



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ  
Π.Μ.Σ. «ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ  
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ & ΕΠΙΚΤΗΤΩΝ  
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ»

***Σχολή Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων***

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών του Τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου  
Ιωαννίνων (πρώην Τ.Ε.Ι. Ηπείρου)  
με τίτλο

**«Διεπιστημονική προσέγγιση αναπτυξιακών και επίκτητων διαταραχών επικοινωνίας»**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Τίτλος:

**«ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΔΥΣΦΑΓΙΑ»**

Βάσου Έλενα

A.M: 46

Τσιρκινίδης Γιώργος

A.M: 47

ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΒΛΕΨΗ :

Κα. Ζιάβρα Ναυσικά

Καθηγήτρια Ωτορινολαρυγγολογίας

Πρόεδρος Τμήματος Λογοθεραπείας

Ιωάννινα, 2019



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Η παρούσα εργασία αφιερώνεται στους γονείς μου που δεν σταμάτησαν ποτέ να ενθαρρύνουν την εκπαιδευτική και ερευνητική μου ανησυχία και στα αδέρφια μου, που με ενέπνευσαν να παραβγώ στα αξιοθαύμαστα επιτεύματά τους. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Κα.Ζιάβρα Ναυσικά για την πολύτιμη καθοδήγησή της στην συγγραφή της παρούσας εργασίας.*

## Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	7
ABSTRACT .....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> :ΔΥΣΦΑΓΙΑ .....	10
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ .....	10
1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ .....	10
1.3 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ & ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ.....	10
1.4 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ .....	12
1.5 ΑΙΤΙΑ .....	14
1.6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ .....	17
1.7 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ .....	19
1.8 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ .....	21
1.9 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ.....	23
1.9.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση διαταραχών κατάποσης.....	23
1.9.2. Τροποποιήσεις διατροφής.....	25
1.9.3. Μεταβολές της στάσης .....	25
1.9.4 Τροφοδοσία μέσω καθετήρα.....	25
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	28
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ .....	28
Α) Μεθοδολογία.....	28
1. Λήψη ιατρικού ιστορικού και καταγραφή ευρημάτων .....	28
2. Χορήγηση και συμπλήρωση ερωτηματολογίων.....	29
2.1 Eating Assesment Tool-10 (EAT-10) .....	29
2.2 Functional Oral Intake Scale - FOIS .....	29
2.3 Beck Anxiety Inventory (BAI).....	29
2.4 The Mini Nutritional Assessment (MNA) .....	30
3. Εργαστηριακές τεχνικές (ενδοσκόπηση/ βιντεοακτινοσκόπηση) .....	31
4. Παρά τη κλίνη αξιολόγηση της κατάποσης .....	34
5. Κλινική αξιολόγηση κατάποσης & στοματοπροσωπική εξέταση.....	35
Β) ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	36

Γ) ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ .....	37
ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	39
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	42
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	46

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δυσφαγία είναι η υποκειμενική συνειδητοποίηση της βλάβης κατά την διέλευση της τροφής από το στοματοφάρυγγα στο στομάχι, συνεπώς μπορεί να οφείλεται σε πραγματική καθυστέρηση της διέλευσης του βλωμού ή απλώς της αισθητικότητας αυτής της διεργασίας (Cook, 2008).

Για την κατανόησή της από τους επαγγελματίες υγείας, είναι απαραίτητη η γνώση των ανατομικών δομών που εμπλέκονται στην κατάποση (συμπεριλαμβανομένης της μάσησης) με σκοπό της ακριβή εντόπιση της σχετικής παθολογίας (Vakil, Traxler & Levine, 2004). Εξίσου σημαντικό κατά την κλινική εκτίμηση της δυσφαγίας είναι η στάθμιση και συναξιολόγηση όλων των συμπεριφορικών, αισθητηριακών και κινητικών παραμέτρων που οδηγούν στην κατάποση, συμπεριλαμβανομένης και της γνωσιακής και αισθητηριακής αντίληψης της σίτισης (αύξηση σιελόρροιας, διέγερση όρεξης) (Eslick, 2008).

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρακάτω συγγραφής είναι να παρατεθούν οι κλινικές και διαγνωστικές συνιστώσες της δυσφαγίας ως σύμπτωμα παρά ως νόσος συνδυασμό με την μελέτη και κλινική παρατήρηση ενός ασθενή που αντιμετωπίζει διαταραχές κατάποσης, να αναλυθεί ο ρόλος του σύγχρονου λογοθεραπευτή στην πρόληψη και αποκατάσταση των ασθενών σε συνδυασμό με την εκπαίδευση των οικείων και των φροντιστών τους με στόχο την βελτίωση του επιπέδου διαβίωσής τους.

Στο γενικό μέρος περιγράφονται γενικά οι παράμετροι της δυσφαγίας και των νευρογνωστικών διαταραχών στο φάσμα επιρροής τους, διακρινόμενες σε μείζονες και ελάσσονες.

Στο ειδικό μέρος περιγράφεται η μελέτη περίπτωσης ενός ηλικιωμένου ασθενή με δυσφαγία ο οποίος παρατηρήθηκε σε διάστημα έξι μηνών κι εξετάστηκε με την βοήθεια συνέντευξης κι ειδικών για την δυσφαγία ερωτηματολογίων και εξετάσεων. Αναλύεται ο ειδικός ρόλος του λογοθεραπευτή στην στοιχειοθετημένη διάγνωση, διαχείριση και αποκατάσταση των εν λόγω διαταραχών. Ακολουθεί συζήτηση και προτάσεις για συνεχιζόμενη έρευνα.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι η βιβλιογραφική και αρθρογραφική ανασκόπηση της τελευταίας δεκαετίας με την βοήθεια ηλεκτρονικών και φυσικών βιβλιοθηκών του επιστημονικού μας πεδίου και εγκεκριμένων διαδικτυακών μηχανών αναζήτησης. Οι προς παράθεση πηγές προέκυψαν ύστερα από κριτική ανάλυση και αποδοχή ή απόρριψη με γνώμονα την εγκυρότητα, την αντιστοιχία στα σύγχρονα δεδομένα και το αμιγώς ερευνητικό κίνητρο.

Για την μελέτη περίπτωσης χρησιμοποιήθηκαν ειδικά σταθμισμένα και μεταφρασμένα στα Ελληνικά ερωτηματολόγια, εκτελέστηκε παρά τη κλίνη αξιολόγηση της κατάποσης και ελήφθησαν υπόψη ειδικές ενδοσκοπικές και

βιντεοφλουροσκοπικές εξετάσεις που εκτελέστηκαν από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό.

Λεξειςκλειδιά : dysphagia, speech\_therapistetc



## ABSTRACT

The purpose of the following essay is to provide the clinical and diagnostic components of dysphagia as a symptom rather than as a disease combined with the study and clinical observation of a patient experiencing swallowing disorders, to analyze the role of the modern speech therapist in preventing and restoring patients educating their relatives and carers with the aim of improving their standard of living.

The general section generally describes the parameters of dysphagia and neurodegenerative disorders in their range of influence, distinguished in major and minor.

The special section describes the case study of an elderly patient with dysphagia who was observed for six months and examined with the help of interviewers and special for dysphagia questionnaires and examinations. The specific role of the speech therapist in the standard diagnosis, management and rehabilitation of these disorders is analyzed. Discussion and suggestions for ongoing research follow.

The methodology used is the bibliographic and article review of the last decade with the help of electronic and physical libraries in our field and approved search websites. The sources cited came after critical analysis and acceptance or rejection based on validity, relevance to current data and purely research motivation.

The case study used specially weighted and translated into Greek questionnaires, bedside swallowing assessment was performed and special endoscopic and videofluoroscopic examinations were performed by specialized medical personnel.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> :ΔΥΣΦΑΓΙΑ

#### 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η λέξη δυσφαγία (dysphagia - dys+ rphagia), προέρχεται από τις ελληνικές λέξειςδυσ- (που υποδηλώνει την δυσκολία) και φαγία (σίτιση) και αναφέρεται στο δυσάρεστο σύμπτωματης παρεμποδισμένης ή καθυστερημένης διέλευσης του βλωμού της τροφής από την στοματική κοιλότητα προς το στομάχι διαμέσου του οισοφάγου (Aslam&Vaezi, 2013).

#### 1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η δυσφαγία μπορεί να ταξινομηθεί ανατομικά σε φαρυγγική ή οισοφαγική. Η φαρυγγική δυσφαγία σχετίζεται με την έναρξη της κατάποσης (μετακίνηση τουβλωμούτης τροφής από τον φάρυγγα στον οισοφάγο), ενώ η οισοφαγική δυσφαγία εμφανίζεται στο σώμα του οισοφάγου και σχετίζεται με τηνδιαταραχή διέλευσηςτης τροφής στο στομάχι.Μια πιο συγκεκριμένη ταξινόμηση κατηγοριοποιεί την αιτία της δυσφαγίας ανάλογα με την αμιγώς ανατομική τοποθεσία παρεμπόδισης της τροφήςσε :

- προοισοφαγική δυσφαγία
- οισοφαγική δυσφαγία
- μεταοισοφαγική δυσφαγία (Gambescia & Rogers, 1976)

Παρόλο που η παραπάνω τοπογραφική ταξινόμηση είναι χρήσιμη, συχνά παρατηρείται αλληλεπικάλυψη μεταξύ των κατηγοριών.

#### 1.3 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ & ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

Η διαδικασία της σίτισης, ακόμη κι αν φαντάζει μια σειρά αντανακλαστικών και διαδοχικών κινήσεων που οδηγούν την τροφή στο στόμα, απέχει πολύ απ'αυτό. Πρόκειται για μια περίπλοκη διαδοχή απαιτητικών κινήσεων και γεγονότων που για

την ομαλή ολοκλήρωσή της απαιτεί τον άψογο συντονισμό πολλών μυοσκελετικών ομάδων, όλων υπό την διεύθυνση του κεντρικού νευρικού συστήματος (Dray, Hillel&Miller, 1998).

Για τα άτομα με διαταραχή των εγκεφαλικών νευρώνων, η διαδικασία της κατάποσης μπορεί να είναι απαιτητική έως και ακατόρθωτη. Αρχικά, η τροφή πρέπει να οδηγηθεί από το τραπέζι στο στόμα. Ένα κουτάλι, πιρούνι ακόμη και τα γυμνά χέρια χρησιμοποιούνται για αυτήν την μεταφορά, αποσκοπώντας στις μικρότερες δυνατές απώλειες και ατυχήματα. Με την προσέγγιση της τροφής ή του ποτού στην περιστοματική περιοχή, το στόμα πρέπει να ανοίξει για να υποδεχθεί την τροφή. Είναι εντελώς απαραίτητο, τα χείλη να σφαιρίσουν για να αποδοθεί η μέγιστη μασητική ικανότητα και τέλος κατά την διάρκεια της μάσησης πρέπει να ενεργοποιηθούν πολλοί μύες της κεφαλής και του τραχήλου ώστε η τροφή να μετατραπεί σε έναν ιδανικού μεγέθους βλωμό για την ομαλή προώθηση στον γαστρεντερικό σωλήνα και την ανεμπόδιστη πέψη (Karkos, Parouliakos, Karkos&Theochari, 2009).

Η διαδικασία της κατάποσης, όπου τα τρόφιμα ή τα υγρά ταξιδεύουν από τοστόμα στο στομάχι, περιλαμβάνει μια περίπλοκη ακολουθία μυϊκών συσπάσεων και χαλάσεων μέσω ανατομικών δομών που περιλαμβάνουν ραβδώσεις (στοματοφαρυγγικό και άνω 1/3<sup>ο</sup> του οισοφάγου) και λείο μυ (χαμηλότερο 2/3<sup>ο</sup> του οισοφάγου) που ελέγχεται από κινητικούς νευρώνες του εγκεφάλου και αυτόνομη νεύρωση (του μυεντερικού πλέγματος) αντιστοίχως (Vakil, Traxler&Levine, 2004).

Η κατάποση συμβαίνει σε τρία στάδια ή σε φάσεις και τα άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές σίτισης μπορεί να χωλαίνουν σε μία ή περισσότερες εξ αυτών. Οι φάσεις της κατάποσης διαχωρίζονται ως εξής :

- Στοματική φάση

Η στοματική φάση περιλαμβάνει το μάσημα και την περιήγηση του φαγητού ή του ποτού στο λαιμό.

- Φαρυγγική φάση

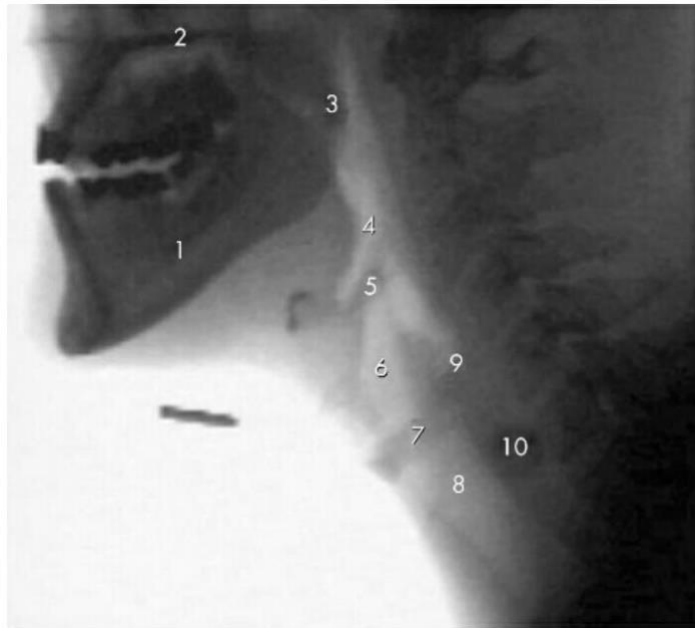
Η φαρυγγική φάση οριοθετείται από την επιγλωττίδα που είναι υπεύθυνη για την απόφραξη της τραχείας και την διάνοιξη της διόδου στον φάρυγγα. Τα τρόφιμα και πόσιμα είδη που περιλαμβάνονται στην δίαιτα μέσω μιας ελαφράς αρνητικής υποπίεσης και την συνδρομή της βαρύτητας προωθούνται προς τα κάτω. Κατά την διάρκεια της κατάποσης, η στιγμιαία απόφραξη της τραχείας από ένα σύστημα με κυρίαρχη την επιγλωττίδα εξασφαλίζει το κλείσιμο του αεραγωγού (τραχεία) και την απομόνωση του από υπολείμματα τροφής, σταγονιδίων σάλιου και ολόκληρο τον βλωμό που σε άλλη περίπτωση θα ήταν ικανά να προκαλέσουν βήχα, πνιγμό ακόμη και τον θάνατο (Karkos, Parouliakos, Karkos&Theochari, 2009).

- Οισοφαγική φάση

Ο οισοφάγος είναι ο αγωγός που προωθεί την τροφή από το στόμα στον στόμαχο με περισταλτισμό (σκωληκοειδής κίνηση). Ο οισοφάγος υπερπιέζει το φαγητό και το οδηγεί στο στομάχι. Η διόδος της τροφής σε αυτήν την κατεύθυνση μπορεί αιφνίδια να ανακοπεί προκαλώντας επιπρόσθετη δυσφορία και ανησυχία (O'Rourke,Vickers, Upton&Chan, 2014).

#### 1.4 ANATOMIA ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

Η γλώσσα αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους ανεξάρτητους μυες του σώματος που εκτός από τον κεντρικό της ρόλο στην ομιλία βοηθά σημαντικά και στην μάσηση, καθώς μεταφέρει την τροφή στα κατάλληλα επικλινή επίπεδα των δοντιών για να διευκολύνει την κατάτμηση της τροφής. Κατά την μάσηση ενεργοποιούνται εκτός από το μασητήρα μυ, πολλοί περισσότεροι περιστοματικοί και τραχηλικοί μύες. Ακόμη και η επιγλωττίδα επιστρατεύεται μαζί με τους άνωθεν του υιοειδούς οστού μύες προκειμένου η τροφή να εισέλθει στην φαρυγγική κοιλότητα (Tamura, Mizukami, Ayano et al.,2002).



