

ערכת הדרכה
לטיפול והפחתה של ריור יתר
בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

כתבה: פרידה קורנברוט מ.א.

קלינאית תקשורת, יועצת האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית

התפתחותית

פברואר 2013

עריכה והבאה לדפוס: ד"ר דליה נסים- ניהול ידע באגף

עמוד:

תוכן העניינים:

3	הקדמה
5	מבוא להבנת התופעה
5	סיבות להופעת ריור יתר
7	אנטומיה ופיזיולוגיה של בלוטות הרוק
8	הערכת אדם המרייר ריור יתר
9	תחומים בהם יש לבצע הערכה מקיפה
9	אבחון של אדם עם ריור מרובה
10	מטרות התוכנית להערכה והתערבות בריור מרובה
10	עקרונות לבניית תוכנית התערבות בריור יתר
11	שלבים והתערבות בריור יתר
14	נספחים:
	1. כלים להערכת ריור יתר
15	א. סולם להערכת הריור
16	ב. הערכת השליטה על הרוק
19	ג. סולם להערכת השפעת הריור
20	ד. אבחון שליטה על הרוק והבליעה
21	2. סיכום האבחון, תוכנית התערבות
22	3. עקרונות הושבה ויציבה
23	4. עקרונות טיפול בגישה תחושתית-תנועתית לשיפור תנועת אברי הפה והפנים
27	5. מצגת להדגמת התרגול האורו-מוטורי
41	6. סקירה ספרותית בנושא טיפול בריור מרובה

הקדמה:

ריור יתר הינה תופעה הקשורה להעדר בליעת הרוק המופרש באופן טבעי לחלל הפה ולתפקוד פה לא מספק, במיוחד בזמן שהפה במנוחה. זליגת הרוק מופיעה בשכיחות גבוהה יותר בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מאשר באוכלוסייה הכללית וזאת מטעמים שונים שיפורטו בהמשך. משמעות הדבר הינה מראה פנים לא אסתטי ולא נעים, המלווה בהרטבה של אזור הפנים, הלסת, הביגוד ולעתים הסביבה של האדם המרייר. לעתים יש גם ריחות בלתי נעימים. ולכל אלו ישנן השלכות תפקודיות וחברתיות אשר גורמות לסבל לאדם עצמו ולסביבתו. ריור היתר ותופעות המתלוות אליו מונעים לעתים את שילובו של האדם בפעילויות חברתיות ובתעסוקה.

ערכת הדרכה זו נועדה לאפשר הבנה של הסיבות להעדר שליטה על בליעת הרוק, ולתת כלים מעשיים ותוכנית התערבות להפחתת התופעה ולשיפור השליטה על אברי הפה והבליעה. חוברת עבודה זו מיועדת לכלל אנשי מקצועות הבריאות ובעיקר לקלינאי תקשורת המטפלים בתופעה. הערכה נכתבה לאחר שנים רבות של התנסות בטיפול באנשים בגילאים שונים וברמות תפקוד שונות בהיות יועצת האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית, בכל הקשור לקלינאי תקשורת, אכילה, בליעה ותפקודי הפה.

מספר גורמים תרמו להפקת חוברת הדרכה זו ולהם תודתי:
הנהלת האגף וחברי קרן קצבת נכות על אישור פרויקט "צמצום ומניעת ריור בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית" שבמסגרתה הופקה החוברת.
לחברי ביחידת הבריאות באגף: פרופ' מריק, שוש אספולר, סיגל ישראלי, כרמית כהנא, חיה יוסף, מירב גת, דר' אילן פלדברג דר' הנרי כץ ולימור יונה על עבודתנו המשותפת בתחומי הבריאות וקידום איכות חייהם של המטופלים.

כמו כן ברצוני להודות לחברי התיאטרון האחר של אקים לכולם ביחד ולכל אחד מהם באופן אישי, על נכונותם להצטלם ולדגמן באופן מקצועי עבור חוברת התרגילים – תרומתם להבנת ההוראות הכתובות, הינה חיונית ביותר!

אני בטוחה כי תמצאו שימוש בערכת ההדרכה לטובת איכות חייהם של מטופלנו.

בברכה

פרידה קורנברוט-יועצת האגף

fridak@zahav.net.il

חברים יקרים

ערכת ההדרכה המקצועית המוגשת לכם, עוסקת בתחום חיים מאוד מוגדר אשר לא רבים מפנים אליו את תשומת ליבם. אך אותם אנשים אשר סובלים מתופעת ריור היתר, וכן בני המשפחה והמטפלים, מבינים עד כמה תופעה זו ראויה לטיפול ולהתייחסות.

צוות אנשי המקצוע של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית, התגייס לחקור ולבדוק את שורשי התופעה ולהכין כלים מקצועיים להתמודד איתה.

וכך, אנו גאים להגיש לכם ערכת הדרכה זו.

ערכה זו מצטרפת לכלי הדרכה רבים (חוברות, ספרים, סרטים) שהופקו בשנים האחרונות על ידי אנשי מקצוע של האגף ומוטמעים בשטח בפעולות הדרכה פנים מיסגרתיות, במסגרת הוראה בקורסים ובמסגרת התנסות בשטח.

תודה לצוותים המקצועיים אשר מממשים את חזון האגף לשיפור מתמיד והתחדשות ושוקדים כל העת על פיתוח כלים מקצועיים לטובת העלאת איכות הטיפול ואיכות החיים של האנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

בברכה

ד"ר חיה עמינדב

סמנכ"לית בכירה

מנהלת האגף

מבוא להבנת התופעה:

