

Az oropharyngealis dysphagia komplex kezelése

Mészáros Krisztina, Hacki Tamás, Varga Zsuzsa

A szerzők felvázolják a fej-nyaki daganatok műtéti, illetve sugárterápiája után fellépő dysphagia, valamint a neurogén eredetű nyelészavarok rehabilitációjának módját és jelentőségét.

A bemutatott komplex terápia célja a súlyos állapotot előidéző és szociális izolációt okozó nyelészavar megszüntetése, az orális táplálékfelvétel helyreállítása, valamint evvel párhuzamosan a hangképzés és az artikulációs funkciók javítása. A tünetek és a terápia módjainak ismerete lehetővé teszi a háziorvos számára pácienseinek helyes vezetését.

dysphagia, fej-nyaki tumor, stroke, dietetika, rehabilitáció

COMPLEX TREATMENT OF OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA

The authors focus on the rehabilitation of patients with dysphagia caused by surgical and/or irradiative treatment of head and neck tumors as well as neurogenic diseases.

The complex rehabilitation includes treatment of the oropharyngeal swallowing dysfunction as well as the therapy of communicative disabilities. The home care of patients with dysphagia, which can not only be life threatening, but also causes social isolation, is an important task for the general practitioner.

dysphagia, head and neck tumor, stroke, dietetics, rehabilitation

dr. Mészáros Krisztina (levelező szerző/correspondent): Országos Gyógyintézeti Központ, Fül-Orr-Gége Osztály/National Medical Center, ENT Department;

H-1135 Budapest, Szabolcs u. 33–35. és Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet/
National Institute of Psychiatry and Neurology;

H-1022 Budapest, Hűvösvölgyi út 116. E-mail: kmesz@hotmail.com

dr. Hacki Tamás: Regensburgi Egyetem, Fül-Orr-Gége Klinika,
Foniátria és Gyermekaudiológia/University of Regensburg ENT Clinic,
Phoniatrics and Pediatric Audiology; Regensburg

dr. Varga Zsuzsa: Semmelweis Egyetem EFK, Dietetikai Tanszék/
Semmelweis Medical University, Faculty of Health Science, Department of Dietetics; Budapest

Érkezett: 2004. október 15.

Elfogadva: 2005. március 8.

A kiterjesztett szájüregi, garat- és gégetumor-sebészet, valamint a stroke-megbetegedések számának növekedése maga után vonja az ezekkel együtt járó funkciózavarok, így a nyelészavar kezelésének szükségességét.

A fej-nyaki műtétek számának növekedésével az oropharyngealis dysphagiák gyakoriságának növekedése figyelhető meg, ugyanis a korszerű tumorsebészet egyre nagyobb műtéti területre terjed ki, egyre több olyan régiót érint, amely a nyelési funkcióban aktívan vesz részt.

A posztoperatív funkciózavarok kezelése és a stroke-on átesett betegek rehabilitálása komplex és aktív teammunkát igényel. Az utógondozás szerves része a foniátriai rehabilitáció, amelynek fő célkitűzése a fiziológiás viszonyokat minél inkább megközelítő funkciók helyreállítása, így a különböző lokalizációjú és fokú nyelészavar csökkentése, és az egyidejű-

leg gyakran károsodott artikuláció, fonáció korrigálása (1).

A dolgozat célja a praktizáló orvos informálása arról, hogy a betegségek során, illetve műtétek után milyen jellegű és súlyosságú nyelészavarra számíthat és milyen rehabilitációs lehetőséget kereshet a beteg számára.

Az oropharyngealis dysphagiával kapcsolatos első szakmai állásfoglalást az American Speech Language Hearing Association 1986-ban tette közzé. A dátum mutatja, hogy a kórkép rendszeres diagnosztikája és kezelése csak mintegy másfél évtizedes múlttal rendelkezik.

A feladat szisztematikus megközelítése hazánkban is csak néhány éves múltra tekint vissza. A fej-nyaki daganatok okozta oropharyngealis dysphagia komplex kezelésével foglalkozó első magyar nyelvű közlemény 2000-ben jelent meg a Fül-, Orr-, Gégegyógyászatban (2).

A dysphagia fogalma

A *dysphagia* a táplálék orális előkészítésének, illetve orális, pharyngealis és oesophagealis transzportjának zavara.

