

〔文章编号〕 1007-0893(2023)05-0119-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.05.038

早期吞咽康复训练治疗老年喉癌喉部分切除术患者临床疗效

姜方方 赵玉王彤

(郑州大学第一附属医院, 河南 郑州 450000)

〔摘要〕 目的: 探讨早期吞咽康复训练对老年喉癌喉部分切除术患者的临床疗效。方法: 选取 2021 年 1 月至 2022 年 6 月在郑州大学第一附属医院接受喉癌部分切除术并在术后发生吞咽障碍的 60 例老年喉癌患者, 将其随机分为对照组和观察组, 各 30 例。对照组患者接受常规康复治疗, 观察组患者实施早期吞咽康复训练, 比较两组患者治疗效果。结果: 治疗后两组患者标准吞咽功能评定量表 (SSA) 评分均有不同程度下降, 舒适度状况量表 (GCQ) 评分均有不同程度提高, 且治疗后观察组患者 SSA 评分低于对照组, GCQ 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者血红蛋白、白蛋白、前清蛋白、转铁蛋白均有不同程度提高, 且治疗后观察组患者血红蛋白、白蛋白、前清蛋白、转铁蛋白高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS)、匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 均有不同程度降低, 且治疗后观察组患者 SAS、SDS、PSQI 低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者世界卫生组织生存质量量表 (WHOQOL-BREF) 评分均有不同程度提高, 且治疗后观察组患者 WHOQOL-BREF 各项评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对于喉癌部分切除术后吞咽障碍患者实施早期吞咽康复训练可更好地减轻患者吞咽障碍, 降低营养不良风险, 还可提升其舒适度, 使其心理、睡眠、生活质量均得到改善。

〔关键词〕 喉癌; 喉癌部分切除术; 吞咽障碍; 早期吞咽康复训练

〔中图分类号〕 R 739.65 〔文献标识码〕 B

喉癌是一种常见的头颈部恶性肿瘤, 其在头颈部恶性肿瘤中的发病率仅次于鼻腔癌、鼻咽癌^[1]。在喉癌早期阶段, 患者常伴有吞咽困难、发声困难等症状, 随着病情进展, 患者发声功能严重受损, 影响患者的日常生活。对于喉癌, 临床主张实施积极治疗, 喉癌部分切除术是对于喉癌治疗的主要方法, 在手术中通过切除喉部肿瘤病灶, 对肿瘤的进展可达到控制的效果^[2]。然而, 在喉癌手术后, 患者因受到术中喉部操作的影响, 其吞咽功能出现障碍, 严重影响到其日常进食, 增加了营养不良风险, 不利于预后^[3]。对于喉癌部分切除术后吞咽障碍, 临床上主张开展积极治疗, 有研究指出, 早期吞咽康复训练可对喉癌部分切除术后吞咽障碍予以改善^[4], 为探讨早期吞咽康复训练对于喉癌部分切除术后吞咽障碍的治疗效果, 本研究选取 2021 年 1 月至 2022 年 6 月在郑州大学第一附属医院接受喉癌部分切除术且在术后发生吞咽障碍的 60 例老年喉癌患者, 在患者中开展随机分组研究, 具体内容报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2022 年 6 月在郑州大学第一附属医院接受喉癌部分切除术并在术后发生吞咽障碍的 60 例老年喉癌患者, 将其随机分为对照组和观察组, 各 30 例。对照组年龄 60~85 岁, 平均 (72.29 ± 6.51) 岁; 男性 16 例, 女性 14 例。观察组年龄 60~86 岁, 平均 (72.54 ± 6.37) 岁; 男性 17 例, 女性 13 例。在年龄、性别方面, 两组患者间比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。医学伦理委员会审核并通过本次研究申请 (审批编号为豫 2020-10-24)。

1.1.1 纳入标准 (1) 符合喉癌诊断标准^[5], 确诊喉癌, 接受喉癌部分切除术治疗; (2) 在手术后, 符合吞咽障碍诊断标准^[6], 确诊吞咽障碍; (3) 年龄达到 60 周岁; (4) 对本研究知情同意。

