

# 标准化口腔护理方案对头颈部放疗患者口腔黏膜炎严重程度的影响

万杏玉

咸宁市中心医院 湖北 咸宁 437000

**【摘要】：**目的：探讨标准化口腔护理方案对头颈部放疗后并发口腔黏膜炎患者黏膜损伤严重程度及口腔健康状态的干预效果。方法：将70例头颈部恶性肿瘤放疗后出现放射性口腔黏膜炎的患者随机分为观察组与对照组，各35例。对照组实施常规口腔护理，观察组采用全程标准化口腔护理干预方案。对比两组患者口腔黏膜炎症状改善情况、口腔健康评估工具（OHAT）评分、口腔VAS评分。结果：干预后观察组口腔黏膜炎严重程度优于对照组（ $P<0.05$ ）。干预后，观察组OHAT评分、口腔VAS评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：标准化口腔护理可有效减轻头颈部放疗所致口腔黏膜炎患者的黏膜损伤程度，缓解口腔疼痛，改善患者口腔健康状态促进黏膜炎恢复。

**【关键词】：**头颈部肿瘤；放射治疗；标准化口腔护理；口腔黏膜炎；护理效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.15.061

放射治疗是头颈部恶性肿瘤的核心治疗手段，但放射线易损伤口腔黏膜上皮细胞，破坏黏膜屏障、紊乱口腔微生态，极易诱发放射性口腔黏膜炎。该病为头颈部放疗常见急性不良反应，患者多伴随口腔充血、溃疡、剧烈疼痛及进食困难等症状，不仅严重降低治疗舒适度与生活质量，重度黏膜炎还可导致放疗中断、疗效下降，甚至引发感染、营养不良等并发症，严重影响患者预后<sup>[1]</sup>。因此，针对放疗后并发放射性口腔黏膜炎的患者开展规范、有效的专项护理干预，对促进黏膜修复、保障放疗顺利开展具有重要临床价值。目前临床针对放射性口腔黏膜炎多采用常规对症护理，但对已发生的黏膜损伤修复效果有限，难以有效控制病情进展<sup>[2]</sup>。标准化循证护理可根据黏膜炎损伤程度实施精准干预，弥补常规护理的不足。基于此，本研究构建标准化口腔护理方案，应用于头颈部放疗后口腔黏膜炎患者，探究其对患者黏膜损伤程度、口腔健康状态及生活质量的干预效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2024年1月—2025年12月收治的70例头颈部恶性肿瘤放疗后并发放射性口腔黏膜炎患者，根据治疗方法不同分为观察组和对照组，各35例。

纳入标准：①经病理确诊头颈部恶性肿瘤，接受根治性放疗治疗，放疗剂量 $\geq 60\text{Gy}$ ；②放疗期间经临床确诊发生放射性口腔黏膜炎，黏膜损伤分级为Ⅰ～Ⅳ级；③年龄18～75岁，意识清晰、认知正常，可配合完成护理干预与量表评估；④临床资料完整。

排除标准：①放疗前合并原发性口腔炎症、溃疡、牙周疾病者；②既往口腔手术史、头颈部放疗史者；③合并糖尿病、免疫功能低下、凝血功能障碍等影响黏膜修复的基础疾病；④合并全身严重感染、肝肾功能衰竭等严重躯体疾病；⑤中途退出治疗、失联、依从性极差者。

观察组：男20例，女15例；年龄22～73岁，平均（52.18 $\pm$ 8.46）岁；肿瘤类型：鼻咽癌18例，喉癌9例，口腔癌6例，其他2例；放疗剂量60～72Gy，平均（65.35 $\pm$ 3.12）Gy；干预前口腔黏膜炎分级：Ⅰ级14例，Ⅱ级13例，Ⅲ级6例，Ⅳ级2例。

对照组：男19例，女16例；年龄20～74岁，平均（51.74 $\pm$ 8.69）岁；肿瘤类型：鼻咽癌17例，喉癌10例，口腔癌6例，其他2例；放疗剂量60～70Gy，平均（64.89 $\pm$ 3.20）Gy；干预前口腔黏膜炎分级：Ⅰ级13例，Ⅱ级14例，Ⅲ级5例，Ⅳ级3例。

两组一般资料对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

### 1.2 护理方法

#### 1.2.1 对照组

实施肿瘤科常规口腔护理。患者入院后给予常规口腔健康宣教，告知放疗期间口腔护理注意事项；每日采用生理盐水常规漱口2～3次，指导患者保持口腔清洁；出现口腔黏膜充血、疼痛时，对症给予止痛、抗感染处理；叮嘱患者清淡饮食，避免辛辣、坚硬、刺激性食物，出现严重黏膜炎时遵医嘱对症治疗，护理操作无统一标准化流程。

