

多学科协作模式在流涎症管理中的应用现状及启示

赵顺杰¹ 王娟¹ 白莎¹ 王恬¹ 郭君²

¹郑州大学护理与健康学院, 郑州 450001; ²郑州大学第五附属医院康复医学科, 郑州 450052

通信作者: 郭君, Email: 13633816782@139.com

【摘要】 对国外多学科协作模式在流涎症患者症状管理中的应用现状进行综述, 包括多学科协作模式的人员构成、职责、应用现状及不足, 并提出此模式在我国流涎症患者中应用的策略, 以期对相关研究提供参考。

【关键词】 多学科协作; 流涎症; 症状管理

基金项目: 河南省医学科技攻关计划省部共建项目 (2018020236)

Funding: Provincial and Ministry Co-construction Project of Henan Medical Science and Technology Research Plan (2018020236)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2022.08.019

流涎症, 又称流唾症, 是指因延髓和/或面部肌肉功能障碍导致患者不能有效控制唾液和/或吞咽无力等, 进而使唾液在口咽部聚集或外流的一种症候群^[1-2], 最常见于神经性吞咽障碍患者。流涎症不仅影响患者身心健康、加重照顾负担, 也增加了医护人员医疗管理的难度^[1]。因患者流涎症状存在差异及相关并发症较为复杂, 单一非侵入性(如行为治疗^[3]、抗胆碱能药物^[4]等)或侵入性(肉毒杆菌毒素注射^[5]、手术^[6]等)治疗措施的效果有限, 而多学科协作模式则提供了一种解决方法, 具有较高的疗效及经济效益^[1, 7-8], 且已被英国国家健康与护理卓越研究所^[9]和德国指南^[10]推荐用于流涎症状的管理。然而, 国内对神经性吞咽障碍患者的流涎症状关注较少, 且临床实践中很少基于多学科协作模式对患者进行流涎症状的管理, 故本文就国外多学科协作模式在流涎患者中的应用现状进行综述, 以期为我国流涎患者的医疗管理提供参考。

多学科协作模式在流涎症状管理中的人员构成与职责

目前, 有关流涎管理中多学科成员的构成与职责尚无统一的标准, 不同研究者因纳入患者的年龄、原发疾病、流涎严重程度和当地医疗资源、条件等不同而纳入不同专业的学科成员。

一、多学科协作模式在流涎症状管理中的人员构成

流涎症的管理需不同学科的医疗专业人员和/或社会人员参与, 但团队成员并非固定不变, 而是随着患者流涎病情的变化而改变。据研究报道^[7, 8, 11-13], 多学科协作的流涎管理团队成员有医生(包含全科医生和专科医生)、护士、言语治疗师、作业治疗师、物理治疗师、心理咨询师、营养师、患者和家属等, 其中护士是协调和维持多学科成员无缝协作的主要人员, 除包括专科护士(如儿科护士、肌萎缩侧索硬化专科护士等)外, 还包括社区护士、联络护士和学校护士等^[8, 14-15]; 随着多学科协作流涎管理专科门诊的开展, 其人员构成日益多元化, 陆续加入了社会工作者、姑息治疗专家、整形外科医师、听力学相关专家等, 为患者及家属提供不同专业领域的建议和可供选择的治疗方案。但至今该团队仍未有公认的核心领导者及成员标准, 这可能与患者流涎症的病因及继发的并发症不同有关。另外, 团队成员中缺乏流涎症状管理的专科医生和护士, 这可能与目前未

开设相应的亚专业有关。

二、多学科协作模式在流涎症状管理中的人员职责

研究指出^[1, 7-8], 每位团队成员均需对患者进行个性化评估、分析流涎的原因, 并与患者及家属共同制订流涎管理方案。医生的主要职责为关注流涎症状的根本病因、危害性、可改善性, 并制订相关并发症的治疗措施^[16-17]。护士除协助医生实施相应的治疗措施, 还需对患者的流涎症状进行持续动态地评估^[15, 17], 并为患者及家属提供适宜的护理服务和相关健康教育; 护士还需协调开展多学科会议、维持团队成员之间的协作, 保证多学科团队的正常运行。

