

بررسی فراوانی اختلالات تغذیه دهانی در نوزادان بخش مراقبتهای ویژه بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

سیده زهره موسوی^۱، محمد رحیم شاهبداغی^۱، ملیحه کدیور^۲، نسرين خسروی^۱، مهدیه میرزازاده^۱

۱- گروه گفتاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- گروه کودکان (مرکز طبی کودکان) دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

زمینه و هدف: تغذیه یکی از ضروری‌ترین رفتارها برای حفظ بقا، یادگیری و تعامل نوزاد است. با توجه به اهمیت بلع در روند رشد و نقش اساسی آن در حیات نوزاد، بررسی اختلالات بلع جایگاه مهمی دارد. یکی از شاخه‌های اصلی فعالیت گفتاردرمان‌ها، تشخیص، ارزیابی و درمان این اختلال می‌باشد. بنابراین وجود اطلاعات پایه‌ای درباره شیوع اختلال بلع می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های درمانی مؤثر باشد. لذا مشخص کردن آمار نوزادان مبتلا به اختلالات تغذیه دهانی در بخش مراقبتهای ویژه در این پژوهش انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی- مقطعی تمامی نوزادان بستری در بخش مراقبتهای ویژه بیمارستان‌های علوم پزشکی تهران در سه ماه ابتدای سال ۱۳۹۰ از طریق انجام ارزیابی، جمع‌آوری اطلاعات از پرونده پزشکی، مصاحبه و مشاهده از لحاظ تاریخچه پزشکی، تاریخچه تغذیه، سطح رشدی، کنترل وضعیت و تن و رفلکس، مهارتهای حسی، توانایی مکیدن، بلعیدن، هماهنگی مکیدن- بلع-تنفس و کیفیت تنفسی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که از ۱۶۶ نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه ۴۵ نوزاد (۲۷/۱۰٪) مبتلا به اختلال تغذیه دهانی بودند که شیوع اختلال تغذیه دهانی در میان نوزادان پسر بیشتر از دختر بود (۹۱/۱۱٪ در مقابل ۸/۸٪). از میان نوزادان مبتلا به اختلال تغذیه دهانی ۲۲ نوزاد به‌طور طبیعی، ۱۸ نوزاد با لوله از طریق بینی (Nasal Gavaj Tube: NGT) و ۵ نوزاد با لوله از طریق دهان (Oral Gavaj Tube: OGT) تغذیه می‌شدند. مشکل در فاز دهانی (۸۸/۸٪) و فاز مروی (۲/۲۲٪) به ترتیب بیشترین و کمترین میزان‌هایی بودند که در این نوزادان وجود داشت و هیچ نوزادی در فاز حلقی مشکل نداشت.

نتیجه گیری: ارزیابی بلع توسط گفتاردرمان اطلاعاتی ضروری در مورد لزوم مداخلات درمانی تغذیه‌ای فراهم می‌کند و با تشخیص زودهنگام این اختلال می‌توان از مشکلات احتمالی بعدی گفتاری پیشگیری کرد. در نتیجه حضور گفتاردرمان در بخش نوزادان ضرورت دارد.

کلید واژه‌ها: شیوع، اختلالات تغذیه دهانی، نوزادان، بخش مراقبتهای ویژه

(ارسال مقاله ۱۳۹۱/۱۱/۱۸، پذیرش مقاله ۱۳۹۳/۹/۵)

نویسنده مسئول: تهران- خیابان انقلاب- پیچ شمیران- دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه گفتاردرمانی

Email: shahbodaghi@sina.tums.ac.ir

مقدمه

حلق دهانی رانده می‌شود، مرحله حلقی که یک توالی سریع از وقایعی است که با یکدیگر همپوشانی دارند، نرم کام به سمت بالا می‌رود و حنجره به سمت بالا و جلو حرکت می‌کند، زبان به سمت عقب و پایین حلق فشار می‌آورد تا غذا به سمت پایین رانده شود و مرحله مروی که غذا از مری به سمت معده می‌رود (۴). هر ساله تقریباً ۲۵۰۰۰۰۰ نوزاد زندگی خود را در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان آغاز می‌کنند. انجمن گفتار و شنوایی آمریکا (American Speech-language and Hearing Association: ASHA Neonatal Intensive Care) (NICU) اخیراً نقشهایی را که آسیب شناسان گفتار و زبان می‌توانند در (Unite) داشته باشند را طراحی کرده است. طبق قوانین ASHA ارزیابی، تشخیص و درمان اختلالات بلع چه در نوزادان به‌صورت مادرزادی و چه در بزرگسالان به صورت اکتسابی به عهده آسیب شناس گفتار و زبان می‌باشد که وی می‌تواند با

