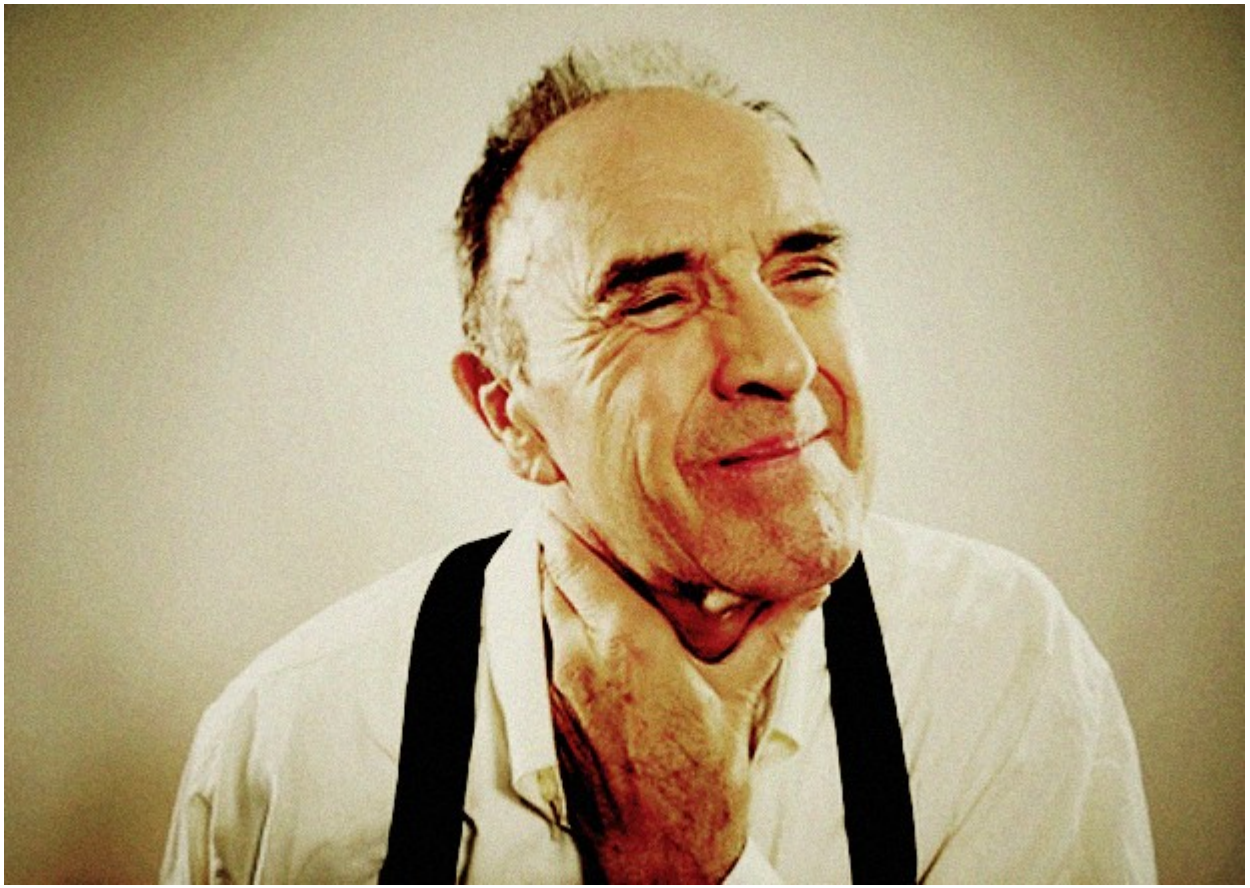
Dysfagie



Martina Gregorová, 2015

Co nás čeká?

- Terminologie
- Anatomie
- Fyziologie
- Příznaky
- Etiologie, výskyt
- Důsledky
- Komplikace
- Diagnostika a vyšetřovací metody
- Péče při dysfagii

Dysfagie

- Porucha polykání
- Pevná / tekutá strava, sliny, léky, tekutiny...
- Během transportu sousta (bolusu) do žaludku
- Diagnóza x symptom!
- Orofaryngeální d., ezofageální d., paradoxní dysfagie
- Presbyfagie

- Bolus
- Deglutice
- Afagie
- Odynofagie
- Aspirace
- Penetrace
- Drooling
- Reflux
- Regurgitace

