



MDOSZ Tudástár

MDOSZ Tudástár célja: egy-egy kiemelt téma összetett irodalmi megközelítése és gyakorlat orientált feldolgozása.

A diszfágia témakörében javasolt áttanulmányozni az IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) által javasolt ételekre és italokra vonatkozó konzisztencia kategóriákat, illetve az ezekre ajánlott konzisztencia-tesztelési módokat (1).

Rövidítések

IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) – Nemzetközi Diszfágia Diétaegyesítési Kezdeményezés
TMD (Texture modified diet) – módosított textúrájú diéta

* az ajánlásban a speciális gyógyászati célra szánt élelmiszereket „tápszer”-ként említik.

A DISZFÁGIÁS BETEGEK DIETETIKAI ELLÁTÁSÁNAK VONATKOZÁSAI

BEVEZETÉS, HELYZETELEMZÉS

A diszfágia definíciója, okai

A diszfágia a nyelés nehezítettségét jelenti, a szó a görög „dys” (nehéz) és „phagein” (enni) szavak összekapcsolásából ered. Számos kórkép tünete lehet. A nyelés három, egymással összefüggő szakasz (szájüregi, garati és nyelőcső-i szakasz) szabályozott működése, ebből adódóan oropharyngealis és nyelőcső eredetű diszfágiát különböztetünk meg. Ezen belül pedig anatómiai (szűkület, tumor), neurológiai (stroke), motorikus, motilitási, valamint funkcionális okok húzódnak a háttérben (2).

A dietoterápia fontossága

A diszfágia dietoterápiája még mindig nem kap kellő figyelmet hazánkban, pedig például csak az akut stroke betegek körében minimum 21%-os (egyres kutatások szerint akár 80%-os) előfordulási gyakoriságról beszélünk. A nyelési zavar fontos rizikófaktor az aspirációs pneumonia tekintetében, mindemellett könnyen társulhat hozzá malnutríció, dehidráció, vázizomtömeg vesztés, amelyek az ápolási idő meghosszabbodásához vezetnek (3,4,14). A diszfágia szűrését minél előbb, és minden akut stroke betegnél el kellene végezni (5). Külföldön a nyelési zavar ágy melletti felmérését (Clinical Bedside Swallowing Assesment) egy úgynevezett „speech and language therapist” végzi. A módszer a diszfágia diagnosztizálására és súlyossági fokának megítélésére szolgál (6). Hazánkban ez jelenleg orvosi kompetencia, de az elmúlt években indított rehabilitációs szaklogopédus képzésnek köszönhetően, a későbbiekben már szaklogopédusok végezhetik a szűrést. Érdemes tudni, hogy létezik speciálisan - a nyelési zavarral élők számára - az életminőséget vizsgáló kérdőív is (SWAL-QOL, Quality of Life in Swallowing Disorders) (7).

Amennyiben az orvos nyelési zavart diagnosztizál a betegnél, úgy a dietetikus feladata, hogy a kért konzisztenciájú ételt elkészítse. A nyelési reflex ellenőrzését követően adható a betegnek módosított reológiai (darabosság, konzisztencia, viszkozitás, halmazállapot, tapadó képesség) tulajdonságú étel, illetve besűrített folyadék is (5). Számos kutatás rámutatott arra, hogy a diszfágia esetében alkalmazott módosított textúrájú diéták (TMD) alacsonyabb energia- és tápanyagtartalommal rendelkeznek, mint a normál étrend (8,9,14). Egy diszfágiás beteg diétáját éppen ezért speciális gyógyászati célra szánt élelmiszerekkel (rég nevkön tápszerekkel) kell kiegészíteni, hogy a normál tápláltsági állapotot elérjük vagy szinten tartsuk, illetve a rehabilitáció sikerességét biztosítsuk.

