

1. บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นภาวะทางระบบประสาทที่ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลันที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายประการ หนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) ซึ่งพบได้ประมาณ 37-78% ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิดโรค โดยภาวะกลืนลำบากนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดการสำลักปอดถึงร้อยละ 40¹ และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมาที่สำคัญ คือ ปอดติดเชื้อจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ส่งผลให้ต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นถึงร้อยละ 35 หรือเป็น 3 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีปอดอักเสบ²⁻⁵ ดังนั้นหากไม่ได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การสำลักอาหาร น้ำ หรือสารคัดหลั่งลงสู่ทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลัก และส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วย

การประเมินภาวะกลืนลำบากอย่างทันท่วงที โดยเฉพาะภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจากเข้ารับการรักษาหรือก่อนรับประทานอาหาร น้ำ หรือยาทางปากครั้งแรก จึงถือเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะดังกล่าว ด้วยการใช้เครื่องมือคัดกรองอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการสังเกตอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมความปลอดภัยในการดูแลรักษา

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลในการประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พร้อมทั้งนำเสนอแนวทางการส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในบริบทของหน่วย Stroke Unit

บทบาทของพยาบาลในการประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit)

จิราวรรณ พรหมมี

พว.จิราวรรณ พรหมมี

พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าศูนย์ฟื้นฟูและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราชและศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

Corresponding author:

พว.จิราวรรณ พรหมมี

พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าศูนย์ฟื้นฟูและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราชและศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
Email: jirane@kku.ac.th

2. บทบาทของพยาบาลในการประเมินการกลืน (Nursing Role in Dysphagia Assessment)

ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลัน ซึ่งหากไม่ได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การสำลักอาหาร ปอดติดเชื้อจากการสำลัก ภาวะขาดน้ำ และทุพโภชนาการ ทั้งยังส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ^{2, 6} ด้วยเหตุนี้การประเมินการกลืนจึงเป็นกระบวนการสำคัญ ที่ควรเริ่มตั้งแต่ช่วงแรกของการเข้ารับการรักษา ก่อนรับประทานอาหาร น้ำหรือยาเม็ดแรก⁵ ในหน่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Unit) พยาบาลเป็นบุคลากรด่านแรกที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะกลืนลำบากเบื้องต้น โดยมีหน้าที่ดังต่อไปนี้:

2.1 การคัดกรองและประเมินเบื้องต้น พยาบาลควรดำเนินการคัดกรองภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วย stroke ทุกรายก่อนให้รับประทานอาหารหรือของเหลวทางปาก โดยใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินมาตรฐาน เช่น

- TOR-BSST (Toronto Bedside Swallowing Screening Test)
- GUSS (Gugging Swallowing Screen)
- 3-oz water swallow test

การใช้แบบประเมินดังกล่าวช่วยให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและจำเป็นต้องส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู^{7, 8} เพื่อการประเมินเชิงลึกต่อไป

2.2 การสังเกตอาการทางคลินิก

พยาบาลควรมีทักษะในการสังเกตอาการและพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงภาวะกลืนลำบาก เช่น

- ไอหรือสำลักระหว่างหรือหลังการกลืน
- น้ำลาย หรือน้ำไหลออกมุมปาก หรือน้ำลายไหลมากผิดปกติ
- การเปลี่ยนแปลงของเสียงพูด เสียงพรว่ ไม่ชัดเจน หรือ เสียง wet voice

- ภาวะหายใจลำบากหลังกลืน ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง

- เหลืออาหารในช่องปากหลังการกลืน
- การสังเกตเหล่านี้มีความสำคัญต่อการตัดสินใจทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น^{2, 5}

2.3 การสื่อสารและประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อพบผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก พยาบาลมีหน้าที่ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด หรือนักแก้ไขการพูด และนักโภชนาการ เพื่อดำเนินการประเมินและวางแผนการดูแลร่วมกันอย่างเป็นระบบ⁹

2.4 การให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลมีบทบาทในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัย การบริหารกลืนเนื้อช่วยกลืน ทำทางขณะกลืน อาหารที่เหมาะสม และข้อควรระวังต่าง ๆ เพื่อป้องกันการสำลักและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น^{6, 9}

