

# Orofaryngeal dysfagi

**Sväljningsbesvär är ett vanligt problem** som orsakar stor morbiditet, ökad mortalitet och ofta stora sociala konsekvenser. Prevalensen av sväljningssvårigheter i befolkningen tros vara mellan 1,7 och 11,3 procent och ökar med stigande ålder och samsjuklighet [1]. Syftet med denna artikel är att ge en överblick över sväljningsproblem utgångna från mun och svalg (orofaryngeal dysfagi) och hur de kan te sig och hanteras i den kliniska vardagen.

Orofaryngeal dysfagi kan definieras som nedsatt förmåga att hantera mat och/eller dryck i mun och svalg och föra den säkert vidare till matstrupen [2]. Orofaryngeal dysfagi ökar risken för aspiration, pneumoni, malnutrition, dehydrering och social isolering. Multidisciplinärt samarbete är nyckeln till effektiv utredning och behandling [3].

## DEN NORMALA SVÄLJNINGEN

Sväljningen kan delas in i tre faser; oral, faryngeal och esofageal [4]. Proceduren är komplex och involverar cirka 25 muskler samt ett flertal kranialnerver. Muskelnerna kontraherar väl koordinerat så att mat och dryck transporteras ner till matstrupen. Vid sväljning förs larynx framåt och uppåt, epiglottis tippas bakåt och svalget kontraherar [4]. Mjuka gommen stänger av mot bakre svalgväggen och hindrar läckage till näsan. Esofagusingången är stängd genom kontraktion av krikofaryngeusmuskeln och öppnas vid sväljning. Normal sväljning är väl koordinerad med andningen och sker under utandning. Den faryngeala fasen sker i apné [4]. Säker sväljning kräver alltså att man kan hålla andan. Om mat eller vätska når larynx utan att passera stämvecken definieras det som penetration, medan det benämns aspiration vid passage förbi stämvecken [5]. Rosenbeks penetration-aspirationsskala kan användas för att gradera felsväljning [5].



Foto: Shutterstock/TT

Orofaryngeal dysfagi kan definieras som nedsatt förmåga att hantera mat och/eller dryck i mun och svalg och föra den säkert vidare till matstrupen.

**Emma Eek**, ST-läkare foniatri, specialistläkare ÖNH  
● Emma.Eek@skane.se

**Beatriz Arenaz Bua**, med dr, överläkare ÖNH och foniatri, Lunds universitet; båda Skånes universitetssjukhus

## SJUKDOMAR/TILLSTÅND SOM KAN BIDRA TILL DYSFAGI

- Cerebral vaskulär insult. Akut och genomgången med sekvele [20].
- Neurologiska sjukdomar såsom demens (olika typer), motorneuronsjukdomar [20] och infektioner i nervsystemet [15].
- Tidigare strålning eller operation i huvud-halsområdet (kan leda till förändrad anatomi, motorik, nedsatt sensibilitet och fibros; hos patienter som genomgått kombinationsbehandling, strålning och kirurgi, har cirka hälften dysfagi) [27].
- Infektion i mun och svalg, akut och/eller kronisk [15].
- Refluxsjukdom (kan bland annat ge krikofaryngeusdysfunktion [13] och dysmotorik i esofagus).
- Diabetesneuropati (bland annat genom krikofaryngeusdysfunktion) [28].
- Medicinering, till exempel antipsykotika och sedativa, samt läkemedel som orsakar xerostomi [15].
- Systemiska sjukdomar, inflammatoriska och autoimmuna (till exempel sklerodermi, reumatoid artit, Sjögrens syndrom).

## PENETRATION-ASPIRATIONSSKALA. Enligt fiberendoskopiskt undersökningsprotokoll från Skånes universitetssjukhus (Rosenbek et al, fri översättning Per Svensson 2010).

1. Ingen del av bolus hamnar i luftvägen. Penetration (bolusmaterial i vestibulum laryngis, ned till stämveckens ovansida).
2. Bolusmaterial hamnar i larynx ovanför stämvecken och rensas undan.
3. Bolusmaterial ovanför stämvecken men rensas inte undan.
4. Bolusmaterial hamnar på stämvecken och rensas undan.
5. Bolusmaterial på stämvecken men rensas inte undan. Aspiration (bolusmaterial under glottis).
6. Patienten rensar spontant undan felsvald bolus.
7. Patienten försöker hosta eller harkla men misslyckas att rensa undan felsvald bolus.
8. Patienten gör inga försök att rensa undan aspiratet.

