



降低肝动脉化疗栓塞患者术后中重度心理痛苦发生率

——郭敬 张英 郑璐 尤楠 杨凤霞 陈锦

【摘要】 **目的** 降低肝动脉化疗栓塞患者术后中重度心理痛苦发生率。**方法** 组建由医、护、技、管组成的多学科协作团队,针对肝癌患者行肝动脉化疗栓塞术(TACE)后中重度心理痛苦问题开展品管圈活动,通过现状查检、原因解析、对策拟定,从精准实施精细 TACE 和精确栓塞症状管理、精准控制压迫止血时间和精确术后活动管理以及精准识别负性情绪并实施心理干预 3 方面进行改进。**结果** 肝动脉化疗栓塞患者术后中重度心理痛苦发生率从 34.83% 降低至 15.79%。**结论** 开展品管圈活动可有效降低肝动脉化疗栓塞患者术后中重度心理痛苦发生率,缓解患者身心负担,改善治疗体验,提升生活质量。

【关键词】 品管圈;问题解决型品管圈;肝癌;肝动脉化疗栓塞术;心理痛苦

中图分类号:R197.323

文献标识码:B

Reducing the Incidence of Moderate-to-Severe Psychological Distress in Patients Following Transcatheter Arterial Chemoembolization/GUO Jing, ZHANG Ying, ZHENG Lu, et al.//Chinese Health Quality Management,2026,33(1):64-70

Abstract **Objective** To reduce the incidence of moderate-to-severe psychological distress in patients undergoing transcatheter arterial chemoembolization (TACE) for liver cancer. **Methods** A multidisciplinary collaborative team comprising medical, nursing, technical, and administrative staff was established to conduct quality control circle (QCC) activities targeting moderate-to-severe psychological distress in liver cancer patients post-TACE. Through situation assessment, root cause analysis, and countermeasure formulation, improvements were implemented in three key areas: precise execution of refined TACE procedures and accurate management of embolization-related symptoms; precise control of compression hemostasis duration and optimized postoperative activity management; and accurate identification of negative emotions with targeted psychological interventions. **Results** The incidence of moderate-to-severe psychological distress post-TACE decreased from 34.83% to 15.79%. **Conclusion** Implementing QCC activities effectively reduces the incidence of moderate-to-severe psychological distress in patients after TACE, alleviates their physical and psychological burdens, improves treatment experiences, and enhances quality of life.

Key words Quality Control Circle; Problem-Solving Quality Control Circle; Liver Cancer; Transcatheter Arterial Chemoembolization; Psychological Distress

First-author's address Second Affiliated Hospital of Army Medical University, Chongqing, 400037, China

1 主题选定

肝动脉化疗栓塞术(transcatheter arterial chemoembolization, TACE)是不可切除肝癌的首选治疗方式^[1]。然而,TACE患者常出现腹痛、发热、恶心呕吐等栓塞后综合

征,增加躯体不适^[2],且需要多次治疗,不仅耗费时间、精力,而且需要承担高昂的诊疗费用^[3],多数情况下还会面临转移、复发等问题,容易导致心理痛苦^[4-5]。全体圈员以TACE患者术后康复需求为切入点展开全面调查,通过系统梳理,列出

10个关键问题,运用亲和图法将之归纳为4个备选主题。为进一步明确研究方向,团队采用共识标准法,从迫切性、可行性、重要性、圈能力4个维度对备选主题进行综合评估,经深入分析与充分讨论,最终确定本期活动主题为“降低肝动脉

