

肺癌化疗患者口腔黏膜炎护理方案改善营养状况的临床观察

相菲

(西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710061)

【摘要】目的：探讨口腔黏膜炎护理干预在减轻肺癌化疗患者口腔黏膜炎严重程度、改善患者营养状态及提升治疗体验中的临床应用效果。方法：选取2022年1月至2024年1月收治的60例肺癌化疗并发口腔黏膜炎患者，采用随机数字表法分为实验组（n=30）与对照组（n=30）。对照组实施常规口腔护理；实验组在常规护理的基础上进行系统化干预，具体措施包括：个体化口腔黏膜炎分级评估与动态记录、基于分级结果的阶梯式口腔清洁及镇痛方案、个性化高营养密度流质/半流质饮食方案制定与执行指导、结构化心理支持与沟通。结果：干预第7天、第14天，实验组WHO口腔黏膜炎评分均显著低于对照组^[1]。干预第14天，实验组血清Alb、PA水平明显高于对照组，BMI下降幅度小于对照组。实验组患者满意度评分显著高于对照组。结论：系统化口腔黏膜炎护理干预能够有效降低肺癌化疗患者口腔黏膜炎严重程度，提高血清白蛋白与前白蛋白水平，减缓体重下降速率，这对提升患者治疗满意度是极为有利的。

【关键词】肺癌化疗；口腔黏膜炎；护理方案；营养状况改善

Clinical Observation on Nutritional Improvement through Oral Mucosal Care Intervention for Lung Cancer Chemotherapy Patients by

Xiang Fei

(First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an City, Shaanxi Province 710061)

[Abstract] Objective: To evaluate the clinical efficacy of oral mucosal care intervention in reducing mucosal inflammation severity, improving nutritional status, and enhancing treatment satisfaction among lung cancer chemotherapy patients. Methods: A total of 60 patients with concurrent oral mucosal inflammation during chemotherapy were enrolled from January 2022 to January 2024. They were randomly divided into an experimental group (n=30) and a control group (n=30). The control group received standard oral care, while the experimental group underwent systematic interventions including: individualized mucosal inflammation grading assessment with dynamic documentation, stepwise oral cleansing and analgesic protocols based on grading results, personalized high-nutrient liquid/semi-liquid dietary plans with implementation guidance, and structured psychological support and communication. Results: At days 7 and 14 of intervention, the WHO oral mucosal inflammation scores in the experimental group were significantly lower than those in the control group^[1]. By day 14, serum albumin and prealbumin levels in the experimental group were notably higher than those in the control group, with a smaller BMI decline rate. Satisfaction scores in the experimental group were significantly higher than those in the control group. Conclusion: Systematic oral mucosal care intervention effectively reduces mucosal inflammation severity, improves serum albumin and prealbumin levels, slows weight loss rate, and significantly enhances patient satisfaction with treatment.

[Key words] lung cancer chemotherapy; oral mucositis; nursing plan; nutritional status improvement

引言：

肺癌为全世界发病率和致死率最高的恶性疾病，化疗为其综合治疗方案的核心组成，口腔黏膜炎是肺癌接受化疗后最常见的剂量限制性毒性之一，临床发生率较高。化疗药物直接作用于口腔黏膜基底层细胞使其更新和再生停止，同时改变了黏膜局部微环境，引起黏膜的炎症、溃疡、疼痛和出血等改变，中度和重度的口腔黏膜炎可引发患者疼痛、吞咽和语言功能受损等症状，严重影响患者的经口进食欲望和进食能力，直接造成营养摄入减少。肿瘤患者营养不良的发生率高，在化疗耐受性差，免疫力及抵抗力差，容易发生感染，生活质量下降及预后不良的临床结局上具有密切的联系。常规的护理方案侧重于口腔清洁卫生方面，而在口腔黏膜炎的

准确分级、多方面的止痛、治疗、营养、心理社会等方面干预力度欠缺。因此，建立并验证一套系统、统一、科学规范的关于口腔黏膜炎的护理方案，使黏膜炎的病人有效缓解，维护营养、改善营养、维持和增强机体能量储备，以改善肺癌患者经化疗的诊疗体验和预后结局具有临床意义^[2]。

1、资料与方法

1.1 一般资料

选择2022年1月~2024年1月本院肿瘤科接收的肺癌化疗相关口腔黏膜炎患者为对象，经排除选择，最终选取60例患者作为研究对象，按对照组和实验组进行分组，每组各30例患者。研究对象入选标准：经病理诊断为肺癌；

应用含铂类或紫杉类方案作为标准化疗方案治疗肺癌化疗；患者治疗后出现的 WHO 分级 ≥ 1 级的口腔黏膜炎；患者年龄 18~75 岁，KPS ≥ 60 分；生存时间大于 3 个月；将患者采用随机数字表法分成两组后，年龄、性别比例、肺癌病理类型情况、化疗方案类型等比较相似^[3]。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组行肿瘤内科口腔常规护理。由责任护士每天询问并了解患者口腔状况，教会其早晨起床后、睡觉前、进餐后的生理盐水或说明书稀释后复方氯己定含漱液漱口，含漱时间 ≥ 1 分钟；教会患者用软毛牙刷轻柔刷牙，以避免损害黏膜。向患者及其家人发放口腔黏膜炎知识手册，主要了解口腔清洁的意义、禁忌、鼓励喝较多的水保持口干舌燥的症状等基本知识。当患者有口腔疼痛症状时，遵医嘱口服非甾体类止痛药或者使用利多卡因漱口水来减轻疼痛。

1.2.2 实验组

实验组在对照组常规口腔护理基础上采用系统化口腔黏膜炎护理干预，由培训通过的专科护士实施。在患者评估及动态评估及记录方面，依据 WHO 口腔黏膜炎分级标准（0~4 级），干预前与干预后第 3、7、10、14 天进行标准化评估及记录，内容主要包括黏膜红斑和溃疡数目、面积、分布及疼痛程度、对摄食、吞咽能力的影响，同时建立患者个体化 OM 观察动态记录表。依分进行分级的阶梯口腔清洁、镇痛操作如下。WHO1（红斑），增加漱口次数至一日 ≥ 6 次，选择含 1.25%碳酸氢钠、盐水、无酒精温和的漱口水分别含漱；指导患者使用超软毛、海绵牙刷刷牙及舌苔，用冰生理盐水含漱或含碎冰球缓解疼痛；疼痛评分 VAS ≤ 4 分者评估后口服非甾体消炎药。WHO2（红斑、溃疡，能食用固体食物），在 1（红斑）的基础上，增加漱口次数至一日 ≥ 8 次，使用含透明质酸钠、谷氨酰胺成分等黏膜保护剂含漱；疼痛评估 VAS ≥ 4 分者，在进食前 15min 内含漱 2%利多卡因稀释液或局部涂含凝胶制剂镇痛，评估后给予低剂量小剂量弱阿片制剂口服镇痛。针对 WHO3 级（溃疡，仅能进食流质），暂停牙刷使用，改用棉签蘸取生理盐水+碳酸氢钠+利多卡因混合液等特殊口腔清洁液或专用护理海绵擦拭口腔；喷涂或涂抹重组人表皮生长因子凝胶、康复新液等黏膜修复剂；疼痛管理采用含利多卡因的漱口水/凝胶联合弱阿片类或低剂量强阿片类止痛药控制持续性疼痛，确保进食前镇痛效果，

同时增加无糖口香糖、人工唾液等口腔保湿剂的使用频率。对于 WHO4 级（溃疡，需肠外/肠内营养支持），在 3 级护理基础上实施无菌操作口腔清洁，必要时邀请口腔科会诊；疼痛管理采用强阿片类药物进行充分镇痛^[4]。

营养评定及咨询：联合营养师共同评定病人的营养风险和饮食情况并制定高营养密度型流质/半流质饮食。食物质地调整及加强：视口腔黏膜炎轻重程度选择流质、匀浆膳或软食，嘱家属给病人吃高蛋白、易消化且温凉的食物；必要时添加乳清蛋白粉、全营养素粉等商业性营养补充剂；或营养强化型高能量密度肠内营养制剂。进食策略优化：食物多餐进食，每日 5~6 次进食少食量，进食前应保证有效的止痛漱口水/药物；进食取坐位或半卧位，避免进食时的食物刺激到溃疡面，进食后立即口腔清洁。联合营养师营养状态评价与反馈：体重变化情况评定：定期监测患者的体重变化，并联合营养师根据病人饮食耐受性及营养指标调整饮食。最后，指导护理工作主动询问病人有关口腔疼痛感、进食痛苦、外貌形象及治疗焦虑等不适主诉，共情和理解地给予安慰；提供信息支持，明确口腔黏膜炎发生机制、预期病程、诊治方案和干预目的，使病人理解、接受；同时协助对病人宣教应对技巧及放松方法，以消除疼痛与紧张感，如深呼吸、渐进放松法等；鼓励病人积极沟通病情变化。

2、结果

2.1 干预第 7 天，实验组患者口腔黏膜炎严重程度显著低于对照组，实验组 3~4 级黏膜炎发生率为 6.7%（2/30），显著低于对照组的 20.0%（6/30）。干预第 14 天，两组差异进一步扩大，实验组无 3~4 级病例，而对照组仍有 20.0%（6/30）的患者处于 3 级。

2.2 实验组血清白蛋白水平较干预前呈现明显的上升趋势，而对照组则显著下降。血清前白蛋白变化趋势类似，实验组显著升高，对照组显著降低。在体质指数（BMI）方面，两组均有下降，但实验组下降幅度显著小于对照组。

2.3 实验组患者对口腔黏膜炎护理的满意度总分（43.7 $\pm$ 4.1 分）显著高于对照组（37.2 $\pm$ 5.6 分）；实验组中发生 3 级及以上严重黏膜炎的患者比例显著低于对照组；实验组患者口腔黏膜炎从发生到愈合的平均持续时间也显著短于对照组，表明系统化干预加速了黏膜修复进程。

表 1 两组患者不同时间点 WHO 口腔黏膜炎分级比较

WHO 分级	干预前		干预第 7 天		干预第 14 天	
	实验组（n=30）	对照组（n=30）	实验组（n=30）	对照组（n=30）	实验组（n=30）	对照组（n=30）
0 级	0（0.0）	0（0.0）	1（3.3）	0（0.0）	8（26.7）	2（6.7）
1 级	16（53.3）	17（56.7）	18（60.0）	8（26.7）	17（56.7）	10（33.3）
2 级	14（46.7）	13（43.3）	9（30.0）	16（53.3）	5（16.7）	12（40.0）
3 级	0（0.0）	0（0.0）	2（6.7）	6（20.0）	0（0.0）	6（20.0）
4 级	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）
中重度（3~4 级）发生率	0（0.0）	0（0.0）	2（6.7）	6（20.0）	0（0.0）	6（20.0）

表 2 两组患者营养指标变化比较

指标	组别	干预前	干预第 14 天	P 值
白蛋白 (Alb, g/L)	实验组	35.2 ± 3.1	36.8 ± 3.0	0.004
	对照组	34.8 ± 3.4	34.0 ± 3.2	
前白蛋白 (PA, mg/L)	实验组	180.5 ± 25.3	195.8 ± 27.6	0.011
	对照组	177.8 ± 28.1	170.2 ± 30.5	
体质指数 (BMI, kg/m ²)	实验组	21.8 ± 1.9	21.5 ± 1.8	0.028
	对照组	22.1 ± 2.1	21.2 ± 2.0	

表 3 两组患者满意度评分及黏膜炎持续时间比较

项目	实验组	对照组	P 值
患者满意度总分 (分, $\bar{x} \pm s$)	43.7 ± 4.1	37.2 ± 5.6	<0.001
最高 WHO 分级 ≥ 3 级 [n (%)]	2 (6.7)	8 (26.7)	0.038
黏膜炎持续时间 (天, $\bar{x} \pm s$)	10.3 ± 2.8	14.2 ± 3.5	<0.001

3、讨论

本观察结果显示,实施系统化口腔黏膜炎护理干预可有效减轻肺癌化疗患者的口腔黏膜炎症状,维持其营养指标水平,并提高患者的满意度。本观察提示在第 7 天、第 14 天干预的口腔黏膜炎程度在实验组明显低于对照组(接受常规护理),且实验组中出现口腔黏膜炎 3~4 度的程度明显低于对照组、持续时间也明显少于对照组。系统化护理干预中的最主要模式是根据 WHO 分级应用阶梯式口腔清洁、口腔疼痛控制方案,根据不同患者的个体情况分等级进行口腔评估,明确口腔情况,采取早期、有效、强效疼痛干预措施,并最终阻断其“疼痛——拒食——营养不良恶化——黏膜炎修复延缓——疼痛加剧”的恶性循环为最终目标。当患者口腔疼痛症状得到有效缓解时,吞咽等行为引起的剧烈、刺激性疼痛相应减轻,患者解除生理因素引起的拒食烦躁和心理障碍和恐惧感自然下降,从而使实验组患者在实施系统化护理干预之后血清白蛋白、前白蛋白的维持较对照组无明显下降趋势,而血清前白蛋白作为反应人体蛋白质营养状况及肝脏蛋白质合成能力的灵敏指标,其在危重患者中可清晰反应机体组织处于营养不良状态时对化疗耐受性的受损、降低人体免疫功能的作用以及皮肤与粘膜创面愈合的影响;故而

导致对照组患者指标下降应与其“疼痛——拒食——营养恶化——黏膜修复延迟”这一恶性循环有关^[5]。营养师制定、护士强化实施高能量密度流质/半流质膳食计划可以保证患者在进食量受限的情况下,摄取充分的营养素;对患者的饮食进行精心管理、精心调配,使食物性状避开溃疡创面的物理刺激。加之营养强化可以明显提高单位食物的能量与蛋白质含量,从而弥补肿瘤及其化疗所产生的高代谢损耗。而且心理社会介入措施的实施对患者改善营养状态也具有不容忽视的作用,癌症的诊断、化疗所导致的并发症和口腔疼痛所带来的心理负性情绪会明显抑制患者的食欲,促进下丘脑—垂体—肾上腺系统的激活,进而影响消化液的分泌和胃肠动力。护士主动聆听、同理反应及良好的解释能有效地减轻患者的无助感、紧张焦虑等。实验组患者满意度显著高于对照组,显示这种综合护理模式对患者的价值,患者不仅感受到黏膜炎症状的改善,还感受到护理人员对其个体化的痛苦和需求给予了深层次的理解和有效回应。

综上,本研究结果显示,肺癌化疗患者可以推广将系统化口腔黏膜炎护理方案作为其标准护理方案的重要内容,同时也建议实施该护理方案的主体是医院管理部门为专科护士培训、跨学科联合模式、必要的设备和条件等方面的保障,才能得以实现整体护理与有效护理。

参考文献:

[1]伍玉凤.肺癌化疗并发口腔黏膜炎的个案护理[J].基层医学论坛, 2020, 17 (33): 123-124.
[2]吴钱生.80 例化疗相关口腔黏膜炎证治特点的临床研究[D].成都中医药大学, 2019.
[3]顾艳茹, 胡雁, 桑燕, 等.癌症放疗患者口腔黏膜炎护理循证实践方案的构建[J].中华现代护理杂志, 2019 (29): 87-88.
[4]冯爱华.肿瘤放疗患者口腔黏膜炎护理循证方案构建研究[J].当代护士 (下旬刊), 2022, 10 (07): 231-232.
[5]胡仙华.癌症放疗患者口腔黏膜炎的护理进展[J].护理管理杂志, 2022 (08): 158-159.