

Diszfágiás betegek ellátásának modern szemlélete

Németh Mariann – Dénes Zoltán

OMINT – Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

nemethmariann@gmail.com

Összefoglaló

Írásunk célja az idegrendszeri (vagy neurológiai) károsodás következtében kialakuló nyelészavarokkal küzdő kliensek diszfágia-menedzsmentjének bemutatása. Az ismeretek bővülése a kórképről és a funkcionális szemléletmód, melyben a diszfágiákról gondolkodunk, egy paradigmaváltást eredményezett a tudományterületen. A megváltozott, funkcionális személetben képesek vagyunk holisztikusan vizsgálni és kezelni a nyelészavaros pácienseket, ezáltal tudjuk, személyre szabva végezni a kliensek menedzsmentjét.

Ez a novum holisztikus, személyre szabott funkcionális szemlélet teszi lehetővé, hogy valójában facilitálni tudjuk a funkciózavarok csökkentését, a megmaradt képességek fejlesztését és a hétköznapiakban történő minél magasabb szintű alkalmazását, vagyis a rehabilitációt magát.

Kulcsszavak: diszfágia, diszfágia-menedzsment, rehabilitáció, paradigmaváltás

Bevezetés

Az idegrendszeri károsodás következtében kialakuló diszfágiás kliensek száma folyamatos növekedést mutat. Ennek hátterében döntően a stroke-betegek számának növekedése áll, rehabilitációra kerülő páciensek száma 13 000–15 000 között van Magyarországon évente (Dénes és mtsai 2017, Cohen és mtsai 2016). Az idegsebészeti beavatkozások és az intenzív ellátás sikeressége, az akut ellátás fejlődése a funkciózavarral küzdők számát növeli, aminek következtében egyre súlyosabb állapotú páciensek maradnak életben és kerülnek rehabilitációra (Alheshmi 2010). További tényező, hogy az akut ellátás után a rehabilitációs osztályra átvétel kezd előrébb tolni, tehát a korai rehabilitációs tendencia előtérbe kerülése is prevalencia-növekedést okoz a kórkép tekintetében (Németh és mtsai 2018). A diszfágiás betegek különböző szakirodalmi írásokban található eltérő megjelenési aránya hátterében az agykárosodástól eltelt idő differenciája és az aktuálisan vizsgált betegpopuláció minőségi jellemzői is állnak. Általánosságban azonban megfogalmazható, hogy az agysérült kliensek egyharmadánál számolnunk kell a kórkép megjelenésével (Chilukuri, Odufalu és Hachem 2018).

A nem diagnosztizált vagy nem megfelelően menedzselt kliensek esetén, több szinten kell számolnunk a szövődmények megjelenésével. Az egyén szintjén a rehabilitáció sikerességét akadályozó/gátló vagy életet veszélyeztethető szövődmények jelentkezhettek, mint az aspirációs pneumónia, a dehidráció, a malnutrició, a szarkopénia (Mészáros és Hacki 2013). A fizikai következményeken túl pedig jelentős mentális megterheltséget okoz a nyelészavarral való megküzdés, aminek permanens megléte vezethet depresszált állapothoz, szociális izolációhoz, alapszükségletek szintjén megrekedő, beszűkült gondolkodásmóddhoz (Britton, Karam és Schindler 2018).

Az egyén szintjén túl az egészségügyi ellátórendszer tekintetében jelentős pluszkiöltséget és a kórházi ágyak nem optimális kihasználását tekinthetjük további következménynek, hiszen a nem tervezett, azonban szükségszerűvé vált pluszvizsgálatok és gyógyszeres kezelések, melyet az egyéni szinten már említett szövődmények hívnak magukkal, indokolatlanul terhet jelenthetnek a betegellátó osztályoknak. Emellett tapasztalható az a tendencia, hogy a kliensek rehabilitációja elnyúlik, így a rehabilitációba bekerülők számának korlátozottságát is okozza (Dénes 2004).

Képzési változások

A diszfágiás kliensek szakszerű ellátásának igénye, a nemzetközi protokollok alakulása és a tudományág ismeretanyagának bővülése vezetett oda, hogy az aktuálisan épp átalakuló logopédiai képzésben megjelenjen a diszfágia logopédiai menedzsmentjének oktatása, melyre 2019-ben az ELTE BGGYK Logopédiai rehabilitációs szakirányú képzésében került először sor. Ennek keretein belül a hallgatók elméleti ismeretek mellett, hospitálás és gyakorlati munkaforma által adta lehetőségekkel sajátították

el a szükséges tudást. Ezt követően a 2020. év tavaszi félévétől az ELTE BGGYK BA Gyógypedagógia szakának logopédia szakirányán is megjelent egy kötelezően választható kurzus, melyben részletes elméleti ismereteket kapnak a hallgatók a kórképről, a diagnosztikai és terápiás eljárásokról, a menedzsment egészéről. Intézményi háttérként tehát az ELTE BGGYK mint képzést biztosító helyszín és az OORI mint gyakorlólé hely biztosítja a végzett diszfágia-menedzsmentre képzett szakemberek megjelenését a klinikumban. Kiemelendő, hogy hazánkban korábban is jelen volt a képzési palettában a kórkép általános bemutatása az ELTE BGGYK Gyógypedagógiai MA képzésének keretein belül, azonban ez óraszám- és szemléletbeli különbségeket hordozott magában.

