

• 专科护理 •
• 论 著 •

口腔癌游离皮瓣移植术患者多学科协作护理方案的构建及应用

喻磊,田思维,邱敏,章慧莹,李蕾,容秋霞

摘要:**目的** 构建口腔癌游离皮瓣移植术患者多学科协作护理方案并评价实施效果,以期促进患者围手术期康复。**方法** 采用前瞻性非同期对照研究设计,选取 2024 年 1—6 月收治的 50 例患者作为对照组,实施常规护理;选取 2024 年 7—12 月收治的 50 例患者作为观察组,实施多学科协作护理方案。比较两组营养指标、吞咽功能及生活质量的差异。**结果** 观察组干预后血清白蛋白、血红蛋白、前白蛋白水平显著优于对照组(均 $P<0.05$)。两组 BMI、洼田饮水试验评分、生活质量评分比较,组间效应、时间效应、交互效应具有统计学意义(均 $P<0.05$)。**结论** 多学科协作护理方案能有效改善口腔癌游离皮瓣移植术后患者的营养状况,提高患者的吞咽功能和生活质量。

关键词: 口腔癌; 游离皮瓣移植术; 多学科协作; 营养状况; 生活质量; 吞咽功能; 护理方案

中图分类号: R473.73 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2026.17.028

Development and application of a multidisciplinary collaborative nursing program for oral cancer patients undergoing free flap transplantation

Yu Lei, Tian Siwei, Qiu Min, Zhang Huiying, Li Lei, Rong Qiuxia. Department of Nursing, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science & Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: **Objective** To develop a multidisciplinary collaborative nursing program for oral cancer patients undergoing free flap transplantation, and to evaluate its implementation effects, with the aim of promoting perioperative recovery. **Methods** A prospective nonconcurrent controlled study was conducted. Fifty patients admitted from January to June 2024 were assigned to a control group and received routine nursing care; another 50 patients admitted from July to December 2024 were assigned to an intervention group and received a multidisciplinary collaborative nursing program. The nutritional indicators, swallowing function, and quality of life were compared between the 2 groups. **Results** After the intervention, the serum albumin, hemoglobin, and prealbumin levels of the intervention group were significantly better than those of the control group (all $P<0.05$). The intervention, time, and intervention-by-time interaction effects between the two groups were statistically significant in body mass index (BMI), Water Swallowing Test scores, and quality-of-life scores (all $P<0.05$). **Conclusion** The multidisciplinary collaborative nursing program effectively improves postoperative nutritional status, swallowing function, and quality of life in oral cancer patients undergoing free flap transplantation.

Keywords: oral cancer; free flap transplantation; multidisciplinary collaboration; nutritional status; quality of life; swallowing function; nursing program

口腔癌是头颈部常见的恶性肿瘤,主要的治疗方式为手术联合放化疗^[1],其中相当一部分患者需行肿瘤切除联合游离组织瓣重建以恢复解剖与功能^[2]。此类手术创伤大、术后管理复杂,患者不仅面临切口及供受区并发症、感染与再手术风险,还常出现营养不良、吞咽与言语功能受损、张口受限、疼痛与睡眠障碍、焦虑抑郁等多维度问题,均可能延长住院时间并影响远期生活与生存质量^[3-5]。围手术期护理是促进患者功能恢复的重要环节,研究表明围绕 ERAS 理念的综合护理可缩短患者机械通气与住院时间,并推动早期进食与功能训练^[6]。现有研究多聚焦单一学科的干预措施,如单纯的营养支持或吞咽训练^[7-8]。虽然取得了一定的成效,但未充分考虑口腔癌游离皮瓣

