

Handanweisung zum Berliner Schluck-Test (BST)

Schultheiss C, Nusser-Müller-Busch R, Seidl RO: The bolus swallow test for clinical diagnosis of dysphagia – a prospective randomised study. Eur Arch Otorhinolaryngology DOI 10.1007/s00405-011-1628-5

Beschreibung/Indikation

Mit dem Berliner Schluck-Test (BST) wurde ein Screening entwickelt, das für die klinische Einschätzung des oropharyngealen Schluckvermögens eines Patienten genutzt werden kann (Schultheiss et al. 2011). Der BST kann in der Erstuntersuchung und zur Verlaufskontrolle verwendet werden.

Der BST hat 4 Abschnitte: 1. Der Speichelschlucktest SST 2. Der Bolusschlucktest BST für semisolid (passierte) Konsistenzen (Götterspeise und Apfelmus. Zwecks Standardisierung sollte immer ein und dieselbe Konsistenz, also entweder Apfelmus oder Götterspeise, genommen werden) 3. Die Bewertung SST und BST und 3.1 daraus folgende Ernährungsempfehlungen.

Zielgruppe

Das Screening ist für Patienten mit oropharyngealen Dysphagien entwickelt worden, sowohl für neurologische Patienten (z.B. nach Schlaganfall) als auch für nicht-neurologische Patienten (z.B. HNO-Tumorpatienten). Ausschlusskriterien: Patienten mit geblockter Trachealkanüle. Durchführbar bei Versorgung der entblockten TK mit Sprechventil.

Durchführung

Vorbereitung Bereitstellen der Utensilien (Götterspeise und Apfelmus, Teelöffel, Lagerungsmaterial) und Positionierung des Patienten (aufrecht sitzend am Tisch oder im Bett aufrecht gelagert).

1. Speichelschlucktest (SST)

Beurteilung des Speichelschluckens: Schlucken wird beobachtet. Die Items sind aufsteigend nach Schweregrad gelistet (0, o.B. - 7 = schlechtester Wert). Es wird nur EINES der vorgegebenen Items angekreuzt, das Item mit dem höchsten Wert.

Erfolgt *spontanes Speichelschlucken*, ist jedoch z.B. die Schluckfrequenz reduziert aufgrund einer eingeschränkten oder fluktuierenden *Vigilanz*, wird 1 Punkt vergeben.

Erfolgt kein spontanes Speichelschlucken, kann die Technik der Mundstimulation nach F.O.T.T.® (Jakobsen & Elferich 2015, siehe Anhang) angewendet werden.

Falls es zu *Schlucken nach Mundstimulation* kommt, werden 2 Punkte vergeben. Wenn es zu keiner Schluckreaktion kommt oder diese Technik nicht angewendet wird, werden die im SST folgenden Items geprüft:

Atmung: 3 Punkte erhalten Patienten mit Behinderung der Atemwege, Atemgeräuschen, erhöhter Frequenz und Patienten, die nach dem Schlucken einatmen (Gefahr der Penetration/Aspiration). Die weiteren Items, Husten mit Nachschlucken (4), gurgelnder Stimmklang nach Schlucken (5), Husten ohne Nachschlucken (6), Schlucken nicht möglich (7), werden geprüft.

Das Item mit dem höchsten Wert, die höchste Gefährdung wird angekreuzt.

- Abbruchkriterien:
 - Keine spontanen Schluckantworten im SST
 - Der Patient zeigt zweimaliges Husten oder kein Schlucken bei derselben Menge
- Irritationen der Atmung beim/nach dem Schlucken (Verdacht auf Aspiration), gurgelnder Stimmklang und kein reflektorisches Husten.

Handanweisung zum Berliner Schluck-Test (BST)

Schultheiss C, Nusser-Müller-Busch R, Seidl RO: The bolus swallow test for clinical diagnosis of dysphagia – a prospective randomised study. Eur Arch Otorhinolaryngology DOI 10.1007/s00405-011-1628-5

2. Bolusschlucktest (BST)

- In aufsteigender Reihenfolge werden je zweimal die angegebenen Mengen (1/3, ½ und 1 Teelöffel) getestet. Die Werte notiert und die Summen gebildet.
- Abbruchkriterien:
 - Der Patient zeigt zweimaliges Husten oder kein Schlucken bei derselben Menge
 - Irritationen der Atmung beim/nach dem Schlucken (Verdacht auf Aspiration), gurgelnder Stimmklang und kein reflektorisches Husten.
- Die Summe aus SST und BST wird gebildet.

3. Bewertung SST und BST

Die Summe aus SST und BST ermöglicht die Einstufung des Schweregrades des Patienten.

3.1 Dietätische Empfehlungen

Bei der Gesamtsumme 0-3 kann eine orale Kostgabe erfolgen.

Ab dem Wert 4 müssen ggf. eine weiterführende klinische Untersuchung und/oder eine instrumentelle Untersuchung erfolgen.

Empfehlung: Die abschließende Entscheidung, die u.U. von der Bewertung abweichend kann, trifft der Untersucher.

