

DYSFAGI OVÄNTAT VANLIGT PÅ EN ÖNH-AVDELNING

På en avdelning för öron-, näs- och halssjukvård undersöktes förekomsten av sväljningsbesvär hos 114 oselekterade patienter med hjälp av journaluppgifter, en patientenkät och en enkel klinisk sväljningsbedömning. Subjektivt påtagliga besvär förelåg hos 36 procent av patienterna. Drygt hälften av dessa hade inga uppgifter om sväljningsbesvär i sina journaler, och endast en tredjedel hade tidigare genomgått specifik dysfagiutredning. Med tanke på risken för bl a undernutrition och luftvägskomplikationer borde patienter med dysfagisyntom sannolikt ägnas större uppmärksamhet.

Sväljningsbesvär (dysfagi) är en viktig men relativt ouppmärksam komplikation till en lång rad olika sjukdomstillstånd. Diagnostik och terapi har länge varit snävt inriktade mot motorikstörningar i esofagus, men under senare år har intresset vidgats till att även omfatta den orala och faryngeala sväljningsfunktionen [1].

Att dysfagi är vanliga framgår av en enkät- och journalstudie omfattande samtliga patienter på medicin-, kirurgi-, neurologi- och neurokirurgiavdelningar vid två stora sjukhus i New York. Specifika besvär i form av dregling, felsväljning med hosta, oförmåga att svälja ned eller känd aspirationspneumoni förekom hos 12–13 procent, medan ätstörning i en vidare me-

ning återfanns hos mer än en tredjedel av samtliga patienter [2].

Vid rehabiliterings- och långvårds-kliniker kan andelen patienter med dysfagi uppgå till cirka en tredjedel respektive drygt hälften [3].

Inventering av dysfagiförekomst

Någon allmän inventering av dysfagiförekomsten inom svensk sjukvård har inte publicerats. En hög dysfagifrekvens har dock demonstrerats inom speciella patientgrupper, t ex 41 procent vid Parkinsons sjukdom, 33 procent vid multipel skleros [4] samt 28 procent hos kvinnor med reumatoid artrit [5]. Detta kan jämföras med normalbefolkningen, där dysfagiförekomsten varierar mellan 1,6 och 15 procent [6–11].

För att närmare kartlägga behovet av rehabiliteringsinsatser har vi inventerat förekomsten av dysfagibesvär på en vårdavdelning för öron-, näs- och halssjukvård (ÖNH). Denna avdelning har en varierad patientsammansättning med många olika diagnostyper och kan anses representativ för en ÖNH-vårdavdelning vid ett regionsjukhus.

METOD

I studien, som pågick från februari till mars 1995, inkluderades patienter på vårdavdelning 125, ÖNH-divisjonen, Sahlgrenska sjukhuset. Barn, icke-svensktalande utan tolk, patienter som lades in fastande, akutpatienter och nattoximtripatienter deltog av praktiska skäl inte i studien. Dagkirurgipatienter förekommer inte på denna avdelning.

Frågeformulär

Inventeringen utfördes under sammanlagt 30 ordinarie arbetsdagar (måndag–torsdag). Patienterna besvarade ett frågeformulär (med totalt 61 frågor) på förmiddagen i samband med inläggningen.

Subjektiva sväljningsbesvär ansågs föreligga vid positiva svar på någon eller flera av frågorna: »Har du svårt att svälja?», »Har du svårt att svälja fast föda?», »Har du svårt att svälja flytan-

de föda?» och »Har du/har du haft sväljningsbesvär?»

Mental och fysisk bedömning

Därefter utfördes en enkel bedömning av patienternas vakenhet, orientering, rörelseförmåga, tal/röst/språkförståelse samt sväljningsförmåga. Patienterna vägdes och mättes, och uppgifter om diagnos, mediciner, intagningsorsak och respirationsstatus noterades. Patienternas kroppsmasseindex (BMI; vikt/längd²) beräknades.

