

Outcomes of Adherence to Clinical Practice Guidelines for Dysphagia Rehabilitation Among Stroke Patients: A Retrospective Analysis

Porntippa Thimayom, M.Sc, Somjit Thipart, B.Sc*, Pornsawan Posawang, Ph.D.***

**Occupational Therapy Department, Neurological Institute of Thailand, Bangkok 10400 Thailand*

***Occupational Therapy Department, Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute, Nonthaburi 11000 Thailand*

Abstract

Objectives: To analyze and synthesize swallowing rehabilitation guidelines for patients with dysphagia following stroke, and to evaluate the outcomes of swallowing rehabilitation based on these guidelines.

Methods: This study employed both qualitative and quantitative approaches and was conducted in two phases according to the study objectives. Phase 1 involved a documentary research design, analyzing stroke rehabilitation guidelines developed by the Neurological Institute from 2002 to 2016. Phase 2 was a retrospective descriptive study of 200 stroke patients with dysphagia who received occupational therapy services at the Neurological Institute between October 2017 and September 2022.

Results: The findings indicated that the swallowing rehabilitation guidelines for stroke patients with dysphagia could be effectively implemented in clinical practice by a multidisciplinary team. Outcomes showed that 71% of patients demonstrated at least a one-level improvement in swallowing ability as measured by the Functional Oral Intake Scale (FOIS). Additionally, patients who received 6–10 sessions of swallowing rehabilitation were able to have their feeding tubes removed, depending on the severity of their condition.

Conclusion: The implementation of clinical practice guidelines for dysphagia rehabilitation in stroke patients, through systematic screening alongside a multidisciplinary team, can significantly enhance patients' swallowing capabilities, substantially reduce the incidence of aspiration pneumonia, promote safe oral intake, and effectively lower readmission rates.

Keywords: Swallowing rehabilitation, Dysphagia, Stroke, Guidelines (J Thai Stroke Soc. 2026;25(2): 5–17)

Corresponding author: **Porntippa Thimayom** (Email: pthimayom@yahoo.com)

Received 24 October 2025 Revised 31 July 2026 Accepted 3 August 2026

ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์ย้อนหลัง

พรทิพย์พา ธิมายอม*, สมจิตร ทิพย์อาจ*, พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง**

*งานกิจกรรมบำบัด สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร 10400 ประเทศไทย

**งานกิจกรรมบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ถนนพหลโยธิน 11000 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูการกลืน

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นวิจัยเอกสารวิเคราะห์แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันประสาทวิทยาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2545-2559 ระยะที่ 2 เป็นวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 200 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึงกันยายน 2565

ผลการศึกษา: พบว่าบุคลากรสหวิชาชีพมีความเข้าใจของเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามแนวทางพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 71.5 มีความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับจากการประเมิน FOIS จำนวนครั้งของการฟื้นฟูการกลืน 6-10 ครั้ง สามารถถอดสายให้อาหารทางสายยางได้ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค

บทสรุป: การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูภาวะการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านการคัดกรองอย่างเป็นระบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพสามารถเพิ่มความสามารถการกลืนให้ผู้ป่วยมากขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักได้อย่างมีนัยสำคัญ และส่งเสริมความปลอดภัยในการรับประทานอาหารทางปาก

คำสำคัญ: การฟื้นฟูการกลืน, ภาวะการกลืนลำบาก, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, แนวทางปฏิบัติ (J Thai Stroke Soc. 2026;25(2): 5-17)

บทนำ

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญ (disability adjusted life year) เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ถ้าป่วยด้วยโรคนี้แล้ว ได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ภายใต้ระบบการบริการตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างเหมาะสม ครอบคลุมและทั่วถึงทุกแห่ง จะมีส่วนช่วยลดอัตราการตายและความพิการได้ และจาก service excellence แผนงานการพัฒนาระบบบริการ (service plan) ตัวชี้วัดร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง¹

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เน้นเรื่องการรักษาในระยะเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุกรายถือเป็นภาวะฉุกเฉิน ต้องจัดให้มีระบบบริการที่รวดเร็ว (stroke fast track) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการ ตรวจวินิจฉัยและการรักษาได้เร็วที่สุด และทันเวลา เช่น การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ การใส่สายสวนเพื่อลากเอาลิ่มเลือดที่อุดตันออกภายใน 6-12 ชั่วโมง ดังนั้นจึงผู้ป่วยได้รับการรักษาช้า เซลล์สมองจะเสียหายมาก ทำให้ผลการรักษาไม่ดี เสี่ยงต่อความพิการและอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลจะต้องมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีหลังมาถึงโรงพยาบาล (door to needle time) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 การดูแลรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ หรือได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแผนการรักษาที่ชัดเจน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ ลดจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่าย โดยมาตรฐานของศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ควรมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40 ภายหลังจากที่

