

心理护理联合口腔健康教育在赙复体修复患者中的应用：从身心分离走向整合干预

沈 梅, 刘 洁, 张晶晶, 赵晓曦*

四川大学华西口腔医院修复科, 四川 成都

收稿日期: 2026年6月2日; 录用日期: 2026年6月26日; 发布日期: 2026年7月6日

摘 要

上颌骨缺损作为常见的颌面部缺损,严重影响患者的生理功能与心理健康。赙复体修复是主要治疗手段,但患者在整个修复周期中面临显著的身心交互压力。当前,心理护理与口腔健康教育在临床实践与研究多呈分离状态,缺乏有机整合的理论框架与干预路径。本综述在系统阐述赙复体修复患者面临的多维挑战基础上,批判性分析了国内外心理护理与口腔健康教育的应用现状,揭示其“身心分离”的核心局限。进而,基于“生物-心理-社会”医学模式与健康行为理论,提出一个“心理-行为-口腔健康”三元交互的综合干预理论框架,详细阐述其核心构成要素、拟解决的关键科学问题及未来研究方向,并系统梳理了该领域的评估工具与研究设计范式,旨在为构建科学、有效的整合性护理方案提供理论依据,推动该领域从经验性描述走向机制性研究。

关键词

赙复体修复, 上颌骨缺损, 心理护理, 口腔健康教育, 整合干预, 三元交互模型

Psychological Nursing Combined with Oral Health Education in Patients Undergoing Prosthetic Rehabilitation: From Mind-Body Separation to Integrated Intervention

Mei Shen, Jie Liu, Jingjing Zhang, Xiaoxi Zhao*

Department of Prosthodontics, West China Hospital of Stomatology, Sichuan University, Chengdu Sichuan

Received: June 2, 2026; accepted: June 26, 2026; published: July 6, 2026

*通讯作者。

文章引用: 沈梅, 刘洁, 张晶晶, 赵晓曦. 心理护理联合口腔健康教育在赙复体修复患者中的应用: 从身心分离走向整合干预[J]. 临床医学进展, 2026, 16(7): 397-405. DOI: 10.12677/acm.2026.1672539

Abstract

Maxillary defect, as a common maxillofacial deformity, significantly impairs patients' physiological functions and psychological well-being. Prosthetic rehabilitation is the primary treatment modality; however, patients face substantial mind-body interaction stress throughout the rehabilitation cycle. Currently, psychological nursing and oral health education largely operate in isolation in both clinical practice and research, lacking an organically integrated theoretical framework and intervention pathway. Based on a systematic elaboration of the multidimensional challenges faced by patients undergoing prosthetic rehabilitation, this review critically analyzes the application status of psychological nursing and oral health education domestically and internationally, revealing the core limitation of "mind-body separation". Furthermore, drawing on the biopsychosocial medical model and health behavior theories, we propose a comprehensive intervention theoretical framework featuring a "psychological-behavioral-oral health" triadic interaction model. The core components, key scientific questions to be addressed, and future research directions are elaborated in detail. Additionally, assessment tools and research design paradigms in this field are systematically reviewed. This review aims to provide a theoretical basis for developing scientific and effective integrated nursing protocols, advancing this field from empirical description to mechanistic research.

Keywords

Prosthetic Rehabilitation, Maxillary Defect, Psychological Nursing, Oral Health Education, Integrated Intervention, Triadic Interaction Model

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

上颌骨缺损常由肿瘤切除、创伤或先天性因素导致,不仅破坏咀嚼、吞咽、言语等基本生理功能,更因颌面部在社会交往中的核心地位,对患者的自我认同、情绪状态及社会功能造成深远打击。研究显示,头颈肿瘤患者相较于其他癌症患者,其心理困扰的发生率更高,术后出现心理健康问题的比例可从术前的 20% 上升至 30% [1]。赈复体修复作为恢复形态与功能的主要手段,通过封闭口鼻腔、重建腭部形态,在临床广泛应用。然而,其漫长的修复过程、多次复诊调试及功能再学习的挑战,使本就处于身心脆弱期的患者常引发显著的焦虑、抑郁等负面情绪[2]。

