

Neurologisch bedingte Schluckstörungen

Corinna Rolf &
Dr. phil. Uta Lürßen
Dipl. Sprachheilpädagoginnen

Inhalt

- Begrüßung und Vorstellung
- Die Bedeutung des Schluckens
- Häufigkeit von Schluckstörungen
- Das physiologische Schlucken
- Ursachen einer Schluckstörungen
- Indirekte und direkte Symptome von Schluckstörungen
- Folgen und Gefahren von Schluckstörungen
- Voraussetzungen für eine orale Nahrungsaufnahme
- Diagnostik und Therapie bei Schluckstörungen
- Orale Nahrungsaufnahme bei Schluckstörungen

Die Bedeutung des Schluckens

- Schlucken ist lebensnotwendig
- Schlucken ist selbstverständlich. Wir schlucken bis zu 1000 mal täglich und benutzen dazu etwa 50 Muskeln
- Physiologisches Schlucken ist notwendig, um die unteren Atemwege zu schützen
- Im Kehlkopf überkreuzen sich Speise- und Luftweg – deshalb müssen die neuromuskulären Transportaktivitäten wohlkoordiniert funktionieren

Die Bedeutung des Schluckens

- Schwere und anhaltende Schluckstörungen können lebensbedrohlich sein
- Nicht mehr schlucken zu können vermindert die Lebensqualität erheblich
- An die Stelle von Genuss beim Essen und Trinken tritt die Angst vor dem Verschlucken
- Essen in Gesellschaft wird vermieden
- Wer nicht mehr schlucken kann, ist auf apparative und / oder therapeutische und auf diätetische Maßnahme angewiesen

Häufigkeit von Schluckstörungen

- 30 bis 40% der Bewohner in Pflegeheimen
- 55% der Patienten mit Schlaganfall. In der Akutphase sind es etwa 80%.
- 50% der Patienten mit Morbus Parkinson
- 30 bis 35% der Patienten in neurologischen Reha-Kliniken
- 12 bis 20% der Patienten in allgemeinen Krankenhäusern
- bis zu 20% der Patienten mit erlittener Hirnschädigung sterben im 1. Jahr an einer Aspirationspneumonie

Das physiologische Schlucken

- Die klassische Einteilung erfolgt in 4 Schluckphasen

Orale Vorbereitungsphase

- Aussehen, Geruch und Geschmack einer Speise aktiviert Speichel- und Magensaftproduktion.
- Die Nahrung wird im Mundraum „schluckfertig“ gemacht

Das physiologische Schlucken

Orale Phase

- Die Nahrung wird am Gaumen nach hinten geschoben
- Die Zungenspitze senkt sich und der Zungenrücken hebt sich und drückt die Nahrung nach hinten.
- Lippen- und Kieferschluss bewirkt, dass die Nahrung nicht aus dem Mund herauskommt
- Die orale Phase endet mit der Schluckreflexauslösung
- Diese ersten beiden Phasen verlaufen automatisiert - eine willkürliche Beeinflussung ist jedoch jederzeit möglich

Das physiologische Schlucken

Pharyngeale Phase

- Die Phase beginnt mit der Schluckreflextriggerung und endet wenn der Nahrungsbolus den oberen Ösophagussphinkter passiert hat
- Die Reflexauslösung hat komplexe Bewegungskette zur Folge
- Das Gaumensegel hebt sich und verschließt den Nasenraum
- Der Kehlkopf wird nach vorne gezogen
- Der Larynxverschluss passiert an drei Stellen
 - 1. Stimmlippenverschluß
 - 2. Taschenfaltenverschluß und
 - 3. Epiglottiskippung

Das physiologische Schlucken

- Kontraktion der Rachenmuskeln und der Schlundschnüerer
- Der Speiseröhreneingang muss sich zeitgerecht weit genug öffnen
- Die Öffnungsweite ist abhängig von:
 1. dem Eigengewicht des Nahrungsbolus
 2. der Zungenschubkraft als Kraftgenerator
 3. der Kehlkopfhebung nach vorne mit der Wirkung eines Unterdrucks / einer Sogwirkung nach unten
 4. der Kontraktion der Rachenmuskulatur