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ หรือมีภาวะแทรกซ้อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด เพื่อลดความพิการ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ควรให้การดูแลต่อเนื่องโดย เฉพาะอย่างยิ่งกรณีผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการหายใจ การกลืน และการขับถ่าย รวมทั้งการดูแลเรื่องสภาพจิตใจและพุทธิปัญญาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง²

ภาวะการกลืนลำบากเป็นภาวะที่พบบ่อยกับผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทร้อยละ 37-78³ และพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันร้อยละ 50 และจะมีการฟื้นตัวภายใน 2-4 สัปดาห์หลังจากเจ็บป่วยร้อยละ 15^{4, 5} เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ การใส่สายให้อาหารทางจมูก (Nasogastric tube;NGT) หรือ ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous endoscopic gastrostomy;PEG) จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ และถ้าจำเป็นต้องใส่สายอาหารเป็นเวลานานการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องจะปลอดภัยมากกว่าการใส่สายให้อาหารทางจมูก⁴

แนวทางการฟื้นฟูผู้ที่มีภาวะการกลืนลำบากขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ซึ่งการประเมินจะใช้วิธีการประเมินทางคลินิกโดยผู้ประเมินต้องมีความเชี่ยวชาญ และทักษะที่ค่อนข้างสูง ได้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินภาวะกลืนลำบากทุกรายสามารถลดโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ได้ 3 เท่า^{6, 7} จากแนวทางปฏิบัติของ European Stroke Organization และ European Society for Swallowing Disorders ในปี 2021 และ Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke ในปี 2026 ของ AHA/ASA แนะนำอย่างยิ่งให้คัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันทุกราย โดยแนะนำให้ทดสอบกลืนน้ำ (water swallow test) หรือทดสอบด้วยอาหารที่มีความหนืดหลากหลายรูปแบบ หากผู้ป่วยไม่ผ่านการคัดกรองแนะนำให้ตรวจประเมินด้วยเครื่องมือพิเศษ เช่น FEES หรือ VFSS^{8, 9} ต่อมาในปี 2026 แนวปฏิบัติเน้นการจัดการเรื่องภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะสำลักเจ็บ

(silent aspiration) แนะนำไม่ให้ใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อการป้องกัน แต่ให้รีบเริ่มให้ยาต้านการอักเสบเมื่อถูกวินิจฉัยแล้ว และเน้นมาตรการป้องกันที่ไม่ใช่ยา เช่น การจัดทำและลูกจากเตียงโดยเร็ว¹⁰

การฟื้นฟูภาวะการกลืนลำบากในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งการฟื้นฟูมีอยู่หลายวิธี เช่น การฝึกกลืนด้วยเทคนิคชดเชย (compensatory swallowing technique) กระตุ้นด้วยการสัมผัสหรือการใช้อุณหภูมิ การปรับรูปแบบหรือความเหนียวข้นของอาหาร หรือปรับท่าทางขณะกลืนอาหาร⁶ นอกจากนี้ยังมีการรักษาอื่นๆ เช่น การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน (oral exercise) หรือด้วยเทคนิควิธีการเฉพาะ หรือการฝึกกลืนด้วยเครื่องมือ Neuromuscular Electrical Stimulation (NMES) เป็นวิธีการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนให้เกิดการหดตัว เป็นต้น^{11, 12} การฟื้นฟูการกลืนลำบากอาจช่วยให้มีการฟื้นตัวจากภาวะการกลืนลำบากเร็วขึ้น ร่วมกับการฟื้นตัวตามธรรมชาติของโรคเองด้วย ซึ่งการได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอจะทำให้ระยะเวลาการฟื้นตัวของโรคเร็วขึ้นด้วย

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญจึงได้วิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการฟื้นฟูผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ที่มีการจัดทบทวนปรับปรุงแนวทางทุก 5 ปี แต่ยังไม่พบข้อมูลเชิงประจักษ์ตามแนวทางดังกล่าว และศึกษาการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการฟื้นฟูผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการผสมผสานระหว่าง การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ระยะที่ 1 เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ เป็นการวิจัยเอกสาร (documentary research) เอกสารที่ใช้ในการค้นคว้า

ได้แก่ แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับที่ 1 ในปี พ.ศ. 2545 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2550 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2554 และฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2559 บันทึกและรายงานการประชุมของคณะกรรมการดำเนินงาน รายงานสถิติข้อมูล รายงานวิจัย บทความและสิ่งตีพิมพ์ที่เกี่ยวข้อง ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (descriptive analysis) โดยการนำข้อมูลมาจัดเรียงตามลำดับเวลาungศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อจะได้ทราบสถานการณ์ที่ผ่านมา มีลักษณะปรากฏการณ์เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด โดยใช้กรอบความคิด PICO¹³