上颌骨缺损常由肿瘤切除、创伤或先天性因素导致,不仅破坏咀嚼、吞咽、言语等基本生理功能,更因颌面部在社会交往中的核心地位,对患者的自我认同、情绪状态及社会功能造成深远打击。研究显示,头颈肿瘤患者相较于其他癌症患者,其心理困扰的发生率更高。本综述聚焦的患者群体主要为因头颈癌(尤其是上颌窦癌、牙龈癌、腭癌等)切除导致的上颌骨缺损患者。该病因在上颌骨缺损中占比最高,且肿瘤治疗(手术、放疗、化疗)带来的身心问题最为复杂——患者不仅面临功能障碍和容貌改变,还需应对癌症复发恐惧、治疗相关副作用(如口干、纤维化)及长期生存适应等多重压力。

随着医学模式向“生物-心理-社会”的转变,关注患者的整体健康已成为现代护理的核心。世界卫生组织将生活质量定义为“个体在其生活的文化和价值体系背景下,对其自身位置的感知,这一感知与其目标、期望、标准和关注相关”[3]。然而,当前针对赈复体修复患者的护理实践与研究中,心理支

持与生理康复指导多呈分离状态：心理护理侧重于情绪疏导，却常忽视疾病知识与自我管理技能的传授；口腔健康教育则偏重技术指导，而忽略心理状态对学习效果和行为改变的阻碍作用。Nayak 等的范围综述明确指出，尽管已有多种干预措施被用于改善头颈肿瘤患者的生活质量，但仅有少数研究报告了多维度、多组分联合干预，且缺乏对长期生存者的追踪研究[1]。这种“身心分离”的现状，严重限制了整体护理效果的提升。

因此，本综述旨在超越简单的现状描述，通过系统分析患者的核心挑战与现有研究的局限，尝试构建一个心理护理与口腔健康教育有机整合的理论框架，探讨其核心要素与关键科学问题，并系统梳理评估工具与研究范式，以期为后续的实证研究与临床实践提供新的理论视角和方向指引。

2. 康复体修复患者面临的身心交互挑战

康复体修复患者所面临的并非孤立的生理或心理问题，而是一系列相互影响、互为因果的身心交互挑战。Bernstein 等的系统综述表明，头颈癌患者的康复过程涉及身份认同、人际关系、日常活动和文化议题等多维度的社会影响，这些影响与临床治疗结局同样重要[4]。

2.1. 生理功能障碍及其心理衍生物

咀嚼效率下降、发音不清、吞咽困难是患者面临的最直接生理挑战。Putra 等指出，即使采用游离皮瓣重建技术，手术和放疗仍会留下口干、牙关紧闭、纤维化和感觉改变等长期问题[5]。这些功能性障碍不仅是物理性的，它们直接衍生出显著的心理社会后果。例如，因担心食物从鼻腔漏出而不敢当众进食，因语音不清而回避社交场合，这些因功能障碍导致的行为退缩，会进一步加剧患者的社交孤立感、自尊受损和焦虑情绪。Artopoulou 等的研究证实，患者主观感知的功能恢复程度，与其心理调适水平密切相关，功能结局的改善能显著提升心理健康[6]。

吞咽障碍在口腔癌幸存者中尤其普遍，特别是在涉及舌或口咽部切除术后。一项为期 5 年的前瞻性队列研究发现，吞咽功能在治疗后常呈进行性下降趋势，这凸显了建立结构化、长期康复路径的必要性[5]。

2.2. 心理社会应激及其功能阻碍

形象焦虑、治疗不确定感、对复发的恐惧等心理应激，是患者面临的另一核心挑战。从极端心理应激事件的角度看，头颈癌患者的自杀死亡风险约为普通人群的 3 倍。跨癌种比较研究显示，在所有恶性肿瘤患者中，头颈癌患者的自我伤害行为发生率位居前列，这一现象与其治疗导致的容貌改变、言语和吞咽功能损害等独特的身心负担密切相关[7]。这些心理问题会反过来阻碍生理功能的恢复与适应。高水平的焦虑会降低患者的疼痛耐受度与治疗配合度；抑郁情绪则会削弱患者学习使用和日常维护康复体的动力与信心，导致“知而不行”，即虽了解护理知识，却无行为改变的动力。

Putra 等强调，口腔功能和生活质量的损害与患者的社会交往、社交进食等维度密切相关[5]。重要的是，不良的心理社会结局可预测患者对康复计划的依从性下降和较低的生存率，这凸显了在幸存者照护中进行常规心理筛查的必要性。

