

# Higiena i pielęgnacja jamy ustnej u pacjentów z udarem mózgu

## Hygiene and dental care of oral cavity in case of cerebral stroke patients

WOJCIECH LEŚNIAK<sup>1,2</sup>, PAWEŁ WITT<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Kliniczny Oddział Chirurgii Czaszkowo – Szczękowo – Twarzowej Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

<sup>2</sup>Miejskie Hospicjum Płockie, Płock

<sup>3</sup>Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Opieki Pooperacyjnej, Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny, Warszawa

<sup>4</sup>Studia doktoranckie, Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Collegium Medicum Bydgoszcz, UMK Toruń

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/lwP.2017.006>

ISSN: 2451-1846

### Streszczenie:

Udar mózgu stanowi drugą po zawałach przyczynę zgonów na świecie. Zmaganie się z licznymi dolegliwościami, często bezpośrednio zagrażającym życiu chorego, powoduje marginalizację potrzeb stomatologicznych pacjenta po udarze. Tymczasem stanowi to ważny element prewencji wtórnej udaru. Celem pracy jest przybliżenie specyfiki higieny jamy ustnej u pacjentów po udarze mózgu przebywających w warunkach szpitalnych.

**Słowa kluczowe:** udar mózgu, kserostomia, higiena jamy ustnej

### Abstract:

The cerebral stroke constitutes the second, following myocardial infarction, cause of death in the world. The patient's struggling with

numerous ailments, pretty often the life-threatening ones, results in marginalization of their needs in terms of dental needs. Nonetheless, the dental hygiene should be perceived as a significant constituent of the secondary prevention of cerebral stroke. This paper aims to focus on the issue of hygiene and dental care of oral cavity in case of patients who underwent cerebral stroke and are still staying in hospital.

**Keywords:** stroke, xerosthomia, oral cavity care

## **Wstęp**

Udar mózgu stanowi drugą po zawałach serca przyczynę zgonów na świecie, szacunkowo co dziesiąty człowiek umrze z jego powodu. Połowa pacjentów, którzy przeżyją ostrą fazę udaru nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji i będzie wymagała pomocy osób trzecich. W Polsce orzeczenie o niepełnosprawności z tego tytułu otrzymuje blisko 2,5 tysiąca osób rocznie [1]. Oprócz profesjonalnej opieki pielęgniarskiej, a także pomocy ze strony lekarzy neurologów, pacjenci wymagają intensywnej rehabilitacji ruchowej, pomocy logopedy, wsparcia psychologicznego. Wśród rozlicznych problemów z jakimi musi zmierzyć się pacjent jak i zespół opiekujący się nim, są również dolegliwości związane z jamą ustną. W większości szpitali nie ma możliwości uzyskania pomocy ze strony higienistek stomatologicznych czy też lekarzy dentystów, dlatego celem pracy jest przybliżenie specyfiki higieny jamy ustnej wśród tej grupy chorych.

Udary mózgowo dzielimy na niedokrwienne, krwotoczne oraz przejściowy incydent niedokrwienno mózgu. Etiologia niedokrwienno stanowi ok 80-85% wszystkich udarów mózgowych, polega na trwającym ponad dobę niedokrwieniu tkanki mózgowej spowodowanym zakrzepem w tętnicy mózgowej bądź też przemieszczeniem materiału zatorowego z innych regionów. Udary krwotoczne stanowią ok 15-20%, wiążą się z krwawieniem śródczaszkowym i mają gwałtowniejszy i cięższy przebieg. Przejściowy atak niedokrwienno mózgu to zaburzenia o objawach podobnych do udaru, lecz mające charakter czasowy i ustępują przed

upływem doby [1,2]. Opieka nad pacjentem wymaga podejścia wielodyscyplinarnego, obejmująca w zależności od potrzeb leczenie na oddziale intensywnej terapii, następnie w opiece długoterminowej współpracę neurologów, geriatrów, urologów, okulistów, pielęgniarek, opiekunów osób niepełnosprawnych, rehabilitantów, logopedów, psychologów i psychiatrów. W zespole zajmującym się pacjentem udarowym powinno znaleźć się również miejsce dla higienistek i lekarzy dentyków [1,2,3]. Niestety w warunkach polskich, możliwość konsultacji na ogół istnieje tylko w ośrodkach, w których znajdują się oddziały chirurgii szczękowo-twarzowej i dotyczą głównie usunięcia zębopochodnych ognisk infekcji.

