

# กิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยกลืนลำบาก

นันทยา อุดมพาณิชย์

หน่วยกิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

กระบวนการฟื้นฟูสภาพด้านการกลืนในผู้ป่วยกลืนลำบากต้องทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันประเมินวางแผนการรักษาและให้โปรแกรมการฝึกฟื้นฟูผู้ป่วยในประเทศไทย นักกิจกรรมบำบัดหรือนักแก้ไขการพูด มีหน้าที่โดยตรงในการ ฝึกบำบัดฟื้นฟูสภาพการกลืน (Swallowing Rehabilitation) การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนในช่วงวิกฤตเฉพาะหน้า อาจแก้ปัญหาด้วยการใส่สายให้อาหารทางจมูก แต่ไม่ควร ทิ้งไว้เป็นระยะเวลานาน ต้องฝึกการกลืนทันทีที่ผู้ป่วยพร้อม โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการกลืนอาหารทางปากได้อย่างปลอดภัย ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ และเหมาะสม ลดความเสี่ยงจากการสำลัก พัฒนาความสามารถในด้านการรับประทานอาหารเพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การบำบัดฟื้นฟูสภาพด้านการกลืน (Dysphagia Treatment) แบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่การบำบัดฟื้นฟูทางตรง (Direct therapy) เป็นเทคนิคการบำบัดรักษาที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง และการบำบัดฟื้นฟูทางอ้อมหรือเทคนิคการชดเชย (Indirect therapy) เป็นวิธีการที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนโดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

## การบำบัดฟื้นฟูด้านการกลืนทางตรง (Direct Therapy)

### 1. Swallowing Exercises for Dysphagia Therapy

#### 1.1 Oro Motor Exercise

- การบริหารริมฝีปากและแก้ม (Lip exercise

##### / Cheek exercise)

- อ้าปากกว้างออกเสียง“อา”
- กิจกรรมการดูด เช่น ดูดน้ำ ดูดหลอด
- กิจกรรมการเป่า เช่น เป่ากระดาษ เป่าเทียน เป่านกหวีด เป่าหน้า เป็นต้น
- เมมริมฝีปากแน่นๆแล้วคลายออก
- ทำปากจู้สลับกับฉีกยิ้ม หรือออกเสียง “อุ”สลับเสียง “อี”
- กักลมในปากให้แก้มบ่งและปล่อยลมออกช้าๆ

- การบริหารลิ้น (Tongue Exercise)

- ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้ง 2 ข้างสลับกัน

- ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้ง 2 ข้างสลับกัน ถ้าผู้ป่วยทำได้ให้ผู้ป่วยทำดอกแตรงด้านโดยเอานิ้วดันบริเวณแก้มของผู้ป่วยในทิศทางตรงข้าม

- ให้ผู้ป่วยเตอะลิ้น
- ให้ผู้ป่วยพูด “ลาลาลา” “คาคาคา” ซ้ำหลาย ๆ รอบ
- ให้ผู้ป่วยพูด คาลา คาลา คาลา ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

- ใช้ขนมหวาน น้ำหวาน และบริเวณริมฝีปากบนและล่าง มุมปาก และให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นเลีย

- ให้ผู้ป่วยยกลิ้นแตะเหงือก แล้วให้เคลื่อนลิ้นจากด้านหน้าไปด้านหลังซ้ำ ๆ

- การบริหารลิ้นแบบให้แตรงด้าน โดยให้ผู้ป่วยดันลิ้นออกมานอกปากผู้ป่วยบำบัดใช้ไม้กดลิ้นดันลิ้นไปในทิศทางตรงกันข้ามคือดันไปข้างหลัง หรือทิศทางซ้าย- ขวา

- การบริหารขากรรไกร (Jaw Exercise)

- อ้าปากกว้างค้างไว้ 5 วินาทีและออกเสียง “อา” แล้วหุบปากให้ฟันกระทบกัน

- ปิดริมฝีปากแล้วเคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างค้างไว้ 5 วินาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา)

- เคลื่อนไหวขากรรไกรในลักษณะการเคี้ยวข้าวหรือเคี้ยวหมากฝรั่ง ทำซ้ำ 5 -10 รอบ

- Shaker Exercise

Shaker exercise เป็นการฝึกในผู้ป่วยที่มีปัญหา Pharyngeal dysphagia เพื่อให้ มีการเปิดของ UES มากขึ้น (Shaker, 2002) ประกอบด้วย 2 ท่า คือ

1. ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ก้มศีรษะขึ้นเพื่อดูปลายเท้า และค้างไว้ นับ 60 วินาทีจากนั้นผ่อนศีรษะลงแนบพื้นพัก 60 วินาทีและทำซ้ำ 3 ครั้ง ระหว่างทำหายใจปกติไม่กลืนหายใจและไม่หุนหันมอน

2. ยกศีรษะขึ้นเพื่อดูปลายเท้า ขึ้นและผ่อนศีรษะลงแนบพื้น โดยไม่ต้องค้างไว้ ทำซ้ำ 30 ครั้ง ทั้งสองท่านับเป็น 1 รอบบริหารวันละ 3 รอบ ติดต่อกันนานอย่างน้อย 6 สัปดาห์

**ข้อควรระวัง:** เนื่องจากการบริหารแบบ Isometric exercise เพราะฉะนั้นจะหลีกเลี่ยงโปรแกรมนี้ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ และความดันสูง

### • Stretch Exercise

- แห้งคอไปด้านหลังแล้วอ้าปาก
- ยืนคางไปด้านหน้าให้รู้สึกว่ากล้ามเนื้อคอต้านหน้าตึง และถูกยืด ค้างไว้ 5 วินาที จากนั้นกดคางลง
- ทำซ้ำ 5 ครั้ง

### 1.2 Airway Protection Exercises

เป็นการบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยให้สายเสียงปิดแน่นมากขึ้น ขณะกลืน ป้องกันไม่ให้อาหารและของเหลวเข้าไปในหลอดลม

### • Pitch Glides

- ออกเสียง “อี” โดยเริ่มไล่เสียงจากระดับเสียงต่ำไปหาสูงที่สุดซ้ำๆ ค้างไว้ 10-20 วินาที
- ทำซ้ำ 5 ครั้ง

### • Masako Exercise (Pharyngeal wall strengthening)

- เริ่มจากแลบลิ้นออกมานอกปากระหว่างฟันจากนั้นใช้ฟันกัดลิ้นไว้แล้วกลืน จากนั้น
- แลบลิ้นออกมานอกปากโดยไม่ต้องใช้ฟันกัดลิ้นแล้วกลืน
- ทำซ้ำ 5 ครั้ง

### • Gargle

- ชักลิ้นกลับไปด้านหลังขณะทำเสียงกล้วคอ/กล้วน้ำและค้างไว้ 1 วินาที

### • Vocal cord adduction

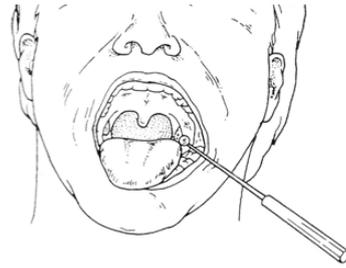
**ท่าที่ 1** นั่งบนเก้าอี้ เท้าวางราบกับพื้น มือสองประสานในท่าดันเข้าหากันอยู่บริเวณหน้าอก หายใจเข้าแล้วค้างไว้ จากนั้นออกแรงดันมือเข้าหากันพร้อมออกเสียง “อะ” ผ่อนคลายและทำซ้ำ

**ท่าที่ 2** นั่งบนเก้าอี้ เท้าวางราบกับพื้น หายใจเข้าแล้วค้างไว้ จากนั้นออกแรงยกหรือดันเก้าอี้ พร้อมออกเสียง “อะ” ผ่อนคลายและทำซ้ำ

(<sup>1</sup>2008 The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center,10/14/08 Patient Education Office)

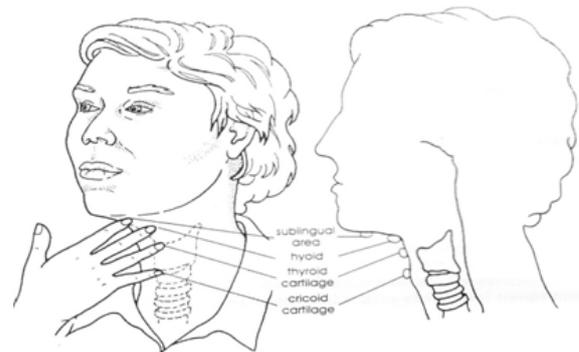
## 2.การกระตุ้นและแก้ไขความผิดปกติของการรับความรู้สึกบริเวณ ใบหน้าและของปาก (Sensory stimulation and Sensory desensitization/Inhibit)

