

بررسی شیوع اختلال بلع (دیسفاژی) در بیماران بستری شده بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز در شش ماهه اول سال 1389

پیمان زمانی^{1*}

چکیده

زمینه و هدف: اختلال بلع، اختلال در حرکت لقمه غذا از دهان به معده به علت آسیب‌های عصبی حرکتی در مراحل بلع است. گفتار درمانگر در تیم درمانی اختلال بلع به ارزیابی و درمان توانبخشی می‌پردازد، لذا اطلاعات پایه‌ای درباره شیوع و علل آن می‌تواند در برنامه‌های درمانی مؤثر باشد. هدف از این تحقیق شیوع سنجی این اختلال در بین بیماران بستری شده است.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی گذشته‌نگر، به صورت تصادفی ۱۸۶۰ پرونده از بیماران بستری شده در بیمارستان‌های آموزشی اهواز بررسی شد. اطلاعات بر اساس وجود یا عدم وجود اختلال بلع، علل، شیوع سنی و جنسی، اختلالات گفتاری همراه و شیوع در بخش‌های بیمارستانی از پرونده‌ها استخراج و به چک‌لیست NDPCS منتقل و جهت آنالیز به برنامه SPSS وارد شد.

یافته‌ها: ۴/۲ درصد کل بیماران دارای اختلال بلع (مردان ۴ درصد و زنان ۴/۵ درصد) بودند. بین میانگین شیوع اختلال بلع در دو جنس اختلاف معنادار دیده نشد ($P > 0/05$). بالاترین علل اختلال بلع مربوط به بیماری‌های نورولوژیک و بیشترین شیوع سنی آن مربوط به ۱۰-۰ سال است. بخش نورولوژی و داخلی به ترتیب بیشترین و کمترین میزان اختلال بلع را دارند.

نتیجه‌گیری: گفتاردرمانگران ضمن توجه به عوامل سنی، علل شایع و بخش‌های بیمارستانی باید مداخلات درمانی به‌موقع را برای اختلال بلع بیماران انجام دهند.

کلید واژگان: اختلال بلع، بیمارستان آموزشی، گفتاردرمانی، شیوع.

۱- مربی گروه گفتار درمانی

۱- دانشکده علوم توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی اسکلتی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، ایران.

* نویسنده مسؤول:

پیمان زمانی؛ مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی اسکلتی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، ایران.
تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۶۱۷۶۷۸۰

Email: zamanip@ajums.ac.ir

مقدمه

خردسالان نیز شایع می‌باشد به‌گونه‌ای که ۴۰-۲۵ درصد کودکان نوپا و مدرسه رو از این مشکلات رنج می‌برند. این آمار در سنین بالای ۵۵ سال در حدود ۱۶-۲۲ درصد عنوان شده است (۷). در گزارشی دیگر عنوان شده است که ۱۰-۱۶ درصد افراد مبتلا به فلج مغزی دچار انواعی از اختلالات بلع هستند (۸).

از آنجایی که اختلالات بلع می‌تواند پیامدهایی جدی به همراه داشته باشد، شناسایی گروه‌های بیمارانی که مستعد ابتلا به این اختلالات هستند بسیار ضروری است. در چنین شرایطی می‌توان قبل از اینکه بیماران، عوارض شدید اختلال بلع مثل سوء تغذیه، پنومونی و آسپیراسیون را نشان دهند، درمان‌های پزشکی توان‌بخشی را آغاز کرده و از افزایش ناتوانی و وابستگی بیماران جلوگیری نمود (۹). هر چند که اختلال بلع مستقیماً جزء اختلالات ارتباطی و گفتاری نمی‌باشد، اما به دلیل وابستگی این اختلالات با مکانیسم‌های دخیل در گفتار (تنفس، صداسازی و تلفظ) لازم است گفتاردرمانگر به‌عنوان سرگروه تیم توان‌بخشی درمان اختلالات بلع فعالیت کند (۱۰ و ۱۱). نقش اصلی گفتاردرمانی در اختلالات بلع مربوط به حیطة ارزیابی و تشخیص میزان ناتوانی‌های عصبی حرکتی دهان و بلع و همچنین انجام تمرینات توان‌بخشی در قالب رویکردهای درمانی حسی حرکتی برای نواحی دهان و حلق می‌باشد (۱۲). یکی از مراکز ارائه خدمات گفتاردرمانی، بیمارستان‌ها می‌باشد. جایی که گفتاردرمانگر باید در نظامی چندتخصصی همگام با دیگر متخصصین به ارزیابی، تشخیص و درمان اختلالات بلع بپردازد. این نقش تا اندازه‌ای مهم است که در مراکز بیمارستانی برخی کشورهای توسعه‌یافته، گفتاردرمانگر را با عنوان درمانگر بلع (Swallowing Therapist) می‌شناسند (۱۳ و ۱۴). بنابراین به دلیل اینکه داشتن اطلاعات پایه‌ای درباره شیوع و عوامل بوجودآورنده اختلالات بلع می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت درمانی به

