

口腔癌患者围术期个案管理模式的应用

田思维¹,喻磊¹,范满红¹,余晓林¹,张惠荣²,胡露红³

Application of case management model in patients with oral cancer during perioperative period Tian Siwei, Yu Lei, Fan Manhong, Yu Xiaolin, Zhang Huirong, Hu Luhong

摘要:目的 探讨个案管理模式在口腔癌患者围术期的干预效果。方法 将口腔癌手术患者按照入院时间分为对照组 90 例和观察组 112 例。对照组实施口腔癌围术期常规护理及术后随访,观察组由多学科个案管理团队实施个案管理。结果 干预后,观察组各项营养相关指标及生活质量得分显著高于对照组,焦虑评分显著低于对照组(均 $P<0.01$)。结论 个案管理模式较常规护理可改善口腔癌患者围术期营养状况、焦虑水平和生活质量。

关键词:口腔癌; 个案管理; 多学科团队; 营养状况; 焦虑; 生活质量; 围术期护理; 专科护理

中图分类号:R473.78 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.01.036

个案管理(Case Management, CM)是一种多学科合作的临床护理模式,因其有效地为慢性病患者在医院和社区过渡期间提供延续性护理而被广泛应用^[1]。美国个案管理协会将个案管理定义为一个评估、计划、实施、协调、评价、提倡患者自我决策的合作过程,通过沟通和有效协调可利用资源满足患者和家庭的整体健康需求,达到保障患者安全、提升照护质量、具有成本效益的医疗结局^[1]。个案管理模式是一项高效且具有成本效益并以患者为中心的综合护理策略,为患者提供连续性和协调性护理是该模式的优势^[2-3]。当前局部中晚期口腔癌主要治疗方式为手术切除结合术后辅助治疗,因术中切除范围广,多以游离皮瓣修复,患者不仅经受身体损伤,且在吞咽、咀嚼、语言等多个功能方面均受到不同程度影响。近年

来,个案管理在国内乳腺癌、肠癌等疾病中应用,但缺乏在口腔癌患者的应用研究^[4]。我科将个案管理应用于口腔癌患者围术期护理,取得一定的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 6 月至 2020 年 12 月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首诊为口腔恶性肿瘤,拟实施肿瘤扩大切除同期游离皮瓣修复手术;②患者对疾病知情,且同意配合完成本研究。排除标准:①肿瘤转移或合并其他系统严重疾病;②有精神疾病史或正在进行其他研究。将 2019 年 6~12 月收治的 90 例患者设为对照组,2020 年 6~12 月收治的 112 例患者设为观察组。两组一般资料比较,见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄	婚姻状况(例)		医疗支付方式(例)		文化程度(例)		发病部位(例)					辅助放疗	临床分期(例)			
		男	女	(岁, $\bar{x} \pm s$)	在婚	不在婚	自费	各类医保	高中以下	高中及以上	舌	颊	牙龈	腭部	口咽	(例)	I	II	III	IV
对照组	90	61	29	55.4±14.8	87	3	1	89	18	72	43	16	16	10	5	53	10	40	25	15
观察组	112	82	30	53.5±12.9	106	6	2	110	25	87	52	22	21	12	5	65	15	47	29	21
统计量		$\chi^2=0.713$		$t=-0.974$	$\chi^2=0.122$		$\chi^2=0.000$		$\chi^2=0.160$		$\chi^2=0.265$					$\chi^2=0.015$	$Z=0.026$			
P		0.398		0.331	0.726		1.000		0.689		0.992					0.903	0.980			

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组住院期间按常规进行护理,包括入院介绍及疾病相关知识宣教、康复训练及出院指导等;出院 1 个月内每周 1 次电话随访,3 个月后每个月 1 次,督促患者按时到院复诊。观察组实施个案管理,具体如下。

1.2.1.1 组建个案管理团队 以口腔颌面外科为主导组建个案管理团队,共 14 人,包括口腔颌面外

科医生、头颈肿瘤科医生、麻醉科医生、耳鼻咽喉头颈外科医生、临床营养科医生、康复科医生、手术室护士各 1 人,口腔颌面外科护士长及责任护士共 7 人。病房护士长主要负责协调研究项目开展;各专科医生负责疾病咨询和治疗方案制订与调整;手术室护士负责患者术中护理措施落实;口腔颌面外科专科护士负责对患者实施一对一全程个案管理,并建立完整个案档案。

