



Distribution of Different Pathologies of Dysphagia and Related Risk Factors in Patients with Neurological Disorders

Mohammad-Sadegh Seifpanahi^{1,*} , Mohammad Rezaei¹, Ali Abdoli², Nasrin Shirmohammadi Khorram³

¹ Department of Speech Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Department of Neurosurgery, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Abstract

Article history:

Received: 24 July 2022

Revised: 27 September 2022

Accepted: 13 November 2022

ePublished: 10 December 2022

*Corresponding author:

Mohammad-Sadegh Seifpanahi, Department of Speech Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
Email: panahi29@gmail.com

Background and Objective: Swallowing disorders can occur in various diseases, primarily neurological ones. This study investigated the distribution pattern of swallowing disorders in different pathologies of patients and the related risk factors.

Materials and Methods: The 323 medical files of neurological patients of Sina Hamadan Specialized Hospital (Hamadan, Iran) in the first six months of 2016 were analyzed in terms of pathologies related to dysphagia and factors aggravating the disorder. Furthermore, the relationships between them were investigated using χ^2 and independent samples t-test.

Results: According to the studied files, 46.1% of patients were hospitalized with stroke pathology involving the highest percentage of dysphagia. The most and least important risk factors related to dysphagia, intubation, and pathologies, other than stroke, were 100% and 10.9%, respectively ($P < 0.001$).

Conclusion: Considering the high incidence of swallowing disorders in neurological patients, especially stroke, and also considering aphasia as one of the most important disorders along with dysphagia that can cause more complexity of the disorder, it is necessary to plan for team treatments with the presence of a swallowing therapist.

Keywords: Aphasia, Dysphagia, Risk Factors, Stroke.

Please cite this article as follows: Seifpanahi M S, Rezaei M, Abdoli A, Shirmohammadi Khorram N. Distribution of Different Pathologies of Dysphagia and Related Risk Factors in Patients with Neurological Disorders. *Avicenna J Clin Med*. 2022; 29(3): 169-176. DOI: 10.32592/ajcm.29.3.169.



نحوه توزیع آسیب‌شناسی‌های متفاوت دیسفاژی و عوامل خطر مرتبط در بیماران دچار اختلالات نورولوژیک

محمدصادق سیف پناهی^{۱*}، محمد رضایی^۱، علی عبدلی^۲، نسرين شیرمحمدی خرم^۳

^۱ گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: اختلال بلع در طیف وسیعی از بیماری‌ها رخ می‌دهد که مهم‌ترین آن‌ها، بیماری‌های نورولوژیک است. در این مطالعه الگوی توزیع اختلال بلع در پاتولوژی‌های متفاوت این بیماران و عوامل خطر مرتبط با آن‌ها بررسی و تحلیل شد.

مواد و روش‌ها: پرونده‌های پزشکی شش ماهه اول سال ۱۳۹۵ بیماران نورولوژیک بیمارستان تخصصی سینا همدان به صورت تمام‌شماری از نظر آسیب‌شناسی‌های مرتبط با دیسفاژی و عوامل تشدیدکننده اختلال بررسی شد. در مجموع ۳۲۳ پرونده به‌دست آمد. سپس روابط بین آن‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور کای و تی مستقل تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: طبق بررسی پرونده‌ها، ۴۶/۱ درصد از بیماران با پاتولوژی سکتة مغزی بستری شده بودند که بیشترین درصد درگیری دیسفاژی را داشتند. بیشترین و کمترین عوامل خطر مرتبط با دیسفاژی، لوله‌گذاری و سایر پاتولوژی‌های غیر از سکتة مغزی به ترتیب ۱۰۰ و ۱۰/۹ درصد بودند ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به بروز زیاد اختلال بلع در بیماران نورولوژیک، به‌ویژه سکتة مغزی و همچنین با در نظر گرفتن آفازی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اختلالات همراه با دیسفاژی که باعث پیچیدگی بیشتر اختلال می‌شود، لزوم برنامه‌ریزی برای درمان تیمی با حضور بلع‌درمانگر بیشتر احساس می‌شود.

واژگان کلیدی: آفازی، دیسفاژی، سکتة مغزی، عوامل خطر

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۰۲

ویرایش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۲۲

انتشار: ۱۴۰۱/۰۹/۱۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: محمدصادق سیف پناهی، گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

ایمیل: panahi29@gmail.com

استناد: سیف پناهی، محمد صادق؛ رضایی، محمد؛ عبدلی، علی؛ شیر محمدی خرم، نسرين. نحوه توزیع آسیب‌شناسی‌های متفاوت دیسفاژی و عوامل خطر مرتبط در بیماران دچار اختلالات نورولوژیک. مجله پزشکی بالینی ابن سینا، تابستان ۱۴۰۱؛ ۲۹(۳): ۱۷۶-۱۶۹.

