

· 指南 · 共识 · 解读 ·

肿瘤患者心身症状临床管理中国专家共识

尹莹莹¹, 赵宽², 王彩莲³, 汤立晨⁴, 何红波⁵, 刘向欣⁵, 潘昱⁶, 杨海龙⁷,
杨阳⁸, 周波⁹, 谢可¹⁰, 林铮¹¹, 喻林珍¹¹, 骆艳丽¹², 陆峥¹³, 王小平¹⁴,
任涛¹⁵, 邹韶红¹⁶, 魏镜¹⁷, 冯威^{2*}, 袁勇贵^{1*}



扫描二维码
查看原文

- 1.210009 江苏省南京市, 东南大学附属中大医院心身医学科
- 2.200032 上海市, 复旦大学附属肿瘤医院心理医学科 复旦大学上海医学院肿瘤学系
- 3.210009 江苏省南京市, 东南大学附属中大医院肿瘤科
- 4.200032 上海市, 复旦大学附属肿瘤医院乳腺外科 复旦大学上海医学院肿瘤学系
- 5.510000 广东省广州市, 南方医科大学附属医院广东省人民医院(广东省医学科学院)广东省精神卫生中心
- 6.100853 北京市, 解放军总医院第一医学中心医学心理科
- 7.210008 江苏省南京市, 南京大学医学院附属鼓楼医院医学心理科
- 8.210008 江苏省南京市, 南京大学医学院附属鼓楼医院肿瘤中心
- 9.610072 四川省成都市, 四川省医学科学院·四川省人民医院(电子科技大学附属医院)四川省精神医学中心
- 10.610072 四川省成都市, 四川省人民医院肿瘤中心
- 11.310009 浙江省杭州市, 浙江大学医学院附属第二医院精神科
- 12.200127 上海市, 上海交通大学医学院附属仁济医院心理医学科
- 13.200065 上海市, 同济大学附属同济医院精神医学中心
- 14.410011 湖南省长沙市, 中南大学湘雅二医院精神卫生研究所精神病学
- 15.610500 四川省成都市, 成都医学院第一附属医院肿瘤科
- 16.830000 新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市, 新疆维吾尔自治区人民医院临床心理科
- 17.100730 北京市, 中国医学科学院北京协和医院心理医学科

* 通信作者: 冯威, 主任医师; E-mail: ffww06@163.com

袁勇贵, 主任医师/博士生导师; E-mail: yygy1h2000@sina.com

尹莹莹和赵宽为共同第一作者

【摘要】 肿瘤患者常伴有严重的抑郁、焦虑、失眠、疼痛等心身症状,严重影响患者生活质量及预后。该类症状目前我国临床中容易被医患忽视或无效转诊治疗。目前国内肿瘤管理相关共识对心身症状处理内容较少,鉴于此,本共识系统阐述了肿瘤患者相关心身症状的临床管理建议,结合相关文献,整合实用管理工具,全面回答了肿瘤相关心身症状的医患沟通、诊断评估、心理干预、药物治疗以及如何建立医-护-患-家属同盟等重要问题,旨在提高非精神专科医生对肿瘤相关心身症状的识别、转诊,并在精神心理科及其他多学科团队的互助下有效沟通、开展治疗及管理心身症状。

【关键词】 肿瘤; 心身症状; 心身医学; 临床管理; 专家共识

【中图分类号】 R 749.92 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0575

Chinese Expert Consensus on Clinical Management of the Psychosomatic Symptoms in Patients with Cancer

YIN Yingying¹, ZHAO Kuan², WANG Cailian³, TANG Lichen⁴, HE Hongbo⁵, LIU Xiangxin⁵, PAN Yu⁶, YANG Hailong⁷,
YANG Yang⁸, ZHOU Bo⁹, XIE Ke¹⁰, LIN Zheng¹¹, YU Linzhen¹¹, LUO Yanli¹², LU Zheng¹³, WANG Xiaoping¹⁴, REN
Tao¹⁵, ZOU Shaohong¹⁶, WEI Jing¹⁷, FENG Wei^{2*}, YUAN Yonggui^{1*}

1.Department of Psychiatry and Psychosomatics, Zhongda Hospital, School of Medicine, Jiangsu Provincial Key Laboratory of

基金项目: 江苏省重点研发计划(BE2019748);上海市加强公共卫生体系建设三年行动计划学科带头人项目(GWVI-11.2-XD23)

引用本文: 尹莹莹, 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. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0575. [www.chinagp.net]

YIN Y Y, ZHAO K, WANG C L, et al. Chinese expert consensus on clinical management of the psychosomatic symptoms in patients with cancer[J]. Chinese General Practice, 2025, 28(15): 1809-1822, 1830.

© Editorial Office of Chinese General Practice. This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Brain Science and Medicine, Southeast University, Nanjing 210009, China

2.Department of Psychological Medicine, Fudan University Shanghai Cancer Center/Department of Oncology, Shanghai Medical College, Fudan University, Shanghai 200032, China

3.Department of Oncology, Zhongda Hospital, School of Medicine, Southeast University, Nanjing 210009, China

4.Department of Breast Surgery, Fudan University Shanghai Cancer Center/Department of Oncology, Shanghai Medical College, Fudan University, Shanghai 200032, China

5.Guangdong Mental Health Center, Guangdong Provincial People's Hospital (Guangdong Academy of Medical Sciences), Southern Medical University, Guangzhou 510000, China

6.Department of Psychology, the First Medical Center of the PLA General Hospital, Beijing 100853, China

7.Department of Psychology, Drum Tower Hospital, Affiliated to Nanjing University Medical School, Nanjing 210008, China

8.The Comprehensive Cancer Centre of Drum Tower Hospital, Medical School of Nanjing University & Clinical Cancer Institute of Nanjing University, Nanjing 210008, China

9.Sichuan Provincial Center for Mental Health, Sichuan Provincial People's Hospital, School of Medicine, University of Electronic Science and Technology of China, Chengdu 610072, China

10.Department of Oncology, Sichuan Provincial People's Hospital, Chengdu 610072, China

11.Department of Psychiatry, Second Affiliated Hospital, School of Medicine, Zhejiang University, Hangzhou 310009, China

12.Department of Psychological Medicine, Renji Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200127, China

13.Department of Psychiatry, Tongji Hospital of Tongji University, Shanghai 200065, China

14.Department of Psychiatry, the Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410011, China

15.Department of Oncology, the First Affiliated Hospital of Chengdu Medical College, Chengdu 610500, China

16.Department of Psychology, People's Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region, Urumqi 830000, China

17.Department of Psychological Medicine, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China

**Corresponding authors: FENG Wei, Chief physician; E-mail: ffw06@163.com*

YUAN Yonggui, Chief physician/Doctoral supervisor; E-mail: yygyh2000@sina.com

YIN Yingying and ZHAO Kuan are co-first authors

【Abstract】 Cancer patients are often accompanied by serious psychosomatic symptoms such as depression, anxiety, insomnia and pain, which seriously affect the quality of life and prognosis of patients. However, these symptoms are often under-appreciated and poorly treated. At present, the domestic consensus on the management of cancer lacks the content of psychosomatic symptoms. Therefore, this consensus systematically describes the clinical management methods of psychosomatic symptoms related to cancer patients, combining relevant literature and integrating practical management tools. It comprehensively answers the important questions of physician-patient communication, diagnosis and evaluation, psychological intervention, drug treatment, and how to establish the physician-nurse-patient-family alliance of cancer-related psychosomatic symptoms. Aim at raising awareness of cancer-related psychosomatic symptoms among non-psychiatrists, and selecting effective communication, treatment and management of psychosomatic symptoms with the help of psycho-psychological and other multidisciplinary teams.

【Key words】 Cancer; Psychosomatic symptoms; Psychosomatic medicine; Clinical management; Expert consensus

1 概述

临床中肿瘤患者常伴有抑郁、焦虑、失眠、疼痛等心身症状,此类症状持续存在将严重影响患者生活质量,甚至威胁患者生命。心身症状是指抑郁、焦虑、恐惧等情绪反应,心慌、胸闷、胸痛、恶心、呕吐等生理反应,以及失眠、坐立不安、逃避与回避等行为反应,这些症状常因严重慢性躯体疾病而产生,或因既往存在精神心理疾病而症状加重,导致躯体疾病转归不良。最新流行病学研究显示肿瘤患者抑郁状态的发生率为

23.4%,焦虑状态的患病率为19.9%,约为正常人群的4倍^[1-2],国内恶性肿瘤患者中抑郁症总患病率更是高达44.63%^[3]。研究表明,与肿瘤相关的躯体疼痛等症状、生活质量下降、化疗或放疗产生的脱发甚至更严重的不良反应、工作或社会角色的转变等均是导致肿瘤患者伴发心身症状的因素^[4]。心身症状达到一定严重程度并持续一定时间,将严重影响患者社会功能,且可发展为心身障碍。心身障碍常与心理社会因素密切相关,患者具有一定的人格基础,主要表现为情绪反应、生理反应、行为反应等心身症状中的一种或几种,且心身障碍可按

不同综合征细化分类,诊断需符合相应诊断标准。对于癌症患者,由于难以接受确诊信息带来的冲击压力,心身症状的发生率常在肿瘤确诊前后最高^[5]。既往有精神心理疾病史的患者在确诊为恶性肿瘤后很可能复发或恶化^[6]。共患心身障碍的肿瘤患者生活质量更差、治疗依从性更差、自杀风险更高、预后更差,其致死率及死亡率均显著高于单纯患肿瘤者^[7]。

尽管肿瘤患者普遍存在心身症状,但通常得不到足够的重视与干预。一项大样本研究表明在已诊断抑郁症的肿瘤患者中,高达73%的患者没有接受有效治疗,仅有24%的患者接受了抗抑郁药物治疗,而接受心理治疗的仅有5%^[8]。对肿瘤相关心身症状的忽视及临床管理指南的不健全严重影响了肿瘤患者的生存质量及预后转归,因此早期发现及有效管理肿瘤患者的心身症状意义重大。目前,国际上肿瘤相关精神心理问题的管理指南主要来自美国临床肿瘤学会指南(American Society of Clinical Oncology, ASCO Guideline)^[9]、欧洲肿瘤内科学会指南(European Society of Medical Oncology, ESMO Guideline)等,但对我国人群的普适性欠佳,国内有2项肿瘤心理临床实践相关指南^[10-11],而尚无肿瘤相关心身症状的管理共识^[12],鉴于此,本共识系统阐述了肿瘤患者相关心身症状的临床管理建议,结合相关文献,整合实用的管理工具,全面回答了临床医护提出的肿瘤相关心身症状的医患沟通、症状识别、诊断评估、心理干预、药物治疗以及如何建立医-护-患-家属同盟等重要问题,旨在提高非精神专科医生对肿瘤相关心身症状的认识,为肿瘤患者的心身症状选择适当的沟通、治疗及管理方法。本共识适用于指导肿瘤科及其他接收肿瘤患者诊治的相关科室医护人员以及精神心理、社工专业人员,给予肿瘤患者及其家庭成员解决心身相关问题的具体措施和注意事项。

