

# 食管癌患者术后吞咽功能障碍分类型护理方法及临床效果研究

王建雯

十堰市太和医院 湖北 十堰 442000

**摘要：**目的：探索食管癌患者术后吞咽功能障碍的种类，研究分类型护理方法的应用效果。方法：本研究选取了2021年1月至2025年1月期间，在我院接受了食管癌患者手术的200名手术患者为研究对象，并依据其入院时间顺序进行排列，前100名患者为对照组，接受常规护理；后100名患者为研究组，采用分类型护理。对比分析两组患者治疗前后的效果差异。结果：干预后研究组患者的吞咽功能评分明显低于对照组，研究组患者首次经口进食的时间明显早于对照组，研究组患者的摄食能力评分明显高于对照组，干预一周后研究组患者的营养指标明显好于对照组，以上差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：食管癌根治手术患者实施分类型护理，可以有效改善患者的吞咽功能，加快首次经口进食时间，提升术后营养摄入水平，降低并发症发生率。

**关键词：**食管癌；吞咽功能障碍；分类型护理；误吸

食管癌是一种常见的消化系统恶性肿瘤，研究表明最重要的手术切除手术也无法确保患者完全康复，并且5年生存率仅为50%。并且术后很难完全恢复吞咽功能，吞咽功能障碍不仅影响患者的进食和营养吸收，还可能导致误吸、吸入性肺炎等严重并发症，进一步影响患者的康复和生活质量。研究表明80%的食管癌患者存在吞咽功能障碍，30%至50%的患者会发生误吸，甚至导致窒息、吸入性肺炎等严重后果，危及生命安全。因此，针对食管癌患者术后吞咽功能障碍的分类型护理显得尤为重要。分类型护理是根据患者的具体吞咽功能障碍类型和程度，制定个性化的护理方案，旨在通过专业的护理手段，促进患者吞咽功能的恢复，减少误吸等并发症

的发生，提高患者的生活质量。本研究通过对比分析常规护理与分类型护理在食管癌患者术后吞咽功能障碍改善中的应用效果，旨在为临床护理工作提供新的思路和方法。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

随机抽样法选取2021年1月~2025年1月我院行食管癌根治术的200例患者为研究对象，随机分为对照组和研究组，每组各100例患者，对照组实施常规护理，研究组在此基础上实施分类型护理。如下表所示，两组患者的一般性资料无明显差异（ $P > 0.05$ ）。本次研究尊重并严格保护患者的隐私，且已通过我院伦理委员会审批。

表1 两组患者一般性资料比较

组别	例数	年龄(岁)	已婚	性别		肿瘤分期	
				男	女	I~II	II~III
对照组	100	58.38±7.78	91	61	39	21	79
研究组	100	59.05±7.89	90	59	41	23	77
$t/x^2$		0.464	0.329	0.274		0.427	
$P$		0.829	0.742	0.521		0.519	

### 1.2 方法

对照组采用常规护理。进行食管癌根治手术的患者，首先要加强病理数据的监测，根据患者的病理数据评价结果制定吞咽康复护理方案，患者术后由专科护士指导开展健康教育和吞咽功能康复训练；进食过程中要以流食为主，多次少量，减少对咽喉压迫，并根据康复情况逐渐增加进食量，逐渐由流食向软固态食物过渡。

### 1.2.1 研究组

#### (1) 组建吞咽功能障碍分类型护理小组

由护士长负责小组的组建，选择5名临床护理经验5年以上的专科护士作为小组成员，护士长负责统筹管理，专科护士负责临床护理工作和患者康复数据统计。组建小组后对成员进行分类型护理方法培训，要求小组成员均清楚分类型护理理念以及临床实践方法。

(2) 吞咽功能障碍分类

根据患者术后吞咽功能障碍表现,将食管癌患者术后吞咽功能障碍分为轻度、中度和重度三类。轻度吞咽功能障碍患者主要表现为进食时偶尔出现呛咳,食物能够通过咽喉进入食道,但速度较慢;中度吞咽功能障碍患者进食时频繁呛咳,需借助外力或调整姿势才能完成吞咽;重度吞咽功能障碍患者则几乎无法完成吞咽动作,食物容易误入气道,引发误吸等严重并发症。

