

Sabina Hotzenköcherle

Funktionelle Dysphagie-Therapie

Ein Übungsprogramm



Sabina Hotzenköcherle arbeitete nach dem Diplom für Logopädie 1996 an der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich kurz im Kinderbereich. An der Ohren-, Nasen- und Halsklinik des Universitätsspitals Zürich lernte sie die logopädische Arbeit mit Erwachsenen kennen und schätzen und bildete sich berufsbegleitend bis 2001 zur diplomierten klinischen Logopädin weiter. In kontinuierlicher Weiterbildung (Schweiz, Österreich, Deutschland und USA) konzentrierte sie sich schwerpunktmäßig auf den Hals-Nasen-Ohren-Bereich.

Seit 2002 arbeitet sie selbstständig innerhalb einer HNO-Praxis in Zürich. Im Herbst 2011 hat sie den berufsbegleitenden Masterstudiengang „Logopädie“ an der Donauuniversität Krems abgeschlossen. Ihr umfangreiches Wissen gibt sie in Vorträgen, Schulungen, Publikationen oder in der Ausbildung an verschiedenen Schweizer Fachhochschulen weiter.

Sabina Hotzenköcherle

Funktionelle Dysphagie-Therapie

Ein Übungsprogramm



**Schulz-
Kirchner
Verlag**

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.skvshop.de

8., vollständig überarbeitete Auflage 2024

7., unveränderte Auflage 2021

6., überarbeitete Auflage 2019

5., geringfügig überarbeitete Auflage 2016

4. Auflage 2013

3., überarbeitete Auflage 2010

2. Auflage 2007

1. Auflage 2003

ISBN 978-3-8248-1327-8

e-ISBN 978-3-8248-9875-6

(Die Auflagen 1 bis 7 sind unter der ISBN 978-3-8248-0429-0 und e-ISBN 978-3-8248-0776-5 erschienen)

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2024

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner

Lektorat: Doris Zimmermann

Umschlagfotos: © VITA Marketing (Hintergrund), © BillionPhotos.com (Besteck), © Harald Biebel (Wasserglas) – alle Adobe Stock

Druck: TZ-Verlag-Print GmbH, Bruchwiesenweg 19, 64380 Roßdorf

Printed in EU

Die Informationen in diesem Buch sind von der Verfasserin und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasserin bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Inhaltsverzeichnis

Vorworte	6
1 Einleitung	8
2 Dysphagie nach chirurgischer und (chemo)radiologischer Tumorbehandlung	9
3 Diagnostik	10
3.1 Allgemeines zur Diagnostik	10
3.2 Logopädische Diagnostik (Klinische Schluckuntersuchung)	12
3.3 FEES (funktionelle endoskopische Evaluation des Schluckaktes)	18
3.4 Videofluoroskopie	18
4 Rehabilitation	22
4.1 Schluckstörungen nach chirurgischer Tumorbehandlung	24
4.2 Schluckstörungen nach radiologischer Tumorbehandlung	27
4.3 Schluckstörungen nach chirurgischer und radiotherapeutischer Behandlung von Tumoren.	28
4.4 Schluckstörungen nach Chemoradiotherapie	29
4.5 Prätherapeutische Beratung	29
4.6 Therapeutische Verfahren.	30
4.7 Behandlungsplan nach Chirurgie	32
4.8 Behandlungsplan bei Radiotherapie.	33
4.9 Prognostische Faktoren	34
5 Therapie	35
5.1 Wegweiser zur richtigen Übung	35
Kopiervorlagen und Hinweise für die Therapeutin / Übungen	40
Anatomie und Physiologie des Schluckens	40
Lippen, Kiefer, Velum	46
Zunge	62
Pharynx, Larynx	102
Schluckmanöver, Stimulation	120
Haltungsmodifikation	134
Diätkonsistenz.	144
Platzieren der Nahrung, Trinkhilfe.	156
Diätstufen nach IDDSI	164
Tipps bei Verschlucken	166
Tipps zur optimalen Mundpflege	168
Tipps bei Speichelproblemen	170
Protokollierungen	180
Literatur	192
Glossar	195

