

Przesłano do redakcji:  
21.09.2024  
Zaakceptowano po recenzji:  
25.09.2024  
Opublikowano:  
30.12.2024

# Ocena połykania w oparciu o kwestionariusze polskojęzyczne stosowane w praktyce otolaryngologiczno-foniatrycznej

## Evaluation of swallowing based on Polish-language questionnaires used in otolaryngology-phoniatry practice

Wkład autorów:  
A Projekt badania  
B Gromadzenie danych  
C Analiza danych  
D Interpretacja danych  
E Przygotowanie pracy  
F Przegląd literatury  
G Gromadzenie funduszy

Paulina Krasnodębska<sup>A-F</sup> , Agata Szkiełkowska<sup>A-E</sup> 

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Klinika Audiologii i Foniatrii, Warszawa/Kajetany

### Streszczenie

**Wprowadzenie:** Ocena funkcji połykania jest zagadnieniem interdyscyplinarnym. W praktyce otolaryngologiczno-foniatrycznej dysfagia jest objawem często współwystępującym z innymi zaburzeniami funkcji krtani. Niejednokrotnie jest objawem bagatelizowanym ze względu na niewielkie nasilenie i dominowanie innych dysfunkcji. Uciążliwość dla pacjenta sprawia, że konieczne jest użycie screeningu i trafnych narzędzi diagnostycznych w celu podjęcia decyzji co do ryzyka skutków niepożądanych i konieczności dalszej diagnostyki. Celem pracy był przegląd kwestionariuszy polskojęzycznych dotychczas stosowanych w praktyce klinicznej.

**Materiał i metody:** Przedstawiono zwalidowane do języka polskiego kwestionariusze oceny połykania (*Dysphagia Handicap Index*, DHI; *Eating Assessment Tool*, EAT-10; *Reflux Symptom Index*, RSI) oraz autorską *Skalę zaburzeń połykania* (*Swallowing Disorder Scale*, SDS). Ponadto przedstawiono skale nasilenia zaburzeń połykania i wpływu zaburzeń na sposób połykania – *Skalę do oceny dysfagii* (*Dysphagia Severity Rating Scale*, DSRS) oraz *Skalę nasilenia dysfagii* (*Swallowing Rating Scale*, SRS).

**Wyniki:** W artykule omówiono następujące narzędzia: *Visual Analogue Scale* (VAS), EAT-10, DHI, RSI, SDS.

**Wnioski:** W artykule zaprezentowano kwestionariusze polskojęzyczne, wskazując na ich wartość kliniczną w ocenie zaburzeń połykania w praktyce otolaryngologiczno-foniatrycznej. Przegląd kwestionariuszy jednoznacznie pokazał zapotrzebowanie na narzędzia do różnicowania i wstępnej oceny czynnościowych zaburzeń połykania.

**Słowa kluczowe:** kwestionariusz • połykanie • dysfagia

### Abstract

**Introduction:** The assessment of swallowing function is a multidisciplinary issue. In otolaryngological and phoniatric practice, swallowing dysfunction is a symptom that is often associated with other laryngeal dysfunctions. It is a symptom that is often underestimated due to its low severity and the predominance of other dysfunctions. Its inconvenience to the patient makes it necessary to use screening and accurate diagnostic tools to decide on the risk of adverse effects and the need for further diagnostics. The aim of this study was to review the Polish language questionnaires used so far in clinical practice.

**Material and methods:** Swallowing assessment questionnaires validated for the Polish language (*Dysphagia Handicap Index*, DHI; *Eating Assessment Tool*, EAT-10; *Reflux Symptom Index*, RSI) and the author's *Swallowing Disorder Scale* (SDS) were presented. In addition, the *Dysphagia Severity Rating Scale* (DSRS) and the *Swallowing Rating Scale* (SRS) were presented.

**Results:** The following instruments are discussed in this paper *Visual Analogue Scale* (VAS), EAT-10, DHI, RSI, SDS.

**Conclusions:** In this article, Polish-language questionnaires have been presented, indicating their clinical value in the assessment of swallowing disorders in otolaryngology-phoniatry practice. The review of the questionnaires clearly demonstrated the need for tools for the differentiation and initial assessment of functional swallowing disorders.

**Key words:** questionnaire • swallowing • dysphagia

**Autor korespondencyjny:** Paulina Krasnodębska, Klinika Audiologii i Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Mokra 17, Kajetany, 05-830 Nadarzyn; email: p.krasnodebska@ifps.org.pl

## Wykaz skrótów

Skrót	Rozwinięcie skrótu	Tłumaczenie/odpowiednik w języku polskim
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association	Amerykańskie Towarzystwo Mowy, Języka i Słuchu
DHI	<i>Dysphagia Handicap Index</i>	kwestionariusz DHI
DSRS	<i>Dysphagia Severity Rating Scale</i>	Skala do oceny dysfagii
EAT-10	<i>Eating Assessment Tool</i>	kwestionariusz EAT-10
ELS	European Laryngological Society	Europejskie Towarzystwo Laryngologiczne
FEES	fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing	endoskopowa ocena zaburzeń połykania
GUSS	gugging swallowing screen	test GUSS
MTDg	muscle tension dysphagia	czynnościowe zaburzenia połykania
PL-DHI	<i>Polish-Dysphagia Handicap Index</i>	kwestionariusz PL-DHI
RSI	<i>Reflux Symptom Index</i>	Skala dolegliwości refluksowych
RSS	<i>Reflux Symptom Score</i>	kwestionariusz RSS
SDS	<i>Swallowing Disorder Scale</i>	Skala zaburzeń połykania
SRS	<i>Swallowing Rating Scale</i>	Skala nasilenia dysfagii
UEP	Union of the European Phoniaticians	Unia Europejskich Foniatorów
VAS	<i>Visual Analogue Scale</i>	Wizualna skala analogowa
VFS	video fluoroscopic swallowing (study)	wideofluorkopia
V-VST	volume-viscosity swallow test	test V-VST