ריור מרובה הינו תופעה של זליפה בלתי נשלטת ובלתי רצונית של רוק מהפה. ריור יתר איננו קשור להמצאות של מזון או מחשבה על אוכל, אלא מהווה הפרשה המתרחשת בעקר במנוחה, ללא גירוי ספציפי. אנשים אשר מריירים נתפסים כלא נקיים ולעתים נדחים על ידי הסביבה, מנועים מהשתתפות בפעילויות ועבודות הדורשות ניקיון וסביבה יבשה. מלבד המצב האסתטי הלא נעים, ריור יתר יכול: לפגוע בלעיסה וביצירת מזון קומפקטי המוכן לבליעה, לפגוע בדיבור ובמובנות הדיבור, לתרום להיווצרות של דלקות בחניכיים ובקצוות השפתיים (במיוחד פטרת מסוג קנדידה), לגרום לאובדן נזלים, אלקטרוליטים וחלבונים ובכך לגרם פגיעה ישירה באיכות חייו של האדם עצמו. הקושי בבליעה והזלפת רוק מתמשכת עלולים לחדור למערכת הנשימה העליונה ולגרום לגירוי מתמשך ודלקת ריאות על רקע של אספירציות. בקרב ילדים מתחת לגיל שנתיים, התופעה נחשבת כנורמאלית ויכולה לחזור ולהופיע בתקופה של צמיחת שיניים. התופעה חולפת מעצמה עם התפתחות מבנה הפנים והשפתיים, התפתחות התחושה סביב הפה והסנטר, הבשלה של תהליך הבליעה והלעיסה וככל שסגר השיניים והמנשך מתפתחים ויש יציבות טובה של הגב וכתפיים. ריור מרובה מעבר לגיל חמש נחשב לתופעה פתולוגית ולרוב הינו משני להפרעה נאורו-מוסקולארית. הפרעה זו גורמת לפגיעה בתפקוד הבליעה וגורמת לאיגום (pooling) של רוק בקדמת חלל הפה ולזליגה בלתי ניתנת לשליטה אל מעבר לפה ולשפתיים. מקור הבעיה יכול להיות לא רק קושי בשליטה פומית, אלא גם, יכול להיות קשור למעבר האוויר בנשימה אפית. כתופעת לוואי של תרופות הגורמות לחולשה או חוסר ערנות, להופיע בעקבות הפרעה נאורו-מוסקולארית וחוסר תפקוד מוטורי-תחושי ועוד.

סיבות שכיחות להופעת ריור יתר לאורך זמן:

1. הפרעות נוירולוגיות: שיתוק מוחין, פגיעה בעצבי הפנים, פרכוסים, מחלות עצב-שלד, מוגבלות שכלית התפתחותית, הופעת סינדרום כמו דאון, לנדאו-קלפנר ואחרים, דלקת קרום המוח, הידרוצפלוס ועוד
2. הפרעה במבנה הפה והפנים: ניתוח אורתודנטי, פציעה באזור הפה, או ניתוח נרחב של אברי הפה והלוע, דלקת חניכיים כרונית, ועוד.

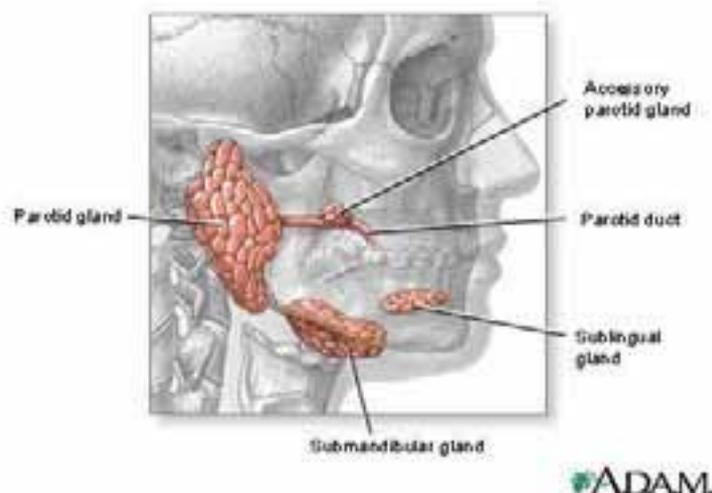
3. מחלות נשימתיות: קושי בנשימה אפית ומחלות של מערכת הנשימה העליונה, מחלה ריאתית
4. נטילת תרופות: תופעת לווי של נטילת תרופות הפוגעת בשליטה המוטורית, בתחושה ובערנות הכללית, המצאות של אדנואידים מוגדלים וכו'
5. מחלות זיהומיות: דלקת בדרכי נשימה העליונה, ריניטיס כרונית, ועוד.
6. מחלות כלליות או במערכת העיכול: החזר קיבתי-לועי (GERD), מחלה זיהומית כללית, ועוד.
7. קשיי בליעה ולעיסה: המצאות של שאריות מזון בפה לאחר הארוחה, במיוחד במטופלים סעודיים או מגבלה בתנועת הלשון, תכנון פעולה לקוי ותחושה ירודה בפה.

ריור יתר יכול להיות תופעה קבועה (כמו בקושי מתמשך בשליטה על הפה) או חולפת ומשנית לטיפול תרופתי או מחלה נשימתית והתופעה יכולה לחלוף מעצמה כשהגורם יחלוף. כמות הרוק המופרש ביממה אצל אדם בוגר, נע בין ליטר לליטר וחצי. במרבית המקרים הריור נובע מחוסר שליטה וקשיי בליעה ולא מהפרשת רוק מוגברת (אלא במקרים של השפעת נטילת תרופות מסוימות). אנשים המריירים אינם זוכים לאותה מידה של מגע פיזי מהסביבה ומהמטפלים בהם. מבוגרים מריירים נתפשים כחסרי היגיינה, מדיפים ריח וקשה לשלבם בעבודה. לעתים ריור יתר גורם להופעת פצעים בעור סביב הפה והסנטר, סביבתם "רטובה" וזקוקים להחלפת בגדים תכופה. במקרים חמורים יכולה להופיע השתנקות על רקע חוסר תאום בבליעה או התייבשות עקב חוסר איזון בנוזלי הגוף.

אנטומיה ופיזיולוגיה של בלוטות הרוק:

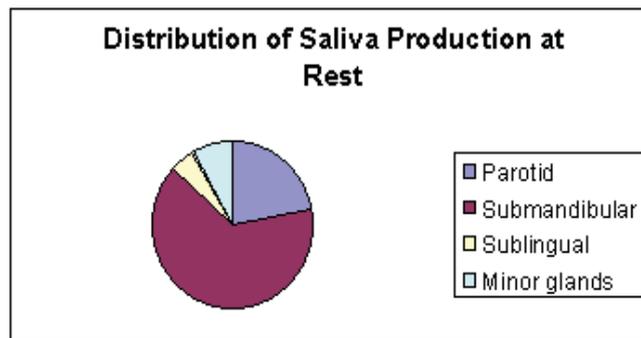
ישנם שלושה זוגות של בלוטות רוק גדולות המפרישות לתוך החלל הפה ומספר רב של בלוטות קטנות המפוזרות על פני רירית המכסה את החלל הפה:

- בלוטות תת לסתיות – Submandibular salivary gland
- בלוטות תת לשוניות – Sublingual salivary gland
- בלוטת הפרוטיס – Parotid salivary gland and Parotid duct



קצב הפרשת רוק במנוחה:

ריוור יתר מתרחש בעקר במנוחה, ללא גירוי של אוכל, בלוטת התת ליסתית (submandibular gland) מפרישה רוק במנוחה, הרוק הזה סמיך יחסית לרוק הדליל המופרש על ידי הפרוטיס (parotid gland) בזמן לעיסה ואכילה. בלוטות הרוק מפרישות בין ליטר לליטר וחצי רוק ביממה, בסה"כ.



