ภาวะกลืนลำบาก

สมศักดิ์ เทียมเก่า

เมื่อเรากลืนน้ำหรืออาหาร กล้ามเนื้อและเส้นประสาทจำนวนมากทำงานร่วมกันเพื่อรับอาหารหรือเครื่องดื่มจากปากเข้าสู่ท้อง ปัญหาในการกลืนอาจเกิดขึ้นตำแหน่งใดก็ได้ ตั้งแต่ในปาก ลำคอ หรือหลอดอาหาร หลอดอาหารเป็นท่อกล้ามเนื้อในลำคอที่นำอาหารและน้ำไปยังกระเพาะอาหาร เมื่อใดเกิดปัญหาที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของขั้นตอนการกลืน ส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติในการกลืน ก่อให้เกิดอาการกลืนลำบาก

การกลืนเป็นการทำงานที่มีกลไกซับซ้อน โดยอาศัยการทำงานของกล้ามเนื้อหลายมัด หากมีความผิดปกติของระบบประสาท หรือกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ทำให้เกิดภาวะกลืนลำบากขึ้น ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะขาดน้ำ และอาหาร ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (aspiration pneumonia) เป็นต้น ปัญหาการกลืนลำบากอาจไม่รุนแรงหรือรุนแรง การรักษาจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสาเหตุของปัญหา บางครั้งแพทย์สามารถสั่งยาเพื่อช่วยให้กลืนได้ หากไม่สามารถกลืนอะไรได้เลย อาจต้องใช้ท่อให้อาหารเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอ

อาการกลืนลำบากมักพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอาจส่งผลต่อระยะการกลืนในช่องปากและ/หรือคอหอย ผู้ป่วยอาจไอหรือสำลักขณะพยายามกลืนน้ำลาย ของเหลว หรืออาหาร แต่ก็มีผู้ป่วยบางส่วนสำลักแบบเงียบ คือ อาหารและของเหลวเข้าสู่ปอดโดยไม่มีอาการไอหรือสำลัก ก่อให้เกิดภาวะปอดติดเชื้อได้เช่นเดียวกัน

การกลืนแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. **ระยะช่องปาก** (oral phase) เป็นขั้นตอนที่เตรียมให้อาหารพร้อมสำหรับกลืน โดยเมื่ออาหารเข้าสู่ปาก ลิ้นจะทำหน้าที่เคลื่อนตัวเพื่อนำอาหารเหล่านั้นไปที่บริเวณฟันเพื่อรอการบดเคี้ยวให้มีขนาดเล็กลง และถูกคลุกเคล้ากับน้ำลายเพื่อให้มีความอ่อนนุ่ม ระยะนี้มีการทำงานประสานกันระหว่างขากรรไกร ลิ้น กระพุ้งแก้ม เพดานอ่อน และกระดูก hyoid เกิดการเคลื่อนไหวเป็นจังหวะ จากนั้นลิ้นจะยกตัวขึ้นผลักดันให้อาหารที่พร้อมกลืน เคลื่อนตัวลงสู่คอหอย

ศ.นพ. สมศักดิ์ เทียมเก่า
อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author:
ศ.นพ. สมศักดิ์ เทียมเก่า
อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Email: somtia@kku.ac.th
081-0504626

2. **ระยะคอหอย** (pharyngeal phase) เมื่ออาหารถูกส่งเข้ามาที่คอหอย เพดานอ่อนยกตัวขึ้นเพื่อป้องกันการท้นของอาหารเข้าสู่โพรงจมูก มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ pharyngeal constrictor จากบนลงล่างเพื่อเป็นการเคลื่อนอาหารลงสู่หลอดอาหาร นอกจากกลไกการเคลื่อนตัวของอาหารแล้วยังเกิดการปิดของสายเสียง (vocal cord) มีการยกตัวขึ้นของกล่องเสียงจากการทำงานของกล้ามเนื้อกลุ่ม suprahyoid และ thyrohyoid ทำให้เกิดการเคลื่อนของฝาปิดกล่องเสียงลงมาปิดกล่องเสียงเพื่อป้องกันการสำลัก ร่วมกับหูรูดหลอดอาหารส่วนบน (upper esophageal sphincter: UES) เปิด เพื่อให้อาหารเคลื่อนเข้าสู่หลอดอาหาร ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1-2 วินาที ช่วงขณะที่มีการกลืนจะมีการหยุดหายใจชั่วคราว นานประมาณ 0.3 - 1 วินาที ทั้งนี้ขึ้นกับปริมาณอาหารที่กลืนลงไป

3. **ระยะหลอดอาหาร** (esophageal phase) เป็นระยะที่อาหารอยู่ในหลอดอาหาร เมื่ออาหารผ่านหูรูดหลอดอาหารส่วนบนมาแล้ว อาหารจะมีการเคลื่อนตัวเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยการบีบตัว (peristalsis) ของกล้ามเนื้อหลอดอาหาร

ลักษณะทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก

ผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากที่มีพยาธิสภาพของช่องปากและคอหอย จะมีอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้

- น้ำลายไหล มีอาหารหรือน้ำไหลออกจากปากหรือจมูก
- มุมปากตก เบี้ยว หรือ ปิดปากไม่สนิท
- การเคี้ยวบกพร่อง
- รู้สึกกลืนไม่หมด กลืนติด
- มีอาการตกค้างในช่องปาก คอหอย
- มีการเคลื่อนไหวของลิ้นบกพร่อง ลิ้นอ่อนแรง
- ไม่สามารถกลืนได้ หรือกลืนได้ช้ากว่าปกติ
- เสียงเปลี่ยน เสียงเครือ ไอ สำลักก่อน ระหว่างหรือหลังกลืนน้ำ หรืออาหาร
- เสียงแหบ เสียงขึ้นจมูก
- ทานอาหารได้ช้าลง

ผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากที่มีพยาธิสภาพของหลอดอาหาร จะมีอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้