Anhang

Die Mundstimulation nach Coombes (Elferich & Jakobsen In: Nusser-Müller-Busch R Die Therapie des Facio-Oralen Trakts. Springer, 4. Auflage)

Die F.O.T.T. Mundstimulation verbessert die Eigenwahrnehmung in der Mundhöhle und löst oft als Reaktion eine motorische Antwort der Zunge u./o. des Unterkiefers bzw. ein Schlucken aus. Die Technik kann orale Bewegungen initiieren, die in der Folgezeit ausgebaut werden können. Wiederholtes Schlucken von Speichel kann den Wachheitsgrad und den Gesamttonus des Patienten verändern. Diese Technik wird u.a. eingesetzt bei Patienten, deren Vigilanz eingeschränkt ist oder die verbale Instruktionen nicht umsetzen können.

Vorbereitung: Um sich dem Mund nicht überfallsartig zu nähern, wird nach der Positionierung des Patienten zuerst seine Hand geführt, um seine andere Hand und später sein Gesicht zu berühren. Ist dies nicht möglich, führt der Untersucher/die Untersucherin das Prozedere durch. Dabei wird bimanuell gearbeitet. Eine Hand gibt Stabilität in der Nähe der zu berührenden Stelle, die 2. Hand, die mobile Hand, berührt langsam und mit gutem Druck.

Anleitung

Hilfsmittel: Wasser, Handschuhe

Die Mundhöhle wird gedanklich in vier Abschnitte (Quadranten) aufgeteilt (Abb. 1).



Abb. 1

Während der Mundstimulation wird ggf. die Haltung des Patienten unterstützt.

Handanweisung zum Berliner Schluck-Test (BST)

Schultheiss C, Nusser-Müller-Busch R, Seidl RO: The bolus swallow test for clinical diagnosis of dysphagia – a prospective randomised study. Eur Arch Otorhinolaryngology DOI 10.1007/s00405-011-1628-5

Wichtig sind der „lange Nacken“ bzw. „chin tuck“ und ein stabiler Kiefer (ggf. unter Zuhilfenahme eines stabilisierenden Kieferkontrollgriffs), damit die Zunge einen stabilen Referenzpunkt hat, von dem sie sich später für die Zungenrückwärtsbewegung beim Schlucken abstoßen kann.

Es wird auf einer Gesichtsseite begonnen und dies taktil (hier mit der linken Hand, siehe Abb. 2) angezeigt. Die rechte Hand stabilisiert den Unterkiefer mit einem Kieferkontrollgriff von vorne (Abb. 2).



Abb. 2

Der Untersucher trägt einen Fingerling oder Handschuh und führt die taktile Stimulation mit dem kleinen behandschuhten und nassen Finger aus



Abb. 3

Die Berührung muss eindeutig und mit nicht zu festem Druck erfolgen. Die Fingerbeere des kleinen Fingers wird langsam am oberen Zahnfleisch (des 1. Quadranten) entlang, von vorne nach hinten und zurück geführt und anschließend wird die Innenseite der Wange mit der Fingerbeere einmal gedehnt (um den Tonus einschätzen zu können), (Abb. 4).



Abb. 4

Behutsam wird der Finger danach aus dem Mund genommen, der Mund geschlossen und die Reaktion des Patienten abgewartet. (Kann er den Mund selbst schließen? Gibt es orale Reaktionen oder gar eine Schluckreaktion?)

Handanweisung zum Berliner Schluck-Test (BST)

Schultheiss C, Nusser-Müller-Busch R, Seidl RO: The bolus swallow test for clinical diagnosis of dysphagia – a prospective randomised study. Eur Arch Otorhinolaryngology DOI 10.1007/s00405-011-1628-5

Wichtig sind der „lange Nacken“ bzw. „chin tuck“ und ein stabiler Kiefer (ggf. unter Zuhilfenahme eines stabilisierenden Kieferkontrollgriffs), damit die Zunge einen stabilen Referenzpunkt hat, von dem sie sich für die Rückwärtsbewegung bei Schlucken abstoßen kann.

Diese Prozedur wird insgesamt dreimal im selben Quadranten ausgeführt.

Danach wird die Stimulation auf derselben Gesichtsseite im unteren Quadranten ausgeführt.

Auf der anderen Gesichtsseite wird ebenso verfahren.

In der Folge wird in der Mundhöhle gearbeitet. Dabei ist zu beachten, dass Patienten, die zu einer Beißreaktion neigen, den Untersucher, aber auch sich selbst beißen und somit verletzen können. Phasisches Beißen unterliegt nicht der Eigenkontrolle des Patienten!

- Kann eine Beißreaktion ausgeschlossen werden, werden nun mit dem Finger taktile Stimuli auf die Zunge im vorderen Zungendrittel gegeben: In drei kleinen Schritten von vorne nach hinten, von der Zungenspitze zur Zungenmitte. Anschließend wird der Mund geschlossen und die Reaktion abgewartet!
- Danach wird an der Papilla incisiva (hinter den oberen Schneidezähnen am harten Gaumen ein taktiler Reiz gesetzt) und der Mund wieder geschlossen.

Alle Reaktionen (Zungen- und/oder Kieferbewegungen, Schlucken) werden registriert. Ebenso wird darauf geachtet, ob der Patient nach dem Schlucken reflektorisch ein- oder ausatmet.

Es kann die Aufmerksamkeit erhöhen, wenn der Patient seinen eigenen Finger zur Stimulation benutzt oder dieser ggf. geführt wird.



Abb. 5

Alternativ kann die Stimulation mit Kieferkontrollgriff von der Seite erfolgen. Die therapeutin befindet sich dann hinter oder seitlich vom Patienten (Abb. 5).