קצב הפרשת הרוק משתנה במהלך היום, מושפע משינוים במצב גופני, שינוי בהידרציה, מאפייני המזון, לעיסה, חשיפה לטעמים שונים, עישון, מבט על מאכלים מסוימים או הדמיית מזון, שינויים במצב הרוח, חשיפה לאור ובמהלך שעות היממה, תנוחת הגוף, מחלות, תרופות, שלמות השיניים, ועוד. יש יחסי גומלין בין כמות הרוק המופרש, קצב ההפרשה ותדירות בליעה הרוק.

הערכת אדם המרייר ריור יתר:

לצורך הערכת האדם אנו זקוקים לאיסוף מידע רב, כמו:

- ◇ הערכת התדירות והחומרה של הריור, כולל תופעות משניות לריור כמו הופעת פצעים ונגעים בעור, דלקת עור שטחית וריח. חומרת הריור ניתנת להערכה על ידי ספירת כמות הביגוד אשר יש להחליף מדי יום, הערכה של מצבים בהם התופעה מקשה על התפקוד (כמו בשימוש במחשב או כתיבה), ישנן טבלאות מגוונות להערכה כמו ה"סולם להערכת השפעת הריור" (Reid et al, 2009) אשר תורגמה וצורפה לחוברת זו.
- ◇ הערכת קיומה של אספירציה וחומרתה, שאלות הקשורות ליכולת הבליעה והלעיסה, שיעול או השתנקות בזמן הארוחה ובזמן אחר, במיוחד בלילה. האם יש לילד או למבוגר חרחורים בריאות, דלקות חוזרות או האם יש לו צורך בקבלת חמצן.
- ◇ סימנים של החזר קיבתי-לועי (Gastro-Esophageal Reflux Disease - GERD), צרבת חמורה יכולה לעודד הפרשה מוגברת של רוק ולגרור לחוסר שליטה על הרוק וריור משני לרפלקס אשר הינו תופעה שכיחה בקרב אנשים עם הפרעות נאורו-מוסקולאריות.
- ◇ התפתחות הרגלי אכילה, דיבור והתפתחות כללית, אנשים עם הפרעה מוטורית-פומית חמורה יכולים להציג הפרעות קשות בדיבור וקושי בטיפול במזון בפה, בנוסף לריור המרובה. ריור מרובה יכול להיות חלק מהתמונה של הפרעה התפתחותית כללית.
- ◇ הערכה של השפעת נטילת תרופות על האדם, כדי לזהות כל תרופה אשר משפיעה לרעה על השליטה ברוק ובפה. תרופות עם השפעה קולינרגית, כמו נוגדי התכווצויות יכולות לגרום להפרשת רוק מרובה (nitrazepam הינה בעלת השפעה שלילית במיוחד).
- ◇ השפעת הריור על האדם וסביבתו, השפעת הריור המרובה בילדים ובוגרים המודעים למצבם יכולה להוות מגבלה תפקודית וחברתית ולרוב ההשפעה הרפואית והפסיכו-חברתית אינם נלקחים בחשבון דיים. אנשים אלו, אשר מודעים למצבם, מתביישים בתופעה והינם בעלי מוטיבציה גבוהה לפיתרון הבעיה. כשיש מודעות לאדם עצמו הטיפול בתופעה יכול להיות מוצלח יותר.
- ◇ הערכה כללית של בריאותו של האדם, כולל אלרגיות, הרגלי שינה ונשימה, היכולת לשתף פעולה בטיפול התנהגותי, תחושת מוטורי ו/או לעמוד בטיפול רפואי תרופתי וכירורגי.

תחומים בהם יש לבצע הערכה מקיפה:

- ◇ יציבות, תנוחה הגוף ואחיזת הראש: במיוחד בילדים ובוגרים אשר יושבים בכיסא גלגלים, ברור שהריור יגבר ככל שאין שליטה על יציבות והחזקת הראש והיציבה של כל הגוף.
- ◇ הערכה של המנשך ובריאות השיניים: כולל דלקות חניכיים והיגיינת הפה בכללותה. ריקבון בשיניים יכול לגרום להפרשת רוק מרובה. והפרעה במנשך (מנשך פתוח או אחר) יכולים לגרום לתנוחה של פה פעור. יש לבדוק את היחסים בין מנח הלשון בחלל הפה וסגר הפה (דחיקת לשון במנוחה ובבליעה). תרופות פסיכיאטריות ואנטי אפילפטיות קשורות להופעת דלקות חניכיים כרונית, אשר גורמות לרגישות גבוהה וחוסר יכולת לסגור את הפה – וריור משני מרובה.
- ◇ בדיקת מעברי האף ונשימה אפית. חסימה אפית יכולה לגרום לפה פעור ונשימה פומית אשר מונעים את סגירת הפה ובליעת רוק תקינה.

אבחון של אדם עם ריור מרובה יכלול:

- קבלת אנמנזה מפורטת והתייחסות הסביבה לתופעת הריור
- התרשמות ממנח הגוף ומהשליטה על הראש
- מצב העור סביב הפה והשפתיים
- הלשון – גודל, מרחב תנועה ושליטה, נוכחות של דחיקת לשון, הפרדת התנועה בין הלשון ללסת
- נשימה אפית – נשימה ומעבר אוויר באף, נחירות, בריאות רירית האף, אלרגית, ועוד
- מנשך – מבנה שיניים פתוח, סגירת הלסתות והשפתיים, מבנה החך
- בירור בריאות השן והחלפת שיניים, מצב החניכיים, שיקום הפה
- בדיקת רפלקס הקאה ורגישות תוך פומית בירור קיום רפלקס
- אבחון בליעה והרגלי אכילה – מזון, שתייה, בדיקה קלינית ואינסטרומנטלית
- בדיקת מערכת עצבים ועצבים קרניאליים
- איסוף מידע ממקורות נוספים – רופאים, מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיוטים, ואחרים.