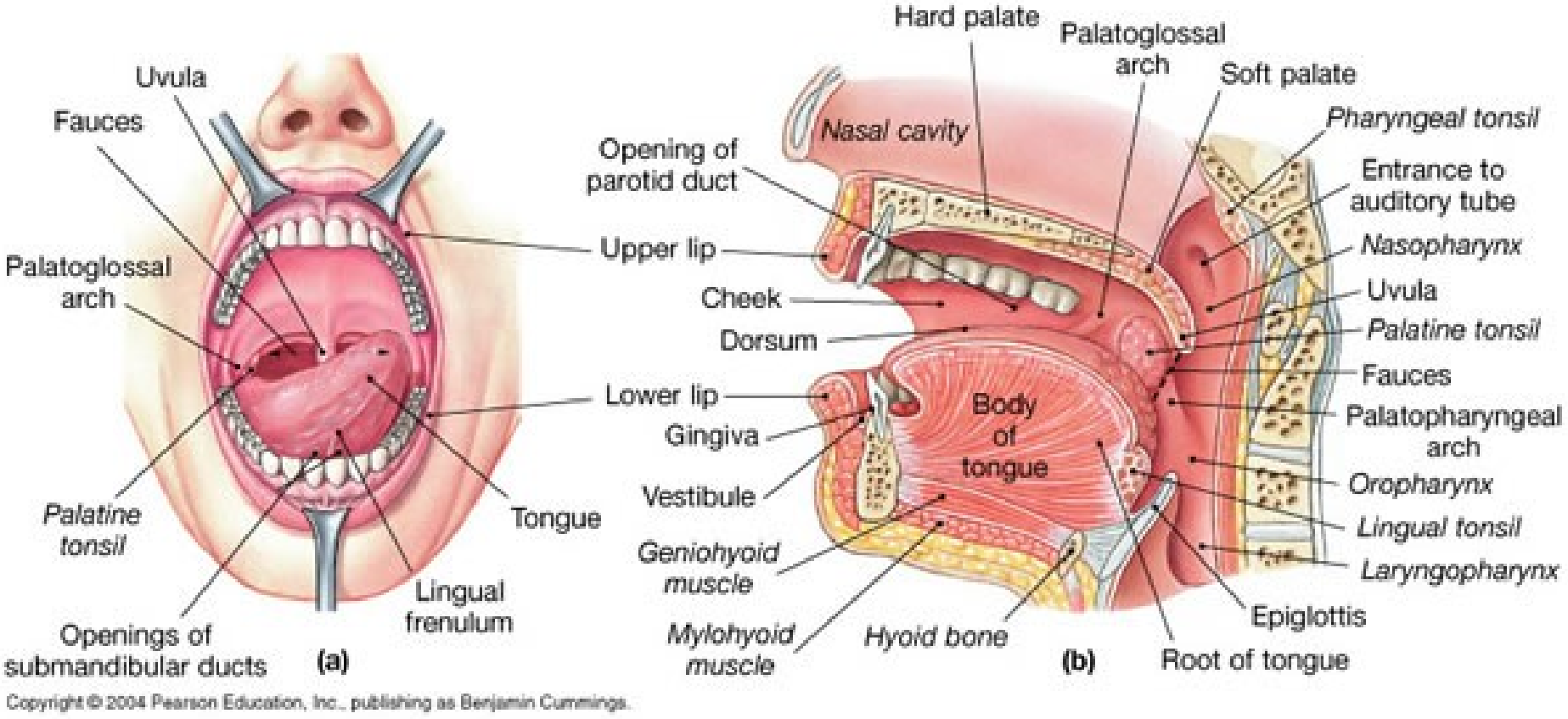
- Bolus = sousto
- Deglutice = polykání
- Afagie – nemožnost polknout
- Odynofagie – bolestivé polykání
- Aspirace – vdechnutí do DC
- Penetrace – nad hlasivky, ale ne DC
- Drooling – neudržení sousta v DÚ
- Reflux – zpětný tok tekutiny
- Regurgitace – kyselé šťávy ze žaludku do jícnu bez dávivého reflexu; nejč. typ refluxu

ANATOMIE POLYKÁNÍ

Dutina ústní

- Začátek polykání
- Příprava a transport sousta
- Rty, zuby, alveolární oblouky, žvýkací svaly, jazyk, tvrdé a měkké patro, tváře, spodní čelist, spodina dutiny ústní, patrové oblouky, slinné žlázy
- Strop dutiny ústní (t+m patro, čípek)
- Přirozené slizniční zálivy
- Jazyk
- Hltanová úžina (isthmus faucium)

(Dutina ústní)



Copyright © 2004 Pearson Education, Inc., publishing as Benjamin Cummings.

Hltan (pharynx)

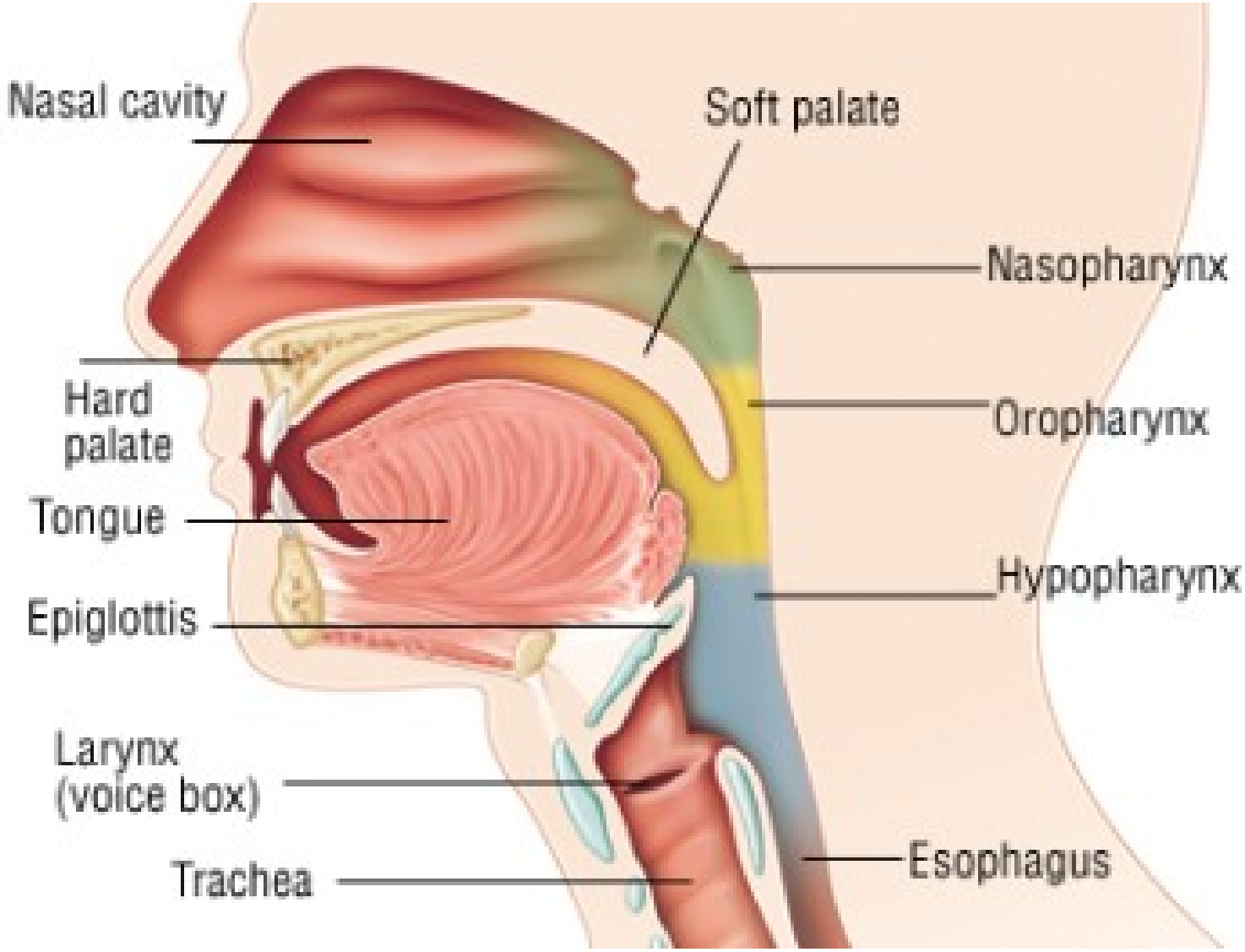
- S hrtanem součást DC i polykacích orgánů, cesty se vzájemně kříží – obranné mechanismy
- Svalová trubice

