



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi

Institutionen för kliniska vetenskaper, Lund

**Egenskattning av röst- och halsbesvär (VHI-Lund)
hos personer med misstänkt
gastroesofageal refluxsjukdom**

**Ida Gewert
Elisabet Hallberg**

**Logopedutbildningen, 2009
Vetenskapligt arbete, 30 högskolepoäng**

**Handledare:
Lucyna Schalén
Viveka Lyberg-Åhlander**

SAMMANFATTNING

Röststörningar och halsirritation anses ofta bero på gastroesofageal refluxsjukdom (GERD). Emellertid är såväl röstsytomen som fynden vid svalg- och larynxundersökningar oftast ospecifika hos patienter med misstänkt reflux. Dessutom baseras refluxdiagnosen hos flertalet patienter enbart på just förekomsten av röst- och halssymtom. Därför är sambanden mellan GERD och röststörningar fortfarande inte helt självklara. Inte desto mindre är denna patientgrupp ofta remitterad till logopedier och foniatrer för utredning och behandling, inklusive röstträning. Det är därför angeläget att förfina diagnostiken med pålitliga instrument för strukturerad anamnes. Studien syftar till att kartlägga förekomsten av självupplevda röst- och halssymtom hos personer med anamnestisk misstanke om GERD med självskattningsfrågeformuläret VHI-Lund som omfattar en skala för hals- och tre skalor för röstsytom.

VHI-Lund delades ut till 26 konsekutiva patienter med misstänkt GERD i samband med långtids pH-mätning samt endoskopi vid kirurgiska kliniken i Lund, två patienter exkluderades. Enbart 5/24 patienter fick bekräftad GERD. Resultaten jämfördes med 24 kontrollpersoner. Patienter med misstänkt GERD hade statistiskt signifikant mer symtom inom halsskalan och VHI-Lundtotal, men det förelåg ingen skillnad på röstskalorna. Ingen statistiskt signifikant skillnad förelåg inom patientgruppen. Vår studie bekräftar att halsrelaterade symtom är vanliga hos personer med misstänkt men ej påvisbar GERD, men inte röstsytom. Halsrelaterade symtom leder ofta till misstanke om reflux, men endast i ett fåtal fall bekräftas diagnosen efter vidare utredning. En annan mekanism än gastroesofageal reflux och laryngofaryngeal reflux bör övervägas.

1. INLEDNING	4
1.1 Bakgrund och syfte.....	4
1.1.1 Reflux: definition och symtom.....	4
1.1.2 Röst- och halssymtom och reflux.....	5
1.1.3. Undersökningsmetoder för påvisandet av reflux	6
1.1.3.1 pH-mätning.....	6
1.1.3.2 Endoskopi.....	7
1.1.4 Egenskattning av röst- och halssymtom.....	7
1.2 Frågeställningar.....	8
2. METOD	8
2.1 Personer.....	8
2.1.1 Patienter.....	8
2.1.2 Kontrollpersoner.....	9
2.2 Procedur	9
2.2.1 Logopedisk/foniatrisk procedur	9
2.2.2 GERD-diagnostisering vid endoskopimottagningen.....	9
2.2.3 Statistiska beräkningar	10
3. RESULTAT	10
3.1 Egen röstbedömning under de senaste två veckorna.....	10
3.2 VHI-Lund hos patienter och kontrollpersoner	10
3.3 VHI-Lund hos patienter med bekräftad GERD.....	12
4. DISKUSSION	13
4.1 Metodologiska reflektioner	13
4.2 Röst- och halssymtom hos patienter med bekräftad GERD.....	14
4.3 Synsätt på GERD och dess konsekvens för omhändertagandet av patienter	15
4.4 Behandling av GERD.....	16
4.5 En logopedisk angelägenhet?	17
4.6 Konklusioner	17
TACK	17
REFERENSER	18
BILAGOR	
1. Patientinformation	
2. Medgivandeblankett	
3. VHI-Lund	

1. INLEDNING

1.1 Bakgrund och syfte

Röststörningar och halsirritation anses inte sällan bero på gastroesofageal reflux (GER) eller laryngofaryngeal reflux (LPR). Refluxmisstanke väcks ofta men utredning avseende GER eller LPR genomförs sällan i dessa fall och diagnosen baseras ofta enbart på anamnes. I den kliniska verkligheten tycks inga entydiga svar kunna ges om anamnesen själv räcker för att dra slutsatser om det är just reflux som ger upphov till patientens symtom.

Eftersom dessa patienters symtom ofta är diffusa och fynd vid svalg- och larynxundersökningar och pH-mätningar är ospecifika förblir diagnostiseringen av reflux osäker. Till följd av detta sker en övermedicinering av refluxläkemedel, PPI (protonpumpshämmare). Studier visar att en stor del av de patienter som behandlas med PPI ex juvantibus (att ställa diagnos utifrån effekt av insatt behandling), faktiskt åter medicin som de inte behöver eller är hjälpta av. Ineffektiv behandling leder till fördröjd diagnostisering, sjukdomsprogression, ihållande symtom, försämrad förmåga att kommunicera samt ökade hälsovårdskostnader (Cohen & Garrett, 2008). I väntan på medicineringens resultat kan ändamålsenlig terapi, så som exempelvis röstterapi, fördröjas.

Förbättrade diagnostiska kunskaper är av intresse för logoped. Denna patientgrupp söker sällan själva för röstproblem utan remitteras till fonioter för laryngoskopi och till logoped för röstträning med symtom som vårdgivaren tolkar som framkallade av reflux. Det är därför angeläget att få mer ingående insikter om symtomatologin. Strukturerad anamnes kan vara till hjälp för att uppnå detta mål. Verktyg för strukturerad anamnes i form av självskattningsfrågeformulär gällande röst- och halssymtom, VHI-Lund (Lyberg Åhlander, Rydell & Schalén, 2009) används rutinmässigt inom Avdelningen för röst- och talvård vid Universitetssjukhuset i Lund.

Den aktuella studien syftar till att kartlägga förekomsten av självupplevda röst- och halssymtom hos personer med anamnestisk misstanke om GERD, som med anledning av denna misstanke utreds med endoskopi och långtids pH-mätning.

1.1.1 Reflux: definition och symtom

Reflux, lat. ”bakåtlöde”, definieras som tillbakariktat flöde av maginnehåll upp i esofagus. (Koufman, 1991). I vaket tillstånd, framför allt efter måltider, har alla individer i någon grad reflux utan att utveckla symtom eller komplikationer, så kallad fysiologisk reflux (Demeester et al., 1976). *Gastroesofageal reflux (GER)* som ger upphov till symtom eller komplikationer av varierande svårighetsgrad kallas patologisk reflux eller *gastroesofageal refluxsjukdom (GERD)* (Koufman, 1991; Galmiche & Janssens, 1995). Vid GERD är den sammanlagda refluxtiden vanligen mer än 4 % av dygnet och pH i distala esofagus sjunker då till <4 (Forssell, 2001). Typiska symtom vid GERD är halsbränna och regurgitation (sura uppstötningar) (Forssell, 2002; Klauser, Schindlbeck & Müller-Lissner, 1990; Vaezi, 2003). Utöver dessa nämner Kahrilas (2003) dysfagi som vanligt förekommande vid GERD. Även atypiska symtom som odynofagi (smärta vid sväljning), globuskänsla samt hypersalivation kan förekomma. Även extraesofageala

symtom som kronisk hosta, heshet, bröstsmärtor och astma tillhör atypiska manifestationer av GERD (Zamir, 2005).

