、医院焦虑和抑郁量表-A(HADS-A)评分中位数为5分(正常范围分数为0~7分,提示中位数得分处于正常范围)、医院焦虑和抑郁量表-D(HADS-D)评分中位数为5分(正常范围分数为0~7分,提示中位数得分处于正常范围)、家庭成员较少(≤ 3 人)、无手术史和生活满意度低(量表得分范围为0~10分,中位数为6分,提示生活满意度处于中等偏低水平)^[44]。模型中各预测因子权重不同,HADS-A评分对自杀意念风险影响最大。对于评估结果为高风险的患者,应在常规护理措施中纳入心理支持的护理措施^[30],如1周1~2次心理疏导^[45];同时,应及时转介,如精神心理科治疗^[46]。

2.3 临床问题十二:肿瘤患者寻求精神心理卫生专业服务方面具体有哪些建议?

2.3.1 共识意见33:在伴发精神心理障碍的肿瘤患者管理中,提倡强化患者对自身症状和问题觉察的主动识别意识,以及向医护人员及时清晰表达自身需求的能力(证据等级:中;推荐强度:强推荐)。

在以患者为中心的医疗模式中,患者的主动参与已成为提高医疗质量、提升满意度和改善健康结局的重要因素。因此,在提倡寻求专业精神心理卫生服务方面,首先要强调的就

是患者积极主动识别的意识和及时表达需求的能力。

有研究显示,澳大利亚开发了一个患者自评工具(SATp),用于结肠直肠癌患者的随访。该工具包含 25 个问题,覆盖生理、心理和社会需求。在研究中,66 例患者使用该工具,平均每例患者识别出 7 个未满足需求,其中社会需求和心理需求各占 32%,生理需求占 36%,该工具具有良好的可靠性^[47]。电子自评工具(ESRA-C-II)有助于提升患者的心理社会适应能力^[48]。使用“症状日记记录”,指导患者记录情绪波动和躯体症状,并与临床团队共享,能够显著降低患者的住院率,并提高药物依从性,提升患者的治疗参与度。患者报告症状监测在恶性肿瘤护理中具有附加价值,可能为晚期恶性肿瘤患者带来 5~8 个月生存期益处,并改善健康相关生活质量(HRQoL),减少紧急就诊和住院次数^[49-50]。使用网络症状自报的患者,其健康相关生活质量改善比例更高,紧急就诊次数也减少^[50]。

患者需求表达的核心在于通过有效的沟通工具和方法,帮助患者清晰表达其需求和偏好。提问清单(QPL)是一种重要的需求表达工具,能有效传达患者的疼痛、情绪波动等需求,进而使患者得到更加精准的治疗调整。一项随机对照试验纳入了 130 例晚期肿瘤患者,结果显示,与地理信息系统(GIS)比较,使用 QPL 能显著增加患者提出的新问题(7.0 vs. 5.3, $P=0.005$);对 47 例患者随访 4 周询问其偏好时,51.1% 的患者更倾向于使用 QPL,仅 14.9% 的患者选择 GIS($P=0.01$);且 QPL 未增加焦虑或延长咨询时间^[51]。

2.3.2 共识意见 34:整合 12356 心理援助热线等传统渠道和数字健康等现代工具,构建多元化信息支持网络,以满足肿瘤患者对专业精神心理卫生服务的需求(证据等级:中;推荐强度:强推荐)。

心理援助热线作为一种行之有效且相对方便实用的心理健康教育与咨询途径,成为多数发达国家提供心理卫生保健服务的重要组成部分,在处理心理应激和维护心理健康方面发挥着积极作用^[52]。2024 年印发的《国家卫生健康委关于应用“12356”全国统一心理援助热线电话号码的通知》(国卫医政函[2024]259 号)中明确提出,要发挥心理援助热线即时性、便捷性及隐私保护优势,为公众特别是肿瘤患者群体构建全天候心理健康支持平台^[53]。2025 年,国家卫生健康委等部门发布《关于开展“儿科和精神卫生服务年”行动(2025—2027 年)的通知》,进一步强调要加强与其他热线等联动,做好心理危机干预^[54]。癌症信息和咨询热线(CICL)的研究显示,热线服务在主动识别和满足心理需求方面效果显著,特别是在最初未明确请求帮助的来电者中^[55]。这种基于热线的支持方式,因其便利性和低成本,尤其适用于偏远地区的患者。一项由癌症信息服务研究联盟(CISRC)进行的研究,重点关注前列腺癌和乳腺癌患者的电子健康干预效果,其中 57%~74% 的患者使用虚拟癌症信息服务(V-CIS)数字工具,患者报告的益处包括知识增加(平均评分为 1.69~2.12 分)、与医疗提供者沟通改善(平均评分为 1.80~2.44 分)和决策信心增强(平均评分为 1.84~2.07 分)^[56]。