- Nosní část (nasopharynx, epipharynx)
- Ústní část (mezopharynx, **oropharynx**)
- Hrtanová část (hypopharynx, laryngopharynx)

Hrtan (larynx)

- Dýchání, fonace, ochrana před aspirací
- Jazylkové sv. - volně spojen se dnem lebky, možný svislý pohyb
- Kostra hrtanu: chrupavky
- Hrtanové svaly vnější – pohyb nahoru a dozadu
- Hr. sv. vnitřní – fonace, dýchání, uzávěr hlas. štěrbiny (glottis)

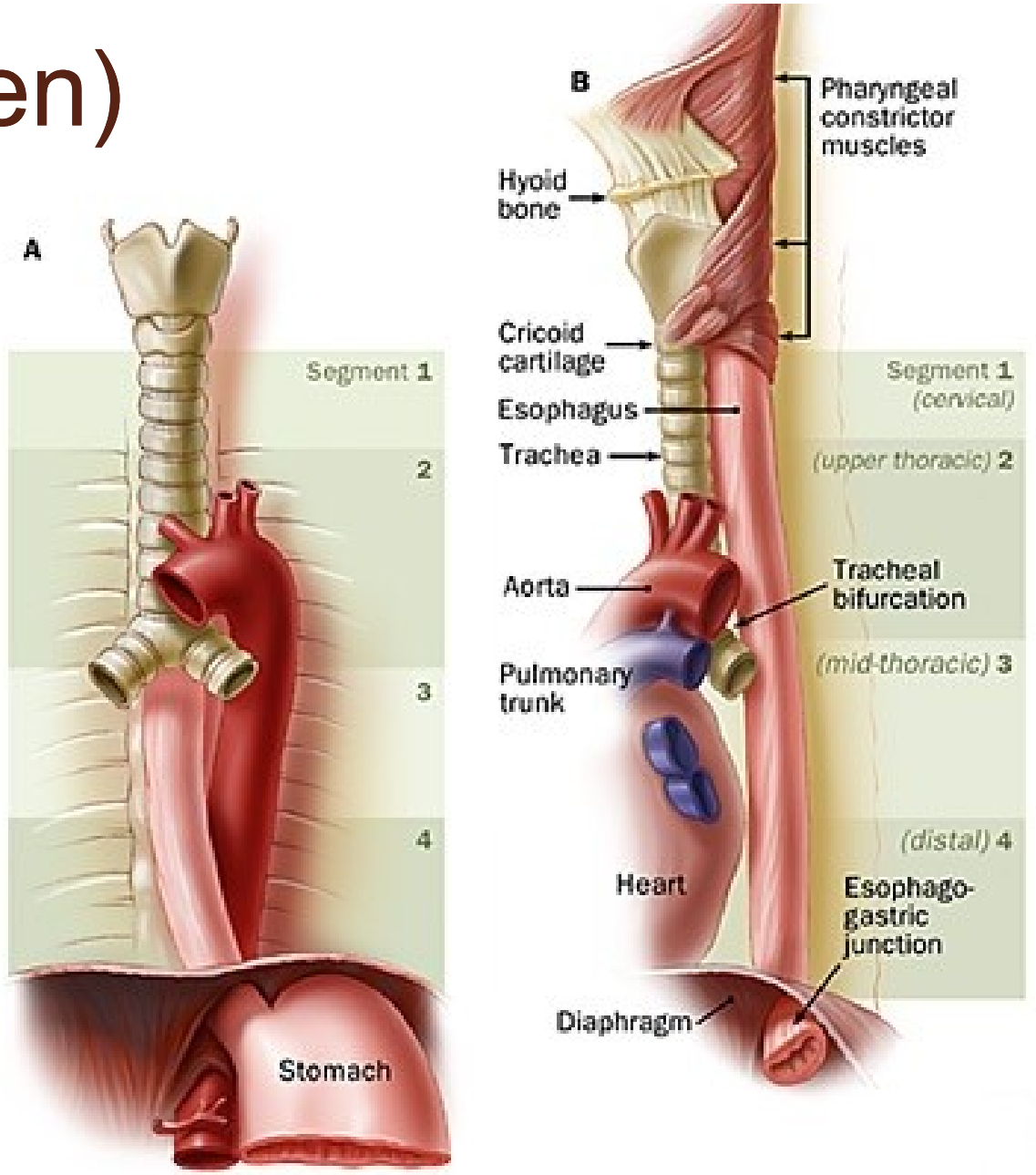
(Hltan a hrtan)



