

Ernährungsempfehlungen bei Kau- und Schluckstörungen

■ Rehabilitation des Gesichtes und
des oralen Traktes / Bobath-Konzept /
Apoplexie / Paresen des oralen
Traktes

Eine Reihe von Erkrankungen und Schädigungen des Zentralnervensystems können dazu führen, daß sich bei den davon betroffenen Patienten Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme einstellen. Dazu gehört die große Gruppe von Schlaganfallpatienten. Die akribische Zusammenstellung eines individuellen Speiseplans ist unumgänglich. Um eine möglichst normale Ernährung zu gewährleisten, ist in Zusammenarbeit von Pflege, Diätetik und Logopädie im Albertinen-Haus ein spezielles Programm entstanden.

Das Gesicht – Kommunikation und Nahrungsaufnahme

Das Gesicht vermittelt bei einer neuen Begegnung den ersten Eindruck. Wir kennen die Redewendungen: Dies ist ein ausgesprochen freundliches Gesicht, ein intelligentes Gesicht, ein konzentrierter Gesichtsausdruck. Wir haben mit dem Gesicht die Möglichkeit zu kommunizieren. Das Sprechen wird von unserer Mimik begleitet.

Die Muskeln, die unser vielfältiges Mienenspiel ermöglichen, sind in Abbildung 1 dargestellt [1].

Um die Gesichtsmuskulatur zu spüren und die Problematik besser zu verstehen, bitte ich Sie, Ihre Muskeln zu bewegen:

Heben Sie Ihre Augenbrauen

Legen Sie Senkrecht falten auf Ihre Stirn

Schließen Sie die Lider

Kneifen Sie Ihre Augen zu Schlitzen
Kräuseln Sie Ihre Nase
Bringen Sie Ihre Lippen nach vorn (Küssen)
Ziehen Sie Ihre Lippen nach außen (Lächeln)
Zeigen Sie nur die oberen Frontzähne
Zeigen Sie nur die unteren Frontzähne!

Die Gesichtsmuskulatur unterstützt nicht nur unsere Kommunikation, sondern ist auch für die Nahrungsaufnahme von Bedeutung. Mit dem Essen verbindet sich neben der Deckung des Energie- und Nährstoffbedarfes das gesellschaftliche Ereignis und eine Form der Lebensfreude. All diese Bewegungen sind für uns völlig natürlich und selbstverständlich.

Für Patienten mit neurologischen und neurologisch-degenerativen Erkrankungen, wie Schlaganfall, Morbus Parkinson, Pseudobulbärparalyse und amyotrophischer Lateralsklerose sind diese Bewegungen nicht mehr so selbstverständlich.

Diese Patienten leiden häufig unter Störungen der Beweglichkeit und der Sensibilität im ganzen Gesicht. Hemiplegiepatienten lernen in der Rehabilitation wieder gehen und sich selbst versorgen, die Störungen des Gesichtes werden häufig leider übersehen und bei der Behandlung vernachlässigt [2].

In Zusammenarbeit von aktivierend-therapeutischer Pflege, Krankengymnastik, Sprachtherapie und Ernährungstherapie ist ein Konzept zur Rehabilitation des Gesichtes und des oralen Traktes entstanden. Ich möchte Ihnen den Ernährungsteil hier vorstellen.

Abbildung 2 zeigt Ihnen den Mittelschnitt durch den Kopf eines Er-

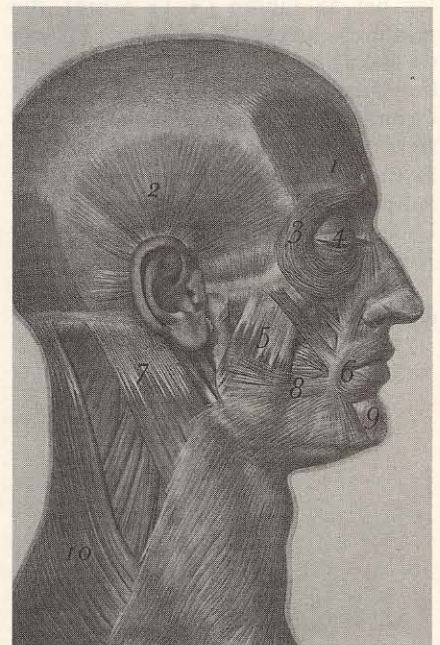
wachsenen und die Anatomie des Speiseweges.