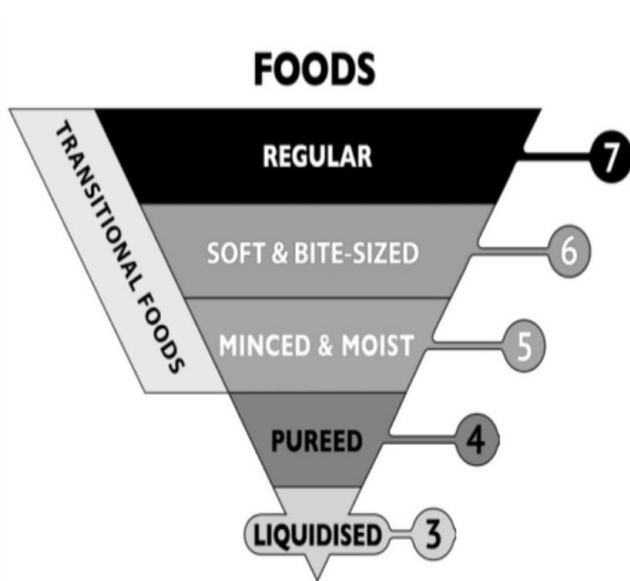
A disfágia esetén alkalmazható konzisztenciák

A disfágiások számára a száraz, kemény, nyúlós, morzsálékony ételek nehezen nyelhetők, így kerülni kell. Helyettük kocsonyás, gél, puding, püré állagú ételek és a besűrített folyadékok fogyasztása kerül előtérbe. A nyelési reflex nem megfelelő működése miatt a folyékony halmazállapotú ételek és italok nyelése ugyancsak problémát okoz.

A Brit Dietetikai Szövetség (BDA) és a Royal Collage speech and language terapeutái közösen dolgozták ki az ételek és italok reológiai tulajdonság szerinti besorolását 2002-ben. Az ételeket öt, a folyadékokat pedig három csoportba osztották ennek megfelelően. Az ajánlás a nyelés szempontjából magas rizikójú csoportba tartozó ételeket is meghatározta (10). Egy új, 2011-es ajánlás is ezen a besoroláson alapul (11).

Jelenleg kialakulóban van egy nemzetközi disfágia diétaegységesítési kezdeményezés (International Disphagia Diet Standardisation Initiative, IDDSI), amely a konzisztenciák jellemzőire térne ki globális szinten. Az IDDSI célja, hogy a klinikai biztonság és a terápiás hatékonyság növelése érdekében, az étkeztetésben és a klinikumban használatos szakszavakat, konzisztencia szerinti kategóriákat (vagyis a terminológiát) nemzetközi szinten szinkronizálja. Ez megkönnyítené a kutatásoknál alkalmazott fogalmak pontos használatát, az étkeztetést szolgáltatók és a kórházi személyzet közötti kommunikációt, valamint elkerülhetővé válnának az országok közötti, eltérő szóhasználatból eredő nehézségek és félreértések (12).

Az IDDSI konzisztencia besorolása (18):



1. ábra – IDDSI étel konzisztenciák (18)

ÉTELEK

7 - NORMÁL

Normál ételkészítési eljárással készült ételek, amelyek különböző textúrájúak lehetnek (szükség esetén főként puha, lágy). Az ételek harapást és rágást igényelnek.

6 - LÁGY ÉS FALAT MÉRETŰ

Az étkezésre szánt darabok felnőttek esetében nem lehetnek nagyobbak a 1,5x1,5cm-es méretnél (babáknál és gyermekeknél 8x8mm-es nagyságnál). Próbája, ha a villát a puha, lágy ételbe nyomva, az étel alakja megmarad, nem szerzi vissza korábbi alakját. Magasabb nedvességtartalmú ételek, amelyek nem folyósak, rágást igényelnek.

5 - DARÁLT ÉS NEDVESEBB

A felnőttek számára nagyon puha, maximum 4mm nagyságú ételdarabkákat tartalmazó ételek (babáknál és gyermekeknél ez 2mm). Az étel megőrzi alakját a kanálban, amelyet megdöntve könnyen kicsúszik belőle. Kemény, nyúlós, ragadós étel nem adható. Minimális rágóképesség szükséges.