## Wprowadzenie

Ocena funkcji połykania jest zagadnieniem interdyscyplinarnym, leżącym w kompetencjach wielu specjalistów w tym audiologów, foniatorów i otolaryngologów. Pacjenci zgłaszający się ambulatoryjnie do lekarza audiologa, foniatri lub otolaryngologa z powodu dolegliwości podczas połykania wymagają szerokiej diagnostyki różnicowej i często wielospecjalistycznych konsultacji. Najczęstszymi przyczynami dysfagii są choroby neurologiczne, stanowiąc 60% przypadków [1]. Kolejne pod względem częstości występowania są powikłania chorób onkologicznych. W praktyce otolaryngologiczno-foniatrycznej dysfagia jest objawem często współwystępującym z innymi zaburzeniami funkcji krtani. Niejednokrotnie jest objawem bagatelizowanym ze względu na niewielkie nasilenie i dominowanie innych dysfunkcji. Zgłaszane obiektywne objawy mogą być miernie nasilone, co sprawia, że pacjenci nie trafiają w pierwszej kolejności do lekarzy innych specjalności (gastroenterologa, neurologa, onkologa). Subiektywnie zgłaszane dolegliwości są jednak na tyle uciążliwe dla chorego, że konieczne jest użycie screeningu i trafnych narzędzi diagnostycznych w celu podjęcia decyzji, co do ryzyka skutków niepożądanych i konieczności dalszej diagnostyki dysfagii [2]. W piśmiennictwie istnieje wiele kwestionariuszy służących do monitorowania stopnia nasilenia dysfagii, stopnia niedożywienia oraz skuteczności podejścia terapeutycznego [3]. Większość z nich koncentruje się na ocenie jakości życia związanej z połykaniem a nie na połykaniu jako specyficznej funkcji [4]. Wytyczne Unii Europejskich Foniatorów (*Union of the European Phoniaticians*, UEP) i Europejskiego

Towarzystwa Laryngologicznego (*European Laryngological Society*, ELS) z 2023 roku, wskazują kwestionariusze do subiektywnej oceny dysfunkcji połykania jako narzędzia uzupełniające otolaryngologiczno-foniatryczną ocenę głosu [5]. W wytycznych wymieniono kwestionariusze angielskojęzyczne *Eating Assessment Tool* (EAT-10), *Dysphagia Handicap Index* (DHI) oraz *Reflux Symptom Score* (RSS) do oceny ryzyka refluksu. Nie wszystkie ujęte narzędzia są przetłumaczone na język polski.

Potrzeba precyzowania zaburzeń i zidentyfikowania ich potencjalnych przyczyn skłoniła autorów pracy do przeglądu aktualnej literatury przedmiotu zgodnie z wytycznymi UEP i ELS. Poszukiwano kwestionariuszy dostępnych w języku polskim, mogących uzupełnić pracę otolaryngologów, audiologów i foniatorów w praktyce ambulatoryjnej. W codziennej praktyce lekarskiej zwraca uwagę istotny odsetek pacjentów zgłaszających współwystępowanie trudności w połykaniu z innymi dolegliwościami ze strony gardła i krtani. W laryngologii najliczniejszą grupę pacjentów z zaburzeniami połykania stanowią pacjenci po leczeniu onkologicznym głowy i szyi lub po leczeniu zabiegowym z przyczyn innych niż onkologiczne. W pracy zwrócono uwagę na inne przyczyny dysfunkcji połykania wśród pacjentów foniatryczno-laryngologicznych. Z praktyki klinicznej wynika, iż u pacjentów z czynnościowymi zaburzeniami głosu konieczne jest różnicowanie dysfagii od innych stanów klinicznych, związanych z chorobą refluksową czy czynnościowymi zaburzeniami połykania (ang. *muscle tension dysphagia*, MTDg), które wynikają z nieprawidłowego, najczęściej wzmoczonego napięcia mięśni otaczających krtani. Celem

**Tabela 1.** Definicja terminów związanych z dysfunkcją i zaburzeniami połykania wraz z podaniem klasyfikacji ICD-9 i ICD-10 [5–9]  
**Table 1.** Definition of terms related to swallowing dysfunction and disorder with reference to ICD-9 and ICD-10 classifications [5–9]

