

# DYSFAGI

## Ett vanligt men dolt handikapp

Att inte kunna svälja mat och dryck obehindrat utgör ofta, förutom det fysiska lidandet, ett såväl psykiskt som socialt handikapp. Att sitta längre vid måltider än andra, att rapa, dregla, hosta, behöva spotta, kråkas och rusa upp från bordet för att springa på toaletten för att tuggan har fastnat – det är något man skäms för.

Man undviker att umgås, man isolerar sig. Därmed undandras man från det viktigaste i mänsklig gemenskap, att dela måltiden med anhöriga och vänner.

### Vad är dysfagi?

Dysfagi innefattar många olika problem. En del kallar ätsvårigheter för dysfagi. För andra innebär det svårigheter när födan skall passera från munnen till svalget. Ytterligare andra har en faryngeal dysfagi med risk för aspiration och lungkomplikationer. Esofageal dysfagi upplevs som en stoppkänsla i bröstet när man sväljer fast eller flytande föda, något som många patienter inte kallar för sväljningsbesvär.

### Slaganfall och ätsvårigheter

Ätsvårigheter drabbar många patienter som fått slaganfall. Det kan vara svårt att föra tuggan till munnen, svårt att sitta upp och äta, maten läcker ut ur munnen m m. Om inte särskilt intresse ägnas åt dessa problem går patienterna ner i vikt, vilket påverkar deras allmäntillstånd. Ätsvårigheter hos stroke-patienter har analyserats i ett avhandlingsarbete från Umeå universitet [1]. Nära hälften hade ätsvårigheter, mestadels av orala orsaker. Var femte av dessa var i dåligt skick från nutritionssynpunkt vid

utskrivningen från sjukhuset. Vid uppföljning ett och ett halvt år senare av patienterna med ätsvårigheter kvarstod problemen i över hälften av fallen. Detta betyder att flera tusen stroke-patienter årligen i Sverige drabbas av ätsvårigheter.

### Oral dysfagi

Den orala dysfagin kan yttra sig på flera olika sätt. En patient med Sjögrens syndrom är så torr i munnen att sväljningsreflexen ej kan utlösas. Det kan också vara fråga om en tungförlamning vid t ex amyotrofisk lateralskleros (ALS), vilket gör att kontrollen över bollen i munhålan saknas. Föda och dryck kan då glida ner i svalget utan att man svalt, varför larynxingången står öppen att ta emot tuggan till luftvägarna.

En spastisk pares kan försvåra möjligheten att tugga, och sväljningsreflexen kan släckas ut av centralnervösa skador av samma slag som dem vid faryngeal dysfagi.

### Faryngeal dysfagi

Faryngeal dysfagi har som regel sin orsak inom centrala nervsystemet och kan uppkomma i samband med bl a slaganfall, tumörer, skallskador, utvecklingsrubbingar, multipel skleros, ALS, pisksnärtskador, seneffekter efter strålbehandling mot huvud-halstumörer, arterioskleros, blödningar och senil demens.

Vid faryngeal dysfagi ses sekretstagnation i sinus piriformis och vallecula, och patienten riskerar att aspirera i samband med sväljning eller efter sväljning då larynxingången åter står öppen [2].

### Logopeder i forskningsfronten

Eftersom stroke-patienter ofta drabbas av tal- och kommunikationssvårigheter kommer de att behandlas av logopeder. Detta har inneburit att logopederna har varit ledande i forskningen om de samtidigt förekommande dysfagi-problemen. Det är tack vare dem som framgångsrika metoder att hjälpa patienter med orofaryngeal dysfagi har vuxit fram: stimulering av sväljningsreflexen, skyddande av larynxingången, kon-

**Tabell I.** Ensamhetens betydelse uttryckt i dödstal per 100 000 män mellan 40 och 69 år (Från Lynch [6], sid 52).

	Icke-rökare	Rökare >20 cigaretter per dag
Gifta	796	1 560
Ensamstående	1 074	2 567
Änklingar	1 396	2 570
Frånskilda	1 420	2 675

sistensanpassad kost, för att bara nämna några [3, 4].

### Esofageal dysfagi

Den esofageala dysfagin kan vara antingen av intermitterent karaktär (ibland går en viss storlek på tuggan ner, ibland inte), eller av konstant karaktär. Den senare orsakas av organiska hinder, som t ex vid striktur eller cancer. Den intermittenta dysfagin ses hos var tredje patient med hiatushernia och förekommer därför hos flera tiotusentals svenskar.

