

**Klinisk retningslinie**  
**For akut indlagte, voksne patienter med apopleksia cerebri**  
**Behovsområde: Ernæring**  
**Problemstilling: Dysfagi**

Arbejdsgruppe	Doris Christensen, Forskningssygeplejerske, Apopleksiafsnittet, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital ( <a href="mailto:dorch@as.aaa.dk">dorch@as.aaa.dk</a> ) Susanne S. Zielke, Klinisk oversygeplejerske MHS (N), Neurologisk afdeling, Bispebjerg hospital ( <a href="mailto:sz02@bbh.regionh.dk">sz02@bbh.regionh.dk</a> )  * kontaktpersoner og tværfaglig baggrundsgruppe se sidste side.		
Godkendt af	Udarbejdet: Februar 2008	Godkendt af:	Opdateres senest: Februar 2010
Baggrund	<p>Dysfagi defineres som sansemotoriske synkeproblemer (1), som patienten kan have svært ved at erkende (2). Dysfagi øger risiko for aspiration, pneumoni og underernæring (3).</p> <p>Kendetegn for dysfagi og aspiration (2, 4) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemer med at holde væske og spyt i munden</li> <li>• Hoste efter at have spist eller drukket</li> <li>• Forsinket synkeproces</li> <li>• Kortåndethed i forbindelse med at have spist eller drukket</li> <li>• Behov for at rømme halsen efter at have spist eller drukket</li> <li>• Forandring af stemmen efter at have spist eller drukket</li> <li>• Ophobning af føde i mund eller svælg under måltidet</li> </ul> <p>Dysfagi, forekommer hos 51-78 % i den akutte fase, afhængig af screeningsmetode, lavest ved kliniske og højest ved instrumentelle metoder (3). Dysfagi er i de fleste tilfælde et forbigående problem. Hos ca. 80-90% er synkefunktionen normaliseret efter 2-4 uger og kun et fåtal har dysfagi efter 3 måneder (5). Den forholdsvis hurtige bedring af synkefunktionen skyldes formentlig kompensatorisk reorganisation af ubeskadigede områder i hjernen (6, 7). Dysfagi forekommer hyppigere hos patienter med store arterie cerebri anterior infarkter, med påvirket bevidsthedsniveau, synsdefekter, neglect og dysartri og er associeret med øget dødelighed indenfor de første tre måneder og institutionsanbringelse på længere sigt (8). Aldersrelateret dysfagi forekommer hos ca. 10% hos personer over 50 år (9).</p> <p>I den akutte fase af apopleksi ses aspiration hos 22-42% af patienter med dysfagi heraf er silent aspiration, aspiration uden hoste eller andre kendetegn i forbindelse med synkeprocessen, verificeret ved videofluoroskopi hos 2-25% (10).</p> <p>Forekomsten af pneumoni hos patienter med dysfagi er ca. 16-19% hvor risikoen for pneumoni er elleve gange højere hos patienter med samtidig aspiration (3). Pneumoni som følge af aspiration kan også forekomme hos patienter som ikke får noget pr.os, forårsaget af aspiration af bakterieholdigt spyt (11). Blandt 2528 danske patienter med akut apopleksi registreret i NIP databasen (Tidl.HS og Århus Amt) er pneumoni registreret hos 222 patienter (8,7%). I NIP databasen er pneumoni registreret når patienten er behandlet med</p>		