“肿瘤心理服务资源地图”是一类标注医院内心理咨询室、社区支持小组及公益热线,附带交通路线与预约方式的改善患者就医体验的服务模式。其能够帮助肿瘤患者快速获取到附近的心理咨询资源、心理干预服务以及肿瘤相关心理疾病的治疗方案,从而改善患者的心理健康状况。一项系统综述发现,在 67 项研究中,有 45 项研究结果表明患者导航服务显著改善了治疗过程相关指标,如预约安排、治疗依从性及资源使用效率^[57]。

2.3.3 共识意见 35:整合人工智能、大数据、云计算、物联网等数字疗法技术,打造智慧医疗新生态,从而提升肿瘤患者对专业精神心理卫生服务需求的可及性(证据等级:高;推荐强度:强推荐)。

因乏力、免疫抑制等治疗不良反应和地域限制,绝大多数肿瘤患者难以定期接受线下心理干预。数字疗法(DTx)可突破时空限制,适用于行动受限的肿瘤患者。VR 暴露疗法、人工智能情感支持机器人有助于肿瘤患者更好地面对身患肿瘤带来的心理困扰,从而改善患者的整体治疗效果和生活质量。

DTx 通过手机应用和软件为肿瘤患者提供个性化的治疗干预和症状管理,在监测症状、提高治疗依从性和降低住院率方面效果显著。一项针对肺癌患者的随机对照试验显示,DTx 组在肺功能恢复率[第 1 秒用力呼气容积(FEV_1):87.18%±11.01% vs. 84.21%±11.75%]方面非劣效于多学科管理(MM)组(非劣效界限为-4.8%),且患者管理时间显著缩短[(1.48±3.22)min vs. (16.67±6.41)min, $P<0.001$]^[58]。德国一项随机对照试验研究了数字治疗在减少肿瘤患者痛苦方面的疗效,参与者被随机分为干预组(数字治疗+常规护理)和对照组(仅常规护理),结果显示,与对照组比较,干预组患者的心理困扰[意向性治疗(ITT): $P=0.03$;方案治疗(PP): $P=0.01$]、焦虑(ITT: $P=0.03$;PP: $P=0.01$)、抑郁($P<0.001$)和疲劳(ITT: $P=0.04$;PP: $P=0.05$)显著减少^[59]。一项纳入 80 例乳腺癌患者的随机对照研究发现,与单纯应用吗啡比较,联合应用 VR 治疗可显著减轻患者的疼痛及焦虑^[60]。

DTx 和 VR 技术在伴发精神心理障碍的肿瘤患者管理中已取得显著进展,提供了有效的症状监测、情感支持和生活质量提升手段。

2.4 临床问题十三:社会与家庭参与伴发精神心理障碍的患者管理有哪些建议?

2.4.1 共识意见 36:建立临床肿瘤科、精神心理科与基层社区的双向转诊机制,共建共管伴发精神心理障碍的肿瘤患者,实施防治结合策略(证据等级:低;推荐强度:强推荐)。

社区是人们日常生活、社会活动和维护自身健康的重要场所,是卫生服务的基本单位,在社区开展肿瘤防治知识的宣传教育,促进社区肿瘤防治知识的普及,使社区居民主动参与肿瘤防治计划的实施,对肿瘤防治工作取得成效具有积极的作用^[61]。

恶性肿瘤目前已被纳入社区慢病管理的研究范围,积极有效的慢病管理模式有利于降低恶性肿瘤发病率和死亡率^[61]。肿瘤专科医院或者综合医院肿瘤科,以及精神心

理科,依托“医联体”“医共体”与基层医疗卫生服务机构共建共管肿瘤患者,应作为未来肿瘤防治体系建设的重要内容之一。

通过搭建双向转诊机制,实施防治结合策略,将在社区筛查出的肿瘤伴发精神心理障碍的高风险患者等,从社区转诊至肿瘤专科医院或者综合医院肿瘤科;专科治疗结束后,患者出院回到社区,可就近获得用药指导等社区健康管理服务及照护服务;社区后续还可根据病情需要,及时将患者转诊至对应的肿瘤专科医院或者综合医院肿瘤科。