Leczenie fazy ostrej udaru często wymaga intubacji i leczenia na oddziale intensywnej terapii [2]. Właściwa higiena jamy ustnej w tym okresie ma duże znaczenie, gdyż flora bakteryjna bytująca w jamie ustnej może być źródłem zakażenia i prowadzić u osób zaintubowanych do respiratorowego zapalenia płuc. Sprzyja temu zaburzenie klirensu rzęskowego, blokowanie odruchu kaszlowego, zaś odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego może przenosić bezpośrednio patogeny z jamy ustnej do płuc [4]. Rurka intubacyjna uniemożliwia zamknięcie ust co sprzyja wysychaniu błony śluzowej jamy ustnej [2]. Diuretyki pętłowe, benzodiazepiny, niektóre leki przeciwpsychotyczne dodatkowo zaburzają produkcję śliny, upośledzając naturalne mechanizmy oczyszczania jamy ustnej [2, 4]. Sprzyja to powstawaniu owrzodzeń w obrębie jamy ustnej, odleżyn od sondy i rurki intubacyjnej, powstają nowe wrota zakażenia [2]. Mechaniczne oczyszczanie jamy ustnej, przynajmniej dwa razy dziennie, z wykorzystaniem szczoteczki i pasty do zębów zawierającej fluor, wsparte stosowaniem dwa-trzy razy dziennie wolnych od alkoholu płukanek zawierających chlorheksydynę oraz zmianą pozycji rurki intubacyjnej podczas toalety jamy ustnej mogą zmniejszyć ryzyko tych dolegliwości [2,4]. Powyższe zasady są obowiązujące również u pacjentów przebywających na oddziałach neurologicznych i rehabilitacji neurologicznej. Zaburzenia ruchomości języka i mięśni

mimicznych twarzy, suchość jamy ustnej, sprzyjają zaleganiu resztek pokarmowych. Sprzyja to rozwojowi próchnicy oraz odkładaniu płytki nazębnej i rozwijaniu się zapalenia przyzębia [2,3]. Dodatkowo stosowanie leków hipotensyjnych z rodziny blokerów kanału wapniowego oraz leków przeciwpadaczkowych może nasilać przerost dziąseł i nasilać procesy zapalne w obrębie przyzębia [5]. Dlatego w opiece nad pacjentem po udarze, także z mniejszym upośledzeniem ruchowym, ważna jest pomoc w mechanicznym oczyszczaniu zębów i błony śluzowej jamy ustnej z resztek pokarmowych, w miarę możliwości nie tylko szczoteczką ale również z użyciem nitki dentystycznej lub irygatora. Korzystne jest stosowanie płukanek zawierających fluor. Do rozważenia pozostaje zalecenie kontroli stomatologicznej pacjenta przy wypisie ze szpitala. Wizyty w poradni stomatologicznej początkowo powinny odbywać się raz na kwartał [2]. Warto o tym przypomnieć pacjentowi i osobom, które będą się opiekowały nim po opuszczeniu szpitala.

Kserostomia jest kolejnym objawem, który towarzyszy pacjentom po udarze. Poza wyżej wymienionymi zaleceniami należy pamiętać o odpowiednim nawodnieniu (minimum 2 litry płynów na dobę). Środki nawilżające należy stosować w zależności od potrzeb co 2-4 godziny. Najprostszym sposobem jest wywar siemienia lnianego. Inne środki nie farmakologiczne to substancje do żucia takie jak suszone owoce, mrożone plastry ananasa, kostki lodu, bezcukrowe cukierki o smaku miętowym, gumy do żucia [2,6,7,8]. Na rynku farmakologicznym dostępne są także tabletki do ssania, zawierające 2-5% kwas cytrynowy oraz żele i spraye zawierające karboksymetylocelulozę i mucynę, działające powlekająco i nasilające wydzielanie śliny. Korzystne działanie może mieć także roztwór pilokarpiny [2,4,8]. Na zlecenie lekarskie można ją podawać w postaci 0,1% płukanki do pędzlowania jamy ustnej w roztworze: 15-20 kropli na szklankę wody, 2% roztwór 5 kropli doustnie 3x dziennie, 3x10mg doustnie bądź też 10mg 1x dziennie podskórną [6]. Należy jednak zwrócić uwagę na jej liczne działania niepożądane, które znacznie

ograniczają zastosowanie tego leku do sytuacji wyjątkowo nasilonych dolegliwości [7]. Działanie ślinopędne wykazuje także neostygmina, która można podawać 3x15mg doustnie bądź 0,25mg jednorazowo podskórnie lub domięśniowo, betanechol w dawce 3x25mg doustnie. Pomocne w zniesieniu dolegliwości mogą być także preparaty ambroksolu, bromheksyliny, N-acetylocysteina, karbocysteina, erdestelina i cewimelina [6,7]. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że zalecane w różnych opracowaniach wyżej wymienione preparaty często nie mają rejestracji w Polsce.