Das physiologische Schlucken

- Diese Faktoren bewirken den so genannten oropharyngealen Saugpumpenstoß
- Dieser bewirkt einen Druck / Sog am Ende des Nahrungsbolus
- Die pharyngeale Phase funktioniert rein reflektorisch, kann aber durch Schlucktechniken in einer Dysphagietherapie beeinflusst werden

Das physiologische Schlucken

Ösophageale Phase

- Transport des Nahrungsbolus durch die Speiseröhre
Beginn: oberer Ösophagussphinkter, Ende: unterer Ösophagussphinkter
- Die Nahrung wird in peristaltischen Wellen nach unten befördert
- Die Steuerung erfolgt durch das vegetative Nervensystem
- Eine Beeinflussung ist in dieser Schluckphase durch Therapie nicht möglich
- Die Behandlung erfolgt nur medikamentös oder chirurgisch



Indirekte und direkte Symptome von Schluckstörungen

Indirekte Symptome sind folgende

- Fieber (unklarer Ursache)
- Gewichtsabnahme (unklarer Ursache)
- Veränderungen der Stimme
- Veränderung der Körperhaltung und oder Kopfhaltung beim Schlucken
- Verstärkte Verschleimung
- Räusperzwang und häufiges Husten
- Fremdkörpergefühl im Hals

Indirekte und direkte Symptome von Schluckstörungen

Direkte Symptome, die unmittelbar mit dem Schlucken in Verbindung stehen sind folgende

- Husten vor dem Schlucken
- Schmerzen beim Schlucken
- Schmerzen in der Herzgegend
- Speichel und Nahrung laufen aus dem Mund
- Nahrung kommt aus der Nase heraus
- Erschwerte und verlangsamte Nahrungsaufnahme
- Nahrungsrückstände im Mundraum
- Ausspucken von Nahrung
- Husten während der Nahrungsaufnahme
- Gurgelndes Atemgeräusch
- Gurgelnder Stimmklang
- Kein sichtbarer oder tastbarer Schluckreflex

Folgen und Gefahren einer Schluckstörung

- Unterernährung
- Austrocknung
- Mangelernährung
- Gewichtsverlust
- Penetration: Eindringen von Speichel oder Nahrung bis zur Stimmlippenebene
- Aspiration: Eindringen von Speichel / Nahrung unter die Glottisebene in die Trachea
- Aspiration und Penetration führen zum Hustenreflex, gurgelndem Atemgeräusch und / oder gurgelndem Stimmklang
- Aspirationspneumonien

Folgen und Gefahren einer Schluckstörung

- Prädeglutitive Aspiration: Speichel und / oder Nahrung gelangen vor der Reflexauslösung in den noch offenen Kehlkopf (Gründe: gestörte orale Boluskontrolle, gestörter oraler Bolustransport, verzögerte oder fehlende Reflexauslösung)
- Intradeglutitive Aspiration: Speichel und / oder Nahrung gelangen während des Schluckens in den Kehlkopf (Gründe: eingeschränkter laryngealer Verschluss, eingeschränkte Kehlkopfhebung)
- Postdeglutitive Aspiration: Speichel und / oder Nahrung gelangen nach dem Schluckreflex in den wieder geöffneten Kehlkopf. Speichel oder Nahrung werden ungenügend geschluckt oder stauen sich auf (Gründe: eingeschränkt arbeitende Muskulatur an der Zungenbasis und im Kehlkopf, eingeschränkte Kehlkopfhebung und / oder der Ösophagussphinkter)
- Stille Aspiration: Speichel und / oder Nahrung gelangt ohne Schutzreflexe unter die Glottisebene und weiter in die Lunge (Gründe: fehlende Sensibilität von Kehlkopf und Trachea)

Voraussetzungen für eine orale Nahrungsaufnahme

- Schutzreflexe müssen vorhanden sein ⇒ Räuspern, Husten
- Schutzreflexe müssen bewusst und kräftig auslösbar sein
- Der Patient muss seinen Speichel problemlos und korrekt schlucken können
- Der Patient muss wach, orientiert und ansprechbar sein
- Der Patient muss auf Ansprache und Anweisungen adäquat reagieren können
- Der Patient muss mindestens 20 Minuten aufrecht sitzen können
- **Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, bekommt der Patient keinesfalls Nahrung oder Flüssigkeiten auf oralem Weg!**
- Bei Patienten mit Dysphagien auf Akut- oder Intensivstationen, bei denen diese Voraussetzungen länger als einen Tag nicht gegeben sind, wird entweder ein zentraler Venenzugang oder eine nasogastrale Sonde gelegt