**2.1 Thermal Stimulation** เป็นวิธีบำบัดในผู้ป่วยที่มี delayed or absent swallow reflex



รูปที่ 1

1. แซ้กระจกส่องคอ (laryngeal mirror) ในน้ำแข็ง ประมาณ 10 วินาที
2. วางกระจกส่องคอ (laryngeal mirror) บริเวณผนังกันต่อมทอนซิลด้านหน้า(anterior faucial arch) และกดหน้าหนักกลางปานกลาง เลื่อนขึ้นลง 3- 5 ครั้ง
3. วางนิ้วหัวแม่มือและนิ้วกลางที่กล่องเสียงหรือลูกกระเดือก (Adam s apple)



รูปที่ 2 การฟื้นฟูสภาพการกลืน

(ที่มา: ภัทรา วัฒนพันธุ์ และคณะ. การฟื้นฟูสภาพการกลืน (Swallowing Rehabilitation),2556.)

4. บอกให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย ซึ่งจะสังเกตและรู้สึกว่ากล่องเสียงถูกยกขึ้นขณะที่ผู้ป่วยกลืน โดยทั่วไปใช้เวลาในการกลืนระยะนี้ 1 วินาที
5. แซ้กระจกส่องคอ (laryngeal mirror) ในน้ำแข็งอีก ประมาณ 3-5 วินาที แล้วทำต่อที่บริเวณผนังกันต่อมทอนซิลด้านหน้า (anterior faucial arch) อีกข้างหนึ่ง
6. ทำสลับกันที่บริเวณผนังกันต่อมทอนซิลด้านหน้า (anterior faucial arch) ด้านซ้ายและขวาข้างละ 5 ครั้ง
7. ทำก่อนอาหาร 3 เวลาและก่อนนอน ถ้าผู้ป่วยมีปัญหา hypo gag หรือ absent gag ให้ใช้ไม้พันสำลีสั้นวัดบริเวณ ลิ้นไก่ (uvula) และเพดานอ่อน (soft palate) รวมด้วย



### 2.2 Oral Sensory Stimulation

**อุปกรณ์ที่ใช้ :** ไม้พันสำลีชุบน้ำมะนาว (Lemon glycerin swab) ถูงมือยาง

**ขั้นตอน:** ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำมะนาว กระตุ้นบริเวณเหงือก ด้านนอก ด้านใน บนและล่าง ในทิศทางวนรอบซ้าย-ขวา 3 ครั้ง จากนั้นนำไม้พันสำลีออกจากปากผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายภายใน 5 วินาที โดยควรกระตุ้นก่อนก่อนรับประทานอาหารประมาณ 15-20 นาที โดยให้ทำ 2-3 ครั้งต่อวัน การออกแรงกระตุ้นควรให้แรงในลักษณะเบาแต่สม่ำเสมอ (Firm deep pressure)

#### ข้อควรระวัง:

- ไม่ควรกระตุ้นให้ลึกถึงด้านหลังของลิ้นมากเกินไป เพราะจะไปกระตุ้น Gag reflex ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากอาเจียน
- หลีกเลี่ยงการกระตุ้นบริเวณตรงกลางของขากรรไกรบนและล่างเพราะอาจทำให้เกิดการชักได้
- เทคนิคนี้ไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีแผลในช่องปาก และผู้ที่มี Bite reflex
- ไม้พันสำลีต้องพันให้แน่นเพื่อป้องกันการหลุดไปในช่องปาก

### 2.3 การแก้ไขภาวะรับรู้สัมผัสผิดปกติ

#### 2.3.1 Sensory Re-education ใช้บำบัดผู้ป่วย

ที่มีการรับรู้สัมผัสลดลง (Hyposensitivity) เป็นการฝึกการเรียนรู้ด้านการรับรู้สัมผัสขึ้นใหม่ โดยใช้ตัวกระตุ้นที่มีพื้นผิวหยาบก่อนแล้วลดความหยาบลงตามลำดับ จนถึงการใช้วัตถุที่มีพื้นผิวละเอียด อ่อนนุ่ม

**ตัวกระตุ้น ได้แก่ Pressure:** การให้แรงกดจากมากไปน้อย (อาจใช้ไม้กดลิ้น นิ้วมือผู้บำบัด)

**Light touch:** แปรงขนนุ่ม/ สำลี Icing: ใช้ก้อนน้ำแข็งลูบเบาๆ

**วิธีการ :** ใช้ตัวกระตุ้น กระตุ้นใบหน้า/ช่องปากบริเวณที่มีภาวะ Hypersensitivity สลับกับการกระตุ้นบริเวณเดียวกันของใบหน้า/ช่องปากซึ่งตรงข้าม โดยในขณะที่ฝึกให้ผู้ป่วยมองกระจกรวมตัว บางกรณีอาจให้ผู้ป่วยบอกว่าถูกกระตุ้นบริเวณใดโดยที่ไม่ต้องมองกระจก