2.5 การติดตามผลและประเมินซ้ำ การเฝ้าระวังและติดตามผลผู้ป่วยหลังการประเมินเบื้องต้นมีความจำเป็น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากแต่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการเฉพาะทาง หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรืออาการแย่ลงควรมีการการประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม^{2, 7}

2.6 การพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลเอง พยาบาลควรได้รับการอบรม การนิเทศ และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการประเมินการกลืน การใช้แบบคัดกรองที่เป็นมาตรฐาน และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ^{8, 9}

พยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการประเมินการเฝ้าระวัง และการส่งเสริมความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน การปฏิบัติที่เป็นระบบและเชิงรุกของพยาบาลมีส่วนช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. แนวทางการประเมินกลืนใน Stroke Unit

พยาบาลประเมินการกลืนหลังแพทย์มีคำสั่งให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร น้ำหรือยาเมื่อแรก ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา ซึ่งผู้เขียนได้ทบทวนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับดัดแปลง standardized swallowing assessment (SSA) ร่วมกับการประเมินการกลืนด้วยน้ำ (water swallowing test) โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้¹⁰

3.1 ขั้นตอนก่อนการประเมินการกลืน ปฏิบัติดังนี้¹⁰

1. แนะนำผู้ป่วยให้ดื่มน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด พร้อมดื่มน้ำและอาหารที่เตียง
2. แพทย์สั่งการรักษา ประเภทอาหาร
3. เตรียมอุปกรณ์ ดังนี้ น้ำ แก้วน้ำ ไม่กดลิ้นไม้พันสำลียาว syringe ขนาด 10 มิลลิลิตรหรือช้อนชา
4. ผู้ประเมินสวมผ้าปิดปากปิดจมูก
5. อธิบายให้ผู้ป่วย หรือญาติ (กรณีผู้ป่วยสับสน/ไม่รู้สีกตัว) ทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีการประเมินการกลืน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการประเมินกลืน
6. จัดท่านั่งศีรษะตรง ก้มหน้าเล็กน้อย
7. ทำความสะอาดช่องปากก่อนประเมินการกลืนลำบาก
8. แจ้งผู้ป่วยรับทราบถึงขั้นตอนการประเมินการกลืน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการตรวจประเมินกลืน

3.2 ขั้นตอนประเมินการกลืน ประเมินก่อนรับประทาน อาหาร น้ำ หรือยาเมื่อแรก ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา โดยใช้แบบประเมินการกลืน แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนคัดกรองภาวะกลืนลำบาก และขั้นตอนการทดสอบการกลืนด้วยน้ำ (water swallowing test) มีขั้นตอนดังนี้¹⁰

การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS)

2. ประเมินการหายใจ สังเกตดูว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองไม่มีอาการหอบเหนื่อยหรือเสียงหายใจผิดปกติ โดยประเมินจากระดับออกซิเจนในกระแสเลือด O₂ saturation

3. ประเมินความสามารถในการทรงตัวโดยต้องนั่งตัวตรง 90 องศาได้หลังจากจัดท่า โดยมีหรือไม่มีอุปกรณ์ช่วยพยุง

4. ประเมินคุณภาพเสียงที่เปลี่ยนแปลง โดยให้ผู้ป่วยร้อง “อา” แล้วตรวจดูว่ามีเสียงปกติหรือผิดปกติ เช่น เสียงแหบ เสียงพรว่ ออกเสียงลำบาก หรือ เหมือนมีเสียงน้ำในลำคอ

5. ประเมินการไอ โดยให้ผู้ป่วยไอ สังเกตดูว่าผู้ป่วยไอแรงดี ไม่มีเสียงพรว่

6. ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของลิ้น โดยให้ผู้ป่วยแลบลิ้นออกมาและเคลื่อนไหวลิ้นรอบปาก แต่ริมฝีปากบน-ล่าง :ซ้าย-ขวา

7. ประเมิน swallowing reflex โดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย สังเกตดูว่ามีการเคลื่อนไหวของกระดูกลิ้นหรือคิขึ้นลงหรือไม่

8. ประเมิน gag reflex โดยให้ผู้ป่วยอ้าปากให้เห็นคอหอย ใช้ไม้กดลิ้นหรือไม้พันสำลี กดบริเวณโคนลิ้นสังเกตว่าผู้ป่วยมีการขย้อนหรือไม่

