

Interventionen bei Schluckstörung

Lagerung zur Nahrungsaufnahme und Mundpflege

Ziele

- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Steigerung der Wachheit und Aufmerksamkeit
- Aktivierung der Wahrnehmung für die Nahrungsaufnahme
- gesamtkörperliche Tonusregulation, insbesondere im Gesicht-, Mund-, Rachen- und Halsbereich
- Vertiefung der Atmung, Erleichterung der Hustenfunktion durch Oberkörperaufrichtung

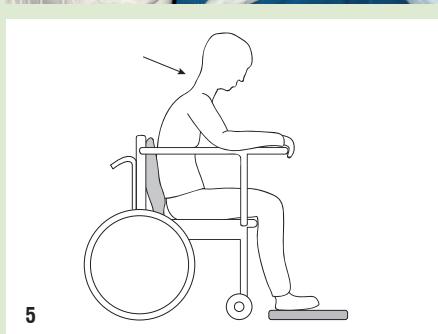
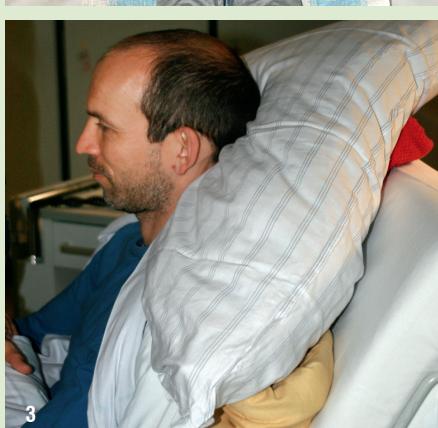
Einleitung

Die Strukturen, die zum Schlucken benötigt werden, sind nicht von den übrigen Körperstrukturen zu trennen. So spielen u.a. Gesamtkörpertonus sowie Wahrnehmung des eigenen Körpers (auch im Raum) für die Nahrungsaufnahme eine große Rolle. Pflegende können durch eine optimierte Lagerung des betroffenen Menschen direkten Einfluss auf dessen gesamtkörperlichen Tonus nehmen und bei einem Zuwenig an Spannung aktivierend und bei einem Zuviel reduzierend wirken. Hals, Schulter, Nacken, Kiefer, Mundboden und Zunge reagieren darauf.

Eine Aufrichtung über die Wirbelsäule bewirkt eine optimierte Stellung der Strukturen zueinander und ermöglicht bestmögliche Voraussetzungen für den Transport der Speise über den Schluckweg bis hin zum Magen. Bei Sondenernährung wird damit einem gastro-ösophagealen Reflux von Sondenkost und Magensäure vorgebeugt. Des Weiteren erleichtert eine aufrechte Körperhaltung – ggf. mit leichter Beugung (Flexion) der Schulterregion – auch das Abhusten von eingedrungenen Fremdpartikeln in den Kehlkopf oder bei einem Aspirationseignis.

Durchführung

- 1 Eine eingerollte Bettdecke an den Flanken trägt dazu bei, seitliche Körpergrenzen erfahrbar zu machen und stabilisiert den Rumpf.
- 2 Alternativ kann eine „Nestlagerung“ eine optimierte Sitzhaltung für die Nahrungsaufnahme oder die Mundpflege darstellen. Dazu wird eine längs gerollte Decke unter dem Gesäß am Becken entlang modelliert; eine weitere wird oben herum, entlang der Flanken, hinter der Hals-Nacken-Region, geführt. Diese Lagerung vermittelt Sicherheit und Spürinformation für den Körper.
- 3 Bei allen Lagerungsarten im Sitz sollten die Schultern unterstützt und in eine leichte Beugung gebracht werden. Der Kopf sollte dabei mit einem kleinen Kissen oder einem gefalteten Handtuch so unterlagert sein, dass er leicht nach vorn geneigt ist: langer Nacken – kurzer Hals. Die Anpassung erfolgt in Abhängigkeit der individuellen Kopfkontrolle.
- 4 Eine Überstreckung des Kopfes nach hinten muss vermieden werden, da dadurch eine Mundöffnung, eine Mundatmung und ein unkontrolliertes Abgleiten von Nahrung und Flüssigkeiten in den Rachen forciert wird. Eine Lagerung des Kopfes in der Ellbogenbeuge der Pflegenden ermöglicht eine gute Stabilität und Korrekturmöglichkeit; der gleichzeitige Kieferkontrollgriff unterstützt ein Führen des Unterkiefers zum Öffnen und Schließen.
- 5 Kann eine Person mit Schluckstörungen im Sitzen (Stuhl, Sessel oder Rollstuhl) am Tisch gelagert werden, so sollte das auch zur Nahrungsaufnahme erfolgen. Dabei sollten die Füße guten Bodenkontakt haben (Höhendifferenz ausgleichen), im Knie- und Beckenbereich etwa ein 90°-Winkel bestehen und die Arme auf einem Rollstuhl- oder einem Esstisch, zur Oberkörperstabilisierung und Aufrichtung, stabilisierend abgelegt werden können. Auf keinen Fall sollten die Füße auf den Fußrasten des Rollstuhls verbleiben, dies ist zu instabil und unsicher.



