

# 听神经瘤患者吞咽障碍早期护理干预的研究进展

杨利红

(宁夏医科大学总医院 宁夏银川 750001)

**【摘要】**听神经瘤作为颅内桥小脑角区最常见的良性肿瘤，手术切除是其首选治疗方案，而术后因颅神经损伤引发的吞咽障碍是临床常见并发症，发生率高达3%~20%。吞咽障碍不仅会降低患者术后生活质量，还会增加误吸、吸入性肺炎、营养不良等不良事件的发生风险，延长住院周期。因此，早期护理干预成为改善听神经瘤患者吞咽功能、减少术后并发症、促进快速康复的核心手段，近年来已成为神经外科护理领域的研究热点。

**【关键词】**听神经瘤；吞咽障碍；早期护理干预；康复护理

Research Progress on Early Nursing Intervention for Patients with Auditory Neuroma with Dysphagia

Yang Lihong

(Ningxia Medical University General Hospital, Ningxia, Yinchuan 750001)

**[Abstract]** Acoustic neuroma, as the most common benign tumor in the cranial pons and cerebellopontine angle region, surgical resection is the preferred treatment option for it. Postoperative dysphagia caused by cranial nerve injury is a common clinical complication, with an incidence rate of 3% to 20%. Dysphagia not only reduces the postoperative quality of life of patients but also increases the risk of aspiration, aspiration pneumonia, malnutrition and other adverse events, and prolongs the hospital stay. Therefore, early nursing intervention has become the core means to improve the swallowing function of patients with acoustic neuroma, reduce postoperative complications, and promote rapid recovery. It has become a research hotspot in the field of neurosurgical nursing in recent years.

**[Key words]** Acoustic neuroma; Dysphagia; Early nursing intervention; Rehabilitation nursing

## 引言

听神经瘤起源于第Ⅷ对脑神经前庭神经鞘膜，是颅内常见肿瘤。因肿瘤与后组颅神经毗邻，术后吞咽功能障碍发生率较高，且以咽期吞咽障碍为主要表现。既往临床多在患者出现呛咳、进食困难等症状后才启动护理干预，易错失康复黄金期<sup>[1]</sup>。随着快速康复外科理念的深入推广，早期识别、评估与干预已成为护理重点，但目前国内外尚缺乏统一的早期护理标准化路径。在此背景下，系统梳理该领域的研究进展，对推动听神经瘤患者吞咽障碍护理的规范化、精准化发展具有重要临床意义。

## 1 听神经瘤患者吞咽障碍的发生机制

### 1.1 发生机制

听神经瘤患者术后吞咽障碍的发生由肿瘤自身因素与

手术操作双重因素共同导致。从肿瘤因素来看，肿瘤直径超过3cm时，可直接压迫桥小脑角区的舌咽、迷走及舌下神经，造成术前神经传导功能减退；从手术操作因素分析，显微手术过程中对上述神经的机械牵拉、电凝热损伤、滋养血管损伤，以及术后水肿压迫，均会直接破坏吞咽反射弧的完整性<sup>[2]</sup>。同时，术后面神经麻痹、面部感觉异常等并发症，也会进一步协同加重吞咽功能障碍。

### 1.2 临床危害

吞咽障碍对听神经瘤术后康复的危害主要体现在误吸、营养及心理三个层面。误吸是最凶险的并发症之一，轻度呛咳、重度窒息及隐性误吸可使吸入性肺炎发生率升至无吞咽障碍患者的4.2倍，严重威胁患者生命安全；营养层面，患者因进食困难、进食恐惧主动减少食量，术后营养不良发生率可达37%~67%，进而延缓神经功能修复；心理层面，长期吞咽障碍及留置胃管易诱发焦虑、抑郁等负面情绪，导致

社交回避,延长住院周期并增加医疗经济负担。

## 2 听神经瘤患者吞咽障碍早期护理干预的核心内涵

早期护理干预以循证医学和快速康复外科理念为指导,核心是打破既往“症状出现后再干预”的传统模式,在围手术期系统开展吞咽功能筛查、风险评估与预防性康复。干预时机的界定目前已形成共识,将窗口前置至围手术期:术前完成基础吞咽评估以建立基线,术后24~48h生命体征平稳后立即启动再次筛查与干预<sup>[3]</sup>。研究证实,术后48h内启动康复护理,患者吞咽功能恢复效率显著优于术后1周启动者,且胃管留置时间与住院时间均明显缩短。从神经可塑性角度分析,术后3个月内为神经修复的黄金期,其中第1个月恢复速度最快,早期干预通过持续的感觉输入与运动训练可促进神经通路重塑<sup>[4]</sup>。因此,术前评估及术后24~48h启动干预已成为临床核心时间节点,部分研究进一步将干预延伸至出院后居家康复阶段,形成全程化的早期干预体系。