## MEDICINENS ABC

● Medicinens ABC är en artikelserie där läkare under utbildning tillsammans med handledare beskriver vanliga sjukdomstillstånd, procedurer eller behandlingar som en nybliven specialist ska kunna handlägga självständigt.

Artiklarna ska ge praktisk handledning inom ett avgränsat område.

● Kontakta Jan Östergren (jan.ostergren@lakartidningen.se) för diskussion av valt ämne och upplägg innan skrivandet börjar.

## INITIAL BEDÖMNING

Vid den initiala bedömningen av en patient med sväljningssvårigheter är anamnesen central. Tidigare och nuvarande sjukdomar och behandlingar kan bidra till orofaryngeal dysfagi och är viktiga för bedömningen. Nedan följer förslag på vad som bör inkluderas och övervägas vid den första bedömningen.

### Anamnesen

Alarmsymtom som föranleder snabb handläggning enligt standardiserat vårdförlopp måste efterfrågas, se ruta för översikt samt RCC:s (Regionala cancercentrum i samverkan) webbplats [6,7]. Om dysfagin är nytillkommen med smärta som strålar upp mot öronen ska ÖNH-malignitet uteslutas [6]. Vid nytillkomna upphakningar eller totalstopp måste esofagusmalignitet uteslutas [7].

Hosta, harklingar och heshet i samband med måltid ger misstanke om aspiration eller penetration. Men aspiration kan även vara tyst, det vill säga pågå utan några skyddande reflexer från luftvägen, och visa sig som pneumonier.

Vissa enkla anamnestiska uppgifter kan snabbt ge en tydligare bild av sväljningsproblemens omfattning, till exempel hur lång tid det tar att äta en måltid, om patienten har behövt ändra sina matvanor och om hen har gått ner i vikt. Glöm inte att fråga om hen kan svälja sina tabletter. För mer standardiserad gradering av sväljningsbesvär och utvärdering av behandlingseffekt kan något av fyra formulär som är översatta till svenska användas [8-11].

Durationen av sväljningssvårigheterna är relevant. Plötslig debut av dysfagi för tankarna till akut central event såsom stroke [12] eller främmande kropp. Främmande kropp är ofta uppenbar för patienten, men behövs övervägas hos patienter som inte kan ge anamnes.

Vid subakuta till kroniska dysfagibesvär finns en mängd möjliga orsaker. Det är relevant att fråga efter refluxsymtom. Reflux är vanligt i befolkningen och kan bland annat orsaka dysfunktion av övre esofagussfinktern [13] och dysmotorik i esofagus. Berättar patienten att odigererad mat regurgiteras är Zenkerdivertikel alternativt svår reflux eller esofagusdysmotorik differentialdiagnoser.

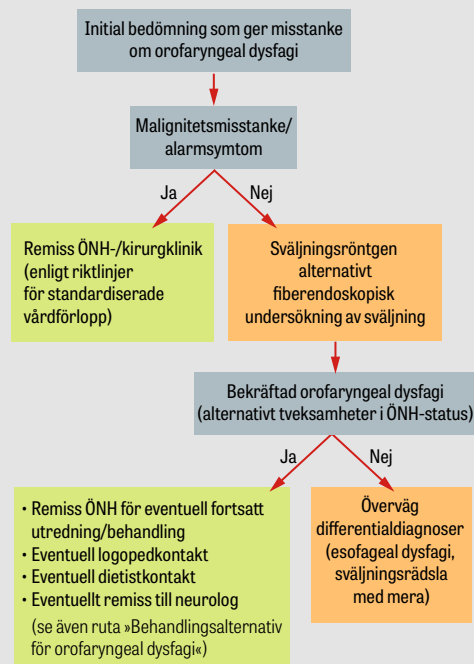
Symtom på neurologiska sjukdomar, sekvele efter stroke (cerebral vaskulär insult) eller systemiska sjukdomar bör uppmärksammas. Sväljningen påverkas av vissa mediciner, till exempel morfinpreparat eller medel som ger xerostomi (muntorrhet).