P (Patient): ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะการกลืนลำบาก

I (Intervention): การคัดกรองภาวะการกลืนลำบาก

C (Compatision): การฟื้นฟูการกลืนตามแนวทางการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

O (Outcome): ความสามารถในการกลืน

ส่งแบบประเมินให้แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ และนักจิตวิทยา ที่ทำงานในหน่วยงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู หอผู้ป่วยอายุรกรรม และงานจิตวิทยา จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล/สถาบันเฉพาะทางและโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ทั่วประเทศ

ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะการกลืนลำบากที่เข้ารับการฟื้นฟูจากงานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู สถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึงกันยายน 2565 จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก เช่น อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูการกลืนตามแบบการประเมินความสามารถการกลืน (Functional Oral Intake Scale; FOIS) สถิติในการวิเคราะห์คือสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยใน (in-patient) สถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึงกันยายน 2565
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke) ทั้งชนิดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง (chronic stroke) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำ (recurrent stroke)
3. มีบันทึกว่าพบภาวะการกลืนลำบาก (dysphagia) ซึ่งไม่ผ่านการคัดกรองการกลืนภายใน 24 ชั่วโมง แรกหลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
4. ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการกลืนในหน่วยงานกิจกรรมบำบัด สถาบันประสาทวิทยา อย่างน้อย 3 ครั้ง
5. มีบันทึกในเวชระเบียน (medical records) ครบถ้วนเกี่ยวกับบันทึกการคัดกรองการกลืน แรก รับรายละเอียดการฝึกกลืน (โปรแกรมและจำนวนครั้ง) ชนิดของอาหารที่ได้รับ และผลลัพธ์เมื่อจำหน่าย

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากจากสาเหตุทางกายวิภาคหรือโรคระบบประสาทอื่นๆ อยู่เดิมก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ (head and neck cancer) โรคพาร์กินสัน (parkinson's disease) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (myasthenia Gravis) หรือผู้ที่มีประวัติผ่าตัดบริเวณทางเดินอาหารส่วนบน/หลอดลม
2. ผู้ป่วยที่ย้ายโรงพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาและขอกลับบ้านภายใน 48 ชั่วโมงแรก ทำให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างครบถ้วน

นิยามปฏิบัติการ

ผู้ป่วยที่มีภาวะการกลืนลำบาก (dysphagia) หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติในกระบวนการกลืนอาหารหรือน้ำ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้จากโรคหลอดเลือดสมอง อาจจะต้องรับประทานอาหาร

ทาง NG Tube หรือ PEG

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (acute stroke) หมายถึง ผู้ที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อันเนื่องมาจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปยังสมอง เช่น การอุดตัน (ischemic stroke) หรือการแตกของหลอดเลือดสมอง (hemorrhagic stroke) หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยนับจากเริ่มมีอาการไม่เกิน 6 เดือน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง (chronic stroke) หมายถึง ผู้ที่เคยเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วและพ้นระยะเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลัน แล้ว หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 6 เดือน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำ (recurrent stroke) หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และเกิดเหตุการณ์โรคหลอดเลือดสมองครั้งใหม่ขึ้นอีกครั้ง โดยมีพยาธิสภาพใหม่ของสมอง ไม่ว่าจะเป็นชนิดเดิมหรือชนิดที่แตกต่างจากครั้งก่อน เช่น จากการอุดตัน (ischemic) หรือการแตกของหลอดเลือด (hemorrhagic)

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้องและแนวทางการฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ.2545 - 2559¹⁴⁻¹⁷