移植术后患者的综合需求。多学科协作模式整合不同学科的专业知识和技能,为患者提供全面、个性化的医疗护理服务,此模式可整合不同专业优势,以满足患者多方面的围手术期护理需求,可提升护理的全面性和多维性、改善患者结局并提升护理质量。鉴此,本研究拟构建并应用口腔癌游离皮瓣移植术患者多学科协作护理方案,以促进患者围手术期康复,改善术后营养状况、吞咽功能与生活质量,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用前瞻性非同期对照研究方法,选取 2024 年 1—12 月在我院口腔颌面外科收治的口腔癌患者为研究对象。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②病理确诊为口腔癌,拟行根治手术+皮瓣移植术且符合手术适应证;③意识清楚,沟通能力正常;④无严重心肝肾疾病;⑤对本研究知情同意并签署知情同意书。排除标准:①并存其他恶性肿瘤或有远处转移;②术前严重营养不良(血清白蛋白 <30 g/L);③有精神疾病史或语言障碍;④存在未纠正的凝血功能异常

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部(湖北 武汉,433000)
通信作者:田思维,tiansw@139.com
喻磊:女,硕士,主管护师,护士长,1181386193@qq.com
收稿:2026-04-08;修回:2026-06-12

或抗凝治疗无法停用。脱落标准:研究期间患者因病情变化或失访无法完成研究。本研究以干预后血清白蛋白水平为主要评价指标,参照两样本均数比较样本量计算公式: $n_1=n_2=2[\sigma(Z_{\alpha/2}+Z_{\beta})/\delta]^2$ 。取 $\alpha=0.05,1-\beta=0.8,Z_{\alpha/2}=1.96,Z_{\beta}=0.84$,参照陈斐琳等^[9]的研究, $\delta=2.31,\sigma=3.45$,计算得出样本量为 $n_1=n_2=36$ 例。考虑 20% 的脱失率,得出每组至少需要 45 例。按入院时间将 2024 年 1—6 月收治的 50

例患者纳入对照组,2024 年 7—12 月收治的 50 例患者纳入观察组。对照组 1 例因患者出院后失去联系退出;观察组 3 例退出(1 例因病情变化转至 ICU 退出,1 例患者因出院后 1 个月发生并发症拒绝继续进行干预,1 例患者因出院时留取电话有误无法再联系)。两组患者一般资料比较,见表 1。本研究已通过医院伦理委员会批准(TJ-IRB20220311)。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	教育程度(例)			婚姻状况(例)		TNM 分期(例)	
		男	女		小学及以下	初中	高中及以上	在婚	不在婚	Ⅱ期	Ⅲ期
对照组	49	37	12	53.67±9.67	9	21	19	44	5	23	26
观察组	47	32	15	51.45±9.95	12	14	21	38	9	15	32
统计量		$\chi^2=0.654$		$t=1.112$	$Z=-0.039$			$\chi^2=1.541$		$\chi^2=2.264$	
P		0.419		0.269	0.969			0.214		0.132	

1.2 干预方法

两组均从入组时干预至术后 3 个月。对照组采用常规的护理模式,包括病情观察、口腔护理、饮食宣教、营养评估、疼痛管理、术后吞咽功能训练指导等。术后 1 个月、3 个月对患者进行随访,督促患者继续康复训练并解答患者疑问,以保障康复训练的效果。观察组采用多学科协作护理方案,具体如下。

1.2.1 组建多学科协作团队 成立由 14 名成员组成的多学科协作团队,包括口腔颌面外科护士长、甲乳外科护士长、中医科护士长、口腔颌面外科主任医师、口腔颌面外科医生、头颈肿瘤科医生、麻醉科医生、临床营养科医生、心理咨询师及康复科医生各 1 名,责任护士 4 名。口腔颌面外科护士长负责统筹团队运行,组织多学科讨论,监督方案实施与质量控制;甲乳外科护士长负责指导头颈部淋巴水肿相关护理;中医科护士长负责中医适宜技术的实施;口腔颌面外科主任医师负责方案的专业指导及复杂临床问题的决策;口腔颌面外科医生负责患者围手术期病情评估、治疗实施及手术相关并发症处理;头颈肿瘤科医生负责肿瘤相关病情评估及治疗协调;麻醉科医生负责麻醉评估与实施,并制订和调整围手术期镇痛及镇静方案;临床营养科医生负责营养风险评估,制订并动态调整个体化营养支持方案;心理咨询师负责心理评估与干预;康复科医生负责术后口腔、吞咽及言语功能评估与康复指导;责任护士负责围手术期基础与专科护理、皮瓣监测、伤口及管路管理、健康教育、出院随访及多学科协调。团队成员每周开展 1 次线下会议,讨论患者存在的问题及干预效果,并根据患者病情和康复情况调整干预措施。