Jícen (oesophagus)

- Svalová trubice
- Fce: transport sousta
- Horní jícnový svěrač (Killiánův)
  - 1. fyziologické zúžení
  - (2. : křížení jícnu s l. průduškou a aortou)
- Dolní jícnový svěrač (kardie)
  - Brání regurgitaci (rozdílné tlaky)
  - 3. fyziologické zúžení
- 1/3 kosterní, 2/3 kosterní i hladká, 3/3 hladká svalovina

(Jícen)


A
Segment 1
2
3
4
Stomach
B
Pharyngeal constrictor muscles
Hyoid bone
Cricoid cartilage
Esophagus
Trachea
Segment 1 (cervical)
(upper thoracic) 2
Aorta
Tracheal bifurcation
Pulmonary trunk
(mid-thoracic) 3
(distal) 4
Heart
Esophago-gastric junction
Diaphragm

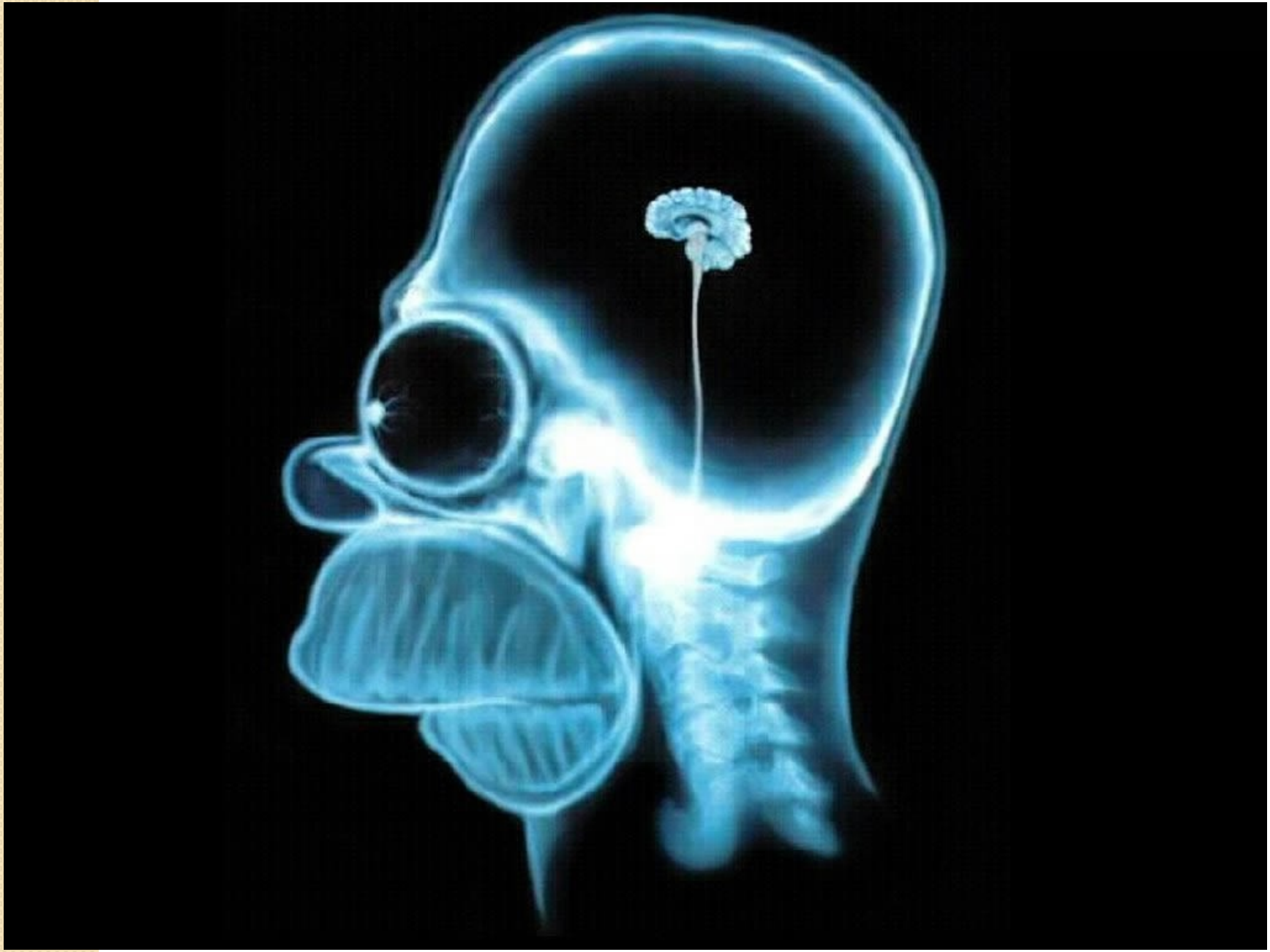
Nervový systém

- Volní x reflexní akt
- Centrum: mozkový kmen
- Korová i podkorová složka
- Složité interakce

  zapojeny aferentní (dostředivé, senzorické) n. i motoneurony a interneurony
- Zprostředkování a koordinace norm. průběhu – 6 hlavových nervů!

