

Úloha FEES a dysfagiologického týmu v péči o pacienty po CMP v Nemocnici České Budějovice

The role of FEES and the dysphagia team in the management of patients after stroke disease in Hospital České Budějovice

M. Huška¹, L. Koptíková^{1,2}, P. Lukeš³, L. Mrzena¹

¹ Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice České Budějovice, a.s.,

² Fonoral s.r.o., Strakonice

³ Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN v Motole, Praha

Souhrn

Úvod: Dysfagie má prevalenci v běžné populaci 6–16 %. Na diagnostiku a léčbu se zaměřuje multidisciplinární dysfagiologický tým ve složení klinický logoped, otorinolaryngolog a zdravotní sestra (podle pracoviště může být členem týmu i např. radiolog, nutriční specialista, fyzioterapeut apod.). K objektivnímu vyšetření je jako zlatý standard užíván FEES (Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing) a VFSS (Videofluoroscopic Swallow Study). **Cíl práce:** Cílem práce je retrospektivně zhodnotit přínos dysfagiologického týmu, který působí na otorinolaryngologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. (NČB), v péči o pacienty po cévní mozkové příhodě (CMP) indikovaných k vyšetření z Komplexního cerebrovaskulárního centra (KCC) v letech 2016–2020. **Materiál a metodika:** Do retrospektivní studie bylo zařazeno 33 pacientů po CMP s klinickým podezřením na dysfagii, kteří byli doporučeni z KCC do Poradny pro poruchy polykání k objektivnímu vyšetření dysfagie. **Výsledky:** U 9 pacientů (27,3 %) byla při FEES vyloučena dysfagie, a byl tak umožněn perorální příjem bez omezení. Dysfagie byla při vyšetření potvrzena u 24 pacientů (72,7 %). U deseti pacientů (30,3 %) byla prokázána prodloužená faryngeální fáze polykání bez penetrace nebo aspirace stravy. Tři pacienti (9,1 %) měli při vyšetření penetraci sousta do dýchacích cest, ale nedosahovalo úrovně hlasivek a bylo kompletně vypuzeno (PAS 2). V jedenácti případech (33,3 %) byla prokázána aspirace, z toho se v devíti případech (27,3 % ze všech pacientů, 81,8 % z pacientů s aspirací) jednalo o tichou aspiraci bez snahy o vypuzení aspirátu z dýchacích cest (PAS 8). **Závěr:** U 31 pacientů (94,0 %) byl zaznamenán přínos vyšetření dysfagiologickým týmem. V případě 22 pacientů (66,7 %) šlo o úpravu alimentace a rehabilitace polykání při potvrzené dysfagii. U 9 pacientů (27,3 %) došlo ke zrušení restrikcí při falešně pozitivním screeningovém a klinickém vyšetření. Pozitivní efekt dlouhodobé rehabilitace polykání pozorujeme u 61,5 % sledovaných pacientů.

Klíčová slova

porucha polykání – endoskopie – cévní mozková příhoda – rehabilitace

Úvod

Dysfagie je termín označující poruchu polykání. Prevalence dysfagie v běžné populaci se udává v rozmezí 6–16 % [1]. Mezi nejčastější příčiny poruch polykání u dospělých osob patří cévní mozkové příhody (CMP), nádory hlavy a krku, neurologická degenerativní onemocnění, záněty, úrazy, iatrogenní etiologie (pooperační a postiradiační změny), metabolická onemocnění aj. U pacientů

po CMP se prevalence dysfagie uvádí v rozmezí 21–80 % [2–7] a u pacientů po léčbě nádorů v oblasti dutiny ústní, hltanu nebo hrtanu až 72 % [8, 9]. Nezjištěná a neléčená dysfagie může vést u pacientů k dehydrataci, malnutrici a aspirační pneumonii [10–12].