A laesio helye szerint megkülönböztetünk *oropharyngealis* és *oesophagealis* dysphagiát (1). Foniátriai szempontból az oropharyngealis dysphagia kiemelendő, hiszen a konzervatív terápia számára ez a terület a leginkább hozzáférhető.

A dysphagia okai, tünetei

Számos betegség velejárója a nyelési zavar. A teljesség igénye nélkül megemlítenek néhány olyan betegséget, állapotot, amelyekben dysphagia kialakulásával kell számolni:

- A fej-nyaki régió gyulladással, daganatos betegségei, illetve ezek műtéti és sugárkezelés utáni állapota.
- Oesophagusbetegségek, mint például a gastrooesophagealis reflux, az oesophagitis, idegen test, diverticulum és a motilitászavarok.
- Neurológiai betegségek: stroke, Parkinson-kór, pseudobulbarparalysis, bulbaris paralysis, daganatok, neuromuscularis megbetegedések, agyi trauma, agyideg-megbetegedések.
- Az időskorban fellépő nyelészavar, ami az időskori fiziológia következtében alakul ki, az életkor meghosszabbodása miatt egyre több embert érint.

– A fejlődési anomáliákkal született csecsemőknél fellépő nyelészavar (3).

A dysphagia jellemző tünetei a rágási és nyelési folyamat lelassulása, a fájdalmas nyelés (odynophagia), malnutritio, exszikáció, cachexia. A bolus transzportjának zavara azt eredményezi, hogy a szájüregben, a garatban ételmaradék halmozódik fel (retenció).

A dysphagia legsúlyosabb tünete a félrenyelés (aspiráció), a következményes láz, tüdőgyulladás. A félrenyelés létrejöhet pre-, intra- és posztdeglutitív módon, azaz a nyelési reflex kiváltódása előtt, a nyelési aktus alatt és után.

Fontos tudni, hogy a félrenyelés nem jár mindig köhögéssel! Az igen veszélyes, úgynevezett csendes félrenyelés (silent aspiration) jellemző a neurogén dysphagiákra, valamint a garat-gége műtétek utáni első időszakra, illetve besugárzás utáni állapotokra, amennyiben a szenibilitás károsodik. Betegek, akik a saját nyálukat is félrenyelik, köhögési reflexük azonban ép, nyálukat zsebkendőbe, edénybe folytatják, sokszor hosszú hónapokon át.

Míg a gyulladással és szervi elváltozásokkal, a posztoperatív, posztirradiatív zavarok esetében a nyelésben részt vevő struktúrák károsodnak vagy részben hiányoznak, addig a neurogén nyelési zavaroknál a struktúrák épek, de a beidegzésük, ezzel együtt a szenibilitás, a szenorium és a motorium szenved kárt.

A dysphagia diagnosztikája

A dysphagia diagnosztikája és kezelése interdiszciplinális teammunkát igénylő feladat, amely szoros együttműködést kíván a foniáterektől, a neurológusoktól, fül-orr-gégészek, logopédusok, radiológusok, tüdőgyógyászok, gasztroenterológusok, szájsebészek és adott esetben pszichológusok részéről (4). A dysphagia diagnosztikája és terápiaja a foniátriai szakvizsgára való felkészülés szerves részét képezi. A logopédusok ez irányú rendszeres képzése Magyarországon 2005-ben kezdődött el az ELTE-n.

A foniátriai szempontból fontos vizsgálatokat a következőkben foglaljuk össze.

Az oropharyngealis dysphagia diagnosztikája is természetesen az anamnéziszfelvétellel kezdődik, amelybe fontos, hogy a beteg közvetlen környezetét is bevonjuk. Ezt követi a részletes fül-orr-gégészeti, illetve foniátriai vizsgálat, ennek keretében különös figyelmet kell fordítani arra, hogy nincs-e nyálpangás, hogy nem látható-e a buccán, a garatban, a sinus piriformisban esetleg ételmaradék, milyen a száj- és garatnyálkahártya szenibilitása. A mesohypopharynx és a gége laringoendoszkópos vizsgálata során ítélik meg a velopharyngealis zár meglétét, a garatizmok mozgását, a vallecula és a sinus piriformis állapotát, a supraglotticus és glotticus zár minőségét.