在社区,可结合家庭医生等现行服务模式,通过上级医院的管理和指导,积极在社区就近开展对肿瘤患者的健康管理、健康教育、肿瘤监测和肿瘤筛查等^[61]。同时,可促进患者在社区长期获取常见药品,减少上级医院诊疗服务压力,提高患者健康管理意识水平和服药依从水平。

2.4.2 共识意见 37:建立医院与家庭协同管理机制,通过开展家庭照顾者教育培训、建立互助小组、提供志愿服务等,为家庭参与伴发精神心理障碍的肿瘤患者管理赋能(证据级别:低;推荐强度:强推荐)。

恶性肿瘤患者的照顾任务主要由其家属承担,家庭成员既承担照顾患者的繁重任务,又面临着严重的精神负担,成为亟待关注的群体。家庭照顾者的精神状况影响肿瘤患者的生活质量,照顾者精神状况好,肿瘤患者的生活质量高^[62]。因此,肿瘤科在诊治过程中,在建立患者心理支持机制的基础上,应建立医院与家庭协同管理机制,关注肿瘤患者家庭照顾者的心理社会需求,为家庭赋能。

加强对家庭照顾者的教育、培训及心理干预,从而提高恶性肿瘤患者照顾者的生活质量^[62]。其中,心理支持相关教育培训可围绕情绪识别、沟通技巧、减压放松,以及自伤、自杀等心理危机识别和处置等展开。医院或社区还可以组织肿瘤患者照护者建立家庭成员互助小组,可在固定场所或线上定期开展小组活动,小组成员可以分享照护经验、交换服务信息和开展团体互助等,帮助照护者增强心理韧性,减轻孤独感,促进家庭成员更好地承担照护任务^[63-64]。

有条件的医疗机构可提供志愿服务。医疗社会工作者及志愿者可以提供医疗相关或日常生活协助,包括医疗保险咨询、可能的经济援助以及情感支持和替代照护,确保肿瘤患者照护者能够合理利用相应资源^[63,65]。

2.4.3 共识意见 38:组织开展互助小组、同伴支持小组活动,通过榜样形式获取心理应对经验和情感支持,提高患者对肿瘤治疗的信心(证据等级:中;推荐强度:强推荐)。

有研究显示,通过榜样形式获取心理支持,能够缓解患者自我感受负担,改善患者遵医行为,有利于提高患者生活质量;此外,结合患者受教育程度,组织患者参与健康知识讲座、宣传手册指导等,开展患者认知行为干预指导,有助于促进患者认知重建,改善应对方式,提升治疗信心,改善预后。医院可促进搭建患者专属的社交网络平台,让患者能够与具有相似经历的病友建立紧密联系,形成患者互助小组、同伴支持小组,分享心理应对经验和情感支持^[66]。

互助小组、同伴支持小组以座谈会的形式,分享在治疗和康复过程中的经验。关于活动频次,有学者建议 1 周 1 次,1 次 2 h,持续 10 周^[67]。通过病友结合自身经验和感受与患者交流,提升健康教育的效果,提高患者对肿瘤治疗的信心^[68]。此外,为确保所有患者均能获得服务,干预形式还可以包括微信推送、纸质版资源手册等,即每次现场互动活动结束后,主导者需要整理活动内容进行微信推送或者制作纸质版手册进行宣传推广^[67]。

2.4.4 共识意见 39:加强对患者隐私和个人信息的保密,尊重患者知情权。对伴发严重精神障碍的肿瘤患者,依据法定程序启动住院治疗(证据等级:高;推荐强度:强推荐)。

医疗机构及其医务人员应当对患者的隐私和个人信息保密,禁止以非医疗、教学、研究目的泄露患者的病历资料^[69-71]。出现泄露患者的隐私和个人信息,或者未经患者同意公开其病历资料的,应当承担侵权责任、行政处罚或刑事处罚^[69-70,72]。

尊重患者知情权益。医师在诊疗活动中应当向患者说明病情、医疗措施和其他需要告知的事项;医师实施医疗、预防、保健措施,签署有关医学证明文件,必须亲自诊查、调查,并按照规定及时填写病历等医学文书,不得隐匿、伪造、篡改或者擅自销毁病历等医学文书及有关资料^[69-70,72]。需要实施手术,或者开展临床试验等存在一定危险性、可能产生不良后果的特殊检查、特殊治疗的,医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况,并取得其书面同意;在患者处于昏迷等无法自主作出决定的状态或者病情不宜向患者说明等情形下,应当向患者的近亲属说明,并取得其书面同意^[69-70,73]。

