

灼口综合征患者心理状态分析及临床心理护理措施

陈洁莹 丁楚煊^(通讯作者)

中山大学附属口腔医院黏膜科 广东 广州 510000

【摘要】目的：分析灼口综合征患者的心理状态特征，探讨系统化心理护理对患者负性情绪及临床症状的改善价值。方法：选取 2025 年 1 月—2026 年 1 月我院口腔科收治的 80 例灼口综合征患者为研究对象，入院时采用焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）完成心理状态筛查，共检出 20 例存在焦虑或抑郁障碍。采用随机数字表法将所有患者分为对照组与观察组，各 40 例。对照组给予常规对症治疗与基础护理，观察组在对照组基础上实施分级系统化心理护理干预，干预周期 4 周。对比两组干预前后心理状态评分、口腔疼痛程度及生活质量差异。结果：80 例患者负性情绪总检出率为 25.00%，伴心理障碍患者基线疼痛评分显著高于无心理障碍者，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。干预前两组 SAS、SDS 评分及视觉模拟疼痛评分（VAS）比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预 4 周后，观察组 SAS、SDS 评分及 VAS 评分均低于对照组，口腔健康生活质量评分优于对照组，临床总有效率高于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：灼口综合征患者存在较高比例的焦虑抑郁情绪，心理状态与疼痛症状相互影响、形成恶性循环。系统化心理护理可有效改善患者负性情绪，减轻口腔灼痛症状，提升临床疗效与生活质量，身心同调的干预模式适合临床推广应用。

【关键词】灼口综合征；心理状态；焦虑抑郁；心理护理；生活质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.17.014

引言

灼口综合征是口腔科临床常见的功能性黏膜疾病，以口腔黏膜烧灼样疼痛为核心主诉，多不伴随明显器质性病变，常伴发味觉异常、口干等症状，好发于围绝经期女性，病程迁延且易反复，严重影响患者日常进食与生活质量^[1]。目前该病因尚未完全阐明，学界普遍认为是局部刺激、全身代谢紊乱、精神心理因素共同作用的结果，其中心理因素在发病与病情进展中的作用日益受到关注^[2]。随着生物-心理-社会医学模式的普及，临床逐渐发现灼口综合征患者普遍存在焦虑、抑郁、疑病等心理特征，长期负性情绪可通过神经-内分泌-免疫网络调节，降低疼痛阈值、加重黏膜感觉异常，而持续的灼痛症状又会进一步加剧情绪应激，形成“疼痛-负性情绪-疼痛加重”的恶性循环^[3]。常规临床诊疗多聚焦于局部对症处理、维生素补充及病因排查，对患者心理需求关注不足，护理干预缺乏系统性，导致部分患者症状迁延难愈，反复就诊却收效甚微^[4]。全面评估患者心理状态，明确负性情绪对病情的影响程度，并针对性构建心理护理方案，是提升灼口综合征整体疗效的关键方向^[5]。本研究纳入 80 例患者开展对照观察，系统分析该病患者的心理状态特点，验证系统化心理护理的实际干预效果，为临床优化灼口综合征护理路径提供实证依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究纳入 2025 年 1 月至 2026 年 1 月于本院口腔科就诊的 80 例灼口综合征患者，依据随机数字表法将其均分组。所有受试者入院即接受标准化心理评估，结果显示 80 例中有 20 例符合焦虑或抑郁障碍诊断标准，其中两组各占 10 例，心理异常检出率一致。对照组男性 7 例、女性 33 例；年龄区间为

38 至 72 岁，均值（ 56.24 ± 7.35 ）岁；病程 3 月至 5 年，均值（ 1.82 ± 0.94 ）年。观察组含男性 8 名、女性 32 名；年龄范围 36 至 74 岁，均值（ 55.87 ± 7.62 ）岁；病程 2 月至 6 年，均值（ 1.95 ± 1.02 ）年。经统计分析，两组基础特征上差异无显著性（ $P>0.05$ ），具备良好均衡性与可比性。

纳入标准：（1）符合灼口综合征临床诊断标准，以口腔黏膜烧灼样疼痛为主诉，临床检查无溃疡、白斑、扁平苔藓等器质性黏膜病变；（2）年龄 18~75 周岁；（3）意识清楚，可配合问卷调查与护理干预；（4）签署知情同意书。

排除标准：（1）合并口腔器质性疾病引发的疼痛；（2）严重心肝肾疾病、恶性肿瘤；（3）既往确诊精神疾病、长期服用抗精神类药物；（4）存在认知障碍或沟通障碍，无法完成评估。

1.2 方法

1.2.1 对照组

实施口腔科常规护理：遵医嘱指导局部含漱液、B 族维生素等药物使用方法；讲解疾病基础知识，告知避免辛辣刺激饮食，保持口腔清洁；常规解答患者疑问，出院时给予基础健康指导。