توانایی غذا خوردن و مکیدن یکی از ضروری‌ترین رفتارهای نوزاد برای حفظ بقا، یادگیری و تعامل است که تمامی جنبه‌های رشدی او را دربرمی‌گیرد. تغذیه نوزادان شامل سه جز اساسی است: مکیدن، بلعیدن و تنفس. همه این سه جز باید در تغذیه و بلع نوزادان مورد توجه قرار گیرد (۱).

تا کنون محققان و متخصصان بالینی نتوانسته‌اند تعریف جامعی از اختلالات تغذیه و بلع در نوزادان و کودکان نوپا ارائه دهند و هیچ توافق نظری در این باره وجود ندارد (۲). این مسئله به دلیل ماهیت ناهمگن علایم متفاوتی است که در اختلالات تغذیه و بلع دیده می‌شود. تعریفی که معمولاً برای اختلالات تغذیه در نوزادان بیان می‌شود "ناتوانی یا عدم تمایل به خوردن غذاهای خاص" است (۳).

مراحل بلع شامل: مرحله آمادگی دهانی که لقمه غذایی قابل بلعیدن می‌شود، مرحله دهانی که غذا از حفره دهانی به سمت

همکاری نزدیک با سایر تخصص‌ها از قبیل: پزشک عمومی، متخصص گوش و حلق و بینی، متخصص گوارش، متخصص تغذیه و رادیولوژیست به این کار بپردازد. آسیب‌شناسان گفتار و زبان می‌توانند در چندین حوزه در ارزیابی و تدارک نیازهای این نوزادان در معرض خطر کمک کنند. این حوزه‌ها شامل تغذیه و رشد دهانی - حرکتی، رفتار و رشد کودک، ارتباط والد - کودک و بقای شنوایی هستند. نتایج ارزیابی تغذیه‌ای و دهانی اطلاعاتی ضروری برای درمانگر جهت تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا مداخلات درمانی تغذیه‌ای لازم است یا خیر و اینکه چه جنبه‌هایی از تغذیه و رفتار دهانی بایستی مورد توجه قرار بگیرند، فراهم می‌کند (۵). به منظور افزایش سطح کمی و کیفی هر موضوع علمی و پژوهشی آگاهی از یک سری اطلاعات آماری می‌تواند کمک بسزایی کند. بررسی میزان شیوع اختلالات علاوه بر تعیین شدت و گستردگی اختلال در جامعه می‌تواند در تعیین نقش علل و عوامل موثر بروز اختلال کمک کننده باشد و سبب می‌شود که متخصصین از این اطلاعات در مراحل مختلف تشخیص، ارزیابی، درمان و مشاوره استفاده کنند. در کنار تحقیقات شیوع می‌توان ابعاد ناشناخته اختلال را شناسایی کرده و تدابیر لازم را برای انجام اقدامات پیشگیرانه و طرح ریزی برنامه‌های آموزشی و درمانی مناسب اتخاذ کرد. نتایج حاصل از این مطالعات به مسئولان در اتخاذ تصمیمات مناسب افزایش ارائه سرویس‌های خدمات مداخله‌ای کمک می‌کند. تعیین کلی شیوع معتبر اختلالات تغذیه و بلع در نوزادان و کودکان نوپا بسیار دشوار است زیرا محققان معمولاً از تعاریف مختلفی استفاده می‌کنند یا تنها به بررسی اختلال بلع در طبقه‌های خاصی، مثلاً در سندرم‌ها می‌پردازند. نرخ شیوع اختلالات بلع و تغذیه در جمعیت نوپایان به طور کلی حدود ۲۵٪ گزارش شده است (۶).