4 - PÜRÉ

Sima, darabok nélküli ételek, amelyek nem igényelnek rágást. Kanállal ehető. Az étel megőrzi alakját a kanálban, amelyből megdöntött állapotban könnyen lecsúszik. Az étel halomként ott marad a villán, nem csöpög vagy folyik le a villa rései mentén. Kemény, nyúlós, ragadós étel nem adható ebben a kategóriában.

3 - HÍG ÉS FOLYÉKONY

Ezek az ételek kanállal ehetőek és pohárból vagy csészéből ihatók (erőkifejtés és széles szívószál szükséges, ha inni szeretnénk belőle). Villával nem fogyaszthatók, mivel a villa rései mentén lefolyik, lecsöpög.

ITALOK, FOLYADÉKOK

4 - RENDKÍVÜL SŰRŰ

Sima, alapanyagdarabok nélküli italok, amelyek nem igényelnek rágást. Kanállal fogyaszthatók. Az ital megőrzi alakját a kanálban, amelyből megdöntött állapotban viszont könnyen lecsúszik. A rendkívül sűrű folyadék, amely ott marad a villán, nem csöpög vagy folyik le a villa rései mentén. Kemény, nyúlós, ragadós étel nem adható ebben a kategóriában.

3 - MÉRSÉKELTEN SŰRŰ

Ezek az italok kanállal fogyaszthatók és pohárból vagy csészéből ihatók (erőkifejtés és széles szívószál szükséges, ha szeretnénk inni belőle). Villával nem fogyaszthatók, mivel a villa rései mentén lassan lecsöpög.

2 - ENYHÉN SŰRŰ

Kortyolható, szürcsölhető folyadékok, amelyek elfogyasztásához a hagyományos szívószál esetén erőkifejtés szükséges.

1 - ALIG SŰRŰ

Folyadékok, melyek sűrűbbek a víznél. Egy hagyományos szívószál segítségével különösebb erőkifejtés nélkül fogyaszthatók.

0 - HÍG

Az ebbe a kategóriába tartozó folyadékoknak az áramlása a vízhez hasonló. Hagyományos szívószál segítségével könnyen ihatók.

Diszfágia és malnutrició

Tekintve, hogy a diszfágia esetén alkalmazott TMD alacsonyabb energia- és tápanyagtartalommal rendelkezik, az alultápláltság gyakoribb probléma a nyelési zavar esetén. Dessuy és mtsai felmérése rámutatott, hogy a – stroke utáni rehabilitációs szakaszban lévő – diszfágiások 66,7%-ának volt rizikója a malnutricióra, 33,3%-uk pedig ténylegesen alultáplált volt (13). Más kutatások esetén is jelentős különbség mutatkozott a diszfágiás és a nem diszfágiás betegcsoport között. Volt ahol a diszfágiás csoport több mint felénél alultápláltságot diagnosztizáltak (14).

A malnutricióra jó szűrési módszere gyors, egyszerű és könnyen elvégezhető. Az Európai Klinikai Táplálás és Metabolizmus Társaság (ESPEN) javaslata szerint, a fekvőbeteg-gyógyintézetekben a felnőttek szűrésére alkalmas egyik valid módszer, az NRS 2002. Ez a módszer felméri az aktuális testtömeg-index és a testtömeg vesztes mértéke mellett a táplálékfelvétel esetleges változását is (étvágy csökkenés, csökkent tápanyagbevitel). Figyelembe veszi a betegség súlyosságát, emellett a pontrendszer a 70 év feletti életkor esetén plusz egy pontot ad (16). Ezzel a módszerrel nézve egy akut agyvérzéses állapot (ami nagy eséllyel jár együtt diszfágiával), már önmagában is egy közepes rizikót jelent a malnutricióra még abban az esetben is, ha testtömeg vesztes vagy csökkent táplálékfelvétel nem is társult (ezidáig) mellé. Idős emberek körében (például idősotthonok esetében) pedig az MNA szűrési módszere alkalmazható (17).