1.1.2 排除标准 (1) 合并心脑血管疾病; (2) 合并凝血功能障碍; (3) 在精神和认知层面存在障碍; (4) 在术前存在吞咽障碍。

〔收稿日期〕 2022-12-08

〔作者简介〕 姜方方, 女, 主管护师, 主要研究方向是喉部, 咽部, 颈部相关疾病。

1.2 方法

1.2.1 对照组 接受常规康复治疗，在术后第7天开始，根据患者吞咽功能情况，指导患者进行空口吞咽训练，在患者进食前，通过棉签蘸取的冰柠檬汁接触到患者的舌根、软腭和咽后壁，使舌根等部位受到冰柠檬汁的刺激，同时，患者进行空口吞咽，数次空口吞咽动作后，经口进食，将食物直接送入至患者口腔内，利用汤匙使舌面下压，下压状态保持3~5 min即可，每日开展3次空口吞咽训练。

1.2.2 观察组 实施早期吞咽康复训练，在患者术后第5天开始指导患者进行空口吞咽训练，训练步骤同对照组，并指导患者进行吞咽协调性训练、规范化吞咽食物动作训练、辅助吞咽练习，具体步骤：（1）吞咽协调性训练，先指导患者进行张口练习，让患者尽可能大地张嘴，保持嘴巴张大状态3~5 s后结束张嘴动作，再指导患者进行舌头运动练习，患者手持无菌纱布轻轻将舌头牵拉向前后左右方向，使舌头在口腔内进行活动。患者每日需进行3次张口练习、3次舌头运动练习，每次持续3~5 min。（2）规范吞咽食物动作，在患者经口进食时，对其吞咽动作进行规范，让患者先将食物放在舌后部或咽峡部，细嚼慢咽，缓慢吞下食物，在食物全部吞咽完毕后饮用1~2 mL温开水，再放一些食物在舌后部进行吞咽，食物量从少增多，循序渐进，每次进食结束后需对口腔进行清洁。（3）辅助吞咽练习，指导患者进行辅助吞咽练习，如让患者进行侧方位吞咽练习，将下颚左右转动；让患者在进行点头动作时吞咽，颈部从后伸到前屈的过程中，患者可做空口吞咽动作；让患者进行憋气吞咽练习，先深吸气后憋气，患者再做空口吞咽动作，再缓慢将气体呼出。

1.3 观察指标

比较两组患者治疗前与治疗4周的营养指标（包括血红蛋白、白蛋白、前清蛋白、转铁蛋白，采用日本Sysmex全自动血细胞分析仪检测）及各类评分，如吞咽功能、舒适度、心理、睡眠质量及生活质量等评分。

（1）吞咽功能评分：对于患者的吞咽功能进行评估，评估工具为标准吞咽功能评定量表（standardized swallowing assessment, SSA），量表的总分从18~46分，分数与吞咽功能呈反比。（2）舒适度评分：在患者中对于其舒适度开展评估，评估时的工具为舒适度状况量表（general comfort questionnaire, GCQ），量表包含28个条目，计分均从1~4分，总分在28~112分，分数与舒适度呈正比^[7]。（3）心理评分：对于患者心理方面进行测评，测评工具为焦虑自评量表（self-rating anxiety scale, SAS）、抑郁自评量表（self-rating depression scale,

SDS），量表满分均100分，临界值分别根据国内常模值定为50分、53分，分数与焦虑、抑郁情绪的程度呈正比^[8]。

（4）睡眠质量评分：对于夜间睡眠质量，对患者进行评估，评估时利用匹兹堡睡眠质量指数（Pittsburgh sleep quality index, PSQI）量表，PSQI量表分值最高21分，分数越低，夜间睡眠质量越好^[9]。（5）生活质量评分：对于患者的生活质量对其进行评估，评估时利用世界卫生组织生存质量量表（World Health Organization quality of life scale-brief form questionnaire, WHOQOL-BREF），该量表对4个维度的生活质量进行评估，分别为生理、心理、环境、社会关系，每个维度的最高分为100分，最低分为0分，分数与生活质量呈正比^[10]。

1.5 统计学方法

采用SPSS 22.0软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用t检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后SSA、GCQ评分比较

