

广东省护理学会团体标准

T/GDNAS 085—2026

口腔颌面部肿瘤患者术后吞咽障碍 护理规范

Postoperative dysphagia care specification for patients with oral and
maxillofacial tumours

2026-02-05 发布

2026-05-01 实施

目 次

前言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 缩略语	1
5 基本要求	2
6 筛查与评估	2
7 护理	2
8 健康教育	4
附录 A (资料性) 改良洼田饮水试验	5
附录 B (资料性) VVST-CV 测试过程	6
附录 C (资料性) 口颜面功能与喉部功能评估与训练策略	8
附录 D (资料性) 染料测试	9
附录 E (资料性) 反复吞唾试验	10
附录 F (资料性) 功能性经口摄食分级	11
附录 G (资料性) 口腔颌面部肿瘤术后吞咽障碍的代偿策略	12
附录 H (资料性) 呼吸功能训练与气道保护方法	13
参考文献	14

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件的某些内容可能涉及专利，本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广东省护理学会提出并归口。

本文件起草单位：广东省护理学会口腔颌面外科护理专业委员会、中山大学附属口腔医院、中山大学附属第一医院、中山大学附属第三医院、中山大学孙逸仙纪念医院、南方医科大学南方医院、广东省人民医院（广东省医学科学院）、广州医科大学附属口腔医院、北京大学深圳医院、深圳市人民医院、深圳大学总医院、江门市中心医院、中山大学肿瘤防治中心、南方医科大学口腔医院、明心康复医疗中心、云南省肿瘤医院。

本文件主要起草人：黄秋雨、陈芸梅、邓益君、何杏芳、安德连、梁玉洁、古文珍、张丽萍、赵芳、李燕娥、杨冬叶、肖炜、温作珍、周陶、刘艳、李晶、陈卫敏、陈林敏、翁小玲、朱淑连、李云、刘杰、吴秀兰、任晓华。

口腔颌面部肿瘤患者术后吞咽障碍护理规范

1 范围

本文件规定了口腔颌面部肿瘤术后吞咽障碍护理的基本要求、筛查与评估、护理、健康教育。

本文件适用于各级各类医疗机构的注册护士开展口腔颌面部肿瘤术后吞咽障碍护理工作，其他机构可参照执行。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过本文件的规范性引用而成为本文件必不可少的条款。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

T/CNAS 19 成人肠内营养支持的护理

T/CNAS 20 成人鼻肠管的留置与维护

T/GDNAS 019 成人住院患者营养风险筛查与评定及预防护理

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

误吸 aspiration

在吞咽过程中有数量不等的液体或固体食物、分泌物、血液等进入声门以下呼吸道和肺组织的过程，分为显性误吸和隐性误吸。

3.2

幽门后喂养 post-pyloric feeding

将专用的肠内营养管经口鼻或腹部置入，经过或绕过幽门到达十二指肠或空肠，通过幽门括约肌作用减少营养液从肠内反流入胃的营养路径。

3.3

治疗性进食 therapeutic oral feeding

通过改变进食环境、体位、食物形态、食团入口位置、食团性质、一口量和进食速度等措施，帮助患者安全、有效地经口摄取足够的食物，以满足机体营养需求和吞咽功能训练需要的一种进食方法。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

FOIS：功能性经口摄食分级（functional oral intake scale）

VVST-CV：改良容积黏度吞咽测试（volume viscosity swallowing test-Chinese version）

5 基本要求

- 5.1 开展筛查和评估前，应接受吞咽障碍筛查和功能评估相关理论和实践培训，包括结构解剖、筛查和评估方法、筛查和评估相关并发症预防和处理等。
- 5.2 开展功能训练前，应接受吞咽功能训练相关理论和实践培训，包括吞咽功能评估、康复训练方法及原理、训练相关并发症预防和处理等。
- 5.3 应在患者神志清醒且能配合、口内无活动性出血和出血倾向的前提下，开展吞咽功能评估和训练。
- 5.4 应在全面评估并与头颈/口腔颌面外科医生沟通患者的病情、伤口愈合情况和皮瓣血运状况（如有）前提下，开展术后吞咽障碍筛查、评估和训练。
- 5.5 识别吞咽问题后，宜通过多方沟通共同制订吞咽障碍护理措施，包括医生、患者和/或照护者、吞咽康复治疗师或经过吞咽专业培训的护士等。
- 5.6 应以个体化为原则制定目标，动态调整护理方案。
- 5.7 应关注患者的心理特征和吞咽相关疼痛，为患者提供个性化的心理护理和疼痛护理。

