

· 临床研究 ·

任务导向训练治疗脑性瘫痪吞咽障碍患儿的疗效分析

陈婷婷¹ 王振芳¹ 赵伊婷² 孟雅丽¹

¹山西省儿童医院康复医学科, 太原 030013; ²广州市妇女儿童医疗中心康复科, 广州 510030

通信作者: 王振芳, Email: 2523018204@qq.com

【摘要】 目的 观察任务导向训练治疗脑性瘫痪吞咽障碍的临床疗效。**方法** 选取 2018 年 6 月至 2019 年 8 月山西省儿童医院康复医学科诊治的脑性瘫痪吞咽障碍 40 例, 按随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 20 例, 对照组给予常规吞咽障碍训练, 每日 1 次, 每次 30 min, 包括面部按摩、口腔感觉刺激(每次刷擦 4~5 下, 每次 10 min)、口舌肌训练(每日 1 次, 每次 15 min); 观察组给予吞咽障碍任务导向训练, 该疗法以任务为导向, 指导患儿探索和选择执行任务的动作, 首先找到患儿存在的异常吞咽问题, 通过观察和分析找出吞咽过程中的缺失部分和异常表现, 确定一个目标, 根据目标有针对性地制订具体方案及训练方法, 并在训练过程中根据儿童完成任务的情况适时调整训练内容, 包括训练的强度、难度、速度及重复次数(每日 1 次, 每次 30 min), 共治疗 6 个月。分别于治疗前和治疗 6 个月后(治疗后), 采用吞咽障碍调查量表(DDS)第二部分、洼田饮水试验及身高别体重 Z(WHZ)评分分别对 2 组患儿吞咽状况及营养状况进行评估。**结果** 治疗后, 观察组患儿 DDS 评分为(9.19±2.08), 明显低于组内治疗前, 洼田饮水试验评分(1.78±0.76), 明显低于组内治疗前, WHZ 评分为(-0.65±0.52), 明显高于组内治疗前; 且观察组与对照组治疗后比较, 观察组 DDS 评分与洼田饮水试验评分均明显优于对照组, WHZ 评分明显高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 任务导向训练可显著改善脑性瘫痪患儿的吞咽障碍。

【关键词】 任务导向训练; 脑性瘫痪; 吞咽障碍

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2021.12.015

吞咽障碍^[1]是脑性瘫痪患儿常见的合并症之一, 脑性瘫痪患儿吞咽障碍的总发生率为 40%~86%^[2]; 随着粗大运动功能分级严重程度的增加, 吞咽障碍的发生率也会随之增加, 甚至达到 100%^[3]。吞咽障碍导致摄入营养不够, 从而引起营养不足, 最终使生长发育受限^[4], 在一定程度上阻碍脑性瘫痪康复治疗的效果, 严重者会引起误吸, 导致吸入性肺炎或者呼吸道感染反复发作, 甚至引起窒息危及生命^[5]。因此, 有效的治疗方法非常重要。

任务导向训练是以任务为导向, 指导患儿探索和选择执行任务的动作, 着重帮助患儿获得解决目标任务的能力, 最终达到提高运动技能的康复治疗^[6-7]。目前任务导向训练主要用于改善脑性瘫痪患儿的运动障碍, 本研究尝试将任务导向训练应用于脑性瘫痪吞咽障碍患儿, 观察其临床治疗效果, 现报道如下。

对象与方法

一、一般资料及分组

入选标准: ①符合 2014 年《中国脑性瘫痪康复治疗指南》制订的脑性瘫痪诊断标准^[8], 且诊断与分型明确; ②有吞咽障碍, 经吞咽障碍调查量表(dysphagia disorders survey, DDS)第二

部分^[9]的评估, DDS 评分>0 分, 洼田饮水试验分级^[10]≥Ⅲ级; ③能听懂指令并配合治疗, 韦氏儿童智力测验^[11]得分≥75 分; ④年龄≥4 岁; ⑤患儿家长均签署知情同意书。

排除标准: ①其它原因导致吞咽障碍的患儿; ②不能听懂指令不能配合治疗; ③吞咽障碍严重程度评分量表(dysphagia severity scale, DSS)^[9]评定为极重度吞咽障碍, 即不能经口进食者; ④患有严重癫痫、视听障碍或其它影响治疗实施的严重疾病。

