

TACE 术治疗中晚期肝癌患者的护理配合及效果评价

张 静 沈祁祁 (通讯作者)

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230000

【摘要】目的：探讨全程系统化护理配合在经导管动脉化疗栓塞术（TACE）治疗中晚期肝癌患者中的临床应用效果。方法：选取 2025 年 1 月至 2025 年 11 月我院收治的行 TACE 治疗的中晚期原发性肝癌患者 42 例，采用随机数字表法分为对照组与实验组，每组 21 例。两组患者均接受标准化 TACE 手术治疗，对照组给予介入科常规围手术期护理，实验组在常规护理基础上实施术前、术后全程系统化护理配合。对比两组患者护理前后负性情绪评分、术后不同时间点疼痛程度及护理依从性。结果：护理后，实验组焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）评分分别为（41.35±4.12）分、（40.24±4.03）分，均低于对照组的（49.27±4.86）分、（48.53±4.72）分，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；术后 24h、72h，实验组患者 NRS 评分均低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；实验组护理依从性为 95.24%，高于对照组的 71.43%，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对行 TACE 术治疗的中晚期肝癌患者实施全程系统化护理配合，可有效缓解患者焦虑、抑郁负性情绪，减轻术后疼痛程度，提升患者护理配合度，临床应用价值较高，值得推广。

【关键词】：经导管动脉化疗栓塞术；中晚期肝癌；护理配合；护理效果

DOI:10.12417/2811-051X.26.07.057

原发性肝癌是全球范围内高发的恶性肿瘤，由于肝癌起病隐匿，早期无特异性症状，多数患者确诊时已进展至中晚期，失去外科根治性手术切除的机会^[1-2]。经导管动脉化疗栓塞术（TACE）是目前中晚期原发性肝癌的首选非手术治疗方案，其通过肿瘤供血动脉灌注化疗药物并栓塞供血血管，实现抑制肿瘤生长、促进肿瘤坏死的治疗目的，可有效延长患者生存期^[3]。但 TACE 属于有创介入操作，中晚期肝癌患者普遍存在焦虑、抑郁、绝望等严重负性情绪，治疗依从性较差，围手术期护理质量直接影响手术效果与患者预后^[4-5]。常规介入护理多以疾病为中心，侧重术后并发症的对症处理，缺乏全程化、系统化、个体化的护理干预，难以满足中晚期肝癌患者的多维度护理需求。本研究选取我院 42 例行 TACE 治疗的中晚期肝癌患者为研究对象，探讨全程系统化护理配合的临床应用效果，旨在为优化 TACE 围手术期护理模式、改善患者预后提供临床参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 1 月至 2025 年 11 月我院收治的行 TACE 治疗的中晚期原发性肝癌患者 42 例，采用随机数字表法分为对照组与实验组，每组 21 例。

对照组患者中，男性 14 例，女性 7 例；年龄 38~72 岁，平均年龄（56.24±6.38）岁；肝癌 TNM 分期：IIb 期 8 例，IIIa 期 10 例，IIIb 期 3 例；肝功能 Child-Pugh 分级：A 级 12 例，B 级 9 例；肿瘤直径 3.2~11.5cm，平均直径（6.72±1.84）cm；基础疾病：合并高血压 6 例，糖尿病 4 例，慢性乙型肝炎 15 例。

实验组患者中，男性 13 例，女性 8 例；年龄 36~74 岁，平均年龄（55.87±6.53）岁；肝癌 TNM 分期：IIb 期 7 例，IIIa 期 11 例，IIIb 期 3 例；肝功能 Child-Pugh 分级：A 级 11 例，

B 级 10 例；肿瘤直径 3.0~11.8cm，平均直径（6.85±1.91）cm；基础疾病：合并高血压 5 例，糖尿病 5 例，慢性乙型肝炎 16 例。

两组患者性别、年龄、肿瘤分期、肝功能分级、肿瘤直径、基础疾病等一般基线资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

两组患者均由同一组介入科医师完成标准化 TACE 手术治疗，采用 Seldinger 技术经股动脉穿刺插管，数字减影血管造影（DSA）明确肿瘤供血动脉后，根据患者肿瘤负荷、肝功能状态制定个体化化疗方案，常规采用奥沙利铂、氟尿嘧啶、表柔比星联合超液化碘化油乳化后行肿瘤供血动脉灌注与栓塞，术后确认栓塞效果后拔管，穿刺部位加压包扎。