تغذیه یکی از اساسی‌ترین نیازهای زیستی انسان بوده است که طی آن مواد غذایی لازم برای تولید انرژی و رشد بافت‌های بدن تأمین می‌گردد. تبدیل غذا به مواد قابل جذب به خون طی فرآیند گوارش انجام می‌شود که بلع را می‌توان اولین مرحله این فرآیند دانست. بلع دارای چهار مرحله اصلی آمادگی دهانی، دهانی، حلقی و مروی است که در مرحله آمادگی دهانی، مواد غذایی به صورت له و خردشده درآمده و آماده بلعیدن می‌شود. لقمه غذا در طی مرحله دهانی بر روی خلف زبان قرار می‌گیرد و به سمت حلق حرکت می‌کند. این دو مرحله مراحل ارادی بلع می‌باشد. در مرحله حلقی بلع، راه‌های هوایی بینی و حنجره توسط نرمکام و دیواره خلفی حلق و اپیگلوت بسته می‌شود و لقمه غذا با انجام رفلکس بلع وارد مروی می‌گردد. فاز حلقی و مروی بلع غیر ارادی بوده و حرکات رفلکسی وظیفه عبور غذا تا معده را انجام می‌دهند (۱). اختلال در بلع به معنای مشکل در حرکت لقمه غذا از دهان به معده با علت عمده ناهنجاری‌های عصبی حرکتی در مراحل بلع می‌باشد (۲ و ۳). این اختلال می‌تواند عوارض بالینی متعددی نظیر آسپیراسیون، آبریزش دهانی، گرفتگی صدا در حین یا بعد از خوردن غذا یا مایعات، سرفه و خفگی، گلوپاک کردن و عفونت‌های تنفسی ایجاد کند. همچنین ابتلای همزمان به دیسفاژی در بیماران دارای بیماری‌های سیستمیک مثل پارکینسون، دیابت و... می‌تواند باعث شدت بیماری اولیه شود، زیرا در این بیماران سطح سلامت عمومی کاهش یافته است (۴).

در گزارشات آماری مختلف، بسته به بیماری‌های پزشکی همراه، ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه و ابزارهای تشخیصی مورد استفاده، شیوع اختلال بلع متفاوت ذکر شده است. به‌عنوان مثال برآورد شده است که اختلال بلع در ۲۹-۶۹ درصد بیماران دچار استروک، ۲۴-۳۴ درصد مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس و نزدیک به ۸۱ درصد افراد پارکینسونی اتفاق می‌افتد (۵ و ۶). همچنین مشکلات بلع در نوزادان و

که فراوانی (درصد فراوانی) بیماران مرد دارای اختلال بلع (۴ درصد) ۴۴ نفر و فراوانی (درصد فراوانی) بیماران زن دارای اختلال بلع (۴/۵ درصد) ۳۵ نفر بود. با توجه به مقایسه به عمل آمده مشخص شد که بین میانگین شیوع اختلال بلع در دو گروه مرد و زن اختلاف معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$).