另外, 康复治疗师与医生和护士相互合作, 以缓解患者的流涎症状、改善相关功能, 如言语治疗师^[18]负责评估患者的言语、口腔、吞咽功能及安全进食状况, 并对患者存在的吞咽问题提供相应的治疗方案; 作业治疗师^[17]通过实施维持患者身体姿势、体态平衡和肌肉力量训练等措施来改善患者的流涎症状。心理咨询师、营养师和姑息治疗专家等分别为患者及家属提供心理、营养及姑息治疗的个性化服务^[11, 19]。

此外, 社会工作者^[20]通过评估患者及其家庭和社会情况向其提供疾病就医、心理援助和社会支持的相关信息与途径, 最大限度地为患者及家属提供物质和精神支持。虽然上述每位成员均有相应的职责及分工, 但不同学科成员之间的信息交换和交叉协作缺乏规范化指导。

多学科协作模式中流涎管理策略制定的原则

流涎症状管理策略的制订主要取决于患者流涎症的主要病因、严重程度、相关并发症及目前所接受的医疗措施^[1, 21], 目前尚未有公认的标准。理想状态下, 此策略应简单无创、安全有效, 故有学者建议在患者个性化治疗的基础上, 采用分级的流涎管理策略^[22], 即从侵入性小的措施(如言语治疗、功能性吞咽障碍治疗)渐至侵入性大的措施(如肉毒杆菌毒素注射、手术治疗等), 并根据患者的需要, 采用单一或多种的联合方式。目前, 英国国家健康与护理卓越研究所颁布的关于帕金森病患者^[23]及运动神经元病患者^[24]的相关指南均建议对流涎症的管理应先采取非药物管理方式, 在此方式不可用或无效时则考虑

采用药物管理。2017 年,英国 Pan Mersey 地区处方委员会颁发的处方指南^[25]也建议遵循流涎分级管理策略为患者提供多学科协作的医疗服务。目前,此管理策略已有效地用于指导临床实践。

多学科协作模式在流涎症状管理中的应用现状

一、多学科协作模式在儿童流涎症状管理中的应用现状

Fairhurst 等^[12]指出,对儿童流涎症状的评估与管理需要依靠多学科团队,在不损害儿童口腔健康的条件下,团队成员除与儿童和家长共同制订个性化的流涎管理方案以改善儿童的生活质量外,还需关注儿童的心理健康和社交互动。加拿大学者 Crysedale 等^[20]组建包含儿科耳鼻喉科医生、言语治疗师和儿科专家等成员的多学科团队,并规定每位学科成员对患儿单独评估后,于固定时间点会面,集中为患儿(最多 8 位患儿/次)制订治疗方案,且在将治疗方案告知家属的同时,向家属提供一份包含成员联系方式的手册,以便家属与团队成员联系;对需行手术治疗的患儿,此团队向家属提供手术说明手册和术后护理指导手册,便于家属了解手术相关事项和术后护理的重点;此外,此团队还向团队成员提供转诊说明手册以指导团队成员对患者进行跨学科转诊。此种管理模式不仅改善了患儿的生活质量、促使其参与社交互动,也为临床实践提供了参考。

Ali 等^[18]报道表明,组建以儿科耳鼻喉科医生、言语治疗师和儿科护士为核心成员的多学科团队,并联合物理治疗师、康复科和呼吸科等医生和专家,为病情复杂的患儿提供多学科协作的流涎治疗措施,可有效改善患儿的流涎症状和生活质量等。但由于此研究为回顾性研究,缺乏相关随访的数据,无法评估此种管理方式对儿童流涎症的远期治疗效果。

另外, Daniel^[26]组建了包含医疗、康复专业人员及社会工作者的多学科团队,通过发挥不同学科人员的专业知识和技能,与家属共同制订患儿的流涎治疗方案,不仅改善了流涎患儿的生活质量,提高其社会参与度,也减轻了家属的照顾负担。