(3) 吞咽功能障碍分类型护理方案制定与实施

对于轻度吞咽功能障碍患者,重点在于增强吞咽功能的康复训练,如指导患者进行舌部运动、唇部闭合训练以及口腔肌肉力量训练,每日定时进行,逐步增加训练难度,以促进咽喉和食道肌肉的协调性。同时,调整患者的饮食习惯,选择易于吞咽的食物质地,避免过硬或过黏的食物,以减少呛咳的发生。

对于中度吞咽功能障碍患者,除了上述的康复训练外,还需借助吞咽辅助工具,如增稠剂调整食物黏稠度,使用特殊设计的餐具或吸管,以及调整患者的体位,如头部微仰,以促进食物顺利进入食道。此外,需密切关注患者的进食过程,一旦发现呛咳或呼吸困难,立即采取措施,如停止进食、清理口腔异物、调整进食方式等。

对于重度吞咽功能障碍患者,由于几乎无法完成自主吞咽动作,需采取鼻饲等替代进食方式。鼻饲管的选择、插入及护理需严格遵守操作规程,确保营养摄入的同时,避免感染等并发症的发生。同时,定期评估患者的吞咽功能恢复情况,适时调整鼻饲方案,为患者的康复创造有利条件。此外,还需加强患者的心理疏导,缓解因进食困难带来的焦虑、抑郁等负面情绪,提高患者的治疗依从性和生活质量。

1.3 观察指标

(1) 吞咽功能:使用标准吞咽功能评估表从术后第7天开始评估患者的吞咽功能,评分越低表示患者的吞咽功能恢复得越好。

(2) 首次经口进食时间:记录患者首次经口进食的时间。

(3) 摄食能力:采用功能性经口摄食量表评估患者的摄食能力,1分为无自主经口进食能力,2分为依赖管饲进食,以最小量进食食物或液体尝试进食,3分为辅助进食流食能力,4分为完全经口进食单一食品,5分为完全经口进食多重食品,6分为完全经口进食特殊限制食品,7分为完全经口进食,无任何限制。

(4) 术后一周的营养指标:体重、总蛋白、白蛋白、血红蛋白。

(5) 并发症:统计术后并发症种类及频次。

1.4 统计学方法

利用SPSS25.0软件对数据执行数理统计分析,计量数据以均值±标准差的形式呈现,并运用独立样本t检验以及卡方检验进行比较,以 $P < 0.05$ 作为统计学差异显著性的判定标准。

2 结果

2.1 吞咽功能比较

两组患者干预前吞咽功能评分无明显差异( $P > 0.05$ );干预后研究组患者的吞咽功能评分明显低于对照组( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 两组患者吞咽功能比较

组别	吞咽功能	
	护理前	护理后
对照组	29.34±4.24	22.48±2.73
研究组	29.47±5.39	18.38±2.29
$\chi^2/t$	0.374	5.283
$P$	> 0.05	< 0.05

2.2 首次经口进食时间比较

干预后,研究组患者首次经口进食的时间明显早于对照组( $P < 0.05$ ),见表3。

表3 两组患者首次经口进食时间比较

组别	首次经口进食时间(天)
对照组	8.49±1.48
研究组	7.18±0.92
$\chi^2/t$	5.384
$P$	< 0.05

2.3 摄食能力比较

干预后,研究组患者的摄食能力评分明显高于对照组( $P < 0.05$ ),见表4。

表4 摄食能力比较

组别	摄食能力
对照组	5.73±0.43
研究组	6.72±0.56
$\chi^2/t$	-6.583
$P$	< 0.05

2.4 营养指标比较

干预一周后,研究组患者的营养指标明显好于对照组( $P < 0.05$ ),见表5。

表5 营养指标比较

组别	体重(kg)	总蛋白(g/L)	白蛋白(g/L)	血红蛋白(g/L)
对照组	56.48±7.43	70.37±6.48	39.45±2.82	115.37±11.54
研究组	60.95±6.39	65.38±7.47	44.28±4.52	129.02±13.48
$\chi^2/t$	-2.493	-3.683	-3.284	-3.682
$P$	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