1.2.2 干预方案的构建与实施 结合口腔癌游离皮瓣移植术患者围手术期常见护理问题,系统检索国内外最新指南和循证证据,明确口腔癌游离皮瓣移植术患者护理的关键环节与具体措施,基于检索结果,多学科协作团队经过 2 轮讨论,结合科室现有材料和资源,并参考文献制订康复护理方案,见表 2。

1.3 评价方法 各评价指标由责任护士进行评估或采集。①营养状况:采用前白蛋白、血红蛋白、白蛋白及身体质量指数(Body Mass Index,BMI)评估患者营养状况。于入院时、术后 7 d 及出院时检测血清白蛋白、血红蛋白和前白蛋白水平,并测量 BMI;术后 1 个月及 3 个月随访时测量 BMI。②吞咽功能:采用洼田饮水试验进行评定。协助患者取坐位,饮水 30 mL,观察饮水过程及记录时间。能够在 5 s 内一次饮完且无呛咳判定为Ⅰ级;一次饮完但超过 5 s,或分 2 次饮完且无呛咳判定为Ⅱ级;一次饮完但有呛咳判定为Ⅲ级;分 2 次饮完且有呛咳判定为Ⅳ级;频繁呛咳且不能饮完判定为Ⅴ级。等级越高,表示吞咽功能障碍越严重。监测两组患者术后 7 d、出院时、术后 1 个月及术后 3 个月的吞咽功能。③生活质量:采用华盛顿大学生活质量问卷(University of Washington Quality of Life Questionnaire,UW-QOL)^[19],共 15 个领域,包含 12 个疾病特定领域(外貌、咀嚼、吞咽、唾液分泌、味觉、疼痛、行动、语言、娱乐、肩功能、焦虑、情绪)和 3 个普适问题。每个领域根据患者选择 3~5 个等级,将其赋值为 0、25、50、75、100 分,总分越高表示该领域功能越好或受影响越轻,生活质量越高。各领域得分累加即为总分,最高分为 1 200 分。于术后 7 d、出院时、术后 1 个月及 3 个月对两组患者进行问卷测评。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 26.0 软件进行统计学分析。服从正态分布的计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以频数、率表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料以 $M(P_{25},P_{75})$ 表示,组间比较采用 Mann-Whitney U 检验;采用重复测量的方差分析或广义估计方程比较两组多个时间点的差异。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组不同时间营养指标比较 见表 3。
2.2 两组不同时间吞咽功能、生活质量评分比较 见表 4。