化疗栓塞患者术后中重度心理痛苦发生率”。

名词定义:(1)肝动脉化疗栓塞术(TACE)。该技术是一种通过经皮动脉穿刺,将导管鞘及微导管置入,在数字减影血管造影机(digital subtraction angiography, DSA)引导下,超选择性插管至肿瘤供血动脉分支的治疗方法。其通过导管注入化学抗癌药物与栓塞剂的混合物,阻断肿瘤血供并导致肿瘤缺血坏死,从而达到治疗目的^[1]。(2)中重度心理痛苦。心理痛苦指由多种因素(心理、社会、精神及生理等方面)引发的不愉快情绪体验^[6]。美国国立综合癌症网络建议使用心理痛苦管理筛查工具(distress management screening measure, DMSM)完成心理痛苦筛查,其由两部分组成,分别为心理痛苦温度计(distress thermometer, DT)和心理痛苦相关因素调查表(problem list, PL)。其中:DT是一种视觉模拟量表,评分范围为0~10分,用于快速评估患者近一周内的心理痛苦程度,分别为无痛苦(0分)、轻度痛苦(1~3分)、中度痛苦(4~6分)、重度痛苦(7~9分)、极度痛苦(10分),以DT≥4分为中重度心理痛苦;PT则包括实际问题(经济、工作、交通出行等6个条目)、交往问题(与伴侣相处、与亲人相处、与医护人员相处等4个条目)、情绪问题(担忧、恐惧、焦虑抑郁等10个条目)、躯体问题(发热、疼痛、恶心等19个条目)、精神宗教信仰问题(1个条目)等5个维度40个条目,主要用于筛查心理痛苦原因,以针对性实施临床干预^[7-9]。

患者纳排标准:(1)纳入标准。①符合《原发性肝癌诊疗规范(2022版)》的相关要求,首诊确诊为肝癌,年龄为18~70岁,且符合TACE手术指征;②肝功能分级达到Child-Pugh B级及以上;③体能状态[美国

东部肿瘤协作组体力状况量表(eastern cooperative oncology group performance status, ECOG-PS)]评分为0~2分;④患者知晓病情并能配合治疗;⑤患者或其法定代理人已签署知情同意书。(2)排除标准。①术中更改治疗方案;②存在认知功能障碍或精神疾病史;③合并其他类型肿瘤或严重系统性疾病;④已出现肿瘤远处转移。(3)剔除标准。住院期间死亡。

衡量指标:肝动脉化疗栓塞患者术后中重度心理痛苦发生率=同期行肝动脉化疗栓塞患者术后DT≥4分人数/同期行肝动脉化疗栓塞患者总人数×100%。

选题背景:肝癌是我国常见消化道恶性肿瘤^[10],约70%的患者确诊时已为中晚期,失去手术机会^[11]。TACE将化疗药物与栓塞剂直接注入肿瘤供血动脉并栓塞血管,既能高浓度杀灭癌细胞,又能阻断肿瘤营养来源,实现局部精准治疗,其优势在于对肝功能影响较小、创伤小且可重复操作。然而,TACE属于姑息性手段,术后常伴腹痛、发热等栓塞后综合征及心理问题,且治疗费用较高。研究显示,TACE患者术后心理痛苦发生率为18.33%~74.29%^[12-14],

持续的心理痛苦会降低患者应对能力和治疗依从性,影响康复与生存质量^[8]。基线调查显示,陆军军医大学第二附属医院2022年1-5月TACE患者术后中重度心理痛苦发生率为35.78%,亟需改进。

2 活动计划拟定

本期活动时间为2022年6月-2023年12月,基于PDCA循环理念^[15],各阶段时间分配如下:P阶段时长占总时长的31.71%,D阶段时长占总时长的42.69%,C阶段时长占总时长的15.85%,A阶段时长占总时长的9.75%。同时,明确圈员职责分工,按照既定计划有序推进,确保活动按时完成。

3 现状把握

3.1 改善前 TACE 患者术后心理痛苦评估与干预流程分析(图1)

