

冷热口腔刷洗对脑卒中摄食吞咽障碍患者防止误吸的效果*

邵秀芹¹ 冯 珍^{1,2} 郑茶凤¹

摘要

目的:观察冷热口腔刷洗的口腔护理方法,对脑卒中摄食吞咽障碍患者防止误吸发生的效果。

方法:脑卒中并发吞咽功能障碍患者43例,随机分为试验组和对照组,两组患者常规进行吞咽功能训练的基础上,对照组按照传统的口腔护理法,试验组采用冷热口腔刷洗的方法进行口腔护理,观察两组患者口腔清洁度、误吸的发生数及吞咽障碍改变的程度。

结果:试验组患者口腔清洁度 4.35 ± 0.57 ,与对照组比较差异有极显著性意义($P < 0.01$)。两组患者护理前误吸发生比较差异无显著性意义($P > 0.05$),护理后比较差异有显著性意义($P < 0.05$);试验组和对照组护理前后比较差异有显著性意义($P < 0.05$)。两组患者护理前后口腔溃疡和肺部感染发生比较差异无显著性意义($P > 0.05$)。两组吞咽功能疗效比较差异有显著性意义($P < 0.05$)。

结论:冷热口腔刷洗的护理方法可以有效促进舌和咀嚼肌的运动,防止误吸的发生,提高摄食吞咽障碍的治疗效果。

关键词 冷热口腔刷洗;吞咽障碍;误吸

中图分类号:R743.3,R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2013)-04-0361-03

我国脑卒中的发病率为每年150/10万,其中51%—73%的脑卒中患者发生吞咽障碍^[1],吞咽障碍患者约有1/3会发生误吸^[2],吞咽困难使误吸危险性增加,可造成支气管和(或)肺部感染、脱水和营养不良^[3]。患者痰液易积聚在咽喉部且无力咳出,或口腔分泌物、食物残渣易滞留在口腔,成为细菌良好的培养基,不仅导致患者口腔清洁度下降,口腔感染的发生,还可能发生误吸,增加肺部感染的机率^[4]。在疾病的康复治疗过程中,如何利用护理手段在保持口腔清洁的同时,又能训练口、舌、咽相关肌群,诱导吞咽协调运动恢复,促进患者摄取足够的营养是一个值得研究的课题。我们通过对脑卒中摄食吞咽障碍患者实施个性化口腔护理,取得了较好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2007年1月—2012年6月我科住院的脑卒中并发吞咽功能障碍患者43例,颅脑CT或MRI示首次梗死或出血,患者生命体征平稳,神志清楚,但生活不能自理,排除有口腔及咽喉病变的患者,使用随机数字表法将患者随机分为试验组和对照组,两组患者的性别、年龄、病程、住院鼻饲时间具有

可比性($P > 0.05$),差异无显著性意义。两组患者一般资料比较见表1。

表1 两组患者一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(d)	鼻饲时间(d)
		男	女			
试验组	23	19	4	57.4 ± 10.2	34.3 ± 12.3	30.5 ± 13.2
对照组	20	17	3	55.6 ± 11.1	34.6 ± 16.8	28.1 ± 12.9
统计量		$\chi^2=0.045$		$t=0.567$	$t=0.619$	$t=-0.055$
P值		0.832		0.574	0.539	0.957

1.2 口腔护理方法

两组口腔护理的程序相同:牙的外侧面→颊部→牙内面与咬合面→同法刷洗对侧牙→腭部→舌面和舌下,擦洗原则是先上后下,先外后内。

1.2.1 对照组:按照基础护理学特殊口腔护理法进行口腔护理^[5]。用弯血管钳夹紧浸有生理盐水的棉球,压舌板撑开颊部擦洗牙齿、颊部、上腭及舌苔,早中晚各1次。

1.2.2 试验组:采用冷热口腔刷洗的方法进行口腔护理。家属协助准备3杯水:一杯温水,一杯冰水即冷水中加冰块,一杯含牙膏液的温水^[6],挤清凉薄荷香型牙膏0.5cm于牙刷上,在水中搅拌溶化即可。纱布大小(6cm×8cm),指导家属把

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2013.04.019

*基金项目:江西省科技支撑计划资助项目(赣财[2008]147号)

1 江西南昌大学第一附属医院康复医学科,江西南昌,330006; 2 通讯作者

作者简介:邵秀芹,女,副主任护师; 收稿日期:2012-08-09

纱布直接缠在牙刷上,在温水或冰水里浸湿透,以不滴水为准。先用温水含漱或用注射器冲洗以清除口腔的表面残渣。用含牙膏液的温水刷牙:从患者牙的外侧前牙开始向内擦拭,顺着牙缝上下刷为宜,牙和牙颈结合处容易有小残渣,需反复擦拭,同时对其牙床进行按摩;牙的咬合面及内侧也同法。用冰水分别擦洗颊部、上腭、舌面及舌下黏膜、口唇。上腭、两颊内侧、舌面、舌下黏膜都在刷牙后用温水含漱或注射器冲洗,使用吸管吸出口中内容物,重复3次,结束后清洁纱布晾干备用。每次根据患者个体情况于摄食后10min左右按上法行口腔护理。

