



งานสังเคราะห์
โครงการฟื้นฟูการกลืน
ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

นางสาวจิตติพร ยุบลพริ้ง

งานการพยาบาลจักษุ โสต นาสิก ธาริงซ์วิทยา
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2556

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและเหตุผลความจำเป็นของการสังเคราะห์

ในรอบทศวรรษที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งศีรษะและคอสูงเป็น 1 ใน 10 อันดับแรก ของโรคมะเร็งในประเทศไทย สถิติโรงพยาบาลศิริราชปี พ.ศ. 2549-2552 พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 9.77-10.45% ต่อปีของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด¹ ซึ่งอาการและอาการแสดงผิดปกติที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) และการสำลัก (aspiration)²

ภาวะกลืนลำบากและการสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ทั้งก่อน และหลังการรักษา ซึ่งภายหลังจากตัดบริเวณศีรษะและคอภาวะกลืนลำบากและสำลักจะเพิ่มมากขึ้นถึง 69% เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและการผ่าตัดทำให้มีการบาดเจ็บและทำลายโครงสร้างการกลืน³ เพิ่ม ความเสี่ยงในการสำลักและปอดอักเสบหลังการผ่าตัดมากกว่า 50%⁴ ภาวะกลืนลำบากที่รุนแรง 94% อาจเกิดการติดเชื้อที่ปอดจนนำไปสู่ความตายได้⁵ ผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำและทุพโภชนาการ ต้องเปลี่ยน จากรับประทานอาหารเป็นไส้สายให้อาหารทางจมูกหรือกระเพาะอาหาร และการมีข้อจำกัดในการ เลือกชนิดอาหารและวิธีการรับประทานอาหารที่ต่างจากคนทั่วไป จึงมักแยกตัวจากสังคม ขาดความ เชื่อมมั่นและรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในการดำรงชีวิตและ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก^{2,6} นอกจากนี้ยังทำให้ค่ารักษาพยาบาล ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และ อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น อีกทั้งวิธีฟื้นฟูการกลืนในหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบชัดเจน ในแนวทางเดียวกัน พยาบาลจะให้คำแนะนำแตกต่างกันตามความรู้และประสบการณ์เดิมที่เคยปฏิบัติ

ผู้จัดทำจึงพัฒนาโครงการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วย มีการกลืนที่ปลอดภัย กลืนอาหารได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก ส่งเสริมภาวะ โภชนาการและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ช่วยลดค่ารักษาพยาบาล ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และเพิ่ม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ และพยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ให้การพยาบาลที่

เหมาะสม และยังส่งเสริมการใช้บทบาทอิสระทางการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ในการสังเคราะห์

เพื่อศึกษาความสามารถในการกลืน และการสำลักของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดที่ได้รับการฟื้นฟูการกลืน

ขอบเขตของการสังเคราะห์

การจัดทำโครงการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดนี้ เพื่อประเมินความสามารถในการกลืนและการสำลัก ในหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 1 (หู คอ จมูกชาย) โรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลาในการทำโครงการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 (ดังภาคผนวก ก)

ประโยชน์การสังเคราะห์ต่อการพัฒนางานในหน้าที่

1. พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดเป็นแนวทางเดียวกันจากหลักฐานเชิงประจักษ์
2. พยาบาลประจำการสามารถนำโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถในการรับประทานอาหารได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ ลดการสำลัก และส่งเสริมภาวะโภชนาการทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยดีขึ้น
3. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายตามระยะเวลาที่กำหนด ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมฟื้นฟูการกลืน หมายถึงรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดและลดความเสี่ยงต่อการสำลัก ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนจัดทำเป็นคู่มือในการอธิบายขั้นตอนต่างๆ ของโปรแกรมนี้นี้

1. ฝึกการกลืน ด้วยวิธี โมดิไฟด์ ซูพรากลอดติก เพื่อลดความเร็วในการเคลื่อนที่ของอาหาร และน้ำจากปากลงสู่หลอดอาหาร ป้องกันการสำลัก และทำให้ผู้ป่วยทราบจังหวะการกลืนและวิธีการกลืนอย่างปลอดภัย⁷

2. การบริหารช่องปากและคอ เป็นการกระตุ้นการทำงานของอวัยวะและกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกลืน โดยกระตุ้นด้วยอุณหภูมิเย็นและการสัมผัส การกระตุ้นปาก การนวดปาก การใช้มือโยกกระดูกไทรอยด์ และการบริหารบริเวณช่องปากและคอ⁸

3. การจัดท่าทางศีรษะและทำนั้งขณะรับประทานอาหาร ได้แก่ จัดให้ผู้ป่วยนั่งท่าตัวตั้งตรง 90 องศา ถ้าผู้ป่วยไอขณะกลืนหรือกลืนได้ช้าให้ผู้ป่วยโน้มศีรษะไปข้างหน้าเล็กน้อย ถ้าควบคุมกลืนได้ไม่ดีให้ผู้ป่วยเอียงศีรษะไปด้านที่แข็งแรงกว่าหรือไม่มีรอยโรค^{9,10}

4. การดูแลความสะอาดช่องปาก ก่อนและหลังรับประทานอาหารเพื่อลดความเสี่ยงในการสำลักแบคทีเรียลงสู่ปอด และช่วยให้ความอยากอาหารมากขึ้น⁷

5. การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบไม่มีเสียงรบกวนหรือสิ่งกระตุ้นความสนใจอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิและมีความตั้งใจขณะรับประทานอาหาร⁷

ความสามารถในการกลืน หมายถึง ระดับความสามารถของผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายอาหารจากปากลงสู่หลอดอาหารได้ โดยการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อและระบบประสาท

ประเมินเป็นคะแนนการกลืน โดยใช้แบบประเมินการกลืนและการสำลัก ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการกลืน (Swallowing Assessment Observation Form) ที่สร้างโดยทิพย์สุดา ชำนาญศรี เพ็ชร¹¹ ประกอบด้วย 7 คำถาม ได้แก่ อาการสำลักขณะกลืน อาการไอหรือจามทันทีหลังกลืน การหายใจขัดหรือหายใจไม่ออกหลังกลืน มีเสียงน้ำในคอหลังกลืน รู้สึกว่ามีอาหารติดในคอหลังกลืน มีอาหารเหลือค้างในปากหลังกลืน และมีน้ำหรืออาหารไหลออกจากปากขณะกลืน ผู้ป่วยที่มีคะแนนการกลืนโดยรวมทั้ง 7 ข้อ น้อยกว่าแสดงว่ามีความสามารถในการกลืนดีกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนการกลืนมากกว่า

การสำลัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่านอาหารจากในปากลงสู่หลอดอาหารได้ตามกระบวนการกลืนปกติ ทำให้อาหารไหลเข้าไปในกล่องเสียง หลอดลมหรือปอด เนื่องจากความผิดปกติที่เกิดจากการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ

ประเมินเป็นคะแนนการสำลัก โดยนำคะแนนจาก 2 คำถามในแบบประเมินการกลืนและการสำลัก ได้แก่ อาการสำลักขณะกลืน และอาการไอหรือจามทันทีหลังกลืนเท่านั้นมาคำนวณ ถ้าผู้ป่วยมีอาการในข้อใดข้อหนึ่งแสดงว่ามีการสำลัก

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานสังเคราะห์/ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

ภาวะกลืนลำบาก หมายถึง การกลืนไม่สะดวก เนื่องจากความผิดปกติของการทำงานร่วมกันของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกลืน หรือมีการอุดตันตั้งแต่ช่องปากถึงหลอดอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการผลักดันอาหารผ่านจากช่องปาก คอหอย ลงไปสู่หลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ต้องกลืนซ้ำๆ หลายครั้ง กลืนติด หรือสำลัก และใช้เวลากลืนนานกว่าปกติ¹²

ภายหลังการผ่าตัดการสำลักมักเกิดคู่กับภาวะกลืนลำบาก เนื่องจากการทำหน้าที่เกี่ยวกับการกลืนเปลี่ยนแปลงและผิดปกติ ซึ่งการสำลักมีทั้งชนิดที่มีอาการไอและที่ไม่มีอาการไอให้เห็นชัดเจน เป็นภาวะที่ควรระวัง เพราะการสำลักเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการกลืน ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังกลืน ถือเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยอาจถึงแก่ความตายได้ถ้ามีการสำลักเข้าปอด¹³

สาเหตุของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

ปัญหาการกลืนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มักเกิดขึ้นทั้งก่อนและหลังการรักษา บ่อยครั้งที่พบว่าภายหลังผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ กระบวนการกลืนของผู้ป่วยจะทำงานผิดปกติ ทั้งในขั้นตอนการเตรียมอาหาร ระยะเวลาปากและ/หรือระยะคอหอยของกระบวนการกลืน การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจะทำให้เกิดอันตรายต่อการทำงานของประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น ลิ้น โคนลิ้น เพดานปาก ฟันปาก¹⁴ ดังนี้

1. การผ่าตัดเจาะท่อลมคอ (Tracheostomy) ถึงแม้ว่าการเจาะท่อลมคอจะเป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมมากในการผ่าตัด เพื่อรักษาอาการสำลักเรื้อรัง แต่ก็ยังพบว่าการเจาะท่อลมคอก็เป็นสาเหตุของการสำลัก และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกลไกการทำงานที่ และสรีรวิทยาของระบบประสาท กล่าวคือ ทำให้การยกตัวของกล่องเสียงในขณะกลืนลดลง เนื่องจากการยับยั้งที่หลอดลมกับผิวหนัง ทำให้เสมหะและน้ำลายขู่นิ่งในทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดอาหารส่วนคอ^{14, 15}

นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษาเกี่ยวกับผลของการใส่ลมและเอาลมในลูกโป่งของท่อหลอดลมคอ (cuff tube) ออกต่อการกลืน อาทิ แบลคและฮาร์วีย์¹⁶ พบว่า แรงกดของความดันภายในลูกโป่งท่อหลอดลมคอ จะทำให้ความไวในการรับรู้ของรีเฟล็กซ์การไอ (cough reflex) หดไป และสูญเสียการทำงานประสานกันของการปิดกล่องเสียง เช่นเดียวกับซุทเทอร์ แมคเคลาจ์ และโพเวล¹⁷ พบว่าการเอาลมในลูกโป่งของท่อหลอดลมค้อออก ทำให้ช่วงเวลาในการส่งผ่านอาหารของคอหอย (pharyngeal transit duration) เพิ่มขึ้น การยกตัวเคลื่อนที่ไปด้านหน้าของกระดูกไฮออยด์เพิ่มขึ้น และช่วงเวลาในการเปิดของกล้ามเนื้อโครโคฟาริงเจียสสั้นลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งช่วยลดการเกิดการสำลักได้ รวมทั้งดิงและลอคซ์แมนน์¹⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ลมในลูกโป่งของท่อหลอดลมคอ มีอุบัติการณ์การสำลักที่มีอาการไอชัดเจน และการสำลักชนิดไม่มีอาการไอให้สังเกตเห็น (silent aspiration) สูงกว่าผู้ป่วยที่เอาลมในลูกโป่งของท่อหลอดลมค้อออก นอกจากนี้พบว่า การยกตัวของกล่องเสียงลดลงในผู้ป่วยที่ใส่ลมในลูกโป่งของท่อหลอดลมคอ

2. การผ่าตัดเอาลิ้นออก (Glossectomy) บริเวณพื้นปากและลิ้นมีโครงสร้างทางกายวิภาคที่ติดต่อกัน บ่อยครั้งที่พบว่าการผ่าตัดบริเวณลิ้นจะมีการตัดบริเวณพื้นปากออกด้วย ถ้าเนื้ออกอยู่ในช่องปากส่วนหลัง ต่อมทอนซิล หรือโคนลิ้น หลังการผ่าตัดมักมีภาวะกลืนลำบากที่รุนแรงมากกว่า เนื้ออกที่อยู่ในช่องปากส่วนหน้า เนื่องจากช่องปากส่วนหลังและโคนลิ้นเป็นบริเวณที่เกิดกระบวนการกลืนในระยะปากและระยะคอหอย ดังนั้นการผ่าตัดที่มีผลโดยตรงต่อตำแหน่งดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อกระบวนการเคลื่อนไหวของลิ้นในระยะปาก รีเฟล็กซ์การกลืน และการบีบตัวของคอหอยแบบลูกกลิ้งโดยตรง¹⁹

พอลลูสกีและคณะ²⁰ พบว่า ประสิทธิภาพของการกลืนมีความสัมพันธ์ทางลบกับปริมาณเนื้อเยื่อและเปอร์เซ็นต์ของลิ้นที่ตัดออก ส่วนเปอร์เซ็นต์ของโคนลิ้นที่ตัดออก ปริมาณเนื้อเยื่อที่ตัดออก และการผ่าตัดปิดในครั้งแรก (primary closure) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเปอร์เซ็นต์ของอาหารที่เหลือในปาก นอกจากนี้ยังพบว่าเปอร์เซ็นต์ของลิ้นที่ตัดออกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหนืดข้นของอาหารด้วย นอกจากนี้การผ่าตัดลิ้นออกทั้งหมด (total glossectomy) เป็นการผ่าตัดส่วนของกล้ามเนื้อเหนือกระดูกไฮออยด์ ซึ่งทำหน้าที่ในการรองรับและการยกตัวของกล่องเสียง ในขณะที่ลิ้นออก ทำให้ผู้ป่วยมีการสำลัก