  V., VII., IX., X., XI., XII.
- Polykání narušeno i u porušených KOGNITIVNÍCH funkci

  → polykací dráhy i orgány mohou být v pořádku



FYZIOLOGIE POLYKÁNÍ (POLYKACÍ AKT)

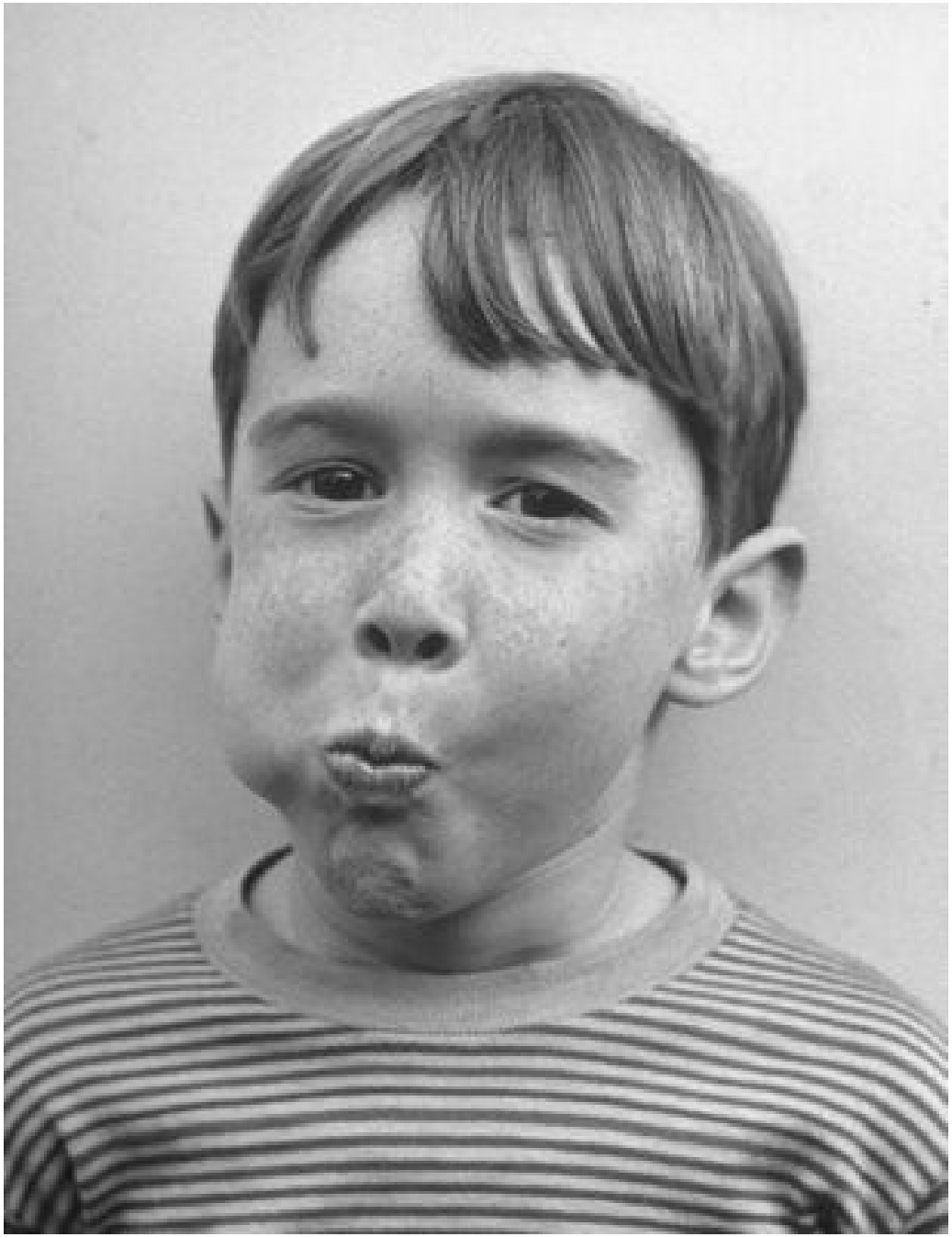
- Cíl: bezpečný transport sousta do žaludku

- Dle vůle:
  - Vědomá (vůlí ovladatelná) fáze
  - Nevědomá (reflexní) fáze

- Dle posunu sousta:
  - Orální fáze (ústní; přípravná + transportní)
  - Faryngeální fáze (hltanová)
  - Ezofageální fáze (jícnová)

Orální fáze přípravná

- Žvýkání, mísení, tvorba sousta
- Volní, vysoce individuální trvání
- Vliv: konzistence sousta, velikost, smísitelnost se slinami
- Sanovaný chrup!
- Tělo jazyka manipuluje se soustem
- Nutný fungující retný uzávěr
- Měkké patro brání vstupu sousta do orofaryngu



Orální fáze transportní

- Část vědomá, část nevědomá
- Rty uzavření, tváře ↑ napětí, jazyk se dotýká tvrdého patra
- Jazyk transportuje sousto do zadní části DÚ a k měkkému patru
- Měkké patro se po kontaktu s jazykem zvedne a přitlačí na zadní stěnu hltanu → uzavření průchodu z DÚ do nosu
- Spuštění polyk. reflexu podrážděním orofaryngeálních receptorů

