

BILAG 2

Om Dysfagi

16. december 2017

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 Om Dysfagi	2
1.1 Indledning	2
1.2 Definition af dysfagi?	3
1.3 Hvem får dysfagi?	3
1.4 Konsekvenser	4
1.5 Nuværende håndtering af dysfagi	4
Litteratur	6

Om Dysfagi

1

1.1 Indledning

En normal synkeproces forløber ved at mad og drikke passerer mundhulen, går forbi svælget inden processen fortsætter ned i spiserøret. Denne synkeproces foregår ved, at bolus skubbes bagud mod svælget ved hjælp af tungen, som presser op og bagud. Derefter udløses en refleks pga. sanseceller i svælget. Dette foregår uden for viljens kontrol og i sammenspil med den forlængede rygmærk. Hele synkeprocessen er et samspil mellem 20-30 muskler, som enten skal trække sig sammen eller slappe af i den rigtige rækkefølge [1].

Synkeprocessen består af fire sammenhængende faser:

1. Præ-Oral fase:

Denne fase indtræder forud for drikke- og fødeindtagelse i munden. Den er karakteriseret ved at spytproduktion og synkestimulation starter, når man ser og dufter til mad og drikke [2, s. 12].

2. Oral fase (i munden):

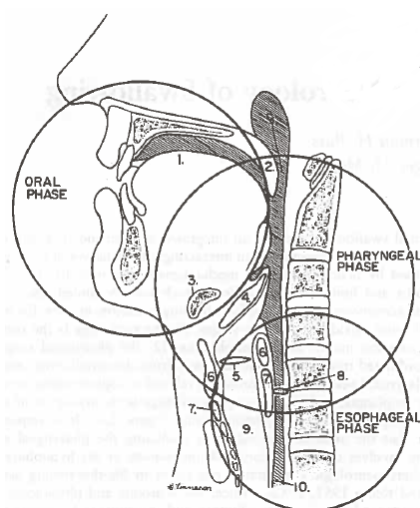
I denne fase bliver maden bidt i stykker i munden. Her tygges maden, som bliver blandet med spyt og formet til en bolle (bolus). Ved hjælp af tungen transporteres bolus til den bagerste del af mundhulen samtidig med at ganespejlet lukker af op til næsen.

3. Faryngeale fase (i svælget):

Her bliver bolus transporteret gennem svælget og luftrøret beskyttes ved at stemmebåndet og strubelåget lukker samtidig med indgangen til spiserøret åbnes.

4. Esophageal fase (i spiserøret): Spiserøret indsnævres og bolus transporteres til mavesækken vha. en peristaltisk bevægelse [1, s. 395].

1.2. Definition af dysfagi?



Figur 1.1: De tre sidste faser ved synkeprocessen[3]

1.2 Definition af dysfagi?

Dysfagi er den medicinske betegnelse for symptom relateret til dysfunktion af synkeprocessen [4]. Dysfagi tilstanden er karakteriseret ved spise- og drikkevanskeligheder hos patienten. Resultatet kan være en fejlsynkning ved, at bolus ender i luftrøret i stedet for spiserøret. Dette kan bl.a. medføre udvikling af pneumoni.

1.3 Hvem får dysfagi?

Dysfagi symptomerne kan bl.a. observeres hos patienter med sklerose, apopleksi og parkinson. Symptomerne forekommer også hos personer med kræft, KOL og almen svækkelse og aldring [5].

Ifølge patientombuddets temarapport fra 2012 om dysfagi at [6]:

- 60-87 % af beboere på plejehjem for ældre har synkebesværigheder.
- 30 % alle apopleksipatienter har dysfagi. 15.000 danskere rammes hvert år af apopleksi. Forekomsten af dysfagi er ca. 37-78 % ved akut apopleksi. Hos patienter i den akutte fase, er dysfagi/aspiration en betydelig dødsårsag. Herudover lever 30-40.000 danskere med senfølger efter en apopleksi, nogle har dysfagi
- 20-50 % af patienter med Parkinson og Alzheimer har dysfagi. Der lever ca. 6. 000 patienter med Parkinson i Danmark og ca. 45.000 patienter med Alzheimer.
- 30-60 % af patienter med muskelsvind har dysfagi.
- Herudover er der ca. 10.000 børn, unge og voksne med Cerebral Parese (CP) også kendt som "spastisk lammelse", der har synkebesvær .

