

## MOTNJE POŠIRANJA

mag. Nada Zemva, specialistka klinične logopedije

e-naslov: [nada.zemva@ir-rs.si](mailto:nada.zemva@ir-rs.si)

Tudi si predstavljamo, da postaneta uhlivanje hrane in pitje teflavna in da v asih celo ogroflata lovekovo flivljenje. Hranjenje in pitje sta v lovekovi zavesti zapisana vsaj na dva na ina. Zavedamo se, da pomanjkanje hrane in pitja teko in povzro i hiranje in v najhuj-em celo smrt. Po drugi strani je uhlivanje ob hrani in pija i povezano tudi z drufljenjem z drugimi ljudmi in pomeni prijetno stran lovekovega flivljenja.

Motnja poširanja ali disfagija se pojavlja v razli nih obdobjih lovekovega flivljenja. Vzroki za nastanek motnje so razli ni. Posledice neprimerne obravnave motnje so za loveka zelo neugodne in vodijo do podhranjenosti, izsu-enosti in ve je verjetnosti nastanka plju nice.

### **Poširanje**

Za ve ino ljudi je poširanje povsem normalna naloga, ki jo opravljajo brez napora, eprav je to dinami na senzori na in motori na aktivnost, pri kateri sodeluje -estindvajset parov mi-ic in pet mošganskih flivcev. Delovanje takega -tevila mi-ic in flivcev je vpleteno zato, ker sta med seboj povezani dihalna in prebavna pot. Med potovanjem hrane ali pija e iz ust v flodec se mora prepre iti mošnost, da bi hrana ali teko ina potovali v plju a. Pri poširanju lo imo tri faze: oralno, faringealno in ezofagalno. Nekateri oralno fazo delijo na dve fazi: pripravljajno in transportno. Prva je hotena aktivnost, kjer lahko kontroliramo flve enje, premikanje ustnic in jezika. Hrana se pome-a s slino. Ko je grifljaj oblikovan, ga sprednji del jezika potisne ob trdo nebo. Zadnji, gibljivi del jezika se ob tem spusti, rob jezika je v stiku z zobnim grebenom in ob pove anem tlaku v ustih grifljaj zdrsne v flrelo. Za enja se faringealna faza, ki je refleksna in je zelo pomembna. Sproflijo se mehanizmi za zapiranje dihalne poti. Mehko nebo se dvigne in zatesni nosno votlino. Grlo se dvigne, glasilki se stisneta, poklopec pade ez grlo in grifljaj potuje preko poklopca in piriformnih sinusov v poširalnik. Vhoda v grlo in v nosni del sta vrsto zaprta in dihalna pot je za- itena. Dihanje je ob tem refleksno prekinjeno. Sledi zadnja, ezofagalna faza, ko se sprosti krikofaringealna mi-ica in se odpre zgornji ezofagalni sfinkter (UES). Dva peristalti na vala povzro ita zdrs hrane iz poširalnika v flodec. Vse to se zgodi v nekaj sekundah. Ob tem moramo omeniti, da mora osrednje fliv evje brezhibno delovati.

### **Vzroki za nastanek motenj**

Motnje poširanja so obi ajno povezane z glasovnimi, govornimi motnjami in motnjami dihanja, ker pri vseh sodelujejo isto fliv evje in mi-ice. O motenem poširanju govorimo, ko je delno ali v celoti motena posamezna faza poširanja. Disfagija lahko nastane zaradi -tevilnih vzrokov. Vse, kar vpliva na delovanje mi-ic in flivcev, ki sodelujejo pri poširanju, lahko spremeni poširanje. Med lokalnimi vzroki za nastanek motnje najdemo na primer slabo zobovje, ki onemogo a pravilno grizenje in flve enje. Nadalje vnetje sluznice ustne votline in flrela zaradi obsevanja, jemanja zdravil, okuffbe sluznice, predvsem z glivami. flve navadna angina povzro i, da tefle poširamo. Bole ine pri potovanju hrane preko sluznice povzro ajo moteno poširanje. Manj-e izlo anje sline

