

Z E R C U R

ZERTIFIZIERTES CURRICULUM GERIATRIE

Modul 3: Mobilität und mobilitätseinschränkende Erkrankungen,
Schlaganfall, Dysphagie

Dysphagien: Diagnostik und Therapie

NORA ANDREES
SPRACHTHERAPIE

 **EGZB**
Johannesstift Diakonie

Gliederung

- Wie funktioniert Schlucken?
- Was sind Schluckstörungen?
- Schluckdiagnostik
- Behandlung von Schluckstörungen

Was ist Schlucken?

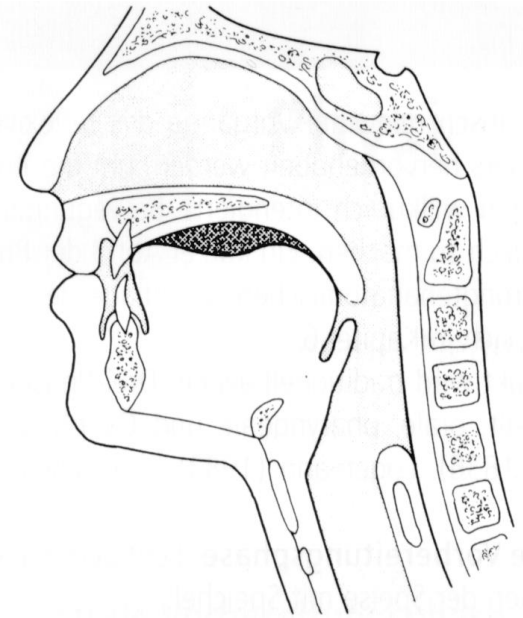
Transport von Nahrung, Flüssigkeit und Speichel aus der Mundhöhle durch den Pharynx (Rachen) und Ösophagus (Speiseröhre) bis zum Magen unter gleichzeitigem **Schutz der tiefen Atemwege.**

Die Schluckphasen

- (präorale Phase;)
- orale Vorbereitungsphase;
- orale Phase;
- pharyngeale Phase;
- ösophageale Phase.

Orale Vorbereitungsphase

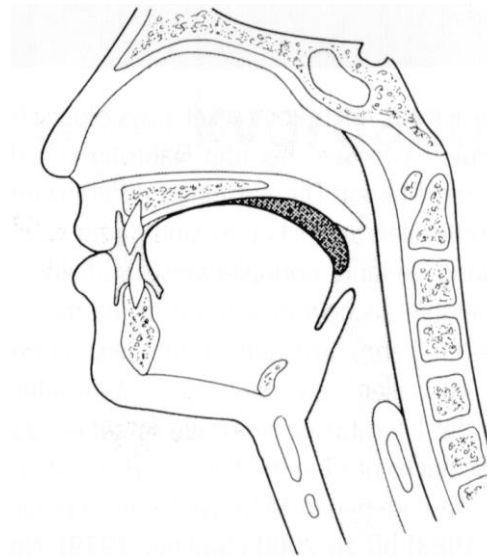
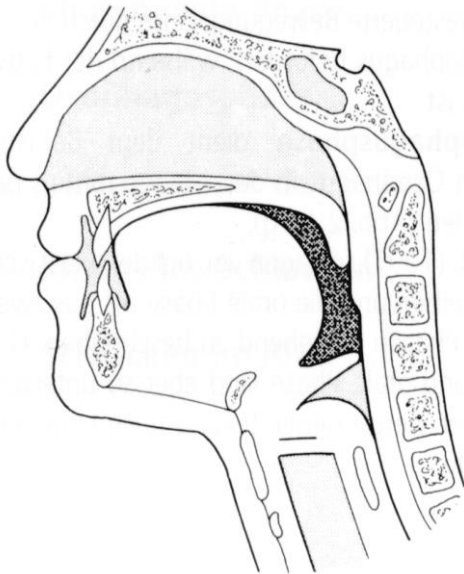
- Aufnahme von Nahrung in den Mund;
- Kaubewegungen;
- Formung des Speisebolus;
- Vollständig willentlich steuerbar.