3.2 现状查检

圈员通过文献检索,对TACE患者术后心理痛苦的发生现状、影响因素、治疗进展及干预方案等进

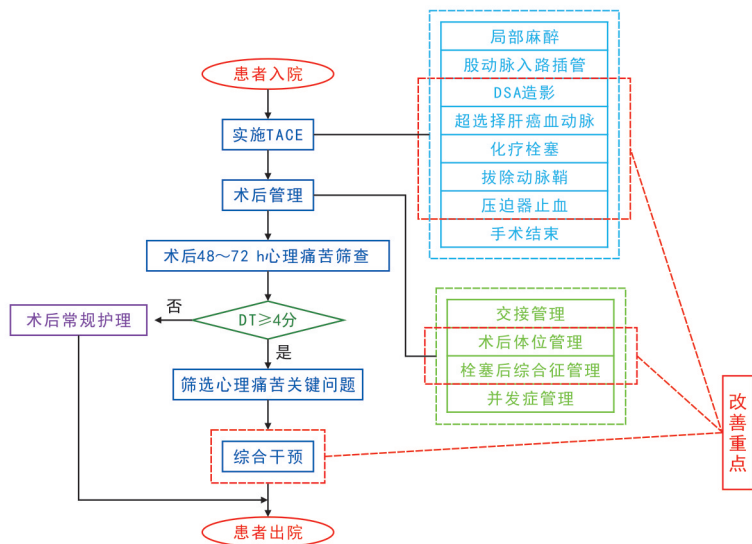


图1 改善前 TACE 患者术后心理痛苦评估与干预流程

行循证分析,基于DMSM,设计“肝动脉化疗栓塞患者心理痛苦筛查表”和“肝动脉化疗栓塞患者全病程查检记录表”。共计调查178例接受TACE治疗的患者,其中62例发生术后中重度心理痛苦,肝动脉化疗栓塞患者术后中重度心理痛苦发生率为34.83%。

根据心理痛苦问题清单对结果进行分类汇总,62例TACE患者术后中重度心理痛苦问题共计146项次,包括躯体问题78项次、情绪问题32项次、实际问题18项次、交往问题15项次、精神宗教信仰问题2项次及其他问题1项次。将躯体问题和情绪问题的110项次归为栓塞后综合征、负性情绪、活动能力受限、生活质量下降、其他共5类。结果显示,栓塞后综合征占35.45%,负性情绪占21.82%,活动能力受限占19.09%,三者累计占比达76.36%,依据80/20原则,为本次活动改善重点。

4 目标设定

查阅文献,肝动脉化疗栓塞患者术后中重度心理痛苦发生率的最优数据为18.33%^[14]。在充分考虑圈组能力基础上,采用文献标杆法设定活动目标值:在2023年12月31日前将TACE患者术后中重度心理痛苦发生率降低至18.33%。

5 解析

5.1 原因分析(图2、图3、图4)

5.2 要因筛选

全体圈员针对3个鱼骨图中的所有末端因素及其相关问题的关联程度进行系统评估,采用“5-3-1”评分法进行量化打分,总分50分,依据80/20原则,筛选出得分≥40

分的末端因素作为要因。经分析,导致“栓塞后综合征”的要因包括未开展精细TACE、无栓塞后综合征评估工具、宣教形式单一、无栓塞后综合征管理方案;引发“负性情绪”的要因为焦虑抑郁、无负性情绪干预方案、疾病恐惧、负性情绪评估工具单一;造成“活动能力受限”的要因包括术后止血装置单一、无术后活动指导方案、卧床时间长、术后患侧肢体制动。

5.3 真因验证

圈员依据相关指南和共识^[1,16-18],制订真因验证表及原因查检表,采用资料查阅、现场观察、医护人员访谈、问卷调查等方法,对12项要因进行

验证,共涉及58例接受肝动脉化疗栓塞治疗的患者。

要因1:未开展精细TACE。通过现场查看术中操作情况,发现58例患者均采用传统手术方式,未实施精细TACE。为真因。

要因2:无栓塞后综合征评估工具。查阅科室资料并访谈护士,结果显示,科室缺乏专用的栓塞后综合征评估工具,患者症状如恶心、呕吐、疼痛和发热等分别采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)、数字评分法(numerical rating scale, NRS)及体温分级标准评估,无统一工具。为真因。

