

Topic Review

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก และการดูแลสุขภาพช่องปาก

โคมพิไล นันทรักษา, จิราวรรณ พรหมมี

งานบริการพยาบาลแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ภาวะกลืนลำบากพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย หากพยาบาลมีความรู้และสามารถจัดการภาวะกลืนลำบากได้อย่างเหมาะสม จะสามารถป้องกันการเกิดการสำลัก และการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ โดยเฉพาะภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสำคัญ

ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia or swallowing difficulty) หมายถึง ความผิดปกติหรือความยากลำบากในการรับประทานอาหาร เคี้ยวลำบาก มีอาการกลืนติด กลืนไม่สะดวกตั้งแต่ปากจนถึงกระเพาะอาหาร ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุจากความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 ทำให้ระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องกับการกลืนทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเคี้ยว การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อปากและใบหน้า รวมทั้ง reflex ของการกลืนที่ลดลง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาภาวะกลืนลำบากพบมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิต ร้อยละ 50 หายได้เองภายใน 7 วัน มีเพียงร้อยละ 11-13 เท่านั้นที่จะมีภาวะกลืนลำบากถึง 6 เดือน ส่งผลเสียต่างๆ เช่น การสำลักในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากพบมากถึงร้อยละ 40 และเกิดปอดอักเสบถึง 3 เท่า โดยผู้ป่วยที่มีการสำลักมีโอกาสเกิดปอดอักเสบได้มากกว่า 11-20 เท่า และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ร้อยละ 16-33 ส่งผลให้ต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นถึงร้อยละ 35 หรือเป็น 3 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีปอดอักเสบ ซึ่งภาวะปอดอักเสบจากการสำลักพบเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก เนื่องจากดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น หากพยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหากลืนลำบากจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม สามารถกลืนได้อย่างปลอดภัย

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) ภาวะกลืนลำบากในระยะช่องปากถึงคอหอย (oropharyngeal dysphagia) ความยากลำบากในการเริ่มต้นการกลืนจากช่องปากเข้าสู่หลอดอาหาร มักจะมีอาการไอหรือสำลักของเหลว ทำให้เสียงแหบหรือ เสียงน้ำในลำคอหรือ น้ำลายไหล (drool) เกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณของกล่องเสียง

2) ภาวะกลืนลำบากในระยะหลอดอาหาร (esophageal dysphagia) มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (chest pain) แสบร้อนบริเวณทรวงอก (heartburn) รู้สึกกลืนติดบริเวณหน้าอก หูรูดหลอดอาหารอ่อนแรง ทำให้เกิดการไหลย้อนอาหารเข้าสู่กล่องเสียงได้

3) ภาวะกลืนลำบากชนิดไม่แสดงอาการ หรือการสำลักแบบแฝง (silent aspiration) คือ การรับสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ทางเดินหายใจโดยไม่แสดงอาการ จากการทำ videofluoroscopy (VF) เป็น gold standard ในการประเมินการกลืนพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเกิดสำลักแบบแฝงร้อยละ 2 ถึง 25

สาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะกลืนลำบาก มีหลายปัจจัยดังนี้

1) อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความเสื่อมของอวัยวะในช่องปากและคอหอย ต่อม้ำลายสร้างน้ำลายลดลง ทำให้คอแห้ง ขากรรไกรเสื่อม กล้ามเนื้อลิ้นเล็กถูกแทนที่ด้วยพังผืด และเนื้อเยื่อไขมัน กล้ามเนื้อในการเคี้ยวเสื่อมทำให้ใช้เวลาในการเคี้ยว การกลืนนานขึ้น แรงกลืนของกล้ามเนื้อกลืนลดลง แรงบีบน้ำและอาหารของคอหอยลดลง ทำให้กลืนติด นอกจากนี้ยังพบว่าความกว้างของหลอดอาหารลดลง ผู้สูงอายุจึงกลืนลำบากและเสียงต่อการสำลักได้มากกว่า

2) ระดับความรู้สึกตัว ถ้าผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำจะใช้เวลาในการเคี้ยวมากกว่าปกติมาก หรืออาจจะกลืนไม่ได้เลย และ ไม่สามารถกลืนได้ตามคำแนะนำ

3) ระดับคะแนน The National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) พบว่าค่าคะแนน NIHSS มากกว่าหรือเท่ากับ 12 มีความสัมพันธ์กับภาวะกลืนลำบากอย่างมีนัยสำคัญ ค่า sensitive (88%) และ specific (85%)

4) ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีผลต่อการกลืนและการสร้างน้ำลาย ได้แก่ ยากลุ่มต้านภูมิแพ้ ยาขับเสมหะ ยาขับปัสสาวะ ยารักษาโรคพาร์คินสัน ยากดประสาทและยารักษาโรคจิต ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนลดลง น้ำลายแห้ง คอแห้งทำให้กลืนลำบากมากขึ้น

5. รีเฟล็กซ์การกลืน (gag reflex) บกพร่องเกิดการสำลักมากกว่า 19.8 เท่า

6) ประวัติโรคร่วม เช่น โรคพาร์กินสัน โรคสมองเสื่อม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ

7) ผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณ brain stem พบว่าเกิดภาวะกลืนลำบากมากกว่า 2.12 เท่าของผู้ป่วยที่เกิดรอยโรคบริเวณอื่นๆ

ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกลืนลำบาก ทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย มีดังนี้

1.1 การสำลัก (aspiration) และปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากจะเกิดการสำลักได้ถึงร้อยละ 40 และเกิดปอดอักเสบถึง 3 เท่า โดยผู้ป่วยที่มีการสำลักมีโอกาสเกิดปอดอักเสบได้มากกว่า 11-20 เท่า และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ร้อยละ 16-33 ส่งผลให้ต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นถึงร้อยละ 35 หรือเป็น 3 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ปอดอักเสบ

1.2 ภาวะขาดน้ำและทุพโภชนาการ เกิดภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 8 ถึง 34 ไม่สามารถดื่มน้ำได้อย่างปลอดภัยจึงทำให้ขาดน้ำได้ ภาวะขาดสารอาหารมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มจำนวนวันนอน และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น แผลกดทับ การพลัดตก หกล้ม ซึ่พจรเต้นเร็ว และภาวะติดเชื้อ เป็นต้น

2. **ด้านจิตใจ** ต้องพึ่งพาผู้อื่นในดูแลป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ขณะรับประทานอาหารจากการควบคุมอาหารในปากไม่ได้ มีน้ำลายไหล ออกจากปาก ไอบขณะรับประทานอาหาร ใช้เวลาในการรับประทานอาหารนานกว่าบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ถอยหนีจากสังคม แยกตัว หงุดหงิด ก้าวร้าว หมดหวัง โกรธง่าย การเปลี่ยนแปลงทางอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์