6 筛查与评估

6.1 筛查与评估时机

应在下列时机，对手术方式涉及吞咽相关结构或神经的患者完成术后吞咽障碍筛查和（或）评估：

- 开展吞咽功能训练前，
- 首次经口进食食物和（或）水前，
- 计划拔除胃管或幽门后喂养管前，
- 出院前。

6.2 筛查与评估工具

- 6.2.1 宜先开展口颜面及喉部功能评估（具体可参照附录 C），再选择筛查与评估工具。
- 6.2.2 意识清醒能配合操作的可经口进食者，可使用改良洼田饮水试验（具体可参照附录 A）进行吞咽障碍筛查或 VVST-CV（具体可参照附录 B）进行吞咽功能评估。
- 6.2.3 气管切开者在尚未堵管时或拔管前，可使用染料测试（具体可参照附录 D）进行吞咽障碍筛查。
- 6.2.4 除上述条件外的其它原因导致的不可经口进食者，可使用反复吞唾试验（具体可参照附录 E）进行吞咽障碍筛查。
- 6.2.5 吞咽障碍干预的效果评价，可使用 FOIS（具体可参照附录 F）。

7 护理

7.1 进食护理

7.1.1 进食方式选择

- 7.1.1.1 应根据术后吞咽障碍筛查和评估结果，选择进食方式。

7.1.1.2 改良洼田饮水试验（具体可参照附录 A）3 级~5 级者：

- a) 不应立即指导经口进食。
- b) 宜开展 VVST-CV（具体可参照附录 B）或转介医生借助吞咽造影、软管喉内镜吞咽功能评估等方法进一步评估吞咽功能，再选择进食方式。

7.1.1.3 改良洼田饮水试验（具体可参照附录 A）1a 级者，可指导经口进食，并密切观察、动态调整进食方式。

7.1.1.4 改良洼田饮水试验（具体可参照附录 A）1b 级或 2 级者，可在监测与指导下尝试经口进食，必要时联合 VVST-CV 或影像学评估。

7.1.2 可经口进食或治疗性进食者

7.1.2.1 应指导患者进食时取端坐位或代偿体位，体力缺乏者，可取半坐卧位。

7.1.2.2 应指导患者一口量从 1ml~3ml 开始或根据 VVST-CV（具体可参照附录 B）选择最佳一口量，循序渐进增加。

7.1.2.3 应指导患者全部咽下上一口食物后再进食下一口食物。

7.1.2.4 应观察患者进食时的安全性和有效性，并及时处理：

- 若出现呛咳、误吸，应暂停进食并清理呼吸道；
- 若进食后出现呛咳频繁、痰液量增加或音质改变等，应复评吞咽功能并调整进食方案；
- 若进食量和摄入能量不足，应调整营养方案；
- 可根据进食的吞咽障碍表现选择适宜的代偿策略（具体可参照附录 G）。

7.1.3 不可经口进食者

不可经口进食者宜优先选择管饲营养支持治疗，其中胃食道反流严重者，宜选择幽门后喂养。护理方法按照 T/CNAS 19、T/CNAS 20 的规定执行。

7.2 吞咽功能训练

7.2.1 应根据患者伤口愈合情况、吞咽功能评估结果、患者耐受力和配合度等，选择相应的吞咽代偿策略（具体可参照附录 G）和（或）吞咽功能训练（具体可参照附录 C 和附录 H）。

7.2.2 带胃管进行吞咽功能训练时，应使用不含蛋白质的增稠剂。

7.2.3 宜循序渐进、量力而行地增加训练强度。

7.2.4 吞咽障碍程度严重的患者，宜转介康复科治疗。

7.3 并发症预防与护理

7.3.1 误吸

7.3.1.1 应指导或协助患者进行安全有效的口腔护理。

7.3.1.2 在吞咽功能评估及训练、治疗性进食操作前，应为患者清理口咽分泌物。

7.3.1.3 对于进行吞咽评估和功能训练者，应关注体温、呼吸、血氧饱和度、痰鸣音、排痰等情况，按需吸痰。

7.3.1.4 出现以下情况，宜配备负压吸引器：

- 患者反复吞唾试验时呛咳频繁或结果异常；
- 患者染料测试存在可疑显性（和/或隐性）误吸；
- 患者开展治疗性进食。

7.3.1.5 若出现食物误入呼吸道引发窒息，应立即清理呼吸道：

- a) 应立即使用负压吸引装置辅助清理呼吸道；
- b) 应立即报告医生，并配合医生进行气道处理；
- c) 对于发生严重气道异物梗阻的成人患者，应循环进行 5 次背部拍击和 5 次腹部快速冲击（孕期或施救者无法环绕患者腹部时，改用 5 次胸部冲击），直至患者异物排出或患者失去反应；
- d) 对于发生心脏骤停患者，应立即进行心肺复苏。

