

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství



Lenka Gahurová

Poruchy polykání u seniorů s demencí

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová

Olomouc 2012

ANOTACE

Název práce: Poruchy polykání u seniorů s demencí

Název práce v AJ: Swallowing disorders in elderly patients with dementia

Datum zadání: 2012-01-03

Datum odevzdání: 2012-06-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotních věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Gahurová Lenka

Vedoucí práce: Mgr. Kisvetrová Helena PhDr.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Bakalářská práce prezentuje publikované poznatky týkající se poruch polykání u seniorů s demencí. Zaměřuje se na čtyři konkrétní oblasti, které jsou uspořádány podle předem stanovených cílů. Obsahem práce jsou dohledané údaje zejména v českých a slovenských periodikách týkající se diference demencí a poruch polykání u seniorů s demencí. Dále práce předkládá možné alternativy příjmu potravy u těchto seniorů a možné důsledky způsobené poruchami polykání.

Abstrakt v AJ: Bachelor thesis presents findings published on swallowing disorders in elderly patients with dementia. It focuses on four specific areas which are arranged according to predetermined goals. The thesis is mainly trace data in the Czech and Slovak periodicals related to differentiation of dementia and

swallowing disorders in elderly patients with dementia. Furthermore, the thesis presents a possible alternative to eating at these seniors and the possible consequences caused by swallowing disorders

Klíčová slova v ČJ: geriatric, senior, demence, výživa, poruchy polykání, malnutrice, aspirace, dysfagie, odynofagie, pyróza

Klíčová slova v AJ: geriatrics, senior, dementia, nutrition, swallowing disorders, malnutrition, aspiration, dysphagia, odyphagia, heatburn

Rozsah: 40 s., 3 přílohy

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
a použila jen informační zdroje.

Olomouc 30. 6. 2012

.....

podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Heleně Kisvetrové za spolupráci a odborné vedení bakalářské práce a mé dceři Petře Gahurové za podporu a trpělivost, kterou mi projevovala po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	7
PŘEHLED DOHLEDANÝCH INFORMACÍ	11
1 DIFERENCIACE DEMENCÍ	11
1.1 Nejčastější demence.....	12
2 PORUCHY POLYKÁNÍ U SENIORŮ S DEMENCÍ	14
2.1 Příčiny poruch polykání	14
2.2 Projevy poruch polykání	16
3 ALTERNATIVY PŘÍJMU POTRAVY	19
3.1 Sipping.....	19
3.2 Nasogastrická sonda.....	20
3.3 Perkutánní endoskopická gastrostomie.....	21
3.4 Přípravky enterální výživy.....	23
3.5 Parenterální výživa.....	24
4 DŮSLEDKY PORUCH POLYKÁNÍ.....	24
4.1 Aspirace.....	25
4.2 Aspirační pneumonie.....	27
4.3 Malnutrice.....	29
4.4 Dehydratace.....	31
ZÁVĚR	33
BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE	35
ZKRATKY	40
SEZNAM PŘÍLOH	41

ÚVOD

Poruchy polykání jsou častým příznakem různých onemocnění, v mnoha případech dochází k jejich přehlížení či podceňování. Autorka bakalářské práce se věnovala problému: „Jaké jsou publikované poznatky v oblasti poruch polykání u seniorů s demencí?“

Pro přehledovou práci byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1.

Předložit dohledané poznatky o diferenciaci demencí.

Cíl 2.

Předložit dohledané poznatky o poruchách polykání u seniorů s demencí.

Cíl 3.

Předložit dohledané poznatky o alternativách příjmu potravy u seniorů s demencí s poruchami polykání

Cíl 4.

Předložit dohledané poznatky o důsledcích u poruch polykání u seniorů s demencí.

Jako vstupní literatura byly prostudovány tyto tituly:

1. KALVACH, Zdeněk et al. 2004. *Geriatric a Gerontologie*. 1. vydání. Praha: Publishing,a.s., s. 864. ISBN 80-247-0548-6.
2. KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. 1998 *Alzheimerova nemoc a další demence*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., s. 232. ISBN 80-7169-611-3.

3. GROFOVÁ, Zuzana. 2007. *Nutriční podpora*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., s. 248. ISBN 968-80-247-1868-2.

Rešeržní strategie byla provedena prostřednictvím:

- databáze BMČ (Bibliographia Medica Čechoslovaca) s použitím portálu MEDVIK
- vyhledávače Google – rozšířené hledání
- vyhledávače Google Scholar
- českých periodik:
 1. Profese on-line – recenzovaný časopis pro zdravotnické obory, zařazen v recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice, vydává Fakulta zdravotních věd UP v Olomouci (<http://profeseonline.upol.cz/>).
 2. Medicína pro praxi – recenzovaný časopis pro odborníky ve zdravotnictví, zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice, vydává solen medicinal edukation (<http://www.solen.cz/>).
 3. Neurologie pro praxi – recenzovaný časopis pro odborníky ve zdravotnictví, zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice, vydává solen medicinal edukation (<http://www.solen.cz/>).
 4. Psychiatrie pro praxi – recenzovaný časopis pro odborníky ve zdravotnictví, zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice, vydává solen medicinal edukation (<http://www.solen.cz/>).
 5. Česká geriatrická revue – recenzovaný časopis pro odborníky ve zdravotnictví, zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České

republice, vydává solen medicinal edukation
(<http://www.solen.cz/>).

Popis rešeržní strategie:

V první řadě byla stanovena kritéria vhodná pro ke zpracování bakalářské přehledové práce: dohledání odborných článků zejména v českém a slovenském jazyce, rok vydání 2001 – 2011, publikace po recenzním řízení.

Jako další byla použita klíčová slova pro vyhledání v databázích a periodikách. Základní klíčová slova tvořila: geriatric, senior, demence, výživa, poruchy polykání, malnutrice, aspirace, dysfagie, odynofagie, pyróza.

V první fázi proběhlo vyhledávání v databázi BMČ (Bibliografia Medica Českoslovača). Po zadání klíčových slov „poruchy polykání“ bylo nalezeno 242 článků, z nich bylo dle stanovených kritérií bylo vybráno 7. Po domluvě s pracovníci knihovny psychiatrické léčebny byly kopie odborných článků, které nejsou dostupné na internetu, objednány z Národní knihovny v Praze. Po prostudování plnotextu obsahovaly potřebné informace 3 články, které byly nakonec v textu použity.

Druhá fáze vyhledávání relevantních článků byla uskutečněna prostřednictvím internetového vyhledavače Google – rozšířené vyhledávání. Po zadání vyhledávacích slov „poruchy polykání“ bylo zobrazeno 27 500 výsledků. Zadaná kritéria splňovaly 3 zdroje. Úpravou klíčových slov na „poruchy polykání u demencí“, bylo získáno 9200 odkazů, z nichž po prostudování byla vybrána a následně použita 4 odborná periodika.

Po zadání stejných klíčových slov do vyhledávače Google scholar bylo nalezeno 19 výsledků, potřebné informace obsahovalo 8 odborných článků, které odpovídaly zvolenému tématu.

Třetí fáze obsahovala dohledávání relevantních odborných článků přímo v recenzovaných časopisech na internetu.

Z odborného časopisu Neurologie pro praxi vyhovovalo 5 článků, z Psychiatrie pro praxi byly vybrány 2 odpovídající články a z periodika Medicína pro praxi bylo použito 5 článků. U časopisu Profese on-line byl po zadání klíčových slov přístupný pouze 1 výsledek, který vyhovoval zadaným kritériím, do bakalářské práce nakonec zahrnut nebyl. Jako další periodikum byla Česká geriatrická revue, kde bylo nalezeno 5 relevantních článků.

Rešeršní strategií byla důkladně prostudována odborná periodika, která souvisela s tématem bakalářské práce a výsledkem bylo nalezení 31 plnotextů relevantních článků, které splňovaly nastavená kritéria a byly použity do bakalářské práce. Z toho bylo 20 českých, 8 slovenských a 3 anglické články, z nich 2 články byly publikovány v českých periodikách. Zařazeny byly i 4 zdroje, které neprošly recenzním řízením. Články byly následně rozděleny a formováním parafrází byly potřebné informace vkládány do bakalářské práce dle jednotlivých cílů.