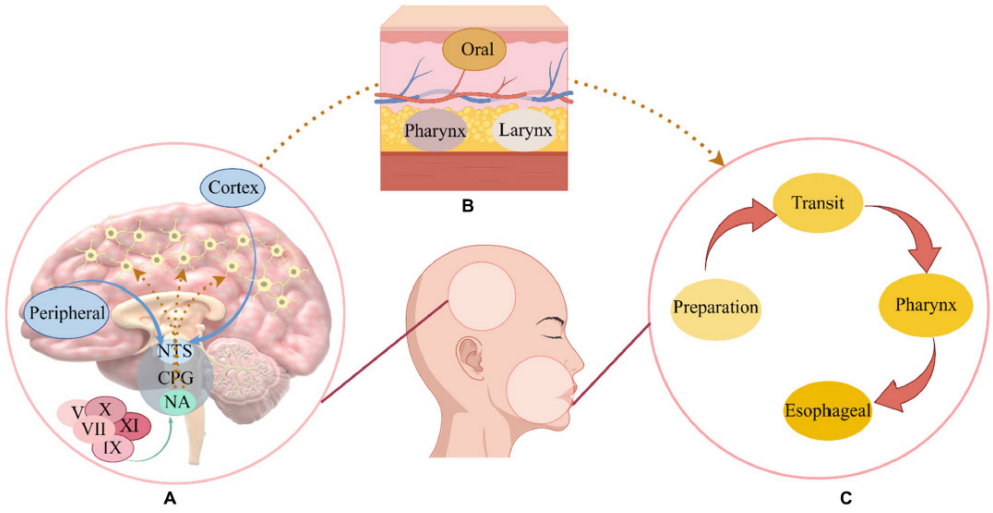
- อาการกลืนลำบากเป็นของแข็ง (solid) มากกว่าของเหลว (liquid)
- มีอาการอื่นร่วม เช่น อาการเรอ กรดไหลย้อน แสบหน้าอก กลืนแล้วเจ็บ หรือกลุ่มอาการ GERD
- มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด
- อาจมีอาการทางระบบ คอ จมูกร่วมด้วย

การวินิจฉัยภาวะกลืนลำบาก ประกอบด้วย

1. การซักประวัติ สอบถามอาการที่บ่งถึงภาวะกลืนลำบาก รวมทั้งประวัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้
   - อาการ อาการแสดง และประวัติที่อาจบ่งถึงภาวะกลืนลำบาก
   - อาการรู้สึกกลืนลำบาก กลืนติด กลืนเจ็บ หรือต้องกลืนซ้ำหลายครั้ง
   - อาการไอ สำลัก ทั้งก่อน ระหว่าง หรือหลังกลืน (คำถามนี้สำคัญมาก ถ้าสำลักห้ามส่งผู้ป่วยตรวจการกลืนแบเรี่ยม)
   - เสียงเปลี่ยน เสียงแหบหลังกลืน
   - การหายใจผิดปกติระหว่างหรือหลังกลืน
   - ประวัติโรคปอดอักเสบ
   - การตรวจร่างกายพบความผิดปกติตามลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากข้างต้น
2. การประเมินความพร้อมในการกลืน
   - ระดับความรู้สึกตัว ระดับการรู้คิด (cognition)
   - ความสามารถในการสื่อสาร และคุณภาพเสียง
   - ความสามารถในการนั่งทรงตัว และประคองศีรษะ
   - การควบคุมน้ำลาย
   - การไอตามคำสั่ง
   - ระบบหายใจ เช่น อัตราการหายใจ oxygen saturation (SpO2) ปริมาณเสมหะ

กลไกการควบคุมการกลืน

การควบคุมการกลืนนั้นเป็นการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อในช่องปาก คอหอย และหลอดอาหารที่ซับซ้อน โดยมีเส้นประสาทสมองที่เกี่ยวข้องได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ V, VII, IX, X , XI, XII ร่วมกับ nucleus ambiguous, central program generator และ nucleus tractus solitarius ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กลไกการกลืนเริ่มจากสมองส่วน central program generator (CPG) ประกอบด้วย nucleus ambiguous (NA) รับการกระตุ้นจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ V, VII, IX, X, XI และ nucleus tractus solitarius (NTS) รับการกระตุ้นทั้งจากส่วนระบบประสาทส่วน peripheral และสมองส่วน cortex จึงเริ่มขั้นตอนการกลืนในระยะต่างๆ

สาเหตุของภาวะกลืนลำบาก ได้แก่

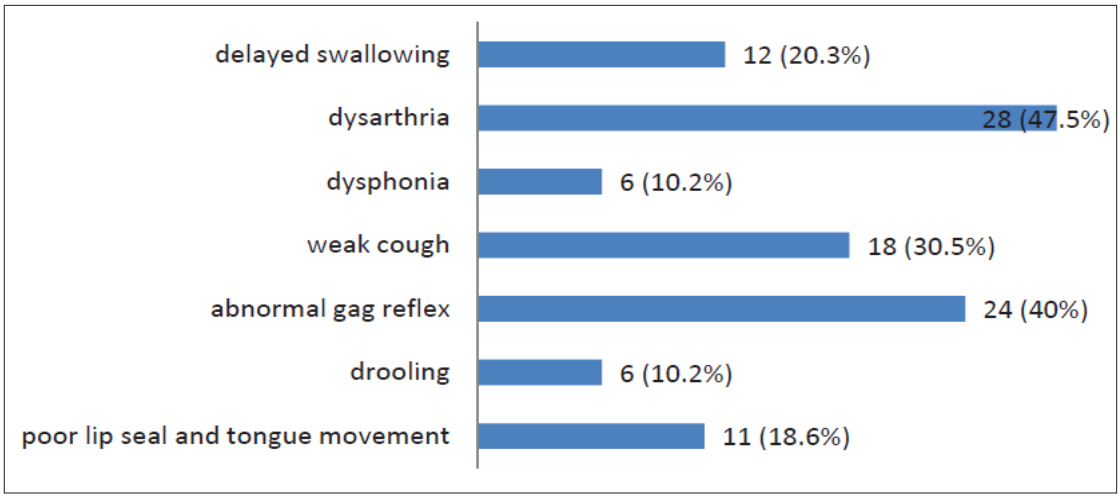
1. **ระบบประสาทและความผิดปกติของสมอง** เช่น โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือด และหลอดเลือดสมองแตก amyotrophic lateral sclerosis (ALS) โรคอื่นๆ ได้แก่ degenerative diseases, multiple sclerosis (MS), Parkinson's disease (PD), Parkinsonism, progressive supranuclear palsy (PSP), multiple system atrophy (MSA), spinocerebellar ataxia (SCA), dementia, Alzheimer's disease (AD), corticobasal degeneration, frontotemporal dementia, Lewy body dementia, vascular dementia, Huntington's disease, Wilson's disease, motor neuron disease (MND), amyotrophic lateral sclerosis (ALS), primary lateral sclerosis, muscular dystrophy, myopathies, Nemaline myopathy, mitochondrial myopathy, Inclusion body myositis, polymyositis, peripheral neuropathies, inflammatory systemic neuropathies, diabetic neuropathy, hemorrhagic stroke, ischemic stroke, traumatic brain injury, brain tumor, cerebral palsy, medication induced, Tardive dyskinesia and dystonia
2. **ความผิดปกติของกล้ามเนื้อ** เช่น myasthenia gravis, achalasia, systemic sclerosis (scleroderma), cricopharyngeal spasms และ esophageal spasms
3. **หลอดอาหารตีบและอุดตัน** เช่น มะเร็งหลอดอาหาร เนื้องอก หรือต่อมไทรอยด์ที่บวม สามารถบีบรัดหลอดอาหารแคบลงได้ ทำให้การกลืนลำบาก
4. **แผลเป็นจากกรดไหลย้อน** เช่น เนื้อเยื่อแผลเป็นก่อความระคายเคืองในเยื่อบุหลอดอาหาร
5. **การติดเชื้อ** เช่น ต่อมทอนซิลอักเสบ ทำให้เกิดอาการปวดและอักเสบทำให้กลืนลำบาก
6. **ยาบางชนิด** อาจมีผลข้างเคียงก่อให้เกิดอาการกลืนลำบาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงยาที่ส่งผลให้เกิดภาวะกลืนลำบาก

