Screening poruch polykání – zkušenosti se zaváděním screenigu u pacientů s neurologickými nemocemi

**Mgr. Marie Kaniová, Ph.D.^{1,3}, Mgr. Barbora Kopecká¹, MUDr. Karol Zeleník, Ph.D.^{1,4},
doc. MUDr. Michal Bar, Ph.D., FESO^{2,5}, MUDr. Barbora Kurková², MUDr. Pavel Ressner, Ph.D.^{2,5},
prof. MUDr. Pavel Komínek, Ph.D., MBA^{1,4}**

¹Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Ostrava

²Neurologická klinika Fakultní nemocnice Ostrava

³Katedra ošetřovatelství, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

⁴Katedra kraniofaciálních oborů, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

⁵Katedra interních oborů, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

Poruchy polykání mohou vést k řadě zdravotních komplikací. Riziko dysfagie nemusí být u pacienta vždy odhaleno, a proto se k zachytu pacientů s možnými poruchami polykání užívají různé screeningové metody. Ve Fakultní nemocnici Ostrava byl na Neurologické klinice proveden screening poruch polykání v roce 2013 u 1 051 pacientů. Využíván byl screening dle Mandysové (screening poruch polykání sestrou). Tato metoda spočívá v osmi jednoduchých, snadno proveditelných a opakovatelných krocích. Autoři v příspěvku shrnují své zkušenosti se screeningem poruch polykání, praktický postup při zavádění screeningu a výsledky screeningu. Současně identifikují kritická místa screeningu.

Klíčová slova: poruchy polykání, screening poruch polykání, dysfagiologický tým.

Dysphagia screening – experiences with introduction of dysphagia screening in patients with neurological disorders

Swallowing disorders can lead to many health complications. Dysphagia is not always recognized, therefore screening methods are used for detection of patients with potential swallowing problems. Overall, 1051 adult patients underwent screening for swallowing disorders at Department of Neurology, University Hospital of Ostrava during 2013. The screening was performed using the tool "Screening of swallowing disorders by nurse" introduced by Mandysova. This screening consists of a few simple, easily workable and repeatable steps. In the article authors refer about their experience with implementation of screening of swallowing disorders, point out the problem areas and summarize screening results.

Key words: swallowing and feeding disorders, screening of dysphagia, dysphagia team.

Úvod

Poruchy polykání jsou častým problémem u neurologických pacientů. Porucha polykání (dysfagie) spočívá v poruše transportu slin, tekutin, tuhé stravy různé konzistence nebo léků (Tedla, 2009). Nejvyšší výskyt dysfagie je udáván u dospělých pacientů s cévními mozko-
vými příhodami, kdy zvláště u cévních mozko-

vých příhod v akutní fázi – má až 80 % pacientů poruchy polykání; dále u demencí (až 93 %), myastenii gravis (15–45 %), Parkinsonovou chorobou (35–80 %), amyotrofickou laterální sklerózou (60–80 %), roztroušenou sklerózou (40–45 %) (Tedla, 2009) (Dziewas et al., 2008). Poruchy polykání nejsou vždy zřejmé na první pohled. Může se jednat o tiché aspirace, které

se navenek nijak nedemonstrují. Je prokázáno, že dysfagie bývá často poddiagnostikovaná, málo se na ni myslí a porucha polykání odborníky odhalena není (Martino et al., 2012). Studie potvrzují, že existence formálních screeningových metod ve zdravotnických zařízeních vede ke snížení výskytu pneumonií v porovnání s nemocnicemi, kde se screening dysfa-

Obr. 1. Screening poruch polykání sestrou – položka č. 2 „schopnost zatnout zuby“ **Obr. 2.** Screening poruch polykání sestrou – položka č. 3 „symetrie/síla jazyka“

gií nepoužívá (Lakshminarayan et al., 2010). Výskyt pneumonií zde klesl z 6,5 % na 2,8 %, tedy o 57 % (Titworth et al., 2013).

Cílem sdělení je prezentace zkušeností se zaváděním screeningu poruch polykání dle Mandysové na Neurologické klinice Fakultní nemocnice Ostrava (FNO).

Metodika

Screening poruch polykání byl prováděn od ledna 2013 do prosince 2013 na Neurologické klinice FNO. Cílem projektu bylo vytvořit systém detekce pacientů s poruchou polykání a vyčlenit ty, kteří vyžadují další opatření – speciální vyšetření polykacího aktu, logopedickou péči a úpravu stravy. Do screeningu se krom sester zapojil celý dysfagiologický tým složený z neurologa, klinického logopeda, ORL lékaře, nutričního terapeuta, fyzioterapeuta a radiologa.