Intraorale Wahrnehmung und Mundpflege

Ziele

- ▶ optimale Mundhygiene
- ▶ Schleimhautbefeuchtung
- ▶ angenehmes Mundgefühl
- ▶ Wahrnehmungsschulung im Mund
- ▶ Aktivierung der eigenständigen Zungenmobilität
- ▶ Speichelaktivierung und Erhöhung der reflektorischen Schluckfrequenz
- ▶ Pneumonieprophylaxe durch Keimreduktion
- ▶ Problemlösung bei oralen Veränderungen (Infektionen, Belägen, Entzündungen usw.)

Einleitung

Bei einer optimalen Mundhygiene/Mundpflege sollte auf die pflegerischen Problemstellungen – Beißreaktionen, Mund geht nicht auf, massive Borkenbildungen bei Mundatmung, Schmerzreaktion bei Mundpflege etc. – eingegangen werden. Zielsetzungen, wie eine optimale Zahngesundheit durch Plaque- und Kariesreduktion, ist bei Palliativpatienten, sofern sie sich in einem fortgeschrittenen Stadium befinden, zweitrangig. Dysphagische Aspekte der Pneumoniegefährdung durch Keimbesiedlung, Aspiration von Zahnpflegemitteln, Schwierigkeit beim Mundumspülen und Ausspucken sind primär zu beachten. Angefangen von der Lagerung der betroffenen Person, über die Auswahl der optimalen Mundpflegematerialien bis hin zur Integration des Patienten/Bewohners in die Handlung, sollte insbesondere mit aspirationsgefährdeten und Menschen mit Aufmerksamkeitsstörungen besonnen umgegangen werden.

Durchführung

1 Bei wahrnehmungsreduzierenden Personen besteht die Gefahr, dass sie in Rückenlage Mundpflegesubstanzen und/oder Speichel aspirieren. Hier ist eine Seitenlagerung hilfreich, die sich auch positiv auf die Kieferstabilität auswirkt: Effekte auf den Tonus der Kiefermuskulatur, Mundöffnung kann einfacher herbeigeführt werden, Patient neigt weniger zu pathologischen Beißreaktionen, überschüssiger Speichel kann einfach aus dem Mund herauslaufen und die Aspirationsgefahr wird minimiert.

2 Ist ein Sitzen am Tisch möglich, so ist in einigen Fällen ein abgestütztes Lager nach vorn – auf eine Kiste mit übergelegtem Handtuch, Antirutschmatte und Kopfseitendrehung – hilfreich. Hierdurch ist eine Tonusregulation im Gesichtsbereich (auch Mund öffnen und schließen) zu erreichen.

Bei aspirations- und pneumoniegefährdeten Personen sollten chemische bzw. pulmotoxische Substanzen (Pumpsprays, Mundspülungen) nicht, oder nur indirekt (z.B. über Watteträger) verwendet werden.

Generell ist es sinnvoll, die Mundpflege in drei verschiedene Untergruppen zu unterteilen:

- a) **allg. Mundpflege**
- b) **Spezielle Mundpflege I**
- c) **Spezielle Mundpflege II**

(bei Aufmerksamkeitsstörungen und deutlicher Aspirationsneigung).

Vorgehen bei **Spezielle Mundpflege II**:

3 Startpunkt mittig am Zahnfleisch markieren.

4 In Zahnfleischsaum, insbesondere auch im Wangenbereich, bis hinten ausstreichen (2–3 Mal), säubern und rausgehen.

5 Kiefer und Lippen schließen; schlucken lassen. Zur besseren Einordnung dessen, was geschieht, ist es ggf. hilfreich, betroffene Personen in die Mundpflege mit einzubeziehen: Das Halten eines Watteträgers oder der Zahnbürste oder mit dem Finger der betroffenen Person die Bewegungen im Mund unterstützen.



Interventionen bei Schluckstörung

Beeinflussung des Schluckreflexes von außen

Ziele

- Aktivierung des Schluckreflexes durch die pflegende Person
- Versuch der Unterbrechung von Kauautomatismen oder Zungenpumpbewegungen

Einleitung

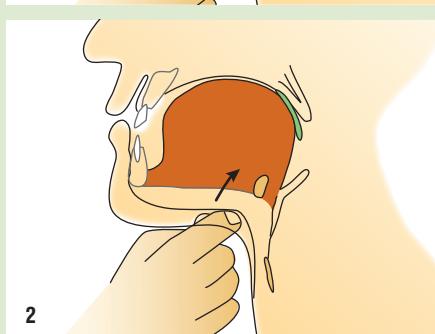
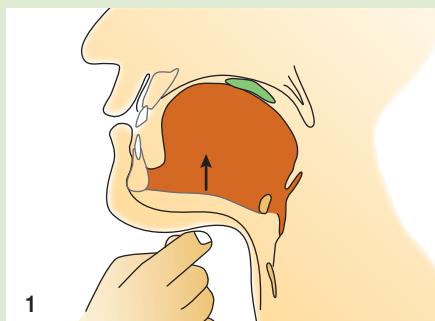
Eine extraorale (von außerhalb des Mundes) Beeinflussung der Schluckreflexauslösung ist schwierig, da der Mechanismen „Schlucken“ in der hinteren Mundhöhle, dem Mundrachenraum und dem angrenzenden Kehlkopfeingangsbereich ausgelöst wird. In Einzelfällen kann dies aber durch einen Druck von außen beeinflusst werden. Wichtig wird diese Intervention bei Personen, die das Essen und Trinken sehr lange im Mund behalten, Zungenpumpbewegungen ausbleiben oder bei denen insbesondere dünnflüssige Speisen und Getränke ohne Schlucken nach hinten abgleiten und aspiriert werden.

