

Leitfaden zur Beurteilung einer sicheren Nahrungsaufnahme bei Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall

**Überarbeitete Version des Leitfadens der Arbeitsgruppe FO der IGPTR-N,
Dezember 2006**

Lea Katharina Furrer, Bruno Lüthi, Heike Sticher, Ruth Weiss-Trachsel

August 2018

Adressaten:

- Diplomiertes, medizinisches Fachpersonal ohne Spezialkenntnisse in der Behandlung von Patientinnen und Patienten nach Schlaganfall

Ziel:

- Die medizinische Fachperson ist in der Lage anhand von konkreten Kriterien zu beurteilen, ob die Nahrungsaufnahme sicher ist.
- Die medizinische Fachperson ist in der Lage anhand von konkreten Kriterien zu empfehlen, dass die Nahrungsaufnahme gestoppt wird und die Patientin oder der Patient von einer Spezialistin oder einem Spezialisten abgeklärt wird.

Definitionen:

- Nahrungsaufnahme heisst:
 - 3 mal tägl. Essen und Trinken mit normaler oder angepasster Konsistenz (z.B. feingeschnittene Kost, eingedickte Flüssigkeit, Diät)
- Spezialistin oder Spezialist heisst:
 - Therapeutin und Therapeut / Pflegefachperson mit Zusatzausbildung im Bereich Schluckstörungen (Dysphagie)
 - Therapeutin und Therapeut / Pflegefachperson mit Zusatzausbildung in den Bereichen Schluckstörungen und Wahrnehmung
 - Evtl. Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater zur Beurteilung und Therapie von Mangelernährung
- Schluckstörung heisst:
 - dass der komplexe Schluckvorgang gestört ist. In der Fachsprache wird eine Schluckstörung als Dysphagie bezeichnet, was wörtlich übersetzt „Störung des Essens“ bedeutet.

Problemkreise	Voraussetzungen für eine sichere Nahrungsaufnahme	Weiteres Vorgehen bei Auffälligkeiten
Wahrnehmungsorganisation	Patientin oder Patient ist in der Lage Alltagsaktivitäten adäquat zu organisieren	Bei vorhandener Wahrnehmungsproblematik Abklärung durch eine Spezialistin oder einen Spezialisten für Probleme der Wahrnehmung
Bewusstsein	Patientin oder Patient ist 30 Minuten wach und kooperativ (Huxley, Viroslav, Gray, & Pierce, 1978; Reynolds et al., 1998)	Bei Nichterfüllen des Kriteriums keine orale Nahrungsaufnahme, Information an den zuständigen Arzt, Pflegefachpersonal und Abklärung durch eine Spezialistin oder einen Spezialisten für Wahrnehmung
Haltung und Position	Patientin oder Patient kann 30 Minuten mit korrekt eingeordneten Körperabschnitten (Kopf/Rumpf/Becken) in aufrechter Position (mind. 60°) sitzen. (Bartolome et al., 2014; Bigenzahn, Denk, & Burian, 1999; Ertekin et al., 2001; Nusser-Müller-Busch, 2015)	Bei Nichterfüllen des Kriteriums keine orale Nahrungsaufnahme, Information an den zuständigen Arzt, Pflegefachpersonal und Abklärung durch eine Spezialistin oder einen Spezialisten für Schluckstörungen und / oder Wahrnehmung
Koordination Atmung – Schlucken	Patientin oder Patient hat eine normale Atemfrequenz von 12-18 Zügen pro Minute (Nusser-Müller-Busch, 2015)	Bei Nichterfüllen des Kriteriums keine orale Nahrungsaufnahme, Information an den zuständigen Arzt, Pflegefachpersonal und Abklärung durch eine Spezialistin oder einen Spezialisten für Schluckstörungen

Problemkreise	Voraussetzungen für eine sichere Nahrungsaufnahme	Weiteres Vorgehen bei Auffälligkeiten
<p>Sicherheitskriterien</p>	<p>Patientin oder Patient hat einen kräftigen Hustenstoss mit anschliessendem Schlucken</p> <p>Die Patientin oder der Patient schluckt den Speichel regelmässig (im Wachzustand ca. 1x / pro Minute)</p> <p>Es zeigen sich keine Zeichen einer Schluckstörung gemäss der Liste „Beobachtungen, die bei Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall auf eine Schluckstörung hinweisen können“</p> <p>(Bartolome et al., 2014; Bigenzahn et al., 1999; Daniels et al., 1998; Daniels, Ballo, Mahoney, & Foundas, 2000; Nusser-Müller-Busch, 2015; Terré & Mearin, 2006)</p>	<p>Bei Nichterfüllen des Kriteriums keine orale Nahrungsaufnahme, Information an den zuständigen Arzt, Pflegefachpersonal und Abklärung durch eine Spezialistin oder einen Spezialisten für Schluckstörungen</p>