3. **ด้านเศรษฐกิจและครอบครัว** ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกลืนลำบาก ทำให้เสียเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพื่อให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือด บางรายต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และเจาะคอ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และยังส่งผลต่อผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการเตรียมอาหารและอุปกรณ์ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะรับประทานอาหาร ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัว มีเวลาพักผ่อนน้อยลง เกิดความวิตกกังวลและเครียด ต้องรับผิดชอบภาระต่างๆ มากขึ้น และต้องเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้เกิดความกดดัน ท้อแท้ และหมดกำลังใจได้

บทบาทพยาบาลในการจัดการภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากมีกิจกรรมการตั้งแต่กระบวนการรับใหม่จำหน่ายมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก จากการศึกษาของ Hines พบการคัดกรองภาวะกลืนลำบากภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังเข้ารับการรักษา จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดการล้ม และการเกิดปอดอักเสบได้ถึงสามเท่า อย่างไรก็ตามพยาบาลควรคัดกรองภาวะกลืนลำบากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันทุกรายก่อนดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารมื้อแรก เพื่อป้องกันการล้ม ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัยจากการล้ม เช่น ในรายที่มีภาวะกลืนลำบากควรงดน้ำและอาหาร รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดหรือให้อาหารทางสายยาง และส่งแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูต่อไป

การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1. การเตรียมความพร้อมก่อนคัดกรองภาวะกลืนลำบาก 2. การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก และ 3. การประเมินการกลืนด้วยน้ำ (water swallowing test) มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนคัดกรองภาวะกลืนลำบาก

- 1) เมื่อแรกรับผู้ป่วย แนะนำผู้ป่วยหรือญาติ ให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดก่อนคัดกรองภาวะกลืนลำบาก
- 2) ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ว่าอนุญาตให้ดื่มน้ำและอาหาร ยกเว้นยาหรือผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ ถ้าแพทย์อนุญาตเตรียมการคัดกรองก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำมื้อแรก ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษา
- 3) เตรียมอุปกรณ์ ดังนี้ น้ำ แก้ว ไม้กดลิ้น ไม้พันสำลี syringe 10 มิลลิลิตรหรือช้อนชา
- 4) พยาบาลผู้คัดกรองภาวะกลืนลำบากสวมผ้าปิดปาก ปิดจมูก
- 5) แจ้งทีมให้ติดป้ายงดน้ำและอาหารที่หัวเตียงผู้ป่วย



ภาพที่ 1 อุปกรณ์ในการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก



ภาพที่ 2 การจัดทำผู้ป่วย



ภาพที่ 3 การประเมินปฏิกิริยาช็อกอน



ภาพที่ 4 ขั้นตอนการทดสอบการกลืนด้วยน้ำ

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการคัดกรองภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 มีวิธีการดังนี้

1. อธิบายให้ผู้ป่วย หรือญาติ ทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีการคัดกรองภาวะกลืน
 ลำบาก

2. จัดท่านั่ง ตัวตรง 90 องศา

3. ดูแลทำความสะอาดช่องปากก่อนคัดกรอง

4. ดำเนินคัดกรองภาวะกลืนลำบากดังนี้

1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ Glass Glow Coma Scale (GCS)

2) ประเมินการหายใจ สังเกตดูว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองไม่มีอาการ
 หอบเหนื่อยหรือเสียงหายใจผิดปกติ

3) ประเมินความสามารถในการทรงตัวโดยต้องนั่งตัวตรง 90 องศา

4) ประเมินคุณภาพเสียงที่เปลี่ยนแปลง โดยให้ผู้ป่วยร้อง “อา” แล้วตรวจสอบว่ามีเสียงปกติหรือผิดปกติ เช่น เสียงแหบ เสียงพร่า ออกเสียงลำบาก หรือ เหมือนมีเสียงน้ำในลำคอ
 ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับการพูด จากกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการใช้
 ลิ้น ริมฝีปาก และกล่องเสียงได้ ลักษณะปัญหาการพูดและการใช้เสียง เป็นข้อมูลที่บอกถึงการกลืน
 ได้ โดยการสำลักอาหารออกทางจมูก

5) ประเมินการไอ โดยให้ผู้ป่วยไอ สังเกตดูว่าผู้ป่วยไอแรงดี ไม่มีเสียงพร่า ถ้าผู้
 ป่วยไอได้แสดงว่ามีรีเฟล็กซ์การไอ ซึ่งสำคัญ เพราะเป็นสิ่งป้องกันไม่ให้น้ำหรืออาหารผ่านเข้าไป
 ในหลอดลม จากการที่เพดานอ่อนปิดไม่สนิท ถ้าผู้ป่วยไม่ไอ อาจมีการสำลัก มีเสมหะในปาก และ
 ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้

6) ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวน้ำของลิ้น โดยให้ผู้ป่วยแลบลิ้นออก
 มาและเคลื่อนไหวลิ้นรอบปาก แต่ริมฝีปากบนล่าง

7 ประเมิน swallowing reflex โดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย สังเกตการเคลื่อนไหวของกล่องเสียง วางนิ้วบนกล่องเสียงของผู้ป่วยตรงต่อมไทรอยด์ (thyroid notch) ผู้ป่วยจะมีการใช้รีเฟล็กซ์การกลืน ซึ่งต่อมไทรอยด์จะเคลื่อนขึ้นตามการกลืน

8 ประเมิน gag reflex โดยให้ผู้ผู้ป่วยอ้าปากให้เห็นคอหอย ใช้ไม้กดลิ้นบริเวณโคนลิ้นสังเกตุว่าผู้ป่วยมีการขย้อนหรือไม่ การประเมินปฏิกิริยาขย้อนเพียงอย่างเดียว มีความน่าเชื่อถือน้อย เพราะอาจพบผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะกลืนลำบาก และไม่พบปฏิกิริยาขย้อนได้เช่นกัน ดังนั้นจึงควรประเมินอาการทางคลินิกอื่นๆ ร่วมด้วย

หากมีอาการผิดปกติ อย่างน้อย 1 ข้อ ให้หยุดการประเมินและปฏิบัติดังนี้

1. แจ้งผู้ป่วยและญาติให้ดื่มน้ำและอาหารทางปากชั่วคราว
2. รายงานแพทย์พิจารณาให้สารน้ำและอาหารต่อ
3. แจ้งทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อประเมินการกลืนซ้ำ หากไม่มีอาการผิดปกติ