Durchführung

1–2 Durch einen (Finger-)Druck von unten (kaudal) nach oben hinten (kranial-dorsal) auf den Mundboden in Richtung Zungenbein (Hyoid) soll der Zungenkörper in der Mundhöhle zum Gaumendach angehoben werden. Diese Bewegung mobilisiert die intraorale Strukturen, sodass Speichel- und Speise den Schluckreflex an den entsprechenden Bereichen im Mund und Mundrachen aktivieren.

Wichtig dabei ist, dass der Handgriff den gesamten Mundboden durchdringt. Daher muss er mit einem „beherzten Druck“ ausgeübt werden. Ein „Streiche(l)n“ über den Hals- und Kehlkopfbereich hat keinerlei direkte Auswirkung auf den Schluckreflex. Allenfalls könnte es hierdurch zu einer Aktivierung der Speichelproduktion über die Unterkiefer-Speicheldrüse kommen, bzw. die Aufmerksamkeit der betroffenen Person auf den Hals lenken und so, über einen indirekten Weg, das Schlucken auslösen.

3 Manchmal kann eine Aktivierung des Schluckreflexes auch durch Vorstellungshilfen (Bild einer Zitrone oder dem Hineinbeißen) oder durch deutlich geruchsintensive Reize (Vanilleschote) gelingen. Dabei sollte dem Patienten/Bewohner immer ausreichend Zeit geben werden, Nahrung sehen, riechen und schmecken zu können.



Stimulation durch Riechen, Schmecken und Sehen

Ziele

- ▶ Verbesserung des Mundgefühls
- ▶ Steigerung der Wahrnehmung, Wachheit und Aktivität
- ▶ Aktivierung der Speichelproduktion und des Schluckreflexes
- ▶ Erhöhung der Schluckfrequenz
- ▶ Erhaltung/Wiederherstellung von Lebensqualität

Einleitung

Wenn Speisen passiert werden, ist es sinnvoll, nicht alle Komponenten (z.B. Kartoffeln, Gemüse, Fleisch) zusammenzumixen, sondern sie separat auf dem Teller anzurichten, denn „das Auge isst mit!“. Durch den anregenden Anblick und den guten Duft des Essens wird Speichel aktiviert und die betreffende Person stellt sich auf die Nahrungsaufnahme ein.

Achtung: Bei Menschen, die unter Übelkeit oder unter einer Riechstörung leiden, sollten olfaktorische (riechen) und gustatorische (schmecken: der aromatische Feingeschmack wird über das pharyngeale Riechen ermöglicht) Reize nur nach individueller Abklärung genutzt werden.

Durchführung

1-2 Wenn möglich, sollten die Speisen in ihrer ursprünglichen Form dem Patienten/Bewohner zunächst gezeigt (z.B. ein für eine andere Person angerichteter Teller) und dann erst in einer passierten veränderten Form serviert werden. Auch bei der passierten Kost ist auf das separate Anrichten der einzelnen Komponenten zu achten.

Hinweis: Fleisch ist mit herkömmlichen Pürierstäben oft nicht homogen zu zerkleinern. Oft verbleiben Faserstrukturen, die nicht immer sicher abgeschluckt werden können. Hier ist die Verwendung von Fleisch für Babynahrung (evtl. nachwürzen) oder Smoothfood (→ Materialpaket pflegen: palliativ zu diesem Heft) hilfreich.

3 Bei einer tracheotomierten Person muss bedacht werden, dass sie beim Atmen die Duftpartikel von Speisen und Getränken mit der Inspiration nicht aktiv in die Nase einsaugen kann. In diesen Situationen empfiehlt sich ein Zufächeln des Speise- oder Getränkedampfes. Auch kann versucht werden, die Atmung durch ein Zuhalten der Kanülenöffnung/des Tracheostomas über die Nase umzuleiten.

Achtung: Nicht bei geblocktem Cuff.

4 Ist die Pneumoniegefahr bei einem betroffenen Menschen höher anzusiedeln als die Lebensqualität durch orale Ernährung, so kann ein Geschmacksimpuls über einen Watteträger (z.B. in Tee getaucht) auf die Zunge eingebracht werden. Dies steigert die Speichelproduktion und kann sich positiv auf die reflektorische Schluckfrequenz auswirken.

Achtung: Bei fehlendem oder unsicherem Schluckreflex kann durch ein Zuviel an Speichel ein Verschlucken provoziert werden. ■



MELANIE WEINERT | MANUELA MOTZKO