Faryngeální fáze

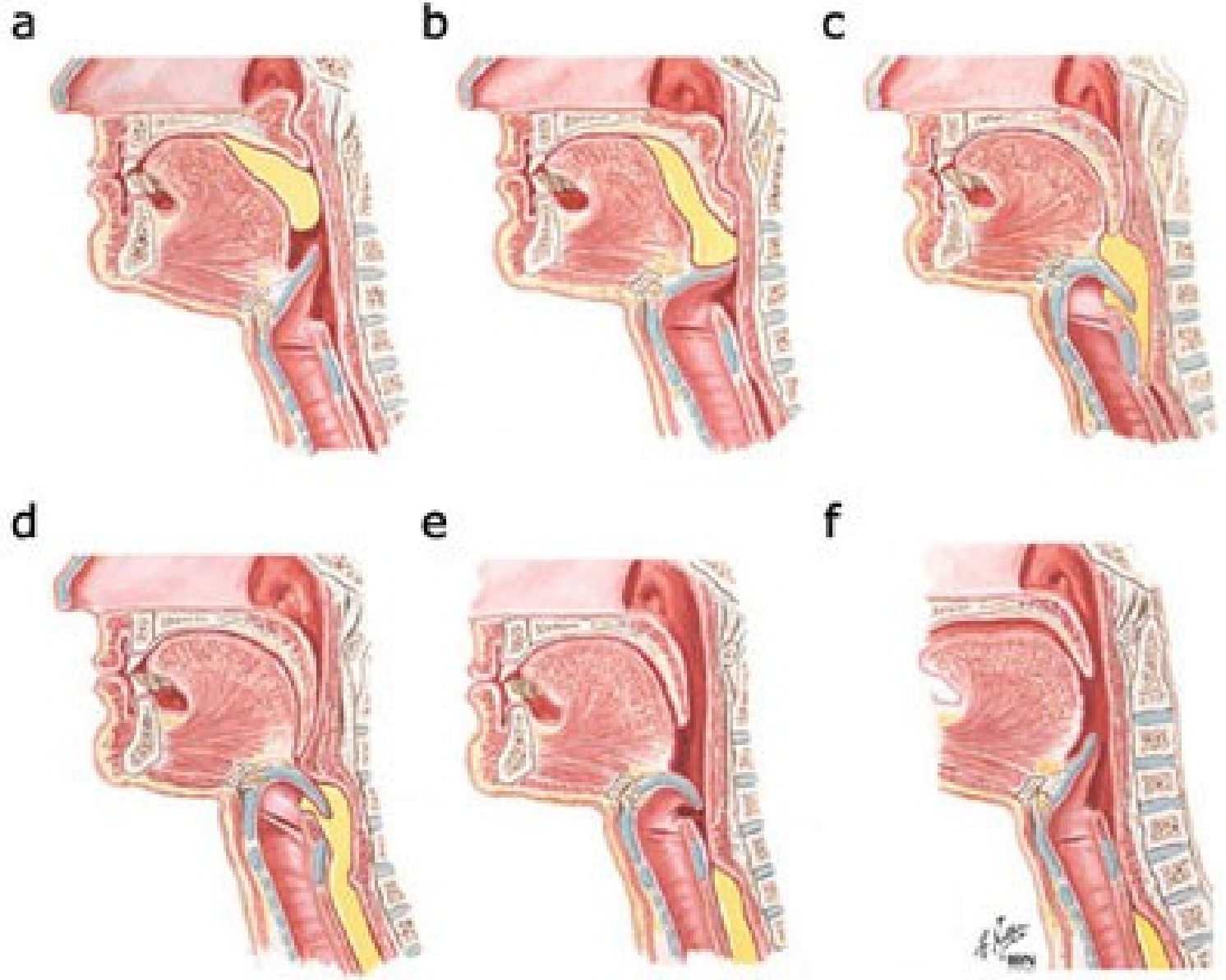
- Začíná ihned po spuštění polykacího reflexu
- Lze vyvolat podrážděním kořene jazyka nebo zadní hltanové stěny
- Po začátku tento reflex nelze zastavit
- Dochází k přerušení dýchání
- Reflexní mechanismy chrání DC

Průběh:

- Uzávěr nosohltanu
- Uzávěr hrtanu – brání aspiraci
  - 3 úrovně ochrany: příklopka, přiblížení hlasivek (!) a ventrikulárních řas
  - Překlopení příklopky nastává jako poslední a neslouží primárně jako ochrana před aspirací, jen směruje sousto
- Kontrakce hltanových svalů spolu se zdvižením hrtanu → posun sousta
- Max relaxace hor. jíc. svěr. odpovídá max elevaci hrtanu, s poklesem hrtanu se jícen uzavírá

Ezofageální fáze

- Transport sousta do žaludku
- Reflexní
- Sousto posouváno tlakovou vlnou peristaltiky
- Kombinace stahů cirkulární a longitudinální svaloviny
- Příklopka se začíná otevírat, jazylka a hrtan se vracejí do klidové polohy → znovuotevření DC
- Dolní jícnový svěrač se otevře (jinak trvale uzavřen)



http://www.youtube.com/watch?v=wqMCzuIiPaM

PŘÍZNAKY DYSFAGIE

Kdy uvažovat o dysfagii

- Klinické znaky závisí na postižené fázi polykání

  (např. narušená orální přípravná fáze se může projevit zbytky soust ve slizničních zálivech)

- Obecné symptomy:

  drooling, kašel, dušení

Ale často zejména u starších pacientů dysfagie odhalena až s komplikacemi!