选取 2018 年 6 月至 2019 年 8 月山西省儿童医院康复医学科诊治且符合上述标准的脑性瘫痪吞咽障碍 40 例(其中痉挛型四肢瘫 28 例, 痉挛型偏瘫 4 例, 不随意运动型 5 例, 共济失调型 3 例), 按随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 20 例。测量所有患儿的身高及体重, 并计算患儿的身高别体重 Z(weight for height Z score, WHZ)评分^[12], 采用 WHZ 评分评估患儿营养状况; 采用 DDS 量表(第二部分)及洼田饮水试验评估患儿的吞咽障碍程度。2 组患儿的性别、平均年龄、WHZ 评分以及吞咽障碍的程度等一般临床资料经统计学分析比较, 组间差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。具体数据详见表 1。本研究获山西省儿童医院医学伦理委员会审核批准(IRB-KY-202-1014)。

表 1 2 组患儿一般资料

组别	例数	性别(例)		平均年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	WHZ 评分 (分, $\bar{x}\pm s$)	DDS 评分 (分, $\bar{x}\pm s$)	洼田饮水试验 评分(分, $\bar{x}\pm s$)
		男	女				
对照组	20	12	8	5.23±1.31	-1.23±1.57	12.18±2.25	3.88±1.52
观察组	20	14	6	4.98±1.48	-1.19±1.82	12.06±2.17	3.91±1.48

二、治疗方法

2 组患儿均给予常规综合康复治疗,包括运动疗法、作业疗法、物理因子治疗等,并请营养师给予专业的营养指导,根据《中国居民膳食营养素参考摄入量》以及康复干预、异常的运动模式等对能量的消耗进行个性化评估,并计算所需能量、蛋白质及微量元素等摄入量^[13],给予恰当喂养。在此基础上,对照组给予常规吞咽障碍训练,包括面部按摩、口腔感觉刺激、口舌肌训练,每日 1 次,每次总用时 30 min;观察组给予吞咽障碍任务导向训练,每日 1 次,每次 30 min。2 组患儿均住院治疗 10 d 后出院,出院指导家长给予家庭训练 20 d 后开始下一个 10 d 的住院治疗,如此循环往复,共治疗 6 个月,具体训练方法如下。

(一) 常规吞咽障碍训练

1. 面部按摩:采用传统中医推拿手法,对患儿进行面部肌肉按摩,每日 1 次,每次 5 min。

2. 口腔感觉刺激:患儿采取坐位或半卧位,使用冰棉签刺激患儿腭弓、舌根、软腭及咽后壁等部位,每次刷擦 4~5 下,每次 10 min。

3. 口舌肌训练:治疗师用无菌纱布包裹患儿舌头,缓慢诱导舌向各个方向运动;患儿张口,治疗师将压舌板放在患儿上下唇之间,嘱患儿用力紧闭双唇夹紧压舌板,与嘴唇做抗阻训练;嘱患儿张口至最大,维持 5 s,然后放松,下颌向左右、前后运动,每次 15 min。

(二) 吞咽障碍任务导向训练

1. 制订目标:根据每一个患儿存在的异常吞咽问题,通过观察和分析找出吞咽过程中的缺失部分和异常表现,有针对性地制订具体方案,从而实现功能目标(包括张嘴、闭嘴、伸舌、舔、咀嚼、吞咽)。每个患儿都根据自身特点,先确定一个目标,当第一个目标实现时,可以进入下一个功能目标训练环节,循序渐进,逐一实现,确保患儿不断进步。