对确诊伴发严重精神障碍的肿瘤患者,当诊断结论、病情评估表明患者已发生伤害自身的行为(或者有伤害自身的危险),或已经发生伤害他人安全的行为(或者有危害他人安全的危险),有上述两种情形之一者,应当对其实施住院治疗,并按照规定办理送诊及住院手续;有上述第二种危害情形的,其监护人不办理住院手续的,由患者所在单位、村民委员会或者居民委员会办理住院手续,并由医疗机构在患者病历中予以记录^[74]。

2.4.5 共识意见 40:积极关注特殊人群肿瘤患者对家庭成员情绪的冲击、给家庭和社会角色造成的负面影响,以及职业性肿瘤患者特殊的心理状态(证据等级:中;推荐强度:强推荐)。

家长情绪与儿童青少年肿瘤患者的治疗息息相关,若家长情绪长时间处于低谷,则易降低患儿治疗依从性,进一步影响患儿情绪。家长的支持和陪伴可以让患儿感受到家庭温暖,增强战胜疾病的信心^[75]。

对多数女性肿瘤患者而言,妇科恶性肿瘤的诊断作为一个重大生活事件,对其心理、情感产生深远影响,不仅威胁其生命安全,还与女性身份认同、生育能力和性功能等密切相关。因此,诊断患有妇科肿瘤后对患者的心理冲击尤为剧烈,患者可能会经历从否认、愤怒到接受的复杂情感过程,期间常伴有严重心理危机、对生活意义质疑^[76]。妇科肿瘤患者的家

庭关怀度越高,在能够获取更多家庭资源支持的背景下,越容易选择积极的医学应对方式,更倾向于具备良好的情绪状态来调节心理弹性水平。因此,有学者建议临床实际工作中加强对妇科肿瘤患者及其家庭成员的心理支持,逐步建立和完善以家庭为中心、全体家庭成员共同参与的医疗模式;同时,要建立良好的医患关系,指导患者采取多样化的应对方式合理应对疾病,科学管理负性情绪,从而达到提高心理弹性的目标,使妇科肿瘤患者具备良好的身心状态回归家庭和社会^[77]。

职业性肿瘤防治在保护劳动者健康、减轻社会经济负担、维护劳动生产力、保护劳动者权益、减少社会矛盾等方面均具有经济和社会价值,被列为健康中国行动—癌症防治行动重点病种之一^[78-80]。肿瘤科医师在面对职业性肿瘤患者时,除关注其肿瘤本身的治疗和康复,亦应重视更谨慎地告知病因,让患者了解疾病与职业的关系,又要尽可能避免引起患者对工作环境的过度恐惧或对雇主的怨恨等负面情绪。

在临床工作过程中,对这些特定情况的精神心理方面的问题,宜给予患者更多的关注、安抚和引导。

3 总结与展望

当前,肿瘤患者伴发精神心理障碍的诊疗仍面临诸多挑战,如基层对精神障碍的识别率低,存在“重躯体、轻心理”现象;部分医疗机构多学科诊疗机制尚不完善,肿瘤科与精神科协作深度不够;终末期肿瘤患者的安宁疗护和长期随访体系覆盖面不足等。所以,未来需要从政策制定、学科建设、技术赋能、科教协同和公众科普等方面持续推动本共识的落地。

在编写临床发现、临床干预和临床管理 3 篇专家共识的过程中,编者越来越深刻地意识到肿瘤患者的精神心理需求,本质上是生活质量的核心诉求。共识的发布是起点而非终点,其价值在于为多学科协作提供“共同语言”和“行动框架”。期待未来通过跨学科、跨领域合力,将共识转化为临床实践的常态化行动,让每一位肿瘤患者都能在得到充分躯体治疗的同时,还能获得有温度、有尊严的精神心理关怀,这不仅是对生命的尊重,更是医学从“治愈疾病”向“全人照护”跃迁的必由之路。

4 致谢

贾小娟、刘 航(华北理工大学心理与精神卫生学院)

5 利益冲突

所有作者声明无利益冲突。

参考文献

[1] MYRHAUG H T, MBALILAKI J A, LIE N E K, et al. The effects of multidisciplinary psychosocial interventions on adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis [J]. Disabil Rehabil, 2020, 42(8): 1062-1070.