مقدمه

گروه‌های بیماری‌هایی که به این اختلالات مبتلا هستند، بسیار ضروری است. در چنین شرایطی می‌توان قبل از اینکه بیماران عوارض شدید اختلال بلع مثل سوءتغذیه، پنومونی و آسپیراسیون را نشان دهند، درمان‌های توان‌بخشی را آغاز و از افزایش ناتوانی و وابستگی بیماران جلوگیری کرد [۱]. بیمارستان‌ها یکی از مراکز ارائه‌دهنده خدمات گفتاردرمانی هستند. در این واحدها گفتاردرمانگر هم‌گام با سایر متخصصان به ارزیابی، تشخیص و درمان اختلالات بلع می‌پردازد. این نقش تا اندازه‌ای مهم است که در مراکز بیمارستانی برخی از کشورهای

دیسفاژی یکی از عوارض مهم ضایعات مرکزی یا محیطی نورولوژیک است که علائم بالینی متعددی نظیر آسپیراسیون، آبریزش دهانی، گرفتگی صدا حین یا بعد از خوردن غذا یا مایعات، سرفه و خفگی، گلو پاک کردن و عفونت‌های تنفسی را ایجاد می‌کند [۱]. دیسفاژی احتمال ابتلا به بیماری‌های بعدی و مرگ را به دلیل پنومونی ناشی از آسپیراسیون، کاهش استقلال و سوءتغذیه افزایش می‌دهد. پنومونی ناشی از آسپیراسیون شکایت شایعی به دنبال دیسفاژی است [۲]. از آنجاکه اختلالات بلع پیامدهای جدی به همراه دارد، شناسایی

در آن‌ها بستری می‌شود، بخش نورولوژی است. لذا در این مطالعه سعی شد نحوه توزیع آسیب‌شناسی‌های متفاوت اختلال بلع در بیماران با مشکلات نورولوژیک یکی از بیمارستان‌های تخصصی نورولوژی شهر همدان بررسی و عوامل پیچیده‌کننده دیسفاژی مانند اختلالات گفتار و زبان همراه با دیسفاژی بر اساس پرونده‌های این بیماران مطالعه شود. اطلاعات به‌دست‌آمده از این مطالعه به شناسایی و درمان سریع‌تر این اختلال و همچنین پیش‌بینی و پیشگیری از عوارض ناشی از آن در این بیماران کمک خواهد کرد.

روش کار

این مطالعه یک بررسی مقطعی توصیفی-تحلیلی بود که در بیمارستان سینا شهر همدان انجام شد. هدف این بررسی تعیین میزان و نحوه توزیع آسیب‌شناسی‌های مختلف اختلال بلع در بیماران بخش نورولوژی این بیمارستان در شش ماهه اول سال ۱۳۹۵ بود که در مجموع با بررسی پرونده‌های موجود انجام شد. این مطالعه به صورت تمام‌شماری انجام شد و پرونده تمام بیماران بستری در بخش نورولوژی بیمارستان طی ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۵ بررسی شد. در این مطالعه بر عوامل نوع اختلال، سن، جنس، دریافت یا عدم دریافت لوله‌گذاری (intubation)، وجود یا نبود دیسفاژی، دیزارتی و آفازی تأکید شده است. داده‌های خام این مطالعه با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده پزشکی بیماران به‌دست آمد. این داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و شاخص‌های آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شد. همچنین بررسی روابط با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور کای و تی مستقل انجام شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ و ضریب اطمینان برای فاصله اطمینان نسبت شانس ۹۵ درصد در نظر گرفته شد. پرونده بیماران قبلاً توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب تکمیل شده بود و در این مطالعه بر اساس داده‌های موجود در پرونده‌ها و بدون اعمال هیچ‌گونه محدودیت و سعی در حذف پرونده‌ها، بر اساس متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس،...) یا پاتولوژیک روی اطلاعات موجود بررسی‌ها انجام شد.

نتایج

در این مطالعه پرونده ۳۲۳ بیمار بررسی و تجزیه و تحلیل و نتایج در دو قسمت توصیفی و تحلیلی بیان شد. داده‌های توصیفی مطالعه در جدول‌های ۱ و ۲ آمده است. بررسی تحلیلی داده‌ها و سنجش ارتباط بین متغیرها در جدول ۳ به تفکیک قید شده‌اند. میانگین (انحراف استاندارد) سنی بیماران مطالعه‌شده ۴۳/۵۱ (۲۰/۵۳) سال بود. کم‌سن‌ترین و مسن‌ترین بیمار به ترتیب ۱/۵ و ۷۸ سال داشتند. جدول ۱ بیماران را از نظر برخی خصوصیات دموگرافیک و بالینی توصیف می‌کند. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده بیشتر بیماران مرد و دارای پاتولوژی سکتة مغزی بودند.

توسعه‌یافته، گفتاردرمانگر را با عنوان درمانگر بلع می‌شناسند [۴]. بنابراین، وجود اطلاعات پایه‌ای درباره شیوع و عوامل به‌وجودآورنده اختلالات بلع در برنامه‌ریزی‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت درمانی برای این بیماران کمک‌کننده است.

در مطالعه Brogan و همکاران در سال ۲۰۱۴، رابطه بین دیسفاژی و عفونت‌های تنفسی بررسی شد. این مطالعه روی ۵۳۶ نفر از بیمارانی انجام شد که دچار استروک بودند و مشخص شد ۵۸/۸ درصد از این بیماران یک هفته بعد از استروک دچار دیسفاژی بودند و ۱۷ درصد از این بیماران متعاقب دیسفاژی به عفونت‌های تنفسی مبتلا شده‌اند [۵]. در گزارش‌های آماری مختلف، بسته به بیماری‌های پزشکی همراه و ابزارهای تشخیصی استفاده‌شده، شیوع دیسفاژی متفاوت ذکر شده است. برای مثال، شیوع دیسفاژی در مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس ۲۴ تا ۳۴ درصد و در مبتلایان به پارکینسون حدود ۸۱ درصد تخمین زده شده است [۶]. همچنین برآورد شده است شیوع اختلال بلع در خردسالان و کودکان مدرسه‌رو حدود ۲۵ تا ۴۰ درصد است [۷]. در مطالعه‌ای دیگر میزان شیوع دیسفاژی در بیماران مبتلا به فلج مغزی ۱۰ تا ۱۶ درصد گزارش شده است [۸].