Medication related conditions	Medications
Xerostomia	Antidepressants, antispasmodics, antihypertensives, anticholinergics, antihistamines, bronchodilators, sedatives, muscle relaxants, antineoplastic, anti-Parkinson, anticonvulsants, antipsychotics, narcotics, anxiolytics
CNS depression	Anticonvulsants, antianxiety agents (alprazolam, diazepam, chlordiazepoxide); antispasmodics (dantrolene, baclofen), antidepressants (trazodone, amitriptyline, desipramine), neuroleptics (haloperidol, chlorpromazine, thioridazine)
Immunosuppression	Antibiotics (antibiotics may have an indirect effect causing difficulty in swallowing because of adverse effects such as glossitis, stomatitis, and esophagitis: penicillin, erythromycin, chloramphenicol, tetracyclines), cytotoxic agents
Increased salivation	Anticholinesterase, clonazepam, clozapine
Neuromuscular junction blockage	Aminoglycoside antibiotics, botulinum toxin
Myopathy	Corticosteriods, lipid-lowering agents, colchicine, L-Tryptophan
Esophageal mucosal injury	Antibiotics (doxycycline, tetracycline, clindamycin, trimethoprim-sulfamethoxazole, NSAIDS, alendronate, zidovudine, ascorbic acid, potassium supplements, ferrous sulfate, quinidine, theophylline
Esophageal tone decreases	Antihistamines, diuretics, opiates, antipsychotics, ipratropium bromide, alpha adrenergic blocking agents, antihypertensives (angiotension converting enzyme inhibitors, angiotension receptor blockers, calcium channel blockers), anticholinergics (atropine, scopolamine)

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดพบประมาณ ร้อยละ 50 ได้แก่ ภาวะกลืนลำบาก ท้องผูก เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร และภาวะ incontinence ซึ่งจะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ โดยภาวะกลืนลำบากนั้นส่งผลให้เกิดภาวะ malnutrition, aspiration pneumonia และเสียชีวิตได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยให้ได้ผลการรักษาที่ดีนั้น ต้องมีการประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยทุกรายจากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์พบความผิดปกติ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงความผิดปกติที่พบจากการคัดกรองภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน

การรักษาเหมือนการรักษาโรคอื่นๆ คือ ต้องรักษาสาเหตุหรือแก้ไขพยาธิสรีรวิทยาที่ทำให้เกิดอาการกลืนลำบาก แพทย์และทีมสหวิชาชีพต้องมีความรู้ ความเข้าใจในกลไกการเกิดภาวะกลืนลำบาก วิธีการรักษาขึ้นกับ

1. ระยะเวลาความรุนแรงของโรค
2. อายุผู้ป่วย
3. การรักษาที่ได้รับมาก่อน
4. ภาวะแทรกซ้อน
5. ภาวะร่างกายทั่วไปในปัจจุบัน
6. สภาวะทางระบบประสาทและสมอง
7. ความตั้งใจและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วย

การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากในช่วงเฉพาะหน้า ด้วยการใส่สายให้อาหารทางจมูก (nasogastric tube) หรือเจาะหน้าท้องเพื่อให้อาหาร (gastrostomy) แต่ไม่ควรทิ้งไว้เป็นระยะเวลานาน เพราะการแก้ปัญหาวิธีนี้ไม่ได้แก้ไขเรื่องการสำลักทั้งชนิด penetration และ aspiration ซึ่งทำให้ pneumonia ซ้ำร้ายการแก้ปัญหาดังกล่าวยังก่อให้เกิดปัญหาใหม่ เช่น การใส่สายให้อาหารนานๆ ทำให้เกิด vocal cords paralysis เนื่องจากสายให้อาหารไปกดส่วนหลังของ cricoids cartilage จนเกิดเป็นแผลและทำให้เกิด perichondritis ลุกลามเข้า cricoarytenoid joint เกิด fixation ของ joint ขัดขวางการเคลื่อนที่ของ vocal cords ขณะเดียวกันการเปลี่ยนวิธีให้อาหารทางหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการกระตุ้นให้ใช้ความสามารถของร่างกายและสมองที่เหลืออยู่ฝึกฝนเพื่อชดเชยความพิการเป็นเช่นนี้ไปนานๆ ผู้ป่วยจะยิ่งสูญเสียความสามารถในการกลืน นอกจากนั้นการเจาะหน้าท้องยังเป็นการเพิ่มความทุพพลภาพให้กับผู้ป่วย การแก้ปัญหาด้วยวิธีประวิงเวลาปล่อยให้หายเอง เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนได้บ่อย พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 3 เดือนหลังป่วย มักเกิดจากการติดเชื้อในปอดโดยมีการสำลักเป็นสาเหตุสำคัญ นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 50 ไม่รู้ตัวว่ามีปัญหาการกลืน ทำให้สภาพการเจ็บป่วยเลวลง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืนจึงควรแก้ไขด้วยการฝึกกลืนทันทีที่ผู้ป่วยพร้อมและปลอดภัย การฝึกการกลืนทำได้หลายวิธี ด้วยเครื่องมือและอาหาร

แนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลืน

การกลืนต้องอาศัยการทำงานของระบบประสาทสมองทั้งส่วนที่อยู่ใต้บังคับของจิตใจและส่วนที่เป็นระบบ reflex ในระยะปาก (oral phase) เป็นระยะที่อยู่ใต้บังคับของจิตใจ ผู้ป่วยจะผ่านระยะนี้ได้ต้องมีความอยากที่จะรับประทานอาหารตั้งแต่เอาอาหารเข้าปาก บดเคี้ยวอาหารให้เป็นสิ่งพร้อมกลืน (bolus) เตรียมกลืน และสั่งกลืน (initiation of swallowing) ดังนั้นหากผู้ป่วยไม่ร่วมมือ

หรือไม่มีความอยาก จนถึงต่อต้านจะไม่สามารถผ่านระยะช่องปากได้ ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของสมองส่วน insula cortex ที่ควบคุมการเคี้ยว ผู้ป่วยจะเคี้ยวไม่ได้ รวมทั้งสั่งกลืนยาก เมื่อเข้าระยะคอหอย (pharyngeal phase) การกลืนจะเป็นชุดคำสั่งที่ทำงานต่อเนื่องแบบอัตโนมัติ กระทั่งอาหารผ่านช่องคอหอยลงสู่หลอดอาหาร ขณะเดียวกันการทำงานของระบบประสาทสมองส่วนที่อยู่ใต้บังคับของจิตใจสามารถเสริมแรงในแต่ละขั้นตอนการกลืนในระยะคอหอย เพื่อปรับให้เหมาะสมต่อการกลืนแต่ละครั้ง ขณะที่การกลืนในระยะหลอดอาหารเป็น reflex control ล้วนๆ จึงเห็นได้ว่าการรักษาผู้ป่วยกลืนลำบากต้องประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับกลไกการกลืน ได้แก่

1. การหาวิธีติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ ผู้ป่วยที่สมองเสื่อม การรับรู้ไม่ดี ไม่สามารถเข้าใจภาษาที่เราพูด หรือพูดให้แพทย์ผู้รักษาเข้าใจได้
2. ปรับเปลี่ยนลักษณะกายภาพ (rheologic property) และขนาดของอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ให้กลืนได้ง่ายปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดการสำลัก
3. ปรับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ให้เกื้อหนุนต่อการรักษา
4. ใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ของระบบสมองและกล้ามเนื้อส่วนที่อยู่ใต้บังคับของจิตใจมาเกื้อหนุนกลไกการกลืนที่บกพร่อง โดยการจัดท่าศีรษะและลำคอ
5. เสริมสภาพการทำงานของกล้ามเนื้อในช่องปากให้แข็งแรงโดยใช้อุปกรณ์ช่วยฝึก
6. ให้ยาประเภทต่างๆในการรักษา
7. การผ่าตัดแก้ไข
8. การใช้เครื่องช่วยกลืน

การเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพ (rheologic property) ของอาหาร

การปรับคุณสมบัติทางกายภาพของอาหารให้เอื้อต่อสมรรถภาพการกลืนของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ คือ

1. ผู้ป่วยกลืนได้ปลอดภัย ไม่กลืนติดหรือสำลัก
2. ได้คุณค่าทางอาหารและปริมาณแคลอรีเพียงพอ
3. ได้ปริมาณน้ำพอเพียง

การปรับคุณสมบัติทางกายภาพของอาหาร ได้แก่

1. ปรับความหนืด (viscosity)
2. ปรับความสามารถในการไหล (flowability)
3. ปรับความเสียดทาน และ
4. ปรับความหนาแน่น

การเลือกใช้อาหารที่วางขายตามท้องตลาด เช่น เยลลี่ยังใช้ได้ในกรณีเร่งด่วนและไม่มีวิธีการอื่นที่ดีกว่า แต่จากการวิจัย พบว่า เยลลี่มีคุณสมบัติทางกายภาพที่ดีกว่าน้ำ เพราะไม่กระจาย แต่กลืนยาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อลิ้นหรือกล้ามเนื้อคอหอยอ่อนแรง อีกทั้งมีคุณค่าทางอาหารต่ำ จึงไม่ควรใช้เป็นอาหารหลัก ในต่างประเทศมีสารที่เพิ่มความหนืด (thickening) ในอาหาร สารที่เพิ่มความหนืดนี้ส่วนใหญ่ทำจากแป้งข้าวโพด จึงเพิ่มความหนืดอย่างเดียวอาจไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ กล้ามเนื้ออ่อนแรงโดยทั่วไป และช่องคอแคบเนื่องจาก cricopharyngeal achalasia หรือกล่องเสียงยกไม่ดี ต้องปรับให้อาหารมีความหนืดต่ำ มิฉะนั้นจะกลืนติด เช่น ขนมโก๋ ขนมเปี๊ยะ ซึ่งอาจอันตรายถึงตายได้ เพราะกลืนติดและอุดกั้นทางเดินหายใจ การรักษาด้วยวิธีปรับลักษณะทางกายภาพของอาหาร อาจใช้ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่นการจัดท่าศีรษะและลำคอ การฝึกกลืน การผ่าตัดรักษา การใช้เครื่องมือช่วยกลืน เป็นต้น

ขนาดและรสชาติของอาหาร

ขนาดและรสชาติของอาหารอาจมีส่วนช่วยการกลืนในผู้ป่วยกลืนลำบาก โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าอาหารรสเปรี้ยวกระตุ้นการกลืนได้ดีทั้งขณะกลืนและหลังกลืน ตรงกันข้าม

