

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้ศึกษา ได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหัวข้อ ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาการกลืนลำบาก
 - 1.1 กายวิภาคและสรีรวิทยาของการกลืน
 - 1.2 ความหมาย และชนิดของการกลืนลำบาก
 - 1.3 สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกลืนลำบาก
2. อาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1 พยาธิสรีรวิทยาของการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.2 ผลกระทบต่อผู้ป่วยจากการกลืนลำบาก
 - 2.3 การประเมินอาการกลืนลำบาก
 - 2.4 การจัดการอาการกลืนลำบาก
3. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 3.1 ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 3.2 ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 3.3 หลักพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 3.4 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวคิดเกี่ยวกับอาการกลืนลำบาก

กายวิภาคและสรีรวิทยาของการกลืน

การกลืน (swallowing) เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนในการขับเคลื่อนอาหารและน้ำจากช่องปากผ่านคอหอยสู่หลอดอาหาร และกระเพาะอาหาร ได้อย่างปลอดภัย โดยอาศัยการทำงานของ

อวัยวะที่เกี่ยวข้อง (Heart and Stroke foundation of Ontario [HSFO], 2006) ได้แก่

1. อวัยวะภายในช่องปาก (oral cavity) เริ่มจากริมฝีปาก เหงือก ลิ้น เพดานแข็ง เพดานอ่อน ลิ้นไก่ และกระพุ้งแก้ม โดยเพดานอ่อนด้านหลังจะเชื่อมต่อกับโพรงจมูก และสามารถเลื่อนเปิดปิดได้เพื่อป้องกันการไหลย้อนของอาหารและน้ำขึ้นสู่โพรงจมูก นอกจากนี้ยังมีต่อมน้ำลาย 3 คู่ บริเวณข้างกกหู (parotid glands) ใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular glands) และใต้ลิ้น (sublingual glands) ทำหน้าที่ในการสร้างและหลั่งน้ำลายออกมาช่วยให้ช่องปากชุ่มชื้น ช่วยย่อยแป้งและลดความเป็นกรดของน้ำย่อยในกระเพาะ

2. คอหอย (pharynx) มีลักษณะเป็นท่อของกล้ามเนื้อ ทำหน้าที่เป็นทางผ่านของอาหารและลมหายใจ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ คอหอยส่วนจมูก (nasopharynx) คอหอยส่วนปาก (oropharynx) และคอหอยส่วนกล่องเสียง (laryngopharynx) โดยด้านหน้าของหลอดคอจะติดกับฐานของลิ้น และมีกล้ามเนื้อปกคลุมบริเวณด้านข้างและด้านหลังของคอหอย ทำหน้าที่จับเคลื่อนอาหารให้ผ่านคอหอยไปสู่หลอดอาหาร

3. กล่องเสียง (larynx) เป็นท่อตรงที่ตั้งอยู่บริเวณด้านหน้าของคอในส่วนที่เชื่อมระหว่างคอหอยและหลอดอาหาร เป็นทางผ่านของลมหายใจเข้าและออก ทำให้เกิดเสียง ช่วยป้องกันสิ่งแปลกปลอมที่มากับอาหารและน้ำหรือลมหายใจ และเป็นลิ้นปิดเปิด (pressure-regulating valve) ที่ช่วยให้สามารถกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย

4. หลอดอาหาร (esophagus) เป็นท่อของกล้ามเนื้อแฟบ (collapsed muscular) มีหน้าที่ในการจับเคลื่อนอาหารจากคอหอยไปยังกระเพาะอาหาร โดยการเคลื่อนที่แบบบีบรัด (peristalsis) มีกล้ามเนื้อหูรูดบริเวณส่วนปลายทั้ง 2 ด้าน คือ กล้ามเนื้อหูรูดหลอดอาหารส่วนบน (upper esophageal sphincter [UES]) และกล้ามเนื้อหูรูดหลอดอาหารส่วนล่าง (lower esophageal sphincter [LES]) เพื่อป้องกันการไหลย้อนของอาหารหรือน้ำย่อย

อวัยวะดังกล่าวข้างต้นต้องทำงานสอดคล้องกันเป็นกระบวนการ เพื่อให้กลืนอาหารและน้ำได้อย่างปลอดภัย โดยการควบคุมของระบบประสาททั้งที่อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจ (voluntary control) และระบบประสาทที่ไม่อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจ (involuntary control) ซึ่งการกลืนโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547; HSFO, 2006; Perry, 2001a; Terrado, Russell, & Bowman, 2001) คือ

1. ระยะที่อาหารอยู่ในช่องปาก (oral phase)

เป็นระยะที่อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจ จากการควบคุมของ เปลือกสมอง (cerebral cortex) มีหน้าที่ในการเตรียมอาหารให้มีลักษณะเป็นก้อนนุ่มๆ (bolus) เหมาะที่จะกลืนหรือเคลื่อนผ่านลิ้นไปยังคอหอย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1.1 ระยะเตรียมการ (oral preparatory stage) เริ่มต้นตั้งแต่อาหารเข้าสู่ช่องปาก จนถึง การเคี้ยวอาหาร โดยอาศัยการทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยว กล้ามเนื้อที่ช่วยในการ เปิด-ปิดปาก และลิ้น รวมทั้งมีการรับรู้ความรู้สึกของอวัยวะภายในช่องปาก เพื่อกระตุ้นให้มีการหลั่ง น้ำลาย ช่วยในการคลุกเคล้าอาหาร ให้อาหารมีความชุ่มชื้น ลิ้น และกลืนได้สะดวก

1.2 ระยะผลักดัน (oral propulsive stage) เป็นการขับเคลื่อนอาหารจากช่องปาก ด้านหน้าไปสู่ด้านหลัง โดยการยกลิ้นขึ้นแตะเพดานแข็ง (hard palate) เพื่อบีบไล่อาหารที่อยู่ด้านบน ของลิ้นให้เคลื่อนไปสู่คอหอย และเมื่ออาหารเคลื่อนไปถึงบริเวณส่วนโค้งในช่องปาก (faucial arch) ซึ่งอยู่ด้านหน้าของคอหอยส่วนปาก จะมีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกบริเวณนั้น ให้ชักนำเข้าสู่ ระยะที่อาหารอยู่ในคอหอยต่อไป

2. ระยะที่อาหารอยู่ในคอหอย (pharyngeal phase)

เป็นระยะที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ เริ่มตั้งแต่อาหารผ่านบริเวณ ส่วนโค้งในช่องปาก จน เข้าสู่หลอดอาหาร เนื่องจากคอหอยเป็นทางเดินร่วมของลมหายใจและอาหาร ความสำคัญของระยะ นี้คือ ให้สามารถ กลืนได้อย่างปลอดภัย โดยไม่เกิดการ สำลักอาหารและน้ำขึ้นจมูกหรือเข้าสู่ หลอดลม ซึ่งในระยะนี้จะเกิดการ หดหายใจชั่วขณะ เพดานอ่อน ถูกยกขึ้นปิดคอหอยส่วนจมูก ลิ้น ถูกยกขึ้น ปิดคอหอยส่วนปาก และ กล่องเสียง ถูกยกขึ้น พร้อมกับ การม้วนตัวของ ฝาปิดกล่อง เสียง (epiglottis) เพื่อปิดทางเข้าของกล่องเสียง สายเสียงแท้ (vocal fold) หนีบชิดกัน และกล้ามเนื้อ คอหอย หดรัดตัว เพื่อบีบไล่อาหารให้เคลื่อนที่จากบนลงล่าง โดยที่ กล้ามเนื้อหูรูด หลอดอาหาร ส่วนบนมีการคลายตัวเพื่อรับเอาอาหารที่คลุกเคล้าแล้วเข้าสู่หลอดอาหาร ระยะนี้ใช้เวลาเพียงไม่เกิน 2 วินาที และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการทำงานที่สอดคล้องกัน ระหว่างระบบทางเดินอาหาร และ ระบบทางเดินหายใจ

3. ระยะที่อาหารอยู่ในหลอดอาหาร (esophageal phase)

เป็นระยะที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ ทำให้เกิด การขับเคลื่อนอาหาร และน้ำใน หลอด อาหาร โดยการหดตัวเป็นคลื่นแบบ บีบรัด จนกระทั่งอาหารผ่านกล้ามเนื้อหูรูดส่วนล่างของ หลอดอาหารเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยสมบูรณ์ ระยะนี้ใช้เวลา 8-20 วินาที

การกลืนในระยะต่างๆดังกล่าว จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการทำงาน of ระบบประสาทที่ เกี่ยวข้องประกอบด้วย เปลือกสมอง ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเริ่มต้นการกลืนในระยะที่อาหารอยู่ใน ช่องปากและคอหอย และก้านสมองส่วนพอนส์ และเมดัลลา ซึ่งเป็นจุดกำเนิดของรีเฟล็กซ์การกลืน (swallowing reflex) (Bass & Morrell, 1992) นอกจากนี้ ยังต้องอาศัยเส้นประสาทสมองซึ่งทำหน้าที่ ในการรับรู้ความรู้สึก ได้แก่ รสชาติ อุณหภูมิ และแรงกดในช่องปาก และการสั่งงานเพื่อควบคุมการ เคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547) เส้นประสาทสมองที่ทำหน้าที่

ดังกล่าวมีทั้งหมด 5 คู่ และทำหน้าที่แตกต่างกันไป (HSFO, 2006; Skvaria & Schroeder-Lopez, 1998; Terrado, Russell, & Bowman, 2001) ดังนี้

1. เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (trigeminal nerve) ทำหน้าที่รับความรู้สึกบริเวณใบหน้า ฟัน เหงือก และลิ้น เพื่อรับสัมผัสเกี่ยวกับอุณหภูมิและลักษณะอาหาร และทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทไปควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อใบหน้า และขากรรไกรในการเคี้ยวอาหาร

2. เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (facial nerve) ทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทไปยังโครงสร้างของใบหน้าตั้งแต่ริมฝีปาก กล้ามเนื้อบริเวณแก้ม และลิ้น เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวและช่วยเปิด-ปิดริมฝีปาก และทำหน้าที่ในการรับรสบริเวณด้านหน้าของลิ้น กระตุ้นการสร้างน้ำลาย

3. เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 (glossopharyngeal nerve) ทำหน้าที่รับรสบริเวณโคนลิ้น และส่งกระแสประสาทไปยังโคนลิ้นและ คอหอย เพื่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของการกลืน และควบคุมการยกของคอหอยในขณะกลืน

4. เส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 (vagus nerve) ทำหน้าที่รับสัมผัสบริเวณเพดานปาก ฐานลิ้น คอหอย และกล่องเสียง ทำให้เกิดการหดตัวของเส้นเสียง และการปิดของหลอดลม ป้องกันไม่ให้อาหารและน้ำไหล เข้าสู่ทางเดินหายใจในระหว่างที่อาหารอยู่ในคอ หอย และช่วยขับเคลื่อนอาหารในระหว่างที่อาหารอยู่ในคอหอย และหลอดอาหารส่วนต้น