Εικόνα<sup>1</sup>

Εικόνα φλουροραγγειογραφίας που απεικονίζει την ανατομία του στοματοφάρυγγα. (1), Έδαφος του στόματος. (2) σκληρή υπερώα (3) μαλακή υπερώα(4) φάρυγγας (5)επιγλωττίδα (6) λαρυγγικός προθάλαμος. (7) φωνητικές χορδές (8) τραχεία (9)άνω οισοφαγικός σφιγκτήρας (10) του οισοφάγου.



Εικόνα<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Πηγή Singh & Hamdy, 2006

<sup>2</sup>Πηγή <http://www.radiologyassistant.nl/en/p440bca82f1b77/swallowing-disorders-interpretation-of-radiographic-studies.html>

*Πλευρική άποψη των σημαντικότερων στιγμιότυπων της κατάποσης. Η βάση της γλώσσας και η μαλακή υπερώα σφαιρίζουν το οπίσθιο μέρος της στοματικής κοιλότητας για να αποτρέψουν τη διαρροή τροφής στον ανοιχτό λάρυγγα. Το οζώδες οστό και η βάση της γλώσσας κινούνται προς την κρανιακή κατεύθυνση και ανυψώνουν τον λάρυγγα (βέλος). Η μαλακή υπερώα ανυψώνεται για να αποφευχθεί η διαρροή στο ρινοφάρυγγα και ο λάρυγγας κλείνει με συστολή των επιγλωττικών πτυχών. Ακολουθεί η σύσπαση του σφιγκτήρα του άνω φάρυγγα, η συστολή του μεσαίου φαρυγγικού σφιγκτήρα, η σύσπαση του κατώτερου φαρυγγικού σφιγκτήρα και χαλάρωση του κροκοφαρυγγικού μυός. Η επιγλωττίδα ανυψώνεται για να ανακτήσει τη θέση ηρεμίας και ανοίγει ο λάρυγγας. Η επιγλωττίδα σε θέση ηρεμίας και λάρυγγα είναι ανοικτή.*

## 1.5 ΑΙΤΙΑ

Οι αιτίες της δυσφαγίας εμπίπτουν βασικά σε δύο ομάδες: αποφρακτικές βλάβες και κινητικές διαταραχές. Ωστόσο, οι κυριότερες αιτίες δυσφαγίας ποικίλουν μεταξύ της γενετικής προδιάθεσης και των περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου, και μπορούν να μεταβληθούν με την πάροδο της ηλικίας (Aslam&Vaezi, 2013).

Η δυσφαγία οφείλεται κατά κανόνα σε χρόνιες καλοήθειες διαταραχές, αν και τα αίτια μπορούν δευτερογενώς να συσχετιστούν με σημαντική νοσηρότητα και μειωμένη ποιότητα ζωής (QOL) (Eslick&Talley, 2008).

Η δυσφαγία είναι ένα κοινό σύμπτωμα που είναι σημαντικόν αναγνωριστεί και να τεθεί υπό ομαλή και κατάλληλη διαχείριση, δεδομένου ότι η αιτιοπαθολογία της συνδέεται με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις συμπεριλαμβανομένης της οισοφαγικής νεοπλασίας, της φαρυγγικής δυσλειτουργίας, του κινδύνου αναρρόφησης, καθώς και της χρόνιας γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (GORD) (Philpott, Garg, Tomic, Balasubramanian&Sweis, 2017).

Ωστόσο, η δυσφαγία είναι πιο διαδεδομένη στους ηλικιωμένους λόγω ασθενειών που σχετίζονται με την ηλικία, όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο και οι νευροεκφυλιστικές διαταραχές (O'Rourke, Vickers, Upton&Chan, 2014).

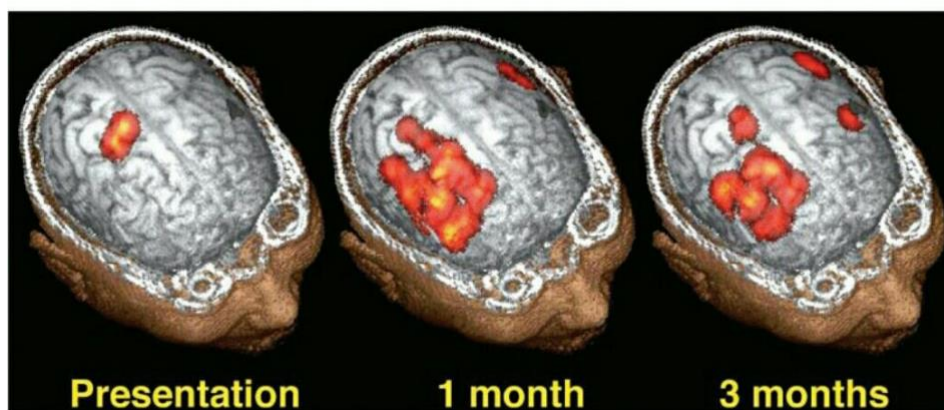
Η δυσφαγία μετά από εγκεφαλικό επηρεάζει τη συντριπτική πλειοψηφία (6,2 εκατομμυρίων εγκεφαλικών επεισοδίων στις ΗΠΑ) των ασθενών με οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο. Αν και βελτιώνεται εντός 2 εβδομάδων για τους περισσότερους, μερικοί αντιμετωπίζουν μακροχρόνια προβλήματα κατάποσης που τους υποβάλλουν σε κίνδυνο πνευμονίας, υποσιτισμού, αφυδάτωσης και επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής. Για τη συντριπτική πλειοψηφία των επιζώντων, ένα από τα πρώτα εμπόδια στο δρόμο προς την αποκατάσταση είναι η δυσλειτουργία της κατάποσης (González-Fernández et al., 2013).

Η κατάποση με την βοήθεια των μυών παρουσιάζεται ασύμμετρα και στους δύο κινητικούς φλοιούς του εγκεφάλου. Επομένως, το εγκεφαλικό επεισόδιο που επηρεάζει το ημισφαίριο με τον κυρίαρχο έλεγχο της κατάποσης έχει σαν αποτέλεσμα την δυσφαγία και η κλινική ανάκαμψη έχει συσχετιστεί με αντισταθμιστικές αλλαγές στο ανεπηρέαστο ημισφαίριο. Αυτή η ασύμμετρη προσβολή μπορεί να εξηγήσει την αιτιολογία εμφάνισης δυσφαγίας στο ήμισυ των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο ενώ άλλοι ασθενείς δεν επηρεάζονται καθόλου ως προς αυτή την λειτουργία και πολλοί ακόμη ενώ επηρεάζονται, ανακάμπτουν πλήρως σε μια συγκριτικά μικρή χρονική περίοδο. Παρά την τάση για ανάκαμψη, η δυσφαγία φέρει επταπλάσιο αυξημένο κίνδυνο αναρρόφησης από πνευμονία και είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας θνησιμότητας (Singh&Hamdy, 2006).

Η δυσφαγία όχι μόνο αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, αλλά επίσης επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής. Μόνο το 45% των ασθενών με δυσφαγία βρίσκει την σίτιση μια ευχάριστη δραστηριότητα, ενώ το 41% των ασθενών με δυσφαγία παραδέχεται ότι βιώνει αγχωτικά συναισθήματα ή εμπειρίες συνοδευόμενες από πανικό κατά τη διάρκεια της λήψης των απαραίτητων γευμάτων (Ekberg et al., 2002). Επιπλέον, μελέτες αποδεικνύουν ότι περισσότεροι από το 1/3 των ασθενών αποφεύγουν να τρώνε με άλλους λόγω δυσφαγίας. Η άμεση αξιολόγηση και η θεραπεία των διαταραχών

κατάποσης μπορούν να μετριάσουν την ανάπτυξη των δευτερογενών επιπλοκών και να ενθαρρύνουν την άμεση κοινωνική επανένταξη (González-Fernández et al., 2013).

Η δυσφαγία επηρεάζει περισσότερο από το 50% των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου. Ευτυχώς, η πλειοψηφία αυτών των ασθενών ανακτούν τη λειτουργία κατάποσης εντός 7 ημερών και μόνο το 11-13% παραμένει δυσφαγικό μετά από 6 μήνες (Martino et al., 2005). Αυτή η αυξημένη συχνότητα και το αξιολογικό ποσοστό ανάκαμψης, μπορεί να οφείλεται στη διμερή κατανομή του ελέγχου των μυών της κατάποσης στον κινητικό φλοιό. Μετά από ημισφαιρικό εγκεφαλικό επεισόδιο, η νευροπλαστική προσαρμογή επιτρέπει τον έλεγχο της κατάποσης των μυών να αναδιοργανωθούν στο ανέπαφο ημισφαίριο, πολλές φορές με απόλυτη επιτυχία επαναφέροντας στο φυσιολογικό την λειτουργία της κατάποσης (Singh & Hamdy, 2006).



Εικόνα <sup>3</sup>

*Επέκταση του φαρυγγικού φλοιού στο κινητικό ημισφαίριο κατά τη διάρκεια της κατάποσης μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Εικόνα μαγνητικού συντονισμού με συν-καταχωρημένα τοπογραφικά δεδομένα από τη διαφλοιϊκή μαγνητική διέγερση κατά την έναρξη, έναν και τρεις μήνες μετά την προσαρμογή.*

---

<sup>3</sup>Πηγή : Cohen et al., 2016



## 1.6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Η πιο επίφοβη επιπλοκή της δυσφαγίας μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η πνευμονία της αναρρόφησης και ακολουθούν με μικρότερη αλλά εξίσου υπολογίσιμη επικινδυνότητα η αφυδάτωση και ο υποσιτισμός (González-Fernándezetal., 2013).

Εκτός από την πνευμονία, εγκυμονούν και κίνδυνοι εμφάνισης λοιμώξεων. Οι παραπάνω καταστάσεις αυξάνουν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης με την αύξηση της ενδονοσοκομειακής παραμονής των ασθενών και την αύξηση των αναγκών για ακριβό και περίπλοκο βοηθητικό εξοπλισμό των ασθενών (αναπνευστική και διατροφική υποστήριξη) (Langdon, Lee&Binns, 2007).

Για την πρόληψη και την ελαχιστοποίηση αυτών των επιπλοκών, η διάγνωση και η αντιμετώπιση της δυσφαγίας πρέπει να γίνεται το συντομότερο δυνατό από έναν εκπαιδευμένο και αδειοδοτημένο λογοθεραπευτή. Η τρέχουσα θεραπεία της δυσφαγίας στους ασθενείς που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η παραδοσιακή θεραπεία αποκατάστασης κατάποσης από έναν εξειδικευμένο λογοθεραπευτή.

Ακόμη και απόλυτα υγιείς άνθρωποι μπορεί να παρουσιάζουν περιστασιακά ή μόνιμα προβλήματα με την κατάποση μερικές φορές. Αυτό αποδεικνύεται και από τα εξαιρετικά μεγάλα ποσοστά των πνιγμών που σημειώνονται ετησίως λόγω διατροφικών πνιγμών. Άλλωστε, δεν είναι μόνο τα οδοντικά προβλήματα και τα ορθοδοντικά που προκαλούν διαταραχές της μάσησης, κι αυτό είναι απόλυτα κατανοητό αν αναλογιστούμε και πάλι από ποιο κέντρο ελέγχου παραδίδεται η κάθε μια ξεχωριστή μα νευραλγικής σημασίας εντολή για την εκτέλεση των τόσο λεπτών μασητικών και προωθητικών κινήσεων (O'Rourke, Vickers, Upton&Chan,2014).

Ένα άτομο με διαταραχή κατάποσης θα έχει αντίστοιχα και μεγαλύτερα προβλήματα από τα παραπάνω με την διαφορά ότι χωρίς την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση, θα τα παρουσιάζει καθημερινά με στοχαστικό και πραγματικό αποτέλεσμα την μακροπρόθεσμη σταδιακή απώλεια της όρεξης (ανορεξία), την αποκαρδίωση, την μείωση της αυτοεκτίμησης και ενδεχομένως της αυτονομίας (Tamura, Mizukami, Ayanoet al.,2002).

## Σημάδια διαταραχών κατάποσης

Τα τυπικά παρελκόμενα της δυσφαγίας ως μια διαταραχή της κατάποσης μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Βηχικά επεισόδια κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά το φαγητό ή το ποτό
- Υγρή βραχνή φωνή κατά τη διάρκεια ή μετά το φαγητό ή το ποτό
- Μυϊκή υπερπροσπάθεια και καταπόνηση κατά την μάσηση ή την κατάποση με συνοδή κόπωση των εξαρτώμενων μυών
- Σιελόρροια
- Διαρροή της τροφής ή των ποτών από την στοματική κοιλότητα
- Απόφραξη της τροφής στο στόμα, την τραχεία ή τον φάρυγγα
- Δυσχεραίνουσα αναπνοή κατά την διάρκεια της μάσησης και μετά τα γεύματα
- Απώλεια βάρους (Karkos, Papouliakos, Karkos&Theochari,2009).

Αντίστοιχα, στα αποτελέσματα συμπεριλαμβάνονται :

- Αφυδάτωση, υποσιτισμός ή κακή διατροφή
- Ανάστροφη κίνηση του γαστρικού υγρού προς τον φάρυγγα και την στοματική κοιλότητα (αναρρόφηση)
- Δυσκολία στο μάσημα
- Τροφή που στέκεται στον οισοφάγο - πνιγμονή
- Σιελόρροια
- Πνευμονία ή άλλες λοιμώξεις
- Αμηχανία και ανασφάλεια κατά την σίτιση που προκαλεί απομόνωση και αυτοπεριορισμό (Karkos, Papouliakos, Karkos&Theochari,2009).

Η αναρρόφηση είναι πολλές φορές τόσο λανθάνουσα έτσι ώστε να μην γίνεται καν αντιληπτή από το άτομο, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε πολύ

επικίνδυνες καταστάσεις όπως πνευμονία από εισρόφηση, ένα είδος πνευμονικής λοίμωξης.

### 1.7 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Για την αντιμετώπιση της δυσφαγίας, ο λογοθεραπευτής πρέπει να συντάξει ένα λογοπαθολογικό ιστορικό το οποίο θα διερευνήσει με προσοχή για να προσδιορίσει την αιτία της δυσκαταποσίας και τις πιθανές εκδοχέστες εμφάνισής της (Kennedy, 1992).

Ο ειδικός λογοθεραπευτής στο ιστορικό υγείας του ασθενή στοχεύει στην ανεύρεση ενδεικτικών πληροφοριών για την γενική του υγεία, για προηγούμενες ασθένειες και χειρουργικές επεμβάσεις και τα προβλήματα κατάποσής, ενώ παράλληλα θα αξιολογήσει την ομαλή ή παρεμποδισμένη κινητικότητα των μυών του στόματος.

Στην συνέχεια, από τον λογοθεραπευτή εκτιμάται και αξιολογείται η κλινική εικόνα και η ευρυθμία της κάτω γνάθου, των χειλέων και της γλώσσας με σκοπό να αποκλειστούν οι παράμετροι που οφείλονται σε κάποιο παθολογικό χαρακτηριστικό του ασθενή.

Ας σημειωθεί ότι για την εμπειριστατωμένη διάγνωση του λογοθεραπευτή, προβλέπεται ακόμη και να επισκεφθεί τον ασθενή στο σπίτι του για να παρατηρήσει τον ασθενή στο καθημερινό του περιβάλλον, την ώρα που πίνει και τρώει, την ποιότητα και την σύσταση της τροφής που συνηθίζει να καταναλώνει, τις διατροφικές του προτιμήσεις με σκοπό να εντοπίσει και να καταγράψει τυχούσες διαφορές από το φυσιολογικό τρόπο κατάποσης (Kennedy, 1992).

Για παράδειγμα, μερικοί άνθρωποι μπορεί να έχουν δυσκολία να μεταφέρουν την τροφή μέσα στο στόμα και να την προωθήσουν ή να έχουν κακή στάση σώματος κατά την σίτιση. Αυτοί είναι συγχυτικοί παράγοντες που μπορεί εύκολα να οδηγήσουν σε λανθασμένη διάγνωση και άστοχη παραπομπή οδηγώντας τον ασθενή σε περιττή ταλαιπωρία και τους οικείους του σε αναίτια ανησυχία. Γι αυτό η κάθε απόφαση από τον λογοθεραπευτή πρέπει να σταθμίζεται μετά από

εξέταση όλων των καταγραφών και να μην στηρίζεται σε μονομερή εξέταση τυχαίων ευρημάτων (Logemann, Kahrilas, Kobara&Vakil, 1989).

