

úmrtí souvisejících s cévní mozkovou příhodou je způsobena zdravotními komplikacemi, které jsou až ve 30 % způsobeny zápallem plic. Aspirační stravy, tekutin či sekretů a současné oslabení expektorace hraje důležitou roli v rozvoji aspirační pneumonie. Také ztráta hmotnosti, malnutrice, zvyšuje riziko oportunních infekcí, jako je pneumonie (3). Pacient s dysfagií není často schopen adekvátního příjmu stravy a tekutin. Částečné nebo úplné hladovění vede k podvýživě a dehydrataci, které mají negativní vliv na celkový stav pacienta a průběh základního onemocnění. Následky podvýživy mohou být závažné ve smyslu multiorganového selhávání, sepse, úbytku svalové tkáně, zhoršení hojení ran, únavy, apatie, celkové slabosti. Dysfagické potíže mají vliv i na psychický stav pacienta a jeho kvalitu života (1).

### Symptomy dysfagie

Mezi symptomy orofaryngeální dysfagie patří neschopnost udržení tekutiny a/nebo potravy v ústech, její vytékání či vypadávání z dutiny ústní, tzv. drooling. Potíže mohou být patrné s kousáním a rozměňováním sousta, neschopnost vytvoření kohezivního bolu a posunem sousta ke kořeni jazyka. Tyto symptomy jsou často spojeny s rezidui v dutině ústní. Manifestovat se může také nazální regurgitace při oslabení velofaryngeálního uzávěru, leak (zatékání) sousta do hypofaryngu před nebo po polknutí, nejčastěji z důvodu oslabení kořene jazyka a oslabené orální kontroly sousta. K dalším symptomům patří stagnace sousta v hypofaryngu, pocit cizího tělesa v krku, „knedlíku“ v krku, ale i bolestivé polykání (odynofagie). K symptomům, které mohou značit riziko aspirace, patří kašel (před, v průběhu i po polknutí), zahlnění, změna respiračního statusu po polknutí až dušení, změna hlasu s vlhkou či kloktavou příměsí. Na dysfagické obtíže může poukazovat také přítomný váhový úbytek, malnutrice, dehydratace, ale i zvýšená tělesná teplota bez vysvětlující příčiny či časté záněty dolních cest dýchacích (1, 11).

### Diagnostika dysfagie

Diagnostika dysfagie probíhá na několika úrovních:

- screening,
- klinické vyšetření polykání a
- objektivní/instrumentální vyšetření polykání.

Tab. 2. Dotazník EAT-10

Určete, do jaké míry jsou pro vás problematické tyto situace:		0 = tento problém vůbec nemám 4 = toto je pro mě velký problém				
1.	Kvůli potížím s polykáním ztrácím na váze.	0	1	2	3	4
2.	Zajít si někam na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko.	0	1	2	3	4
3.	Polykání tekutin je pro mě obtížné.	0	1	2	3	4
4.	Polykání tuhé stravy je pro mě obtížné.	0	1	2	3	4
5.	Polykání pilulek je pro mě obtížné.	0	1	2	3	4
6.	Polykání je pro mě bolestivé.	0	1	2	3	4
7.	Polykání mi kazí potěšení z jídla.	0	1	2	3	4
8.	Při polykání se mi jídlo zadržává v krku.	0	1	2	3	4
9.	Při jídle kašlu.	0	1	2	3	4
10.	Polykání je pro mě stresující.	0	1	2	3	4
		Celkem EAT-10:				

Screening dysfagie není diagnostikou v pravém slova smyslu, neboť na základě pozitivního screeningu není ještě stanovena diagnóza dysfagie. Jedná se však o velmi důležitou a včasnou detekci ne/přítomnosti rizika dysfagie a bezodkladnou iniciaci dalšího diagnostického postupu. V literatuře je dostupné velké množství screeningových metod, které jsou nejčastěji založeny na principech testů polykání různých konzistencí a sledování klinických příznaků (12). Mezi další metody patří sebehodnocení (self-evaluation) pomocí dotazníků nebo podrobné anamnestické dotazování. Screening je nejčastěji administrován zdravotní sestrou u hospitalizovaných pacientů a ošetřujícím lékařem či lékařem specialistou u pacientů ambulantních.

Strukturovaný anamnestický rozhovor přináší v úvodu diagnostiky velké množství informací. Anamnézu lze získat jak od pacienta, tak od osoby pečující. Zjištění anamnestických údajů by mělo být podrobnější než pouhá uzavřená otázka „Máte potíže s polykáním?“. Anamnestickým cíleným dotazováním na průběh obtíží a symptomy dysfagie lze získat údaje o vzniku a průběhu těžkostí při polykání, konzistenci polykané stravy, změnách v pitných a stravovacích návycích, době potřebné k jídlu, schopnosti žvýkání, změnách hlasu, kašli či dušení u jídla a pití, ale i komplikacích v podobě zápalu plic, váhového úbytku apod. (13).

Strukturovaný rozhovor lze doplnit, zejména u ambulantních pacientů, dotazníkovým sebehodnocením schopnosti polykání. V České republice je pro screening dysfagie dostupný a využívaný např. meziná-

rodní dotazník EAT-10 (Tab. 2) nebo dotazník DYMUS (DYsphagia in MUltiple Sclerosis) pro pacienty s roztroušenou sklerózou. EAT-10 se skládá z 10 otázek zaměřených na symptomy dysfagie, které pacient hodnotí dle subjektivně vnímané tíže na Lickertově škále 0–4 (bez potíží až těžké obtíže). Při dosaženém skóre 3 a více bodů lze uvažovat o riziku přítomnosti dysfagie a pacient by měl být odeslán k dalšímu podrobnějšímu vyšetření polykání klinickým logopedem. DYMUS je dotazník o 10 ano/ne otázkách. Při dvou a více pozitivních odpovědích je pacient považován za rizikového pro přítomnost dysfagických obtíží a měl by být opět odeslán k další diagnostice dysfagie (14, 15, 16).

U hospitalizovaných pacientů je v České republice plošně zaveden screening dysfagie u pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou formou standardu léčebného plánu. Screeningovou metodou je doporučený test polykání více konzistencí – GUSS test (GUgging Swallowing Screen). Screening probíhá po přijetí pacienta k hospitalizaci před podáním prvního sousta stravy či tekutin především jako prevence rizika vzniku aspirace a aspirační pneumonie. GUSS test ve svých doporučeních nastavuje bezpečnou konzistenci stravy a tekutiny, event. zavedení enterální sondové výživy u vysokého rizika aspirace (17). Současně je u hospitalizovaných pacientů zaveden nutriční screening.

**Klinické vyšetření polykání** je v České republice plně v kompetenci klinického logopeda. Skládá se z anamnestického dotazování, hodnocení vědomí pacienta a schopnosti