#### 1.2.2 观察组

观察组实施标准化口腔护理方案，针对患者已发生的放射性口腔黏膜炎，结合黏膜损伤分级、放疗进展，构建分层对症干预、黏膜靶向修复、全程康复管控的专项护理体系，落实同质化护理管理，精准改善口腔黏膜损伤，具体措施如下：

（1）基础口腔评估与健康指导：建立专项口腔护理档案，每日采用OHAT量表结合WHO黏膜炎分级标准，动态评估患者口腔黏膜损伤程度、疼痛、口干及清洁情况，精准判定黏膜损伤等级。针对性开展健康宣教，告知患者黏膜炎发病机制、干预措施及注意事项，纠正不良饮食及口腔习惯，提升患者配

合度与自我护理能力。

(2) 分级靶向黏膜干预：根据患者黏膜炎严重程度实施分层护理：I级轻度损伤患者，规范每日5次口腔含漱，采用氯己定含漱液抗炎护膜，做好口腔保湿；II级患者，在基础护理上，局部涂抹黏膜修复药物，促进浅表溃疡愈合；III~IV级重度损伤患者，强化创面护理，及时清理口腔分泌物及腐坏组织，规避创面刺激，同时结合苯佐卡因含漱液局部镇痛，减轻创面疼痛与炎症反应。全程根据VAS疼痛评分实施分级镇痛干预，保障患者舒适度。

(3) 营养与并发症防控：根据患者进食情况及黏膜损伤程度制定个性化饮食方案，指导患者高蛋白、高维生素温凉流质/半流质饮食，规避辛辣、坚硬、过烫食物，保障机体营养供给，为黏膜修复提供支撑。同时密切监测口腔状态，预防口腔菌群紊乱、继发感染、张口受限等并发症。放疗结束后持续延续口腔护理与康复指导，促进口腔黏膜及功能恢复。

(4) 同质化质量管控：成立专项护理小组，统一护理操作规范并开展全员培训，每日督查护理措施落实情况，及时纠正不规范操作，保障所有患者护理干预同质化、标准化，确保干预效果。

### 1.3 观察指标

(1) 口腔黏膜炎严重程度：依据WHO放射性口腔黏膜炎分级标准评估，对比黏膜损伤改善效果：0级：黏膜正常，无损伤；I级：黏膜充血、水肿，轻微疼痛，不影响进食；II级：黏膜散在浅表溃疡、糜烂，疼痛明显，可进食半流质食物；III级：黏膜大面积溃疡、糜烂，剧烈疼痛，仅可进食流质食物；IV级：黏膜严重溃疡、出血、坏死，无法进食，伴随严重感染。

(2) 口腔疼痛程度：采用视觉模拟评分法(VAS)评估，0分为无痛，10分为剧烈疼痛，分别于放疗第3、4、5周评估患者口腔疼痛评分。③口腔健康状态：采用口腔健康评估工具(OHAT)评估，涵盖口腔黏膜、唇部、牙龈、牙齿、唾液、口腔清洁度6个维度，总分0~12分，分值越高口腔损伤越严重。分别于干预前、干预结束后完成两组患者评分评估。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS26.0统计学软件进行数据分析，计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，采用t检验；计数资料以[n(%)]表示，组间比较采用 $\chi^2$ 检验，等级资料采用秩和检验；以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 口腔黏膜炎严重程度

干预结束后，观察组患者口腔黏膜炎严重程度优于对照组( $P < 0.05$ )，见表1。

表1 两组患者口腔黏膜炎严重程度分级对比[n(%)]

| 组别   | 对照组       | 观察组       | Z值    | P值    |
|------|-----------|-----------|-------|-------|
| 例数   | 35        | 35        |       |       |
| 0级   | 2(5.71)   | 6(17.14)  | 2.615 | 0.009 |
| I级   | 10(28.57) | 16(45.71) |       |       |
| II级  | 12(34.29) | 9(25.71)  |       |       |
| III级 | 9(25.71)  | 3(8.57)   |       |       |
| IV级  | 2(5.71)   | 1(2.86)   |       |       |

### 2.2 不同时间点口腔疼痛VAS评分

干预第3、4、5周，观察组患者VAS疼痛评分低于对照组( $P < 0.05$ )，见表2。

表2 两组患者不同时间点VAS疼痛评分对比( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别    | 观察组             | 对照组             | t值     | P值     |
|-------|-----------------|-----------------|--------|--------|
| 例数    | 35              | 35              |        |        |
| 放疗第3周 | 2.12 $\pm$ 0.58 | 3.65 $\pm$ 0.72 | 9.790  | <0.001 |
| 放疗第4周 | 3.22 $\pm$ 0.81 | 5.08 $\pm$ 0.98 | 8.655  | <0.001 |
| 放疗第5周 | 3.85 $\pm$ 0.88 | 6.31 $\pm$ 1.12 | 10.218 | <0.001 |