ให้ทดสอบการกลืนด้วยน้ำต่อ


ระยะที่ 3 ขั้นตอนการทดสอบการกลืนด้วยน้ำ (water swallowing test)

ก่อนทดสอบ จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงและศีรษะตรง 90 องศา และผู้ป่วยต้องรู้สึกตัวดี อย่างน้อย 15 นาที

ทดสอบการจิบน้ำ 5 มิลลิลิตร 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งสังเกตอาการผิดปกติ

ทดสอบการดื่มน้ำ โดยผู้ป่วยดื่มน้ำครึ่งแก้วหรือประมาณ 50 มิลลิลิตร หลังดื่มน้ำ 1 นาที สังเกตอาการผิดปกติ

หากพบอาการผิดปกติ ได้แก่ ไม่สามารถกลืนน้ำได้ ไอ/สำลัก มีน้ำไหลออกจากปาก หายใจไม่สะดวก หายใจช้าลง O₂ saturation ลดลง 2 % และให้ผู้ผู้ป่วยร้อง “อา” ประเมินว่ามีเสียงน้ำในลำคอหรือไม่ เหตุผลอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยกลืนน้ำไม่ปลอดภัยให้หยุดการประเมิน ดื่มน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด พร้อมรายงานแพทย์พิจารณาให้สารน้ำและอาหารต่อ และแจ้งทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อประเมินการกลืนซ้ำ ดังตัวอย่างแบบประเมินการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังต่อไปนี้

	SRINAGARIND HOSPITAL FACULTY OF MEDICINE KHONKAEN UNIVAERSITY	หอผู้ป่วย..... AN.....HN..... ชื่อผู้ป่วย..... เพศ..... อายุ.....ปี
---	--	--

แบบประเมินการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ใช้ประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนรับประทานอาหาร/น้ำทางปากครั้งแรก หรือเมื่อมีอาการดีขึ้น/ แยก ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองภาวะกลืนลำบาก และขั้นตอนที่ 2 การทดสอบการกลืนด้วยน้ำ (Water swallowing test)

หัวข้อคัดกรอง	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. ระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale (GCS) > 11 ใช่หรือไม่				
2. ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบหรือเสียงหายใจผิดปกติ O2 saturation \geq 94%				
3. หลังจากจัดทำโดยมีหรือไม่มีอุปกรณ์พุง ผู้ป่วยสามารถนั่งทรงตัว 90 องศาได้ ใช่หรือไม่				
4. เมื่อให้ผู้ป่วยร้อง "อา" ได้ยินเสียงชัดเจน ไม่มีเสียงแหบ เสียงพ่น ออกเสียงลำบาก หรือ เหมือนมีเสียงน้ำในลำคอ ใช่หรือไม่				
5. ผู้ป่วยสามารถไอได้แรงดี ไม่มีเสียงเบาหรือพ่น ใช่หรือไม่				
6. เมื่อทดสอบให้ผู้ป่วยแลบลิ้น สามารถเคลื่อนไหวลิ้นได้รอบปาก สามารถแตะริมฝีปากซ้าย-ขวา บน-ล่างได้ ใช่หรือไม่				
7. เมื่อทดสอบให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย มีการเคลื่อนไหวของกระดูกไทรอยด์ขึ้นลง ใช่หรือไม่				
8. เมื่อทดสอบ Gag reflex ผู้ป่วยมีการขย้อน ใช่หรือไม่				
ลงชื่อผู้คัดกรอง				

ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองภาวะกลืนลำบาก กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตามข้อความต่อไปนี้

ผลการคัดกรอง

ถ้าหากตอบ "ไม่ใช่" ในข้อใดข้อหนึ่ง ให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด และรายงานแพทย์ให้พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือด หรือให้อาหารทางสายยาง และพิจารณาส่งปรึกษาทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบการกลืนด้วยน้ำ (water swallowing screen) กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามผลการทดสอบดังต่อไปนี้ (รายละเอียดอยู่ด้านหลัง)

*** ก่อนทดสอบ ผู้ป่วยต้องตื่นตัวอย่างน้อย 15 นาที และหลังจากจัดทำสามารถนั่งตัวตรงและศีรษะตรง 90 องศา

การทดสอบการกลืนด้วยน้ำ	ครั้งที่ 1 วัน ที่.....		ครั้งที่ 2 วัน ที่.....	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน
1. ทดสอบการจิบน้ำ 5 มิลลิลิตรหรือ 1 ช้อนชา จำนวน 3 ครั้ง				
ครั้งที่ 1				
ครั้งที่ 2				
ครั้งที่ 3				
2. ทดสอบการดื่มน้ำ ให้ดื่มน้ำครึ่งแก้ว หรือ ประมาณ 50 มิลลิลิตร (สามารถพักได้ขณะดื่มน้ำได้)				

หมายเหตุ ผ่าน คือ ไม่พบอาการหรือมีปัญหาขณะและหลังทดสอบ

ไม่ผ่าน คือ มีอาการหรือพบปัญหา ดังนี้ ไม่สามารถกลืนน้ำได้ มีอาการไอ/สำลัก น้ำไหลออกจากปาก มีเสียงน้ำในลำคอ หายใจไม่สะดวก หายใจเร็ว

O2 Sat < 94% ออกซิเจนลดลง ≥ 2% หรือ เหตุผลอื่นที่ทำให้รู้สึกว่าผู้ป่วยไม่มีความปลอดภัยในการกลืน

การแปลผล

ถ้าหากทดสอบ “ไม่ผ่าน” ในข้อใดข้อหนึ่ง หยุดประเมิน และให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด และรายงานแพทย์ให้พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือด หรือให้อาหารทางสายยาง และพิจารณาส่งปรึกษาทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

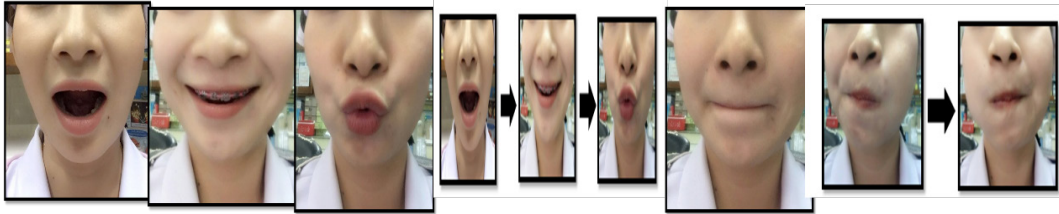
ถ้าหากทดสอบ “ผ่าน” ทุกข้อ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ จัดทำให้ผู้ปวยนั่งตัวตรงขณะรับประทานอาหาร มีอาหารถัดไปประเมินซ้ำด้วยการดื่มน้ำจากแก้ว และ สังเกต/ ประเมินขณะรับประทานอาหารทุกมื้ออาหาร

สรุปผลการประเมิน

ครั้งที่ 1 ไม่มีกลืนลำบาก มีกลืนลำบาก ลงชื่อผู้ประเมิน.....
 ครั้งที่ 2 ไม่มีกลืนลำบาก มีกลืนลำบาก ลงชื่อผู้ประเมิน.....

2. การสอนและสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อเนื้อช่วยกลืน การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน คือ ริมฝีปาก แก้ม ลิ้น และขากรรไกร มีรายละเอียดดังนี้

1) การบริหารกล้ามเนื้อเนื้อช่วยกลืน โดยสอนและสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืนแก่ผู้ป่วยและญาติ คือ ริมฝีปาก แก้ม ลิ้น และขากรรไกร โดยให้ผู้ป่วยบริหารอย่างน้อย 10 นาที



ท่าที่ 1	ท่าที่ 2	ท่าที่ 3	ท่าที่ 4	ท่าที่ 5	ท่าที่ 6
อ้าปากกว้าง ลิ้นตากกว้าง หรือออกเสียง "อา" นับในใจ 1 - 10	ยิ้มกว้าง ออกเสียง "อิ" นับใน ใจ 1 - 10	ห่อริมฝีปาก หรือ ออกเสียง "อุ" ค้างไว้ 5 วินาที ผ่อน คลายและทำซ้ำ	อ้าปากกว้าง ยิ้มกว้าง สลับกับ ห่อริมฝีปาก หรือ ออกเสียง ดังนี้ "อา อี อุ" ผ่อนคลาย และทำซ้ำ	แม่ริมฝีปาก ให้แน่น ค้างไว้ 5 วินาที ผ่อน คลายและทำซ้ำ 5 - 10 รอบ	ปิดปากให้สนิท ทำแก้ม ป่อง ซ้าย ค้างไว้นาน 3 - 5 วินาที แล้วค่อย ถ่ายลมไปแก้มขวานาน 3 - 5 วินาที ทำซ้ำ 5 - 10 รอบ

ท่าที่ 7 พุดคำว่า "พา พา พา พา" ให้เร็วที่สุด

2) การบริหารกล้ามเนื้อลิ้น ช่วยให้การเคลื่อนไหวนของลิ้นดีขึ้น ช่วยให้การคลุกเคล้าอาหารด้วยลิ้นทำได้ดีขึ้น ป้องกันไม่ให้อาหารตกสู่หลอดลม ช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย

ท่าที่ 8 พุดคำว่า "คา คา คา" "ลา ลา ลา" "คาลา คาลา คาลา" เร็วที่สุด ทำซ้ำ 5-10 รอบ

ท่าที่ 9 แลบลิ้นออกมาด้านหน้าให้มากที่สุด ค้างไว้ 5 วินาที ผ่อนคลายและทำซ้ำ 5-10 ครั้ง

ท่าที่ 10 ใช้ปลายลิ้นแตะริมฝีปากบน-ล่าง ค้างไว้ 5 วินาที ผ่อนคลายและทำซ้ำ 5-10 ครั้ง

ท่าที่ 11 ใช้ลิ้นแตะมุมปาก ซ้าย-ขวา ค้างไว้ 5 วินาที ผ่อนคลายและทำซ้ำ 5-10 ครั้ง

3) การบริหารขากรรไกร โดยขยับขากรรไกรเป็นวงกลมเหมือนเคี้ยวอาหาร อ้าปากกว้าง ค้างไว้ 5 วินาที

การบริหารกล้ามเนื้อเนื้อช่วยกลืนอาจไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารหรือกล้ามเนื้อช่วยกลืนแข็งแรงได้ทันที แต่จะสามารถฟื้นฟูกล้ามเนื้อช่วยกลืนให้มีแรงมากขึ้น ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เอง โดยเฉพาะใน 7 วันแรกหลังมีอาการ และภายใน 6 เดือนแรก

มีโอกาสหายจากภาวะกลืนลำบากได้สูง ดังนั้นหากผู้ป่วยบริหารกลืนเนื้อช่วยกลืนไว้ ยิ่งทำให้มีโอกาสหายมากขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้

3. **การฝึกการกลืนโดยวิธี swallowing technique** แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆ แล้วกลืนหายใจไว้ ก้มหน้าคางชิดคอ กลืนน้ำลายแล้วหายใจออกช้าๆ ให้ผู้ป่วยทำทุก 1 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 10 นาที

4. **การจัดท่าช่วยกลืน** โดยการจัดท่าศีรษะและคอ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเอาประโยชน์ทางกายวิภาคมาช่วย หรือชดเชยในการกลืนที่บกพร่องอาจช่วยเบี่ยงเบนการเคลื่อนตัวของอาหาร จากด้านที่อ่อนแรงไปด้านปกติ มีดังนี้

1) การก้มหน้าคางชิดคอ (chin tuck maneuver) คือ ก้มหน้าให้คางชิดคอมากที่สุดแล้วกลืน ใช้ในผู้ป่วยที่มีระยะเริ่มต้นการกลืนในระยะคอหอยช้า โดยช่วยให้ช่องทางเดินหายใจแคบลงช่องคอหอยหย่อนตัว กล่องเสียงไม่กดรัดช่องทางเดินอาหารบริเวณคอหอย แรงดันในช่องคอหอยลดลง ไม่เกิดแรงดันย้อนกลับ ทำให้ลดการสำลักได้

2) การหันศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง (lateral head rotation) โดยการหมุนศีรษะจะช่วยให้เปิดกล้ามเนื้อของหลอดอาหาร ช่วยดันอาหารออกจากด้านที่อ่อนแรง ทำให้ช่องคอหอยด้านที่อ่อนแรงถูกพับปิดไป ทำให้สิ่งที่กลืนอาหาร หรือน้ำ ไหลมาคอหอยด้านที่แข็งแรง และถูกบีบลงสู่หลอดอาหาร วิธีนี้จะช่วยให้อาหารผ่านลงยังหลอดอาหารอย่างรวดเร็ว ไม่มีสิ่งตกค้างในหลอดอาหาร เช่น ถ้าผู้ป่วยอ่อนแรงซีกซ้าย ให้ผู้ป่วยก้มศีรษะและหันหน้าไปด้านซ้ายขณะกลืน เพื่อให้มีแรงดันอาหารไปข้างที่แรงดีทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้