Dysfagie je běžná komplikace po CMP a aspirační pneumonie patří mezi hlavní příčiny smrti u pacientů v následné péči po proběhlé CMP [3, 13]. V období jed-

noho roku po CMP zemře 10–20 % pacientů na aspirační pneumonii [6], celkově je to ročně více zemřelých než počet úmrtí na následky maligních nádorů hlavy a krku [4]. Porucha polykání se obvykle spontánně zlepší během dvou týdnů od proběhlé CMP u 90 % pacientů [14]. Minoritní, avšak nezanedbatelná, část pacientů vykazuje perzistující potíže s polykáním [14]. Dysfagie není příčina jen zvýšené mortality, ale také

Summary

Introduction: The prevalence of dysphagia in the general population is 6–16%. The dysphagia team focuses on diagnosis and treatment of dysphagia. The dysphagia team consists of a clinical speech therapist, an otorhinolaryngologist and nurse (depending on the workplace). Other specialties such as radiologist, nutritionist and physiotherapist can also be a member of the team. FEES (Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing) and VFSS (Videofluoroscopic Swallow Study) are used as the gold standard for objective examination of the dysphagia. **Aim of the work:** The aim of the work is to evaluate retrospectively the contribution of the dysphagia team working in the department of otorhinolaryngology in Hospital České Budějovice, in the care of patients after stroke disease indicated for examination from the Complex Cerebrovascular Center (CCC) in 2016–2020. **Material and methods:** The retrospective study included 33 patients after stroke with clinical suspicion of dysphagia, who were referred from the CCC to the Counseling Center for Swallowing Disorders for objective examination of dysphagia. **Results:** In 9 patients (27.3%), dysphagia was ruled out during FEES, thus enabling oral intake without restrictions. Dysphagia was confirmed in 24 patients (72.7%). 10 patients (30.3%) had a prolonged pharyngeal swallowing phase without food penetration into the airways. 3 patients (9.1%) had a bolus penetration into the airways during the examination, but it remained above the vocal cords and it was completely expelled from the airways (PAS 2). In 11 cases (33.3%) aspiration was found, of which nine cases (27.3% of all patients, 81.8% of patients with aspiration) involved silent aspiration without any attempt to expel bolus from the airways (PAS 8). **Conclusion:** In 31 patients (94.0%) the benefit of examination by the dysphagia team was noted. In the case of 22 patients (66.7%), it was an adjustment of nutrition and swallowing rehabilitation with confirmed dysphagia. Restrictions were lifted in 9 patients (27.3%) with false-positive screening and clinical examination. We observe a positive effect of long-term swallowing rehabilitation in 61.5% of the monitored patients.

Key words

deglutition disorder – endoscopy – stroke – rehabilitation

morbidity a snížené kvality života pacientů [2, 15–17]. Vede ke změně příjmu potravy, což může mít za následek malnutrici a snížení fyzické výkonnosti. Kvalita života může být také zhoršena tím, že nemalá část pacientů se nemůže pro dysfagii stravovat s rodinou a přáteli, a je tak izolována od společnosti [6].

Při vyšetření pacientů s dysfagií po CMP se v Komplexním cerebrovaskulárním centru Nemocnice České Budějovice, a.s. (KCC NČB) postupuje podle doporučeného postupu České neurologické společnosti [18]. Po přijetí pacienta s cévní mozkovou příhodou k hospitalizaci do KCC je ošetřujícím lékařem indikováno screeningové vyšetření schopnosti polykat. Toto vyšetření provádí edukovaná zdravotní sestra před prvním perorálním podáním tekutin nebo stravy. Doporučená screeningová metoda je vyšetření pomocí GUSS testu (Gugging Swallowing Screen), který se užívá i v KCC NČB. GUSS test dosahuje 96,5–97,0 % senzitivity a 55,8–67,0 % specifity [11, 19]. Identifikace dysfagie pomocí samotného GUSS testu a následná úprava diety vedou ke snížení incidence aspirační pneumonie [12]. Tyto výsledky ukazují, že GUSS test je vhodný

nástroj pro časnou a rychlou detekci dysfagie a rizika aspirace u lůžka pacienta.

GUSS test se skládá ze čtyř částí. V první části je hodnocena bdělost pacienta, schopnost zakašlat a polykat sliny. V dalších třech částech se hodnotí polykání zahuštěné tekutiny, tekutiny a pevné stravy. V každé části je možné udělit nejvíce 5 bodů. Počet udělených bodů určuje stupeň pacientovy dysfagie a z toho vychází doporučená forma stravy.