Vanligt är att kött, ris, äpplen och vetebröd vill fastna. Värst är det när patienten skall äta ute bland andra människor. De drar sig därför undan socialt liv och blir isolerade. En del dysfagipatienter kan bli bra med refluxhämmande mediciner. I andra fall kan herniakirurgi krävas för att bota patienten.

Eftersom dysfagin i regel inte syns på utskriften kan patienterna bli missbedömda och därför till och med känna sig kränkta av sina läkare. Är man exempelvis i yngre tonåren och drabbas av dysfagi på grund av akalasi får många diagnosen anorexi eller bulimi. Akalasi-patienter kan gå feldiagnostiserade i flera år [5].

### Isolering ett hot

Vad händer med alla människor som blir socialt ensamma på grund av sitt sväljningshandikapp? James Lynch [6] har i sin bok pekat på vilka ökade risker ensamma människor löper för för tidig död (Tabell I). Ensamheten gör att såväl immunförsvaret som alla reparativa processer hämmas. Dysfagipatienten löper alltså risk att dö i förtid inte bara till följd av aspiration/lungkomplikationer eller undernäring utan också på

### Författare

LITA TIBBLING GRAHN

biträdande professor, överläkare, Universitetssjukhuset, Linköping; innehar en unik kombinationstjänst på öron- och mag-tarmklinikerna som möjliggör ett övergripande ansvar för sjukhusets dysfagifrågor. Sedan två år leder hon ett av Socialstyrelsen finansierat rehabiliteringsprojekt för sväljningshandikappade.

**ANNONS**

grund av den isolering som dysfagin medför.

### Näringsbrist till följd av dysfagi

Ett bra näringsstillstånd är en förutsättning för ett lyckat resultat av övrig behandling [7, 8]. Ingen patient skall behöva gå ner mer än 2 kg innan åtgärder vidtas för att behålla vikten. Få läkare är insatta i näringsfrågor, så ansvar för dessa har därför mer kommit att vila på sjuksköterskor [9]. Alla vårdenheter borde registrera patienternas vikt kontinuerligt, på samma sätt som temperatur och puls mäts. Hur mycket av serverad mat som ätits upp bör noteras och näringsberäknas. Mellanmål och kosttillskott skall vara en självklarhet om vikten tenderar att sjunka. Det åtgår ca 7 000 kcal för att gå ner ett kilo, och ett normalt dygnsbehov ligger på ca 2 000 kcal. Om en dysfagiker får i sig 200 kcal för lite varje dag kommer han att ha förlorat 10 kg på ett år.

Med hjälp av en linjal samt vikt- och längduppgifter får man lätt fram kroppsmasseindex (BMI, body mass index) (Figur 1). Idealvikten för kvinnor ligger på BMI 19–24, för män 20–25. Om en patient ej kan klara den perorala näringstillförseln, och dysfagin beräknas bestå i mer än en månad, bör percutan enterogastrostomi (PEG) anläggas.

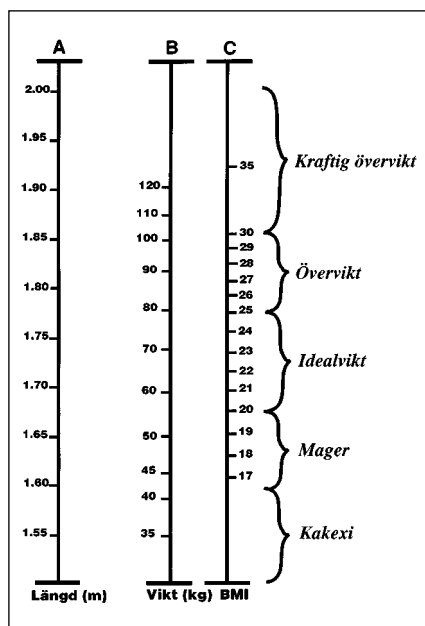
### Hur konstatera dysfagi?

Den bästa metoden är utan tvekan anamnesen. Följande frågor leder långt:

- Hur lång tid tar en normal måltid?
- Blir mat, dryck och saliv lätt kvar i munnen utan att du kan svälja ner det?
- Får du hosta i samband med att du äter eller dricker?
- Stoppar fast föda ibland upp i bröstet?
- Har du gått ner i vikt?