A malnutrició rizikó szűrése után – a kapott eredményeknek megfelelően – a beteget táplálásterápiában kell részesíteni, tehát tápszerrel/ tápszerekkel kell az étrendet kiegészíteni.



2. ábra – IDDSI folyadék konzisztenciák (18)



MDOSZ Tudástár

3. Szarkopénia szűrése	Amennyiben lehetőség van rá, fontos elvégezni BIA (bioelektromos impedancia analizátor) készülékkel. Szükség esetén az álló készülék helyett mobil BIA eszközzel. <i>Szarkopénia esetében a nemtől függő zsírmentes testtömeg (FFMI) mértéke: nőknél <math><15 \text{ kg/m}^2</math>, férfiaknál <math><17 \text{ kg/m}^2</math> (21,22).</i>
-------------------------------	--

Az ellátás lépései	Megállapítások diszfágiás betegek ellátása során
II. Energia-, tápanyag, és folyadék szükséglet felmérése	Kórházban és idősotthonokban az intézmény által biztosított ételeknek kiemelkedő szerepe van. Fontos felmérni, hogy a beteg milyen mértékben fogyasztja el az ott kapott ételt, van-e tápszeres kiegészítés, és ha igen, akkor mennyit fogyaszt el a kiszabott mennyiségből.
Ha kommunikációs nehézség nem áll fenn	<ul style="list-style-type: none">• Táplálkozási napló kiértékelése, táplálkozási anamnézis felvétele• Tápszerfogyasztás felmérése• Folyadékbevitel felmérése• Napi energia és tápanyagszükséglet kiszámítása, a szükséglet és a valós fogyasztás közötti különbség meghatározása
Kommunikációs nehézségek esetén (pl. akut stroke következtében afázia)	Azoknál a betegeknél akiknél jelentkezik valamilyen kommunikációs nehézség, ott a kérdéseket a beteg hozzátartozója és/vagy az ápoló személyzet felé kell intézni! <ul style="list-style-type: none">• Táplálkozási napló kiértékelése, táplálkozási anamnézis felvétele• Tápszerfogyasztás felmérése• Folyadékbevitel felmérése• Napi energia és tápanyagszükséglet kiszámítása, a szükséglet és a valós fogyasztás közötti különbség meghatározása
III. Táplálásterápia tervezéséhez szükséges egyéb információk begyűjtése	Fontos tényezők a személyre szabott dietetikai diagnózisok felállításához, a dietetikai intervenció és a táplálásterápia megtervezéséhez, kivitelezéséhez. Kórházi ellátás során a lázlap megtekintésével is akadnak információk, amelyek segítenek ebben (pl.: gyógyszer-interakciók kérdése).
Laborparaméterek	Az aktuális laborparaméterek vagy a legfrissebb (3 hónapon belül készült) labor áttekintése, a referencia tartományon kívüli, táplálkozással kapcsolatos biokémiai markerek kiszűrése (se-glükóz, HbA1c, TG, LDL, HDL, koleszterin, húgysav, vas, folsav, B12 vitamin, vese- és májműködést jelző paraméterek, stb.)
Társbetegségek	Kórtörténet megtekintése (amennyiben módunk van rá), a diagnosztizált betegségek megismerése annak érdekében, hogy a módosított textúrájú diétában alkalmazott nyersanyagválogatás ez(eke)t is figyelembe vegye.
Egyéb állapot jellemzők	Van-e hasmenése vagy székrekedése? Hányás, hányinger jelentkezett-e a napokban?
Diszfágia mértéke	Az orvos vagy szaklogopédus által elvégzett feladat, amelynek eredményét tudnunk kell a beteg dietoterápiájának, táplálásterápiájának felépítéséhez.
Egyéb környezeti tényezők	A nyelési zavarral küzdők egy jelentős része akut stroke-on átesett beteg (végtagbénulás, parézis jelenléte?). A diszfágia emellett főként egy idősebb korosztályra jellemző állapot. Mind a kettő esetben a fizikai aktivitás és a mobilitási képességek csökkent mértéke miatt, érdemes olyan személlyel (is) beszélnünk a beteg környezetéből, aki a bevásárlást vagy az ételkészítést végzi.