بیشترین شیوع اختلال بلع در کل بیماران دارای دیسفاژی، مربوط به گروه سنی ۱۰-۰ ساله بود. بدین صورت که از بین کل بیماران دارای دیسفاژی، ۲۵/۳ درصد را کودکان پسر و ۲۲/۸ درصد را کودکان دختر تشکیل دادند که البته بین این مقادیر اختلاف معناداری دیده نشد ($P > 0.05$). کمترین شیوع دیسفاژی در مردان و زنان ۱۱-۲۰ ساله دیده شد که مجموعاً ۱/۳ درصد افراد این گروه سنی دارای دیسفاژی بودند (جدول ۲).

در جدول ۱، توزیع فراوانی (درصد فراوانی) اختلالات بلع در هر یک از بخش‌های بیمارستانی آمده است. همچنین برای بهتر مشخص شدن وضعیت شیوع این اختلالات در هر بخش بیمارستانی، از پارامتر نسبت وجود اختلال به عدم وجود اختلال استفاده شد. با این احتساب، بیشترین شیوع دیسفاژی، در بخش‌های نورولوژی بیمارستان گلستان (۲۶/۶ درصد) و ENT بیمارستان امام خمینی (۱۵/۲ درصد) و کمترین میزان شیوع دیسفاژی از بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستانی رازی و امام خمینی (۲/۵ درصد) گزارش شد. همان‌گونه که در جدول ۱ منعکس شده است، از نظر نسبت وجود دیسفاژی در بخش‌های بیمارستانی، بخش‌های نورولوژی (۱۳ درصد) و ENT (۸ درصد) دارای بالاترین نسبت ابتلا و بخش‌های داخلی و جراحی (۲ درصد) پایین‌ترین حد را دارند. نسبت وجود دیسفاژی در بخش‌های بیمارستانی عفونی، ICU و اطفال به ترتیب ۶ درصد، ۴ درصد و ۴ درصد می‌باشد.

در جدول ۲، توزیع فراوانی اختلال بلع در رده‌های سنی بیماران برحسب اتیولوژی آورده شده است. با توجه به این

گفتاردرمانگران کمک شایانی کند، لذا در این تحقیق سعی شده است با بررسی منابع ایجاد این اختلالات، اطلاعات مفیدی از وضعیت بیماران بستری شده در بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز در زمینه اختلال بلع به دست آید.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک بررسی مقطعی، توصیفی بوده که در چهار بیمارستان ابوظر، امام خمینی، گلستان و رازی شهر اهواز در نیمه اول سال ۱۳۸۹ بر روی ۱۸۶۰ پرونده از بیماران بستری شده و ترخیص شده انجام شد. برای تعیین وجود یا عدم وجود اختلال بلع در بیماران بستری شده، از پرسش‌نامه تعیین و تشخیص علائم اختلال بلع با نام Northwestern Dysphagia Patient Check Sheet با همبستگی پایایی و روایی بالا ($r > 0.70$) استفاده شد (۴ و ۱۵). این چک‌لیست شامل ۲۸ متغیر جهت تشخیص دیسفاژی توسط لاگمن و همکارانش (۱۹۹۹) اعتبارسنجی می‌باشد و نحوه نمره‌دهی در این آزمون به این صورت است که نتایج و عملکرد بیماران در مورد هر یک از آیتم‌های ارزیابی بلع به صورت «سالم» یا «ناسالم» گزارش می‌شود (۱۵). بر اساس اطلاعات مندرج در پرونده بیماران، اطلاعات دموگرافیک موجود با اطلاعات پرسش‌نامه‌ای مطابقت داده شد و عوامل مورد تأکید در مطالعه و پرسش‌نامه تحقیقاتی مانند: سن، جنس، بخش بیمارستانی و علت اختلال بلع استخراج و از طریق شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۸۶۰ پرونده بیمار مورد بررسی قرار گرفت که از این تعداد ۱۰۸۷ پرونده مربوط به مردان و ۷۷۳ پرونده متعلق به زنان بستری شده در بیمارستان‌های مذکور بود. طبق بررسی‌ها، به‌طور میانگین ۴/۲ درصد بیماران بستری شده در نیمه اول سال ۱۳۸۹ دارای اختلال بلع بودند

درصد) بیشترین علل بروز دیسفاژی در بین بیماران بستری- شده بودند. بیماری‌های حنجره (۶/۳ درصد)، ریفلاکس (۵/۱ درصد)، بیماری‌های معده و مری (۳/۸ درصد) و تراکئوستومی (۲/۵ درصد) از دیگر عوامل و علل بروز اختلالات بلع هستند.