A diszfágia menedzsmentje

A funkcionális szemlélet előtérbe kerülése, mely áthatja a rehabilitációs törekvéseket, ugyanúgy befolyásolja a diszfágiás kliensekkel történő munkát, mint egyéb kórképek esetében is tapasztaljuk/tapasztaljuk (Kullmann 2017). Alapvető kiindulásnak tekinthetjük Tanner definícióját, melyben leírja, hogy az organikus elváltozásokon túl, az érzelmi és kognitív tényezők is növelhetik az aspirációs kockázatot, korlátozhatják a hidráció és a táplálkozás folyamatát, vagy vezethetnek fulladáshoz (Groher és Carry 2016). Ebben a definícióban látnunk kell, hogy a testi struktúra és funkció károsodásain túl, megjelenik az FNO egészséghez köthető dimenziói közül a tevékenység és a részvétel dimenziója mint a táplálkozás és folyadékfogyasztás folyamata (Kullmann 2012). Az egyén érzelmi tényezői, melyek befolyásolják a táplálkozás teljes egészét, így a diagnosztikát és terápiát is egyaránt, az FNO dimenziói közül az egyén személyes tényezőit jelentik (pl.: megküzdési stratégiák, korábbi élettapasztalatok stb.). Ezek a tényezők járulnak hozzá ahhoz, hogy a diszfágia-menedzsmentet valójában személyre szabottan végezzük, és a diszfágiákat egyénenként képesek legyünk eltérően kezelni és figyelembe venni az egyéni változókat.

A funkcionális szemlélet megjelenésével párhuzamosan a kórképről történő gondolkodásmód és ismeretanyag is bővült, így a fiziológiás nyelés korábban is ismert négy fázisa mellé (orális előkészítő-, orális transzport-, faringeális- és özofageális szakasz) bekerült egy ötödik fázis is, a preorális fázis. Ebben a fázisban történik meg az összes további szakaszban fiziológiásan jelen levő funkció megalapozása kettős szemléletben, motoros és kognitív folyamatok szintjén. A motoros folyamatok, mint a szem-kéz koordináció, intakt izomműködés és a testtartás lehetővé teszik a falat/korty szájtérig történő eljuttatását, mely alapvetően nem lenne kivitelezhető olyan kognitív folyamatok nélkül, melyek alapjául szolgálnak az étel/ital észlelésének, mozgássorok kiválasztásának, összerendezésének és végrehajtásának akár többszöri, megismételt folyamatban (Groher és Carry 2016).

Ez a két változás, miszerint nem csak organikus okokat feltételezünk a nyelészavar kialakulása hátterében, továbbá nem konstans zavarként tekintünk a kialakult nyelési zavarra, hívta szükségét annak, hogy a diszfágia diagnosztikája és kezelése kibővüljön a korábbi gyakorlatban alkalmazottakhoz képest. A paradigmaváltást megelőzően a diagnosztikai munka szinte teljes mértékben orvosi (foniátriai) kompetenciában volt. A logopédusok az orvosi vizsgálat eredményeire támaszkodva végezték a terápiás munkát, melyben az organikus elváltozások kezelése volt a fő szempont. Az étkezés és folyadék fogyasztás folyamatában fellépő diszfunkciók azonban így nem kerültek feltárásra, és ezáltal csökkent hatékonysággal történt a nyelészavarok kezelése.

Mindezek tükrében a diagnosztikai folyamat célja a diszfágia patomechanizmusának megértése és a diszfágiás személy szubjektív profiljának megismerése. A diszfágia-diagnosztika két markánsan elkülönülő elemét írhatjuk le, az alapdiagnosztikát és az eszközös vizsgálatokat (Jansson-Knodell, Codipilly és Leggett 2018). Az alapdiagnosztika magába foglalja a megfigyelések által nyert információk szisztematikus gyűjtését és az eszköz nélküli vizsgálatokat (Groher és Carry 2016). Ezek azok, melyek logopédiai kompetencia körében, egyéb képzés nélkül is szabadon végezhetőek. Az eszközös vizsgálatokat hazánkban fül-orr-gégész/foniáter szakorvos végzi, azonban fontos megjegyezni, hogy végzésre feljogosító képzés befejezte után, megfelelő szupervízióval és intézményi háttérrel logopédusok is végezhetik ezeket.