#### 2.3.2 Desensitization ใช้บำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะ

การรับรู้สัมผัสไวมากกว่าปกติ (Hypersensitivity)

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความทนทานต่อการสัมผัสเพิ่มขึ้นทีละน้อย

**วิธีการ :** ใช้ตัวกระตุ้น /วิธีการกระตุ้นต่างๆ ดังนี้

- Vibration: โดยเริ่มจากใช้ tuning fork (ส้อมเสียง) แล้วปรับเป็นการใช้ Vibrator โดยปรับรูปร่างและความเร็ว แตกต่างกัน กระตุ้นบริเวณต่างๆที่ต้องการ
- Texture: ใช้วัตถุที่มีพื้นผิวต่างกันกระตุ้น

บริเวณที่ต้องการ โดยเริ่มจากวัตถุที่อ่อนนุ่ม ตามด้วย วัตถุที่แข็งแต่ผิวเรียบ ตามด้วยวัตถุผิวหยาบ และวัตถุผิวขรุขระมาก (ตามลำดับ)

### 3. การกระตุ้นและยับยั้งปฏิกิริยาสะท้อนกลับที่ผิดปกติ (Facilitate / Inhibit Oral reflex)

#### 3.1 gag reflexes

**การแก้ไขภาวะ Hypo gag reflex: to facilitate reflex**

- ใช้ไม้กดลิ้นหรือ rubber seizer stick ยืดกล้ามเนื้อ (Stretch) บริเวณ Palatoglossal arch, Palatopharyngeal arch, เพดานอ่อน (soft palate) และลิ้นไก่ (Uvula) หรือใช้ lemon swab นวดบริเวณดังกล่าว เทคนิคนี้ ทำซ้ำๆบ่อยๆ ได้ทุกเวลาเนื่องจากทำได้ง่ายและรวดเร็ว

- ใช้ไม้กดลิ้นกดบริเวณโคนลิ้น Posterior 1/3 ค้างไว้ 10-15 วินาที แล้วปล่อย ทำซ้ำ 3-5 ครั้ง

**การแก้ไขภาวะ Hyper gag reflex: To Facilitate reflex**

- ให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่มีบรรยากาศดี ไม่วุ่นวาย เพื่อขจัดสิ่งกระตุ้นภายนอก

- ให้อาหารคำเล็ก ๆ แก่ผู้ป่วยกินปริมาณน้อย ๆ แต่เพิ่มมื้ออาหารบ่อยๆ

- ไม่ควรให้อาหารที่มีลักษณะเป็นก้อนหรือแห้งจนเกินไป

- ใช้เทคนิค Desensitization คือใช้ไม้กดลิ้นกดเบาๆ เริ่มจากปลายลิ้น (Anterior tip of tongue) กดไล่เข้าหาโคนลิ้น แล้วปิดปาก ผู้ป่วยทันที (ก่อนที่ gag reflex จะเกิดขึ้น ทำซ้ำ 5-7 ครั้ง)

#### 3.2 cough reflex

**การกระตุ้น Volitional Cough reflex:** โดยผู้บำบัดใช้มือจับบริเวณกล่องเสียงของผู้ป่วยยกขึ้นและค้างไว้ บอกให้ผู้ป่วยหายใจเข้า กลืนไว้แล้วออกแรงไอ

**การบำบัดฟื้นฟูด้านการกลืนโดยทางอ้อมหรือใช้เทคนิคการชดเชย ( Indirect Therapy / Compensatory strategies)**

#### 1. การปรับเปลี่ยนท่าทาง(positioning)

การจัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม (Proper positioning) ขณะที่ฝึกกลืน ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะ คอ ลำตัว แขน ขา กล้ามเนื้อปาก และลิ้นได้ดีขึ้น และปรับความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติให้ใกล้เคียงภาวะปกติ ช่วยให้การกลืนง่ายและปลอดภัยขึ้น มีลักษณะดังนี้

- ลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวเดียวกัน ในลักษณะตั้งขึ้น (Up right)

- ห่อหัวไหล่มาข้างหน้าเล็กน้อย โดยให้ข้อศอกและแขนวางบนหมอนหรือวางบนโต๊ะ

- จัดสะโพกให้องศาประมาณ 90 องศา เท้าวางราบกับพื้น

- ศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัว ก้มมาด้านหน้าเล็กน้อย หรือหันศีรษะไปทางด้านที่อ่อนแรงขณะที่