Vorwort

Bei der chirurgischen und radiotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Karzinomen der Mundhöhle, des Pharynx und Larynx spielt die Schluckrehabilitation neben der Sicherung der Atemwege und Erhaltung der Stimm- und Sprechfunktion eine zentrale Rolle. Durch den Einsatz modernster Operationstechniken und mikrovaskulärer Rekonstruktionsverfahren wird alles daran gesetzt, die Schluckfähigkeit des Patienten zu erhalten. Da sich nach ausgedehnten Operationen oder Bestrahlungen die physiologischen Schluckvorgänge verändern, müssen zur anschließenden Rehabilitation spezielle Übungsbehandlungen durchgeführt werden.

Frau Hotzenköcherle ist es gelungen, in ihrer Arbeit die verschiedensten Abklärungen und logopädischen Rehabilitationstechniken für diese Patienten übersichtlich, prägnant und mit instruktiven Schemen zusammenzustellen. Die Arbeit entstand aufgrund langjähriger praktisch-klinischer Erfahrung an der Klinik für Ohren-Nasen-Hals- und Gesichtschirurgie am Universitätsspital Zürich. Dadurch wurde eine praktische Anleitung für Logopäden und Logopädinnen geschaffen, die sich mit Patienten mit Schluckstörungen beschäftigen.

Prof. Dr. med. S. Schmid
Klinik Bethanien, Zürich

Vorwort der Autorin

Die Anzahl von wissenschaftlichen Artikeln zum Thema Dysphagie ist unüberschaubar groß! Doch bei meiner Arbeit mit Patienten mit tumorbedingten Schluckstörungen habe ich realisiert, wie wenig praktische Anleitungen für den Therapiealltag zur Verfügung stehen. Meist ist ein Arbeitstag in einer Klinik recht hektisch, wenn die Therapeutin endlich mal Zeit hätte, einige Übungen niederzuschreiben, wird ein Patient angemeldet, der unbedingt vor seinem Austritt in drei Stunden noch Beratung bräuchte ...

Aus dem Bedürfnis nach einsatzfertigen Anweisungen für die Patienten ist das praxisorientierte Buch „Funktionelle Dysphagie-Therapie“ entstanden. Es soll Therapeut:innen einerseits als Entscheidungshilfe dienen, in welchem Fall welche therapeutische Intervention sinnvoll ist, und bietet andererseits praktische Kopiervorlagen an, die an den Patienten abgegeben werden können.

Das vorliegende Buch ist nach meinem post-graduate Studium aus meiner Diplom-Arbeit an der Schule für Klinische Logopädie des Universitätsspitals Zürich entstanden. Ich möchte allen Personen sehr herzlich danken, die zur Entstehung dieses Buches beigetragen haben:

Dazu gehören in erster Linie die Patienten, die mich sehr vieles gelehrt haben und die mir die Möglichkeit gaben, die Kopiervorlagen zu überarbeiten und zu verbessern.

Nicht zu vergessen sind natürlich alle meine Kolleginnen und Kollegen am Universitätsspital Zürich, die im Dysphagie-Team eine angeregte und interdisziplinäre Diskussion über diverse Probleme während der Rehabilitation von Dysphagie-Patienten ermöglichten.

Besonderer Dank gilt meinem Lebenspartner, der mich großartig unterstützte und bis zur Fertigstellung dieses Buches immer wieder motivierte!