Az alapdiagnosztikai folyamat, hasonlóan más jellegű logopédiai vizsgálatokhoz, szintén anamnéziszfelvétellel kezdődik, mely lehet auto- vagy heteroanamnézis egyaránt.

A beillesztett megfigyelési szempontok szerint információt gyűjtünk a következőkről:

1. A kliens aktuális táplálási módszere
2. Respirációs állapot
3. Mentális állapot
4. Orofacialis terület állapota
5. Étkezési folyamat (Steele és Cichero 2014)

Az eszköz nélküli vizsgálatok sorába a következő szubtesztek kerültek beillesztésbe:

1. Kognitív működések feltérképezése
2. Agyidegek vizsgálata
3. Nyeléstesztek végzése

A megfigyelések és a vizsgálati szubtesztek nyújtotta kvalitatív és kvantitatív elemzéseket követően lesz képes döntést hozni a menedzsmenet végző szakember arra vonatkozóan, hogy van-e szükség eszközös diagnosztikára (pl.: endoszkópos nyelésvizsgálat, nyelésröntgen). Itt megjegyzendő, hogy azokban az országokban, ahol mobil endoszkópos diagnosztikára van lehetőség a kórházakban, minden esetben végeznek vizsgálatot, azonban nálunk ez egyelőre nem tud megjelenni a klinikai gyakorlatban szakember és eszköz hiánya miatt.

Amennyiben eszközös diagnosztikára van szükség, foniátriai konzílium kérését javasolja a menedzsmenet végző szakember. Ezen vizsgálat alkalmával lehetőség van a nyelésben részt vevő anatómiai struktúrák diszfunkciójának vizsgálatára az orális és a faringeális szakaszok tekintetében (Cantemir és Laubert 2017). További lehetőség, hogy az alapdiagnosztikát követően egyéb szakorvosi konzílium kérését javasolja a logopédus, mint fül-orr-gégész, ahol ugyan nem nyelésvizsgálat történik, de szintén információt kapunk a nyelésben részt vevő anatómiai struktúrák esetleges diszfunkciójáról (pl.: hangajakparézis). Ezen ismeretek szükségesek a hagyományos terminológia szerinti kauzális terápiás módszerek alkalmazásához, melyek értelmezésében szintén érdemes tágabbra tenni a határt, mint korábban. Általános jellemzőjük, hogy végzéséhez szükség van precíz és mély ismeretekre a fiziológiás és diszfunkcionális működésről, valamint a lehetséges terápiás lépésekről (pl.: taktilis-termikus stimuláció) (Jones, Colletti és Ding 2020).

Amennyiben nincs szükség további eszközös vizsgálatra az alapdiagnosztikai folyamat során tapasztaltak alapján, a logopédus javaslatot ad a táplálás és folyadékbevitel megkezdéséről, annak módszeréről (pl.: konzisztencia) és az étkezés folyamatának tényezőiről (pl.: időbeli szeparáció). Önmagában ez a javaslat és a táplálkozás közvetett (személyes obszerváció) vagy közvetlen (étrend-obszerváció) monitorozása már terápiás beavatkozásnak tekinthető mint modifikációs terápiás beavatkozás vagy más néven prevenció terápia beavatkozás. Ezek közös célja a szövődmények kialakulásának minimalizálása, a másodlagos következmények megelőzése (pl.: mesterséges táplálás forszírozása) (Philipsen, Mordensen és Meelgard 2019).

A harmadik típusú beavatkozás, az úgynevezett kompenzációs terápiás módszerek alkalmazása, melyet rövid távú céllal alkalmaznak a hibás működés kompenzálására (pl.: fej döntése). Minden terápiás beavatkozás alkalmazható izoláltan vagy egymás mellett párhuzamosan, a menedzsmentre képzett szakember döntése alapján (Terré 2020).

A terápiás beavatkozások sorából kiemelendő az étkezés folyamatának modifikációja, mely egyben biztosítja a folyamatdiagnózist is a terápia során. Ezen tényező az, mely fontos szemléletbeli változást tükröz, és jelzi azt, hogy a kliens megsegítése számtalanszor a hétköznapi étkezések során történő intervenciót jelenti, ahelyett, hogy a steril terápiás szobában történő tréning sikerét generalizálnánk. Az FNO szemlélete alapján úgy tudnánk ezt meghatározni, hogy a tevékenység vizsgálata/folyamatdiagnózisa során el kell különítenünk a teljesítményt és a képességet annak érdekében, hogy valóban hatékony legyen a diszfágiás kliensekkel történő terápiás beavatkozás.