- ถ้าหากตอบ “ไม่ใช่” ในข้อใดข้อหนึ่ง ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด และรายงานแพทย์ให้พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือด หรือให้อาหารทางสายยาง และพิจารณาส่งปรึกษาทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

- ถ้าหากตอบ “ใช่” ทุกข้อ ให้ทดสอบขั้นตอนที่ 2 การทดสอบการกลืนด้วยน้ำ (water swallowing test) ต่อไป

การทดสอบการกลืนด้วยน้ำ (water swallowing screen) ก่อนทดสอบ ให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง และศีรษะตรง 90 องศา และ รู้สึกตัวดี อย่างน้อย 15 นาที^{10, 11}

ทดสอบการจิบน้ำ 1 ช้อนชา (5 มิลลิลิตร) 3 ครั้ง ใช้ syringe ดูดน้ำดื่มสะอาดปริมาณ 5 มล. ค่อย ๆ ดันน้ำใน syringe ไปที่บริเวณใต้ลิ้นของผู้ป่วย ไม่ดันน้ำด้วยความเร็วเพราะน้ำจะพุ่งเข้ากระพุ้งแก้มหรือหลังคอ ทำให้

ผู้ป่วยเกิดอาการไอ สำลักได้ กลืนน้ำแต่ละครั้งแนะนำให้ผู้ป่วยก้มหน้ากลืนน้ำ เมื่อกลืนน้ำเสร็จ ให้ผู้ป่วยร้อง “อา” พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ ไม่สามารถกลืนน้ำได้ ไอ/สำลัก มีน้ำไหลออกจากปาก หายใจไม่สะดวก หายใจเร็ว $O_2 \text{ Sat} < 94\%$ มีเสียงน้ำในลำคอ หรือมีเหตุผลอื่นที่ทำให้รู้สึกว่าผู้ป่วยไม่มีความปลอดภัยในการกลืน หากผิดปกติให้หยุดการประเมิน รายงานแพทย์ หากไม่มีอาการผิดปกติทั้ง 3 ครั้ง ให้ทดสอบการดื่มน้ำ 50 มิลลิลิตรต่อ