مطالعه‌ای روی ۹۸ هزار و ۳۷۴ بیمار بستری در بیمارستان که دچار عفونت ریوی ناشی از آسپیراسیون بودند، تأثیر توان بخشی دیسفاژی را در بهبود علائم آسپیراسیون آن‌ها بررسی کرد. طبق نتایج تحقیق مذکور، مشخص شد ۷۸ درصد از کسانی که توان بخشی دیسفاژی دریافت کرده بودند، هنگام ترخیص به تغذیه دهانی کامل و ایمن دست یافته بودند. به‌طور کلی، نتیجه مطالعه نشان داد توان بخشی دیسفاژی سرعت دستیابی به تغذیه دهانی کامل و ایمن را افزایش می‌دهد [۹]. از جمله بیمارانی که وضعیت تغذیه آنان دستخوش تغییرات زیادی می‌شود و نیازمند دریافت خدمات توان بخشی در اختلال بلع هستند، بیماران بستری در بخش‌های نورولوژی و ICU هستند. همچنین سوءتغذیه مشکل شایعی در بیماران بستری در این بخش‌هاست [۱۰].

بررسی‌ها میزان سوءتغذیه را در این بیماران ۳۰ تا ۵۵ درصد نشان می‌دهد که موجب ضعف عضلات قلبی، کاهش فشارخون، نقص در سنتز کلاژن، تأخیر در بهبود زخم، نقص سیستم ایمنی و افزایش عفونت متعاقب آن، ضعف عضلات تنفسی و ناتوانی در جدا کردن بیمار از ونتیلاتور و در نتیجه افزایش مدت‌زمان بستری در بیمارستان می‌شود [۱۱].

با توجه به اهمیت ارائه خدمات توان بخشی دیسفاژی در بیمارستان‌ها، به‌منظور ارتقای کیفیت این خدمات لازم است اطلاعات پایه‌ای درباره شیوع و عوامل به‌وجودآورنده و تشدیدکننده اختلالات بلع در دسترس باشد تا در برنامه‌ریزی‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت درمانی به گفتاردرمانگران کمک کند و راهبردهای اساسی برای خدمات‌رسانی بهتر در مراکز بیمارستانی فراهم آورد. طبق مطالعات انجام‌شده در سایر کشورها، یکی از بخش‌های بیمارستانی که بیشترین بیماران مستعد اختلالات بلع

جدول ۱: توصیف بیماران از نظر متغیرهای دموگرافیک و بالینی

فراوانی (درصد)	
سکته مغزی	۱۴۹ (۴۶/۱)
تشنج	۶۲ (۱۹/۲)
دمیلیناسیون	۸۳ (۲۵/۷)
سایر اختلالات	۱۱ (۳/۴)
تروما	۱۸ (۵/۶)
مرد	۱۸۲ (۵۶/۳)
زن	۱۴۱ (۴۳/۷)
خیر	۲۴۲ (۷۴/۹)
بله	۸۱ (۲۵/۱)
خیر	۱۹۲ (۵۹/۴)
بله	۱۳۱ (۴۰/۶)
خیر	۲۸۴ (۸۷/۹)
بله	۳۹ (۲۱/۱)
خیر	۲۵۶ (۷۹/۳)
بله	۶۷ (۲۰/۷)

بیشتر کودکان مطالعه‌شده (۹۶/۴ درصد) پاتولوژی تشنج داشتند، درحالی‌که بیشتر بزرگسالان (۵۰/۵ درصد) پاتولوژی سکته مغزی داشتند.

آزمون آماری نشان داد اختلاف توزیع پاتولوژی در دو گروه سنی بیماران معنی‌دار بود. تنها یک بیمار از ۲۸ بیمار کودک لوله‌گذاری داشت، درحالی‌که حدود نیمی از بیماران بزرگسال لوله‌گذاری شدند.

این اختلاف توزیع با استفاده از آزمون آماری معنی‌دار بود. در گروه کودکان ۸۲/۱ درصد و در گروه بزرگسالان ۶۸/۱ درصد اختلاف گفتاری نداشتند. با استفاده از آزمون آماری، اختلاف معنی‌داری بین اختلال گفتاری در دو گروه سنی دیده نشد (جدول ۲).

جدول ۲: چگونگی توزیع انواع پاتولوژی و اختلالات بلع، تنفس و گفتاری در دو گروه سنی کودک و بزرگسال مطالعه‌شده

نتایج آزمون	گروه سنی		
	بزرگسال	کودک	
	۲۹۵ نفر (۱۰۰ درصد)	۲۸ نفر (۱۰۰ درصد)	
	>۱۲	<=۱۲	
	۱۴۹ (۵۰/۵)	۰ (۰)	سکته مغزی
	۳۵ (۱۱/۹)	۲۷ (۹۶/۴)	تشنج
	۸۳ (۲۸/۱)	۰ (۰)	دمیلیناسیون
	۱۱ (۳/۷)	۰ (۰)	سایر اختلالات دژنراتیو
	۱۷ (۵/۸)	۱ (۳/۶)	تروما
	۱۶۵ (۵۵/۹)	۲۷ (۹۶/۴)	خیر
	۱۳۰ (۴۴/۱)	۱ (۳/۶)	بله
	۲۰۱ (۶۸/۱)	۲۳ (۸۲/۱)	خیر
	۹۴ (۳۱/۹)	۵ (۱۷/۹)	بله
	۱۶۵ (۵۵/۹)	۲۷ (۹۶/۴)	خیر
	۱۳۰ (۴۴/۱)	۱ (۳/۶)	بله

