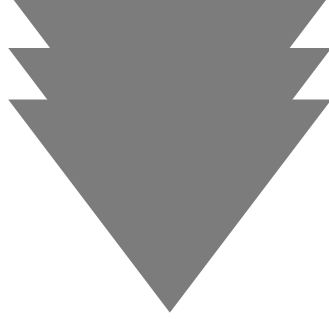
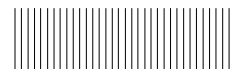




فصل



معرفی و شیوع اختلالات بلع



نگاهی به فصل

در این فصل، بلع طبیعی و بلع آسیب دیده با استفاده از نمودارها و جدول‌ها تعریف و تشریح می‌شوند. اصطلاحات تخصصی مرتبط با بلع طبیعی و غیرطبیعی مرور شده و توضیح داده می‌شود. تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم اختلالات بلع بر کیفیت زندگی بیان شده و ابزارهای ارزیابی کیفیت زندگی معرفی می‌گردند. این ابزارها به صورت دقیق‌تر در فصل پنجم مورد بررسی قرار خواهند گرفت. در ادامه، به اهمیت خودارزیابی بیمار به عنوان روشی برای درک بهتر دیدگاه فرد مبتلا به اختلال بلع پرداخته می‌شود. پس از آن، مباحث مربوط به همه‌گیرشناسی اختلالات بلع مطرح می‌گردد. واژه همه‌گیرشناسی به دو بُعد شیوع و علت‌شناسی یک اختلال اشاره دارد؛ در این فصل تمرکز بر میزان شیوع است و علل خاص اختلال بلع در فصل‌های بعدی به تفصیل بررسی خواهند شد.

مقدمه

چه فعالیت انسانی دیگری به جز بلعیدن، هر پنج حس را تحریک می‌نماید؟ چشایی (تجربه مزه‌ها مثل شیرین یا ترش)، لامسه (تجربه حالت خوراکی‌ها به شکل ترد، جویدنی یا نرم)، بویایی (تجربه بوی خوراکی‌ها مثل بوی تند یا ملایم)، بینایی (تنوع در شکل خوراکی‌ها مثلاً میوه یا بستنی) و شنوایی (تجربه صدای قُل‌قُل/خِش‌خِش^۱).

در بسیاری از مراحل عمل بلعیدن، حواس به صورت هماهنگ عمل می‌کنند مثل دیدن، بوییدن و چشیدن یک پرتقال تازه و بزرگ یا لمس کردن و شنیدن صدای ترد یک چیپس سیب‌زمینی تازه. جاذبه‌ی یک نانوائی یا ده‌ک‌ی هات‌داگ ممکن است شما را وسوسه کند که بایستید و از یک کروسان یا هات‌داگ پوشیده از خردل، پیاز و کچاپ لذت ببرید. یا شاید فقط باعث شود دهانتان آب بیفتد و قورت بدهید. همه‌ی این تحریکات حسی به مغز فرستاده می‌شوند و زمانی که از آنجا عبور می‌کنید، مغز فعالیت بلع را هماهنگ می‌کند. مغز دنباله‌ای از اعمال را سازمان‌دهی می‌کند که شما را به داخل شیرینی‌فروشی می‌کشاند، آن کروسان را می‌خرید و از طعم هر لقمه آن لذت می‌برید.

1 bubbling/cracklin: کیفیت صدا که به دلیل عدم پاکسازی کامل راه هوایی پس از بلع به حالت حباب‌دار یا خِش‌دار شنیده می‌شود

برای یک عمل بلع طبیعی، لب‌ها، دندان‌ها، زبان، حلق و مری باید هماهنگ شوند تا غذا وارد معده شود. از همان لحظه‌ای که غذا یا مایع نزدیک لب‌ها قرار می‌گیرد، مجموعه‌ای از واکنش‌ها به جریان می‌افتد. هماهنگی باز شدن لب‌ها، پایین آمدن فک، و یافتن جای درست زبان نیازمند فعالیت‌های ظریف و سریع در سامانه‌های کنترل عصب‌حرکتی است. سیستم حسی نیز به سیستم حرکتی می‌پیوندد و نتیجه آن مجموعه‌ای شگفت‌انگیز از کنش‌هاست که تنها در چند ثانیه (یا حتی سریع‌تر!) رخ می‌دهد. هم‌زمان، لذت آن لقمه، بدن شما را برای لقمه بعدی آماده می‌کند. تقریباً شبیه جادو است؟ نه کاملاً. عمل طبیعی بلع از دوران جنینی شکل می‌گیرد و با قرار گرفتن در معرض مزه‌ها، بوها، بافت‌ها و تصاویر تازه خوراکی‌ها و نوشیدنی‌ها، تکامل پیدا می‌کند. در سراسر این کتاب، خواننده به چالش کشیده می‌شود که بلع را مجموعه‌ای از رویدادهای همپوشان بداند؛ با بررسی جزئیات هر یک از این رویدادها، می‌توان به اهمیت بلع طبیعی پی برد و شرایط و بیماری‌هایی را که منجر به بلع غیرطبیعی می‌شوند، درک کرد. این کتاب به بررسی عملکردهای حسی و عصب‌حرکتی بلع طبیعی و غیرطبیعی و همچنین مدیریت بالینی بلع غیرطبیعی می‌پردازد. بیاید با مقدمه‌ای کلی درباره بلع طبیعی و غیرطبیعی آغاز کنیم.