GERD är idag ett av västvärldens vanligaste hälsoproblem (Nordenstedt, 2007) och den mest förekommande esofageala sjukdomen (Zamir, 2005). Uppskattningar om prevalens varierar kraftigt i litteraturen. Detta är emellertid inte förvånande med tanke på bristen på en konsekvent definition av GERD. I västvärlden uppskattas upp mot 20 procent av den vuxna populationen ha en eller fler refluxepisoder per vecka (Dent, El-Serag, Wallander & Johansson, 2005; Locke, Talley, Fett, Zinsmeister & Melton, 1997). Omhändertagandet och medicineringen av GERD innebär stora kostnader för såväl privatpersoner som för samhället generellt (Nordenstedt, 2007). Under 2006 medicinerades omkring 632 000 personer i Sverige för reflux och PPI utgör en stor del av den totala läkemedelskostnaden i primärvården. Närmare en tredjedel av personerna som behandlas med PPI saknar dessutom journaldokumentation för sin behandling (www.medicinsktforum.com).

Det finns i dagsläget ingen universellt accepterad definition eller klassifikation av GERD, vilket gör det svårt att jämföra studier. Det har genom åren funnits många definitioner vilka baserats på symtom, endoskopiska eller histologiska fynd, extraesofageala manifestationer samt komplikationer. Osäkerheten har resulterat i såväl över- som underdiagnostisering av GERD (Nordenstedt, 2007). Det har gjorts försök att komma fram till en gemensam definition av GERD. År 2006 samlades en konsensusgrupp med medlemmar från ett flertal länder för att försöka enas i frågan. Resultatet blev *The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease*: "GERD är ett tillstånd som utvecklas när reflux av magsäcksinnehåll orsakar bekymmersamma symtom och/eller komplikationer" (Vakil et al., 2006).

Då GER når upp till den övre esofageala sfinktern och där över, kallas det *laryngofaryngeal reflux (LPR)* (Rouev, Chakarski, Doskov, Dimov & Staykova, 2005). Koufman (1991) anser att LPR är en supraesofageal manifestation av GERD och Qadeer et al. (2005) menar att LPR är en av de vanligaste extraesofageala manifestationerna av GERD. Koufman, Belafsky, Bach, Daniel och Postma (2002) hävdar dock att trots att LPR och GERD båda orsakas av reflux av magsäcksinnehåll är de olika företeelser, de har inte samma symtombild eller remissmönster och kräver olika behandling. Även Rees och Belafsky (2008) anser att LPR och GERD bör särskiljas då de uppvisar olika symtom. Patienter med LPR tenderar att ha huvud- och halssymtom, att jämföras med de klassiska symtomen, halsbränna och regurgitation, som associeras med GERD (Groome et al., 2007). De symtom som tas upp i litteraturen som ofta förekommande vid LPR är heshet, dysfagi, globuskänsla, kronisk hosta, kronisk harkling samt överflödigt slem i halsen (Koufman, Sataloff & Toohill, 1996). Det råder alltså en stor oenighet om de två diagnoserna bör vara skilda åt eller om LPR är en del av GERD.

1.1.2 Röst- och halssymtom och reflux

Relationen mellan GERD och diverse tillstånd i larynx är fortfarande inte till fullo kartlagd (Koufman, 1991) och till följd av avsaknaden av konsensus gällande definitioner är oenigheten stor. Vaezi (2003) menar att flera patologiska tillstånd i larynx kan anses vara orsakade av GERD, så som noduli, granulom och larynxcancer. Även andra åkommor som subglottisk stenosis,

laryngit, polyper, rodnad och ödem kan tillskrivas GERD. Dock påpekar Vaezi (2003) att de flesta av dessa tillstånd inte är specifika för GERD, utan kan vara resultat av exempelvis röstmissbruk, alkohol, rökning eller allergi. Detta kan vara en anledning till att många patienter med symtom i larynx inte svarar på GERD-behandling. Ett av de vanligaste symtomen vid GERD är heshet menar Ormseth och Wong (1999), som tar upp flera tillstånd i larynx som kan associeras med GERD, exempelvis noduli, Reinkes ödem, kontaktgranulom, fonasteni, stenosis samt larynxcancer. Koufman (1991) anser att GERD har en bidragande roll i omkring 55 procent av patienterna med heshet. Detta har emellertid inte verifierats i andra, senare studier. Vidare framhåller han att halsbränna, som är ett av kardinalsymtomen vid GERD, förnekas av merparten av patienterna med refluxlaryngit. Han fann även att 71 procent av patienter med misstänkt GERD led av heshet.

Det finns två teorier om hur magsyra orsakar skador i larynx. Den första innebär en direkt skada orsakad av att magsyra når larynx och skadar den känsliga slemhinnan. Den andra hypotesen föreslår att syra i distala esofagus stimulerar en reflex via vagusnerven som utlöser hosta och kroniska harklingar, vilket i sin tur leder till slitningar och skador i larynx (Cherry, Siegel, Margulies & Donner, 1970). Möjligen kan en kombination av de två mekanismerna finnas hos en och samma person (Ormseth & Wong, 1999).

1.1.3 Undersökningsmetoder för påvisandet av reflux

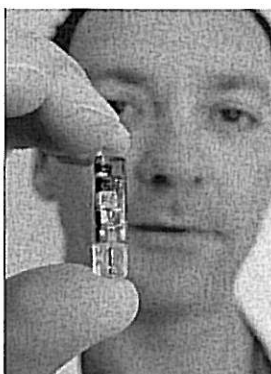
1.1.3.1 pH-mätning

Det finns i dagsläget många diagnostiska test för att fastställa GERD. Ambulerande 24-timmars pH mätning har under de senaste årtiondena accepterats som standard för diagnostisering av GERD (Kahrilas & Quigley, 1996). Enligt Fuchs, DeMeester och Albertucci (1987) är 24 timmars pH-mätning det test med högst precision och sensitivitet för testning av GERD. pH-mätningen kan utföras på två olika sätt. Det ena genom att en kateter förs in genom näsan och ner i esofagus så att elektroden som mäter pH-värdet hamnar 5 cm ovanför z-linjen (gränsen mellan esofagusslemhinna och magsäcksslemhinna), se figur 1b. Vid utredning av patienter med misstanke om LPR kan man använda en kateter med två pH-sensorer, vilket gör det möjligt att utföra samtidiga mätningar faryngealt och esofagealt (Ylitalo, 2000).

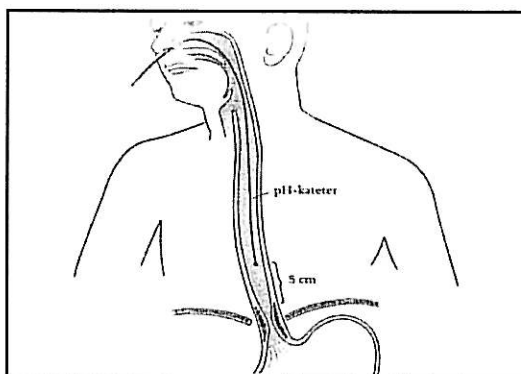
Patienten kan under mätningstiden vistas i hemmet eller på arbetet, och registreringen sker även under natten. I samband med undersökningen för patienten dagbok över symtomen. På det sättet går det att tidsmässigt korrelera patientens symtom med förekomst av pH-sänkning i den distala delen av esofagus.

Efter testet förs insamlingsenhetens data över till en dator där man sedan kan se en grafisk bild av pH-förloppet under den registrerade tiden. Därefter beräknas den totala refluxtiden samt antalet refluxepisoder och duration av refluxepisoder. En refluxepisod definieras som en pH-sänkning till <4 (Forssell, 2001). Den andra metoden för pH-mätning är 48 timmars mätning med BRAVO-kapsel, se figur 1a. Det är ett kateterfritt sätt att utföra pH-mätningen, som innebär att en liten kapsel fästs i den distala delen av esofagus, där den sugas fast i en liten del av slemhinnan. Signalerna från kapseln tas trådlöst upp av en mottagare som patienten bär i ett bälte. Efter två dygn lossnar kapseln. Vid denna undersökning slipper patienten det obehag som kan komma av

att ha en kateter genom näsan (Forssell, 2001). Avsaknaden av katetern gör dessutom att undersökningen inte syns.