Zřetelné příznaky

- Kašel (i tekutiny)
- Dušení (DC)
- Dávení
- Sípání
- Změny barvy tváře
- Regurgitace
- Delší doba jedení
- Pocit překážky
- Pálení žáhy
- Bolest (stěžuje si)
- Slzení očí
- Rozvoj únavy během jídla
- Drooling
- Obtížné polykání
- Reflux nosem
- Opakované hrudní infekce (!)
- Změny kvality hlasu během jídla (!)

Méně zřejmé příznaky

- ↓ frekv. polykání
- Obtížné žvýkání
- Hromadění potravy v ústech
- Bolest (mlčí)
- Kašel - aspirovanou slinou mimo jídla
- Obtížné polykání
- ↓ příjmu potravy
- Delší čas ponechání sousta v ústech
- Slintání
- Odkašlávání
- Odmítání společného stolování
- Změna frekv. dýchání během příjmu stravy
- Opakovaná plicní on.
- Nevysvětlitelné epizody horečky
- Obstrukce průdušky
- Podvýživa a dehydrat.

Pamatujte

- Příznaky nebývají na první pohled zřetelné – dějí se často jen uvnitř těla
- Staří lidé se o potížích málokdy zmíní – berou je jako přiroz. projev stárnutí
- Rozpoznání obtížné hlavně u osob s poruchou kognitivních fcí a řeči
- Projevy dysfagie mohou být proměnlivé mezi osobami ale i v průběhu času u jediné osoby

CÍLENĚ SE NA OBTÍŽE VYPTÁVEJTE
A BUĎTE VŠÍMAVÍ!

ETIOLOGIE DYSFAGIE (PŘÍČINY)

- Neurologická onemocnění

  (CMP, laterální amyotrofická skleróza, Alzheimerova choroba, demence, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza aj.)
- Nádory, poranění a strukturální změny v oblasti mozku, DÚ, hltanu a jícnu
- Choroby a záněty DÚ, hltanu a jícnu
- Potíže s kousáním (chrup!)
- Nervosvalová onemocnění, myopatie
- Psychiatrická onemocnění

- Iatrogenní příčiny (poranění při lék. výkonu, radioterapie, chemoterapie, intub. tracheostomie, pooperační stavy, medikace...)
- Polyfarmacie, polypragmazie

  (Vedlejší účinky: xerostomie, sedace, myopatie, imunosuprese)
- Změny vyvolané stárnutím
- Infekce

  (záškrt, botulismus, borelióza, syfillis, herpes)
- Metabolické poruchy

  (Amyloidóza, Cushingův syndrom, Wilsonova choroba, Diabetes mellitus aj.)

Na dysfagii pomyslíme u všech onemocnění a stavů, kdy je nějakým způsobem postižena hlava, dutina ústní, hltan, jícen, nervové/mozkové a svalové funkce!

VÝSKYT U SENIORŮ

- (Běžná populace: prevalence 6-16 %)
- Zdraví senioři: 13-33 %
- Po CMP: 29-67 %

  (v akutní fázi i 50-80 %)
- Nádory DÚ, hltanu a hrtanu: cca 72 %
- Demence: až 45%
- Parkinsonova choroba: 82 %
- Alzheimerova choroba: až 84 %
- Ústavní péče: více než 50 %
- Senioři v domácí péči: až 68 %

DŮSLEDKY

- Stravování a čas jídla – důležitý sociální akt

Postižen příjem stravy

↓

Ovlivnění fungování ve společnosti!

- Narušení kvality života v oblasti psychologické, sociální i fyzické
- Nutný komplexní přístup

  (nezaměřovat se jen na důsledky ve fyzické oblasti!)

Důsledky v sociální oblasti

- Sociální izolace
  (neschopnost společenského stravování)
- ↓ příležitost k sociálním interakcím
- Neatraktivní volba a úprava potravin
  (opatření ke snížení rizika)
- Potřeba pomoci
  (neslučitelná se specifickým prostředím)
- Méně času na soc. aktivity
  (prodloužení doby jídla)
- Absence společenských aktivit spojených s významnými životními událostmi
  (narozeniny apod.)

Psychologické důsledky

- Deprese (jedinec i rodina či opatrovníci)
- Úzkost, změny chování během jídla
- Strach ze smrti udušením
- Napětí a konflikty v rodině
- Pocit trapnosti a ztráty důstojnosti
- Emoční únava, pocity viny opatrovníků
- Obavy z doby jídla, odmítání jídla

Fyzické důsledky

- Neadekvátní výživa
- Ztráta hmotnosti
- Dehydratace
- Respirační infekce
- Poruchy kožní integrity
- Poruchy zdraví DÚ
- Potřeba nutriční podpory či EV
- Fyzické vyčerpání jedince
- Únava opatrovníka

Ekonomické důsledky

- Náklady vynaložené na léčbu dysfagie

  Diagnostické a terapeutické výkony, speciální přípravu pokrmů, EV či PV, přístroje na přípravu jídla, specialisté na rehabilitaci, opatrovník/asistent

- Ale hlavně náklady spojené s léčbou onemocnění způsobených důsledky a komplikacemi → další, vyšší náklady...
- → potřeba správné diagnostiky a praxe

KOMPLIKACE

Neléčená dysfagie může vést k život ohrožujícím komplikacím!