3) การจัดท่านั่งแบบตั้งตรง (upright) เนื่องจากแรงโน้มถ่วงของโลกช่วยในการเคลื่อนที่ของอาหารลงสู่กระเพาะอาหาร ดังนั้นการจัดท่านั่งจึงเป็นสิ่งสำคัญ ช่วยให้การกลืนง่ายขึ้น จะเห็นว่า การจัดท่านั่งตัวตรง ก้มหน้า คางชิดคอขณะกลืน หากมีอ่อนแรง และมี การกลืนติด แนะนำให้ผู้ป่วยหันหน้าก้มศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง ช่วยป้องกันการสำลักได้

5. **การจัดสิ่งแวดล้อมขณะรับประทานอาหาร** การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ปราศจากสิ่งรบกวน โดยการขจัดสิ่งรบกวนต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ไม่ชวนคุย ไม่เร่งรัดผู้ป่วย ขณะรับประทานอาหาร ผู้ป้อนอาหารควรนั่งหรืออยู่ในระดับต่ำกว่าระดับสายตาของผู้ป่วย

6. **การทำความสะอาดในช่องปากและฟัน** ก่อนและหลังรับประทานอาหาร โดยการทำความสะอาดช่องปาก ด้วยวิธีใช้น้ำยา 0.2% Chlorhexidine บ้วนปาก หรือแปรงฟัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำในปากได้ ต้องใช้ผ้าก๊อสเช็ดและชุบน้ำออก หรือใช้วิธีการดูด suction โดยจัดทำผู้ป่วยตะแคงหน้า เพื่อป้องกันการสำลักขณะทำความสะอาดช่องปาก

7. การจัดหาอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน อาหารมื้อแรกควรเริ่มจากอาหารปั่นข้นเป็นเนื้อเดียวกัน ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เริ่มการรับประทานอาหารทางปาก เช่น โจ๊กข้นปั่น ไข่ตุ๋นนิ่ม เนื้อสัตว์ปั่น ซุปข้นปั่น เป็นต้น โดยจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารมื้อแรกเป็นโจ๊กข้นปั่นหรือข้าวต้ม น้ำน้อยๆ ถ้าหากไม่มีอาการผิดปกติ เช่น ไอ สำลัก เหนื่อย หายใจเร็ว หรือ มีเสียงเปลี่ยนหลังทานอาหาร จัดอาหารมื้อต่อไปให้ผู้ป่วยเป็น soft diet และ regular diet ตามลำดับ

8. การป้อนอาหารและยาผู้ป่วย การป้อนยาและอาหารที่เหมาะสม ช่วยลดการสำลักได้ มีวิธีการดังนี้

- 1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ เพื่อขับเสมหะออกให้หมดก่อน
- 2) การป้อนอาหารและยาผู้ป่วย ในกรณีไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง แนะนำผู้ดูแลป้อนอาหารให้ผู้ป่วยในแต่ละคาบประมาณครึ่งช้อนชา วางอาหารไว้บนลิ้นด้านที่มีแรง ส่วนการรับประทานยา ให้วางยาบนลิ้นด้านที่มีแรง รับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด
- 3) ถ้าผู้ป่วยไอหรือมีเสียงน้ำในลำคอหลังการกลืน ให้ผู้ป่วยกระแอมและไอบ่อยๆ เพื่อให้คอโล่งแล้วถึงรับประทานต่อ
- 4) การจัดท่านั่งศีรษะสูงประมาณ 30 - 60 องศา อย่างน้อย 30 นาที หลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการขย้อนอาหารและเกิดการสำลักตามมา

9. การดูแลผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง ก่อนให้อาหารควรประเมินอาการขย้อนหรือคลื่นไส้ หากพบปัญหาหลายแพทย์เพื่อให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ก่อนให้อาหารทางสายยาง จัดท่าผู้ป่วยศีรษะสูงอย่างน้อย 30-45 องศา ประเมิน gastric content ก่อนให้อาหารทุกครั้ง หากให้อาหารแบบหยดต่อเนื่อง หลังดูแลให้อาหารจัดท่าศีรษะสูงประมาณ 30-60 องศา อย่างน้อย 30 นาที เพื่อป้องกันการขย้อนอาหารและเกิดการสำลักเช่นเดียวกัน

การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้ยึดหลัก D-M-E-T-H-O-D มีรายละเอียดดังนี้

D = Diagnosis การวินิจฉัย หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค หลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก สาเหตุ อาการ และการฟื้นฟูเพื่อส่งเสริมการกลืนให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกลืนลำบาก เช่น การสำลัก การเกิดปอดอักเสบ เป็นต้น

M = Medicine การได้รับยา หมายถึง การให้คำแนะนำในการใช้ยาที่ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองได้รับ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกินยา ชนิด ขนาด วิธีการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา และไม่ให้หยุดยากินเอง ยาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับ ได้แก่ ยาต้านเกร็ดเลือด เช่น Aspirin มีทั้งขนาด 81 มิลลิกรัม 300 มิลลิกรัม Apolet ไม่รับประทานตอนท้องว่าง ควรรับประทานอาหารทันที เพื่อป้องกันเลือดออกในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังมียาละลายลิ่มเลือด ยาลดไขมันในหลอดเลือด ยาลดความดันโลหิตสูง วิตามิน และยารักษาโรคร่วมอื่นๆ

E = Environment สิ่งแวดล้อม หมายถึง การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด อากาศถ่ายเท แสงสว่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การจัดเตรียมเตียงหรืออุปกรณ์ในการปรับท่าทางการนั่ง ก่อนและหลังการรับประทานอาหาร

E = Economic ภาวะทางเศรษฐกิจ หมายถึง การจัดการปัญหาเศรษฐกิจ หาแหล่งช่วยเหลือภายในชุมชน ส่งต่อข้อมูลในการขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน การใช้สิทธิการรักษาต่างๆ ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการรักษาซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับตามสิทธิการรักษาของแต่ละคนไม่เสียค่าใช้จ่าย