อาหารหวานจะกดการกลืน จึงไม่ควรให้อาหารหวานในผู้ป่วยสูงอายุที่กลืนลำบากจากสาเหตุทางสมอง ส่วนกลไกการกระตุ้นเชื่อว่าอาหารเปรี้ยวกระตุ้นต่อมรับรสและแขนงประสาทสมองคู่ที่ 5 (Trigeminal nerve) ในช่องปากและคอหอย ซึ่งเป็นการส่ง natural sensory input ไปที่ nucleus tractus solitaries (NTS) ซึ่งเป็น swallowing center ที่สมองส่วน medulla ให้กลับมาทำงานดีขึ้น ถือเป็น sensory rehabilitation ได้ นอกจากนี้อาหารคำเล็กจะกลืนยากกว่าคำโตในผู้ป่วยเหล่านี้ ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือผู้ป่วยที่หูรูดหลอดอาหารส่วนบนไม่คลายตัว (cricopharyngeal achalasia) หรือกล่องเสียงยกตัวไม่ดี ทำให้ช่องคอหอยเปิดไม่ดีต้องกลืนอาหารคำเล็ก ผู้ป่วยกล้ามเนื้อลิ้นและช่องคอหอยอ่อนแรงต้องกลืนอาหารคำเล็ก ห้ามให้อาหารคำโตในผู้ป่วยเหล่านี้เด็ดขาด เพราะอาจกลืนติดจนอุดทางเดินหายใจตายได้

การดูแลภาวะโภชนาการผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนอาจรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ขาดอาหารและน้ำเกิดภาวะขาดสารอาหารทั้งโปรตีนและแคลอรี ทำให้ร่างกายอ่อนแอและง่ายต่อการติดเชื้อ เนื่องจากภูมิต้านทานลดลง ผู้ป่วยกลืนลำบากจึงต้องได้รับการตรวจและกำกับดูแลภาวะโภชนาการอยู่เสมอทั้งก่อนและระหว่างการรักษา เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้อาหารและน้ำเพียงพอ การกำกับดูแลได้แก่ การบันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานได้ในแต่ละมื้อ ความเจริญอาหาร สภาพผิวหนังเหี่ยวย่นขาดน้ำหรือไม่ การวัด skin thickness การบันทึกปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน การชั่งน้ำหนักผู้ป่วยถือเป็นตัวชี้วัดภาวะโภชนาการที่สำคัญทางคลินิก นอกจากนี้ยังต้องพิจารณายาที่อาจทำให้การกลืนเลวลง อาจทำให้น้ำลายแห้ง คอแห้ง ทำให้กลืนลำบาก ดัชนีที่ชี้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการได้แก่ น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 10 หรือน้ำหนักตัวต่ำกว่าร้อยละ 90 ของที่ควรจะเป็น (ideal weight) hypoalbuminemia (serum albumin concentration <3.5 g/dL) ตรวจภาวะการขาดน้ำโดยตรวจปัสสาวะเพื่อหา urine osmolarity ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอระหว่างการรักษาอาการกลืนลำบาก อาจให้อาหารทางสายควบคู่ไปกับการฝึกรับประทานอาหารทางปากได้ โดยมีข้อบ่งชี้ในการใส่สายทางจมูก (NG tube) เพื่อให้อาหารดังนี้

1. ในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการขาดโปรตีนและแคลอรี พิจารณาใส่สายให้อาหารเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลา 5 วัน

2. ในผู้ป่วยที่ภาวะโภชนาการปกติ แต่รับประทานอาหารได้น้อยกว่าร้อยละ 50 ของที่ควรจะเป็นเป็นเวลา 7-10 วัน ควรพิจารณาใส่สายให้อาหารเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ปริมาณเพียงพอ จึงพิจารณาเอาสายให้อาหารออก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 28-45 จะมีภาวะกลืนลำบากร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยต้องรับอาหารทางสายยาง ซึ่งเป็นภาระของญาติในการจัดหาอาหารพิเศษ ผู้ป่วยเองก็ขาดโอกาสในการรับรสอร่อยของอาหาร นอกจากนั้นในบางรายที่ไม่ต้องใช้ยา อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะขาดอาหาร ภาวะขาดน้ำ ภาวะ aspiration pneumonia ถ้าให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการกลืน ปัญหาและภาระทั้งตัวผู้ป่วยและ ครอบครัวก็จะลดลง

ลำดับขั้นในการเลือกอาหารในการฝึกกลืน

อาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ควรเป็นอาหาร ที่มีการดัดแปลงเนื้ออาหารโดยการปั่นจนละเอียดและหนืดข้นเหมือนอาหารเด็ก หรืออาหารที่มีลักษณะกึ่งแข็งกึ่งเหลวคล้ายแป้งเปียก และต้องเลือกอาหารที่ปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดการไอและสำลัก ขณะเดียวกันต้องหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเหลวและอาหารที่มีเนื้ออาหารหลายแบบเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยสำลักได้ ดังนั้นขั้นตอนในการเลือกอาหารให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากจึงมีดังนี้ อาหารผู้ป่วยกลืนลำบากแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

ขั้นที่ 1 อาหารสายยาง

กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการสำลักสูงหรือไม่พร้อมที่จะกลืนอาหารทางปาก ควรเลือกให้สารอาหารผ่านทางสายยาง และงดการให้อาหารทางปาก เป็นการ

แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ขณะผู้ป่วยยังรับประทานอาหารทางปากไม่ได้ วัตถุประสงค์ของการให้อาหารทางสายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณสารอาหารเพียงพอต่อการเผาผลาญของร่างกายในแต่ละวัน ได้ปริมาณน้ำ เกลือแร่ และวิตามินเพียงพอ เพื่อรักษาสภาพผู้ป่วยไม่ให้อ่อนเพลีย หรือสูญเสียกำลังจนเป็นอุปสรรคในการรักษาปัญหาการกลืน โดยปกติใน 1 วัน ร่างกายต้องการพลังงาน 25-30 kcal/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต้องการโปรตีน 1.2-1.5 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม อัตราส่วนคาร์โบไฮเดรตต่อไขมันเท่ากับ 60:40 ต้องการน้ำ 30-35 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม การให้อาหารทางสายทำได้ 3 วิธีคือ

1. การใส่สายให้อาหารทางจมูก (nasogastric tube: NG tube)

2. การเจาะหน้าท้องเพื่อใส่สายให้อาหารที่กระเพาะอาหาร (gastrostomy tube)

3. การเจาะหน้าท้องเพื่อใส่สายให้อาหารที่ลำไส้ส่วนกลาง (jejunostomy tube)

พึงระลึกเสมอว่า การให้อาหารทางสายให้อาหารไม่ได้ช่วยแก้ หรือป้องกันการสำลัก และภาวะ aspiration pneumoniaโดยเฉพาะการใส่สายให้อาหารทางจมูกและการเจาะหน้าท้องเพื่อใส่สายให้อาหารที่กระเพาะอาหารสามารถก่อให้เกิดโรคกรดไหลย้อนกลับได้ทำให้หลอดอาหารอักเสบและตีบตัน