1.2.1.2 个案管理实施流程

1.2.1.2.1 术前评估及干预 ①入院当日。个案管理护士辅助管床医生完成对患者全身健康评估,包括使用营养风险筛查 2002 评分简表(Nutrition Risk Screening, NRS2002)结合 BMI 及白蛋白、前白蛋白检验值评估患者是否存在营养不良风险;采用数字评分法(Numerical Rating Scale, NRS)评估患者疼痛程

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院 1. 口腔医学中心 2. 耳鼻咽喉头颈外科 3. 护理部(湖北 武汉, 430030)
田思维:女,本科,副主任护师,护士长
通信作者:张惠荣, zhr687@126.com
科研项目:湖北省卫生健康委面上项目(WJ2021M118)
收稿:2021-07-08;修回:2021-10-12

度,准确记录疼痛部位、性质、程度及持续时间;运用焦虑评估量表(Self-rating Anxiety Scale,SAS)评估患者术前心理状态;使用 Caprini 血栓风险评估量表^[5]结合实验室检查(凝血功能及 D-二聚体定量测定)及辅助检查(双下肢动静脉彩超)评估患者是否有血栓风险。②入院第 2 日至术前。组织个案管理团队会诊,依据患者的文化程度及入院评估结果,制订个性化管理方案,包括营养补充、心理调适和手术相关的术中配合及康复锻炼内容,由责任护士按照计划逐项分步骤实施宣教和具体锻炼指导。同时,配合头颈肿瘤科医生使用生活质量调查表(University of Washington Quality of Life,UWQOL)^[6]评估患者的吞咽、咀嚼、语言及颈周运动功能,便于术后进行康复训练效果对比;耳鼻喉科医生进行气道风险评估,根据窒息风险预警因素,选择尽可能损伤小的气道管理方案。术前 3 d 开始,麻醉医生、手术护士及营养医生、康复医生等集体进行术前访视,了解患者相关知识教育落实情况,结合患者的薄弱环节进行一对一针对性强化教育。

1.2.1.2.2 术中护理干预 手术室访视护士与患者进行充分的术前沟通,安抚患者的紧张焦虑情绪,同时播放患者喜欢的轻音乐或短视频等以舒缓其压力。考虑到皮瓣移植手术时间长达 8~10 h,与麻醉科联合实施体温闭环管理方案,如手术床单元使用加温毯和充气式加温器保暖,输注加温液体等,保证病房一等待间—手术室—苏醒室—病房五站式体温闭环复合管理,避免患者手术中低体温及寒战发生。同时,采用凝胶垫、减压贴、科学的体位安置等多重手段预防压力性损伤。

1.2.1.2.3 术后护理干预 联合康复科医生制订个性化康复训练计划,指导患者进行吞咽、咀嚼、语音及肩颈运动训练。①术后 2 d,患侧手握拳或捏弹力球训练,2 次/d,每次 5~10 min,以后逐渐增加至 20~30 min/次。患侧下肢(游离皮瓣供区)进行踝泵运动和踝关节旋转运动,2 次/d,每次 5~10 min。②术后 5 d,吞咽功能训练,先练习空口吞咽,2 d 后行吞水练习,水量逐渐增加,避免呛咳。患侧上肢被动屈肘举高练习,2 次/d,每次 20~30 min。③术后 7 d,舌抗阻运动:用湿棉签棒放在口腔前面,再以舌尖用力顶住湿棉签棒,反复练习 5~10 次。吹哨子运动:用双唇含住哨子并用力吹,反复练习 5~10 次。病情允许协助患者下床,从床边站立、椅旁伸屈腿等逐渐过渡