5. เส้นประสาทสมองคู่ที่ 12 (hypoglossal nerve) ทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทไปยังลิ้น ช่วยในการเตรียมและขับเคลื่อนอาหารในช่องปากและคอหอย

ดังนั้น การกลืนอย่างปลอดภัยจะเกิดขึ้นได้ ก็โดยการทำงานที่ประสานกันระหว่างอวัยวะในช่องปาก และกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน โดยเริ่มต้นตั้งแต่ช่องปากไปจนถึงสิ้นสุดที่กระเพาะอาหาร ภายใต้การควบคุมของสมองส่วนหน้า พอนส์ เมดัลลา และเส้นประสาทสมอง 5 คู่ ซึ่งหากเกิดความบกพร่องของอวัยวะ หรือความผิดปกติของระบบประสาทในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งก็อาจนำไปสู่ปัญหาของการกลืนลำบากได้

ความหมาย และชนิดของการกลืนลำบาก

การกลืนลำบาก หรือ Dysphagia เป็นภาษากรีกมาจากคำว่า dys หมายถึง ความยากลำบาก และ phagein หมายถึง การรับประทาน (Skvaria & Schroeder-Lopez, 1998) ดังนั้น dysphagia จึงหมายถึง ความยากลำบากในการ รับประทาน ในเรื่องนี้เรลลี และวอร์ด (Reilly & Ward, 2005) ได้ศึกษาถึงการให้ความหมายของการกลืนลำบาก พบว่ามี การให้ความหมายของการกลืนลำบากอย่างกว้างขวาง และหลากหลาย ได้แก่ ความพึงใจในการรับประทานลดลง ซึ่ง

เนื่องมาจากปัญหาใน ช่องปากเพิ่มขึ้น หรือ การรับรู้ว่าอาหารเคลื่อนผ่านไปช้าๆ หรือความยากลำบากในการกลืนซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายก็ให้ความหมายแตกต่างกันไป ซึ่งมูลนิธิโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองของฮอนทาร์โอ (HSFO, 2006) ให้ความหมายว่า การกลืนลำบาก คือ ความยากลำบากหรือมีปัญหาในขณะกลืน หรือเป็นถ้อยคำที่ใช้อธิบายกลุ่มอาการหรืออาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงไปในขณะกลืน ไม่ว่าจะการเปลี่ยนแปลงนั้นจะมาจากความผิดปกติของระบบประสาท รับความรู้สึก ระบบประสาทสั่งงานหรือ โครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการกลืนก็ตาม ส่วนเครือข่ายผู้จัดทำแนวปฏิบัติของชาวสกอตต์ (SIGN, 2004) ให้ความหมาย การกลืนลำบาก คือ ความยากลำบากในการกลืน ซึ่งมีสาเหตุได้จากหลายๆ โรค รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมองอาจมีความยากลำบากตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียมอาหารในช่องปาก เช่น การเคลื่อนไหวของลิ้น และการเคี้ยวอาหาร ไปถึงขั้นตอนการขับเคลื่อนอาหารหรือ สารเหลวจากปากไปสู่กระเพาะอาหารได้อย่างปลอดภัยโดยไม่เกิดการสำลัก

จากความหมายของการกลืนลำบากข้างต้น สามารถแบ่งชนิดของการกลืนลำบากได้เป็น 3 ระยะตามลักษณะของความผิดปกติในแต่ละระยะของการกลืน (HSFO, 2006; Morris, 2006a) ดังนี้

1. การกลืนลำบากในระยะที่อาหารอยู่ในช่องปาก (oral dysphagia) มักเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทที่อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจ ได้แก่ อาการอัมพาตครึ่งซีก และอาการพร่องต่อการรับสัมผัส (apraxia) ทำให้ไม่สามารถควบคุมอวัยวะภายในช่องปาก เช่น ลิ้น ริมฝีปาก และกระพุ้งแก้ม ได้ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

- 1.1 กลืนลำบากในระยะเตรียมการ (oral preparatory dysphagia) เกิดจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการบีบริมฝีปากไม่สนิท ลิ้นไม่มีแรง แก้มตกร้างจากการสร้างน้ำลายลดลง และมักบ่นเกี่ยวกับรสชาติของอาหารเนื่องจากการรับรสเปลี่ยนแปลงไป

- 1.2 กลืนลำบากในระยะผลักดัน (oral propulsive dysphagia) ในระยะนี้ลิ้นจะทำหน้าที่ผลักดันอาหารที่คลุกเคล้าแล้วไปยังคอหอย หากลิ้นมีอาการอ่อนแรงหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นจะพบว่า มีอาหารติดค้างอยู่ในช่องปาก มีน้ำลายมาก หรืออาหารและน้ำไหลออกทางปากได้

2. การกลืนลำบากในระยะที่อาหารอยู่ในคอหอย (pharyngeal dysphagia) จะพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถเริ่มต้นรีเฟล็กซ์การกลืนได้ ผู้ป่วยจะมีอาการน้ำลายไหล รู้สึกเหมือนมีบางสิ่งติดในคอ มีอาการไอ ขย้อน หรือสำลักอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจ เสียงเปลี่ยน หรือมีเสียงเหมือนมีน้ำอยู่ในคออันเนื่องมาจากมีน้ำเข้าไปอยู่ใต้เส้นเสียง หายใจลำบาก หรือหายใจสั้นๆ ระหว่างรับประทานอาหาร เป็นต้น

3. การกลืนลำบากในระยะที่อาหารอยู่ในหลอดอาหาร (esophageal dysphagia) เกิดจากการอักเสบ การอุดตันจากก้อนท่อม หรือ กล้ามเนื้อหลอดอาหารเคลื่อนตัวลำบาก (dysmotility) ทำให้อาหารที่คลุกเคล้าแล้วไม่สามารถเคลื่อนตัวผ่านหลอดอาหาร ไปยังกระเพาะอาหารได้ ผู้ป่วยมักรู้สึกว่ามีอาหารติดอยู่บริเวณลำคอและในอก หรือมีอาหารไหลย้อนขึ้นไปในลำคอหรือปาก

โดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบาก มักเกิดจากความผิดปกติของการกลืนในระยะที่อาหารอยู่ในช่องปากและคอหอย ผู้ป่วยจะมีอาการน้ำลายไหล ไอขณะกลืนหรือไอหลังกลืน สำล็กอาหาร กลืนช้า ใช้เวลารับประทานอาหารนานกว่าปกติ มีเสียงขลุขลักในคอหลังกลืน หรือรู้สึกเหมือนมีอาหารติดอยู่ในคอ (Daniels, Ballo, Mahoney, & Foundas, 2000; Nazarko, 2007; Perry, 2001a) โดยผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีอาการเพียง 1 หรือ 2 อย่าง และอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว

สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกลืนลำบาก

อาการกลืนลำบากเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งโดยทั่วไปอาการกลืนลำบากในผู้สูงอายุ มักมีสาเหตุมาจาก

1. การเปลี่ยนแปลงการกลืนเมื่อสู่วัยสูงอายุ (presbyphagia) ได้แก่ ฟันผุหรือใส่ฟันปลอม (Nazarko, 2007) ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง มวลกล้ามเนื้อลดลง การสร้างน้ำลายลดลง การรับรู้ความรู้สึกของเส้นประสาทสมองเปลี่ยนแปลงไปหรือมีความไวลดลง การปิดของเส้นเสียงและการเคลื่อนไหวของลิ้นปิดเปิดคล่องตัวลดลง การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหูรูดของหลอดอาหารส่วนต้นเปลี่ยนแปลงไป การสร้างและหลั่งน้ำลายลดลง ทำให้ปากแห้ง เคี้ยวอาหารได้ยาก และเกิดการติดค้างตามเยื่อในช่องปาก ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้เกิดอาการกลืนลำบากได้ ทั้งในระยะที่อาหารอยู่ในช่องปาก คอหอย และหลอดอาหาร (HSFO, 2006; Nazarko, 2007)

2. โรคทางระบบประสาท ทำให้การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อบกพร่อง เกิดอาการกลืนลำบากในระยะที่อาหารอยู่ในช่องปากและคอหอย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคอัลไซเมอร์ โรคสมองเสื่อม และพาร์กินสัน (Blake, 2005; Morris, 2006b) โดยอาการกลืนลำบากที่พบในโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะมีลักษณะและความรุนแรงแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับรอยโรค และระดับความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ

3. โรคมะเร็งและการรักษา ก้อนท่อมทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินอาหารตั้งแต่ในปาก คอหอย หรือหลอดอาหาร ไม่ว่าจะเป็นก้อนขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ และการใช้รังสีรักษาทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อ เช่น การได้รับรังสีรักษาบริเวณหน้าอกทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะกลืน หรือ

การได้รับรังสีรักษาบริเวณปากและลำคอทำให้เกิดอาการปากแห้ง คอแห้งจากการที่ต่อมน้ำลายถูกทำลาย (Blake, 2005; Morris, 2006b) เป็นต้น

4. การได้รับยาและผลข้างเคียงของยา ซึ่งทำให้เกิดอาการปากแห้ง (xerostomia) ได้แก่ ยารักษาอาการซึมเศร้า (antidepressants) ยาต้านฮีสตามีน (antihistamines) ยาที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน (opioid) ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory) ยาที่มีผลต่อระบบประสาท (neuroleptic medication) และยาขับปัสสาวะ (Morris, 2006b) ซึ่งผลของยาระงับประสาทหรือยานอนหลับอาจทำให้เกิดอาการสับสน ยากล่อมกล้ามเนื้ออาจทำให้กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืนอ่อนแรงลงได้ (Terrado, Russell, & Bowman, 2001) และยารักษาโรคจิตที่มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ จะมีผลต่อการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนด้วย (HSFO, 2006)

อาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

พยาธิสรีรวิทยาของการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การกลืน การพูด และการหายใจเป็นการทำหน้าที่พื้นฐานของมนุษย์ ที่ใช้โครงสร้างทางกายวิภาคร่วมกันหลายส่วน เช่น ริมฝีปากทำให้เกิดเสียงและยังช่วยป้องกันอาหารและน้ำไม่ให้ไหลออกจากปากในระหว่างการเคี้ยว ลิ้นช่วยในการพูดและช่วยในการขับเคลื่อนอาหารจากด้านหน้าไปด้านหลังเพื่อเข้าไปสู่คอหอย กล่องเสียงทำให้เกิดเสียงและในขณะเดียวกันยังช่วยปิดทางเดินหายใจในระหว่างการกลืน เพื่อป้องกันอาหารและน้ำไหลเข้าสู่ปอด ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันในระหว่างการทำหน้าที่ด้านการกลืนและการหายใจ เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อมัดเดียวกัน โดยที่คอหอยเป็นทางผ่านร่วมกันของอากาศ อาหารและน้ำ กล่องเสียงมีบทบาทในการป้องกันทางเดินหายใจจากอาหารและน้ำระหว่างการกลืน โดยกล่องเสียงจะเลื่อนขึ้นมาปิดทางเดินหายใจ มีการปิดเปิดฝาปิดกล่องเสียง เส้นเสียงแท้หดตัวเพื่อปิดหลอดลม และเกิดการหยุดการหายใจประมาณ 2 วินาทีระหว่างที่อาหารและน้ำเคลื่อนผ่านคอหอยเข้าสู่หลอดอาหาร โดยระยะเวลาของการกลืนและการหายใจต้องสัมพันธ์กันเพื่อป้องกันการหายใจเอาอาหารและน้ำเข้าสู่ปอด สิ่งที่มีผลต่อความสัมพันธ์นี้ คือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (HSFO, 2006) และการทำงานของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการกลืนซึ่งควบคุมโดยเปลือกสมอง (cerebral cortex) และระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ก้านสมองส่วนพอนส์ และเมดัลลา ซึ่งเป็นจุดกำเนิดของรีเฟล็กซ์การกลืน โดยส่งผ่านกระแสประสาทไปยังเส้นประสาทสมอง 5 คู่ให้เกิดการทำงานที่สอดคล้องกัน (Bass & Morrell, 1992)