zaradi atrofije flegz slinavk po obsevanju in pri avtoimunskih boleznih. Tudi uffivanje dolo enih zdravil povzro i, da gostota, trdnost griffljaja ni primerna. Hrana se lepi na sluznico in tefle potuje naprej. Razne zarastline v frelu in poffiralniku, zarastline in zofflitve v prebavni poti ali izrastki na vratni hrbtenici, ki pritiskajo od zunaj, motijo normalno potovanje hrane iz ust do flegodca. Tumorji, benigni ali maligni, kjerkoli v zgornjem dihalnem ali prebavnem traktu, lobanjski bazi, prostoru ob frelu in medplju ju pritiskajo na flivce, ki sodelujejo pri poffiranju, in povzro ajo motnje poffiranja. Omeniti je treba –e okvare po mehanskih po–kodbah, ki onemogo ajo delovanje mi–ic, hkrati pa je na podro ju okvare pogosto prekinjeno in spremenjeno senzibilno fliv evje. Obi ajno nastanejo motnje poffiranja po kirur–kih posegih v ustni votlini, frelu, grlu, vratu in prsnem ko–u, ko se spremenijo anatomske razmere v prebavni poti in ker pride na tistem mestu do sprememb v delovanju senzori nega in motori nega fliv evja.

### **Motnje poffiranja v starosti**

Omeniti moramo motnje poffiranja v starosti: z leti pride do sprememb v anatomiji in fiziologiji v ustih in frelu, te pa pove ujejo moflnosti nastanka motenj. Bistveno za motnje je, da se pojavijo po asi. V ospredju je po asnost flve enja in premikanja jezika ter zmanj–ana mo jezika za potiskanje hrane v frelu. Zapora grla je po asnej–a, po asnej–a je peristaltika v frelu in odpiranje zgornjega ezofagalnega sfinktra (UES). Slab–a zapora dihalnih poti omogo a pogostej–e zatekanje hrane in teko ine v sapnik in plju a. Pogosteje in prej se starej–emu zaleti teko ina in hrano tefle poffre. Ve je so moflnosti, da gre hrana v grlo, sapnik ali plju a. Torej v dihalno pot.

### **Pogostnost motenj poffiranja po moflganski kapi**

Med nevrolo–kimi boleznimi je moflganska kap najpogostej–a, pri kateri sre amo motnje poffiranja. V literaturi najdemo podatek, ki govori, da je pojav motenj poffiranja pri bolnikih v akutnem obdobju moflganske kapi med 29 in 67 %. <sup>TM</sup>rok razpon je verjetno posledica ocenjevanja z razli nimi merskimi instrumenti in v razli nem asovnem obdobju moflganske kapi. Kljub temu je treba pojav motenj poffiranja jemati skrajno resno. Znan je podatek o zatekanju hrane ali teko ine v dihalno pot ali aspiraciji pri 30 do 51% bolnikov. Poznamo tudi tiho aspiracijo, ko lovek nima vidnih teflav pri poffiranju, kar pri 9 do 27% ljudi po prefliveli moflganski kapi. Obe aspiraciji sta izjemno resna dejavnika za nastanek plju nice. Obi ajno motnje poffiranja izginejo v nekaj tednih od nastanka moflganske kapi. Motnje lahko najdemo –e pri 28 do 59% bolnikov tudi kasneje, v obdobju rehabilitacije.

### **Znaki motenj poffiranja**

Motnje poffiranja napovedujejo: zaletavanje hrane ali teko ine, prekomerno slinjenje in nesposobnost poffiranja sline, ka–ljanje in davljenje po uffivanju hrane ter teko ina, ki gre na nos. Kopi enje hrane v ustih, ki je ni mogo e poffreti in potrebujemo dva ali ve poskusov, preden spravimo griffljaj iz ust. Kopi enje hrane na eni strani ust in ostajanje hrane v ustih, ne da bi to vedeli. Ob utek, da se je hrana zaustavila nekje v vratu in bole ina ob tem. Spremenjen glas po uffivanju hrane. Pri hranjenju potrebujemo veliko asa. Izgubljamu telesno tefl. Ob utek, da gre hrana po napa ni poti. Temu ob utku se pridruflijo povi–ana telesna temperatura in teflave z dihanjem. Za hranjenje potrebujemo

neprimerno ve časa kakor drugi. Po utimo se neprijetno in nelagodno, ko moramo jesti ali piti. Tudi posebej hudo je, kadar moramo jesti v družbi; in temu se poskušamo izogniti.