2. 具体训练方法:①治疗师手持可张嘴的动物布偶,布偶种类颜色经常变换,让患儿跟着布偶做张嘴动作,张口幅度大于 30°,并吸气;根据类型的不同,治疗师模仿此类动物发音,如“啊、啊呜”等,让患儿跟着反复大声模仿,然后跟随布偶闭口并呼气;②让患儿跟着治疗师噘嘴、咧嘴、比赛练习吹蜡烛、吹纸青蛙或彩色纸片;③准备数个装不同味道果汁的容器,可以根据患儿的喜好调整,用勺子把少量果汁沾在距离患儿唇部的上方、下方以及嘴角的左侧、右侧 1~2 cm 处,嘱患儿伸舌至不同方向舔,把果汁沾在筷尖,让患儿伸舌舔果汁,筷尖的位置根据实际情况作出调整;④用下巴画画,患儿把下巴当作笔,往不同的方向运动“画”出圆形、三角形、正方形等不同的形状;⑤治疗师手持能看到牙齿的布偶,让布偶有节奏的做咀嚼动作,患儿需跟着治疗师节奏一起咀嚼,然后跟随布偶的节奏咬牙胶;⑥跟着治疗师一起做吞咽动作,先吞口水,后用喂药器吸 40°~45°温开水喂入口腔,再次吞咽,温水的数量可以根据患儿能力逐步缓慢做出调整;⑦在训练过程中,治疗师需要给出恰当的语言提示,并在患儿完成任务时给予口头表扬或小奖品奖励。其中上述①②方法用于训练张嘴-闭嘴,③用于训练伸舌和舔,④⑤用于训练咀嚼,⑥用于训练吞咽,⑦作为上述训练的补充。总之,根据患儿的个体能力及训练目的,选择以上一项或几项方法制订个性化训练计划,如患儿有张闭嘴障碍,训练目的即

是张嘴和闭嘴,可以选择方法①和②。上述训练每次 30 min,每日 1 次。

3. 调整任务目标:根据儿童完成任务的情况适时调整改变训练内容,包括训练的强度、难度、速度及重复次数。

三、评价方法

分别于治疗前和治疗 6 个月后(治疗后),采用 DDS 量表(第二部分)^[9]及洼田饮水试验^[10]评估患儿吞咽障碍的程度,并通过测量患儿的身高和体重计算 WHZ 评分^[12]来评估患儿的营养状况。

1. DDS 量表(第二部分)进食分析:DDS 量表是由 Sheppard 提出的主要用于发育障碍患儿吞咽功能评估的量表^[9],其诊断和描述发育性残疾儿童吞咽障碍的信度和效度都比较高,用来评估吞咽过程中口腔期、咽期、食管期的吞咽功能,共 8 个问题,分别对患儿进食硬质食物、软质食物和流质食物三种不同质地的食物进行评估。

评分标准:存在问题为 1 分,完全正常为 0 分。口腔期 15 分,咽期 6 分,食管期 3 分,总分值 0~24 分,分值越高,吞咽障碍越重^[9]。

2. 洼田饮水试验^[10]:患儿半卧位(靠背倾斜角度为 45°),喝下 30 ml 温开水,根据喝水过程有无呛咳及分饮次数进行评级。① I 级(1 分),能 1 次喝完 30 ml 温开水,期间无呛咳、停顿;② II 级(2 分),分 2 次喝完,期间无呛咳、停顿;③ III 级(3 分),能 2 次喝完,但有呛咳;④ IV 级(4 分),分 2 次或 2 次以上喝完,期间有呛咳;⑤ V 级(5 分),一直呛咳,难以全部喝完。评级或得分越高表示患者吞咽功能越差。

3. WHZ 评估:WHZ 评分是指儿童实测体重和同性别同身高(身长)儿童体重中位数之间的差值与同性别同身高(身长)儿童体重标准差的比值^[12], $WHZ \leq -2$ 为重度消瘦, $-2 < WHZ \leq -1$ 为消瘦, $-1 < WHZ \leq 3$ 为超重, $WHZ > 3$ 为肥胖。

四、统计学方法

使用 SPSS 24.0 版统计软件对所得数据进行统计学分析处理,2 组数据方差齐,符合正态分布,计量资料比较采用 t 检验,2 组患者组内比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

结 果

一、2 组患儿治疗前后的 DDS 评分及洼田饮水试验评分比较

治疗前,2 组患儿的 DDS 评分及洼田饮水试验评分组间差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组患儿的 DDS 评分明显低于组内治疗前(对照组 $t = 1.79$, $P = 0.040$;观察组 $t = 2.61$, $P = 0.009$),且洼田饮水试验评分亦明显低于组内治疗前(对照组 $t = 2.54$, $P = 0.01$;观察组 $t = 5.76$, $P < 0.001$);治疗后组间比较,观察组 DDS 评分明显低于对照组($t = 1.84$, $P = 0.037$),且洼田饮水试验评分亦明显低于对照组($t = 3.57$, $P = 0.001$)。具体数据详见表 2。