### Förslag på initial klinisk undersökning

Undersökning av mun och svalg samt larynx bör ingå, inklusive neurologisk undersökning. Inspektera om det ses något obstruerande i mun och svalg eller utåtpå halsen, till exempel tumör, kraftigt förstorad halsmandlar eller knuta på halsen. Notera om mun och svalg är symmetriska i vila och vid aktivering. Notera även om det finns matrester eller sjöar av saliv som patienten inte svält undan. Kåkledsproblematik, dåligt tandstatus eller muntorrhet kan försvåra tuggandet och den orala hanteringen av maten.

Spegling eller flexibel laryngoskopi av larynx och nedre delarna av svalget bör utföras. Även här observeras funktion, patologiska processer och eventuella salivsjöar. Flexibelt laryngoskop har många förde-

## Förslag till utredningsgång vid orofaryngeal dysfagi



► Detta är ett förslag på hur man kan gå till väga när man ska handlägga en patient med misstänkt orofaryngeal dysfagi. Den riktiga patienten är ofta mer komplicerad än ovanstående flödesschema.

Överväg att skicka remiss till ÖNH och remiss till sväljningsröntgen samtidigt om väntetiderna till röntgen är långa. Tänk på att den initiala bedömningen innefattar anamnes och ett noggrant ÖNH-status inklusive larynxstatus.

»Tidigare och nuvarande sjukdomar och behandlingar kan bidra till orofaryngeal dysfagi och är viktiga för bedömningen.«

### VAD BÖR FINNAS MED I REMISSEN TILL ÖNH-KLINIK ANGÅENDE DYSFAGI?

- Tidigare sjukdomar
- Längd och vikt (BMI)
- Aktuell medicinering
- Patientens aktuella symtom
- Alarmsymtom såsom viktnedgång, smärta eller nytillkomna upphakningar eller stopp
- Duration
- Fynd vid klinisk undersökning, eller avsaknad av fynd
- Resultat från eventuella instrumentella undersökningar eller röntgen

lar jämfört med spegling. Bland annat fås ofta bättre insyn, patienten kan svälja vid undersökningen och känseln i svalget kan testas.

Lyssna på rösten och andningen. Om det ligger slem och saliv på stämbanden hörs det ofta när patienten talar. En stämbands pares, som ger hes och läckande röst, innebär att även känseln i larynx kan vara ned-satt och därmed ökar risken för aspiration [14]. Andningsbesvär kan försvåra en säker sväljning, då säker sväljning sker i apné. Vid behov auskulteras lungorna.

## VIDARE UTREDNING

Vidare utredning planeras utifrån de symtom och fynd som framkommit i anamnesen och den initiala undersökningen. I differentialdiagnostiken kan en förenkling av verkligheten vara till hjälp: yngre patienter har oftare mekaniska/obstruktiva orsaker och äldre oftare neurologiska/muskulära [1].

**Alarmsymtom.** Om ÖNH- eller esofagusmalignitet misstänks ska riktlinjer enligt standardiserat vårdförlopp följas [6, 7]. Malignitet i ÖNH-området kan ge dysfagi genom obstruktion, nervpåverkan [15] eller smärta. Tecken på aspiration måste också ses som akuta på grund av risken för allvarliga följder.

**Undersökningsmetoder.** De två vanligaste undersökningarna vid utredning av sväljningssvårigheter, där malignitet inte misstänks, är sväljningsröntgen (videofluoroskopi) och fiberendoskopisk undersökning av sväljning (FUS) [16]. Sväljningsröntgen skildrar morfologi och funktion från munnen till gastroesofageala övergången. Patienten får vid undersökningen svälja kontrast i genomlysning, vilket gör att man kan följa kontrasten genom hela sväljningen. Fiberendoskopisk undersökning genomförs av ÖNH-läkare eller logoped. Patienten får mat och dryck samtidigt som svalget inspekteras med flexibelt laryngoskop genom näsan. Sväljningsröntgen och fiberendoskopisk undersökning anses väsentligen likvärdiga vid undersökning av orofaryngeal dysfagi, men har olika styrkor och svagheter [17].