جدول، شایع‌ترین علت بروز دیسفاژی را فلج مغزی در کودکان (۳۲/۹ درصد) و بیماری‌های نورولوژیک (۲۶/۶ درصد) تشکیل می‌دهد. این درصد فراوانی از بین کل بیماران دارای دیسفاژی (۷۹ نفر مبتلا) به دست آمد. بعد از آن، بیماری‌های عفونی (۱۲/۷ درصد) و شکاف کام (۱۰/۱

جدول ۱: توزیع فراوانی و نسبت وجود اختلال بلع در بخش‌های بیمارستانی به تفکیک بیمارستان‌های آموزشی اهواز

نسبت وجود دیسفاژی (درصد)	جمع (درصد)	بیمارستان آموزشی				اختلال بلع	بخش بیمارستانی
		امام‌خمینی (درصد)	رازی (درصد)	گلستان (درصد)	ابوذر (درصد)		
	۷ (۸/۹)	۳ (۳/۸)	۰	۰	۴ (۵/۱)	دارد	
۴	۱۸۲ (۱۰/۲)	۵۰ (۲/۸)	۴۲ (۲/۴)	۵۶ (۳/۱)	۳۴ (۱/۳)	ندارد	ICU
	۱۸۹	۵۳	۴۲	۵۶	۳۸	جمع	
	۱۰ (۱۲/۷)	۰	۳ (۳/۸)	۰	۷ (۸/۹)	دارد	
۶	۱۶۸ (۹/۴)	۰	۱۰۳ (۵/۸)	۰	۶۵ (۳/۶)	ندارد	عفونی
	۱۷۸	۰	۱۰۶	۰	۷۲	جمع	
	۱۸ (۲۲/۸)	۰	۰	۶ (۷/۶)	۱۲ (۱۵/۲)	دارد	
۴	۴۸۵ (۲۷/۲)	۹۸ (۵/۵)	۰	۱۸۵ (۱۰/۴)	۲۰۲ (۱۱/۳)	ندارد	نوزادان و اطفال
	۵۰۳	۹۸	۰	۱۹۱	۲۱۴	جمع	
	۱۱ (۱۳/۹)	۲ (۲/۵)	۲ (۲/۵)	۴ (۵/۱)	۳ (۳/۸)	دارد	
۲	۶۲۷ (۳۵/۲)	۱۸۰ (۱۰/۱)	۱۴۲ (۷/۹)	۱۸۷ (۱۰/۵)	۱۱۸ (۶/۶)	ندارد	داخلی و جراحی
	۶۳۸	۱۸۲	۱۴۴	۱۹۱	۱۲۱	جمع	
	۱۲ (۱۵/۲)	۱۲ (۱۵/۲)	۰	۰	۰	دارد	
۸	۱۵۳ (۸/۶)	۱۵۳ (۸/۶)	۰	۰	۰	ندارد	ENT
	۱۶۵	۱۶۵	۰	۰	۰	جمع	
	۲۱ (۲۶/۶)	۰	۰	۲۱ (۲۶/۶)	۰	دارد	
۱۳	۱۶۶ (۹/۳)	۰	۰	۱۶۶ (۹/۳)	۰	ندارد	نورولوژی
	۱۸۷	۰	۰	۱۸۷	۰	جمع	

جدول 2: فراوانی (درصد فراوانی) اختلال بلع برحسب اتیولوژی در رده‌های سنی مختلف بیماران به تفکیک جنس

جنس	سن (سال)	علت اختلال بلع								
		شکاف کام (درصد)	ریفلاکس (درصد)	تراکتوستومی (درصد)	سرطان مری و معده (درصد)	فلج مغزی (درصد)	بیماری‌های نورولوژیک (درصد)	سرطان حنجره (درصد)	عفونت (درصد)	جمع کل (درصد)
مرد	۰-۱۰	۵ (۱۱/۴)	۰	۱ (۲/۳)	۰	۱۲ (۲۷/۳)	۰	۰	۲ (۴/۵)	۲۰ (۲۵/۳)
	۱۱-۲۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	۲۱-۳۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱ (۲/۳)	۰	۰	۱ (۱/۳)
	۳۱-۴۰	۰	۳ (۶/۸)	۱ (۲/۳)	۰	۰	۲ (۴/۵)	۱ (۲/۳)	۰	۷ (۸/۷)
	۴۱-۵۰	۰	۱ (۲/۳)	۰	۰	۰	۱ (۲/۳)	۰	۱ (۲/۳)	۳ (۳/۸)
	۵۱-۶۰	۰	۳ (۶/۸)	۰	۱ (۲/۳)	۰	۱ (۲/۳)	۰	۰	۵ (۶/۳)
	۶۱-۷۰	۰	۰	۰	۰	۰	۷ (۱۵/۹)	۱ (۲/۳)	۰	۸ (۱۰/۱)
	۰-۱۰	۳ (۸/۶)	۰	۰	۰	۱۴ (۴۰/۰)	۰	۰	۱ (۲/۹)	۱۸ (۲۲/۸)
	۱۱-۲۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱ (۲/۹)	۱ (۱/۳)
	۲۱-۳۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱ (۲/۹)	۰	۰	۱ (۱/۳)
زن	۳۱-۴۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	۴۱-۵۰	۰	۱ (۲/۹)	۰	۱ (۲/۹)	۰	۰	۰	۰	۲ (۲/۵)
	۵۱-۶۰	۰	۰	۰	۱ (۲/۹)	۰	۲ (۵/۷)	۲ (۵/۷)	۰	۵ (۶/۳)
	۶۱-۷۰	۰	۰	۰	۰	۶ (۱۷/۱)	۱ (۲/۹)	۱ (۲/۹)	۰	۷ (۸/۷)
	جمع کل	۸ (۱۰/۱)	۹ (۱۱/۴)	۲ (۲/۵)	۳ (۳/۸)	۲۶ (۳۲/۹)	۲۱ (۲۶/۶)	۵ (۶/۳)	۵ (۶/۳)	۷۹ (۱۰۰/۰)

بحث

جنس مرد و زن به‌طور یکسان اتفاق می‌افتد و تفاوت معناداری در این زمینه وجود ندارد (۱۶). همچنین نیومن (Newman) و همکارانش (۲۰۰۷) موردی را درباره وجود اختلاف معناداری در شیوع دیسفاژی بین نوزادان پسر و دختر گزارش نکردند (۱۷).

در این مطالعه بالاترین شیوع دیسفاژی مربوط به گروه سنی ۰-۱۰ سال بود که به‌طور میانگین ۴۸/۱ درصد کل بیماران دارای دیسفاژی را تشکیل می‌دادند. این شیوع بالا را می‌توان در ناهنجاری‌ها و بیماری‌های متعدد نوزادان و اطفال مثل شکاف کام، لارینگومالاسی، فلج مغزی و... در طول

مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی اختلال بلع (دیسفاژی) در بین بیمارانی که در خلال شش ماهه اول سال ۱۳۸۹ در بیمارستان‌های آموزشی اهواز بستری بوده‌اند، انجام شد. همچنین در این پژوهش بر پارامترهای سن، جنس، علت بروز دیسفاژی و بخش بیمارستانی تأکید شد. در کل، شیوع دیسفاژی در بین بیماران ۴/۲ درصد بود که با توجه به تفکیک جنسی بیماران تفاوت معناداری بین مردان و زنان مشاهده نشد ($P > 0/05$). این یافته با مطالعه دکتر سکوتی و همکارانش (۱۳۸۸) همسو می‌باشد. آنها متوجه شدند که بروز دیسفاژی بعد از عمل جراحی مری در

بیشترین علت اختلال بلع بیماران مربوط به مشکلات دهان و شکاف کام (۱۰/۱ درصد کل مبتلایان به دیسفاژی) می-باشد که این یافته با سایر مطالعات مشابه هم‌سویی دارد (۱۹).

نتیجه‌گیری

در نهایت، با توجه به یافته‌های این پژوهش باید گفت گفتاردرمانگران شاغل در بیمارستان‌های شهر اهواز باید به پارامترهای سن، علل شایع (به‌ویژه علل نورولوژیک) و بخش‌های بیمارستانی که دارای بیمارانی با خطر بیشتر ابتلا به دیسفاژی هستند توجه کنند و مداخلات درمانی زودهنگام را برای این موارد انجام دهند.

قدردانی

از خانم فاطمه حسناتی و آقای حسین رضایی اعضای هیأت علمی گروه گفتاردرمانی دانشگاه جندی‌شاپور اهواز که در این تحقیق همکاری داشتند، بسیار سپاسگزارم.

زمان تحقیق در شهر اهواز مربوط دانست. در مطالعه منیکام (Perman & Manikam) (۲۰۰۰) نیز مشاهده شد که شیوع اختلالات بلع و تغذیه در سنین نوزادی و خردسالی بالا است (۷).

در میان بخش‌های بیمارستانی، بخش نورولوژی (۲۶/۶ درصد) با نسبت ابتلای ۱۳ درصد دارای بیشترین شیوع بیماران دارای اختلال بلع بود. اگر این یافته در کنار میزان شیوع علل نورولوژیک اختلال بلع من جمله فلج مغزی، استروک و سایر بیماری‌های نورولوژیک قرار گیرد، مؤید این نکته است که بیماری‌های نورولوژیک اساسی‌ترین مسبب اختلالات بلع می‌باشند. یافته‌ای که توسط تحقیقات گذشته نیز تأیید شده است (۲ و ۳). در بین علل ایجادکننده اختلالات بلع در بیماران، باید به ریفلاکس معدی-مروی (۱۱/۴ درصد) توجه کرد. در مطالعات انجام‌شده، ریفلاکس یکی از شایع‌ترین علل دیسفاژی ذکر شده است (۱۸) که در پژوهش حاضر نیز این هم‌سویی به‌دست آمده است و بعد از عوامل نورولوژیک، شایع‌ترین علت دیسفاژی مربوط به ریفلاکس می‌باشد. بعد از عوامل نورولوژیک و ریفلاکس،

منابع

- 1-Rosenbek JC, Jones HN. Dysphagia in movement disorders. San Diego: Plural Pub; 2009. P. 3-12. (clinical dysphagia series; Vol 1).
- 2-Provencio-Arambula M, Provencio D, Hegde MN. Assessment of dysphagia in adults: resources and protocols in English and Spanish. San Diego: Plural Pub; 2007. p. 2-8.
- 3-Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. 2nd ed. Austin, Tex: PRO-ED; 1998.
- 4-Poorjavad M, Derakhshandeh F, Etemadifar M, Soleymani B. [Associated Factors with swallowing disorders in patients with multiple sclerosis]. J Isfahan Med Sch 2010;28(104):40-6. [In Persian]
- 5-Hartelius L, & Svensson P. Speech and swallowing symptoms associated with Parkinson's disease and multiple sclerosis: a survey. Folia Phoniatr Logop 1994;46(1):9-17.
- 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.
- 7-Manikam R, Perman JA. Pediatric feeding disorders. J Clin Gastroenterol 2000;30(1):34-46.
- 8-Workinger MS. Cerebral palsy resource guide for speech-language pathologists. Trans Zamani P, Mousavi N. Tehran: Danjeh Pub; 2009. p. 72-80. [In Persian]
- 9-Perlman AL, Schulze-Delrieu K, editors. Deglutition and its disorders: anatomy, physiology, clinical diagnosis, and management. San Diego: Singular Pub. Group; 1997. P. 1-3.
- 10-Bloem BR, Lagaay AM, van Beek W, Haan J, Roos RA, Wintzen AR. Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. BMJ 1990;300(6726):721-2.