Patienterna genomgick ett enkelt sväljningstest (dricka 1 dl vatten). Härvid noterades tiden (i sekunder), läckage ur mungiporna, svårigheter att svälja undan samt gurglig röst eller hosta som tecken på felsväljning. Dessa uppgifter insamlades av en sjuksköterska (AV). Statistisk bearbetning utfördes med t-test, Mann–Whitney U-test och χ^2 (Abacus Concepts, StatView, Berkeley, 1992).

RESULTAT

I studien ingick 114 patienter, 69 män och 45 kvinnor. Sex av dessa undersöktes vid två olika inläggningstillfällen. Genomsnittlig ålder var 56 år, total spridning 17–86.

Andelen undersökta patienter i relation till den totala beläggningen under perioden var 114/451 (25,3 procent). Andelen patienter i studien/dag var 50,0 procent (totala antalet inlagda dividerat med antalet dagar). Vårdtiden var i genomsnitt 5 ± 5 dagar, total spridning 1–38.

Många olika diagnoser

Ett brett spektrum av diagnoser förekom (Tabell I). Den primära diagnosen som här åsyftas var inte alltid den direkta orsaken till patientens inläggning eller till eventuella sväljningsbesvär.

Inga patienter var sängliggande eller rullstolsburna. Tre patienter var trakeotomerade. Fem bedömdes ha lätt ned-satt vakenhet eller orientering, och en patient var påtagligt desorienterad på grund av hydrocefalus. Tre icke-svenskspråkiga patienter undersöktes med hjälp av tolk.

Nutritionssätt och BMI-värden fram-

Författare

PER SVENSSON
logoped

ANNICA VICTORIN
sjuksköterska

MAGNUS RUTH
överläkare; samtliga vid öron-, näs- och halskliniken, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg.

Tabell I. Typ av diagnos (n = 114).

Diagnos	Antal patienter	Procent
Esofagussjukdom	13	11
Halssjukdom	10	9
Sömnapné	8	7
Larynx-/trachea-/tyreoidesjukdom	18	16
Oral sjukdom	32	28
Nässjukdom	19	17
Öron, övrigt	14	12
Totalt	114	100

går av Tabell II. För kvinnor var BMI $24,7 \pm 5,8$ och för män $26,0 \pm 3,5$ vilket är något över normalvärdena (kvinnor 19–24; män 20–25). Signifikant högre BMI-medelvärde förelåg hos patienter med vanlig kost än hos dem som hade modifierad kost eller sondnutrition.

Totalt 41/114 patienter (36 procent) rapporterade någon form av subjektiva sväljningsbesvär. Av dessa uppgav 25/114 (22 procent) att de ofta eller alltid hade svårt att svälja. Svårt att svälja fast föda angav 24/114 patienter (21 procent) och svårt att svälja flytande 10/114 (9 procent). På frågan om aktuella eller tidigare sväljningsbesvär uppgav 36/114 patienter (32 procent) aktuella besvär. Trettioen patienter besvarade två eller fler av frågorna jakande.

Inga patienter hade svårigheter att svälja eller att nutriera sig per os enbart till följd av allmän svaghet eller avancerad sjukdom. Fem patienter hade emellertid smärtor eller obehag vid födo-intag till följd av pågående infektion, cellgifts- eller strålbehandling. Om dessa fem undantas hade således 36/114 patienter (32 procent) specifika dysfagisyntom som inte var av tillfällig natur. Därtill uppgav ytterligare åtta patienter någon form av måttlig eller lindrig sväljningsavvikelse, trots att de svarat nej på de fyra frågorna om svårigheter att svälja respektive sväljningsbesvär.

Ofta flera sjukdomar samtidigt

En tredjedel (14 patienter) hade symtom från alla faser av sväljningsakten. Ofta handlade det om flera sjukdomar samtidigt, t ex patienter med både reflux- och tandsjukdom eller med avancerade tumörsjukdomar. Fyra patienter hade enbart orala symtom, i samtliga fall efter behandling för oral cancer. Tolv patienter hade orofaryngeala eller enbart faryngeala symtom, oftast på grund av oral, faryngeal eller laryngeal cancer. Sju patienter hade faryngeal och/eller esofageal problematik, och i ett fall med diagnosen krikofaryngeal akalasi var symtomlokaliseringen oklar. Hos 21/41 patienter med sväljningsbesvär var grundsjukdomen en cancer.