อิเซนฮูเบอร์และคณะ²¹ พบว่า อาหารที่เหลือค้างในคอหอย 95% มีสาเหตุมาจากความอ่อนล้าหรืออัมพาตของคอหอย ซึ่งผู้ป่วย 65% สำลักจากปริมาณอาหารที่เหลือค้างในคอหอยมากเกินไป การสำลักหลังการกลืนในระดับน้อย 25% ระดับปานกลาง 29% และระดับรุนแรง 89% ตามลำดับ ซึ่งการสำลักมักเกิดจากกล่องเสียงปิดไม่สนิท และผู้ป่วยที่มีอาหารค้างในคอหอย

3. การผ่าตัดเอากระดูกขากรรไกรล่างออก (Mandibulectomy) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากที่มีการลุกลามบริเวณกระดูก จะต้องผ่าตัดเอาอวัยวะหลายส่วนออก ประกอบด้วย ลิ้นขากรรไกรล่าง และต่อมน้ำเหลืองรอบคอออก (radical neck dissection) ซึ่งผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอากระดูกขากรรไกรล่างออกเกือบทุกรายมักมีการกลืนที่ผิดปกติ การตัดในแต่ละส่วนจะรบกวนการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อการกลืน เพราะขากรรไกรล่างเป็นจุดยึดเกาะของกล้ามเนื้อไมโลไฮอยด์ (mylohyoid muscle) ซึ่งเป็นส่วนของพื้นปาก ถ้าตัดบริเวณโค้งของกระดูกขากรรไกรล่างส่วนหน้า (anterior mandibular arch) จะทำให้เกิดความอ่อนแอของช่องปาก

ส่วนความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึกหลังการผ่าตัดนั้น เกิดจากการตัดเอาเส้นประสาทรากฟันล่าง (inferior alveolar nerve) ของเส้นประสาทสมองคอคู่ที่ 3 ออก ทำให้ส่วนของอิพิทิลีเททเทอร์อัล แมนดิบูลาร์ ทีธ (ipsilateral mandibular teeth) สันเหงือก (alveola ridge) เยื่อบุบริเวณสันเหงือกคิริมฝีปาก (labial alveola mucosa) เหงือก ผิวหนัง เยื่อบุริมฝีปากล่าง และผิวหนังบริเวณคาง ไม่มีความรู้สึก ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการเคี้ยวบดอาหาร ทำให้ฟันต้องใช้แรงในการเคี้ยวบดมาก และใช้เวลาในการกลืนนานขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังผ่าตัดขากรรไกรล่างออกจะมีน้ำไหลออกจากปากขณะกลืนอีกด้วย¹⁴

4. การผ่าตัดบริเวณเพดาน (Surgery of palate) ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำลายไมเนอร์ (minor salivary gland) และมะเร็งบริเวณเพดาน ชนิดสแควมัสเซลล์และอะดีโนคาร์ซิโนมา บางครั้งอาจต้องตัดเนื้อออกตั้งแต่บริเวณต่อมทอนซิลหรือพิเนแกรมด้านหลัง ถ้ามีการลุกลามของมะเร็งเข้าสู่ไซนัสหรือเบ้าตา อาจต้องผ่าตัดเอากระดูกขากรรไกรบนออก (maxillectomy) ร่วมด้วย จึงทำให้เกิดความผิดปกติของทางเชื่อมต่อระหว่างปากและช่องจมูก เมื่อก่อนอาหารมารวมกันที่ลิ้นด้านหลังเพื่อเริ่มระเหยปาก เพดานแข็งจะไม่สามารถออกแรงบดอัดที่ลิ้น ทำให้อาหารที่อยู่ในปากอาจเข้าไปในจมูกและสำลักได้ ส่วนการผ่าตัดบริเวณเพดานอ่อน ทำให้เพดานไม่ยาวพอที่จะสัมผัสกับบริเวณผนังคอหลังโพรงจมูกส่วนหลัง (posterior nasopharyngeal wall) เพื่อให้เกิดการปิดของส่วนหลังโพรงจมูกที่มีประสิทธิภาพ ในบางครั้งหลังผ่าตัดอาจทำให้เกิดแผลเป็น เนื้อเยื่อเพดานทำงานน้อยลง และหลังโพรงจมูกปิดไม่สนิท ทำให้อาหารย้อนขึ้นจมูกในช่วงท้ายของระยะช่องปาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพดานอ่อนด้านข้าง ภาวะกลืนลำบากจะเกิดถาวรและการปิดจะยากกว่าในผู้ป่วยที่ผ่าตัดกึ่งกลางเพดาน¹⁴

5. การผ่าตัดเสริมโครงสร้างเนื้อเยื่อ (Tissue reconstruction)

5.1 การผ่าตัดเสริมโครงสร้างเนื้อเยื่อคอหอยและหลอดอาหารส่วนคอ มะเร็งที่ลุกลามไปบริเวณคอหอยส่วนล่าง (hypopharynx) การผ่าตัดมีความจำเป็นต้องตัดเนื้อเยื่อบริเวณคอหอยออกจำนวนมาก รวมทั้งต้องตัดคล่องเสียงออกทั้งหมด ในกรณีที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดปิด

ในครั้งแรกได้ หรือหากผ่าตัด โดยการปิดด้วยเยื่อบุคอหอยส่วนที่เหลืออยู่นั้น จะทำให้คอหอยบางลง ไม่สามารถทนต่อแรงดันได้ จึงต้องทำการผ่าตัดเพื่อเสริมโครงสร้างเนื้อเยื่อ ซึ่งส่วนมากจะนิยมใช้เนื้อเยื่อจากส่วนที่ไม่มีทางติดต่อกับช่องปาก ร่วมกับเชื่อมต่อเส้นเลือดขนาดเล็กด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องจุลทรรศน์ (free flap) เช่น การใช้ส่วนของลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม (jejunal free flap) การผ่าตัดดึงกระเพาะอาหารขึ้น (gastric pull-up) การผ่าตัดเสริมโครงสร้างเนื้อเยื่อโดยใช้เยื่อบุกล้ามเนื้อในส่วนต่างๆ ของร่างกาย (regional myocutaneous flap) หรือการผ่าตัดเสริมโครงสร้างเนื้อเยื่อโดยกล้ามเนื้อแขนส่วนต้น (radial forearm flap)¹⁴

5.2 การผ่าตัดเสริมโครงสร้างเนื้อเยื่อของลิ้น จะทำให้ลิ้นด้านหลังและโคนลิ้นเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยบางรายจะยังมีการกลืนในระยะคอหอยล่าช้า และบางครั้งการบีบตัวของคอหอยแบบลูกคลื่นลดลง ซึ่งการฟื้นฟูการกลืนจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการกลืนระยะคอหอยดีขึ้น แต่การบีบตัวของคอหอยแบบลูกคลื่นที่ลดลงจะยังอยู่อย่างถาวร ทำให้มีอาหารเหลือค้างในคอหอยหลังการกลืน เมื่อผู้ป่วยหายใจเข้าหลังการกลืนอาจทำให้เกิดการสำลักได้ ดังนั้นเพื่อป้องกันการสำลักหลังกลืน ผู้ป่วยควรเอาเศษอาหารที่เหลือค้างในคอออกให้หมด¹⁹

ความผิดปกติของการกลืนที่เกิดขึ้นมักเกิดบริเวณผิวด้านบน หรือบริเวณที่ทำผ่าตัดเสริมโครงสร้างเนื้อเยื่อโดยใช้เยื่อบุกล้ามเนื้อ พบว่า ระดับความรุนแรงของการกลืนลำบากมักเกิดในระยะแรกๆ หลังผ่าตัด และอุบัติการณ์เกิดภาวะกลืนลำบากมีน้อย ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการกลืนได้แก่ ชั้นของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อของร่างกายที่นำมาปลูกหรือปะ (Graft) จะช่วยให้การกระทำของแรงโน้มถ่วงเหมาะสมต่อการส่งผ่านก่อนอาหารและทำให้แรงต้านทานลดลง การเคลื่อนที่ของลิ้นที่เหลืออยู่จากการผ่าตัดอาจไม่มีแรง ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้เหมาะสม โดยเฉพาะบริเวณรอยเย็บเชื่อมต่อหรือบริเวณที่มีชั้นของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อของร่างกายที่นำมาปลูกหรือปะนั้นปกคลุมอยู่²²

ถึงแม้ว่าชั้นของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อของร่างกายที่นำมาปลูกหรือปะจะช่วยในการส่งผ่านก่อนอาหาร แต่ก็ยังพบว่าทำให้มีการกลืนลำบากเกิดขึ้น เช่น การนำเอาลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม มาใช้ในการปะนั้น ทำให้การหดตัวของแบบลูกคลื่นของลำไส้เล็ก (jejunal peristalsis) ทำงานไม่สัมพันธ์กับช่วงท้ายของระยะปากของการกลืน บางครั้งอาจมีการไหลย้อนของอาหารเข้าไปในปากและจุก เนื่องจากการหดตัวของแบบลูกคลื่นของลำไส้เล็กมีคุณภาพในการเคลื่อนที่ต่างจากคอหอย กล่าวคือกล้ามเนื้อคอหอยมีการเคลื่อนไหวที่เร็วและแรงขณะส่งผ่านอาหารไปยังอวัยวะอื่น ในขณะที่ลำไส้เล็กส่วนเจจูนัมเคลื่อนไหวเป็นลูกคลื่นที่ขนาดเล็กกว่าและใช้เวลานานกว่า¹⁴

6. การผ่าตัดบริเวณฐานกะโหลกศีรษะ (Surgery of the skull base) การกลืนที่ผิดปกติหลังการผ่าตัดบริเวณฐานกะโหลกศีรษะเป็นผลจากการจัดกระทำหรือการตัดเส้นประสาท รบกวนอวัยวะการกลืน²³ ผู้ป่วยที่มีการลุกลามของมะเร็งเข้าไปบริเวณฐานกะโหลกศีรษะและมีอาการกลืน

ลำปากเล็กน้ยก่อนผ่าตัด จะมีการปรับตัวของกลไกการกลืนเพื่อให้การอัมพาตของเส้นประสาทสมองบางส่วนเกิดขึ้นช้าลง แต่การผ่าตัดที่มีความยากจะทำให้การเกิดอัมพาตของเส้นประสาทสมองและการกลืนลำปากเกิดเร็วขึ้น โดยเส้นประสาทสมองที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10, และ 12 ซึ่งการผ่าตัดบริเวณฐานกะโหลกศีรษะนั้น มีการผ่าตัดทั้งด้านหน้า ด้านข้าง และด้านหลัง แต่ละวิธีมีความเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงต่อเส้นประสาทสมองที่เกี่ยวข้องกับการกลืนทั้งสิ้น¹⁴

สรุปได้ว่าปัญหาการกลืนและการสำลักหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ อาทิ การเจาะท่อลมคอ การผ่าตัดลิ้น กระดูกขากรรไกรล่าง เพดาน ฐานกะโหลกศีรษะ และการผ่าตัดเสริมโครงสร้างเนื้อเยื่อ ล้วนสามารถทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำหน้าที่การกลืนอย่างมาก การตัดเอาเนื้อเยื่อ รวมถึงกล้ามเนื้อและเส้นประสาท บางครั้งจะทำให้เกิดความอ่อนล้า รอยแผลเป็น หรือการทำงานไม่ประสานกันของอวัยวะการกลืน ซึ่งปัญหาการกลืนลำปากและการสำลักบ่อยครั้งสามารถคาดการณ์ได้ ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนการรักษาฟื้นฟูตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้นมากที่สุด

ปัจจัยที่มีผลต่อการกลืนและสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

แม้ว่าปัญหาการกลืนและการสำลักของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับผลกระทบจากการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอตั้งกวางตั้งแล้ว ระดับความรุนแรงของการกลืนลำปากยังมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ขนาด ตำแหน่งของเนื้องอก ระยะของโรค สภาพฟัน อายุ ลักษณะของการผ่าตัดเสริมโครงสร้างเนื้อเยื่อ ความกว้างของบริเวณที่ผ่าตัด และการรักษา รวม ดังนี้

1. ขนาดของเนื้องอก เนื้องอกที่มีขนาดใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับปริมาณเนื้อเยื่อที่ตัดออก และมีผลต่อการเลือกวิธีการผ่าตัดเสริมสร้างเนื้อเยื่อ ทำให้ช่องทางผ่านของอาหารแคบลงและสูญเสียการควบคุมการส่งผ่านอาหาร²⁴
2. ตำแหน่งของเนื้องอก ตำแหน่งของเนื้องอกที่ต่างกันมีผลกระทบต่อการกลืนที่ต่างกัน ผู้ป่วยที่ตัดลิ้นออกทำให้มีผลต่อการกลืนอย่างมาก รวมถึงคุณภาพการพูดและการใช้ภาษา²⁴ มะเร็งกล่องเสียงและคอหอยส่วนล่างจะมีผลต่อการกลืนน้อยกว่ามะเร็งที่ช่องปากและคอหอยส่วนบน (oropharyngeal tumors)²⁵ ส่วนเนื้องอกบริเวณคอหอยส่วนบน จะทำให้มีปัญหาการกลืนมากกว่าเนื้องอกในช่องปาก²⁶
3. ระยะของเนื้องอก มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะกลืนลำปาก ซึ่งระยะเริ่มต้น (Tx-T2) จะมีความรุนแรงน้อยกว่าระยะก้าวหน้า คือ ระยะที่ 3-4 (T3, T4)
4. สภาพฟัน ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารและยากที่จะใส่