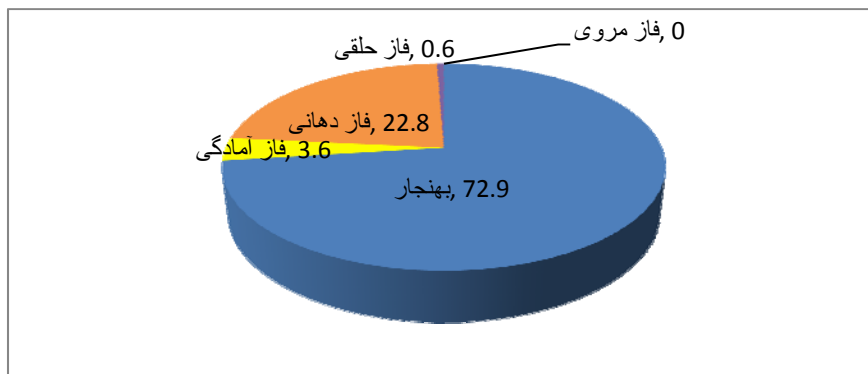
واترمن، کولتای، دانوی و کاکاسی در سال ۲۰۰۷، در مطالعه‌ای تحت عنوان "اختلالات بلع در گروه کودکان مبتلا به فلج مغزی" به بررسی شیوع اختلال بلع در این جمعیت پرداختند. در این مطالعه ۵۶ کودک مبتلا به فلج مغزی مورد آزمون قرار گرفتند و مشخص شد که ۱۵ نفر از آن‌ها (۲۷٪)، دچار اختلال بلع می‌باشند. فاکتورهای دخیل در ایجاد اختلال بلع و تغذیه وجود رد فلکس گاز گرفتن، سرعت کم جذب دهانی، کنترل دهانی کم، ناتوانی در تغذیه به صورت مستقل و سرفه حین تغذیه ذکر شد. علاوه بر فاکتورهای ذکر شده فاکتورهای دیگری نیز وجود دارند که باعث تشدید مشکلات بلع می‌شود از جمله تانگ تراست، وجود آب‌ریزش از دهان، ضعیف بودن کنترل سر، عقب ماندگی ذهنی و تشنج. آن‌ها نتیجه گرفتند شناسایی

زود هنگام و مداخله درمانی مناسب می‌تواند بسیاری از مشکلات این کودکان را در زمینه دیسفاژی کاهش دهد (۷). فیلد و همکاران در سال ۲۰۰۳ گزارش کردند که ۲۶٪ تا ۹۰٪ کودکانی که ناتوانی‌های جسمانی دارند و ۸٪ تا ۴۹٪ از کودکانی که نارس هستند یا وزن کم حین تولد دارند مشکلات بلع و تغذیه را نشان می‌دهند. این افراد همچنین شیوع این اختلال را در کودکان اتیستیک و مبتلا به سندرم داون و فلج مغزی بررسی کردند. نرخ این شیوع در کودکان اتیستیک ۶۲٪ و بیشتر به شکل اجتناب از خوردن بافت‌های غذایی خاص بود. آن‌ها ذکر کردند، بسیار شایع است که نوزادان مبتلا به سندرم داون و فلج مغزی در حرکات دهانی دچار تاخیر باشند که در نتیجه در بلع دچار مشکل می‌شوند. شیوع اختلالات تغذیه در این کودکان حدود ۸۰٪ گزارش شد (۸). مطالعه‌ای تحت عنوان "بد عملکردی حرکات دهانی و اختلالات بلع در کودکان مبتلا به اختلالات نافذ رشد" توسط شوارتز در سال ۲۰۰۳ نیز انجام شد، وی در این مطالعه به بررسی ۷۹ کودک مبتلا به اختلال نافذ رشد که نقایص شناختی متوسط تا شدید داشتند و به کلینیک تغذیه کودکان مراجعه کرده بودند، پرداخت. در این گروه خاص فراوانی اختلال بلع و تغذیه ۲۷٪ تخمین زده شد که ۱۴٪ از این کودکان مبتلا به ریفلاکس معده بودند (۹). استاینو در سال ۲۰۰۳ در مطالعه خود تحت عنوان "مشکلات تغذیه در نوزادان مبتلا به اختلالات مزمن" شیوع اختلالات بلع را در گروه نوزادان طبیعی ۲۵-۳۵٪ و در گروه نوزادان مبتلا به اختلالات مادرزادی ۳۳-۹۰٪ گزارش کرد (۱۰). منیکام، راماسامی، پرمن و جی در سال ۲۰۰۰ در مقاله خود با عنوان "اختلالات بلع در کودکان" شیوع اختلالات بلع و تغذیه را در کودکان به‌طور کلی ۲۵٪ و این آمار را در کودکان دچار تاخیر رشدی ۸۰٪ گزارش کرد (۱۱). کروین در سال ۱۹۹۹ گزارش کرد که ۶٪ تا ۴۵٪ نوزادان با رشد بهنجار مشکلات تغذیه‌ای را تجربه می‌کنند. والدین این نوزادان معمولاً عدم گرسنگی در زمان وعده‌های غذایی و انتخاب بافت‌های غذایی خاص را در کودکان خود گزارش دادند. این محقق گزارش کرد که مشکل این کودکان خفیف تا متوسط می‌باشد و به راحتی توسط متخصصان بالینی یا حتی بدون هیچ مداخله درمانی بهبود می‌یابد اما نوزادانی که مشکلات پزشکی یا ناتوانی‌های رشدی دارند، مشکلات بلع و تغذیه شدیدتر و پایدارتری را تجربه می‌کنند. بیش از ۸۰٪ کودکانی که ناتوانی‌های رشدی دارند، مشکلات تغذیه‌ای را نشان می‌دهند که معمولاً به مراقبت‌ها و مداخلات درمانی خاص نیاز دارند (۱۲). بسیاری از محققان از جمله آرچرز، روزنام و استرینر در سال

