

การรักษาผู้ป่วยกลืนลำบาก

ศศุภางค์ มุสิกบุญเลิศ

งานโภชนาการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนเหมือนการรักษาโรคอื่นๆ คือต้องรักษาสาเหตุหรือแก้ไขพยาธิสรีรวิทยาที่ทำให้เกิดอาการ การจะได้วิธีการรักษา แพทย์ต้องมีความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะต่างๆ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนจากสาเหตุชนิดเดียวกัน ไม่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาเหมือนกัน ทั้งนี้รูปแบบการรักษาขึ้นอยู่กับ

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

การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนในช่วงวิกฤตเฉพาะหน้า อาจแก้ปัญหาด้วยการใส่สายให้อาหารทางจมูก (nasogastric tube) หรือเจาะหน้าท้องเพื่อให้อาหาร (gastrostomy) แต่ไม่ควรทิ้งไว้เป็นระยะเวลานาน เพราะการแก้ปัญหาวิธีนี้ไม่ได้แก้ไขเรื่องการสำลักทั้งชนิด penetration และ aspiration ซึ่งทำให้อุดบวม ซ้ำร้ายการแก้ปัญหาดังกล่าวยังก่อให้เกิดปัญหาใหม่ เช่น การใส่สายให้อาหารนานๆ ทำให้เกิด vocal fold paralysis เนื่องจากสายให้อาหารไปกดส่วนหลังของ cricoids cartilage จนเกิดเป็นแผลและทำให้เกิด perichondritis ลูกกลมเข้า cricoarytenoid joint เกิด fixation ของ joint ขัดขวางการเคลื่อนที่ของ vocal fold ขณะเดียวกัน การเปลี่ยนวิธีให้อาหารทางหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการกระตุ้นให้ใช้ความสามารถของร่างกายและสมองที่เหลืออยู่ฝึกฝนเพื่อชดเชยความพิการ เป็นเช่นนั้นนานๆ ผู้ป่วยจะยิ่งสูญเสียความสามารถในการกลืน นอกจากนี้การเจาะหน้าท้องยังเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย การแก้ปัญหาผู้ป่วยด้วยวิธีประวิงเวลาปล่อยให้หายเอง เช่น ในผู้ป่วยอุบัติเหตุเส้นเลือดในสมองที่มีปัญหาการกลืนได้บ่อยพบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 3 เดือนหลังป่วย มักเกิดจากการติดเชื้อในปอดโดยมีกรรไกรสำลักเป็นสาเหตุสำคัญ นอกจากนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 50 ไม่รู้ตัวว่ามีปัญหาการกลืน ทำให้สภาพการเจ็บป่วยเลวลง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืนจึงควรแก้ไขด้วยการฝึกกลืนทันทีที่ผู้ป่วยพร้อมและปลอดภัย การฝึกการกลืนทำได้หลายวิธี ด้วยเครื่องมือและอาหาร

ชนิดต่างๆ การฝึกการกลืนควรทำควบคู่ไปกับการรักษาสาเหตุ

พึงระลึกเสมอว่าการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) การกลืนเป็นการรักษาผู้ป่วยที่สำคัญมากพอๆกับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การให้ยา หรือการผ่าตัด

แนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลืน

การกลืนต้องอาศัยการทำงานของระบบประสาทสมอง ทั้งส่วนที่อยู่ใต้บังคับของจิตใจและส่วนที่เป็นระบบ reflex ในระยะปาก (oral phase) เป็นระยะที่อยู่ใต้บังคับของจิตใจ ผู้ป่วยจะผ่านระยะนี้ได้ต้องมีความอยากที่จะรับประทานอาหาร ตั้งแต่เอาอาหารเข้าปากกดเคี้ยวอาหารให้เป็นสิ่งพร้อมกลืน (bolus) เตรียมกลืน และส่งกลืน (initiation of swallowing) ดังนั้นหากผู้ป่วยไม่ร่วมมือ หรือไม่มีความอยาก จนถึงต่อหน้า จะไม่สามารถผ่านระยะช่องปากได้ ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของสมองส่วน insula cortex ที่ควบคุมการเคี้ยว ผู้ป่วยจะเคี้ยวไม่ได้รวมทั้งส่งกลืนยาก เมื่อเข้าระยะคอดหอย (pharyngeal phase) การกลืนจะเป็นชุดคำสั่งที่ทำงานต่อเนื่องแบบอัตโนมัติ กระทั่งอาหารผ่านช่องคอดหอย ลงสู่หลอดอาหาร ขณะเดียวกันการทำงานของระบบประสาทสมองส่วนที่อยู่ใต้บังคับของจิตใจสามารถเสริมแรงในแต่ละขั้นตอนการกลืนในระยะคอดหอย เพื่อปรับให้เหมาะสมต่อการกลืนแต่ละครั้ง ขณะที่การกลืนในระยะหลอดอาหารเป็น reflexive control ล้วนๆ จึงเห็นได้ว่าการรักษาผู้ป่วยกลืนลำบากต้องประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโดยตรงและโดยอ้อมกับกลไกการกลืน ได้แก่

1. การหาวิธีติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เส้นเลือดแตกในสมองผู้ป่วยที่สมองเสื่อม การรับรู้ไม่ดี ไม่สามารถเข้าใจภาษาที่เราพูด หรือพูดให้แพทย์ผู้รักษาเข้าใจได้
2. ปรับเปลี่ยนลักษณะกายภาพ (rheologic property) และขนาดของอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ให้กลืนได้ง่ายปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดการสำลัก
3. ปรับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ให้เกื้อหนุนต่อการรักษา
4. ใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ของระบบสมองและกล้ามเนื้อส่วนที่อยู่ใต้บังคับของจิตใจมา



เกือบหนกกลไกการกลืนที่บกพร่อง โดยการจัดทำศีรษะและลำคอ

5. เสริมสภาพการทำงานของกล้ามเนื้อในช่องปากให้แข็งแรงโดยใช้อุปกรณ์ช่วยฝึก
6. ให้อาหารประเภทต่างๆในการรักษา
7. การผ่าตัดแก้ไข
8. การใช้เครื่องช่วยกลืน

การเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพ (rheologic property) ของอาหาร

ลักษณะทางกายภาพของทารกจนถึงเด็กเล็กเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เป็นของเหลว เช่น นมเป็นอาหารหลัก เนื่องจากเด็กเล็กอวัยวะที่ใช้เคี้ยว เช่น ฟันกรามยังไม่งอกเด็กเล็กจึงมีลำคอสั้น ทำให้กลองเสียงลอยสูงขึ้นมาระดับเดียวกับแอง valecula ดังนั้นเมื่อเด็กเล็กดูดนมเข้าปาก จึงปล่อยให้ไหลลงช่องคอหอยได้โดยไม่ต้องกลืนและไม่สำคัญลงกลองเสียง สามารถหายใจและร้องออกเสียงได้ตามปกติ เนื่องจากนมเมื่อผ่านแอง valecula จะถูกฝาปิดกลองเสียงแยกให้ไหลไปสองข้างของช่องคอหอย ลงสู่แอง pyriform sinus ทั้งสองข้าง ซึ่งอยู่ต่ำกว่ากลองเสียง ในเด็กโตและในผู้ใหญ่ ความยาวของลำคอเพิ่มขึ้นมากเมื่อเทียบกับเด็กเล็กเพื่อประโยชน์ในการพูดและเปล่งเสียง ทำให้กลองเสียงอยู่ต่ำกว่า valecula และแอง pyriform sinus ถ้าปล่อยให้อาหารพวกน้ำไหลลงสู่คอหอยโดยไม่มีกรกลืน จะไหลเข้ากลองเสียง เกิดการสำลัก จำเป็นต้องมีกรกลืนในระยะคอหอยเพื่อป้องกันกลองเสียงไม่ให้สำลัก ขณะเดียวกันการหยุดหายใจช่วงขณะกลืน (เพราะกลองเสียงถูกปิด) ต้องสั้นที่สุดที่เป็นไปได้

การปรับคุณสมบัติทางกายภาพของอาหารให้เอื้อต่อสมรรถภาพการกลืนของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ คือ

1. ผู้ป่วยกลืนได้ปลอดภัย ไม่กลืนติดหรือสำลัก
2. ได้คุณค่าทางอาหารและปริมาณ calories พอเพียง
3. ได้ปริมาณน้ำพอเพียง