A laringo-videoendoszkóppal kontrollált, többszínű festéssel és különböző viszkozitású próbaétel alkalmazásával végzett nyelési vizsgálattal azt határozzuk meg, hogy a beteg, aspiráció veszélye nélkül, milyen nagyságú, viszkozitású és hőmérsékletű ételbolust tud lenyelni, valamint az adott szenoros és motoros működés, illetve anatómiai viszonyok mellett melyik számára a legmegfelelőbb nyelési technika (5). A különböző viszkozitású próbaételt élelmiszerfestékkel színezzük. Így tudjuk a bolus útját endoszkóppal biztosan követni. Az eljárás szükség szerint kiegészíthető a különböző konzisztenciájú, felszívódó kontrasztanyaggal végzett nyelési röntgenvizsgálattal, amely információt ad a laringoendoszkóppal már nem belátható terület, a felső oesophagus sphincter és a nyelőcső működéséről. A fentebb részletezett vizsgálatok adott esetben a következőkkel kombinálhatók: ultrahangvizsgálat, oesophagoscopia, oesophagusmanometria, 24 órás oesophagus- (és lehetőleg garati) pH-mérés, elektromiográfia.

A nyelési funkció patomechanizmusa

Műtétek után a nyelési funkció zavara és az adott esetben vele együtt járó artikulációs és hangképzési zavar különböző mértékű és jellegű lehet, attól függően, hogy a műtét a régió melyik területét érinti.

Az ajak, nyelv, szájfenék, mandibula (részleges) eltávolítása után az orális boluskontrollnak, az ételbolus előkészítésének, szájban tartásának, formálásának, továbbításának, a szájban levő ételmaradék eltávolításának mechanizmusa károsodik. Az orális boluskontroll zavara predeglutitív aspirációt eredményezhet.

A dysphagia a táplálék orális előkészítésének, illetve orális, pharyngealis és oesophagealis transzportjának zavara.

A teljes nyelvtávoltítás súlyosan károsítja a nyelés-funkciót. Zavart szenved a bolus formálása, továbbbítése, de ezenkívül a gégeleváció és ezzel együtt a nyelőcsőbemenet nyitása is károsodik. A teljes nyelvtávoltítás az artikulációt összességében károsítja, alig érthetővé teszi a beszédet.

A lágyszájpad, garat, nyelvgyök daganatainak műtete után felléphet félrenyelés. Különösen abban az esetben, ha a nyelvgyökreszekció kiegészül a gége supraglotticus, horizontális reszekciójával. Amennyiben nem jön létre a lágyszájpad, nyelv és garat megfelelő kontaktusa (velopharyngealis zár), az étel az orron keresztül regurgitál. A beszédhang nyitott orrhangzóssá válik.

Hemilaryngectomia esetén a hangrész záródása válhat akadályozottá. Így a nyelés alatt jöhet létre aspiráció. A hangképzéshez szükséges hangszalag eltávolítása miatt a hangrész záródási elégtelenség következtében rekedt, levegős a beteg hangszíne.

Teljes laryngectomia után kivételesen, általában a nyelőcsőbemenet szűkülete következtében lép csak fel nyelészavar. A hangképzés elvesztése a műtét elsődleges következménye. A rehabilitáció a póthangképzés (nyelőcsőhangképzés, beültetett hangprotézis) kialakítását célozza. A Servox-készülékkel (kézi elektromos hangvibrátor) átmeneti kommunikációs segítséget adunk a betegnek.

Az algarat reszekciója után a régióban retenció alakulhat ki, ami posztdeglutitív aspirációt eredményezhet. Az artikuláció ebben az esetben nem érintett.

Míndezek a károsodások az adott státustól függően kombinálódhatnak. A nagyobb műtéten átesett betegek döntő többsége a műtétet követően rövidebb-hosszabb ideig tracheostomával és kanüllel él. Emiatt a gége elevációja csökken, továbbá megváltoznak a régióban a nyomási viszonyok, amelyek szintén hajlamosítanak az aspirációra.

A *sugárkezelés* után gyakran alakul ki a nyálkahártya szárazsága, hyperaemiája, duzzadása, továbbá csökken a szenzibilitása, az oedema következtében károsodik a kötőszövet, ezek mind rontják a nyelési funkciót. Csökken az izom kontrakciós képessége. Míndezek következtében a bolustranszport károsodik. A nyak hegesedése következtében beszűkül a mandibula mozgása és megváltozik a gége elevációja. A hegesedés következtében az idegek is kompresszió alá kerülhetnek. Nem ritka a radiogén neuritis.

