

# 快速康复外科护理模式对下咽癌患者吞咽功能及生活质量的影响

陈小英 谢常宁<sup>▲</sup>

中南大学湘雅医院耳鼻咽喉头颈外科中心, 湖南长沙 410008

**[摘要]** 目的 探讨快速康复外科护理模式对下咽癌患者吞咽功能及生活质量的影响。方法 选取 90 例下咽癌患者作为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 每组各 45 例。对照组给予下咽癌围手术期常规护理, 观察组在此基础上给予主要针对吞咽功能的规范快速康复外科护理。对比两组干预前后吞咽功能、吞咽能力康复效果、生活质量及并发症。结果 干预后, 两组洼田饮水试验评定分级比较差异明显 ( $P<0.05$ ); 干预前后, 两组洼田饮水试验评定分级比较, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。干预前, 对照组、观察组 VFSS 评分和 QLQ-C30 评分分别为 (3.51±0.72) 分、(75.42±6.38) 分、(3.47±0.83) 分、(76.01±6.65) 分; 干预后, 对照组、观察组 VFSS 评分和 QLQ-C30 评分分别为 (6.02±1.83) 分和 (83.56±8.04) 分和 (7.55±2.54) 分和 (90.23±9.75) 分; 与干预前比较, 干预后两组 VFSS 评分和 QLQ-C30 评分均升高, 差异有统计学意义 (均  $P<0.05$ ); 干预后, 观察组 VFSS 评分高于对照组, 差异有统计学意义 (均  $P<0.05$ )。观察组临床总有效率明显高于对照组 (88.89% vs. 71.11%), 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。观察组并发症总发生率低于对照组 (15.56% vs. 35.56%), 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 与常规护理模式比较, 快速康复外科护理模式可明显改善下咽癌患者吞咽功能, 提高其生活质量, 减少并发症发生, 值得推广。

**[关键词]** 下咽癌; 快速康复外科护理模式; 吞咽功能; 生活质量

**[中图分类号]** R473

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1673-9701(2021)04-0165-04

## Effect of rapid rehabilitation surgical nursing model on swallowing function and quality of life of patients with hypopharyngeal carcinoma

CHEN Xiaoying XIE Changning

Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery Center, Xiangya Hospital Central South University, Changsha 410008, China

**[Abstract] Objective** To explore the effect of rapid rehabilitation surgical nursing model on swallowing function and quality of life of patients with hypopharyngeal cancer. **Methods** Ninety patients with hypopharyngeal carcinoma were selected as the research objects and randomly divided into the control group and the observation group, with 45 cases in each group. The control group was given routine perioperative nursing care for hypopharyngeal cancer, and the observation group was given standard rapid rehabilitation surgical care mainly for swallowing function on this basis. The swallowing function, the rehabilitation effect of swallowing ability, quality of life, and complications were compared between the two groups before and after the intervention. **Results** After the intervention, there was a significant difference in the evaluation grading of the Watain drinking water test between the two groups ( $P<0.05$ ). Before and after the intervention, there were significant differences in the evaluation grading of the Watain drinking water test in the two groups, and the difference was statistically significant (both  $P<0.05$ ). Before the intervention, the VFSS score and QLQ-C30 score of the control group and the observation group were (3.51±0.72) points, (75.42±6.38) points and (3.47±0.83) points, (76.01±6.65) points, respectively. After the intervention, the VFSS score and QLQ-C30 scores were (6.02±1.83) points, (83.56±8.04) points and (7.55±2.54) points, (90.23±9.75) points, respectively. Compared with those before the intervention, the VFSS score and QLQ-C30 score of the two groups increased after the intervention, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). After the intervention, the VFSS score of the observation group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant (all  $P<0.05$ ). The total clinical effective rate of the observation group was significantly higher than that of the control group (88.89% vs. 71.11%), and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). The total incidence of complications in the observation group was lower than that in the control group (15.56% vs. 35.56%), and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Compared with the conventional nursing model, the rapid rehabilitation surgical nursing model can significantly improve the swallowing function, improve quality of life, and reduce complications in patients with hypopharyngeal cancer. It is worthy of promotion.