要因3:宣教形式单一。现场检查发现科室采用视频宣教、口头宣

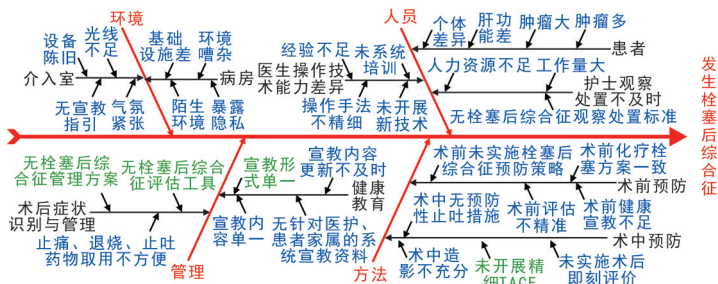


图2 肝动脉化疗栓塞患者术后发生栓塞后综合征的原因分析

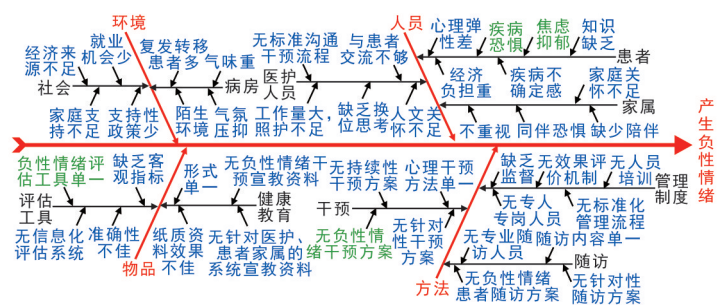


图3 肝动脉化疗栓塞患者术后产生负性情绪的原因分析

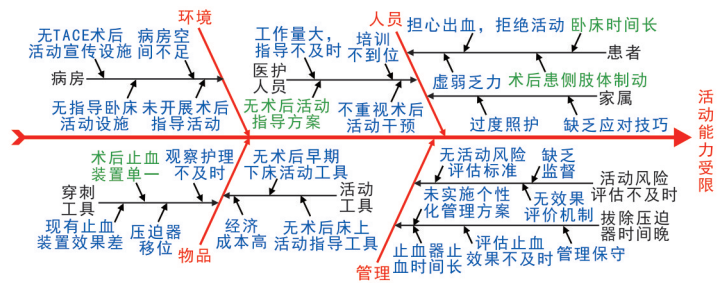


图4 肝动脉化疗栓塞患者术后活动能力受限的原因分析

教、患教会、个案指导及公众号宣教等多种形式。为非真因。

要因 4:无栓塞后综合征管理方案。查阅科室管理制度并访谈诊疗组医生,确认科室缺乏标准化的栓塞后综合征管理方案,各医疗组凭经验管理且方案不一致。为真因。

要因 5:焦虑抑郁。采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)进行问卷调查,以 SAS \geq 50分、SDS \geq 53分为判断标准,结果显示,58例患者 SAS 评分为(64.78 \pm 7.15)分,SDS 评分为(67.47 \pm 7.04)分。为真因。

要因 6:无负性情绪干预方案。通过医护人员访谈及现场观察,发现科室无针对负性情绪的干预管理方案或实施路径。为真因。

要因 7:疾病恐惧。使用疾病进展恐惧简化量表(fear of progression questionnaire-short form, FoP-Q-SF)进行调查,以 \geq 34分为判断标准,58例患者评分为(35.12 \pm 6.77)分。为真因。

要因 8:负性情绪评估工具单一。科室使用的负性情绪评估工具包括 DT、SAS、SDS、FoP-Q-SF 等,种类多样。为非真因。

要因 9:术后止血装置单一。现场查看 58 例患者的术后止血装置使用情况,所有患者均采用粘贴式压迫止血器,未见其他类型工具。为真因。

要因 10:无术后活动指导方案。通过访谈护士及患者,发现术后活动指导仅限于口头宣教,缺乏系统化方案。为真因。

要因 11:卧床时间长。根据指南^[1]推荐,TACE 术后卧床时间应控制在 6~12 h,将超过 12 h 定义为卧床时间长。调查显示,58 例患者术后卧床时间为(18.53 \pm 2.55) h。为真因。

要因 12:术后患侧肢体制动。循证指南^[1]要求 TACE 术后患侧肢体制动,调查发现 58 例患者均采取患侧肢体制动体位。为真因。

6 对策拟定

全体圈员针对 10 大真因展开头脑风暴,经过多轮讨论,提出多项改进对策,并采用“5-3-1”评分法,从可行性、经济性、圈能力 3 方面进行综合评估,总分 150 分,依据 80/20 原则, \geq 120 分为采纳方案,见表 1。

同时,基于采纳对策的共性,将之整合为 3 大对策群组予以实施,分别为:(1)精准实施精细 TACE,精确栓塞症状管理;(2)精准控制压迫止血时间,精确实施术后活动管理;(3)精准识别负性情绪,精确实施心理干预。