מטרות התוכנית להערכה והתערבות בריוור מרובה:

- להפחית את כמות הרוק המופרש מחוץ לפה
- לשפר את מיומנויות הבליעה של הרוק (כולל מודעות, תחושה ותנועה)
- לשפר את סגירת הפה והנשימה האפית
- להפחית את תופעות הלוואי של הריוור (פצעים סביב הפה, ריח, הפרה של משק המים בגוף)
- לשפר את הנשימה ואת בריאותו הכללית של המטופל
- להפחית את ההרטבה של הבגדים ואת הצורך בהתאמה והחלפת ביגוד
- לשפר את יכולת הסביבה לקבל את קשייו של המטופל, להפחית את הדחייה החברתית
- לשפר את יכולת האדם להשתלב בעבודות מגוונות
- להשתמש בכלי הערכה אובייקטיביים להערכה ולמעקב אחר הריוור
- לשפר את התחושה העצמית והדימוי העצמי של המטופל

עקרונות לבניית תוכנית התערבות בריוור יתר

לאחר ביצוע הערכה, יש לבנות תוכנית התערבות כמפורט בהמשך: על פי ממצאי האבחון, יכולת המטופל והתאמה לתנאי הסביבה והתמיכה כולל הדרכה למשפחה, למטפלים ולמטופל עצמו. יש להכין מחברת לרישום התוכנית אשר תהיה זמינה למטפלים ולמטופל (בהתאם לרמת התפקוד של המטופל), מלבד תוכנית העבודה, יעשה רישום יומי של התרגול אשר יכלול הערות, התנסות, תגובות המטופל ועוד. קלינאי התקשורת או איש המקצוע שהכין את התוכנית, יעשה ביקורת שבועית כדי לבצע מעקב אחר ביצוע התוכנית והתאמות על פי הצורך. לאחר תקופה של 4-6 חודשים תעשה הערכה חוזרת. במידה ויש שיפור, התוכנית תמשיך להתבצע כתוכנית "שימור" ולא כתוכנית התערבות אינטנסיבית. אם תוצאות ההתערבות לא תהיינה מספקות, יש לשקול המשך טיפול אשר יכול לכלול הפניה להזרקת בולטולין טוקסין או קשירה של חלק מצינוריות בלוטות הרוק, שינוי בסיסי בהושבה, טיפול בסגר השיניים ובמנשך, ועוד.

שלבים והתערבות בריוור יתר

1. בדיקה ושיפור האחיזה ותנוחת הגוף
2. בדיקת תפקודי הנשימה האפית וסגר הפה
3. הערכה באמצעות סולמות הערכה
4. אבחון בליעה ושליטה על הרוק, שיפור מודעות פומית ע"י אימון במיומנויות אורו-מוטוריות
5. שמירה על היגיינה פומית, הקפדה על ניקוי שאריות מזון לאחר כל ארוחה
6. הערכת בריאות הפה והשיניים, כולל הסגר הפומי
7. בדיקת השפעת הטיפול תרופתי ותופעות הלוואי
8. טיפול תרופתי הכולל הזרקת בוטולין טוקסין
9. טיפול כירורגי על ידי קשירת הבלוטות התת-לסתיות

יש צורך בהתערבות רב מקצועית כולל התייעצות עם קלינאי תקשורת, רופא ילדים או רופא כללי, רופא שיניים ורופאי אף, אוזן וגרון, רופא גסטרואנטרולוג, פיזיותרפיסטים ועוד. גישה אבחונית - טיפולית המבוצעת בשלבים הינה המומלצת ביותר, הפירוט מופיע בטבלה מס' 1.

כשיש הוכחה של אספירציה כרונית יש מקום לטיפול אגרסיבי אשר יכול לגרום להפחתת כמות הרוק, כמו במקרה של ילדים צעירים אשר עדיין אינם סובלים מנזק חמור בריאותיהם.

בניית תוכנית ההתערבות מושתתת על ההיבטים המפורטים בהמשך, ועל הקלינאי לבחור את הפעילות העונה על צרכי המטופל, כפי שנמצא באבחון.

- לילדים צעירים מתחת לגיל חמש, איסוף מידע על ההיבט ההתפתחותי והדרכה קלה יכולים להספיק. הורים יכולים לעודד את ילדיהם על ידי תזכורת עדינה והכוונה מתאימה לאחיזת פה סגור ובליעה לעתים תכופות, בנוסף לבריור מעברי האף תקינים.
- תשומת לב לאחיזת הגוף והיציבות הינם חשובים, במיוחד בילדים או בוגרים היושבים בכסא גלגלים. יכול להיות שיהיה צורך בהטיה קלה לאחור או בהעלאת משטח העבודה כדי לאפשר אחיזת ראש מורמת במהלך העבודה במחשב או בעבודת ידיים כשהגוף נוטה קדימה.
- מודעות לפה ואימון אורו-מוטורי: לילדים אשר מסוגלים לבצע הוראות יש מקום לתת הנחיות מילוליות במשך לפחות 6 חודשים לפני שניתן להחליט על התערבות רפואית.
- באוכלוסייה בוגרת יהיה מקום לטיפול אורו מוטורי פעיל וגם פסיבי, בהתאם לתוכנית המצורפת ומפורטת במצגת המלווה את חוברת (מופיעה בסוף החוברת)

- בשלב הראשון לאחר בדיקת ההושבה יש לעבוד על סגירת הפה והלסתות, על יציבות הלסת והלשון, על ידי גרייה באזור הפה והשפתיים ושיפור התחושה והמתח של השרירים. מטרת התרגול בהעלאת המודעות, התחושה ומתח השרירים באזור הפה והפנים. ילדים ובוגרים בעלי ריור קל עד בינוני יכולים להפיק תועלת מתוכנית זו, אלו עם הפרעות התפתחותיות חמורות לא יוכלו לשתף פעולה והתקדמותם מוטלת בספק.
- הקפדה על ניקוי הפה ובריאות השיניים, מלבד צחצוח השיניים שיגרת, יש להקפיד על ניקוי שאריות מזון מהפה, אשר גורמות להפרשה מוגברת של רוק במטרה לנקות את חלל הפה משאריות המזון. ניקוי זה יקל על כמות הרוק הנוצרת ובמידה ויש ריור, הרוק יהיה יחסית צלול ונקי.
- יעוץ של רופא אורטודנט ורופא שיניים הינו חיוני בבדיקה ושיפור סגר הפה ורופא אג' יוכל לבדוק את מעבר האוויר באף, כדי לאפשר נשימה אפית תקינה
- שימוש בהתקנים תוך פומיים (אורליים) יכולים לשפר את רמת המודעות לפה, את רמת תפקוד ומרחב התנועה של הלשון ולעודד את הבליעה. ההתקן יגרה את אזור החך הרך בילדים החל מגיל 6. ההתקן יכול להיות שלב ביניים בין עידוד התחושות ותנועות בפה ותרגול אורו-מוטורי מובנה, לפני ההחלטה לביצוע פעולה כירורגית.
- טיפול תרופתי, מערכת העצבים הפרא-סימפתטית מגרה את הבלוטות הרוק התת-ליסתיות, התת-לשוניות והפרוטסי בתהליך של היווצרות הרוק. המערכת הסימפתטית מגרה את התכווצות של הסיבים סביב הבלוטות. תרופות אנטי-כולינרגיות יכולות לחסום את המרכיב הפרא-סימפתטי ולהפחית את כמות הרוק הנוצקת בבלוטות. חלק מהאנשים אינם יכולים לסבול את הטיפול בתרופות אלו עקב תופעות הלוואי כמו הפרעה בבליעה בעקבות יובש בפה, רוק סמיך, תנועתיות יתר, הפרעה בראיה ועצירת שתן. יש להזהיר את ההורים והאחרים בפני תופעות הלוואי לטווח קצר וארוך, יחד עם זאת השימוש במדבקות hyosine (scopderm, transcop) הינה שכיחה בעיקר בגלל הקלות שבשימושה. לאנשים עם גסטרוסטום רצוי להשתמש ב (benzhexol) trihexyphenidyl. שימוש בתרופות אלו עדיין נמצא בבדיקה ולא מומלץ לטווח ארוך.
- BotulinumToxin בעשור האחרון הופיעו פרסומים המחזקים את השימוש בבוטולינום טוקסין לטיפול בריור יתר. הבלוטות התת ליסתיות ותת-לשוניות מפרישות במהלך מרבית שעות היממה ולכן ההזרקה תחת אולטא-סאונד נעשתה מקובלת בבלוטת אלו. הסיבוך המדווח ביותר הינה הפרעת בליעה חולפת לאחר הזרקה לבלוטות. השיפור דווח בניסויים קליניים בקבוצות קטנות אך עדיין מקובל כטיפול תרופתי לתקופה שבין 3-6 חודשים, יש צורך לחזור על ההזרקה מדי מספר חודשים, בהתאם לתגובה אישית. בילדים ומבוגרים עם הפרעה נאורומוסקולרית נדרשת רק הרדמה מקומית של העור לפני הדקירה.