Από την άλλη μεριά, κάποια άτομα μπορεί να έχουν πρόβλημα στο φαρυγγικό στάδιο της κατάποσης και να εμφανίζεται πνιγμονήλőségης καθυστερημένης έναρξης της διαδικασίας της κατάποσης. Αυτό μπορεί να είναι ένδειξη ότι η τροφή συλλέγεται στον φάρυγγα, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο αναρρόφησης. Επομένως, ανεξάρτητα από την διάγνωση της κατάστασης του ασθενή, εκείνος πρέπει να λαμβάνει άμεσα την κατάλληλη καθοδήγηση για στοχευμένη παρέμβαση (Groher&McKaig, 1995).

Συνοψίζοντας, για να μπορεί κάποιος να καταπιεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα, πέντε διαφορετικά συστήματα πρέπει να λειτουργούν σε πλήρη συντονισμό. Η δυσφαγία εμφανίζεται όταν υπάρχει ή προκύπτει διαταραχή σε ένα ή περισσότερα από αυτά τα συστήματα:

- Νευρολογικά (NeuroDys)
- Γνωστικά (CogDys)
- Μυϊκά (MuscDys)
- Αναπνευστικά (RespDys) και
- Γαστρεντερικά (GI Dys)

Μετά την ενδελεχή αξιολόγηση των σταδίων της διαδικασίας κατάποσης, ο λογοθεραπευτής μπορεί να διδάξει τον ασθενή και τους οικείους του ή τους φροντιστές του ειδικές στρατηγικές κατάποσης. Ακόμη, σε συνεργασία με τον ειδικό διαιτολόγο μπορεί να δώσει συγκεκριμένες οδηγίες για την παρασκευή των φαγητών έτσι ώστε να γίνει η κατάποση ασφαλής σε συνδυασμό με την από κοινού ενθάρρυνση για μια ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή (Kennedy, 1992).

Μία από τις ειδικές στρατηγικές με στόχο την μείωση του κινδύνου αναρρόφησης είναι η τοποθέτηση του σαγονιού προς τα μέσα κατά την κατάποση με στόχο το ανεμπόδιο σφάλισμα των αεραγωγών. Ακόμη, σε περιπτώσεις επιμένουσων διαταραχών, ο λογοθεραπευτής σε συνεργασία με την διεπιστημονική ομάδα μπορεί να προτείνει την αντικατάσταση των σκληρών τροφών με αντίστοιχες

μαλακότερες ή αλεσμένες για να διευκολύνει την κατάποση και να μειώσει την πιθανότητα πνιγμονής (Groher & McKaig, 1995). Ταυγρά, μπορούν εξίσου να τροποποιηθούν χωρίς διατροφικές απώλειες και να γίνουν πιο παχύρρευστα με την πρόσθεση κάποιου στερεού συστατικού όπως το σιτάλευρο καθώς όπως είναι γνωστό, η παχύρρευστη μάζα είναι πιο συμβατή με την αργή κατάποση με αποτέλεσμα τον καλύτερο έλεγχο της διέλευσης της τροφής (Logemann, Kahrilas, Kobara & Vakil, 1989).

### 1.8 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η διάγνωση της δυσφαγίας μπορεί να γίνει με παρά τη κλινική αξιολόγηση της κατάποσης ή βιντεοακτινοσκόπηση (VFS) και ενδοσκόπηση, ωστόσο την καλύτερη πρακτική συνιστά ο συνδυασμός όλων των παραπάνω με σκοπό την συνολική αξιολόγηση του ασθενούς με εγκεφαλικό επεισόδιο.

Μετά την ενδελεχή εξέταση του ιστορικού του ασθενή και την παρατήρηση των διατροφικών του συνηθειών από τον λογοθεραπευτή, είναι η κατάλληλη στιγμή για εκείνον να παραπέμψει τον ασθενή σε έναν ειδικό ακτινολόγο. Η πιο κοινή ακτινογραφική εξέταση που είναι σε θέση να αναδείξει με εγκυρότητα αν υπάρχουν ενδείξεις δυσφαγίας καθώς επίσης και την φάση της κατάποσης κατά την οποία επενεργούν οι διαταραχές είναι το ακτινογράφημα κατάποσης. Αυτό είναι ένα είδος ακτινογραφίας που παρακολουθεί σκιαγραφικά το βλωμό κατά μήκος της διαδρομής της στο γαστρεντερικό σύστημα για να προσδιοριστεί ακριβώς το πρόβλημα και την εντόπισή του. Για την διενέργεια της εξέτασης, στον ασθενή χορηγείται βαριούχο σκεύασμα εντός της προς κατανάλωση τροφής. Το βάριο, το οποίο είναι ένα εξαιρετικά ακτινοσκιερό υγρό αυξάνει την αντίθεση της ακτινογραφικής εικόνας της τροφής, ενισχύοντας την διαφορική διάγνωση του ειδικού ακτινολόγου (Splaingard, Hutchins, Sulton & Chaudhuri, 1988).

Εκτός από το ακτινογράφημα κατάποσης και την βιντεοακτινοσκόπηση που είναι η ίδια ακριβώς διαδικασία με την διαφορά των πολλών διαδοχικών καρτέ της διαδικασίας κατάποσης, άλλες απεικονιστικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση της δυσφαγίας είναι η ενδοσκοπική αξιολόγηση. Ο γαστρός ή ο ειδικός

λογοθεραπευτής (σε κάποιες χώρες που επιτρέπεται) τοποθετεί έναν μακρύ σωλήνα με ένα φως στο διαμέσου της ρινός ή της στοματικής κοιλότητας, το λεγόμενο ενδοσκόπιο. Αυτή η συσκευή απολήγει σε μια κάμερα στο τελικό της άκρο, μέσα από την οποία ο ειδικός μπορεί να επισκοπήσει την διαδικασία κατάποσης και την διαδρομή του βλωμού σε μια οθόνη (Spraingard, Hutchins, Sulton & Chaudhuri, 1988).

Η αξιολόγηση των ασθενών για τους οποίους υπάρχει υποψία ότι αντιμετωπίζουν διαταραχές κατάποσης επιτυγχάνεται τόσο με κλινικές, όσο και με τις βιντεοφθοροσκοπικές / οπτικοενδοσκοπικές μεθόδους. Ιδανικά, η παρά τη κλίνη αξιολόγηση της κατάποσης προηγείται της φυσιολογικής εξέτασης.

#### **ΠΑΡΑ ΤΗ ΚΛΙΝΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ (CLINICAL BEDSIDE SWALLOWING ASSESSMENT)**

Η παρά τη κλίνη αξιολόγηση της κατάποσης καθορίστηκε από τους Carnaby-Mann & Lenius (2008) συνοδευόμενη από την ενδελεχή ανάλυση του ιατρικού ιστορικού, και της εξέτασης της περιοχικής ανατομίας του στοματοφάρυγγα και του λάρυγγα (Carnaby-Mann & Lenius, 2008). Η παραπάνω αξιολόγηση θεωρείται ευρέως ανέξοδη, μη επεμβατική και εύχρηστη για τον λογοθεραπευτή με εγγενή ικανότητα να παρέχει το θεμέλιο πάνω στο οποίο μπορεί να δομηθεί ένα έγκυρο και εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας. Αν και η παρά τη κλίνη αξιολόγηση παρέχει πολύτιμες πληροφορίες, η ευαισθησία και η εξειδίκευσή της στον προσδιορισμό του κινδύνου αναρρόφησης είναι γενικά χαμηλός (González-Fernández et al., 2013).

Για την στοχευμένη και ολιστική προσέγγιση που παρέχεται από την παραπάνω αξιολόγηση, πρέπει να προηγείται η αξιολόγηση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων που μπορεί να συνεισφέρουν σε διαταραχές κατάποσης. Σε αυτές μπορεί να συμπεριλαμβάνονται θεραπευτικές μέθοδοι διαφόρων νεοπλασιών όπως η ξηροστομία ή/και δυσκαταποσία επαγόμενη από χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία που μπορούν να οδηγήσουν σε δυσκολία στην ασφαλή και απρόσκοπτη κατάποση. Στη συνέχεια, παρατηρείται κατάποση εκκρίσεων από τον ασθενή (υπό την προϋπόθεση ότι οι ποσότητες δεν υπερβαίνουν τα 5 cc υλικού διαφόρων συνθέσεων. Παρακολουθείται ο έλεγχος του στοματικού βλωμού και η λαρυγγική ανύψωση κατά τη διάρκεια της κατάποσης. Η φωνητική ποιότητα μετά την

κατάποση παρατηρείται για σημάδια υγρασίας, τα οποία μπορεί να υποδεικνύουν ανεπαρκή κάθαρση του βλωμού και πιθανή αναρρόφηση. Σε περίπτωση που παρουσιάζεται σοβαρός βήχας, πνιγμός ή το αντανακλαστικό της εξεμέσεως-εμετού (gagreflex), μπορεί η κλινική δοκιμασία κατάποσης να τερματιστεί (Carnaby-Mann&Lenius, 2008).

Εάν η παρά τη κλίνη αξιολόγηση της κατάποσης αποφέρει ευρήματα που συνάδουν με την διαταραχή κατάποσης, συνήθως συνιστάται φυσιολογική εξέταση. Ο θεράπων ιατρός σε συνεργασία με τον λογοθεραπευτή παρίστανται και παρακολουθούν την βιντεοφθορισκόπηση, που εκτελείται με την βοήθεια του ακτινολόγου (IowaHeadandNeckProtocols, 2018).

## 1.9 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ

### 1.9.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση διαταραχών κατάποσης

Ο κάθε τύπος θεραπευτικής παρέμβασης εξαρτάται από την ιδιαιτερότητα των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Ο ασθενής μπορεί να χρήζει ιατρικής περίθαλψης (π.χ συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής για γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση). Σε σοβαρές περιπτώσεις, ίσως χρειαστεί εναλλακτικούς τρόπους σίτισης συμπεριλαμβανομένου ενός σωλήνα τροφοδοσίας διαμέσου της ρινός ή του φάρυγγα με τελικό αποδέκτη το στομάχι.

Οι λογοθεραπευτικές παρεμβάσεις για την βελτίωση του τρόπου κατάποσης είναι οι παρακάτω :

- Ειδική θεραπεία για την προσαρμογή των μυών που εμπλέκονται στην μάσηση και την κατάποση

- Εκμάθηση νέων τεχνικών ειδικής στάσης σώματος και κεφαλής κατά την σίτιση

- Εκμάθηση ειδικών στρατηγικών για την προσαρμογή και κινητοποίηση της επιγλωττίδας έτσι ώστε να λειτουργεί με καλύτερο και ασφαλέστερο τρόπο

-Προτάσεις για ειδική διατροφή με μαλακότερα τρόφιμα ή πιο παχύρρευστα ποτά προς διευκόλυνση της διεργασίας της κατάποσης (Logemann, Kahrilas, Kobara& Vakil, 1989).

Η οικογένειά ή οι φροντιστές του ατόμου που αντιμετωπίζει δυσφαγικές διαταραχές μπορούν να βοηθήσουν με τους παρακάτω τρόπους :

- Θέτονταςερωτήσεις κατανόησης των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο
- Διασφαλίζονταςότι κατανοούν τις προτεινόμενες μεθόδους του λογοθεραπευτή και ακολουθώντας τις προτάσεις του
- Βοηθώντας το άτομο με ειδικές ασκήσεις τις οποίες δεν μπορεί να εκτελέσει μόνο του
- Ετοιμάζοντας γεύματα(φαγητό και ποτά) υπό τις ειδικές οδηγίες του λογοθεραπευτή ώστε το άτομο να μπορεί να καταπιεί με ασφάλεια
- Παρακολουθώντας τις νέες τροποποιήσεις σίτισης του ατόμου υπό καθοδήγηση

Στα πλαίσια της λογοθεραπευτικής παρέμβασης περιλαμβάνονται αντισταθμιστικές προσεγγίσεις και μέθοδοι αποκατάστασης. Οι αντισταθμιστικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν: την εντερική σίτιση με τη βοήθεια ενός ρινογαστρικού σωλήνα ή με διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία, ειδική επεξεργασία της τροφής και αντικατάσταση των λαμβανόμενων τροφών που δεν μπορούν να καταποθούν, διόρθωση της στάσης του σώματος για τη διευκόλυνση της μετάβασης της τροφής από τον στοματοφάρυγγα στον οισοφάγο, μείωση του ρυθμού της διατροφής και εξασφάλιση της κατάλληλης στοματικής υγιεινής με συμβατική καθημερινή και επισταμένη φροντίδα. Άλλες προσεγγίσεις συνιστούν οι μέθοδοι αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένης της επανεκπαίδευσης του κινητικού φλοιού (εκπαίδευση ελιγμών για την προστασία των αεραγωγών, θερμική αίσθηση μέσω διέγερσης, και Shakerexercise) (Logemann, 1983).

Πρόσφατα, έχουν αναπτυχθεί διάφορες τεχνικές νευρομυϊκής ηλεκτρικής διέγερσης, βιοανάδρασης, και διακρανιακή μαγνητικής διέγερσης ως τεχνικές για την



επανεκπαίδευση και προσαρμογή της κατάποσης ως σύγχρονες θεραπείες κατάποσης (Leonard&Kendall, 2007).

### 1.9.2. Τροποποιήσεις διατροφής

Οι τροποποιήσεις της διαίτας συνίστανται στην αλλαγή του ιξώδους, της υφής, της θερμοκρασίας ή της γεύσης ενός τρόφιμου ή ποτού για τη διευκόλυνση της ασφάλειας και της ευκολίας κατάποσης. Τυπικές τροποποιήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν υγρά (π.χ. νερό, καφέ, χυμό) ή ειδικά διαλυτικά, τεμαχισμό ή στερεά τρόφιμα. Η γεύση ή η θερμοκρασία ενός τρόφιμου μπορεί να μεταβληθεί για να παράσχει πρόσθετη αισθητική εισροή για κατάποση και οι προτιμήσεις του ατόμου εξετάζονται στο βαθμό που είναι εφικτό. Οι διατροφικές ανάγκες του ατόμου και η ασφάλεια των ιατρικών θεραπειών (π.χ. κατάποση συμπληρωμάτων βιταμινών ή πόσιμο λεπτόρευστο υγρό) εξετάζονται επίσης πριν από την πραγματοποίηση τροποποιήσεων. Μια παραπομπή σε έναν διαιτολόγο τις περισσότερες φορές καθίσταται εξίσου απαραίτητη (Groher & McKaig, 1995).

### 1.9.3. Μεταβολές της στάσης

Οι τεχνικές τοποθέτησης περιλαμβάνουν τη ρύθμιση της στάσης ή της θέσης ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της σίτισης. Αυτές οι τεχνικές αποσκοπούν στην προστασία του αεραγωγού και στην ασφαλή διακίνηση τροφίμων και υγρών. Καμία στάση δεν θα προσφέρει βελτίωση σε όλους τους ασθενείς. Αντίθετα, ο γενικός στόχος είναι να καθιερωθεί η κεντρική ευθυγράμμιση και η σταθερότητα για ασφαλή σίτιση (Logemann, Kahrilas, Kobara& Vakil, 1989).