กลืนเพื่อป้องกันการเล็ดลอดของอาหารเข้าทางเดินหายใจ

- หลังจากฝึกกลืนแล้วให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งต่อประมาณ 15-30 นาที แล้วค่อยนอนลงเพื่อป้องกันการขยอนอาหารจากหลอดอาหารขึ้นมา

แต่ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อลำปากรุนแรง การทรงตัวไม่ดี ไม่สามารถจัดในท่านั่งได้ ต้องจัดทำให้อยู่ในท่านั่งเอนตัวไปข้างหลัง (Reclining position) จะช่วยให้ก่อนอาหารสามารถเคลื่อนตัวไปยังหลอดอาหารได้เร็วขึ้น

ในการฝึกผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อลำปาก เทคนิคทางอ้อมอย่างหนึ่ง คือการจัดท่าขณะกลืนซึ่งการจัดท่าทางที่เหมาะสม (Postural techniques) ทำให้กลืนได้ดีขึ้นซึ่งจะประเมินเปรียบเทียบกับความสามารถในการกลืนในท่าต่างๆ ได้โดยใช้ Videofluoroscopic ท่าทางที่ปรับได้แก่

- Chin down การมองกระดูกที่พุ่งแล้วกลืนหรือมอง



รูปที่ 3 Reclining position

(ที่มา: Okada S. Swallowing Rehabilitation . เอกสารประกอบการบรรยายโครงการอบรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก. วันที่ 16-17 มกราคม 2553 . ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ขอนแก่น.ขอนแก่นคลังนวัตกรรมการพิมพ์,2553.)



รูปที่ 4 Chin down

(ที่มา: Okada S. Swallowing Rehabilitation . เอกสารประกอบการบรรยายโครงการอบรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก. วันที่ 16-17 มกราคม 2553 . ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ขอนแก่น.ขอนแก่นคลังนวัตกรรมการพิมพ์,2553.)



รูปที่ 5 head rotate to damaged side

ที่เข้าแล้วกลืน จะช่วยให้กล่องเสียงอยู่ชิดโคนลิ้นมากขึ้น ป้องกันไม่ให้อาหารตกเข้าไปในทางเดินหายใจ

- chin up/Head back การแหงนหน้าขึ้นเล็กน้อย กลืนหายใจแล้วกลืน ซึ่งนิยมในผู้ป่วย CA, ผู้ป่วย ALS (Amyotrophic lateral sclerosis)

- head rotate to damaged side หันหน้าไปด้านอ่อนแรงขณะกลืนเป็นการเปลี่ยนเส้นทางการเคลื่อนที่ของอาหารให้อาหารไหลลงสู่คอหอยในด้านร่างกายที่ปกติ และช่วยป้องกันอาหารไม่ให้อาหารตกไปค้างที่สวนของ pyriform sinus

- head tilt to stronger side เอียงคอไปด้านแข็งแรง เป็นการเปลี่ยนเส้นทางการเคลื่อนที่ของอาหารให้อาหารไหลตรงลงสู่คอหอยในด้านร่างกายที่ปกติ

## 2. Dietary management

### 2.1. การปรับเปลี่ยนความหนืดของอาหาร (Changes in diet consistency)

- Thick Puree No liquid เป็นอาหารที่ใช้ในการเริ่มต้นกับผู้ป่วยกลืนลำบาก

- Thick and thin pure-thick liquids เริ่มเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารระดับ 1 ได้ดี

- Mechanical soft-thick liquids

- Mechanical soft diet-liquids as tolerated

การปรับเปลี่ยนอาหารผู้ป่วยจะต้องค่อยเป็นค่อยไป ขึ้นกับความสามารถในการรับประทานอาหารแต่ละระดับได้ดีเพียงใด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกฟื้นฟูการกลืนผู้ป่วยจะพัฒนาการกลืนได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งสามารถที่จะดื่มน้ำหรือของเหลวและรับประทานอาหารที่มีเนื้ออาหารต่างๆ กันได้ตามปกติ การเลือกใช้อาหารจะเริ่มจากลำดับขั้นที่ผู้ป่วยสามารถกลืนได้และปรับเปลี่ยนลำดับขั้นของอาหาร เมื่อผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารชนิดนั้นได้ดี ในเวลาที่เหมาะสมโดยไม่มีอาการแทรกซ้อน