2 共识制订

2.1 文献检索与筛选

首先以“肿瘤”“心身疾病”“焦虑”“抑郁”“精神障碍”“认知障碍”“睡眠障碍”“医患沟通”“心理评估”“诊断”“心理治疗”“精神药物”“cancer”“psychosomatics”“anxiety”“depression”“mental disorder”“cognitive dysfunction”“sleep disorder”“doctor-patient communication”“psychological assessment”“diagnosis”“psychotherapy”“psychotropic drug”等词条作为检索词/主题词,通过检索PubMed、Web of Science、Cochrane Library、中国知网、中国生物医学文献数据库、万方数据知识服务平台等自建库以来的相关文献,将已检索的文献题录导入Note Express(版本3.7.0.9296)文献管理软件,去除重复文献,

进行初步筛选。阅读全文后,提取出最终纳入文献的相关资料。

2.2 肿瘤患者心身症状临床管理相关问题构建

以文献分析为基础,联合肿瘤相关科室及精神心理科专家进行问卷调查,收集9个省、自治区、直辖市21位从事肿瘤学、心身医学、心理学、精神病学专家对临床问题和结局指标的意见与建议,并组织线上讨论会,最终纳入9个与肿瘤患者心身症状临床管理相关的常见问题,评估现有证据,制订共识内容。

问题一:与肿瘤患者沟通的方式与技巧有哪些?

问题二:抗肿瘤相关治疗可产生哪些心身症状?

问题三:怎样快速识别肿瘤患者的焦虑抑郁情绪?

问题四:肿瘤患者常见的心身障碍及诊断标准是什么?

问题五:肿瘤患者心身症状常用心理评估方法有哪些?

问题六:肿瘤患者心身障碍常用心理干预方法有哪些?

问题七:肿瘤患者心身障碍常用精神科药物及注意事项有哪些?

问题八:如何帮助肿瘤照护者心身调适?

问题九:如何建立良好的医-护-患-家属同盟?

3 肿瘤患者心身症状临床管理

3.1 与肿瘤患者沟通的方式与技巧有哪些?

【推荐意见1】 良好的医患关系可以为肿瘤患者的诊疗与康复提供重要支持与促进作用。有效的医患沟通有助于建立相互信任、和谐平等的医患关系,传递信息,提供支持,并协商治疗决定,从而显著改善治疗结局^[13]。临床医护人员与患者的沟通方式可以从病情告知、决策制订、治疗预后和康复护理等方面为患者及家属提供帮助及建议^[14]。沟通过程中注重倾听、共情,为患者创造可自由表达情感和提问的环境^[15]。

本共识推荐与肿瘤患者的沟通方式及技巧如下。

3.1.1 沟通确诊信息

(1) 确保告知环境安静、私密,能给患者留出足够不受干扰的时间消化信息,必要时推荐家属陪伴参与沟通;

(2) 告知前可了解患者的家庭或社会心理支持系统是否良好,尝试询问患者对自身病情的了解程度,适当解释疾病的诊断及相关信息;

(3) 通过使用符合患者年龄、文化背景且通俗易懂的语言或非言语行为表达关心,避免使用容易引起患者恐慌的词语、术语进行沟通;

(4) 允许患者用自己的方式表达任何担忧、恐惧、悲伤或愤怒等情绪,比如说话或哭泣(伤人或伤己行为

除外)。

3.1.2 沟通治疗方案

(1) 总结患者关心的问题,提供治疗方案建议,提供随访联系人及联系方式,以书面形式留存沟通记录,确保患者能得到定期随访及心理支持,提前尽早告知治疗方案,留给患者及家属充分的时间进行咨询、商议;

(2) 尽可能向患者提供全面的治疗方案,总结并解释每种治疗的利弊并主动询问患者存在的顾虑,提供相应的问题提示单,减少患者因不了解相关信息导致的焦虑;

(3) 如需药物治疗,应与患者详细沟通药物的使用方法、作用机理、客观陈述药物疗效、不良反应及可能的临床对策等;

(4) 如需手术治疗,应由主刀医生与患者详细沟通手术注意事项,如有可能,向患者展示手术相关视频或示意图,告知患者在术前、术中和术后可能经历的相关过程或不良事件风险及相应的处理措施,减少患者及家属的疑虑;

(5) 如需放射治疗,需告知患者接受的相关检查和评估,以确保身体状况适合放射治疗,告知可能出现的不良反应及应对措施,知晓治疗期间可能需要的用品和药物;

(6) 治疗期间或治疗结束后,建议患者规律作息,根据实际情况适量运动,均衡营养,与家人沟通等,做到生理、心理全面康复。

3.1.3 沟通预后

(1) 根据临床经验及客观数据提供可能的预后信息,可向患者解释现有研究数据、生存图表等并适当举例说明,对患者关心的复发及转移问题,提供客观处理方案,减少患者疑虑并增加治疗信心;

(2) 使用开放式问题了解患者的想法,比如“您治疗有什么想法?您关心的事情是什么?对您来说最大的困难是什么?您对未来的希望、期望或恐惧是什么?”等,以进一步做好相关解释或情况说明;

(3) 如为肿瘤进展期,可讨论如何应对痛苦症状,适当与患者及家属沟通临终与安宁疗护话题,如规划临终关怀事宜、制订生前预嘱、灵性相关主题等。

3.2 抗肿瘤相关治疗可产生哪些心身症状?

【推荐意见2】 抗肿瘤相关治疗包括手术、化疗、放疗、内分泌治疗、靶向治疗和免疫治疗等,常引发一系列心身症状,这些生理与心理症状常相互影响、相互作用。疼痛、恶心呕吐、厌食可因焦虑、抑郁等心理问题加重;癌症相关性疲乏、神经精神症状和失眠常在生理和心理因素的共同作用下加剧;性相关问题以及身体形象损害,不仅是治疗所致躯体变化,其对日常生活的影响也取决于患者的心理韧性和应对能力。因此,在抗

肿瘤治疗全病程管理中,肿瘤科医护应及时识别相关心身症状,明确其诱因及临床表现,并为患者提供心理支持资源,必要时转诊至精神心理科,以促进其身心康复并提升生活质量。

3.2.1 情绪问题

肿瘤治疗过程中,患者常出现应激反应、焦虑和抑郁等情绪问题。手术前,患者通常对手术风险、结果及术后恢复存在不同程度的担心和恐惧^[16]。此外,肿瘤治疗所致各种不良反应及进食、排泄、性生活、生育等功能障碍,易导致患者生活质量下降,引发适应问题,甚至导致严重的情绪障碍。

3.2.2 神经精神症状

复杂手术、高龄及躯体状况差的患者术后常出现急性脑器质性综合征,表现为认知功能损害和意识水平下降。脑部放疗,尤其是全脑放疗,会导致DNA损伤和海马神经受损,造成不可逆的认知功能衰退,且在治疗后期可逐渐加重^[17]。化疗、内分泌治疗^[18]、免疫治疗和靶向治疗同样会增加氧化应激、DNA损伤、免疫失调及神经毒性因子的积累,从而导致认知功能障碍,如记忆力减退、注意力不集中及执行功能下降。高剂量的甲氨蝶呤、阿糖胞苷及PCV(丙卡巴肼、洛莫司汀和长春新碱)化疗方案已被证实具有神经毒性。此外,部分第三代间变性淋巴瘤激酶酪氨酸激酶抑制剂(ALK-TKIs)由于具有较强的血脑屏障穿透能力,可引发幻觉、妄想、兴奋躁动等精神病性症状^[19-21]。

3.2.3 失眠

失眠是指入睡困难、睡眠维持障碍或早醒等问题,严重影响肿瘤患者的身心健康。化疗过程中对中枢神经系统的影响,激素类药物的应用、内分泌治疗引起的激素水平波动,以及肿瘤本身或治疗导致的疼痛等躯体不适,均可引发失眠^[22]。而失眠又会影响患者的免疫功能、治疗结局、康复转归、情绪状态及生活质量。

3.2.4 疼痛

疼痛是抗肿瘤治疗的常见不良反应,也是心身症状中常见的身体症状,如术后疼痛、放疗引起的局部疼痛、化疗所致的神经性疼痛和肢体麻木以及内分泌治疗所致骨质疏松带来的躯体疼痛。部分患者术后还会出现持续性疼痛或幻肢痛,进一步增加心理负担并影响生活质量^[23]。

3.2.5 癌症相关疲乏(cancer related fatigue, CRF)

CRF是多种抗肿瘤治疗,如手术、化疗、放疗、免疫治疗等常见不良反应之一。CRF定义为一种与癌症和/或癌症治疗相关的令人痛苦、持续存在的主观疲劳或精力耗竭感,通常表现为身体、情绪和/或认知上的疲惫,与活动量不成比例,且显著影响患者的日常生活功能,严重时可能持续数周甚至数月^[24]。

3.2.6 恶心呕吐

恶心呕吐在进行化疗、放疗的肿瘤患者中常见，尤其是预期性恶心呕吐（anticipatory nausea and vomiting, ANV）与精神心理因素高度相关，影响了患者的治疗。ANV 指患者已经历 2 个及以上周期的化疗，在下一次化疗药物使用前，由于化疗相关环境因素所诱发特殊恶心呕吐类型，使用常规镇吐治疗难以缓解^[25]。

3.2.7 厌食及营养不良

肿瘤相关治疗可导致厌食和营养不良，从而严重影响患者的康复^[26]。如颌面部放疗会导致口腔黏膜炎，引起严重疼痛、进食和饮水困难；胃肠道手术可能因切除消化器官而引发进食障碍和营养摄入受阻，从而导致体质量下降和免疫功能低下；患者情绪不佳又会导致食欲下降，加重营养不良。

3.2.8 体象问题及性功能障碍

部分抗肿瘤治疗对患者的身体形象和性功能产生显著改变，从而带来体象及人际交往问题。身体器官切除、造瘘、化疗引起的脱发和皮肤变化等通常损害患者的身体形象，影响自尊、自信心及正常社交等。手术对神经的损害以及盆腔放疗可能引发黏膜纤维化，导致男性勃起功能障碍^[27]、女性性交痛和阴道萎缩等性相关问题。此外，激素水平波动也可能引起阴道干燥和性欲减退等性功能障碍^[28]。

