

# VÝŽIVA U PORUCH POLYKÁNÍ

MUDr. Zuzana Grofová

Nutriční a dietologické oddělení Pardubické krajské nemocnice, a. s.

Poruchy polykání představují pro pacienty závažná rizika v podobě dehydratace, aspirací a aspiračních pneumonií; významným důsledkem je podvýživa. Některé poruchy lze speciálními technikami rehabilitovat a umožnit pacientovi obnovit dostatečný perorální příjem. Nutriční péče je základní součástí léčby. Podle typu dysfagie lze využít perorální nutriční doplňky, modulová dietetika, enterální výživu sondou nebo PEGem. Cenná je konzultace nutričních terapeutů a individualizace nutričního režimu. Velmi důležitý je výběr správné konzistence stravy, kterou dokáže pacient spolknout. Někdy je nutno zahustit tekutiny, jindy změkčit, zvlhčit nebo rozmixovat stravu tuhrou. Kvalifikovaná rada a včasné zavedení správné formy výživy včetně výživy enterální podstatně zvyšují kvalitu života pacientů a omezují nepříznivé následky dysfagií.

**Klíčová slova:** dysfagie, aspirace, polykací akt, konzistence stravy, zahušťovadla, enterální výživa.

Med. Pro Praxi 2008; 5(10): 399–400

Poruchy polykání mají mnoho příčin a postihují celou řadu pacientů. Jejich důsledkem je podvýživa, dehydratace a často i aspirační pneumonie. Některé poruchy polykání lze léčit, léčbou je dlouhodobá rehabilitace. Po celou dobu terapie polykání musí být pacient sledován, zda je jeho příjem výživy dostatečný.

Aspirace značí vniknutí stravy nebo tekutin do dýchacích cest. Při porušeném polykání se také objevuje vniknutí stravy nebo tekutin pouze do hltanu. Někdy mohou po polknutí zůstat zbytky jídla v dutině ústní nebo váznout v hltanu. Může docházet i k návratu stravy z jícnu do hltanu nebo z hltanu do nosní dutiny (vytékání tekutin nosem). Průvodním jevem je často kašel. Vyskytují se však i pacienti, kteří nekašlou, přestože aspirují.

## Příčiny dysfagií

Příčiny dysfagií jsou neurologické, neuromuskulární, dysfagie mohou být indukovány medikamentózně, mohou vzniknout po chirurgických výkonech v kritické oblasti, být způsobeny tumory nebo jejich léčbou, autoimunitními chorobami a dalšími faktory.

## Porucha polykacího aktu

Normální polykací akt má tři fáze: orální, faryngeální a ezofageální. Postiženy mohou být všechny. Každá však vyžaduje jiný přístup v terapii. Postižení orální fáze zahrnuje ztížené otevírání úst, poruchy dentice, porušenou motilitu jazyka (špatnou koordinaci pohybů, omezení svalové síly jazyka, omezení pohyby jazyka). Faryngeální fáze se týká samotného složitého polykacího pohybu s uzavěrem dýchacích cest, pohybem laryngu a kontrakcí faryngu. Ezofageální fáze znamená pohyb stravy jícnem.

## Výběr nejlepší možné konzistence stravy

Pokud se týká stravy, je důležitý výběr co nejlepší možné konzistence pro usnadnění konzumace jídla. Pacient, kterému vytékají tekutiny nosem,

bude potřebovat tekutiny zahustit, naopak pacient s poškozenou orální fází bude potřebovat jídlo velmi řídké konzistence. Pacient s opožděným polykáním ve fázi faryngeální potřebuje husté tekutiny a hustší stravu a měl by se vyhnout řídkým tekutinám. Abychom mohli pacientovi kvalifikovaně poradit, měli bychom mít k dispozici podrobné vyšetření polykacího aktu. To ještě není u nás všude běžné tak jako v zahraničí, i když jsou dnes odborníci, kteří se u nás detailně zabývají poruchami polykání. Důležité je vědět, že mnohé poruchy polykání jsou rehabilitovatelné. Další důležitou informací je to, že mnoho pacientů aspiruje stravu, aniž kašle. Tato porucha se nazývá tiché aspirace, pacienti jsou pak ohroženi pneumonií, přestože při jídle nekašlou a neupozorňují tak své okolí na poruchu polykání.

Aspirace s kašlem většinou pacienty přimějí k omezení příjmu stravy. Nedostatečný perorální příjem by měl vést k adekvátní nutriční podpoře, která je důležitá i proto, že usnadní rehabilitaci polykání a návrat k perorálnímu příjmu, pokud je možný.