### **Ocenjevanje pofiranja**

V akutnem obdobju po možganski kapi, takrat ko je bolnik v bolnišnici, moramo oceniti pofiranje in ugotoviti stopnjo ogroženosti za aspiracijo. Kašljanje takoj po zaužitju hrane naj bi bilo znak aspiracije. Ker pa poznamo tudi tiho aspiracijo in odsotnost kašlja, moramo biti pri ocenjevanju motenj pofiranja natančni in skrbni. V klini ni praksi je uporaba presejalnih testov namenjena odkrivanju tistih bolnikov, ki potrebujejo nadaljnjo obravnavo. Tipični presejalni test je v osnovi sestavljen tako, da odkrivamo posamezne teflave in naj bi vseboval naslednje:

- opazovanje bolnikove zavesti in njegovega sodelovanja
- opazovanje možnosti kontroliranja drže

Če bolnik zmore aktivno sodelovati in lahko sedi zravnano, nadaljujemo:

- z opazovanjem ustne higiene
- opazujemo kontroliranje in pofiranje slin.

Če je primerno, naredimo preskus pofiranja vode.

Bolniku, ki sedi, damo v usta trikrat zapovrstjo po eno čajno žličko vode. Položimo prste ene roke na grlo, da bomo ustili pofiranje. Pri vsaki žlički opazujemo: odsotnost pofiranja, kašljanje, kašljanje z zamikom in spremenjen glas, ki ga ugotavljamo tako, da bolnika prosimo, naj reče: »Aah.« Če so ti znaki prisotni, bolnika ne hranimo skozi usta in poskrbimo, da ga pregleda logoped, če je to mogoče. V primeru da ni teflav, ponudimo bolniku kozarec vode (od 30 do 90 ml) in ponovimo postopek. Opazujemo prisotnost znakov, opisanih v prvem primeru. Prisotnost znakov pomeni, da mora bolnika pregledati logoped in da bolnik ne sme uflivati hrane skozi usta. Odsotnost znakov pomeni, da s predvidnostjo pri nemo hraniti bolnika s pretlačeno hrano in smo pri tem pozorni na pojavljanje kašlja.

Za ocenjevanje pofiranja so na voljo –e druge preiskave, denimo: rentgenska preiskava pasafle žrela in pofiralnika, kinoradiografija, pri kateri se snema celoten akt pofiranja, opazovanje pofiranja s fleksibilnim fiberoptičnim nasolaringoskopom (FEES) in druge. Vse se opravljajo po opravljenem presejalnem testu na osnovi pridobljene anamneze, po pregledu pri logopedu in v dogovoru z zdravnikom. Splošno mnenje je, da je pri zgodnjem odkrivanju motenj pofiranja zelo pomembna vloga medicinskih sester.

Pri tistih bolnikih, ki imajo ugotovljene motnje pofiranja, se v bolnišnici običajno odločijo za prehranjevanje po nazogastrični sondi. Če teflave trajajo več kakor štiri tedne, se odločijo za perkutano endoskopsko gastrostomo (PEG), ko bolnik dobi hrano direktno v želodec.

### **Obravnava motenj pofiranja**

Timski pristop je nujen pri zdravljenju motenj požiranja. Idealno je, če sodelujejo različni strokovnjaki: zdravnik, medicinska sestra, logoped, delovni terapevt, fizioterapevt, dietetik, otorinolaringolog, radiolog, gastroenterolog, nevrolog, respiratorni fizioterapevt in svojci bolnika.

Vsako leto ima svojo pomembno vlogo in prispeva znanja s svojega področja, ki se med seboj dopolnjujejo in so učinkovita pri zdravljenju motenj. Njihovo sodelovanje in vključevanje je različno in je odvisno od vrste in stopnje motnje požiranja, ki jo ima bolnik. Logoped ima pomembno vlogo in naloge pri zdravljenju motenj požiranja. Ocenil bo bolnikove sposobnosti in prepoznal motnje požiranja. Pripravil bo program vaj za izboljšanje motoričnih sposobnosti za vse mišice, ki sodelujejo pri požiranju. To so: mišice ustnic, jezika, mehkega neba in grla. Postavil bo kratkoročne in dolgoročne cilje za izboljšanje požiranja. Sodeloval bo pri izboru hrane, spodbujal bo uporabo pravih položajev pri hranjenju in predlagal pripomočke pri hranjenju. S posameznimi manevri požiranja bo krepil posamezne, dolge strukture, ki sodelujejo pri požiranju.

V bolnišnicah in rehabilitacijskih ustanovah, kjer je logoped prisoten, se hitreje najdejo učinkovite rešitve in soglasje pri ukrepanju pri motnjah požiranja, ki so koristni za bolnika.

### **Pomembni ukrepi za varno hranjenje**

Pri požiranju je pomemben položaj glave, vratu in telesa, ker bomo z določeno položajem spodbujali določene mišice in s tem olajali požiranje. Na primer dotik prsnega koša z brado ali zasuk glave na zdravo stran pri enostranski okvari povratnega grlenega mišiča omogoča lažje požiranje.