ขั้นที่ 2 อาหารหนืดไม่มีน้ำ Thick puree - no liquids

เป็นอาหารที่ใช้ในการเริ่มต้นกับผู้ป่วยกลืนลำบาก เนื่องจากมีความบกพร่องของระบบประสาท ผู้ป่วยที่ไอและสำลักเมื่อรับประทานอาหารเหลว อาหารในระดับนี้เป็นอาหารที่ปั่นจนข้นหนืดเป็นเนื้อเดียวกัน เช่น โจ๊กข้น โยเกิร์ตครีม ผักต้มบดละเอียด ฟักทองบด มันบด วุ้น เยลลี่ สังขยา และกล้วยครูด เป็นต้น

ขั้นที่ 3 อาหารหนืดข้น Thick and thin puree-thick liquids

เริ่มเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารระดับ 1 ได้ดี อาหารจะถูกปั่นเป็นเนื้อเดียวกัน แต่มีลักษณะข้นหนืดคล้ายน้ำผึ้งซึ่งอาหารชนิดนี้จะมีส่วนผสมของของเหลวมากกว่าชนิดแรก เช่น ข้าวต้มปั่นละเอียด ข้าวโอ๊ต โจ๊กข้นๆ น้ำผลไม้ปั่นข้น โยเกิร์ต ไอศกรีม และซุปข้น เป็นต้น

ขั้นที่ 4 อาหารอ่อนเคี้ยวง่ายและน้ำน้อย Mechanical soft thick liquids

อาหารอ่อนที่บดหรือสับละเอียด ไม่มีเปลือกหรือกากแข็ง หรืออาหารที่หั่นชิ้นเล็ก ๆ และมีน้ำปนอยู่เล็กน้อย เช่น ข้าวต้มข้น ไข่ตุ๋น ไข่ลวก ก๋วยเตี๋ยว หรือบะหมี่ ขนมปัง และผลไม้สุกที่มีเนื้อนิ่ม เป็นต้น

ขั้นที่ 5 อาหารอ่อน Mechanical soft diet- liquids as tolerated

อาหารชนิดนี้จะมีลักษณะนิ่ม เปื่อย สามารถเคี้ยวและกลืนได้ง่าย เช่น ข้าวสวยกับต้มจืดผักเปื่อย ๆ ขนมนิ่มๆ น้ำผลไม้ปั่น และซุปต่าง ๆ เป็นต้น

ขั้นที่ 6 อาหารธรรมดา

เป็นอาหารสามัญหรืออาหารปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารแข็งที่กลืนยาก หรือทำให้ผู้ป่วยไอและสำลักในระยะแรก เช่น อาหารทอดกรอบ ถั่ว หรือเมล็ดพืช และขนมปังกรอบ เป็นต้น

สิ่งที่ต้องคำนึงในการจัดอาหารให้ผู้ป่วยที่มีปัญหากลืนลำบาก อาหารที่มีรสหวาน เผ็ด เปรี้ยวจะช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งของน้ำลาย แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงจากน้ำส้มสายชู เนื่องจากกรดจากน้ำส้มสายชู จะกระตุ้นให้มีการไอมากขึ้นขณะกลืน อาหารแช่เย็นหรืออาหารแช่แข็งจะช่วยให้กลืนได้ง่ายขึ้น และช่วยกระตุ้นการเคี้ยวไปด้วย แต่ในรายที่มีการรับความรู้สึกในช่องปากลดลง ควรให้อาหารที่อุ่น ๆ เพื่อลดอาการชา และการถูกทำลายของเซลล์ภายในช่องปาก การดัดแปลงอาหารให้เป็นก้อนหรือทำให้หนืดจะช่วยให้ผู้ป่วยกลืนได้ง่าย ในระยะแรกของการฝึกกลืนควรหลีกเลี่ยงการให้อาหารที่ทำให้มีเมือกหรือมีเสมหะเหนียว เช่น อาหาร ประเภทนม เป็นต้น ควรเลือกใช้อาหารที่มีรสเปรี้ยวเล็กน้อย เช่น น้ำส้ม หรือผลไม้ ซึ่งจะช่วยให้มีการหลั่งของน้ำลายและช่วยลดน้ำเมือกเหนียวๆ ในปากได้

การรักษาภาวะกลืนลำบาก

การพิจารณาเลือกการรักษาแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับสาเหตุและความรุนแรงของปัญหา วิธีการรักษา ได้แก่

- **ยาปฏิชีวนะ** เพื่อรักษาต่อมทอนซิลอักเสบจากแบคทีเรียกรณีเกิดจากภาวะติดเชื้อในคอ หรือหลอดอาหาร
- **ยาและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต** เช่น การรักษาโรคกรดไหลย้อนรวมถึงการใช้ยาเพื่อควบคุมกรดไหลย้อนแนะนำให้เปลี่ยนอาหาร นิสัยการทานอาหารของผู้ป่วย และปรับพฤติกรรมหลังการทานอาหาร ไม่นอนทันที
- **การรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ** หากภาวะทางระบบประสาททำให้คุณกลืนลำบาก แพทย์ต้องรักษาที่ตัวโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะกลืนลำบาก เช่น การฉีดโบทูลินั่มทอกซิน เพื่อบรรเทาอาการกล้ามเนื้อหลอดอาหารหดเกร็ง หรือการผ่าตัดเพื่อเพิ่มขนาดหลอดอาหาร การรักษาโรค Parkinson's disease, myasthenia gravis โรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้น
- **เปลี่ยนวิธีการกินดื่ม** นักกิจกรรมบำบัดจะแนะนำให้ผู้ป่วยกัดคำเล็กๆ และเคี้ยวอาหารให้ละเอียด อาจต้องเพิ่มผงข้นชนิดพิเศษลงในเครื่องดื่ม เพื่อให้กลืนง่ายขึ้น เนื่องจากของเหลวที่เป็นน้ำอาจกลืนลำบาก
- **นั่งตัวตรงขณะทานอาหาร** เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสำลัก แนะนำวิธีที่ดีที่สุดในการนั่งขณะรับประทานอาหาร ฝึกที่จะเอียงศีรษะเพื่อให้กลืนได้ง่ายขึ้น เทคนิคเหล่านี้ช่วยลดความเสี่ยงที่ของเหลวจะเข้าสู่ทางเดินหายใจ
- **ล้างคอ** สามารถสอนวิธีล้างคอด้วยการไอเล็กน้อย หากของเหลวหรืออาหารติดค้าง
- **การใส่สายยางให้อาหาร** (NG tube) หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะสำลัก แพทย์แนะนำให้ป้อนทางสายยางให้อาหาร โดยส่งสารอาหารตรงไปยังลำไส้หรือกระเพาะอาหาร

