

家庭护理暖人心， 吞咽障碍康复有“援”军

◎武胜县人民医院神经外科 胡 娇

吞咽是人体完成进食和饮水的重要生理功能，它涉及口腔、咽喉、食管及相关神经肌肉的协调活动。神经外科患者由于颅脑损伤、脑出血、脑肿瘤或术后并发症等原因，常常出现吞咽障碍。吞咽障碍不仅影响营养和水分的摄入，还可能导致误吸、吸入性肺炎，严重时危及生命。因此，家庭护理在康复过程中的作用至关重要。

复杂成因

吞咽障碍常由多种因素引起。脑卒中、脑外伤或颅脑手术可损伤脑干吞咽中枢及皮质控制区；脑神经损害（如舌咽神经、迷走神经）会导致咽反射减弱或消失；长期卧床或神经肌肉传导障碍使口咽部肌肉协调性下降；而认知障碍、意识不清及恐惧心理等心理与认知因素也会加重吞咽困难。这些病因往往相互作用，使患者在康复过程中面临更复杂的干预需求。

临床表现

吞咽障碍的常见表现包括：进食时频繁呛咳或咳嗽，提示食物或液体进入气道；吞咽反应延迟，常伴有口腔食物残留；部分患者会感觉喉咙有异物或声音嘶哑；进食效率下降，吃饭时间明显延长；严重时，进食后可能出现呼吸困难、发热，提示发生误吸或吸入性肺炎。这些症状不仅影响营养摄入，还会危及呼吸安全，需要及时识别和干预。

饮食护理

吞咽障碍患者饮食护理应遵循以下原则：第一，坚持安全第一，重点预防进食过程中的呛咳和误吸，保障呼吸道安全；第二，制定个体化护理方案，根据患者病情、吞咽障碍程度和耐受情况灵活调

整；第三，饮食安排应循序渐进，从流质逐步过渡到半流质，再到固体食物，避免过快变化；第四，将饮食护理与吞咽功能康复训练相结合，促进功能恢复，提升患者生活质量。

吞咽障碍患者饮食护理应循序渐进，早期流质，中期半流质，恢复期过渡至软食，避免骤然转变。食物宜细腻柔软、易吞咽，如土豆泥、南瓜粥，避免干硬、黏稠或易碎食物，温度适中防刺激。进食时保持坐位或半坐位，头微前倾，每次少量吞咽并适当停顿，降低误吸风险，保障营养与安全。

营造安静环境，避免干扰，帮助患者专注进食；喂食时一次少量，缓慢吞咽，必要时可用勺子或注射器辅助；餐后及时清洁口腔，防止食物残留感染；进食后保持坐位30分钟，减少反流风险；密切观察呛咳、咳痰、发热等情况，警惕吸入性肺炎并及时就医。

康复训练

吞咽障碍康复训练包括：口腔运动如舌伸缩、舔唇、上下左右摆动，唇部噘嘴、鼓腮、闭唇练习；咽部训练如干吞咽反复练习、假咳以增强咽肌与气道清除能力；呼吸训练通过吹气球、吹蜡烛提升呼吸与吞咽协调性；功能性训练如Mendelsohn手法保持喉部上提改善

咽动力，冰刺激法增强咽反射。综合训练可改善吞咽协调性和安全性。

心理护理与家庭支持

吞咽障碍患者常伴随焦虑、抑郁，需家属耐心陪伴和积极鼓励，帮助缓解情绪压力。通过循序渐进的训练，让患者逐步积累成功经验，增强自信心和康复动力。同时，家属应学习基本护理和康复技巧，积极参与康复过程，形成良好的家庭支持与配合氛围，共同促进患者康复进程。

注意事项

吞咽障碍患者进食需循序渐进，避免过早食用固体食物，应根据康复情况逐步过渡。对于意识障碍等高风险患者，应遵医嘱采用鼻胃管或胃造口营养，确保安全。患者还需定期复诊，评估吞咽功能改善情况，以便及时调整护理和康复方案，促进康复进程。

神经外科患者的吞咽障碍是一种复杂的康复问题，家庭护理在其中起着不可替代的作用。科学的饮食调整、规范的康复训练、细致的生活照护以及心理支持，能够帮助患者逐步恢复吞咽功能，提升生活质量。家庭成员既是护理者，也是陪伴者与支持者。通过坚持不懈的家庭护理，许多患者能够重新获得自主进食的能力，从而重建信心，走向康复。◎