●医学护理●

引用:李淑芳,李容,周建仪,何巧萍,李金霖,张改. 清热解毒方对缺血性脑卒中患者口腔护理的效果观察[J]. 湖南中医杂志,2021,37(12):77-79.

清热解毒方对缺血性脑卒中患者口腔护理的效果观察

李淑芳,李　容,周建仪,何巧萍,李金霖,张　改
(佛山市中医院,广东　佛山,528000)

[**摘要**]　目的:观察清热解毒方在缺血性脑卒中患者口腔护理中的应用效果。方法:将 120 例缺血性脑卒中患者分为观察组和对照组,每组各 60 例。观察组采用清热解毒方干预,对照组采用 1%聚维酮碘含漱液干预。观察 2 组的口臭程度、口腔 pH 值及菌落数量、口腔黏膜情况。结果:干预 1、2 周后,观察组口臭完全改善率分别为 61.67%(37/60)、71.67%(43/60),对照组分别为 43.33%(26/60)、50.00%(30/60),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组 pH 值干预 1、2 周后,菌落数量干预 2 d 及 1、2 周后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。干预 1、2 周后,口腔黏膜完整率观察组分别为 63.33%(38/60)、78.33%(47/60),对照组分别为 43.33%(26/60)、55.00%(33/60),2 组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:清热解毒方可改善脑卒中患者口腔 pH 值,减轻口腔感染,改善口腔臭味,值得临床进一步推广应用。

[**关键词**]　缺血性脑卒中;口臭;口腔护理;清热解毒方
[**中图分类号**]R277.731　[**文献标识码**]A　DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.12.033

缺血性脑卒中是我国常见病、多发病,多因气血逆乱、脑脉痹阻所致。该病呈“三高”(高发病率、高致残率和高病死率)的特点[1]。由于患者神经系统受损,合并吞咽障碍、鼻饲饮食者,极易发生口腔炎症、溃疡及口臭等;若吸入口腔病原菌,易引起肺部感染[2],导致疾病预后不良。因此,为缺血性脑卒中患者提供有效的口腔护理尤为重要。笔者采用自拟的中药配方颗粒清热解毒方对缺血性脑卒中患者进行口腔护理,取得了良好效果,现报告如下。

1　临床资料

1.1　一般资料　选取 2018 年 8 月 1 日至 2019 年 8 月 1 日我院急诊科、神经内 1 科、内 2 科共 120 例缺血性脑卒中并接受口腔护理的患者作为研究对象,采用便利抽样法将其分为观察组与对照组,每组各 60 例。观察组中,男 38 例,女 22 例;年龄 32~83 岁,平均(49.88±8.06)岁;病程 1~15 年,平均(5.02±0.66)年。对照组中,男 36 例,女 24 例;年龄 38~79 岁,平均(46.72±7.82)岁;病程 2~16 年,平均(6.06±0.27)年。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究已经本院医学伦理委员会审查批准。

1.2　诊断标准　参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》[3]制定缺血性脑卒中诊断标准。1)急性发病;2)局灶性神经功能缺损(一侧面部/肢体无力或麻木,语言不利等),少数为全部面神经功能缺损;3)症状/体征持续超过 24 h 或影像学显示责任病灶。

1.3　纳入标准　1)符合上述诊断标准;2)脑卒中发病时间≤4.5 h;3)年龄≥18 岁;4)出现口臭症状;5)自愿参加本研究,签署知情同意书。

1.4　排除标准　1)参加本研究前已患有口腔疾病;2)合并肺部基础疾病;3)有气管插管或气管切开;4)缺血性脑卒中急危重症患者;5)对本研究所用药物存在过敏反应或其他不良反应;6)合并脑出血;7)不能配合完成研究。

基金项目:广东省佛山市医学科技攻关项目(2018AB001401);广东省佛山市科技创新项目(医学科技创新平台建设项目)(FS0AA-KJ218-1301-0015);广东省佛山市杰出青年医学人才项目

第一作者:李淑芳,女,主任护师,研究方向:中医护理及护理管理
通讯作者:张改,女,护理学硕士,主管护师,研究方向:中医护理及护理教育,E-mail:863698794@qq.com

2 干预方法

2.1 观察组 给予清热解毒方干预。方药组成:金银花30 g,桑白皮30 g,甘草10 g,广藿香15 g,佩兰15 g,石菖蒲15 g,细辛3 g,冰片1 g。该方采用颗粒剂(一方制药有限公司)。1剂/d,2格/剂,1格/次,予150 ml沸水溶解,待稍凉后以无菌棉球蘸取中药对患者口腔进行擦拭和清洗。3次/d。

2.2 对照组 采用1%聚维酮碘含漱液干预。1%聚维酮碘含漱液(杭州民生药业有限公司,批准文号:国药准字H20061090,规格:250 ml∶2.5 g)15 ml,以无菌棉球蘸取药液对患者口腔进行擦拭和清洗,3次/d。