تعدادی دیگر به صورت بسته و چند گزینه‌ای بودند. هنگام ارزیابی رفلکس‌ها در بخش مهارت‌های حسی فرم از دستورالعمل‌های موجود در روش مایساک استفاده گردید (۱۴). این پژوهش در سه ماهه نخست سال ۱۳۹۰ در بیمارستان‌های ولیعصر (عج)، بهرامی، مرکز طبی کودکان اجرا شد و تمامی نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مورد بررسی قرار گرفتند؛ آمار نوزادان مبتلا به اختلال بلع مشخص و ارزیابی‌های لازم از آن‌ها به عمل آمد. در کنار ارزیابی‌های به عمل آمده توسط پژوهشگران از روش‌های جمع‌آوری اطلاعات از پرونده پزشکی نوزاد، مصاحبه با مادر یا پرستار و مشاهده نیز استفاده گردید. مواردی مثل تاریخچه پزشکی از پرونده پزشکی نوزاد استخراج شد و در صورت کامل نبودن از مادر سوال گردید. سوالات بخش تاریخچه تغذیه از جمله تعداد دفعات تغذیه، مدت زمان تغذیه و ... از پرستار مربوطه پرسیده شد و سایر سوالات موجود در فرم از طریق مشاهده و ارزیابی مستقیم از نوزاد بدست آمد و ثبت گردید. با توجه به ظرافت ارزیابی‌های مربوط به عمل بلع در نوزادان آزمون حدود ۳۰ دقیقه برای هر نوزاد طول می‌کشید. به منظور توصیف نتایج از آمار توصیفی شامل شاخص میانگین و حداقل و حداکثر فراوانی مطلق و نسبی با نرم افزار آماری SPSS۱۶ استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که به‌طور کلی از ۱۶۶ نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، ۴۵ نوزاد (۲۷/۱۰٪) مبتلا به اختلال بلع بودند و از میان این نوزادان مبتلا به اختلال بلع ۶ نوزاد (۱۳/۳۳٪) در فاز آمادگی بلع و ۳۸ نوزاد (۸۴/۴۵٪) در فاز دهانی و ۱ نوزاد (۲/۲۲٪) در فاز مروی مشکل داشتند و هیچ نوزادی در فاز حلقی مشکل نداشت.



نمودار ۱- توزیع فراوانی نسبی شیوع اختلال بلع و فاز آن در نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (N=۱۶۶)

۱۹۹۱ در مطالعات خود خاطر نشان کردند که ۶ تا ۴۰ درصد از نوزادانی که هیچ‌گونه اختلالی قبل و حین تولد نداشته‌اند مبتلا به اختلال بلع می‌باشند. پرسک، کلیفتون، مکین و استین در سال ۱۹۹۷ بیان کردند که این میزان در نوزادانی که مادر در زمان بارداری مشکلاتی داشته است به ۱۹ تا ۸۰ درصد افزایش می‌یابد (۱۳).