**[Key words]** Hypopharyngeal carcinoma; Rapid rehabilitation surgical nursing model; Swallowing function; Quality of life

**[基金项目]** 湖南省财政厅科技计划项目 (湘财教指 [2018] 33 号)

<sup>▲</sup>通讯作者

下咽癌好发于50~70岁,是头颈部常见恶性肿瘤之一,占3%~5%,在全身恶性肿瘤中占0.8%~1.5%;近年数据显示其发病趋年轻化且稳步上升,应引起重视<sup>[1-2]</sup>。截至目前,手术治疗仍是下咽癌的主要手段,但易导致患者吞咽功能障碍,主要表现为食物咽下困难、误咽、误吸、呛咳等症状,影响患者生活质量,严重时致患者出现窒息死亡,因此如何改善下咽癌术后吞咽功能十分重要<sup>[3]</sup>。研究表明,术后有效的护理是促进吞咽功能恢复和患者康复的关键,但对于下咽癌具体护理模式目前尚无统一标准<sup>[4]</sup>。快速康复外科护理是源自欧美国家的一种围术期新型护理模式,旨在促进术后康复、缩短住院治疗时间,最初主要应用于冠状动脉搭桥术,现已广泛应用于心胸外科、普外科、妇科、骨科及乳腺外科等领域<sup>[5-6]</sup>。但关于快速康复外科护理在下咽癌中的应用报道较少。本研究选取90例下咽癌患者作为研究对象,探讨快速康复外科护理模式对下咽癌患者吞咽功能及生活质量的影响,旨在为下咽癌手术患者护理模式选择提供更多理论依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2018年1月至2019年12月于我院诊治的90例下咽癌患者作为研究对象,纳入标准:(1)病理证实为下咽癌,符合中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会头颈外科组和中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会头颈外科学组制定《下咽癌外科手术及综合治疗专家共识》中“下咽癌”诊断标准<sup>[7]</sup>;(2)首诊;(3)均顺利完成下咽癌手术治疗;(4)依从性良好。排除标准:(1)术前已存在吞咽功能障碍;(2)入院前已接受任何抗下咽癌治疗;(3)合并其他恶性肿瘤;(4)存在沟通障碍。将其随机分为对照组和观察组,每组各45例;本研究所有患者及家属均知情且签署同意书,并通过本院医学伦理委员会批准。

### 1.2 方法

两组均由同一组医护团队实施下咽癌手术治疗,但对照组给予下咽癌围手术期常规护理,包括术前简单健康宣教、完成术前各种检查及胃肠道准备、术中心电监护及输液控制、术后病情观察、吞咽及饮食指导等。

观察组在此基础上给予主要针对吞咽功能的规范快速康复外科护理。具体为:第一,详细宣教:入组当天由责任护士通过视频、PPT及宣传册向患者及家属讲述下咽癌基本情况、麻醉及手术流程、预期目标、术后可能出现的并发症及处理方案,加强依从性。第二,术前心理辅导:入组当天由责任护士讲解成功案

例,舒缓患者焦虑及紧张情绪,增强其信心,必要时还可为患者定时播放轻音乐及喜剧电影等。第三,术前呼吸训练:示范并指导患者循序渐进完成本科室制定的包括抬臀、缩唇呼吸、腹式呼吸及有效咳嗽在内整套术前呼吸训练。第四,制订针对吞咽功能康复的具体训练方案,遵循从易到难的递进原则(吞咽肌群训练—呼吸道保护训练—强化声门闭合),其中吞咽肌群锻炼包括:(1)咬肌运动:示范并指导患者张口(幅度 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ ),维持5~10s后松弛,并嘱下颌左右运动,整套动作循环10次;(2)舌肌运动:示范并指导患者做伸舌、卷舌、弹舌、咬舌及顶腮运动,每个动作重复10次;(3)吞咽反射训练及咽冷刺激和空咽训练:用棉签沾少许冰冷柠檬汁触碰患者腭弓、舌根及咽喉壁组织,诱发吞咽动作以提高患者对知觉的敏感度,每次刺激3~5s,间歇30s后重复此动作,持续5min;呼吸道保护训练:示范并指导患者进行吸气、屏住呼吸、空咽、吞咽及自主咳嗽整套动作,重复10次;其中强化声门闭合训练:示范并指导患者经鼻孔深吸一口气—闭唇屏气5s,并发长“a”音,以上动作重复10次;以上吞咽功能训练分别在早、中、晚执行,避开进食前后30min。