การปรับคุณสมบัติทางกายภาพของอาหารได้แก่

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

ทั้งหมดนี้มีผลต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย การปรับความหนืดของอาหาร เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะอาหารที่มีความหนืดสูง ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการกลืนสูง ขณะที่อาหารที่มีความหนืดน้อย เช่น น้ำ กลืนง่ายแต่สำลักง่าย

เนื่องจากมีความสามารถในการไหล (flowability) ผู้ป่วยที่มีการกลืนลำบาก การรักษาที่ดีที่สุดคือการฝึกกลืนอาหาร โดยเลือกอาหารที่กลืนง่ายที่สุดก่อน เช่น ที่มีคุณสมบัติกึ่งของเหลว ระยะแรกให้ปริมาณที่ละน้อยๆ อาจให้รับประทานที่ละ 5 มิลลิลิตร จากช้อนกาแฟ ผู้ป่วยอาจต้องใช้เวลาเป็นวันในการรับประทานอาหาร 150 มิลลิลิตร เมื่อกลืนได้ดีขึ้นจึงเพิ่มปริมาณมากขึ้นเป็น 150-300 มิลลิลิตร หากรับประทานอาหารได้ดีจึงขยับไปให้อาหารที่ข้นขึ้นหรือเหลวกว่าละอาจเพิ่มอาหารชนิดอื่น การติดตามผลว่าผู้ป่วยกลืนอาหารที่กำหนดได้หรือไม่ ไม่สามารถตัดสินด้วยการสังเกตทางคลินิก จำเป็นต้องเอาผู้ป่วยไปตรวจเอกซเรย์ videofluoroscopy และใช้แป้งแบเรียมผสมในอาหาร ที่ผู้ป่วยรับประทานเพื่อทดสอบการกลืน เมื่อผู้ป่วยเริ่มกลืนได้คงที่แล้ว อาจใช้ fiberoptic laryngoscope ในการติดตามผลการรักษาแทน ขณะเดียวกันต้องจัดปริมาณคุณค่าทางอาหาร พลังงานที่ได้ ปริมาณน้ำที่ได้รับ และน้ำหนักของผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำถูกต้องและเพียงพอ

การเลือกใช้อาหารที่วางขายตามท้องตลาด เช่น เยลลี่ ยังใช้ได้กรณีเร่งด่วนและไม่มีวิธีการอื่นที่ดีกว่า แต่จากการวิจัย พบว่า เยลลี่มีคุณสมบัติทางกายภาพที่ดีกว่าน้ำเพราะไม่กระจาย แต่กลืนยาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหรือกล้ามเนื้อคอหอยอ่อนแอ อีกทั้งมีคุณค่าทางอาหารต่ำ จึงไม่ควรใช้เป็นอาหารหลัก ในต่างประเทศมีสารที่เพิ่มความหนืด (thickening) ในอาหารวางขาย สารที่เพิ่มความหนืดนี้ส่วนใหญ่ทำจากแป้งข้าวโพด จึงเพิ่มความหนืดอย่างเดียว อาจไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ กล้ามเนื้ออ่อนแอโดยทั่วไป และช่องคอแคบเนื่องจาก cricopharyngeal achalasia หรือ กลองเสียงยกไม่ตี ต้องปรับให้อาหารมีความหนืดต่ำ มิฉะนั้นจะกลืนติด เช่น ขนมโก๋ ขนมเบี๊ยะ ซึ่งอาจอันตรายถึงตายได้ เพราะกลืนติดและอุดกั้นทางเดินหายใจ การรักษาด้วยวิธีปรับลักษณะทางกายภาพของอาหาร อาจใช้รวมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่นการจัดท่าศีรษะและลำคอ การฝึกกลืน การผ่าตัดรักษา การใช้เครื่องมือช่วยกลืน เป็นต้น

ขนาดและรสชาติของอาหาร

ขนาดและรสชาติของอาหารอาจมีส่วนช่วยการกลืนในผู้ป่วยกลืนลำบาก โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีอุบัติเหตุเส้นเลือดในสมอง พบว่าอาหารรสเปรี้ยวกระตุ้นการกลืนได้ดีทั้งขณะกลืนและหลังกลืน ตรงกันข้ามอาหารหวานจะกดการกลืน จึงไม่ควรให้อาหารหวานในผู้ป่วยสูงอายุที่กลืนลำบากจากสาเหตุทางสมอง ส่วนกลไกการกระตุ้นเชื่อว่าอาหารเปรี้ยวกระตุ้นต่อมรับรสและแขนงประสาทสมองคู่ที่ 5 (trigeminal nerve) ในช่องปากและคอหอย ซึ่งเป็นการป้อน natural sensory input ไปที่ nucleus tractus solitaries