(۲۸/۱ درصد) بود. بر اساس آزمون آماری این اختلاف معنی‌دار بود. شانس دیسفاژی در بیماران مبتلا به آفازی ۱۸/۸۴ برابر بیمارانی بود که به آن مبتلا نبودند. شیوع دیسفاژی در بیماران مبتلا به اختلال گفتاری (۷۸/۷ درصد) به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران بدون اختلال گفتاری (۲۳/۷ درصد) بود. شانس دیسفاژی در بیماران مبتلا به اختلالات گفتاری ۱۱/۸۰ برابر بیمارانی بود که اختلال گفتاری نداشتند. همه بیماران دارای لوله‌گذاری، دیسفاژی شدند (۱۰۰ درصد)، اما شیوع دیسفاژی در بیماران بدون لوله‌گذاری ۲۰/۷ درصد بود و این اختلاف توزیع با استفاده از آزمون آماری معنی‌دار بود. از ۲۹ بیمار کمتر یا مساوی ۱۲ سال، تنها یک بیمار دیسفاژی شد، درحالی‌که شیوع دیسفاژی در بیماران گروه بزرگسال ۴۰/۶ درصد بدست آمد. این اختلاف توزیع با استفاده از آزمون آماری معنی‌دار بود. شانس دیسفاژی در بیماران بزرگسال

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد شیوع دیسفاژی در مردان (۴۶/۲ درصد) بیشتر از زنان (۳۳/۳ درصد) بود. شانس دیسفاژی در مردان ۷۰ درصد بیشتر از زنان به‌دست آمد. بر اساس آزمون آماری، اختلاف معنی‌داری در میزان شیوع دیسفاژی بین دو جنس وجود داشت. شیوع دیسفاژی در بیماران با پاتولوژی سکته مغزی (۷۵/۲ درصد) به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران با سایر پاتولوژی‌ها (درصد ۱۰/۹) بود. شانس دیسفاژی در بیماران با پاتولوژی سکته مغزی ۲/۵۰ برابر بیماران با سایر پاتولوژی‌ها بود. شیوع دیسفاژی در بیماران بدون دیزارتری ۳۷ درصد بود. شیوع دیسفاژی در بیماران مبتلا به دیزارتری ۶۶/۷ درصد بود و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. شانس دیسفاژی در بیماران مبتلا به دیزارتری ۳/۴۱ برابر بیمارانی بود که به آن مبتلا نبودند. شیوع دیسفاژی در بیماران مبتلا به آفازی (۸۸/۱ درصد) بیشتر از بیماران بدون آفازی

جدول ۳: بررسی رابطه میزان شیوع دیسفاژی و متغیرهای دموگرافیک و اختلالات نورولوژیک در بیماران مطالعه‌شده

نتایج آزمون	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)	دیسفاژی		جنس	
		بله نفر (درصد)	خیر نفر (درصد)		
chi ² =۵/۴۲ P=۰/۰۲۰	(۱/۰۹ و ۲/۷۰)۱/۷۲	(۴۶/۲)۸۴	(۵۳/۸)۹۸	مرد	
		(۳۳/۳)۴۷	(۶۶/۷)۹۴	زن	
chi ² =۱۳۷/۴۳ P<۰/۰۰۱	(۱۳/۵۱ و ۴/۵۴)۲/۵۰	(۷۵/۲)۱۱۲	(۲۴/۸)۳۷	سکته مغزی	
		(۱۰/۹)۱۹	(۸۹/۱)۱۵۵	سایر	
chi ² =۱۲/۵۴ P<۰/۰۰۱	۱	(۳۷)۱۰۵	(۶۳)۱۷۹	خیر	
		(۶۶/۷)۲۶	(۳۳/۳)۱۳	بله	
chi ² =۷۹/۱۲ P<۰/۰۰۱	۱	(۲۸/۱)۷۲	(۷۱/۹)۱۸۴	خیر	
		(۸۸/۱)۵۹	(۱۱/۹)۸	بله	
chi ² =۸۶/۵۵ P<۰/۰۰۱	۱	(۲۳/۷)۵۳	(۷۶/۳)۱۷۱	اختلال گفتاری (دیزآرتری یا آفازی)	
		(۷۸/۸)۷۸	(۲۱/۲)۲۱	بله	
chi ² =۱۵۸/۴۵ P<۰/۰۰۱	۱	(۲۰/۷)۵۰	(۷۹/۳)۱۹۲	خیر	
		(۱۰۰)۸۱	(۰/۰)۰	بله	
chi ² =۱۷/۴۰ P<۰/۰۰۳	۱	(۳/۶)۱	(۹۶/۴)۲۷	کودک (<=۱۲)	
		(۴۰/۶)۱۳۰	(۵۵/۹)۱۶۵	بزرگسال (>۱۲)	
t=-۱۲/۹۱ P<۰/۰۰۱	(۱/۰۷ و ۱/۱۰)۱/۰۸	۵۸/۰۲±۱۴/۴۹	۳۳/۶۱±۱۸/۰۲	-	سن (انحراف معیار ± میانگین)

یافته دور از انتظار نیست. میزان شیوع سکته در مطالعات مختلف از ۲/۶ درصد در ایالات متحده آمریکا [۱۳] تا ۳/۷۶ درصد در چین، ۳/۳۲ درصد در مالزی و ۳/۶۲ درصد در هند گزارش شده است [۱۴]. در مطالعه قندهاری نشان داده شد در ایران میزان بروز سالانه سکته مغزی در مردها ۱۳۹ نفر به‌ازای هر صد هزار نفر و در زنان ۱۳۳ نفر به‌ازای هر صد هزار نفر است [۱۵].