Spüren Sie bei sich selbst einen Schluckakt, sammeln Sie Speichel im Mund! Bei leicht geöffnetem Mund bildet sich der Speichel schneller, um eine Austrocknung der Mundschleimhaut zu verhindern. Legen Sie die Finger auf Ihren Kehlkopf und schlucken Sie ganz bewußt! Sie beobachten die Bewegungsabläufe:

1. der Mund schließt sich
2. die Zunge kontrahiert und bildet eine Rinne
3. die Wangenmuskulatur kontrahiert zum Sammeln des Speichels in der Zungenmitte
4. die Zungenspitze beginnt mit einer wellenförmigen Bewegung von vorne unten nach hinten oben
5. das Gaumensegel hebt sich, dichtet damit die Mundhöhle nach oben ab
6. der Kehlkopf hebt sich, der Kehldedeckel verschließt die Luftröhre und trennt damit Atemweg und Speiseweg
7. Die Peristaltik des Oesophagus transportiert den Bolus weiter, während das Gaumensegel sich senkt, der Kehldedeckel sich hebt und der Atemweg durch die Nase ist wieder frei (Abb. 3).

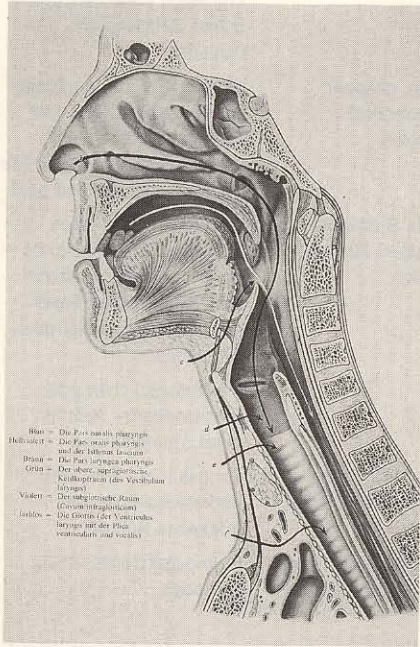
Dieser gesamte Vorgang dauerte nur 1½ Sekunde und findet 150- bis

Abb. 1: Gesichtsmuskulatur



1. Stirnmuskel, 2. Ohr- und Schläfenmuskel, 3. Augenringmuskel, 4. Lidhebermuskel, 5. Kaumuskel, 6. Mundringmuskel, 7. Kopfnickermuskel, 8. Muskel des Lächelns, 9. unterer viereckiger Lippenmuskel, 10. Trapezmuskel

Abb. 2: Anatomie des Speiseweges



200mal pro Tag statt für die 1 – 1,5 l Speichel, die wir produzieren.

Bei Patienten mit den anfangs genannten Erkrankungen können bei jedem dieser Einzelabläufe isoliert oder kombiniert Störungen auftreten.

Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme

Häufig treten bei Patienten **Paresen** auf, z. B. kann die **Zunge** nicht angehoben werden, nicht ausreichend nach vorne gestreckt werden, oder die seitlichen Bewegungen sind extrem eingeschränkt. Die Zunge liegt bewegungslos und dick im Mund oder hat einen pathologischen Vorstoß. In der Zungenmitte bildet sich keine Rinne zur Bolussammlung, und die Kontraktion zum Weitertransport der Nahrung bleibt aus. Die Zunge hat keine Säuberungsfähigkeit mehr, die Zähne und die Wangentaschen sind voller Speisereste.

Bei einer **Gaumensegelparese** werden der obere und der mittlere Rachenraum durch das Gaumensegel nur unvollständig getrennt. Sie alle kennen das „Verschlucken“ mit der Folge, daß z. B. Kohlensäurereiche Getränke aus der Nase ausgehustet werden.

Probleme bei der Nahrungsaufnahme entstehen dadurch, daß sich die Nahrung in der **Wangentasche** auf der

paretischen Seite sammelt und der Patient die Speise nicht entfernen kann. Außerdem hat der Patient häufig einen **inkompletten Mundschluß**, so daß der Speisebrei wieder aus dem Mundwinkel herausfließt.