Aus: Neumann (1999)

Orale Phase

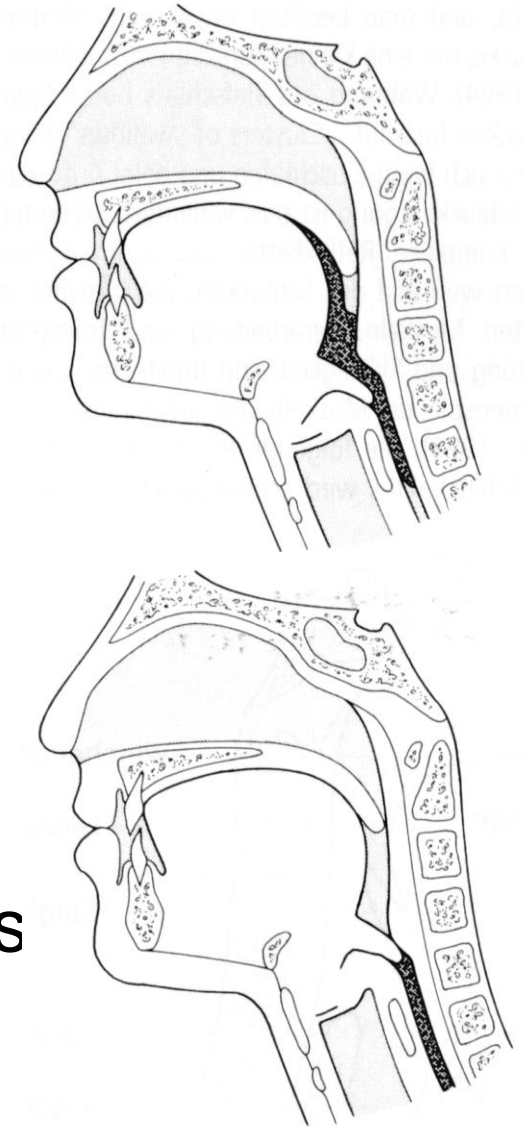
- Speisebolus wird durch die Mundhöhle in den Rachen transportiert;
- Zungenbewegungen, Lippenschluss;
- Dauer ca. 1 sec.



Aus: Neumann (1999)

Pharyngeale Phase

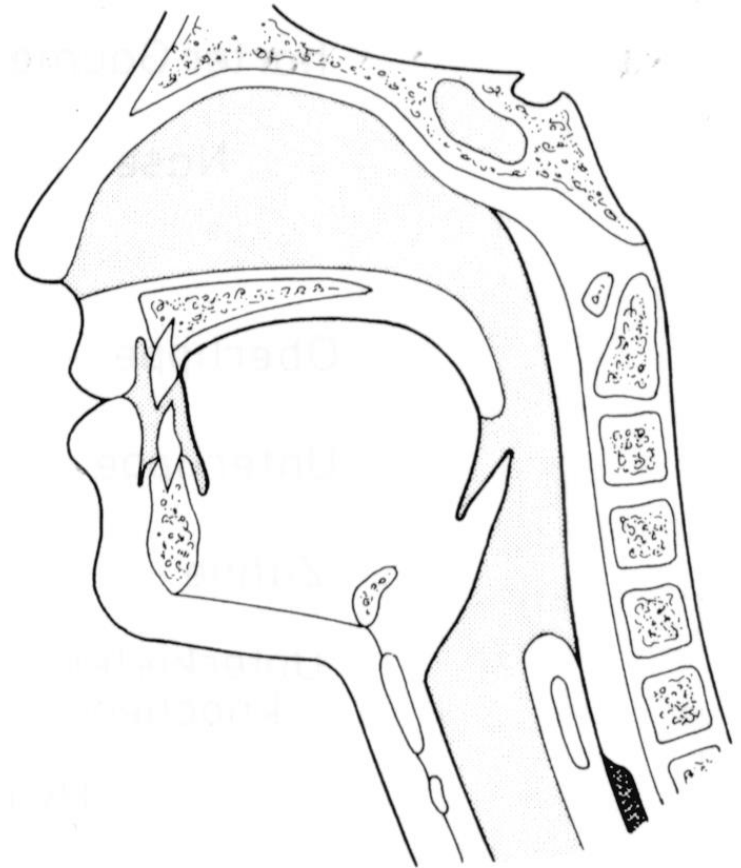
- Auslösung Schluckreflex (komplexe Bewegungskette:
- Anhebung Gaumensegel, Verschluss Nasenraum;
- Zungenabschluss mit der Rachenwand, Rachenmuskulatur;
- Kehlkopfanhhebung und –verschluss (Glottis, Taschenfalten, Epiglottis), Luftweg ist verschlossen;
- Öffnung der Speiseröhre.



Aus: Neumann (1999)

Ösophageale Phase

Speisebolus passiert den Eingang der Speiseröhre, Transport bis zum Magen, Umstellung auf Atmung.