(NTS) ซึ่งเป็น swallowing center ที่ medulla ให้กลับมาทำงานดีขึ้น ถือเป็น sensory rehabilitation ได้ นอกจากนี้ อาหารคำเล็กจะกลืนยากกว่าคำโตในผู้ป่วยเหล่านี้ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่กลืนเนื้ออ่อนแรง หรือผู้ป่วยที่หูรูดหลอดอาหารส่วนบนไม่คลายตัว (cricopharyngeal achalasia) หรือกลืนเสียงยกตัวไม่ดี ทำให้ช่องคอหอยเปิดไม่ดีต้องกลืนอาหารคำเล็ก ผู้ป่วยกลืนเนื้อลิ้นและช่องคอหอยอ่อนแรงต้องกลืนอาหารคำเล็ก ห้ามให้อาหารคำโตในผู้ป่วยเหล่านี้เด็ดขาด เพราะอาจกลืนติดจนอุดทางเดินหายใจตายได้

การดูแลภาวะโภชนาการผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนอาจรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ขาดอาหารและน้ำเกิดภาวะทุพโภชนาการขาดทั้งโปรตีนและแคลอรี ทำให้ร่างกายอ่อนแอและง่ายต่อการติดเชื้อ เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำลง ผู้ป่วยกลืนลำบากจึงต้องได้รับการตรวจและกำกับดูแลภาวะโภชนาการอยู่เสมอ ทั้งก่อนและระหว่างการรักษา เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้อาหารและน้ำเพียงพอ การกำกับดูแลได้แก่การบันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานได้ในแต่ละมื้อ ความเจริญอาหาร สภาพผิวหนังเหี่ยวยุบขาดน้ำหรือไม่ การวัด skin thickness การบันทึกปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน การชั่งน้ำหนักผู้ป่วยถือเป็นตัวชี้วัดภาวะโภชนาการที่สำคัญทางคลินิก นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาว่าอาจทำให้การกลืนเลวลง อาจทำให้น้ำลายแห้ง คอแห้ง ทำให้กลืนลำบาก ดัชนีที่ชี้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการได้แก่ น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 10 หรือน้ำหนักตัวต่ำกว่าร้อยละ 90 ของที่ควรจะเป็น (Ideal weight) hypoalbuminemia (serum albumin concentration < 3.5 g/dL) ตรวจภาวะการขาดน้ำโดยตรวจปัสสาวะเพื่อหา urine osmolality ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอระหว่างการรักษาอาการกลืนลำบาก อาจให้อาหารทางสายควบคุมไปกับการฝึกรับประทานอาหารทางปากได้ โดยมีข้อบ่งชี้ในการใส่สายทางจมูกเพื่อให้อาหารดังนี้

1. ในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการขาดโปรตีนและแคลอรี พิจารณาใส่สายให้อาหารเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลา 5 วัน
 2. ในผู้ป่วยที่ภาวะโภชนาการปกติ แต่รับประทานอาหารได้น้อยกว่าร้อยละ 50 ของที่ควรจะเป็นเป็นเวลา 7-10 วัน ควรพิจารณาใส่สายให้อาหาร
- เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ปริมาณเพียงพอ จึงพิจารณาเอาสายให้อาหารออกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accident) ร้อยละ 28-45 จะมีภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) รวมด้วย ทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารสายยาง ซึ่งเป็นภาวะของญาติในการจัดหาอาหารพิเศษ ผู้ป่วยเองก็ขาดโอกาสในการรับสร้อยของ

อาหาร นอกจากนั้นในบางรายที่ไม่ต้องใส่ยา อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ได้แก่ ภาวะขาดอาหาร ภาวะขาดน้ำ ภาวะการสำลักอาหารเข้าปอด แล้วทำให้เกิดการติดเชื้อ (aspiration pneumonia) ถ้าให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการกลืน ปัญหาและภาวะทั้งตัวผู้ป่วยและ ครอบครัวจะลดลง