Sabina Hotzenköcherle
HNO medic, Zürich

1 Einleitung

Bei Menschen mit Schluckstörungen ist nicht nur die adäquate Ernährung nicht mehr gesichert und die Atemfunktion bedroht, sondern auch das Lusterlebnis des Essens und Trinkens geht verloren. Denn Essen bedeutet mehr als nur Nahrungszufuhr für den Körper! Das Verspeisen von „Zürcher Geschnetzeltem“ ist ein Genuss für die Sinne und das gemeinsame Am-Tisch-Sitzen Anlass zu Gesprächen. Gemeinsame Mahlzeiten als soziale Interaktionen sind für Dysphagie-Patienten oftmals nicht mehr möglich!

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der Rehabilitation von Schluckpatienten auseinander. Vorausgesetzt werden Kenntnisse über die normale Physiologie des Schluckvorganges und über die Pathophysiologie bei Dysphagie-Patienten. Der Blickwinkel bezüglich Diagnostik und Therapie beschränkt sich dabei auf Patienten mit einem Karzinom

- der Mundhöhle (Lippen, Vorderzunge, Wangeninnenseite, Mundboden),
- des Pharynx (Nasopharynx, Oropharynx mit Zungengrund, Tonsillen, Velum, Hypopharynx),
- des Larynx (Kehlkopf mit Epiglottis, Taschenfalten und Stimmlippen).

Sowohl der theoretische als auch der praktische Teil konzentrieren sich auf Schluckstörungen, die nach chirurgischer Tumorentfernung und/oder Bestrahlung des Karzinoms entstanden sind. Die meisten Kopiervorlagen lassen sich jedoch auch bei Patienten mit Schluckstörungen anderer Ursache anwenden!

Nach Überlegungen zu Diagnostik und zu Rehabilitation aus logopädischer Sicht folgt eine Zusammenstellung mit Übungsanleitungen, Handlungsänderungen, Schluckmanövern, diätetischen Maßnahmen und weiteren Tipps. Damit soll der Patient zu einer effektvollen und sicheren Nahrungsaufnahme und somit zu einem Stück Lebensqualität zurückfinden.

Die Therapeutin* kann in dieser Zusammenstellung von Übungen einfach, rasch und sicher die richtigen Anweisungen für Störungen der oralen Vorbereitungsphase, der oralen Phase und der pharyngealen Phase finden. Sie findet dort Anweisungen, die bei Bedarf für die Patienten kopiert werden können, unmittelbar neben den Anmerkungen, Varianten und zusätzlichen Informationen für die Therapeutin.

Die Kopiervorlagen für den Patienten sind möglichst einfach gehalten. Sie sollen dazu dienen, die Anleitung der Therapeutin festzuhalten oder zu illustrieren, um anschließend eigenständiges Üben zu ermöglichen. Die Erfahrung zeigte, dass eine große Schrift für ältere Patienten enorm wichtig ist. Die Informationen für die Therapeutin sind in möglichst übersichtlicher Form präsentiert, ohne jedoch Hintergründe und Zusammenhänge, die für eine zielgerichtete Therapie wichtig sind, außer Acht zu lassen.

Um nicht nur Logopädinnen anzusprechen, weil in verschiedenen Kliniken auch Ergotherapeutinnen oder Physiotherapeutinnen mit Zusatzausbildung für die Dysphagie-Therapie zuständig sind, wird im folgenden Text der Begriff „Dysphagie-Therapeutin“ oder „Therapeutin“ verwendet.

* Im Folgenden wird zugunsten einer einfacheren Lesbarkeit für Patientinnen und Patienten oder Ärztinnen und Ärzte jeweils die männliche Form und für Logopädinnen und Logopäden, Therapeutinnen und Therapeuten oder Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater die weibliche Form verwendet. Vertreter des anderen Geschlechtes sind selbstverständlich mitgemeint.

2 Dysphagie nach chirurgischer und (chemo)radiologischer Tumorbehandlung

Unter dem Begriff Dysphagie wird eine Beeinträchtigung einer adäquaten Nahrungszufuhr verstanden.