تا کنون هیچ مطالعه‌ای در داخل کشور با هدف بررسی فراوانی اختلالات بلع در بین نوزادان انجام نشده است. اکثر مطالعات انجام شده در زمینه بررسی شیوع اختلالات بلع در بین افراد بزرگسال انجام شده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی به صورت غیرمداخله‌ای و مقطعی می‌باشد. به منظور اجرای این پژوهش نخست با بررسی متون موجود، مقالات مرتبط با اختلالات بلع در نوزادان جمع‌آوری گردید و جامع‌ترین فرم ارزیابی اختلال بلع در نوزادان ترجمه شد و به‌منظور بررسی روایی، فرم مذکور در اختیار ۳ صاحب نظر که در زمینه بلع و اختلالات آن تخصص دارند قرار گرفت تا نظرات خود را اعمال کنند. در این مرحله پس از توضیح کامل درباره اهداف مطالعه از آن‌ها خواسته شد با در نظر گرفتن هدف و همچنین جامعه هدف، نظر تکمیلی خود را از نظر ویژگی‌های گرامری و کلمات مورد استفاده، میزان تناسب و وجود ابهام راجع به هر یک از جملات ارائه نمایند. سپس نظرات صاحب‌نظران در فرم اعمال گردید. این فرم شامل ۹ بخش (تاریخچه پزشکی، تاریخچه تغذیه، سطح رشدی، کنترل وضعیت و تن و رفلکس، مهارت‌های حسی، توانایی مکیدن، بلعیدن، هماهنگی مکیدن، بلع و تنفس و کیفیت تنفسی) بود که در مجموع ۲۶ سوال داشت که تعدادی از آن‌ها به‌صورت باز و

با توجه به اطلاعات بدست آمده از تاریخچه پزشکی نوزادان همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، از ۴۵ نوزاد مبتلا به اختلال بلع ۱۳ نوزاد (۲۸/۸۸٪) مشکلات قبل از تولد داشتند یعنی مادر در زمان بارداری مشکلاتی از قبیل ابتلا به سرخجه، تشنج، تب بالا، فشارخون، RH منفی خون و نیز ضربه به جنین داشت. ۲۷ نوزاد (۶۰٪) مشکلات حین تولد از قبیل استفاده از فورسپس، تولد زود هنگام، زایمان به صورت بریج، وزن کم هنگام تولد، نارس بودن ریه، تاخیر گریه اولیه و دور سر کوچک داشتند و ۴۲ نوزاد (۹۳/۳۳٪) مشکلات پس از تولد از قبیل زردی، مشکلات قلبی، ریوی، تشنج، عفونت، تعویض خون داشتند و نیز از تعداد کل نوزادان مبتلا به اختلال بلع در بخش مراقبت‌های ویژه به ترتیب ۳۲، ۱۸، ۳ نوزاد هیچ مشکلی قبل، حین و پس از تولد نداشتند.

ویژگی‌های دموگرافی گروه نوزادان بستری، مورد بررسی قرار گرفت و میانگین سنی نوزادان مبتلا به اختلال بلع ۱۶،۶۲ روز، کمترین سن ۵ روز و بیشترین سن ۳۰ روز بود. از این میان ۴۱ نوزاد (۹۱/۱۱٪) مذکر و ۴ نوزاد (۸/۸۸٪) مونث بودند. همان‌طور که در منابع مختلف ذکر می‌شود تغذیه نوزادان شامل سه جز اساسی می‌باشد یعنی مکیدن، بلعیدن و تنفس. نتایج حاصل از بررسی این مورد در این پژوهش نشان داد که ۲۴ نوزاد (۵۳/۳۳٪) در هماهنگی مکیدن - بلع - تنفس دچار مشکل بودند و ۲۱ نوزاد (۴۶/۶۶٪) در این هماهنگی هیچ مشکلی نداشتند. در ۲۹ نوزاد مبتلا به اختلال بلع (۶۴/۴۴٪) توانایی مکیدن غیر طبیعی بود و در ۱۶ نوزاد باقی مانده (۳۵/۵۵٪)، توانایی مکیدن سالم بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی وجود یا عدم وجود مشکلات قبل، حین و پس از تولد نوزادان مبتلا به اختلال بلع در بخش مراقبت‌های ویژه (N=۴۵)