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกลืนลำบาก

1. ความบกพร่องของระบบประสาท เช่น โรคอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออย่างเรื้อรัง (myasthenia gravis) เนื้องอกที่ก้านสมอง (brainstem tumor)
2. อุบัติเหตุของเส้นเลือดในสมอง เช่น เส้นเลือดในสมองอุดตัน (embolism) เส้นเลือดในสมองแตก (cerebral hemorrhage) head injury ผลทำให้บริเวณสมองหรือเส้นประสาทที่ควบคุมอวัยวะในการกลืนขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดภาวะกลืนลำบาก
3. ผลจากการผ่าตัด (mechanical deficits) เช่น ภาวะการกลืนลำบากที่เกิดจากการผ่าตัดเอากล่องเสียง ออกรักษาต่อหอยไจนาอื่นๆ ทำให้กลไกการกลืน ผิดปกติไป
4. ภาวะโรคต่างๆ เช่น มะเร็งกล่องเสียง (CA larynx) มะเร็งของหลอดอาหาร เป็นต้น

ลำดับขั้นในการเลือกอาหารในการฝึกกลืน

อาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ควรเป็นอาหารที่มีการดัดแปลงเนื้ออาหารโดยการปั่นจนละเอียดและหนืดข้นเหมือนอาหารเด็ก หรืออาหารที่มีลักษณะกึ่งแข็งกึ่งเหลวคล้ายแป้งเปียก และต้องเลือกอาหารที่ปลอดภัยไม่ก่อให้เกิดการไอและสำลัก ขณะเดียวกันต้องหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเหลวและอาหารที่มีเนื้ออาหารหลายแบบ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยสำลักได้ ดังนั้นขั้นตอนในการเลือกอาหารให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากจึงมีดังนี้

ขั้นที่ 1 อาหารสายยาง

กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการสำลักสูงหรือไม่พร้อมที่จะกลืนอาหารทางปาก ควรเลือกให้สารอาหารผ่านทางสายยาง และงดการให้อาหารทางปากเป็นการแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้า ขณะผู้ป่วยยังรับประทานอาหารทางปากไม่ได้ วัตถุประสงค์ของการให้อาหารทางสายยางเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณสารอาหารพอเพียงต่อการเผาผลาญของร่างกายในแต่ละวัน ได้ปริมาณน้ำ เกลือแร่และวิตามินเพียงพอ เพื่อรักษาสุขภาพผู้ป่วยไม่ให้อ่อนเพลีย หรือสูญเสียกำลังจนเป็นอุปสรรคในการรักษาปัญหาการกลืน โดยปกติใน 1 วัน ร่างกายต้องการพลังงาน 25-30 kcal/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต้องการโปรตีน



1.2-1.5 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม อัตราส่วนคาร์โบไฮเดรตต่อไขมัน = 60:40 ต้องการน้ำ 30-35 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม การให้อาหารทางสายทำได้ 3 วิธีคือ

1. การใส่สายให้อาหารทางจมูก (nasogastric tube)
2. การเจาะหน้าท้องเพื่อใส่สายให้อาหารที่กระเพาะอาหาร (gastrostomy tube)
3. การเจาะหน้าท้องเพื่อใส่สายให้อาหารที่ลำไส้ส่วนกลาง (jejunostomy tube)

พึงระลึกเสมอว่า การให้อาหารทางสายให้อาหารไม่ได้ช่วยแก้หรือป้องกันการสำลักและปอดบวม โดยเฉพาะการใส่สายให้อาหารทางจมูกและการเจาะหน้าท้องเพื่อใส่สายให้อาหารที่กระเพาะอาหารสามารถก่อให้เกิดโรคกรดไหลย้อนกลับได้ ทำให้หลอดอาหารอักเสบและตีบตัน

ขั้นที่ 2 อาหารหนืดไม่มีน้ำ Thick Puree- No liquids

เป็นอาหารที่ใช้ในการ เริ่มต้นกับผู้ป่วย Dysphagia เนื่องจากมีความบกพร่องของระบบประสาท ผู้ป่วยที่ไอและสำลักเมื่อรับประทานอาหารเหลวอาหารในระดับนี้เป็นอาหารที่ปั่นจนข้นหนืดเป็นเนื้อเดียวกัน เช่น โจ๊กข้น โยเกิร์ตครีม ผักต้มบดละเอียด พักทองบด มันบด วุ้น เยลลี่ สังขยาและกล้วยครูด เป็นต้น