หากเกิดความผิดปกติของระบบประสาท และกล้ามเนื้อจะส่งผลให้เกิดอาการกลืนลำบากขึ้นได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อการกลืน ได้แก่ สมองส่วนหน้า ซึ่งทำให้สูญเสียการเรียนรู้ (cognitive function) และทำให้กระบวนการกลืนในระยะที่อยู่ได้อ่านาจิตใจ สูญเสียไป เช่น การเคี้ยว และการส่งผ่านอาหารจากด้านหน้าของช่องปากไปสู่บริเวณโคนลิ้น เป็นต้น (Martino et al., 2005) หากมีรอยโรคของสมองครึ่งซีกจะมีผลต่อการตอบสนองด้านการรับรู้ และการสั่งงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน โดยสมองซีกซ้ายจะมีผลต่อความเข้าใจ การใช้ภาษา การพูดและการสื่อสาร และสมองซีกขวาจะมีผลต่อการทำงานของริมฝีปาก ลิ้น และใบหน้า ซีกขวาเกิดอาการอ่อนแรงและการเคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กัน และหากรอยโรคเกิดขึ้นที่บริเวณก้านสมองซึ่งเป็นจุดกำเนิดของรีเฟล็กซ์การกลืน ทำให้ไม่สามารถเริ่มต้นการกลืนในระยะที่อาหารอยู่ในคอหอยได้ (HSFO, 2006) นอกจากนี้บริเวณก้านสมองยังเป็นจุดกำเนิดของเส้นประสาทสมองส่วนใหญ่ที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับการกลืน ได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 ซึ่งทำหน้าที่แตกต่างกันไปดังได้กล่าวแล้ว หากเกิดความผิดปกติหรือความพร่องของเส้นประสาทสมองคู่ใดคู่หนึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติ ดังนี้ (HSFO, 2006; Terrado, Russell, & Bowman, 2001)

1. เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ทำให้สูญเสียการรับสัมผัส เช่น อุณหภูมิ ลักษณะอาหาร ไม่สามารถเคลื่อนไหวขากรรไกร และการหลั่งน้ำลายลดลง ทำให้การกลืนในระยะที่อาหารอยู่ในปาก และคอหอยเกิดความล่าช้า
 2. เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ทำให้อาหารติดค้างอยู่ในกระพุ้งแก้ม ไม่สามารถเปิดและปิดริมฝีปากได้สะดวก มีเศษอาหารไหลออกมา และมีน้ำลายมาก
 3. เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 ทำให้สูญเสียการรับรสและรับสัมผัสอาหาร การสร้างน้ำลายลดลง และการเริ่มต้นการกลืนในระยะที่อาหารอยู่ในคอหอยเกิดความล่าช้า
 4. เส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ทำให้การตอบสนองของการกลืนและรีเฟล็กซ์ย่น (gag reflex) บกพร่อง เกิดการขย้อนอาหารขึ้นไปทางจมูก และไม่สามารถกลืนอาหารผ่านคอหอยได้
 5. เส้นประสาทสมองคู่ที่ 12 ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาหารให้อยู่ในช่องปากระหว่างการเคี้ยว มีอาหารติดค้างในกระพุ้งแก้ม และไม่สามารถขับเคลื่อนอาหารผ่านช่องปากและคอหอยได้
- จะเห็นได้ว่าตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความบกพร่องของการกลืนที่แตกต่างกัน ปัจจัยเสี่ยงสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการกลืนลำบาก และการสำลักซึ่งนำไปสู่การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ก็คือ อายุ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปีทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 (Hinchev et al., 2005) เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ และสภาวะโรคร่วมก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง

อาจแสดงให้เห็นขณะเจ็บป่วย หรือรุนแรงมากขึ้นภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวอย่างโรคที่ทำให้เสี่ยงต่อการกลืนลำบากมากขึ้น ได้แก่ โรคพาร์กินสัน สมองเสื่อม บาดเจ็บศีรษะ โรคลมชัก หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็ง ซึ่งไม่ว่าจะเป็นสาเหตุจากโรค หรือวิธีการรักษา เช่น การใช้รังสีรักษา การได้รับยา และการเจาะคอ ก็อาจไปเพิ่มอุบัติการณ์และความรุนแรงของการสำลักได้ (HSFO, 2006) ดังนั้น ในการประเมินอาการกลืนลำบากจึงควรมีความรู้ และเข้าใจถึงพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดอาการกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถประเมินอาการกลืนลำบากได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ

ผลกระทบต่อผู้ป่วยจากการกลืนลำบาก

อาการกลืนลำบาก ทำให้เกิดความเจ็บป่วยซึ่งเป็นผลมาจากการสำลัก การขาดสารอาหาร และน้ำ (Reilly & Ward, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดความเจ็บป่วย ดังนี้

1. ปอดอักเสบจากการสำลัก โดยการสำลัก อาหาร สารเหลว น้ำลาย หรือน้ำย่อย เข้าสู่ทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจะมีอาการ ไอ สำลัก หายใจสั้น หายใจลำบาก และเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ หรือปอดอักเสบจากการสำลัก แต่ผู้ป่วยที่สำลักก็ไม่จำเป็นต้องเกิดปอดอักเสบจากการสำลักทุกราย (HSFO, 2006) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปอดอักเสบ ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรู้สึกตัว การทำหน้าที่ของปอดก่อนเกิดโรค ความสามารถในการไอ และการเคลื่อนไหว ความเป็นกรดของสิ่งที่สำลักเข้าไป ภูมิคุ้มกันของร่างกาย ความสะอาดในช่องปาก จำนวนและความถี่ของการสำลัก อายุ การงดน้ำและอาหารเป็นเวลานาน (Hinchev, Shephard, Furie, Smith, Wang, & Tomm, 2005; HSFO, 2006) จากการศึกษาของดอกเกตต์และคณะ (Doggett et al., 2001) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการสำลักร้อยละ 43-54 ซึ่งในจำนวนนี้มีอาการของปอดอักเสบตามมาถึงร้อยละ 37 และจากการศึกษาของมาร์ติโนและคณะ (Martino et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบากเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกลืนลำบากถึง 3 เท่า และหากมีอาการสำลักร่วมด้วยจะทำให้เสี่ยงสูงขึ้นเป็น 11 เท่า

2. ภาวะทุโภชนาการ จากการศึกษาของ เครรี่และคณะ (Crary et al., 2006) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการกลืนลำบาก เกิดภาวะทุโภชนาการ สูงถึงร้อยละ 26.3 และความรุนแรงของภาวะทุโภชนาการจะสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การงดน้ำและอาหารเป็นเวลานาน การที่ต้องรับประทานอาหารดัดแปลง (HSFO, 2006) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 16 มีภาวะโภชนาการต่ำตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และเกิด

ภาวะทุโภชนาการภายหลังจากนอนโรงพยาบาลถึงร้อยละ 25-40 (HSFO, 2006) เนื่องจากอาการกลืนลำบากทำให้ได้รับพลังงานจำกัด และไม่สามารถคงไว้ซึ่งน้ำหนักตัวปกติหรือสภาวะทางโภชนาการที่ดีได้ เป็นผลให้เกิดภาวะทุโภชนาการ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส และแบคทีเรียได้ง่ายขึ้น (Reilly & Ward, 2005)

3. ภาวะขาดน้ำ ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จะมีการขาดน้ำตั้งแต่แรกรับเข้า รักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ การดูดน้ำกลับที่ลดลง และความไวต่อการกระหายน้ำลดลง (Hodgkinson, Evans, & Wood, 2001) ร่วมกับความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นสูงในการรับประทานและน้ำ และเกิดอาการกลืนลำบากซึ่งทำให้ไม่สามารถดื่มน้ำได้อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยจึงเกิดอาการของการขาดน้ำ ได้แก่ สับสน ปากแห้ง ลิ้นแห้ง ตาโป้ (sunken eyes) ผิวหนังแห้ง และปัสสาวะน้อยลง (HSFO, 2006)

อาจกล่าวได้ว่า การกลืนลำบาก เป็นกลุ่มอาการที่พบได้จากหลายสาเหตุ และเกิดอาการแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสาเหตุและความผิดปกติที่เกิดขึ้น แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการสำลัก รับประทานได้น้อยจนทำให้เกิดการขาดน้ำ และสารอาหาร และหากเป็นรุนแรงมากอาจทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมา เช่น ติดเชื้อปอดอักเสบ แผลกดทับ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความชุกของอาการกลืนลำบากมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น จึงจำเป็นต้องมีวิธีการจัดการที่ถูกต้อง และได้มาตรฐาน ครอบคลุมถึง การประเมินอาการ การจัดการเมื่อมีอาการกลืนลำบาก การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องกระทำโดยสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการดูแลรักษา

การประเมินอาการกลืนลำบาก

การประเมินอาการกลืนลำบากสามารถทำได้หลายวิธี (เดือนใจ อัฐวงศ์, 2545) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเป้าหมายในการประเมิน ได้แก่ การประเมินเพื่อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยสูงอายุมีการสำลักหรือมีความเสี่ยงในการสำลัก หรือการประเมินเพื่อหาสาเหตุของปัญหาหรือความผิดปกติ ความรุนแรงของปัญหาและภาวะโภชนาการ เพื่อสามารถวางแผนให้การรักษาและฟื้นฟูอย่างเหมาะสม (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547; ภัทรา วัฒนพันธุ์, 2550)

การประเมินอาการกลืนลำบาก ประกอบด้วย

1. การประเมินอาการทางคลินิก (clinical bedside assessment) เป็นการประเมินอาการที่ข้างเตียง เริ่มตั้งแต่การทบทวนประวัติความเจ็บป่วย ประวัติการรักษาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน การ

ประเมินการกลืน และความสามารถในการติดต่อดสื่อสารของผู้ป่วย เพื่อคัดกรองอาการ พร้อมทั้งหาสาเหตุ ลักษณะของความผิดปกติ และความรุนแรงของอาการกลืนลำบาก (HSFO, 2006) ดังนี้