2.3. 社会功能的重构压力

疾病与治疗过程往往导致患者社会角色的中断或改变。如何应对他人目光、如何向他人解释自身状况、如何重建社会关系，是患者必须面对的社会功能挑战。Bernstein 等的研究发现，文献中最常关注的主题是进食和吞咽的社会影响，其次是一般生活质量测量[4]。定性研究揭示了一系列广泛的社会影响，涉及患者对癌症本身的认知、治疗性教育的接受，以及治疗副作用随时间推移而产生的负面影响。这一

过程需要强大的心理资源与具体的社会技能指导，而这恰恰是目前护理干预中最为薄弱的环节。

3. 国内外研究现状：“身心分离”的批判性审视

3.1. 心理护理：从情绪疏导到理论指导的缺失

国内研究已认识到心理护理的重要性，在种植、正畸及肿瘤术后康复领域开展了诸多探索。早期研究如赵妮娜等证实了术前心理干预能提升患者对赝复体的满意度[8]；张兴乐等进一步将心理健康教育系统化，覆盖术前至术后全程，证实了其对功能康复的积极效果[9]。然而，现有干预多停留在经验性的情绪支持层面，如倾听、鼓励、简单解释，缺乏基于认知行为疗法、接纳承诺疗法等结构化心理干预方案的系统应用。干预措施的理论基础薄弱，导致其可复制性和效果推广性受限。

国外在心理社会肿瘤学领域起步较早，已将心理评估与干预深度整合进头颈肿瘤患者的全程管理中。国外心理社会肿瘤学领域的干预形式较为多元，从干预实施主体来看，可分为心理治疗师主导的结构化治疗(如认知行为疗法、接纳承诺疗法)、护理人员主导的心理教育项目，以及补充替代治疗(如正念减压、瑜伽、音乐疗法)。从干预对象来看，既包括针对患者个体的干预，也包括以夫妻/家庭为单位的支持性治疗，以及患者互助团体。近年来，基于互联网平台的数字化心理干预也逐渐兴起，以期突破传统面对面干预在时间和空间上的限制[7]。其优势在于评估工具的标准化(如 PHQ-9、GAD-7、EORTC QLQ-HN35)和研究设计的严谨性(如纵向追踪、RCT)。但这些研究多聚焦于肿瘤患者群体，专门针对非肿瘤性上颌缺损或聚焦于赝复体适应期心理调适过程的干预研究仍显不足。

值得注意的是，心理干预的循证证据仍存在一定争议。Semple 等 2013 年发表的 Cochrane 系统综述对 7 项随机对照试验进行了整合分析，结果未能证实心理社会干预对头颈癌患者整体生活质量的提升效果具有统计学意义[10]。这一发现提示，单纯的心理干预可能难以独立改善多维度的康复结局，需要与功能康复训练、系统性健康教育等进行多组分联合干预。Nayak 等的范围综述同样指出，尽管大多数研究报告了干预对生活质量的临床有意义影响，但结局差异通常在统计学上不显著，需要更广泛的多组分联合干预研究[1]。

3.2. 口腔健康教育：从知识灌输到行为改变的鸿沟

国内口腔健康教育在赝复体护理方面，内容多集中于赝复体的清洁方法等基础操作，形式以口头宣教和发放宣传册为主，缺乏对患者个性化学习需求和长期行为改变的追踪评估。李琳等对赝复体修复上颌牙列缺损的临床效果进行了评价，但对健康教育具体内容的描述较为简略[11]。这种单向的知识灌输模式，往往难以跨越“知-信-行”之间的鸿沟，患者知晓知识却未能形成持久的健康行为。

国外健康教育体系更为成熟，注重采用“反示教”(Teach-Back)教学法确保患者理解，并借助多媒体和移动健康技术实现互动式、个性化的教育。Putra 等指出，预康复理念在头颈癌康复中日益受到重视，吞咽特定练习在肿瘤治疗开始前或期间启动，可改善短期吞咽效率和降低误吸风险[5]。研究已开始开发涵盖饮食、发音、社交技巧等内容的系统教育模块。Rudhanton 等的病例报告详细描述了早期过渡性赝复体治疗对老年患者生活质量的影响，强调修复后功能训练与适应性指导的重要性[12]。