Figur 1a. BRAVO-kapsel



Figur 1b. pH-mätning med kateter

1.1.3.2 Endoskopi

Endoskopi används för att gradera GERD samt för att utesluta andra sjukdomar så som cancer eller hiatal hernia (en del av magsäcken trycks upp genom diafragma och lägger sig brevid matstrupen) (Zamir, 2005). Vid misstanke om GERD är esofagogastroduodenoskopi, undersökning av matstrupen, magsäcken och tolvfingertarmen med endoskop, enligt Forssell (2001) den enda säkra metoden för att upptäcka förändringar i esofagus. Samtidigt kan biopsi tas för histopatologisk diagnostik. Ett problem med metoden är dock att cirka hälften av patienterna med symptom som tyder på GERD inte har synliga förändringar i distala esofagus (Forssell, 2001).

1.1.4 Egenskattning av röst- och halssymtom

Det finns olika verktyg för egenskattning av symptom vid röstbesvär och flera validerade självskattningsfrågeformulär för bedömning av röstproblem. Bland dessa the Voice Handicap Index (VHI) (Jacobsson et al., 1997), Voice Outcome Survey (VOS) (Glicklich, Glovsky & Montgomery, 1999), the Voice-Related Quality of Life (VrQoL) (Hogikyan, Wodchis, Terrell, Bradford & Esclamado, 2000), Voice Activity and Participation Profile (VAPP) (Ma & Yiu, 2001), VHI-10 (Rosen, Lee, Osborne, Zullo & Murry, 2004), RHI (Ohlsson & Dotevall, 2009) samt VHI-Lund (Lyberg Åhländer et al., 2009). Av dessa bedömningsmaterial används VHI-Lund och RHI i stor utsträckning i Sverige.

Voice Handicap Index (VHI) är ett självskattningsfrågeformulär som utvecklades för att kvantifiera patienters uppfattning av funktionsnedsättning till följd av röstproblematik. Detta formulär har visats ha en hög reliabilitet och test-retest stabilitet och är känsligt för olika typer av röststörningar (Jacobson et al., 1997). VHI är uppdelat i tre subskalor; funktionell (även kallad social-expressiv), fysisk och emotionell, med tio påståenden i vardera skalan. Den funktionella subskalan innehåller påståenden om röstbesvärens inverkan på dagliga aktiviteter. Den emotionella består av påståenden rörande patientens känslomässiga reaktioner på röstproblemen.

Påståendena i den fysiska subskalan handlar om självupplevt obehag i larynx samt röstkaraktäristika. Patienterna skattar varje påstående på en femgradig frekvensskala (0= aldrig, 1= nästan aldrig, 2= ibland, 3= nästan alltid, 4= alltid) (Jacobson et al., 1997).

VHI-Lund är baserat på den amerikanska förlagan av Jacobson. Till självsättningsfrågeformulärets ursprungliga tre subskalor har en fjärde lagts till med tio frågor kring halssymtom. På VHI-Lund består den femgradiga frekvensskalan av parametrarna, 0= aldrig, 1= någon enstaka gång, 2= ibland, 3= ofta, 4= Alltid. Även en subjektiv uppskattning av rösten i form av en visuell analog skala (VAS) har lagts till i denna version av VHI. Patienterna får där skatta sin röstfunktion på en steglös skala där 0 mm innebär "inga röstbesvär" och 100 mm "maximala röstbesvär". Den svenska översättningen är validerad och reliabilitetsprövad (Lyberg Åhlander et al., 2009). Patienterna ombeds också bedöma sin röst efter hur den varit under de senaste två veckorna. Patienterna får då välja mellan parametrarna "mycket dålig", "dålig", "mellan bra och dålig", "bra", "mycket bra", samt "rösten varierar".

Halsskalan är särskilt intressant i detta sammanhang då patienter med misstanke om GERD kan antas ha halsrelaterade symtom och därmed få högre poäng på denna skala. Patienter som söker hjälp vid en röst-/öron-näsa-halsklinik uttrycker ofta besvär med halsrelaterade symtom. Dessa symtom kan vara såväl orsaken till röstproblematik som en sekundär effekt av denna, halssymtomen kan även vara orelaterade till röstproblemen (Lyberg Åhlander et al., 2009). I och med tillägget av halsskalan på VHI-Lund får man en mer heltäckande översikt av röstrelaterade besvär där personer med refluxsymtom lättare uppmärksammas.

1.2 Frågeställningar

Rapporterar patienter med misstänkt GERD röst- och halsbesvär i större grad än röst- och halsfriska personer? Föreligger det skillnad mellan patienter med bekräftad GERD och patienter utan konfirmerad GERD samt med röst- och halsfriska personer?

Hypotes för studien är att patienterna med konfirmerad GERD får högre poäng på VHI-Lund jämfört med patienterna som inte diagnostiserats med GERD.

2. METOD

2.1 Personer

2.1.1 Patienter

VHI-Lund delades ut till 26 konsekutiva patienter, som under perioden 081125-090306 genomgått en långtidspH-mätning samt endoskopi med anledning av misstanke om GERD. En patient gav inte sitt samtycke till att delta i studien. Av de 25 deltagande patienterna uteslöts en person hos vilken refluxundersökningen inte kunde fullföljas. I den aktuella studien redovisas därmed slutligen resultat för 24 patienter, 14 kvinnor och 10 män. Undersökningarna ägde rum på kirurgiska kliniken endoskopimottagning vid Universitetssjukhuset i Lund.

Majoriteten av patienterna remitterades av allmänläkare (11/24) samt öron-näsa-halsspecialister (8/24). Fyra patienter kom från andra kirurger, specialister från företagshälsovård och internmedicin remitterade en patient vardera. En av patienterna remitterades från såväl allmänläkare som öron-näsa-halsläkare, därav 25 remisser.

2.1.2 Kontrollpersoner

Som kontrollmaterial användes VHI-Lundresultat från 14 kvinnor och 10 män i motsvarande åldrar. Se tabell 1. Kontrollpersonerna var röst- och halsfriska och utan kända magkatarrproblem. Dessa 24 kontrollpersoner rekryterades från ortopedmottagningen vid Universitetssjukhuset i Lund och valdes från en samtidigt pågående studie av normalmaterial av VHI-Lund (Eriksson, 2009).

Tabell 1. Köns- och åldersfördelning över patienter med misstänkt GERD och kontrollpersoner.

	Patienter (n=24)	Kontrollpersoner (n=24)
Män:Kvinnor	10:14	10:14
Medianålder (spann)	54,5 (15-73)	50,5 (24-73)

2.2 Procedur

2.2.1 Logopedisk/foniatrisk procedur

Patienterna mottog skriftlig information om studien där de bekräftade deltagande med namnteckning (bilaga 1 och 2). Självskattningsfrågeformuläret VHI-Lund (bilaga 3) gavs till patienten i samband med besöket på endoskopimottagningen för att ifyllas i hemmet och lämnas av patienten i samband med återlämnandet av inspelningsapparaturen för GER-analys. Resultaten analyserades när samtliga formulär var insamlade. Resultat från patientgruppen som helhet jämfördes med kontrollgruppen. GERD-diagnostiserade patienters resultat jämfördes sedan med dem som inte fått GERD konfirmerat samt med kontrollgruppen.

De patienter som deltog i studien erbjöds att genomgå röstinspelning samt videolaryngostroboskopi (VLSS) på Avdelningen för röst- och talvård vid Universitetssjukhuset i Lund. Totalt anmälde fyra patienter sitt intresse för att bli undersökta. Undersökningarna har inte genomförts inom ramen för denna studie.