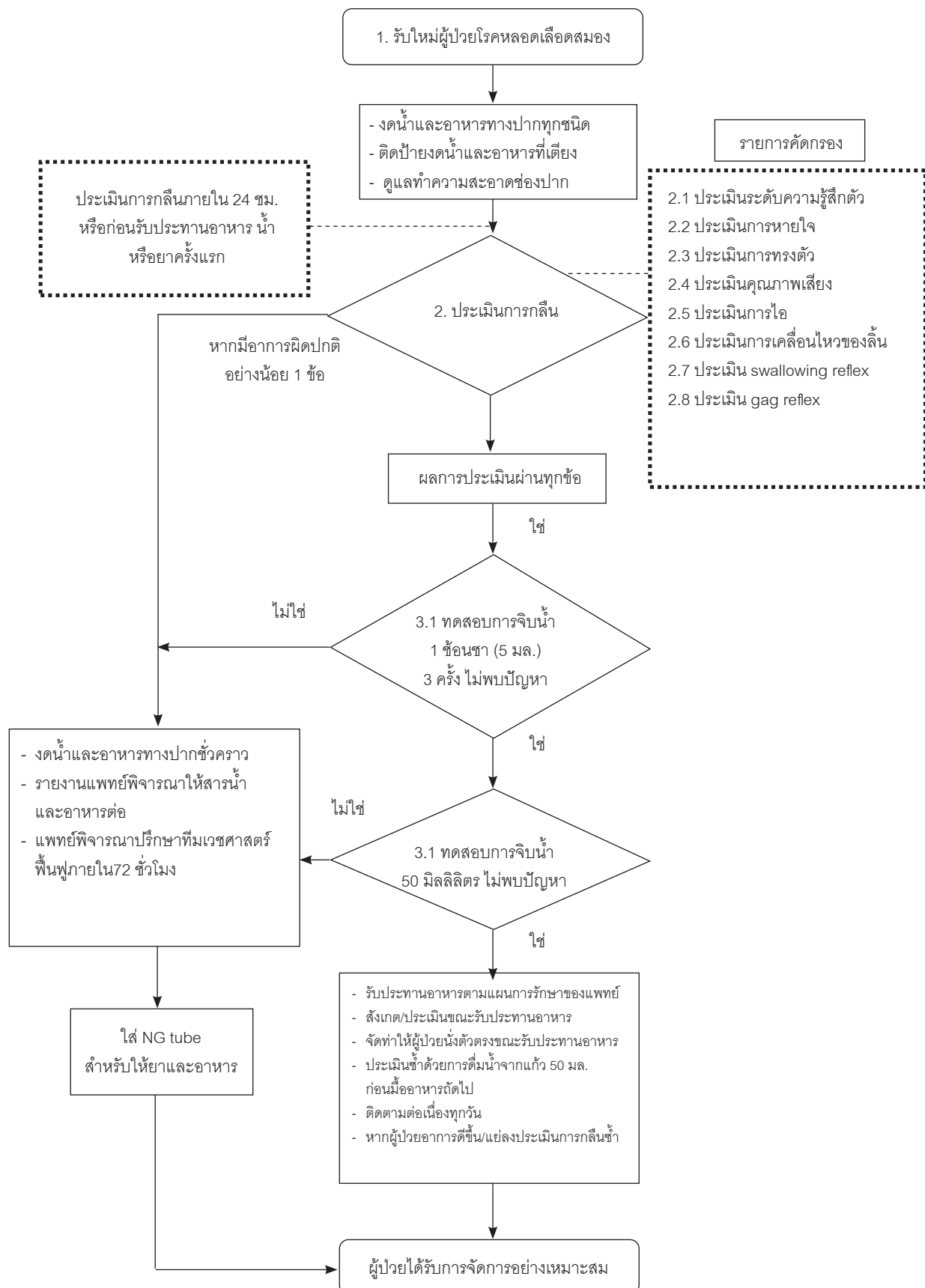
ทดสอบการดื่มน้ำ โดยผู้ป่วยดื่มน้ำครึ่งแก้วหรือประมาณ 50 มิลลิลิตร พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไอ/สำลัก มีน้ำไหลออกจากปาก หายใจไม่สะดวก หายใจเร็ว $O_2 \text{ Sat} < 94\%$ มีเสียงน้ำในลำคอ หรือมีเหตุผลอื่นที่ทำให้รู้สึกว่าผู้ป่วยไม่มีความปลอดภัยในการกลืน ประเมินหลังดื่มน้ำ 1 นาที โดยให้ผู้ป่วยร้อง “อา” ตรวจดูว่าผู้ป่วยออกเสียงได้ชัดเจนปกติหรือผิดปกติ เช่น เสียงแหบ เสียงพรว่ ออกเสียงลำบาก มีเสียงน้ำในคอ

ในรายที่ผู้ป่วย**ประเมินการกลืนลำบากผ่าน** ดูแลรับประทานอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตและประเมินอาการสำคัญขณะรับประทานอาหาร จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงขณะรับประทานอาหาร ประเมินซ้ำด้วยการดื่มน้ำจากแก้ว ก่อนมื้ออาหารถัดไป ติดตามต่อเนื่องทุกวัน หากผู้ป่วยมีอาการแยลงประเมินอาการกลืนซ้ำ

ในรายที่**ประเมินการกลืนไม่ผ่าน** แนะนำให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปากชั่วคราว รายงานแพทย์พิจารณาให้สารน้ำและอาหาร เพื่อพิจารณาปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูต่อไป หากผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือแยลงให้ประเมินอาการกลืนซ้ำ

ขั้นตอนการประเมินการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีรายละเอียด ตามแผนภูมิแนวปฏิบัติการประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

แนวปฏิบัติการประเมินกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁰



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

แบบประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ใช้ประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนรับประทานอาหาร น้ำ หรือยาทางปากครั้งแรก หรือเมื่อมีอาการดีขึ้น/ แยก ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองการกลืนลำบาก และขั้นตอนที่ 2 การทดสอบการกลืนด้วยน้ำ (water swallowing test)

ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองการกลืนลำบาก กรุณา ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตามข้อคำถามต่อไปนี้

