

ผลการใช้แนวทางการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล ประสาทเชียงใหม่

Outcomes of Dysphagia Screening for Stroke Patients, Chiang Mai Neurological Hospital

นิตินาถ วงษ์ตระหง่าน พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางคัดกรองภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive and analytic study)

วิธีการวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
ตั้งแต่ มกราคม 2561 – ธันวาคม 2561 โดยดูผลการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก การเกิดการสำลัก และการเกิดภาวะ
ปอดอักเสบ

ผลการวิจัย: มีผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภาวะกลืนลำบากร้อยละ 84 ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินภายในวันแรก พบมี
ภาวะกลืนลำบาก ร้อยละ 15 ขณะนอนโรงพยาบาลพบมีผู้ป่วยสำลักอาหารร้อยละ 5.1 โดยไม่มีความสำคัญอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติกับการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก แต่พบมีผู้ป่วยเกิดภาวะปอดอักเสบร้อยละ 7.8 ซึ่งมีความสัมพันธ์
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$) กับการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก

สรุปผล: การประเมินกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยลดการเกิดภาวะปอดอักเสบได้อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก, การสำลักอาหาร, ภาวะปอดอักเสบ

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย มีแนวโน้มมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น พบเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด และยังทำให้เกิดความพิการ ทุพพลภาพ⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบว่าเป็นสาเหตุของการตายอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง คิดเป็น 31,172 คน ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความบกพร่องทางกายตามมาได้หลายอย่าง เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก กลืนลำบาก บกพร่องในการใช้ภาษา การสื่อสาร และการพูด การสูญเสียการรับรู้ ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ซึ่งภาวะกลืนลำบากเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ ปอดอักเสบ, ภาวะทุพโภชนาการ, ภาวะขาดน้ำ ส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต⁽³⁾

การกลืน เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน สมองหลายๆตำแหน่งทำหน้าที่สั่งการควบคุม หากมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในสมองจะส่งผลเกิดภาวะกลืนลำบากได้⁽⁴⁾ กระบวนการกลืนจะแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะช่องปาก ทำหน้าที่บดเคี้ยวและคลุกเคล้าอาหาร เตรียมอาหารให้พร้อมสำหรับการกลืน ลิ้นจะดันอาหารที่เตรียมแล้วกับเพดานปาก จากด้านหน้าไปยังด้านหลังเพื่อส่งอาหารเข้าสู่คอหอย ระยะคอหอย เมื่ออาหารผ่านลงมา จะมีการหยุดหายใจประมาณ 0.3-1 วินาที เพดานอ่อนจะยกตัวขึ้นเพื่อปิดช่องจมูกด้านบน กล่องเสียงยกตัวขึ้น และฝาปิดกล่องเสียงจะปิดลงเพื่อป้องกันการสำลักอาหารสู่หลอดลม โดยเป็นการทำงานร่วมกันของกล้ามเนื้อหลายมัด และระยะหลอดอาหารที่มีการบีบไล่อาหารลงสู่กระเพาะอาหาร^(5, 6) เมื่อมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในสมองจะทำให้กลไกการกลืนผิดปกติไป โดยผู้ที่มีความผิดปกติในระยะช่องปาก (oral phase) ได้แก่ กล้ามเนื้อใบหน้ารวมถึงริมฝีปากอ่อนแรงจะทำให้มีน้ำไหลมุมปาก เศษอาหารค้างในช่องปาก และกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและกลืนอ่อนแรงจะทำให้การเคี้ยวและการคลุกเคล้าอาหารลำบาก ส่วนผู้ที่มีความผิดปกติในระยะคอหอย จะมีรีเฟล็กซ์การกลืนซ้ำ การยกตัวของกล่องเสียงมารับกับฝาปิดกล่องเสียงซ้ำ ความแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณคอหอยลดลง มีโอกาสที่อาหารจะตกลงไปในทางเดินหายใจ เกิดสำลักได้ โดยผู้ป่วยจะมีอาการไอ หอบเหนื่อย เสียงแหบพร่าหลังจากดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหาร อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่สำคัญแล้วไม่มีอาการ (silent aspiration)