Aus: Neumann (1999)

Dysphagie

Unter dem Begriff „Schluckstörung“ oder „Dysphagie“ werden Beeinträchtigungen beim Essen und Trinken und/oder beim Abschlucken von Speichel verstanden.

Ätiologie

- strukturelle Erkrankungen der am Schluckakt beteiligten Organe (z.B. Entzündungen, Tumore, degenerative Erkrankungen, operative Behandlungsfolgen);
- Erkrankungen des zentralen Nervensystems (z.B. Infarkte, Blutungen, Tumore, Encephalitis, M. Parkinson, Schädel-Hirn-Trauma, Multiple Sklerose, Demenz);
- **Presbyphagie** = altersbedingte Veränderung von Schluckparametern
- Medikamente

Häufigkeit von oropharyngealen Dysphagien

Quellen: Leitlinien Dysphagie des DGN (2020), Wirth et al. (2016)

- 16% der 70-79jährigen und 33% der über 80jährigen unabhängig lebenden Personen; 44 % in geriatrischer Akutbehandlung; 60 % in vollstationärer Pflege;
- Inzidenzrate 50 % in der Akutphase (<7 Tage) nach Apoplex;
- *Von den Schlaganfallpatienten mit Dysphagie erholen sich spontan*
- *25 % in den ersten 14 Tagen, ca. 25 % davon versterben;*
- Prävalenzrate 25 % in der chronischen Phase nach Apoplex;
- *Aspirationspneumonien treten bei 10-20 % der Schlaganfallpatienten mit Dysphagien innerhalb eines Jahres auf;*
- 50 % der Parkinson-Patienten (Korrelation mit Krankheitsdauer);
- 70 % bei schwerem Schädel-Hirn-Trauma in der Akutphase;
- 80 % nach Langzeitbeatmung.

Medizinische Komplikationen

- Aspiration = Eindringen von Sekret, Speichel, Nahrung in die Atemwege (Luftröhre);
- stille Aspiration
- pulmonale Erkrankungen;
- Gewichtsverlust, Mangelernährung und Austrocknung (Exsikkose).

Klinische Anzeichen von Dysphagie (oropharyngeal)

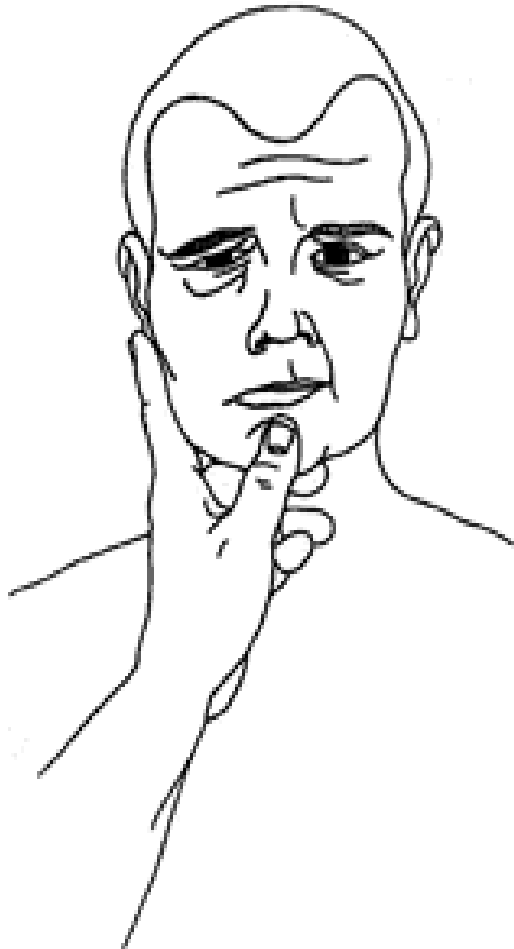
- gestörtes Kauen;
- belegte oder atrophierte Zunge;
- gestörte/ eingeschränkte oropharyngeale Sensibilität;
- Austritt von Speichel und Nahrung aus dem Mund;
- Ansammlung von Speichel/Essensresten im Mund;
- Steckenbleiben von Nahrung im Hals;
- eingeschränkte, fehlende Kehlkopfanhebung beim Schlucken, Zungenpumpen (mit und ohne Auslösung des Schluckreflexes).