Tabell II. Nutritionssätt och kroppsmasseindex (BMI).

Nutrition	Antal patienter	Procent	BMI
A-kost	98	86	$26,2 \pm 4,2$
Modifierad kost	11	10	$21,5 \pm 5,5^1$
Sondnäring	5	4	$20,3 \pm 3,4^2$
Totalt	114	100	$25,5 \pm 4,6$

¹Vanlig – modifierad kost $P < 0,001$;

²Vanlig – sondnäring $P < 0,01$; Modifierad kost – sondnäring ej signifikant (t-test)

Tabell III. Subjektiva sväljningsbesvär, sväljningstid och kroppsmasseindex (BMI).

	Antal patienter	Sväljningstid, sekunder	BMI
Inga besvär	73	$4,8 \pm 4,9$	$26,2 \pm 4,4$
Sväljningsbesvär	41	$11,0 \pm 10,3^1$	$24,4 \pm 4,8^2$
Totalt	114	$6,8 \pm 7,7$	$25,5 \pm 4,6$

¹ $P < 0,0001$

² $P < 0,05$ (t-test)

Inget samband förelåg mellan subjektiva sväljningsbesvär och ålder ($P = 0,25$).

Tidigare utredning gjord på vissa

Av enkätsvaren framgick att 23/114 patienter (20 procent) någon gång sökt läkare eller utretts för sväljningsbesvär. Av dem som inte uppgett aktuella sväljningssvårigheter hade enligt journalen sex patienter tidigare utretts för sväljningsrelaterade besvär på grund av refluxsjukdom (två fall), esofagusdysmotilitet (ett fall), orofaryngeal dysfagi (ett fall) och okänd orsak (två fall).

Av dem med aktuella sväljningsbesvär hade 17/41 patienter tidigare utretts för dysfagi (2 månader–30 år tidigare) som förknippades med diagnoser: ulcus ventriculi (ett fall), krikofaryngeal akalasi (fyra fall), hemangioblastom (ett fall), larynxcancer (två fall), larynxankylos (ett fall), orofaryngeal cancer (tre fall), tyreoidesjukdom (två fall), polymyosit (ett fall), psykiska besvär (ett fall) och multipla system-sjukdomar (ett fall).

Av dessa totalt 23 sväljningsutredda patienter hade enligt tillgängliga journaluppgifter 13 genomgått funktionell sväljningsdiagnostik med videoradiografi (VRG), fiberendoskopisk undersökning av sväljningen (FUS) [12] eller esofagusmanometri/pH-registrering. Av patienterna med aktuella sväljningsbesvär hade 11/41 blivit dysfagiutredda inom de senaste tolv månaderna. Dock hade utredningen i endast 2/11 fall inkluderat VRG, FUS eller manometri/pH.

Under inläggningsperioden uppmärksammades sväljningsproblemen (enligt bl a den aktuella epikrisanteckningen i ÖNH-journalen) hos 9/41 pati-

enter och ledde därvid till dietistkonsultation (tre fall), utredning med fiberlaryngoskopi (två fall), videoradiografi (ett fall), manometri/pH + dietist (ett fall) och ÖNH-polikliniskt återbesök (ett fall). Därtill erbjöds men avböjde en patient uppföljning. Patienternas aktuella sväljningssymtom vid undersökningstillfället föranledde således inte någon utredning eller annan journalförd åtgärd i 32/41 fall.