Při pozitivním výsledku screeningu (19 bodů a méně) je ošetřujícím lékařem indikováno vyšetření pacienta klinickým logopedem, který se u pacienta zaměřuje na vyšetření orofaciální motoriky, senzitivity a vyšetření polykání bez jako i s použitím bolusu potravy (vody). Vyšetření vychází z celkového stavu pacienta, schopnosti spolupráce pacienta s vyšetřujícím, kognitivních schopností a stupně vědomí [18]. Základní klinické vyšetření s použitím bolusu potravy je možné uskutečnit pouze u bdělého pacienta s dostatečnými kognitivními schopnostmi a schopností samostatného vzpřímeného sedu [1]. Cílem vyšetření je určit typ a stupeň dysfagie, doporučit další příjem stravy (per os vč.

konzistence stravy nebo vyloučení perorálního příjmu potravy), určit další postup rehabilitace polykání, jako jsou kompenzační a terapeutické techniky, a ev. doplnění objektivního vyšetření polykání. FEES je indikován zejména při podezření na aspiraci nebo tichou aspiraci, při nejasném výsledku předchozího logopedického vyšetření nebo k ověření efektivity dosavadní terapie dysfagie.

Fyziologický polykací akt dělíme na fázi orální, faryngeální a ezofageální. Orální fáze se dále rozděluje na fázi přípravou, kdy je zahájeno zpracování stravy pomocí pohybů jazyka a žvýkání vedoucí ke zformování bolusu a orální transportní fázi, při které se připravený bolus posouvá dále do orofaryngu [6]. V okamžiku posunu bolusu na úroveň předních patrových oblouků následuje faryngeální fáze, kdy v apnoické pauze dojde k přesunu bolusu z orofaryngu dále do jícnu. Polykání je ukončeno ezofageální fází. Orální fáze je jediná vůlí ovladatelná, zatímco faryngeální a ezofageální fáze jsou řízené reflexně.

K diagnostice dysfagie slouží odběr anamnézy, fyzikální vyšetření lékařem nebo klinickým logopedem a objektivní instrumentální vyšetřovací metody, kte-

Tab. 1. Penetračně-aspirační škála (PAS) podle Rosenbeka et al. [20].

Tab. 1. Penetration-Aspiration Scale (PAS), Rosenbek et al. [20].

Stupeň	Lokalizace stravy v dýchacích cestách	Hodnocení
1.	strava se nedostává do dýchacích cest (DC)	norma
2.	strava vstupuje do DC, nedosahuje úrovně hlasivek, je kompletně vypuzena	penetrace
3.	strava vstupuje do DC, nedosahuje úrovně hlasivek, není kompletně vypuzena	penetrace
4.	strava vstupuje do DC, dosahuje k úrovni hlasivek, je kompletně vypuzena	penetrace
5.	strava vstupuje do DC, dosahuje k úrovni hlasivek, není kompletně vypuzena	penetrace
6.	strava vstupuje do DC, dosahuje pod úroveň hlasivek, je kompletně vypuzena	aspirace
7.	strava vstupuje do DC, dosahuje pod úroveň hlasivek, přes snahu není vypuzena	aspirace
8.	strava vstupuje do DC, dosahuje pod úroveň hlasivek, bez snahy o vypuzení	aspirace

rými jsou videofluoroskopie (videofluoroscopic swallow study – VFSS) a flexibilní endoskopické vyšetření polykání (flexible endoscopic evaluation of swallowing – FEES) [18]. Výhodou FEES oproti VFSS je absence ionizačního záření, dobrá tolerance vyšetření s minimálními riziky pro pacienta [9], možnost vyšetření u pacienta na lůžku (bedside) a přechod k terapeutické části při jednom vyšetření.

Nevýhodou je, že nelze přímo vyšetřit všechny fáze polykacího aktu (orální a ezofageální). Na poruchu orální fáze je možno usuzovat z klinických známek, jako je drooling, tj. únik slin a sousta skrze rty mimo dutinu ústní, další známkou mohou být rezidua v dutině ústní. Můžeme také pozorovat leaking, který vidíme jako pasivní průnik sousta do faryngu, anebo může na poruchu orální fáze polykání ukazovat její prodloužené trvání.

Na ORL oddělení NČB v Poradně pro poruchy polykání je FEES prováděn dysfagiologickým týmem, který tvoří ORL specialista a klinický logoped. Otorinolaryngolog provádí vlastní instrumentální vyšetření. Klinický logoped s lékařem vyhodnocuje nález při vyšetření. Dále pod vedením klinického logopeda probíhá terapeutická část, tedy rehabilitace poruchy polykání. VFSS se v NČB standardně neprovádí.

Dysfagiologický tým byl založen v NČB v roce 2016, kdy na našem pracovišti

došlo k rozšíření spektra onkochirurgických výkonů. Vzrostla tak potřeba doplnit komplexní péči o pacienty, kteří byli po rozsáhlých chirurgických výkonech pro nádorová onemocnění hlavy a krku a kteří byli ohroženi poruchou polykání. Postupně byla péče tohoto týmu rozšířena také na pacienty jiných oborů (neurologické, interní aj.).