ฟันปลอม²⁴ นอกจากนี้การไม่มีฟันและฟันยึดไม่แน่น เป็นปัจจัยทำให้ลำบากเนื่องจากการบดเคี้ยวอาหารไม่ปกติ รวมทั้งการติดเชื้อของฟันและช่องปากไม่สะอาดเป็นปัจจัยนำที่สำคัญต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักเอาสารคัดหลั่งและเชื้อโรคในปากลงสู่ปอด²⁷

5. อายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะเกิดการเสื่อมถอยของอวัยวะในช่องปากและคอหอย ทำให้ใช้เวลาในการเคี้ยวนานขึ้น เสี่ยงต่อการกลืนติดและสำลัก²⁸

6. ลักษณะของการผ่าตัดเสริมโครงสร้างเนื้อเยื่อ ในการเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมในครั้งแรก เพื่อซ่อมแซมรอยแผลจากการตัดก้อนเนื้อออกมีความสำคัญ เพราะการทำหน้าที่การกลืนจะดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดในครั้งที่สอง เนื่องจากครั้งแรกทำให้เกิดพังผืดและการหดตัวของแผลน้อยกว่า²⁴

7. ความกว้างของบริเวณที่ผ่าตัด ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดขึ้นอยู่กับขนาดความกว้างของการผ่าตัด ลักษณะโครงสร้างของอวัยวะที่ถูกตัดออก และวิธีการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณ 1/3 ของลิ้น (oral tongue) จะมีปัญหาในการเตรียมก่อนอาหารในปาก การเคลื่อนย้ายอาหารช้าลง และมีอาหารเหลือในปากมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องปากส่วนหน้าจนถึงโคนลิ้นมักมีอาการสำลัก²⁹ มีการศึกษาพบว่า ใน 3 เดือนแรกหลังผ่าตัดมีผู้ป่วยเพียง 12% เท่านั้นที่กลืนอาหารได้ปกติ และต้องเปลี่ยนลักษณะความหนืดข้นของอาหารถึง 69%³

8. การรักษาร่วม ได้แก่ รังสีรักษา เคมีบำบัด ส่วนส่งผลกระทบต่ออาการกลืนทั้งสิ้น โดยรังสีรักษาในระยะเริ่มแรกทำให้เกิดอาการปากแห้ง และระยะท้ายทำให้เกิดการเน่าตายของกระดูกกราม รวมทั้งเกิดพังผืดของเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อที่คอ ทำให้การเคลื่อนไหวและการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง^{30, 31} ส่วนยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งศีรษะและคอ มีผลข้างเคียงต่อการกลืนและภาวะโภชนาการ คือ เบื่ออาหารและน้ำหนักลด ส่วนอาการเข็ญช่องปากอักเสบ บางครั้งเจ็บปวดจนไม่สามารถรับประทานอาหารได้ พบ 40% และผู้ป่วยที่ได้รับทั้งยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา อาการดังกล่าวพบมากถึง 100%³²

อาการและอาการแสดงของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

การกลืนลำบากเป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งอาการของการกลืนลำบากแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่³³

1. การกลืนลำบากระยะปาก (Oral dysphagia) เกิดจากความบกพร่องของการทำหน้าที่ของริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม เพดานอ่อน และลิ้น ตลอดจนการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในช่องปาก อาการที่พบได้ในระยะนี้ ได้แก่ มีอาหารเหลือค้างบริเวณกระพุ้งแก้มหรือเหงือก การเคลื่อนไหวของลิ้นผิดปกติ หรือไม่สามรถวัดลิ้นช่วยในการคลุกเคล้าและเตรียมก่อนอาหารในปากได้ มีน้ำหรือ

อาหารไหลออกมาทางจมูกเวลากิน มีเสมหะมาก

2. การกลืนลำบากกระเพาะคอหอย (Pharyngeal dysphagia) มีความบกพร่องในการกระตุ้นการกลืน และอวัยวะที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกลืนในระยะคอหอย เช่น การอ่อนแรงของเพดานอ่อนและผนังคอ โคนลิ้น ผนังคอหอย ความผิดปกติของการปิดและยกตัวของกล่องเสียงขณะกลืน เป็นต้น ปัญหาการกลืนในระยะนี้มักพบในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะท่อลมคอ (tracheostomy) การผ่าตัดบริเวณคอที่ต้องเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่คอออก (radical neck dissection) เป็นต้น ซึ่งการกลืนลำบากกระเพาะนี้ผู้ป่วยมักมีการสำลักอาหารเข้าสู่ปอด เกิดปอดอักเสบตามมาได้ ผู้ป่วยจะใช้ระยะเวลาในการกลืนนานขึ้นหรือกลืนได้ช้าลง รู้สึกกลืนติด มีอาการไอขณะรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ มีเสียงน้ำในคอหลังกลืน (wet voice) และหายใจลำบาก หายใจสั้นเวลารับประทานอาหาร

3. การกลืนลำบากกระเพาะหลอดอาหาร (Esophageal dysphagia) เป็นการกลืนลำบากจากภาวะโรคต่างๆ ที่ทำให้อาหารไม่สามารถเคลื่อนผ่านหลอดอาหารไปยังกระเพาะอาหารได้สะดวก เช่น หลอดอาหารตีบแคบหรืออุดตัน การกดทับหลอดอาหารจากก้อนเนื้ออก หรือหลอดเลือดแดงใหญ่ หลอดอาหารโป่งพอง หูดหลอดอาหารหดรัดเกร็ง เป็นต้น อาการที่พบได้บ่อยในระยะนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าอาหารติดอยู่ระหว่างคอหอยกับหน้าอก มีการไหลย้อนกลับของอาหารมายังคอหอยหรือช่องปาก แสบร้อนในอก เรอเปรี้ยวในตอนเช้าและรู้สึกมีรสเปรี้ยวในปาก

การวินิจฉัยภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

1. การตรวจร่างกาย หรือประเมินการกลืนและการสำลักจากอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วย จะสามารถบ่งชี้การกลืนลำบากและการสำลักได้ แต่การประเมินการกลืนและการสำลักจากอาการแสดงทางคลินิกเพียงอย่างเดียวอาจมีความน่าเชื่อถือน้อย การใช้เครื่องมือมาช่วยในการตรวจจึงเป็นวิธีที่ทำให้เห็นความผิดปกติและประเมินได้ชัดเจนและแม่นยำมากขึ้น³⁴

2. การบันทึกภาพเอกซเรย์กลืนแป้งลงบนแถบวิดีโอ (Videofluoroscopy หรือ VFSS) เป็นการศึกษาการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการกลืนด้วยวิธีเอกซเรย์ผ่านกล้องฟลูออโรสโคป (fluoroscopy) ขณะที่ผู้ป่วยกลืนแป้งแบเรียม (barium sulfate)³⁵

3. การตรวจด้วยการถ่ายภาพเอกซเรย์ขณะกลืนแป้งแบเรียม (Modified Barium Swallows หรือ MBS) ใช้ประเมินความรุนแรงการกลืนและการสำลักภายหลังการรักษาที่เป็นมาตรฐานสูงสุด (gold standard) เพื่อแสดงความผิดปกติของกายวิภาคและสรีรวิทยาการกลืนที่มองไม่เห็นด้วยการบันทึกภาพเอกซเรย์กลืนแป้งลงบนแถบวิดีโอธรรมดา ใช้ประเมินความสามารถในการกลืนที่เหลืออยู่ การจัดเตรียมลักษณะอาหารที่เหมาะสม และเพื่อติดตามการพัฒนาความสามารถในการกลืน³⁶

การรักษาภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

การรักษาขึ้นอยู่กับระยะเวลาและสาเหตุของการกลืนลำบาก ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด ถ้ามีรอยโรคที่ก้านสมองร่วมด้วย จะไม่สามารถกลืนอาหารได้ มักมีการสำลักและไอรุนแรง สำลักน้ำลายจนนำไปสู่การติดเชื้อในปอด ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางผ่านจมูกลงสู่กระเพาะอาหาร (nasogastric tube) หรือใส่ท่อผ่านทางผิวหนังหน้าท้องสู่กระเพาะอาหาร (gastrostomy) เพื่อให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ จนกว่าสภาพร่างกายจะฟื้นตัวดีขึ้น

1. การฝึกกลืน (swallowing therapy) ถือเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นตัว นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจสอบสมรรถภาพการกลืน ได้แก่ การตรวจการกลืนผ่านภาพทางรังสี (videofluoroscopy) และการตรวจการกลืนด้วยกล้องส่องผ่านทางจมูกและคอหอย (fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing: FEES)³⁷

2. การฟื้นฟูการกลืน (swallowing rehabilitation) เป็นหัวใจสำคัญอีกประการหนึ่งต่อการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ การฟื้นฟูการกลืนมี 2 ทาง ได้แก่³⁸

2.1 การฟื้นฟูทางตรง (Direct intervention) เป็นเทคนิคที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย เช่น การกระตุ้นและสัมผัสในช่องปาก (oral tactile stimulation) การบริหารกล้ามเนื้อช่องปากและคอ (Oro-motor exercise) การฝึกควบคุมริมฝีปาก (lip control) หรือฝึกกลืนด้วยเครื่องมือกระตุ้น (neuromuscular electrical stimulation) เป็นต้น

2.2 การฟื้นฟูทางอ้อม (Indirect intervention) เป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะกลืนลำบาก และเป็นการเตรียมความพร้อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เช่น การปรับเปลี่ยนอาหาร (dietary management) การจัดท่าทางการกลืน (positioning) วิธีการกลืนอย่างปลอดภัย (safety swallowing) การวางอาหารในปาก (food placement) และการให้ความรู้กับครอบครัว (family education) เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากควรใช้เทคนิคฟื้นฟูการกลืนทั้ง 2 ทาง ร่วมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ดังนั้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการกลืนลำบากและสำลัก เพื่อลด Mortality และ Morbidity ของผู้ป่วย รวมทั้งลดค่าใช้จ่าย และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ผู้จัดทำโครงการจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้น โดยรวบรวมข้อมูล ปัญหาการกลืนลำบากที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในหน่วยงาน วิเคราะห์ปัญหาพร้อมกัน สืบค้น ทบทวนวรรณกรรม และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ตรวจสอบผลการปฏิบัติ และตั้งมาตรฐานการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด โดยระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2554 ถึง ธันวาคม 2555 ตามแผนการดำเนินงาน (ดังภาคผนวก ก) ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีดังต่อไปนี้

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของซุคัพ³⁹ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence Triggered Phase) เป็นการวิเคราะห์ปัญหาจากประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลและจัดการปัญหาการกลืนลำบากและการสำลักของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด และจากแหล่งความรู้ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence Supported Phase) โดยการสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, OVID Full Text, Cochrane Library, Blackwell Synergy, Science Direct, PubMed, SpringerLink, High Wire, Wiley InterScience และสืบค้นด้วยมือ จำนวน 35 เรื่อง โดยนำมาใช้ 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม 4 เรื่อง งานวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า 1 เรื่อง และงานวิจัยศึกษาไปข้างหลังระยะยาว 1 เรื่อง แล้วนำงานวิจัยที่ได้มาวิเคราะห์สังเคราะห์ และประเมินคุณภาพงานวิจัย ก่อนนำพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล สรุปประเด็นจากงานวิจัยดังกล่าว ได้ 3 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมในการกลืนและการประเมินการกลืนและการสำลัก การฝึกกลืนและการบริหารช่องปากและคอ และการพยาบาลเพื่อการกลืนอย่างปลอดภัย

ระยะที่ 3 สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence Observed Phase) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งศีรษะและคอ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 3 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity) และปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ โดยจัดทำเป็นโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด (ดังภาคผนวก ข)

ระยะที่ 4 นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วมาใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence Base phase) ผู้จัดทำได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ นำเสนอทีมบริหารการพยาบาล งานการพยาบาล จักษุ โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา และทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เพื่อบริหารแนวปฏิบัติการพยาบาลเข้ากับการทำงานที่เป็นอยู่ และจัดทำเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ คือ โครงการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด โดยการนำเสนอผลการนำมาใช้ในหน่วยงานจริงจะกล่าวในบทต่อไป

บทที่ 3

วิธีการสังเคราะห์

ประชากร / กลุ่มตัวอย่าง หรือแหล่งข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างในโครงการเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เพศชาย อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป และมารับการรักษาด้วยการผ่าตัดบริเวณช่องปาก และรับไว้ในหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 1 (หู คอ จมูก ชาย) โรงพยาบาลศิริราช