2组均干预2周。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)口臭程度。于干预1、2周后应用Roseberg提出的0~5分制评分标准进行口臭程度评分。0分:无口臭;1分:可疑口臭,几乎察觉不出来的口臭;2分:轻度口臭,气味轻微,但能明确;3分:中度口臭,可明显察觉的口臭;4分:重度口臭,检查者尚可勉强忍受;5分:恶臭,检查者不可忍受[4]。2)口腔pH值。于干预前及干预2 d、1周、2周后进行检测。采用精密pH试纸贴于患者舌面正中,待试纸湿透后,与比色卡对比,观察其颜色变化以判断pH值[5]。3)口腔菌落数量。于干预前及干预2 d、1周、2周后按照咽拭子培养操作流程留取合格的咽拭子标本送检,计算口腔内细菌株数[5]。4)口腔黏膜情况。于干预1、2周后观察口腔黏膜情况。完整:口腔黏膜无异常;口腔黏膜破损:出现口腔出血、口腔黏膜糜烂和口腔溃疡等症状;口腔黏膜感染:出现口腔黏膜水肿、牙菌斑、黏膜潮红和炎症反应等症状。

3.2 疗效标准 参照《口臭的诊断方法及其应用》[4]中的有关标准判定。完全改善:口臭程度评分≥3分,或患者主观感觉和他人感觉均无口臭;显效:口臭程度评分<3分,或患者主观感觉口臭明显好转;无效:口臭无改善,患者主观感觉不适感加重。

3.3 统计学方法 所有数据采用SPSS 22.0统计分析软件进行分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示,采用χ^2检验;以$P<0.05$为差异有统计学意义。

3.4 干预结果

3.4.1 2组综合疗效比较 干预1周后,完全改善率观察组为61.67%,对照组为43.33%;干预2周后,2组完全改善率分别为71.67%、50.00%,两两比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	时间节点	完全改善	显效	无效
观察组	60	干预1周后	37(61.67)	21(35.00)	2(3.33)
		干预2周后	43(71.67)	16(26.67)	1(1.66)
χ^2值			12.400		
P值			0.038		
对照组	60	干预1周后	26(43.33)	22(36.67)	12(20.00)
		干预2周后	30(50.00)	21(35.00)	9(15.00)
χ^2值			15.820		
P值			0.026		

3.4.2 2组干预前后口腔pH值、菌落数量比较 2组口腔pH值干预1、2周后,菌落数量干预2 d及1、2周后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表2)

表2 2组干预前后口腔pH值、菌落数量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	口腔pH值	菌落数量(个)
观察组	60	干预前	5.31±0.50	5.43±0.31
		干预2 d后	6.90±0.36	3.51±0.26[a]
		干预1周后	7.10±0.41[a]	3.15±0.41[a]
		干预2周后	7.31±0.55[a]	3.00±0.21[a]
对照组	60	干预前	5.36±0.42	5.39±0.14
		干预2 d后	5.60±0.28	5.23±0.18
		干预1周后	5.55±0.47	5.13±0.25
		干预2周后	5.82±0.55	5.01±0.28

注:与对照组同时间节点比较,[a]$P<0.05$。

3.4.3 2组口腔黏膜情况比较 干预1周后,口腔黏膜完整率观察组为63.33%,对照组为43.33%;干预2周后2组口腔黏膜完整率分别为78.33%、55.00%,两两比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表3)

表3 2组口腔黏膜情况比较[例(%)]

组别	例数	时间节点	完整	破损	感染
观察组	60	干预1周后	38(63.33)	16(26.67)	6(10.00)
		干预2周后	47(78.33)	10(16.67)	3(5.00)
χ^2值			21.080		
P值			0.021		
对照组	60	干预1周后	26(43.33)	23(38.33)	11(18.33)
		干预2周后	33(55.00)	20(33.33)	7(11.67)
χ^2值			23.710		
P值			0.037		

4 讨 论

脑卒中患者多存在吞咽障碍,导致吞咽运动减弱、进食困难,容易使口腔聚集食物,pH值下降。

随着时间的推移,细菌迅速繁殖,使堆积于口腔的食物发酵腐败,产生硫氢基和氨基物质等,从而引起口臭[6]。Kwok C 等[7]的研究结果显示,良好的口腔卫生状态可以促进脑卒中患者运动功能的康复,所以口腔护理对脑卒中吞咽障碍患者尤为重要。临床常用的漱口液主要以 0.9%氯化钠注射液和 1%聚维酮碘含漱液为主。0.9%氯化钠注射液对口咽部病原微生物仅能起到稀释和冲洗作用,无杀菌和抑菌的作用;1%聚维酮碘含漱液需要针对细菌培养结果进行合理使用,存在疗效不稳定、气味较大、刺激性强等缺点,长期使用会产生耐药性,易致口腔菌群失调,患者的口腔黏膜可能出现红、肿、热、痛反应,甚至产生过敏现象。