PŘEHLED DOHLEDANÝCH INFORMACÍ

Jedním z onemocnění, kdy vzniká výrazný deficit v oblasti výživy, který ovlivňují poruchy polykání a může se projevit malnutricí a dalšími obtížemi spojenými s příjmem potravy, je demence u seniorů. Tento problém stojí v popředí zájmu zdravotníků a lékařů. Demence je velmi závažné onemocnění současnosti a to i přes vysokou úroveň, na které je dnešní medicína. Její průběh lze pouze zpomalit, nikoli zastavit či vyléčit. Nejširší vrstvou, která je zasažena tímto onemocněním, jsou zejména senioři v preseniu a v seniu.

1 DIFERENCIACE DEMENCÍ

Podle Topinkové (2001, s. 78) je demence onemocněním, kterého se obávají hlavně lidé vyššího věku, postiženo je 5-8% osob starších 65 let. Riziko jejího výskytu stoupá díky prodlužování střední délky života. Kvalitní život zdravých i nemocných seniorů ovlivňuje správná výživa. Na perorální příjem potravy mají vliv nejen faktory somatické, psychické, ale i sociální (Grofová, 2009, s. 42). Jedny ze somatických potíží, které provází demenci, jsou poruchy polykání (Rektorová, 2002, s. 260).

Ressner (2004, s. 11) pohlíží na demenci jako na syndrom, na jehož vzniku se podílí chronické nebo progresivní onemocnění mozku a postiženo je až 20% populace nad 65 let. Holmerová (2010, s. 141) také nahlíží na demenci jako na syndrom, ke kterému dochází následkem těžkého postižení mozku vlivem degenerativních změn. Může jít ale i o změny vaskulárního typu, toxické nebo po terapii cytostatiky. Tyto změny se mohou projevit

i po závažných poraněních mozku. Rektorová (2002, s. 260) ve svém článku uvádí: „Demenci rozumíme získanou, generalizovanou a často progresivní globální poruchu kognitivních funkcí bez kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí.“ K tomu dodává, že obraz fyziologického stárnutí demenci nezahrnuje, ale jedná se o patologické změny mozkové kůry a podkoří.

Typická demence může podle Holmerové (2009, s. 111) probíhat buď formou sporadickou, nebo familiérní. U sporadické formy prevalence vzrůstá s věkem, nerozhodují zde genetické faktory, jedná se o nejčastější typ. Naopak familiérní forma se projevuje v mladším věku a rozhodují zde genetické faktory. Demenci může způsobovat řada onemocnění. Nejčastěji, asi v 50% se jedná o Alzheimerovu nemoc, 10 – 20% tvoří vaskulární demence a asi 1% demence s Lewyho tělísky. Mezi vzácné formy pak můžeme zařadit frontotemporální demenci (Ressner, 2004, s. 11). Dle Serbinové (2002, s.236) může dojít i k záměně demence, například za afektivní poruchy. V tom případě se jedná o nepravou demenci tzv. „pseudodemenci“.

1.1 Nejčastější demence

Jako nejčastější příčina, která se podílí na vzniku demencí, je Alzheimerova choroba s typickým obrazem neuropatologických změn (Jiráček, 2006, s. 240). Alzheimerova choroba náleží k neurodegenerativnímu onemocnění, které je charakteristické výraznými poruchami paměti, intelektu a úpadkem osobnosti (Havlénová, Kabelka, 2010, s. 66). Bartko (2008, s. 400) řadí Alzheimerovu demenci k chronickým onemocněním, jehož podstatu tvoří zánik mozkových neuronů, tvorba plaku a neurofibrilárních klubek. Díky tomu dochází k poruchám kognitivních a behaviorálních funkcí, selhávání při běžných činnostech, emotivní chudobě a sociální degradaci.

Havlénová, Kabelka (2010, s. 67) a Jiráček (2006, s. 240) shodně dělí Alzheimerovu demenci do dvou forem. Projeví-li se příznaky před 65. rokem věku, jedná se o opresenilní Alzheimerovu chorobu s časným začátkem, při propuknutí nemoci po 65. roce hovoříme o senilní Alzheimerově chorobě s pozdním začátkem. Tato forma je častější a týká se až 80% případů nemocných.

Průběh onemocnění rozdělila Havlénová (2010, s. 67) ve svém článku do několika fází. Zpočátku jde o zvýšenou zapomnětlivost, ke které se postupně přidává porucha řeči a emoční změny. Následně se projevují narušené osobnostní rysy, nemocný je dezorientován, prohlubují se fatické poruchy. V pozdní fázi nemocný již nekomunikuje s okolím, projevuje se dezorientace ve všech směrech, opakují se deliria, narušenou chůzi a hybnost zvýrazňují axiální reflexy. Tato fáze přechází do terminálního stádia, kdy je nemocný zcela nesoběstačný, imobilní, inkontinentní a nesouvisle artikuluje (Bartko, 2008, s. 400). U Alzheimerovy choroby je kromě psychiatrických poruch a projevů dystability hybnosti jednou z nejzávažnějších komplikací nedostatečná výživa (Vellas a kol, 2006, s. 36).

Protože doposud není známá etiopatogeneze tohoto onemocnění, léčebné postupy mohou průběh nemoci pouze zpomalit. Cílem léčby, kromě zlepšení kvality života nemocných, je oddálení těžkých fází nemoci spojených s nesoběstačností a následnou hospitalizací (Jiráček, 2006, s. 241).

2 PORUCHY POLYKÁNÍ U SENIORŮ S DEMENCÍ

Dle Volicera (2003, s. 18) se poruchy výživy vyvinou téměř u všech nemocných seniorů s demencí. V průběhu onemocnění dochází ke stavům, kdy nemocní senioři ztrácí schopnost používat příbor a případně je nutno je krmit, odmítají jídlo, protože jim nechutná nebo nemají pocit hladu. V dalších fázích onemocnění se dostávají potíže s polykáním a během jídla se dusí.

Potíže se mohou u seniorů projevovat zejména v obtížném polykání slin nebo tekutin, tuhé stravy různé konzistence anebo léků, což může následně ovlivňovat jejich zdravotní stav (Benešová a kol., 2011, s. 62). Demence u seniorů může způsobovat zhoršenou hybnost jazyka, která má za následek kašláni při konzumaci jídla nebo pocit knedlíku v krku (Hrbáčková, 2011, s. 17). Těšínský (2003, s. 248) ve svém článku potvrzuje spojení u seniorů s Alzheimerovou chorobou s poruchami příjmu potravy, ale demence dle něj nemají přímý vliv na anatomii ani na fyziologii trávicího traktu a není tedy potřeba žádných speciálních dietních postupů. Vyjimku mohou tvořit pokročilé stavy kachektizace u Alzheimerovy choroby, u kterých jako příčinu poruch příjmu potravy označuje deficit ošetrovatelské péče nebo přidružení jiného onemocnění. U Parkinsonovy nemoci se poruchy polykání projevují až u ¼ nemocných seniorů, jejich výskyt je spojen s akinezií nebo autonomní neuropatií (Topinková, 2005, s. 13).

2.1 Příčiny poruch polykání

Ztrátou dentice u seniorů se jako jednou z možných příčin poruch polykání ve svých člancích zabývá Kubešová (2003, s. 37,

2006, s. 118). Dle ní je ztráta dentice u seniorů s Alzheimerovou chorobou ovlivněna zejména nižší intenzitou péče o dutinu ústí a nedostatečnými návštěvami u stomatologa. Projevuje se zde působení senilní osteoporózy, která způsobuje snižování alveolu, čímž dochází ke ztrátě retenční plochy zubu a ztrátě pevnosti jeho usazení. Snižování alveolu vede následně ke snížení periodontu a odhalení zubních krčků, čímž dochází ke zvýšené kazivosti zubů a jejich ztrátě. Kubešová (2003, s. 37, 2006, s. 118) dále pokračuje tím, že protetické řešení ztráty dentice má u seniorů s Alzheimerovou demencí zpočátku dobrý kosmetický i funkční efekt. Zubní protézy však během let, z důvodu pokračující osteoporózy, nesedí a je nutné je upravovat a obnovovat. A to se u 60 % seniorů s demencí neděje. Ze zubní protézy se stává pouze kosmetická záležitost. Následkem toho dochází k vážným poruchám žvýkání a omezen je i výběr potravin, zvláště snížen je příjem bílkovin. Odolnost zubů snižuje u seniorů s demencí i příjem měkké stravy s vyšším obsahem cukrů a nižším příjmem fluoru v potravě.