จากบทความของ Armstrong JR, et al.⁽⁷⁾ กล่าวถึงภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่า มักสัมพันธ์กับการสำลักอาหาร พยาธิสภาพในปอดจึงมักจะเป็นตำแหน่งที่อาหารตกลงไปได้ง่าย ได้แก่ ปอดกลีบล่าง (superior segment of lower lobes) และสามารถเป็นได้โรคปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ (healthcare-associated pneumonia) เนื่องจากเป็นในผู้สูงอายุ มักจะมีโรคประจำตัวเข้าออกโรงพยาบาลอยู่แล้ว โรคปอดอักเสบที่เกิดหลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป (hospital-acquired

pneumonia) หรือโรคปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia) ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยที่ความรุนแรงของเชื้อก็จะแตกต่างกัน

ปัจจุบัน มีการตรวจประเมินภาวะกลืนลำบากหลายวิธี ซึ่งวิธีที่ถือเป็นมาตรฐาน (gold standard) มี 2 วิธี ได้แก่ videofluoroscopy (VFS) และ fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES)⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม วิธีดังกล่าวไม่สามารถทำได้ทันที และต้องอาศัยแพทย์และทีมเฉพาะทางในการตรวจ การตรวจคัดกรองเบื้องต้น จึงมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจให้ผู้ป่วยทานอาหารโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการเกิดปอดอักเสบ ซึ่ง การตรวจคัดกรองภาวะกลืนลำบากเบื้องต้นมีหลายวิธี เช่น การคัดกรองด้วยการดื่มน้ำ หรือการทานอาหารที่มีความหนืดต่างกัน ถึงแม้ว่าการทดสอบด้วยอาหารที่มีความหนืดต่างกัน จะคัดกรองได้ดีกว่า แต่การทดสอบด้วยการดื่มน้ำ เป็นวิธีที่สะดวก จัดหาอุปกรณ์ทดสอบง่าย สามารถคัดกรองได้ทันที^(9, 10, 11)

เมื่อตรวจพบภาวะกลืนลำบากแล้ว การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมหลังจากนั้นก็มีความสำคัญ⁽¹²⁾ เช่น การปรับอาหารให้เหมาะสม เช่น อาหารปั่นข้น หรือ อาหารอ่อนเคี้ยวง่าย หรือพิจารณาให้อาหารทางสายยาง การแนะนำท่าทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสม รวมถึงการพิจารณาใส่สายยางให้อาหารทางจมูก จึงจะลดความเสี่ยงต่อการสำลักอาหาร และเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ มีผู้มารับบริการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นส่วนใหญ่ ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 923 ราย ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วย 133 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4 เดิมมีการประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยนักกิจกรรมบำบัด แต่พบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ได้รับการประเมิน เช่น ผู้ป่วยที่เข้านอนในช่วงวันหยุดราชการ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบบางราย จะมีการให้ยาทานทันทีตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการให้ทานโดยที่ยังไม่ได้ประเมิน ถือเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดสำลักอาหาร ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดสำลักอาหารและภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ ทางโรงพยาบาลได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการประเมินกลืนขึ้น โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมิน แต่ยังไม่มีการศึกษาหลังจากเริ่มใช้แนวทางปฏิบัติดังกล่าวงานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาถึงผลการนำแบบคัดกรองภาวะกลืนลำบากมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เพื่อพัฒนาการให้บริการแก่ผู้ป่วยต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) โดยการศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2561 – ธันวาคม 2561

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียน ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ผลการประเมินการกลืนทั้งโดยพยาบาลและโดยนักกิจกรรมบำบัด ชนิดอาหารที่ผู้ป่วยได้รับประทาน การเกิดสำลัก และการเกิดภาวะปอดอักเสบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ chi square และพิจารณาว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อค่า p-value น้อยกว่า 0.05