วิธีดำเนินการ	ผลลัพธ์
1.ทบทวนวรรณกรรม / งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	- ข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง - ข้อมูลจากแนวทางการฟื้นฟู ปี พ.ศ.2545 – 2559 จำนวน 4 เล่ม
2.การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล	- ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล - การเปลี่ยนแปลงของข้อมูลในแต่ละช่วงเวลา
3.การแต่งตั้งคณะทำงานสหวิชาชีพ	ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักกายอุปกรณ์ นักจิตวิทยาคลินิก
4.ประชุมผู้เชี่ยวชาญ (3 ครั้ง)	- ทบทวนหลักฐาน /ระดมความคิดเห็น - ปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยสอดคล้องกับบริบทในยุคนปัจจุบัน - ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการฟื้นฟูการกลืน
5.จัดประชุม/สัมมนาระดับประเทศ (2 วัน)	- รับฟังความคิดเห็น และปรับแนวทางให้เหมาะสม
6.จัดทำแนวทางฉบับสมบูรณ์ (Clinical Practice Guideline 2559)	การปรับปรุง/ แนวทางในส่วนของการฟื้นฟูการกลืน - ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ.2545 และฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ปี พ.ศ.2550 คือ มีการแยกตารางการตรวจประเมิน สรุปปัญหา และการรักษาฟื้นฟูภาวะการกลืนลำบาก - ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ปี พ.ศ.2554 ได้เพิ่มน้ำหนักคำแนะนำ และคุณภาพหลักฐาน (Quality of evidence; QE) - ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2559 ได้เพิ่ม Flow chart และคำอธิบาย (ภาคผนวก 1)
7.จัดส่งให้สถานพยาบาลทั่วประเทศใช้งานและประเมิน ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล/สถาบันเฉพาะทางและโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ทั่วประเทศ (ผู้ร่วมประเมินจำนวน 92 คน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ และนักจิตวิทยา ที่ทำงานในหน่วยงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือผู้ป่วยอายุรกรรม และงานจิตวิทยา	ผลการประเมิน - ความเข้าใจของเนื้อหาอยู่ในระดับเข้าใจง่าย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ 100% (จากการประเมินนักกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 36.6 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 53.7 และ นักกายภาพบำบัด ร้อยละ 9.8) - ผู้ประเมินมีประสบการณ์ในการประเมินการกลืน ร้อยละ 82.9 มีความเข้าใจในเนื้อหาฯ ร้อยละ 100 และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ร้อยละ 95.1
8.เก็บข้อมูลเพื่อศึกษาผลลัพธ์	ตามวัตถุประสงค์ระยะที่ 2

2.ผลลัพธ์การฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาผู้ที่มีภาวะการกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 200 คน อายุเฉลี่ย 59.2 ปี (SD= 16.9 ปี) เพศหญิง 101 คน (ร้อยละ 50.5) การวินิจฉัยโรคเป็น Ischemic stroke 141 คน (ร้อยละ

70.5) แกรับผู้ป่วยมีคะแนน FOIS ระดับ 1 คือ งดการกินอาหารหรือดื่มน้ำทางปาก จำนวน 190 คน (ร้อยละ 95.0) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากจากนักกิจกรรมบำบัด 1-5 ครั้ง จำนวน 96 คน (ร้อยละ 48.0) (ดังตารางที่ 1.)

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมการศึกษา (200 คน)

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย 59.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.9 ปี (อยู่ระหว่าง 18-90 ปี)		
เพศ : ชาย	99	49.5
หญิง	101	50.5
การวินิจฉัยโรค		
Ischemic stroke	141	70.5
Hemorrhagic stroke	29	14.5
Recurrent stroke	24	12.0
Chronic stroke	6	3.0
จำนวนครั้งการฟื้นฟูการกลืน		
1 – 5	96	48.0
6 – 10	56	28.0
> 10	48	24.0
ระดับคะแนน FOIS แกรับ		
ระดับ 1 : งดการกินอาหารหรือดื่มน้ำทางปาก	190	95.0
ระดับ 2 : กินอาหารและของเหลวทางปากได้บ้างเล็กน้อยและยังต้องให้อาหารทางสาย	3	1.5
ระดับ 3 : กินอาหารและของเหลวทางปากได้อย่างสม่ำเสมอแต่ยังต้องให้อาหารทางสาย	2	1.0
ระดับ 4 : กินอาหารและของเหลวที่มีความหนืดชั้นเดียวทางปากได้เพียงพอ	3	1.5
ระดับ 5 : สามารถกินอาหารและของเหลวที่มีความหนืดชั้นหลายชนิดทางปากได้เพียงพอ แต่ยังคงเตรียมอาหารเป็นพิเศษหรือใช้วิธีการลิ้นแบบ Compensation	0	0
ระดับ 6 : กินอาหารและของเหลวที่มีความข้นหลายชนิดทางปากได้เพียงพอโดยไม่ต้องเตรียมอาหารเป็นพิเศษหรือกินทางปากได้แต่หลีกเลี่ยงอาหารแข็ง	2	1.0
ระดับ 7 : กินอาหารและของเหลวทางปากได้โดยไม่มีข้อจำกัด	0	0

ผลลัพธ์การฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยมีระดับ FOIS เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ จำนวน 143 คน (ร้อยละ 71.5) แรกรับการฟื้นฟู ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการกลืนประเมินด้วย FOIS อยู่ในระดับ 1 หลังได้รับการฟื้นฟูการกลืนพบว่ามีความสามารถของการกลืนเพิ่มขึ้นเป็นระดับ 2 จำนวน 21 คน (ร้อยละ 10.5) ระดับ 3 จำนวน 17 คน (ร้อยละ 8.5) ระดับ 4

จำนวน 49 คน (ร้อยละ 24.5) ระดับ 5 จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.0) ระดับ 6 จำนวน 19 คน (ร้อยละ 9.5) และมีความสามารถในการกลืนอยู่ในระดับ 7 จำนวน 27 คน (ร้อยละ 13.5) สำหรับผู้ป่วยจำนวน 2 คน ที่มีความสามารถในการกลืนประเมินด้วย FOIS แรกรับการบริการอยู่ในระดับ 3 หลังจากได้รับการฟื้นฟูพบความสามารถในการกลืนอยู่ในระดับ 7 คือสามารถกินทางปากได้ตามปกติ (ดังตารางที่ 2.)