<p>Beobachtungen, die bei Patientinnen und Patienten nach Schlaganfall auf eine Schluckstörung hinweisen können</p> <p>(Bahia, Mourão, & Chun, 2016; Bartolome et al., 2014; Bigenzahn et al., 1999; Daniels, Pathak, Rosenbek, Morgan, & Anderson, 2016; Falsetti et al., 2009; Kimura, Takahashi, Wada, & Hachisuka, 2013; Kumar et al., 2014; Lindner-Pfleggar et al., 2017; Nusser-Müller-Busch, 2015; Somasundaram et al., 2014)</p>	<p>Therapeutische Konsequenzen</p>
<p>Allgemeine Zeichen einer möglichen Schluckstörung</p>	<p>Ist eines der allgemeinen Zeichen vorhanden oder kann nicht untersucht werden gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abklärung durch Spezialistin oder Spezialist für Schluckstörungen ▪ Information an zuständige Ärztin / zuständigen Arzt und Pflegefachpersonal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motorische Sprechstörung (z.B. verwaschene Aussprache, verlangsamter Sprechrhythmus, monotone, heisere Stimme) ▪ Veränderte Stimme (z.B. feuchte, heisere, schwache Stimme, veränderte Tonlage, Sprechanstrengung) ▪ Abnormaler willkürlicher Husten (z.B. abgeschwächter oder kein Husten) ▪ Vermehrtes Husten / Räuspern nach der Nahrungsaufnahme, dem Schlucken oder während der Therapie ▪ Patientin oder Patient berichtet über Änderung der Ernährungsgewohnheiten (z.B. meiden gewisser Nahrungsmittel wie Fleisch /Salat oder Flüssigkeiten etc.) ▪ Patientin oder Patient berichtet, dass die Nahrungsaufnahme deutlich länger dauert 	<p>Tritt eines oder mehrere der Zeichen für eine Pneumonie auf gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information an zuständige Ärztin / zuständigen Arzt und Pflegefachpersonal
<p>Zeichen einer Pneumonie</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fieber / Schüttelfrost ▪ Husten ▪ Erhöhte Atemfrequenz ▪ Atemabhängige Schmerzen ▪ Zyanose ▪ Vermehrte Verschleimung 	

Beobachtungen, die bei Patientinnen und Patienten nach Schlaganfall auf eine Schluckstörung hinweisen können	Therapeutische Konsequenzen
Zeichen einer Mangelernährung	Tritt eines oder mehrere der Zeichen einer Mangelernährung auf gilt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information an zuständige Ärztin / zuständigen Arzt und Pflegefachpersonal ▪ Information Ernährungsberaterin oder Ernährungsberater
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generalisierte Atrophie der Muskulatur ▪ Gewichtsverlust / Schwund des Unterhaut-Fettgewebes ▪ Appetitlosigkeit 	
Zeichen einer Exsikkose („Austrocknung“)	Tritt eines oder mehrere der Zeichen einer Exsikkose auf gilt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information an zuständige Ärztin / zuständigen Arzt und Pflegefachpersonal ▪ Information Ernährungsberaterin oder Ernährungsberater
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trockene Haut / Schleimhäute (Axilla, Mund) ▪ Gewichtsverlust ▪ Stehende Hautfalten 	
Weitere Hinweise	Sind weitere Hinweise vorhanden, gilt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abklärung durch Spezialistin / Spezialist für Schluckstörungen ▪ Rücksprache mit zuständiger Ärztin / zuständigem Arzt, Pflegefachpersonal und Ernährungsberaterin / Ernährungsberater nehmen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nasen- / Magensonde (PEG) ▪ Trachealkanüle 	