بلع طبیعی

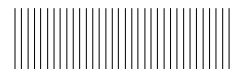
ساختارهای آناتومیکی دستگاه بلع را می‌توان به طور کلی به سه بخش اصلی تقسیم کرد: (۱) بینی‌حلقی (نازوفارنکس)^۱، (۲) دهانی‌حلقی (اوروفارنکس)^۲، (۳) حلق تحتانی (هایپوفارنکس)^۳. ساختارهای اصلی دستگاه بلع در شکل ۱-۱ نشان داده شده‌اند. تعاملات درون هر یک از این بخش‌ها و میان آن‌ها موجب می‌شود غذا از دهان به مری و سپس به معده حرکت کند. وقتی عضلات و اعصابی که اندام‌های بلع را کنترل می‌کنند دچار اختلال، آسیب، تخریب یا از بین رفتگی شوند، عملکرد بلع تغییر می‌کند. با این حال، انعطاف‌پذیری عصبی^۴ امکان سازگاری را فراهم می‌کند، حتی زمانی که ساختارهای طبیعی تخریب شده باشند. اندام‌های بلع و توانایی

1 nasopharynx

2 oropharynx

3 hypopharynx

4 neuroplasticity



آن‌ها در ایجاد راهکارهای جبرانی باعث می‌شود افرادی که دچار آسیب‌های عصبی یا عضلانی در اندام‌های بلع هستند، همچنان بتوانند برخی از انواع غذاها و مایعات را به‌طور ایمن بلعند.

بلع غیر طبیعی

بلع غیر طبیعی شامل مشکل یا ناتوانی کامل در بلع است که به ترتیب دیسفاژی^۱ و آفاژی^۲ نامیده شده است. اصطلاح آفاژی برای «ناتوانی کامل در بلع هر چیزی» به‌کار می‌رود. اصطلاحات دیسفاژی و آفاژی به بلع بزاق، مایعات، غذاها و داروها با هر قوامی اشاره دارند. دیسفاژی همچنین می‌تواند شامل مشکلاتی مانند «گیر کردن» غذا یا مایعات در گلو یا بازگشت^۳ مایعات یا غذاهای بلعیده‌شده باشد. مشکلات بلع ممکن است ناشی از اختلالات مکانیکی دستگاه بلع، بیماری‌های عصبی، بیماری‌های گوارشی یا از دست دادن اندام‌ها به‌دلیل جراحی یا آسیب‌های شدید باشند. دیسفاژی و آفاژی همچنین می‌توانند ناشی از اختلال در هماهنگی زمانی رویدادهای لازم برای بلع طبیعی باشند. دیسفاژی حتی ممکن است شامل احساس ذهنی فرد نسبت به دشواری بلع نیز باشد.

تعریف ساده جهانی دیسفاژی "مشکل در بلع" است.

تاثیر اختلالات بلع بر کیفیت زندگی

تخمین زده می‌شود که تنها در ایالات متحده، سالانه ۳۰۰ هزار تا ۶۰۰ هزار نفر با دیسفاژی تشخیص داده می‌شوند. تقریباً ۷۰ درصد این بیماران بالای ۶۰ سال دارند. بروز واقعی دیسفاژی ممکن است شناخته شده نباشد، زیرا اغلب یک وضعیت پس از تشخیص اولیه است. از آنجایی که دیسفاژی یک علامت است، اگر پزشک فقط علت اصلی را ثبت کرده باشد اغلب به عنوان تشخیص اصلی ذکر نمی‌شود. با این حال، طبق آمار بین المللی طبقه بندی بیماری‌ها، ویرایش دهم^۴، کد مناسب برای دیسفاژی را می‌توان به صورت تشخیص ثانویه