ตารางที่ 2. แสดงผลลัพธ์การบำบัดผู้ป่วยตามโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก ประเมินด้วย FOIS จำแนกตามคะแนนก่อนรับบริการ

FOIS ก่อนรับบริการ จำนวน ((คน)(ร้อยละ))	FOIS หลังรับบริการ จำนวน ((คน)(ร้อยละ))						
	1	2	3	4	5	6	7
1, n= 190 (95.0)	55 (27.5)	21 (10.5)	17 (8.5)	49 (24.5)	2 (1.0)	19 (9.5)	27 (13.5)
2, n= 3 (1.5)	-	1(0.5)	-	1(0.5)	-	1(0.5)	-
3, n= 2 (1.0)	-	-	-	-	-	-	2 (1.0)
4, n= 3 (1.5)	-	-	-	-	1(0.5)	2 (1.0)	-
6, n= 2 (1.0)						1(0.5)	1(0.5)

จากจำนวนผู้ป่วย 143 คน ที่มีความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ มีผู้ป่วยจำนวน 102 คน ที่สามารถถอดสายอาหารได้ซึ่งแบ่งตามการวินิจฉัยโรค พบว่าผู้ป่วย Ischemic stroke จำนวนครั้งในการฟื้นฟูเฉลี่ย 6 ครั้ง (ร้อยละ 48.2) ผู้ป่วย Hemorrhagic stroke จำนวนครั้งในการฟื้นฟูเฉลี่ย 10 ครั้ง (ร้อยละ

65.5) ผู้ป่วย Recurrent stroke จำนวนครั้งในการฟื้นฟูเฉลี่ย 8 ครั้ง (ร้อยละ 50.0) และผู้ป่วย Chronic stroke จำนวนครั้งในการฟื้นฟูเฉลี่ย 6 ครั้ง (ร้อยละ 50.0) ผู้ป่วยจำนวน 112 คน (ร้อยละ 56.0) ถูกส่งต่อไปรักษายังสถานพยาบาลใกล้บ้าน (ดังตารางที่ 3.)

ตารางที่ 3. แสดงความสามารถในการกลืนที่เพิ่มขึ้นและสามารถถอดสายอาหารได้ตามการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรค	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนครั้งเฉลี่ยในการฟื้นฟู
Ischemic stroke	68	48.2	6
Hemorrhagic stroke	19	65.5	10
Recurrent stroke	12	50.0	8
Chronic stroke	3	50.0	6

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูภาวะการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แนวคิดจากการทำแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guideline for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2559 เพื่อศึกษาให้ข้อมูลมีความถูกต้องและทันสมัย

ผลลัพธ์การฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยแรกเริ่มมีปัญหาการกลืนที่ค่อนข้างรุนแรงคืออยู่ในระดับงดการกินอาหารหรือดื่มน้ำทางปาก มีระดับความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 71 จากการศึกษาของ Bakhtiyari JL และคณะ¹¹ ในปี 2015 ได้ศึกษาผลของการฝึกกลืนผู้ที่มีปัญหาการกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 60 ราย โดยรับการฝึกกลืน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่า ระยะเวลาของการเกิดโรค (onset) มีผลต่อการฟื้นตัวทางด้านการกลืน โดยกลุ่มที่ได้รับการฝึกกลืนในช่วงระยะของการเกิดโรคอยู่ในช่วง 3-14 วัน จะมีการฟื้นตัวดีกว่าและเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะการกลืนลำบากหากได้รับการประเมินและฟื้นฟูได้เร็ว โอกาสการฟื้นตัวจะดีกว่าและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2562 ดวงใจ บุญคง และคณะ¹⁸ ได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล พบว่าหากพยาบาลสามารถประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อน เริ่มการกลืนได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบากนำไปสู่การเริ่มกินอาหารอย่างปลอดภัย โดยผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง ในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ ทั้งหมด พยาบาลควรให้การดูแลแบบระบบทดแทน บางส่วน และระบบสนับสนุน ให้ความรู้รวมทั้งเสริมสร้าง กำลังใจให้กับทั้งผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟู สภาพร่างกาย และจิตใจ โดยมี เป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาและดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด¹¹ โดย

การศึกษาค้นคว้านี้ ไม่สามารถรวบรวมปัจจัยดังกล่าวตามการศึกษาที่กล่าวอ้างเนื่องจากการศึกษาย้อนหลัง และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ¹⁹ พบว่าการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจนว่าสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการกลืน ลดความเสี่ยงต่อการสำลัก และปรับปรุงภาวะโภชนาการ โดยเฉพาะการใช้ swallowing exercise และการรักษาแบบผสมผสาน (Multimodal therapy) ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ขณะเดียวกันเทคโนโลยีใหม่ เช่น repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) แสดงศักยภาพในการกระตุ้น Neuroplasticity และเพิ่มการฟื้นตัวของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการกลืน อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านอายุ ความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนยังคงมีผลต่อผลลัพธ์ของการฟื้นฟู จึงจำเป็นต้องออกแบบโปรแกรมการรักษาแบบเฉพาะบุคคล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลังครั้งนี้ มุ่งศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการทางฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ปี 2559 จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจำนวน 200 ราย พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางในการคัดกรองการกลืนในผู้ป่วยแรกเริ่มอยู่ในเกณฑ์สูงสะท้อนถึงการรับรู้และตื่นตัวของทีมพยาบาลด้านหน้าและผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูตามแนวทางไม่พบรายงานภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ในเวชระเบียนช่วงที่ศึกษา และผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71) มีความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นและสามารถฟื้นฟูการทำงานของกลืนจนสามารถถอดสายให้อาหารทางจมูก (Off NG tube) ได้สำเร็จก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่มีข้อจำกัดที่พบจากเวชระเบียนบางประเด็น เช่น ความต่อเนื่องของการบันทึกโปรแกรมการฝึกกลืน และความล่าช้าในการเข้าถึงการประเมินขั้นสูง (instrumental assessment) ในรายที่มีภาวะกลืนลำบากระดับรุนแรงหรือซับซ้อน เนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคนของทีมสหวิชาชีพ

จากผลการวิจัยข้างต้นผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาต่อยอดเพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วย

ภาวะกลืนลำบากให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรพิจารณา นำมาตรฐานเนื้อสัมผัสอาหารและของเหลวระดับสากล เช่น IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) มาบูรณาการร่วมกับแนวทางเพื่อให้การระบุความซับซ้อนของอาหารมีความเที่ยงตรง ปลอดภัย และเป็นภาษาสากลเดียวกันระหว่างนักกิจกรรมบำบัด โภชนาการ และพยาบาล นอกเหนือจากการฝึกกลืนแบบดั้งเดิม (traditional dysphagia therapy) ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เปิดรับนวัตกรรมใหม่ๆ เช่น การกระตุ้นระบบประสาทส่วนปลายด้วยคลื่นแม่เหล็ก (Repetitive Peripheral Magnetic Stimulation: rPMS) หรือการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (electrical stimulation) บริเวณกล้ามเนื้อรอบคอ เพื่อเป็นทางเลือกในการเร่งอัตราการฟื้นฟูในกลุ่มผู้ป่วยที่กลืนลำบากรุนแรง ตลอดจนพัฒนาคู่มือและสื่อการสอนดิจิทัลสำหรับผู้ดูแลเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ที่บ้านหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะปอดอักเสบ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็น single-arm retrospective design study ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถแยกผลของแนวทางออกจากปัจจัยอื่นๆ เช่น การฟื้นตัวตามธรรมชาติของโรค

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาในรูปแบบการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) หรือการวิจัยเชิงวิเคราะห์ไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติเดิม (ปี 2559) กับแนวปฏิบัติใหม่ที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว เพื่อยืนยันหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทของประเทศไทยอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