1.1 การทบทวนประวัติการรักษา ประกอบด้วย

1.1.1 ประวัติเกี่ยวกับการกลืนลำบาก ครอบคลุมถึง ระยะเวลาที่มีปัญหาการกลืนลำบาก ปัจจัยที่มีผลต่อการกลืนลำบาก เช่น ลักษณะของอาหาร ทำทางการกลืน มีอาการเจ็บคอ อาการจุก รู้สึกว่ามีก้อนติดอยู่ในคอขณะกลืน ปากแห้ง เคี้ยวลำบาก มีน้ำลายมากหรือมีอาหารหรือน้ำรั่วไหลออกทางมุมปาก มีอาการสำลัก หรือ ไอขณะกลืน และการสำลักขึ้นจมูก (ภัทรา วัฒนพันธุ์, 2550) เป็นต้น

1.1.2 ประวัติอื่นๆ เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ น้ำหนักลด เสียเปลี่ยน โรคประจำตัว และประวัติการผ่าตัดเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการกลืนลำบาก รวมถึงประวัติการได้รับยาซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการกลืนลำบาก เช่น ยาแก้ปวด ยากล่อมประสาท และยาลดกรด อาจทำให้กล้ามเนื้อคอหอยอ่อนแรง ยารักษาโรคจิตประสาทบางชนิด อาจทำให้เกิดอาการคอแข็ง และการเคลื่อนไหวของลิ้นที่ผิดปกติซึ่งมีผลต่อการกลืน (ภัทรา วัฒนพันธุ์, 2550) เป็นต้น

1.2 การตรวจร่างกาย ทั่วไป ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ น้ำหนักตัว โครงสร้างและการทำงานของอวัยวะภายในช่องปาก คอหอย กล่องเสียง และหลอดอาหาร การพูด และการตรวจทางระบบประสาท (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547) ได้แก่ ระดับการรับรู้ ความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้ (perceptive and cognitive function) ความเข้าใจภาษา การออกเสียงและคุณภาพของเสียง การทำหน้าที่ของเส้นประสาทสมอง และรีเฟล็กซ์ที่เกี่ยวข้องกับการกลืน (ภัทรา วัฒนพันธุ์, 2550) เป็นต้น

1.3 การสังเกตอาการแสดงของการกลืนลำบาก ได้แก่ ลักษณะของการเคี้ยวและการกลืนในขณะที่รับประทาน การใช้เวลาในการรับประทานนานกว่าปกติ อาหาร 1 คำแต่กลืนหลายครั้ง เคี้ยวอาหารหรือรับประทานได้น้อย อาหารติดค้างในช่องปาก อาหารและน้ำไหลออกทางมุมปาก ขย้อนอาหาร อาการไอระหว่างรับประทานหรือหลังอาหาร อาการเหน้อยล้าระหว่างรับประทานอาหาร (Ramsey, Smithard, & Kalra, 2003) หรือใช้วิธีประเมินอาการและอาการแสดงต่อไปนี้ คือ 1) เสียงพรั่ว (dysphonia) 2) พูดไม่ชัดอันเนื่องมาจากความบกพร่องของกล้ามเนื้อ (dysarthria) 3) รีเฟล็กซ์ขย้อนผิดปกติหรือไม่มีรีเฟล็กซ์ขย้อน 4) ไอไม่แรง (abnormal volitional cough) 5) ไอขณะกลืนหรือไอหลังกลืน และ 6) เสียงเปลี่ยนหลังกลืน ซึ่งหากพบความผิดปกติอย่างน้อย 2 อย่าง สามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีอาการกลืนลำบาก (Daniels et al., 2000)

1.4 การประเมินรีเฟล็กซ์ย้อน ในปัจจุบัน ไม่นิยมใช้รีเฟล็กซ์ย้อนเพียงอย่างเดียว ในการประเมินอาการกลืนลำบาก เนื่องจากเชื่อถือได้น้อยและทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดได้ เพราะ อาจพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกลืนลำบาก ก็อาจไม่มีรีเฟล็กซ์ย้อนได้เช่นกัน (Ramsey, Smithard & Kalra, 2003; Smith & Connolly, 2003) อย่างไรก็ตาม การประเมินรีเฟล็กซ์ย้อนร่วมกับการ ประเมินอาการทางคลินิกอื่นๆ ทำให้การวินิจฉัยอาการกลืนลำบากมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น (Daniels et al., 2000)

1.5 การทดสอบการกลืนน้ำ โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว หากผู้ป่วยตื่นดีพอที่จะ สามารถดื่มน้ำหรือกินได้ และสามารถทรงตัวอยู่ในท่านั่งศีรษะตรงได้ ให้ประเมินการกลืนโดยให้ ผู้ป่วยกลืนน้ำ 1 ช้อนชา จำนวน 3 ครั้ง พร้อมทั้งประเมินอาการและอาการแสดงของการกลืนลำบาก ดังข้อ 1.3 หากไม่มีอาการและอาการแสดงดังกล่าว ให้ดื่มน้ำจากแก้วจำนวน 60 มิลลิลิตรอย่าง ต่อเนื่อง หากไม่มีความผิดปกติถือว่าผู้ป่วยไม่มีอาการกลืนลำบาก (Nazarko, 2007)

2. การประเมินโดยใช้เครื่องมือ (instrumental assessment) เพื่อตรวจสอบความบกพร่อง ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ด้านการกลืน และเพื่อค้นหาแนวทางการรักษาหรือวิธีการจัดการอาการ กลืนลำบากที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะต้องกระทำหลังจากการประเมินทางคลินิกแล้ว (HSFO, 2006) ประกอบด้วย

2.1 การถ่ายภาพวิดีโอขณะกลืน (videofluoroscopic swallowing study [VFSS]) เพื่อ ดูสรีรวิทยาของการกลืน เป็นวิธีที่นิยมใช้และถือว่าเป็นมาตรฐาน (gold standard) ในการประเมิน อาการกลืนลำบาก (Smith & Connolly, 2003) โดยผู้ป่วยต้องสามารถทรงตัวอยู่ในท่านั่ง และกลืน อาหารที่ผสมแป้งแบะเรียมที่มีลักษณะต่างๆ กัน แล้วถ่ายภาพรังสีเป็นระยะ (Terrado, Russell, & Bowman, 2001) เพื่อประเมินความผิดปกติของการกลืน รวมถึงสามารถดูผลการใช้เทคนิคการกลืน และลักษณะอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย แต่ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ตรวจมีราคา แพง และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจึงจะเชื่อถือได้ ดังนั้นจึงไม่สามารถตรวจได้ทุกราย หรือทุก โรงพยาบาล (Ramsey, Smithard, & Kalra, 2003; Smith & Connolly, 2003)

2.2 การตรวจอัลตราซาวด์ (ultrasound) เป็นการฉายภาพด้วยคลื่นเสียงเพื่อให้ได้ภาพ โครงสร้างของเนื้อเยื่ออ่อน โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง และใช้เครื่องมือปล่อยคลื่นเสียงวางไว้ได้ คาง และดูการเคลื่อนไหวของลิ้นระหว่างกลืน แต่ไม่สามารถประเมินการกลืนในระยะที่อาหาร อยู่ในคอหอย และการสำลักได้ (HSFO, 2006; Smith & Connolly, 2003)

2.3 การส่องกล้อง (fibre optic endoscopic evaluation of swallowing [FEES]) เป็น การใช้กล้องส่องไฟเบอร์ขนาดเล็ก สอดใส่เข้าไปทางจมูกหรือช่องปากเพื่อตรวจสอบคอหอย กล่อง เสียง และกระบวนการกลืนทั้งก่อนกลืน ขณะกลืน และหลังกลืน วิธีนี้สามารถมองเห็นกายวิภาค

และสรีรวิทยาของคอหอยและกล่องเสียงได้ดี แต่ผู้ป่วยมักทนต่อการตรวจไม่ได้ และต้องตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น (Ramsey, Smithard, & Kalra, 2003; Smith & Connolly, 2003) ความน่าเชื่อถือจากการตรวจด้วยวิธีนี้ขึ้นอยู่กับทักษะของผู้ตรวจ และสามารถใช้ตรวจได้เฉพาะผู้ที่มีอาการกลืนลำบากในระยะเวลาที่อาหารอยู่ในปากและหลอดอาหารเท่านั้น (Ramsey, Smithard, & Kalra, 2003)

2.4 การวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (pulse oximetry) ในขณะที่กลืนน้ำ หากผู้ป่วยมีการสำลักน้ำจะทำให้หลอดลมหดตัว ความสมดุลของการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน วัดได้โดยค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ลดลง หรือหากพบว่าระดับออกซิเจนลดลงร้อยละ 2 บ่งชี้ว่ามีการสำลักเกิดขึ้น สามารถทำได้ง่าย ตรงไปตรงมา มีความไวสูง แต่มีความจำเพาะต่ำ (Ramsey, Smithard, & Kalra, 2003) แต่หากนำไปใช้ร่วมกับการคัดกรองอาการที่ข้างเคียง จะทำให้เชื่อถือได้มากขึ้น และสามารถตรวจหาอาการสำลักได้สูงถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากทั้งหมด (Smith & Connolly, 2003)

3. การคัดกรองอาการกลืนลำบาก (dysphagia screening)

วิธีการประเมินอาการกลืนลำบากที่กล่าวมานั้นต้องอาศัยเวลา และผู้เชี่ยวชาญในการตรวจ จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองอาการกลืนลำบากที่เหมาะสมสำหรับแพทย์และพยาบาลในการคัดกรองอาการก่อนที่จะส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ และใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถเข้าใจง่าย รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ (HSFO, 2006; Smith & Connolly, 2003) อย่างไรก็ตาม ผู้ประเมินต้องได้รับการฝึกทักษะในการคัดกรองอาการกลืนลำบากมาอย่างเพียงพอ และสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงและไม่เสี่ยงต่ออาการกลืนลำบากออกจากกันได้ โดยควรคัดกรองอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย และเริ่มต้นให้เร็วที่สุดเมื่อตื่น หรือก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับอาหารและน้ำทุกชนิดทางปาก (HSFO, 2006; Perry, 2001a) ซึ่งหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินอาการกลืนลำบากตั้งแต่เบื้องต้น โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมความรู้ และฝึกทักษะการประเมินอาการกลืนลำบากมาแล้ว สามารถลดระยะเวลาในการงดน้ำและอาหารทางปากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ (Lees et al., 2006) การคัดกรองอาการกลืนลำบากด้วยเครื่องมือที่มีมาตรฐาน (Standard Swallowing Assessment [SSA]) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (Perry, 2001b; Westergren, 2006) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินระดับความรู้สึกตัว การควบคุมท่าทาง และ การทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน (oromotor function) ได้แก่ ใช้ลิ้นแตะริมฝีปากบนและล่างได้ ไอเองได้แรงดี ไม่มีเสียงพรวา กลืนน้ำลายได้ และหายใจเองได้ หากผู้ป่วยทำได้ดี จึงจะประเมินขั้นตอนที่ 2 ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ป้อนน้ำครั้งละ 1 ช้อนชา จำนวน 3 ครั้ง โดยแต่ละครั้งให้สังเกตอาการของการกลืนลำบาก ได้แก่ มีเสียงน้ำหรือเสียงขลุกลกในลำคอ (gurgly) การสำลัก ไอ เสียงเปลี่ยนหรือหายใจลำบาก หากไม่มีอาการดังกล่าวจึงประเมินในขั้นตอนที่ 3 ต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ป้อนน้ำจากแก้วจำนวน 60 ซีซี พร้อมกับสังเกตอาการผิดปกติเช่นเดียวกับในขั้นตอนที่ 2

หากพบความผิดปกติในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง ให้ถือว่าผลการคัดกรองเป็นบวก หรือสงสัยว่ามีอาการกลืนลำบาก ควรส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพูดและภาษาประเมินต่อ เพื่อรับการประเมินอย่างเต็มรูปแบบ (full clinical bedside assessment) โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการงดน้ำและอาหารทางปาก จนกว่าจะได้รับการประเมินเสร็จสมบูรณ์ (HSFO, 2006)

การประเมินอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะใช้วิธีดังกล่าวข้างต้นแล้ว ต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงการกลืนเมื่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความเสี่ยงหรือการทำหน้าที่ลดลงของอวัยวะ และระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เพื่อสามารถให้การดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถจัดการอาการกลืนลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการอาการกลืนลำบาก

การจัดการอาการกลืนลำบากโดยมากมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการสำลัก และเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับอาหาร และยาทางปากอย่างปลอดภัย ประกอบด้วย

1. วิธีทางตรง (direct strategies) มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงการทำงานของกล้ามเนื้อที่อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจ ประกอบด้วย

1.1 การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก (sensory stimulation) โดยกระตุ้นด้วยความเย็น ไฟฟ้าหรือสารเคมี เช่น อาหารรสเปรี้ยวช่วยกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำลาย หรือการเพิ่มแรงกดของซ็อนลงบนลิ้นในขณะที่ป้อนอาหารช่วยในการรับสัมผัสของลิ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาที่เห็นผลลัพธ์ชัดเจน (Perry, 2001a)

1.2 การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน โดยผู้ป่วยสูงอายุจะต้องสามารถทำตามคำบอกได้ และอยู่ภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการพูดและภาษา ประกอบด้วยการบริหารที่ช่วยให้การเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ลิ้น กล่องเสียง และเส้นเสียงดีขึ้น โดยการเคลื่อนไหวตามขอบเขตของกล้ามเนื้อ (range of motion exercise) ในส่วนที่บกพร่อง เช่น ลิ้น ริมฝีปาก และกราม (Perry, 2001a; Smith & Connolly, 2003) และการบริหารที่ช่วยให้กล้ามเนื้อใบหน้า ปาก และหลอดอาหารแข็งแรงขึ้น ได้แก่ การดูดน้ำแข็งหรืออมยิ้ม การฝึกออกเสียง การดูดและการเป่าหลอด

จุด การฝึกการหายใจ (breathing exercises) (Nazarko, 2007) เป็นต้น

1.3 การให้ยา เช่น nifedipine ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ โดยมีผลช่วยลดแรงดันและการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดส่วนล่างของหลอดอาหาร ทำให้ระยะเวลาของการกลืนในระยะที่อาหารอยู่ในคอหอยลดลง (Perez, Smithard, Davies, & Kalra, 1998) แต่ก็ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมก่อนนำมาใช้ทางคลินิก (Perry, 2001a)

2. วิธีทางอ้อม (indirect strategies) หรือวิธีทางเลือก (compensatory strategies) สำหรับเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย ได้แก่

2.1 การดัดแปลงอาหาร (diet modification) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบากมักมีปัญหาในระยะที่อาหารอยู่ในปากและคอหอย (Morris, 2006a) ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด มีผลให้เกิดปัญหาการย่อยอาหารในกระเพาะอาหาร หรืออาจเกิดการสำลักได้ (Terrado, Russell, & Bowman, 2001) การดัดแปลงอาหาร หมายถึง การปรับลักษณะและความเข้มข้นของอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถด้านการกลืนของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย โดยมีการให้คำจำกัดความของอาหารสำหรับผู้ที่มีอาการกลืนลำบาก (The National Dysphagia Diet [NDD]) ซึ่งแบ่งชนิดอาหารออกเป็น 4 ระดับ (Terrado, Russell, & Bowman, 2001) ดังนี้

ก. Pureed diet เป็นอาหารที่มีลักษณะติดกันเป็นเนื้อเดียวเหมือนพุดดิ้ง โดยอาจใช้วิธีเคี้ยวให้เปื่อยเพื่อให้กลืนได้ง่าย ใช้แรงเคี้ยวเพียงเล็กน้อย ไม่แตกออกเป็นส่วนๆ มีคุณค่าทางสารอาหารเพียงพอ เช่น โยเกิร์ต กล้วยบด

ข. Mechanical altered diet เป็นอาหารที่มีลักษณะ กึ่งแข็ง ติดกัน ชุ่มชื้น ต้องใช้แรงเคี้ยวบ้างเล็กน้อย เช่นอาหารประเภทเนื้อจะต้องผ่านการบดหรือสับ ผักและผลไม้จะต้องทำเป็นชิ้นเล็กๆและคลุกเคล้าเป็นก้อน เป็นต้น ยกเว้นอาหารประเภทขนมปัง แครกเกอร์และอาหารแห้งอื่นๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักมากขึ้น

ค. Mechanical diet/ Advanced diet เป็นอาหารกึ่งแข็งและต้องใช้แรงเคี้ยวมากขึ้น เช่น อาหารประเภทเนื้อ ผักและผลไม้จะต้อง มีความอ่อนนุ่ม สามารถใช้ฟัน กัดได้ง่าย ยกเว้นอาหารที่แข็งมาก อาหารที่เป็นชิ้นหนา มีลักษณะติดแน่น ต้องใช้แรงมาก อาหารที่แห้ง กรอบ เช่น ขนมปัง ซีเรียลแห้ง แครกเกอร์ มันฝรั่งแข็งๆ มันทอด เนยแข็ง เมล็ดพืช ผลไม้ที่มีเปลือกแข็ง มะพร้าว ผลไม้แห้ง หรืออาหารที่มีลักษณะหลายๆ อย่างรวมกัน เช่น ซุป และอาหารตุ๋น เป็นต้น

ง. Regular/ General diet อาหารทุกชนิดที่หลากหลายส่วนใหญ่มีความอ่อนนุ่ม อาจเป็นของแข็ง แห้ง และมีความกรอบได้บ้าง

และแบ่งชนิดของอาหารเหลือ ออกเป็น 4 ระดับ (Terrado, Russell, & Bowman, 2001) ดังนี้

ก. Thin หมายถึง อาหารเหลวที่มีความเข้มข้นต่ำ เช่น น้ำ นม น้ำชา กาแฟ เบียร์ ไวน์ ไอศกรีม น้ำผลไม้ เป็นต้น

ข. Nectar-like หมายถึง อาหารเหลวที่มีความเข้มข้นปานกลาง เช่น น้ำผัก และนมปั่น เป็นต้น

ค. Honey-like หมายถึง อาหารเหลวที่มีคุณสมบัติเหมือนน้ำผึ้ง หรือมีความเข้มข้นเทียบเท่าน้ำผึ้ง

ง. Spoon-thick หมายถึง อาหารเหลวที่มีความเข้มข้นมากๆ โดยไม่สามารถใช้หลอดดูดดูดขึ้นมาได้

การตัดสินใจให้อาหารดัดแปลงแต่ละระดับนั้น ขึ้นอยู่กับผลการประเมินอาการกลืนลำบากแบบสมบูรณ์ (complete dysphagia assessment) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพูดและภาษา ซึ่งจะทำให้ทราบถึงลักษณะ สาเหตุ และความรุนแรงของอาการกลืนลำบาก (HSFO, 2006) นอกจากนี้ ควรดูแลอาหารให้มารับประทาน มีรสชาติดี และอุณหภูมิพอเหมาะ จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรับประทานได้มากขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหารรสเปรี้ยวช่วยเพิ่มการสร้างน้ำลาย ทำให้กลืนง่าย หรืออุณหภูมิอาหารที่ร้อนหรือเย็นกว่าอุณหภูมิห้องจะช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำลายได้ดีกว่า การรับประทานอาหารที่อุณหภูมิห้อง (Terrado, Russell, & Bowman, 2001) และควรระมัดระวังอาหารแข็ง กรอบ แตกง่าย เช่น ข้าวโพดคั่ว ขนมปังปิ้ง หรือมันฝรั่งทอดกรอบ หรืออาหารที่อาจจับตัวเป็นก้อนและติดอยู่ในช่องปาก เช่น ขนมปังแผ่น แดงกวา ผักมีใบชนิดต่างๆ หรืออาหารที่มีความเข้มข้นหลากหลาย หรือไม่ใช่เนื้อเดียวกัน เช่น ซีเรียลในนมเย็น ผลไม้กระป๋อง หรือน้ำซุพที่มีชิ้นอาหารผสมอยู่ (Dietitians Association of Australia and Speech Pathology Association of Australia Limited, 2007; JBI, 2000; Nazarko, 2007) เป็นต้น

2.2 การใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ (specific swallowing techniques) เป็นการเปลี่ยนสรีรวิทยาของการกลืนเพื่อลดความเสี่ยงของ การสำลัก โดยผู้ป่วยสูงอายุต้องสามารถทำตามคำสั่งที่ซับซ้อนได้ และกล้ามเนื้อแข็งแรงด้านเพียงพอ (Perry, 2001a; Terrado, Russell, & Bowman, 2001) ได้แก่

2.2.1 Supraglottic swallowing ผู้ป่วยจะต้องกลืนหายใจก่อนกลืน เพื่อยกเส้นเสียงแท้ขึ้นมาปิดท่อทางเดินหายใจ แล้วจึง ให้ผู้ป่วยกลืน 2 ครั้ง จากนั้นให้ออกอย่างรวดเร็วจนเพื่อเอาเศษอาหารที่ตกค้างออก อย่างไรก็ตามจากการตรวจทางรังสี พบว่าการกลืนหายใจไม่สามารถทำให้ยกเส้นเสียงแท้ได้เสมอไป และแนะนำว่าควรใช้วิธีการส่องกล้อง (FEES) เพื่อตรวจสอบผลของการฝึกควบคู่ไปด้วย (Perry, 2001; Terrado, Russell, & Bowman, 2001)

2.2.2 The modified supraglottic swallow pattern เป็นวิธีการที่ช่วยป้องกัน

ทางเดินหายใจอีกชั้นหนึ่ง โดยให้ผู้ป่วยกลืนหายใจร่วมกับการ เก็บคาง (chin-tuck) เพื่อช่วยลดการเปิดกล่องเสียง และป้องกันการสำลัก ซึ่งวิธีนี้ผู้ป่วยจะต้องหายใจเข้าแล้วกลืนไว้ แล้ววางอาหารหรือของเหลวไว้ในปาก ก้มศีรษะให้คางชิดอกแล้วกลืนอาหารลงไป จากนั้นยกคางขึ้น และให้อาหารออกมา เพื่อไม่ให้เศษอาหารติดค้างในลำคอ (Terrado, Russell, & Bowman, 2001)