Az ellátás lépései	Megállapítások diszfágiás betegek ellátása során
IV. Dietetikai diagnózisok	PES (= Problem, Etiology, Sign /Symptoms) Probléma, ok-okozati kapcsolat, objektív paraméterek /tünetek
Elégtelen energiabevitel	Elégtelen energiabevitel (P). Oka a diszfágia esetében ajánlott TMD alkalmazása, amelyhez gyakran társul a tápszeres kiegészítés hiánya is (E). Károsodott tápláltsági állapot igazolt (súlyvesztés 5%< 3 hónap alatt vagy táplálékfelvétel 50-75%-a a normál szükségletnek a szűrést megelőző héten vagy BMI 18,5-20,5 kg/m ² ami mellé rossz általános állapot társul), a táplálkozási napló vagy a táplálkozási anamnézis alapján kijelenthető: a napi energiabevitel az ajánlottnál (jelentősen) kevesebb (S).
Elégtelen fehérjebevitel	Elégtelen fehérjebevitel (P). Oka a diszfágia esetében ajánlott TMD alkalmazása, és/vagy a tápszeres kiegészítés elégtelensége, hiánya is (E). A táplálkozási anamnézis alapján az étrendből hiányoznak az állati eredetű fehérjék, a BMI <18,5 kg/m ² , FFMI nőnél <15 kg/m ² , férfinnál <17 kg/m ² , az alultápláltság és a szarkopénia jelenléte igazolt (S)(23).
Elégtelen tápanyagbevitel	Elégtelen vitamin, ásványi anyag, antioxidáns, rost bevitel (P). Oka lehet a pépesített állag, bizonyos nyersanyagcsoportok figyelmen kívül hagyása, a csökkent változatossági mutató (E). Egyes laborparaméterek a referencia tartományon kívülre esnek, fáradékonyság tapasztalható, a táplálkozási napló vagy a táplálkozási anamnézis alapján bizonyos tápanyagok hiányos bevitelére látható (S).
Egyéb problémák	<ul style="list-style-type: none"> • Elégtelen folyadékbevitel (P), folyékony halmazállapotú ételek, italok könnyű félrenyelése (és ebből eredő félelem), folyadékok besűritésének hiánya (E), dehidráció tünetei (S). • A laborparaméterek eltolódását illetve egyes betegségek kialakulását (P) egyéb más, táplálkozással kapcsolatos nem kedvező szokás is kialakíthatja (E). Ezekre a táplálkozási napló, a táplálkozási anamnézis ad választ (S).
V. Dietetikai intervenció, táplálásterápia megtervezése és kivitelezése	A diszfágiás beteg energia- és tápanyagbevitelének felmérése után, a felállított dietetikai diagnózisokra célzott beavatkozások következnek, amelyek biztosítják a dietetikai intervenció céljainak megvalósulását.
<u>Dietetikai intervenció célja</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Megfelelő energia-, tápanyag-, és folyadékszükséglet biztosítása (életkornak, tápláltsági állapotnak, fizikai aktivitásnak és betegségeknek megfelelően) • Megfelelő konzisztenciájú ételek és folyadékok biztosítása • A normál tápláltsági állapot elérése és megtartása (BMI = 18,5-25 kg/m²) és szükség esetén a szarkopénia kezelése (megfelelő testösszetétel elérése – FFMI nőknél 15< kg/m², férfiaknál 17< kg/m²)
<u>Dietoterápia és táplálásterápia</u>	A diszfágia esetén különösen fontos az egyénre adaptált és az érintett személlyel vagy hozzátartozójával, gondozójával egyeztetett dietoterápia, amelyet a TMD csökkent energia- és tápanyagtartalma miatt, táplálásterápiával kell kiegészíteni.
Energiaszükséglet	Napi 25-30 kcal/ttkg – normál tápláltsági állapot esetén Napi 35-40 kcal/ttkg – alultápláltság esetén
Fehérjeszükséglet	1-1,5g/ ttkg – tekintettel a gyakori malnutrícióra és/vagy szarkopéniára
Zsírok	A kiegyensúlyozott táplálkozásnál alkalmazott ajánlások alapján kell a zsírbevitelt és ezáltal a zsírsavbevitelt meghatározni, igazodnia kell a beteg egyéb betegségeihez, megváltozott labor paramétereire!