T = Treatment การดูแลรักษา/อาการผิดปกติ/การแก้ไข หมายถึง การบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ด้วยการฝึกทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมการกลืนให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล เช่น การจัดทำก่อนรับประทานอาหาร การดูแลขณะรับประทานอาหาร การบริหารกลืนเนื้อช่วยกลืน การฝึกการกลืน การทำความสะอาดช่องปากและฟัน การเลือกอาหารที่เหมาะสม เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยาง ควรเปลี่ยนพลาสติกที่ติดสายยางกับจุกทุก 2-3 วัน หรือเมื่อหลุด โดยตำแหน่งสายต้องอยู่ตำแหน่งเดิม ทำความสะอาดจุก และรอบจุกด้วยไม้พันสำลี หรือผ้าชุบน้ำ ระวังสายเลื่อนหลุด ควรทำเครื่องหมายเป็นจุดสังเกต ถ้าหากสายเลื่อนหลุดไม่ควรใส่เอง ต้องกระทำโดยผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ และพยาบาล เท่านั้น ส่วนคำแนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ดังนี้ 1) ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการสำลัก ไข้ ไอ เหนื่อยหอบ ให้งดรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำทางปาก และรีบไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน 2) ท้องเดินหรือท้องอืดบ่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ 3) สิ่งตกค้างในกระเพาะอาหารเป็นเลือดเก่าหรือเลือดสด ให้งดการให้อาหารไว้ก่อน ปรีกษาหรือรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์

H = Health ภาวะสุขภาพ หมายถึง การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ด้วยการประเมินภาวะกลืนลำบาก การจัดกิจกรรมที่เสริมการกลืน เช่น การบริหารกลืนเนื้อช่วยกลืน การแปรงฟันก่อนและหลังอาหาร รวมถึงการให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีกำลังใจ และมีความมั่นใจในการทำกิจกรรม ทำให้พื้นหายได้เร็วขึ้น และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ นอกจากนี้ประสานงานกับกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากต่อไป

O = Outpatient ระบบการส่งต่อ หมายถึง การมาตรวจตามนัดทำให้ได้รับการรักษา และรับยาอย่างต่อเนื่อง ทราบการดำเนินโรค และป้องกันการขาดหายจากการรักษา การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานบริการพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยใช้แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อ

ดูแลต่อเนื่อง (COC) สมุดบันทึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งกรอกข้อมูลในระบบการส่งต่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โปรแกรม Stroke@BI ซึ่งในระบบดังกล่าวจะมีการประวัติผู้ป่วย ระดับคะแนน Barthel Index และ Modify Ranking Scale รวมทั้งปัญหาที่ต้องการส่งต่อ

D = Diet ภาวะโภชนาการ หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และมีประโยชน์รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ โปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ มีวิตามินซีสูง เช่น ผลไม้ต่างๆ ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านทาน ช่วยลดความรุนแรงของโรค ดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 6-8 แก้ว ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังจะทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ หลีกเลียงหรืองดอาหารที่มีอันตราย เช่น อาหารรสหวาน อาหารเค็ม อาหารหมักดอง อาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสเผ็ด งดดื่มสุรา และสูบบุหรี่ แนะนำอาหารฝึกกลืนที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ส่วนในผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางสายยาง สอนและสาธิตการให้อาหารทางสายยาง ประสานงานนักโภชนาการบำบัดเพื่อส่งผู้ดูแลและครอบครัวเรียนทำอาหารปั้น จัดเตรียมอุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

นอกจากการวางแผนการจำหน่ายต้องประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อร่วมวางแผนการจำหน่ายให้มีความพร้อมยิ่งขึ้น เช่น ทีมแพทย์ที่รักษา เพื่อให้ทราบแนวทางการรักษา ทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เช่น แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ทีมนักโภชนาการในการให้คำปรึกษา

การรับประทานอาหาร การเรียนทำอาหารปั้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงานมีการประสานงานกับแพทย์อาชีวอนามัย เพื่อประเมินการกลับไปทำงาน (return to work) ร่วมด้วย

บทสรุป

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความพิการที่พบบ่อย และมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาที่สำคัญ โดยเฉพาะปอดอักเสบจากการสำลักซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญเนื่องจากดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง หากพยาบาลมีความรู้ และตระหนักในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะกลืนลำบาก สามารถลดการสำลัก และลดปอดอักเสบจากการสำลักได้ การคัดกรองภาวะกลืนลำบากเบื้องต้นจากพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการภาวะกลืนลำบากได้อย่างเหมาะสม หากพบผู้ป่วยกลืนลำบากส่งต่อทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูต่อไป การทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

การดูแลสุขภาพช่องปาก

โคมพิไล นันทรักษา

ความสำคัญ

สุขภาพช่องปากที่ดีเป็นประตูนำไปสู่การมีสุขภาพร่างกายที่ดี ช่วยลดและป้องกันภาวะหรือโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นในช่องปาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งจากการศึกษาวิจัย และหลักฐานทางวิชาการมากมายยืนยันว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) สาเหตุที่สำคัญคือ มีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี ทำให้น้ำลายบูดเน่า (มีเชื้อแบคทีเรียมากมาย) ในช่องปาก เมื่อสูดสำลักน้ำลายที่บูดเน่าเข้าไปทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด ปอดอักเสบ ตามด้วยการติดเชื้อเข้ากระแสเลือด และส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ช่วยลดและป้องกันภาวะปอดอักเสบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นหาย สร้างความมั่นใจในการพูด การเข้าสังคม เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การประเมินสุขภาพช่องปาก

1. จากการสอบถาม วิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก ปฏิบัติอย่างไร ใครเป็นผู้ปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ
2. จากการประเมินสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ระดับความรู้สึก ความสามารถในการปฏิบัติตามคำสั่ง ความสามารถในการนั่งทรงตัว การใช้มือ เป็นต้น
3. ใช้เครื่องมือในการประเมินสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย ได้รับการพัฒนาโดย วรวิศา และคณะ โดยแปลและพัฒนาจากแบบเดิม Oral Health Assessment Tool (OHAT) ของ Chalmers และคณะ เพื่อใช้วัดสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย สำหรับผู้ประเมินเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ทันตะแพทย์ (ภาคผนวก)

แบบประเมิน Oral Health Assessment Tool (OHAT) ประกอบด้วย บริเวณที่ตรวจ ประกอบด้วย ริมฝีปาก ลิ้น เยื่อช่องปาก น้ำลาย พันธกรรมชาติ (บน-ล่าง) ฟันเทียม (บน-ล่าง) ความสะอาด อากาเร็บปวด

ค่าคะแนน 0 = ปกติ 1 = เริ่มมีปัญหา 2 = มีปัญหาต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน

การเลือกอุปกรณ์

ยาสีฟัน

- ควรมีส่วนผสมของฟลูออไรด์ 1,000 ppm.
- ไม่มีหรือมีสารก่อฟอง (Sodium Lauryl Sulfate: SLS) น้อย

- ไม่มีสารฟอกขาว
- ไม่แนะนำยาสีฟันที่มีส่วนผสมของสมุนไพร น้ำมันหอมระเหย อาจทำให้ระคายเคืองและแพ้ได้
- ในผู้สูงอายุเยื่อในช่องปากบาง อาจรู้สึกแสบปากและรู้สึกเผ็ดได้ แนะนำใช้ยาสีฟันเด็ก (6 ขวบขึ้นไป มีฟลูออไรด์ 1,000 ppm.)