อาหารสำหรับผู้มีภาวะ กลืนลำบาก

ผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก เมื่อเริ่มได้ฝึกกลืนแบบทานอาหารทางปากกับนักกิจกรรมบำบัดแล้ว ความรุนแรงของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน บางคนเมื่อเริ่มฝึกทานอาหารทางปากก็สามารถปรับอาหารเป็นใกล้เคียงปกติได้เลย แต่บางคนมีความผิดปกติของการกลืนมาก มีปัญหาด้านการหายใจ มีเสมหะหรือการตื่นตัวไม่ค่อยดี อาหารที่ปลอดภัยที่สุดอาจจะเป็นเพียงโจ๊กปั่นข้น หรือน้ำเท่านั้น

การฝึกทานอาหารทางปาก จะไม่ได้พิจารณาเพียงเมื่อผู้ป่วยสามารถเริ่มกลืนน้ำ กลืนอาหารได้เท่านั้น แต่ต้องรวมถึงโภชนาการที่เหมาะสม ปริมาณสารอาหาร น้ำ และลักษณะเนื้ออาหารที่เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน สามารถกลืนได้ปลอดภัย ไม่กลืนติด หรือสำลัก เมื่อมีปัญหาการกลืนอาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร และน้ำ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ หากได้รับการดูแลโภชนาการให้เหมาะสม ร่างกายก็จะฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการปรับลักษณะเนื้ออาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย การปรับความหนืด (มีความสำคัญที่สุด) ปรับความสามารถในการไหล ปรับความเสียดทาน ปรับความหนาแน่นการปรับลักษณะอาหารต้องอ้างอิงจากความสามารถและความลำบากในการกลืนของผู้ป่วยแต่ละคน หากผู้ป่วยที่มีแรงในการกลืนน้อย อาหารที่มีความหนืดสูงจะทำให้กลืนยาก ขณะเดียวกันหากให้กลืนอาหารที่มีความหนืดน้อยเกินไป เช่น น้ำเปล่า อาจจะทำให้เกิดการสำลักได้ง่าย เนื่องจากน้ำมีความสามารถในการไหลสูง ไหลได้เร็ว เป็นต้น ซึ่งการพิจารณาปรับลักษณะเนื้ออาหารจะเป็นหน้าที่ของนักกิจกรรมบำบัดที่มีบทบาทในด้านการฝึกกลืนอาหาร ตัวอย่างเมนูอาหารในลักษณะเนื้ออาหารต่างๆ ตามมาตรฐานอาหารสำหรับผู้ป่วยกลืนลำบาก IDDSI (International Dysphagia Diet Standardization Initiative) เรียงจากอาหารที่กลืนง่าย ปลอดภัยที่สุดไปสู่อาหารที่กลืนยากขึ้น

อาหารหนืดปั่นข้นบดละเอียด (pureed diet) : IDDSI ระดับ 4

อาหารสับละเอียดชุ่มน้ำ (minced & moist diet) : IDDSI ระดับ 5

อาหารอ่อนชิ้นเล็ก (soft & bite-sized diet) : IDDSI ระดับ 6

อาหารเคี้ยวง่าย (easy to chew diet) : IDDSI ระดับ 7

1. **อาหารหนืดปั่นข้นละเอียด** (Pureed diet) : **IDDSI ระดับ 4**

ซุปไก่ผักรวมปั่น ข้าวต้มข่าไก่ปั่น ถั่วต้มน้ำตาล เนื้อเนียน ซุปครีมเห็ด โยเกิร์ตเนื้อเนียนที่ไม่มีส่วนของผลไม้ชิ้น

2. **อาหารสับละเอียดชุ่มน้ำ** (Minced & moist diet) : IDDSI **ระดับ** 5

น้ำพริกปลาทูย่างบด โจ๊กหมูบดใส่ไข่ ไข่ตุ๋นเนื้อเนียนสับละเอียด ข้าวตุ๋นปลาสับ

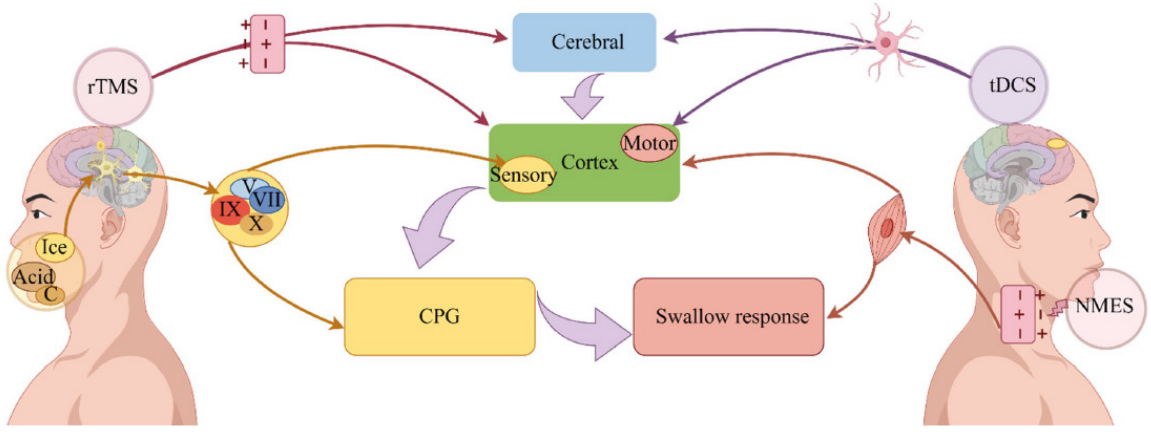
3. **อาหารอ่อน ชิ้นเล็ก** (Soft & bite-sized diet) : IDDSI **ระดับ** 6