[2] National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines®): Distress management. Version 2. 2025[EB/OL]. (2025-08-13)[2025-08-28]. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431>.

[3] SHI J J, ZHU L Y. Addressing mental health needs in patients with cancer: a recent systematic review and meta-analysis of the

effectiveness of nurse-led interventions [J]. J Nurs Care Qual, 2025, 40(4): 318-325.

[4] National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines®): Older adult oncology. Version 2. 2025[EB/OL]. (2025-03-13)[2025-08-28]. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=4&id=1452>.

[5] National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines®): Palliative care. Version 2. 2025 [EB/OL]. (2025-03-31)[2025-08-28]. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1454>.

[6] LAZENBY M, ERCOLANO E, GRANT M, et al. Supporting commission on cancer-mandated psychosocial distress screening with implementation strategies[J]. J Oncol Pract, 2015, 11(3): e413-e420.

[7] CRAWFORD G B, DZIERŻANOWSKI T, HAUSER K, et al. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO clinical practice guidelines[J]. ESMO Open, 2021, 6(4): 100225.

[8] PARIKH R B, HASLER J S, ZHANG Y C, et al. Development of machine learning algorithms incorporating electronic health record data, patient-reported outcomes, or both to predict mortality for outpatients with cancer[J]. JCO Clin Cancer Inform, 2022, 6: e2200073.

[9] GARRIGA R, BUDA T S, GUERREIRO J, et al. Combining clinical notes with structured electronic health records enhances the prediction of mental health crises[J]. Cell Rep Med, 2023, 4(11): 101260.

[10] BERGEROT C, JACOBSEN P B, ROSA W E, et al. Global unmet psychosocial needs in cancer care: health policy [J]. EClinicalMedicine, 2024, 78: 102942.

[11] EHLERS S L, DAVIS K, BLUETHMANN S M, et al. Screening for psychosocial distress among patients with cancer: implications for clinical practice, healthcare policy, and dissemination to enhance cancer survivorship[J]. Transl Behav Med, 2019, 9(2): 282-291.

[12] SELBY P, POPESCU R, LAWLER M, et al. The value and future developments of multidisciplinary team cancer care[J]. Am Soc Clin Oncol Educ Book, 2019, 39: 332-340.

[13] ASUZU C, AKIN-ODANYE E. Effect of a training workshop on oncology clinicians’ psychosocial care delivery self-efficacy and perceived barrier in Nigeria[J]. Int J Cancer Clin Res, 2023, 7(2): 133.

[14] JONES J M, JAMES J, RODIN G, et al. The evaluation of a two-day interdisciplinary continuing education event in psychosocial oncology[J]. J Cancer Educ, 2004, 19(3): 161-164.

[15] MALINS S, BOUTRY C, MOGHADDAM N, et al. Outcomes of psychological support skills training for cancer care staff: skill acquisition, work engagement, mental wellbeing and burnout[J]. Psychooncology, 2023, 32(10): 1539-1547.

[16] DERENDORF L, STOCK S, SIMIC D, et al. Developing quality indicators for cross-sectoral psycho-oncology in Germany: combining the RAND/UCLA appropriateness method with a Delphi technique [J]. BMC Health Serv Res, 2023, 23(1): 599.