然而，这些教育项目同样很少关注学习者的心理状态对知识内化与行为启动的调节作用，干预效果常因患者存在焦虑或抑郁情绪而大打折扣。Dunne 等的系统综述指出，心理变量与头颈癌治疗后的生活质量密切相关[13]，这进一步强调了整合身心干预的必要性。

3.3. 综合干预模式的研究缺口：呼唤“身心整合”

综上所述，当前研究的核心缺口在于“身心分离”。心理干预未充分利用健康行为改变理论来促进

功能康复,而健康教育也未充分融合心理支持技术来克服行为改变的障碍。心理状态与健康行为之间存在明确的交互作用,但这种“心理-行为-生理”的内在联系尚未被充分揭示和利用。

Nayak 等明确指出,头颈癌患者的生活质量问题是多维度的,需要更多复杂的多组分联合干预和稳健的研究设计[1]。Putra 等强调,康复必须早期嵌入多学科肿瘤学路径,确保不仅仅是生存,更是尊严、参与和生活质量的恢复[5]。因此,构建一个将心理护理与口腔健康教育有机融合、理论驱动、路径清晰、评估科学的综合干预模式,是填补研究空白、提升整体疗效的关键突破口。

4. 综合干预模式的构建:理论框架、核心要素与关键问题

4.1. 理论框架:“心理-行为-口腔健康”三元交互模型

本综述提出,综合干预模式的构建应以“生物-心理-社会”医学模式为上位框架,同时整合健康信念模型与认知行为疗法的核心要素,形成一个“心理-行为-口腔健康”三元交互模型。

1) 心理状态(如焦虑、抑郁、自我效能感、身体意象困扰)直接影响患者对健康信念(如感知到的收益与障碍)的评估,并调节其对康复指导的认知加工过程。研究显示约 75%的头颈癌患者存在身体意象困扰,需要使用专用工具进行精准评估[7]。

2) 健康信念(如对修复体维护重要性的认知、对自我护理能力的信心)是驱动健康行为(如规范清洁、功能训练、定期复查)的直接动力。

3) 健康行为的采纳与维持,最终决定了口腔健康结局(如修复体功能、并发症发生率、口腔健康相关生活质量)的优劣。

4) 良好的口腔健康结局会正向反馈,改善患者的心理状态,形成一个良性循环。该模型为干预提供了清晰的靶点和路径。

4.2. 综合干预模式的核心构成

基于上述模型,干预模式应包含以下有机整合的要素:

4.2.1. 整合式多维基线评估

在治疗初期,同步进行心理状态、健康信念与健康行为的基线评估。心理状态的评估可采用分层筛查策略。第一层可使用普适性心理健康量表,如患者健康问卷-9(PHQ-9)用于抑郁筛查、广泛性焦虑障碍量表-7(GAD-7)用于焦虑评估。文献报道,头颈癌患者中达到临床意义心理困扰的比例约为 5%至 21% [7]。第二层可选用肿瘤专科常用的症状评估工具,如埃德蒙顿症状评估系统(ESAS)或 MD 安德森症状量表头颈模块(MDASI-HN),这些工具能够捕捉更广泛的症状谱系,研究显示其筛查出的心理困扰阳性率可达 60% [7]。第三层为头颈癌专用量表,如针对身体意象困扰的 IMAGE-HN 量表和 MBIS-HNC 量表——研究显示约四分之三的头颈癌患者存在身体意象相关问题,这些专用工具能更精准地评估这一维度的困扰程度[7]。此外,EORTC QLQ-HN35、UW-QOL 等头颈癌专用生活质量问卷也在临床研究中广泛应用[5]。口腔健康相关生活质量可采用口腔健康影响程度量表(OHIP-14)进行评估[14],健康信念与行为则可采用自编《修复体知识问卷》和《修复体护理行为日记》进行监测。

4.2.2. 结构化分期心理护理

干预应贯穿全程,但各阶段重点不同:

术前/修复前阶段(预康复期):重点在于治疗预期管理与认知重建(纠正对治疗的灾难化想象)、恐惧脱敏、情绪管理(呼吸放松训练、正念减压)。研究显示,吞咽专项练习作为预康复的一部分,可改善短期吞咽效率和减少误吸风险[5]。

术中及调试期:重点在于压力应对技巧培养(接纳挫折)、正念练习以应对治疗不适和调试期的挫折感。正念/冥想干预可改善头颈癌患者的情绪健康,但依从性差异较大,需要在干预设计中予以关注[7]。