<p>Szénhidrátok</p>	<p>Szénhidrátanyagcsere zavar esetén módosított szénhidrátösszetételű étrend alkalmazandó, ilyen esetben a napi étkezések számát a terápia határozza meg.</p>
<p>Rostok</p>	<p>Tekintettel a pépesítésre, pürésítésre irányuló konyhatechnológiai eljárásokra, fokozott figyelem szükséges a megfelelő rostbevitel biztosítására. Emiatt előnyösebb a magasabb rost tartalmú tápszerek választása, illetve a patikákban kapható rostkeverékekkel (vízben oldódó és nem oldódó rostokat is tartalmaznak) is kiegészíthetjük az étrendet. Napi beviteli ajánlás kb. 30g, de más betegségekhez igazodóan ez változhat (pl.: GI szűkítő tumor esetén VNOÉR szegény az étrend).</p>
<p>Vitaminok, ásványi anyagok, nyomelemek</p>	<p>Egyéni igényeknek megfelelően. Igazolt hiány esetén orvosi/dietetikusi kontroll mellett vitaminok, ásványianyagok, nyomelemek az RDI-nak megfelelő mennyiségben adhatók, kerülendők a megadózisok! Bizonyos tápanyagok esetében az esetleges hiányt, tápszeres kiegészítéssel is lehet pótolni.</p>
<p>Folyadékbevitel</p>	<p>Diszfágia esetén a folyadékbevitel mennyisége csökkenhet, hiszen a folyékony halmazállapotú ételek és italok könnyen félrenyelhetők, a betegek nagy százaléka emiatt csökkenti ennek bevitelét. Amiláz-rezisztens sűrítőporokkal könnyedén lehet a megfelelő állagúra sűríteni a folyadékokat is, így a dehidráció esélye csökken.</p>
<p>'Per os' fogyasztható, speciális, gyógyászati célra szánt élelmiszerek (tápszerek)</p>	<p>Amennyiben a páciens a szükséglet 50-75%-át képes elfogyasztani (TMD esetében jelenlétével számolni kell!) Diszfágia esetén alkalmazandó, alkalmazható tápszerek:</p> <p>1. Sűrítésre alkalmazható tápszerek</p> <p>Amiláz-rezisztens sűrítő (poralapú) tápszerek az ételek, folyadékok és más iható tápszerek biztonságos és különböző fokú sűrítéséhez. Alkalmazásakor a sűrítőpor szénhidrát tartalmát bele kell számolni a napi szénhidrátbevitelbe!</p> <p>2. Energia- és/ vagy tápanyagbevittelt biztosító tápszerek</p> <p>A TMD csökkent energia- és tápanyagtartalma miatt alkalmazásuk erősen indokolt. A tápszeres kiegészítés mértéke egyéni, mindenkor a táplálkozással bevitt energia- és fehérjebevitel függvénye!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puding állagú tápszerek Az ízesítés választható, cukorbetegség számára készült változat is elérhető. Nagy előnyük, hogy diszfágiás betegek számára puding állaguknál fogva azonnal fogyaszthatók. • Iható tápszerek A megfelelő termék kiválasztásakor a szükséges és a ténylegesen bevitt energia- és tápanyagmennyiség közti különbséget, az esetleges társbetegségeket és a beteg ízpreferenciáját ajánlott figyelembe venni. Amiláz-rezisztens sűrítő tápszerrel lehet az iható tápszereket is a kívánt sűrűségűre beállítani, ezáltal egyszerre biztosítható a megfelelő energia- és tápanyagbevitel, valamint a biztonságosan nyelhető konzisztencia is. <i>Az extra energiabevitel érje el a minimum 400 kcal-t és közelítse meg a 30 g fehérjét.</i> • Poralapú tápszerek Ide tartoznak a fehérjét vagy szénhidrátot tartozó tápanyagmodulok, valamint a minden makrotápanyagot tartalmazó por alapú tápszerek is. Tekintve, hogy a fehérjebevitelre TMD esetén fokozottan oda kell figyelni, így a fehérjét (is) tartalmú tápszerek használata - ezáltal az ételek dúsítása - indokolt. A rostbevitel növelésére alkalmazhatók (és sok esetben alkalmazandók!) a poralapú rostkeverékek.