Jednostka chorobowa	Definicja	ICD-9	ICD-10
<i>Globus pharyngeus</i>	Zaburzenie czynnościowe objawiające się wrażeniem obecności ciała obcego albo ściskania w gardle, które nie ma związku ze spożywaniem pokarmów lub pićm płynów. Duże znaczenie ma aspekt psychologiczny	306.4	F45.8
Trudności w karmieniu i nieprawidłowe karmienie	Trudności w karmieniu i nieprawidłowe karmienie, złe wzorce oraz nawyki żywieniowe	783.3	R63.3
Dysfunkcja połykania	Dysfunkcja obejmuje nieprawidłowy wzorzec ustnej fazy połykania. Nienormatywne połykanie wynikające z nieprawidłowych ruchów języka, warg, pracy podniebienia, wad zgryzu, niefizjologicznego wzorca oddychania lub innych parafunkcji w zakresie układu ruchowego narządu żucia. Ryzyko aspiracji treści pokarmowej nie jest większe w porównaniu do zdrowej populacji. Nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka skutkująca trudnością w uformowaniu i przemieszczaniu kęsa	783.3	R63.3
Czynnościowe zaburzenia połykania MTDg	Dysfagia powodująca opóźnienie przemieszczania kęsa pokarmowego. Związana jest z zaburzeniem koordynacji pracy mięśni biorących udział w akcie połykania oraz dysfunkcją zucia błony śluzowej jamy ustnej, gardła i krtani	787.2	R13
Dysfagia ustno-gardłowa	Rzeczywista, nie zawsze subiektywna trudność w bezpiecznym przemieszczeniu pokarmu z jamy ustnej do gardła i przetyku	787.2	R13

pracy było porównanie przydatności polskojęzycznych kwestionariuszy stosowanych w ambulatoryjnej praktyce otolaryngologiczno-foniatrycznej do oceny połykania.

## Material i metody

Przegląd bazy PubMed bez włączonych kryteriów czasowych po terminach „dysphagia and questionnaire and polish” wyszukał 44 prace, z czego na przestrzeni 2 ostatnich lat opublikowano jedynie 2 prace. Podobne wyszukiwanie w bazie Scholar Google pokazało 1420 wyników, z czego 563 zostało opublikowane w ostatnich 5 latach. Analiza abstraktów artykułów pokazała szerokie zastosowanie kwestionariuszy do oceny nasilenia subiektywnych i obiektywnych objawów zaburzeń połykania. Definicje terminów związanych z dysfunkcją i zaburzeniami połykania wraz z podaniem klasyfikacji ICD-9 i ICD-10 przedstawiono w tabeli 1 [6–10]. W wyniku przeglądu literatury i wyciecznych UEP i ELS oraz doświadczeń własnych, poniżej przedstawiono narzędzia, które mają zastosowanie w ambulatoryjnej praktyce otolaryngologiczno-foniatrycznej. Przedstawiono kwestionariusze: VAS, EAT-10, DHI, SDS, RSI.

## Narzędzia

### Wizualna skala analogowa

Jest jedną z najprostszych skal oceny nasilenia zaburzeń odczuwanych przez chorego. Skala po raz pierwszy została użyta w 1921 roku przez Hayesa i Pattersona do oceny zgłaszanego przez pacjentów bólu [11]. Jest często stosowana w badaniach epidemiologicznych i klinicznych do pomiaru intensywności lub częstości występowania różnych objawów. Skala VAS jest pomocna w określeniu stopnia nasilenia problemów z połykaniem doświadczanych przez pacjenta. W praktyce ambulatoryjnej ta prosta skala pozwala na monitorowanie odczuć pacjenta i subiektywnej skuteczności działań terapeutycznych. Przyjmuje ona wartości od 1 do 7. Liczby te są przedstawione

graficznie na linijce, gdzie 1 oznacza normalne połykanie, 4 – umiarkowane problemy z połykaniem, a 7 – poważne problemy z połykaniem [12].

### Eating Assessment Tool

Jest to kwestionariusz, który stanowi podstawowe narzędzie w diagnostyce przesiewowej zaburzeń połykania [13]. Stosowanie EAT-10 w praktyce klinicznej ma na celu ocenę funkcjonalnego stanu zdrowia pacjenta związanego zarówno z dysfagią ustno-gardłową, jak i przełykową [13]. Kwestionariusz zawiera 10 pytań dotyczących obecności i nieprawidłowości objawów towarzyszących połykaniu. Pacjent ocenia, w jakim stopniu od 0 do 4 doświadczył utraty masy ciała; zdolności jedzenia poza domem; swobody w picciu, jedzeniu pokarmów stałych, czy przyjmowania leków; przyjemności z jedzenia oraz występowania kaszlu podczas jedzenia. Kwestionariusz odnosi się do różnych sytuacji związanych z połykaniem, co motywuje osobę pytaną do analizy codziennych nawyków. Wynik powyżej 3 uznawany jest za nieprawidłowy. Wynik powyżej 15 wskazuje z dużą czułością na obecność aspiracji.

### Dysphagia Handicap Index

Kwestionariusz ten składa się z 25 pytań podzielonych na trzy części dotyczące wpływu na trzy aspekty niepełnosprawności: fizyczną, emocjonalną i funkcjonalną [3]. W odróżnieniu od dwóch poprzednich skal DHI pozwala terapeutom lepiej się zorientować, jak bardzo uciążliwe są dla pacjenta objawy chorobowe. W 2012 roku Silbergleit i wsp. [14] opracowali i zwalidowali ten kwestionariusz, aby zapewnić klinicznie skuteczne narzędzie do oceny wpływu dysfagii na jakość życia na podstawie subiektywnych odpowiedzi pacjentów. Jak podaje piśmiennictwo, kwestionariusz jest stosunkowo złożonym narzędziem, skierowanym głównie do pacjentów z istotnymi problemami z połykaniem, chorobami neurologicznymi lub złośliwymi procesami rozrostowymi w okolicy głowy i szyi. W podskalach fizycznej i funkcjonalnej kwestionariusza