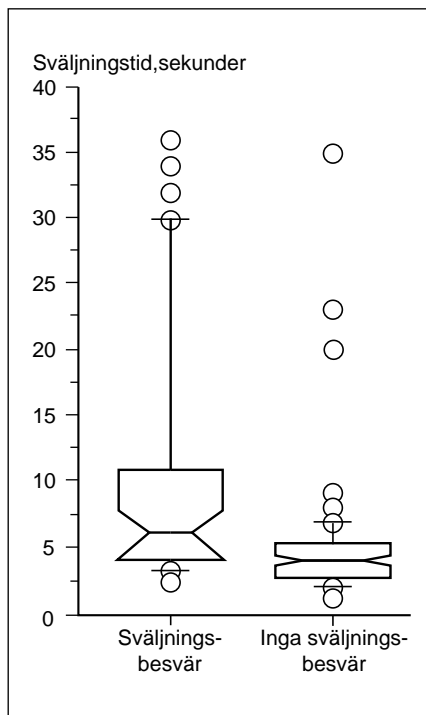
Som en direkt följd av den aktuella studien föranstaltade vi om uppföljning eller närmare utredning för 12/41 patienter med sväljningsbesvär inom en niomånadersperiod. Två patienter var aktuella för sond eller perkutan endoskopisk gastrotomi (PEG). Sju patienter avled under perioden, samtliga till följd av cancer. Av dessa hade sex sväljningsbesvär vid enkätens genomförande och en genomsnittlig sväljningstid av 21 sekunder.

Signifikant skillnad i sväljningshastighet

Sväljningstestet (att snabbast möjligt dricka upp 1 dl vatten) visade en genomsnittstid av 6,8 sekunder $\pm 7,69$; total spridning 1,2–36 sekunder. Två patienter kunde inte alls utföra uppgiften på grund av sväljningssvårigheter. Tre patienter hade tecken till felsväljning med hosta.

Sambandet mellan ålder och sväljningstid var mycket svagt positivt ($r = 0,20$; $P = 0,05$).

Skillnader beträffande sväljningstid och BMI mellan patienter utan respektive med subjektiva sväljningsbesvär framgår av Tabell III. Patienter utan subjektiva sväljningsbesvär svalde i genomsnitt drygt dubbelt så snabbt som de med sväljningsbesvär ($P < 0,0001$).



Figur 1. Tider att svälja 1 dl vatten för patienter med (41 patienter) respektive utan (73 patienter) sväljningsbesvär. Figuren visar 95 procentens konfidensintervall kring medianen för variabeln sväljningstider. De horisontella linjerna i diagrammet avser 10:e, 25:e, 50:e, 75:e och 90:e percentilen. Värderna över 90:e och under 10:e percentilen visas separat.

Dock hade tio patienter utan sväljningsbesvär (14 procent) en sväljningstid som översteg 10 sekunder (genomsnitt 12,5 sekunder, total spridning 6–35 sekunder) (Figur 1).

DISKUSSION

Bland ineliggande patienter på en öron-, näs- och halsavdelning fann vi en förvånansvärt hög förekomst av subjektiva sväljningsbesvär (36 procent), vilket kan jämföras med normalbefolkningen (1,6–15 procent).

Patienterna hade en lång rad olika sjukdomsdiagnoser lokaliserade till öron-, näs- och halsområdet. De var således inte utvalda med tanke på eventuella sväljningsbesvär, utan får anses representera ett typiskt urval av patienter vid en ÖNH-klinik på ett regionsjukhus, med de undantag av praktiska skäl som angetts.

Det vore rimligt att förvänta en minst lika hög andel dysfagi-patienter på vissa andra vårdavdelningar, t ex inom neurologivård och medicinsk rehabilitering [3].

Underdiagnostiserad åkomma

Att så många som en tredjedel av ineliggande patienter på en ÖNH-klinik

upplever sig ha betydande och långvariga sväljningssvårigheter har inte uppmärksamats tidigare. Patienterna uppgav ofta komplexa symtom som troligen emanerade från flera lokalisationer och olika moment i sväljningsakten. Grundorsaken till besvären var cancer i 21/41 fall. Ofta hade patienterna flera samtidiga problem, t ex muntorrhet, tandlöshet, refluxsjukdom, rekurrens-pares, strålödem etc.

Av dem som tidigare sökt läkare för sina sväljningssymtom hade 13/23 remitterats till specifika funktionsundersökningar såsom manometri, videoradiografi eller videofiberendoskopi [12]. Uppgifterna om tidigare utredningar är något osäkra, eftersom patienterna inte alltid själva kunnat minnas eller korrekt ange vilken typ av undersökning de varit med om, och eftersom journalerna ofta saknade uppgifter om just sväljningsproblemen.