A fentebb felsoroltakból nyilvánvaló, hogy a fej-nyaki tumorok műtéti és sugárkezelése során a károsodás érintheti a nyelés mind a négy fázisát, az orális előkészítő fázist, az orális, pharyngealis és oesophagealis transzportszakaszt.

A *neurogén* okból kialakult dysphagiában nem a struktúra sérülése, hiánya, hanem a régió funkciózavarra (bénulás, érzészavar) okozza a nyelészavart. Az érzészavar a boluskontrollt zavarja. Kétoldali bénulás (nyelv, garatizmok) lehetetlenné teszi a bolus előkészítését, illetve továbbbítését. A gégeizmok bénulása során csökken, illetve megszűnik az alsó légutak védelme. Romlik a nyelésben részt vevő struktúrák koordinációja. A neurogén dysphagia során, az enyhe lelassulástól kezdve a teljes funkciókiesésig, a nyelészavarok min-

den változatával találkozhatunk, és majdnem mindig kialakul valamilyen neurogén beszédfunkció-zavar is: dysarthria, dysarthrophonia, afázia. Ezekkel a tünetekkel jelen közleményünkben nem foglalkozunk.

Az oropharyngealis dysphagia kezelése

Konzervatív terápia

A konzervatív kezelés magában foglalja a funkcionális gyakorló nyelési terápiát, a fizikoterápiát, a gyógyszeres, inhalatív terápiát és nem utolsósorban a dietetikával kapcsolatos eljárásokat.

A *funkcionális nyelési terápia* az oropharyngealis szakasz, a fej-nyaki régió funkciójának javítását célozza. Ez a kezelés igen sokrétű, már az akut osztályon elkezdhető, majd a rehabilitációs intézetben és a beteg otthonában, illetve ambulánsan folytatható. Ez utóbbi esetben a házi orvosnak elsődleges szerepe, hogy betegét a megfelelő szakemberhez irányítsa. A funkcionális gyakorlóterápia a nyelési folyamatban részt vevő struktúrák funkciójának javítását szolgáló kezelés, amely a hangképzés, az artikuláció és a nyelés anatómiai és funkcionális egységére épül. Ennek alapelvei a következők (6–10):

Célszerű a beteg számára individuális terápiás programot összeállítani, amely a nyelésfunkciót előkészítő, illetve speciális nyelési gyakorlatokból áll. A gyakorlatokat a sebgyógyulást követően már a kórházi ágyon megkezdjük. Kanülviselő betegnél (ha lehetséges) a kanült időlegesen eltávolítjuk és a tracheostomát újjal elzárjuk, ezáltal a nyelés alatt a légcsőben és a nyelőcsőben a fiziológiás nyomásviszonyokat hozzuk létre, illetve elkerüljük a nyelőcső kompresszióját. A gyakorlat természetesen szívókészülék jelenléte mellett kell végezni az esetleges aspirátum eltávolítása céljából.

A neurológiai betegek kezelése szintén már az akut osztályon megkezdődhet, amikor a beteg állapota már stabilizálódott. Itt először a bazális funkciók aktiválódása a cél: a szenzorium aktiválása, patológiás reflexek leépítése, fiziológiás reflexek erősítése stb. Ez után indítható a funkcionális gyakorlóterápia, amelynek fő alkotóelemei a kauzális és a kompenzatorikus eljárások.

Kauzális terápia a károsodott funkció indirekt és direkt javítását, helyreállítását szolgálja. A gyakorlatok célja a légzés és hangképzés, a faciooralis és a laryngopharyngealis szakasz működésének javítása. A hang- és artikulációs gyakorlatok egyben a nyelésben részt vevő izmok, struktúrák funkcióját is javítják. A kompenzatorikus módszerekkel olyan testhelyzeteket keresünk, amelyek segítségével a hibás működés megkerülhető, így a nyelésnél nem szokványos fej- és testtartás kialakítására törekszünk. Ilyenkor például a beteg fejét és akár a felső testét olyan pozícióba helyezzük, elfordítjuk, hogy a bolus csak az egyik oldali, az ép

A félrenyelés
nem jár mindig
köhögéssel!

sinus piriformisba, illetve onnan a nyelőcsőbe terelődjön.

A különböző nyeléstechnikák kialakításának célja egyrészt a légutak védelme, másrészt, hogy a bolus a nyelőcsőbe transzportálódjon. Megtanítjuk a beteget arra, hogy légutait különböző szinten (glottis, supraglottis) el tudja zárni.