综上,在儿童流涎管理的多学科团队中其核心成员以儿科医生和言语治疗师为主,多学科团队关注的重点是解决流涎症状对儿童心理健康和社交活动的负性问题,但少有研究报道此管理模式对流涎患儿家属照顾能力的影响,且目前针对不同生长发育阶段流涎患儿适宜采取的流涎管理措施尚不清楚。

二、多学科协作模式在成人流涎症状管理中的应用现状

成人流涎症状管理的多学科团队成员类型及人数依患者流涎的病因和并发症而定,其成员可包括医生(全科医生、牙医、耳鼻喉科医生、康复科医生、呼吸科医生和神经学专家等)、专科护士、言语治疗师、物理治疗师、营养师等^[1],团队成员在对患者提供医疗服务时侧重对病因治疗及相关并发症的预防和处理。

一项针对运动神经元病患者多学科干预的综述^[27]指出,组建包含神经科医生、运动神经元病专科护士和物理治疗师等人员的多学科团队,通过采取对症管理(流涎症状、呼吸道、营养等管理)的措施可改善患者的流涎症状、降低呼吸道感染等并发症和提高其生活质量。另外,一篇关于卒中后流涎患者多学科协作治疗的个案报道^[28]指出,针对患者流涎病因及特点,康复医生与患者共同制订治疗方案,并在当前治疗措施无效时,依据流涎分级管理策略可将患者转诊至其它学科以接受进一

步的流涎治疗措施,此种多学科管理模式不仅可改善患者的流涎症状、生活质量,也能提高患者的就医体验。

虽然多学科协作模式对流涎患者及家属具有较好的益处,且相关指南^[10]也提供了流涎症状评估、诊断及治疗的相关建议,但多学科团队成员对成人患者的流涎症状仍缺乏重视,特别是对肌萎缩侧索硬化患者。尽管研究已证实,对肌萎缩侧索硬化患者采取多学科协作模式具有较高的医疗和经济效益^[29]。但团队成员常因关注肌萎缩侧索硬化患者的运动症状,而忽视对流涎等非运动症状的重视^[30]。最新一项关于多学科团队成员对老年患者流涎症管理体验的质性研究^[17]中也再次指出,临床医护人员对成人的流涎症状关注不足,且团队成员流涎症状管理的相关知识和技能有待提升。这提示除应提高多学科团队成员对成人流涎症的重视度外,还需对其开展流涎症状管理相关知识和技能的培训,提高其服务质量。

促进我国多学科协作流涎症管理模式发展的策略

一、制订并完善相关指南和专家共识

以德国多学科协作流涎症管理模式的发展为例,自 2013 年德国制订相关的流涎管理指南^[31]并倡导对流涎患者进行多学科协作的管理模式后,德国流涎症的诊断和治疗等领域均得到快速拓展,并随后进行了指南的更新^[10]。由此可见,多学科协作流涎管理模式要想在我国快速发展,相关权威组织或机构应尽早制订相应的临床实践指南或专家共识,并明确该管理模式的人员构成与职责、服务范围、服务内容、团队成员交叉协作的规范标准、临床路径以及效果评价指标等内容,为推动多学科协作流涎症管理模式的发展指明方向。

二、提高团队成员对流涎症管理的相关知识和技能水平

虽然国外多学科协作流涎管理模式已取得了一定成效,但研究表明^[17]团队成员的流涎症管理知识与技能仍有待提高。患者从就诊到接受多学科服务的时间常取决于医务人员对流涎症的认识和重视程度,当医务人员缺乏相关知识和技能时,不仅阻碍其向患者及家属提供多学科协作流涎管理的相关信息,也会延迟患者的治疗时机,进而影响患者的治疗效果和生活质量等^[29]。因此,国内学者需先了解临床工作者对流涎症相关知识和技能的掌握程度,再针对其薄弱点构建针对性的培训课程;在培训阶段,培训者应注意培训对象对培训方式、效果等内容的反馈,从而及时调整和完善培训内容,保障其服务质量。