到助行器辅助行走。④术后 10~12 d,咀嚼功能训练:先进食流质、半流质饮食,待适应后逐渐过渡到咀嚼软食,如馄饨、面包、蛋糕等。舌伸展运动:将舌尽量伸出然后缩回;张嘴,用舌沿着嘴唇绕一圈;用舌先推上排门牙后面,再推下排门牙后面;用舌碰触硬腭发出“da-da-ta-ta”的声音,反复练习 10 次。患侧上肢及肩关节活动:患侧手梳头、洗脸、拿勺,后逐渐过渡到练习划船及肩关节前屈、耸肩、后展、内收、外展、旋转及爬墙;头颈部运动:练习低头、抬头、颈部左右旋转,3 组/d,每组 10 次。⑤术后 3~4 周,语音训练:从元音辅音开始,再由单音节过渡到字词、短句,能较清晰、准确读出后进入对话练习。⑥术后 3 个月,增大肩关节活动范围和增加肌力训练,4 组/d,每组 10 次。指导患者行力量练习,提举重物并保持手臂垂直或水平。

1.2.1.2.4 出院随访 出院后 3 d、1 个月、3 个月定期对患者进行电话随访、居家护理、视频通话,评估患者身心恢复情况。建立医护患微信群在线答疑,定期举办病友俱乐部活动。专科医生通过微信推送 PPT、图像、临床病例等为患者及家属讲解疾病相关知识。个案管理护士从功能康复训练及营养管理入手,指导患者坚持科学的训练和营养管理,纠正负性认知;鼓励患者培养兴趣爱好,调整心态,回归社会生活。

1.2.2 评价方法 ①营养相关指标。干预前(入院次日)、后(出院前日)记录患者前白蛋白、白蛋白(前白蛋白<200 mg/L 或白蛋白<35 g/L,提示存在营养不良风险)和血红蛋白值(正常值成年男性 120~160 g/L,女性 110~150 g/L),资料通过病历获取。②生活质量。采用 UWQOL 进行调查。有 15 个领域,包含 12 个疾病特定领域和 3 个普适问题。12 个疾病特定领域每项评分从 0(最差)~100(最好)分,主要评估患者近 7 d 的情况,最高 1 200 分;3 个普适问题为患者现在的生活质量与未患癌症前的比较,每项评分 100 分。总分为 1 500 分。③焦虑状态。采用焦虑自评量表评定患者最近 1 周内各种症状的出现频次,包括 20 个条目,每个条目采用 1~4 级评分,其中 5 个条目反向计分。将粗分乘以 1.25 得标准分,标准分>50 分为有焦虑存在。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS21.0 软件进行 χ^2 检验、*t* 检验和秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后营养相关指标比较 见表 2。

		表 2 两组干预前后营养相关指标比较						$\bar{x} \pm s$
组别	例数	前白蛋白(mg/L)		白蛋白(g/L)		血红蛋白(g/L)		
		入院时	出院时	入院时	出院时	入院时	出院时	
对照组	90	238.32±20.52	180.82±23.23	39.74±7.29	31.60±5.53	129.68±17.42	102.54±10.21	
观察组	112	235.21±11.61	228.52±13.57	41.36±6.81	37.53±6.05	133.55±10.65	125.62±11.27	
<i>t</i>		1.357	18.212	1.628	7.192	1.943	15.081	
<i>P</i>		0.176	0.002	0.105	0.000	0.053	0.000	

2.2 两组干预前后生活质量及焦虑评分比较 见表3。

表3 两组干预前后生活质量及焦虑评分比较
分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	生活质量		焦虑	
		入院时	出院时	入院时	出院时
对照组	90	1228.45±60.57	760.54±50.58	36.84±8.11	52.55±10.24
观察组	112	1231.35±58.53	993.52±55.78	35.53±6.81	42.37±7.85
<i>t</i>		0.343	30.746	1.515	7.997
<i>P</i>		0.732	0.000	0.131	0.000

3 讨论

3.1 实施个案管理护理干预可改善口腔癌患者营养状况 有文献报道,口腔癌患者营养不良与患者的生活质量和活动能力下降、机体不良反应增加以及生存时间相关^[7]。本研究对观察组患者施行个案管理,联合多学科制订个体化治疗方案,入院后即评估患者是否存在营养风险,制订合理饮食计划,定期监测各项营养指标,详细记录患者每日能量摄入量,利用微信和视频发送相关科普知识,提高患者及家属对营养管理的重视程度和依从性。术后,从饮食种类选择,精算每日进食量及所需热量,观察患者是否有胃肠道反应等各方面进行全方位营养管理,同时,让患者重视发生营养不良对术后康复的影响,采取多种形式促进医护患之间的交流,获取更多的医学信息,加强患者关于营养的自我管理能力,让患者主动参与进来。医疗方面,及早进行中重度营养不良的提前干预,能够降低术后并发症,增强患者的免疫功能,提高术后恢复效能^[8]。表2结果显示,观察组出院时前白蛋白、白蛋白、血红蛋白检测值显著优于对照组,表明个案管理模式可以有效改善口腔癌患者营养状况,促进术后康复。