### 1.9.4 Τροφοδοσία μέσω καθετήρα

Η τροφοδοσία με σωληνάριο ή καθετήρα περιλαμβάνει συμπληρωματικές ή εναλλακτικές οδούς πρόσληψης (π.χ. ρινογαστρικό σωλήνα [NG], μεταπυλωρικό σωλήνα τοποθετημένο στο δωδεκαδάκτυλο ή στην νήστιδα ή σωλήνας G-γαστροστομίας τοποθετημένος στο στομάχι ή σωλήνας GJ τοποθετημένος μέσα στην νήστιδα). Αυτές οι προσεγγίσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν εάν η ασφάλεια και η

αποτελεσματικότητα της κατάποσης του ατόμου δεν μπορούν να φτάσουν σε επίπεδο επαρκούς λειτουργίας ή δεν υποστηρίζουν επαρκώς τη διατροφή και την ενυδάτωση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η ομάδα κατάποσης και σίτισης εξετάζει κατά πόσο το άτομο θα χρειαστεί συμπληρωματική ή εναλλακτική πηγή για σύντομη ή παρατεταμένη χρονική περίοδο για να καθορίσει τη βέλτιστη επιλογή τροφοδοσίας σωλήνα για την καλύτερη κάλυψη των αναγκών του ατόμου. Η εναλλακτική σίτιση δεν αποκλείει την ανάγκη θεραπείας σχετικής με τη σίτιση (Groher & McKaig, 1995).

### Πίνακας 1

#### Θεραπευτικές τεχνικές δυσφαγίας

<b>ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗ</b>
Τεχνική της κοπιώδους κατάποσης (Effortful Swallow)	Βελτιώνει την απόσυρση της γλώσσας κατά τη διάρκεια της κατάποσης και βελτιώνει την κάθαρση του βλωμού μέσω της επιγλωττίδας (Speyer, 2012)
Τεχνική Mendelsohn (Mendelsohn Maneuver)	Αυξάνει την έκταση και τη διάρκεια της λαρυγγικής ανύψωσης ενισχύοντας κατά πλάτος και διάρκεια το κρικοφαρυγγικό άνοιγμα (Logemann, 2010)
Shaker Exercise (άσκηση ανύψωσης κεφαλής)	Συνίσταται σε ασθενείς με μειωμένη έκταση ή διάρκεια ανοίγματος του κρικοφάρυγγα (Speyer, 2012).

Supraglottic Safety Swallow	Μέσω της αναπνοής κλείνουν οι φωνητικές χορδές πριν από την έναρξη της κατάποσης, απομακρύνοντας τα πιθανά κατάλοιπα από τον λάρυγγα (Speyer, 2012)
Super-Supraglottic Safety Swallow	Αύξηση του αληθινού και ψευδούς κλεισίματος των φωνητικών χορδών με τοποθέτηση της επιγλωττίδας προς τα κάτω (Speyer, 2012)
Άσκηση γλωσσικής συγκράτησης	Βελτιώνει την επαφή μεταξύ της βάσης της γλώσσας και του οπίσθιου φαρυγγικού τοιχώματος τοίχου (Speyer, 2012)

Η διαχείριση θα πρέπει να αποσκοπεί στη διευκόλυνση της ασφαλούς κατάποσης, την ίδια στιγμή που η αυτογενής ανάκαμψη λαμβάνει χώρα. Οι παρεντερικοί καθετήρες σίτισης χρησιμοποιούνται συνήθως όταν δεν είναι ικανή και επαρκής η λήψη τροφής από το στόμα για τους σκοπούς διατροφής και ενυδάτωσης. Δεδομένου ότι βελτιώνει τη διατροφική κατάσταση, η παρεντερική σίτιση δεν έχει βρεθεί να μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης της πνευμονίας λόγω αναρρόφησης στις περισσότερες από τις μελέτες που δημοσιεύθηκαν.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

#### A) Μεθοδολογία

Για τις ερευνητικές ανάγκες της παρούσας εργασίας, μελετήθηκε συγκεκριμένη περίπτωση δυσφαγικού ασθενή μετά από κενотоπιώδες ισχαιμικόαγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, οφειλόμενο σε αποκλεισμό διατριαινουσών αρτηριών του εξαγώνου του Willis, της βασικής και σπονδυλικής αρτηρίας και κλάδων της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας μετά από υπερτασικό επεισόδιο. Ο ασθενής ήταν άνδρας, 65 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό εκτός από μια ελαφρά υπέρταση που πρωτοεμφανίσθηκε προ τριετίας, υποτροπίασε προκαλώντας το οξύ ισχαιμικό επεισόδιο και έκτοτε ελέγχεται πλήρως μέσω φαρμακευτικής αγωγής. Μεταξύ των συνοσηροτήτων που παρατηρήθηκαν κλινικά στον ασθενή ήταν μια ήπια δυσαρθρία και το σύνδρομο του αδέξιου χεριού (clumsyhand), ενώ στην αποδρομή του ΑΕΕ ο ασθενής ανέφερε άλγος αριστερών άκρων.

#### 1. Λήψη ιατρικού ιστορικού και καταγραφή ευρημάτων

Από την συμπλήρωση του ιατρικού ιστορικού, προέκυψε ότι ο ασθενής ήταν διαζευγμένος με τρία τέκνα και προσφάτως συνταξιούχος της Οικονομικής υπηρεσίας μεγάλης νοσοκομειακής μονάδας των Ιωαννίνων με πανεπιστημιακό επίπεδο μόρφωσης. Ο ασθενής παρακολουθείτο από τοπικό κέντρο αποκατάστασης των Ιωαννίνων από έμπειρη λογοθεραπεύτρια σε συνεργασία καταξιωμένο ωτορινολαρυγγολόγο, εργοθεραπεύτρια, φυσικοθεραπευτή και διεπιστημονική ομάδα συνδιαχείρισης των ελλειμμάτων που δημιούργησε το εγκεφαλικό επεισόδιο. Η διαγνωστική αξιολόγηση της δυσφαγίας έγινε από κοινού από την διαγνωστική ομάδα και περιλάμβανε λήψη λεπτομερούς ιστορικού και καταγραφή των ευρημάτων της στοματοπροσωπικής περιοχής με συνοδή κλινική αξιολόγηση της κατάποσης (βλ Π1, Π2 στο παράρτημα).

## 2. Χορήγηση και συμπλήρωση ερωτηματολογίων

Αρχικά ζητήθηκε από τον ασθενή να συμπληρώσει μερικά ερωτηματολόγια αυτοσυμπλήρωσης.

### 2.1 EatingAssesment Tool-10 (EAT-10)

Το εργαλείο αξιολόγησης της κατανάλωσης τροφής (Eating Assesment Tool-10 - EAT-10) αναπτύχθηκε από τους Belafsky et al. (2008) και δημοσιεύτηκε στα *Annals of Otolaryngology, Rhinology, & Laryngology* την ίδια χρονιά. Με την βοήθεια αυτού του εργαλείου, οι ενήλικες βαθμολογούν την προσωπική τους εμπειρία ανάμεσα σε δέκα διαφορετικά πιθανά προβλήματα κατάποσης. Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται από τον μέσο όρο των απαντήσεων οι οποίες ανάγονται μέσω αριθμητικής κλίμακας σε ποσοτικές μεταβλητές. Ένα σκορ 3 ή υψηλότερο θεωρείται μη φυσιολογικό και παραπέμπει σε κάποια διαταραχή κατάποσης. Το EAT-10 είναι ένα έγκυρο μέτρο αξιολόγησης για τη θεραπεία της δυσφαγίας που παρέχεται ελεύθερα στο ερευνητικό κοινό μέσω του Εθνικού Ιδρύματος Διαταραχών Κατάποσης που παρέχει και μια ηλεκτρονική έκδοσή του.

### 2.2 Functional Oral Intake Scale - FOIS

Στη συνέχεια, συμπληρώθηκε από τον ερευνητή η λειτουργική κλίμακα πρόσληψης τροφής του ασθενούς από το στόμα (Functional Oral Intake Scale - FOIS). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε για να χαρακτηρίσει το επίπεδο της στοματικής πρόσληψης του ασθενούς. Η λειτουργική κλίμακα πρόσληψης από το στόμα (FOIS) αναπτύχθηκε αρχικά για ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο και δημοσιεύθηκε από τον Cray et al. (2005) στο Αρχείο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης. Το FOIS χαρακτηρίζεται ένα έγκυρο εργαλείο για τη μέτρηση των αλλαγών στην ικανότητα κατάποσης στο πέρασμα του χρόνου (Crary, Carnaby-Mann & Groher, 2005).

### 2.3 BeckAnxietyInventory (BAI)

Για να εκτιμηθεί το επίπεδο ανησυχίας του ασθενούς και/ή της οικογένειας /φροντιστών του χορηγήθηκε το Beck Anxiety Inventory (BAI) χρησιμοποιώντας μια έκδοση που μεταφράστηκε και επικυρώθηκε από την Cunha το 2011. Το ερωτηματολόγιο του Beck για την αξιολόγηση του άγχους δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά το 1988 και αποτελείται από 21 ερωτήσεις για τη μέτρηση της σοβαρότητας του

άγχους σε παιδιά και ενήλικες. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται ρωτούν για κοινά συμπτώματα άγχους (όπως το μούδιασμα και το τσούξιμο, η εφίδρωση που δεν οφείλεται σε θερμότητα και ο φόβος ότι θα συμβεί το χειρότερο). Είναι σχεδιασμένο για άτομα ηλικίας 17 ετών και άνω και χρειάζεται 5 με 10 λεπτά για να ολοκληρωθεί. Βαθμολογείται με μια κλίμακα 4 βαθμών που ξεκινά με το καθόλου έως σοβαρά. Μεγαλύτερες συνολικές βαθμολογίες υποδεικνύουν πιο σοβαρά συμπτώματα άγχους.

Το Beck Anxiety Inventory αποτελείται από 21 στοιχεία που σχετίζονται με σημεία και συμπτώματα άγχους, με απαντήσεις που κυμαίνονται από κανένα, ελαφρά, μέτρια και σοβαρά, με βαθμολογία 0 έως 3, αντίστοιχα. Η συνιστώμενη βαθμολογία για το επίπεδο άγχους είναι ελάχιστη (0 έως 7), ήπιο (8 έως 15), μέτριο (16 έως 25) και σοβαρό (26 έως 63). Από τις 21 ερωτήσεις, οι 7 αφορούν την υποκειμενική αντίληψη του πανικού και του άγχους ενώ οι υπόλοιπες 14 αφορούν σωματικά συμπτώματα άγχους. Οι απαντήσεις δίνονται σε μια κλίμακα τεσσάρων βαθμών τύπου Likert από το 0 έως το 3, με το 3 να αναπαριστά βαρύτερα συμπτώματα. Η συνολική βαθμολογία στο εργαλείο δίνεται από το άθροισμα των βαθμολογιών σε όλες τις ερωτήσεις ενώ η ανώτερη βαθμολογία είναι το 63. Στον ελληνικό πληθυσμό έχει ελεγχθεί η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας η οποία ήταν πολύ καλή όπως και ο συντελεστής συσχέτισης επαναληπτικών μετρήσεων ο οποίος ήταν επίσης υψηλός. Το Beck Anxiety Inventory είναι μια από τις γνωστότερες διεθνώς ψυχομετρικές κλίμακες για την αξιολόγηση του άγχους και είναι ειδικά σταθμισμένο στην Ελλάδα από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (Γιαννακού και συν., 2013).

#### 2.4 The Mini Nutritional Assessment (MNA)

Η διατροφική κατάσταση αξιολογήθηκε με τη βοήθεια της απλουστευμένης διατροφικής αξιολόγησης (Mini Nutritional Assessment - MNA). Αυτή η εξέταση έχει ως στόχο να διερευνήσει τις αλλαγές στην πρόσληψη τροφής, την απώλεια βάρους, την κινητικότητα, το ψυχολογικό στρες, τα νευρολογικά προβλήματα και το δείκτη μάζας σώματος. Η μέγιστη βαθμολογία είναι 14 μονάδες, ταξινομώντας τη διατροφική κατάσταση του ασθενούς ως

- κανονική (12 έως 14 μονάδες)

- με κίνδυνο υποσιτισμού (8 έως 11 μονάδες)
- υποσιτισμένος (0 έως 7 βαθμοί) (Rubenstein et al., 2001)

Το MNA αποτελεί ένα αξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο διατροφικής αξιολόγησης για ηλικιωμένους με σαφώς καθορισμένα όρια. Μια βαθμολογία 23,5 ή μεγαλύτερη ταξινομεί ένα άτομο στα καλώς διατρεφόμενα. Ομοίως, ένα σκορ μεγαλύτερο από 12 ταξινομεί το άτομο στα μετρίως διατρεφόμενα και είναι απαραίτητο, εκτός από τη μέτρηση του βάρους του ατόμου σε τακτικές επισκέψεις, η γενική κι επισταμένη διατροφική συμβουλευτική. Σε όλες τις περιπτώσεις, η διατροφική συμβουλευτική πρέπει να βασίζεται στους βασικούς κανόνες μιας ισορροπημένης διατροφής (υπενθυμίζοντας τη συνιστώμενη ποσότητα και συχνότητα πρόσληψης φρούτων και λαχανικών καθημερινά, όπως και των αμυλούχων τροφίμων, γαλακτοκομικών προϊόντων, κρεάτων, θαλασσινών, με ειδική σύσταση για αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης λιπαρών ουσιών και σακχαρούχων προϊόντων), εκτελώντας τακτική καθημερινή σωματική δραστηριότητα και φροντίζοντας για τη διατήρηση επαρκούς ενυδάτωσης (Guigoz, Vellas & Garry, 1994).

### 3. Εργαστηριακές τεχνικές (ενδοσκόπηση/ βιντεοακτινοσκόπηση)

Εκτός από την αυτοσυμπλήρωση των παραπάνω ερωτηματολογίων, για την διάγνωση της δυσφαγίας που επάγεται μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο θεωρείται απαραίτητη η συν-αξιολόγηση της κατάποσης με συνδυασμό των εργαστηριακών τεχνικών αξιολόγησης της κατάποσης :

- εύκαμπτη ενδοσκόπηση (Fibreoptic Endoscopic Evaluation of Swallow-FEES) και
- βιντεοακτινοσκοπική μελέτη κατάποσης (Videofluoroscopic Swallow Study – VFSS).

Οι διαδικασίες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια αυτής της μελέτης (συλλογή δεδομένων και θεραπευτική αγωγή) έγιναν από τον ερευνητή λογοθεραπευτή και επίσης από τους ιατρούς του νοσοκομείου (ακτινολόγος, ωτορινολαρυγγολόγος) και το βοηθητικό προσωπικό (νοσηλεύτες, φυσιοθεραπευτές κ.α).

Δεδομένου ότι η δοκιμασία FEES παρέχει περιορισμένες πληροφορίες, καθώς επισκοπεί μόνο την φαρυγγική φάση της κατάποσης κατά τη διάρκεια της στιγμιαίας απόφραξης της επιγλωττίδας, επιλέχθηκε από την λογοθεραπεύτρια λόγω της σχετικά καλής ανοχής της από τον ασθενή, της ευχρησίας της και του μειωμένου κόστους. Η αναγκαιότητα συναξιολόγησης ενδεχόμενων παθολογικών πτυχών περίξ της περιοχής των αεραγωγών ή της παραμονής υπολειμμάτων βλωμού στο φάρυγγα και στην φαρυγγολαρυγγική περιοχή σε συνδυασμό με την δυνατότητα περιοχικής διέγερσης της περιοχής αυτής με το ακροφύσιο του ρινοφαρυγγολαρυγγοσκοπίου για τον καθορισμό του ορίου ευαισθησίας (FEESST), οδήγησε στην επιλογή της μεθόδου ως πρωταρχικής και απαραίτητης.

Οι αρχικές δοκιμές FEES διεξήχθησαν για να αποκλείσουν την αναρρόφηση και να παράσχουν τεκμηρίωση για ενδεχόμενη τροποποίηση της διατροφής του ασθενούς. Τα αποτελέσματα χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της αναγκαιότητας τροποποίησης της στάσης του σώματος κατά την σίτιση και της αποτελεσματικότητας πολλών αντισταθμιστικών στρατηγικών.

Κατά την εκτέλεση της δοκιμασίας FEES το ενδοσκόπιο τοποθετήθηκε διαμέσου της ρινός στον φάρυγγα με την χρήση τοπικής αναισθησίας για να ελαχιστοποιήσει την δυσφορία και το αντανάκλαστικό του ασθενούς σε μορφή σπρεϋ, ενώ χρησιμοποιήθηκε αποκαλυπτικό διάλυμα (κυανό του μεθυλενίου).