Imię i nazwisko

data

Skala Zaburzeń Połykania (ang. *Swallowing Disorder Scale*)

Jem zbyt szybko	Tak	Czasami	Nie
Boję się, że podczas jedzenia zakrztuszę się	Tak	Czasami	Nie
Odczuwam przeszkodę w gardle niezależnie od spożywania pokarmów	Tak	Czasami	Nie
Mam problem z pogryzieniem pokarmu	Tak	Czasami	Nie
Zmieniłam/em sposób w jaki połykam, aby ułatwić sobie jedzenie	Tak	Czasami	Nie
Muszę kilkakrotnie przełknąć lub popić, aby udało mi się połknąć kęs	Tak	Czasami	Nie
Odczuwam dyskomfort podczas jedzenia	Tak	Czasami	Nie
Po jedzeniu muszę odchrząknąć	Tak	Czasami	Nie
Po piciu muszę odchrząknąć	Tak	Czasami	Nie
Ze względu na problemy z połykaniem schudłam/em ponad 5 kg	Tak	Trudno powiedzieć	Nie
			SUMA

Krasnodębska P, Jarzyńska-Bučko A, Szkiełkowska A, Miałkiewicz B, Skarżyński H. Diagnosis in muscle tension dysphagia. *Otolaryngol Pol.* 2021; 75(1): 16-22  
DOI 10.5604/01.3001.0014.1997

**Rycina 1.** Skala zaburzeń połykania – kwestionariusz

**Figure 1.** *Swallowing Disorder Scale* – questionnaire

DHI znajduje się dziewięć pozycji, a w podskali emocjonalnej – siedem [15]. Każde stwierdzenie ma trzy odpowiedzi do wyboru, za które przyznawane są punkty (nigdy – 0 pkt; czasami – 2 pkt; zawsze – 4 pkt). Im wyższy wynik całkowity w zakresie od 0 do 100, tym większe nasilenie wpływu dysfagii na jakość życia. Im wyższa wartość sumaryczna DHI, tym większe niezadowolenie pacjenta z jakości połykania. Wartość normatywna wyniku DHI wynosi 4 [16]. Uzupełniając, na wstępie do kwestionariusza, pacjenci są proszeni o samoocenę ciężkości dysfagii według VAS w skali od 1 („brak dolegliwości”) do 7 („najgorszy stan, jaki jestem w stanie sobie wyobrazić”). Wynik kwestionariusza równy 4 oznacza umiarkowany problem z połykaniem [12]. Dla populacji i kultury polskojęzycznej kwestionariusz DHI przetłumaczono i zaadaptowano w 2022 roku – *Polish-Dysphagia Handicap Index* (PL-DHI) [12,16].

### Skala zaburzeń połykania

Kwestionariusz ten opracowano w Klinice Audiologii i Foniatrii IFPS jako narzędzie przesiewowe w praktyce otolaryngologiczno-foniatrycznej do wykrywania i oceny dysfagii z uwzględnieniem objawów sugerujących czynnościowe podłoże zaburzeń [2]. Obserwowany na przestrzeni lat wzrost odsetka dysfunkcji czynnościowych w obrębie mięśni głowy i szyi spowodował poszukiwanie nowych narzędzi diagnostycznych umożliwiających wstępną ocenę ambulatoryjną. Na **rycynie 1** przedstawiono kwestionariusz stosowany w Klinice. Narzędzie składa się z 10 pytań

dotyczących fazy ustno-gardłowej połykania, pogrupowanych w następujący sposób: pytania 1–3 odnoszą się do subiektywnych odczuć sugerujących inne, w tym czynnościowe patologie w obrębie gardła (pytania o tempo jedzenia, obawę przed zakrztuszeniem i uczucie przeszkody w gardle). Pytania 4–6 skupiają się na dysfunkcji fazy ustno-gardłowej (pytania o problemy podczas gryzienia i zmianę sposobu połykania). Pytania 7–10 sugerują występowanie poważnych objawów, takich jak aspiracja (konieczność odchrząknięcia, utratę masy ciała) [2]. Pacjent ma do wyboru trzy odpowiedzi na pytania: „nie” (za co otrzymuje 0 punktów), „czasami lub trudno powiedzieć” (2 punkty) lub „tak” (4 punkty). Ankieta służy do przesiewowej oceny lokalizacji i rodzaju możliwych zaburzeń związanych z połykaniem. Zgodnie z danymi literaturowymi kwestionariusz charakteryzuje się dobrą korelacją z nasileniem stopnia dysfagii ocenionej na podstawie badań endoskopowych. Wynik sumaryczny, a w szczególności wynik uzyskany z pytań 4–6, koreluje z nasileniem dysfagii. Z kolei pacjenci, którzy uzyskują wysoką punktację w pytaniach 1–3, najczęściej cierpią z powodu nieprawidłowego wzorca połykania lub czynnościowych zaburzeń połykania [17]. Pacjenci z tej ostatniej grupy będą wymagali opieki laryngologiczno-foniatrycznej z powodu zaburzeń czynnościowych głosu o typie hiperfunkcji. Inne dysfunkcje stwierdzane w tej grupie chorych z dysfonią deregulacyjną [18] to przewlekłe zapalenie błony śluzowej gardła, dysfunkcja czuciowa krtani związana z nieprawidłowościami sensorycznymi w czasie połykania czy *globus pharyngeus*. Pacjenci