### 2.5 并发症比较

干预后, 研究组患者的并发症人次明显低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表6。

表6 摄食能力比较

组别	误吸	吸入性肺炎	窒息	呛咳干呕	总发生人次
对照组	22	21	1	41	85
研究组	2	4	0	21	27

### 3 讨论

多项研究表明, 食管癌根治术会造成患者口咽结构损伤, 进而造成吞咽功能障碍。而不同患者术后吞咽功能障碍水平不同, 因此要对患者吞咽功能障碍进行分类, 制定分类型护理方案。本文提出食管癌患者术后吞咽功能障碍分为轻、中、重度, 轻度患者进食时偶尔呛咳, 速度慢; 中度患者频繁呛咳, 需外力或调整姿势吞咽; 重度患者几乎无法吞咽, 易引发误吸。针对不同吞咽障碍, 制定相应护理方案: 轻度患者重点康复训练, 如舌部、唇部运动和口腔肌肉训练, 调整饮食习惯, 选择易吞咽食物。中度患者除康复训练外, 使用吞咽辅助工具, 调整体位, 密切观察进食过程, 及时处理呛咳或呼吸困难。重度患者需鼻饲等替代进食方式, 严格操作规程, 定期评估吞咽功能, 加强心理疏导, 提高治疗依从性和生活质量。本文研究数据比较得出, 两组患者干预前吞咽功能评分无明显差异 ( $P > 0.05$ ); 干预后研究组患者的吞咽功能评分明显低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 研究组患者首次经口进食的时间明显早于对照组 ( $P < 0.05$ ); 研究组患者的摄食能力评分明显高于对照组 ( $P < 0.05$ ); 干预一周后研究组患者的营养指标明显好于对照组 ( $P < 0.05$ )。

### 4 小结

综上所述, 为食管癌患者术后吞咽功能障碍的患者实施分类型护理, 可以有效改善患者的吞咽功能和摄食能力, 改善术后营养状况, 降低并发症发生率。

### 参考文献

[1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality world wide for 36 cancers in 185 countries [J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3): 209-249.

[2] Cray M A, Mann G D, Groher M E. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2005, 86 (8): 1516- 1520.

[3] 朱美红, 时美芳, 郑叶平等. 姿势控制训练对脑卒中后吞咽障碍患者相关性肺炎的影响[J]. 中华物理与康复杂志, 2020, 42(8): 701-704.

[4] 张小婷, 张婷婷, 丁玮. 吞咽功能训练用于食管癌胸腔镜术后并发喉返神经损伤所致吞咽障碍的效果评价[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2023, 38(3): 176-178.

[5] 吕孟菊, 柳俊杰, 李雪琳. 吞咽障碍患者饮食管理方案的构建[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(12): 1427-1434.

[6] 王滨琳, 李丽, 徐德保, 等. 全病程管理对听神经瘤术后吞咽障碍患者康复的影响[J]. 护理学杂志, 2022, 37(16): 8-11.

[7] 张小婷, 张婷婷, 丁玮. 吞咽功能训练用于食管癌胸腔镜术后并发喉返神经损伤所致吞咽障碍的效果评价[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2023, 38(03): 176-178.

[8] 刘寒雪, 陈冲, 张晓菊, 等. 食管癌术后患者吞咽功能管理的范围综述[J]. 护理学杂志, 2023, 38(09): 112-117.

[9] 胡敏, 周晓梅. 勾头缩喉吞咽功能训练法对食管癌术后患者营养状况及消化道症状群的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2021, 7(08): 85-87.

[10] 王慧杰, 田娜, 张品. 吞咽功能训练对食管癌术后吞咽功能障碍患者吞咽功能及生活质量的影响[J]. 癌症进展, 2021, 19(06): 634-637.

[11] 芦忠祥. 基于吞咽功能评估的分级护理联合早期床上康复训练对食管癌根治术患者预后的影响[J]. 中国医学创新, 2025, 22(08): 81-85.

[12] 潜艳, 董翠萍, 曾莹, 等. 食管癌根治术后患者阶段性综合吞咽训练方案的优化与实施[J]. 护理学杂志, 2024, 39(12): 47-51.

[13] 姜琪, 吴海燕, 钱晨. 健康行动过程取向理论下吞咽功能训练对食管癌术后患者吞咽功能的影响[J]. 中国医药导报, 2024, 21(12): 128-131.

[14] 李维, 张银素, 焦宏博. 想象训练联合饮食结构调整对食管癌术后吞咽障碍患者功能恢复的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(35): 149-153.

[15] 王瑞, 原翔, 徐晓萌, 等. 勾头缩喉法训练对食管癌术后患者吞咽功能及营养状况的影响[J]. 华夏医学, 2023, 36(03): 56-60.

[16] 徐伟伟, 朱蓓蓓, 李少杰, 等. 以吞咽功能为节点的吞咽功能训练在食管癌放疗患者中的应用价值[J]. 安徽医学, 2023, 44(06): 731-735.