7.3.2 营养不良与脱水

7.3.2.1 应按照 T/GDNAS 019 的规定进行营养风险筛查，动态监测营养指标并调整护理方案。

7.3.2.2 应关注患者出入量平衡、检验结果以及脱水表现，补充适宜的水和电解质。

8 健康教育

8.1 宜在术后第一天为患者和/或照护者提供防误吸健康宣教。

8.2 应根据吞咽功能筛查和评估结果为患者提供营养健康宣教。

8.3 对于使用管饲进行营养支持治疗者，应在出院前完成管道护理指导及居家饮食护理指导。

附录 A
(资料性)
改良洼田饮水试验

A.1 改良洼田饮水试验方法

- A.1.1 备好床边负压吸痰用物，清除患者口腔唾液和痰液，保持口腔清洁。
- A.1.2 患者取端坐位，指导患者吞咽唾液。
- A.1.3 取 2~3 茶匙或按照 1ml→3ml→5ml 的顺序依次将水放入患者口中，嘱其吞咽，观察有无呛咳。如有则无需进入下一阶段，并判定测试结果为 5 级，如无则进入下一步测试。
- A.1.4 喝下 30ml 温开水，观察所需时间和呛咳情况。

A.2 改良洼田饮水试验结果评价方法

改良洼田饮水试验结果评价方法见表 A.1。

表 A.1 改良洼田饮水试验结果评价方法

分级		诊断标准
1 级：	1a:能顺利地 1 次将水咽下，5s 之内完成。	正常
	1b:能顺利地 1 次将水咽下，5s 以上完成。	可疑
2 级：分 2 次以上，能不呛咳地咽下。		异常
3 级：能 1 次咽下，但有呛咳。		
4 级：分 2 次以上咽下，但有呛咳。		
5 级：频繁呛咳，不能全部咽下。		

附录 B
(资料性)
VVST-CV 测试过程

B.1 测试的过程说明

- B.1.1 患者取端坐位或半卧位，在清醒状态、血氧饱和度持续监测的情况下进行评估。
- B.1.2 在温开水中加入增稠剂配置成不同稠度的测试液体，其中高稠度液体（约含增稠剂 3%）、中稠度液体（约含增稠剂 2%）、低稠度液体（约含增稠剂 1%）、无增稠的水（含增稠剂 0%），各 20ml 及以上。
- B.1.3 测试从中稠度液体开始，并按照中稠度液体→低稠度液体→无增稠的水→高稠度液体的顺序进行逐步或跨步测试，一口量由 3ml、5ml、10ml 依次递增。
- B.1.4 测试时出现任一安全性指标受损（即咳嗽、音质改变、血氧饱和度下降大于 3%），应判断为存在吞咽安全问题，并终止当前测试稠度液体更大一口量的评估。
- B.1.5 进行中稠度液体测试中观察到有吞咽安全问题，则跨越低稠度液体、无增稠的水测试，直接进入高稠度液体测试。
- B.1.6 进行中稠度液体测试中未观察到有吞咽安全问题，则进入低稠度液体测试。
- B.1.7 进行低稠度液体测试中观察到有吞咽安全问题，则跨越无增稠的水测试，直接进入高稠度液体测试。
- B.1.8 进行低稠度液体测试中未观察到有吞咽安全问题，则进入无增稠的水测试。
- B.1.9 进行无增稠的水测试后进入高稠度液体测试。