二、2 组患儿治疗前后 WHZ 评分比较

治疗前,2 组患儿的 WHZ 评分组间差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组的 WHZ 评分明显高于组内治疗前($t = 2.09$, $P = 0.025$),而对对照组治疗前后的 WHZ 评分差异无统计学

意义($t=1.02, P=0.313$);且治疗后组间比较,观察组明显高于对照组($t=2.07, P=0.027$),差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表 3。

表 2 2 组患儿治疗前后的 DDS 评分及洼田饮水试验评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	DDS 评分		洼田饮水试验评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	20	12.18 $\pm$ 2.25	10.23 $\pm$ 1.76 ^a	3.88 $\pm$ 1.52	2.80 $\pm$ 1.12 ^a
观察组	20	12.06 $\pm$ 2.17	9.19 $\pm$ 2.08 ^{ab}	3.91 $\pm$ 1.48	1.78 $\pm$ 0.76 ^{ab}

注:与组内治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$

表 3 2 组患儿治疗前后 WHZ 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	20	-1.23 $\pm$ 0.57	-1.19 $\pm$ 0.46
观察组	20	-1.19 $\pm$ 0.82	-0.65 $\pm$ 0.52 ^{ab}

注:与组内治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$

讨 论

本研究结果显示,治疗后,观察组和对照组的 DDS 评分、洼田饮水试验评分与组内治疗前比较,均有明显降低,且观察组改善更为明显,组间差异均有统计学意义($P<0.05$),表明常规吞咽障碍训练和吞咽障碍任务导向训练均可改善脑瘫患儿的吞咽功能,且任务导向训练优于常规吞咽障碍训练;观察组治疗后的 WHZ 评分亦较组内治疗前有显著提高($P<0.05$),进一步说明任务导向训练能通过改善患儿吞咽功能,从而改善患儿的营养状况。章微微^[13]等研究亦证实,任务导向训练可显著改善脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能,与本研究结果一致。本研究常规康复治疗前后 WHZ 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),考虑跟样本量不足够大或治疗时间不足够长有关。

研究表明,任务导向训练可以有效改善偏瘫型脑瘫患儿的上肢功能,提高手的灵活性^[14];可以改善四肢瘫患儿的粗大运动功能、行走跳跃能力及精细动作和日常生活能力、提高躯干控制能力^[15],考虑到任务导向训练是基于运动控制理论以及运动再学习理论的康复治疗方法,而 Oikarinen 等^[16]的研究表明,运动控制和运动学习是改善儿童吞咽发育的重要组成部分,因此,本研究设计了适合脑瘫吞咽障碍的任务导向训练方法,包括 3 个部分:①制订目标,根据观察和分析每个患儿找出吞咽过程中的缺失及异常,制定细化的功能目标有目的进行训练,从而增加受损的脑部区域活动,诱导受损皮质重组^[17],形成新的支配吞咽的神经网络,促进正常吞咽功能恢复;②制订具体训练方法,根据参与咀嚼、吞咽的骨骼和肌肉的运动以及吞咽障碍的主要问题,制订一系列趣味性很强的主动运动,通过反复强化学习和练习,熟悉末端效应器的使用^[18](包括参与咀嚼吞咽的骨骼、肌肉和器官),从而改善吞咽相关肌群的运动功能,而且因为练习的主动性及趣味性,可以引导患儿更好地调整自己的能力^[19],通过失败和成功的经验,纠正吞咽过程中涉及的距离、速度、方向和协调方面的错误,使得吞咽动作更加流畅;③调整任务目标,因为强度过高的训练会导致疲劳以及降低训练的积极性,因此依据任务完成情况必须及时调整目标,包括任务的难度、强度以及重复的次数^[20],才能确保每阶段的进步,从而更好地促进吞咽功能的恢复。

综上所述,任务导向训练治疗可以更好地改善脑性瘫痪患儿吞咽功能,但本研究的局限性是样本量较少,随访时间不足够,吞咽障碍评估只有临床评估,缺乏仪器评估,今后将会进一步研究,加以改善。

参 考 文 献

[1] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 158-176.