对照组给予介入科常规围手术期护理，包括术前常规健康宣教、皮肤准备、碘过敏试验、术前禁食禁饮指导；术中配合医师完成手术操作，持续监测生命体征；术后病情观察、穿刺部位护理、并发症对症处理、饮食与用药指导、出院常规宣教等。

实验组在常规护理基础上，实施术前、术后全程系统化护理配合，具体内容如下：

- （1）术前护理配合：
①心理护理：术前 1d 由责任护士完成访视，采用 SAS、SDS 量表评估患者心理状态，结合患者年龄、文化程度、心理特征开展个体化心理疏导。用通俗易懂的语言讲解 TACE 手术的原理、操作流程、治疗优势、术中配合要点及术后可能出现的不适与应对方法，纠正患者对手术的错误认知；邀请治疗成功的同病种患者进行现身说法，缓解患者对手术的恐惧与焦虑；主动倾听患者诉求，鼓励患者表达内心感受，给予情感支持与心理安慰，帮助患者建立治疗信心^[6]。
②术前准备：协助患者完善术前血常规、肝肾功能、凝血功能、

肿瘤标志物、心电图、腹部增强 CT/MRI 等检查，全面评估患者手术耐受度；术前 6h 禁食、4h 禁饮，术前 30min 遵医嘱给予止吐、镇静药物；常规完成双侧腹股沟区皮肤准备、碘过敏试验，建立静脉留置针通路；提前备好手术器械、化疗药物、抢救药品与设备，核查药品有效期与规格，确保手术顺利开展。

(2) 术后护理配合：①穿刺部位与肢体护理：患者术后返回病房后，绝对卧床 24h，穿刺侧肢体伸直制动 6h，严禁弯曲、负重。密切观察穿刺部位有无渗血、血肿、皮下瘀斑，每 30min 观察 1 次足背动脉搏动情况、穿刺侧肢体皮肤温度、颜色及感觉，若出现足背动脉搏动减弱、肢体发凉麻木、肿胀疼痛等异常，立即告知医师处理。指导患者翻身时保持穿刺侧肢体伸直，避免咳嗽、用力排便等增高腹压的动作，预防穿刺部位出血。②并发症预防性护理：针对 TACE 术后常见并发症开展前瞻性护理干预。栓塞后综合征：术后每 4h 监测 1 次体温，体温 <38.5℃ 给予温水擦浴、冰袋冷敷等物理降温，体温 ≥38.5℃ 遵医嘱给予退热药物，同时指导患者补充水分；每日采用 NRS 量表评估患者疼痛程度，轻度疼痛给予体位调整、心理疏导、放松训练，中重度疼痛遵医嘱实施阶梯镇痛治疗；术后常规遵医嘱给予止吐药物，指导患者术后 6h 进食温凉流质饮食，少量多餐，避免油腻、辛辣刺激食物，缓解恶心呕吐症状。肝功能损伤：术后动态监测患者肝肾功能指标变化，遵医嘱规律给予保肝药物治疗，指导患者卧床休息，减少肝脏代谢负担，给予高维生素、优质蛋白、低脂易消化饮食。骨髓抑制：术后定期监测血常规，若出现白细胞、血小板计数下降，遵医嘱给予升白、升血小板药物治疗，做好保护性隔离，严格执行无菌操作，预防交叉感染。造影剂肾病：术后指导患者多饮水，24h 饮水量 ≥2000ml，促进造影剂经肾脏排出，密切观察患者尿量、尿色变化，监测肾功能指标。③康复与出院指导：术后根据患者恢复情况，指导患者循序渐进开展肢体活动，预防下肢深静脉血栓形成；联合营养科评估患者营养状况，制定个体化饮食方案，改善患者营养状态。出院时，向患者及家属发放健康宣教手册，指导患者规律作息，避免劳累，戒烟戒酒，遵医嘱按时服药，不可自行停药或调整剂量；告知患者定期返院复查肝肾功能、肿瘤标志物、腹部影像学检查，若出现腹痛、发热、黄疸、呕血黑便等不适，立即就诊。