ลำดับขั้นการกลืนของเหลวดังนี้ No fluid by mouth / Honey- thick fluids / Nectar- thick fluids / Thin flavored fluids / Water

### 2.2 การปรับเปลี่ยนขนาดของอาหาร (Changes in the volume of the bolus)

การลดขนาดของอาหาร ขนาดของอาหารมีผลต่อการกลืนเช่นกัน เนื่องจากอาหารขนาดเล็กจะไม่ไหลลงสู่หลอดคออย่างรวดเร็ว จึงลดความเสี่ยงต่อการสำลัก เพราะฉะนั้นในการฝึกกลืนในระยะแรกๆ ให้ใช้ขนาดของอาหารปริมาณ 1/2 หรือ 1/3 ช้อนชาหรือ 2-5 cc ต่อคำ จะทำให้ผู้ป่วยกลืนได้ปลอดภัยขึ้น อย่างไรก็ตาม bolus ขนาดใหญ่สามารถช่วยในการเคลื่อนตัวของอาหารในช่องปากได้ดี

จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการลำเลียงอาหารในช่องปากช้า (delayed oral transit) และยังช่วยในการยกตัวและปิดกล่องเสียงอีกด้วย ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรู้สึกบริเวณไบหนาและช่องปากลดลง (Hyposensitivity) ควรใช้อาหารขนาดใหญ่ขึ้นและเหนียวขึ้นขึ้น เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกจะทำให้กลืนได้ดีขึ้น

**กลืนซ้ำ 2 ครั้ง/คำ (Double swallow)** วัตถุประสงค์เพื่อไม่ให้อาหารตกค้างที่บริเวณ Valeculle และ pyriform ในผู้ป่วยที่มีการหดตัวของ Pharyngeal ลดลง

**กลืนของแข็งและเหลวสลับกัน (Alternation Solids with liquids)** ในผู้ป่วยที่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อโคนลิ้น (Tongue base retraction) ลดลง เพื่อให้อาหารที่ตกค้างบริเวณ Valeculle และ pyriform ตกหล่นหลุดอาหารได้หมด อาจจะทำให้ผู้ป่วยกลืนของแข็งตามด้วยของเหลว คำต่อคำ หรือในบางคนให้กลืนของแข็ง 2-3 คำ และตามด้วยของเหลว

**การตรวจเช็คอาหารที่ค้างในปาก (Checking the pocketing)** ผู้ป่วย oral stage dysphagia จะมีอาหารตกค้างบริเวณ lateral และ/หรือ anterior sulci และกล้ามเนื้อบริเวณกระพุ้งแก้มได้ ภายหลังรับประทานอาหารเสร็จ ต้องย่ำเตือนให้ผู้ป่วยและญาติทำความสะอาดช่องปากให้ดี โดยเฉพาะผู้ที่ใส่ฟันปลอม อาจมีเศษอาหารค้างอยู่ในซอกฟัน ซึ่งอาจทำให้เกิดการ aspirate ตามมาได้ ดังนั้นเมื่อรับประทานอาหารเสร็จต้องถอดฟันปลอมออกมาทำความสะอาดก่อนใส่เข้าไปใหม่ทุกครั้ง

**อยู่ในท่า Upright** หลังรับประทานอาหาร อย่างน้อย 15- 30 นาที โดยเฉพาะผู้ป่วย Pharyngeal stage dysphagia ที่ยังมีอาหารตกค้างในบริเวณ Valeculle และ pyriform ต้องทำให้อาหารตกลงสู่หลอดอาหารได้หมด โดยใช้การกลืนซ้ำ (Dry Swallow) จะช่วยลดการเกิด aspiration

### 2.3 ตำแหน่งการวางอาหาร (Food placement)

ตำแหน่งการวางอาหารที่เหมาะสมในปาก ขึ้นอยู่กับความผิดปกติของอวัยวะในช่องปาก ขนาดอาหาร อุณหภูมิอาหาร ความชื้นของอาหาร ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการกลืนอย่างปลอดภัย โดย

- ถ้าผู้ป่วยมีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก หรือมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในช่องปาก ควรวางอาหารทางด้านโคนลิ้นร่วมกับขณะป้อนให้กดปลายช้อนไปที่ลิ้น เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกและจะช่วยกระตุ้นการกลืนได้ดีขึ้น

- การป้อนอาหารเข้าไปทางด้านข้างหรือวางในตำแหน่งด้านอ่อนแรงให้น้อยที่สุดจะช่วยกระตุ้นการกลืนได้ดีขึ้น และลดอาหารตกค้างในช่องปาก