治疗后两组患者SSA评分均有不同程度下降，GCQ评分均有不同程度提高，且治疗后观察组患者SSA评分低于对照组，GCQ评分高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 两组患者治疗前后SSA、GCQ评分比较（ $n = 30, \bar{x} \pm s, \text{分}$ ）

组别	时间	SSA	GCQ
对照组	治疗前	30.28 ± 3.27	80.95 ± 6.22
	治疗后	25.36 ± 2.69 ^a	92.46 ± 7.24 ^a
观察组	治疗前	30.07 ± 3.42	81.17 ± 6.15
	治疗后	21.49 ± 1.80 ^{ab}	102.80 ± 6.57 ^{ab}

注：SSA—标准吞咽功能评定量表；GCQ—舒适度状况量表。

与同组治疗前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^b $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后各项营养指标比较

治疗后两组患者外周血血红蛋白、白蛋白、前清蛋白、转铁蛋白水平均有不同程度提高，且治疗后观察组患者外周血血红蛋白、白蛋白、前清蛋白、转铁蛋白水平高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 两组患者治疗前后各项营养指标比较

（ $n = 30, \bar{x} \pm s, \text{g} \cdot \text{L}^{-1}$ ）

组别	时间	血红蛋白	白蛋白	前清蛋白	转铁蛋白
对照组	治疗前	104.15 ± 1.72	35.66 ± 1.80	0.20 ± 0.08	31.04 ± 1.35
	治疗后	106.52 ± 2.39 ^e	38.09 ± 2.31 ^e	0.30 ± 0.09 ^e	32.49 ± 1.46 ^e
观察组	治疗前	104.31 ± 1.76	35.83 ± 1.85	0.21 ± 0.10	31.17 ± 1.41
	治疗后	109.94 ± 2.87 ^{cd}	40.95 ± 2.74 ^{cd}	0.42 ± 0.12 ^{cd}	33.98 ± 1.37 ^{cd}

注：与同组治疗前比较，^e $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^d $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后 SAS、SDS、PSQI 评分对比
 治疗后两组患者 SAS、SDS、PSQI 均有不同程度降低，且治疗后观察组患者 SAS、SDS、PSQI 低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 SAS、SDS、PSQI 评分对比
 ($n = 30, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	时间	SAS	SDS	PSQI
对照组	治疗前	53.49 ± 5.03	56.72 ± 5.49	15.20 ± 2.35
	治疗后	44.18 ± 3.89 ^a	47.08 ± 3.51 ^a	11.26 ± 1.58 ^a
观察组	治疗前	53.20 ± 5.14	56.41 ± 5.68	15.27 ± 2.32
	治疗后	40.07 ± 3.21 ^{af}	43.19 ± 3.02 ^{af}	9.60 ± 1.41 ^{af}

注：SAS 一焦虑自评量表；SDS 一抑郁自评量表；PSQI 一匹兹堡睡眠质量指数。

与同组治疗前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^f $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后 WHOQOL-BREF 评分比较
 治疗后两组患者 WHOQOL-BREF 各项评分均有不同程度提高，且治疗后观察组患者 WHOQOL-BREF 各项评分均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 WHOQOL-BREF 评分比较
 ($n = 30, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	时间	生理	心理	环境	社会关系
对照组	治疗前	74.21 ± 5.30	73.64 ± 5.27	74.52 ± 5.19	74.39 ± 5.02
	治疗后	82.93 ± 6.85 ^a	82.40 ± 6.13 ^a	83.27 ± 6.30 ^a	83.14 ± 6.54 ^a
观察组	治疗前	74.68 ± 5.12	73.91 ± 5.19	74.80 ± 5.24	74.75 ± 5.08
	治疗后	89.75 ± 6.48 ^{ab}	89.07 ± 6.02 ^{ab}	90.14 ± 6.15 ^{ab}	89.96 ± 6.27 ^{ab}