شاخص‌های آماری مشکلات نوزاد	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
قبل از تولد	۱۳	۲۷/۸۸
حین تولد	۲۷	۶۰
پس از تولد	۴۲	۹۳/۳۳
ندارد	۳	۶/۶۶

تقریباً مشابه است که آن‌ها این میزان را ۲۵٪ گزارش داده بودند (۶). واترمن، کولتای، دانوی و کاکاسی در سال ۲۰۰۷ نیز در مطالعه خود که در گروه کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام شده بود شیوع اختلالات تغذیه و بلع را در جمعیت ۵۶ نفره خود ۲۷٪ گزارش کردند (۷). شیوع ۲۷/۱۰٪ حاصل از این پژوهش با شیوع کلی اختلالات بلع در کودکان که توسط منیکام، راماسامی، پرمن و جی در سال ۲۰۰۰ حدود ۲۵٪ گزارش شده بود همخوانی دارد اما همین محققان شیوع این اختلالات را در کودکان دچار تاخیر رشدی ۸۰٪ گزارش کرده بودند که با شیوع بدست آمده از مطالعه حاضر متفاوت می‌باشد زیرا جمعیت مورد بررسی تمامی نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بوده و تنها نوزادانی که مبتلا به اختلالات خاص و مشکلات رشدی بودند مدنظر قرار نگرفتند (۱۱).

در نهایت مشخص شد که از ۴۵ نوزاد مبتلا به اختلال بلع در بخش مراقبت‌های ویژه در این پژوهش، ۲۲ نوزاد (۴۸/۸۸٪) به طور طبیعی تغذیه می‌شدند، ۱۸ نوزاد (۴۰٪) توسط NGT و ۵ نوزاد (۱۱/۱۱٪) توسط OGT تغذیه می‌شدند.

بحث

از تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش مشخص شد که از ۱۶۶ نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه ۴۵ نوزاد، مبتلا به اختلال بلع بودند و در نتیجه شیوع اختلال بلع در بیمارستان‌های ولیعصر، بهرامی و مرکز طبی کودکان (۲۷/۱۰٪) بود.

شیوع اختلال بلع و تغذیه دهانی بدست آمده در این پژوهش با شیوع ذکر شده توسط فرست و تاسمن در سال ۲۰۱۰ در کتاب راهنمای بالینی تشخیص و درمان اختلالات ذهنی

اختلالات روانی انجمن روانپزشکی امریکا شیوع اختلال بلع در نوزادان را ۵٪ گزارش می‌دهد (۱۵) که این میزان در مقایسه با شیوع بدست آمده از این پژوهش بسیار کمتر می‌باشد دلیل این عدم همخوانی شاید به تفاوت در حجم نمونه، مکان و زمان اجرای پژوهش و نیز معیارهای مورد نظر برای تشخیص اختلال بلع برگردد.

بلعیدن و مکیدن در نوزادان فرصتی برای تجربه‌های جدید و ایجاد ارتباط بین نیازها و خواسته‌های آن‌ها می‌باشد. این فرآیند همچنین سبب ایجاد تعاملی بین والدین و نوزاد و ایجاد حس امنیت بین نوزاد و والد خواهد شد. از دید یک نوزاد روند غذا خوردن اشتغال مشترکی بین او و فرد بزرگسالی است که نوع غذا، میزان، زمان و شیوه غذا دادن به او را انتخاب می‌کند که طبیعتاً مشکل در هر یک از موارد فوق سبب به مخاطره افتادن حس امنیت و اختلال در تغذیه نوزاد خواهد شد. نوزادان و کودکانی که مشکلات تغذیه‌ای را تجربه می‌کنند و از خوردن غذا امتناع می‌ورزند، با عمل تغذیه مشکل دارند و قادر به جذب کالری کافی نمی‌باشند. تشخیص، ارزیابی و درمان به موقع این اختلال از این جهت اهمیت دارد که، بلع با اساسی‌ترین نیاز انسان یعنی تغذیه و تامین انرژی لازم برای فعالیت سلول‌های مختلف بدن در ارتباط است؛ به طوری که در صورت عدم تشخیص به موقع این اختلال، بیمار ممکن است مبتلا به کاهش وزن، سوء تغذیه، از دست دادن آب بدن (دهیدراسیون) و در صورت ورود مواد غذایی به سیستم تنفسی (آسپیراسیون) مبتلا به عفونت ریه و یا حتی مرگ شود. همان‌طور که نتایج این پژوهش نشان داد شیوع اختلال بلع در نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نسبتاً بالا است و از آنجایی که مشکلات تغذیه و بلع در زمان تولد می‌تواند منجر به ایجاد برخی مشکلات گفتاری در آینده شود لذا تشخیص زودهنگام و مداخلات درمانی مناسب ضروری است.