B.2 VVST-CV 测试过程流程图

VVST-CV 测试过程流程图见图 B.1。

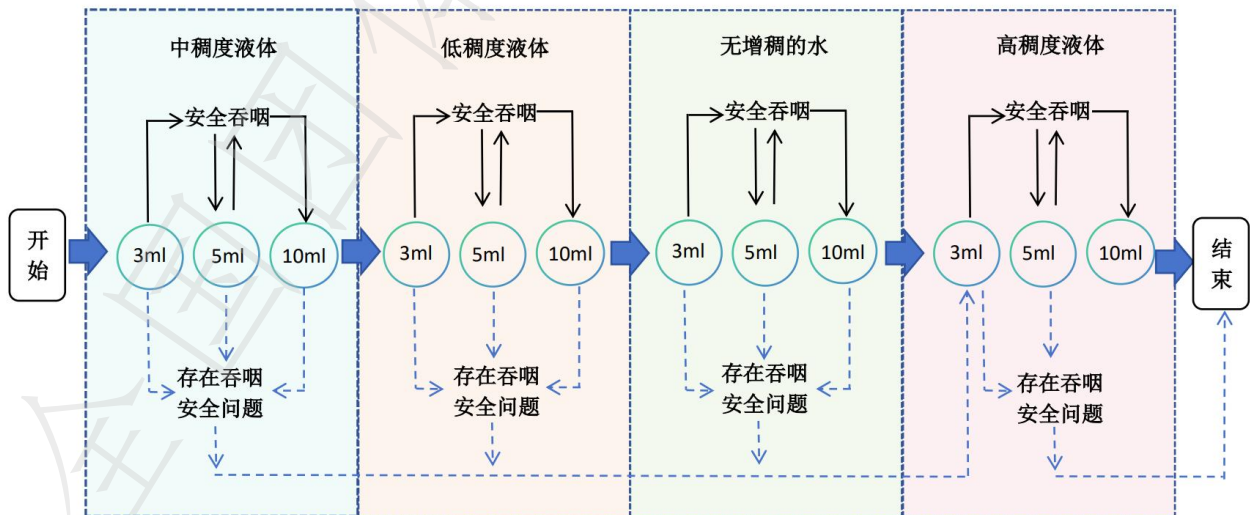


图 B.1 VVST-CV 测试过程流程图

B.3 VVST-CV 结果记录表

VVST-CV 结果记录表见表 B.1。

表 B.1 VVST-CV 结果记录表

不同稠度		中稠度液体			低稠度液体			无增稠的水			高稠度液体		
不同容积		3ml	5ml	10ml	3ml	5ml	10ml	3ml	5ml	10ml	3ml	5ml	10ml
安全性 受损相 关指标	咳嗽												
	音质改变												
	血氧饱和度下降												
有效性 受损相 关指标	唇部闭合												
	口腔残留												
	分次吞咽												
	咽部残留												
结果 判定	无安全性/有效性受损：测试结果为阴性。												
	有效性受损，不伴安全性受损：可安全吞咽，但有效性受损，宜关注患者的营养和补水状况。												
	安全性受损（伴/不伴有效性问题）：吞咽过程安全性下降，提示患者在该稠度液体测试过程中可能已经发生误吸。												
进食 建议	进食方式： <input type="checkbox"/> 管饲 <input type="checkbox"/> 管饲结合经口进食 <input type="checkbox"/> 经口进食												
	食物性状： <input type="checkbox"/> 中稠 <input type="checkbox"/> 低稠 <input type="checkbox"/> 无增稠的水 <input type="checkbox"/> 高稠												
	一口量： <input type="checkbox"/> 3ml <input type="checkbox"/> 5ml <input type="checkbox"/> 10ml												

附录 C

(资料性)

口颜面功能与喉部功能评估及训练策略

C.1 口颜面功能与喉部功能评估及训练策略

口颜面与喉部功能评估及训练策略见表 C.1。

表 C.1 口颜面与喉部功能评估及训练策略

部位	口颜面与喉部功能评估		训练策略
	评估内容	吞咽障碍表现	
唇颊部	完整性、肿胀、瘢痕、感觉、口唇闭合	流涎，唇无力，口唇闭合不全，面颊无力，不能完成鼓腮动作	唇颊部感觉训练，唇颊部力量训练（如鼓腮、吸吮、吹气训练等）
下颌及牙齿	完整性，张口度，下颌位置、运动（上下、旋转）及抗阻能力，咀嚼能力	张口困难，下颌运动受限，抗阻能力和咀嚼能力差	张口训练，下颌伸展和抗阻训练，咀嚼训练
舌	完整性、体积、位置，舌部运动（前后、上下、左右）及抗阻能力	舌运动受限或力量不足，口腔分泌物或食物残留	舌肌运动及抗阻训练，用力吞咽，体位代偿
舌根与咽咽部	完整性、体积、软腭抬升、咽反射、呕吐反射	咽期吞咽启动延迟，咽腔力量不足，口鼻腔反流	咽部感觉训练，Masako 训练，Shaker 训练、用力吞咽，门德尔松手法
喉	喉上抬、吞咽启动、声音变化、咳嗽反射、廓清能力	呛咳、误吸、咳嗽力量减弱、呼吸吞咽不协调、声带闭合不全	呼吸功能训练，有效咳嗽训练，Shaker 训练，呼吸吞咽协调训练，声带闭合训练，声门上或超声门上吞咽
颈部	瘢痕,运动灵活度	颈肩灵活度减低、局部组织纤维化、瘢痕	肩颈部伸展训练、按摩，主动和被动拉伸
移植组织瓣	血运情况	——	
手术创口	出血情况、愈合情况		
口腔分泌物	分泌量、滞留情况		