شیوع دیسفاژی بیماران بخش نورولوژی بیمارستان سینا بر اساس پرونده‌های این مطالعه ۴۰/۵۵ بود. یافتن شیوع دقیق دیسفاژی در مطالعات گذشته مشکل است؛ زیرا در مطالعات مختلف گزارش‌های متفاوتی ارائه شده است. طبق مطالعه‌ای که بهداشت ملی آمریکا در سال ۲۰۱۲ انجام داد، از هر ۲۵ فرد بزرگسال آمریکایی، سالانه یک نفر به دیسفاژی مبتلا می‌شود؛ یعنی ۲۲/۷ درصد از جمعیت مطالعه‌شده برای حل مشکل بلع خود، یک متخصص مراقبت‌های حرفه‌ای را ملاقات کرده بودند و ۳۶/۹ درصد نیز برایشان تشخیص دیسفاژی داده شده بود [۱۶]. در مطالعه Roy و همکاران در سال ۲۰۰۷ شیوع دیسفاژی در سالمندان ساکن در یک آسایشگاه در کشور آمریکا ۳۳ درصد گزارش شد [۱۷]. در تحقیقی که Cabre و همکاران در سال ۲۰۰۹ در بخش مربوط به

تقریباً ۲۱ برابر کودکان به‌دست آمد.

ابتدا نرمال بودن توزیع متغیر سن در دو گروه آزمودنی‌های دچار دیسفاژی و بدون دیسفاژی با استفاده از آزمون آماری کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد متغیر سن هم در گروه دچار دیسفاژی (P = ۰/۳۷) و هم در گروه بدون دیسفاژی (P = ۰/۲۱) توزیع نرمال دارد؛ لذا استفاده از آزمون تی مستقل امکان‌پذیر بود. بیماران مبتلا به دیسفاژی به‌طور متوسط (۵۸/۰۲±۱۴/۴۹) مسن‌تر از بیماران بدون دیسفاژی (۳۳/۶۱±۱۸/۰۲) بودند. با استفاده از آزمون تی مستقل این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. با یک سال افزایش سن، شانس دیسفاژی بودن ۸ درصد افزایش می‌یابد.

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که شایع‌ترین پاتولوژی بیماران بررسی‌شده بخش نورولوژی بیمارستان سینا همدان، سکته مغزی است که ۴۶/۱ درصد از این بیماران را به خود اختصاص داده است. با توجه به اینکه در سال ۲۰۰۸ سکته به‌عنوان چهارمین عامل مرگ‌ومیر در آمریکا شناخته شده است [۱۲]، این

متفاوت انتخاب بیماران دیسفاژی، ثبت متفاوت پرونده‌های بیمارستانی یا سایر عوامل نامشخص در این بررسی مرتبط است. بنابراین، مجدداً بر اهمیت و ضرورت اجرای مطالعات شیوع‌شناسی دیسفاژی در بیمارستان‌ها و شهرهای مختلف و بسنده نکردن به نتایج یک مطالعه تأکید می‌شود.

در مطالعه Falsetti و همکاران در سال ۲۰۰۹ که روی بیماران دچار سکته مغزی انجام شد، ۹۱/۶ درصد از بیماران دیزآرتریک و ۵۳/۳ درصد از بیماران آفازیک به‌طور هم‌زمان دچار دیسفاژی بودند [۲۲]. در مطالعه حاضر شیوع دیسفاژی در بین بیماران مبتلا به دیزآرتری ۶۶/۷ درصد و در بیماران دچار آفازی ۸۸/۱ درصد بود. با مقایسه نتایج این دو مطالعه درمی‌یابیم در مطالعه قبلی تقریباً کمی کمتر از کل بیمارانی که دچار دیزآرتری بودند، هم‌زمان دیسفاژیک هم بودند، اما در مطالعه حاضر تقریباً کمی بیشتر از نصف بیماران با اختلال دیزآرتری از دیسفاژی هم رنج می‌بردند. علت تفاوت این دو یافته ممکن است ناشی از متفاوت بودن منشأ پاتولوژی بیماران بررسی‌شده در این دو تحقیق باشد. در مطالعه قبلی فقط بیماران دچار سکته مغزی بررسی شده‌اند، اما در تحقیق حاضر بیماران با انواع اختلالات نورولوژیک بررسی شده‌اند. بنابراین، شاید بتوان نتیجه گرفت که در بیماران دچار آفازی نسبت به سایر اختلالات نورولوژیک احتمال بروز دیزآرتری و دیسفاژی هم‌زمان در یک بیمار بیشتر است.

در مطالعات گذشته، ارتباط مستقیم آفازی با دیسفاژی نشان داده شده است [۱۹، ۲۲]. البته نتایج تحقیق حاضر نیز مؤید این ارتباط است. هرچند در مطالعه Schroeder و همکاران در سال ۲۰۰۶ اشاره شده است که غفلت نیمه‌فضایی نسبت به آفازی ارتباط قوی‌تری با دیسفاژی دارد [۲۵]، اما در کل، وجود همبستگی بین دیسفاژی، آفازی و دیزآرتری به‌طور غیرمستقیم بر حائز اهمیت بودن ضایعات نیمکره چپ تأکید دارد [۲۲]. با نگاهی به یافته مطالعه حاضر که طبق آن ۷۸/۸ درصد از بیمارانی که دچار اختلال گفتار و زبان آفازی یا دیزآرتری بودند، هم‌زمان از دیسفاژی هم رنج می‌بردند، مؤید مطلب فوق است. همچنین این یافته هشدار به کادر درمان است که در مواجهه با بیماران نورولوژیک دچار مشکلات گفتار و زبان نسبت به وضعیت بلع آن‌ها نیز حساس‌تر باشند و با دقت بیشتری آن را ارزیابی کنند.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر تمام افرادی که طبق پرونده لوله‌گذاری شده بودند، دچار دیسفاژی هم بودند. پس می‌توان لوله‌گذاری را به‌عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده برای ایجاد دیسفاژی در بیماران دچار اختلالات نورولوژیک در نظر گرفت. گزارش‌های مرتبط با مطالعات گذشته دامنه گسترده‌ای از ۳ درصد توسط Ferraris و همکاران [۲۶] تا ۸۳ درصد توسط Tolep و همکاران [۲۷] را از دیسفاژی پس از لوله‌گذاری نشان داده‌اند.