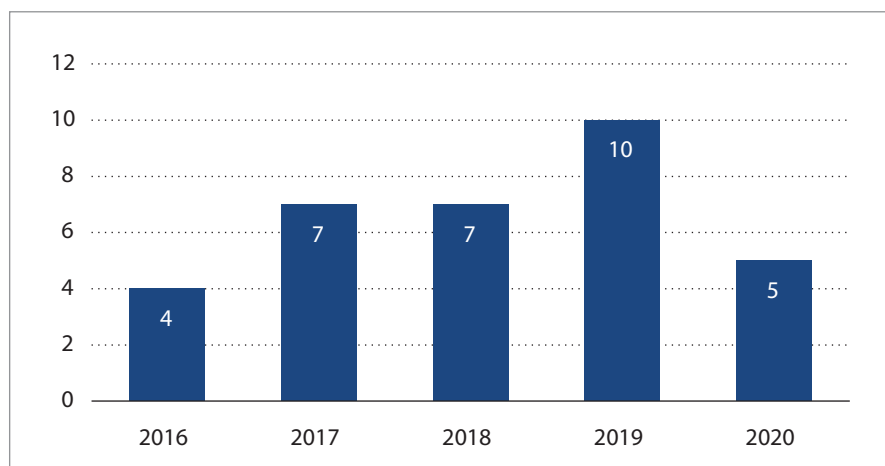
V Poradně pro poruchy polykání vlastnímu FEES předchází kromě odběru anamnézy vyšetření orofaciální motory a senzitivity, kdy pozorujeme symetrii obličeje, uzávěr rtů při polykání, rozsah otevírání úst, pohyby jazyka, svalovou sílu jazyka, symetrii patrových oblouků, citlivost tváře, jazyka a patrových oblouků.

FEES je videoendoskopické vyšetření polykání. Provádíme ho pomocí tenkého flexibilního endoskopu s projekcí obrazu videořetězcem na monitor. Endoskop zavádíme transnazálně, dále přes nosohltan do orofaryngu nad epiglotis. Popisujeme zde anatomické struktury, symetrii a pohyb hlasivek při fonaci, senzitivní inervaci hrtanu a ev. přítomnou patologii. Následuje polknutí pacienta na prázdno, kdy pozorujeme interval od výzvy do provedení povelu, délku trvání vlastního polknutí a symetrii stěn hltanu při polykání.

Poté přistupujeme k vlastnímu vyšetření polykání pomocí obarvené testované stravy. Jako první sousto podáváme

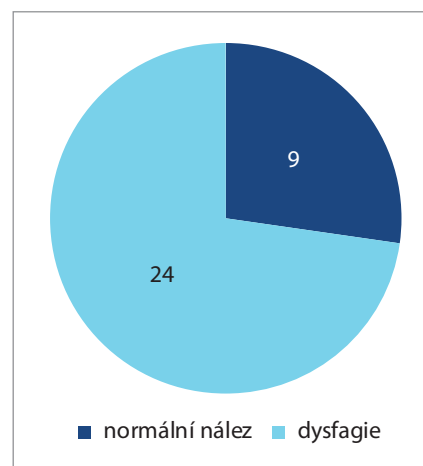
tekutinu zahuštěnou na konzistenci pyré. Pacient nejprve sousto drží v ústní dutině. V této orální přípravné fázi pozorujeme, zda nedochází k droolingu nebo naopak leakingu. Až po vyzvání pacient sousto polkne, a zahájí tak orální transportní fázi, která přechází v reflexně spuštěnou fázi faryngeální. Vlastní faryngeální fáze se zobrazí na monitoru jako „white-out“ v důsledku obklopení kamery stěnami faryngu, kořenem jazyka a měkkým patrem. Následuje ezofageální fáze polykání, která není při FEES hodnotitelná. Po ukončení white-out fáze hodnotíme případná rezidua sousta v polykacích cestách, regurgitaci z jícnu, penetraci nebo aspiraci a ev. přítomnost kašle. Pokud neprokážeme aspiraci pyré, přistupujeme k vyšetření polykání tekutiny a jako poslední vyšetřujeme deglutici tuhého sousta ve formě dětského piškotu. V situaci, kdy při polknutí sousta pozorujeme aspiraci, v dalším vyšetřování nepokračujeme. Penetrace je definována jako průnik polykaného sousta do dýchacích cest, nedosahuje však pod úroveň hlasivek. Aspirace je situace, kdy dochází k průniku stravy pod úroveň hlasivek. Aspiraci můžeme pozorovat i bez doprovázejícího kašle, v tomto případě mluvíme o „tiché aspiraci“.