Terapeutisk sväljningsröntgen är en vidareutveckling av sväljningsröntgen och utförs ofta av en logoped i samarbete med röntgenläkare. Patienten får mat och dryck i olika konsistenser utblandat med kontrast, vilket ger möjlighet till både diagnostik och terapeutiska interventioner [18]. Esofagogastroskopi kan bli aktuellt, till exempel vid misstanke om refluxsjukdom eller systemisk sjukdom som orsak till dysfagi. Fortsatt utredning i specialiserad vård kan bland annat innefatta bedömning av funktion i svalg och matstrupe med högupplöst manometri, ofta i kombination med 24-timmars pH-mätning/impedansmätning [19].

## DIAGNOSER

### Neurologiska sjukdomar

Många neurologiska sjukdomar ger sväljningssvårigheter någon gång i sjukdomsförloppet. Akut stroke, neurodegenerativa sjukdomar och demenssjukdomar är åkommor med hög incidens av sväljningssvårigheter och problemen är övervägande orofaryngeala [20]. Gemensamt för neurologiska sjukdomar är att de ofta orsakar muskelsvaghet i mun och svalg samt muskulär inkoordination [20].

## ALARMSYMTOM

- Dysfagi med snabb ofrivillig viktnedgång.
- Nyttillkomna sväljssvårigheter, upphakningar eller totalstopp.
- Dysfagi och smärta som strålar upp mot öronen bör föranleda remiss till ÖNH-klinik enligt standardiserat vårdförlopp.
- Upprepade pneumonier och/eller hosta och harklingar vid måltid är varningstecken som tyder på aspiration och/eller penetration.

**JÄMFÖRELSE MELLAN UNDERSÖKNINGAR.** Sväljningsröntgen och fiberendoskopisk undersökning av sväljning är de två vanligaste undersökningarna vid orofaryngeala sväljningssvårigheter. De anses väsentligen likvärdiga vid undersökning av orofaryngeal dysfagi, men har olika styrkor och svagheter.

SVÄLJNINGSRÖNTGEN (HYPOFARYNXESOFAGUSRÖNTGEN OCH VIDEOFLUOROSKOPI)

- Låg stråldos.
- Kan värdera hela sväljningen, från munhåla till esofagus.
- Kan användas som terapeutisk genom samarbete mellan logoped och radiolog.
- Inte alltid tillgänglig.
- Kräver van radiolog (och eventuellt logoped) för tolkning av undersökningen.
- Ej invasivt.

FIBERENDOSKOPISK UNDERSÖKNING AV SVÄLJNING (FUS)

- Ingen strålning.
- Esofageal fas ses inte.
- Kan upprepas vid behov.
- Bra för övning och utarbetning av sväljningstekniker och pedagogiskt verktyg då patienten kan se undersökningen.
- Ofta tillgängligt och mobilt.
- Invasivt, kan orsaka obehag.

## ETT URVAL AV NEUROLOGISKA SJUKDOMAR SOM OFTA GER UPPHOV TILL OROFARYNGEAL DYSFAGI

Prevalensen av orofaryngeal dysfagi står inom parentes efter diagnosen. I flera fall är spridningen i prevalens stor. Dels beroende på att vissa diagnoser innefattar flera sjukdomar (till exempel demens), och dels för att prevalensen skiljer sig i olika sjukdomsstadier.

- Stroke (25–81 procent, stor spridning i prevalens delvis beroende på skadans anatomiska lokalisering) [1]
- Mb Parkinson (15–87 procent) [1, 15]
- Mb Alzheimer (7–29 procent) [1, 29]
- Demens, flera typer (57–84 procent) [22]
- ALS (47–86 procent) [1, 2, 20, 22]
- MS (24–65 procent) [20]
- Myasthenia gravis (40 procent) [1, 20]
- Muskeldystrofier [20]
- Huntingtons sjukdom
- Wilsons sjukdom

Akut stroke orsakar dysfagi hos cirka hälften till två tredjedelar [12, 20-22], med stor variation beroende på skadans anatomiska lokalisering [20]. Dysfagi vid akut cerebral vaskulär insult leder både till ökad morbiditet, mortalitet och förlängd sjukhusvistelse [12]. Aspirationsrisken ökar till följd av motoriska svårigheter, men även på grund av nedsatt känsel i svalget [21]. Demens innefattar en grupp sjukdomar där sväljnings-svårigheter varierar beroende på diagnos och sjukdomsstadium. I slutstadiet av sjukdomarna kan svåra etiska ställningstaganden behöva göras, bland annat kring alternativa nutritionsvägar [2].