3.3 怎样快速识别肿瘤患者的焦虑抑郁情绪？

【推荐意见 3】 焦虑和抑郁情绪是肿瘤患者最常见的两种情绪问题。抑郁以情绪低落为主要表现，常存在兴趣下降、快感缺失、精力疲乏、悲观消极等。焦虑常存在精神性焦虑和躯体性焦虑，表现为紧张害怕、过度担心、自主神经功能紊乱、运动性不安等症状。临床医生可通过患者病史表现、肿瘤疾病严重程度与症状是否相关及简单问题询问快速识别^[29]。

（1）可通过以下 4 个问题快速筛查患者是否存在焦虑情绪：

- 你认为自己是一个容易焦虑或紧张的人吗？
- 最近一段时间，你是否比平时更感到焦虑或忐忑不安？
- 是否有一些特殊场合或情景更容易使你感到紧张、焦虑？
- 你曾经有过惊恐发作吗，即突然发生的强烈不适感或心慌、眩晕、感到憋气或呼吸困难、濒死感等症状？

如果以上 4 个问题中，任一条回答“是”，应考虑患者可能存在焦虑情绪。

（2）可通过以下 4 个问题快速筛查患者是否存在抑郁情绪：

- 过去 2 周你是否感到无精打采、伤感，或对生活的乐趣减少了？

- 除了不开心之外，是否比平时更悲观或想哭？

- 你经常有早醒吗（事实上你并不需要那么早醒来）？

- 你近来是否经常想到活着没意思？

如果以上 4 个问题中，任一条回答“是”，应考虑患者可能存在抑郁情绪。

对于快速筛查存在焦虑抑郁情绪的患者，建议精神心理科进一步会诊或转诊精神心理科详细评估、诊断及干预。

3.4 肿瘤患者常见心身障碍及诊断标准是什么？

【推荐意见 4】 肿瘤患者伴发心身障碍常表现为以焦虑为主或以抑郁为主的症状群，约有 80% 的肿瘤患者从确诊至治疗结束后因恐惧疾病、治疗不良反应或复发而产生焦虑或抑郁情绪^[14]，因此肿瘤患者常见的心身障碍主要为焦虑障碍和抑郁障碍。另有 30%~93% 的肿瘤患者伴发睡眠障碍，其发生率显著高于一般人群^[30]，包括失眠、嗜睡及睡眠节律障碍等。此外，化疗及接受过颅内放疗的肿瘤患者常出现注意力、记忆力和思考速度下降等癌症相关认知障碍^[31-32]。还有 25%~85% 的肿瘤患者因感染、代谢紊乱、药物不良反应或营养不良等出现谵妄^[33]。

为提高临床医生对肿瘤相关心身障碍的识别和诊断一致性，需采用标准化的诊断评估工具，目前国内通用的诊断标准包括：《国际疾病分类》第 11 版（International Classification of Diseases, ICD-11）和美国《精神障碍诊断与统计手册》第 5 版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5）^[34]，本共识根据循证医学证据，同时参考 ICD-11^[35]与 DSM-5^[36]，推荐 5 个肿瘤患者常见心身障碍及相关诊断标准（表 1）。应注意，此类诊断须由精神心理科医师进行专科评估并最终确立，而非由肿瘤科医生独立作出诊断，以保证诊断的专业性和准确性。

3.5 肿瘤患者心身症状常用心理评估方法有哪些？

【推荐意见 5】 采用量表进行筛查并评估严重程度不仅可以提高肿瘤患者心身症状的识别率，还能提高临床医师诊断肿瘤相关心身障碍的准确性。心理评估量表一般分为自评量表和他评量表两种。自评量表操作简便，利于患者自行快速筛查，便于早期识别肿瘤患者的抑郁、焦虑等症状，为早期干预提供依据。他评量表由医护人员根据患者的表现评定，更具专业性，有助于辅助临床医生对肿瘤患者相关心身障碍做出诊断并了解其严重程度，但需要一定的培训方可使用。鉴于临床实际情况及可操作性，本共识推荐痛苦筛查及抑郁、焦虑、心身症状、癌症复发恐惧、失眠、生活质量自评量表各 1 项及谵妄他评量表 1 项^[37]。

3.5.1 痛苦温度计（Distress Thermometer, DT）

表 1 肿瘤患者常见心身障碍的诊断标准
Table 1 Diagnostic criteria of the common psychosomatic disorders in patients with cancer

常见心身障碍	症状标准	病程标准	严重程度标准	排除标准
广泛性焦虑障碍	1. 担心、害怕; 2. 紧张、坐立不安; 3. 疲倦; 4. 注意力不集中, 心神恍惚; 5. 易激惹; 6. 肌肉紧张、不能放松; 7. 失眠; 8. 思虑过多	≥ 6 个月或经常出现上述症状	1. 出现 ≥ 4 种症状; 2. 无法自控; 3. 影响日常生活功能	药物或其他疾病 (如甲状腺功能亢进等) 所致
惊恐障碍	1. 心慌、心悸; 2. 多汗; 3. 震颤、发抖; 4. 气短; 5. 胸闷; 6. 胸口不适; 7. 恶心; 8. 头晕; 9. 忽冷忽热; 10. 刺痛、麻木等感觉异常; 11. 非真实感、人格解体; 12. 失控; 13. 濒死感	1. 发作 > 1 次; 2. 担心再发	发作时因为恐惧常求助急诊, 发作间期因担心发作无人帮助而感到害怕, 需要他人陪伴	左房室瓣脱垂、肾上腺嗜铬细胞瘤等躯体疾病所致
抑郁障碍	1. 情绪低落; 2. 快感缺失、兴趣减退; 3. 食欲或体重下降; 4. 睡眠紊乱 (失眠或嗜睡); 5. 精神运动迟滞或激越; 6. 疲乏、精力下降; 7. 内疚、无价值感; 8. 感无望、绝望; 9. 注意力不集中、犹豫不决; 10. 自杀观念或行为	1. ≥ 2 周; 2. 经常出现上述症状; 3. 几乎每天都出现上述症状	1. 出现 ≥ 5 种症状; 2. 影响日常生活功能; 3. 临床确诊疾病或失能后的反应过度	药物或其他疾病 (如甲状腺功能减退等) 所致
睡眠障碍	入睡困难、眠浅易醒、多梦、梦魇、早醒, 睡眠节律紊乱	1. 慢性失眠障碍: 每周发生 3 次或以上, 持续 3 个月或以上; 2. 短期失眠障碍: 病程短于 3 个月	白天疲倦、注意力不集中、认知减退, 影响日常工作学习及社交活动, 甚至导致各种差错或者事故	其他精神、躯体疾病所致
谵妄	定向障碍、感知觉障碍 (包括幻觉、视空间感知障碍等)、思维障碍、情绪障碍、记忆障碍、言行紊乱、睡眠节律紊乱等表现, 具有昼轻夜重的特点	病程快速波动、与躯体疾病密切相关, 并可随躯体疾病的好转而逐渐恢复	影响日常生活功能	脑器质性疾病及精神分裂症等其他精神障碍

DT 是一项简易的自评工具, 用于筛查肿瘤患者的痛苦严重程度, 痛苦包括心理 (即认知、行为、情感)、社会、灵性以及躯体层面的多因素不愉快体验^[38]。患者需要根据过去 1 周的情况进行单项评分, 严重程度从无痛感到极度痛苦, 分数范围为 0~10 分, ≥ 4 分提示需要进一步筛查。同时可以使用问题列表 (Problem List, PL) 进行补充, PL 包含 39 项不同痛苦事件, 2024 年更新为 44 项^[39], 包括实际问题、社会问题、躯体问题、情绪问题以及灵性 / 宗教问题等五大类别, 可以帮助医生更好地评估患者具体的痛苦来源。

3.5.2 9 项 患 者 健 康 问 卷 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)

PHQ-9 是由 9 个问题组成的自评量表, 用于筛查患者是否存在抑郁症状^[40]。患者根据过去 2 周的情况, 选择最符合自己状况的答案。采用 4 级评分, 即: 完全不会、几天、一半以上的日子和几乎每天, 分别赋值 0~3 分, 总分范围为 0~27 分。根据总分将抑郁严重程度分为 5 个等级, 分别是无抑郁症状 (0~4 分)、轻度抑郁症状 (5~9 分)、中度抑郁症状 (10~14 分)、中重度抑郁症状 (15~19 分) 和重度抑郁症状 (20~27 分)。建议中度以上可转诊精神心理科进一步评估、诊断。

3.5.3 7 项 广 泛 性 焦 虑 障 碍 量 表 (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7)。

GAD-7 是用于筛查和评估广泛性焦虑障碍严重程度的自评量表^[41], 共 7 个条目, 以最近两周内出现靶症状的天数评估, 采用 4 级评分, 即: 完全不会、几天、一半以上的日子和几乎每天, 分别赋值 0~3 分, 总分范围为 0~21 分。轻度、中度和重度焦虑症状的分界值分

别为 5、10 和 15 分, 当分数为 10 分及以上时, 建议转诊精神心理科进一步评估、诊断。

3.5.4 心身症状量表 (Psychosomatic Symptoms Scale, PSSS)

PSSS^[42] 是由国内 10 余位心身医学专家共同编制的一份评估心身健康状况的自评问卷, 共 26 个项目, 被调查者需要评价自己近 1 个月各项症状的频度 (包含“没有”“小部分时间”“相当多时间”和“绝大部分时间或全部时间”4 个选项)。量表包含为心理 (Psychological, P) 和躯体 (Somatic, S) 两个因子。其中, P 因子包含条目 5、10、11、12、17、21 和 25; S 因子包含剩余条目。因子分为该因子所包含所有条目得分之和, 总分为 26 个条目得分的总和。PSSS 总分男性 ≥ 10 分、女性 ≥ 11 分提示可能存在相关心身障碍。

3.5.5 短 版 癌 症 复 发 恐 惧 量 表 (Fear of Cancer Recurrence Inventory-Short Form, FCRI-SF)

FCRI-SF 是癌症复发恐惧量表^[43]的缩减版, 选取该量表的 9 个条目评估癌症复发恐惧严重程度^[44], 以 13 分作为界值分。临床应用中, 常使用进一步简化的四项复发担忧问卷 (Four-item Concerns About Recurrence Questionnaire, CARQ-4)^[45], 以 12 分作为存在复发恐惧的界值分, 具有较好的敏感度与特异度。

3.5.6 失 眠 严 重 程 度 指 数 量 表 (Insomnia Severity Index, ISI)

ISI 是自评量表, 用于测量患者失眠的严重程度^[22, 46], 包括 7 个项目, 用于评估入睡和睡眠维持困难 (夜间和清晨醒来) 的严重程度、对当前睡眠模式的满意度、对日常功能的干扰、归因于睡眠问题的程度以及睡眠问