2.2.2 GERD-diagnostisering vid endoskopimottagningen

Kriterierna för att få diagnosen gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) vid kirurgiska klinikens endoskopimottagning i Lund var att pH-värdet skulle vara <4 under minst 3,5 procent av tiden för pH-mätningen. Fyra olika läkare utförde undersökningarna och bedömde fynden med utgångspunkt i dessa diagnostiska kriterier.

Åtta av patienterna genomgick 24 timmars ambulerande pH-mätning, varav fyra kvinnor och fyra män. De sexton övriga patienterna, tio kvinnor och sex män, genomgick 48 timmars pH-mätning med BRAVO-kapsel. Valet av olika undersökningsmetoder berodde på andra samtidiga studier på kliniken och det fanns ingen möjlighet att styra detta.

2.2.3 Statistiska beräkningar

För statistiska analyser användes SPSS 16.0 för Windows. Icke-parametriska test användes, i detta fall gjordes beräkningarna för gruppjämförelser med Mann-Whitneys U-test. För korrelationsberäkningar har Spearmans rangkorrelationskoefficient använts. Alphanivån har satts till $p < 0,01$ då detta .

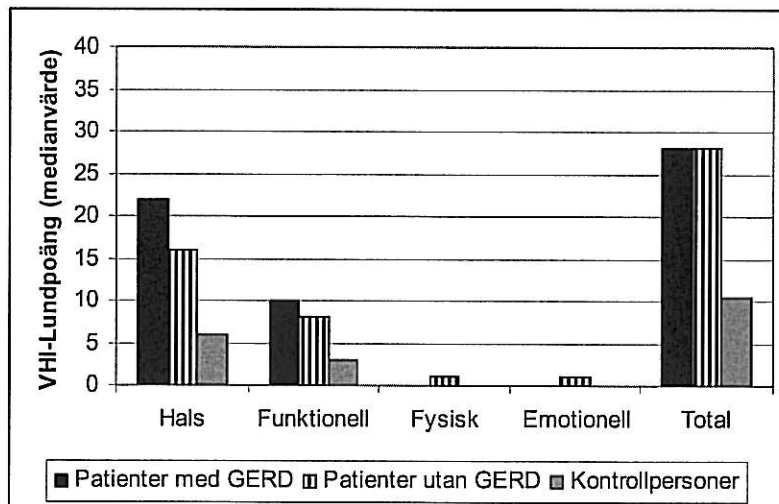
3. RESULTAT

3.1 Egen röstbedömning under de senaste två veckorna

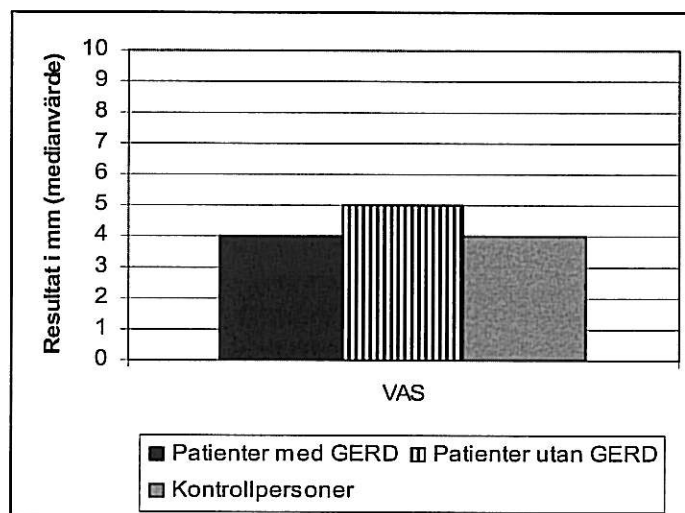
Tio av patienterna uppgav att de hade ett yrke som krävde användning av rösten och tre patienter hade fritidsintressen där de använde rösten. Samtliga uppgav att de använde rösten i vardagen. Tre patienter hade tidigare sökt hjälp för röstproblem hos öron-näsa-halsläkare/foniater/logoped. Ingen av dem fick bekräftad GERD. Så många som 19 patienter bedömde sin röst under de två senaste veckorna som "bra" eller "mycket bra". Tre tyckte att "rösten varierar" och endast två ansåg sin röst vara "mellan bra och dålig".

3.2 VHI-Lund hos patienter och kontrollpersoner

Svarsprofilerna för VHI-Lund för patienter och kontroller hade liknande mönster: såväl patienter som kontroller hade högst poäng på halsskalan, åtföljd av den funktionella skalan. I den fysiska och den emotionella skalan var poängen låg för både patienter och kontrollpersoner (Figur 2 och 3).



Figur 2. Medianvärden på VHI-Lundskalor för patienter med GERD (n=5), patienter utan GERD (n=19) samt kontroller (n=24).



Figur 3. Medianvärden på VAS för patienter med GERD (n=5), patienter utan GERD (n=19) samt kontroller (n=24).

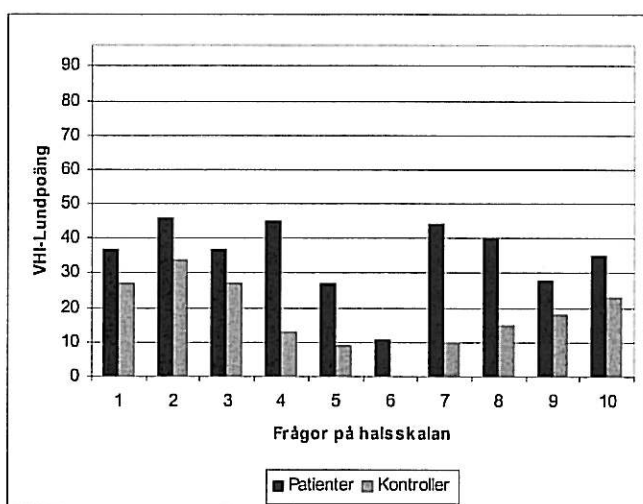
Av tabell 2 nedan framgår resultat från VHI-Lund med medianvärdena samt spridning i de olika skalorna. Enligt Mann-Whitneys U-test förelåg en statistiskt signifikant skillnad mellan patienter och kontroller på halsskalan ($p=0,001$) samt den totala VHI-Lundpoängen ($p=0,004$). På övriga skalor förelåg ingen statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna. Patienterna hade genomgående något högre medianvärde än kontrollgruppen. Enligt Spearmans rangkorrelationskoefficient förelåg en statistiskt signifikant korrelation ($p=0,002$) mellan patienternas VAS och VHI-Lundtotal ($\rho = 0,591$).

Tabell 2. VAS, VHI-Lundskalor samt VHI-Lundtotal hos patienter och kontroller (Mann-Whitneys U-test).

	Patienter (n=24)		Kontroller (n=24)		Mann-Whitney	
	Median	Spann	Median	Spann	U	p
VAS (mm)	5	0-70	4	0-48	244,5	0,367
Hals	16	2-31	6	0-19	133,5	0,001***
Funktionell	8,5	0-26	3	0-20	200,5	0,070
Fysisk	0	0-29	0	0-8	225	0,135
Emotionell	0,5	0-26	0	0-6	258,5	0,511
VHI-Lund total	28	2-104	10,5	0-52	150	0,004**

*** p= 0,001 ** p=0,01

De påståenden i VHI-Lund som fick högst poäng hos patientgruppen återfanns alla i halsskalan: ”Jag måste harkla mig” (2), ”Jag känner att det sitter något i halsen” (4), ”Det känns som att jag har en klump i halsen” (7) samt ”Jag är irriterad i halsen”(8). På den funktionella skalan låg resultaten lägre, se figur 4.



- Halsskalan i VHI-Lund**
1. Jag är torr i halsen.
 2. Jag måste harkla mig.
 3. Jag har mycket slem i halsen.
 4. Jag känner att det sitter något i halsen.
 5. Det svider i halsen.
 6. Jag känner ett tryck utanpå halsen.
 7. Det känns som om jag har en klump i halsen.
 8. Jag är irriterad i halsen.
 9. Jag har ont i halsen.
 10. Jag har rethosta.