## Obstruktion och dysfunktion

Benign obstruktion i mun och svalg kan ha många orsaker. Det kan vara svullnad eller strikturer till följd av infektioner/inflammation, strålbehandling (pågående eller genomgången), trauma eller tidigare kirurgi i området. Även tonsillhypertrofi (akut eller kronisk) och anatomiska varianter kan hindra sväljningen.

Krikofaryngeusmuskeln är en del av övre sfinktern i matstrupen (övre esofagussfinktern). Striktur eller inkoordination av denna kan orsaka dysfagi [13]. Dysfunktionen kan ha olika genes, till exempel tidigare tumörbehandling i området, neurologiska sjukdomar, laryngofaryngeal reflux eller diabetes [13]. Krikofaryngeusdysfunktion kan ge upphov till en utbuktning av vävnad ovanför muskeln, som då kallas Zenkers divertikel.

Cervikala osteofyter kan ge sväljningsbesvär, aningen på grund av massan i sig eller av omgivande inflammation. Osteofyter ses ofta som bifynd vid sväljningsröntgen och man måste då avgöra den kliniska relevansen.

## Övrigt

Hos äldre personer är dysfagi så vanligt att orofaryngeal dysfagi klassas som ett geriatriskt syndrom [2]. Hos äldre personer som bor i hemmet rapporteras orofaryngeal dysfagi hos 11,4-33,7 procent [2, 22], och på sjukhus eller äldreboenden ses prevalens upp till 60 procent [2]. Gränsdragningen mellan patologi och normalt åldrande är svår [2] och genesen multifaktoriell.

Sväljningsrädsla, sitofobi, är en uteslutningsdiagnos hos en patient med orofaryngeal dysfagi där ingen fysisk orsak till besvären kan hittas [23]. Tillståndet är mycket ovanligt och en noggrann utredning krävs för att ställa diagnosen.

## Globus

Globus pharyngeus är känslan av en klump i halsen. En patient med globus har inte någon objektiv dysfagi (!), men förtjänar en egen rubrik då det ofta ger även doktorn en klump i halsen. I typfallet förbättras symtomen när patienten äter eller dricker, men förvärras när hen sväljer sin saliv. Globus har tidigare ansetts helt psykogent betingad, nu lutar man åt en mer multifaktoriell förklaring. Gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) [24], laryngofaryngeal reflux, dysfunktion i övre esofagussfinktern, dysmotorik i esofagus, psykologiska faktorer och stress, eventuella anatomiska avvikelser som bakåtlutad epiglottis eller tungbashypertrofi anges alla som möjliga geneser [25]. En noggrann anamnes och klinisk undersökning, inklusi-



Bild från fiberendoskopisk undersökning av sväljning. Patienten får svälja dryck och mat som ofta är färgad med karamellfärg, i detta fall grönt. Sväljningen filmas med flexibel optik genom näsan. Bilden visar en patient med sond ner i esofagus som just svält en tesked kolsyrat vatten. Man ser retention (kvarvarande grönt) i svalget, men ingen penetration eller aspiration.

»Många neurologiska sjukdomar ger sväljningssvårigheter någon gång i sjukdomsförloppet.«



Bild från sväljningsröntgen i frontalprojektion. Bilden visar en patient med pares av vänster sidas farynxkonstriktorer. Kontrasten sväljs ner på vänster sida.



Bild från sväljningsröntgen i sidoprojektion. På bilden ses osteofyter på ryggraderna som ger avtryck på matstrupen. Matstrupen är fylld med kontrast, detta är en ögonblicksbild. Osteofyterna hos denna patient ger inte dysfagi.

ve nasal fiberendoskopisk undersökning, bör utföras. Om inga patologiska fynd görs och patienten har typiska globussyntom kan man överväga att avstå vidare utredning, men man bör vara medveten om att det råder delade meningar om utredningsgången [19, 25]. Uppmana patienten att höra av sig om besvären förvärras eller förändras [25]. Om det råder osäkerhet om diagnosen eller om besvären är mycket uttalade behöver man gå vidare med ytterligare utredning.