Přípravná fáze polykání se prodlužuje také vlivem snížené sekrece slin při žvýkání (Bunová, Bartko, 2006, s. 31). Xerostomie v dutině ústní u seniorů s Alzheimerovou demencí je ovlivněna nejen schopností žvýkání a polykání, ale dochází také ke snížení chuťových vjemů a zvyšuje se tak riziko zubního kazu (Kubešová a kol. 2006, s. 118).

Benešová (2011, s. 62) zahrnuje mezi příčiny polykání u seniorů nejen defektní chrup a špatné zubní protézy ale i zánětlivá onemocnění horních a dolních cest dýchacích, úrazy a poúrazové stavy, gastroezofageální reflux, mozkové příhody, tracheostomie, parézy hlasivek, zhoubné nebo nezhoubné nádory dutiny ústní, jazyka, hrtanu, hltanu a jícnu. Jeřábková (2006, s. 19) považuje za důležité neopomenout také poranění jícnu, která mohou být příčinou porušeného polykání u seniorů a mají

iatrogenní původ, která jsou provázena dysfagií, odynofagií, otokem a podkožním emfyzémem v oblasti krku.

Jeřábková (2006, s. 18,19) potvrzuje, že příčiny poruch polykání vznikají na základě organické léze nebo je příčina v oblasti hltanu, jícnu a okolních orgánů. Přičemž se organické poruchy vyskytují častěji. Mezi organické příčiny poruch polykání u seniorů podle Jeřábkové patří výskyt cizího tělesa, osteofyty krční páteře nebo přítomnost laryngálního abscesu. Také zánět mandlí nebo zvětšená štítná žláza může být příčinou potíží při polykání.

2.2 Projevy poruch polykání

Poruchy polykání se mohou projevit obtížným polykáním – dysfagií, bolestivostí při polykání – odynofagií nebo neschopností polknutí jakéhokoliv sousta či tekutiny – afágií (Tedla a kol., 2007, s. 70). Jeřábková (2006, s. 19) dělí dysfagii podle postižené fáze polykání na horní – orofaryngeální a dolní – ezofageální typ.

U orofaryngeálního typu dysfagie, který se vyskytuje u seniorů s Parkinsonovou chorobou, je porušena fáze polykání při přesunu sousta z úst do jícnu. V tomto případě může často docházet ke stavu regurgitace potravy a zvláště tekutin do nosu. Snaha o polknutí vede ke kašli, je možná i aspirace s další možnou komplikací jako je aspirační pneumonie.

Dle Kubešové (2006, s. 119) se poruchy polykání u seniorů zejména s Parkinsonovou chorobou nebo s Alzheimerovou demencí mohou projevovat kašláním během jídle, regurgitací potravy nebo pocitem knedlíku v krku. Pocit staženého hrdla s nemožností polknutí sousta označuje jako orofaryngeální dysfagii. Alzheimerova demence způsobuje dysfagii tím, že nepříznivě ovlivňuje hybnost jazyka, faryngu a oblast horního jícnu.

Bunová a Bartko (2006, s. 32) rozdělují orofaryngeální dysfagii podle příčin jejího vzniku na neurogenní, myogenní, mechanickou a psychogenní. Demence řadí do skupiny orofaryngeálních dysfagií, jejichž příčiny jsou podmíněny neurogenně.

Suh (2009, s. 178) ve svém článku prezentuje výsledky studie zaměřené na dysfagii v průběhu onemocnění u seniorů s demencí. Cílem této studie bylo porovnání výsledků u poruch polykání spojených s dysfagií mezi dvěma nejběžnějšími typy demencí. Demencí Alzheimerova typu a vaskulární demencí. Pomocí videofluoroskopického vyšetření byla provedena analýza u dvou skupin nemocných u fáze ústní, hltanu a hrtanu. Výsledkem bylo, že nemocní s Alzheimerovou demencí měli výrazněji narušenou fázi při polykání tekutin v dutině ústní, zpoždění trvalo více než 5 sekund, zatím co u nemocných s vaskulární demencí byl výraznější deficit při žvýkání polotuhé potravy a tvorbě bolusu, epiglotické inverze a vznik tiché aspirace. Dle Suha (2009, s. 178) tyto výsledky naznačují, že poruchy polykání u skupiny seniorů s Alzheimerovou demencí mohou být důsledkem senzoryckého poškození v souvislosti s dysfunkcí v temporoparietálních oblastech. Naopak poruchy polykání skupiny seniorů s vaskulární demencí mohou být primárně způsobeny motorickou poruchou v důsledku porušení v kortikobulbárním traktu.

Další příčinu jícnové dysfagie u seniorů mohou tvořit achalázie, které jsou nejčastěji způsobeny nepoměrem tonu jícnového svalstva a dolního jícnového svěrače. Způsobují obzvláště noční regurgitaci nestrávené potravy zpět do úst. Gastroezofageální reflux má významný vliv na funkci jícnu zejména ve starším věku. Jako základní příznak uvádí Kubešová pyrózu. Ke zhoršování příznaků jícnového refluxu dochází

požíváním velkých porcí jídla, kouřením či pitím kávy a alkoholu (Kubešová, 2006, s. 119).

Grofová (2008, s. 399) má za to, že pro usnadnění konzumace u seniorů trpících dysfagií je velmi důležitý výběr správné konzistence jídla. U seniora, kterému vytékají tekutiny nosem, je potřeba je zahustit, naopak je-li poškozena orální fáze, je vhodné jídlo velmi řídké konzistence. Při opožděném polykání u laryngální fáze je vhodná pro nemocného seniora spíše hustější strava. Senioři s dysfagií používají pro optimální konzistenci tekutin instantní zahušťovadla, např. Nutrilon nebo TrickenUp.

Je však možné zahušťovat i jídla, což je pro nemocné seniory s dysfagií přínosem. Vyhovuje jim hladká strava a mixované jídlo při dlouhodobém požívání není atraktivní. Pomocí zahušťovadel se řídká rozmixovaná strava zahustí a po krátkém ztuhnutí ji lze pomocí zdobítek či formiček upravit tak, aby seniora poutala i vzhledem. Nemocní senioři s dysfagií tak nejsou odkázáni pouze na přílohy typu bramborové kaše. Tímto způsobem lze upravit rýže, těstoviny nebo knedlíky, které se těmto nemocným seniorům špatně polykají, přestože jsou měkké (Grofová, 2008, s. 399, 400).

Bunová s Bartkem (2006, s. 34) doporučují několik zásad stolování pro seniory s dysfagií:

- jíst v klidu, nerozptylovat se prostředím
- jíst sám, bez přítomnosti jiných lidí
- soustředit se na samotný proces polknutí
- sedět tak, aby nohy byly pevně na zemi, hlava mírně předkloněná
- po polknutí sousta polknout ještě jednou naprázdno, zkontrolovat
- fonací hlásky la zkontrolovat čistotu hlasu, jestli není zastřený
- po sněžení jídla zůstat sedět v klidu ještě 20 minut

- důležitá je konzistence potravy
- zpočátku jíst stravu spíše homogenizovanou, želatinovou, postupně přecházet na tuhou stravu
- při jídle používat speciální hrnečky a lžičky s otvory na
- různých místech, zahušťovadla s různými příchutěmi

3 ALTERNATIVY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy polykání, které způsobují stavy obstrukce polykacích cest nebo neurologická onemocnění, kdy není možná obnova perorálního příjmu, řeší enterální výživa (Grofová, 2008, s. 399). Za enterální výživu jsou označovány nutriční přípravky s vysokým obsahem energie a živin určené k popíjení, aplikaci do sond nebo stomií. Umožňují tak domácí pobyt i těm seniorům, kteří by jinak museli být hospitalizováni ve zdravotnickém nebo ošetrovatelském zařízení. Podáváním enterální výživy se tak zvyšuje kvalita života nemocných seniorů s demencí (Grofová, 2009, s. 169).