Klinische Anzeichen von Dysphagie (oropharyngeal)

- zeitlich deutlich verlängerte Nahrungsaufnahme (z.B. Kauen prolongiert, Auslösen des Schluckreflexes verzögert);
- Husten, Räuspern vor, bei oder nach dem Schlucken, Fremdkörpergefühl;
- gurgelnder Stimmklang, brodelndes Atemgeräusch;
- Husten nach Lagerungswechsel bei bettlägerigen Patient/inn/en;
- Angst vorm Essen/Trinken, Nahrungsverweigerung, Gewichtsverlust.

Klinische Anzeichen von Dysphagie (ösophageal)

- Druckgefühl, Brennen, Schmerzen hinter dem Brustbein;
- saures / nicht saures Aufstoßen (Reflux);
- Schmerzen in der Herzgegend;
- Hochwürgen / Erbrechen von unverdauten Speisen.



Klinische Diagnostik

- Anamnese -

- Vigilanz;
- Awareness (z.B. Delir);
- Symptome einer Sprach-, Sprech-, Stimmstörung;
- Kopf- und Rumpfkontrolle;
- Aktuelle Ernährungsweise (nasogastrale Sonde, PEG, diätetisch);
- Trachealkanüle;
- Gebiß-/Zahnstatus.

Klinische Schluckbefundung

- Beweglichkeit und Sensibilität der Schluckorgane, orale Reflexe, pathologische Reflexe;
- Schluckakt visuell, auditiv und nach Palpation;
- Speichel, Flüssigkeit, breiige und feste Nahrung;
- willkürliches Husten;
- Beurteilung pathologischer Symptome (wo liegt die Störung, Gefahr der Aspiration);
- enterale oder orale Ernährung, diätetische Maßnahme, funktionelle Übungen/Schlucktechniken.

Medizinische Maßnahmen bei Schluckstörungen

- Infusion;
- Nasogastrale Sonde;
- PEG-Sonde (Perkutane Endoskopische Gastrostomie);
- Trachealkanüle.

Objektive Diagnostikverfahren

- Videofluoroskopie;
- Videoendoskopie (FEES);
- Bronchoskopie.

Funktionelle Dysphagietherapie

Das Ziel der Dysphagietherapie ist die Wiederherstellung der beeinträchtigten Funktionen bei der Nahrungsaufnahme und/oder die Vermittlung von Techniken und Strategien zur Kompensation der Störung, um eine selbständige Nahrungsaufnahme zu ermöglichen.

Therapiemethoden

- Restituierende Verfahren/funktionelle Übungen;
- Kompensatorische Verfahren/Schlucktechniken;
- Adaptierende Verfahren/externe Hilfen.

Adaptierende Verfahren/ externe Hilfen

- diätetische Veränderungen
- (Koststufen, Andickungsmittel);
- hochkalorische Zusatznahrung/Getränke;
- Platzierung der Nahrung;
- Ess- und Trinkhilfen;
- Hilfestellung während Essensbegleitung.

Ausblick

- Interdisziplinarität;
- Klinische Diagnostik;
- Diätetische Maßnahmen;
- Funktionelle Therapie;
- Beratung der Angehörigen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Diätetische Anpassungen

Koststufen:

- Dys1 = dickflüssig
- Dys2 = breiig
- Dys3 = weiche, faserfreie Kost
- Dys4 = Kost ohne Krümel und Fasern

Getränke:

- Unangedickt
- Sirupartig angedickt (2 ML/200ml)
- Honigartig angedickt (3 ML/200ml)
- Geleeartig angedickt (4 ML/200ml)

- Kein Brot
- Brot DYS
- Weißbrot
- Mischbrot
- Nach Wunsch

Tipps für das Essen und Trinken

Vor dem Essen:

- Vigilanz beachten;
- Keine ablenkenden Reize (z.B. Fernsehen);
- Aufrecht sitzen;
- Kopf leicht nach vorn neigen;
- Getränke ggf. andicken.

Tipps für das Essen und Trinken

Während des Essens:

- Nicht so große Bissen / Schlucke nehmen;
- Langsam essen und gründlich kauen;
- Beim Kauen auf Lippenschluss achten;
- Beim Hinunterschlucken auf Lippen- und Kieferschluss achten.
- Nachschlucken bis Mund- und Rachenraum frei sind, Kontrolle durch Stimmklang, dann ggf. Hochräuspern und Ausspucken.
- Den nächsten Bissen nehmen, wenn alle Nahrungsreste aus dem Mund- und Rachenraum entfernt sind.
- Husten in der Öffentlichkeit ist erlaubt und ein wichtiger Schutz vor Aspiration.