## HUR KAN MAN HJÄLPA PATIENTEN?

Förutom behandling av grundsjukdomen är logopedbehandling ofta central. Den kan innefatta konsistensanpassning, olika sväljningstekniker samt muskelstärkande övningar [2]. Ibland genomförs en terapeutisk videoradiografisk sväljningsstudie (TVSS) eller fiberendoskopisk undersökning av sväljning. Fiberendoskopisk undersökning kan upprepas för diagnostik, behandling och behandlingsutvärdering.

---

**»För den behandlande läkaren är det av stor vikt att se över patientens mediciner och beredningsformer.«**

---

Båda metoderna är bra verktyg för ställningstagande till om oral nutrition är säker för patienten.

God munhygien är viktig, då orala patogener i kombination med dysfagi är riskfaktorer för aspirationspneumoni [26]. Det kan behövas hjälp från tandvården. Vid viktnedgång bör kontakt med dietist tas.

För den behandlande läkaren är det av stor vikt att se över patientens mediciner och beredningsformer. Järn, bisfosfonater och tetracykliner kan orsaka stor skada om de fastnar i esofagus. Vid vissa tillstånd (till exempel krikofaryngeusdysfunktion, strikturer och Zenkers divertikel) kan kirurgiska åtgärder bli aktuella, ofta endoskopiskt [13]. Dessa utförs på ÖNH- eller kirurgklinik.

Både diagnostisering och behandling av patienter med orofaryngeal dysfagi kräver ofta multidisciplinära insatser [3]. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2021;118:20140*

## MÖJLIGA ÅTGÄRDER OCH BEHANDLINGALTERNATIV VID OROFARYNGEAL DYSFAGI

- Se över läkemedelslistan (det finns läkemedel som orsakar dysfagi, läkemedel som är svåra att svälja eller farliga om de fastnar). Vid behov: ändra beredningsform på medicinering.
- Logopedkontakt.
- Dietistkontakt.
- Munhygien (för att minska risken för pneumoni vid aspiration).
- Fiberendoskopisk undersökning av sväljning och/eller terapeutisk sväljningsröntgen: konsistensanpassning, sväljningsmanövrar, råd vid matintag (exempelvis storleken på klunk/tugga, inte vara distraherad vid måltid) samt muskel-/funktionsstärkande träning.
- Diagnosspecifik kirurgisk/medicinsk behandling.

## KIRURGISKA BEHANDLINGALTERNATIV VID KRIKOFARYNGEUSDYSFUNKTION OCH ZENKERS DIVERTIKLAR

### KRIKOFARYNGEUSDYSFUNKTION

- Dilatation, med ballong eller stelt skop
- Botoxinjektion
- Endoskopisk myotomi med laser
- Öppen kirurgi

### ZENKERS DIVERTIKLAR

- Myotomi, endoskopiskt med laser eller stejpling
- Öppen kirurgi

## KONSENSUS

### De flesta är ense om att

- orofaryngeal dysfagi leder till ökad morbiditet och mortalitet samt längre sjukhusvistelser, och är därför viktigt att upptäcka och behandla
- behandlingen kräver multidisciplinära insatser och behöver individanpassas.

### Åsikterna går isär vad gäller

- etiologi och handläggning av globus pharyngeus.