1.2.2 观察组

在常规护理基础上，实施分级系统化心理护理：

（1）心理评估与分级建档：入院当日采用 SAS、SDS 量表完成全面评估，根据评分结果将患者分为轻度、中度负性情绪层级，建立专属心理档案。轻度情绪问题以支持性心理疏导为主，中重度叠加认知行为干预，制定个体化护理方案。

（2）认知矫正干预：一对一开展疾病认知宣教，用通俗

语言讲解灼口综合征的发病机制,明确心理因素与疼痛的双向作用关系,纠正“疼痛就是得了不治之症”“口腔癌变”等错误认知,消除不必要的疑病恐惧。结合同病房康复案例,帮助患者建立治疗信心。

(3) 情绪疏导与放松训练:每日预留15~20分钟一对一沟通时间,耐心倾听患者倾诉,共情其痛苦感受,给予情感支持与正向鼓励。教授腹式呼吸、渐进式肌肉放松训练方法,指导患者每日早晚各练习1次,每次10分钟,通过生理放松缓解心理紧张,降低神经敏感性。

(4) 家庭支持联动:与患者家属沟通疾病特点与护理要点,指导家属给予患者理解与陪伴,避免不耐烦、指责等负面回应,营造包容的家庭氛围,强化社会支持系统。

(5) 随访巩固:出院后每周1次电话随访,持续关注情绪状态与症状变化,及时解答疑问,强化健康行为,巩固干预效果,总干预周期4周。

1.3 观察指标

(1) 心理状态:采用SAS、SDS自评量表评估,标准分 ≥ 50 分提示存在焦虑或抑郁,评分越高代表负性情绪越严重,于干预前、干预4周后各评定1次。

(2) 疼痛程度:运用视觉模拟量表(VAS)测定口腔烧灼感强度,其中0代表毫无痛感,10表示疼痛达到无法承受的极限程度。

(3) 生活质量:采用口腔健康影响程度量表(OHIP-14)评估口腔健康相关生活质量,总分越高代表生活质量受影响越严重。

(4) 临床疗效:痊愈为灼痛症状完全消失,情绪恢复正常;显效为疼痛明显减轻,负性情绪显著改善;有效为症状有所缓解,情绪有所好转;无效为症状无改善甚至加重。总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学分析

采用SPSS26.0统计学软件对数据进行处理分析。计量资料经正态性检验符合正态分布,以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本t检验,组内干预前后比较采用配对t检验;计数资料以例数、百分比(n,%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组基线资料比较

两组基线资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 两组基线资料对比

项目	对照组(n=40)	观察组(n=40)	t/ χ^2 值	P值
男/女(例)	7/33	8/32	0.079	0.778

年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	56.24 $\pm$ 7.35	55.87 $\pm$ 7.62	0.221	0.826
病程(年, $\bar{x} \pm s$)	1.82 $\pm$ 0.94	1.95 $\pm$ 1.02	0.593	0.555
SAS评分(分, $\bar{x} \pm s$)	48.62 $\pm$ 6.35	49.15 $\pm$ 6.58	0.367	0.715
SDS评分(分, $\bar{x} \pm s$)	47.35 $\pm$ 5.92	47.84 $\pm$ 6.13	0.364	0.717
VAS评分(分, $\bar{x} \pm s$)	5.24 $\pm$ 1.36	5.37 $\pm$ 1.42	0.418	0.677

2.2 两组干预前后心理状态与疼痛评分比较

干预前两组各项评分无显著差异($P > 0.05$);干预后心理状态及疼痛评分组间比较,观察组数值低($P < 0.05$),详见表2。

表2 两组干预前后心理状态与疼痛评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

指标	时间	对照组(n=40)	观察组(n=40)	t值	P值
SAS评分	干预前	48.62 $\pm$ 6.35	49.15 $\pm$ 6.58	0.367	0.715
	干预后	42.35 $\pm$ 5.72a	36.24 $\pm$ 4.85a	5.153	<0.001
SDS评分	干预前	47.35 $\pm$ 5.92	47.84 $\pm$ 6.13	0.364	0.717
	干预后	41.62 $\pm$ 5.34a	35.47 $\pm$ 4.62a	5.508	<0.001
VAS评分	干预前	5.24 $\pm$ 1.36	5.37 $\pm$ 1.42	0.418	0.677
	干预后	3.42 $\pm$ 1.05a	2.15 $\pm$ 0.87a	5.890	<0.001

注:与干预前比较,a $P < 0.05$

2.3 两组临床疗效与生活质量比较

干预后观察组临床总有效率高于对照组,OHIP-14生活质量评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表3。

进一步分层分析显示,80例患者中伴心理障碍者基线VAS评分为(6.85 $\pm$ 1.24)分,显著高于无心理障碍者的(4.72 $\pm$ 1.18)分($t=7.326$, $P < 0.05$),提示负性情绪与疼痛程度呈正相关。