7 对策实施与检讨

对策群组一:精准实施精细 TACE,精确栓塞症状管理

对策措施:通过外派人员进修培训与文献循证^[19-20],建立“双精”策略。(1)精准实施精细 TACE,制订术中精细化 TACE 标准化流程。首先,引入 CBCT 结合 DSA 技术,清晰呈现肿瘤供血动脉与肝外分支血管之间的三维关系,全面评估肿瘤供血动脉。其次,采用微导管超选择性插管至肝段或亚段的肿瘤供血动脉,根据肿瘤栓塞目标及所用化疗药物和栓塞剂的特性,实施阶梯式栓塞策略:一阶梯双重栓塞策略(肝门栓塞和门静脉双重栓塞),仅限于肝段或直径 $<$ 5 cm 的肿瘤;二阶梯肝动脉栓塞策略,适用于大块型肝癌患者;三阶梯多次栓塞策略,适用于肿瘤累及全肝且肿瘤负荷较高的患者,

采用分次治疗策略,先处理负荷较高肝叶的肿瘤,待 2~4 周患者肝功能恢复后再处理剩余肿瘤,以提高 TACE 治疗的安全性。栓塞术后再次造影验证,实时评估栓塞效果并及时优化方案。(2)精确栓塞症状管理。循证研发双向可视化的栓塞后综合征评估工具,即五环可旋转式症状评估处置卡^[21]:第一环为评估工具名称;第二环为评估维度,如躯体不适症状群、胃肠道反应症状群、心理社会症状群等;第三环为评估症状,每个维度均有不同症状;第四环为评估对应处置标准;第五环为记录处置结果。由护士在术前指导患者使用该工具,并在术后鼓励患者随时自评,以早期识别栓塞症状。同时,制订栓塞后综合征管理处方,包括发热管理处方、恶心呕吐管理处方及疼痛管理处方等,护士依据患者自评结果再次复评,根据处方实施早期干预,提高患者舒适度。此外,基于 TACE 治疗周期内不同阶段的症状特点,构建症状管理动态模型,于患者入院后收集治疗前期、中期、后期的躯体不适症状群、胃肠道反应症状群、心理社会症状群、疾病相关症状群等,进行全程动态评估,实施共性干预处方和个性干预指导,干预后对栓塞后综合征、症状体验以及患者生存质量进行评估反馈。

效果:查检 185 例 TACE 患者,术中精细 TACE 执行率提升至 100%,术后栓塞后综合征发生率从 54.49%降低至 26.49%。

对策群组二:精准控制压迫止血时间,精确实施术后活动管理

对策措施:(1)优选动脉止血装置。改善前采用粘贴式压迫器止血,存在压迫时间长、易导致皮肤损伤且患者舒适度低等问题。改善后,引入先进的血管缝合器,并自主

表1 降低肝动脉化疗栓塞患者术后中重度心理痛苦发生率的对策拟定

真因	方策	评价/分			总分/分	选定	对策群组编号
		可行性	经济性	圈能力			
未开展精细 TACE	外派人员进修学习	42	42	40	124	√	一
	循证精细 TACE 操作流程	42	38	40	120	√	一
	引进新设备	28	26	42	96	×	
	开展术后即刻评价技术	44	42	42	128	√	一
	开展 CBCT 应用技术	42	42	42	126	√	一
	开展术中精细栓塞技术	46	42	44	132	√	一
无栓塞后综合征评估工具	制订栓塞后综合征筛查方案	28	30	36	94	×	
	研发栓塞后综合征评估工具	44	44	42	130	√	一
无栓塞后综合征管理方案	制订超前干预方案	38	36	38	112	×	
	设置栓塞后综合征处置箱	38	36	38	112	×	
	构建栓塞后综合征标准化处置方案	38	46	42	126	√	一
	构建栓塞后综合征预测模型	44	44	42	130	√	一
术后止血装置单一	引进血管缝合器	40	40	40	120	√	二
	研发新型止血装置	44	42	44	130	√	二
卧床时间长	缩短术后压迫止血时间	28	30	32	90	×	
	开展循证医学,缩短卧床时间	42	42	42	126	√	二
	改良止血装置,缩短卧床时间	44	42	44	130	√	二
无术后活动指导方案	开展一对一专人指导	30	30	32	92	×	
	制订术后活动风险预警方案	40	42	42	124	√	二
	制订术后床上+床下活动方案	44	40	42	126	√	二
术后患侧肢体制动	术后采取平卧位	30	28	30	88	×	
	术侧肢体制动,床上康复操锻炼	44	40	44	128	√	二
	加强健康教育,指导患侧肢体活动	38	36	40	114	×	
疾病恐惧	开展分层健康教育,提高患者疾病认知	46	44	42	132	√	三
	引入情绪释放技术,缓解疾病恐惧	46	42	40	128	√	三
	设置专职人员,进行疾病进展恐惧干预	38	36	32	106	×	
焦虑抑郁	开展肝癌防治知识普及活动	46	44	42	132	√	三
	推荐进行心理咨询	38	36	40	114	×	
	循证焦虑抑郁发生机制	46	44	42	132	√	三
	开展循证 S-ABC 干预模式	46	44	40	130	√	三
无负性情绪干预方案	培训心理干预知识	32	32	40	104	×	
	建立 6A 护理模式,实施全病程负性情绪管理	42	46	42	130	√	三