2.2.3 Mendelsohn maneuver ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่มีแรงกลืน และยกกล่องเสียงได้น้อย โดยให้ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ยกกล่องเสียงค้างไว้ในระหว่างที่ผู้ป่วยกลืนอาหาร เพื่อเพิ่มระยะเวลาในการยกกล่องเสียงขึ้น และมีการเปิดหลอดอาหารส่วนบนค้างไว้ ช่วยให้อาหารไหลลงสู่หลอดอาหารได้มากขึ้น และลดสิ่งคั่งค้างในหลอดคอ (Perry, 2001a; Terrado, Russell, & Bowman, 2001)

2.2.4 Double swallow หรือการกลืนซ้ำหลายๆ ครั้งในการรับประทานอาหารแต่ละคำ ช่วยให้อาหารบีบรัดอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดสิ่งคั่งค้างในช่องปากและคอหอย ป้องกันการสำลักได้ (Perry, 2001a)

2.3 การจัดทำทางในขณะกลืน (Perry, 2001a) เช่น

2.3.1 ก้มศีรษะเล็กน้อย (chin-down posture) เป็นการช่วยยกฝาปิดกล่องเสียงไปด้านหลังซึ่งจะช่วยลดรูเปิดของกล่องเสียงให้เล็กลงอย่างมีนัยสำคัญ และช่วยป้องกันทางเดินหายใจได้มากขึ้น ซึ่งทำนี้อาจทำให้การกลืนใน ระยะที่อาหารอยู่ในคอหอย ยาวนานขึ้นแต่ช่วยลดอาการสำลักได้ในผู้ป่วยทุกราย

2.3.2 การหันศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง (lateral head rotation) ใช้ในกรณีอัมพาตครึ่งซีก โดยการหมุนศีรษะจะช่วยเปิดกล้ามเนื้อหูรูดของหลอดอาหาร ช่วยขับ เคลื่อนอาหารให้ออกห่างจากด้านที่อ่อนแรง ซึ่งวิธีนี้จะช่วยให้ อาหารผ่านลงไปยังหลอดอาหารได้รวดเร็ว และไม่มีสิ่งตกค้างในหลอดคอกอีกด้วย

3. การให้สารอาหารทดแทน หากประเมินแล้ว พบว่าผู้ป่วยได้รับอาหารทางปากไม่เพียงพอ อาจจำเป็นต้องให้อาหารทดแทนทางสายยาง (nasogastric tube หรือ gastrostomy tube) หรือทางหลอดเลือดดำ (Perry, 2001a) ภายใต้การตัดสินใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารด้วยวิธีทางที่เหมาะสม เช่น การใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ใช้ในกรณีที่ให้อาหารทดแทนในระยะสั้น คือระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน เพราะหากตำแหน่งสายยางไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดการขย้อน สำลัก และเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ ส่วนการให้อาหารทางหลอดเลือดดำจะเลือกใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำผ่านทางระบบทางเดินอาหารได้ โดยมากใช้ในระยะเวลาสั้นมากกว่าในการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากต้องยึดเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณที่แทงเข็ม โดยประสานงานกับทีมแพทย์และเภสัชกรอย่าง

ไกลซ์ซิด (Holman, Roberts, & Nocol, 2006)

4. การดูแลขณะรับประทานอาหาร ประกอบด้วย

4.1 การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ ปราศจากสิ่งรบกวนอื่นๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และไม่ชวนคุยระหว่างรับประทานอาหาร หากจำเป็นควรสนทนาด้วยถ้อยคำที่เหมาะสมและเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอาหาร คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่าง รับประทาน อาหารเพื่อลดความวิตกกังวล และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการสำลัก เช่น การพูด หัวเราะ หรือร้องไห้ในขณะที่รับประทานอาหาร เป็นต้น (Terrado, Russell, & Bowman, 2001)

4.2 การดูแลสุขภาพปากและฟัน โดยการแปรงฟัน เหงือก เพดานปากและลิ้น ก่อนและหลังรับประทานอาหารเพื่อลดแบคทีเรียในช่องปาก ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดปอดอักเสบ หากมีการสำลักอาหาร น้ำหรือน้ำลายเกิดขึ้น (Terrado, Russell, & Bowman, 2001)

4.3 การจัดทำที่เหมาะสมในขณะที่รับประทานอาหาร (Dorner, 2002; JBI, 2000) ดังนี้

4.3.1 ท่านั่ง โดยจัดให้ลำตัวตั้งตรง ศีรษะก้มเล็กน้อย ชี้อ่าและข้อสะโพก 90 องศา วางเท้าบนพื้นหรือแผ่นรองเท้า หากจำเป็นอาจต้องใช้หมอนหนุนศีรษะให้อยู่ในท่าก้มเล็กน้อย และหนุนลำตัวให้ตั้งตรง

4.3.2 ท่านอน หรือหากผู้ป่วยไม่สามารถทรงตัวอยู่ในท่านั่งได้ ให้หนุนศีรษะสูง 60-90 องศา โดยใช้หมอนหนุนศีรษะและคอไว้ให้คออยู่ในท่าก้มศีรษะเล็กน้อย

4.4 การใช้อุปกรณ์เสริม ขึ้นอยู่กับลักษณะความผิดปกติของการกลืน เช่น การใช้หลอดดูดน้ำไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ริมฝีปาก และเพดานปากปิดไม่สนิท เพราะจะทำให้สารเหลวไหลลงคอเร็วเกินไป และทำให้เกิดการสำลักได้ อย่างน้อยควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก่อน หรืออาจใช้แก้วเว้าจุก (nosey cup) แทน เพื่อป้องกันการแหงนคอมากเกินไป ซึ่งจะทำให้หลอดอาหารตีบแคบ และเสี่ยงต่อการสำลักสารเหลวเข้าสู่ทางเดินหายใจ (Roach, 2001; Terrado, Russell, & Bowman, 2001)

4.5 วิธีการป้อนอาหาร สำหรับผู้ป่วยกลืนลำบากที่เริ่มรับประทานอาหาร พยายามควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในขณะที่รับประทานอาหาร เพื่อสังเกตความผิดปกติและคอยให้ความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการสำลัก หรือเมื่อเกิดการขย้อน ดังนี้

4.5.1 ระยะเวลาของการฝึกกลืน หรือการรับประทานอาหาร ควรเตรียมเครื่องดูดเสมหะไว้ให้พร้อมใช้ในกรณีขย้อน (Roach, 2001; Terrado, Russell, & Bowman, 2001)

4.5.2 เริ่มต้นจากอาหารที่มีความหนืดพอเหมาะที่ผู้ป่วยสามารถกลืนได้ดีที่สุด (Roach, 2001) และป้อนอาหารคำเล็กๆ เพียง ½-1 ช้อนชา โดยวางอาหารด้านที่ไม่มีอาการอ่อนแรง

บริเวณส่วนกลางลิ้น และไม่ควรป้อนลึกเกินไปเพราะจะทำให้สำลักได้ (JBI, 2000; Roach, 2001; Terrado, Russell, & Bowman, 2001)

4.5.3 ให้เวลาในการรับประทานอาหาร อย่างน้อย 30-45 นาที (Roach, 2001) เพราะความรีบเร่งจะทำให้อาหารค้างคั่งในช่องปากหรือหลอดคอ เกิดการสำลักได้ และหากใช้เวลาในการรับประทานนานถึง 45-60 นาที อาจลดจำนวนอาหารลงหรือเพิ่มมื้ออาหาร เป็น 4-6 มื้อต่อวัน เพื่อลดความเหนื่อยล้า (JBI, 2000; Terrado, Russell, & Bowman, 2001)

4.5.4 หลังรับประทานอาหาร ตรวจสอบว่ามีอาหารตกค้างในปากหรือไม่ ทำความสะอาดในช่องปาก และจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งภายหลังรับประทานอาหารต่อไปอีก อย่างน้อย 45 นาที (JBI, 2000; Roach, 2001)

4.6 การรับประทานยา หากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาเม็ดได้ ควรเลี้ยงไปใช้ยาน้ำแทน (Griffith & Tengnah, 2007; Nazarko, 2007) ไม่ควรบดยาเม็ดหรือแกะแคปซูลยาออกเพื่อละลายกับน้ำหรือผสมในอาหาร เนื่องจากยาบางตัวถูกเคลือบไว้เพื่อให้แตกสลายโดยน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร การบดยาอาจทำให้การออกฤทธิ์ของยาเปลี่ยนแปลงไป และอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในอัตราส่วนที่เร็วเกินไป ทำให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงขึ้นจนอาจเป็นพิษได้ (Griffith & Tengnah, 2007; Morris, 2006b; Nazarko, 2007)

5. ประสานความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพ (collaborative team approach) การจัดการกับอาการกลืนลำบากอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (JBI, 2000) โดยมีการสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอระหว่างทีมผู้ดูแล เพื่อการประเมินและการวินิจฉัยที่เหมาะสม ทันท่วงที ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการกลืนที่ถูกวิธี การดัดแปลงอาหารและการดูแลทางด้านโภชนาการเพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ (Terrado, Russell, & Bowman, 2001) โดยแต่ละทีมมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

5.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านการพูดและภาษา มีหน้าที่ในการประเมินและตรวจวินิจฉัยอาการกลืนลำบาก พร้อมทั้งแปลผลการประเมินทางคลินิก ให้คำแนะนำในการตรวจพิเศษต่างๆ ให้การรักษาหรือจัดการอาการกลืนลำบาก เช่น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อ ที่เกี่ยวข้องกับอาการกลืน การรับประทานอาหารดัดแปลง และการใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ โดยประสานความร่วมมือ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างใกล้ชิด (HSFO, 2006; Morris, 2006b) นอกจากนี้ยังให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบากแก่ครอบครัว ผู้ดูแล และทีมบุคลากร (HSFO, 2006)

5.2 โภชนาการ มีหน้าที่ในการติดตาม และประเมินตัวชี้วัดทางคลินิกที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ได้แก่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (biochemical indices) ซึ่งน้ำหนัก ติดตามผลการ

รับประทานอาหารและสารน้ำ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ ทั้งทางปาก ทางสายยางให้ อาหาร หรือทางหลอดเลือดดำ (HSFO, 2006) และดัดแปลงอาหารให้มีลักษณะ ความเข้มข้น และมีอุณหภูมิที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลืนได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดการขย้อนหรือสำลัก และ กระตุ้นการหลั่งน้ำลายของผู้ป่วยด้วย (Morris, 2006b)

5.3 อายุรแพทย์ มีหน้าที่ให้การรักษา ติดตามและจัดการภาวะทางเดินหายใจ การ ให้สารน้ำ มีคำสั่งให้การสืบค้นสาเหตุของการกลืนลำบาก (investigation) ปรีกษาเภสัชกร และ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพูดและภาษาเกี่ยวกับความต้องการให้อาหารทางสายยางหรือทางหลอดเลือดดำ และทบทวนคำแนะนำของทีมร่วมกับครอบครัวตามต้องการ (HSFO, 2006)