Izbor hrane pri motnjah požiranja ima tri namene: zmanjševanje možnosti aspiracije, zagotavljanje uhlivanja ustrezne hranilne hrane in dovolj tekočine ter skrb za izboljševanje in krepitev sposobnosti požiranja. Prilagoditev diete je običajna glede gostote. Običajno je hrana pretlačena, mlečnata, narezana oziroma cela. Z določeno sredstvi lahko tekočino naredimo bolj gosto. Izbor je odvisen od bolnikovih sposobnosti uhlivanja hrane v posamezni obliki. Običajno se bolnikova dieta s asoma spreminja in je povezana z izboljševanjem požiranja. Veliko bolnikov po možganski kapi je zelo hitrih, kar se kaže tudi pri hranjenju in požiranju. Jedo zelo hitro in nekontrolirano. Pozorni moramo biti nanje, ker sami sebe lahko ogrožajo in se lahko zadušijo z grgljanjem.

Poznamo različne pripomočke, ki olajajo hranjenje in pitje. Posebno oblikovane skodelice, ki omogočajo pitje brez nagibanja glave nazaj, in take, kjer je kolikoli tekočina za požirek že vnaprej določena. Različne oblike, možnosti drljanja in različne tefle skodelic omogočajo posamezniku učinkovito pitje. Posebno so oblikovane tudi vilice za bolnike z motnjami požiranja.

### **Nekaj preprostih navodil za lažje požiranje**

Prostor, kjer uhlivamo hrano, naj bo miren, brez motečega hrupa. Ne poskušajmo jesti in hkrati govoriti. Sedimo zravnano in mišice je mogoče, naj bo položaj v kolikoli 90 stopinj. Glava naj bo v sredinskem položaju, brada rahlo nagnjena naprej. Ostanimo v sedečem položaju – vsaj pol ure potem, ko smo pojedli. Na vilico si nalovimo manjšo količino hrane, ki jo dobro prežvečimo. Ne pijmo vmes in ne mešajmo trde hrane in tekočine.

Bodimo pozorni, da imamo usta prazna, preden zajamemo drugo flico. Uflivanje manjših obrokov hrane večkrat na dan je lahko manj naporno in bolj učinkovito. Izogibajte se hrani, ki jo težje požijete. Izogibajte se tudi pitju po slamici. Raje sami določite, kako velik požirek pijete in varno pogoltnete. Posebno skrbno si čistite zobe in skrbite za ustno higieno ter odstranjujte ostanke hrane. Raziskave v Združenih državah Amerike so pokazale, da imajo bolniki s pomanjkljivo ustno higieno kar za 19 do 90 % več možnosti, da zbolijo za pljučnico kakor tisti, ki so deležni redne ustne nege. Dejstvo je, da se film na zobeh in v ustih naredi dve uri po umivanju zob in je gojišče za bakterije, ki povzročajo pljučnico.

### **Misel za konec**

Motnje požiranja moramo obravnavati kakor vse druge. Če ne zdravimo bolezni, na primer sladkorne bolezni, to vpliva na poslabšanje bolnikovega zdravstvenega stanja in povzroča dodatne zaplete. Na tak način in moramo razmišljati tudi o motnjah požiranja. Posebno hudo je, če bolnik ne sme ničesar zaužiti skozi usta. Prizadeti so tudi njegovi najbližji, ki pogosto enako težko sprejmejo dejstvo, da se hranjenje povsem spremeni. Prepoznavanje in razumevanje težav ter primerno ukrepanje so prav gotovo učinkoviti napovedniki za izboljšanje. Zelo neprimerno je uflivanje hrane takrat, ko namesto v želodec hrana potuje v grlo, sapnik ali pljuča. V klini ni praksi pogosto opazujemo tako ravnanje. Svojci običajno popustijo željam bolnika. Neizprosne posledice so pogoste pljučnice in velikokrat je bolnikovo življenje zelo ogroženo. Možnosti kot so hranjenje s pomočjo nazogastrične sonde ali perkutane endoskopske gastrostome (PEG), varujejo bolnika pred shiranostjo in pogostimi pljučnicami. Na ta način in skrbimo za krepitev organizma in ob tem bolnik tudi lažje sodeluje pri aktivnostih za izboljšanje požiranja. Najtežje je po operaciji na spremembe in ohraniti upanje, da bo sčasoma drugače.