1.3 评定内容

两组患者均于护理前及护理1个月后分别进行口腔清洁度、吞咽X线荧光透视检查(videofluoroscopy swallowing study, VFSS)、肺部感染诊断、吞咽障碍程度评定。

1.3.1 采用吞咽障碍程度评级标准^[7]:评定患者治疗前后吞咽障碍等级。Ⅰ级:唾液误咽,唾液即可引起呛咳;Ⅱ级:食物误咽,即使流质饮食也不能顺利吞下;Ⅲ级:水的误咽,但改变食物形态,如流质食物可以下咽;Ⅳ级:机会误咽,一般的摄食方法会引起误咽,但减小吞咽量、调整姿势可以防止误咽;Ⅴ级:口腔问题,食物咀嚼的时间长,吞咽后口腔内残渣留多,尽量准备半流质食物;Ⅵ级:轻度障碍,存在摄食障碍、吞咽障碍、咀嚼力不充分,有必要软食,小量进食,吞咽治疗不必需;Ⅶ级:正常范围,无吞咽障碍。

1.3.2 口腔清洁度评价^[8]:口腔护理后口腔无异味,无食物残渣,牙面清洁,口腔黏膜洁净,无软垢,每项达标各计1分。

1.3.3 VFSS:确定有无误吸的存在。

1.3.4 肺部感染诊断标准^[9]:有咳嗽、咳痰等呼吸道症状,体温升高;血常规示白细胞或中性粒细胞升高;肺部听诊有罗音;胸部X线片检查示肺部感染;痰培养查到致病菌。

1.4 疗效评定标准^[7]

以治疗护理后吞咽障碍改善的程度代表临床治疗效果。痊愈:吞咽障碍提高到Ⅶ级,摄食咽下没有困难。显效:吞咽功能提高Ⅲ—Ⅴ级,但未到Ⅶ级。有效:吞咽障碍提高Ⅰ—Ⅱ级,但未到Ⅶ级。无效:吞咽功能无变化。

1.5 统计学分析

所有数据均采用SPSS17.0版统计软件进行分析。计数资料比较采用 χ^2 检验;计量资料均以均值 $\pm$ 标准差表示,两组之间比较采用两独立样本 t 检验。

2 结果

两组患者口腔清洁度比较差异有极显著性意义;口腔溃疡发生数比较差异无显著性意义,见表2。两组患者误吸发生比较:两组护理前比较差异无显著性意义($P>0.05$),护理后比较差异有显著意义($P<0.05$);试验组护理前后和观察

组护理前后比较差异有显著意义($P<0.05$),见表3。两组护理前后肺部感染比较差异无显著性意义($P>0.05$),见表4。试验组有效率91.30%,对照组有效率65%,两组疗效比较 $\chi^2=4.47$,差异有显著性($P<0.05$),见表5。

表2 两组患者口腔情况比较

组别	例数	口腔清洁度	口腔溃疡发生数(个)
试验组	23	4.35 $\pm$ 0.57	0
对照组	20	3.20 $\pm$ 1.06	2
统计量		$t=4.51$	$\chi^2=2.41$
P 值		<0.01	>0.05

表3 两组患者发生误吸的比较

组别	例数	护理前		护理后		χ^2	P 值
		例	%	例	%		
试验组	23	14	60.87	2	8.69	11.97	<0.05
对照组	20	13	65.00	7	35.00	4.91	<0.05
χ^2		0.83		0.36			
P 值		>0.05		<0.05			

表4 两组患者肺部感染的比较

组别	例数	护理前		护理后		χ^2	P 值
		例	%	例	%		
试验组	23	9	39.13	4	17.39	2.68	>0.05
对照组	20	7	35.00	5	25.00	0.48	>0.05
χ^2		0.08		0.37			
P 值		>0.05		>0.05			

表5 两组患者吞咽功能的疗效比较

组别	例数	痊愈		显效		有效		无效		有效率(%)
		例	%	例	%	例	%	例	%	
试验组	23	6	26.09	8	34.78	7	30.43	2	8.69	91.30
对照组	20	2	10.00	6	30.00	5	25.00	7	35.00	65.00