Sledování energetických hodnot u nemocných seniorů s demencí potvrzuje vyšší klidový energetický výdej. Příčina tohoto faktu dle Těšínského (2003, s. 248) doposud není známa. Proto je k udržení aktivní tělesné hmoty v pokročilých stádiích demence nutno zabezpečit vyšší energetický příjem. Indikace nutriční terapie u nemocných seniorů s demencí závisí nejen na stadiu choroby, aktuálním stavu výživy, ale i na stupni spolupráce nemocného seniora anebo ji mohou ovlivnit ostatní přidružená onemocnění.

3.1 Sipping

Jako nejjednodušší formu podání enterální výživy u nemocných seniorů s Alzheimerovou demencí popisuje Těšínský (2003,

s. 252) popíjení tekutého nutričního přípravku, tzv. sipping, kdy nemocní senioři s demencí v průběhu dne popíjejí po malých dávkách nutriční roztok. Tyto roztoky jsou ochuceny různými příchutěmi a mají podobné složení jako přípravky, které se podávají při výživě sondou. U této metody je možná kombinace s příjmem potravy per os nebo s parenterální výživou. Nutriční přípravky určené k enterální výživě mají rozdílné složení podle obsaženého množství energie, bílkovin a dalších složek, dávkování se určuje podle energetických a nutričních nároků nemocného seniora (Grofová, 2009, s. 170).

3.2 Nasogastrická sonda

Enterální výživu je možno aplikovat nasogastrickou sondou nebo prostřednictvím gastrostomií přímo do žaludku. (Grofová, 2009, s. 169).

Dle Těšínského (2003, s. 252) je použití nasogastrické sondy u seniorů s demencí, kteří trpí poruchami polykání, vhodné pouze na 1 – 2 týdny. Po této době je nemocný senior, dle aktuálního zdravotního stavu, převeden buď na perorální příjem anebo je zvolen jiný způsob podání výživy. Také Zatloukalová (2011, s. 55, 56) souhlasí s názorem krátkodobého podávání enterální výživy nasogastrickou sondou, doba trvání dle ní je 4 – 6 týdnů. Sonda je obvykle vedena nosním průchodem, přes jícen do žaludku. Nevýhodou je její ucpávání, možnost tvorby dekubitů nebo perforace zaživačích trubice při neodborném či nešetrném zavedení. Důležitá je správná fixace sondy, její pravidelné proplachování neperlivou vodou a v případě jejího ucpání je zcela nepřijatelná snaha o zprůchodnění pomocí mechanické síly.

Naopak Volicer (2003, s. 18) považuje podávání stravy nemocným seniorům s pokročilou demencí prostřednictvím sondy

za zcela nevhodnou. V použití sondy nespatřuje žádné výhody, spíše naopak. Zavedení sondy dle něj nemůže zabránit vzniku aspirační pneumonie, protože nezamezí aspiraci slin nebo žaludečního obsahu. Sondy vedou ke vzniku sinusových a kožních infekcí, mohou způsobovat kožní a svalové infekce nebo abscesy. Může také dojít k infikování vyživovací tekutiny, což může mít za následek střevní problémy, případně sepsi. Jako další negativní účinek u demenčních seniorů vidí Volicer v inzerci nosní sondy, která může vyvolat fatální arytmii a následná operace pro inzerci žaludeční sondy může mít i smrtelné následky.

Dále Volicer (2003, s. 18) pokračuje tím, že zavedení sondy snižuje komfort nemocného seniora s demencí. Ti se často snaží sondu vytáhnout, jsou neklidní a musí být proto omezeni v pohybu – kurtováni. Volicer poukazuje na průzkum, jehož výsledkem je, že nosní sonda je vnímána jako nejnepříjemnější zákrok, po ní následuje přivázání k lůžku, tedy kurtování. Zasondování senioři necítí chuť jídla a ztrácí se sociální interakce mezi zasondovaným nemocným seniorem a ošetřujícím personálem při krmení.

Výživa sondou u seniorů s demencí dle Volicera (2003, s. 18) nemá své opodstatnění ani při hojení dekubitů. Riziko vzniku dekubitů u demencí je zavedením sondy spíše zvýšené – nemocní jsou kurtováni a je zvýšená produkce moči, neboť nemocní jsou sondou hojně zavodňováni. Sondy nemají vliv na zlepšení funkčních schopností, nezabrání podvýživě a u nemocných s pokročilou demencí neprodłużují život.

3.3 Perkutánní endoskopická gastrostomie

Jako nejvhodnější cesta podání enterální výživy se ukazuje dle Grofové (2008, s. 399) perkutánní endoskopická gastrostomie – PEG. Těšínský (2004, s. 252) se vyjadřuje k dlouhodobému

podávání enterální výživy pomocí PEGu u seniorů s demencí také pozitivně. Tímto způsobem lze řešit i ambulantní případy seniorů s Alzheimerovou demencí. Také Ehler (2001, s. 86) považuje indikaci PEGu při poruchách polykání jako vhodnější. Označuje PEG jako novější metodu podání enterální stravy, kdy dostatečně silná sonda vede přes kůži a stěnu břišní do žaludku. K zavedení sondy je nutné endoskopické vyšetření, během kterého se sonda zavádí. Její zavedení probíhá směrem ze žaludku, přes stěnu žaludku a břicha a její ústí je umístěno na kůži epigastria. S Ehlerem (2001, s. 86) pak shodně Zatloukalová (2011, s. 54) popisuje nesporné výhody podávání stravy pomocí novější metody PEG oproti NGS, příloha č. 2. Nemocní senioři s demencí jsou klidnější, při zavedení PEGu není nutná jejich spolupráce jako při sondování, ošetření vstupu ústí sondy do kůže není obtížné a nedochází k zánětlivým komplikacím jako u NGS, např. sinusitidy. Je však důležité neopomenout sledování známek možného vzniku zánětu v okolí vstupu sondy.

Rusina (2010, s. 17) zastává názor, který dle něj převažuje, že pro seniory s demencí v terminálním stádiu je zcela nevhodné zavádět výživu nasogastrickou sondou či perkutánní gastrostomií. Nepřiměřená intenzivní péče o nemocné, kteří již nemají naději, jim způsobuje spíše bolest a utrpení. Tyto metody pouze prodlužují proces umírání, které je v tomto stadiu neodvratitelné. Ve svém článku Rusina (2010, s. 18) také poukazuje na autory z USA Gove a Mitchell, dle nich se u nich od sondování zcela upouští. Sondy se používají v současné době méně než dříve a na základě svých zkušeností doporučují vyvarovat se chyb v používání sond, které není nezbytně nutné zejména u dementních nemocných v terminálním stadiu.

3.4 Přípravky enterální výživy

Dle Grofové (2009, s. 170) a Zatloukalové (2011, s. 55) je nutné aplikovat do sond a stomií pouze přípravky enterální výživy k tomu určené. Mixovaná strava není vhodná, protože nemůže zabezpečit správný poměr živin. Zatloukalová (2011, s. 55) pokračuje tím, že u mixované stravy nelze dosáhnout ani správné konzistence, aby byla zcela hladká a nedocházelo tak k ucpávání sond. Naopak Těšínský (2003, s. 252) ve svém článku uvádí možné použití nejen výživových přípravků enterální výživy, které nejsou při podávání do sond ochuceny, ale i mixované stravy. Zmiňuje fakt, že umělé vstupy do trávicího traktu slouží i k podávání tekutin, léků, vitamínů a minerálních látek. Denní dávka objemu a složení enterální výživy se dá přesně nastavit a umožňuje tak přesnou bilanci. Pro nemocné s Alzheimerovou demencí je v současné době dostupná řada preparátů, např. Nutridrink, Nutritia, Resource, Novartis, Fresubin, Fresenius a další.

Pavlov (2007, s. 557) dělí tekutou výživu podávanou enterální cestou do 4 základních skupin:

1. tekuté výživy připravené kuchyňskou cestou nebo potravinářskou technologií
2. polymerní formuly
3. elementární a oligomerní diety
4. speciální diety enterální výživy

Enterální výživu je možno podávat seniorům s demencí, u kterých se vyskytuje porucha polykání, buď kontinuálně nebo bolusovým způsobem. Bolusová forma podání je podle Zatloukalové (2011, s. 55) i Těšínského (2003, s. 252) vhodná u PEGu, kdy je strava podávána do žaludku po malých dávkách

100 – 200 ml pravidelně během dne, celkové množství nemělo přesáhnout množství 2000 ml. Kontinuální podávání pak zajišťují enterální pumpy.