Einem Patienten, bei dem die **Schutzreflexe** (Hust-, Würg- und Schluckreflex) nicht mehr bestehen, darf keine Nahrung eingeflößt werden! Es treten öfter bei Patienten mit spastischer Hemiparese trotz vorhandener Gaumensegelparese aufgrund von Hypersensibilität im Mundbereich Würgreflexe auf. Es kann durchaus sein, daß ein solcher Patient bereits Flüssigkeiten zu sich nehmen kann, aber auf die Einnahme von festerer Kost mit starkem Würgreiz reagiert. Aufgrund fehlender Reflexinhibition treten primitive Reflexmuster auf, der Saugreflex. Bevor mit der Therapie begonnen wird, müssen die Atemwege gesichert sein! Ist Husten auslösbar? Wie reagiert der Patient beim Absaugen? Wann wird Würgreflex ausgelöst?

Der vermehrte oder verminderte **Speichelfluß** ist Folge der neurologischen Störung des Nervus facialis, der auch die Speicheldrüsen steuert. Patienten, die unter Mundtrockenheit leiden, bekommen süß-saure Speisen und Getränke, wenn möglich saure Drops zum Lutschen.

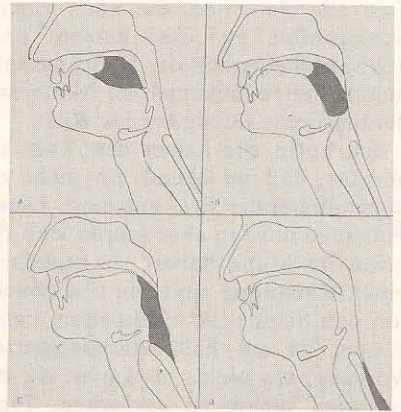
Zentrale **Geschmacksstörungen** sind selten.

Neben der verminderten oder fehlenden Muskelaktivität durch eine Fazialisparese leidet der Patient häufig unter **Sensibilitätsstörungen**, so daß er nicht spürt, wo sich die Speise im Mund befindet. Häufig findet man bei den Patienten Bißstellen in der Wangenschleimhaut.

Therapie nach dem Bobath-Konzept

Das Bobath-Konzept ist ein therapeutisches Verfahren, das zur konservativen Behandlung der kindlichen Zerebralparese entwickelt wurde. Durch systematisches Training wird die normale Muskeltonuslage wiederhergestellt. Höher integrierte Bewegungs- und Haltungsreflexe werden angebahnt, und pathologische bzw. primitive Reflexmechanismen werden gehemmt. Die Bobath-Methode wird heute auch als krankengymnastische Behandlung zur Verhinderung bzw.

Abb. 3: Schluckakt



Abschwächung spastischer Lähmungserscheinungen bei Patienten mit Apoplexie erfolgreich angewendet [3].

Jede Mahlzeit, die der Patient zu sich nimmt, ist eine Therapiestunde. Das Team, das den Patienten behandelt, befundet und korrigiert die Körperhaltung, den Tonus, die Stellung des Kopfes und das Gesicht. Als Vorbereitung werden verschiedene Übungen, wie z. B. tonusregulierende Maßnahmen, mit dem Patienten erarbeitet.

Wie komplex die Bewegungen der mimischen Muskulatur sind, haben Sie eingangs selbst erlebt. Weiterhin werden verschiedene Übungen zur Verbesserung der Funktion des Gaumens, der Zunge, der Wangen, der Lippen und des Kiefers durchgeführt.

Beim Essen achte ich darauf, daß der Patient nicht zu große bzw. ausreichend große Nahrungsbissen zu sich nimmt. Der Patient kontrolliert, ob alles im Mund Befindliche auch geschluckt wurde. Der Patient ißt allein, um den Zeitpunkt der Mundöffnung selbst zu bestimmen. Die neurophysiologische Vorbereitung ist erwießenermaßen eine andere, wenn wir selbst die Hand zum Mund führen, als wenn wir gefüttert werden. Füttern mit einem Löffel bestärkt das pathologische primitive Verhaltensmuster beim Essen.

Zur Nahrungsmittelauswahl möchte ich jetzt eine Selbsterfahrung mit Ihnen machen! Essen Sie bitte die Mandel, beobachten Sie, spüren Sie, wie sich das harte und feste Nahrungsmittel im Mund verhält und wie es sich kontrollieren läßt. Wenn Ihr Mund wieder völlig leer ist, essen Sie bitte den Keks und beobachten Sie und spüren Sie das Verhalten und die Kontrollmöglichkeit!