$\chi^2=4.47$; $P<0.05$

3 讨论

吞咽障碍已独立成为急性脑卒中患者死亡和预后不良的危险因素^[10],脑卒中患者误吸常被其他因素掩盖,不能引起患者、陪护及医务人员的重视,严重时引发吸入性肺炎甚至死亡^[11]。口腔护理是脑卒中患者康复最早介入的一项护理措施,餐后行口腔护理将滞留在口腔食物残渣清除掉,防止口腔内存留异物,在患者更换体位时防止误吸。同时在实施口腔护理时,舌肌训练能显著提高舌头、口腔和咽喉部吞咽功能;颊肌、咀嚼肌及咽喉部肌群的训练可以提高肌肉的灵活性和协调性,防止肌群发生废用性萎缩,并可反射性刺激中枢神经系统,使神经细胞再生功能及相关功能重组^[12],本研究证实,良好的口腔护理可保持口腔清洁,促进口腔功能正常,对误吸致肺部感染的预防有积极作用。

Ebihara等^[13]研究表明:温度的刺激可调节吞咽反射感受

器,缩短吞咽反应的时间,从而改善吞咽障碍。我们采用冷热口腔刷洗的口腔护理方法,其机制是经过冷、热对患者口腔肌群的刺激,使之收缩与舒张交替进行,加快口轮匝肌、舌肌等吞咽肌群的恢复,加之患者做吞咽动作训练,逐步恢复其功能,达到能自主进食的目的。把纱布直接缠在牙刷上用牙膏液刷牙,能较好地清洁牙菌斑,去除牙间隙的食物残渣且有利于舌面、腭部黏液的清除,避免了传统的口腔护理时,棉球摩擦力小、湿润擦拭时打滑,需反复擦拭也不易干净的情况,同时棉球也难以带出擦拭时掉落的残渣,使其在口腔内残留,致口腔不能彻底有效的清洁。温水含漱可以彻底清除口腔内的残渣,减少误吸的发生;通过刷洗及冷刺激面颊、口腔黏膜、舌(舌面、舌根、舌底)、硬腭、软腭,可提高吞咽反射的敏感性,使吞咽功能得到改善和强化;在舌面、舌下黏膜刷洗时,指导患者做舌肌训练,另外温水刷牙并含漱还可避免冰水刷洗口腔肌群时对牙齿的不良刺激,增加患者的舒适感。试验组患者采用冷热口腔刷洗的护理方法取得较好的疗效,有效率达91.30%,避免了鼻饲给患者带来的痛苦。试验组口腔清洁度得分高于观察组,VFSS检查证实误吸的发生较观察组明显减少。该方法使患者、家属参与到治疗护理的过程中来,增加护患之间的沟通,提高患者及家属对护理工作的满意度。

4 结论

脑卒中摄食吞咽障碍患者预防误吸是护理工作的重点,冷热口腔刷洗的口腔护理方法,在清洁口腔的同时,通过温度和感觉反射性刺激中枢神经系统,早期介入口腔运动训练,有效促进舌和咀嚼肌的运动,降低发生误吸的风险,防止吸入性肺炎的发生,提高摄食吞咽障碍的治疗效果。该方法取材方便,经济适用,患者容易接受,值得推广应用及进一步研究。

参考文献

- [1] Cola MG, Daniels SK, Corey DM, et al. Relevance of subcortical stroke in dysphagia[J]. Stroke, 2010,41(3):482—486.
- [2] Han TR, Paik NJ, Park JW. Quantifying swallowing function after stroke: a functional dysphagia scale based on videofluoroscopic studies[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2001,82(5): 677—682.
- [3] 张婧. 卒中后吞咽困难的识别和管理指南[J]. 中国卒中杂志, 2007,2(3):242—255.
- [4] 王金凤,陶颖芝,姜萍,等. 口腔护理[J]. 国外医学·护理学分册,2000,19(7):299—301.
- [5] 姜安丽. 新编护理学基础[M]. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 2010.236.
- [6] 郑玲. 口腔舒适护理的探讨[J]. 解放军护理杂志, 2005,22(6): 98.
- [7] 李红玲,吴冰洁,张彤,等. 脑卒中患者的摄食-吞咽障碍[J]. 中华物理医学与康复杂志,2002,24(5):279—281.
- [8] 丁小仙. 两种不同口腔护理方法的临床效果比较[J]. 中国误诊学杂志,2011,11(2):302.
- [9] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[J]. 中华医学杂志,2001,81(5):314—320.
- [10] 孙伟平,阿依古丽·艾山,刘冉,等. 急性脑卒中患者发生误吸的危险因素分析[J]. 中国康复医学杂志,2010,5(2):131—134.
- [11] 黄丹,李冰洁. 脑卒中患者误吸风险评估进展[J]. 中国康复理论与实践,2012,18(1):62—63.
- [12] 吴赞华. 电针配合吞咽功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍39例的疗效观察[J]. 广西医学,2008,30(3):425.
- [13] Ebihara S, Kohzaki M, Sumi R, et al. Sensory stimulation to improve swallowing reflex and prevent aspiration pneumonia in elderly dysphagic people [J]. J Pharmacol Sci, 2011, 115: 99—104.