注:CBCT 即锥形束计算机断层扫描(cone beam CT);S-ABC 是指压力情景(stress-induced situation)下的情感反应(affective response)、身体反应(bodily response)和认知反应(cognitive response)。

研发具备知识产权的电子压迫止血器。其由智能控制器、压迫执行模块、生理检测系统、固定装置等组成,初始压力设定为患者收缩压的 1.2~1.5 倍,传感器每 30 s 采集一次实时压力数据,自动补偿因肢体活动导致的压力衰减,每 2 h 降压 15~20 mmHg,压迫时间为 8~12 h。新型止血装置的应用,显著缩短了术后动脉止血压迫时间,减少了卧床时间,实现了患者早期下床活动目标,有效提升了患者

舒适度。(2)优化术后活动方案。循证设计并制作床上可视化康复操,护士录制视频,患者边看视频边练习,护士在旁协助指导,确保规范执行。同时,根据患者的身高、体重、肝功能指标、凝血功能状态、栓塞肿瘤个数、栓塞肿瘤直径大小等评估下床活动风险,低风险患者术后 6 h 可下床活动,中风险患者术后 6~12 h 可下床活动,高风险患者术后 24 h 可下床活动,确保安全性和

舒适性。

效果:对 189 例 TACE 患者进行查检,肝动脉化疗栓塞患者术后卧床时间由 18.53 h 缩短至 8.65 h,术后活动能力受限相关中重度不适发生率由 58.43% 降低至 22.75%。

对策群组三:精准识别负性情绪,精确实施心理干预

对策措施:基于个案管理理念,

创建“6A”策略,整合询问(Ask)、评估(Assess)、建议(Advice)、帮助(Assist)、随访(Arrange)和接纳(Accept)6大核心模块,实现从院内到院外的全流程心理干预。(1)Ask(询问)。患者入院时,通过主动询问收集基本信息,并结合相关检查明确病情严重程度,建立个案管理档案。同时,护士与患者建立信任关系,通过积极沟通了解患者及家属的需求,为后续提供个性化支持奠定基础。(2)Assess(评估)。对患者进行深入评估,涵盖自理能力、身心健康状况、疾病认知水平及身体活动能力等多个维度,制订TACE患者术后心理评估手册,由个案管理师快速评估患者心理状态,精准识别负性情绪,并邀请患者及家属共同参与评估结果分析,增强对干预措施的理解度和接受度。(3)Advice(建议)。根据评估结果,为患者量身定制系统化护理干预方案,内容包括健康教育、心理疏导、用药指导、饮食建议及康复训练等多方面。在干预过程中,重点关注患者心理情绪的疏导,提升其对疾病的认知水平,鼓励其积极参与治疗,增强信心。(4)Assist(帮助)。对58例患者采用随机对照研究,实验组采用情绪释放技术,对照组采用常规护理干预,结果显示,情绪释放技术可显著减轻疾病进展恐惧、焦虑及抑郁症状。为进一步研究肝癌患者的焦虑、抑郁发生机制,循证构建了S-ABC框架下的系统干预措施,制订S-ABC行为卡片及日常习惯清单^[8],实施系统化心理干预。结果表明,S-ABC框架能够有效降低肝癌患者的心理痛苦、焦虑、抑郁,还可以改善患者的睡眠和生活质量。(5)Arrange(随访)。根据治疗方案制订院外2周、4周、8周的随访计划和延续护理计划,全程为患者提供帮助。(6)Accept(接纳)。

心理医生为患者进行心理辅导,引导患者学会接纳自我,并学会与疾病共存,积极配合治疗,维持良好心理状态,从而实现身心健康的全面恢复。

效果:对195例TACE患者进行查检,疾病进展恐惧发生率从53.45%降低至21.54%,焦虑、抑郁发生率分别从55.62%降低至23.59%、从46.63%降低至19.48%。

8 效果确认

2023年8月5日—10月27日,圈员对190例接受肝动脉化疗栓塞治疗的患者进行查检,结果显示,术后发生中重度心理痛苦的患者为30例,发生率为15.79%,目标达成率为115.40%。

通过无形成果评价表对圈能力进行评估发现,圈能力值平均分从活动前的2.99分提升至4.08分,圈员在品管手法应用、组织协调、创新思维、有效沟通、发现问题和解决问题等能力方面均较活动前有明显进步,体现了品管圈活动对团队综合素质的全面提升。

表2 降低肝动脉化疗栓塞患者术后中重度心理痛苦发生率品管圈活动检讨与改进

活动步骤	优点	缺点	今后努力方向
主题选定	结合科室实际,发现患者最急需需要解决的问题	圈员发现问题能力不足	激发大家积极主动参与
活动计划拟定	圈员分工明确,各司其职	未充分评估圈员能力	充分评估圈员能力及胜任力
现状把握	数据收集真实、详细	数据统计耗时、费力	研发数据平台,数据统计智能化
目标设定	采用文献标杆法设定目标	未采用公式计算法	充分评估圈能力,不断挑战自我
解析	因果关系逻辑清晰	原因分析不充分	加强解析多维手法训练
对策拟定	方案切实可行,效果好	部分对策内容与管理要求冲突	多学科联合拟定对策
对策实施与检讨	全员密切配合,数据收集充分	未实现信息化管理	研发信息化管理工具
效果确认	评价指标包含质量和效率指标	未纳入长期观测指标	评价指标纳入科室持续监测指标
标准化	内容清晰,易掌握	标准化作业书撰写方法不熟练	增加标准化作业书撰写技巧培训
圈会运作情形	圈会目标明确,按期组织	个别圈员准备不充分	圈活动应提前告知
遗留问题	缺少多学科协作的观察研究		

9 标准化

经过效果确认,将有效对策纳入标准化,共形成肝动脉化疗栓塞患者术后中重度心理痛苦管理规范化流程、术后栓塞后综合征标准化评估与干预流程、术后床上活动标准化流程、术后疾病进展恐惧以及焦虑与抑郁标准化管理流程各1项。同时,为确保治疗质量和同质化管理,规范了术中精细化TACE操作标准、肝动脉化疗栓塞治疗技术培训标准和治疗质量管理标准。

10 检讨与改进

活动检讨与改进见表2。

下一期活动主题:基于MDT构建肝癌患者心理痛苦管理模式。

作者贡献:郭敬负责完成主要数据的收集与分析并撰写论文;张英负责对研究全过程进行监督;郑璐负责研究方案的设计和实施质量控制;尤楠负责相关领域的资料检索与前沿动态整理;杨凤霞负责数据收集与整理;陈锦负责研究框架

的设计与优化、论文修改与润色。

利益冲突:所有作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参考文献

[1] 中国医师协会介入医师分会临床诊疗指南专委会. 中国肝细胞癌经动脉化疗栓塞(TACE)治疗临床实践指南(2023年版)[J]. 中华医学杂志, 2023, 103(34): 2674-2694.

[2] 尹西西, 王婷, 陈敏英, 等. 原发性肝癌经皮肝动脉化疗栓塞术后患者栓塞后综合征发生现状及影响因素研究[J]. 护士进修杂志, 2022, 37(8): 749-753.

[3] ABDALLA A, ELISABETTA MM, VIRGINIA N, et al. Economic burden and patterns of care in patients with advanced hepatocellular carcinoma[J]. J Clinical Oncology, 2020, 38(4): 487.

[4] 潘立茹, 张雯雯, 胡丙洋, 等. 肝癌晚期患者转化治疗前后心理痛苦及生活质量的调查[J]. 南方医科大学学报, 2022, 42(10): 1539-1544.

[5] 赵敏, 祝涛, 黄敏. 老年原发性肝癌患者经导管肝动脉化疗栓塞术后生活质量及其影响因素[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2024, 23(8): 599-602.

[6] RIBA MB, DONOVAN KA, AHMED K, et al. NCCN guidelines® insights: distress management, version 2. 2023[J]. J Natl Compr Canc Netw, 2023, 21(5): 450-457.

[7] 管响, 韩满霞, 补小康, 等. 降低乳腺癌术后化疗患者中重度心理痛苦发生率[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(5): 80-84.

[8] 张英, 杨凤霞, 郭敬, 等. 循S-ABC框架的系统心理干预措施对原发性肝癌患者围术期心理痛苦及免疫功能的影响[J]. 昆明医科大学学报, 2023, 44(11): 170-174.

[9] 杨惠莉, 赵建伟, 蒋静媛, 等. 尊严疗法对中重度痛症患者心理痛苦和尊严水平的干预效果研究[J]. 护士进修杂志, 2023, 38(1): 69-72, 80.

[10] 张英, 郭敬, 郑璐, 等. 降低肝癌患者腹腔镜肝切除术后并发症发生率[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(1): 58-64.

[11] 孙惠川. 肝细胞癌术前治疗研究进展[J]. 中国实用外科杂志, 2023, 43(3): 272-275.

[12] 伊静, 董建刚, 程洋, 等. 200例肝癌首次经动脉化疗栓塞术后患者心理痛苦现状及影响因素分析[J]. 护理学报, 2020, 27(11): 61-65.

[13] 纪璐, 王晓燕, 赵娜, 等. 肝癌患者经动脉化疗栓塞术治疗后心理痛苦水平调查及影响因素分析[J]. 中西医结合肝病杂志, 2018, 28(4): 194-196.

[14] PAN L, ZHANG W, HU B, et al. Comparison of psychological distress and quality of life in patients with advanced liver cancer before and after transformation therapy[J]. Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao, 2022, 42(10): 1539-1544.

[15] 许大国, 吴汉森, 姚瑶, 等. 推行PDCA循环的做法与体会[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(8): 52-56.

[16] 国家卫生健康委员会医政医管局. 原发性肝癌诊疗指南(2022年版)[J]. 临床肝胆病杂志, 2022, 30(4): 367-388.

[17] ROEHLER N, STOEHR F, MÜLLER L, et al. Prediction of postembolization syndrome after transarterial chemoembolization of hepatocellular carcinoma and its impact on prognosis[J]. Hepatol Commun, 2023, 7(10): e0252.

[18] DU QQ, LIANG M, JIANG B, et al. Incidence and predictors of abdominal pain after transarterial chemoembolization of hepatocellular carcinoma: a single-center retrospective study[J]. Eur J Oncol Nurs, 2023, 66: 102355.

[19] 国家癌症中心, 国家肿瘤质控中心肝癌质控专家委员会. 中国肝癌规范诊疗质量控制指标(2022版)[J]. 肝癌电子杂志, 2022, 9(4): 1-11.

[20] 马婧焱, 杨敏捷, 颜志平. 精细TACE的治疗目标与栓塞终点[J]. 外科理论与实践, 2022, 27(2): 131-133.

[21] 郭燕, 贾守梅, 王安妮, 等. 肝癌患者肝动脉化疗栓塞术后栓塞综合征症状评估问卷的编制及信效度检验[J]. 中国实用护理杂志, 2022, 38(22): 1721-1727.

通信作者:

张英: 陆军军医大学第二附属医院肝胆胰外科护士长

E-mail: 2427752083@qq.com

陈锦: 陆军军医大学第二附属医院临床研究中心主任护师

E-mail: 2816316260@qq.com

收稿日期: 2025-04-18

修回日期: 2025-09-05

本文编辑: 吴小红

专家点评

总体评价:“降低肝动脉化疗栓塞患者术后中重度心理痛苦发生率”是一个问题解决型品管圈活动。严重心理痛苦会影响肝癌患者行肝动脉化疗栓塞术后的治疗效果和患者的疾病康复状况与生活质量。该项目通过实施精细TACE、识别负性情绪、实施心理干预等措施,降低了患者中重度心理痛苦发生率,并减轻了患者的疾病负担,获得了良好的社会效益。因此,该项目选题具有较好的理论与实际意义,项目实施步骤完整,项目分析数据与资料详实,改善效果显著。

不足:(1)部分真因未分析到真正的末端;(2)标准化的核心内容以及推广应用情况介绍不详细。

清华大学医院管理研究院 张丹