Η οπτική ενδοσκοπική αξιολόγηση της κατάποσης εκτελέστηκε με στερεή, υγρή και παχύρρευστη τροφή διαφορετικής σύστασης και όγκου. Σε όλες τις δοκιμές κατάποσης παρατηρήθηκαν υπολείμματα στην επιγλωττίδα, τον φάρυγγα και τον υποφάρυγγα. Μετά τη χορήγηση διαφορετικών όγκων επισημασμένων με κυανό του μεθυλενίου, συνήχθη το συμπέρασμα ότι 5 cc πολτοειδούς υφής είχαν ως αποτέλεσμα ένα αργό, υψηλής κλασματοποίησης αντανάκλαστικό κατάποσης χωρίς αντανάκλαστικό βήχα. Τα τρόφιμα αρχικά παρέμειναν στον υπεργλωττιδικό χώρο, του φάρυγγα (και ακολούθως διπερχονταν στον οισοφάγο υπό την επίδραση της βαρύτητας). Με 5 cc παχύτερης υφής προκαλούταν διείσδυση χωρίς αντανάκλαστικό βήχα, με κλασματική κατάποση με συγκέντρωση στον φάρυγγα. Ωστόσο,



παρατηρήθηκε καθυστέρηση της μετάβασης στον οισοφάγο και ανεπάρκεια του ανοίγματος του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα.

Μέσω της παραπάνω δοκιμασίας παρατηρήθηκε γενικευμένη και σημαντική αναρρόφηση τόσο των τροφίμων όσο και των ρευστών με συγκέντρωση υπολειμμάτων βλωμού στην φαρυγγική περιοχή, τεκμηριώνοντας τη σοβαρότητα της δυσφαγίας.

Κατά την εξέταση FEES, μελετήθηκαν και σχεδιάσθηκαν αντισταθμιστικές θέσεις, ελιγμοί και τεχνικές κατάποσης οι οποίες στη συνέχεια αναλύθηκαν στον ασθενή με σκοπό την βελτίωση της αποτελεσματικότητας της κατάποσης. Επιπλέον, σε δεύτερο χρόνο μελετήθηκε η εξατομικευμένη φυσιολογία της κατάποσης του ασθενή, ο βαθμός και ο τύπος της δυσφαγίας και παραδόθηκε στον ασθενή αναθεωρημένο διατροφολόγιο με βελτιστοποιημένα μέσα και είδη σίτισης (από το στόμα, από το στόμα με διατροφικούς περιορισμούς), με σκοπό την άμεση κι ενδεδειγμένη διατροφικά αποκατάστασή του. Το διατροφικό πλάνο που παραδόθηκε και προτάθηκε στον ασθενή περιλάμβανε πολτοποιημένη τροφή και παχύρευστους χυμούς φρούτων με σκοπό την μείωση της μηχανικής προσπάθειας προώθησης του βλωμού από το νευρομυϊκό σύστημα.

Σε συνεργασία με τον κλινικό ιατρό, αποφασίστηκε ένα νέο θεραπευτικό σχέδιο που περιελάμβανε την αύξηση της φαρυγγικής δύναμης και του μυϊκού τόνου μέσω ειδικών ασκήσεων όπου ζητήθηκε από τον ασθενή να εκτελούνται ημερησίως σε σετς των δέκα επαναλήψεων για την αύξηση της λαρυγγικής ανύψωσης. Για την αξιολόγηση της προόδου του ασθενή προγραμματίστηκαν επανεξετάσεις μετά από τέσσερις εβδομάδες.

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης περίπτωσης, οι παραπάνω δοκιμασίες εκτελέστηκαν από τον ωτορινολαρυγγολόγο τρεις μήνες πριν την επίσκεψη του ασθενούς στο κέντρο λογοθεραπείας και τα ευρήματά τους καταγράφησαν και ελήφθησαν σοβαρά υπόψη από την ερευνητική ομάδα, ωστόσο δεν παρατίθενται αναλυτικά λόγω του ιατρικού απορρήτου και της προστασίας των προσωπικών και ιατρικών στοιχείων του ασθενή.

#### 4. Παρά τη κλίνη αξιολόγηση της κατάποσης

Την χρονική περίοδο της παρακολούθησής του, ο ασθενής βρισκόταν σε φάση αποκατάστασης των ελλειμμάτων και αξιολογήθηκε περίπου 8 ημέρες μετά την πρώτη επίσκεψή του στο κέντρο αποκατάστασης.

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε παρά την κλίνη αξιολόγηση της κατάποσης χρησιμοποιώντας το Πρωτόκολλο αξιολόγησης κινδύνου για δυσφαγία (δοκιμή μόνο όγκων 3, 5, 10 και 20 mL) για τον προσδιορισμό και την ταξινόμηση της διάγνωσης της στοματοφαρυγγικής δυσφαγίας.

Η παρά τη κλίνη αξιολόγηση της δυσφαγίας είναι μια γνωστή διαδικασία στο πλαίσιο του ρόλου του ειδικού λογοθεραπευτή και πάντοτε πρέπει να περιλαμβάνει την συλλογή προπαρασκευαστικών πληροφοριών σχετικά με το ιατρικό ιστορικό και το οικογενειακό αναμνηστικό σε συνδυασμό με την αξιολόγηση της συμπτωματολογίας του ασθενή. Η διαφοροδιάγνωση της δυσφαγίας θα πρέπει να βασίζεται στην ιατρική διάγνωση, τη διατροφική κατάσταση του ασθενή και το ιατρικό ιστορικό της κατάποσης και την ευαισθητοποίηση του ασθενούς σχετικά με τις δυσκολίες στην κατάποση. Η αναπνευστική λειτουργία κατά τη διάρκεια της κατάποσης είναι σημαντική και πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην αξιολόγηση λαμβάνοντας υπόψη την λειτουργία και την ανατομία, την αίσθηση και την ευαισθησία του στόματος, την οδοντοφυΐα και την στοματική υγεία.

Στην αξιολόγηση αυτή, ο ασθενής στεκόταν όρθιος στο κρεβάτι (90 μοίρες). Η κατάποση του ίδιου του του σάλιου, του υγρού στοιχείου και του ζυμαρικού φαγητού παρατηρήθηκε μόνο σε όγκους των 3 και 5 mL. Μεγαλύτεροι όγκοι (10 και 20 mL) χρησιμοποιήθηκαν όταν ήταν απαραίτητο για να διευκολύνουν την αναγνώριση σημείων που υποδηλώνουν διείσδυση / αναρρόφηση και καθορισμό της συμπεριφοράς. Το νερό παρασχέθηκε με ένα ποτήρι, και το ζυμαρικό φαγητό προσφερόταν με ένα κουτάλι.

Η αξιολόγηση της κατάποσης περιλαμβάνει τη δοκιμή της ικανότητας του ατόμου να καταπιεί το σάλιο και της διαφορετικής σύστασης τροφίμων και υγρών. Ένας κατάλογος ελέγχου 40 τροφίμων και υγρών κατασκευάστηκε για να

προσδιορίσει και να κατηγοριοποιήσει την σύσταση της τροφής ή του ρευστού που δεν γίνεται ανεκτή από τον ασθενή στην διεργασία της κατάποσης.. Αυτή η λίστα ελέγχου ετοιμάστηκε με τη μορφή μιας λίστας ελέγχου «Ναι / Όχι», την οποία ο ερευνητής αξιολογεί με «Ναι» (ως 1) και «Όχι» (ως 0) έτσι ώστε «ναι» να δείχνει την ύπαρξη δυσκολίας κατάποσης ή παρουσίας αναρρόφησης και "Όχι" υποδεικνύει την κανονική λειτουργία. Αυτός ο κατάλογος ελέγχου θα βαθμολογηθεί μετά την αξιολόγηση της κατάποσης με διαφορετικές συνιστώσες τροφίμων και υγρών. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε ένα χρονόμετρο για τον υπολογισμό του χρόνου κατάποσης του ατόμου για τον υπολογισμό της διάρκειας της κατάποσης του σάλιου και όλων των παρεχόμενων στερεών και υγρών τροφών.

#### 5. Κλινική αξιολόγηση κατάποσης & στοματοπροσωπική εξέταση

Η γενική εμφάνιση του ασθενούς αναλύθηκε μαζί με τη συμμετρία και τη στάση, την κινητικότητα και τον τόνο των επιμέρους οργάνων και μυών που εμπλέκονται στη μάσηση και την κατάποση καθώς και τα χείλη, τα δόντια, την σκληρή και μαλακή υπερώα, την άνω και κάτω γνάθο και το οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα. Στις καταγραφές αυτές χρησιμοποιήθηκαν το Έντυπο Κλινικής Αξιολόγησης κατάποσης και το έντυπο στοματοπροσωπικής εξέτασης. Με την βοήθεια των παραπάνω εντύπων, παρατηρήθηκε επίσης η ευαισθησία του ασθενή εξωστοματικά και ενδοστοματικά καθώς και η παρουσία ή η απουσία οδοντοφυΐας ή η εμφάνιση του βήχα κατά τη διάρκεια και μετά την κατάποση, το χειλικό σφράγισμα, η κίνηση της γλώσσας και η χρήση αντισταθμιστικών κινήσεων για την προώθηση του βλωμού των τροφών. Στη διάρκεια της εκτίμησης, η αυχενική ακρόαση χρησιμοποιήθηκε για την επαλήθευση της παρουσίας ή απουσίας θορύβου πριν ή μετά την κατάποση. Επιπλέον, όπως ορίζεται στο πρωτόκολλο, χρησιμοποιήθηκε οξύμετρο για να ελέγξει τον καρδιακό ρυθμό και τον κορεσμό οξυγόνου κατά τη διάρκεια της κατάποσης.

## B) ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στο Eating Assessment Tool-10, ο ασθενής σημείωσε βαθμολογία 4, που υποδεικνύει μέτρια προς κακή ποιότητα διατροφής, γεγονός που υποδεικνύει την παρουσία δυσφαγίας που επάγεται από προβλήματα κατάποσης.

Στην κλίμακα Functional Oral Intake Scale, ο ασθενής σημείωσε βαθμολογία 3 (σταθερή λήψη τροφής από το στόμα με συμπληρωματική χρήση καθετήρα) στην παράμετρο της εξάρτησης της σίτισης από τον καθετήρα, ενώ στην παράμετρο συνολικής ικανότητας στοματικής σίτισης σημείωσε βαθμολογία 4 (συνολική στοματική πρόσληψη τροφής συγκεκριμένης σύστασης).

Βάση της κλίμακας αναφοράς του Beck Anxiety Inventory (0-7: ελάχιστο άγχος, 8-15: ήπιο άγχος, 16-25: μέτριο άγχος, 26-63: σοβαρό άγχος), στο διενεργούμενο τεστ, ο ασθενής σημείωσε 12 βαθμούς στο ερωτηματολόγιο, γεγονός που υποδεικνύει ήπιο άγχος.

Η διενέργεια της κλινικής αξιολόγησης της κατάποσης είχε ως αποτέλεσμα την διαφοροδιάγνωση ήπιας αλλά διαχειρίσιμης στοματοφαρυγγικής δυσφαγίας που επάγεται από εγκεφαλικό επεισόδιο και προκύπτει εκτός από τον παράγοντα αδυναμίας της στοματοφαρυγγικής διέλευσης του βλωμού και από την αναποτελεσματικότητάς της λόγω μειωμένης δύναμης αισθητικότητας και κινητικού συντονισμού των μασητήριων μυών (κροταφίτης, μασητήρας, έσω και έξω πτερυγοειδής κ.α).

Στην Mini Nutritional Assessment, ο ασθενής σκόραρε 10 βαθμούς, γεγονός που υποδεικνύει μικρή αλλά υπολογίσιμη πιθανότητα υποσιτισμού που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη και να τεθεί υπό διαχείριση.

Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών τεχνικών (ενδοσκόπηση/βιντεοακτινοσκόπηση) που παραλήφθηκαν από τους συνεργαζόμενους ιατρούς με πλήρη εχεμύθια κι εμπιστευτικότητα, επιβεβαιώνουν την διάγνωση της αδυναμίας στοματοφαρυγγικής διέλευσης της τροφής που παραπέμπουν σε στοματοφαρυγγική δυσφαγία.

Από την παρά τη κλίνη αξιολόγηση της κατάποσης αναγνωρίστηκε σαφώς η δυσφαγία, λόγω της μειωμένης κατάποσης σε 25/40 διαφορετικές ως προς τη σύσταση και το ιξώδες στερεές και υγρές τροφές. Με τη συγκεκριμένη μέθοδο δεν αναγνωρίστηκε ο κίνδυνος αναρρόφησης. Αυτές οι παράμετροι συγκρίθηκαν ως προς τις αλλαγές της θέσης της κεφαλής (κανονική – ουδέτερη, κεκλιμένη προς πλαγιοπίσθιες κατευθύνσεις), δηλαδή αξιολογήθηκε ποιοτικά η επίδραση των αλλαγών θέσης στην ικανότητακατάποσης (αλλά όχι και ως προς τον κίνδυνο αναρόφησης), ωστόσο οι παρατηρήσεις αυτές δεν χρησιμοποιήθηκαν για στατιστική ανάλυση.

#### Γ) ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Μετά από αρχικές αξιολογήσεις και επιβεβαίωση του βαθμού της οροφαρυγγικής δυσφαγίας σε διαφορετικά επίπεδα, η λογοθεραπεία άρχισε στο κρεβάτι για την αποκατάσταση της στοματικής και φαρυγγικής φάσης της κατάποσης με σκοπό την ανεύρεση και εκμάθηση εναλλακτικών μεθόδων σίτισης, ανάλογα με τη συγκεκριμένη ανάγκηκάθε περίπτωση. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε θεραπεία για 15 συνεδρίες των 40 λεπτώνσύμφωνα με μια προηγούμενη μελέτη (Silva et al., 2010).

Η κατάσταση του ασθενούς εκτιμήθηκε περίπου 8 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας.Βασικός στόχος της λογοθεραπείας είναι να προωθήσει μια προοδευτικήμείωση της εντερικής σίτισης, βοηθώντας με ασφάλεια την αναχαίτιση των εγκεφαλικών ελλειμμάτωνστη διεργασία της κατάποσης, όποτε είναι δυνατόν. Αυτή η προσέγγιση χρησιμοποιήθηκε με άμεσεςκαι έμμεσες θεραπείες. Η έμμεση θεραπεία επιδιώκει να βελτιωθείτη φυσιολογία της κατάποσης. Οι ασκήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην κατεύθυνση αυτού του στόχου ήταν η ισοτονική συστολή των μυών κ.α. Στην άμεση θεραπεία χρησιμοποιήθηκαν στρατηγικές ασκήσεις για την επανεκπαίδευση της διεργασίας της κατάποσης (ελιγμοί εκκένωσηςτου στοματοφάρυγγα από τον βλωμό της τροφής και ελιγμοί Masako), που περιλαμβάνουν τον εξωτερικό έλεγχο της διαδικασίας κατάποσης. Μέσα από αυτό, ο σκοπός ήταν να διατηρηθείη ποιότητα και η ασφάλεια της σίτισης και ηδιατήρηση

μιας σταθερής κατάστασης επαρκούς θρεπτικότητας μέσα από την από του στόματος σίτιση.

Τέσσερις εβδομάδες αργότερα, πραγματοποιήθηκε η μελέτη παρακολούθησης και τα αποτελέσματα ήταν σαφή και εμφανή. Η πρόοδος ήταν εμφανής καθώς σημειώθηκε σημαντική πρόοδος στην αύξηση της δύναμης και του μυϊκού τόνου. Η φαρυγγική απόφραξη και κένωση ήταν σχεδόν τέλεια από την πρώτη κιόλας επανεξέταση και η κλινική ενδοσκοπική εικόνα μέχρι και σήμερα εξακολουθεί να υποδεικνύει ότι τα τροφικά κατάλοιπα στην περιοχή του φάρυγγα μειώθηκαν σημαντικά.