题引起的痛苦或担忧。每项评分为 0~4 分，总分范围为 0~28 分。分数越高表明失眠越严重，0~7 分为正常，8~14 分为轻度失眠 / 亚临床失眠，15~21 分为中度失眠，22~28 分为重度失眠。

3.5.7 意识模糊评估量表 (Confusion Assessment Method, CAM)

CAM 是目前使用最广泛的谵妄筛查工具，适用于非精神心理专业医护^[47]。CAM 包含谵妄特征性表现的 4 个条目：(1) 急性发病和精神状态的波动性变化；(2) 注意力集中困难；(3) 思维混乱；(4) 意识状态的改变；诊断必须同时满足 (1) 和 (2) 两条，且至少满足 (3) 或 (4) 其中 1 条。CAM 具有较高的灵敏度 (94%~100%) 和特异度 (90%~95%)。为保证结果的准确性，检查者需经培训后使用该量表。

3.5.8 生活质量核心调查问卷 (Quality of Life Questionnaire-Core30, QLQ-C30)

QLQ-C30 是由欧洲癌症研究与治疗协作组 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer, EORTC) 制订的经典肿瘤患者生活质量评估工具。它包含 30 个条目，覆盖多个维度，如身体功能、症状、心理状态等，以全面了解患者生活质量。EORTC QLQ-C30 采用自评形式，强调患者自我报告症状的重要性。患者主观体验 (如疲劳、痛苦、失眠等) 应被作为治疗决策的依据，充分考虑患者对症状控制的需求和期望。鼓励肿瘤患者在治疗过程中、治疗后随访阶段持续参与生活质量和心身症状评估，以便为后续干预提供依据。

3.6 肿瘤患者心身障碍常用心理干预方法有哪些？

【推荐意见 6】 肿瘤患者达到轻中度心身障碍可予以心理干预。常用一般心理干预方法包括支持性心理治疗、认知行为治疗 (cognitive behavioral therapy, CBT)、平衡心理治疗 (balancing psychotherapy, BPT)、问题解决治疗 (problem solving therapy, PST)、人际心理治疗 (interpersonal psychotherapy, IPT)、叙事疗法和正念疗法等。也可针对不同阶段肿瘤患者，选用不同心理干预方法，包括：接纳承诺疗法 (acceptance and commitment therapy, ACT) 适用于早中期肿瘤患者；意义中心疗法 (meaning centered psychotherapy, MCP) 和管理癌症与有意义的生活 (managing cancer and living meaningfully, CALM) 适用于进展期肿瘤患者；尊严疗法适用于终末期肿瘤患者^[10-11]。治疗形式可包括个体、家庭或团体治疗，治疗地点可采用面对面或线上方式。一般支持性或教育性心理干预可由肿瘤医护人员在日常诊疗护理中提供。如涉及专业心理干预方法，则需由精神心理科医生、心理咨询 / 治疗师或接受过专业培训取得资质的医护、社工

负责实施。在开展心理干预时，应充分考虑中国患者的文化背景影响，将西方心理治疗方法进行本土化调整。

3.6.1 支持性心理治疗

支持性心理治疗是最基本的心理干预方法，适用于不同肿瘤疾病及治疗的各个阶段，也适合非精神心理专业医护操作。治疗实施者在尊重、真诚、同理心的治疗关系中支持肿瘤患者，通过提供信息、应对技能训练、压力和症状管理等，帮助患者增强自我效能感、适应患者角色转换，改善患者情绪和对疾病的适应性。支持性心理治疗能有效处理恶性肿瘤患者焦虑、抑郁等心理问题，改善生活质量，疗效与其他心理干预相当^[48]。开展形式除个体治疗外，还可进行支持 - 表达性团体心理治疗以及基于互联网的治疗，尤其可以以家庭为单位开展干预，结合中国患者和家属之间的紧密关系，通过教育和情感支持改善家庭整体的应对能力，以适合患者的不同需求^[49]。

3.6.2 CBT

CBT 是国外相关指南中推荐的一线治疗方法，其在改善肿瘤患者心理健康方面效果显著且具有广泛应用价值^[50]。CBT 是一种短程、结构化治疗方法，通过帮助肿瘤患者识别和改变对肿瘤的不合理认知及负性思维模式来减少焦虑和抑郁等症状^[51]。治疗阶段如下，(1) 设定具体目标：根据患者的病情和需求，设定切实可行的短期和长期目标，例如针对化疗导致的疲劳感，可以设定每日适度运动的目标；(2) 认知重构：识别和挑战患者的负性思维，如“我无法战胜癌症”或“治疗只会让我更痛苦”，并帮助他们形成更现实和积极的思维模式；(3) 行为改变：使用放松技术、生物反馈训练等，并根据患者的身体情况，鼓励患者参与有意义和愉快的活动，例如通过安排每天与朋友或家人进行活动，可以帮助患者减轻孤独感。

3.6.3 PST

PST 创建于 20 世纪 70 年代，是认知行为治疗的新分支^[52-53]。PST 通过传授患者系统、渐进、条理化的方法以培养其应对生活压力源的技能，从而解决问题对情绪的负面影响。PST 包括以下 7 个步骤：(1) 澄清和定义问题；(2) 设定现实目标；(3) 制订多种解决方案；(4) 评估和对比解决方案；(5) 选择一种可行的解决方案；(6) 执行解决方案；(7) 评估结果。此外，PST 应用在老年患者群体中也能有效改善抑郁等心理问题^[54]。

3.6.4 叙事疗法

叙事疗法是一种后现代主义干预形式，主要关注患者治疗过程中出现的故事、观点和词汇，以及其对自身和周围人产生的影响^[55]。常用技术包括：(1) 外化交谈：将注意焦点放在问题上；(2) 重忆：引出既往的记忆

和故事,并强调如何形成现在的自己,而不会受到疾病的影响;(3)局外观察者:通过局外观察者不带批判性的评价和感受去丰富患者的视角。叙事的方式可以贯穿使用于肿瘤治疗的各个过程。

3.6.5 正念疗法

正念疗法通过训练肿瘤患者专注于此时此刻的感受,培养对当前体验的觉察和接纳,减少对过去的忧虑(如“我为什么会罹患肿瘤”)和对未来的过度担忧(如“我能不能治好”)^[56]。在肿瘤患者中,正念减压训练(mindfulness-based stress reduction, MBSR)是较成熟且应用广泛的疗法之一,包括身体扫描、瑜伽和坐禅等各种练习。MBSR在中国患者中对减轻焦虑、抑郁同样具有显著效果,并可与中国传统禅修和太极中的“内观”以及“静坐”理念相结合,使中国患者更易接受。此外,MBSR可以通过团体形式或互联网在线实施,使更多患者能够受益。

3.6.6 ACT

ACT通过帮助患者接受罹患肿瘤及疾病进展等不可改变的现实,并鼓励患者致力于符合个人价值的行为来减少心理痛苦。ACT能显著降低患者焦虑、抑郁和癌症复发恐惧,并提高其心理灵活性和生活质量^[57]。ACT包括6个核心过程,(1)接纳:帮助患者接受疾病带来的痛苦和不适,如化疗导致的恶心呕吐,而不是试图抗拒或消除这些负性情绪;(2)认知解离:引导患者识别与肿瘤相关的负性思维,并将这些思维想象成漂浮在溪流上的叶子,逐渐远离,从而与其保持距离;(3)专注当下:引导患者专注于当前的体验和活动,减少对未来和过去的担忧;(4)自我觉察:帮助患者客观记录自己的情绪变化,并学会不带评判地观察这些变化;(5)价值澄清:通过讨论帮助患者识别和澄清自己最重要的价值观,如家庭、爱好或成就;(6)承诺行动:支持患者制订计划并实施行动,以实现符合其价值观的生活目标,如家庭活动等。在关注中国患者个体价值同时,可更多引入与家庭和社会责任相关内容,以增强患者在文化中的自我认同感。

3.6.7 BPT

BPT源于我国学者多年的临床经验与科研实践,是一种建立在东方哲学体系之上,整合了精神分析、认知疗法、行为疗法、叙事治疗以及积极心理学等多种心理治疗流派的治疗取向^[58]。BPT从“度的掌握”和“关系的协调”两方面入手,对心身障碍患者症状的成因进行深入剖析,通过纠正不正确的认知信念和导入积极的行为方式,减少患者的烦恼,改善心身症状,最终达到治疗目标。

3.6.8 IPT

IPT是一种短程限时、结构化的心理治疗,主要针

对患者当前的人际关系问题,通过改善人际互动,缓解抑郁等情绪症状。IPT关注四类人际问题:角色转变、人际冲突、哀伤和丧失以及人际缺陷。IPT治疗分为三个阶段:初期进行评估并确定问题领域,制订治疗框架;中期通过解决情绪困扰、改善社交技能和角色适应来增强患者的社会支持;结束阶段帮助患者增强对人际关系的信心,讨论未来压力源及应对策略,并制订维持治疗计划。IPT适用于因疾病导致角色转变或重要关系丧失而产生情绪困扰的肿瘤患者,有助于改善其适应能力^[59]。

3.6.9 MCP

MCP引导患者深入思考和探索生命中的意义来源,并帮助患者重新发现并与自身的生命意义建立联系^[60]。意义中心团体治疗(Meaning-Centered Group Psychotherapy, MCGP)在肿瘤患者中广泛应用,尤其针对心理痛苦与存在性议题相关的进展期患者。研究表明,MCGP应用于中国癌症患者中有效提升了生命意义感和促进创伤后成长,同时可缓解癌症复发恐惧^[61]。该疗法通常为期8周,每周围绕不同主题开展治疗,包括:(1)意义的概念和来源;(2)肿瘤和意义;(3)与历史有关的意义来源(遗产:过去);(4)与历史有关的意义来源(遗产:现在和将来);(5)与态度有关的意义来源:遭遇生命的限制;(6)与创造有关的意义来源:全面探索生命;(7)与体验有关的意义来源:与生命产生连结;(8)转换:反思和对未来的希望。

3.6.10 CALM

CALM是一种专门为肿瘤患者设计的半结构化、支持性表达性心理干预方法,旨在帮助患者管理疾病带来的心理困扰,并在面对癌症的过程中找到生活的意义,特别适用于刚诊断为进展期恶性肿瘤的患者^[62]。该疗法可进行3~6次治疗,45~60 min/次。CALM涉及的领域包括:(1)症状管理和与医务人员的沟通;(2)自身变化及与亲人关系的变化;(3)寻找生存意义和目的;(4)未来计划、希望和死亡。