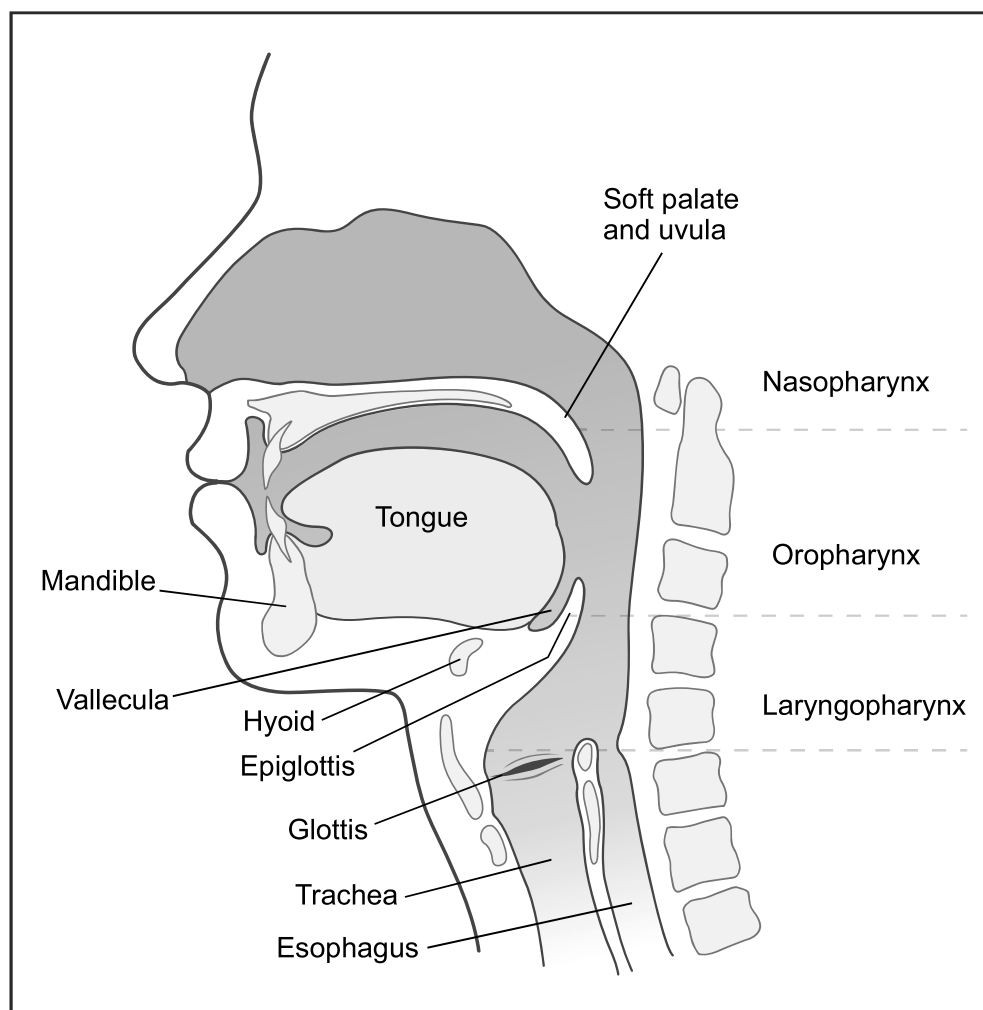
1 dysphagia

2 aphagia

3 reflux

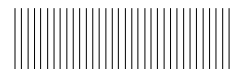
4 International Statistical Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10)

پس از سکته مغزی، عفونت مری، و سایر بیماری‌های سیستم عصبی یا مسیر گوارشی فهرست کرد. اختلالات بلع، حتی زمانی که ضعیف است، در نهایت به کیفیت زندگی ضربه می‌زند. چون غذا خوردن یک بخش طبیعی از تعاملات اجتماعی، تغذیه روزانه و سلامت عمومی است، اهمیت بلع طبیعی را نمی‌توان نادیده گرفت. بلع بدون توجه به شدت مشکل، به روش‌های مختلف بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد. جدول ۱-۱ اثرات رایج دیسفاژی بر کیفیت زندگی را خلاصه می‌کند.



شکل ۱-۱. نمای کلی نازوفارنکس، اوروفارنکس و لارنژوفارنکس

در بخش زیرین، ناحیه حنجره از اپی‌گلوت در قسمت قدامی تا اسفنکتر مری در قسمت خلفی نشان داده شده است.



جدول ۱-۱. اثرات دیسفاژی بر کیفیت زندگی

الف: محدودیت‌های عملکردی
۱- محدودیت در بلع بدون خطر انواع مواد غذایی
۲- محدودیت در علاقمندی به غذاها در رژیم‌های خاص
۳- افزایش زمان لازم برای بلعیدن و اتمام یک وعده غذایی
۴- محدودیت در بلع انواع غذا بدلیل شکل ساختارهای دهانی
۵- ایجاد خفگی با برخی غذاها
۶- محدود شدن خوردن بدلیل محدودیت‌های بینایی یا هشیاری
۷- محدودیت در مقدار غذا و نوع آن بدلیل ساختار یا عملکرد معده
ب: فعالیت‌ها و مشارکت
۱- بیماران با رژیم غذایی غیر دهانی، ممکن است تمایلی به شرکت در رویدادهایی که در آن غذا سرو می‌شود
۲- غذاهای مربوط به فرهنگ یا مذهب ممکن است در دسترس بیمار نباشد.
۳- توانایی نگه داشتن و استفاده از نی یا ظروف ممکن است خوردن یا نوشیدن را محدود کند.
۴- توانایی غذا خوردن در یک محیط گروهی ممکن است فعالیت‌ها را محدود کند.
۵- توانایی تهیه غذا ممکن است مصرف غذا را کاهش دهد.
ج: عوامل محیطی
۱- تغییر در نور اتاق یا صدا ممکن است غذا خوردن را محدود کند.
۲- آداب مناسب غذا خوردن ممکن است به دلیل فضاهای اتاق محدود باشد.
۳- غذا خوردن در جمع ممکن است به شکل ناخواسته جلب توجه کند.
۴- کمک از مراقبان شخصی ممکن است در طول وعده‌های غذایی مورد نیاز باشد.
۵- توانایی تهیه غذا ممکن است محدود باشد.

آسپیراسیون

آسپیراسیون^۱ وضعیتی است که در آن غذاها، مایعات، داروها یا ترشحات دهانی حلقی به مجرای تنفسی می‌روند. برای اکثر مردم گاهی زیر سطح تارهای صوتی واقعی این اتفاق می‌افتد؛ اما در نبود آسیب به عضلات یا اعصاب مربوط به بلع، اکثر مردم توانایی حس کردن غذا یا مایع در راه هوایی را دارند و با سرفه آن را خارج می‌کنند. زمانی که آسیب به بلع وارد شود و آسپیراسیون مکرر یا گسترده رخ دهد، خطر ابتلا به عفونت‌های ریوی، کم آبی و سوء تغذیه وجود دارد و لذت خوردن کاهش می‌یابد در نتیجه، کیفیت زندگی نیز پایین می‌آید.

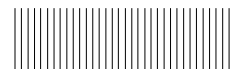
کم آبی بدن

کم آبی حالتی است که در بدن برای حفظ سطح مناسب مایعات در بافت‌ها، آب به اندازه کافی وجود ندارد. حتی در یک فرد سالم، عدم مصرف آب کافی می‌تواند منجر به کم آبی بدن شود. آب یک عنصر ضروری برای همه است که از دست دادن مایعات از طریق حرکات روده، دفع ادرار و تمرین فیزیکی، باید جبران شود. یک قانون کلی این است که مایعات بدن را با سه لیتر آب در روز جایگزین کنید. برای بیماران مبتلا به اختلالات عصبی که ممکن است در هنگام بلع مایعات در معرض خطر آسپیراسیون باشند، مصرف مایعات ممکن است نیاز به نظارت مداوم داشته باشد. عوامل دیگر مانند داروهایی که عوارض جانبی کم آبی دارند، ممکن است بر توانایی فرد در بلعیدن تأثیر بگذارد به عنوان مثال، زمانی که بزاق طبیعی در دهان کافی نیست، جویدن سخت‌تر می‌شود، در غذا به راحتی یک بولوس^۲ تشکیل نمی‌شود و ذرات ممکن است از هم جدا شوند و نیاز به چندین بلع داشته باشند. پین^۳ و همکاران (۲۰۱۲) گزارش کردند که بیماران مبتلا به دیسفاژی در معرض خطر کم آبی هستند، که نشان‌دهنده یک علت شایع عود بیماری و بستری مجدد در این گروه است. بیماران مبتلا به دیسفاژی باید به طور مکرر از نظر علائم کم آبی بدن ارزیابی شوند و در صورت مشاهده، ارزیابی‌های بیشتر جهت بررسی سایر کمبودهای تغذیه‌ای ممکن است ضروری باشد.

1 aspiration

2 bolus: توده جویده و مرطوب شده غذا یا مایعات

3 Payne



سوء تغذیه

سوء تغذیه وضعیتی است که بدن، به دلیل ناتوانی برای غذا خوردن بی خطر، بی میلی به خوردن یا ترس از خوردن/ آشامیدن به دلیل مشکلات بلع گذشته، یا ناتوانی در هضم یا جذب مواد مغذی خورده شده، مواد مغذی کافی دریافت نمی کند. هنگامی که یک فرد قادر به غذا خوردن بی خطر نیست، توانایی او برای حفظ سلامتی کاهش می یابد. این به ویژه برای بیمارانی که در حال بهبودی از جراحی های گسترده سگته مغزی یا سایر بیماری های ناتوان کننده هستند مهم است و مستلزم توانبخشی گسترده است. هنگامی که سوء تغذیه ایجاد می شود، درمان آن ممکن است به اندازه هر بخش دیگری از روند توانبخشی مهم باشد. در دیسفاژی نشان داده شده است که بهبودی از سوء تغذیه به روند توانبخشی کمک می کند که منجر به بهبود کیفیت زندگی بیمار می شود.

کاهش وزن

کاهش وزن گسترده چه بدون دلیل چه با دلیل، نیاز به توجه تیم دیسفاژی دارد. کاهش وزن قابل توجه با از دست دادن توده عضلانی همراه است که ممکن است ضعف شدید ایجاد شود به اندازه ای که فعالیت های روزانه فرد را تغییر دهد. علاوه بر این، کاهش وزن ممکن است بر هماهنگی عضلات به ویژه در فعالیت های مکرر مانند بلع تأثیر بگذارد. کاهش وزن مرتبط با گرسنگی، چه عمدی یا غیر عمدی، ممکن است منجر به آسیب سایر اندام های حیاتی بخصوص قلب شود. هنگامی که کاهش وزن برنامه ریزی نشده ایجاد می شود، باید به اختلال بلع شک کرد. کاهش وزن نباید آنقدر زیاد باشد که بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد و همچنین نباید فراتر از محدوده وزن معمول ادامه یابد. آسیب شناس گفتار و زبان اغلب برای ارزیابی مرحله دهانی - حلقی بلع فرا خوانده می شود. اگر این مرحله طبیعی باشد، معمولاً بیمار برای ارزیابی های بیشتر به یک متخصص گوارش ارجاع داده می شود.

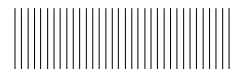
*کاهش وزن می‌تواند تبدیل به تراژی شود:
رندی اشمیت در کتاب دختر کوچک آبی، زندگینامه «کارن کارپنتر» خواننده مشهور
پاپ را منتشر کرد که به دلیل کاهش وزن از دنیا رفت.*

بررسی اخیر مطالعات مرتبط با کاهش وزن اهمیت نظارت بر مصرف غذا و مایعات را نشان می‌دهد. عواملی که بیشترین ارتباط را با کاهش وزن دارند شامل؛ افسردگی، مصرف کم خوراکی، مشکلات بلع و وابستگی به خوردن/ جویدن. عوامل انسانی مرتبط با کاهش وزن در اکثر مطالعات مانند کمبود نیروی انسانی و کمبود نظارت حرفه‌ای بررسی شده‌اند.

*نشان داده شده است که تاثیر کاهش وزن بر شرایط پزشکی مختلف یا بهبودی پس
از جراحی، بهبود را کند یا به تاخیر می‌اندازد.*

ترتیبات موقت تغذیه غیردهانی امروزه به‌طور شایع‌تری برای تثبیت وزن در طول دوره بهبودی از بیماری‌ها و اختلالات شدید و همچنین برای سرعت بخشیدن به این بهبودی استفاده می‌شوند. دیسفاژی یک عامل خطر است که تجربه فرد از وعده‌های غذایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نشان داده شده است که دیسفاژی دهانی حلقی تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی افرادی که به‌صورت مستقل زندگی می‌کنند و دچار دیسفاژی هستند، دارد. لازم است توجه ویژه‌ای به خشکی دهان و همچنین جنبه‌های روانی مرتبط با تغذیه غیردهانی شود.

*عواملی که بیشترین ارتباط را با شاخص توده بدنی پایین دارند شامل بی حرکتی،
مصرف نامناسب خوراکی، مشکلات جویدن، دیسفاژی، جنسیت زن و سن بالاتر است.
بیشترین عواملی که به طور مداوم با تغذیه نامناسب همراه است شامل اختلال
عملکرد، دمانس، مشکلات بلع/جویدن، مصرف میزان کم خوراکی و سن بالاتر است.*



نومونی

همه انواع نومونی^۱ نتیجه دیسفاژی یا آفاژی نیستند. عفونت، سلامت ضعیف و کمبود مراقبت مناسب پس از ترخیص از بیمارستان، ممکن است به انواع دیگری از نومونی منجر شود. پزشکانی که اختلالات بلع را درمان می‌کنند باید از این موارد آگاه باشند، زیرا آسپیراسیون ممکن است در بخشی از علت آن‌ها نقش داشته باشد. **نومونی آسپیراسیون:** هنگامی عفونت ریوی رخ می‌دهد که آسپیراسیون حاد یا مزمن مایعات، غذاها یا ترشحات دهان از دهان یا از مایعاتی داخل معده بالا می‌آیند و به راه هوایی می‌ریزد. نومونی یک وضعیت تهدیدکننده حیات است که به توجه ویژه خدمات پزشکی نیاز دارد. نومونی آسپیراسیون می‌تواند در بزرگسالان یا کودکان مبتلا به مشکلات پزشکی رخ دهد که باعث مختل شدن بلع طبیعی می‌شود. با این حال، همه آسپیراسیون‌ها منجر به نومونی نمی‌شود. مطالعات گزارش می‌دهند که ۲۸ تا ۳۶ درصد از افراد مسن سالم بدون علامت، آسپیراسیون خفیف^۲ نشان دادند، و تا ۴۵ درصد از بزرگسالان عادی آسپیراسیون ترشحات اوروفارنکس در طول خواب را نشان دادند. در بیشتر کودکان سالم و بزرگسالان، با هوشیاری و سرفه شدید برای رفع غذا یا مایع به آسپیراسیون خفیف پاسخ داده می‌شود. با این وجود، نومونی آسپیراسیون عوارض قابل توجهی ایجاد می‌کند و ممکن است تا ۷۰ درصد از نومونی اکتسابی از جامعه در بیماران مسن محاسبه شود.

نومونی بیمارستانی: نومونی اکتسابی بیمارستانی^۳، نتیجه عفونت‌های باکتریایی در طول ۴۸ تا ۷۲ ساعت اول پس از پذیرش در بیمارستان است. نومونی بیمارستانی اغلب علت مرگ پس از بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه است. عواملی مانند کهولت سن، تنفس بزاق، تب، رفلاکس معده، و سایر شرایط پزشکی که به مراقبت‌های ویژه نیاز دارند از علل شایع نومونی بیمارستانی هستند.

نومونی اکتسابی در جامعه: نومونی اکتساب از جامعه^۴ یک عفونت ریه در افرادی است که در بیمارستان بستری نشده‌اند که می‌تواند افراد را در هر سنی تحت تاثیر قرار دهد و اغلب علت اصلی مرگ در کشورهایی است که واکسیناسیون علیه بیماری‌ها انجام نشده است. CAP با آنتی‌بیوتیک درمان می‌شود و ممکن است در کشورهای

1 pneumonia

2 trace aspiration

3 nosocomial pneumonia

4 Community Acquired Pneumonia (CAP)

توسعه نیافته به بستری مجدد نیاز داشته باشد. CAP می‌تواند در بیمارانی که اخیراً در بیمارستان بستری و بدون پیگیری مناسب ترخیص شده‌اند رخ دهد. شکل ۱-۱ تصویربرداری با اشعه ایکس از ریه‌ها را نشان می‌دهد که در آن شواهدی از نومونی در لوب پایینی سمت راست ریه دیده می‌شود.



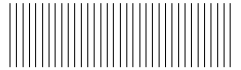
شکل ۱-۱. تصویربرداری اشعه ایکس از ریه‌ها با نومونی در لوب پایینی سمت راست

در CAP، ممکن است به نظر برسد که بیمار به شکل عادی در حال بلعیدن است، اما به دلیل تب یا مشکل تنفسی، ریه‌ها به آرامی مایعات را جذب می‌کنند و در نتیجه عفونت ایجاد می‌شود.

اثرات مرتبط با اختلال بلع در کیفیت زندگی

سلامت عمومی

ناتوانی در بلع صحیح ممکن است منجر به کاهش سلامت عمومی شود که ممکن است آهسته یا سریع باشد و معمولاً، اما نه همیشه، با سایر بیماری‌ها همراه است. در افراد مبتلا به بیماری‌های سیستمیک مانند پارکینسون، دیابت یا فشار خون بالا، بلع ممکن است به آرامی کاهش یابد. در اختلالاتی مانند ریفلاکس معده و بیماری خودایمنی، دیسفاژی در ابتدا ممکن است پراکنده باشد و با شدت یافتن مشکل اولیه افزایش یابد. با شروع



دیسفاژی، بدن قادر به مقابله با بیماری اولیه نیست. علاوه بر این، بیماری اولیه ممکن است به علت دیسفاژی تشدید شود.

سلامت روانی

فلورانس کی، حدود ۳ ماه پیش سکته کرد. او به خوبی در حال بهبود بود اما هنوز با نوشیدن قهوه و سایر مایعات مشکل داشت و بعد از هر جرعه سرفه می کرد. قبل از سکته مغزی، او صبح هر سه شنبه و جمعه با دوستانش از قهوه لذت می برد و از زمان سکته مغزی، او به دلیل عدم توانایی در نوشیدن بدون سرفه از پیوستن به آنها خودداری می کرد. بنابراین، گفتاردرمانگر به او تمرین داد که یک کلوچه در قهوه فرو ببرد اما از نوشیدن قهوه اجتناب کند و آن را تمرین کردند. در جلسه بعدی، فلورانس از ملاقات لذت بخش با دوستانش خبر داد که هیچ کس متوجه فرو بردن کوکی در قهوه توسط او و نوشیدن آن نشد.

خوردن، علاوه بر ضرورت تغذیه یک عملکرد اجتماعی است. هنگامی که یک بیماری یا اختلال با دیسفاژی ترکیب می شود، عملکردهای طبیعی اجتماعی که غذا در آن نقش دارد محدود می شود. فرد دیگر نمی تواند در تعاملات اجتماعی یکپارچه که در آن وعده های غذایی وجود دارد شرکت کند. او دیگر قادر به خوردن در محیط عادی خود یا به همراه افرادی که در گذشته غذا می خورده نیست. غذا خوردن او در حال حاضر در یک محیط بالینی با کمک یک مراقب است که به دنبال تجویز رژیم غذایی خاص، ملزم به خوردن چیزهایی می شود که ممکن است بخشی از رژیم غذایی مادام العمر او باشد. در محیط های کنترل شده مانند بیمارستان یا پرستاری در خانه، هدف رژیم غذایی بیمار، به دست آوردن سلامت است و هدف اصلی لذت بردن نیست.

لذت بردن از یک وعده غذایی خوب اغلب امری بدیهی تلقی می شود، اما برای افرادی که دچار اختلال بلع هستند این گونه نیست. پزشکان نباید اهمیت جنبه های اجتماعی دیسفاژی را دست کم بگیرند.

رفاه مالی

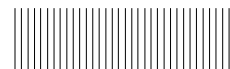
تأثیر مالی ناشی از دیسفاژی در صورت نیاز به این موارد می‌تواند قابل توجه باشد: غذاهای خاص، تغذیه مکمل، تغذیه روده‌ای یا تزریقی اولیه، درمان دیسفاژی توسط گفتاردرمانگر، وسایل مخصوص و وسایلی برای کمک به تهیه غذا، و یا نیاز به کمک دیگران در تغذیه. برخی یا تمام این هزینه‌ها ممکن است توسط بیمه پرداخت شود. با این حال، مدیریت تمام هزینه‌های مرتبط با دیسفاژی ممکن است برای دوره‌های طولانی ادامه یابد و فشار مالی وضعیت بیمار، خانواده او و رفاه اقتصادی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد. محدودیت‌های بیمه یا توانایی‌های مالی شخصی اغلب راهبردهای توانبخشی ایده آل را به خطر می‌اندازد. تأثیر مالی واقعی دیسفاژی همچنان ناشناخته باقی مانده است، زیرا تحقیقات هنوز هزینه کل رویدادهای مهم مانند نمونی آسپیراسیون و بستری مجدد در بیمارستان یا نسبت سود شناسایی و مدیریت اولیه از اختلالات بلع را تعیین نکرده است. عقل سلیم نشان می‌دهد که مداخله زودهنگام ممکن است از بروز بیماری‌های همراه گسترده جلوگیری کند.

در سال ۲۰۱۸ هزینه‌های بستری برای بیماران سالمند مبتلا به دیسفاژی تقریباً ۳۰ درصد بیشتر از بیماران بدون دیسفاژی بوده است.

اختلالات صدا

شواهد اخیر نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به اختلالات بلع تغییرات صدا نیز دارند که بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. در گزارشی از بیماران ارائه‌شده توسط هس^۱ و همکاران (۲۰۲۰) در یک مرکز صدا و بلع، ۱۸٪ بیماران دیسفاژی را به‌عنوان شکایت اصلی خود گزارش کردند که نیاز به مدیریت بین‌رشته‌ای بیماران با اختلالات صدا را نشان می‌دهد. برعکس، ممکن است ما در طول ارزیابی صدا، دیسفاژی را نیز تشخیص دهیم. تخصص ارجاع‌دهنده به‌تنهایی شاخص قابل اعتمادی برای پیش‌بینی نوع ارزیابی مورد نیاز بیمار نیست. در حالی که بیماران اغلب به‌دلیل گرفتگی صدا، صدای ضعیف یا احساس نیاز به پاک‌کردن خلط در گلو به یک

1 Hess



مرکز صدا و بلع مراجعه می‌کنند و با دیسفونیا تشخیص داده می‌شوند، درمان صرف دیسفونیا ممکن است توانایی آن‌ها در بلع مایعات و مواد جامد را به‌طور طبیعی بهبود ندهد. امین^۱ و بلافسکی^۲ (۲۰۱۴) و همچنین اشاره کردند که بیماران با سرفه طولانی‌مدت اغلب تغییرات صدایی مرتبط با نارسایی گلو تیک دارند و بنابراین به دلیل بسته نشدن تارهای صوتی، اختلالات بلع را نیز تجربه می‌کنند. آن‌ها خاطر نشان کردند که مسیرهای آوران و وایبران^۳ بلع و سرفه یکسان هستند. علاوه بر این، عوامل دیگری که نشان‌دهنده وضعیت دیسفازی هستند، مانند رفلکس حلقی حنجره‌ای^۴، خلط اضافی و/یا لارینجیت، ممکن است در بروز دیسفازی نقش داشته باشند. در تمام این شرایط، تأثیرات بر صدا می‌تواند قابل توجه باشد.

نیاز به مداخله اولیه

کیفیت زندگی

شواهد محدود، اما قوی و درست، مبنی بر تشخیص و درمان موثر دیسفازی وجود دارد که باعث کاهش قابل توجه نومونی آسپیراسیون می‌شود. شکل ۱-۲ نمونه‌ای از نفوذ^۵ را نشان می‌دهد. غذا درست بالای تارهای صوتی باقی می‌ماند. اگر با سرفه پاک نشد، ممکن است به داخل نای بیفتد. این مثال شواهد زیادی برای نیاز به ارائه مداخله زودهنگام برای جلوگیری از نفوذ مایعات و مواد غذایی به نای که منجر به نومونی آسپیراسیون می‌شود، ارائه می‌دهد. بیشتر شواهد مبنی بر مطالعات بیماران سکته مغزی و همچنین شواهدی از تحقیقات بر روی بیماران تحت درمان برای سرطان‌های سر و گردن نشان می‌دهد که درمان دیسفازی به روند بهبود سرعت می‌بخشد. شواهد محدود نشان می‌دهد که در محیط مراقبت حاد، مدیریت دیسفازی با کاهش شدت نومونی همراه است. علاوه بر این، به نظر می‌رسد استفاده از یک ارزیابی بالینی بلع^۶ کامل مقرون به صرفه باشد. پژوهش‌های دیگر دریافته‌اند که مدیریت دیسفازی در توانبخشی اختلالات بلع در سایر جمعیت‌ها می‌تواند

1 Amin

2 Belafsky

3 afferent and efferent

4 laryngopharyngeal

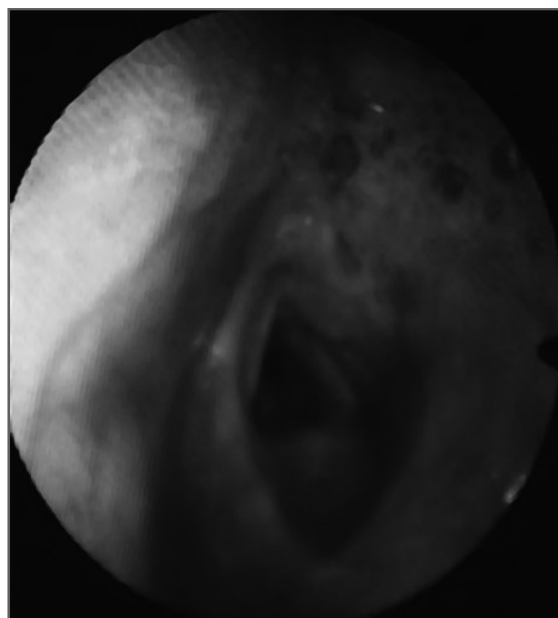
5 penetration

6 Clinical Swallow Evaluation (CSE)

مفید باشد. واسرمن^۱ و همکاران (۲۰۰۱) نشان داده‌اند که صرف نظر از موارد زیربنایی تشخیص، گزارش دقیق از اطلاعات CSE و یک برنامه درمانی تهاجمی اولیه در کاهش مدت بستری در بیمارستان برای بیمارانی که تحت عمل جراحی بزرگ سرطان سروگردن هستند موثر است. علاوه بر این، توسعه معتبر روش‌های غربالگری، مانند مقیاس ایجاد شده توسط فاستر^۲ و همکاران (۲۰۰۴)، ممکن است مبنای بیشتری برای درمان زودهنگام بیماران مبتلا به دیسفاژی ارائه دهند. آن‌ها یک ابزار غربالگری دیسفاژی به ۲۹۹ بیمار بستری تجویز کردند و دریافتند که مقیاس ارائه شده وسیله‌ای برای هدف قرار دادن بیماران برای ارزیابی و مداخله زودهنگام بلع است.

محدودیت در کیفیت زندگی:

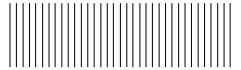
«دوستان قدیمی» اگر دچار دیسفاژی باشند، نمی‌توانند برای خوردن یک فنجان قهوه یا چای دور هم جمع شوند.



شکل ۱-۲. نمونه ای از نفوذ

1 Wasserman

2 Foster



مک هورنی^۱ و همکاران (۲۰۰۲) دو نسخه اولیه از ارزیابی کیفیت زندگی برای تعیین نیاز و ارزش درمان اختلالات بلع ارائه کردند؛ SWAL-QOL یک ابزار ۴۴ آیتمی معتبر و SWAL-CARE یک ابزار ۱۵ آیتمی است که کیفیت مراقبت و رضایت بیمار را ارزیابی می‌کند که هر دو در فصل ۵ تشریح شده است. SWAL-QOL و SWAL-CARE ممکن است به پزشکان کمک کند تا روی درمان بیمار و تعیین اثربخشی آن تمرکز کنند. پژوهش دیگر مک هورنی (۲۰۰۶) دریافت که SWAL-QOL و SWAL-CARE در درجه اول به مدت زمان انتقال دهانی و کل مدت زمان بلع مرتبط است. به طور کلی، عدم وجود گروه‌های کنترل (اثرات تعریف نشده بیماری‌ها) و فقدان داده‌های پیگیری طولانی مدت، اظهارات در مورد اثرات واقعی مداخله زودهنگام را محدود می‌کند. با این وجود، شواهد بالینی از کسانی که درمان روزانه به بیماران مبتلا به دیسفاژی ارائه می‌کنند نشان می‌دهد که با مداخله کیفیت زندگی بهبود می‌یابد. فقدان تحقیقات تصادفی کنترل شده و آینده‌نگر، نباید باعث شود که استفاده از برنامه‌های مرتبط با بلع مثل CSE، MBS یا FEES (فصل ۶) ادامه پیدا نکند. برعکس، مطالعاتی موجود است که با بررسی شدت نومونی قبل و بعد از برنامه در شرایط بیمارستانی، دلایل محکمی برای ادامه مداخله زودهنگام ارائه کرده‌اند. چرا که آن در بیماران پس از سکته مغزی، پس از آغاز برنامه، به‌طور قابل توجهی کاهش یافت.

ماهلر^۲ و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای درباره بیماری پارکینسون دریافتند که یک برنامه درمانی با تمرکز بر تقویت بسته شدن حنجره برای کاهش ناتوانی گлот و افزایش توانایی سرفه، اثرات مثبت طولانی مدتی بر گفتار و بلع دارد. با این حال، تحقیقات بیشتری لازم است تا شواهد بیشتری برای برنامه‌هایی که بر مداخله دیسفاژی تمرکز دارند فراهم شود. این تحقیقات باید شامل قالبی برای جمع‌آوری داده‌ها باشند که امکان ارزیابی نقش حنجره در کاهش خطر ابتلا به نومونی ناشی از آسپیراسیون، کاهش مدت بستری در بیمارستان، و کاهش موارد بستری مجدد به دلیل مشکلات مرتبط با بلع را فراهم کند.

1 McHorney

2 Mahler