แปรงสีฟัน

- ขนแปรงอ่อนนุ่ม ปลายมน เล็ก
- ด้ามจับใหญ่ ถนัดมือ

หลักการดูแลสุขภาพช่องปาก

1. กฎ 2-2-2

2= แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้า-ก่อนนอน)

2= แปรงฟันนาน อย่างน้อย 2 นาที (ทุกซีกทุกด้าน)

2= หลังการแปรงฟัน งดน้ำอาหาร อย่างน้อย 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง เพื่อให้ฟลูออไรด์

ได้ออกฤทธิ์ในการป้องกันฟันผุ

2. การแปรงฟันที่ถูกต้อง

- ใช้แปรงสีฟันแปรงฟันที่ละซี่เรื่อยๆ ไปจนครบทุกซี่ โดยขยับแปรงเป็นวงกลมทำเร็วๆ แต่เบาเมื่อ หลังจากนั้นจึงแปรงโดยวิธีขยับปิด คือวางขนแปรงเอียง 45 องศา บริเวณรอยต่อระหว่างเหงือกกับตัวฟัน ขยับแปรงไปมาสั้นๆ ในแนวนอน 4-5 ครั้ง แล้วปิด ฟันบนปิดลง ฟันล่างปิดขึ้น แปรงให้ครบทุกด้าน (ด้านติดแก้ม ด้านติดลิ้น ด้านบดเคี้ยว)

- การแปรงลิ้น ทุกครั้งที่แปรงฟันต้องแปรงลิ้นด้วยทุกครั้ง โดยแปรงจากโคนลิ้นด้านใน ลากออกมาถึงปลายลิ้น

3. การแปรงแห้ง คือ การแปรงฟันแบบไม่ใช้น้ำ หรือใช้น้ำน้อยที่สุด ทั้งก่อนแปรงฟัน และหลังแปรงฟัน ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการสำลัก อีกทั้งช่วยให้ฟลูออไรด์เคลือบและหลงเหลืออยู่ที่ผิวฟันได้ออกฤทธิ์ในการป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการ หลังบิบบยาสีฟันลงในแปรงแล้ว ไม่ต้องผ่านหรือจุ่มน้ำ หลังการแปรงฟันให้บ้วนฟองทิ้ง และบ้วนน้ำ 1 ครั้ง หรือไม่บ้วนน้ำเลยก็ได้ (บ้วนน้ำ 1 ครั้ง ฟลูออไรด์หายไป 50 % บ้วนน้ำ 2 ครั้ง ฟลูออไรด์หายไป 75 % บ้วนน้ำ 3 ครั้ง ฟลูออไรด์หายไป 100 % หรือไม่เหลือฟลูออไรด์เลย)

ขั้นตอนการแปรงฟัน

1. จำกัดเศษอาหารตามศอกฟัน กระพุ้งแก้ม โดยใช้ไหมขัดฟัน หรือแปรงสีฟันผ่านน้ำเอาเศษอาหารออกให้หมด แล้วบ้วนปากด้วยน้ำสะอาด
2. หากใช้แปรงต้องล้างเศษอาหารออกจากขนแปรงให้สะอาด กรีดขนแปรงด้วยนิ้วทำให้ขนแปรงสะเด็ดน้ำ แล้วจึงปียาสีฟันให้เต็มขนแปรงหรือเกินครึ่งหนึ่งของขนแปรง ให้แปรงฟันได้เลย โดยไม่ต้องผ่านหรือจุ่มน้ำ และผู้ป่วยไม่ต้องอมน้ำ (การแปรงแห้ง)
3. การแปรงฟันที่ถูกรวิธี ให้ครบทุกซีกทุกด้าน แปรงแบบขยับปิด และแปรงลิ้น
4. หลังการแปรงฟันให้บ้วนฟองทิ้ง และบ้วนน้ำ 1 ครั้ง หรือไม่บ้วนน้ำเลย (การแปรงแห้ง)
5. การทำให้ริมฝีปากชุ่มชื้น โดยการทาลิปมัน ลิปกออส หรือสารหล่อลื่นชนิดน้ำ (water based) หรือ K-Y Jeely ไม่แนะนำวาสลีน เพราะเหนียว เหนอะหนะ ฝุ่นละอองและเชื้อโรคเกาะได้ง่าย

การดูแลสุขภาพช่องปากแยกตามประเภทผู้ป่วย

กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้

- แนะนำแปรงสีฟัน และยาสีฟันที่เหมาะสม
- สอน-สาธิต หลักและขั้นตอนการดูแลสุขภาพช่องปาก

กลุ่มที่มีข้อจำกัด เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง

- แนะนำแปรงสีฟัน และยาสีฟันที่เหมาะสม
- สอน-สาธิต หลักและขั้นตอนการดูแลสุขภาพช่องปาก
- ดัดแปลงวัสดุ อุปกรณ์ให้เหมาะสมและใช้งานได้ เช่น เสริมหรือดัดด้ามแปรง อุปกรณ์ที่ช่วยในการปียาสีฟัน
- การปรับปรุงสถานที่ ห้องน้ำ อ่างล้างหน้า ให้เหมาะกับผู้ป่วย
- อาจต้องแปรงซ้ำอีกครั้งหากยังสะอาดไม่พอ

กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือกลุ่มติดเตียง

- แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ และขอความร่วมมือ
- ปรับหัวเตียงสูง 45-60 องศา จัดนอนตะแคงหรือตะแคงศีรษะ เพื่อป้องกันการสำลัก
- วางผ้ากันเปื้อน และสวมรูปไตบริเวณข้างแก้ม ใช้ผ้าสะอาด หรือก๊อชชุบน้ำบิดหมาดพันนิ้วมือเช็ดที่ริมฝีปาก และเช็ดด้านในช่องปาก กวาดเศษอาหารตามกระพุ้งแก้ม หรือน้ำลายเหนียวในช่องปากออก เพื่อให้ปากชุ่มชื้น และจำกัดเศษอาหารและน้ำลายก่อนการแปรงฟัน

- ใช้แปรงสีฟันผ่านน้ำ กรีดด้วยนิ้วให้ขนแปรงสะอาดแล้วจึงเช็ดเศษอาหารที่อยู่ตามซอกฟันออกให้หมด ให้ผู้ป่วยช่วยบ้วนเศษอาหารออก หรือให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำเปล่าเอาเศษอาหารออกให้หมด ถ้าผู้ป่วยบ้วนไม่ได้ ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ ให้ใช้ผ้าสะอาด หรือก๊อสดูดน้ำบิดหมาดพันนิ้วมือเช็ดเอาเศษอาหารออก