本研究所用清热解毒方方中君药金银花、桑白皮清热解毒,抗感染;臣药广藿香、佩兰、石菖蒲解表化湿、化痰;佐药细辛、冰片清热祛风、通窍醒脑;使药甘草,调和诸药。全方共奏清热解毒、祛湿化痰、醒脑通窍之效。有研究表明,金银花对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、大肠埃希菌、痢疾杆菌、霍乱弧菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌等均有一定的抑制作用,对肺炎球菌、脑膜炎双球菌、铜绿假单胞菌、结核杆菌亦有效[8]。诸多研究表明,桑属植物提取物具有不同程度的抗金黄色葡萄球菌、枯草芽孢杆菌、黄色微球菌、粪链球菌、沙门氏菌、铜绿假单胞菌活性作用[9-12]。

本研究结果显示,观察组口臭完全改善率干预 1、2 周后分别为 61.67%、71.67%,对照组分别为 43.33%、50.00%,差异有统计学意义($P<0.05$),表明清热解毒方的清热解毒作用可减少硫化物的产生,从而改善口臭现象。干预 1、2 周后,2 组 pH 值均升高,口腔真菌数量均减少,且观察组改善幅度更为明显($P<0.05$),表明清热解毒方可减少口腔菌落数量。综上,清热解毒方配方颗粒可改善缺血性脑卒中患者的口臭症状,抑制口腔细菌繁殖,稳定口腔 pH 值,营造适合的口腔内环境,其不良反应小,安全性高,操作简便,具有一定的临床应用价值。但本研究样本量相对较少,未来还需要更加完善的实验设计以进行深入探讨。

参考文献

[1] 李普华,蔡慧,黄汉宁. 急性缺血性脑卒中患者复发再入院的相关危险因素分析[J]. 中国医学创新,2019,16(34):149-152.

[2] 裘欢欢. 老年脑卒中患者亚急性期并发急性肺炎的危险因素分析[J]. 中国乡村医药,2019,26(22):18-19.

[3] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志,2018,51(9):17.

[4] 张靖,李磊涛,江汉,等. 口臭的诊断方法及其应用[J]. 临床口腔医学杂志,2017,33(3):188-190.

[5] 冯莉霞,贺瑾. 二点测试法监测口腔 pH 值的临床应用[J]. 护士进修杂志,2013,28(16):1517-1518.

[6] 曹慧娜,郭智慧,王晓燕,等. 双黄煎剂在脑卒中吞咽障碍病人口腔护理中的应用[J]. 护理研究,2016,30(2):194-195.

[7] KWOK C,MCINTYRE A,JANZEN S,et al. Oral care post stroke: A scoping review[J]. Journal of Oral Rehabilitation,2015,42(1):65-74.

[8] 赵世巧,戚世娟,陈丹,等. 中药对多重耐药铜绿假单胞菌的抗菌作用研究[J]. 中国中医急症,2019,28(7):1226-1228,1231.

[9] FUKAI T,KAITOU K,TERADA S. Antimicrobial activity of 2-arylbenzofurans from morus species against methicillin-resistant staphylococcus aureus[J]. Fitoterapia,2005,76(7):708-711.

[10] JUNG JW,KO JH,KOO WM,et al. Isoprenylated flavonoids from the root bark of morus alba L. and their inhibition effect on NO production in LPS-induced RAW 264.7 cells[J]. Journal of Applied Biological Chemistry,2017,60(2):109-111.

[11] 庞道睿,刘凡,施英,等. 源自桑树资源的 10 种酚类化合物的抑菌活性研究[J]. 中国药科大学学报,2014,45(2):221-226.

[12] MAZIMBA O,MAJINDA R R T,MOTLHANKA D. Antioxidant and antibacterial constituents from morus nigra[J]. African Journal of Pharmacy and Pharmacology,2011,5(6):751-754.

(收稿日期:2020-12-09)

小儿推拿助长

小儿推拿是儿科常见治疗手段,既可治病,又可保健。下面介绍 2 个穴位,常揉之可调理脾肾,对促进身高增长有积极作用。1)足三里穴。揉足三里穴约 50 次,至产生酸胀、发热的感觉即可,可调理脾胃、补中益气、扶正祛邪。足三里位于小腿外膝眼下四横指(用小儿的手取),胫骨外侧约一横指处。2)涌泉穴。揉涌泉穴约 50 次,用拇指或食指或中指指端放于涌泉穴处,来回按揉,可增精益髓、补肾壮阳、强筋壮骨。涌泉穴为人体足底穴位,位于足前部凹陷处第 2、3 趾趾缝纹头端与足跟连线的前 1/3 处。推拿次数不能盲目增加,每天最多推拿 2 次,可在临睡前进行。推拿时力度以孩子舒适为主,贵在坚持。(陈双,http://www.cntcm.com.cn/news.html?aid=187163)