A „csendes”
aspiráció
veszélye miatt
ne próbáljuk
a súlyos beteget
először „egy
kis teával”
megitatni
anélkül, hogy
nyelési vizsgálat
történt volna.

A *fizioterápia* fontos kiegészítője a funkcionális nyelési terápiának. A dysphagiás betegek nagy része gyógytornát igényel: a neurológiai páciensek orofaciális bénulásai miatt, az operált tumoros betegek a fokozott fej-nyaki izomtónus, kar-, vállparézisek okán. Fej-nyaki műtétek, illetve sugárkezelés után gyakran alakul ki lymphoedema, ilyenkor masszázs szükséges. Az akut, illetve rehabilitációs intézetből elbocsátott betegek ezeket a kezeléseket még hosszú hónapokig igényelhetik.

A *gyógyszeres és inhalatív terápia* már a kórházi osztályon megkezdődik és a rehabilitáció későbbi szakaszaiban, így a beteg otthoni kezelése alatt is folytatódik. Az operált és sugárkezelt dysphagiás betegeknél a nyálkahártya védelmére gyulladáscsökkentő terápiát, nyálkahártyavédő gyógyszereket alkalmazunk, (hideg) inhalálást végzünk, és a szobalevegőt párasítani kell. Ha a nyák túl tapadós, nyákfolyósítók adása szükséges, a gyakori szájszárazság ellen rendszeres, a nyálmirigyeket óvatosan ingerlő szájoöblítést kell végezni. A sugárkezelés alatt vagy után kialakult gombás fertőzés ellen antimycoticus szájoöblítést, ecsetelést végzünk. Esetenként műnyál alkalmazását javasoljuk. Fájdalmas nyelés esetén a betegek gyakran igényelnek fájdalomcsillapítókat az étkezések előtt.

A *dietetikával kapcsolatos eljárások* az orális táplálkozás biztosítására szolgálnak.

Tanácsok a mindennapi gyakorlat-hoz: a táplálást mindig avval a legjobban tolerált konzisztenciájú étellel kezdjük, amelyet a fent már említett laringo-videoendoszkópos nyelési viz-

sgálattal meghatároztunk. A beteg számára igen gyakran nem a híg konzisztencia a legmegfelelőbb! Ez a tény különösen neurogén dysphagiákra jellemző. Ezért ne próbáljuk a súlyos beteget először „egy kis teával” vagy „kis levestel” megitatni anélkül, hogy nyelési vizsgálat történt volna (cave: „csendes” aspiráció!).

Az otthoni táplálást a háziornosnak kritikusan kell figyelnie: fogyás, hőemelkedés dietetikai hibára utalhat és sürgős nyelési vizsgálatot igényel.

Minden nyelés után a légzés és a hangminőség ellenőrzése szükséges. A hang „nedvessé”, szörcsölővé válása félrenyelésre utal! A félrenyelés vagy köhögés néha izomkifáradás jele, ilyenkor pihenőt kell tartani.

Amennyiben a rágómozgások erősítésére is szükség van, aktív rágásgyakorlatokat végzünk nedves rágószákcocskával, amelyet például almadarabokkal töltünk meg.

Károsodott orális boluskontroll során a beteg nem tudja a folyadékot a szájában tartani. Ekkor az ivást cseppenként kezdjük, majd fokozatosan emelve az adagot negyed teáskanállal folytatjuk. A pohárból történő ivás erősíti az ajak-, arc- és nyelvműködést. Átlátszó pohár használata lehetővé teszi a folyadékmennyiség kontrollját. Amennyiben a műanyag pohárból kívágnak az orrnak megfelelően egy íves darabot, a betegnek nem kell a fejét iváskor hátrahajtani, így csökkenthető az aspiráció veszélye. *Nyelészavarban szenvedő betegek „csőrös pohárból” való itatása tilos!* A csőr végén kifolyó étel mennyisége (és hőmérséklete) kontrollálhatatlan, az amúgy is károsodott nyelésfunkciójú beteg szájüregének egyenesen a közepére kerül, ahonnan azután könnyen a gégebe csuroghat.

Szükséges lehet különböző segédeszközök használata. Például, ha a bolus továbbítása a szájban nehéz, egy úgynevezett glossectomiás kanállal az étel a nyelvhátra, nyelvgyökre helyezhető. Adott esetben protézis használata ajánlott, például szájpadhiány esetén szájpadli obturátor.