3.5 Parenterální výživa

Těšínský (2003, s. 252) považuje parenterální výživu jako velmi nákladnou a náročnou metodu podání umělé výživy u dementních stavů. Jsou zde nutné dobré odborné znalosti této metody, její případné komplikace, tak i problematika týkající se energetického metabolismu a možná nabídka farmakologických substrátů. Vrzalová (2009, s. 196) definuje parenterální výživu jako možnost dodání živin přímo do cévního řečiště, kdy je účelem zajištění dobré malnutrice a rovnováhy vnitřního prostředí, která je nutná v případě kontraindikace enterální výživy nebo nutnosti rychlé stabilizace stavu. Oba se shodují na tom, že pro aplikaci parenterální výživy je důležité zajištění periferního nebo centrálního žilního vstupu u seniorů s demencí. Při dlouhodobém podávání parenterální výživy lze použít speciální tunelizované nebo implantované centrální žilní katétry. U obou metod je nutné dodržení sterilního postupu (Vrzalová, 2009, s. 196, Těšínský, 2003, s. 252).

4 DŮSLEDKY PORUCH POLYKÁNÍ

Poruchy polykání u seniorů s demencí se projevují zejména v pozdějších fázích onemocnění. Jak uvádí ve svém článku Grofová (2008, s. 399) poruchy polykání a jejich následné komplikace jsou pro nemocné značně rizikové a mohou je ohrozit na životě. Mezi vážné důsledky poruch polykání autorka řadí

možný vznik malnutrice, dehydratace, potíže s aspirací nebo následný vznik aspirační pneumonie.

4.1 Aspirace

Tedla (2007, s. 70) popisuje aspiraci jako pravidelné zabíhání potravy do dolních dýchacích cest. Tedlová (2008, s. 68) definuje aspiraci jako inhalaci orofaryngeálního nebo žaludečního obsahu do dolních cest dýchacích. Dle Grofové (2008, s. 399) je více situací, kdy se jedná o aspiraci. Aspirace může nastat v případě, když do dýchacích cest vnikne strava nebo tekutiny. U stavů porušeného polykání může dojít k vniknutí potravy nebo tekutin pouze do hrtanu nebo mohou zbytky potravy po polknutí zůstat v ústech či uvíznout v hltanu. Může nastat i situace, kdy se strava vrací z jícnu do hltanu nebo z hltanu do dutiny nosní a dochází tak k vytékání potravy nosem. Bunová s Bartkem (2006, s. 34) uvádí jako rizikový příklad nevhodné stravy u seniorů s poruchami polykání polévku s nudlemi, kdy při nedostatečné činnosti zadní části jazyka může dojít k regurgitaci nudlí do nosohltanu a nosu. Při nedokonalé koordinaci této fáze polykacího procesu tj. při nedostatečném uzávěru dýchacích cest může dojít k aspiraci.

Grofová (2008, s. 399) dále pokračuje informací, že prvotním příznakem aspirace je kašel, jsou však i nemocní, kteří aspirují a nekašlou. V tomto případě se jedná o tzv. tichou aspiraci, která ohrožuje nemocné seniory možným vznikem pneumonií. Okolím nemocného tak není upozorněno na poruchu polykání. Kašel a následná aspirace pak nutí nemocné k omezení příjmu potravy.

Aspiraci lze dle Bunové a Bartka (2006, s. 33) u seniorů s poruchami polykání sledovat pomocí speciální vyšetřovací metody – videoendoskopie. Ta umožňuje monitorovat celý

polykací proces a aspiraci, penetraci nebo je reziduum vidět přímo v dýchacích cestách.

Tedla (2007, s. 71) uvádí jako možnou funkční metodu vyšetření při poruchách polykání u seniorů – videofibroskopii, která spočívá v zavedení pružného fibroskopu přes nos a nosohltan nad epiglottis. Tato metoda sleduje polykání různého množství a typu potravy, která je označena potravinářským barvivem. Je možné sledovat bolus potravy před a po hltanové fáze polknutí, rychlost hltanové fáze, předčasné zatékání tekutin nebo pronikání tuhých částí potravy do oblasti hltanu a hrtanu.

Tedla (2007, s. 71), Bunová i Bartko (2006, s. 33) se společně shodují na tom, že vyšetření, které nejlépe zobrazuje celý polykací akt u seniorů, jak v orální, tak ve faryngální fázi, je videofluoroskopie. Toto vyšetření zobrazuje nedostatečnou nebo abnormální pohyblivost jazyka při formování bolusu a aspiraci bária do dolních dýchacích cest. Jeho největším přínosem je potvrzení aspirace. Celý polykací proces se nahrává na kameru a videozáznam umožňuje přesně určit fázi, kdy je polykací proces narušený. Bunová a Bartko (2006, s. 33) dodávají, že fluoroskopické vyšetření umožňuje výběr vhodné terapie, díky které lze zabránit penetraci nebo aspiraci do dýchacích cest. Stupeň poruchy polykacího procesu se určí podle Rozenbeckovy aspirační škály, viz příloha č. 3.

Tedla (2007, s. 71) se ve svém článku věnuje také přímé a nepřímé léčbě polykání. Nepřímá léčba polykání zahrnuje rehabilitaci, která obsahuje soubor cviků, které vedou k lepší kontrole ústní a hltanové fáze polykacího aktu a je zároveň účinnou prevencí aspirace. Tato terapie probíhá bez jídla a tekutin a je zaměřená na posílení orgánů polykání, jako jsou rty, jazyk, epiglottis. Provádí se také termická stimulace chladem a posilování svalstva krku. Princip přímé léčby pak spočívá v procvičování polykacího aktu s použitím jídla a tekutin.

Tedla (2007, s. 71) také uvádí, že polykání je možno ulehčit různými polohami hlavy a těla. Polohováním lze do jisté míry kompenzovat anatomické poruchy, poruchu senzorické inervace i poruchu transportu bolusu. Jako nejvhodnější se jeví ta poloha, která snižuje aspiraci na minimum. Bunová a Bartko (2006, s. 34) dodávají, že v případě, když nemocný začne aspirovat a dojde k jeho dušení, je velmi důležité, aby všeobecná sestra nebo logoped ovládali Heimlichův manévr. Při jeho provádění stojí setra za nemocným a prudce, oběma rukama, při výdechu stlačí sternum.

4.2 Aspirační pneumonie

File, Tan (2005, s. 207) i Tedlová (2008, s. 68) shodně uvádějí, že hlavní příčinou vzniku aspirační pneumonie je vdechnutí orofaryngeálního obsahu, infikovaného bakteriemi. Jedná se tedy o infekční proces. Mezi rizikové faktory zahrnují nejen dysfagii na neurologickém podkladě, ale i nedostatečnou hygienu dutiny ústní u seniorů, která je spojena se zvýšenou tvorbou bakteriálních ústních sekretů a tvorbou zubního plaku. File a Tan (2005, s. 207) dodávají, že zlepšením ústní hygieny by bylo možné omezit závažné infekční následky aspirace. Ve svém článku se opírají o fakta prokázaná studií, která potvrdila, že pravidelné čištění zubů nejen snižuje výskyt zubního plaku, ale stimuluje i senzitivní nervy, což může nepřímo vést ke zvyšování účinnosti polykacího reflexu u seniorů.

Tedlová (2008, s. 68, 69) pokračuje klinickým obrazem aspirační pneumonie, jehož průběh se neliší od komunitně získané pneumonie. Ovšem bez terapie je zvýšená délka trvání kavitací a možná tvorba plicních abscesů. Diagnózu lze stanovit až v případě RTG nálezu infiltrátu v charakteristickém bronchopulmonárním segmentě. Nemocní, kteří aspirují vleže,

mají nejčastěji postižené zadní segmenty horních laloků a epické segmenty dolních laloků. Aspirace ve vzpřímené poloze nejčastěji zasahuje bazální segmenty dolních laloků, častěji bývá postižen pravý dolní lalok. Terapie vždy obnáší nasazení širokospektrých antibiotik.