## 3 听神经瘤吞咽障碍患者早期护理干预的主要模式

### 3.1 早期系统化评估与风险筛查护理

早期精准评估是开展针对性护理干预的前提,也是早期护理体系的首要环节。目前临床针对听神经瘤患者的吞咽功能评估已形成“术前基线评估+术后动态筛查+分级功能评估”的三级评估体系。

术前评估的核心是识别高危患者,研究证实,肿瘤直径>3cm、术前合并后组颅神经受累症状、接受二次手术的患者,是术后吞咽障碍的高危人群<sup>[5]</sup>。术前需通过洼田饮水试验、标准吞咽功能评估量表(SSA)完成基线评估,为术后对比提供依据,同时对高危患者开展预防性健康宣教。术后动态筛查是早期护理的核心,有学者构建了风险评估导向的护理模式,提出术后24h、48h、72h每日开展吞咽功能筛查,采用30ml饮水试验完成初筛,阳性患者立即启动更全面的功能评估,再根据误吸风险等级制定分级护理方案,该模式可使患者术后吸入性肺炎发生率降低62.5%,SSA评分显著优于常规护理组。

洼田饮水试验操作简便、易于床旁快速筛查,适用于术后早期初步判断患者的吞咽安全性;SSA量表则通过系统评

估口腔期、咽期功能及饮水试验表现,能够更全面地反映吞咽过程的异常征象。但对于隐性误吸、咽部残留及气道保护反射下降等细微异常,上述床旁筛查方法存在一定局限性。因此,对于术后反复发生呛咳、沉默性误吸或康复训练进展不佳的高危患者,临床可进一步采用FEES或VFSS。FEES能够直接观察咽期食物的通过情况、分泌物积聚及声门闭合反应,具有可床旁重复操作、无辐射等优势;VFSS作为评估吞咽动力学的金标准,可清晰显示口腔期、咽期及食管期各阶段的推进速度、残留位置及误吸发生的时相与程度,为制定个性化康复方案提供精细的影像学依据。

### 3.2 早期康复功能训练护理干预

基础训练又称间接训练,适用于术后早期尚未经口进食的患者,核心目的是改善吞咽相关肌肉的运动能力与协调性,为经口进食奠定基础。有研究将早期康复训练纳入听神经瘤患者术后护理,在患者生命体征平稳后即开展舌肌运动训练、下颌运动训练、软腭训练、咽喉闭锁训练、空吞咽训练等基础训练,每日2~3次,每次15~20min<sup>[8]</sup>。结果显示,干预后患者吞咽功能改善总有效率达94.7%,显著高于常规护理组的73.79%<sup>[8]</sup>。

摄食训练又称直接训练,适用于吞咽功能有所改善、误吸风险降低后的患者,需结合患者吞咽功能分级,选择合适的进食体位、食团性状、一口量,循序渐进开展经口进食训练。研究指出,摄食训练应遵循“先易后难”原则:首选健侧卧位或坐位前倾30°体位,先选择糊状食物,逐步过渡到半固体、固体食物;一口量从3~5ml开始逐步增加,同时进食过程中全程指导患者采用空吞咽、交互吞咽、点头样吞咽等技巧,有效清除咽部残留食物,降低进食风险。

### 3.3 分级饮食与营养支持护理

对于术后重度吞咽障碍、高误吸风险的患者,早期留置鼻胃管进行肠内营养支持是临床首选方案,可保证患者营养摄入,避免经口进食导致的误吸风险。但相关研究表明,长期留置胃管易引发鼻咽部黏膜萎缩、还会增加鼻咽部黏膜损伤、反流性食管炎的风险,因此早期护理中强调在患者吞咽功能改善后,尽早启动经口进食训练,逐步缩短胃管留置时间。有学者根据洼田饮水试验分级制定对应饮食方案:Ⅰ~Ⅱ级患者给予普食,指导健康进食习惯;Ⅲ~Ⅴ级患者先给予软食或糊状食物,指导进食技巧,术后每日评估心理状态,