K hodnocení penetrací nebo aspirací při vyšetření se užívá Rosenbekova penetračně-aspirační škála (PAS) ve stupni 1–8 (tab. 1) [20].



Graf 1. Počet vyšetřených pacientů po CMP pomocí FEES v jednotlivých letech (n = 33).

Graph 1. Number of examined patients after stroke using FEES in individual years (N = 33).



Graf 2. Nález při FEES u pacientů po CMP (n = 33).

Graph 2. Finding in FEES in patients after stroke (N = 33).

Po vyšetřovací části můžeme rovnou přistoupit při zavedeném endoskopu k terapeutické části, kterou vede klinický logoped. V závislosti na patologickém nálezu jsou užívány kompenzační a terapeutické techniky. Mezi kompenzační techniky patří např. úprava objemu a konzistence sousta, úklon a pootočení hlavy aj. Příkladem terapeutických technik jsou polykačí manévry (např. supraglottické polknutí, usilovné polknutí), cviky na zvýšení síly svalových skupin, termálně-taktilní stimulace. Nejlepším způsobem rehabilitace polykání je polykání samotné [6]. Celé vyšetření je dokumentováno a uloženo na digitální nosič, což vede ke snadné reprodukci a zhodnocení efektu terapie v budoucnu.

Cíl práce

Cílem práce je retrospektivně zhodnotit, zda má přínos dysfagiologický tým, který působí na ORL oddělení NČB, v terapii pacientů po CMP odeslaných k vyšetření z KCC. Tedy posoudit, zda vyšetření v Poradně pro poruchy polykání vedlo ke změnám v přístupu k alimentaci pacienta s dysfagií, zda došlo na základě doporučení k zahájení rehabilitace polykání a dále zhodnotit podíl pacientů KCC, kteří i přes veškerou dostupnou péči zů-

stávají dlouhodobě závislí na výživě s vyloučením perorálního příjmu potravy.

Materiál a metodika

Do retrospektivní studie byli zařazeni pacienti po CMP, kteří byli doporučeni z KCC do Poradny pro poruchy polykání k objektivnímu vyšetření dysfagie.

V KCC je u každého nového pacienta s CMP proveden screening dysfagie pomocí GUSS testu. Při pozitivním výsledku screeningu je indikováno vyšetření pacienta klinickým logopedem, který rozhodne, zda bude doplněn FEES. Na naše pracoviště jsou k FEES odesíláni pacienti alespoň bazálně spolupracující, tedy schopní pochopit instrukce nutné k provedení výkonu, a pokud mohou být transportováni na ORL ambulanci. Vzhledem k nemožnosti přesunu endoskopické věže se záznamovým zařízením mimo ORL pracoviště nejsme schopni t. č. poskytnout bedside vyšetření. Od ledna 2016 do května 2020 bylo na základě uvedených kritérií (stav po CMP, pozitivní GUSS test, doporučení klinického logopeda) odesláno k vyšetření 33 pacientů (graf 1).

Výsledky

V Poradně pro poruchy polykání na pracovišti v NČB bylo dysfagiologickým

týmem, ve složení ORL lékař a klinický logoped, vyšetřeno 33 pacientů po CMP, kteří byli odesláni z KCC NČB (graf 2). U 13 pacientů (39,4 %) bylo vyšetření provedeno více než jedenkrát. V souboru bylo zastoupeno 21 mužů (63,6 %) a 12 žen (36,4 %). Nejmladšímu pacientovi bylo v době vyšetření 27 let a nejstaršímu 92 let. Medián věku pacientů v souboru byl 74 let.

U 9 pacientů (27,3 %) byla při FEES vyloučena dysfagie, a byl tak umožněn perorální příjem bez omezení. Nепrokázano se tak podezření vycházející z pozitivního screeningu a klinického vyšetření. U dvou z těchto pacientů to znamenalo zrušení nazogastriční sondy (NGS) již předem zavedené na KCC pro suspekci na aspiraci. V těchto dvou případech byla průměrná doba od zavedení NGS po FEES 17 dní.