附录 D
(资料性)
染料测试

D.1 染色试验操作流程

D.1.1 应在具备完善吸痰、监护和急救能力的病区实施。

D.1.2 患者取满足目前治疗需要的舒适体位，备好床边负压吸痰用物，清除患者口腔唾液和痰液、气管内痰液和声门下痰池，测试并调整气管套管气囊压力至 25cmH₂O~30cmH₂O，并在测试过程中持续监测血氧饱和度。

D.1.3 指导患者进行练习连续 2 次吞咽动作。

D.1.4 准备含有绿色或蓝色可食用色素的饮用水 10ml（染色试验用水）。

D.1.5 用注射器依次抽取 1ml、3ml、5ml 染色试验用水放入患者口中，每次嘱其连续吞咽 2 次。

D.1.6 吞咽后，观察患者吞咽过程中的呛咳情况，30s 后使用注射器吸引声门下痰池，并清理口腔内残余染色试验用水，嘱患者咳嗽清除气道内残余染色试验用水。

D.1.7 试验过程中，患者如有明显呛咳则无需进入下一阶段，如无则进入下一步测试。

D.2 染料测试结果判定

染料测试结果判定见表 D.1。

表 D.1 染料测试结果判定

染色试验过程中的表现	结果判定
无呛咳，且声门下痰池、气管套管处咳出和（或）吸出液体均无染色。	阴性，但不能完全排除误吸风险
有呛咳。	阳性，可疑显性误吸
无呛咳，声门下痰池染色或气管套管咳出液体染色。	阳性，可疑隐性误吸

附录 E
(资料性)
反复吞唾试验

E.1 反复吞唾试验流程

- E.1.1 确保评估环境安静、舒适。
- E.1.2 向患者或被评估者解释评估目的和过程。
- E.1.3 患者取坐位或半坐位，保持头部直立，身体放松。
- E.1.4 检查者将中指横置于患者甲状软骨上缘，食指放于舌骨处。
- E.1.5 嘱患者连续做吞咽动作，当甲状软骨上缘随吞咽动作运动、越过食指后复位，记录为完成一次有效吞咽。
- E.1.6 当患者诉口干难以吞咽时，可在其口腔滴注 1ml 水，以利吞咽。
- E.1.7 计时 30s，记录患者的有效吞咽次数。

E.2 反复吞唾试验结果判定

反复吞唾试验结果判定见表 E.1。

表 E.1 反复吞唾试验结果判定

患者年龄	正常	异常
80 岁及以上	≥3 次	<3 次
50 岁~80 岁	≥5 次	<5 次

附录 F
(资料性)
功能性经口摄食分级

F.1 FOIS 分级标准

FOIS 分级标准见表 F.1。

表 F.1 FOIS 分级标准

分级	分级标准
1 级	不能经口进食。
2 级	依赖管饲进食，最小量地尝试进食食物或液体。
3 级	依赖管饲进食，能经口进食单一质地的食物或液体。
4 级	完全经口进食单一质地的食物。
5 级	完全经口进食多质地的食物，但需要特殊的准备或代偿。
6 级	完全经口进食不需要特殊的准备，但有特殊的食物限制。
7 级	完全经口进食，没有限制。

附录 G

(资料性)

口腔颌面部肿瘤术后吞咽障碍的代偿策略

G.1 口腔颌面部肿瘤术后吞咽障碍表现及相应的代偿策略

口腔颌面部肿瘤术后吞咽障碍表现及相应的代偿策略见表 G.1。

表 G.1 口腔颌面部肿瘤术后吞咽障碍表现及相应的代偿策略

吞咽障碍的表现	代偿策略
吞咽时误吸	在口唇闭合的基础上低头吞咽
舌后推进不良	在有效气道保护的基础上仰头吞咽，使用吸管或将食物置于口腔后部
单侧清除口腔残留物困难	根据吞咽造影或软式喉镜的评估结果，判断头部偏斜或转头代偿策略
单侧咽壁及喉部功能异常	
单侧口腔咽部无力	
张口困难	将食物切成小块；使用小勺子；充分气道保护基础上用吸管喝液体
咀嚼困难	改变食物性状