术后长期康复阶段:重点在于社会心理适应(社交技能训练、身份重构、回归社会)。Bernstein 等强调,需要关注患者的身份认同、人际关系和社会参与[4]。

4.2.3. 系统化互动式健康教育

内容拓展:从单一清洁扩展到膺复体工作原理、日常使用与维护技巧、饮食指导(应对吞咽困难)、发音练习方法、定期复查重要性、并发症识别与处理。

方法创新:摒弃单向灌输,采用反示教教学法(Teach-Back)确保患者理解——即让患者用自己的语言复述所学内容,以验证理解准确性;结合示范视频、图文手册等多媒体工具;采用行为契约和动机性访谈,结合心理护理中建立的信任关系与情绪支持,提升患者学习动机与信心。

功能训练整合:将吞咽治疗、言语治疗整合进健康教育路径。Putra 等指出,结构化言语治疗 4 周可显著降低吞咽困难严重程度并改善生活质量[5]。

4.2.4. 动态反馈与个性化调整

根据患者在不同阶段的情绪波动和行为表现,动态调整心理支持的重点和健康教育的强度与内容,实现真正的个性化护理。Cereda 等的研究显示,营养咨询对头颈癌放疗患者具有积极效果[15],这提示健康教育需要根据患者的具体情况(如放疗副作用)进行动态调整。

4.3. 拟解决的关键科学问题

4.3.1. 因果验证问题

通过设计严谨的随机对照试验,验证该整合模型相较于常规护理或单项干预,在改善患者心理状态、健康行为及口腔健康结局方面的叠加效应和净效应。

4.3.2. 机制探索问题

利用结构方程模型等中介效应分析方法,检验“心理状态→健康信念→健康行为→口腔健康结局”这一作用路径是否成立,明确干预起效的关键中介因素。

4.3.3. 剂量效应问题

探索最佳干预“剂量”(如干预频次、时长、强度),以及不同特征患者(如不同缺损类型、不同人格特质、不同治疗阶段)的干预响应模式是否存在差异。

4.3.4. 长期效用问题

评估干预结束后 6 个月、12 个月甚至更长时间的效果维持情况。Nayak 等指出,目前尚无研究检验干预对头颈癌长期幸存者生活质量的影响[1]。

4.3.5. 方案固化与推广问题

如何将有效的干预方案转化为可供不同层级医疗机构使用的标准化操作程序和培训体系,特别是在资源有限的环境中。

5. 评估工具与研究设计的方法学考量

5.1. 核心评估工具系统梳理

基于文献,将膺复体修复患者综合干预研究的评估工具归纳如下:见表 1。

Table 1. Assessment tools for comprehensive intervention research in patients undergoing maxillofacial prosthesis (obturator) rehabilitation

表 1. 颌复体修复患者综合干预研究的评估工具

评估维度	工具名称	核心特点与临床应用	参考文献
抑郁症状	患者健康问卷-9 (PHQ-9)	9 个条目，基于 DSM-5 诊断标准，适用于临床快速筛查和严重程度评估	Chen 2024 [7]
焦虑症状	广泛性焦虑障碍量表-7 (GAD-7)	7 个条目，对广泛性焦虑具有较好的敏感性和特异性	Chen 2024 [7]
整体心理困扰 Chen 2024 [7]	心理困扰温度计(DT)	单项视觉模拟量表(0-10 分)，简便快捷，适合临床常规筛查	Chen 2024 [7]
肿瘤相关症状 Chen 2024 [7]	埃德蒙顿症状评估系统 (ESAS)	评估 9 种常见症状(疼痛、疲劳、恶心、抑郁、焦虑、嗜睡、食欲、wellbeing、气短)	Chen 2024 [7]
头颈癌专用症状 Chen 2024 [7]	MD 安德森症状量表-头颈模块 (MDASI-HN)	核心症状 + 头颈专用条目(如吞咽、口腔黏膜炎、味觉改变)	Chen 2024 [7]
身体意象困扰	头颈癌形象困扰评估量表 (IMAGE-HN)	专门评估头颈癌患者因外貌改变导致的心理困扰	Chen 2024 [7]
身体意象关注	麦吉尔头颈癌身体意象关注量表 (MBIS-HNC)	评估患者对身体形象改变的认知、情感和行为反应	Chen 2024 [7]
羞耻与病耻感	羞耻与病耻感量表(SSS)	四维度：外表羞耻、病耻感、社交/言语困难、后悔感	Chen 2024 [7]
口腔健康相关	口腔健康影响程度量表 (OHIP-14)	生活质量 14 个条目，评估口腔问题对生活质量的七个维度影响	Slade 1997 [14]
头颈癌生活质量	EORTC QLQ-HN35	35 个条目，头颈癌专用模块，评估症状、功能和社会影响	Putra 2025 [5]
头颈癌生活质量	华盛顿大学生活质量问卷 (UW-QOL)	12 个领域，包括疼痛、吞咽、咀嚼、言语、肩功能、味觉、唾液等	Putra 2025 [5]
吞咽相关生活质量	吞咽相关生活质量问卷 (SWAL-QOL)	评估吞咽困难对日常生活和社会交往的影响	Putra 2025 [5]