Η τεκμηρίωση αυτών των περιπτώσεων επιτρέπει στους κλινικούς γιατρούς να αναγνωρίσουν την πρόοδο που έχει επιτευχθεί από τον συγκεκριμένο ασθενή, τα αποτελέσματα του οποίου προεκτείνονται ενθαρρυντικά σε όλους τους ασθενείς που πάσχουν από δυσφαγία και μπορούν να ανταποκριθούν καλά στις ενδεδειγμένες θεραπείες. Η αναδιαμόρφωση του είδους και της σύστασης της διατροφής του ασθενούς πρέπει να ενθαρρύνεται από τους κλινικούς διατροφολόγους με τους οποίους απαιτείται επικοινωνητική και συνεχής συνεργασία. Όλα τα παραπάνω οδηγούν στην άμεση μείωση του κινδύνου πνευμονίας από αναρρόφηση και την πιθανή μείωση επανεισδοχής στο νοσοκομείο.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως αναδείχθηκε μέσα από την παρούσα έρευνα, η δυσφαγία συνιστά μια δυσάρεστη επιπλοκή που πηγάζει από ένα πλήθος παραγόντων επιδρώντας στην κοινωνική ζωή των ασθενών, επηρεάζοντας την ικανότητα επιβίωσής τους μέσω της απειλής της σταθερότητας και ασφάλειας λήψης των απαραίτητων γευμάτων. Ακόμη, μπορεί να αποβεί απειλητική για την ζωή των ασθενών, αφού ο κίνδυνος για την αναρόφηση είναι ιδιαίτερος αυξημένος.

Η παρούσα έρευνα εστιάζει στην δυσφαγία που επάγεται μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς τα προκαλούμενα ελλείμματα επηρεάζουν την λειτουργία του κινητήριου συστήματος των μυών μάσησης και κατάποσης της τροφής στο επηρεαζόμενο ημισφαίριο. Οι επιζήσαντες μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο περιγράφουν δυσάρεστες καταστάσεις, όπως ο φόβος για την λήψη στρεάς και υγρής τροφής, η αποφυγή των κοινωνικών προσκλήσεων για γεύματα και ο πόνος κατά την διάρκεια της σίτισης, ωστόσο οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα πλήρους υποστροφής των συμπτωμάτων μετά την ακολούθηση της κατάλληλης και εξειδικευμένης θεραπείας.

Ο ασθενής που εξετάζεται στην παρούσα μελέτη περίπτωσης υφίσταται εφ'όλης της ύλης διαγνωστικό έλεγχο πριν από την διαφοροδιάγνωση της στοματοφαρυγγικής δυσφαγίας. Η συμπλήρωση εξειδικευμένων για την περίπτωση ερωτηματολογίων από τον ίδιο τον ασθενή, τους οικείους του αλλά και τον ερευνητή βάσει κλινικών παρατηρήσεων οδήγησε στην τεκμηριωμένη διάγνωση της δυσφαγίας.

Σε κάθε περίπτωση, το γενικό συμπέρασμα που πηγάζει από την συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση και την μελέτη του συγκεκριμένου περιστατικού είναι ότι η δυσφαγία συνιστά μια πολύπλοκη επιπλοκή η διάγνωση της οποίας πρέπει να βασίζεται στα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα των μελών μιας διεπιστημονικής ομάδας. Και όπως όλοι γνωρίζουμε, χωρίς να υπάρχει μια επιστημονικά τεκμηριωμένη και πλήρης διάγνωση δεν μπορεί να υπάρξει αποτελεσματικό και στρατηγικά εκτελεσμένο σχέδιο θεραπείας.

Το σχέδιο θεραπείας είναι το πιο πολύτιμο συστατικό στην διαμόρφωση της συμπεριφοράς του ασθενή απέναντι στην διαταραχή που καλείται να αντιμετωπίσει. Αποτελεί τον συνδετικό κρίκο εμπιστοσύνης ανάμεσα σε αυτόν, τον θεράποντα ιατρό ή επαγγελματία υγείας και τους οικείους ή τους φροντιστές του και εκπορεύεται αποκλειστικά από μια επιστημονικά τοποθετημένη διάγνωση.



**Τελος ,  
Σας ευχαριστω πολύ**



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Philpott, H., Garg, M., Tomic, D., Balasubramanian, S., & Sweis, R. (2017). Dysphagia: Thinking outside the box. *World journal of gastroenterology*, 23(38), 6942–6951.
2. Cook IJ. Diagnostic evaluation of dysphagia. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2008; 5: 393-403
3. Langmore SE, Terpenning MS, Schork A, et al. Predictors of aspiration pneumonia: How important is dysphagia? *Dysphagia*. 1998; 13(2):69–81.
4. Vakil NB, Traxler B, Levine D. Dysphagia in patients with erosive esophagitis: prevalence, severity, and response to proton pump inhibitor treatment. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2: 665-668
5. Speyer R, Baijens L, Heijnen M, Zwijnenberg I. Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech and language therapists: A systematic review. *Dysphagia*. 2012; 25(1):40–65. Summarizes the literature as it pertains to the effects of dysphagia therapy. 10.1007/s00455-009-9239-7.
6. Eslick GD, Talley NJ. Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life--a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27: 971-979
7. Μ. Γιαννακού, Π. Ρούση, Μ. Ε. Κοσμίδου, Γ. Κιοσέογλου, Α., Αδαμοπούλου, Γ.
8. Γαρύφαλλος, “Προσαρμογή της κλίμακας κατάθλιψης του Beck-II σε ελληνικό πληθυσμό,” *Hellenic Journal of Psychology*, vol. 10, 2013, pp. 120-146
9. Crary MA, Carnaby-Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86:1516-1520.
11. Silva RG, Jorge AG, Peres FM, Cola PC, Gatto AR, Spadotto AA. Protocolo para controle de

eficácia terapêutica em disfagia orofaríngea neurogênica (PROCEDON). Rev CEFAC 2010;12(1):75–81

12. Cohen, D., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C., Hamdy, S., Havard, D., McFarlane, M., McLaughlin, C., Randall, M., Flaherty, K., Scutt, P., Smith, C., Smithard, D., Sprigg, N., Warusevitane, A., Watkins, C., Woodhouse, L., Bath, P. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*. 11. 10.1177/1747493016639057.

13. Gambescia RA, Rogers AI. Dysphagia—diagnosis by history. *Postgrad Med*. 1976;59:211–16

14. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol* 1994: 12–13.

15. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva` A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56:366–72.

16. Aslam, M., & Vaezi, M. F. (2013). Dysphagia in the elderly. *Gastroenterology & hepatology*, 9(12), 784–795.

17. Dray, T.G., Hillel, A.D. & Miller, R.M. (1998). DYSPHAGIA CAUSED BY NEUROLOGIC DEFICITS, *Otolaryngologic Clinics of North America*, 31(3), 507-524.

18. Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.

19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives Of General Psychiatry*, 4, 561–571.

20. O'Rourke, F., Vickers, K., Upton, C., & Chan, D. (2014). Swallowing and oropharyngeal dysphagia. *Clinical medicine (London, England)*, 14(2), 196–199.

21. Karkos, P. D., Papouliakos, S., Karkos, C. D., &Theochari, E. G. (2009). Currentevaluationofthe dysphagic patient. *Hippokratia*, 13(3), 141–146.
22. Bakhtiyari, J., Sarraf, P., Nakhostin-Ansari, N., Tafakhori, A., Logemann, J., Faghihzadeh, S., &Harirchian, M. H. (2015). Effects of early intervention of swallowing therapy on recovery from dysphagia following stroke. *Iranianjournalofneurology*, 14(3), 119–124.
23. Kennedy G. D. (1992). The role of the speech and language therapist in the assessment and management of dysphagia in neurologically impaired patients. *Postgraduatemedicaljournal*, 68(801), 545–548
24. Splaingard ML, Hutchins B, Sulton LD, Chaudhuri G. Aspiration in rehabilitation patients: videofluoroscopy vs bedside clinical assessment. *ArchPhysMedRehabil*. 1988 Aug;69(8):637–640.
25. Logemann JA, Kahrilas PJ, Kobara M, Vakil NB. The benefit of head rotation on pharyngoesophageal dysphagia. *ArchPhysMedRehabil*. 1989 Oct;70(10):767–771.
26. Carnaby-Mann G, Lenius K. The bedside examination in dysphagia. 2008; 19:747–768.
27. Groher ME, McKaig TN. Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. *J AmGeriatrSoc*. 1995;43:528–532.
28. Winchester, J. & Winchester, C. (2015). Cognitive Dysphagia and Effectively Managing The Five Systems. *PerspectivesonGerontology*. 20. 116. 10.1044/gero20.3.116.
29. Singh, S., &Hamdy, S. (2006). Dysphagia in stroke patients. *Postgraduate medical journal*, 82(968), 383–391. doi:10.1136/pgmj.2005.043281
30. González-Fernández, M., Ottenstein, L., Atanelov, L., & Christian, A. B. (2013). Dysphagia after Stroke: an Overview. *Current physical medicine and rehabilitation reports*, 1(3), 187–196.
31. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*. 2002; 17(2):139–146.10.1007/s00455-001-0113-5.

32. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*. 2005; 36(12):2756–2763.10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb.
33. Iowa Head and Neck Protocols: Clinical Bedside Swallowing Assessment. (2018). University of Iowa, College of MedicineDepartment of OtolaryngologyOtolaryngology, Nursing, Speech Pathology, Patient Information. Pdf.
34. Langdon PC, Lee AH, Binns CW. Dysphagia in acute ischaemic stroke: severity, recovery and relationship to stroke subtype. *J ClinNeurosci* 2007; 14(7): 630-04.
35. Logemann JA. Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. London, UK: College-Hill Press; 1983.
36. Leonard R, Kendall K. Dysphagia Assessment and Treatment Planning: A Team Approach Dysphagia series. 2nd ed. San Diego, CA: Plural Publishing; 2007
37. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, and Leonard RJ. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann OtolRhinolLaryngol* 117: 919-924, 2008.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Π1.

### ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

Όνομα:

Αριθμός ιατρικού  
φακέλου \_\_\_\_\_

Ημερομηνία εξέτασης:

Συστάσεις από:

Αιτία παραπομπής

Ιατρική  
διάγνωση \_\_\_\_\_

Ημερομηνία  
διάγνωσης \_\_\_\_\_

Σχετικό ιατρικό ιστορικό / διάγνωση / χειρουργική επέμβαση

Φαρμακευτική αγωγή

Αλλεργίες

Ιστορικό άλγους :

Μητρική γλώσσα

Μορφωτικό επίπεδο

Επάγγελμα:

Παρούσα	κατάσταση
ακοής _____	
Παρούσα	κατάσταση
_____	όρασης
Τραχειοστομία _____	
_____	
Μηχανικός	αερισμός
_____	

**Υποκειμενική / Αναφορά ασθενούς:**

Συμπτώματα που αναφέρθηκαν από τον ασθενή (επιλέξτε όλα όσα ισχύουν):

- Σιελόρροια
- Βήχας
- Πνιγμός/πνιγμονή
- Δυσκολία κατάποσης
  - Υγρά
  - Στερεά
  - Χάπια
- Πόνος κατά την κατάποση
- Αδυναμία προώθησης βλωμού
- Απώλεια βάρους
- Ιστορικό πνευμονίας από εισρόφηση
- Άλλο : \_\_\_\_\_

**Τύπος διατροφής (επιλέξτε όλα όσα ισχύουν)**

**Στερεά:** Κανονικά  Μαλακά  Τεμαχισμένα  Πολτοποιημένα   
 Άλλα: \_\_\_\_\_

**Υγρά:** Λεπτόρρευστα \_\_ Παχύρρευστα \_\_

Άλλα: \_\_\_\_\_

**(ΝΡΟ)Εναλλακτική μέθοδος Διατροφής**

Ρινογαστρικός σωλήνας\_\_

Γαστροστομία \_\_

Νηστιδοστομία \_\_

Παρεντερική διατροφή (TPN)\_\_

**Μέθοδος σίτισης**

Αναξάρτητη(αυτο-σίτιση) \_\_

Ανάγκηστοιχειώδους βοήθειας \_\_

Πλήρης εξάρτησηαπότην βοήθεια \_\_

**Αντοχή κατά τη διάρκεια των γευμάτων**

\_\_ καλή

\_\_ μέτρια

\_\_ μικρή

\_\_ κυμαινόμενη

**Παρατηρήσεις/Άτυπη**

**Αξιολόγησή:**

---

---

---

**Ψυχική Κατάσταση (επιλέξτε όλα όσα ισχύουν):**

\_\_ επικίνδυνη

\_\_ ανταποκρίσιμη

\_\_ συνεργάσιμη

\_\_ σύγχυση

\_\_ ληθαργική

\_\_ παρορμητική

\_\_ μη συνεργάσιμη

\_\_ ανταγωνιστική

\_\_ αδιάφορη



### **Αντικειμενική αξιολόγηση**

Κατάσταση στόματος

Οδοντοφυΐα

\_\_ WNL

\_\_ ελλείποντα δόντια \_\_\_\_\_

\_\_ τερηδόνα

\_\_ παρουσία οδοντοστοιχιών

\_\_ άνω γνάθος

\_\_ κάτω γνάθος

### **Κινητικότητα στόματος, αναπνοή και φώνηση**

#### **Χείλη**

WNL, ήπια, μέση σοβαρή δυσλειτουργία

Παρατήρηση σε κατάσταση ηρεμίας (WNL, οίδημα, ερύθημα, βλάβη)

---

Συμμετρία, εύρος κίνησης, ταχύτητα, δύναμη, τόνος

σφάλισμα \_\_\_\_\_

απώθηση \_\_\_\_\_

συνδυασμός σφάλισματος/απώθησης \_\_\_\_\_

Ακούσια κίνηση (π.χ., χορεία, δυστονία, δεσμιδώσεις, μυοκλωνία, σπασμοί, \_\_\_\_\_ τρόμος):

#### **Γλώσσα**

WNL, ήπια, μέση, σοβαρή δυσλειτουργία

Παρατήρηση σε κατάσταση ηρεμίας (WNL, οίδημα, ερύθημα, βλάβη):

Συμμετρία, εύρος, ταχύτητα, δύναμη, τόνος

Πρόταξη \_\_\_\_\_

Απώθηση \_\_\_\_\_

Μετατόπιση \_\_\_\_\_

Ακούσια κίνηση: \_\_\_\_\_

### **Γνάθος**

WNL, ήπια, μέση, σοβαρή δυσλειτουργία

Παρατήρηση σε κατάσταση ηρεμίας: \_\_\_\_\_

Συμμετρία, εύρος, δύναμη, τόνος

Ανάσπαση \_\_\_\_\_

Κατάσπαση \_\_\_\_\_

Πλαγιολίσθηση \_\_\_\_\_

Προολίσθηση \_\_\_\_\_

Οπισθολίσθηση \_\_\_\_\_

Ακούσια κίνηση \_\_\_\_\_

### **Μαλθακή υπερώα**

WNL, ήπια, μέση, σοβαρή δυσλειτουργία

Παρατήρηση σε κατάσταση ηρεμίας (WNL, οίδημα, ερύθημα, βλάβη):

\_\_\_\_\_

Συμμετρία, εύρος, δύναμη,  
τόνος \_\_\_\_\_

Ανύψωση \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Παρατεταμένη  
ανύψωση \_\_\_\_\_

Εναλλασσόμενη  
ανύψωση/χαλάρωση \_\_\_\_\_

Ακούσια κίνηση

\_\_\_\_\_

Σχόλια:

---

---

### Ποιότητα φωνής

Δραστηριότητα	Διάρκεια	Ποιότητα	Ένταση
Φώνηση	WNL Ήπια βλάβη Μέτρια α διαταραχή Σοβαρή ή διαταραχή	WNL Λαχανιασμένη βραχνή σκληρή αποδυναμωμένη/ στριγγλιστή	WNL ενοποιημένη υπερβολική

#### Αναπνευστική Επάρκεια και συντονισμός :

- WNL
- ήπια βλάβη
- μέτρια διαταραχή
- σοβαρή διαταραχή

Σχόλια:

---

#### Δοκιμασίες πρόσληψης υγρής και στερεής τροφής

Θέση κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης: (επιλέξτε όλα όσα ισχύουν)