### 1.3 吞咽功能评估

分别于护理干预前后采用洼田饮水试验和电视X线透视吞咽功能检查(Videofluoroscopic swallowing study, VFSS)评估患者吞咽功能。其中洼田饮水试验评定方法<sup>[8]</sup>,嘱患者端坐位,饮30mL温开水,根据所需时间及呛咳情况不同共分为5级:(1)1级:顺利1次将水咽下;(2)2级:需分2次以上咽下所有水,但无呛咳;(3)3级:可1次咽下,但期间发生呛咳;(4)4级:需分2次以上咽下所有水,且存在呛咳;(5)5级:不能将水全部咽下,且存在频繁呛咳;其中1级为吞咽功能正常;2级为吞咽障碍可疑,3~5级为吞咽障碍。VFSS<sup>[9]</sup>:采用数字胃肠镜了解患者咽喉部解剖结构、观察吞咽及误吸等情况,总分为10分,分数越低吞咽障碍越严重;其中造影剂进入喉前庭到达声门以下者为误吸,立即停止检查。

### 1.4 临床疗效评估

参考文献[10]评估护理干预后临床疗效,共分为4个等级:治愈:吞咽障碍完全消失,洼田饮水试验评定1级;显效:吞咽障碍部分消失,洼田饮水试验评定提升2级;有效:吞咽障碍明显改善,洼田饮水试验评定提升1级;无效:洼田饮水试验评定等级无明显改善或仍在3级及以上。其中总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

### 1.5 生活质量评估

采用欧洲癌症研究与治疗组织制定的生活质量

核心量表(EORTC QLQ-C30)对患者生活质量进行评估<sup>[1]</sup>,该量表主要包括躯体、角色、认知、情绪及社会功能 5 个项目,每个项目 20 分,总分 100 分,得分越高说明患者生活质量越佳。

### 1.6 并发症发生情况

记录并统计所有患者术后并发症发生情况,主要包括咬肌痉挛、误吸、吸入性肺炎等。

### 1.7 统计学方法

用 SPSS20.0 统计学软件分析本研究所有数据。其中计量资料用( $\bar{x}\pm s$ )描述,组间比较用独立样本  $t$  检验,组内干预前后比较用配对  $t$  检验;计数资料用%描述,用  $\chi^2$  比较;等级资料比较用秩和检验; $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组临床资料比较

对照组和观察组在性别、年龄、吸烟、饮酒、肿瘤部位、病理类型、手术方式方面比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表 1。

表 1 两组临床资料比较

临床资料	对照组 (n=45)	观察组 (n=45)	$\chi^2/t$ 值	P 值
性别(男/女)	38/7	32/13	2.314	0.128
平均年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	54.32±8.95	53.86±9.14	0.241	0.810
吸烟(是/否)	31/14	35/10	0.909	0.340
饮酒(是/否)	34/11	36/9	0.257	0.612
肿瘤部位			0.649	0.723
梨状窝	30	32		
咽后壁	11	8		
环后型	4	5		
病理类型			0.155	0.694
鳞状细胞癌/其他	42/3	41/4		
手术方式			0.431	0.512
喉全切除咽部分切除术	15	18		
喉部分咽部分切除术	30	27		

### 2.2 两组干预前后洼田饮水试验评级比较

干预前,对照组和观察组洼田饮水试验评定分级比较无明显差异( $P>0.05$ );干预后,两组洼田饮水试验评定分级比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ );干预前后,两组洼田饮水试验评定分级比较,差异有统计