5.2. 研究设计建议

为验证整合干预模式的有效性，推荐采用前瞻性、随机对照试验设计。在具体实施中，建议采用区组随机化方法进行分组，并对结局评估者实施盲法(评估者盲)，以降低测量偏倚。样本量估算应基于主要结局指标(如 SAS 焦虑评分)的预期效应量，参考同类研究的组间均值差和标准差，设定双侧 $\alpha=0.05$ ，检验效能(1- β)不低于 0.80。考虑到 20%左右的失访率，应在估算样本量的基础上增加相应比例。研究方案应预先在临床试验注册平台进行注册(如中国临床试验注册中心或 ClinicalTrials.gov)，以提高研究的透明度和可信度。

在具体研究设计中，建议采用以下方法学策略：

5.2.1. 采用混合方法设计

在 RCT 的框架内，嵌入质性研究(如半结构化访谈、现象学研究)，深入理解患者在干预过程中的体验、意义建构与变化机制，弥补量化研究的深度不足[4]。

5.2.2. 构建多维动态评估体系

除传统的量表外，可引入生态瞬时评估法，通过智能手机实时捕捉患者在日常生活中的情绪波动与

行为表现, 获取更真实、动态的数据。

5.2.3. 明确纳入排除标准

参考 Putra 等的研究设计, 明确研究对象、干预措施、对照、结局指标(PICO)和随访时点[5]。

5.2.4. 开展多中心研究

扩大样本量和覆盖面, 提高研究结论的外部效度和证据级别, 减少单中心偏倚[1]。

5.2.5. 注重长期随访

将随访周期延长至干预结束后 12 个月甚至更长, 以评估干预效果的持久性, 填补长期幸存者研究空白[1]。

5.2.6. 进行卫生经济学评价

评估综合干预的成本效益、成本效用, 为其纳入医保支付或临床路径提供决策依据。

6. 总结与展望

心理护理与口腔健康教育的整合, 代表了颌复体修复护理从“以疾病为中心”向“以患者为中心”, 从“经验性描述”向“机制性探索”的重要转变。本综述提出的“心理-行为-口腔健康”三元交互模型, 为这一整合提供了初步的理论框架, 并系统梳理了评估工具与研究设计范式。

未来的研究应聚焦于以下几个方面:

6.1. 理论深化

进一步发展和验证该理论模型, 探索心理神经免疫学等更微观的生物行为机制, 揭示身心交互的生物学通路。

6.2. 机制研究

利用结构方程模型、路径分析等高级统计方法, 揭开综合干预“如何起作用”的黑箱, 明确干预起效的关键中介和调节因素。

6.3. 技术创新

开发基于移动健康 APP、远程康复(tele-rehabilitation)、人工智能辅助决策的数字化干预平台, 实现低成本、广覆盖、个性化的身心整合支持。Putra 等指出, 远程健康是未来的发展方向之一[5]。

6.4. 人群拓展

关注非肿瘤性上颌缺损患者、不同文化背景患者、以及长期幸存者的特殊需求, 开展针对性研究。

6.5. 价值证据

开展严谨的卫生经济学评价, 为整合护理模式进入临床实践指南和医保支付范围提供证据支持。

6.6. 实施科学

研究如何将有效的整合干预方案推广到不同层级的医疗机构, 特别是基层和资源有限的地区, 缩小健康差异。

最终, 构建并验证一套科学、系统、经济的“身心整合”护理方案, 不仅将直接改善颌复体修复患者的身心康复水平与生活质量, 也将为口腔专科护理乃至慢性病康复护理领域, 贡献具有普适价值的理论