采用倾听、共情、鼓励等方式疏导负面情绪，同步对患者家属开展健康宣教，指导家属参与患者的康复训练与进食护理，给予患者家庭支持。研究显示，基于家属协同的心理护理可使患者的焦虑评分显著降低，康复训练依从性提升至92.3%。

### 3.4 心理护理与健康宣教干预

心理状态与患者的康复训练依从性、吞咽功能恢复效果密切相关，因此心理护理与健康宣教是早期护理干预不可或缺的组成部分<sup>[6]</sup>。听神经瘤患者术后常合并听力下降、面瘫、吞咽障碍等多种症状，易产生焦虑、抑郁、悲观等负面情绪，而对呛咳风险的恐惧会导致患者抗拒进食与康复训练，直接影响干预效果。具体而言，术后听力下降使患者难以接收到外界的声音信息，容易产生孤立和无助感；面瘫影响面部表情和人际交流，进一步加重患者的社交回避和心理负担；吞咽障碍则不仅限制正常进食，还常伴随进食过程中的呛咳、误吸风险，严重时可能引发吸入性肺炎。由于患者对呛咳和窒息有强烈的恐惧体验，常出现拒绝经口进食、回避吞咽训练等行为，进而延缓吞咽功能的恢复进程。因此，在早期护理干预中，除常规功能训练外，应重视对患者情绪状态的评估与疏导，通过个体化心理支持、认知干预及同伴教育等方式减轻其负面情绪，同时结合分阶段的健康宣教，帮助患者正确认识术后症状的可恢复性和康复训练的重要性，增强其参与康复的内在动力，从而提升整体干预效果。

### 参考文献:

- [1]冉妮娜,张茹梦,王雅君,刘雨晴. 早期护理干预在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者饮食护理中的作用[J]. 每周文摘·养老周刊,2024,(8):0191-0193
- [2]王滨琳,李丽,徐德保,唐运娇,李映兰. 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
- [3]王琳,马捷,冯英璞. 基于行动研究法的饮食护理联合吞咽训练在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(6):11-13
- [4]华冠,李新宙. 早期护理对听神经瘤术后吞咽功能障碍的应用效果[J]. 中外医药研究,2022,1(9):102-104
- [5]蒋淑兰. 早期护理在听神经瘤术后吞咽功能障碍病人饮食护理中的应用价值[J]. 全文版:医药卫生,2022,(7):96-98
- [6]李贞.早期康复护理在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者中的应用[J].中国科技期刊数据库 医药,2021(2):200-200
- [7]俞倩倩.早期康复护理对听神经瘤术后吞咽功能障碍患者的影响评价研究[J].当代临床医刊,2020,33(3):283-283208
- [8]张丽,丁珊珊,丁丽丽.误吸风险评估及饮食分级护理预防听神经瘤术后误吸效果观察[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2024(8):176-179

有学者研究指出，早期心理护理应贯穿围手术期全程：术前护理人员主动与患者沟通，讲解术后吞咽障碍的发生原因、康复过程与干预措施，缓解术前焦虑；术后每日评估患者心理状态，采用倾听、共情、鼓励等方式疏导负面情绪，同步向患者展示康复成功的案例，帮助患者建立康复信心<sup>[7]</sup>。同时，需同步对患者家属开展健康宣教，指导家属参与患者的康复训练与进食护理，给予患者家庭支持。研究显示，基于家属协同的心理护理可使患者的焦虑评分显著降低，康复训练依从性提升至92.3%。

## 4 结论

听神经瘤术后吞咽障碍是临床常见且危害显著的并发症，直接影响患者术后康复进程与生活质量。早期护理干预通过前置围手术期护理关口，整合早期评估、预防性康复、系统化康复训练、个体化营养支持、全程化心理干预与全科化护理，可有效促进患者吞咽功能恢复，降低术后并发症发生率，缩短住院周期，改善患者预后<sup>[8]</sup>。目前该领域的研究已取得一定成果，但仍缺乏标准化的干预路径与高质量的循证证据，未来需进一步开展多中心、大样本的深入研究，不断完善护理干预体系，为听神经瘤患者提供更优质、更精准、更全程化的护理服务。