Vid det aktuella vårdtillfället företogs någon åtgärd med anledning av sväljningsbesvären i endast 9/41 fall. Det förelåg således sannolikt en underdiagnostik i 32/41 fall när det gällde att uppmärksamma och utreda patienternas aktuella symtom, samt, vad avser de patienter som tidigare utretts, i 10/23 fall beträffande funktionell sväljningsutredning.

Även om vi i denna studie inte haft möjlighet att jämföra resultatet på sväljningstestet med fynd vid videoradiografi eller videofiberendoskopi, förefaller ett sväljningsprov kunna vara ett enkelt sätt att välja ut de patienter som bör bli föremål för vidare utredning [13]. Patienter med sväljningssymtom hade bl a signifikant längre genomsnittlig sväljningstid. De hade också lägre BMI-värde än de utan sväljningssymtom.

Enkla åtgärder kan minska besvären

De patienter som kliniskt bedömdes ha mest påtagliga sväljningssvårigheter erbjöds kompletterande utredning, sväljnings- och kostråd eller andra insatser för att säkerställa deras nutrition. Med relativt enkla åtgärder kan man minska sväljningsbesvären och förbättra livskvaliteten för många patienter, t ex med hjälp av posturala tekniker, särskilda sväljningsmanövrer eller modifierad kost [14].

Dylika insatser, som hittills förekommit endast i begränsad omfattning, skulle kunna vara mycket kostnadseffektiva om de kan visas minska riskerna för andningskomplikationer, försämrad sårhäkning och förlängda vårdtider som kan uppstå till följd av aspiration, malnutrition eller uttorkning.

En fortsatt utvärdering behövs därför av vilka resurser som krävs för ut-

redning, träning och rehabilitering av patienter med dysfagi, samt av de insatta åtgärdernas effekter på livskvalitet, hälsa och ekonomi.

Referenser

- Månsson I, Svensson P. Oral-faryngeal dysfagi: Vem handlägger och hur? Svensk ÖNH-tidskrift 1995; 2: 10-2.
- Groher ME, Bukatman R. The prevalence of swallowing disorders in two teaching hospitals. *Dysphagia* 1986; 1: 34-8.
- Siebens H, Trupe E, Siebens A, Cook F, Ansben S, Hanauer R et al. Correlates and consequences of eating dependency in institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 192-8.
- Hartelius L, Svensson P. Speech and swallowing symptoms associated with Parkinson's disease and multiple sclerosis: A survey. *Folia Phoniatr Logop* 1994; 46: 9-17.
- Geterud Å, Bake B, Bjelle A, Jonsson R, Sandberg N, Ejnell H. Swallowing problems in rheumatoid arthritis. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1991; 111: 1153-61.
- Gustafsson B, Theorell T. Adaptedness and coping in dysphagic students. *Dysphagia* 1995; 10: 86-92.
- Agréus L, Svärdsudd K, Tibblin G, Nyrén O. Reproducibility and validity of a postal questionnaire. The abdominal symptom study. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 252-62.
- Ruth M, Månsson I, Sandberg N. The prevalence of symptoms suggestive of esophageal disorders. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26: 73-81.
- Tibblin L, Gustafsson B. Dysphagia and its consequences in the elderly. *Dysphagia* 1991; 6: 200-2.
- Lindgren S, Janzon L. Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50-79-year-old men and women in an urban population. *Dysphagia* 1991; 6: 187-92.
- Kjellén G, Tibblin L. Manometric oesophageal function, acid perfusion test, and symptomatology in a 55 year old general population. *Clin Physiol* 1981; 1: 405-15.
- Langmore S, Schatz K, Olson N. Endoscopic and videofluoroscopic evaluations of swallowing and aspiration. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991; 100: 678-81.
- Nathadwarawala K, McGroary A, Wiles C. Swallowing in neurological outpatients: Use of a timed test. *Dysphagia* 1994; 9: 120-9.
- Logemann J. Dysphagia: Evaluation and treatment. *Folia Phoniatr Logop* 1995; 47: 140-64.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.