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในโครงการ มีดังนี้

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดบริเวณช่องปากที่แพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารทางปากได้
2. ผู้ป่วยที่ประเมินความพร้อมในการกลืน (SSA) ต้องมีคะแนน SSA เท่ากับ 7 คะแนน (มีความพร้อมที่จะกลืนอย่างปลอดภัย)

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างในโครงการ มีดังนี้

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด (Total laryngectomy)
2. ผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร (gastrostomy) หรือทางลำไส้เล็ก
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะแผลมีเลือดออก มีอาการปวดรุนแรง ระดับความปวดมากกว่า 8 คะแนน สัญญาณชีพไม่ปกติ หรืออยู่ในภาวะวิกฤต

เกณฑ์ยุติการฝึกตามโครงการ มีดังนี้

1. ขณะกลืนผู้ป่วยสำลักหรือฝึกตามโปรแกรมไม่ครบ 3 มื้อต่อวัน ให้ผู้ป่วยหยุดพัก แล้วประเมินความพร้อมในการกลืนซ้ำก่อนอาหารมื้อถัดไป ถ้าผู้ป่วยยังไม่พร้อมให้ยุติการฝึก
2. ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารแล้วมีการรั่วบริเวณแผลผ่าตัด
3. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพผิดปกติหรืออาการผิดปกติซึ่งอาจเป็นอันตราย

เครื่องมือที่ใช้ในการสังเคราะห์

1. โปรแกรมฟื้นฟูการกลืน ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การฝึกกลืน การบริหารช่องปากและคอ การจัดทำทางศีรษะและทำนั่งขณะรับประทานอาหาร การดูแล

ความสะอาดช่องปาก และการจัดสิ่งแวดล้อม นำปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ก่อนนำไปใช้

2. **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา โรค ระยะของโรค การผ่าตัด วันที่ผ่าตัด และการรักษาวันที่ผู้ป่วยได้รับ (ดังภาคผนวก ก)

3. **แบบประเมินความพร้อมในการกลืน (Standardized Swallowing Assessment: SSA)** ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินการกลืนมาตรฐานของเฮ็ลลูล์และคณะ⁴⁰ โดยจิตติพร ยุกลพริ้ง⁴¹ ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ มีค่าความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.80 และความเที่ยงของการสังเกต (inter-rater reliability) สัมประสิทธิ์ของแค็ปป่า (Kappa coefficient) เท่ากับ 0.94

ลักษณะแบบประเมินมี 7 ข้อคำถาม ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวและตื่นหรือมีการตอบสนองต่อคำพูดได้ดี
2. ผู้ป่วยควบคุมศีรษะให้ตรงเวลานั่งได้
3. ผู้ป่วยไอบตามที่บอกได้
4. ผู้ป่วยควบคุมน้ำลายไม่ให้ไหลออกจากปากตนเองได้
5. ผู้ป่วยใช้ลิ้นเลียริมฝีปากบนและล่างได้
6. ผู้ป่วยหายใจได้เองทางจมูกหรือปากหรือท่อหลอดลมคอหรือรูเปิดที่พ่นังคอ
7. ผู้ป่วยออกเสียงโดยเสียงในคอ โลงไม่มีเสียงคล้ายมีน้ำหรือเสมหะในคอ

ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” หมายถึง คะแนนเท่ากับ 0 และถ้าตอบว่า “ใช่” หมายถึง คะแนนเท่ากับ 1 คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับ 0 และ 7 คะแนน ตามลำดับ ผู้ป่วยที่พร้อมจะกลืนต้องมีคะแนนรวมเท่ากับ 7 คะแนน โดยตอบว่า “ใช่” ทุกข้อ และผู้ป่วยที่ไม่พร้อมจะกลืนต้องมีคะแนนรวม น้อยกว่า 7 คะแนน โดยตอบว่า “ไม่ใช่” เพียงข้อใดข้อหนึ่ง (ดังภาคผนวก ก)

4. **แบบประเมินการกลืนและการสำลัก (Swallowing Observation Assessment Form: SAOF)** ดัดแปลงจากแบบประเมินการกลืนของทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร¹¹ โดยจิตติพร ยุกลพริ้ง⁴¹ มีค่าความตรงด้านเนื้อหา เท่ากับ 0.80 และความเที่ยงของการสังเกต โดยค่าสัมประสิทธิ์ของแค็ปป่า เท่ากับ 0.86 ลักษณะแบบประเมิน ประกอบด้วย

4.1 การประเมินการกลืน ใช้ประเมินคะแนนการกลืน มี 7 ข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีอาการสำลักขณะกลืน
2. ผู้ป่วยมีอาการไอหรือจามทันทีหลังกลืน
3. ผู้ป่วยหายใจขัดหรือหายใจไม่ออกหลังกลืน
4. ผู้ป่วยมีเสียงน้ำในคอหลังกลืน
5. ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาหารติดในคอหลังกลืน

6. ผู้ป่วยมีอาการเหลือค้างในปาก

7. ผู้ป่วยมีน้ำหรืออาหารไหลออกจากปากขณะกลืน

ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” หมายถึง คะแนนเท่ากับ 0 และถ้าตอบว่า “ใช่” หมายถึงคะแนนเท่ากับ 1 คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับ 0 และ 7 คะแนน ตามลำดับ ถ้า คะแนนรวม เท่ากับ 0 คะแนน โดยตอบว่า “ไม่ใช่” ทุกข้อ แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะกลืนลำบาก และ ถ้าคะแนนรวม มากกว่าหรือ เท่ากับ 1 คะแนนขึ้นไป โดยตอบว่า “ใช่” เพียงข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่า ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากหรือ มีภาวะกลืนลำบากรุนแรงขึ้น

4.2 การประเมินคะแนนการสำลัก ประเมินโดยใช้ 2 ข้อคำถาม ของการประเมิน การกลืน ได้แก่ ข้อที่ 1 คือ “ผู้ป่วยมีอาการสำลักขณะกลืนใช่หรือไม่” และข้อที่ 2 คือ “ผู้ป่วยมีอาการ ไอหรือจามทันทีหลังกลืนใช่หรือไม่” โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-1 คะแนน ถ้าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน โดยตอบว่า “ใช่” อย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ใน 2 ข้อ แสดงว่าผู้ป่วยมีการสำลัก และถ้าคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนนขึ้นไป โดยตอบว่า “ไม่ใช่” ในทั้ง 2 ข้อ แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีการสำลัก (ดังภาคผนวก ค)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โครงการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลัง ผ่าตัด มีดังต่อไปนี้ (ดังภาพที่ 1)

1. พยาบาลศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด 1 วัน และเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตาม เกณฑ์ที่กำหนด

2. ภายหลังจากผ่าตัดวันที่ 3 และ 7 พยาบาลติดตามอาการ การหายของแผล และศึกษารายงาน บันทึกการพยาบาลของผู้ป่วย รวมทั้งแผนการรักษาของแพทย์ เกี่ยวกับวันที่จะเริ่มให้รับประทาน อาหารทางปากได้

3. เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้ พยาบาลเริ่มฝึกตามขั้นตอน ฟื้นฟูการกลืน ดังนี้

3.1 บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

3.2 ประเมินความพร้อมในการกลืนด้วยแบบประเมินความพร้อมในการกลืน (SSA) ก่อนมืออาหาร 5 นาที ในมือที่ 1, 2, และ 3 โดยคะแนน SSA ต้องเท่ากับ 7 คะแนน ก่อนฝึก กลืนอย่างปลอดภัย

3.3 ประเมินการกลืนและการสำลัก ก่อนรับประทานอาหารในมือแรกที่เริ่ม รับประทานทางปาก เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย (pretest)

3.4 พยาบาลเริ่มฝึกตามโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนก่อนรับประทานอาหาร ในมืออาหาร มื้อที่ 1, 2, และ 3 ตามลำดับ ตามขั้นตอนดังนี้ (ดังภาคผนวก ข)

3.4.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ กั้นม่านรอบเตียง เพื่อลดการรบกวนจากภายนอก

3.4.2 ฝึกกลืนด้วยวิธีโมดิฟายด์ ซุพรากลอตติก (Modified Supraglottic Swallowing Technique) ทำทุกๆ 1 นาที ติดต่อกันเท่าที่ผู้ป่วยทำได้แต่ไม่น้อยกว่า 5 นาที

3.4.3 บริหารช่องปากและคอโดยกระตุ้นด้วยอุณหภูมิเย็นและการสัมผัสกระตุ้นปาก นวดปาก ใช้มือโยกกระดูกไทรอยด์ และบริหารช่องปากและคอ ใช้เวลา 10 นาที ระหว่างการฝึกกลืนและการบริหารช่องปากและคอ พยาบาลจะคอยสังเกตผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยเหนื่อยหรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ จะพิจารณาให้หยุดการฝึก แล้วให้พักหรือช่วยเหลือเบื้องต้น จากนั้นประเมินซ้ำ หากอาการไม่ดีขึ้น พิจารณายุติการฝึก

3.4.4 หลังฝึกกลืนและบริหารช่องปากและคอ 30 นาที ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากฟัน ก่อนจะเริ่มรับประทานอาหาร อย่างน้อย 5 นาที

3.4.5 จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา ตลอดการรับประทานอาหาร

3.4.6 จัดอาหารให้ผู้ป่วยตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยเริ่มจากจิบน้ำ หรือน้ำหวาน อาหารอ่อน เช่น โจ๊กปั่น 3 มื้อ ตามลำดับ

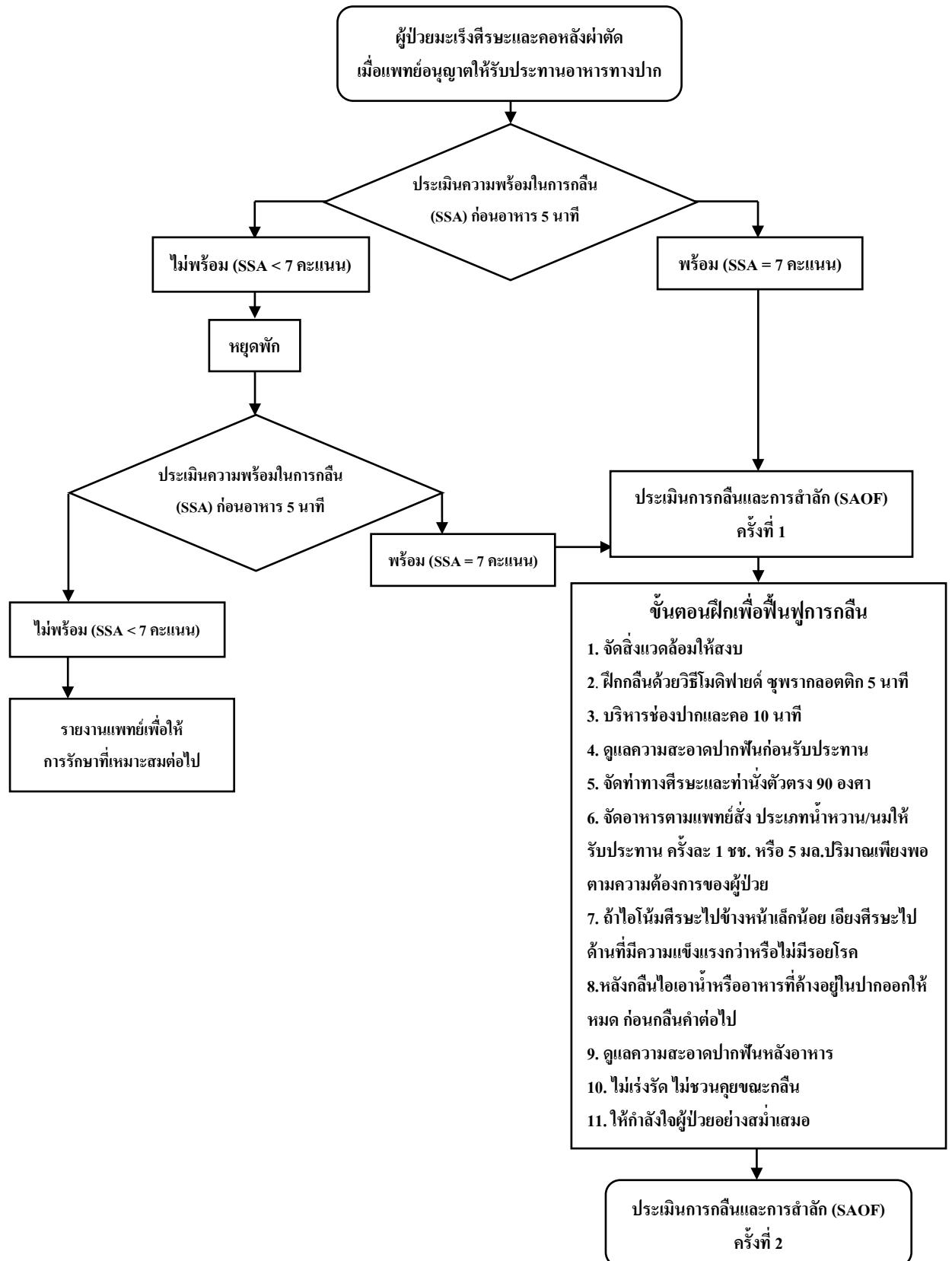
3.4.7 พยาบาลเริ่มป้อนอาหารให้ผู้ป่วยจะกลืนไปเรื่อยๆ ตามวิธีการกลืนแบบโมดิฟายด์ ซุพรากลอตติก และหลังกลืนทุกครั้งให้ผู้ป่วยไอเอาอาหารที่อาจเหลือในปากและคอออกมา แล้วกลืนซ้ำอีกครั้ง โดยอาจต้องกลืนซ้ำหลายๆ ครั้ง เมื่อผู้ป่วยบอกว่ากลืนหมดแล้ว ตรวจสอบในช่องปากว่ามีอาหารเหลือค้างหรือไม่ เพื่อให้มั่นใจว่ากลืนโดยไม่มีอาการสำลัก หรืออาจให้ผู้ป่วยออกเสียง ถ้าเสียงโหลงแสดงว่าไม่มีอาการสำลักหรือมีอาหารค้าง หรือถ้าผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนได้หมด และรู้สึกว่าจะกลืนได้เท่านั้น ให้บ้วนอาหารที่เหลือออกลงชามรูปไตเพื่อป้องกันการสำลัก

3.4.8 ขณะกลืนถ้าผู้ป่วยไอ แนะนำให้โน้มศีรษะไปข้างหน้าเล็กน้อย เอียงศีรษะไปด้านที่มีความแข็งแรงหรือไม่มีรอยโรค สังเกตอาการ ถ้าหากยังมีอาการไอให้หยุด ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามอาการ และประเมินซ้ำ ถ้ายังไม่ดีขึ้นพิจารณายุติการฝึก

3.4.9 ควรใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยในการฝึกและไม่เร่งรัด ไม่ชวนคุยในขณะที่กลืน

3.4.10 ดูแลความสะอาดปากและฟันภายหลังการรับประทานอาหารทุกมื้อ

3.4.11 ภายหลังจากครบตามขั้นตอนแล้วในมื้ออาหารมื้อที่ 3 ให้ประเมินการกลืนและการสำลักด้วยแบบประเมินการกลืนและการสำลัก (posttest)



รูปภาพที่ 1 ขั้นตอนการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการกลืนและการสำลัก ก่อนและหลังได้รับการฟื้นฟูการกลืน โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ

การประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

1. แจกแจงความถี่ ร้อยละ จำแนกตามลักษณะทั่วไป
2. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการกลืนและคะแนนการสำลัก
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนการกลืน และการสำลัก ก่อนและหลังได้รับการฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วย

และทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

บทที่ 4

ผลการสังเคราะห์

ผลการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดตามโปรแกรมฟื้นฟูการกลืน ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2555 ในหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 1 จำนวน 33 ราย ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูการกลืนเป็นเพศชายทั้งหมด จำนวน 33 ราย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 35-59 ปี (54.54%) รองลงมาอายุ 60 ปีขึ้นไป (36.36%) อายุเฉลี่ย 53.64 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 81 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 25 ราย (75.76%) เป็น CA tongue (39.40%) CA buccal mucosa (12.12%) และ CA Floor of mouth (12.12%) Stage 2 (39.40%) ส่วนใหญ่ผ่าตัด Wide excision (66.66%) และ Flap (66.66%) รองลงมาคือ Neck dissection (51.51%) ทั้งนี้ผู้ป่วย 1 ราย อาจมีการผ่าตัดมากกว่า 1 วิธี ขึ้นกับตำแหน่งและขนาดของเนื้องอก (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและเปอร์เซ็นต์ของลักษณะทั่วไปผู้ป่วย (N=33)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
1. เพศ		
เพศชาย	33	100
เพศหญิง	0	0
2. อายุ		
18-34 ปี	3	9.10
35-59 ปี	18	54.54
60 ปี ขึ้นไป	12	36.36
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	6	18.18
ป.1-ป.6	25	75.76
ม.1-ม.3/ ปวช.	1	3.03

ตารางที่ 1 จำนวนและเปอร์เซ็นต์ของลักษณะทั่วไปผู้ป่วย (N = 33) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
3. ระดับการศึกษาสูงสุด (ต่อ)		
ม.4-ม.6/ ปวส.	0	0
ปริญญาตรี	1	3.03
4. การวินิจฉัยโรค		
CA Tongue	13	39.40
CA Retro molar trigone	2	6.06
CA Base of tongue	1	3.03
CA Buccal mucosa	4	12.12
CA Floor of mouth	4	12.12
CA Soft palate	1	3.03
CA Lower gum	1	3.03
CA upper gum	2	6.06
CA Lower lip	2	6.06
CA Tonsil	1	3.03
CA Maxillary sinus	2	6.06
5. ระยะของโรค		
Stage 1	4	12.12
Stage 2	13	39.40
Stage 3	8	24.24
Stage 4	8	24.24
6. จำนวนครั้งการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ		
ผ่าตัดครั้งที่ 1	29	87.88
ผ่าตัดครั้งที่ 2	4	12.12
7. การรักษาร่วมที่ได้รับก่อนผ่าตัด		
ไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา	33	100

ตารางที่ 1 จำนวนและเปอร์เซ็นต์ของลักษณะทั่วไปผู้ป่วย (N = 33) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
8. ชนิดการผ่าตัด*		
Wide excision	22	66.66
Flap	22	66.66
Segmental mandibulectomy	7	21.21
Marginal mandibulectomy	3	9.09
Glossectomy	8	24.24
Maxillectomy	2	6.06
STSG	2	6.06
Neck dissection	17	51.51
Primary closure	4	12.12

หมายเหตุ: * ชนิดการผ่าตัด ผู้ป่วย 1 ราย อาจมีการผ่าตัดมากกว่า 1 วิธี ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และขนาดของเนื้องอก

2. คะแนนการกลืนและการสำลัก

คะแนนการกลืนก่อนฟื้นฟูการกลืน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการกลืนเท่ากับ 1.45 (S.D. = 1.25) ส่วนหลังฟื้นฟูการกลืน ค่าเฉลี่ยคะแนนการกลืนเท่ากับ 0.45 (S.D. = 0.71) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการกลืนก่อนและหลังฟื้นฟูการกลืน ด้วยสถิติความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย แบบจับคู่ (Paired t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการกลืนหลังฟื้นฟูการกลืนน้อยกว่าก่อนฟื้นฟูการกลืน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $t = 5.01, p = .00$ (หมายถึง ผู้ป่วยมีการกลืนที่ดีขึ้น)

คะแนนการสำลักก่อนฟื้นฟูการกลืน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการสำลักเท่ากับ 0.51 (S.D. = 0.56) ส่วนหลังฟื้นฟูการกลืน ค่าเฉลี่ยคะแนนการสำลักเท่ากับ 0.09 (S.D. = 0.29) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการสำลักก่อนและหลังฟื้นฟูการกลืน ด้วยสถิติความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยแบบจับคู่ (Paired t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการสำลักหลังฟื้นฟูการกลืนน้อยกว่าก่อนฟื้นฟูการกลืนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $t = 4.34, p = .00$ (หมายถึง ผู้ป่วยสำลักน้อยลง) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการกลืนและการสำลักก่อนและหลังฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วย โดยการทดสอบแบบจับคู่ (Pared t-test)

ลักษณะข้อมูล ของผู้ป่วย	ก่อนฟื้นฟูการกลืน		หลังฟื้นฟูการกลืน		ค่าที (t)	ค่าระดับ นัยสำคัญ (p)
	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)		
คะแนนการกลืน	1.45	1.25	0.45	0.71	5.01	.00
คะแนนการสำลัก	0.51	0.56	0.09	0.29	4.34	.00

การอภิปรายผลของโครงการ

1. **ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย** ผู้ป่วยทั้งหมด 33 ราย เป็นเพศชาย (100%) เนื่องจากเก็บข้อมูลโครงการในหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 1 ซึ่งเป็นผู้ป่วยหู คอ จมูกชาย ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป (36.4%) อายุเฉลี่ย 53.64 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 (75.8%) ซึ่งสอดคล้องกับอาชชาติและคณะ⁴² พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป (34.48%) และอุบัติการณ์ของโรคมึความสัมพันธ์กับเพศชายมากกว่าเพศหญิง (60.34%, 39.66% ตามลำดับ)

2. คะแนนการกลืนและการสำลัก

ในการวิเคราะห์ผลครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น CA Tongue (39.40%) ผ่าตัด Wide excision บริเวณลิ้น (66.66%) มักมีผลกระทบเฉพาะการกลืนระยะ oral phase เท่านั้น และความรุนแรงความผิดปกติในการกลืนจะสัมพันธ์กับความกว้างและตำแหน่งที่ตัดลิ้นออก แต่ถ้าผู้ป่วยที่ผ่าตัดทั้งบริเวณลิ้นและพื้นปากหรือเยื่อในช่องปากด้วย จะทำให้ลิ้นมีการเคลื่อนไหวลดลงและการกลืนลำบากรุนแรงมากขึ้น⁴³ ซึ่งภายหลังฝึกตามโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนนี้ ผู้ป่วยมีการกลืนที่ดีขึ้น สำลักน้อยลงเนื่องมาจากวิธีการฟื้นฟูการกลืนช่วยปรับเปลี่ยนลักษณะทางสรีรวิทยาของการกลืนที่ผิดปกติทั้ง 3 ระยะของการกลืน ให้สามารถกลับมาทำหน้าที่ใกล้เคียงปกติมากขึ้น ดังนี้

การฝึกกลืนด้วยวิธีโมดิฟายด์ ซุพรากลอตติก เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ซ้ำๆ และกลืนหายใจในขณะที่กลืน ช่วยให้ช่องคอหอยหย่อนตัว ไม่เกิดแรงดันย้อนกลับ และช่วยให้สายเสียดชิดกัน ทำให้ป้องกันการสำลักได้ มีการศึกษาพบว่า การกลืนหายใจขณะกลืนช่วยให้สายเสียดเข้ามาชิดกันมากขึ้น ป้องกันไม่ให้อาหารตกลงไปในกล่องเสียงจึงไม่เกิดการสำลัก^{44, 45}

การกระตุ้นและบริหารบริเวณช่องปากและคอ โดยกระตุ้นด้วยความเย็นและการสัมผัสบริเวณเพดานอ่อนทั้ง 2 ข้าง เป็นการฟื้นฟูการทำงานของเส้นประสาทการรับรู้ทั้งเชิงกล เคียงเคมี

และเชิงอุณหภูมิกายในช่องปาก ทำให้การเริ่มกลืนในระยะคอหอยเร็วขึ้น การใช้ไม้กดลิ้นดูเบาๆ บริเวณลิ้นจะเพิ่มแรงกดที่ลิ้น ทำให้การรับรู้ความรู้สึกกลับคืนมา นอกจากนี้การนวดริมฝีปาก การโยกกระดูกไทรอยด์ การดึงกล้ามเนื้อรอบคอและการบริหารคอ จะช่วยกระตุ้นการทำหน้าที่และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและอวัยวะเกี่ยวกับการกลืน⁸

การจัดท่าศีรษะและท่านั่งที่เหมาะสมขณะรับประทานอาหาร ด้วยการนั่งตรง เป็นการอาศัยแรงโน้มถ่วงของโลกให้ช่วยในการเคลื่อนที่ของอาหารลงสู่กระเพาะได้ดีขึ้น ส่วนก้มหน้าคางชิดอก (chin tuck) ขณะกลืน ทำให้มีการดันผนังคอหอยส่วนหน้าไปด้านหลัง และดันให้โคนลิ้นและฝาปิดกล่องเสียงอยู่ชิดกับผนังคอหอยส่วนหลัง ดังนั้นทางเดินหายใจจึงแคบลงและลดอาการสำลักได้ ร่วมกับการเอียงคอไปด้านใดด้านหนึ่งที่ไม่มีการผ่าตัดหรือไม่มีรอยโรค ทำให้อาหารผ่านลงทางด้านข้างที่แข็งแรงกว่าและช่วยให้ฝาปิดกล่องเสียงปิดได้ดีขึ้น^{46, 47} สอดคล้องกับเลวินและคณะ⁴⁸ ที่พบว่า ท่าก้มหน้าคางชิดอกทำให้การสำลักลดลงถึง 81%

การดูแลความสะอาดช่องปากทั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารมากขึ้น ลดความเสี่ยงที่จะเกิดการสำลักแบคทีเรียลงสู่ปอดและเกิดปอดอักเสบได้ง่ายขึ้น⁴⁹

การเรียนรู้วิธีการกลืนและจังหวะการหายใจให้สัมพันธ์กับการกลืน ผู้ป่วยจะต้องมีความตั้งใจ เรียนรู้ และจดจำขั้นตอนในการกลืนที่เหมาะสมกับตนเอง ขณะเดียวกันการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่เร่งรัดและไม่ชวนพูดคุยถ้าไม่จำเป็น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสมาธิและความสนใจอยู่การรับประทานอาหาร

อย่างไรก็ตามการพูดให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องถือเป็นสิ่งสำคัญ พยายามชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลืนได้ ถ้ามีความตั้งใจฝึกและไม่ย่อท้อ จะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเพิ่มความมั่นใจในการฝึกกลืนและรับประทานอาหารมากขึ้นด้วย

บทที่ 5

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผล

จากผลของโครงการ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดที่ได้รับการฟื้นฟูการกลืนมีความสามารถในการกลืนดีขึ้นและสำคัญลดลง ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัด การฝึกกลืนจึงถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษา เพราะการกลืนที่มีประสิทธิภาพคือการกลืนที่ได้รับอาหารและพลังงานที่เพียงพอจนกว่าสภาพร่างกายจะดีขึ้น นอกจากนี้การดูแลทั่วไปอื่นๆ ก็เป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่ การดูแลความสะอาดช่องปาก ดูแลเสมหะและน้ำลาย การจัดท่านั่งศีรษะสูงขณะรับประทานอาหาร การฝึกบริการช่องปากและคอ เป็นต้น

การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการกลืนลำบากและสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นเรื่องที่สำคัญยิ่งต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและผู้ดูแล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยให้กลับมาทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงกับสภาพปกติ และป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การยอมรับในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยจากการผ่าตัด การเลือกวิธีการและเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งต้องอาศัยการพัฒนาความรู้และทักษะทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนก่อนนำไปใช้ โดยฝึกประเมินการกลืนและการสำลัก การสังเกต การบริหารการกลืน และการช่วยเหลือผู้ป่วยหากเกิดปัญหา ควรตระหนักถึงข้อบ่งชี้ ข้อควรระวัง และสิ่งที่ต้องปฏิบัติอื่นๆ เพื่อฝึกการกลืนตามโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

2. พยาบาลควรนำการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนนี้ไปใช้ในการแก้ปัญหาการกลืนลำบากและการสำลักของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย สะดวกต่อการปฏิบัติ ประหยัดค่าใช้จ่าย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในเรื่องการกลืนอาหารได้ดีขึ้น มีความปลอดภัยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกลืนลำบากและการสำลักหลังผ่าตัด และเพื่อเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในแนวทางเดียวกัน

3. ควรบูรณาการแนวปฏิบัติการพยาบาลเข้ากับระบบการทำงานที่เป็นอยู่ให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยประสานกับหน่วยโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับโภชนาการที่เหมาะสม เนื่องจากอาหารสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอาหารที่ต้องมีการดัดแปลงทั้งเนื้ออาหาร ความหนืดข้น ซึ่งต้องคำนึงถึงพลังงานจากสารอาหารที่ได้รับอย่างเพียงพอด้วย

4. ส่งเสริมให้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูการกลืน โดยฝึกญาติผู้ดูแล ให้สามารถฝึกการกลืนและจัดการกับปัญหาการกลืนลำบากและการสำลักของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และส่วนร่วมต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

5. ควรจัดทำวีดิทัศน์การฝึกปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน สำหรับพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจขั้นตอนอย่างละเอียด ให้สามารถปฏิบัติตามได้ง่ายขึ้น และกลับมาดูซ้ำได้หลายครั้งเมื่อต้องการ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิทยามะเร็งศิริราช. รายงานสถิติเนื่องอกสถาบันวิทยามะเร็งศิริราช. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: ศุภวานิชการพิมพ์; 2552.
2. García-Peris P, Parón L, Velasco C, de la Cuerda C, Camblor M, Bretón I, et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. *Clin Nutr.* 2007;26(6):710-7.
3. Perry AR, Shaw MA. Evaluation of functional outcomes (speech, swallowing and voice) in patients attending speech pathology after head and neck cancer treatment (s): Development of a multi-centre database. *J Laryngol Otol.* 2000;114(8):605-15.
4. Campbell BH, Spinelli K, Marbella AM, Myers KB, Kuhn JC, Layde PM. Aspiration, weight loss, and quality of life in head and neck cancer survivors. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;130(9):1100-3.
5. Nguyen NP, Moltz CC, Frank C, Vos P, Smith HJ, Nguyen PD, et al. Impact of swallowing therapy on aspiration rate following treatment for locally advanced head and neck cancer. *Oral Oncol.* 2007;43:352-7.
6. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia.* 2002;17(2):139-46.
7. Terrado M, Russell C, Bowman J. Dysphagia: an overview. *MEDSURG NURS.* 2001;10(5):233-50.
8. Hwang CH, Choi KH, Ko YS, Leem CM. Pre-emptive swallowing stimulation in long-term intubated patients. *Clin Rehabil.* 2007;21(1):41-6.
9. Lewin JS, Hebert TM, Putnum JB, DuBrow RA. Experience with the chin tuck maneuver in portesophagectomy aspirators. *Dysphagia.* 2001;16:216-9.
10. Saitoh E, Shibata S, Matsuo K, Baba M, Fujii W, Palmer JB. Chewing and food consistency: Effects on bolus transport and swallow initiation. *Dysphagia.* 2007;22:100-7.

11. Chumnansripecth T. The effects of nursing intervention on swallowing among stroke patients with dysphagia utilizing a clinical nursing practice guideline [Thematic paper of nursing science (Adult nursing)]. Bangkok: Mahidol University; 2003.
12. ประสิทธิ์ มหากิจ. การกลืนลำบาก. ใน: กริษา ม่วงทอง, ประสิทธิ์ มหากิจ, ปริยพันธ์ จารุจินดา, ภาณุวิชญ์ พุ่มหิรัญ, บรรณาธิการ. ตำราโรค หู คอ จมูก. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์; 2548. หน้า. 198-212.
13. Nicoletti G, Soutar DS, Jackson MS, Wrench AA, Robertson G. Chewing and swallowing after surgical treatment for oral cancer: Functional evaluation in 196 selected cases. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(2):329-38.
14. Kronenberger MB, Meyers AD. Dysphagia following head and neck cancer surgery. *Dysphagia.* 1994;9:236-44.
15. Leyn PD, Bedert L, Delcroix M, Depuydt P, Lauwers G, Sokolov Y, et al. Tracheotomy: Clinical review and guidelines. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2007;32:412-21.
16. Black JM, Hawks JH. Management of clients with upper airway disorders. In: Black JM, Hawks JH, editors. *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcome.* 7th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2005. p. 1776-85.
17. Suiter DM, McCullough GH, Powell PW. Effects off deflation and one-way tracheostomy speaking valve placement on swallow physiology. *Dysphagia.* 2003;18:284-92.
18. Ding R, Logemann JA. Swallow physiology in patients with trach cuff inflated or deflated: A retrospective study. *Head & Neck.* 2005;27(9):809-13.
19. Kazi RA. Deglutition problems in head and neck cancer patients. *Internet J Otorhinolaryngology.* 2003;2(1):13-23.
20. Pauloski BR, Rademaker AW, Logemann JA, Stein D, Beery Q, Newman L, et al. Surgical variables affecting swallowing in patients treated for oral/oropharyngeal cancer. *Head Neck.* 2004;26(7):625-36.
21. Eisenhuber E, Schima W, Schober E, Pokieser P, Stadler A, Scharitzer M, et al. Videofluoroscopic assessment of patients with dysphagia: Pharyngeal retention is a predictive factor for aspiration. *AJR.* 2002;178(2):393-8.
22. Borggreven PA, Leeuw IV-d, Rinkel RN, Langendijk JA, Roos JC, David EFL, et al. Swallowing after major surgery of the oral cavity or oropharynx: A prospective and

- longitudinal assessment of patients treated by microvascular soft tissue reconstruction. *Head Neck*. 2007;29(7):638-47.
23. Jennings KS, Siroky D, Jackson CG. Swallowing problems after excision of tumors of the skull base: Diagnosis and management in 12 patients. *Dysphagia*. 1992;7:40-4.
 24. Rogers SN. Surgical principles and techniques for functional rehabilitation after oral cavity and oropharyngeal oncologic surgery. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001;9(2):114-9.
 25. Stenson KM, MacCracken E, List M, Haraf DJ, Brockstein B, Weichselbaum R, et al. Swallowing function in patients with head and neck cancer prior to treatment. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;126(3):371-7.
 26. Skoner JM, Andersen PE, Cohen JI, Hollan JJ, Hansen E, Wax MK. Swallowing function and tracheotomy dependence after combined-modality treatment including free tissue transfer for advanced-stage oropharyngeal cancer. *Laryngoscope*. 2003;113(8):1294-8.
 27. Terpenning M. Geriatric oral health and pneumonia risk. *Clin Infect Dis*. 2005;40(12):1807-10.
 28. Jone B, Donner MW. Common structural lesions. In: Jone B, Donner MW, editors. *Normal and abdominal swallowing: Imaging in diagnosis and therapy*. New York: Springer-Verlag; 1991. p. 93-107.
 29. Pauloski BR. Rehabilitation of dysphagia following head and neck cancer. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008;19(4):889-928.
 30. Lazarus CL, Logemann JA, Pauloski BR, Colangelo LA, Kahrilas PJ, Mittal BB, et al. Swallowing disorders in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and adjuvant chemotherapy. *Laryngoscope*. 1996;106(9):1157-66.
 31. Logemann JA, Smith CH, Pauloski BR, Rademaker AW, Lazarus CL, Colangelo LA, et al. Effects of xerostomia on perception and performance of swallow function. *Head & Neck*. 2001;23(4):317-21.
 32. Gazino JE. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer. *Cancer Control*. 2002;9(5):400-9.

33. เบญจมาศ พระธานี. ปัญหาการพูด ภาษา และการกลืน. ใน: ชีรพร รัตนาเอนกชัย, สุภาภรณ์ ศรีร่วมโพธิ์ทอง, บรรณาธิการ. ตำราหู คอ จมูก สำหรับนักศึกษาแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2551. หน้า. 60-7.
34. Terrado M, Russell C, Bowman J. Dysphagia: An overview. MEDSURG NURS. 2001;10(5):233-50.
35. วิฑูร ลิลามานิตย์. กลืนลำบากและสำลัก: Dysphagia and aspiration. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2548.
36. Jone B, Donner MW. The tailored examination. In: Jone B, Donner MW, editors. Normal and abdominal swallowing: Imaging in diagnosis and therapy. New York: Springer-Verlag; 1991. p. 33-50.
37. โชคชัย เมธีไตรรัตน์, เนตรา บัวกนก, ภาวิน เกษกุล, วรุตม์ พงสาพิชญ์, สุนันท์ องอาจ. Management for dysphagia patients. ใน: มณี รัตน์ไชยานนท์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ทันยุค. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2553. หน้า. 535-42.
38. งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมอง (Occupational therapy for post stroke dysphagia: a clinical guideline): ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์; 2554.
39. Soukup M. The center of advance nursing practice evidence-base practice model promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am. 2000;35(2):301-9.
40. Ellul J, Barer D, Fall S. Improve detection and management of swallowing problems in acute stroke: A multicentre study. Cerebrovasc Dis. 1997;7(4):18-25.
41. จิตติพร ชุบลพริ้ง. ผลของโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนต่อความสามารถในการกลืนและการสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
42. Azad MD, Pervaiz G, Pervaiz MK. Most significant risk factors for head and neck cancer. Journal of Statistics. 2007;14:1-12.
43. Lewin JS. Speech and swallowing following treatment for oral cancer. In: Werning JW, editor. Oral cancer diagnosis, management, and rehabilitation. New York: Thieme Medical; 2007. p. 304-8.

44. Donzelli J, Brady S. The effects of breath-holding on vocal fold adduction: Implications for safe swallowing. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;130(2):208-10.
45. Murry T, Carrau RL. *Clinical manual of swallowing disorders.* 2nd ed. San Diego, CA: Plural; 2006.
46. Brodsky L, Volk M. The airway and swallowing. In: Arvedson J, Brodsky L, editors. *Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management.* San Diego: Whurr; 1993. p. 93-122.
47. Saitoh E, Shibata S, Matsuo K, Baba M, Fujii W, Palmer JB. Chewing and food consistency: Effects on bolus transport and swallow initiation. *Dysphagia.* 2007;22(2):100-7.
48. Lewin JS, Hebert TM, Putnum JB, DuBrow RA. Experience with the chin tuck maneuver in postesophagectomy aspirators. *Dysphagia.* 2001;16(3):216-9.
49. Sato M, Yoshihara A, Miyazaki H. Preliminary study on the effect of oral care on recovery from surgery in elderly patients. *J Oral Rehabil.* 2006;33(11):820-6.
50. Smithard DG, O'Neill PA, Park C, Morris J, Wyatt R, England R, et al. Complications and outcome after acute stroke: Does dysphagia matter. *Stroke.* 1996;27:1200-4.
51. Nguyen NP, Frank C, Moltz CC, Vos P, Smith HJ, Karlsson U, et al. Impact of dysphagia on quality of life after treatment of head and neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2005;61(3):722-78.
52. List MA, D'Antonio LL, Cella DF, Siston A, Mumby P, Haraf D, et al. The performance status scale for head and neck cancer patients and the functional assessment of cancer therapy-head and neck scale: A study of utility and validity. *Cancer.* 1996;77:2294-301.

ภาคผนวก ก แผนการดำเนินการโครงการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

กิจกรรม/ ขั้นตอน	ระยะเวลา (เดือน) ปี 2554			ระยะเวลา (เดือน) ปี 2555												
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	
1. รวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา	→															
2. พัฒนาโครงการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด		→	→													
3. จัดทำคู่มือฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด			→													
4. จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงาน				→												
5. ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด					→	→	→	→	→	→						
6. ติดตามความก้าวหน้ารวบรวมปัญหาจากการปฏิบัติ												→	→			
7. ประเมินผลการดำเนินงาน													→	→		
8. สรุปผลการดำเนินงาน														→	→	→

ภาคผนวก ข

โปรแกรมฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังการผ่าตัดมักพบว่า มีปัญหาการกลืนลำบากและการสำลัก เนื่องจากการผ่าตัดทำให้เกิดความบอบช้ำและการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ กระดูก กระดูกอ่อนหรือ โครงสร้างของเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกลืน ซึ่งความผิดปกติของโครงสร้างและกระบวนการกลืนนี้เพิ่มความเสี่ยงในการสำลักหลังการผ่าตัดและทำให้เกิดปอดอักเสบจากการสำลัก (aspirated pneumonia) ได้มากกว่า 50%⁴ ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากรุนแรง 94% อาจเกิดภาวะติดเชื้อที่ปอดจนนำไปสู่ความตายได้⁵ ผู้ป่วยบางรายกลืนไม่ได้จึงเกิดภาวะขาดน้ำและทุพโภชนาการ ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร² บางรายต้องใส่สายให้อาหารทางกระเพาะหรือลำไส้ ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล และอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลก็เพิ่มขึ้นด้วย⁵⁰ จากกรณีข้อจำกัดในการเลือกอาหาร วิธีการประกอบอาหารที่ต่างจากคนทั่วไป รับประทานอาหารหกเลอะเทอะ รวมถึงภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปภายหลังการผ่าตัด บางชนิดที่ทำให้โครงสร้างของใบหน้าผิดรูป มีน้ำลายไหลออกมาจากปากเกือบตลอดเวลา⁵¹ ผู้ป่วยจึงแยกตัวจากสังคม ขาดความเชื่อมั่นและรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น สิ่งเหล่านี้จึงผลกระทบต่อการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยิ่ง^{2, 52} ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้ดีขึ้น ลดอาการสำลักและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ส่งเสริมภาวะโภชนาการ อีกทั้งเป็นการสร้างแนวทางการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนให้เป็นมาตรฐานและมีทิศทางเดียวกันที่ชัดเจน ผู้จัดทำจึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและสร้างเป็นโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนขึ้น อันประกอบด้วย การประเมินความพร้อมในการกลืน การฝึกกลืนด้วยวิธี โมดิไฟด์ ซุพรากลอตติก (Modified supraglottic swallowing) เพื่อลดความเร็วในการเคลื่อนที่ของอาหารและน้ำจากปากลงสู่หลอดอาหาร ป้องกันการสำลัก⁷ การบริหารช่องปากและคอเพื่อกระตุ้นการทำงานของอวัยวะและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน⁸ การจัดทำทางศีรษะและทำนั่งขณะรับประทานอาหาร^{9, 10} การดูแลความสะอาดช่องปาก และการจัดสิ่งแวดล้อมขณะรับประทานอาหาร^{7, 10, 32}

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด
2. เพื่อช่วยฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดให้มีการทำงานที่ดีขึ้น ลดการสำลักและภาวะแทรกซ้อน

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูการกลืน

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดบริเวณช่องปาก

กลุ่มผู้ใช้โปรแกรมฟื้นฟูการกลืน

พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยเพื่อรับโปรแกรมฟื้นฟูการกลืน

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดบริเวณช่องปากที่แพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารทางปากได้
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดที่ประเมินความพร้อมในการกลืน (SSA) ว่ามีความพร้อมที่จะกลืน โดยต้องมีคะแนน SSA เท่ากับ 7 คะแนน

ข้อควรระวัง

1. ในระหว่างที่ฝึกตามโปรแกรมฟื้นฟูการกลืน ถ้าแผลผ่าตัดมีเลือดออก มีอาการปวดรุนแรง สัญญาณชีพไม่ปกติ หรืออยู่ในภาวะวิกฤตให้หยุดการฝึก
2. ในระหว่างที่ฝึกตามโปรแกรมฟื้นฟูการกลืน ถ้าผู้ป่วยมีอาการไอหรือสำลัก ให้หยุดพักการฝึกและเริ่มฝึกอีกครั้งในมื้ออาหารมื้อต่อไป ถ้ายังมีอาการไอหรือสำลักอีกให้หยุดการฝึกทันที และรายงานแพทย์ทราบ
3. การกระตุ้นด้วยอุณหภูมิจากการสัมผัส ในขณะที่ใช้ไม้กดลิ้นยื่นสัมผัสที่เพดาน ควรสัมผัสอย่างเบามือ ระวังผู้ป่วยอาจอาเจียน ถ้าผู้ป่วยมีอาการให้หยุดพัก
4. ในระหว่างการรับประทานอาหารควรใช้เวลาผู้ป่วย ไม่เร่งรัด ไม่ชวนคุย เพื่อลดความเสี่ยงในการสำลัก

เกณฑ์ยุติใช้โปรแกรมฟื้นฟูการกลืน มีดังนี้

1. ขณะกลืนผู้ป่วยมีสำลักหรือฝึกตามโปรแกรมไม่ครบ 3 มื้อต่อวัน ให้ผู้ป่วยหยุดพักแล้วประเมินความพร้อมในการกลืนซ้ำก่อนอาหารมื้อถัดไป ถ้าผู้ป่วยยังไม่พร้อมให้ยุติการฝึก
2. ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารแล้วมีการรั่วบริเวณแผลผ่าตัด
3. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพผิดปกติหรืออาการผิดปกติซึ่งอาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย

อุปกรณ์ในการฟื้นฟูการกลืน ประกอบด้วย

1. ชามรูปไตขนาด 300 มิลลิลิตร
2. ถุงมือสะอาด 1 คู่
3. ผ้ากันเปื้อนและกระดาษเช็ดปาก
4. กระจกส่องตรวจกล่องเสียง 1 อัน
5. ไฟฉาย 1 กระบอก
6. ซ้อนชา หรือ กระบอกนึดยา ขนาด 5 มิลลิลิตร

อุปกรณ์เตรียมไว้ใช้เมื่อจำเป็น ประกอบด้วย

1. เครื่องดูดเสมหะและอุปกรณ์พร้อมใช้
2. อุปกรณ์ให้ออกซิเจนพร้อมใช้

ขั้นตอนการฟื้นฟูการกลืน

การฝึกตามโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนจะเริ่มฝึกเมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ ในช่วงก่อนมื้ออาหาร 1 ชั่วโมง ให้ปฏิบัติดังนี้

1. ประเมินความพร้อมในการกลืน ก่อนมื้ออาหาร โดยใช้แบบประเมินความพร้อมในการกลืน (Standardize Swallowing Assessment: SSA) ดังภาคผนวก ค ผู้ป่วยต้องมีคะแนน SSA = 7 คะแนน เพื่อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะฝึกกลืนตาม โปรแกรมฟื้นฟูการกลืนอย่างปลอดภัย

2. ประเมินการกลืนและการสำลัก โดยใช้แบบประเมินการกลืนและการสำลัก (Swallowing Assessment Observation Form) ดังภาคผนวก ค โดยประเมินการกลืนและการสำลักของผู้ป่วย 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ประเมินก่อนรับประทานอาหารมื้อแรก (pretest) เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ครั้งที่ 2 ประเมินหลังฝึกตามโปรแกรมเสร็จสิ้นในแต่ละมื้อ (posttest)

3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ควรให้ผู้ป่วยฝึกกลืนในบริเวณที่สงบ อาจกั้นม่านรอบเตียง หรือ จัดให้ฝึกกลืนในห้องหากทำได้ เพื่อลดการรบกวนจากภายนอก

4. จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา เพื่อให้ทางเดินอาหารอยู่ในแนวตรง และป้องกันการสำลักอาหารจากหลอดอาหารเข้าสู่หลอดลม

5. ฝึกกลืน ด้วยวิธี โมดิไฟยด์ ซุพรากลอตติก ก่อนรับประทานอาหาร โดยอธิบายวิธีการกลืน และให้ผู้ป่วยฝึกก่อนกลืนตามท่าทางดังต่อไปนี้

- 5.1 หายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ
- 5.2 ก้มหน้าให้คางชิดอก
- 5.3 กลืนหายใจไว้กลืนน้ำลาย ในขณะที่กลืนค่อยๆ ยกคางขึ้น

5.4 ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก และ ไอหลังจากกลืน

5.5 ให้ผู้ป่วยทำทุก 1 นาที ติดต่อกัน อย่างน้อย 10 ครั้ง

ข้อควรระวัง: ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจติดขัด ให้หยุดพักหรือให้ออกซิเจน จุดเสมหะตามความเหมาะสมจนกว่าอาการดีขึ้น แล้วจึงเริ่มฝึกอีกครั้ง

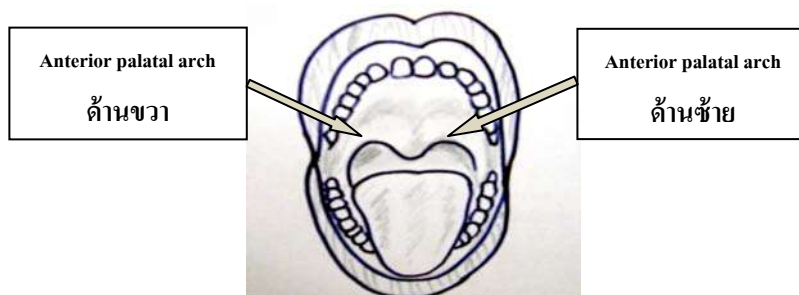
6. การบริหารช่องปากและคอ (mouth and cervical exercise) ด้วยวิธีกระตุ้นและสัมผัสด้วยความเย็น ก่อนรับประทานอาหารเช้า เพื่อฟื้นฟูการทำงานของประสาทรับรู้อุณหภูมิ เจ็บแสบ และเจ็บอุณหภูมิกายในช่องปาก ดังต่อไปนี้

6.1 การกระตุ้นด้วยอุณหภูมิจึงและการสัมผัส (thermal and sensory stimulation)

- นำไม้กดลิ้นแช่ในตู้เย็นหรือน้ำแข็งเพื่อให้เย็น อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 8-10 องศาเซลเซียส โดยทดสอบกับหลังมือก่อนใช้กับผู้ป่วยเพื่อทดสอบว่าเย็นเกินไปหรือไม่

- ให้ผู้ป่วยอ้าปากกว้างๆ และใช้ไม้กดลิ้นถูเบาๆ ด้านขวา Anterior palatal arch 5 ครั้ง

- ใช้ไม้กดลิ้นถูเบาๆ ด้านซ้ายของ Anterior palatal arch 5 ครั้ง



รูปภาพที่ 2 การกระตุ้นด้วยอุณหภูมิจึงและการสัมผัส โดยการใช้ไม้กดลิ้นถูเบาๆ ที่ Anterior palatal arch ด้านซ้ายและขวา

ข้อควรระวัง : ก่อนใช้ไม้กดลิ้นที่เย็น ควรทดสอบว่าไม่เย็นเกินไปจนเป็นอันตรายต่อเยื่อช่องปากและควรใช้ไม้กดลิ้นสัมผัสอย่างเบาเมื่อ ระวังผู้ป่วยอาจอาเจียน ถ้าผู้ป่วยมีอาการให้หยุดพัก

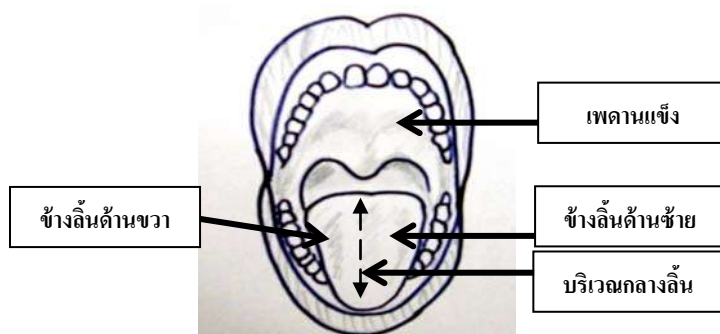
6.2 การกระตุ้นปาก (oral stimulation) กระตุ้นลิ้นเบาๆ ด้วยก้อนหรือแปรงสีฟัน

- เตรียมแปรงสีฟันหรือผ้าก๊อซ

- ชูดบริเวณกลางลิ้นและด้านข้าง 2 ข้าง

- ชูดบริเวณด้านบนของช่องปากบริเวณเพดานแข็งเบาๆ

- ทำซ้ำๆ ประมาณ 1 นาที



รูปภาพที่ 3 การกระตุ้นปาก โดยการกระตุ้นลิ้นเบาๆ ด้วยก้อนหรือแปรงสีฟัน

ข้อควรระวัง: ในขณะที่กระตุ้นปากและลิ้น ผู้ป่วยอาจอาเจียนหรือขย้อน ควรสัมผัสอย่างเบา มือ ถ้าผู้ป่วยมีอาการให้หยุดพัก

6.3 การนวดปาก (oral massage)

- ใ้ใส่ถุงมือ แล้ววางนิ้วชี้และนิ้วกลางไว้ใ้ปาก นิ้วหัวแม่มืออยู่ใ้ด้านนอก
- นวดริมฝีปากทั้ง 2 ด้าน ด้วยการดึงออกจากตัว
- นวดแก้มทั้ง 2 ข้างด้วยวิธีเดียวกัน
- ทำซ้ำๆ ประมาณ 1 นาที

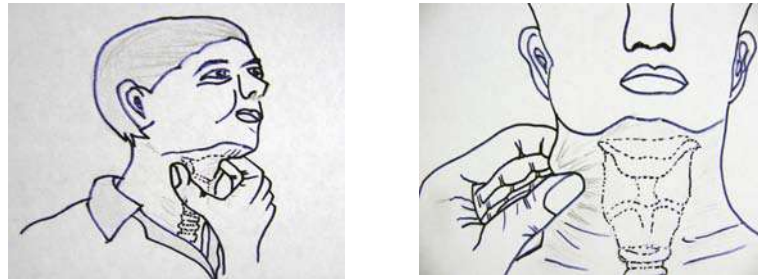


รูปภาพที่ 4 การนวดปาก โดยนวดริมฝีปากและแก้ม 2 ข้าง

ข้อควรระวัง: ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเสริมสร้างเนื้อเยื่อ มีแผลที่ริมฝีปาก ควรหลีกเลี่ยงการนวดปาก รอจนกระทั่งตัดไหม แผลติดดีก่อน

6.4 การใช้มือโยก (digital manipulation)

- วางนิ้วหัวแม่มือและ 2 นิ้ว รอบกระดูกไทรอยด์บริเวณคอด้านนอก
 - จับบริเวณส่วนบนของกระดูกไฮออยด์ใต้กระดูกไทรอยด์ บริเวณคอด้านนอก
- โยกขึ้น-ลง ทำซ้ำประมาณ 5 ครั้ง
- ดึงกล้ามเนื้อรอบคอไปด้านหน้า ทำประมาณ 10 ครั้ง



รูปภาพที่ 5 การใช้มือโยก โดยจับกระดูกไทรอยด์บริเวณคอด้านนอกโยกขึ้นลง และดึงกล้ามเนื้อรอบคอ

ข้อควรระวัง: ไม่ควรโยกกระดูกและดึงกล้ามเนื้อคอแรงเกินไป ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บปวด และควรสอบถามอาการปวดก่อนและหลังใช้มือโยกกระดูก เพื่อใช้ยาลดปวดหรือหยุดพัก

6.5 การบริหารคอ (Cervical range of motion exercise)

- ก้มหน้าให้คางชิดอกสลับกับเงยหน้าช้าๆ



รูปภาพที่ 6 การบริหารคอ โดยก้มหน้าคางชิดอกสลับกับเงยหน้าช้าๆ

- เอียงคอไปด้านขวาจนหูสัมผัสกับไหล่ด้านขวา
- เอียงคอไปด้านซ้ายจนหูสัมผัสกับไหล่ด้านซ้าย



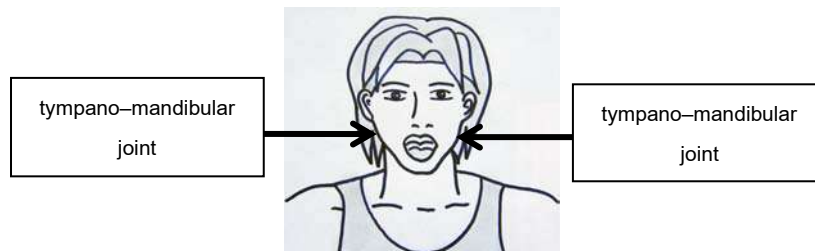
รูปภาพที่ 7 การบริหารคอ โดยการเอียงคอซ้ายและขวาให้หูสัมผัสไหล่

- หันหน้าไปด้านขวาให้กางสัมพันธ์ไหล่ด้านขวา
- หันหน้าไปด้านซ้ายให้กางสัมพันธ์ไหล่ด้านซ้าย



รูปภาพที่ 8 การบริหารคอโดยหันหน้าซ้ายและขวาให้กางชิดไหล่

- อ้าปากให้กว้างมากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ แล้วนวดบริเวณ tympano-mandibular joint ทำซ้ำประมาณ 5 ครั้ง



รูปภาพที่ 9 การบริหารคอโดยนวดบริเวณ tympano-mandibular joint

- ข้อควรระวัง: ขณะออกกำลังกายควรให้ผู้ป่วยกระทำอย่างช้าๆ สอบถามอาการหน้ามืดหรือเวียนศีรษะ ถ้ามีอาการควรหยุดพัก

6.6 การบริหารกล้ามเนื้อปากและลิ้น (Lips and tongue exercise)

1. เม้มปากแน่น



2. นึกยิ้มกว้างๆ



3. อ้าปากให้กว้างที่สุด



4. แลบลิ้นยาวๆ เท่าที่จะทำได้



5. ใช้ลิ้นแตะมุมปากขวา



6. ใช้ลิ้นแตะมุมปากซ้าย



7. ใช้ลิ้นแตะริมฝีปากบน



8. ทำปากจู๋



รูปภาพที่ 10 การบริหารกล้ามเนื้อปากและลิ้น

7. ดูแลความสะอาดปากฟัน ควรแปรงฟันหรือทำความสะอาดช่องปาก ก่อนและหลังการรับประทานอาหารทุกมื้อ เพื่อลดเชื้อแบคทีเรียในปาก และกระตุ้นความอยากอาหาร

8. ดูดเสมหะ ก่อนรับประทานอาหารควรดูดเสมหะ หรือให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออกให้หมด ก่อนเริ่มรับประทานอาหาร เพื่อหลีกเลี่ยงการสำลักอาหาร

9. การจัดอาหาร

9.1 ในมือแรกควรจัดอาหารเป็นของเหลว เช่น น้ำ น้ำหวาน หรือนม ระหว่างฝึกกลืนควรใส่อาหารครั้งละ 1 ช้อนชา หรือ 5 มิลลิลิตร โดยใช้กระบอกฉีดยาหรือช้อน

9.2 หลังจากกลืนคำแรกให้ไอเอาน้ำหรืออาหารที่ค้างอยู่ในปากออกให้หมดทุกครั้ง และกลืนซ้ำๆ หลายๆ รอบ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยกลืนโดยไม่มีการสำลัก และให้ผู้ป่วยออกเสียงถ้าเสียงโล่ง แสดงว่า ไม่มีการสำลักหรืออาหารค้าง จากนั้นให้กลืนคำต่อไป จนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นเพียงพอกับความต้องการ

9.3 ขณะกลืนถ้าผู้ป่วยไอให้นั่งศีรษะไปข้างหน้าเล็กน้อย เอียงศีรษะไปด้านที่มีความแข็งแรงกว่าหรือไม่มีรอยโรค สังเกตอาการ ถ้าหากยังมีอาการไอให้หยุดและประเมินผู้ป่วย ถ้ายังไม่ดีขึ้นให้ยุติการฝึก

10. ควรมีสมาธิกับการรับประทานอาหาร ขณะฝึกกลืนหรือรับประทานอาหารควรใช้เวลา กับผู้ป่วยและไม่เร่งรัด ไม่ชวนคุยในขณะที่กลืน

11. ให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยกลืนได้ หรือกลืนแล้วรู้สึกทำได้ไม่ดี หรือทำผิดขั้นตอน ควรให้กำลังใจผู้ป่วย แล้วให้ผู้ผู้ป่วยพยายามฝึกตามโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ

ภาคผนวก ค
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้พยาบาลผู้ประเมินทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบหรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงลงในช่องว่างในคำตอบแต่ละข้อ

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา สูงสุด.....
4. โรค.....
5. ระยะของโรค (Stage)..... (TNM)
6. การผ่าตัด.....วันที่.....
ครั้งนี้เป็นการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ครั้งที่.....
7. การรักษาร่วม (adjuvant therapy)
 - () Chemo therapy วันที่ได้รับการรักษา.....
 - () Radiation therapy วันที่ได้รับการรักษา.....

2. แบบประเมินความพร้อมในการกลืน (Standardized Swallowing Assessment: SSA)

ใช้ในการประเมินความพร้อมในการกลืนก่อนเริ่มฝึกการกลืนและเริ่มให้ผู้ป่วยกลืนอาหาร
คำชี้แจง ให้พยาบาลผู้ประเมินทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบที่ตรงกับ
ความเป็นจริงในแต่ละข้อ

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวและตื่นหรือมีการตอบสนองต่อคำพูดได้ดี
() ใช่ () ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยควบคุมศีรษะให้ตรงเวลานั่งได้
() ใช่ () ไม่ใช่
3. ผู้ป่วยไอตามที่บอกได้
() ใช่ () ไม่ใช่
4. ผู้ป่วยควบคุมน้ำลายไม่ให้ไหลออกจากปากตนเองได้
() ใช่ () ไม่ใช่
5. ผู้ป่วยใช้ลิ้นเลียริมฝีปากบนและล่างได้
() ใช่ () ไม่ใช่
6. ผู้ป่วยหายใจได้เองทางจมูกหรือปากหรือท่อหลอดลมคอหรือรูเปิดที่พนักคอด้านหน้า
() ใช่ () ไม่ใช่
7. ผู้ป่วยออกเสียงโดยเสียงในคอ โลงไม่มีเสียงคล้ายมีน้ำหรือเสมหะในคอ
() ใช่ () ไม่ใช่

วิธีให้คะแนนดังนี้:

- ถ้าตอบ ไม่ใช่ หมายถึง คะแนนเท่ากับ 0

- ถ้าตอบ ใช่ หมายถึง คะแนนเท่ากับ 1

รวมคะแนนทั้งหมด 7 ข้อ เท่ากับ _____ คะแนน

คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับ 0 และ 7 คะแนน ตามลำดับ

แปลผลคะแนนดังนี้ :

- ผู้ป่วยที่พร้อมจะกลืน ต้องมีคะแนนรวม เท่ากับ 7 คะแนน โดยตอบว่า “ใช่” ทุกข้อ
- ผู้ป่วยที่ไม่พร้อมจะกลืน ต้องมีคะแนนรวม น้อยกว่า 7 คะแนน โดยตอบว่า “ไม่ใช่” เพียงข้อใดข้อหนึ่ง

3. แบบประเมินการกลืนและการสำลัก (Swallowing Assessment Observation Form: SAOF)

ใช้ในการประเมินภาวะกลืนลำบากของผู้ป่วยก่อนและหลังฟื้นฟูการกลืน
คำชี้แจง ให้พยาบาลผู้ประเมินทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบที่ตรงกับ
ความเป็นจริงในแต่ละข้อ

1. ผู้ป่วยมีอาการสำลักขณะกลืน
() ใช่ () ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยมีอาการไอหรือจามทันทีหลังกลืน
() ใช่ () ไม่ใช่
3. ผู้ป่วยหายใจขัดหรือหายใจไม่ออกหลังกลืน
() ใช่ () ไม่ใช่
4. ผู้ป่วยมีเสียงน้ำในคอหลังกลืน
() ใช่ () ไม่ใช่
5. ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาหารติดในคอหลังกลืน
() ใช่ () ไม่ใช่
6. ผู้ป่วยมีอาหารเหลือค้างในปาก
() ใช่ () ไม่ใช่
7. ผู้ป่วยมีน้ำหรืออาหารไหลออกจากปากขณะกลืน
() ใช่ () ไม่ใช่

คะแนนการกลืน รวมเท่ากับ.....คะแนน

คะแนนการสำลัก เท่ากับ.....คะแนน

วิธีคิดคะแนนและแปลผลคะแนนแบบประเมินการกลืนและการสำลัก: ดังนี้
การประเมินการกลืน

- | | | | |
|----------|--------|---------|----------------|
| - ถ้าตอบ | ไม่ใช่ | หมายถึง | คะแนนเท่ากับ 0 |
| - ถ้าตอบ | ใช่ | หมายถึง | คะแนนเท่ากับ 1 |

คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับ 0 และ 7 คะแนน ตามลำดับ

แปลผลคะแนนการกลืน

- ถ้าคะแนนรวม เท่ากับ 0 คะแนน โดยตอบว่า “ไม่ใช่” ทุกข้อ แสดงว่าผู้ป่วยไม่มี
ภาวะกลืนลำบาก

- ถ้าคะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนนขึ้นไป โดยตอบว่า “ใช่” เพียงข้อใดข้อหนึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากหรือมีภาวะกลืนลำบากรุนแรงขึ้น

การประเมินการสำลัก ใช้แบบประเมินการกลืนและการสำลักใน 2 ข้อคำถาม ได้แก่

ข้อที่ 1 คือ “ผู้ป่วยมีอาการสำลักขณะกลืนใช่หรือไม่”

ข้อที่ 2 คือ “ผู้ป่วยมีอาการไอหรือจามทันทีหลังกลืนใช่หรือไม่”

แปลผลคะแนนการสำลัก

- คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับ 0 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

- คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน โดยตอบว่า “ใช่” อย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ใน 2 ข้อแสดงว่า ผู้ป่วยมีการสำลัก

- คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนนขึ้นไป โดยตอบว่า “ไม่ใช่” ทั้ง 2 ข้อแสดงว่าผู้ป่วยไม่มีการสำลัก