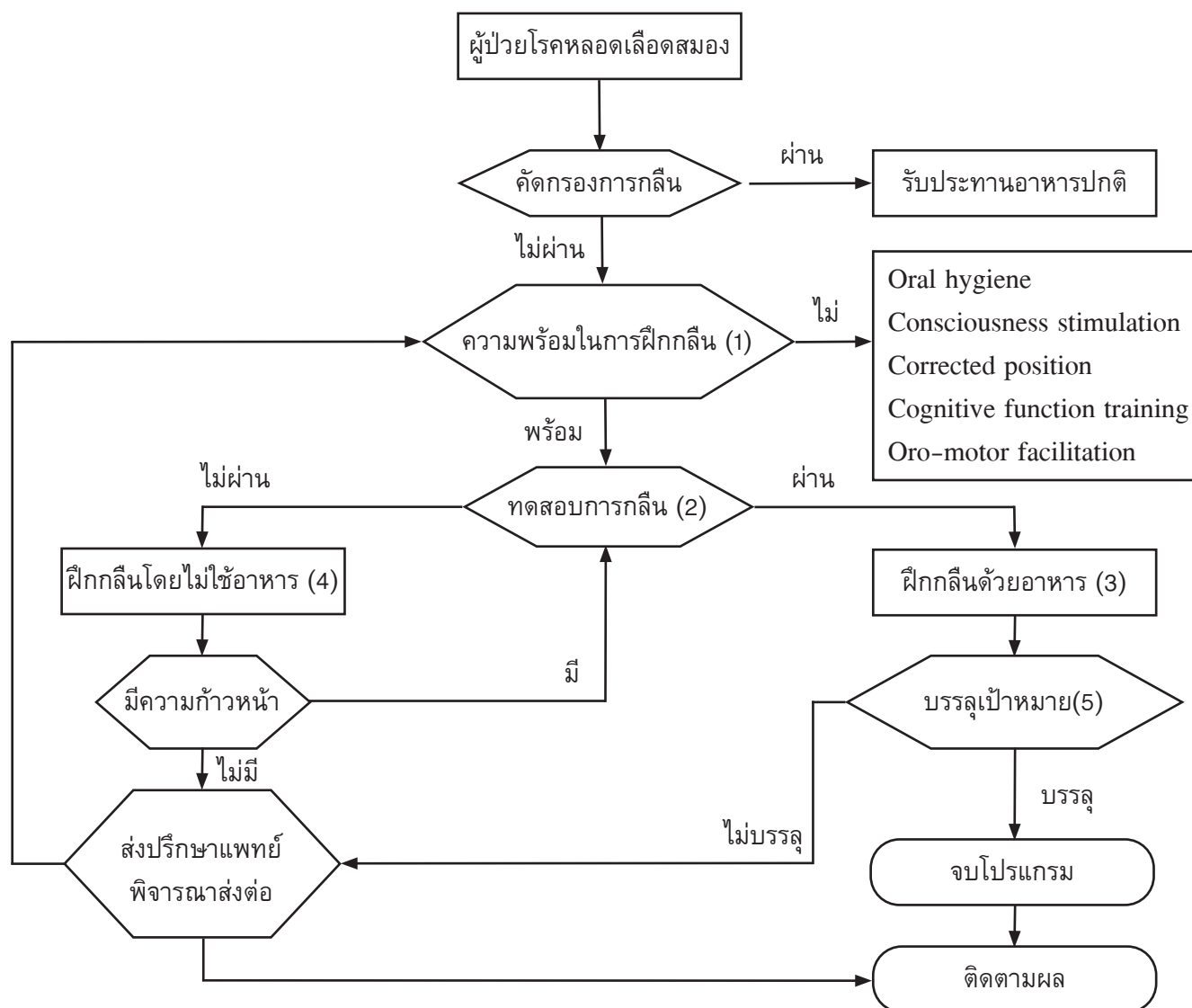
1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.

2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย [แนวทางปฏิบัติ]. ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2562.
3. Enderby P, Pickstone C, John A, Fryer K, Cantrell A, Papaioannou D. Resource manual for commissioning and planning services for SLCN. London: Royal College of Speech and Language Therapists; 2009.
4. Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath PM. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Oct 17;10:CD000323. doi: 10.1002/14651858.CD000323.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2018 Oct 30;10:CD000323. doi:10.1002/14651858.CD000323.pub3. PMID: 23076886.
5. Avery-Smith W. Dysphagia. In: Trombly CA, Rodonski MV, editors. Occupational therapy for physical dysfunction. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
6. American Occupational Therapy Association. AOTA specialty certification for occupational therapy. Am J Occup Ther. 2006;59:663-665.
7. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก [แนวทางเวชปฏิบัติ]. นนทบุรี : สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ; 2562.
8. Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, Lal A, Arsava EM, Bath PM, Clavé P, Glahn J, Hamdy S, Pownall S, Schindler A, Walshe M, Wirth R, Wright D, Verin E. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. Eur Stroke J. 2021 Sep;6(3):LXXXIX-CXV. doi: 10.1177/23969873211039721. Epub 2021 Oct 13. PMID: 34746431; PMCID: PMC8564153.
9. Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrisson KS, Adeoye O, Alexandrov AW, Ansari SA, Chapman S, Czap AL, Dumitrascu OM, Ishida K, Jadhav AP, Johnson B, Johnston KC, Khatri P, Kimberly WT, Lee VH, Leslie-Mazwi TM, Mac Grory B, Madsen TE, Menon B, Mistry EA, Park S, Parker S, Pérez de la Ossa N, Reeves M, Saiz T, Scott PA, Schwartzberg D, Sheth SA, Sporns PB, Times S, Tjoumakaris S, Wolfe SQ, Yaghi S; Peer Review Committee. 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2026 Jan 26. doi: 10.1161/STR.0000000000000513. Epub ahead of print. PMID: 41582814.