3.2 实施个案管理护理干预可改善口腔癌患者心理状况 当前,随着颌面外科和显微技术的发展,口腔癌的手术治疗原则已由原来单纯根治上升到根治、功能保存和重建并重的新层面^[9],手术虽然可以恢复局部组织缺损,但患者的吞咽、咀嚼、语言及肩颈功能等仍会受到不同程度的影响^[10-11]。且该手术创伤大,住院时间长,并发症多,患者及其家庭在生理、心理和经济上承受着较大压力,故两组出院时生活质量较入院时降低,而焦虑评分较入院时升高(见表3)。个案管理改变传统的护理模式,从患者入院、围手术期到后续的追踪随访均由专人完成,提出护理问题,制订护理计划,联合多学科实施护理措施,进行动态的护理评价,确保患者各项护理问题得到及时有效解决。同

时个案管理小组通过微信平台发送术后功能康复的视频及相关知识,定期举办患者座谈会促进护患之间的交流沟通,及时在微信群答疑解惑。在整个管理过程中,倡导人文关怀,通过现场示范指导、视频播放、召开病友座谈会、建立病友微信群、阶段性的健康教育等方式,减轻患者的心理压力,促进患者康复训练;同时加强医护患之间的沟通和反馈,减轻患者及家属的心理负担。表3结果显示,出院时观察组患者生活质量显著优于对照组,焦虑得分显著低于对照组(均 $P<0.01$)。

综上所述,对患者实施个案管理模式,可改善患者围术期营养状况、焦虑水平与生活质量。未来需进一步完善个案管理流程,综合评定个案管理模式的远期效果,探索口腔癌出院患者社区照护衔接管理模式,以使更多患者受益。

参考文献:

[1] Harris R C, Popejoy L L. Case management: an evolving role[J]. West J Nurs Res, 2019, 41(1): 3-5.

[2] 瞿佳, 宋雅云. 我国个案管理研究的文献计量分析[J]. 护理学杂志, 2019, 34(21): 96-98.

[3] 蒋向玲, 覃慧英, 谭坚铃, 等. 肿瘤个案管理实施现状与思考[J]. 中国护理管理, 2015, 15(5): 678-680.

[4] 童亚慧, 乔建歌, 杨青敏. 个案管理模式的国内外研究现状[J]. 护理学杂志, 2014, 29(13): 95-96, 封3.

[5] 许玲玲, 项俊之, 邓侃, 等. 基于Caprini风险评估量表的分级护理对老年肺癌患者静脉血栓的预防[J]. 护理学杂志, 2021, 36(6): 31-34.

[6] 吴建军, 高兴, 王文瑾. 下颌骨截骨术位置对舌癌患者口腔功能的营养[J]. 华西口腔医学杂志, 2020, 38(3): 284-287.

[7] Gellrich N C, Handschel J, Holtmann H, et al. Oral cancer malnutrition impacts weight and quality of life[J]. Nutrients, 2015, 7(4): 2145-2160.

[8] Xavier H, Etienne L, Mauricette M, et al. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer[J]. JPEN, 2014, 38(2): 196-204.

[9] Montero P H, Patel S G. Cancer of the oral cavity[J]. Surg Oncol Clin N Am, 2015, 24(3): 491-508.

[10] Levi L E, Lalla R V. Dental treatment planning for the patient with oral cancer[J]. Dent Clin North Am, 2018, 62(1): 121-130.

[11] Valdez J A, Brennan M T. Impact of oral cancer on quality of life[J]. Dent Clin North Am, 2018, 62(1): 143-154.

(本文编辑 丁迎春)

为适应我国信息化建设需要,扩大作者学术交流渠道,本刊已入网万方数据知识服务平台、中国知网、维普网及超星。故凡向本刊投稿并录用的稿件,将由编辑部统一纳入以上数据库,进入因特网提供信息服务。如作者不同意将文章编入上述数据库,请在来稿时声明,本刊将做适当处理。