- **טיפול כירורגי**, ישנן שיטות טיפול כירורגיות אשר תוארו לאורך השנים, המרכיב העיקרי בהחלטה לנתח הינו נוכחותם של אספירציות תכופות. במידה ויש ספק רצוי לבצע בדיקה פלואורוסקופית של הבליעה. לילדים עם קשיי בליעה הסטת צינוריות הבלוטות ללוע אינה גישה ניתוחית בטוחה ולהם יהיה עדיף לבצע הוצאה דו צדדית של בלוטות התת-לסתיות וקשירה דו צדדית של בלוטת הפרוטיס. יש עדות שזאת שיטה יותר מתאימה מאשר קשירה של צינוריות הבלוטות. יש עדות מדעית לכך שיש לשקול ביצוע ניתוח בילדים מתחת לגיל 3 כדי להפחית את הסכנה של דלקות ריאות. לעומת זאת, בילדים ללא אספירציות הניתוח לא מומלץ מתחת לגיל 5 שנים. ההחלמה לאחר הניתוח יכולה להמשך כשבועיים. השיטה הניתוחית השכיחה ביותר הינה הסטת צינוריות הבלוטות התת-לסתיות לאזור בבסיס הלשון, הסטת הרוק לכוון הלשון יכולה גם לעודד את רפלקס הבליעה ואת בליעה הרוק ולמנוע איסוף רוק בקדמת הפה.
- טיפול כירורגי הינו טיפול מעמיק למצב שאינו מאיים על חיון של הילד או המבוגר והיתרונות שלו חייבים להיות שקולים כנגד הסיכונים ואי הנוחות לעומת הטיפול בהזרקות בוטולינים טוקסין אשר יכולים לגרום להפרעה בבליעה ואינם סוף פסוק מבחינת הטיפול בריור.

להלן הכלים המוזכרים בערכה והמשמשים לביצוע הערכה, תוכנית התערבות, התערבות והערכה

חוזרת של ריור יתר.

נספחים:

1. כלים להערכה הריור

- א. סולם להערכת הריור
- ב. הערכת שליטה על הרוק
- ג. סולם להערכת השפעת הריור
- ד. אבחון שליטה על הרוק והבליעה

2. סיכום האבחון ותוכנית התערבות

3. עקרונות הושבה ויציבה

4. עקרונות טיפול בגישה תחושתית-תנועתית לשיפור תנועת אברי הפה והפנים

Sensory Motor approach to Oro-Facial Facilitation

5. מצגת להדגמת התרגול האורו-מוטורי

6. סקירה ספרותית בנושא טיפול בריור מרובה

נספח 1 ב': הערכת השליטה על הרוק

תאריך _____ שם: _____ ת.ל. _____ שם המעריך _____

נא השב על השאלות והוסף הערות במקום המתאים.

1. מיומנויות תקשורת

- _____ מדבר ללא קושי
- _____ מדבר מעט
- _____ נעזר בקושי רב בדיבור לצורך תקשורת
- _____ יש לו קשיי דיבור ספציפיים
- _____ אינו מדבר

2. הליכה

- _____ הולך ללא קושי
- _____ הולך לא יציב / באופן מסורבל
- _____ נעזר בצידוד תומך
- _____ מתנייד באמצעות כיסא גלגלים

3. תנוחת הראש

- _____ מחזיק את ראשו, ללא קושי
- _____ נוטה לשבת עם ראש מוטה

4. פה

- _____ פותח וסוגר את פיו לפי השימוש
- _____ הפה לרוב סגור
- _____ הפה לרוב פתוח

5. שפתיים

- _____ יכול לסגור את השפתיים, ללא קושי ולמשך זמן רב
- _____ יכול לסגור את השפתיים למשך זמן קצר
- _____ יכול לסגור את השפתיים במאמץ רב, למשך זמן קצר
- _____ יכול לקרב את השפתיים, אחת לשנייה
- _____ יכול לכווץ את השפתיים (כמו למתן נשיקה)

6. לשון

- _____ הלשון נחה בין השפתיים או בין השיניים במהלך היום
- _____ דוחף את הלשון החוצה במהלך הבליעה
- _____ דוחף את הלשון החוצה בזמן פעילות

7. שימוש בקש לשתייה

- _____ יכול להשתמש בקש לשתייה
- _____ מתקשה בשימוש בקש לשתייה
- _____ אינו יכול להשתמש בקש לשתייה

8. אכילה

- ____ יכול לאכול אוכל בחתיכות גדולות ואוכל קשה לאכילה
 ____ זקוק לחיתוך כל המזון לחתיכות קטנות
 ____ יש צורך למעוך את המזון
 ____ יש צורך לטחון את המזון
 ____ ניזון דרך מערכת האכלה חלופית (גאסטרוסטום או זונדה)
 ____ יכול לאכול בעצמו, אבל משאיר בסביבתו שאריות מזון ולכלוך

9. בליעה

- ____ יכול לבלוע על פי בקשה

10. תחושה

- ____ מודע וחש את הרוק בשפתיו
 ____ מודע וחש את הרוק בסנטר

11. האם זקוק להחלפה של ביגוד עקב הרטבתו ברוק?