داده‌های این تحقیق حاکی از آن است که ۳/۶ درصد از کودکان بررسی‌شده دچار اختلال بلع بوده‌اند؛ یعنی یک نفر از مجموع ۲۸

سالنمدان بستری در یک بیمارستان عمومی واقع در اسپانیا انجام دادند، ۵۵ درصد از بیماران دچار دیسفاژی بودند [۱۸].

با توجه به اینکه مطالعه حاضر روی بیماران بستری در بیمارستان انجام شده است، لذا انتظار می‌رود شیوع دیسفاژی در آن نسبت به مطالعاتی که در سطح جامعه کلی انجام شده است، بیشتر باشد. اما منطبق با نتایج، مطالعاتی هست که در سایر بیمارستان‌ها انجام شده است. به همین دلیل می‌توان گفت که میزان گزارش‌شده در پژوهش حاضر، با یافته‌های تحقیقات قبلی همخوانی دارد.

طبق مطالعات گذشته، شیوع دیسفاژی در بیماران دچار سکته مغزی از ۲۹ درصد توسط Barer و همکاران در سال ۱۹۸۹ [۱۹] تا ۸۱ درصد توسط Meng و همکاران در سال ۲۰۰۰ در چین [۲۰] و Martino و همکاران در سال ۲۰۰۵ [۲۱] گزارش شده است. علت درصدهای مختلف شیوع ممکن است روش‌های مختلف تشخیصی، مدت‌زمان گذشته از سکته مغزی و شدت سکته مغزی باشد [۲۲]. در مطالعه حاضر شیوع دیسفاژی در بیماران دچار سکته مغزی ۷۵/۲ درصد برآورد شده است که با داده‌های حد بالای مطالعات قبلی همخوانی دارد. البته نتایج این مطالعه با بررسی گذشته‌نگر بیمارانی به‌دست آمده است که ارزیابی آن‌ها در مرحله حاد اختلال نورولوژی و در زمان بستری بودن در بیمارستان انجام شده است.

همان‌طور که یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد، ۲۱/۱ درصد از بیماران بستری در بخش نورولوژی بیمارستان دیزآرتری و ۲۰/۷ درصد از آن‌ها آفازی داشتند. در مطالعه Flowers و همکاران در سال ۲۰۱۳ در کانادا که روی داده‌های ثبت‌شده بیماران دچار سکته مغزی انجام شده بود، میزان ابتلا به دیزآرتری ۴۲ درصد، آفازی ۳۰ درصد و دیسفاژی ۴۴ درصد گزارش شد [۲۳]. همچنین طبق گزارش کالج سلطنتی درمانگران گفتار، شیوع دیزآرتری در بیماران دچار سکته مغزی ۵۰ درصد و در بیماران با اختلالات پیش‌رونده نورولوژیک ۳۰ تا ۸۰ درصد بوده است [۲۴].

در مطالعه حاضر پرونده تمام بیماران بستری در بخش نورولوژی بررسی شد، اما در مطالعات قبلی بیماران با یک اختلال خاص بررسی شده بودند [۱۹-۲۴]. بنابراین، شاید علت تفاوت شیوع بین این مطالعه با تحقیقات قبلی مربوط به ناهمگون بودن گروه‌های بیماران باشد. در تأیید این مطلب می‌توان به مطالعه‌ای اشاره کرد که زمانی و همکاران در شش ماهه اول سال ۱۳۸۹ روی شیوع دیسفاژی در بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی اهواز انجام دادند [۸]. در پژوهش آنان با توجه به گستردگی بررسی بخش‌های مختلف بیمارستانی، شیوع اختلال بلع در کل بیماران ۴/۲ درصد و بیشترین شیوع در بخش‌های نورولوژی با ۱۳ درصد گزارش شده بود [۸]، درحالی‌که در مطالعه اختصاصی بخش نورولوژی بیمارستان سینا، میزان شیوع دیسفاژی ۴۰/۵۵ درصد بود. لذا تفاوت عمده‌ای بین نتایج مطالعه حاضر با تحقیق بیمارستان‌های اهواز وجود دارد که این اختلاف به معیارهای

تعداد زیادی از بیماران بستری در بخش‌های نورولوژی، دچار اختلالات بلع هستند که در بیشتر آن‌ها، هم‌زمان اختلالات گفتار و زبان هم دیده می‌شود. همچنین یکی از مهم‌ترین پاتولوژی‌های بیماران، سکتة مغزی بود که در بخش عمده‌ای از آن‌ها دیسفاژی به‌عنوان یک اختلال همراه وجود داشت؛ بنابراین، حضور و همکاری متخصصان گفتاردرمانی در این بخش‌ها ضروری است. این یافته‌ها در مطالعات تشخیصی و درمانی آینده نیز مورد استفاده خواهد بود. با توجه به تفاوت‌های قابل ملاحظه شیوع دیسفاژی در بین مطالعات گزارش‌شده و همچنین تعداد بسیار محدود تحقیقات در ایران، ضرورت اجرای چنین مطالعاتی در آینده به‌ویژه در ایران محسوس است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان با شماره ۹۵۱۰۱۴۶۱۰۲ است. از دانشجویان گفتاردرمانی و همچنین کارکنان بخش نورولوژی بیمارستان سینا همدان که در اجرای این طرح همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این طرح تحقیقاتی از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی همدان با شناسه IR.UMSHA.REC.1395.446 تأییدیه دارد.