表 2 两组干预前后洼田饮水试验评级比较

组别	n	干预前					干预后				
		1 级	2 级	3 级	4 级	5 级	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级
对照组	45	0	10	17	10	8	5	27	6	4	3
观察组	45	0	11	14	11	9	12	28	2	2	1
U 值									6.382		
P 值									0.000		

注:与干预前比较,干预后  $P<0.05$

学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

### 2.3 两组干预前后 VFSS 评分比较

干预前,对照组和观察组 VFSS 评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );与干预前比较,干预后两组 VFSS 评分均升高,差异有统计学意义( $P<0.05$ );干预后,观察组 VFSS 评分高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组干预前后 VFSS 评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	干预前	干预后
对照组	45	3.51±0.72	6.02±1.83
观察组	45	3.47±0.83	7.55±2.54
t 值		0.244	3.278
P 值		0.808	0.002

### 2.4 两组临床疗效比较

观察组临床总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 4。

表 4 两组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效[n(%)]
对照组	45	5	10	17	13	32(71.11)
观察组	45	12	20	8	5	40(88.89)
$\chi^2$ 值						4.444
P 值						0.035

### 2.5 两组干预前后生活质量评分比较

干预前,对照组和观察组 QLQ-C30 评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );与干预前比较,干预后两组 QLQ-C30 评分均升高,差异有统计学意义( $P<0.05$ );干预后,观察组 QLQ-C30 评分高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 5。

### 2.6 两组并发症发生情况比较

观察组并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 6。

## 3 讨论

下咽癌是一种以鳞状细胞癌为主的恶性肿瘤,确诊时多为中高分化,放疗敏感性差,以手术治疗为主,

表5 两组干预前后生活质量评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	干预前	干预后
对照组	45	75.42±6.38	83.56±8.04*
观察组	45	76.01±6.65	90.23±9.75*
t 值		0.429	3.541
P 值		0.669	0.001

注:与干预前比较,\*P&lt;0.05

表6 两组并发症发生情况比较

组别	n	咬肌痉挛	误吸	吸入性肺炎	总发生率[n(%)]
对照组	45	4	7	5	16(35.56)
观察组	45	2	3	2	7(15.56)
$\chi^2$ 值					4.731
P 值					0.030

对咽喉正常功能损伤较大;国外有数据统计,咽喉部恶性肿瘤术后吞咽困难发生率为50%~75%<sup>[12]</sup>。在本研究中,90例下咽癌术后患者中吞咽困难者达76.67%(69/90),与前述结论基本一致。研究发现,若患者吞咽障碍未得到及时干预可造成咽喉部肌群萎缩,吞咽反射无法完成,最终导致吞咽功能受损,其中误吸是其最常见并发症,而在误吸患者中约1/3将发生吸入性肺炎,影响疾病康复<sup>[13]</sup>。此外,吞咽障碍患者无法有效自行进食,多需要鼻饲等其他方式进行辅助,营养无法完全吸收,且长久以往易产生厌世心理,生活质量差<sup>[14]</sup>。因此早期发现评估及护理对下咽癌术后患者十分重要。但在传统护理工作中缺乏对于吞咽功能障碍的重视,只有转专业康复病房的患者才会接受吞咽功能针对性评估及有效干预;现代康复医学认为,神经肌肉存在很大的可塑性,经有效的护理干预可促进患者功能恢复<sup>[15]</sup>。

快速康复外科护理并无固定模式,循证理念贯穿其中,但其实施又受众多因素和措施的相互作用及共同影响,既可应用于整套护理流程,又可针对某部分进行干预,最终目的均为促进患者康复<sup>[16]</sup>。有研究发现,年龄、肿瘤临床分期及手术方式是导致下咽癌术后吞咽障碍发生的主要因素<sup>[17]</sup>。在本研究中,对比两组临床资料发现两组在性别、年龄、吸烟、饮酒、肿瘤部位、病理类型、临床分期、手术方式方面比较差异均无统计学意义,基本排除因以上因素所导致的临床疗效差异。本研究制订的快速康复外科护理模式主要针对术后吞咽功能恢复,针对吞咽功能康复制订了详细的训练计划。洼田饮水试验是临床常用的一种吞咽功能测评方法,具有简单易行的优点,护理人员可根据患者吞咽障碍程度制订个体化训练计划;但前者主观性较强,为更好地评价患者吞咽功能,本研究将VFSS也纳入评估行列,其诊断敏感性和特异性均高于前者,是目前公认的“金标准”。对比两组干预前后洼田