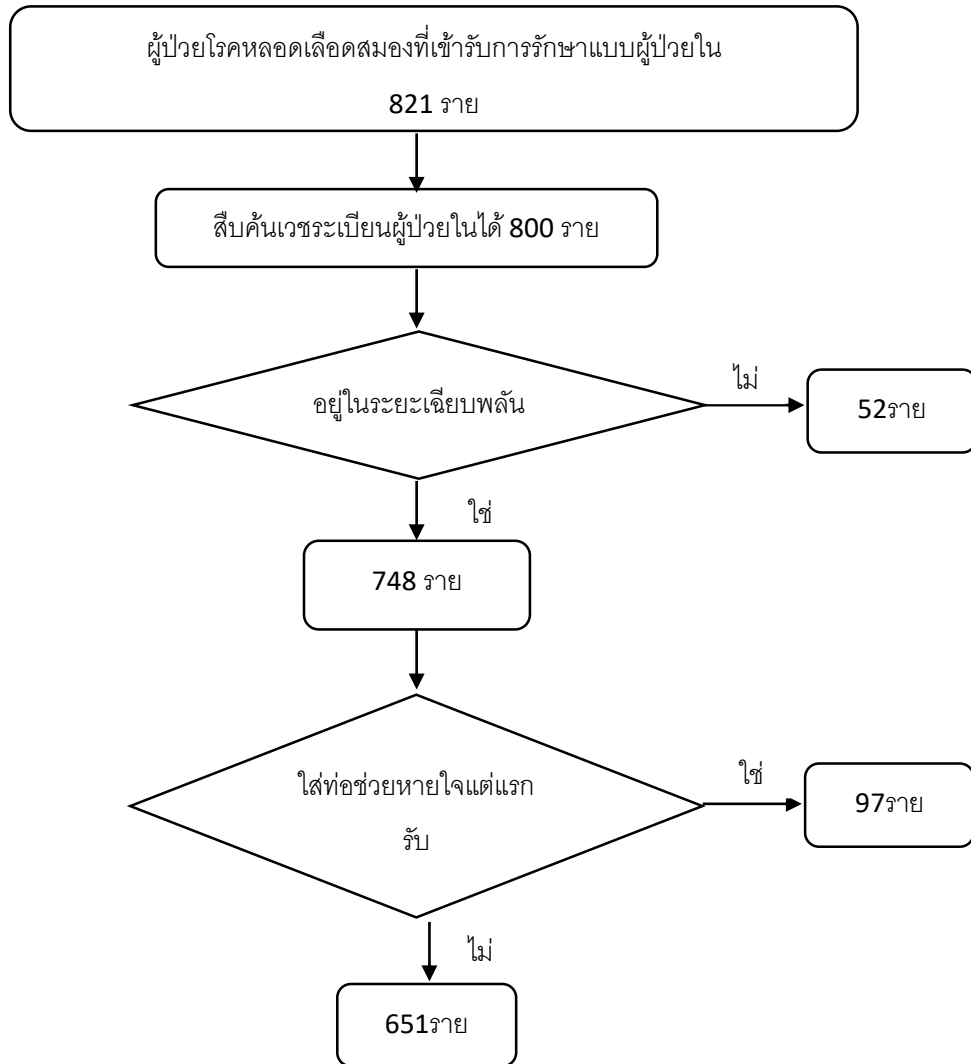
ผลการศึกษา

ในปี 2561 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ. โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ทั้งหมด 821 คน สามารถสืบค้นเวชระเบียน 800 รายอยู่ในระยะเฉียบพลัน 748 ราย และไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจแต่แรก 651 รายดังแผนภูมิที่ 1 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะเฉียบพลันเข้ารับการรักษา เป็นชนิดตีบร้อยละ 65 และชนิดแตก ร้อยละ 35 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน

	หลอดเลือดสมองตีบ (ร้อยละ)	หลอดเลือดสมองแตก (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วย (คน)	486 (65)	262 (35)	748
อายุเฉลี่ย (ปี)	66.94	61.61	
เพศ			
ชาย	259 (53.3)	181 (69.1)	
หญิง	227 (46.7)	81 (30.9)	
Admit ใน stroke unit	421 (92.3)	28 (14.4%)	449 (69)
ใส่ท่อช่วยหายใจแต่แรก 651	30 (6.2)	67 (25.6)	97 (13)

แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนการจัดเก็บข้อมูล



มีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน และไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจแต่แรกรับ 651 ราย ได้รับการประเมินการกลืน โดยพยาบาล 337 คน คิดเป็นร้อยละ 51.8 และได้รับการประเมินโดยนักกิจกรรมบำบัด 524 คน คิดเป็นร้อยละ 80.5 ดังตารางที่ 2 ทั้งนี้มีผู้ป่วยบางส่วนได้รับการประเมินทั้งโดยพยาบาลและโดยนักกิจกรรมบำบัด 293 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 แต่ไม่ได้ประเมินในเวลาเดียวกัน (คนละวัน) และมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ได้ผ่านการคัดกรองเลย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการกลืน

	หลอดเลือดสมองตีบ (ร้อยละ)	หลอดเลือดสมองแตก (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
ประเมินกลืนโดยพยาบาล	329 (72.1%)	8 (4.1%)	337 (51.8)
ประเมินกลืนโดยนักกิจกรรมบำบัด	411 (90.1%)	113 (57.9%)	524 (80.5)
ไม่ได้คัดกรองเลย	16 (3.5%)	82 (42.1%)	98 (15.1%)

ผู้ป่วยที่ถูกประเมินการกลืนโดยพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการประเมินภายในวันแรก (305 ราย) คิดเป็นร้อยละ 93.8 พบมีภาวะกลืนลำบาก 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 ทั้งนี้มีบางส่วนที่ประเมินเฉพาะการจิบน้ำ แต่ไม่ได้ประเมินการดื่มน้ำ 250 มล. รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินโดยพยาบาล โดยใช้แบบคัดกรอง

	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ผลปกติ		
ประเมินครบ (small & large volume)	225	66.8
ประเมินเฉพาะให้จิบน้ำ	61	18.1
ผิดปกติ มีภาวะกลืนลำบาก	51	15.1
รวม	337	

ผลการประเมินโดยนักกิจกรรมบำบัด พบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke) จะได้รับการประเมินหลังจากเข้านอนในโรงพยาบาล 1.68 วันโดยเฉลี่ย และ 5.7 วันโดยเฉลี่ยในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) โดยที่ผลการประเมินพบมีภาวะกลืนลำบาก 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.6 ดังตารางที่ 4 ทั้งนี้พบมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ยังคงนั่งดื่มน้ำอาหารอยู่ขณะที่นักกิจกรรมบำบัดเข้าประเมินการกลืน ทำให้ประเมินได้เพียงการตรวจร่างกาย และทดสอบ dry swallowing ไม่ได้ประเมินโดยใช้น้ำหรืออาหารทดสอบ

ตารางที่ 4 แสดงผลการประเมินโดยนักกิจกรรมบำบัด

	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ผลปกติ	358	68.3
มีภาวะกลืนลำบาก	92	17.6
ความรู้สึกรบกวน (impaired cognition)	50	9.5
ประเมินขณะผู้ป่วย NPO	21	4
ไม่ได้สรุปผลการประเมิน	3	0.6
รวม	524	

ขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล พบมีประวัติสำลักอาหาร 33 รายคิดเป็นร้อยละ 5.1 และไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้ กับไม่ได้รับการประเมินกลืน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสำลักอาหารกับการประเมินการกลืน

	ประวัติสำลักอาหาร (ราย)		P-value
	มี	ไม่มี	
ประเมินโดยพยาบาล			
ผ่านการประเมิน	13	324	
ไม่ผ่านการประเมิน	20	294	0.305
ประเมินโดยนักกิจกรรมบำบัด			
ผ่านการประเมิน	27	497	
ไม่ผ่านการประเมิน	6	121	0.679
ภาพรวม (ประเมินโดยพยาบาล และ/หรือนักกิจกรรมบำบัด)			
ผ่านการประเมิน	27	526	
ไม่ผ่านการประเมิน	6	92	0.616

มีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอักเสบร่วมด้วย 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.8 โดยพบว่าการประเณินโดยพยาบาล และหรือนักกิจกรรมบำบัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$)

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคปอดอักเสบกับการประเณินการกลืน

	โรคปอดอักเสบ		
	Yes	No	
ประเณินโดยพยาบาล			
ผ่านการประเณิน	22	315	
ไม่ผ่านการประเณิน	29	285	0.199
ประเณินโดยนักกิจกรรมบำบัด			
ผ่านการประเณิน	34	490	
ไม่ผ่านการประเณิน	17	110	0.009
ภาพรวม (ประเณินโดยพยาบาล และ/หรือนักกิจกรรมบำบัด)			
ผ่านการประเณิน	35	518	
ไม่ผ่านการประเณิน	16	82	0.001

ผู้ป่วยที่ผ่านการประเณินการกลืน พบมีภาวะกลืนลำบาก ต้องใส่สายยางให้อาหาร 119 ราย โดยที่ 58 ราย ใส่สายยางให้อาหารภายในวันแรกที่นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับประทานอาหารส่วนใหญ่จะได้อาหารอ่อน (soft diet) คิดเป็นร้อยละ 51 และมีผู้ป่วยบางส่วนที่ได้รับอนุญาตให้จิบน้ำก่อน (ร้อยละ 4.1) และเมื่อจิบน้ำได้ดีไม่สำคัญ (1-2 วัน) จึงจะเปลี่ยนเป็นรับประทานอาหาร มีผู้ป่วยร้อยละ 3.4 ไม่มีระบุเรื่องการรับประทานอาหารในใบคำสั่งการรักษา นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยร้อยละ 1.5 ที่ไม่ได้รับประทานอาหารเลย เนื่องจากอาการยังอยู่ในภาวะวิกฤต รายละเอียดดังตารางที่ 7 และมี 50 รายที่ได้ทานอาหารเองในช่วงแรก แต่ต่อมาเปลี่ยนเป็นให้อาหารทางสายยาง คิดเป็นร้อยละ 9.6

ตารางที่ 7 แสดงชนิดอาหารที่ผู้ป่วยได้รับประทาน

	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
อาหารปกติ (regular diet)	76	11.7
อาหารลดหวาน/เค็ม (Low salt/ diabetic diet)	53	8.1
อาหารอ่อน (soft diet)	332	51
โจ๊กฝีกกลืน	9	1.4
จิบน้ำ	27	4.1
ใส่สายยางให้อาหาร (NG)	119	18.3
งดอาหารทุกชนิด (NPO)	10	1.5
Diet as tolerate	3	0.5
ไม่ระบุเรื่องการรับประทานอาหาร	22	3.4
รวม	651	

อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในระยะเฉียบพลันและไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจแต่แรกได้รับได้รับการคัดกรองประเมินการกลืนเฉลี่ยร้อยละ 85 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินกลืนอยู่ระหว่างร้อยละ 69 – 88⁽¹²⁾ ส่วนผลการประเมินพบมีภาวะกลืนลำบากพบได้ร้อยละ 15 ซึ่งค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ^(12, 13) ที่พบภาวะกลืนลำบากได้มากถึงร้อยละ 13-94 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษานี้ เป็นการรวบรวมเฉพาะผลการประเมินครั้งแรก หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ได้รวมถึงการติดตามประเมินผู้ป่วยซ้ำซึ่งอาจมีภาวะกลืนลำบากเกิดขึ้นภายหลัง⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าการระบุผลการประเมิน ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากเฉพาะกรณีเป็นมาก ต้องใส่ NG tube แต่ไม่นับรวมกรณีมีภาวะกลืนลำบากแบบไม่รุนแรง ซึ่งจะระบุเพียงให้รับชนิดอาหาร