1.3 观察指标

①负性情绪评分：分别于护理前、术后 7d 采用焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 评估，两个量表均包含 20 个项目，采用 4 级评分法，满分均为 100 分，评分越高表示患者焦虑、抑郁情绪越严重。

②疼痛程度：分别于术后 6h、24h、72h 采用数字疼痛评分法 (NRS) 评估，量表满分 10 分，0 分为无痛，10 分为最剧烈疼痛，评分越高表示疼痛程度越严重。

⑤护理依从性：采用我院自制的护理依从性调查问卷。问

卷满分 100 分，≥90 分为非常依从，80~89 分为依从，<80 分为不依从，总依从性=(非常依从+依从)例数/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件对研究数据进行分析处理。计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内护理前后比较采用配对 t 检验；计数资料以例数(百分率) n(%)表示，组间比较采用 χ^2 检验，理论频数 <5 时采用 Fisher 确切概率法。P<0.05 为差异具有统计学意义，所有计量数据均保留三位小数。

2 结果

2.1 两组患者护理前后负性情绪评分比较

护理前，两组患者 SAS、SDS 评分比较，差异无统计学意义 (P>0.05)；护理后，两组患者 SAS、SDS 评分均较护理前降低，且实验组评分低于对照组，差异具有统计学意义 (P<0.05)，详见表 1。

表 1 两组患者护理前后 SAS、SDS 评分对比 [$\bar{x} \pm s$]，分

组别	时间	实验组(n=21)	对照组(n=21)	t 值	P 值
SAS 评分	护理前	58.21±5.34	58.63±5.21	0.258	0.798
	护理后	41.35±4.12	49.27±4.86	5.696	0.000
SDS 评分	护理前	57.68±5.51	57.92±5.43	0.142	0.888
	护理后	40.24±4.03	48.53±4.72	6.121	0.000

2.2 两组患者术后不同时间点疼痛评分比较

术后 6h，两组患者 NRS 评分比较，差异无统计学意义 (P>0.05)；术后 24h、72h，实验组患者 NRS 评分均低于对照组，差异具有统计学意义 (P<0.05)，详见表 2。

表 2 两组患者术后不同时间点 NRS 评分对比 [$\bar{x} \pm s$]，分

组别	实验组	对照组	t 值	P 值
例数	21	21	-	-
术后 6h	5.69±1.30	5.82±1.23	0.333	0.741
术后 24h	3.15±0.92	4.63±1.05	4.858	0.000
术后 72h	1.84±0.65	3.21±0.86	5.824	0.000

2.3 两组患者护理依从性比较

实验组患者护理总依从性为 95.24%，高于对照组的 71.43%，差异具有统计学意义 (P<0.05)，详见表 3。

表 3 两组患者护理依从性对比 [n(%)]

组别	实验组	对照组	χ^2 值	P 值
例数	21	21	-	-

非常依从	13	7	-	-
依从	7	8	-	-
不依从	1	6	-	-
总依从性	20(95.24)	15(71.43)	4.286	0.038

注：续表 3。

3 讨论

3.1 全程系统化护理配合可有效缓解中晚期肝癌 TACE 患者的负性情绪

中晚期肝癌患者不仅面临疾病带来的躯体痛苦，还承受着对死亡的恐惧、治疗经济压力等多重心理负担，普遍存在严重的焦虑、抑郁情绪，而 TACE 手术作为有创操作，会进一步加重患者的心理应激反应，导致交感神经兴奋，血压、心率波动，影响手术顺利开展，同时降低患者治疗依从性^[7]。本研究结果显示，护理后实验组 SAS、SDS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)，提示全程系统化护理配合可有效缓解患者的焦虑、抑郁负性情绪。术前通过个体化心理评估与疏导，结合针对性健康宣教，可纠正患者对 TACE 手术的错误认知，缓解对手术的未知恐惧。同时通过情感支持与病友现身说法，帮助患者建立治疗信心，主动调节心理状态，从而有效改善负性情绪。