سهم نویسندگان

نویسنده اول (پژوهشگر اصلی): تنظیم پروپوزال، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، تدوین بخش‌های مختلف طرح، نگارش مقاله (۴۰ درصد)؛ نویسنده دوم (پژوهشگر همکار): مشاور علمی، مشارکت در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، بازنگری متون و مبانی نظری طرح (۲۰ درصد)؛ نویسنده سوم (پژوهشگر همکار): مشاور علمی، انجام مکاتبات و معرفی و امکان دسترسی به پرونده‌های بیماران، ویرایش علمی مقاله (۲۰ درصد)؛ نویسنده چهارم (پژوهشگر همکار): مشارکت در تدوین پروپوزال و تحلیل‌های آماری داده‌ها (۲۰ درصد).

حمایت مالی

پژوهش حاضر با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شده است.

کودک بستری در بخش نورولوژی که به علت تروما بستری شده بود. پاتولوژی ۲۷ کودک دیگر تشنج بوده است و هیچ‌کدام در پرونده‌شان وجود دیسفاژی گزارش نشده بود. لذا طبق این یافته می‌توان دریافت که حداقل در این مطالعه تشنج عامل خطر مهمی برای ایجاد دیسفاژی نیست. شیوع دیسفاژی در بزرگسالان این تحقیق ۴۰/۵۵ درصد بود که در مقایسه با شیوع دیسفاژی در کودکان بسیار زیاد است. این تفاوت در مطالعات قبلی هم نشان داده شده است. در مطالعه سازمان بهداشت ملی آمریکا گزارش شده است که از هر ۲۵ فرد آمریکایی بزرگسال سالانه یک نفر از دیسفاژی رنج می‌برد [۱۶]، درحالی‌که سالانه از هر هزار کودک آمریکایی، ۹ نفر دچار دیسفاژی می‌شوند [۲۸].

یکی دیگر از یافته‌های مطالعه حاضر شیوع بیشتر دیسفاژی در بین بیماران مرد نسبت به بیماران زن بود. مطالعات قبلی در این رابطه گزارش‌های متفاوتی را ارائه داده‌اند. طبق مطالعه Wilkins و همکاران که روی بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی توانبخشی انجام شد، اختلال بلع در زنان نسبت به مردان بسیار شایع‌تر بود [۲۹]. البته Wilkins و همکاران علت بیشتر بودن شیوع دیسفاژی را در زنان به بیشتر بودن تعداد نمونه‌های آنان در مطالعه ربط دادند و اظهار کردند که زنان نسبت به مردان احتمال دارد که مشکلات بلع را بیشتر گزارش کنند و علت بیشتر بودن شیوع دیسفاژی در زنان ممکن است به خودگزارشی بیشتر مشکل در زنان ربط داشته باشد [۲۹]. در مقابل، در یک تحقیق دیگر که Yang و همکاران در سال ۲۰۱۳ به صورت کوهورت طولی روی سالمندانی انجام دادند که در مراکز سالمندان کره جنوبی نگهداری می‌شدند، به‌طور معناداری درصد بیشتری از مردان نسبت به زنان دچار اختلال بلع بودند [۳۰]. این یافته با نتایج مطالعه حاضر بیشتر همخوانی دارد. در یک تحقیق دیگر Bloem و همکاران در سال ۱۹۹۰ هیچ‌گونه ارتباطی را بین میزان شیوع دیسفاژی و جنسیت آزمودنی‌ها در سالمندان نگهداری‌شده در مرکز سالمندی بیشتر از ۸۷ سال مشاهده نکردند [۳۱].

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان چنین استنباط کرد که

REFERENCES

1. Poorjavad M, Derakhshandeh F, Etemadifar M, Soleymani B. Associated factors with swallowing disorders in patients with multiple sclerosis. *J Isfahan Med Schl*. 2010;28(104):1-7.
2. Teasell RW, McRae M, Marchuk Y, Finestone HM. Pneumonia associated with aspiration following stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996;77(7):707-9. PMID: 8669999 DOI: 10.1016/s0003-9993(96)90012-x
3. Lever TE, Simon E, Cox KT, Capra NF, O'Brien KF, Hough MS, et al. A mouse model of pharyngeal dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis. *Dysphagia*. 2010;25(2):112-26. PMID: 19495873 DOI: 10.1007/s00455-009-9232-1
4. Code C, Heron C. Services for aphasia, other acquired adult neurogenic communication and swallowing disorders in the United Kingdom, 2000. *Disabil Rehabil*. 2003;25(21):1231-7. PMID: 14578063 DOI: 10.1080/09638280310001599961
5. Brogan E, Langdon C, Brookes K, Budgeon C, Blacker D. Respiratory infections in acute stroke: nasogastric tubes and immobility are stronger predictors than dysphagia. *Dysphagia*. 2014;29(3):340-5. PMID: 24445382 DOI: 10.1007/s00455-013-9514-5
6. de Rijk MC, Tzourio C, Breteler MM, Dartigues JF, Amaducci L, Lopez-Pousa S, et al. Prevalence of parkinsonism and parkinson's disease in Europe: the europarkinson collaborative study. European community concerted action on the epidemiology of parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997;62(1):10-5. PMID: 9010393 DOI: 10.1136/innp.62.1.10