[2] Van den Engel-Hoek L, Harding C, van Gerven M, et al. Pediatric feeding and swallowing rehabilitation: an overview[J]. J Pediatr Rehabil Med, 2017, 10(2): 95-105. DOI: 10.3233/PRM-170435.

[3] Benfer KA, Weir KA, Bell KL, et al. Oropharyngeal dysphagia and cerebral palsy[J]. Pediatrics, 2017, 140(6): 76-88. DOI: 10.1542/peds.2017-2731.

[4] Sheppard J, Hochman R, Baer C. The dysphagia disorder survey: validation of an assessment for swallowing and feeding function in developmental disability[J]. Res Dev Disabil, 2014, 35(5): 929-942. DOI: 10.1016/j.ridd.2014.02.017.

[5] Lefton M, Arvedson J. Pediatric feeding/swallowing: yesterday, today, and tomorrow[J]. Semin Speech Lang, 2016, 37(4): 298-309. DOI: 10.1055/s-0036-1587702.

[6] Sharma N, Baron J. Does motor imagery share neural networks with executed movement: a multivariate MRI analysis[J]. Front Hum Neurosci, 2013, 12(7): 564-572. DOI: 10.3389/fnhum.2013.00564.

[7] Liu TW, Ng GYF, Ng SSM. Effectiveness of a combination of cognitive behavioral therapy and task-oriented balance training in reducing the fear of falling in patients with chronic stroke: study protocol for a randomized controlled trial[J]. Trials, 2018, 19(1): 168-176. DOI: 10.1186/s13063-018-2549-z.

[8] 李晓捷, 唐久来, 马丙祥, 等. 脑性瘫痪的定义、诊断标准及临床分型[J]. 中华实用临床儿科杂志, 2014, 29(19): 1520. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-428X.2014.19.024.

[9] Calis E, Veugelaers R, Sheppard J, et al. Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability[J]. Dev Med Child Neurol, 2018, 50(8): 5625-630. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2008.03047.x.

[10] 大西幸子, 孙启良. 摄食吞咽障碍实用技术[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 7-8.

[11] 张厚粲. 韦氏儿童智力量表第四版中文版指导手册[M]. 珠海: 京美心理测量技术开发有限公司, 2008: 221-224.

[12] Onis M, Onyango A, Borghi E, et al. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards[J]. Public Health Nutr, 2012, 15(9): 1603-1610. DOI: 10.1017/S136898001200105X.

[13] 章微微, 付金英, 徐淑芬, 等. 任务导向训练在脑卒中后吞咽功能障碍患者中的临床应用[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2018, 40(4): 284-286. DOI: 10.3760/cam.j.issn.0254-1424.2018.04.010.

[14] Moon JH, Jung JH, Hahm SC, et al. The effects of task-oriented training on hand dexterity and strength in children with spastic hemiplegic cerebral palsy: a preliminary study[J]. J Phys Ther Sci, 2017, 29(10): 1800-1802. DOI: 10.1589/jpts.29.1800.

[15] Sah AK, Balaji GK, Agrahara S. Effects of task-oriented activities based on neurodevelopmental therapy principles on trunk control, balance, and gross motor function in children with spastic diplegic cerebral palsy: a single-blinded randomized clinical trial[J]. Pediatr Neurosci,

2019,14(3):120-126. DOI:10.4103/jpn.JPN-35-19.

- [16] Oikarinen A,Engblom J,Kääriäinen M,et al.Risk factor-related lifestyle habits of hospital admitted stroke patients an exploratory study[J]. J Clin Nurs,2015,24(15-16):2219-2230. DOI:10.1111/jocn.12787.
- [17] Schaechter JD. Motor rehabilitation and brain plasticity after hemiparetic stroke[J]. Prog Neurobiol,2004,73(1):61-72. DOI:10.1016/j.pneurobio.2004.04.001.
- [18] Sah AK,Balaji GK,Agrahara S.Effects of task-oriented activities based on neurodevelopmental therapy principles on trunk control, balance, and gross motor function in children with spastic diplegic cerebralpalsy: a single-blinded randomized clinical trial[J]. J Pediatr Neurosci,

2019,14(3):120-126. DOI:10.4103/jpn.JPN-35-19.