- ____ לא בד"כ
 ____ כן, כמה פעמים ביום? _____

12. האם יש לרוק ריח דוחה? _____

13. בריאות כללית

- ____ האם סבל מאסטמה או קשיי נשימה אחרים?
 ____ האם יש חסימה באף או הפרשה מוגברת דרך האף?
 ____ האם יש לו דלקת ראות? באיזו תדירות? _____

14. טיפול שיניים

- ____ האם מבקר אצל רופא שיניים באופן סדיר?
 ____ האם סובל מדימום או דלקת בחניכיים?

15. האם לפעמים יש לו ימים "יבשים" ללא ריור?

- ____ לא
 ____ כן, באיזו תדירות? מתי? _____

16. האם סובל מאפילפסיה?

- ____ לא
 ____ אם כן, נא רשום את התרופות והמינון שמקבל

17. האם הוא מקבל תרופות נוספות באופן סדיר?

- ____ לא
 ____ כן, נא פרט איזה תרופות ובאיזה מינון הוא מקבל

18. כמה חמורה בעיית הריור?

- 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (מאוד)



הלב פתוח לרווחה

מדינת ישראל
 משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית
 (פיגור שכלי)



19. עד כמה הריוור משפיע על חייו? _____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (מאוד)

20. עד כמה הריוור שלו משפיע על חייו וחיי משפחתך/ סביבתך (המעון)? _____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (מאוד)

מתי הריוור מחמיר?	לא רלוונטי	כן	לא	לא יודע
כאשר הוא עייף				
כאשר קר לו				
כאשר מרוכז בפעילות				
כאשר צופה בטלוויזיה				
כאשר הראש מוטה למטה				
כאשר נרגש, כועס, מודאג				
כאשר מדבר				
כאשר אוכל או שותה				
לאחר האכילה או השתייה				
כשידיו או חפצים אחרים נמצאים בפיו				
לפני התקף אפילפטי				
לאחר התקף אפילפטי				
כשכואב לו משהו				
כאשר הוא משועמם				
כאשר הוא ישן				
כשצומחות לו שיניים או יש פצע בפיו				
כאשר הוא מפעיל את ידיו (כותב, מצייר, אוחז בחפץ)				

נא הוסף את הערותיך:

תודה על שיתוף הפעולה במילוי השאלון

נספח 1 ג': סולם להערכת השפעת הריור

שם: _____ ת.ל. _____ שם ממלא הסולם: _____

אבחנה ראשית: _____ אבחנה משנית: _____

התייחסות ליממה לפני מילוי הסולם

1. באיזה תדירות מופיע ריור מרובה?

אף פעם 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 תמיד

2. כמה חמור היה הריור?

היה יבש 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 מאד רטוב

3. כמה פעמים ביום היה צורך להחליף לו את הסינור או חולצה?

בכלל לא 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 יותר מ-10

4. כמה לא נעים היה הריח של הרוק?

ריח נעים 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 מאד לא נעים

5. כמה גירוי היה בעורו של האדם, הקשור לריור?

אין גירוי 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 פריחה חמורה

6. כמה פעמים היה צריך לנגב את פיו?

אף פעם 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 פעמים רבות

7. כמה מבויש הוא הרגיש בהקשר לריור שלו?

כלל לא 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 מתבייש מאד

8. כמה אתה צריך לנגב את החפצים בבית (צעצועים, ריהוט, מחשב)?

אף פעם 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 כל הזמן

9. באיזה מידה הריור משפיע על חייו?

כלל לא 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 המידה רבה מאד

10. באיזה מידה הריור משפיע על חייך וחיי בני המשפחה?

כלל לא 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 במידה רבה מאד

נספח 1 ד': אבחון שליטה על הרוק והבליעה

נכתב על ידי פרידה קורנברוט, קלינאית תקשורת

שם המטופל: _____

שם הקלינאי: _____

תאריך לידה/ גיל _____

תאריך ביצוע הבדיקה: _____

אבחנה ראשונית: _____

אבחנות נוספות: _____

תרופות שנוטל באופן קבוע: _____

רמת תפקוד: _____

מסגרת מגורים: _____

שילוב בתעסוקה: _____

אחיזת כתפיים ומוטוריקה כללית: _____

אחיזת הראש: _____

בדיקת רופא אג', גאסטרו: _____

תקשורת עם הסביבה:

קשר עם הסובבים: מקיים קשר רציף קשר רופף וחלקי אינו מקיים קשר עם סביבתו

תקשורת: מתקשר בשפה מדוברת מתבטא במילים ובג'סטות בעיקר אינו מתקשר עם סביבתו

מובנות הדיבור: דיבור ברור מובנות דיבור ירודה דיבור דיסארטרי ולא ברור אינו מדבר

אברי הפה: (לציין תקין ואם לא תקין, תיאור קצר)

אבר	מבנה	תפקוד	תפקוד באכילה
שפתיים			<input type="checkbox"/> לרוב סגורים <input type="checkbox"/> לרוב רפויים
לסת			<input type="checkbox"/> פה סגור במנוחה <input type="checkbox"/> פה פעור במנוחה
לשון			<input type="checkbox"/> מבצצת בין השיניים <input type="checkbox"/> בולטת בבליעה <input type="checkbox"/> שמוטה מחוץ לפה
חיך			<input type="checkbox"/> נשימה אפית
בריאות השיניים			<input type="checkbox"/> זקוק לטיפול שיקומי
מנשך			<input type="checkbox"/> קלס _____ (1,2,3)
אף-נשימה אפית			<input type="checkbox"/> הפרשה מתמדת <input type="checkbox"/> חסומה

שליטה על הרוק: מלאה חלקית מוגבלת אין שליטה

נספח 2: סיכום האבחון ותוכנית התערבות

סולמות הערכה:

סולם הערכת הריור _____
הערכת שליטה על הרוק _____
סולם השפעת הריור המרובה: _____

סיכום והערות להערכת בליעת רוק:

שלבי בליעת רוק לקויים: (תיאור המאפיין בכל שלב)

שלב הקדם אורלי (מודעות ותשומת לב, ניגוב עצמי) _____
שלב אורלי (איסוף הרוק מתוך חלל הפה, בליעה מכוונת) _____
שלב לועי (עוררות רפלקס בליעה, עלית הגרון, אספירציה) _____
שלב ושטי (רפלוקס) _____
רקע משוער לקושי: _____

המלצות ותוכנית התערבות:

תוכנית התערבות: _____

תרגול אורו-מוטורי: _____

יעוץ פיזיותרפיה: _____

בדיקת אאג' או בדיקות רפואיות נוספות: _____

הפניה לגורמים נוספים: תזונאי פיזיותרפיה בדיקות רפואיות נוספות _____

מעקב בעוד כמה חודשים? _____

האם יש מקום להתערבות רפואית (תרופות, כירורגיה, בוטוקס)? _____

שם כותב התכנית: _____ תאריך: _____

עקרונות ההושבה : ישיבה נכונה וריור יתר

כרמית כהנא M.Sc.P.T, פיזיותרפיסטית, יועצת לפיזיותרפיה ביחידת הבריאות, האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית

ישיבה הינה פעילות בה אנו מבלים חלק ניכר מיומנו במסגרת הדיור, בעבודה, בתעסוקה, בפעילויות השונות ובשעות הפנאי. ישיבה נכונה תורמת לשליטה על הגוף, על חגורת הכתפיים ועל אברי הפה ותורמת לשליטה על הבליעה בכלל ובליעת הרוק. ישיבה הנה חלק בלתי נפרד מחיינו. ישיבה לא נכונה ולא תקינה, ללא תמיכה מתאימה יכולה לגרום לכאבים, הגבלות בתנועה ובעיות שריר שלד מגוונות. ישיבה בתנוחה לא נכונה תורמת לתופעת ריור יתר באוכלוסייה בעלת קושי בשליטה גם על אברי הפה והנשימה. כדי לעודד פעילות תנועתית יעילה ונכונה, גם של אברי הפה, יש לשבת בצורה נאותה כך שחלקי הגוף שאינם נתמכים בישיבה יוכלו לפעול ביעילות ובנחות. ככלל, אוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית מעדיפה אורח חיים יושבני ומבלה יותר זמן בישיבה מהאוכלוסייה הרגילה. לא תמיד עומדות לרשותם התמיכות הפיזיות הנחוצות ולכן לעיתים אנו רואים מטופלים שאינם יושבים כראוי. לישיבה עצמה חשיבות גדולה בעת אכילה וכן לבליעה הרוק ומניעת ריור יתר. אדם היושב עם הטיית ראש הצידה או עם ראש שמוט לפניו- חשוף לתופעת ריור יתר כתופעה משנית לקושי בשליטה על הגוף והפה. דפורמציות גופניות כגון סקוליוזה או קיפוזת יכולים לתרום לתופעת ריור יתר, במיוחד אם לא דואגים לתמיכה מתאימה בישיבה והליכה.

המלצות לישיבה נכונה:

- ✓ זווית ראש צוואר 90 מעלות וסנטר ממוקם מעל עצם החזה.
- ✓ הזווית המומלצת למשענת היא בין 100 ל-110 מעלות
- ✓ יש להישען לאחור ככל שניתן עד לתמיכה מלאה של משענת הגב.
- ✓ משענת הגב צריכה להתלבש בדיוק על קימור הגב
- ✓ צריך להקפיד שהכתפיים משוחררות ורפויות.
- ✓ הזווית בין הברך הירך והקרסול צריכה להיות 90 מעלות
- ✓ גובה הכסא יהיה בגובה הברכיים.
- ✓ יש להניח את כפות הרגליים במלואן על הרצפה בכל זמן הישיבה. אם כפות הרגליים לא מגיעות לרצפה, יש להשתמש בהדום.
- ✓ ברכיים צריכות להיות מעט מתחת לגובה הירכיים
- ✓ המרחק בין החלק הקדמי של הכיסא לחלק האחורי של הרגל/השוק יהיה כרוחב אגרוף.
- ✓ בישיבה ליד שולחן, הזרועות מונחות כך שהכתפיים משוחררות ורפויות.
- ✓ חשוב להקפיד על מרווח מספיק לרגלים מתחת השולחן

עקרונות טיפול בגישה תחושתית-תנועתית לשיפור תנועת אברי הפה והפנים

Sensory Motor approach to Oro-Facial Facilitation

מתבסס על עקרון של גרייה תחושתית-מוטורית לשיפור תבניות תנועתיות, נועד לבעלי הגבלה במרחב התנועה ותחושה ירודה, מטרת התרגול עיצוב הטונוס על ידי הגברת המודעות לאזורים האנטומיים השונים. כלולים בתוכו: גרייה טרמית, הברשה, ויברציה, נקישות מניפולציה ידנית, מגע שטחי ועמוק, ליטופים, משיכות והארכות של השרירים.

התרגול נקבע לאחר הערכה תפקודית, הערכת הריור, התאום עם המטופל והמטפלים בו, הניסיון הקליני של הקלינאי וביסוס תיאורטי מוכח.

יש להבדיל בין התרגול הפעיל על ידי תנועות הפה של המטופל ובין ההפעלה אשר המטפל מבצע על פני המטופל, בתרגול הפסיבי ובגרייה חושית.

תרגול פעיל (active):

פעילות עצמית ע"י הרחבת מרחב התנועה, מתיחה, ופעילות של השרירים והאברים באזור המטרה.

התרגול מעלה את כוח הסיבולת, עוצמה ומרחב התנועה וגיוס סיבי שריר לפעילות מכוונת.

הפעלת מתח איטי גורם לאינהיביציה של רפלקס המתיחה – הפחתת מתח (הרפיה במקרה של כוּוץ יתר)

הפעלת מתח מהיר מעורר ומגביר את רפלקס המתיחה – מעלה את כוח רפלקס המתיחה (מתח מוגבר

במקרה של רפיון)

תרגול פסיבי (passive):

הפעלה ע"י המטפל ע"י מסג', ליטוף, נקישות, ויברציה, הרחבה פסיבית של מרחב התנועה של אבר

המטרה. התרגול מעלה את סף התחושה, משפר את זרימת הדם, שומר על טווח התנועה ופעילות

המפרקים, מפחית רפלקס מוגבר, משפר את טונוס השרירים ומפחית רגישות.

גרייה חושית (sensory stimulation):

גרייה תחושתית בידיים ובאצבעות וכן ע"י שימוש באביזרים מגוונים (בעלי תכונות משתנות: חספוס, רוך,

קשיחות, וכו'), שנוי טמפרטורה (קור וחום) גרייה חשמלית (חיזוק פעילות שרירי הבליעה, הפנים וכו'),

ויברציה בתדירות גבוהה (ויברטורים המוצמדים לאברי המטרה).

תרגילים על פי אברי המטרה:

תרגול איזומטרי של הלשון, הפעלת כוח כנגד התנגדות, הפעלת כוח על הלשון יאפשרו חיזוק שריר הלשון תחילה בהוצאת הלשון החוצה והפעלת לחץ על קצה הלשון מספר פעמים למשך זמן קצר. חזרה על אותו תרגיל עם הפעלת לחץ על צד ימין ואחר כך על צד שמאל של הלשון, הפעלת לחץ על בסיס הלשון, ללא הוצאתה החוצה.