饮水试验分级和VFSS评分发现,干预后两组吞咽功能均明显改善,尤以观察组更佳,说明与常规护理比较,快速康复外科护理可有效改善下咽癌术后吞咽障碍情况。此外,基于前述结论中心理健康对术后康复和生活质量的影响,本研究还将心理辅导列入护理干预中,对比两组QLQ-C30评分发现,观察组QLQ-C30评分明显高于对照组,提示快速康复外科护理在提高患者生活质量也展现了其优势。最后,本研究还进行了吞咽障碍常见并发症比较,发现观察组并发症总发生率明显低于对照组,说明与常规护理比较,快速康复外科护理模式更能保证患者护理过程中的安全性,与Coyle等<sup>[18]</sup>部分结论一致。

综上所述,与常规护理模式比较,快速康复外科护理模式可明显改善下咽癌患者吞咽功能,提高其生活质量,减少并发症发生,值得推广;后续将通过扩大样本量进一步验证,提高其应用价值。

## [参考文献]

- [1] Cohen N, Fedewa S, Chen AY. Epidemiology and Demographics of the Head and Neck Cancer Population[J]. Oral Maxillofac Surg Clin North Am, 2018, 30(4): 381-395.
- [2] 陶磊, 周梁, 张明, 等. 下咽癌预后改变及原因分析: 单中心2003—2007年与2010—2014年两个五年间数据对比[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2020, 55(2): 116-124.
- [3] 钱洁. 下咽癌的临床治疗策略[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 31(21): 1701-1704.
- [4] Gordon SA, Reiter ER. Effectiveness of critical care pathways for head and neck cancer surgery: A systematic review[J]. Head Neck, 2018, 38(9): 1421-1427.
- [5] 吴琼, 沙永生. 快速康复理念在外科护理中的应用现状及进展[J]. 护士进修杂志, 2018, 33(20): 1850-1853.
- [6] Lobatto DJ, Vliet Vlieland TPM, van den Hout WB, et al. Feasibility, safety, and outcomes of a stratified fast-track care trajectory in pituitary surgery[J]. Endocrine, 2020, 69(1): 175-187.
- [7] 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外科学组. 下咽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, 2017, 52(1): 16-24.
- [8] 华荣誉, 杨方英, 梁冠冕. 洼田饮水试验筛选头颈部肿瘤患者吞咽障碍风险的meta分析[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2020, 20(1): 36-40.
- [9] 郑瑾, 陈萍, 庞启英. 脑卒中后球麻痹患者吞咽康复护理疗效与经济成本分析[J]. 护士进修杂志, 2018, 33(24): 7-11.

(下转第172页)