Einerseits kann das Kauen, das Herstellen eines schluckfertigen Bolus oder der Transport des Bolus rückwärts - abwärts beeinträchtigt oder in gravierenden Fällen sogar unmöglich sein. Als Komplikationen können sich dabei **Mangelernährung** und/oder **Dehydratation** ergeben.

Andererseits kann eine mangelhafte Schluckfähigkeit die **Atemfunktion bedrohen** und durch Aspiration von Speichel, Getränken oder Speisen zu einer **Pneumonie** führen.

Die durch Bestrahlung oder chirurgische Entfernung eines Tumors bedingten organischen Schluckstörungen sind nach den neurologischen Erkrankungen die am häufigsten auftretenden Dysphagien.

Dabei ist der Schweregrad einer Schluckstörung abhängig von:

- der Größe des entfernten Tumors
- der Lage des entfernten Tumors
- der Art des Defektverschlusses oder der Defektdeckung
- der Art eventueller Bestrahlungsfolgen

D. h. die strukturellen Veränderungen führen zu pathophysiologischen Auswirkungen, welche wiederum zu verschiedenen Symptomen einer Dysphagie führen.¹

Strukturelle Veränderung	Pathophysiologische Auswirkungen	Symptomatik
Gewebsvermehrung (z. B. Entzündung, Ödem)	- Passagebehinderung - mangelhafter Druckaufbau	- gestörte Boluszerkleinerung - gestörte Bolusformung
Gewebedefekte und Gewebeveränderungen (z. B. fehlendes Gewebe, Narben, Atrophie der Muskulatur, Zahnverlust)	- Passagebehinderung - mangelhafter Druckaufbau - gestörte Wahrnehmung und Auslösbarkeit der pharyngealen Phase	- gestörter Bolustransport - Retentionen - Coating - nasale Penetration - laryngeale Penetration - laryngeale Aspiration
Beeinträchtigung von peripheren Hirnnerven	- beeinträchtigte Beweglichkeit - beeinträchtigte Kraft - beeinträchtigte Koordination	- Schmerzen - Misempfindungen - veränderte Geschmacks- wahrnehmung
Veränderungen der Schleimhaut	- Trockenheit - Beläge - Atrophie	- erschwelter Bolustransport - veränderte Geschmacks- wahrnehmung - Schmerzen

¹ modifizierte Tabelle nach Bartolome & Schröter Morasch, Schluckstörungen Diagnostik und Rehabilitation, Seite 88

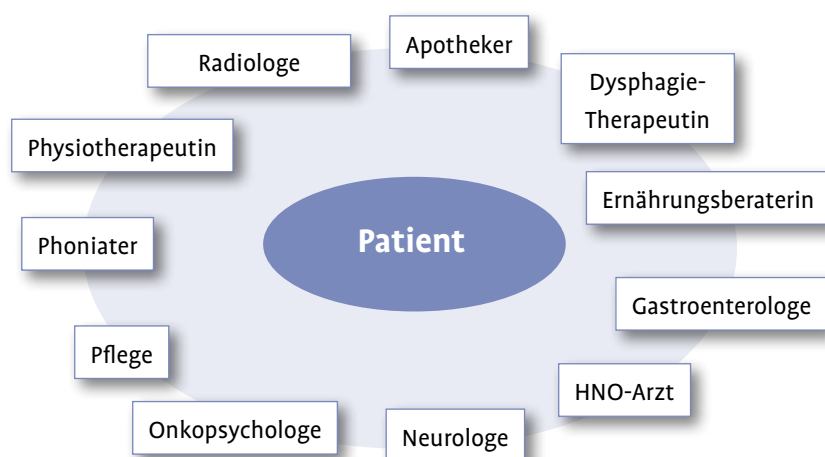
3 Diagnostik

3.1 Allgemeines zur Diagnostik

Um die therapeutische Intervention bei Dysphagie-Patienten Erfolg versprechend planen zu können, ist eine umfassende Diagnostik unabdingbar: Denn nur nach einer genauen Abklärung der einzelnen Schluckphasen können auf den jeweiligen Patienten individuell abgestimmte Rehabilitationsmaßnahmen zusammengestellt werden.