Tedlová (2008, s. 68) se ve svém článku zabývá také rozdíly mezi aspirační pneumonií a aspirační pneumonitidou. U aspirační pneumonitidy dochází k chemickému poškození tracheobronchiálního stromu vdechnutím sterilního žaludečního obsahu po regurgitaci. Tento stav se může vyskytovat u nemocných s demencí. Poškození je závažnější, čím větší je obsah aspirace a nižší pH aspirované potravy. Za normálních okolností je aspirovaný obsah žaludku sterilní, k jeho infekci může dojít např. u nemocných s enterální výživou. Dále Tedlová (2008, s. 68) pokračuje tím, že tento typ pneumonie je nejčastěji lokalizovaný v dolním plicním laloku vpravo. Onemocnění může probíhat velmi mírnou formou nebo může dojít až k respiračnímu selhání s rozvojem septického šoku. Při léčbě je vhodné odsátí žaludečního obsahu z horních cest dýchacích a případně zvažít řízené dýchání. U nekomplikované pneumonitidy není nutné aplikovat antibiotika, o jejich nasazení lze uvažovat, až 48 hodin po aspiraci u nemocných kdy pneumonitida neustupuje.

Kubešová (2003, s. 39) k problematice aspirační pneumonie podotýká, že u nemocných s Alzheimerovou demencí, u kterých se vyskytuje dysfagie, lze očekávat výskyt vážných komplikací. Zmiňuje japonskou studii, jejíž autoři studovali polykací akt fluoroskopickou metodou u různých neurologických onemocnění. Dospěli k závěru rozdílného výskytu pneumonie u nemocných s nozogastrickou sondou, zavedenou při porušeném polykání, vzniklého na základě cévní mozkové příhody a Alzheimerovy demence. Pneumonie se častěji rozvinula u nemocných s cévní mozkovou příhodou.

4.3 Malnutrice

Vrzalová (2009, s. 195) definuje malnutrici jako stav výživy, kdy nedostatečné množství nebo nerovnováha energie, bílkovin a ostatních živin nepříznivě ovlivňuje lidský organismus. Tato porucha může vznikat pomalu, několik týdnů až měsíců. Organismus čerpá energii z tukových zásob, dochází ke ztrátě svaloviny a dochází ke kachektizaci. Tato forma malnutrice postihuje i nemocné seniory s demencí.

Dle Těšínského (2003, s. 248) jsou různé formy malnutrice provázejícím jevem Alzheimerovy demence. Dochází zde ke specifickým metabolickým změnám, které mohou souviset s regulací výdeje energie na centrální úrovni. V průběhu onemocnění mají zejména senioři s Alzheimerovou demencí obvykle nižší hmotnost než nemocní bez demence nebo i s jinou formou demence. Typický pro Alzheimerovu demenci je úbytek svalové hmoty, který je způsobený snížením tělesné aktivity.

Pavlov (2007, s. 556) mezi příčiny vzniku malnutrice u demencí zahrnuje neschopnost obstarat potravu, její nesprávné složení, zvýšenou spotřebu živin u Alzheimerovy nemoci a poruchy polykání, které uvádí až na 4. místě. Jako nejčastější příčinu ztráty tělesné hmotnosti uvádí Těšínský (2004, s. 279) neschopnost nemocného s demencí připravit si jídlo a zajistit jeho požití. Tak dochází ke vzniku marasmu, na jehož vzniku se podílí nedostatečný přísun energie a bílkovin, bez toho aniž by došlo k úbytku viscerálního proteinu. Malnutrice typu kwashiorkor se u dementních nemocných vyskytuje vzácně.

Dle Těšínského (2003, s. 248) a Kubešové (2006, s. 122) není u dementních stavů potřeba žádné speciální dietní opatření. Výjimku tvoří stavy kachektizace u porušeného příjmu potravy nejčastěji v rámci deficitní ošetrovatelské péče. Kubešová (2006,

s. 122) spatřuje problém malnutrice spíše v tom, že dementní senioři zapomenou a připravenou porci nesní.

Těšínský (2003, s. 250) upřesňuje, že častou příčinou nedostatečného příjmu potravy u dementních seniorů tvoří poruchy polykání zapříčiněné špatným stavem chrupu, slizničními defekty nebo nedobrym stavem zubní protézy, ale může se jednat i o postupně vyhasínající zájem nemocného o jídlo. Významnou roli přisuzuje hygieně, okolnímu prostředí a kultuře stolování. Také považuje za vhodné zajistit nemocnému během jídla klid a dostatečnou koncentraci.

Nejlépe zjistitelnou známkou malnutrice u seniorů s demencí je pokles hmotnosti nemocného a její sledování. K tomuto účelu se používá index tělesné hmotnosti – BMI (body mass index), který označuje podíl tělesné hmotnosti v kg a kvadrát tělesné výšky v metrech, jeho optimální hodnota je 22 – 26. Mezi objektivní vyšetření řadí Těšínský stav kůže, adnex, objem svalové hmoty a svalovou sílu (Těšínský, 2004, s. 279). Pokles BMI pod 21 signalizuje vážný problém v oblasti výživy nemocného seniora (Kubešová a kol., 2003, s. 43).

Těšínský (2004, s. 280) uvádí u seniorů s Alzheimerovou demencí opatření, které jsou vhodné u hrozící malnutrice nebo u její lehké formy:

- Zjistit aktuální nutriční stavu nemocného seniora pomocí anamnézy, objektivního vyšetření, laboratorního vyšetření a upřesnit jeho nutriční potřeby.
- Doplnit modulární přípravky - proteiny a sacharidy.
- Mimo hlavními jídly podávat sipping.

V případě, že se jedná o těžkou, manifestní malnutrici u seniorů s Alzheimerovou demencí uvádí Těšínský (2004, s. 280) tento postup:

- Základem je kontrolovaný příjem per os a sipping.
- Zavést enterální výživu prostřednictvím nozogastrické sondy, hospitalizovat nemocného, není-li možný návrat k perorálnímu příjmu, zajistit podání stravy pomocí PEGu, podle zdravotního stavu, spolupráce a domácího zázemí zvážit nutnost hospitalizace nebo domácí ošetření.
- Zavést parenterální výživu v případě akutní metabolické dysbalance a těžké poruchy výživy, bezpodmínečná je hospitalizace nemocného.

Vellas (2006, s. 42) uvádí, že u dementního nemocného s malnutricí je třeba vést jeho hmotnostní křivku. Malnutrici je možné ovlivnit úpravou nutričních dávek, vhodnou úpravou konzistence stravy nebo změnou jídla, které nemocnému chutná.

Trvá-li zhoršený příjem potravy 6 - 12 měsíců, dochází dle Kubešové (2006, s. 122) u nemocných s demencí ke vzniku hypovitaminóz, které nepříznivě ovlivňují demenci. Dochází ke zhoršování jejich projevů – absence vitamínu B12, rány se hojí pomaleji – absence vitamínu C, mohou vznikat anemie – absence vitamínu B12, kyseliny listové a zhoršuje se i obranyschopnost organismu – absence vitamínů A,C,D.

4.4 Dehydratace

Rusina (2010, s. 18) se zabývá otázkou dehydratace nemocných seniorů v terminální fázi demence, kteří mají porušené polykání a nemohou přijímat tekutiny ústy. Jako jedno z řešení uvádí u nás málo známé, ale dle něj vysoce efektivní, podávání nočních subkutánních infuzí fyziologického roztoku. Hypodermoklýza, jako šetrná hydratace nemocné dementní seniory neomezuje v pohybu a zároveň zmírňuje trýznivé příznaky, jako je nadměrná koncentrace moči nebo nepříjemné vysychání sliznic, kdy si

nemocný nemůže ani odkašlat. Adekvátní hydratace by měla nemocnému seniorovi, který je zcela nesoběstačný, zlepšovat kvalitu života, příklad zvlhčování úst, které nemocným ulevuje a neměla by pro něj představovat naopak trýznivý stav. (Rusina, 2010, s. 18).