- ใช้เทคนิค Modifying food placement โดยการสัมผัสบริเวณริมฝีปากด้วยช้อนก่อนจะป้อนอาหาร จะเป็นการ

ช่วยยับยั้ง Bite reflex ได้ และจะช่วยกระตุ้นการอำปากรับอาหารในผู้ป่วยที่มีปัญหา Oral apraxia และ hyposensitivity ในช่องปาก

- ในการป้อนน้ำแก่ผู้ป่วย อาจทำได้โดยใช้ช้อน หลอด หรือ Syringe หรือแก้วตดขอบเว้าจุก (Nosey cup) ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

- การป้อนอาหารโดยใช้ช้อนก้นยาวและก้นแบน (Flat spoon) ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อโคนลิ้น (base of tongue) อ่อนแรง สามารถนำอาหารเข้าไปจนถึง posterior oral cavity ได้ ซึ่งปัจจุบันมีช้อนที่เรียกว่า Glossectomy spoon ซึ่งเป็นช้อนที่ออกแบบมาโดยเฉพาะคล้าย syringe เพื่อใช้ผลักอาหารลงสู่หลอดคอของผู้ป่วย โดยไม่ต้องผ่านการกลืนใน Oral phase

### 3. อุปกรณ์ช่วยเหลือ/ ดัดแปลง ในการรับประทานอาหาร (Assistive/ Adaptive devices for feeding)

อุปกรณ์ใช้ในการจัดทำทาง ศีรษะ คอและลำตัวเพื่อช่วยในการจัดทำทางขณะนั่ง เช่น หมอน กระจก เก้าอี้รถเข็นปรับเอนได้ เตียงปรับระดับ การจัดทำให้มีการก้มหน้าลงขณะกลืน โดยใช้อุปกรณ์ที่จะช่วยป้องกันการสำลักได้เช่น แก้วน้ำตดขอบเว้าจุก (Nosey cup) หลอดดูดน้ำ เป็นต้น

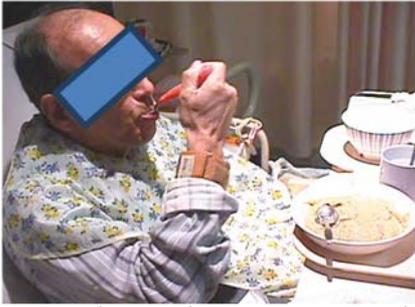
อุปกรณ์ช่วยในการเคี้ยวหรือกลืนอาหารเช่น ช้อน Glossectomy ช้อนพื้นผิวสัมผัสต่างๆ ช้อนก้นยาวและแบน (Flat spoon) เพดานเทียม ฟันปลอม เป็นต้น

อุปกรณ์ใช้สำหรับผู้ที่ปัญหาการเคลื่อนไหวใน ผู้ที่มีแขนและมืออ่อนแรง หรือผู้ที่มีมือใช้งานได้ข้างเดียวเช่น ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พิการแต่กำเนิด หรือ ผู้ที่มีอาการสั่น (Ataxia) ไม่สามารถควบคุมการใช้งานของแขนและมือได้ดี ทำให้การตักอาหารลำบาก อาหารหกเลอะเทอะ เพื่อช่วยให้การตักอาหารทำได้สะดวกยิ่งขึ้น อาหารไม่หกออกนอกจาน ควบคุมการเคลื่อนไหวได้มากขึ้น อุปกรณ์ที่นำมาใช้เช่น ที่เสียบหลอดดูดน้ำ แผ่นกันลิ้น ถ้วยจานก้นลึก หรือช้อนก้นจวน แก้วน้ำแบบมีมือจับสองด้าน ถ้วยน้ำหนัก (Cuff weight) ช้อนเสริมตาม ช้อนดัดแปลงแบบต่างๆ (รูปที่ 6-9)

### 4. การให้คำแนะนำการฟื้นฟูการกลืนแก่ผู้ดูแลและครอบครัว (Family education)

การสอนญาติและให้คำแนะนำเป็นสิ่งที่น่าสนใจที่นักกิจกรรมบำบัดต้องให้ความสำคัญยิ่ง เนื่องจากญาติจะต้องนำโปรแกรมการฝึกไปฝึกผู้ป่วยต่อได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย ตามเป้าหมายของการฟื้นฟูโดยปัญหาที่มักพบบ่อยในการฝึกฟื้นฟูด้านการกลืน คือ

- ญาติป้อนอาหารหรือน้ำ โดยที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมในการกินอาหารทางปาก



รูปที่ 6 อุปกรณ์ใช้สำหรับผู้ที่ปัญหา ataxia ได้แก่อุปกรณ์ช้อนเสริมตาม ถ้วยจานก้นลึก แผ่นกันลื่น



รูปที่ 7 รถเข็นปรับเอนได้สำหรับจัดทำทาง



รูปที่ 8 แก้วน้ำดัดแปลงแบบต่างๆ



รูปที่ 9 ถ้วยจานก้นลึกและช้อนแบบต่างๆ

(ที่มา: Okada S. Swallowing Rehabilitation . เอกสารประกอบการบรรยายโครงการอบรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก. วันที่16-17 มกราคม 2553 . ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ขอนแก่น.ขอนแก่นคลังนานาการพิมพ์,2553.)

- ญาติไม่กล้าป้อนถ้าเจ้าหน้าที่ไม่อยู่ ญาติใจร้อนในขณะที่ป้อนแต่ละคำ ทำให้เกิดสำลัก
- ผู้ป่วยและญาติขาดกำลังใจ ญาติไม่ให้ความสำคัญในกระตุ้นหรือฝึกผู้ป่วย
- ผู้ป่วยเหนื่อยล้า จากการใช้เวลานานในการฝึก และการป้อนอาหาร

- ปรับลำดับชั้นอาหารเร็วเกินไป ผู้ป่วยใจร้อน คิดว่าตัวเองสามารถดื่มน้ำได้เองแล้ว ไม่ทำตามคำแนะนำ ทำให้สำลักน้ำ

คำแนะนำที่ต้องให้แก่ญาติและผู้ป่วย ตามลำดับขั้นของการฝึกฟื้นฟู ได้แก่

- การให้กำลังใจ เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการกินเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิตและใช้เวลานานในการฝึกฟื้นฟูสภาพ
- การสังเกตสัญญาณชีพต่างๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาการหายใจ ที่ต้องวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน การสังเกตภาวะล้าของผู้ป่วย การสำลัก ไอ มีไข้ หลังการกินอาหาร
- การกระตุ้นระดับการตื่นตัว (Neuro-sensory stimulation )
- การจัดการทางเดินหายใจ เช่น การดูดเสมหะก่อนกลืน
- โปรแกรมการบริหารกลืนเนื้อและอวัยวะภายในปาก
- การเลือกอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในระยะฝึกกลืนการดัดแปลงเมนูอาหารในท้องถิ่น
- การจัดทำทาง การป้อนอาหาร ทำทางที่เหมาะสมขณะกลืน
- การทำความสะอาดช่องปากก่อนและหลังการกิน
- นอกจากให้คำแนะนำต้องให้ผู้ป่วยและญาติฝึกลงมือปฏิบัติและควรมีเอกสารคู่มือเพื่อประกอบการฝึก ตามความเหมาะสม

### บรรณานุกรม

1. American Occupational Therapy Association. Specialized knowledge and skills for feeding in occupational therapy practice. AJOT 2000; 54: 629-640.
2. American Occupational Therapy Association, Inc. Problem with Eating: Interventions for Children and Adults with Developmental Disabilities. Maryland: Rockville; 2001.
3. Logemann, JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. Austin: Pro-ed; 1998.
4. Okada S. Swallowing Rehabilitation . เอกสารประกอบการบรรยายโครงการอบรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก. วันที่16- 17 มกราคม 2553 ; ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: ขอนแก่นคลังนานาการพิมพ์; 2553.
5. Veis S, Logemann JA, Colangelo L. Effects of three techniques on maximum posterior movement of the tongue base. Dysphagia 2000; 15: 142-145.
6. เตือนใจ อัฐวงศ์. คู่มือการปฏิบัติงาน. การบำบัดฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก. เชียงใหม่: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2554.



7. พรชัย เสถียรปัญญา.ภาวะการกลืนลำบากในโรคประสาท. สงขลา นครินทร์วารสาร 2007; 25(6): 561-568.
8. ภัทรา วัฒนพันธุ์ นันทยา อุดมพาณิชย์,สุจิตรา แสนทวิสุข. การฟื้นฟูสภาพการกลืน (Swallowing Rehabilitation). ขอนแก่น: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2556.
9. วิฑูร ลีลามานิตย์. Dysphagia and Aspiration .กลืนและสำลัก. ซานเมืองการพิมพ์. สงขลา ;2548.
10. สุจิตรา แสนทวิสุข. คู่มือการพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสภาพด้าน การกลืนในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia). ขอนแก่น. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2550.