三、加强流涎症状管理证据的汇总

尽管有临床指南^[32]建议,对所有受流涎症影响的患者均应采取相应的治疗措施,但 Galvin 等^[29]研究指出,仅有 52.7% 的患者接受了流涎治疗,这可能与缺乏相关高质量循证证据的支持及无标准化的临床管理路径等有关^[17,33]。这亦提示需开展更多大样本、随机对照研究进一步探索多学科协作流涎管理模式的应用效果,并加强对国内外已有研究结果的证据推荐,为临床实践提供科学依据。

四、研发决策支持工具和联合互联网*以提高患者及家属的参与度

患者及其家属是多学科协作流涎管理模式中关键的利益相关者和决策者^[19],促使其参与临床决策制订的过程,不仅便于其了解治疗方案的相关内容,还可加强其与医务人员之间的沟通,进而参与医疗决策^[34]。目前,国外已有针对肌萎缩侧索

硬化症患者相关决策支持工具^[35],帮助患者及其家属在面临复杂临床决策处境时做出适宜的选择。因此,国内学者亦可借鉴国外经验,结合国内实际情况,制订本土化的决策支持工具,提高患者及其家属的医疗决策参与度。

另外,互联网⁺在医疗服务中的作用日渐突出^[36],可通过远程医疗为偏远地区的居家患者及家属提供流涎症相关内容的健康指导和诊疗信息,协助其做好决策制定的准备和减少其不良就医体验等。

综上所述,多学科协作的流涎管理模式可为流涎患者及家属提供系统、优质的医疗服务,但基于国内多学科协作的流涎管理模式尚不成熟,因此可借鉴国外先进经验,并结合国内实际情况,构建和完善多学科协作的流涎管理模式,为临床实践提供指导。