Rozvoj dehydratace u demencí obvykle souvisí se sníženým příjmem potravy, jak uvádí Kubešová i Těšínský. Dehydrataci způsobuje také částečně ztráta pocitu žízně, kterou ovlivňuje snížená hladina sekrece adiuretinu (Kubešová a kol., 2006, s. 122, Těšínský, 2003, s. 250). Denní příjem tekutin nemocných s demencí by měl být o 0,5 – 1 litr vyšší, než je diuréza moči za 24 hodin (Těšínský, 2003, s. 250). Dehydratace společně s imobilitou u nemocných s demencí často způsobuje zácpu, což je další příčinou dyskomfortu (Rusina, 2010, s. 18). Kubešová (2006, s. 122) uvádí další možné faktory, které mohou snižovat hydrataci u demencí. Jsou to zejména febrilní stavy, polyurie, zvracení, příjem diuretik, snížená koncentrační schopnost ledvin nebo imobilita nemocných, která jim znemožňuje přístup k tekutinám.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské přehledové práce, která se zaměřuje na problematiku porušeného polykání u seniorů s demencí, bylo nalezení relevantních informací v odborných periodikách a porovnání názorů jednotlivých autorů, kteří se danou tématikou zabývají.

První cíl se zabývá diferenciací demencí. Na demenci je pohlíženo jako na syndrom, na jehož vzniku se podílí chronické nebo progresivní onemocnění mozku, degenerativní změny nebo její vznik mohou ovlivňovat změny vaskulárního typu případně toxické změny nebo i terapie cytostatiky (Ressner, Holmerová, Rektorová). Jako nejčastější příčina, která ovlivňuje vznik demencí, se jeví Alzheimerova choroba, asi v 50%. Zejména v pozdním a terminálním stadiu, kdy je nemocný senior zcela nesoběstačný a je u něj nutná celodenní ošetrovatelská péče je kromě psychiatrických poruch a projevů jednou z nejzávažnějších komplikací nedostatečná výživa, jejíž příčinu tvoří poruchy polykání (Jirák, Havlénová, Vellas, Bartko).

Druhý cíl je zaměřen na poruchy polykání, které se vyvinou téměř u všech seniorů s demencí. Jako hlavní příčina je označována v první řadě nedostatečná péče o dutinu ústní a ztráta dentice (Holmerová, Těšínský, Suh).

Při srovnání vaskulární demence a demence Alzheimerova typu, co se týče dysfagie u poruch polykání seniorů, vyšlo najevo, že nemocní s Alzheimerovou chorobou mají výrazněji narušenou fázi při polykání tekutin v dutině ústní, zatímco u seniorů s vaskulární demencí je výraznější deficit při žvýkání polotuhé stravy a tvorby bolusu (Suh). Pro usnadnění konzumace pro seniory s dysfagií je důležitý vhodný výběr správné konzistence

stravy. K dispozici jsou instantní zahušťovadla např. Nutrilon nebo TrickenUp (Grofová).

Možnými alternativami příjmu potravy u demenčních seniorů s poruchami polykání se zabývá třetí cíl. Autoři se vcelku shodují, že denní dávka objemu a složení enterální výživy se dá přesně nastavit a umožňuje tak přesnou bilanci. Pro nemocné s Alzheimerovou demencí je v současné době dostupná řada preparátů, např. Nutridrink, Nutritia, Resource, Novartis, Fresubin, Fresenius a další. Nejjednodušší forma podání enterální výživy je sipping (Těšínský, Grofová, Pavlov, Zatloukalová). Jako zásadní se jeví otázka způsobu podání nutričních přípravků. Rozdílné názory panují u použití nasogastrické sondy a PEGu. Těšínský, Zatloukalová a Ehler tento způsob zajištění příjmu potravy u demenčních seniorů s poruchami polykání doporučují. Naopak Volicer a Rusina vidí v aplikaci sondy a PEGu snižování komfortu a pro nemocné v terminálním stadiu demence je nepřiměřená intenzivní péče spíše procesem, který způsobuje nemocným bolest a utrpení. Rusina poukazuje na autory z USA, kteří sondování zcela nedoporučují (Těšínský, Zatloukalová, Volicer, Rusina).

Závěrečný, čtvrtý cíl se zaměřuje na komplikace působené poruchami polykání u seniorů s demencí. Typickým jevem, který provází všechny formy demencí je vznik malnutrice až po kachektické stavy, které jsou ovlivněny poruchami polykání, přičemž nejvýraznější projevy se týkají Alzheimerovy demence. Je důležité nepodceňovat vážnost situace, vést příslušné nutriční záznamy a při poklesu BMI pod 21 zahájit příslušná opatření (Těšínský, Kubešová, Pavlov, Velas). Možnosti alternativního příjmu potravy jsou prezentovány v třetím cíli této práce a záleží zejména na etickém přístupu ošetřujících pracovníků, aby byla zvolena právě ta varianta, která bude relevantní dané situaci a pro nemocného bude přínosem a nikoli utrpením.

BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE

BARTKO, Daniel, ČOMBO, Igor, MADARÁSZ, Luliak. 2008. Demencia Alzheimerovho typu. *Via practica*. Bratislava: SOLEN, s. r. o., **5**(10), 398 – 402. ISSN 1336 – 4790. Dostupné z: http://solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3407&magazine_id=1

BENEŠOVÁ, Petra et al. 2011. Polykací funkce u seniorů. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., **21**(10), 62 – 64. ISSN 1210 - 0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/polykaci-funkce-u-senioru-461781>

BUNOVÁ, Barbora, BARTKO, Daniel. 2006. Deglutinačné poruchy v starobe. Algoritmus diagnostiky a rehabilitácie, *Geriatra*. Bratislava: Slovenská gerontologická a geriatrická spoločnosť, **12**(1), 30-35. ISSN 1335-1850. Dostupné z: <http://.geriatria.sk/files/geriatria/geriatria2006-1.pdf>

EHLER, Edvard. 2001. Dysfagie u nemocných s cévní mozgovou príhodou – prínos perkutálnej endoskopické gastrostomie (PEG). *Neurologie pro praxi*. Olomouc: SOLEN, s. r. o., **2**(2), 85-87. ISSN 1213 – 1814. Dostupné z: http://solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2230&magazine_id=3

FILE, Thomas, TAN, James S. 2006. Pneumonia in the elderly. *JAMA*. Vydavateľ: Americká lekárska asociácia, **14**(3), 206-208. ISSN 1210-4132.

GROFOVÁ, Zuzana. 2008. Výživa u poruch polykání. *Medicina pro praxi*. Olomouc: SOLEN s. r. o., **5**(10), 399 – 400. ISSN 1214 - 8687. Dostupné z: <http://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/10/13.pdf>

GROFOVÁ, Zuzana. 2009. Přehled přípravků enterální výživy pro domácí využití. *Medicina pro praxi*. Olomouc: SOLEN s. r. o., **6**(3), 169 – 171. ISSN 1214 – 8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/03/12.pdf>

HAVLÉNOVÁ, Věra, KABELKA, Ladislav. 2010. Terminální fáze Alzheimerovy choroby u 74leté pacientky. *Palitivna medicína a liečba bolesti*. Bratislava: SOLEN s. r. o., **3(2)**, 66 – 68. ISSN 1337 – 6896. Dostupné z:

http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4517&magazine_id=13

HOLMEROVÁ, Iva, VAŇKOVÁ, Hana. 2009. Demence a deprese ve vyšším věku. *Medicína pro praxi*. Olomouc: SOLEN s. r. o., **6(2)**, 111 – 114. ISSN 1214 - 8687. Dostupné z:

<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/02/14.pdf>

HOLMEROVÁ, Iva et al.. 2006. Kvalita péče o pacienty s demencí aneb co potřebují pacienti a jejich rodinní příslušníci. *Česká geriatrická revue*. Brno: Ambit Media, a. s., **4(2)**, 77 – 83. ISSN 1214 – 0732. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_06_02_04.pdf

HRBÁČKOVÁ, Michaela. 2011. Výživa při demenci. *Dietologie on-line* [online]. Praha: Mladá fronta a. s., **XI(2)**, [cit.10.1.2012]. ISSN 1214-7664. Dostupné z:

<http://www.dietologie.cz/vyziva/vyzivadospelych/vyziva-pri-demenci/demence-strava.html>

JEŘÁBKOVÁ, Petra. 2006. Poruchy polykání – diferenciální diagnóza. *Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta, **55 (3)**, 18 – 19. ISSN 0044 – 1996. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/poruchy-polykani-diferencialni-diagnoza-170867>

JIRÁK, Roman. 2008. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: SOLEN s. r. o., **9(4)**, 240 – 244. ISSN 1213 – 1814. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3301&magazine_id=3

KUBEŠOVÁ, Hana et al. 2003. Problém příjmu potravy a tekutin v geriatrii. *Geriatrice*. **9(1)**, 36-45. ISSN 1335-1850. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/02/06.pdf>