**Tabela 2.** Stopnie Skali nasilenia dysfagii (Swallowing Rating Scale)**Table 2.** Grades of severity of dysphagia (Swallowing Rating Scale)

Stopień	Opis
0	pacjent nie może być testowany (np. z powodu ciężkiego stanu ogólnego)
1	połykanie нефunkcjonalne
2	połykanie możliwe, ale zdeorganizowane i/lub opóźnione, niezapewniające zaspokojenia potrzeb pokarmowych
3	połykanie zaburzone, niemożliwe zaspokojenie potrzeb pokarmowych, potrzebna pomoc przy jedzeniu
4	zaburzenia połykania, ale możliwe jest zaspokojenie potrzeb żywieniowych, chociaż wymagana jest kontrola oraz wykorzystanie technik wspomagających
5	połykanie funkcjonalne, możliwe zaspokojenie potrzeb żywieniowych, chociaż potrzebne jest użycie technik samokontroli; pacjent może sporadycznie potrzebować wskazówek i stosowania odpowiednich technik przyjmowania pokarmu
6	połykanie jest funkcjonalne przez większość czasu, chociaż sporadycznie mogą zdarzać się drobne nieprawidłowości; czynność jedzenia może wymagać dłuższego czasu
7	połykanie w normie w każdej sytuacji

**Tabela 3.** Stopnie Skali do oceny dysfagii (Dysphagia Severity Rating Scale)**Table 3.** Dysphagia Severity Rating Scale grades

Stopień	Opis
0	normalny mechanizm połykania
1	minimalna dysfagia – badanie wideofluoroskopowe uwidacznia drobne zaburzenia normalnego połykania; pacjent może zgłaszać zmianę odczuć podczas połykania; nie wymaga zmiany diety
2	łagodna dysfagia – obecna dysfagia ustno-gardłowa; przypuszczalnie potrzebne są specyficzne wskazówki co do sposobu połykania; może być zalecana nieznaczna modyfikacja konsystencji pokarmów
3	łagodna/średnia dysfagia – istnieje możliwość aspiracji, ale maleje przy zastosowaniu specyficznych technik połykania oraz modyfikacji diety; czas jedzenia istotnie wydłużony; może być zalecane żywienie uzupełniające
4	średnia dysfagia – istnieje możliwość aspiracji; ślad aspiracji przy jednej lub kilku konsystencjach (badanie wideofluoroskopowe); pacjent może spożywać pewne pokarmy przy użyciu specyficznych technik celem zminimalizowania potencjalnej aspiracji i/lub utworzenia połykania; zalecana jest obserwacja i pomoc podczas posiłków; może być zalecane uzupełniające żywienie doustne lub przez sondę
5	średnia/ciężka dysfagia – pacjent aspiruje 5–10% pokarmów spośród większości konsystencji z ryzykiem aspiracji wszystkich konsystencji; możliwość aspiracji zmniejsza się przy zastosowaniu specyficznych wskazówek do połykania; brak odruchu kaszlowego lub odruchu obronnego krtani; zalecane utrzymanie żywienia alternatywnego; jeśli występują problemy z układem oddechowym, zaleca się zaniechanie żywienia oralnego
6	ciężka dysfagia – ponad 10% aspiracji przy wszystkich konsystencjach pokarmów; zaleca się zaniechanie żywienia oralnego

odpowiadający twierdząco na znaczną część pytań 4–10 będą wymagali pogłębienia wielospecjalistycznej diagnostyki dysfagii i konsultacji lekarzy innych specjalizacji [9]. Kwestionariusz został zwalidowany w 2024 roku [17].

### Skala dolegliwości refluksowych

Kolejnym przydatnym narzędziem do oceny pacjentów zgłaszających zaburzenia połykania jest kwestionariusz RSI. Zastosowanie kwestionariusza w tej grupie osób ma na celu wykluczenie innego podłoża objawów, jakim jest refluks. Z punktu widzenia lekarza praktyka choroba refluksowa stanowi częstą przyczynę objawów ze strony gardła i krtani. Respondent ocenia w skali 1–5, w jakim stopniu w ciągu ostatniego miesiąca wystąpiły u niego dolegliwości mogące sugerować refluks krtaniowo-gardłowy [19,20]. Kwestionariusz zawiera 9 pytań dotyczących obecności: chrypki, chrząkania, nadmiernej ilości wydzieliny

w gardle, zaburzeń połykania lub oddychania, kaszlu, uczucia przeszkody lub bólu. Uzyskanie w ankiecie wyniku wskazującego na refluks będzie kierunkowało dalsze postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne. Kwestionariusz został przetłumaczony na język polski i zwalidowany w 2022 roku [21].