3.6.11 尊严疗法

尊严疗法旨在帮助终末期肿瘤患者维持自尊,是安宁疗护的重要组成部分^[63]。需要与患者建立尊重、接纳的关系,并使用提纲对患者进行访谈,问题包括重要回忆、关于自我、人生角色、成就、梦想及传达给亲人的经验、建议等。访谈使用纸笔记录或全程录音,一般进行1~2次,每次不超过1 h,两次间隔不超过3 d。访谈录音可整理成文本,根据患者意见进行修改、排版,最终将故事文本返还给患者与所爱之人分享^[64]。

3.6.12 其他整合性治疗

在肿瘤患者心身管理中,除了常规的心理、药物干

预，整合性治疗同样能有效帮助患者全面缓解焦虑、抑郁等心理症状。国外相关指南推荐在抗肿瘤治疗期间可使用正念、瑜伽、放松训练、音乐治疗、反射疗法和芳香疗法，并可在治疗后合并使用针灸、太极等疗法改善焦虑、抑郁症状。上述疗法可在评估患者需求以及文化背景后使用，不仅能作为常规治疗的有效补充，还为疗效有限或药物耐受性差的患者提供更多选择，从而提升治疗的全面性及个体化^[65]。

3.7 肿瘤患者心身障碍精神科药物使用及注意事项有哪些？

【推荐意见 7】 肿瘤患者达到中重度以上心身障碍，尤其心理干预效果不佳，可予以精神科药物治疗。针对肿瘤患者心身障碍的精神科药物使用主要参照普通人群的治疗方案，但需特别注意肿瘤及其治疗对患者骨髓抑制、肝肾功能等躯体方面的影响，并避免与肿瘤治

疗药物发生相互作用^[11]。精神科药物应由精神科医师处方，使用种类、剂量和周期需根据患者的整体健康状况、既往用药史和对药物的耐受性决定，并由专科医生评估确认。肿瘤科医生应了解常用的精神科药物，必要时提醒患者服药并进行多学科诊疗，以确保药物使用的安全性和疗效（表 2）。此外，药物治疗应尽可能与心理干预及整合性医学治疗结合使用，以提高综合治疗的效果。

3.7.1 抗抑郁药

抗抑郁药目前已被广泛使用治疗肿瘤相关心身障碍，如抑郁、焦虑等。其中，选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs）包括艾司西酞普兰、氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、西酞普兰等。SSRIs 类药物一般早餐后服用，其中艾司西酞普兰的初始剂量为 5~10 mg/d，维持剂量为 10~20 mg/d。

表 2 肿瘤患者心身障碍常用精神科药物
Table 2 Psychotropic Medications Commonly Used for Psychosomatic Disorders in Cancer Patients

药物种类	药物名称	初始剂量	维持剂量	不良反应及注意事项
选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）	艾司西酞普兰	5~10 mg/d	10~20 mg/d	氟西汀、帕罗西汀、高剂量舍曲林为 CYP2D6 酶抑制剂，影响他莫昔芬代谢；SSRIs 不良反应常见胃肠道反应、抗胆碱能反应和性功能障碍等，其中艾司西酞普兰耐受性相对较好
	氟西汀	10~20 mg/d	20~60 mg/d	
	帕罗西汀	10~20 mg/d	20~60 mg/d	
	舍曲林	25~50 mg/d	50~200 mg/d	
	西酞普兰	10~20 mg/d	20~40 mg/d	
5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRIs）	度洛西汀	20~30 mg/d	60~120 mg/d	可改善神经病理性疼痛，CYP2D6 酶抑制剂，可能影响他莫昔芬代谢
	文拉法辛	37.5~75.0 mg/d	75~225 mg/d	高血压患者慎用，可改善神经病理性疼痛、潮热等躯体症状
其他抗抑郁药	阿米替林	6.25~12.50 mg/d	12.50~25.00 mg/d	可改善神经病理性疼痛，但需注意药物不良反应。
	安非他酮	50~75 mg/d	150~450 mg/d	癫痫禁用，CYP2D6 酶抑制剂，可能影响他莫昔芬代谢。可改善癌症相关性疲乏
	伏硫西汀	5~10 mg/d	10~20 mg/d	不影响 CYP450 酶代谢
	米氮平	7.5~15.0 mg/d	15~45 mg/d	镇静作用，改善食欲
	曲唑酮	25~50 mg/d	50~200 mg/d	镇静作用
	托鲁地文拉法辛	40 mg/d	80~160 mg/d	不经过 CYP450 酶代谢
抗焦虑药	丁螺环酮	10~15 mg/d	15~60 mg/d	可能引起嗜睡、困倦、眩晕等不适
	坦度螺酮	20~30 mg/d	20~60 mg/d	
镇静催眠药	阿普唑仑	0.2~1.0 mg/次	每次最少间隔 6 h	存在日间困倦、认知功能减退、停药戒断反应、呼吸抑制等，老年患者应注意肌松作用和跌倒风险。与阿片类药物联用可能增加上述风险，需更加谨慎
	艾司唑仑	0.5~2.0 mg/次	每次最少间隔 8 h	
	奥沙西洋	7.5~15.0 mg/次	每次最少间隔 8 h	
	劳拉西洋	0.25~2.0 mg/次	每次最少间隔 4 h	
	右佐匹克隆	1~3 mg/d		常见不良反应包括头晕、嗜睡、遗忘等，严重呼吸功能不全、呼吸睡眠暂停综合征患者禁用
	佐匹克隆	3.75~7.5 mg/d		
	唑吡坦	5~10 mg/d		
抗精神病药	阿立哌唑	2.5~5.0 mg/d	5.0~10.0 mg/d	常见不良反应包括体质量增加、代谢综合征、抗胆碱能反应、锥体外系不良反应等。合并酪氨酸酶抑制剂时需监测 QTc 间期，警惕心律失常风险
	奥氮平	2.5~5.0 mg/d	5.0~10.0 mg/d	
	氟哌啶醇	1~2 mg/次	3 次/d，最少间隔 4 h，可口服、肌肉注射、静脉注射	
	喹硫平	12.5~25.0 mg/d	50.0~200.0 mg/d	

注：该表中药物按拼音首字母排序。

氟西汀的初始剂量为 10~20 mg/d, 维持剂量为 20~60 mg/d。帕罗西汀的初始剂量为 10~20 mg/d, 维持剂量为 20~60 mg/d。舍曲林的初始剂量为 25~50 mg/d, 维持剂量为 50~200 mg/d。西酞普兰的初始剂量为 10~20 mg/d, 维持剂量为 20~40 mg/d。SSRIs 类药物的主要不良反应包括胃肠道反应、抗胆碱能反应和性功能障碍等, 其中艾司西酞普兰相对疗效、耐受性较好, 不良反应更少^[9]。需要注意部分 SSRIs 存在与抗肿瘤药物相互作用, 如氟西汀、帕罗西汀和高剂量舍曲林(超过 150 mg/d)是 CYP2D6 酶抑制剂, 将影响他莫昔芬的代谢, 从而影响抗肿瘤治疗疗效, 选择时需慎重考虑^[66]。

5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(serotonin norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs)药物包括文拉法辛和度洛西汀等, 除了缓解肿瘤患者抑郁、焦虑, 还能有效改善神经病理性疼痛、潮热等躯体症状。文拉法辛的初始剂量为 37.5~75.0 mg/d, 维持剂量为 75~225 mg/d, 高血压慎用。度洛西汀的初始剂量为 20~30 mg/d, 维持剂量为 60~120 mg/d, 同时需注意其作为中等 CYP2D6 酶抑制剂, 在高剂量时也可能对他莫昔芬等通过 CYP2D6 代谢的药物产生影响, 影响治疗效果^[67]。

其他抗抑郁药物包括: 三环类抗抑郁药阿米替林, 也可用于改善神经病理性疼痛, 初始剂量为 6.25~12.5 mg/d, 维持剂量为 12.5~25.0 mg/d, 同时有强镇静作用, 但需注意抗胆碱能等药物不良反应。安非他酮, 可用于改善癌症相关性疲乏, 初始剂量为 50~75 mg/d, 维持剂量 150~450 mg/d, 禁用于癫痫。伏硫西汀为新一代多模式抗抑郁药, 对 CYP450 酶无明显抑制作用或诱导作用, 初始剂量为 5~10 mg/d, 维持剂量为 10~20 mg/d^[68]。米氮平能促进食欲、止吐、改善睡眠, 初始剂量为 7.5~15.0 mg/d, 维持剂量为 15~45 mg/d。曲唑酮常用于伴焦虑或失眠的患者, 初始剂量为 25~50 mg/d, 维持剂量为 50~200 mg/d^[69-70]。托鲁地文拉法辛不经过 CYP450 酶代谢, 药物相互作用风险低, 初始剂量为 40 mg/d, 维持剂量为 80~160 mg/d^[71]。

3.7.2 抗焦虑药

抗焦虑药物主要用于缓解肿瘤患者的焦虑症状, 包括丁螺环酮和坦度螺酮等。丁螺环酮的初始剂量为 10~15 mg/d, 维持剂量为 15~60 mg/d。坦度螺酮的初始剂量为 20~30 mg/d, 维持剂量为 20~60 mg/d。

3.7.3 镇静催眠药

镇静催眠药主要包括苯二氮䓬类和非苯二氮䓬类药物, 用于改善肿瘤患者的焦虑症状及睡眠问题。

苯二氮䓬类药物常用于肿瘤患者治疗急性焦虑如惊恐发作, 对恶心、失眠也有改善作用, 可根据治疗目标选择相应使用剂量。包括奥沙西洋、阿普唑仑、劳拉西洋、艾司唑仑、氯硝西洋等。阿普唑仑: 0.2~1.0 mg/次,

每次最少间隔 6 h。艾司唑仑: 0.5~2.0 mg/次, 每次最少间隔 8 h。奥沙西洋: 7.5~15.0 mg/次, 每次最少间隔 8 h。劳拉西洋: 0.25~2.00 mg/次, 每次最少间隔 4 h。苯二氮䓬类药物起效快、耐受性良好, 可缩短睡眠潜伏期、增加总睡眠时间, 但存在日间困倦、认知功能减退、停药戒断反应等, 肺部肿瘤患者应注意呼吸抑制作用, 老年患者应注意肌松作用和跌倒风险, 尤其在联合阿片类药物使用时, 上述风险可能显著增加, 因此在该群体中应更谨慎应用^[72]。不建议长期、单一用药, 建议存在焦虑抑郁症状时与抗抑郁药、抗焦虑药联合使用。

非苯二氮䓬类药物因半衰期短, 对正常睡眠结构破坏较少, 常用于治疗睡眠起始及睡眠维持困难。应个体化用药, 小剂量起始, 逐渐增加到有效剂量。右佐匹克隆剂量为 1~3 mg/d, 佐匹克隆剂量为 3.75~7.50 mg/d, 唑吡坦剂量为 5~10 mg/d。常见不良反应包括头晕、嗜睡、遗忘等, 严重呼吸功能不全、呼吸睡眠暂停综合征患者禁用。

3.7.4 抗精神病药

抗精神病药物除用于治疗肿瘤合并精神分裂症、双相情感障碍外, 也可用于谵妄、伴有精神病性症状的严重抑郁以及严重焦虑和失眠等增效治疗。常用的抗精神病药物包括: 阿立哌唑, 初始剂量为 2.5~5.0 mg/d, 可根据疗效和耐受性加至 5~10 mg/d, 临床可用于焦虑、抑郁、强迫的联合增效治疗。奥氮平初始剂量为 2.5~5.0 mg/d, 根据疗效和耐受性可增加至 5~10 mg/d, 奥氮平除改善精神病性症状, 还具有止吐、促进食欲和改善睡眠、焦虑的疗效。氟哌啶醇可用于谵妄, 初始剂量为 1~2 mg/次, 2 次/d, 最少间隔 4 h 给药, 除口服外可肌肉注射、静脉注射。喹硫平, 初始剂量为 12.5~25.0 mg/d, 可根据病情、疗效和耐受性加至 50~200 mg/d。抗精神病药常见不良反应包括体质量增加、代谢综合征、抗胆碱能反应、锥体外系不良反应等。抗精神病药如喹硫平等在与酪氨酸激酶抑制剂联合使用时, 需密切关注患者的心脏功能, 尤其是 QTc 间期的变化, 以预防潜在的心律失常风险^[73-74]。

3.8 如何帮助肿瘤照护者心身调适?