- 11-Haynes WO, Pindzola RH. Diagnosis and evaluation in speech pathology. 6th ed. Boston: Pearson/Allyn and Bacon; 2004. P. 264-6.
- 12-Logemann JA. Update on clinical trials in Dysphagia. *Dysphagia* 2006;21(2):116-20.
- 13-American speech-language- hearing association. ASHA Supplement. Rockville, MD: ASHA, American Speech-Language-Hearing Association; 2002. p. 73-87.
- 14-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.
- 15-Logemann JA, Veis S, Colangelo L. A screening procedure for oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia* 1999;14(1):44-51.
- 16-Sokouti M, Montazeri V, Feyzi E. [Dysphagia after cancer of esophagus operation and its recure with endoscopic dilatation procedure]. *J Ardebil Med Sci* 2009;9(2):150-6. [In Persian]
- 17-Newman LA, Keckley C, Petersen MC, Hamner A. Swallowing function and medical diagnoses in infants suspected of Dysphagia. *Pediatrics* 2001;108(6):E106.
- 18-Triadafilopoulos G, Hallstone A, Nelson-Abbott H, Bedinger K. Oropharyngeal and esophageal interrelationships in patients with nonobstructive dysphagia. *Dig Dis Sci* 1992;37(4):551-7.
- 19-Nagaoka K, Tanne K. Activities of the muscles involved in swallowing in patients with cleft lip and palate. *Dysphagia* 2007;22(2):140-4.

Archive of SID

The Prevalence of Dysphagia among in-Patients in Educational Hospitals of Ahvaz in the Second Half of 2010

Peyman Zamani^{1*}

1- Lecturer of Speech Therapy.

1-Department of Speech Therapy,
Faculty of Rehabilitation
Sciences, Rehabilitation
Musculoskeletal Research
Center, Ahvaz Jundishapur
University of Medical Sciences,
Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:
Peyman Zamani; Rehabilitation
Musculoskeletal Research
Center, Ahvaz Jundishapur
University of Medical Sciences,
Ahvaz, Iran.
Tel: +989166176780
Email: zamanip@ajums.ac.ir

Abstract

Background & Objective: Dysphagia refers to any disturbance in movement of food bolus from mouth to stomach that is due to neurological motor disorder of swallowing processes. Since, a speech and language pathologist is an active member of the medical team assessing and treating patients with dysphagia, knowledge of basic information about prevalence and etiology of dysphagia seems necessary for planning of rehabilitation programs.

Subjects & Methods: In this retrospective descriptive study, 1860 medical profiles of hospitalized patients of educational hospitals in the city of Ahvaz were randomly selected. By the use of NDPCS checklist, data regarding existence or nonexistence of dysphagia, etiology of dysphagia, prevalence of dysphagia in different age and sex, accompanying speech disorders, and prevalence of dysphagia in different wards of the studied hospitals were recorded and entered into SPSS software for analysis.

Results: 4.2% of total patients had dysphagia (4% male, 4.5% female). No significant difference was observed between sexes regarding prevalence of dysphagia ($P>0.05$). Neurologic diseases were the most frequent causes of dysphagia. Males aged between 0-10 years had the highest dysphagia rate. The highest and lowest dysphagia rates were observed in neurology ward and internal medicine ward of the studied hospitals.

Conclusion: The finding of this study suggest that speech therapists to pay more attention to age, common etiology and hospital wards with higher dysphagia rate and it is recommended to use early interventions for dysphagia.

Keywords: Dysphagia, Educational Hospital, Speech therapy, Prevalence.

► Please cite this paper as:
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):261-268.

Received: July 5, 2011

Revised: Feb 22, 2012

Accepted: Apr 23, 2012

مجله علمی پزشکی جندی شاپور، دوره 11، شماره 3، 1391