- όρθια
- μερικής ανάκλισης
- πλήρους ανάκλισης

Σχόλια: \_\_\_\_\_

Παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοση

- απουσία δυσκολίας

\_\_ διαταραχή ή δυσκολία που οφείλεται στην ψυχική κατάσταση

\_\_ διαταραχή ή δυσκολία που οφείλεται στις οδηγίες

\_\_ διαταραχή ή δυσκολία που οφείλεται στην αντοχή

\_\_ άλλο : \_\_\_\_\_

#### Κατάποση σάλιου :

\_\_ WNL

\_\_ διαταραχή

\_\_ ξηροστομία

Παρατηρήσεις: \_\_\_\_\_

#### Δοκιμασίες κατάποσης υγρού

Λεπτόρευστα υγρά	Μέσης ρευστότητας υγρά	Παχύρευστα υγρά	Πολύ παχύρευστα υγρά
<b>Παρασχέθηκαν με</b> (σημειώστε ό,τι χρησιμοποιήθηκε) Κούπα Κουτάλι Κανάτα αυτοσίτιση Σίτιση από τον εξεταστή	<b>παρασχέθηκαν με</b> (σημειώστε ό,τι χρησιμοποιήθηκε) Κούπα Κουτάλι Κανάτα αυτοσίτιση Σίτιση από τον εξεταστή	<b>παρασχέθηκαν με</b> (σημειώστε ό,τι χρησιμοποιήθηκε) Κούπα Κουτάλι Κανάτα αυτοσίτιση Σίτιση από τον εξεταστή	<b>παρασχέθηκαν με</b> (σημειώστε ό,τι χρησιμοποιήθηκε) Κούπα Κουτάλι Κανάτα αυτοσίτιση Σίτιση από τον εξεταστή
<b>Ποσότητες</b>	<b>Ποσότητες</b>	<b>Ποσότητες</b>	<b>Ποσότητες</b>
Απάντηση	Απάντηση	Απάντηση	Απάντηση

Αντανακλα στικός Βήχας:Ναι / Όχι	Αντανακλα στικός Βήχας:Ναι / Όχι	Αντανακλα στικός Βήχας:Ναι / Όχι	Αντανακλα στικός Βήχας:Ναι / Όχι
Αντανακλα στικό εκκένωσης λαιμού: ναι / όχι	Αντανακλα στικό εκκένωσης λαιμού: ναι / όχι	Αντανακλα στικό εκκένωσης λαιμού: ναι / όχι	Αντανακλα στικό εκκένωσης λαιμού: ναι / όχι
Αυθόρμητο ζβήχας κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας: ναι / όχι	Αυθόρμητο ζβήχας κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας: ναι / όχι	Αυθόρμητο ζβήχας κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας: ναι / όχι	Αυθόρμητο ζβήχας κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας: ναι / όχι
Αυθόρμητη εκκένωση του λαιμού κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας Ναι / Όχι	Αυθόρμητη εκκένωση του λαιμού κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας Ναι / Όχι	Αυθόρμητη εκκένωση του λαιμού κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας Ναι / Όχι	Αυθόρμητη εκκένωση του λαιμού κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας Ναι / Όχι
Στρατηγική δοκιμής και απάντηση	Στρατηγική δοκιμής και απάντηση	Στρατηγική δοκιμής και απάντηση	Στρατηγική δοκιμής και απάντηση
Διάρκεια κατάποσης:(Εισαγ ωγή του βλωμού μέχρι την ολοκλήρωση του φαρυγγικού στάδιου): ___sec.	Διάρκεια κατάποσης:(Εισαγ ωγή του βλωμού μέχρι την ολοκλήρωση του φαρυγγικού στάδιου): ___sec.	Διάρκεια κατάποσης:(Εισαγ ωγή του βλωμού μέχρι την ολοκλήρωση του φαρυγγικού στάδιου): ___sec.	Διάρκεια κατάποσης:(Εισαγ ωγή του βλωμού μέχρι την ολοκλήρωση του φαρυγγικού στάδιου): ___sec.

Σχόλια

---

**Δοκιμασίες κατάποσης στερεάς τροφής**

<b>Τεμάχιο στερεάς τροφής</b>	<b>Τεμάχιο στερεάς τροφής</b>	<b>Τεμάχιο στερεάς τροφής</b>	<b>Τεμάχιο στερεάς τροφής</b>
<b>Παρασχέθ ηκαν με</b> (σημειώστε ό,τι χρησιμοποιήθηκε)	<b>παρασχέθ ηκαν με</b> (σημειώστε ό,τι χρησιμοποιήθηκε)	<b>παρασχέθ ηκαν με</b> (σημειώστε ό,τι χρησιμοποιήθηκε)	<b>παρασχέθ ηκαν με</b> (σημειώστε ό,τι χρησιμοποιήθηκε)
Κουτάλι/ πιρούνι αυτοσίτιση Σίτιση από τον εξεταστή	Κουτάλι/ πιρούνι αυτοσίτιση Σίτιση από τον εξεταστή	Κουτάλι/ πιρούνι αυτοσίτιση Σίτιση από τον εξεταστή	Κουτάλι/ πιρούνι αυτοσίτιση Σίτιση από τον εξεταστή
<b>Ποσότητες</b>	<b>Ποσότητες</b>	<b>Ποσότητες</b>	<b>Ποσότητες</b>
Απάντηση Αντανακλα στικός Βήχας:Ναι / Όχι Αντανακλα στικό εκκένωσης λαιμού: ναι / όχι Αυθόρμητο ζβήχας κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας: ναι / όχι Αυθόρμητη εκκένωση του λαιμού κατά τη διάρκεια της	Απάντηση Αντανακλα στικός Βήχας:Ναι / Όχι Αντανακλα στικό εκκένωσης λαιμού: ναι / όχι Αυθόρμητο ζβήχας κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας: ναι / όχι Αυθόρμητη εκκένωση του λαιμού κατά τη διάρκεια της	Απάντηση Αντανακλα στικός Βήχας:Ναι / Όχι Αντανακλα στικό εκκένωσης λαιμού: ναι / όχι Αυθόρμητο ζβήχας κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας: ναι / όχι Αυθόρμητη εκκένωση του λαιμού κατά τη διάρκεια της	Απάντηση Αντανακλα στικός Βήχας:Ναι / Όχι Αντανακλα στικό εκκένωσης λαιμού: ναι / όχι Αυθόρμητο ζβήχας κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας: ναι / όχι Αυθόρμητη εκκένωση του λαιμού κατά τη διάρκεια της

δοκιμασίας Ναι / Όχι	δοκιμασίας Ναι / Όχι	δοκιμασίας Ναι / Όχι	δοκιμασίας Ναι / Όχι
Στρατηγική δοκιμής και απάντηση	Στρατηγική δοκιμής και απάντηση	Στρατηγική δοκιμής και απάντηση	Στρατηγική δοκιμής και απάντηση
Διάρκεια κατάποσης:(Εισαγ ωγή του βλωμού μέχρι την ολοκλήρωση του φαρυγγικού στάδιου): ___sec.	Διάρκεια κατάποσης:(Εισαγ ωγή του βλωμού μέχρι την ολοκλήρωση του φαρυγγικού στάδιου): ___sec.	Διάρκεια κατάποσης:(Εισαγ ωγή του βλωμού μέχρι την ολοκλήρωση του φαρυγγικού στάδιου): ___sec.	Διάρκεια κατάποσης:(Εισαγ ωγή του βλωμού μέχρι την ολοκλήρωση του φαρυγγικού στάδιου): ___sec.

Παρατηρήσεις: (λαρυγγική ανύψωση,  
άλλο) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Ευρήματα

\_\_\_ κατάποση εντός κανονικών ορίων

\_\_\_ διάγνωση της κατάποσης :

\_\_\_ δυσφαγία μη καθορισμένη

\_\_\_ δυσφαγία στοματικής φάσης

\_\_\_ δυσφαγίαοροφαρυγγικής φάσης

\_\_\_ δυσφαγία φαρυγγικής φάσης

\_\_\_ δυσφαγία φαρυγγοοισοφαγικής φάσης

\_\_\_ άλλη δυσφαγία

\_\_ένταση:

\_\_ήπια

\_\_ ήπια-μέτρια

\_\_μέτρια

\_\_ διαχειρήσιμη

\_\_ διαχειρήσιμη-σοβαρή

\_\_σοβαρή

Χαρακτηρίζεται

από: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Παράγοντες που συμβάλλουν στην διαταραχή της κατάποσης

\_\_ μειωμένη εγρήγορση ή προσοχή

\_\_ αδυναμία ακολούθησης των οδηγιών

\_\_ μειωμένη στοματική δύναμη/ συντονισμός / αίσθηση

\_\_ αναποτελεσματικότητα μάσησης

\_\_ διαταραχή στοματοφαρυγγικής μεταφοράς

\_\_ διαταραχή του κλεισίματος / συντονισμού του βλενοφαρυγγικού

σφιγκτήρα

\_\_ καθυστερημένη έναρξη της κατάποσης

\_\_ μειωμένη λαρυγγική λειτουργία

\_\_ Αλλά \_\_\_\_\_

Προβλέψεις: \_\_ καλή \_\_ μέτρια \_\_ επίφοβη \_\_ Φτωχή

με βάση \_\_\_\_\_



Επιπτώσεις στην ασφάλεια και λειτουργικότητα (επιλέξτε όλα όσα ισχύουν)

Χωρίς περιορισμούς

κίνδυνος

αναρρόφησης:

\_\_\_\_\_

κίνδυνος                    ανεπαρκούς                    διατροφής                    /  
ενυδάτωσης: \_\_\_\_\_

Βαθμολογία κατάποσης NOMS (1-7) \_\_\_\_\_

### Συστάσεις:

Αξιολόγηση μέσω οργάνου:  ναι  όχι

βιντεοφλουοροσκοπική μελέτη κατάποσης

ενδοσκοπική μελέτη κατάποσης

Θεραπεία κατάποσης:  ναι  όχι

Συχνότητα: \_\_\_\_\_ Διάρκεια: \_\_\_\_\_

### Διατροφική συμβουλευτική :

Στερεά:  κανονικά  μηχανικά,  μηχανικά μαλακά,

τεμαχισμένα,  πολτοποιημένα άλλα: \_\_\_\_\_

Υγρά:  λεπτόρευστα  μέσης ρευστότητας  παχύρευστα  πολύ παχύρευστα άλλα: \_\_\_\_\_

NPO με εναλλακτική μέθοδο διατροφής: \_\_\_\_\_

Εναλλακτική μέθοδος διατροφής με ευχαρίστηση: \_\_\_\_\_

Αλλα: \_\_\_\_\_

**Προφυλάξεις ασφάλειας / συστάσεις για κατάποση (ελέγξτε όλα όσα ισχύουν):**

- Η επιτήρηση είναι απαραίτητη για όλα τα γεύματα
- 1 προς 1 στενή επίβλεψη
- 1 προς 1 απομακρυσμένη επίβλεψη
- απαίτηση σίτισης μόνο από εκπαιδευμένο προσωπικό / οικογένεια
- απαίτηση σίτισης μόνο από τον ειδικό
- αυτοσίτιση μόνο όταν είναι εντελώς απαραίτητο
- εξάλειψη περισπασμών
- απαιτείται λεκτική καθοδήγηση για τη χρήση συνιστώμενων στρατηγικών
- σωστή στάση σώματος για τουλάχιστον 30 λεπτά μετά τα γεύματα
- Μικρές γουλιές και μπουκιές κατά τη σίτιση
- μειωμένη συχνότητα κατάποσης μεταξύ δαγκωμάτων
- απαγόρευση ενυδάτωσης από φιάλη, δοχείο, κανάτα
- Πολλές/ συχνές καταπόσεις: \_\_\_\_\_
- εναλλακτικά υγρά και στερεά
- βελτίωση της αισθητικότητας (γεύση, υφή, θερμοκρασία):

---

Άλλα \_\_\_\_\_

**Άλλες συνιστώμενες παραπομπές:**

- Διαιτολογία
- Γαστρεντερολογία
- Νευρολογία
- Ωτορινολαρυγγολογία
- Πνευμονολογία
- Άλλο \_\_\_\_\_

### **Εκπαίδευση ασθενών / φροντιστών**

\_\_\_ Περιγραφή αποτελεσμάτων αξιολόγησης

\_\_\_ σαφώς εκφρασμένη κατανόηση της αξιολόγησης και της συμφωνίας με τους στόχους και το σχέδιο θεραπείας

\_\_\_ η οικογένεια και οι φροντιστές εξέφρασαν την κατανόηση της αξιολόγησης και της συμφωνίας με τους στόχους και το σχέδιο θεραπείας.

\_\_\_ Ο ασθενής εξέφρασε την κατανόηση των προφυλάξεων ασφαλείας και των συστάσεων διατροφής

\_\_\_ Η οικογένεια / φροντιστές εξέφρασαν την κατανόηση των προφυλάξεων ασφαλείας/ συστάσεων για τη σίτιση

\_\_\_ ο ασθενής εξέφρασε την κατανόηση της αξιολόγησης, αλλά αρνήθηκε τη θεραπεία

\_\_\_ Ο ασθενής χρειάζεται περαιτέρω εκπαίδευση

\_\_\_ η οικογένεια και/ ή οι φροντιστές χρειάζονται περαιτέρω εκπαίδευση

### **Σχέδιο θεραπείας**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Μακροπρόθεσμοι στόχοι**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Βραχυπρόθεσμοι στόχοι

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Η συμπλήρωση του παρακάτω εντύπου είναι συναινετική. Το έντυπο παρέχεται ως διαγνωστικό μέσο για τα μέλη της Αμερικανικής Οργάνωσης Ομιλίας-Ακοής (ASHA). Οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται σε αυτά τα πρότυπα δεν εκπροσωπούν την επίσημη πολιτική της ASHA.*

**Π1. ΕΝΤΥΠΟ ΣΤΟΜΑΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ**

ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_

\_\_\_ ΗΛΙΚΙΑ: \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_\_\_

ΕΞΕΤΑΣΤΗΣ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Οδηγίες : μετά τον έλεγχο, κυκλώστε κάθε χωρίο στο οποίο παρατηρήθηκε θετικό εύρημα. Συμπεριλάβετε τυχόντα σχόλια στην δεξιά πλευρά.

Αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των προσώπου

\_\_\_\_\_ συμμετρία:

κατά φύση/πρόπτωση

δεξιά \_\_\_\_\_ αριστερά

\_\_\_\_\_

μη φυσιολογικές κινήσεις:

καθόλου/μορφασμοί/σπασμοί \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

στοματική αναπνοή:

ναι/όχι \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

άλλο: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Αξιολόγηση γνάθων και οδόντων

(ζητήστε από τον ασθενή να ανοίξει και να κλείσει το στόμα του)

Εύρος κίνησης:

φυσιολογικό/μειωμένο

\_\_\_\_\_

συμμετρία: κατά φύση/παρεκκλίνει προς τα δεξιά /παρεκκλίνει προς τα αριστερά \_\_\_\_\_

κίνηση:

φυσιολογική/σπασμωδική/αργή/ασύμμετρη\_\_\_\_\_

ήχοι κροταφογναθικής διάρθρωσης:

απόντες/κλικινγκ/ποπινγκ

άλλο:\_\_\_\_\_

Παρατήρηση οδοντοφυΐας\_\_\_\_\_

Σύγκλιση (σχέση άνω και κάτω οπισθίων δοντιών):

φυσιολογική/ορθογναθική (Class I)/ προγναθική (Class II)/ οπισθογναθική

(Class

III)\_\_\_\_\_

Σύγκλιση (σχέση άνω και κάτω προσθίων δοντιών):

φυσιολογική/υπερσύγκλιση/ανεωγμένη δήξη/σταυροειδής σύγκλιση

δόντια: πλήρης οδοντοφυΐα/οδοντοστοιχίες/απώλειες δοντιών  
(προσδιορίστε)\_\_\_\_\_

διευθέτηση των δοντιών στο οδοντικό τόξο:

φυσιολογική/συνωστισμός/αραιοδοντία/\_\_\_\_\_

στοματική

υγιεινή:

άλλο:\_\_\_\_\_

Αξιολόγηση χειλέων

(ζητήστε από τον ασθενή να προτάξει, να ανοίξει και να σφάλσει τα  
χείλη)

Εύρος κίνησης:

φυσιολογικό/μειωμένο\_\_\_\_\_

συμμετρία: φυσιολογική/αμφοτερόπλευρη παρέκκλιση /παρέκκλιση  
προς τα δεξιά /παρέκκλιση προς τα

αριστερά \_\_\_\_\_ δύναμη (πιέστε την  
γλώσσα προς τα χείλη):

φυσιολογική/αδύναμη

\_\_\_\_\_

άλλο: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ζητήστε από τον ασθενή να χαμογελάσει.