MDOSZ Tudástár

Szondatáplálás	Súlyos disfágia esetén szondatáplálás javasolt. Amennyiben a szükséglet <50%-át képes elfogyasztani a beteg.
-----------------------	--

Az ellátás lépései	Megállapítások disfágiás betegek ellátása során
VI. Monitorozás, dokumentálás, a hatékonyság követése	<ul style="list-style-type: none">A tápláltsági állapot monitorozása gyakran, és minden kontroll esetén szükséges. A változásokat is dokumentálni kell.A táplálásterápia hatékonyságát felül kell vizsgálni, szükség esetén módosítani kell javaslatunkat (pl.: kiegészítő táplálás mértéke, más termék választása).

EGYÉB KIEGÉSZÍTÉS

A disfágiások étkezésének körülményei

Érdemes tudni (habár az esetek többségében nehezen kivitelezhető), hogy disfágia esetén nagy jelentősége van a betegágy melletti aktív segítségnyújtásnak. Azoknál a nyelési zavaros betegek, akiket a kórházi ellátás alatt egy étkezésében segítő és tápszerrel kínáló személy támogatott, szignifikánsan magasabb energiabevitel volt megfigyelhető, ellentétben a kontroll csoportnál (ahol ez a segítség nem volt ilyen célzottan elérhető). Az asszisztenciával körbevett betegek több ételt és több tápszert fogyasztottak, az energiaszükségletük 80,4%-át tudták fedezni, szemben az asszisztencia nélküliekkel, akiknél ez mérték csak 41,6% volt. Tekintve, hogy az ápoló személyzet kapacitása az ilyen jellegű plusz feladatot már nem tudja magára vállalni, egyes szakemberek a betanított önkéntesekben látják ennek a kérdésnek a megoldását (15).

'Team' munka

A disfágiás betegek megfelelő ellátásának biztosítása egy team feladata. A team-en belül koordináló, döntéshozó (pl. szondán, PEG/PEJ-en keresztüli táplálás kérdése) szerepet kap az orvos, de az ápoló személyzet (étkezés és tápszerfogyasztás figyelemmel követése), a gyógyszerészek (tápszerek intézetbe rendelése), a szaklogopédusok (közeljövőben a disfágia szűrése) és a dietetikusok együttes munkája az, ami segíti a beteget a megfelelő rehabilitáció és a jobb fizikai állapot elérésében. A team tagjainak egymással való információátadása éppen ezért egy kifejezetten fontos feladat, kötelesség.

Felhasznált irodalom

- https://iddsi.org/IDDSI/media/images/Complete_IDDSI_Framework_Final_31July2019.pdf
- Tulassay, Zs. (2011). A nyelőcső betegségei. In Zs. Tulassay (Ed.), *A belgyógyászat alapjai* (pp. 820-822). Budapest: Medicina
- Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, et al. Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148424. Published 2016 Feb 10. doi:10.1371/journal.pone.0148424
- Meng, Nai-Hsin, MD; Wang, Tyng-Guey, MD; Lien, I-Nan, MD Dysphagia in Patients with Brainstem Stroke, *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*: March-April 2000 - Volume 79 - Issue 2 - p 170-175
- Egészségügyi szakmai irányelv a stroke-betegek táplálásterápiájáról. (2017) (2021.03.03.). Retrieved from https://www.doki.net/tarsasag/stroke/docread.aspx?web_id=&r_id=3739333631
- McAllister, S., Kruger, S., Doeltgen, S., & Tyler-Boltrek, E. (2016). Implications of variability in Clinical Bedside Swallowing Assessment practices by speech languages pathologists. *Dysphagia*, 31, 650-662. doi:10.1007/s00455-016-9724-8
- McHorney, C. A., Bricker, D. E., Robbins, J., Kramer, A. E., Rosenbek, J. C., & Chignell, K. A. (2000). The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: II. item reduction and preliminary scaling. *Dysphagia*, 15, 122-133. doi:10.1007/s004550010013
- Wright, L., Cotter, D., Hickson, M., & Frost, G. (2005). Comparison of energy and protein intakes of older people consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 18(3), 213-219. doi:10.1111/j.1365-277X.2005.00605.x