Dysfagie byla při vyšetření potvrzena u 24 pacientů (72,7 %) (graf 3).

U 10 pacientů (30,3 %) byla prokázána narušená faryngeální fáze polykání s přechodnou stagnací bolusu ve valekulách anebo piriformních recesech, nebyla však pozorována penetrace nebo aspirace stravy. V hodnocení podle Rosenbekovy penetračně-aspirační škály dosáhli PAS 1. Jeden pacient pro nespolehlivost nebyl dále sledován a nerehabi-

litoval. Devět pacientů zahájilo rehabilitaci polykání, z toho u tří pacientů byla faryngeální fáze prodloužena tak, že ani po multiswallowingu nedošlo k posunutí sousta dále do jícnu a bylo proto doporučeno zavedení PEG, intenzivní rehabilitace a vyloučení perorálního příjmu. Následné kontroly, po jednom, třech a šesti měsících, absolvoval pouze jeden ze tří pacientů. Při kontrolách nebyla pozorována změna stavu. U dalších šesti pacientů byla upravena technika rehabilitace a strava. U jednoho pacienta z této skupiny, kterému byl již před FEES zaveden PEG, byla na základě zjištěného typu dysfagie upravena dysfagická dieta a technika rehabilitace polykání. Při kontrolním vyšetření s odstupem dvou měsíců byl potvrzen dobrý efekt rehabilitace, dostatečný per os příjem při nastavené dysfagické dietě a PEG mohl být zrušen. Pět pacientů z této skupiny bylo předáno do další rehabilitační péče v místě bydliště.

Tři pacienti (9,1 %) měli při vyšetření penetraci sousta do dýchacích cest, ale nedosahovalo úrovně hlasivek a bylo kompletně vypuzeno (PAS 2). U jednoho pacienta se současně prodlouženou faryngeální fází polykání byla ponechána NGS, zahájena intenzivní rehabilitace. Při kontrole po měsíci došlo k normalizaci polykání, byla odstraněna NGS a umožněn běžný per os příjem. Další dva pacienti nadále pokračují v rehabilitaci a úpravě per os příjmu tekutin, při jejichž polknutí docházelo k penetraci, zahušťováním na konzistenci sirupu. Při opakovaných kontrolách nebyla zastižena aspirace a stav se výrazně neměnil.

V 11 případech (33,3 %) byla prokázána aspirace (PAS 6–8), z toho se v 9 případech (81,8 % z pacientů s aspirací, 27,3 % ze všech pacientů) jednalo o tichou aspiraci bez snahy o vypuzení aspirátu z dýchacích cest (PAS 8). V této skupině jedenácti pacientů, která byla z hlediska rizika rozvoje aspirační pneumonie nejvíce ohrožena, mělo již v době vyšetření devět pacientů vyloučený perorální příjem potravy a měli zavedenou

NGS. V jednom případě byla až na základě vyšetření a prokázání aspirací vyloučena per os výživa a zavedena NGS. U všech těchto pacientů byl následně zaveden PEG. Jeden pacient odmítl vyloučit per os příjem potravy a jakoukoliv formu rehabilitace polykání a zemřel na důsledky aspirační pneumonie. V pěti případech došlo po rehabilitaci ke zlepšení polykání, vymizely aspirace stravy, přetrvávalo mírné prodloužení faryngeální fáze polykání a byl možný přechod na perorální příjem upravené stravy s využitím dalších kompenzačních technik. Jeden pacient zůstává částečně PEG dependentní pro aspirace tekutin. Dva pacienti mají pro trvalou aspiraci vyloučený perorální příjem. Dva pacienti se na další kontroly nedostavili.

Při FEES nebyla zaznamenána žádná nežádoucí událost, jako je laryngospasmus, synkopa nebo epistaxe.

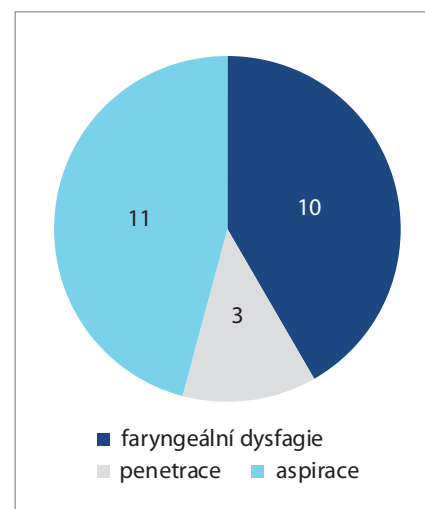
Specifita GUSS testu v souboru našich pacientů, kterým byla potvrzena dysfagie pomocí FEES, je 72,7 %. To je lepší výsledek než v literatuře [11, 19], ale to je pravděpodobně způsobeno malým množstvím pacientů v našem souboru.