5.4 พยาบาล มีหน้าที่คัดกรองอาการกลืนลำบากในเบื้องต้นด้วยแบบคัดกรองที่ได้ มาตรฐาน (HSFO, 2006) ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการพูดและภาษาเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกลืน ลำบากได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ร่วมกับโภชนาการเพื่อการดัดแปลงอาหารและสารเหลวให้ เหมาะสมกับความบกพร่องด้านการกลืนของผู้ป่วยแต่ละราย (Nazarko, 2007) ดูแล และติดตามผล ขณะรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก และเพื่อให้ได้รับอาหารและสารเหลวอย่างเพียงพอ (Morris, 2006b; Terrado, Russell, & Bowman, 2001)

5.5 นักกิจกรรมบำบัด มีหน้าที่ในการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วย ตัวเองให้ได้มากที่สุด ได้แก่ การเตรียมอาหาร การรับประทานอาหาร โดยจัดเตรียมเครื่องมือหรือ อุปกรณ์ช่วย ได้แก่ ช้อน หรือแก้วที่มีด้ามจับขนาดใหญ่ รวมทั้งเตรียมกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการ รับประทาน เช่น การหุบจับช้อนเพื่อรับประทาน เป็นต้น (HSFO, 2006)

5.6 นักกายภาพบำบัด มีหน้าที่ฝึกให้ผู้ป่วยทรงตัวอยู่ในท่าที่เหมาะสมบนเตียงหรือ บนล้อเข็น เพื่อให้สามารถรับประทานอาหาร และกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย (HSFO, 2006)

5.7 ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกลืนลำบากมีความ สมบูรณ์มากขึ้น โดยต้องได้รับการสนับสนุน และได้รับการสอนเกี่ยวกับอาการกลืนลำบาก และ การจัดการอย่างปลอดภัยในระหว่างนอนโรงพยาบาล และภายหลังการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล (HSFO, 2006)

ดังนั้น การจะจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างได้ผล ต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นองค์รวม ตั้งแต่การคัดกรองอาการ การจัดการเมื่อสงสัยหรือมีอาการ กลืนลำบาก การติดตามภาวะโภชนาการ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการกลืนลำบาก และการดูแล ต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีแนวทางการดูแลที่มีมาตรฐาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลา ลดอัตราความเจ็บป่วย และ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจกับทุกๆฝ่าย โดยนำเอาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการ

อาการกลืนลำบาก มาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้นดังกล่าว

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยนักปฏิบัติทางคลินิกหรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง (Atkinson, 2008; NHMRC, 1998; ฟองคำ ติลลสกุลชัย, 2549) ดังนั้น แนวปฏิบัติทางคลินิกจึงต้องมีระบบในการพัฒนาความรู้ มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ ผ่านการบูรณาการตัดสินใจโดยผู้เชี่ยวชาญ และแนวปฏิบัติจะต้องมีความยืดหยุ่น เนื่องจากเป็นหลักการที่ชี้แนวทางเพื่อช่วยการตัดสินใจแก่บุคลากรสุขภาพในประเด็นที่เฉพาะเจาะจง (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)

ประเภทของแนวปฏิบัติทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในอดีต มักมาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญอาจเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล แต่ในปัจจุบันมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์มากขึ้น อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติทางคลินิก หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยมากยังไม่ได้พัฒนาขึ้นมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด (ฟองคำ ติลลสกุลชัย, 2549) จึงได้มีการแบ่งประเภทของแนวปฏิบัติทางคลินิก ตามแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติ หรือจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (New Zealand guideline group [NZGG], 2001) ดังนี้

1. แนวปฏิบัติที่ได้จากผลการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice guideline) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ หรือผู้รับบริการ ที่มีความเห็นว่าดีและเหมาะสมกับหน่วยงาน
2. แนวปฏิบัติที่เป็นขั้นตอนการปฏิบัติ (protocol) ระบุทิศทางชัดเจน พัฒนาขึ้นใช้ในหน่วยงาน เพื่อลดความหลากหลายในการปฏิบัติ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มมีการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด และการช่วยฟื้นคืนชีพในภาวะฉุกเฉิน เป็นต้น
3. แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากการประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น (consensus based guideline) เป็นแนวปฏิบัติที่ได้จากข้อตกลงร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ

4. แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence based guideline) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากการทบทวนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ และมีขั้นตอนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีการวิเคราะห์ถึงประโยชน์และความเสี่ยง

5. แนวปฏิบัติที่พัฒนา ขึ้นมา จากฐานความรู้เชิงประจักษ์ และมีการวิเคราะห์ถึงประโยชน์ ความเสี่ยง และความคุ้มค่าคุ้มทุนของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (explicit evidence based guideline)

แนวปฏิบัติทางคลินิกมีหลายประเภท ตามความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้ในการจัดทำแนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติในการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวปฏิบัติ ที่พัฒนามาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ ซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ช่วยให้การดูแลสุขภาพมีแนวทางที่ชัดเจน มีมาตรฐาน ลดความหลากหลายของการปฏิบัติ (พองคำ ตีลกสกุลชัย, 2549) ยังประโยชน์แก่ผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และองค์กร ดังนี้

1. ประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ ทำให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และอัตราการเสียชีวิตลดลง ทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)

2. ประโยชน์ต่อผู้ให้บริการ หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (พองคำ ตีลกสกุลชัย, 2549) ได้แก่

2.1 ช่วยให้การตัดสินใจทางคลินิกง่ายขึ้น โดยมีหลักฐานสนับสนุนชัดเจน

2.2 ทำให้การปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพมีมาตรฐาน ลดความหลากหลายในการปฏิบัติซึ่งอาจเกิดจากความหลากหลายในการตัดสินใจทางคลินิก ความหลากหลายของมาตรฐานและงานประจำ ความหลากหลายของแหล่งทรัพยากร และขาดการตกลงร่วมกันในการดูแลรักษา

2.3 ทำให้แยกความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพแต่ละฝ่ายได้ชัดเจนขึ้น

2.4 กระตุ้นให้มีการพูดคุย อภิปรายเพื่อมองหาสิ่งใหม่ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมความร่วมมือ และการประสานงานในทีมสหสาขาของผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ

2.5 ช่วยให้นักปฏิบัติทางคลินิกสามารถประยุกต์ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ ร่วมกับศิลปการดูแลในการบริหารด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการ

2.6 ทำให้มีมาตรฐานเพื่อสอนผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลที่ดีที่สุดในปัจจุบัน

2.7 ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติ

3. ประโยชน์ต่อองค์กรหรือหน่วยงาน (พองคำ ตีลกสกุลชัย, 2549) ได้แก่

3.1 ทำให้การบริการมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2 ทำให้มีมาตรฐานบริการที่มีหลักฐานสนับสนุนเด่นชัด และแพร่หลายมากขึ้น

3.3 ทำให้มีกรอบในการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น

3.4 ใช้เป็นเครื่องมือของการประเมินคุณภาพจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ

ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยลดความหลากหลายของการปฏิบัติ ช่วยให้นักการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

หลักพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกอาจมีขั้นตอนที่แตกต่างกันไปตามลักษณะ หรือเรื่องที่ทำ (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) แต่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีมาตรฐานจะต้องประกอบด้วยหลักสำคัญดังต่อไปนี้ (NHMRC, 1998)

1. กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ต้องมีเป้าหมายหลักอยู่ที่ผลลัพธ์ของการบริการ (outcome)

2. แนวปฏิบัติทางคลินิกต้องมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด ในขณะที่นั้น และมีการระบุความน่าเชื่อถือของข้อแนะนำ (strength of recommendation)

3. การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ต้องผ่านการตัดสินใจของผู้มีประสบการณ์ และมีความเชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอแนะทางคลินิกที่ดีที่สุด

4. กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกควรมาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ใช้บริการด้วย

5. แนวปฏิบัติทางคลินิกควรมีความยืดหยุ่น เปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ และสามารถประยุกต์ใช้ได้หลายหน่วยงาน
6. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรคำนึงถึงความคุ้มค่าคุ้มทุน การใช้ทรัพยากร และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำ
7. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาแล้ว ต้องมีการเผยแพร่และนำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมาย อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างความตระหนักในผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้อย่างต่อเนื่อง
8. ควรมีการติดตามประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และประเมินผลลัพธ์ ที่ได้อย่างต่อเนื่อง
9. ควรมีการทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ปัจจุบันองค์กรด้านสุขภาพหลายองค์กร ได้อธิบายวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ทั้งในระดับชาติและสมาคมบริการสุขภาพเฉพาะทาง เช่น สภาวิจัยด้านการแพทย์และ สุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) สถาบันความเป็นเลิศทางคลินิกแห่งชาติ (National Institute for Clinical Excellence [NICE]) เครือข่ายผู้จัดทำแนวปฏิบัติของชาวสกอตต์ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN]) และสมาคมพยาบาล วิชาชีพแห่งออนตาริโอ (Registered Nurse Association of Ontario [RNAO]) ซึ่งมีความแตกต่างกันในรายละเอียดบาง ขั้นตอน แต่มีหลักการสำคัญคล้ายๆ กัน เช่น กำหนดความต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติจากปัญหาทางคลินิก มีการก่อตั้งทีมพัฒนาจากสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย สืบค้น และประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ และยกร่างแนวปฏิบัติ การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศ ออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) มาเป็นกรอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการ อากาศกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ เนื่องจากมีความครอบคลุมรายละเอียดที่ควรปฏิบัติในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทาง คลินิก ซึ่งประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการระบุปัญหา ความ ต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก การเลือกปัญหาควรพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยที่ควรได้รับการปรับปรุงคุณภาพ และจำเป็น ต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติขึ้นใหม่โดยอาจเป็น

ปัญหาที่พบบ่อย (high volume) มีความเสี่ยงสูง (high risk) สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลอย่างมาก (high cost) หรือมีความหลากหลายในการปฏิบัติ (high variation) และอาจส่งผลกระทบต่อผลารรักษา และคุณภาพการบริการได้

2. กำหนดทีม สหสาขาวิชาชีพในการ พัฒนาแนวปฏิบัติ โดยต้องเป็นทีม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกที่จัดทำขึ้น เพื่อความสมบูรณ์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่มาจากความคิดที่หลากหลาย และสามารถใช้ได้ในช่วงกว้าง

3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติโดยพิจารณาถึงอุบัติการณ์และสถานการณ์ของปัญหาทางคลินิกที่ต้องการปรับปรุงคุณภาพ บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการ สถานที่ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และการประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งมาตรฐานการกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแต่ละประเด็นปัญหาจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของปัญหาทางคลินิกนั้นๆ

4. กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดคาดว่าจะเป็ผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำแนวปฏิบัติมาใช้ และเป็นวิธีการดูแลรักษาที่ดีที่สุด ในสถานการณ์ปัจจุบัน อาจจะเป็นเป้าหมายในระยะสั้น หรือระยะยาวก็ได้

5. ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ เพื่อหาหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุงคุณภาพการบริการ และวิเคราะห์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน เพื่อประกอบการตัดสินใจให้ชัดเจน โดยไม่มีการลำเอียง และมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ดีที่สุด ดังนี้