Außerdem muss die Gefährdung durch eventuelle Aspiration genau eingeschätzt werden können, um beispielsweise den Übergang von parenteraler oder enteraler Ernährung zu oraler Nahrungsaufnahme einleiten zu können.

In den meisten Kliniken hat sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit eines Dysphagie-Teams bestens bewährt:



Einerseits erfordert die Planung rehabilitativer Maßnahmen Informationen aus allen oben genannten Bereichen, andererseits sind gewisse diagnostische Verfahren nur im Team durchführbar.

Beiträge der verschiedenen Team-Mitglieder:

- Apotheker:** Anpassung der Medikamente an die jeweilige Schluckfähigkeit (z. B. Sirup, Brausetabletten, Wirkstoffpflaster, Injektion etc. anstelle von Tabletten)
- Dysphagie-Therapeutin:** Bedside-Diagnostik: Schluckfähigkeit und evtl. Sprachbefund, Mitarbeit bei der Aufnahme und Beurteilung der Videofluoroskopie oder einer FEES, Planung orale Diät, Schlucktherapie, evtl. Sprach- u. Stimmtherapie
- Ernährungsberaterin:** Ernährungsstatus des Patienten, Planung der parenteralen, enteralen oder oralen Diät
- Gastroenterologe:** Einlagemöglichkeit einer PEG-Sonde zur enteralen Ernährung, Manometrie (Druckmessungen im Pharynx und Ösophagus)
- HNO-Arzt:** intraoperativer Verlauf, Wundheilung und eventuell weitere geplante Eingriffe, Beurteilung der Videofluoroskopie oder der FEES (funktionelle endoskopische Evaluation des Schluckaktes)
- Neurologe:** neurologischer Zustand des Patienten (v. a. Hirnnervenstatus)

- Onkopsychologe:** Hilfe bei Krankheitsverarbeitung oder etwaiger Rauchtätigkeit, da eine Aufgabe des Rauchens oder Alkoholabusus auch zu spätem Zeitpunkt förderlich für die Heilung nach Tumorbehandlung ist
- Pflege:** Kontakte zur Familie des Patienten, parenterale, enterale oder orale Ernährung, Beobachtung des Patienten
- Phoniater:** Funktion des Kehlkopfes, Erstellen und Beurteilen einer FEES oder Videofluoroskopie
- Physiotherapeutin:** Bewegungsstatus des Patienten, Planung und Durchführung von Bewegungsübungen und Lymphdrainage
- Radiologe:** Videofluoroskopie erstellen und beurteilen

Die Informationen der verschiedenen Fachleute werden integriert und das vorliegende Bild gemeinsam diskutiert. Bei der Planung der individuell festzulegenden Therapieschritte wird versucht, den Anliegen aller Team-Mitglieder gerecht zu werden. Neuere Forschungsarbeiten haben deutlich aufgezeigt, dass dabei die Wünsche des Patienten eine zentrale Rolle spielen müssen!

Diagnostische Verfahren

Bei Dysphagie-Patienten nach Tumorthherapie kommen dieselben diagnostischen Verfahren zur Anwendung wie bei neurologischen Patienten:

Diagnostisches Verfahren	Ziel der Untersuchung	Durchführende Person
Neurologische Abklärung der Hirnnerven	Beurteilung etwaiger zentraler oder peripherer Nervenläsionen	Neurologe, HNO-Arzt oder Phoniater
Klinische Schluckuntersuchung	Klinische Schluckuntersuchung zur Einschätzung der Schluckfunktion und möglicher Aspirationsgefahr	Therapeutin, Arzt
Videofluoroskopie	Beurteilung der oralen Vorbereitungsphase, der oralen, pharyngealen und ösophagealen Phase	im Team: Radiologe, HNO-Arzt oder Phoniater und Therapeutin
FEES (funktionelle endoskopische Evaluation des Schluckaktes)	Beurteilung der pharyngealen Phase	im Team: HNO-Arzt oder Phoniater und Therapeutin
Manometrie evtl. in Kombination mit Videofluoroskopie	Informationen über die Druckverhältnisse in Pharynx und Ösophagus während des Schluckens	Radiologe und/oder Gastroenterologe
(Lupen-)Laryngoskopie	Beurteilung der Kehlkopffunktionen	Phoniater, HNO-Arzt
Körperfett-Messung und Laborwerte Body-Mass-Index-Berechnung	Bestimmung des Ernährungszustandes des Patienten	Arzt, Ernährungsberaterin

Die Diagnose-Verfahren, die die Therapeutin zur Planung der Schlucktherapie anwendet, werden im Folgenden genauer beschrieben.

3.2 Logopädische Diagnostik (Klinische Schluckuntersuchung)

Der folgende Abklärungsbogen (S. 14 f) wurde zur Erfassung von Patienten an der HNO-Klinik des Universitätsspitals Zürich erstellt. Er soll der behandelnden Therapeutin einen knappen Überblick über die orale Vorbereitungsphase sowie die orale und pharyngeale Phase geben und ihr Leitpunkte zur Planung der ersten Therapieschritte ermöglichen, bevor eine FEES oder eine Videofluoroskopie durchgeführt werden kann. Der Bogen stellt keine Anleitung zur Durchführung der Evaluation dar, sondern sammelt die wichtigsten Fakten in knapper und übersichtlicher Form. Für die Durchführung der klinischen Diagnostik ist beispielsweise der „Kö.Be.S. Onkologie, Kölner Befundbogen für Schluckstörungen bei Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom des Mundes, des Rachens oder des Kehlkopfes“ von S. Hotzenköcherle geeignet.²

Die klinische Schluckuntersuchung ermöglicht eine gute Beurteilung der beiden ersten Schluckphasen, in Bezug auf die pharyngeale Phase sind jedoch nur grobe Einschätzungen möglich! Auf der ersten Seite werden medizinische und anamnestische Angaben festgehalten und übersichtshalber nach Abschluss der Eingangsuntersuchung auch die logopädische Diagnose.

Während der Anamnese-Erhebung mit dem Patienten kann zugleich die Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit eingeschätzt werden. Im Gespräch erhält die Therapeutin bereits Auskunft über die Stimmfunktion, denn eine heisere Stimme deutet auf einen eingeschränkten Stimmlippenchluss hin, was eine Aspiration begünstigen kann. Eine gurgelnde Stimme deutet auf bereits bestehende Penetration hin.

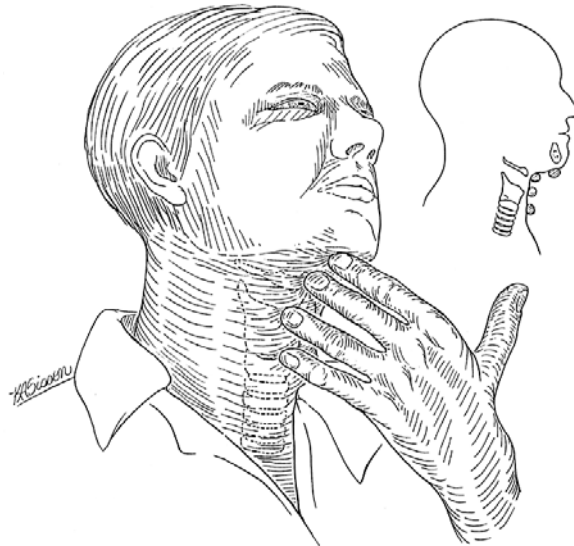
Zur klinischen Abklärung (zweite Seite des Abklärungsbogens) sind folgende Ausrüstungsgegenstände nötig: Spatel, Taschenlampe, Wattestäbchen, Denta Swab (Schwämmchen mit Stiel) und eventuell ein Glas Wasser. Damit werden die am Schluckvorgang beteiligten Organe untersucht, gegebenenfalls werden Schluckversuche mit Speichel oder Wasser unternommen und beurteilt. Falls in der Beurteilung der Organe in Ruhe und in Bewegung bereits ein großes Risiko für Aspiration eingeschätzt wird, können die folgenden Schluckversuche sicherheitshalber mit Wasserspray (Minimenge Wasser) vorgenommen werden.