- [19] Ogwumike OO,Badaru UM, Adeniyi AF. Effect of task-oriented training on balance and motor function of ambulant children with cerebral palsy[J]. Rehabilitacion,2019,53(4):276-283. DOI:10.1016/j.rh.2019.07.003.
- [20] Outermans JC, van Peppen RPS, Wittink H, et al. Effects of a high-intensity task-oriented training on gait performance early after stroke: a pilot study[J]. Clin Rehabil,2010,24(11):979-987. DOI:10.1177/0269215509360647.

(修回日期:2021-10-28)

(本文编辑:汪 玲)

鼻咽癌放疗术后吞咽障碍患者生存质量现状及其相关因素分析

武惠香¹ 丘卫红^{1,2} 赵娇² 万桂芳¹ 谢纯青¹ 陈华玉¹ 史静¹ 赵妃¹ 窦祖林^{1,2}

¹中山大学附属第三医院康复医学科,广州 510630; ²广州新华学院听力与言语康复学

通信作者:窦祖林,Email:13825038813@163.com

【摘要】 目的 分析鼻咽癌放疗术后吞咽障碍患者生存质量现状及其影响因素。**方法** 选择鼻咽癌放疗术后吞咽障碍患者 165 例,采用自制一般资料问卷、中文版吞咽生存质量量表(SWAL-QOL)、功能性经口进食量表(FOIS)、主诉疼痛分级量表和医院焦虑抑郁量表(HAD)收集患者相关信息,运用多元线性回归分析法,分别筛选影响患者生存质量及其 9 个维度的相关因素。**结果** 鼻咽癌放疗术后吞咽障碍患者的生存质量得分为(126.81±31.56)分,处于 Likert 评分第 2 等级;其中疼痛、焦虑、抑郁的患病率分别为 43.6%、34.5%、42.4%;共 10 个因素进入回归方程,其中有 4 个因素(FOIS 等级、疼痛等级、抑郁评分、近 1 个月是否接受治疗)进入 2 个或以上生存质量维度的回归方程;有 6 个因素(年龄、鼻咽癌病程、职业状况、是否复发、吞咽障碍病程、是否管饲)进入某一生存质量维度的回归方程。**结论** 鼻咽癌放疗术后吞咽障碍患者生存质量较差,并且伴有较高的疼痛、抑郁、焦虑患病率。进食功能等级、疼痛、抑郁、近 1 个月是否接受治疗是影响患者生存质量的主要因素。年龄、鼻咽癌病程、职业状况、是否复发、吞咽障碍病程、是否管饲等因素在生存质量的不同维度中存在不同程度的影响。

【关键词】 鼻咽癌; 吞咽障碍; 生存质量; 多元线性回归分析

基金项目:广州市重点领域研发计划项目(202007030001);广东省残疾人事业理论与实践研究课题

Funding: Research and Development Projects in Key Areas of Guangzhou(202007030001); Theory and Practice of Undertakings for the Disabled Research Project of Guangdong Province

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2021.12.016

鼻咽癌是发生在鼻咽腔顶部与侧壁上的恶性肿瘤,是耳鼻咽喉恶性肿瘤中发病率最高的疾病,我国南方高发^[1]。在环境、遗传、饮食及感染等多种因素下,鼻咽癌发病率呈逐年上升的趋势。鼻咽癌的治疗首选放射治疗,或联合化学治疗,其 I、II 期无远处转移患者治疗后的 5 年生存率可达 95%以上^[2]。但治疗会使周围正常组织受到较严重的损伤,从而引起吞咽困难,严重者完全不能进食,可导致脱水、能量和营养摄入不足^[3],直接影响患者的生存质量。

Mchorney 等^[4]运用吞咽生活质量量表(swallowing-quality of

life, SWAL-QOL)评估成人吞咽障碍的有效性和可靠性,并在临床中应用。Lango 团队运用 SWAL-QOL 从多个领域评估患者的生存质量,发现吞咽困难可以影响生存质量的多个方面^[5]。中国丘卫红教授团队对 SWAL-QOL 量表^[6]进行汉化,发现其具有良好的信度与效度。由于目前国内对鼻咽癌放疗术后吞咽障碍患者生活质量(quality of life, QOL)影响因素的相关研究较少,本项目对鼻咽癌放疗术后吞咽障碍患者 QOL 的相关因素进行研究,以期针对性地对有关影响因素进行干预,提高患者的 QOL。