ห่อหมกปลาช่อน กระเพาะปลาตุ๋น ราดหน้าเส้นใหญ่ หั่นเส้นเป็นชิ้นๆ ฟักทองแกงบวชหั่นเป็นชิ้นเล็ก ผลไม้ที่มีเนื้อนุ่มหั่นเต๋า เช่น กล้วย มะม่วงสุก แตงโม เป็นต้น

4. **อาหารเคี้ยวง่าย** (Easy to chew diet) : IDDSI **ระดับ** 7

หมูนุ่มทอดกระเทียมพริกไทราดข้าวสวยหุงนุ่มๆ ราดหน้าเส้นใหญ่นุ่มๆ (ไม่ต้องหั่นเส้น) ต้มจืดเต้าหู้หมูสับนุ่มๆ สเต็กปลา

การรักษาในปัจจุบันด้วย rTMS และ tDCS ก็ได้ผล ซึ่งทั้ง 2 วิธีดังกล่าวมีกลไกการแก้ไขภาวะกลืนลำบากดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงการทำกายภาพบำบัดด้วยการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้น (neuromuscular electrical stimulation : NMES) ด้วยวิธี transcranial direct current stimulation : tDCS และวิธี repetitive transcranial magnetic stimulation : rTMS ก่อให้เกิด neuroplasticity ของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกลืน

นอกจากนี้การรักษาด้วยวิธี theta burst stimulation (iTBS) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากก็ได้ผล แต่ได้ผลในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ไม่ได้ผลในระยะยาว ซึ่งต้องรอการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต

ระบบการตรวจประเมินการกลืนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างต่ำในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ อัตราการเสียชีวิตไม่เกินร้อยละ 7 แต่เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านไปในระยะเวลา 30 วัน พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นอีกมากกว่าร้อยละ 10 ซึ่งสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในระยะ 30 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล คือ ภาวะ aspiration pneumonia ดังนั้นการตรวจประเมินการกลืนของผู้ป่วยว่ามีภาวะกลืนลำบากหรือไม่จึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมาก ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการประเมินการกลืนอย่างครบถ้วนก่อนรับประทานอาหาร หรือเครื่องดื่ม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ aspiration pneumonia และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ทางหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกแห่งจะมีช่องทางให้ผู้ป่วย และ/หรือญาติสามารถติดต่อกลับมาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ตลอด

เวลากรณีมีข้อสงสัยในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลต่อเนื่อง และเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะกลืนลำบาก การรักษาในช่วงแรกผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายให้อาหารทางจมูก (NG tube) เพื่อให้อาหารเหลวทางสาย NG tube ร่วมกับการฝึกกลืนและรักษาโรคหลอดเลือดสมองตามพยาธิสภาพของโรค ซึ่งอาหารเหลวที่ใช้นั้นอาจเป็นอาหารเหลวที่ฝ่ายโภชนาการผลิตขึ้นใช้เอง และมีการสอนให้ญาติผู้ป่วยฝึกทำ และฝึกการให้อาหารเหลวทางสาย NG tube จนชำนาญ หรือเป็นอาหารเหลวสำเร็จรูปที่เป็นผลิตภัณฑ์ของบริษัทที่มีจำหน่ายในตลาด ข้อดีของอาหารเหลวที่ทำเองนั้นมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าอาหารเหลวสำเร็จรูป ส่วนเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันนั้นก็ขึ้นกับสูตรของอาหารเหลวที่ฝ่ายโภชนาการจัดทำตามข้อบ่งชี้โรคร่วมของผู้ป่วย ส่วนข้อดีของอาหารเหลวสำเร็จรูป คือ ความสะดวกสบาย และมีประโยชน์ในการควบคุมระดับน้ำตาล ไขมันโคเลสเตอรอล และระดับโปรตีน แต่มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าอาหารเหลวทำเอง บางโรงพยาบาลฝ่ายโภชนาการก็มีการจัดทำอาหารเหลวแล้วจำหน่ายให้ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความสะดวกให้ผู้ป่วยและประหยัดค่าใช้จ่ายได้ด้วย สิ่งสำคัญในการให้อาหารทางสาย NG tube กับผู้ป่วยที่บ้าน คือ การฝึกปฏิบัติให้ถูกทุกขั้นตอนของการให้อาหารเหลวทางสาย NG tube เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ได้แก่ aspiration pneumonia

สรุป

ภาวะกลืนลำบากเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการประเมินความสามารถในการกลืนก่อนรับประทานอาหาร และเครื่องดื่ม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ aspiration pneumonia

บรรณานุกรม

1. ไพฑูรย์ เบ็ญจพรเลิศ, ปรีดา อารยาวิชานนท์, ณัฐเศรษฐ มนิมนากร, ภัทรา วัฒนพันธุ์.ความชุกของภาวะกลืนลำบากระดับช่องปากและลำคอในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. J Thai Rehabil Med 2018; 28: 49-53.
2. ภัทรา วัฒนพันธุ์. การประเมินผู้ป่วยภาวะกลืนลำบาก. Srinagarind Med J 2014;29 (Suppl): 9-12.
3. ภัทรา วัฒนพันธุ์. การฟื้นฟูสภาพการกลืน (พิมพ์ครั้งที่ 2).ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561.
4. ศศุภางค์ มุสิกบุญเลิศ. การรักษาผู้ป่วยกลืนลำบาก. Srinagarind Med J 2014;29 (Suppl): 16-9.
5. สถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. อาหารนุ่ม เมนูอร่อย เพื่อสุขภาพผู้สูงวัย. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด. 2561.
6. Li K, Fu C, Xie Z, et al. The impact of physical therapy on dysphagia in neurological diseases: a review.Front Hum Neurosci 18:1404398. doi: 10.3389/fnhum.2024.1404398.
7. Mehdi Zaidi SM, Hassan Alvi M, Ahmed Fatmi SA, et al. Effectiveness of intermittent theta burst stimulation (iTBS) for managing post-stroke dysphagia: systematic review and meta-analysis. Topics in Stroke Rehabilitation, DOI: 10.1080/10749357.2024.2437325.
8. Panebianco1 M, Marchese-Ragona R, Masiero S, et al. Dysphagia in neurological diseases: a literature review. Neurological Sciences 2020; 41:3067–73.
9. Wieseke A, Bantz D, Siktberg L, et al. Assessment and early diagnosis of dysphagia. Geriatr Nurs 2008;29:376-83.