参 考 文 献

- [1] Varley LP, Denieffe S, O'Gorman C, et al. A systematic review of noninvasive and invasive sialorrhoea management [J]. *J Clin Nurs*, 2019, 28(23-24): 4190-4206. DOI: 10.1111/jocn.15009.
- [2] 王松灵, 窦慧听, 秦力铮, 等. 流涎症的病因、诊断与治疗 [J]. *口腔疾病防治*, 2019, 27(8): 477-484. DOI: 10.12016/j.issn.2096-1456.2019.08.001.
- [3] Van der Burg JJ, Didden R, Jongerius PH, et al. Behavioral treatment of drooling: a methodological critique of the literature with clinical guidelines and suggestions for future research [J]. *Behav Modif*, 2007, 31(5): 573-594. DOI: 10.1177/0145445506298723.
- [4] Reid SM, Westbury C, Guzys AT, et al. Anticholinergic medications for reducing drooling in children with developmental disability [J]. *Dev Med Child Neurol*, 2020, 62(3): 346-353. DOI: 10.1111/dmcn.14350.
- [5] Singh H, Nene Y, Mehta TR, et al. Efficacy of botulinum toxin for treating sialorrhea in neuromuscular conditions [J]. *Front Neurol*, 2020, 11: 513. DOI: 10.3389/fneur.2020.00513.
- [6] Makino K, Mahant N, Tilden D, et al. Cost-effectiveness of incobotulinumtoxinA in the treatment of sialorrhea in patients with various neurological conditions [J]. *Neurol Ther*, 2020, 9(1): 117-133. DOI: 10.1007/s40120-020-00182-8.
- [7] Cheng HWB, Chan KY, Chung YKJ, et al. Supportive & palliative interventions in motor neurone disease: what we know from current literature [J]. *Ann Palliat Med*, 2018, 7(3): 320-331. DOI: 10.21037/apm.2017.10.01.
- [8] Morgante F, Bavikatte G, Anwar F, et al. The burden of sialorrhoea in chronic neurological conditions: current treatment options and the role of incobotulinumtoxinA (Xeomin®) [J]. *Ther Adv Neurol Disord*, 2019, 12: 1756286419888601. DOI: 10.1177/1756286419888601.
- [9] Oliver D, Radunovic A, Allen A, et al. The development of the UK National Institute of Health and Care Excellence evidence-based clinical guidelines on motor neurone disease [J]. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*, 2017, 18(5-6): 313-323. DOI: 10.1080/21678421.2017.1304558.
- [10] Steffen A, Jost W, Bäumer T, et al. Hypersalivation: update of the German S2k guideline (AWMF) in short form [J]. *J Neural Transm*, 2019, 126(7): 853-862. DOI: 10.1007/s00702-019-02000-4.
- [11] Driskell LD, York MK, Heyn PC, et al. A guide to understanding the benefits of a multidisciplinary team approach to amyotrophic lateral sclerosis (ALS) treatment [J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2019, 100(3): 583-586. DOI: 10.1016/j.apmr.2018.05.002.
- [12] Fairhurst CBR, Cockerill H. Management of drooling in children [J]. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*, 2011, 96(1): 25-30. DOI: 10.1136/adc.2007.129478.
- [13] Mcgeachan AJ, Mcdermott CJ. Management of oral secretions in neurological disease [J]. *Pract Neurol*, 2017, 17(2): 96-103. DOI: 10.1136/practneurol-2016-001515.
- [14] Montgomery J, McCusker S, Lang K, et al. Managing children with sialorrhoea (drooling): Experience from the first 301 children in our saliva control clinic [J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2016, 85(1): 33-39. DOI: 10.1016/j.ijporl.2016.03.010.
- [15] Traynor BJ, Alexander M, Corr B, et al. Effect of a multidisciplinary amyotrophic lateral sclerosis (ALS) clinic on ALS survival: a population based study, 1996-2000 [J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2003, 74(9): 1258-1261. DOI: 10.1136/jnnp.74.9.1258.
- [16] Hockstein NG, Samadi DS, Gendron K, et al. Sialorrhea: a management challenge [J]. *Am Fam Physician*, 2004, 69(11): 2628-2634.
- [17] Varley LP, Gooney M, Denieffe S, et al. Sialorrhoea management practices in residential older adults care settings: a qualitative study [J]. *J Nurs Manag*, 2021, 29(5): 989-997. DOI: 10.1111/jonm.13236.
- [18] Ali SA, Haney J, Payne L, et al. Initial experience from a multidisciplinary pediatric salivary gland disorder clinic [J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2015, 79(9): 1505-1509. DOI: 10.1016/j.ijporl.2015.06.038.
- [19] Hogden A, Foley G, Henderson RD, et al. Amyotrophic lateral sclerosis: improving care with a multidisciplinary approach [J]. *J Multidiscip Healthc*, 2017, 10: 205-215. DOI: 10.2147/JMDH.S134992.
- [20] Crysdale WS, McCann C, Roske L, et al. Saliva control issues in the neurologically challenged. A 30 year experience in team management [J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2006, 70(3): 519-527. DOI: 10.1016/j.ijporl.2005.07.021.
- [21] Satow T, Ikeda A, Hayashi N, et al. Surgical treatment of seizures from the peri-Sylvian area by perinatal insult: a case report of ictal hypersalivation [J]. *Acta Neurochir*, 2004, 146(9): 1021-1026. DOI: 10.1007/s00701-004-0311-7.
- [22] De Bruijn T, Sohler J, van der Burg J. Outpatient treatment based on self-management strategies for chronic drooling in two children [J]. *J Dev Phys Disabil*, 2017, 29(5): 735-755. DOI: 10.1007/s10882-017-9553-1.
- [23] National Institute for Health and Care Excellence (UK). Parkinson's disease in adults [EB/OL]. [2017-07-19]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng71/resources/parkinsons-disease-in-adults-pdf-1837629189061>.
- [24] National Institute for Health and Care Excellence (UK). Motor neurone disease: assessment and management [EB/OL]. [2019-07-23]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng42/resources/motor-neurone-disease-assessment-and-management-pdf-1837449470149>.
- [25] Pan Mersey Area Prescribing Committee. Pharmacological management of hypersalivation in children and adults [EB/OL]. [2017-11-01]. <https://www.panmerseyapc.nhs.uk/media/2066/hypersalivation.pdf>.
- [26] Daniel SJ. Multidisciplinary management of sialorrhea in children [J]. *Laryngoscope*, 2012, 122 (Suppl 4): S67-S68. DOI: 10.1002/lary.23803.