ขั้นที่ 3 อาหารหนืดข้น Thick and thin puree-thick liquids

เริ่มเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารระดับ 1 ได้ดี อาหารจะถูกปั่นเป็นเนื้อเดียวกัน แต่มีลักษณะข้นหนืดคล้ายน้ำผึ้งซึ่งอาหารชนิดนี้จะมีส่วนผสมของของเหลวมากกว่าชนิดแรก เช่น ข้าวต้มข้นละเอียด ข้าวโอ๊ต โจ๊กข้นๆ น้ำผลไม้ปั่นข้น โยเกิร์ตไอศกรีมและซूपข้น เป็นต้น

ขั้นที่ 4 อาหารอ่อนเคี้ยวง่ายและน้ำน้อย Mechanical soft-thick liquids

อาหารอ่อนที่บดหรือสับละเอียด ไม่มีเปลือกหรือกากแข็ง หรืออาหารที่หั่นชิ้นเล็ก ๆ และมีน้ำน้อยเล็กน้อย เช่น ข้าวต้มข้น ไข่ตุ๋น ไข่ลวก กวยเตี๋ยวหรือบะหมี่ ขนมนิ่มๆ และผลไม้สุกที่มีเนื้อนุ่ม เป็นต้น

ขั้นที่ 5 อาหารอ่อน Mechanical soft diet- liquids as tolerated

อาหารชนิดนี้จะมีลักษณะนุ่ม เปื่อย สามารถเคี้ยวและกลืนได้ง่าย เช่น ข้าวสวยกับต้มจืดผักเปื่อย ๆ ขนมนิ่มๆ น้ำผลไม้ปั่น และซूपต่าง ๆ เป็นต้น

ขั้นที่ 6 อาหารธรรมดา

เป็นอาหารสามัญหรืออาหารปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารแข็งที่กลืน ยากหรือทำให้ผู้ป่วยไอและสำลักในระยะแรก เช่น อาหารทอดกรอบ ถั่วหรือเมล็ดพืช และขนมปังกรอบ เป็นต้น

สิ่งที่ต้องคำนึงในการจัดอาหารให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบาก อาหารที่มีรสหวาน เผ็ด เปรี้ยวจะช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งของน้ำลาย แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงจากน้ำส้มสายชู เนื่องจากกรดจากน้ำส้มสายชู จะกระตุ้นให้มีการไอบ่อยขึ้นขณะกลืน อาหารแช่เย็นหรืออาหารแช่แข็งจะช่วยให้กลืนได้ง่ายขึ้นและช่วยกระตุ้นการเคี้ยวไปด้วย แต่ในรายที่มีการรับรู้ความรู้สึกในช่องปากลดลงควรให้อาหารที่อุ่น ๆ เพื่อลดอาการชา และการถูกทำลายของเซลล์ภายในช่องปาก การดัดแปลงอาหารให้เป็นก้อนหรือทำให้เหนียวจะช่วยให้ผู้ป่วยกลืนได้ง่าย ในระยะแรกของการฝึกกลืนควรหลีกเลี่ยงการให้อาหารที่ทำให้มีเมือกหรือมีเสมหะเหนียว เช่น อาหารประเภทนม เป็นต้น

ควรเลือกใช้อาหารที่มีรสเปรี้ยวเล็กน้อย เช่น น้ำส้มหรือผลไม้ ซึ่งจะช่วยให้มีการหลั่งของน้ำลายและช่วยลดน้ำเมือกเหนียวๆ ในปากได้

เอกสารอ้างอิง

1. ทิพวัลย์ สัญโยง นักกิจกรรมบำบัด วิทยาศาสตร์บัณฑิตกิจกรรมบำบัด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ชายชัย พูนทองวิริยะกุล. สาทิส วราอัศวปติ. Enter Nutrition ใน: พิศาล ไม่เรียง, บรรณาธิการ.
3. รุจิรา สัมมะสุต. อาหารที่ให้อาหารทางสายให้อาหาร. หน่วยอาหารและโภชนาการ, โรงพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพฯ: [ม.ป.ป.].
4. ศรีสุดา วงศ์ประทุม. คู่มือการให้ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนบำบัด [ไม่ได้ตีพิมพ์] งานโภชนาการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และคณะ
5. คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรจะได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ.2546. พิมพ์ครั้งที่ 3. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.