[17] CHEN X. PDCA cycle and safety culture in nursing safety

- management of day ward chemotherapy[J]. *World J Surg Oncol*, 2025, 23(1): 99.
- [18] LIU T, LIU J. Translating evidence for clinical practice in the management of psychological distress in patients with advanced oncology[J]. *J Biosci Med*, 2025, 13(4): 128-140.
- [19] BUSH S H, LAWLOR P G, RYAN K, et al. Delirium in adult cancer patients: ESMO clinical practice guidelines [J]. *Ann Oncol*, 2018, 29(S4): iv143-iv165.
- [20] TRAVADO L, BASTOS L. Distress and psycho-oncological support for patients with advanced breast cancer[J]. *Semin Oncol Nurs*, 2024, 40(1): 151555.
- [21] GRASSI L, CARUSO R, RIBA M B, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO clinical practice guideline[J]. *ESMO Open*, 2023, 8(2): 101155.
- [22] WANG Z Q, XU D S, YU S H, et al. Effectiveness of meaning-centered interventions on existential distress and mental health outcomes in cancer survivors and their family caregivers: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2025, 22(1): e12752.
- [23] PRETI K, D' Aoust R, BEEBER A S, et al. Multimodal interprofessional adult cancer pain management: an integrative review[J]. *Oncol Nurs Forum*, 2024, 52(1): 41-50.
- [24] WARTH M, ZÖLLER J, KÖHLER F, et al. Psychosocial interventions for pain management in advanced cancer patients: a systematic review and meta-analysis[J]. *Curr Oncol Rep*, 2020, 22(1): 3.
- [25] LIM K H J, KAMPOSITORAS K, ÉLEZ E, et al. ESMO resilience task force recommendations to manage psychosocial risks, optimise well-being, and reduce burnout in oncology [J]. *ESMO Open*, 2024, 9(10): 103634.
- [26] VENKATARAMU V N, GHOTRA H K, CHATURVEDI S K. Management of psychiatric disorders in patients with cancer [J]. *Indian J Psychiatry*, 2022, 64(Suppl 2): S458-S472.
- [27] MULS A, GEORGOPOULOU S, HAINSWORTH E, et al. The psychosocial and emotional experiences of cancer patients during the COVID-19 pandemic: a systematic review [J]. *Semin Oncol*, 2022, 49(5): 371-382.
- [28] MARTIN M, RICE K, MURRAY C V, et al. COVID-19 and beyond: a systematic review of adaptations to psychosocial support in oncology[J]. *J Adv Nurs*, 2024, 80(10): 3977-4002.
- [29] LIU X H, LIU F, TONG F, et al. Psychological reactions and interventions to help cancer patients cope during the COVID-19 pandemic in China [J]. *J Psychosoc Oncol Res Pract*, 2020, 2(3): e35.
- [30] ANDERSEN B L, LACCHETTI C, ASHING K, et al. Management of anxiety and depression in adult survivors of cancer: ASCO guideline update[J]. *J Clin Oncol*, 2023, 41(18): 3426-3453.
- [31] LI J, LI C, PUTS M, et al. Effectiveness of mindfulness-based interventions on anxiety, depression, and fatigue in people with lung cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. *Int J Nurs Stud*, 2023, 140: 104447.
- [32] MCCLOY K, HUGHES C, DUNWOODY L, et al. Effects of mindfulness-based interventions on fatigue and psychological wellbeing in women with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomised control trials [J]. *Psychooncology*, 2022, 31(11): 1821-1834.
- [33] 杨益成, 王丹丹, 沈群策, 等. 癌症患者化疗期间运动干预焦虑和抑郁状态效果的 Meta 分析 [J]. *中国康复理论与实践*, 2025, 31(2): 184-193.
- [34] AKALP K, FERREIRA J P, SOARES C M, et al. The effects of different types of exercises on cognition in older persons with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis[J]. *Arch Gerontol Geriatr*, 2024, 126: 105541.
- [35] RAPOSO V L. Complementary and alternative medicine, medical liability and the proper standard of care[J]. *Complement Ther Clin Pract*, 2019, 35: 183-188.
- [36] ARMSTRONG M, FLEMMING K, KUPELI N, et al. Aromatherapy, massage and reflexology: a systematic review and thematic synthesis of the perspectives from people with palliative care needs [J]. *Palliat Med*, 2019, 33(7): 757-769.
- [37] GONÇALVES S, MARQUES P, MATOS R S. Exploring aromatherapy as a complementary approach in palliative care: a systematic review[J]. *J Palliat Med*, 2024, 27(9): 1247-1266.
- [38] LI D, LI Y X, BAI X, et al. The effects of aromatherapy on anxiety and depression in people with cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. *Front Public Health*, 2022, 10: 853056.
- [39] LIU Y T, XU M M, TIAN Q, et al. Effects of aromatherapy on physical and psychological symptoms in cancer patients: a systematic review and meta-analysis[J/OL]. *Cancer Nurs*. (2024-07-22) [2025-05-22]. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001384>.
- [40] 丘春萍, 陈灼燕, 官美慧. 芳香疗法结合穴位按摩在肺癌化疗患者中的应用[J]. *齐鲁护理杂志*, 2024, 30(1): 96-99.
- [41] KHAMIS E A R, ABU RADDHAHA A H, NAFAE W H, et al. Effectiveness of aromatherapy in early palliative care for oncology patients: blind controlled study [J]. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2023, 24(8): 2729-2739.
- [42] CHEN J W, LIU L, WANG Y L, et al. Effects of psychotherapy interventions on anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: a systematic review and network meta-analysis[J]. *J Psychosom Res*, 2024, 179: 111609.
- [43] WU L H, LI J, JIA S F, et al. The effect of narrative nursing on improving the negative emotions and quality of life of patients with moderate to severe cancer pain[J]. *Clin Transl Oncol*, 2025, 27(1): 182-188.
- [44] HE Y, PANG Y, YANG W L, et al. Development of a prediction model for suicidal ideation in patients with advanced cancer: a multicenter, real-world, pan-cancer study in China [J]. *Cancer Med*, 2024, 13(12): e7439.
- [45] TUOMINEN L, STOLT M, MERETOJA R, et al. Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: an overview of systematic reviews[J]. *J Clin Nurs*, 2019, 28(13-14): 2401-2419.
- [46] NORRIS D R, CLARK M S. The suicidal patient: evaluation and management[J]. *Am Fam Physician*, 2021, 103(7): 417-421.
- [47] NGUNE I, JIWA M, MCMANUS A, et al. Development of a patient-administered self-assessment tool (SATp) for follow-up of colorectal cancer patients in general practice[J]. *Qual Prim Care*, 2014, 22(6): 270-277.
- [48] FANN J R, HONG F X, HALPENNY B, et al. Psychosocial outcomes of an electronic self-report assessment and self-care