Tipps für das Essen und Trinken

Nach dem Essen:

- Besonders bei Sensibilitätseinschränkungen-> Kontrolle des Mundraums nach dem Essen;
- Mundpflege;
- Nicht gleich hinlegen, noch etwa 20 Minuten sitzen bleiben bzw. den Oberkörper aufrecht halten.

Bezugsquellen

Verdickungsmittel (Beispiele):

- Nestlé Resource Thicken Up, Fa. Nestlé Nutrition
- Nutilis (ehemals Quick & Dick), Fa. Pfrimmer Nutricia
- Thick & Easy, Fa. Fresenius

Energiereiche Zusatznahrung (Beispiele):

- Fortimel Creme, Fa. Pfrimmer Nutricia
- Fortimel Fruit, Fa. Pfrimmer Nutricia
- Fresubin energy fibre Drink, Fa. Fresenius
- Resource Creme, Fa. Nestlé Nutrition

Ess- und Trinkhilfen (Beispiele):

- Diverse Ess- und Trinkhilfen, z.B. bei Fa. Thomashilfen, Bremervörde oder Fa. Fahl Medizintechnik, Berlin

Literatur

- Baijens, L.W.J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G.F., Leners, J.-C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D.G., Speyer, R., Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1403-1428.
- Becker, R., Nieczaj, R., Egge, K., Moll, A., Meinhard, M. & Schulz, R.J. (2011). Functional Dysphagia Therapy and PEG Treatment in a Clinical Geriatric Setting. *Dysphagia*, 26, 108-116.
- Bartolome, G.; Schröter-Moratsch, H. (Hrsg.) (2018). Schluckstörungen: Diagnostik und Rehabilitation. 6. Auflage. München: Urban & Fischer
- Crary, M.A., Carnaby, G.D., Groher, M.E., & Helseth, E. (2004). Functional benefits of dysphagia therapy using adjunctive sEMG Biofeedback. *Dysphagia*, 19, 160-164.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). Neurogene Dysphagien – Leitlinien 2020 der DGN
- Frank, U., Frank, K. (2022). COVID-19- neue Herausforderungen in der Dysphagie- und Atemtherapie. *Nervenarzt*, 93, 167-174.
- Frank, U., Pluschinski, P. et al. (2021). FAQ Dysphagie. Antworten. Prägnant und Praxisnah. Urban & Fischer.
- Langmore, S.E. (2001). Endoscopic Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. New York
- Ledochowski, M. (2010). *Klinische Ernährungsmedizin*. Wien: Springer.
- Logemann, J.A. (1983). Evaluation and treatment of swallowing disorders. San Diego, CA: College Hill Press.
- Logemann, J.A. (2008). Treatment of oral and pharyngeal dysphagia. *Phys Med Rehabil Clin N Am.*, 19, 803-816.
- Mumma, K.M., Ofczarszak, D, Daniels, S.K. (2014). Durchführung der Klinischen Schluckuntersuchung. Performing a Clinical Swallowing Evaluation. *DysphagiaForum*, 2, 7-16.
- Neumann, S. (1999). Die Physiologie des Schluckvorganges. In Bartolome, G. et al. (Hrsg.), *Schluckstörungen: Diagnostik und Rehabilitation* (S. 12-26). Stuttgart: Urban & Fischer
- Prosiegel, M., Weber, S. (2018). Dysphagie – Diagnostik und Therapie: ein Wegweiser für kompetentes Handeln (Ratgeber Logopädie). Springer
- Schröter-Morasch, H. (1999). Ätiologie und klinische Manifestation von Schluckstörungen. *Sprache-Stimme-Gehör*, 23, 11-15
- Schulz, R.J., Nieczaj, R., Moll, A., Azzaro, M., Egge, K., & Becker; R. (2009). Behandlung der Dysphagie in einem klinisch-geriatrischen Setting: funktionelle Dysphagietherapie und PEG-Einsatz. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42, 328-335
- Stanschus, S. (2020). Schluckdiagnostik und COVID-19: Plädoyer für ein Umdenken. *Forum:logopädie*, 34, 22-28.
- Warnecke, T., Dziewas, R. (2013). Neurogene Dysphagien. Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A.M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H.J., Langmore, S., Leischker, A.H., Martino, R., Pluschinsky, P., Rösler, A., Shaker, A., Warnecke, T., Sieber, C.C., Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: a review of an international expert meeting. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 189-208.