قدردانی

از مسئولان محترم بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان‌های ولیعصر(عج)، بهرامی، مرکز طبی کودکان و نیز سرکار خانم ترامشلو که صمیمانه در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

فیلد و همکاران در سال ۲۰۰۳ نیز گزارش کردند که ۲۶٪ تا ۹۰٪ کودکانی که ناتوانی‌های جسمانی دارند و ۸٪ تا ۴۹٪ از کودکانی که نارس هستند یا وزن کم حین تولد دارند مشکلات بلع و تغذیه را نشان می‌دهند. در این مطالعه نیز پس از جمع‌آوری داده‌های مربوط به تاریخچه پزشکی و نیز سایر داده‌ها مشخص شد که اکثر نوزادان مبتلا به اختلالات بلع مشکلاتی از قبیل وزن کم حین تولد، تولد زودهنگام و نارس بودن را نشان می‌دادند (۸).

در مطالعه شوارتز در سال ۲۰۰۳ که در کودکان مبتلا به اختلالات نافذ رشدی با نقایص شناختی متوسط تا شدید انجام شد، فراوانی اختلال بلع و تغذیه ۲۷٪ تخمین زده شد که ۱۴٪ از این کودکان مبتلا به ریفلاکس معده بودند (۹). این شیوع نیز با مطالعه حاضر همخوانی دارد اما نمی‌توان با اطمینان بیان کرد که جمعیت نوزادان هدف در این مطالعه ممکن است به اختلالات نافذ رشد مبتلا گردند و باید مطالعه‌ای طولی در جمعیت مبتلا به اختلالات بلع و تغذیه نوزادان انجام شود تا به وضوح مشخص گردد چند درصد از این نوزادان در طیف اختلالات نافذ رشد قرار می‌گیرند. بسیاری از محققان دیگر از جمله آرچر، روزنهام و استرینر در سال ۱۹۹۱ در مطالعات خود خاطر نشان کردند که ۶ تا ۴۰ درصد از نوزادانی که هیچ‌گونه اختلالی قبل و حین تولد نداشته‌اند مبتلا به اختلال بلع می‌باشند. پرسک، کلیفتون، مک‌لین و استین، در سال ۱۹۹۷ بیان کردند که این میزان در نوزادانی که مادر در زمان بارداری مشکلاتی داشته است به ۱۹ تا ۸۰ درصد افزایش می‌یابد (۱۳). نتایج حاصل از انجام این پژوهش با نتایج مطالعات فوق‌الذکر همخوانی داشت چرا که آن‌ها نیز شیوع اختلال بلع را در نوزادان و با استفاده از فرم‌های مشابه با فرم استفاده شده در این مطالعه انجام داده بودند. اما مطالعه‌ای که توسط استاینو در سال ۲۰۰۳ در نوزادان مبتلا به اختلالات مزمن، انجام شد شیوع اختلالات بلع را در گروه نوزادان طبیعی ۲۵-۳۵٪ و در گروه نوزادان مبتلا به اختلالات مادرزادی ۳۳-۹۰٪ گزارش کرد (۱۰) که شیوع گزارش شده در مطالعه حاضر تنها با میزان این شیوع در نوزادان طبیعی مطالعه استاینو همخوانی دارد اما از تجزیه و تحلیل سایر داده‌ها مشخص شد که اکثر نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه دچار اختلالات همراه هستند که با شیوع ۳۳-۹۰ درصدی گزارش شده همخوانی ندارد. همچنین در کتاب راهنمای آماری و تشخیص