表 2 口腔癌游离皮瓣移植术患者多学科协作护理方案

时间		项目	干预者	内容
术前	入院后 48 h 内	营养评估	临床营养科医生	进行专业的营养状况评估,包括人体测量、生化指标监测、饮食调查等
		营养干预	责任护士 + 临床营养科医生	存在营养不良的患者,在不影响手术安排的前提下,给予适当的营养支持(口服营养制剂 + 营养宣教)。术前 2 h 口服 400 mL 临床营养科自制的碳水化合物(以麦芽糊精和结晶果糖作为碳水化合物来源),并监测患者的血糖值
		吞咽评估	责任护士	吞咽功能的评估;采用洼田饮水试验对患者进行吞咽功能的评估 ^[10]
		术前适应性训练	责任护士	指导患者行舌体及口腔功能训练 ^[11]
		肺康复指导	责任护士	指导患者戒烟、行腹式缩唇呼吸、咳嗽训练等。
术后	术后即刻—出院时	心理干预	心理咨询师	对患者进行心理评估,提供必要的心理支持。
		疼痛管理	麻醉科医生 + 责任护士 + 中医科护士长	以麻醉科医生制订的多模式镇痛方案为基础,根据患者疼痛程度及时调整镇痛措施;责任护士动态评估疼痛程度及镇痛效果,遵医嘱实施药物镇痛,并观察相关不良反应。疼痛控制效果欠佳时及时反馈麻醉科医生评估并调整方案。在常规镇痛基础上,由中医科护士长根据患者情况指导开展腕踝针等中医适宜技术,作为辅助镇痛措施 ^[12] 。腕踝针留针 20~30 min,根据疼痛缓解情况调整。
		并发症管理	责任护士 + 中医科护士长	①恶心、呕吐:内关穴按压、胃肠减压、穴位注射灭吐灵。②腹胀、腹泻:穴位贴敷、艾灸/隔姜(内关、神阙、中脘)、少量多餐喂养模式。③口干或口腔异味:缓解口干可用小喷壶喷水、薄荷醇润唇膏;选择合适的溶液进行口腔护理或口腔冲洗保持口腔清洁,清除口腔异味。
		肠内营养	临床营养科医生 + 口腔颌面外科医生 + 头颈肿瘤科医生 + 责任护士	①肠内营养制剂的选择:消化功能正常且无特殊疾病的患者,可选用整蛋白型肠内营养制剂;心功能不全的患者优选全营养肠内营养制剂;呼吸功能不全的患者优选高脂低碳水化合物的营养制剂;糖尿病或一过性血糖升高患者优选高富含单不饱和脂肪酸糖尿病肠内营养配方;消化功能差,容易腹胀、腹泻的患者可选用短肽型、低脂型制剂,并在输注过程中降低制剂的浓度、渗透压及速度等;有特殊疾病的患者,建议优先考虑肠道的适应性。当肠内营养提供的蛋白质和能量低于机体目标需要量的 60%时,启动肠外营养补充,肠外营养采取“全合一”模式,使用多腔袋通过静脉途径给予患者所需要的营养物质 ^[13] 。②肠内营养的输注方式:术后 1~3 d,早期肠功能未完全恢复,可持续缓慢泵入或输注(20~50 mL/h),可减少肠道负担,降低不耐受风险;术后 4~7 d,胃肠功能逐渐恢复,可采用间断泵入(如每日 4~6 次,每次 1~2 h),模拟正常进食节律,刺激肠道规律收缩及激素分泌;术后 8 d 及以上,胃肠道功能基本恢复,胃排空良好,可耐受快速输注(类似正常进食),可采用间断推注,提高患者的舒适度,减少泵依赖,为过渡至口服饮食做准备 ^[14]
		肿胀管理	甲乳外科护士长 + 责任护士	头颈部淋巴水肿的患者常选用淋巴水肿综合消肿治疗(Complete DecongestiveTherapy, CDT)联合肌内效贴技术 ^[15] 。CDT 治疗包括手法淋巴引流、低弹性绷带包扎、皮肤护理和功能训练,能减轻水肿、促进淋巴液回流,减少远期组织纤维化、感染等并发症的发生,提高患者生活质量。使用肌内效贴技术,先找准锚点,调整胶带位置使其呈“手指”状向水肿部位辐射,促进肿胀的消退
	术后第 1 天—术后 1 个月	吞咽功能干预	康复科医师 + 责任护士	①口腔感觉功能训练 ^[16] :利用温、痛、视、听、嗅等多种感觉来增加和刺激口腔感觉和运动功能。如冷刺激及芳香疗法等,宜选早上及午睡后,循序渐进,每天 2~3 次,每次 10~20 min。②吞咽功能训练 ^[17] :术后 1 周由康复科医生指导行门德尔松手法训练,每天 3 次,每次 10~15 min;术后 2 周开始吞咽肌力量训练,使用硅胶咬合物进行渐进式训练;术后 2 周开始咀嚼功能训练,使用不同硬度的食物进行训练。③吞咽技巧的指导 ^[18] :环境安静且备急救条件;取患者健侧喂食,把控每口间隔 30 s、一口量,配合餐前冰刺激等;患者优选 30°左右舒适体位,尽量自主进食,食物注重色香。进食后漱口,保持原体位 30 min,掌握仰头、侧方、点头及空吞咽技巧
				①建立随访档案,定期进行电话随访或门诊随访,出院后 1 周、2 周、1 个月、3 个月各进行一次全面评估,根据评估结果调整干预方案。定期开展皮瓣座谈会、居家护理等,为患者提供面对面的延续服务。②依托网络平台,推送营养相关信息。搭建专科“微笑颌护”公众号,推送科普视频或宣教手册;组建“瓣您康复”微信群,实现医护患无障碍沟通;责任护士开展“图文咨询”,为患者及家属提供及时有效的护理服务
出院后—出院后 3 个月		延续护理	责任护士	

