

Evidensbaseret klinisk retningslinje for undersøgelse af dysfagi hos voksne patienter med traumatisk hjerneskade

Klinisk sygeplejespecialist Leanne Langhorn
Ergoterapeut Eva Eriksen



Århus Universitetshospital
Århus Sygehus

Neurocenter og Kirurgisk center
Neurokirurgisk afdeling og
Ergoterapi- og fysioterapiafdelingen

Baggrund

- Incidens af dysfagi hos patienter med svær traumatisk hjerneskade: 61%
- Incidens af aspiration hos patienter med svær traumatisk hjerneskade: 36-41%
- Der findes ikke specifikke tegn eller symptomer, der kan forudsige aspiration – silent aspiration
- Dysfagi og aspiration er associeret med udvikling af pneumoni
- Patienter med dysfagi er i risiko for underernæring

Evidensbaseret klinisk retningslinje for undersøgelse af dysfagi hos voksne patienter med traumatisk hjerneskade

Findes på:

Sundhed.dk søg på "dysfagi"

Formål

At opstille evidensbaserede anbefalinger for undersøgelse af dysfagi, med henblik på:

- Forebygge aspirationspneumoni
- Sikre at patienter med traumatisk hjerneskade undersøges systematisk for synkeproblemer, således at patienten sikres et sufficient ernæringstilbud, som svarer til funktionsniveauet

Metode

- Udarbejdelse af fokuserede spørgsmål
- Systematisk litteratur -søgning, -udvælgelse og -vurdering
- Arbejdsgruppe - tværfaglig
- Referencegruppe - tværfaglig

Primære anbefalinger: Hvornår skal patientgruppen undersøges for dysfagi?

- Alle patienter skal undersøges for dysfagi før påbegyndelse af oral ernæring (B)
- Det kan anbefales, at der undersøges tidligst 24 timer efter ekstubation (C)

Primære anbefalinger: Hvilke undersøgelser anvendes?

Der bør anvendes et tredelt undersøgelsesprogram (B) Afhængig af patientens funktionsniveau og medicinske status vælges en af følgende undersøgelser:

1. Vandtest
2. Klinisk undersøgelse
3. Instrumentelle undersøgelser (FEES eller videofluoroskopi)

Vandtest

- Vurdering af medicinske kontraindikationer mod vandtest (D)
- Bevidsthedsniveau RLAS ≥ 4 (B)
- Er patienten vågen og følger simple opfordringer?
- Sidder patienten oprejst og har hovedkontrol?
- Er der synlige synkebevægelser?
- Kan patienten hoste spontant og kraftigt?

- Vandtest udføres (B)

Klinisk undersøgelse

- Patienter der ikke er kandidater til vandtest (B)
- Viser tegn på aspiration til vandtest (B)
- Der benyttes standardiseret undersøgelsesmateriale (D)
- Undersøgelse af pharynx sensibilitet hvor det er muligt (C)

Instrumentelle undersøgelser

- Patienter med dysfagi og mistanke om silent aspiration bør undersøges med instrumentelle undersøgelser med henblik på at vejlede behandlingen (B)
- FEES kan anbefales som første valg, da den kan udføres bedside og viser aspiration af sekret eller spyt (D)
- Videofluorskopi kan anbefales ved mistanke om dysfagi problemer, der relaterer sig oesophagus eller ved behov for mere omfattende analyse af synkeproblemets art (D)

Anbefalinger: Hvilket bevidsthedsniveau skal patienten have ved undersøgelse af dysfagi?

- Cognitivt niveau bør være RLAS \geq 4 før vandtest (B)
- Cognitivt niveau bør være RLAS \geq 4 før påbegyndelse af terapeutisk spising (B)

Hvordan sikres at patienten modtager støtte i forbindelse med måltidet, der svarer til det cognitive og sensomotoriske funktionsniveau?

- Det kan anbefales at støtte og kompensation i forbindelse med måltider til patienter med RLAS \leq 6 bør beskrives i en "spiseinformation" (D)
- Behov for støtte ved måltidet og behov for konsistentilpasning bør undersøges ved hjælp af den kliniske undersøgelse "terapeutisk spising" og beskrives i "spiseinformationen" (D)
Konsistentilpasning (B)

Hvordan sikres at patienten modtager støtte i forbindelse med måltidet, der svarer til det cognitive og sensomotoriske funktionsniveau?

- Det kan anbefales at skelne mellem 4 niveauer for spisning:
 1. Ingen spisning
 2. Terapeutisk spisning i forbindelse med træning
 3. Spisning med special støtte/konsistens. Beskrives i spiseinformation
 4. Normal spisning (D)

Hvornår anvendes nasalsonde?

- Det kan anbefales at nasalsonde anlægges akut på alle patienter, der efter ernæringscreening vurderes ikke at kunne ernæres sufficient oralt (D)
- Ernæring bør startes så hurtigt som muligt og ikke senere end 72 timer efter traumet (B)
- Fuld ernæring bør opnås i løbet af de første 7 dage (B)
- Der henvises til "Evidensbaseret klinisk retningslinie for ernæringsbehandling til voksne patienter med erhvervet svær hjerneskade" udarbejdet af arbejdsgruppe ved Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Afdeling for Neurorehabilitering, Hvidovre Hospital, 2007

Hvornår anvendes PEG-sonde?

- Svært skadede patienter bør have anlagt Peg-sonde så tidligt som muligt (B)
- Ved mindre skadede patienter vurderes behovet for Peg-sonde ved en individuel tværfaglig klinisk stillingtagen (D)

Hvilke patienter ernæres oralt?

- Det kan anbefales at lettere skadede patienter, der ikke længere kan betegnes som intensivpatienter og ikke falder ind under udvalgte kriterier ernæres oralt evt. med supplerende sondeernæring via nasalsonde i en kortere periode

Herunder falder patienter der ved fejlsynkning clearer det fejlsunkne materiale fuldstændigt ved hjælp af host eller røm. Kompensation i form af konsistensregulering og støtte ved måltidet så aspiration undgås kan anbefales (D)

Hvordan vurderes patientens ernæringstilstand og risiko?

- Det kan anbefales at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen 2007. (D)
- Det kan anbefales at følge "Evidensbaseret klinisk retningslinje for ernæringsbehandling til voksne patienter med erhvervet svær hjerneskade" udarbejdet af arbejdsgruppe ved Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Afdeling for Neurorehabilitering, Hvidovre Hospital, 2007.

Monitorering og opdatering

- Proces og resultatindikatorer
- Indikatorerne registreres i en lokal database som er under opbygning
- Opdatering hvert andet år med ny litteratursøgning

Tak for opmærksomheden