תרגול איזומטרי של השפתיים: סגירה ופתיחה של השפתיים, ללא פתיחת הלסת, מעבר מתנועה של נשיקה לחיוך, לחבוק את השיניים עם השפתיים, לבצע תנועות של דג (הרמת השפתיים וסגירה ופתיחה עם לסתות סגורות)

תרגול איזומטרי של הלסת: פתיחת הלסת (פה), סגירה ללא הפעלת לחץ. פתיחת הפה כנגד לחץ חיצוני על ידי המטפל, סגירת הפה בכוח לאחר פתיחתה כנגד הפעלת לחץ נגדי על ידי המטפל, עליית כוח ההתנגדות באופן הדרגתי, כולל מספר חזרות

תרגול איזומטרי של הלחיים: ליטוף לאורך שרירי הפנים ובכוון פעולתם, עם גב היד. ליטוף לאורך שרירי הפנים ובכוון פעולתם, עם קצות האצבעות, ליטוף לאורך שרירי הפנים עם קרח, מברשת, ועוד.

תרגילים מומלצים לביצוע על ידי מטפלים, לאחר שקיבל הדרכה והדגמה:

תרגילים פעילים

תרגילים אלו יכולים להיעשות באווירת כיף וצחוק, מאפשרים חיזוק של מערכת הנשימה תוך הפעלת השפתיים והפה ניפוח בלוני סבון: מאפשר תרגיל כוץ השפתיים, שליטה על הנשימה והנאה נגינה במפוחית פה: שינוי בעוצמה תאפשר תרגול עומק הנשימה, סגירת השפתיים נגינה בחצוצרה: שליטה על עוצמה ועומק הנשימה. תרגול הפקת קול שימוש בקשית: מציצה של נוזלים קלים ויותר כבדים כדי לגרום לשינוי העוצמה, מתאים לאנשים ללא קשיי בליעה

ניפוח הלחיים: הוראה לנפח את הלחיים ואחר כך לנסות להעביר את האוויר מצד לצד, תוך שליטה על השפתיים סגורות, תרגיל זה דורש קואורדינציה ותכנון פעולה, ניתן להוסיף ניסיון חיצוני ל"הוצאת האוויר" ע"י הפעלת כוח על הלחיים והתנגדות ממצד המטפל

נספח 5: מצגת להדגמת התרגול האורו-מוטורי
 ניתן לצלם את הדפים ולהשתמש בהם במתן הדרכה למטפלים

שקף 1



האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית
 משרד הרווחה והשירותים החברתיים

**טיפול בריוור יתר על ידי
 תרגול אורו-מוטורי
 של אברי הפה**
 ינואר 2013

כתיבה, עריכה ופיתוח: פרידה קורנברוט M.A., קלימאית תקשורת,
 יועצת מקצועית ביחידת הבריאות, האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית
 התפתחותית
 צילום: תלמה הרצנו M.A. קלימאית תקשורת ופרידה קורנברוט

שקף 2



התרגילים המתוארים בהמשך הינם חלק מתוכנית הגרייה
 לאזור הפה והפנים, המתלווה לחוברת "טיפול בריוור יתר".
 של משרד הרווחה- האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית
 התפתחותית- 2012

על מנת להדגים את התרגילים
 צילמנו את שחקני התאטרון האחר של אקים,
 להם שלוחות תודתנו על העמידה המקצועית מול המצלמה
 ושיתוף הפעולה בביצוע ההדגמות

©
 אין להעתיק או להרזיד תמונות מהמצגת



הלב פתוח לרווחה



מדינת ישראל
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית
(פיגור שכלי)

שקף 27

הושבה ותמיכה



לאחר מתן תמיכה לרגלים ניתן להפעיל את הגוף
והפה ביציבות ובהנאה

הרגלים באוויר

האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית
התפתחותית, דצמבר 2012

שחקני קבוצת התיאטרון האחר של אקים



תודה לכם!

האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית
התפתחותית, דצמבר 2012

6. סקירה ספרותית בנושא טיפול בריוור מרובה

Ardverson J., et al. (2010). The effects of oral-motor exercises on swallowing in children: an evidence-based systematic review. Developmental Medicine & Child Neurology 52: 1000–1013

Eiland L. (2012). Glycopyrrolate for Chronic Drooling in Children. Clinical Therapeutics .Volume 34 Number 4,

Erasmus C.E., et al (2010). Thickened saliva after effective management of drooling with botulinum toxin A Developmental Medicine & Child Neurology, 52

Esquenazi A., et al (2010). International consensus statement for the use of botulinum toxin treatment in adults and children with neurological impairments. European Journal of Neurology ,17 (Suppl. 2): 1–8

Fairhurst C. B. R., Cockerill H. (2011). Management of drooling in children Arch Dis Child Educ Pract Ed 96:25–30.

Little S.A., Kubba H., Hussain S.S.M.(2009). An evidence-based approach to the child who drools saliva. Clinical otolaryngology 34, 236-239,

Mato A., et al (2010). Management of drooling in disabled patients with scopolamine patches Br J Clin Pharmacol , 69:6 / 685

McCauley R., et al (2009). Evidence-Based Systematic Review: Effects of Nonspeech Oral Motor Exercises on Speech American Journal of Speech-Language Pathology . Vol. 18 . 343–360 .. .

Pei-Hsuan K., et al (2011). Botulinum Toxin Type A on Oral Health in Treating Sialorrhea in Children with Cerebral Palsy: A Randomized, Double-blind, Placebo controlled Study J Child Neurol 26: 838 originally published online 6 May 2011

Scott A., Johnson H. (2004). A Practical Approach to the Management of Saliva 2nd. Edition Pro-ed Publisher,

Scully C., et al (2009). Drooling J Oral Pathol Med 38: 321–327

Silvestre-Rangil J., et al (2011). Clinical-therapeutic management of drooling: Review and update Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Sep 1;16 (6):e763-6.

Sriskandan N., et al (2010). Ultrasound-guided submandibular gland injection of botulinum toxin for hypersalivation in cerebral palsy. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 48 58–60

Ulah Khan W., et al. (2011). Botulinum Toxin A for Treatment of Sialorrhea in Children Arch Otolaryngol Head Neck Surg.;137(4):339-344.
Published online January 17, 2011.

Parr J. R., et al (2011). Management of drooling in children: a survey of UK paediatricians' clinical practice. Blackwell Publishing Ltd, Child: care, health and development, 38, 2, 287–291

Reid S., Johnson H., Reddihough D. (2009). The Drooling Impact Scale: a measure of the impact of drooling in the children with developmental disabilities
Developmental medicine & child neurology,

Rimmer J., Hartley BE. (2009). Drooling in oro-motor dyspraxia: is there a role for surgery? The Journal of Laryngology & Otology 123, 931–933.

Zeller R., et al (2012). Safety and efficacy of glycopyrrolate oral solution for management of pathologic drooling. In pediatric patients with cerebral palsy and other neurologic conditions Therapeutics and Clinical Risk Management :8 25–32