### Dyskusja

Właściwe wykrywanie i leczenie dysfagii jest istotne z klinicznego punktu widzenia. Nieleczona dysfagia może prowadzić do odwodnienia, niedożywienia oraz innych powikłań, takich jak aspiracja, zapalenie płuc, a w konsekwencji – nawet do śmierci pacjenta [22,23]. Przydatne w ambulatoryjnej praktyce otolaryngologiczno-foniatrycznej skale rekomendowane przez American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) służące do oceny stopnia nasilenia zaburzeń połykania i ich

**Tabela 4.** Porównanie narzędzi oceniających zaburzenia połykania zgodnie z obserwacjami klinicznymi autorów niniejszego opracowania  
**Table 4.** Comparison of tools assessing swallowing disorders according to the clinical observations of the authors of this study

Nazwa kwestionariusza	VAS	EAT-10	DHI	SDS
Liczba pytań	1	10	25	10
Wynik kwestionariusza odzwierciedla:				
stopień nasilenia dysfagii	+	+	+	+
zagrożenie aspiracją		+	+	+
wpływ na jakość życia		+	+	
obecność dysfunkcji połykania i czynnościowy charakter zaburzeń połykania				+

wpływu na sposób połykania to *Skala do oceny dysfagii* (ang. *Dysphagia Severity Rating Scale*, DSRS) oraz *Skala nasilenia dysfagii* (ang. *Swallowing Rating Scale*, SRS) [24–26]. Przetłumaczone skale przedstawiono w **tabelach 2 i 3**.

Zaburzenia połykania należy rozpatrywać nie tylko w kontekście ich wpływu na funkcje zdrowotne, lecz także na jakość życia pacjentów [12]. Dane z piśmiennictwa wskazują, że występowanie dysfagii ustno-gardłowej z innymi jednostkami chorobowymi sięga w populacji od kilkunastu procent [27,28] do nawet 80–100% [29]. Tak wysoki odsetek dotyczy m.in. pacjentów z chorobą Parkinsona, Alzheimer, stwardnieniem zanikowym bocznym czy po udarze mózgu. Dysfagia ustno-gardłowa w większości przypadków występuje w przebiegu chorób neurologicznych, u pacjentów z nowotworami głowy i szyi oraz u osób starszych [30]. Ze względu na niekorzystne konsekwencje dysfagii wskazane jest jak najwcześniejsze wychwycenie objawów wskazujących na to zaburzenie i właściwe ukierunkowanie diagnostyki. Unia Europejskich Foniatorów (UEP) i Europejskie Towarzystwo Laryngologiczne (ELS) w najnowszych wytycznych dotyczących procedury badania głosu zalecają użycie kwestionariuszy w razie podejrzenia współwystępowania zaburzeń połykania [5]. Wytyczne wymieniają w rekomendacjach kwestionariusze *Eating Assessment Tool* (EAT-10) i *Dysphagia Handicap Index* (DHI) ze względu na ich przydatność kliniczną i szeroką dostępność. Oba narzędzia zostały przetłumaczone na język polski [12,16].

Na podstawie przeglądu aktualnej literatury i doświadczeń własnych w niniejszym artykule zaprezentowano polskojęzyczne narzędzia do oceny połykania oraz narzędzia do oceny ryzyka najczęściej współwystępujących zaburzeń, do których zaliczamy refluks krtaniowo-gardłowy i czynnościowe zaburzenia połykania. Zgodnie z danymi w piśmiennictwie wyniki punktowe skal EAT-10, DHI i SDS uzyskane przez probantów wykazują istotne zależności z obiektywnym nasileniem dysfagii [6]. W opinii autorów niniejszego artykułu skale te powinny być stosowane przez lekarzy otolaryngologów, audiologów i foniatorów do oceny stanu pacjentów zgłaszających w opiece ambulatoryjnej dolegliwości związane z połykaniem, m.in. ze względu na obserwowany od kilkunastu lat wzrastający odsetek zaburzeń o charakterze czynnościowym/deregulacyjnym. W **tabeli 4** przedstawiono charakterystykę poszczególnych narzędzi oceniających zaburzenia połykania zgodnie z obserwacjami klinicznymi autorów. W tabeli wypunktowano cechy poszczególnych kwestionariuszy

w celu ich porównania oraz ułatwienia terapeutom wyboru właściwego narzędzia w zależności od potrzeb.

UEP i ELS rekomendują zastosowanie skali *Reflux Symptom Score* (RSS) u pacjentów z podejrzeniem refluksu. Skala ta nie jest jeszcze dostępna w tłumaczeniu na język polski. W niniejszym artykule opisano inne narzędzie ankietowe do oceny ryzyka refluksu, które zostało przetłumaczone i zwalidowane do języka polskiego: *Reflux Symptom Index* – RSI. Przegląd literatury ostatnich kilku lat pokazuje coraz większą dostępność sprawdzonych, zwalidowanych tłumaczeń narzędzi ankietowych w Polsce. Dane w piśmiennictwie wskazują, że EAT-10 oraz DHI są najszerzej stosowanymi kwestionariuszami. Planując pracę badawczą, w celu porównania wyników z innymi ośrodkami, należy wykorzystywać przede wszystkim te kwestionariusze. Lekarz prowadzący dobiera inne narzędzia ankietowe w zależności od prowadzonej diagnostyki różnicowej. Nie istnieje jedno doskonałe narzędzie umożliwiający klasyfikację na podstawie zgłaszanych objawów. Należy jednak pamiętać, że zarzucanie pacjenta dużą liczbą kwestionariuszy może wzbudzić niechęć osoby badanej i niekorzystnie wpłynąć na wyniki. Ostatecznie to lekarz podejmuje decyzje diagnostyczne i terapeutyczne, uszczegóławia i ukierunkowuje wywiad za pomocą wybranych przez siebie kwestionariuszy. Narzędzia ankietowe mają funkcję wspomagającą a nie diagnostyczną.