หัวข้อคัดกรอง	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. ระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale (GCS) > 11 ใช่หรือไม่				
2. ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบหรือเสียงหายใจผิดปกติ O ₂ saturation ≥ 94%				
3. หลังจากจัดท่าโดยมีหรือไม่มีอุปกรณ์พยุง ผู้ป่วยสามารถนั่งทรงตัว 90 องศาได้ ใช่หรือไม่				
4. ผู้ป่วยร้อง "อา" ได้ยินเสียงชัดเจน ไม่มีเสียงแหบ เสียงพ่นา ออกเสียงลำบาก หรือ เหมือนมีเสียงน้ำในลำคอ ใช่หรือไม่				
5. ผู้ป่วยสามารถไอได้แรงดี ไม่มีเสียงเบาหรือพ่นา ใช่หรือไม่				
6. เมื่อทดสอบให้ผู้ผู้ป่วยแลบลิ้น สามารถเคลื่อนไหวลิ้นได้รอบปาก สามารถแตะริมฝีปากซ้าย- ขวา บน-ล่างได้ ใช่หรือไม่				
7. เมื่อทดสอบให้ผู้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย มีการเคลื่อนไหวของกระดูกไทรอยด์ขึ้นลง ใช่หรือไม่				
8. เมื่อทดสอบ Gag reflex ผู้ป่วยมีการขย้อน ใช่หรือไม่				
ลงชื่อผู้คัดกรอง				

การแปลผล

- ถ้าหากตอบ "ไม่ใช่" ในข้อใดข้อหนึ่ง ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด และรายงานแพทย์ให้พิจารณาให้สำรทางหลอดเลือด หรือให้อาหารทางสายยาง และพิจารณาส่งปรึกษาทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

- ถ้าหากตอบ "ใช่" ทุกข้อ ให้ทดสอบขั้นตอนที่ 2 การทดสอบการกลืนด้วยน้ำ (Water swallowing test) ต่อไป

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

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

*** ก่อนทดสอบ ผู้ป่วยต้องตื่นอย่างน้อย 15 นาที และหลังจากจัดท่าสามารถนั่งตัวตรงและศีรษะตรง 90 องศา

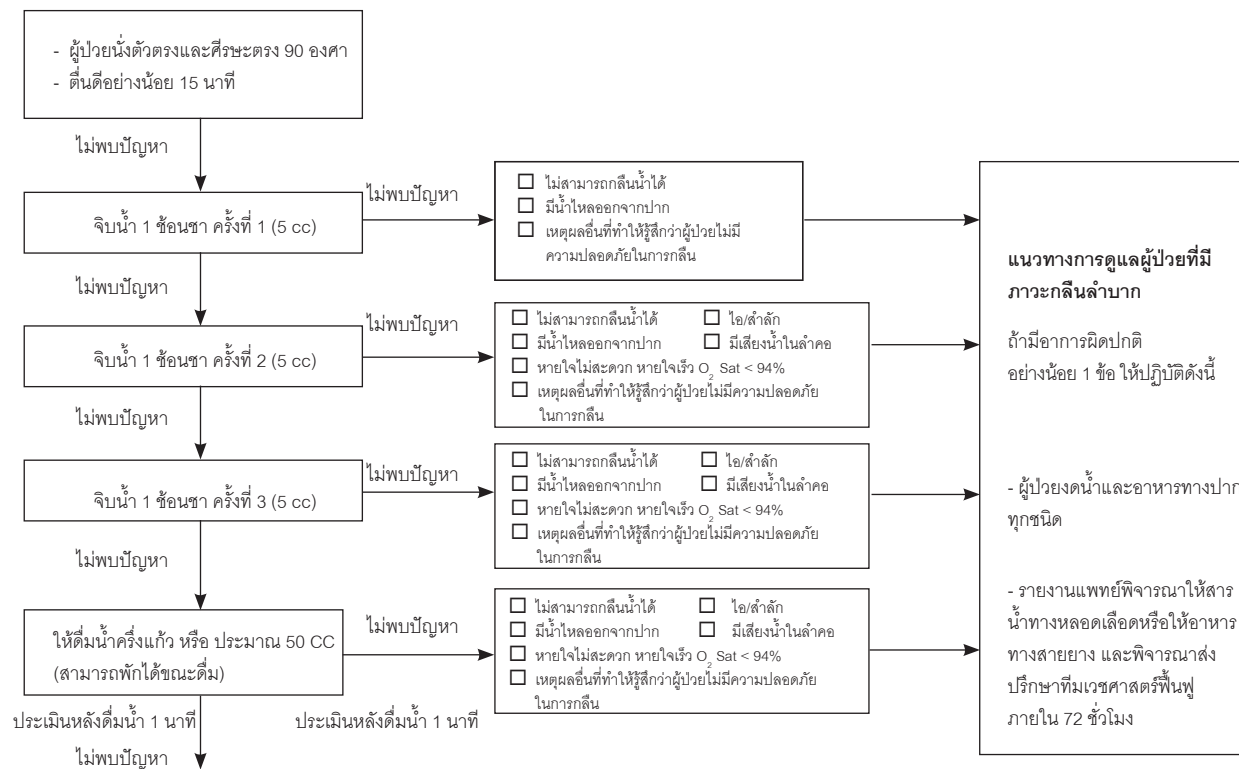
หมายเหตุ ผ่าน คือ ไม่พบอาการหรือมีปัญหาลักษณะและหลังทดสอบ

