

多途径唾液吸引对重症颅脑损伤术后流涎患者的影响

杨到 房烨 董雪 (通讯作者)

中国人民解放军联勤保障部队第九二〇医院 云南昆明 650100

【摘要】目的：探究多途径唾液吸引对重症颅脑损伤术后流涎患者的影响。**方法：**回顾性选取 2025 年 4 月—2026 年 3 月收治于中国人民解放军联勤保障部队第九二〇医院的重症颅脑损伤手术患者 92 例，采用随机数字表法分为观察组与对照组，每组各 46 例。对照组实施常规干预，观察组实施多途径唾液吸引。比较两组流涎相关护理工作量及流涎相关指标。**结果：**观察组擦拭口水、常规吸痰、更换床单及枕套次数均低于对照组 ($P<0.05$)。干预后，观察组流涎严重程度、发生频率及分泌物情况评分均优于对照组 ($P<0.05$)。**结论：**多途径唾液吸引能显著减轻重症颅脑损伤术后流涎相关护理负担，改善流涎症状，具有临床推广价值。**【关键词】**重症颅脑损伤 术后流涎 多途径唾液吸引 护理

流涎是重症颅脑损伤患者术后常见的并发症之一，主要因吞咽功能障碍、口唇闭合不全、口腔感知觉减退及唾液腺分泌异常等因素共同作用所致。患者常表现为唾液不自主从口角溢出，严重时可浸渍口周及颈部皮肤，引发口角炎、皮炎，甚至增加误吸、吸入性肺炎等严重风险。对于意识障碍或昏迷患者，唾液清除能力丧失，流涎持续时间延长，不仅加重了护理人员的工作负担，也显著影响患者预后与生存质量。常规护理多侧重于被动擦拭和基础口腔护理，缺乏系统性的唾液管理策略。多途径唾液吸引通过持续口腔内吸引、声门下吸引、气管切开导管内吸引及咽后壁吸痰管留置间断吸引等手段，可实现全方位唾液清除。本研究旨在评估多途径唾液吸引在神经重症术后流涎患者中的临床应用效果，为优化护理方案提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取 2025 年 4 月—2026 年 3 月收治于中国人民解放军联勤保障部队第九二〇医院的重症颅脑损伤手术患者 92 例作为研究对象。纳入标准：年龄 ≥ 18 岁；经头颅 CT 或 MRI 确诊为重症颅脑损伤；格拉斯哥昏迷评分为 3~8 分；术后出现流涎时间 ≥ 2 周；患者或家属知情同意。排除标准：受伤前存在认知障碍或精神疾病史；合并严重凝血功能障碍；存在严重胃食管反流病；中途转院或死亡。采用随机数字表法将患者分为观察组与对照组，每组各 46 例。观察组中男 31 例，女 15 例；年龄 (51.82 ± 12.34) 岁；格拉斯哥昏迷评分 (5.46 ± 1.21) 分；流涎持续时间 (3.82 ± 1.46) 周；受伤原因：交通意外伤 21 例，暴力伤 16 例，高处坠落伤 9 例。对照组中男 32 例，女 14 例；年龄 (52.17 ± 12.56) 岁；格拉斯哥昏迷评分 (5.53 ± 1.18) 分；流涎持续时间 (3.79 ± 1.38) 周；受伤原因：交通意外伤 22 例，暴力伤 15 例，高处坠落伤 9 例。两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 方法

对照组实施常规干预。主要内容包括：加强人工气道管理，每日 2 次生理盐水口腔护理，及时吸除口鼻腔分泌物，流涎时使用纱布擦拭并保护浸渍皮肤，每 2h 协助翻身拍背。观察组在常规护理基础上实施多途径唾液吸引。(1)持续口腔内吸引：使用复方氯己定溶液 10mL 行口腔冲洗，4 次/d，边冲洗边抽吸，冲洗后生理盐水清洁；流涎严重者将吸痰管固定于颊部，连接负压吸引器，压力调至 60~80mmHg，持续吸引。(2)持续声门下吸引：采用一次性气管套管行持续声门下吸引，清除气囊上方分泌物，每 8h 进行 1 次低压灌洗（生理盐水 5mL），灌洗前调整气囊压力至 40cmH₂O，灌洗后恢复持续吸引。(3)气管切开导管内

持续吸引：于气管套管内放置小导管（7~10cm），连接负压吸引器，持续吸引，每日更换导管，按需行气道湿化。（4）咽后壁吸痰管留置间断吸引：对未建立人工气道者，经鼻腔置入吸痰管至咽后壁（深度 10~15cm），固定后间断吸引，压力 60~80mmHg，每 4h 评估置管位置并观察有无出血。