- intervention for patients with cancer: a randomized controlled trial[J]. *Psychooncology*, 2017, 26(11): 1866-1871.
- [49] LIZÁN L, PÉREZ-CARBONELL L, COMELLAS M. Additional value of patient-reported symptom monitoring in cancer care: a systematic review of the literature[J]. *Cancers (Basel)*, 2021, 13(18): 4615.
- [50] BASCH E, DEAL A M, KRIS M G, et al. Symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: a randomized controlled trial[J]. *J Clin Oncol*, 2016, 34(6): 557-565.
- [51] ARTHUR J, PAWATE V, LU Z N, et al. Helpfulness of question prompt sheet for patient-physician communication among patients with advanced cancer: a randomized clinical trial[J]. *JAMA Netw Open*, 2023, 6(5): e2311189.
- [52] 庞宇, 李献云, 童永胜, 等. 中国心理援助热线五年试点工作运行现状分析[J]. *神经疾病与精神卫生*, 2015, 15(3): 228-231.
- [53] 国家卫生健康委. 国家卫生健康委关于应用“12356”全国统一心理援助热线电话号码的通知: 国卫医政函〔2024〕259号[EB/OL]. (2024-12-06)[2025-05-27]. <https://www.nhc.gov.cn/zyygj/c100068/202412/49a1a65386cd4be582d4702fd0926ee8.shtml>.
- [54] 国家卫生健康委, 国家中医药局, 国家疾控局, 等. 关于开展“儿科和精神卫生服务年”行动(2025-2027年)的通知: 国卫医政函〔2025〕93号[EB/OL]. (2025-04-08)[2025-05-27]. <https://www.nhc.gov.cn/zyygj/c100068/202504/57e9fc983bd74e7cb388af9d2557ecc9.shtml>.
- [55] MARCUS A C, GARRETT K M, KULCHAK-RAHM A, et al. Telephone counseling in psychosocial oncology: a report from the cancer information and counseling line[J]. *Patient Educ Couns*, 2002, 46(4): 267-275.
- [56] FLEISHER L, WEN K Y, MILLER S M, et al. Development and utilization of complementary communication channels for treatment decision making and survivorship issues among cancer patients: The CIS research consortium experience[J]. *Internet Interv*, 2015, 2(4): 392-398.
- [57] MCBRIEN K A, IVERS N, BARNIEH L, et al. Patient navigators for people with chronic disease: a systematic review[J]. *PLoS One*, 2018, 13(2): e0191980.
- [58] XU J M, NI H, ZHAN H Y, et al. Efficacy of digital therapeutics for perioperative management in patients with lung cancer: a randomized controlled trial[J]. *BMC Med*, 2025, 23(1): 186.
- [59] SPRINGER F, MAIER A, FRIEDRICH M, et al. Digital therapeutic (Mika) targeting distress in patients with cancer: results from a nationwide waitlist randomized controlled trial[J]. *J Med Internet Res*, 2024, 26: e51949.
- [60] BANI MOHAMMAD E, AHMAD M. Virtual reality as a distraction technique for pain and anxiety among patients with breast cancer: A randomized control trial[J]. *Palliat Support Care*, 2019, 17(1): 29-34.