REFERENCES

1. Palmar M, Heyman M. Assessment and treatment of sensory_ versus motor _based feeding problems in very young children. New York: Allyn and Bacon; 1993, 34-38.
2. Amber E, Maternal E. Help-seeking Predicted by Knowledge of Resources, Parental Stress, and Child's Feeding Difficulties. Eisenhower; 2009, 54-55.
3. Benoit N. Feeding disorders, failure to thrive and obesity: hand book of infant mental health. 2th ed. New York: Guilford press; 2000, 339-342.
4. Christiaanse MD, Simone MA, Goldman M. Updates in the treatment of pediatric dysphagia and feeding disorders. 3th ed. Philadelphia: Stuttgart; 2010, 127-135.
5. Paul R. Language Disorder From Infancy Through Adolescence: Assessment & intervention. 2th ed. London: Mosby; 2007, 359-361.
- 6- First MB, Tasman A. Clinical Guide to the Diagnosis and Treatment of Mental Disorders. 2th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010, 234-235
7. Waterman ET, Koltai PJ, Downey JC, Cacace AT. Swallowing disorders in a population of children with cerebral palsy. J Pediatr Otorhinolaryngol 2007, 24(1):63-71.
8. Field D, Garland M, Williams K. Correlates of specific childhood feeding problems. J Paediatr Child Health 2003; 39 (4): 299-304.
9. Schwarz N. Oral motor dysfunction and feeding disorders in children with pervasive developmental disorder. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2003; 14(1): 301-324.
10. Staiano A. food refusal in newborn with chronic disorders. Journal of Pediatric 2003 37(4):225-227.
11. Manikam M, Ramasamy K, Perman P, Jay M. Pediatric feeding disorders, journal of clinical gastroenterology 2000; 30(1): 34-46,
12. Kerwin, ML. Empirically supported treatments in pediatric psychology. Cambridge: NIT press; 1999, 76-82
13. Perske R, Clifton A. mealtimes for severely and profoundly handicapped persons. Baltimore: University Park Press; 1997, 89-91
14. Maysak E. Neurospeech therapy for the cerebral palsied. New York: Teachers College Press; 1980, 64-76.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR), Fourth Edition, Washington DC; 2000, 118-121

Research Article

The study of oral feeding disorders incidence in infants in NICU of Tehran University of medical sciences hospitals

Mousavi SZ¹, Shahbodaghi MR*¹, Kadivar M², Khosravi N¹, Mirzazade M¹

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

2- Department of Neonatology, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Iran

Abstract

Back ground and Aim: Feeding is the most essential behavior in infants for vitality, learning and interaction. Because of feeding importance in developmental process and its primary role in infant's vitality, the study of dysphagia has an important role. Diagnosis, assessment and treatment of this disorder are primary professional action for speech therapists. Therefore, basic information about prevalence of such disorders can be effective in treatment planning. In this study, the number of infants with oral feeding disorders is determined in NICU .

Materials and Methods: In this descriptive-sectional study, all infants that were in NICU at Tehran University of medical sciences hospitals were evaluated in three first months of 1390 year through information from medical history, interview and observation. The data were analyzed with SPSS 16.

Results: Data analyzing of this study showed that 45 infants (27.10%) from 166 cases in NICU had oral feeding disorders. The incidence in male is more than female (91.11% versus 8.88%). Twenty two of cases feed normally, 18 cases feeding with NGT and 5 cases with OGT. The rate of difficulty in oral phase and esophageal phase were 88.88% and 2.22% respectively. No infants have difficulty in Pharyngeal phase.

Conclusion: Feeding disorder assessment by speech therapist provides essential information about feeding intervention and so early diagnosis can prevent later speech problems. Therefore, the role of a speech therapist in NICU is important.

Keywords: Incidence, Oral feeding disorders, Infants, NICU

***Corresponding Author:** Mohammad Rahim Shahbodaghi Rehabilitation Faculty, Tehran University of Medical Sciences.

Email: shahbodaghi@sina.tums.ac.ir

This research was supported by Tehran University of Medical Sciences (TUMS)