## REFERENSER

- Roden DF, Altman KW. Causes of dysphagia among different age groups: a systematic review of the literature. *Otolaryngol Clin North Am.* 2013;46(6):965-87.
- Baijens LW, Clavé P, Cras P, et al. European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging.* 2016;11:1403-28.
- Cook LJ, Kahrilas PJ. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology.* 1999;116(2):455-78.
- Ekberg O. Oral and pharyngeal function and dysfunction. In: Ekberg O (editor). *Dysphagia. Diagnosis and treatment.* 2nd ed. Cham: Springer International Publishing AG; 2019. p. 65-80.
- Rosenbek JC, Robbins JA, Roecker EB, et al. A penetration-aspiration scale. *Dysphagia.* 1996;11(2):93-8.
- Regionala cancercentrum i samverkan. Standardiserat vårdförlopp huvud- och halscancer. <https://kunnscapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/huvud-och-halscancer/vardforlopp/>
- Regionala cancercentrum i samverkan. Standardiserat vårdförlopp matstrups- och magsäckscancer. <https://kunnscapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/matstrups-och-magsackscancer/vardforlopp/>
- Arenaz Búa B, Bülow M. Validation in Swedish of Sydney swallow questionnaire. *BMC Res Notes.* 2014;7:742.
- Carlsson S, Rydén A, Rudberg I, et al. Validation of the Swedish M. D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) in patients with head and neck cancer and neurologic swallowing disturbances. *Dysphagia.* 2012;27(3):361-9.
- Finizia C, Rudberg I, Bergqvist H, et al. A cross-sectional validation study of the Swedish version of SWAL-QOL. *Dysphagia.* 2012;27(3):325-35.
- Safa S. Validering av ÅT-10: en svensk version av dysfagienkäten Eating assessment Tool-10 [avhandling]. Stockholm: Karolinska institutet; 2014.
- Rofes L, Muriána D, Palomeras E, et al. Prevalence, risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: a cohort study. *Neurogastroenterol Motil.* 2018:e13338.
- Kuhn MA, Belafsky PC. Management of cricopharyngeus muscle dysfunction. *Otolaryngol Clin North Am.* 2013;46(6):1087-99.
- Ha JF. Unilateral vocal fold palsy & dysphagia: a review. *Auris Nasus Larynx.* 2020;47(3):315-34.
- Sasegbon A, Hamdy S. The anatomy and physiology of normal and abnormal swallowing in oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil.* 2017;29(11).
- Espitalier F, Fanous A, Aviv J, et al. International consensus (ICON) on assessment of oropharyngeal dysphagia. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2018;135(1S):S17-21.
- Region Skåne. Health Technology Assessment (HTA). Värdet av endoskopi och videofluoroskopi i diagnostiken av sväljningsbesvär. 12 aug 2019. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/hta/utlatanden/2019/utlatande-vardet-av-endoskopi-och-videofluoroskopi-i-diagnostiken-av-svaljningsbesvar.pdf>
- Bülow M. The therapeutic swallowing study. In: Ekberg O (editor). *Dysphagia. Diagnosis and treatment.* 2nd ed. Cham: Springer International Publishing AG; 2019. p. 565-80.
- Schmulson M. How to use Rome IV criteria in the evaluation of esophageal disorders. *Curr Opin Gastroenterol.* 2018;34(4):258-65.
- Altman KW, Richards A, Goldberg L, et al. Dysphagia in stroke, neurodegenerative disease, and advanced dementia. *Otolaryngol Clin North Am.* 2013;46(6):1137-49.
- Cohen DL, Roffe C, Beavan J, et al. Post-stroke dysphagia: a review and design considerations for future trials. *Int J Stroke.* 2016;11(4):399-411.
- Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(7):576-82.
- Baijens LWJ, Koetsenruijter K, Pilz W. Diagnosis and treatment of phagophobia: a review. *2013;28(2):260-70.*
- Boom L, Edens M, Rinia B. Reflux finding score and reflux symptom index as potential predictors for proton pump inhibitor response in globus pharyngeus patients: a prospective study. *Auris Nasus Larynx.* 2020;47(4):609-15.
- Järvenpää P, Arkkila P, Aaltonen LM. Globus pharyngeus: a review of etiology, diagnostics, and treatment. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2018;275(8):1945-53.
- Hollaar VRY, van der Putten GJ, van der Maarel-Wierink CD, et al. The effect of a daily application of a 0.05% chlorhexidine oral rinse solution on the incidence of aspiration pneumonia in nursing home residents: a multicenter study. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):128.
- García-Peris P, Parón L, Velasco C, et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life. *Clin Nutr.* 2007;26(6):710-7.
- Restivo DA, Marchese-Ragona R, Lauria G, et al. Botulinum toxin treatment for oropharyngeal dysphagia associated with diabetic neuropathy. *Diabetes Care.* 2006;29(12):2650-3.
- Hoy M, Domer A, Plowman EK, et al. Causes of dysphagia in a tertiary-care swallowing center. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2013;122(5):335-8.