Kserostomia wraz z upośledzeniem mechanicznego oczyszczania jamy ustnej sprzyja zakażeniom w obrębie jamy ustnej, przy czym najczęściej spotykanym patogenem jest *Candida albicans*. Regularne oczyszczanie jamy ustnej, wraz z płukaniem bądź pędzlowaniem roztworami zawierającymi chlorheksydynę stanowi podstawę w zapobieganiu, jak i leczeniu tej infekcji [9]. Dodatkowo, w przypadku zapalenia kątów ust warto rozważyć podanie w kremie lub maści preparatów wielowitaminowych. W tym jednak przypadku należy przypomnieć, iż zapalenie kątów ust może być spowodowane zaleganiem śliny – z powodu braku lub źle dopasowanych uzupełnień protetycznych. W powyższym przypadku zabiegi pielęgnacyjne mają charakter objawowy. Do rozważenia pozostaje poinformowanie pacjenta o tym przy opuszczeniu przez niego oddziału, aby kontynuował leczenie w poradni stomatologicznej. Bardziej zaawansowane stany zapalne jamy ustnej wymagają pędzlowania jamy ustnej zawiesiną nystatyny 2 400 000 IU 3–5 razy dziennie. Jeżeli konieczne staje się leczenie ogólne, lekarz może zlecić stosowanie flukonazolu 100–200 mg 1. dnia, następnie 50–100 mg/dobę przez 7–14 dni lub itraconazolu 100–200 mg/dobę przez taki sam czas. W skrajnych przypadkach, gdy rozwija się drożdżycza układowa, można zastosować amfoterycynę B w dawce 0,25– 1,5 mg/kg m.c. dożylnie [8].

U osób z objawami demencyjnymi po udarze obserwuje się samookaleczenie wynikające z bezwiednych parafunkcji jak

przygryzanie warg, błony śluzowej policzka, bruksizmu. W okresie pobytu chorego w szpitalu, gdzie nie jesteśmy w stanie wyeliminować węzłów urazowych ani wykonać silikonowej płytki relaksacyjnej, postępowanie siłą rzeczy ogranicza się do leczenia objawowego nadżerek. W sytuacji gdy okaleczenia są częste i rozległe należy rozważyć zastosowanie toksyny botulinowej celem relaksacji mięśni [10].

### **Wnioski**

Udary mózgu stanowią jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności, a opieka nad pacjentami stanowi wyzwanie dla pielęgniarek, lekarzy i rzeszy specjalistów z innych dziedzin medycyny, fizjoterapii i psychologii. Zmaganie się z licznymi dolegliwościami, często bezpośrednio zagrażającym życiu chorego, powoduje marginalizację potrzeb stomatologicznych pacjenta po udarze. Ich uwzględnienie sprzyja prewencji wtórnej udaru, może zapobiec rozwojowi powikłań związanych z wczesnym i późnym okresem poudarowym, poprawia także jego komfort życia. Nie mogąc zaradzić na wszystkie problemy pacjenta należy dążyć do ich zmniejszenia oraz zalecić pacjentowi, o ile to możliwe, dalsze leczenie pod opieką poradni stomatologicznej.

### **Bibliografia/Bibliography:**

1. Sierpiński R.: Długoterminowy monitoring rytmu serca: diagnostyka udarów mózgu – nowe możliwości. *Rynek Zdrowia*. 2015;6:64.
2. Mannen J.: Oral Health and Stroke. *Dimension of Dental Hygiene*. 2012;10(7):50-52.
3. Straka M., Trapezanlidis M.: Periodontitis and stroke. *Neuroendocrinology Letters*. 2013;34(3):200-106.
4. Mędrzycka-Dąbrowska W., Dąbrowski S., Basiński A.: Aktualne zalecenia w pielęgnacji jamy ustnej u pacjentów zaintubowanych i wentylowanych mechanicznie – przegląd piśmiennictwa. *Anestezjologia i Ratownictwo*. 2012;6:221-230.
5. Kowalski J.: Lekopochodny przerost dziąseł – przegląd literatury. *Nowa Stomatologia*. 2010;4:180-182.
6. Łabij-Reduta B., Żółtko J., Borawski J., Naumnik B.: Suchość jamy ustnej pacjentów przewlekle dializowanych znaczenie, diagnostyka, leczenie. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*. 2015;19(1):50-54.
7. Villa A., Connel Ch., Abati S.: Diagnosis and management of xerostomia and hyposalivation. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2015;11:45-51.
8. Leśniak W., Doboszyńska A.: Problemy stomatologiczne pacjentów z uogólnioną chorobą nowotworową. *Medycyna Paliatywna*. 2011;2:76-80.
9. Eun-Kyong K., Sung-Ho J., Youn-Hee Ch., Kyeong-Soo L., Young-Jae K., Sung-Ho K., Hee-Kyung L.: Effect of an Oral Hygienic Care Program

for Stroke Patients in the Intensive Care Unit. *Yonsei Medical Journal*. 2014; 55(1):240-246.

10. Kallas M.S., da Silva Santos P.S., da Costa Pereira Jales S.M., Parsons H.A.: Dental Management of Oral Self-Injury in a Stroke Patient: Case Report and Literature Review. *Palliative Care and Medicine*. 2013;3(5):163.