- KUBEŠOVÁ, Hana et al.. 2006. Výživa ve stáří. *Medicina pro praxi*. Olomouc: SOLEN s. r. o., 3(3), 118-123. ISSN 1214 – 8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/01/10.pdf>
- PAVLOV, Peter. 2007. Výživa v starobe a jej poruchy. *Via practica*. Bratislava: SOLEN s. r. o., 4(12), 556 – 558. ISSN 1336 – 4790. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2823&magazine_id=1
- REKTOROVÁ, Irena. 2002. Terapie demenci. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: SOLEN s. r. o., 3(4), 260-263. ISSN 1213 – 1814. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/neu/2002/05/08.pdf>
- RESSNER, Pavel. 2004. Alzheimerova choroba – diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: SOLEN s. r. o., 5(1), 11-16. ISSN 1213 – 1814. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1922&magazine_id=3
- RUSINA, Robert et al.. 2010. Léčba pokročilé demence – paliativní přístup. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: SOLEN s. r. o., 11(1), 16 – 19. ISSN 1213 – 1814. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4305&magazine_id=3
- SERBINOVÁ, Iveta. 2002. Depresivní pseudodemence u geriatrické pacientky – kauzistika. *Psychiatria pre prax*. Bratislava: SOLEN s. r. o., 3(5), 236–37. ISSN 1335 – 9584. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1187&magazine_id=2
- SUH, Mee Kyung et al.. 2009. Dysphagia in Patients With Dementia. *Alzheimer Versus Vascular*. Lippincott: Williams & Wilkins, 23(2), 178 – 184. ISSN 0893 – 0341. Dostupné z: http://journals.lww.com/alzheimerjournal/Abstract/2009/04000/Dysphagia_in_Patients_With_Dementia__Alzheimer.13.aspx
- TEDLA, Miroslav et al.. 2007. Diagnostika a liečba pacienta s poruchou prehltnania. *Via practica*. Bratislava: SOLEN s. r. o.,

4(2), 70 – 72. ISSN 1336 – 4790. Dostupné z:
http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2299&magazine_id=1

TEDLOVÁ, Eva, MUSCKA, Imrich. 2008. Neinfekčné zápalý plúc. *Via practica*. Bratislava: SOLEN s. r. o., 5(2), 68-71. ISSN 1336 4790. Dostupné z:

http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2955&magazine_id=1

TĚŠÍNSKÝ, Pavel. 2004. Poruchy výživy u Alzheimerovy nemoci a možnosti jejich ovlivnění. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: SOLEN s. r. o., 5(5), 278 – 280. ISSN 1213-1814. Dostupné z:
http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1958&magazine_id=3

TĚŠÍNSKÝ, Pavel. 2003. Poruchy výživy u Alzheimerovy demence a možnosti jejich ovlivnění. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: SOLEN s. r. o., 4(6), 248 – 253. ISSN. Dostupné z:
http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2029&magazine_id=2

TOPINKOVÁ, Eva. 2005. Poruchy gastrointestinální motility u starších nemocných a možnosti jejich farmakologického ovlivnění. *Česká geriatrická revue*. Brno: Ambit Media, a. s., 3(3), 11 – 18. ISSN 1214 – 0732. Dostupné z:

http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_05_03_03.pdf

TOPINKOVÁ, Eva. 2001. Zlepšení diagnózy demence v primární péči – role mezioborové spolupráce. *Psychiatria pre prax*. Bratislava: SOLEN s. r. o., 2(2). ISSN 1335 – 9584. Dostupné z:
http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2226&magazine_id=3

VELLAS, B. et al.. 2006. Společné usnesení o demenci Alzheimerova typu v pokročilém stadiu. *Česká geriatrická revue*. Brno: Ambit Media, a. s., 4(1), 35 – 47. ISSN 1214 – 0732. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_06_01_07.pdf

VOLICER, Ladislav. 2003. Paliativní přístupy k pacientům s demencí. *Česká geriatrická revue*. Brno: Ambit Media, a. s.,

1(2), 16 - 19. ISSN 1314 – 0732. Dostupné z:

http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_03_02_04.pdf

VRZALOVÁ, Drahomíra. 2009. Poruchy výživy – příčiny, diagnostika a terapeutické možnosti v terénní praxi. *Medicina pro praxi*. Olomouc: SOLEN s. r. o., 6(4), 195 – 196. ISSN 1214 – 8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/04/05.pdf>

ZATLOUKALOVÁ, Irena. 2011. Řešení poruchy polykání u nemocných s CMP. *Sestra*.: Praha: Mladá fronta a.s., 21(1), 54 – 56. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/reseni-poruchy-polykani-u-nemocnych-s-cmp-457285>

ZKRATKY

č.	číslo
s.	strana
tzv.	takzvaně
ml	mililitr
kg	kilogram
kol.	kolektiv
roč.	ročník
např.	například
NG	nozogastrická sonda
PEG	perkutánní endoskopická gastrotomie
BMI	body mass index
RTG	rentgen
USA	Spojené státy americké

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Častější příčiny poruch polykání ve vyšším věku.....	40
Příloha 2 - Srovnání výhod a nevýhod NGS a PEG.....	41
Příloha 3 - Penetračně – aspirační Rosenbeckova škála.....	42

Příloha 1 - Častější příčiny poruch polykání ve vyšším věku

Častější příčiny poruch polykání ve vyšším věku
cévní mozkové příhody
Parkinsonova choroba
sclerosis multiplex
Alzheimerova choroba
svalové dystrofie, myastenie
abnormality horního jícnového sfinkteru
anatomické odchylky - nádory, divertikly, vertebrogenní změny

KUBEŠOVÁ, Hana et al. 2003. Problém příjmu potravy a tekutin v geriatrii. *Geriatric*. 9(1), 36-45. ISSN 1335-1850. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/02/06.pdf>

Příloha 2 - Srovnání výhod a nevýhod NGS a PEG

	Výhody	Nevýhody
Nasogastrická sonda	běžně dostupná levná	často se vytáhne nelze dislokaci kontrolovat zrakem nepohodlná může vést i k aspiraci dráždí nosní sliznici, vznik ulcerací narušuje počínající spontánní polykání
PEG	zřídka se dislokuje esteticky přijatelná možnost dlouhodobého zavedení	omezená dostupnost relativně drahá možnost aspirace při útlumu infekce rány krvácení peritonitis

EHLER, Edvard. 2001. Dysfagie u nemocných s cévní mozkovou příhodou – přínos perkutální endoskopické gastrostomie (PEG). *Neurologie pro praxi*. Olomouc: SOLEN, s. r. o., 2(2), 85-87. ISSN 1213 – 1814. Dostupné z:
http://solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2230&magazine_id=3

Příloha 3 - Penetračně – aspirační Rosenbeckova škála

8bodova Penetračno-aspiračna škála podľa Rosenbecka	
	bez nalezu
1	kontrastna latka neprenika do dychacich ciest
Penetracia	
2	kontrastna latka prenikne do dychacich ciest nad urovňou glotis, ale kašľom sa z dychacich ciest odstrani
3	kontrastna latka prenikne do dychacich ciest nad uroveň glotis, ale nie je kašľom z nich odstranena
4	kontrastna latka prenikne do dychacich ciest, dotyka sa glotis, ale kašľom je z dychacich ciest odstranena
5	kontrastna latka prenikne do dychacich ciest, dotyka sa glotis, ale nie je kašľom z dychacich ciest odstranena
Aspiracia	
6	kontrastna latka prenikne do dychacich ciest pod uroveň glotis a je kašľom z trachey odstranena
7	kontrastna latka prenikne do dychacich ciest pod uroveň glotis a nie je kašľom aj napriek namahe z trachey odstranena
8	kontrastna latka prenikne do dychacich ciest pod uroveň glotis bez kašľu

BUNOVÁ, Barbora, BARTKO, Daniel. 2006. Deglutinačné poruchy v starobe. Algoritmus diagnostiky a rehabilitácie, *Geriatra*. Bratislava: Slovenská gerontologická a geriatrická spoločnosť, 12(1), 30-35. ISSN 1335-1850. Dostupné z:
<http://.geriatria.sk/files/geriatria/geriatria2006-1.pdf>