### 2.3 OHAT口腔健康评分

干预前1d，两组患者OHAT评分对比差异无统计学意义( $P > 0.05$ )；干预结束后，观察组OHAT评分低于对照组( $P < 0.05$ )，见表3。

表3 两组患者放疗前后OHAT口腔健康评分对比( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 观察组             | 对照组             | t值    | P值     |
|-----|-----------------|-----------------|-------|--------|
| 例数  | 35              | 35              |       |        |
| 放疗前 | 1.86 $\pm$ 0.52 | 1.82 $\pm$ 0.49 | 0.331 | 0.742  |
| 放疗后 | 4.25 $\pm$ 1.03 | 6.89 $\pm$ 1.26 | 9.597 | <0.001 |
| t值  | 12.254          | 22.187          |       |        |
| P值  | <0.001          | <0.001          |       |        |

## 3 讨论

放射性口腔黏膜炎是头颈部放疗患者高发的治疗性损伤，以黏膜充血、糜烂、溃疡、疼痛为主要表现，持续进展的黏膜损伤会严重影响患者治疗依从性与生活质量<sup>[3]</sup>。临床常规护理多为基础口腔清洁与对症处理，缺乏针对黏膜炎不同损伤等级的专项干预措施，对已发生的黏膜溃疡、炎症修复效果有限，难以有效遏制病情进展、缓解临床症状<sup>[4]</sup>。本研究针对放疗后

已并发口腔黏膜炎的患者,构建标准化分层护理方案,通过精准评估、分级干预、靶向黏膜修复与并发症防控,实现对黏膜炎的规范化、个体化干预,有效弥补了常规护理的局限性。

本研究结果显示,干预后观察组黏膜损伤分级整体优于对照组,证实标准化口腔护理可有效逆转、减轻放疗后口腔黏膜损伤,促进黏膜炎消退。同时 OHAT 评分结果显示,干预后两组口腔健康指标均显著改善,且观察组改善幅度更优,说明标准化方案可全面改善患者口腔黏膜、唾液分泌、口腔清洁度等多项指标,修复受损口腔屏障。究其原因,该方案摒弃了常规护理的被动干预模式,基于患者黏膜炎实际损伤程度开展分层靶向护理,轻度损伤以防护抗炎为主,中重度损伤强化创面修复与感染防控,精准适配不同患者的病情需求;同时动态化的口腔评估与同质化质量管控,保障了干预措施的有效性与落实

度,可持续促进黏膜上皮修复,减轻炎症浸润<sup>[5-6]</sup>。

口腔剧烈疼痛是放射性口腔黏膜炎最典型的症状,也是影响患者进食、休息的主要因素。本研究,观察组放疗各阶段 VAS 评分低于对照组,说明标准化护理方案可有效缓解患者口腔疼痛。方案中基于疼痛评分的分层镇痛干预,结合局部药物抗炎、黏膜保护,可精准缓解不同阶段的疼痛症状,避免疼痛持续加重,改善患者治疗舒适度。同时,有效的口腔护理干预减少了黏膜溃疡、感染等并发症,进一步降低了疼痛诱因,形成良性干预循环。

综上,针对头颈部放疗后并发口腔黏膜炎的患者,标准化口腔护理方案可显著减轻患者黏膜损伤严重程度,促进放射性口腔黏膜炎恢复,有效缓解口腔疼痛、改善口腔健康状态。

## 参考文献:

- [1] 陈晨,陈广.头颈部肿瘤病人放化疗致口腔黏膜炎护理的研究进展[J].循证护理,2026,12(5):1022-1025.
- [2] 北京市放射治疗质控中心,中华医学会放射肿瘤治疗学分会护理学组.头颈部癌患者放射性口腔黏膜炎护理专家共识(2025版)[J].中华现代护理杂志,2026,32(4):421-426.
- [3] 蒋成芳,王季芳,赵艳丽,等.动态评估联合标准化护理对头颈癌患者术后口腔黏膜炎及并发症的干预效果[J].实用临床医药杂志,2026,30(1):105-109+114.
- [4] 吕晴.头颈部肿瘤患者放化疗相关口腔黏膜炎护理方案的构建及应用[D].河南大学,2024.
- [5] 许雅璇,杜亚娟,林慧娟,等.头颈部肿瘤患者放疗后发生中重度放射性口腔黏膜炎风险预测模型的构建[J].天津护理,2026,34(2):176-181.
- [6] 邱锦燕,周丽文,朱玉亮,等.集束化护理方案在鼻咽癌放疗患者放射性口腔黏膜炎中的应用效果[J].护理实践与研究,2026,23(3):418-423.