- ล้างแปรงสีฟันเพื่อกำจัดเศษอาหารที่ติดที่ขนแปรงออกให้สะอาด
- ใช้วิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง หลังล้างแปรงสีฟันให้กรีดด้วยนิ้วให้ขนแปรงสะอาดแล้วจึงบีบยาสีฟันให้เต็มขนแปรงหรือเกินครึ่งหนึ่งของขนแปรง ให้แปรงฟันได้เลยโดยไม่ต้องผ่านหรือจุ่มน้ำ และผู้ป่วยไม่ต้องอมน้ำ (การแปรงแห้ง) แปรงทุกซี่ทุกด้าน และแปรงลิ้น

- ให้ผู้ป่วยบ้วนฟอง ถ้าทำไม่ได้ ให้ใช้ผ้าสะอาด หรือก๊อสดูดน้ำบิดหมาดพันนิ้วมือเช็ดเอาฟองออก และเช็ดรอบๆ ปากให้สะอาด

- ทำให้ริมฝีปากและช่องปากชุ่มชื้นโดยการทาด้วยสารหล่อลื่นชนิดน้ำ (water based)

- จัดท่า และดูแลความสบาย

เทคนิคที่ไม่ควรมองข้าม

- การแปรงฟันควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเองให้มากที่สุด หรือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และการฟื้นฟูสภาพ

- การจับด้ามแปรงของผู้ปฏิบัติการแปรงฟัน ควรจับแปรงสีฟันแบบจับปากกา เพื่อให้ความรู้สึกนุ่มนวลและอ่อนโยนในปฏิบัติการแปรงฟัน

- ตำแหน่งที่เข้าหาผู้ป่วย อาจเป็นด้านข้าง และด้านบนศีรษะ เพื่อหลีกเลี่ยงการไอ จามของผู้ป่วย

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อ้าปาก

- ใช้มือลูบแก้มผู้ป่วยทั้ง 2 ข้างเบาๆ และใช้นิ้วลูบริมฝีปากเบาๆ ให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย แล้วใช้นิ้วล้างเข้าไปข้างแก้ม (ด้านติดแก้ม) เข้าไปกอดเหงือกด้านในสุดของฟันที่สุดท้าย (K-point) เพื่อให้ผู้ป่วยอ้าปาก

- สอดใส่อุปกรณ์ที่ช่วยในการอ้าปาก เช่น ด้ามแปรงสีฟัน หรือ mouth rest

กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีฟัน ไม่เหลือฟัน

- ใช้ก๊อสดูดน้ำ (น้ำต้มสุก หรือน้ำเกลือ) บิดหมาดพันนิ้วมือเช็ดในช่องปาก (เหงือก ลิ้น กระพุ้งแก้ม)

- ใช้แปรงสำหรับแปรงลิ้น แปรงลิ้นด้วยความนุ่มนวล หรือใช้แปรงสีฟันผ่านน้ำแปรงเบาๆ

- ทำให้ริมฝีปากและช่องปากชุ่มชื้นโดยการทาด้วยสารหล่อลื่นชนิดน้ำ (water based)

กรณีเหลือฟันตอ และใส่ฟันปลอม

- ถอดฟันปลอมออก
- แปรงฟันตอที่เหลือ โดยใช้แปรงกระจุก ทุกซี่ทุกด้าน
- และแปรงลิ้น
- ทำให้ริมฝีปากและช่องปากชุ่มชื้นโดยการทาด้วยสารหล่อลื่นชนิดน้ำ (water based)

การทำความสะดวกฟันปลอม

- ถอดล้างทำความสะอาดทุกครั้ง หลังรับประทานอาหาร กรณีให้อาหารทางสายยาง ถอดล้างเช้า และก่อนนอน
- ทำความสะดวกฟันปลอมด้วยน้ำยาล้างจาน หรือสบู่เหลว แปรงเบาๆ แล้วล้างฟองออกให้หมด
- ก่อนนอนหลังทำความสะอาดฟันปลอม ให้แช่ฟันปลอมในน้ำสะอาด และภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด

การดูแลสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืน

- การให้ความรู้ ข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล
- การประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง การเสริมพลังอำนาจในการปฏิบัติทั้งผู้ป่วยและญาติ
- การมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากทั้งบุคลากรเอง และผู้ป่วย/ผู้ดูแล

บรรณานุกรม

1. กิ่งแก้ว ปาจารย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เอ็น. พีเพรส. 2550.
2. จีราวรรณ เนียมชา, บัทยา สุริต และสมศักดิ์ เทียมเก่า. ผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการล้มและปอดอักเสบในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560.
3. บุญญิสสา เมืองทอง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2553.
4. พรชัย สติรปัญญา. ภาวะการกลืนผิดปกติในโรคระบบประสาท. สงขลานครินทร์เวชสาร 2550;25: 561-8.

5. ภัทรา วัฒนพันธุ์และคณะ. การฟื้นฟูสภาพการกลืน. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.
6. วิฑูร ลีลามานิตย์. กลืนลำบากและสำลัก: Dysphagia and aspiration. สงขลา: สำนักพิมพ์. 2548.
7. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากสำหรับพยาบาล. 2552. ค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2558, จาก [http://www.thaineuroinfo.com/th/wp-content/uploads/2014/05/Swallowing Assessment.pdf](http://www.thaineuroinfo.com/th/wp-content/uploads/2014/05/Swallowing%20Assessment.pdf)
8. Gonzalez-Fernandez M, Matsuo K, Monahan DM, et al (Eds). Stroke recovery and rehabilitation. New York: Demos Medical Publishing. 2009;183-200.
9. Hines S, Wallace K, Crowe L, et al. Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update). International Journal of Evidence-Based Healthcare 2011;9:148-50.
10. Okubo PCMI, Fabio SRC, Domenis DR, et al. Using the national institute of health stroke scale to predict dysphagia in acute ischemic stroke. Cerebrovascular Diseases 2012;33:501-7.
11. Oliveira AR de D, Costa AG de S, Morais HCC, et al. Clinical factors predicting risk for aspiration and respiratory aspiration among patients with Stroke. Revista Latino-Americana De Enfermagem 2015;23:216-24.
12. Teramoto S. Novel preventive and therapeutic strategy for post-stroke pneumonia. Expert Review of Neurotherapeutics 2009;9:1187-200.
13. Vose A, Nonnenmacher J, Singer ML, et al. Dysphagia management in acute and sub-acute stroke. Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports 2014;2:197-206.