【推荐意见 8】 肿瘤照护者是指在肿瘤治疗过程中, 为患者提供心理、生理及社会支持的人员, 包括家属、亲人、朋友等。在肿瘤治疗过程中, 照护者对患者起到重大的心身支持作用, 但自身也常面临巨大的心理和生理挑战, 容易出现心身疲惫、焦虑、抑郁等问题。因此, 帮助照护者及时自我调适, 不仅能减少其本身心身障碍的发生, 也将有益于加强对肿瘤患者的支持^[75]。

3.8.1 自我健康管理

保持良好的生活习惯, 包括规律作息、充足睡眠、合理饮食、适当锻炼。合理安排时间, 充分利用休息时

间进行放松,如正念减压、放松训练等,以缓解身心疲惫。定期体检,了解自身身体状况,及时发现并解决健康问题。

3.8.2 增加心理教育

通过开展健康讲座、发放宣传册和多媒体推广等科普形式,向患者及照护者普及肿瘤疾病相关知识和进行心理健康教育。内容包括帮助照护者了解患者的病情及治疗过程,掌握应对困境的技巧,如情绪调节、压力管理及有效沟通方法以增强照护者的自我效能感和心理韧性,并帮助其更好地支持患者,改善整体心理状态^[76]。

3.8.3 加强心理支持

可定期对照护者进行心理健康筛查与评估,及时发现照护者潜在心理问题。对于存在明确心理需求的肿瘤照护者,医院或社区应提供心理资源,包括心理干预、药物干预等方式,也可以使用线上资源帮助照护者管理心理压力和负面情绪^[77]。

3.8.4 建立互助小组

医院或社区可以组织肿瘤照护者建立互助小组,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、交换志愿者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^[78]。

3.8.5 提供志愿服务

社工及志愿者组织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,确保肿瘤照护者能够合理利用相应资源^[79]。

3.9 如何建立良好的医-护-患-家属同盟?

【推荐意见9】 在肿瘤治疗中,建立有效的以患者为中心的医-护-患-家属同盟对于整体治疗效果至关重要。

以下是推荐策略和措施。

3.9.1 同盟的角色构成及相应职责

(1) 肿瘤科医生:负责肿瘤的诊断和治疗,包括制订和实施治疗计划,评估治疗效果,与患者及家属及时沟通病情和治疗方案,并关注患者心理、营养等相关情况。不同亚专业肿瘤科医生(如肿瘤外科、肿瘤内科、放疗科等)可通过多学科诊疗合作,帮助患者开展个体化精准治疗^[80]。

(2) 精神心理科医生:与肿瘤科医生合作,定期为患者进行心理评估和诊断,提供药物治疗、心理治疗、物理治疗等干预手段,帮助患者应对因肿瘤及其治疗带来的心理问题,如焦虑、抑郁和失眠等,确保心理支持与肿瘤治疗同步进行,提高患者的整体治疗效果^[70, 81]。

(3) 护士:护士在诊疗过程中与患者和家属的接触较为密切,在病房和门诊的持续护理中如能及时发现和报告患者的生理和心理变化,提供日常护理和支持,

包括健康教育、治疗后护理、症状管理和心理支持等,对患者的康复也起到重要作用^[82]。

(4) 其他角色:包括心理咨询/治疗师、康复治疗师和社会工作者(简称社工)等。社会机构的心理咨询师及医院的心理治疗师均可为患者及家属提供专业的心理咨询及心理治疗,从而改善心理痛苦。康复治疗师在康复过程中帮助患者进行功能性恢复训练,改善其日常生活能力与生活质量。社工可为患者和家属提供情感支持、资源链接及经济、法律咨询等服务,协助患者和家属获取社区和社会资源,减轻患者的心理和生活负担。

3.9.2 同盟的机制与功能

(1) 同盟的建立:以肿瘤患者及其家属为中心,建立以肿瘤专科为核心的多学科合作团队,包括肿瘤科及相关科室医生、护士、精神心理科医生、治疗师、康复治疗师及社工等专业人员。团队通过定期会议和信息共享,结合肿瘤患者的具体病情和需求,共同制订个体化治疗方案。强调患者及家属的主动参与,将其纳入决策过程,确保治疗计划的科学性与可行性。同时,可通过电子信息化平台实时共享和更新患者状况,提高团队协作效率。

(2) 信任与沟通:医护人员应展示同理心和关怀,尊重患者和家属的隐私和自主权,与患者和家属建立信任关系。在治疗不同阶段,以肿瘤科医生为主通过团队会议、与患者及家属谈话,确保所有相关人员对治疗计划和心理支持措施有充分了解,达成有效沟通。

(3) 资源提供:以护士为主提供有关病情、治疗和心理健康的教育材料和培训,帮助患者和家属更好地理解 and 应对疾病。精神心理科医生及治疗师可提供支持小组、心理咨询、热线电话和在线资源等,帮助患者和家属获得持续的支持。

(4) 会诊和转诊:肿瘤科医生在初步评估患者的心身状态后,若发现患者存在显著的心理问题或精神症状,应及时与精神心理科医生沟通,安排精神心理科医生进行会诊,确保患者在短时间内获得专业的心理评估和建议;若需进一步干预,肿瘤科医生应协助患者进行转诊,包括介绍及提供就诊途径,确保患者顺利转至精神心理专科接受全面治疗^[83]。

3.9.3 反馈与改进

建立患者和家属的反馈渠道,如问卷调查、访谈和座谈会等,定期评估患者和家属对肿瘤照护的需求与满意度。根据评估和反馈结果,分析当前照护模式的优缺点,制订并实施改进措施,如优化沟通流程、调整治疗方案等。除更新肿瘤专业知识和技能外,应当鼓励团队成员参加整合肿瘤学相关培训,包括沟通技巧, GAD-7、PHQ-9 等主要心理量表的评估使用,患者心身症状

的理解及快速识别,以及支持性心理治疗等基础心理干预技能培训,从而提高对肿瘤患者心理照护的能力^[84]。

4 总结与展望

近年来,肿瘤发病率呈逐年升高趋势,心理因素与肿瘤的发生发展和预后转归关系密切,然而肿瘤患者相关心身症状的临床管理并未得到足够重视,现有指南和建议多集中于肿瘤患者的综合管理,侧重于推荐护理及康复管理方法,对于心身症状的管理建议相对片面。许多肿瘤患者即使被确诊为共患心身障碍,仍然无法接受甚至拒绝帮助,因此肿瘤相关科室医护在筛查和鼓励患者转诊精神心理科及接受推荐治疗方面作用极其重要。本共识的制订即针对该难题,旨在为肿瘤相关心身障碍的全程管理理念普及和规范化流程做出指导。通过参考此共识,期待相关内容得到科学宣教,减轻患者病耻感,提高治疗依从性,获取更多家属、社区等社会支持,提高肿瘤科医护对肿瘤相关心身症状的认识水平,建立有效的心身障碍筛查评估系统,完善肿瘤伴发心身障碍的治疗方案,推动肿瘤患者相关心身症状全程、全方位管理。

然而,本共识仍存在一定局限性,其中部分推荐意见如心理评估、药物治疗或心理治疗等仍缺乏高质量的随机对照研究或循证证据,未作出推荐等级推荐,且未推荐自杀相关危机干预建议。因此,为进一步完善相关管理策略,建议对中国肿瘤患者焦虑抑郁等心身障碍的患病率、治疗疗效等进行更系统全面的研究,鼓励大样本和长期随访评估,探索相关机制研究,完善肿瘤患者自杀观念及行为管理,紧密联系多学科团队,提供多渠道科普宣教,构建以患者为中心的综合服务模式,方为肿瘤合并心身症状管理的今后发展方向。

作者贡献:袁勇贵、冯威负责设计共识、组织专家讨论;尹营营、赵宽负责检索文献、总结专家意见、撰写初稿;其余作者负责对文章知识性内容的审阅、初稿修订。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] NASER A Y, HAMEED A N, MUSTAFA N, et al. Depression and anxiety in patients with cancer: a cross-sectional study [J]. *Front Psychol*, 2021, 12: 585534. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.585534.
- [2] 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. DOI: 10.1016/j.esmoop.2023.101155.
- [3] DING X P, WU M G, ZHANG Y Y, et al. The prevalence of depression and suicidal ideation among cancer patients in mainland China and its provinces, 1994–2021: a systematic review and meta-analysis of 201 cross-sectional studies [J]. *J Affect Disord*, 2023, 323: 482–489. DOI: 10.1016/j.jad.2022.12.011.
- [4] HOFFMAN K E, MCCARTHY E P, RECKLITIS C J, et al. Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer: results from a national survey [J]. *Arch Intern Med*, 2009, 169 (14): 1274–1281. DOI: 10.1001/archinternmed.2009.179.
- [5] CARLSON L E, WALLER A, GROFF S L, et al. What goes up does not always come down: patterns of distress, physical and psychosocial morbidity in people with cancer over a one year period [J]. *Psychooncology*, 2013, 22 (1): 168–176. DOI: 10.1002/pon.2068.
- [6] CHANG C K, HAYES R D, BROADBENT M T, et al. A cohort study on mental disorders, stage of cancer at diagnosis and subsequent survival [J]. *BMJ Open*, 2014, 4 (1): e004295. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004295.
- [7] MOMEN N C, PLANA-RIPOLL O, AGERBO E, et al. Mortality associated with mental disorders and comorbid general medical conditions [J]. *JAMA Psychiatry*, 2022, 79 (5): 444–453. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0347.
- [8] WALKER J, HANSEN C H, MARTIN P, et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data [J]. *Lancet Psychiatry*, 2014, 1 (5): 343–350. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70313-X.
- [9] CARLSON L E, ISMAILA N, ADDINGTON E L, et al. Integrative oncology care of symptoms of anxiety and depression in adults with cancer: society for integrative oncology–ASCO guideline [J]. *J Clin Oncol*, 2023, 41 (28): 4562–4591. DOI: 10.1200/JCO.23.00857.
- [10] 唐丽丽. 中国肿瘤心理临床实践指南–2024 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2024: 109–199, 237–267.
- [11] 唐丽丽, 吴世凯, 李小梅. 中国肿瘤整合诊治技术指南 (CACA)–2023–心理疗法 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2023: 85–117.
- [12] 中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会. 肿瘤生存者管理专家共识 [J]. *肿瘤代谢与营养电子杂志*, 2023, 10 (4): 487–504. DOI: 10.16689/j.cnki.cn11-9349/r.2023.04.007.
- [13] RODIN G, ZIMMERMANN C, MAYER C, et al. Clinician–patient communication: evidence-based recommendations to guide practice in cancer [J]. *Curr Oncol*, 2009, 16 (6): 42–49. DOI: 10.3747/co.v16i6.432.
- [14] SIMPSON M, BUCKMAN R, STEWART M, et al. Doctor–patient communication: the Toronto consensus statement [J]. *BMJ*, 1991, 303 (6814): 1385–1387. DOI: 10.1136/bmj.303.6814.1385.
- [15] KNUTZEN K E, SACKS O A, BRODY-BIZAR O C, et al. Actual and missed opportunities for end-of-life care discussions with oncology patients: a qualitative study [J]. *JAMA Netw Open*, 2021, 4 (6): e2113193. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.13193.
- [16] BASAK F, HASBAHCECI M, GUNER S, et al. Prediction of anxiety and depression in general surgery inpatients: a prospective cohort study of 200 consecutive patients [J]. *Int J Surg*, 2015, 23 (Pt A): 18–22. DOI: 10.1016/j.ijsu.2015.09.040.
- [17] BROWN P D, BALLMAN K V, CERHAN J H, et al.

- Postoperative stereotactic radiosurgery compared with whole brain radiotherapy for resected metastatic brain disease (NCCTG N107C/CEC·3): a multicentre, randomised, controlled, phase 3 trial [J]. *Lancet Oncol*, 2017, 18 (8): 1049–1060. DOI: 10.1016/S1470-2045(17)30441-2.
- [18] ABDALLAH I B, RACHDI H, MEJRI N, et al. Cognitive complaints during breast cancer endocrine therapy: aromatase inhibitors versus tamoxifen [J]. *BMJ Support Palliat Care*, 2022: bmjspcare-bmjsp2021-003377. DOI: 10.1136/bmjspcare-2021-003377.
- [19] VARDY J, ROURKE S, TANNOCK I F. Evaluation of cognitive function associated with chemotherapy: a review of published studies and recommendations for future research [J]. *J Clin Oncol*, 2007, 25 (17): 2455–2463. DOI: 10.1200/JCO.2006.08.1604.
- [20] DAVIS J, AHLBERG F M, BERK M, et al. Emerging pharmacotherapy for cancer patients with cognitive dysfunction [J]. *BMC Neurol*, 2013, 13: 153. DOI: 10.1186/1471-2377-13-153.
- [21] LANGE M, JOLY F, VARDY J, et al. Cancer-related cognitive impairment: an update on state of the art, detection, and management strategies in cancer survivors [J]. *Ann Oncol*, 2019, 30 (12): 1925–1940. DOI: 10.1093/annonc/mdz410.
- [22] GRASSI L, ZACHARIAE R, CARUSO R, et al. Insomnia in adult patients with cancer: ESMO clinical practice guideline [J]. *ESMO Open*, 2023, 8 (6): 102047. DOI: 10.1016/j.esmoop.2023.102047.
- [23] GERBERSHAGEN H J, ADUCKATHIL S, VAN WIJCK A J M, et al. Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures [J]. *Anesthesiology*, 2013, 118 (4): 934–944. DOI: 10.1097/ALN.0b013e31828866b3.
- [24] THONG M S Y, VAN NOORDEN C J F, STEINDORF K, et al. Cancer-related fatigue: causes and current treatment options [J]. *Curr Treat Options Oncol*, 2020, 21 (2): 17. DOI: 10.1007/s11864-020-0707-5.
- [25] ROSCOE J A, MORROW G R, AAPRO M S, et al. Anticipatory nausea and vomiting [J]. *Support Care Cancer*, 2011, 19 (10): 1533–1538. DOI: 10.1007/s00520-010-0980-0.
- [26] SIDDIQUI J A, POTHURAJU R, JAIN M, et al. Advances in cancer Cachexia: Intersection between affected organs, mediators, and pharmacological interventions [J]. *Biochim Biophys Acta Rev Cancer*, 2020, 1873 (2): 188359. DOI: 10.1016/j.bbcan.2020.188359.
- [27] TWITCHELL D K, WITTMANN D A, HOTALING J M, et al. Psychological impacts of male sexual dysfunction in pelvic cancer survivorship [J]. *Sex Med Rev*, 2019, 7 (4): 614–626. DOI: 10.1016/j.sxmr.2019.02.003.
- [28] VIZZA R, CAPOMOLLA E M, TOSETTO L, et al. Sexual dysfunctions in breast cancer patients: evidence in context [J]. *Sex Med Rev*, 2023, 11 (3): 179–195. DOI: 10.1093/sxmrev/qead006.
- [29] 吴文源, 魏镜, 陶明. 综合医院焦虑抑郁诊断和治疗的专家共识 [J]. *中华医学杂志*, 2012, 92 (31): 2174–2181. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2012.31.008.
- [30] IRWIN M R, OLMSTEAD R, CARROLL J E. Sleep disturbance, sleep duration, and inflammation: a systematic review and meta-analysis of cohort studies and experimental sleep deprivation [J]. *Biol Psychiatry*, 2016, 80 (1): 40–52. DOI: 10.1016/j.biopsych.2015.05.014.
- [31] JIM H S, PHILLIPS K M, CHAIT S, et al. Meta-analysis of cognitive functioning in breast cancer survivors previously treated with standard-dose chemotherapy [J]. *J Clin Oncol*, 2012, 30 (29): 3578–3587. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.5640.
- [32] ROBINSON K E, FRALEY C E, PEARSON M M, et al. Neurocognitive late effects of pediatric brain tumors of the posterior Fossa: a quantitative review [J]. *J Int Neuropsychol Soc*, 2013, 19 (1): 44–53. DOI: 10.1017/S1355617712000987.
- [33] BRAJTMAN S. Terminal restlessness: perspectives of an interdisciplinary palliative care team [J]. *Int J Palliat Nurs*, 2005, 11 (4): 170, 172–170, 178. DOI: 10.12968/ijpn.2005.11.4.18038.
- [34] FIRST M B, GAEBEL W, MAJ M, et al. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5 [J]. *World Psychiatry*, 2021, 20 (1): 34–51. DOI: 10.1002/wps.20825.
- [35] KHOURY B, KOGAN C, DAOUK S. International classification of diseases 11th edition (ICD-11) [M] // *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Cham: Springer International Publishing, 2020: 2350–2355. DOI: 10.1007/978-3-319-24612-3_904.
- [36] Cleary. *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition* [M]. American Psychiatric Association, 2013.
- [37] 中华医学会神经病学分会神经心理学与行为神经病学组. 综合医院焦虑、抑郁与躯体化症状诊断治疗的专家共识 [J]. *中华神经科杂志*, 2016, 49 (12): 908–917. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2016.12.002.
- [38] 唐丽丽, 张叶宁, 张海伟, 等. 心理痛苦温度计的信度和效度研究及在中国癌症患者中的应用 [C]. 合肥: 第六届中国癌症康复与姑息医学大会. 2023.
- [39] National Comprehensive Cancer Network. *Distress Management*, version 1.2025 [EB/OL]. [2025-01-09]. https://www.nccn.org/docs/default-source/patient-resources/nccn_distress_thermometer.pdf?sfvrsn=ef1df1a2_10.
- [40] KROENKE K, SPITZER R L, WILLIAMS J B W. The PHQ-9 [EB/OL]. [2024-12-20]. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.
- [41] SPITZER R L, KROENKE K, WILLIAMS J B, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 [J]. *Arch Intern Med*, 2006, 166 (10): 1092–1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.
- [42] LI L, PENG T C, LIU R, et al. Development of the psychosomatic symptom scale (PSSS) and assessment of its reliability and validity in general hospital patients in China [J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2020, 64: 1–8. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2020.01.008.
- [43] SIMARD S, SAVARD J. Fear of cancer recurrence inventory [J]. *Supportive Care in Cancer*, 2020. DOI: 10.1037/t70955-000.
- [44] SMITH A B, COSTA D, GALICA J, et al. Spotlight on the fear of cancer recurrence inventory (FCRI) [J]. *Psychol Res Behav Manag*, 2020, 13: 1257–1268. DOI: 10.2147/PRBM.S231577.

- [45] THEWES B, ZACHARIAE R, CHRISTENSEN S, et al. The concerns about recurrence questionnaire: validation of a brief measure of fear of cancer recurrence amongst Danish and Australian breast cancer survivors [J]. *J Cancer Surviv*, 2015, 9 (1): 68-79. DOI: 10.1007/s11764-014-0383-1.
- [46] BASTIEN C H, VALLIÈRES A, MORIN C M. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research [J]. *Sleep Med*, 2001, 2 (4): 297-307. DOI: 10.1016/s1389-9457(00)00065-4.
- [47] WASZYNSKI C M. Confusion assessment method (CAM) [J]. *Medsurg Nurs Off J Acad Med Surg Nurses*, 2004, 13 (4): 269-270.
- [48] BLANCO C, MARKOWITZ J C, HELLERSTEIN D J, et al. A randomized trial of interpersonal psychotherapy, problem solving therapy, and supportive therapy for major depressive disorder in women with breast cancer [J]. *Breast Cancer Res Treat*, 2019, 173 (2): 353-364. DOI: 10.1007/s10549-018-4994-5.
- [49] 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. DOI: 10.1007/s11912-020-0870-7.
- [50] BLUMENSTEIN K G, BROSE A, KEMP C, et al. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in improving functional health in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis [J]. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2022, 175: 103709. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2022.103709.
- [51] XIA W J, ZHENG Y P, GUO D X, et al. Effects of cognitive behavioral therapy on anxiety and depressive symptoms in advanced cancer patients: a meta-analysis [J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2024, 87: 20-32. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2024.01.006.
- [52] 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. DOI: 10.1200/JCO.23.00293.
- [53] NEZU A M, NEZU C M, SALBER K E. Problem-solving therapy for cancer patients and their families [J]. *Psicooncologia*, 2013, 10 (2-3): 9-23.
- [54] SHANG P P, CAO X L, YOU S M, et al. Problem-solving therapy for major depressive disorders in older adults: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Aging Clin Exp Res*, 2021, 33 (6): 1465-1475. DOI: 10.1007/s40520-020-01672-3.
- [55] YANG Y, XU J H, HU Y H, et al. The experience of patients with cancer on narrative practice: a systematic review and meta-synthesis [J]. *Health Expect*, 2020, 23 (2): 274-283. DOI: 10.1111/hex.13003.
- [56] SCHELL L K, MONSEF I, WÖCKEL A, et al. Mindfulness-based stress reduction for women diagnosed with breast cancer [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019, 3 (3): CD011518. DOI: 10.1002/14651858.CD011518.pub2.
- [57] MATHEW A, DOORENBOS A Z, JANG M K, et al. Acceptance and commitment therapy in adult cancer survivors: a systematic review and conceptual model [J]. *J Cancer Surviv*, 2021, 15 (3): 427-451. DOI: 10.1007/s11764-020-00938-z.
- [58] 袁勇贵, 黄河, 张伶俐, 等. 平衡心理治疗与心身相关障碍 [J]. *实用老年医学*, 2017, 31 (10): 906-909. DOI: 10.3969/j.issn.1003-9198.2017.10.003.
- [59] LAING E M, HEINEN J M, ACEBO DE ARRIBA R, et al. Adaptations of interpersonal psychotherapy in psycho-oncology and its effects on distress, depression, and anxiety in patients with cancer: a systematic review [J]. *Front Psychol*, 2024, 15: 1367807. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1367807.
- [60] APPLEBAUM A J, BASER R E, ROBERTS K E, et al. Meaning-centered psychotherapy for cancer caregivers: a pilot trial among caregivers of patients with glioblastoma multiforme [J]. *Transl Behav Med*, 2022, 12 (8): 841-852. DOI: 10.1093/tbm/ibac043.
- [61] WANG S M, ZHU Y, WANG Z Y, et al. Efficacy of meaning-centered group psychotherapy in Chinese patients with cancer: a randomized controlled trial [J]. *Palliat Support Care*, 2023, 21 (5): 773-781. DOI: 10.1017/S1478951523000998.
- [62] KOOL M, HAFKAMP E, GOL J, et al. Managing cancer and living meaningfully (CALM): implementation in Dutch cancer care [J]. *Psychooncology*, 2024, 33 (1): e6281. DOI: 10.1002/pon.6281.
- [63] MARTÍNEZ M, ARANTZAMENDI M, BELAR A, et al. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: a comprehensive systematic literature review [J]. *Palliat Med*, 2017, 31 (6): 492-509. DOI: 10.1177/0269216316665562.
- [64] ZHANG Y L, LI J J, HU X L. The effectiveness of dignity therapy on hope, quality of life, anxiety, and depression in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Int J Nurs Stud*, 2022, 132: 104273. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104273.
- [65] ZHAO K, WANG Y Y, LIU Q, et al. Efficacy comparison of five antidepressants in treating anxiety and depression in cancer and non-cancer patients [J]. *Front Neurosci*, 2024, 18: 1485179. DOI: 10.3389/fnins.2024.1485179.
- [66] JIN Y, DESTA Z, STEARNS V, et al. CYP2D6 genotype, antidepressant use, and tamoxifen metabolism during adjuvant breast cancer treatment [J]. *J Natl Cancer Inst*, 2005, 97 (1): 30-39. DOI: 10.1093/jnci/dji005.
- [67] PRESKORN S H, GREENBLATT D J, FLOCKHART D, et al. Comparison of duloxetine, escitalopram, and sertraline effects on cytochrome P450 2D6 function in healthy volunteers [J]. *J Clin Psychopharmacol*, 2007, 27 (1): 28-34. DOI: 10.1097/00004714-200702000-00005.
- [68] BALDWIN D S, NECKING O, SCHMIDT S N, et al. Efficacy and safety of vortioxetine in treatment of patients with major depressive disorder and common co-morbid physical illness [J]. *J Affect Disord*, 2022, 311: 588-594. DOI: 10.1016/j.jad.2022.05.098.
- [69] NGUYEN P L, ALIBHAI S M, BASARIA S, et al. Adverse effects of androgen deprivation therapy and strategies to mitigate them [J]. *Eur Urol*, 2015, 67 (5): 825-836. DOI: 10.1016/j.eururo.2014.07.010.
- [70] MEHTA R D, ROTH A J. Psychiatric considerations in the oncology setting [J]. *CA Cancer J Clin*, 2015, 65 (4): 300-314.

- and disparities in perinatal depression care [J]. *Obstet Gynecol*, 2022, 140 (2): 204–211. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004859.
- [54] KLATTER C K, VAN RAVESTEYN L M, STEKELENBURG J. Is collaborative care a key component for treating pregnant women with psychiatric symptoms (and additional psychosocial problems)? A systematic review [J]. *Arch Womens Ment Health*, 2022, 25 (6): 1029–1039. DOI: 10.1007/s00737–022–01251–7.
- [55] LI M, KENNEDY E B, BYRNE N, et al. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer [J]. *Psychooncology*, 2017, 26 (5): 573–587. DOI: 10.1002/pon.4286.
- [56] WALKER J, HOBBS H, WANAT M, et al. Implementing collaborative care for major depression in a cancer center: an observational study using mixed-methods [J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2022, 76: 3–15. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2022.03.003.
- [57] MOULTON C D, THARMARAJA T, HOPKINS C W P. Collaborative care for adults with obesity and depression [J]. *JAMA*, 2019, 322 (4): 367–368. DOI: 10.1001/jama.2019.6774.
- [58] MA J, VENDITTI E M, SNOWDEN M B. Collaborative care for adults with obesity and depression—reply [J]. *JAMA*, 2019, 322 (4): 368. DOI: 10.1001/jama.2019.6778.
- [59] CROARKIN P E, NAKONEZNY P A, DENG Z D, et al. High-frequency repetitive TMS for suicidal ideation in adolescents with depression [J]. *J Affect Disord*, 2018, 239: 282–290. DOI: 10.1016/j.jad.2018.06.048.
- [60] 贾玉萍, 苏亮, 徐一峰. 无抽搐电休克治疗在儿童青少年精神障碍患者中的应用 [J]. *临床精神医学杂志*, 2022, 32 (6): 502–504. DOI: 10.3969/j.issn.1005–3220.2022.06.022.
- [61] MORKEN I S, DAHLGREN A, LUNDE I, et al. The effects of interventions preventing self-harm and suicide in children and adolescents: an overview of systematic reviews [J]. *F1000Res*, 2019, 8: 890. DOI: 10.12688/f1000research.19506.2.
- (收稿日期: 2024–12–04; 修回日期: 2025–01–22)
(本文编辑: 康艳辉)

(上接第 1822 页)

- [71] VASILIU O. Efficacy, tolerability, and safety of toludesvenlafaxine for the treatment of major depressive disorder—a narrative review [J]. *Pharmaceuticals*, 2023, 16 (3): 411. DOI: 10.3390/ph16030411.
- [72] O'REGAN A, LEE J R, MCDERMOTT C L, et al. Opioids and benzodiazepines in oncology: perspectives on coprescribing and mitigating risks [J]. *J Geriatr Oncol*, 2024, 16 (2): 102172. DOI: 10.1016/j.jgo.2024.102172.
- [73] BYUN J Y, HAN S, QDAISAT A, et al. Long QT syndrome after using EGFR-TKIs in older patients with advanced non-small cell lung cancer [J]. *Expert Opin Drug Saf*, 2024, 23 (8): 1007–1015. DOI: 10.1080/14740338.2023.2294924.
- [74] HASNAIN M, VICTOR R VIEWEG W. QTc interval prolongation and torsade de pointes associated with second-generation antipsychotics and antidepressants: a comprehensive review [J]. *CNS Drugs*, 2014, 28 (10): 887–920. DOI: 10.1007/s40263–014–0196–9.
- [75] NORTHOUSE L, WILLIAMS A L, GIVEN B, et al. Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer [J]. *J Clin Oncol*, 2012, 30 (11): 1227–1234. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.5798.
- [76] TEIXEIRA R J, APPLEBAUM A J, BHATIA S, et al. The impact of coping strategies of cancer caregivers on psychophysiological outcomes: an integrative review [J]. *Psychol Res Behav Manag*, 2018, 11: 207–215. DOI: 10.2147/PRBM.S164946.
- [77] LI Y H, LI J J, ZHANG Y L, et al. The effectiveness of e-health interventions on caregiver burden, depression, and quality of life in informal caregivers of patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Int J Nurs Stud*, 2022, 127: 104179. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104179.
- [78] 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. DOI: 10.1016/j.ejon.2019.101698.
- [79] 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. DOI: 10.3390/currenol29100609.
- [80] VALENTINI V, BOLDRINI L, MARIANI S, et al. Role of radiation oncology in modern multidisciplinary cancer treatment [J]. *Mol Oncol*, 2020, 14 (7): 1431–1441. DOI: 10.1002/1878–0261.12712.
- [81] SHARPE M, WALKER J, HOLM HANSEN C, et al. Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial [J]. *Lancet*, 2014, 384 (9948): 1099–1108. DOI: 10.1016/S0140–6736(14)61231–9.
- [82] ARVING C, HOLMSTRÖM I. Creating a new profession in cancer nursing? Experiences of working as a psychosocial nurse in cancer care [J]. *J Clin Nurs*, 2011, 20 (19/20): 2939–2947. DOI: 10.1111/j.1365–2702.2011.03709.x.
- [83] SHOVAL G, BALICER R D, FELDMAN B, et al. Adherence to antidepressant medications is associated with reduced premature mortality in patients with cancer: a nationwide cohort study [J]. *Depress Anxiety*, 2019, 36 (10): 921–929. DOI: 10.1002/da.22938.
- [84] LYU X C, JIANG H J, LEE L H, et al. Oncology nurses' experiences of providing emotional support for cancer patients: a qualitative study [J]. *BMC Nurs*, 2024, 23 (1): 58. DOI: 10.1186/s12912–024–01718–1.
- (收稿日期: 2024–09–10; 修回日期: 2025–01–10)
(本文编辑: 赵跃翠)