- [2] 赵蕊,唐静,崔臣.意识模糊评估量表在预防重症监护综合征的应用[J].中国病案,2020(2):88-90.
- [3] 陈有玺.急诊重症患者谵妄发生的临床因素评估及预防性护理[J].实用临床医药杂志,2018,22(2):22-24.
- [4] 何强.ICU危重症患者发生谵妄的原因分析[J].医药卫生(引文版),2016,2(7):217.
- [5] 俞云,何丽君.ICU行机械通气的老年重症肺炎患者发生谵妄的危险因素分析[J].现代医学,2018,46(1):83-85.
- [6] 刘颖青,左冬晶,王烁.ICU患者谵妄危险因素分析[J].中华现代护理杂志,2015,25(2):134-137.
- [7] 周陈芳.探讨急诊危重症患者谵妄发生的危险因素及护理对策[J].世界最新医学信息文摘,2019,97:287-288.
- [8] 陈鹏,陈文泽,王鑫,等.重症医学科谵妄的发生、危险因素及预后调查[J].中华危重症医学杂志(电子版),2014,7(3):48-51.
- [9] 徐瑾,许义新,庄建华.谵妄的非神经系统病因分析及处理原则[J].现代医药卫生,2016,32(20):3173-3175.
- [10] 宋莎莎,崔焱,沈巧芬,等.ICU综合征的发生率及危险因素的临床研究[J].医学信息:医学与计算机应用,2014(29):94-95.
- [11] Ouimet S,Kavanagh BP,Gottfried SB,et al. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium[J].Inten Care Med,2007,33:66-73.
- [12] 赵志辉,孙国林.醒脑静与右美托咪定联合防治老年髋部骨折患者术后谵妄的临床有效性[J].国际老年医学杂志,2018,39(6):305-309.
- [13] 孙晓丹,张丽华.重症监护患者ICU综合征发生的相关因素分析及护理[J].中国伤残医学,2018,26(16):86-88.
- [14] 凌莉萍,冯瑞霞.重症监护室患者并发ICU综合征的危险因素及护理防治措施分析[J].国际医药卫生导报,2016,22(5):726-728.
- [15] 赵志梅,姚振秀,庞晓军.机械通气患者102例人机对抗原因分析[J].临床合理用药杂志,2011,4(18):41-42.
- [16] 宁爱平,邓延华.舒适护理在44例ICU机械通气清醒患者中的应用效果[J].今日健康,2016,15(11):232-232.
- [17] 强珂皎.早期多元化护理对重症监护患者心理应激、训练活动依从性及卧床相关并发症的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(3):343-346.
- [18] 潘利飞,章仲恒,叶向红.ICU患者谵妄的危险因素分析[J].解放军护理杂志,2014,31(1):46-47.
- [19] 徐倩.分型护理干预在ICU谵妄患者中的临床应用效果评价[J].现代医学与健康研究,2019,3(13):93-94.
- [20] 陈惠瑶.不同镇静方案对ICU危重症患者谵妄发生率影响[J].医疗装备,2015,28(11):178-179.
- [21] 宁艳花,张琳,王儒林.危重症患者发生重症监护病房谵妄的危险因素分析[J].中国全科医学,2013,16(13):2358-2361.
- [22] 孙晓丹,张丽华.重症监护患者ICU综合征发生的相关因素分析及护理[J].中国伤残医学,2018,26(16):86-86.
- [23] 杜航,董晨明.重症医学科患者谵妄预防策略研究进展[J].中华医学杂志,2017,97(25):1997-1998.

(收稿日期:2020-07-23)

(上接第168页)

- [10] 马宁.吞咽功能筛查分级护理对脑梗死患者吞咽功能障碍的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(34):3871-3874.
- [11] 龚钰,田婧汝,陈盼,等.脑瘤患者生活质量测定量表EORTCQLQ-C30,QLQ-BN20的中文版评价[J].护士进修杂志,2020,35(6):490-494.
- [12] Malhi H. Diagnosing and managing dysphagia in the acute setting[J].British Journal of Nursing,2018,27(22):1294-1297.
- [13] 李全,杨悦.口腔癌患者术后吞咽障碍研究的可视化分析[J].中华现代护理杂志,2020,26(17):2279-2285.
- [14] 况莉,许燕玲,曹燕,等.脑卒中病人吞咽障碍生活质量量表的研究进展[J].护理研究,2019,33(17):3005-3008.
- [15] 张娟,张超,周玉妹.不同吞咽训练方式对桥小脑角区肿瘤术后吞咽障碍病人护理效果的影响[J].护理研究,2020,34(4):580-584.
- [16] 刘成媛,乔琼,武文文,等.我国快速康复外科护理的文献计量学分析[J].护理研究,2018,6(10):126-130.
- [17] 李珍,岳丽青,谢常宁,等.下咽癌术后患者吞咽障碍的影响因素分析[J].护理学杂志,2020,35(7):37-39.
- [18] Coyle MJ,Main B,Hughes C,et al.Enhanced recovery after surgery(ERAS) for head and neck oncology patients[J].Clin Otolaryngol,2016,41(2):118-126.

(收稿日期:2020-09-14)