MDOSZ Tudástár

- 9,** Buoite Stella, A., Gaio, M., Furlanis, G., Douglas, P., Naccarato, M., & Manganotti, P. (2019). Fluid and energy intake in stroke patients during acute hospitalization in a stroke unit. *Journal of Clinical Neuroscience*. doi:10.1016/j.jocn.2019.01.016
- 10,** National descriptors for texture modification in adults. (2021.03.04.). Retrieved from https://www.findusfoodservices.se/content/SE/Special%20Foods/Fakta%20&%20forskning/Konsistensanpassad%20mat/TMF_National_descriptors_UK.pdf
- 11,** Dysphagia diet food texture descriptors. (2021.03.04.). Retrieved from www.hospitalcaterers.org/media/1160/dysphagia-descriptors.pdf
- 12,** Cichero, J. A., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., & Stanschus, S. (2017). Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia*, 32(2), 293-314. doi:10.1007/s00455-016-9758-y
- 13,** Dessuy Vieira, D. C., Callegaro, C. C., Schmidt Pasqualoto, A., & Bento Franz, L. B. (2018). Changes in Food Consistency Improve Quality of Life Related to Swallowing in Post-stroke Patients at Risk of Dysphagia. *Journal of Food and Nutrition Research*, 6(1), 62-68. doi:10.12691/jfnr-6-1-10
- 14,** Shimizu A, Maeda K, Tanaka K, Ogawa M, Kayashita J. Texture-modified diets are associated with decreased muscle mass in older adults admitted to a rehabilitation ward. *Geriatr Gerontol Int*. 2018 May;18(5):698-704. doi: 10.1111/ggi.13233. Epub 2017 Dec 26. PMID: 29278280.
- 15,** Wright L, Cotter D, Hickson M. The effectiveness of targeted feeding assistance to improve the nutritional intake of elderly dysphagic patients in hospital. *J Hum Nutr Diet*. 2008 Dec;21(6):555-62; quiz 564-5. doi: 10.1111/j.1365-277X.2008.00915.x. PMID: 19017099.
- 16,** Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415-421.
- 17,** Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Benaïm D, Lauque S, Albaredo JL. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999 Feb;15(2):116-22. doi: 10.1016/s0899-9007(98)00171-3. PMID: 9990575.
- 18,** The IDDSI Framework <https://iddsi.org/Framework>
- 19,** Nutrition Care Process and Model Update: Toward Realizing People-Centered Care and Outcomes Management (2021.03.08.). Retrieved from https://www.ncpro.org/pub/file.cfm?item_type=xm_file&id=541304
- 20,** Body-Mass Index – BMI (2021.03.07.). Retrieved from <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- 21,** Gonzalez MC, Heymsfield SB. Bioelectrical impedance analysis for diagnosing sarcopenia and cachexia: what are we really estimating? *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2017 Apr;8(2):187-189. doi: 10.1002/jcsm.12159. Epub 2017 Jan 31. PMID: 28145079; PMCID: PMC5377383.
- 22,** Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, Laviano A, Ljungqvist O, Lobo DN, Martindale R, Waitzberg DL, Bischoff SC, Singer P. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*. 2017 Jun;36(3):623-650. doi: 10.1016/j.clnu.2017.02.013. Epub 2017 Mar 7. PMID: 28385477.

Az összefoglaló megvalósítását a  támogatja.