3 讨论

3.1 多学科团队构成符合临床实际需求 口腔癌游离皮瓣移植术属于高难度、创伤性大、并发症风险高的手术,患者常同时存在营养不良、吞咽障碍、气道与皮瓣监测需求、术后疼痛及心理压力等多维问题^[4,20]。单一学科难以覆盖这些多维需求,因此本研究组建了包括口腔颌面外科、头颈肿瘤科、麻醉科、临床营养科、康复医学科、甲乳外科、中医科及心理咨询科的多学科团队。团队构建依据患者术后常见问题及循证指南推荐,口腔颌面外科负责手术方案与术后并发症处理;头颈肿瘤科参与肿瘤相关病情评估与治疗协调;麻醉科在围手术期提供生命体征监测与镇痛

管理;临床营养科制订并动态调整个体化营养处方;康复医学科负责吞咽及言语功能训练;甲乳外科护士长负责头颈部淋巴水肿相关护理;中医科护士长负责腕踝针等中医适宜技术的实施;心理咨询科进行心理评估与干预,缓解焦虑抑郁,提升依从性;责任护士承担皮瓣监测、口腔护理、健康宣教与延续护理协调。多学科团队的构建不仅基于患者实际需求,也符合ERAS理念下多维干预的临床路径^[6]。在干预过程中,需重点确保各学科职责清晰、衔接顺畅,难点在于不同专业背景人员间的沟通与协作效率。实践中需建立标准化沟通流程与定期病例讨论机制,同时避免因团队层级复杂导致的决策延迟。

表 3 两组不同时间营养指标比较

组别	例数	白蛋白(g/L)			血红蛋白(g/L)		
		入院时	术后 7 d	出院时	入院时	术后 7 d	出院时
对照组	49	37.92±3.43	30.97±3.48	29.71±3.53	134.71±10.22	110.67±10.92	103.12±10.87
观察组	47	37.58±4.50	35.19±4.55	36.16±4.60	133.36±11.52	117.57±11.56	110.21±11.10
<i>t</i>		0.419	5.113	7.719	0.609	3.007	3.162
<i>P</i>		0.676	<0.001	<0.001	0.544	0.003	0.002

组别	例数	前白蛋白(g/L)			BMI(kg/m ²)				
		入院时	术后 7 d	出院时	入院时	术后 7 d	出院时	术后 1 个月	术后 3 个月
对照组	49	235.27±45.02	152.72±27.92	141.62±28.54	24.60±3.88	23.75±3.92	23.49±3.88	21.35±3.65	22.12±3.73
观察组	47	245.50±39.10	213.22±32.75	222.76±32.75	25.97±3.91	25.52±3.89	25.32±3.88	24.37±3.86	25.31±3.88
<i>t</i>		1.187	9.752	12.956	1.719	2.227	2.309	3.949	4.115
<i>P</i>		0.238	<0.001	<0.001	0.089	0.028	0.023	<0.001	<0.001

注:两组白蛋白比较, $F_{\text{时间}}=10\ 656.435$ 、 $F_{\text{组间}}=17.450$ 、 $F_{\text{交互}}=4\ 144.406$,均 $P<0.001$;两组血红蛋白比较, $F_{\text{时间}}=1\ 645.221$ 、 $P<0.001$ 、 $F_{\text{组间}}=3.738$ 、 $P=0.056$ 、 $F_{\text{交互}}=47.394$ 、 $P<0.001$;两组前白蛋白比较, $F_{\text{时间}}=108.724$ 、 $F_{\text{组间}}=112.003$ 、 $F_{\text{交互}}=32.708$,均 $P<0.001$;两组 BMI 比较, $F_{\text{时间}}=213.889$ 、 $F_{\text{组间}}=8.861$ 、 $F_{\text{交互}}=37.326$,均 $P<0.001$ 。

表 4 两组不同时间吞咽功能、生活质量评分比较

组别	例数	洼田饮水试验等级[级, $M(P_{25},P_{75})$]				生活质量(分, $\bar{x}\pm s$)			
		术后 7 d	出院时	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 7 d	出院时	术后 1 个月	术后 3 个月
对照组	49	4(3,4)	3(2,4)	3(2,3)	1(1,2)	995.31±49.42	837.76±70.04	932.04±65.41	994.90±70.12
观察组	47	3(2,4)	3(2,3)	2(2,3)	1(1,2)	1 017.87±50.17	873.83±57.81	970.64±61.59	1 048.51±65.67
<i>Z/t</i>		-3.309	-2.854	-3.111	-0.589	2.220	2.746	2.974	3.863
<i>P</i>		0.004	0.017	0.007	1.000	0.029	0.007	0.004	<0.001

注:两组洼田饮水试验等级比较,Wald $\chi^2_{\text{时间}}=144.664$ 、 $P<0.001$;Wald $\chi^2_{\text{组间}}=8.867$ 、 $P=0.003$;Wald $\chi^2_{\text{交互}}=9.667$ 、 $P=0.022$;两组生活质量比较, $F_{\text{时间}}=370.829$ 、 $F_{\text{组间}}=12.425$ 、 $F_{\text{交互}}=2.711$,均 $P<0.05$ 。

3.2 多学科协作护理方案干预可改善口腔癌游离皮瓣移植术患者营养状况 本研究结果显示,观察组干预后血清白蛋白、血红蛋白、前白蛋白水平及 BMI 值显著优于对照组(均 $P<0.05$),提示以营养、吞咽、症状管理为核心的多学科协作护理方案干预能有效改善口腔癌游离皮瓣移植术患者术后营养状况。与叶盈希等^[15]的研究结果一致,渐进式营养干预可显著提升患者术后营养状况与生活质量。本方案通过多学科协同,从术前营养评估到术后个体化营养处方的动态调整,实现了营养管理的全程化与精准化。临床营养科医师根据患者术式、创面情况及代谢状态制订并调整营养方案,确保患者获得充足的营养支持;中医科护士长实施腕踝针、穴位贴敷等中医适宜技术,辅助缓解疼痛及恶心、呕吐、腹胀、腹泻等不适,减少相关症状对进食和营养的影响;康复科医生通过制订阶梯式的吞咽功能训练计划,提高了患者的进食能力,从而促进营养的摄入;责任护士通过规范口腔护理改善口腔环境,如口腔护理液及口腔护理方式的正确选择,能有效清除口腔异味,保护患者口腔黏膜的完整性,提高患者的食欲。张慧敏等^[21]的研究也证实,基于循证的营养干预策略能改善口腔癌患者的术后营养状况,提高患者术后的生活质量,降低胃肠道并发症。干预重点在于营养方案的动态调整与喂养耐受性监测,难点在于肠内营养实施过程中易出现腹胀、腹泻等不耐受情况,需注意根据胃肠功能恢复情况适时调整输注速度与制剂类型。与常规护理相比,本方案整合了营养、康复、心理及症状管理等多维措