表3 两组临床疗效与生活质量对比

组别	对照组	观察组	χ^2/t 值	P值
例数	40	40	-	-
痊愈	8(20.00)	15(37.50)	-	-
显效	12(30.00)	14(35.00)	-	-
有效	11(27.50)	9(22.50)	-	-
无效	9(22.50)	2(5.00)	-	-
总有效率	31(77.50)	38(95.00)	5.165	0.023
OHIP-14评分 (分, $\bar{x} \pm s$)	18.62 $\pm$ 3.54	12.35 $\pm$ 2.87	8.702	<0.001

3 讨论

灼口综合征属于典型的心身疾病,心理因素在疾病发生、发展与转归中发挥着关键作用。现代医学研究表明,长期焦虑、抑郁等负性情绪可激活下丘脑-垂体-肾上腺轴,导致自主神经功能紊乱,口腔黏膜微血管收缩、神经末梢敏感性升高,同时5-羟色胺、内啡肽等疼痛调节物质分泌异常,疼痛阈值下降,进而诱发或加重黏膜灼痛^[6]。反之,持续存在的疼痛症状会不断强化患者的负性认知,加剧焦虑抑郁情绪,形成难以打破的恶性循环,这也是该病迁延难愈的重要机制^[7]。临床传统护理模式以疾病为中心,重点关注用药指导与症状护理,对患者深层心理需求重视不足,难以从根源上阻断情绪与症状的相互作用,整体疗效存在局限。因此,将心理护理纳入灼口综合征常规护理体系,实施身心一体化干预,是提升临床疗效的必然方向^[8]。

本研究结果显示,80例灼口综合征患者中焦虑抑郁负性情绪检出率达25.00%,且伴心理障碍患者的疼痛程度显著更高,进一步印证了心理状态与临床症状的密切关联。这提示临床接诊此类患者时,不能仅关注局部症状,应常规开展心理筛查,

及时识别负性情绪,避免单纯对症治疗收效甚微。干预效果方面,观察组干预后心理评分、疼痛评分及生活质量均显著优于对照组,总有效率达95.00%,提示系统化心理护理具有明确的应用价值。其优势体现在三个层面:(1)认知矫正从根源上纠正患者的错误认知,消除疑病焦虑,打破负性认知循环;(2)放松训练与情绪疏导直接缓解紧张状态,调节自主神经功能,降低神经敏感性;(3)家庭支持联动强化了外部心理支撑,提升患者治疗依从性与持续康复的动力^[9]。多维度干预共同作用,既改善情绪又缓解疼痛,实现身心同调,因此整体疗效优于常规护理^[10]。

本研究样本量有限,后续可扩大样本量、延长随访周期,进一步探索心理护理的远期疗效与精准化干预方案。

综上所述,灼口综合征患者存在较高比例的负性情绪,心理状态与疼痛症状互为因果、相互影响。在常规治疗基础上实施系统化心理护理,可有效改善患者焦虑抑郁状态,减轻口腔灼痛症状,提升临床疗效与生活质量,是一种科学、高效的身心一体化护理模式,值得在口腔科临床广泛推广。

参考文献:

- [1] 冷自如,何青云,黄春美.自制复方金银花口腔护理液在ICU气管插管患者VAP预防中的应用研究[J].浙江中医杂志,2025,60(12):1088-1090.
- [2] 孔玉婷,柳巧云.基于改良版Beck口腔评估量表指导的口腔护理在脑卒中患者中的应用效果[J].医药前沿,2025,15(34):99-102.
- [3] 石佩佩,徐小芳,王博,等.灼口综合征的精神因素研究[J].内蒙古医学杂志,2025,57(9):1136-1139.
- [4] 叶颖,吴福丽,毕晓文.ITHBC理论导向下口腔护理改良方案的应用效果[J].当代护士,2025,32(15):53-58.
- [5] 张琳,王雅军,程琛,等.心身医学视角下灼口综合征的心理干预研究进展[J].临床误诊误治,2025,38(8):101-106.
- [6] 周慧蓉,林晓萍.灼口综合征病因与影响因素分析[J].上海口腔医学,2025,34(2):139-145.
- [7] 张颖,叶赛,孙洪,等.基于炎症因子和心理评分的灼口综合征临床评估模型初探[J].中华口腔医学杂志,2025,60(3):232-238.
- [8] 文文,黄颖,温江华,等.穴位敷贴联合中医调护法对灼口综合征虚实证患者疼痛及情绪睡眠状态的影响[J].现代医药卫生,2023,39(24):4186-4189+4193.
- [9] 郑晓丹,杨怡,于然,等.认知行为疗法对灼口综合征女性患者焦虑抑郁的疗效评价[J].临床口腔医学杂志,2022,38(10):601-604.
- [10] 沈晓云,戴瑞,钱天君.灼口综合征患者实施心理干预联合冥想训练的效果观察[J].心理月刊,2022,17(6):156-158.