Sobol i wsp. [16] zwracają uwagę, że narzędzia stosowane do oceny dysfagii powinny być również skuteczne w identyfikowaniu osób zdrowych, które nie cierpią na tę przypadłość. Wymienione powyżej kwestionariusze mogą służyć jako screening pacjentów z zaburzeniami połykania i jako narzędzia pomocne w różnicowaniu przyczyn zaburzeń połykania [7,8]. W przypadku podejrzenia zaburzeń połykania kolejnym po kwestionariuszach etapem diagnostycznym są testy przesiewowe połykania z podaniem bolusa, tj. przesiewowy test połykania wody, *gugging swallowing screen* (GUSS), test Daniels czy *volume-viscosity swallow test* (V-VST) [31]. Testy te pozwalają ocenić bezpieczeństwo połykania [32]. Przesiewowy test połykania wody wykazuje czułość w granicach 51–85% i swoistość 66–75% w ocenie aspiracji. V-VST prezentuje wysoką czułość diagnostyczną (94%) i wysoką wartość predykcyjną dodatnią (98%) w identyfikacji zaburzeń połykania oraz zaburzonego bezpieczeństwa połykania przy aspiracjach i penetracjach (odpowiednio 94% i 98% oraz 87% i 93%) [32]. Odchylenia stwierdzone w powyższych metodach są wskazaniem do badań instrumentalnych:

FEES (endoskopowa ocena zaburzeń połykania) oraz VFS (wideofluskopia) [32].

## Wnioski

Rekomendacje UEP i ELS zalecają wykorzystanie kwestionariuszy przy podejrzeniu dysfunkcji krtani. W artykule zaprezentowano kwestionariusze polskojęzyczne przydatne w ambulatoryjnej praktyce otolaryngologiczno-foniatrycznej do oceny zaburzeń połykania. Za pomocą kwestionariuszy EAT-10, DHI i SDS możliwa jest

przybliżona ocena lokalizacji i nasilenia dolegliwości. Przedstawione kwestionariusze SDS i RSI wskazują na możliwość współwystępowania innych niż dysfagia zaburzeń w obrębie jamy ustnej, gardła i krtani, a także konieczność dalszej wielospecjalistycznej diagnostyki.



## Finansowanie

Niniejsze badania i artykuł nie otrzymały żadnej dotacji od agencji działających w sektorze publicznym, komercyjnym lub non-profit.

## Piśmiennictwo

- Mata M, Molleda M, Sánchez-Migallón J, Viña C, Pollán C. Integral management oropharyngeal dysphagia. *Ann Phys Reh Med* 2018; 1: e506–e507; <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.05.1179>.
- Krasnodębska P, Jarzyńska-Bučko A, Szkiełkowska A, Miałkiewicz B, Skarżyński H. Diagnosis in muscle tension dysphagia. *Pol J Orl*, 2021; 75(1): 16–22; <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.1997>.
- Orlandoni P, Jukic P. Health-related quality of life and functional health status questionnaires in oropharyngeal dysphagia. *J Aging Res Clin Pract*, 2016; 5(1): 31–7; <https://doi.org/10.14283/jarcp.2016.87>.
- Dwivedi R, Rose S, Roe J, Khan A, Pepper C. Validation of the Sydney Swallow Questionnaire (SSQ) in a cohort of head and neck cancer patients. *Oral Oncology*, 2010; 46(4): e10–e14; <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2010.02.004>.
- Lechien J, Geneid A, Bohlender J, Cantarella G, Avellaneda J, Desuter G i wsp. Consensus for voice quality assessment in clinical practice: guidelines of the European Laryngological Society and Union of the European Phoniatrists. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2023; 280(12): 5459–73; <https://doi.org/10.1007/s00405-023-08211-6>.
- Krasnodębska P, Szkiełkowska A, Jarzyńska-Bučko A, Włodarczyk E, Miałkiewicz B. Characteristics of swallowing disorders in patients with dysphonia. *Otolaryngol Pol*, 2019; 74(2): 17–22; <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.4123>.
- Jalil A, Katzka D, Castell D. Approach to the patient with dysphagia. *Am J Med*, 2015; 128: 17–23; <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.04.026>.
- Kang C, Hentz J, Lott D. Muscle tension dysphagia: symptomatology and theoretical framework. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2016; 155(5): 837–42; <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.1997>.
- Krasnodębska P, Jarzyńska-Bučko A, Szkiełkowska A, Bartosik J. Clinical and electromyographic assessment of swallowing in individuals with functional dysphonia associated with dysphagia due to muscle tension or atypical swallowing. *Audiol Res*, 2021; 11(2): 167–78; <https://doi.org/10.3390/audiolres11020015>.
- Bajjens L, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb G, Walshe M. European Society for Swallowing Disorders–European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging*, 2016; 1403–28; <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>.
- Delgado DA, Lambert BS, Boutris N, McCulloch PC, Robbins AB, Moreno MR, Harris JD. Validation of digital visual analog scale pain scoring with a traditional paper-based visual analog scale in adults. *J Am Acad Orthop Surg Rev*, 2018; 2(3): e088; <https://doi.org/10.5435/JAAOSGlobal-D-17-00088>.
- Sielska-Badurek E, Sobol M, Chmielewska-Walczak J, Jamróz B, Niemczyk K. Translation and validation of the Dysphagia Handicap Index in Polish-speaking patients. *Dysphagia*, 2022; 38: 1200–11; <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10545-y>.
- Belafsky P, Mouadeb D, Rees C, Pryor J, Postma G. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2008; 117(12): 919–24; <https://doi.org/10.1177/0003489408117012>.
- Silbergleit AK, Schultz L, Jacobson BH, Beardsley T, Johnson AF. The Dysphagia Handicap Index: development and validation. *Dysphagia*, 2012; 27: 46–52; <https://doi.org/10.1007/s00455-011-9336-2>.
- Shapira-Galitz Y, Drendel M, Yousovitch-Ulrich R, Shtreiffler-Moskovich L, Wolf M, Lahav Y. Translation and validation of the Dysphagia Handicap Index in Hebrew-speaking patients. *Dysphagia*, 2019; 34(1): 63–72; <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9914-7>.
- Sobol M, Kober AM, Sielska-Badurek EM. The Dysphagia Handicap Index (DHI) –normative values. Systematic review and meta-analysis. *Dysphagia*, 2021; 36: 1005–9; <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10231-x>.
- Krasnodębska P, Miałkiewicz B, Szkiełkowska A. Swallowing Disorder Scale (SDS) as a new Polish-language questionnaire in otolaryngology-phoniatry practice. *J Hear Sci*, 2024 [in print].
- Hacki T, Moerman M, Rubin J. Malregulative rather than 'Functional' dysphonia: a new etiological terminology framework for phonation disorders – a position paper by the Union of European Phoniatrists (UEP). *Journal of Voice* 2022; 36(1): 50–53; <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.04.032>.
- Włodarczyk E, Miałkiewicz B, Szkiełkowska A, Skarżyński P, Skarżyński H. Applicability of RSI and RFS questionnaires in the Polish language version. *Pol J Otolaryngol*, 2019; 73(1): 17–21; <https://doi.org/10.5604/01.3001.0012.6421>.
- Włodarczyk E, Skarżyński H. Zastosowanie 24-godzinnej pH-metrii gardłowej w diagnostyce pacjentów z dolegliwościami ze strony gardła i krtani. *Now Audiofonol*, 2021; 10(1): 43–7; <https://doi.org/10.17431/10.1.4>.
- Włodarczyk E, Jetka T, Miałkiewicz B, Skarżyński P, Skarżyński H. Validation and reliability of Polish version of the reflux symptoms index and reflux finding score. *Healthcare*, 2022; 10(8): 1411; <https://doi.org/10.3390/healthcare10081411>.
- Carucci LR, Turner MA. Dysphagia revisited: common and unusual causes. *RadioGraphics*, 2015; 35(1): 105–22; <https://doi.org/10.1148/rg.351130150>.
- Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 2002; 17(2): 139–46; <https://doi.org/10.1007/s00455-001-0113-5>.