施,不仅关注营养摄入,还注重功能恢复与症状控制,从而全面优化营养结局。

3.3 多学科协作护理方案干预可改善口腔癌游离皮瓣移植术患者吞咽功能 本研究结果显示,观察组洼田饮水试验结果显著优于对照组(时间、组间及交互效应均 $P<0.05$),表明多学科协作护理方案干预能有效改善口腔癌游离皮瓣移植术患者术后吞咽功能。口腔癌术后患者常因手术创伤导致舌骨上肌群无力、会厌前移受限等结构性及功能性吞咽障碍,进而影响经口进食与营养吸收^[22]。本方案中,康复科通过系统的吞咽功能训练(如冰刺激、门德尔松手法、吞咽肌力量训练)促进吞咽反射重建,改善吞咽功能。甲乳外科根据患者头颈部肿胀情况实施 CDT 联合肌内效贴技术,以减轻颌面部肿胀对功能恢复的影响。同时,临床营养科医生根据患者吞咽功能状况调整饮食方案,提供适合患者吞咽能力的食物,与功能训练协同促进吞咽功能的恢复。责任护士严格执行口腔清洁、疼痛控制、分泌物管理,并配合温差刺激式口腔护理以增强感觉输入与吞咽反射。干预重点在于早期介入与训练强度的个体化调整,难点在于患者因疼痛和恐惧心理对吞咽训练的抵触,需注意训练前充分镇痛、采用正向激励并结合心理疏导提升依从性。本方案通过多学科协同、分阶段、分级别的吞咽干预,实现了从功能训练到营养支持的闭环管理,促进了患者术后吞咽功能恢复。

3.4 多学科协作护理方案干预可提高口腔癌游离皮瓣移植术患者生活质量 本研究结果显示,观察组干

预不同时间生活质量评分显著高于对照组(时间、组间及交互效应均 $P < 0.05$),表明多学科协作干预方案能有效提高口腔癌患者术后的生活质量。口腔癌患者术后常面临疼痛、外貌改变、活动能力及社交能力下降、咀嚼和吞咽困难等问题,严重影响其生理功能与心理状态^[20]。本方案通过多学科协同,整合了症状管理、功能训练、心理支持与延续护理等多维措施:麻醉科负责围手术期镇痛管理;中医科护士长实施腕踝针等中医适宜技术辅助缓解疼痛及相关不适;康复科与营养科协同改善吞咽与营养状况;心理咨询科提供情绪支持,增强治疗依从性;责任护士通过“微笑颌护”公众号、“瓣您康复”微信群等线上平台开展延续护理,多种形式的延续护理^[23]确保出院后干预不间断。干预重点在于构建从急性期到恢复期的全程化护理路径,难点在于出院后随访的可持续性与患者自我管理能力的培养,今后研究可利用信息化工具建立动态随访档案,并通过结构化健康教育提升患者及照护者的参与度。多学科协作护理方案通过多学科团队的协同作用,多维度同步干预,改善患者的生理功能和心理状态,提高患者的生活质量。多学科协作干预方案不仅关注患者的生理功能恢复,还注重患者的心理健康和社会功能的恢复,为患者提供全方位的支持和帮助。

4 结论

口腔癌游离皮瓣移植术患者的多学科协作护理方案能有效改善患者术后的营养状况,促进吞咽功能恢复,并显著提升其生活质量,促进患者整体康复。优势在于:从症状管理到功能重建的整合路径;心理干预与健康教育嵌入,增强依从性与自我效能;线上+线下延续护理闭环确保出院后干预延续性。本研究的局限在于样本量较小,研究时间较短,且为单中心研究,可能影响研究结果的普遍性和代表性。未来可扩大样本量,延长研究时间,并通过多中心研究验证该方案的广泛适用性。

参考文献:

- [1] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会. 中国临床肿瘤学会(CSCO)头颈部肿瘤诊疗指南(2021版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2021:44-50.
- [2] 李建成,杨东昆,宋培军,等. 游离皮瓣移植在全舌切除后I期修复重建中的应用[J]. 临床耳鼻喉头颈外科杂志,2020,34(8):736-742.
- [3] Reed W T, Jiang R, Ohnuma T, et al. Malnutrition and adverse outcomes after surgery for head and neck cancer[J]. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg,2024,150(1):14-21.
- [4] Wang S J, Shen S Y, Lin B, et al. Factors affecting postoperative sleep quality of patients undergoing flap transfer for head and neck reconstruction[J]. Oral Oncol,2022,127:105804.
- [5] Lahtinen S, Molnár K, Hietanen S, et al. Quality of life in head and neck cancer patients at 5 years after free flap reconstruction:a significant decline during the follow-up[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol,2022,279(8):4069-4075.
- [6] Nieminen T, Tapiovaara L, Bäck L, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol improves patient outcomes in free flap surgery for head and neck cancer[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol,2024,281(2):907-914.
- [7] 段睿睿,田艳芝,杨慧贤,等. 喉癌术后病人匹配式吞咽训练方案的构建与应用[J]. 护理研究,2025,39(12):1976-1983.
- [8] 许少媛,甘爱华,郭琴,等. 基于前馈控制理念的营养教育路径在头颈肿瘤放疗患者中的应用[J]. 天津护理,2025,33(2):142-148.
- [9] 陈斐琳,桂意华. 头颈癌手术患者基于网络平台的个性化营养管理体系构建及应用[J]. 中国医药导报,2023,20(34):189-192.
- [10] 何杏芳,王帅,邓益君,等. 改良洼田饮水试验评估流程在口腔癌术后患者吞咽功能筛查中的应用[J]. 中国口腔颌面外科杂志,2025,23(1):24-28.
- [11] 喻磊,郭三兰,田思维. 术前适应性训练在舌癌患者术后快速康复中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2017,23(14):1-2.
- [12] 徐晓雯,张家研. 腕踝针疗法对ICU转出过渡期患者疼痛程度、睡眠质量的影响[J]. 临床研究,2025,33(5):161-164.
- [13] 湛永毅,袁玲,胡永红. 肿瘤患者家庭肠内营养护理专家共识[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志,2024,11(3):314-321.
- [14] 谢玉生,黄蓉蓉,赵雪,等. 成人中度烧伤患者肠内肠外营养的证据总结[J]. 中华护理杂志,2024,59(9):1106-1113.
- [15] 刘高明,夏莹,张宏. 淋巴水肿肌内效贴治疗技术及应用[M]. 北京:学苑出版社,2025:252-258.
- [16] 薛文凤,张华芳,李思涵,等. 酸刺激与冰刺激改善吞咽障碍效果的Meta分析[J]. 循证护理,2023,9(2):207-213.
- [17] 叶盈希,吕永利,吴汉江,等. 分阶段动态营养支持结合吞咽康复训练对舌癌术后患者营养状态及生活质量的影响[J]. 护理学杂志,2025,40(6):109-113.
- [18] 刘爱玲,湛永毅,张清慧,等. 吞咽障碍患者直接摄食训练的研究进展[J]. 护理学杂志,2021,36(19):110-113.
- [19] 严颖彬,毛驰,彭歆,等. 应用UW-QOL评价口腔鳞癌患者的生存质量[J]. 中国口腔颌面外科杂志,2009,7(6):495-499.
- [20] Gosselin L E, Villemure-Poliquin N, Audet N. Quality of life after head and neck cancer surgery and free flap reconstruction:a systematic review[J]. J Otolaryngol Head Neck Surg,2024,53:19160216241248666.
- [21] 张慧敏,刘俊杰,刘进,等. 口腔癌患者营养风险管理的循证实践[J]. 护理学杂志,2022,37(12):88-91.
- [22] Nakayama Y, Yamakawa N, Ueyama Y, et al. Examination of suprahyoid muscle resection and other factors affecting swallowing function in patients with advanced oral cancer after surgical resection and reconstruction[J]. J Craniofac Surg,2022,33(8):e840-e844.
- [23] 田思维,喻磊,范满红,等. 口腔癌患者围术期个案管理模式的应用[J]. 护理学杂志,2022,37(1):36-38.