- Malnutrice, dehydratace, zvýšené riziko aspirační pneumonie

  (Hrozí zejména u orofaryngeální dysfagie)
- Dysfagie často podceňována, ve srovnání s primární diagnózou brána jako minoritní problém

Malnutrice, dehydratace

- Silný vztah mezi závažností dysfagie a incidencí
- Po CMP spíše ve fázi rehabilitace
- V akutní fázi CMP může být ↓ příjem stravy a tekutin faktorem pozdějšího vzniku malnutrice
- ↓hmotnosti – horší nutriční stav - ↑ riziko infekcí a rozvoje stařecké křehkosti - ↑ mortalita
- Malnutrice zhoršuje dysfagii, která dále prohlubuje malnutrici!

Aspirace

- Vdechnutí do dolních cest dýchacích
- Typicky vlhký bublavý kašel ihned po polknutí, často hlavní příznak
- Sousto či slina může vést k edému
- Častý výskyt u pacientů s cerebrovaskulárními poruchami
- Vysoké riziko pneumonie
- Tichá aspirace: selhání obranných mechanismů dýchacích cest, žádné vnější známky dysfagie

Aspirační pneumonie a aspirační pneumonitida

- A. pneumonie: infekce vyvolaná vdechnutím orofaryngeálního obsahu s patogenními bakteriemi

  x

  A. pneumonitida: zánět vyvolaný vdechnutím sterilního žaludečního obsahu (chemické poškození)

- V rozvoji obou hraje významnou roli stav výživy, u pneumonie i úroveň hygieny DÚ

DIAGNOSTIKA , VYŠETŘOVACÍ METODY

- Široké spektrum příčin – nutný komplexní přístup k diagnostice

- Rutinní screening poruch polykání
- Základní klinické vyšetření polykání
- Specializovaná vyšetření dle výsledku

- Cíl: zhodnotit účinnost a bezpečnost polykání

Screening

- Zdravotní sestra
- Rychlá diagnostika, jednoduché, levné
- Nenahrazuje detailní vyšetření!

  Má podchytit nejzávažnější případy i podezřelé
- Základní zjištění:

  Existuje dysfagie?

  Je nutné, aby pacient podstoupil další vyšetření?

  Je možné zajistit bezpečný perorální příjem?
- Součástí má být i nutriční screening
- EAT-10 (Eating Assessment Tool)

  10 bodů, subj. potíže při polykání

Základní klinické vyšetření

- Lékař, klinický logoped, speciálně školená sestra

- Anamnéza!

  Příčinu dysfagie lze zjistit až u 80-90 % pacientů

  Příznaky, doba trvání, charakter obtíží

  Konzistence stravy, která činí potíže

  Kvalita řeči, poruchy hlasu, vývoj hmotnosti

(Základní klinické vyšetření)

- Vyšetření orální motoriky

  Funkčnost orgánů – svaly, klouby, zuby, symetrie...

- Posouzení orální kontroly a polykání

  Lízátko – manipulace, slinění, polykání, elevace hrtanu, kašel...?

  Kašel / vlhké zvuky: nevhodný příjem stravy!

  Podání sousta – různé konzistence, ale ne tekutiny

- Test polknutí vody (Water Swallow Test)

  Orientačně informuje o aspiraci

  Polykání tekutin je náročnější, než sousta

Specializovaná vyšetření

- Videofluoroskopie (VFSS)

  Průběh polykání

  Rychlé rentgenové snímkování polknuté kontrastní l.

  Diagnostika typu poruchy

  Testování nejvhod. technik optimalizace polykání

- Videoendoskopie (FEES)

  Flexibilním tenkým videoendoskopem se lékař nebo logoped „podívá“ přes nos na polykání

- Obě výhody i nevýhody, doplňují se

+ mnoho dalších, méně častých metod

VFSS:

http://www.youtube.com/watch?v=Ri8bBhw9msQ

FEES:

http://www.youtube.com/watch?v=Z6zRxrBE3ws&list=PLGcRuFBZQ3MrbTXJJpQ0oq6W5SjNLcD2z

PÉČE PŘI DYSFAGII

Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým

- Dysfagiologický tým

  Identifikace, diagnostika, individuální plán péče, KOMUNIKACE!

- Základ:

  ošetřující lékař, zdravotní sestra, klinický logoped, nutriční terapeut

- Další specialisté:

  Gastro, ORL, radiologie, neurologie, plicní lék., geriatrie, psychiatrie, foniatrie, fyzioterapeut, psycholog, protetik, dentální hygienista, farmakolog aj.

Terapie dysfagie

- Individuální plán péče

  správná dieta, rehabilitace, protetická a chir. Léčba

- Kompenzační strategie

  Můžou polykání umožnit nebo alespoň zlepšit

  Pasivní – pacient je příjemce

  Orofaciální stimulace, posturální techniky, režimová opatření, kompenzační pomůcky

- Terapeutické strategie

  Aktivní – pacient se zapojuje; s reálnými sousty

  Polykací manévry

  Obě strategie lze používat i u NGS nebo PEG!

Shrnutí

- Dysfagie = porucha polykání
- Častý symptom mnoha onemocnění objevujících se ve vyšším věku, různá etiologie
- Ovlivňuje schopnost přijímat potravu a tekutiny, tedy i fungování nemocných ve společnosti a rodině
- Četné negativní důsledky v sociální, psychologické i fyzické oblasti
- Neléčená dysfagie může vést až k život ohrožujícím komplikacím

(Shrnutí)

- Časná diagnóza, rehabilitace polykání, zajištění optimální výživy

  ↓

  minimalizace negativních důsledků a výskytu komplikací

- Nutná mezioborová spolupráce, dysfagiologický tým a komunikace!

Děkuji za pozornost.