1.3 观察指标

（1）流涎相关护理工作量：统计干预期间每日平均擦拭口水次数、常规吸痰次数、更换床单次数、更换枕套次数。（2）流涎相关指标：干预后 1 周评估流涎严重程度，1 分=口唇干燥，2 分=口唇略湿，3 分=口唇及颊面部湿润，4 分=唾液滴至衣襟，5 分=唾液流至物体；流涎发生频率，1 分=无流涎，2 分=1~2 次/5min，3 分=3~4 次/5min，4 分=持续 5min 以上；分泌物情况，0~3 分，分值越高分泌物累积越严重。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 软件，计数资料以 n（%）表示，行 χ^2 检验；计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行 t 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者流涎相关护理工作量比较

干预后，观察组流涎相关护理工作量各项指标均低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），见表 1。

表 1 两组患者流涎相关护理工作量比较（次/周， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	擦拭口水次数	常规吸痰次数	更换床单次数	更换枕套次数
观察组	46	8.36±1.48	9.41±1.12	1.26±0.34	2.28±0.52
对照组	46	17.61±2.03	36.48±2.84	2.63±0.92	4.02±1.48
t 值		25.174	60.382	9.467	7.482
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者流涎相关指标比较

干预后，观察组流涎严重程度、发生频率及分泌物情况评分均优于对照组（P<0.05），见表 2。

表 2 两组患者流涎相关指标比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	流涎严重程度	流涎发生频率	分泌物情况
观察组	46	1.68±0.24	1.34±0.12	1.28±0.18
对照组	46	2.38±0.76	2.19±0.82	1.94±0.62
t 值		6.058	7.022	7.114
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

本研究结果显示，实施多途径唾液吸引后，观察组流涎相关护理工作量显著低于对照组，表现为擦拭口水、吸痰、更换床单及枕套次数均明显减少。常规护理以被动擦拭和基础口腔清洁为主，护理人员需反复清理唾液，工作强度大且效率低下。多途径唾液吸引通过持续口腔内吸引、声门下吸引、气管切开导管内持续吸引及咽后壁间断吸引，构建了从口腔、咽部到声门下气道的全方位唾液及分泌物清除体系。持续口腔内吸引配合复方氯己定溶液冲洗，不仅清除了积聚唾液，还可抑制口腔细菌定植，减少口腔异味和感染风险。声门下吸引能有效清除气囊上方滞留的分泌物，阻断其向远端气道渗漏，从而降低吸痰频次。气管切开导管内持续吸引则针对带管患者，通过小导管持续引流，避免唾液积聚诱发呛咳。咽后壁吸引解决了未建立人工气道患者的咽部唾液滞留问题。上述措施协同作用，大幅减少了被动护理操作，使护理人力资源得到更合理配置。

本研究结果显示,干预后观察组流涎严重程度、发生频率及分泌物情况评分均显著优于对照组。常规护理主要依靠体位管理和被动擦拭,无法主动减少口腔内唾液蓄积量,而多途径唾液吸引通过机械性引流和负压吸引,直接降低了口腔及咽部的唾液存留量。此外,间断冲洗和吸引操作对口腔黏膜产生温和刺激,可能在一定程度上促进吞咽反射的恢复,进而提升患者对唾液的控制能力。持续声门下吸引和气管导管内吸引则从气道端阻断了唾液向下呼吸道迁移的路径,形成上下兼顾的立体化唾液管理网络。分泌物情况评分的改善表明,多途径吸引能有效减少口咽部及气道内分泌物的积聚,降低误吸风险,为后续康复奠定基础。多途径唾液吸引的优势在于其系统性和针对性。不同患者流涎的病理机制存在差异,有的以口腔积聚为主,有的伴有声门下分泌物滞留,多途径方案可根据患者具体情况选择组合干预方式,实现个体化管理。同时,该方案操作流程明确,负压参数标准化(60~80mmHg),安全性较高,在临床推广中具备可行性。

综上所述,多途径唾液吸引可显著降低重症颅脑损伤术后流涎相关的护理工作量,有效改善流涎严重程度、发生频率及分泌物累积情况。该方案操作规范、安全可靠,建议在神经重症护理实践中常规应用。

参考文献:

- [1]王霄红,梅园,邵青霞.多途径唾液吸引对重症颅脑损伤术后流涎患者的影响[J].医学理论与实践,2025,38(02):303-305.
- [2]方晶晶.多途径唾液吸引及症因康复护理在重症颅脑损伤术后昏迷流涎中的应用[J].医学理论与实践,2022,35(18):3189-3191.
- [3]黄焕容,黄梅,刘慈花.多途径吸引联合症因康复护理在脑损伤后昏迷流涎患者中的应用[J].护理实践与研究,2020,17(18):62-64.
- [4]辛海亮,吴倩.高频重复经颅磁刺激联合常规康复治疗重症颅脑损伤后慢性意识障碍患者的效果[J].生命科学仪器,2026,24(02):68-70+74.
- [5]张翼,张岚,陈雄,等.重症颅脑损伤患者术后 28 d 存活率的影响因素及其与脑脊液 miR-139-5p 水平的关系[J].新疆医科大学学报,2026,49(02):220-227.