Figur 4. Svartsfördelning på halsskalan för patienter (n=24) och kontroller (n=24)

3.3 VHI-Lund hos patienter med bekräftad GERD

Av de 24 patienterna var det fem som fick bekräftad patologisk reflux, GERD, två kvinnor och tre män. Kvinnorna var 56 och 59 år och männen 32, 39 och 62 år. De två kvinnorna låg högre än

medianvärdet för gruppen på VAS, 33 respektive 44, och männen låg under medianen, 0, 3 respektive 4. Fyra av fem patienter låg över medianvärdet på halsskalan. Samtliga hade dock sina högsta poäng på den skalan. Det förelåg ingen statistiskt signifikant skillnad på någon av parametrarna mellan patienterna med bekräftad GERD och de utan GERD (tabell 3).

Tabell 3. VAS, VHI-Lundskalor samt VHI-Lundtotal hos patienter med och utan GERD (Mann-Whitneys U-test).

	Patienter med GERD (n=5)		Patienter utan GERD (n=19)		Mann-Whitney	
	Median	Spann	Median	Spann	U	p
VAS (mm)	4	0-70	5	0-48	45	0,891
Hals	22	2-31	16	0-19	34	0,367
Funktionell	10	0-26	8	0-20	42,5	0,731
Fysisk	0	0-29	1	0-8	31,5	0,265
Emotionell	0	0-26	1	0-6	27	0,160
VHI-Lundtotal	28	2-104	28	0-52	46,5	0,945

4. DISKUSSION

I den aktuella studien kartlades förekomsten av självrapporterade hals- och röstsymptom hos patienter med klinisk misstanke om gastroesofageal refluxsjukdom (GERD). Resultaten av vårt arbete tyder på att patientgruppen med misstanke om GERD i genomsnitt rapporterade statistiskt signifikant högre poäng på halsskalan och högre VHI-Lundtotal än friska kontroller. Däremot förelåg det inte några skillnader i de tre röstskalorna (funktionell, fysisk och emotionell). Vidare rapporterade patientgruppen med bekräftad GERD-diagnos inte mer symptom på någon av skalorna än resten av patientgruppen. Dessa resultat skall diskuteras nedan i relation till kända uppfattningar om rollen av GERD för uppkomsten av röststörningar samt värdet av VHI-Lund formuläret som arbetsverktyg för logoped och foniatrer hos denna patientkategori.

4.1 Metodologiska reflektioner

En styrka i vår studie är att patientgruppens resultat har jämförts med köns- och åldersmatchade kontrollpersoner.

En möjlig felkälla i undersökningen är att det var få patienter som deltog. Detta berodde framför allt på tidsbegränsningen för arbetet. I vår studie inkluderades dock alla patienter som genomgick pH-mätning under perioden som fanns till förfogande för datainsamling. En annan felkälla som

bör tas upp är att ingen av kontrollerna har genomgått pH-mätning eller gastroskopi för att utesluta GERD. Man har inte kunnat genomföra pH-mätningar. Det är känt att fysiologisk reflux vanligen förekommer även hos friska personer, och man kan inte utesluta detta hos våra kontroller. Vi vet dock att de inte har subjektiva symtom på gastrit (magkatarr), vilket kan förknippas med reflux.

I VHI-Lund har VAS inkluderats som ett enkelt mått för att få snabb inblick i patientens subjektiva gradering av röstbesvären (Lyberg Åhlander et al., 2009). Patienterna med misstänkt reflux har i flera fall angivit svar som tyder på relativt stora röstbesvär på VA-skalan medan de i övriga VHI-Lund fått låga poäng. I ett par fall gäller det omvända, höga poäng på VHI-Lund samtidigt som de angivit minimala röstbesvär på VAS. Detta har man även noterat vid en tidigare studie (Lyberg Åhlander et al., 2009). Resultaten är motsägelsefulla. Hur kan det komma sig att en och samma person kan uppge att hon/han har mycket uttalade röstbesvär samtidigt som hon/han rapporterar inga eller sällsynta specificerade symtom i de olika symtomskalorna? Frågan är vad det är patienterna egentligen skattar på VA-skalan. Skattar de det som de är ombedda att göra - hur rösten är just nu? Eller kan det vara så att de egentligen skattar något annat, exempelvis någon form av allmäntillstånd? Eventuellt kan det vara så att de tolkar frågan som hur pass besvärad han/hon är av sin röst istället för att ange graden av röstbesvär. Kanske anser de sig inte ha röstbesvär men då de får specifika frågor blir problemen tydligare för dem själva. Ändå finner man en statistiskt signifikant korrelation mellan VAS och VHI-Lundtotal för hela gruppen. Även Lyberg Åhlander et al., (2009) fann en bra korrelation mellan de två värdena, VAS och VHI-Lundtotal, dock med vissa skillnader mellan olika diagnosgrupper.

4.2 Röst- och halssymtom hos patienter med bekräftad GERD

Resultatet av vår studie visar att patientgruppen med bekräftad GERD rapporterade statistiskt signifikant mer uttalade besvär från halsen än gruppen utan bekräftad patologisk reflux medan röstbesvären rapporterades i samma utsträckning i de två grupperna. Röstbesvären hos hela patientgruppen rapporterades inte heller i signifikant högre grad än i kontrollgruppen. Det är däremot mycket intressant att det i vår studie förelåg en statistiskt signifikant skillnad mellan patientgruppen som helhet och kontrollerna vad gäller halsskalan och total VHI-Lundpoäng. Skillnaden i den totala poängen speglar framför allt de höga resultaten på halsskalan.

Våra resultat skiljer sig en del från en relativt utbredd uppfattning om att GERD är en vanlig orsak till röstproblem, exempelvis befanns 50 procent av vuxna patienter som sökt för röst- och halsbesvär ha reflux (Koufman et al., 2000). Koufman et al. (2000) fann även att reflux var vanligast hos patienter med röstmissbrukssyndrom, såsom fonsteni och noduli, och patienter med neoplastiska tillstånd, såsom polyper, cystor och subglottisk stenosis. Man medger dock att resultaten troligtvis inte är helt representativa för kliniker i allmänhet då deras klinik är känd för att vara experter på diagnostisering och behandling av reflux och patienter med den typen av symtom ofta remitteras dit.

VHI-Lund visade också att självrapporterade symtom i halsskalan hade högre medianvärden än de övriga skalorna, såväl hos friska kontrollpersoner som hos patienter med misstanke på GERD och de med bekräftad GERD. Vi tolkar detta fynd som tecken på att en viss grad av halsrelaterade besvär kan förekomma hos den normala populationen, utan att vara tecken på

någon patologi. Av denna anledning bör man vara försiktig vid tolkning av dessa symtom som tecken på eventuell underliggande refluxsjukdom.

Skulle man hitta mer belägg för samband mellan halssymtom och reflux vid LPR? Om så vore fallet leder det till frågan om vilket samband det egentligen finns mellan GER och LPR. Groome et al. (2007) fann en korrelation mellan svårighetsgrad av GERD och förekomst av LPR. Deras studie visar att patienter med GERD har någon grad av LPR-symtom men att dessa ofta förbises på grund av dominerande GERD-symtom. Vidare menar de att GERD och LPR är sammanlänkade tillstånd. Är det då möjligt att ha LPR utan att ha GER? Koufman et al. (2002) hävdar som nämnts ovan att GER och LPR är olika företeelser trots att båda orsakas av refluxerat maginnehåll. Vi kan naturligtvis spekulera i att patienter som remitterats från ÖNH-specialister rimligen skulle ha sökt för hals- och röstbesvär såsom heshet, kronisk hosta och harklingar, medan merparten av de övriga troligtvis sökt för mer typiska GER-symtom såsom halsbränna och sura uppstötningar. Kan vi anta att dessa patienter har LPR istället för GERD? Denna fråga förblir obesvarad eftersom någon laryngeal refluxmätning inte har utförts hos våra patienter. Å andra sidan visar resultaten av VHI-Lund att vår patientgrupp ändå inte hade signifikant mer uttalade röstbesvär än kontrollgruppen. Dessutom är sambanden mellan LPR och röst- och halsstörningar långt ifrån klara. Enligt färskaste studier kan LPR förekomma vanligen hos friska försökspersoner, utan några som helst röst- eller halssymptom (Andersson, Ylitalo, Finizia, Bove & Magnus, 2006).