附录 H
(资料性)
呼吸功能训练与气道保护方法

H.1 呼吸功能训练与气道保护方法

呼吸功能训练与气道保护方法见表 H.1。

表 H.1 呼吸功能训练与气道保护方法

训练方法名称	适用人群	实施方法	频率
吞唾训练	所有患者	指导患者中指放于甲状软骨上缘，食指放于舌骨处，指导患者吞咽时，尽量使甲状软骨上缘越过食指。	每组 10 次，每天 3 组~4 组
呼吸功能训练	所有患者	①腹式呼吸：患者取坐位、卧位或立位均可，自然姿态，放松全身肌肉，一手放在胸前，另一手放于腹部，用鼻子缓慢吸气，感受腹部逐渐隆起，至最大肺容量后屏气 2s~5s，逐渐增加到 8s~10s，然后缓慢经口呼气，感受腹部自然内收。 ②缩唇呼吸：放松全身肌肉，取舒适体位，经鼻腔缓慢尽力吸气 2s，然后将口唇缩成吹口哨的窄缝，经口缓慢匀速地呼气 4s~6s，避免过快。训练时注意吸气与呼气节奏平稳，避免过度用力。	每次 10min~15min， 每天 2 次~3 次
声门上吞咽法	声带闭合不全或关闭延迟、咽期吞咽启动延迟	深吸一口气后屏住，保持屏气动作同时做吞咽动作（1~2 次），吞咽后吸气前立即咳嗽，再次吞咽。	每组 10 次，每天 3 组~4 组
超声门上吞咽法		吸气并且紧紧地屏气，用力将气向下压。当吞咽时持续保持屏气，并且向下压，当吞咽结束时立即咳嗽。	
用力吞咽法	舌根力量不足	吞咽时，用所有的咽喉肌肉一起用力挤压，将食物从口咽部挤压进入食道。	每组 10 次，每天 3 组~4 组
门德尔松手法	喉运动减少或吞咽不协调	吞咽动作中，保持喉上抬数秒；或吞咽时让患者以舌尖顶住硬腭、屏住呼吸保持数秒，同时让患者食指至于甲状软骨上方，中指至于环状软骨上，感受喉上抬。	每组 10 次，每天 3 组~4 组
呼吸吞咽协调训练	呼吸吞咽不协调	在平稳呼吸的情况下，吸气→屏气→吞咽→咳嗽。	每组 10 次，每天 3 组~4 组

参 考 文 献

- [1] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗(第2版)[M].北京:人民卫生出版社.2019.
- [2] T/CNAS 19-2022, 成人肠内营养支持的护理[S].北京:中华护理学会,2022.
- [3] T/GDNAS 019-2022, 成人住院患者营养风险筛查与评定及预防护理[S].广州:广东省护理学会,2022.
- [4] T/CRHA 027-2023, 卒中后吞咽障碍护理规范[S].北京:中国研究型医院,2023.
- [5] T/CRHA 037-2024, 卒中后吞咽障碍评估规范[S].北京:中国研究型医院,2024.
- [6] T/CNAS 16-2020, 认知障碍患者进食问题评估与处理[S].北京:中华护理团体标准,2020.
- [7] T/CNAS 40-2023, 脑卒中吞咽障碍患者进食护理[S].北京:中华护理团体标准,2023.
- [8] 李小莹,孙沫逸,郭伟,等.口腔颌面部肿瘤术后吞咽障碍的评估和康复管理专家共识[J].实用口腔医学杂志,2024,40(1):5-14.
- [9] 陈芸梅,朱淑连,李云,等.口腔癌全周期吞咽障碍筛查与评估专家共识[J].中华现代护理杂志,2023,29(13):1681-1686.
- [10] 中国康复医学会康复护理专业委员会.吞咽障碍康复护理专家共识[J].护理学杂志,2021,36(15):1-4.
- [11] 万桂芳,张耀文,史静,等.改良容积粘度测试在吞咽障碍评估中的灵敏性及特异性研究[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(12):900-900.
- [12] 何杏芳,王帅,邓益君,等.改良洼田饮水试验评估流程在口腔癌术后患者吞咽功能筛查中的应用[J].中国口腔颌面外科杂志,2025,23(01):24-28.
-