	<p>penicillin for pneumoni i forløbet. Årsagerne til pneumoni kan ikke udledes (12). Forekomsten af pneumoni uden kendt årsag hos patienter med apopleksi er ca. 20% (13, 14).</p> <p>Den optimale vurdering af synkefunktionen og specielt silent aspiration, samt planlægning af behandling, foregår på baggrund af instrumnetelle metoder såsom videofluoroskopi (VFS) eller Fiber Endoskopisk Evaluering af Synkefunktionen (FEES) hvor FEES har den fordel, at den kan foretages i afdelingen (7, 15).</p> <p>Den optimale kliniske undersøgelse til vurdering af dysfagi omfatter en indirekte og en direkte test (4). Den indirekte test omfatter vågenhed, evne til at hoste, rense halsen og synke spyt. Den direkte test omfatter selve vandtesten, der gennemføres med og uden fortykkelsesmiddel samt fast føde (4).</p> <p>Et tidligt, standardiseret, tværfagligt behandlingsprogram omfattende specifikke synketeknikker og tilpasning af konsistens, øger signifikant andelen af patienter der genvinder normal synkefunktion efter 6 måneder, samt mindsker komplikationer relateret til dysfagi (16).</p> <p>Med baggrund i litteraturen kan det forventes at dysfagi vil være et hyppigt forekommende, men forbigående problem i den akutte fase. En tidlig klinisk screening og tværfaglig indsats tilpasset patientens problemer kan fremme normal synkefunktion og mindske relaterede komplikationer.</p> <p>Risikofaktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Store cerebrale læsioner med påvirket bevidsthedsniveau (8)</li> <li>• Visual neglect, synsdefekter</li> <li>• Dysartri</li> <li>• Alder &gt; 50</li> </ul>
Formål	Et tværfagligt behandlingsprogram skal sikre : at patienter med dysfagi ikke aspirerer, udvikler pneumoni eller underernæres, indtil bedring af synkefunktionen indtræder (7, 15, 16)
Anbefalinger	<p>Screening, udredning og evaluering af dysfagi ifølge statusark (4) <b>B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indirekte synketest (vågenhed, evne til at hoste og synke)</li> <li>• Direkte synketest ( vandtest med og uden fortykkelsesmiddel samt fast føde)</li> </ul> <p>Specialiseret dysfagi program ved specialist/ergoterapeut inklusive (16) <b>A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan for synkeøvelser</li> <li>• Tilpasning af madens konsistens</li> </ul>
Monitorering	<p><u>Kvalitetsindikatorer</u></p> <p>Ved indlæggelsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel af patienter hvor indirekte synketest er gennemført (Standard 100%)</li> </ul> <p>Ved udskrivelsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel af patienter der behandles med penicillin pga. pneumoni, pga. aspiration (Standard &lt;10%).</li> </ul>

Referencer	<p>(1) Power ML, Hamdy S, Singh S, Tyrrell PJ, Turnbull I, Thompson DG. Deglutitive laryngeal closure in stroke patients. <i>J Neurol Neurosurg Psychiatry</i> 2007;78(2):141-146 (IIA).</p> <p>(2) Parker C, Power M, Hamdy S, Bowen A, Tyrrell P, Thompson DG. Awareness of dysphagia by patients following stroke predicts swallowing performance. <i>Dysphagia</i> 2004;19:28-35 (IIA).</p> <p>(3) Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia After Stroke: Incidence, Diagnosis, and Pulmonary Complications. <i>Stroke</i> 2005;36(12):2756-2763 (IA).</p> <p>(4) Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A. Dysphagia bedside screening for acute stroke patients. The gugging swallowing screen. <i>Stroke</i> 2007;38:2948-2952 (IIb).</p> <p>(5) Paciaroni M, Mazzotta G, Corea F, Caso V, Venti M, Milia P, et al. Dysphagia following stroke. <i>European Neurology</i> 2004;51:162-167 (IIb).</p> <p>(6) Schaller BJ, Graf R, Jacobs AH. Pathophysiological Changes of the Gastrointestinal Tract in Ischemic Stroke. <i>The American Journal of Gastroenterology</i> 2006;101(7):1655-1665 (Ia).</p> <p>(7) Singh S, Hamdy S. Dysphagia in stroke patients. <i>Postgrad Med J</i> 2006;82(968):383-391 (IV).</p> <p>(8) Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe CDA. Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? <i>Age Ageing</i> 2007;36(1):90-94 (IIb).</p> <p>(9) Achem SR, DeVault KR. Dysphagia i ageing. <i>J Clinical Gastroenterology</i> 2005;39(5):357-371 (IV).</p> <p>(10) Ramsey DJ, Schmithar DG, Kalra L. Silent aspiration: what do we know? <i>Dysphagia</i> 2005;20(3):218-225 (Ia).</p> <p>(11) Langdon PC, Lee AH, Binns CW. Dysphagia in acute ischaemic stroke: severity, recovery and relationship to stroke subtype. <i>Journal of Clinical Neuroscience</i> 2007;14:630-634 (IIb).</p> <p>(12) NIP. Rapport til afdelinger og regioner fra Det Nationale Indikatorprojekt. Sygdomsområde apopleksi. Supplerende data og indikatorer i det gamle H:S og Århus Amt. 2006:1-22 (IIb).</p> <p>(13) Walter U, Knoblich R, Stienhagen V, Donat M, Benecke R, Kloth A. Predictors of pneumonia in acute stroke patients admitted to a neurological intensive care unit. <i>Journal of Neurology</i> 2007;254(10):1323-1329 (III).</p> <p>(14) Sellars C, Bowie L, Bagg J, Sweeney MP, Miller H, Tilston J, et al. Risk factors for chest infection in acute stroke. A prospective cohort study. <i>Stroke</i></p>
------------	---