- [61] 杨森, 赵华新, 金花, 等. 慢病管理模式下的社区恶性肿瘤管理研究进展[J]. *中华全科医学*, 2019, 17(1): 121-124, 128.
- [62] 滕楠, 陈传波. 恶性肿瘤患者照顾者生活质量的研究进展[J]. *中华护理杂志*, 2013, 48(2): 181-183.
- [63] 尹营营, 赵宽, 王彩莲, 等. 肿瘤患者心身症状临床管理中国专家共识[J]. *中国全科医学*, 2025, 28(15): 1809-1822, 1830.
- [64] BENSON J J, OLIVER D P, WASHINGTON K T, et al. Online social support groups for informal caregivers of hospice patients with cancer[J]. *Eur J Oncol Nurs*, 2020, 44: 101698.
- [65] LONGO C J, GORDON L G, NUND R L, et al. Clinical management of financial toxicity-identifying opportunities through experiential insights of cancer survivors, caregivers, and social workers[J]. *Curr Oncol*, 2022, 29(10): 7705-7717.
- [66] 张婷, 林秀冰. 心理干预在恶性肿瘤姑息性治疗患者的应用效果[J]. *中国当代医药*, 2025, 32(3): 47-50, 56.
- [67] 周同, 胡雁, 彭健, 等. 多学科协作的心理社会干预对胃肠道恶性肿瘤化疗患者心理痛苦、焦虑及抑郁情绪的影响[J]. *复旦学报(医学版)*, 2020, 47(6): 875-881, 898.
- [68] 安徽省癌痛护理专科联盟专家组, 安徽省疼痛质量控制中心, 丁金霞, 等. 安徽省成人癌症疼痛护理专家共识(2024年版)[J]. *安徽医学*, 2024, 45(11): 1341-1349.
- [69] 全国人民代表大会. 中华人民共和国民法典[EB/OL]. (2020-06-01)[2025-05-22]. https://www.gov.cn/xinwen/2020-06/01/content_5516649.htm.
- [70] 全国人民代表大会常务委员会. 中华人民共和国医师法[EB/OL]. (2021-08-20)[2025-05-22]. https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632496.htm.
- [71] 卫生计生委. 卫生计生委中医药局关于印发《医疗机构病历管理规定(2013年版)》的通知: 国卫医发〔2013〕31号[EB/OL]. (2014-02-20)[2025-05-22]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2014/content_2600084.htm.
- [72] 全国人民代表大会常务委员会. 中华人民共和国刑法[EB/OL]. (2023-12-29)[2025-05-21]. <http://xingfa.org/>.
- [73] 国务院. 中华人民共和国国务院令: 第701号《医疗纠纷预防和处理条例》[EB/OL]. (2018-09-20)[2025-05-22]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.
- [74] 全国人民代表大会常务委员会. 中华人民共和国精神卫生法[EB/OL]. (2021-10-29)[2025-05-22]. https://www.gov.cn/guoqing/2021-10/29/content_5647635.htm.
- [75] 谢丽丽, 王静静, 王梅, 等. 医护与家属协同护理模式对脑肿瘤患儿心理状态及并发症的影响[J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2022, 29(3): 355-358.
- [76] 刘红岩, 赵晓璐, 徐文妍. 需求理论指导下持续性心理干预在妇科恶性肿瘤术后化疗患者中的应用价值[J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2025, 32(1): 42-51.
- [77] 张艳, 胡德英, 刘义兰, 等. 妇科肿瘤患者医学应对及负性情绪在家庭关怀度与心理弹性间的中介作用[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(12): 89-92.
- [78] 国家卫生健康委, 国家发展改革委, 教育部, 等. 关于印发健康中国行动—癌症防治行动实施方案(2023—2030年)的通知: 国卫医急发〔2023〕30号[EB/OL]. (2023-10-30)[2025-05-20]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202311/content_6915380.htm.
- [79] 季芝强, 胡贵平, 贾光. 致癌性重金属与类金属所致职业性肿瘤研究与展望[J]. *中国职业医学*, 2024, 51(5): 481-487, 495.
- [80] 郝凤桐. 职业性肿瘤的诊治与预防[J]. *中国工业医学杂志*, 2023, 36(6): 572-574.

(收稿日期:2025-07-12 修回日期:2025-08-28)