Konklúzió

A diszfágiás betegekkel végzett menedzsmentet arra külön képzett logopédusok végzik hazánkban. Ebben a tevékenységben egy paradigmaváltás figyelhető meg, melynek legfőbb eredménye, hogy nem csupán organikus etiológiát tekintünk a nyelészavarok hátterében, illetőleg hogy a diagnosztika és a terápiás beavatkozások egyaránt funkcionális szemlélettel kiterjednek az egyén tevékenységének és részvételének, akadályozottságának megismerésére és megváltoztatására; figyelembe veszik az egyén személyes tényezőit, melyek szerepet játszhatnak a képességek maximalizálásában; feltérképezi és modifikálja szükségszerűen a környezeti tényezőket egyaránt.

Irodalomjegyzék

- ALHESMI H. ASHEM (2010). Dysphagia in severe traumatic brain injury. *Neurosciences*. Vol. 15 (4): 231–236
- BAHAREH B PHILIPSEN, HANNA R MORTENSEN, DORTE MELGAARD (2019). Dysphagia. *Ugeskr Laeger*. 2019 Feb 25;181(9):V09180594.
- BRITTON D., KARAM C., SCHINDLER J. S. (2018). Swallowing and Secretion Management in Neuromuscular Disease. *Clin Chest Med*. 2018 Jun;39(2):449–457. doi: 10.1016/j.ccm.2018.01.007.
- CANTEMIR S. ÉS LAUBERT A. (2017). Diagnosis and treatment of dysphagia. Review. *HNO*. 2017 Apr;65(4):347–356. doi: 10.1007/s00106-017-0344-x
- CHILUKURI P., ODOFALU F. ÉS HACHEM C. (2018). Dysphagia. *Mo Medv*. 115(3); May-Jun 2018. PMC6140149
- CORINNE A JONES, CHRISTINA M COLLETTI ÉS MING-CHIEH DING (2020). Post-stroke Dysphagia: Recent Insights and Unanswered Questions. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2020 Nov 2;20(12):61. doi: 10.1007/s11910-020-01081-z.
- DAVID L COHEN ÉS MTSAI (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*. 2016, Vol. 11(4) 399–411.
- DÉNES ZOLTÁN (2004): The influence of severe malnutrition on rehabilitation in patients with severe head injury. *Disability and Rehabilitation*. (26)19:1163–1165.
- DÉNES Z, KÉMÉNCZY J.-NÉ, NÉMETH J: Rehabilitációs tevékenység Magyarországon az OSAP adatok tükrében. Data of medical rehabilitation in Hungary. *Rehabilitáció* 2017;27(4):163–166.
- GROHER E. M. ÉS CRARY M. (2016). *Dysphagia*. 2. kiad.; Elsevier inc., United States of America.
- HACKI ÉS MÉSZÁROS (szerk.) (2013). Mészáros Krisztina és Hacki Tamás: Nyelés és zavarai in. *Foniatríia és társtudományok*. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.
- JANSSON-KNOPELL C.L., CODIPILLY D.C, LEGGETT C.L. (2017): Making Dysphagia Easier to Swallow: A Review for the Practicing Clinician. *Mayo Clin Proc*. 2017 Jun;92(6):965–972. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.03.021
- KULLMANN L. (2012): A modern szemléletet tükröző rehabilitációs állapotfelmérő módszer, A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO) elméleti és gyakorlati alkalmazásának tapasztalatai. A módszer alkalmazási lehetőségei mozgássérültek rehabilitációjában. Guruló projekt. Budapest, 2012, pp.54–55.
- KULLMANN L. (2019): A rehabilitációs ellátás biztonsága és megfelelősége – a WHO referenciaosztályozási rendszerei. *Rehabilitáció*. 2019; 29(2-3). pp:26–34.
- NÉMETH M., BELINSZKAJA G., KUZMÁNYI J. ÉS DÉNES Z. (2018): Logopédiai munka a Korai Részlegen. *Rehabilitáció* 2018; 28(2–3):73.
- NÉMETH M., VERSEGI A. ÉS DÉNES Z.(2019): Nyelni, vagy nem nyelni? Ez itt a kérdés.*Rehabilitáció*. 2019;29(23):105.
- STEELE CM, CICHERO JAY(2014). Physiological factors related to aspiration risk: a systematic review. *Dysphagia*. 29:295,2014.
- R. TERRÉ (2020). Oropharyngeal dysphagia in stroke: diagnostic and therapeutic aspects. *Rev Neurol*. 2020 Jun 16;70(12):444–452. doi: 10.33588/rn.7012.2019447.