LITERATURVERZEICHNIS

- Bahia, M. M., Mourão, L. F., & Chun, R. Y. S. (2016). Dysarthria as a predictor of dysphagia following stroke. *NeuroRehabilitation*, 38(2), 155–162. <https://doi.org/10.3233/NRE-161305>
- Bartolome, G., Schröter-Morasch, H., Buchholz, D., Feussner, H., Graf, S., Holzapfel, K., . . . Prosiegel, M. (Eds.). (2014). *Schluckstörungen: Diagnostik und Rehabilitation ; [mit dem Plus im Web ; Zugangscode im Buch]* (5., komplett überarb. Aufl.). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Bigenzahn, W., Denk, D.-M., & Burian, M. (1999). *Oropharyngeale Dysphagien: Ätiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen ; 58 Tabellen*. Stuttgart: Thieme.
- Daniels, S. K., Ballo, L. A., Mahoney, M. C., & Foundas, A. L. (2000). Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: Outcome measures in acute stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(8), 1030–1033.
- Daniels, S. K., Brailey, K., Priestly, D. H., Herrington, L. R., Weisberg, L. A., & Foundas, A. L. (1998). Aspiration in patients with acute stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(1), 14–19.
- Daniels, S. K., Pathak, S., Rosenbek, J. C., Morgan, R. O., & Anderson, J. A. (2016). Rapid Aspiration Screening for Suspected Stroke: Part 1: Development and Validation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(9), 1440–1448. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.025>
- Ertekin, C., Keskin, A., Kiylioglu, N., Kirazli, Y., On, A. Y., Tarlaci, S., & Aydoğdu, I. (2001). The effect of head and neck positions on oropharyngeal swallowing: A clinical and electrophysiologic study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(9), 1255–1260.
- Falsetti, P., Acciai, C., Pailla, R., Bosi, M., Carpinteri, F., Zingarelli, A., . . . Lenzi, L. (2009). Oropharyngeal dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases : the Official Journal of National Stroke Association*, 18(5), 329–335. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.01.009>
- Huxley, E. J., Viroslav, J., Gray, W. R., & Pierce, A. K. (1978). Pharyngeal aspiration in normal adults and patients with depressed consciousness. *The American Journal of Medicine*, 64(4), 564–568.
- Kimura, Y., Takahashi, M., Wada, F., & Hachisuka, K. (2013). Differences in the peak cough flow among stroke patients with and without dysphagia. *Journal of UOEH*, 35(1), 9–16.
- Kumar, S., Doughty, C., Doros, G., Selim, M., Lahoti, S., Gokhale, S., & Schlaug, G. (2014). Recovery of swallowing after dysphagic stroke: An analysis of prognostic factors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases : the Official Journal of National Stroke Association*, 23(1), 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.09.005>
- Lindner-Pfleghar, B., Neugebauer, H., Stösser, S., Kassubek, J., Ludolph, A., Dziewas, R., . . . Riecker, A. (2017). Dysphagiemanagement beim akuten Schlaganfall: Eine prospektive Studie zur Überprüfung der geltenden Empfehlungen [Management of dysphagia in acute stroke : A prospective study for validation of current recommendations]. *Der Nervenarzt*, 88(2), 173–179. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0271-1>
- Nusser-Müller-Busch, R. (2015). *Die Therapie des Facio-Oralen Trakts*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Reynolds, P. S., Gilbert, L., Good, D. C., Knappertz, V. A., Crenshaw, C., Wayne, S. L., . . . Tegeler, C. H. (1998). Pneumonia in Dysphagic Stroke Patients: Effect on Outcomes and Identification of High Risk Patients. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 12(1), 15–21. <https://doi.org/10.1177/154596839801200103>
- Somasundaram, S., Henke, C., Neumann-Haefelin, T., Isenmann, S., Hattingen, E., Lorenz, M. W., & Singer, O. C. (2014). Dysphagia risk assessment in acute left-hemispheric middle cerebral artery stroke. *Cerebrovascular Diseases (Basel, Switzerland)*, 37(3), 217–222. <https://doi.org/10.1159/000358118>
- Terré, R., & Mearin, F. (2006). Oropharyngeal dysphagia after the acute phase of stroke: Predictors of aspiration. *Neurogastroenterology and Motility : the Official Journal of the European Gastrointestinal Motility Society*, 18(3), 200–205. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2005.00729.x>

Adäquate Sitzhaltung für die sichere Nahrungsaufnahme

Sind alle Sicherheitskriterien, sowie die Wahrnehmungsorganisation, das Bewusstsein und die Atem-Schluck Koordination gegeben und keine Zeichen einer möglichen Schluckstörung vorhanden, sollte die Nahrungsaufnahme nicht verzögert werden. Nachfolgend abgebildete Sitzhaltungen sind für die Nahrungsaufnahme geeignet.