24. Cordier R, Speyer R, Martinez M, Parsons, L. Reliability and validity of non-instrumental clinical assessments for adults with oropharyngeal dysphagia: a systematic review. *J Clin Med*, 2023; 12(2): 721; <https://doi.org/10.3390/jcm12020721>.
25. Salvioni C, Oda A, Orsini M, Pauli M, Frabasile L, Alves P i wsp. Association between body composition and dysphagia in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Neurol Int*, 2021; 13(3): 315–27; <https://doi.org/10.3390/neurolint13030032>.
26. Bartolome G, Starost U, Schröter-Morasch H, Schilling B, Fischbacher L, Kues L, Ziegler W. Validation of the Munich Swallowing Score (MUCS) in patients with neurogenic dysphagia: a preliminary study. *NeuroRehabilitation*, 2021; 49(3): 445–57; <https://doi.org/10.3233/NRE-210011>.
27. Warnecke T, Dziwas R, Langmore S. *Neurogenic dysphagia*. New York: Spinger; 2021, p. 8; <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000011350>.
28. Wolf U, Eckert S, Walte G, Wienke A, Barte S. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in geriatric patients and real-life associations. *Sci Rep*, 2021; 11: 21955; <https://doi.org/10.1038/s41598-021-99858-w>.
29. Newman R, Vilardell N, Clavé P, Speyer R. Effect of bolus viscosity on the safety and efficacy of swallowing and the kinematics of the swallow response in patients with oropharyngeal dysphagia: white paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*, 2016; 31: 232–49; <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9696-8>.
30. Jarzyńska-Bućko A, Szkielkowska A, Mularzuk M. Postępowanie logopedyczne w zaburzeniach polykania. *Now Audiofonol*, 2018; 7(4): 47–50; <https://doi.org/10.17431/1003250>.
31. Jamróz B, Pabian M, Chmielewska J, Milewska M, Niemczyk K. Testy przesiewowe w diagnostyce zaburzeń polykania. *Pol Przegl Otorynolaryngol*, 2017; 6(4): 10–13; <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.7499>.
32. Milewska M, Jamróz B, Chmielewska J, Clavé P. Zastosowanie Volume-Viscosity Screening Test jako przesiewowego narzędzia w diagnostyce zaburzeń polykania. *Pol Przegl Otorynolaryngol*, 2018; 7(2): 21–4; <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.7499>.

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Paulina Krasnodębska, email: [p.krasnodebska@ifps.org.pl](mailto:p.krasnodebska@ifps.org.pl) •  0000-0003-4551-282X  
Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Agata Szkielkowska, email: [a.szkielkowska@ifps.org.pl](mailto:a.szkielkowska@ifps.org.pl) •  0000-0003-2122-7872