Az orális táplálékfelvétel csak az előzőekben, a funkcionális gyakorló nyelési terápia során ismertetett, úgynevezett száraz tréning, azaz a bolus nélküli vagy próbabolussal történő gyakorlatok megfelelő elvégzése után következhet. Vizsgálata alapján a foniáter orvos dönti el, hogy a beteg per os táplálása elkezdhető-e. A táplálék tartalma kezdetben fehérje- és tejtmentes legyen, az aspirációs pneumonia elkerülése miatt.

A dietetika döntő jelentőségű lehet a nyelészavarban szenvedő beteg táplálásában. Először meg kell határozni, hogy a beteg milyen konzisztenciájú, mennyiségű ételt kaphat és milyen pozícióban tudja lenyelni azt aspiráció veszélye nélkül. Például lelassult, csökkent larynxzáródásnál általában pürével kezdjük, míg a cricopharyngealis funkció károsodásakor folyékony étellel. Megfelelő sűrítőanyagok segítségével megnöveljük a folyékony táplálék (víz, leves, kávé, tea) viszkozitását és így biztosíthatjuk, hogy ezt is fogyaszthasson a beteg.

A diétás terv szükségessége

A regensburgi egyetem fül-orr-gége klinikájának foniátriai osztályán és az ehhez kapcsolódó 30 ágyas foniátriai rehabilitációs intézetben a dysphagiában használható ételkonzisztenciáknak hétféle fokozatát fejlesztették ki. A diéta ismertetése alapul szolgálhat arra, hogy az otthonukba távozó betegeknek a családorvosok, a dietetikusok tanácsot adjanak étrendjük helyes összeállításához. A következőkben felsorolt étrendváltozatok bizonyos esetekben fázisként, tehát időbeli egymásutánként is felfoghatók. Különösen a súlyos neurogén dysphagia esetében érvényes, hogy a kocsonyás, gélszerű állapottal kezdődjön a sor, mert ez esetben a folyadék nyelése aspirációhoz vezet, így ezt a konzisztenciát csak szondán keresztül kaphatja a be-

teg. Egyéb esetekben a nyelési funkciózavaroknak megfelelően bármelyik fázissal vagy változattal el lehet kezdeni, illetve folytatni lehet a táplálást. Ezek a fázisok vagy változatok a következők: 1. kocsonyás vagy gélszerű állományú étrend; 2. puding állományú étrend; 3. kása, illetve pép állományú étrend; 4. püré állományú étrend; 5. szilárd, de puha állományú étrend; 6. szilárd, de puha állományú étrend, folyadékkal kiegészítve; 7. könnyű, vegyes étrend.

A regensburgi tapasztalatok szerint az itt ismertetett hétféle diétaváltozat elegendőnek bizonyult ahhoz, hogy a különböző eredetű és súlyosságú nyelési problémákkal küszködők számára megtalálják a legmegfelelőbbet. Így a szondatáplálás mellett vagy egyes esetekben annak teljes elhagyásával lehetőségessé válik újra a szájon át való táplálkozás. Fontos ismét megjegyezni, hogy a hétféle fázis, illetve változat nem mindig egymásra épül, nem követi egyik fázis a másikat. A beteg állapotától függően lehet bevezetni az egyik változatot, és elhagyni egy másikat. Hangsúlyozzuk, hogy ameddig a nyelési gyakorlatokkal nem érjük el a beteg per os táplálhatóságát, természetesen mesterséges táplálás szükséges. A kezelés ideje alatt ügyelni kell a megfelelő folyadék- és energiabevételre.

A felsoroltakból egyénre szabottan kell kiválasztani a beteg állapotának megfelelő kezelési metódusokat.

Műtéti kezelés

A műtét célja a nyelési funkció helyreállítása (például a hangrészárás javítása a hangszalag medializálásával, az epiglottis dorsal felé helyezése epiglottisarypexia révén, a tápcsatorna és a légutak szeparációja, teljes laryngectomy), ezáltal lehetővé tesszük a boluspasszázst, másrészt védjük a légutakat (11). A műtéti kezelést általában megelőzi a konzervatív kezelés.