Att svälja 1 dl vatten så fort som möjligt har framgångsrikt använts (se artikeln »Dysfagi oväntat vanligt på en ÖNH-avdelning» i detta nummer) för att skilja patienter med sväljningsbesvär från dem utan. Vid orofaryngeal dysfagi på grund av exempelvis slaganfall är det dock inte rådligt att ge vatten, då risken för aspiration är betydligt större än om man ger purekost. Metoden är ej heller framgångsrik för att avslöja esofageal dysfagi.

Vid esofageal dysfagi kan varje läkare däremot använda en enkel auskultatorisk metod: Lägg patienten plant.



Figur 1. Lägg en linjal mellan längdmarkeringen (A) och viktmarkeringen (B) och avläs BMI-värdet (vikt <sup>2</sup>/längd) i skala C.

Med stetoskop avlyssnas det plaskljud som hörs vid cardiaområdet inom 7 sekunder efter sväljning. Det förekommer inga falskt positiva svar på fastande patient med detta test. Ett patologiskt test ger en passagetid på mer än 7 sekunder; annars hörs inget alls. Sensitiviteten vid t ex akalasi ligger på närmare 100 procent, medan den vid hiatushernia ligger på drygt 50 procent. Ett negativt test utesluter dock ej sjukdom.

Testet är enkelt och billigt och kan utföras av envar läkare som möter en patient med esofageal dysfagi. Har väl misstanken väckts om dysfagi, har man kommit halvvägs till diagnos. För specialisten finns sedan en rad ytterligare diagnostiska möjligheter.

### Svenska dysfagiförbundet

Dysfagi är förknippat med fem hot: viktnedgång, näringsbrist, aspiration med bronkopulmonella komplikationer, social invalidisering samt att ej bli trodd och förstörd av sin läkare. Uppmärksamheten kring dysfagifrågor har glädjande nog ökat dramatiskt under de senaste åren. I en enkät som gjordes till landets sjukhus i januari 1996 visade det sig att över 80 procent har tillgång till dysfagiteam. Dessa team består i flertalet fall av logoped, öronläkare, röntgenolog, dietist och tandläkare.

Sveriges första patientförening för dysfagiker bildades 1992 i Linköping. Föreningen ger ut en tidskrift, »Svälja-

ren», fyra gånger per år, vilken bidrar till att göra patienter medvetna om orsaker till olika dysfagiformer, informerar om vilka terapimöjligheter som står till buds samt underlättar kontakt med andra patienter med liknande symtom.

Våren 1996 bildades Svenska dysfagiförbundet, som bl a arbetar för att påverka myndigheter och sjukvårdsansvariga att förbättra kunskaperna om det dolda handikappet dysfagi.

### Referenser

1. Axelsson K. Eating problems and nutritional status after stroke [dissertation no 218]. Umeå: Umeå universitet, 1988.
2. Feinberg MJ, Knebl J, Tully J. Prandial aspiration and pneumonia in an elderly population followed over 3 years. *Dysphagia* 1996; 11: 104-9.
3. Logemann J. Dysphagia. Evaluation and treatment. *Folia Phoniatr Logop* 1995; 47: 140-264.
4. Gisel EG. Effect of oral sensorimotor treatment on measures of growth and efficiency of eating in the moderately eating-impaired child with cerebral palsy. *Dysphagia* 1996; 11: 48-58.
5. Illi OE, Stauffer EG. Achalasia in childhood and adolescence. *Eur J Pediatr Surg* 1994; 4: 214-7.
6. Lynch J. Det brustna hjärtat. Medicinska konsekvenser av ensamhet och isolering. Stockholm: Natur och Kultur, 1983.
7. Buchholz DW. What is dysphagia [editorial]? *Dysphagia* 1996; 11: 23-4.
8. Strand EA, Miller RM, Yorkston KM, Hillel AD. Management of oral-pharyngeal dysphagia symptoms in amyotrophic lateral sclerosis. *Dysphagia* 1996; 11: 129-39.
9. Isaksson B, Hultén B, Nilsson U, Sandström B, Warnold I. Undernäring på sjukhus: Läkaren måste öka sitt intresse för patientens näringsstillstånd och kostvanor. *Läkartidningen* 1985; 82: 498-501.

Se även artikeln på sidan 4252 i detta nummer.