- [27] Williams UE, Philip-Ephraim EE, Oparah SK. Multidisciplinary interventions in motor neuron disease [J]. J Neurodegener Dis, 2014, 2014;435164. DOI:10.1155/2014/435164.
- [28] Lui SK, Neo S, Quah D. The challenges faced and lessons learnt in the multidisciplinary management of medication refractory post-stroke sialorrhea: a case report [J]. Cureus, 2020, 12 (5) : e7978. DOI: 10.1155/2014/435164.
- [29] Galvin M, Ryan P, Maguire S, et al. The path to specialist multidisciplinary care in amyotrophic lateral sclerosis: a population-based study of consultations, interventions and costs [J]. PLoS One, 2017, 12 (6) : e179796. DOI:10.1371/journal.pone.0179796.
- [30] Beswick E, Forbes D, Hassan Z, et al. A systematic review of non-motor symptom evaluation in clinical trials for amyotrophic lateral sclerosis [J]. J Neurol, 2022, 269 (1) : 411-426. DOI: 10.1007/s00415-021-10651-1.
- [31] Steffen A, Beutner D, Hakim S, et al. Hypersalivation - inauguration of the S2k Guideline (AWMF) in short form [J]. Laryngorhinootologie, 2013, 92 (8) : 515-522. DOI:10.1055/s-0033-1343414.
- [32] National Institute for Health and Care Excellence. Motor neurone disease: assessment and management [M]. London: NICE, 2016; 207-224.
- [33] Garuti G, Rao F, Ribuffo V, et al. Sialorrhea in patients with ALS: current treatment options [J]. Degener Neurol Neuromuscul Dis, 2019, 9; 19-26. DOI: 10.2147/DNND.S168353.
- [34] Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017, 4 (4) : CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub5.
- [35] Hogden A, Greenfield D, Caga J, et al. Development of patient decision support tools for motor neuron disease using stakeholder consultation: a study protocol [J]. BMJ Open, 2016, 6 (4) : e10532. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010532.
- [36] 陈晶, 段好阳, 侯奕慧, 等. 新媒体技术支持的远程康复诊疗模式对神经性吞咽障碍患者出院后生活质量的影响 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42 (10) : 907-909. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2020.10.011.

(修回日期: 2022-06-13)

(本文编辑: 汪 玲)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

中华医学会杂志社对一稿两投问题处理的声明

为维护中华医学会系列杂志的声誉和广大读者的利益, 现将中华医学会系列杂志对一稿两投和一稿两用问题的处理声明如下:

1. 本声明中所涉及的文稿均指原始研究的报告或尽管 2 篇文稿在文字的表达和讨论的叙述上可能存在某些不同之处, 但这些文稿的主要数据和图表是相同的。所指文稿不包括重要会议的纪要、疾病的诊断标准和防治指南、有关组织达成的共识性文件、新闻报道类文稿及在一种刊物发表过摘要或初步报道而将全文投向另一种期刊的文稿。上述各类文稿如作者要重复投稿, 应向有关期刊编辑部做出说明。
2. 如 1 篇文稿已以全文方式在某刊物发表, 除非文种不同, 否则不可再将该文投寄给他刊。
3. 请作者所在单位在来稿介绍信中注明文稿有无一稿两投问题。
4. 凡来稿在接到编辑部回执后满 3 个月未接到退稿, 则表明稿件仍在处理中, 作者欲投他刊, 应事先与该刊编辑部联系并申述理由。
5. 编辑部认为文稿有一稿两投嫌疑时, 应认真收集有关资料并仔细核实后再通知作者, 同时立即进行退稿处理, 在做出处理决定前请作者就此问题做出解释。期刊编辑部与作者双方意见发生分歧时, 应由上级主管部门或有关权威机构进行最后仲裁。
6. 一稿两用一经证实, 期刊编辑部将择期在杂志中刊出其作者姓名和单位及撤销该论文的通告; 对该作者作为第一作者所撰写的一切文稿, 中华医学会系列杂志 2 年内将拒绝其发表; 并就此事件向作者所在单位和该领域内的其他科技期刊进行通报。

中华医学会杂志社