注：WHOQOL-BREF 一世界卫生组织生存质量量表。

与同组治疗前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^b $P < 0.05$ 。

3 讨论

喉癌是耳鼻喉外科一种常见的恶性肿瘤，其发生主要与长期吸烟、长期饮酒、环境等因素有关，随着空气质量的下降，喉癌的发病率出现增高。喉癌在老年人群中的发病率较高，发病后患者的临床表现以咳嗽、声音嘶哑等为主，其生活质量出现明显下降情况^[11]。对于喉癌，临床治疗手段以手术为首选，如喉癌部分切除术，该术式主要是指在切除肿瘤的同时，尽可能保留患者喉功能，通过切除肿瘤组织，可控制肿瘤进展，延长患者生存期限。

然而，在喉癌患者喉癌部分切除术后，患者咽部受到手术的影响，发生吞咽障碍的风险较高，一旦发生吞咽障碍，患者经口进食受到严重影响，对其营养摄入造成干扰，会增加营养不良风险，不利于预后，故对喉癌患者术后吞咽障碍需予以高度重视。对于喉癌部分切除术后吞咽障碍，以往的治疗措施主要是从术后第 7 天开始对患者实施空口吞咽训练，尽管可在一定程度上改善患者吞咽功能，但其效果不够理想。而早期吞咽康复训练是指从术后第 5 天开始实施的综合性吞咽康复训练，由康复治疗师负责指导患者，患者在科学指导下开展吞

咽协调性与辅助吞咽的练习，规范吞咽食物的动作，可刺激患者吞咽功能恢复，解除吞咽障碍，进一步减轻吞咽障碍对于经口进食造成的干扰。

本研究结果发现，治疗后，观察组患者 SSA 评分、焦虑评分、抑郁评分、PSQI 评分均低于对照组，GCQ 评分、外周血血红蛋白、白蛋白、前清蛋白、转铁蛋白水平、生活质量评分均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明早期吞咽康复训练对于在喉癌部分切除术后发生吞咽障碍的患者可起到良好的改善吞咽功能作用，促使患者早日恢复经口进食，有利于降低营养不良风险，还可对患者躯体不适感、不良心理进行解除，避免对其夜间的睡眠和日常的生活造成不良影响。

综上所述，对于在喉癌部分切除术后发生吞咽障碍的患者，早期吞咽康复训练可更好地减轻患者吞咽障碍，降低营养不良风险，还可提升其舒适度，使其心理、睡眠、生活质量均得到改善。

〔参考文献〕

- (1) 张智霖. 基于阶梯式进食、吞咽功能康复训练和舌部功能锻炼的联合护理应用于喉癌术后吞咽功能障碍病人的效果分析 (J). 全科护理, 2022, 20(21): 2982-2985.
- (2) 张蕊, 杨喜科, 尹昕. 喉水平垂直部分切除术结合等离子刀治疗喉癌的效果分析 (J). 中国实用医刊, 2022, 49(17): 65-68.
- (3) 董军贤, 刘晓燕, 翟红丽. 呼吸-吞咽协调训练与联合舌压抗阻反馈训练对 SCPL 喉癌患者舌肌力量及吞咽功能影响的随机对照研究 (J). 河南外科学杂志, 2021, 27(6): 74-76.
- (4) 杨红梅. 早期吞咽康复训练在老年喉癌喉部分切除术患者中的应用 (J). 中国老年保健医学, 2021, 19(3): 63-65, 68.
- (5) 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会头颈外科组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会头颈学组. 喉癌外科手术及综合治疗专家共识 (J). 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 49(8): 620-626.
- (6) 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组. 中国吞咽障碍评估与治疗专家共识 (2017 年版) 第一部分 评估篇 (J). 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(12): 881-892.
- (7) 朱丽霞, 高凤莉, 罗虹辉, 等. 舒适状况量表的信效度测试研究 (J). 中国实用护理杂志, 2006, 22(13): 57-59.
- (8) 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度 (J). 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.
- (9) 路桃影, 李艳, 夏萍, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析 (J). 重庆医学, 2014, 43(3): 260-263.
- (10) 都元涛, 方积乾. 世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明 (J). 现代康复, 2000, 4(8): 1127-1129, 1145.
- (11) 张雯. 基于康复前移理念的综合康复护理对喉癌术后患者负性情绪及生活质量的影响 (J). 国际护理学杂志, 2021, 40(16): 2925-2928.