Die aufgrund der Untersuchung gewonnenen Hinweise werden zur Therapieplanung verwendet. So können am Ende des Bogens die in Frage kommenden Therapieschritte angekreuzt werden. Beispielsweise zeichnet sich ab, welche kompensatorischen Maßnahmen in Frage kommen. Diese Maßnahmen können während einer folgenden videofluoroskopischen oder videoendoskopischen Untersuchung auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.

Der bei neurologischen Dysphagie-Patienten häufig angewendete Schluckkontroll-Griff³ (siehe Abbildung) lässt sich bei chirurgisch und radiologisch behandelten Tumorpatienten nur begrenzt einsetzen, da infolge von Schwellungen oder verhärtetem Gewebe eine sichere Aussage häufig nicht möglich ist.

² Hotzenköcherle, Kö.Be.S Onkologie, Kölner Befundsystem für Schluckstörungen bei Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom des Mundes, des Rachens und des Kehlkopfes

³ Logemann, Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders, Seite 166



Zudem weisen Patienten als Spätfolge einer Radiotherapie oftmals einen unbeweglichen Hyoid- und Larynx-Komplex auf, was jedoch nicht bedeutet, dass Nahrungsaufnahme nicht doch möglich ist. Verschiedene Arbeiten wie Langzeitbeobachtungen von Patienten oder auch großangelegte Querschnittstudien zeigten auf, dass mittlere oder selbst schwere Aspirationstendenz kein Grund für eine Nahrungskarenz darstellen⁴.

Auf die Überprüfung des Würgereflexes wird verzichtet, da ein fehlender Würgereflex nicht zwangsläufig eine beeinträchtigte pharyngeale Phase nach sich zieht und bei vorhandenem Würgereflex nicht auf eine normale Schlucktriggerung geschlossen werden kann.


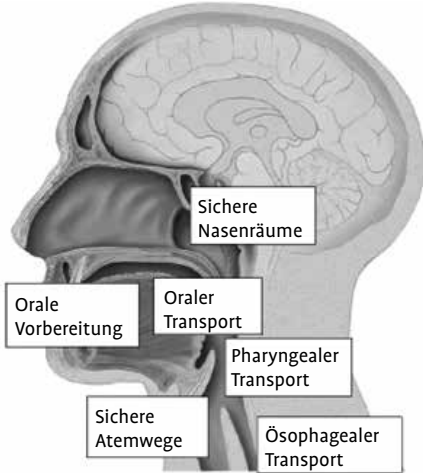
4 Bianchi & Cantarella, Chronic aspiration without pulmonary complications after partial laryngectomy: long-term follow-up of two cases

Simonelli et al., Swallowing ability and chronic aspiration after supracricoid partial laryngectomy

Di Santo et al., Long-term Swallowing Function, Pulmonary Complications, and Quality of Life after Supracricoid Laryngectomy

<h2 style="margin: 0;">Dysphagieabklärung für HNO-Patienten</h2>	Personalien des Patienten:
	Geburtsdatum:

Anmeldung zur Dysphagieabklärung durch:		Datum
Medizinische Diagnose:		
T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Zuständiger Stationsarzt:	Telefon:	
Operation durch:	Telefon:	
<input type="checkbox"/> Operation	Bemerkungen:	
<input type="checkbox"/> Radiotherapie Dauer:	Bemerkungen:	
<input type="checkbox"/> Chemotherapie	Bemerkungen:	
Logopädische Diagnose <input type="checkbox"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> Dysglossie <input type="checkbox"/> Dysphonie Bemerkungen:		Schweregrad <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> leicht

<h3 style="margin: 0;">Tumorlage und Größe</h3> 	<h3 style="margin: 0;">Einschätzung Schluckphasen</h3> 
Bild: By Patrick J. Lynch, medical illustrator (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5), via Wikimedia Commons	<input type="checkbox"/> ROT = schwer beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ORANGE = beeinträchtigt <input type="checkbox"/> GRÜN = normal

Anamnese			
<input type="checkbox"/> Patient		<input type="checkbox"/> Angehörige	
<input type="checkbox"/> andere			
Subjektive Beschreibung der Schwierigkeiten (Motorik, Sensorik, Umgang mit Speichel, Schmerzen, leicht/schwer zu schluckende Speisen, hilfreiche Tricks etc.):			
Ziel der Therapie aus Sicht des Patienten:			
Ziel der Therapie aus Sicht der Angehörigen:			
Ziel der Therapie aus Sicht von:			
<input type="checkbox"/> Zahnstatus o.B.	<input type="checkbox"/> Zahnlücken	<input type="checkbox"/> Oberkieferprothese	<input type="checkbox"/> Unterkieferprothese
Größe: 1, m	Gewicht früher:	Gewicht jetzt:	Gewichtsveränderung: kg / Wochen
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung	wann:
Verschlucken/Husten	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig
Reflux	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig
Nasale Regurgitation	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig
Ernährung vor Eintritt	<input type="checkbox"/> normale Kost	<input type="checkbox"/> pürierte Kost	<input type="checkbox"/> anderes:
Momentane Ernährung	<input type="checkbox"/> per os	<input type="checkbox"/> Nasensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> PEJ-Sonde <input type="checkbox"/> parenterale Ernährung
<input type="checkbox"/> Tracheostoma mit Kanüle		<input type="checkbox"/> gecufft <input type="checkbox"/> entcufft h/Tag	<input type="checkbox"/> ohne Cuff
<input type="checkbox"/> Tracheostoma ohne Kanüle		<input type="checkbox"/> zuwachsend	<input type="checkbox"/> offen
<input type="checkbox"/> Medikamente:			
<input type="checkbox"/> Temperatur	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> erhöht:	
Bemerkungen (Persönlichkeit, Schulbildung, Suchtverhalten, Religion, Familie, Compliance, Nahrungsmittelunverträglichkeit, ...)			

Klinische Abklärung	o.B.	beeinträchtigt
Funktion 1. Artikulationsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Laute:
Funktion 2. Artikulationsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Laute:
Funktion 3. Artikulationsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Laute:
Phonation, Stimmlippschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> heiser, gurgelnd, nass, reduzierte Phonationsdauer vonSek.
Nasale Resonanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> erhöht, vermindert
Motorik/ Beschaffenh.	Lippenschluss (VII)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bewegungsreichweite, Symmetrie, Kraft
	Zunge (XII)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bewegungsreichweite, Symmetrie, Kraft
	Velumelevation (V, VII, IX, X)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bewegungsreichweite, Symmetrie, Kraft
	Kaumuskulatur (v. a. V)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bewegungsreichweite, Symmetrie, Kraft
	Mundboden (v. a. V, XII)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bewegungsreichweite, Symmetrie, Kraft
	Larynxhebung (VII, ...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bewegungsreichweite, Symmetrie, Kraft
	Kieferöffnung (v. a. V, VII)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> weniger als 3 eigene Finger, Schmerz, eingeschränkte Öffnung von Millimetern zwischen Frontzähnen