Även andra mekanismer än direkt reflux till laryngeal/svalgslemhinna har föreslagits som orsak till de anamnestiska hals- och röstbesvären. Cherry et al. (1970) framlade en teori enligt vilken magsyra i distala esofagus kan framkalla reflexiv hosta och harklingar som i sin tur ger symtom i larynx, till exempel heshet.

Vi måste också understryka i detta sammanhang att studiens syfte var att kartlägga röst- och halsbesvär hos patienter med misstänkt GER. Patienterna inkluderades inte primärt i studien på grund av röstbesvär, utan utgångspunkten var misstänkt reflux. Undersökningen visar inte desto mindre att det var halssymtomen som dominerade över röstsymtomen i den aktuella patientgruppen.

4.3 Synsätt på GERD och dess konsekvens för omhändertagandet av patienter

Eftersom det i dagsläget inte finns konsensus angående en definition av GERD eller LPR är uppfattningen om vilka symtom som kan räknas som patologiska, prevalens, bemötande och val av utredningar många. Detta leder till en osäkerhet i diagnostiseringen och omhändertagandet av dessa patienter. Somliga (Koufman et al., 2002; Rees & Belafsky, 2008) menar att laryngofaryngeal reflux, med mer typiska röst- och halssymtom så som heshet, kronisk hosta och globuskänsla bör särskiljas från GERD. Andra (Rouev et al. 2005) hävdar å andra sidan att LPR är en del av GERD. Alltmer forskning tyder på att GERD kan orsaka laryngofaryngeala symtom, och omvänt kan laryngofaryngeala symtom vara prediktorer för GERD. De två diagnoserna är uppenbart relaterade (Rouev et al. 2005). Meningsskiljaktigheterna leder också till att prevalensen av GERD varierar kraftigt i litteraturen.

Följden av olika syn på vad GERD innebär blir att patienter med samma symtom kan behandlas olika beroende på vem de möter inom vården. Diffusa och varierande symtombilder gör att patienterna söker vård vid olika instanser, ibland vid olika ställen samtidigt. Detta återspeglas även i vår studie. Våra patienter hade remitterats från så väl allmänläkare, ÖNH-specialister, kirurger samt specialister i internmedicin och företagshälsovård. I Sverige remitteras en icke obetydlig del av patienterna vidare till logopedier från ÖNH-specialister och allmänläkare.

4.4 Behandling av GERD

Även åsikterna kring medicinering som diagnostiskt verktyg går isär. Zamir (2005) hävdar att behandling med PPI är ett effektivt sätt att diagnostisera GERD och att ett initialt prov med denna typ av medicinering ofta är den enda nödvändiga utredningen. Cohen och Garrett (2008) fann dock att hälften av patienterna som remitterats för heshet behandlades eller hade tidigare behandlats med PPI, men upplevde fortfarande röstbesvär. Man fann också att nästan två tredjedelar av dessa patienter förbättrades efter röstterapi. Det visar att många av de patienter som inte förbättras av medicinering faktiskt blir hjälpta av röstträning. Det är viktigt för logopedier att veta att det är möjligt att hjälpa dessa patienter och att medicinering inte alltid är vägen att gå vad gäller behandling. Man kan fråga sig om det verkligen är berättigat att sätta in medicinering tidigt, när det är tydligt att så många åter medicinen i onödan. Som nämndes tidigare medicinerades drygt 600 000 personer med PPI år 2006 i Sverige och en stor del av dessa saknade dessutom journaldokumentation för sin behandling (www.medicinsktforum.com). För den enskilde individen innebär fel- och övermedicinering såväl onödigt intag av mediciner som ökade kostnader och för samhället innebär det onödiga läkemedelskostnader.

Att patienter svarar på behandling ex juvantibus behöver inte betyda att det är reflux som är orsaken till symtomen. Medicinen kan ha andra verkningsområden som inte är kända, och ta bort symtomen även om de är av annan okänd genes. Många av studierna som är positiva till medicinering innan vidare utredning saknar kontroller med placebo (Ormseth & Wong, 1999). Vi anser därför att man inte bör utesluta faktorer som självläkning eller andra orsaker till förbättring. Även yttre omständigheter, exempelvis minskad stress och/eller ändrade kostvanor, kan vara orsaken till att besvären försvinner.

Vaezi (2003) menar att anamnesen oftast räcker för att påbörja behandling ex juvantibus hos patienter med typiska GERD-symtom. Vidare testning är framför allt påkallat vid ihållande symtom trots medicinering och vid allvarigare symtom såsom dysfagi, viktninskning samt blödningar. Studier har visat att så lite som 10-30 procent av patienter med extraesofageal symtom på GERD har esofagit (inflammation i esofagus) och upptäcks därför inte vid endoskopi. Även om 24 timmars pH-mätning har ansetts vara den bästa metoden för att upptäcka GERD har den låg sensitivitet och specificitet. Andelen felaktiga/falska provsvar kan variera så mycket som 20-50 procent, vilket innebär att ett negativt provsvar inte behöver utesluta GERD hos patienter med extraesofageal reflux. Likaså behöver inte en positiv analys betyda att GERD är orsaken till extraesofageala symtom (Vaezi, 2003). Enligt Vaezi (2003) fastställs relationen mellan orsak och verkan bäst genom långvariga effekter av syrahämmande medicinering.

4.5 En logopedisk angelägenhet?

Vid anamnesupptagning frågar logopeden patienter med röstbekymmer ofta om förekomst av refluxrelaterade besvär. Vad innebär egentligen de svar patienten ger? Vad kan vi dra för slutsatser av att en patient säger att hon eller han har problem med halsbränna eller regurgitation? För patienter som kommer till logoped för röstebesvär kan reflux, GERD, vara en möjlig etiologisk faktor. Men som studien visat är det långt ifrån alla med symtom på reflux som får diagnosen GERD och det kan vara andra etiologiska faktorer som ligger bakom besvären. Det kan också vara så att patientens reflux tar sig uttryck i andra symtom än de typiska.

Ska logopeder överhuvudtaget syssla med detta? Kan de hjälpa dessa patienter med extraesofageala symtom på reflux med röstterapi? Ofta har de inget val eftersom de får de här patienterna på sitt bord. Av materialet framgår att de flesta patienterna kommer från allmänläkare på vårdcentral och öron- näsa- halsläkare. En del skickas till logoped för behandling av symtom som ofta är mycket diffusa. Logopeden konfronteras med att ta hand om dessa oklara fall. På grund av hög prevalens är GERD en kliniskt viktig diagnos, också för logopeder. De behöver kunskap om diagnosen och dess innebörd för att på bästa sätt bemöta och behandla dessa patienter. För att förstå vad det är för ett klientel är det alltså viktigt att närmare bekanta sig med problemet.

4.6 Konklusioner

Av den aktuella studien framgår att:

- Halsrelaterade symtom leder ofta till misstanke om reflux, men endast i ett fåtal fall bekräftas diagnosen efter vidare utredning. En annan mekanism än GER och LPR bör övervägas.
- Patienter med misstänkt GERD har signifikant mer halssymtom än friska kontroller medan det inte tycks finnas någon skillnad på röstrelaterade symtom.
- Det finns ingen skillnad mellan patienter med påvisad GERD och de utan bekräftad GERD i fråga om hals och röstsymtom.
- VHI-Lund är ett användbart arbetsverktyg för att få en strukturerad anamnes och för att bilda sig en uppfattning om den studerade patientgruppens problembild.