1.4 Konsekvenser

Dysfagi kan have følgende konsekvenser [4, s. 12]:

- Manglende oral ernæring og dermed under- eller fejlnæring
- Dehydrering
- Aspiration
- Kvælning
- Udvikling af aspirationspneumoni
- Social isolering
- Øget risiko for mortalitet
- Reduceret livskvalitet

1.5 Nuværende håndtering af dysfagi

Diagnosticering og udredning af øvre dysfagi kan inddeles i en tre-delt trin. Den første trin handler om at screene patientens mentale tilstand ved at vurdere patientens bevidsthedsniveau, orienteringsevne, handlekraft, samt evnen til at synke få konsistensstyper som vand og spytflåd. Hvis det vurderes af klinikeren, at der er behov for yderligere udredning, sendes patienten videre til en klinisk undersøgelse. Den kliniske undersøgelse er baseret på Facial-Oral-Tract-Therapy (F.O.T.T) metoden og anvendes til at vurdere parametre som patientens sensoriske og motoriske respons, åndedræt og oral indtagelse af fødebolus [2, s. 23-25].

Den kliniske undersøgelse er præget af subjektive vurderinger, da det foretages af en klinikker uden hjælp af teknologiske apparater. Denne undersøgelsesmetode kan f.eks. overse silent aspiration, som kan medføre udvikling af pneumoni og i værste fald kvælning. Derfor anbefales det af sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for øvre dysfagi, at man supplere den kliniske undersøgelse med en instrumentel undersøgelse til voksne med synkebesvær [7].

Den instrumentelle undersøgelse omfatter Fiber Endoskopisk Evaluering af Synkefunktionen (FEES) og/eller Funktionel Videoradiologisk Evaluering af Synkefunktionen (FVES). Ved FEES undersøgelse, som er en invasiv intervention, fører klinikeren en fiberoptisk endoskop gennem patientens næse og pharynx for at få et visuelt billede af pharynx' anatomi. Anomaliteter, som observeres undervejs dokumenteres i en modificeret udgave af "Der Berliner Dysphagia Index", som er en standard protokol til dokumentation af FEES undersøgelse [8].

Undersøgelsen kan afdække patientens synkevanskeligheder ved at iagttage aspiration af bolus i luftvejene, tilstedeværelsen af bolus-rester i strubehovedet og patientens evne til at synke egen saliva [2, s. 27-28]. Ved FVES undersøgelse anvendes røntgenstråler, som

1.5. Nuværende håndtering af dysfagi

muliggør visualisering af fødebolus i alle faser. Klinikerne kan vha. denne metode evaluere om pharyngeal eller øsophageal muskler fungerer korrekt og om patienten kan kompensere for dysfagien med reflektoriske teknikker som fx ændring af hovedstilling. FEES og FVES anvendes som "guld standarder" ved diagnosticering af patienter med øvre dysfagi, og begge undersøgelsesmetoder betragtes som komplementære værktøjer til udredning af dysfagi frem for konkurrerende [2, s. 50].

Litteratur

- [1] Olav Sand, Øjstein V Sjaastad, Egil Haug, and Jan G Bjålie. *Menneskets anatomi og fysiologi*. Gad, 2008.
- [2] Annette Kjaersgaard. Difficulties in swallowing and eating following acquired brain injury - From a professional and a patient perspective. 2013.
- [3] N H Bass, R M Morrell, and M E Groher. Dysphagia: diagnosis and management. *Dysphagia: diagnosis and management*, 1992.
- [4] Annette Kjaersgaard Ph.d. studerende, Ergoterapeut Forskningsinitiativerne for Rehabilitering og Aktivitetsstudier, and Syddansk Universitet Tilknyttet Regionshospitalet Hammel Neurocenter Hammel Neurocenter. DYSFAGI -baggrund, forekomst og konsekvenser.
- [5] Susanne Sally Refsgaard, Tine, Østerby Kristensen and Kristina og Torp Olesen. Dysfagi Tygge- og synkebesvær - Silkeborg kommune. 2015.
- [6] Martin. Bommersholdt, Patientombuddets læringsenhed, and Maja. Bennett. Tema-rapport om dysfagi. 15 Juni, 2012.
- [7] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for øvre dysfagi. <http://sundhedsstyrelsen.dk/media/7E4C638B32204D5F97BCB9805D12C32F.ashx>, 2015.
- [8] 2007 af Lambertsen K MD, Kock-Jensen C MD, Kjærsgaard A, MScOT, Hansen TS, Msci/MPH, Westergaard L, MD. Modifieret udgave af Der Berliner Dysphagia Index. 2007.