范式与实践路径。从“身心分离”走向“身心整合”，是赈复体修复护理发展的必然方向。

基金项目

基金“2024 年度四川省心理学会年度科研规划项目成果”，编号：SCSXLXH202403091。

参考文献

- [1] Nayak, S.G., George, A., Sharan, K., Nayak, B.S. and Salins, N. (2024) Interventions to Improve Quality of Life in Patients with Head and Neck Cancers Receiving Radiation Therapy: A Scoping Review. *Supportive Care in Cancer*, **32**, Article No. 31. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08197-1>
- [2] 曹雪, 王楠, 张倩. 上颌骨缺损患者赈复体修复期间心理体验的质性研究[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(3): 341-345.
- [3] World Health Organization (1997) WHOQOL: Measuring Quality of Life. World Health Organization.
- [4] Bernstein, R.T., Garner-Purkis, A., Gallagher, J.E. and Scambler, S. (2025) A Systematic Review of Social Impacts of Treatment and Rehabilitation of Head and Neck Cancer Patients. *Advances in Oral and Maxillofacial Surgery*, **17**, Article 100513. <https://doi.org/10.1016/j.adoms.2024.100513>
- [5] Putra, M.A.D.T., Utami, A.N.V., Akbar, M.F. and Endratamma, M.A. (2025) Rehabilitation after Oral Cancer: Functional, Prosthetic, and Psychosocial Perspectives. *Journal of Head & Neck Physicians and Surgeons*, **13**, 148-154. https://doi.org/10.4103/jhnps.jhnps_88_25
- [6] Artopoulou, I.I., Karademas, E.C., Perisanidis, C. and Polyzois, G. (2022) Quality of Life in Patients with Soft Palate Resection: The Relationship between Reported Functional Prosthetic Outcomes and the Patient's Psychological Adjustment. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, **128**, 1387-1397. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2021.04.009>
- [7] Chen, T., Grose, E., Noel, C.W., Villemure-Poliquin, N. and Eskander, A. (2024) Interventions to Reduce Psychosocial Burden in Head and Neck Cancer Patients: A Narrative Review. *Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, **53**, 1-9.
- [8] 赵妮娜, 陶薇. 颌骨缺损赈复体修复前心理干预对患者满意度影响的研究[J]. 中国实用口腔科杂志, 2010, 3(7): 429-430.
- [9] 张兴乐, 李乐, 王鹏, 等. 心理健康教育对上颌赈复体修复疗效的影响[J]. 国际口腔医学杂志, 2015, 42(3): 299-301.
- [10] Semple, C., Parahoo, K., Norman, A., McCaughan, E., Humphris, G. and Mills, M. (2013) Psychosocial Interventions for Patients with Head and Neck Cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 7, CD009441. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009441.pub2>
- [11] 李琳, 柳茹月, 吴婷, 等. 应用赈复体修复上颌牙列缺损伴上颌骨缺损临床效果评价[J]. 中国实用口腔科杂志, 2020, 13(12): 750-752.
- [12] Rudhanton, R.A., Fitriana, A. and Dahlan, A. (2025) Restoring Function and Quality of Life through Early Interim Obturator Therapy after Left Hemimaxillectomy: A Case Report on the Role of Patient Education. *Indonesian Journal of Prosthodontics*, **6**, 33-38.
- [13] Dunne, S., Mooney, O., Coffey, L., Sharp, L., Desmond, D., Timon, C., *et al.* (2017) Psychological Variables Associated with Quality of Life Following Primary Treatment for Head and Neck Cancer: A Systematic Review of the Literature from 2004 to 2015. *Psycho-Oncology*, **26**, 149-160. <https://doi.org/10.1002/pon.4109>
- [14] Slade, G.D. (1997) Derivation and Validation of a Short-Form Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, **25**, 284-290. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x>
- [15] Cereda, E., Cappello, S., Colombo, S., Klersy, C., Imarisio, I., Turri, A., *et al.* (2018) Nutritional Counseling with or without Systematic Use of Oral Nutritional Supplements in Head and Neck Cancer Patients Undergoing Radiotherapy. *Radiotherapy and Oncology*, **126**, 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2017.10.015>