Diskuze

Významnou roli v péči o pacienty s dysfagií po CMP hraje dysfagiologický tým, v rehabilitaci polykání pak zejména klinický logoped.

Nejvýznamnější úlohou týmu pro poruchy polykání je odhalit pacienty, kteří jsou ohroženi aspirační pneumonií. Pacienti po CMP s penetrací nebo aspirací sekretů, tekutin nebo jídla mají 11,5× vyšší riziko vzniku aspirační pneumonie než pacienti bez dysfagie [3], a tudíž vyšší riziko úmrtí. Odhalení aspirace toto riziko snižuje [10, 17, 18].

Současné jsme u 10 pacientů (30,3 %) prokázali, že již pozitivní screening a logopedické vyšetření správně vedlo k vyloučení per os příjmu ještě před FEES u pacientů s aspirací, resp. u jednoho pacienta s penetrací a prodlouženou faryngeální fází. Zároveň však i přes pozitivní screening a logopedické vyšetření ne-



Graf 3. Zastoupení typů dysfagie u pacientů po CMP (n = 24).

Graph 3. Representation of types of dysphagia in patients after stroke (N = 24).

mělo 9 pacientů (27,3 %) dysfagii, bylo tak možné ukončit restriktce a zahájit běžný per os příjem.

Nezanedbatelná je úloha týmu při následné rehabilitaci. Cílem rehabilitace je umožnit přechod na per os nebo částečně perorální příjem. Z 22 pacientů, kteří zahájili rehabilitaci, bylo 9 pacientů předáno do péče v místě bydliště nebo nedorazilo na kontrolu a nemáme zprávy o dalším průběhu rehabilitace a vývoji stavu.

Ze 13 dispenzarizovaných pacientů došlo ke zlepšení poruchy polykání u 8 pacientů. V této skupině byl u 1 pacienta po rehabilitaci umožněn normální per os příjem, s částečným omezením na dysfagické dietě bylo 6 pacientů, 1 pacient byl částečně PEG dependentní. Pět pacientů mělo stacionární nález. I přes intenzivní rehabilitaci se u části pacientů přechod na perorální dietu nezdařil, a 3 pacienti tak mají vyloučen perorální příjem potravy.

Jednou z příčin menšího počtu vyšetřených pacientů se jeví instrumentální vybavení, které nelze transportovat, a tudíž poskytnout bedside vyšetření. Cílem našeho týmu je do budoucna na-

vázat užší spolupráci s KCC a poskytnout péči více pacientům, protože podle našich výsledků pacienti z vyšetření dysfagiologickým týmem významně profitují.

V současnosti je dysfagiologický tým v NČB jediný pro Jihočeský kraj, vzniká však nové pracoviště v Písku. KCC v Českých Budějovicích je jedno ze dvou pracovišť v kraji poskytujících akutní terapii pacientům s nově vzniklou CMP. Velká část pacientů je předávána k následné terapii do místa bydliště a často je narušena dispenzární péče našeho týmu. Tuto situaci bychom chtěli vylepšit mj. také navázáním spolupráce s nově vznikajícím dysfagiologickým pracovištěm v Písku.

Závěr

U 31 pacientů (94,0 %) vyšetřených dysfagiologickým týmem byl zaznamenán přínos vyšetření. Ať už šlo o úpravu alimentace a rehabilitace polykání při potvrzené dysfagii u 22 pacientů (66,7 %), a tak mj. snížení rizika aspirační pneumonie, či naopak zrušení restriktivních opatření u 9 pacientů (27,3 %). Při následných dispenzárních kontrolách pozorujeme pozitivní efekt dlouhodobé rehabilitace polykání u 61,5 % sledovaných pacientů. Důležitá je role klinického logopeda, který selektuje pacienty k objektivnímu vyšetření polykání a dále k terapii dysfagie.

Prohlášení o střetu zájmu

Autor práce prohlašuje, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku není ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou firmou. Toto prohlášení se týká i všech spoluautorů.