	<p>2007;38(8):2284-2291.</p> <p>(15) Smith HCA, Goldstein LB. Cough and Aspiration of Food and Liquids Due to Oral-Pharyngeal Dysphagia: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2006;129(1_suppl):154S-168 (Ib).</p> <p>(16) Carnaby-Mann GD, Hankey GJ, Pizzi J. Behavioural intervention for dysphagia in acute stroke: a randomised controlled trial. Lancet Neurology 2006;5(1):31-37 (Ia).</p>
--	--

<b>Evidensberegning</b>	<b>Publikationstype</b>	<b>Evidens</b>	<b>Styrke</b>
	Metaanalyse, systematisk oversigt	Ia	A
	Randomiseret kontrolleret studie	Ib	A
	Kontrolleret ikke randomiseret studie	IIa	B
	Kohorteundersøgelse	IIb	B
	Diagnostisk test (direkte diagnostisk test)	IIb	B
	Case-kontrol undersøgelse	III	C
	Diagnostisk test (indirekte diagnostisk metode)	III	C
Beslutningsanalyse	III	C	
Deskriptiv undersøgelse	III	C	
Mindre serier, oversigtsartikel, ekspertvurdering, ledende artikel	IV	D	
<p>Kilde: <a href="http://www.nip.dk">www.nip.dk</a></p> <p>Når der ikke er fundet brugbar evidens, angives god klinisk praksis som D med en vinge (√D).</p>			
<b>Baggrundsgruppe og kontaktpersoner</b>	<p>Århus Sygehus: Tværfaglig baggrundsgruppe: *Birgitte Blicher Pedersen (biblp@as.aaa.dk), klinisk sygeplejespecialist cand scient san., Vibeke Bock, specialeansvarlig sygeplejerske, Anne Alsted, specialeansvarlig fysioterapeut, Mette Skærbæk, specialeansvarlig ergoterapeut, Hanne Søndergaard afdelingssygeplejerske, Grethe Andersen overlæge dr. med.</p> <p>Bispebjerg Hospital, Apopleksiklinikken: *Karin Wogensen (kw09@bbh.regionh.dk), klinisk sygeplejespecialist, Jeanne Woll, klinisk sygeplejespecialist, Pia Petterson social og sundhedsassistent, klinisk specialist Gitte Høgsberg, social og sundhedsassistent, nøgleperson, Per Meden overlæge PhD.</p> <p>*Kontaktpersoner</p>		