ไม่ผ่าน คือ มีอาการหรือพบปัญหา ดังนี้ ไม่สามารถกลืนน้ำได้ มีอาการไอ/สำลัก น้ำไหลออกจากปาก มีเสียงน้ำในลำคอ หายใจไม่สะดวก หายใจเร็ว O₂ Sat < 94% ออกซิเจนลดลง ≥ 2% หรือ เหตุผลอื่นที่ทำให้รู้สึกว่าการกลืนไม่มีความปลอดภัยในการกลืน

การแปลผล

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

ขั้นตอนการทดสอบการกลืนด้วยน้ำ มีรายละเอียดการทดสอบดังนี้



- รับประทานอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์
- สังเกต/ ประเมินขณะรับประทานอาหาร
- จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงขณะรับประทานอาหาร
- ประเมินซ้ำด้วยการดื่มน้ำจากแก้ว ก่อนมีอาหารถัดไป
- ติดตามต่อเนื่องทุกวัน

ข้อควรระวังการปฏิบัติงานและสิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติงาน¹⁰

- 1) ก่อนประเมินการกลืนควรทำสะอาดช่องปากและฟันก่อน เพื่อป้องกันการสำลักและการเกิดปอดติดเชื้อที่จะตามมาได้
- 2) ไม่ควรให้ผู้ป่วยกลืนน้ำ หรืออาหารทางปาก หากผู้ป่วยยังรู้สึกตัวไม่เต็มที่ โดยผู้ป่วยควรตื่นดี อย่างน้อย 15 นาที และควรจัดท่านั่ง ก่อนดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก
- 3) หากผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือแฉ่ง ควรประเมินการกลืนซ้ำ เนื่องจาก ผู้ป่วยอาจมีภาวะกลืนลำบากที่ดีขึ้นจนสามารถกลืนอาหารทางจมูกหรือปากได้ ในส่วนผู้ป่วยอาการแฉ่งอาจสมองบวม ขาดเลือดมากขึ้น

หรือเลือดออกในสมอง จะทำให้เกิดภาวะกลืนลำบากและสำลักได้

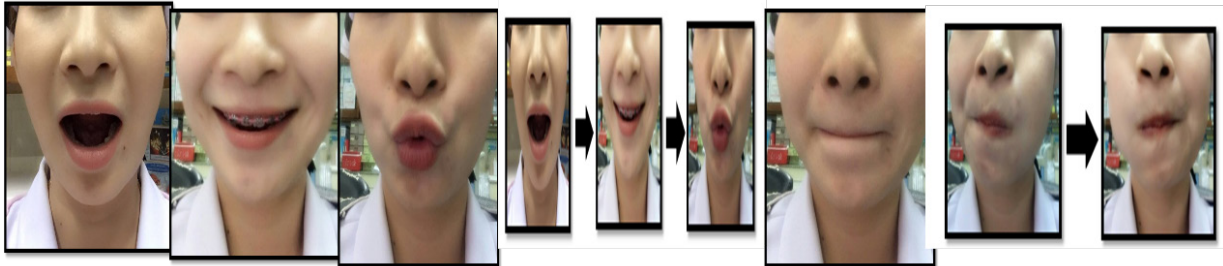
- 4) ในรายผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร global aphasia มีข้อจำกัดในการใช้แบบประเมินนี้ ควรบันทึกกิจกรรมบำบัดหรือแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมาประเมินก่อนรับประทานอาหาร น้ำหรือยาเมื่อแรก
- 5) หากผู้ป่วยผู้ป่วยมีอาการสำลัก ควรหยุดป้อนน้ำและอาหารก่อน พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อไอเอาเศษอาหารที่อยู่ในช่องปากออกให้หมดก่อน ถึงสามารถรับประทานอาหารต่อได้ ถ้าหากสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงผิดปกติให้หยุดรับประทานอาหาร งดน้ำและอาหารไว้ และให้การพยาบาลตามความเหมาะสม พร้อมรายงานแพทย์ให้รับทราบ

4. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก

4.1 การพยาบาลก่อนรับประทานอาหาร¹⁰

1. การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืนและการ

ฝึกกลืน ก่อนมื้ออาหาร 1 ชั่วโมง การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน คือ ริมฝีปาก แก้ม ลิ้น และขากรรไกร อย่างง่าย สำหรับพยาบาล 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	ยิ้มกว้างออก เสียง “อิ” นับในใจ 1 - 10	ห่อริมฝีปาก หรือ ออกเสียง “อู” ค้างไว้ 5 วินาที ผ่อนคลายและ ทำซ้ำ	อ้าปากกว้าง ยิ้มกว้าง สลับกับ ห่อริมฝีปาก หรือ ออกเสียง ดังนี้ “อา อิ อู” ผ่อนคลายและทำ ซ้ำ	เม้มริมฝีปาก ให้ แน่น ค้างไว้ 5 วินาที ผ่อนคลาย และทำซ้ำ 5 - 10 รอบ	ปิดปากให้สนิท ทำแก้ม ป่อง ช้าๆ ค้างไว้ 3 - 5 วินาที แล้วค่อยๆ ถอยลมไป แก้มขวานาน 3 - 5 วินาที ทำซ้ำ 5 - 10 รอบ

ท่าที่ 7 พูดคำว่า “พา พา พา พา” “คา คา คา คา” “ลา ลา ลา ลา” “คาลา คาลา คาลา คาลา” ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ คำละ 5 - 10 รอบ

ตัวอย่างการบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน

2. การฝึกการกลืนโดยวิธี swallowing technique ดังนี้ ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆ แล้วกลืนหายใจไว้ ก้มหน้าคางชิดอก กลืนน้ำลายแล้วหายใจออกช้าๆ ให้ผู้ป่วยทำทุก 1 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 10 นาที

3. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ปราศจากสิ่งรบกวน โดยการขจัดสิ่งรบกวนต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น

4. การจัดท่าศีรษะและท่านั่งขณะรับประทานอาหาร จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตั้งตรง 90 องศา ก้มศีรษะเล็กน้อย

5. การทำความสะอาดในช่องปากและฟัน ก่อนและหลังรับประทานอาหาร โดยการทำความสะอาดช่องปาก ด้วยวิธีใช้น้ำยา 0.2% Chlorhexidine บ้วนปาก หรือแปรงฟัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำในปากได้ ต้องใช้ผ้าก๊อสดูด และชุบน้ำออก หรือใช้วิธีการดูด suction โดยจัดท่าผู้ป่วยตะแคงหน้า เพื่อป้องกันการสำลัก

ขณะทำความสะอาดช่องปาก

6. การจัดอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน อาหารมื้อแรกควรเริ่มจากอาหารปั่นขึ้นเป็นเนื้อเดียวกัน ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เริ่มการรับประทานอาหารทางปาก เช่น โจ๊กข้นปั่น ไข่ตุ๋นนิ่ม เนื้อสัตว์ปั่น ชุปข้นปั่น เป็นต้น โดยจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารมื้อแรกเป็น โจ๊กข้นปั่นหรือข้าวต้มน้ำน้อยๆ ถ้าหากไม่มีอาการผิดปกติ เช่น ไอ สำลัก เหนื่อย หายใจเร็ว หรือ มีเสียงเปลี่ยน หลังทานอาหาร จัดอาหารมื้อต่อไปให้ผู้ป่วยเป็น soft diet และ Regular diet ตามลำดับ

4.2 การพยาบาลขณะรับประทานอาหาร

1. ก่อนรับประทานอาหาร กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ เพื่อขับเสมหะออกให้หมดก่อน

2. การบ้วนอาหารในกรณีไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง แนะนำผู้ดูแลบ้วนอาหารให้ผู้ป่วยในแต่ละคำประมาณครึ่งช้อนชา วางอาหารไว้บนลิ้นด้านที่มีแรง

3. การป้อนยา ให้วางยาบนลิ้นด้านที่มีแรง รับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด

4. ขณะกลืน ถ้ามีอาหารค้างในปากจากการอ่อนแรงของลิ้น แนะนำให้ก้มศีรษะค้างชิดอกและเอียงศีรษะ หันหน้าเข้าหาด้านที่อ่อนแรงขณะกลืน เช่น ถ้าผู้ป่วยอ่อนแรงซีกซ้าย ให้ผู้ป่วยก้มศีรษะและหันหน้าไปด้านซ้ายขณะกลืน เพื่อให้มีแรงดันอาหารไปข้างที่แรงดี ทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้

5. ถ้าผู้ป่วยไอหรือมีเสียงน้ำในลำคอหลังการกลืน ให้ผู้ป่วยกระแอมและไอบ่อยๆ เพื่อให้คอโล่งแล้วถึงรับประทานต่อ

6. ไม่เร่งรัด ไม่ชวนคุยขณะรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร

7. สังเกตขณะและหลังรับประทานอาหาร สังเกตอาการสำลักขณะรับประทานหรือดื่มน้ำ การไอหรือจามทันทีหลังรับประทานหรือดื่มน้ำ ผู้ป่วยมีเสียงน้ำในลำคอหรือเสียงเปลี่ยนหลังกลืนอาหารหรือน้ำ และผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่สะดวก ออกซิเจนในกระแสเลือดลดลงมากกว่าร้อยละ 2 ขณะและหลังรับประทานอาหาร ถ้าพบว่ามีอาการอย่างน้อย 1 อาการถือว่าผู้ป่วยเกิดการสำลัก

8. หากสำลัก งดน้ำและอาหาร รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือด หรือให้อาหารทางสายยาง และพิจารณาส่งปรึกษาทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

4.3 การพยาบาลขณะรับประทานอาหาร¹⁰

1. การจัดท่านั่งศีรษะสูงประมาณ 30 - 60 องศา อย่างน้อย 30 นาที หลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการขย้อนอาหารและเกิดการสำลักตามมา

2. หลังรับประทานอาหาร ตรวจสอบเศษอาหารในช่องปากและทำความสะอาดช่องปากหลังมีอาหาร

5. สรุป

ภาวะกลืนลำบากเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีผลกระทบรุนแรงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน หากไม่ได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม อาจ

นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต เช่น การสำลักอาหารและปอดอักเสบจากการสำลัก ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในหน่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญในการประเมินการกลืนก่อนรับประทานอาหาร ยา หรือน้ำมือแรก การเฝ้าระวังการสำลัก และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะกลืนลำบากทั้งในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมความปลอดภัยในการกลืน และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลควรมีความรู้ ความชำนาญ และใช้แบบประเมินที่ได้มาตรฐานเพื่อการประเมินกลืนที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน การส่งเสริมคุณภาพการดูแลด้วยแนวทางที่เป็นระบบ การให้ญาติหรือผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพปลอดภัย และสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Arnold M, Liesirova KT, Broeg-Morway A, Meisterernst J, Schlager M, Mono M-L, et al. Dysphagia in acute stroke: incidence, burden and impact on clinical outcome. *PloS One* 2016;11:e0148424.
2. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* 2005 ;36:2756-63.
3. Altman KW. Dysphagia evaluation and care in the hospital. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2011;145: 895-8.
4. Teramoto S. Novel strategies in aspiration pneumonia. *Aging Dis* 2009;1:117-22.
5. Vose A, Nonnenmacher J, Singer ML, González-Fernández M. Dysphagia management in acute and sub-acute stroke. *Curr Phys Med Rehabil Rep* 2014;2:197-206.
6. Altman KW. Dysphagia in stroke patients. In: *Geriatric Otolaryngology*. New York: Springer; 2011. p.111-26.
7. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke* 2007;38:2948-52.
8. Martino R, Silver F, Teasell R, Bayley M, Nicholson G, Streiner DL, et al. The Toronto Bedside Swallowing

- Screening Test (TOR-BSST): development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. *Stroke* 2009;40:555–61.
9. Cichero JA, Heaton S, Bassett L. Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *J Clin Nurs* 2009;18:1649–59.
 10. จิราวรรณ เนียมชา. ผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
 11. นลินรัตน์ ทองนิรันดร์. คู่มือการพยาบาล การคัดกรองภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลวิกฤต 2 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.