TACK

Marie Larsson och Helene Persson på kirurgiska klinikens endoskopimottagning vid Universitetssjukhuset i Lund för ovärderlig hjälp med datainsamling.
Jacqueline Eriksson som bistått med kontrollmaterial ur sin studie.

REFERENSER

- Andersson, O., Ylitalo, R., Finizia, C., Bove, M., & Magnus, R. (2006). Pharyngeal reflux episodes at pH 5 in healthy volunteers. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *41*, 138-143.
- Cherry, J., Siegel, C., Margulies, S., & Donner, M. (1970). Pharyngeal localization of symptoms of gastroesophageal reflux. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, *79*, 912-915.
- Cohen, S., & Garrett, G. (2008). Hoarseness: is it really laryngopharyngeal reflux? *The Laryngoscope*, *118*, 363-366.
- Demeester, T., Johnson, L., Joseph, G., Toscano, M., Hall, A., & Skinner, D. (1976). Patterns of gastroesophageal reflux in health and disease. *Annals of Surgery*, *184*, 459-469.
- Dent, J., El-Serag, H., Wallander, M-A., & Johansson, S. (2005). Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*, *54*, 710-717
- Eriksson, J., (2009). Reliabilitets prövning av VHI-Lund hos röstfriska – röstfriskas egenskattning av röstfunktion. Magisteruppsats vid logopedutbildningen. Lunds universitet.
- Forsell, H. (2001). *Gastroesofageal refluxsjukdom GERD del 1*. Mölndal: Hässle Läkemedel AB.
- Forsell, H., (2002). *Gastroesofageal refluxsjukdom GERD del 2*. Mölndal: AstraZeneca Sverige AB.
- Fuchs, K., DeMeester, T., & Albertucci, M. (1987). Specificity and sensitivity of objective diagnosis of gastroesophageal reflux disease. *Surgery*, *102*, 575-580.
- Galmiche, J-P., & Janssens, J. (1995). The pathophysiology of gastro-oesophageal reflux disease: An overview. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *30*, 7-18.
- Glicklich, R., Glovsky, R., & Montgomery, W. (1999). Validation of a voice outcome survey for unilateral vocal cord paralysis. *Journal of Voice*, *120*, 153-158.
- Groome, M., Cotton, J., Borland, M., McLeod, S., Johnston, D., & Dillon, J. (2007). Prevalence of laryngopharyngeal reflux in a population with gastroesophageal reflux. *The Laryngoscope*, *117*, 1424-1428.
- Hogikyan, N., Wodchis, W., Terrell, J., Bradford, C., & Esclamado, R. (2000). Voicerelated quality of life (v-rqol) following type I thyroplasty for unilateral vocalfold paralysis. *Journal of Voice*, *14*, 378-386.
- Jacobson, B., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M., & Newman, C. (1997). The voice handicap index (VHI): development and validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *6*, 66-70.

- Kahrilas, P., & Quigley, E. (1996). Clinical esophageal pH recording: A technical review for practice guideline development. *Gastroenterology*, *110*, 1982-1996.
- Kahrilas, P. (2003). GERD pathogenesis, pathophysiology, and clinical manifestations. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, *70*, 4-19
- Klauser, A., Schindlbeck, N., & Müller-Lissner, S. (1990). Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease. *The Lancet*, *335*, 205-208.
- Koufman, J. (1991). The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): A clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *The Laryngoscope*, *101*, 1-78.
- Koufman, J., Sataloff, R., & Toohill, R. (1996). Laryngopharyngeal reflux: Consensus conference report. *Journal of Voice*, *10*, 215-216.
- Koufman, J., Amin, M., & Panetti, M. (2000). Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, *123*, 385-388.
- Koufman, J., Belafsky, P., Bach, K., Daniel, E., & Postma, G. (2002). Prevalence of esophagitis in patients with pH-documented laryngopharyngeal reflux. *The Laryngoscope*, *112*, 1606-1609.
- Locke, R., Talley, N., Fett, S., Zinsmeister, A., & Melton, J. (1997). Prevalence and Clinical Spectrum of Gastroesophageal Reflux: A Population-Based Study in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*, *112*, 1448-1456.
- Lyberg Åhlander, V., Rydell, R., & Schalén, L. (2009). Validation of a Swedish version of Voice Handicap Index with addition of a subscale on throat related problems. Submitted.
- Ma, EP., & Yiu, EM. (2001). Voiceactivity and participation profile: Assessing the impact of voicedisorders on daily activities. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *44*, 511-524.
- Nordenstedt, H. (2007). *Gastroesophageal reflux: etiological factors*. Stockholm: Repoprint AB.
- Ohlsson, A.-C., & Dotevall, H. (2009). Voice handicap index in Swedish. *Logopedics Phoniatics Vocology*, *34*, 1 - 7.
- Ormseth, E., & Wong, R. (1999). Reflux Laryngitis: Pathophysiology, diagnosis, and management. *American Journal of Gastroenterology*, *94*, 2812-2817.
- Qadeer, M., Swoger, J., Milstein, C., Hicks, D., Ponsky, J., Richter, J., Abelson, T., & Vaezi, M. (2005). Correlation between symptoms and laryngeal signs in laryngopharyngeal reflux. *Laryngoscope*, *115*, 1947-1952.

Rees, C., & Belafsky, P. (2008). Laryngopharyngeal reflux: current concepts in pathophysiology, diagnosis, and treatment. *International Journal of Speech-Language Pathology, 10*, 245-253

Rosen, C., Lee, A., Osborne, J., Zullo, T., & Murry, T. (2004). Development and validation of the voice handicap index -10. *The Laryngoscope, 114*, 1549-1556.

Rouev P., Chakarski, I., Doskov, D., Dimov, G., & Staykova, E. (2005). Laryngopharyngeal symptoms and gastroesophageal reflux disease. *Journal of Voice, 19*, 476-480.

Vaezi, M. (2003). Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Clinical Cornerstone, 5*, 32-38.

Vakil, N., F.A.C.G., van Zaten, S., Kahrilas, P., Dent, J., Jones, R., & The Global Consensus Group. (2006). Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus. *American Journal of Gastroenterology, 101*, 1900-1920.

Ylitalo, R. (2000). *Clinical studies of contact granuloma and posterior laryngitis with special regard to esophagopharyngeal reflux*. Stockholm: Repoprint AB.

Zamir, D. (2005). Gastroesophageal reflux. *European Journal of Internal Medicine, 16*, 391-401.

<http://www.medicinsktforum.com/Tidningsarkiv/Medicinskt-Forum-nr-1-09/Underbehandling-av-GERD-leder-till-stora-produktivitetsforlust/> (Senast besökt 090506)



LUNDS
UNIVERSITET

Information om examensarbete

Vi är två studenter som som går sista terminen på logopedutbildningen på Lunds universitet. Under våren kommer vi att skriva vår magisteruppsats som syftar till att undersöka sambandet mellan röstfunktionen och andra hälsotillstånd. Vi vore därför tacksamma om Du vill svara på ett frågeformulär om rösten.

Ditt deltagande är givetvis frivilligt. Alla Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt och resultaten skall presenteras anonymt.

Om du önskar ytterligare information om studien kontakta gärna någon av våra handledare.

Vänliga hälsningar

Elisabet Hallberg
Logopedstudent
0709-580732

Ida Gewert
Logopedstudent
0702-828006

Handledare

Lucyna Schalén
Överläkare, foniater
046-171532

Viveka Lyberg Åhlander
Leg. Logoped
046-177821

Institutionen för logopedi, foniatri, audiologi, Lunds universitet

Egenskattning av röst- och halsbesvär hos personer med gastroesofageal reflux

Jag har skriftligen informerats om ovanstående studie och haft möjlighet att få ytterligare information från ansvariga logopedstuderande och deras handledare. Jag samtycker till att delta i studien och känner att mitt deltagande är frivilligt, samt att jag när som helst kan avbryta studien utan att det kommer att påverka mitt framtida omhändertagande.