Voraussetzungen für eine orale Nahrungsaufnahme

- Sind diese Voraussetzungen gegeben, müssen vor der oralen Nahrungsgabe...
- eventuelle Hilfsmittel wie Brille, Hörgerät und Prothese kontrolliert und verwendet werden
- Orale Nahrungsaufnahme im Bett
 - Aufrecht sitzend, mindestens im 75° Winkel
 - Knie leicht anwinkeln
 - Kopf eher nach vorne neigen als nach hinten
- Orale Nahrungsaufnahme im Sitzen
 - auf einem Stuhl sitzend im 90° Winkel
 - beide Füße flach auf den Boden stellen
 - Hüfte nach vorne aufrichten
 - Knie gebeugt
 - Kopf eher nach vorne neigen als nach hinten

Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen

- Die Diagnostik von Dysphagien erfolgt durch Ärzte, Sprachheilpädagogen und Logopäden
- Man unterscheidet:
 - Klinische Diagnostik
 - Endoskopische Diagnostik
 - Radiologische Diagnostik
- Das diagnostische Vorgehen richtet sich danach, ob
 - Patienten akute oder chronische Schluckstörungen haben
 - Patienten mit einem Tracheostoma versorgt sind
 - Patienten Vigilanzeinschränkungen haben

Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen

- Die klinische Diagnostik bei akuten Dysphagien muss vor den ersten Schluckversuchen folgende Fragen umfassen:
 - Art, Ausmaß und Dauer einer Erkrankung,
 - Temperaturerhöhungen,
 - Entzündungsparameter und
 - Hinweise auf eine bereits bestehende Pneumonie
- Die Antworten können Hinweise auf eine Stille Aspiration liefern

Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen

- Vor der ersten oralen Nahrungsgabe (auch Wasser in kleinsten Mengen) stehen weitere diagnostische Fragen nach
 - der Vigilanz
 - dem Antrieb
 - dem Sprachverständnis und sprachlichem Reaktionsvermögen
 - der Körperhaltung
 - dem Körpertonus, facio-orale Muskulatur inbegriffen
 - dem Zahnstatus
 - den Schutzreflexen
 - der oralen und oropharyngealen Sensibilität
 - der Phonationsqualität
 - der Fähigkeit Speichel zu schlucken
 - Tracheostoma, Trachealkanüle
 - der bisheriger und derzeitiger Ernährung

Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen

- In Abhängigkeit dieser diagnostischen Parameter wird gegebenenfalls eine orale Nahrungseingabe versucht
- Wenn der Patient seinen Speichel anhaltend nicht korrekt und zeitgemäß schlucken kann, wird jede orale Nahrungsgabe nicht weiter versucht, sondern eine Sondenlegung in Erwägung gezogen
- Die erstmalige orale Nahrungseingabe erfolgt ausschließlich mit einer gefärbten, gekühlten und breiigen Konsistenz in kleinster Menge, günstigenfalls Götterspeise; Menge: einen ½ Teelöffel
- Erste Schluckversuche werden niemals mit Flüssigkeiten oder gar festen Speisen (z.B. Brotstückchen, Obststück o.ä.) getätigt

Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen

- Während des Schluckens werden folgende Parameter beurteilt
 - Mundschluß
 - Orale Boluskontrolle, -transport und -platzierung
 - Auslösung des Schluckreflexes
 - Larynxellevation
 - Phonationsqualität und Phonationsveränderungen
 - Auslösbarkeit der Schutzreflexe
- Die Zusammenfassung aller diagnostischen Parameter und Befunde können zu
 - einem Therapieplan
 - Empfehlungen der Ernährungsform (oral oder Sondenernährung)
 - Festlegung eines Kostplans
 - Empfehlungen für Eß- und Trinkhilfen
 - führen evt. zu endoskopischen oder radiologischen Diagnostik
- In der Akutphase von Dysphagien ist eine tägliche Verlaufsdagnostik unerlässlich

Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen

- Die Auswahl, Kombination oder Modifikation der therapeutischen Methoden werden individuell auf jeden Patienten zugeschnitten
- Das Ziel ist bei allen Patienten immer die vollständige oder teilweise Wiederherstellung der gestörten Schluckfunktion.
 - Stimulationstechniken (F.O.T.T., FDT, PNF, ORT)
 - Schlucktechniken
 - tonusregulierende Maßnahmen mit mechanischen, thermischen oder taktilen Reizen
 - Haltungs- und Tonusregulation nach Bobath

Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen

- Motorische Methoden, z.B. Erarbeitung des willentlichen Zugriffs auf Bewegungs- und Schluckmuster
- Training der Larynxelevation
- Phonations- und Artikulationstraining
- Wahrnehmungstraining
- Therapeutische Mundpflege
- Therapeutisches Essen

Orale Nahrungsaufnahme bei Schluckstörungen

- Patienten mit einer Dysphagie sind immer auf eine Therapie angewiesen
- Bei Patienten mit einer Dysphagie ist eine enge Absprache zwischen Therapeut(in) Pflegepersonal und / oder Angehörigen unerlässlich
- Der Kostplan und Therapieplan müssen unbedingt eingehalten werden
- Die Beobachtung oder Begleitung des Patienten während der Nahrungsaufnahme ist anfangs dringend notwendig
- 'Eine Dysphagie geht nicht von selbst wieder weg!'
- In der Akutphase sind spontane Verbesserung jedoch häufig.
- In der Akutphase findet eine engmaschige Verlaufsdagnostik statt

Orale Nahrungsaufnahme bei Schluckstörungen

- Prinzipiell gilt für die orale Nahrungsgabe bei Patienten mit einer Dysphagie folgendes
- Stets im Sitzen / im Bett in aufrechter Sitzposition essen
- Bei bestehenden (leichten) Dysphagien oder bei akuter Gefahr des Verschluckens müssen immer breiige Konsistenzen angeboten werden
- Passierte Kost ist am leichtesten zu schlucken
- Wenn bei breiigen Konsistenzen Schluckstörungen auftreten, muss die orale Nahrungsgabe eingestellt und immer eine ärztliche und logopädische Diagnostik eingeholt werden

Orale Nahrungsaufnahme bei Schluckstörungen

- Medikamente am besten mörsern und einrühren
- Bei der Nahrungsgabe nie verschiedene Konsistenzen mischen (z.B. Joghurt mit Fruchtstückchen oder Suppe mit Einlage)
- Nach Möglichkeit sollte der Patient Speisen und Getränke selbständig zum Mund führen
- Die Patienten sollten sich vor dem Essen auf die Speisen einstellen können, d.h. sie sehen und riechen können
- Beim Füttern dem Patienten Zeit zum Schlucken und Nachschlucken lassen
- Patienten während des Schluckens nicht ablenken

Orale Nahrungsaufnahme bei Schluckstörungen

- Flüssigkeiten sind am schwierigsten zu schlucken
- Flüssigkeiten deshalb leicht andicken, löffeln oder aus dem Strohhalm trinken
- Flüssiges ist schwer kontrollierbar
- Flüssiges hat eine schnelle Fließgeschwindigkeit
- Flüssiges läuft leicht hinab, bevor der Schluckreflex eingeleitet ist
- Flüssigkeiten nicht im Schnabelbecher reichen
- Feste Konsistenzen, d.h. Vollkost (Brot, Obst, Fleisch, Gemüse usw.) bekommt ein Patient erst, wenn bei breiigen und flüssigen ($\frac{1}{2}$ Glas Wasser in einem Zug) Konsistenzen das Schlucken korrekt und nachhaltig unproblematisch ist. Es darf zu keiner Zeit Husten, Räuspern oder veränderter Stimmklang auftreten. Der Patient muss zudem Speisereste in seinen Wangen mit der Zunge entfernen und nachschlucken können.
- Die Umstellung auf feste Konsistenzen muss immer diagnostisch begleitet werden.

Kontakt Daten

Corinna Rolf

Dr. phil. Uta Lürßen

Logorobo@gmx.de

Luerssen@surfeu.de

Praxisgemeinschaft für
Logopädische Therapie

Riesstraße 60a
27721 Ritterhude

Tel: 04292 / 4550

Fax: 04292 / 810378