7. Manikam R, Perman JA. Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol*. 2000;**30**(1):34-46. [PMID: 10636208](#) [DOI: 10.1097/00004836-200001000-00007](#)
8. Zamani P. The prevalence of dysphagia among in-patients in educational hospitals of Ahvaz in the second half of 2010. *Jundishapur Sci Med J*. 2012;**11**(3):261-8.
9. Momosaki R, Yasunaga H, Matsui H, Horiguchi H, Fushimi K, Abo M. Effect of dysphagia rehabilitation on oral intake in elderly patients with aspiration pneumonia. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;**15**(6):694-9.
10. de Aguiar-Nascimento JE, Kudsk KA. Early nutritional therapy :the role of enteral and parenteral routes. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2008;**11**(3):255-60. [PMID: 18403921](#) [DOI: 10.1097/MCO.0b013e3282fba5c6](#)
11. Correia MIT, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr*. 2003;**22**(3):235-9. [PMID: 12765661](#) [DOI: 10.1016/S0261-5614\(02\)00215-7](#)
12. Miniño AM, Murphy SL, Xu J, Kochanek KD. Deaths: final data for 2008. *Natl Vital Stat Rep*. 2011;**59**(10):1-126. [PMID: 22808755](#)
13. CDC. Prevalence of stroke--United States, 2006-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;**61**(20):379-82. [PMID: 22622094](#)
14. Venketasubramanian N, Tan LC, Sahadevan S, Chin JJ, Krishnamoorthy ES, Hong CY, et al. Prevalence of stroke among Chinese, Malay, and Indian Singaporeans: a community-based tri-racial cross-sectional survey. *Stroke*. 2005;**36**(3):551-6. [PMID: 15692124](#) [DOI: 10.1161/01.STR.0000155687.18818.13](#)
15. Ghandehari K. Epidemiology of Stroke in Iran. *Galen Med J*. 2016;**5**(1):3-9.
16. Bhattacharyya N. The prevalence of dysphagia among adults in the United States. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;**151**(5):765-9. [PMID: 25193514](#) [DOI: 10.1177/0194599814549156](#)
17. Roy N, Stemple J, Merrill RM, Thomas L. Dysphagia in the elderly: preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2007;**116**(11):858-65. [PMID: 18074673](#) [DOI: 10.1177/000348940711601112](#)
18. Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing*. 2009;**39**(1):39-45. [PMID: 19561160](#) [DOI: 10.1093/ageing/afp100](#)
19. Barer D. The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1989;**52**(2):236-41. [PMID: 2564884](#) [DOI: 10.1136/jnnp.52.2.236](#)
20. Meng NH, Wang TG, Lien IN. Dysphagia in patients with brainstem stroke: incidence and outcome. *Am J Phys Med Rehabil*. 2000;**79**(2):170-5. [PMID: 10744192](#) [DOI: 10.1097/00002060-200003000-00010](#)
21. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*. 2005;**36**(12):2756-63. [PMID: 16269630](#) [DOI: 10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb](#)
22. Falsetti P, Acciai C, Palilla R, Bosi M, Carpinteri F, Zingarelli A, et al. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2009;**18**(5):329-35. [PMID: 19717014](#) [DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.01.009](#)
23. Flowers HL, Silver FL, Fang J, Rochon E, Martino R. The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. *J Commun Disord*. 2013;**46**(3):238-48. [PMID: 23642855](#) [DOI: 10.1016/j.jcomdis.2013.04.001](#)
24. Enderby P, Pickstone C, John A, Fryer K, Cantrell A, Papaioannou D. Resource manual for commissioning and planning services for speech, language and communication needs. London: Royal College of Speech and Language Therapists; 2009.
25. Schroeder MF, Daniels SK, McClain M, Corey DM, Foundas AL. Clinical and cognitive predictors of swallowing recovery in stroke. *J Rehabil Res Dev*. 2006;**43**(3):301-10. [PMID: 17041816](#) [DOI: 10.1682/jrrd.2004.12.0154](#)
26. Ferraris VA, Ferraris SP, Moritz DM, Welch S. Oropharyngeal dysphagia after cardiac operations. *Ann Thorac Surg*. 2001;**71**(6):1792-6. [PMID: 11426749](#) [DOI: 10.1016/S0003-4975\(01\)02640-6](#)
27. Tolep K, Getch CL, Criner GJ. Swallowing dysfunction in patients receiving prolonged mechanical ventilation. *Chest*. 1996;**109**(1):167-72. [PMID: 8549181](#) [DOI: 10.1378/chest.109.1.167](#)
28. Bhattacharyya N. The prevalence of pediatric voice and swallowing problems in the U nited States. *Laryngoscope*. 2015;**125**(3):746-50. [PMID: 25220824](#) [DOI: 10.1002/lary.24931](#)
29. Wilkins T, Gillies RA, Thomas AM, Wagner PJ. The prevalence of dysphagia in primary care patients: a HamesNet Research Network study. *J Am Board Fam Med*. 2007;**20**(2):144-50. [PMID: 17341750](#) [DOI: 10.3122/abfm.2007.02.060045](#)
30. Yang EJ, Kim MH, Lim Jy, Paik NJ. Oropharyngeal dysphagia in a community-based elderly cohort: The Korean longitudinal study on health and aging. *J Korean Med Sci*. 2013;**28**(10):1534-9. [PMID: 24133362](#) [DOI: 10.3346/jkms.2013.28.10.1534](#)
31. Bloem B, Lagaay A, Van Beek W, Haan J, Roos R, Wintzen A. Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. *BMJ*. 1990;**300**(6726):721-2. [PMID: 2322725](#) [DOI: 10.1136/bmj.300.6726.721](#)