Underskrift _____

Datum _____

Namnförtydligande _____

Jag vill *inte* delta i studien

I samband med denna studie finns det möjlighet att genomgå en undersökning av rösten på Avdelningen för röst- och talvård. En röstspecialiserad läkare gör då en videoinspelning av Dina stämband och vi spelar in Din röst på dator. Om Du önskar göra denna undersökning, kryssa i rutan nedan så kontaktar vi Dig för att boka en tid.

Jag önskar undersökning av stämbanden på Avdelningen för röst- och talvård.

Ja Nej



Avd. för Röst och Talvård
Universitetssjukhuset i Lund, USIL
RoS gruppen 2003

Frågeformulär angående röst (VHI-Lund)

Tack för att Du tar Dig tid och fyller i detta formulär! Uppgifterna är konfidentiella och behandlas som journalhandling.

Namn _____

Personnummer _____

Dagens datum _____

Aktuellt yrke (även pensionär) _____

Jag använder min röst:

i mitt yrke

i fritidsaktiviteter vilka?: _____

i normalt vardagssamtal

Jag bedömer min röst under de två senaste veckorna som: (ringa in ett alternativ)

Mycket dålig

Dålig

Mellan bra och dålig

Bra

Mycket bra

Rösten varierar

Ange hur du upplever din röst nu genom att placera ett lodrätt streck tvärsöver passande ställe på nedanstående linje

Inga
Röstbesvär

Maximala
röstbesvär

I _____ I

INSTRUKTION:

I påståenden nedan skall Du ringa in den siffra som bäst stämmer överens med dina besvär där: Aldrig=0/ Någon enstaka gång=1/ Ibland=2/ Ofta=3/ Alltid=4

Exempel:

Min röst fungerar bättre på morgonen än på kvällen

0 1 2 **3** 4

Del 1

- | | |
|--|-----------|
| 1. Jag är torr i halsen. | 0 1 2 3 4 |
| 2. Jag måste harkla mig. | 0 1 2 3 4 |
| 3. Jag har mycket slem i halsen. | 0 1 2 3 4 |
| 4. Jag känner att det sitter något i halsen. | 0 1 2 3 4 |
| 5. Det svider i halsen. | 0 1 2 3 4 |
| 6. Jag känner ett tryck utanpå halsen. | 0 1 2 3 4 |
| 7. Det känns som om jag har en klump i halsen. | 0 1 2 3 4 |
| 8. Jag är irriterad i halsen. | 0 1 2 3 4 |
| 9. Jag har ont i halsen. | 0 1 2 3 4 |
| 10. Jag har rethosta. | 0 1 2 3 4 |

Del 2

- | | |
|---|-----------|
| 1. Luften tar slut när jag talar. | 0 1 2 3 4 |
| 2. Kvaliteten på rösten varierar under dagen. | 0 1 2 3 4 |
| 3. Andra frågar om jag är förkyld. | 0 1 2 3 4 |
| 4. Min röst kan plötsligt förändras under ett kortare samtal. | 0 1 2 3 4 |
| 5. Rösten försvinner mitt i en mening. | 0 1 2 3 4 |
| 6. Jag försöker förändra min röst för att låta bra. | 0 1 2 3 4 |
| 7. Det är ansträngande att tala. | 0 1 2 3 4 |
| 8. Min röst är sämst på morgonen | 0 1 2 3 4 |
| 9. Min röst är sämst på kvällen. | 0 1 2 3 4 |
| 10. Min röst låter hes. | 0 1 2 3 4 |

INSTRUKTION:

I påståenden nedan skall Du ringa in den siffra som bäst stämmer överens med dina besvär där: Aldrig=0/ Någon enstaka gång=1/ Ibland=2/ Ofta=3/ Alltid=4

Exempel:

Min röst fungerar bättre på morgonen än på kvällen

0 1 2 **3** 4

Del 3

1. På grund av min röst spänner jag mig när jag talar med andra. 0 1 2 3 4
2. Andra verkar bli irriterade på min röst. 0 1 2 3 4
3. Andra verkar sakna förståelse för mina röstproblem. 0 1 2 3 4
4. Mina röstproblem gör mig orolig. 0 1 2 3 4
5. Jag är mindre utåtriktad på grund av mina röstproblem. 0 1 2 3 4
6. Jag känner mig handikappad på grund av min röst. 0 1 2 3 4
7. Jag blir irriterad när andra ber mig upprepa vad jag sagt. 0 1 2 3 4
8. Jag känner mig besvärad när andra ber mig upprepa vad jag sagt. 0 1 2 3 4
9. Min röst gör att jag känner mig osäker. 0 1 2 3 4
10. Jag skäms för mina röstproblem. 0 1 2 3 4

Del 4

1. Andra har, på grund av min röst, svårt att uppfatta vad jag säger. 0 1 2 3 4
2. Jag har svårt att göra mig hörd i bullrig miljö, som t ex på ett kalas. 0 1 2 3 4
3. Jag har svårt att öka röststyrkan för att ropa. 0 1 2 3 4
4. Jag undviker att tala i telefon på grund av min röst. 0 1 2 3 4
5. Människor ber mig upprepa vad jag har sagt. 0 1 2 3 4
6. Jag undviker att tala i grupp på grund av min röst. 0 1 2 3 4
7. Jag talar mer sällan än jag skulle vilja med vänner och familj på grund av min röst. 0 1 2 3 4
8. Min röst begränsar mig i mina fritidsaktiviteter. 0 1 2 3 4
9. Jag blir utelämnad ur samtal på grund av min röst. 0 1 2 3 4
10. Min röst begränsar mig i mitt arbetsliv. 0 1 2 3 4

INSTRUKTION:

I påståenden nedan skall Du ringa in den siffra som bäst stämmer överens med dina besvär där: Aldrig=0/ Någon enstaka gång=1/ Ibland=2/ Ofta=3/ Alltid=4

Exempel:

Min röst fungerar bättre på morgonen än på kvällen

0 1 2 **3** 4

Del 5 Sångröstdel

Om du inte på något sätt sjunger behöver du inte fylla i denna del

Har dina röstbesvär medfört *förändring* av din sångröst?

Ja

Nej

På grund av mina röstbesvär kan jag inte alls sjunga.

Jag sjunger mest:

i mitt yrke (t ex professionell sångare/musiker, förskollärare)

i fritidsaktiviteter (t ex amatörsångare, exempelvis i kör)

"Till vardags" (sjunga för barnen, på fester mm)

- | | |
|--|-----------|
| 1. Jag blir trött i halsen i när jag sjunger. | 0 1 2 3 4 |
| 2. Jag blir hes när jag sjunger. | 0 1 2 3 4 |
| 3. Jag får ont i halsen när jag sjunger. | 0 1 2 3 4 |
| 4. Det tar emot när jag sjunger. | 0 1 2 3 4 |
| 5. Jag har fått svårare att sjunga i höga lägen. | 0 1 2 3 4 |
| 6. Jag har fått svårare att sjunga i låga lägen. | 0 1 2 3 4 |
| 7. Mitt röstomfång har förändrats. | 0 1 2 3 4 |
| 8. Jag har svårt att få rösten att "ta" i vissa lägen. | 0 1 2 3 4 |
| 9. Jag har fått svårare att sjunga svagt. | 0 1 2 3 4 |
| 10. Sångrösten blir inte tät. | 0 1 2 3 4 |

Avdelningens anteckningar:

Söker för _____

VJ/Swell _____ Video/Aida _____

Diagnos _____

Åtgärd _____

RoS Index _____