5.1 ประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ โดยใช้เครื่องมือ ในการประเมินคุณค่าของหลักฐาน(critical appraisal tools) ของสถาบัน โจแอนนาบริกส์(Pearson, Field, & Jordan, 2007) โดยประเมินตามประเภทของหลักฐาน เช่น การศึกษาแบบทดลอง (experimental studies) การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (cohort studies) รายงานกรณีศึกษาที่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มที่เกิดผลลัพธ์แล้วกับกลุ่มที่ไม่ได้เกิดผลลัพธ์กับวิธีการที่ผู้วิจัยสนใจ โดยมีกลุ่มควบคุม (case controlled) การศึกษาเชิงพรรณนาหรือการศึกษาเปรียบเทียบ (descriptive/correlational studies) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ความคิดเห็น บทความ และคำ(narrative, opinion, textual) เป็นต้น

5.2 วิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่ค้นมาได้ โดยคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และขอบเขตของการจัดการที่กำหนดไว้ มีข้อเสนอแนะที่ชัดเจน สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการในหน่วยงานได้ มีระเบียบวิธีวิจัยถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีแหล่งที่มาชัดเจน แล้วจึงประเมิน

คุณค่าของหลักฐานที่คัดเลือกไว้ตามประเภทของหลักฐาน โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนา บริกส์ (JBI, 2008) ประกอบด้วย

5.2.1 จัดระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (levels of evidence) ดังนี้

ระดับ 1 เป็นหลักฐานที่ได้จาก การทบทวนงานวิจัยหลายงานวิจัยที่ คล้ายคลึงกันหรือปัญหาวิจัยเดียวกันของงานวิจัยที่มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (randomized control trial [RCT]) หรือมีอย่างน้อย 1งานวิจัยที่เป็นการวิจัย แบบทดลองขนาดใหญ่ที่มีช่วงความเชื่อมั่นที่แคบ

ระดับ 2 เป็นหลักฐานอ้างอิงมาจาก อย่างน้อย 1งานวิจัยที่เป็นการวิจัย แบบทดลองขนาดเล็ก และมีช่วงเวลาของความเชื่อมั่นที่กว้าง หรือการวิจัยกึ่งทดลอง ที่มีกลุ่ม เปรียบเทียบ ไม่มีกลุ่มควบคุม ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม

ระดับ 3a เป็นหลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาเปรียบเทียบแบบติดตาม ไปข้างหน้าที่มีกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มงานวิจัย (cohort studies with control group)

ระดับ 3b เป็น หลักฐานอ้างอิงมาจาก การรายงานกรณีศึกษาที่เป็น การศึกษาเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มที่เกิดผลลัพธ์แล้วกับกลุ่มที่ไม่ได้เกิดผลลัพธ์กับวิธีการที่ผู้วิจัย สนใจ โดยมีกลุ่มควบคุม(case controlled)

ระดับ 3c เป็นหลักฐานอ้างอิงมาจาก การการศึกษาโดยการสังเกตสิ่งที เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ที่ไม่มีกลุ่มควบคุมจากกลุ่มงานวิจัย(observational studies without control groups)

ระดับ 4 เป็นหลักฐานที่ได้จาก ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือฉันทมติ ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ หรือการวิจัยด้านสรีรวิทยาในห้องปฏิบัติการ (expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or consensus)

5.2.2 จัดระดับของข้อเสนอแนะจากหลักฐานที่ได้ไปสู่การปฏิบัติทางคลินิก (grades of recommendation) ดังนี้

ระดับ A เป็นข้อเสนอแนะที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความ เหมาะสม มีความหมายในการนำไปปฏิบัติและมีประสิทธิผลดีมากสมควรนำไปปฏิบัติมาก

ระดับ B เป็นข้อเสนอแนะที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความ เหมาะสม มีความหมายในการนำไปปฏิบัติและมีประสิทธิผลปานกลางต้องพิจารณาในการนำไป ปฏิบัติ

ระดับ C เป็นข้อเสนอแนะที่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ไม่มีความเหมาะสม ไม่มีความหมายในทางคลินิกและไม่มีประสิทธิผลในการนำไปปฏิบัติ

6. ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรมีความชัดเจน กะทัดรัด และเป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุด ในขณะที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้ ร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกควรประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ข้อมูลของคณะกรรมการพัฒนา กลุ่มประชากรเป้าหมาย หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ผลประโยชน์และผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายของแนวปฏิบัติทางคลินิก ความต้องการเฉพาะในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และมีการกำหนดเนื้อหาสาระสำคัญก่อนทำการยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อให้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับมาตรฐาน และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

7. จัดทำแผนการเผยแพร่ และแผนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ควรใช้วิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและลักษณะของแต่ละหน่วยงานที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิก ไปใช้ โดย พิจารณาแรงจูงใจ ความรู้สึกมีส่วนร่วมหรือเป็นเจ้าของ การใช้กระบวนการศึกษาในกลุ่มต่างๆขององค์กร เช่น ทีมดูแลสุขภาพ (patient care team [PCT]) ซึ่งการวางแผนในแต่ละขั้นตอน ได้แก่

7.1 แผนการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก มีวิธีการในการเผยแพร่ให้เกิดประสิทธิภาพ โดยการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างเพียงพอเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และมีกลยุทธ์ในการประชาสัมพันธ์ที่ดี

7.1 แผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะใช้ความคิดเห็น หรือการตรวจเยี่ยมของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของผู้ปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น การส่งเสริมการอบรมความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก และ การใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ส่งเสริมการเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย เป็นต้น

8. จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ให้

8.1 แผนการประเมินผลของแนวปฏิบัติทางคลินิก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ หลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงในระยะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก นอกจากนี้ต้องประเมินเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และควรมีรายละเอียดเกี่ยวกับ ความง่าย ความชัดเจน การยอมรับในรายละเอียด ความตรงประเด็นกับปัญหา และความพึงพอใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก

8.2 แผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยทั่วไปควรปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกทุก 3-5 ปี ควรระบุเกี่ยวกับประสบการณ์ในการปฏิบัติและข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

ทางคลินิกในปัจจุบัน ควรมีการร่วมมือกันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยควรระบุวัน เวลา ที่แนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับการพัฒนาและวันเวลาที่แนวปฏิบัติควรได้รับการปรับปรุงใหม่ไว้ด้วย

9. จัดทำรายงานรูปเล่มแนวปฏิบัติทางคลินิก การจัดทำรายงานรูปเล่มแนวปฏิบัติ ทางคลินิกควรมีความชัดเจน สั้น กระชับ และได้ใจความ โดยอาจมีรูปแบบที่แตกต่างกันตามความเหมาะสม เช่น รูปแบบเป็นความเรียงร้อยแก้ว หรือลักษณะเป็นขั้นตอน และควรมีความสม่ำเสมอในการใช้คำศัพท์และสัญลักษณ์ เพื่อง่ายต่อการเข้าใจและปฏิบัติตามในส่วนเนื้อหาที่สำคัญ หรือส่วนที่อาจมีการเข้าใจผิดควรมีการอธิบายให้ชัดเจน

10. จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วยองค์การที่ให้การสนับสนุนในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้เสนอ ผู้อนุญาต หรือรับรองแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ คณะกรรมการพัฒนา ขั้นตอนการพัฒนา การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ การเลือกหลักฐาน การให้ข้อเสนอแนะ ระบุทรัพยากร สิ่งอำนวยความสะดวก หรือการฝึกอบรมที่จำเป็นต้องใช้ในการนำไปสู่การปฏิบัติ อธิบายกระบวนการทดสอบแนวปฏิบัติในกลุ่มผู้ทดลองใช้ ระบุขั้นตอนการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ และจัดทำบรรณานุกรมของหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

11. ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก แนวปฏิบัติทางคลินิกควรได้รับการตรวจสอบอย่างละเอียดเกี่ยวกับเนื้อหา ความเหมาะสม ความยืดหยุ่น และความชัดเจนของแนวปฏิบัติ โดยกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจประกอบด้วย บุคลากร สถาบันทางสุขภาพและองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในรูปแบบนี้เป็นการพัฒนาซึ่งมีกระบวนการร่วมกันตัดสินใจผู้ที่เกี่ยวข้องอาจไม่เห็นด้วยตามคำแนะนำของรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกนำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุง หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปทดลองใช้

12. ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันพิจารณาตัดสินใจ ข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติทางคลินิกที่จัดทำขึ้นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ให้การดูแลสุขภาพ ผู้ใช้บริการ หรือผู้บริหารองค์กร เป็นต้น ซึ่งการปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอาจทำในรูปของประชาพิจารณ์ หรือการเสวนา และหลังจากนั้นคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสรุปผลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ และนำไปปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

จากปัญหาคลื่นลำบากรที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดปัญหาในการรับประทานอาหาร เช่น ลำลัก ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย และส่งผลให้เกิด

ปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะทุโภชนาการ เกิดแผลกดทับ และติดเชื้อง่าย ซึ่งการจัดการกับอาการกลืนลำบาก ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ยังไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่การคัดกรองอาการกลืนลำบาก การจัดการอาการกลืนลำบาก การให้ความรู้ และการดูแลต่อเนื่อง จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC) เพื่อให้การดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกันตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด ส่งเสริมให้มีการให้บริการที่มีคุณภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุในทีมสุขภาพให้บริการที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้ใช้บริการปลอดภัย และมีความพึงพอใจ

The logo of Chiang Mai University is a circular emblem. In the center is a detailed illustration of an elephant standing and facing left. Above the elephant's head is a traditional Thai umbrella (parasol). The entire emblem is enclosed within a circular border. The Thai text 'มหาวิทยาลัยเชียงใหม่' is written along the top inner edge of the circle, and 'CHIANG MAI UNIVERSITY 1964' is written along the bottom inner edge. There are decorative floral motifs on either side of the elephant.

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการศึกษา

อาการกลืนลำบาก เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม อาจก่อให้เกิดผลกระทบตามมา ได้แก่ ปอดอักเสบจากการสำลัก การขาดน้ำ ขาดสารอาหาร และเกิดภาวะทุโภชนาการ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความจำเป็น เพื่อบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลในการจัดการอาการกลืนลำบากได้อย่างครอบคลุม มีการสื่อสารที่ตรงกัน มีการปฏิบัติพยาบาลไปในแนวทางเดียวกันซึ่งจะเกิดความต่อเนื่องของการดูแล และให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอ้างอิงแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ของสถาบันการพัฒนาศาสตร์ทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดประเด็น ปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และกำหนดขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) คัดเลือกและแต่งตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 3) กำหนดวัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 5) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) ยกร่างหรือการสังเคราะห์แนวปฏิบัติทางคลินิก 7) จัดทำแผนการเผยแพร่และแผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 8) จัดทำแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไข 9) จัดทำรายงานรูปเล่มของแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับยกร่าง 10) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 11) ประเมินเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผู้เชี่ยวชาญ และนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 12) ปรีกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วม ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก