

针对性护理干预在淋巴瘤患者化疗后口腔感染预防中的应用效果

黄珍贞

赣州市肿瘤医院淋巴血液肿瘤病区 江西 赣州 341000

【摘要】：目的：分析针对性护理干预对淋巴瘤患者化疗后口腔感染的预防作用。方法：选择我院2024年1月-2025年1月收治的86例淋巴瘤患者，根据随机数字表法分为对照组与观察组，各43例。对照组采用常规护理，观察组采用针对性口腔护理干预。对比两组口腔感染率；口腔黏膜损伤分级；疼痛评分；口腔唾液菌落总数；血清白蛋白水平。结果：观察组口腔感染率、疼痛评分、唾液致病菌菌落总数低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组I-II度口腔黏膜损伤占比、血清白蛋白水平高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：淋巴瘤患者采用针对性护理干预，能够降低其口腔感染率、疼痛程度，提升其营养状况，有效恢复其口腔粘膜功能。

【关键词】：针对性护理；淋巴瘤；化疗；口腔感染；黏膜损伤

DOI:10.12417/2705-098X.26.15.035

淋巴瘤是一种淋巴造血系统的恶性克隆性肿瘤，主要发病人群为中青年以及老年人群。目前，临床中对于淋巴瘤的一线根治手段为联合化疗，主流R-CHOP方案包括：中利妥昔单抗、环磷酰胺、多柔比星^[1]，但上述药物具有一定的口腔黏膜毒性：一方面，化疗药物会对口腔上皮基底细胞的增殖产生抑制作用，从而破坏口腔黏膜鳞状上皮的连续性，明显升高黏膜的通透性；另一方面，化疗能够引发骨髓抑制，降低其外周血中性粒细胞绝对值，机体固有免疫屏障功能会受到破坏，口腔中定植的白色念珠菌、溶血性链球菌以及铜绿假单胞菌会出现异位增殖，从而导致其出现溃疡性、真菌性口腔感染。如果患者出现重度口腔感染，患者会产生进食障碍以及吞咽剧痛，导致其被迫中断化疗周期，减少其远期生存时间，同时还会提升全身并发症的发生风险^[2]。现阶段下，常规口腔护理的应用，一般会统一使用生理盐水进行漱口，每日两次擦拭口腔，个性化不足，同质化护理的适配性较差，这也是导致口腔感染防控效果不符合预期的重要原因。针对性护理的应用，可以根据风险等级分为低、中、高危三层，能够匹配个性化的漱口方案、黏膜防护、营养支持以及口腔健康教育，和传统同质化护理模式不同^[3]，故现做出如下研究，旨在分析针对性护理干预的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2024年1月-2025年1月收治的86例淋巴瘤患者，根据随机数字表法分为对照组与观察组，各43例。对照组男有24例，女有19例；年龄为29-72岁，平均为（51.36±8.42）岁；淋巴瘤类型：非霍奇金淋巴瘤39例，霍奇金淋巴瘤4例；中性粒细胞基础值为（ 3.21 ± 0.45 ） $\times 10^9/L$ 。观察组男有22例，女有21例；年龄为27-74岁，平均为（52.04±7.96）岁；淋巴瘤类型：非霍奇金淋巴瘤38例，霍奇金淋巴瘤5例；中性粒细胞基础值为（ 3.18 ± 0.42 ） $\times 10^9/L$ 。两组一般资料对比（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①确诊为原发性淋巴瘤；②首次采用R-CHOP/CHOP标准化疗，预计能够耐受至少4个化疗周期；③化疗前

患者的口腔黏膜完整，并未伴发龋齿、牙周炎、既往口腔真菌感染疾病史；④意识清晰，能够自主依从口腔护理；⑤患者知情同意，并在知情同意书上签字。

排除标准：①伴发自身免疫缺陷相关性疾病；②化疗前3个月具有糖皮质激素、广谱抗生素的使用史；③伴发头颈部放疗史；④处于肝肾功能损伤终末期；⑤精神认知功能异常无法依从护理。

1.2 方法

对照组：采用常规护理：化疗之前统一实施一次口腔健康教育，告知其饭后需要使用清水漱口；化疗过程中每天早晚使用生理盐水棉球擦拭牙龈以及颊黏膜，每天2次；当产生黏膜红肿后，需要统一给予其复方氯己定含漱液进行漱口，护理人员需要按照科室标准化流程进行操作，并未实施风险评估。

观察组：实施针对性分层护理干预：

（1）化疗之前的基线针对性评估：化疗之前24h，需要进行口腔专项评估，评估内容包括：唾液流率、口腔中的pH值、中性粒细胞计数、口腔黏膜微循环、吸烟饮酒史以及糖尿病并发症。以评估结果为根据进行分层：低危（即中性粒细胞超过 $2.0\times 10^9/L$ ，口腔pH值为6.6-7.1，黏膜未发生充血）、中危（即中性粒细胞计数未 $1.0-2.0\times 10^9/L$ ，口腔pH低于6.5，黏膜发生轻微充血）、高危（中性粒细胞不足 $1.0\times 10^9/L$ ，黏膜存在点状红斑，唾液流率不足 $0.8ml/min$ ）。

（2）分层针对性漱口方案：对于低危患者：使用0.9%生理盐水+碳酸氢钠1:1配比进行漱口，每天4次，每次含漱时间为90s，清除口腔中的食物残渣；对于中危患者：于晨起、睡前时使用复方氯己定含漱液，三餐之后需要使用2%碳酸氢钠溶液，控制真菌的定植；对于高危患者：交替应用聚维酮碘稀释液以及碳酸氢钠溶液，每间隔2h含漱一次，同时使用医用海藻糖黏膜喷雾，每天喷3次，以修复上皮。

（3）针对性饮食与唾液干预：对于唾液分泌减少的患者，需要指导患者小口多次饮用温凉的无糖柠檬水，不可引用酸性

饮料，防止对破损黏膜造成直接刺激；对于伴发糖尿病患者，需要对蔗糖的摄入进行严格控制，避免高糖环境下加快念珠菌的繁殖；对于吞咽敏感的患者，需要为其提供糊状高蛋白流质饮食，不可食用粗糙、过烫的食物。

（4）针对性疼痛和感染预警护理：每天早晚食用 VAS 评分对患者口腔疼痛进行评估，对于评分 ≥ 4 分者，需要给予其局部利多卡因凝胶，防止全身镇痛药物对骨髓功能造成影响；每天需要采集其口腔黏膜分泌物，每周作 2 次送检，提前识别真菌类型，不需要等到溃疡形成再进行干预。

（5）针对性心理与自理教育：对于中青年焦虑型患者来说，一对一介绍口腔感染和化疗预后效果之间的关系，避免患者产生过度恐慌；对于老年记忆力衰退患者，需要为其制作图文漱口时间卡片，于床头张贴提醒报告，由陪护积极协助做好对应护理。

1.3 观察指标

①口腔感染率：感染标准：黏膜产生白色假膜、发生破溃渗液、形成局部脓性分泌物，体温 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ，则认为是口腔感染。

②口腔黏膜损伤分级：I级：黏膜发生轻微充血，并未出破溃；II级：单点存在浅表溃疡，直径低于 0.5cm；III级：存在多发性溃疡伴水肿；IV级：发生大面积糜烂以及出血。

③疼痛评分：根据视觉模拟评分法评估，满分 10 分，分值和疼痛程度成正比。

④口腔唾液致病菌菌落总数：采集非刺激性唾液共 1ml，使用平板涂布法检测。

⑤血清白蛋白。

⑥护理满意度：根据院内自制的满意度进行调查，满分 100 分， ≥ 90 分为非常满意，80-89 满意， < 80 不满意，满意度=非常满意率+满意率。

1.4 统计学处理

采用 SPSS25.0 统计学软件，其中均数+标准差符合正态分布，以 $(\bar{x} \pm s)$ 用来表示计量资料，通过计算 t 值进行验算，率（%）用来表示计数资料，通过计算 χ^2 进行验算。

2 结果

2.1 口腔感染率对比

对照组为 20.93%（9/43），观察组为 4.65%（2/43），两组对比（ $P < 0.05$ ）；

2.2 口腔黏膜损伤分级对比

观察组均优于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 1；

表 1 口腔黏膜损伤分级对比[n（%）]

组别	对照组	观察组	Z	P
----	-----	-----	---	---

例数	43	43	-	-
I级	14	22	3.217	0.001
II级	18	18		
III级	9	3		
IV级	2	0		

2.3 疼痛评分对比

观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 2；

表 2 疼痛评分对比 $(\bar{x} \pm s)$ （分）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	43	43	-	-
化疗 14d	3.82 $\pm$ 0.67	2.14 $\pm$ 0.52	12.989	0.000
化疗 21d	3.25 $\pm$ 0.59	1.63 $\pm$ 0.41	14.786	0.000

2.4 唾液致病菌菌落总数及血清白蛋白对比

观察组均优于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 3；

表 3 唾液致病菌菌落总数及血清白蛋白对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	对照组	观察组	t	P
例数	43	43	-	-
白色念珠菌菌落数 ($\times 103\text{CFU/ml}$)	12.35 $\pm$ 2.14	4.26 $\pm$ 1.08	22.131	0.00
溶血性链球菌菌落数 ($\times 103\text{CFU/ml}$)	8.72 $\pm$ 1.63	2.15 $\pm$ 0.66	24.499	0.000
白蛋白（g/L）	31.26 $\pm$ 2.33	34.82 $\pm$ 2.15	7.363	0.000

2.5 护理满意度对比

观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 4；

表 4 护理满意度对比[n（%）]

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	43	43	-	-
非常满意	17	29	-	-
满意	18	13	-	-
不满意	8	1	-	-
满意度	35(81.40)	42(97.67)	6.081	0.014

3 讨论

淋巴瘤化疗之后口腔感染属于医源性二重感染，淋巴瘤患

者通常会伴发肿瘤性的高代谢,会进一步提升其机体蛋白质的分解速率,唾液腺细胞的营养供给量不足,明显降低其唾液分泌量以及唾液中溶菌酶和乳铁蛋白等抑菌指标水平,导致其感染风险提升,故在化疗过程中,需要采取有效措施进行护理。

研究发现:观察组口腔感染率低于对照组,原因在于:针对性护理能够以基线 pH 分层为根据进行干预:对于酸性口腔患者,可优先给予其碳酸氢钠,碱化患者的口腔环境,将 pH 值控制在 6.7-7.0 范围内,直接阻断念珠菌细胞壁的合成;对于中性口腔患者,使用生理盐水联合短周期氯己定,对革兰氏阳性致病菌产生抑制作用。同时,针对性护理的应用,进行针对性漱口,可以完全覆盖化疗后 5-10 天的骨髓抑制峰值窗口期,降低致病菌的异位定植率^[4]。

研究发现:观察组口腔黏膜损伤分级优于对照组,原因在于:针对性护理能够根据患者损伤等级,给予其海藻糖黏膜保护剂:海藻糖能够在破损的上皮表面上形成一层纳米保护膜,避免化疗药物、食物摩擦、唾液酶二次损伤创面,同时提升上皮细胞的整合素表达量,促进基底细胞发生迁移修复。对于不及 II 级的浅表溃疡,不使用强效性的抗菌药物,防止其黏膜菌群受到二次破坏,只采用物理保湿修复;对于高危 III 级损伤前兆患者,提前通过黏膜的低温雾化护理,以减少口腔局部微循环的血流速度,降低黏膜的充血水肿程度^[5]。

研究发现:观察组疼痛评分低于对照组,原因在于:针对性护理的应用,可实施早期菌群管控,能够降低患者黏膜局部的炎症浸润程度,减少炎性致痛物质的释放效率,从而有效降低痛觉刺激度;另外,针对性的心理干预,还可以降低患者的痛觉敏化,从而减轻疼痛程度。

研究发现:观察组唾液致病菌菌落总数及血清白蛋白优于对照组,原因在于:针对性护理应用下,可根据患者差异性给予其抗菌药剂:对于中危患者,可间断性使用氯己定,减少抗菌时间,保留乳酸杆菌的定植;对于高危患者,可使用聚维酮碘进行广谱性抑菌,并联合益生元口腔喷雾,以为患者补充有益菌,重新恢复微生态平衡。针对性饮食干预的应用,能够根据口腔损伤程度,对其食物性状进行调整,保证患者的蛋白质得以充分摄入,改善患者的营养指标^[6]。

研究发现:观察组满意度高于对照组,原因在于:针对性护理的应用,能够在基线评估基础上,同步收集患者的人文需求,而不是只评估患者的各项生理指标,并结合生理护理以及人文护理,能够有效减少护理中的无效操作,减轻患者的口腔不适程度,进而提高其主观满意度。

综上所述,淋巴瘤患者化疗期间采用针对性口腔护理,可降低其疼痛程度,改善其口腔工作以及营养状况,效果良好。

参考文献:

- [1] 芦镜镜,张宁.基于规范化管理的预防性护理结合积极心理干预对淋巴瘤化疗患者并发症发生情况及疾病自我感受负担的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(33):187-190.
- [2] 冯丽娜,田金丽,李娟,等.淋巴瘤患者化疗期 Connect-Home 过渡护理干预方案的构建[J].护理学报,2024,31(15):57-61.
- [3] 王瑞.预见性护理干预对淋巴瘤病人化疗后口腔感染的预防作用探讨[J].科技与健康,2022,1(9):78-80.
- [4] 张志红.预见性护理干预在淋巴瘤患者化疗后口腔感染预防中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2022(18):89-91,106.
- [5] 陈金连,黄丹,江美玲.针对性护理干预在淋巴瘤患者化疗后口腔感染预防中的应用[J].中国冶金工业医学杂志,2024,41(2):169-170.
- [6] 王剑人,钱姿斐,施华.PDCA 循环式护理干预在弥漫性大 B 细胞淋巴瘤化疗患者中的应用评价[J].中国肿瘤临床与康复,2022(004):464-467.