Tab. 1. Screening poruch polykání sestrou – příklad pacienta s poruchou polykání (Mandysová, 2012)

Položka*	ANO	NE
1. Schopnost zakašlat	X	
2. Schopnost zatnout zuby	X	
3. Symetrie/síla jazyka	X	
4. Symetrie/síla svalů tváře	X	
5. Symetrie/síla ramen	X	
6. Dysartrie	X	
7. Afázie		X
8. Zahuštěná tekutina: kašel	X	

* Je-li ≥1 výsledek abnormální: pacient má pravděpodobně dysfagii; „ANO“ je abnormální u položek 6–8. „NE“ je abnormální u položek 1–5.

Obr. 3. Screening poruch polykání sestrou – položka č. 4 „symetrie/síla svalů tváře“

Ke screningu byla používána metoda dle Mandysové (Mandysová, 2012) (tabulka 1, obrázky 1–3). Výhodou tohoto osmipoložkového testu, který je prováděn sestrou, je především skutečnost, že je jednoduchý, časově a ekonomicky nenáročný a opakovatelně proveditelný. Jako jediný ze screeningů poruch polykání je tento screening validizovaný i v ČR (Mandysová, 2015). Vyšetření pacienta včetně záznamu trvá v průměru pět minut. V případě pozitivního výsledku screeningu je kontaktován ošetřující lékař a dále klinický logoped.

Indikací k zařazení do studie byli pacienti s cévní mozkovou příhodou (ischemickou i hemoragickou), pacienti s Parkinsonovou nemocí a všemi parkinsonskými syndromy – dle diagnostiky neurologa, Huntingtonovou chorobou, amyotrofií, laterální sklerózou, myastenií gravis, dále choroby s projevy kmenové léze, pacienti ve věku nad 65 let a pacienti před ukončením režimu nazogastrické sondy. Pacienti intubovaní, s poruchou vědomí, či pro jiný problém, např. silný motorický neklid nebo delirantní stav neschopní spolupráce, byli posuzováni automaticky jako dysfagičtí.

Screening byl prováděn sestrami a výsledky screeningu byly zapisovány do záznamového formuláře. Ošetřující lékař a klinický logoped byli kontaktováni v okamžiku, kdy byl pacient ve screeningu vyhodnocen jako pozitivní (pacient se zvýšeným rizikem dysfagie). Klinický logoped následně provedl logopedické vyšetření polykání, při kterém byla posuzována přítomnost narušené komunikační schopnosti (afázie, dysartrie, kognitivně komunikační porucha), schopnost spolupráce, volní expektorace, motorika orofaciální oblasti, hlas, polykání nezahuštěné tekutiny. Narušení fatických funkcí bylo zjišťováno bed-side testem MAST (Košťálová, 2016), diagnostika dysartrie prováděna pomocí subtestu Faciokineze testové baterie Dysartrický profil Test 3F (Roubíčková, 2011), polykání pomocí Testu polykání vody (Kubota, 1982). Výsledkem logopedického vyšetření byl závěr, zda má pacient potvrzené dysfagické potíže či nikoliv. Pokud polykací potíže byly přítomny, byla navržena terapie (úprava stravy, bilance příjmu tekutin, polykací manévry atd.), popřípadě bylo doporučeno speciální vyšetření polykacího aktu (vyšetření polykání flexibilním endoskopem). Současně bylo provedeno viditelné označení lůžka pacienta nápisem „Pacient s poruchou polykání“. Tato velmi důležitá informace byla určena pro veškerý ošetřující personál i rodinné příslušníky. O výsledcích vyšetření klinického logopeda byl informován ošetřující lékař, střední zdravotnický personál, případně nutriční terapeut.

Výsledky

V roce 2013 bylo na Neurologickou kliniku FNO přijato celkem 2 986 pacientů. Screening poruch polykání byl proveden u 1 051 pacientů. Screening byl negativní (pacienti bez rizika dysfagie) u 662/1 051 (62,9 %) pacientů, pozitivní (pacienti s rizikem dysfagie) u 381/1 051 (36,2 %) pacientů. Z 381 pacientů pozitivních ve screeningu bylo 165/381 (43,3 %) pacientů dysfagických,