Literatura

1. Černý M, Kotulek M, Chrobok V. FEES – flexibilní endoskopické vyšetření polykání. *Endoskopie* 2011; 20(2): 70–75.

2. Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morway A et al. Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS One* 2016; 11(2): e0148424. Doi: 10.1371/journal.pone.0148424.

3. Braun T, Juenemann M, Viard M et al. Adjustment of oral diet based on flexible endoscopic evaluation of swallowing (FEES) in acute stroke patients: a cross-sectional hospital-based registry study. *BMC Neurol* 2019; 19(1): 282. Doi: 10.1186/s12883-019-1499-8.

4. Huang KL, Liu TY, Huang YC et al. Functional outcome in acute stroke patients with oropharyngeal Dysphagia after swallowing therapy. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2014; 23(10): 2547–2553. Doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.05.031.

5. Martino R, Foley N, Bhogal S et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* 2005; 36(12): 2756–2763. Doi: 10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb

6. Tedla M, Chrobok V. Poruchy polykání. *Havlíčkův Brod: Tobiáš* 2009.

7. Vališ M, Šimůnek L, Chrobok V et al. Poruchy polykání u neurologických onemocnění. *Prakt Léč* 2014; 94(6): 254–258.

8. Garcia-Peris P, Paron L, Velasco C et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. *Clin Nutr* 2007; 26(6): 710–717. Doi: 10.1016/j.clnu.2007.08.006.

9. Maclean J, Cotton S, Perry A. Post-laryngectomy: it's hard to swallow: an Australian study of prevalence and self-reports of swallowing function after a total laryngectomy. *Dysphagia* 2009; 24(2): 172–179. Doi: 10.1007/s00455-008-9189-5.

10. Bax L, McFarlane M, Green E et al. Speech-language pathologist-led fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing: functional outcomes for patients after stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2014; 23(3): e195–200. Doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.09.031.

11. Park KD, Kim TH, Lee SH. The Gugging Swallowing Screen in dysphagia screening for patients with stroke: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2020; 107: 103588. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103588.

12. Teuschl Y, Trapl M, Ratajczak P et al. Systematic dysphagia screening and dietary modifications to reduce stroke-associated pneumonia rates in a stroke-unit. *PLoS One* 2018; 13(2): e0192142. Doi: 10.1371/journal.pone.0192142.

13. Braun T, Juenemann M, Viard M et al. What is the value of fibre-endoscopic evaluation of swallowing (FEES) in neurological patients? A cross-sectional hospital-based registry study. *BMJ Open* 2018; 8(3): e019016. Doi: 10.1136/bmjopen-2017-019016.

14. Ishida K. Complications of stroke: An overview. *UpToDate*. [online]. Dostupné z: <https://www.uptodate.com/contents/complications-of-stroke-an-overview>

15. Gonzalez-Fernandez M, Brodsky MB, Palmer JB. Poststroke Communication Disorders and Dysphagia. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2015; 26(4): 657–670. Doi: 10.1016/j.pmr.2015.06.005.

16. Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe CD. Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age Ageing* 2007; 36(1): 90–94. Doi: 10.1093/ageing/af149.

17. Warnecke T, Ritter MA, Kroger B et al. Fiberoptic endoscopic Dysphagia severity scale predicts outcome after acute stroke. *Cerebrovasc Dis* 2009; 28(3): 283–289. Doi: 10.1159/000228711.

18. Václavík D, Solná G, Lasotová N et al. Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě. *Standard léčebného plánu. Česk Slov Neurol N* 2015; 78(6): 721–727.

19. Warnecke T, Im S, Kaiser C et al. Aspiration and dysphagia screening in acute stroke - the Gugging Swallowing Screen revisited. *Eur J Neurol* 2017; 24(4): 594–601. Doi: 10.1111/ene.13251.

20. Rosenbek JC, Robbins JA, Roecker EB et al. A penetration-aspiration scale. *Dysphagia* 1996; 11(2): 93–98. Doi: 10.1007/BF00417897.

ORCID autorů

M. Huška ORCID 0000-0002-5342-1752,
P. Lukeš ORCID 0000-0001-8007-8083,
L. Mrzena ORCID 0000-0002-7491-4206.

Přijato k recenzi: 27. 10. 2021

Přijato k tisku: 22. 2. 2022

MUDr. Martin Huška
Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie
hlavy a krku
Nemocnice České Budějovice, a.s.
B. Němcové 585/54
37001 České Budějovice
huska.martin@nemcb.cz