การศึกษานี้พบมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะปอดอักเสบร้อยละ 7.8 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Teuschl Y et al.⁽¹²⁾ และ Arnold M et al.⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบร้อยละ 5.2 และ 6 ตามลำดับ แม้ว่าการประเมินการกลืนไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการสำลักอาหาร แต่การประเมินการกลืนสามารถลดการเกิดภาวะปอดอักเสบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการประเมินกลืนสามารถลดอัตราการเกิดปอดอักเสบได้จาก 11.6% เป็น 3.8 % ⁽¹⁵⁾

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะได้รับการประเมินการกลืนเฉลี่ยภายใน 1-2 วันแรกหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่การประเมินโดยพยาบาลจะเริ่มตั้งแต่วันที่ห้องฉุกเฉิน หรือก่อนทานอาหารมื้อแรก ข้อดีคือสามารถตรวจพบภาวะกลืนลำบากได้อย่างรวดเร็ว แต่ทั้งนี้พบมีผู้ป่วยต้องใส่ NG ภายหลัง คิดเป็นร้อยละ 9.6 ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง แยกจากตัวโรค ทำให้เกิดมีภาวะกลืนลำบากตามมาภายหลัง ดังเช่นงานวิจัยของ Al-Khaled M et al. (16) พบว่า การประเมินกลืนภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถลดความเสี่ยงเกิดภาวะปอดอักเสบได้ ในขณะเดียวกัน สามารถพบการเกิดภาวะกลืนลำบากได้มากขึ้นเมื่อประเมินซ้ำ โดยเฉพาะภายใน 3 วันแรก

การประเมินกลืนโดยพยาบาล เป็นการคัดกรองด้วยการกลืนน้ำ ซึ่งจากงานวิจัย พบว่ามีส่วนหนึ่งทดสอบแต่จิบน้ำ (ร้อยละ 18) โดยเฉพาะที่ห้องฉุกเฉินซึ่งเป็นการทดสอบก่อนให้ทานยา จึงไม่ได้ทดสอบด้วยการดื่มน้ำต่อเนื่อง ปริมาณมาก ๆ อย่างไรก็ตามควรมีการประเมินซ้ำให้ครบ โดยเฉพาะก่อนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร

การประเมินโดยนักกิจกรรมบำบัด เป็นการประเมินโดยใช้แบบประเมินของ GUSS (17) โดยประเมินส่วนแรก (indirect swallowing test) ข้างเตียงผู้ป่วย ซึ่งต่างจากการประเมินที่พยาบาลใช้ โดยมีการตรวจร่างกายที่ละเอียดกว่า อย่างไรก็ตามไม่สามารถเปรียบเทียบผลการประเมินได้ เนื่องจากเป็นการประเมินคนละเวลา ซึ่งอาการของผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผลการประเมินแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดเมื่อนักกิจกรรมบำบัดจะเข้าประเมินผู้ป่วยภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก แต่ผู้ป่วยบางรายยังคงนั่งดื่มน้ำอาหารอยู่ บางรายมีความรู้สึกลัวกับพร่อง ทำให้เป็นเพียงการตรวจร่างกายคร่าว ๆ และอาการผู้ป่วยยังคงมีการเปลี่ยนแปลงได้อยู่ จึงควรมีอาการประเมินซ้ำเป็นระยะ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยจะเริ่มรับประทานอาหาร จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่

การศึกษานี้ยังพบว่า ถึงแม้ว่านักกิจกรรมบำบัดจะมีการประเมินและแนะนำชนิดอาหารให้แก่ผู้ป่วย แต่บางครั้งเป็นการประเมินหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารไปบ้างแล้ว อาหารที่ผู้ป่วยได้มักจะเป็นอาหารปกติ (regular diet) หรืออาหารอ่อน (soft diet) ผู้ป่วยบางรายไม่ได้ทำตามแนวทางคือยังเริ่มต้นที่ให้อาหารจนแน่ใจว่าไม่สำคัญแล้วให้ทานอาหาร นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งอาจมีปัญหาด้านารกลืนอยู่เดิมบ้างแล้ว (18) ดังนั้นจึงควรมีการเน้นย้ำให้ปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย และหากคัดกรองการกลืนพบว่ามีความเสี่ยงลำบาก ควรเลือกชนิดอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานตามที่แนะนำอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (19)

อนึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง พบมีข้อด้อย คือ การคัดกรองการกลืนจะประเมินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะแรกรับ แต่ยังไม่มีความชัดเจนการติดตามประเมินการกลืนซ้ำที่ชัดเจนกรณีผู้ป่วยอาการยังไม่คงที่อาจมี

การดำเนินโรคที่มากขึ้นและเกิดภาวะกลืนลำบากในภายหลัง ดังนั้นในการศึกษาต่อไป เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการประเมินกลืนซ้ำเป็นระยะจนกว่าผู้ป่วยจะอาการคงที่

สรุป

การประเมินกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยลดการเกิดภาวะปอดอักเสบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Katan M, Luft A. Global Burden of Stroke. *Semin Neurol.* 2018;38:208-11.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2561.
3. Wilson RD. Mortality and cost of pneumonia after stroke for different risk groups. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2012;21(1):61-7.
4. Zald DH, Pardo JV. The functional neuroanatomy of voluntary swallowing. *Ann Neurol.* 1999;46(3):281-6. PMID: 10482257.
5. ปิยะภัทร เดชพระธรรม. ปัญหาการกลืนในผู้สูงอายุ (Dysphagia in Elderly). *J Thai Rehabil Med* 2013;23(3):73-80
6. Gonzalez-Fernandez M, Ottenstein L, Atanelov L, Christian AB. Dysphagia after stroke: an overview. *Curr Phys Med Rehabil Rep.* 2013;1(3):187-96.
7. Armstrong JR, Mosher BD. Aspiration pneumonia after stroke: intervention and prevention. *Neurohospitalist.* 2011;1(2):85-93.
8. Singh S, Hamdy S. Dysphagia in stroke patients. *Postgrad Med J.* 2006;82:383-91.
9. Ye T, Huang S, Dong Y, Dong Q. Comparison of two bedside evaluation methods of dysphagia in patients with acute stroke. *Stroke Vasc Neurol.* 2018;3(4):237-44.
10. Suiter DM, Leder SB. Clinical utility of the 3-ounce water swallow test. *Dysphagia.* 2008;23(3):244-50.
11. Edmiaston J, Connor Lt, Loehr L, Nassief A. Validation of a dysphagia screening tool in acute stroke patients. *Am J Crit Care* 2010;19:357-64. doi: 10.4037/ajcc2009961

12. Teuschl Y, Trapl M, Ratajczak P, Matz K, Dachenhausen A, Brainin M. Systematic dysphagia screening and dietary modifications to reduce stroke-associated pneumonia rates in a stroke-unit. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192142.
13. Abubakar SA, Jamoh BY. Dysphagia following acute stroke and its effect on short-term outcome. *Niger Postgrad Med J*. 2017;24:182-6.
14. Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, Meisterernst J, Schlager M, Mono M, et al. Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS ONE* 2016;11(2):e0148424
15. Palli C, Fandler S, Doppelhofer K, Niederkorn K, Enzinger C, Vetta C, et al. Early dysphagia screening by trained nurses reduces pneumonia rate in stroke patients: a clinical intervention study. *Stroke*. 2017;48:2583-5.
16. Al-Khaled M, Matthis C, Binder A, Mudter J, Schattschneider J, Pulkowski U, et al. Dysphagia in patients with acute ischemic stroke: Early dysphagia screening may reduce stroke-related pneumonia and improved stroke outcomes. *Cerebrovasc Dis*. 2016;42: (1-2):81-9.
17. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, Brainin M. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the gugging swallowing screening. *Stroke*. 2007;38(11):2948-52.
18. de Lima Alverenga EH, Dall'Oglio GP, Murano EZ, Abrahao M. Continuum theory: presbyphagia to dysphagia? Functional assessment of swallowing in the elderly. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2018;275(2):443-9.
19. Smith E, Kent D, Bulsara K, Leung L, Lichtman J, Reeves M, et al. Effect of Dysphagia Screening Strategies on Clinical Outcomes After Stroke. *Stroke*. 2018;49:e123-8.