

**Handout zum Vortrag  
Dysphagie  
Diagnostik in der Logopädie**



**Logopädie Obersulm  
Joachim Katterfeld**  
staatlich anerkannter Logopäde

<b>Überblick:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziele der Schluckdiagnostik</li> <li>- Grundlagen und Symptome einer Dysphagie</li> <li>- klinische Diagnostik</li> <li>- instrumentelle Diagnostik</li> </ul>	
<b>Prävalenz von Dysphagien</b>		
<b>Risikopatienten</b>		
<b>Risiken und Komplikationen bei bestehender Dysphagie</b>		
<b>Ziele der Diagnostik:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aufdeckung von Dysphagien</li> <li>2. Reduktion der Pneumonie-Rate:</li> <li>3. Möglichkeiten der Intervention:</li> <li>4. optimales Ernährungsmanagement:</li>   <li>5. Abklärung weiterführender Diagnostik</li> <li>6. Senkung der Letalität</li> <li>7. Kostenvermeidung</li> </ol>	<p>Zu 2. ggf. Tracheotomie zum Schutz der tieferen Atemwege</p> <p>Zu 3. Therapie, „Dysphagiemanagement“</p> <p>Zu 4. Kostformanpassung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ggf. Anlage von NGS (Nasogastrale Sonde)</li> <li>- PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie)</li> <li>- möglichst großer Anteil oraler Ernährung bei minimalem Aspirationsrisiko</li> <li>- Erhaltung der Lebensqualität</li> </ul> <p>Zu 5. Endoskopie, Videofluoroskopie etc.</p>
<b>Physiologisches Schluckmuster in 4 Phasen:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. präorale Phase</li> <li>2. orale Phase</li> <li>3. Pharyngeale Phase</li> <li>4. Ösophageale Phase</li> </ol>	Detaillierte Beschreibung der Funktionen
<b>Screening</b>	Ersteinschätzung einer möglicherweise bestehenden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- durch Pflege</li> <li>- durch offensichtliche</li> </ul>

	<b>Dysphagie</b>	<b>Symptome</b> - durch einfache Schlucktestung
<b>Voraussetzungen für orale Nahrungsgabe</b>	Patient ist ausreichend wach? Speichel schlucken möglich? Hustreflex vorhanden? Kein Brodeln in der Stimme oder beim Atmen? Keine Hinweise auf Aspiration? (Temperatur, Pneumonie)	
<b>Klinische-Schluckdiagnostik</b>	- Definition Dysphagie - Äußere Anzeichen für Dysphagie	z.B. Husten, Stimmveränderung, Abfall der O <sub>2</sub> -Sättigung u.a.
<b>Gliederung klinischer Schluckdiagnostik</b>	1. Anamnese 2. Ansatzweise kognitive Überprüfung 3. Überprüfung der motorischen und sensiblen Funktionen der am Schluckvorgang beteiligten Organe 4. Schluckversuche	- Datenquellen - Erste Begegnung mit dem Patienten - Vorstellung Überprüfungsbogen
<b>Klinische Diagnostik</b>	Hinweise auf eine Dysphagie	- Orale Phase, prädeglutitiv - Pharyngeale Phase - postdeglutitiv - Ösophageale Phase - intradeglutitiv
<b>Stethoskopische Auskultation</b>	1. Des Schluckaktes 2. Der Lunge bezügl. Aspirationspneumonie	
<b>Reflexüberprüfung</b>	- Willkürliches Husten (auf Aufforderung) - Reflektorisches (spontanes) Husten - Würgereflex auslösbar (Rachenhinterwand) - Palatalreflex	
<b>Diagnostik bei kanülierten Patienten</b>	1. Während der Untersuchung grundsätzlich deblockiert bzw. entblockt! 2. Informationen über Allgemeinzustand	Begründung Ausnahme bei beatmeten Patienten!  Absaugfrequenz, Schluckfrequenz, SpO <sub>2</sub> -Sättigung, Lähmungen...
<b>Wassertests</b>	- nach Daniels (1997) - Modifiziert: 5x 10 ml (Gottlieb et al. 1996) - 50-ml-Wassertest (Kidd et	- je 2x 5 ml, 2x 10 ml, 2x 20 ml - 5x 10 ml Wasser  - je 5 ml schrittweise

	<p>al. 1993)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100-ml-Wasser-Test (Wu 2004)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Messung der Schluckgeschwindigkeit</li> </ul>
<b>Bestimmung des Schluckvolumens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysphagielimit nach Ertekin et al. (1996)</li> <li>- Klinischer Test nach Hughes et al. (1996)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindest. 20 ml mit einem Mal, alles &lt; 20 ml ist pathologisch</li> <li>- Bestimmung des durchschnittl. Schluckvolumens</li> </ul>
<b>Tracheotomierte Patienten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Endotracheale Absaugung</li> <li>- Screening mit Methylenblau (Evans blue dye Test (Mc Lean Evans 1920))</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Farbe u. Konsistenz des Sekrets</li> <li>- 3x 15 ml Eischips gefärbt, oder alle 4 Stunden 4 Tropfen einer 1%igen Lösung von Methylenblau auf den Zungenrücken; absaugen.</li> </ul>
<b>Pulsoximetrie</b>	Zusammenhang zwischen arterieller Sauerstoffsättigung (SpO2) und Aspiration während des Essens.	<p>Problem bei COPD-Patienten, Wert instabil, auch ohne Aspir &gt;2 Punkte.</p> <p>Kombination aus Evans-Blue-Dye-Test und Pulsoximetrie für tracheotomierte Patienten sinnvoll.</p> <p>Bei positivem Befund, Einleitung instrumenteller Diagnostik</p>
<b>Instrumentelle Diagnostik</b>	<b>Fiberendoskopie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsatzmöglichkeiten</li> <li>- Vor- und Nachteile</li> </ul>
	<b>Videofluoroskopie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsatzmöglichkeiten</li> <li>- Vor- und Nachteile</li> <li>- Geeignet in Kombination mit Videomanometrie</li> </ul>
	<b>Hochauflösende Manometrie (HRM)</b>	<b>Kurzbeschreibung</b>
<b>Ausblick</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gibt keine einheitliche klin. Schluckuntersuchung</li> <li>- Diagnostik als erster Schritt</li> <li>- Regelmäßige teilw. Wderh.</li> <li>- Bedarf spez. geschulter Therapeuten und interdisziplinärer Zusammenarbeit</li> <li>- Folgen für den Patienten</li> <li>- Auftreten von Aspiration auf der Grundlage einer klin. Schluckuntersuchung nicht vorhersagbar</li> </ul>	
<b>Literaturangaben</b>		