Dysphagia időskorban

Külön figyelmet érdemel az időskorban fellépő gyakori félrenyelés és nyelési nehézség. Azoknál az idős em-

bereknél, akiknél a nyelési reflex nehezebben váltódik ki, ráadásul a motorium lelassult, leggyakrabban a folyadék lenyelése, illetve ennek félrenyelése okoz gondot. Emiatt étkezés közben köhögnek, krákognak, ami nekik is és a környezetüknek is meglehetősen kellemetlen. Ennek megelőzésére a fent már említett sűrítőanyagokat lehet használni, amelyeket kávéba, teába, gyümölcslebe, üdítőitalba, esetleg levesbe lehet keverni. A sűrűbb, viszkózusabb folyadék lassabban halad az oropharyngealis szakaszon, s van idő az étel érzékelésére, és a nyelési folyamat eredményes lesz. Az időskori nyelési nehézségek kezelése is orvosi kultúránk részét kell, hogy képezze.

Megbeszélés

Az oropharyngealis dysphagia eseteinek száma növekszik, egyre újabb és változó problémák elé állítva az általános orvosi gyakorlatot végző kollégákat, akik ezáltal szembesülnek a kórházi osztályokról hazabocsátott betegek nyelési problémáival. Fontos tudni, hogy a PEG-gel (percutan endoszkópos gastrostomia) történő táplálás nagyon sok esetben megváltoztatható kényszerűség, hiszen a fent ismertetett metódusokkal a beteg ismét per os táplálhatóvá válhat. Fontos szerepe van a háziorvosnak a félrenyelés korai felismerésében (például idős beteg lázas állapota, cachexia, étkezés alatti köhögése) és hogy a beteget időben megfelelő szakemberhez irányítsa.

A fent leírt komplex konzervatív kezelés költségei jóval kedvezőbbek a hosszan tartó mesterséges táplálás költségeinél. Az akut osztály, a rehabilitációs osztály, az ambuláns foniátriai-logopédiai rendelés, a háziorvos és házhoz járó terapeuta együttműködése szükséges ahhoz, hogy az életminőségünket meghatározó orális táplálkozás visszaállítható legyen súlyos betegségek és műtétek után is. Remélhetőleg egyre több intézmény alakítja ki speciális osztályát, képezi ki szakembereit a dysphagia kezelésére. Ebben az erre szakosodott foniáter tud segítséget nyújtani.

Nyelészavarban szenvedő betegek „csőrös pohárból” való itatása tilos!

IRODALOM

1. Böhme G. Dysphagie. In: Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Band I. 9. Stuttgart, New York: G. Fischer; 1997. p. 262-87.
2. Mészáros K, Csákó L, Hacki T. Oropharyngealis dysphagia kezelése supraglottikus resectio utáni nyelészavarban. *Fül-, Orr-, Gégyógyászat* 2000;46(2):175-80.
3. Hirschberg J. Az ajak- és szájpadasadékos gyermekek gondozása a háziorvosi gyakorlatban. *LAM* 2004;14(1):665-71.
4. Jahnke V. Klinik der pharyngoösophagealen Dysphagien aus Hals-Nasen-Ohren-Ärztlicher Sicht. *Archives of Oto-Rhino-Laryngology Suppl* 1990/1;33-85.
5. Hacki T, Kramer H, Kleinjung Ch, Perez-Alvarez C, Schmid J. Endoskopische Mehrfarben-Schluckuntersuchung. *Laryngo-Rhino-Otologie* 2000;79:335-40.
6. Nusser-Müller-Busch R. Therapie neurogener Schluckstörungen. In: Böhme G. Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Band II. 19. Stuttgart, New York: G. Fischer; 1997. p. 314-22.
7. Schröter-Morasch H. Schlucken. In: Wendler J, Seidner W, Kittel G, Eysholdt U. Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie. 7. Stuttgart, New York: G. Thieme; 1996. p. 302-11.
8. Bigenzahn W, Denk DM. Oropharyngeale Dysphagien. Stuttgart, New York: Thieme; 1999.
9. Schlach F. Schluckstörungen und Gesichtslähmung. München-Jena: Urban-Fischer; 1999.
10. Logemann JA. Dysphagia evolution and treatment. *Folia Phoniatri Logop* 1995;47:140-67.
11. Lichtenberger Gy. A funkciómegőrzés, helyreállítás, illetve korrekció szempontjai gége algarat tumorok és metasztázisainak kezelése során. *Fül-orr-gégyógyászat* 2004;50(1):47-54.