Εύρος κίνησης:

φυσιολογικό/μειωμένο \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ συμμετρία: φυσιολογική/αμφοτερόπλευρη παρέκκλιση/παρέκκλιση  
προς τα δεξιά /παρέκκλιση προς τα αριστερά

\_\_\_\_\_

άλλο: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ζητήστε από τον ασθενή να φουσκώσει τα μάγουλα με αέρα και να  
παραμείνει σε αυτή τη θέση.

δύναμηχειλέων:

φυσιολογική/μειωμένη \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ρινική απώλεια:

παρούσα/απούσα

\_\_\_\_\_

άλλο: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Αξιολόγηση της γλώσσας

χρώμαεπιφάνειας:

φυσιολογικό/μηφυσιολογικό(προσδιορίστε) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_μη φυσιολογικές κινήσεις:  
απούσες/σπασμωδικές/περιστροφή/  
συστροφή \_\_\_\_\_

μέγεθος:

φυσιολογικό/μικρό/μεγάλο \_\_\_\_\_

ιστολογική αξιολόγηση: φυσιολογική/μη φυσιολογική

άλλο: \_\_\_\_\_

ζητήστε από τον ασθενή να προτάξει τη γλώσσα.

πρόταξη: φυσιολογική/παρέκκλιση προς τα δεξιά/παρέκκλιση προς τα αριστερά \_\_\_\_\_

εύρος κίνησης:

φυσιολογικό/μειωμένο \_\_\_\_\_

ταχύτητα κίνησης:

φυσιολογική/μειωμένη \_\_\_\_\_

δύναμη (εφαρμόστε δύναμη αντίθετης διεύθυνσης από την πρόταξη της γλώσσας):

φυσιολογική/μειωμένη

άλλο: \_\_\_\_\_

ζητήστε από τον ασθενή να απωθήσει την γλώσσα

απώθηση: φυσιολογική/παρέκκλιση προς τα δεξιά/παρέκκλιση προς τα αριστερά

εύρος κίνησης:

φυσιολογικό/μειωμένο \_\_\_\_\_

ταχύτητα κίνησης:

φυσιολογική/μειωμένη \_\_\_\_\_



άλλο: \_\_\_\_\_

---

ζητήστε από τον ασθενή να μετακινήσει την άκρη της γλώσσας στα δεξιά.

Πλάγια μετατόπιση:

φυσιολογική/ατελής/σπασμωδική \_\_\_\_\_

---

εύρος κίνησης:

φυσιολογικό/μειωμένο \_\_\_\_\_

---

δύναμη (εφαρμόστε δύναμη αντίθετης φοράς):

φυσιολογική/μειωμένη

---

άλλο: \_\_\_\_\_

---

ζητήστε από τον ασθενή να μετακινήσει την άκρη της γλώσσας στα αριστερά.

Πλάγια μετατόπιση:

φυσιολογική/ατελής/σπασμωδική \_\_\_\_\_

---

εύρος κίνησης:

φυσιολογικό/μειωμένο \_\_\_\_\_

---

δύναμη (εφαρμόστε δύναμη αντίθετης φοράς):

φυσιολογική/μειωμένη

---

άλλο: \_\_\_\_\_

---

ζητήστε από τον ασθενή να μετακινήσει την άκρη της γλώσσας προς τα πάνω.

μετατόπιση:

φυσιολογική/ατελής/σπασμωδική \_\_\_\_\_

---

εύρος κίνησης:

φυσιολογικό/μειωμένο \_\_\_\_\_

---

δύναμη (εφαρμόστε δύναμη αντίθετης φοράς):

φυσιολογική/μειωμένη

---

άλλο: \_\_\_\_\_

---

ζητήστε από τον ασθενή να μετακινήσει την άκρη της γλώσσας προς τα κάτω.

μετατόπιση:

φυσιολογική/ατελής/σπασμωδική \_\_\_\_\_

---

εύρος κίνησης:

φυσιολογικό/μειωμένο \_\_\_\_\_

---

δύναμη (εφαρμόστε δύναμη αντίθετης φοράς):

φυσιολογική/μειωμένη

---

άλλο: \_\_\_\_\_

---

παρατηρήστε τις αιφνίδιες πλαγιομετατοπιστικές κινήσεις.

αξιολόγηση: φυσιολογική/μειωμένη/σταδιακή επιβράδυνση

---

εύρος κίνησης:

φυσιολογικό/μειωμένο προς τα αριστερά /μειωμένο προς τα δεξιά

---

άλλο: \_\_\_\_\_

---

αξιολόγηση του φάρυγγα:

χρώμα:

φυσιολογικό/μη

φυσιολογικό \_\_\_\_\_

αμυγδαλές:

απούσες/φυσιολογικές/διογκωμένες \_\_\_\_\_

άλλο: \_\_\_\_\_

αξιολόγηση σκληρής και μαλακής υπερώας:

χρώμα:

φυσιολογικό/μη

φυσιολογικό \_\_\_\_\_

πτυχώσεις:

φυσιολογικές/πολύ

εκσεσημασμένες

ύψος τόξου:

φυσιολογικό/υψηλό/χαμηλό \_\_\_\_\_

εύρος τόξου:

φυσιολογικό/στενό/ευρύ \_\_\_\_\_

εκβλαστήσεις:

απουσία/παρουσία

(περιγράψτε) \_\_\_\_\_

επιγλωττίδα:

παρούσα/απούσα

(περιγράψτε) \_\_\_\_\_

ραβδώσεις:

παρουσία/απουσία

(περιγράψτε)

---

συμμετρία κατά την χαλάρωση:

φυσιολογική/χαμηλότερη στα δεξιά/χαμηλότερη στα αριστερά

---

αντανακλαστικό εμέσεως/εμετού:

φυσιολογικό/απόν/υπερδραστήριο/υποδραστήριο \_\_\_\_\_

---

άλλο: \_\_\_\_\_

---

Ζητήστε από τον ασθενή να προφέρει το α.

Συμμετρία κίνησης :

φυσιολογική/παρέκκλιση προς τα δεξιά /παρέκκλιση προς τα  
αριστερά \_\_\_\_\_

πρόσθια κίνηση:

παρούσα/απούσα/μειωμένη \_\_\_\_\_

---

οπίσθια κίνηση:

παρούσα/απούσα/μειωμένη \_\_\_\_\_

---

επιγλωττίδα:

φυσιολογική/παρέκκλιση προς τα δεξιά /παρέκκλιση προς τα αριστερά

---

ένρινη προφορά:

απούσα/υπερδραστηριότητα

---

άλλο: \_\_\_\_\_

---

Summary

of

Findings:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Assessment in Speech-Language Pathology: A Resource Manual, Third Edition*

*Copyright © 2004 Delmar Learning. All rights reserved. Permission to reproduce for clinical use granted.*

**Εργαλείο αξιολόγησης της διατροφής (Eating Assesment Tool-10)**

Ημερομηνία:

Όνομα:

Ύψος:

ΒΑΡΟΣ:

Περιγράψτε εν συντομία το πρόβλημα κατάποσης:

---

---

---

---

Αναφέρατε όλες τις δοκιμασίες κατάποσης που είχατε, συμπεριλαμβανομένου του πότε, πότε και των αποτελεσμάτων:

---

---

---

---

**Σε ποιο βαθμό είναι τα ακόλουθα σενάρια προβληματικά για εσάς;**

Επεξηγήσεις της κατάλληλης απάντησης :

0 = Δεν υπάρχει πρόβλημα

4 = Σοβαρό πρόβλημα

1. Το πρόβλημα κατάποσής μου με έκανε να χάσω βάρος	0	1	2	3	4
2. Το πρόβλημα	0	1	2	3	4

κατάποσής μου παρεμβαίνει στην ικανότητά μου να λαμβάνω γεύματα						
3. Η κατάποση υγρών απαιτεί επιπλέον προσπάθεια	0	1	2	3	4	
4. Η κατάποση στερεών απαιτεί επιπλέον προσπάθεια	0	1	2	3	4	
5. Τα χάλια κατάποσης απαιτούν πρόσθετη προσπάθεια	0	1	2	3	4	
6. Η κατάποση είναι οδυνηρή	0	1	2	3	4	
7. Η ευχαρίστηση του φαγητού επηρεάζεται από τηνκατάποσή μου	0	1	2	3	4	
8. Όταν καταπίνω τα τρόφιμα αισθάνομαι καρφιά στο λαιμό μου	0	1	2	3	4	
9. Βγαίνω για γεύμα και	0	1	2	3	4	

δείπνο έξω με φίλους & συγγενείς					
10. Η κατάποση αγχωτική. είναι	0	1	2	3	4



## **Functional Oral Intake Scale**

### TUBE DEPENDENT (levels 1-3)

- 1 No oral intake
- 2 Tube dependent with minimal/inconsistent oral intake
- 3 Tube supplements with consistent oral intake

### TOTAL ORAL INTAKE (levels 4-7)

- 4 Total oral intake of a single consistency
- 5 Total oral intake of multiple consistencies requiring special preparation
- 6 Total oral intake with no special preparation, but must avoid specific foods or liquid items
- 7 Total oral intake with no restrictions

### Ερωτηματολόγιο Άγχους (Beck Anxiety Inventory, BAI, Beck, 1993)

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος συνηθισμένων συμπτωμάτων άγχους. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά το κάθε σύμπτωμα του καταλόγου. Προσδιορίστε πόση ενόχληση σας προκάλεσε το κάθε σύμπτωμα κατά την διάρκεια της ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ ΗΜΕΡΑΣ, σημειώνοντας ένα κύκλο στην αντίστοιχη στήλη, δίπλα από κάθε σύμπτωμα.

ΕΝΟΧΛΗΣΗ	ΚΑΜΙΑ	ΗΠΙΑ (Δε με ενόχλησε πολύ)	ΜΕΤΡΙΑ (Ήταν πολύ δυσάρεστο, αλλά μπορούσα να το αντέξω)	ΕΝΤΟΝΗ (Μπορούσα να το αντέξω μόλις και μετά βίας)
Μουδιάσματα ή Μυρμηγκιάσματα	0	1	2	3
Αίσθημα ζέστης	0	1	2	3
Τρέμουλο στα πόδια	0	1	2	3
Αδυναμία χαλάρωσης	0	1	2	3
Φόβος ότι θα συμβεί το χειρότερο	0	1	2	3
Ζάλη ή αίσθηση ιλίγγου	0	1	2	3
Δυνατοί ή γρήγοροι χτύποι στην καρδιά	0	1	2	3
Αίσθημα αστάθειας	0	1	2	3
Τρομοκρατημένος/η	0	1	2	3
Νευρικός/ή	0	1	2	3
Αίσθημα πνιγμού ή ασφυξίας	0	1	2	3
Τρέμουλο στα χέρια	0	1	2	3
Τρεμούλιασμα του σώματος	0	1	2	3
Φόβος απώλειας ελέγχου	0	1	2	3
Δυσκολία στην αναπνοή	0	1	2	3
Φόβος θανάτου	0	1	2	3
Φοβισμένος/η	0	1	2	3
Δυσπεψία ή ενοχλήσεις στην κοιλιακή χώρα	0	1	2	3
Λιποθυμία	0	1	2	3
Κοκκίνισμα προσώπου	0	1	2	3
Εφίδρωση (όχι λόγω ζέστης)	0	1	2	3

Τα αποτελέσμα

μου

είναι

---

---

---

### **(Ερμηνεία)**

Ένα αποτέλεσμα μεταξύ 0-21 βαθμών δείχνει πολύ χαμηλά επίπεδα άγχους. Παρόλο που αυτό είναι συνήθως θετικό, θα πρέπει να είναι ρεαλιστικό ή να μην υποκρύπτει κάποια άρνηση του ασθενή σε σχέση με τα προβλήματά του.

Ένα αποτέλεσμα μεταξύ 22-35 βαθμών δείχνει μέτρια επίπεδα άγχους. Το σώμα προσπαθεί να εξωτερικεύσει κάτι. Η αναζήτηση προτύπων σε σχέση με την εμφάνιση των συμπτωμάτων κρίνεται απαραίτητη. Το αποτέλεσμα μεταξύ 35-45 υποδηλώνει σοβαρό άγχος που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης και διαχείρισης με σκοπό την αναχαίτηση.



## Mini Nutritional Assessment (MNA)

Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ Weight, kg: \_\_\_\_\_ Height, cm: \_\_\_\_\_ I.D. Number: \_\_\_\_\_

Complete the screen by filling in the boxes with the appropriate numbers.  
Add the numbers for the screen. If score is 11 or less, continue with the assessment to gain a Malnutrition Indicator Score.

### Screening

- A** Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties?  
0 = severe loss of appetite  
1 = moderate loss of appetite  
2 = no loss of appetite
- 
- B** Weight loss during last 3 months  
0 = weight loss greater than 3 kg (6.6 lbs)  
1 = does not know  
2 = weight loss between 1 and 3 kg (2.2 and 6.6 lbs)  
3 = no weight loss
- 
- C** Mobility  
0 = bed or chair bound  
1 = able to get out of bed/chair but does not go out  
2 = goes out
- 
- D** Has suffered psychological stress or acute disease in the past 3 months  
0 = yes                      2 = no
- 
- E** Neuropsychological problems  
0 = severe dementia or depression  
1 = mild dementia  
2 = no psychological problems
- 
- F** Body Mass Index (BMI) (weight in kg) / (height in m)<sup>2</sup>  
0 = BMI less than 19  
1 = BMI 19 to less than 21  
2 = BMI 21 to less than 23  
3 = BMI 23 or greater

**Screening score** (subtotal max. 14 points)

12 points or greater Normal – not at risk – no need to complete assessment  
11 points or below Possible malnutrition – continue assessment

### Assessment

- G** Lives independently (not in a nursing home or hospital)  
0 = no                      1 = yes
- 
- H** Takes more than 3 prescription drugs per day  
0 = yes                      1 = no
- 
- I** Pressure sores or skin ulcers  
0 = yes                      1 = no

- J** How many full meals does the patient eat daily?  
0 = 1 meal  
1 = 2 meals  
2 = 3 meals
- 
- K** Selected consumption markers for protein intake  
• At least one serving of dairy products (milk, cheese, yogurt) per day? yes  no   
• Two or more servings of legumes or eggs per week? yes  no   
• Meat, fish or poultry every day? yes  no   
0.0 = if 0 or 1 yes  
0.5 = if 2 yes  
1.0 = if 3 yes
- 
- L** Consumes two or more servings of fruits or vegetables per day?  
0 = no                      1 = yes
- 
- M** How much fluid (water, juice, coffee, tea, milk...) is consumed per day?  
0.0 = less than 3 cups  
0.5 = 3 to 5 cups  
1.0 = more than 5 cups
- 
- N** Mode of feeding  
0 = unable to eat without assistance  
1 = self-fed with some difficulty  
2 = self-fed without any problem
- 
- O** Self view of nutritional status  
0 = views self as being malnourished  
1 = is uncertain of nutritional state  
2 = views self as having no nutritional problem
- 
- P** In comparison with other people of the same age, how does the patient consider his/her health status?  
0.0 = not as good  
0.5 = does not know  
1.0 = as good  
2.0 = better

- Q** Mid-arm circumference (MAC) in cm  
0.0 = MAC less than 21  
0.5 = MAC 21 to 22  
1.0 = MAC 22 or greater
- 
- R** Calf circumference (CC) in cm  
0 = CC less than 31                      1 = CC 31 or greater

**Assessment** (max. 16 points)

**Screening score**

**Total Assessment** (max. 30 points)

**Malnutrition Indicator Score**

17 to 23.5 points                      at risk of malnutrition

Less than 17 points                      malnourished

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*. Supplement #2:15-59.  
Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press.