3.2 全程系统化护理配合可减轻 TACE 患者术后疼痛程度

疼痛是 TACE 术后最常见的症状之一，主要因肿瘤供血动脉栓塞后，肿瘤组织缺血缺氧坏死，释放炎症介质，刺激肝包膜所致，多在术后 4~72h 达到高峰，严重影响患者术后休息、进食与康复进程。本研究结果显示，术后 24h、72h 实验组 NRS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)，提示全程系统化护理配合可有效减轻患者术后疼痛程度。术后通过规律的疼痛评估，实施阶梯镇痛方案，结合体位调整、放松训练等非药物镇痛措施，实现

疼痛的全程化、个体化干预，有效缓解了术后疼痛，提升了患者术后舒适度。

3.3 全程系统化护理配合可提升 TACE 患者的护理依从性

护理与治疗依从性是决定中晚期肝癌患者 TACE 治疗效果、术后康复进程及远期生存结局的核心因素。中晚期肝癌患者需接受多周期 TACE 治疗，围手术期需严格遵守术前准备、术后肢体制动、规范用药、饮食调控、康复训练及定期复查等多项护理要求，患者的遵医行为直接关系到手术安全性与治疗获益。本研究结果显示，实验组患者护理总依从性为 95.24%，高于对照组的 71.43%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，提示全程系统化护理配合可全面提升行 TACE 治疗的中晚期肝癌患者的护理依从性。术前系统化的健康宣教与心理干预，结合患者个体特征开展分层化的疾病与治疗知识讲解，可有效纠正患者的认知误区，使其充分认识到遵医行为对治疗效果与康复进程的重要性，同时通过心理疏导缓解患者的负性情绪，建立患者对医护人员的信任，从主观意愿上提升患者的护理配合度。术后规范化的康复指导与出院后延续性护理规划，将护理干预从院内延伸至院外，通过明确的用药、饮食、康复及复查要求，结合针对性的自我管理技能培训，帮助患者建立规范的健康行为习惯，同时通过制定个性化的随访计划，实现对患者院外遵医行为的持续监督与动态指导，及时纠正患者的不依从行为。而患者护理依从性的提升，又可进一步保障各项治疗与护理措施的有效落实，降低术后并发症发生风险，形成护理干预的良性循环，最终实现患者预后的持续改善。

综上所述，对行 TACE 术治疗的中晚期肝癌患者实施术前、术后全程系统化护理配合，可有效缓解患者焦虑、抑郁等负性情绪，减轻术后疼痛程度，有效提升患者护理依从性，临床应用效果显著，具有较高的推广价值，可为中晚期肝癌 TACE 患者围手术期护理方案的制定提供参考。

参考文献：

[1] 杨文静,朱玲怡,黄超明,黄琦,朱子舰,张业余,方世记,郑丽云,赵中伟,纪建松.预后营养指数在评估 TACE 联合消融术治疗中晚期肝癌预后的临床价值[J].介入放射学杂志,2025,34(5):512-517.

[2] 赵德丽,李玮玮,许映佩,周亚,张媛媛.基于集束化护理的自我管理干预在肝癌 TACE 术患者中的效果评价[J].护理实践与研究,2025,22(5):687-692.

[3] 李茹,张媛,吴蕊,杨芳梅.集束化护理干预对原发性肝癌 TACE 治疗患者的影响探讨[J].健康导刊,2025,2(6):73-75.

[4] 李梦.基于循证医学的叙事护理模式对原发性肝癌患者 TACE 术后早期离床活动和依从性的影响[J].临床医学研究与实践,2025,10(5):138-141.

[5] 过天琪,蒋琦.基于计划行为理论的营养护理对肝癌 TACE 术患者营养状态的影响[J].医学理论与实践,2025,38(22):3912-3915.

[6] 谢雅静,王晓路,高娅妮,陈丽颖,王亚珍,於兵霞,王亚莉,王秀锋.基于 PERMA 模式的舒适护理对原发性肝癌患者 TACE 围术期舒适度及癌症复发恐惧的影响[J].肝胆胰外科杂志,2025,37(8):550-555.

[7] 蔡新宇,浦嘉丽.阶段性心理干预在接受介入栓塞术治疗原发性肝癌患者护理中的应用[J].中外医学研究,2025,23(31):111-114.