10. Meisel A, Dziedzic T, Dziewas R, Hussain S, Katan M, Kishore AK, Papagiannopoulou G, Podlasek A, Roffe C, Smith CJ, Westendorp W. European stroke organisation guideline on stroke-associated pneumonia. *Eur Stroke J*. 2026 May 6;11(5):aakag044. doi: 10.1093/esj/aakag044. PMID: 42095755; PMCID: PMC13151663.
11. Bakhtiyari J, Sarraf P, Nakhostin-Ansari N, Tafakhori A, Logemann J, Faghihzadeh S, Harirchian MH. Effects of early intervention of swallowing therapy on recovery from dysphagia following stroke. *Iran J Neurol*. 2015 Jul 6;14(3):119-24. PMID: 26622975; PMCID: PMC4662683.
12. Nikhila KG, et al. Functional outcome measurements in acute stroke patients with oropharyngeal dysphagia after swallowing rehabilitation therapy. *EC Neurol*. 2017;8:195-205.
13. Eriksen MB, Frandsen TF. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. *J Med Libr Assoc*. 2018 Oct;106(4):420-431. doi: 10.5195/jmla.2018.345. Epub 2018 Oct 1. PMID: 30271283; PMCID: PMC6148624.
14. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [แนวทางปฏิบัติ] .กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา; 2545.
15. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [แนวทางปฏิบัติ] .ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา; 2550.
16. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [แนวทางปฏิบัติ] .ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา; 2554.
17. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [แนวทางปฏิบัติ] .ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา; 2559.
18. ดวงใจ บุญคง, ณัฏยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, อรุณรัตน์ อุทัยแสง, สมเกียรติ บุญคง. การส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก: บทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*. 2562;35(1):13-23.
19. Jin X, Shang S, Tong H, Liu M, Li D, Xiao Y. Predictors of recovery from dysphagia after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Sci*. 2025 Feb 17;12(2):184-191. doi: 10.1016/j.ijnss.2025.02.002. PMID: 40241863; PMCID: PMC11997685.

ภาคผนวก

แนวทางการฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



- 1) ความพร้อมในการฝึกกลืน ประกอบด้วย มีระดับ GCS ≥ 13 หรือ มีระดับการรู้สึกตัวระดับ drowsiness ขึ้นไปจากการประเมินทางคลินิก และสามารถทำตามสั่ง (Follow command) ได้อย่างน้อย 1 ขั้นตอน รวมทั้งมี Attention และ Cooperation
- 2) ทดสอบการกลืน (1) ทดสอบด้วยการกลืนน้ำลาย ในเวลา 30 วินาทีหากได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง ถือว่ามีความเสี่ยง (Suspected) หากทดสอบด้วยการกลืนน้ำลาย ไม่ผ่าน 3 ครั้ง ไม่ทดสอบด้วยน้ำต่อ (2) ทดสอบด้วยการกลืนน้ำ (Water test) โดยให้กลืนน้ำเริ่มจาก 3, 5, 10, 20 ml. และสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น สำลัก ไอ กระแอม เสียงพ่นหรือเสียงเปลี่ยน กลืนช้า และสังเกตภาวะสำลักเงียบ (Silent aspiration) โดยดูว่าอุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงหลังการกลืนหรือไม่
- 3) ฝึกกลืนด้วยอาหารโดยมีลำดับอาหาร ดังนี้
 1. อาหารปั่นข้นเป็นเนื้อเดียวกัน (Thick puree – No liquid)
 2. อาหารปั่นข้นมากและปานกลาง (Thick and thin puree and thick liquid)
 3. อาหารอ่อน มีน้ำขลุกขลิก (Mechanical soft-thick liquid)
 4. อาหารอ่อนปกติ (Mechanical soft diet)
 5. อาหารปกติ (Regular diet)
- 4) ฝึกกลืนโดยไม่ใช้อาหาร
 - Corrected position
 - Cognitive function training
 - Normalized oral reflexes
 - Normalized oral sensation
 - Oro-motor facilitation
 - Oro-motor function training
 - Special swallowing techniques
- 5) การบรรจุเป้าหมาย หมายถึง การ OFF NG Tube หรือผู้ป่วยมีความสามารถด้านการกลืนสูงสุดตามศักยภาพ

หมายเหตุ: ปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด (Oxygen Saturation) ไม่ควรต่ำกว่า 2 % จากค่าเดิมของแต่ละบุคคล (โดยทั่วไปค่าเฉลี่ย 95 %)