## Enterální výživa

Obnova perorálního příjmu není možná při neřešitelné obstrukci polykacích cest a při těžkém poškození neurologickém. Při postižení ezofageální fáze polykání také nelze předpokládat nápravu při rehabilitaci. Takové situace je nutno řešit enterální výživou, nejlépe cestou PEG (perkutánní endoskopické gastrostomie). Se zavedením PEG není radno otálet ani u stavů, kde předpokládáme delší rehabilitaci. Pacient se při rehabilitaci polykání má soustředit na nácvik polykacího aktu pod vedením zkušeného logopeda/polykacího terapeuta (v zahraničí speech therapists nebo swallow therapists) a nebyť stresován tím, zda se uživí, či nikoli. Je-li tedy zřejmé, že rehabilitace polykání zabere více než 3–4 týdny, je vhodné nechat PEG zavést. Enterální výživa sondou nebo PEGem je také vhodná, pokud víme, že pacient aspiruje 10 % a více z každého bolusu jídla. Bez příslušného vyšetření to nelze odhadnout, můžeme

se však orientovat alespoň podle toho, zda pacient hubne, přestože se o perorální příjem snaží. Hubnutí je základní orientační bod pro vývoj podvýživy. Musíme však pacienta skutečně zvážit, nikoli se ho pouze zeptat, zda nehubne. Vážení pacientů je organizační záležitost, protože váhu má jistě každý lékař ve své ordinaci. Opakované, pravidelné hodnocení nutričního stavu pacienta je základním předpokladem pro dobrou nutriční péči.

## Zahušťování

Ve většině doporučení se uvádí stejný algoritmus nutriční péče: konzultace nutričního terapeuta, obohacení stravy, přidání modulových dietetik, popíjení perorálních nutričních doplňků, enterální výživa, parenterální výživa. U pacientů s poruchami polykání velmi vítáme přítomnost zkušeného nutričního terapeuta v týmu, který o pacienta pečuje a je schopen zajistit individuální nutriční režim. Z modulových dietetik pak pacienti s dysfagií nejvíce využijí instantní zahušťovadla (Nutrilis, ThickenUp). Použití zahušťovadel k zahuštění tekutin a k dosažení nejlepší možné konzistence je evidentní. Co však není tak rozšířeno, je použití zahušťovadel v přípravě jídla. Pacienti s dysfagií často vyžadují zcela hladkou stravu. Mixované jídlo však pro dlouhodobou konzumaci není příliš vhodné a mnoho lidí neatraktivní jídlo odmítá. Existuje však způsob, jak stravu učinit atraktivní. Je to právě použití zahušťovadel. Jídlo se připraví dle normální receptury (například se upeče, udusí nebo uvaří maso, zelenina či přílohy), poté se rozmixuje výkonným mixérem na velmi řídkou kašičku, do které se přidá zahušťovadlo. U některých potravin je třeba odstranit i slupičky či zrníčka (přes síto). Po minutě stání se hmota buď naplní do formiček, v nichž se dá zmrazit (jinak nejde vyklopit) nebo se vkusně upraví na talíř pomocí porcovaček, tvořítek či zdobících sáčků. Zní to složitě, je to práce navíc. Je to však jednoduché a efektivní. Cílem terapie dysfagie je obnova perorálního příjmu, což je tře-

ba pacientům co nejvíce usnadnit. Kašovitá dieta například má jako jedinou přílohu bramborovou kaši, která se pacientům velmi brzy přeje. Proto je dobré mít možnost i jiných příloh (rýže, těstoviny). Knedlíky, přestože jsou měkké, jsou pro pacienty s dysfagií obvykle nespokutelné. Výše popsaným způsobem lze připravovat speciální dietu ve stravovacích provozech i v domácím prostředí. Zahustit

na příslušnou konzistenci lze i perorální nutriční doplňky.

### **Závěr**

V zahraničí se poruchami polykání zabývají dysfagia-centra, u nás zatím spíše nadšení jednotlivci nebo týmy. Pacient je tak často ponechán svému osudu ve výběru stravy a snaze o zlepšení polykání.

Kvalifikovaná rada ohledně konzistence jídla či včasné zavedení enterální výživy cestou PEG pacientům značně usnadní život a zvýší jeho kvalitu.

### **MUDr. Zuzana Grofová**

Nutriční a dietologické oddělení  
Pardubické krajské nemocnice, a. s.  
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice  
e-mail: zuzana.grofova@upce.cz