Tab. 2. Výsledky screeningu poruch polykání na Neurologické klinice za rok 2013

Celkem přijatých pacientů na Neurologickou kliniku	2 986
Celkem screeningů	1 051
Negativní screening (pacienti bez rizika dysfagie)	662
Pozitivní screening (pacienti s rizikem dysfagie)	389
Skutečné dysfagické obtíže na základě logopedického vyšetření	165
Logopedická rehabilitace	101
Vyšetření polykání flexibilním endoskopem	12

Tab. 3. Dysfagie u neurologických onemocnění (dle Lowe et Web, 2009)

Neurologické onemocnění	Typický symptom	Výskyt až
Cévní mozková příhoda	největší riziko v akutním stadiu časté aspirace, tiché aspirace kognitivní a dorozumívací deficit	37–78 %
Roztroušená skleróza	abnormální chuťové vjemy oslabení koordinace svalových skupin různé typy a stupně postižení	44 %
Amyotrofická laterální skleróza	narušená kontrola jazyka aspirace před polknutím rychlá progresse často PEG	60–80 %
Parkinsonova nemoc	vypádnutí sousta z úst (drooling) vlnivý pohyb jazyka (rocking) nedomykavost hlasivek třes znemožňuje samostatné sebesycení	80 %
Myastenia gravis	oslabení svalů žvýkacích vyhaslý dávivý reflex odynofagie nadměrná unavitelnost svalů jazyka, měkkého patra a jícnu	15–45 %

jak potvrdil klinický logoped svým vyšetřením. Intenzivní logopedická terapie probíhala u 101 pacientů. Vyšetření polykání pomocí flexibilního endoskopu bylo provedeno během hospitalizace u 12 pacientů (tabulka 2).

Diskuze

Do roku 2013 bylo na Neurologické klinice FNO používáno k detekci poruchy polykání pouze empirické pozorování pacienta při příjmu potravy. Nevýhodou tohoto postupu je, že neumožňuje konkretizovat nebo kvantifikovat ani postup ani výsledek takového pozorování a záleží jen na zkušenosti a úsudku. Výhodou screeningu poruch polykání dle Mandysové je jeho konkrétní postup, časová nenáročnost, opakovatelnost a jednoduchost. Screeningová metoda dle Mandysové je vysoce senzitivní – u pacientů s neurologickým onemocněním až v 95,5 % (Mandysová et al., 2012). Mandysové screeningovou metodu jsme využívali v době, kdy většina pracovišť ještě screening poruch polykání neprováděla. V současnosti je na neurologických klinikách doporučeným postupem u pacientů v akutním stadiu cévních

mozkových příhod GUSS (Václavík et al., 2015). GUSS (The Gugging Swallowing Screen, Trapl et al., 2007) má 100 % senzitivitu, posuzuje závažnost poruchy polykání, jeho výhodou je, že na základě výsledku vyšetření je možné dysfagii kvantifikovat a doporučit vhodná opatření pro pacienta. Jeho nevýhodou je naopak časová náročnost.

Cílem naší studie bylo nicméně detekovat poruchy polykání i u jiných rizikových pacientů než u pacientů s cévní mozkovou příhodou, např. pacientů s amyotrofickou laterální sklerózou, Parkinsonovou chorobou, roztroušenou sklerózou, myastenii gravis a dalšími (Zeleník, 2013). U těchto neurologických onemocnění je častý výskyt dysfagických obtíží a provází je typická symptomatika polykacích potíží (Russell et Webb, 2009; tabulka 3). Cílem bylo vyselektovat pacienty, u nichž bylo indikováno logopedické vyšetření směřující k určení bližší poruchy polykání a doporučení dalšího postupu.

Fakultní nemocnice Ostrava je spádovým zařízením, ze kterého pacienti po překonání akutního stadia bývají časně dimitováni do zařízení v regionu. Proto mnohdy nebylo možné

– krom dysfagiologického vyšetření – provádět systematickou terapii klinickým logopedem (165 dysfagických/101 terapie). Pacienti přesto odcházeli se základními doporučeními nutnými pro další léčebný postup.

Také počet pacientů vyšetřených pomocí flexibilní endoskopie byl nižší. Důvodem byla skutečnost, že v době zavádění screeningu nebyl k dispozici mobilní flexibilní endoskop, který by umožňoval vyšetření dysfagického – často imobilního – pacienta u lůžka. Je tedy při zavádění screeningu nutno zohlednit i přístrojové vybavení.

Screening dle Mandysové vykazuje relativně vysokou míru falešně pozitivních výsledků, což potvrdila i naše zkušenost. Z hlediska kvality péče o pacienta je ale možno tento fakt hodnotit kladně. Vyšší počet vyšetřených pacientů znamená menší pravděpodobnost, že se dysfagie poddiagnostikuje.

Optimální by bylo provádění screeningu poruch polykání u všech hospitalizovaných pacientů. Zavádění screeningu poruch polykání do nemocnic je dlouhodobý projekt, který vyžaduje spoustu práce, edukaci sester ale i lékařů a mezioborovou spolupráci. Za důležité považujeme i zpětnou vazbu pro vyšetřující, jaký dopad screening měl. Tímto opatřením lze personál provádějící screening motivovat a získat je pro projekt screeningu.

Jsmen však přesvědčení, že zavedení screeningu povede ke zlepšení péče a snížení komplikací u pacientů. Již nyní v naší nemocnici pozorujeme zvýšené povědomí o poruchách polykání. Projekt vedl ke zlepšení spolupráce mezi neurology, ORL lékaři, klinickými logopedy, středním zdravotnickým personálem, fyzioterapeuty a všemi ostatními členy týmu.

Závěr

Screening poruch polykání sestrou dle Mandysové je vhodný nástroj pro snadné provádění screeningu u velkého počtu pacientů.

Zavádění screeningu poruch polykání do praxe je dlouhodobý proces, při kterém narazí dysfagiologický tým na řadu kritických míst (nedostatek personálu, chybějící vybavení, statistické hodnocení výsledků, nedostatečná opatření při zjištění poruchy polykání a další).

LITERATURA

1. Dziewas R, Warnacke T, Öhlenberg S, Teismann I, Zimmermann J, Krämer C, Ritter M, Ringelstein EB, Schäbitz WR. To-

wards a basic endoscopic assessment of swallowing in acute stroke – development and evaluation of simple dysphagia

score. *Cerebrovasc Dis* 2008; 26: 41–47.

2. Košťálová M. Screening afázie: MASTcz: MASTcz: česká ver-

- ze The Mississippi Aphasia Screening Test (MAST). Fakultní nemocnice Brno. [cit. 2016-13-06]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>.
3. Kubota T, Mishima H, Hanada M, Minami I, Kojima Y. Paralytic dysphagia in cerebrovascular disorder screening tests and their clinical application. *General Rehabilitation*. 1982; 10: 271–276.
 4. Lakshminarayan K, Tsai AW, Tong X, Vazquez G, Peacock JM, George MG, Luepker RV, Anderson DC. Utility of dysphagia screening. Results in Predicting Poststroke Pneumonia. *Stroke* 2010; 41(12): 2849–2854.
 5. Mandysová P, Ehler E, Škvrňáková J, Černý M, Kotulek M. Tvorba osmipoložkového testu pro screening poruch polykání sestrou. *Ošetrovatelstvo* 2012: 1338–6263.
 6. Mandysová P, Ehler E, Škvrňáková J, Černý M, Bártová I, Pellant A. Development of the brief bedside dysphagia screening test – revised: a cross-sectional Czech study. *Acta Med*. 2015; 58: 49–55.
 7. Martino R, Martin RE, Black S. Dysphagia after stroke and its management. *CMAJ* 2012; DOI: 10.1503.
 8. Roubíčková J, Hedánek J. Test 3F: Dysartrický profil. Praha: Galén 2011.
 9. Russel JL, Webb WG. *Mozek a řeč*. 1st ed. Praha: Portál 2009.
 10. Tedla M, Bunová B, Ehler E, Grofová Z, Gross RD, Hanzelová J, Hegyi L, Hristovski G, Chrobok V, Kliment M, Komínek P, Mandysová P, Tedlová E, Vaňatka R, Zeleník K. *Poruchy polykání*. 1st ed. Havlíčkův Brod: Tobíáš 2009.
 11. Tittsworth LW, Abram J, Fullerton A, Hester J, Guin P, Walters MF, Mocco J. Prospective quality initiative to maximize dysphagia screening. reduces hospital-acquired pneumonia prevalence in patients with stroke. *Stroke*. 2013; 44: 3154–3160.
 12. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, Brainin M. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke* 2007; 38(11): 2948–2952.
 13. Václavík D, Solná G, Lasotová N, Lebedová Z, Hofmanová J, Baborová E, Komínek P, Novák F, Neubauer K. Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě. *Standard léčebného plánu*. *Cesk Slov Neurol N* 2015; 78/111(6): 721–727.
 14. Zeleník K, Čáp P, Chlumský J, Vitek P. *Mimodýchňové projevy refluxní choroby*. 1st ed. Havlíčkův Brod: Tobíáš 2013.